

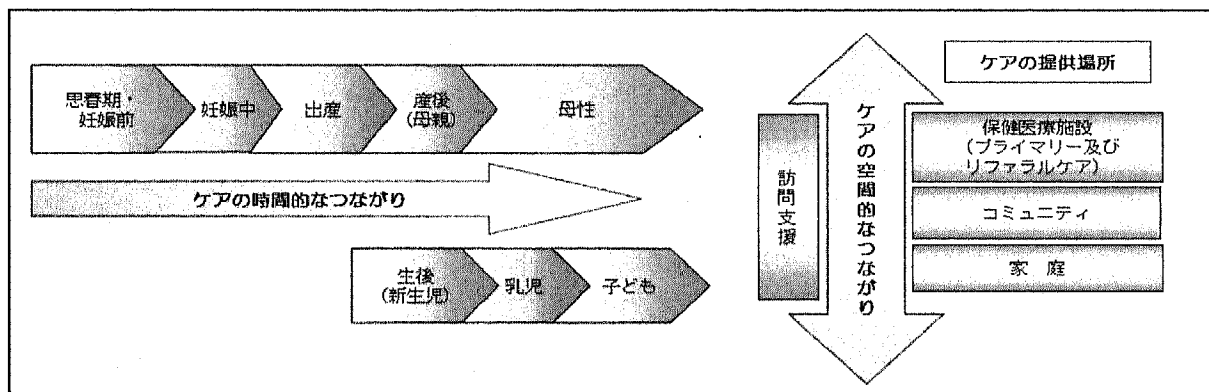
2章 母子保健の標準的サービス

2-1 母子保健サービスの全体像と継続ケア

母子保健の特徴として、妊娠・出産は病気ではなく、人間の基本的な営みの一環であるため、ある時期に集中して改善したとしても問題がなくなるわけではないことが挙げられる。そのため、他の保健分野(感染症対策など)と比べ、人間のライフ・サイクルの尊重、保健サービスに対する需要の喚起(潜在的受益層への働きかけ)の必要性が大きく、また、時間の経過や社会の発展にかかわらず人間の暮らしが続く限り一定の保健サービスを供給し続ける必要があるという意味で事業の持続性がことさら重要である。

妊産婦及び子どもの死亡削減に向けた今日の母子保健の主流方策は、「継続ケア」(continuum of care: COC) である。母子保健分野の継続ケアとは、妊娠前(思春期、家族計画を含む)→妊娠中→出産時→産褥期(産後 42 日未満)と新生児期(生後 28 日未満)→乳児期(生後 1 年未満)→それ以降の子どもの時期といった時間的な一連の流れと、家庭内→コミュニティ→一次保健医療施設(保健所、助産院等)→二次医療施設(地域病院等)→三次医療施設(大学病院、専門病院等の大病院)といった空間的な一連の流れを一体として捉え、女性・子どもへの対応が分断されることなく、母子に対して継続的に提供される保健サービスを意味する。

図2 継続ケアの概念図



出所：WHO/PMNCH [http://www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/#]

継続ケア概念の誕生に先立つ背景として、1980年代から90年代にかけて多くの途上国に導入された母性保護やリプロダクティブ・ヘルスの諸策にもかかわらず、妊産婦死亡率や5歳未満児死亡率が期待されたほど削減されなかったという状況がある。新生児の生存は妊産婦の健康状態と出産の状況に大きく左右されることから、新生児ケアを妊産婦ケアに統合し、時間的・空間的な連携を図って包括的に介入することが必要との認識が高まり、継続ケアの推進につながった。MDGs4・5の達成が危惧される状況のもと、WHOが継続ケアの重要性を改めて強調し、各国において推進されるようになっていく。

科学的根拠のある母子保健のためのサービスは、継続ケア概念のもと、個人のライフ・サイクルなどに沿ったまとまり(パッケージ)に整理されている。主なパッケージとその内容は概ね次項2-2のとおりである。母子保健サービスの多くは、おおむね、基本的に健康な女

性・子どもがリスクを避け安全に思春期・周産期・子ども時代を過ごすことを目指した予防的なサービスと、何らかのリスク・合併症や疾患・障害などが見つかった場合の治療サービスとに分けることができる。母子保健分野においても、予防により治療を要する状態を未然に防ぐ、あるいは予防的サービスによる早期発見・早期対応を通じて重症化や長期化を防ぐことが可能な場合が多く、それが実現できていない度合いが高い途上国では、予防的サービスの強化がとりわけ重要である。(予防的サービスがある程度いきわたると、治療サービスの重要性が高まり、予防と治療の統合という考え方が出てくるようになる。)

なお、科学的根拠のある母子保健のためのサービスを、近年は「効果的介入」(High Impact Intervention: HII)と呼び、標準的サービスとして普及しようという流れがある。ただし、科学的根拠は一般的に、世界での研究の積み重ねを通じて更新されていくものであり、現時点で効果が認められ推奨されているサービス内容が将来にわたって不変であるとは限らないことに注意が必要である。

2-2 主な標準的サービス・パッケージ

以下のサービス・パッケージは、継続ケア概念のもと WHO などにより推奨されている技術的な世界標準であり、母子保健分野の協力を計画する際に踏まえておくべきものである。

しかし、これらのパッケージの内容として提示されているのは、サービス需要者(母子)のライフ・サイクルやサービス供給場所別に分類されたサービスの種類や頻度のみであり、これらのサービスを具体的にどのような仕組みで誰が誰に対して供給するか、サービスの質を誰がどのように管理するか、適切なサービス需要をどのように喚起するか、どのようにしてサービス需給の持続性を高めるかといった実施面のアプローチは含まれていない。

例えば、女性のライフ・サイクルのうち思春期・妊娠前(前ページ図 2 の左端の段階)に必要なサービス・パッケージとして、世界で広く参照される技術指針や論文などにおいて、家族計画(以下(1))が挙げられ、その内容の一つとして各種の近代的な避妊手段が推奨されている。それらの避妊手段の特徴(安全性、実施/装着の難易度、避妊効果など)や使用上の留意事項(適応・禁忌、医師等による処置の要否など)について科学的根拠のある技術情報も入手可能である。その一方で、途上国の妊娠前の女性が適切な避妊手段を利用するためには、どのような制度のもとに誰がどこで避妊手段を供給すればよいか、そのことをいつどのように需要者の女性に伝えればよいか、供給される避妊手段の品質や処置を行う医師等の技術水準を誰がどのように監督すればよいか、次々に適齢期に達する女性が近代的な避妊手段の必要性を正しく理解する機会をどうすれば得られるかといった実施方策については、画一的な答があるわけではなく、多くの場合具体案が技術指針に記されているわけでもなく、記されている場合でもそのとおりに実践することは難しい。

しかし、途上国では、往々にしてこういった面に大きな課題があり、サービス内容のみならず需給プロセスにも注目し、より良いサービスの普及と持続のための能力や仕組みの強化に取り組むアプローチが協力計画の核心となる場合が多いことに注意が必要である。特に、MDGs 国連首脳会合(2010年9月)で確認された世界戦略やムスコカ・イニシアティブなどの今後の進展に伴い母子保健分野に充当できる援助資金が増加すれば、標準的サービスを適正に供給し適切な利用を促進するための能力強化・システム強化の重要性がますます

高まる。(このような考え方にに基づき、母子保健サービスの実行を支える仕組み・能力の強化について、3章3-2(1)及び(4)で解説する。)

標準的サービスは、効果が科学的に認められているにもかかわらず、以上のような実施面の課題や1章1-1で言及した資金不足の問題により、普及度(カバレッジ)が全般的に低く、サービスの種類にもよるが必要量の半分にも届いていない国が多い。サービス普及に向けた取り組みの必要性が世界的に強調されるゆえんである。(付録1-7参照。)

(1) 家族計画 (family planning)

家族計画とは、個人及びカップルが希望する時期に希望する数の子どもを計画的に産む、あるいは産まないことである。子どもを産む時期(産婦の年齢、出産間隔)は出産のリスク要因となり得るため、危険な出産の予防のために、家族計画による「早すぎない、頻繁すぎない、遅すぎない」妊娠の促進が推奨されている。子どもの数と出産時期の主たる調整手段は避妊であり、家族計画の考え方、特に避妊に関する情報と安全・簡単・安価な避妊法(具)の普及が重要である。普及されている近代的避妊法(具)として、子宮内避妊器具(IUD または IUCD)、経口避妊薬(ピル)、デポ・プロベラ(黄体ホルモン剤の注射)、ノルプラント(黄体ホルモン剤カプセルの皮下埋没法)、コンドーム、殺精子剤 などがある。

なお、途上国では国全体の人口に占める若年層の割合が高いが、思春期向けの保健教育の機会の不足や女子の発言力のなさなどのため、若年・未婚の男女の間で避妊の知識や手段が普及しないままに性交渉が広がり、望まない若年妊娠につながっている。若年妊娠は高リスク出産や危険な人工中絶の一因となり妊産婦死亡率を高めているほか、女子生徒の進級の遅れや中退、ひいては就業機会の限定につながり、出産しても子どもを育てていける社会的・経済的基盤がないために貧困や子どもへの虐待を増加させている。このような状況に対処するためには、思春期の男女(主に15~19歳)を対象とする「思春期リプロダクティブ・ヘルス」(Adolescent Reproductive Health: ARH)の活動を強化し、同活動の一環として家族計画サービス、特に未婚の若者が利用しやすい避妊手段の提供を拡充することが重要である。

家族計画の普及状況を示すアウトカム指標⁸としては、避妊実行率(Contraceptive Prevalence Rate: CPR) (%)、近代的避妊実行率(CPR of modern methods) (%)、15-19歳の避妊実行率(CPR among adolescents) (%) がある。

(2) 産前ケア (antenatal care: ANC)

定期的な産前健診(妊婦健診)は、妊婦の健康状態の悪化の予防、発見、治療や胎児の異常な状態の発見を可能にする。また、破傷風の予防接種、微量栄養素の補給、衛生習慣の改善、梅毒や HIV/エイズの検査と治療といった複合的な支援策を妊婦に届ける機会にもなり、妊娠中は最低4回健診を受けることがWHOにより推奨されている。

妊産婦死亡のほとんどは、産科合併症(分娩後の出血、子癇(しかん)、感染症、遷延(せんえん)分娩、分娩停止等)及び中絶に伴う合併症と関連している(直接的原因)。また、貧血(鉄欠乏性貧血)、マラリア、HIV/エイズ、心血管疾患等は妊娠に特有のものではないが、妊娠・出

⁸ 本指針においては、サービス供給・利用の結果発現する知識・行動の変容や健康状態の改善度合いなど直接アウトカムを把握する指標を「アウトカム指標」と呼び、長期的/最終アウトカムに対応する「インパクト指標」(付録2)と区別する。以下同じ。

産を契機に悪化して死亡リスクを高める場合がある(間接的原因)。前者は、妊娠高血圧症候群や胎盤異常等が影響を与えている部分もあることから、産前健診を通じた早期発見と適切な診断が有効であり、たとえリスクを抱えていても助産専門技能者(SBA)が立会い主要な医薬品や施設等があれば対処できるものである。後者についても、貧血のように予防・治療が比較的容易なものが含まれている。したがって、これらに関する啓発、産前健診の強化、医療施設への高リスク妊婦の紹介(リファラル)の強化等、予防的な活動が重要な意義を持つ。

世界の妊産婦の約半数に貧血の症状が見られるが、重度の貧血は出産時の出血リスクを高めるため注意が必要である。対策として、ライフ・サイクル全体を通して、女子・女性は食物摂取量を増やすとともにバランスのとれた食事を心がけ、妊娠前・妊娠中に葉酸と鉄を供給する必要がある。また、マラリアや腸管寄生虫も貧血を悪化させるため、これらへの対策を同時に進める必要がある。なお、妊娠中の栄養不良は、生まれてきた子どもの生涯にわたる心身の発達障害につながると言われており、この意味でも妊婦の栄養状態は重要な意味を持つ。

妊婦のヨード欠乏症は、死産、流産、先天性異常の発生率の上昇と関係が深い。妊婦が適切にヨードを摂取するよう、ヨード添加塩やヨードの追加的供給の必要がある。ヨードその他の主な微量栄養素の欠乏症については、下記表 1 参照。

HIV ウイルスは、出血、敗血症、帝王切開に伴う合併症といった産科合併症のリスクを高めるため、抗レトロウイルス薬療法(ART)や母子感染予防(下記(3)参照)、青少年間・若者間の感染防止の強化が必要である。

産前ケアの普及状況を示すアウトカム指標として、産前ケアの実施率(ANC Coverage)(%)、初回産前ケアを妊娠 4 ヶ月になるまでに受けた妊婦の割合(%)がある。国により、産前健診を 1 回受診する妊婦が増えても、複数回受診者が増えず(4 回セットの産前健診からのドロップアウト者が多く、あるいは、初回受診時期が遅れて出産間近となり)、継続ケア普及の障害となっている場合もあるので、注意が必要である。

表 1 微量栄養素欠乏症によって起こる主なリスク

微量栄養素欠乏症	長期の欠乏による主なリスク
鉄欠乏性貧血 (Iron Deficiency Anemia: IDA)	妊婦では体重増加の阻害、死亡率増加、感染症への抵抗力(免疫力)低下、低出生体重・未熟児の出産。5 歳未満児では言語障害、動作の統制やバランスが悪くなり、注意力、応答、感情表現の面での評価が低くなる。学童では認知機能や教育評価が劣る。
ビタミン A 欠乏症 (Vitamin A Deficiency)	夜盲症、眼球乾燥症などが起こり、放置すれば失明の恐れあり。免疫機能の低下により、麻疹やマラリアなどの感染症に罹りやすくなる。
亜鉛欠乏症 (Zinc Deficiency)	妊婦の合併症や分娩時のリスク、低出生体重児の出生率が高くなる。成長阻害、免疫機能の低下に伴った感染症の罹患の増加、湿疹・皮膚疾患、低身長、貧血等。
ヨード欠乏症 (Iodine Deficiency Disorders: IDD)	甲状腺機能低下症、甲状腺肥大、胎生期、成長期の甲状腺ホルモン欠乏に伴う重篤な知的、身体的発育遅延。妊娠中のヨード欠乏による子どものクレチン症の増加。
葉酸の欠乏 (Folic Acid Deficiency)	赤血球の減少に伴う大球性貧血、妊娠中では胎児に影響を及ぼす。

JICA 国際協力総合研究所「母と子の微量栄養素欠乏をなくすために」2003 年 3 月等を参考に作成。

(3) HIV 母子感染予防 (Prevention of Mother-to-Child Transmission: PMTCT)

子どもへの HIV 感染のほとんどは、子宮内(胎盤)・産道・母乳のいずれかを経路とする母子感染(垂直感染)であり、その 50%は出産時に起きると考えられている。そのため、次のような HIV の母子感染対策が行われる。① 産前健診時の HIV 検査とカウンセリング、② HIV 陽性の妊婦に対する、妊娠 14~34 週間の抗レトロウイルス薬療法(ART) <子宮内での感染リスクの低減>、③ HIV 陽性の産婦に対する帝王切開 <胎児が産道で母体の血液を飲み込むことによる感染の防止> と 出産時の ART、④ HIV 陽性の母親から生まれた子どもへの抗レトロウイルス薬(ARV)・コトリモキサゾール薬の投与 (生後 8~12 時間のうちにシロップ状の ARV を与え、生後 6 週目まで与薬を続ける。感染していないことが完全に診断できる生後 18 ヶ月目まで、他の感染症にかかって免疫レベルが低下しないようコトリモキサゾール薬を服用させる)、⑤ 代替乳(粉ミルク)育児、または HIV 陽性の母親への産後の ART 継続 <母乳を通じた感染の防止> がある。

これらのうち、HIV 検査とカウンセリング(①)に関しては、妊婦が検査を受ける/受けない権利を尊重し、産前健診時に母子感染についての講習を行い、その後希望者に対して検査を行う方法(Opt-in)が主流であったが、最近の国際的潮流では、妊婦が検査を特に拒否しなければ実施する方法(Opt-out)を奨励する方向にある。Opt-out のように保健医療従事者の勧めでカウンセリング受講者を検査に導くことを Provider-initiated Testing and Counseling (PITC) という。代替乳育児(⑤)に関しては、安全な水や粉ミルクの入手可能性の問題から、下痢や栄養不良で死亡するリスクがあることに留意が必要である。HIV 陽性の妊産婦に対する妊娠中・出産時の ART を産後に継続した場合、母乳を通じた感染の確率が半減するため、適切な代替乳の確保ができない地域では、HIV 陽性の母親に ART を継続したうえでの母乳哺育が乳児を下痢症などから守る点で効果的とされる。

HIV 母子感染対策の普及状況を示すアウトカム指標としては、カウンセリングと HIV 検査を受けた妊婦の割合(Pregnant women counselled and tested for HIV) (%) がある。

(4) マラリア対策

毎年約 5000 万人の女性(主にアフリカの熱帯地帯居住者)が妊娠中にマラリアに罹患し、うち 1 万人は主にマラリアによる貧血が原因で死亡している。妊娠中のマラリアは、母親の貧血のみならず、死産、自然流産、低出生体重児、新生児死亡のリスクを高める。対応としては、①マラリア罹患を防ぐための殺虫剤処理蚊帳(ITN)の使用、②熱帯熱マラリア原虫の生息エリアに住む妊婦が無症状感染になるのを防ぐための間欠予防治療(IPT)、③マラリア疾患と貧血の症例管理、がある。

5 歳未満児についても、母親から受け継いだ免疫力が低下する生後約 6 ヶ月からマラリア感染のリスクが高まる。対応としては、①殺虫剤処理蚊帳(ITN)の使用、②発症後 24 時間以内の適切な治療、③母親(妊婦)に対する間欠予防治療(IPT)(妊娠第 2 期(13~24 週)及び 3 期(25 週以降)に、2 度以上の投薬) がある。この治療は、貧血や出産時の胎盤マラリア感染を低減する。適切な薬として、スルファドキシシン/ピリメタミンが挙げられる。

妊産婦と子どもを対象とするマラリア対策の普及状況を示すアウトカム指標には、殺虫剤処理蚊帳を少なくとも 1 張持っている家庭の割合(Household availability of ITNs) (%), 妊婦に対する間欠予防治療の実施率(IPT for pregnant women) (%), 殺虫剤処理蚊帳で眠る 5

歳未満児の割合(Children under age 5 sleeping under ITNs) (%)、発熱時にマラリア治療薬を投与された 5 歳未満児の割合(Children under 5 with fever receiving anti-malaria treatment) (%)などがある。

(5) 助産専門技能者(Skilled Birth Attendant: SBA)介助による出産

WHO の定義によると、SBA は「合併症を伴わない分娩と出産後のケアの管理、女性や新生児の感染症の認知、管理、患者紹介・搬送についての教育と研修を受けて専門技能を習得し認定された保健従事者(助産師、医師、看護師)」のことである。SBA は、安全な出産と褥婦・新生児の継続ケアのために欠かせない存在である。これに対して、保健システムから独立し、正式に訓練を受けていないが、コミュニティで妊産婦・褥婦に付き添い伝統的なサービスを提供するのが伝統的産婆(Traditional Birth Attendant: TBA)である。

低リスク妊婦のケア、正常分娩の介助、産後 48 時間以内の褥婦と新生児のケアについては WHO が「正常産のケア：実践ガイド」(Care in normal birth: a practical guide) という技術的指針を定め、科学的根拠に基づき推奨されるケアとそうでないものとを明示している。正常産に必要とされる介入の多くはコミュニティ・レベルの一次医療施設や、場合によっては家庭などでも、基本的な器具・薬剤や緊急搬送先などを確保したうえで SBA が担うことができるものであり、高水準の医療的介入を必ずしも必要としない。

なお、出産後のケア(褥婦・新生児のケア)について、詳細は後述(7)・(8)を参照のこと。

代表的なアウトカム指標として、SBA 介助による出産の割合(Birth attended by SBAs) (%) や保健施設での出産の割合(Institutional deliveries) (%) がある。

(6) 緊急産科ケア (Emergency Obstetric Care: EmOC)

妊産婦及び新生児の出産時死亡を低減し、安全な出産を確保するための緊急時の包括的産科体制を指す。産婦の死亡低減のためには、緊急産科ケアサービスの提供に先立って、上述(1)家族計画を通じた出産時期の調整、(2)産前ケアなどを通じた高リスク妊娠の早期発見・早期治療、(5)SBA 介助による出産が推進されるべきであるが、合併症を伴うなど異常分娩となった場合には、SBA の判断を得て適時に緊急産科ケアへアクセスできるようにすることが重要といわれている。WHO、UNICEF などは、妊産婦死亡に繋がる原因を全て予測・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・保健所・地方病院を結ぶ一貫した緊急産科ケアの体制整備が重要と唱えている。一般に、人口 50 万人に対し、1カ所の包括的産科ケア施設と 4カ所の基本産科ケア施設を設置することが望ましいといわれている。

緊急産科ケアは、①基礎的緊急産科ケア(Basic EmOC) と②包括的緊急産科ケア(Comprehensive EmOC) の 2 つに分類され、前者は抗生剤・オキシトシン(子宮収縮剤)・抗けいれん剤の注射、胎盤用手剥離(除去)、子宮内遺残物用手剥離(除去)、経膈分娩介助(吸引術)が行われ、後者の場合は、基礎的緊急産科ケアに加えて、手術(帝王切開術)、麻酔、輸血が含まれる。緊急産科ケアは、体制を整備するだけでなく、緊急搬送を可能とする道路等のインフラ整備や地域住民による支援体制の確立など女性を取り巻く社会環境にも配慮する必要がある。

緊急産科ケアの普及度合いについてのアウトカム指標には、EmOC 施設での出産の割合

(Proportion of all births in EmOC facilities) (%), 産科合併症を持つ妊産婦の EmOC 受診率 (Proportion of women with major direct obstetric complications who are treated in EmOC facilities) (%), 帝王切開の割合(Caesarean sections as a proportion of all births) (%) などがある。ただし、帝王切開に関しては、単に増加することが全面的に望ましいとは限らず、帝王切開を実施しなければ母体死亡に至る危険性が高い重篤な合併症を発症した場合にどの程度帝王切開が行われているかを見る必要があることに注意が必要である。

(7) 産後ケア (postpartum care / postnatal maternal care: PNC)

妊産婦の死亡・罹病リスクが高まるのは出産直後の 48 時間であり、この時期を含め産後 6 週間の産褥期が産後ケアの必須対象期間とされている。途上国では自宅分娩が多く、施設分娩であっても出産後 24 時間以内に退院させられる場合が多い。したがって、産褥期中でも出産直後のハイ・リスク期間は、合併症等への対応のため、SBA による訪問ケアの慣例化が重要な意義を持つ。また、自宅分娩後の褥婦が大きな問題を感じていない場合には、子どもを抱えていることもあって外来での受診が負担となりがちで、産後ケアがなかなか普及しないことにも留意が必要である。

産後ケアにおいては褥婦の健康状態の確認、合併症の予防・治療を行い、必要に応じて保健施設への紹介・搬送を行う。また、褥婦に対して、手洗い等の基本的な衛生習慣、新生児のケアと授乳の方法、家族計画(出産間隔をあけること)、栄養、抗レトロウイルス薬療法 (ART)(褥婦が HIV 陽性の場合)などについて指導・情報提供を行ったり、避妊具や鉄剤、ビタミン A、ヨード添加油/塩などを提供する。新生児に関しては、体重測定を通じて成長を確認するとともに、予防接種のために保健施設に紹介する機会にもなる。

代表的なアウトカム指標としては、産後ケアの受診率(PNC for mother) (%) がある。

(8) 新生児ケア (newborn care / neonatal care)

出生の当日を 0 日と数え生後 28 日未満の子どもを「新生児」(neonate)とし、そのうち生後 7 日未満を「早期新生児」(early neonate)、満 7 日以上 28 日未満を「後期新生児」(late neonate)と区別する。

5 歳未満児の死亡の約 4 割が新生児期に起き、新生児死亡の約 4 分の 3 は早期新生児期に、うち半数は生後 24 時間のうちに起きている。新生児死亡の主要な原因は、重篤な感染症(敗血症、肺炎、下痢症、破傷風等)、早産、窒息であり、これらを合わせると新生児死亡の原因の 8 割以上を占める。新生児死亡の 60~80%の間接的要因となっている低出生体重は、早産または子宮内発育遅延(妊娠中に胎児の発育が阻害される状態)が原因である。早産には、妊娠高血圧症候群、胎盤異常等の妊娠の異常、感染症(腎炎・結核等)、妊婦の生活状況(栄養不良・過労等)、妊婦の年齢が影響している。子宮内発育遅延には、妊娠高血圧症候群、多胎妊娠、妊婦の喫煙、胎児の異常が影響している。これら低出生体重につながるリスクに関する啓発活動や産前健診を通じた適切な診断と処置等の予防活動が重要である。

新生児の死亡率・罹病率を低減する方法は既に十分確立されており、WHO は以下①~⑧を 必須新生児ケア(Essential Newborn Care: ENC) として推奨している。ただし、自宅分娩の場合は、SBA 介助による出産であったとしても、提供可能なケアにはおのずと限界がある。

- ①衛生…感染防止の処置(清潔な出産、臍帯の清潔管理等)
- ②保温…新生児の低体温・高熱の予防と処置(暖かい部屋での出産、出生直後の新生児を清潔で乾燥した布で拭いた後に乾燥した暖かい布で包むこと、カンガルー・ケア等)
- ③出生から1時間以内に行う初回授乳 及び 完全母乳育児(生後6ヶ月間母乳だけで育児)
(出産後1週間の間に出る母乳(初乳)には栄養素や病気に対する免疫物質が豊富に含まれており新生児の生存率改善に有効である。また、この時期を含め子どもの胎児期から2歳になるまでの約1000日間における栄養不良は生涯にわたる心身の発達障害につながると言われており、注意が必要である。)
- ④新生児蘇生…新生児の呼吸の確保
- ⑤眼科ケア…新生児眼炎の予防(出生後1時間以内の硝酸銀や抗生物質の点眼)
- ⑥予防接種(下記(10)参照)
- ⑦新生児の病気の処置…妊産褥婦と新生児の病気の兆候、医療機関の紹介・搬送システム、家庭での応急処置についての情報を妊婦・家族に提供。
- ⑧早産児・低体重児のケア…保温、衛生、栄養、病気の早期発見と処置
代表的なアウトカム指標としては、生後1時間以内に母乳育児を開始した割合(Infants breastfed within one hour of birth) (%), 生後7日以内の産後ケア訪問の実施割合(Women receiving postpartum care within 7 days after childbirth) (%) がある。

(9) 子どものケアと発達支援

新生児期を過ぎ、5歳までの間、子どもの主要な死因は、肺炎、下痢症、マラリア、HIV/エイズ、麻疹、栄養不良など、先進国であれば予防可能かつ治療可能なものである。

これらのうち、肺炎などの急性呼吸器感染症(ARI)には、予防接種と併せて栄養改善及び屋内汚染物質への対応が必要であり、重症化した場合には、訓練を受けた保健従事者による抗生物質や酸素の提供を含む治療が必要である。下痢症は、完全母乳育児や衛生習慣の改善で予防可能であるが、症状が進行した場合には、経口補水塩(ORS)や亜鉛補給物で早急に対処する必要がある。マラリアは、殺虫剤処理蚊帳(ITN)を使用することで予防可能であり、麻疹などの多くの致命的な病気には予防接種が有効である。HIVに感染した子どもには抗レトロウイルス薬(ARV)を処方することで、生存率や生活の質を向上することができる。栄養不良対策としては、母親や他の保護者に、正しい食事・栄養の知識を広めるとともに、重度の急性栄養不良の場合には入院治療、中・軽度の栄養不良の場合には栄養を強化した治療用インスタント食品(RUTF)などを処方し家庭で治療することができる。

幼児期は、各人が持って生まれた認知的、情緒的、社会的、身体的能力を十分に伸ばし、その後の健康、肥満/発育不良、メンタル・ヘルス、心臓疾患、識字・計算能力、犯罪、社会参加に影響を及ぼす、生涯の成長において最も重要な時期である。特に胎児期(母親の妊娠中)から生後24ヶ月未満の時期(「ザ・1000日」)の低栄養が身体や神経機能に与える影響は、その後の治療によって回復できる見込みが低く、生涯にわたる障害につながる可能性が高いことが知られている。WHOは、5歳未満児の発達を測定するため、5歳未満の男児女児別に、身長、体重、BMI(肥満度)の成長基準を策定している。これに沿って成長モニタリングを行うことで、子どもの健康、成長、栄養状態を把握し、健康教育を提供することで子どもの健全な成長を促すとともに、低栄養が深刻化する前に早期介入を行うことができる。

子どもの脳や身体の発達不良の 20～25%は、栄養不良、ヨード欠乏、鉄欠乏性貧血、刺激や学習機会の不足が原因である。「子どもの発達(early child development)支援」の考え方に立てば、衛生や栄養に加え、教育、生活環境等多面的な対処が必要である。例えば、保健従事者が就学前の子どもの家族に対し、子どもとのコミュニケーションの取り方や成長に良い刺激方法、睡眠・食事・しつけなどの共通の発達問題の取扱い方、怪我や事故を減らす方法などについて指導することは有用である。

また、子どもの中には、生まれつき特定の栄養素を利用できなかつたり、ホルモンが過不足な状態となる結果、知的障害や身体の発育に障害を起こす遺伝性疾患等をもっている場合がある。これに関しては、新生児スクリーニングにより早期発見し、早期治療を行うことで心身障害の予防が可能な場合がある。

子どもに対するケアの普及を示す主なアウトカム指標として、蚊帳の中で就寝する 5 歳未満児の割合(Children under 5 sleeping under any type of mosquito net) (%), ARI 発症時に医療施設を受診した 5 歳未満児の割合(Care-seeking for suspected pneumonia) (%), 下痢発症時に ORT を受けた 5 歳未満児の割合(Children under 5 with diarrhea receiving ORT) (%), 発熱時にマラリア治療薬を投与された 5 歳未満児の割合(Children under 5 with fever receiving anti-malaria treatment) (%), ビタミン A の投与を受けた 6 月齢以上 5 歳未満児の割合(Vitamin A supplementation for children age 6-59 months) (%) などがある。

(10) 子どもへの予防接種

感染症の原因となるウイルスや細菌などの病原体の毒性を無くすか弱めて作られたワクチンを注射等で体内に入れ、その感染症に対する免疫をつけるのが予防接種である。

1974 年、WHO は、新たに生まれてきた子どもたちに対し、1 歳の誕生日までにワクチンで予防できる主要な感染症に対する免疫を獲得させ、子どもたちがこれらの感染症に罹患したり、その結果死亡することを極力早期に予防することを目的に、予防接種拡大計画(EPI)を開始した。2011 年現在 EPI に含まれるのは、BCG(結核のワクチン)、OPV(経口ポリオワクチン)、DPT(ジフテリア、百日咳、破傷風に対応する 3 種混合ワクチン)、麻疹ワクチンである。今日では、これらに加え、B 型肝炎ワクチン、インフルエンザ血清 b 型(ヒブ)ワクチン(DPT とこれら 2 つをまとめて 5 価ワクチン、ポリオワクチンもまとめて 6 価ワクチン)が普及されているほか、風疹ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン、ロタウイルスワクチン、及び、地域によっては、黄熱病ワクチン、日本脳炎ワクチン、髄膜炎菌性髄膜炎ワクチンなどの接種が推奨されている。またこれらのほかに、母親の免疫を通じて新生児破傷風の感染を予防すべく、妊婦及びリプロダクティブ年齢の女性が受ける破傷風の予防接種がある。

子どもへの予防接種普及のアウトカム指標としては、完全に予防接種を受けた 1 歳児の比率(BCG、OPV3 回、DPT3 回、麻疹ワクチン、B 型肝炎ワクチン 3 回、ヒブワクチン 3 回など)、あるいは麻疹ワクチンの接種割合(Measles immunization coverage) (%), DPT3 回目の接種割合(Immunization coverage for DPT) (%), B 型肝炎ワクチン 3 回目の接種割合(Hepatitis B immunization coverage) (%) などがある。

表2 予防接種拡大計画(EPI)が推奨する乳児の定期予防接種スケジュール

ワクチン		出生時	6週	10週	14週	9ヶ月
BCG		○				
OPV (出生時はポリオフリー未宣言地域のみ)		○	○	○	○	
DPT			○	○	○	
麻疹ワクチン						○
B型肝炎ワクチン	スケジュールA: 母子感染の危険が大きい地域 (例えば東南アジア)	○	○		○	
	スケジュールB: 母子感染の危険が少ない地域		○	○	○	
ヒブワクチン			○	○	○	
黄熱病ワクチン (黄熱病流行地域のみ)						○

(11) 小児疾病の統合管理 (Integrated Management of Childhood Illness: IMCI)

1992年、WHOとUNICEFが5歳未満児の急性呼吸器感染症(ARI)、下痢症、麻疹、マラリア、栄養不良による死亡を減らすことを目的に導入した。5歳未満児の多くは複数の疾患を患っており、1つの病気を治療するのではなく全体的に診る必要があることから、従来の疾病別プログラムを統合するIMCIが開発された。IMCIは、①保健従事者の症例管理の能力向上(Clinical IMCIと呼ばれる)、②国家及び地方レベルの保健システムの改善、③家庭やコミュニティにおける保健行動の改善(Community-based IMCIまたはCommunity IMCIと呼ばれる)、の3分野で構成されている。具体的には、標準化された統合管理のガイドラインを基に共通の教材を利用して臨床研修を行い、どのような保健従事者でもフロー・チャートに沿って小児の疾患を診断し、適切に対応できることを目指している。IMCIの導入により子どもの病気の治療の質が改善する一方、通常のケアよりも経費がかかることが指摘されている。

3章 JICAの協力の方向性

3-1 JICAが母子保健分野で活動する意義

現在国際社会は、2015年を目標年限としたMDGsを掲げ、途上国の開発課題に一丸となって取り組んでいる。MDGsの中で母子保健分野に該当するものは、目標4「子どもの死亡削減」、及び、目標5「妊産婦の健康の改善」であり、日本政府も「国際保健政策2011-2015」において母子継続ケアの推進支援を謳っている。(1章参照。)

日本は、早くから政府の主導により母子保健のシステム強化を進めてきた。例えば、明治時代には産婆規則制定を皮切りに助産師の養成・資格制度を整備し助産院の開業を制度化するなど、正常出産の介助を専門の職業領域として全国で標準化した。戦前に母子保護法に基づく妊婦届出制によるサービス対象妊婦の把握や妊産婦手帳の配布を開始し妊産婦保健の強化に取り組むとともに、全国に保健所や農村保健婦を配置して地域に根差した保健活動を進めた。戦後は母子保健法を施行し、国民皆保険制度の普及、未熟児の養育医療給付の整備、母子手帳の活用、母子保健サービス(妊婦健診、母親学級、新生児マススクリーニング、乳児健診など)の拡充と受診促進などを進め、母体保護法を制定・改正した。これらの多くは日本に特徴的な取り組みであり、その背景として、国家行政のリーダーシップによる法整備やサービス供給の制度化と同時に、コミュニティ重視(地域単位での保健活動や住民参加の推進)と受益者間の平等の追求(サービス普及・アクセス改善)の意識が広く働いていたものと考えられる。結果として、日本は世界で最高レベルの母子保健(例えば、2010年の5歳未満児死亡率は3、2008年の妊産婦死亡率は6)を実現してきた。

JICAはこういった日本の経験を生かし、途上国の母子保健の改善を早くから支援してきた。「JICAの保健分野の協力ー現在と未来ー」(2010年9月)で述べているように、JICAが今後とも、世界の母子保健の概況や国際動向を踏まえつつ、日本の経験を生かして途上国の母子保健の課題に対応していく意義は大きい。これは「国際保健政策2011-2015」にも合致する。

3-2 JICAの母子保健分野の取り組みの基本的な考え方と留意点

(1) 基本姿勢

2章で解説したように母子保健においては事業の持続性がことさら重要であり、そのためには各国におけるサービス供給の制度化が不可欠であることから、JICAの母子保健分野の協力展開にあたっては次の2点を基本姿勢とする。

①サービスの実行を支える仕組み・能力の強化を支援する。

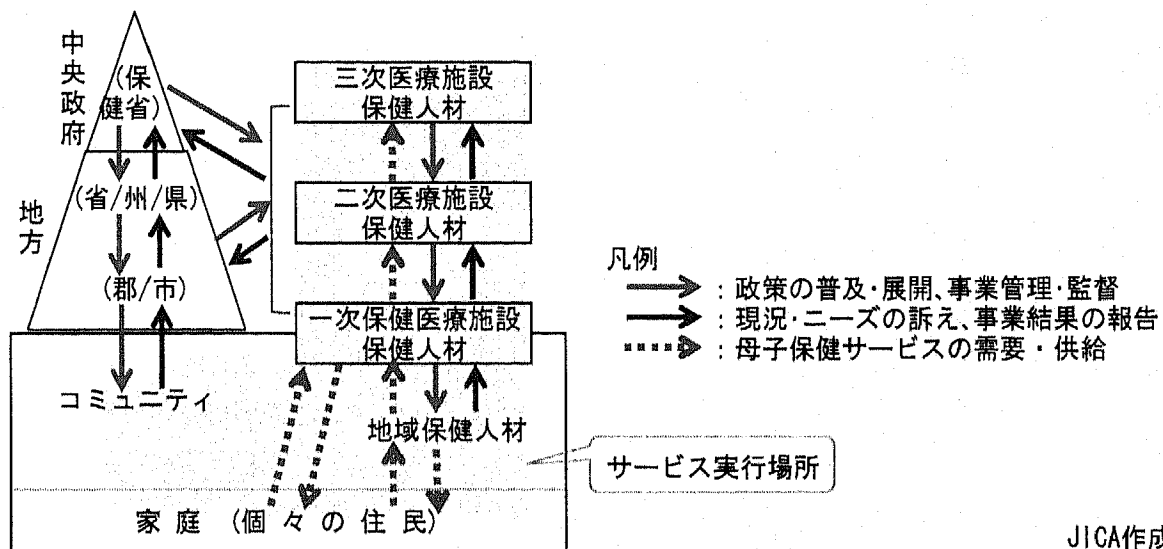
JICAは今後とも母子保健分野の協力の重点を、包括的な母子継続ケアの普及と持続のための仕組み・能力の強化に置き、母子継続ケアを構成する標準的サービス(2章参照)の質の向上、量の拡充、普及の不均衡(国内格差)の是正に取り組む。取り組みにあたっては、単なるサービス実施支援を行うのではなく、サービスが持続的に供給され利用されて継続ケアが

行き亘るよう、制度・政策の改善への提言を含め、関係する組織・人の能力と資金の不足に対処していくための協力を行い、持続的かつ自立的に母子の健康が改善されることを目指す。

母子保健分野では、望ましいサービスの種類や頻度は WHO などによりおおむね標準化され推奨されているが、感染症対策と比べれば推奨されるサービスの種類が多いうえ、2章2-2冒頭で解説したように、これらのサービスをいかにして推奨水準で実行し続けるかという点について標準化された答がない。途上国においては、サービスの内容そのものもさることながら、サービスを誰がどのような仕組みで供給し、質を管理し、適切な需要を喚起するかといった実行プロセスに課題がある場合が多いこと、サービス実行に関する政策・戦略が実行現場と乖離している場合が多いこと、及び、保健行政の制度・政策・人口分布その他の社会状況などが国により異なることに留意し、協力相手国のコンテキストに合ったサービスの実行を支える仕組み・能力の強化を目指す取り組みを協力計画の核心とする。

母子保健サービスの実行を支える仕組み・能力とはどのようなものか、近代国家における一般的な行政・サービス実施機構に基づいて考えれば、おおよそ図3のように表される。ここに表された6つの要素、すなわち (ア)中央行政(財政・情報システムなどを含む)、(イ)地方行政、(ウ)保健医療施設、(エ)保健人材、(オ)コミュニティ(地域住民)、(カ)これら相互の連携(事業管理とフィードバックなど)が、母子保健分野の協力を検討する際の切り口となる。(カ)は図3のうえでは各種の矢印にあたる領域であり、(ア)～(オ)おのおのの体制を強化し機能を高め意識を向上すればカバーされる部分ではあるが、母子保健分野においては感染症対策と比べてサービスの種類が多く複雑であるため、(カ)をことさら意識して強化を図ることが時として有効である。

図3 母子保健サービスの実行の道筋



JICA作成

JICA は従来から、行政・事業運営管理能力の強化、施設サービス供給体制の改善、保健人材の質の改善、地域住民啓発や地域活動の推進、母子手帳の活用等、より良い継続ケアの普及と持続のために重要性が高いと考えられる仕組みや能力の強化を支援してきたが、これは図3に表されるようなサービス実行を支える6つの要素に着目した支援にほかならず、今後もこのような仕組み・能力の強化を重視して協力を進める。

上述のような仕組み・能力の強化に関する具体的な内容と留意点については、後掲(4)に詳述するので参照のこと。

② 政策レベルでの改善を促す。

母子保健は人間の最も基本的な営みに直結し、受益層が居住地域や時間経過にかかわらず大きく広がっているため、母子保健サービスが国の隅々まで普及し無期限に続行されること、つまり、サービス供給が中央行政・地方行政において制度化されることが望ましい。母子保健とは、協力をを行うに際して、政策レベルでの効果を目指すことがとりわけ重要な分野なのである。

母子保健サービスの中身そのものは住民個人々々に対する細やかなものが大半であり、協力対象国のサービス需給現場に立脚した視点が必要であるが、持続的・自立的な母子保健改善を目指すためには、国際標準の尊重、国家政策への反映、資金確保戦略(SWAp)をはじめとする援助協調、有償資金協力などを通じた規模の拡大や事業の安定化を追求することも重要である。JICA は現場に立脚した協力の経験の蓄積が多いが、今後は政策レベルを巻き込み動かす意識を持って案件を計画・実施していくこととする。

前掲の図3で考えれば、母子保健サービスの需要・供給(ピンクの矢印)に焦点を当てた活動を行う場合にも、現況・ニーズの訴えや政策の普及・展開(青・緑の矢印)に結び付けることを目指す。

(2) 協力の受益者

母子保健分野における国際社会の目標と現状認識、協力成果を確認するための世界標準的な指標の有無、日本の協力経験と援助資源の現況を併せ考えた結果、基本的な方針として、JICA 母子保健協力の最終的受益者の中心を、妊産婦及び乳児とする。ただし、例えば1歳以上2歳未満児に対する栄養と予防接種の重要性に鑑みれば、JICA がこれらに関連する事業を行う意義を否定するものではないし、家族計画においては思春期の若者や成人男性を受益者とすることも重要である。

(3) 協力目標のタイプ

母子保健協力は、対象地域・受益者のニーズに応じ、母子保健分野に特化した案件としてデザインしてもよいし、広く保健セクターの改革や資金不足緩和を支援する協力や、保健行政能力強化、地域保健、看護教育、HIV 感染予防等の取り組み、さらにはジェンダー主流化、貧困削減、農村振興など保健以外の分野課題の協力の中に母子保健の要素を含め、母子保健関連の指標を設定する形としてもよい。JICA は従来から後者(母子保健に特化しない)案件も多く実施しており(具体例は、付録4-7①、4-I、4-ウ②③、4-I)、既往の母子保健協力を参照する際などは、案件名や実績統計上の分類にとらわれず協力内容を確認するほうがよい。

母子保健分野に特化した協力か否かを問わず、案件目標のタイプはおおむね ①モデル型、②スケールアップ型、③国内格差是正型 に類型化できる。一つの案件で複数の類型の要

素を兼ね備えたデザインとすることも可能である。また、JICA のみで協力を完結させるのではなく、援助協調のもとで協力の全体像を計画し、どの部分を JICA の協力が担うのかを考えて案件をデザインすべきである。一つの国における一つのサービス分野に視点を絞れば、①②③は、事業の進捗に伴って順に必要な時系列の段階だと見なせる場合が多いので、協力相手国の協力対象サービス分野におけるこれまでの事業の流れを把握することも、案件目標を検討するうえで有益である。一般的に言って、MDGs を達成するまでは②(及び、その前段階として①)への要請が強いが、国全体の平均値で MDGs の達成に近づいた後は③のニーズが強まると考えられる。

各類型による協力の意味合いとデザインに関する留意事項は以下に記載のとおりである。いずれの場合でも、(1)②に述べたように政策レベルでの改善を促すことが重要である。

① モデル型 (事業モデルの開発・改善や事業の有効性確認に向けた試行を通じて政策支援を目指す協力)

2章で説明したとおり母子保健サービスの内容については技術的な世界標準が存在するが、サービスの需給プロセス改善や質・持続性の確保について普遍的な手法が存在するわけではない。そこで、途上国の能力強化の実績豊富な JICA が、対象国の現状を踏まえて標準サービス拡充の実効的な道筋を付けることを支援するとともに、支援により試行された新たな道筋(事業手法)の有効性や効率性を測定・検証する意味はある。

モデル型の案件を計画する場合は、投入規模の制約ゆえに限定的に協力するという発想ではなく、政策の具現化や実効性向上のため、小規模での丁寧な試行を通じて文字どおりのモデル(模範型)を作りあげ、より良い政策実現に具体的に寄与するとの発想に立つべきである。それゆえ、協力対象範囲は小さくとも、計画当初から協力相手国の母子保健の全体状況を踏まえ、開発・改善しようとしているモデルが母子保健政策の中にどのように位置づけられ得るか、十分に検討・協議することが肝要である。そのうえで、モデル開発の段階から、将来的な面的拡充と持続性確保(国レベルでの正式制度化・ルーティン事業化)のための現実的な戦略を持ち、そのことを相手国政府に十分理解してもらう必要がある。このためには、パイロット地区を適切に選定し、科学的手順を踏まえたパイロット事業により適切な指標を用いてモデルの効果および費用対効果(コスト効率)の測定を行い、相手国関係者や開発パートナーに対して有効性を示すことが、政策レベルの調整と相まって重要な意味を持つ。その際、相手国関係者が、行政の責任者だけでなく研究者・学会や専門職業団体(看護師会など)も早い段階から巻き込まれ、可能な範囲でパイロット事業の結果のみならずプロセスにも関与し、案件の合同調整委員会などの機会に議論を重ねることがその後の展開につながるうえで有用である。思春期リプロダクティブ・ヘルスの場合は教育関係者を巻き込むことも必須である。いずれにしても、モデルは将来的に別地域での適用、ひいては全国展開を想定すべきものであり、相手国側のリーダーシップにより容易に再現・普及できるものとする必要がある。

なお、母子保健サービスの技術的内容そのものに関する新たな科学的根拠(evidence)の構築は、よく練られた大規模・長期間の研究を要するものである。JICA が取り組む場合には、研究所に蓄積されている情報・知見を参照するとともに、実績ある研究機関との連携を図る

ことが現実的である。

② スケールアップ型（既に有効性が確認されている施策の拡充を目指す協力。①型協力を通じ有効性が確認されたモデルを、更に別の地域・全国で展開する案件もこれに分類。）

従来の母子保健分野の技術協力案件では①型の割合が高かったが、優れたモデルが作り上げられてもそのモデルを活用して事業が拡大されなければ、協力の効果は限定的である。また、国やサービスの種類によっては事業手順が既に決まっており、面的拡大や頻度の増加が次の課題になっている場合もある。母子保健サービスのニーズは人間の居住地全域に広がりサービス需要者の人口も多いため、母子保健の改善のためには全国に亘るサービスの量的拡充が欠かせない。スケールアップの必要性が強調されるゆえんである。

スケールアップ型の協力推進のためには、制度化及び資金の充足が重要である。そのため、①型協力との連携や援助協調とともに、特に資金不足が問題となっている国においては、初期投資などとして有償資金協力の活用が考えられる。保健分野では有償資金協力の実績に限られており、相手国の負荷を長期的に増やす結果とならないように配慮しつつ従来以上に積極的に検討を進めることが望ましい。どのようなスキームを検討する場合でも、案件の計画にあたっては、協力相手国の母子保健政策や中期的な事業計画などを確認し、他の援助機関との協調を図り、拡充すべき事業の内容、面的な展開の順序や速度を全体方針と整合させるよう、十分調整すべきである。その際、事業の担い手(サービス提供者など)の確保見込みと潜在的受益者によるサービス利用状況の見通しを立て、必要が予測される場合にはあらかじめ対応策を検討しておくべきであり、関連する内容で①型協力が実施されている場合は積極的に連携を図ることが望ましい。

③ 国内格差是正型（対象国のうち母子保健状況が悪い特定集団の状況改善を図る協力）

MDGsの達成に向けた取り組みを進めるなかで妊産婦死亡率や5歳未満児死亡率の低下が見られる途上国が多いが、一般に使われる指標の値はその国の全国平均であることが多く、同じ国内に改善から取り残された地区や住民層があり得るという事実が見えにくい。平均値の改善が人口の多い特定地区の状況改善によりもたらされ、平均値の改善と同時に国内格差が拡大しているような場合もあることが、指摘されている。

したがって、協力相手国全体ではなく一部地区や住民層を対象とする案件を計画する場合は、国内の地区や人口集団ごとの状況が的確に把握できるという前提のもと、特に状況の悪い地区や住民層を協力対象とし国内格差の緩和が図れるか、あるいは、そうでない地区・住民層を協力対象とすることで国内格差を不用意に助長するおそれがないか、検討する必要がある。その際、国情にもよるが、国内で最も条件の悪い地区・住民層(例えば被差別少数民族など)は国際NGOなどの支援対象になりやすく、最底辺ではないとされる人口集団のほうが自国の行政サービスへの依存度が高い分かえって改善から取り残されやすい可能性もあることに注意が必要である。いずれにしても、国内格差は国の政策に関わる問題であり、案件を計画するに際しては、投入規模の制約ゆえに対象地区・住民層限定的に協力するという発想ではなく、国全体の中である特定集団を対象とする協力にどのような意義があるのか政策レベルの協議を行って、協力対象となる地区や住民層の選定理由を明確にしておくべきである。

(4) 協力の切り口

上記(1)①で述べたとおり、JICAは母子保健サービスの実行を支える6つの要素、すなわち、(ア)中央行政、(イ)地方行政、(ウ)保健医療施設、(エ)保健人材、(オ)コミュニティ(地域住民)、(カ)これら相互の連携に着目して、その仕組み・能力の強化を支援する。JICAが協力を計画するにあたっては、協力相手国において、適切な内容・質の母子保健サービスを普及し持続的に実行するうえで、これら要素のいずれに阻害要因があるのか、そして、他の援助機関がこれらの要素のうちのいずれをどの程度どのように支援しているかを分析し、協力の切り口を定めることとする。ただし、多くの場合、課題はどれか一つの要素のみにあるわけではないので、いくつかの切り口を柔軟に組み合わせて協力をデザインすることが適当なこともある。

以下に(ア)～(カ)それぞれの考え方と留意事項を説明する。

(ア) 中央行政能力強化

母子保健サービス展開に向けての保健省のリーダーシップの弱さや国家計画等の不備が難点になっている国においては、相手国政府実務者とJICA専門家が対話を重ねて協働するというJICAの技術協力の特徴を活かし、保健省本省をC/Pとし、母子保健国家戦略・事業計画・資金確保計画・予算配分・モニタリングなど政策面の強化や全国レベルでのサービス基準の標準化・拡充などの支援を検討する。具体的には、相手国に存在する政策文書・技術指針等の実効度・相関関係や国レベルの疫学・保健システム・社会状況などと国際開発目標との整合性の整理、それらの基本となる法制度の整備、データ収集の手順や様式の改善とデータの体系的蓄積、指針等の新規策定・改訂、政策・指針等の実地導入・全国展開に向けた中期的な実施計画の策定やそのための予算作成・人材確保・研修・各種調整・実施状況のモニタリング等を支援する。母子保健分野に特化しない案件とすることも可である。また、整備された国家戦略・全国基準のサービス等の普及・拡充に向けては、有償資金協力の活用が特に積極的に考えられる。

協力を通じて策定/改訂する予定の技術指針等について、母子保健の技術作業部会(Technical Working Groupなど。国により名称が異なる)での議論を始めとして相手国の承認プロセスを尊重し、政府内での位置づけ・採択目処等が明確になる形で策定/改訂を支援することが重要である。協力対象範囲の規模や協力効果の広がりにも鑑みれば計画段階からの援助協調がことさら重要である。また、立派な文書が存在しても実行されていない場合があるので、実行責任部署を巻き込むことと、場合により政策の施行/具現化を併せ支援する仕掛け(別案件や他ドナーとの連携でも可)が必要である。

なお、国によっては、中央・地方双方の行政能力が弱いため、中央行政能力のみに注目するのではなく、地方行政能力強化(次項イ)にも並行して取り組むことが望ましい場合もある。いずれにせよ、中央政府が能力を発揮していくに際しては、地方の行政組織がどのようにどの程度機能しているかが関係するので、協力計画時にこの点も分析すべきである。

近年の主な案件としては、ラオス 保健セクター事業調整能力強化(技プロ)(付録4-ア①)、バングラデシュ 母性保護サービス強化の取り組み(技プロ、有償)(付録4-ア②)、コンゴ民主共和国 保健人材開発支援(技プロ)、アフガニスタン リプロダクティブ・ヘルス 2(技プロ)、

ベナン 母子保健プログラムアドバイザー(政策アドバイザー型専門家)が挙げられる。このうち、ラオスにおいては、母子保健を含む保健事業の計画やモニタリングの仕組みをセクター全体で統一し、保健省が内外の関係機関・部局と主体的に事業調整を行う基盤を築いた結果、以前は各ドナーの活動をそのまま一覧にしてラオス側の「計画」と称していたのが、現在ではドナーごとではない全活動を網羅する計画が作成され、それに基づき政府予算を要求し、また、ドナーからの支援を活用するという考え方がラオス側に定着した。

(イ) 地方行政能力強化

国家政策がサービス現場にきちんと伝達されない、現場の実態が政策へ適切にフィードバックされないといったことが母子保健サービスの普及や改善の阻害要因になっている場合には、保健省とサービス現場の間に位置する地方政府(州保健局等)職員の事業マネジメント能力・情報収集分析力等の向上、中央政府とのコミュニケーション強化などを検討する。母子保健分野で特に必要性が高いのは、一般的に、州・県・郡など各レベルの職員の業務分担・業務内容の見直し、自治体内全体でのリファラル体制の見直し、サービスの記録の改善と徹底、妊産婦死亡症例検討(maternal death review/audit)の実施促進、一次レベル助産師等への恒常的な技術指導・監督の強化であるが、母子保健に特化せず地方の保健サービスを広く扱う案件とすることも可である。

地方分権体制ないし分権化方針が存在し、C/P になる人材が地方に少数でも存在することが協力の前提である。また、地方政府が機能するためには中央政府との協働が必須なので、技術面の規制・監督と予算配布に関する中央政府の責任部署を十分に巻き込む努力及び他の開発パートナーと一体となった援助協調が必要である。

近年の主な案件としては、ケニア ニャンザ州保健マネジメント強化(技プロ)(付録4-イ)、フィリピン ベンゲット州地域保健システム強化(技プロ)、カンボジア 地域における母子保健サービス向上(技プロ)、ラオス 母子保健統合サービス強化(技プロ)、ベトナム リプロダクティブ・ヘルス・ケア広域展開アプローチ(技プロ)、インド マディアプラデシュ州リプロダクティブ・ヘルス(技プロ)、タンザニア 州保健行政システム強化(技プロ) が挙げられる。タンザニアでは、地方行政改革のもと公的医療サービスを管轄することとなった県保健局を監督すべき州保健局に正規職員がおらず、州の保健行政が機能していないという状況下でプロジェクトを開始したが、協力を通じて、全21州の保健局に職員が任命され、職員研修や、監督指導マニュアルの策定・制度化などが進められた結果、州保健局に対して活動に必要な経常予算が配分されるようになり、州保健局から県保健局への監督指導回数は7割以上の州において増加し、県保健局→州保健局→保健省という報告ラインが整備された。

(ウ) 保健医療施設の機能強化

施設で提供される母子保健サービスの不足・不均衡などが難点となっている場合には、協力対象の受益者が利用できる施設サービスを拡充すべく、医療施設・機材の増設・更新と、施設運営や機材維持管理の体制強化、施設スタッフの能力向上などの支援を検討する。資金協力と技術協力の組み合わせなど、プログラムの対応にも馴染みやすい切り口である。

施設のレベルにより内容・留意事項が以下のとおり異なる。

①一次レベル…分娩室を備えた保健ポストの増設、「お産を待つ家」(施設まで遠い地域に住

む妊婦が出産予定日に先立って施設まで移動し待機できるようにするための宿泊施設)の併設、産科キット・医薬品等の配布などにより、地域住民に基礎保健サービスを提供する機会を増やす。対象地域への目標施設設置数や標準設計等が国家計画/ガイドラインで明確になっていることが重要である。

②二次レベル…機材や手術室の拡充等により、帝王切開などの緊急産科医療を提供する機会を増やす。現在の三次病院へのリファラルの状況(人数、内容、所要時間)、村落からのアクセス(立地条件)、産婦人科医・麻酔科医など専門医の配置見込みに留意が必要である。施設規模が大きくサービス内容も高度になるため、機材の正しい使用や適切な維持管理、5S 手法(日本の産業界で発展した職場環境改善の手法。「整理・整頓・清掃・清潔・躰」というサ行(S)で始まる5つの活動が基本)などによる業務改善、院内感染対策などに関するスタッフの能力強化への取り組みも必要である。

③三次レベル…手術室・検査室・新生児室等の施設・機材の拡充により、ハイ・リスク出産や新生児ケア等への対応力を向上させるとともに、医療従事者の教育病院としての機能強化を図る。施設・機材を拡充した結果、患者が一極集中し、域内の一次・二次レベル病院との役割分担が壊れることのないような配慮が必要である。施設規模が大きく機能やサービス内容も複雑・高度になるので、施設・機材の維持管理技術の強化はもとより、機材の正しい使用、5S 手法などによる業務改善、院内感染対策などに関するスタッフの能力強化や症例検討カンファレンスなどへの支援も必要に応じ積極的に進めるべきである。

さらに、①②③とも、サービス供給数の増加に対応可能な保健医療人材が配置される見込みがあるか、機材の維持管理体制・予算の目処がたっているかなど、人材計画との整合性や施設の運営体制につき留意が必要である。またどのレベルでも、施設利用者(患者)や供給されたサービスについての記録が種々の判断や計画の基本となるため、記録の改善や徹底、妊産婦死亡症例検討の実施が重要であり、必要に応じて支援を検討する。

施設整備に関しては、ガーナ アッパーウエスト州の母子保健強化の取り組み(無償・技プロ)(付録4-ウ①)、フィリピン オーロラ記念病院改善計画(無償)(付録4-ウ②)、コンゴ民主共和国 キンシャサ大学病院機材整備計画(無償)(付録4-ウ③)を始め、無償資金協力で実績が多数ある。有償資金協力ではベトナム北部地域の地方病院医療開発事業が挙げられる。運営管理やスタッフの能力強化面については、ソフト・コンポーネントでの対応のほか、技プロや課題別研修(病院運営改善、機材維持管理、保健人材の継続教育等)との連携案件も多い。終了済みの無償資金協力の一例として、ベトナム 国立小児病院機材改善計画の場合、患者数・手術件数とも、2007年(事後評価時)には2001年(設計時)の2倍以上に増加し、同病院に搬送された新生児の死亡率が2001年の11.3%から2007年には4.8%にまで低下するなど、病院機能が格段に強化されると同時に、2007年には19回のセミナーを通じ約2500名の地方医療従事者の研修を実施するなど、小児科の指導的機関としての能力も強化された。

(E) 保健人材の能力強化

保健分野全体に保健人材の不在や不足、専門知識・技術力・意欲の低さなどが指摘されるなか、母子保健分野でも保健人材の質や量・分布がサービス供給の障害となっていることが多い。JICA は、保健人材グローバル・フォーラムで採択された「カンパラ宣言」及び「世界行動課題」を念頭に、今後とも①在職者への継続教育(in-service training)、②人材の新規養成の

ための基礎教育(pre-service training) の両面で、制度づくり・教育の質の向上を積極的に支援する。具体的には、①継続教育への協力として、助産師・地域看護師・地域保健ワーカー等のサービス供給能力の向上のための研修の体制整備、研修内容の改善、指導監督体制の導入・強化(ただし、研修・指導監督の範囲は母子保健分野に特化していないことが多い)、保健人材の処遇・勤務環境改善、②基礎教育への協力として、助産師養成カリキュラムの改訂、実習拡充、教師の再教育等の支援を行う。

また、東南アジア諸国など、①②が比較的多く行われてきている一部の国においては、養成・レベルアップされた人材の適正な登用・配置のための制度整備への支援も検討する。

①継続教育に関する留意事項として、在職者の研修参加は現場でのサービス中断を意味するケースが多いので、研修の新設や増加を図る場合は、予防接種の全国一斉投与デー(NID)など重要行事の日程、感染症の流行時期、他ドナーによる研修の有無等を勘案し、サービスへの影響を抑える工夫が必要である。また、研修・指導監督制度を持続させるためには、研修参加者・巡回指導者の交通費・日当の財源確保が課題となるので、予め検討を要する。②基礎教育に関しては、カリキュラム改訂など教育制度全般に関係する活動が見込まれるため、保健省だけでなく、教育省など複数の関係機関との調整と継続的な関係構築が必要となることに留意すべきである。人材の登用・配置面での協力の場合も、人事院や財政当局など保健省以外の関係機関を十分に巻き込む必要があり、協力相手国政府内での高度な交渉や調整を要する可能性が高い。

近年の主な案件として、①継続教育については、エルサルバドル 看護継続教育分野の取り組み(技プロ)(付録4-I①)、ベトナム 保健医療従事者の質の改善(技プロ)、大洋州 地域保健看護師のための「現場ニーズに基づく現任研修」強化(技プロ)、パラグアイ 看護・助産継続教育強化(技プロ) ほか、多数の技プロ・課題別研修で実績がある。②基礎教育については、中米カリブ地域 看護基礎・継続教育強化(技プロ)(付録4-I②)、ラオス 看護助産人材育成強化(技プロ) が挙げられる。終了済みの技プロの一例として、セネガル 保健人材開発促進プロジェクトでは①②双方に組み合わせ、①については現任教育のシステム整備の一環として、国家標準のガイドを策定し州の保健教育担当者による同ガイド使用率を80%以上に高め、②については養成学校の能力強化を図り、正助産師の年間養成数を274%にまで増加させた。

(オ) コミュニティ(地域住民)の意識向上と体制強化

妊娠・出産・育児は病気ではないため、保健人材からのサービスを受けずコミュニティ内や家庭内で対処されてきた部分が多い。このような特徴ゆえに、母子保健の改善のためには、住民自身の知識やサービスを求める意識の向上と、地域住民同士の連携を通じたコミュニティでの対応力の強化が、他の保健分野にも増して重要である。住民の知識や意識、住民同士の日頃からの連携が不十分なコミュニティでは、例えば、妊婦自身が因習に縛られていたり妊婦の夫や姑がSBA 介助のメリットを理解しないなどさまざまな理由でサービス利用が進まない、あるいは、難産の産婦を医療施設に連れて行くための交通手段が確保できず手遅れになる(コミュニティ内や近隣の誰かが所有する車馬を使おうにも、いざという時に連絡や金策が付かないなど)といったことが常態化している。この部分に難点がある場合には、大きく分けて、①住民の知識・経済力等の向上による母子保健サービス利用の促進、②住

民自らが地域での健康教育や疾病予防活動を行うことや、地域と医療施設との連絡役を務めることの支援のいずれかを目的に、地域住民への働きかけを検討する。働きかけの対象は、①サービス利用率が低い農村部や都市貧困層、②有資格の医療従事者の恒常的不足によりサービス供給が不足している地域の住民である。働きかけの具体的内容は、①住民への健康教育(特に男性の理解促進)、組織化、住民グループの衛生活動の支援(保守的な地域においては、これらの事業と併せ、女性の収入創出活動の支援等)、②住民ボランティアの養成と活動支援、住民組織化と住民グループの活動支援、ボランティアに対する技術支援の仕組み作り、医療処置が必要な患者を手遅れにならないうちに医療施設に搬送する仕組み作り等が考えられる。

住民に働きかけるにあたっては、対象地域の社会構造・文化背景等の十分な理解が必須である。連携できそうな組織の洗い出し・優先順位づけとネットワークの図示による可視化は有効な手法である。また、住民の意識向上やコミュニティの体制強化が目指すところは、住民による行政や医療従事者の責任の肩代わりではなく、母子保健サービスに対する適正な需要の喚起と現実を踏まえた持続性ある母子保健サービスの普及であるので、行政・医療機関の責任部署を巻き込む工夫が重要である。特に、モデル型の案件では、行政を深く巻き込むことにより地域活動の制度化や全国展開まで視野に入れることが望まれる。その際、行政と住民との接点を考えれば、地方レベルでは保健行政に限らず広い視点で行政府の参画を得るべき場合が多い。いずれにしても、住民を保健ボランティアとして活用することは、医療従事者不足の根本的解決策にはならないことを十分理解する必要がある。

近年の主な案件としては、ヨルダン 南部女性の健康とエンパワメントの統合(技プロ)(付録4-オ)、ラオス 母子保健統合サービス強化(技プロ)、バングラデシュ 母性保護サービス強化(技プロ)、ポリビア ラパス県農村部母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化(技プロ)が挙げられるほか、技プロ・草の根技協で多数実績がある。草の根技協の一例、ホンジュラス エルパライス県の母子保健向上支援事業では、保健医療機関と地域とをつなぐ保健ボランティアを育成し、母子保健サービスが行き届いていない25の農山村に保健ボランティアが運営するコミュニティ薬局を開設した。その後これらの薬局は、住民の保健知識と保健サービス利用の向上を目指す啓発活動の中心となっている。

(カ) サービス実行に携わる関係者間の連携強化 (母子手帳の活用を含む)

母子保健サービスの実行に携わる関係者(異なる行政機関・保健医療施設・保健医療従事者・サービス受益者等々)間での連携の不足が、適切なサービスの普及や持続の妨げとなっている場合がある。特に、妊娠・出産・育児といった母子にまたがる時間的な流れと、家庭内・コミュニティ・一次保健施設・高次医療施設といった空間的な流れによって分断されることのない継続ケアを実行するためには、必ずしも近しくはない関係者間での意思疎通や情報共有の仕組みが不可欠である。

この面での JICA の取り組みとして、(ア)～(オ)各項目に挙げられた活動(例えば、中央保健省から地方への戦略や基準の普及、行政から現場の保健医療従事者への技術指導・監督、一次・二次・三次レベル病院の役割分担、サービス提供を勘案した在職者研修、コミュニティから医療施設への患者搬送等々)のほか、リファラル体制強化そのものを目的とする協力(典型的な案件としては救急車の供与など)や母子手帳の活用に関する協力が挙げられる。

ここでは、相互連携を強化する手段として母子手帳に関する協力を検討する際の基本的考え方と留意点を説明する。

母子手帳は一人の妊産婦とその子どもに対する健診の結果や予防接種の状況等を1冊にまとめて継続的に記録し妊産婦(母親)が自分で保有するものであり、使い方によっては、医療機関側の記録や個々の健診結果通知等とは異なる機能を発揮し得る。例えば、妊産婦(母親)と保健医療従事者との意思疎通・情報共有の改善、母子に対する異なる医療機関間のサービスの継続性の向上等である。(ここでは、母子保健サービスの実行を支える異なる関係者間の連携強化の方策について説明しているため、これら以外の母子手帳の機能(例えば、妊産婦の保健意識の向上、子どもの発育状況に関する家族内での認識共有の向上など)についての考察は割愛する。) 妊産婦と保健医療従事者、あるいは、異なる保健医療従事者間などの連携の改善が協力相手国の母子保健の改善にとって重要な要素であると考えられる場合には、相手国の状況に合わせて、母子手帳の活用を支援する。具体的な支援内容は、母子の記録が一体化した形で存在しない地域における母子手帳の開発と導入、導入されている国における普及率の向上、母子手帳活用に関する住民啓発や保健従事者への研修、あるいは効果に関する調査活動の支援等である。母子手帳の普及自体を目的とせず、普及により何と何の連携を改善あるいは強化しようとしているのか、政府内で目的が明確化され、それが関係者に理解されることが重要である。

なお、母子手帳が導入されていない、もしくは活用が一部地域や一部人口に留まっている国でも、通常、各種記録カードなどが多数導入され利用されている場合が多い。既存の各種カードなどが機能している国においては、母子手帳導入のメリットと調整コストをあらかじめ十分検討する必要がある。既存の各種カードに関係する部局や援助機関との調整が不可欠だからである。

主な案件としては、インドネシアでの長年にわたる取り組み(付録4-カ)、パレスチナ 母子保健リプロダクティブ・ヘルス向上 2(技プロ)、ベトナム 母子健康手帳全国展開(技プロ)が挙げられる。これらを含む先行事例などの分析結果は、人間開発部主管の調査報告書『母子保健事業における母子手帳活用に関する研究 ―知見・教訓・今後の課題―』に詳述されている。

(5) 主たるサービス・パッケージ

JICA の協力の重点は包括的な母子継続ケアの普及と持続にあるが、具体的に個々の案件形成を進める際には、継続ケア全体ではなく、協力対象人口の保健状況やサービス需給実態を踏まえて特定のサービスを協力対象範囲の中心として取り上げることが現実的である場合が多い。近年国際的な議題として取り上げられることが多いサービス領域は、家族計画、SBA 介助による出産、新生児ケアなどであるが、このような国際潮流とともに、多くの途上国に共通する母子の死因、日本の援助人材確保の可能性等を勘案し、JICA は、母子保健分野で効果が確認されている標準的サービス(2章2-2)の中でも、特に、産前ケア、SBA による正常出産介助と褥婦・新生児のケア、乳児のケア を中心に取り組みを進める。産前健診と正常分娩のケアの質を上げ普及することで、緊急産科ケアの需要を適正化する余地もあると考えられるため、JICA はこれらのサービスを重視し、緊急産科ケアに関しては、主として、

産前ケアと SBA 介助による適切なリファラル能力・体制の強化、及び、産科ケア施設の整備・アクセス改善などの面を中心に取り組む。家族計画については、産後ケアの一環として実施されるもの(出産間隔の指導)を除くと日本の得意領域であるとは言えず、HIV 母子感染予防・マラリア対策に関しても、日本に豊富な経験があるわけではなく、いずれも援助人材の確保可能性が限られていることに注意が必要である。

JICA の取り組みの中心となる 3 つのサービス・パッケージについて、以下に考え方・留意事項などを説明する。これらのサービスは JICA の母子保健協力の中心ではあるが、今後の協力内容をこれらのサービス・パッケージのみに限定することや各サービスを独立的に実施することを推奨するわけではない。いずれのサービス・パッケージを取り上げる場合でも、継続ケア全体の中での位置づけを意識し、協力対象地域・受益層の必要性和他の援助機関の動きを勘案したうえで、協力対象とするサービスの範囲を柔軟に組み合わせ案件形成・実施を行うことが重要である。また、相手国の母子保健のレベルにより必要性の高いサービスは当然異なり、同一国でも母子保健の改善とともに優先ニーズは変わるので、代表的なインパクト指標(妊産婦死亡率など)により、その国の母子保健状況がおおよそどのようなレベルにあるのか、把握しておく必要がある。(代表的なインパクト指標の数値の見方については付録 2 参照。)

(a) 産前ケア

産前ケア(質の良い産前健診、健診で発見されたリスクや異常に対する保健指導・治療)の普及のため、住民への啓発、健診の拠点や頻度の増加(アクセス向上)、医療従事者の研修・指導監督、異常分娩の危険性が高い(ハイ・リスクの)妊婦を上位医療機関に紹介する(必要に応じて緊急産科ケアにつなぐ)仕組み作り、施設・機材の整備等への支援を進める。

妊産婦死亡の原因の 34% は出血、18% は子癇前症・子癇など高血圧、18% は貧血や栄養不良等の影響によるものと推計されているが、個々の案件において、こういった死因に関連し得るどのような症状やリスクをいつ発見しどのような治療につなぐ目的で、健診・保健指導・医療機関への紹介などを行うのか、関係する保健従事者の理解を確認しながら協力を進めることが重要である。このためには、協力対象層(裨益人口)における妊産婦死亡原因の分析が必要であり、協力活動の一環として「妊産婦死亡症例検討」(maternal death review/audit)(個々の案件の位置づけにもよるが、病院内の症例検討カンファレンスに留まらず、医療施設外での死亡例を含め、行政・公衆衛生担当者も参加するもの)を実施することが有益である。また、医療過疎地域では、自立発展性を考えて地域住民組織を巻き込んだ緊急時の患者搬送体制の構築を支援することも効果的である。

近年の主な案件としては、バングラデシュ 母性保護サービス強化(技プロ)(付録 4-a)、ラオス 母子保健統合サービス強化(技プロ)、モンゴル 中央県・中央病院における妊産婦の健康管理向上(草の根・地域提案型)が挙げられる。

(b) 助産専門技能者(SBA)による正常出産介助と褥婦・新生児のケア

出産に付随する危険性の軽減は妊産婦死亡対策の中核であるとの考えのもと、正常分娩の介助と産後 48 時間以内の褥婦・新生児のケアを安全に行い、異常時の緊急産科ケア施設への産婦搬送を適切に判断するため、SBA 介助による出産の比率を増やし、必要な場合は

施設での出産を可能とするための支援を進める。出産介助は出産の直前直後のケアと継続して行われるのが普通であり、案件としても前項(産前ケア)及び産後ケア・新生児ケア等と組み合わせるほうが効果的である場合が多い。具体的には、住民への啓発、助産師の養成、在職助産師の研修・指導監督、機材供与、一次施設(SBA への地理的なアクセス改善のための「お産を待つ家」等も含む)の整備等を支援する。

なお、SBA は専門教育を受けた有資格の助産専門技能者(医師、助産師、看護師など)の総称であるが、JICAは、SBAの中でも特に助産師による、正常分娩の介助及び産婦の異常の早期発見・医療機関への紹介に重点を置く。

協力対象地域では SBA の絶対数の不足と物理的なアクセスの制約に目を奪われがちだが、SBA が近隣に存在しても技術水準や産婦への態度に大きな問題があったり、SBA のサービスを受けることについて社会的・経済的な障壁がある場合もあるので、SBA の質の向上や見えないアクセス障害の除去にも留意が必要である。

近年の主な案件としては、カンボジア 助産師の能力強化を通じた母子保健改善(技プロ)(付録4-b)、ナイジェリア ラゴス州母子健康強化(技プロ)、セネガル タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改善(別称:安全なお産)(技プロ)、ボリビア ラパス県農村部母子保健に焦点をあてた地域保健ネットワーク強化(技プロ)、ボリビア 権利、多文化、ジェンダーに焦点をあてた村落地域保健ネットワーク強化(技プロ)が挙げられる。

(c) 乳児のケア

乳児の死亡を減らすため、直接的な死因への対応として感染症予防、間接的な死因への対応として栄養改善を支援する。感染症予防について、具体的には、EPI の普及(コールドチェーンの整備、ワクチンの供与、記録・報告システムの整備、保健従事者の研修等)、及び下痢症・急性呼吸器感染症(ARI)への迅速対応能力向上(地域看護師の研修等)への支援を中心に進め、HIV 母子感染予防のための住民啓発、マラリア予防のための蚊帳の供与と住民啓発等も支援する。栄養改善については、乳児の成長モニタリング、母親等の啓発(栄養教育、育児相談等)、微量栄養素や経口補水塩(ORS)・駆虫剤の投与(コミュニティ保健ボランティアの育成、栄養剤・薬剤の供与、住民への保健教育)等の支援を組み合わせる。

EPI は援助協調が極めて進んでいる領域であり、JICA は保健省と国際機関が連携して進めている全体計画の一部を分担する形になるのが普通である。HIV・マラリアへの対応は薬剤等の継続供給が前提となるため、感染予防の啓発等を行う際には、母子保健の取り組みをART(HIV陽性者に対する抗レトロウイルス薬療法)、ACT(WHOが推奨するマラリア治療の多剤併用療法)など個々の疾病別の感染症対策事業につなげる工夫が必要である。

近年の主な案件としては、大洋州 予防接種事業強化(技プロ)(付録4-c①)、中国 ワクチン予防可能感染症のサーベイランス及びコントロール(技プロ)、エチオピア 母子栄養改善(技プロ)(付録4-c②)、イエメン コミュニティ母子栄養・保健(技プロ)が挙げられる。

3-3 今後の検討課題

JICA の母子保健協力をより戦略的に進めるための当面の主な課題として、次の2点が挙げられる。

(1) 適正レベルの案件目標の設定と現実的・論理的な指標の選定

昨今は、母子保健分野においても、投入や活動の実績のみならず、案件実施の結果どのような望ましい変化が協力相手国側に起こったかについて、従来にも増して具体的でわかりやすい説明が求められるようになってきている。案件の設計にあたっては、外部に対する事業成果の説明も念頭に、最終的受益者の行動変容や健康改善を目指していることが明確にわかるような目標を設定するとともに、目標達成度を適切に測定するために案件目標レベルの指標選定とデータ収集について、特によく検討する必要がある。

過去には、プロセス指標で測定されるような活動実績が案件目標とされている技術協力案件が散見されるが、本来はアウトカム指標で測定・評価されるレベルのものを案件目標とすべきである。また、インパクト指標(典型的なものとして、妊産婦死亡率や5歳未満児死亡率など。付録2参照)は、一般的に複数の介入や活動の成果の集合によってもたらされるマクロな状況を把握するのに適しており、個々の案件と一対一で結びつけるのは困難であることが多いため、注意が必要である。

指標は、現実性があること、すなわち、協力対象地域における既存の制度もしくは案件活動の範囲内でデータ収集が可能であることと、論理的であること、すなわち、案件の活動内容に呼応して協力効果が説明できるものであることが必要であるが、母子保健分野においては、サービス内容について技術的な世界標準が存在するのと同様、アウトカム指標についても標準的サービスごとに代表的なものがおおよそ定まっている(2章2-2参照)ので、それらを用いることをまず検討するべきである。ただし、案件によっては、活動がアウトカム指標に直接影響を与えるまでに相当の時間差が生じることもあり、その場合は、論理的に説明のつく代替指標(proxy indicator) または定性的な指標によって協力効果を説明する準備が必要である。

指標の選定後は、各指標について、設定期限の説明ができるような目標値を定めることが重要である。そのためには、協力対象地域の現況をその指標で見た際のベースライン値が明確でなければならない。

どのような場合にどのような指標を選定し、どの程度の目標値を定め、どの程度の労力・予算をかけてどのようにデータ収集を行うべきか、主要な国際機関等の手法を参照するとともに、JICA として知見を蓄積していくことが必要である。

(注：本指針においては、活動状況の進捗、個人の能力強化結果、活動を通じて供給されるサービスの種類・カバー率・質・利用度などを表す指標(機能強化指標、サービス指標、アウトプット指標など)をまとめて「プロセス指標」、サービス供給・利用の結果発現する知識・行動の変容や健康状態の改善度合いなど直接アウトカムを把握する指標を「アウトカム指標」、直接アウトカム(知識・行動の変容や健康状態の改善など)の結果として得られる死亡率や生活の質の変化など長期的/最終アウトカムを把握する指標を「インパクト指標」と呼ぶ。)

(2) 経済的インセンティブ導入によるサービス拡充

母子保健サービスを広く普及するためには、サービス供給とサービス需要の両面を拡充する必要がある。サービス供給の面では、保健医療従事者・拠点施設などの増強によるサービスの地理的カバレッジ拡大と地理的アクセスの改善、サービスの種類と絶対量の増、サービスの質の改善等が必要であるが、これらについては、JICA は技プロ・無償を中心に様々な取り組みを進めてきている。サービス需要の面では、地域住民の啓発とエンパワメントによる社会的・経済的アクセスの改善等を要する場合が多く、そのうち住民啓発については技プロ・ボランティア・草の根技協の各スキームの特徴を活かし長年取り組んできているが、経済的アクセスの改善については、住民の収入創出活動へのパイロット的支援を除き、JICA にはこれまでほとんど事業経験がない。

一方、世界的には、経済的なインセンティブをもってサービスの需要者側・供給者側に働きかけることで、サービスの利用率拡大を目指す取り組みが推進されている。需要者側へのインセンティブ(demand-side incentive) としては、特定のサービスの無償化(例えば出産の無償化)や、条件付現金給付(CCT)と呼ばれる特定のサービスの利用者への金銭の提供(例えば産前健診を受診した貧困な妊婦に対する現金給付)がある。最近では、現金給付以外にも、特定のサービスの利用者に対する一定期間中の様々な特典付与(クーポン券発行や食糧・食用油などの現物支給)による需要喚起が盛んになってきており、Rapid Result Initiative と呼ばれている。供給者側へのインセンティブ(supply-side incentive) としては、成果に基づく支払い(PBP/RBP、PBF/RBF) と呼ばれる、特定のサービスの提供に応じて保健医療施設に追加的金銭を支給する仕組みがある。また、保健医療従事者に対する勤務評定を導入し給与の公平化を図って勤労意欲を高める試みも行われている。

これらの経済的インセンティブ導入後に母子保健サービスの利用が拡大することは、昨今世界各地で確認されている。ただし、経済的インセンティブによってサービス利用が増大し得る条件として、需要者の地理的アクセス圏内でサービスが提供されていること、利用者増に対応できるだけのサービス供給能力があること、が挙げられる。一定水準のサービス供給能力の存在は、サービス利用者増大に伴うサービスの質の低下(例えば、施設出産が増えるにしたがい院内感染が不釣り合いに増えるなど)を避ける意味でも、必須である。また、経済的インセンティブについては、保健システム強化の取り組みと比しての効果が検証されておらず、費用対効果について意見が分かれていることにも留意すべきである。特に、サービス需要者側へインセンティブを付与し続けるためには莫大な資金が必要であり、財政の持続性を考えれば需要者へのインセンティブが徐々に不要となっていくような道筋をつける必要もあると考えられるが、現状では有効な「出口戦略」が確認されていない。

以上を踏まえれば、JICA が有償資金協力による母子保健サービスの無償化推進、貧困妊産婦対象の CCT の導入支援、PBP 基金への財政支援などの可能性を考える場合は、上述のような留意点について十分検討するとともに、世界銀行やADB など国際金融機関との連携を図るなどし、他の援助機関の経験から学ぶことが重要である。

なお、上記2点に加え、中期的課題として、次の点が挙げられる。

(3) 2015年以降の母子保健協力の必要性

MGDs後の国際保健のテーマとして非感染性疾患(NCD)対策が注目を集めつつある一方で、PMNCHを中心として、2015年以降も母子保健の改善に取り組み続ける必要があるとの声が上がっている。多くの国で2015年を過ぎてもMDGs4・5を達成できないと予想されていること、国によっては近年の集中的な援助により目標値が達成されはしても持続性に懸念があること、国内格差が大きく全国平均では目標値を上回る改善が見られる一方で目標達成に至らない住民層が存在する国もあることなどのためである。また、MDGs4・5は1990年よりも母子の死亡を減少させるという相対的な目標であるため、1990年の状況が非常に深刻であった多くの途上国では、MDGs4・5が達成されたとしても、死亡数や死亡率の絶対値で見れば依然として改善を要する状況が続くと予想されている。さらには、母子保健の本来の性質上、ある時期に集中して母子保健の状況が改善されたとしても、それ以降母子保健サービスの必要性が低下するわけではない。

JICAとしては、以上のような状況も踏まえて、「ポストMDGs」の世界の「流行」に過度に振り回されることなく、サービスの質・量の双方の改善に目を向けて必要な母子保健協力に取り組んでいくべきであると考えられる。その際、2015年を過ぎてもMDGs4・5が達成されていない国に対しては、阻害要因を十分見極め、できるだけ早期の達成を目指して阻害要因への対策に力点を置いた協力を加速化するという考え方になると思われる一方、MDGs4・5が達成された国の場合には、母子の死亡数や代表的なインパクト指標の絶対値などによりその国の母子保健状況の深刻さを判断して、協力対象国の絞込みや協力内容を検討する必要があると考えられる。ただし、現時点では、絶対値で見た母子保健協力の「卒業ライン」について国際的な合意ができていないわけではないことに注意が必要である。

- 付録1 世界の母子保健の現状
 - 1-1 MDGs の進捗状況
 - 1-2 妊産婦死亡率
 - 1-3 世界の妊産婦の死因
 - 1-4 5歳未満児死亡率
 - 1-5 乳児死亡率
 - 1-6 世界の5歳未満児・新生児の死因
 - 1-7 途上国における標準的サービスの普及度の例
- 付録2 母子保健分野の代表的なインパクト指標
- 付録3 主なドナーの母子保健に対する取り組み
 - 3-1 ヘルス・フォー・プラス (H4+)
 - 3-2 米国国際開発庁 (USAID)
 - 3-3 英国国際開発省 (DFID)
- 付録4 JICA の母子保健分野の協力事例
 - <協力の切り口ごとの事例>
 - <主たるサービス・パッケージごとの事例>
- 付録5 JICA の母子保健分野の案件内容の傾向
- 付録6 参照すべき文献・ウェブサイト
 - 6-1 引用・参考文献
 - 6-2 ウェブサイト

