

リプロダクティブヘルス分野の  
効果的アプローチに関する調査研究（詳細分析）

# 妊産婦ケア

2005年3月

独立行政法人 国際協力機構  
人間開発部

人間
J R
04-37



リプロダクティブヘルス分野の  
効果的アプローチに関する調査研究（詳細分析）

# 妊産婦ケア

2005年3月

独立行政法人 国際協力機構  
人間開発部



## 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か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行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。

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アプローチを体系的に整理しました。

本調査研究は、2004年8月に出された調査研究報告書『開発課題に対する効果的アプローチーリプロダクティブヘルス』の中で、JICAが重点的に取り組むべきであり、かつ効果的なアプローチの整理が一層必要とされる課題としてあげられた「妊産婦ケア」及び「思春期リプロダクティブヘルス」の2つのサブ課題について、より詳細な分析を行ったものです。

本研究の実施にあたっては、コンサルタントとしてNPO法人HANDSの秋吉恵氏に情報収集や原稿執筆等で多大な協力をいただきました。また、報告書ドラフトに対しては課題別支援委員会の方々をはじめ、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17年3月

独立行政法人国際協力機構

人間開発部長 末森 満

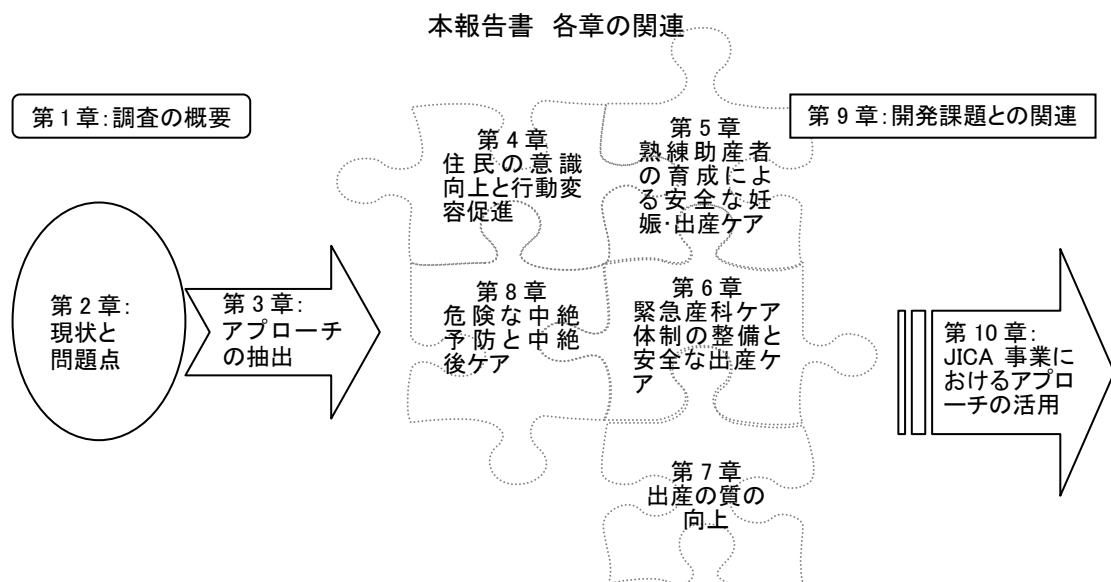


## 本報告書の利用方法

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疾病等で命を落としており、その 90% は開発途上国で起こっている。妊産婦死亡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、その手法が未確立であったことから妊産婦死亡の低減を含む妊産婦の健康改善は実現していない。このため、妊産婦ケアに係る効果的なアプローチを確立するとともに、妊産婦の健康を包括的、継続的に捉える努力が国際的に進められている。このような状況のなか、本調査研究報告書は日本による同分野での国際協力活動を推進する目的で作成された。

本報告書は、妊産婦ケア事業に携わる読者が、途上国における妊産婦の健康に関する現状と課題、及び妊産婦の健康改善に向けた効果的な支援アプローチを理解し、JICA 妊産婦ケア事業立案の際に参考資料として活用することを想定した内容・構成となっている。5つのアプローチの解説では、各アプローチについて、妊産婦ケアの流れのどの時期にどういったケアを提供することが望ましいのか、そのためにどのような成果を目指してどんな活動を行う必要があるのか、またその活動のためにはどのようなステークホルダーを巻き込む必要があるのかを、図表を用いてわかりやすく表示している。また、開発途上国で行われている妊産婦の健康改善事例の分析から、各アプローチにおける成功要因とともに留意点・問題点やモニタリング指標も整理したので参照されたい。

本報告書では妊産婦の健康改善に向けたアプローチを5つに整理した。しかし、実際のプロジェクトでは対象国の状況に合わせて、アプローチで示した成果や活動の一部を取り出したり、組み合わせることが必要になるだろう。それはアプローチ抽出の元になった妊産婦の健康を損なう5つの直接原因（第3章参照）は互いに関連・影響しあい、対象国によってその関連の仕方も異なるためである。したがって、読者はアプローチ及び成果を選択する際、対象国／地域の妊産婦の健康をめぐる状況の把握から始めることが望ましい。第10章に対象国の状況を調べ、その国や地域に適合したアプローチや成果を組み合わせる妊産婦ケア事業を立案するための7つのステップを解説しているので参照されたい。



章	タイトル	本章を読むことで理解できる内容
第1章	調査研究の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>本調査研究の背景、目的、主な内容、調査研究実施者／協力者</li> </ul>
第2章	妊産婦の健康をとりまく現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>妊娠前・妊娠・出産・産褥にわたる妊産婦ケアの流れとケアの内容(図2-1、表2-1)</li> <li>妊産婦ケアにかかわるステークホルダー(図2-2)</li> <li>妊産婦ケアやなかでも特に産科ケアの現状と問題点と国際的な取り組み</li> </ul>
第3章	妊産婦の健康改善に向けたアプローチ	<ul style="list-style-type: none"> <li>妊産婦の健康にかかわる問題分析(5つの直接原因の抽出:相互に関連しあう直接原因や原因を5つに整理した)</li> <li>継続的な視点の必要性</li> <li>直接原因から導かれた5つのアプローチの成果と概要(表3-1)</li> </ul>
第4章	住民の意識向上と行動変容促進アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> <li>妊産婦ケアの流れのなかでの位置づけ(第2章図2-1で妊産婦ケアの流れから各アプローチに必要な妊産婦ケアを提示)</li> <li>目指すべき成果と主な活動(第3章表3-1でも示した各アプローチが目指すべき成果とその成果に至るための具体的な活動を提示)</li> <li>介入ポイント(第2章図2-2でステークホルダーから各アプローチの具体的な活動を実践する対象を提示)</li> <li>アプローチの現状と課題(介入ポイントごとに現状と課題を整理した)</li> <li>成功事例から得られた成功要因(各アプローチに関する成功事例の分析により得られた成功要因を整理。各事例の詳細は付属資料1.妊産婦ケア案件参考事例を参照)</li> <li>JICA事業で活用する際の問題点と留意点(各アプローチに関する事例の分析から問題点・留意点を整理し詳細を解説)</li> <li>実施のためのリソース(各アプローチを実施するうえで参考となる国内外の組織や、有用なツールを提示)</li> <li>モニタリング指標(各アプローチによるプロジェクトのモニタリング評価指標を提示)</li> </ul>
第5章	熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチ	
第6章	緊急産科ケア体制整備による安全な出産アプローチ	
第7章	出産の質の向上アプローチ	
第8章	危険な中絶の予防と中絶後ケアアプローチ	
第9章	国際的開発課題と妊産婦ケアとの関係	
第10章	JICA事業における妊産婦ケア・アプローチの活用	
付属資料		



## 略 語 表

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	エイズ（後天性免疫不全症候群）
AMDD	Averting Maternal Death and Disability	米国コロンビア大学による安全な妊娠・出産ケアプログラム
C/P	Counterpart	カウンターパート
EmOC	Emergency Obstetric Care	緊急産科ケア
EOC	Essential Obstetric Care	必須産科ケア
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics	国際産婦人科学会
FP	Family Planning	家族計画
GII	Global Issues Initiative	地球規模問題イニシアティブ
GOBI-FFF	Growth Monitoring, Oral Rehydration, Breast Feeding, Immunization, Female Education, Family Spacing, Food Supplements	UNICEF による母子保健プログラム
HCP	Health Care Provider	保健医療従事者
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HSR	Health Sector Reform	保健セクター改革
ICD-10	International Statistical Classification of Disease the 10th Revision	国際疾病分類第 10 版
ICPD	International Conference on Population and Development	国際人口・開発会議
IMMPACT	Initiatives of Maternal Mortality Program Assessment	ドイツ財団等による母子保健評価プログラム
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率
LDR	Labor and Delivery and Recovery	陣痛・分娩・回復
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
MCHC	Maternal and Child Health Center	母子保健センター
MDGs	UN Millennium Development Goals	国連ミレニアム開発目標
MMR	Maternal Mortality Rate	妊産婦死亡率
MNH	Maternal and Neonatal Health Program	母子保健プログラム
MVA	Manual vacuum aspiration	手動式真空吸引法
NGO	Non Governmental Organization	非政府組織
ORS	Oral Rehydration Solution	経口補水液
ODA	Official Development Assistance	政府開発援助
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHC	Primary Health Care	プライマリー・ヘルス・ケア
PR	Partnership Ratio	パートナーシップ率
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper	貧困削減戦略文書
RAMOS	Reproductive Age Mortality Study	妊娠可能年齢女性死亡調査
SBA	Skilled Birth Attendant	熟練助産者

SMI	Safe Motherhood Initiative	安全な母性イニシアティブ
SWAp	Sector Wide Approach	セクター・ワイド・アプローチ
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
VCT	Voluntary Counseling and Testing	ボランティア・カウンセリ ング・アンド・テスト ィング
WHO	World Health Organization	世界保健機関

# 目 次

## 序 文

本報告書の利用方法

略語表

第1章 調査研究の概要	1
1-1 調査研究の背景と目的	1
1-2 調査研究の実施方針	2
1-3 調査研究の実施方法	2
1-4 調査研究内容	3
1-5 調査研究実施者・協力者	4
第2章 妊産婦の健康をとりまく現状と課題	6
2-1 妊産婦ケアとは	6
2-2 妊産婦ケアに関するステークホルダー	10
2-3 途上国における妊産婦ケアの現状と問題点	13
2-4 途上国における産科ケアの現状と問題点	15
2-5 妊産婦の健康改善に関する国際的取り組み	19
第3章 妊産婦の健康改善に向けたアプローチ	22
3-1 妊産婦の健康に係る問題分析	22
3-2 妊産婦の健康改善に向けたアプローチの全体像	24
3-3 アプローチの概要	25
第4章 住民の意識向上と行動変容促進アプローチ	26
4-1 アプローチの解説	26
4-2 成功事例の分析から得られた成功要因	30
4-3 JICA 事業で活用する際の問題点・留意点	31
4-4 本アプローチ実施のためのリソース	34
4-5 モニタリング・評価のための指標	34
第5章 熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチ	36
5-1 アプローチの解説	36
5-2 成功事例の分析から得られた成功要因	41
5-3 JICA 事業で活用する際の問題点・留意点	42
5-4 本アプローチ実施のためのリソース	43
5-5 モニタリング・評価のための指標	43

5-6	本アプローチに有効なツール：母子健康手帳の開発と活用	45
第6章	緊急産科ケア体制整備による安全な出産アプローチ	51
6-1	アプローチの解説	51
6-2	成功事例の分析から得られた成功要因	55
6-3	JICA事業で活用する際の問題点・留意点	58
6-4	本アプローチ実施のためのリソース	59
6-5	モニタリング・評価のための指標	60
第7章	出産の質の向上アプローチ	63
7-1	アプローチの解説	63
7-2	成功事例の分析	66
7-3	JICA事業で活用する際の問題点・留意点	66
7-4	本アプローチ実施のためのリソース	68
7-5	モニタリング・評価のための指標	68
第8章	危険な中絶の予防と中絶後ケアアプローチ	70
8-1	アプローチの解説	70
8-2	成功事例の分析から得られた成功要因	73
8-3	JICA事業で活用する際の問題点・留意点	74
8-4	本アプローチ実施のためのリソース	75
8-5	モニタリング・評価のための指標	76
第9章	国際的開発課題と妊産婦ケアとの関係	78
9-1	ミレニアム開発目標と妊産婦ケア	78
9-2	人間の安全保障と妊産婦ケア	81
9-3	キャパシティ・ディベロップメントと妊産婦ケア	83
第10章	JICA事業における妊産婦ケアアプローチの活用	87
10-1	ステップ1：対象地域での妊産婦の健康問題の概要把握	88
10-2	ステップ2：対象国／地域での妊産婦ケアアプローチの選定	91
10-3	ステップ3：対象国／地域で選択されたアプローチの成果の重点化	93
10-4	ステップ4：対象国／地域における妊産婦ケア事業の現状分析	94
10-5	ステップ5：JICA妊産婦ケア事業のターゲットの選定	97
10-6	ステップ6：JICA事業フレームの作成	99
10-7	ステップ7：事業実施母体となる相手国組織の選定	101
10-8	対象国／地域の妊産婦の健康にかかわる状況によるアプローチ選択 (ステップ2を実施するために)	102

付属資料

1. 妊産婦ケア案件参考事例	109
2. 妊産婦ケア案件成功事例	113
3. 参考組織リスト	116
4. 参考資料リスト	119

## 目 次

図 2-1	妊産婦ケアの流れとケアの内容	6
図 2-2	妊産婦ケアに関するステークホルダー	10
図 2-3	妊産婦死亡の 3 つの遅れ	17
図 2-4	妊産婦ケアに関する国際的取り組みの転換	19
図 3-1	妊産婦の健康に関する問題分析系図	23
図 4-1	妊産婦ケアにおける住民の意識向上と行動変容促進アプローチのケアの内容	26
図 4-2	住民の意識向上と行動変容促進アプローチの活動介入ポイント	29
図 5-1	妊産婦ケアにおける熟練助産者による 安全な妊娠・出産ケアアプローチのケアの内容	36
図 5-2	熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチの活動介入ポイント	39
図 5-3	母子健康手帳の活用における活動介入ポイント	46
図 6-1	妊産婦ケアにおける緊急産科ケア体制整備による 安全な出産アプローチのケアの内容	51
図 6-2	緊急産科ケア体制整備による安全な出産アプローチの活動介入ポイント	54
図 7-1	妊産婦ケアにおける出産の質の向上アプローチのケアの内容	63
図 7-2	出産の質の向上アプローチの活動介入ポイント	65
図 8-1	妊産婦ケアにおける危険な中絶の予防と中絶後ケアアプローチのケアの内容	70
図 8-2	危険な中絶の予防と中絶後ケアアプローチの活動介入ポイント	72
図 9-1	妊産婦の健康の改善とその他 7 つの目標との関係	78
図 10-1	妊産婦ケア事業立案の 7 ステップ	87
図 10-2	妊産婦死亡率に基づく各アプローチへの資源投入配分	102
図 10-3	分娩状況モデルに基づく各アプローチへの資源投入配分	103

## 表 目 次

表 1-1	「JICA 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〉と 本報告書の関係	2
表 1-2	各アプローチと報告書の構成	3
表 1-3	調査研究実施者	5
表 1-4	調査研究協力者リスト	5
表 2-1	妊娠前・妊娠期・出産期・産褥期に実施すべき妊産婦ケア	7
表 2-2	妊産婦ケアの 2 つの視点	9
表 2-3	各ステークホルダーの妊産婦ケアにおける役割	10
表 2-4	出産介助者と熟練助産者との関係・問題点	12
表 2-5	妊産婦ケアにかかわる諸問題	13
表 2-6	妊産婦ケアに影響を及ぼす社会政治的な課題	15
表 2-7	産科ケア施設の分類と機能	16
表 2-8	分娩状況モデル	16
表 2-9	分娩状況モデルに応じた介入方法	17
表 2-10	3 つの遅れに応じた介入方法	18
表 2-11	産科合併症と緊急産科ケアの具体例	18
表 2-12	主な援助機関による妊産婦ケア対策の状況	20
表 2-13	妊産婦の健康の改善に関する主な国際的プログラム	21
表 3-1	妊産婦の健康改善に向けたアプローチ	24
表 3-2	妊産婦ケアの 5 つのアプローチとその概要	25
表 4-1	住民の意識向上と行動変容促進アプローチにおける成果と具体的な活動内容	27
表 5-1	熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチにおける 成果と具体的な活動内容	37
表 5-2	母子健康手帳の活用における成果と具体的な活動内容	45
表 6-1	緊急産科ケア体制整備による安全な出産アプローチにおける 成果と具体的な活動内容	52
表 7-1	出産の質の向上アプローチにおける成果と具体的な活動内容	64
表 8-1	危険な中絶の予防と中絶後ケアアプローチにおける成果と具体的な活動内容	71
表 9-1	妊産婦の健康に関する MDGs の問題点	79
表 9-2	MDGs 目標と各妊産婦ケアアプローチとの関連	80
表 9-3	MDGs 目標	80
表 9-4	妊産婦ケアプログラムを実施するうえで考慮すべき基本的な権利と自由の尊重	81
表 9-5	JICA 事業において考慮すべき「人間の安全保障」の 7 つの視点	82
表 9-6	「人間の安全保障」の 7 つの視点と各妊産婦ケアアプローチの関係	82
表 9-7	妊産婦ケアに係る個人、組織、制度及び社会レベルの 3 層の能力(キャパシティ)	83

表 9-8	妊産婦ケアに係る「キャパシティ（能力）」の主体	84
表 9-9	住民の意識向上と行動変容促進アプローチに係る「キャパシティ（能力）」	85
表 9-10	熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチに係る「キャパシティ(能力)」	85
表 9-11	緊急産科ケア体制整備による安全な 出産アプローチに係る「キャパシティ（能力）」	85
表 9-12	出産の質の向上アプローチに係る「キャパシティ（能力）」	86
表 9-13	危険な中絶防止と中絶後ケアアプローチに係る「キャパシティ（能力）」	86
表 10-1	サブサハラ・アフリカにおける妊産婦健康問題の概要と JICA 事業の方向性	88
表 10-2	中東における妊産婦健康問題の概要と JICA 事業の方向性	89
表 10-3	アジア・太平洋における妊産婦健康問題の概要と JICA 事業の方向性	89
表 10-4	中南米・カリブにおける妊産婦健康問題の概要と JICA 事業の方向性	90
表 10-5	東欧・旧ソ連諸国における妊産婦健康問題の概要と JICA 事業の方向性	90
表 10-6	例：サブサハラ・アフリカの A 国における妊産婦の健康にかかわる状況分析	91
表 10-7	例：A 国における「熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチ」 で目指す成果の重点化	93
表 10-8	妊産婦ケア事業の「キャパシティ（能力）」を担う主体	94
表 10-9	例：A 国「熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチ」 を担う主体と求められる能力	95
表 10-10	例：A 国「熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチ」 を担う主体の現状	96
表 10-11	例：A 国における人材、組織、制度のターゲット	98
表 10-12	例：A 国対象地域のキャパシティ（能力）	98
表 10-13	例：A 国 JICA 妊産婦ケア事業フレーム	99
表 10-14	事業実施母体となる相手国組織	101
表 10-15	母子保健ニーズにかかわる項目と優先すべきアプローチ	103
表 10-16	保健システムの整備状況にかかわる項目と優先すべきアプローチ	104
表 10-17	社会経済状況にかかわる項目と優先すべきアプローチ	105
表 10-18	文化的要因にかかわる項目と優先すべきアプローチ	105



## 第1章 調査研究の概要

### 1-1 調査研究の背景と目的

国際協力機構（JICA）では、開発課題別アプローチの強化を進めるため、平成15年度調査研究において、リプロダクティブヘルスに関する課題の体系的整理と効果的アプローチの検討を行った。このなかで、国連ミレニアム開発目標（UN Millennium Development Goals：MDGs）や人間の安全保障に力点を置くJICAにとって、「妊産婦ケア」が今後取り組むべき重要なサブ課題であることが確認された。

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疾病等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国連人口基金〔United Nations Population Fund（UNFPA）2004〕。1987年に国際的なコンセンサスのもと「安全な母性」イニシアティブ（Safe Motherhood Initiatives：SMI）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倍近い差がある。

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ている。それにもかかわらず妊産婦死亡の低減が図られなかった原因としては、効果的なアプローチを模索する国際的取り組みが変転してきたことで一貫した戦略が欠如し、限られた資源を有効に配分できなかったことが背景にあるといわれている。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、国際的にも、最も効果的なアプローチを確立する努力とともに、妊産婦の健康を包括的、継続的に捉えることが必要と考えられている。

JICAはこれまでに、母子健康手帳を利用した妊産婦の把握・登録と妊産婦健診、助産者の育成や緊急産科ケアの拡充など、日本の経験に基づいた独自の母子保健プロジェクトを世界各地で展開し、妊娠・出産のすべてのプロセスにかかわる支援を行ってきた。しかしながら、日本の経験に基づいた妊産婦ケアのいくつかのアプローチに関しては、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、その有効性を検証し国際社会に発信することを怠ってきたことも一因と考えられる。今後、妊産婦ケアに対する日本の支援を拡大するためにも、効果的な支援アプローチの体系的な整理分析が不可欠と認識されている。

このような背景のもと、本調査研究は妊産婦ケア分野におけるJICAの今後の事業計画とその展開に資する目的で実施された。

## 1-2 調査研究の実施方針

本報告書は、2004年8月にJICAより発行された「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>」（以下、「効果的<リプロ>」と記す）を基盤として、妊産婦ケアに関する具体的アプローチをより詳細に解説することを目的として作成された。「効果的<リプロ>」では、リプロダクティブヘルスに対する効果的アプローチの4つの開発戦略目標のひとつ、「開発における主要なリプロダクティブヘルスの改善」の中間目標として「妊産婦の健康の改善」があげられている（「効果的<リプロ>」p.133の「リプロダクティブヘルス 開発課題体系全体図」の「中期目標1-1：妊産婦の健康の改善」）。これが、本調査研究のメインテーマ「妊産婦のケア」の目標にあたる。また、この「妊産婦の健康の改善」は、JICAが重点とし取り組むべき3つの課題にも取り上げられている。

「効果的<リプロ>」においては、「中期目標：妊産婦の健康の改善」を達成するためのサブ目標としてあげられた「4つの中期目標のサブ目標」は本報告書における「5つのアプローチ」にあたる。本報告では、「妊産婦の健康問題」に関する問題分析によりその原因を5つに分析し、そこから「妊産婦の健康の改善」のためのサブ目標を5つに改定、本報告書で解説される「5つのアプローチ」とした（第3章参照）。これら「4つの中期目標のサブ目標」と本報告書における「5つのアプローチ」は、表1-1のような関係にある。表1-1に示したとおり、本報告書「5つのアプローチ」は、「効果的<リプロ>」の4つのサブ目標を整理・発展させたものである。

表1-1 「JICA 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>」と本報告書の関係

JICA 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>		本報告書： リプロダクティブヘルス分野の 効果的アプローチに関する調査研究 <妊産婦ケア>
中期目標のサブ目標		アプローチ
安全な出産		1. 住民の意識向上と行動変容促進
出産・出産前後のケアの普及・質の向上		2. 熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア
妊産婦の栄養改善		3. 緊急産科ケア体制整備による安全な出産
母性保護・人工妊娠中絶予防及びケアの普及		4. 出産の質の向上
		5. 危険な中絶の予防と中絶後ケア

## 1-3 調査研究の実施方法

妊産婦ケアに関して、国内において既存の図書、資料、インターネット等を通じて得られる各種報告書、情報等の収集・分析、当該分野の有識者へのヒアリングなどによって、調査・分析を行い、その結果を報告書に取りまとめた。

## 1-4 調査研究内容

本調査研究では、援助機関（JICAを含む）やNGO等によりこれまでに実施された妊産婦ケアに対する開発支援の経験と結果を、以下の項目に分類して検討した。

### (1) 妊産婦ケアをとりまく現状と課題（第2章参照）

本調査研究課題である「妊産婦ケア」の内容を妊娠・出産の経過と合わせて解説し、それを担うステークホルダーを整理した。さらに、開発途上国における妊産婦ケアの諸問題やそれに影響を及ぼす社会政治的課題、及び妊産婦ケアの一部である産科ケアについてもその現状と問題について検討した。次いで、援助機関やNGOによる妊産婦ケアに対する取り組みの特徴を検証した。

### (2) 妊産婦の健康改善に向けたアプローチ（第3章参照）

実際の事業事例に関する情報の分析を通じて、「妊産婦の健康の改善」の主要な原因と認識され、本分野において世界的に実施されている多様なアプローチを抽出し、整理した。その結果、妊産婦ケア分野におけるアプローチを、「住民の意識向上と行動変容促進」「熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア」「緊急産科ケア体制整備による安全な出産」「出産の質の向上」「危険な中絶の予防及び中絶後ケアの普及」の5つのアプローチに体系化した。

表1-2 各アプローチと報告書の構成

アプローチ	該当する報告書部分
住民の意識向上と行動変容促進	第4章
熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア	第5章
緊急産科ケア体制整備による安全な出産	第6章
出産の質の向上（人間的な出産）	第7章
危険な中絶の予防及び中絶後ケア	第8章

### (3) 妊産婦ケア・アプローチの各論（第4～8章）

上に示された5つのアプローチのそれぞれについて、次のような項目に関する詳細な検討を行った。

- ・アプローチの解説
- ・成功事例の分析から得られた成功要因
- ・JICA事業で活用する際の問題的、留意点
- ・本アプローチ実施のためのリソース
- ・モニタリング・評価のための指標

#### (4) 国際的開発課題と妊産婦ケアの関係（第9章参照）

上記アプローチのそれぞれについて、MDGs、人間の安全保障、実施機関の能力開発（キャパシティ・ディベロップメント）といった、JICAが優先課題と位置づける国際的開発課題の観点から、優位性と有効性について比較検討した。

#### (5) JICA事業における妊産婦ケア・アプローチの活用（第10章参照）

国や地域、また妊産婦のおかれている社会・経済・政治状況により異なる多様な妊産婦ケアのニーズに対して、前述した各アプローチの中からニーズに適したアプローチを選択し、効果的なJICA事業を立案するためのプロセスを7つのステップとして示した。

まずステップ1において、対象地域の妊産婦の健康問題の概要を把握し、ステップ2で対象国／地域における妊産婦の健康に関するデータ分析から優先すべき妊産婦ケア・アプローチを選定する。そしてステップ3で、ステップ2で選択したアプローチが目指すいくつかの成果（第4章から第8章のアプローチの具体的な成果と活動の表参照）から、対象国/地域の妊産婦の健康にかかわるデータの深刻度をもとに重点をおく成果を選ぶ。ステップ4では、アプローチと成果の関係主体とその主体に求められるキャパシティ(能力)の現状分析を行い、ステップ5で、ステップ4の分析からJICA事業としての案件可能性が高いと判断された主体の中からターゲットを選定する。さらに、ステップ6では、今までの分析をもとにJICA妊産婦ケア事業フレームを作成し、最後にステップ7で、事業実施母体となる相手国組織の選定を行う。

ステップ2で実施するアプローチの選択のために収集する、対象国や地域の妊産婦の健康にかかわる項目と、各項目における特に配慮すべき段階と優先すべきアプローチや成果については、第10章10-8にまとめたので参照されたい。

#### (6) 付属資料

参考資料として、以下を巻末に添付した。

1. 妊産婦ケア案件参考事例一覧
2. 妊産婦ケア成功事例
3. 参考組織リスト
4. 参考文献リスト

#### 1-5 調査研究実施者・協力者

本調査研究の実施者は表1-3のとおりである。

本調査研究の協力者は表1-4のとおりである。

表1-3 調査研究実施者

組織	所属/肩書	氏名
独立行政法人 JICA	人間開発部 母子保健チーム	
NPO 法人 HANDS	プログラム部 プログラム・オフィサー	秋吉 恵

表1-4 調査研究協力者リスト

	所属/肩書	氏名
課題別支援委員会「母子保健・リプロダクティブヘルス」	国連人口基金 東京事務所 所長	池上 清子
	財団法人家族計画国際協力財団(ジョイセフ)事務局長	石井 澄江
	日本赤十字九州国際看護大学 国際保健医療学 教授	喜多 悦子
	長崎大学 熱帯医学研究科 熱帯感染症研究センター 教授	國井 修
	国立国際医療センター 国際医療協力局派遣協力第二課 医師	杉浦 康夫
	自治医科大学 看護学部 健康教育学 教授	高村 寿子
	聖マリア病院 国際協力部 小児科保健医療協力部 部長	中野 博行
	大阪大学大学院 人間科学研究科 教授	中村 安秀
	国立保健医療科学院 次長	林 謙治
	国立国際医療センター 国際医療協力局派遣協力第一課 医師	松井 三明
	津田塾大学 学芸学部 国際関係学科 教授	三砂 ちづる
	毛利助産所 副所長、天使大学大学院助産研究科教授	毛利 多恵子
その他有識者	葛西赤十字産院 産科部長	竹内 正人

(敬称略/五十音順)

## 第2章 妊産婦の健康をとりまく現状と課題

### 2-1 妊産婦ケアとは

#### 2-1-1 妊娠・出産・産後の妊産婦ケアの流れ

女性が妊娠・出産を経験するプロセスに必要なケアと医療の流れは図2-1のようになる。妊産婦ケアは妊娠前、妊娠期、出産期、産褥期<sup>1</sup>すべてを対象とするものと定義し、そのなかで特に出産時の助産ケアと合併症に対する緊急医療を合わせて産科ケア<sup>2</sup>と定義した。そのうえで、妊娠前・妊娠期・出産期・産褥期の各時期に実施すべきケアの内容とその関連を図2-1に示した。

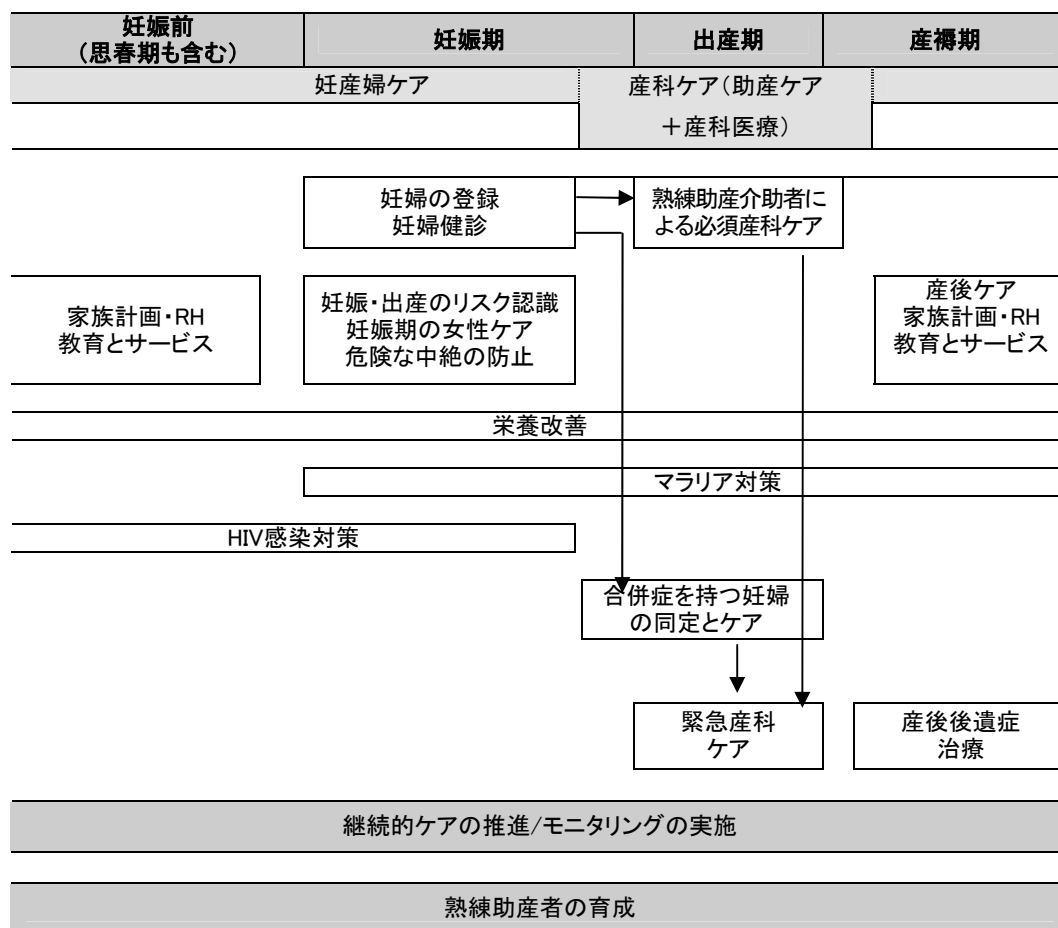


図2-1 妊産婦ケアの流れとケアの内容

<sup>1</sup> 産褥期とは出産後6週間を指す。

<sup>2</sup> 産科ケアとは、正常に推移した出産に対する助産ケアと、重症合併症の発症に対応するため医療的介入や精神的支援を行う産科医療の2つを内包する用語としてここでは定義した。ケアと治療の双方を含めた意味を持つものとして「医療」を使うこともあるが、本報告書では英語表記のObstetric Careにあわせ「ケア」を使う。

## 2-1-2 妊産婦ケアの内容

表2-1には図2-1に示した妊娠前・妊娠中・出産時・産褥期の各時期に実施すべき妊産婦ケアの内容を解説した。

表2-1 妊娠前・妊娠期・出産期・産褥期に実施すべき妊産婦ケア

	妊産婦ケア	解説
妊娠前	家族計画・RH教育とサービス	家族計画やリプロダクティブヘルス(RH)に関する知識の普及と避妊などのサービス提供の推進は「安全な母性」イニシアティブ(Safe Motherhood Initiative)の4つの大きな柱の一つである。家族計画や避妊は、妊娠回数や低減、望まない妊娠の防止によって全妊産婦死亡の約4分の1を阻止できると推定されている <sup>3</sup> 。また、妊娠・出産間隔の調整(birth spacing)も妊産婦死亡の低減に寄与すると考えられている。
前々妊産期	HIV/AIDSの予防と治療	途上国、とりわけサブサハラアフリカにおいては、HIV/AIDSによって妊娠中や出産後に死に至る女性は少なくない。現在いくつかの国では、妊産婦健診の際に本人の自主的な希望に基づいてHIV感染検査とカウンセリングを行うVCTの実施や、HIV陽性の妊産婦に対する抗エイズ薬の投与、更には出産後の母乳を通じた母子感染の防止などが進められつつある。
妊娠期	妊婦登録と健診	妊娠した女性に関する情報を管理する制度の構築や地域保健人材などによる登録勧奨が妊産婦登録のために必要である。登録後、妊娠期に行う妊婦健診はWHOによれば4回程度必要とされ、ここでは妊娠の経過や感染症保有状況を把握するとともに、破傷風の予防接種や微量栄養素の提供を行う。また、健康教育を行ったり、出産場所や助産者の選定、合併症発症時の対応方法などについて、準備を手伝う。
	妊娠・出産のリスク認識	妊娠中や、出産時の危険な兆候を、医療スタッフだけでなく、女性自身や家族、地域保健人材が認識し、危険な兆候が認められた際には、産科ケア施設にアクセスするよう促す。
	妊娠期の女性ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠によって女性の体は日々変化し、それに対するとまどいが心の変化を引き起こすことが知られている。こういった心と体の変化を支え、腰痛や不定愁訴などを女性自身がケアしていく方法を妊婦に教えていくことが必要である。例えば、妊娠月数の近い妊婦のグループで、心や体の変化について経験を共有するなどの健康教育方法が考えられる。ブラジルではこの小集団教育手法により、妊産婦健診率が98%に上昇したことが報告されている。</li> <li>・妊娠期の女性の生活状態のケアとして、過剰な労働の防止や飲酒喫煙の抑制などがあげられる。</li> </ul>
妊娠期、 出産期	危険な妊娠中絶の防止	中絶に起因する死亡を防止するためには、望まない妊娠の回避や、正しい技術に基づいた中絶術を適切な時期に実施することが重要である。その方法としては、①前述の家族計画や避妊サービスの強化、②中絶術に関する適切な技術の徹底や機材の整備、③中絶後の女性のケア、④政治家、宗教的指導者、医療関係者などに対して、適正な中絶の容認を求めるアドボカシーが求められる。
	合併症を持つ妊婦の同定とケア	妊産婦健診などにより、妊婦の年齢や健康状態、妊娠回数、その他妊婦がおかれた社会条件などに基づいて、妊娠や出産期間に何らかの健康リスク(感染症、貧血、高血圧など)が予想される妊婦(ハイリスク妊産婦)を特定し、これにより、リスクを予防・管理するために必要なケアを提供し、出産を安全なものにすることを目的に実施されている。

<sup>3</sup> Family Health International (FHI) Web Page

妊娠前 産褥期	マラリアの予防と治療	妊産婦はマラリアの影響を受けやすいため、サブサハラアフリカなどマラリア蔓延地域においては、妊産婦に対するマラリアの予防と治療は重要な妊産婦ケアの一部である。具体的には、殺虫剤を浸透させた蚊帳の使用によるマラリア罹患の予防に加えて、抗マラリア剤の予防的服薬や間歇的な治療が有効な対策としてあげられる。
	熟練助産者による助産	助産に対する現在の取り組みの主流は、伝統的産婆トレーニングから熟練助産者を積極的に養成・活用する方向に動いている。熟練助産者とは、「正しい助産技術を用いて職務を執行し、妊婦の安全と快適な妊娠生活をサポートできる有資格の医療専門職(医師、助産師、看護師など)である」と定義づけられる。
出産期	緊急産科ケア (Emergency Obstetric Care : EmOC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急産科ケア体制の確立とアクセスの向上は、熟練助産者とともに妊産婦死亡の低減に対する効果的な活動として重要視されている。WHOによれば緊急産科ケアを必要とする妊娠は、全妊産婦のうち少なくとも15%と推定されている。しかし、突発的に発生した妊産婦の緊急事態に対して適切な産科医療をタイムリーに提供することは、必要かつきわめて有効なアプローチである。</li> <li>緊急産科ケアは、出産時に発生する重症出血、難産など、妊産婦の生命に危険を及ぼす可能性のある事態に対する緊急治療に重点をおいた医療的介入により、妊産婦の救命を優先させることを目指したアプローチである。これは、介入ポイントを限定することにより、妊産婦死亡の効率的な低減を意図している。</li> </ul>
	産後ケア	妊産婦死亡の約半数は出産後に起こる。死亡の原因として大きな割合を占めるのは、出血や分娩時の不衛生な介入などによる感染症、敗血症などの合併症である。さらに、分娩時の産道の損傷による後遺症などがある。そのため、助産者ないし医療スタッフによる産褥期ケアが不可欠である。具体的には、産後1～2日以内に新生児とともに産褥婦の健康状態をチェックし、清潔を保つこと、育児、母乳栄養、乳児の予防接種、家族計画(避妊)についてのカウンセリングが含まれる。
産褥期	家族計画・RH教育とサービス	産褥期に、次の妊娠を考慮した家族計画や、リプロダクティブヘルス教育を実施することが有効である。
	栄養改善	途上国における妊産婦死亡にかかわる危険因子として、母体の栄養失調、また鉄やヨードなどの微量栄養素やビタミン A などのビタミン類の欠乏がある。妊産婦の健康向上、ひいては妊産婦死亡を防止するうえで、栄養状態の改善は大変重要である。
妊娠前 産褥期	監査 (Audit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>妊産婦ケア、なかでも産科医療を機能させるためには、数値で表されるプロセス指標に加えて質的な評価も行う必要がある。その手段として妊産婦に対して実際に行われるケアの内容を調査する監査があり、科学的根拠に基づいたケアの実施率、妊産婦死亡事例、妊娠分娩中に異常が生じ、死亡に至りそうになった事例、一般的に提供されているケア事例(ニアミス)が監査の対象となることが多い。</li> <li>このような事例のそれぞれに対して、死亡やニアミスに至った要因について検討が加えられる必要がある。具体的には、ケアを受けるまでの阻害要因やアクセスの遅れ、実際に提供されたケアの内容、質、タイミングなどについて、客観的な事実の掘り起こしと検証が行われる。</li> </ul>



### 2-1-3 継続ケア

継続ケアとは、妊娠期、出産期、産褥期を通して、妊産婦に対し、彼女が辿ってきた妊娠経過を踏まえて常に同質のケアを提供できることを意味する。例えば分娩期に限ったとしても、継続的なサポートは重要である<sup>4</sup>。

継続ケアの実施方法としては、同一の妊産婦を同一の助産師がケアするといった個人一人による継続ケア、ある特定の妊産婦集団を特定の助産師集団がケアするといった集団－集団による継続ケア、妊産婦の記録を母子健康手帳を介して別の助産師や産科ケア施設がケアするといった個人－施設による継続ケア、産科ケア施設内で妊産婦の情報を共有し対応していくことによる継続ケア、緊急医療時に基礎的産科ケア施設から包括的産科ケア施設へのリファラルカードによる情報の伝達といった施設－施設による継続ケアなどが考えられる。

個人一人や集団－集団による継続ケアの長所は、継続的なかわりのなかでより深くコミュニケーションが取れるようになり、信頼関係が築きやすくなることである。信頼関係構築により妊産婦のケア提供者に対する態度も変容し、それがケア提供者のモチベーション(意欲)を向上させ、ケアの継続性を保つ効果を生むことが期待できる。また、深いかかわりと信頼関係のなかから、妊娠期・出産期・産褥期を通じて妊産婦が直面する様々な身体的・精神的問題点も明確に見えてくる。これが、妊婦の身体性をあげ、安全な妊娠・出産につながることを期待できる。

### 2-1-4 妊産婦ケアにおける2つの視点

従来、とすれば妊産婦ケアはサービス提供者である医療スタッフの視点で行われがちであったが、それとともにサービス利用者であるコミュニティ住民、特に女性の視点で考え、具体的な活動内容を計画していくことが必要である。それにより利用者の立場を考慮したより効果的な妊産婦ケアアプローチとなる。

表2-2 妊産婦ケアの2つの視点

対 象	妊娠前、妊娠中	出産時	産褥期
受益者側 サービス	妊娠・出産にかかわる健康リスクに対する認識や、ケアを受ける際の判断能力の向上など、女性やその周囲がリスクを察知して、いち早く必要な医療サービスを求める行動を促すヘルスプロモーション活動	助産者、出産場所の決定とともに緊急事態の認識や、緊急時のコスト負担、移送手段の確保	家族のサポートや産婦の栄養状態改善
提供者側 サービス	家族計画、避妊、妊産婦健診提供、危険な中絶防止、中絶後ケア、栄養改善指導や、マラリア・HIV予防治療の提供などの適切な予防、医療ケアを提供	熟練助産の提供、緊急産科ケアリファラルシステム強化	産褥期ケア、家族計画の提供や合併症、後遺症の治療

<sup>4</sup> 産科の語源であるギリシア語の*Obstetrix*は、「そばに付き添い、待つ」という意味であり、また、助産師(Midwife)の語源はWith+Womenで「女性とともにある・女性に付き添う」という意味であることから、産科の原点は、妊産婦に対して継続ケアでサポートすることと理解される。

## 2-2 妊産婦ケアに関するステークホルダー

### 2-2-1 妊産婦ケアに関するステークホルダーの関係図

「妊産婦の健康の改善」を目指し、妊産婦ケアに直接、間接にかかわるステークホルダーを図2-2にまとめた。妊産婦ケアには、女性／妊産婦や保健行政機関や専門職である医療スタッフはもちろん、妊産婦の夫／パートナーなどの家族や、コミュニティの協力が欠かせない。また、コミュニティの中から選ばれ、住民の健康改善に寄与する地域保健人材は医療スタッフと妊産婦／女性を結ぶ媒介者として重要な役割を担うものと考えられる。さらに、家族やコミュニティ、社会における女性の立場の脆弱性を考えると、政策立案者や宗教関係者、中央／地方政府、ドナー、国際NGOやローカルNGO、マスメディアなどを巻き込むことが必要となろう。

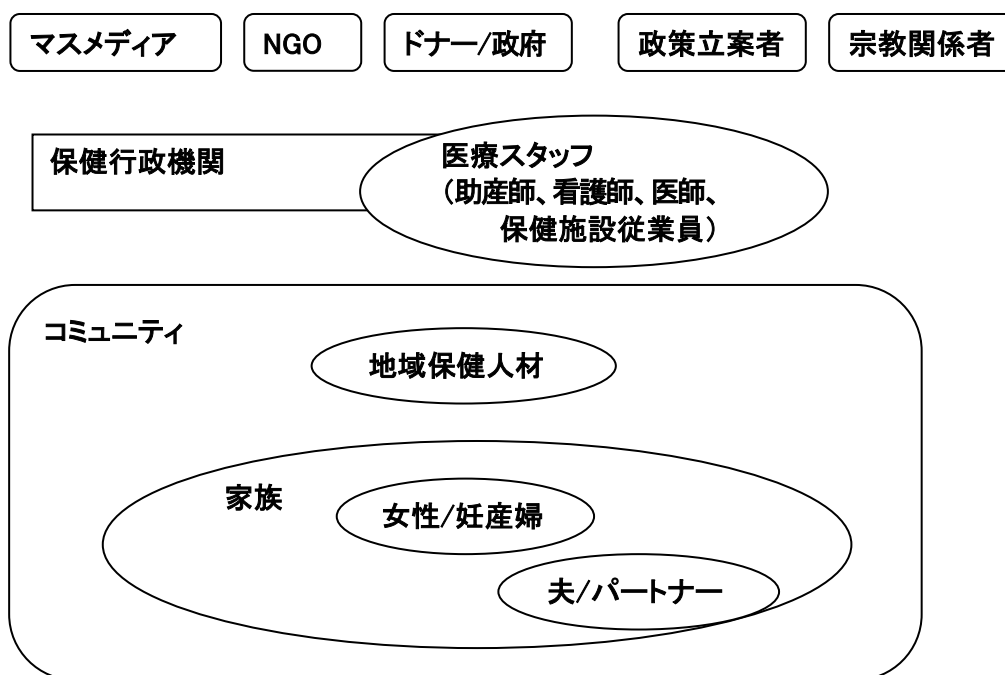


図2-2 妊産婦ケアに関するステークホルダー

### 2-2-2 ステークホルダーの妊産婦ケアにおける役割

図2-2に示したステークホルダーが妊産婦ケアにおいてどのような役割を担っているのかを、表2-3に解説した。

表2-3 各ステークホルダーの妊産婦ケアにおける役割

ステークホルダー	妊産婦ケアにおける役割
女性／妊産婦	妊産婦ケアにより、その健康改善の目標となる存在。妊産婦ケアに関する意識向上と行動変容を目指した地域における活動の最も重要な対象である。
夫／パートナー	妊産婦の健康改善に係る様々な意思決定に大きな影響を及ぼす存在と考えられる。妊産婦ケアに関する意識向上と行動変容を目指した地域における活動の女性／妊産婦の次に重要な対象となる。
家族	夫／パートナーと同様、妊産婦の健康改善に係る様々な意思決定に影響を及ぼす存在と考えられる。特に、南アジアなどでは妊産婦の行動に係る意思決定権は義母(夫またはパートナーの男性の母親)が握ることが多い。妊産婦ケアに関する意識向上と

	行動変容を目指した地域における活動の女性／妊産婦につぐ対象となる。
コミュニティ	コミュニティは妊産婦ケアへのアクセスを阻む社会規範を変容させたり、コミュニティ基金や交通手段、血液ドナー制度の構築、など保健施設へのアクセスを向上させるための具体的な活動を実施する可能性を持つ。妊産婦ケアに関する意識向上と行動変容を目指した地域における活動の家族につぐ対象となる。
地域保健人材	コミュニティにおけるフロントラインの医療人材として、1次保健医療施設や医療スタッフと妊産婦を結ぶ役割を持つ。保健政策に沿ってコミュニティから選出され雇用される地域保健ワーカーや、低額奉仕の保健ボランティアを指す。国や地域の政策制度によっては伝統的産婆を地域保健ワーカーとして活用することもある。妊産婦ケアに関する意識向上と行動変容を促すための介入対象であるとともに地域における活動の担い手でもある。
保健行政機関	基本的産科ケア施設、包括的産科ケア施設、妊産婦の出産待機所といった妊産婦ケア提供を主に担う保健医療施設や、地域や中央の保健省といった妊産婦ケアサービス内容やコストなど政策制度の方針を決定する役割を持つ。
医療スタッフ	妊産婦の自宅や、保健医療施設において、妊産婦ケアに関する医療サービスの主な提供者である。医療スタッフとして、助産師、看護師、医師があげられ、それぞれの熟練助産者との関係は表2-4にまとめた。
マスメディア	妊産婦ケアに関する意識向上と行動変容を促すツールとして、新聞、ラジオ、テレビなどが有用である。住民だけでなく、サービスを提供する医療スタッフや地域保健人材に対してもマスメディアによる介入は効果的といわれている。
NGO	コミュニティの妊産婦ケアやジェンダー、保健衛生に関する意識向上と行動変容を担う地元NGOのほか、保健医療施設の運営管理と医療サービス提供を担うNGOなど、多様なNGOが妊産婦ケアに関与している。これらNGOの抽出と連携構築が、特にコミュニティレベルへの効果的な介入には必須と考えられる。
ドナー	ドナーはその国、地域の政策制度に配慮した支援プログラムを構築し、プログラム終了後の持続性を確保する役割を持つ。
政府	中央政府は妊産婦ケアに関する政策制度を構築し、その制度やサービスを末端まで提供するために、効果的に資源を活用する役割を担う。近年の地方分権化により、政策制度構築やそれに伴う資源調達に困難な地方政府に妊産婦ケアの重責が移る傾向がみられる。
政策立案者	妊産婦の健康改善に係る活動は、家族計画の推進やジェンダー格差の是正など、その国の社会規範と密接に関連している。政治関係者など国や地域の実力者に妊産婦ケア活動の趣旨を理解してもらうことは、活動推進に有用である
宗教関係者	妊産婦の健康改善に係る活動の中には、家族計画の推進やジェンダー格差の是正など、その国や地域の宗教理念に沿わないものもある。宗教関係者に妊産婦ケア活動の趣旨を理解してもらうことは、活動推進に有用である。

### 2-2-3 妊産婦ケアと熟練助産者

妊産婦ケアに対する現在の取り組みの主流は、熟練助産者（Skilled Birth Attendant：SBA）を積極的に養成・活用する方向に動いている。本項ではこの熟練助産者とは、①どのような人材を指し、②医療スタッフの職種との関連はどうなっているのかを解説した。

#### (1) 熟練助産者の定義<sup>5</sup>

熟練助産者の定義と求められる能力は、次のようにまとめられる。

<sup>5</sup> A summary report of the Safe Motherhood Technical Consultation held in Sri Lanka, October 1997“ Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade”

熟練助産者とは「正しい助産技術を用いて職務を執行する、有資格の医療専門職(医師、助産師、看護師)」をいう。

熟練助産者には以下の能力が求められる。

- ・助産技術のトレーニングを受けている
- ・安全で清潔な助産を実践できる
- ・不必要な医療的介入を行わない
- ・危険な合併症を認識し、それらに対する基本的な対応ができる
- ・状況に応じて妊産婦の搬送の判断を行うことができる
- ・妊産婦と良好なコミュニケーションを構築できる
- ・人間的なケアを行うことができる\*

\*人間的なケア (Humanized maternity care) の6つの定義：①妊産婦と助産者双方が満足し能力をあげること、②妊産婦自身が自分が受ける助産ケアすべてに参加しその内容について決定権を持つこと、③助産に携わる医療者、医療者でない人双方から同様に提供されるもの、④に基づくもの、⑤コミュニティのプライマリヘルス・ケアに係る助産者や医療施設で行われるもの、そして経営上の安定のために費用対効果を分析されるべきものである<sup>6</sup>。

## (2) 医療スタッフの分類と熟練助産者との関係

上に示した理想的な熟練助産者の定義を満たしうる人材が、どれだけ途上国に存在しているのかを把握することは困難である。DHSなどの統計に用いられている熟練助産者のデータも、厳密な定義に基づいてはおらず、単に助産師、看護師、医師の合計数である場合が多い。しかし、表2-4に示したように、医療スタッフが必ずしも熟練助産者ではないうえ、たとえ技術を持っていても医療専門職でなければ熟練助産者として認定されない、といった問題点を抱えている。

表2-4 出産介助者と熟練助産者との関係・問題点

医療スタッフの分類	熟練助産者との関係、問題点
助産師	全員が助産に関する正式な教育・訓練を受けている。本来は熟練助産者の中心的存在であるが、助産師の少ない国や資格があっても実際には十分な助産技術や経験を持っていない場合も多い。
その他の医療スタッフ (看護師や医療アシスタント)	全員が助産に関する正式な教育・訓練を受けているとは限らず、助産を専門にしているわけではない。そのため熟練助産技術を持たないが、助産師の不足する農村部では助産を行っていることが多い。
医師	助産技術を持つ産婦人科医などが該当する。しかし、熟練助産技術を持たない医師が、助産にかかわっている場合も少なくない。また男性の比率が高い。
地域保健人材	保健医療システムのフロントラインに位置する地域人材として、また必要ときに妊産婦と妊産婦ケアをつなぐ存在として位置づけられる。熟練助産者とのパートナーシップで活動することが期待される。村の女性グループのリーダー、女性の地域保健ワーカー
TBA (伝統的産婆)	トレーニングを受けても、熟練助産師とは認められない。文化・慣習の中に位置づけられる助産の主な担い手。安全な妊娠とお産を支える社会的な役割が期待できるが、熟練助産者に育成することは困難であることが明らかになっている。地域保健人材として熟練助産者とのパートナーシップで活動することが期待されるが、その国や地域の実情、政策に則り、妊産婦ケアにおけるTBAの位置づけを決めることが望ましい。

<sup>6</sup> Misago C, Umenai T, Onuki D, Haneda K, Wagner M, Humanized Maternity Care, Lancet 1999, 354(9187), p1391-2

### 2-3 途上国における妊産婦ケアの現状と問題点

開発途上国における妊産婦ケアの諸問題やそれに影響を及ぼす社会政治的課題についてまとめた。なお、妊産婦ケアの中でも緊急産科ケア体制整備など新たな課題を抱える産科ケアについては、「2-4 途上国における産科ケアの現状と問題点」に解説したので参照されたい。

#### 2-3-1 妊産婦ケアに係る諸問題

「妊産婦の健康の改善」が小児のそれと比べ改善が遅れていることは、妊産婦死亡数と5歳未満児死亡数のここ15年ほどの推移を比較すれば明らかである。これには表2-5にあげた妊産婦ケアに特有の問題がかかわっている。

表2-5 妊産婦ケアにかかわる諸問題

問題点	詳細
家族計画・避妊が普及しない	<ul style="list-style-type: none"> <li>途上国における家族計画や避妊法の利用率は先進国に比べて低く、特にアフリカでは低い傾向にある。多くの途上国や地域では、カップルや女性が家族計画を望んでいたとしても、適切な避妊法にアクセスできない、もしくは継続できない状況が存在する。</li> <li>特に、農村部や貧困層、教育レベルの低い層では家族計画の実施率が低い傾向がある。その原因としてあげられるのは、家族計画サービスの供給不足、アクセスの欠如、カウンセリングや情報提供の不十分さなど、サービス提供側の問題に加えて、夫や男性パートナーの無理解による非協力、避妊法による副作用や宗教的理由による避妊の中断である。</li> <li>さらに、高齢出産や多産により妊娠・出産リスクが高まることも問題である。</li> </ul>
思春期の若者へのリプロダクティブ・ヘルス・サービスの不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>多くの途上国においては20歳未満の早婚や10代の妊娠・出産が多く、未婚女性の妊娠も少なくない。</li> <li>10代の妊娠は身体的に社会的に妊婦を不利な状況へと追い込むため、その妊娠・死亡リスクは20代の女性の2倍から5倍に及ぶ。</li> <li>思春期の若者の多くが性に対する知識の教育やリプロダクティブ・ヘルス・サービス提供の対象外であり、そのことが10代の妊娠を生む温床となっている。</li> </ul>
妊産婦健診の効果への疑問	<ul style="list-style-type: none"> <li>妊産婦健診の効果について、1997年のコロンボSafe Motherhood Initiativeに関する検討会議は、死亡に至る原因や合併症の発症の多くを、妊産婦健診によって事前に予測し予防することは途上国では現実的に困難であると示した。</li> <li>原因として「妊産婦のリスク」の定義や範囲が広すぎ、特異的でなかった、リスクを有する妊婦を適切に特定した場合でも、適切なケアを受けられるとは限らなかった、逆に、ハイリスクと特定されなかった妊産婦の多くが合併症を発症した、リスク・アセスメントの質や方法が不適切であったことがあげられた。</li> <li>WHOは妊産婦健診の受診回数の違いと妊産婦の死亡や合併症発症に相関関係はないとし、健康リスクが低い妊婦に対しては、妊産婦健診の受診回数よりもむしろ、健診の質を向上させることがより重要であるとしている。</li> <li>妊産婦健診は、保健医療サービス提供者が地域の多くの女性とコンタクトできるよい機会であり、出産後の家族計画・育児などの相談の機会ともなり得る。</li> <li>「妊産婦健診は無駄である」と単純に結論づけるのではなく、その内容に目を向け、正常/異常の判断を継続的に行うのみならず、妊婦の安全と快適な妊娠生活をサポートできるケアが提供できるよう質の向上を図らなければならない。</li> </ul>
危険な妊娠中絶による死亡	<p>途上国では家族計画や避妊の失敗をはじめ様々な理由から望まない妊娠に至り、医療施設以外での不適切で不衛生な中絶術を試みるケースが少なくない。その結果、中絶後合併症を発症し、受療の遅延により死亡することがある。こういった危険な人工妊娠中絶による死亡は妊産婦死亡の13%を占めると推定されている。</p>

<p>妊産婦の栄養改善への介入方法が未確立</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在のところ、有効な栄養改善の介入方法が確立しているとはいえない。</li> <li>・ネパールの調査では、妊産婦死亡に対するビタミンA投与が効果的であったが、他の地域における調査ではこの結果は追認されていない。</li> <li>・妊産婦健診を通じた妊産婦の貧血改善のための妊婦に対する鉄剤の投与には、低体重出生児(未熟児)を含む出生児の障害に対して予防効果があることが確証されているが、妊産婦死亡の低減効果については実証されていない。</li> <li>・栄養改善のための介入の問題点として、長い妊娠期間を通じて服薬が継続されにくいことが挙げられる。原因としては薬剤による副作用や苦味などのために妊産婦自身が服薬を中止してしまうといった妊産婦側の問題と、薬剤の供給や服薬指導などサービス提供側の体制不備が考えられ、今後の改善が望まれる。</li> <li>・妊産婦の栄養状態は、地元で手に入る安くて栄養の高い食べ物を利用できるよう支援する方法でも改善することが期待できる。これにより、妊産婦自身が自分の体を調節していく力を獲得することにつながると考えられる。</li> </ul>
<p>妊産婦へのマラリア感染の悪影響</p>	<p>妊産婦死亡が高いサブサハラアフリカやアジアの多くは、マラリアの蔓延地域でもあり、特に熱帯熱マラリアによる妊産婦死亡への影響は少なくない。マラリアの妊産婦への影響は、マラリアに対する免疫状態によっても変わりうるが、一般に妊娠による免疫状態の変化のためマラリアに罹患しやすくなり、さらに重症化しやすくなる。そのため、もともとあった貧血がさらに進行するほかに、脳性マラリア、低血糖症、肺水腫といった致命率が高い病態に陥りやすい。その傾向は、初産婦で特に顕著である(Shulman CE &amp; Dorman EK, 2003)。</p>
<p>妊産婦への性感染症の悪影響</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・HIV/エイズ感染率の高いサブサハラアフリカや現在感染率が上昇しているインド、中国などでは、HIV/エイズの発症や治療へのアクセスの欠如が、妊産婦死亡に与える影響は小さくないといわれる。</li> <li>・性感染症が子宮や卵管の炎症疾患などを通して、不妊率を高めたり、流産の可能性を高めたりすることが指摘されている。</li> </ul>
<p>伝統的産婆(Traditional Birth Attendants : TBA)に対する活動の問題</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・TBA に対するトレーニングは、1970年代から出産の多くをTBAの介助に頼っている途上国において、UNICEF などの支援によって推進された。しかし、TBA トレーニングの妊産婦死亡低減に対する効果は一般化できないというのが現時点では通説となっている。</li> <li>・TBA のトレーニングによって妊産婦の死亡が低減できるという見解は現在少数派の主張である一方、現実には、途上国の出産の約3分の1がTBAを含む非熟練助産者の介助によるものと推定されている。</li> <li>・妊産婦ケア活動にTBA に対する活動を含めるか否かは対象国、地域の政策制度と、コミュニティにおける助産者の実態から総合的に判断すべきである。</li> </ul>
<p>熟練助産者の定義の問題</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・途上国で助産を行う者のうち、熟練助産者の定義を満たす人々がどれだけ存在しているかを把握するのは困難である。国連やDHSなどの統計に用いられている熟練助産者のデータも、厳密な定義に基づいているとは言えず、単に助産師、看護師、医師を熟練助産者として合計している場合が多い。</li> <li>・「2-2」に示したように医療専門職であれば全員が熟練助産者であるということにはならない。逆に、TBAが助産技術のトレーニングを受けたとしても、医療専門職ではないという点で熟練助産者としては認定されない。</li> </ul>
<p>熟練助産者による助産の世界の現状</p>	<p>熟練助産者による分娩介助率については、暫定的にはあるが、地域別・国別に推定されている。先進国においては、ほとんどの出産が熟練助産者によって介助されているのに対して、途上国全体では、全出産のわずか半数強のみである。地域別では中南米や中近東・北アフリカにおける熟練助産者による介助率が比較的高いのに対して、サブサハラアフリカや南アジアにおいては50%未満である、さらにアフガニスタンやシエラレオネなどの後発開発途上国になると31%にまで下がる。</p>
<p>継続的なケアが行われていない</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実際の産科ケアにおいては、時間に追われた医療介入となることが多く、妊産婦自身の意思を尊重し、寄り添うケアが提供されているとはいえない。</li> <li>・継続的なケアの重要性は認識されているが、途上国の現実問題として誰が継続的ケアを行うか(従来のTBAかそれとも現在不足している熟練助産者か)など、人的資源の面で課題は多い。</li> <li>・継続ケアで重要な保健サービス提供者側のクライアント・フレンドリー・サービス(Client Friendly Service)視点が不足しているため、妊産婦が彼らを頼らない→サービス提供者側のモチベーション(意欲)もあがらないという悪循環がある。</li> </ul>

### 2-3-2 妊産婦ケアに影響を及ぼす社会・政治的な課題

表2-5にあげた妊産婦ケアの問題点には、妊産婦や女性が彼女たちの属する家族やコミュニティ、国家の中で脆弱な存在であることが強く影響している。妊産婦や女性が抱える社会的・政治的な課題を表2-6にあげた。

表2-6 妊産婦ケアに影響を及ぼす社会政治的な課題

分野	具体的な課題
家族との関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊産婦は家族の構成員の中では弱い存在であることが多く、家庭の意思決定に参加できない。</li> <li>・南アジアでは嫁の産科ケア受診に係る意思決定権は姑にあるなど、妊産婦ケアに関する意思決定フローは家庭の通常のものとは異なる場合がある。</li> <li>・性や生殖にかかわる健康問題について、家族内で話し合うことはほとんどない。</li> </ul>
政治的要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・政策レベルにおいて専門技術者としての助産師の位置づけが明確でないために、介入が困難となる場合がある。</li> <li>・出生や死亡の登録規定が存在しない、もしくは規定があっても届出率が低いために、妊産婦死亡数の把握が困難である場合がある。</li> <li>・母子保健政策への貧困層配慮が必要である。</li> </ul>
経済的要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国内経済状況は、保健分野への予算配分だけでなく、遠隔地の交通やコミュニケーションインフラ整備の進捗を左右することから、妊産婦ケアや緊急産科ケアに影響を持つ。</li> <li>・妊産婦を抱える世帯の経済状況が悪いと、特に緊急産科ケア受診決定を困難とする可能性がある。</li> </ul>
宗教的及び文化的要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出産にまつわる規範が宗教によって決められている場合、近代的な妊産婦ケアへのアクセスの阻害要因となる。</li> <li>・近代的な避妊法を利用することが宗教的な罪と考えられることがある。</li> <li>・一部の伝統的な習慣は妊産婦の健康にとって危険である（例えば、女性性器切除、若年結婚及び妊娠）。</li> </ul>
ジェンダー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・女性の医療へのアクセスを阻む要因にはインフラの欠如などによる物理的障害と、医療スタッフによる妊産婦の蔑視や妊産婦の自主性の無視など女性の人権に鈍感な医療サービスによる心理的障害の2種類がある。助産ケアの質をあげることで、心理的障害を取り除くことができる。</li> <li>・女性の地位の低さ、自己決定権の欠如、など社会における女性の地位の低さが妊産婦死亡の一因であるということもできる。</li> <li>・インド・ウッタルプラデシュ州における調査によると、女性の自己決定権や妊産婦のヘルスケアサービスについて、自由に移動可能である女性はそうでない女性に比べて妊産婦健診の受診回数が多く、より安全な助産ケアを利用していたという<sup>7</sup>。</li> <li>・アフガニスタンにおいては、妊産婦死亡率の高さが女性の人権侵害の指標となり得るという報告もある<sup>8</sup>。</li> </ul>

## 2-4 途上国における産科ケアの現状と問題点

### 2-4-1 産科ケア施設の分類と機能

産科ケアには、主にWHOが提唱する必須産科ケア（Essential Obstetric Care : EOC）と緊急産科ケア（Emergency Obstetric Care : EmOC）があり、前者が新生児ケアを含めた妊産婦ケア全般を包括しているのに対し、後者は妊産婦に対する出産時の臨床的な緊急処置に焦点を当てている。これら産科ケアを担う施設として、基本的産科ケア施設と包括的産科ケア施設、さらにハイリスク妊婦が出産まで待機する場所として出産を待つ家があげられる。各施設の機能を表2-7にあげた。

<sup>7</sup> Bloom SS, Wypij D, Das Gupta M. (2001) Dimensions of women's autonomy and the influence on maternal health care utilization in a north Indian city. *Demography*. Feb;38(1):67-78.

<sup>8</sup> Amowitz LL, Reis C, Iacopino V. (2002) Maternal mortality in Herat Province, Afghanistan, in 2002: an indicator of women's human rights. *JAMA*. Sep 11;288(10):1284-91.

表 2-7 産科ケア施設の分類と機能

	出産待機所	基本的産科ケア施設	包括的産科ケア施設
施設	・妊婦(特にハイリスク妊婦)が出産までを過ごす医療施設近在の滞在施設	・第1次レベル医療施設	・第2次以上の医療施設
必須産科ケア	・産科ケアは隣接の医療施設で実施	・問題妊娠の管理、出産経過のモニタリング、新生児ケア	
緊急産科ケア「2-4-4」を参照	・緊急産科ケアは隣接の医療施設で実施	・産科合併症の早期、または軽い症状に対応する処置など基本的緊急産科ケアを提供	・帝王切開や輸血を含み、基本的緊急産科ケアで対応が難しい重篤な合併症に対する包括的緊急産科ケアを提供
設備	・生活設備	・分娩室、分娩用の器材(かん子、吸引分娩器)	・外科手術室、麻酔装置、輸血設備、分娩用の器材(かん子、吸引分娩器)
人材	・施設管理者	医師、助産師	・産婦人科医、麻酔医、助産師
運営	・入所者の基準明確化	・24時間対応可能 ・住民からの信頼と安心確保 ・人材育成とフォローアップ ・緊急産科ケアの質に関する基準作成と監査の実施	

## 2-4-2 途上国における産科ケアの現状

### (1) 分娩状況の分類

途上国における出産の現状は、産科ケア施設のみでは十分に説明できず、表 2-8 に示すように分娩介助者と出産場所の2つの要因で分類する方が理解しやすい<sup>9</sup>。

表 2-8 分娩状況モデル

		分娩場所		
		自宅・地域	基本的産科ケア施設	包括的産科ケア施設
分娩介助者	助産技術なし	モデル1 非資格者による 自宅分娩		
	助産技術あり (有資格助産者)	モデル2 助産師による 自宅分娩	モデル3 助産師による 診療所分娩	モデル4 産婦人科医による病院分娩

### (2) 分娩状況モデルに応じた介入

表 2-9 には分娩状況モデルごとに介入方法を解説した。このモデルは支援対象の国や地域における分娩状況を把握したうえで、その状況に適した支援策を取る場合に有用と考えられる。

<sup>9</sup> Koblinsky, M. A. et al. (1999) Organizing delivery care: what works for safe motherhood? Bulletin of the World Health Organization 77(5):399-406.



表2-9 分娩状況モデルに応じた介入方法

モデル	介入方法
モデル1	合併症発症に対する介助者の認識能力とタイムリーなリファラル(referral; 移送)システムの構築を行わなければならない。リファラルシステムを構築しても非資格者介助による自宅分娩の場合、妊産婦死亡率が100以下になることはまれである。
モデル2	熟練助産が可能な助産師を十分な数養成するとともに、その適切な配置を行わなければならない。さらに、合併症発症時のリファラル体制の構築が本モデルの適用には絶対条件である。これらの条件が満たされれば現地の出産の慣習を尊重しながら、有資格者の介助を受ける分娩が可能となる。
モデル3	分娩場所は医療施設であるが、診療所レベルであり、産科ケアのレベルも基本的なケアにとどまる。また分娩介助者は有資格者であるが、実際彼らが有する助産技術のレベルは個人や国、地域によって大きなばらつきがある。したがって、熟練助産者としての育成、基本的産科ケア施設の整備と運営支援、さらに合併症発症時のリファラル体制構築が必要である。
モデル4	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設分娩、輸血や手術など、包括的な産科ケアを提供できる施設、主に病院での産婦人科医の助産による分娩となる。産婦人科医による病院分娩が中心である。このような状況においては、科学的根拠に基づかない、不必要あるいは有害な医療介入をなくすとともに、より人間的温かみを持つ妊産婦ケアを推進することが重要になってくる。</li> <li>本モデルによる出産は重篤な合併症発症時への緊急ケアとして重要であるが、モデル2、3での出産もままならない妊産婦を多数抱える途上国において、その有用性は限定的と考えられる。</li> </ul>

### 2-4-3 妊産婦死亡の3つの遅れ

#### (1) 3つの遅れの原因

自宅分娩が多い途上国の妊産婦が危険な状況に陥ったあとに死亡に至る原因は、①産科ケア受診決定の遅れ、②産科ケア施設到着の遅れ、③適切な産科ケア提供の遅れの「3つの遅れ」にあると考えられる<sup>10</sup>。図2-3には各々の遅れが生じる原因を示した。

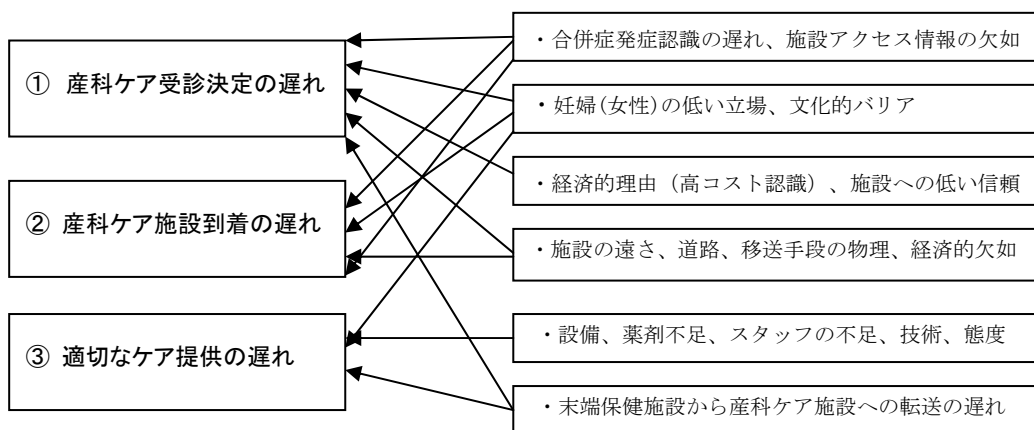


図2-3 妊産婦死亡の3つの遅れ

<sup>10</sup> Thaddeus, S. and Maine, D. Too far to walk: maternal mortality in context. Social Sciences and Medicine 38(8):1091-1110 (1994).

## (2) 3つの遅れに応じた介入

表2-10には3つの遅れを防止するための各々に応じた介入方法を解説した。

表2-10 3つの遅れに応じた介入方法

3つの遅れ	介入方法
産科ケア受診決定の遅れ	・第1の遅れを防ぐには、住民の危険な兆候の認識や、意思決定者への教育、施設やアクセスに関する情報提供など住民の行動変容が必要である。さらに、医療受診や治療のコストや受診にいたるまでの交通手段の確保のコストが妊産婦の産科ケア受診決定にとって障害となり、第1の遅れを生じることが多い。
産科ケア施設到着の遅れ	・第2の産科ケア施設到着の遅れは、妊産婦が緊急産科ケア提供施設に到達する間の問題によって生じる。その大きな要因としてリファラルが機能していないことがあげられる。妊産婦の危険な兆候の認識を受けての家から基礎的産科ケア施設への移送や、妊産婦の症状が最初に受診した施設では対応できなかった場合に対応可能な施設へ紹介・移送するリファラルシステムの整備により、第2の遅れを防ぐことができる。
適切な産科ケア提供の遅れ	・第3の適切な産科ケア提供の遅れにみられるように、施設に到着しても適切なケアがタイムリーに提供されるかどうか妊産婦の健康にとって大きな意味を持つ。緊急産科ケアに係る施設の機能やサービス提供者の数や質に関する問題を解決することが第3の遅れを防ぐと考えられる。

### 2-4-4 妊産婦の緊急事態への対応

「妊婦健診ではリスクを有する妊婦を確実に特定することは不可能であり、あらゆる妊娠がリスクに遭遇する可能性を持つと考えるべきである」という前提のもと、妊産婦の生命に係る緊急事態に適切な医療的介入を行う緊急産科ケア整備が妊産婦ケア分野のアプローチとして大きな役割を担うようになった。緊急産科ケアは基本的緊急産科ケアと包括的緊急産科ケアに分けられる(本章「2-4-1 産科ケア施設の分類と機能」を参照)。

表2-11には主な産科合併症に対する基本的及び包括的緊急産科ケアの具体例とそれに対する適正技術例についてまとめた。

表2-11 産科合併症と緊急産科ケアの具体例

合併症	ケアの基本	基本的EmOC※	包括的EmOC	適正産科技術
重症出血	出血の多くは、分娩直後から2、3時間以内に起こりやすいが、異常に多い出血に対しては、直ちに止血、時に輸血を実施しないと死に至る。	分娩第3期(児娩出直後)の積極的な管理 子宮収縮薬投与 胎盤、子宮内遺残物の用手剥離、除去	輸血 帝王切開術 子宮摘出術 子宮破裂の修復 全身管理	オキシトシン(Oxytocin)投与 ミソプロストール(Misoprostol)投与 大動脈圧による止血
妊娠中毒症	特別な治療はないが、高血圧の進展の予防、また、子癇が発生した場合はけいれん停止が必要。	抗けいれん剤投与	早期娩出 全身管理	抗けいれん作用のあるマグネシウム(Magnesium)剤投与
難産 遷延分娩 分娩停止	経陰分娩の続行が不可能な場合は、適応があれば帝王切開術が必要。その前に、胎児娩出を促進する吸引、かん子分娩を試みる。	吸引、かん子分娩	吸引、かん子分娩 帝王切開による早期娩出	局所麻酔による帝王切開術 吸引、かん子分娩
感染症 敗血症	清潔な分娩介助など、予防が重要であるが、感染症発症の際には、早期の抗生剤投与により、敗血症への進展、悪化を阻止する。	清潔操作 抗生剤投与	全身管理	感染症防止手技、消毒剤の選択

※EmOC：緊急産科ケア

## 2-5 妊産婦の健康の改善に関する国際的取り組み

### 2-5-1 主な援助機関による取り組み

妊産婦の健康に関する国際的な取り組みは、1987年にケニア、ナイロビで開催された「『安全な母性』イニシアティブ（Safe Motherhood Initiative：SMI）国際会議」を境に大きく変化した。それまでの「母子保健」の枠内での取り組みが妊産婦死亡数の改善に効果をあげなかった反省から、母性保健や妊産婦の健康改善に対する効果的な対策の必要性が国際的に認知されたのである。しかし、ナイロビ会議後のSMI戦略は既に行われていた「家族計画」「妊産婦健診」「TBAトレーニング」「安全な出産」を4つの柱とするにとどまっていた。

1997年のコロンボ会議にて10年間のSMIによる取り組みが検証され、「途上国における妊産婦死亡の低減」がこの10年を経てもほとんど実現されていないことが明らかになった。この反省からより具体的かつ有効な介入戦略として「10のアクションメッセージ」が採択された。このなかの「項目5：あらゆる妊娠がリスクに遭遇する可能性がある」と「項目6：熟練助産者による助産の保障」は、前者が緊急産科ケア体制整備を、後者が伝統的産婆トレーニングから医療専門職育成へのシフトを、推し進める根拠となっている。

コロンボ会議以降の妊産婦ケアに対する援助アプローチは、図2-4に示すようにその流れに大きな変化が認められる。

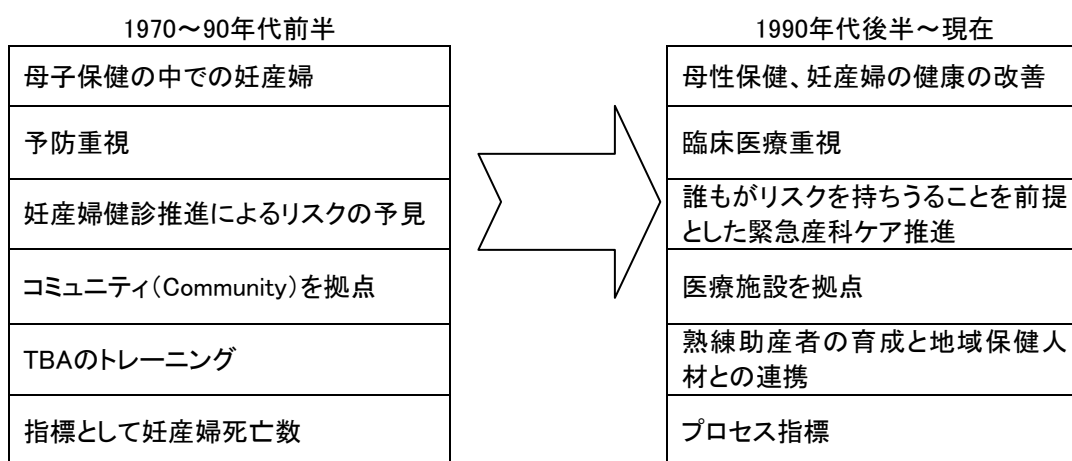


図2-4 妊産婦ケアに関する国際的取り組みの転換

こういった妊産婦ケアに関する援助アプローチの転換を受けて現在行われている、主な援助機関による取り組みを表2-12にあげた。

表 2-12 主な援助機関による妊産婦ケア対策の状況

機 関	要 約
UNFPA	<p>リプロダクティブヘルス分野の専門機関として幅広い戦略を構築している。プログラムではリプロダクティブヘルス・サービスへのアクセス、人口統計、アドボカシーがその基本的な柱となっている。UNFPAはまたナイロビ会議の共同支援者が作るSafe Motherhood Inter-Agency Group (IAG)のメンバーとして国際的な取り組みの方向性を決めるうえで重要な役割を果たしている。<a href="http://www.unfpa.org/">http://www.unfpa.org/</a></p>
World Bank	<p>リプロダクティブヘルスプロジェクトは現在83か国にわたり実施されている。そのなかで、女性の健康を守るために家族計画の推進や、妊産婦の健康改善、HIV/エイズも含めた性感染症の予防活動を統合した形でのプロジェクト立案を目指している。</p>
WHO	<p>①安全な母性、②家族計画、③性感染症、④危険な中絶の防止、⑤ジェンダーとリプロダクティブ・ライツの分野で研究・プログラムを、実施している。また、妊産婦死亡率低減に向けた活動の中に人権の視点を取り入れるというライツ・ベースト・アプローチ (Rights-based approach) を実施している。 <a href="http://www.who.int/reproductive-health/MNBH/index.htm">http://www.who.int/reproductive-health/MNBH/index.htm</a> さらに、The Making Pregnancy Safer Initiative<sup>1</sup>を国際産婦人科学会 (FIGO)らとともに提唱し、そのなかで熟練助産による出産85%を目標として、活動することを謳っている。<a href="http://www.who.int/reproductive-health/mps/">http://www.who.int/reproductive-health/mps/</a></p>
UNICEF	<p>子どもの健康を推進するにあたってリプロダクティブヘルスの視点を織りまぜたプロジェクトを実施し、妊産婦ケアのなかでも特に、緊急産科ケア体制整備を支援している。 Safe Motherhood Inter-Agency Group (IAG) やWHOのThe Making Pregnancy Safer Initiative<sup>1</sup>、コロンビア大学のAverting Maternal Death and Disability (AMDD)など他の国際機関による取り組みにも積極的に協力している。 <a href="http://www.unicef.org/health/index_maternalhealth.html">http://www.unicef.org/health/index_maternalhealth.html</a></p>
米国国際開発庁 (USAID)	<p>現在、国連人口基金や中絶サービスを提供しているとされたNGOに対し資金援助を停止しているが、中絶に関するサービス以外のリプロダクティブヘルス分野に関しては、政府援助機関である米国国際開発庁の重点分野に据えられており、2004年度は3億2500万ドルが割り当てられている。ジョンズ・ホプキンス大学 (JHPIEGO) によるMaternal and Neonatal Health (MNH) ProgramやWorld Vision, Family Health International (FHI) によるCORE Project (Child Survival Collaborations and Resource) など多くの国際的プログラムのドナーとして、重要な役割を果たしている。</p>
英国国際開発省 (DFID)	<p>リプロダクティブヘルスの推進に関してセクター・ワイド・アプローチ (SWAp) を採用し、他のドナー、国際機関、民間セクターとの連携を強化した援助を進めている。同省はHIV/AIDSを含めたリプロダクティブヘルスを保健分野の援助の中では最優先課題としている。</p>

## 2-5-2 妊産婦ケアに関する主な国際的プログラム

「安全な母性」イニシアティブ開始以降、主要な欧米の援助機関と学術機関によって近年実施された妊産婦ケアに関する国際協力プログラムの代表的な事例を表にあげる。

表 2-13 妊産婦の健康の改善に関する主な国際的プログラム

プログラム／ネットワーク名	ドナー	主な実施機関	内容
Mother Care	USAID	John Snow Inc.	1989～2000年。M. Koblinskyを中心に、インドネシアなど20数か国で、助産婦トレーニングを中心とした活動。
Maternal and Neonatal Health (MNH) Program <a href="http://www.jhpiego.org/maternal/index.htm">http://www.jhpiego.org/maternal/index.htm</a>	USAID	ジョンズ・ホプキンス大学 (JHPIEGO)	1998年開始。上記MotherCareプログラムを継承した内容。
PMM (Prevention of Maternal Mortality)	USAID	PMMチーム	1987～1997年。西アフリカ諸国での産科ケア・プログラム。下記のAMDDの前身。
AMDD (Averting Maternal Death and Disability)	ビルゲイツ財団	コロンビア大学	1999年開始。妊婦健診、伝統的産婆中心のアプローチを批判し、緊急産科ケアの整備を重視、国連プロセス指標を使用。ブータン、バングラデシュなどで、産科ケア施設の増加や帝王切開の開始、利用率の増加などの実績をつくる。
国際産婦人科学会 FIGO—Partnership (International Federation of Gynecology and Obstetrics)		FIGO	1997年開始。途上国と先進国による、産科医療技術の向上とシステム作りのためのパートナーシップ共同活動プログラム。現在、エチオピアとスウェーデン、ウガンダとカナダなど、5つの共同プログラムを実施。妊産婦ケアの中で産科臨床の基準作りや質の改善、産科医療教育の改善、他の職種との関係の強化、施設、機材、薬剤の適正化、妊産婦死亡事例の検討、適切な評価とスーパーバイズ、情報記録の向上、住民自身の妊産婦ケア向上のための健康教育への支援などを行う。
IMPACT (Initiatives of Maternal Mortality Program Assessment)	ビルゲイツ財団、DFID、USAID	英国 アバディーン大学	途上国の妊産婦ケアの効果的なプログラム研究及び、Criterion-Based Clinical Audit に基づいた評価方法の確立を進めている。
White Ribbon Alliance (WRA) <a href="http://www.whiteribbonalliance.com/aboutwra.cfm">http://www.whiteribbonalliance.com/aboutwra.cfm</a>	なし	連携型	1999年、米国で設立されたネットワーク組織。学際的で連携型。途上国のNGOなども参加。24か国で主にコミュニティレベルの母子保健活動推進。
UON (The Unmet Need for Major Obstetric Interventions) Network <a href="http://www.uonn.org/eng/home1.html">http://www.uonn.org/eng/home1.html</a>	EC	事務局:ベルギーアントワープ熱帯医学研究所	主にアフリカ諸国で活動するネットワーク組織。主要な産科的な介入処置に対するunmet needを指標に用い、産科ケアの状況把握や介入計画を図る方策を進めている。
CORE Project (Child Survival Collaborations and Resource) <a href="http://www.coregroup.org/">http://www.coregroup.org/</a>	USAID	World Vision, Family Health International	母子のためのプライマリ・ヘルス・ケアを推進するために設立された、国際赤十字社 (ICRC) やヘレンケラー財団など、38のNGOによるネットワーク組織。

## 第3章 妊産婦の健康改善に向けたアプローチ

### 3-1 妊産婦の健康に係る問題分析

第2章において、妊産婦の健康をとりまく現状と課題について、妊産婦ケアの定義から国際的な取り組みまでを概観した。これらの情報から、妊産婦の健康に関する中心問題を途上国において「妊産婦の健康が損なわれている」とし、この中心問題について問題分析を行い、問題原因の掘り下げを行った（図3-1）。

この問題系図から妊産婦の健康問題の主要な原因は、「住民の妊産婦の健康に関する意識が低い」「非熟練助産者による助産が一般的である」「緊急産科ケアサービスが不足している」「産科ケアサービスの質が低い」「危険な中絶を受ける妊婦が多い」の5つに分けられる。もちろんこれらの妊産婦の健康の5つの主要な原因は、それぞれが必ずしも完全に独立（mutually exclusive）しているわけではなく、それぞれに相互関係（inter-related）にあったり、互いが原因と結果（cause-effect）であったりするものが現実である。

第2章で見たように、妊産婦ケアに係る問題は社会的、政治的な課題も含めて多岐にわたる。ある事象の原因は、妊産婦や家族、コミュニティや医療スタッフ、更には宗教関係者など多くのステークホルダーと様々な社会的、政治的背景から考えなければならない。しかし、具体的なアプローチを立案する際には具体的な切り口（特定の問題にフォーカスすること）が必要であり、そのために議論をあえて単純化し、5つの主要因を抽出した。

なお、この際の問題分析は問題の原因をおおまかに把握し、その原因の解決を目標としたアプローチを作成することを主たる目的とするものであり、PDM作成のために行う問題分析ほどの精確さを求めているわけではない。

図3-1の問題系図の「妊産婦の健康が損なわれている」の主要な5つの直接原因を、目的分析を経て「妊産婦の健康改善」を達成する直接手段としてあらわすと、「住民の妊産婦の健康に関する意識を向上させて行動に結び付ける」「熟練助産者による妊娠ケアや助産ケアを受けられるようになる」「緊急産科ケアサービスへのアクセスが向上する」「産科ケアサービスの質があがる」「望まない妊娠が減少するとともに適正な中絶術を医療施設にて熟練助産者が提供できる」となる。この直接手段をアプローチとしてあらわしたのが表3-1の妊産婦の健康改善に向けたアプローチである。

なお、これら5つのアプローチをつなぐものとして、「妊娠・出産・産褥にわたる継続ケア」があげられる。継続ケアは、ケアの内容が妊娠期・出産期・産褥期に対応して変化していく妊産婦ケアにおいて、ともすれば見落とされがちである。しかし、妊産婦への個々の妊娠経過を踏まえた同質なケアの継続的な提供はすべての妊産婦ケアの基礎であり、それを踏まえて各々の妊産婦ケアアプローチを実施していくべきであろう。

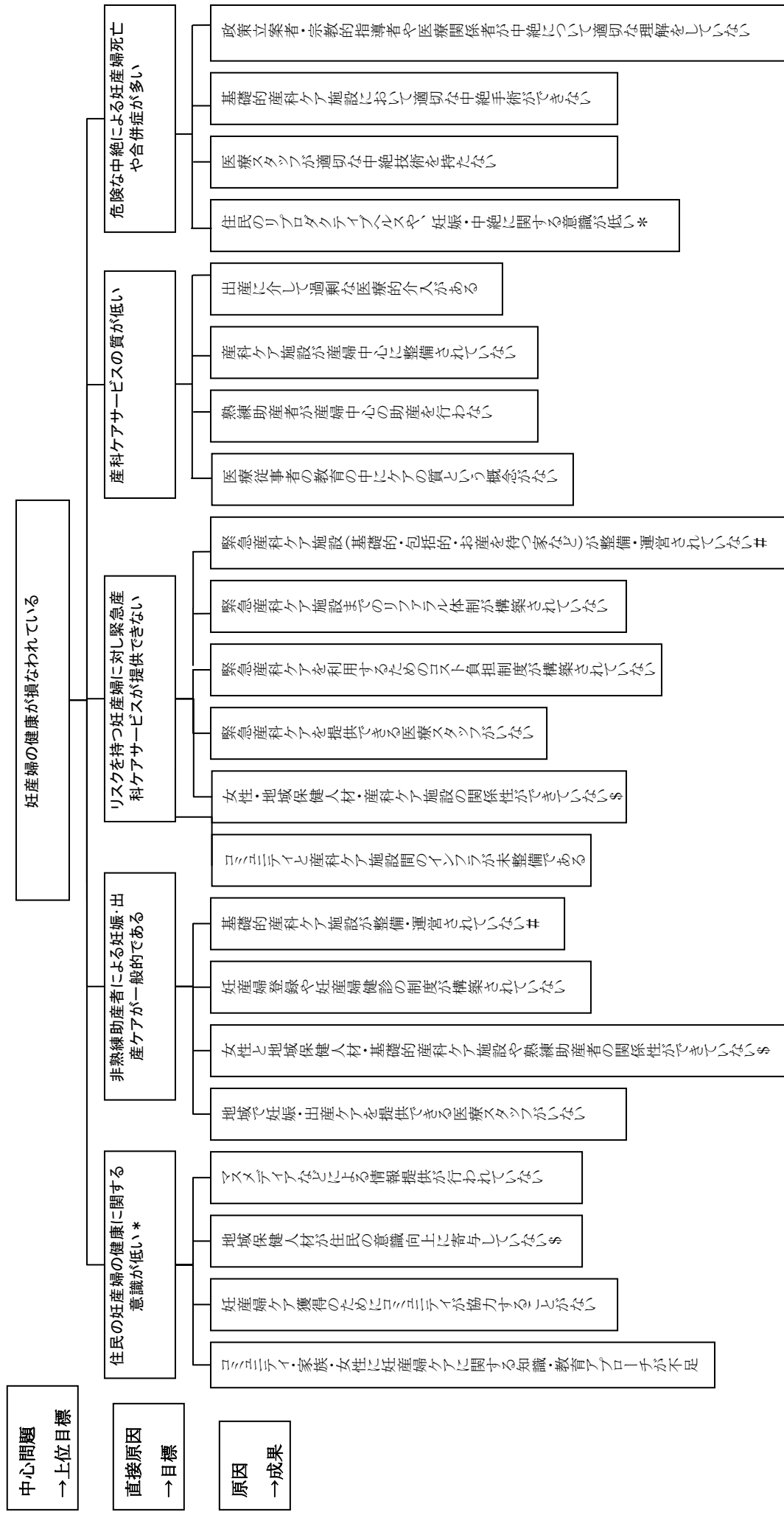


図 3-1 妊産婦の健康に関する問題分析系図

\* # \$ : 各々の原因が深い関連を持つ、もしくはほぼ同様であることを示す。ここにあたる原因は、「妊産婦の健康が損なわれている」に関する主要な原因を取り上げているが、このほかにも対象国の状況等により考慮すべき原因は存在するものと考えられる。上記の原因を参照し、対象国においては重要視すべき原因がないかを検討することが望ましい。

### 3-2 妊産婦の健康改善に向けたアプローチの全体像

表3-1には、図3-1の中心問題「妊産婦の健康が損なわれている」の直接原因から「妊産婦の健康改善」達成のための中間目標を見出し、その目標を達成するためのアプローチ5つをあげた。さらに、図3-1の原因から各アプローチにおける成果を見出した。

表3-1は妊産婦の健康改善を上位目標とし、5つのプロジェクトを内包したプログラムフレームと考えることもできる。

表3-1 妊産婦の健康改善に向けたアプローチ

アプローチ (目標)	アウトカム(成果)	主体
住民の意識向上と行動変容促進	(1) コミュニティ、家族、女性への妊産婦ケアに関する知識が普及し、適切な妊産婦ケア獲得に向けてコミュニティが動員される。	受**
	(2) マスメディアを利用し広く情報提供を行うことで、住民の妊産婦の健康改善に関する意識が向上する。	
	(3) 住民の意識向上を促す地域保健人材を育成・活用できる医療スタッフが育成される。	提
	(4) 地域保健人材への直接のトレーニングを介して、コミュニティの意識を向上、行動変容を促進。 ・伝統的産婆の利用状況や政策に配慮した活用が行われる。	
熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア	(1) 地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者が育成、活用される。	提
	(2) 基礎的産科ケア施設や熟練助産者と地域保健人材との関係性が構築される。	
	(3) 基礎的産科ケア施設が整備され、必須産科ケアが提供される。	組
	(4) 妊婦登録と妊産婦健診の制度が構築され普及される。 ・妊産婦と熟練助産者を結ぶ有用なツール(母子健康手帳)が開発される。	制
	(5) 適切な母性保健政策や女性配慮に関する社会的環境が整備される。	
	(6) コミュニティから基礎的産科ケア施設までの交通インフラが整備される。	
緊急産科ケア体制整備による安全な出産	(1) 住民の妊娠・出産に関する意識が向上し行動に反映される。	受
	(2) 緊急産科ケアを提供できる熟練助産者が育成され活用される。	提
	(3) 緊急産科ケア利用のコスト負担制度が構築され活用される。	制
	(4) リファラル体制が構築され活用される。 ・コミュニティ～基礎的産科ケア施設～包括的産科ケア施設。	
	(5) 緊急産科ケア施設が整備・運営され、緊急産科ケアが提供される。 ・基礎的産科ケア施設・出産待機所・包括的産科ケア施設。	組
出産の質の向上	(1) 熟練助産者に対し産婦中心の出産理念に基づいた教育が行われる。	提
	(2) 産婦中心の産科ケア施設が整備され産科ケアが提供される。	組
	(3) 不必要な医療介入の調査と調査結果の広報、政策への導入が行われる。	制
危険な中絶の予防及び中絶後ケア	(1) 住民のリプロダクティブヘルスや妊娠・中絶に関する意識が向上し行動に反映される。	受
	(2) 危険な中絶予防とケアを提供できる熟練助産者が育成され活用される。	提
	(3) 基礎的産科ケア施設や熟練助産者と地域保健人材との連携が構築される。	
	(4) 基礎的産科ケア施設において適切な中絶手術及び避妊手術が実施される。	組
	(5) 政治的、宗教的指導者や医療関係者が中絶に関して適切な認識を持つ。	制

\* ここでいう妊娠・出産とは、妊娠前から妊娠期、出産期、産褥期までの出産に係るすべての期間を指す。

\*\*上記アウトカム(成果)の点線は JICA 事業が「キャパシティ・ディベロップメント」個人(受:サービス受益者・提:サービス提供者)、組:組織、制:制度・社会の3層の主体の区別を表している。



## 3-3 アプローチの概要

表3-1に示した5つのアプローチについて、その概要を表3-2にまとめた。

表3-2 妊産婦ケアの5つのアプローチとその概要

住民の意識向上と行動変容促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊産婦の健康改善のためには、熟練助産者による妊娠・出産ケアと合併症発症時の緊急産科ケアの整備の2つのアプローチが効果的であると指摘されている。これら2つのアプローチの成功のためには、女性が普段から、または妊娠中や出産時に、もしくは少なくとも合併症を発症した際には医療サービスを求め、利用することが必要である。</li> <li>・それに向けたアプローチとして、妊娠前から産後まで女性やその家族に対する家族計画・RH教育や妊娠中のケア、産後ケアに関する教育活動を提供し、適切な妊産婦ケア獲得に向けたコミュニティの動員を促す本アプローチがある。</li> </ul>
熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア	安全な妊娠・出産ケアのためには地域のレベルで、まず妊娠中の女性が技術を持った熟練助産者 <sup>1</sup> による妊婦ケアを受け、次に彼らの立会いの下で出産し、さらに、産後ケアを受けられることが重要である。
緊急産科ケア体制整備による安全な出産	安全な出産を実現するもうひとつの重要な鍵は緊急産科ケア体制の整備である。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から、分娩時に焦点を当てた地域住民・1次医療施設・2次医療施設を結ぶ一貫した緊急産科ケアの体制整備が重要としている。これにより、合併症を発症した妊産婦においても健康を守ることができると考えられる。
出産の質の向上	世界各国において「安全なお産」が過剰に追求された結果、妊産婦をとりまく周産期医療は、帝王切開術の多用など近代化に重点が置かれ、出産に対する伝統的な価値観などが軽視されてきた。そこで、妊産婦ケアの質の向上を目指した「安全で人間らしい良いお産」の重要性が指摘されている。この目標のためには、助産者が根拠に基づく自然分娩の助産や、産婦中心の温かいケアなどを実践することが求められる。これにより、過剰な医療化を是正し妊産婦ケアの質を向上することができると考えられる。
危険な中絶の予防及び中絶後ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・危険を伴う中絶は、感染症、痛み、不妊など女性の健康を脅かし、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、中絶の予防とその後のケアの必要性が指摘されている。</li> <li>・中絶の予防には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。また、医療従事者に対する適切な中絶術の教育や、それを女性が利用するための政治的、宗教的指導者や医療関係者へのアドボカシーを行う必要がある。さらに、中絶後のカウンセリング、教育、家族計画のサービス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。</li> </ul>

<sup>1</sup> ここでいう熟練助産者とは、「正しい助産技術を用いて職務を執行する、有資格の医療専門職(医師、助産師、看護師)」と定義される。

## 第4章 住民の意識向上と行動変容促進アプローチ

### 4-1 アプローチの解説

#### 4-1-1 アプローチの重要性

重要性
<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊産婦の健康改善のためには、女性が普段から、または出産時に、もしくは少なくとも合併症を発症した際には医療サービスを求め、利用することが必要である。しかし、伝統的に出産を家族や伝統的産婆が担っているコミュニティでは、経済的、地理的、交通手段の欠如などにより保健施設へのアクセスや熟練助産者や緊急産科ケアの利用が困難である。</li> <li>・女性が妊産婦ケアをはじめとした医療サービスを利用し、妊産婦の健康改善としてその効果が現れるためには、女性をとりまくコミュニティや家族、そして女性自身が、出産やそれに伴い起こりうる合併症について理解し、事前の準備を行い、起こったときには速やかに行動することが必要となる。このような行動変容のための活動には、コミュニティの動員、地域保健人材の育成と活用、アドボカシー、関係機関の連携構築が含まれる。</li> </ul>

#### 4-1-2 本アプローチの活動方法

##### (1) 妊産婦ケアの流れのなかでの本アプローチの位置づけ

女性が妊娠・出産を経験するプロセスで必要なケアの流れのうち、住民の意識向上と行動変容促進アプローチにおけるケアの内容について図4-1に示した。

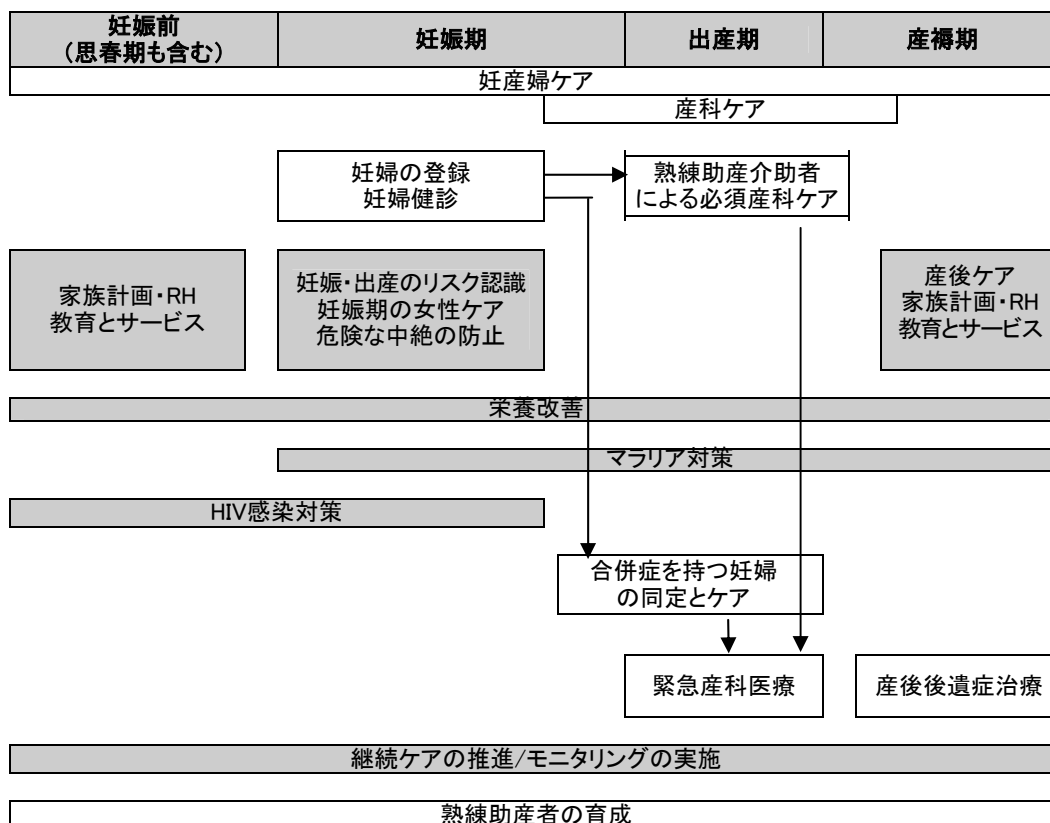


図4-1 妊産婦ケアにおける住民の意識向上と行動変容促進アプローチのケアの内容

(2) 本アプローチの具体的な活動

住民の意識向上と行動変容促進アプローチの中で、目指すべき成果とその成果に至るための活動内容、さらに活動の実施者や対象者となりうる主な関係者を表4-1に示した。

表4-1 住民の意識向上と行動変容促進アプローチにおける成果と具体的な活動内容

主体*	成果と主な活動	対象者/実施者
(個人)サービス受益者の育成	<b>成果(1)コミュニティ、家族、女性への妊産婦ケアに関する知識が普及し、適切な妊産婦ケア獲得に向けてコミュニティが動員される</b>	
	計画形成調査 ・プロジェクト実施予定地における事前調査 ・調査内容としてニーズアセスメント、対象住民の社会経済調査など	コミュニティ住民
	妊娠期の女性が自分の健康を自身で制御できる教育アプローチの開発と普及 女性やその家族に対する家族計画・RH教育や妊娠中のケア、産後ケアに関する教育活動 適切な妊産婦ケア獲得に向けたコミュニティの動員 ・家族計画・RHサービスや妊娠中のケア、産後ケア獲得活動 ・保健医療サービスに対する要望やコミュニティの規範の創出 ・コミュニティによる計画策定 ・女性の移送方法やコスト負担方法、血液ドナーなどの制度の構築と実施	コミュニティ住民／地域保健人材、基礎的産科ケア施設の医療スタッフ（主に助産師）や職員
	<b>成果(2)マスメディアを利用し広く情報提供を行うことで、住民の妊産婦の健康改善に関する意識が向上する</b>	
マスメディアと地域広報の利用 ・出産や合併症に対する準備についての女性や家族の教育 ・保健医療サービスや提供者に関する広報 ・コミュニティによるリファラル資金及び移送システムの支援 メディアキャンペーン ・コミュニティ、医療スタッフ、政府、ドナー、政治関係者、宗教関係者など妊産婦ケアに関するすべてのステークホルダーに対し、妊産婦健康改善の必要性、方法をテレビやラジオ、新聞などを使い広報する ・どういった情報をどのメディアを使って伝えるのかを工夫することが必要。メディアを担う人材は男性優位であることから、女性の視点が入るよう配慮	コミュニティ住民／メディア関係者、地域保健人材、基礎的産科ケア施設の医療スタッフ（主に助産師）	
(個人)サービス提供者の育成	<b>成果(3)住民の意識向上を促す地域保健人材を育成・活用できる医療スタッフが育成される</b>	
	対人カウンセリングのトレーニング ・医療スタッフが地域保健人材やコミュニティ住民との文化的、民族的、社会的認識の違いを理解する ・そのうえで、女性の健康や、妊娠、出産に係る知識を地域保健人材やコミュニティ住民に伝える健康教育手法や情報伝達手法の講師トレーニングを実施 ・地域保健人材を育成し、コミュニティの意識向上、行動変容を促す	地域保健人材、基礎的産科ケア施設の医療スタッフ

(個人)サービス提供者の育成(続き)	<b>成果(4)地域保健人材への直接のトレーニングを介して、コミュニティの意識を向上、行動変容を促進</b>	
	対象地域の状況に応じた地域保健人材の役割についての調査と分析 地域保健ワーカーの採用基準の作成と採用 地域保健人材のトレーニング <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じた医療施設での出産の奨励</li> <li>・妊産婦の危険な兆候に対する認識</li> <li>・妊娠期と産褥期の労働軽減、衛生環境、家族計画などの知識</li> <li>・妊娠期の女性の心と体の変化とそのケアの方法</li> <li>・小集団教育手法</li> <li>・母乳育児と母親が必要な栄養摂取指導と微量栄養素供与</li> <li>・危険な人工妊娠中絶の予防とケア</li> <li>・住民への情報伝達技術</li> </ul> トレーニング後の妊産婦ケアに関する活動記録の整備とモニタリング・評価 地域保健人材の支援的スーパーバイズ(住民、基礎的産科ケア施設医療スタッフによる) 保健局による地域保健人材の継続的な活動を支援する制度づくり 妊娠期の女性が自身で健康を制御できるような健康教育手法の開発	コミュニティ住民、地域保健人材(地域の保健ワーカー、伝統的産婆)、基礎的産科ケア施設の医療スタッフ(主に助産師)
	TBA の利用状況や政策に配慮した活用が行われる (対象国、地域の政策に沿った TBA への介入) <TBA 活用が政策に反しない場合> <ul style="list-style-type: none"> <li>・TBA プログラムの母子保健プログラムへの統合(TBA のみに焦点をあてたバーティカルプログラムの廃止)</li> <li>・トレーニング内容の工夫:トレーナー、教材開発者による非識字成人教育手法の習得</li> <li>・TBA の役割を政府の保健システムと住民を繋ぐ人材と位置づけコミュニティの理解を促進する。</li> <li>・TBA を妊娠期～産褥期に渡り継続的なケアを妊産婦に与える存在と考える</li> <li>・女性と TBA・産科ケア施設の関係性構築</li> <li>・TBA 活動記録の整備と評価と支援的スーパーバイズ</li> <li>・地域で入手可能な素材を使用した TBA キットの開発</li> <li>・TBA がリファラルを勧め、妊産婦が受け入れる質の高い保健施設の整備</li> </ul>	伝統的助産者、基礎的産科ケア施設の医療スタッフ(主に助産師)、中央/地方保健省

\*主体とは妊産婦ケアに係る個人、組織、制度及び社会の3層の能力(キャパシティ)を担う存在をいう。詳細は第9章「9-3 キャパシティ・ディベロップメントと妊産婦ケア」を参照されたい。

### (3) 本アプローチの介入ポイント

妊産婦ケアに関するステークホルダーのうち、(2)で示した本アプローチの具体的な活動を実践する対象を図4-2に網がけで示した。ステークホルダーに付与した番号は、アプローチの成果ごとの番号を表している。たとえば、「(1)コミュニティ、家族、女性への妊産婦ケアに関する知識が普及し、適切な妊産婦ケア獲得に向けてコミュニティが動員される」という成果を目指す活動は、「(1)女性/妊産婦、夫/パートナー、家族、コミュニティ」が介入対象となり、「(2)マスメディアを利用し広く情報提供を行うことで、住民の妊産婦の健康改善に関する意識が向上する」という成果を目指す活動は、「(2)マスメディア」が介入の対象となる。

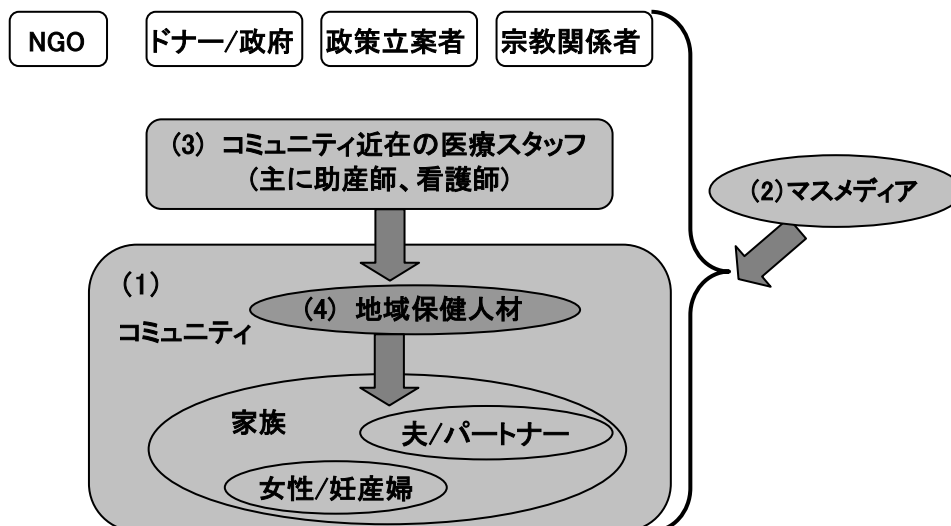


図4-2 住民の意識向上と行動変容促進アプローチの活動介入ポイント

### 4-1-3 本アプローチの現状と課題

本アプローチに関連する事業評価報告や調査研究報告書からその現状と課題をまとめた。

現状と課題
<p>(2)マスメディア</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マスメディアを利用したメディアキャンペーンは、プログラムの実施地域の枠を超えて妊産婦改善を目指した知識を波及させ、活動を可能とする環境づくりに有用である。コミュニティの動員や保健医療サービス提供者による情報教育を補強する役割を担うものとして積極的に利用していくべきである。</li> </ul> <p>(4)地域保健人材</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・CHW                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- コミュニティへのエントリーポイントとして、地域の保健人材 (TBA、保健ボランティア) の採用と活用や、住民組織の組織化、既存の住民組織の活用による母子保健教育やサービスの提供と普及が行われている。</li> <li>- 地域保健人材を妊産婦と産科ケアをつなぐ存在として育成し、妊産婦に合併症が生じた場合には、直ちに産科ケア施設へ移送できる体制作りが重要である。</li> </ul> </li> <li>・TBA                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- TBA を助産ケアの末端人材として捉える従来の研修方法の誤りが指摘されている。</li> <li>- TBA トレーニングに関する多くの調査結果の総合分析から、TBA トレーニングによって減少した妊産婦死亡は8%のみで、誤差範囲内であった。</li> <li>- TBA に対する中途半端な産科ケア技術的トレーニング後のフォローアップや支援・監督の継続的实施がなければ、TBA による不必要な医療介入を促し、妊産婦の健康リスクが高まる。</li> <li>- 途上国の出産の3分の1がTBAを含む非熟練助産者の介助によるものと推定されている。</li> <li>- サブサハラアフリカや、南、東南アジアではTBAを含む非熟練助産者による分娩介助率は50%を超える。</li> <li>- アフガニスタンやシエラレオネなどでは70%近い妊産婦が非熟練助産者による助産を受けていると考えられる。</li> </ul> </li> </ul>

## 4-2 成功事例の分析から得られた成功要因

本アプローチに関連する事業評価報告や調査研究報告書から成功事例を選び、その分析から成功要因を以下の5つに整理した。各成功要因の具体的な事例は表中に簡単にまとめたが、詳細については付属資料1の妊産婦ケア案件参考事例の(国名)部分を参照されたい。

### (1) ニーズを把握する

成功要因	事例
事前調査対象の選定と意見の収集方法の工夫	男女の住民、コミュニティリーダー、TBAを集めて、妊産婦の健康に関連するビデオ(自宅での合併症発症と病院での緊急産科ケア受療の2つ。どちらも途中経過で終了)を見たあと、自分たちが取りうる方法について話し合うことで、コミュニティや個人が抱える問題を収集した(グアテマラ)
妊産婦死亡の最大原因を特定し、その原因に対して直接、介入する	産後出血が最大原因であったため、産後出血の兆候認識に関する保健医療サービス提供者への研修、コミュニティ、女性への教育を実施(ブルキナファソ、グアテマラ、インドネシアA、ネパール)
	合併症発症後の管理不足も原因の一つであったため、保健医療サービス提供者への合併症管理トレーニングを実施(インドネシアAのSIAGAキャンペーン)

### (2) 行動変容のための動機づけを行う

成功要因	事例
地域の人材やグループが活動を通して主体性を確保する	White Ribbon Allianceに参加していた退職警官が保健大臣に宛て、県で唯一の麻酔医の移動に関する嘆願書を提出したことにより、麻酔医の交代要員がすぐに派遣された(ブルキナファソ)
	緊急産科ケアへのアクセス向上を目的として働く地域組織による緊急産科ケアが必要な患者の国立病院への搬送費の立替(ブルキナファソ)
	対象地域の既存組織(女性連合、人民委員会)に対して教育活動を行うことで、女性連合が母性保健サービスの重要性を理解し、積極的な利用と改善を行う環境を作った(ベトナム)
個々の住民の責任を明確化することで社会規範の変容を促す	TBAに対し、合併症のリスクの特定とその後、産科ケアのためのリファラル法をトレーニングし、実施できるようになれば、TBAからリスクを特定された妊婦の夫は、リファラルに協力せざるを得ない立場に追い込まれる(ブルキナファソ)
	妊産婦ケアに関する教育活動において義母世代も対象に含めることで、彼女たちの家庭内における意思決定力を、嫁の医療サービス受診に関して利用することができた(ネパール)
女性への教育を介して女性自身の取り組みを促進	高度な産科ケアを展開することなく、地域の妊産婦健診や熟練助産の充実によって妊産婦死亡を低減させた。その背景には、地域の自立を目指した教育の重視によって実現された女性の識字率の上昇や住民・女性自身の健康への取り組みの高まりと公平な保健ケアを重視したことがあると考えられている(スリランカ)

(3) 地域の事情に即した対応

成功要因	事例
地域保健人材トレーニング後に現場でのスーパーバイズを実施する	トレーニングを受けた TBA をスーパーバイズするために一緒に活動することにより、TBA の家族計画や情報伝達手法に関する知識が拡大し行動変容に結びついた。この結果、家族計画に関する TBA 活動が拡大した(ガーナ、ウガンダ)
地元で開発した助産キット	ほとんどの TBA プログラムにおいて清潔な助産に使用する助産キットの定期供給は困難となっている。通常助産キットはドナー配布の近代的なものが多く、TBA にとってはトレーニングを受けた証拠であり勲章でもある。しかし、コスト不足や配給体制の不備から配給が停止することも多く、現地で入手可能な素材を使った自宅出産キットを作成、持続的供給を可能とし、さらに販売も始めた(ネパール、ボリビア A)

(4) その他

成功要因	事例
保健医療サービス提供者とコミュニティを繋ぐ	マスメディアを利用した助産師キャンペーンの実施により、新しくトレーニングされた助産師によるサービス促進を広報したことで、助産師がフレンドリーで利用可能な資源であるとの認識が住民に広がった(インドネシア B)
	保健医療サービス提供者がコミュニティ住民との話し合いの中で、妊娠、出産における危険兆候に関する知識を増やしていった(ブルキナファソ)
	質の高い保健医療サービスを提供していれば、一度保健施設を使用した住民はその後抵抗なく再来院した(グアテマラ)
人々の集まる場所で注意をひきつける	International Women's Day(3月)や Africa Malaria Day(4月)、妊産婦死亡低減の日(6月)に次々と人々が集まるイベントを企画し、翌年もそれを継続することで、その日の意義を人々に定着させる。(ブルキナファソ)
	主要な公的イベントの一つである全国農業展示会で女性の健康改善のシンボルであるリボンと健康に関する情報冊子を手渡した(ザンビア)

4-3 JICA事業で活用する際の問題点・留意点

本アプローチに関連する事業評価報告や調査研究報告書の事例分析から JICA 事業で活用する際の問題点・留意点を4つに整理し、各留意点の詳細については表中にまとめた。

(1) ニーズ把握におけるジェンダーの視点

留意点	詳細
家庭内意思決定者の把握	女性の医療サービスへのアクセスは本人の意思だけでは決まらない。家庭内の意思決定者をプロジェクト計画段階で把握し、彼らを行動変容活動の対象者にすべきである。

(2) 地域保健人材を活用するための工夫

留意点	詳細
地域保健人材の活動記録の整備とモニタリング、スーパーバイズ	トレーニング後の地域保健人材が女性のリプロダクティブヘルスにどのように寄与しているのかを測る仕組みづくりが必要である。例えば、保健医療施設への合併症発症や避妊手術のためのリファラル数と、リファラルされた妊婦の状態についての情報を評価するなど。 また、地域保健人材のスーパーバイズ体制をトレーニング実施計画時から考慮し、その内容も、消耗品や記録のチェックにとどまらず、トレーニングした技術の確認や合併症発症のケースや助産のケースについて話し合うことが必要である。
地域保健人材によるリファラルの基準を学ぶ	危険な兆候を示す妊婦のリファラルの基準が、地域保健人材とプロジェクト実施者で異なることが多い。これは、プロジェクト実施者が医療的基準でリファラルを決めるのに対し、地域保健人材は予測されるコスト、到着までの時間と距離、交通手段の有無、残された子供のケア、仕事ができない日数、夫や義母の目などの社会的要因を基準とするからである。医療基準だけでは図れないコミュニティのリファラル基準を学び、その解決を図るべきである。
地域からのリファラルには医療施設のケアの質の保証が必要	医療施設の医療サービス提供者の質が、妊婦の熟練助産者による助産や地域保健人材によるリファラル実施を左右する。妊婦が望まないのに地域保健人材が保健施設にリファラルすることは、地域保健人材の信用が失われることを意味する。質の低い医療施設と危険兆候によるリファラルの必要性との狭間で地域保健人材が困難な状況に陥ることもある。地域保健人材にリファラルを求めるのならば、医療施設のケアの質が保証されるべきである。

(3) リソースの有効活用

留意点	詳細
メディアの有効活用	マスメディアはその波及効果からコミュニティにおける行動変容活動の環境づくりには有用であることから、地域や国のメディアと協力関係を構築し、キャンペーンなどに利用すべきである。
イベントの有効活用	プロジェクト対象地域住民が積極的に参加するイベントを把握し、それを広報の場として利用すべきである。
地元の組織を利用する	地元で活動する NGO や宗教関連の住民組織、政治組織、協同組合などと連携し、住民への介入の足がかりとすべきである。

(4) 伝統的産婆（TBA）へのアプローチ

留意点	詳細
TBA を助産ケアの人材と考えるはいけない	途上国の出産の 3 分の 1 を TBA を含む非熟練助産者が担っている現状があるが、一方で、TBA を助産ケアの末端人材として捉える従来の研修方法の誤りが指摘されている。TBA に熟練助産者としての役割を担わせる目的で実施されるトレーニングでは、妊産婦死亡の減少は期待できないばかりか、間違った介入によるリスクの増大も懸念されている。
対象国・地域の実情や政策に沿って活用する	TBA は国や地域によって期待できる技能が異なることから、活用の有無、活用方法などはその国の政策や制度に合わせて実施すべきであろう。TBA を活用するとしても、それは熟練助産者に育成しうる人材としてよりも、妊産婦と産科ケアを繋ぐ地域人材として育成、活用していくことが望ましい。
TBA プログラムの妊産婦健康改善戦略への統合	政策担当者には TBA 支援の重要性は理解しづらいため、政策レベルでの統合が進まない。一方で、TBA との接触が多い一次医療レベルほど TBA の重要性や効果的な協働方法について認識している。彼らの意見を取り入れて、妊産婦健康改善と効果的リファラルシステム構築に向けた国レベルの戦略に TBA プログラムを取り込むべきである。TBA プログラムは以下 2 つのコンポーネントからなる。1) 緊急産科ケアのリファラルを担う人材として位置づける。2) TBA の活動に対するモニタリング・スーパーバイズ・評価を定期的実施する。



TBA の新たな役割に関するコミュニティの理解を促進する	コミュニティがTBAの新たな役割やそのためのトレーニングへの参加に関して無理解であることが多い。プロジェクト実施者がTBAプログラムの目的、TBAと保健医療施設との連携やコミュニティからの支援の必要性をコミュニティリーダーなどに説明し、コミュニティの主体的な関わり(搬送システムの構築など)を促すことで、TBAは新しい役割を受容し積極的に機能を発揮できる。
TBA トレーニングにおける非識字成人教育手法の習得	トレーナーが考える「TBAが知るべきこと」と「研修の時間管理」は、TBAには高度で複雑すぎたり、時間が足りなかったりといった理由で習得できなかった(ネパール、ガーナ)。非識字成人教育手法のトレーナーズトレーニングが効果的なプログラム推進の鍵となる。

Box グアテマラ：伝統的産婆（TBA）を病院での出産に取り込む<sup>1</sup>

グアテマラの西部高原地帯では多くの女性がコマドロナスと呼ばれる伝統的産婆から妊娠や出産に係るケアを受けることを望んでいる。なぜならコマドロナスは地元の言葉話し、出産時の精神的な支援も行っているからである。かつて、この地域のほとんどの女性の出産場所は自宅だった。それはグアテマラ政府保健省管轄の病院では、誰か出産を支援して入れる人を女性が連れて入院することを許さなかったためである。さらに、病院ではコマドロナスは歓迎されざる存在だった。病院に勤める医療従事者にとって、彼女たちの文化的な技術は、保健施設ベースのケアに対立する存在として捉えられていたのだ。

保健省が保健サービスへのアクセスを上げることを目的に、グアテマラの母子保健プログラムではコマドロナスが出産時の精神的な支援を行うことを許すように病院に推奨した。コマドロナスと病院スタッフ間の連携を強化したことで、西部高原のソララ病院では地元のコマドロナス連盟とともに病院の緊急呼び出しシステムを確立した。今ではコマドロナスは医師と同様に病院に部屋を確保し、24時間体制で女性の出産時の精神的社会的支援を行っている。

<sup>1</sup> The Traditional Birth Attendant: Linking Communities and Services, Maternal Neonatal Health  
<http://www.mnh.jhpiego.org/best/tba.pdf>

#### 4-4 本アプローチ実施のためのリソース

##### (1) 組織的・人的リソース

本アプローチを実施するうえで参考となりうる活動を実施している、もしくは情報が得られる組織として、国内では財団法人ジョイセフ、社団法人日本家族計画協会、国外ではジョンズ・ホプキンス大学関連の国際保健 NPOJHPIEGO、Family Care International (FCI)、UNFPA があげられる。これら組織についての詳細な情報は付属資料3. 参考組織リストを参照されたい。

##### (2) 有用なツール

本アプローチを実施するうえで有用なツールを以下にあげた。

<p><b>Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health</b></p> <p>JHPIEGOとFCI協働での母子保健プロジェクトにおける調査を元に作成された調査マニュアル。住民・保健サービス提供者・の出産に対する準備状況や妊娠・出産時の主要な危険兆候に対する知識を調査するためのインディケーターや、調査方法についてまとめられている。</p> <p><a href="http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf">http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf</a></p>
<p><b>Behavior change interventions for safe motherhood ; common problems, unique solutions</b></p> <p>出産に対する準備状況や妊娠・出産時の主要な危険兆候に対する活動の準備と知識、態度、スキルの促進を図るうえで必要な行動変容コミュニケーションや社会動員についてまとめている。</p> <p><a href="http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BCIforSM.pdf">http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BCIforSM.pdf</a></p>

#### 4-5 モニタリング・評価のための指標

本アプローチによるプロジェクトのモニタリング評価指標を、介入対象ごとに個人や家族、コミュニティ、地域保健人材の3つのレベルに分けて示した。

##### (1) 個人（女性）レベルと家族（夫／パートナー）レベル

No.	指標	回答者		備考
		女性	男性	
<b>主な危険兆候についての知識</b>				
1	妊娠中に起こる主な危険兆候を知っている女性{夫／パートナー}の割合	○	○	妊娠中の危険な兆候とは、出血、発熱、むくみなどをいう
2	陣痛中や出産時に起こる主な危険兆候を知っている女性{夫／パートナー}の割合	○	○	陣痛中や出産時の危険な兆候とは、大量の出血、長時間の分娩時間などをいう
3	産後に起こる主な危険兆候を知っている女性{夫／パートナー}の割合	○	○	産後の危険な兆候とは高熱、むくみなどをいう
<b>サービス利用と計画：意志と行動</b>				
4	SBA による妊産婦健診を少なくとも 4 回 <sup>2</sup> 程度受診した(する予定の)女性{受診させる予定の夫／パートナー}の割合	○	○	SBA; 熟練助産者の定義は第 2 章 2-2-3(1) 参照
5	妊娠 3 か月までに SBA による最初の妊産婦健診を受診した女性の割合	○	—	最初の妊産婦健診は子宮外妊娠の発見や妊娠の経過管理に有用である
6	SBA の介助により出産した(予定の)女性{介助してもらう予定の夫／パートナー}の割合	○	○	

<sup>2</sup> 妊娠期に行う妊産婦健診はWHOによれば4回程度必要とされているが、回数よりも健診の質を重要視する声も多い。健診の質とは、正常／異常の判断をする技術の質だけでなく、妊婦の心と体の変化を女性自身がケアしていく方法を伝えるなど「妊娠期の女性の健康ケア」の質も指す。

7	出産のために貯金をしている(予定の)女性{夫/パートナー}の割合	○	○	出産時には出産場所への移動や介助者への謝礼、合併症発症時の医療費などの出費が見込まれる
8	出産場所までの交通手段を特定している(予定の)女性{夫/パートナー}の割合	○	○	途上国の農村などでは出産場所までの公的な交通機関がないことも多く、特に緊急時を想定した交通手段の特定が必要である
<b>コミュニティにある資源についての知識</b>				
9	自分のコミュニティに資金援助システムがあることを知っている女性{夫/パートナー}の割合	○	○	資金援助システムとは、出産にかかるコストの負担制度をさす
10	自分のコミュニティに搬送システムがあることを知っている女性{夫/パートナー}の割合	○	○	搬送システムとは、合併症発症などの緊急時に緊急産科ケア施設まで搬送するための交通手段確保の仕組みなどをさす
11	自分のコミュニティに血液ドナーシステムがあることを知っている女性{夫/パートナー}の割合	○	○	緊急時の帝王切開のみならず、貧血を抱えることの多い途上国の妊産婦は輸血が必要な状況に陥る可能性が高い。一方で、産科ケア施設において輸血用の血液ストックが常備されている可能性は低く、コミュニティの自助努力が期待される。

Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health( <http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf>)より改変

(2) コミュニティレベル

No.	指標	回答者/データ収集先		
		キーインフォーマント*	グループインタビュー	備考
1	妊婦を特定するシステムを持つコミュニティの割合	○	○	地方行政による妊産婦登録システムなどをいう
2	資金援助システムを持つコミュニティの割合	○	○	コミュニティ医療保険などをいう
3	搬送システムを持つコミュニティの割合	○	○	
4	血液ドナーシステムを持つコミュニティの割合	○	○	
5	緊急時対応の方法が確立されているコミュニティの割合	○	○	緊急時ガイドラインの整備などをいう

\*キーインフォーマントとは村長、保健委員会の会長や会員、村で尊敬されている女性などをいう。

Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health( <http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf>)より改変

(3) 地域保健人材

No.	指標	回答者/データ収集先		
		TBA	地域保健人材	政策立案者
1	地域保健人材による合併症妊婦のリファラル数	○	○	N/A
2	地域保健人材による避妊手術のためのリファラル数	○	○	N/A
3	スーパーバイズを受けている地域保健人材の割合	○	○	N/A
4	1次医療施設がリファラル可能な質を確保していると考えられる地域保健人材の割合	○	N/A	N/A
5	TBA による助産率	○	N/A	N/A
6	TBA 活用に関する政策の有無	N/A	N/A	○
7	TBA プログラムが妊産婦の健康の改善戦略に統合されているかどうか	N/A	N/A	○

Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health( <http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf>)を参考に作成

## 第5章 熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチ

### 5-1 アプローチの解説

#### 5-1-1 アプローチの重要性

重要性
<ul style="list-style-type: none"> <li>・安全な妊娠・出産ケアのためにはまず、地域のレベルで、出産時の女性が技術を持った熟練助産者 (Skilled Birth Attendant : SBA)<sup>1</sup>による妊産婦ケアを受け、彼らの立会いのもとで出産できることが重要である。</li> <li>・この目標のもとでの熟練助産者とは主に助産師を指し、彼らにはまず、妊婦を把握し、本人や家族に対し、妊娠・出産のリスク認識や栄養改善、感染症の治療、中絶予防のサービスを提供すること、また出産時に安全かつ清潔な助産をすることで合併症の発生を未然に防ぐ第1次予防、さらに緊急時にどう対応すべきかという第2次予防の理解が求められる。また、基礎的産科ケア施設の整備や、妊産婦登録や健診制度の構築と運用などの保健医療体制の整備によって、これら訓練された熟練助産者がその能力をより有効に発揮できる。さらに妊産婦が熟練助産者にアクセスできる社会的環境整備として、第4章で述べた住民に対するヘルスプロモーションやインフラ整備とともに、熟練助産者の配置など妊産婦ケアに係る政策支援も必要である。これにより、少なくとも予防不可能な合併症を発症した妊産婦以外の健康を守ることができると考えられる。</li> </ul>

#### 5-1-2 本アプローチの活動方法

##### (1) 妊産婦ケアの流れのなかでの本アプローチの位置づけ

女性が妊娠・出産を経験するプロセスで必要なケアの流れのうち、熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチにおけるケアの内容について図5-1に示した。

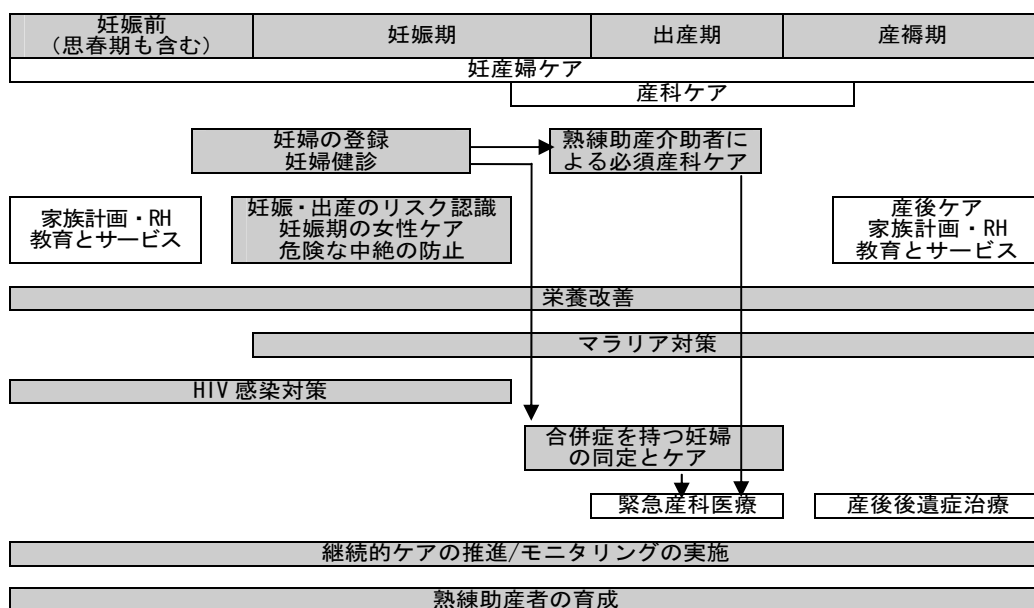


図5-1 妊産婦ケアにおける熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチのケアの内容

<sup>1</sup>熟練助産者とは、「正しい助産技術を用いて職務を執行する、妊婦の安全と快適な妊娠生活をサポートできる有資格の医療専門職(医師、助産師、看護師)など」をいう。

(2) 本アプローチの具体的な活動

熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチの中で、目指すべき成果とその成果に至るための活動内容、さらに活動の実施者や対象者となりうる主な関係者を表5-1に示した。

表5-1 熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチにおける成果と具体的な活動内容

主体*	成果と活動	主な関係者
個人（サービス提供者の育成）	<b>成果(1)地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者が育成、活用される</b>	
	熟練助産者の働く場に応じた熟練助産技術の把握と育成研修への反映	政府関係者
	妊娠期ケア・必須産科ケア・産後ケア技術のトレーニング 妊娠期ケア・必須産科ケア・産後ケアに係る技術の習得 ・妊産婦の心のケアに係る技術の習得 ・妊産婦とのコミュニケーション能力（挨拶、名前を呼ぶ、目線を合わせるなど）の向上 ・熟練助産者としての行動基準の習得 ・妊産婦の健康改善活動の実施 ・妊産婦とのコミュニケーション構築による妊産婦の態度の変容と、熟練助産者のモチベーションの向上 ・適正な妊産婦ケアの提供	医療スタッフ（主に助産師、ほか産科医・一般医・看護師、以下同様）
	助産技術の実践トレーニングと支援的スーパーバイズ	
	産科ケア施設運営能力強化研修と支援的スーパーバイズ	
	<b>成果(2)基礎的産科ケア施設や熟練助産者と地域保健人材との関係性が構築される</b>	
	・地域保健人材の役割を政府の保健システムと住民をつなぐ人材と位置づけコミュニティの理解を促進 ・熟練助産者による地域保健人材活動記録の整備と評価、定期的なスーパーバイズ ・地域保健人材がリファーマを勧めやすい質の高い産科ケア施設の整備	基礎的産科ケア施設の医療スタッフ（主に助産師）、地域保健人材
	<b>成果(3) 基礎的産科ケア施設が整備され、必須産科ケアが提供される</b>	
	対象人口当たりに必要な基礎的産科ケア施設の調査	中央／地方政府保健省
	基礎的産科ケア施設の整備 ・施設の建設もしくは改善 ・基礎的インフラ（水、電気）の安定供給確保 ・施設への要求度に応じた医療器材の設置	
対象の基礎的産科ケア施設に必要な人材の調査		
基礎的産科ケア施設の運営（必須産科ケアの提供） ・医療人材の雇用と給与の安定支払い ・必須産科ケアに必要な医療用機材及び医療用消耗品・必須医薬品の購入と管理体制の整備 ・感染予防体制の構築と日常業務での実施 ・妊産婦健診・助産・産後ケア（必須産科ケア）に関するガイドラインの整備、業務の実施とモニタリング ・1日24時間、1週7日間の助産体制 ・住民中心、ジェンダーに配慮した運営 ・ケアの質に関する住民からの信頼と安心確保 ・人材育成とフォローアップ ・包括的産科ケア施設への緊急輸送ケースに関する監査の実施 ・地域に選択され頼られる施設を目指す	地方保健省 基礎的産科ケア医療スタッフと職員（医師・助産師・看護師・検査技師・経理や総務担当者）	

制度（妊産婦登録・政策・インフラ）	<b>成果(4) 妊産婦登録と妊産婦健診の制度が構築され普及される</b>	
	妊産婦登録 ・情報管理制度の構築 ・地域保健人材による登録勧奨 ・妊婦の把握と登録	中央/地方保健省・産科ケア施設の医療スタッフ(主に助産師)と職員
	妊産婦健診 ・妊産婦健診が実施可能な熟練助産師の育成 ・健診に関する広報活動 ・妊産婦健診の実施 - 継続ケアを行うための妊婦と熟練助産者とのコミュニケーション - 破傷風予防接種、微量栄養素供与 - 妊婦の性感染症感染状況把握と管理 - 妊婦の選択を尊重した出産準備の支援 - 妊婦及び家族に対する危険兆候や栄養、母乳育児、家族計画、HIV/AIDSについての教育とカウンセリング - 妊婦及び家族に対する緊急搬送基金などコミュニティシステムの紹介 - 状況に応じた妊婦の高次医療施設へのリファー - 健診結果の記録と妊産婦へのフィードバック	地域保健人材
	妊産婦と熟練助産者を結ぶ有用なツールの開発 →「5-6 本アプローチに有用なツール：母子健康手帳の開発と活用」	
	<b>成果(5)適切な母性保健政策や女性配慮に関する社会的環境が整備される</b>	
	・熟練助産者の数、配置、技能に関する規定の見直しと改定 ・政策レベルでの専門技術者としての助産師の位置づけ ・出生と死亡の登録規定の作成と実施 ・女性を対象とした政策の策定、見直しと改定(教育、女性の社会的地位、農村地域の開発など) ・母子保健政策における貧困層の強調 ・家族計画政策ガイドラインとサービス提供基準の作成、見直しと改定 ・国の保健政策において民間機関と公的機関の連携を促進	中央保健省、関係省庁、地方保健省、会計部局
<b>成果(6) コミュニティから基礎的産科ケア施設までの交通インフラが整備される</b>		

\*主体とは妊産婦ケアに係る個人、組織、制度及び社会の3層の能力(キャパシティ)を担う存在をいう。詳細は第9章「9-3 キャパシティ・ディベロップメントと妊産婦ケア」を参照されたい。

### (3) 本アプローチの介入ポイント

妊産婦ケアに関するステークホルダーのうち、(2)で示した本アプローチの具体的な活動を実践する対象を図5-2にアミがけで示した。ステークホルダーに付与した番号は、アプローチの成果ごとの番号を表している。例えば、「(1)地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者が育成・活用される」という成果は、「(1)コミュニティ近隣の医療スタッフ」が介入対象となる。

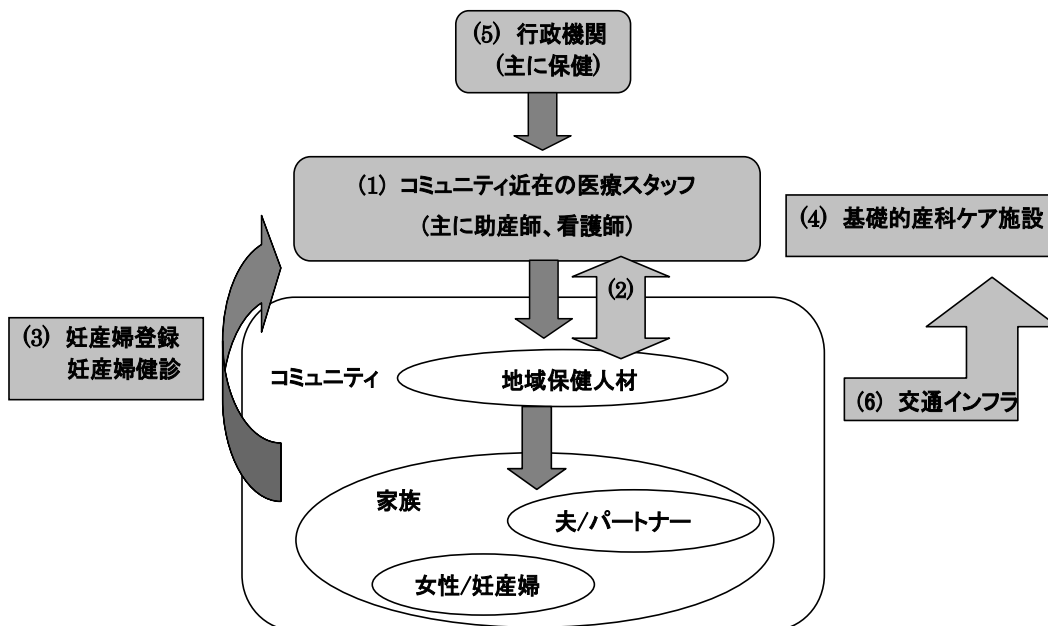


図5-2 熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチの活動介入ポイント

### 5-1-2 本アプローチの現状と課題

本アプローチに関連する事業評価報告や調査研究報告書からその現状と課題をまとめた。

各介入ポイントにおける現状と課題	
(1) コミュニティ近在の医療スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> <li>熟練助産者による分娩介助率の推定値から、先進国ではほとんどの出産が熟練助産者によって介助されている一方で、途上国全体では50%程度である。</li> <li>特に、サブサハラアフリカや南アジアで50%未満、さらにアフガニスタンやシエラレオネなどの後発開発途上国では30%程度で、熟練助産者の育成が急務である。</li> <li>熟練助産者の育成と現場での活用には多くの時間と資源の投入を要する。</li> <li>育成された熟練助産者が妊産婦のリスクを事前に察知するためには、妊婦健診制度や産後の状態を把握する産婦へのフォローアップ制度の整備が必要である。</li> </ul>
(3) 妊産婦登録と健診	<ul style="list-style-type: none"> <li>妊産婦健診は保健医療サービス提供者が地域の女性と接触する良い機会であり、出産後の家族計画・育児の相談や、HIV/AIDS蔓延地域でのVCT(Voluntary Testing &amp; Counselling)などのエントリーポイントとしての役割など、その重要性は極めて高い。</li> <li>妊産婦健診の質の向上とは、実施者のリスク診断能力の向上とともに、健診を受診した妊婦の熟練助産者や産科ケア施設へのつなぎ、妊産婦や家族の妊娠・出産への意識向上と出産準備をもたらしうる内容とすることでもある。</li> <li>妊産婦健診に関する国際的議論： これまでは、「妊産婦健診の受診率の上昇と妊産婦死亡率の減少には相関性がある」とする意見が優勢であり、「死亡した妊産婦は生存している妊産婦に比べ健診の受診率が低い」という調査結果に基づいて、妊産婦健診を充実させる活動が実施されてきた。しかし90年代終わりから、妊産婦の健康と妊産婦受診率を単純に関連づけることを疑問視する国際的議論が起こっている。以下これまでの主な議論を紹介する。</li> <li>WHOは複数の地域で実施した妊産婦健診の回数や質に関する調査により、妊産婦健診の受診回数の違いと妊産婦の健康状態に相関関係はなく、妊産婦健診の質を向上させることがより重要であると結論づけている<sup>2</sup>。</li> <li>1997年にコロンボで行われた安全な妊娠・出産ケア(Safe Motherhood Initiative)の10年の成果を検討する見直し会議で妊産婦健診の効果が検討された。そのなかで、途上国における妊産婦</li> </ul>

<sup>2</sup> Carroli, G. et al. (2001) WHO systematic review of randomized controlled trials of routine antenatal care. The Lancet 357:1565-1570.

健診では「妊産婦のリスク」の定義や範囲が広すぎたこと、リスクを特定しても適切なケアを受けられなかったこと、ハイリスクと特定されたにもかかわらず合併症を発症した妊産婦が多かったこと、が示され、妊産婦が死亡にいたる原因や合併症の発症を、妊産婦健診によって予測し予防することは途上国では現実的には困難な場合が多いとの意見が優勢となった。

(4) 基礎的産科ケア施設

- ・ 支援対象とする施設の選定においては、対象国の保健システム、特に妊産婦の健康問題解決の優先度が高い地域に焦点をあてなければならない。
- ・ 緊急産科ケアサービスにおいては、費用対効果の点から、基礎的産科ケアサービスを提供する第1次レベルの医療施設の拡充効果が大きい。

(5) 行政機関

- ・ 熟練助産者の育成のみならず、緊急産科ケアへのアクセスなど包括的な妊産婦ケアシステムの構築を推進しなければならない。
- ・ 多くの途上国では熟練助産者による助産率を上げることが優先課題であるが、熟練助産者の中でも、助産師と医師の介助は質的に異なり、与えられている医療行為の権限の違い、緊急産科ケア技術の差によってその効果に違いが見られることが指摘されている。
- ・ 熟練助産者の中でも産科医の育成には時間と財政的な資源が助産師育成と比べより多く必要となることから、途上国の中でも産科医の育成数が上昇している国では、助産師の育成に力を入れることが費用対効果の面からは有用と考えられる。
- ・ 途上国における医師と助産師の立会い率について調査を行った Graham は、調査結果からは医師立会い率:助産師立会い率 15:85 程度(スリランカ、ジャマイカ並み)が、途上国の現状に適合するとしている(Graham2001)。この医師の立会い率は WHO が示す根拠に基づいて実施される帝王切開率の上限 15%と合致する。
- ・ 熟練助産者の育成においては、各国での主な分娩場所を把握し、それに適応した熟練助産者を育成する必要がある。
- ・ 育成された熟練助産者が対象地域でその能力を発揮するためには、助産者による適切なケアを可能にする環境やシステムの存在、とりわけ、出産時に発生しうる合併症に対して適切かつ迅速な診療を可能にするリファラルシステムが稼働していることが必要である。



## 5-2 成功事例の分析から得られた成功要因

本アプローチに関連する事業評価報告や調査研究報告書から成功事例を選び、その分析から成功要因を以下の3つに整理した。各成功要因の具体的な事例は表中に簡単にまとめたが、詳細については付属資料1. 妊産婦ケア案件参考事例の(国名)部分を参照されたい。

### (1) 政策レベルにおける効果的な介入

成功要因	事例
高次レベルでの政策的なコミットメントの行使	全村落に助産師1人を駐在させる戦略により、熟練助産による出産は37%から59%に増大し、熟練助産による自宅出産も増加した(インドネシアD)
	政府がコミュニティに基盤を置く助産師の育成と拡大を主導した。ここでいう助産師は一定期間の訓練を受け、定められた技能基準を満たしていると認定され、法的な登録を受けたものである(チュニジア、マレーシア)
	母子保健政策に関する数回にわたる会議に大統領や国会議員、大臣が出席し、妊産婦死亡率低減のための国の母性保健政策を策定した(ボツワナ)
	基礎的な保健医療システムの一環として国レベルの家族計画プログラムを策定、NGO、宗教リーダー、メディアと協力して家族計画促進キャンペーンを実施した。この際、主要な役割を担ったのが助産師をはじめとする保健サービス提供者であった(チュニジア)
	プロジェクトに関する政策立案後、中央の強いリーダーシップと州レベルへの密なスーパーバイズのもと、その政策を実現するための技術や資源の動員と配分が、実施された(中国)
	母子保健センターの整備後、そこでプロジェクトで実施してきた熟練助産者トレーニングを国レベルの卒後教育プログラムの政策に反映させた(カンボジア)

### (2) 貧困層のアクセス促進

成功要因	事例
貧困層や脆弱層の社会的・経済的開発に焦点をあてた介入	初等教育から大学教育まで無料提供を男女公平に実施することで全国の識字率が91%に達し、保健サービスを無料で提供することで貧困層をはじめサービスの行き届かないグループの医療へのアクセスを保障した(スリランカ)
基礎的産科ケア施設への集中	まず、基礎的産科ケア施設の建設、整備を強力に進め、次に母子保健サービスを提供する農村医療施設のネットワークを構築し、熟練助産者の研修とこれら医療施設への配置を行った。さらに、無料の保健医療サービスの提供と、医療施設における公平な扱いを徹底し、農村部の貧困層のアクセスを確保した(マレーシア)

### (3) モニタリングの実施

成功要因	事例
効果的なモニタリングシステム構築と実施によるサービスの質の確保	40年間にわたって妊産婦死亡の原因を究明するために死亡ケースの監査を実施し、母子保健サービスの改善理由を明示するとともに、妊産婦健診や産科ケアの質を査定し、母子保健プログラムの改良点を明確にしてきた(マレーシア)

### 5-3 JICA事業で活用する際の問題点・留意点

本アプローチに関連する事業評価報告や調査研究報告書の事例分析から JICA 事業で活用する際の問題点・留意点を2つに整理し、各留意点の詳細については表中にまとめた。

#### (1) トレーニング実施前から実施後の活用を視野に入れた体制整備を行う

留意点	詳細
熟練助産者研修後のモニタリング、スーパーバイズ体制の構築と定期的な実施	研修後のスーパーバイズ体制をトレーニング実施計画時から考慮し、その内容も、消耗品や記録のチェックにとどまらず、トレーニングした技術の確認や合併症発症や助産ケースにおける対応や、課題について話し合うことが必要である。
熟練助産者は施設の運営管理についても習得しなければならない	熟練助産者の研修においては医療に関する知識と技術のみならず、医療サービス提供に必要な情報、資機材、施設の管理についても教授すべきである。
熟練助産者が働く施設の管理運営体制整備を事前に計画する	研修後に学んだ知識や技術を発揮するためには、助産師が働く産科ケア施設の医薬品、医療用消耗品、機材が存在し、かつ消耗品については定期的な補給が、機材についてはメンテナンスが行われる必要がある。その支援体制の整備もトレーニング実施前から計画しなければならない。
相手国政府の能力(Capacity)を見極め、終了後の活用方法を計画する	熟練助産者トレーニングを国レベルの卒後教育プログラムに反映させるためには、相手国政府の政策策定能力や、実行能力を計画当初から見極め、終了後の活用方法を計画し、それに向けて相手国政府の能力強化のための指導を行わなければならない。

#### (2) 妊産婦健診を継続的な妊産婦ケア支援体制作りのきっかけとする

留意点	詳細
妊産婦登録及び健診の記録管理が必要である	妊産婦登録及び健診時に発行される登録カードや健康カードなどの記録類は次の健診や出産に利用できるよう維持管理しなければならない。カードの発行及び記録を実施するサービス提供者が妊産婦および家族への働きかけを行うべきである。
妊産婦健診受診妊婦の出産支援が必要である	健診を受けた妊産婦が、熟練助産者か、少なくともトレーニングを受けたTBAによる助産を受けられるよう、支援体制を確立するべきである。また、分娩が清潔に実施されるよう出産キットの準備なども確認すること
妊産婦健診受診妊婦のリファラル支援が必要である	妊産婦や家族が、医療施設における産科ケアが必要な症状や病態について理解するよう配慮する。また、産科ケアを提供する医療施設の場所や道順を確認し、いつでも移送可能な手段を確保する方法や、付き添いなどの分担を決めておくこと。さらに、緊急事態に備えた資金の貯蓄やコミュニティ支援の仕組みについても確認するよう勧奨するべきである。
継続的なケアの保障	妊娠・出産・産後という経過のなかで、継続的にケアを受けられる環境を保障する。

## 5-4 本アプローチ実施のためのリソース

### (1) 組織的・人的リソース

本アプローチを実施するうえで参考となりうる活動を実施している、もしくは情報が得られる組織として、国内では日本助産師会、日本助産学会、全国助産師教育協議会、国外ではSafe Motherhood Inter-Agency Group (IAG)、ジョンズ・ホプキンス大学関連の国際保健NPO JHPIEGO、Family Care Internationalがあげられる。

これら組織についての詳細な情報は付属資料3. 参考組織リストを参照されたい。

### (2) 有用なツール

本アプローチを実施するうえで有用なツールを以下にあげた。

<p>Skilled Care During Childbirth: Information Kit, Family Care International, 2002                  1. Policy Brief, 2. Information Booklet, 3. Country Profile,                  熟練助産の拡大を目指すプログラムや政策を策定し実施するうえで、必要な情報をまとめたもの。①なぜ各国政府が熟練助産に関する介入を行うべきなのかを、熟練助産の妊産婦死亡低減へのインパクトについて解説を交えて説明。②熟練助産の拡大を目指す政策やプログラムの策定と実施時に考えるべき項目について、熟練助産者の育成とスーパーバイズ、法、政策やインフラの整備などを含めて解説。③妊産婦死亡の提言と熟練助産カバー率の改善を果たしたボツワナ、マレーシア、スリランカ、チュニジアの事例を解説。  <a href="http://www.safemotherhood.org/resources/publications.html">http://www.safemotherhood.org/resources/publications.html</a></p>
<p>Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care : a guide for essential practice. WHO, 2003                  熟練助産者が妊娠・出産・産褥、そして中絶後の女性と新生児に対して行うべき基本的なケアについて解説。  <a href="http://www.who.int/reproductive-health/publications/pcpnc/pcpnc.pdf">http://www.who.int/reproductive-health/publications/pcpnc/pcpnc.pdf</a></p>

## 5-5 モニタリング・評価のための指標

本アプローチによるプロジェクトのモニタリング・評価指標を、介入対象ごとに、医療スタッフ、保健施設、政策の3つのレベルに分けて示した。

### (1) 医療スタッフ(主に助産師)レベル

No.	指標	データ元		備考
		サービス提供者への聞き取り調査	観察による技術のチェック	
医療スタッフの知識				
1	正常妊娠の管理について基本的な知識を持つ医療スタッフの割合	○	N/A	
2	出産時のケアと新生児ケアに関する基本的知識を持つ医療スタッフの割合	○	N/A	
3	合併症管理について基本的知識を持つ医療スタッフの割合	○	N/A	
4	産後ケアについて基本的知識を持つ医療スタッフの割合	○	N/A	

医療スタッフのスキル				
6	対人コミュニケーションとカウンセリング能力のある医療スタッフの割合	N/A	○	
7	正常出産時に適切な産科ケアを提供できる医療スタッフの割合	N/A	○	
8	異常発見時に適切な医療ケアが可能な医療スタッフの割合	N/A	○	
9	新生児蘇生術が施せる医療スタッフの割合	N/A	○	新生児蘇生術とは清拭、口鼻腔吸引、刺激、呼吸補助などをいう
10	器械分娩が施せる医療スタッフの割合	N/A	○	器械分娩とは吸引分娩もしくはかん子分娩をいう。

Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health( <http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf>)より改変

## (2) 保健施設レベル

No.	指 標	回答者	データ元
		医療施設	施設監査
1	医療用消耗品、医薬品、機材が必要分確保できている施設の割合	○	○
2	常に適切な人材が量・質ともに確保できている施設の割合	○	○
3	保健委員会がある施設の割合	○	○
4	妊産婦死亡や周産期死亡および重症合併症のケースレビューを日常的に実施している施設の割合	○	○
5	患者のプライバシーが確保できている施設の割合	○	○
6	人口当たりの1次ケア医療施設の数	—	○

Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health( <http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf>)より改変

## (3) 政策レベル

No.	指 標	分析対象	データ元
		国	MNPI*
<b>政 策</b>			
1	適切な妊娠と出産に関する保健省による政策	○	○
2	関係者との適切な協議を踏まえた政策策定の実施	○	○
3	妊産婦ケアサービスを誰が提供するののかに関する妥当かつ公正な規定の有無	○	○
4	中絶による合併症の治療に有用な規定の有無	○	○
5	高次レベルでの定期的な政策の見直しと更新の頻度	○	○
6	中央行政における母性保健サービス担当の責任者の有無	○	○
7	基礎的産科ケア施設整備への重点度	○	○
8	熟練助産者の教育システムの充実度	○	○
9	熟練助産者の養成数	○	○
<b>資 源</b>			
10	母性保健に関する公的財政支援に対する会計帳の有無	○	○
11	母子保健のニーズにあった予算の有無	○	○
12	全患者への無料医薬品とサービス提供の有無	○	○
13	妊娠出産時に連携できる民間セクターの有無	○	○

\*MNPI: Rating Maternal and Neonatal Health Programs in Developing Countries

<http://222.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/wp-00-26.pdf>

Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health( <http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf>)より改変

## 5-6 本アプローチに有用なツール：母子健康手帳の開発と活用

熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチの「成果(4)妊婦登録と妊産婦健診の制度が構築され普及される」の活動のひとつとして、妊産婦と熟練助産者を結ぶ有用なツールの開発と活用をあげた。このツールとして母子健康手帳があげられる。さらに、母子健康手帳は熟練助産者と妊産婦の間の連携を構築し、それを妊産婦と産科ケア施設や産科ケア施設間の連携にまで広げられる可能性を持つ。

母子健康手帳の活用は熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチの枠の中ではひとつの活動と位置づけられるが、日本がインドネシア、メキシコ、フィリピンなどで進めている母子健康手帳の開発と活用の経験をもとに、以下に詳細に検討することとした。

### 5-6-1 母子健康手帳の解説

#### (1) 母子健康手帳の重要性

重要性
<p>妊産婦の登録と健診は妊娠中や出産期間になんらかの健康リスク(感染症、貧血、高血圧など)が予想される妊婦を特定し、リスクを予防・管理するために必要なケアを提供し、出産を安全なものにするために一定の役割を果たす。この妊婦の登録に伴い発行される登録カードや健診カードに代わるツールとして、日本が勧めている母子健康手帳がある。</p> <p>母子健康手帳は妊産婦健診や予防接種、子供の成長記録などの各種の記録や妊娠・出産や子供の健康や栄養に関する情報など、妊産婦の健康管理記録と健康教材をあわせたもので、妊産婦登録と健診の目的達成により有用と考えられる。</p> <p>母子健康手帳は妊産婦と産科ケア施設をつなぎ、妊産婦の情報を的確に伝え、ケアの継続性を担保するためのツールとして有用である。さらに母子健康手帳を通じて妊産婦が自分自身を知り、医療スタッフと対話することができる。また、子供に出生前からの情報を伝達することができる。</p>

#### (2) 母子健康手帳の開発と活用の活動方法

##### 1) 具体的な活動

母子健康手帳の開発と活用において、目指すべき成果とその成果に至るための活動内容、さらに活動の実施者や対象者となり得る主な関係者を表5-2に示した。

表5-2 母子健康手帳の活用における成果と具体的な活動内容

主体	成果と活動	主な関係者
制度構築	<p><b>成果(1)母子健康手帳が導入される</b></p> <p>地域に適応した母子健康手帳に関する基礎調査 行政レベルでの母子保健委員会の設置 パイロット地区の選定 ・母子健康手帳の利用状況のモニタリング・評価体制整備 ・母子健康手帳の印刷と供給体制の整備 ・母子健康手帳印刷コストの現地政府負担体制の構築</p>	中央保健省、関連省庁、地方保健省、基礎的産科ケア施設の医療スタッフ(主に助産師)や職員
	<p><b>成果(2)母子健康手帳について医療スタッフや地域保健人材が教育を受け利用が進む</b></p> <p>母子健康手帳のパイロット地区での活用 ・医療スタッフや地域保健人材への母子健康手帳に関するトレーニング ・母子健康手帳記録のスーパーバイズ ・母子健康手帳の利用状況のモニタリング・評価</p>	

<b>成果(3)母子健康手帳について妊産婦やその家族が教育を受け利用が進む</b>	
母子健康手帳のパイロット地区での活用 ・母親・父親学級開催 ・母子健康手帳の利用:妊娠～出産・産後の経緯の記録と把握	
<b>成果(4)母子健康手帳が普及する</b>	
母子健康手帳のパイロット地区以外への展開	

## 2) 母子健康手帳の開発と介入ポイント

妊産婦ケアに関するステークホルダーのうち、1)で示した本アプローチの具体的な活動を実践する対象を図5-3にアミがけで示した。ステークホルダーに付与した番号は、アプローチの成果ごとの番号を表している。例えば、「(1) 母子健康手帳が導入される」という成果は、「(1)行政機関」が介入対象となる。

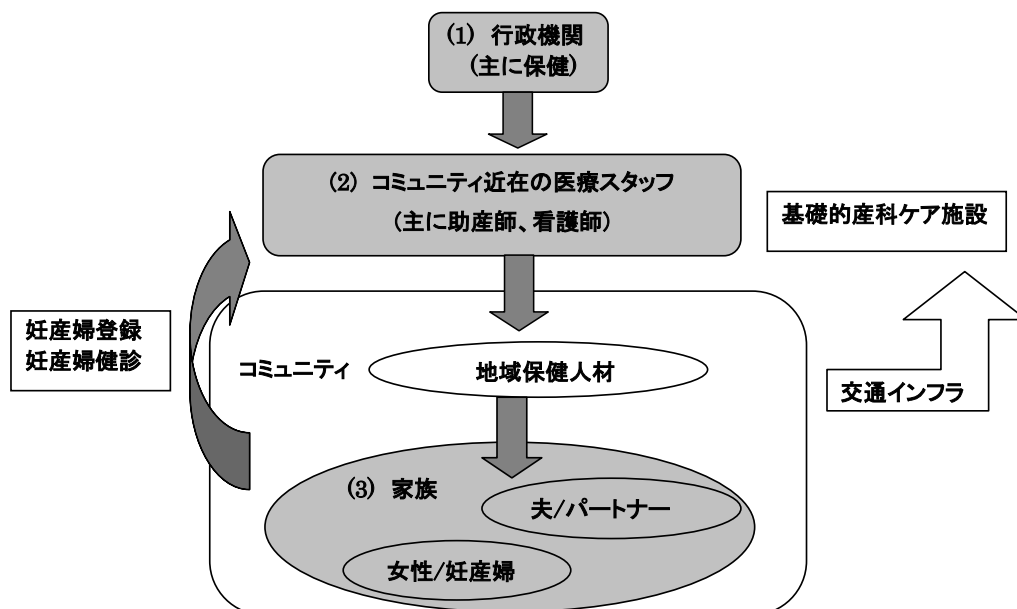


図5-3 母子健康手帳の活用における活動介入ポイント

## 3) 本アプローチの現状と課題

本アプローチに関連する事業評価報告や調査研究報告書からその現状と課題をまとめた。

<b>本アプローチの現状と課題</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊産婦登録制度と健診制度の活用形である母子健康手帳の利用は、東南アジアを中心に広がっている。母子健康手帳とは登録された妊産婦に交付され、妊娠中や出産後の妊産婦の健康状態の記録や乳児の成長記録とともに、妊娠・出産に関する健康教育教材としての役割を持つ。</li> <li>・母子健康手帳の導入は中央もしくは地方政府の保健行政を巻き込み、制度として定着させる試みが有用である。</li> <li>・日本で広く普及している母子健康手帳は、国際協力機構の実施する母子保健プロジェクトにおける有用な健康教材として、主に一次レベルの母子保健サービス向上を目的としたいくつかのプロジェクトで導入されている。</li> </ul>

## 5-6-2 成功事例の分析から得られた成功要因

母子健康手帳に関連する事業評価報告から成功事例を選び、その分析から成功要因を以下の4つに整理した。各成功要因の具体的な事例は表中に簡単にまとめたが、詳細については付属資料1. 妊産婦ケア案件参考事例の(国名)部分を参照されたい。

## (1) 政策レベルの巻き込み

成功要因	事例
C/P側の理解と支持を得たうえで導入した	州の保健局長などが日本の母子保健に関心を示し、その有用性を理解した上でプロジェクトの活動における導入に協力・支持を行った(インドネシア C・フィリピン)
既存のカード、システムとの統合に関する活動を政策レベルから実施	州のパイロット地域での導入に関して中央保健省の承認を取り付けて、既存のカード類を廃止し、母子健康手帳に統合した(インドネシア C) 州レベルで母子健康手帳委員会を設置し、内容を検討、妊婦への健康教育を主眼として母子健康手帳を開発・導入することを決めた(フィリピン)

## (2) 対象国の実情に合わせる

成功要因	事例
母子健康手帳の内容を対象国・地域の実情に合わせた	C/Pや妊産婦ケア関係者の参加を得た母子健康手帳委員会などを通して内容の検討を行い、相手国の実情や要望が反映されるような形で実施した(インドネシア C・フィリピン・メキシコ) 健康情報を伝えるイラストを漫画調のものはふさわしくないという成人女性からの意見でリアルなものに変更した(インドネシア C) 入手が困難な医療情報に関する記録の削除や、イラストや現地語の多用により、理解を促進した(フィリピン)

## (3) 住民の使いやすさを考慮する

成功要因	事例
既存のカードとの重複を避ける	既存の記録カードを母子健康手帳と一緒に携帯できるポケット付きのビニールカバーを作成し配布した(フィリピン)
親近感をもたせる	母子健康手帳の表紙を現地の母親と子供の写真にする(インドネシア C)
母子健康手帳携帯のインセンティブを持たせる	妊婦健診の無料クーポンの添付や、景品提供などにより、母子健康手帳に付加価値を持たせて普及とその利用を促進した(メキシコ)

## (4) その他

成功要因	事例
地域保健人材の活用	村の保健ボランティアや村落婦人組織を母子健康手帳普及のエントリーポイントとしたことで、普及が容易になった(インドネシア C)
母子健康手帳印刷コストの削減や入手手段確保	パイロット地区での成功を受けて、他州への展開のために世界銀行のプロジェクトへの母子健康手帳導入を積極的に働きかけ、印刷予算を確保した(インドネシア C)

### 5-6-3 JICA 事業で活用する際の問題点・留意点

母子健康手帳に関連する事業評価報告の事例分析から JICA 事業で活用する際の問題点・留意点を 3 つに整理し、各留意点の詳細については表中にまとめた。

#### (1) 導入可能な地域レベル

留意点	詳細
母子健康手帳が活用できる制度レベル	妊婦及び子供の健康管理記録(妊婦登録カード、健康カード、健診カード、子供の予防接種カードなど)と保健衛生情報が存在するが分散している地域
	保健所や地域保健ワーカー制度など、1 次レベルの母子保健システムが整備されている
母子健康手帳が活用できる住民レベル	識字率が高い地域
	地域妊婦及び家族の集まり、例えば母親学級や父親学級を既に行っていたり、定着させる方針があるが良い教材がない地域

#### (2) 中央、州レベルのコミットメントを引き出す

留意点	詳細
経常的な支出を支える手段を確保する	母子健康手帳の有用性が認識されても、印刷費などの入手手段が確保されていなければパイロット地区からの展開は難しい。その点を考慮して、より安価でかつ有用性の高い母子健康手帳を開発するとともに、印刷費確保のために中央政府の支持の獲得と財政的な支援を引き出す努力を地方政府に促さなければならない。
母子健康手帳制度の普及とともにほかの医療施設への認知を広げ、そこでの利用を促進する。	モデル地区での普及活動実施後、活動地区の拡大、2 次医療施設や民間医療施設、NGO などに母子健康手帳に関する情報を供与し、リファーされた患者の母子健康手帳記録の活用を目指したシステム作りが必要である。そのためには中央もしくは州レベルでの母子健康手帳に関するコミットメントを引き出さなければならない。

#### (3) 母子健康手帳の内容を対象地域に適合させる

留意点	詳細
母子健康手帳の内容に配慮	包括的な保健知識を一冊にまとめる、絵を多くしわかりやすくする、家族計画や性教育などの表現は文化的宗教的に配慮する。

### 5-6-4 本アプローチ実施のためのリソース

#### (1) 組織的・人的リソース

本アプローチを実施するうえで参考となり得る活動を実施している、もしくは情報が得られる組織として、国内では国際母子手帳シンポジウム、JICA-国際協力 8 月号ホームページ母子保健：新しい命をはぐくむために、母子保健・家庭保健教育普及グループ(財)母子衛生研究会があげられる。これら組織等についての詳細な情報は付属資料 3. 参考組織リストを参照されたい。



(2) 有用なツール

本アプローチを実施するうえで有用なツールを以下にあげた。

母子健康手帳シンポジウム報告書(第1回～第4回) International Symposium on Maternal and Child Health Handbooks 大阪大学大学院人間科学研究科ボランティア人間科学講座もしくはHANDSにて入手可能
JICA 国別特設研修インドネシア母子保健 報告書(第1回～第3回) JICA Country-Focused Training Course on Maternal and Child Health in Indonesia (2003,2004) 母子健康手帳の普及が進むインドネシアにおいて、地方自治体の政策決定レベルにある人材に日本の母子保健政策や母子手帳の利用現場を知ってもらうことで、母子手帳普及を効率的に進めてもらうために実施されているJICAによる研修の報告書。 <a href="http://www.hands.or.jp">http://www.hands.or.jp</a> にて要約を入手可能。報告書のみ HANDS にて入手可能。

5-6-5 モニタリング・評価のための指標

本アプローチによるプロジェクトのモニタリング・評価指標を、介入対象ごとに個人、医療スタッフ、政策の3つのレベルに分けて示した。

(1) 個人(女性)レベル

No.	指標	回答者		備考
		妊娠可能な年齢の女性	妊娠中/最近出産した女性*	
<b>母子健康手帳の利用</b>				
1	母子健康手帳を知っている女性の割合	○	○	
2	母子健康手帳を使っている女性の割合	N/A	○	
<b>母子健康手帳利用のインパクト: 母子保健に関する知識</b>				
3	妊娠中に起こる主な危険兆候を知っている女性の割合	N/A	○	妊娠中の危険な兆候とは、出血、発熱、むくみなどをいう
4	妊娠中の栄養の重要性などより良い出産のための情報を理解している女性の割合	N/A	○	
5	陣痛中や出産時に起こる主な危険兆候を知っている女性の割合	N/A	○	陣痛中や出産時の危険な兆候とは、大量の出血、長時間の分娩時間などをいう
6	産後に起こる主な危険兆候を知っている女性の割合	N/A	○	産後の危険な兆候とは高熱、むくみなどをいう
7	子供の正常体重など育児のための情報を理解している女性の割合	N/A	○	
<b>母子健康手帳利用のインパクト: サービス利用と計画: 意志と行動</b>				
8	SBA による妊産婦健診を少なくとも4回受診した(する予定の)女性の割合	N/A	○	SBA; 熟練助産者の定義は第2章2-2-3(1)参照
9	妊娠中に適切な栄養を取った(取っている)女性の割合	N/A	○	
10	SBA の介助により出産した(予定の)女性の割合	N/A	○	
11	子供に予防接種を受けさせた(受けさせる予定の)女性の割合	N/A	○	

\*最近出産した女性とは、調査時の2年前以降出産した女性を指す。

Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health (<http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf>) を参考に作成

(2) 医療スタッフレベル

No.	指 標	回答者		データ元		備 考
		熟練助産者	地域保健人材	事例調査	観察による技術のチェック	
1	母子健康手帳を知っている医療スタッフの割合	○	○	○	N/A	
2	母子健康手帳に関する広報を住民に対して実施している医療スタッフの割合	○	○	○	N/A	
3	妊産婦健診結果を母子健康手帳に記録している医療スタッフの割合	○	○	○	○	
4	緊急時に母子健康手帳の情報を利用している医療スタッフの割合	○	○	○	○	

Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health ( <http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf> ) を参考に作成

(3) 政策レベル

No.	指 標	分析対象		備 考
		中央/地方行政		
<b>政策</b>				
1	母子健康手帳に関する保健省による政策	○		
2	母子健康手帳に関する委員会の有無	○		
3	母子健康手帳に関する担当者の有無	○		
<b>導入環境</b>				
4	識字率	○	対象地域における識字率(特に妊娠可能な年齢の女性における)	
5	妊婦及び子供の健康管理記録の発行の有無	○	健康管理記録とは妊婦登録カード、健康カード、健診カード、子供の予防接種カードなどをいう	
6	妊娠・出産・育児に係る保健衛生情報広報の有無	○		
7	母親・父親学級を実施している保健行政機関の割合	○		
<b>資源</b>				
8	母子健康手帳印刷や普及に係る予算の有無	○		
9	母子健康手帳開発、印刷、普及費用に関する会計帳の有無	○		
<b>実施</b>				
10	母子健康手帳を利用している女性の数(割合)	○	割合を測定するためには、上記(1)個人レベルの調査において、妊娠中／最近出産した女性*のうち、利用していた女性の数を調査しなければならない。	
11	妊娠後、行政に登録している妊婦の数(割合)	○	割合を測定するためには、上記(1)個人レベルの調査において、妊娠中／最近出産した女性*のうち、登録した女性の数を調査しなければならない。	
12	妊産婦健診を受診している妊産婦の数(割合)	○	割合を測定するためには、上記(1)個人レベルの調査において、妊娠中／最近出産した女性*のうち、受診している女性の数を調査しなければならない。	
13	出生を行政に登録している子供の数(割合)	○	割合を測定するためには、上記(1)個人レベルの調査において、最近出産した女性*のうち、出世維持に登録した女性の数を調査しなければならない。	
<b>母子健康手帳利用のインパクト: 母子保健指標</b>				
14	妊産婦死亡数	○		
15	乳児死亡率	○		

\*最近出産した女性とは、調査時の2年前以降に生児を出産した女性を指す。

Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health ( <http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf> ) を参考に作成

## 第6章 緊急産科ケア体制整備による安全な出産アプローチ

### 6-1 アプローチの解説

#### 6-1-1 本アプローチの重要性

本アプローチの重要性
<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅分娩が多い途上国の妊産婦が危険な状況に陥った後に死亡に至る原因は、①産科ケア受診決定の遅れ、②産科ケア施設到着の遅れ、③適切な産科ケア提供の遅れの「3つの遅れ」にあると考えられ、緊急産科ケア体制整備アプローチはこれら3つの遅れを解消することを目的とする。</li> <li>・第1の遅れ解消には合併症を持つ妊産婦の同定を促す活動とともに、妊産婦の医療受診や治療のコストや受診にいたるまでの交通手段のコストを確保することが必要である。</li> <li>・第2の遅れ解消には妊産婦が緊急産科ケア提供施設に到達するまでのリファラル体制の整備が有用と考えられる。</li> <li>・第3の遅れは緊急産科ケアに係る施設の機能やサービス提供者の数や質の向上により解消されると考えられる。</li> <li>・WHO、UNICEFなどは妊産婦死亡に繋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から、分娩時に焦点を当てた地域住民・一次医療施設・二次医療施設を結ぶ一貫した緊急産科ケアの体制整備が重要としている。これにより、合併症を発症した妊産婦においても健康を守ることができると考えられる。</li> </ul>

#### 6-1-2 本アプローチの活動方法

##### (1) 妊産婦ケアの流れのなかでの本アプローチの位置づけ

女性が妊娠・出産を経験するプロセスで必要なケアの流れのうち、緊急産科ケア体制整備による安全な出産アプローチにおけるケアの内容について図6-1に示した。

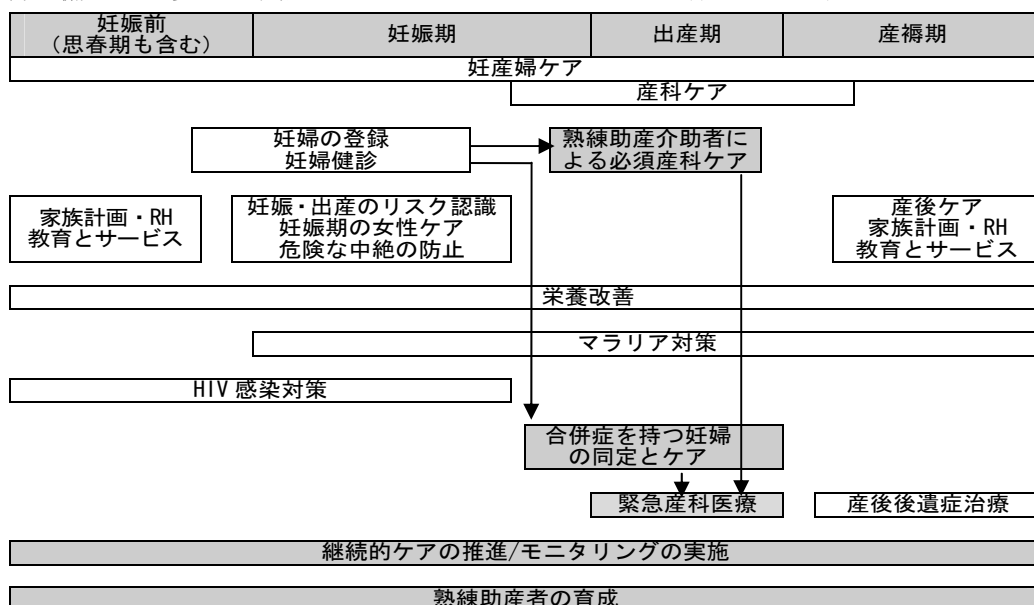


図6-1 妊産婦ケアにおける緊急産科ケア体制整備による安全な出産アプローチのケアの内容

## (2) 本アプローチの具体的な活動

緊急産科ケア体制整備による安全な出産アプローチのなかで、目指すべき成果とその成果に至るための活動内容、さらに活動の実施者や対象者となりうる主な関係者を表6-1に示した。

表6-1 緊急産科ケア体制整備による安全な出産アプローチにおける成果と具体的な活動内容

主体*	成果と活動	主な関係者
個人(受益者)	<b>成果(1) 住民の妊娠・出産に関する意識が向上し行動に反映される(4章参照)</b>	
	コミュニティ、家族、女性へのリプロダクティブヘルスに関する知識の普及 地域保健人材への直接のトレーニングを介して、コミュニティの意識を向上、行動変容を促進	コミュニティ住民、 地域保健人材(地域の保健ワーカー、伝統的産婆)、医療スタッフ
個人(サービス提供者)	<b>成果(2)緊急産科ケアを提供できる熟練助産者が育成され活用される</b>	
	緊急産科ケア技術のトレーニング(内容詳細は「2-4」参照) ・緊急産科ケアに係る技術の習得 ・妊産婦の心のケアに係る技術の習得 ・熟練助産者としての行動基準	医療スタッフ(主に産科医、ほか助産師・一般医・看護師)
	緊急産科技術の実践トレーニングとスーパーバイズ	
	産科ケア施設運営能力強化研修とスーパーバイズ	
制度構築	<b>成果(3)緊急産科ケア利用のコスト負担制度が構築され活用される</b>	
	保険制度構築区分の決定 ・地理的区分;医療施設利用地域、村、郡、県、州、国の住民など ・職業区分;職種、勤務地、生産商品(協同組合) 集金頻度、方法、貯蓄形態、支払い方法の決定 運営管理、資金管理、情報システムの構築 ・保険料の徴収、返済金の比率や自己負担金、広報、資金の運用方法、医療サービス提供者との契約 カバーされる医療サービスの決定、参加者の募集と集金 資金管理と運営、会計情報の開示、加入者もしくは第三者による会計監査	コミュニティ住民、既存の住民組織、NGO、中央/地方保健省
	<b>成果(4)リファラル体制が構築され活用される</b>	
	家(コミュニティ)から基礎的産科ケア施設へのリファーと受入れ ・熟練助産者と地域保健人材との情報伝達方法の構築 ・交通手段の確保 ・受診・治療・搬送コストの確保(下記参照) ・リファーされてきた妊産婦の受付と熟練助産者への連絡	コミュニティ住民、リーダー、地域保健人材、医療スタッフ(主に助産師)
	基礎的産科ケア施設と包括的産科ケア施設との情報伝達方法の確立 ・電話、無線などの通信手段の購入整備 ・基礎的産科ケア施設と包括的産科ケア施設の連絡体制の構築 ・交通手段の確保 ・リファー用紙の開発	中央/地方保健省、参加ケア施設医療スタッフ及び職員
	包括的産科ケア施設でのリファーと妊産婦の受入れ ・リファーされてきた妊産婦の受付と熟練助産者への連絡 ・妊産婦に対する緊急産科ケアの実施 ・基礎的産科ケア施設へのリファー費用の確保 ・基礎的産科ケア施設へのリファー費用の支払	中央/地方保健省、包括的産科ケア施設医療スタッフ及び職員
	リスク妊婦の出産待機場所(お産を待つ家)での受入れ	中央/地方保健省
	道路や交通手段などインフラ面での整備 (コミュニティの自助努力や政治的コミットメントが不可欠)	コミュニティ住民、中央/地方政府

成果(5)緊急産科ケア施設が整備・運営され、緊急産科ケアが提供される		
組織 (施設整備)	基礎的産科ケア施設に対する緊急産科ケアサービスの機能構築 ・基礎的緊急産科ケアに関するガイドラインの整備(参考図6-1参照) ・基礎的緊急産科ケア体制の整備(通信・搬送・輸血・緊急支援金) ・基礎的緊急産科ケアに関する業務の実施 ・妊産婦死亡ケースに関する監査の実施	中央/地方保健省、基礎的産科ケア施設医療スタッフ及び職員
	出産待機所の整備と運営 ・施設の建設もしくは改善 ・基礎的インフラ(水、電気)の安定供給確保 ・生活設備の設置 ・管理者の選定 ・入所基準の作成 ・基準を満たすリスク妊婦の入所	中央/地方保健省、産科ケア施設職員
	対象人口当たりに必要な包括的産科ケア施設の調査	中央/地方保健省
	包括的産科ケア施設の整備 ・施設の建設もしくは改善 ・基礎的インフラ(水、電気)の安定供給確保 ・施設への要求度に応じた医療器材の設置	中央/地方保健省、包括的産科ケア施設医療スタッフ及び職員
	対象の包括的産科ケア施設に必要な人材の調査	中央/地方保健省
	包括的産科ケア施設の運営 ・医療人材の雇用と給与の安定支払い ・医療用機材及び医療用消耗品・必須医薬品の購入と管理体制の整備 ・感染予防体制の構築と日常業務での実施 ・包括的緊急産科ケアに関するガイドラインの整備(参考図6-1参照) ・1日24時間、1週7日間の包括的緊急産科ケア体制の整備 ・住民中心、ジェンダーセンシティブな運営 ・ケアの質に関する住民からの信頼と安心確保 ・人材育成とフォローアップ ・緊急産科ケア体制の整備(通信・搬送・輸血・緊急支援金) ・包括的緊急産科ケアに関する業務の実施とモニタリング ・妊産婦死亡ケースに関する監査の実施	中央/地方保健省、包括的産科ケア施設医療スタッフ及び職員(医師・助産師・看護師・検査技師及び経理や総務担当者)

\*主体とは妊産婦ケアに係る個人、組織、制度及び社会の3層の能力(キャパシティ)を担う存在をいう。詳細は第9章「9-3 キャパシティ・ディベロップメントと妊産婦ケア」を参照されたい。

### (3) 本アプローチの介入ポイント

妊産婦ケアに関するステークホルダーのうち、(2)で示した本アプローチの具体的な活動を実践する対象を図6-2にアミがけで示した。ステークホルダーに付与した番号は、アプローチの成果ごとの番号を表している。例えば、「(4)リファラル体制が構築され活用される」という活動は、(4)で示す「リファラル体制、基礎的産科ケア施設、包括的産科ケア施設」が介入対象となる。

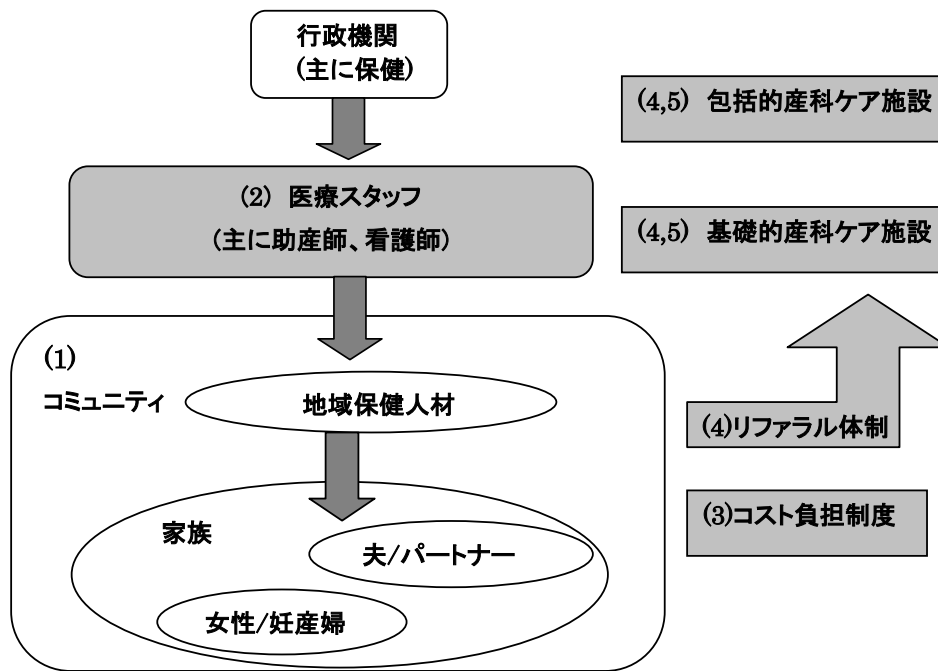


図 6-2 緊急産科ケア体制整備による安全な出産アプローチの活動介入ポイント

### 6-1-3 本アプローチの現状と課題

本アプローチに関連する事業評価報告や調査研究報告書からその現状と課題をまとめた。

介入ポイントにおける現状と課題	
(2) 医療スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コストの高さや技術的な難度から先進国で実施される緊急産科ケアのすべてを途上国に適用することは困難である。そこで、2003 年イタリアで開かれた産科関係者会議において、途上国に適用可能な産科技術が特定された(「2-4」参照)</li> <li>・途上国においては産科医が常駐しない医療施設が多く、実際には他科の医師や助産師、看護師が緊急産科ケアに携わることが多い。このような環境で適切な基本的緊急産科ケアを実施するためには、産科医以外の医療従事者のための技術トレーニングの普及が重要である</li> </ul>
(3) コスト負担制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会保障の一環として、保健医療へのアクセスに必要なコストを共同で負担するための制度作りが、世界各地で進んでいる。</li> <li>・特に途上国では、多くの貧困層がインフォーマルセクターで働いているため、公的もしくは民間の社会保障制度の恩恵を受けることは難しい。そのため、政府や NGO の働きかけにより、これらインフォーマルセクターで働く貧困層を対象とした保険制度策定の試みが続けられている。</li> <li>・途上国の貧困層対象の保険制度には、保険制度の 2 つのタイプのうち、Type 2<sup>1</sup>の頻繁に起こる事象(怪我、軽い病気、移送など)に対する安価なサービスを保障するタイプが多い。</li> </ul>

<sup>1</sup> WHO報告書 “Health insurance schemes for people outside formal sector employment(1998)” によると保険制度 (Health Insurance Scheme) は大きく分けて2つのタイプに分けられる。そこではType1は低頻度に起こる事象に対して高価なサービスを保障する制度で、Type2は高頻度に起こる事象に対し安価なサービスを保障する制度と定義されている。前者は保険料の支払いもしくは積み立て金額が大きく、サービス対象の事象が起こらなければ支払った保険料を回収できないリスクを伴う。後者は保険料の支払額が小さいうえ、怪我や軽い病気などが対象であるため、保健制度が整備されていれば回収リスクは小さい一方、事故による死亡などの補償は含まないため、夫の死亡など貧困層家庭にとって重大な局面では適用できない。

<p>(4) リファラル体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・タンザニアでの調査から産科臨床ケア提供施設へのリファラルの7割は患者自身の決定(セルフ・リファラル)によるものであり、これは他の途上国における調査結果とも一致する。</li> <li>・距離、コスト、ケアの質、スタッフの態度、患者や家族の社会文化的背景などが、適切なリファラルの阻害要因となり得る。病院へのアクセスが良い都市部富裕層の妊産婦は正常妊娠を経過していても、病院を受診する傾向にある一方、地方部貧困層の妊産婦は合併症などのリスクが発生した場合でさえ産科ケア施設を受診することは少ない。</li> <li>・リファラルをより円滑に効率的に機能させるためには、道路や交通手段などインフラ面での整備も望まれる。この問題に対しては、住民だけで解決することは非常に難しく、行政や援助の役割が求められる分野である。</li> <li>・ブラジルでは妊産婦のコミュニティと医療施設の間地点や、医療施設に隣接する「お産を待つ家」の整備と活用が目指されている。</li> <li>・妊娠中の女性の状態をよく知り、産科ケアサービスを必要とする妊婦を特定する役割は、常に妊婦の近くにいるTBAやコミュニティヘルスワーカーなどが担うことが現実的であり、また望ましい。</li> <li>・リファラル制度構築には、住民の行動変容や熟練助産者の立会いによる安全な出産を含めた段階的かつ包括的な条件整備が必要である。具体的には、妊産婦本人を含め、家族など身近な人々の危険な兆候に対する認識向上、産科ケア施設へのアクセスと、そこでの高いサービス提供の保障がこれに当たる。</li> </ul>
<p>(5) 緊急産科ケア施設の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・包括的産科ケア施設については人口50万人当たり1つの基準を満たしている地域が多い一方で、基本的緊急産科ケア施設の4つについては満たしていない地域が多い。</li> <li>・受療行動に関する調査から、途上国の多くにおいて、受療が必要な合併症妊産婦の半数以上が緊急産科ケアを受診していない実態が明らかとなった。</li> <li>・マレーシアでの経験から、緊急産科ケアで妊産婦に提供されたケア内容を調べる監査(Audit)を行い、その教訓を現場に活かして実際のケアを改善し、その改善が持続しているかを継続的にモニタリング・評価していくことの重要性が認められている。</li> <li>・ブータンでは、トレーニングを受けた産婦人科医以外の医師や医療アシスタント、准医師などに産科手術の施行を認め、地方部での包括的緊急産科ケアの充実を図っている。</li> </ul>

## 6-2 成功事例の分析から得られた成功要因

本アプローチに関連する事業評価報告や調査研究報告書から成功事例を選び分析した。緊急産科ケア医療整備アプローチ全体として成功要因をまとめる以外に、コスト負担制度については2つの事例を詳細に記述した。

### 6-2-1 緊急産科ケア整備アプローチ全体

緊急産科ケア医療整備アプローチ全体として成功要因を以下の4つに整理した。各成功要因の具体的な事例は表中に簡単にまとめたが、詳細については付属資料1の妊産婦ケア案件参考事例の(国名)部分を参照されたい。

#### (1) 地方への施策

成功要因	事例
地方と都市部の格差に着目	独立後、英国植民地時代の保健サービスを継承、発展させつつ、妊産婦ケアの発展は都市部中心であったが、1950-60年代には、地方における地域保健の向上や民族間の格差是正が目標となった。出生・死亡登録の強化によって、地方部でも妊産婦死亡の状況が把握可能となった。(マレーシア)
地域別の妊産婦死亡率を調査し、その高さに応じ地域別の対策を実施	1990年の妊産婦死亡調査(RAMOS調査)による、妊産婦死亡の問題に保健省が注目、地域別の妊産婦死亡率を調査し、その高さに応じ地域別の対策を実施した。その結果比較的低い熟練助産者率(46-54%)で、妊産婦死亡率108を達成した。(ホンジュラス)

<p>医師が少ない地方部において中堅医療従事者へのトレーニングを実施</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケニアでは緊急産科ケアは医師によって行われるため、医師が少ない地方部では必然的に緊急時に必要なケアへのアクセスが悪くなる。そこで医師以外の中堅医療従事者(准医師、看護師、助産師)に対して、国際 NGO である FCI (Family Care International)とケニア保健省が共同で緊急産科ケアの実地研修(in-service training)を開始した。</li> <li>・まず、緊急産科ケアトレーニングの内容を関係者間で決定した後、パイロット地域においてテストトレーニングを実施した。その結果から、トレーニングの成果や改善点を評価した後、全国レベルでトレーニングのガイドラインを作成し、スケールアップを図っている。(ケニア B)</li> </ul>
--	---

## (2) 緊急産科ケアの質向上

成功要因	事例
産婦人科医の育成	妊産婦死亡低減を目的として、医学教育を充実させ、産婦人科医の増加を図った。さらに、TBA の出産介助禁止を促進し、リファラルシステム構築により、包括的産科ケア施設へのアクセスを確保した。(エジプト)
監査の実施	コミュニティから基礎的産科ケア施設、包括的産科ケア施設までで起こった妊産婦死亡を全例調査することによって、ケアの質の向上を図った。この調査は 40 年にわたって実施され、これにより妊産婦死亡率は 7-12 年ごとに半減していった。(マレーシア)

## (3) 地域保健人材の有効活用

成功要因	事例
コミュニティヘルスワーカーによるリファラル判断と付き添い	インドでは自宅分娩が 85% であり、もっぱら親戚や家族が介助を行う。ここに配置されたコミュニティヘルスワーカーは妊産婦健診とその記録、リファラルの判断、付き添いなどを、トレーニングを通して身に付けた。その後、コミュニティヘルスワーカーによる継続的ケアが行われ、合併症の発見、リファラルの必要性の判断、付き添いによって、リファラルシステムを機能させ、結果として妊産婦ケアが改善された。(インド C)

## (4) コスト負担の軽減

成功要因	事例
産科ケア料金の低額設定	公民の医療機関の協議に基づいて設定された、低い産科ケア料金などを施行した。(インド B)
コミュニティ基金やプリペイドカードの施工	タンザニア (Schmid, 2001)ではコミュニティに対する働きかけの結果、移送を必要とする妊産婦の緊急交通手段をコミュニティが共同で確保する計画を進めている。シエラレオネ(Fofana, 1997)では、緊急交通手段確保のためのコミュニティ融資基金を設立し、わずかではあるが成果があがっている。

### 6-2-2 コスト負担制度の構築(事例紹介)

コスト負担制度の成功事例として、ボリビアの CBO、インドの NGO の事例を取りあげた。



事例 1	Caja de seguro salud campesina Tiwanku (Caja)
実施地域と区分	ボリビア B チチカカ湖とペルー国境の近くの高地の農村地域
加入者	自発的に参加した農民、1998年現在6万人
設立	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1986年設立、NGOとコミュニティ主体で発足、</li> <li>・＜当初は保健局への前払い金制度を目指したが、コミュニティは保健局に不信感を持っていたことから成立せず、コミュニティリーダーと保健局、NGOによる話し合いが2年間にわたって行われ、コミュニティの健康予防委員会の設立と資金管理、現物による前払いが実現した。＞</li> <li>・地元NGOによるラジオ放送で加入者を募集</li> </ul>
資金管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニティごとの健康予防委員会による資金管理</li> <li>・委員会委員はNGOによる資金管理、保健運営管理トレーニングを受講</li> <li>・保険金集金や給付に関する3か月ごとの報告書及び会計書提出</li> </ul>
スキームの運営	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険料は現物支払い：種芋と家族の一員による芋栽培労働の提供</li> <li>・保険料支払い免除者の選定はコミュニティ内で決定</li> </ul>
保障されるサービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・Tiwankuヘルスセンターと病院での医療ケア、加入1年後からLaPazにあるTorax病院も受診可能</li> <li>・ヘルスプロモーションや地域保健サービスについても保障</li> <li>・スキームのタイプは高頻度に起こるが低価格で保証可能な事象をカバーするType2保険にリファラルサービスを付加</li> </ul>
支援体制	政府による支援なし、地元NGOが運営に関するアドバイスとラジオでの広報を支援、同NGOが保証金を準備、資金不足時には補填

Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment

<http://www.dse.de/zg/learnbibl/insuranc/sum-12.htm> より筆者作成

事例 2	Vimo Self-Employed Women's Association (Vimo SEWA)
実施地域と区分	インド A グジャラート州
加入者	自発的に参加した貧困女性労働者とその家族 約3万人
設立	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1975年にSEWA銀行が実施したマイクロクレジットのローン返済遅延例の調査から、借り手の妊娠・出産に係る疾病及び死亡が主要な原因であることを見出す。SEWAは妊娠出産給付制度を構築し、妊娠6か月以上の妊婦の登録と、登録妊婦に対する妊産婦ケア、鉄剤や破傷風予防接種の提供を実施した。</li> <li>・成功を取めたこのスキームは州政府の出産給付制度に取りあげられ、農村部にも拡大するが、80年代後半には政府の資金不足のために低迷した。これを受けて、SEWAは1992年に民間の保険会社と提携して総合保険制度を発足させた。</li> </ul>
資金管理	民間の保険会社による資金管理
スキームの運営	保険料はパッケージごとに年額Rs.85, Rs.200, Rs.400 (2003)を支払うか、定期預金Rs.1000, Rs.2400, Rs.4800を預金しその利子で支払うかを選択できる。定期預金を選んだ場合には、出産給付金(下記カラム参照)が提供される。
保障されるサービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スキームのタイプは低頻度に起こるが高価格の保証が必要な事象をカバーするType1保険、すなわち、入院、家産保障、死亡、事故死が補償対象である。入院時の医療ケアや医療施設職員、医療スタッフに対する問題点について相談する窓口が設けられており、医療ケアの質が低かった場合には、入院費を回収できるシステムが整備されている。</li> <li>・定期預金の利子による保険料支払いを選択すると、出産給付、入れ歯、補聴器について決められた額の支給が受けられる。出産給付については、Rs.300の現金のほか妊産婦健診、鉄剤とビタミン剤の供与、合併症発症時の病院への搬送、妊娠中の栄養補給のための入手可能な素材による栄養情報提供が含まれる。</li> </ul>
支援体制	政府による支援なし、定期預金利用時の追加給付は、ドイツ政府開発援助(GTZ)の支援による。

Extending Maternity Protection to Women in the Informal Economy. The case of VimoSEWA, India

<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/reslib/publ.php?idpubl=27&lang=EN> より筆者作成

### 6-3 JICA 事業で活用する際の問題点・留意点

本アプローチに関連する事業評価報告や調査研究報告書の事例分析から JICA 事業で活用する際の問題点・留意点を4つに整理し、各留意点の詳細については表中にまとめた。

#### (1) コミュニティの理解とコミットメントを引き出す

留意点	詳細
ヘルスプロモーションと住民参加	緊急ケアが必要となる状態や兆候に関する情報の提供や、妊産婦の主體的な判断を促進・支援する環境の整備
コミュニティの自助努力が必要な分野	道路や交通手段などインフラ面での整備やコスト負担制度の構築には、コミュニティの自助努力や政治的コミットメントが不可欠である。対象地域のコミュニティがコミットメントを期待できる状況にない場合には、住民の行動変容アプローチとの共同実施が必要となる。

#### (2) 緊急産科ケア利用へのコストの影響に配慮する

留意点	詳細
対象住民の産科ケアにかかるコストを把握	妊産婦が実際に産科ケアを利用する際にかかるコストとして、受診・治療・リファラルにかかるコストや、妊産婦が家を離れることによって発生するコストが考えられる。これを利用者側が負担するか否かはその地域の制度によって決まるが、その内容によって住民の利用度は大きく影響を受けると考えられる。
緊急産科ケアコスト削減策やコスト負担制度の把握と協力	貧困層への医療費免除制度や医療保険制度など、対象地域やその周辺で行われている制度を把握し、プロジェクトに取り込むべきである。そのためには、対象地域や周辺で活動する地元 NGO や国際 NGO との連携が不可欠である。

#### (3) 産科ケア施設へのアクセスを阻害する要因を見出す

留意点	詳細
「お産を待つ家」を整備・運営する	緊急産科ケアが可能な産科ケア施設の近くに用意し、直ちに産科ケア施設にアクセスできない遠方に住むハイリスク妊産婦が出産前に入所し、緊急事態にはすぐにケアを受けられるようにする
逆リファラルやセルフ・リファラル予防のための活動が必要	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急産科ケア体制が円滑に機能するためには、適切な数の患者受け入れが重要である。特に包括的産科ケア施設において、患者受け入れ人数が能力を超えれば、結果としてそこでは適切な緊急産科ケアを提供できなくなる危険性がある。したがって、包括的産科ケア施設の混雑を予防・緩和するために以下の2つの手法をとるべきである。</li> <li>1つ目は病状が安定し、地域の医療施設などで対応可能な妊産婦を病院から1次医療施設に戻す逆リファラルである。2つめは、患者が基礎的産科ケア施設を経ずに大きな病院を直接受診するセルフ・リファラルに対しては、基礎的産科ケア施設からの紹介状持参を課す、紹介状がない場合にはコスト負担を課すといった予防策が効果的である。</li> </ul>
対象地域での緊急産科ケア施設の配置の把握と不足地域への介入	途上国の緊急産科ケア施設の配置基準は、国連プロセス指標によれば人口50万人当たり包括的産科ケア施設が1、基礎的産科ケア施設4であるが、実際には前者は基準を満たし、後者は満たしていないことが多い。対象地域の配置状況を把握し、基礎的産科ケア施設の未配置の地域への介入を優先すべきである。

## (4) ケアの質を重視する

留意点	詳細
施設の改善、機材の整備	施設(手術室など)の改善、麻酔や輸血用の機材を整備、医療用消耗品や医薬品を充実させる。
スタッフの緊急産科ケア技術の向上	対象施設に適応可能な技術の把握と、Competency based trainingなどを用いた実際的な研修を通じた技術の向上、さらに不必要な医療介入を廃止する。
政策、基準の整備	医師以外の医療スタッフによる帝王切開術などの包括的産科ケア施行の認可など、現実に応じた基準の整備によって、緊急産科ケアの質を向上させる。
人間的なケア	妊産婦が安心してケアを受けられるよう配慮した環境作りやケア提供者のコミュニケーションスキルの向上を目指す。
モニター、監査(Audit)	緊急産科ケアの内容や質のレビューと死亡事例の詳細な検証によって、緊急産科ケアの質の向上を目指すべきである。
施設内での連携強化	適切なレベルでケアを提供できるよう、医療サービスレベル間やケア提供者間のつながりを強化する

## 6-4 本アプローチ実施のためのリソース

## (1) 組織的・人的リソース

本アプローチを実施するうえで参考となり得る活動を実施している、もしくは情報が得られる組織として、コロンビア大学による Averting Maternal Death and Disability Program's、国際 NPO の Engender、コスト負担制度に詳しい ILO-STEP、WHO の Health Systems Performance があげられる。これら組織についての詳細な情報は付属資料 3. 参考組織リストを参照されたい。

## (2) 有用なツール

Quality Improvement for Emergency Obstetric Care: Leadership Manual and Tool book EmOC の質向上のためのサービス提供施設やスタッフが行うべき 4 つの段階をまとめたリーダーシップマニュアルと、産科ケア施設で EmOC を実施する際に使用するツールをまとめたツールブックがある。 <a href="http://www.engenderhealth.org/res/offc/mac/emoc/">http://www.engenderhealth.org/res/offc/mac/emoc/</a>
UNICEF/WHO/UNFPA Guidelines for Process Indicators 1997 年に発表されたガイドラインに基づき採択された国連プロセス指標と目標値が掲載されている。 <a href="http://www.amdd.hs.columbia.edu/docs/unguidelines.finalversion.pdf">http://www.amdd.hs.columbia.edu/docs/unguidelines.finalversion.pdf</a>
Emergency Obstetric Care: Quick Reference Guide for Frontline Providers 妊産婦により近いところで働くフロントラインの保健サービス提供者が、妊娠中や出産時のリスクをアセスメントするうえで必要な知識や質問方法などがまとめられている。 <a href="http://www.mnh.jhpiego.org/news/emoc.pdf">http://www.mnh.jhpiego.org/news/emoc.pdf</a>
Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment 公的な医療保険制度ではカバーされないインフォーマルセクターの労働者を対象とした医療保険に関する調査研究報告書。 <a href="http://www.dse.de/zg/lernbibl/insuranc/sum-12.htm">http://www.dse.de/zg/lernbibl/insuranc/sum-12.htm</a>

## 6-5 モニタリング・評価のための指標

本アプローチによるプロジェクトのモニタリング・評価指標として、3つの遅れに関する指標と国連プロセス指標を示した。

### 6-5-1 3つの遅れに関する指標

緊急産科ケア受診、産科ケア施設への到着、適切な産科ケアの提供の3つのレベルに分けて示した。

#### (1) 緊急産科ケア受診

第4章「4-5 モニタリング・評価のための指標」を参照。

#### (2) 産科ケア施設への到着

No.	指標	回答者	備考
		キーインフォ ーメント	
1	基礎的産科ケア施設までの道路が整備されているコミュニティの割合	○	交通手段に関らず、安全に施設まで到達できる道路
2	基礎的産科ケア施設までの交通手段が確保されているコミュニティの割合	○	公共、民間に関らず、安全かつ早く施設まで到達できる交通手段
3	基礎的産科ケア施設にリファーされた合併症発症妊産婦の居住コミュニティのばらつき	患者記録	リファーされたことのないコミュニティでは道路や交通手段の不備の可能性がある

#### (3) 適切な産科ケアの提供

No.	指標	回答者	データ元	備考
		医療スタッフ	観察	
<b>緊急産科ケアの機能</b>				
1	緊急産科ケアの受付が24時間可能である	○	○	
2	産科医が24時間駐在、または自宅待機している	○	○	
3	24時間電気の供給が可能である	○	○	発電機の設置など
4	24時間水の供給が可能である	○	○	
5	麻酔の設備が整っている	○	○	局所麻酔レベル
6	手術に必要な衛生的な環境が整っている	○	○	手術器具の滅菌、手術室の清掃状況等
7	輸血ストックや輸血のシステムが整っている	○	○	
8	必要な検査が24時間可能である	○	○	検査による判断が必要な場合があるため
<b>緊急産科ケアの質</b>				
2	帝王切開を受けた妊産婦のうち実際に帝王切開が必要だった妊産婦の割合	○	○	
3	出生数のうち帝王切開を受けて生まれた子供の割合	○	○	
4	緊急産科ケアを受けた合併症妊産婦のうち死亡した割合	○	○	
5	妊産婦死亡にいたったケースの過程の検証		○ 事例	
<b>緊急産科ケアの総合指標</b>				
	緊急産科ケアを受けた妊産婦のうち搬送の必要な合併症を持つ妊産婦の割合	○	○	

## 6-5-2 国連のプロセス指標

### (1) 指標

1997年、WHO・UNICEF・UNFPAのガイドラインに基づき、以下の6つのプロセス指標と目標値が採択された(下表参照)。これらの指標は、施設指標(1、2)では施設の普及度やアクセスを、受診指標(3、4)ではサービス利用度を、帝王切開率(5)では産科的処置の実施の適切性を、致命率(6)では産科ケアの質を捉えることを目指している。

指標	目標	意味
1 基本的緊急産科ケアが可能な施設 包括的緊急産科ケアが可能な施設	4施設/人口500,000 1施設/人口500,000	施設の普及度
2 上記の施設の地理的分布	アクセス可能な範囲	施設へのアクセス
3 緊急産科ケア施設における出産の割合	妊産婦の15%	サービスの利用度
4 合併症妊産婦の緊急産科ケア受診割合	100%	ニーズ
5 帝王切開率	5~15%	産科的処置の適正性
6 致命率(妊産婦死亡数)	1%以下	産科ケアの質

### (2) 国連のプロセス指標の問題点

しかし、国連のプロセス指標は、緊急産科ケア拡大という対策に特化した形で設定されているため、緊急産科ケアのモニタリングや評価には有用であるが、以下に示したような問題もある。

妊産婦死亡とプロセス指標の 相関性	<ul style="list-style-type: none"> <li>プロセス指標の改善が妊産婦死亡の低減につながるかどうかについて議論が分かれる。</li> <li>例えば、中南米では施設分娩率が高いが、それが妊産婦死亡の低減に貢献しているかは疑わしく、ドミニカのように施設分娩率、妊産婦死亡率がともに高いといった調査結果もある。</li> </ul>
産科ケア施設分娩率の目標値の 意義と現実性	<ul style="list-style-type: none"> <li>目標値を100%とするのは非現実的であるうえに、施設分娩が妊産婦死亡を低下させるとは限らないことが考慮されていない。</li> <li>20世紀初頭の欧米では助産婦による自宅分娩の増加により妊産婦死亡が半減したという歴史的事実がある。</li> </ul>
妊産婦が持つ合併症の定義の 不明確さ	<ul style="list-style-type: none"> <li>妊産婦が発症する可能性のある合併症の定義が曖昧-分娩障害・遷延分娩のように重症度の幅が広い合併症の場合、産科介入が必要でないものも含まれる可能性がある</li> </ul>
合併症発症率15%の一律設定	<ul style="list-style-type: none"> <li>国連の合併症発症率15%という定義は現実より高く、全世界一律である点も疑問である。</li> <li>実際の合併症発生率は様々である: 6~8%(西アフリカ)、27%(バングラデシュ)、40%(スウェーデン)</li> </ul>
指標が出産時だけに特化している ことを認識して使用する必要がある	妊産婦死亡と大きくかわる中絶(流産)や子宮外妊娠については緊急産科ケア・サービスの恩恵を受けない
包括的な指標になり得ないことを 認識して使用する必要がある	妊産婦死亡以外の包括的な妊産婦ケア、母性の健康状態の評価を目的とした指標という意味では不十分である。

このように国連の定めるプロセス指標には様々な問題点が指摘されているとはいえ、本指標設定から7年を経て実際に国レベルの保健情報システムの中で利用されているのは、いまだマラウイなど限られた国だけであることから、本指標の有用性を決めるには時期尚早ともいえる。今後これらのプロセス指標が多くの途上国で利用されることにより緊急産科ケアの現実をどの程度示せるのかが明らかになるもの

と考えられる。その意味で、本アプローチ実施のリソースとしてあげた米国コロンビア大学による安全な妊娠・出産ケアプログラム(Averling Maternal Death and Disability : AMDD)が、妊産婦ケア・プログラムを実施している10数カ国を対象に実施したプロセス指標に基づいた実態調査が最終的にどのような結論を出すのかが注目される。

## 第7章 出産の質の向上アプローチ

### 7-1 アプローチの解説

#### 7-1-1 本アプローチの重要性

本アプローチの重要性
<ul style="list-style-type: none"> <li>・世界各国において医療化と施設化のみが産科ケアの主眼となったために「安全なお産」が過剰に追求された結果、妊産婦をとりまく周産期医療は、不必要な医療介入の多用など近代化に重点が置かれ、出産に対する伝統的な価値観などが軽視されてきた。そこで、安全性を確保しつつ妊産婦ケアの質の向上を目指した「安全で人間らしい良いお産」の重要性が指摘されている。</li> <li>・この目標のためには、助産者が根拠に基づく自然分娩の助産や、産婦中心の温かいケアなどを実践することが求められる。これにより、過剰な医療化を是正し妊産婦ケアの質を向上することができると考えられる。また、この取り組みは産婦と赤ちゃんの持つ力をより生かすという点で、人間の安全保障で注目される潜在能力の開発でもある。</li> </ul>

#### 7-1-2 本アプローチの活動方法

##### (1) 妊産婦ケアの流れのなかでの本アプローチの位置づけ

女性が妊娠・出産を経験するプロセスで必要なケアの流れのうち、出産の質の向上アプローチにおけるケアの内容について図7-1に示した。

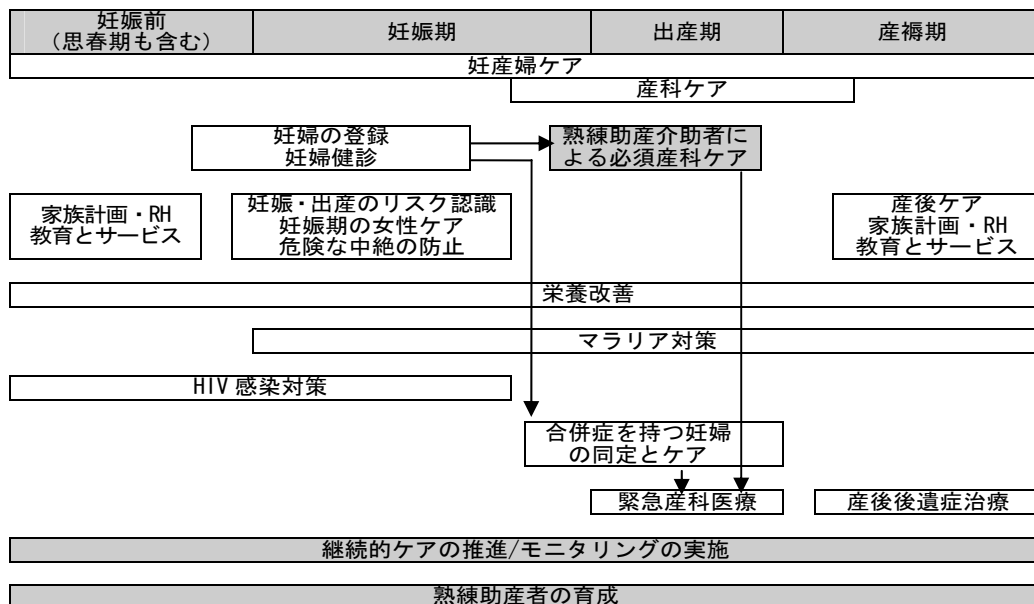


図7-1 妊産婦ケアにおける出産の質の向上アプローチのケアの内容

## (2) 本アプローチの具体的な活動

出産の質の向上アプローチの中で、目指すべき成果とその成果に至るための活動内容、さらに活動の実施者や対象者となり得る主な関係者を表7-1に示した。

表7-1 出産の質の向上アプローチにおける成果と具体的な活動内容

主体*	成果と活動	主な関係者
個人(サービス提供者の育成)	<b>成果(1)熟練助産者に対し産婦中心の出産理念に基づいた教育と育成が行われる</b>	
	出産の質に関する調査 ・熟練助産者の介入方法、科学的根拠に基づかない不必要な医療介入の実施率など ・出産の直接観察、産婦や妊婦など女性の声を聞く ・産婦への継続的なケアの有無	相手国政府・地方政府保健省、医療スタッフ(助産師、産科医・一般医・看護師)
	熟練助産者の産婦中心の出産理念に基づいた育成 ・科学的根拠に基づいた助産概念の教育 ・安全な妊娠・出産ケア(Safe Motherhood)の概念による産婦の人権の認識 ・産婦中心の温かいケア概念及びケア技術の教育	
	助産技術の実践トレーニングとスーパーバイズ	
産科ケア施設運営能力強化研修とスーパーバイズ		
組織(施設の整備)	<b>成果(2)産婦中心の産科ケア施設が整備され産科ケアが提供される</b>	
	産婦が安心して過ごせる陣痛室の整備 陣痛室でのパートナー、家族の付き添いの許可 分娩へのパートナー、家族の立会いの許可 科学的根拠に基づかない不必要な医療介入の廃止	地方政府保健省、医療スタッフ(助産師、産科医・一般医・看護師、以下同様)
制度(外部環境整備)	<b>成果(3)不必要な医療介入の調査と調査結果の広報、政策への導入が行われる</b>	
	熟練助産者の数、配置、技能に関する規定の見直しと改定 母子保健政策への科学的根拠に基づく出産ケア概念の導入 母子保健政策への人権アプローチの導入 女性を対象とした政策の策定、見直しと改定(教育、女性の社会的地位、農村地域の開発など) 助産ガイドラインとサービス提供基準の作成、見直しと改定	中央保健省、関係省庁、地方保健省、会計部局

\*主体とは妊産婦ケアに係る個人、組織、制度及び社会の3層の能力(キャパシティ)を担う存在をいう。詳細は第9章「9-3 キャパシティ・ディベロップメントと妊産婦ケア」を参照されたい。

## (3) 本アプローチの介入ポイント

妊産婦ケアに関するステークホルダーのうち、(2)で示した本アプローチの具体的な活動を実践する対象を図7-2にアミがけで示した。ステークホルダーに付与した番号は、アプローチの成果ごとの番号を表している。例えば、「(1)熟練助産者に対し産婦中心の出産理念に基づいた教育と育成が行われる」という成果は、「(1)医療スタッフ」が介入対象となり、「(3)不必要な医療介入の調査と調査結果の広報、政策への導入が行われる」という成果は(3)行政組織が介入の対象となる。



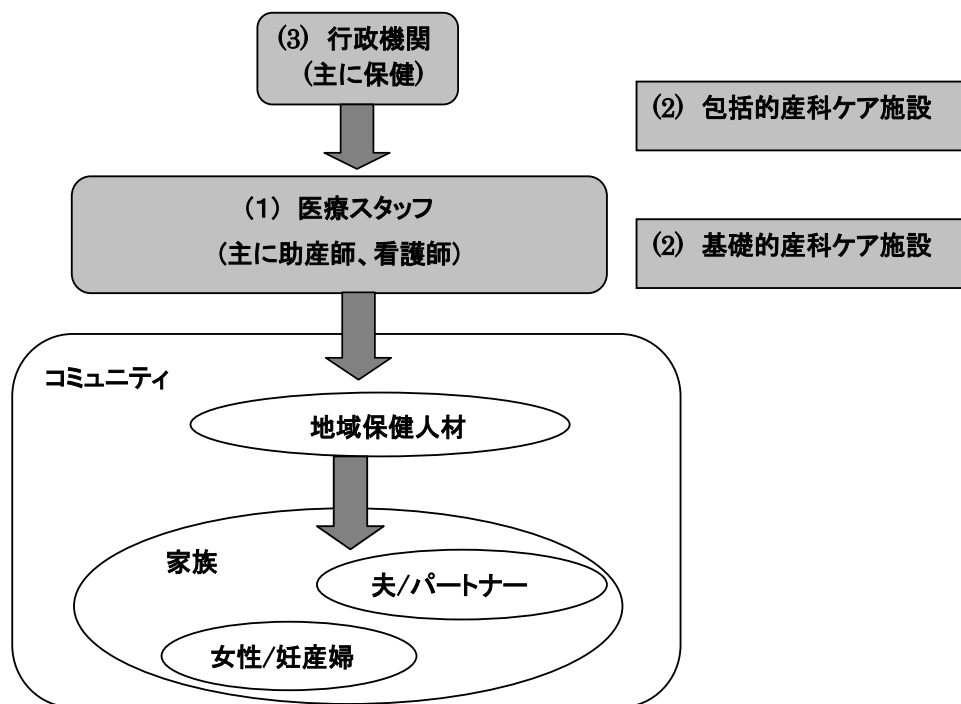


図7-2 出産の質の向上アプローチの活動介入ポイント

### 7-1-3 本アプローチの現状と課題

本アプローチに関連する事業評価報告や調査研究報告書からその現状と課題をまとめた。

現状と課題
<ul style="list-style-type: none"> <li>・科学的根拠に基づかない過剰な医療的介入として、WHOは剃毛や出産前の浣腸、会陰切開を慣例的に行うこと、陣痛の誘発、鎮痛剤及び麻酔薬の慣例的な使用、早期の人工破膜、帝王切開や輸血の多用をあげている。</li> <li>・開発途上国 79 カ国を対象にした調査は、各国社会における女性の地位の高さによって妊産婦死亡の予測ができることを示しており、社会における女性の地位の低さが妊産婦健康阻害の一因といえる。</li> <li>・Safe Motherhood への人権アプローチでは、女性が包括的なりプロダクティブヘルスケア(家族計画・教育・栄養・基本的な保健サービスなど)を受ける権利を享受することを強調している。</li> <li>・妊産婦死亡の低減に取り組む人権アプローチは、戦略的にヘルスケアシステム内のパワーダイナミクスに焦点を当てることでもある。</li> <li>・女性の人権にかかわる問題に対しては、縦横様々な側面から包括的な取り組みが必要とされる。縦断的には、国際協力や政治、司法、政策といったマクロレベルから、保健システム、ケアの現場、コミュニティ、家族、個人というマイクロレベルまで、横断的には、医療技術やサービス、保健セクターを越えた教育や福祉分野までを視野に入れる必要がある。</li> <li>・途上国において、WHOがあげる科学的根拠に基づかない過剰な医療的介入のなかで、帝王切開術と輸血の多様が産婦の健康に与える影響が問題となっている。</li> <li>・WHOの定める基準では理想的な帝王切開率の範囲は、5%以上15%以下としている。</li> <li>・実際の途上国における帝王切開率には大きなばらつきがあり、高い帝王切開率で有名な中南米では、約3分の2の国が15%を超えている。最近ではアジアでも帝王切開率の上昇がみられ、特に経済発展が進んでいるタイや中国の都市部における上昇が顕著である。</li> <li>・帝王切開と同様、輸血が必要な場合でも施設の不備や輸血用血液の不足などにより実施できない現実がある一方で、過剰な輸血実施も問題となる。例えば、ナイジェリア・ラゴス大学病院における妊娠・分娩時の輸血施行率は12%であったが、個々の症例の検討によって、そのうち20%が不必要であったと判定された。</li> </ul>

## 7-2 成功事例の分析

本アプローチに関連する事業評価報告や調査研究報告書から成功事例を紹介する。

ブラジル国 家族計画・母子保健プロジェクト	
実施機関	国際協力機構 期間:1996-2001
対象地域	ブラジル国 セアラ州
カウンターパート	ブラジル保健省、セアラ州保健局
対象レベル	パイロット地区ならびにセアラ州基幹病院の出産関連施設の医師、看護師、準看護師など母子保健従事者
主な活動と本アプローチの位置づけ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人間的な出産と出生を中心概念とする、母子保健従事者のトレーニング、指導者の育成、政策提言</li> <li>・対象レベル施設の整備・改善のため、LDRシステムの構築・導入。「お産を待つ家」の建設と運営管理への助言</li> <li>・「人間的な出生と出産に関する国際会議(2000年)」の開催を含むプロジェクト活動の広報</li> <li>・対象地域住民に対する健康教育活動の推進、コンドーム使用促進プログラムの実施</li> </ul>
本アプローチにおけるインパクト	施設分娩が進むがゆえに過度な医療介入による問題を抱えるブラジルにおいて、「医療介入を前提とする母性保健医療サービス」から「人間中心の母性保健サービス」への変革を担う熟練助産者を育成した。
本アプローチ成功要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「医療中心」の妊産婦ケアを「妊産婦中心」の視点で問い直すトレーニングを実施し、これを通じて参加医療従事者が個人の内的な変化を促すことを重視するアプローチをとった。</li> <li>・日本の助産師、特に開業助産師の「妊産婦中心」の助産を経験することで内的な変化が起こった。</li> </ul>

## 7-3 JICA 事業で活用する際の問題点・留意点

本アプローチに関連する事業評価報告や調査研究報告書の事例分析から JICA 事業で活用する際の問題点・留意点を4つに整理し、各留意点の詳細について表中にまとめた。

### (1) 「出産の質の向上」という概念を理解してもらう

留意点	詳細
助産者は誰か	対象国・地域ではどのような職種が助産を行っているのかをまず把握する。産婦のケアをする職種すらない(ブラジル)など、国によって出産ケアと専門職との関係は大きく異なる。
近代医療との協働の必要性を理解してもらう	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出産の質向上を近代医療の否定と捉えて安全性と拮抗した概念として拒否反応を示す医療専門職は対象国だけでなく、日本国内にもいる。実際には近代医療との協働が必要であることが理解されるよう、話し合いを重ねることが望ましい。</li> <li>・出産の質の向上を理解し実践できる人材を育てることが、投入された近代医療設備の機能を高めることにつながる。</li> </ul>

## (2) 過剰な医療介入を防止する

WHO があげる科学的根拠に基づかない過剰な医療的介入のうち、産婦の健康に特に悪影響を及ぼすとされる帝王切開と輸血について留意点をあげた。

留意点	詳細
帝王切開率を把握する	WHO の定める基準によれば、標準的な帝王切開率とは、5%以上 15%以下となっており、これを超える帝王切開率を示す産科ケア施設については過剰な医療介入が行われている可能性が示唆される。
不必要な輸血を防止する	輸血を要する事態を正確に判断することは難しいが、HIV 感染率が高いにもかかわらず検査の実施が十分でない地域では、輸血によってHIVや肝炎ウイルスなどに感染する危険もあるため、不必要な輸血は厳禁とすべきである。

## (3) 妊産婦ケアへの人間中心概念の導入

留意点	詳細
妊娠中から産後にかけての継続的なケアを実施する	妊娠、出産、産褥期を通して、一人の妊産婦のケアを同じ助産師が継続して行うことで、医療スタッフが妊産婦と深くコミュニケーションが取れるようになり、信頼関係が築きやすくなる。さらに、深いかかわりと信頼関係のなかから、妊娠・出産・産褥期を通じて妊産婦が直面する様々な身体的・精神的問題点も明確に見えてくる。
分娩陣痛間の継続的サポートを実施する	実際の産科ケアにおいては、時間に追われた医療介入となることが多く、妊産婦自身の意思を尊重し、寄り添うケアが提供されているとはいえないが、たとえ分娩期に限ったとしても、継続的なサポートは重要である。

## (4) 対象国における人権配慮

留意点	詳細
女性の健康に悪影響を与える慣習に配慮する	女性に対する暴力や、早婚、女性性器切除 FGM といった、女性の健康に悪影響を与えるような可能性のある慣習を根絶するよう働きかける。
安全な妊娠・出産ケアに関する政策への女性の人権配慮	人工妊娠中絶など、女性が必要とするヘルスケアの享受を禁止するような法律を廃止する
妊産婦ケアの現場における女性の人権配慮	妊産婦ケアサービスへアクセスするための配偶者の同意の義務付けなど、公的ヘルスケア施設での差別的行為を廃止する
女性と男性での情報の非対称性に配慮する	女性は男性に比べて、外部との接触が少ない傾向があり、家族計画に関するサービスやヘルスケアサービス情報へのアクセスが男性に比べて低い。

## 7-4 本アプローチ実施のためのリソース

### (1) 組織的・人的リソース

本アプローチを実施するうえで参考となり得る活動を実施している、もしくは情報が得られる組織として、国内では日本助産師会、日本助産学会、全国助産師教育協議会、Human Birth Park、国外ではWHO-Safe Motherhood やメキシコのNPOであるGrupo TICIME A.C.があげられる。これら組織についての詳細な情報は、付属資料3. 参考組織リストを参照されたい。

### (2) 有用なツール

本アプローチを実施する上で有用なツールを以下にあげた。

Care in normal birth: A practical guide(1997) Report of a technical working group, WHO  
 正常な出産時のルーティン・ケアに関する一般的なガイドライン。国際的な専門家グループにより出産の生理的経過を制御・管理する様々な手法が先進国、途上国双方において行われている実態を受けて、その科学的根拠について検討した。その結果、効果的で安全な「科学的根拠に基づいた」59の手法や考えを見出し、本報告書にまとめた。  
[http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM\\_96\\_24/MSM\\_96\\_24\\_table\\_of\\_contents.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html)  
 日本語翻訳版「WHOの59カ条お産のケア実践ガイド」戸田律子訳

A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth, 3<sup>rd</sup> Edition  
 現在実施されている出産ケアの利点、不利益点双方を検討、分析のうえで、科学的根拠に基づいた出産ケアに関してまとめられた。  
 M. Enkin, M. Keirse, M. Renfrew & J. Neilson, (2000), Oxford Medical Publications

## 7-5 モニタリング・評価のための指標

本アプローチによるプロジェクトのモニタリング・評価指標を、産科ケアにおける指標と社会文化的要因における指標の2つに分けて示した。

### (1) 産科ケア

No.	指標	回答者/データ収集先			備考
		熟練助産者	妊産婦	観察	
医療化					
1	産科ケアを受けた産婦の満足度	N/A	○	N/A	
2	出産の質の向上トレーニングを受けた医療サービス人材のうち、産科ケア提供に対する満足度	○	N/A	N/A	
3	帝王切開を受けた産婦の割合	○	○	N/A	WHOによれば5-15%が適切な範囲内
4	会陰切開を受けた産婦の割合	○	○	N/A	
5	分娩時の体位を自由に選べた産婦の割合	N/A	○	N/A	
6	輸血を受けた妊産婦の症例検討	○	○	○	
7	分娩後に継続ケアを受けていた妊婦の割合	○	○	N/A	妊娠初期から出産、産後までの一貫したケア
8	妊産婦が分娩期に一人にされていた時間の割合	N/A	○	○	分娩期に助産師だけでなく家族や地域保健人材がともにいることで精神的なケアを行うことが望ましい
9	妊産婦死亡にいたったケースの監査	○	N/A	N/A	
10	妊産婦死亡にいたったケースの過程	○	N/A	N/A	

Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health( <http://www.mnh.jp/ieo.org/resources/BPCRtoolkit.pdf>)を参考に作成

## (2) 社会文化的要因

No.	指 標	回答者	備 考
		女性/家族	
女性の人権への配慮			
11	安全な妊娠・出産ケアに関する政策が女性の人権に配慮されているか	政策の検討	
11	産科ケア施設で女性の意思が尊重されているか	○、観察も	
12	家族計画・避妊サービスについて把握している女性の割合(男性と比較)	○、男性も	

Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health( <http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf>)を参考に作成

## 第8章 危険な中絶の予防と中絶後ケアアプローチ

### 8-1 アプローチの解説

#### 8-1-1 本アプローチの重要性

本アプローチの重要性
<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工妊娠中絶が違法とされている国や地域では、闇中絶が行われており、その結果、感染症、痛み、不妊など女性の健康を脅かし、また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、中絶の予防とその後のケアの必要性が指摘されている。</li> <li>・中絶に起因する死亡を防止するためには、すべての人に対する質の高い家族計画サービスの提供や計画的な妊娠・出産に対する知識の普及による望まない妊娠の回避や、医療従事者に対する適切な中絶術の教育による正しい技術に基づいた中絶術の適切な時期における実施が重要である。</li> <li>・また、女性が出産できない状況にある場合に、適切な医療技術に基づいた中絶術やケアを利用できるようにするためには、女性が安心して中絶術を受けられる社会環境の整備が必要である。そのために政治家、宗教的指導者、医療関係者などに対して、「中絶禁止法の撤廃」にとどまらない適正な中絶の容認を求めるアドボカシーを行う必要がある。</li> <li>・さらに中絶後のカウンセリング、教育、家族計画のサービス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。</li> </ul>

#### 8-1-2 本アプローチの活動方法

##### (1) 妊産婦ケアの流れのなかでの本アプローチの位置づけ

女性が妊娠・出産を経験するプロセスで必要なケアの流れのうち、危険な中絶の予防と中絶後ケアアプローチにおけるケアの内容について図8-1に示した。

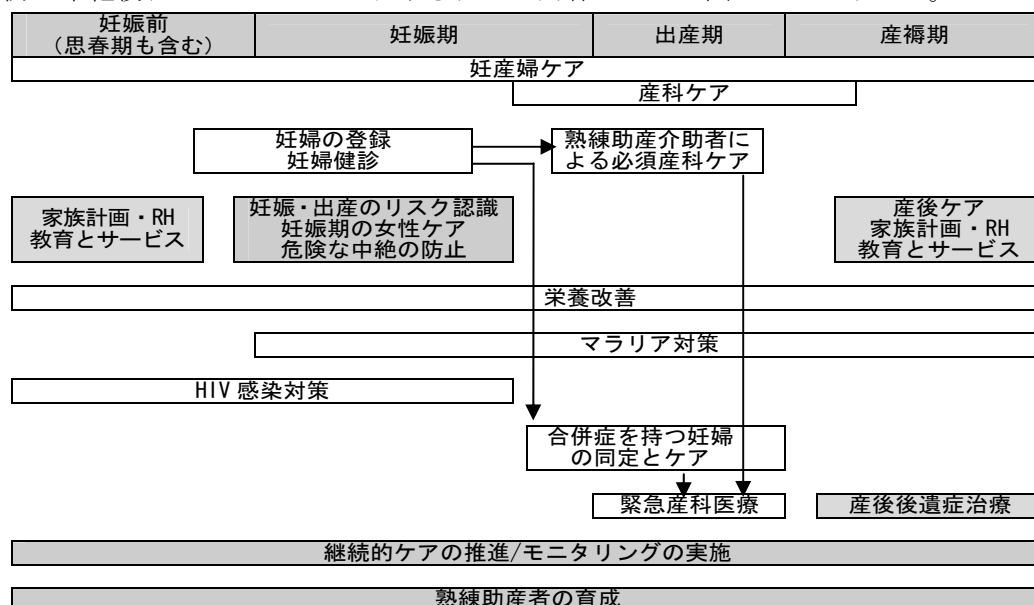


図8-1 妊産婦ケアにおける危険な中絶の予防と中絶後ケアアプローチのケアの内容

(2) 本アプローチの具体的な活動

危険な中絶の予防と中絶後ケアアプローチの中で、目指すべき成果とその成果に至るための活動内容、さらに活動の実施者や対象者となりうる主な関係者を表8-1に示した。

表8-1 危険な中絶の予防と中絶後ケアアプローチにおける成果と具体的な活動内容

主体*	成果と活動	主な関係者
個人(受益者の育成)	<b>成果(1)住民のリプロダクティブ・ヘルスや妊娠・中絶に関する意識が向上し行動に反映される(4章も参照のこと)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニティにおける中絶方法の調査を基にした適切な中絶方法導入法の検討</li> <li>・コミュニティ、家族、女性への質の高い家族計画サービスの提供</li> <li>・計画的な妊娠・出産に対する知識の普及</li> <li>・中絶後のカウンセリング、教育、家族計画のサービス提供</li> <li>・中絶に関する女性の意思決定を促す教育活動</li> <li>・女性の意思決定を支援する社会環境創出のための教育活動</li> <li>・コミュニティによる中絶費用、リファラル費用の支援システムづくり</li> <li>・危険な中絶のリスクや、中絶に関する法律の周知徹底</li> </ul>	コミュニティ住民、地域保健人材、NGO
個人(提供者育成)	<b>成果(2)危険な中絶予防とケアを提供できる熟練助産者が育成され活用される</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療従事者に対する適切な中絶術の教育</li> <li>・医療従事者に対する危険な中絶術の存在や、中絶による健康への影響に関する教育</li> <li>・適切な中絶技術の習得</li> </ul>	医療スタッフ(主に助産師、ほか産科医・一般医・看護師)
	適切な中絶術の実践トレーニングとスーパーバイズ	
	産科ケア施設運営能力強化研修とスーパーバイズ	
<b>成果(3)基礎的産科ケア施設や熟練助産者と地域保健人材との連携が構築される</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域保健人材の役割を政府の保健システムと住民をつなぐ人材と位置づけコミュニティの理解を促進</li> <li>・トレーニング後の妊産婦ケアに関する活動記録の整備とモニタリング・評価</li> <li>・地域保健人材による活動記録の整備と評価、定期的なスーパーバイズ</li> <li>・地域保健人材がリファラルを勧めやすい質の高い保健施設の整備</li> </ul>	基礎的産科ケア施設の医療スタッフと職員、地域保健人材	
組織	<b>成果(4)基礎的産科ケア施設において適切な中絶手術及び避妊手術が実施される</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・適切な中絶手術に必要な機材や医療用消耗品の整備と運用</li> <li>・適切な避妊手術に必要な機材や医療用消耗品の整備と運用</li> </ul>	基礎的産科ケア施設医療スタッフと職員
制度(政策制度)	<b>成果(5)政治的、宗教的指導者や医療関係者が中絶に関して適切な認識を持つ</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(中絶を含む)流産に起因する合併症に対する治療の状況把握</li> <li>・望まない妊娠や流産を繰り返さないための家族計画カウンセリングサービスの実施状況把握</li> <li>・性感染症治療等、他のリプロダクティブヘルスサービスとのリンク</li> </ul>	中央/地方政府保健省、NGO、医療スタッフ、地域保健人材
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・適正な中絶の容認を求める政策提言</li> <li>・危険な中絶のリスクや、中絶に関する法律の周知徹底</li> </ul>	中央政府 政治関係者、宗教関係者

### (3) 本アプローチの介入ポイント

妊産婦ケアに関するステークホルダーのうち、(2)で示した本アプローチの具体的な活動を実践する対象を図8-2にアミがけで示した。ステークホルダーに付与した番号は、アプローチの成果ごとの番号を表している。例えば、「(4)基礎的産科ケア施設において適切な中絶手術及び避妊手術が実施される」という成果は、「(4)基礎的産科ケア施設」が介入対象となる。

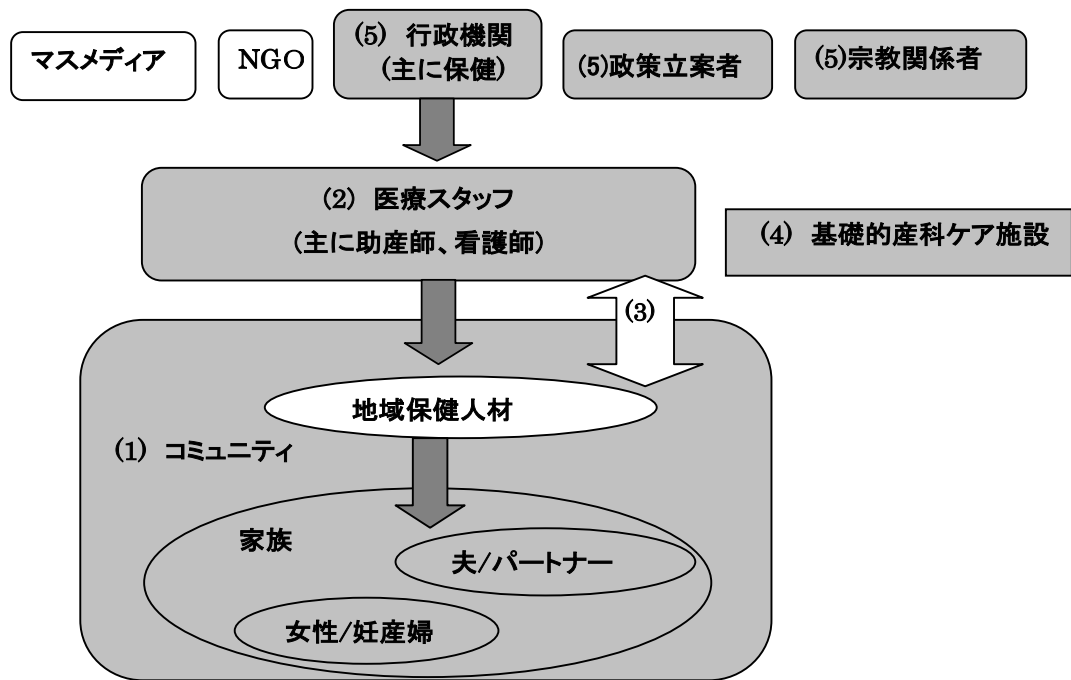


図8-2 危険な中絶の予防と中絶後ケアアプローチの活動介入ポイント

### 8-1-3 本アプローチの現状と課題

本アプローチに関連する事業評価報告や調査研究報告書からその現状と課題をまとめた。

現状と課題
<p>(1) コミュニティ、女性、家族</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>危険な中絶術は毎年1900万件が行われているが、その95%は途上国の女性によるものである(WHO)。</li> <li>望まない妊娠などに対して中絶術が実施されるが、受療の遅れや、不適切で不衛生な中絶術により、死亡することがある。その数は妊娠に関連する死亡の13%を占めると推定されている(UNFPA)。</li> <li>世界の10の妊娠のうち1は危険な中絶に終わり、7人の出生に対し1の危険な中絶が起きている(WHO)。</li> <li>多くのアフリカの国々では中絶を受けた女性の59%が15~24歳であった(WHO/HRP)。</li> <li>危険な人工中絶の方法としては、編み棒やワイヤーを子宮に入れて内容物を掻きだす、毒物や害のある物質(ハーブ、漂白剤、髪染め)を飲む、一般大衆薬の高用量服薬、毒物や腐食剤の経膣投与などがある。</li> <li>少なくとも3億5000万人のカップルが近代的な避妊手段にアクセスできていない(UNFPA)。</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年8から30万件の妊娠が不適切な家族計画方法や、その方法自体の間違いによって避妊法を失敗した結果起こっている。</li> <li>・世界の女性や少女の20～50%が性的暴力、性行為の強要やレイプを受けた経験がある。</li> <li>・中絶の理由は様々である。未婚、パートナーとの離別、若齢、パートナーが一定していない、子供の数が多すぎる、貧困である、そして母体の健康を守るなど。</li> </ul>
<p>(2) 医療スタッフ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・政策的には中絶が認められている多くの途上国で保健施設の医者や看護師は適切な中絶術を実施していない。それは彼らが法律について知らなかったり、知っている中絶の介助をしたくないためである。</li> <li>・ザンビアでは中絶による合併症を治療した女性の78%が家族計画に関する情報を望み、44%が避妊具を望んだ。にもかかわらず家族計画について教えられた女性は33%、避妊法にいたっては誰にも提供されなかった(IPAS)。</li> </ul>
<p>(3) 基本的産科ケア施設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・危険な中絶により合併症を発症した女性に対して、十分な医療が提供できる状態にある保健施設は少ない。治療方法に関するトレーニングも器具もマニュアルすらなく、医療サービス提供者の態度も悪いうえ、救急センターはいつも混んでいるため、女性が望む治療が遅れ気味になることが多い。</li> <li>・望まない妊娠に関しては、家族計画や避妊サービスの強化が対策としてあげられる。また、医療技術に関しては中絶術に関する適切な技術の徹底や機材の整備が必要であり、中絶にかかわるケアの質を向上させるためのトレーニングを実施する国や国際協力機関も少なくない。</li> </ul>
<p>(4) 行政組織</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・先進国のほとんどと131カ国の途上国は、経済的、社会的理由や母体保護の観点から、中絶を合法的に認めている。母体保護における健康リスクの定義は国により様々である(WHO)。</li> <li>・1994年の国際人口と開発会議において、危険な中絶は公衆衛生上の主要な問題であることが世界中の政府により認識された。</li> </ul>

## 8-2 成功事例の分析から得られた成功要因

本アプローチに関連する事業評価報告や調査研究報告書から成功事例を選び、その分析から成功要因を以下の3つに整理した。各成功要因の具体的な事例は表中に簡単にまとめたが、詳細については付属資料1. 妊産婦ケア案件参考事例の(国名)部分を参照されたい。

### (1) 中絶をめぐるステークホルダーの巻き込み

成功要因	事例
助産師による中絶術提供を承認	助産師による中絶術についての教育を女性のみならず、家族やコミュニティリーダー、政治家、宗教関係者にも行い、その提供を承認させた。リプロダクティブヘルス政策や制度が、中絶術提供を支持していることを知らしめることが肝要であった。(ガーナ)
県病院の医療スタッフと地域の助産師の連携	県病院の医療スタッフと地域の保健センターに勤める助産師双方を集めて、中絶の実態、適切な中絶術、中絶後のカウンセリングに関するトレーニングを実施した。これにより、双方のスタッフの連携が構築され、中絶後の合併症発症時のリファラルが容易になった。(エジプト)

### (2) 女性と中絶ケア提供者の関係性構築

成功要因	事例
医療スタッフのカウンセリング能力の向上	助産師による中絶術についての教育を女性のみならず、家族やコミュニティリーダー、政治家、宗教関係者にも行い、その提供を承認させた。リプロダクティブヘルス政策や制度が、この提供を支援していることを知らしめることが肝要であった。(ガーナ)

カウンセラーの設置	女性から見ればカウンセリングは中絶サービスの質を決める重要な因子である。そのため病院内に専門のカウンセラーをおき、中絶に関する教育トレーニングや監査に医師とともにカウンセラーも参加させた。(ボリビア A)
-----------	--

### (3) 適切な中絶術の質の向上

成功要因	事 例
MVA のプロトコールを整備	子宮内容物吸引手法 (Manual Vacuum Aspiration: MVA) のプロトコールを作成、助産師トレーニング時に配布した。さらに施設での実地指導とスーパーバイズにより、助産師をはじめとした地域の産科ケア施設の医療スタッフが適切な中絶を実施できるようになった。(エジプト)
費用対効果の高い中絶方法ガイドライン作成	費用対効果の高い中絶サービス提供のために、医療スタッフへの MVA トレーニングのみならず、手術室の 24 時間対応などの施設運営努力により、中絶時の待ち時間を減少させ、より少ない費用で中絶術が受けられるようにした。(メキシコ)
公民両方の助産師へのトレーニング	公的医療施設のみならず、民間の医療施設の看護師や助産師に、中絶の実態、適切な中絶術、中絶後のカウンセリングに関するトレーニングを実施した。これにより、幅広い層へのサービス提供が可能となった。(ケニア A)

## 8-3 JICA 事業で活用する際の問題点・留意点

本アプローチに関連する事業評価報告や調査研究報告書の事例分析から JICA 事業で活用する際の問題点・留意点を 2 つに整理し、各留意点の詳細については表中にまとめた。

### (1) 家族計画や避妊法の普及が中絶予防の鍵である

留意点	詳 細
中絶後ケアが次の中絶予防のベストタイミング	危険な中絶の問題点について認識している時点での教育は効果が高い。したがって、中絶合併症発症患者やその家族に対し、望まない妊娠を予防するための家族計画について情報提供し、具体的な避妊方法を教授、避妊具を配布するべきである。
家族計画の重要性を再認識すべき	中絶予防には家族計画や避妊具へのアクセス改善がもっとも有効とされている。
費用対効果の観点からも中絶予防は効果的	中絶に起因する合併症治療には、しばしば数日の入院を要し、輸血や抗生物質、鎮痛薬やその他の薬を必要とすることからコストがかかる。

### (2) 中絶に対する正確な認識を促す

留意点	詳 細
対象国において中絶が合法か違法かを確認する	事業立案前に相手国の中絶の法的位置づけを把握し、合法であれば安全な中絶術の提供に向けた改善を図る。一方、違法であれば、闇中絶の実態を把握する努力を重ねる必要がある。
医療施設のスタッフの中絶に対する意識改革を優先	中絶の法的位置づけや、危険な中絶が女性の健康にどれほどの影響を与えているのかを正確に認識させるところから始めるべきである。
政策や制度の変更を末端に波及させる	経済的、社会的理由や母体保護の観点から中絶を合法的に認めている国においても、その政策がコミュニティ、宗教指導者に認識されていないことが多い。社会における中絶に対する意識や文化的背景から生まれる現実を把握したうえで、安全な中絶についての広報を行うべきである。

## 8-4 本アプローチ実施のためのリソース

### (1) 組織的・人的リソース

本アプローチを実施するうえで参考となり得る活動を実施している、もしくは情報が得られる組織として、国内では財団法人ジョイセフ、社団法人日本家族計画協会、国外ではWHOのPrevention of Unsafe Abortion、Safe Motherhood Inter-Agency Group (IAG)、国際保健NPOのIPAS、International Planned Parenthood Federation (IPPF)、Marie Stopes International (MSI)があげられる。これら組織についての詳細な情報は付属資料3. 参考組織リストを参照されたい。

IPAS、IPPFなどUSAIDの支援を受けて途上国で危険な中絶予防のための活動を実施してきたNGOは、米国のブッシュ政権による中絶関連支援からの撤退によりその活動に支障が出始めている。日本は宗教的・文化的背景からも本アプローチを実施しやすい立場にあることから、USAIDに替わる支援者として期待されているものと考えられる。

### (2) 有用なツール

本アプローチを実施するうえで有用なツールを以下にあげた。

<p>Abortion in the Developing World, Edited by A. Mundigo and C Indriso, 1998 UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproductionによる調査研究報告書。途上国において、家族計画サービスが利用可能でも、女性が中絶を選ぶ理由や、中絶と避妊や中絶ケアとの関係や、思春期の性と中絶、さらに政策と中絶の関係について調査している。 Published for WHO by Zed Books, London and Vistar Publications, New Delhi <a href="http://www.who.int/reproductive-health/publications/Abstracts/abortion.html">http://www.who.int/reproductive-health/publications/Abstracts/abortion.html</a></p>
<p>Unsafe abortion; Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000 4<sup>th</sup> Edition 途上国における危険な中絶の実態や、女性の健康に与える影響や保健サービスに対するインパクトについてまとめられた報告書。 <a href="http://www.who.int/reproductive-health/publications/unsafe_abortion_estimates_04/estimates.pdf">http://www.who.int/reproductive-health/publications/unsafe_abortion_estimates_04/estimates.pdf</a></p>
<p>Safe Abortion; Technical and Policy Guidance for Health Systems, 2003 1999年の国連特別会議において危険な中絶を公衆衛生上の問題と捉えることが改めて討議され、各国政府は中絶が違法である環境を改め、適切な中絶術を提供できる保健サービス提供者の訓練を公的保健システムの中で行うことに同意した。これを受け、医療や社会科学、法律、民族、情報サービス、保健政策などの専門家からの意見を集約して作成された適切な中絶術を提供するための手引書。 <a href="http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/Safe_Abortion.pdf">http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/Safe_Abortion.pdf</a></p>

## 8-5 モニタリング評価のための指標

本アプローチによるプロジェクトのモニタリング評価指標を、介入対象ごとに国、個人、家族、コミュニティ、地域保健人材の5つのレベルに分けて示した。

### (1) 国レベル

No.	指標	データ元	
		病院の記録	人口統計
1	出生100件当たりの危険な中絶の数(危険な中絶率)	○	○
2	15歳から49歳までの女性1,000人当たりの危険な中絶の割合(危険な中絶割合)	○	○
3	出生10万件のうち、危険な中絶が原因で亡くなる女性の数(危険な中絶による死亡率)	○	○
4	危険な中絶100件のうち、死亡にいたった数(危険な中絶による致命率)	○	○

注:算出法はUnsafe abortion; Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, p24 参照。なお、中絶が違法な国では上記について公式の記録は存在しない。病院ごとに聞き取り調査などで、データを収集する必要がある。

### (2) 個人(女性)レベル

No.	指標	回答者			データ元
		妊娠可能な年齢の女性	最近出産した女性*	現在妊娠中の女性	人口統計
<b>危険な中絶についての知識</b>					
1	病院での安全な中絶方法について知っている女性の割合	○	○	○	○
<b>サービス利用と計画: 意志と行動</b>					
2	中絶を計画したことがある女性の割合	N/A	○	○	○
3	病院以外で中絶した(予定の)女性の割合	N/A	○	○	○
4	病院で中絶した(予定の)女性の割合	N/A	○	○	○
5	中絶のために貯金をしている(予定の)女性の割合	N/A	○	○	○

\*最近出産した女性とは、調査時の2年前以降出産した女性を指す。

Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health (<http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf>)を参考に作成

### (3) 家族(夫/パートナー)レベル

No.	指標	回答者			データ元
		全世帯	最近出産した女性*の夫	現在妊娠中の女性の夫	人口統計
<b>危険な中絶についての知識</b>					
1	病院での安全な中絶方法について知っている男性の割合	○	○	○	○
<b>サービス利用と計画: 意志と行動</b>					
2	妻が中絶を計画したことがある男性の割合	N/A	○	○	○
3	妻が病院以外で中絶した(予定の)男性の割合	N/A	○	○	○
4	妻が病院で中絶した(予定の)男性の割合	N/A	○	○	○
5	妻の中絶のために貯金をしている(予定の)男性の割合	N/A	○	○	○

\*最近出産した女性とは、調査時の2年前以降出産した女性を指す。

Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health (<http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf>)を参考に作成

## (4) コミュニティレベル

No.	指標	回答者/データ元		
		キーインフォーマント*	半構造化面接	グループインタビュー
1	妊婦を特定するシステムを持つコミュニティの割合	○	○	○
2	中絶に対して何らかの支援システムを持つコミュニティの割合	○	○	○

\*キーインフォーマントとは村長、保健委員会の会長や会員、村で尊敬されている女性を指す。

Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health (<http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf>)を参考に作成

## (5) 地域保健人材

No.	指標	回答者/データ元		
		TBA	地域保健人材	政策立案者
3	地域保健ワーカーによる中絶のためのリファラル数	○	○	N/A
4	地域保健ワーカーによる避妊手術のためのリファラル数	○	○	N/A
5	スーパーバイズを受けている地域保健ワーカーの割合	○	○	N/A
6	一次医療施設がリファラル可能な質を確保していると考えられる地域保健ワーカーの割合	○	N/A	N/A

Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health (<http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf>)を参考に作成

## 第9章 国際的開発課題と妊産婦ケアの関係

### 9-1 ミレニアム開発目標と妊産婦ケア

#### 9-1-1 ミレニアム開発目標と妊産婦ケアの関係

MDGsとして採択された8つの目標のうち、第5の目標は「妊産婦の健康」である。したがって、MDGsの視点から、「妊産婦ケア」アプローチが重要な意義を持っていることは改めて検証するまでもない。

MDGsの8つの目標は相互に関連しあっており、それは妊産婦ケアの目標である妊産婦の健康改善においても同様である。図9-1に示すとおり、妊産婦の健康改善とそれ以外の7つの目標は、その達成によって妊産婦の健康改善に寄与し、また妊産婦の健康が改善することが7つの目標の達成に寄与するという双方向の関係性を持つと考えられる。

例えば7つの目標の妊産婦の健康改善への寄与とは、極度の貧困と飢餓の撲滅(目標1)は女性及び妊産婦の栄養状態や居住環境などを改善させる、ジェンダーの平等と女性の地位向上(目標3)は妊産婦の保健医療サービスへのアクセスなどを向上させる、第2章で指摘したとおり妊産婦の健康に悪影響を与えるHIV/AIDSやマラリアの蔓延防止(目標6)は直接の寄与となる。また、環境資源の喪失は水汲みや燃料確保を担う女性の家事労働時間を増大させていることは明らかで、目標7の達成は女性や妊産婦の健康に大きく寄与すると考えられる。さらに、目標8のターゲットとされる安価な必須医薬品の入手や通信手段の確保は妊産婦への鉄剤や破傷風予防接種の提供、緊急産科ケア時の連絡等を可能とし、妊産婦への医療ケア改善に寄与することが期待できる。一方、妊産婦の健康改善は、妊産婦のいる家庭を安定させ、貧困化を予防する、子供の教育機会を増やすなどといった正の効果をも他の7つの目標に及ぼすことが期待できる。

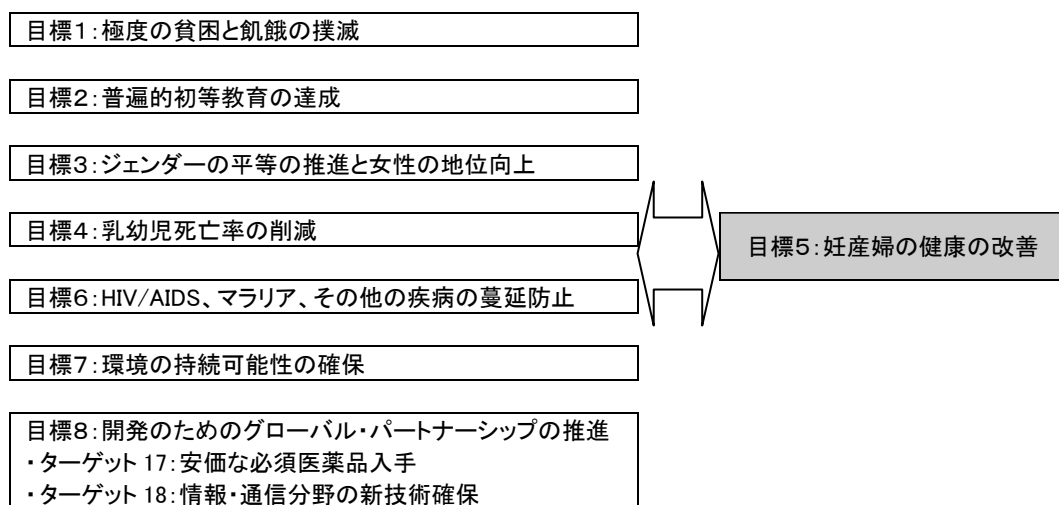


図9-1 妊産婦の健康の改善とその他7つの目標との関係

「妊産婦の健康」の目標としては、2015年までに妊産婦の死亡率を1990年レベルの4分の3減少させる（すなわち4分の1まで低減する）ことがターゲットとして合意されている。しかし、この妊産婦の健康に関するMDGsは表9-1に示すいくつかの問題点を内包している。

表9-1 妊産婦の健康に関するMDGsの問題点

途上国における妊産婦の健康をめぐる実情の厳しさ	毎年50万人以上の女性が妊娠や出産に関連する原因で死亡していると推定されているが、いわゆる先進国で発生する妊産婦死亡は、このうちわずか1%程度で、残りの99%は開発途上国の女性の死である。さらに、妊産婦死亡数の約30倍の途上国の女性が、妊娠出産に起因する感染症や合併症に苦しんでいるといわれている。
母子保健という枠組みの中での妊産婦健康改善の困難さ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「母子保健」という概念は、母親と子供の健康は切り離して考えるべきではなく、妊娠、出産、新生児、乳幼児期を通じて、母子双方に目を向ける一貫した総合的な予防と治療ケアが重要であるという考え方に基づいている。</li> <li>・実際には母子保健プロジェクトの結果、途上国における乳幼児死亡が低減したのに比べて、妊産婦の死亡は改善の速度が鈍化している。</li> </ul>
妊産婦の健康に係る要因の複雑さ	途上国の子供の健康問題に関しては明確な効果が期待でき、大規模な実施も可能な比較的簡便な医学的介入方法が確立されている。それに比べて、妊産婦の健康、さらには生死を左右する要因は、医学的、社会経済的、文化的な要因が複雑に絡み合っており、これら複雑な課題に対して包括的に取り組む戦略が不在であったことが指摘されている。
妊産婦死亡率の指標としての問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊産婦死亡率は、先進国など出生や死亡に関する届出制度が確立している環境においても、報告漏れや誤った死因の分類などが起こりやすく、指標としての正確性の問題が指摘されている。また、正確な妊産婦死亡率を測定するためには莫大な経費と人的資源を必要とするなど、途上国の現実に必ずしも即さない指標といえる。</li> <li>・妊産婦死亡率の二つ目の問題は、妊娠した女性にとって極端な、そして最悪のケースである死亡数にのみ注目しても、その背景要因であるリプロダクティブヘルスサービスの質や社会経済因子など、様々な要因が絡まる状況の複雑性や問題点をあぶりだすことは不可能であるという点である。</li> </ul>

これらの問題点を踏まえ、妊産婦の死亡のみに固執することなく、より広い意味での「妊産婦の健康改善」を念頭に据えた「妊産婦ケア」分野の戦略構築こそMDGs達成にとって重要であろう。

### 9-1-2 ミレニアム開発目標における各アプローチの意義の検証

本項では第4章から第8章までに述べた妊産婦ケア分野の5つのアプローチが、MDGsの観点からどのような意義を持つかについて検討を試みる。

ここではMDGsのターゲットである妊産婦死亡率という指標が持つ問題点を考慮し、より広い観点からMDGsを捉える目的で、上記に解説したとおり相互に関連しあうすべてのMDGs目標と各アプローチとの関連を検討し、表9-2に示した。なお、表9-3にはMDGsの8つの目標を記した。

表9-2 MDGs目標と各妊産婦ケアアプローチとの関連

アプローチ	MDGsの8つの目標							
	1	2	3	4	5	6	7	8
住民の意識向上と行動変容	△	○	○	○	◎	○	○	—
熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア	—	△	○	○	◎	△	△	△
緊急産科ケア体制の整備による安全な出産	△	△	○	○	◎	△	—	○
出産の質の向上	—	△	◎	○	◎	—	—	—
危険な中絶防止と中絶後のケア	△	△	○	○	◎	—	—	△

◎直接的に深く関連している ○深く関連している △少し関連している —関連なし

表9-3 MDGs目標

ミレニアム開発目標
1. 極度の貧困と飢餓の撲滅
2. 普遍的初等教育の達成
3. ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上
4. 幼児死亡率の削減
5. 妊産婦の健康の改善
6. HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延防止
7. 環境の持続可能性の確保
8. 開発のためのグローバル・パートナーシップの推進 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ターゲット17: 安価な必須医薬品入手</li> <li>・ターゲット18: 情報・通信分野の新技術確保</li> </ul>



## 9-2 人間の安全保障と妊産婦ケア

### 9-2-1 人間の安全保障と妊産婦ケアの関係

途上国の妊産婦の健康の改善は、2000年の国連ミレニアム・サミットがきっかけで生まれた「人間の安全保障」概念と強く関連する。「人間の生にとってかけがえのない中枢部分一人が享受すべき基本的な権利と自由を守り、すべての人の自由と可能性を実現すること」と定義された人間の安全保障のなかで、人々の健康を守ることはその中核と位置づけられている。妊娠・出産に関連する疾病や死は、HIV/AIDSを含む感染症などと並んで、人間の安全保障にとっての「広範かつ深刻な脅威」のひとつと認識されている。

妊娠・出産に関連する疾病や死はその背景として、ジェンダーに基づく家族内、地域内での女性の弱い立場を反映している。「人間の安全保障」はこういった妊産婦が持つリスク要因や脆弱性を「安全の欠如」として注目し、人間中心の観点から重視する。「妊産婦の健康の改善」に取り組むべき課題としてあげることは、今まで社会的に阻害され排除されてきた女性を支援の対象とする点で、人間の安全保障の概念を具現化するものと考えられる。

「人間の安全保障」の実現のためには、広範かつ深刻な脅威から人々を守る(Protection)こととともに、人々が自らの生のために行動することができるよう、もしくは人々が生存、生活、尊厳を享受するために必要な基本的手段を手にすることができるよう、その能力を強化(Empowerment)しなければならないとしている。この、人間の安全保障の根幹ともいえる、人々が享受すべき基本的な権利と自由の尊重について妊産婦ケアプログラムを実施するうえで考慮すべき点は表9-4のようにまとめられる。

表9-4 妊産婦ケアプログラムを実施するうえで考慮すべき基本的な権利と自由の尊重

安全な妊娠・出産ケア(Safe Motherhood)の概念を基本的人権として認識する	Safe Motherhoodの概念が基本的人権として認識され、妊産婦の人権や主体性を尊重したケアが技術的なアプローチの基底とならなければいけない。この視点は、1990年代のカイロや北京での国際会議における女性の人権やリプロダクティブヘルスの保障ともつながっている。
包括的なリプロダクティブヘルスケアを受ける権利を保障する	女性が包括的なリプロダクティブヘルスケア(家族計画・教育・栄養・基本的な保健サービスなど)を受ける権利を享受することを強調している。
安全な妊娠・出産ケア(Safe Motherhood)促進において女性の基本的権利を保障する	また、安全な妊娠・出産ケア(Safe Motherhood)促進のためには、女性の基本的権利(生命・自由・安全)や、健康・母体保護、そして非差別などを保障することが不可欠である。
基礎的保健医療の完全普及	健康を守ることは人間の安全保障の中核であり、疾病、障害、回避可能な死を防ぐために、基礎的保健医療の完全普及に高い優先度を与えるよう勧告している。
地域に根ざした健康保険制度の構築	保健医療サービスを受容する能力を強化するためには、必要な時に適切な医療サービスにアクセスできる資源を持つことが必要だとして、地域での健康保険制度をその具体的な解決手段としてあげている。

## 9-2-2 人間の安全保障における各アプローチの意義の検証

本項では第4章から第8章までに述べた妊産婦ケア分野の5つのアプローチが、人間の安全保障の観点からどのような意義を持つかについて検討を試みる。

ここでは、人間の安全保障という概念を体現するような事業を具体的に実践することを目的に、JICAが提示している7つの視点(表9-5)と各アプローチとの関連を検討し、表9-6に示した。

表9-5 JICA事業において考慮すべき「人間の安全保障」の7つの視点

7つの視点:「人間の安全保障」の視点を踏まえた援助
1.人々を中心に据え、人々に確実に届く援助
2.人々を援助の対象としてのみならず、将来の「開発の担い手」と捉え、そのために人々の能力強化(Empowerment)を重視する援助
3.社会的に弱い立場にある人々、生命、生活及び尊厳が危機に晒されている人々、あるいはその可能性の高い人々への裨益を重視する援助
4.「欠乏からの自由」と「恐怖からの自由」の双方を視野に入れた援助
5.人々の抱える問題を中心に据え、問題の構造を分析したうえで、その問題解決のために、様々な専門的知見を組み合わせる総合的に取り組む援助
6.「政府」のレベルと「地域社会・人々」レベルの双方にアプローチし、当該国・地域社会の持続的発展に資する援助
7.途上国における様々なアクターやドナー、NGOなどと連携を図ることを通じて、より大きなインパクトを目指す援助

表9-6 「人間の安全保障」の7つの視点と各妊産婦ケアアプローチの関係

アプローチ	「人間の安全保障」の7つの視点						
	1	2	3	4	5	6	7
住民の意識向上と行動変容	◎	◎	○	△	○	△	○
熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア	◎	○	△	△	○	○	○
緊急産科ケア体制の整備による安全な出産	○	◎	△	△	◎	◎	◎
出産の質の向上	○	○	△	—	◎	—	○
危険な中絶防止と中絶後のケア	◎	◎	◎	○	◎	○	○

◎直接的に深く関連している ○深く関連している △少し関連している —関連なし

### 9-3 キャパシティ・ディベロップメントと妊産婦ケア

#### 9-3-1 キャパシティ・ディベロップメントと妊産婦ケアの関連

「妊産婦の健康改善」を目指した妊産婦ケアプログラムを、最近JICA事業のあり方として注目されている「キャパシティ・ディベロップメント」の概念から検討する。「キャパシティ・ディベロップメント」とは、国連開発計画(United Nations Development Programme : UNDP)によれば「個人、組織、制度や社会が、個別にあるいは集会的にその役割を果たしていくことを通じて、問題を解決し、また目標を設定してそれを達成していく“能力”(問題対処能力)の発展プロセス」と定義される。以下に妊産婦ケアに係る個人、組織、制度及び社会レベルの3層の能力(キャパシティ)の例を表9-7にまとめた。UNDPはこれら3つのキャパシティが相互に影響しあいながらそのキャパシティを発展させていくと論じている。

表9-7 妊産婦ケアに係る個人、組織、制度及び社会レベルの3層の能力(キャパシティ)

キャパシティを捉える視点	妊産婦ケアに関する担い手の例	妊産婦ケアに関するキャパシティ、あるいはそれを発揮する場の例
個人 (自らの知識と技能を用いて行動目標を設定して達成する意思と力)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・女性・妊産婦</li> <li>・夫/パートナー</li> <li>・家族</li> <li>・地域保健人材</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・出産に関する知識</li> <li>・女性のリプロダクティブライツの保護に関する意識、意思</li> <li>・適切な中絶に関する知識</li> <li>・家族計画に関する知識</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療スタッフ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠・出産ケアに関する知識と技能</li> <li>・適切な中絶に関する知識と技能</li> <li>・家族計画に関する知識と技能</li> <li>・女性のリプロダクティブライツの保護に関する意識、意思</li> <li>・医療施設の運営管理の知識と技能、意思</li> </ul>
組織 (特定の目的を達成するために必要な、意思決定プロセスやマネジメントシステム、組織文化、体制)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健医療施設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療施設を構成する医療スタッフ、一般職員の能力</li> <li>・医療施設の建物、設備、機材や財政</li> <li>・保健医療施設の持つ経営ノウハウ、運営戦略、統計情報等</li> <li>・上記3つを最適に生かす組織の形態、経営方法、人事制度</li> <li>・リーダーシップ</li> </ul>
制度・社会 (個人や組織レベルの能力が発揮されるために必要な環境や条件、一組織を超えた政策や戦略策定・実施に係る意思決定プロセスや、システム遂行のための枠組み)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域に根ざした健康保険制度</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニティを構成する個人や組織としての能力</li> <li>・コミュニティメンバーが遵守する条例や規約</li> <li>・コミュニティにある慣習や社会的規範</li> <li>・コミュニティが持つ社会関係資本や社会インフラ</li> </ul>

JICA『キャパシティ・ディベロップメント・ハンドブック』(平成16年3月)より抜粋、改変

### 9-3-2 妊産婦ケアのキャパシティを担う多様な主体

妊産婦ケアに関係する「キャパシティ(能力)」の主体として考えられる対象は、公的部門、民間営利部門、民間非営利部門の3セクターにおいて「個人」「組織」「制度・社会」の3つのレベルで表9-8のように整理できる。

表9-8 妊産婦ケアに係る「キャパシティ(能力)」の主体

	個人	組織	制度・社会
公的部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>・村落議員・村長</li> <li>・地域保健人材（地域保健ワーカー・伝統的助産師）</li> <li>・医療スタッフ 助産師・看護師・医師</li> <li>・保健行政機関職員</li> <li>・保健施設職員</li> <li>・政治家</li> <li>・ドナー職員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・村落議会</li> <li>・保健医療施設</li> <li>・中央/地方保健省</li> <li>・中央/地方行政機関</li> <li>・中央/地方議会</li> <li>・政党</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健医療施設運営制度</li> <li>・リファラル制度</li> <li>・医療費免除制度</li> <li>・産科ケアガイドライン</li> <li>・中絶ケアガイドライン</li> <li>・妊産婦健診ガイドライン</li> <li>・出生・死亡届出制度</li> <li>・母子保健政策</li> <li>・中絶に関する政策</li> <li>・健康保険制度</li> </ul>
民間営利部	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民間医療施設の医療スタッフ 助産師・看護師・医師</li> <li>・民間医療施設の一般職員</li> <li>・マスメディアの職員</li> <li>・交通機関の運転手など</li> <li>・保険会社社員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民間医療施設</li> <li>・マスメディア</li> <li>・交通機関運営会社</li> <li>・保険会社</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健医療施設運営制度</li> <li>・リファラル制度</li> <li>・緊急時の運行規定</li> <li>・健康保険制度</li> </ul>
民間非営利部門(市民社会、インフォーマルセクターを含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・女性(妊産婦)</li> <li>・夫/パートナー</li> <li>・家族</li> <li>・コミュニティメンバー</li> <li>・コミュニティリーダー(伝統的)</li> <li>・宗教リーダー</li> <li>・NGO職員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・NGO</li> <li>・コミュニティ組織</li> <li>・宗教組織</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相互扶助制度(コミュニティ、宗教組織)</li> <li>・社会的規範(女性の地位、意思決定方法、出産に関する規範など)</li> </ul>

### 9-3-3 キャパシティ・ディベロップメントにおける各アプローチの意義の検証

本項では第4章から第8章までに述べた妊産婦ケア分野の5つのアプローチが、キャパシティ・ディベロップメントの観点からどのような意義を持つかについて検討を試みる。

ここでは各アプローチの具体的な活動〔各章第1節第2項(2)に記載〕を実施するうえで「キャパシティ」の発展が必要と考えられる主体と求められる「キャパシティ」を、前項でまとめた公的部門、民間営利部門、民間非営利部門の3セクターにおいて「個人」「組織」「制度・社会」の3つのレベルから考察した。以下のアプローチごとの表は、ここで述べたすべての主体に対する支援をJICAが実施することを求めるものではない。支援対象国の能力の現状や政府・他援助機関の取り組み、JICAの強み弱みを踏まえたうえで、どの主体の能力発展を支援すれば、相手国側の自立性・持続性を確保しつつ協力の成果をいくことができるかを戦略的に判断していくうえで参考とすべきものである。

#### (1) 住民の意識向上と行動変容促進アプローチ

本アプローチは、公・民間問わず妊産婦ケアにかかわる「個人」のキャパシティ(能力)強化に主に貢献することが期待できる(表9-9)。

表9-9 住民の意識向上と行動変容促進アプローチに係る「キャパシティ(能力)」

	個人	組織	制度・社会
公的部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>住民の意識向上を促す地域保健人材を育成・活用できる医療スタッフの育成</li> <li>地域保健人材への直接のトレーニングを介して、コミュニティの意識を向上、行動変容を促進</li> </ul>		
民間営利部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>[民間医療施設]</li> <li>住民の意識向上を促す地域保健人材を育成・活用できる医療スタッフの育成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>マスメディアを利用し、広く情報提供を行い、妊産婦の健康改善に関する意識向上を図る</li> </ul>	
民間非営利部門 (市民社会、インフォーマルセクターを含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>コミュニティ、家族、女性へのリプロダクティブヘルスに関する知識の普及</li> <li>[NGO 医療施設] 住民の意識向上を促す地域保健人材を育成・活用できる医療スタッフの育成</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>適切な妊産婦ケア獲得に向けたコミュニティの動員</li> </ul>

(2) 熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチ

本アプローチは、公・民間問わず妊産婦ケアにかかわる「個人」「組織」と、公的部門の「制度・社会」のキャパシティ(能力)強化に貢献することが期待できる(表9-10)。

表9-10 熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチに係る「キャパシティ(能力)」

	個人	組織	制度・社会
公的部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者の育成と活用</li> <li>基礎的産科ケア施設や熟練助産者と地域保健人材との連携構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>基礎的産科ケア施設の整備と必須産科ケアの提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>妊婦登録と妊産婦健診の制度構築と推進</li> <li>適切な母性保健政策や女性配慮に関する社会的環境整備</li> </ul>
民間営利部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>[民間医療施設] 地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者の育成と活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[民間医療施設] 基礎的産科ケア施設の整備と必須産科ケアの提供</li> </ul>	
民間非営利部門 (市民社会、インフォーマルセクターを含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>[NGO 医療施設] 地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者の育成と活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[NGO 医療施設] 基礎的産科ケア施設の整備と必須産科ケアの提供</li> </ul>	

(3) 緊急産科ケア体制整備による安全な出産アプローチ

本アプローチは、関連するすべてのレベルにおいて主体の能力を強化する役割を果たすことが期待できる(表9-11)。これは、本アプローチがコミュニティから包括的産科ケア施設までの妊産婦ケアに係るすべての「組織」の「個人」が、適切な「制度・社会」の構築を経て連携することを目標とすることから考えて当然の結果ともいえる。

表9-11 緊急産科ケア体制整備による安全な出産アプローチに係る「キャパシティ(能力)」

	個人	組織	制度・社会
公的部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急産科ケアを提供できる熟練助産者の育成と活用</li> <li>地域保健人材への直接のトレーニングを介して、コミュニティ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急産科ケア施設の整備と運営、緊急産科ケアの提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リファラル体制の構築の活用</li> </ul>

	の意識を向上、行動変容を促進		
民間営利部門	・[民間医療施設] 緊急産科ケアを提供できる熟練助産者の育成と活用	・[民間医療施設] 緊急産科ケア施設の整備と運営、緊急産科ケアの提供	・リファラル体制の構築の活用
民間非営利部門 (市民社会、インフォーマルセクターを含む)	・[NGO 医療施設] 緊急産科ケアを提供できる熟練助産者の育成と活用 ・コミュニティ、家族、女性へのリプロダクティブヘルスに関する知識の普及	・[NGO 医療施設] 緊急産科ケア施設の整備と運営、緊急産科ケアの提供	・緊急産科ケア利用のコスト負担制度の構築と活用 ・リファラル体制の構築の活用

#### (4) 出産の質の向上アプローチ

本アプローチは、公・民間問わず妊産婦ケアにかかわる「個人」「組織」と、公的部門の「制度・社会」のキャパシティ（能力）強化に貢献することが期待できる（表9-12）。なかでも「個人」の出産に対する意識変革も含めたキャパシティを強化する役割を果たすことが期待できる。

表9-12 出産の質の向上アプローチに係る「キャパシティ（能力）」

	個人	組織	制度・社会
公的部門	・熟練助産者の産婦中心の出産理念に基づいた育成	・産婦中心の産科ケア施設整備とケアの提供	・過剰な医療介入の調査と調査結果の広報、政策への導入支援
民間営利部門	・[民間医療施設] 熟練助産者の産婦中心の出産理念に基づいた育成	・[民間医療施設] 産婦中心の産科ケア施設整備とケアの提供	
民間非営利部門(市民社会、インフォーマルセクターを含む)	・[NGO 医療施設] 熟練助産者の産婦中心の出産理念に基づいた育成	・[NGO 医療施設] 産婦中心の産科ケア施設整備とケアの提供	

#### (5) 危険な中絶防止と中絶後ケアアプローチ

本アプローチは関連するすべてのレベルにおいて主体の能力を強化する役割を果たすことが期待できる（表9-13）。なかでも「個人」や「社会」の中絶に対する意識変革も含めたキャパシティを強化する役割を果たすことが期待できる。

表9-13 危険な中絶防止と中絶後ケアアプローチに係る「キャパシティ（能力）」

	個人	組織	制度・社会
公的部門	・危険な中絶予防とケアに向けた熟練助産者の育成と活用 ・基礎的産科ケア施設や熟練助産者と地域保健人材との連携構築	・基礎的産科ケア施設における適切な中絶手術及び避妊手術の実施	・政治的指導者や医療関係者へのアドボカシー
民間営利部門	・[民間医療施設] 危険な中絶予防とケアに向けた熟練助産者の育成と活用	・[民間医療施設] 基礎的産科ケア施設における適切な中絶手術及び避妊手術の実施	
民間非営利部門(市民社会、インフォーマルセクターを含む)	・住民のリプロダクティブヘルスや妊娠・中絶に関する意識向上と行動変容 ・[NGO 医療施設] 危険な中絶予防とケアに向けた熟練助産者の育成と活用	・[NGO 医療施設] 基礎的産科ケア施設における適切な中絶手術及び避妊手術の実施	・宗教的指導者やコミュニティへのアドボカシー

## 第10章 JICA 事業における妊産婦ケアアプローチの活用

本報告書では、これまで妊産婦ケアにかかわる様々なアプローチについて概観してきた。本章では、各国／地域においてこれらのアプローチをベースに妊産婦ケア事業を立案するステップについて具体的に解説する。

妊産婦ケア事業立案は図 10-1 のとおり、7つのステップを経て行う。まずステップ1において、対象地域の妊産婦の健康問題の概要を把握する。そのうえでステップ2として、対象国／地域における妊産婦の健康に関するデータを収集・分析し、妊産婦の健康問題項目の深刻度から対象国／地域での妊産婦ケアアプローチを選定する。さらにステップ3で、ステップ2で選択したアプローチが目指す成果のなかでどの成果に重点を置いて事業を組み立てるかを定める。各アプローチの成果は、第4章から第8章のアプローチの具体的な成果と活動の表を参照し、対象国／地域の妊産婦の健康にかかわるデータの深刻度をもとに優先すべき成果を決める。ステップ4では、ステップ2と3で選定したアプローチと成果の関係主体とその主体に求められるキャパシティ(能力)をJICA事業の「キャパシティ(能力)」を担う主体の分析フレームワーク」を用いてリストアップし、現状分析を行う。次にステップ5において、ステップ4の分析からJICA事業としての案件可能性が高いと判断された主体について、その「キャパシティ(能力)」から活動の対象となる人材、地域、組織、制度を選定する。そして、ステップ6では、今までの分析をもとにJICA妊産婦ケア事業フレームを作成し、最後のステップ7では、事業実施母体となる相手国組織の選定を行う。

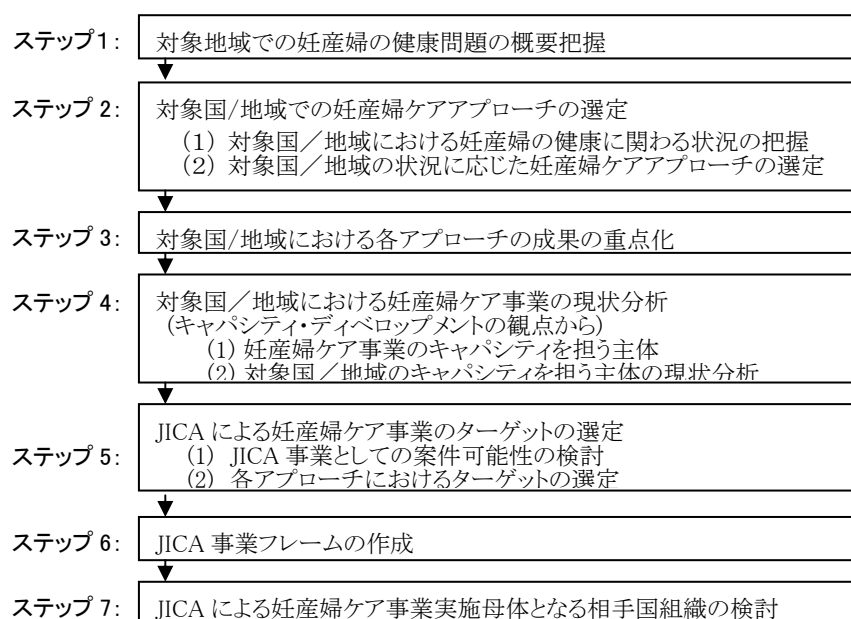
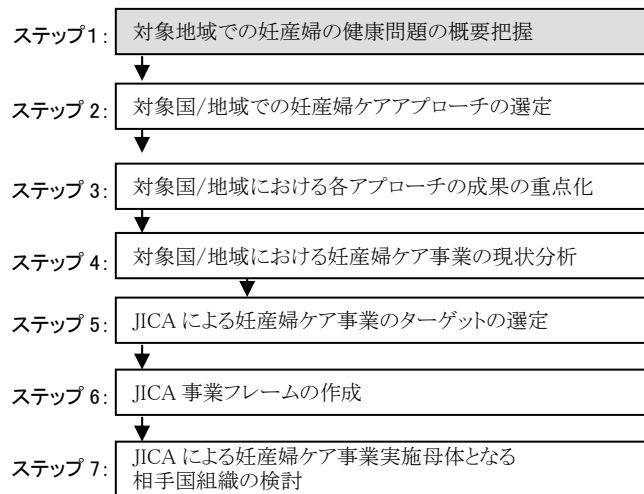


図 10-1 妊産婦ケア事業立案の7ステップ

## 10-1 ステップ1：対象地域での妊産婦の健康問題の概要把握

JICAによる妊産婦ケア事業立案をするにあたり、まず対象地域の妊産婦の健康問題の概要を把握する。以下に世界各地の妊産婦の健康問題の概要と JICA 事業の方向性を地域別に表にまとめた。



### (1) サブサハラ・アフリカ

サブサハラ・アフリカ地域における妊産婦の健康問題の特徴、妊産婦ケア対策の現状を簡単にまとめ、JICA事業として考えうる方向性を表10-1に記載した。

表10-1 サブサハラ・アフリカにおける妊産婦健康問題の概要と JICA 事業の方向性

地域	妊産婦の健康問題の特徴	妊産婦ケア対策の現状	JICA 事業の方向性
サブサハラ・アフリカ	<ul style="list-style-type: none"> <li>世界の妊産婦死亡の過半数が、世界人口の10%程度しかいないこの地域で起こっている。</li> <li>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<sup>1</sup>。</li> <li>助産技術を持つ医療スタッフによる助産の割合が50%以下の国が多く、特に地方でその傾向が強い<sup>1</sup>。</li> <li>基本的緊急産科ケア施設の数が絶対的に不足している。</li> <li>高い合計特殊出生率から、避妊実施率は大変低いものと考えられる。</li> <li>HIV/AIDS やマラリアの感染、発症率の高さは妊産婦の健康に大きな負の影響をもたらしている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ICPD以降、医療スタッフに対する基本的産科ケアの研修が多くの国で導入されている。</li> <li>熟練助産者による妊産婦健診などの産前ケア受診率を上げるための試みが実施され、サブサハラ・アフリカで4%程度の上昇が見られた。</li> <li>緊急産科ケアの質改善と包括的緊急産科ケア施設の整備により、モロッコでは適切な合併症ケアを受ける女性数が増加した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>住民の意識向上・行動変容促進アプローチにより、女性の医療サービスへのアクセスを確保できる環境を作る</li> <li>安全な妊娠・出産後ケア・アプローチによる熟練助産者の育成と基礎的産科ケア施設を整備する</li> </ul>

### (2) 中東

中東地域における妊産婦の健康問題の特徴、妊産婦ケア対策の現状を簡単にまとめ、JICA事業として考えうる方向性を表10-2に記載した。

<sup>1</sup> 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>)



表 10-2 中東における妊産婦健康問題の概要と JICA 事業の方向性

地域	妊産婦の健康問題の特徴	妊産婦ケア対策の現状	JICA 事業の方向性
アラブ諸国	<ul style="list-style-type: none"> <li>妊産婦死亡率は半数の国で75(対10万出生)を超える。イエメン570が特に高い。</li> <li>地方において、助産技術を持つ医療スタッフが不足している。上記2カ国では分娩モデル2以上での分娩は20~30%と低い。</li> <li>地方において基本的緊急ケア施設が不足している。</li> <li>初等教育就学率や非識字率におけるジェンダーギャップが大きいなど、女性の社会的地位が低い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>レバノンとオマーンでは緊急産科ケアへのアクセス向上を狙い、専門医療施設紹介サービスを実施している。</li> <li>女性の医療スタッフの増加を目的とした、人材育成が行われている。</li> <li>いくつかの国では中絶後ケアを提供する施設が増加している。</li> <li>ジェンダーに基づく暴力についてのヘルスワーカー育成がレバノンなどで始まっている</li> <li>ジェンダー平等を推進するために新しい法律を採択したり、法律を改定する動きがある。例えばバーレーンは2002年に憲法に男女平等の支持を明文化した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>住民の意識向上・行動変容促進アプローチにより、女性の医療サービスへのアクセスを確保できる環境を作る</li> <li>安全な妊娠・出産後ケアアプローチによる熟練助産者の育成と基礎的産科ケア施設の整備</li> </ul>

### (3) アジア・太平洋

アジア・太平洋地域における妊産婦の健康問題の特徴、妊産婦ケア対策の現状を簡単にまとめ、JICA 事業として考えうる方向性を表 10-3 に記載した。

表 10-3 アジア・太平洋における妊産婦健康問題の概要と JICA 事業の方向性

地域	妊産婦の健康問題の特徴	妊産婦ケア対策の現状	JICA 事業の方向性
アジア・太平洋	<p>&lt;東南・東アジア&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>妊産婦死亡率はカンボジア、ミャンマー、インドネシアなどで約200/対10万出生と高い。</li> <li>マレーシアでは分娩モデル2の熟練助産者の介助による自宅出産を実現し、妊産婦死亡の低減に成功している。</li> <li>これらの地域格差は社会文化的要因が関与すると言われる。</li> </ul> <p>&lt;南・中央アジア&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>妊産婦死亡率がアフガニスタンの1900/対10万出生をはじめ、他の国でも400/対10万出生を超えている。</li> <li>必須産科ケアサービスが地方において圧倒的に不足している。</li> <li>住民側の妊産婦ケアに関する知識不足や伝統的慣習により、女性の医療サービスへのアクセスが悪い。</li> <li>東アジア、南アジアでは男児を得るための胎児の性別判定による中絶が行われている。</li> </ul> <p>&lt;太平洋&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>妊産婦死亡率はパプアニューギニアで300/対10万出生と高い。</li> <li>低い避妊実施率や若年妊娠が妊産婦の健康に負の影響を与えている。</li> </ul>	<p>&lt;東南・東アジア&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>マレーシアでは中央政府の強力なリーダーシップの元で熟練助産者による自宅分娩と緊急産科ケア体制整備が進められ、成功している。</li> </ul> <p>&lt;南・中央アジア&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>インドでは中央政府主導での家族計画普及政策は失敗に終わっている。</li> <li>母子保健政策の一環としての妊産婦の健康改善では、地方に根強く残る伝統的慣習による妊産婦への不利益を打破できていない。</li> <li>スリランカでは分娩モデル2の熟練助産者の介助による自宅分娩を実現し、妊産婦死亡低減に成功している。</li> </ul> <p>&lt;太平洋&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>良質のコンドーム・避妊薬(具)及びリプロダクティブヘルス用品の供給・選択を行う行動計画を策定、実施している。</li> </ul>	<p>&lt;東南・東アジア&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>安全な妊娠・出産後ケアアプローチによる熟練助産者の育成</li> <li>緊急産科ケア体制整備により、自宅と包括的緊急産科ケア施設を結ぶ</li> </ul> <p>&lt;南・中央アジア&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>住民の意識向上・行動変容促進アプローチにより、女性の医療サービスへのアクセスを確保できる環境を作る</li> <li>安全な妊娠・出産後ケアアプローチによる熟練助産者の育成</li> </ul> <p>&lt;太平洋&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>住民の意識向上・行動変容促進アプローチにより、若年妊娠を減らす</li> <li>安全な妊娠・出産後ケアアプローチによる熟練助産者の育成</li> </ul>

#### (4) 中南米・カリブ

中南米・カリブ地域における妊産婦の健康問題の特徴、妊産婦ケア対策の現状を簡単にまとめ、JICA 事業として考えうる方向性を表 10-4 に記載した。

表 10-4 中南米・カリブにおける妊産婦健康問題の概要と JICA 事業の方向性

地域	妊産婦の健康問題の特徴	妊産婦ケア対策の現状	JICA 事業の方向性
中南米・カリブ	<ul style="list-style-type: none"> <li>ハイチ、ボリビア、ホンジュラスなど以外の国の避妊実施率は世界平均の 58%を超えている。</li> <li>半数近い国で妊産婦死亡率が 100/対 10 万出生を超えている。</li> <li>国内地域格差が大きく、地方では基本的必須産科ケアすら満足に受けられない。</li> <li>都市部では高い帝王切開率が問題である。WHO が定める「正常な帝王切開率 15%」に対し、全国平均でチリ 40%、ブラジル 36%、メキシコ 25%(1994)である。</li> <li>サブサハラについて HIV/AIDS 問題が深刻である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ジェンダー格差解消やリプロダクティブ・ヘルスを検討する公的委員会の設置と、関連の法整備や政策立案が行われている。</li> <li>高すぎる帝王切開率に対し、中南米諸国の政府は具体的な対策を採り始めた。</li> <li>ブラジルの抗エイズ薬の低価格あるいは無料配布政策および予防活動やアドボカシー活動の成功を、近隣諸国とシェアするための国際会議などが活発に実施されている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地方部においては安全な妊娠・出産後ケアアプローチによる熟練助産者の育成や、基本的産科ケア施設の整備が必要</li> <li>都市部では過剰な医療化を防ぐために、出産の質向上アプローチが有用</li> </ul>

#### (5) 東欧・旧ソ連諸国

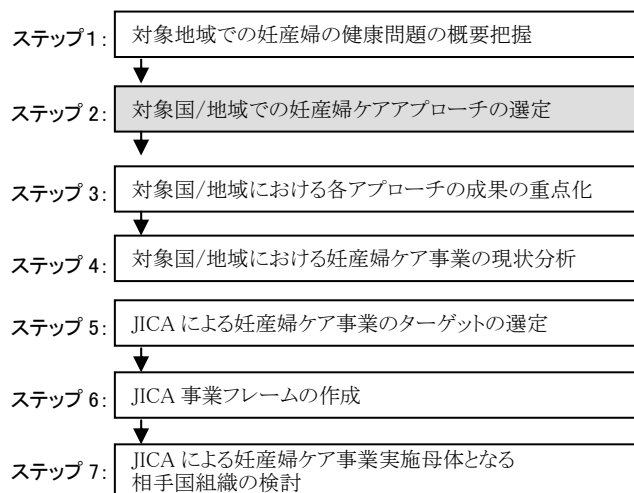
東欧・旧ソ連諸国地域における妊産婦の健康問題の特徴、妊産婦ケア対策の現状を簡単にまとめ、JICA 事業として考えうる方向性を表 10-5 に記載した。

表 10-5 東欧・旧ソ連諸国における妊産婦健康問題の概要と JICA 事業の方向性

地域	妊産婦の健康問題の特徴	妊産婦ケア対策の現状	JICA 事業の方向性
東欧・旧ソ連諸国	<ul style="list-style-type: none"> <li>助産技術を持つ医療スタッフによる分娩介助率が 9 割を超えるにもかかわらず、妊産婦死亡率が 100/対 10 万出生を超える国(アゼルバイジャンやカザフスタン)が存在。</li> <li>旧ソビエト連邦の崩壊による経済状況及び公的医療施設への予算配分停止の影響。</li> <li>旧体制下での助産技術トレーニングの質が低い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ジェンダーに基づく暴力に関して、精神的な面も含めたケアを実施するヘルスワーカーをリトアニア、ルーマニア、ロシアなどで育成している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>旧体制崩壊による経済状況の悪化、医療施設の老朽化が進む国に対し、支援を集中する。</li> <li>安全な妊娠・出産ケアアプローチによる熟練助産者の育成</li> <li>緊急産科ケア体制整備をにらんだ産科ケア施設のリハビリテーション</li> </ul>

## 10-2 ステップ2：対象国／地域での妊産婦ケアアプローチの選定

ステップ2では具体的に対象国や対象国内の特定地域での妊産婦の健康に関する状況の分析項目を検討することで、対象国／地域での妊産婦の健康を改善するためのアプローチを選定する。



### (1) 対象国／地域における妊産婦の健康にかかわる状況の検討

妊産婦ケア事業策定に向けて、対象国／地域に必要なアプローチを選択する目的で、表 10-6 に示したような対象地域の妊産婦の健康に関するデータを収集する。その項目は、単に妊産婦死亡率（MMR）の数値だけでなく、その他の要因も含めてより包括的にその国の女性の健康に関するニーズを把握・検討しなければならない。これらデータは、妊産婦の健康問題やジェンダー格差の問題等に携わる関係者（大学研究者、ドナー、保健医療及び教育サービスを提供する公立／民間／NGO 組織、コンサルタント、カウンセラーなど）から入手が可能である。以下データは必ずしも定量的データである必要はない。関係者に対する個別・グループインタビュー結果などの定性的データも大いに参考となる。

収集されたデータから、例えば、表 10-1 のサブサハラ・アフリカの A 国では表 10-6 のようになる。

表 10-6 例：サブサハラ・アフリカの A 国における妊産婦の健康にかかわる状況分析

主項目	サブ項目	A 国の状況	深刻度
母性保健ニーズ	妊産婦死亡率 (対 10 万出生)	特に高い(1000 程度)	+
	分娩状況モデル* <sup>1</sup>	モデル 1 (非熟練助産者による自宅分娩) が 50% 超	++
	基礎的産科ケア施設* <sup>2</sup>	圧倒的に数が不足	++
	包括的産科ケア施設* <sup>2</sup>	不足もしくは機能不全	+
	家族計画・避妊の実施率	低い	+
	帝王切開率	低い	-
保健システム 整備状況	妊産婦登録の実施	登録制度がない	+
	妊産婦健診の受診率	健診制度がない	+

社会経済状況	政治状況	中央政府レベルでは政治体制は安定している、地域によっては地方レベルでの政治体制が不安定	+
	貧富の格差	特に都市部と農村の格差が大きい	+
文化的要因	宗教	イスラム圏や土着宗教が主であり、その慣習から女性の産科ケア施設へのアクセス妨害されやすい	+
	教育レベル	識字率や就学率が低い	-
	女性の地位	女性の識字率、就学率が男性と比べ大変低い。女性の家庭内意思決定への参加が困難。	+

\*<sup>1</sup> 分娩状況モデル=表2-8参照

\*<sup>2</sup> プロセス指標=第6章参照

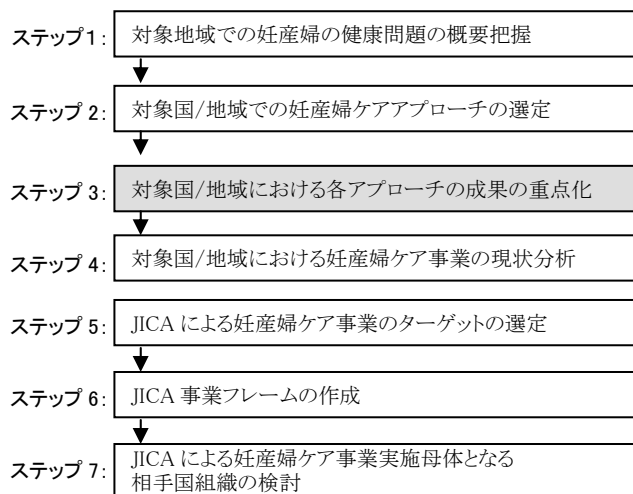
## (2) 対象国／地域における妊産婦の健康に関するアプローチ選定

収集されたデータをもとに、相手国関係者とともに何が対象国においてより深刻な妊産婦の健康問題であるかについて検討し、大まかな順位付けを行う。さらに、より深刻度の高い項目、もしくは妊産婦により近く解決のための手段が得られやすい問題から対象国／地域での妊産婦の健康を改善するためのアプローチを選定する。

上記サブサハラ・アフリカの A 国の例では深刻度++で示したとおり、分娩状況モデルがモデル1（非熟練助産者による自宅出産）に偏り、50%を超える出産が助産技術を持たない人材に介助を受けている状況と、基礎的産科ケア施設の圧倒的不足に配慮し、アプローチとして「熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア」アプローチを選定することとする。

### 10-3 ステップ3：対象国／地域で選択されたアプローチの成果の重点化

ステップ3ではステップ2で選択された妊産婦ケアアプローチにおいてA国で実施する際により重点を置くべき成果を、第5章に述べた効果(1)から(6)(表5-1参照)の中から選択する。各アプローチが目指す目標を達成するための短期的目標ともいえる成果は、第4章から第8章のアプローチの具体的な成果と活動の表中、成果(1)～に記載してあるので、参照されたい。



サブサハラ・アフリカのA国の例における「熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチ」の成果を表10-7に示した。ここに示した成果はすべてを達成しようと試みなければならないものではなく、対象国／地域の状況の分析から、どの成果を優先して目指すべきか重点化することが必要である。

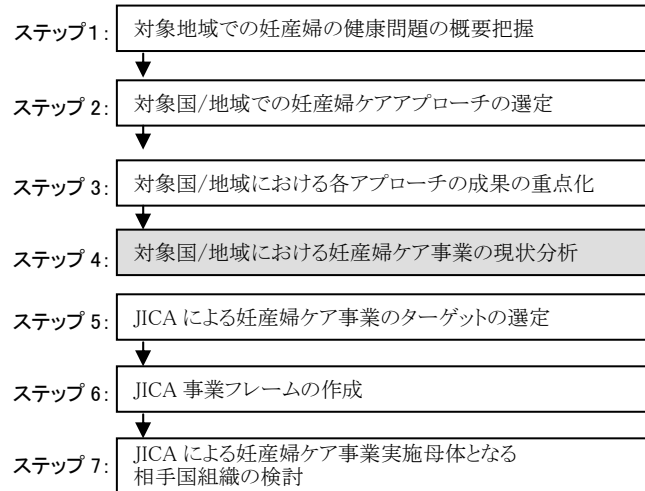
A国の事例では非熟練助産者による自宅分娩は50%を超えていることと、基礎的産科ケア施設の数が圧倒的に不足しているという状況から、優先すべき成果として、「地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者の育成と活用」及び「基礎的産科ケア施設の整備と必須産科ケアの提供」に重点化した。

表10-7 例：A国における「熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチ」で目指す成果の重点化

アプローチ	成果（アミがけは優先すべき成果）
熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア(地域)	・地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者の育成と活用
	・基礎的産科ケア施設や熟練助産者と地域保健人材との連携構築
	・妊婦登録と妊産婦健診の制度構築と推進
	・基礎的産科ケア施設の整備と必須産科ケアの提供
	・適切な母性保健政策や女性配慮に関する社会的環境整備

#### 10-4 ステップ4：対象国／地域における妊産婦ケア事業の現状分析

ステップ3で把握した事例A国の目指すべき成果に関して、「JICA キャパシティ・ディベロップメント・ハンドブック（平成16年3月）」にあるJICA事業の「キャパシティ(能力)」を担う主体の分析フレームワークを用いて関係主体のリストアップを行う。



##### (1) 妊産婦ケア事業のキャパシティを担う主体

「キャパシティ(能力)」を担う主体の分析フレームワークを用い、妊産婦ケア事業を担う主体をリストアップすると表10-8のとおりになる。

表10-8 妊産婦ケア事業の「キャパシティ(能力)」を担う主体

	個人	組織	制度・社会
公的部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>自治体(州・県・市・村)の首長</li> <li>地域保健人材（地域保健ワーカー・伝統的助産師）</li> <li>医療スタッフ</li> <li>助産師・看護師・医師</li> <li>保健行政機関職員</li> <li>保健施設職員</li> <li>政治家</li> <li>ドナー職員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>村落議会</li> <li>保健医療施設</li> <li>中央／地方保健省</li> <li>中央／地方行政機関</li> <li>中央／地方議会</li> <li>政党</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健医療施設運営制度</li> <li>リファラル制度</li> <li>医療費免除制度</li> <li>産科ケアガイドライン</li> <li>中絶ケアガイドライン</li> <li>妊産婦健診ガイドライン</li> <li>出生・死亡届出制度</li> <li>母子保健政策</li> <li>中絶に関する政策</li> <li>健康保険制度</li> </ul>
民間営利部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>民間医療施設の医療スタッフ</li> <li>助産師・看護師・医師</li> <li>民間医療施設の一般職員</li> <li>マスメディアの職員</li> <li>交通機関の運転手など</li> <li>保険会社社員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>民間医療施設</li> <li>マスメディア</li> <li>交通機関運営会社</li> <li>保険会社</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健医療施設運営制度</li> <li>リファラル制度</li> <li>緊急時の運行規定</li> <li>健康保険制度</li> </ul>
民間非営利部門 (インフォーマルセクターを含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>女性(妊産婦)</li> <li>夫/パートナー</li> <li>家族</li> <li>コミュニティメンバー</li> <li>コミュニティリーダー(伝統的)</li> <li>宗教リーダー</li> <li>NGO職員</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>NGO</li> <li>コミュニティ組織</li> <li>宗教組織</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>相互扶助制度(コミュニティ、宗教組織)</li> <li>社会規範(女性の地位、意思決定方法、出産に関する規範など)</li> </ul>

ステップ3で決定した事例A国のアプローチ「熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチ」の成果を目指すうえで「キャパシティ(能力)」の発展が必要と考えられる主体とその主体に求められる能力を、表10-8でまとめた公的部門、民間営利部門、民間非営利部門の3セクターにおいて「個人」「組織」「制度・社会」の3つのレベルから検討し、表10-9にあげた。

表 10-9 例：A 国「熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチ」を担う主体と求められる能力

	個人	組織	制度・社会
公的部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者の育成と活用</li> <li>基礎的産科ケア施設や熟練助産者と地域保健人材との連携構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>基礎的産科ケア施設の整備と必須産科ケアの提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>妊婦登録と妊産婦健診の制度構築と推進</li> <li>適切な母性保健政策や女性配慮に関する社会的環境整備</li> </ul>
民間営利部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>[民間医療施設] 地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者の育成と活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[民間医療施設] 基礎的産科ケア施設の整備と必須産科ケアの提供</li> </ul>	
民間非営利部門 (インフォーマルセクターを含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>[NGO 医療施設] 地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者の育成と活用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>[NGO 医療施設] 基礎的産科ケア施設の整備と必須産科ケアの提供</li> </ul>	

なお、各アプローチにおける実施を担う主体と求められる能力は、第9章「9-3-3 キャパシティ・ディベロップメントにおける各アプローチの意義の検証」の項に、アプローチごとの表として記載しているので、参照されたい。

## (2) 対象国／地域のキャパシティを担う主体の現状分析

表 10-9 であげられたアプローチの実施を担うべき主体が、求められる能力を持っているのか、持っていない場合にはその能力を獲得するための支援を受けているのかについて、現状分析を行う。それぞれの主体の能力評価とともに、各主体に対してどのような支援が既に実施されているか以下のような視点から検討する。

- ・ 公的組織による支援
- ・ 民間非営利組織による支援
- ・ 民間営利組織による支援
- ・ 外国ドナー／国際機関などによる支援

A 国において表 10-9 であげた「熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチ」を担う主体と求められる能力の現状と、対象国内外からの支援状況を調査した結果、表 10-10 のような結果が示されたと仮定する。

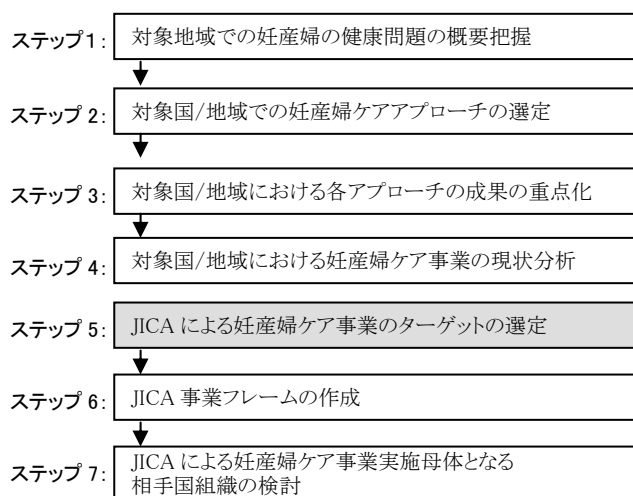
表 10-10 例：A 国「熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチ」を担う主体の現状

	個人	組織	制度・社会
公的部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者の育成と活用{家族もしくは伝統的産婆による助産が 50%以上を占める。}</li> <li>・基礎的産科ケア施設や熟練助産者と地域保健人材との連携構築{地域保健ワーカー制度の導入が国際機関の支援を受けて、A 国保健省により推進されている}</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基礎的産科ケア施設の整備と必須産科ケアの提供{基礎的産科ケア施設の分布は地域格差が大きい。}</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊婦登録と妊産婦健診の制度構築と推進{妊産婦登録制度は存在するが、ほとんど機能していない。妊産婦健診の制度はない。}</li> <li>・適切な母性保健政策や女性配慮に関する社会的環境整備{母性政策に関する配慮は行われていない}{政策へのジェンダー配慮を支援する国際機関がある}</li> </ul>
民間営利部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>・[民間医療施設] 地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者の育成と活用{都市部に少数存在するのみ}</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・[民間医療施設] 基礎的産科ケア施設の整備と必須産科ケアの提供{都市部に少数存在するのみ}</li> </ul>	
民間非営利部門 (インフォーマルセクターを含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・[NGO 医療施設] 地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者の育成と活用{国際 NGO による支援が行われている}</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・[NGO 医療施設] 基礎的産科ケア施設の整備と必須産科ケアの提供{国際 NGO による支援が行われている}</li> </ul>	



### 10-5 ステップ5：JICA 妊産婦ケア事業のターゲットの選定

ステップ4において、各アプローチを担うべき主体と求められる能力、そしてそれら主体の現在の能力と、各主体に対する対象、国内・国外からの支援状況を明らかとした。これをもとにステップ5ではJICA 事業としてのターゲットを選定する。



#### (1) JICA 事業としての案件可能性の検討

まず、アプローチを担う主体の現状分析から、JICA が支援すべき主体を明らかにする。これらの主体に対する支援について、JICA 事業としての案件可能性を検討する。その際、以下のような視点から検討を行う

- ・ 事業実施母体となりうる、意欲ある現地組織が存在するか？
- ・ 事業内容が、日本のリソース（個人・組織）である程度対応できるものか？
- ・ 対象地域／事業内容などが他ドナーと重複しないか？
- ・ JICA 事業として類似経験が生かせるか？

#### (2) 各アプローチにおけるターゲットの選定

JICA 事業としての案件可能性が高いと判断された主体について、その「キャパシティ(能力)」から対象となる人材、地域、組織、制度を選定する。例えば表 10-10 から、JICA が支援すべきで、かつ案件可能性が高い主体として、A 国の公的部門の個人、組織、制度・社会が想定される。その理由は民間営利部門の個人、組織は都市部に偏在しており、ターゲットとして範囲が狭すぎる一方で、民間非営利部門は国際 NGO の支援を長年にわたって受けてきたためである。

とはいえ、A 国全体の公的部門の主体を対象に JICA 事業を行うことは不可能である。したがって、主体の絞込みを行うか、対象地域を限定することになる。A 国の例では公的部門の個人、組織、制度・社会に不足している「キャパシティ(能力)」は相互に関連しあっていることから、人材、組織、制度については表 10-11 のとおりとし、JICA のリソースにあわせて以下2つの対象地域の選定が想定される。

表 10-11 例：A 国における人材、組織、制度のターゲット

対象人材：基礎的産科ケア施設の医療スタッフ(助産師、看護師)
対象組織：基礎的産科ケア施設
対象制度：妊産婦登録制度と妊産婦健診制度

表 10-12 例：A 国対象地域のキャパシティ(能力)

1. 対象地域：基礎的産科ケア施設がほとんど分布していない地域

	個人	組織	制度・社会
公的部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者の育成と活用</li> <li>基礎的産科ケア施設や熟練助産者と地域保健ワーカーとの連携構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>基礎的産科ケア施設の整備と必須産科ケアの提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>妊婦登録制度の運用と妊産婦健診の制度構築</li> <li>適切な母性保健政策や女性配慮に関する社会的環境整備</li> </ul>
民間営利部門			
民間非営利部門			

2. 対象地域：基礎的産科ケア施設が整備されている地域

	個人	組織	制度・社会
公的部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者の育成と活用</li> <li>基礎的産科ケア施設や熟練助産者と地域保健ワーカーとの連携構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>必須産科ケアの提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>妊婦登録制度の運用と妊産婦健診の制度構築</li> <li>適切な母性保健政策や女性配慮に関する社会的環境整備</li> </ul>
民間営利部門			
民間非営利部門			

制度・社会の主体である「妊婦登録制度の運用と妊産婦健診の制度構築」や「適切な母性保健政策や女性配慮に関する社会的環境整備」に関しては、民間非営利部門を支援する国際 NGO やジェンダー配慮の政策立案を支援する国際機関と協働して事業を実施していくことが望まれる。

### 10-6 ステップ6：JICA 事業フレームの作成

ステップ2でアプローチ（目標）の選択、ステップ3で目標を達成するための短期的目標である成果（サブアプローチ）の重点化、ステップ4で成果（サブアプローチ）を担う主体の現状分析、ステップ5で主体の中からターゲットの選定を行った後、妊産婦ケア事業を立案するステップ6へと移行する。

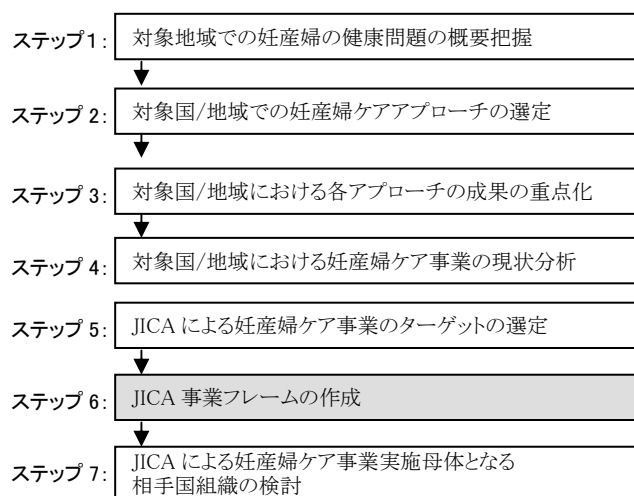


表10-13はステップ2から

5を経て作成したA国におけるJICA事業フレームである。プロジェクトの成果としてJICA事業として実施する活動とともに、対象国内外の組織と協働して行う活動を考える際にも利用できる。

表10-13 例：A国JICA妊産婦ケア事業フレーム

プロジェクト名：「熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア」プロジェクト

対象地域：A国B州C県 カウンターパート：C県保健省リプロダクティブ・ヘルス局

上位目標	プロジェクト目標 (アプローチ)	成果 (サブアプローチ)	活動
妊産婦の健康が改善する	・熟練助産者により安全な妊娠・出産ケアが提供される	1 地域で妊娠・出産ケアを提供できる熟練助産者が育成され、活用される	<ul style="list-style-type: none"> <li>・熟練助産者の働く場に応じた熟練助産技術の把握と育成研修内容への反映</li> <li>・妊娠中のケア・必須産科ケア・産後ケア技術のトレーニング</li> <li>・妊産婦の健康改善活動の実施</li> <li>・助産技術の実践トレーニングとスーパーバイズ</li> <li>・産科ケア施設運営能力強化研修とスーパーバイズ</li> <li>・妊産婦の健康改善活動の実施</li> </ul>
		2 基礎的産科ケア施設が整備される	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象人口当たりに必要な基礎的産科ケア施設の調査</li> <li>・基礎的産科ケア施設の整備</li> <li>・対象の基礎的産科ケア施設に必要な人材の調査</li> </ul>
		3 基礎的産科ケア施設において必須産科ケアが提供される	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基礎的産科ケア施設の運営（必須産科ケアの提供）</li> </ul>
		4 基礎的産科ケア施設や熟練助産者と地域保健ワーカーとの連携が構築される	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域保健人材の役割を政府の保健システムと住民を繋ぐ人材と位置づけコミュニティの理解を促進</li> <li>・熟練助産者による地域保健人材活動記録の整備と評価、定期的なスーパーバイズ</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域保健人材がリファーマーを勧めやすい質の高い産科ケア施設の整備</li> </ul>
	5 妊婦登録制度が運用される	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出生と死亡の登録規定の作成と実施</li> <li>・情報管理制度の構築</li> <li>・地域保健人材による登録勧奨</li> <li>・妊婦の把握と登録</li> </ul>
	6 妊産婦健診の制度が構築され、運用される	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊産婦健診が実施可能な熟練助産師の育成</li> <li>・健診に関する広報活動</li> <li>・妊産婦健診の実施</li> </ul>
	7 適切な母性保健政策や女性配慮に関する社会的環境が整備される	<ul style="list-style-type: none"> <li>・熟練助産者の数、配置、技能に関する規定の見直しと改定</li> <li>・政策レベルでの専門技術者としての助産師の位置づけ</li> </ul>

なお、アプローチごとに JICA 事業フレームを作成する際、各アプローチの成果(サブアプローチ)及びその中での活動内容は、各アプローチ詳細について論じた第4章から第8章の第1節2項「(2) 本アプローチの具体的な活動」を参照して選択していただきたい。

### 10-7 ステップ7：事業実施母体となる相手国組織の選定

ステップ7では、事業の実施母体となる相手国組織を選定する。妊産婦ケアの事業実施母体として、表10-14のような組織が考えられる。事業の規模や状況によっては、事業実施母体が一つである必要はなく、主な事業実施母体となる組織の他に、必要に応じて異なったセクターの組織をサブ母体として連携することが望ましい。

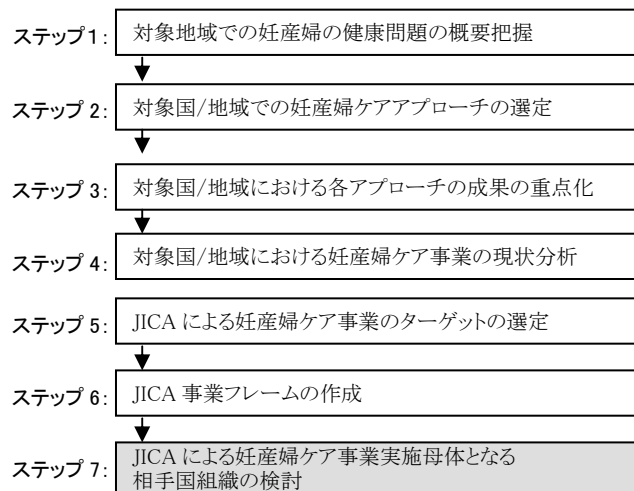


表 10-14 事業実施母体となる相手国組織

部 門	組 織
公的部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>・村落議会</li> <li>・保健医療施設</li> <li>・中央/地方保健省</li> <li>・中央/地方行政機関</li> <li>・中央/地方議会</li> <li>・政党</li> </ul>
民間営利部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民間医療施設</li> <li>・マスメディア</li> <li>・交通機関運営会社</li> <li>・保険会社</li> </ul>
民間非営利部門 (インフォーマルセクター含む)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健医療関連 NGO</li> <li>・社会開発 NGO</li> <li>・女性関連 NGO</li> <li>・コミュニティ組織</li> <li>・宗教組織</li> </ul>

例えば、事例として取りあげてきたサブサハラ・アフリカの A 国の場合はステップ5で選定したターゲットから、公立の保健医療施設を主な事業実施母体としてプロジェクトを計画立案することができる。また、サブ母体として、地域で活動する保健関連 NGO や女性団体、コミュニティ組織を選び、事業実施母体と連携させることも可能である。

## 10-8 対象国／地域の妊産婦の健康にかかわる状況によるアプローチ選択 (ステップ2を実施するために)

JICA 事業立案時に妊産婦の健康にかかわる状況から、アプローチを選定するためのマトリックスを示した。妊産婦の健康にかかわる項目ごとにアプローチの選択において特に配慮すべき段階を示し、その段階において優先して実施すべきアプローチ及び優先して目指すべき成果を記載した。

### (1) 母性保健ニーズ

母性保健ニーズにかかわる項目として妊産婦死亡率、分娩状況モデル、産科ケア施設数（基礎的／包括的）、緊急産科ケア利用率、家族計画・避妊の実施率、帝王切開率をあげた。

#### 1) 妊産婦死亡率

妊産婦死亡率（対出生 10 万）を、1000 から 500 に下げることと、300 から 100 に下げるのではその意味合い、難しさ、介入の性格、優先事項、整えていなければいけない条件などが異なる。例えば、妊産婦死亡を指標として各アプローチ方法を設定する際には、妊産婦死亡率が高い状況においては、医療施設における緊急産科ケアよりも、熟練助産師を育成・配置することに重点が置かれるべきであるが、妊産婦死亡率の低減に伴い、より緊急産科ケア体制の充実が重要になってくる。また、妊産婦死亡率が減少していても、過剰な医療化が進んでいる国／地域では出産の質の向上アプローチの推進が重要となる。

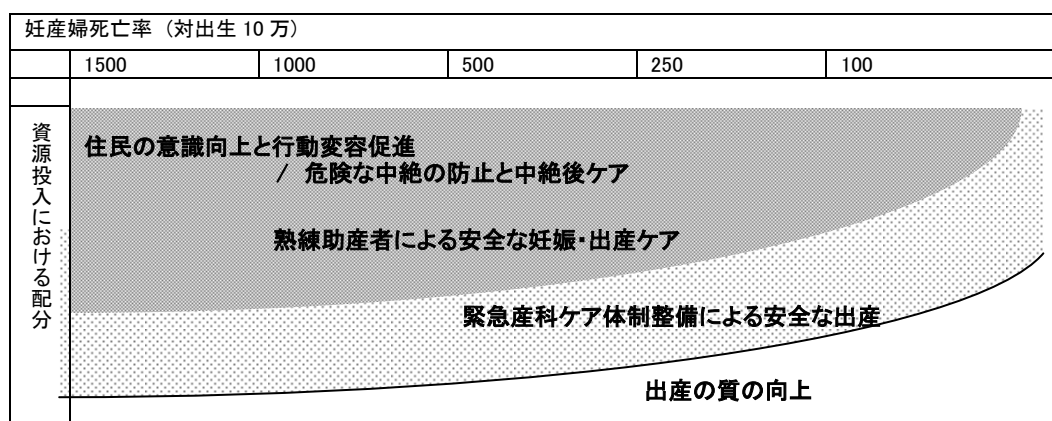


図 10-2 妊産婦死亡率に基づく各アプローチへの資源投入配分

#### 2) 分娩状況モデル

妊産婦の健康改善のためのアプローチを、既述の分娩モデル（表 2-8）に基づき選択することも可能である。伝統的産婆や家族による自宅分娩が中心の状況では、住民の意識向上や行動変容促進アプローチとともに熟練助産者による安全な妊娠・出産ケアアプローチが有用である。さらに危険な中絶の防止と中絶後ケアアプロ

チの必要性も高い。助産師による自宅分娩が行われている状況においては、緊急産科ケア体制整備のうち、特に基本的緊急産科ケアの機能を整備することに重点がおかれる必要がある。

助産師による基礎的産科ケア施設での分娩が中心の地域では、緊急産科ケア体制整備の中でも包括的緊急産科ケアが実施できる施設の機能整備や産科医の技術向上が重要となってくる。産婦人科医による包括的産科ケア施設での分娩が中心となる地域では、特に出産の質の向上アプローチによって、科学的根拠に基づかない不必要な医療介入をなくすとともに、より人間的温かみを持つ妊産婦ケアを推進することが重要となってくる。

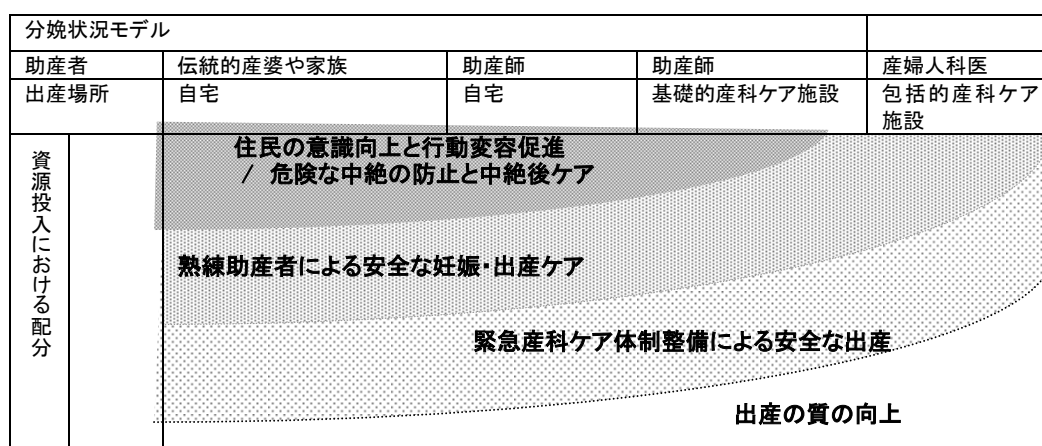


図10-3 分娩状況モデルに基づく各アプローチへの資源投入配分

### 3) そのほかの母子保健ニーズにかかわる項目

母子保健ニーズにかかわる項目のうち、産科ケア施設（基礎的/包括的）、緊急産科ケア利用率、家族計画・避妊の実施率、帝王切開率については表 10-15 にまとめた。

表 10-15 母子保健ニーズにかかわる項目と優先すべきアプローチ

項サブ	特に配慮すべき段階	優先すべきアプローチ	優先すべき成果（特にある場合のみ記載）	備考
産科基礎的ケア施設	・人口 50 万人に対して3つ以下	・熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア	・施設整備と熟練助産者が育成配置される	・国連のプロセス指標から算出した。AMDD によると、一部の国を除き、基礎的産科ケア施設の整備は報告的産科ケア施設よりも遅れていることが明らかになっている。
産科包括的ケア施設	・人口 50 万人以上に1つ	・緊急産科ケア体制の整備	・緊急産科ケア施設が整備・運営され、緊急産科ケアが提供される	・施設数は国連のプロセス指標から算出した。

緊急産科ケア利用率	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急産科ケア施設出産割合が15%以下</li> <li>合併症を発症した妊産婦の緊急産科ケア施設受療率が50%以下</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>住民の意識向上と行動変容</li> <li>緊急産科ケア体制の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急産科ケアを提供できる熟練助産者が育成・活用される</li> <li>緊急産科ケア利用のコスト負担制度が構築・活用される</li> <li>リファラル体制が構築・活用される</li> <li>緊急産科ケア施設が整備・運営され、緊急産科ケアが提供される</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>合併症を持つ妊産婦が全体の15%存在するとの推定から、緊急産科ケア施設出産割合の目標値を15%と設定した。</li> <li>合併症発症により緊急施設での受療が必要となる妊産婦(全体の15%と推定)がケアを受ける割合を100%と設定した。</li> </ul>
実施率 家族計画・避妊の	<ul style="list-style-type: none"> <li>避妊実行率が6割以下(ただし、地域や経済的状況によって実施率に大きな差異があることを考慮されたい)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>住民の意識向上と行動変容</li> <li>中絶の予防と中絶後ケア</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>世界人口白書(2004)によると、世界全体の避妊実行率は61%、開発途上地域も59%である。うち、アフリカ27%、アジア64%、アラブ諸国40%、ラテンアメリカと先進国は約70%である。</li> </ul>
帝王切開率	<ul style="list-style-type: none"> <li>15%を大きく超える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>出産の質の向上</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>WHOの定める基準に寄れば、標準的な帝王切開率とは5%以上15%以下であるが、実際の途上国での帝王切開率には大きなばらつきがある。</li> </ul>

## (2) 保健システムの整備状況

保健システムの整備状況に関する項目として、妊産婦登録の実施率、妊産婦健診の受診率について表10-16にまとめた。

表10-16 保健システムの整備状況にかかわる項目と優先すべきアプローチ

項目	特に配慮すべき段階	優先すべきアプローチ	優先すべき成果 (特にある場合のみ記載)	備考
実施 妊産婦登録の	<ul style="list-style-type: none"> <li>登録制度がない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア</li> <li>住民の意識向上と行動変容</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>熟練助産者が育成される。</li> <li>妊産婦登録・妊産婦健診制度が構築・運営される</li> <li>妊産婦登録・健診に関する意識が向上し登録数、健診受診数が増加する</li> </ul>	
妊産婦健診の受診率	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診が行われていない。受診率が50%以下、受診回数が3回以下。</li> <li>実施されているが、記録類が未整備、未整理</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>母子健康手帳に関する意識向上と行動変容促進のための働きかけ</li> </ul>



### (3) 社会経済状況

社会経済状況にかかわる項目として、政治状況と貧富の格差について表 10-17 にまとめた。

表 10-17 社会経済状況にかかわる項目と優先すべきアプローチ

項サ目	特に配慮すべき段階	優先すべきアプローチ	優先すべき成果 (特にある場合のみ記載)	備考
政治状況	・中央集権	・緊急産科ケア体制の整備		・中央政府の強いリーダーシップが期待できることから地域から包括的産科ケア施設まで複層的な介入が必要なアプローチに有用である。
	・地方分権推進	・熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア	・基礎的産科ケア施設の整備	・1990年代中ごろ以降、地方分権を進めている国が増加している。この状況では強力なリーダーシップによる大規模プログラムは期待できないため、まず基礎的な産科ケア施設整備を進めて、住民に近い部分でのケアから固めていくことが望ましい。
貧富の格差	・貧富の格差大	・熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア		・地方部や都市部貧困層を対象としてプロジェクトを立案することが望ましい

### (4) 文化的要因

文化的要因にかかわる項目として、宗教、教育レベル、女性の地位について表 10-18 にまとめた。

表 10-18 文化的要因にかかわる項目と優先すべきアプローチ

項サ目	特に配慮すべき段階	優先すべきアプローチ	優先すべき成果 (特にある場合のみ記載)	備考
宗教	・厳格なイスラム圏/ヒンドゥー圏 ・妊娠出産に厳格な規律を持つ土着宗教	・住民の意識向上と行動変容 ・中絶の予防と中絶後ケアを ・熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア		<ul style="list-style-type: none"> <li>・アフリカの国(データのある国の中では)4割程度、アジアの途上国の3割程が、15歳以上の識字率が15%であったり、初等教育就学率が80%以下であった。</li> <li>・優先事項として、女性の医療サービスへのアクセス向上に向けた事業を実施することが望ましい。</li> <li>・女性のアクセスを受け止める人材や基礎的産科ケア施設の整備を同時に行えれば、より持続的な効果が期待できる。</li> </ul>
教育レベル	・15歳以上の識字率が50%以下 ・初等教育就学率が80%以下			
女性の地位	・女性の識字率、就学率が男性の3分の2以下。 ・嫁の家庭内意思決定への参加が困難。 ・家庭内暴力が多い。			

以上第10章では妊産婦ケア事業立案の7つのステップと、本報告書で整理分析した5つのアプローチから、対象国/地域において優先されるアプローチを選定するための妊産婦の健康にかかわる状況について分析、整理した。



## 付 属 資 料

1. 妊産婦ケア案件参考事例
2. 妊産婦ケア案件成功事例
3. 参考組織リスト
4. 参考資料リスト



1. 妊産婦ケア案件参考事例 (○実施アプローチ)

No.	1990s-	1991-1999	1994-2000	1997-2000	1996-1998	1994-2001	1999-2003	1999-2004	1999-2003	1990s-
実施期間	1990s-	1991-1999	1994-2000	1997-2000	1996-1998	1994-2001	1999-2003	1999-2004	1999-2003	1990s-
プロジェクト名	National Safe motherhood Programme	Second Family Health Project	Health and Safe Motherhood Project	The Essential Obstetric Care Project in Mpongwe, Masati and Lufwanyama	Training Midwives to Improve Post abortion Care in Ghana	タンザニア連合共和国母子保健プロジェクト	The Averting Maternal Death and Disability Programme	Maternal and Neonatal Health Program	The Averting Maternal Death and Disability Programme	チュニジア国保健プログラム
ドナー/実施機関	Botswana government	WB	WB	UNICEF, Irish Aid	USAID	JICA	UNFPA, コロンビア大学ビルゲイツ財団	UNICEF, UNFPA, Plan International	UNFPA, コロンビア大学ビルゲイツ財団	UNICEF, WHO, WB
実施国	アフリカ: ボツワナ	ジンバブエ	チャド	ザンビア	ガーナ	タンザニア	モロッコ	ブルキナファソ	モザンビーク	チュニジア
実施レベル	National	districts	National		East Akim and Kwahu South	タンザニア、保健省ムンビリ・メデイカル・センター	National	District	National	National
参考資料	"Skilled Care During Childbirth: Profile" by Family Care International	Safe Motherhood and The World Bank Lessons form 10years of Experience. Staff Appraisal Report: <a href="http://www-wd.s.worldbank.org/servlet/WDSJ1Bank_Servlet?cont=details&amp;eid=0000092653961006074410">http://www-wd.s.worldbank.org/servlet/WDSJ1Bank_Servlet?cont=details&amp;eid=0000092653961006074410</a>	Safe Motherhood and The World Bank Lessons form 10years of Experience. Staff Appraisal Report: <a href="http://www-wd.s.worldbank.org/servlet/WDSJ1Bank_Servlet?cont=details&amp;eid=0000092653961006074410">http://www-wd.s.worldbank.org/servlet/WDSJ1Bank_Servlet?cont=details&amp;eid=0000092653961006074410</a>	UNICEF による Evaluation Report <a href="http://www.unicef.org/evaluationdatabase/index_14399.html">http://www.unicef.org/evaluationdatabase/index_14399.html</a>	Advanced Africa <a href="http://www.advanced.africa.org/">http://www.advanced.africa.org/</a>	タンザニア連合共和国母子保健プロジェクト報告書類	Making Safe Motherhood a Reality: <a href="http://www.unfpa.org/mothers/case003.htm">http://www.unfpa.org/mothers/case003.htm</a>	Behavior change interventions for safe motherhood; common problems, unique solutions	Making Safe Motherhood a Reality: <a href="http://www.unfpa.org/mothers/case003.htm">http://www.unfpa.org/mothers/case003.htm</a>	"Skilled Care During Childbirth: Country Profile" by Family Care International
住民の意識向上と行動変容促進										
(1)サービスマスターの育成	○	○	○					○		
(2)地域保健人材育成						○				
(3)マスマスター等を使った意識向上										
熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア										
(1)熟練助産者の育成	○	○		○		○		○		○
(2)基本的産科ケア施設整備		○		○						○
(3)妊産婦登録・健診制度構築と普及										
緊急産科ケア体制整備による安全出産										
(1)熟練助産者等サービスマスター提供者育成	○		○				○		○	
(2)基本的&包括的産科ケア施設整備	○		○				○		○	
(3)リアルタイム&コスト負担制度構築	○		○					○		
出産の質の向上										
(1)サービスマスター提供者育成										
(2)基本的&包括的産科ケア施設整備										
(3)産婦中心のケア政策・制度										
危険な絶育防止と中絶後ケア										
(1)サービスマスターの育成					○					
(2)熟練助産者の育成					○					
(3)基本的産科ケア施設整備					○					
その他		妊産婦の栄養改善				ウィルス学診断能力の向上		無線構築		

No	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
実施期間	1994-1997	1998-1999	1999-	2002-2003	1995-2002	1992-2002	1997-2005	1980s-	2000-2004	1998-2003
プロジェクト名	Scaling Up Improved Postabortion Care in Egypt: Introduction to University and Ministry of Health and Population Hospitals	Providing PAC through Private Nurse-Midwives in Kenya	The Averting Maternal Death and Disability Programme	Assessment of Services and Human Resource Needs for the Development of the Safe Motherhood Initiative in Afghanistan	WOMEN'S HEALTH AND SAFE MOTHERHOOD PROJECT	フリリン・家族計画・母子保健プロジェクト	ベトナムリプロダクティブヘルスプロジェクト	National Safe Motherhood Programme	Maternal and Neonatal Health Program	Safe Motherhood Project: A Partnership and Family Approach
ドナー／実施機関	USAID	USAID/ IntraHealth International Nurses Association of Kenya	GTZ, SIDA, ゲイツ財団/ コロンビア大学, RPMM team	ゲイツ財団/ UNICEF, コロンビア大学	WB, ADB, AusAID, KfW, EC(European Commission)	JICA	JICA	自国保健予算	WHO, Ministry of Health, Ministry for Women's Empowerment, Local NGO	WB
実施国	エジプト	ケニア A	ケニア B	National	フリリン A	フリリン B	ベトナム	マレーシア	インドネシア A	インドネシア B
実施レベル	Menia, Dakahlia, Alexandria, Behira	Province	Province	Assessment of Services and Human Resource Needs for the Safe Motherhood Initiative in Afghanistan http://www.unic ef.org/evaldatabase/index_14105.html	Province	タラック州/ 第3地域	ゲアン省	National	Province	東ジャワ州、中央ジャワ州
参考資料	Advanced Africa http://www.advancedafrica.org/ http://www.advancedafrica.org/	Advanced Africa http://www.advancedafrica.org/Comp endium/PractionDetail.asp?ID=118	Regional Prevention of Maternal Mortality Network Kenya Team http://www.cpmcnet.col umbia.edu/dept/sph/popfam/amdd/rpmm.html	Assessment of Human Resource Needs for the Safe Motherhood Initiative in Afghanistan http://www.unic ef.org/evaldatabase/index_14105.html	Safe Motherhood and The World Bank Lessons from 10years of Experience	フリリン・家族計画・母子保健プロジェクト報告書	ヴェトナム共和国リプロダクティブヘルスプロジェクト報告書	"Skilled Care During Childbirth: Profile by Country" by Family Care International	Behavior change interventions for safe motherhood; common problems, unique solutions	Safe Mother hood and The World Bank Lessons from 10years of Experience Staff Appraisal http://web.worldbank.org/external/proje cts/main?pagePK=104231&piPK=73230 &theSitePK=40941& menuPK=228424&P rojectid=P036956
住民の意識向上と行動変容促進										
(1)サービスマスターの育成										
(2)地域保健人材育成										
(3)マスメディア等を使った意識向上										
熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア										
(1)熟練助産者の育成										
(2)基本的産科ケア施設整備										
(3)妊産婦登録・健診制度構築										
緊急産科ケア体制整備による安全出産										
(1)サービスマスター提供育成										
(2)基本的&包括的産科ケア施設整備										
(3)リファラル&コスト負担制度構築										
出産の質の向上										
(1)サービスマスター提供育成										
(2)包括的産科ケア施設整備										
(3)産婦中心のケア政策・制度										
危険な中絶予防と中絶後ケア										
(1)サービスマスターの育成										
(2)熟練助産者の育成										
(3)基本的産科ケア施設整備										
(4)中絶に関するアドボカシー										
その他					妊産婦の栄養改善		機材供与(医薬品)	TBAの取り込み	新聞、ラジオ	

No.	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
実施期間	1989-1994	1995-2000	1930s-	1999-2004	1991-1998	1998-2004	1992-	1992-97	1994-2002	1999-2003
プロジェクト名	インドネシア共和国家族計画・母子保健プロジェクト	Replica VI Safe Motherhood Programme	National Safe Motherhood Programme	バンガラダシュ・リブ人ダクティブ人材開発	Fourth Population and Health Project	Health and Population Project	The Self-Employed Women's Association's Integrated Insurance Scheme	Child and Safe Motherhood Project	Population XI: Family Welfare Project	Maternal and Neonatal Health Program
ドナー／実施機関	JICA, UNFPA	UNICEF-GOI Master Plan, CIDA	UNICEF, WHO, WB, UNFPA	JICA	WB	WB	SEWA, GTZ	WB, UNICEF	WB	GTZ, DFID, UNFPA, UNICEF, Nepal Government, District Government, Local NGOs
実施国	インドネシア	インドネシア	スリランカ	バンガラダシュA	バンガラダシュB	バンガラダシュC	インドA	インドB	インドC	ネパールA
実施レベル	州	南スラウエシ、東ジャワ、中央ジャワ	National	首都病院	National		State	National	Province	District
参考資料	インドネシア共和国家族計画・母子保健プロジェクト報告書類	UNICEFによるEvaluation Reportあり http://www.unicef.org/evaldatabase/index_19004.html	"Skilled Care During Childbirth: Country Profile" by Family Care International	バンガラダシュ国リブ人ダクティブ人材開発プロジェクト報告書類	Safe Motherhood and The World Bank Lessons form 10years of Experience	Safe Motherhood and The World Bank Lessons form 10years of Experience Staff Appraisal Report http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS1BankServlet?content=details&eid=000009265.398702114756	Extending Maternity Protection to Women in the Informal Economy. The case of VimoSEWA, India	Safe Motherhood and The World Bank Lessons form 10years of Experience Staff Appraisal Report http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS1Bank_Servlet?content=details&eid=00009265.3961005214442		Behavior change interventions for safe motherhood: common problems, unique solutions
住民の意識向上と行動変容促進										
(1)サービスマスターの育成	○	○				○	○			○
(2)地域保健人材育成	○									○
(3)マスマスター等を使った意識向上										○
継続助産者による安全な妊娠・出産ケア										
(1)熟練助産者の育成	○	○	○	○	○	○			○	○
(2)基本的産科ケア施設整備	○	○	○	○	○	○			○	○
(3)妊産婦登録・健診制度構築	◎									
緊急産科ケア体制整備による安全出産										
(1)サービスマスターの育成			○(監査)							
(2)基本的&包括的産科ケア施設整備			○			○			○	
(3)リアルタイムコスト負担制度構築			○			○			○	
出産の質の向上										
(1)サービスマスターの育成										
(2)包括的産科ケア施設整備										
(3)産婦中心のケア政策・制度										
危険な中絶予防と中絶後ケア										
(1)サービスマスターの育成										
(2)熟練助産者の育成										
(3)基本的産科ケア施設整備										
(4)中絶に関するアドボカシー										
そのほか	FP普及活動強化計画・広報車両整備	Water/sanitation component		施設整備・機材供与				銹剤、破傷風予防接種	移動診療所	政策・ストーリー

No.	実施期間	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
プロジェクト名		Communication Action Groups: Promoting Broader Discussion of Reproductive Health	パキスタン国母子保健プロジェクト	Comprehensive Maternal and Child Health Project	ブラジル国家族計画・母子保健プロジェクト	Improving the Quality of Services and Contraceptive Acceptance in the Postabortion Period	Caja de seguro salud campesina Tiwanku (Caja)	ペルー共和国家族計画・母子保健プロジェクト	メキシコ合衆国家族計画・母子保健プロジェクト	AMDD(Averting Maternal Death and Disability)	Maternal and Neonatal Health Program
ドナー／実施機関		USAID/CEDPA/CEDPA-Nepal, The Enable Project-CEDPA, Nepal Red Cross Society	JICA	WB	JICA	USAID	Local NGO	JICA	JICA	コロンビア大学・ビルゲイツ財団/CARE・IPAS	USAID, Save the Children, Care, Project Hope, Local NGO
実施国		ネパール B	パキスタン	中国	中南米: ブラジル セアラ州	ポリビア A	ポリビア B	ペルー A	メキシコ	ペルー B	グアテマラ
実施レベル			District	8省	セアラ州	District	村	サンホセ母子病院	グアレロ州、ペラクスル州	Community	Department
参考資料		Advanced Africa <a href="http://www.advanceafrica.org/Compendium/PacticeDetail.asp?ID=413">http://www.advanceafrica.org/Compendium/PacticeDetail.asp?ID=413</a>	パキスタン国母子保健プロジェクト報告書類	Safe Motherhood and The World Bank Lessons form 10years of Experience 完成報告書 <a href="http://www-wds.worldbank.org/servelet/WDSJBAnk_Servlet?point=details&amp;id=000094946_0303111102363">http://www-wds.worldbank.org/servelet/WDSJBAnk_Servlet?point=details&amp;id=000094946_0303111102363</a>	ブラジル国家族計画・母子保健プロジェクト報告書類	Advanced Africa <a href="http://www.advanced.africa.org/">http://www.advanced.africa.org/</a>	Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment <a href="http://www.dse.de/zg/lermbibi/insurance/sum-12.htm">http://www.dse.de/zg/lermbibi/insurance/sum-12.htm</a>	ペルー共和国家族計画・母子保健プロジェクト報告書類	メキシコ合衆国家族計画・母子保健プロジェクト報告書類	<a href="http://cpmcnet.columbia.edu/dept/sph/popfam/amdd/partners2.html">http://cpmcnet.columbia.edu/dept/sph/popfam/amdd/partners2.html</a>	Behavior change interventions for safe motherhood; common problems, unique solutions
住民の意識向上と行動変容促進											
(1)サービスマスターの育成		○	○	○			○		○		○
(2)地域保健人材育成		○	○								○
(3)マスマスター等を使った意識向上		○									○
熟練助産者による安全な妊娠・出産ケア											
(1)熟練助産者の育成								○	○		○
(2)基本的産科ケア施設整備									○		
(3)妊産婦登録・健診制度構築			○						○		
緊急産科ケア体制整備による安全出産											
(1)サービスマスター提供者育成				○						○	
(2)基本的&包括的産科ケア施設整備				○				○		○	
(3)リアルタイム・コスト負担制度構築				○				○		○	
出産の質の向上											
(1)サービスマスター提供者育成											
(2) 包括的産科ケア施設整備											
(3)産婦中心のケア政策・制度											
危険な中絶予防と中絶後ケア											
(1)サービスマスターの育成											
(2)熟練助産者の育成						○					
(3)基本的産科ケア施設整備						○					
(4) 中絶に関するアドボカシー						○					
そのほか			母子保健センター改修、鉄剤	妊産婦の栄養改善	機材供与						



## 2. 妊産婦ケア案件成功事例

### 成功事例(1)

＜事例＞ インドネシア政府等による母子保健プログラム	
対象国	インドネシア(事例一覧ではインドネシア A 参照)
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ インドネシアでは年に 18000 人の女性が出産時や出産直後になくなっているが、そのほとんどが出血によるもので、2 時間以内に処置すれば助かるものであった。</li> <li>・ 1991 年から始まったインドネシア政府による安全な妊娠・出産ケアプログラムでは村落ベースで活動する助産師 54000 人の育成を開始した。</li> <li>・ 1995 年から、このプログラムは助産師のサービス提供内容を改善させること、ケアの質を向上させること、そして国中に母子保健サービスを浸透させることに焦点が移った。</li> <li>・ 1997 年には保健省は包括的なプロダクティブヘルスフレームワークの中に安全な妊娠・出産ケアを統合し、2001 年には国の政策を WHO による安全な妊娠アプローチに適合させる戦略をとっている。</li> <li>・ こういった背景の中で、本母子保健プログラムは西ジャワ州と Banten 州で 1999 年に始まった。本プログラムに参加したのは、Ministry of Health, Ministry of Women's Empowerment, Society of Obstetrics/Gynecology, the Indonesian Midwifery Association, the National Clinical Training Network, local NGOs, とドナーである WHO などである。</li> <li>・ 本プログラムの目標は、1)妊娠・出産時の出血を伴う合併症の予防と管理に向けた介入の拡大、2)すべての妊産婦や家族、コミュニティが出産や起こりうる合併症に対する準備を励行、3)妊娠、出産、産後を通して母親と赤ちゃんが熟練助産者によるケアを受けることを保障、の 3 点である。</li> <li>・ 介入対象は、西ジャワ州のコミュニティ、地域保健人材、保健施設、NGOs、公共団体や政府の政策立案者である。</li> <li>・ 介入活動内容は、1) 助産師の卒前教育での正常出産、産科合併症、新生児合併症の管理の教育、2)緊急産科ケアの一環として中絶後ケアの教育、2)White Ribbon Alliance のインドネシア支部の設立、4)マスメディア等を利用した SIAGA キャンペーンによる出産準備/合併症認識の促進のための行動変容活動、5)WHO と協働での安全な妊娠政策のみなおし、の 5 つである。</li> <li>・ SIAGA は出産準備/合併症認識の代表概念であり、以下の言葉の頭文字をとって名づけられた。“SIap(準備)、Antar(運ぶ)、jaGA(援助する)”。SIAGA キャンペーンでは母親の命を助けるためにすべての人々が何らかの役割を果たすことを推奨している。</li> <li>・ 行動変容活動として実施された SIAGA キャンペーンは 1999 年の開始当初には 3 つの遅れを解消するための役割をもつ対象を夫に限っていたが、その後家族やコミュニティ構成員にまで拡大、さらに 2002 年からは熟練助産の知識をもち妊産婦に優しい助産師に、さらには村が妊産婦の命を救うためのシステム、緊急時の輸血やコスト負担、交通手段、を持つことを推奨するようになった。</li> <li>・ SIAGA による情報提供やマテリアルの配布は White Ribbon Alliance が蓄積してきたノウハウとインドネシア国内でのネットワークを利用して行われた</li> </ul>
成果	<p>本プログラムの評価の結果、ベースライン調査時とフォローアップ調査時の比較から以下のことが明らかになった:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 行動変容活動(SIAGA)によりメッセージを受け取ったとした女性が 58%に上った</li> <li>・ 危険な兆候として重症な産後出血を発見された女性の割合が、17%から 21%(上記メッセージを受け取った女性では 29%、受け取らなかった女性 10%)になった</li> <li>・ 熟練助産者による出産介助を受けた女性の割合が、64%から 59%(上記メッセージを受け取った女性では 70%、受け取らなかった女性 44%)になった</li> <li>・ 知識に関する調査では、妊娠中に危険兆候、出産中の危険兆候、産後の危険兆候、保健施設での安全な出産、について、SIAGA キャンペーンからのメッセージを受け取ったとした女性、夫、助産師、コミュニティのほとんどが知識を有意に向上させていた。</li> <li>・ 妊産婦健診の受診数も SIAGA キャンペーンからのメッセージを受け取ったとした女性では 4 回以上の受診数の割合が有意に高かった。</li> </ul>
成功要因の分析	<p>以下のような要因がプログラムを成功へ導いたとされている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 開始当初にベースライン調査を実施し、現状を把握したことで、モニタリング・評価が可能となり、プログラムの戦略上有効であった</li> <li>・ 出産準備/合併症認識を図る対象レベルごとのマトリックスを作ったことで、すべての対象者に同時に包括的な手法で介入できた</li> <li>・ 臨床現場への介入と住民の行動変容促進のための介入という安全な妊娠・出産ケアのための 2 つの要素が相互に作用した</li> <li>・ マスメディアの有効利用</li> <li>・ 安全な妊娠・出産ケアに対してブランドネーム(SIAGA)を確立したことで、全対象者への浸透が容易となった</li> <li>・ 行動変容促進のためのメッセージを長期間にわたり伝え続けた</li> <li>・ コミュニティ動員により 1)産科ケア受診決定の遅れ、2)産科ケア施設到着の遅れを解消する有用な支援手段が生み出された。(ただし、コミュニティ動員活動は開始が困難であるばかりか、活動の進捗も遅く、予想以上に時間がかかる)</li> <li>・ 住民行動変容促進においては、ノウハウを蓄積している White Ribbon Alliance の貢献が大きい</li> </ul>

Behavior change interventions for safe motherhood; common problems, unique solutions 参照

## 成功事例(2)

＜事例＞ Health and Safe Motherhood Project	
対象国	チャド
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>本プロジェクト開始以前に、チャドの女性の9人に1人が妊娠に起因した疾病でなくなり、約20%が性器切除術を受け、熟練助産者介助率は25%、成人の約2-6%がHIV/エイズに感染していた。</li> <li>1993-2000 まで World Bank に支援を受けて Guera 地域と Tandjule 地域で実施された。</li> <li>本プロジェクトは、同様に World Bank の支援を受けて同地域で実施されていた Population and AIDS Control Project と協働で実施され、その目的はリプロダクティブ・ヘルスサービスの改善と、保健システム全体の強化であった。</li> <li>安全な妊娠・出産ケア (Safe Motherhood) は保健サービスがあらゆるレベルで機能していないと実現できないことから、女性の健康改善と、保健システムの強化の双方のエントリーポイントとして有用と考えられた。</li> <li>保健システム強化のために、保健サービスの計画と実施を地方分権化し、基礎的保健サービスに対する住民からのアクセスを向上させることで州保健省、ヘルスセンターにおける組織能力強化を目指した。</li> <li>本プロジェクトの目標は、1) 地域の保健サービス支援における中央レベルの能力強化、2) 県の保健施設および医療スタッフや地域保健人材の能力強化により、保健や栄養、家族計画サービスの両地域における供与を向上させる、3) 薬剤部の医薬品管理能力開発や必須医薬品買付け専門機関の設立による医薬品政策の改善と実施</li> <li>本プロジェクトの介入活動内容は、母性保健に関する IEC 能力の向上、2) ヘルスセンターにおける産科ケア能力の向上、3) 基礎的緊急産科ケアに関する医者や保健医療従事者 (paramedics 含む) へのトレーニング、4) 緊急産科ケアにおけるリファラル体制の改善、5) 妊産婦死亡に関する調査であった。</li> <li>プロジェクトを実施していく中で、妊産婦の健康の改善のためには移送状況を改善することと、産科合併症を認識し管理できる救急医療スタッフを育成することが必要であることが明らかになった。</li> <li>そこで World Bank はこのための支援を速やかに開始し、救急医療スタッフの育成と、彼らが必要とする医薬品や無線、ラジオ、バイクやリファラル支援などの準備、これらが円滑に運用されるための長期的な支援体制を整えた。</li> <li>一方、Population and AIDS Control Project においては、住民の行動変容と妊産婦健診の利用を促進することによって、近代的な避妊法の使用を広げ、HIV/エイズの拡大を鈍化させることを目的とした。</li> <li>Population and AIDS Control Project は調査を基にしたよりよい情報を国に与え、妊産婦に HIV/エイズスクリーニングを実施し、コンドーム使用についてソーシャルマーケティングプログラムを実施、人口と HIV/エイズの制御のためのグラントを提供する目的で基金をせつりつすることによってチャドの人口問題に関連する活動実施能力を向上させた。</li> <li>本 Health and Safe Motherhood Project も Population and AIDS Control Project もその活動内容を現地の状況に適合させ、そのニーズを満たすために大きな努力を払ってきた。</li> <li>対象地域にとって必要なのは、高い出生数、妊産婦死亡そして HIV/エイズ感染を解決できる保健サービスを提供していくための保健システムの組織能力強化であった。</li> </ul>
成果	<p>本プロジェクトの評価の結果、ベースライン調査時とフォローアップ調査時の比較から以下のことが明らかになった:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本プロジェクトの活動対象は 750,000 人(チャドの人口の 12%)に上った</li> <li>そのほとんどは女性と子供であり、彼らは基礎的保健サービスにアクセスできるようになった</li> <li>医薬品管理能力強化により安価な必須医薬品が基礎的保健施設で使用され、また医療スタッフのトレーニングもあって、保健施設での医療サービスの質は向上した。</li> <li>IEC プログラムの成功はコミュニティの保健に対する関与を増大させた</li> <li>救急医療スタッフによるハイリスク妊産婦の発見とリファラル率が上昇した</li> <li>近代的避妊法を使用する割合が 1%から 10% に上昇した</li> </ul>
成功要因の分析	<p>以下のような要因がプログラムを成功へ導いたとされている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療スタッフのスーパーバイズ体制の整備など組織の能力強化に努めた</li> <li>同時期に世銀が実施していた HIV/AIDS プロジェクトとの連携</li> <li>UNDP, UNICEF, IDA など他の国際機関と Sector Wide Approach による戦略作りを行った</li> <li>コミュニティレベルとリファラルポイントであるヘルスセンターの連携を構築した</li> <li>保健サービスの提供と、保健情報教育を関連付けた</li> </ul>

Safe Mother hood and The World Bank Lessons form 10years of Experience / Staff Appraisal Report

[http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS.IBank\\_Servlet?pcnt=details&eid=000009265\\_3961006074410](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS.IBank_Servlet?pcnt=details&eid=000009265_3961006074410)

参照

成功事例(3)

＜事例＞ Comprehensive Maternal and Child Health Project	
対象国	中国
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1995-2002まで World Bank に支援を受けて中国 8 省で実施された。</li> <li>・ 本プロジェクトの支援対象者は地域住民、ヘルスワーカー、医療施設管理者、政策立案者まで村落レベルから省レベルまでを対象レベルとした。</li> <li>・ 主な活動は 1)対象地域の省レベル(16)、県レベル(160)、郡レベル(500)の産科ケア施設整備、2)村落、市街地から郡までのリファラルシステム構築と、各レベルでのヘルスワーカーに対する母子保健、臨床ケア、マネージメント技術に関する研修、3)包括的産科ケアプログラムのマネージメントに関する研修、スーパーバイズ、情報管理、4)国レベルでの、部局間、省間のコーディネート、プロジェクトモニタリングと他地域への展開準備である。</li> <li>・ 中央レベルの保健省からシニアマネージャーが州保健省に派遣され、プロジェクトに関連する母性保健政策などについてオリエンテーション会議を開き、主要なアプローチや活動方法について説明した。</li> <li>・ 本プロジェクトでは臨床のみならず疫学的な観点や保健システムや開発の観点から検討した上で、活動方法が採用されている。</li> <li>・ プロジェクト策定時から、活動内容間の関連から研修後のスーパーバイズ体制やその実施タイミングを計画した</li> <li>・ 各保健施設整備のために、その医療用機材や消耗品、医薬品の選定、調達に関する手順書を、外部の専門家の協力の元に作成した</li> <li>・ ヘルスワーカーに対する研修のためのインフラ整備とともに、通信教育体制など研修受講後のヘルスワーカーが業務を続けながらその技術を向上させたり、新たに採用されたスタッフをトレーニングするための手法を確立した</li> <li>・ 地域住民に対するリファラルシステム構築やコスト負担制度構築のためのトレーニングはより影響力のある対象者の選定し、少人数のグループで参加型手法を用いた</li> </ul>
成果	<p>本プロジェクトの評価の結果、ベースライン調査時とフォローアップ調査時の比較から以下のことが明らかになった：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象地域の各レベルの産科ケア施設が整備され、約 54,000 人（ヘルスワーカー60%、郡ヘルススタッフ 36%）が長期研修を、605,000 人の母子保健スタッフが短期研修を受けた。</li> <li>・ 保健教育や基礎的産科ケア施設整備により、貧困層の妊産婦が妊産婦ケアサービスにアクセスできるようになった</li> <li>・ 県や郡レベルでの保健施設管理状況が改善した</li> </ul>
成功要因の分析	<p>以下のような要因がプログラムを成功へ導いたとされている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ プロジェクトに関する政策、技術や資源の動員と配分が中央の強いリーダーシップと州レベルへの密なスーパーバイズの下、実施されたこと。</li> <li>・ プロジェクト策定時から政策策定後、研修実施後、のスーパーバイズ体制まで視野に入れて活動計画を作成し、その介入タイミングも適切な時期に計画してあったこと</li> <li>・ 研修や知識や技術向上に向けたフォローアップが適切なスーパーバイズの下に行われ、そのための手法がかくりつされていた</li> <li>・ 各レベルの保健医療施設整備に関する手順書を作成し、各レベルに必要な物品が配給されるようにした</li> <li>・ 地域住民に対するトレーニングで対象者、手法、使用言語などに配慮した</li> <li>・ 社会的、経済的障壁から保健サービスへのアクセスが低い、必要性の高い地域や家族に優先して予算を配分した</li> </ul>

Safe Mother hood and The World Bank Lessons form 10years of Experience 完成報告書

[http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS\\_IBank\\_Servlet?pcont=details&eid=000094946\\_0303111102363](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont=details&eid=000094946_0303111102363)

参照

### 3. 参考組織リスト

妊産婦の健康改善に向けた事業を行う上で参考となり得る活動を実施している、もしくは情報が得られる組織を、国内組織、外国連組織、国外研究組織、国外非営利組織を以下に挙げた。4章から8章に整理した各アプローチに特に参考になるものについては、その章番号を右に記載したので、参照されたい。

	組織名	URL など	章
国内	財団法人 ジョイセフ (家族計画国際協力財団)	-人口および RH 分野の国際協力諸事業を行う公益法人。国連人口基金 (UNFPA)、国際家族計画連盟 (IPPF)、外務省、JICA などとも緊密な連携を有する。妊産婦ケアに関連するプロジェクトをアジアで実施している。 <a href="http://www.joicfp.or.jp/jpn/index.shtml">http://www.joicfp.or.jp/jpn/index.shtml</a>	4章
	社団法人 日本家族計画協会	-行政と協力し、専門家・学会の指導を受けて「全国どこでも、誰もが望めば、RH サービスを受けられる社会の実現」を目標に活動する厚生労働省認可公益法人。 <a href="http://www.jfpa.or.jp/">http://www.jfpa.or.jp/</a>	4章
	社団法人 日本助産師会	-母子保健推進のため、全国の助産師の連携をはかり、助産師業務の水準を維持し、その改善・向上を目的とする。ICM (国際助産師連盟) 加盟団体として、国際的な関連集会や研修、国際支援などに参加し、世界の助産師関連団体との連絡や情報の交換を実施。 <a href="http://www.midwife.or.jp/05_midwifery_practices/05_03_main.html">http://www.midwife.or.jp/05_midwifery_practices/05_03_main.html</a>	5章 7章
	日本助産学会	-助産学に関する知識・技術の学術的研究の発表や交見を通して、専門職助産師の学術的基盤を体系化し発展させることを目的とした学会。実践研究が中心。 <a href="http://square.umin.ac.jp/jam/">http://square.umin.ac.jp/jam/</a>	5章 7章
	全国助産師教育協議会	-助産師教育に携わる教員による会。長年に渡り助産師の教育に関わる事項を検討し、1986年の日本助産学会設立にも寄与した。現在も多くの助産師教育関連の調査活動を実施している。	5章 7章
	国際母子手帳シンポジウム	-1998年の「第1回母子手帳国際シンポジウム」以来6年間で4回のシンポジウムを開催。母子健康手帳に関心を持つ世界の研究者や実践家が集まり、母子健康手帳の開発・普及の経験を共有している。 <a href="http://volunteer.hus.osaka-u.ac.jp/information/MCH_handbook04/sympo4jp.htm">http://volunteer.hus.osaka-u.ac.jp/information/MCH_handbook04/sympo4jp.htm</a>	5章
	JICA-国際協力機構 母子保健：新しい命をはぐくむために	-貧困や医療サービス・教育の不足などのために妊産婦や乳幼児の死亡率が高い途上国において、母子健康手帳の開発・普及活動が広がっている。ベトナム、アフガニスタン、インドネシアでの NGO や自治体の活動を紹介している。 <a href="http://www.jica.go.jp/jicapark/kokusai/0408/02.html">http://www.jica.go.jp/jicapark/kokusai/0408/02.html</a>	5章
	母子保健・家庭保健教育普及グループ 財団法人 母子衛生研究会	-健全な社会生活の基礎となる母性、小児の保護に関する研究、知識の教育普及を図り、母子及び家庭の健全な心身の発展を助長育成する事業を実施。国際星保険対策事業として、母子健康手帳の各国語版を作成している。 <a href="http://www.mcfh.or.jp/">http://www.mcfh.or.jp/</a>	5章
	Human Birth Park	-女性主体の優しい妊娠・出産・母乳育児を支援する情報サイト。人間的なお産、科学的根拠に基づいた医療介入、母子同室といったキーワードを元に、女性主体の妊娠・お産について、妊産婦と専門家双方の意見が得られる。 <a href="http://www.web-reborn.com/humanbirthpark/humanbirthparkindex.html">http://www.web-reborn.com/humanbirthpark/humanbirthparkindex.html</a>	7章

国連組織	ILO-STEP	-緊急産科ケアのうち保険に関する調査研究やプログラム支援を行っている。世界各地の社会保障制度に関する新たな取り組みの調査研究報告書を入手できる。 <a href="http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/">http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/</a>	6章
	WHO-Health Systems Performance	-特に貧困層の保健医療へのアクセスを確保するためにはどのような保健システムが有用なのかについて調査研究を実施、その報告書を入手できる。 <a href="http://www.who.int/health-systems-performance/">http://www.who.int/health-systems-performance/</a>	6章
	WHO-Reproductive health	-WHOによる科学的根拠に基づいた妊産婦ケアに関する調査研究報告書等が入手できる。 <a href="http://www.who.int/reproductive-health/MNBH/index.htm">http://www.who.int/reproductive-health/MNBH/index.htm</a>	7章
	WHO- Prevention of Unsafe Abortion	-WHOによる危険な中絶の予防に関する調査研究報告書や、国連による世界の危険な中絶数分布(2000年)地図が入手可能。 <a href="http://www.who.int/reproductive-health/unsafe_abortion/index.htm">http://www.who.int/reproductive-health/unsafe_abortion/index.htm</a>	8章
	UNFPA	-各国 NGO(主に各国の家族計画協会)への支援を通じて住民サイドへのリプロダクティブヘルス分野のプロジェクトを支援している。 <a href="http://www.unfpa.org/">http://www.unfpa.org/</a>	4章
国外研究機関	IAG (Safe Motherhood Inter-Agency Group transitions into expanded global partnership)	-「安全な母性」に関する国際会議の共同開催者により結成された。以来、「安全な母性イニシアティブ」を国際的な課題として取り組み、妊産婦死亡や妊娠・出産に関連した疾病減少のための環境づくりを行っている。 <a href="http://www.safemotherhood.org/index.html">http://www.safemotherhood.org/index.html</a> -危険な中絶予防のためのアドボカシーを実施 <a href="http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/unsafe_abortion_fact.htm">http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/unsafe_abortion_fact.htm</a>	5章 8章
	Averting Maternal Death and Disability Program's (AMDD)	-妊婦健診、伝統的産婆中心のアプローチを批判し、緊急産科ケア整備を重視したプログラムを1999年より開始した。国連プロセス指標等を用いて、支援対象国の緊急産科ケア体制を評価している。世界39カ国でプログラムを実施。 <a href="http://www.amdd.hs.columbia.edu/">http://www.amdd.hs.columbia.edu/</a>	6章
国外非営利組織	JHPIEGO	-ジョージ・ホプキンス大学の関連機関。Maternal and Neonatal Health (MNH) Program(助産者トレーニングを中心としたプログラム)や住民の行動変容を目指した意識向上に関する調査研究を実施。下記に示した住民の行動変容に関するマニュアルをFCIとともに開発した。 <a href="http://www.mnh.jhpiego.org/index.asp">http://www.mnh.jhpiego.org/index.asp</a>	4章 5章
	Family Care International (FCI)	-途上国の女性のリプロダクティブヘルス・ライツの改善、特に安全な妊娠と出産に焦点を絞り、アドボカシー活動やリプロダクティブヘルスプロジェクトを実施している国際NGO。下記に示した住民の行動変容に関するマニュアルをJHPIEGOとともに開発した。 -5章に有用なツールとして示した熟練助産に関するマニュアルを開発した。 - <a href="http://www.familycareintl.org/index.html">http://www.familycareintl.org/index.html</a>	4章 5章
	IPAS	-リプロダクティブライツを得るための女性の能力強化や、危険な中絶による女性の障害や死亡を減らすために30年にわたり活動する国際NGO。その活動内容は研修、研究、アドボカシー、医療用機器の配布など幅広い。特に安全な中絶術に使用する吸引機器の途上国における配布活動が著名。 <a href="http://www.ipas.org/english/">http://www.ipas.org/english/</a>	8章

International Planned Parenthood Federation (IPPF)	-リプロダクティブヘルスに関する保健サービスを提供するための活動を50年にわたり続けるNGO。149の家族計画関連団体と連携し、世界189カ国で活動する。本分野では貧しい女性や若い女性が安全な中絶術を選択できるような保健サービスデリバリー体制の整備を目指す。 <a href="http://www.ippf.org/ContentController.aspx?ID=5">http://www.ippf.org/ContentController.aspx?ID=5</a>	8章
Marie Stopes International (MSI)	-リプロダクティブヘルスに関する情報やサービスを世界37カ国で提供する、ロンドンを本部とする国際NGO。望まない妊娠を予防するリプロダクティブヘルスサービスへのアクセス向上や、法的に中絶が認められていない国でのアドボカシー活動などを実施。 <a href="http://www.mariestopes.org.uk/ww/safe-abortion.htm">http://www.mariestopes.org.uk/ww/safe-abortion.htm</a>	8章
Grupo TICIME A.C.	-ラテンアメリカにおいて人間的な出産を推進しているネットワーク <a href="http://www.parteras.org/">http://www.parteras.org/</a>	7章
Family Health International (FHI)	-アメリカ最大の国際保健NGOのひとつ。開発途上国において健康な家族の達成とリプロダクティブヘルスの改善を支援する。家族計画、性感染症予防、妊産婦ケア、保健サービスの質も向上を目指した活動を実施する。多くの調査研究を実施し、その報告書を公開している。 <a href="http://www.fhi.org/en/RH/index.htm">http://www.fhi.org/en/RH/index.htm</a>	
White Ribbon	-世界24カ国に400支部を持つネットワーク組織。女性の健康と権利を守るために、1)女性自身や家族、コミュニティ、保健医療スタッフの安全な妊娠や出産の必要性認識、2)セクターを超え、組織を超えた同盟を結ぶ、3)これらの活動の媒介者となる、ことをゴールとして活動。主にコミュニティレベルの母子保健活動を推進。マスコミやイベントを利用したキャンペーンなどの経験が豊富。 <a href="http://www.whiteribbonalliance.com/aboutwra.cfm">http://www.whiteribbonalliance.com/aboutwra.cfm</a>	4章
Program for Appropriate Technology in Healthcare (PATH)	-技術ギャップの解消によって途上国の女性や子供の健康、伝染病予防を実現することを目的にプログラムを実施している。妊産婦ケア事業として、清潔なお産キットの開発と供給やリプロダクティブヘルストレーニングをUSAIDの支援の下で実施している。 <a href="http://www.path.org/">http://www.path.org/</a>	4章 5章

#### 4. 参考資料リスト

No	タイトル	出版年	出版社・著者・サイト
1	Abortion in the Developing World, Edited by A. Mundigo and C Indriso,	1998	Published for WHO by Zed Books, London and Vistar Publications, New Delhi <a href="http://www.who.int/reproductive-health/publications/Abstracts/abortion.html">http://www.who.int/reproductive-health/publications/Abstracts/abortion.html</a>
2	A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth	2000	M. Enkin, M. Keirse, M. Renfrew & J. Neilson, Oxford Medical Publications
3	AMDD Workshop ; Using the UN Process Indicator of Emergency Obstetric Services; Question and Answers	2003	Mailman School of Public Health, Columbia University <a href="http://www.rhrc.org/pdf/AMDDWorkbook.pdf">http://www.rhrc.org/pdf/AMDDWorkbook.pdf</a>
4	Behavior change interventions for safe motherhood; common problems, unique solutions	2004	JHPIEGO <a href="http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BCIforSM.pdf">http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BCIforSM.pdf</a>
5	Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer	2004	WHO <a href="http://www.who.int/reproductive-health/publications/btn/btn.pdf">http://www.who.int/reproductive-health/publications/btn/btn.pdf</a>
6	Care in normal birth: A practical guide	1997	Report of a technical working group, WHO <a href="http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html">http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html</a>
7	Extending Maternity Protection to Women in the Informal Economy. The case of VimoSEWA, India	2002	ILO-STEP <a href="http://www.ilo.org/public/english/Protection/socsec/step/reslib/publ.php?idpubl=27&amp;lang=EN">http://www.ilo.org/public/english/Protection/socsec/step/reslib/publ.php?idpubl=27&amp;lang=EN</a>
8	Emergency Obstetric Care: Quick Reference Guide for Frontline Providers	2003	JHPIEGO <a href="http://www.mnh.jhpiego.org/news/emoc.pdf">http://www.mnh.jhpiego.org/news/emoc.pdf</a>
9	Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment	1998	WHO <a href="http://www.dse.de/zg/lernbibl/insurance/sum-12.htm">http://www.dse.de/zg/lernbibl/insurance/sum-12.htm</a>
10	Making “Safe Motherhood” A Reality: Report on Year 4	2003	AMDD Program <a href="http://cpmcnet.columbia.edu/dept/sph/popfam/amdd/Gates4thAnnReport.pdf">http://cpmcnet.columbia.edu/dept/sph/popfam/amdd/Gates4thAnnReport.pdf</a>
11	Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA	2000	WHO <a href="http://www.who.int/reproductive-health/MNBH/maternal_mortality_2000/index.html">http://www.who.int/reproductive-health/MNBH/maternal_mortality_2000/index.html</a>
12	“Maternal Mortality as a Human Rights Issue.” Liljestrand, J. and Gryboski, K.	2001	PATH. <a href="http://www.eldis.org/static/DOC15458.htm">http://www.eldis.org/static/DOC15458.htm</a>
13	Monitoring birth preparedness and complication readiness; tools and indicators for maternal and newborn health	2004	JHPIEGO <a href="http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf">http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf</a>
14	Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care : a guide for essential practice.	2003	WHO <a href="http://www.who.int/reproductive-health/publications/pcpnc/pcpnc.pdf">http://www.who.int/reproductive-health/publications/pcpnc/pcpnc.pdf</a>
15	Quality Improvement for Emergency Obstetric Care: Leadership Manual and Toolkit	2003	Engender & Mailman School of Public Health, Columbia University <a href="http://www.engenderhealth.org/res/offc/mac/emoc/">http://www.engenderhealth.org/res/offc/mac/emoc/</a>
16	Reducing Maternal Mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe. Health Nutrition and Population Series,	2003	World Bank <a href="http://www1.worldbank.org/hnp/hsd/services_maternal_2004.asp">http://www1.worldbank.org/hnp/hsd/services_maternal_2004.asp</a>
17	Safe Abortion; Technical and Policy Guidance for Health Systems	2003	WHO <a href="http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/Safe_Abortion.pdf">http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/Safe_Abortion.pdf</a>
18	“Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade”	1997	A summary report of the Safe Motherhood Technical Consultation held in Sri Lanka, October 1997

19	Skilled Care During Childbirth: Information Kit, 1.Policy Brief, 2.Information Booklet, 3.Country Profile,	2002	Family Care International, <a href="http://www.safemotherhood.org/resources/publications.html">http://www.safemotherhood.org/resources/publications.html</a>
20	UNICEF/WHO/UNFPA Guidelines for Process Indicators	1997	UNICEF <a href="http://www.amdd.hs.columbia.edu/docs/unguidelines.finalversion.pdf">http://www.amdd.hs.columbia.edu/docs/unguidelines.finalversion.pdf</a>
21	Unsafe abortion; Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000 4 <sup>th</sup> Edition	2004	WHO <a href="http://www.who.int/reproductive-health/publications/unsafe_abortion_estimates_04/estimates.pdf">http://www.who.int/reproductive-health/publications/unsafe_abortion_estimates_04/estimates.pdf</a>
22	“Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy.” Freedman, L.P.	2001	International Journal of Gynecology & Obstetrics 75:51-60.
23	What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventionskk. Module 1 Safe Motherhood Safe Motherhood,	2003	Policy Project <a href="http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/SM_WhatWorksps2.pdf">http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/SM_WhatWorksps2.pdf</a>

24	母子健康手帳シンポジウム報告書(第1回～第4回) International Symposium on Maternal and Child Health Handbooks	1998～2004	大阪大学大学院人間科学研究科ボランティア人間科学講座/HANDS
25	JICA 国別特設研修インドネシア母子保健報告書(第1回～第3回) JICA Country-Focused Training Course on Maternal and Child Health in Indonesia (2003,2004)	2003, 2004	JICA
26	JICA キャパシティ・ディベロップメント ハンドブック	2004	JICA
27	JICA 事業において考慮すべき「人間の安全保障」の7つの視点	2004	JICA
28	安全保障の今日的課題 人間の安全保障委員会報告書	2003	朝日新聞社
29	『WHO勧告に見る望ましい周産期ケアとその根拠』マーズデン・ワーグナー著 井上裕美・河合蘭 監訳	2002	メディカ出版







