

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

2004年8月

独立行政法人国際協力機構
国際協力総合研修所

国際協力機構の事業形態（スキーム）については、2002年度から「プロジェクト方式技術協力」「個別専門家チーム派遣」「研究協力」等の形態をまとめて「技術協力プロジェクト」という名称とすることになり、従来の形態名称と混在すると混乱を招く恐れがあることから、この報告書では2001年度以前に始まった案件についても現在の名称「技術協力プロジェクト」に表記を統一しております。

また、NGO等と連携して事業を実施するもの（旧開発パートナー事業等）については2002年度から「草の根技術協力」とされたため、この報告書では2001年度以前に始まった案件についても現在の名称「草の根技術協力」に表記を統一しております。

本報告書及び他の国際協力機構の調査研究報告書は、当機構ホームページにて公開しております。

URL: <http://www.jica.go.jp>

なお、本報告書に記載されている内容は、国際協力機構の許可無く転載できません。

国際協力事業団は2003年10月から独立行政法人国際協力機構となりました。本報告書では2003年10月以前に発行されている報告書の発行元は国際協力事業団としています。

発行：独立行政法人国際協力機構 国際協力総合研修所 調査研究グループ

〒162 8433 東京都新宿区市谷本村町10 5

TEL : 03 3269 2357

FAX : 03 3269 2185

E-mail: iictae@jica.go.jp

序 文

現在、国際協力機構（Japan International Cooperation Agency: JICA）では国別事業実施計画の作成や課題別要望調査の実施、課題別指針の策定など、国別・課題別アプローチ強化の取り組みを実施しています。しかしながら、開発課題や協力プログラムのレベルや括り方には国ごとによりかなりの差異があるのが現状です。今後、国別事業実施計画を改善し、その国の重要開発課題に的確に対処していくためには、国ごとに状況・課題が異なることは前提としつつも、開発課題の全体像と課題に対する効果的なアプローチに対する基本的な理解に基づいて適正なプログラムやプロジェクトを策定していくことが必要となります。このためには、各開発課題に対するアプローチをJICAとして体系的に整理したものをベースに、各々の国の実情に基づいて、JICAとして協力すべき部分を明らかにしていかなければなりません。

そのため、2001年度及び2002年度の調査研究で課題別アプローチの強化を通じた国別アプローチ強化のための取り組みの一環として、8つの開発課題（基礎教育、HIV/AIDS対策、農村開発、中小企業振興、貧困削減、貿易・投資促進、高等教育、情報通信技術）について課題を体系的に整理し、効果的なアプローチ方法を明示するとともに、計画策定・モニタリング・評価を行う際に参照すべき指標例についても検討致しました。また、今までのJICA事業をレビューし、開発課題体系図をベースにJICA事業の傾向と課題、主な協力実績もまとめました。

他の課題についても同様の体系的整理を行うことへの要望が強かったため、2003年度においても別の課題について体系的整理を行う調査研究を実施することとなり、JICA内の関係部署との調整の結果、「水資源」「リプロダクティブヘルス」「農業開発・農村開発」の3課題について効果的なアプローチを体系的に整理しました。

この調査研究の成果については、今後JICA内で課題別指針に取り入れ、分野課題ネットワークによって発展させていく予定です。

本調査研究の実施及び報告書の取りまとめにあたっては、JICA企画・評価部企画グループ 加藤宏グループ長を主査とするJICA関係各部職員及び国際協力専門員、ジュニア専門員、コンサルタントからなる研究会を設置し検討を重ねるとともに、報告書ドラフトに対してJICA内外の関係者の方から多くのコメントをいただきました。本調査研究にご尽力いただいた関係者のご協力に対し心より感謝申し上げます。

本報告書が、課題別アプローチの強化のための基礎となれば幸いです。

平成16年 8月

独立行政法人国際協力機構
国際協力総合研修所
所長 田口 徹

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

目 次

序 文

調査研究概要	i
リプロダクティブヘルス 開発課題体系全体図	v

リプロダクティブヘルスに対する効果的アプローチ概観（要約）	vii
-------------------------------------	-----

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	1
1 - 2 リプロダクティブヘルスの定義	2
1 - 3 国際的援助動向	4
1 - 4 わが国の援助動向	7

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	9
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	13
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	13
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	31
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	37
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	45

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	51
3 - 2 今後の検討課題	59

付録1 . 主な協力事例（リプロダクティブヘルス）

1 - 1 地域展開型	61
1 - 2 拠点施設での人材育成	67
1 - 3 計画策定型	69
1 - 4 NGOを活用した小規模プロジェクト	70
1 - 5 国際機関連携による機材供与プログラム	71

付録 2 . 主要ドナーのリプロダクティブヘルスに対する取り組み	
2 - 1 世界銀行 (World Bank)	95
2 - 2 国連人口基金 (UNFPA)	96
2 - 3 国連児童基金 (UNICEF)	99
2 - 4 世界保健機関 (WHO)	100
2 - 5 国際家族計画連盟 (IPPF)	103
2 - 6 米国国際開発庁 (USAID)	105
2 - 7 英国国際開発省 (DFID)	107
2 - 8 カナダ国際開発庁 (CIDA)	109
付録 3 . 基本チェック項目 (リプロダクティブヘルス)	112
付録 4 . 地域別のリプロダクティブヘルスの現状と課題	
1 . サブサハラ・アフリカ	117
2 . アラブ諸国	119
3 . アジア・太平洋	120
4 . 中南米・カリブ	123
5 . 東欧・旧ソ連諸国 (移行経済圏)	125
引用・参考文献・Webサイト	135
巻末資料 用語・略語解説	139

図表およびBox目次

表 1 - 1	リプロダクティブヘルスに関する援助動向	6
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	10
表 A 2 - 1	USAID 2004年度「世界保健」分野予算要求額内訳	106
表 A 2 - 2	DFIDの予算内訳割合（対二国間援助）	107
表 A 2 - 3	CIDAの社会開発優先課題予算配分（1999/2000年度～2004/2005年度）	110
表 A 4 - 1	サブサハラ・アフリカ地域と世界のリプロダクティブヘルス関連指標比較	117
表 A 4 - 2	主要なリプロダクティブヘルス関連指標の国別比較（2000、2001、2002）	127
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	11
図 2 - 2	産科ケア（EOC）と緊急産科ケア（EmOC）	15
図 2 - 3	女性のライフステージ別の主な健康問題	33
図 2 - 4	年齢別女性特有の疾患・症状	33
図 A 2 - 1	分野別RHRプログラム予算、2002 - 2003	101
図 A 4 - 1	エイズ成人罹患率（15 - 49歳）2001年	129
図 A 4 - 2	妊産婦死亡率（出生10万対）2000年	130
図 A 4 - 3	合計特殊出生率（人）2000年	131
図 A 4 - 4	5歳未満児死亡率（人/1000出生）2002年	132
図 A 4 - 5	乳児死亡率（1歳未満）（人/1000出生）2002年	133
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	3
Box 2 - 1	妊産婦死亡低減に向けた各アプローチの比較	15
Box 2 - 2	妊産婦死亡に関わる3つの遅れ	17
Box 2 - 3	伝統的産婆（TBA）に対するトレーニング成功の秘訣	17
Box 2 - 4	人間的な出産と出生の支援事例	17
Box 2 - 5	母子健康手帳	19
Box 2 - 6	母親たちの地域住民活動（愛育班活動を例として）	20
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...	22
Box 2 - 8	UNICEFのGOBIプログラム	23
Box 2 - 9	思春期リプロダクティブヘルスの現状	25
Box 2 - 10	行動変容を促すコミュニケーション手法 1	26
Box 2 - 11	行動変容を促すコミュニケーション手法 2	26
Box 2 - 12	行動変容を促すコミュニケーション手法 3	26
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）	34
Box 2 - 14	フィスチュラへの取り組み事例（エチオピア・フィスチュラ専門病院プロジェクト）	35

Box 2 - 15	女性性器切除 (FGM/FGC)	39
Box A1 - 1	ベトナム・リプロダクティブヘルスプロジェクト (フェーズⅠ : 1997 - 2000、フェーズⅡ : 2000 - 2005).....	63
Box A1 - 2	フィリピン・家族計画・母子保健プロジェクト (フェーズⅠ : 1992 - 1997、フェーズⅡ : 1997 - 2002).....	64
Box A1 - 3	インドネシア・母と子の健康手帳プロジェクト1998~2003	64
Box A1 - 4	ヨルダン・家族計画・WID (フェーズⅠ : 1997 - 2000、フェーズⅡ : 2000 - 2003)	65
Box A1 - 5	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1999~2004	66
Box A1 - 6	メキシコ・女性の健康プロジェクト1999~2004	67
Box A1 - 7	バングラデシュ・リプロダクティブヘルス人材開発	68
Box A1 - 8	インド・リプロダクティブヘルス支援計画調査2000~2002	70
Box A1 - 9	ジンバブエ・ザンベジ河流域における青少年のためのリプロダクティブヘルス・ケア (旧開発福祉支援事業) 2000~2003.....	71
Box A1 - 10	カンボジア2001~2003、ラオス1995(97~99を除く)~2003・人口家族計画特別機材供与...	72

調査研究概要

1．調査の背景・目的

本調査研究は、2001年度及び2002年度に実施した調査研究「国別・課題別アプローチのための分析・評価手法」のフェーズ3であり、課題別アプローチの強化を通じて国別アプローチの強化を図ろうとするものである。フェーズ1及びフェーズ2では8つの開発課題（基礎教育、HIV/AIDS対策、中小企業振興、農村開発、貧困削減、貿易・投資促進、高等教育、情報通信技術）について課題を体系的に整理し、効果的なアプローチ方法を明示するとともに課題体系図に基づいたJICA事業のレビューを行い、その成果を「開発課題に対する効果的アプローチ」報告書として取りまとめている。

他の課題についても同様の体系的整理を行うことへの要望が強かったことを受けて、JICA内の関係部署との調整を行ったところ、2003年度においても「水資源」「リプロダクティブヘルス」「農業開発・農村開発」の3課題について、体系的整理を行う調査研究を実施することとなった。

本調査研究の成果の活用方法としては以下のことが想定されている。

- ・ JICA国別事業実施計画の開発課題マトリクスを作成・改訂する際の基礎資料とする。
- ・ プロジェクト形成調査や案件形成、プログラム策定の際の基礎資料とする。
- ・ プログラム評価や国別評価を行う際の基礎資料とする。
- ・ JICA役職員や調査団員、専門家等が相手国や他ドナーとの協議の場においてJICAの課題に対する考え方を説明する際の資料とする。
- ・ 分野課題データベースに格納し、課題に対する考え方やアプローチをJICA内で共有する。

2．報告書構成¹

第1章 当該課題の概況（課題の現状、定義、国際的援助動向、わが国の援助動向）

第2章 当該課題に対するアプローチ（当該課題の目的、効果的アプローチ）

* アプローチを体系的に整理した体系図を作成し、それを基に課題に対するアプローチの解説やJICAの取り組みレビューを行っている。

第3章 JICAの協力量針（JICAが重点とすべき取り組みと留意点、今後の検討課題）

付録1．主な協力事例

付録2．主要ドナーの取り組み

付録3．基本チェック項目（主要指標含む）

¹ 調査研究の成果は課題別指針に活かすとの位置づけから、報告書の構成は今後作成される課題別指針の標準構成と整合するようにしている。

付録 4 . 地域別の現状と優先課題

付録 5 . 途上国に適用可能性のある技術（水資源のみ）

引用・参考文献・Webサイト

3 . 開発課題体系図の見方

本調査研究では、それぞれの開発課題について下記のような開発課題体系図を作成した。

開発課題体系図の例（昨年度の情報通信技術の例）

開発戦略目標	中間目標	中間目標のサブ目標	プロジェクト活動の例
1 . IT政策策定能力の向上	1 - 1 電気通信政策の確立	競争原理の投入	× 外資導入政策の策定支援 × 民間投資の促進政策支援 × 参入規制の緩和支援 競争市場の形成支援

* 「プロジェクト活動の例」の ×、等のマークはJICAの取り組み状況を表すもの。
 （多く取り組んでいる） （いくつかの協力事例はある） （プロジェクト活動の一部として実施している例がある） ×（ほとんど取り組みがない）

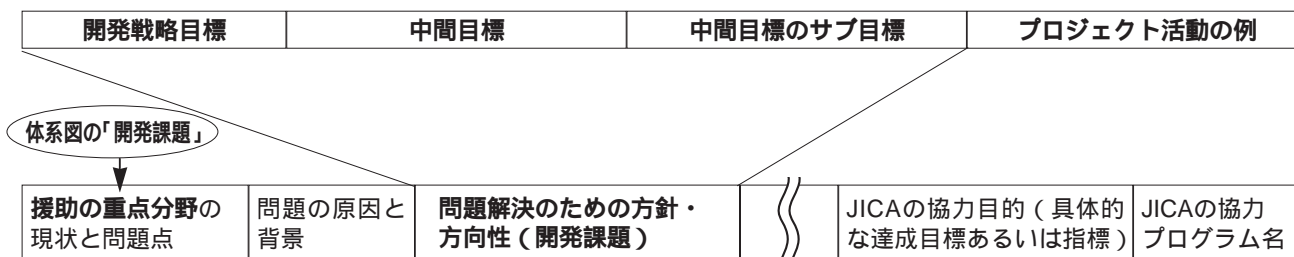
上図の「開発戦略目標」、「中間目標」、「中間目標のサブ目標」は各開発課題をブレイクダウンしたものである。

開発課題体系図は、開発戦略目標からプロジェクト活動の例まですべてを網羅した全体図を巻頭に入れており、併せて各戦略目標別にプロジェクト活動の例まで盛り込んだものを本文中の該当個所に入れ込んでいる。

なお、開発課題体系図と国別事業実施計画の関係については、国や分野によってケースバイケースで対応せざるを得ないと思われるが、体系図でいう「開発課題」は国別事業実施計画・開発課題マトリクスの「援助の重点分野」に当たり、また、体系図の「開発戦略目標」、「中間目標」、「中間目標のサブ目標」は国別事業実施計画の開発課題マトリクスの「問題解決のための方針・方向性（開発課題）」に対応するものと考えられる。（どのレベルの目標がマトリクスの「開発課題」に当たるかは国や分野により異なる。）

開発課題体系図と国別事業実施計画・開発課題マトリクスの対応

開発課題体系図



国別事業実施計画・開発課題マトリクス

4. 実施体制

本調査研究の実施体制は下記のとおりである。課題別に担当グループを形成して原稿を作成するとともに、全体研究会で各課題の原稿の検討を行った。また、調査研究の中間ドラフトに対しては在外事務所や専門家、本部などからもコメントをいただき、それを基に原稿を修正して最終報告書を作成した。

研究会実施体制

主査	企画・調整部 企画グループ長	加藤 宏	
ナレッジサイトタスク	企画・調整部 企画グループ 事業企画チーム	村上 博信	
地域部タスク	企画・調整部 事業調整グループ 第二チーム長	小林 尚行	
	アジア第二部 管理チーム長	岩上 憲三	
	メキシコ事務所次長	上島 篤志（～2004年3月）	
	中南米部 管理チーム長	上條 直樹（2004年4月～）	
	アフリカ部 南西アフリカチーム長	木藤 耕一	
水資源	地球環境部 第三（水資源・防災）グループ長	安達 一	
	国際協力総合研修所 管理グループ 管理チーム長	渡辺 泰介	
	農村開発部 管理チーム長	永友 紀章	
	農村開発部 第一グループ貧困削減・水田地帯第一チーム長	森田 隆博	
	アジア第一部 第二グループ東南アジア第三チーム	益田 信一	
	無償資金協力部 業務第一グループ水・衛生チーム	松本 重行	
	無償資金協力部 業務第一グループ水・衛生チーム	宇野 純子	
	青年海外協力隊事務局 事業管理グループ課題・活動支援チーム	三牧 純子	
	地球環境部 第三（水資源・防災）グループ第二チーム	深瀬 豊	
	地球環境部 第三（水資源・防災）グループ第一チーム	奥田 久勝	
	地球環境部 第三（水資源・防災）グループ第一チーム	庄司いずみ	
	総務部 総務グループ総合調整チーム	小田原康介	
	タンザニア国モロゴロ州保健行政強化プロジェクト専門家ジュニア専門員	津田 真理	
	分野課題ネットワーク「水資源」支援ユニット		和田 彰（2004年4月～）
			鎌田志有子（2004年2月～2004年3月） 筒井 聡子（～2004年1月）
		株式会社日水コン海外事業部技術部付課長	間宮 健匡
リプロダクティブヘルス	国際協力総合研修所 国際協力専門員	佐藤都喜子	
	人間開発部 第四グループ（保健2）母子保健チーム長	米山 芳春	
	アフリカ部 中西部アフリカチーム	竹本 啓一	
	人間開発部 第四グループ（保健2）母子保健チーム	坂元 律子	
	青年海外協力隊事務局 国内グループ 訓練・研修チーム	岡田 麻衣	
	人間開発部 第四グループ（保健2）母子保健チーム ジュニア専門員	高島 恭子	
	ジュニア専門員フェーズ2（UNFPA東京事務所出向中）	崎坂香屋子	
	人間開発部 第四グループ（保健2）母子保健チーム ジュニア専門員	佐藤 祥子	
	分野課題ネットワーク「保健医療」支援ユニット	清水 栄一（～2004年3月）	
	NPO法人 HANDS	和田 知代	
農業開発・農村開発	農村開発部 第二（畑作地帯）グループ長	横井 誠一	
	地球環境部 管理チーム長	相葉 学	
	国際協力総合研修所 国際協力専門員	赤松 志朗	
	国際協力総合研修所 国際協力専門員	二木 光	

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

	国際協力総合研修所 広域調査員	大沢 英生
	農村開発部第三グループ 乾燥畑作地帯第二チーム	藤家 斉
	農村開発部第三グループ 乾燥畑作地帯第二チーム	中堀 宏彰
	アフリカ部 東部アフリカチーム ジュニア専門員	伊勢路裕美
	分野課題ネットワーク「農業開発・農村開発」支援ユニット	土器屋哲夫（2004年4月～）
		谷本 雅世（2004年4月～）
		五十嵐美奈子（～2004年3月）
		林 美和（～2004年2月）
	株式会社日本工営 農業開発部	加茂 元
事務局	国際協力総合研修所 調査研究第二課長(現コロンビア事務所長)	半谷 良三（～2004年1月）
	国際協力総合研修所 調査研究グループ長	桑島 京子（2004年2月～）
	国際協力総合研修所 調査研究第二課 課長代理（現企画・調整部 事業評価グループ 評価企画チーム長）	佐藤 和明（～2003年11月）
	国際協力総合研修所 調査研究グループ援助手法チーム長	上田 直子（2003年12月～）
	国際協力総合研修所 調査研究グループ事業戦略チーム	関根 創太
	国際協力総合研修所 調査研究第二課 研究員	稲見 綾乃（～2004年3月）
	国際協力総合研修所 調査研究グループ援助手法チーム 研究員	銅口 泰子（2004年4月～）

リプロダクティブヘルス 開発課題体系全体図（１）

開発戦略目標	中間目標	中間目標のサブ目標	プロジェクトでの活動例
1. 開発における主要なリプロダクティブヘルスの改善	1-1 妊産婦の健康の改善	安全な出産	出産介助者の訓練 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
		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
		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）
		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
	1-2 乳幼児の死亡・疾病の低減	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 × ビタミンAの配布
			家族計画の啓発活動 避妊法の教育・情報提供 × 婚前検査
			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
	1-3 望まない妊娠の低減	家族計画の教育・情報提供	避妊具（薬）へのアクセス改善 × 避妊具の開発・研究
			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 × 避妊具の開発・研究
			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） × 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 × 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 × 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
	1-4 性感染症（STI）、HIV/エイズへの対策	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
			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 × ワクチンおよび関連基礎医学分野の共同研究・開発支援
2. 女性特有の健康問題の改善および不妊対策	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	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

リプロダクティブヘルス 開発課題体系全体図（２）

開発戦略目標	中間目標	中間目標のサブ目標	プロジェクトでの活動例
		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	<ul style="list-style-type: none"> × 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
	2-2 不妊対策		<ul style="list-style-type: none"> × 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
3. ジェンダー間の平等と女性のエンパワーメント	3-1 男女間の機会不均衡の解消	女子教育水準の向上	<ul style="list-style-type: none"> 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
		保健サービスへの女性のアクセス改善	<ul style="list-style-type: none"> 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
		自己による健康促進の動機づけ	<ul style="list-style-type: none"> × 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
	3-2 女性に対する暴力および性暴力の減少	女性性器切除（FGC）の撤廃	<ul style="list-style-type: none"> × 女児とその家族、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
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 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） 	<ul style="list-style-type: none"> 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
	3-3 男性の理解および参加の促進		<ul style="list-style-type: none"> 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
	3-4 女性の社会参加の促進と経済力の向上		<ul style="list-style-type: none"> 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
4. リプロダクティブヘルスの改善に対する体制整備	4-1 政治的コミットメントの確立	政策フレームワークの構築	<ul style="list-style-type: none"> × 国家戦略の策定 活動計画の策定
		保健財政の適正化	<ul style="list-style-type: none"> × 予算の拡大
	4-2 保健医療行政システムの強化	運営管理能力の向上	<ul style="list-style-type: none"> 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
		保健情報管理システムの整備	<ul style="list-style-type: none"> 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

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のほとんどない活動

リプロダクティブヘルスに対する効果的アプローチ概観（要約）

1. 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、世界中の男女一人一人の健康の増進に寄与するものである。

開発途上国のリプロダクティブヘルスを取り巻く現状は深刻であり、高い出生率に加え、妊産婦死亡率やエイズ罹患率など、多くの指標において先進国と比べて悪い状態となっている。その主な原因としては、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り、同分野において豊富な経験と技術を有しているわが国が、世界のリプロダクティブヘルスの改善に向けて協力を行う意義は大きい。

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、より具体的には、「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。また、「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」を指す。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」に統一した。

1.3 国際的援助動向

リプロダクティブヘルスの変遷のなかで、最も重要な会議は1994年カイロで開催された国際人口開発会議（カイロ会議）である。同会議では、179カ国の合意によりICPD/カイロ行動計画が採択され、「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、2000年9月の第55回国連総会（ミレニアム総会）で採択されたミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）においては、策定された8つの開発目標のうち4目標が、リプロダクティブヘルスに直接的に関連している。

1.4 わが国の援助動向

わが国が打ち出したリプロダクティブヘルスに関連するイニシアティブとしては、日米共同イニシアティブとして1993年7月に打ち出された日米コモンアジェンダ（地球的展望に立った協力のための共通課題）、1994年2月に人口・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て発表された「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ（GII）」、そして2000年7月の九州・沖縄サミットで打ち出された沖縄感染症対策イニシアティブなどがある。「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ（GII）」では、リプロダクティブヘルスやジェンダーの視点も含めた「包括的アプローチ」が採用され、1994年度から2000年度までの7年間に約50億米ドルの協力が行われた。

1.5 JICAの援助動向

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（本邦での

集団研修)」に始まり、1969年にはインドネシアで初のプロジェクト方式技術協力「家族計画プロジェクト」が開始された。その後、1980年代には家族計画と母子保健を統合したプロジェクトが、1994年以降はリプロダクティブヘルスの考え方を踏まえた多彩なプロジェクトが数多く実施された。2003年現在、9件のリプロダクティブヘルス関連プロジェクトを実施中である。

2. 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分野の協力目的

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、「人間の安全保障」の考え方にも合致している。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。したがって、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多くの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といえる。

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

ミレニアム開発目標達成に直接的に貢献し、最優先でかつ包括的に解決すべきリプロダクティブヘルスの主要課題を取りまとめて、「開発における主要なリプロダクティブヘルスの改善」として整理した。本開発戦略目標には、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つの中間目標が含まれる。これらの中間目標は、開発途上国、特に後発開発途上国において最優先で取り組むべきであるとともに、相互に関係性が深いことから包括的に解決を図っていくことが望まれる課題である。

妊産婦の健康の改善においては、出産時に焦点を当てた出産介助者の育成や緊急産科ケアの拡充に加え、妊娠中から産後までの継続的な出産ケア体制の整備が効果的と考えられる。また、望まない妊娠の低減のためには、家族計画サービス・ケアの普及と質の向上、そして避妊法・避妊具（薬）へのアクセスの改善が必要である。特に、家族計画サービス・ケアの推進においては、HIV/エイズ対策も含めて、思春期の若者を対象としたリプロダクティブヘルス・ケア（思春期リプロダクティブヘルス）を拡充していくことが望まれる。

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、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。JICAとしての協力実績は少ないが、ライフステージに応じた女性特有の疾病および健康障害への対策、不妊対策などが今後支援の必要とされる分野である。

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

リプロダクティブヘルス達成のためには保健分野からの取り組みだけでは十分でなく、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。「ジェンダー間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。それと同時に、女性のエンパワー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。

具体的なアプローチとしては、教育の機会が限られている女性への健康教育や保健サービス提供者へのジェンダー配慮研修などによる男女間の機会不均衡の解消や、女性性器切除（FGC）撤廃も含めた女性に対する暴力・性暴力への取り組みなどがある。さらに、男性の理解および参加の促進、女性の社会参加の促進や経済力の向上などについても、併せて取り組むことが望まれる。

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

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。特に、援助事業の持続性を考えると、既存の保健システム等について、体制整備やキャパシティ・デベロップメント（Capacity Development）を図っていくことも重要である。体制整備を進めるためには、政治的コミットメントの確立への支援とともに、中央・地方双方の保健行政官育成を含めた保健医療行政システムの運営管理能力の向上や、保健情報管理システムの整備などへの協力が挙げられる。

3. 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の改善

リプロダクティブヘルスを改善するためには、基礎教育とともに、最もミレニアム開発目標の達成に貢献するアプローチである。現在、JICA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%をわずかに超えた程度であるが、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是非とも必要である。

2) リプロダクティブヘルスに関する協力

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。

(2) JICAが重点とすべき取り組み

JICAが重点として取り組むべき課題は、次の3つである。

1) 妊産婦の健康の改善

継続的な妊娠・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。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、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。

2) 家族計画の推進

家族計画の推進は、人口問題の解決のみならず、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。

3) 思春期の若者に対するリプロダクティブヘルス・ケア

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。

また、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、重点地域の転換を図るべきである。

(3) 協力実施上の留意点

疾患別の縦断的アプローチによる選択的・集中的介入に重点を移すドナーが増える中で、JICAとしては、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を再評価し、世界に示していくことが必要である。

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、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。

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。

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継続的なフォローが必要である。

リプロダクティブヘルスの協力においては、とりわけ文化的配慮が必要である。

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。

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。

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。

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進める意義は大きい。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ことが含まれる。

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。

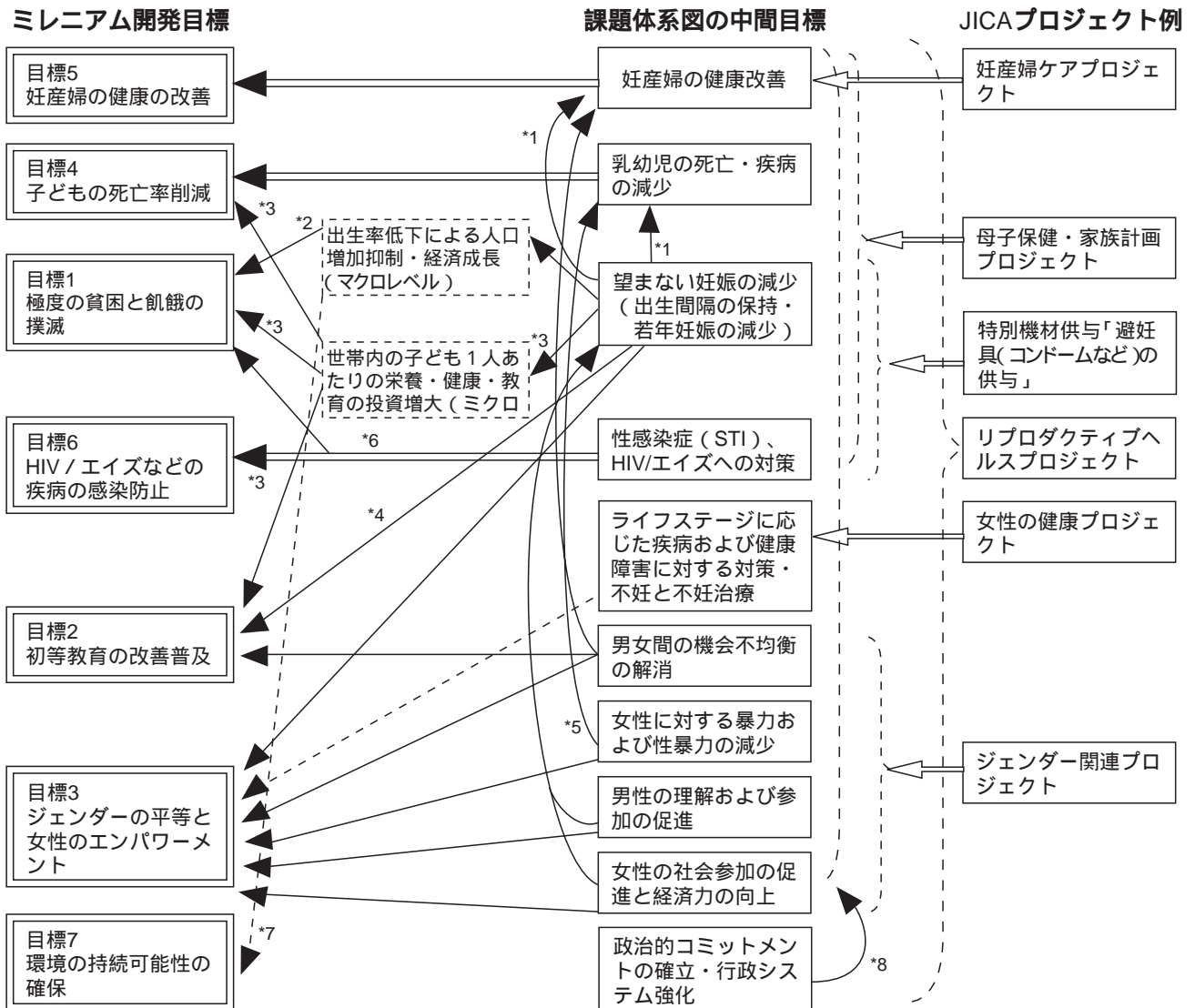
現在、世界が直面しているリプロダクティブヘルスや貧困の現状は表2-1のとおりである。開発援助におけるリプロダクティブヘルス分野の協力がその目的とするところは、開発途上国を中心に世界が抱えるこのような深刻な課題について、「性と生殖に関する健康」に関わる包括的な介入を通じて改善を図り、それによりミレニアム開発目標や「人間の安全保障」の実現にも貢献していくことなのである。

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。

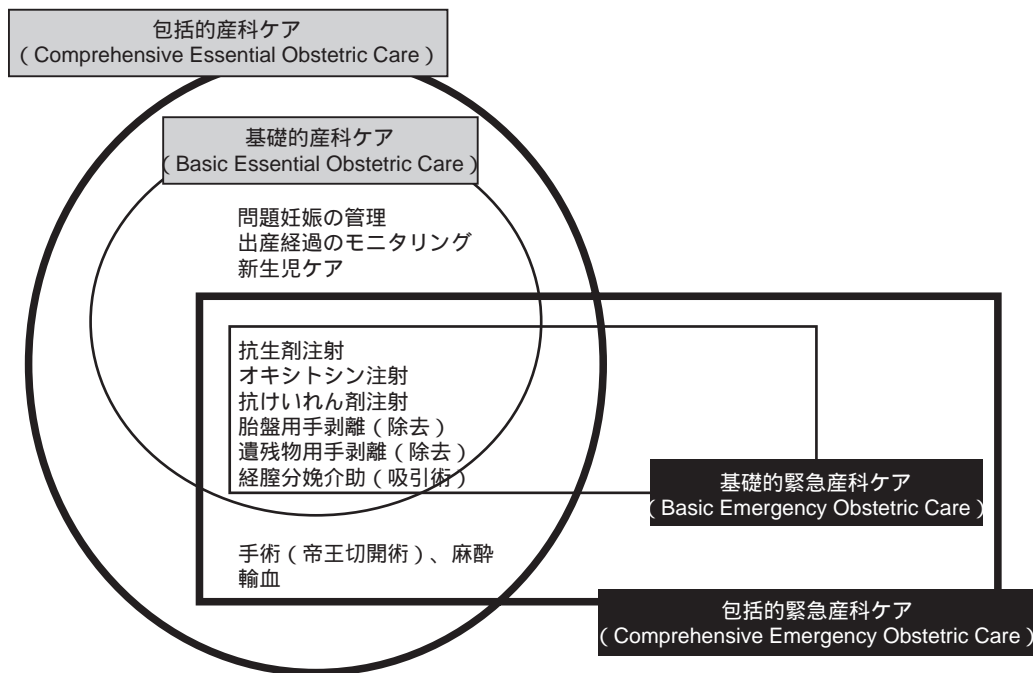
Box 2 - 1 妊産婦死亡率低減に向けた各アプローチの比較

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、人工破膜や会陰切開等、「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。

「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。

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。

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 母子保健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ORS1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ている。(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。

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

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

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求められる。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)

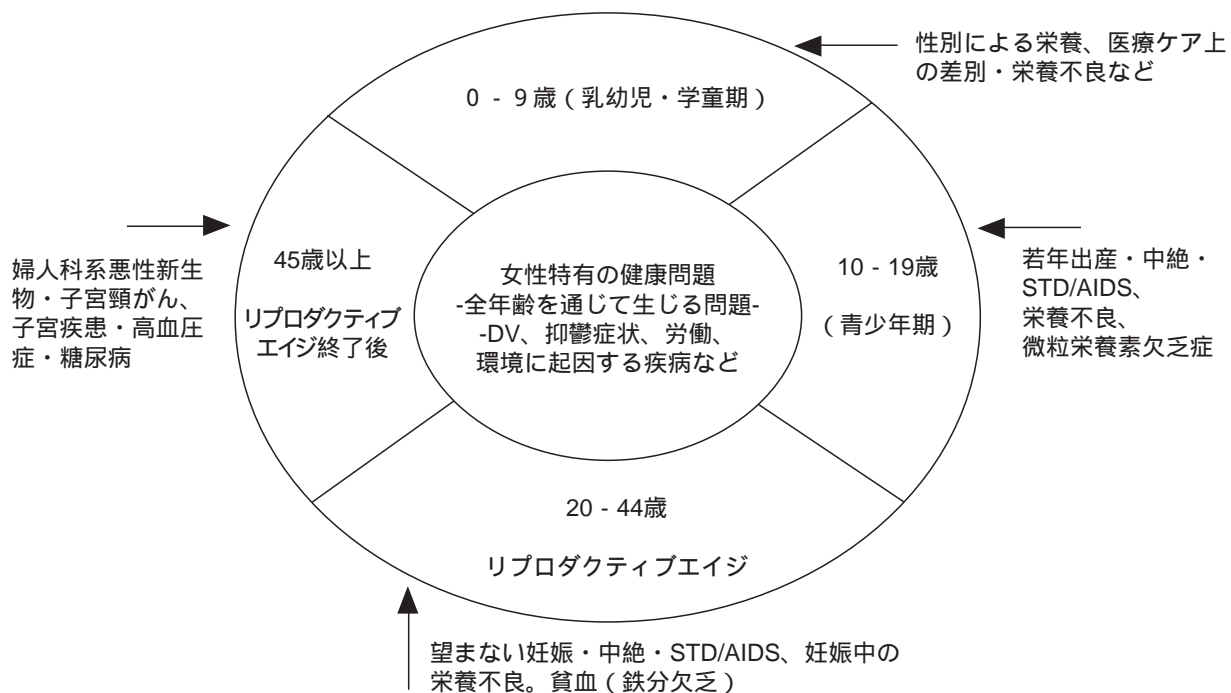
³² *ibid.* p.16

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>)

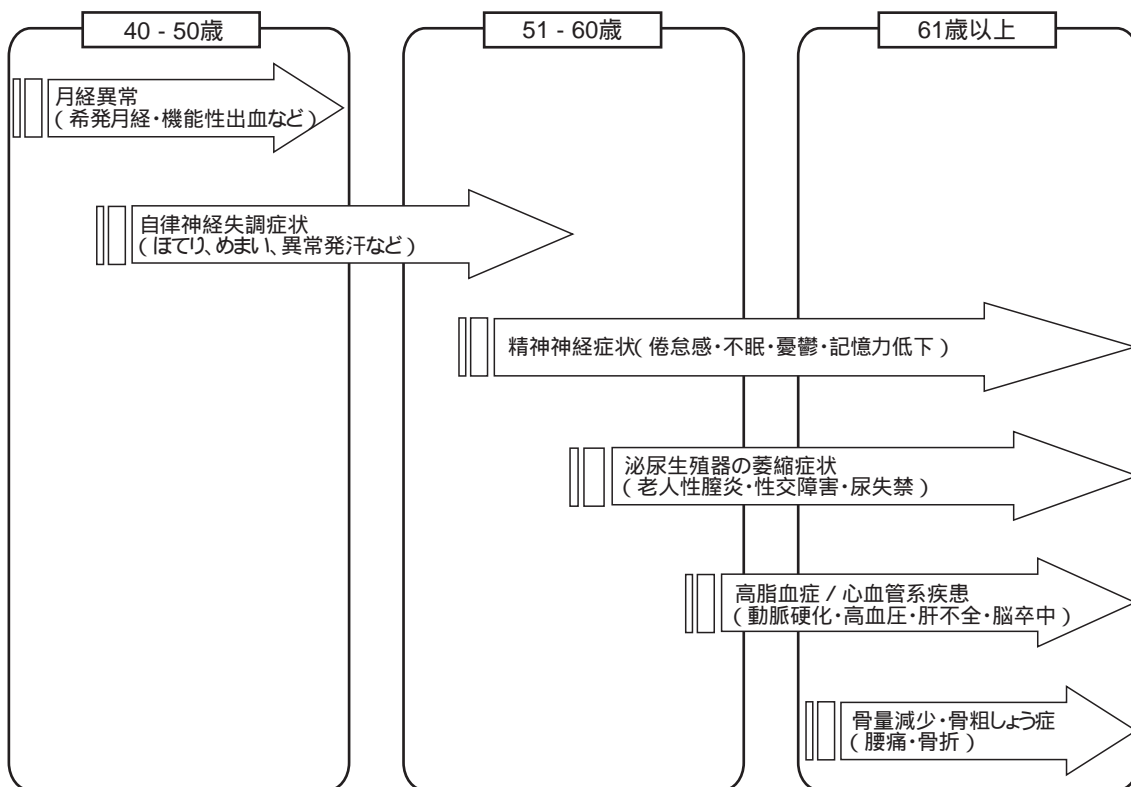
³⁵ Second World Assembly on Ageing, Madrid, 2002 (<http://www.un.org/ageing>) など現状、強化されるべき課題について議論されている。

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の数、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。

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。

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**

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拡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。

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

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

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いえば、**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。

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、

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。

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見ると、**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されている。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。

付録1．主な協力事例（リプロダクティブヘルス）

第2章で見てきたとおり、リプロダクティブヘルス分野の協力は開発途上国における「性と生殖に関する健康」を対象としており、その協力内容は別表（リプロダクティブヘルス関連案件リスト）のとおり多岐にわたっている。

協力形態としては、特にアジアや中近東などにおいて、**技術協力プロジェクトを中心に、無償資金協力やボランティア事業と連携してプログラム協力を進めるといった形態が最も多い**。これは、リプロダクティブヘルスに関する課題解決には、ソフト面の支援（人材育成やシステムづくり）とハード面の整備（産科ケア施設の整備や避妊具の供与など）の双方を組み合わせた取り組みが必要であることを表していると言える。

協力の展開の仕方としては、**モデル地域を選定し地域レベルでのモデルをつくり面的拡大や政策への反映を図っていくタイプと、拠点病院や研修センターを整備し、そこを拠点に人材育成を展開するタイプ**、といった大きく2つに分けられる。また、他セクターで見られるような、開発調査（政策提言やマスタープラン策定など）から技術協力に入るようなケースは概して少ない。リプロダクティブヘルスに特化した開発調査としては、唯一インドにてリプロダクティブヘルス支援計画調査が行われているが、同開発調査の提言を踏まえた事業の実施やJICAの協力はまだ具体化されておらず、開発調査スキームの有効性の検証は今後の課題である。

一方、サブサハラ・アフリカは協力のニーズが高いが、上記のようなプログラム型の協力実績は少ない。これまで、ケニア、ガーナを除くと、投入予算が小さいこともあり、現地のNGOへの委託型の事業（旧開発福祉支援事業）を小規模に行った例が幾つかある程度である。

次に、JICAのプロジェクト事例を、対象課題ごとに幾つかに分類し、アプローチの違いも踏まえ解説する。

1 - 1 地域展開型；モデル地域を選定し地域レベルでのモデルをつくり、面的拡大や政策への反映を図っていく（技術協力プロジェクト、資金協力、ボランティア事業など）

「フィリピン・家族計画・母子保健プロジェクト」や「ベトナム・リプロダクティブヘルスプロジェクト」などをはじめ、**多くのJICAプロジェクト**

トがこの形態である。

このタイプのプロジェクトでは、まずフェーズ において、人口数万～百数十万人程度の地域をモデル地域と選定し、その地域においてコミュニティレベルでの人材育成やシステムづくりなどを行っている。また、次のフェーズでは、フェーズ で得られた活動成果をモデルとし、より広範な地域に活動範囲の拡大を図りながら、政策への反映などもより積極的に取り組んでいる。この段階では、技術協力プロジェクトに加え、無償資金協力や草の根無償資金協力の活用や、青年海外協力隊、日本および現地のNGOとの連携事業など、**日本の様々な援助スキームをうまく組み合わせることによって面的拡大を図っているケースが多い。**「インドネシア・母子の健康手帳プロジェクト」のように、面的拡大を図る段階で世界銀行などの国際金融機関や現地NGOなど幅広くドナーを巻き込み、母子健康手帳活動の急速な普及を図った例もある。

「ベトナム・リプロダクティブヘルスプロジェクト」では、ゲアン省での草の根の活動の成果を基に政策への働きかけも行い、国家リプロダクティブヘルス10カ年計画へ反映させるなど、政策への介入にも成功している。また、「フィリピン家族計画・母子保健・プロジェクト」では、モデル地域での成果をもとに、国際機関が同国で進めているプログラムの要素も含めて全国普及のための研修モジュールの開発を進めており、完成すればフィリピン政府の全国展開の活動も支援する予定である。「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」では、フェーズ において、全国を対象に教育プログラムを展開するとともに、並行して仏語圏アフリカおよび中近東を対象とした第三国研修も2コース実施している。

このようなアプローチにおいて留意すべきことは、モデル地域での活動をモデルだけで終わらせないよう、政策への介入も併せて実施すること、面的拡大を図る段階ではあらゆる資金リソースの導入もうまく組み合わせて展開していくことである。また、計画段階においては、他地域への展開も考えてモデル地域での投入規模を過大しないこと、面的拡大に向けた資金の確保などについても検討していくことなどについて気をつけておくことが必要である。そのような観点より、次のBox A 1 - 1～Box A 1 - 6として載せた数件のプロジェクトは、今後の協力において参考となる事例である。

Box A 1 - 1 ベトナム・リプロダクティブヘルスプロジェクト (フェーズⅠ : 1997-2000、フェーズⅡ : 2000-2005)

ベトナム中央北部地域に位置するゲアン省で、「安全で清潔なお産」をテーマにした技術協力プロジェクトが実施されている。これは、もともと財団法人家族計画国際協力財団 (ジョイセフ) が行っていた住民参加型の活動から発展したものである。プロジェクト開始時のベトナムは、少ない国家予算は感染症対策や人口政策に優先され、母子保健分野の予算は少ない状況であった。ゲアン省19郡のうち8郡 (155万人) を対象地域として設定したフェーズⅠ (1997-2000) を経て、フェーズⅡ ではゲアン省全体 (295万人) に活動を広げている。

フェーズⅡ では、組織づくり、パッケージ援助、コミュンヘルスセンター (Commune Health Center: CHC) に対するモニタリングの実施の3つを基本的活動として行った。組織づくりでは、省・郡・コミュンの各行政単位にプロジェクトの運営委員会を設置し、プロジェクト推進・継続のための土台づくりを行った。パッケージ援助は、CHC助産スタッフの再教育、機器材・医薬品の供与、施設改善による協力であり、CHCにおける良質なサービスを実現した。これらの活動を運営委員会によるモニタリングによって確認することは、再教育の成果の確認と、運営委員会のモニタリング能力向上につながった。フェーズⅡ では、山岳地域を含むゲアン省全体へのプロジェクトの拡大とともに、活動内容の拡大 (人工妊娠中絶低減への取り組み、カウンセリング強化などを通じた家族計画サービスの向上、RTI調査の実施)、自立発展のためのキャパシティビルディング、女性連合との連携による地区組織活動の強化、クライアントフレンドリーサービスの確立、保健情報管理システム (Health Management Information System: HMIS) の整備などの新たな取り組みを行っている。

本プロジェクトの特徴を以下に述べる。

省・郡 (19郡)・コミュン (469コミュン) の各行政単位にプロジェクト運営委員会を設置することで、プロジェクトへのオーナーシップを深めるとともに、利用可能なリソースを有機的に生かすための組織体制づくりを図っている。

助産師の再教育、コミュンヘルスセンターへの機材供与、施設改善の3つのコンポーネントをパッケージとした協力をすべてのコミュンで実施した。

既存の組織である女性連合を中心とした保健教育活動の展開や、地区組織活動として日本の愛育班活動の活動を取り入れ、住民の参加を促進した。

それぞれの活動分野に対するパイロット郡を設定したうえで、各郡で重点活動における経験を蓄積していくと同時に郡レベルの指導者育成を行い、モデル郡から地域への拡大を図る戦略をとった。

コミュンレベルでのリプロダクティブヘルスサービスの改善に重点を置くと同時に (投入比: コミュン67%、郡26%、省7%)、国家リプロダクティブヘルス10カ年戦略への提言や、ベトナム北部31省に対する経験のシェアを目的としたセミナーの開催など、ゲアン省にとどまらない政策レベルへの働きかけを行っている。JOCVとの連携や、草の根無償資金協力によるコミュンレベルの施設改善を含む医療機材の供与などJICAのスキームを有効に活用している。

草の根で経験豊富なNGOであるジョイセフとの連携により、より効果的な協力が可能となっている。ジョイセフにはベトナム支援室が設置され、カウンターパート研修の受け入れや専門家派遣などの後方支援を委託している。

ベースライン調査を委託したNGOポピュレーション・カウンスル (Population Council: PC) により引き続き中間評価のための調査を委託した。評価5項目の視点からの評価に加え、PCで用いられているシチュエーション・アナリシスの手法でも調査が行われた。これは、従来JICAで行われている評価のための調査と比較して、評価の質や予算の面で優れているとの意見もある。終了時評価も引き続きPCに委託することを計画しているが、今後、評価の質の向上に向けて、JICAの評価手法と併せて現地のリソースの有効活用を考えていくことが必要である。

Box A 1 - 2 フィリピン・家族計画・母子保健プロジェクト（フェーズ 1：1992 - 1997、フェーズ 2：1997 - 2002）

フェーズ 1での第3地域（6州）の1州であるタラック州（90万人）における成果を、フェーズ 2では第3地域全域（690万人）に拡大した。プロジェクト目標は、当初「タラック州の母子保健プロジェクトで得られた成果の普及を通じて第3地域全州においてリプロダクティブヘルスの向上を図る」であったが、その後「プライマリー・ヘルスケア（PHC）およびリプロダクティブヘルスの改善を通じ、第3地域のパイロット地域においてリプロダクティブヘルスを含むPHCに対する意識が向上する」に変更された。これはプロジェクト実施プロセスにおいて、住民参加・住民組織活動支援を非常に重視したことから、保健活動のアプローチがリプロダクティブヘルスにとどまらない包括的PHCのアプローチをとったことを反映したことによる。主要な活動は以下のとおりである。

統合母子保健プログラム：母子保健センター支援、保健ボランティア育成、保健所職員訓練、妊産婦・乳幼児健診推進

リプロダクティブヘルス・プログラム：思春期ビデオ制作・普及、家族計画への男性の巻き込み、教材作成

住民組織活動支援プログラム：NGO連合体育成、回転資金薬局経営支援、村落共同薬局運営支援、人形劇活動、健康ビデオ政策・普及、洋裁による生計向上支援、簡易トイレ製作

本プロジェクトで特徴的な点を整理すると以下のとおりである。

第3地域6州を3名の長期専門家が3カ所の地域事務所に分かれて2州ずつを担当するゾーンディフェンス方式を採用し、効率的な活動管理・指導を行った。

PHCにおいて重要である住民参加に焦点を当てていることから、目標をある程度明確に設定したアプローチではなく、受益者のニーズに基づき、試行錯誤的に活動を行いながら最も効果的なアプローチを策定していく手法（ダイヤモンドサイドアプローチ）をとった。住民が独自の方法で生み出した活動もみられるなど、自立発展性において優れたアプローチであったといえる。

家族計画への男性の巻き込み事業として、「メールモティベーター」と呼ばれる男性保健ボランティアの養成を行った。研修を受講した男性が、地域の男性に働きかけることにより、通常家族計画・母子保健の教育活動から対象となりにくい男性に対しての積極的な働きかけがなされ、男性の家族計画や子育てへの参加が促進された。また、当初予想されていなかったインパクトとして、献血や衛生向上などの他の保健活動への男性の参加の向上もみられた。

面的拡大を図るプロセスにおいて、JICAの他のスキームの活用やNGOとの連携が行われた。無償資金協力による保健所の改修や青年海外協力隊との相互補完的かつ有機的な連携は、援助効率および効果を高めるうえで有効であった。またフィリピンで地方自治体法のなかで行政機構のなかに位置づけられているNGOとの連携、NGO連合体の育成などは自立発展性に寄与すると考えられる。

近隣諸国のJICAプロジェクト（インドネシア国家家族計画・母子保健プロジェクト、タイ国家家族計画プロジェクト）との技術交換や、フィリピン国内におけるジョイセフ・UNFPA連携で行われている人口分野のプロジェクト視察、カウンターパート研修におけるAMDPAの協力など、様々な組織と効果的に連携した。

Box A 1 - 3 インドネシア・母と子の健康手帳プロジェクト1998～2003

わが国は1989年から5年間にわたり中部ジャワ州をモデル地区として「家族計画・母子保健プロジェクト」を実施し、同プロジェクトでインドネシア版母子健康手帳が開発され、試行された。母子健康手帳が母親と子どもへの健康教育教材および保健サービス的手段として有効である成果を受け、1998年に、母子健康手帳活動をコンポーネントとした母子保健サービスの改善を目的とした本プロジェクトが開始された。

人口15万人の中部ジャワ州をモデル地区にして以来、インドネシア政府も母子健康手帳普及を国家プログラムとして取り組み、3年で総人口730万人に及び24州にまで普及拡大した。2001年、インドネシア政府は母子健康手帳を140万部配布したが、そのうち85万部が日本から、30万部が国際機関からの支援であった。また、母子健康手帳が普

及されただけではなく、母子健康手帳を基礎にした保健教育教材の開発や母子保健研修なども実施された。地域保健分野のJOCVがモニタリングに協力したり、専門家の配置されていない6州において母子健康手帳を活用しながら活動を実施したり、プロジェクトとJOCVの連携が高く評価された。

日本では母子健康手帳が使用されて50年以上経過しているが、本プロジェクトにおいては日本の母子健康手帳をモデルとしつつも、翻訳は一切使用していない。現地語を使用し、絵を多用し、地域の多様性に配慮した自国版/地域版を独自開発したものである。この母子健康手帳は、家族内に誰か字が読める人がいれば、母親は非識字者であっても母子健康手帳の意義は十分に理解し活用できるように工夫されている。

母子健康手帳の普及が急速に進んだ理由のひとつには、地方分権が進むなかで、地方政府の政策や制度構築にも積極的な働きかけを行ったことが挙げられる。その結果、地方政府が母子健康手帳の印刷代として独自に予算を確保したり、北スラウェシ州で受益者負担制度が導入されるなど20都市以上で利用者から料金を徴収するシステムが構築されたりしている。また、二国間援助機関、国際機関、NGOなど他機関との連携を重視した結果、広域での配布が可能となった。例えば、1996年からはUNFPAとの連携の下、「人口・家族計画特別機材供与」スキームが適用され、世界銀行の地域保健/栄養プロジェクトとあわせて、中部ジャワ州での活動がカバーされた。プロジェクトの後半の時点では、8つ以上の国際援助期間やNGOが母子健康手帳活動に参加している。

本プロジェクトでは、日本の経験を活かしながら途上国に応用していく過程で、日本側も多くを学んだ。例えば、インドネシアで行った質問票にヒントを得て、日本での母子健康手帳の利用者に対する調査を50年ぶりに実施している。

Box A1 - 4 ヨルダン・家族計画・WID（フェーズⅠ：1997-2000、フェーズⅡ：2000-2003）

人口問題は、今までは人口を減らすことが主眼とされ、政府の政策・キャンペーンのようなマクロのアプローチで解決できるものと考えられていた。ところが、1994年にカイロで開催された国際人口開発会議において、人口問題は男女一人一人の意思と選択を配慮した、より人間性に富んだ方法で論じる必要がある、という新しい方向性が示された。その結果、リプロダクティブヘルスと女性のエンパワーメントという2つの概念が提示され、これらは、今後20年間の人口問題を考える上での作業概念として、参加国からの支持を概ね得ることに成功した。これから述べるヨルダン・家族計画・WIDプロジェクトは、この2つの概念を基に、コミュニティレベルで家族計画の実践を試みたものである。

ヨルダン・家族計画・WIDプロジェクトは、ヨルダン・ハシミテ王国にて、より多くの女性が望まない妊娠を防ぐために家族計画を実践することを目指した。そのために、上記に述べた女性のエンパワーメントとリプロダクティブヘルスの概念を包括したいわゆる包括的アプローチを使った。アラブ圏において、上記2つの概念は、文化的・社会的にも繊細なテーマである。しかし、あえてこれらを包括的アプローチで取り組んだことにより、同プロジェクトは現在に至るまで同王国における先駆的なプロジェクトと評価されている。

プロジェクトはフェーズⅠ（1997年7月～2000年6月）およびフェーズⅡ（2000年7月～2003年6月）にわたって実施され、直接的な対象者は15歳から49歳までの既婚女性とその配偶者とされた。第1フェーズでは、ヨルダン・ハシミテ王国の南部地域に位置するカラク県南ゴール郡を対象地域とした（人口3万人強）。第2フェーズでは、重点地域は、南ゴール郡を除いたカラク県の郡の中心都市とその周辺地域へと移った（人口約17万人）。しかし、南ゴール郡はフォローアップ地域と位置づけられ、小規模ながらも活動は継続された。

活動は3つの柱で構成されている。第1の柱は、IEC（Information, Education, Communication）プログラムで、女性のエンパワーメントを主眼としたジェンダーと家族計画/リプロダクティブヘルス（家族計画を焦点に当てたりプロダクティブヘルス）について、対象住民の意識変化、態度変容、行動変容を促すことを目的とした。第2の柱は、保健省母子保健センターで勤務する医療スタッフの訓練と医療器材供与を通しての母子保健センターへの支援である。第3の柱は、女性を対象とした小規模収入創出活動である。これらの関係であるが、第1と第2の柱は、住民にジェンダーと家族計画/リプロダクティブヘルスの行動変容を促すための基盤づくり的役割を担い、もうひと

つの柱である収入創出活動は、IECプログラムを後押しする「活性剤」的役割を担った。したがって、収入創出活動の受益者は、優先的に本プロジェクトのIECプログラムに参加してもらうよう促した。この融和的な対処は、包括的アプローチにとって必要不可欠である。

結論として、包括的アプローチの全体的な成果はどうであったか。その成果を測定する指標として、同プロジェクトでは現実的に測定可能な男女の近代避妊具新規使用者数を採用した。その結果、カラク全県の近代避妊具新規使用者数は近年減少しているにもかかわらず、フェーズ の対象地域であった南ゴール郡の近代避妊具新規使用者数は、プロジェクトが開始された1997年の7月以来順調に増加した。南ゴール郡を含むいわゆるカラク県のプロジェクト対象全域をみても、2000年7月以来、その数は増加した。カラク県には、同プロジェクトと同時進行する形で実施されたリプロダクティブヘルス関連のプロジェクトがないことから、近代避妊具新規使用者数の増加はプロジェクトの活動成果と考えられる。

上記プロジェクト終了直後に、その成果をもとに、2つの新しい地域展開型活動が開始された。ひとつは、プロジェクトと同じカラク県を対象に、プロジェクトの活動を継続する形で実施された草の根技術協力（旧開発福祉支援事業）であり、もうひとつは、アラブ地域におけるジェンダーとリプロダクティブヘルスのアドボカシーを目指した第三国研修である。さらに、現在は、プロジェクトの教訓と経験に基づく「カラクモデル」をヨルダンの他県にも幅広く適用すべく検討している段階である。

Box A 1 - 5 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1999～2004

中東イスラム諸国では家族計画の普及が遅れがちで人口増加率の高い国が多い。そのなかにあって、チュニジアは唯一世界平均の1.2%を下回る実績（1.1%）を誇る家族計画普及の成功国として知られている。

チュニジア国家家族人口公団（Office Nationale de la Famille et de la Population: ONFP）はIPPF（国際家族計画連盟）と緊密に連携してチュニジアの家族計画活動を展開してきた機関である。JICAはそのONFPをカウンターパート機関として、家族計画に関するIEC教材（特に視聴覚教材）製作協力を1993年から5年間実施した（「人口教育促進プロジェクト」）。

この間、1994年にはカイロ国際人口開発会議にてリプロダクティブヘルス行動計画が採択されたことに伴い、チュニジア政府は家族計画事業を人口増加への対策という観点のみならず、より広くリプロダクティブヘルスの一環として位置づけ直し、女性の健康や青少年の性に関する活動を強化すること決定した。特にチュニスやスファックスなどの大都市での青少年の性意識の変化から、青少年層のリプロダクティブヘルス対策が重要な課題と認識され始めた。

こうした背景から1999年よりフェーズ として青少年層対象のリプロダクティブヘルス推進を目的とした「リプロダクティブヘルス教育強化プロジェクト」を開始した。本プロジェクトでは、青少年に対する性とリプロダクティブヘルスに関するIEC活動強化を通じたONFPの組織強化を目指している。つまり、これまでは既婚女性をターゲットとする家族計画普及機関であったONFPが、これからは若者の男性、女性を対象にした思春期リプロダクティブヘルス問題にも対応できる機関に変わる、そのための支援を行おうというものである。

プロジェクトの主な活動は印刷機材の供与に伴う技術指導、教材開発・製作、スタッフ意識強化研修、指導者育成研修である。2003年末までにプロジェクトが製作した視聴覚教材2セット（望まない妊娠をテーマとした「アミーナ」、男の子の第2次性徴^{*}やセクシュアリティをテーマとした「セリム」）やビジュアル性の高い性教育シートなどいずれも好評で、ONFPの全国クリニックに配布されている。また、2004年3月には「若者の広場 Espace des Jeunes」という名のチュニジア初の（公式）思春期相談室がピゼルテ支部（チュニスから1時間）に開設され、思春期リプロダクティブヘルスのサービス提供拠点としてモデルとなることが期待されている。

なお今期プロジェクトと並行し、仏語圏アフリカ・中近東地域を対象とした南南協力として、ONFP国際研修センターにてリプロダクティブヘルス分野の第三国研修が2コース実施されている。2コースのうちひとつは前プロジェクトの成果である視聴覚教材制作技術の移転を目的としており、もうひとつのコースはリプロダクティブヘルスIEC活動を内容とした研修となっている。

*第2次性徴 (secondary sexual character) : 思春期以降に性ホルモンの作用の差によって生ずる男女それぞれの特徴をいう。女子では月経の始まりや乳房の発育、男性ではひげの発生や声がわりなど。

Box A 1 - 6 メキシコ・女性の健康プロジェクト1999～2004

このプロジェクトは、JICAによってメキシコの保健省子宮がん予防対策局およびベラクルス州保健局 (SESV) をカウンターパートとして、ベラクルス州において子宮癌検診の受診率向上と細胞診診断システムの改善のために実施されているプロジェクトである。

メキシコでは婦人科系悪性新生物による死亡が大きな問題となっており、なかでも子宮頸がんは同国の25歳以上の女性の死亡件数では第3位となっていた (1995年)。そのため同国保健省は子宮頸がん対策をリプロダクティブヘルス分野の最重要課題と位置づけており、女性の子宮頸がんに対する知識の不足、および子宮頸がんの早期発見に必要な細胞診診断システムの未整備 (人材および機材の不足) の改善を急務の課題としていた。これを受け、わが国はベラクルス州をモデル地域として、子宮頸がんによる女性の死亡の減少、子宮頸がん検診を主体的に受信する女性の数の増加、細胞診診断部門のサービスの質向上などを目的としたプロジェクトを開始することとした。これらの目的を達成するためにプロジェクトは子宮頸がんに関するサーベイランスの実施や住民レベルの啓蒙および教育、医療従事者の研修、細胞診診断の技術の向上などを通じた支援を実施してきた。

健康教育活動で子宮頸がんに関心が高まった活動が受診者数増加に結びつき、細胞診診断は染色指導などによる標本の質の向上で検査の精度と検査速度の改善に貢献した。また細胞診診断士の養成により医療従事者のキャパシティ・デベロップメントが図られた。他方、従来検査結果の郵送システムが不十分であったこともあり、受診後3 - 6カ月かかっていたものが、プロジェクトによって3週間に短縮された。これらの結果、早期発見数も増加した。また子宮頸がん対策についてはメキシコ側も3年間で予算を10倍に増加するなど取り組みを強化し、ベラクルスがメキシコの細胞診診断のメッカとなることが期待されている。

なお、現在のプロジェクト終了後については、この成果を他州、周辺国に広めるべく、同州に南部6州の医療関係者を集めての国内研修、周辺国を対象とした第三国研修などの実施を検討中である。

1 - 2 拠点施設での人材育成 ; 拠点病院などを強化しそこを拠点に人材育成を展開する (無償資金協力、技術協力プロジェクト)

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、カンボジア母子保健プロジェクトなどは、研修機能を持つトップレファラル病院などを整備し、そこを拠点に人材育成を行っていくアプローチを採っている。拠点病院や研修センターを無償資金協力により整備するとともにカウンターパートに技術移転を行い、そこを拠点に地域で活動している医療従事者などの教育を行うアプローチである。緊急産科ケアのための助産技

術など、ある程度高度な医療技術に係る人材育成はこのような形態をとる場合が多い。

本アプローチは、拠点病院だけの整備が進み、地方の保健医療状況の改善に貢献しないとといった格差拡大につながる危険性もはらんでいるため、**地方（プライマリー・ヘルスケア（PHC）レベル）の状況を十分に踏まえて慎重に進めていくことが必要**である。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、プロジェクト後半より、研修生のフォローアップとして地域の状況を調査し研修にフィードバックするとともに、並行してNGO連携で実施している地域展開型プロジェクトと連携を強化するなどして、PHCレベルの母子保健改善に貢献できるよう努めている。

カンボジア母子保健プロジェクトでは、フェーズ 2 でカウンターパート機関である国立母子保健センターがトップレファラル病院および研修センターとして確立したため、フェーズ 3 では、同センターの機能の更なる強化とともに、地方のヘルスセンターの母子保健能力向上のための活動や、保健政策への関与などについても積極的に協力を展開している。また、同プロジェクトは、JICAが並行して実施している人口家族計画特別機材供与の機材選定やモニタリングなどへ技術的アドバイスを行っているほか、HIV/エイズの母子感染防止など新たな取り組みについても主導的役割を果たしている。

以上の例のように、このタイプの協力においては、トップレファラル病院や研修センター内だけに活動をとどめず、地方へ積極的に展開するとともに、他スキームの活用に係るマネジメントや政策への介入についても併せて実施していくことが望まれる。

Box A 1 - 7 バングラデシュ・リプロダクティブヘルス人材開発

本プロジェクトは、無償資金協力による母子保健研修所（Maternal and Child Health Training Institute: MCHTI）の改築と併せて、1999年9月より技術協力プロジェクトを開始した。「ニーズに応じた研修を通じて、母子保健サービス提供者が果たすべき役割を正しく認識し、実践できる能力を身につける」とのプロジェクト目標のもと、プロジェクト前半期には、同研修所の臨床機能の強化を重点としつつ、研修部門の立ち上げと研修実施機関としての機能強化、研修機関のネットワークに係る活動を行った。

プロジェクト中間時点までに、臨床面では、24時間産科救急ケアの提供や新生児ケアの提供が可能となり、また臨床検査部門と超音波診断部門が確立されるなど技術移転の成果が見られ、また研修部門では、家庭福祉訪問員（Family Welfare Visitor: FWV）などを対象として助産技術や産科救急ケアの研修を実施するとともに、研修後のモニタリングを実施するなどの活動が行われた。

しかし、研修後のモニタリングを行った結果、予算・資機材の不足や施設の不備、制度としてFWVが施設分娩を介助する環境が未整備であったことから、地域に戻った研修生が、必ずしも習得した技術を活用できているとは限らないことが判明した（FWVによっては個人的に自宅分娩介助を行っている例はある）。そのため、プロジェクト後半からは、ナルシンディ県ショルド郡をモデル地域と設定し、地域に戻った研修修了者が業務のなかで研修成果を発揮できるよう、現状調査ののち妊産婦の継続的ケアのための妊産婦リスト作りやレファラルシステムの促進な

どの活動を行うなど、地域での取り組みも並行して実施することとした。これらの試みは、バングラデシュの保健政策自体が移行期であることから、必ずしも順調に進んでいるわけではないが、FWVたちの認識は少しずつ変わりがつとつあると評価できる。

一方、バングラデシュにおいては、保健部門と家族計画部門の統合を含んだ保健人口セクタープログラム（HPSP）という大きな保健制度改革のなかで、家族計画局に所属するMCHTIの位置づけも改善される予定であったが、両部門の統合はうまくいかず、MCHTIの位置づけも思うようにならなかった。現在、バングラデシュ政府により次期5カ年のセクタープログラムの作成が進んでいるが、その動向次第では地方における保健や家族計画のシステム等も変わっていく可能性があり、MCHTIの位置づけや研修すべき対象なども流動的な状況である。

以上のような状況を踏まえ、現在実施中のプロジェクトの後継案件については、MCHTIでの活動にとらわれず、より地域に展開するプロジェクトとするとともに、政策レベルとの連携も図っていく方向を検討中である。具体的には、JICAが同じ時期にナルシンディ県およびフェニ県で財団法人家族計画国際協力財団（ジョイセフ）と実施してきた地域展開型の開発パートナー事業などの活動を取り込み、コミュニティレベル、郡・県レベルでのシステムづくりに重点を移していく予定である。また、政策レベルにおいては、人口保健アドバイザーを派遣し、セクタープログラムへ関与するとともに、JICAプロジェクトの効果を高めるための働きかけも行う予定である。特に、バングラデシュで進んでいるセクターワイドプログラムアプローチ（SWAPs）やコモンバスケットなどの動きに日本・JICAがどのようなポジションをとっていくのか、同アドバイザーの役割が期待されることである。

なお、本プロジェクトにおいては、無償資金協力と技術協力の連携に関わる課題も提起されている。技術協力プロジェクトに先んじて無償資金協力が行われたが、プロジェクト専門家からは、施設のレイアウトや医療器材の問題が指摘されている。小型医療機器や医療器具などは技術協力プロジェクトが開始されてから使用目的に併せて購入すべきという指摘があり、今後の教訓とすべきである。

1 - 3 計画策定型；マスタープランや事業計画を策定し、その計画に基づいて技術協力を展開していく（開発調査、政策アドバイザー、技術協力プロジェクト）

JICAでは、保健セクター全体に関する開発調査や政策アドバイザー派遣の例は多いが、リプロダクティブヘルス分野に限定して政策提言やマスタープランを行った例は少ない。開発調査でリプロダクティブヘルスのマスタープランを策定した例としては、唯一インドで実施した例があるが、同調査に基づいた事業の展開やJICAの介入はこれから検討される予定であり、係るアプローチの有効性も今後検証される予定である。

リプロダクティブヘルス分野でも、基本的なベースライン調査や長期的戦略の策定を早い段階で行うことが重要と考えられる。現行の開発調査ほどの投入が必要かどうかは検討が必要であるが、今後長期的にプログラムを展開する予定の国に対しては、そのような調査から介入していくアプローチも検討が望まれる。

また、保健省を対象とした保健セクターのマスタープランや保健制度改革に係る開発調査は数件実績があるが、それらの調査をもとにリプロダク

ティブヘルスの事業が展開された例はほとんどないのが現状である。これはリプロダクティブヘルスが保健セクター内にとどまらない部門横断的な計画を必要とすることによると考えられるが、今後は、保健セクターの調査を行う際にリプロダクティブヘルスをどのように入れ込んでいくか、検討を行う必要がある。

Box A 1 - 8 インド・リプロダクティブヘルス支援計画調査2000～2002

インド北部に位置するマディヤプラデシュ（Madhya Pradesh）州のサーガルディヴィジョン（Sagar Division）を対象とした女性の保健、栄養、衛生、教育、労働環境などに関する現状分析を行ったと同時に、既存の政府プログラム・レビューを行い、ディストリクト・マスタープランの策定を行った。マディヤプラデシュ州は同国内で妊産婦死亡率が最も高く、中央政府による母性保護（Safe Motherhood）プログラム対象優先地域となっている。インド国内でも女性の健康指標、社会開発指標が特に低い州である。調査・分析の結果、これらの低指標の原因と考えられるものとして次の4つが挙げられる。

- ・リプロダクティブヘルスと乳幼児保健（Reproductive and Child Health: RCH）サービス供給システムにおける障害
- ・一般住民のRCHへの知識および認識の低さ、行動変容の欠如
- ・社会的・文化的要因
- ・保健行政機関および自治体の行政マネジメント能力の低さ

上位目標を「対象地区の人口の安定化に貢献しつつ、RCHを通じてすべての女性と子どもの健康状態を改善する」とし、マスタープランとして5つの優先プロジェクトが策定され、県郡州へと展開していくアクションプランを策定した。

同開発調査の提言は、今後インド政府によって実現されていく予定であるが、JICAにも専門家派遣を中心とした技術協力プロジェクトの要請が出されている。今後、同専門家の派遣を手始めに、開発調査の提言の実現化に向けた協力についても、実施を検討中である。

1 - 4 NGOを活用した小規模プロジェクト（NGO委託型事業：旧開発パートナー、旧開発福祉支援）

アジアや中近東においては、上記1 - 1～1 - 2のように複数のスキームを活用してプログラム協力を展開している例が多いが、サブサハラ・アフリカに対しては、ニーズが高いにもかかわらず、投入総額が少ないことからそのような形態の協力は少ない。また、サブサハラ・アフリカで活躍する日本人専門家の確保が難しい状況もあり、技術協力プロジェクトも少ないのが現状である。

そのような中で、現地のNGOを活用したプロジェクトが何件か実施されている。日本人専門家の確保が困難な場合は、現地において長く活躍している国際NGOや現地のNGOを活用した小規模プロジェクトを手始めとするのもひとつの方法である。タンザニア、ジンバブエ、ザンビアなどで、NGOを活用したプロジェクト（旧開発福祉支援）の実績がある。

Box A 1 - 9 ジンバブエ・ザンベジ河流域における青少年のためのリプロダクティブヘルス・ケア (旧開発福祉支援事業) 2000 ~ 2003

ジンバブエでは、15歳以上の人口のHIV感染率は20%以上とされている。HIV/エイズの蔓延は、単なる保健医療の問題ではなく社会経済に大きな影響を与えることが認識されており、1996-2000年までの開発政策の指針であるZIMPREST (Zimbabwe Programme for Economical Social Transformation) でも重要分野のひとつであった。また、HIV/エイズ/STD対策中期計画 (1994-98) のレビューでは、今後の課題として、マルチ・セクトラルな連携、教育カリキュラムへの取り込み、IECプログラム、性的行動パターン変容の促進などが挙げられている。ザンビアとの国境地帯で少数部族であるトンガ族の集落ピンガ・カリバ地区では、漁業が盛んであり、漁業産業従事者などの外部からの参入も多く、さらに十分な感染症教育が不足しているため、HIV/エイズのリスクをさらに高くしている。

本プロジェクトは、以上の現状を踏まえ、旧開発福祉支援事業のスキームにて、ピンガ・カリバ地区で長年の協力経験を有する国際NGO「Save the Children Fund (UK)」を支援する形で行われた。プロジェクト地域でHIV感染のリスクにさらされている青年層自身による互いの啓発活動により、意識向上、性的行動パターンの変化を目指すとともに、青年層がアクセスしやすいリプロダクティブヘルス・ケアを強化・改善することを目的としている。特に、これまでの成人から青年に対するレクチャー方式ではなく、青年間の相互啓蒙教育により、青年らがより教育内容を受け入れやすくするという新しいアプローチを試みるものであり、モデル事業としての意義が高いとの評価により採択されたものである。

本プロジェクトの活動は、マラリア対策、HIV/エイズ・STI対策、水供給・衛生活動の3分野であるが、特にHIV/エイズ・STI対策においては、青少年に対し学校内と学校外 (学校に通っていない子ども対象) の2本立てでピア・エデュケーション活動を実施した。学校内では、Health Master (保健担当教師) の指導のもとヘルス・クラブが組織され、子どもたちが演劇や歌、ダンスを通じてHIV/エイズ・STDについて知識を広め行動変容につなげることを目指した。また、学校外では10代半ばの青年が中心となり Out of School Youth Club を組織し、やはり演劇などを通じて啓蒙活動を行った。

協力期間半ばに行われたジンバブエの大統領選挙による与野党の政治的対立のあおりで、ディストリクト・オフィスのサポートが受けられなくなり、そのためピア・エデュケーション活動にも制限がかかり、プロジェクト期間後半では活動が停滞した。また、NGO側にも担当者の交代などによる支援の遅れがあり、係る外部条件の影響で最終的には必ずしも大成功したプロジェクトとはいえない結果となったが、現地に根づいた国際的NGOを活用したピア・エデュケーション活動により行動変容を促すプロジェクトとして、その手法は今後他地域でも参考になると思われる。

1 - 5 国際機関連携による機材供与プログラム (特別機材供与)

JICAには、各国際機関との協調のもと機材供与のみを行っている事業もある。この特別機材供与事業は、JICAでは保健医療分野のみにあるスキームであり、ポリオ対策や予防接種などの感染症対策、エイズ対策、人口家族計画などの分野で実施している。

人口家族計画特別機材供与は、UNFPAとの連携によって進められており、避妊具 (薬) や基礎的分娩介助機材など200万円を上限に機材供与を行っている。本スキームでは、モニタリングや技術指導などを国際機関に任せているケースも多いが、今後は技術協力プロジェクトと一層連携を図

っていくことが必要と考えられる。特に、技術協力プロジェクトのみでは面的な広がりや継続的なフォローアップに限界があるところ、本機材供与プログラムと技術協力プロジェクトを有機的に連携させることにより、プログラムとしての協力を推し進めていくことが望まれる。

Box A 1 - 10 カンボジア2001～2003、ラオス1995（97～99を除く）～2003・人口家族計画特別機材供与

カンボジア、ラオスではUNFPAと連携した人口家族計画特別機材供与を実施しており、両国とも毎年約1500万円相当の予算が機材の購入・輸送費に割り当てられている。

カンボジアでは2001年より機材供与が開始され、リプロダクティブヘルス広報教育用機材としてマギーエプロンやマグネット式の教材模型、ヘルスセンター向けの基礎的分娩介助機材などが供与されている。機材の選定にあたっては、既存の技術協力プロジェクト（母子保健プロジェクトフェーズ）の意見も取り入れ、供与された機材が有効活用できるよう適宜技術的な指導やアドバイスも行っている。

ラオスの機材供与事業は1995年から開始され、経口避妊薬や分娩介助機材、小規模手術セットなどが郡病院、ヘルスセンターレベルまで配布されている。経口避妊薬についてはUNFPAが現地で服用方法に関する研修を行っており、JICAによる薬剤供与と連携を図っている。

次はリプロダクティブヘルス分野における主たる事業と協力形態について整理を行ったものである。既存の協力（プロジェクト方式技術協力、無償資金協力、開発福祉支援ほか）を分類し、その特徴について解説を試みるとともに、案件リスト（別表「リプロダクティブヘルス関連案件リスト」参照）として過去の事例を取りまとめた。なお、国順はUNFPAの地域区分¹を参照している。サブサハラ・アフリカ、アラブ諸国、アジア・太平洋、中南米・カリブ、東欧・旧ソ連諸国（移行経済圏）の5地域をそれぞれアルファベット順に並べたものである。

¹ UNFPA (<http://www.unfpa.org/worldwide/>)

別表 リプロダクティブヘルス関連案件リスト

No.	国名	案件名	期間	形態	中間目標	特徴
1. プロジェクト方式技術協力（プロ技）（1960～2002）						
1	ガーナ	母子保健医療サービス向上計画	1997.06～2002.05	プロ技	1-1 1-2	同国の保健医療従事者人材養成計画の見直し、再訓練制度（インサービストレーニング）の構築・強化を図った。
2	ケニア	人口教育促進	1988.12～1993.12	プロ技	1-3	「望ましい家族規模に関する価値観」に改革をもたらすことを目指したIEC活動の強化、教育用メディアの開発・製作を行った。
3		人口教育促進フェーズ	1993.12～1998.12	プロ技	1-3	マルチメディアにより人口関連の情報を普及させ生活改善と家族計画を促進することを目標にした。モデルコミュニティでのIEC活動とサービスデリバリー・コミュニティ活動との統合や低価格・手作り教材の利用促進の援助を実施した。
4	タンザニア	母子保健	1994.12～2001.11	プロ技	1-1 1-2	母子疾病率、死亡率を低下させることを目的にムヒンピリメディカルセンター（MMC）小児科レベル向上、同センターのEPI疾患ウイルス学的診断能力向上、タンガ州（モデル地区）での母子保健活動強化を支援した。
5	ザンビア	エイズ及び結核対策	2001.03～2006.03	プロ技	1-4	HIV/エイズおよび結核サーベイランスに関する中央検査室での検査技術の向上。HIVの遺伝的特徴・薬剤耐性の調査。HIV/エイズ/結核ワーキンググループなどでの定期的な運営会議の実施。IPPF加盟のザンビア家族計画協会との連携。
6	エジプト	家族計画・母子保健	1989.09～1994.03	プロ技	1-1 1-2 1-3	農村地域での家族計画の普及と改善、検診車を使つての妊産婦診療技術向上や広報活動を実施した。
7	ヨルダン	家族計画・WID（フェーズ）	1997.07～2000.06	プロ技	1-1 1-2 1-3 3-3 3-4	カラク県南ゴール郡地域での家族計画実践促進のため、住民組織の機能強化、母子保健サービスの強化、収入創出活動を通じた女性の地位向上を図った。WID配慮、農村女性のエンパワメント、男性の家族計画への参加促進、現地NGOとの連携など、総合的な家族計画アプローチを実施。
8		家族計画・WID（フェーズ）	2000.07～2003.06	プロ技	1-3 3-4	フェーズの成果を受け、対象地域をカラク県全域に拡大し、家族計画実践促進のため、住民集会や家庭訪問による情報提供、住民組織の機能強化、母子保健サービスの強化、山羊の飼育や養蜂など収入創出活動を通じた女性の地位向上を推進した。
9	トルコ	人口教育促進	1988.11～1993.11	プロ技	1-3	家族計画推進のためのラジオや学校教材を通じたIEC活動の実施、およびIECパイロットセンターの活動支援に関わる協力を行った。第三国研修へ発展した。
10		人口教育促進フェーズ	1993.11～1998.11	プロ技	1-3	フェーズでの視聴覚教材をもとに、地域ニーズに基づくIEC活動・教材開発・研修をブルサおよび東部トルコの2地域において実施した。
11	チュニジア	人口教育促進	1993.03～1999.03	プロ技	1-3	避妊実行率向上のためのIEC活動の強化を実施した。主な活動は、ベースラインサーベイ、ビデオ機器の供与・操作・管理用トレーニング、教材の製作など。
12		リプロダクティブヘルス教育強化	1999.09～2004.09	プロ技	1-3 1-4	地方における家族計画の遅れがある一方、都市部において青少年期を中心としたリプロダクティブヘルス向上が大きな課題となっている。青少年に対するリプロダクティブヘルス教育活動に焦点を置いたIEC活動を実施した。
13	バングラデシュ	家族計画	1976.03～1985.03	プロ技	1-1 1-2 1-3	ダッカ近郊のDND地域（Dacca-Narayangaji Demura）をモデルとして、家族計画啓発教育、広報活動、フィールドワーカーへの教育訓練、母子保健活動の3者を通じて、家族計画普及活動を実施した。
14		リプロダクティブヘルス人材開発	1999.09～2004.08	プロ技	1-1 1-2	2000年に無償資金協力で完工した母子保健研修所（MCHTI）等の臨床および研修機能の強化。また、母子保健医療従事者の人材養成。USAIDおよびGTZとの連携あり。
15	カンボジア	母子保健	1995.04～2000.03	プロ技	1-1 1-2	国立母子保健センター改修に対する無償資金協力でセンターの医療従事者への教育（管理運営能力向上、研修活動強化、診断・治療能力向上）。
16		母子保健（フェーズ）	2000.04～2005.03	プロ技	1-1 1-2	国立母子保健センターのトップレファラル病院および研修センターとしての機能が強化されること、および地方の病院・ヘルスセンターにおける母子保健分野の人材養成を図る。保健省、国立病院、地方の病院・ヘルスセンターの連携が強化される。
17	中華人民共和国	家族計画	1982.11～1987.11	プロ技	1-3	2000年までに人口を12億人以下に抑え、人口増加率ゼロを目標に取り組んでいる中国政府を支援するために、家族計画宣伝網の整備充実などのIEC機材供与、および統計評価技術レベル向上を目指した人材養成における協力を実施した。

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

No.	国名	案件名	期間	形態	中間目標	特徴
18		家族計画	1969.01 ~ 1985.03	プロ技	1 - 3	家族計画普及活動のための視聴覚教育用ソフトウェアの製作協力（～82年）。その後、成果品を用いてのジャカルタ市を中心とした宣伝教育活動、および避妊器具、普及活動用軽車両、視聴覚機材の供与を行った。
19	インドネシア	家族計画・母子保健	1989.11 ~ 1992.11	プロ技	1 - 1 1 - 2 1 - 3	中部ジャワをモデル地域とし、地域住民を対象にした家族計画と母子保健サービスの促進、およびレファラルシステム向上を目的として実施された。また、家族計画に関わる人材の育成や教材の普及を行った。
20		母と子の健康手帳	1998.10 ~ 2003.09	プロ技	1 - 1 1 - 2 1 - 3	1989 - 92年の「家族計画・母子健康プロジェクト」の成果を受け、全国版母子健康手帳プログラムの導入を通じ、母子保健サービスの改善を目指した。日本の母子健康手帳の経験を生かし、協力の拡大と標準化を図った。
21	韓国	母子保健	1984.08 ~ 1990.07	プロ技	1 - 1 1 - 2	順天郷大学・韓国母子保健センターに対し、NICU、周産期管理、生殖医学分野への技術協力を実施した。
22	ラオス	子どものための保健サービス強化	2002.11 ~ 2007.10	プロ技	1 - 2 4 - 2	中央と地方における保健人材育成と情報交換が強化され、主に郡保健局・郡病院にターゲットを置いた小児保健サービスの改善を図る。
23	モンゴル	母と子の健康	1997.10 ~ 2002.09	プロ技	1 - 1 1 - 2	モンゴルの母と子の健康を向上させるため、ヨード欠乏症（IDD）撲滅、および予防接種拡大計画（EPI）の自立運営の推進を図った。
24	ネパール	人口家族計画	1985.10 ~ 1991.10	プロ技	1 - 1 1 - 2 1 - 3	2つのモデル地域において、家族計画・母子保健事業の強化を図り、ヘルスポスト新築、医療従事者の訓練、医薬品・健診用具の供給、IEC用機材供与を実施した。
25	バキスタン	母子保健	1996.06 ~ 2001.06	プロ技	1 - 1 1 - 2	無償資金協力により、バキスタン医科学研究所敷地内に母子保健センターが建設された。母性保護向上のための基礎的な再教育を行う訓練機関として、調査研修機能の拡充、人材育成などを実施した。
26		家族計画	1974.07 ~ 1989.03	プロ技	1 - 3	モデル地域での家族計画啓発および知識の普及を行った。
27	フィリピン	家族計画・母子保健	1992.04 ~ 1997.03	プロ技	1 - 1 1 - 2 1 - 3	第3地域タラック州内のモデル地区での住民参加の促進による地域保健活動推進、母子保健サービスデリバリーシステム強化、および医療従事者の能力向上への協力を実施した。地元NGO、USAID、ジョイセフとの現場レベルでの連携を行った。
28		家族計画・母子保健フェーズ	1997.04 ~ 2002.03	プロ技	1 - 1 1 - 2 1 - 3	フェーズの成果をもとに、第3地域全域へ対象地域を拡大し、保健従事者および地方自治体職員の能力向上、住民参加による母子保健活動を核とした家族計画改善を行った。JOCV、無償、草の根無償との連携、地元NGOの育成と連携、WID、男性・青少年アプローチを導入した。
29	スリランカ	人口情報	1987.11 ~ 1992.11	プロ技	1 - 3	人口と保健に関するデータベースの作成および人口動態統計システムの改善を図るための人口統計データバンクの構築。人口センサスなどの保健医療統計の精度向上。
30		家族計画	1974.07 ~ 1989.03	プロ技	1 - 1 1 - 2 1 - 3	ナコンサワン（Nakhonsawan）県をモデル地域として、家族計画、母子保健の広報、教育活動を行った。
31	タイ	家族計画・母子保健	1991.06 ~ 1996.05	プロ技	1 - 1 1 - 2 1 - 3	東北タイ地域住民での保健水準向上のため、家族計画、母子保健活動、IEC活動の、人材養成、保健情報管理システム形成、調査研究などを実施した。
32		エイズ予防地域ケアネットワーク	1998.02 ~ 2003.01	プロ技	1 - 4	HIV感染を予防することと同時に、感染者に対して全人的ケア提供のための包括的モデルづくりを行った。エイズ対策において先進的な北タイにおける経験を、タイ国内他地域、さらに他国に活用できる方法論を確立した。
33	ベトナム	リプロダクティブヘルス	1997.06 ~ 2000.05	プロ技	1 - 1 1 - 3 4 - 2	助産師数の少ないゲアン省をモデル地域として、妊産婦ケアに関わる保健行政スタッフの人材育成、住民に対するIEC教材の開発・普及、および村の保健所への十分な医薬品の供給などの協力を行った。
34		リプロダクティブヘルス（フェーズ）	2000.09 ~ 2005.08	プロ技	1 - 1 1 - 3 4 - 1 4 - 2	助産師数の少ないゲアン省をモデル地域として妊産婦ケアに関わる保健行政の組織能力強化および村でのリプロダクティブヘルスサービスの向上（コミュニケーションレベルへの医薬品、避妊具の十分な供給など）を図る。
35	アルゼンチン	人口統計	1995.09 ~ 2000.09	プロ技	1 - 3	人口政策の立案を可能とするため中央政府・地方自治体レベルの統計データの整備、GIS活用による国政調査区分の設定、統計職員の訓練体制の確立を支援した。
36	ブラジル	家族計画・母子保健	1996.04 ~ 2001.03	プロ技	1 - 1 1 - 2 1 - 3	ブラジル東北部セララ州における新生児への医療支援、下痢症疾患の管理、妊産婦のケア、家族計画、保健従事者の能力強化支援を行った。「人間らしいお産（帝王切開から自然分娩へ）」の普及を目指した。

付録 1. 主な協力事例 (リプロダクティブヘルス)

No.	国名	案件名	期間	形態	中間目標	特徴
37	コロンビア	家族計画・母子保健	1985.11 ~ 1990.11	プロ技	1 - 1 1 - 2 1 - 3	都市周辺地域、国境地域に居住する国民への家族計画普及および母子保健活動の促進。家族計画指導員キット、視聴覚機器、診断治療用機器などの機材供与を行った。
38	メキシコ	人口活動促進	1984.07 ~ 1988.09	プロ技	1 - 3	人口予測、人口教育のための基礎調査および実施、統計手法の確立への協力支援を行った。
39		家族計画・母子保健	1992.04 ~ 1998.03	プロ技	1 - 1 1 - 2 1 - 3	モデルエリア (ゲレロ州、ベラクルス州) において、妊産婦検診における超音波診断技術の導入や、メキシコ版母子手帳の試行的導入を実施し、母子保健サービスの向上に寄与した。
40		女性の健康	1999.07 ~ 2004.06	プロ技	2 - 1	ベラクルス州において、早期子宮頸がんの発見数が増加するよう、健康教育を通じた検診受診率向上と細胞診断部門の質の向上を図った。
41	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	2000.04 ~ 2005.03	プロ技	1 - 1 1 - 4 2 - 1 3 - 2	モデル地域 (第7保健地域) において、感染症・妊産婦疾患のコントロール、暴力の減少、生産年齢にある女性の非感染症の予防、の3点の達成を通じてリプロダクティブヘルスの向上を目指す。
42	ペルー	家族計画・母子保健	1989.10 ~ 1994.10	プロ技	1 - 1 1 - 2 1 - 3	モデル地区 (リマ市南部) での、母子保健サービス推進による乳幼児・妊産婦の保健衛生向上と家族計画の普及を行った。また、母子保健サービス推進に携わるスタッフへの母子保健・家族計画分野での技術指導を支援した。
2. 無償資金協力 (1992~2002)						
43	アンゴラ	子供の福祉無償 (保健強化計画)	2000	無償	1 - 2	保健省は1979年から予防接種拡大計画を実施してきており、ポリオ、麻疹、マラリア罹患率・死亡率低下のためコールドチェーン機材、蚊帳などの購入を行った。
44		ルクレシアバウム産婦人科病院医療機材整備計画	2000	無償	1 - 1	ルクレシアバウム産婦人科病院に対する診断・治療用機材の調達を支援した。
45	中央アフリカ	母子保健強化・疾病対策計画 (子供の福祉無償)	2000	無償	1 - 1 1 - 2	マラリア・結核対策機材の整備、予防接種体制および母子保健環境の整備・強化に必要な医療機材の調達を支援した。
46	ケニア	子供の健康無償 (予防接種拡大計画)	1999	無償	1 - 2	定期予防接種体制の強化およびNIDの確実な実施を行うため、ワクチンおよびコールドチェーン機材などの調達を支援した。
47	マラウイ	予防接種拡大計画 (子供の福祉無償)	2001	無償	1 - 2	乳幼児の予防接種率も近年低下傾向にあり、コールドチェーン機材、ワクチン配布用車両、予防接種活動用車両の整備に対する支援を行った。
48	マリ	母子保健・ポリオ撲滅・ワクチン接種拡大コールドチェーン拡大計画	2000	無償	1 - 1 1 - 2	予防接種率が低迷している背景のもと、ワクチンの購入、輸送車両およびコールドチェーン機材の整備に対する支援を行った。
49	セネガル	母子保健強化・マラリア対策計画	2000	無償	1 - 1 1 - 2	セネガル政府は、予防接種体制およびマラリア対策体制の整備に取り組んでおり、その支援として冷蔵庫、車両などのコールドチェーン機材および蚊帳などのマラリア対策機材を提供し、機材のモニタリングおよび評価体制への技術指導を行った。
50	ザンビア	子供の健康無償 (マラリア総合対策)	1998	無償	1 - 2	すでにマラリア対策のパイロット計画が実施されている5郡におけるマラリア感染予防用機材 (蚊帳など) 診断治療用機材、および蚊帳運搬・モニタリング用機材の調達が支援された。
51		子供の福祉無償 (予防接種拡大計画)	2001	無償	1 - 2	「予防接種体制整備計画」実施のため、老朽化したコールドチェーン機材の更新および維持管理活動に不可欠な作業用車両の調達に必要な資金を支援した。
52	ジブチ	母子保健強化計画	2000	無償	1 - 1 1 - 2 2 - 1	ジブチでは5歳未満児死亡率が高い。そのため予防接種関連機材、家族計画や妊産婦検診などの母子保健活動関連機材、および産科医療機材等の購入を行った。
53	パレスチナ	子どもの健康無償 (ワクチン接種拡大計画)	1999	無償	1 - 2	西岸・ガザ地域に居住しているパレスチナ難民に対する予防接種も実施することになり、政府の負担が増大した。政府が最重要事項に位置づけているワクチン接種拡大計画に基づき、ワクチンの購入を支援した。
54		子どもの福祉無償 (第二次ワクチン接種拡大計画)	2000	無償	1 - 2	西岸・ガザ地域に居住しているパレスチナ難民に対する予防接種も実施することになり、政府の負担が増大した。政府が最重要事項に位置づけているワクチン接種拡大計画に基づき、ワクチンの購入を支援した。
55	イエメン	ワクチン保管体制整備計画 (子供の健康無償)	1998	無償	1 - 2	政府は国家予防接種拡大計画を策定し、小児麻痺根絶や子どもの健康向上を目指している。ワクチン保管・接種施設の整備のため、冷凍・冷蔵機材の購入を行った。
56		地方病院母子保健医療機材整備計画	1999	無償	1 - 1 1 - 2	全国地方都市にある計8病院における一次医療施設の整備、助産婦など医療従事者の育成のための医療機材の整備。

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

No.	国名	案件名	期間	形態	中間目標	特徴
57	バングラデシュ	新生児破傷風・はしか予防接種拡大計画（子どもの健康無償）	1998	無償	1 - 2	ハイリスク地域と都市部のスラム地区に居住する妊娠可能な女性と乳幼児に対する破傷風ワクチンと麻疹ワクチン接種に必要な資金供与を行った。
58		母子保健研修所改善計画（B国債）	1998	無償	1 - 1 1 - 2	助産、臨床実習、母子保健サービスに支障をきたしているため、当研修所の改善・建設および機材の購入に対する支援を行った。
59		母子保健研修所改善計画（2/3期）	1999	無償	1 - 1 1 - 2	助産、臨床実習、母子保健サービスに支障をきたしているため、当研修所の改善・建設および機材の購入に対する支援を行った。
60		母子保健研修所改善計画（国債3/3期）	2000	無償	1 - 1 1 - 2	助産、臨床実習、母子保健サービスに支障をきたしているため、当研修所の改善・建設および機材の購入に対する支援を行った。
61		緊急産科ケアサービス強化計画	2001	無償	1 - 1 1 - 2	バングラデシュでは、妊産婦の死亡率・疾病率が近隣諸国に比較して高い状況にある。郡保健所の整備を通じて緊急産科サービスを向上させるため医療機材の購入支援を行った。
62	ブータン	母子保健・基礎医療機材整備計画	2000	無償	1 - 1 1 - 2	国立病院、地域病院、県病院と地域保健所における母子保健医療体制強化のための関連機材（基礎的医療機材、修理器具、教育用教材など）の整備支援を行った。
63	カンボジア	母子保健センター建設計画	1995	無償	1 - 1 1 - 2	国立母子保健センターは建設後30年以上経過しており、病院機能としては劣悪なため、移転新築に伴う関連機材の調達・整備を実施した。
64		母子保健サービス改善計画	1998	無償	1 - 1 1 - 2	国立母子保健センターは建設後30年以上経過しており、病院機能としては劣悪なため、移転新築に伴う関連機材の調達・整備を実施した。
65	中華人民共和国	南京母子保健医療機材整備計画	1996	無償	1 - 1 1 - 2	政府は江蘇省婦幼保健センター建設計画を策定し、また、婦幼保健サービス体制の確立に着手した。これら医療施設・サービスの運営に必要な医療機材の整備を行った。
66		貧困地域結核抑制計画（子供の福祉無償）	2000	無償	1 - 2	政府はWHOとの連携のもと、結核病の抑制を目的としてDOTSを用いており、さらなる抑制に向け、医療機材（顕微鏡）および抗結核薬の購入を支援した。
67		重慶母子保健医療機材改善計画	2001	無償	1 - 1 1 - 2	重慶市の母子保健を総合的に向上させるため、各医療施設のレベル（重慶医科大学附属児童病院、重慶市婦幼保健院、32の区・県婦幼保健院）に応じた診療、教育機能を充実させるために必要な機材（小児用電子内視鏡、新生児モニターなど）を供与した。
68	インド	サー・ジェイジェイ病院及びカマ・アンド・アルプレス母子病院医療機材整備計画	1998	無償	1 - 1 1 - 2	インド西部に位置するマハラシュトラ州の第3次医療を充実させるため、サー・ジェイジェイ病院およびカマ・アンド・アルプレス母子病院において医療機材の整備を行った。
69	インドネシア	家族計画普及活動強化計画	1992	無償	1 - 3	地域住民への家族計画の直接的な広報普及活動のため、広報車の配備されていない農村地域へ車両の購入を行った。
70		家族計画プログラム	2000	無償	1 - 3	経済危機の影響で自立的に家族計画を実行できない夫婦に対し、経口避妊薬の無料配布を実施。
71	ラオス	マラリア対策計画（子供の健康無償）	1998	無償	1 - 2	他機関が協力していない3県17郡を対象とされたマラリア対策計画に基づき、蚊帳、簡易診断セット、抗マラリア剤、検査薬、啓蒙用視聴覚機材などの購入に対する支援を行った。
72	パキスタン	母子保健センター建設計画（1/2期）	1996	無償	1 - 1 1 - 2	母子への医療サービス改善を目的として、女性医療従事者の教育訓練および養成を計画した。計画実施のため、母子保健センターの建設および医療機材の購入支援を行った。
73		母子保健センター建設計画（2/2期）	1997	無償	1 - 1 1 - 2	母子への医療サービス改善を目的として、女性医療従事者の教育訓練および養成を計画した。計画実施のため、母子保健センターの建設および医療機材の購入支援を行った。
74		新生児破傷風予防接種拡大計画（2/3期分）	1999	無償	1 - 2	パキスタンでは特に新生児破傷風の発生数が多く、そのため発生率が特に高い地域を対象として、新生児破傷風予防接種のため、ワクチン、注射器、コールドチェーン機材などの購入を行った。
75	バブアニューギニア	母子保健サービス強化計画	1999	無償	1 - 1 1 - 2	既存のコールドチェーン機材が老朽化しており、全国222カ所の医療施設へ、コールドチェーンなどの機材整備を支援した。
76	フィリピン	地域保健施設改善・機材整備計画	1999	無償	1 - 1 1 - 2	第3行政地区全体における保健サービス向上の一環として、家族計画、母子保健の向上・促進を強化するために、老朽化した母子保健センター、地域保健所、村落保健所の整備を行い、必要な資機材を提供した。

付録1. 主な協力事例（リプロダクティブヘルス）

No.	国名	案件名	期間	形態	中間目標	特徴
77	ベトナム	エイズ防止計画	2000	無償	1 - 3	国内で増加するHIV/エイズ感染者数を減少させるため、特に感染率の高いホーチミンと周辺の省を対象として、血液検査、血液スクリーニング体制および啓蒙活動の強化、採血用車両、視聴覚教材、コンドームの提供などについて支援を行った。
78		麻疹制圧キャンペーン（子供の福祉無償）	2000	無償	1 - 2	政府は定期予防接種における麻疹の2回接種を2004年から段階的に導入する。このため、北部地方を対象としたワクチン、注射器、焼却炉などの資機材を提供した。
79		麻疹抑制計画	2001	無償	1 - 2	北部26省の地域を対象に麻疹一斉予防接種キャンペーンの実施に必要な、麻疹ワクチン、注射針、セーフティボックス、簡易焼却炉などを供与した。
80		麻疹抑制計画	2002	無償	1 - 2	南部地域を対象に麻疹一斉予防接種キャンペーンの実施に必要な、麻疹ワクチン、注射針などの供与を行った。
81	ボリビア	ラパス母子保健病院医療機材供与計画（詳細設計）	1998	無償	1 - 1 1 - 2	既存病院の小児科、産婦人科を統合し、規模を拡大した母子保健専門の新病院における、医療機材の調達支援を行った。
82		ラパス母子保健病院医療機材供与計画（国債1/3期）	1999	無償	1 - 1 1 - 2	既存病院の小児科、産婦人科を統合し、規模を拡大した母子保健専門の新病院における、医療機材の調達支援を行った。
83		ラパス母子保健病院医療機材供与計画（国債2/3期）	2000	無償	1 - 1 1 - 3	既存病院の小児科、産婦人科を統合し、規模を拡大した母子保健専門の新病院における、医療機材の調達支援を行った。
84		ラパス母子保健病院医療機材供与計画（国債3/3期）	2001	無償	1 - 1 1 - 4	既存病院の小児科、産婦人科を統合し、規模を拡大した母子保健専門の新病院における、医療機材の調達支援を行った。
85		コチャバンバ母子医療システム強化計画	2001	無償	1 - 1 1 - 5	コチャバンバ市の母子医療システムを強化するべく、ヘルマンウルキジ病院の建て替えおよび3保健所の改築および新設を含む「コチャバンバ母子医療システム強化計画」を策定し、この計画を実施するための資金を支援した。
86	エルサルバドル	乳幼児疾病対策計画	1999	無償	1 - 2	1998年のハリケーン・ミッチの被害により、食料不足と乳幼児死亡が増加した。全国の第一次医療施設に対する抗生物質などの必須医薬品の調達を実施した。
87	ハイチ	子供の健康無償	1997	無償	1 - 2	高い乳児死亡率を示している子どもの健康状況を改善するために、医薬品（ワクチンなど）、医療機材（コールドチェーン機材）などの供与を行った。
88		第2次児童保健維持計画	1999	無償	1 - 2	児童の主要死亡原因である感染症のワクチン接種率向上のため、ワクチン、注射器およびコールドチェーン機材などの調達を支援した。
89	ホンジュラス	子どもの疾病対策計画	1999	無償	1 - 2	ハリケーン・ミッチの災害による子どもの医療・栄養状態の悪化を受けて、9県13病院および510の診療所を対象に、必須医薬品、ソーラー冷蔵庫などの購入支援を行った。
90	ニカラグア	児童保健強化計画（子供の健康無償）	1999	無償	1 - 2	ハリケーンで生活基盤が破壊された結果、乳幼児死亡率が上昇する状況にあり、基礎医薬品やワクチンなどの購入に対する支援を行った。
91		第2次児童保健強化計画	2000	無償	1 - 2	ハリケーンで生活基盤が破壊された結果、乳幼児死亡率が上昇する状況にあり、基礎医薬品やワクチンなどの購入に対する支援を行った。
92	パラグアイ	アスンシオン大学病院 日本・パラグアイ友好母子センター整備計画（詳細設計）	1999	無償	1 - 1 1 - 2	政府は母子保健サービスの強化を優先課題のひとつとしている。小児科、産科および婦人科を統合した母子センターの建設および基礎的医療機材の調達支援を行った。
93		アスンシオン大学病院 日本・パラグアイ友好母子センター整備計画（A国債）	1997	無償	1 - 1 1 - 2	アスンシオン大学病院は同国の医療サービスに極めて重要な役割を有しており、小児科、産科および婦人科を統合した母子センターの建設および同センターなどで使用される医療機材の購入を行った。
94		アスンシオン大学病院 日本・パラグアイ友好母子センター整備計画（1/2期）	1998	無償	1 - 1 1 - 2	アスンシオン大学病院は同国の医療サービスに極めて重要な役割を有しており、小児科、産科および婦人科を統合した母子センターの建設および同センターなどで使用される医療機材の購入を行った。
95		アスンシオン大学病院 日本・パラグアイ友好母子センター整備計画（2/2期）	1999	無償	1 - 1 1 - 2	アスンシオン大学病院は同国の医療サービスに極めて重要な役割を有しており、小児科、産科および婦人科を統合した母子センターの建設および同センターなどで使用される医療機材の購入を行った。

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

No.	国名	案件名	期間	形態	中間目標	特徴
96	アゼルバイジャン	母子病院医療機材整備計画	1998	無償	1 - 1 1 - 2 2 - 2	母子保健医療分野における代表的な公的医療施設である首都バクー市内の第2小児科病院および第5産婦人科病院の状況改善に必要な医療機材整備を実施した。
97	アルバニア	ティラナ大学付属小児科病棟医療機材整備計画	2000	無償	1 - 2	ティラナ大学付属マザーテレサ小児科病院の機材を更新および拡充することを目的とし、これまで対処不能であった疾病に対する診断・治療がよりの確かつ迅速に対処可能となる。
98	アルメニア	母子病院医療機材整備計画	2000	無償	1 - 1 1 - 2	首都および地方の母子保健施設に基礎的な母子保健機材を供与。
99	キルギス	緊急医療改善計画	1998	無償	2 - 1	ビシュケク市内の救急センターや5カ所の病院の救急医療サービスを向上させるための機材整備を行った。
100		産科病院医療機材改善計画	1999	無償	2 - 1	首都ビシュケクおよび地方3県の母子保健医療水準の向上することを目的とした、「産科婦人科病院医療機材整備計画」を策定し、この計画の実施に必要な医療機材などの購入のための資金を支援した。
101		産科病院医療機材整備計画	2002	無償	2 - 1	首都ビシュケクおよび地方3県の母子保健医療水準の向上することを目的とした、「産科婦人科病院医療機材整備計画」を策定し、この計画の実施に必要な医療機材などの購入のための資金を支援した。
102	モルドバ	母子病院医療機材整備計画	1998	無償	1 - 1 1 - 2	首都キシニョフ市内の第1病院(旧母子センター)、第2病院(旧国立小児病院)への医療機材の整備に対する支援を行った。
103	ウクライナ	オフマディット小児病院医療機材整備計画	2000	無償	1 - 2	1歳未満の新生児死亡率が大幅に増加しており、オフマディット小児専門病院に対する各種医療機材の供与を行った。
104	ウズベキスタン	中部地域母子保健病院医療機材整備計画	1997	無償	1 - 1 1 - 2	ほとんどの医療機材は旧ソ連時代の機材をいまだ使用しており、老朽化が著しいため、5カ州の中核病院の産科、小児科へ医療機材の整備を実施した。
105		小児用ワクチン供給計画	2000	無償	1 - 2	ソ連崩壊に伴い、ワクチン調達量が落ち込みつつある。供給システムの強化を目的としたワクチンおよびコールドチェーン機材の購入を行った。
3. 開発福祉支援・開発パートナー事業(1997~2004)						
106	ガーナ	家族計画、栄養改善、寄生虫予防総合	1998.03 ~ 2001.03	開福祉	1 - 1 1 - 2	プロジェクト対象地域における乳幼児および妊産婦の死亡率低下、地域住民の保健状況の改善。
107	タンザニア	ダルエスサラーム郊外における青少年のためのリプロダクティブ・ヘルスと教訓	1999	開福祉	1 - 3 1 - 4	ピア・カウンセリングなど青少年に関する啓発普及などを通じた健康状態改善、望まない妊娠の削減、性感染症の予防および感染率の低下。
108	ザンビア	HIVハイリスクグループ啓蒙活動	2000.02 ~ 2003.01	開福祉	1 - 4	蔓延するHIV/エイズの感染率の減少を目標に、ハイリスク・グループであるトラック運転手や性産業従事者を対象として、主に3カ所の国境地帯において、対象者への啓蒙活動、コンドームの配布や、これらの活動に従事するピア・エドゥケーターやフィールド・スタッフなどの人材育成を行った。
109	ジンバブエ	青少年のためのリプロダクティブヘルス	1999	開福祉	1 - 4	安全な性交渉に関して、青少年同士の啓発活動に関して計画、実施などを促進し、STI/HIV感染率の減少を目標。
110	ジンバブエ	ザンベジ河流域における青少年のためのリプロダクティブヘルス・ケア	2000.03 ~ 2003.02	開福祉	1 - 4	HIV/エイズ感染のリスクにさらされている青年層自身による啓発活動により、意識向上、性的行動パターンの変化を目指すとともに、青少年がアクセスしやすいリプロダクティブヘルス・ケアを強化、改善を目的に、青少年、婦人グループによる啓発活動や人材育成を行った。
111	バングラデシュ	地域住民参加型家族計画	1998.03 ~ 2001.03	開福祉	4 - 2	地域住民を巻き込んだ家族計画および母子保健に関する活動。トレーニングセンターの建設、住民啓蒙活動、ボランティアの育成。
112		地域住民参加型家族計画フェーズ	2001.12 ~ 2004.12	開福祉	4 - 2	フェーズIでの活動を継続・強化し、本件では政府保健要員養成、トレーニングされた女性の地域活動推進への支援を行う。
113	カンボジア	女性のためのリプロダクティブ・ヘルス	1998.12 ~ 2001.03	開福祉	3 - 4	NGO、女性問題省、JICA専門家の協力関係を強化し、女性の健康・雇用促進に的を絞り、多面的な貧困解消手段の展示を目的としている。
114	ミャンマー	メッティラ母子保健プロジェクト	1999.01 ~ 2001.03	開福祉	1 - 1 1 - 2	メッティラ地区において、プライマリーヘルスケア、医療施設の拡充により、母子保健を向上せしめ、妊産婦・乳幼児死亡率を低下させる。

No.	国名	案件名	期間	形態	中間目標	特徴
115	フィリピン	エイズ・性感染症・母子保健対策NGO支援プロジェクト	1998.12 ~ 1999.03	開福祉	1 - 1 1 - 2 1 - 4	レファラルシステム構築、予防教育プログラムなど、公的・NGOクリニックの機能強化を中心とした連携・支援活動。
116		包括的リプロダクティブ・ヘルス促進	1999.02 ~ 1999.03	開福祉	1 - 3 4 - 2	リプロダクティブヘルスに関するNGOの強化、IEC活動、ネットワーク形成、および政府機関との調整など。
117	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	2000.12 ~ 2003.12	開福祉	1 - 2 1 - 3	状況を調査し、子どもたちに性についての助言を行い、必要に応じて統合的なケア・治療への誘導を行う。
118	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	2001.03 ~ 2004.03	開バ	1 - 1 1 - 2 1 - 3 3 - 4	ナルシンデ県、フェニ県を対象として、多目的女性センターを改修した上で農村女性の能力強化と地位向上を図るとともに、リプロダクティブヘルスの基礎パッケージの提供を行うことで、農村女性の健康を増進させる。
119	ミャンマー	母と子どものプライマリーヘルスケア	2002.07 ~ 2005.03	開バ	1 - 1 1 - 2	ミャンマー中央部に位置するメッティーラ、ニャンウー、パコック各市において、地域小児医療機関の整備、緊急時の患者搬送体制の確立、飲料水確保などに関わる活動も含めた複合的な地域開発事業が実施されている。
120	タイ	北部タイ・コミュニティ組織を通じたエイズ予防とケア	1998.11 ~ 2001.03	開福祉	1 - 4	エイズ感染者の多い北部のパヤオ県を中心とした4県70村を対象として、「エイズ予防・地域ケアネットワーク」プロジェクトとの連携を図りつつ、コミュニティレベルでのエイズ感染者ケアなどの活動を行い、HIV/エイズに対する母子保健システムの創設を図った。
4. 開発調査（1995～2004）						
121	ケニア	地域保健医療システム強化計画調査	1997.09 ~ 1998.11	開調	4 - 2	ケニア西部地域を主な対象地域として地域保健医療体制の強化を目的とした基本戦略を策定するとともに、優先プログラムを策定。
122		輸血血液供給計画調査	2001.09 ~ 2001.12	開調	1 - 4	ケニア全土を対象に250以上の主要医療機関の献血、スクリーニング、輸血の実情を調査。今後の感染症対策と政策立案のための基礎データを作成。
123	マラウイ	プライマリーヘルスケア強化計画調査	1998.06 ~ 2000.01	開調	1 - 1 1 - 2 4 - 2	乳幼児死亡率および妊産婦死亡率が高い同国において、プライマリーヘルスケアを通じた保健医療サービスへのアクセス改善を目的とし、マスタープランを策定した。
124	インド	リプロダクティブヘルス支援計画調査	2000.11 ~ 2002.03	開調	1 - 1	人口問題が深刻なインドにおいて、妊産婦死亡率が高い地域を対象として保健サービスの改善を図るために女性の保健、栄養、衛生、教育、労働環境などの現状を分析し、既存の政府プログラムをレビューし、対象地域におけるマスタープランを策定。
125	ラオス	保健・医療サービス改善計画調査	2001.04 ~ 2002.08	開調	4 - 1	ラオスでは、マラリア、呼吸器系疾患、下痢などの感染症の疾病発生率が高く、慢性的な栄養失調が報告されている。状況改善のため、全国の医療・保健サービスに関わるマスタープランを策定した。
126	スリランカ	保健医療制度改善計画	2002.03 ~ 2003.08	開調	4 - 1	医療セクターの財政不足、レファラルシステムの不備により、地域格差や疾病構造の変化に対応できなくなっている。本調査では国家保健医療制度改革のマスタープランの策定を行った。
127	ボリビア	ベニ県地域保健医療システム強化計画	2001.04 ~ 2002.03	開調	1 - 1 1 - 2 4 - 2	ベニ県においては感染症による乳幼児死亡率や妊産婦死亡率が全国平均を上回り、既存医療機関の機能強化やレファラルシステムの構築などが大きな課題となっている。そのためベニ県における地域保健医療システムの強化に関するマスタープラン策定を目的として本調査が行われた。
128	ホンジュラス	全国保健医療総合改善計画調査	1995.01 ~ 1996.07	開調	4 - 2	同調査は2000年および2010年を目標達成年とし、複数の戦略と計画を統合したマスターヘルスプランおよびモデルマスタープログラムを策定した。
129	ウズベキスタン	保健医療システム改善計画調査	2002.10 ~ 2003.12	開調	4 - 1	独立後の市場経済化の流れに合致した保健医療システムの構築が課題となっている。同国の「保健改革国家プログラム」の進捗と整合性を図りつつ、保健医療財源強化、医療リソース配分改善、地方公衆衛生改善を軸とした調査を行う。

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

No.	国名	案件名	期間	形態	中間目標	特徴
5. 研修事業 (1998~2004)						
130	インドネシア	家族計画におけるメディアの役割	1998 ~ 2002	第三研	4 - 2	アジア・太平洋・アフリカ諸国の研修員に対し、家族計画およびリプロダクティブヘルスプログラムにおけるメディアの役割に関わる知識を向上する機会を提唱する。デスクトップ・パブリッシングおよびデスクトップ・プレゼンテーション技法に関する基本的な技術を習得する。
131	タイ	人口・リプロダクティブヘルス	1999 ~ 2003	第三研	4 - 1 4 - 2	タイ/マヒドン大学人口社会調査研究所の要請に基づき、周辺諸国およびアフリカ諸国の人口・リプロダクティブヘルスに関する知識、リサーチ技術、自国の当該分野の計画/政策に技能を活用させることのできる能力を習得させることを目的としている。
132		感染症対策	2002 ~ 2004	第三研	4 - 2	カンボジア、ミャンマーの公衆衛生に携わる職員が、マラリアおよびHIV/エイズに関する知識、能力および国境地域でのサーベイランス実行能力を向上させる。
133	チュニジア	リプロダクティブヘルス分野における視聴覚コミュニケーション	2000 ~ 2004	第三研	1 - 3	アラブ・アフリカ諸国における人口家族教育にかかる普及者・指導者に対して研修を実施し、IECプログラムの能力向上を図る。
134	トルコ	母子保健における視聴覚教材によるコミュニケーション	1998 ~ 2002	第三研	1 - 1 1 - 2 1 - 3	母子保健・家族計画についての教育・広報活動の技術を習得し、研修対象国において大衆の保健知識向上を図る。
135	メキシコ	リプロダクティブヘルス	1999 ~ 2003	第三研	1 - 1 1 - 2 1 - 3	メキシコで実施されたプロ技「家族計画・母子保健」の成果を中南米・カリブ諸国に広げることを目的として、リプロダクティブヘルスプログラムの策定や活動を推進するためのアクションプランを立案する。
136	全世界	思春期リプロダクティブヘルス・セミナー	1999 ~ 2003	集団	1 - 3	思春期のリプロダクティブヘルスの分野における人材育成強化を図ることを目的として、プログラム案の作成、ネットワーク作り、教材の開発や使用の促進を実施。
137		リプロダクティブヘルス指導者セミナー：地域に根ざしたNGOの能力強化	2001 ~ 2003	集団	4 - 1 4 - 2	日本の戦後の住民参加の経験、およびジョイセフの経験に基づき、地域に根ざした持続可能なリプロダクティブヘルス活動のアプローチならびに研修員間の経験交流をもとに、計画立案を行う。
138		母子保健指標改善対策	2001 ~ 2005	集団	1 - 1 1 - 2	自国の乳児死亡率改善政策の運営見直しに必要な技能の習得、IMRおよびMMR改善を阻害する要因の分析能力の習得、母子保健全般に関わる技術の習得。

No.	国名	期間	形態	中間目標	主な機材名
6. 特別機材供与 (1997~2002)					
139	カーボヴェルデ	2001	母と子どものための健康対策特別機材	1-1、1-2	保育器、超音波診断装置、車両など
140		2002	母と子どものための健康対策特別機材	1-1、1-2	保育器、新生児処置台、救急用蘇生器キットなど
141	エチオピア	1999	人口・家族計画特別機材 (UNFPA連携)	1 - 1 ~ 3	医薬品、出産助産器具、RPRキットほか
142		2001	人口・家族計画特別機材 (UNFPA連携)	1 - 1 ~ 3	アモキシシリン、クロキサリン、アンピシリンなど
143	ガーナ	1997	エイズ対策・血液検査特別機材	1 - 4	マイクロ・プレートリーダー、マイクロ・プレート洗浄機、エイズ検査試薬
144		2002	エイズ対策・血液検査特別機材	1 - 4	HIV - 1 核酸増幅定量精密検査キットなど
145	ケニア	1997	エイズ対策・血液検査特別機材	1 - 4	PCR試薬、HIV抗原、UVサンプル撮影装置ほか
146		1998	エイズ対策・血液検査特別機材	1 - 4	ウイルス負荷量分析器、低圧クロマトグラフ、分光光度計ほか
147		1998	エイズ対策・血液検査特別機材	1 - 4	薬品 (エンドブジン) PCR試薬、ピペットチップほか
148		2002	エイズ対策・血液検査特別機材	1 - 4	卓上型微量遠心分離機、恒温水槽など
149	レソト	2002	エイズ対策・血液検査特別機材	1 - 4	エイズ検査キット、在宅ケアキットなど
150	マラウイ	2001	エイズ対策・血液検査特別機材	1 - 4	血液バック、冷蔵庫、マイクロピペットなど
151		2002	エイズ対策・血液検査特別機材	1 - 4	肝炎検査キットなど
152	モロッコ	1998	人口・家族計画特別機材 (UNFPA連携)	1 - 1 ~ 3	未熟児閉鎖式保育器、吸引機、胎児超音波ディテクターほか
153		1999	人口・家族計画特別機材 (UNFPA連携)	1 - 1 ~ 3	胎児超音波ディテクター、ヘモグロビン測定器、分娩台ほか
154	ナイジェリア	2001	エイズ対策・血液検査特別機材	1 - 4	ディープフリーザー、発電機など

付録1. 主な協力事例(リプロダクティブヘルス)

No.	国名	期間	形態	中間目標	主な機材名
155	セネガル	2001	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-3	避妊薬、ヘルスポスト用機材、テレビ、ビデオ、ラジカセほか
156		1999	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	UNICEF母子保健キット、医療センター用機材、ヘルスポスト用機材、産婦人科向け医療機材、避妊薬、IEC機材
157		2000	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	医療ポスト用機材一式、医療センター用医療機材一式、母子保健用キット
158		2001	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	ヘルスポスト用機材一式、避妊具など
159		2002	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	血圧計、聴診器、産科用診察台、分娩台など
160	南アフリカ共和国	2001	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	車両、コンピュータ、液晶プロジェクターなど
161	タンザニア	1997	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	HIV検査キット、研究室用機材、情報処理機材
162		1998	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	分娩台、避妊具、抗生物質、殺虫剤、活動着ほか
163		1998	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	HIV検査キット、マイクロプレート洗浄器、ELISAリーダーほか
164		1999	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	分娩台、滅菌器、抗生物質、簡易妊娠検査キット、活動着ほか
165		1999	母と子どものための健康対策特別機材	1-1,1-2	無線機、分娩台ほか
166		1999	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	HIV検査キット、梅毒検査キットほか
167		2000	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	HIV抗体検査試薬、梅毒検査用試薬など
168		2001	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	診察用ベッド、滅菌器など
169		2001	母と子どものための健康対策特別機材	1-1,1-2	成人用エアウェイ、新生児用エアウェイ、鼻吸引機、トランシーバー一式、ソーラーバッテリー、分娩台など
170		2001	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	HIV抗体試薬、HIV迅速診断用キット、採血管、採血針など
171		2002	母と子供のための健康対策特別機材	1-1,1-2	無線機、トランシーバーなど
172	2002	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	HIV抗体試薬など	
173	ザンビア	2000	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	性感染症治療薬、出産前検診用品、分娩時ケア用品など
174		2001	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	IECマテリアル(フライヤー、ブックレット、パンフレット、妊産婦ブックなど)
175		2001	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	HIV迅速診断用キット、HIV-1 P24測定用キットなど
176		2002	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	HIV簡易迅速検査キットなど
177	エジプト	2000	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	人口教育用教材ビデオ製作用機材(エディター、VTR関連機材ほか)
178		2001	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	超音波診断装置
179	トルコ	1998	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	OHP、人体模型
180		1999	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	超音波診断装置、オーバーヘッドプロジェクター、人体模型
181		2000	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	OHP、OHP用スクリーンスタンドランプ、ビデオデッキ、プロジェクションタイプテレビ、パソコンほか
182		2001	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	家族計画教育用教材、コンピュータ、OHPなど
183	バングラデシュ	1998	人口・家族計画特別機材(フロントライン)	1-1~3	助産師用医療器具、保健師訪問用母子保健キットほか
184	カンボジア	1999	母と子どものための健康対策特別機材	1-1,1-2,1-4	医薬品(抗生物質)、経口補水塩、HIV検査用機器類、車両、HIV検査キットほか
185		2000	母と子どものための健康対策特別機材	1-1,1-2	ペニシリン系抗生物質
186		2001	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	低用量経口避妊薬、パラセタモール、メベンダゾールなど
187		2001	母と子どものための健康対策特別機材	1-1,1-2	クロキサリン、葉酸、メベンダゾールなど
188		2001	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	HIV抗体検査キット、顕微鏡、遠心分離器など
189	カンボジア	2002	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	マグネルディスプレイ、卓上高圧蒸気滅菌器など
190		2002	母と子どものための健康対策特別機材	1-1,1-2	メベンダゾール錠剤、経口補液用塩など
191	中華人民共和国	2001	医療特別機材(エイズ対策)	1-4	落射蛍光顕微鏡、超純水製造システムなど
192	クック諸島	1998	医療特別機材(産婦人科機材)	1-1	超音波診断装置、液体窒素タンク、超低温冷蔵庫ほか
193	インド	1998	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	出産介助用品セット
194		1999	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	DAI(出産)キット
195	インドネシア	1998	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	母子健康手帳、母乳普及ガイドブックほか
196		1999	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	母子健康手帳、新生児ケアガイドブック、母乳普及ガイドブックほか
197		1999	アフターケア機材(生ワクチン製造基盤技術)	1-2	受変電設備、ポリオ検査分析計、凍結乾燥機用冷凍機ほか
198		2000	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	母子手帳、地域保健ボランティア用母子保健ガイドブックなど
199		2001	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	母子手帳、地域保健ボランティア用母子保健ガイドブックなど
200		2002	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1~3	母子手帳、母子手帳ガイドブックなど

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

No.	国名	期間	形態	中間目標	主な機材名
201	ラオス	1998	人口・家族計画特別機材(フロントライン)	1-1-3	保育器、婦人科検診用機材、胎児心音聴診器/ドップラーほか
202		1999	人口・家族計画特別機材(フロントライン)	1-1-3	患者診察検査用器具、緊急治療器具、母子保健器具セットほか
203		1999	母と子供のための健康対策特別機材	1-1、1-2	母子保健キット、保育器、ミニバス、トラック、滅菌器、試薬(血球数計測用、脂質、電解質検査用)ほか
204		2000	人口・家族計画特別機材(フロントライン)	1-1-3	患者診察、処置用機器、検査器具、臨床検査消耗品など
205		2001	人口・家族計画特別機材(フロントライン)	1-1-3	患者観察、処置用機器、検査薬一般、リネン用品など
206		2001	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1-3	尿検査キット、分娩台、オートクレーブなど
207		2001	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	冷凍庫、遠心分離器、シェーカーなど
208		2002	人口・家族計画特別機材(フロントライン)	1-1-3	担架、ベッド、マットレス、車椅子など
209		2002	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1-3	超音波診断装置用ゲルなど
210	マレーシア	2002	エイズ対策・血液検査特別機材	1-1、1-2	エイズ検査キットなど
211	ミャンマー	1999	母と子どものための健康対策特別機材	1-4	薬品(エドブジン)、PCR試薬、ピペットチップほか
212		2000	母と子どものための健康対策特別機材	1-1、1-2	蚊帳、マラリア治療薬、血液検査薬など
213		2001	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1-3	医薬品、助産師キット、出産助産キット、低用量経口避妊薬、パラセタモール、メベンザールなど
214		2001	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	HIV抗体検査薬、注射器、採血用チューブなど
215		2002	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1-3	経口避妊薬、生殖器系感染症用治療薬、ランキン型蒸留装置、食品着色料検査用対象試液など
216		2002	母と子どものための健康対策特別機材	1-1、1-2	クロロキン錠剤、メフロキン錠剤、簡易マラリア検査キットなど
217		2002	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	HIV/エイズ検査対策、ADシリンジ、HIVウイルス迅速検査キットなど
218	バキスタン	1997	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	ELISAリーダー、マイクロプレート洗浄装置、HIV/PA検査キットほか
219		1999	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-2	乳児体重計
220		2000	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-3	コンドーム、経口避妊薬
221	フィリピン	1997	医療特別機材(エイズ対策)	1-4	HIV検査キット、HIV検査用機器類、抗生物質、車両ほか
222		1998	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	HIV検査用機器類、抗生物質、車両、HIV検査キットほか
223		1999	人口・家族計画特別機材(フロントライン)	1-1-3	検診分娩助産用機器材、基礎的医薬品各種、オートクレーブ、体重計、顕微鏡、注射針ほか
224		1999	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1-3	顕微鏡、診察台、産婆用分娩キット、滅菌器
225		2000	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1-3	診察台、子宮内器具挿入キット、保健ボランティア用キット
226		2001	人口・家族計画特別機材(フロントライン)	1-1-3	基礎医薬品、検査薬、診察治療用器具
227		2001	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1-3	顕微鏡、包交車、ケロシン滅菌器など
228		2001	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	検査・記録集計用機材、検査用試薬など
229		2002	人口・家族計画特別機材(フロントライン)	1-1-3	診察・治療器具、保健指導用機材など
230		スリランカ	1999	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1-3
231	2000		人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1-3	鉄剤、子宮内避妊器具、葉酸、アスコルビン酸、コンドーム
232	2001		人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1-3	避妊器具(コンドーム)、骨盤模型、コピー機、鉄剤、葉酸など
233	2001		エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	自動成分採血装置、アフエーシスキットなど
234	2002		人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1-3	コピー機、避妊具(コンドーム)など
235	タイ	2002	エイズ対策・血液検査特別機材	1-1-3	超低温冷凍機、液体室素冷凍セット、血液検査機材など
236	ベトナム	1998	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-4	マグネルセット、マグネルエプロン、教育教材
237		1999	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-3	コンドーム、マグネルセット、マグネルエプロン、教育教材
238		2000	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-3	コンドーム
239		2001	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1-3	避妊具挿入/除去キット、回診用ワゴン、滅菌器など
240	ブラジル	1997	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	検査用機材、検査試薬
241	メキシコ	1998	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1-3	診療キット、手術用器具、カラーテレビ、OHP、ビデオソフトほか
242		1999	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	2-1	子宮頸がん診断用機材、TBAキット、視聴覚教育用機材ほか
243		2001	人口・家族計画特別機材(UNFPA連携)	1-1-3	携帯用医療バックセット(バック+医療器具)、OHP、超音波診断装置、血圧計、産科用処理具、ドキシサイクリンなど
244		2001	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	HIV/エイズ検査キット、安全キャビネット、サーマルサイクラー、遠心分離器など
245		2002	エイズ対策・血液検査特別機材	1-4	サーマルサイグラーなど

付録 1 . 主な協力事例 (リプロダクティブヘルス)

No.	国名	期間	形態	中間目標	主な機材名
246	パナマ	2002	エイズ対策・血液検査特別機材	1 - 4	血液バック保存用冷蔵庫など
247	ペルー	1997	医療特別機材 (家族計画・母子保健)	1 - 1 ~ 3	蘇生機、手術用照明灯、携帯胎児用ドップラー、視聴覚教材
248		1999	人口・家族計画特別機材 (UNFPA連携)	1 - 1 ~ 3	診療キット、手術用器具、カラーテレビ、OHP、ビデオソフトほか
249		2000	人口・家族計画特別機材 (UNFPA連携)	1 - 1 ~ 3	検診・分娩対応関連機材、教育・計画関連機材
250		2001	人口・家族計画特別機材 (UNFPA連携)	1 - 1 ~ 3	胎児ドップラー心音計、成人用蘇生器、脈拍酸素計など
251		2002	人口・家族計画特別機材 (UNFPA連携)	1 - 1 ~ 3	胎児ドップラー心音計、脈拍酸素計など
252	カザフスタン	2001	母と子どものための健康対策特別機材	1・1、1・2	電気冷蔵庫、救急医療セット、吸引ポンプなど
253		2002	母と子どものための健康対策特別機材	1・1、1・2	パラセタモール液剤、ベンジルペニシリンベンザチン注射剤
254	ウズベキスタン	2001	母と子どものための健康対策特別機材	1・1、1・2	鉄剤タブレット
255		2002	母と子どものための健康対策特別機材	1・1、1・2	鉄塩錠剤、硫酸第一鉄液剤など

No.	国名	派遣期間	職種	形態	中間目標	特徴
1. 青年海外協力隊 (JOCV) (1960 ~ 2002)						
256	ボツワナ	2000.04 ~ 2002.04	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	羊毛を加工してタペストリーやテーブルマットなどを生産から販売まで一貫して行っている協同組合において、運営全般の相談役として活動。同組合は村の婦人たちが集まって組織されている団体であり、村に現金収入をもたらず数少ない産業として村を支えた。
257	ブルキナファソ	2002.12 ~ 2004.12	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2 4 - 2	首都から50km南西部の公立の末端医療機関である診療所において、配属先診療所の助産師および村落開発普及員隊員、県内他地域の医療系隊員と協力して、妊婦検診と母子の保健指導や家族計画などの啓発活動を実施。
258		2003.04 ~ 2005.04	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 3	首都から340km北西部に位置する地域において、カウンターパートと協力して、配属先保健所と周辺の村落の巡回活動によって、基礎的な衛生教育、妊婦検診、母子の保健指導、家族計画などの啓発活動を実施。
259		2002.12 ~ 2004.12	村落開発普及員	JOCV	1 - 1 1 - 2	公立の末端医療機関である診療所において、同市配属の助産師隊員や県内他地域の看護師隊員と協力して、予防接種率の向上、母子の保健指導、基礎的な病気予防のための知識の向上を目指した啓発活動を実施。
260		1998.07 ~ 2001.07	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2	ティアサレ市 (県庁所在地) 近郊の小村で、助産所における医療サービス (妊婦検診・ワクチン接種・出産介助など) をベースに、地域住民に対する保健栄養指導を実施。
261		1998.12 ~ 2000.09	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 3	村落の病院内助産所における、妊婦検診、乳幼児の栄養指導、分娩介助等産科医療サービスが中心。地域の小中学校における性教育など、地域社会での保健衛生についての啓発活動も実施。
262		1999.04 ~ 2001.03	助産師	JOCV	1 - 1	病院内助産所での妊婦検診 (血圧、体重測定など) ワクチン接種、母親への離乳食指導のほか、地域村落の衛生委員とともに住民に対し衛生教育を実施。
263		1999.07 ~ 2001.07	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2	病院 (ベッド20床) 内の助産所における産科医療サービス (分娩介助、妊婦、乳児検診、ワクチン接種など) が活動の中心。
264		2000.04 ~ 2002.04	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2	医療事務所内の母子保護センターにて、妊娠8カ月までの妊婦ケアと衛生教育、新生児の検診や予防接種、出産後からおよそ2年の母子健康管理を実施。また、現地スタッフとともに近隣の村落を定期的に巡回し、予防接種、保健衛生教育を実施。
265		2000.04 ~ 2002.04	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2	地方診療所 (電気あり、水道なし) に併設する助産所における産科サービス (妊婦検診、分娩介助など) をベースに、同診療所配属の保健師隊員および現地スタッフと協力して、周辺地域住民、学童を対象に、ワクチン巡回、公衆衛生指導を実施。
266		2002.04 ~ 2003.04	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2	地方農村の助産所を拠点に、助産所に来られない周辺村落の住民に対して、妊婦検診受診指導をはじめ乳幼児の体重測定・栄養指導・予防接種等を実施。また、必要時助産所にて、妊婦検診・乳幼児の予防接種の介助などを実施。
267	2002.07 ~ 2003.04	青少年活動	JOCV	1 - 3 3 - 1	エイズ撲滅運動、青少年教育、識字教育など多方面にわたり、地道な活動を行っているNGOの組織の本部に勤務し、スタッフとともに国内13地区の青少年活動の企画を支援。	

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

No.	国名	派遣期間	職種	形態	中間目標	特徴
268	コートジボワール	2002.07～ 2003.04	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	地域住民、特に女性に対し学校給食運営への啓発および組織化を行い、コミュニティの自助努力による給食用食糧生産を開始。また、この住民活動を機会に、地元住民の自助努力による小学校を中心としたコミュニティ開発活動の推進を支援。
269		2002.07～ 2003.04	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	地域住民、特に女性に対し学校給食運営への啓発および組織化を行い、コミュニティの自助努力による給食用食糧生産を開始する。また、この住民活動を契機として、地元住民の自助努力による小学校を中心としたコミュニティ開発活動の推進を支援。
270	ジブチ	2003.07～ 2005.07	青少年活動	JOCV	3 - 1	女性の生活向上を目指して隊員が中心となって活動計画を立案し、実施。
271	ガーナ	1999.04～ 2001.04	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 3	配属先団体はガーナ国内のNGOで、主に家族計画の普及を活動とし、5つの村落でクリニックを運営している。隊員は村民と生活し、草の根レベルで母子保健、家族計画の普及を実施。
272	ケニア	2001.04～ 2003.04	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	農業省の県支所に配属され、支所職員と一緒に地域の農家や女性グループに対して運営指導に関与。対象者に新規事業や現金獲得手段についてアドバイスを実施。
273		2001.07～ 2003.07	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	生活向上と地域活性化を目的に牡蠣の養殖をメイン活動としている女性グループ(NGO)に配属され、組織の運営改善と新規活動の模索・実践を支援。
274		1999.07～ 2001.07	保健師	JOCV	1 - 1 3 - 1	クリニックにおける日常診療業務。妊産婦検診などの開設と計画運営を実施するとともに、地域女性グループの日常活動への助言指導を実施。
275		2001.04～ 2003.04	保健師	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 4	MCHコーディネーターとして、院内および巡回診療クリニックの運営に関与。乳幼児・妊婦検診、予防接種、HIV予防教育グループの指導、育成を支援。
276	マダガスカル	2002.12～ 2004.12	助産師	JOCV	1 - 2 4 - 2	分娩介助、定期健診、ワクチン接種などを行いながら看護助手(2年制、10人弱)新人助産師に技術指導を実施。また現地助産師と同行して周辺村落の未熟児への巡回栄養指導を実施。
277	マラウイ	1998.12～ 2000.12	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	農業の改良、農民への指導や普及、生活改善などにあたる農業開発局管轄下の組織で、生活改良普及員として農民の生活改善を支援。栄養・料理・家政・育児などの面から指導が行われているが、特に新かまどの普及を実施。
278	ニジェール	1998.07～ 2000.07	青少年活動	JOCV	3 - 1	地域住民への文化活動や、青少年の活動の場である「青年の家」で女性を対象にした活動が求められている。女性グループを組織し、調理教室や手芸教室、各種イベントを企画し実施。
279		1998.12～ 2000.12	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	各農村を巡回し、住民に対し農業新興のための協力を行う。村民の自立、生活向上のために現金収入の道を確立させたり、女性に対する啓発活動を実施。
280		1999.07～ 2001.07	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	市内に点在する施設の運営管理指導を、ソーシャルワーカーに対して活動手法を教授し、社会的弱者の保護と生活環境改善を支援。ソーシャルワーカーとともに婦人教室を巡回指導することが、活動の中心。
281		1999.07～ 2001.07	村落開発普及員	JOCV	3 - 1	女性を対象に改良かまどの普及活動、女性グループを推奨して、保健衛生、生活改善活動を実施。
282	セネガル	1999.04～ 2001.04	助産師	JOCV	1 - 1	コルダ医療センターがカバーする地域の村落において、村の診療所の運営・巡回妊産婦検診等を中心に、地域の生活改善および健康増進活動に携わる。
283		2003.12～ 2005.12	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2 4 - 2	母子健康問題を支援するため、郡内の診療所を巡回し無資格助産師に対する実地指導をするほか、スタッフとともに村落部を巡回し、ワクチン接種、乳幼児の体重測定、健康問題の啓発活動を実施。同地の他の隊員と協力し地域に対する複合的支援を実施。
284		1999.12～ 2001.12	青少年活動	JOCV	3 - 1	貧困をなくし経済力を強化することで、女性の社会的地位改善を目指して様々な活動を実施している団体。なかでも少女を対象とした社会教育センターでの歌劇製作上演、ビデオ製作、林間学校などの企画運営を支援。
285		2000.04～ 2002.04	青少年活動	JOCV	3 - 1	青少年(特に女子)の健全な育成のため、各種の行事や施設作りの企画・運営・実施に協力。また、グループリーダーのための指導用教本の作成や、キャンプなどの参加を通しての女性の地位向上の啓発を支援。

付録１．主な協力事例（リプロダクティブヘルス）

No.	国名	派遣期間	職種	形態	中間目標	特徴
286	セネガル	2002.04～ 2004.04	青少年活動	JOCV	3 - 1	子どもや女性を対象とした活動（病院等の見学・公共の場の清掃活動・グループ活動など）を実施。子どもの社会教育や女性の地位向上を促進させる催しの企画・運営を実施。
287		1999.12～ 2001.12	村落開発普及員	JOCV	3 - 1 3 - 4	郡内の女性グループと協力し、グループの活性化を図るための小プロジェクトの企画・運営に携わり、農村開発を支援。具体的には、農業や識字教育、衛生教育活動を実施。
288		2000.04～ 2002.04	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	郡内の婦人グループおよび青年グループを対象に、生活向上および女性の地位向上を目的としたプログラムを企画、推進、調整を実施。
289		2001.12～ 2003.12	村落開発普及員	JOCV	3 - 1 3 - 4	当地域は漁港であり、水産資源を利用した現金収入手段の企画・立案や、住民グループの組織化・活性化の支援などを通じて、地域住民の生活向上に協力。また、青少年の失業問題の対策、女性の識字教育など、地域に存在する問題を明確にし、対応策考案を支援。
290		2001.12～ 2003.12	村落開発普及員	JOCV	3 - 1 3 - 4	当郡にある多数の女性グループが農業や識字教育などの活動を行っており、その指導者となる人材がいるものの、相互のつながりが希薄なため、組織自体が不安定である。グループ活動をまとめ、目標を持たせ、農村開発につながるような活動を支援。
291		2003.04～ 2005.04	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	野菜栽培指導およびその継続性を持たせるべく女性グループの組織化を支援。そのほかに、植林や保健衛生などの啓発活動、収入向上を目的とした技術やアイデアの提供（洋裁、染色や貸付など）、青少年対象のスポーツ振興なども実施。
292		2003.04～ 2005.04	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	住民の生活上の問題点を把握し、生活向上を支援。具体的には女性グループの活性化、現金収入を得られる技術やアイデアの提供、基礎的な保健衛生知識の普及、女性の日常労働軽減を支援。
293		2003.07～ 2005.07	村落開発普及員	JOCV	1 - 1 1 - 2 3 - 4	配属先と協議しながら、郡内にある村落共同体、村落から活動地を決定し、女性グループの支援（運営、活動支援、帳簿管理など）、妊婦、子どもの健康管理、衛生指導（一般的な啓発活動）、その他、地域住民の生活改善に寄与する活動を計画、実施。
294		2003.12～ 2005.12	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	各村落共同体・村にある女性グループを対象に配属先の技術指導員および女性グループ代表と協力して、小規模な野菜栽培、海産物加工、食品加工、石鹸作りなどの既存の活動の改善・活性化および現金収入向上のための新規企画・商品化を実施。
295		2000.04～ 2002.04	保健師	JOCV	1 - 1 1 - 2	郡内の住民の衛生向上と医療サービスの充実を支援。乳幼児死亡減少のためのワクチン接種・マラリア予防啓発活動、妊婦検診を行い母子保健活動を実施。また、同地に派遣された野菜・村落開発普及員隊員とともに、村落の生活向上を支援。
296		2000.07～ 2002.07	保健師	JOCV	1 - 1 1 - 2 3 - 4	郡内の村落住民の保健衛生状況向上に協力。具体的には、乳幼児や妊婦へのワクチン接種・マラリア予防啓発・各種検診を実施。安全な水の確保や女性の生活向上なども、村落開発普及員隊員とも連携し実施。
297		2002.04～ 2004.04	保健師	JOCV	1 - 1 1 - 2	村落共同体にある２つの診療所および近隣の村落を巡回し、地域保健の向上を目指した基礎的な衛生教育、母子保健、感染症予防の啓発活動を展開。
298		2002.07～ 2004.07	保健師	JOCV	1 - 1 1 - 2	配属先と協議して郡内の農村を巡回。ワクチン接種・妊婦検診・乳幼児体重測定から健康状態を把握し、栄養改善などの保健指導を実施。また、地域のヘルスポストと協力しながら、住民に対してマラリア・寄生虫などの予防のための健康教育も実施。
299	2002.12～ 2004.12	保健師	JOCV	1 - 1 1 - 2	配属先と協力して郡内の農村を巡回し、ワクチン接種・妊婦検診・乳幼児体重測定から健康状態を把握し、栄養改善などの保健指導を実施。また、地域の診療所と協力しながら、住民に対し風土病（マラリア・寄生虫など）予防のための健康教育も実施。	

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

No.	国名	派遣期間	職種	形態	中間目標	特徴
300	タンザニア	2000.07～ 2003.03	青少年活動	JOCV	1 - 3 3 - 1	青少年センターに所属するピア・カウンセラー40人とともに、ダルエスサラーム市内の貧困層住民を対象として、リプロダクティブヘルス啓発普及を目的とした、演劇やグループ討論会の実施、避妊具配布などの巡回指導を実施。
301		1999.07～ 2001.07	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	南西部のムベヤ市地域開発課にて、現金収入・生活向上を目的とした地域婦人団体66グループの支援を団体の活性化・組織化を支援。
302		2000.07～ 2002.09	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	ドドマ市内の30地区農村の地域開発と、住民の生活向上を目指し、現存する婦人青年開発グループの現金収入獲得のための活動をサポートし、運営に対する助言指導などを実施。
303		2000.07～ 2000.11	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	県内農村の生活改善・地域開発を目的とし、職員とともに家庭の婦人を対象に巡回指導教育を実施。現金収入の増加を狙い、菜園指導や家内産業の立ち上げなどの助言指導を展開。
304		2002.07～ 2004.07	村落開発普及員	JOCV	3 - 1 3 - 4	域内の女性青少年グループとともに村おこしの産業振興の方向性を調査企画し、実現に向けたサポートや、環境教育まで幅広い分野での協力活動を実施。
305	ザンビア	1998.12～ 2000.12	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	モンゴ地域農村開発計画で建設された灌漑用地には、200haの土地に260戸の農家が住んでいる。なかでも女性グループは、社会的地位も低く発言力も弱いため、ほかの稲作、野菜、農業土木隊員と協力しつつ、女性の意見を組合の運営に反映させるよう支援。
306		2001.04～ 2003.04	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	モンゴ地域農村開発計画によるグループ派遣隊員の一人として、プロジェクトサイトを中心に現存する女性グループを整備し、啓発活動に携わり、農民グループの女性メンバーの活性化と女性委員会の活動の促進を支援。
307	ジンバブエ	2001.07～ 2003.07	村落開発普及員	JOCV	1 - 4 3 - 1	病床数約140の県立総合病院で県保健局も併設されている。巡回介護サービスの内容の企画・調整やマラリア・コレラ・エイズなど疾病対策に関する健康教育について企画・計画・実施を支援。
308		2003.12～ 2005.12	村落開発普及員	JOCV	1 - 4	性産業に従事する女性たちを対象にエイズ防止の啓発活動を行う組織。地域別で分かれている女性グループに対する支援（帳簿管理、組織運営、利益のある生産活動）を実施。
309	エジプト	1999.12～ 2001.12	保健師	JOCV	1 - 1 1 - 2	村落部での健康指導、母子衛生指導、公衆衛生指導などについて地域住民への定着を支援。イスラム文化圏の習慣などを理解し、地域住民に受け入れられた段階で家庭訪問を実施。
310	ヨルダン	2000.12～ 2003.04	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 3	国立総合病院1、地域ヘルスセンター12、支部クリニック30を統轄する保健医療行政組織において、隊員は、管轄する地域を巡回し、妊産婦・乳幼児検診、家族計画指導、予防接種などを行い、村落部における母子保健向上を支援。
311		2001.12～ 2003.12	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 3	首都近郊で、通常の診察業務のほかに予防接種、歯科治療、母子保健、家族計画などを行っている同センターにおいて、隊員は、妊婦検診、授乳指導などをとおして、地域住民の保健衛生、健康教育に関する意識向上に協力。
312		2001.07～ 2003.07	保健師	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 3	地域住民の日常生活全般に関するレクチャーの企画・運営へ参画するとともに、地域住民の健康問題の調査・分析・評価をもとにした健康教育へのフィードバックを実施。
313		1999.07～ 2001.07	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2	地域活動型 配属先診療所は、6人の医療スタッフで周辺地域約4万人の健康を担当しているが、地域の妊産婦は出産まで一度も診察を受けることなく、出産も伝統的な方法で行っている。村では妊産婦や乳児を中心とした巡回医療指導を実施。
314	モロッコ	2000.04～ 2002.04	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2 3 - 1	地域活動型 配属先診療所は周辺地域住民1万5000人の健康問題を担当しているが、村の妊産婦の約4割は出産まで一度も診察を受けることなく、出産も伝統的方法で行っている。村の妊産婦や乳児を中心とした巡回医療指導を実施。
315		2001.07～ 2003.07	助産師	JOCV	1 - 1	地域巡回型 診療所は人口2万人の山岳部の村の中心にあり、住民参加型で建設された。患者はラバ・ロバ・徒歩で受診に来る。山岳部であるために妊婦のほとんどが妊婦検診も受けず、出産も1人や伝統的産婆が行うことが多いため、村を巡回し妊産婦検診などを実施。
316		2002.04～ 2003.04	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2	配属先診療所は周辺地域住民1万7000人を担当しているが、同村の妊産婦の多くは出産まで一度も診察を受けることなく、伝統的な産婆の介助により出産を行っている。同村では妊産婦や乳幼児を中心とした巡回医療指導が必要とされ、村の巡回活動を実施。

付録 1 . 主な協力事例 (リプロダクティブヘルス)

No.	国名	派遣期間	職種	形態	中間目標	特徴
317	バングラデシュ	1998.12 ~ 1999.06	助産師	JOCV	1 - 3	40年の歴史を持つローカルNGOであり、衛生教育などの訓練をとおして正しい家族計画の理念普及活動を行っている。隊員はスタッフとともに、農村地域の巡回指導や伝統的な産婆の技術向上訓練を実施。
318		1999.07 ~ 2000.03	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 3	母子保健計画の実施地域で働く家族計画指導員および村の産婆らに対して、妊婦管理、安全な出産、適切な避妊について、村を巡回しながら指導。
319		1999.07 ~ 2001.07	助産師	JOCV	3 - 1	当協会は貧困層の女性の自立促進を目指し、各種トレーニング・医療サービス業務・保健衛生教育の啓発活動を行っているNGOである。本部診療所において医師をサポートし、スタッフの意識と技術の向上を目的とした指導を実施。
320		2002.04 ~ 2004.04	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2	アロシカは、NGO局に所属する現地NGOである。首都から200km離れた農村で、ヘルスワーカーとともに周辺農村で母子保健の巡回指導を実施。
321		2002.04 ~ 2004.07	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2	配属先団体は首都から230kmの地方にあるNGOで、隊員は医師、現地職員と村を巡回指導しながら、伝統的産婆を巻き込んで妊産婦検診の普及のための活動を実施。また、病院スタッフとして医師、看護師の助産知識と技術の向上のためのアドバイスも実施。
322		2000.12 ~ 2002.12	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	配属先が行っている青年男女を対象とした自営促進のための養殖・養鶏・洋裁などのトレーニングに協力。主に女性住民の動機づけを支援。
323		1998.12 ~ 2001.08	保健師	JOCV	1 - 3	40年の歴史を持つローカルNGOにおいて、衛生教育や様々な訓練をとおして正しい家族計画の理念普及活動を実施。スタッフとともに、訓練プログラムの立案からクリニックでの健康診断の補助、農村地域の巡回指導や保健調査を実施。
324		2001.07 ~ 2003.07	保健師	JOCV	1 - 3	当国に家族計画の理念を紹介、浸透させる目的で46年にわたり活動展開しているNGOで、村落を巡回しながら保健衛生教育を実践。母子保健の知識の普及を支援。
325		2001.07 ~ 2004.02	保健師	JOCV	1 - 1 1 - 2 3 - 1	JICA開発福祉支援事業の対象であるプロジェクトに配属され、村落での母子保健、健康教育、栄養改善に貢献する地域健康普及員のトレーニングプログラムの見直し、知識および技術の向上に協力。また、実際に村落を巡回し直接農村女性を指導。
326		2003.07 ~ 2005.07	保健師	JOCV	1 - 1 1 - 2	首都から190km離れた農村で、JICA開発パートナー事業を実施しているNGOに所属し、保健師として活動。農村女性を対象に母子保健指導、保健衛生教育などを実施。
327	中華人民共和国	2002.07 ~ 2004.07	助産師	JOCV	4 - 2	産科・小児科を中心とした配属先専門病院では、患者中心の「整体看護」を導入することにより、産科の看護師・助産師のレベルアップを目指している。実践を通じて日本の技術紹介や提言、総婦長や婦長と連携しての産科看護業務の改善を支援。
328	インドネシア	1999.12 ~ 2001.12	助産師	JOCV	1 - 1 4 - 2	バリ島内で中心的な役割を担っている病院 (病床数777床、医師335人、看護師788人)。同病院の産科病棟において、衛生観念の意識改革を中心に看護サービスの向上を支援。
329		2001.07 ~ 2003.07	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2	地域巡回型 98年から開始された「母子手帳国家プログラム」に基づき、地域住民に対し母子手帳の定着と、普及活動を主に実施。また、日本での経験を活かして、母子手帳の活用方法を現地スタッフに指導・助言し、母子保健サービスの向上を支援。
330		2001.07 ~ 2003.07	助産師	JOCV	1 - 1 4 - 2	ベッド数293床、医師46人、看護師296人その他事務員など94人の配属先病院にて、産科病棟の助産師指導を実施。新生児死亡率が高いため、正しい分娩、衛生観念、新生児管理など産科病棟における医療サービスの質の向上を目的とした指導を実施。
331		2002.04 ~ 2003.03	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2	JICAプロジェクトによる母子手帳の普及が進められているなか、当県では98年より母子手帳の普及を始めており、その効果的な活用を指導。
332		2002.12 ~ 2004.12	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2	地域活動型 98年から開始された「母子手帳国家プログラム」に基づき、地域住民に対し母子手帳の定着と、普及活動を主に実施。また日本での経験を活かして母子手帳の活用方法を現地スタッフに指導・助言し、母子保健サービスの向上を支援。

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

No.	国名	派遣期間	職種	形態	中間目標	特徴
333	ラオス	1998.07～ 2000.07	助産師	JOCV	1-1 1-2 1-3	県立病院の産婦人科および母子保健科において、妊産婦検診、分娩介助、異常分娩に対する対応を指導する。また家族計画、母子保健教育、予防接種拡大計画に対する助言も実施。
334		1999.04～ 2001.04	助産師	JOCV	1-1 1-2 1-3	県下の母子保健、公衆衛生活動を実施している同センターにおいて、活動のプランニング、各部母子保健部門のモニタリング、業務評価をスタッフとともに実施。また妊婦検診、家族計画、予防接種などの業務センター周辺を巡回しながら実施。
335		1999.04～ 2001.04	助産師	JOCV	1-1 1-2 1-3	配属先は都市部に位置する郡病院で、3診療所を有し37村の住民へ医療サービスを提供している。妊産婦検診、分娩介助、家族計画、予防接種などの母子保健分野における実務指導、母子保健教育の計画立案などを職員と協力して実施。
336		1999.12～ 2001.12	助産師	JOCV	1-1 1-2	首都近郊の病院およびその管理下にある診療所において、病院スタッフとともに、妊産婦健診・予防接種・母子保健教育を実施。また分娩介助などの医療技術指導も実施。
337		1999.12～ 2001.12	助産師	JOCV	1-1 4-2	妊産婦検診、助産師への分娩介助などの技術指導に加え、患者と診療所、診療所と郡病院との連携を取りながら、計画的な健康教育の立案および実施を病院職員と協力して実施。
338		2001.04～ 2003.04	助産師	JOCV	1-1 1-2	1980年設立の配属先病院は20床、20部門で医師10人を含むスタッフは97人である。交通の不便な遠隔地の病院で、患者の管理・看護を適切に行うため、出産に関する指導、妊産婦検診、乳児栄養指導を実施。
339		2002.12～ 2004.12	助産師	JOCV	1-1 1-2	首都から8kmに位置する人口8万人を有する郡の病院において、一般看護技術、妊婦検診、保健指導、分娩介助に関する技術指導を実施。配属先病院はPHCの拠点となるため、ヘルスワーカーへの衛生教育や予防接種などの巡回も実施。
340		2001.04～ 2003.04	保健師	JOCV	1-1 1-2	配属先郡病院は、ピエンチャン特別市にある9つの郡病院のひとつで、7つの診療所を統括する。プライマリーヘルスケア部門の業務（ワクチン接種、衛生教育、デング・マラリア調査、妊婦検診など）がより効果的に実施可能なように技術的なレベルアップを支援。
341		2001.04～ 2003.04	保健師	JOCV	1-1 1-2	配属先郡病院は、ピエンチャン特別市にある9つの郡病院のひとつで、7つの診療所を統括する。プライマリーヘルスケア部門の業務（ワクチン接種、衛生教育、デング・マラリア調査、妊婦検診など）がより効果的に実施可能なように技術的なレベルアップを支援。
342		ネパール	1998.07～ 2000.12	助産師	JOCV	1-1 1-2 1-3
343	2000.04～ 2002.04		助産師	JOCV	1-1 1-3 4-2	草の根無償資金協力で建設された「家族健康センター」で分娩介助を行い、週3回は郡内15カ所のフィールドを巡回し、妊婦健診、家族計画指導などを実施。センターにおいては、その運営・管理、スタッフへの研修指導の立案・開催も実施。
344	2000.04～ 2002.04		助産師	JOCV	1-1 1-2 1-3	郡内に22あるフィールド事務所のうち、支部に近い5カ所を毎日1カ所ずつ巡回し、家族計画の広報・指導、母子健診、一般健康診断、妊産婦・乳幼児検診、避妊薬の処方などを実施。また、健康教育、リプロダクティブヘルス、フィールドワーカーへの研修なども実施。
345	2000.07～ 2002.07		助産師	JOCV	1-1 1-2 1-3	支部内にあるクリニックにおいて、スタッフとともに、家族計画指導、妊産婦・乳幼児検診、避妊の指導および避妊薬の処方、ホルモン注射などを実施。母子保健や家族計画などのための勉強会、フィールドへの巡回指導、リプロダクティブヘルス、性教育なども順次実施。
346	2000.12～ 2003.03		助産師	JOCV	1-1 1-2 1-3	フィールドクリニック巡回が主となり、家族計画指導、妊産婦・乳幼児検診、避妊指導および薬の処方、ホルモン注射などを実施。また、地域住民への広報普及、医療スタッフへの技術面での支援、支部組織における問題点の改善なども支援。
347	2000.12～ 2002.12		助産師	JOCV	1-1 1-2 1-3	フィールドクリニックを巡回し、家族計画指導、妊産婦・乳幼児検診、一般診療などを行い、地域の母子保健向上を支援。また、支部運営管理改善に対する支援、新センターが建設されれば、その運営管理支援、出産サービスなども実施。

付録 1 . 主な協力事例 (リプロダクティブヘルス)

No.	国名	派遣期間	職種	形態	中間目標	特徴
348	ネパール	2002.12 ~ 2004.11	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 3	首都から南西にバスで6時間、チトワン国立公園で有名な観光の町にある、支部内のクリニックでスタッフとともに家族計画指導、妊産婦・乳幼児検診、避妊薬の処方などを実施。定期的なフィールドクリニックへの巡回指導も順次実施。
349		2003.04 ~ 2005.04	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 3	郡内に22あるフィールド事務所のうち、支部に近い4カ所を毎日1カ所ずつ巡回し、家族計画の広報・指導、母子検診、一般健康診断、妊産婦検診、避妊薬の処方などを実施。また、健康教育、リプロダクティブヘルス、フィールドワーカーへの研修なども実施。
350		2002.04 ~ 2004.04	村落開発普及員	JOCV	3 - 1 3 - 4	女性の社会的・経済的地位向上を目標として、ユニセフの資金援助を受け、女性組織の活性化を支援。小規模融資の利用法、識字教室などの勉強会の開催の企画、立案も支援。
351		2002.12 ~ 2004.11	村落開発普及員	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 3	家族計画、母子保健、妊産婦検診、乳幼児検診、避妊薬の処方などを支援。特にフィールドでの広報活動および勉強会などをスタッフと協力しながら実施。
352		2003.04 ~ 2005.04	村落開発普及員	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 3	同支部はネパール西部のカスキ郡において、家族計画や母子保健の推進を行っている。前任隊員が実施している農村部のコミュニティ開発活動を引き継ぎ、住民に対する家族計画の啓発活動を実施。
353		2003.07 ~ 2005.07	村落開発普及員	JOCV	3 - 1 3 - 4	配属先は、女性のエンパワーメントを促進する活動を行っている。隊員は他のスタッフとともに保健医療・教育・畜産・農業などの関連機関との連携を強化しつつ、組織化された女性のニーズに沿ったプログラムの企画を実施。
354		2001.04 ~ 2003.04	保健師	JOCV	1 - 3	フィールドクリニックを巡回し、地域住民への家族計画広報普及が中心。また、医療スタッフへの技術の支援、クリニックの円滑な運営支援も実施。
355		2001.07 ~ 2003.07	保健師	JOCV	1 - 1 1 - 2	市内6カ所の巡回診療所の運営補助と母子保健、結核などの感染症予防、公衆衛生の市民への啓発を中心とした地域保健計画の立案を支援。
356	マーシャル	1999.07 ~ 2001.07	助産師	JOCV	1 - 1	国内全域をカバーする国立総合病院の産科病棟で活動しながら、医療スタッフの助産・看護技術の向上に協力。
357		2000.12 ~ 2002.12	助産師	JOCV	1 - 3	青少年・コミュニティへの講習カリキュラム(若年妊娠・避妊法・栄養改善など)などの作成および離島で行われる講習会への協力を実施。
358		2001.07 ~ 2003.07	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2 4 - 2	産科病棟(分娩・新生児室・病室)で活動しながら、スタッフの助産・看護技術の向上に協力。
359	ミクロネシア	1998.07 ~ 2001.07	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 3	母子保健・家族計画を中心に、病院および村・離島への巡回指導が主な活動となる。地域に適した家族計画・予防保健・新生児保育などを妊産婦たちに指導。
360	パキスタン	1999.04 ~ 2002.01	村落開発普及員	JOCV	3 - 1 3 - 4	女性開発・社会福祉・特別教育省が進めている地方開発プロジェクトにおいて、村の生活向上のための活動の計画および実行を村人とともに実施。具体的活動内容についてはプロジェクト担当者や村人と話し合い、住民参加を促しつつ村のレベルに合った活動を実施。
361		1999.12 ~ 2001.12	保健師	JOCV	1 - 3	人口省は家族計画に対する地域住民の理解と参加を促すべく家族福祉センターを設け活動を行っている。家族計画、母子保健、人口教育などの指導および地域で家族計画が認知されるべく啓発活動やスタッフに対するトレーニングを実施。
362		2001.04 ~ 2002.07	保健師	JOCV	1 - 3	診療所では主に家族計画に対する地域住民の啓発活動を実施。
363	フィリピン	2002.04 ~ 2004.04	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2	首都マニラから80km離れた町の保健所で、健康教育、妊産婦検診、助産など主に母子保健分野のサービスを充実させるため、2000年から始まった乳幼児検診システムのなかの基本的な検診方法の向上を目指して助産師・保健ワーカーを支援。
364		2001.07 ~ 2003.07	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	女性をサポートするNGOで、市場調査などを通じて女性の生計向上に結びつく職業訓練の立案のアドバイスを実施。さらに住民(女性)を対象にした少額融資・小規模起業助成プロジェクトの推進を支援。
365		1999.07 ~ 2001.07	保健師	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 3	配属先保健所では、助産師、看護師とともに村や町での診療・助産の指導を実施。加えて、保健所での助言、各種セミナー(栄養、家族計画、母子保健、伝染症など)での村人に対する指導、助言を実施。

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

No.	国名	派遣期間	職種	形態	中間目標	特徴
366	フィリピン	1999.12～2001.12	保健師	JOCV	1-1 1-2 1-3	巡回指導型 配属先では妊産婦検診、家族計画、伝染病管理、統計管理を行っており、助産師、看護師とともに、村や町での診療の助言や指導、各種セミナー（栄養、母子保健、家族計画など）での助言、指導を実施。
367		1999.04～2000.12	助産師	JOCV	1-3	医療拠点として重要な州唯一の病院において、助産師業務をとおし現地看護師に技術移転を実施。出産に係る業務全般はもとより、周辺地域の女性に対し母親教室などの開催を通じ健康教育を推進。
368	ソロモン	1999.07～1999.11	助産師	JOCV	1-1 1-3 3-1	産科ベッド8床を持ち、地域医療拠点となる診療所において、助産師業務をとおし現地看護師に技術移転を実施。出産に係る業務全般はもとより、周辺地域の女性に対し母親教室などの開催を通じ健康教育を推進。
369		1999.12～2000.10	助産師	JOCV	1-1	総ベッド数21床の州唯一の医療拠点である病院において、助産師業務をとおし現地看護師に技術移転を図る。出産に係る業務全般はもとより、周辺地域の女性に対し母親教室などの開催を通じ健康教育を推進。
370		2001.07～2003.07	助産師	JOCV	1-1	妊娠・分娩時のトラブルによる異常出産が多く、障害児の生まれる確率が高くなっている。隊員は配属先病院での技術指導と地域保健センターでの予防活動を軸として、母親の安全な出産に対する意識向上と医療関係者の技術的な問題の改善を支援。
371	スリランカ	2000.01～2002.02	村落開発普及員	JOCV	3-4	低所得者居住地域の住民、特に女性を対象とした収入向上・生活改善、幼稚園運営支援、保健啓発活動プログラムの中で、女性組織の強化、小規模融資などに協力。幼稚園と保健面での協力体制を検討することも併せて実施。
372		2001.04～2003.04	村落開発普及員	JOCV	3-4	低所得者居住地域の住民組織、特に女性を対象とした生活改善事業に協力。市役所が進めている小規模融資事業、ゴミ処理の事業改善、環境教育促進事業などにに関わり、その中で各種プログラムの立案・計画・調整・促進を支援。
373		1999.07～2001.07	保健師	JOCV	1-2 1-3	低所得者地域や地域クリニックにおいて、乳幼児ケア、学校保健補助、衛生統計、家族計画、保健衛生教育を実施。
374		2002.07～2004.07	青少年活動	JOCV	3-1	13～35歳の貧しく高等教育を受ける機会のない女性たちを対象とした職業訓練施設において、女性たちが心身ともに健やかに過ごせるよう各種アクティビティを企画・実施。
375		1999.07～2001.07	村落開発普及員	JOCV	3-1 3-4	山岳民族の自立支援モデル村落開発チームの一員として、生計向上の観点から主に女性を中心とした共同組織の育成、手工芸品等家内産業の育成および職業訓練、育児・教育・家計など家政全般にわたる各種講習などの企画・実施。
376		1999.07～2001.12	村落開発普及員	JOCV	3-4	東北部の開拓地農村婦人グループを対象に、農外収入源となりうる農産物加工/手工芸品生産などの家内産業の可能性を探り、その組織育成、市場開発までの調査/企画/調整/実施に関与。
377	タイ	1999.12～2001.12	村落開発普及員	JOCV	3-4	北部の農村婦人グループを対象に、組織活性化のための様々な活動および農業外収入源となりうる手工芸品/農産物加工品等の家内産業の可能性を探り、組織育成から製造・販売までの調査/企画/調整/実施に関与。
378		2000.04～2002.04	村落開発普及員	JOCV	3-4	北部山岳民族村落の女性を対象に、生活改善/生計向上/社会開発にかかる各種事業の企画立案から実施まで支援。収入向上に関しては手工芸品の家内産業としての可能性を探り、組織育成から製造・販売までの調査/企画/調整/実施に関与。
379		2000.04～2002.01	村落開発普及員	JOCV	3-4	東北部の農村において、主に婦人グループを対象に、生活向上のための農外収入源となる農産物加工/手工芸品生産などの家内産業の可能性を探り、その組織育成、市場開発までの調査/企画/調整/実施に関与。
380		2003.04～2005.04	村落開発普及員	JOCV	3-4	東北部の農村女性グループを対象に農業外収入源となる織物・手工芸品・農産物加工品などの家内産業を実施する組織の育成に向けて、商品開発から市場開発までの調査・企画・調整・実施を支援。
381	バヌアツ	2000.07～2002.07	保健師	JOCV	1-1 1-2 1-3	離島地域活動型 首都から225km離れた島の主要病院を拠点とした活動を実施。病院内での健康指導や教育、各地のヘルスセンターへの巡回指導も実施。内容は母子保健から学校保健、栄養指導、家族計画など多岐にわたる。

付録１．主な協力事例（リプロダクティブヘルス）

No.	国名	派遣期間	職種	形態	中間目標	特徴
382	バヌアツ	2000.12～ 2002.12	保健師	JOCV	1-1 1-2	州の保健センターにおける地域公衆衛生活動。母子保健のスタッフとともに同州内の巡回活動を実施。領域は母子保健のみでなく、地域での公衆衛生に関わる健康教育や健康相談が中心。巡回プログラムの作成やデータ整理にも関与。
383	ソロモン	2001.04～ 2003.04	保健師	JOCV	1-1 1-2	州の保健センターにおける地域公衆衛生活動スタッフ7人とともに主要3島の巡回を実施。隣接する病院での母子保健教育にも参画。巡回では健康相談・健康教育が中心で、村落部診療所において活動。その他、巡回プログラムの作成やデータ作成・整理も支援。
384		2003.07～ 2005.07	保健師	JOCV	1-1 1-2 1-3	州の拠点となる保健所で主に母子保健（MCH）を担当。学校保健、個人衛生、家族計画、性教育、栄養などの活動を実施。同時に、他州に派遣されている同職種隊員と連携して特定の健康教育について研究し、全国に普及させる活動も実施。
385	ベトナム	2000.12～ 2002.12	助産師	JOCV	1-1 1-2	配属先病院は70床の入院設備があるフエ市最大の病院で平均3人/日の出産があり、産科スタッフの看護レベル向上に対し協力を求められる。出産前から出産・退院までの一連の看護に対し助産師リーダーと協力し、活動を実施。
386		2001.04～ 2003.04	助産師	JOCV	1-1 1-2	配属先センターのスタッフとともに産前産後の妊産婦の看護や出産助産を行い、また、同センターの巡回チームと協力して村落の保健所への指導、月例助産師研修会などにおける技術・経験の紹介や指導を実施。
387		2002.12～ 2004.12	助産師	JOCV	1-1 1-2	JICAリプロダクティブヘルスプロジェクト対象のヘルスセンターにおいて、産前産後および術後の妊産婦看護・お産介助・村落ヘルスセンターへの巡回指導、月例診断所助産師会議に出席のうえ技術・経験を紹介するなどの協力を実施。
388		2002.12～ 2004.12	助産師	JOCV	1-1	産前産後および術後の妊産婦看護、お産介助、巡回チームと協力した村落ヘルスセンターへの巡回指導、月例診断所助産師会議などに対する協力を実施。なお、産科には16ベッド（4部屋、分娩室1部屋、家族計画室1部屋）がある。
389		2003.04～ 2005.04	助産師	JOCV	1-1 1-2	JICAリプロダクティブヘルスプロジェクト対象の保健所において、産前産後および術後の妊産婦看護・新生児および未熟児看護・愛育班活動などの業務に協力。
390		2003.04～ 2005.04	助産師	JOCV	1-1	JICAリプロダクティブヘルスプロジェクト対象の保健所において、産前産後および術後の妊産婦看護・お産介助・村落ヘルスセンターへの巡回指導などについて協力。
391		2003.07～ 2005.07	助産師	JOCV	1-1	産科看護技術の向上が期待されており、産科長のアシスタントとして活動。産前から出産・退院までの、妊産婦看護に係る一連の支援を実施。
392		2003.07～ 2005.07	村落開発普及員	JOCV	1-4 3-4	中部の古都フエ市において、観光地化に伴い増加しているエイズなどの疾病・賭博などの社会的な問題を解消するために、婦人連盟などのメンバーとともに啓発・広報活動などの計画を立案し実施。そのほか大衆組織や行政側との効率的な連携体制の構築にも協力。
393	ベリーズ	2003.07～ 2005.07	青少年活動	JOCV	1-3 3-1	家族計画・プライマリーヘルスケア推進を担うNGOにて、青少年対象のプログラムを強化。同NGOの青少年部門担当者とともにコミュニティの青少年を対象として、様々なプロジェクトの企画、計画、調整、教材作り、実施を支援。
394	ボリビア	1999.04～ 2001.04	助産師	JOCV	1-2	村にある病院を拠点として、他の3つの村を巡回診療しているスタッフとともに分娩介助を中心に、一次・二次医療に携わる。
395		1999.07～ 2001.07	助産師	JOCV	1-1 1-3	配属先の産婦人科に勤務し、他のボリビア人の看護助手と看護業務にあたりながら看護その他の業務の改善を行う。地域住民に対し家族計画などについての講義を実施。
396		2001.07～ 2003.07	助産師	JOCV	4-2	アユニ・ブカラ二病院職員との意見交換をとおして、配属先病院の資質向上を目指した。また、地域巡回指導により住民の保健意識改善を実施。
397		2003.07～ 2005.07	助産師	JOCV	4-2	当国では、地域の文化に適合した地域医療ネットワークの充実を目的として、首都における一次レベルの医療施設の整備を目指している。病院内での活動および近郊の保健所の巡回指導を通じて、医療全般にかかる課題を抽出し、改善を支援。
398	チリ	1998.07～ 2000.12	村落開発普及員	JOCV	3-1 3-4	市の農村女性や、手に職のない女性の問題解決、意識向上に取り組んでいる地域振興課女性問題対策班に所属し、問題分析を行うと同時に、生活向上、所得向上のためのプログラムを立案支援。

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

No.	国名	派遣期間	職種	形態	中間目標	特徴
399	ドミニカ共和国	2000.07～ 2002.07	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	JICAプロジェクトである胡椒を中心とした山間傾斜地農業開発計画の管轄地域に点在する農村において、主に女性社会の活性化を目指し、専門家や同職種隊員1人と連携して営農体系改善を支援。
400		2002.07～ 2004.07	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	JICAプロジェクト方式技術協力「山間傾斜地農業開発計画」が実施されている地域において活動を行う。10村を対象に女性グループ組織の強化を行い、生活改善につながる活動を模索し、普及。
401		2000.07～ 2002.07	保健師	JOCV	1 - 1 1 - 2	低所得者居住地域で、幅広い社会開発活動を展開するNGO団体が運営する診療所において、母子保健などの活動主婦ボランティアに保健衛生の助言を行い、予防接種や家庭訪問などを通じて地域の保健衛生についての意識向上に協力。
402	エクアドル	1999.04～ 2001.04	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 3	産婦人科外来における診療の補助と妊婦指導や家族計画などの普及活動を実施。
403		2001.07～ 2003.07	助産師	JOCV	1 - 1	市が運営している低所得者層を対象とした診療所の産婦人科外来で診療補助と妊婦指導を実施。
404		2000.07～ 2001.06	青少年活動	JOCV	1 - 3 1 - 4	市役所の青少年課にて市が抱える青少年の非行問題である望まない妊娠、性病、アルコール中毒などの対策を、青少年活動を通じて支援。活動計画の作成、その実施を現地人コーディネーターとともに実施。
405		2002.12～ 2004.12	村落開発普及員	JOCV	3 - 4	地域農業従事者の指導的立場にある学内の農業普及センターに籍を置き、地域を巡回しながら、女性グループを中心とした住民に対して、農業技術を柱とした生活向上のための手法を指導。ジャムなどの加工技術や栄養に配慮した料理法などの指導も実施。
406		1999.07～ 2001.07	保健師	JOCV	3 - 1	社会福祉法人が運営する無料診療所が活動拠点。地域住民を対象に衛生に関する定期的な講習会を開催し、衛生概念や環境保護意識の啓発を支援。また、ボランティア医師のサポートとして産婦人科などの看護師業務も実施。
407	エルサルバドル	2000.04～ 2002.04	助産師	JOCV	1 - 1 1 - 2 4 - 2	1998年度から実施される乳幼児死亡率改善を目指す政府の医療政策を受けて、保健所の看護職員を対象に、妊娠・分娩・産褥・新生児看護サービスを指導するほか、管轄地域内の伝統的産婆へ助産指導を実施。また、保健所分娩室の環境改善のための助言など。
408	グアテマラ	2000.07～ 2002.07	村落開発普及員	JOCV	3 - 1	NGOと協力し、各村落を巡回し、女性たちに対して様々な講習を実施。生活技術向上のための講習を行うことで、時間的拘束を軽減させるとともに、意識改革を促し、女性たちが十分な教育を受けられる状況に改善することを支援。
409		2000.12～ 2002.12	村落開発普及員	JOCV	3 - 3 3 - 4	乳幼児・妊産婦死亡率が高い先住民地域において巡回医療および保健衛生指導を実施。住民のニーズに合うプロジェクト形成に参加し、住民の共同体開発への意識化を促すよう協力。
410		2002.04～ 2004.05	村落開発普及員	JOCV	1 - 3 3 - 4	コーヒー農園の中にある山村で、栄養改善を核に家庭菜園の普及、所得向上、家族計画・性教育などの小規模プロジェクトを村のリーダーらと協力して実施。
411		2002.12～ 2004.12	村落開発普及員	JOCV	1 - 3	女性たちが現金収入を得るためのプロジェクトおよび栄養改善のために各村落の女性グループへの講習会などを実施。または、各政府機関からの講師派遣の調整を支援。
412		2003.12～ 2005.12	村落開発普及員	JOCV	1 - 3 3 - 1	当国の中でも貧困地域にある診療所（NGO）で、現地スタッフ、同診療所に派遣予定の看護師隊員とともに村落を巡回し、衛生指導、栄養指導、疾病予防、家族計画の啓発といった地域保健活動を実施。
413		1999.07～ 2001.07	保健師	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 3 1 - 4	グアテマラ家族計画協会の地方診療所において、産婦人科（妊娠、出産感染症）性感染症（エイズ、梅毒、淋病）、小児科（下痢、呼吸器感染症）などの応急手当てを実施。その他、保健、疾病予防の知識として性教育、衛生面での教育指導も実施。
414		2000.12～ 2002.12	保健師	JOCV	1 - 1 1 - 2 1 - 3	医師や看護師と協力し、地域の保健所にて、予防医療・保健衛生・家族計画指導に協力。また、医師、看護師などからなる栄養改善チームに加わり、村々を巡回し、地域の助産師、保健普及員に対する指導に協力。
415	2000.12～ 2002.12	保健師	JOCV	1 - 1 1 - 2	乳幼児・妊産婦死亡率が高い先住民地域で組織された地域NGOが配属先。近郊村を巡回し、女性や子どもを対象とする様々な保健衛生講習会の実施に協力。より地域ニーズを汲む講習会にするための調査や教材作成も支援。	

付録1. 主な協力事例（リプロダクティブヘルス）

No.	国名	派遣期間	職種	形態	中間目標	特徴
416	グアテマラ	2003.04～ 2005.04	保健師	JOCV	1-1 1-2	環境保護を目的とした国際NGOの健康部門で村落住民、助産師などに対し妊産婦保健の知識を普及し、彼らが現場で実行できるよう支援。
417		2003.04～ 2005.04	保健師	JOCV	1-1 1-2	内戦被災地の乳幼児・妊産婦死亡率低下を目的に、母親などに小学校で保健衛生・健康教育を実施。講習会における安全な出産のための感染防止や産後の母子管理などの基礎的な知識・技術を中心に指導。また、地域医療の中での中核病院の強化に協力。
418	ホンジュラス	2000.07～ 2002.07	助産師	JOCV	1-3 2-1	人口16万人を抱える地域病院婦人科外来にての家族計画指導・子宮がん検診などが主な活動内容。また、看護師の大部分を占める准看護師・看護補助員への指導も実施。
419		2003.07～ 2005.07	助産師	JOCV	1-1 1-2	首都から約90km離れた地方都市の地区病院（二次医療施設）に所属し、准看護師に対して、院内における安全な出産のための感染防止や産後の母子管理などの基礎的な知識・技術を中心に指導。また、地域医療の中での中核病院の強化に協力。
420		2000.07～ 2002.07	保健師	JOCV	1-1 1-2	当国東部に位置し開発の最も遅れている地区の保健事務所にて、感染症対策（下痢症、マラリアなど）妊産婦教育、栄養改善等をテーマに各地域の准看護師・住民を対象に巡回指導を実施。また、准看護師養成プログラムへも協力。
421	ジャマイカ	2000.04～ 2002.04	保健師	JOCV	1-1 1-2 1-3	ブルーマウンテン山脈に位置するカスケード村（無医村）のヘルスセンターに常勤し、地域住民へ保健・衛生の指導をするとともに、ヘルスセンターを運営管理を実施。傷の手当てといった初期医療、母子保健、家族計画の指導、健康診断も実施。
422	メキシコ	1999.07～ 2001.07	助産師	JOCV	1-1	適切な産前コントロールを指導できる看護師および地域指導員を養成する。対象地域の巡回指導を行い、公衆衛生についても指導。
423		1999.12～ 2001.12	助産師	JOCV	1-1	保健所に勤務し、看護師長とともに講習会、OJTにより看護師や看護助手に対し、看護、分娩、産後の看護について訓練を実施。また外科患者を対象とした衛生教育、栄養指導も実施。
424		2002.04～ 2004.04	助産師	JOCV	1-1 1-2 1-3	配属先州先住民などの貧困層への医療サービス提供を目的に開設されたNGO小児病院である。若年層の妊娠出産、未熟児出産、伝統宗教に依存する先住民が多く、健康教育、母子保健などの強化を目指し、定期的な地方農村巡回指導も実施。
425		2002.04～ 2004.04	助産師	JOCV	1-1 1-2 1-3	MEXFAM（NGO）は僻地貧困農村や都市型貧困地域を中心に母子保健強化や家族計画などに関する医療・教育サービスを提供している。配属先診療所は母子保健サービス強化、幼児死亡率低下、家族計画などを支援。
426		2001.12～ 2004.06	保健師	JOCV	1-3	配属先のMEXFAM（NGO）において、先住民の住む僻地農村や都市の貧困地域を中心に家族計画、性教育に関する医療・教育サービスを提供。地域巡回による活動を実施。
427	ニカラグア	1998.12～ 2000.12	助産師	JOCV	1-1 1-2 1-3	母子保健部門に配属され、カウンターパートとともに健康衛生指導、助産師への助産指導、家族計画、妊産婦指導を行う。各地を巡回して教育・指導を実施。
428		1999.07～ 2001.07	助産師	JOCV	1-1 1-2	周産期死亡・妊婦検診等母子保健のプロジェクトに参加し、教育を受けていない助産師に対して巡回指導を実施。
429		2000.12～ 2002.12	助産師	JOCV	1-1 1-2	リバス県10地区を統轄している当保健局では妊産婦および乳児死亡率の低下を目指し、母子保健サービス向上を支援。各派出保健所を巡回し、看護師、伝統的産婆に対して知識、技術の強化、地域住民への保健指導を実施。
430		2003.07～ 2005.07	助産師	JOCV	1-1 1-2	日本の無償援助にて建設される保健センターを中心に、地域での母子保健教育活動に参加し、マンパワーとしてともに働きながら必要な助言を実施。産婦人科に関する生活指導や地方保健局における健康相談・巡回指導なども実施。
431		1999.07～ 2000.10	村落開発普及員	JOCV	3-4	現地人普及員とともに、首都近郊、郊外、幾つかの地方都市近郊地域の16グループの状況を把握し、それぞれの地域に適した総合的開発計画作成に協力。女性を対象としたプロジェクトの実施。
432	パナマ	2003.12～ 2005.12	助産師	JOCV	1-1 2-1	「パナマ運河流域保全計画」の対象集落において、保健委員会とともに、妊婦・産婦の健康促進、疾病予防に関する知識を向上。また、定期検診の受診を促進すると同時に婦人病の早期発見対策の啓発・普及も支援。
433		2003.07～ 2005.07	保健師	JOCV	1-1 1-2	パナマ運河上流域の傾斜地で焼畑農業を営む村落住民に対して、地域住民で組織化されている保健委員会や診療所スタッフと協力し、住民ニーズが高い母子保健分野（特に乳幼児、婦人）でのサービス向上に寄与するような活動を実施。

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

No.	国名	派遣期間	職種	形態	中間目標	特徴
434	パラグアイ	1999.04～ 2001.04	助産師	JOCV	1-1 1-2	同国北部に位置するコンセプション県は原住民集落を多数抱え、貧困や衛生面に関する知識の低さから、乳幼児死亡率が高いなど保健・衛生で様々な問題を抱えている。隊員は病院での周産期ケアや地域での母子保健プログラムの展開を支援。
435		1999.07～ 2002.01	助産師	JOCV	1-1 1-2	病床数60床、看護スタッフ50人の県病院で、月平均100件の分娩を扱う。隊員は産科病棟において周産期ケアの向上に協力するとともに、外来や地域での母子保健プログラムの展開を支援。また、母子保健担当スタッフへの研修プログラム立案と実施に協力。
436		2000.04～ 2002.04	助産師	JOCV	1-1 3-1	ベッド数75床、医師28人、看護職員53人が勤務する公立病院である。隊員は産科病棟において日常業務に携わりながら、妊産婦や看護職員、学生に対する指導に協力。また、外来や地域において母親学級などの企画実施を支援。
437		2000.04～ 2002.04	助産師	JOCV	1-1 1-2	県で、唯一NICU設備を持つ病院の産科病棟に勤務。NICU管理、保育器および呼吸器などの使用方法、ならびに未熟児看護に関して、看護助手を対象に、カウンターパートとともに指導を行いながら看護の質の向上に貢献。
438		2000.07～ 2002.07	助産師	JOCV	1-1 1-2	配属先のスタッフとともに巡回医療用車両に乗り、診療所のない地域（先住民の農村も含む）を訪問し、妊産婦検診、予防接種、母子保健教育を実施。
439		2001.04～ 2003.04	助産師	JOCV	1-1 1-2	センター管轄地域の住民の多くは貧しい農民であり、若年層の妊娠出産、周産期死亡、未熟児出産などの問題を抱えている。母子保健対策の改善と強化を目指して、外来での妊婦、新生児の検診および入院中の妊婦への衛生教育などに協力。
440		2002.04～ 2003.07	助産師	JOCV	1-1	パラグアイ地区保健医療の中心機関（病床数60、医師25人、看護師5人、助産師5人）の産科病棟において妊婦検診、妊産婦指導の質の向上を目指し、スタッフと協力し不必要な分娩時の医療介入を減少させ、自然分娩の考えを取り入れた助産ケアの実施に協力。
441		2003.12～ 2005.12	助産師	JOCV	1-3	配属先研究所が地方に持つ数カ所の診療所を足がかりとし、グループを組み、地域の若年層を対象に性教育を展開。貧困層の若年妊娠は当国においても深刻な問題であり、継続的な性教育を支援。
442		2000.07～ 2002.07	保健師	JOCV	1-1 1-2 1-3	任地は原住民（インディオ）集落を多数抱え地理的事情からも貧困層が多く、保健衛生面でも深刻な問題を抱えている。栄養改善、衛生環境の改善、疾病の予防とケア、また、家族計画等生活改善のための教育を地域住民を対象に実施。
443		2000.07～ 2002.07	保健師	JOCV	1-1 1-2 3-1	配属先保健センターが管轄する地域は国境に位置し貧富の格差が大きい。住民の健康水準の向上を目指し、現地職員とともに地域巡回指導に従事。母子保健対策の改善、下痢性疾患、寄生虫などの予防基礎知識の普及を目指し住民への教育手法の定着に協力。
444	ウズベキスタン	2000.07～ 2003.01	助産師	JOCV	1-1 2-1	配属先研究所は、人口統計や保健調査を実施するとともに産婦人科病棟がある。ベッド数は産科110床、婦人科90床。看護師133人、助産師70人が所属している。日常業務を行いながら、日本の経験・情報を共有し、知識・技術の普及を支援。
445		2003.04～ 2005.04	助産師	JOCV	1-1	中規模の産科病院に勤務し、病棟で業務を行いながら業務改善指導を実施。また、不定期ではあるが、サマルカンド州内の診療所を巡回して、助産師や看護師に対し、分娩介助などの指導を実施。
446		2003.04～ 2005.04	助産師	JOCV	1-1	ウズベキスタンの最もレベルが高い産科病院において、助産師および看護師とともに業務を行いながら、助産技術、新生児のケアなどの指導を実施。1日平均で10件、多いときには20件ほどの出産がある。

付録2．主要ドナーのリプロダクティブヘルスに対する取り組み

2 - 1 世界銀行 (World Bank)

世界銀行

ICPD/カイロ行動計画を支持し、リプロダクティブヘルス・プロジェクトは以下を含む包括的アプローチとなっている。

- ・家族計画
- ・母子保健
- ・HIV/エイズ、性感染症
予防・治療

2 - 1 - 1 世界銀行とリプロダクティブヘルス

リプロダクティブヘルス分野への援助は、1970年に開始され、以来83カ国において計192件、累計融資額は42億米ドルに上るプロジェクトが実施された²。今日、世界銀行のリプロダクティブヘルス・プロジェクトは、「家族計画」、「母子保健」、「HIV/エイズ・性感染症の予防・治療」を含む統括的アプローチとなっている。近年、人口関連のプログラムにリプロダクティブヘルス・プロジェクトを組み込み、その規模および内容が拡大しており、1992年より融資額は年平均3億8000万米ドルとなっている³。1990年から2002年までの保健分野における累計融資額（137億米ドル）を地域別割合で示すと、ラテンアメリカ・カリブ地域が51.8%、欧州・中央アジア地域が24.2%なのに対し、アフリカ地域へは最も低い1.2%となっている⁴。

2 - 1 - 2 世界銀行のリプロダクティブヘルス援助政策

世界銀行はカイロ行動計画を支持し、開発途上国政府とドナー国政府との協調を重要視している。世界銀行のリプロダクティブヘルス分野への主要な援助政策は、次のように分類される⁵：

- ・望まない妊娠の発生率を減らす
- ・産科救急を含めて産前産後のケアを向上させる
- ・専門技術者を増員させる
- ・HIV/エイズを含む性感染症を減少させる
- ・女性に対し危険を伴う風習や暴力を抑制させる
- ・地域特有な要因に対処する：貧困、女性の教育や地位、男性の不参加、若者のニーズなど

² World Bank “ Population & Reproductive Health ”
(<http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/c840b59b6982d2498525670c004def60/8ec855942f3e664585256a7100583b82?OpenDocument>)

³ World Bank “ Improving Reproductive Health: The Role of the World Bank ”
(http://www.worldbank.org/html/extdr/hnp/population/imp_rh/default.htm#design)

⁴ World Bank (2002) IBRD (国際復興開発銀行) のデータのみ参照。

⁵ World Bank “ Reproductive health ” (<http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/c840b59b6982d2498525670c004def60/d004067c850d9036852569a600719b85?OpenDocument>)

2 - 1 - 3 世界銀行のリプロダクティブヘルスにおける協力例・ ジブチ保健セクター開発プロジェクト

総コスト：3000万ドル

世銀投資金額：1500万ドル

承認年月：2002年6月

プロジェクト期間：2002年6月～2008年6月

5歳未満の乳幼児と妊産婦の致死率を削減するためのミレニアム開発目標（MDGs）を達成することを目的に、ジブチ政府は世界銀行や他ドナーの支援を得て、長期の保健セクター開発プロジェクトを策定した。基礎保健サービスの向上のため、次の4つの項目⁶が実施されている。機材設備の強化や人材のキャパシティ・デベロップメントを実施し、保健サービスを向上させる。具体的には、子どもの病気を包括的にマネジメントすること、マラリア抑制プログラムの実施、予防接種の拡大など。研修内容を向上させ、専門的技術を持つヘルスワーカーの増員。医療機関での薬の確保と在庫管理の強化、患者へ安価な薬剤提供のため、独立した薬剤基金（CAMME）の設立、村落における薬局の増設。保健改革を実行するための保健省のマネジメント能力強化。

2 - 2 国連人口基金（UNFPA）

2 - 2 - 1 UNFPAとリプロダクティブヘルス

1994年、国際人口開発会議（ICPD/カイロ会議）にて、20年間の行動計画が採択された。1999年には、国連総会は特別会議を招集し、ICPD以来の活動進捗を見直した（ICPD+5）。これらの国際会議を経て、UNFPAは2015年までに、妊娠や出産、母子保健、家族計画さらには性感染症・HIV/エイズの予防など、広い範囲に関する課題を含むリプロダクティブヘルス・サービスをすべての人が受けられるように取り組んでいる。

国連からの定例予算の割当を受けず、活動資金は各国からの任意拠出によって賄われている。2002年度総歳入額は3億7310万米ドル（2001年度は3億9640万米ドル）であった⁷。このうち1億7250万米ドル（2001年度は1億4620万米ドル）が国別プログラム総支出であった。リプロダクティブヘルスと家族計画分野への支出は、プロジェクト総支出の63.5%を占め

UNFPA

思春期の若者、特に女子のリプロダクティブヘルスに関する問題を優先課題としている。

⁶ World Bank “Health Sector Development Project”（<http://web.worldbank.org/external/projects/main?pagePK=104231&theSitePK=40941&menuPK=228424&Projectid=P071062>）参照。必ずしも、現時点でのプロジェクト目標が将来にわたり継続されるわけではないことに留意する。

⁷ UNFPA（2003b）

(2001年度は69.5%)、1億2920万米ドルであった。リプロダクティブヘルスと家族計画分野への支出を地域別にみると、サブサハラ・アフリカへの支援が36% (2001年度は33.2%) と最も多く、アジア・太平洋の31.3% (2001年度は32.6%) を加えるとほぼ7割を占めている。

2 - 2 - 2 UNFPAのリプロダクティブヘルス援助政策

3つの主要なプログラムとして、家族計画と性の健康を含むリプロダクティブヘルス・サービスへのアクセス改善、人口および開発計画、UNFPAの活動目的を達成するための政策提言や提唱活動(アドボカシー)がある⁸。目的として、リプロダクティブヘルスや個人の選択に基づいて提供される質の高い家族計画サービスを供給し、持続可能な開発の一助となる人口政策を創り出すことで途上国の発展を援助している。リプロダクティブヘルスの具体的な活動内容は、HIV/エイズの予防、母性保護の推進、思春期や若者への支援、ジェンダー平等への促進、緊急時の支援、リプロダクティブヘルス用品の供給確保など幅広い戦略となっている⁹。以下に地域別取り組みの特性を記述する¹⁰。

サブサハラ・アフリカ地域：HIV/エイズと若者へのリプロダクティブヘルス啓発活動が最優先である。また、フィスチュラ¹¹対策に、緊急産科ケアの強化を挙げている。さらに、高い妊産婦/乳幼児死亡率や低い避妊実行率など、リプロダクティブヘルス指標の改善を目指した活動を行っている。

中近東地域：女性の権利や地位の向上を目的とした提言活動、若者へのリプロダクティブヘルス啓発活動、HIV/エイズを含む性感染予防、FGCの廃止を目指した活動を行っている。

アジア・太平洋地域：女性の識字率の向上、若者の望まない妊娠の減少に対する活動やHIV/エイズ対策を行っている。

中南米地域：妊産婦死亡率の改善、女性のエンパワーメント、HIV/エイズを含む性感染症対策、若者に対するリプロダクティブヘルス・サービス/情報の提供が優先課題である。

⁸ *ibid.* “Our Mission” (<http://www.unfpa.org/about/mission.htm#rephhealth>)

⁹ UNFPA東京事務所 (<http://www.unfpa.or.jp/unfpa/act/act.html>)

¹⁰ UNFPA “Global Reach” (各地域のOverview、またはPolicy Prioritiesを参照) (<http://www.unfpa.org/worldwide/index.cfm>)

¹¹ フィスチュラは分娩停止の際、赤ん坊の頭が母親の骨盤を圧迫する状態が長く続いた結果、傷つけられた組織が腐敗し、孔となる傷病である。赤ん坊は通常死亡し、母親に残されるのは屈辱的な慢性失禁である。頻繁な膀胱炎や陰部の潰瘍、足の神経障害も起こる可能性がある。外科的修復の成功率は90%に達し、通常であれば子どもをまたつることができる。しかし、貧しい女性には、手術をする情報やアクセスが欠如しており、多くの場合夫に拒絶され、生活のために物乞いをせざるを得ない状況にある。この段落の活動例は、UNFPA (2002b) を参照した。

2 - 2 - 3 UNFPAのリプロダクティブヘルスにおける協力例¹²

(1) 思春期リプロダクティブヘルス・プロジェクト

UNFPAは、若者が直面しているリプロダクティブヘルスに関する問題、例えば、望まない妊娠、危険な中絶、性感染症、麻薬依存症、暴力などの対策に取り組むことを優先課題としている。なかでも、思春期の若者の発達に伴うニーズと若者の参加する権利に対する支援を一層重要視し、特に男女不平等や早婚などで教育や健康を損なう恐れのある女子に対して焦点を当てたプログラムを行っている。例えば、1999年より、3つの国連組織（UNFPA、UNICEF、WHO）が連携し、13カ国¹³の若者のためのプログラムの共同立案を行っている。

また、EC（欧州共同体）/UNFPAのリプロダクティブヘルス・イニシアティブ（RHI）は、国際NGO、地域NGOおよび国内NGOと協力しながら、7カ国でプロジェクトを支援している。このうちカンボジア、ラオス、スリランカ、ベトナムの4カ国では思春期のリプロダクティブヘルスが焦点となっている。さらにUNFPAでは、ビル・ゲイツ財団の支援を受けて、米国系の2つのNGOとの協力のもと、アフリカの4カ国（ボツワナ、ガーナ、タンザニア、ウガンダ）を対象に、2000年から5年計画で総額5700万ドルのAfrican Youth Alliance（AYA）という包括的な思春期リプロダクティブヘルスプログラムを実施している¹⁴。

(2) フィスチュラ対策支援

フィスチュラは難産で命を取り留めた若い女性に起こりうる最も悲惨な障害である。フィスチュラを持つ女性は世界全体で、低く見積もっても約200万人と推定されている。UNFPAは、アフリカやアジアでパートナー機関と共にフィスチュラの予防と治療に取り組んでいる。例えば、エチオピアでは、コミュニティでフィスチュラに関する啓発キャンペーンを催し、必要機材の供与や医療技術者へのトレーニングなどを行った。また、チャドでは150人を超える女性がフィスチュラの手術を受ける支援を行った。その後、小規模の原資（シードマネー）を供与し、収入創出活動の一環とした社会復帰支援を行っている。

¹² UNFPA（2003a）

¹³ この統合アプローチに参加している13カ国は、バングラデシュ、ベナン、ブルキナファソ、中国、ヨルダン、マラウイ、マリ、モーリタニア、モンゴル、パレスチナ自治区、ロシア、セネガル、サントメ・プリンシペである（このうちUNFPAは中国、サントメ・プリンシペでは活動していない）。

¹⁴ African Youth Alliance（<http://www.ayaonline.org/>）

2 - 3 国連児童基金 (UNICEF)

UNICEF

女性が自立する能力を身につけること、妊産婦の健康支援が、子どもの健康と正常な発達にプラスに反映するという考えに基づいている。

2 - 3 - 1 UNICEFとリプロダクティブヘルス

UNICEFは国連から直接資金の割当を受けず、活動資金をすべて自己調達資金で賄っているため、ある程度の独立性を持ってその活動を行うことが可能である。財源の3分の1は非政府団体・民間からの資金調達（グリーンディングカード販売を含む）によるものであり、政府の影響を受けにくい財源を所有していることは他の国連機関にはない特徴がある。また実際に個々のプログラム/プロジェクトを管理するのは、国・現地事務所レベルであり、当該国の政府と十分な協調のもとで国別プログラムを動かしている。2002年度の総支出は12億7300万米ドル（2001年度は12億4600万米ドル）である。そのうち93%（11億8800万米ドル）が国別プログラムに充てられた¹⁵。

UNICEFのリプロダクティブヘルス関連事業は、子どもの健康と正常な発達を支援することを主目的とした保健事業、教育事業、HIV/エイズ事業の主要なプログラムの一環として組み込まれている。世界で毎年50万人以上もの妊産婦が、妊娠・出産が原因で死亡しており、UNICEFはこの問題に対して、子どもを産む回数を減らす、出産の間隔をあけるなどの家族計画に関する情報普及活動を行っている。また、女性が自立する能力を身に付けることが、子どもの生存と健康にもプラスに反映するという考えに基づいて、女性を対象とした識字教育や小規模融資活動も行っている¹⁶。

2 - 3 - 2 UNICEFのリプロダクティブヘルス援助政策

UNICEFは妊産婦死亡率、ならびに5歳未満の乳幼児死亡率を2010年までに少なくとも現在の3分の1に減らすことを目標にしている¹⁷。このため、次の4つの戦略目標を掲げて取り組んでいる。

- ・安全な母性の確保のため、セクター間アプローチの促進
- ・専門技術者の立ち会いのもとでの出産へのアクセス向上
- ・早期結婚の抑制
- ・緊急産科ケア・サービスの質とアクセスの向上

2 - 3 - 3 UNICEFのリプロダクティブヘルスにおける協力例¹⁸

(1) 安全な母性イニシアティブ

UNICEFの主要プログラムのひとつである保健（Health）分野において、

¹⁵ UNICEF “Annual Report 2003” (http://www.unicef.org/publications/pub_ar03_en.pdf)

¹⁶ 国際協力事業団 企画・評価部（2002）p.19

¹⁷ UNICEF “Maternal Health” (http://www.unicef.org/health/index_maternalhealth.html)

¹⁸ *ibid.* この部分の記述は、記載がない限り同ホームページを参照している。

地域保健（Community Health）対策の一環として母子保健に関する活動を実施している。1987年にケニアで行われた「国際安全な母性会議（International Conference on Safe Motherhood）」では、途上国の妊産婦死亡率の高さが重要視され、UNICEFをはじめとするWHO、UNFPA、世界銀行などの国連・国際機関やIPPFなどの国際NGOによる、安全な母性イニシアティブ（the Safe Motherhood Initiative）が立ち上げられた。このイニシアティブにより、すべての女性が妊娠から出産まで安全なケアを受けられ、健康でいられるように取り組むことが提言された。

同イニシアティブを踏まえてUNICEFが行ったプロジェクトの例として、「Safe Motherhood and Female Reproductive Health in Ghana（1996-2000）」がある¹⁹。予算は110万米ドルで、USAID、UNFPAとの連携があった。「母親・新生児死亡率の低下」と「妊産婦検診率の上昇」をプロジェクト目標に、助産婦やTBAの訓練による人材育成、郡病院の機材供与、母乳育児の推進、適齢期の女性への性と生殖に関する知識普及などの活動を行った。

（2）緊急産科ケア（EmOC）

妊産婦死亡率の減少を目指し、UNICEFは緊急産科ケア・サービスの提供をサポートしている。そのなかには、既存の保健体制強化、医療機材調達機能の強化、人材育成、新生児緊急ケアなどが挙げられる。例えば、UNICEFが米国コロンビア大学と連携して行っている「妊産婦死亡と障害の予防プログラム（Adverting Maternal Death and Disability: AMDD）²⁰」が事例としてある。UNICEFは、緊急産科ケアが国家保健政策の優先課題として反映されるように取り組み、現在、南アジア7カ国、アフリカ5カ国において、緊急産科ケア・サービスへの取り組みを支援している²¹。

2 - 4 世界保健機関（WHO）

2 - 4 - 1 WHOとリプロダクティブヘルス

1998年、リプロダクティブヘルス/研究部（Department of Reproductive Health and Research: RHR）がWHO本部内に設立された。1994年の国際人口開発会議（ICPD/カイロ会議）で採択された行動計画

WHO

- ・家族計画
- ・安全な母性
- ・生殖器系疾患と性感染症
- ・危険な中絶予防
- ・ジェンダー

¹⁹ 国際協力事業団国際協力総合研修所（2000）

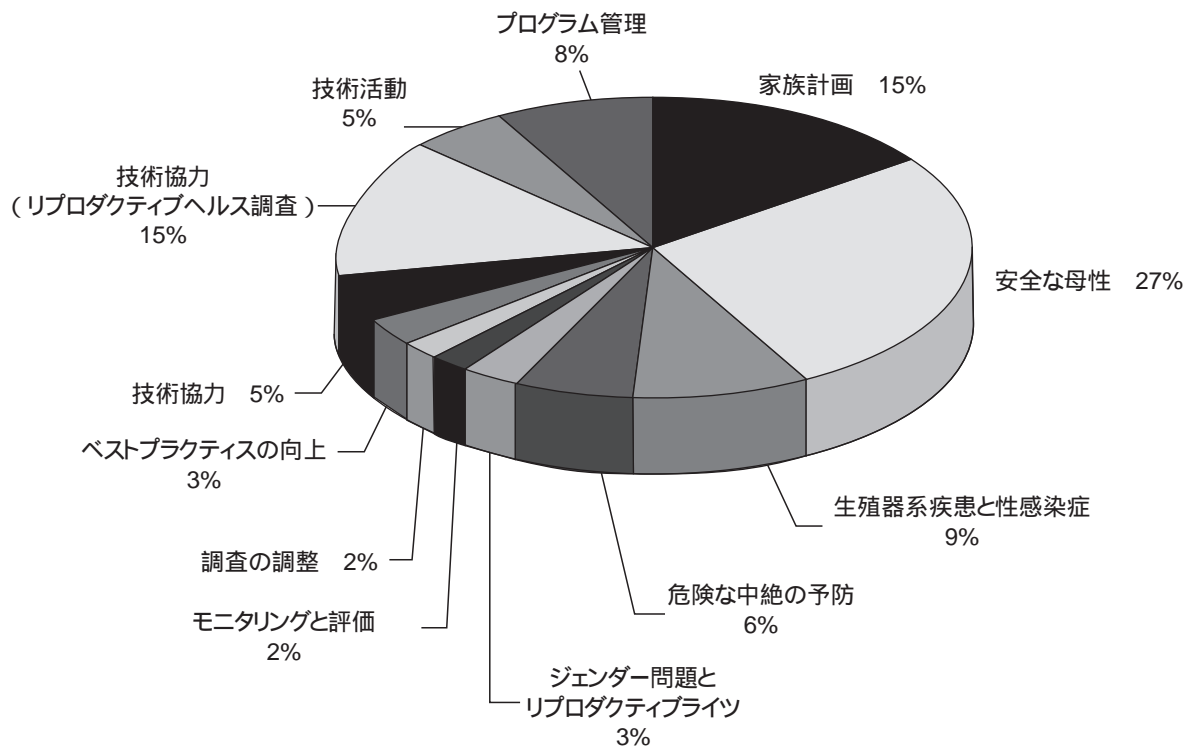
²⁰ コロンビア大学（<http://cpmcnet.columbia.edu/dept/sph/popfam/amdd/>）

²¹ 南アジア：アフガニスタン、バングラデシュ、ブータン、インド、ネパール、パキスタン、スリランカの7カ国。アフリカ：ベナン、チャド、ギニア、マリ、ウガンダの5カ国。出所：UNICEF “UNICEF and Emergency Obstetric Care”（http://www.unicef.org/health/facts_obstetriccare.html）

(ICPD Programme of Action) の達成に貢献するため、RHRは科学的根拠に基づき、リプロダクティブヘルスの研究とプログラム開発に取り組んでいる。2002 - 2003年度のWHO総歳入 2 億2226万米ドルのうち、RHRの予算は6730万米ドルである²²。

RHRにおいて5つの主要なプログラムは、 家族計画、 安全な母性、 生殖器系疾患と性感染症、 危険な中絶を予防する、 ジェンダー問題とリプロダクティブライツ、がある。図A 2 - 1 は分野ごとにプログラム予算をパーセントで表したものである。上記の主要なプログラムの合計予算は、RHR総歳入の60%を占めている。

図A 2 - 1 分野別RHRプログラム予算、2002-2003



出所：WHO (2002)

2 - 4 - 2 WHOのリプロダクティブヘルス援助政策

WHOとRHRはリプロダクティブヘルスに関し、以下の4つの開発戦略を提言している。

- ・ 貧困人口における過剰な産前産後死亡率、疾病率、障害発生率を減少させる。

²² WHO (2002) " Reproductive Health and Research (RHR) Programme Budget 2002-2003 " (<http://www6.who.int/metadot/index.pl?id=1950&isa=Item&op=download>) この部分の記述は、記載がない限り同文書より引用している。

- ・環境、経済、社会、行動に関わる健康被害のリスクを減らし、健全なライフスタイルを促進する。
- ・正当なニーズと価格に応えられる保健システムを構築する。
- ・保健セクターに関する制度・政策づくりと社会経済、環境、開発政策に呼応する効果的な保健政策の促進。

2 - 4 - 3 WHOのリプロダクティブヘルスにおける協力例

(1) ライツ・ベースド・アプローチ (Rights-Based Approach)²³

ライツ・ベースド・アプローチとは、WHOがハーバード公衆衛生学部の協力を得て、妊産婦死亡率削減プロジェクトに人権の視点を組み込み、パイロットプロジェクトとして国家的規模で進めている試みである。国家レベルでの人権配慮への取り組みが、母性保護に対する政治的コミットメントやマルチ・セクターにおける理解を深め、妊産婦や乳幼児の保健サービスへのアクセスとケアの向上を期待するものである。2001年、WHOはモザンビークの母性保護イニシアティブ (Making Pregnancy Safer Initiative) において、人権の視点を取り入れた国家妊産婦・周産期死亡率/罹患率削減戦略実施プラン (The National Maternal and Perinatal Mortality and Morbidity Reduction Strategy and Operational Plan) を策定した。当国保健省とWHOのほか、UNFPA、UNICEF、世界銀行やドナー援助機関で結成されたパートナーシップにより、法令、政策、規制面が見直され、人権に配慮した実行プランが作られた。

(2) リプロダクティブヘルスのケア向上戦略アプローチ (The Strategic Approach to Improving Quality of Care in Reproductive Health Services)²⁴

新しい避妊法、診断技術、治療法を導入することが、必ずしも効果的な結果に結びついていないという反省から、WHOは戦略アプローチ (The Strategic Approach) を進めている。現在使われている、もしくは入手可能な技術を改善していくことや、社会文化的にふさわしくない、医療的に安全でない技術を排除する、といったアプローチが必要である。1993年より、11カ国²⁵がこのアプローチを実践している。家族計画において、適切な避妊法の選択から始められたアプローチであるが、現在では他のリプロダクティブヘルス分野に応用されている。戦略アプローチには次の3つの

²³ WHO “ Gender and Reproductive Rights ” (<http://www.who.int/reproductive-health/gender/country.html>)

²⁴ WHO “ The Strategic Approach ” (http://www.who.int/reproductive-health/strategic_approach/index.htm) 戦略アプローチの方法論の詳細は同ホームページを参照のこと。

²⁵ *ibid.* 11カ国は、ボリビア、ブラジル、ブルキナファソ、チリ、中国、エチオピア、ラオス、ミャンマー、南アフリカ、ベトナム、ザンビアである。

特徴がある。

3つの段階 (Three Stages of Work)

戦略査定 (Strategic Assessment)、アクション・リサーチ (Action Research)、スケーリング・アップ (Scaling-Up) の段階を経て、政策とプログラム立案に必要な情報を収集する。

システムズ・フレームワーク (Systems Framework)

ユーザー (Users)、医療技術 (Technologies)、保健医療サービス (Services) の3つの観点に関する現状を、社会、文化、宗教面を考慮しながら理解を深め、具体的なプログラム立案を行う。

参加型プロセス (Participatory Process)

プログラム責任者、政策立案者、女性の健康に関する代弁者、コミュニティリーダー、リプロダクティブヘルスにおける受益者などが協力し合い、決定していく参加型のプロセスを伴う。

(3) リプロダクティブヘルス・ライブラリ

WHOでは「リプロダクティブヘルス・ライブラリ (Reproductive Health Library: RHL)」という、オンライン図書館²⁶を運営している。RHLでは、途上国におけるリプロダクティブヘルス問題を、「科学的根拠に基づく方法 (evidence-based)」で解決するための、世界中のベスト・プラクティス事例を紹介している。これらデータは毎年更新され、途上国各国のリプロダクティブヘルス関係者に重要な情報ソースとして利用されている。

2 - 5 国際家族計画連盟 (IPPF)

2 - 5 - 1 IPPFとリプロダクティブヘルス

IPPF (International Planned Parenthood Federation) は、英国に本拠を置き、世界180カ国において家族計画およびリプロダクティブヘルス推進のための活動を行っている世界最大の非政府組織で、156カ国において、139の家族計画協会 (Family Planning Association: FPA) が加盟している²⁷。IPPFは国連の第一カテゴリー諮問機関の指定を受けており、UNFPA、UNICEF、WHO、世界銀行などの国連・国際機関、ボランティア団体とも密接に協力して、リプロダクティブヘルス、母子の健康と福祉、

IPPF

- ・若者への支援
- ・安全な母性
- ・HIV/エイズ

²⁶ WHO (<http://www.who.int/reproductive-health/rhl/>)

²⁷ IPPF “ Corporate Brochure ” (<http://www.ippf.org/about/corporatebrochure/index.htm>) リプロダクティブヘルス援助政策 (2 - 5 - 2) も記述がない限り同ホームページを参照した。

家族計画、HIV/エイズ対策、移民・難民支援に取り組んでいる。

IPPFの活動資金の65%は各国政府からの援助である。2002年度の総歳入は9340万米ドル（2001年度は8030万米ドル）で、4460万米ドルがFPAへの支出であった（2001年度は5570万米ドル）²⁸。日本政府からの無償援助額は1470万米ドル（2001年度は1820万米ドル）であった。2002年度総歳入のうち、アフリカFPA向け支援が1700万米ドルで最も多く（2001年度は2090万米ドル）、次いで南アジアの830万米ドル（2001年度は1130万米ドル）であった。東南アジアと環太平洋諸国、アラブ諸国へは、それぞれ410万米ドル、450万米ドルであった。

2 - 5 - 2 IPPFのリプロダクティブヘルス援助政策

・若者への支援

若者の参加がIPPF事業の中心アプローチである。若者に、性について話し合う機会、エイズ・性感染症に関して正しい知識を得る機会、カウンセリングや避妊用具配布など様々なリプロダクティブヘルス・サービスを利用できる機会を提供している。

・安全な母性

妊産婦死亡と出産のリスクを抑えるため、専門技術者立ち会いのもとでの出産に力を入れている。産前産後のサービス強化として、妊産婦ケアとカウンセリングへのアクセス向上に取り組んでいる。また、危険な中絶防止のため、家族計画や避妊法の指導も行っている。

・HIV/エイズ²⁹

IPPFはHIV/エイズを含む性感染症（STI）予防対策を、リプロダクティブヘルス・プロジェクトに取り入れている。住民の参加、とりわけ男性のHIV・エイズ・性感染症に対する理解や認識を高めることと、性活動が活発な若者への啓発活動を重点にしている。また、性感染症の早期発見がHIV感染予防に役立つとして、費用対効果の高いSTI診断・治療に力を入れている。

2 - 5 - 3 IPPFのリプロダクティブヘルスにおける協力例

明確で信頼できる性と生殖に関する情報を提供するため、IPPFは英国BBCと家族計画協会（FPA）と連携し、セックスワイズ教育プロジェクト（the Sexwise Education Project）の一環としてセックスワイズ・ラジオ・イニシアティブを立ち上げた³⁰。1996年に開始して以来、ラジオ番組

²⁸ IPPF (2003) "Financial Statements 2002" (<http://www.ippf.org/about/pdf/financ02.pdf>)

²⁹ IPPF "STDs/HIV/AIDS prevention and reproductive health" (<http://www.ippf.org/pubs/factcard/five.htm>)

³⁰ BBC "Project Overview" (http://www.bbc.co.uk/worldservice/sci_tech/features/health/sexwise/project_ov.shtml)

と付随する教材は22カ国語に翻訳され、6000万人の聴衆が世界中の途上国にいる。内容はHIV/エイズや性感染症をはじめ、避妊法、中絶、FGC³¹など多岐にわたり、ラジオだけでなく、本やホームページ³²でも情報を提供している。このプロジェクトには、英国国際開発省（Department for International Development: DFID）、米国国際開発庁（The United States Agency for International Development: USAID）、カナダ国際開発庁（Canadian International Development: CIDA）などの外国政府援助機関のほか、UNICEFなどの国連機関、財団や大学などが資金援助している。

2 - 6 米国国際開発庁（USAID）

2 - 6 - 1 USAIDとリプロダクティブヘルス

USAIDは1965年に人口・リプロダクティブヘルスプログラム（Population and Reproductive Health Program）を立ち上げた。このプログラムの方針には次のようなものがある³³。ハイリスクな出産を防ぎ、女性の健康を守る、次の妊娠までの間隔を十分とり、子どもの健康を守る、情報提供、カウンセリング、コンドーム配布などによりHIV/エイズを防ぐ、望まない妊娠を防ぎ、中絶を抑制する、女性が教育を受ける権利、働く権利、社会活動に参加する権利をサポートする、人口増加を抑制し環境悪化を防ぐ。1973年以来、USAIDは「中絶」が家族計画の一方法であることを違法とし、中絶に関する協力支援を一切していない。

USAIDの2004年度予算は次の4分野を重点柱としている。「民主化、紛争予防と開発救援（Democracy, Conflict and Humanitarian Assistance）」、「経済成長、農業と貿易（Economic Growth, Agriculture and Trade）」、「世界保健（Global Health）」、「世界開発同盟（Global Development Alliance）」。そのうち、「世界保健」分野への2004年度の予算は主にChild Survival and Health（CSH）より割り当てられ、予算総額³⁴は14億9500万米ドル（2003年度は15億5000万米ドル、2002年度は14億6800万米ドル、）である。このうち家族計画/リプロダクティブヘルスプログラムへは4億2500万米ドルの予算が組まれている（表A 2 - 1 参照）。これは2002、2003年度と同額を維持しており、HIV/エイズに次ぐ予算額となっている。

USAID

- ・多産を抑制するため、男女区別なく自発的な避妊法の促進。
- ・望まない妊娠を予防し、母子保健を促進する。
- ・世界の人口安定化。

³¹ FGC: Female Genital Cuttingの略。4～10歳または思春期前の女児の性器のすべて、または一部を剃刀などで切除すること。

³² BBC “The Sexwise Guide”（www.bbc.co.uk/worldservice/sexwise）

³³ USAID “Population”（http://www.usaid.gov/pop_health/pop/）USAIDの記述は記載がない限り同ホームページを参照した。

³⁴ USAID “Program Highlight”（<http://www.usaid.gov/pubs/cbj2003/highlights.html>）および（<http://www.state.gov/documents/organization/17225.pdf>）を参照した。2001、2002年度は実績（actual）、2003、2004年度は予算要求時の要求額（request）である。

表A 2 - 1 USAID2004年度「世界保健」分野予算要求額内訳

分野内訳	合計予算額（百万米ドル）
HIV/エイズ	790
家族計画/リプロダクティブヘルス	425
母子保健	285
その他感染症	104
保健分野全体（Global Health）（CSHのみ）	1,495

出所：USAIDホームページ Summary of USAID Fiscal Year 2004 Budget Request

2 - 6 - 2 USAIDのリプロダクティブヘルス援助政策

1965年に家族計画プログラムを開始して以来、いずれも戦略的に重要な地域にある多くの国々で実施されてきた³⁵。人口・リプロダクティブヘルス分野の援助政策として、USAIDは次の目標をサポートしている。

- ・多産を抑制するため、男女区別なく自発的な避妊方法を促進する。
- ・望まない妊娠を抑え、母子保健を促進する。
- ・世界の人口を安定化させる。

2 - 6 - 3 USAIDのリプロダクティブヘルスにおける協力例

USAIDはモロッコとブラジルへ30年以上リプロダクティブヘルス関連プログラムを実施してきたが、近年支援の規模を縮小し、現地政府が引き継いで活動を行っている成功例として紹介されている³⁶。例えば、モロッコでは1983年に比べ、女性の近代的避妊法の使用率が倍の49%に増加した。また、合計特殊出生率が3.1人、妊産婦死亡数も年1500人とそれぞれ半減した。活動内容の例として、ブラジルでのプログラムでは、家族計画サービスの提供、ヘルスワーカーの研修事業、人口統計研究の実施、リプロダクティブヘルスケアにおける官民の商業セクターによる協力などが実施されてきた。以下に、エジプトでの事例³⁷を取り上げる。

・エジプト人口・家族計画

総コスト：9000万米ドル

プロジェクト期間：1997～2001年

1978年以来、USAIDはエジプトにおける家族計画プロジェクトに総額1億8000万米ドルの支援を行ってきた。結果として、エジプトにおける避妊実行率が、1980年の24%から、2000年には56%まで上がり、合計特殊出

³⁵ 50カ国以上を支援してきた。(http://www.usaid.gov/pop_health/pop/countries/index.html#Map2)

³⁶ USAID “ USAID’s Population Assistance Program: Overview and Accomplishments ” (http://www.usaid.gov/pop_health/pop/publications/docs/usaidpop.pdf)

³⁷ USAID Egypt, “ Success Stories ” (<http://www.usaid-eg.org/detail.asp?id=142>), “ Programs ” (<http://www.usaid-eg.org/detail.asp?id=14#fp>), “ Health and Population Projects in Detail ” (<http://www.usaid-eg.org/detail.asp?id=15>)

生率が5.3人から3.5人へ減少した。USAIDはエジプト政府と連携し、2016年までに避妊実行率を74%、合計特殊出生率を2.05人にすることを目標に継続的支援を行っている。具体的な活動内容としては；

- ・保健・人口省（Ministry of Health and Population: MOHP）：医療技術者の技術水準の向上、カウンセリングやケアの質の改善、運営管理システムの強化
- ・国家人口協議会（National Population Council: NPC）：戦略的計画策定、人口統計や政策研究の促進、モニタリングや評価の強化
- ・情報省（Ministry of Information）：テレビ、ラジオによる全国的な家族計画に関する広報活動、コミュニティレベルでの情報提供

その他、家族計画サービスを行っている研究機関、NGO、民間団体へのサポートや、国立の医学校では、家族計画／リプロダクティブヘルス関連の研修課程を設けるなどの支援を実施した。

2 - 7 英国国際開発省（DFID）

2 - 7 - 1 DFIDとリプロダクティブヘルス

2001/02年度の二国間援助総額は約15億600万ポンド（2000/01年度は総額約14億1500万ポンド）であった。配分可能な二国間援助総額（Total Allocable by Sector）約9億6300万ポンドのうち、保健・人口セクター（Health and Population）³⁸に占める金額は約1億8900万ポンド（約20%）であった³⁹。DFIDは世界20カ国以上の国々を支援しているが、そのうち、アジア・アフリカ地域への援助割合がほぼ同じで、約39%をそれぞれ占めている。次いで中南米地域に約5%となっている。HIV/エイズ対策を含むリプロダクティブヘルスへの援助額は年間約8000万ポンドであり（内訳割合は表A 2 - 2 参照）、DFIDの保健分野における最優先課題となっている。また、リプロダクティブヘルス分野への多国間援助として、WHO、UNFPA、UNAIDSなどの国連機関やIPPFなどの国際NGOへの資金援助を行っている。

表A 2 - 2 DFIDの予算内訳割合（対二国間援助）

リプロダクティブヘルスと性の健康	32%
ヘルスセクター／システム開発	32%
環境と健康	15%
子どもの健康	12%
傷病と障害	9%

出所：“What are DFID's Health Priorities?”（<http://www.dfid.gov.uk/>）

DFID

- ・ HIV/エイズ啓発
- ・ 望まない妊娠予防
- ・ 避妊具（薬）へのアクセス向上
- ・ 若者への支援

³⁸ リプロダクティブヘルスは保健・人口部（Health and Population Department: HPD）が担当している。

³⁹ DFID 金額、割合に関しては、“Main Tables”（<http://www.dfid.gov.uk/sid2002/>）およびSummary Tables（<http://www.dfid.gov.uk/sid2002/>）参照。

2 - 7 - 2 DFIDのリプロダクティブヘルス援助政策

DFIDのリプロダクティブヘルス政策は、1994年の国際人口開発会議（ICPD/カイロ会議）⁴⁰の戦略目標が達成されるように支援している。このため、DFIDは他のドナー機関、国際機関、民間セクターとの連携を強化している。リプロダクティブヘルス関連の具体的な活動内容は以下の点を強調している⁴¹。

- ・ HIV/エイズ：国際問題の優先課題としてパートナー協力に取り組む、若者への啓発活動重視、貧困層やハイリスク集団への情報提供やサービスへのアクセス改善、ワクチン研究や技術開発など知的共有財産の向上。
- ・ 妊娠（Pregnancy）：WHOの母性保護イニシアティブ（Make Pregnancy Safer）を例に、安全な母性に関わる試みをサポートする、妊婦が必要な時に十分なケアを受けられるように、輸送手段やレファラル体制の整備、保健機材、薬剤、専門技術者の確保。
- ・ 避妊法の選択（Contraceptive Choices）：UNFPAの事業を中心に、貧しい人々にもアクセス可能な質の高い避妊用具やサービスを提供する、入手可能な避妊法の選択肢を増やす。
- ・ 若者（Young People）：すべての若者が質の高い、信頼できる保健情報やサービスにアクセスできるように取り計らい、彼らをHIV感染、望まない妊娠、危険な中絶、その他の性と生殖に関わる問題を予防する。

2 - 7 - 3 DFIDのリプロダクティブヘルスにおける協力例

（1）学術機関との連携

人口とリプロダクティブヘルスプログラム（the Population and Reproductive Health Programme）はDFIDが資金援助し、ロンドン大学衛生・熱帯医学校とリバプール熱帯医学校との連携で行っている4年間のリプロダクティブヘルスに関する研究プログラムであり、次の2つを目標としている。

- ・ 途上国において、質の高い、様々なリプロダクティブヘルスサービスを提供する。
- ・ より良い保健ケアを提供し、生殖に関する選択の幅を広げることにより、女性の地位向上を促進する。

⁴⁰ 1994年9月にエジプトのカイロで開催された。世界の人口問題と開発には、人口の約半分である女性の視点を取り入れるべきであり、そのために、女性のエンパワーメントが鍵であるとした。この会議はリプロダクティブヘルスの概念を世界中に広めた。

⁴¹ DFIDホームページ “Beyond ICPD+5” (<http://www.dfid.gov.uk/>)

主な活動内容⁴²としては、アクション・オリエンテッド・リサーチ (Action-Oriented Research)、研究・評価方法の開発 (Development of Improved Research Methods and Indicators)、同プログラムで得た結果の公表 (Dissemination of the Results of the Programme)、研修と技能移転 (Training and Skills Transfer) を行っている。

(2) マラウイ政府の性とリプロダクティブヘルス協力支援

DFIDのDepartmental Report 2003⁴³によると、マラウイ政府の「性とリプロダクティブヘルスプログラム (Sexual and Reproductive Health Programme)」への支援は累計で4600万ポンドに上る。このプログラムの目的は、性感染症予防と治療および家族計画サービスへのアクセス改善、利用率の向上、費用対効果の高いサービスの提供である。活動内容は、コンドームを含む避妊具 (薬)、性感染症治療薬、HIVや性感染症テストキットなどの配布や開発である。また、現地のNGOを通じた若者や貧困層へのリプロダクティブヘルスに関する啓発活動や、サービスへのアクセスの向上に努めている。さらには、安全な母性 (Safe Motherhood) プロジェクトとして、妊産婦の死亡率や疾病率を低減する活動に取り組んでいる。

2 - 8 カナダ国際開発庁 (CIDA)

2 - 8 - 1 CIDAとリプロダクティブヘルス

CIDAはMDGsの保健目標 (乳幼児死亡率と妊産婦死亡率の低減など) を支持している。CIDAのODA優先プログラムは次の6項目⁴⁴に分かれている、ベーシック・ヒューマン・ニーズ (Basic Human Needs: BHN)、平等な性 (Gender Equality)、基盤整備事業 (Infrastructure Services)、人権・民主化・良い統治 (Human Rights, Democracy, and Good Governance)、民間セクター開発 (Private Sector Development)、環境 (Environment) である。

CIDAのリプロダクティブヘルス支援は、上述のBHNプログラムに含まれる。CIDAは2000年9月に、今後5年間の行動枠組みを示した指針文書「CIDAの社会開発優先課題」(CIDA's Social Development Priorities: A framework for action) を発表し、BHNの優先課題は「保健と栄養」、「基礎教育」、「HIV/エイズ」、「子どもの保護」の4分野である。5年間で

CIDA

・性感染症対策とリプロダクティブヘルス支援：男女の区別なく、特に若者に焦点

安全な母性：
緊急産科ケア、地域ケア
やレファラル体制の強化

⁴² 同プログラムの活動の詳細は、DFID (2003) International Health Matters, Issue 1.を参照。

⁴³ DFID (2003b) Chapter 3 「Department for International Development : Department Report 2003」

⁴⁴ CIDA " Program Priorities " (http://www.acdi-cida.gc.ca/cida_ind.nsf/8949395286e4d3a58525641300568be1/45a01fda4e06682f852567ed006b86ba?OpenDocument)

総額28億1100万カナダドルが計上されている（表A2 - 3参照）。「保健と栄養」課題は、「家族計画とリプロダクティブヘルス・ケア」のほか、「プライマリー・ヘルスケア（PHC）」、「食料と栄養」、「水と衛生」を扱っている。

**表A2 - 3 CIDAの社会開発優先課題予算配分
（1999/2000年度～2004/2005年度）**

（単位：百万カナダドル）

保健と栄養	43.2%	1,213
基礎教育	19.7%	555
HIV/エイズ	9.6%	270
子どもの保護	4.3%	122
その他BHN関連	17.6%	494
多国間援助	5.6%	157
5年間総額	100.0%	2,811

出所：CIDA's Social Development Priorities: A Framework for Action 2000
（<http://www.acdi-cida.gc.ca/framework.htm>）

2 - 8 - 2 CIDAのリプロダクティブヘルス援助政策

2001年11月に発表された、「保健と人口」分野におけるCIDAの行動計画（CIDA's Action Plan on Health and Population）によると、開発途上国における死亡率と疾病罹患率の主な原因のひとつに、不十分なリプロダクティブヘルスを挙げている。効果的なリプロダクティブヘルス・プログラムは、男女の区別なく、特に若者に重点を置くべきであるとしている。リプロダクティブヘルス・サービスへのアクセス向上は、同時にHIV/エイズ拡大抑制にもつながるとしている。具体的な行動計画としては、より効果的で安価な避妊法の提供や性感染症予防法の研究開発を行う。「安全な母性」については、産前のケア（栄養や病気の改善）、専門技術者立ち会いのもとでの出産や緊急産科ケア、コミュニティにおけるケア（Community-based care）、レファラル体制整備などを強化する⁴⁵。

2 - 8 - 3 CIDAのリプロダクティブヘルスにおける協力例

（1）パキスタン地域リプロダクティブヘルス・プロジェクト

（Community-Based Reproductive Health in Pakistan）⁴⁶

CIDA支援額：360万カナダドル

プロジェクト期間：2000～2004年

⁴⁵ CIDA “CIDA's Action Plan on Health and Population”（http://www.acdi-cida.gc.ca/cida_ind.nsf/b2a5f300880e7192852567450078b4cb/849f06880142436285256a330069ad99?OpenDocument）

⁴⁶ CIDA “Pakistan Projects”（<http://www.acdi-cida.gc.ca/CIDAWEB/webcountry.nsf/VLUDocEn/Pakistan-Projects>）

村落6カ所を拠点として、女性の家族計画とリプロダクティブヘルス・サービスへのアクセス向上を目的としている。産婦人科と性感染症に対して知識・経験を持つ医師、性教育の実績あるカウンセラー、産前看護を専門としているヘルスワーカーなどがチームを組んでサービスを提供している。地域の家族計画協会（FPA）のプログラムに統合し、パキスタン政府の設備を通じたサービスの需要が高まっている。性とリプロダクティブヘルスに関する理解が増し、危険な妊娠（年齢・出産間隔）の低減、結婚前の女性の保健サービスへのアクセス向上、HIV/エイズを含めた性感染症罹患率の低減などが期待されている。

（2）汎アフリカ・プログラム（Pan-Africa Program）⁴⁷

CIDAが行っている地域プログラムのひとつに、汎アフリカ・プログラムがある。このプログラムはアフリカ主導の開発を目的として、アフリカの共同体・機関の強化を図るものであり、カナダがドナーとしては初めての試みである。キャパシティ・ビルディングは、国家間・地域間をまたぐHIV/エイズや環境破壊などの開発問題に対応するには必要不可欠であるとしている。具体的には、地域エイズ研修ネットワーク（Regional AIDS Training Network）へ500万カナダドル、西アフリカにおけるHIV/エイズ対策（Support for the Fight against HIV/AIDS in West Africa）へ3500万カナダドル、など2001年には計42プロジェクトへの支援を行った。同プログラムは国連機関やNGOとのパートナーシップを持ち、CIDAのアフリカ・中近東地域への予算の8.8%を占める総額2340万カナダドルの支援実績がある。

⁴⁷ CIDA “Pan-Africa Program” (<http://www.acdi-cida.gc.ca/cidaweb/webcountry.nsf/vall/7369DF1E1E0E9C1C85256BB40054C57D?OpenDocument>)

付録3 . 基本チェック項目（リプロダクティブヘルス）

次ページの基本チェック項目は、リプロダクティブヘルス問題の現状や課題を理解するために用いられる指標のうち、代表的なものである。これらのデータを参照するには、国連機関から出された各報告書が主要な参考資料となる。リプロダクティブヘルスの現状を正確に知るためには、このほかにも様々な保健指標や国際協力を始めるにあたって把握しておくべき経済・社会的要因などが多く存在する。ここでは、援助を実施する際に必要とされ、重要なものに限定して提示している。個別案件を実施する際には、対象国や地域、機関に応じたより詳細な調査項目が必要である。各国政府の統計局や保健省がホームページなどで公開している場合もある。

データの経年比較や国別比較などを通じた分析を行う際には、指標の定義、年度、カバーする範囲、データ収集方法などに留意する必要がある。わが国のように出生・死亡の登録制度が完備している国と比較すると、多くの開発途上国では衛生統計の信頼性が低い。従来発表されている保健衛生関連統計は、主として病院における実態調査が多い。しかし、多くの住民は医療施設や医療サービスの得られない地方に住んでいることから、これらの統計はすべて実数よりも少なく報告されていると考えるべきである。

基本チェック項目のうち4から10は、1997年にUNICEF、WHO、UNFPAが定義した「妊産婦ケアのサービスに関わるプロセス指標」⁴⁸である。このような指標が定義された背景には、「途上国において、妊産婦死亡率（MMR）指標を正確に測ることが非常に困難で現実的でない」ことが長年問題になっていたことにある。ただし、これらプロセス指標の限界は、データ入手ソースが非常に限られており、国連関連組織で入手・公開できる状態には未だなっていない。各国で個別にデータを持っているか、学術研究としてある特定の国や地域で行われたデータが存在している程度であるのが現状である。

⁴⁸ UNICEF, WHO and UNFPA (1997)

基本チェック項目（リプロダクティブヘルス）

	チェック項目 / 指標	単位	計算方法	備 考
(リプロダクティブヘルス関係)				
1	栄養不良の5歳未満児の比率 Underweight Children under age-five	%		低体重にある子どもで、年齢相応の体重をもつ基準集団の体重の中央値からの標準偏差がマイナス2以下のもの。
2	合計特殊出生率 Total Fertility Rate: TFR	人	出産年齢の15～49歳の女子について、年齢別の出生率を合計して算出する。	女子が生涯に産む子どもの数の平均値と考えることができる。
3	15-19歳の少女1,000人当たりの出生数 Births per 1,000 women aged 15-19	人		ティーンエイジの妊娠状況を測る指標
4	基本的緊急産科ケア可能施設数 Amount of Basic EmOC services available			基本的な緊急産科ケアに対応できる施設数。最低でも、人口50万人に対し、4つの基本的緊急産科ケア可能施設が存在することが望ましいとされている。
5	包括的緊急産科ケア可能施設数 Amount of Comprehensive EmOC available			帝王切開や輸血ができる設備を備えた医療施設。最低でも、人口50万人に対し、ひとつの包括的緊急産科ケア可能施設が存在することが望ましいとされている。
6	緊急産科ケア施設の地理的分布 Geographical distribution of EmOC facilities	%		緊急産科ケアを提供できる医療施設の分布。100%のサブ・ナショナルレベルにおいて、基本および包括的緊急産科ケア可能施設が存在することが望ましいとされている。
7	緊急産科施設における出産の割合 Proportion of all births in EmOC facilities	%	すべての出産のうちの、緊急参加ケア可能施設における出産が占める割合。	最低15%が望ましいとされている。「妊産婦に合併症が起こりうる割合はおよそ15%である」というWHOによる推定に基づいている。
8	合併症を持つ産婦の緊急産科ケア出産割合 Met need for EmOC services	%	合併症を持つ妊産婦のうち、緊急産科ケア可能施設において出産した妊産婦の割合	100%の合併症を持つ妊産婦が医療施設で出産することが望ましいとされている。
9	帝王切開率 Cesarean section as a percentage of all births	%	すべてのお産に対する帝王切開実施割合。	WHOは、「自然な帝王切開率」をミニマムで5%、マキシマムで15%と定め、これを大幅に超えるような帝王切開率が実施されている国々は、「周産期ケアに関して、不必要な医療介入が実施されており、妊婦の心身に悪影響を及ぼすばかりでなく、国の保健財政を圧迫している」と警告を鳴らす。特に中南米諸国においてこの指標は高い。
10	妊娠・出産による合併症の死亡率 Case fatality rate	%	医療施設を受診した合併症を持つ妊産婦のうち、医療施設において亡くなった割合。	最高で1%が望ましいとされている。現在のところ、妊産婦が妊娠合併症で死亡したかどうかは医療施設でしか判断できないため、「医療施設を受診した合併症を持つ妊産婦のうち、医療施設において亡くなった割合」としている。
11	妊産婦死亡率 Maternal Mortality Rate: MMR	人	妊産婦死亡/出産数×100,000	出生10万に対する妊産婦死亡（直接産科的死亡と間接産科的死亡の和）の割合を示す。
12	妊娠関連死亡比 Pregnancy-related Death Ratio			妊娠・分娩・産褥中の死亡を統合していう場合に用いられ、妊産婦死亡とほぼ同義語と考えられる。
13	周産期死亡率 Perinatal Mortality Rate		胎児死亡数+早期新生児死亡数/出生数×1,000	妊娠満28週以降の死産と生後1週未満の早期新生児死亡の1年間の出生1,000に対する割合。
14	専門技能者の立ち会いの下での出産 % of Births Attended by Trained Health Personnel	%		適切な技術を有する保健要員または立会人一すなわち医師（専門医またはそれ以外の医師）および/または通常分娩だけではなく産科合併症の診断・処置ができる助産技能を有する者の立ち会いの下での出産の割合。
15	早期新生児死亡率 Early Neonatal Mortality Rate		早期新生児死亡数/出生数×1,000	生後7日（168時間）未満の児死亡を早期新生児死亡と定義し、1年間の出生1,000に対する1年間の生後7日未満の死亡数（早期新生児死亡数）の比で表現したもの。
16	新生児死亡率 Neonatal Mortality Rate		28日以内の新生児死亡数/出生数×1,000	生後28日未満の児死亡を新生児死亡と定義し、1年間の出生1,000に対する1年間の生後28日未満の死亡数（新生児死亡数）の比で表現したもの。
17	乳児死亡率 Infant Mortality Rate		1年未満の乳児死亡数/出生数×1,000	生後1歳未満の児死亡を乳児死亡と定義し、1年間の出生数1,000に対する1年間の生後1歳未満の死亡数の比で表現したもの。
18	5歳未満児死亡率 Under 5 Mortality Rate		5歳未満児死亡数/出生数×1,000	生後5歳未満の児死亡を5歳未満児死亡と定義し、1年間の出生1,000に対する1年間の5歳未満の死亡数の比で表現したもの。
19	近代的避妊法実行率 Contraceptive Prevalence/Modern Methods	%	避妊法を用いた人口/調査対象者	既婚で出産可能年齢の女性（15-49歳）またはその夫が、近代的避妊法を用いている率。近代的避妊法には、男女の不妊手術、IUD、ピル、注射、ホルモン剤埋め込み法、コンドーム、女性用のバリア法などがある。調査対象人口の年齢を15-49歳までに統一している。
20	1歳児麻疹予防接種率 One-Year-Old Fully Immunized against measles	%		1歳未満で麻疹の予防接種を行うことが推奨され、その接種率。

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

	チェック項目 / 指標	単位	計算方法	備 考
21	出生前のケアが行われている比率 Antenatal Care Coverage	%		15-49歳の女性が妊娠中に最低一度でも医療専門技術者（医師、看護師、助産師）の診察を受けた割合。
22	0-49歳のHIV/エイズ感染者数 Estimated Number of People Living with HIV/AIDS, Adults and Children, 0-49	人	調査地域（国）の高位推計値と低位推計値の間の平均値をとる。	0-49歳までの大人と子どもを合わせたHIV/エイズの感染者数。
23	0-14歳のHIV/エイズ感染者数 Estimated Number of People Living with HIV/AIDS, Children, 0-14	人		0-14歳の子どものHIV/エイズ感染者数。
24	15-49歳のHIV/エイズ感染者数 Estimated Number of People Living with HIV/AIDS, 15-49	人		15-49歳のHIV/エイズ感染者数。
25	15-49歳のHIV/エイズ感染率 HIV/AIDS Prevalence Rate, 15-49	人		15-49歳のHIV/エイズ感染率。HIV/エイズ感染者数を全人口で割ったもの。
26	15-24歳のHIV感染率（男女別） HIV Prevalence Rate, M/F, 15-24	%		男女間の感染率に差があるのは、女性のほうが身体的理由から社会的理由からもHIV/エイズにかかりやすいことを反映している。また、性関係をもつパートナーの間の年齢差にも影響されている。
(保健一般)				
27	平均寿命（男/女） Life Expectancy at Birth	歳		出生時（0歳時）の平均余命のこと。生物学的には、男性より女性の方が長い。しかし一部の途上国（ネパールなど）では女性の方が短くなっており、女性の社会状況や健康状況が非常に厳しい状態にあることを示している。
28	改善された水源を利用できる人口 Population with Sustainable Access to an Improved Water Source	歳		飲み水として次のいずれかの給水設備を使っている人口の割合。家庭への配管、公共水道、ポンプ式の掘りぬき水場、防護柵または覆い付き井戸、防護柵または覆い付き泉、雨水。
29	基礎医薬品を入手できる人口 Population with Sustainable Access to Affordable Essential Drugs			自宅から1時間圏内にある公共・民間の医療施設または薬局で、もっとも重要な少なくとも20種類の薬剤を継続的かつ手の届く価格で入手できる人口の割合。
30	保健医療分野への予算（GDPに占める割合） Health Expenditures/Public	% of GDP	保健医療分野への予算/政府全体予算	部門やセクターが異なる状況においては、投入額に差が出るため、国家間比較には注意する必要がある。
31	適切な衛生施設を利用する人の比率 % of Population Using Adequate Sanitation Facilities			下水または汚水タンクシステムに接続しているトイレ、水洗トイレ、簡易トイレまたは換気付き改良トイレなど、適切な衛生施設を使用している人口の割合。
32	保健医療従事者数 Health Related Worker	人		医師、看護師、助産師、薬剤師、臨床検査技師など。
33	保健医療従事者養成制度 Training System of Health Related Worker			各職業従事のための方法、資格・学歴など教育制度
(基礎統計)				
34	粗出生数 Crude Birth Rate	人		ある年の人口1000人当たりの出生数の比率。年間の出生数を同年の年央人口で割ったもの。
35	年平均人口増加率 Population Growth Rate	%		各国の年平均人口増加率。
36	総人口 Total Population	人		各国の人口の現在の規模
37	推計人口 Projected Population	人		各国の人口の将来規模
38	都市人口の割合 % of Population Urbanized	%		各国の人口の中の都市人口の比率
39	成人識字率 Adult Literacy Rate	%	15歳以上成人識字者/15歳以上成人人口	15歳以上で、日常生活に関する短く簡単な文章を、内容を理解しながら読み書きできる人の割合。
40	初等教育総就学率 Gross Enrollment Rate in Primary Education	%	初等教育の在籍児童数/初等教育学齢人口	就学率には、Gross（総）とNet（純）の2種類がある。総就学率は、在学者数と学齢生徒数の比であるのに対し、純就学率は、学齢在学者数と学齢生徒数の比である。総就学率では、遅れて入学したり、中退・復学、留年によって、本来の年齢よりも高くなった人の数は訂正されずそのまま含まれている。
41	初等教育純就学率 Net Enrollment Rate in Primary Education	%	初等教育学齢の在籍児童数/初等教育学齢人口	

出所：幸田正孝ほか（2001）「保健、医療、福祉の現代用語WIBA（2001年版）」
 松本清一ほか（1992）「新・母子保健用語集」1992
 UNDP（2002）「人間開発報告書2002」
 UNFPA（2003）「世界人口白書2003」
 UNICEF（2003）「世界子供白書2003」

基本チェック項目を用いた国別比較表

チェック項目/指標	単 位	ベトナム	チュニジア	タンザニア	ホンジュラス	日 本	出所
(リプロダクティブヘルス関係)							
1 栄養不良の5歳未満児の比率 Underweight Children under age-five	人 / 1,000 (2001年)	38	27	165	38	5	(2)(4)
2 合計特殊出生率 Total Fertility Rate: TFR	人	2.3	2.2	5.2	3.9	1.4	(4)
3 15-19歳の少女1,000人当たりの出生数 Births per 1,000 women aged 15-19	人	21	7	120	103	4	(3)
4 基本的緊急産科ケア可能施設数 Amount of Basic EmOC services available	基準値 4施設 / 500,000	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
5 包括的緊急産科ケア可能施設数 Amount of Comprehensive EmOC available	基準値 1施設 / 500,000	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
6 緊急産科ケア施設の地理的分布 Geographical distribution of EmOC facilities		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
7 緊急産科施設における出産の割合 Proportion of all births in EmOC facilities	基準値 15%	6.6	N/A	14.1	N/A	N/A	
8 合併症を持つ産婦の緊急産科ケア出産割合 Met need for EmOC services	基準値 100%	6.9	N/A	14.6	N/A	N/A	
9 帝王切開率 Cesarean section as a percentage of all births	基準値 5 - 15%	10.6	N/A	3.0	N/A	N/A	
10 致命率 Case fatality rate	基準値 1%以下	1.0	N/A	3.6	N/A	N/A	
11 妊産婦死亡率 Maternal Mortality Rate: MMR	人 / 100,000 (2000年)	125	68	1,408	108	9	(3)
12 妊娠関連死亡比 Pregnancy-related Death		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
13 周産期死亡率 Perinatal Mortality Rate	人 / 1,000 出産	N/A	N/A	N/A	N/A	5.5	
14 専門技能者の立ち会いの下での出産 % of Births Attended by Trained Health Personnel	% (2001年)	70	90	36	54	100	(2)(3) (4)
15 早期新生児死亡率 Early Neonatal Mortality Rate		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
16 新生児死亡率 Neonatal Mortality Rate		N/A	N/A	N/A	N/A	1.8	
17 乳児死亡率(1歳未満) Infant Mortality Rate	人 / 1,000 (2001年)	30	21	104	31	3	(2)(4)
18 5歳未満児死亡率 Under 5 Mortality Rate	人 / 1,000 (2001年)	38	27	165	38	5	(4)
19 近代的避妊法実行率 Contraceptive Prevalence/Modern Methods	%(15-49歳) (95年以降)	56	51	17	41	53	(3)
20 1歳児麻疹予防接種率 One-Year-Old Fully Immunized against measles	% (2001年)	97	92	83	95	96	(2)(4)
21 出生前のケアが行われている比率 Antenatal Care Coverage	% (95-00年)	68	79	49	84	-	(4)
22 0-49歳のHIV/エイズ感染者数 Estimated Number of People Living with HIV/AIDS, Adults and Children, 0-49	人 (2001年)	130,000	N/A	1,500,000	57,000	12,000	(1)(4)
23 0-14歳のHIV/エイズ感染者数 Estimated Number of People Living with HIV/AIDS, Children, 0-14	人 (2001年)	2,500	N/A	170,000	3,000	110	(1)(2) (4)
24 15-49歳のHIV/エイズ感染者数 Estimated Number of People Living with HIV/AIDS, 15-49	人 (2001年)	130,000	N/A	1,300,000	54,000	12,000	(1)
25 15-49歳のHIV/エイズ感染率 HIV/AIDS Prevalence Rate, 15-49	% (2001年)	0.3	N/A	7.8	1.6	<0.1	(1)(2) (4)
26 15-24歳のHIV感染率 HIV Prevalence Rate in young people, M/F, 15-24	% (男女別) (2001年)	0.38 / 0.20	N/A	4.25 / 9.67	1.44 / 1.80	0.02 / 0.04	(1)*

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

チェック項目/指標		単 位	ベトナム	チュニジア	タンザニア	ホンジュラス	日 本	出所
(保健一般)								
27	平均寿命(男/女) Life Expectancy at Birth	歳 (男/女) (2002年)	66.9 / 71.6	70.8 / 74.9	42.5 / 44.1	66.5 / 71.4	77.9 / 85.1	(3)
28	改善された水源を利用できる人口 Population with Sustainable Access to an Improved Water Source	% (2000)	77	80	68	88	N/A	(2)(4)
29	基礎医薬品を入手できる人口 Population with Sustainable Access to Affordable Essential Drugs	% (1999)	80-94	50-79	50-79	0-49	95-100	(2)
30	保健医療分野への予算(GDPに占める割合) Health Expenditures/Public	% of GDP (98-01年)	1.3	2.2**	2.8	6.0	2.6	(3)(5)
30	保健医療分野への予算(GDPに占める割合) Health Expenditures/Public	% of GDP (98-01年)	1.3	2.2**	2.8	6.0	2.6	(3)(5)
31	適切な衛生施設を利用する人の比率 % of Population Using Adequate Sanitation Facilities	% (2000年)	47	84	90	75	N/A	(2)(4)
32	医師数 Physicians	人 / 100,000 (90-02年)	52	70	4	83	197	(2)
33	保健医療従事者養成制度 Training System of Health Related Worker		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
(基礎統計)								
34	粗出生数 Crude Birth Rate	人 / 1,000 (2001年)	20	18	39	31	9	(4)
35	年平均人口増加率 Population Annual Growth Rate	% (00-05年)	1.3	1.1	1.9	2.3	0.1	(3)
36	総人口 Total Population	百万人 (2002年)	81.4	9.8	37.0	6.9	127.7	(3)
37	推計人口 Projected Population	百万人 (2050年)	117.7	12.9	69.1	12.6	109.7	(3)
38	都市人口の割合 % of Population Urbanized	% (2001年)	25	66	33	54	79	(3)
39	成人識字率 Adult Literacy Rate	% 15歳以上 (男/女別) (2000年)	96 / 91	81 / 60	84 / 67	78 / 85	N/A	(4)
40	初等教育総就学率 Gross Enrollment Rate in Primary Education	% (男/女別)	110 / 107	121 / 115	63 / 63	96 / 98	101 / 101	(4)
41	初等教育純就学率 Net Enrollment Rate in Primary Education	% (95-99年)	95 / 94	99 / 97	46 / 48	85 / 86	100 / 100	(4)

出所：UNAIDS (2002)⁽¹⁾、UNDP (2003)⁽²⁾、UNFPA (2003)⁽³⁾、UNICEF (2003)⁽⁴⁾、World Bank (2003)⁽⁵⁾

* UNAIDSは高位推計値と低位推計値を出しているが、ここでは高位推計値を掲載した。

** UNFPA (2002)「世界人口白書2002」を参照した。

付録4．地域別のリプロダクティブヘルスの現状と課題

ここでは、「付録3．チェック項目」で挙げた主な指標を基に地域別のリプロダクティブヘルスの現状と課題を概観する。なお、UNFPAがリプロダクティブヘルスに関する基本的な統計データをまとめているため⁴⁹、主としてそれらデータを用いて地域比較を行う。よって、ここでの地域区分はUNFPAによる区分⁵⁰に従い、サブサハラ・アフリカ、アラブ諸国、アジア・太平洋、中南米・カリブ、東欧・旧ソ連諸国（移行経済圏）の5地域とした。

1．サブサハラ・アフリカ

1-1 指標からみるリプロダクティブヘルスの現状

サブサハラ・アフリカにおける深刻なHIV/エイズ問題や、女性性器切除（FGC）などの問題はすでに周知のところであるが、それ以外のリプロダクティブヘルスの状況も、表A4-1のとおり世界の平均的状況と比べて厳しい状態にある。

サブサハラ・アフリカの現状

- ・若者のHIV感染
- ・望まない妊娠
- ・多い妊産婦死亡
- ・女性性器切除

表A4-1 サブサハラ・アフリカ地域と世界のリプロダクティブヘルス関連指標比較

指 標	サブサハラ・アフリカ	世 界
総人口(百万)	635.2	6,134.1
2050年人口予想(百万)	1,696.8	9,323.3
都市部の人口比率(%)	33.8	47
合計特殊出生率	5.6	2.68
避妊実施率	20%(アフリカ全体)	58%
HIV感染率	28.1(百万) (成人感染率:8.4%)	40(百万) (成人感染率:1.2%)
成人HIV感染者における女性の割合	55%	48%
思春期の妊娠率(千人の15~19歳女性に対する)	124	50
乳児死亡率	95.8(対1,000出生)	
成人女性の非識字率(15歳以上)	48.0%	
成人男性の非識字率(15歳以上)	31.1%	

出所：UNFPA (<http://www.unfpa.org/africa/demographic.htm>)

⁴⁹ 本付録4中のデータに関して特に注釈のないものは、UNFPA(2003a)から引用している。

⁵⁰ UNFPA (<http://www.unfpa.org/worldwide/>)

また表A 4 - 1 中にはないが、世界で発生している妊産婦死亡の過半数が、世界人口の10%程度しか占めていないサブサハラ・アフリカ地域で起こっており、同地域においては、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⁵¹。妊産婦死亡の主な原因は、産前産後の出血が25%、感染症/敗血症（産褥熱とも呼ばれる）が15%、危険な人工妊娠中絶が13%、妊娠による高血圧症が12%、難産（obstructed labor）が8%となっている⁵²。間接的要因として、マラリア、鉄欠乏症、HIV/エイズなどがある。当該地域では、助産技術をもつ医療人材（医師・看護師・資格助産師など）による出産介助の割合が50%以下の国が多く存在し、特に都市部と比較すると、地方において助産技術をもつ医療人材による介助率が著しく低い。また、同地域では緊急産科ケアが提供できる医療施設の数も圧倒的に不足している。

さらにサブサハラ・アフリカにおける低い避妊実施率は、世界一高い合計特殊出生率に反映されており、同地域の人口は過去40年の間に、世界のどの地域よりも増加した。現在、同地域における若者（10～24歳）の人口は全体の約30%を占めることから、エイズ問題による人口減少が多少あるとしても、今後数十年間は、引き続き同地域での人口増加が起これと予想されている。このような人口増加問題は、「すべての人々のベーシック・ヒューマン・ニーズを満たす」という基本的開発課題達成をさらに困難なものにしている。

サブサハラ・アフリカにおけるHIV/エイズの問題は、単なる健康の問題でなく、今や深刻な社会問題となっている。とりわけ、若者間での新規HIV感染増加は年々深刻になってきており、また若者の若年妊娠や望まない妊娠の問題も、リプロダクティブヘルスの深刻な問題として認識されている。それにもかかわらず、社会文化的要因などにより、若者に対するリプロダクティブヘルス情報やサービスの提供は圧倒的に不足している。若者は「未婚で複数のパートナーとの性的関係を持っている可能性が高い」故に、HIV/エイズおよび性感染症対策の視点から見ると「ハイリスクグループ」に分類されるため、早急な対応が必要とされている。

また、一部の国々で行われている女性性器切除（FGM/FGC）を禁止するために、当該地域の政府や地域指導者、女性グループや青少年グループおよび保健医療に携わる組織などが継続的な努力を重ねた結果、FGM/FGCという伝統的慣習が女性のリプロダクティブヘルスにとって極めて有害であるということが、少しずつ社会的に認識されてきている。国

⁵¹ WHO/AFRO “Towards the millennium development goals: advocacy for improved maternal and newborn care.” (<http://www.afro.who.int/drh/safe-motherhood/script-rpm30-mdgs-reduce2.pdf>)

⁵² World Bank “Millennium Development Goals” (<http://www.developmentgoals.org/>)

際機関でもFGM/FGC廃絶のための取り組みが増えてきている。しかしながら、FGM/FGCはそれぞれの地域の文化、社会に強く根ざしているため、容易には廃絶できないものであり今後も多くの努力が必要とされる。

1 - 2 今後の課題

サブサハラ・アフリカにおけるリプロダクティブヘルスの重要な課題は、HIV/エイズの対策の強化と、青少年に対するリプロダクティブヘルス情報・サービスの充実であると言える。この2つの課題は、相互関係にある。HIV/エイズ対策の視点から見ると、同地域における若者の間でのHIV新規感染は上昇しており、現在のHIV新規感染者のほぼ半数は10歳から24歳までの若者であると言われている。この主な原因として、若者のリプロダクティブヘルスに関する情報やサービスへのアクセスが不十分であることが挙げられている。また、HIV/エイズに限らず、望まない妊娠やジェンダー不公平など若者のリプロダクティブヘルスの問題は、山積している。このような状況に対応するため、UNFPAなどの国連機関、政府機関、ローカルNGOなどにおいても、若者を「最優先ターゲットグループ」としてリソースを集中させる戦略を打ち出している。また、妊産婦死亡低減のためには、助産技術をもつ医療人材の育成とともに、基本的緊急産科ケアが提供できる医療施設の拡充が急務となっている。さらに、女性性器切除の慣習を禁止するための啓発活動も、引き続き重要な課題とされている。

サブサハラ・アフリカの課題

- ・ HIV/エイズ対策
- ・ 青少年リプロダクティブヘルスの推進
- ・ 基本的緊急産科ケアサービスの拡充
- ・ 地方における、助産技術を持った医療人材の育成
- ・ 女性性器切除禁止のための啓発

2 . アラブ諸国

2 - 1 指標からみるリプロダクティブヘルスの現状

アラブ諸国における最大の問題は世界最高の人口増加率(2.7%)であり、世界平均1.2%を下回るのはチュニジアのみである。また国家の経済状況と比較すると、妊産婦死亡率も高く、半数以上の諸国において妊産婦死亡率は75(対10万出生)を超える。この原因として、地方における助産技術をもつ医療人材の不足や、基本的緊急産科ケアサービスが提供できる医療施設の不足、およびアクセスの問題が挙げられる。特にモロッコやイエメンなどにおいては、妊産婦死亡率も220/対10万出生(モロッコ)、570/対10万出生(イエメン)と高く、その原因のひとつとしてこれら国々における助産技術をもつ医療人材による分娩が20 - 30%と低いことが指摘されている。

その他のリプロダクティブヘルスの状況は、1994年のカイロ会議以降少しずつではあるが改善されてきており、それらは乳児死亡率や平均寿命と

中近東の現状

- ・ 高い人口増加率
- ・ ジェンダー不公平
- ・ 多い妊産婦死亡
- ・ 10代の妊娠

いった数値にも現れてきている。合計特殊出生率も、世界的にみればまだ高いレベルにあるものの、過去10年間に於いて徐々に低下してきている。しかしながら、解決されるべき問題はいまだ山積している。初等教育就学率や非識字率におけるジェンダー間のギャップは相変わらず大きく、女性の社会的地位が低い問題が同地域の多くの国において明らかな形で存在している。

女性性器切除（FGM/FGC）についてはアラブ諸国の大半では見られないが、エジプトやイエメンの一部では行われている。特にエジプトでは女性の9割程度がFGM/FGCを受けているとの調査結果もある。また、早期結婚による10代の妊娠もアラブ諸国における深刻な問題として認識されている。

2 - 2 今後の課題

この地域における世界最高水準の人口増加率の抑制は世界的課題となっている。特にマグレブ諸国を除くアラブ諸国の人口問題の解決には家族計画の普及が必要である。

また、妊産婦死亡の深刻な国々においては、助産技術をもつ医療人材を増やす対策をまず強化するとともに、基本的緊急産科ケアが提供できる医療施設の拡充も急務である。

その他、ジェンダー間の不公平をなくしリプロダクティブライツを社会に認知してもらうための啓発活動を推進することである。また、「10代の若者も自分自身のリプロダクティブヘルスについて責任ある行動をとる必要がある」ということについて社会を啓発し、若者に対するリプロダクティブヘルスの情報やサービスを提供していくことも必要とされている。イスラム文化圏において、未婚の若者のリプロダクティブヘルスを推進していくことは社会文化的に容易なことではないが、同地域の幾つかの国においては青少年リプロダクティブヘルスに関する活動実績が豊富な国もあり、このような国の経験を参考にしていくのは効果的であると言える。

さらに増加傾向にあるHIV/エイズやその他の性感染症対策も強化される必要がある。

中近東の課題

- ・ 家族計画普及
- ・ ジェンダーとリプロダクティブライツの啓発
- ・ 青少年リプロダクティブヘルスの啓発
- ・ 地方における、助産技術を持った医療人材の育成
- ・ 基本的緊急産科ケアの拡充
- ・ HIV/エイズ対策

アジア・太平洋の現状

- ・ 家族計画の成功
- ・ 乳幼児死亡率の低減
- ・ 自宅分娩による妊産婦死亡低減の成功例
- ・ ジェンダーギャップ
- ・ 多い妊産婦死亡
- ・ HIV/エイズ問題の増加
- ・ 10代の妊娠
- ・ 女性の人身売買

3 . アジア・太平洋

3 - 1 指標からみるリプロダクティブヘルスの現状

アジア・太平洋における人口は、地球人口の約60%を占める。以下同地域におけるリプロダクティブヘルスの状況は、過去20年の間に大きく改善されたと言われる。特に、人口増加率、乳幼児死亡率や、平均寿命（現在

同地域の平均寿命は65歳)といった点で大きな改善が見られた。現在アジア地域全般の平均人口増加率は1.3%と、途上国の中では最も低くなっている。家族計画普及に関してアジア地域が成功したと言われる理由に、政府による高いコミットメント、宗教的理由による家族計画に対する抵抗が比較的少ないこと、および国際社会による財政的・技術的支援などが挙げられる。しかしながら、アジア地域内でも地域によっては、いまだにリプロダクティブヘルス関連指標(妊産婦死亡率・乳幼児死亡率など)が改善されていない地域・国や、女性の識字率が男性よりも著しく低い国が多く存在する。以下、同地域のリプロダクティブヘルス状況を、(1)東南・東アジア、(2)南・中央アジア、および(3)太平洋地域に分けて概観する。

(1) 東南・東アジア

東南アジア諸国のうち、カンボジア、ミャンマー、インドネシアなどでは、妊産婦死亡率はいまだに高いことが問題となっている。例えばインドネシアにおいては、過去30年の間に乳幼児死亡率が大きく低減し、また合計特殊出生率もコンスタントに減っているにもかかわらず、妊産婦死亡率は230/対10万出生と、他のアセアン諸国と比較しても高い。この背景として、乳幼児死亡は予防接種実施など保健省のトップダウンの介入によりある程度のコントロールが可能であったのに対し、妊産婦死亡の問題は単に保健医療の問題のみならず、社会文化的要因も複雑に関係しており、その解決が困難なためであると言われる。

一方マレーシアなどでは、自宅出産が多いにもかかわらず、妊産婦死亡低減に成功している国々がある。これは地方において適切な助産技術をもった医療人材(助産師など)の介助による自宅分娩が多いためとされている。

また特にメコン地域で多い女性や少女の人身売買・売春問題は、人権やリプロダクティブヘルスを侵す深刻な問題であるばかりでなく、HIV感染増加のリスクも高めている。メコン地域のカンボジア、ベトナムといった国々では、東南アジア地域内の他国と比較しても近年HIV感染が増加している。

東アジアの代表国である中国においては、HIV感染やその他感染症の増加といった課題に依然として直面している。改革開放政策以来、流動人口が急激に増加しており、1982年の3000万人から現在は1億4000万人に上る(2000年全国人口普查)と言われている。流動人口は、大部分は農村の過剰労働力であり、貧しく、生活能力が低い。このため、流動人口の各種感染症の罹患率は高く、同時に、都市部で発生する感染症の感染源のひとつ

つとなっている。さらに、流動人口は15 - 45歳の青年層が8割を占めており、彼らに対するリプロダクティブヘルスサービスをいかに提供していくかが大きな課題となっている。

(2) 南・中央アジア

ネパール、バングラデシュ、パキスタン、アフガニスタンといった後発開発途上国が集中する南・中央アジアの国々のリプロダクティブヘルスの状況は、アジア・太平洋地域の中でも最も厳しい状況にある。これらの国々では特に妊産婦死亡率が高く、長い内戦にあったアフガニスタンの1900 / 対10万出生をはじめ、他国でも400 / 対10万出生を超えている。このような背景には、国内地域格差や多民族間格差などのために、特に地方において妊産婦ケアサービスが圧倒的に不足していることがある。同時に、住民側にも妊産婦ケアに対する知識が不足していたり、伝統的慣習により、医療サービスが存在しても女性がアクセスできない状況にあることも要因となっている。

一方でスリランカなどでは、自宅出産が多いにもかかわらず、妊産婦死亡低減に成功している国々もある。これは適切な助産技術をもった医療人材（助産師など）の介助による自宅分娩が多いためとされている。

10代の妊娠率をみると、アフガニスタン、バングラデシュ、ネパールなどにおいて100（対千人の15～19歳少女）と高い。この背景には、伝統的慣習により、女性の結婚年齢が早いことが大きく影響している。

(3) 太平洋

太平洋地域では10代の若者は全人口の中で大きな割合を占めている。これら10代の若者の妊娠率は60（対千人の15～19歳少女）を超え、若者間での望まない妊娠やHIV感染の問題が危惧されている。この背景には、同地域における性行動開始が低年齢化しているにもかかわらず、それに対する「青少年リプロダクティブヘルス・プログラム」の重要性やニーズが社会においていまだ十分認知されておらず、対応が遅れていることも原因とされている。

大洋州地域においても、HIV/エイズの問題は年々増加傾向にある。まだ特定のハイリスク・グループの間にしかHIV感染が見られないような国々においても、いつ一般市民の間でHIV感染が広がってもおかしくない状態にあると言われている。

アジア・太平洋の課題
・後発開発途上国におけるリプロダクティブヘルス全般の向上
・地方で活躍できる医療人材の育成
・青少年リプロダクティブヘルスの推進
・HIV/エイズ対策

3 - 2 今後の課題

アジア・大洋州における今後の課題は、まず後発開発途上国における基本的リプロダクティブヘルス状況全般を改善することにある。特に妊産婦死亡低減のため、地方で活躍できる助産技術をもつ医療人材を育成することや、基本的緊急産科ケアが提供できる医療施設を拡充すること、または農村僻地から医療施設までのアクセスを改善することなどがある。また、既述したマレーシアやスリランカのケースのように、自宅において適切な助産技術をもった医療人材（助産師など）に介助される出産を推進することで妊産婦死亡低減に成功した国の経験を、他国で応用することも検討に値すると思われる。同時に、HIV/エイズ対策を強化し、まだ感染が一般市民の間で広がっていない国々における状況を悪化させないようにコントロールすることも重要である。また、青少年リプロダクティブヘルスの重要性を社会に認知させるような啓発活動とともに、彼らに対する情報やサービスの提供を充実させることにも、より力を入れて取り組む必要がある。

4．中南米・カリブ

中南米・カリブの現状
 ・進歩的ジェンダー対策
 ・HIV/エイズ対策の成功例
 ・大きい地域間格差／貧富の差
 ・高い帝王切開率
 ・10代の妊娠

4 - 1 指標からみるリプロダクティブヘルスの現状

経済的にある程度発展している中南米・カリブ地域の国々の多くでは、過去15年間の間に、ジェンダー公平問題やリプロダクティブヘルスなどを検討する公的機関が設置され、関連する法整備や政策立案、および各省庁を横断しての「ジェンダー配慮プログラム」が行われている。また、家族計画実施状況においても、同地域の平均避妊実施率は60%と高く、世界の平均値である58%を超えている。しかしながら、ハイチ、ボリビア、ホンジュラスなど一部の国々では、避妊実施率が20%台から40%台と未だに低い。

妊産婦死亡に関しては、過去10年間で改善はされてきたものの、中南米の国々の経済発展状況と比較すると、妊産婦の健康が決して良い状態にあるとはいえず、半数近い国々において妊産婦死亡率が100 / 対10万出生を超えている。この背景には、世界の他地域と比較しても国内地域格差や貧富の差が大きく、都市部では先進国と変わらないレベルの医療サービスが受けられるのに、農村僻地においてはいまだに適切な助産技術をもつ医療人材による出産介助が受けられないことや、問題が起こった時に医療施設へ行くためのアクセスが非常に悪いことなどがある。

また妊産婦に関わる別の問題として、中南米地域において高すぎる帝王切開率の問題に対し、「不必要な医療介入によって妊産婦の健康を害する

⁵³ 米州開発銀行駐日事務所（2000）。米州開発銀行は、ラテンアメリカにおいて85万件を超える不必要な手術に年間およそ4億2500万ドルが浪費されていると報告している。

ばかりでなく、限られた保健セクター財源を浪費している」⁵³と批判が集まっている。WHOが定める「正常な帝王切開率」は15%となっているなか、1994年のデータ⁵⁴によるとラテンアメリカの国々では、チリ40%、ブラジル36%、メキシコ25%といずれも高い数字を示しており、この数字は年々上昇していると言われている。参考までにメキシコ政府が発表した2002年の帝王切開率は37.8%であった⁵⁵。同地域において帝王切開率が高い原因として、病院における分娩が促進されすぎた、経膈分娩よりも帝王切開の方が病院の収益が良い、分娩を早く終わらせたい医師の都合、妊産婦の意識が低く「お金があるのなら、痛みも少なく早くて便利な帝王切開」という誤った考えが常識化している、医師の「経膈分娩介助」経験が少なくなってきた、などが挙げられる。このような事態に対し、帝王切開率が高い中南米諸国の政府は公に警告を発し、具体的な対策をとり始めている。

中南米・カリブの課題

- ・地域間格差の是正
- ・青少年リプロダクティブヘルス対策の推進と経験の共有
- ・HIV/エイズ対策の推進と経験の共有
- ・出産の際の不必要な医療介入の排除
- ・「質の高い良いお産」の推進

中南米・カリブ地域における10代の妊娠率（1,000人の15歳から19歳までの女性に対する）は72と、サブサハラ・アフリカの124に次いで高く、性行動開始の年齢は、年々低年齢化しているといわれている。これに対応するために同地域では、メキシコやブラジルなど、「青少年リプロダクティブヘルス」プログラムを活発に推進している国々も多い。

また、中南米・カリブ地域は、サブサハラ・アフリカに次いでHIV/エイズ問題が深刻な地域として知られている。しかしながら、地域において最も感染が深刻な国のひとつであったブラジルは、抗エイズ薬の低価格（あるいは無料）配布に成功し、また国をあげての予防活動やアドボカシー活動の効果も実を結び、近年HIV/エイズ問題の緩和に成功している。当該地域においては、このような国のHIV/エイズ対策成功体験をシェアするための国際会議なども活発に行われている。

4 - 2 今後の課題

中南米・カリブ地域のリプロダクティブヘルスの課題としてまず挙げられることは、農村僻地における妊産婦死亡などを低減させるために、富の公平な配分による地域間格差の是正 / 貧富の差の是正を実施するとともに、「地方に残って活動できる」助産技術をもつ医療人材を育成し、医療施設における不必要な医療介入（帝王切開など）を減らして妊産婦の健康を向上させるとともに保健財源の浪費を止め、より人間的温かみのある「質の高い良いお産」を推進することが求められている。また、10代の妊

⁵⁴ IDB（<http://idb.or.jp/0101/fs1.html>）

⁵⁵ メキシコ保健省（2002）

娠や若者のHIV/エイズ問題を改善するために、青少年リプロダクティブヘルス・プログラムをより充実させていくとともに、他国へそのノウハウを普及させていくことが望まれている。さらにHIV/エイズ対策の成功体験を持つ国がリーダーシップをとって、他国に対しそのノウハウを普及させていくことも期待されている。

東欧・旧ソ連諸国の現状

- ・ HIV感染の増加
- ・ 若者間でのHIV感染増加・望まない妊娠
- ・ 高い人工妊娠中絶率
- ・ 高い妊産婦死亡率

5．東欧・旧ソ連諸国（移行経済圏）

5 - 1 指標からみるリプロダクティブヘルスの現状

東欧や旧ソ連諸国（移行経済圏）は、リプロダクティブヘルス状況の視点から見ると、大きく以下3つのグループに分類できる。

開発が進み、近い将来EUに加盟することを希望している国々（チェコ、スロバキア、ハンガリー、ポーランド、ラトビア、リトアニア、ポーランド、スロベニアなど）

幾つかの課題（HIV/エイズや避妊具・薬の入手、青少年リプロダクティブヘルスサービスやジェンダー問題）に関して、引き続き海外からの支援が必要な国々（アルメニア、アルバニア、グルジア、ルーマニア、ロシア、ウクライナやトルコなど）

悪化する経済状況、広がるHIV感染、劣悪な医療施設など問題が山積しており、外国からの強力な支援が必要な国々（アゼルバイジャン、カザフスタンなど）

東欧・旧ソ連諸国の課題

- ・ 医療人材の質の向上
- ・ 医療施設・機材のリハビリ
- ・ 青少年リプロダクティブヘルス情報・サービスの普及
- ・ 性感染症およびHIV/エイズ対策
- ・ 市民が入手可能な価格の避妊具（薬）の安定供給

上記 や に属する国々では、近年HIV感染や性感染症の増加が著しい。この原因のひとつとして、適切なカウンセリング、診断、治療をすべき保健医療サービスが未整備であることが指摘されている。さらに、若者に対するリプロダクティブヘルスの情報およびサービスの提供が遅れており、これが若者間でのHIV感染増加や人工妊娠中絶の増加を引き起こしているといわれている。同地域における人工妊娠中絶率は非常に高いことが以前から社会問題になっている。近年の避妊法の普及とともに、人工妊娠中絶率はやや減少傾向になったと言われるものの、世界的に見るとまだまだ高いレベルにある。

同地域においてももうひとつ特徴的なことは、助産技術をもつ医療人材による分娩介助率が90%を超える国が多いにもかかわらず、同時に妊産婦死亡率が高い（100 / 対10万出生以上）国が、アゼルバイジャンやカザフスタンなど幾つか存在することである。このような背景には、旧ソビエト連邦の崩壊により経済状況が悪化し、また国によってはその後起こった内戦の影響もあって、緊急産科ケアを提供する医療施設や機材が老朽化あるいは

は破壊されたまま刷新されない問題のほか、旧体制下でトレーニングされた「助産技術をもつ医療人材」の技術そのものが劣ることや、予算不足などのために医療人材のトレーニングが適切に実施できないことなどが挙げられる。

5 - 2 今後の課題

上記のような現状を改善するために、当該地域では、助産技術をもつ医療人材の質を向上させるとともに、緊急産科ケアを提供できる医療施設のリハビリテーションを行うことなどが挙げられる。また若者に対するリプロダクティブヘルス情報・サービスを普及すること、一般市民が入手可能な価格の避妊具（薬）を安定供給すること、また保健医療施設におけるHIV/エイズおよび性感染症対策を改善することも重要な課題である。

表A4 - 2 主要なリプロダクティブヘルス関連指標の国別比較（2000、2001、2002）
（エイズ成人罹患率、妊産婦死亡率、合計特殊出生率、5歳未満児死亡率、乳児死亡率）

No.	国名	エイズ成人罹患率 (15-49歳) % 2001年	妊産婦死亡率 (出生10万対) 2000年	合計特殊出生率 (人) 2002年	5歳未満児死亡率 (人/1000出生) 2002年	乳児死亡率(1歳未満) (人/1000出生) 2002年
1	アンゴラ	5.5	1,700	7.2	260	154
2	ベナン	3.6	850	5.7	156	93
3	ボツワナ	38.8	100	3.7	110	80
4	ブルキナファソ	6.5	1,000	6.7	207	107
5	ブルンジ	8.3	1,000	6.8	190	114
6	カメルーン	11.8	730	4.7	166	95
7	中央アフリカ	12.9	1,100	5.0	180	115
8	チャド	3.6	1,100	6.7	200	117
9	コンゴ民主共和国	4.9	990	6.7	205	129
10	コンゴ共和国	7.2	510	6.3	108	81
11	コートジボワール	9.7	690	4.8	176	102
12	エリトリア	2.8	630	5.5	89	47
13	エチオピア	6.4	850	6.2	171	114
14	ガボン	-	420	4.0	91	60
15	ガンビア	1.6	540	4.8	126	91
16	ガーナ	3.0	540	4.2	100	57
17	ギニア	-	740	5.9	169	109
18	ギニアビサウ	2.8	1,100	7.1	211	130
19	ケニア	15.0	1,000	4.1	122	78
20	レソト	31.0	550	3.9	87	64
21	リベリア	-	760	6.8	235	157
22	マダガスカル	0.3	550	5.7	136	84
23	マラウイ	15.0	1,800	6.1	183	114
24	マリ	1.7	1,200	7.0	222	122
25	モーリタニア	-	1,000	5.8	183	120
26	モーリシャス	0.1	24	2.0	19	17
27	モザンビーク	13.0	1,000	5.7	197	125
28	ナミビア	22.5	300	4.6	67	55
29	ニジェール	-	1,600	8.0	265	156
30	ナイジェリア	5.8	800	5.5	183	110
31	ルワンダ	8.9	1,400	5.8	183	96
32	セネガル	0.5	690	5.0	138	79
33	シエラレオネ	7.0	2,000	6.5	284	165
34	ソマリア	1.0	1,100	7.3	225	133
35	南アフリカ共和国	20.1	230	2.6	65	52
36	スーダン	2.6	590	4.4	94	64
37	スワジランド	33.4	370	4.6	149	106
38	タンザニア	7.8	1,500	5.2	165	104
39	トーゴ	6.0	570	5.4	141	79
40	ウガンダ	5.0	880	7.1	141	82
41	ザンビア	21.5	750	5.7	192	108
42	ジンバブエ	33.7	1,100	4.0	123	76
43	エジプト	0.1	84	3.3	41	35
44	イラン	-	76	2.4	42	35
45	イラク	0.1	250	4.8	125	102
46	ヨルダン	0.1	41	3.6	33	27
47	リビア	0.2	97	3.1	19	16
48	モロッコ	0.1	220	2.8	43	39
49	パレスチナ	-	100	5.6	25	23
50	サウジアラビア	-	23	4.6	28	23
51	シリア	-	160	3.4	28	23

No.	国名	エイズ成人罹患率 (15-49歳) % 2001年	妊産婦死亡率 (出生10万対) 2000年	合計特殊出生率 (人) 2002年	5歳未満児死亡率 (人/1000出生) 2002年	乳児死亡率(1歳未満) (人/1000出生) 2002年
52	チュニジア	-	120	2.0	26	21
53	トルコ	0.1	70	2.5	42	36
54	アラブ首長国連邦	-	54	2.9	9	8
55	イエメン	0.1	570	7.0	107	79
56	アフガニスタン	-	1,900	6.8	257	165
57	バングラデシュ	0.1	380	3.5	77	51
58	ブータン	0.1	420	5.1	94	74
59	カンボジア	2.7	450	4.8	138	96
60	中華人民共和国	0.1	56	1.8	39	31
61	インド	0.8	540	3.1	93	67
62	インドネシア	0.1	230	2.4	45	33
63	ラオス	0.1	650	4.8	100	87
64	マレーシア	0.4	41	2.9	8	8
65	モンゴル	0.1	110	2.4	71	58
66	ミャンマー	-	360	2.9	109	77
67	ネパール	0.5	740	4.3	91	66
68	パキスタン	0.1	500	5.1	107	83
69	バブアニューギニア	0.7	300	4.1	94	70
70	フィリピン	0.1	200	3.2	38	29
71	スリランカ	0.1	92	2.0	19	17
72	タイ	1.8	44	1.9	28	24
73	ベトナム	0.3	130	2.3	39	30
74	アルゼンチン	0.7	82	2.5	19	16
75	ボリビア	0.1	420	3.9	71	56
76	ブラジル	0.7	260	2.2	36	30
77	チリ	0.3	31	2.4	12	10
78	コロンビア	0.4	130	2.6	23	19
79	コスタリカ	0.6	43	2.3	11	9
80	キューバ	0.1	33	1.6	9	7
81	ドミニカ共和国	2.5	150	2.7	38	32
82	エクアドル	0.3	130	2.8	29	25
83	エルサルバドル	0.6	150	2.9	39	33
84	グアテマラ	1.0	240	4.5	49	36
85	ハイチ	6.1	680	4.0	123	79
86	ホンジュラス	1.6	110	3.8	42	32
87	ジャマイカ	1.2	87	2.4	20	17
88	メキシコ	0.3	83	2.5	29	24
89	ニカラグア	0.2	230	3.8	41	32
90	パナマ	1.5	160	2.7	25	19
91	パラグアイ	-	170	3.9	30	26
92	ペルー	0.4	410	2.9	39	30
93	ウルグアイ	0.3	27	2.3	15	14
94	ベネズエラ	0.5	96	2.7	22	19
95	日本	0.1	10	1.3	5	3

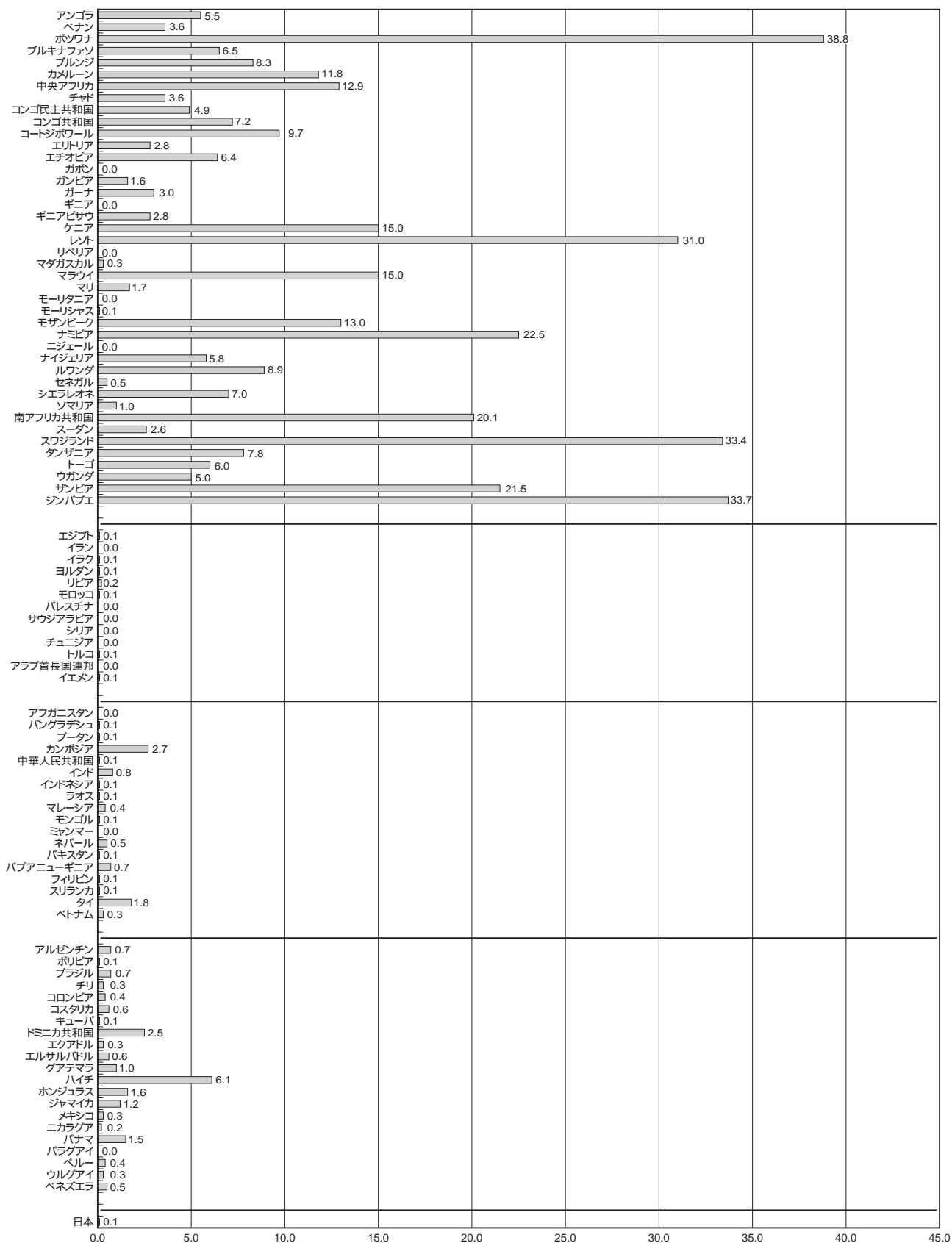
注：国順はUNFPAの地域区分を参照している (<http://www.unfpa.org/worldwide/>)。サブサハラ・アフリカ、アラブ諸国、アジア・太平洋、中南米・カリブの4地域をそれぞれアルファベット順に並べたものである。

出所：「エイズ成人罹患率」UNAIDS (2002) Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2002

「妊産婦死亡率」WHO, UNICEF, and UNFPA (2003) Maternal Mortality in 2000

「合計特殊出生率」「5歳未満児死亡率」「乳児死亡率」UNICEF (2003) The State of World Children 2004

図A4-1 エイズ成人罹患率(15-49歳) 2001年



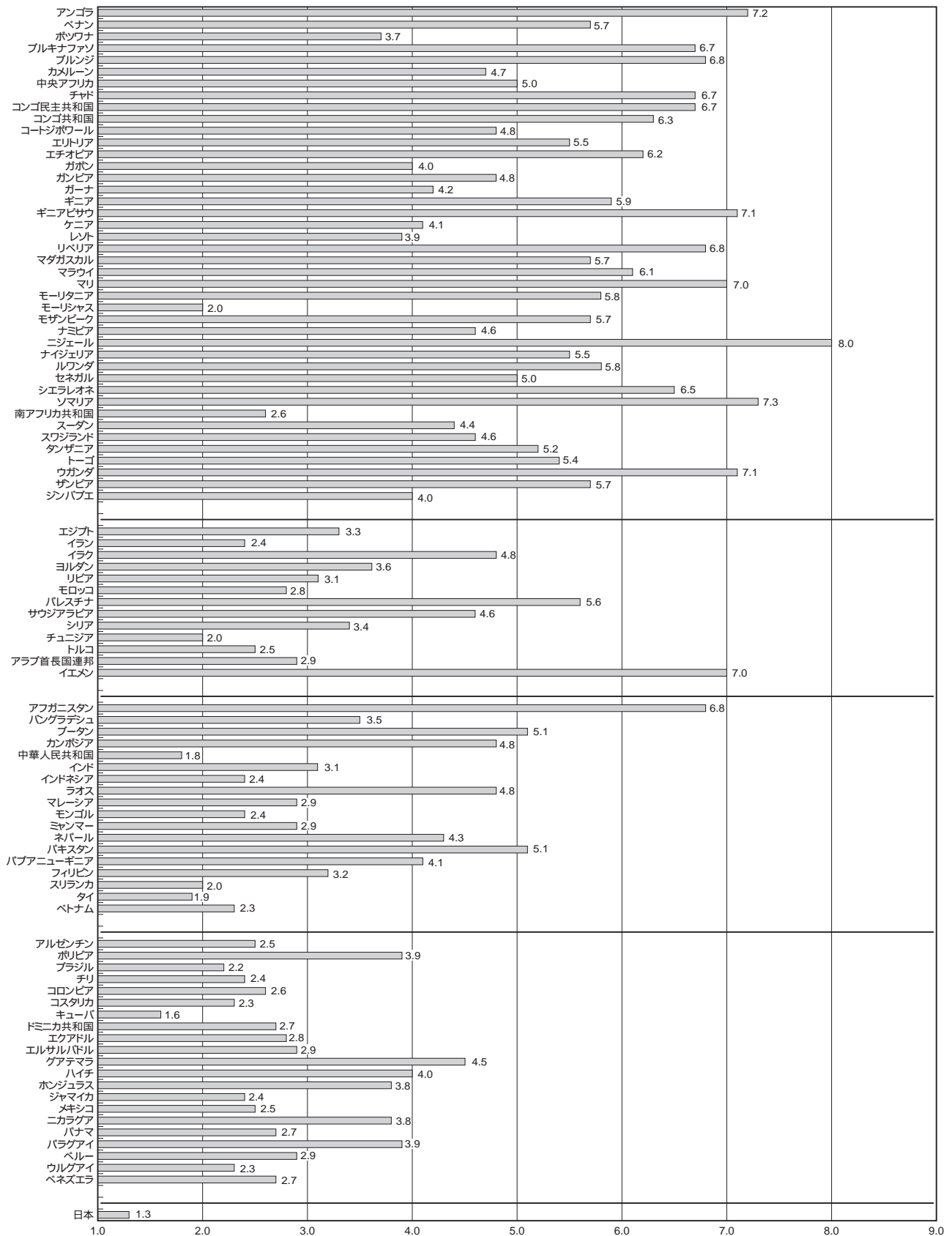
出所：UNAIDS (2002)

図A 4 - 2 妊産婦死亡率（出生10万対）2000年



出所：WHO, UNICEF and UNFPA (2003)

図A4-3 合計特殊出生率(人)2002年



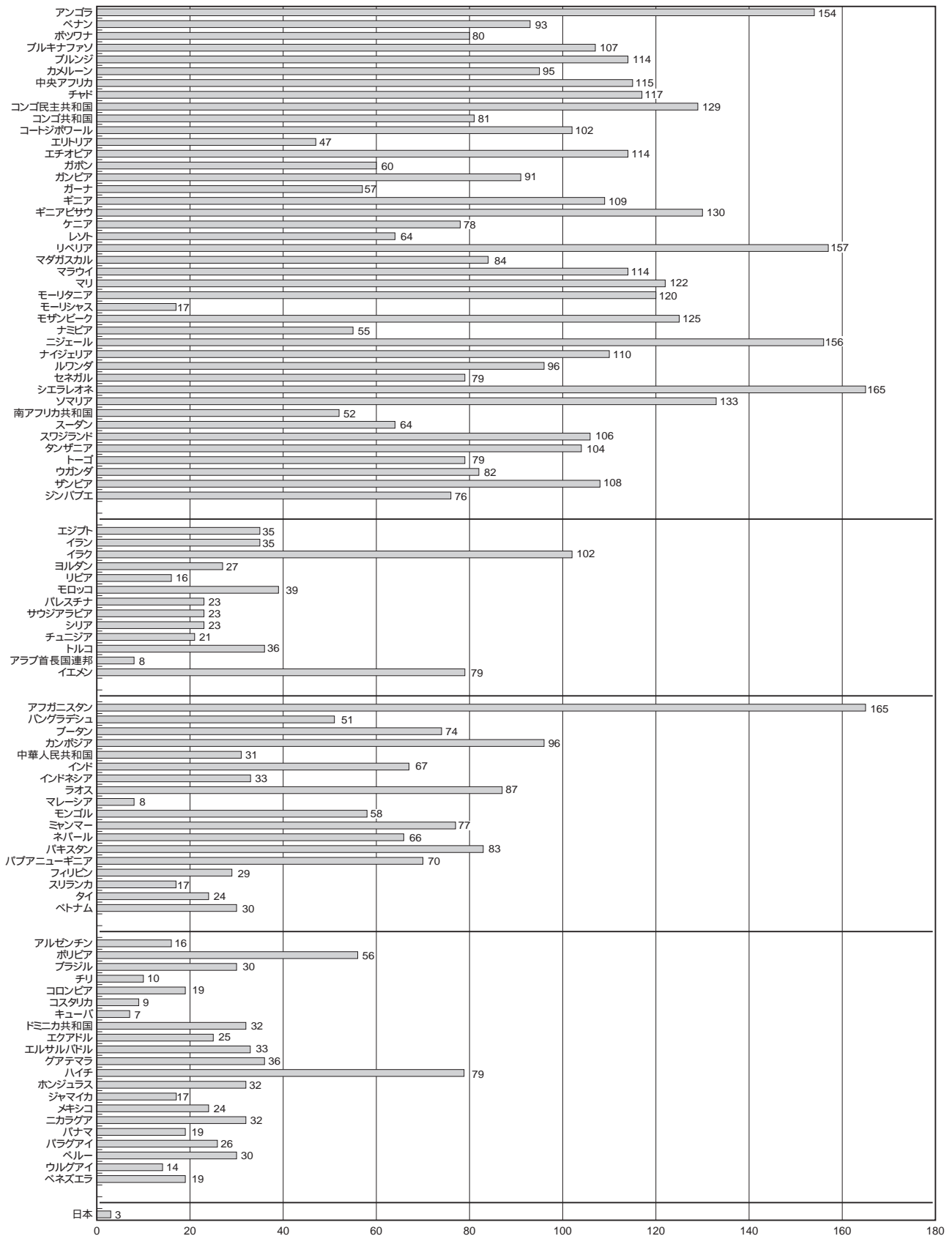
出所：UNICEF (2003)

図A4-4 5歳未満児死亡率(人/1000出生) 2002年



出所：UNICEF (2003)

図A4-5 乳児死亡率（1歳未満）（人/1000出生）2002年



出所：UNICEF（2003）

引用・参考文献・Webサイト

1. 引用・参考文献

- 幸田正孝他（2001）『保健、医療、福祉の現代用語WIBA（2001版）』
- 国際協力機構国際協力総合研修所（2004）『日本の保健医療の経験 - 途上国の保健医療改善を考える』
- 国際協力事業団（2001a）『人口問題に関する国際会議の論点の評価・分析 - リプロダクティブヘルス/ライツの議論を中心に - 』
- （2001b）『人口問題に関する総論と課題（前編） - 総論、出生率とリプロダクティブヘルス/ライツ、死亡率とHIV/エイズ - 』
- （2002）『先進国および国際援助期間調査ユニセフ』
- 国際協力事業団医療協力部（2001）『保健医療分野技術協力プロジェクト概要表（OTCA時代～2001年7月1日）』
- （2001 - ）『保健医療協力プロジェクト概要表』
- 国際協力事業団企画・評価部（2002）『先進国および国際援助機関調査（ユニセフ）』
- 国際協力事業団国際協力総合研修所（2000）『人作り協力事業経験体系化研究 母子保健分野報告書』
- （2002）『開発課題に対する効果的アプローチHIV/AIDS対策』
- （2003）『第二次人口と開発援助研究 - 日本の経験を活かした人口援助の新たな展開 - 』
- 佐藤都喜子（2002）『リプロダクティブヘルス/ライツ：性的自己決定権へ向けて』田中由美子、大沢真理、伊藤るり編著『開発とジェンダー：エンパワーメントの国際協力』国際協力出版会
- 総理府（1997）『男女共同参画白書』
- 米州開発銀行駐日事務所（2000）『THE IDB』2000年10月第5巻第5号
- 松本清一他（1992）『新・母子保健用語集』
- メキシコ保健省（2002）『Salud Mexico』
- Burns, et al. (1997) *Where Women Have No Doctor. A Health Guide for Women*. The Hesperian Foundation.
- DFID (2003a) “International Health Matters ”
- （2003b）“ Department for International Development: Department Report 2003 ”
- JOICFP（2003）『目で見る人口・リプロダクティブヘルスと家族計画』第4版
- UNAID（2002）*Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2002*
- UNDP（2002）『人間開発報告書2002』
- （2003）*Human Development Report 2003*
- UNFPA（1997）『世界人口白書1997』財団法人家族計画国際協力財団監訳
- （1998）『世界人口白書1998』財団法人家族計画国際協力財団監訳

(2002)『世界人口白書2002』財団法人家族計画国際協力財団監訳

(2003a)『世界人口白書2003』財団法人家族計画国際協力財団監訳

(2003b) *Annual Report 2002*

UNICEF (2001)『世界子供白書2001』日本ユニセフ協会監訳

(2003)『世界子供白書2003』日本ユニセフ協会監訳

(2004)『世界子供白書2004』日本ユニセフ協会監訳

UNICEF, WHO and UNFPA (1997)“ Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services ”

(2003) *The State of World Children 2004*

United Nations (1995) *Population and Development, vol.1: Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development. Cairo, 5-13 September 1994, paragraph 7.2. New York: Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, United Nations.*

WHO (2002) *Reproductive Health and Research (RHR) Programme Budget, 2002-2003*

WHO, UNICEF and UNFPA (2003) *Maternal Mortality in 2000*

World Bank (1994) *A New Agenda for Women's Health and Nutrition.*

(2003a) *World Development Indicator*

(2003b) *The World Bank Annual Report 2002*

2. Webサイト（参考資料）

(1) 政府・国際機関ホームページ

外務省ホームページ	http://www.mofa.go.jp/mofaj/
世界銀行ホームページ	http://www.worldbank.org/
CIDAホームページ	http://www.acdi-cida.gc.ca/INDEX-E.HTM
DFIDホームページ	http://www.dfid.gov.uk/
IDBホームページ	http://www.iadb.org/
IPPFホームページ	http://www.ippf.org/index.asp
JICAホームページ	http://www.jica.go.jp/Index-j.html
UNFPAホームページ	http://www.unfpa.org/index.htm
UNICEFホームページ	http://www.unicef.org/
USAIDホームページ	http://www.usaid.gov/
WHOホームページ	http://www.who.int/en/

(2) リプロダクティブヘルス・ケア支援のNGOおよび情報提供機関

- African Youth Alliance ホームページ (<http://www.ayaonline.org/>)
- Commission on Macroeconomics and Health (CMH) ホームページ (<http://www.cmhealth.org>)

- Gelband, H., Liljestrand, J., Nemer, L., Islam, M., Zupan, J. and Jha, P. “ The Evidence Base For Interventions To Reduce Maternal And Neonatal Mortality In Low And Middle-Income Countries ” CMH Working Group Paper Series, WG5 Paper No.5
(http://www.cmhealth.org/docs/wg5_paper5.pdf)
- POLICY Project **ホームページ** (<http://www.policyproject.com>)
Gay, Jill et al. (2003) “ What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions. Module 1 Safe Motherhood ”
(http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/SM_WhatWorksp2.pdf)
 - Reproductive Health Outlook (RHO) **ホームページ** (<http://rho.org>)
Safe Motherhood (http://www.rho.org/html/safe_motherhood.htm#)
Exploring causes of and solutions to maternal morbidity and mortality.
(http://www.rho.org/assets/RHO_sm_3-11-04.pdf)
 - Reproductive Health Gateway **ホームページ** (<http://www.rhgateway.org/>)
 - SafeMotherhood.org **ホームページ** (<http://www.safemotherhood.org/>)
Safe Motherhood.org (1997) “ The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade ” Report on the Safe Motherhood Technical Consultation: Sri Lanka
(http://www.safemotherhood.org/resources/pdf/e_action_agenda.PDF)
 - Vincent De Brouwere and Wim Van Lerberghe, ed. (2001) “ Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence, ” Studies in Health Services Organization and Policy, 17, 2001, ITGPress: Antwerp, Belgium.
(<http://www.itg.be/itg/GeneralSite/InfServices/Downloads/shsop17.pdf>)
 - White Ribbon Alliance **ホームページ** (<http://www.whiteribbonalliance.com/aboutwra.cfm>)

(3) トピック別：参考にした文献およびWebサイト

- **世界銀行の国別成功事例の検討**
Koblinsky, MA. (2003) Reducing Maternal Mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe. Health Nutrition and Population Series, The World Bank
Patmanathan, I. et al. (2003) Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka. Health Nutrition and Population Series, The World Bank.
Health System Development, Maternal and Reproductive Health Services
(http://www1.worldbank.org/hnp/hsd/services_maternal_2004.asp)
- **妊産婦ケア、死亡低減のベストプラクティス**
最近のサクセスストーリーの紹介
(http://www.who.int/reproductive-health/new/Safemotherhood_30.pdf)
さらに個々のベストプラクティスが細分化されて紹介 (<http://www.mnh.jhpiego.org/best/>)

• **妊産婦死亡の最新の統計**

Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA

(http://www.who.int/reproductive-health/MNBH/maternal_mortality_2000/index.html)

• **妊産婦の疾病・死亡削減プロジェクト**

Averting Maternal Death and Disability

(<http://cpmcnet.columbia.edu/dept/sph/popfam/amdd/index.html>)

WHO (1999) “ Reduction of maternal mortality -A joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement, ” WHO: Geneva

(http://www.who.int/reproductive-health/publications/reduction_of_maternal_mortality/e_rmm.pdf)

• **HIV/エイズ統計**

UNAIDS (2002) *AIDS epidemic update: December 2002*

(http://www.unaids.org/html/pub/Topics/Epidemiology/RegionalEstimates2002_en_pdf.htm)

• **ICPDカイロ行動計画原文**

International Conference on Population and Development, ICPD '94

(<http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/populatin/icpd.htm>)

• **用語集**

International Planned Parenthood Federation (IPPF)

(<http://glossary.ippf.org/GlossaryBrowser.aspx>)

用語・略語解説

用語・略語	英語表記	概要
リプロダクティブヘルス関連用語		
ICPD/カイロ行動計画	ICPD Programme of Action	1994年の国際人口開発会議で合意された行動計画。人口問題とリンクしてリプロダクティブヘルス、リプロダクティブライツに言及し、マクロな観点からのアプローチからマイクロレベル、個人レベルのアプローチにシフトしたことが特徴とされる。
エイズ	Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)	エイズ(後天性免疫不全症候群)
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス。
MCH	Maternal and Child Health	母子保健。
開発と女性(WID)	Women in Development	女性は開発における受益者のみならず、開発の担い手であることを認識し、開発プロジェクトへの女性の参加を確保した開発援助を進めることをいう。経済や社会において、女性は大きな役割を果たしており、女性の開発への参加は、開発援助の効果を確保するうえでもきわめて重要であるという考え方に基づく。
家族計画におけるアンメット・ニーズ	Unmet Needs for Family Planning	希望する子どもの数、出産間隔など妊娠・出産に関する個人の希望が何らかの理由でかなえられていない状態、あるいはその結果を指す。
基本的薬品	essential drugs	WHOが1977年に初めて作成した必須医薬品リストが基礎となっており、以後10回以上改訂されている。選定要件として大多数の保健ニーズを満たす医薬品、その国の疾病構造、医療施設の状況、財政状況などを参考とし、有効性・安全性のデータがあり、同種のものでより優れた効能のあるもの、できるだけ単味剤であることなどを条件として選定される。
急性呼吸器感染症(ARI)	Acute Respiratory Infections (ARI)	上気道炎、肺炎など呼吸器疾患の総称。子どもの死亡原因としては下痢症とともに最も多い。
緊急産科ケア(EmOC)	Emergency Obstetric Care (EmOC)	WHO、UNICEFが母性保護アプローチが一貫性なく実施されてきたとの反省から提唱ようになったアプローチ。妊産婦および子どもの出産時死亡を低減し、安全な出産を確保するための緊急時の包括的産科体制を指す。具体的には入院施設、輸血および医薬品、手術可能な施設、緊急搬送用機材・車両、専門技術を有する医療技術者による介助などが整備された状態を指す。
緊急避妊法	Emergency Contraception (EC)	レイプなど緊急的事由による妊娠を回避するための性交後の避妊方法。
近代的避妊法実行率	Contraceptive Prevalence Rate (Modern Methods)	既婚で出産可能年齢(15-49歳)の女性またはその夫が近代的避妊法を用いている率。近代的避妊法には、男女の不妊手術、IUD、ピル、注射、ホルモン剤埋め込み法、コンドーム、女性用バリア法などがある。
合計特殊出生率	Total Fertility Rate (TRF)	15歳から49歳までの女子の年齢別出生率を合計したものの。女子が生涯に産む子どもの数の平均値と考えることができる。
行動変容を促すコミュニケーション(BCC)	Behaviour Change Communication (BCC)	啓発活動の手法として投入手法に重点を置いたInformation、Education、Communication(IEC)に対し、BCCは受け手の行動変容を促すことに重点を置いた啓発手法。
更年期(に伴う疾患)	menopause	出産可能年齢後期、および閉経期(45-50歳)に見られる諸愁訴の総称。情緒不安定、頭痛、冷や汗、めまいなど個人によって異なる症状がみられるが、通常2年以内に治まるといわれる。更年期および閉経以降の女性の健康やリプロダクティブヘルスについては国際協力の場でもまだ十分な取り組みがなされていない。
5歳未満児死亡率	Under 5 Mortality Ratio (U5MR)	生後5歳未満の子どもの死亡を5歳未満児死亡と定義する。5歳未満児死亡率は1年間の出生1,000に対する1年間の5歳未満児の死亡数の比を表現したものの。
子どもへの虐待	child abuse	子どもへの暴力、強制労働、食事制限のほか放置、無視などあらゆる種類の子どもの虐待の総称。
産前産後ケア	antenatal care/prenatal care(産前ケア) postnatal care(産後ケア)	出産前の妊産婦健診、出産後の母体回復、母乳哺育や育児指導、精神的支援も含んだケア。安全な出産、妊産婦および新生児死亡の低減には不可欠とされる。
ジェンダーと開発(GAD)	Gender and Development	GADは開発過程において、男性と女性間の社会関係に存在する相互関係を改善し、持続的な開発を進めようという概念である。GADが登場してきた背景には、これまでのように女性だけに焦点を当てた開発を進めても、必ずしも女性が不利益を被る構造は改善されずに、開発が女性の利益に直結せず社会開発につながらないという事態が明らかになったからである。
ジェンダーバイアス	gender bias	社会のあらゆる場面に存在する、性差にかかわる偏り。社会の仕組みや人々の行動様式、意識など、様々なレベルにおいて、明示的にも暗黙にも、性による区別や男女の非対称的な扱いがなされている。

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

用語・略語	英語表記	概要
弛緩出血	atonic bleeding	主として妊産婦死亡の大きな原因となっている後産期出血（postpartum haemorrhage）分娩時出血を指す。
思春期のリプロダクティブヘルス	Adolescent Reproductive Health	思春期の若者（通常10 - 19歳）を対象としたリプロダクティブヘルスに関する課題および意識化のための各種活動までを含む。知識の不足、自分を大切に意識の欠如から性感染症、若年妊娠などが増加している背景から、先進国ドナー、国際機関とともに積極的に取り組むようになった。啓発活動などが中心であるが、近年効果的手法として同年代同士でのコミュニケーションを利用したピア・エデュケーション手法が取り入れられている。思春期の若者に対する教育だけでなく、若者が利用しやすいサービスを提供していくことも重要である。
疾病の罹患	morbidity	疾患、疾病の罹患、および罹患率。
出産介助者のための統合的産科ケア指針	Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC)	主としてWHOによって開発された戦略で、妊産婦・早期新生児ケアを包括的に管理するための指針。病棟での産科ケアと地域での基礎的産科ケアの2つの内容から構成されている。
出産間隔	birth spacing	通常、出産から次の出産までの間が24カ月未満であると、母体への負の影響が大きいとされ、母体保護の観点から出産間隔を空けることが推奨されている。また多産となると経済的な観点から子どもの養育および子どもの健康に影響することが指摘されている。
助産師	midwife	国によって資格、能力、活動範囲も異なるが出産介助だけでなく母体保護、乳幼児の哺育指導、家族計画など広く女性の健康改善を支援する医療技術者としての立場が国際協力のなかでも重要視されている。わが国では看護師資格を併有しているが、国によっては助産師のみのところ、また助産師という資格自体がない国も多い。
女性性器切除 (FGC/FGM)	Female Genital Cutting (FGC) / Female Genital Mutilation (FGM)	女性性器のすべてまたは一部を剃刀などで切除する伝統的習慣。サハラ以南のアフリカ、中近東、一部のアジアに見られ、現在までに1億3000万人、また毎年200万人以上が施術されているといわれる。FGCによる尿路感染症、月経困難症、不妊につながる骨盤感染症、困難な出産などの弊害が指摘されている。近年女性の人権尊重の立場もありFGC撲滅のための動きが活発になってきている。従来はFGMと表記されることが多かったが、“mutilation”は、性器を「損壊させる」という否定的な価値観を含むので、より中立的なFGCを使うことが多くなりつつある。この習慣に反対する立場をとる女性グループや人権活動家の中では、意図的にFGMという用語を使うこともある。“Female Genital Circumcision (FGC)”という呼び方は男児に対する割礼と区別するためにあまり用いられない。
人口転換	demographic transition	開発による経済水準の上昇に伴って人口構成が変化すること。通常は多産多死から多産少死へ、さらに少産少死へ転換していく。
性感染症 (STI)	Sexually Transmitted Infections (STI)	性行動を通じて感染が拡大する疾病の総称。日本では性病として主だった淋病、梅毒、軟性下疳に加え近年クラミジア、マイコプラズマ感染の増加が見られた。ほかに、性行動による感染だけではなく血液製剤の輸注によるHIV/エイズ感染が大きな問題となっている。
性産業従事者 (CSW)	Commercial Sex Worker (CSW)	性感染症の拡大要因として挙げられていたが、最近では避妊、性感染症防止の推進者として注目される。CSWを廃止する議論も多いが途上国では現金獲得の手段として確立しており根絶は困難な国が多い。そのため最近ではCSWがプログラムのターゲット・グループとして計画に組み入れられていることもある。しかし、依然として女兒売買、児童虐待、薬物中毒の温床であることにはかわりがない。
生殖補助医療技術 (ART)	Assisted Reproductive Technology (ART)	不妊解消のための医療技術。人工授精なども含む。
知識・態度・行動	Knowledge, Attitude, Practice (KAP)	疫学的観点から疾病の罹患や死亡に関する関連要因を明らかにし、対策を講じるために主として用いられる要素。KAP調査などとして知識、態度、行動別に具体的な指標が設定されている。
中絶容認派・中絶反対派	pro-choice/pro-life	家族計画、とりわけ人工妊娠中絶の是非をめぐる議論の中で主として米国内で争点となった胎児の人権、生命をどう解釈するかに端を発した論争。カトリックの教義ともあいまって現在も人工妊娠中絶を禁止する国は多数ある。
提言活動、政策提言 (アドボカシー)	advocacy	啓発活動、教育活動の一環として対象者への意識を高めるための各種活動を指す。広報活動、セミナー開催、研修、影響力のある団体、要人への説得活動（ロビイング）などがある。
伝統的産婆 (TBA)	Traditional Birth Attendant (TBA)	助産師などがいない、あるいは不足している国や地域で出産介助を専門に行っている産婆。医療技術者ではなく、特別な訓練の機会も提供されないために医学知識が不足し、また非識字で、呪術や伝統医療に頼っているTBAが多い。このようなTBAによる出産介助で妊産婦に異常が起こった場合に、適切な対応ができないことが問題視されている。一方で、TBAによる正常分娩の介助技術については、「人間本来が持つ力を尊重した出産介助ができる」と高く評価され、地域で厚い信頼を集めているTBAも少なくない。国や地域によってはTBAが医療知識を習得できる機会を与えるところもある。

用語・略語	英語表記	概要
統合的小児疾患管理	Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)	主としてWHO/UNICEFによって開発された戦略で、5歳未満の小児を対象に予防可能な5大疾病(肺炎、下痢、麻疹、マラリア、低栄養)の予防・ケア・治療を改善し、子どもの死亡を減らすことを目的としている。IMCIは3つの構成要素からなる；ヘルスワーカーのケースマネジメント能力の向上、ヘルスシステムの改善、家庭および地域での子どものケアの改善。
乳児死亡率	Infant Mortality Rate (IMR)	生後1歳未満の子どもの死亡を乳児死亡と定義する。乳児死亡率は1年間の出生1,000に対する1年間の生後1歳未満の死亡数(乳児死亡数)の比を表現したもの。
人間的な出生と出産	humanized maternity care	中南米など中進国で出産に関して医療的介入が偏重しすぎ、帝王切開率が非常に高くなったことへの反省として、人間が本来持っている力を尊重し、主体的出産を再評価すべきとの視点にたつアプローチ。
妊産婦死亡率	Maternal Mortality Rate (MMR)	妊娠中または妊娠終了後満42日未満の女性の死亡で、妊娠・出産が原因となった死亡を妊産婦死亡と定義する。妊産婦死亡率は出生10万に対する妊産婦死亡の比を表現したもの。
妊娠・出産による合併症	complications of pregnancy and childbirth	主として妊娠中毒症、貧血、浮腫、血圧上昇、糖尿病、腎臓疾患などがある。
妊娠中絶	abortion	出産に至らぬ前に胎児が死亡すること。主として人工妊娠中絶も指すが、流産を指すこともある。
妊娠中毒症	pregnancy toxemia	妊娠に伴う合併症であるが、妊婦健診、体重管理、栄養指導などによって予防と改善が可能である。浮腫や血圧上昇などの症状が見られ、重篤な場合は母子ともに死亡する可能性がある。
ピア・エデュケーション	peer education	同じ年代、グループのなかで核となる啓発リーダーを任命し研修などを行った後、そのリーダーが対象グループのメンバーに伝える教育、啓発手法。同年代同士であればsensitiveな課題でも共感、共有できる経験が同じレベルであることもあって、共通の理解が促進されやすい特徴がある。性教育などでは特に有効とされる。
フィスチュラ(ろうこう)	fistulas	正式にはObstetric Fistulas。性感染症、不衛生な出産、中絶、多産などによって膣や子宮が破損する疾患。開発途上国に多く見られるが、手術による機能回復が可能であるにもかかわらず治療技術向上への取り組みが立ち遅れている。糞尿れによる臭い、皮膚のただれから差別、離婚につながることも多い。女性性器切除(FGC)も原因のひとつといわれている。
不妊および不妊に起因する問題	infertility	WHOがリプロダクティブヘルスの諸課題のひとつとして掲げている課題。不妊および不妊に起因する問題として途上国では不衛生な出産や人工中絶手術、性感染症、女性特有の疾患を挙げられており、さらに中進国、先進国で手法や実施について議論の高まっている生殖補助医療技術についても課題として注目している。
プライマリー・ヘルスケア(PHC)	Primary Health Care (PHC)	健康は誰もが享受できる権利であることを明言した1978年のアルマ・アタ宣言で掲げられた8つの基本活動を主として指す。これらは廉価で貧困地域ですべての住民が健康であるために最低限必要な活動と位置づけられている。健康教育、安全な水の確保、予防接種奨励を含む母子保健推進、風土病対策、必須医薬品の供給、コミュニティヘルスワーカーの活用、一般的疾患への対策、栄養改善などが挙げられている。
母子感染	Mother to Child Transmission (MTCT)	母親からの胎児への感染。HIV/エイズなどにおいて近年問題となっている。母子感染の多くは経胎盤であるが、母乳、産道感染の場合もある。
母性保護イニシアティブ	Safe Motherhood Initiatives (SMI)	1987年に国際的コンセンサスのもとに開始された母性保護のための包括的な方策。緊急産科ケア(EmOC)の整備、妊産婦健診の推進、TBA研修、微量栄養素の供与、女子教育の奨励などを包含している。
ホルモン補充療法	Hormone Replacement Therapy (HRT)	出産可能年齢後期に生じるホルモンバランスの不均衡に起因する更年期障害といわれる諸疾患に対する対症療法。
ミレニアム開発目標(MDGs)	Millennium Development Goals (MDGs)	2015年までに達成することを目標とする課題で2000年9月に国連で149カ国が合意した共通目標。貧困、飢餓の撲滅、初等教育の完全普及、ジェンダーの平等・女性のエンパワーメント、子どもの死亡率削減、妊産婦の健康の改善、HIV/エイズ、マラリアなどの疾病対策、持続可能な環境保全、グローバル開発パートナーシップの構築など8項目で数値目標として18項目、48指標が設定されている。
リプロダクティブヘルス	reproductive health	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ことが含まれる。

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

用語・略語	英語表記	概要
リプロダクティブライツ	reproductive rights	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与え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。
レファラルシステム	referral system	簡単な治療は診療所で行い、さらに高度な医療が必要と判断されるような重篤な疾患や救急対応が必要な病気のあるときには地域病院へ紹介するという、患者紹介・転送システムのこと。
開発・援助関連用語		
インフォーマルセクター/ インフォーマル経済	informal sector/informal economy	経済活動が公式には記録されない零細で雑多な職種につく人々による経済活動の分野のこと。
沖縄感染症対策イニシアティブ	Okinawa Infectious Diseases Initiative (IDI)	感染症の世界的広がりのなか、1998年バーミンガム・サミットにおいて日本が国際寄生虫対策を提唱し、さらに2000年九州・沖縄サミットでは「沖縄感染症対策イニシアティブ」として先進国各国が感染症対策への取り組みを強化していくことを日本政府が表明した。
ガバナンス	governance	「統治」の意味で運営能力や経営能力の状況を表す。政府がある目的に向けてその機能を効果的、効率的に果たしているかどうかという政府機能の面（政治的・行政的メカニズム、ないしは能力）を指す場合と民主的政治制度や民主体制という意味を含む場合がある。
キャパシティ・ビルディング/キャパシティ・デベロップメント	capacity building/capacity development	組織・制度づくり（institution building）に対して、それを実施・運営していく能力を向上させること。実施主体の自立能力の構築をいう。
後開発途上国（LDC）	Less Developed Countries	国連による開発途上国の所得別分類のひとつで、開発途上国のなかでも特に開発が遅れている国々を指す。2000年1月現在、48カ国。
国連開発資金会議	International Conference on Financing for Development	2002年3月にメキシコのモンテレイにて「貧困削減のための開発資金」をテーマに開催。国連、国際通貨基金（IMF）、世界銀行、世界貿易機構（WTO）が共催となり政府、ビジネス、市民社会の代表も参加した。
国連ミレニアムサミット	United Nations Millennium Summit	2000年9月にニューヨークにて国連ミレニアム総会とともに開催され、それまでに合意された国際的な開発目標を踏まえてミレニアム開発目標（MDGs）が採択された。
参加型貧困アセスメント	Participatory Poverty Assessment (PPA)	貧困の多面性が認識されるに伴い注目されている貧困の測定法。貧困層自身がどのような状況を貧困として捉えているのか、どのように問題に対処しているのか、何を真のニーズとしているのかを可能な限り外部評価者の誘導や偏見を排して捉えようとする試み。
識字	literacy	日常生活に必要な読み、書き、計算ができること。
持続可能な開発に関する世界首脳会議	World Summit on Sustainable Development	ヨハネスブルク・サミットともいわれる。「環境と開発」を初めて包括的に扱った地球サミット（リオデジャネイロ）から10年を経て「持続可能な開発」の実現を目指し2002年8月に南アフリカのヨハネスブルクにて開催された。
住民組織（CBO）	Community-Based Organization	ある特定の目的を解決するために結成された一般住民を成員とする組織。国際協力の文脈においては、地域の外からやってくる様々なアウトサイダーと対比させ、「地域の住民自身によって構成されかつ運営されている組織」の意味で用いられる。
所得貧困	income poverty	生存に必要な最低限の様々な財の消費水準（あるいはそれを実現する実質所得水準）を示す貧困ラインを設定し、その貧困ラインに達しない個人あるいは世帯を「貧困層」と定義することによって把握される「貧困」のこと。所得は計量経済学的な分析や統計処理をしやすいため、貧困の尺度として多く用いられる。
人口・エイズに関する地球規模イニシアティブ（GII）	Global Issues Initiative on Population and AIDS	1994年2月に日本政府によって発表されたイニシアティブ。1994年から2000年までの7年間で総額30億米ドルを「人口・エイズ」分野で途上国への支援のために供出することを定めたもの。
スクールマッピング	school mapping	空間的（地図上に）学校の位置を表すだけでなく、学校の属性（生徒数、教員数、中退率、有資格教員の割合など）に関する調査を行った上でニーズと教育サービスレベルとのギャップを分析すること。
政府開発援助（ODA）	Official Development Assistance	開発途上国の経済や社会の発展、国民の福祉向上や民生の安定に協力するために行われる先進国などの政府ベースの経済協力の中心を成すもの。
政府開発援助大綱	Japan's Official Development Assistance Charter	通称ODA大綱。冷戦終結の過程で、援助を対外戦略の一環として捉えるべきとの見方が強くなり、1992年に4つの基本理念と4つの原則を掲げる「政府開発援助大綱」が閣議決定された。

用語・略語	英語表記	概要
政府開発援助に関する中期政策	Medium-Term Policy on ODA	通称ODA中期政策。1999年より5年程度にわたるODAの進め方を体系的・具体的にまとめたもので、援助の効果的・効率的な実施を目指している。
セーフティネット	safety net	開発援助における社会的弱者に対する保護対策。食糧配給、雇用保障制度などがある。
世界社会開発サミット	World Summit for Social Development (WSSD)	1995年コペンハーゲンにて開催。人間中心の社会開発を目指し、地球上の絶対貧困を半減させることを明示。
セクター・プログラム	Sector Program (SP)	途上国政府のオーナーシップのもと、ドナーを含む開発関係者が参加、調整して策定したセクターないしはサブセクター規模のプログラム。
セクター・ワイド・アプローチ	Sector Wide Approaches (SWAPs)	教育や保健などの分野について、途上国政府が援助国、国際ドナーとともに開発計画を策定し、この計画に沿って開発や援助をすすめるという試み。主にアフリカ諸国を中心に行われている。
ソーシャル・キャピタル	social capital	信頼や規範、ネットワークといった、目に見えないが成長や開発にとって有用な資源と考えられるものを経済的資本と同様に計測可能かつ蓄積可能な「資本」と位置づけたもの。
ソーシャル・マーケティング	social marketing	健康促進、環境保護、事故防止など公共の利益の拡大を目的としたマーケティング。人々が自発的によりよい行動を選択することを目的としている。開発途上国では、HIV/エイズ防止対策など主に保健分野において、コンドームの普及活動などに応用されている。
DAC (Development Assistance Committee) 新開発戦略	DAC's New Development Strategy	1996年のDAC上級会合で採択された21世紀に向けた長期的な開発戦略「21世紀に向けて：開発協力を通じた貢献 (Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Co-operation)」の通称。新開発戦略の3つの重点事項は、オーナーシップとパートナーシップの重視、包括的アプローチと個別のアプローチの追求、具体的な開発目標の設置(2015年までに貧困人口の半減など)となっており、社会的インフラへの支出割合を増加させ、援助国の実施体制の合理化、分権化を推進することをうたっている。
DAC貧困削減ガイドライン	DAC Guideline on Poverty Reduction	OECD/DACが2001年4月に策定。DAC新開発戦略の目標に向け、DACの貧困削減非公式ネットワーク(POVNET)において「貧困削減ガイドライン」の検討が行われ、2001年4月のDAC上級会合にて合意された。
人間開発指数(HDI)	Human Development Index	人間開発指数。国連開発計画(United Nations Development Programme: UNDP)が『人間開発報告』を発行するにあたり人間開発の多様な側面に注目し作られた指標。
ノンフォーマル教育	nonformal education	正規学校教育以外の宗教教育、地域社会教育、成人教育、識字教育など。
ハイリスク・グループ	high-risk group	特定の問題を抱える可能性の高い人々。HIV/エイズ問題との関連では、性産業従事者(CSW)やトラック運転手などが「HIV/エイズに感染しやすいハイリスク・グループ」とされる。
非政府組織(NGO)	Non-Governmental Organization	非政府組織。民間非営利団体(NPO)とも言う。非政府かつ非営利の立場で、公共あるいは社会的弱者である他者の利益のために活動する団体を指す。日本ではNGOは国際的な諸課題に非政府・非営利で取り組む市民主導の団体を指し、NPOは主に国内あるいは地域の諸課題や福祉などに取り組む団体を指す場合が多い。
貧困削減戦略ペーパー(PRSP)	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略ペーパー。HIPC(Heavily Indebted Poor Countries:重債務貧困国)の債務救済問題に対し、1999年の世界銀行、IMFの総会でその策定が提案され、合意された戦略文書。この戦略により債務救済措置により生じた資金が適切に開発と貧困削減のために充当されることを目的としている。
貧困プロファイル	poverty profile	当該国の貧困指標、貧困状況・対策、援助状況などを記載したもの。現在29カ国が作成されている。
貧困ライン	poverty line	最低の生活水準に達することができない状況をはかる基準。
ベーシック・ヒューマン・ニーズ(BHN)	Basic Human Needs	低所得層の民衆に直接役立つものを援助しようとする概念。食料、住居、衣服など、生活するうえで必要最低限の物資や安全な飲み水、衛生設備、保健、教育など、人間としての基本的なニーズをいう。
包括的な開発フレームワーク(CDF)	Comprehensive Development Framework	世界銀行が1999年1月に発表した途上国開発についてのより総合的な考え方。その基本原則は、途上国のオーナーシップ、パートナーシップ、参加型意思決定プロセス、結果志向、長期的視点であり、マクロ経済面だけでなく、構造的、社会的、人的な側面を考慮している。
マイクロファイナンス/マイクロクレジット	microfinance/microcredit	貧困層や低所得層を対象に貧困緩和を目的として行われる小規模融資のこと。
民間非営利団体(NPO)	Non-Profit Organization	民間非営利団体。(NGOの項を参照のこと)
JICA援助スキーム用語		
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers	青年海外協力隊。1965年に発足した20歳から39歳までの青年を対象とするボランティア制度。これまで途上国76カ国に延べ約2万3000人が派遣されている。

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

用語・略語	英語表記	概要
開発パートナー事業	Partnership Program	多様化する開発途上国の地域レベルのニーズへの対応、住民に対する草の根レベルのきめ細やかな援助を実施する方法として、そうした国際協力の経験やノウハウを持つ日本のNGO、地方自治体、大学などにJICAが委託して行う事業。2002年度から、開発パートナー事業、開発福祉支援事業など、NGOと連携して事業を実施するものについては、「草の根技術協力」に名称が変更された。
開発福祉支援事業	Community Empowerment Program	母子保健、高齢者・障害者・児童の福祉、貧困対策などの援助をJICAが対象としている地域で活動している現地のNGOに委託して実施する援助。1997年より実施。2002年度から、開発パートナー事業、開発福祉支援事業など、NGOと連携して事業を実施するものについては、「草の根技術協力」に名称が変更された。
技術協力プロジェクト（技プロ）	Technical Cooperation Projects	一定の成果を一定の期限内に達成することを目的として、その成果と投入・活動の関係を論理的に整理した協力事業で、専門家派遣、研修員受入、機材供与などを目的に応じて組み合わせる協力形態。
草の根技術協力	Partnership Program	JICAがODAの一環として、国際協力の意思を持つ日本のNGO、大学、地方自治体および公益法人などの団体による開発途上国の地域住民を対象とした協力活動を支援する事業で、人を介した「技術協力」であること、復興支援などの緊急性の高い事業/対象地域であること、日本の市民に対して国際協力への理解・参加を促す機会となること、の3点を特に重視している。
草の根無償資金協力（草の根無償）	Grant Aid for Grassroots	開発途上国の地方公共団体や現地のNGOなどからの要請により、一般の無償資金協力では対応が難しい小規模案件を支援することを目的に、わが国の在外公館を通じて行われる無償資金協力。
現地国内研修（第二国研修）	In-country Training	日本の技術協力の成果が、途上国内で普及することを促進するために途上国で行う研修。
在外開発調査	Overseas Development Survey	簡易な開発基本計画の策定およびこれに関連する各種基礎データの解析、公式統計の不備を補うための小規模な調査。在外事務所主導で実施。2002年度から「在外基礎調査」と名称が変更された。
多国間援助	Multilateral Aid	ODAのうち、国際機関への資金拠出を通じ、開発途上国の開発に協力する援助をいう。各国際機関のもつ高度の専門知識、豊富な経験、世界的援助ネットワークを利用したり、政治的中立性を確保できる。このため、二国間援助では行いにくい難民援助、地球環境問題などへの協力が可能であり、援助対象地域、援助方法に関する情報・知識が不足している場合にも効果的な援助ができる。
第三国研修	Third Country Training	途上国のなかでも比較的進んだ段階にある国を拠点にして、日本の技術協力をとおして育成した開発途上国の人材を活用し、他の途上国から研修員を招いて行う研修。
第三国専門家	Third Country Expert	JICAの専門家派遣のひとつで、南南協力支援の一環として、協力対象の開発途上国に他の開発途上国の人材を、技術協力専門家として派遣するもの。両国の環境、技術水準、文化・言語などの同一性や類似性により、技術移転がより適切に、効率的に行われる。
南南協力	South-South Cooperation	開発途上国間で、地域経済協力などを通じて相互の経済発展を進めること。従来、開発途上国の発展には、先進国からの援助に依存せざるを得ないとの考えが主流だったが、開発途上国の多様化が進み、開発途上国相互間の協力の重要性が認識されるようになった。
二国間援助、二国間協力	Bilateral Aid	ODAのうち、先進国と開発途上国の二国間で実施される援助。機動的できめ細やかな援助の実施が可能、援助国の援助政策・実績を相手国に直接印象づけられ、相手国との友好親善関係増進に寄与する点が大いなどの利点がある。
人間の安全保障	human security	1994年、UNDPの「人間開発報告書」で取り上げられた、「人間」を中心とした安全を重視する取り組みを強化しようとする考え方。飢餓や病気などの脅威から解放され、民族や主義などの違いで抑圧されることのない、国家の安全保障を代替するものではなく、個人、社会、コミュニティの安全保障である。UNDPでは、食料、健康、環境、個人、地域社会、政治、経済の7つの概念に分けている。
プロジェクト方式技術協力（プロ技）	Project-Type Technical Cooperation	3～5年程度の協力期間を設定し、専門家派遣、研修員受入、機材供与等を組み合わせ、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が、2002年度からいく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。
プロジェクト形成調査	Project Formulation Study	協力を実施する際に、相手国の開発計画や協力分野での他の援助機関との関連、協力の効果、環境や社会への影響、発展の持続性などが不明確な場合に行う調査。不足している情報の収集や、現地調査団、相手国政府や関係機関との協議や、要請書の作成支援も行う。
マスタープラン調査	Master Plan Study (M/P)	国全体または特定地域での総合開発計画や、セクター別の長期開発計画を策定するための調査。

略式名称	正式名称	概要
国際機関・援助機関		
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行。アジア地域の開発途上国の開発促進を目的として準商業ベースの貸付を行う国際金融機関。1966年に設立された。
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	米国疾病対策予防センター。米国のみならず世界の人々の健康と安全を目的に、情報収集・研究および対策を行う米国連邦機関。本部は米国のアトランタ市にある。
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁。カナダの開発援助の機能と業務を担当する政府機関。
DfID	Department for International Development	英国国際開発省。英国における開発援助政策は、援助政策の立案から実施まで海外開発庁（ODA）の責任のもとに一元的に行われていたが、1997年の政権交代に伴いODAは閣内大臣を有する国際開発省（DfID）に格上げされた。
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	世界結核・マラリア・エイズ対策基金。世界規模で罹患、感染拡大が懸念される感染症への対策として設立された基金。NGOをはじめとする多くの組織が要請書を提出し、基金内の審査を経て予算が執行される仕組み。わが国も主要拠出国であるがHIV/エイズはじめ疾患撲滅に必要な資金のごく一部しか充足されていないのが現状である。
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社。開発援助事業団（BfE）と開発途上国援助促進公社（GAWI）が合併して1975年に設立されたドイツの全額政府出資の株式会社。
IPPF	International Planned Parenthood Federation	国際家族計画連盟。リプロダクティブヘルス分野で世界最大規模の国際NGO。第2次世界大戦後、開発の一課題として人口爆発による貧困問題に起因する紛争の再発が議論されるなかで家族計画の重要性が指摘されるようになった。そのなかで家族計画を推進するために1952年に設立された。本部はロンドン。各国政府も活動資金を支援している。
JBIC	Japan Bank for International Cooperation	国際協力銀行。1999年に日本輸出入銀行と海外経済協力基金が統合して発足した国際金融機関。国際金融業務と海外協力業務の2つの業務を担っている。
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構。日本の政府開発援助（ODA）の技術協力事業の実施や無償資金協力促進業務を担当する機関。
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development	経済協力開発機構。欧州経済復興のため1948年に発足したOECE（Organization for European Economic Co-operation）が改組され、1961年に発足。経済成長、開発途上国援助、多角的な自由貿易の拡大を目的とし、現在30カ国が加盟。
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	国連エイズ合同計画。新興感染症のひとつであるHIV/エイズ対策のために1996年に設立された国際機関（本部ジュネーブ）。UNICEF、UNDP、UNFPA、WHO、World Bank、UNESCOの6つの国際機関の共同出資による機関である。主な役割は資金援助ではなく政策立案、技術の開発/連携、研究であり、世界50カ国にプログラムアドバイザーを配置して対象地域、国におけるHIV/エイズの予防、治療の調整および支援を行っている。
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金。1967年に国連人口活動信託基金として設立。69年に現在名に改称したが、略称はそのまま用いている。本部は米国のニューヨーク。人口に関する技術援助機関。日本は大口の拠出国である。
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金。1946年に国連児童緊急基金として第2次世界大戦の犠牲となった児童の救済を目的に緊急措置として設置された。53年に国際児童基金と改称したが、略称はそのまま用いている。本部は米国のニューヨーク。50年頃から途上国の保健分野を中心に、栄養改善、飲料水供給、母子福祉、教育などを通じた児童への一般援助および自然災害などの際の緊急援助を行っているようになった。
UNU	United Nations University	国連大学。1973年の国連総会で大学憲章が採択され、1975年9月東京に本部を設置。この大学は国連の枠内で自治を共有し、世界各国の大学や研究機関と提携して構成するネットワークによる国際的な学者・研究者の共同体である。
USAID	The United States Agency for International Development	米国国際開発庁。USAIDは、1961年に対外援助法に準拠する行政命令により、従来の援助機関である国際協力局（ICA）、開発借款基金（DLF）および平和のための食糧計画、米国輸出入銀行（EXIM）の現地通貨貸付業務を引き継ぎ、非軍事援助に関わる一元的な統合機関として、國務省の外局として設置された。
WHO	World Health Organization	世界保健機関。国際協力を通じた世界的疾病の抑制、健康・栄養の向上、調査研究の促進を目的に、1948年世界保健機関憲章に基づいて設置された。本部はスイスのジュネーブ。
WB	World Bank	世界銀行。一般に、国際復興開発銀行（IBRD）と国際開発協会（IDA）の2つの機関を指すことが多い。これに国際金融公社（IFIC）、多数国間投資保証機関（MIGA）、国際投資紛争解決センター（ICSID）を併せたものを世界銀行グループと呼んでいる。

出所：同文書院『新・母子保健用語集』、国際開発ジャーナル社『国際協力用語集』、UNFPA『世界人口白書』、国際協力機構（旧事業団）年報および同報告書などを参考に作成。

国際保健分野で活動している国内外のNGOについての情報は、下記のWebサイトを参照のこと。

eFASID（保健医療分野ウェブリンク集）：<http://www.efasid.org/J/weblink/healthsector/healthtop.htm>

