

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—

平成24年3月
(2012年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

人間
JR
12-024

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 —

平成24年3月
(2012年)

独立行政法人国際協力機構
人間開発部

序 文

日本は戦後、妊産婦死亡率や5歳未満児死亡率の急速な改善を実現しました。その改善に貢献した要因についていまだ確定した解釈はありませんが、教育水準・生活水準の向上などの基礎的条件の下、母子保健と感染症対策を軸とした地域保健活動、行政、法整備、人材育成などに注力し保健システム全体の強化を行ったことに加え、母子健康手帳（以下、母子手帳）導入を通じ、親の意識の向上や医療関係者とのコミュニケーションの改善が図られたことが貢献した、という仮説があります。

母子保健の改善のためのツールとして日本で発展し、全国に普及した母子手帳は、インドネシアをはじめとしたアジア各国に広がりつつあるほか、アラビア語初の母子手帳がパレスチナで作成されています。その一方で、第4回アフリカ開発国際会議（TICAD IV）、G8洞爺湖サミット開催以降、JICAにも国内外関係者等から母子手帳に関する取り組みへの問い合わせが増加しています。

こうした背景から、今般、JICAは母子保健事業における母子手帳活用に関する研究を実施することとしました。本調査研究では、JICA内外から、これまでの母子手帳導入・普及に係る知見を取りまとめ、イメージで先行しがちな母子手帳の実態についてできる限り中立的かつ平易に整理するとともに、教訓・今後の課題を抽出しました。また、母子の健康改善の進捗が大きく遅れているアフリカにおける母子保健改善のために母子手帳の導入が有用であるかを検討するためのワークショップを、東アフリカ諸国からの参加者を得てケニアにて開催しました。そして、既に母子手帳が導入されているケニアにおける母子手帳の開発・導入・普及の経緯、課題などを調査・分析し、今後のアフリカ及び他の地域において、母子保健事業のなかで母子手帳の活用を検討する際の参照資料として考察結果をまとめました。

本調査研究の実施及び報告書の取りまとめにあたっては、対象プロジェクトなどの関係者の方々から、インタビューを通して貴重な情報を頂きました。また、課題別支援委員会を中心とした母子保健分野の有識者の方々にもアドバイスを頂きました。本調査研究にさまざまな形でご尽力頂いた皆様方の多大なご協力に心より感謝申し上げます。

最後になりますが、本調査研究が、アフリカ及び他地域において、より良い母子保健の支援を実施するための一助となれば幸いです。

平成24年3月

独立行政法人国際協力機構
人間開発部長 萱島 信子

目 次

序 文
目 次
略語表
要 約

第1章 本調査研究の枠組み	1
1-1 背景と目的	1
1-2 対象と方法	1
1-3 本調査研究の関係者	2
第2章 アフリカ地域以外の国における母子手帳レビュー	5
2-1 結 果	5
2-1-1 母子手帳の特徴	5
2-1-2 母子手帳の目的と効果	11
2-1-3 母子手帳の導入・展開のプロセス	15
2-1-4 各国における母子手帳の実施状況	19
2-1-5 母子手帳導入・促進に係る検討事項	22
2-2 考 察	27
2-2-1 母子手帳の導入・促進のための教訓	27
2-3 まとめ	37
第3章 アフリカにおける母子手帳の導入・普及の可能性の検討 －「アフリカ母子保健改善・母子手帳導入検討ワークショップ」の開催－	39
3-1 結 果	39
3-1-1 ケニア、ルワンダ、タンザニア、ウガンダの母子保健の現状報告及び 課題の検討	39
3-1-2 アジア・中東地域などでの JICA の協力事業による母子手帳導入、 普及における成果、教訓の共有	43
3-1-3 東アフリカ地域において母子保健改善のため母子手帳を導入することの 有用性についての検討	44
3-2 考 察	48
3-2-1 東アフリカ地域母子保健改善のツールとしての母子手帳の可能性	48
3-2-2 母子手帳を保健システムのなかに位置づけるために必要な要素	51
3-3 まとめ	51
第4章 ケニアの事例	53
4-1 結 果	53
4-1-1 ケニアにおけるインタビューと視察	53

4-1-2	米国 CDC ケニア事務所担当者の報告会	56
4-1-3	インドネシア第三国研修	56
4-2	考 察	56
4-2-1	社会・経済指標の比較	56
4-2-2	促進要因の考察	57
4-3	まとめ	61
第5章	JICA 事業としての留意点	62
5-1	ツールという認識	62
5-2	相手国についての現状把握	62
5-3	多様な関係者の調整	63
5-4	検証と発信	63
5-5	支援のあり方の多様性	63
5-6	制度構築の視点	64
おわりに		65
資料	各国の母子手帳の状況	
1.	インドネシア	69
2.	パレスチナ	71
3.	フィリピン	72
4.	メキシコ	74
5.	ベトナム	74
6.	カンボジア	76
7.	ラオス	77
8.	東ティモール	78
9.	ケニア	79
10.	タ イ	81
11.	国連パレスチナ難民救済事業機関 (UNRWA)	82

図 表 目 次

図2-1	母子手帳の発行、交付、記載の違い	10
図2-2	母子手帳の実施にみる多様性	11
図2-3	インドネシアの導入・展開プロセス	16
図2-4	パレスチナの導入・展開プロセス	17
図2-5	共通の導入・展開プロセス	18
図2-6	母子手帳実施段階と促進機関	20
図2-7	予防接種の記録の保有率と女性の識字率	30
図2-8	母子手帳の機能別に求められる提供者側、クライアント側のキャパシティ	31
図2-9	スケールアップに寄与する要因 (WHO Expand-Net)	32

図 2-10	インドネシアのフェーズと開発パートナー (1)	33
図 2-11	インドネシアのフェーズと開発パートナー (2)	34
図 2-12	母子手帳開発のコンセプト：インドネシア・パレスチナの事例.....	35
図 2-13	パレスチナのフェーズと開発パートナー.....	36
図 4-1	ケニア公衆衛生省組織図.....	54
図 4-2	開発パートナーを含むステークホルダーとの連携に関する比較.....	59
図 4-3	母子手帳の導入から保健システムに位置づけるまでの主なステップ (ケニア)	61
表 2-1	各国における母子保健に関する家庭用記録の状況.....	6
表 2-2	母子手帳導入により入れ替えられるべき既存の記録・パンフレット類の状況.....	7
表 2-3	母子保健法 第十六条 (母子健康手帳)	9
表 2-4	母子手帳の効果に関する既存調査による報告.....	13
表 2-5	母子手帳実施のために準備されたガイドライン類.....	19
表 2-6	母子手帳導入に係る促進要因・阻害要因.....	22
表 2-7	促進・阻害要因に関する項目の重要性.....	25
表 2-8	母子手帳のツールとしての妥当性と関係が深いと推測される背景情報.....	28
表 2-9	女性の識字率と母子手帳のツールとしての妥当性の関係.....	29
表 3-1	東アフリカの母子保健に係る基礎情報のまとめ (各国保健省の発表資料や インタビューの結果より)	40
表 3-2	母子手帳に係る関係者分析.....	45
表 3-3	東アフリカ母子手帳導入検討のための確認項目 (チェックリスト)	47
表 4-1	インドネシア・パレスチナ・ケニアにおける社会・保健指標の比較.....	57

略 語 表

AMREF	African Medical and Research Foundation	アフリカ医療救援財団
ART	Antiretroviral Therapy	抗レトロウイルス薬
Aus AID	Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	米国疾病予防管理センター
DHS	Demographic Health Survey	人口保健サーベイ
DPT	Diphtheria・Pertussis・Tetanus	三種混合ワクチン：ジフテリア・百日せき・破傷風混合ワクチン
EIR	Early Infant Diagnosis	
EPI	Expanded Program on Immunization	予防接種拡大計画
EU	European Union	欧州連合
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH	ドイツ技術協力（有） 現 GIZ（the Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH）
G8	Group of Eight	先進国首脳会議
HBMR	Home-based Mother's Record	妊産婦手帳
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
HMIS	Health Management Information System	保健医療情報システム
ICC	Intreagency Coordination Committee	援助機関調整委員会
JHPIEGO	Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics	
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
MCH HB	Maternal and Child Health Handbook	
MCH/FP	Maternal and Child Health/Family Planning	
MDGs	Millenium Development Goals	ミレニアム開発目標
MICS	Multi Indicators Cluster Survey	マルチ指標クラスター調査
MNCH	Maternal, Newborn and Child Health	
MOH	Ministry of Health	保健省
NCC	National Coordination Committee for the MCH Handbook	母子健康手帳調整委員会
NGO	Non-Governmental Organization	
PHC	Primary Health Care	
PMTCT	Preventing mother-to-child transmission	母子感染予防

SWOT	Strength, Weakness, Opportunity and Threat	
TICAD IV	The 4 th Tokyo International Conference on African Development	第4回アフリカ開発国際会議
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
UNRWA	United Nations Relief and Works Agency	国連パレスチナ難民救済事業機関
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機関

要 約

母子健康手帳（以下「母子手帳」）は、日本の母子保健制度に組み込まれたツールとして、長年、家庭と保健医療サービス、行政をつなぐ役割を果たしてきた。母子手帳は、日本に生まれた者にはなじみが深く、多くの説明を必要としない存在である。JICA 事業では、インドネシアを筆頭に複数の国で、開発・導入や活用の促進が図られてきた。JICA 内外の関心も高い。しかし JICA 事業を「母子手帳」という切り口から整理したものは限られ、多くの知見、教訓、課題はプロジェクト関係者の記憶にとどまる。さらに、途上国への母子手帳に関する協力は、国際機関、二国間援助機関、NGO や学術・研究機関も試みているが、情報は集約されていない。JICA 人間開発部では、アフリカなどにおける母子手帳の導入への期待の声が聞かれるなか、母子手帳事業に関する知見を集約する必要があり、本研究を実施した。

第 2 章は、アジア・中東地域などで行われた既存事業のレビューである。各国の実施状況を概観し、母子手帳について、定義、目的などを整理し、母子手帳の導入・促進を検討するための材料を得て、JICA 技術協力プロジェクトなどにおける母子手帳導入・普及に係る知見・教訓を抽出した。対象国は、インドネシア、パレスチナ、フィリピン、ベトナム、カンボジア、ラオス、東ティモール、タイで、メキシコ、バングラデシュ、アフガニスタン、モンゴルも参考とした。方法は、JICA の母子保健と母子手帳関係事業の専門家、専門家経験者、並びに当該国の母子手帳事業関係者に対するヒアリング及び文献調査である。結果の概要は以下のとおりである。

- 母子手帳を各国の共通性から定義すると、①家庭で保管される母子の健康の記録であり、②その国の標準的な妊娠から出産、新生児、子どもまでの一連のサービスを網羅している冊子である。多くの国で、母子手帳はなくとも類似した既存の家庭用の保健記録様式は存在している。母子手帳の導入とは、そのような既存のカード類を統合して入れ替えることである。
- 母子手帳の目的と期待される効果や機能は多様であり、例えば①モニタリングのツール、②家庭での健康情報の参照ツール、③家族の育児参加のツール、④保健指導・コミュニケーションのツール、⑤施設間のリファラルツール、⑥サーベイランスのツールになり得る。一部の機能についての検証報告があるが、論文は限られる。母子手帳の定義と目的を整理して、期待する機能の効果について検証し、発信する必要がある。
- 母子手帳の導入・展開のプロセスは、【準備】【試行】【国の標準版の開発】【全国での展開】【自立発展性の確立】の 5 段階に整理できる。母子手帳の実施段階でのひとつの大きな境界は、国の標準版の策定であり、最終的にめざすべき状態は制度化である。
- 母子手帳の導入・全国展開に際し、促進要因・阻害要因となり得るものは、①前提となる国の特徴、②開発パートナーとの関係、③保健システムの状況、④カウンターパートの主体性、⑤促進の仕掛け、⑥実施予算に分けられた。要因の重要性は異なり、また促進要因にも阻害要因にもなり得るものもある。母子手帳の導入・促進を検討している国・地域において、「その国・地域である程度末端までのサービス供給体制が整っており、明確なニーズをもち主体的にかかわるカウンターパートがおり、母子手帳の導入・促進がその国・地域の保健政策に合致しており、できればそれが政策文書などの政府の明確なコミットメントとして明確に示されており、既存のものより有用であるなどツールとしての有効性の根

拋かロジックがあり、開発パートナーの戦略・方針とも一致し、実施予算がある状態」、あるいは、そういった状態を将来的に見込めるタイミングであることが導入・促進に望ましいといえる。

結果の分析から、母子手帳の導入・活用促進にあたり検討すべき教訓を導き出した。第一に、母子手帳に求める機能により、保健医療従事者や母親の側に求めるものも異なる。この視点をもてば、状況に即して導入・促進の目的を議論できる。第二に、促進する要因を活用し、阻害する要因を回避するよう事業を行う。第三に、関係者調整の主体は当該国政府であり、関係部局のオーナーシップを高めることが、開発パートナーを含めた関係者の参画促進につながる。第四に、自立発展性の確保のための作業は準備期から必要である。標準化した制度化までのプロセスを参考に、中長期的な視野に立って作業計画をたてる。第五に、導入・促進の検討は、当該国の母子保健問題分析に基づいて行う必要がある。何を目的としたツールとしたいのか主要な関係者で合意すること、そのうえで目的に応じた成果の検証を計画し、ステークホルダーを同定し調整戦略をもつことが重要である。

第3章では、東アフリカ諸国の関係者とのワークショップを通じて、異なる母子保健の状況の改善に母子手帳がどのように貢献し得るかを検討した。東アフリカ地域各国において母子手帳に関する支援を検討する場合には、各国の母子保健課題の分析に基づいて母子手帳の導入・促進を検討すべきことを確認し、さらに確認すべき項目を共通のチェックリストとしてまとめた。

第4章は、東アフリカ諸国のなかで国の標準版の母子手帳を有するケニアの事例研究である。ケニアでの導入の経緯を調べ、第2章で得られた標準的なプロセスとの整合性を確認した。

第5章では、第2章～第4章で報告した調査結果から導きだされる JICA 事業における留意点をまとめている。概要は次のとおりである。

- **ツールという認識**：母子手帳は母子保健改善のための手段（ツール）である。状況に応じたカスタマイズが必要で、効果を期待するには目的に応じた活用が必要である。一般的に「母子手帳が存在しない国に母子手帳を導入すること」が母子手帳の協力であると理解されがちであるが、そのようなイメージから脱却する必要がある。
- **相手国についての現状把握**：まず、相手国の母子保健の問題を整理し、どのような問題解決ツールとして、母子手帳の導入・活用促進を考えるのか、という整理が重要である。母子手帳で促進される保健サービスは、母子保健に関するその国の標準的なものであるが、サービスの供給自体が絶対的に不足していれば、母子手帳の活用のみで状況は改善しないことは明らかである。必要な保健サービスの供給量に不足があれば、供給体制の強化と母子手帳に関する協力をパッケージで支援することも検討すべきである。母子手帳を含む支援に高い優先順位がつかない場合、母子手帳の支援を見送る判断も必要である。母子手帳によって解決すべき状況が確認されて初めて、更なる情報収集に入る。
- **多様な関係者の調整**：母子保健分野では、さまざまな関係者が存在するため、彼らの活動や考え方を集約、調整して、初めて国の標準版の母子手帳を作ることができる。導入・促進する当該国政府が主体的に開発パートナーを含む関係機関との調整を実施することが重要である。相当の調整が必要とされるため、戦略が必要である。関係者の調整に必要なの

は、多くの人が納得できるロジックと根拠である。

- **検証と発信**：現段階での母子手帳の実施に関する発表論文数は限られるが、更なる検証と発信は必要である。目的に基づいて事業を計画し、めざした成果の計測を積み上げていくべきである。
- **支援のあり方の多様性**：支援のあり方は多様であってよい。母子手帳を新規に開発し導入する支援だけが、母子手帳の支援のすべてではない。国の標準版の母子手帳が既にあり活用を支援する、知見の共有を支援する、など相手国の実施段階に応じた支援を、広く母子手帳の支援ととらえるべきであろう。
- **制度構築の視点**：母子手帳の導入は、制度構築支援である。どのような場合でも、留意されるべきは、導入・活用促進する母子手帳が、その国の政策に合致したものであることである。さらに、新規の開発導入は、短期的な投入で完遂できる事業ではないという前提に立つべきである。相手国がどのような局面にあり、相手国のだれに対して、だれが、何を支援していくのか、を考慮することは案件を計画するうえで重要である。

本研究では、母子手帳を母子保健のツールととらえることで、母子手帳は状況に応じてカスタマイズできること、目的に応じた活用が必要であることを整理した。母子手帳を「日本の固有のもの」ととらえる必要はなく、その国の人たち自身が、その国の抱える問題を改善するツールと母子手帳を位置づけたときに、母子手帳の導入・活用促進を支援する意義があることを確認した。本研究では、さらに制度化を促進する要因や阻害する要因を整理した。しかし、明確にこのような要件がそろえば導入できる、この要件が満たされなければできないと断ずることは難しい。帰納的に整理した要因をそろえても同じ結果が得られるとは限らないからである。整理された促進要因や阻害要因は、事業計画において前者を増し後者の回避を工夫するために活用できるだろう。ただし、少なくとも導入のめざすところは制度化であるので、既存の複数の家庭用記録類を統合して母子手帳に一本化する意向が当該国政府にあるということは、導入の支援を判断するための必要条件といえるだろう。

母と子という最終受益者の手元に置かれ、妊娠から母子を一貫したまなざしでとらえようとする一冊の冊子は、さまざまな可能性を秘めている。そもそも個人の記録を個人の手で持つことを可能にすることは、人間の安全保障の根幹であるかもしれない。一方で過剰に期待するものでもない。母子手帳はなければならぬもの（must）ではないが、あった方がよいもの（better）であり、あることをめざすべきものである。留意すべき点に配慮しつつ、途上国の健康問題の解決に資する可能性を考えたい。

第1章 本調査研究の枠組み

1-1 背景と目的

母子健康手帳（以下「母子手帳」とする）は、日本の母子保健制度に組み込まれたツールとして、長年、家庭と保健医療サービス、行政をつなぐ役割を果たしてきた。妊産婦手帳（1942年）、母子手帳（1945年）、母子健康手帳（1965年）と変遷し、今日に至っている^{1,2}。母子手帳は、日本に生まれた者にはなじみが深く、多くの説明を必要としない当たり前の存在となっている。

JICA 事業では、インドネシアを筆頭に複数の国で開発・導入や活用の促進が図られてきた。それらの事業に関する問い合わせも少なくなく、JICA 内外の関心の高さを示している。自分や家族の使用経験に基づく身近さ、母と子という社会が守るべき存在への便益、視覚に訴えるビジュアル性、他国に類似の手帳の定着があまり見られないといわれる「日本らしさ」、それらが相まって、母子手帳を途上国に紹介する動機となっているかもしれない。

しかし、これまで「母子手帳」という切り口からの JICA 事業の整理は限られている³。どのような国で試行されたか、試行から得られた成果・教訓は何か、さらに母子保健支援事業のなかで、母子手帳に関連する活動をどのように位置づけてきたかなど、多くの教訓はプロジェクト関係者の記憶にとどまっているのみである。

さらに、世界で母子手帳がどのように使用されているかについても、必ずしも概観できる状況にない。途上国への母子手帳の導入に関する協力は、JICA のみが実施しているのではなく、国際機関、JICA 以外の二国間援助機関、NGO や学術・研究機関といった他の開発パートナーによる複数の試みがあるが、それらに関する情報は必ずしも集約されていない。

さらにいえば、情報を集約するには、第一に、何ををもって「母子手帳」と呼ぶか、第二に、どのような状態をもって「母子手帳がある」と呼ぶか、ある程度整理する必要がある。想定する「母子手帳」が異なれば、情報を適切に集められない。そして試行的な段階の国と、全国的に使用されている国とを、同様に「母子手帳がある国」として扱うことも適切ではない。

JICA 人間開発部では、アフリカなどにおける母子手帳の導入へ期待の声が聞かれるなか、母子手帳事業に関する知見を集約する必要があると、平成 21 年度及び平成 22 年度課題別研究を計画した。事業から得られた経験を概観し、導入や促進を行う際の教訓を抽出し、さらにアフリカ諸国を含む各国の状況を情報収集し概観することを目的に一連の調査活動を行った。本報告は、平成 21・22 年度時点で得られた情報を概観するものであり、今後の更なる研究及び事業実施を検討する際の基礎資料という位置づけである。

1-2 対象と方法

第2章は、アジア・中東地域などアフリカ以外の地域で行われた既存事業のレビューである。各国での実施状況を概観し、母子手帳について、定義、目的などを整理し、母子手帳の導入・促進を検討するための材料を得た。さらに、これまでの JICA 技術協力プロジェクトなどにおける母子手帳導入・普及に係る知見・教訓を抽出した。

対象国は、第一に、JICA プロジェクトで母子手帳を開発導入した国で、インドネシア、パレスチナ、フィリピンがある。第二は、ベトナムで、NGO 主導で母子手帳が開発・導入され、JICA プロジェクトにより全国展開が支援されている。第三は、JICA 母子保健関連プロジェクトが実施されているが、当該プロジェクトとは別に他の機関による母子手帳の開発・導入の試行が行われ

ている国で、カンボジア、ラオスがこれにあたる。第四は、東ティモールで、他の開発パートナー〔国連児童基金（United Nations Children's Fund : UNICEF）〕主導で母子手帳が開発・導入され、全国的に展開されている国である。第五は、タイで、日本とのかかわりは何らかの形で認められるものの、国が自発的に導入した国である。さらに、先行研究あるいは第三国研修（インドネシア、2006－2011）⁴や、母子保健国際シンポジウム⁵などを通じて母子手帳の実施が確認された国の情報も参照した。具体的にはメキシコ、バングラデシュ、アフガニスタン、モンゴルである。各国の実施にかかわる情報一覧は、巻末に資料として添付した。

方法は、関係者へのインタビューと文献調査である。インタビューは、日本の母子手帳について知見があり、かつ当該国の母子保健の状況に関する知見を有する JICA の母子保健関係事業の専門家経験者、及び当該国の母子手帳事業関係者から行った（26 件 13 カ国、日本人専門家及びインドネシア人、タイ人、バングラデシュ人専門家）。彼らは異なる国の制度を比較する視点を有するため、日本で使われてきた母子手帳を、異なる国へ導入する妥当性を考える際に有用な論点を得られることを期待した。文献調査は、JICA 事業関係資料などの文献を参照した。各国の保健医療に関する指標は、主に人口保健統計（Demographic Health Survey : DHS）⁶、マルチ指標クラスター調査（Multi Indicators Cluster Survey : MICS）⁷といった、複数国で標準的な手法により収集されたデータと、各国政府発表によるデータを用いた。

第 3 章は、東アフリカ諸国の関係者と共に、既存の事業で得られた教訓に基づき、同地域において母子手帳がどのように貢献し得るかを検討した。ケニアの首都ナイロビにおいて、2010 年 3 月に 2 日間のワークショップを開催し、ケニア、ウガンダ、ルワンダ、タンザニアからの参加者を得た。各国の保健省母子保健担当部局、JICA 事務所、共催団体であるアフリカ医療救援財団（African Medical and Research Foundation : AMREF）担当者が参加した。さらに、リソースパーソンとして、母子手帳国際委員会メンバーが参加した⁸。東アフリカ地域各国において母子手帳の活用を検討する場合に、母子保健課題の分析に基づいて母子手帳の導入・活用促進を検討することを確認し、さらに確認すべき項目を共通のチェックリストとして取りまとめた。

第 4 章は、国家標準版の母子手帳をもつケニアの事例研究である。ケニアで開発されていた標準版の母子手帳は、上述のワークショップを契機に全国展開が開始された。現地でのフィールド視察（ナイロビ・タイタ県）に加え、ワークショップ後に訪日したケニア人関係者からの聞き取り、さらにケニア保健省母子手帳関係者の第三国研修への派遣（インドネシア）を通じて情報を得た。ケニアでの導入の経緯とニーズを捉え、第 2 章で分析した標準的なプロセスの妥当性を確認した。

1－3 本調査研究の関係者

(1) 情報提供（敬称略・五十音順、所属はインタビュー当時）

石井 澄江 財団法人ジョイセフ 事務局長（課題別支援委員）

池上 清子 国連人口基金（United Nations Population Fund : UNFPA）東京事務所 所長
（課題別支援委員）

内木 美恵 日本赤十字社 葛飾赤十字産院 看護副部長

岡林 広哲 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

小原 ひろみ カンボジア王国 地域における母子保健サービス向上プロジェクト チーフ
アドバイザー

垣本 和宏	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
久木田 純	国連児童基金 (UNICEF) 東ティモール事務所 所長
北林 春美	国際協力機構 国際協力客員専門員
児玉 知子	国際保健医療科学院 国際保健人材育成室 室長 (課題別支援委員)
佐藤 祥子	国際協力機構 特別嘱託
柴田 貴子	セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン モンゴル事務所 プログラムマネージャー
杉浦 康夫	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 (課題別支援委員)
曾根 和枝	特定非営利活動法人 HANDS サポート・アドバイザー
千葉 暁子	ケニア国タイタ県 コミュニティヘルス強化 個別専門家
中村 安秀	大阪大学大学院 人間科学研究科 教授 (課題別支援委員)
八鳥 知子	特定非営利法人 HANDS プロジェクト・オフィサー
花田 恭	国際協力機構 国際協力専門員
坂東 あけみ	ベトナムの子どもたちを支援する会 事務局長
藤田 則子	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
村上 いずみ	アフガニスタン国 リプロダクティブヘルスプロジェクト チーフアドバイザー
毛利 多恵子	毛利助産院 院長 (課題別支援委員)
森 臨太郎	東京大学大学院 医学系研究科 国際保健政策学教室 准教授
柳澤 理子	愛知県立大学看護学部 教授
和田 知代	特定非営利活動法人 HANDS プログラム・アドバイザー
Dr. Azrul Azwar	インドネシア大学医学部 講師
Dr. Sirikul Isaranurak	タイ保健省保健部保健推進局 シニア・アドバイザー
Dr. Shafi Bhuiyan	前大阪大学 日本学術振興会 特別研究員
Dr. Mildred Mudany	ケニア CDC ^{*1} PMTCT ^{*2} プログラム・ダイレクター
Dr. Sanjiv Kumar	ケニア UNICEF Chief, Child Survival & Development
Dr. Kennedy Ongwae	ケニア UNICEF Health Specialist
Dr. Stephen Seif Wanyee	ケニア UNFPA Assistant Representative
Dr. Geoffrey Okumu	ケニア UNFPA National Programme Officer (HIV/AIDS)
Ms. Batula Abadi	ケニア UNFPA National Programme Officer, Reproductive Health
Ms. Ellen Irungu	ケニア公衆衛生省 子ども・思春期保健課 M&E Officer
Ms. Diane Kamal	ケニア公衆衛生省 リプロダクティブ・ヘルス課 M&E Officer
Ms. Gladys Mugambi	ケニア公衆衛生省 栄養課 課長補佐
Dr. Tatu Kamau	ケニア公衆衛生省 ワクチン・予防接種課 課長
Dr. Shem Pata	ケニア国タイタ県 District Medical Officer

^{*1} CDC : Centers for Disease Control and Prevention (米国疾病予防管理センター)

^{*2} PMTCT : Preventing mother-to-child transmission (母子感染予防)

(2) 情報収集支援

小林 美紀 特定非営利活動法人 HANDS プログラム・オフィサー

(3) 情報分析支援

相賀 裕嗣 国際協力機構 国際協力専門員

磯野 光夫 国際協力機構 国際協力専門員

(4) 執筆分担

尾崎 敬子 国際協力専門員 (第1章・第2章・第5章・インドネシア・フィリピン・ラオス・カンボジア事例・参考文献)

萩原 明子 国際協力専門員 (第3章・パレスチナ・UNRWA^{*3}事例)

斉藤 佳央里 ジュニア専門員 (第4章・ベトナム・メキシコ・東ティモール事例)

京口 美穂 ジュニア専門員 (タイ・メキシコ・東ティモール事例・略語表・参考文献)

^{*3} UNRWA : United Nations Relief and Works Agency (国連パレスチナ難民救済事業機関)

第2章 アフリカ地域以外の国における母子手帳レビュー

2-1 結果

2-1-1 母子手帳の特徴

母子手帳を使ったことのない人々に、母子手帳を概念としてどのように説明することができるだろうか。本項は、母子手帳を「日本」という文脈から離れてとらえ、1つのツールとして整理する。

(1) 母子手帳の定義

母子手帳とは何か。先行研究では⁹、「母子の記録と保健教育の教材の側面をもつ冊子」と整理されているが、その表現だけで、母子手帳のイメージを共有するのは難しい。そこで、各国の母子手帳にみられる特徴を整理し、共通にみられるものを本稿では母子手帳として扱う。

第一に、家庭で保管される健康の記録、すなわち家庭用保健記録 (Home - based record) である。施設に保管される台帳や記録 (カルテなど) ではない。妊婦や子どもが保健医療サービスを受診する際に持参し、保健医療従事者は提供したサービス内容を記載する。電子媒体なども考えられるが、本稿では紙媒体によるものを扱う。

第二に、その国で実施される (あるいは実施されるべき) 妊娠から出産、新生児、小児の健康 (Maternal, Newborn and Child Health : MNCH) のための一連のサービスを網羅している。標準的な内容として、妊婦健診 (新生児破傷風予防接種を含む)、出産時の記録、産後ケア、子どもの予防接種、子どもの成長曲線などが含まれている。妊婦健診カード (Antenatal care card・Maternal card)、予防接種カード (Immunization card)、成長モニタリングカード (Growth monitoring card) などがみられる途上国は多いが、それらは用途別に一部のサービスのみを網羅している。したがって、例えば冊子の形態をとっていても、一連のケアを網羅しない場合は、母子手帳としなかった (表2-1)。今回、母子手帳と整理しなかったものに、女性手帳 (モロッコ)、子ども手帳 (モロッコ、シリア、アフガニスタン、エチオピア、中国、マレーシア) などがある。

表 2-1 各国における母子保健に関する家庭用記録の状況

	母子手帳	子ども手帳	母性手帳・女性手帳
インドネシア	◎		
ベトナム	◎		
カンボジア	○		
ラオス	◎		
中国		◎	
マレーシア		◎	
アフガニスタン		○	
シリア		◎	
エチオピア		○	
モロッコ		◎ (男女別)	◎
ケニア	◎		
ニジェール		◎	

○ 試行版が確認されている

◎ 国の標準版が確認されている

母子手帳は、子どものライフヒストリーに沿って構成されているといえる。妊娠期からの子どもの成長に対応した冊子であり、最終的には子どものものとなる。女性のライフヒストリーに沿って構成され、女性に帰属することで複数回の妊娠・出産を記入できる女性手帳（モロッコ）と対比することができる。

さらに、健康情報を提供する媒体となり得るので、ほとんどの国の母子手帳には基本的な健康情報が掲載されている。主な内容としては、妊娠、出産、新生児、小児の健康、産後の家族計画がある。途上国では、健診記録とこれらの情報を1冊にまとめた形態で提供されているといえる。ただし、日本の母子手帳は記録の割合が多く、情報の提供は、副読本という別冊で補われている¹⁰。

加えて、標準的な一連のサービス内容で構成されつつも、国の特性や地域のニーズを反映した情報を付加することで、多様性への対応が可能となっている。例えば、出生登録の様式（インドネシア）、子どもの発達モニタリング^{*4}（インドネシア）など、強化したいプログラムの様式を含める場合がある。HIV（Human Immunodeficiency Virus：ヒト免疫不全ウイルス）の母子感染予防（ケニア）、子どもへの駆虫剤の供給（ケニア）といった内容が付加される場合もある。さらに、国ごとの差異にとどまらず、国内の地域差に配慮する場合もある。マラリア予防や治療に関する情報（インドネシア東部版）、地域食材を用いた離乳食に関する情報（インドネシア各地）は、地域の文化的多様性と保健状況に対応するために付加された例である。

^{*4} 成長曲線が身体の成長（Growth）のモニタリングを目的とするのに対し、認知などを含めた発育（Development）のモニタリング項目から成る。

(2) 既存の家庭用の保健記録様式の存在

各国に母子手帳に類似した家庭用の保健記録は存在しないのだろうか。表2-2にあるように、母子手帳が試行された国を含めてほとんどの国で、母子一貫の形態でなくとも、母子保健に関連する何らかの家庭用の保健記録が存在する、あるいは存在していたことが確認された。一般に、母親用のカード類よりも子ども用のカード類の歴史が長い。子ども用のカードの主な用途は予防接種と成長曲線のモニタリングである。インドネシアでは、予防接種カードと成長曲線のモニタリングカードの2種類のカードが時間をかけて1枚(1冊)に統合されたという¹¹。一方、母親用のカードの主な用途は、妊娠中あるいは妊娠中から産後ケアまでのモニタリングである¹²。なお把握は難しいが、家庭配布用のパンフレット類も母子手帳に掲載される情報と重複するため、確認された場合に表中に示した。

これらの状況は、母子手帳の導入を検討する際、真空地帯はなく、母子手帳として統合すべき複数のカード類があることを示している。更にいえば、母子手帳の導入が意味するのは、複数のカード類が並存することで混乱が起きないように関係者を調整し、重複する既存のカード類を廃止して母子手帳と入れ替えることであることを示している。

表2-2 母子手帳導入により入れ替えられるべき既存の記録・パンフレット類の状況

	母親用	子ども用	その他パンフレット等
インドネシア	妊婦健診カード	子どもカード(成長モニタリング&予防接種)、発達チェックカード	健康教育パンフレット(小児栄養パンフレットほか)
パレスチナ	なし	予防接種カード	健康教育パンフレット
フィリピン	妊婦健診カード	子どもカード(成長モニタリング&予防接種)	N.A.
メキシコ	予防接種カード	予防接種カード	母親の健康パンフレット、子どもの健康パンフレット、子どもの病気のパンフレット、家族計画パンフレット
ベトナム	妊婦健診カード、各省でさまざまな記録カード、ノート、手帳類等	予防接種カード、成長モニタリングカード、各省でさまざまな記録カード、ノート、手帳類等	N.A.
カンボジア	新生児破傷風カード、妊婦健診カード等施設ベースのさまざまな記録媒体	予防接種カード等施設ベースのさまざまな記録媒体	N.A.
ラオス	破傷風トキソイド記録カード、妊婦健診カード、家族計画カード	子どもの予防接種カード	N.A.
東ティモール	独立直後に母子手帳を導入した。それ以前の状況はインドネシアと同様と推測される	独立直後に母子手帳を導入した。それ以前の状況はインドネシアと同様と推測される	N.A.
タイ	妊婦健診カード	成長モニタリングカード、予防接種カード、子どもの健康カード	N.A.

(3) 保健医療情報システムとの関係

母子手帳は、保健医療情報システム（Health Management Information System : HMIS）において、どのような位置づけだろうか。母子手帳は HMIS の主な情報入手手段ではない。母子手帳などの家庭用保健記録の有無にかかわらず、HMIS の基本的な情報源は施設備え付けの業務台帳などで、それらを基に集計が行われている。

理論的には、住民の移動が大きい場合は、地域を管轄する一次医療施設で台帳が整備されれば、それを基にその地域に住む一人ひとりの母と子が必要なサービスを受けているかをモニタリングできる。ただ、再診のリマインドには限界がある。台帳で管理しながら、次の受診日を小片の紙に書き付けてクライアントに渡し、再受診をリマインドする光景が見られる場合もある¹³。このような場合、母子手帳などの家庭用保健記録があれば、再診のリマインドのツールとすることができる。一方、住民の流動性が高い場合は、施設の台帳を基に確認することには限界がある。例えば、里帰りなどで妊娠時の住居地を離れて生地で出産するといういわゆる「里帰り出産」がみられる社会では（日本、インドネシア）、家庭用保健記録が母と子の移動先にも携帯され、移動先で受診したサービス内容や結果が記載されることが保障されれば、サービス利用状況のモニタリングのツールとなり得る。

いずれにしても、母子手帳などの家庭用保健記録は台帳と併用することで、リマインドやモニタリングに有効と思われるが、台帳機能を代替するわけではなく、台帳を記載する必要性は変わらない。途上国でも、施設台帳が存在しないことはあまりなく、実のところプログラムごとに複数の台帳があることも多い。これらは通常電子化されていないため、保健医療従事者は、ある人の1回の受診ごとに、複数の様式に記載することになる。記入すべき台帳が山積みという現状は、保健医療従事者が母子手帳の導入を記入様式の追加と受け止める背景となっている。そのため、母子手帳と台帳の様式に整合性をもたせ、業務の負担を軽減するという工夫がされた例もある（パレスチナ）。

また、予防接種の普及率など、サービスの普及率を計測する際には、HMIS で集計される施設台帳の実施記録によらず、サンプルにより確認する必要がある。個々人の受療を把握する情報が必要となるが、その際に家庭用の保健記録を情報源として用いる場合がある。DHS や MICS¹⁴、各国政府による世帯調査などでは、子どもの予防接種の普及率の算出の情報源の1つにしている^{15,16,17,18,19,20,21,22,23,24}。インドネシアは、そのような調査において母子手帳が情報源として認知された例である^{25,26,27}。このように、母子手帳の情報は、HMIS で収集されるデータの質の確認に使える可能性がある。

(4) 母子手帳の発行、交付、記載

母子手帳の発行者/予算措置の責任者と手帳への記載者は、日本と開発途上国とでは異なるのが一般的である。日本では、住所地の自治体が発行し、行政の窓口で妊婦各自が妊娠を届出することで母子手帳が交付される。保健医療従事者は、保健医療施設に持参された母子手帳に記載する。母子手帳を含む母子保健サービスの提供の主体は市町村である（表2-3）。市町村は、妊娠の届け出により妊婦を、あるいは住民登録・戸籍制度により出生した児を、行政サービスの対象としてとらえている。出産した病院から、産婦の住所地にある保健センターに情報が行き、地域を担当する保健師が生後1カ月時点で家庭訪問をす

る。さらに、私立・公立にかかわらず、一次・二次医療施設などレベルの異なる施設の保健医療従事者が、そこに持参された母子手帳に保健記録を記載する。

表 2-3 母子保健法 第十六条（母子健康手帳）

<p>市町村は、妊娠の届出をした者に対して、母子健康手帳を交付しなければならない。</p> <p>2 妊産婦は、医師、歯科医師、助産師又は保健師について、健康診査又は保健指導を受けたときは、その都度、母子健康手帳に必要な事項の記載を受けなければならない。乳児又は幼児の健康診査又は保健指導を受けた当該乳児又は幼児の保護者についても、同様とする。</p> <p>3 母子健康手帳の様式は、厚生労働省令で定める。</p> <p>4 前項の厚生労働省令は、健康診査等指針と調和が保たれたものでなければならない。</p>
--

途上国の多くでは、母子手帳は保健省予算で発行されている。一次医療施設において交付されているが、サービス提供圏内の対象者をとらえる体制が脆弱であり、そのためセンサスなどから対象数を推計する、あるいは把握された乳児数から新規妊婦数を推計することで、サービスの普及率の母数を得ている状況である²⁸。保健施設であまねく使用されるのではなく、主に公的一次医療サービスで記載されるにとどまる。ただし、私立部門あるいは病院サービスでも活用しているタイ²⁹、あるいは開業助産師のサービス基準として母子手帳が用いられているインドネシア³⁰のような事例もある。把握しきれていないが、都市の富裕層を対象とした私立病院で、独自に導入されている事例も少なからずあると推察される。ただし、私立病院での使用に端を発した母子手帳が、行政サービスに拡大した事例は確認されていない。

地方分権の下、母子手帳供給のための予算措置が自治体に求められる国（フィリピン・インドネシア）があり、地方条例で母子手帳の供給に関する地方政府の責任が言及されている地方自治体もある³¹。ただし、供給量全体でみたときに、地方分権を契機に供給量が増加したという報告よりむしろ、持続性への懸念の報告がある（インドネシア）³²。このことから、開発途上国においては、主管となる保健省からの供給体制に依存しているといえる。

このように、開発途上国では、母子手帳の発行、交付、記載が日本と異なる例が多いことを、特に日本の保健医療従事者は意識しておく必要がある（図 2-1）。

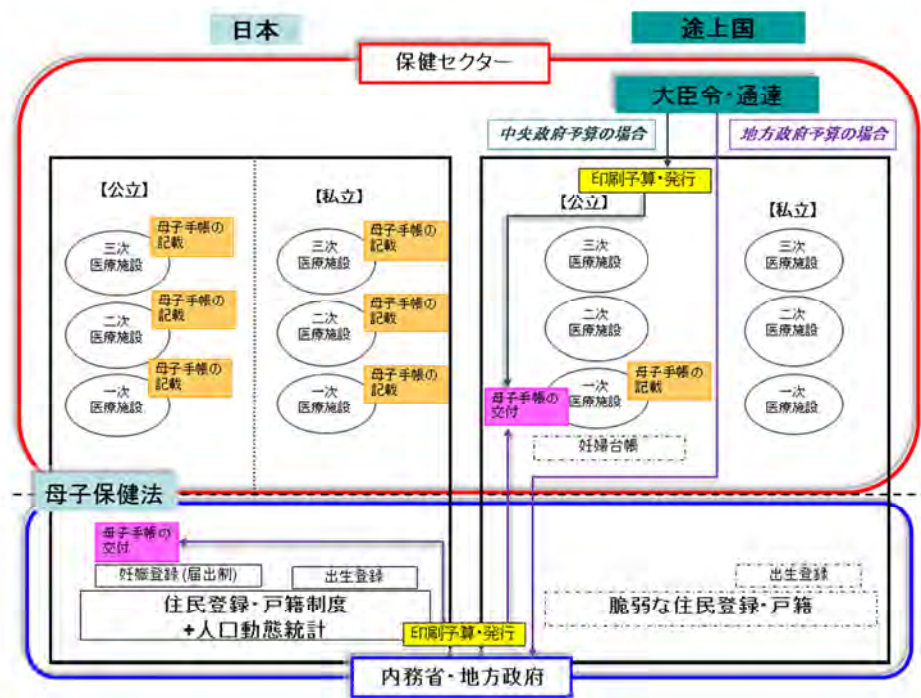


図 2-1 母子手帳の発行、交付、記載の違い

(5) 実施における多様性

実際に母子手帳が使われる際の使用方法は多様であることも分かっている。図 2-2 は母子手帳の実施状況のうち、使用する保健医療施設の種類の、母子手帳が保管されていた場所を示している。使用する保健医療施設が一次医療施設のみの場合（メキシコ）、一次・二次医療施設の場合（モンゴル）、村レベルの健診活動・一次・二次と複数の医療施設に広がった場合（インドネシア後期）と、いくつかのパターンがある。保管場所は、個々人の手（家庭）で保存・管理されることを想定して導入されたが、現場では必ずしもそうでない場合があることが観察されている。例えば母親の紛失への懸念や母子手帳への記録の記入と集計の利便のために、村レベルの健診活動の集計を担当する保健ボランティアの手元で保管された事例（インドネシア初期）³³や、母親による紛失を懸念した医療スタッフが病院に留め置くという状況（モンゴル）がそれぞれ初期にみられている。施設における台帳類が整備されていなかったため、手帳（子どもの予防接種記録を加えた妊産婦手帳）を 2 冊用意し、1 冊を家庭で保管し、もう 1 冊を施設のカルテとして代用とした例もある（ベトナム・ゲアン省）³⁴。期待する効果を得るためには、想定された使われ方になっているか、あるいは追加的な措置が必要であるかなど、実施上注意する必要があることを、これらの事例は示している。

実施上検討すべきもう 1 つの点として、どこの施設でだれが配布の窓口となるかということがある。インドネシアでは、保健医療従事者が配布し、妊娠初期に保健医療従事者に受診することの動機づけとしている³⁵。母子手帳を普及させるために住民に近い保健ボランティアからも配布することが検討されたが、結局、保健医療従事者への受診を促進することを優先し、保健医療従事者からの配布に限定された。現在は、公的な保健センターに加え、病院、私立の医療機関でも配布されている。複数の医療機関から配布することで、

同じ妊婦が複数の施設で母子手帳を受け取るリスクは残るが、病院、私立施設での母子手帳の活用促進を優先した結果といえる。配布窓口となることで私立施設、病院の保健医療従事者が母子手帳を活用しようとするのが観察されたからである。他方、ベトナムのように配布の窓口を公的二次医療施設に限る例もある。重複を避け、公的二次医療施設への受診促進を優先した結果といえる。このように、普及の促進と重複のリスクにかんがみながら、その国の状況に応じた判断がされていることが分かる。

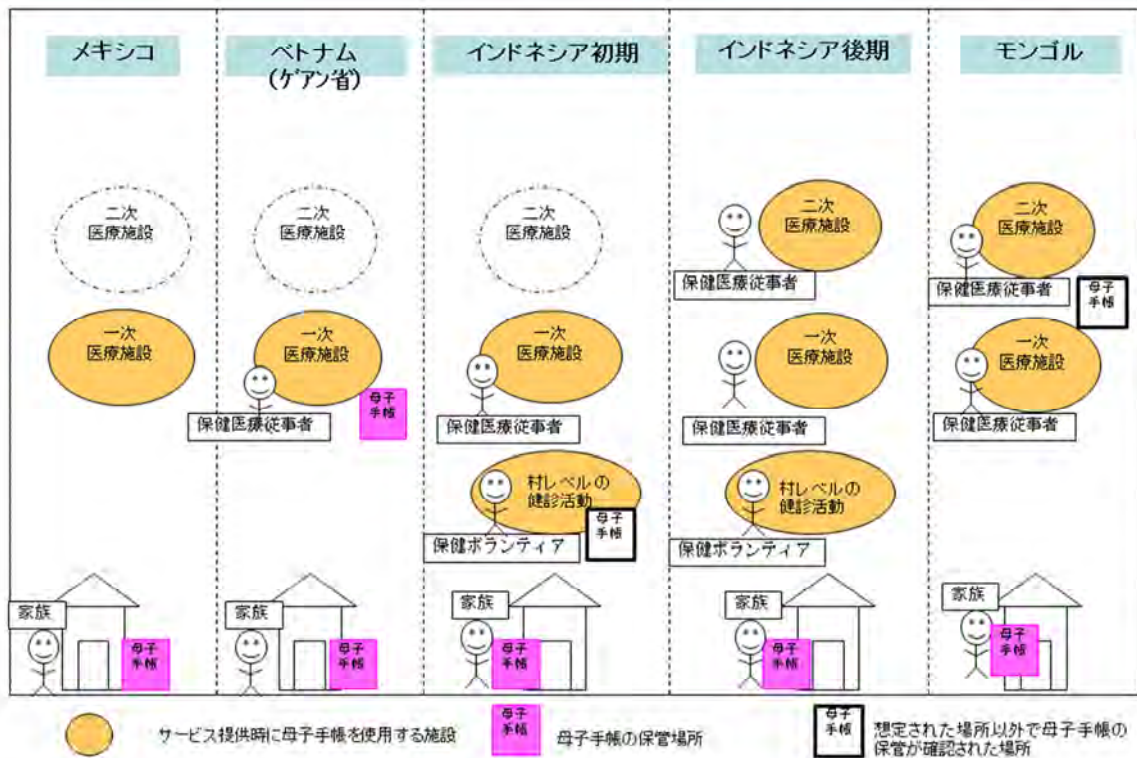


図 2-2 母子手帳の実施にみる多様性

2-1-2 母子手帳の目的と効果

(1) 目的と期待される効果

母子手帳は何に貢献するツールといえるのだろうか。タイは「妊娠から子どもが幼稚園に入るまでの一貫したケア」のツールと表現し³⁶、インドネシアは「母と子が保持するガイドダンスであり、その内容は母子保健に関する情報と記録である」としている³⁷。

インタビューでは、母子手帳の効果あるいは可能性について、多様な回答が得られた。ツールとしての具体的な機能から、保健サービスの強化、女性のエンパワメント、保健指標への間接的な貢献についても述べられた。個別の機能として取り出せるものから整理すると、以下のように、母子手帳は複数の機能をもち得ることが示唆された。

- ① モニタリングのツール：クライアントが以前に受けたサービスや健康状態の記録を保健医療従事者が参照することで、患者管理に生かすことができる。
- ② 家庭での健康情報の参照ツール：母親や家族が家庭で参照することで、健康行動を促すことができる。
- ③ 家族の育児参加のツール：手帳に書かれた情報や記録をきっかけに家族内でのコミ

コミュニケーションの増加、あるいは夫の育児参加などを期待できる。

- ④ 保健指導・コミュニケーションのツール：保健指導の教材とすることで、指導内容の理解の助けとなる。母親と保健医療従事者の間での質疑応答などが増加することを期待できる。
- ⑤ 施設間のリファラルツール：移送や移住、里帰りなどにより、母親が異なる施設を受診する際に、継続した記録管理を可能にする。
- ⑥ サーベイランスのツール：予防接種の普及率を把握するなど、一種のサーベイランスの情報収集手段とすることができる。

(2) 母子手帳に関する既存の調査

既存の調査は、母子手帳の効果をどのように報告しているだろうか。複数の機能のうち、保健医療従事者が【モニタリングのツール】として、そして妊婦あるいは母親が【家庭での健康情報の参照ツール】として母子手帳を使用することは、いずれも、母親が健康に関する知識を向上させ、健康な行動をとり、必要なサービスを受診することを期待しているといえる。表2-4は、母子手帳の有無とサービスの受診や行動との相関や改善を示している。妊産婦においては、産前健診を4回以上受診すること、妊娠中に2回以上の新生児破傷風予防接種を受けること、技能者の出産介助を受けること、産後健診を受診すること、産後の家族計画のニーズが満たされることへの相関などが報告されている。さらに、行動変容を促す知識との関係では、妊娠中の危険兆候に関する知識、妊娠中の破傷風予防接種に関する知識が高いこととの相関が報告されている。出産後、母親においては、授乳の早期開始との相関が報告されている。さらに、母子の記録が一体化していることと関連して、妊娠中の破傷風予防接種を含めた小児の予防接種、HIV陽性の母親をもつ児の抗体検査、HIV陽性の児の治療開始との相関が報告されている。

ただしそれらの指標に相関あるいは貢献した要因には、手帳が配布されたこと、母親が手帳を携帯して保健医療施設に持参したこと、母親や家族が内容を読んだこと、保健医療従事者が手帳をモニタリングや健康教育に使用したこと、指標となったサービス自体が供給されたことなどが含まれている。つまり手帳を配布することで起こった変化全体を計測したものである。母子手帳の使用が母親の知識の向上に影響するという報告³⁸、母子手帳の意義の理解が妊婦健診の意義の理解に影響するという報告³⁹などは、どのようにして変化が起きたかある程度示唆している。なお、表2-4の無印は母子手帳を「保有」していることとの関係を検討したものである一方で、(*)は、母子手帳を保有するにとどまらず読んだり施設に持参したりといった「活用」の度合いを考慮して検討したものである。さらに、(**)は、母子手帳を活用するための追加的なトレーニングを保健医療従事者に提供した場合の報告である。これらは、母子手帳を導入・促進する際に、目的に応じた投入と使用の度合いを考慮しモニターする必要があることを示唆している。

表 2-4 母子手帳の効果に関する既存調査による報告

	指 標	調査デザイン	国
サービスの普及	産前健診（4回以上）	Cross-sectional ^{40*} Pre-and post-intervention design with comparison group ^{41**,42}	インドネシア カンボジア
	産前健診における健診項目・説明項目の増加	Cross-sectional ^{43**}	インドネシア
	技能者による出産介助	Cross-sectional ^{40*,43**} Pre-and post-intervention design with comparison group ⁴² Cross-sectional (DHS) ^{44***}	インドネシア カンボジア
	産後健診	Cross-sectional ^{43**} Cross-sectional (DHS) ^{44**}	インドネシア
	産後の家族計画	Cross-sectional ^{40*,45*}	インドネシア
	妊娠中の新生児破傷風接種（2回以上）	Cross-sectional ^{40*,45*}	インドネシア
	妊娠中の新生児破傷風及び子どもの予防接種	Cross-sectional (DHS) ^{44***,46****}	インドネシア
	HIV 母子感染検査数、ARV 治療開始数	Cross-sectional ⁴⁷	ケニア
行動の改善	母乳の早期開始	Cross-sectional ^{45*}	インドネシア
知識の改善	妊娠中の危険信号	Pre-and post-intervention design with comparison group ^{41**,42}	インドネシア カンボジア
	新生児破傷風予防接種（必要性、頻度）	Cross-sectional ^{45*}	インドネシア
コミュニケーションの促進	保健医療従事者とのコミュニケーション	Pre-and post-intervention design with comparison group ⁴⁸	パレスチナ
	夫とのコミュニケーション	Pre-and post-intervention design with comparison group ⁴⁸	パレスチナ
家族の参加	出産準備への夫の支援	Cross-sectional ^{43**}	インドネシア

*母子手帳を保有しているにとどまらず使用している場合 **母子手帳の活用について保健医療従事者がトレーニングを受けた場合 ***家庭用記録（母子手帳を含む）を出産前後に保持している場合 ****家庭用記録（母子手帳を含む）を出産後に保持している場合

その他の機能に関しては以下のような報告がある。【家族の育児参加のツール】としては、母子手帳を所持している母親は所持していない母親に比べて、夫とのコミュニケーションが増えたと感じた、出産準備に夫の支援があったという報告がある。【保健指導・コミュニケーションのツール】としては、医療従事者とのコミュニケーションが増えたと感じた、保健指導を受けた項目数が増えたと報告されている。質的な記述では、手帳の記載内容をきっかけに、保健医療従事者に質問をするようになったなどの報告がある⁴⁹。【リファラルのツール】としては、複数の州立病院スタッフに対する調査において、医療記録としての有用性を認め、記載内容を参照し自らも記載しているが、常に参照する、あるいは常に記載するスタッフは限られるという報告がある⁵⁰。【サーベイランスツール】としては、DHS あるいは MICS の情報源とする国が出てきている。情報源となる家庭用記録の普及は HMIS の精度確認に貢献し得るが、現状では数ある家庭用記録のうち母子手帳を取り出し

て分析できる状況は少ない⁵¹。

保健サービスを強化する可能性については、上述の健診項目や説明項目の増加や、コミュニケーションの増加の報告に加え、保健医療従事者やボランティアの指導内容の平準化につながるという質的な報告があり⁵²、サービスの質の改善への何らかの貢献が報告されている。ただし、更に検証するためには、「サービスの質」の定義を明確にする必要がある。

死亡率や有病率といった保健指標の改善に貢献する可能性については、既存の調査での検証は多くない⁵³。母子手帳というツールと直接関連づけるのが困難であることを示唆している。これらの指標との関係で検証するには、因果関係の説明に十分な追加介入を組み合わせる必要があるだろう。

保健指標を超えた社会変革への影響についての報告は、主に質的記述がみられるが、母親のエンパワメント⁵⁴や父親社会への影響などについての考察がある⁵⁵。保健指標以上に広い影響を検証するには、まずは考えられる因果関係を整理し記述する必要があるだろう。

実施プロセスに関しても情報が得られている。内容の適切性、母親の受容・認識・使用状況（施設への持参率・持参に影響する要因の解析⁵⁶、損失率、家庭での参照、書き込みなど）、保健医療従事者の認識・使用状況（書き込み⁵⁷、説明、在庫管理、など）、保健ボランティアの使用に影響する要因の解析⁵⁸といった情報が収集されている。内容については、メッセージの表現や網羅した内容が適切か、表紙の絵やイラストが母親の嗜好を考慮しているか⁵⁹、当該国（地域）の地域色を反映しているか、記入しやすい様式かという点が確認されている。これらの調査は、特に試行段階で行われており、導入地域の実状に適した内容の開発には不可欠であることが分かる。なお試行期後も、これらの情報のニーズはある。インドネシアでは、改訂作業において、利用者の視点を維持し、ページ数を抑える根拠とする目的で、同種の調査が行われている⁶⁰。

母子手帳の実施に関する現段階での発表論文数は限られ、世界的にも少ない。その背景として、母子手帳の形態や使用目的がさまざま、共通の定義や目的の下に整理されてこなかったことがあるかもしれない。さらに、JICAの技術協力プロジェクトの活動の一部として実施された調査においては、第一に、調査デザインにおいて実験的デザインが不足していたことと、第二に介入内容が明瞭でなかったことが考えられる。介入する地域を実験目的に沿って割り当てるなどの調査デザインは近年まであまりみられないが、その理由として JICA の技術協力という枠組みにおける制約があったという指摘もある。例えば、対照地域を設定することが相手国行政官に受け入れられにくいこと⁶¹、行政単位で得られた対照地域が必ずしも比較の条件を満たすとは限らないこと⁶²、他の開発パートナーの介入の影響を排除することが難しいこと⁶³、技術協力の枠組みでは介入規模とのバランスから大規模な調査研究が必ずしも容易でなかった時代的背景⁶⁴などである。また、母子手帳の効果を検討した報告が、母子手帳を用いた介入の詳細を明示していないために、母子手帳の配布効果を計測しているのか、母子手帳を配布したうえで一定の保健指導などの活用が行われたことを併せて計測しているのか、介入と対応させて結果を検討することを難しくしている。研究協力という枠組みを使うことにより説得力のある調査研究を組み立てること自体は可能であるという指摘や⁶⁵、技術協力プロジェクトのなかでも期待する機能を特定することで母子手帳を用いた介入の計測は可能であるという指摘⁶⁶もあることから、

JICA 事業の枠内でも、母子手帳の効果に関して、今後論文につながるような検証と発信は可能と思われる。

2-1-3 母子手帳の導入・展開のプロセス

実際には、どのようなプロセスを経て、母子手帳を導入・展開してきたのだろうか。インドネシア（図2-3）とパレスチナの事例（図2-4）を概観し、目安となる共通プロセスを抽出した（図2-5）。

(1) インドネシアの事例

【準備】【試行】【国の標準版の開発】インドネシアでは、JICA 技術協力プロジェクト「家族計画・母子保健プロジェクト（1989-1994）」の後半で試行が行われ、個別専門家による支援を経て、1997年に国の標準版とマニュアルが作成されている^{67,68,69,70,71,72,73}。多様な地域性と広大な国土を有するインドネシア（東西 5,110km に 1 万 7,500 以上もの島々、300 にのぼる民族から成る人口約 2 億 300 万人⁷⁴）においては、国の標準版が作成されたあとに、さらに異なる社会経済的な地域で国の標準版を用いた実施支援が行われた（JICA 技術協力プロジェクト「母と子の健康手帳プロジェクト（1998-2003）」）。より広範な地域における、国の標準版の確認作業が行われたといえる。2003年には国の標準版の改訂とガイドライン（マネジメント用・保健医療サービス提供者用）が整備された^{75,76,77}。この作業とロジックの整理により、全国展開の礎となる大臣令が 2004 年に出された⁷⁸。

【自立発展性の確立】JICA 技術協力プロジェクト「すこやか親子インドネシアプロジェクト（2005-2008）」は、大臣令後に自立発展性のための制度構築を支援している。技術面では保健医療従事者のためのオリエンテーションパッケージ作成を支援し、結果として保健省研修機関、助産師協会、看護師協会の行う卒後研修や、卒前研修（632 の助産師養成校、440 の看護師養成学校のカリキュラム）に組み込まれた。母子手帳が既存の保健プログラム（63 のガイドライン・マニュアル）にも統合された。さらに、手帳の活用に係る試行とパッケージ化が行われた（妊婦学級や育児学級など）。組織面では、保健省のモニタリング指標や評価指標に母子手帳の実施に関する指標を加えるなど、定期的な情報収集のための支援を行った。政策面では、前述の大臣令に続く各種の通達（病院サービスでの使用、各種職能団体のコミットメントレターなど関連の 2 大臣令、協力機関による 9 通達）の発出を促した。中央及び地方に対しては、予算化のためのアドボカシー支援を行った⁷⁹。母子手帳の制度化において重要な要素を洗い出し、自立発展性を確保するために必要な作業を支援したといえる。

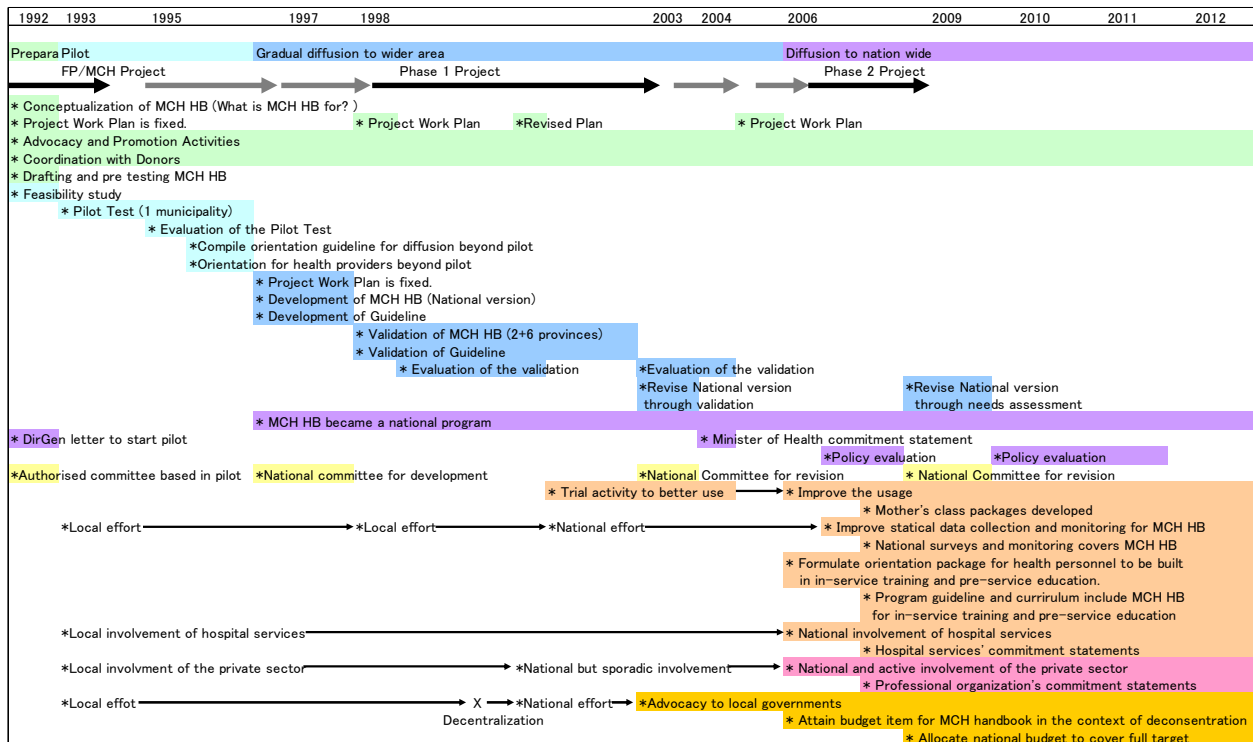


図 2-3 インドネシアの導入・展開プロセス

(2) パレスチナの事例

【準備】【試行】【全国標準版の作成】パレスチナでは、JICA 技術協力プロジェクト「母子保健に焦点を当てたリプロダクティブヘルス向上プロジェクト(2005-2008)」において、母子保健改善のためのプロジェクト活動の一環として母子手帳の開発、導入などを行った。準備期には、「母子手帳を何のために、だれのために作成するか」という開発コンセプトを共有するため、保健庁、UNICEF やその他の関係者を巻き込んだセミナーなどを実施した。また、手帳開発の工程表はプロジェクトの早期に作成し、保健庁、UNICEF など関係機関との役割分担に用いた。手帳の開発は JICA による技術協力の下、パレスチナ自治政府保健庁、UNICEF、UNFPA、UNRWA、現地 NGO などが構成するタスクフォースを立ち上げ、タスクフォースでは2年間にわたり試作と改訂を重ね、標準版母子手帳を作成した。なお、試行期には、2 県の 25 母子保健センターを対象に母子手帳が試験的に活用され、知識・態度・行動調査により効果測定を行った⁸⁰。全域での活用に先立ち、母子手帳ガイドラインの作成、医療従事者への研修なども実施された。2007 年 11 月、標準版を全国で使うことを保健大臣が宣言し、2008 年 4 月からは西岸地域全域で、また 2009 年 1 月からはガザの一部でも手帳が活用されている^{81,82,83,84,85,86}。

【自立発展性の確立】現在、「パレスチナ母子保健リプロダクティブヘルス向上プロジェクト・フェーズ 2 (2008-2012)」が実施されており、母子手帳の管理運用のための体制整備、また、母子手帳を活用した母子保健サービスを改善するための技術研修など、第 1 フェーズで導入された母子手帳の定着と効果的活用をめざした活動を支援している。イスラエル統治下暫定自治政府という脆弱な政体において、手帳の自立発展性を確保するため、手帳導入当初から国連機関、NGO との連携体制を強化することで組織・体制面での自立発

展性の確保を図っている。全国標準版の完成後、実施体制をより強化するため、関係者全体によって手帳に関する計画策定、実施、評価、政策への提言を行うことができるプラットフォームとして、母子手帳調整委員会（National Coordination Committee for the MCH handbook : NCC）が設立された。全国での実施状況のモニタリング、手帳や基準書（ガイドライン、マニュアル）の改訂、印刷なども、NCC を主体として実施されている。2011年1月からは、保健庁のHMISにおいて、国連機関やNGOによる手帳の運用もモニタリングできる体制が整った。技術面では、2010年6月に改訂された基準書を基に、中央、地方行政官、医療従事者、病院関係者など対象者別の研修をパッケージ化するなど制度化をめざした活動が継続されている。

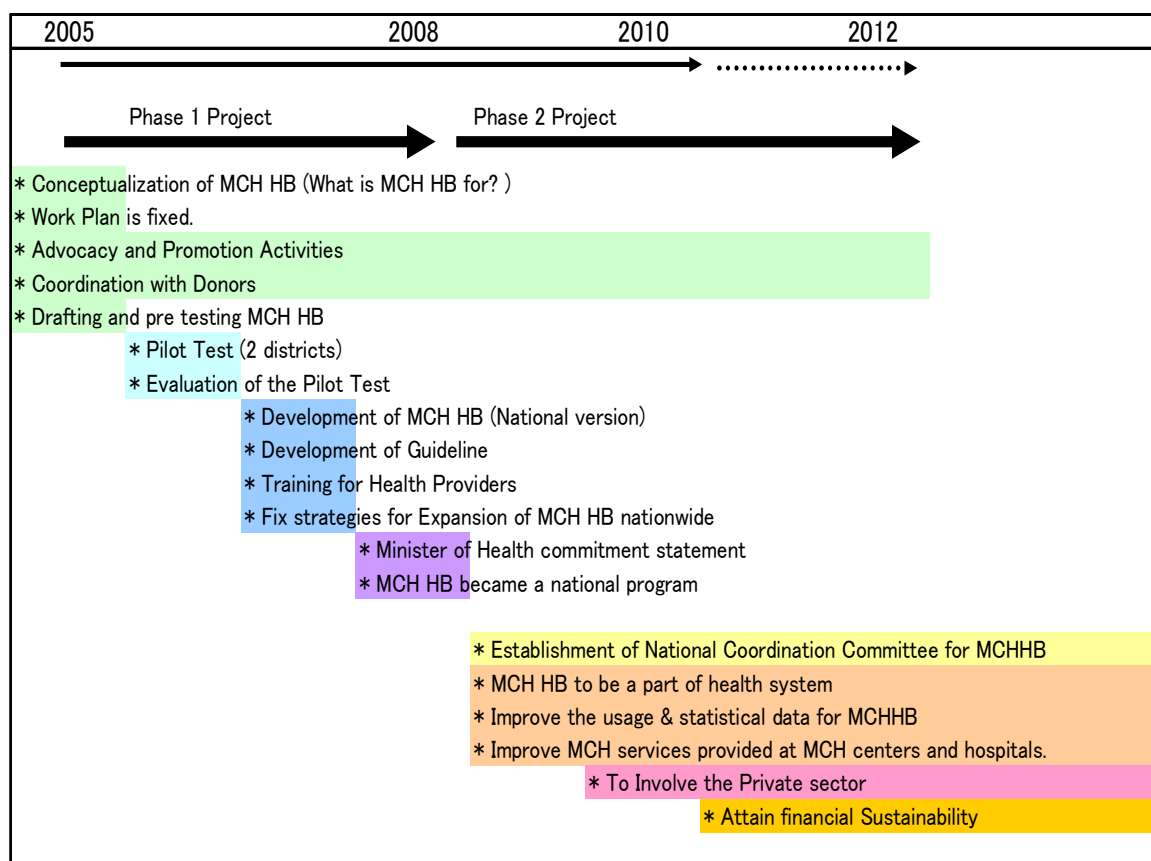


図 2-4 パレスチナの導入・展開プロセス

(3) 共通のプロセス

パレスチナの工程表は、インドネシアの経験から得られた知見を基に、特に重要であると思われた要素を選択し、模式化したものである。インドネシアの例は、国の規模もまた活動地域も多岐にわたり、実際には非常に複雑であるため、パレスチナの実情に応じて、取捨選択されたものである。この2つの工程表に類似してみられる工程は、ある程度一般性のある導入・展開の工程として整理することができるだろう（図2-5）。

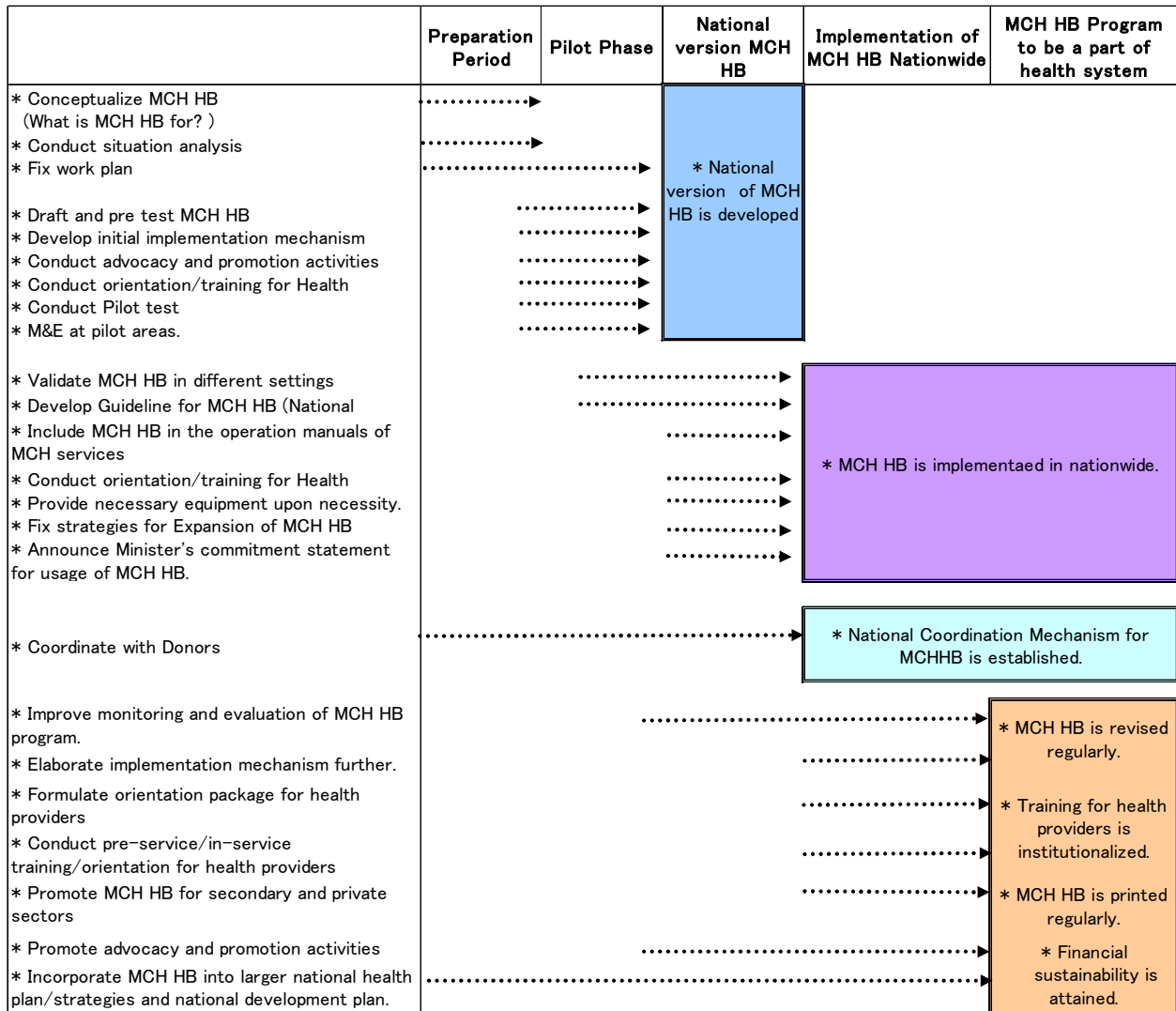


図 2-5 共通の導入・展開プロセス

【準備】 まず、母子手帳の開発・導入に着手するかを判断するために、基礎情報の収集や現状分析が行われている。そして、どのようなニーズに基づいて手帳を導入するのか、導入・展開することは当該国の保健政策と合致しているものなのか、どのようなコンセプトで母子手帳をデザインするのか、という概念的な整理がこの時期に行われている。保健省による試行の承認のための作業も行われている。そのうえで、コンセプトに基づいて母子手帳を試行的に作成し、小規模のテストを通じて試行版を完成させる、という作業が行われている。国の標準版作成までの作業計画もこの段階で大まかに作られている。

【試行】 関係者（試行地域・中央）に試行を周知するワークショップ、保健医療従事者へのオリエンテーション（あるいはトレーニング）、集中的なモニタリングや定期的な会議などを通じての実施管理、試行結果の評価（ベースライン及びエンドライン）が行われている。

【国の標準版の開発】 試行版の母子手帳を、国の標準版とする作業が行われている。同時に、ガイドラインについても試行地で使用されたものをひな形に、国の標準版が作られている。国内の多様性を勘案して、国の標準版あるいは国の試行版を複数の異なる社会経

済的な地域で更に実施し、確認作業が行われる場合もある。

【全国での展開】国の標準版を推進する政策文書が保健省より発出されている。途上国では多くの場合、政策ができれば自動的に全国で実施されるという状況を期待できないことが多い。全国での実施状況の把握を支援し、それを阻む要因を乗り越えるための作業が行われている。具体的には、全国レベルでのデータの集計や、研修内容など実施支援パッケージの整備、全国レベルでの知見の共有といった作業である。

【自立発展性の確立】継続性を担保するために必要な作業は、開発のコンセプトづくりの段階から既に始まっているが、政策文書が発出されたあとにも必要な作業がある。政策が全国で継続的に実施されるには、既存の制度に埋め込む必要があるからである。技術面では、卒後研修、卒前教育に導入・活用法を含めることなどである。組織面では、モニタリング指標や政策評価指標に加えることなどがある。政策面では、各種政策ペーパーの発出支援、アドボカシー支援などがある。さらに、より多くの場面で活用されることが、継続性を高めることにもつながるため、私立部門・病院部門・教育セクター・住民登録などでの活用を模索することもある。

(4) 実施のための基準書

母子手帳が適切に使用されるために、マニュアルやガイドラインといった基準書は現場レベルで必要となる。さらに、母子手帳の標準版に対応した基準書の標準版も必要となる。研修パッケージ、補助教材などが開発される場合もある。以下、表2-5はその一例である。

表2-5 母子手帳実施のために準備されたガイドライン類

	保健医療従事者用 ガイドライン	マネジメント ガイドライン	活用のための ガイドライン	研修パッケージ
インドネシア	● ⁸⁷	● ⁸⁸	● ^{89,90,91}	● ⁹²
パレスチナ	● ⁹³	● ⁹⁴		

2-1-4 各国における母子手帳の実施状況

母子手帳の存在が確認されている国での実施状況を概観すると、それぞれの国で母子手帳の実施段階は異なる。例えば、カンボジアのように統一した母子手帳がなく試行的に実施されている状況と、日本のように母子手帳が法令に基づき保健制度のなかに位置づけられている状況とを、同一に語ることはできない。実施段階を分類し、かつ当該国政府自身以外に促進する機関がある場合は促進機関を分類し、各国における母子手帳実施状況を整理したのが図2-6である。

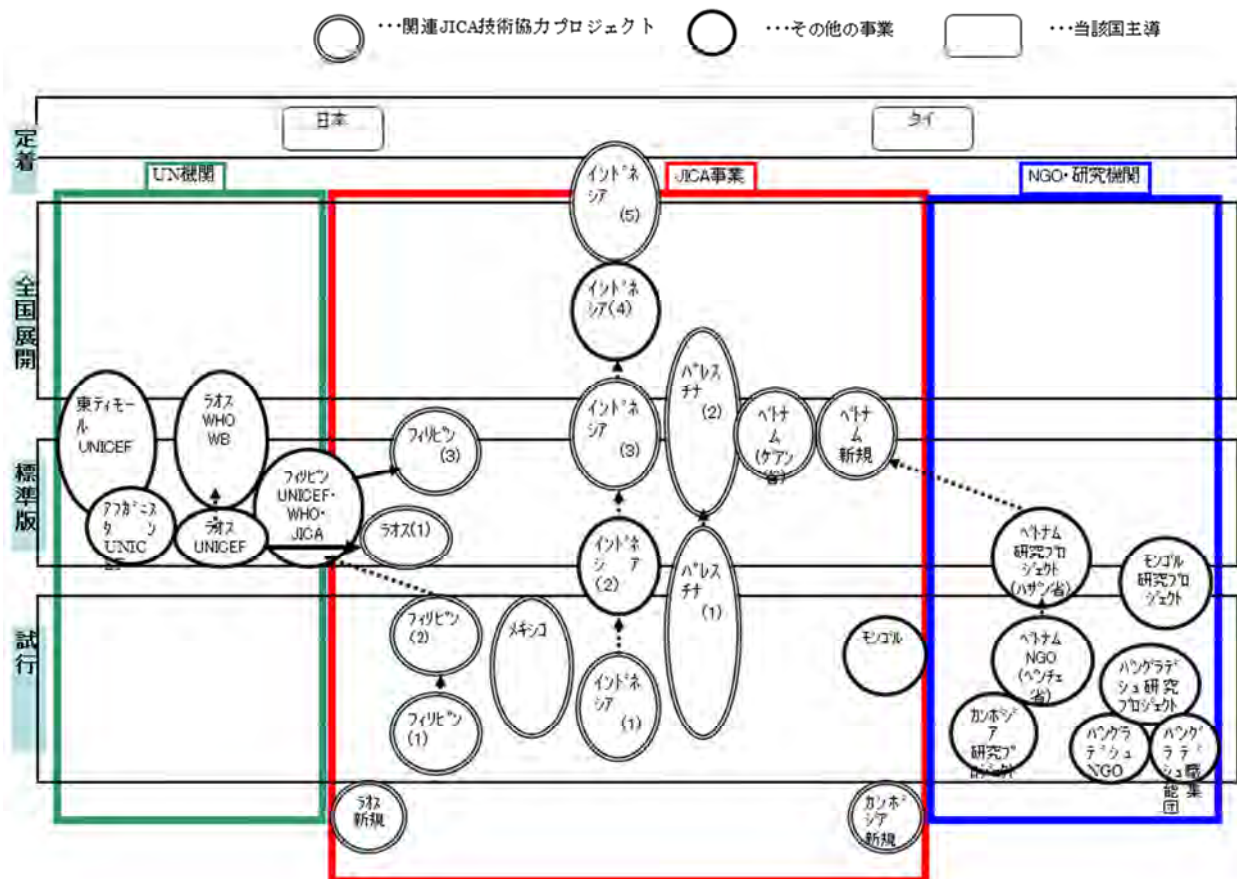


図 2-6 母子手帳実施段階と促進機関

(1) 実施段階

実施段階におけるひとつの大きな境界は、国の標準版の策定である。そして、母子手帳事業の普及において、最終的にめざすべき状態は、標準版が制度化されることである。図 2-6 では、実施段階を 4 段階に分けて整理した。

【試行期】は、試行版を試行地域で実施している段階である。地域的にも限られた範囲で試行されている状況である。

【国の標準版策定期】は、国の標準版が作成された段階である。ただし、実施地域は必ずしも全国的ではない。地域的には試行地域以外でも実施されている場合もあるが、まだ地理的な範囲は限定的である。全国標準版策定後については、一律に全国展開がめざされる場合（パレスチナ）と、全国標準版を国内の複数地域で検証する必要がある場合がある。後者は、民族構成が多様であること〔インドネシア（3）・ベトナム（新規）〕、人口規模が大きいこと〔インドネシア（3）〕と関係している。

【全国展開期】は、国の標準版が、全国的に使用されている状態である。〔インドネシア（4）〕から現在、〔パレスチナ（2）〕がこれに当たる。

【定着期】は、保健医療制度に統合されている状態である。毎年必要冊数（＝年間新規妊婦推定数など）の母子手帳が供給されている、ある程度定期的に改訂が行われているという状態である。日本以外では、「タイ」⁹⁵がこれに当たる。

図中、支援協力の案件ごとに、技術協力プロジェクトであれば「◎」で、それ以外の支

援形態（含む個別専門家派遣）は「○」で示している。1 カ国で複数の協力案件が行われた場合は、「インドネシア（1）」というように古いものから示している。点線は、異なるフェーズ間の連続性を表している。実線は、既存のものをプロジェクトで使用した場合を表している。いずれの線でも結ばれていない複数の○がある場合は、異なる版が並存していることを表している。当該国政府自身が主に推進した場合は「□」で表している。タイについては JICA の支援も確認されたが、主な促進者は当該国政府自身であったと思われるため、「□」で表示している。

(2) 促進機関

母子手帳は通常、母子の保健の改善のためのツールととらえられるので、保健医療を担当する保健省の所掌として配布し活用される。開発途上国であれば、それを支援促進する開発パートナーが重要な関係者として加わる。保健省の発意をパートナーが支援する場合、パートナーの発意に保健省が呼応する場合、あるいは保健省が独自に、さらにはパートナーが独自にという場合がある。図2-6は、母子手帳の導入を促進する外部の機関を3分類して示している。第一に、世界保健機関（World Health Organization : WHO）、国連児童基金（UNICEF）といった「国際機関」である。第二に「JICA」、第三に各国で活躍する日本のあるいは現地の NGO、そして調査研究を目的とした研究プロジェクトという分類で、「NGO・研究機関」とした。傾向としては、国際機関は標準版策定のプロセスへのかかわり、NGO・研究機関は試行版作成のプロセスへのかかわりにおいて支援がみられる。

図中◎で示された JICA の技術協力プロジェクトは、母子手帳関連活動を含んだプロジェクトと、他団体による母子手帳活動のあった地域での母子保健分野の協力活動である。これらの案件のうち、プロジェクトタイトルに「母子手帳」とつくものは、インドネシアの事例（「母と子の健康手帳プロジェクト I、II [インドネシア（3）（5）]」）がある。その他、図中で示されている案件は、「家族計画・母子保健プロジェクト I、II [フィリピン（1）（2）]」「子どものための保健サービス強化プロジェクト [ラオス（1）]」「母子保健プロジェクト [フィリピン（3）]」「母性保護サービス強化プロジェクト（バングラデシュ）」「リプロダクティブヘルスプロジェクト（ベトナム・ゲアン省）」などである。

インドネシア以外のプロジェクトでの母子手帳関連活動への取り組みには、いくつかの型がある。例えば、①プロジェクト対象地域の健康状況の改善に取り組むなかで、母子手帳を試行的に作成して活用した場合 [フィリピン（1）（2）^{96,97,98}、メキシコ⁹⁹]、②既存の国の標準版をプロジェクト活動に役立てた場合 [ラオス（1）¹⁰⁰、フィリピン（3）]¹⁰¹、あるいは③母子手帳をプロジェクトの枠内での活動として扱わない場合（カンボジア「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」¹⁰²）がある。①に含まれる「フィリピン（1）（2）」では、開発した母子手帳のプロジェクト地域内での継続を模索したが、母子手帳を国の標準にするという中央政府での活動はプロジェクト後まで持ち越している^{103,104}。このことは、プロジェクト地域内に限ってサービス改善に活用するツールをつくる、あるいは既存のツールを活用する活動と、開発したツールを制度化するという活動が異なる次元にあることを示している。制度づくりのための作業の負荷は高く、プロジェクト地域内のサービス改善という枠組みのプロジェクトでは、母子手帳の制度化という国の制度づくりまで行うことが難しかったことを示唆している。③のカンボジア（あるいは②のラオス）

に関しては、母子手帳に関する中央政府の意思と優先順位が不明であるため、既存の家庭用保健記録を活用するが、それらの統合や制度化という活動をプロジェクト枠内には取り込まないという判断がなされている。当該国が政策として、複数の既存の家庭用の記録を統合する意思を有するかが、導入支援を行うかを判断する1つの基準となることが示唆される。

2-1-5 母子手帳導入・促進に係る検討事項

インドネシア、メキシコ、フィリピン（1）に基づく先行研究からは、母子手帳が有用になる状況が5点に整理されている。すなわち、「①妊産婦および子どもの健康管理記録（予防接種を含む）と保健衛生知識の情報が分散されていて不便な状況にある、②母親・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、③女性の識字率が高い、④母子手帳を継続して発行する資金の見通しがある、⑤保健所や保健ボランティアの制度など、一次レベルの母子保健システムが整備されていて母子手帳が利用できるチャンネルを持っていること」、とある¹⁰⁵。実際には、これらの点だけで、導入・促進を判断することが難しいため、より多くの国の事例について関係者から導入・促進に係る促進要因と阻害要因と考えられる要因を列挙してもらい、表2-6に整理した。

表2-6 母子手帳導入に係る促進要因・阻害要因

	促進 要因	阻害 要因
1. 前提となる国の特徴		
国の政体が中央集権的であること（cf. 地方自治）	○	
女性の識字率・教育レベルが高いこと	○	
紛争地、復興国という特殊性があること	○	○
国の規模が大きく多様性があること		○
共通言語の存在	○	
2. 開発パートナーとの関係		
国が主体となって開発パートナーとの調整にかかわること	○	
導入の早期から開発パートナーとの、あるいはスキームの調整があること	○	
開発パートナーの戦略・方針に合致していること	○	
3. 保健システムの状況		
保健医療従事者の業務負担が多いこと		○
現場の医療従事者の能力が低いこと		○
国の保健政策との整合性があること	○	
末端までサービスを提供するためのシステムがあること	○	
1次医療施設と病院の連携がないこと		○
垂直プログラム間の連携がないこと		○
私立・公立部門の連携がないこと		○
基礎的なサービスを提供するための財源・人材が不足していること		○

4. カウンターパートの主体性		
各レベル（地方政府・中央政府・現場）のカウンターパートの主体性があること	○	
主管官庁のコミットメントがあること	○	
自らつくったという自負があること	○	
5. 促進する仕掛け		
国の独自色・地域色への配慮があること	○	
既存のツールに対する優位性が高いこと	○	
他国の事例の存在	○	
主管官庁を当初から巻き込んでいること	○	
主管官庁・政策決定者の納得する根拠あるいはロジックが存在すること	○	
導入の時期（タイミング）が国の事情に適合していること	○	
本邦研修にてカウンターパートが母子手帳の利点に納得したこと	○	
他国への発信の機会を設定したこと	○	
6. 継続的実施のための予算		
印刷費の継続可能性があること	○	
研修費用が確保されていること	○	

(1) 促進・阻害要因の6つの要因群

列挙された要因を6群に分類した。第1群は、前提となる国の状況で、中央集権など国の政体に関するもの、女性の識字率・教育レベル、紛争地・復興地という特殊性、国の規模と多様性、大多数の国民が共通言語を日常的に用いているかといった点である。紛争地・復興地という特殊性については、紛争によるサービスの悪化や紛争後の脆弱なサービス提供システムは阻害要因である一方で、国づくりの機運のなかで既存のシステムに縛られないこと（東ティモール）や、あるいは人口の移動が多いがゆえに母子手帳がより必要とされている状況などは、促進要因とも認識されていた（パレスチナ）。

第2群は、開発パートナーとの関係である。途上国では一般的に多様な開発パートナーが母子保健サービスを支援しており、関係する複数の開発パートナーから母子手帳の支持を得ることが大きな促進要因となることが分かる。国が主体的に開発パートナーとの連携を誘導する意思や能力がある、そういった連携が母子手帳導入の早期から行われている、さらに開発パートナーの戦略に合致する、といったことが促進要因と認識されていた。

第3群は、保健システムの状況である。母子手帳の導入は、特に初期においては、保健医療従事者にとって負担増と認識されることが指摘された（インドネシア）。ただし、プロジェクトの活動の工夫（第5群）により、既存の様式からの移行を円滑にし、施設台帳との整合性をもたせることで負担は軽減できる（パレスチナ）という。また、特に1次医療施設に従事する保健医療従事者の、母子手帳を「使いこなす」能力への懸念も指摘された。母親の識字率（第1群）の低いところでは、1次医療施設に従事する保健医療従事者にも多くを望むことができず活用を期待できない、したがって識字率は保健システムの制約となるという指摘である（ラオス）。国の保健政策との整合性も重要な要件であり、既存のカード類を統合して母子手帳にするという明確な意思を政府に感じられないことが

阻害要因とされた（カンボジア・ラオス）。また 1 次医療サービスのサービス提供体制の不備（保健医療従事者の不足・末端でのサービス提供量の不足）も、阻害要因として整理された（カンボジア・ラオス）。母子手帳が継続的なサービス強化のツールとして機能するには、サービスの供給そのものが必要であるからである。さらに、リファラルツールとして機能するために、1 次医療施設と病院との連携が脆弱であること、私立・公立部門の連携が欠けていることが阻害要因とされた（パレスチナ、インドネシア）。

第 4 群は、カウンターパートの主体性の重要さである。すなわち、母子手帳の導入・展開のニーズを認識し主体的に取り組むカウンターパートが当該国の特に行政組織にすることが重要である、ということである。カウンターパートの行政レベルは、事業のレベルに応じて、試行地域レベル（カンボジア・インドネシア）、試行地域を管轄している地方政府レベル（インドネシア）、中央政府レベル（インドネシア・パレスチナ）などで必要である。また、保健省などが母子手帳の試行を承認している、あるいは何らかの政策文書を発出していることは（タイ・インドネシア・パレスチナ）、国の主体性の表れといえる。国が自ら母子手帳を作成したという経験や自負があることを、不可欠な要素とする意見もあった（ベトナム）。

第 5 群は、プロジェクト活動のなかでの工夫ともいえる、促進のための仕掛けである。国あるいは地域の特殊性を配慮した内容の母子手帳を開発すること（ベトナム・パレスチナ・インドネシア・メキシコ）、既存のカード類に対するコスト面などでの有意性を示すこと（インドネシア）、他国の事例を積極的に紹介していくこと（パレスチナ）、あるいは本邦研修を有効活用すること（パレスチナ）、主管官庁・政策決定者が納得する根拠あるいはロジックを示すこと（インドネシア）、主管官庁を開発当初から巻き込むこと（インドネシア・パレスチナ）、適切な時機を見極めて導入すること（パレスチナ）などがある。先行研究にあるように、①包括的な保健知識を一冊にまとめる、②絵を多くし分かりやすくする、③既存の記録・教材と重複しないようにする、④「家族計画」や「性教育」などの表現を含め、社会文化的・宗教的に適した内容となるように配慮する、などの母子手帳開発の際の配慮や工夫はここに含まれる^{106,107}。

第 6 群は、継続性への課題である。上記のいずれにも整理されなかった項目であるが、印刷費の継続可能性があること、また母子手帳本体のみならず導入に必要な研修の費用が確保されることが促進要因とされている。ただし、家庭用の保健記録を全国民に供給する予算を自国予算のみで賄うのは難しいという意見もあり（ラオス）、継続性が担保される形は国の状況で異なり得ることが示唆されている。

(2) 促進要因・阻害要因の重要度

インタビュー後に作成された表 2-6 の一覧を基に、促進要因あるいは阻害要因として考えられる 57 項目について質問票を作成し、インタビューに答えた情報提供者のうち 15 名から、それぞれの促進・阻害の度合いに応じて 5 段階で回答を得た。「強い促進要因」を「2」とし、「促進要因」を「1」、「どちらともいえない・どちらともいえる」を「0」、「阻害要因」を「-1」、「強い阻害要因」を「-2」としたときの、各項目の平均スコアが表 2-7 である。

表 2-7 促進・阻害要因に関する項目の重要性

6-2	印刷費の継続可能性が低い	-1.64
4-2	導入あるいは普及に主体的に取り組む C/P がいない	-1.57
3-8	末端までのサービス提供体制が不十分である、あるいは機能していない	-1.40
3-6	当該国の保健政策との整合性に欠けること	-1.33
5-10	有効性に関して責任官庁・政策決定者の納得する根拠、あるいはロジックが存在しない	-1.31
3-15	当該国の財源・人材が基礎的なサービスを提供するのに不十分である	-1.27
4-4	政策文書がないなど責任官庁のコミットメントが不足している	-1.27
5-4	既存のツールに対する優位性(価格、得られる効用など)が低い	-1.27
3-1	導入により保健医療従事者の業務負担が増えるように設計されている	-1.21
5-12	導入等の時機(タイミング)が国の事情に適していない	-1.21
3-3	1次保健医療施設の人材・能力が十分でない	-1.13
2-6	ドナーの戦略・方針に一致していない	-1.08
4-6	責任官庁が開発に主体的に取り組んだ経験(自らつくったという自負)がない	-1.07
5-2	当該国の独自色・地域色を特に配慮して設計していない	-1.07
6-4	研修費用が確保される可能性が低い	-1.07
3-11	垂直プログラム間(予防接種・栄養プログラムなど)の連携に欠ける	-0.87
3-9	1次医療施設と病院との連携が不十分である	-0.80
3-14	私立・公立部門の連携が不十分である	-0.80
1-6	国の規模が大きい、あるいは多様性がある	-0.73
1-9	共通の言語の使用が一部の国民にとどまる	-0.73
2-2	国が主体的にドナー連携を行っていない	-0.67
1-4	女性の識字率・教育レベルが低い	-0.47
5-6	他国に導入・普及した事例が存在しない	-0.29
5-14	本邦研修(あるいは母子手帳実施国)にて C/P が母子手帳の実施状況を視察する機会がない	-0.21
5-16	自国の経験について、他国への発信の機会がない	-0.21
1-2	国の政体が地方分権的である	-0.20
1-5	紛争地・復興国である	-0.20
5-8	中央の責任官庁が当初からでなく、途中から参画する	0.14
2-4	当初からでなく、ドナー連携が導入後など途中から行われる	0.47
1-1	国の政体が中央集権的である	0.57
1-3	女性の識字率・教育レベルが高い	1.00
3-2	導入により保健医療従事者の業務負担が増えない設計・調整がされる	1.00
5-5	他国に導入・普及した事例が存在する	1.00
5-13	本邦研修(あるいは母子手帳実施国)にて C/P が母子手帳の実施状況を視察する機会がある	1.00
2-3	当初よりドナー連携の下で導入される	1.07
3-10	1次医療施設と病院との連携が十分にある	1.07
2-1	国が主体的にドナー連携を行っている	1.13
3-12	垂直プログラム間(予防接種・栄養プログラムなど)の連携が進んでいる	1.13
1-7	国の規模が小さい、あるいは均一性が高い	1.20
1-8	共通の言語を大多数の国民が使用している	1.20
3-13	私立・公立部門の連携が十分にある	1.20
3-16	当該国の財源・人材が基礎的なサービスの提供に、ある程度十分である	1.20
5-7	中央の責任官庁が当初から参画している	1.29
6-3	研修費用が確保される可能性が高い	1.29
5-1	当該国の独自色・地域色を配慮して設計する	1.31
5-3	既存のツールに対する優位性(価格、得られる効用など)が高い	1.36
2-5	ドナーの戦略・方針に一致している	1.38
3-4	1次医療施設の保健医療従事者の人材・能力が十分である	1.40
3-7	末端まで基礎的なサービス提供体制がある	1.40
5-15	自国の経験について、他国への発信の機会がある	1.43
4-3	政策文書があるなど責任官庁のコミットメントがある	1.47
5-9	有効性に関して、責任官庁・政策決定者の納得する根拠、あるいはロジックが存在する	1.50
4-5	責任官庁が開発に主体的に取り組んだ経験(自らつくったという自負)がある	1.57
5-11	導入等の時機(タイミング)が国の事情に適している	1.57
6-1	印刷費の継続可能性が高い	1.57
3-5	当該国の保健政策との整合性がある	1.60
4-1	導入あるいは普及に主体的に取り組む C/P がいる	1.73

阻害要因

促進要因

赤：|1.5|以上、青：|1.0|以上|1.5|未満、緑：|0.5|以上|1.0|未満、黒：|0.5|未満

表 2-7 では、阻害要因と考えられているもの、促進要因と考えられているもののいずれについても、スコアの絶対値が大きいほど、重要な要因と認識されている。例えば、「主体性のあるカウンターパートの存在(第4群)」と、「印刷費継続可能性(第6群)」が非常に重要であることが分かる。それぞれの要因があることが【強い促進要因】として、ないことが【強い阻害要因】として認識されているからである。母子手帳の導入・促進に明

確なニーズをもつカウンターパートがいること、そして毎年継続的に印刷する予算が確保されていることが強い要因であることを示している。

当該国の保健システムにあたる第 3 群の項目では、「末端までのサービス供給体制の整備あるいは機能の程度」「1 次保健医療施設のサービス提供者の能力」「財源・人材の基礎的サービス提供に対する充足の程度」「業務負担との調整の有無」というサービスの供給体制にかかわる項目と、「保健政策との整合性」「政策文書など責任官庁のコミットメントの明示の有無」という政策における位置づけに関する項目はいずれも重要と認識されている。さらに、第 5 群の項目については、「有効性の根拠あるいはロジックの存在」「既存のツールへの優位性」の有無が高位に含まれており、有効なツールであることを示すことの重要性が認識されている。第 6 群の項目のうち、「研修費用の有無」は重要と認識されている。必要な実施経費は毎年の印刷分だけではなく、保健医療従事者に活用方法を示すことが必要であることを示している。第 2 群の「ドナーの支援の戦略・方針との一致・不一致」は、実施費用の一定程度以上を開発パートナーが負担する実態を反映している。

一方、あれば望ましいが、ないことが阻害となるわけではないものに、「開発パートナーとの連携が（導入）当初から行われていること（第 2 群）」や「中央主管官庁の参画が（導入）当初からあること（第 5 群）」がある。「開発パートナーとの連携」「中央主管官庁の参画」自体は、いずれも必要な要因ではあるが、当初からではなくとも途中からであることが重要、ということが示唆されている。また同じく第 5 群の「他国に導入・普及した事例が存在すること」「本邦研修（あるいは母子手帳実施国）でカウンターパートが視察する機会があること」「自国の経験について、他国への発信の機会があること」も、それらを活用することは促進要因になるが、ないことによる阻害の度合いは低いことが示唆されている。

第 1 群の項目は、導入・展開を検討する際に、所与となる項目であるが、「国の政体が中央集権であるか地方分権であるか」は、地方政府の首長の関心が低い場合に阻害要因となるが、首長の関心が高い場合には促進要因になると認識された。女性の低い識字率も、フィリピンとインドネシアでは、「高学歴であれば自分で他に情報源を求めることができるため、低学歴の女性により歓迎されている」という観察があるように、同じ要件も国により異なる意味をもつことを示唆している。さらに、いずれも中程度の促進・阻害要因（ $|0.5| \leq$ あるいは $<|1.5|$ ）となっている。なお、「紛争地・復興地であること」は、対立項目を設定できなかったが、促進要因にも阻害要因にもなり得る、と認識されている。

以上のことから、高位のグループに属する要因をまとめると、母子手帳の導入・促進を検討している国・地域において、「その国・地域である程度末端までのサービス供給体制が整っており、明確なニーズをもち主体的にかかわるカウンターパートがおり、母子手帳の導入・促進がその国・地域の保健政策に合致しており、できればそれが政策文書などにより明確に示されており、既存のものより有用であるなどツールとしての有効性の根拠かロジックがあり、開発パートナーの戦略・方針とも一致し、実施予算がある状態」が導入・促進に望ましいことが分かる。

2-2 考 察

2-2-1 母子手帳の導入・促進のための教訓

表2-7は、「導入・促進に望ましい状態」あるいは、「将来的にそのような状況に到達することが見込めるようなタイミングをとらえること」が重要であることを示していた。しかし、条件が満たされたうえで、導入や促進を検討できる開発途上国は多くない。現状に基づいて母子手帳の導入・促進を支援するかを判断するために、これらの促進要因あるいは阻害要因として得られたものを生かすことができるだろうか。妥当性(Relevancy)、スケールアップ(Scale-up)、関係者(Stakeholders)、自立発展性(Sustainability)という観点から整理を試みる。

(1) 妥当性を検討するための教訓

母子手帳の導入・促進が、ある国にとって妥当であるか、促進要因・阻害要因の項目のうち、「前提となる国の特徴(第1群)」と「保健システムの状況(第3群)」の項目を用いて整理してみよう。母子手帳に、複数の機能を期待している場合は少なくないが、ここでは議論を単純にするために、機能別に整理を試みる。例えば「家庭での健康情報の参照ツール」としたい場合、ある程度、家庭で母子手帳が「読まれる」必要があることから、女性の識字率が非常に低い場合には不適切といえるであろう。保健医療従事者と妊婦や母親などのクライアントとの「保健指導・コミュニケーション」を促進するツールとする場合、保健医療従事者には、母子手帳を活用して保健指導をするコミュニケーションやカウンセリングの技能が必要とされるだろう。保健医療従事者に、情報を適切に伝える技能がなければ、コミュニケーションの促進に活用されない。「サーベイランス」ツールとして、個々のクライアントのサービスへのアクセス状況を把握する手段とするには、紛失されず、記載される必要がある。施設間の移動の際、すなわち「リファラル」の際の参照ツールとなることを期待する場合、地域横断的に多種類の保健医療施設で保健医療従事者が参照し記載しなければならない。さらに子どもの発達「異常の早期発見」のためのツールであれば、発見後のサービス提供体制がなければ、発見した意味が問われるなど、機能・目的別に必要な状況が異なることが分かる。

表2-8は、母子手帳のツールとしての妥当性と関係が深いと思われる背景情報である。乳児死亡率、5歳未満児の死亡率など健康指標の状況、女性の識字率、予防接種の記録の保有状況、単位人口当たりの保健医療従事者の数などは、導入・促進の検討の際に参考になる数字と考えられる。導入されてからの時間が経過した国では、現在の指標だけでなく、開発着手時の指標も参考になる。

表 2-8 母子手帳のツールとしての妥当性と関係が深いと推測される背景情報

	段 階	年	乳児 死亡率 *1	5歳未満 児死亡率 *1	識字率 *2		予防接種 記録の保 有率 *8,*9	保健人材 (人口 1000 対比) *3		
					男 女	女性のみ		医 師	看護師/助産師	歯科衛生士
インド ネシア	試行版作 成時	1993	71	111	81.5 *2-a	75.3 *2-a	21.7 *8-a	0.06 *3-a	0.63 *3-a	0.02 *3-a
	標準版作 成時	1997	45	68	87.0 *1-d	82.0 *1-d	19.3	0.10 *6-a	0.40/0.30 *6-b	
	最新情報	2008	41	31	92.2 *2-b	89.1 *2-b	27.0 *8-b	0.29 *3-b	2.04 *3-b	0.06 *3-b
ベトナム	試行版作 成時	1998	31	42	90.3 *2-c	86.9 *2-c	13.3 *8-g	0.43 *7	0.59/0.17 *7	
	標準版作 成時	2009	12 *1-a	14 *1-a	92.8 *2-d	90.5 *2-d	38.4 *9-a	0.66 *7	0.75/0.26 *7	
フィリ ピン	試行版作 成時	1992	42 *1-b	61 *1-b	93.6 *2-a	93.2 *2-a	0.0 *8-h	0.03 *4-a	0.4/0.13 *4-a	0.02 *4-a
	標準版作 成時	2005	25	33	92.6 *2-e	93.6 *2-e	32.5 *8-c	1.15 *3-c	6.00 *3-c	0.56 *3-c
タイ	標準版作 成時	1985	44	55	88.0 *2-f	83.9 *2-f	34.7 *8-d	0.16 *5-a	0.50 *5-a	0.03 *5-a
	最新情報	2009	13	14	94.1	92.6	88.4 *9-a	0.40 *12	2.80 *12	0.20 *12
パレス チナ	標準版作 成時	2007	24	27	93.9	90.5	66.7 *10-a	0.21 *10	0.18 *10	0.05 *10
カンボ ジア	試行版作 成時	2007	70	91	76.3	67.7	66.7 *8-e	0.23 *3-d	0.79 *3-d	0.02 *3-d
ラオス	JOCVに よる導入	1995	108 *1-e	157 *1-e	60.2 *11	47.9 *11				
	UNICEF 標準版作 成時	2002	82 *1-c	91 *1-c	68.7 *2-g	60.9 *2-g		0.35 *3-c	0.97 *3-c	
	WHO標 準版作成 時	2008	48	61	72.7 *2-h	63.2 *2-h	48.9 *8-c	0.40 *12	1.00 *12	
東ティ モール	標準版作 成時	2003	87	124	-	-	44.4 *8-f	0.10 *3-c	2.19 *3-c	0.05 *3-c
バング ラデシ ユ	試行版作 成時	2002	46 *1-d	69 *1-d	47.5 *2-g	40.8 *2-g	41.4 *8-b	0.23 *3-f	0.25 *3-g	0.02 *3-c

データ出所：*1 UNICEF : The state of World's Children; *1-a : UNICEF, The state of World's Children 2008, *1-b : UNICEF, The state of World's Children 1990, *1-c : UNICEF, The state of World's Children 2000, *1-d : UNICEF, The state of World's Children 2003, *1-e : UNICEF, The state of World's Children 1990, *2 UNESCO Institute for Statistics; *2-a : UNESCO Institute for Statistics 1990, *2-b : UNESCO Institute for Statistics 2008, *2-c : UNESCO Institute for Statistics 1999, *2-d : UNESCO Institute for Statistics 2009/UIS (UNESCO Institute for Statistics) estimation, *2-e : UNESCO Institute for Statistics 2003, *2-f : UNESCO Institute for Statistics 1980, *2-g : UNESCO Institute for Statistics 2001, *2-h : UNESCO Institute for Statistics 2005, *3 WHO : Global Health Atlas; *3-a : WHO, Global Health Atlas 1992, *3-b : WHO, Global Health Atlas 2007, *3-c : WHO, Global Health Atlas 2004, *3-d : WHO, Global Health Atlas 2008, *3-e : WHO, Global Health Atlas 2009, *3-f : WHO, Global Health Atlas 2001, *3-g : WHO, Global Health Atlas 2003, *4 Philippine DOH; *4-a : Philippine DOH 1995, *5 Thailand Health Profile 1997-1998; *5-a : Thailand Health Profile 1997-1998, *6 Indonesia Health Profile 1999; *6-a : Indonesia Health Profile 1998, *6-b : Indonesia Health Profile 1999, *7 General statistics office of Viet Nam (physician は doctor 数を記載), *8 Demographic and Health Surveys; *8-a : Demographic and Health Surveys (1991), *8-b : Demographic and Health Surveys (2007), *8-c : Demographic and Health Surveys (2003), *8-d : Demographic and Health Surveys (1987), *8-e : Demographic and Health Surveys (2005), *8-f : Demographic and Health Surveys 2009-10, *8-g : Demographic and Health Surveys 1997, *8-h : Demographic and Health Surveys 1993, *8-i : Demographic and Health Surveys 2004, *9 UNICEF MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys); *9-a : UNICEF MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) 2006, *10 Palestinian Family Health Survey 2006 (Palestinian Central Bureau of Statistics); *10-a ; Health Statistics in Palestine, Annual Report, *11 LaoPeople's Democratic Republic Population Census 1995, *12 World Health Statistics 2009

これらの社会指標のうち、女性の識字率を例に分析したものが表2-9である。ある国について、母子手帳の妥当性に関する専門家の意見と、その当時の女性の識字率とを整理した。現在、女性の識字率が90%台に当たるタイの母子手帳には、母親自身が記載する項目がある。全国で使用されているものの、保健医療従事者の記載・説明の徹底と、母親の記載には課題は残る¹⁰⁸。80%台に当たるのは、全国展開時のインドネシアで、1次医療施設での記載は広範に行われているが、保健指導で活用されるために、保健医療従事者の能力強化の必要性が示唆されている¹⁰⁹。女性の識字率が60~70%台に当たるラオスでは、女性自身が読むことによって情報を得ることを期待することは難しいと指摘された。さらに、女性全体の識字率が低いということは一般的に基礎教育の普及度が低いことの表れであり、1次医療施設のスタッフの多くが低学歴で高い技能は期待しにくいことを示唆するため、1次医療施設での母子手帳使用に関して疑問がある、ただ郡病院のスタッフであれば使用できるだろうと指摘された¹¹⁰。40~50%台に当たるバングラデシュでは、首都の病院での試行情報がある¹¹¹。

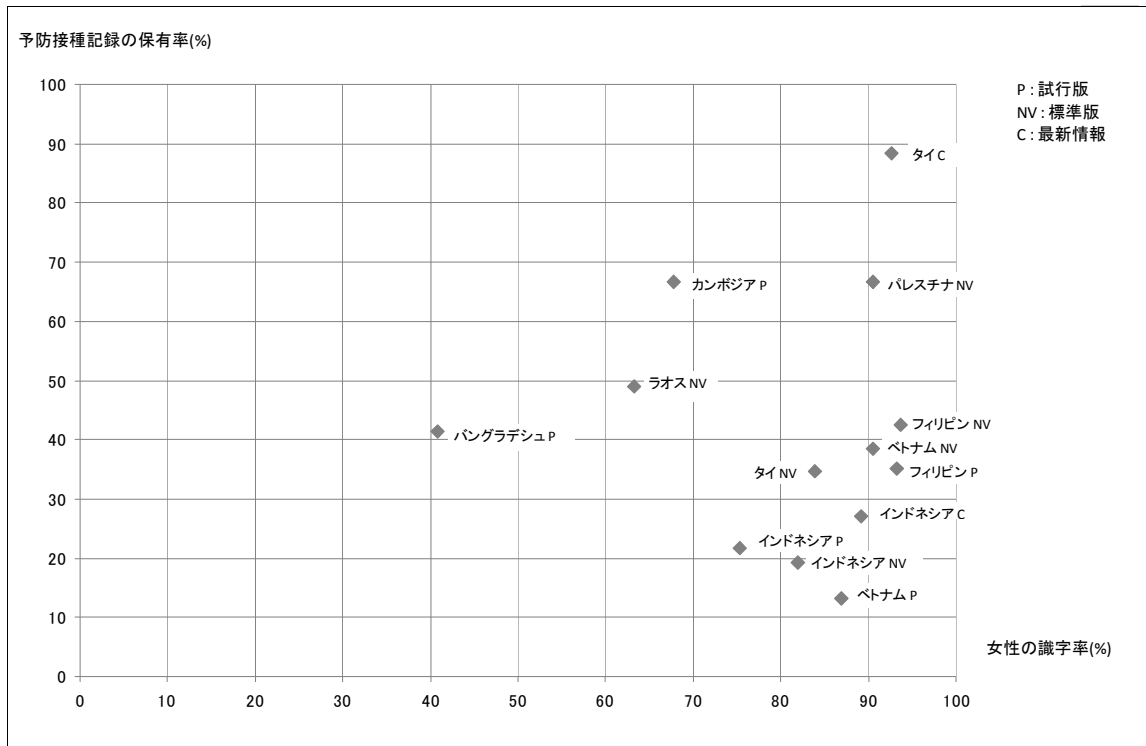
表2-9 女性の識字率と母子手帳のツールとしての妥当性の関係

女性の識字率	90%以上	80%台	60-70%台	40-50%台	識字率にかかわらず
関係者に認識された妥当性					
モニタリングツール					予防接種普及率などのデータ収集手段
病院での使用			郡病院受診者への使用・スタッフの能力で可能。	病院受診者の使用・スタッフの能力で対応可能。	
1次医療施設での使用	保健医療従事者の記載・説明はある程度期待できる。母親自身が読み、記載を期待してもよいが機能するとは限らない。	保健医療従事者の記載はある程度期待できる。保健指導法の研修を行えば健康教育教材として機能する。	保健医療従事者の記載はある程度期待できる。健康教育ツールとして活用することには疑問。		

女性の識字率にかかわらず母子手帳がサーベイランスのツールとして活用可能であるかについては、ヒアリングでは情報が得られなかったため、DHSやMICSの情報を参照し検討する。図2-7は、予防接種の記録に関する家庭用保健記録の情報の保有状況と識字率の関係を図示したものである。記録の保有率は、必ずしもその社会の識字率との関係が

強くないように見受けられる。したがって、識字率のより低いところでも、保有率が高ければ、データ収集手段とすることは可能と考えられる。

このように、社会指標との対比により、母子手帳に期待する機能と、母子手帳を導入・促進する社会の活用能力との関係が、ある程度整理される。社会指標との関係性が強いとみられる機能（例えば、女性に対する情報提供）や、あまり高い社会指標を求めない機能（例えば、予防接種普及率などのデータ収集）があり、求める機能により、求められる活用能力が異なることが分かる。



データ出所：表 2-8 に同じ

図 2-7 予防接種の記録の保有率と女性の識字率

図 2-8 では、求める機能別に、保健医療従事者などサービスの提供者側、そして母親などのクライアント側に求められる活用能力を示した。例えば、「サーベイランス」の機能であれば、クライアント側、提供者側に求めるものはあまり高くないといえる。紛失せずに家庭で保管されること、保健医療従事者は提供したサービスを記載することが求められるだけである。家庭での参照ツールあるいは保健指導のツールという「健康教育」の教材機能を期待するのであれば、少なくとも家族のだれかが読んで理解することが必要になる。保健医療従事者の側も、クライアントの内容理解を促すためにツールを保健指導に活用する技能が必要となる。これは「サーベイランス」ツールよりも、より高いものを提供者側、クライアント側の双方に求めているといえる。リファラルツールとしての機能は、この 3 つの機能のなかでもハードルが高いと思われる。あらゆる施設のサービス提供者側は、母子手帳を参照し記載し、クライアント側は、どの保健施設にも携帯する必要があるからである。

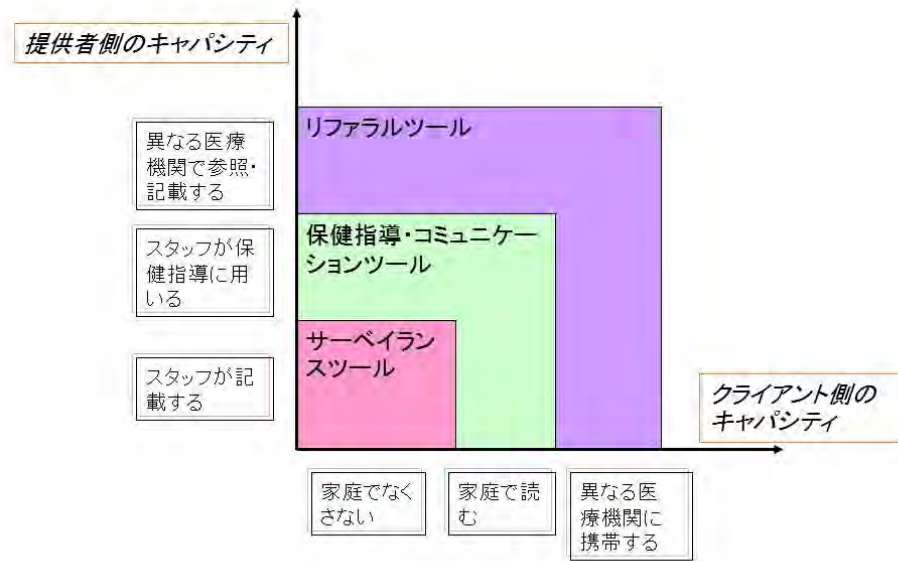


図 2-8 母子手帳の機能別に求められる提供者側、クライアント側のキャパシティ

図 2-8 は、母子手帳の導入・促進の妥当性を分析する際に役立つだろう。どのような問題を解決するために母子手帳を用いるのか、より焦点を絞って議論することができ、ツールの効果を過度に期待するのを防ぐ材料にもなる。例えば、期待する機能が、現状よりもかなり高い能力を必要とするのであれば、期待する機能の度合いを下げることを検討するとよい。通常、導入当初からリファラルツールとしての機能を期待することは、途上国ではハードルが高い。当初はそこまでの機能を求めない、あるいは、期待する機能が発揮されるために不足している部分への支援を併せて投入することを検討すべきだろう。例えば、健康教育教材としての効果を得るために、保健医療従事者のコミュニケーション技能のためのトレーニングや母親学級などと組み合わせた介入が必要な場合もある。

各国で導入や展開を検討するとき、「現状は××だから、導入しない」という結論を単純に導くために始めるわけではない。一方で、「××もできるかもしれないし、××もできるかもしれない」と過度に期待することもまた、現実的ではない。さらに、ある程度条件が満たされても、期待された成果が必ず得られるというものでもないことも、理解しておく必要がある。

(2) スケールアップするデザインをするための教訓

これまで述べてきたように、母子手帳はツールであり、保健医療制度の一部となって初めてその潜在的な効力が発揮される。言い換えれば、国レベルへのスケールアップは必然である。スケールアップのための枠組み (WHO Expand-Net 作成) にある、スケールアップに重要と思われる視点¹¹²を用いて、前述の「カウンターパートの主体性 (第 4 群)」「促進のための仕掛け (第 5 群)」を整理する。

WHO の Expand-Net の枠組みでは、【新しい介入方法 (Innovation)】【利用機関 (User Organization)】【促進チーム (Resource Team)】ごとに、スケールアップの可能性を高める要因を過去の事例から抽出している (図 2-9)。ここで要因として挙げられているように、安価で魅力的な技術で導入が容易であれば普及されやすいことは、ちまたにあふれる

コピー商品の例を見れば明らかである。スケールアップを念頭においた技術を開発するときに、どのような要因を満たせば、普及しやすい事業を計画できるのかを検討するのに役立つ枠組みである。

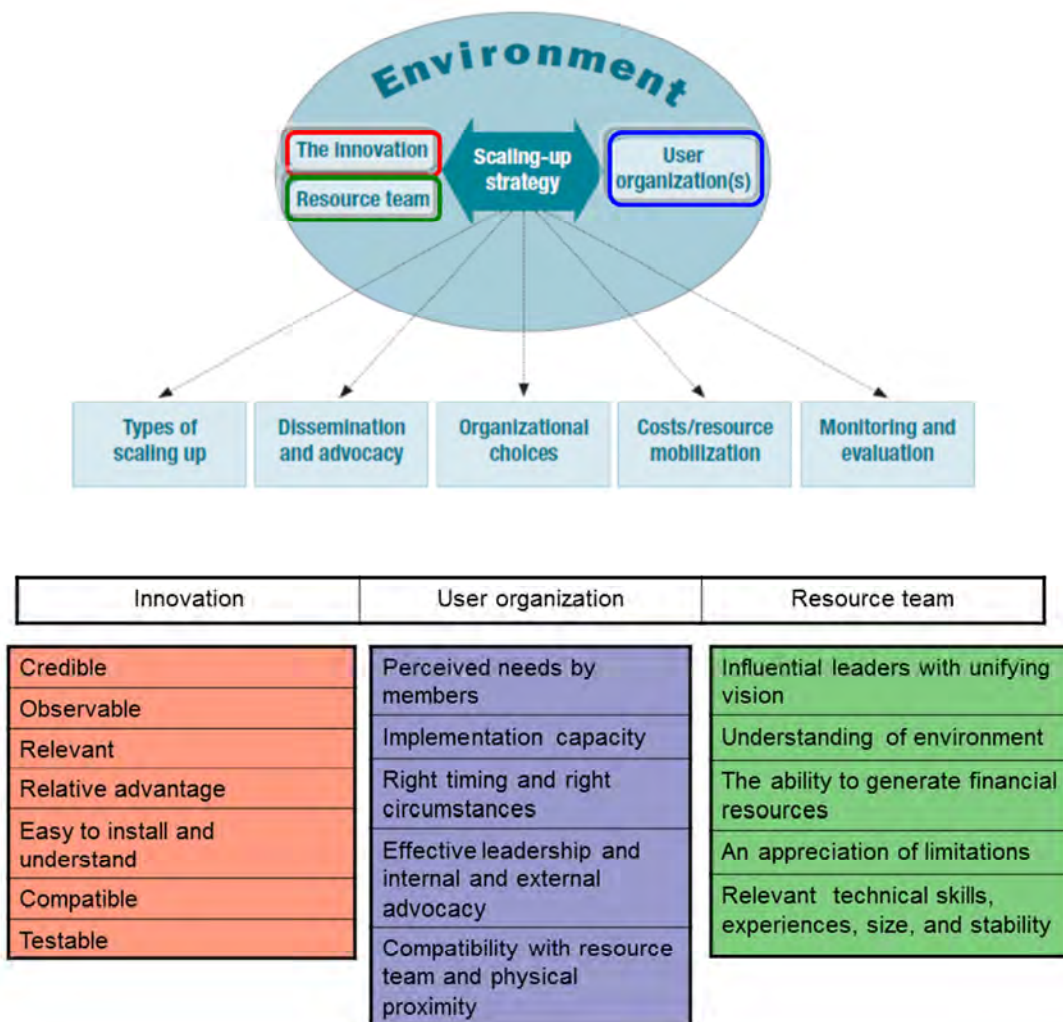


図 2-9 スケールアップに寄与する要因 (WHO Expand-Net)¹¹²

【新しい介入方法】を「母子手帳を用いたサービス」としてみよう。開発する介入内容自体、すなわち開発する母子手帳とそれを用いたサービスを、地域の状況に合ったもの、ニーズに合ったもの、既存のツールに対する優位性や根拠のあるものにすることが、スケールアップに資することが分かる。これらは、主に第5群に相当する、プロジェクトでの母子手帳開発の際に工夫されてきた要因であり、スケールアップを促進する要因と合致する。利用機関の保健医療施設や地方行政のスタッフが、開発された母子手帳を利用するために特殊なトレーニングを受けなければならないほど、必要な技術レベルが高ければ、普及は限定的になり、技術レベルが高すぎなければ普及は容易となる。利用機関の能力や技術レベルに合わせた内容や普及方法を開発することは、スケールアップしやすい事業の計画につながる。

【利用機関】に関するスケールアップ促進要因として、リーダーシップやオーナーシップが挙げられている。これらは、第4群で、オーナーシップを感じやすいデザインとすること、承認のプロセスを含めて関係者自らが作成にかかわったと実感するプロセスを踏むことなど、カウンターパートの主体性の醸成とその発現を促進することが、促進要因であるということと呼応している。

第5群のうち、本邦研修への参加や他国への発信の機会をもつことは、カウンターパート自身が、促進する側である【促進チーム】の一員となり、導入する国の事情に合わせてリーダーシップを発揮し、保健省内外の関係者と調整する契機となっている。

以上のように、スケールアップの要因との類似性から、促進要因を活用し、あるいは懸念される阻害要因を回避する方法を含めて計画することで、スケールアップする事業の計画につながるといえる¹¹³。

(3) 関係者の調整のための教訓

母子にかかわる領域を射程におく母子手帳だからこそ関係者は多い。主管となる保健省のなかでも、妊産婦、新生児、子ども、妊婦・子どもへの予防接種、妊婦・子どもへの栄養、疾病時の対応、とさまざまな部署がかかわる。さらに、多くの開発途上国において、開発パートナーと呼ばれる二国間援助機関、国際機関、NGOなどの存在は、関係者として欠くことができない。ここでは第2群の「開発パートナーとの関係」とした要因群について整理する。

インドネシアの事例では、導入・展開が進みスケールアップするに従って、関係者が増加した。関係する開発パートナーの数の増加（図2-10）や技術協力プロジェクトが協力対象とする行政レベルの変化（試行地域である市・州→国）に伴い、保健省内外の関係者が増えている（図2-11）。

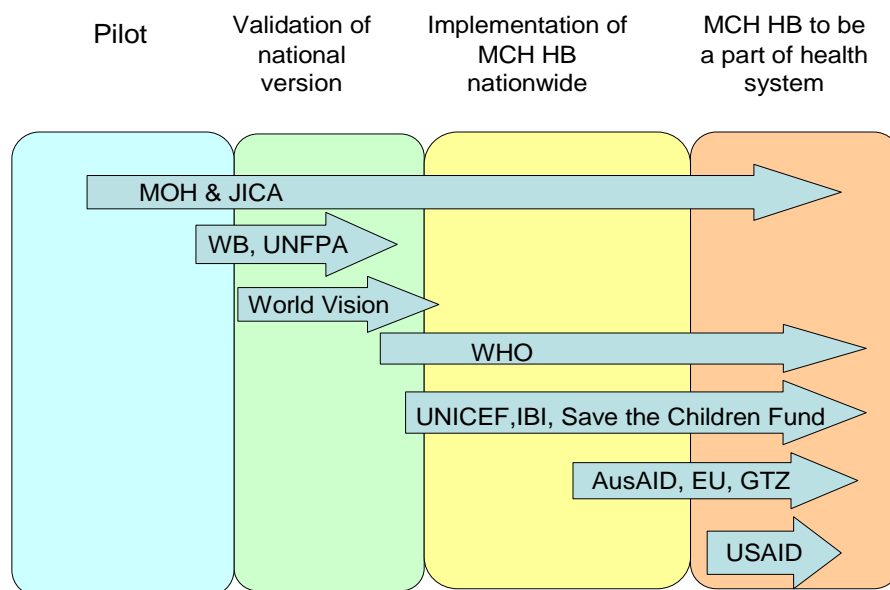


図2-10 インドネシアのフェーズと開発パートナー (1)¹¹⁴

PHASE	Pilot Project 1993-1994 (Pilot I)	Central Java Trial 1995-1997 (Pilot II)	W. Sumatra and N. Sulawesi Validation and Policy Debate 1998-2003 (Program)	Nationwide Expansion 2004- (Policy)
PROJECT Formation	Central Government: Authorization Provincial Health Office: Designing Municipality Health Office: Implementation	Central Government: Authorization Provincial Health Office: Designing and Implementation in several districts/municipality Districts/Municipality Health Office: Implementation	Central Government: Designing, Implementation Provincial Health Offices: Implementation District Health Offices: Implementation	Central Government: Designing, Implementation, Provincial Health Offices: Implementation, District Health Office: Implementation
Stakeholders involved	- (MOH) - Provincial Health Office, - Municipality Health office in pilot area, - Specialists of Province and municipality	- MOH - Provincial Health Office, - More numbers of districts and municipalities Health Offices, - Specialists of Province	- MOH(1 sub-directorate), - More numbers of Provincial Health Offices, - Whole districts in targeted provinces and some districts in sub-targeted provinces	- MOH(20 sub-directorates in 3 directorates general), - Ministry of Home Affaires, - Professional organizations (IBI, IDI, IDAI, POGI, PERSAGI, PERSI) - Belief base organizations (PERDAKI, Aisyiah, Muhammadiyah, etc.)
Partners involved	- JICA	- JICA, UNICEF, WB	- JICA, UNICEF, WB, UNFPA, WHO, World Vision, etc	- JICA, UNICEF, WB, UNFPA, WHO, World Vision, AusAID, USAID, EU etc.

IBI : IKATAN BIDAN INDONESIA (インドネシア助産師協会)

IDAI : IKATAN DOKTER Anak INDONESIA (インドネシア小児科医師会)

IDI : IKATAN DOKTER INDONESIA (インドネシア医師会)

PERSAGI : Persatuan Ahli Gizi Indonesia (インドネシア栄養士協会)

PERSI : Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (インドネシア病院協会)

POGI : Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (インドネシア産婦人科医協会)

PERDAKI : Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia (キリスト教系 NGO)

Aisyiah : アイシヤ (イスラム系 NGO)

Muhammadiyah : ムハマディヤ (イスラム系 NGO)

図 2-11 インドネシアのフェーズと開発パートナー (2)

一方で、当初より開発パートナーとの連携の下で母子手帳が開発・導入されたパレスチナの事例では、スケールアップが進んでも、必ずしも関係者が増加していない。パレスチナは、母子手帳の導入が重複したツールを1つ増やすことになるという懸念の下、開発時に、当該国自身が「No Duplication (重複しない)」というコンセプトを明確にした。図 2-12 は、パレスチナの開発コンセプトが、インドネシアのコンセプトに加えて「重複しない」というコンセプトから構成されたことを示している。インドネシアの開発コンセプト

トとは、①日本の母子手帳を「翻訳」しない、②技術的に、かつ③文化的にインドネシアに適したものにす、④オーナーシップの尊重、⑤国の認めた試行事業とすることである。図2-13は、パレスチナにおいて複数の開発パートナーが当初より参画していることを示している。

重要なことは、インドネシアもパレスチナも開発パートナーとの連携の主体は当該国であり、当該国のオーナーシップが高いことが、複数の開発パートナーの参画を促進することを示唆していることであり、第2群の要因とも一致する。さらに、重複しないというコンセプトを複数の開発パートナーと共有することは、調整を進めるうえで重要であることも示唆している。実際、大臣令公布後のインドネシアでも、機能別のカードの印刷を計画した二国間援助機関があったが、インドネシア政府との話し合いのなかで、最終的にインドネシア政府の方針を尊重し、母子手帳を印刷し活用することになった^{115,116}。その二国間援助機関は現在では、戦略的ツールとして母子手帳の活用を中期的な支援方針に反映している¹¹⁷。このエピソードは当該国自身のオーナーシップとリーダーシップの重要性を示している。

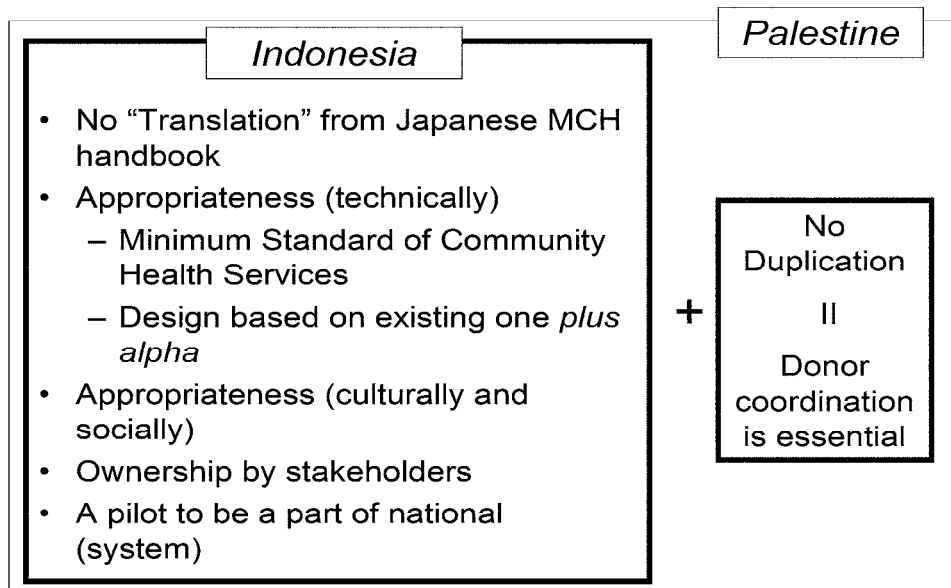


図2-12 母子手帳開発のコンセプト：インドネシア・パレスチナの事例¹¹⁴

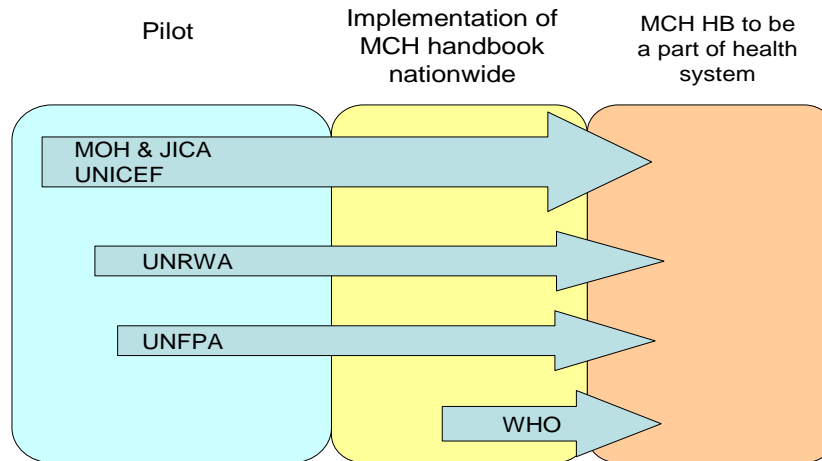


図 2-13 パレスチナのフェーズと開発パートナー¹¹⁴

母子手帳には必然的に多くの開発パートナーがかかわらざるを得ないが、開発パートナーにより、母子手帳に関心をもつポイントには相違がある。例えば、WHO ではコミュニティでの小児疾患統合管理 (Integrated Management of Childhood Illness : IMCI) への関心¹¹⁸、新しく設定された成長曲線の導入促進のツールとしての関心¹¹⁹、妊婦の捕捉と登録及び妊婦情報の電子化への関心がうかがえる¹²⁰。米国国際開発庁 (United States Agency for International Development : USAID) は、子どもの予防接種¹²¹及び HIV の母子感染予防 (PMTCT) ¹²²との関連での関心がうかがわれる。UNICEF は、子どもへの予防接種、ビタミン A 投与などの栄養対策、健康教育教材としての効果などへの関心がみられる¹²³。したがって、ある国でどのような機能に着目して母子手帳を導入・促進しようとするかにより、参画する開発パートナーの顔ぶれも多少異なるかもしれない、ということを考慮しつつ、当該国が主体的に開発パートナーとの調整を支援することが必要になるだろう。

(4) 自立発展性のための教訓

自立発展性に関する「継続性への課題 (第 6 群)」は、試行を始めるにあたり最初に検討する必要があり、かつ最後まで課題になる点である。制度化、すなわち法制化と予算確保には時間がかかる。

例えば、図 2-6 中の「インドネシア (5)」は、大臣令という制度的な基盤が得られたのちに行われた事業である。ここで支援された内容は、保健医療従事者による継続的な活用に関連する数十にのぼるサービスのガイドライン¹²⁴やトレーニングのなかへの取り込み、卒前教育の課程への入れ込み、私立部門のサービス指針への入れ込み、地方政府へのアドボカシー、国のモニタリングシステムへの入れ込みなど、多岐にわたる内容であった^{125,126,127,128}。これらは大臣令を具現化し、自立発展性を保障するために必要な作業だったといえる。

制度化には、多くの時間とステップが必要であるため、自立発展性は、政策文書の発出のあと、時間差をもって獲得される。要する労力は小さくない。しかし制度化されたツールは共有財産として、より多くの関係者に使われることとなり、そのことが更に自立発展性を保障するともいえる。例えば、より多くのパートナー機関の支援が得られたり^{129,130}、

新たな施策において活用されたりしている¹³¹。

導入・促進に際し、制度化までの工程表をみながら、中長期的な視野に立って、自立発展性を保障するために必要な要因を検討し、作業計画を立てる必要があるだろう。地方分権の度合い、開発パートナー予算への依存の度合い、保健省の私的セクターへの影響力の度合いなどは、国の状況によって異なる。それらを考慮した戦略を検討する必要もあるだろう。

2-3 まとめ

既存の事業のレビューを通じて、導入・促進を検討する国に対して共有すべきメッセージが導き出された。

母子手帳を各国の共通性から定義すると、①家庭で保管される母子の健康の記録、②その国の標準的な妊娠から出産、新生児、子どもまでの一連のサービスを網羅していることである。多くの国に、母子手帳に類似した既存の家庭用の保健記録様式が存在する。母子手帳の導入とは、そのような既存のカード類を統合して入れ替えることである。

母子手帳の目的と期待される効果や機能は多様であり、例えば①モニタリングのツール、②家庭での健康情報の参照ツール、③家族の育児参加のツール、④保健指導・コミュニケーションのツール、⑤施設間のリファラルツール、⑥サーベイランスのツールになり得る。各国の状況に応じてカスタマイズでき、目的に応じた活用が必要である。一部の機能につき検証された報告があるが、論文は限られる。母子手帳の定義と目的を整理して、効果や機能について検証を積み重ねる必要がある。

母子手帳の導入・展開のプロセスは、インドネシアとパレスチナの事例から、【準備】【試行】【国の標準版の開発】【全国での展開】【自立発展性の確立】の5段階に整理できる。

母子手帳の実施状況は、国ごとに異なる。実施段階でのひとつの大きな境界は、国の標準版の策定であり、最終的にめざすべき状態は標準版の制度化である。

母子手帳の導入・全国展開に際し、促進要因・阻害要因・そのいずれもの要因となり得るものとして、①前提となる国の特徴、②開発パートナーとの関係、③保健システムの状況、④カウンターパートの主体性、⑤促進の仕掛け、⑥実施のための予算などが考えられる。非常に重要、あるいは重要な要因がある一方で、促進要因にも阻害要因にもなり得るものもある。母子手帳の導入・促進を検討している国・地域において、「その国・地域である程度末端までのサービス供給体制が整っており、明確なニーズをもち主体的にかかわるカウンターパートがおり、母子手帳の導入・促進がその国・地域の保健政策に合致しており、できればそれが政策文書などの政府の明確なコミットメントが示されており、既存のものより有用であるなどツールとしての有効性の根拠がロジックがあり、開発パートナーの戦略・方針とも一致し、実施予算がある状態」、あるいは、そういった状態を将来的に見込めるタイミングであることが導入・促進に望ましいといえる。

さらに、①母子手帳に求める機能により、保健医療従事者や母親の側に求めるものも異なる。求める機能を妥当性の観点から検討することにより、母子手帳の導入の目的について議論を深めることができる。②スケールアップの促進要因を活用し、懸念される阻害要因を回避する事業計画を立てる。③関係者調整の主体は当該国であり、当該国の関係部局のオーナーシップを高めることが、開発パートナーを含めた関係者の参画促進につながる。④自立発展性の確保は、準備期から検討する必要がある。導入・促進に際し、制度化までの工程表を見ながら、中長期的な視野

に立って作業計画を立てる。制度化には時間と労力を要するが、制度化されたツールは共有財産となり、多くの関係者に使われ、更なる自立発展につながる。⑤導入・促進の検討は、当該国の母子保健問題分析に基づいて行う必要がある。何を目的としたツールとしたいのか主要な関係者が合意すること、そのうえで目的に応じた成果の検証を計画すること、そしてステークホルダーを同定し調整の戦略をもつことが重要である。

第3章 アフリカにおける母子手帳の導入・普及の可能性の検討

－「アフリカ母子保健改善・母子手帳導入検討ワークショップ」の開催－

第2章で概観したように、JICAが実施する母子保健分野での支援事業においては、母子保健改善のためのツールとして母子手帳を導入、普及する試みも多数あり、アジア、中東地域では、一定の知見・教訓を得ている。一方、第4回アフリカ開発国際会議（The 4th Tokyo International Conference on African Development : TICAD IV）、2008年先進国首脳会議（Group of Eight : G8、洞爺湖サミット）開催以降は、国内外の関係者等から、母子手帳をアフリカに導入することについて、JICAにも問い合わせが増えた。JICAでは、アフリカにおける母子手帳の導入に関連する基礎情報を収集することの必要性、また、アフリカ各国政府の母子手帳導入に関する見解を確認することの必要性を認識していた一方で、そもそもアフリカ諸国が母子手帳に関する基礎情報をあまり把握していないことが懸念されたため、これまでアフリカ地域以外の国でのJICAプロジェクトなどにおける母子手帳導入・普及に係る知見・教訓をアフリカ諸国に共有することも必要と考えた。このため本研究では、ケニアにて現地調査を行うとともに、地域ワークショップを開催することとした。

まず、「アフリカ母子保健改善・母子手帳導入検討ワークショップ（Workshop on Strengthening Maternal, Newborn and Child Health (MNCH) by Introduction of Maternal and Child Health (MCH) Handbooks in Africa : 以下、ワークショップ）」を、ケニア公衆衛生省、ケニア医療サービス省、AMREF (African Medical and Research Foundation)、UZIMA Foundation、大阪大学、International Committee on MCH Handbook、JICAの主催で、2010年3月1～2日、ケニアのナイロビで開催した。ワークショップの目的は以下の3点であった。

- ① ケニア、ルワンダ、タンザニア、ウガンダの母子保健の現状報告及び課題の検討を行うこと。
- ② アジア、中東地域などでのJICAの協力事業による母子手帳導入、普及における成果、教訓を参加各国と共有すること。
- ③ 東アフリカ地域において母子保健改善のため母子手帳を導入することの有用性について検討すること。

主な参加者は、第1回野口英世アフリカ賞受賞者のミリアム・ウェレ博士、ケニア・ルワンダ・タンザニア・ウガンダ各国の保健省関係者、AMREF関係者、アズワール博士（インドネシア）、及びJICA関係者合計80名であった。本章では、ワークショップでの検討などを基に、アフリカ諸国で母子手帳を導入することの有用性の分析、導入した場合、手帳が効果を上げるために必要とされる要因の検討などを行う。

3-1 結果

3-1-1 ケニア、ルワンダ、タンザニア、ウガンダの母子保健の現状報告及び課題の検討

ケニア、ルワンダ、タンザニア、ウガンダ各国の保健省がワークショップにて報告した母子保健の現状の概要を表3-1にまとめた。現状報告により、東アフリカ4カ国の母子保健の状況、課題、母子手帳の導入検討の状況などの情報を共有することができた。

表3-1 東アフリカの母子保健に係る基礎情報のまとめ（各国保健省の発表資料やインタビューの結果より）

ケニア

母子保健の状況	Kenya Demographic and Health Survey 2008 によると、乳児死亡率 52 対千出生、5 歳未満児死亡率 74 対千出生、妊産婦死亡率 410 対十萬出生、合計特殊出生率 4.6、熟練出産介助者の介助を受けた出産率 43%。
母子保健改善のための課題	産前ケア、産後ケア、子どもの成長モニタリング、予防接種など母子へのサービスを継続して受診できるよう、カバー率の低いものを高いもののレベルまで引き上げることが課題。
母子保健改善のための重点アプローチ	妊産婦死亡、新生児死亡の減少が限定的であるため、産前、産後、新生児ケアの充実を図る。ケニア公衆衛生省では施設分娩を促進することにより、より迅速で質の高い新生児ケアを提供することができると考えている。
母子手帳の導入に係るこれまでの経緯	2005 年より、公衆衛生省と米国疾病予防管理センター（CDC）ケニアが中心となって母子手帳を開発し、2009 年に全国標準版母子手帳を作成した。2010 年、保健大臣は母子手帳が母子保健に係るすべてのカード類に取って代わることを宣言した。
既存の母子保健の記録のため使われている記録様式、カード類	母親が保管する記録様式としては、産前健診カード、成長モニタリングチャート、予防接種カード等。 施設用の記録としては、子どものシリアル番号、出生日、予防接種や抗体の記録など保健所で保管する記録（Permanent Register）などがある。
母子手帳を導入するとしたら、想定される課題	産前健診における HIV 検査結果など、手帳に記載された内容のプライバシーを守ることが課題となっている。 印刷費や研修費が確保されていない。恒常的な人材資源の不足。 モニタリング評価のメカニズムの構築など。

ルワンダ

母子保健の状況	Rwanda Demographic and Health Survey (RDHS) 2007 によると、乳幼児死亡率 85 対千出生、5 歳未満児死亡率 103 対千出生。妊産婦死亡率 750 対十萬出生（RDHS 2005）。4 回の産前健診を受診する妊婦は、7.3%（RDHS 2007 年）、熟練出産介助者の介助を受けた出産率 48.6%（RDHS 2007）。
母子保健改善のための課題	保健人材の不足。住民が妊娠・出産に対する正しい知識を得る機会が少ないこと。
母子保健改善のための重点アプローチ	産前ケア、熟練出産介助者の介助を受けた出産率を上げることにより、また、緊急産科新生児ケアの拡充によって、妊産婦と新生児の死亡を削減することに重点が置かれている。妊産婦、新生児の死因の検証、カンガルーケアによる新生児の保温などのアプローチのほか、地域住民への啓発にも力を入れる計画である。また、地域と保健施設の仲介役として、コミュニティヘルスワーカーの活用にも重点を置く。一部地域にて母子保健サービスに対する実績に基づく資金供与（Performance based financing）も試行されている。

母子手帳の導入に係るこれまでの経緯	2009年にルワンダ保健省に派遣された USAID アドバイザーが、母と子の記録カードを合わせ、仏語の母子手帳ドラフトを作成したが、アドバイザーの帰国後、進展がない。2010年3月のワークショップ参加後、ルワンダ保健省は、母子手帳ドラフトに健康教育情報も追加し、ドラフトを完成させることを計画した。2010年6月、NGO「ルワンダの教育を考える会」と JICA 東北と福島県推進員がルワンダ母子手帳の導入を検討した。
既存の母子保健の記録のため使われている記録様式、カード類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 妊婦の健康に関する記録用紙（妊婦保管用） ・ 妊婦の健康に関する記録用紙（病院保管用） ・ 乳幼児の健康に関する記録用紙（家庭用、病院用） ・ HIV 母子垂直感染対策（PMTCT）関連記録用紙（母親保管用）
母子手帳を導入するとしたら、想定される課題	母子手帳印刷のコスト、記録内容の複雑化など。

タンザニア

母子保健の状況	Tanzania Demographic and Health Survey (TDHS) 2004によると、乳児死亡率 68 対千出生、5歳未満児死亡率 112 対千出生、妊産婦死亡率は 578 対十万出生、合計特殊出生率 5.7。熟練出産助産者の助産を受けた出産率 46.3%。自宅分娩 53%、妊産婦の HIV 感染率 8%。
母子保健改善のための課題	保健医療サービスの提供が量的に不足しており、また、サービスへのアクセスにも格差がある。サービスを拡充するためには、医療従事者の育成、インフラの整備などが急務とされている。また、サービス利用を促進するためには、住民への啓発によって、伝統的な習慣を改善することも必要とされている。保健サービスを提供するための行政能力、資金、人材の不足も大きな課題である。
母子保健改善のための重点アプローチ	保健人材育成、施設分娩の増加、緊急産科ケアを提供できる施設の拡充、リファラルシステムの強化（母親）。 予防接種率の向上、小児疾患統合管理（IMCI）の強化（子ども）。
母子手帳の導入に係るこれまでの経緯	導入が検討されたことはない。
既存の母子保健の記録のため使われている記録様式、カード類	リプロダクティブ・ヘルス子ども健康カード4（The Reproductive and Child Health card number 4 : RCH-4）
母子手帳を導入するとしたら、想定される課題	現状では、リプロダクティブ・ヘルス母子保健サービスが無償で提供されているので、手帳導入のコストをどこから捻出するか、そして手帳をどのように紹介するかが課題である。

タンザニア（ザンジバル）

母子保健の状況	Tanzania Demographic and Health Survey (TDHS) 04/05 によると、乳児死亡率 61 対千出生、5 歳未満児死亡率 101 対千出生、妊産婦死亡率 362 対十萬出生（施設統計のみ）。 産前ケアの受診率は 98% であるが、熟練出産介助者の介助を受けた出産率 49%。合計特殊出生率が 5.3 と高く、多産多死の状況である。
母子保健改善のための課題	国の財政状況が悪く、保健医療従事者の流出も起こっている。人材、資機材の不足により保健医療サービスの質を確保することが困難である。
母子保健改善のための重点アプローチ	思春期リプロダクティブ・ヘルス、家族計画、産前産後健診、熟練出産介助者の介助を受けた出産、小児疾患統合管理 (IMCI)、予防接種拡大計画 (Expanded Program on Immunization : EPI)、栄養対策など。
母子手帳の導入に係るこれまでの経緯	導入が検討されたことはなかったが、セミナー参加後、ザンジバル政府にて試行が検討された。
既存の母子保健の記録のため使われている記録様式、カード類	母子新生児ケア関連のカード類とガイドライン
母子手帳を導入するとしたら、想定される課題	財政状況が苦しく、手帳の開発、研修、手帳プログラムの実施などの経費が支出できない。国の内外の母子保健に関連するガイドラインや診療手順が、頻りに改定されること。

ウガンダ

母子保健の状況	Uganda Demographic and Health Survey 2006 によると、乳児死亡率 75 対千出生、5 歳未満児死亡率 137 対千出生、妊産婦死亡率 435 対十萬出生。94% が産前ケアを受診するが、熟練出産介助者の介助を受けた出産率 48%。
母子保健改善のための課題	母子保健改善に向けた政策決定者のコミットメントは得られているものの、識字率の低さ、貧困、男性側の関与の薄さ、女性の地位の低さ、保健サービスと情報へのアクセスの低さ、劣悪なインフラ、保健人材の不足、国内格差などが課題である。
母子保健改善のための重点アプローチ	保健セクター戦略計画 (Health Sector Strategic Plan 2 : HSSP2) では、主要疾患による罹患や死亡の低減、5 歳未満児死亡率及び妊産婦死亡率の低減、医療格差の低減をめざし、保健サービス提供システムの効率性・公平性の向上などに重点を置いている。具体的には、家族計画、思春期リプロダクティブ・ヘルス、産前ケア、熟練出産介助者の介助を受けた出産、新生児ケア、子どものマラリア予防、子どもの栄養対策、HIV 母子感染予防などを促進する対策がとられている。また、村落ヘルsteam、周産期死亡の死因検証、地域での健康イベント、出生登録促進などの方策もとられている。
母子手帳の導入に係るこれまでの経緯	2008 年に母子手帳開発・導入のためのプロジェクトが検討されたが実施に至っていない。

既存の母子保健の記録のため使われている記録様式、カード類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 子ども健康カード（予防接種記録、成長曲線、PMTCT） ・ 数県での母親パスポート（産前・産後ケア、破傷風予防接種記録、家族計画の記録など） ・ 妊産婦カード、家族計画カード、HIV/ART（Antiretroviral Therapy：抗レトロウイルス薬）カードなど。
母子手帳を導入するとしたら、想定される課題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 記録すべき指標の選定 ・ 関係ステークホルダーの調整 ・ 低い識字率 ・ プライバシーの保護 ・ 医療従事者への研修 ・ 自立発展性

東アフリカ4カ国（ザンジバルを含む5地域）の報告から、同地域は妊産婦死亡率、乳児死亡率なども高く、同地域の母子保健の現状は厳しく、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）4、5の達成が危惧されていることが分かる。脆弱な保健システム、保健医療人材の質的量的不足、識字率の低さ、女性の地位の低さ、劣悪なインフラなどが母子保健を改善するうえでの課題であることが指摘された。その他、これらの地域の共通する課題としては、保健医療サービスへのアクセスに国内地域差、経済格差や、HIV/AIDS など感染症の影響などもあることが判明した。参加国からの報告ではまた、母子保健改善のための優先されるべきアプローチとして、産前ケア、産後ケアや、熟練出産介助者による介助を受けた出産、緊急産科ケア、新生児ケアなどの普及や人材育成、資源の有効配分、保健行政や保健システムの強化、地域住民への啓発活動などが挙げられた。

ケニアでは母子手帳の導入が始まっているが、ルワンダ、ウガンダでは、導入が検討されたものの導入に至っていない。タンザニアでは、ワークショップ以前に母子手帳の導入が検討された経緯はなかった。手帳導入に想定される阻害要因については、既に導入しているケニアも含め、手帳を活用してサービスを提供するための人材、資源の不足、自立発展性に関する懸念をもっていた。また、各国とも、母子手帳以外にも、既存の母子保健記録のための記録様式、カード類を使用しているため、同地域で母子手帳の導入を検討する際には、これらのカード類を管轄する部署と調整を行うことが必要であることが明らかになった。既存のカード類や母子保健に関連するガイドラインや診療手順が頻繁に変わること、サービスに混乱を来すことを懸念する立場もあった。

3-1-2 アジア・中東地域などでの JICA の協力事業による母子手帳導入、普及における成果、教訓の共有

ワークショップでは、アジア・中東地域での母子手帳の経験として、手帳導入の目的には、①モニタリングツール、②健康教育ツール、③コミュニケーションツール、④リファラルツール、そのほか多様な可能性があり、国の状況に応じて、その目的は選択されるべきであることが紹介された。手帳の導入を検討する際には、他国の導入・普及の過程から得られた促進要因、阻害要因などに留意することで、検討すべき点が明確になることが提言された。具体的には、導入国のコミットメントと主体性、導入国の保健政策との合致、十分な資源と人材が1次医療に配分・配置されていることなど、さまざまな前提条件が充足されていることが「促進要因」

となり、これらの条件が欠如していることが「阻害要因」となることが共有された。また、過去の事業経験より、何を目的としたツールとしたいのかについて関係者の共通理解が得られること、関係者のコーディネーションの戦略や自立発展性を確保するための戦略について当初から協議すること、目的に応じた効果の検証を計画することなどの重要性が指摘され、ワークショップに参加した東アフリカ参加者においても、これらの点の重要性が支持された。

一方、JICA 母子保健プロジェクトが実施されているが、プロジェクトとは別に小規模の母子手帳導入の活動が行われているラオス、カンボジアの事例からは、「何をどのように改善したいか」という母子保健の優先課題を検討するなかで、「母子手帳の導入」は、数ある選択肢のうちの1つであるということが紹介された。母子手帳の導入は、母子保健改善のための多くの介入のなかの1つであり、他の介入と組み合わせた導入や、他の優先事項に絞った母子手帳以外の介入、という選択肢もあることに、一定の理解が得られた。

3-1-3 東アフリカ地域において母子保健改善のため母子手帳を導入することの有用性についての検討

(1) 導入の目的と裨益対象

ワークショップでは、母子手帳を東アフリカ各国に導入する際、どのような目的が期待できるのかを検討した。東アフリカ各国の参加者は、母子手帳の導入により、サービス提供側では母と子の継続ケアの実現、受診側の意識改革や受診行動の改善、また、供給側と受診側のコミュニケーションや異なる医療機関間の情報共有が改善され、その結果、母子継続ケアの提供、受診が拡大されることを期待していることが分かった。特に、同地域では、母親や住民全体の母子保健に関連する知識の欠如が深刻な課題として認識されており、住民の知識、健康行動の改善の役割を期待する声が大きかった。加えて、東アフリカの文脈においては、母子の健康記録を一元的に管理できる母子手帳は、PMTCT のツールとしても有効である可能性が指摘された。ケニアでは、PMTCT の項目も含めた母子手帳が開発されていることが報告された。母親の感染状況を把握することにより、HIV 陽性乳幼児を早期発見、早期治療することが可能になるため、ケニアでは母子手帳に母親の HIV 感染状況を記載する試みを実施されているとのことであった（詳細は、第4章参照）。

一方、母子手帳の裨益対象については、母親とその家族であることが確認された。また、母子手帳の主たる使用者（ユーザー）は、母親と医療従事者とされた。したがって、母子手帳の開発、改訂、制度化には、使用者である母親と医療従事者のニーズと利便性が優先されることが重要であることが確認された。

(2) 関係者分析

ワークショップでは、母子手帳の関係する利害関係者の分析を行い、直接受益者である「母子」のほか、母子をとりまく、家族、地域の関係者、医療従事者、政策決定者、研究者など、広く関係者が含まれることを確認した（表3-2）。特に、保健省内の関係者が、中央、地方などさまざまなレベルで、複数存在することが明確になった。各機関は、所轄の業務において、記録様式や健康教育媒体なども作成しており、母子手帳を作成する場合は、そうした既存の記録様式や教育媒体との調整を図ることが必要になることが明らかになった。

表 3 - 2 母子手帳に係る関係者分析

(直接受益者)	「母子」「家族」
(資金提供者)	「財務省」「開発パートナー」「地域」
(実施者)	「保健省」「子ども、地域開発、女性に関係した省庁」「地方自治体」「医療従事者」「地域組織」「NGO」「国際機関」など
(協働実施者)	「教育省」「教師」「社会福祉関連の省庁」「NGO」など
(支援者)	「政策決定者」「研究者」「宗教リーダー」「メディア」「住民団体」など

これらの利害関係者を調整するためには、機関及び部署横断的なタスクフォース（プラットフォーム）の立ち上げ、母子手帳の目的の明確化、関係ステークホルダーの使命や組織分析（SWOT : Strength, Weakness, Opportunity and Threat 分析）、各機関の長のリーダーシップやコミュニケーション能力の強化、保健省の政策決定者のコミットメントとリーダーシップなどが不可欠であることも、参加者から指摘された。

(3) 手帳導入時に検討されるべき事項

インドネシア、パレスチナでの事業経験を基に作成した図 2 - 5 は、母子手帳の導入、定着のプロセスには、「準備」「試行」「国の標準版作成」「全国展開期」「自立発展性の確立」などの段階があることを示している。ワークショップでは、このうち、特に「準備期」と「自立発展性確保」のために必要な、戦略と具体的な活動について小グループに分かれて自由討議を行った。過去の事業経験から、自立発展性確保のための戦略は、導入当初から検討されることが推奨されており、母子手帳が「定着」するためには欠かせない要素であることが、この 2 点に焦点を絞った理由である。

準備期に重要なステップとして確認されたのは、手帳の目的、対象、導入・定着のための戦略などを関係者が十分に協議し、導入に先立って共通認識を形成することである。この共通認識に基づき、具体的な導入計画を策定することとなる。また、基本的なことではあるが、改めて各国の母子保健の状況分析を行い、母子保健に関係した既存の記録様式（施設用様式、家庭用様式）と各様式の責任部署の調査、健康教育メッセージの内容の確認、母子保健サービスの提供におけるギャップと課題分析、関係する組織の SWOT 分析、関連法規やガイドラインの調査などを行うことも必要であることが、参加者から指摘された。

「政策決定者から、受益者である地域住民に至るまで、あらゆる階層に対するアドボカシーと能力強化」「政策決定者のリーダーシップとコミットメントを得ること」「末端医療施設の設備、サービスの改善、供給体制の強化」などについても、準備期に協議し、必要であれば、実際の活動も準備期から開始することの重要性が参加者によって確認された。

自立発展性についても導入初期からの取り組みが必要であることが確認され、「国家保健計画の優先事項として母子手帳に取り組む」「既存の保健システムに位置づける」「母子手帳のインパクトのエビデンス構築によってアドボカシーを強化する」「母子手帳についての訓練を、卒前・卒後研修に制度化させる」などの方策が参加者から提案された。

ほかにも、母子手帳導入にあたり留意すべき点として、手帳に記載する内容のプライバシーの保護、医療従事者の作業負荷に対する配慮、施設ベースの記録様式との整合性、母

子手帳のインパクトを示すための効果測定の方法、スケールアップのための戦略などについても、準備期に検討されるべきであることが、参加者より提案された。

また、母子手帳に付随して、手帳以外にもいくつかのツールも必要とされる点については、JICA側から参加者に提言する形で話し合いがもたれた。参加者は、話し合いを通じて、アドボカシーのための文書・資料、手帳プログラムの管理基準書、手帳の活用方法の教材や研修パッケージ、などのツールが手帳の開発に付随して必要となることを理解した。したがって、準備期に手帳の作成計画や予算の見積もりなどをする場合には、これらのツールの開発費や印刷費についても、確保することが必要であることが確認された。

(4) 「東アフリカ母子手帳導入検討のための確認項目（チェックリスト）」の作成

ワークショップの成果品として、上記の討議結果を踏まえ、手帳導入に先立って「準備期」に各国が検討すべき項目を抽出して、「東アフリカ母子手帳導入検討のための確認項目（チェックリスト）」^{*5}を作成した。チェックリストは、各国が母子手帳の導入を検討する際、母子手帳はどのような目的で導入することが可能か、その目的を達成するために手帳をどのように活用したいのか、導入・定着のためにはどのような活動や戦略が必要とされるかなど、手帳導入の共通概念の形成のため、また、導入をシミュレーションして関係者が検討するために作成されたものである。チェックリストを使うことによって、手帳に精通していない関係者も導入に必要な事項について十分に話し合うことが可能となる。検討の結果、母子手帳の導入は、数年後に計画されることもあれば、母子保健改善のためには母子手帳ではなく他の介入への投入を行うべきであるという選択肢もあり得る。チェックリストに基づき、十分な話し合いがなされることによって、導入国が熟度の低い企画に基づき早計に手帳を導入することによって負う、リスクや混乱を低減させることができるのではないかと期待される。

各国の状況は異なり、また本来であれば、母子手帳の導入については各国の関係者や開発パートナーとともに検討を行うことが必要であることから、本ワークショップでは、各国への導入については個別に検討しなかった。ワークショップでは、代わりに、東アフリカ地域として共通する事情を踏まえ、共通事項について一般的な自由討議を行った。以下にチェックリストの概要を示す（表3-3）。

^{*5} 確認項目（チェックリスト）は、ワークショップ及びプロシーディングでは「フレームワーク」と呼ばれたが、分析枠組みの全体像を示すには至っていないため、本報告では「フレームワーク」という言葉は使わないこととした。

表 3-3 東アフリカ母子手帳導入検討のための確認項目（チェックリスト）

- 東アフリカ地域の母子保健の現状
- （以下は、導入検討国における確認事項）
- 母子保健の現状
 - 母子保健の課題、母子保健改善のための優先アプローチ
 - 既存の記録様式（施設用、家庭保管用）、健康教育メッセージ、など
- 母子保健に重点を置く妥当性
- 母子手帳を導入する目的、期待される役割
- 手帳の受益者、関係者（関係者分析）
 - 関係者の連携調整のための戦略
- 手帳に付随するその他のツール
- 導入、定着のため必要とされる戦略と活動
 - 各階層に対するアドボカシーと能力強化の戦略
 - 政策決定者のリーダーシップとコミットメントを得るための戦略
 - 母子保健サービスの供給体制の強化
 - 自立発展性を確保するための戦略
 - 手帳と手帳の付随するツールの開発、活用
 - 手帳の管理運用体制強化の戦略
 - 手帳に記載された内容のプライバシーの保護
 - 医療従事者の作業負荷に対する配慮
 - 効果測定とスケールアップの戦略
 - その他

確認項目は、東アフリカ地域、及び、導入検討国の母子保健の現状分析から始まる。そして、母子保健への投入の妥当性を明らかにしたうえで、母子手帳を導入する目的と期待される役割を確定する。次に、母子手帳導入における受益者、利害関係者の分析を行い、関係者の調整を図るための戦略を立てる。手帳の導入に付随するその他のツールについても、どのようなツールがどの段階で必要になるか、手帳の活用方法を照合しながら確認する。例えば、手帳を異なる医療機関の情報共有ツールとして導入するのであれば、各医療機関に既存の施設用様式、家庭用様式を確認し、それらの記録様式を母子手帳導入後にも活用するのか、新規の様式に改訂するのか、確認する必要がある。また、各医療機関において、母子手帳をどのように配布、記入するのか、だれがどのような保健指導に活用するのか、手帳に係る具体的な作業の手順を管理基準書（ガイドライン）としてまとめる必要がある。導入、定着のために必要とされる戦略と活動については、ワークショップでは、東アフリカ地域に一般的に必要とされる事項について検討したが、導入検討国では、その国の状況とその国への母子手帳導入の目的を踏まえ、戦略と活動を検討することが必要である。

(5) ワークショップ後の対応について

参加各国は、ワークショップより帰国後、母子保健の現状分析を行うとともに、チェックリストを使って、開発パートナーや保健省の関係部局などと多角的な視点から母子手帳の導入を検討することとなった。

一方、ワークショップでの協議において、JICA からは、母子手帳の導入、普及、定着が

進んでいるインドネシアの母子手帳プログラムを参加各国が視察できる機会などを設けることを提案した。特に母子手帳の全国標準版の作成が進んでいるケニアを技術的に支援するため、ケニア公衆衛生省関係者をインドネシアでの研修に参加させることなどを提案した。また、参加者からは、近い将来、ケニアの進捗を各国に報告する機会を設けることにより、ケニアの経験、教訓を各国に生かすことや、関係者の情報共有ネットワークを形成することも提案された。また、JICAは、チェックリストも含むワークショップの開催報告を「英文プロシーディングス」¹³²に取りまとめた。

3-2 考察

3-2-1 東アフリカ地域母子保健改善のツールとしての母子手帳の可能性

ワークショップ参加者は、東アフリカ地域において母子手帳を導入することは、母子継続ケアの提供、住民の意識・行動の改善による受診の拡大、HIV対策への革新的なアプローチとして、潜在的には妥当性が高いと考えた。多くの参加者が、母親や住民の意識、緊急対応力の不足がボトルネックであると認識しており、母親への健康教育のツールとしても母子手帳が有効であるとの期待も示した。しかしながら、他のアフリカ諸国と同様に、遠隔地などでの医療施設へのアクセスの問題、医薬品等の遅配、人材、資源の不足、脆弱な保健行政等といった課題が山積するなかで、母子手帳が必ずしも効果的に活用できる状態にはないとの見解も示された。さらに、同地域に母子手帳を導入して、母子保健向上のための効果を上げるためには、他の介入と組み合わせた導入を検討することも必要であることが参加者より提言された。特に重要であると認識されたのは、末端まで十分な母子保健サービスを提供するための人材と予算を確保することと、多様なステークホルダーを調整するための仕組みづくりであった。また、印刷費や実施体制の確保についても懸念は大きい。これらを確保するためには、政策決定者のコミットメントと実施体制の強化が必要であり、それを得るための十分な論拠が必要と参加者から発言があった。

(1) 関係者の調整ツールとしての可能性

母子手帳の導入を、「垂直プログラムを統合し、関係者の協働体制、連携の強化を動機づける」ものにとらえることの可能性についても議論された。手帳の導入は、直接、サービスを向上させるものではないが、導入に伴って、「母性保健」「子どもの健康」「感染症対策」「家族計画」などの関係者が1つのテーブルに着き話し合う機会をもつことになる。関係者が協力して、母子継続ケア提供のための手順書を改訂する、あるいは、継続ケアの研修パッケージを策定する、異なる医療機関間の患者紹介（リファラル）のしくみを強化することなどの具体的な作業を行うことで、母子のサービスが継続ケアとして一体化して提供されるようになることが期待できる。垂直プログラムごとに資金や人員が投入されることの多い現状の下で、より効果的にMDGs4（子どもの生存）、5（妊産婦の健康改善）の達成をめざすためには、保健省内外の各垂直プログラムを担当する部署間の連携の重要性が強調されている¹³³。母子手帳の導入が、この連携の強化、ひいては垂直プログラムの統合を促進できるのであれば、グローバルヘルスの優先戦略との整合性もあり、アフリカ地域での母子手帳の導入を後押しするひとつの理由となり得る。

(2) 母親の意識・行動変容のためのツールとしての可能性

アジア・中東地域の先行事例で効果が示されたように、母子手帳はアフリカ地域でも母親の意識・行動変容に有効である可能性がある。2009年、アフリカ連合は、アフリカにおいて持続発展性のある開発を達成するためには妊産婦死亡を削減することが不可欠であると、すべての女性が質の高いセクシャル・リプロダクティブ・ヘルス・サービスを利用することをめざした「アフリカ妊産婦死亡削減促進キャンペーン」(Campaign on Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa : CARMMA)を宣言した¹³⁴。そして同キャンペーンを促進するため、アフリカ連合は2010年、「アフリカ女性の10年」を宣言し同地域の母子保健戦略として、母親の健康行動の改善を優先課題と位置づけている。この流れを汲んだためか、多くのワークショップ参加者が母親や住民の意識、緊急対応力の不足がボトルネックであると認識しており、「地域住民の意識・行動変容」「女性のエンパワメント(女性自身が自分の健康改善のための意思決定をすることなど)」のため、手帳を導入したいと発言していた。手帳活用が母親の意識、行動の変容につながることでアフリカ地域でも検証されれば、同キャンペーンの有効なツールとして、手帳を導入することができるだろう。

ただし、母親、住民への意識・行動変容の効果を調査するためには、注意が必要である。アフリカ地域では文化社会的慣習などの影響により保健サービスを利用しない層、利用することを望まない層が多く存在することが考慮される必要がある。医療機関において手帳を配布、活用する場合は、医療機関を利用しない層へのアプローチは不可能である。調査の結果は、必然的に、保健サービスを利用する層に限られる。しかしながら、医療機関を利用できない層こそ、「意識・行動変容」「エンパワメント」が最も必要とされる層である。したがって、医療機関を利用しない層に対しても、何らの働きかけにより、手帳を配布・活用し、意識・行動変容を測定することが必要である。これらの層に働きかけるためには、必然的にアウトリーチの活動が必要となる。母子保健サービスの利用促進も併せて実施されることが望ましい。

(3) 手帳が効果を上げるために必要とされる要因の検討

ワークショップ参加者が、母子手帳を導入して母子保健向上のための効果を上げるためには、「末端まで十分な母子保健サービスを提供するための人材と資源」が必要であると考えた点は、アジア、中東などの事例から導き出された「促進要因」「阻害要因」とも一致しており、過去のJICA事業にかかわった日本人専門家の見解とも一致した。一方、阻害要因については、医療サービスへのアクセスの問題、医薬品等の遅配、人材・予算の不足、脆弱な保健行政等が挙げられた。「末端まで保健サービスを提供すること」は、アジア、中東地域でも重視されているが、アフリカ地域では一層深刻な課題であると認識されていることが、ワークショップ参加者の発言から推察された。

アフリカにおける保健向上のための一般的課題として、遠隔地域における脆弱な社会インフラが挙げられる¹³⁵。電気、水道、道路などのインフラ整備と連動したマルチセクターのアプローチがなければ、遠隔地での母子保健サービスの供給が困難であることも指摘されている¹³⁶。このような遠隔地において、母子手帳の導入を検討できるのか、どのような使い方に効果があるのか、まだ知見と教訓に乏しい。加えて、アフリカでは伝統医療に対

する親和性が高い地域も散在し、たとえ母子保健サービスが提供されていても、住民側がその利用を拒絶する場合もあるという。先行事例では見いだされなかった「住民による伝統医療の志向」が、アフリカ地域に特有なもうひとつの「阻害要因」である可能性がある。

これまで得られている母子手帳の有効性の論拠は限定的であり、東アフリカ地域での有効性については、ケニアの試行からの知見などに限られている。そのため、一定規模の効果測定を行い、その結果を地域全体で共有することは、有用であろう。アフリカ諸国としても、限られた資金と人材を公正に分配して、公共事業として母子保健事業を行っていく以上、科学的根拠に基づいた、より費用対効果が高い介入に投資することをめざしており、それに応えるためにも、母子手帳をどのように使えばどのような効果が得られるか、測定し結果を蓄積することが重要である。

(4) アフリカ保健戦略からみた母子手帳のツールとしての可能性

ワークショップでの話し合いを基に、アフリカ地域の母子保健改善のため母子手帳が有効であり得るか、アフリカ連合が策定した「アフリカ保健戦略 2007-2015」などの上位戦略との関連で、以下に検討を試みる。

「アフリカ保健戦略 2007-2015」では、アフリカ地域全体での保健に関する課題を分析し、

- ① 保健システムが脆弱なことに加え、資源、資金の不足と不適切な配分により、最も支援が必要とされる脆弱な人々に保健サービスがいきわたっていないこと、保健サービスの提供に不均衡が生じていること
- ② 介入規模が保健課題と不均衡であること
- ③ 住民のエンパワメントが不足する結果、住民の健康行動に文化社会的要因が深く根づいていること
- ④ マルチセクターによる健康改善の取り組みの不足
- ⑤ 環境要因が十分に留意されていないこと

などを挙げている。これらの課題を踏まえ、アフリカ地域の保健戦略の強化のためには、各国の保健システムと保健戦略の強化、住民のエンパワメントや、開発パートナーとの連携強化を促進し、さらに、保健セクターを超えたマルチセクターでの経済発展と連動させることを提唱している¹³⁷。

母子手帳が母親の意識・行動変容、エンパワメントツールとしても有効である可能性があることは、3-2-1 (2) にて述べたとおりである。また、母性保健、新生児ケア、乳幼児ケア、栄養、予防接種、感染症対策など、異なる部局を統合したプライマリー・ヘルス・ケアレベルでの地域保健の重要性が2010年6月のアフリカ連合サミットでも議論されたが¹³⁸、前述3-2-1 (1) のように、手帳の導入は、母子保健にかかわるステークホルダーを1つのテーブルに着かせ、話し合う材料を提供するという側面で、間接的に有効である可能性が高い。このように、母子手帳の導入は、「住民側の意識・行動変容のツールとして」「母子保健に関連する垂直プログラムの統合ツールとして」限定的に有効であることが示唆されるが、保健システムの強化や、地域保健の拡充、保健人材の育成、配置、定着など、保健サービスを拡充することや、マルチセクターにおける地域開発などの重要性を説く「アフリカ保健戦略」には、直接的には貢献するものではない。したがっ

て、これらの限界を踏まえて手帳の導入を検討することが肝要である。

3-2-2 母子手帳を保健システムのなかに位置づけるために必要な要素

ワークショップ参加者は、母子手帳を保健システムに位置づけ、国レベルのプログラムのなかで中長期的に活用するためには、手帳に対する共通概念をもち、開発パートナーや関係者が連携して手帳プログラムを立ち上げること、手帳を保健セクターの優先課題として位置づけ、必要な予算と人材、実施体制を確保すること、医療従事者、関係行政官の組織能力の改善（のための研修など）を行うことなどが重要と考えた。また、既存の保健情報システム、保健人材育成・配置計画、地域保健施設の改善などとも整合性を確保することの重要性も指摘した。そして、これらを達成するためには、政策決定者のコミットメントが必要であり、そのためには他国の成功事例を研究することに加え、自国の一地域にて効果検証のためのオペレーションリサーチを行い、その結果を用いてアドボカシーを行うことも重要ではないかという提案もあった。

手帳の目的、裨益対象、活用・定着の戦略などの共通概念の形成や、自立発展性の確立を見据えた作業は手帳導入の準備期から始められることが重要とされる点は、過去のアジア中東の事例からの教訓と一致した。自立発展性のための具体的方策として、医療従事者や行政官の能力改善、官民を超えた協働体制などが提言されたのは、脆弱な保健システム、保健医療人材の質的量的不足を喫緊の課題として抱えるアフリカの実情を反映しているものとみられた。

一方、手帳の管理運用基準（ガイドライン）の策定や、モニタリングと評価、改訂のしくみづくりなどが継続性を確保するために必要である点については、参加者には明確に意識されていなかった。一般的に手帳の導入は、手帳の開発、印刷、配布というプロセスでとらえられることが多いが、手帳を管理運用していく保健省のマネジメント能力が、手帳の制度化、定着化のために必須であることは言うまでもない。したがって、手帳の導入を検討する際には、外部者は、意識的に、手帳を継続的に活用するための管理運用体制の重要性を指摘するべきであろう。

3-3 まとめ

ワークショップを通じ、東アフリカ関係者は、同地域で母子手帳を導入することが有効である可能性があり、手帳の導入によって、母子保健サービスを統合し、特に、住民による母子保健サービスの利用を促進することにより、また、PMTCTのツールとしてHIV陽性の乳幼児の早期発見、早期治療を行うことにより、母子保健を改善できるのではないかと期待している。しかしながら、同地域では母子保健サービスは必ずしも十分提供されておらず、母子手帳を導入して母子保健向上のための効果を上げるためには、サービスを質的、量的に拡充するための介入と組み合わせた導入を検討することも必要であることが確認された。また、サービスの供給側だけでなく、サービスの受益者側にも意識・行動変容を図るなどの働きかけが必要である。手帳を継続的に活用して保健システムのなかに位置づけるためには、自立発展性を確保するための戦略や開発パートナーの調整のための戦略をもつこと、管理運用体制の強化、上位保健戦略や国家開発戦略への位置づけ、地域住民の動員などを導入当初から検討することが重要であることも話し合われた。

「アフリカ保健戦略」などの上位戦略との整合性をワークショップ後に分析した結果、「垂直

プログラムの統合の動機づけとして」「母親のエンパワメントツールとして」、母子手帳はこれらの戦略の一部を実現するためのツールになることも可能であることが示唆される。しかしながら、保健システムの強化や、地域保健の拡充、保健人材の育成、配置、定着など、保健サービスを拡充することや、マルチセクターによる地域開発などには、直接的には貢献できないため、これらの限界を踏まえて手帳の導入を検討することが肝要であることが明らかになった。

ワークショップでは、各国が母子手帳の導入を検討する際、母子手帳はどのような目的で導入することが可能か、導入・定着のためにはどのような活動や戦略が必要とされるか、シミュレーションするためのツールとして「東アフリカ母子手帳導入検討のための確認項目（チェックリスト）」を作成した。チェックリストを使うことによって、手帳に対する知見に精通していない関係者においても、導入に必要な事項について十分に話し合うことが可能となる。参加各国は、ワークショップからの帰国後、母子保健の現状分析を行うとともに、チェックリストを使って、開発パートナーや保健省の関係部局などと多角的な視点から母子手帳の導入を検討することとなった。

ワークショップから得られた知見は限られたものであるが、今後の各国による検討によって、アフリカにおける母子手帳の展開可能性に関する議論が発展することが期待される。

第4章 ケニアの事例

ケニアは、母子手帳ワークショップの参加国のなかで、唯一母子手帳を開発し、散発的ではあるものの、母子手帳を使用している。そこで、アフリカにおける母子手帳の展開可能性に関する示唆を得ることを目的として、ケニアが、どのような経緯で、母子手帳を導入・開発し、どのような課題に直面しているか情報を収集し、分析した。

方法は、以下の3つである。第一に、ナイロビでの母子手帳ワークショップ開催時に行ったナイロビにおける関係者へのインタビューとナイロビ・コースト州における現地視察である。インタビューは、①政策策定者：公衆衛生省公衆衛生局長、家族保健局リプロダクティブ・ヘルス課、子ども・思春期保健課、栄養課、ワクチン・予防接種課、②開発パートナー：米国 CDC ケニア事務所、UNICEF、UNFPA、③現場における政策実施者：コースト州タイタ県保健局に対して行った。現地視察は、タイタ県の病院・保健センターと、ナイロビ市内の病院において行った（2010年2月22日～3月5日）。

第二に、母子手帳開発にかかわった米国 CDC ケニア事務所の HIV プログラムダイレクターの訪日の機会をとらえ、ケニアにおける母子手帳に関する報告会から、追加の情報収集を行った（2010年4月22日）。

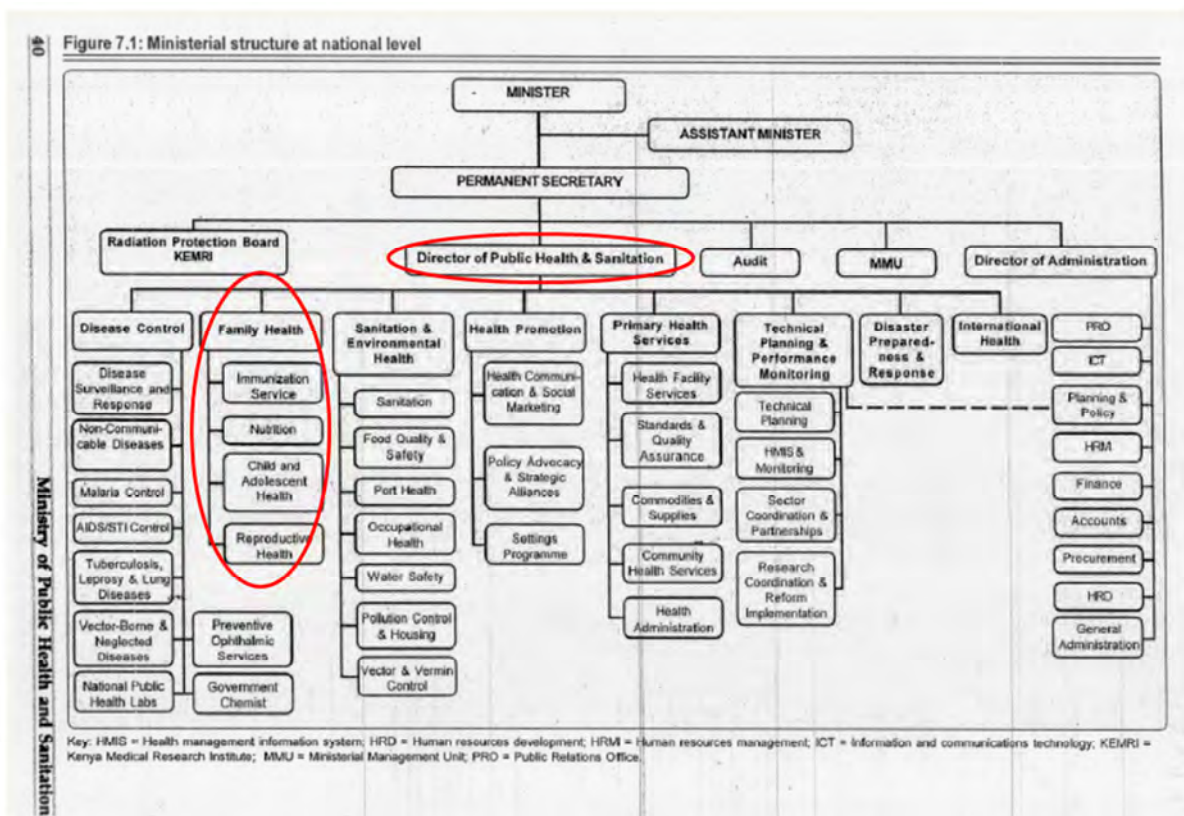
第三に、インドネシアで開催された第三国研修に技術交換として2名のケニア人関係者を派遣し、母子手帳の全国展開が行われているインドネシアの母子手帳の状況からの学びの支援を通じて、ケニアのニーズを汲み上げた（2010年7月28日～8月3日）。

4-1 結果

4-1-1 ケニアにおけるインタビューと視察

(1) 政策決定者

ケニア公衆衛生省における母子保健担当局は、家族保健局リプロダクティブ・ヘルス課、子ども・思春期保健課、栄養課、ワクチン・予防接種課である。これらの課に加え、家族保健局を統括する公衆衛生局長にインタビューを行った（図4-1）。



データ出所：Ministry of Public Health and Sanitation, Strategic Plan 2008-2012

図 4 - 1 ケニア公衆衛生省組織図

公衆衛生省の母子手帳作成の動機は、限られた予算で増加する対象人口に対する予防接種カード供給の継続性を確保すること、また HIV 母子感染予防 (PMTCT) 促進の目的から HIV/AIDS プログラム独自の冊子などが乱立するのを防ぐことであった。予防接種カードは現時点での供給に問題はないものの、カード類を 1 冊にまとめることで、印刷費を抑え、供給の継続性を確保したいと考えている。サーベイランスなどのデータ収集のツールとなることを母子手帳に期待しているのではないが、予防接種情報についてのみ、ケニア保健省の保健情報統計 (HMIS) の精度のクロスチェックに用いる構想があるとのことであった¹³⁹。

(2) 開発パートナー

米国 CDC ケニア事務所の HIV プログラムダイレクターは、日本への留学時に母子手帳を知り、PMTCT への活用を考えたという¹⁴⁰。ケニアでは、HIV/AIDS に関する偏見・差別から、患者自身が HIV 陽性であることを話しにくい、母子手帳に母親の HIV 陽性が記載されれば、効率的に HIV 陽性の母親から産まれた子どもを見分け、HIV 検査の早期実施と、HIV 陽性の場合の早期ケアの実施につなげることを期待したという。

UNICEF、UNFPA は共に、母子手帳の開発の初期段階より ICC/RH (リプロダクティブ・ヘルス分野の援助機関調整委員会) を通じて関与している¹⁴¹。ケニア公衆衛生省の決定に従い、妊産婦カードや予防接種カードの母子手帳への統合に賛同しているという。ただし、合意の形成にはそれなりの時間がかかっている。例えば、UNFPA は母親の初産からの全出

産の記録が1冊の冊子になる妊産婦手帳（子どもごとの記録シートが添付されたもの）を当初想定していたが、公衆衛生省が作成した母子手帳は、1回の出産につき1冊となるため、合意までに時間を要し、完成が1年ほど遅れたという。

調査時点では、母子手帳全国展開の開始にこぎつけたところであり、開発パートナーには印刷費支援が望まれていた。2010年4月に全国展開が発表された。

(3) 現場における政策実施者

コースト州タイタ県では、JICA 専門家（コミュニティヘルス戦略）が、地域保健施設における母子手帳の使用を確認している。USAID のプロジェクト（The AIDS, Population and Health Integrated Assistance : APHIAII）の支援で2009年に母子手帳が導入された。

保健センターの関係者は、母子手帳の導入により産前健診（ANC）から子どもの予防接種までをモニターできるようになり、仕事に役立っているとの印象をもっていた。また、手帳の紛失も、カードの紛失と比べると少ないという印象であった。

一方で、県保健局担当者は、多くの施設で母子手帳が不足していると指摘し、母子手帳の持続可能性について懸念を表明した。タイタ県保健局は、現地で活動中の開発パートナーに働きかけ、1年弱の必要数である8,000部を確保したが、その後の分は確保できていないとのことである。

また、母子手帳導入時には、研修ないしはオリエンテーションの費用がなく、県保健局担当者が保健医療施設の代表者会議などの定例ミーティングで数分間母子手帳について説明しただけで終わった。その後のフォローアップや指導・監督はできていない。現場の使用経験に基づき、改訂の提案があるが、中央の公衆衛生省にフィードバックする機会がないとのことであった。

(4) 視 察

ナイロビ市郊外の Maternal and Child Health/Family Planning (MCH/FP) クリニック、タイタ県の県病院、保健センター、ディスペンサリーを訪問し、以下の点を確認した。

第一に、家庭用保健記録の使用に人々が慣れていることである。ケニアでは、患者は初診の際20シリングで「外来患者ブック」と呼ばれる手帳を購入し、同手帳を持参する習慣があり、実際持参されている。このように家庭用保健記録を持参する習慣があるため、母子手帳を持参し忘れる母親はまれであるとのことである。

第二に、保健医療従事者は負担感と効用に関する意識の変化を述べており、使用を通じて母子手帳を受け入れてきたと思われることである。2009年に導入された当初は記載の業務が増えたので、母子手帳の記載を負担に感じたが、現在では記載にも慣れ、継続的なケアの提供のために活用できるようになったので、負担よりも効用を感じているという。なお、施設ベースの記録は重要であるため、多忙でも両方に記載しているという。

第三に、持続可能性の課題がみられることである。県保健局関係者の指摘のように、母子手帳の在庫が少なく、子どもの成長カードやノートなどで代替しているケースも多々見られた。

第四に、利用者である母親からの意見は好意的であった。限られた数ではあるが、保健医療施設に来ている母親に直接聞き取りをしたところ、以前のカード類と比べると情報量

が多く良いという意見が多かった。

第五に、病院臨床現場で使用されているということである。県病院では、持参された母子手帳の紛失を防ぐために母子手帳に2穴を開け、カルテに閉じ込み、カルテと手帳の両方に経過を記載していた。そして、退院時にカルテからはずし母子に返却していた。また、双子を出産した母親もいたが、在庫がないため、2冊目の母子手帳の代わりに予防接種のカードを与えられ、1冊の母子手帳と1枚の予防接種カードを保有していた。

4-1-2 米国 CDC ケニア事務所担当者の報告会

ケニアにおける母子手帳のパイロット事業は、PMTCT 促進を目的とした。HIV 陽性率が最も高いニャンザ州で2007年8月から1年間のパイロット事業が行われた。米国 CDC が中心となり、母子手帳の第1版を用いている。結果は、陽性の母親から生まれた乳児の HIV 検査率 (Early Infant Diagnosis 率 : EIR 率) や抗レトロウイルス薬による治療 (Antiretroviral Therapy : ART) 開始率が、他州に比べニャンザ州において高くなった (EIR 率 : ニャンザ州 39%、他州 9%、ART 開始 : ニャンザ州 80%、他州 37%。ともに 2007-08 年¹⁴²)。ニャンザ州における高い HIV 陽性率 (全国 7.1%、ニャンザ州 14.9%、2007 年¹⁴²) から、検査を受ける母数の大きさを考慮する必要があるが、それらをかんがみても、母子手帳を含んだ介入パッケージは効果があった、と理解してよい数字とのことである。研修方法の確立の必要性、個人のプライバシーへの配慮の必要性が課題として認識されている。個人のプライバシーとは、母子手帳への母親の HIV 陽性についての記載がスティグマを生じさせないか、結果として、予防接種率への負の影響がないかを懸念する関係者がいることを意味している。今後、予防接種率の低下につながらないことを、データで示す必要があるとのことであった。

4-1-3 インドネシア第三国研修

全国展開をしているインドネシアは、母子手帳に関する経験を他国と共有するため、2006年より第三国研修を実施しており、第4回目となる2010年はケニアからの研修員を受け入れた。

ケニアからの参加者は、①中央から公衆衛生省家族保健局リプロダクティブ・ヘルス課と、②地方からイースタン州地域保健サービス担当者の2名であった。2名の研修員は、積極的に全日程に参加し、地域保健サービスのツールとして、自国のコミュニティヘルス戦略、母子手帳の展開への活用を検討した。さらに、卒前教育までを視野に入れて、インドネシアの事例から学ぼうとしていた。

この過程を通じて、プロトタイプ of 工程表のなかでも、まだ着手されていない活動があることが認識された。例えば、保健医療従事者向けの母子手帳活用のためのガイドラインやマニュアル類はケニアでは開発されていないため、インドネシアで開発されたガイドライン類 (英語版) を入手し、参照することになった。

4-2 考 察

4-2-1 社会・経済指標の比較

インドネシア、パレスチナ、ケニアにおける母子手帳の標準版作成時の社会・保健指標を比較したのが表4-1である。なお、インドネシアは母子手帳に係る歴史が長いいため、施行版作成時の情報・最新情報も追加している。3カ国の標準版作成時における乳児死亡率・5歳未満

児死亡率をみると、3カ国のなかでケニアが圧倒的に悪い。しかしながら、予防接種記録の保持に関しては、ケニアはパレスチナとともに60%前後と、インドネシアの19.3%の3倍以上である。また、識字率に関しては、3カ国とも80%以上で比較的高いことが分かる。第2章2-2-1(1)の例のように、女性の識字率から妥当性を検討すると、女性の識字率が80%以上のケニアは、1次医療施設における使用が可能で、保健医療従事者の活用があれば、健康教育教材として機能する可能性が期待できるといえる。

表4-1 インドネシア・パレスチナ・ケニアにおける社会・保健指標の比較

	段階	年	乳児死亡率 ^{*1}	5歳未満児死亡率 ^{*1}	識字率 ^{*2}			予防接種記録 ^{*5,*6}	保健人材(人口1000対比) ^{*3}		
					男	女	女性のみ		医師	看護師/医師	歯科衛生士
インドネシア	試行版作成時	1993	71	111	81.5 ^{*2-a}	75.3 ^{*2-a}	21.7 ^{*5-a}	0.06 ^{*3-a}	0.63 ^{*3-a}	0.02 ^{*3-a}	
	標準版作成時	1997	45	68	87.0 ^{*1-d}	82.0 ^{*1-d}	19.3	0.10 ^{*4-a}	0.40/0.30 ^{*4-b}		
	最新情報	2008	41	31	92.0 ^{*2-b}	88.8 ^{*2-b}	36.8 ^{*5-b}	0.29 ^{*3-b}	2.04 ^{*3-b}	0.06 ^{*3-b}	
パレスチナ	標準版作成時	2007	24	37	93.9	90.5	66.7 ^{*6}	0.21 ^{*6}	0.18 ^{*6}	0.05 ^{*6}	
	標準版作成時	2009	81 ^{*1-a}	128 ^{*1-a}	86.5 ^{*2-d}	82.8 ^{*2-d}	59.9 ^{*5-i}	0.10 ^{*7}	1.20 ^{*7}	0.04 ^{*7}	

データ出所：*1 UNICEF : The state of World's Children; *1-a : UNICEF, The state of World's Children 2008, *1-d : UNICEF, The state of World's Children 2003, *2 UNESCO Institute for Statistics; *2-a : UNESCO Institute for Statistics 1990, *2-b : UNESCO Institute for Statistics 2006, *2-d : UNESCO Institute for Statistics 2008/UIS (UNESCO Institute for Statistics) estimation, *3 WHO : Global Health Atlas; *3-a : WHO, Global Health Atlas 1992, *3-b : WHO, Global Health Atlas 2007, *4 Indonesia Health Profile; *4-a : Indonesia Health Profile 1998, *4-b : Indonesia Health Profile 1999, *5 Demographic and Health Surveys; *5-a : Demographic and Health Surveys 1991, *5-b : Demographic and Health Surveys 2007, *5-i : Demographic and Health Surveys 2003, *6 Palestinian Family Health Survey 2006 (Palestinian Central Bureau of Statistics) : *6-a : Health Statistics in Palestine, Annual Report, *7 World Health Statistics 2009

4-2-2 促進要因の考察

(1) 促進・阻害要因6分類にみる共通点

第2章2-1-5では、促進・阻害要因を6群に分類しているが、そのなかから、インドネシア、パレスチナそしてケニアの3カ国に共通してみられた要因は、①中央責任官庁のコミットメント、②母子手帳導入・全国展開の動機、③ステークホルダー・パートナー機関との連携、の3点である。

第一に、中央責任官庁のコミットメントが共通にみられた。インドネシアでは保健大臣令が発出され、パレスチナとケニアでは保健大臣による母子手帳に関する宣言がされた。インドネシアの保健大臣令は、母子手帳が母子一貫の唯一の家庭用保健記録であり、保健医療従事者には母子手帳を活用する責任があることを規定している。パレスチナでは、母子手帳を全国の保健医療機関で活用することが宣言された。ケニアでは、現存する母親・子どものカード類に母子手帳が入れ替わることが宣言された¹⁴³。いずれも、既存のカード類からの移行や、開発パートナーの支援方向を整理するために、重要な役割を果たしていると思われる。

第二に、母子手帳導入・全国展開の動機が確認された。インドネシアは、コミュニティ活動を活性化するという動機から、全国展開を視野に入れたパイロット事業を経て開発され時間をかけて全国に展開していった。地方分権化により全国展開には時間がかかったが、

一方で、中央政府として母子保健のミニマムスタンダードを提示し、人々の健康への意識とニーズを高めるツールとするという母子手帳の位置づけを明確にしたところもある。パレスチナは、1994年に設立されたパレスチナ暫定政府の、国の標準を示すという動機にマッチしたと思われる。歴史も長くまた数も多い国連機関（UNRWA）、NGO、私立のクリニックに対して、政府側が国の標準を示すツールであったともいえる。ケニアでは、人口は増加傾向にあるが予算増は見込めないため、予防接種の記録用紙の印刷継続性を確保する観点から、他のカード類を統合するという動機があった。また、PMTCT 促進という動機も相まって、PMTCT の要素を含む母子手帳が開発された。

第三に、開発パートナーを含むステークホルダーとの連携が行われたことである。各国の状況を図4-2に整理した。インドネシアでは、母子手帳の開発・改訂の技術的支援は保健省の関係部局によるタスクフォースに対して JICA が直接行ったが、開発パートナーなどへの働きかけは、保健省の関係部局が中心に行い、JICA はその調整を支援する形で開発パートナーとの連携が行われた。試行地域から全国へと対象地域が広域になるにつれ、ステークホルダーは、漸次増加している。パレスチナとケニアでは、母子手帳の開発の段階のタスクフォースから複数の機関が含まれている。保健省のみならず国際機関、二国間援助機関そして NGO もかかわっている。印刷に関しては、3カ国とも多数のステークホルダーが関与している。ステークホルダーを、内部・外部という視点で整理してみると、内部ステークホルダーに関しては、インドネシアでは保健省だけでも最終的には 20 もの関係部局が関与し、内務省、職能団体など多岐にわたっている。パレスチナとケニアでも、保健省の複数の部局の関与がある。外部ステークホルダーについては、3カ国とも、国際機関、二国間援助機関、国際 NGO、ローカル NGO と、多種多様なステークホルダーがかかわっている。

インドネシア	パレスチナ	ケニア
【母子手帳開発】 ・タスクフォース(保健省とJICA) 【母子手帳改訂】 ・タスクフォース(保健省、JICA、WHO、UNICEFなど)	【母子手帳開発】 ・タスクフォース(保健省、JICA、UNICEF、UNRWA、NGOs)	【母子手帳開発・改訂】 ・タスクフォース(保健省、WHO、UNICEF、米国CDC、JHPIEGOなど)
【印刷】 ・保健省、州保健局、WB、ADB、UNICEF、UNFPA、NGOs、JICA(-2005)など	【印刷】 ・UNICEF、日本、UNRWAなど	【印刷】 ・保健省、米国CDC、JHPIEGOなど
【内部ステークホルダー】 MOH(20 sub directorates in 3 directorates general), Ministry of Home Affairs, Professional Organizations	【内部ステークホルダー】 Directorate/Divisions of PHC, Women's Health, Child Health, Nutrition, Immunization	【内部ステークホルダー】 Departments/ Divisions of Child Health, KEPI, Health Promotion, NASCOP/HIV, Nutrition
【外部ステークホルダー】 WB、UNFPA、World Vision、WHO、UNICEF、WB、UNFPA、GAVI、AusAID、USAID、EU、GTZ、IBI、Save the childrenfund、Local NGOsなど	【外部ステークホルダー】 UNICEF、JICA、UNRWA、UNFPA、WHO、Local NGOsなど	【外部ステークホルダー】 WHO、UNICEF、CDC、JHPIEGO、AMREF、USAID、GTZ、JICAなど

IBI : IKATAN BIDAN INDONESIA (インドネシア助産師協会)

KEPI : Kenya Expanded Program on Immunization

NASCOP : National AIDS and STD Control Program

AMREF : African Medical and Research Foundation (アフリカ医療救援財団)

JHPIEGO : Johns Hopkins Program for International Educational in Gynecology and Obstetrics

WB : World Bank (世界銀行)

ADB : Asian Development Bank (アジア開発銀行)

GAVI : The Global Alliance for Vaccines and Immunization

AusAID : Australian Agency for International Development (オーストラリア国際開発庁)

EU : European Union (欧州連合)

GTZ : Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (ドイツ技術協力(有))

図4-2 開発パートナーを含むステークホルダーとの連携に関する比較

(2) 開発コンセプトにみる共通点

インドネシア・パレスチナ・ケニアの事例を比較して、促進・阻害要因6分類以外の共通点が明らかになった。それは、母子手帳開発時のコンセプトである。母子手帳開発時のコンセプトを比較すると、インドネシアは、1次医療施設で提供されるべきとされた保健サービスを基準とし、同時に、インドネシアの文化・社会的適合も配慮した。日本の母子手帳をインドネシア語に「翻訳せず」、現存するさまざまなカード類の「統合」をベースにして、インドネシア版母子手帳が開発された。自分たちの手でインドネシア版母子手帳を開発したことが、ステークホルダーの主体性の醸成に貢献した。パレスチナは、インドネシアのコンセプトに加え、類似のカードや手帳を作らない“**No Duplication**”というコンセプトをもっていた。そのため開発パートナーの調整は、開発当初から必然であったといえる。他方でケニアでは、最初から **PMTCT** の要素も含む既存のさまざまなカード類の「統合」を目的とし、母子手帳が開発された。3カ国とも、現存するカード類の「統合」が母子手帳開発時のコンセプトとして共通している。

(3) プロセスに関する考察

第2章ではインドネシア・パレスチナの経験から、母子手帳の導入・展開のプロセスを5段階に整理した(図2-5)。母子手帳を導入から保健システムに位置づけるまでの主なステップは、準備、試行、全国標準版母子手帳開発、全国標準版母子手帳実施である。いずれの国でもいえることは、実施段階が進んでも、継続性にかかわるステップ、例えば母子手帳のモニタリング・報告システムが向上すること、母子手帳の活用と統計データが向上すること、高次医療施設や私立部門での母子手帳の使用が促進されること、財政的持続性が確保されることは、時間を要する課題であるといえる。

図4-3はケニアの母子手帳の状況を、図2-5に当てはめたものである。ケニアは、全国標準版の母子手帳が完成し、2010年4月に全国展開が宣言された。母子手帳の全国標準版の実施が始まったところまでステップが進んでいることを、図4-3では赤い囲みで示している。しかし、それまでのステップについては、着手されていないステップ(実線の囲み)、部分的に取り組まれているステップ(点線の囲み)があることが確認された。例えば、ガイドラインの作成や、ヘルスワーカーへの研修などはまだ取り組まれておらず、現況調査は部分的に着手されている。インドネシアやパレスチナで準備・パイロットフェーズに取り組まれた、ワークプランの作成、初期の実施メカニズムの開発、アドボカシーとプロモーション活動など(網掛け・粗い点線の囲み)は、ケニアでは全国標準版母子手帳の実施フェーズで初めて取り組まれている。つまり、これらのステップの順番に厳密に従う必要はないが、いずれは取り組まなければならないステップであるため、さかのぼって取り組む必要が生じることを示している。

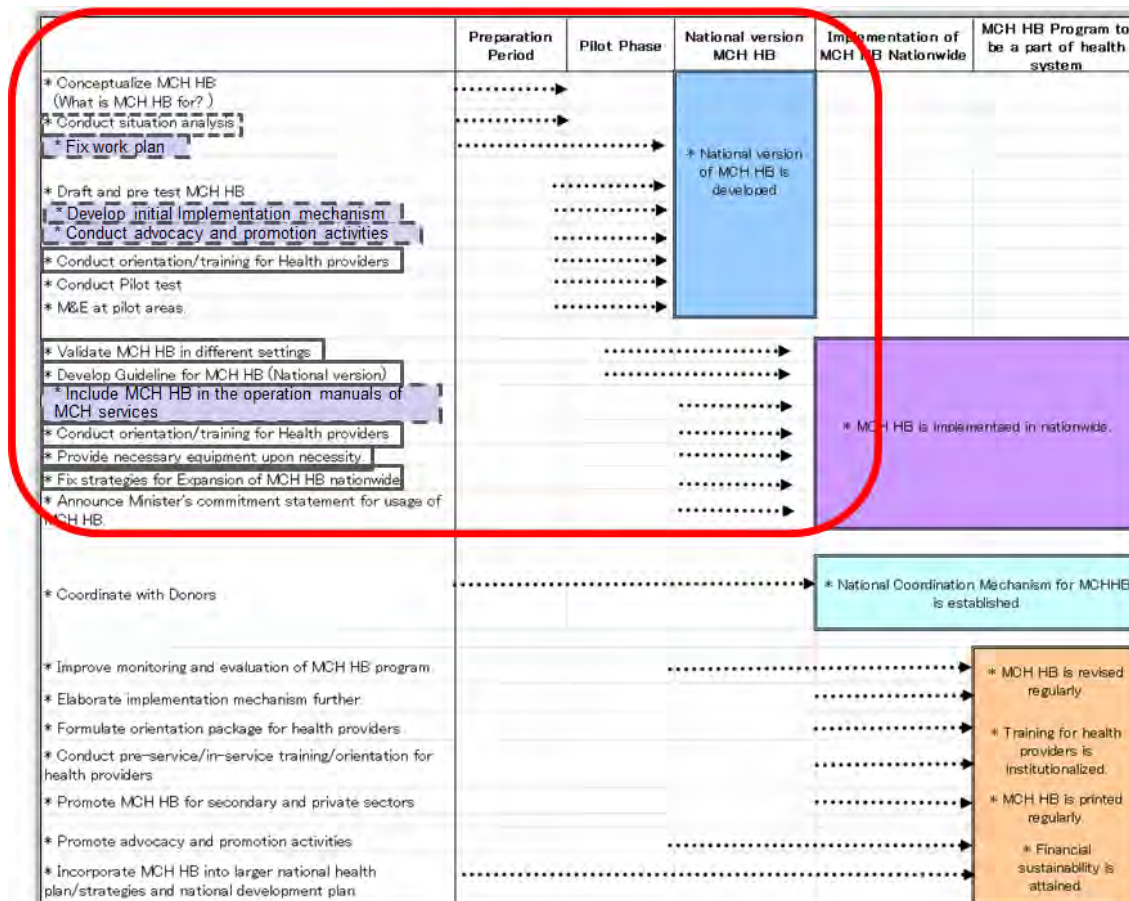


図 4 - 3 母子手帳の導入から保健システムに位置づけるまでの主なステップ（ケニア）

4 - 3 まとめ

ケニアの事例から、HIV 陽性率が高く、大きな課題となっているアフリカでは、PMTCT が契機となって母子手帳が導入される可能性があることが示唆された。PMTCT の要素が取り込まれることにより、関係する開発パートナーが更が増えることになり、また、HIV/AIDS 分野における膨大な資金の流れが存在しているため、調整がより重要となる。その際、多様なステークホルダーの利害をまとめるために、保健省による強いリーダーシップが重要であることが、インドネシア・パレスチナの事例からも共通して導き出された。主管官庁が、既存のツールの統合というコンセプトを明確にもち、コミットメントを示すことで、それらが可能になることも示唆されている。

全国版母子手帳作成後も、全国での実施、継続性確保のためのステップが、大きな課題として残っている。また、全国版母子手帳が完成しても、それまでに取り組みされていないステップがある場合、母子手帳の全国展開のプロセスで取り組まなければならないことが示された。これから母子手帳を導入する国は、このような工程表を参照することで、よりスムーズに母子手帳を導入・展開することが可能となると思われる。

第5章 JICA 事業としての留意点

これまでの母子手帳に関する支援は、日本という「母子保健法に基づく母子保健制度のなかに位置づけられて母子手帳が機能している状況」を参照して示しながら、途上国の現場で、途上国の状況に合わせた制度構築をオーダーメイドで行う支援であったといえる。オーダーメイドの事業経験から得られたノウハウあるいは教訓は、共有される必要がある。共有することによって、途上国における母子手帳を含んだ支援をどのように行えばよいのかという点を体系的に検討できるようになるからである。ここでは、今までの経験から得られた知見及び教訓に基づき、JICA 事業としての留意点をまとめた。

5-1 ツールという認識

本稿で繰り返し述べていることは、「母子手帳は母子保健改善のための手段（ツール）である」ということである。ツールであるので、状況に応じてカスタマイズするものである。さらにツールは、想定された使い方の下で効果を期待できるので、目的に応じた活用が必要である。一般的に、「母子手帳が存在しない国に母子手帳を導入すること」が母子手帳の協力であると理解されがちであるが、そのようなイメージから脱却する必要がある。

5-2 相手国についての現状把握

大切なのは、相手国の母子保健分野の問題を整理し、どのような問題を解決するツールとして、母子手帳の導入や活用促進を考えるのか、という整理から入ることである。この点の議論には十分な時間をとるべきだろう。母子手帳がもつ潜在的な機能のうちどの機能を、どのように活用することで、相手国の優先順位の高い問題の解決に役立つのかを整理をする。そして、「母子手帳さえあれば、すべてが解決される」という論理になっていないか、あるいは、いくつもある母子手帳の可能性が、すべて同時に発揮されることを期待するような、盛りだくさんのストーリーになっていないかを確認する。

母子手帳で促進される保健サービスは、母子保健に関するその国で標準的なものである。母子手帳の活用により、それらのサービスの需要が高まることが期待されるのである。ただし、必要な保健サービスの供給量自体が絶対的に不足していれば、母子手帳の活用のみで状況は改善しないことは明らかである。必要なサービスの普及が十分でない問題の背景を分析し、供給体制の強化と母子手帳に関する協力をパッケージにした支援を行うことも検討すべきである。また、他の国でも日本と同程度に母子手帳が活用されなければならない、と考える必要はない。例えば、日本のように「だれもがすべての保健医療サービスで母子手帳の便益を受けられる」状況は、「私立のクリニック、病院、公的サービスのどこでも一律に活用されている」状況であるが、途上国で再現するのは至難の業であり、必ずしもそれをめざさなければならないというものではない。

相手国の状況において母子手帳をとらえなおすことで、母子手帳の支援の優先の度合いを把握することができる。母子手帳を含む支援に高い優先順位がつかない場合、あるいは母子手帳が機能するために要する投入が大きすぎる場合などは、母子手帳の支援を見送る判断も必要である。

母子手帳によって解決すべき状況が確認されれば、そこから更なる情報収集に入る。相手国では、現在母子手帳がどのような形で存在するのか、あるいは既存のカード類はどの程度使用されているのか、などを把握していくことになる。

5-3 多様な関係者の調整

母子保健分野では、さまざまな関係者が存在しているため、彼らの活動や考え方を集約、調整して、初めて国の標準版の母子手帳を作ることができる。相手国の保健省内だけでも、予防接種、リプロダクティブ・ヘルス、子どもの健康などに係る部局が関係し、開発パートナーもさまざまな母子保健事業への支援を行っている。母子手帳の導入には、これらの関係者が共通認識をもつために、「何のために母子手帳を導入・促進し、何をめざすか」を確認し共有する作業が不可欠である。先にふれた問題分析はここにおいても重要になる。

調整には、相当の調整能力が必要とされ、数年を要している国もある。そのため、母子手帳の導入を検討する場合には、関係者の調整のための戦略が必要である。関係者の調整において重要なのは、多くの人々が納得できるロジックと根拠である。調整にかかるコストや時間を減らすためには、ロジックと根拠づくりが戦略の早期段階に含まれている必要がある。さらに、導入・促進をする国自身による主体的な調整を支援することが重要である。開発パートナーを含む多くの関係者を調整し得るのは当該国政府自身だからである。

5-4 検証と発信

現段階での母子手帳の実施に関する発表論文数は限られているが、更なる検証と発信は必要である。「何のために母子手帳を導入・促進し、何をめざすのか」という目的に基づいて、事業内容を計画し、めざした成果の計測し、発信していくべきである。

5-5 支援のあり方の多様性

支援のあり方は当然ながら、多様であってよい。例えば、支援を想定している国において、現在国の標準版となる母子手帳がなく母子手帳の開発から支援するのか、あるいは、国の標準版の母子手帳が既にあるが普及の程度が低いため実施を支援するのか、など、相手国の母子手帳の実施段階が異なれば、支援のあり方は異なる。

いくつかある支援の段階のうち、新規に開発導入を支援することに要する投入量は大きいですが、開発導入のみを、JICAの支援とする必要はない。例えば、試行版のフィージビリティに関する調査を支援する（バングラデシュ）¹⁴⁴、あるいは国の標準版策定後に各地での有効性に関する調査の実施を支援する（タイ）¹⁴⁵など、多様な支援を既に行ってきている。母子手帳も視野に入れながらの既存カードの活用（フィリピン）¹⁴⁶、標準版母子手帳のプロジェクト地域での実施支援（ラオス）¹⁴⁷、プロジェクト地域での試行情報の保健省へのフィードバック（フィリピン）¹⁴⁸も、これまで支援してきている。

既に国の標準版を作成したものの、全国展開に課題をもつ国であれば、具体的なプロセスを先発国の事例から抽出して共有するという支援もある（パレスチナ・ケニア）^{83,142,149,150,151}。さらに教訓を引き出す作業の支援、あるいは教訓を共有する支援もある。開発された母子手帳や保健医療従事者向けにマニュアルなどの英語版をポータルサイト上で閲覧可能にすることや¹⁵²、第三国研修の実施支援は、そういった支援といえる。

母子手帳を開発し導入する支援をすることだけでなく、相手国の実施段階に応じた支援をすることを、広く母子手帳の支援ととらえるべきだろう。

5-6 制度構築の視点

近年、草の根技術協力事業で母子手帳に関連する活動内容を含む案件がみられる。母子手帳の導入が最終的には制度化をめざすことが定着期の国々の事例で明らかのように、だれもが母子手帳の恩恵を得られる状態をめざすことは、制度構築支援と同じである。草の根技術協力事業においても、当然留意されるべきは、導入あるいは促進しようとする母子手帳が、その国の政策に合致したものであることである。さらに、新規の開発導入は、短期的な投入で完遂できる事業ではないという前提に立つべきであろう。一方で、草の根技術協力事業の強みが発揮されるのは、例えば試行版の小規模のフィールドテストを支援することであったり、既にある国の標準版の活用促進を支援することであったりという、現場密着型の活動ではないだろうか。あるいは、母子手帳にこだわらず既存のカード類の活用を通じたサービスの改善を、現場密着型の活動を通じて行い結果を示していくこともできるだろう。カード類の活用を通じた保健医療サービスの改善が可能であれば、将来母子手帳の導入を進めるための妥当性を高めるひとつの論拠となるかもしれない。

相手国がどのような局面にあり、相手国のだれに対して、だれが、何を支援していくのか、を考慮することは案件を計画するうえで重要である。現在、日本で母子保健の現場に携わる保健医療従事者は、母子手帳の活用の専門家であり、利用者として活用に関する経験と知見を豊富に有している。しかし一方で、制度設計や制度構築を担当してきたわけではない、という点も踏まえる必要がある。開発途上国の医療施設の保健医療従事者が、研修員として来日し日本の母子保健サービスを視察して母子手帳に関心をもち帰国しても、自国での母子手帳開発を実現しにくいことも、実は同じ構図である。これらが示唆することは、母子手帳が既に使われている国において活用の強化を支援することと、母子手帳がない国に導入して制度化することとは支援内容が異なり、後者は制度構築を必要とする保健医療行政の範疇にあるということである。

おわりに

最近、母子手帳を現代の枠組みのなかでとらえなおそうとする、日本国内の母子手帳に関する研究もみられる。藤内修二氏らの研究では、母子手帳に期待される機能を6つに分類している。すなわち「医学的な記録」「保健医療従事者との対話のツール」「個人的な記録」「情報提供媒体」に加えて、「父親の育児促進」「次世代育成」のためのツールとして、母子手帳の現代的意義を見いだしている¹⁵³。「次世代育成」とは、記録された子ども自身が、学齢期になり母子手帳を手に取り読むことで、自分自身への父や母のまなざしを確認することへの期待である。このような国内の研究の事例は、戦前・戦後の歴史をたどるまでもなく、時代の変化のなかで、母子手帳に求める意味や意義が変化することを示している。翻って開発途上国をみれば、実に多様な状況がある。当然、母子手帳の意義は国によって異なる。いうまでもなく、途上国において日本で想定されることをそのまま当てはめること自体が難しい。

本研究では、イメージが先行しがちな「母子手帳」を、母子手帳を知らない人にも説明できるよう整理することを心がけた。母子手帳を母子保健のツールととらえることで、母子手帳は状況に応じてカスタマイズできること、目的に応じた活用が必要であることを整理した。その国の人たち自身が、その国の抱える問題を改善するツールとして母子手帳を位置づけたときに、母子手帳を導入・活用促進する意味が生まれる。母子手帳を「日本の固有のもの」とこだわる必要はない。母子手帳は日本的な使われ方をしなければならないものでもない。

本研究では、さらに、制度化を促進する要因や阻害する要因を整理した。しかし、明確にこのような要件がそろえば導入できる、この要件が満たされなければできないと断ずることは難しい。帰納的に整理した要因をそろえても同じ結果が得られるとは限らないからである。整理された促進要因や阻害要因は、事業計画において前者を増し後者の回避を工夫するために活用できるだろう。ただし、少なくとも導入のめざすところは制度化であるので、既存の複数の家庭用記録類を統合して母子手帳に一本化する意向が当該国政府にあるということは、導入の支援を判断するための必要条件といえるだろう。

母と子という最終受益者の手元に置かれ、妊娠から母子を一貫したまなざしでとらえようとする一冊の冊子は、さまざまな可能性を秘めている。またそもそも個人の記録を個人の手で持つことを可能にするということは、人間の安全保障の根幹ですらあるかもしれない。しかし一方で、例えば母子手帳の供給が、日本の低い乳児死亡率をもたらしたと説明することは、あまりに極端であることは明らかである。日本における母子手帳は、法令に基づき一貫した母子保健サービスの提供システムのなかで用いられて、初めてツールとして意味をもっているのである。システム全体としてとらえなければ、ツールとして母子手帳が果たす役割もとらえきれない。母子手帳はなければならないもの (must) ではないが、あった方がよいもの (better) であり、あることをめざすべきものである。身近で大切な存在であればこそ、留意すべき点にも十分配慮しつつ、途上国の健康問題の解決に資するための可能性を考えていきたいものである。

資料：各国の母子手帳の状況

1. インドネシア
2. パレスチナ
3. フィリピン
4. メキシコ
5. ベトナム
6. カンボジア
7. ラオス
8. 東ティモール
9. ケニア
10. タイ
11. 国連パレスチナ難民救済事業機関（UNRWA）

資料：各国の母子手帳の状況

1. インドネシア

<p>母子手帳導入に関する経緯</p>	<p>1992-1994 年 JICA 技術協力「家族計画・母子保健プロジェクト」において母子手帳を開発し、中部ジャワ州サラティガ市で試行^{154,155,156,157}。</p> <p>1995-1997 年 WB ローンと JICA 人口特別機材供与、JICA 個別専門家により中部ジャワ州内 10 県と複数州に拡大。</p> <p>1997年 国の標準版として母子手帳（カタログ番号 362.198 Ind b）¹⁵⁸</p> <p>1998-2003 年 JICA 技術協力「母と子の健康手帳プロジェクト」において重点 2 州、準重点 6 州にて実施¹⁵⁹。</p> <p>2000 年 第 3 回母子手帳国際シンポジウム共催（北スラウェシ州）¹⁶⁰</p> <p>2003 年 第 4 回母子手帳国際シンポジウム共催（西ジャワ州）¹⁶¹</p> <p>2004 年 母子手帳に関する保健大臣令（No 284/MENKES/SK/III/2004）¹⁶²</p> <p>2005年 地方分権に関する予算で母子手帳に関する費目が認められ、国内全 33 州に導入。</p> <p>2006-2009年 「母子健康手帳による母子保健サービス向上（すこやか親子インドネシア）」プロジェクトでプログラム間の統合ツールとして、継続性の確保がめざされる。保健省通達 4、職能集団などによる通達 7 が発出される¹⁶³。</p> <p>2006-2011 年 第三国研修にて、ベトナム、ラオス、東ティモール、アフガニスタン、パレスチナ、モロッコ受入れ（東ジャワ、西ジャワ、西スマトラ、西ヌサテンガラ、中部ジャワ州にて計 5 回）。技術交換にて、アフガニスタン、カンボジア、ケニア受入れ^{164,165,166}。</p>
<p>標準版母子手帳の特徴</p>	<p>インドネシア語。地方版コンテンツを含めることができる。1997 年保健省と JICA 共同開発のクレジットあり。印刷費を負担をした開発パートナーなどのロゴを表記することができる。カラー。</p>
<p>保健セクターの特徴にみる促進要因・阻害要因</p>	<p>【促進要因】¹⁶⁷</p> <p>関係者のオーナーシップ（を高める工夫）：例 1）表紙はオーナーシップの象徴であり、地域のデザイン、開発パートナーのロゴ表示可、JICA の著作権なしなど、例 2）試行版作成初期から、スケールアップの段階に応じ、保健省各部局をはじめとする関係者を巻き込んだ作業を行ったこと、例 3）受益者（現場の保健医療従事者・母親）の声をニーズ・アセスメントで収集し改訂に反映し、保健医療現場、利用者の実情から母子健康手帳が乖離しないように努めたことなど。中央集権時代に始まった地方展開プロジェクトでは、パイロット事業への保健省の承認が重要。多様性への配慮。</p>

	<p>【阻害要因】</p> <p>病院、私立部門の受入れ。受入れは進んできたが、ジャカルタ市内の私立病院では、まだ母子手帳が使用されていないのが現状。地方分権への対応に模索が続く。その動向につき引き続きフォローが必要。</p>
手帳を最初に導入した理由、必要性、目的 (ステークホルダー)	<p>既存のカードの統合+健康教育教材。本邦研修帰国後のカウンターパートが契機になった。ポシアンドウ活動の活性化のモメンタムという期待もあった¹⁶⁸。</p> <p>(JICA 家族計画母子保健プロジェクト、中部ジャワ州保健省出張所・衛生部、サラティガ市衛生部、保健省地域保健総局)</p>
全国展開した理由、必要性、目的 (ステークホルダー)	<p>サービスへの需要喚起のツールとして、P4Kのツールと位置づけられる。</p> <p>(保健省：地域保健総局、病院総局・感染症総局・保健省研究所・保健省人材研修所、内務省、職能集団：助産師協会・産科医会・小児科医会、宗教系医療機関：Perdaki、Muhamadia、開発パートナー：WHO・UNICEF・AusAID・USAID・EU・ADB・WB・WFP・GAVI-HSS・Save the children ほか)</p>
地域版の作成・活用の理由 (ステークホルダー)	<p>独自財源による印刷を行っている州・県、印刷費支援の開発パートナーなどのオーナーシップを高める。例) 標準的な内容を順守し、表紙を独自にデザイン(写真)することで住民あるいは組織のオーナーシップを高める。</p> <p>先進的な取り組みをしている州・県のオーナーシップを高める。例) 離乳食や子どもの発達モニタリングなど、地域で選択した内容を含める。国内の地域格差に対応する。例) 保健指標が悪い東部地域での活用のため、イラストの変更及びマラリアなど地域特性のあるメッセージを含める。</p> <p>(保健省、GAVI-HSS、UNICEF、JICA すこやか親子インドネシアプロジェクト)</p>
主な地理的範囲	<p>全国。ただし、州・県ごとに普及の度合いは異なる。また、2次医療施設あるいは私立部門については、普及の度合いは1次医療施設よりも限られる。</p>
主に使用する施設	<p>公的1次医療施設：保健センター、村の助産所</p> <p>公的2次医療施設：県病院・州病院</p> <p>私立医療施設：助産師のクリニック(開業規則に含まれる)、一部私立病院など</p>
既存の家庭用保健記録	<p>妊産婦カード：～1997(母子手帳以降、保健省から配布はない)</p> <p>子どもカード(成長モニタリング+予防接種)：対象妊婦数必要冊数の母子手帳が供給されるまでの暫定措置として～2010¹⁶⁹</p> <p>子どもの発達カード：～1997(母子手帳以降、保健省から配布はない)</p>

2. パレスチナ

母子手帳導入に関する経緯	<p>2005年9月 タスクフォースを設立し、ドラフトの作成を開始。</p> <p>2005年7月 (パイロット版) 母子手帳作成。</p> <p>2007年9月 母子手帳全国標準版完成。</p> <p>2007年11月 保健大臣が母子手帳を全域で使うことを宣言。</p> <p>2008年2月 (全国標準版) ガイドラインに保健大臣によるコミットメントステイトメントが含まれ、正式承認された¹⁷⁰。</p> <p>2008年4月 西岸全域(保健庁、UNRWA、主要 NGO クリニック)で母子手帳の活用開始^{171,172}。</p> <p>2009年1月 ガザ(UNRWA クリニック) 母子手帳の活用開始¹⁷³。</p> <p>2009年4月 「国家母子健康手帳調整委員会」が設立され、保健庁が開発パートナー等と定期的調整開始(ガザもテレビ会議にて参加)¹⁷⁴。</p> <p>2009年6月 西岸、ガサの政治的情勢不安のためガサとの調整を一時凍結。</p> <p>2009年9月 ガイドラインの改訂作業を開始。</p> <p>2010年6月 母子手帳マニュアル(ガイドラインを改訂した基準書)がPHC 局長・病院局長により承認¹⁷⁵。</p> <p>2011年3月時点では、ガザの保健庁管轄の1次医療センターでも手帳が活用されていることが報告されている¹⁷⁶。</p>
標準版母子手帳の特徴	<p>アラビア語。WHO 新成長曲線を導入。カラー。妊娠期、出産、産後、子どものページを色分けし、イラストを多用している。父親の役割にも言及し、母親自身が子どもの成長などを記入するページあり。表紙に、JICA からの技術協力により作成されたという記載あり。著作権は保健庁¹⁷⁷。</p>
保健セクターの特徴にみる促進要因・阻害要因	<p>【促進要因】¹⁷⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健庁の主体性、コミットメントと高いモチベーション。 ・ 保健セクターを担う複数の機関(保健庁、UNRWA、NGO、民間)による連携強化の必要性が高かった。 ・ 保健セクターに対する日本政府からの資金協力(UNICEF 無償、UNRWA 無償、UNFPA 無償など)が効果的に活用できた。 ・ 人口規模が小さく(370万人)、アラビア語が唯一の公用語である、女性の識字率が90%以上と高い。 <p>【阻害要因】^{179,180}</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 紛争による移動制限、保健サービス提供の断絶などによる、保健指標の悪化、保健人材、保健予算の不足。 ・ 保健庁の二重構造 (西岸保健庁・ガザ保健庁)

手帳を最初に導入した理由、必要性、目的 (ステークホルダー)	母子保健サービスと健康教育メッセージを標準化するツールとして、また、紛争による移動制限のあるパレスチナでは、母子の健康記録を母親が管理する家庭用保健記録の必要性が高かった。(パレスチナ保健庁、JICA、UNICEF) ¹⁸¹
全国展開する理由、必要性、目的 (ステークホルダー)	複数機関の母子保健サービスと記録様式、健康教育メッセージを統一化する必要性が高かった。(パレスチナ保健庁、JICA プロジェクト、UNICEF、UNRWA、UNFPA、現地 NGOs 等が構成する国家母子手帳調整委員会とタスクフォース) ^{182,183}
主な地理的範囲	パレスチナ全域(西岸地域、ガザ地域)
主に使用する施設	保健庁、UNRWA、主要 NGO の 1 次、2 次医療機関。私立医療機関では未使用 ¹⁸⁴ 。
既存の家庭用保健記録	予防接種カード

3. フィリピン

母子手帳導入に関する経緯	<p>1994-1997 年 JICA 技術協力プロジェクト (1) : 家族計画・母子保健プロジェクト (I) でタラック州において母親学級の教材として、記録部分も付加した形で母子手帳を開発 ¹⁸⁵。</p> <p>1998-2002 年 JICA 技術協力プロジェクト (2) : 家族計画・母子保健プロジェクト (II) では、廉価版を Region III の複数州でプリテスト後改訂し、パイロット保健所地域で試験的に配布、モニタリング。その他保健所地域では、主に既存の子どもカードを使用した ^{186,187,188,189,190}。開発福祉支援事業でブラカン州に支援、ジョンズホプキンス RH プログラム (USAID) との連携のなかでの母子手帳供与 ¹⁹¹。プロジェクト地域のいくつかの町で町予算での印刷配布 ¹⁹²。</p> <p>2003-2005 年 保健省、JICA、UNICEF、WHO が標準版作成を始める ¹⁹³。保健省、UNICEF、UNFPA 標準版として「BOOKLET NI MOMMY AT BABY」を完成 ¹⁹⁴。</p> <p>2005 年 JICA、UNICEF、複数州に対して標準版母子手帳を 10 万部印刷して配布。JICA 技術協力プロジェクト (3) : 母子保健プロジェクトで母子手帳を活用 ¹⁹⁵。</p> <p>2008 年 保健省コルディラ地域局のイニシアティブで、プロジェクトで地方色を出したコルディラ地域 (CAR) 版母子手帳 (使用言語英語) を「家族手帳」として作成・使用 ¹⁹⁶。</p> <p>2011 年 保健省東ビサヤ地域局で域内用にビサヤ語版母子手帳を一部変更のうえ、印刷。</p>
全国標準版の特徴	既存のカード類を統合した内容。英語、タガログ語、ビサヤ語版の、複数の地域言語に翻訳したものがある。

<p>保健セクターの特徴 にみる促進要因・阻 害要因</p>	<p>【促進要因】¹⁹⁵ 施設分娩 100%を推進するため、農村保健センター（RHU）での分娩推進の施策が進んでいる。また、健康保険への産前健診・分娩費用支払い請求手続きにおいて、母子手帳の記録は有用。</p> <p>【阻害要因】^{13,187,193} 保健省の権限の地方政府への移譲によって、保健省の業務は政策策定・調査・評価などに限定されており、保健サービスの実施は地方政府首長の政治的判断と予算の有無等に依存する。母子手帳の印刷は地方政府（市・町）の責任だが、自治体の予算不足により十分印刷されていない場合がある。保健施設に複数存在する台帳類への記入が、保健医療従事者に負担となっている。現場（＝自治体）のニーズ「単価を安くする」と政策（＝保健省あるいは保健省地域保健局）のニーズ「より多くの最新情報を掲載する」の乖離がある。</p>
<p>手帳を最初に導入した理由、必要性、目的 （ステークホルダー）</p>	<p>母親教室の教材が第一義であったが、記録部分を加えたため母子手帳の形式になった（第 1 フェーズ：JICA 家族計画母子保健プロジェクト、タラック州母子保健委員会）。カード類の普及率は低かった。プロジェクト地域内での継続性を勘案し、既存母子カードを合冊した廉価版を作成。調整コストを考え、保健省、開発パートナーへの働きかけを行う。試行地域では、町長などに働きかけ、町予算で印刷配布する町が出るなど、地方分権下での普及法を確認した（第 2 フェーズ：JICA 家族計画母子保健プロジェクトフェーズⅡ、保健省母子保健課及び事務次官^{193,197}）。</p>
<p>標準版作成の背景 （ステークホルダー）</p>	<p>2003 年、母子手帳をツールとした妊産婦健診・乳児健診の質的向上をめざした活動の全国展開のための協議と母子手帳の見直しが始まる（保健省、JICA、UNICEF、WHO）。①保健省は内容を充実させたく大容量を希望、JICA は供給する地方自治体の負担を懸念してページ数の削減を提案、②地方言語や文化配慮から翻訳や調整に時間がかかるなどの理由から協議は難航¹⁹³。2005 年に標準版完成。</p> <p>（保健省疾病予防管理センター・家族保健・栄養課、UNFPA、WHO、関係 NGO、AusAID、JICA 等で構成される母子手帳改訂委員会、印刷において Early Child Development：宝くじの基金による運営団体）</p>
<p>地域版の作成・活用の理由 （ステークホルダー）</p>	<p>地方分権のため地域版作成は可能。家族計画に関するテキスト的な存在が少ないなか、妊婦に届く情報源。従来のカードではなく健康教育のための情報を併せもつ母子手帳を、コミュニティレベルの出産計画の準備、役割分担を促進していくうえで役割分担を記録する媒体として、あるいは産後の家族計画に活用した。地方色を特徴とした版を作成した。（JICA 母子保健プロジェクト・コルディア地域版）</p>
<p>主な地理的範囲</p>	<p>全国。地方分権のため、使用されている度合いを把握することが困難であるが、普及率あるいは利用の度合いは低いと予想される¹⁹⁸。</p>

主に使用する施設	公的 1 次医療施設； バランガイ保健所（BHS）・農村・町保健センター（RHU）など
既存の家庭用保健記録	<ul style="list-style-type: none"> ・ 乳幼児健診カード ・ 妊婦カード ・ 書店で有料の母子手帳（私立クリニックで使用）

4. メキシコ

母子手帳導入に関する経緯	<p>1996 年 技術協力プロジェクト「メキシコ家族計画・母子保健プロジェクト（1992-1998 年）の活動として、母子手帳パイロット版第 1 版を作成し、ゲレロ州のパイロット地区の 1 つであったコスタ・グランデ郡で 6 カ月間試行¹⁹⁹。</p> <p>1998 年 プロジェクトで母子手帳パイロット版第 2 版を作成³。</p> <p>1998 年 3 月-1999 年 8 月 プロジェクト終了後フォローアップにより、ゲレロ、ベラクルス両州のパイロット地区において 1 年半の試行及び調査実施²⁰⁰。</p> <p>1999 年 中央保健省リプロダクティブヘルス局が全国統一版（母子手帳第 3 版）を作成し、JICA 事務所の印刷費支援を受けて印刷²⁰¹。</p>
保健セクターの特徴にみる促進要因・阻害要因	<p>【促進要因】²⁰¹</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療サービスの提供、健康教育、レファラルを保障するような末端までの保健医療サービスが存在し、機能していた。 ・ 利用者（母親）のカード類を大切にしている意識が高かった。 <p>【阻害要因】²⁰¹</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 政権が替わることにより、政策も変わり、人材の異動も発生する。 ・ 中央、州レベルの保健行政側のモチベーションが低かった。
手帳を最初に導入した理由、必要性、目的（ステークホルダー）	現場で十分使いこなされていないと思われる各種予防接種記録や妊娠記録などをまとめる、という日本側の提案による ^{3, 201} 。既存の記録システムとの重複を理由に母子手帳の導入に関する理解が進まず、健康教育の教材としての側面を強調して開発された ³ 。（JICA プロジェクトの活動中には、開発パートナーとの調整はない）
主な地理的範囲	一部地域で 2007 年の印刷分が確認されたが、詳細は不明 ²⁰² 。
既存の家庭用保健記録	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予防接種カード（母子それぞれ） ・ 妊産婦カード

5. ベトナム

母子手帳導入に関する経緯	1998 年 ゲアン省リプロダクティブヘルスプロジェクトで、妊産婦記録カードに子どもの記録を添付した手帳を使用開始。（フェーズ 1：1997-2000、フェーズ 2：2000-2005、フェーズ 3：2006-2009） ³⁴
--------------	--

	<p>1998年 ベンチェ省で障害児活動支援を行っていた日本のNGO「ベトナムの子ども達を支援する会」が、ベンチェ省人民委員会に母子手帳の導入を提案。ベンチェ省の7村で使用開始²⁰³。</p> <p>2004年 同省内全160村に使用が拡大²⁰³。</p> <p>2006年 ベンチェ省で第5回国際母子健康手帳シンポジウム開催²⁰³。</p> <p>2009年 保健省が全国標準版母子健康手帳とガイドラインを作成²⁰⁴。</p> <p>2009年 ハザン省で試行開始²⁰⁴。</p>
<p>全国標準版母子手帳の特徴</p>	<p>絵が少なく、文字が多い。異常の場合の記載箇所が黄色いため、黄色い箇所に何か書かれていたら、文字が読めない母親でも何かしらの異常があることが分かる。</p>
<p>保健セクターの特徴にみる促進要因・阻害要因</p>	<p>【促進要因】³⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 政策的には、中央集権国家であり、国家政策として策定することで各省でも普及が可能である。文化的にも、将来的には少数民族に対する配慮が必要であり、北部・中部・南部間での地域差はあるが、民族的なまとまりもあり、共通の政策を導入しやすい。 ・ 保健医療サービスが村レベルまで普及している。各村に保健医療機関があり、保健医療スタッフが24時間体制のシフト制で勤務しており、サービスを提供している。集落レベルで働いているボランティア・ヘルス・ワーカーの活動も活発である。 <p>【阻害要因】^{34,205}</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 母子保健（公衆衛生）と母子医療（臨床ケア）が乖離している。地方では一体化している場合もあるが、特に大都市では保健省のコントロールが及ばない専門病院が独自の役割を担っている。 ・ 全国展開にあたり、母子手帳とガイドラインの印刷費、省幹部から集落で活動するボランティア・ヘルス・ワーカーまで、各レベルの関係者に対する研修費が必要となるため、それらの費用と、その後の継続的な印刷資金の確保が財政面の大きな課題である。 ・ 保健医療従事者にとっては、母子手帳への記入という新たな業務が増えるために、ベンチェ省で導入が開始された初期のころはあまり歓迎されなかった。導入時の抵抗をどう乗り越えるかが課題となる。 ・ 保健省は政策策定するが、政策実施資金を地方に配分しないため、全国で政策を実施するためには、各省の理解や協力が重要となる。 ・ 予防接種のカードの普及率が既に高く、これを統合するための政治判断あるいはそのための根拠が必要となる。
<p>手帳を最初に導入した理由、必要性、目的 (ステークホルダー)</p>	<p>障害のリスク予防や早期発見・診断 (日本のNGO「ベトナムの子ども達を支援する会」、ベンチェ省保健局)</p>

全国展開する理由、必要性、目的 (ステークホルダー)	母子保健に関するさまざまな記録様式が混在するため、統一によるメリットが見込まれる。 (日本の NGO「ベトナムの子ども達を支援する会」、大阪大学、保健省、女性連合、JICA)
主な地理的範囲	ベンチェ省、ハザン省
主に使用する施設	公的 1 次医療施設：コミュンヘルスセンター、郡病院、MCH センター 公的 2 次医療施設：省病院
既存の家庭用保健記録	<ul style="list-style-type: none"> ・ 妊産婦手帳 (Home-based Mother's Record : HBMR) (JICA ゲアン省リプロダクティブヘルスプロジェクトでは、HBMR に子どもの記録を加えて活用) ・ 予防接種カード (~2009 年) ・ 予防接種手帳 (2010 年から)

6. カンボジア

母子手帳導入に関する経緯	<p>2007-2008年 信州大学など研究グループが母子手帳試作版を作成し、コンポンチャム州の 2 地区でパイロットテスト²⁰⁶。</p> <p>2007 年 「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」で、母親健康手帳印刷供与²⁰⁷。</p> <p>2010 年 1 月 Save the Children, University Research Committee (URC)、Reproductive Health Association of Cambodia (RHAC) が、他州への拡大を計画し、改訂版第 1 版作成²⁰⁸。</p> <p>2010 年 8 月 コンポンチャム州以外への拡大を政府が承認したため、第 2 版をバタンバン州でプレテスト²⁰⁸。</p>
開発された母子手帳の特徴	クメール語。既存のカード類の統合と、健康教育教材。
保健セクターの特徴にみる促進要因・阻害要因	<p>【促進要因】 パイロット地におけるデータ収集が行われている。</p> <p>【阻害要因】^{206,209} 普及すべき母子保健サービスの絶対的な供給量がまだ不足しており、保健人材も絶対的に不足している。脆弱な保健システムのなかで開発パートナーを中心とする多様なアクターが活動し、多様なサブシステムが存在する。保健省下において、(母子手帳のように)何かしらの統一された制度を全国に広め、かつそれをモニターすることが困難。パイロット地域以上に広げるには、ドナー、関係者(保健省内など)の利害関係、政治などが影響する。現行のカード類は、保健医療従事者が最低限利用するものになっていることから推測して、モニタリングなど追加的な投入なしには、女性・家族・保健ボランティアによる母子手帳などの利用は限定的かもしれない、という指摘もある。</p>

手帳を最初に導入した理由、必要性、目的 (ステークホルダー)	IMR（乳児死亡率）、MMR（妊産婦死亡率）が高いが、農村部の家庭分娩率が70%で分娩前後の記録がなく、死因等の詳細が分からない。産前健診、生後1カ月の予防接種時の記録があるがその間の記録がない。既存の記録は母親と子どもの記録が分かれており、これらをつなぐツールとなることを母子手帳に期待した ²⁰⁶ 。 (信州大学・愛知看護大学、Save the Children Australia、URC、RHAC、Reproductive And Child Health Alliance)
全国展開するための課題	研究プロジェクトのうち試行実施を委託された Save the Children オーストラリアが他の NGO と拡大を計画し、改訂版を作成。政府のコミットメントをどのように取り付けるかが課題。小さなプロジェクトから開始し、徐々に広域に展開する方針をとったが、母親用の記録媒体を改善し広める活動を進める WHO と調整が必要であり、全国展開には開発パートナーの調整が必須となる。
主な地理的範囲	コンポンチャム州
主に使用する施設	第1次保健施設：保健センター
既存の家庭用保健記録	予防接種カード（子ども：UNICEF）、新生児破傷風カード（女性・妊婦）、妊婦健診カード（WHO）、家族計画カード（UNFPA）、小児手帳（国立小児病院：WHO）

7. ラオス

母子手帳導入に関する経緯	1995 年ごろ 各地で小規模の団体等が地方レベルの取り組みとしてそれぞれ別の母子手帳を使用していた。JICA 関連では、シエンクワン県、ビエンチャン市で JOCV（青年海外協力隊）が導入 ²¹⁰ 。 2002 年 標準帳が作成され、プロジェクト対象 6 県で使用（UNICEF 財源） ²¹⁰ 。 2004 年 日本ロータリーの支援により、UNICEF 支援版を改訂した第2版を1万部作成。ビエンチャン市の主要病院を含み、全域で母子手帳を配布 ²¹¹ 。 2006-2007 年 JICA 技術協力プロジェクト「子どものための保健サービス強化プロジェクト（キッズスマイルプロジェクト）」対象地域のうち、ビエンチャン県で日本ロータリー支援版を使用 ¹⁴⁸ 。 2007 年 母子手帳改訂作業（母子センター）：小児栄養と予防接種 ^{210,211} 2008 年 全域で使用（財源：WHO2 県・GAVI15 県） ²¹⁰
開発された母子手帳の特徴	ラオ語。既存のカード類の統合と、健康教育教材、カラー。

保健セクターの特筆すべき特徴	<p>【促進要因】¹⁰⁰ 予防接種事業、母子保健事業を統合した戦略ができ、統合した記録ツールとして、母子手帳の可能性がでてきた。開発パートナーの数は比較的少ない。立派な装丁でカード類に比べて紛失されにくい。</p> <p>【阻害要因】¹⁰⁰ 財政、人材の能力に制約がある。保健関係の公的セクターの職員層が薄く、保健セクターで活発に働ける人材が少ない。地方の人材不足に加え、中央政府の人材の層が薄い。小学校卒業未満の母親では、母子手帳の内容の理解が困難と思われる。山岳部等アクセスの悪いところでは非識字率が高い。記入のため中央・地方の保健人材に対するトレーニングが必要。既存のカード類の整理と調達の統合など、検討されているかについて情報が無い。</p>
手帳を最初に導入した理由、必要性、目的 (ステークホルダー)	<p>各団体の意図について情報が十分ではない。</p> <p>JICA 子どものための保健サービス強化プロジェクト（キッズスマイルプロジェクト）での活用の理由は、ビエンチャン県保健局の要望から（本邦研修後）。標準版があり、研修内容も決まっていたため、支援が可能だった。また母子手帳の調達に際し、郡病院において回転資金として運営した。</p> <p>（日本ロータリー財団、JICA など）</p>
広域展開をした理由、必要性、目的 (ステークホルダー)	<p>母子の健康促進、妊娠から子どもまでの家庭用保健記録、出生登録、成長発達モニタリング、予防接種の記録の目的²¹¹。印刷支援をした UNICEF、WHO の意向の反映度合いは不明。</p> <p>（母子保健センター、UNICEF、WHO、GAVI）</p>
主な地理的範囲	<p>全国、ただし普及状況に関する情報は不足している。</p>
主に使用する施設	<p>1 次医療施設：保健センター 2 次医療施設：郡病院</p>
既存の家庭用保健記録	<p>妊婦健診のカード、破傷風接種の記録カード、子どもの予防接種カード、家族計画のカード、郡ごとに独自の健康カードをもつ郡もある。</p>

8. 東ティモール²¹²

母子手帳導入に関する経緯	<p>2003 年 UNICEF、保健省が中心となり、WHO、UNFPA、国内・国際 NGO を含むその他の開発パートナーとの協力の下、全国統一版母子手帳が作成された。</p> <p>2004 年 日本政府の資金援助（無償資金協力）により、初回 9 万 3,000 部が印刷、配布された。UNICEF は 2000 年ごろから母子保健分野で毎年日本政府の無償資金協力を受けており、現在までに累計額 8～9 億円になる。</p> <p>2006 年 現在使われている第 3 版作成、印刷。</p>
--------------	---

全国標準版母子手帳の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ テトウン語 ・ 記録中心 ・ 健康教育部分、インドネシア版母子手帳を参考 ・ 著作権 UNICEF
保健セクターの特徴にみる促進要因・阻害要因	<p>【促進要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 紛争後、保健情報システムなどが整備されておらず、母親・子どもの記録様式や情報が必要とされていた。ほかに記録媒体がなかったため、母子手帳を導入するタイミングがよかった。 ・ 国連機関の影響力が強かったため、UNICEF が保健省と綿密に協力して母子手帳の導入・展開を進めることができた。 ・ 国の戦略として継続ケアの推進があるので、母子手帳の活用は、国の戦略に合致している。 <p>【阻害要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症対策、EPI など縦割りプログラム間での連携が希薄で、統合アプローチをどのようにとっていけるかが課題である。 ・ 母子手帳担当の保健省母子保健局と、ロジスティック担当部署間の連携が十分でなく、保健医療施設への母子手帳の供給が遅れる場合がある。 ・ 母子手帳の印刷費や研修などの予算が確保されていない。保健省の取り組みが弱く、責任の所在が不明確。 ・ 貧弱なインフラ、不十分なアウトリーチサービス、限られた人材と運営能力の不足、人々が保健サービスに求める要求水準の低さ。
手帳を導入した理由、必要性、目的（ステークホルダー）	<p>インドネシアの母子手帳の経験を基に、復興支援として、全国展開を前提に母子手帳を導入した。</p> <p>（UNICEF、保健省が中心となり、WHO、UNFPA、国内・国際 NGO が協力）</p>
主な地理的範囲	<p>全国（ただし、2009 年保健省実施のアセスメント結果で使用状況が良いと判断されたのは、全国 65 カ所のコミュニティ保健センター中 3 カ所、及び全国 185 カ所の保健ポスト中 22 カ所）</p>
主に使用する施設	<p>公的 1 次医療施設：コミュニティ保健センター、保健ポスト</p>
既存の家庭用保健記録	<p>なし（独立前は、インドネシアのカード類が使用されていたと思われる）</p>

9. ケニア

母子手帳導入に関する経緯	<p>2005 年 保健省、米国 CDC が中心となり、他の開発パートナーと共に母子手帳の開発を始める（～2007 年）。</p> <p>2007 年 米国 CDC が、ニャンザ州で母子手帳のパイロット事業を開始する（～2008 年）。</p> <p>2009 年 全国標準版母子手帳として改訂。</p>
--------------	--

	<p>2010年 ナイロビにて、JICA・大阪大学・AMREF・ケニア公衆衛生省・ケニア医療サービス省などが共催で母子手帳の国際ワークショップを開催。</p> <p>2010年 保健大臣が母子手帳がすべてのカード類に取って代わることを宣言。</p>
全国標準版母子手帳の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 表紙はスワヒリ語記載もあるが、中身は英語。 ・ PMTCT、駆虫剤のモニタリングツールとなっている。 ・ 破損防止のために、ビニール袋が母子手帳とセットになっている。
保健セクターの特徴にみる促進要因・阻害要因	<p>【促進要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健医療施設に患者が手帳を持参して処方内容を記入してもらうシステムになっているため、母子手帳を保健医療施設に持参する素地がある。 ・ コミュニティヘルス戦略が推進されており、2011年より CHW（コミュニティ・ヘルス・ワーカー）育成研修のなかのモジュールに母子手帳が組み込まれ、母子手帳を活用した母子保健活動が期待できる。 <p>【阻害要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2008年より、保健省が公衆衛生省と医療サービス省に分離し、保健センター以下は公衆衛生省の所掌、県病院以上は医療サービス省の所掌となり連携が課題となっている（2012年8月の大統領選後に、両省が再度統合する予定である）。
手帳を最初に導入した理由、必要性、目的（ステークホルダー）	<p>母親の HIV ステータスを容易に判別し、子どもの HIV 検査率を向上させ、ARV 投与を早期に開始するために、PMTCT のツールとして活用する。 〔保健省（当時）、米国 CDC、WHO、UNICEF、UNFPA、JHPIEGO など〕</p>
標準版作成の背景（ステークホルダー）	<p>上記理由に加え、増加する子どもの数に対して限られた予算のなかで、予防接種カードの印刷の継続性を確保すること、また HIV 母子感染予防（PMTCT）促進の目的から HIV/AIDS プログラム独自の冊子などが乱立する状況を防ぐため。</p> <p>（公衆衛生省、医療サービス省、米国 CDC、WHO、UNICEF、UNFPA、JHPIEGO、Path Finder、Walter Reed、GTZ、AMREF など）</p>
主な地理的範囲	<p>現在母子手帳の使用が確認されている州は、ナイロビ州、コースト州、ニャンザ州、リフトバレー州。開発パートナーが印刷すれば、活用する、というように散発的に活用されている。</p>
主に使用する施設 ^{*6}	<p>公的 1 次医療施設：ディスペンサリー、保健センター</p> <p>公的 2 次医療施設：県病院</p> <p>公的 3 次医療施設：州病院</p>

^{*6} ケニアでは、保健医療施設を 6 次分類している。1 次レベル；コミュニティ、2 次レベル；ディスペンサリー、3 次レベル；保健センター、4 次レベル；県病院、5 次レベル；州病院、6 次レベル；国立病院

既存の家庭用保健記録	<ul style="list-style-type: none"> ・ 妊婦健診カード ・ 予防接種カード ・ 成長モニタリングカード ・ PMTCT カード
------------	--

10. タイ

母子手帳導入に関する経緯	<p>年代不明 JICA 専門家からアイデア及び技術面での支援を得る²¹³。</p> <p>1983年 パイロット地区で母子手帳導入²¹³。</p> <p>1985年 保健省が中心となり国の標準版として母子手帳を作成（12 ページ）し、公共医療施設にて産前健診を受けるすべての妊婦に配布^{214,215,216}。</p> <p>1988年 公立病院（郡病院）で広域に使用^{214, 215}。</p> <p>1989-2008年 改良²¹⁶。</p> <p>1991-1996年 JICA 家族計画母子保健プロジェクトにて母子手帳記入率調査を実施、また母子手帳セミナーを開催²¹⁷。</p>
標準版母子手帳の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・ タイ語及びミャンマー語、A5 判、52 ページ（2009）、カラー、イラストは漫画風、表紙ピンク色 ・ 妊娠中の注意事項をすごろく風のイラストで解説（出産すると上がり） ・ 離乳食の説明は食材の種類とポーションをカラー写真で表示 ・ ユーザーによる記入欄あり（母子手帳に記される子どもの発達状態に適応した年齢を記入）
保健セクターの特徴にみる促進要因・阻害要因	<p>【促進要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 基礎保健ケアプログラムが 1980 年から国のレベルで開始された（母子手帳は母子保健を促進するもので合意を得やすかった）²¹³。 ・ 開発当初から中央政府予算にて印刷。 <p>【阻害要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 複数の記録用紙を統合することへの関係部署の合意を得る作業²¹³。 ・ タイ語及びミャンマー語版のみのため、山岳少数民族、イスラム系住民、ミャンマー以外の移住労働者への対応が困難²¹⁴。 ・ 医療従事者及び母親等の利用者による活用が低い²¹⁴。 ・ 今後地方分権に伴い、州単位で作成する可能性あり²¹⁴。 ・ 私立病院やクリニックでの出産が増加傾向だが、公立の施設のみで配布²¹⁵。 ・ 医療従事者の教育機関における母子手帳に関するカリキュラムがない²¹⁵。
手帳導入の理由、必要性、目的（ステークホルダー）	<p>理由：それぞれ違う部署が担当し、縦割りになっていた産前健診・予防接種・子どもの健康等のサービスを統合的に実施するため、当時の保健省保健部長がイニシアティブをとり、導入が決定した²¹³。</p>

	目的：既存のカードの統合＋健康教育教材。セルフケア、プライマリー・ヘルス・ケア、継続ケアの推進。医療従事者による主体的な母子保健サービスの利用推進。母子保健サービスの質のモニタリングツールとしての利用。 ²¹⁵ (公衆衛生省、州保健局)
地域版の作成・活用の理由 (ステークホルダー)	ミャンマー語版：ミャンマーからの移住労働者の家族計画及び健康教育の改善 ²¹⁴ 。 (公衆衛生省、州保健局)
主な地理的範囲	全国
主に使用する施設	公立のすべての施設で配布。私立病院では、独自の手帳を使用している施設もある ²¹⁴ 。
既存の家庭用保健記録	ANC カード、成長曲線、予防接種カード、子どもの健康カード

11. 国連パレスチナ難民救済事業機関 (UNRWA)

母子手帳導入に関する経緯	<p>2008年1-2月 UNRWA 代表2名が本邦研修「パレスチナ母子健康手帳マネジメント」に参加したことをきっかけに、UNRWA 全域でも手帳導入を検討した²¹⁸。</p> <p>2008年11月 UNRWA がヨルダン保健省に対し、ヨルダン在住パレスチナ難民への母子手帳拡大普及の説明を行った²¹⁹。</p> <p>2009年3月 ヨルダン、シリア、レバノン在住パレスチナ難民用にパレスチナ母子健康手帳を改訂。UNRWA 母子手帳ガイドラインを策定²²⁰。</p> <p>2010年1月 ヨルダン UNRWA クリニックにてヨルダン在住パレスチナ難民に母子健康手帳の活用を開始²²¹。</p> <p>2010年6月 シリア UNRWA クリニックにて、母子手帳の活用開始²²²。</p> <p>2010年8月 レバノン UNRWA クリニックにて、母子手帳の活用開始^{223,224}。</p>
標準版母子手帳の特徴	パレスチナ自治区西岸、ガザの UNRWA キャンプでは、パレスチナ標準版を、ヨルダン、シリア、レバノンの UNRWA キャンプでは、UNRWA 版を使用。UNRWA 版は、パレスチナ全国標準版に準拠しているが、記録形式に UNRWA 版の施設記録様式を転載しているほか、内容も一部 UNRWA での母子保健サービスメニューに則している ^{225,226} 。
保健セクターの特徴にみる促進要因・阻害要因	<p>【促進要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ UNRWA の主体性、コミットメントと高いモチベーション。 ・ UNRWA 内の保健サービスの供給体制が整備されている。 ・ 日本政府からの支援によって身長計、体重計などが供与され、母子手帳の導入に備えることができた。 <p>【阻害要因】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健人材、保健予算の不足。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 難民が本国政府の保健サービスも受診する場合は、本国政府の保健システム、保健計画との調整が必要である。
手帳を最初に導入した理由、必要性、目的 (ステークホルダー)	パレスチナ保健庁をカウンターパートとしたパレスチナ JICA プロジェクトでは難民を直接裨益対象としないものの、西岸、ガザ地域を合わせ人口 370 万人のうち 160 万人が難民登録されており、母子健康手帳を全国展開するためには、難民への協力が必須であり、UNRWA と連携した。 (UNRWA、JICA) ²²⁷
全国展開する理由、必要性、目的 (ステークホルダー)	UNRWA では、西岸、ガザに母子手帳を導入したことにより、UNRWA 内の保健情報システムを一元化するため、また、難民間の格差解消のため、母子手帳を UNRWA 全域に導入することが必要となった。 (UNRWA) ²²⁸
主な地理的範囲	パレスチナ西岸、ガザ地域では、パレスチナ全国標準版の活用。 ヨルダン、シリア、レバノンの UNRWA クリニックでは、UNRWA 版の活用。
主に使用する施設	UNRWA クリニック (ヨルダン、シリア、レバノン)
既存の家庭用保健記録	妊婦手帳、母親 ID、子ども ID (予防接種カード)

¹ 母子保健史刊行委員会. 『日本の母子保健と森山豊—すべての母と子に保健と医療の恩恵を』 1988 年 12 月.

² 中村安秀 戦後日本における母子健康手帳の開発と普及に関する歴史的記述研究. 2009 年 5 月. Available at: <http://kaken.nii.ac.jp/pdf/2009/seika/jsps-1/14401/19500857seika.pdf> (Accessed 20120305) .

³ 国際協力事業団 国際協力総合研究所 『人造り協力事業経験体系化研究 母子保健分野 報告書 平成 12 年 2 月

⁴ GOI. Third Country Training Program On Integrated Maternal Neonatal and Child Health (MNCH) Services with MCH Handbook in the Era of Decentralization. Available at: <http://lsstc.setneg.go.id/index.php/training/2-training/80-mch> (Accessed 20120307) .

⁵ HANDS. 第 6 回母子手帳国際会議 TOKYO 2008 開催報告. Available at: http://www.hands.or.jp/mch/6thconf_report.html (Accessed 20120307)

⁶ Measure DHS. Demographic and Health Surveys. Available at: <http://www.measuredhs.com/> (Accessed 20120207) .

⁷ UNICEF Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) . Available at: http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html (Accessed 20120207) .

⁸ Japan International Cooperation Agency 2010. *Workshop for Strengthening Maternal, Newborn and Child Health by Introducing Maternal and Child Health Handbook in Africa. Workshop Proceedings, Nairobi, Kenya-March 1 to 2, 2010.*

⁹ 前掲 『人造り協力事業経験体系化研究』 P84

¹⁰ 母子衛生研究会. 『母子健康手帳 副読本』 Available at: <http://www.mcfh.or.jp/jouhou/fukudokuhon/index.html> (Accessed 20110621) .

¹¹ Dr. Lukman, Director of Maternal Health, MOH Indonesia (Interviewed August, 2009)

¹² World Health Organization. Home-based maternal records. Guidelines for development, adaptation and evaluation. 1994 Geneva.

¹³ インタビュー 2011 年 9 月

¹⁴ Thailand Multiple Indicator Cluster Survey (2006)

¹⁵ National Statistics Office (NSO) [Philippines], and ICF Macro. 2009. *National Demographic and Health Survey 2008*. Calverton, Maryland: National Statistics Office and ICF Macro.

¹⁶ National Institute of Public Health, National Institute of Statistics [Cambodia] and ORC Macro. 2006. *Cambodia Demographic and Health Survey 2005*. Phnom Penh, Cambodia and Calverton, Maryland, USA: National Institute of Public Health, National Institute of Statistics and ORC Macro.

¹⁷ National Institute of Population Research and Training (NIPORT) , Mitra and Associates, and Macro International. 2009. *Bangladesh Demographic and Health Survey 2007*. Dhaka, Bangladesh and Calverton, Maryland, USA: National Institute of Population Research and Training, Mitra and Associates, and Macro International.

¹⁸ Institute of Population Studies Chulalongkorn University and Institute for Resource Development. 1988. *Thailand Demographic and Health Survey 1987*. Westinghouse Columbia, Maryland, USA.

- ¹⁹ National Committee for Population and Family Planning, and the Population and Family Health Project. 1999. Vietnam Demographic and Health Survey 1997. Hanoi.
- ²⁰ National Statistics Office (NSO) [Philippines] and Macro International Inc. (MI). 1994. *National Demographic Survey 1993*. Calverton, Maryland: NSO and MI.
- ²¹ Palestinian Central Bureau of Statistics. Health Demographic Survey, 2004. or Palestinian Central Bureau of Statistics, 2006. Annual Report 2006. Palestinian Children—Issues and Statistics. Child Statistics Series (No.9). Ramallah-Palestine.
- ²² National Statistics Directorate (NSD) [Timor-Leste], Ministry of Finance [Timor-Leste], and ICF Macro. 2010. *Timor-Leste Demographic and Health Survey 2009-10*. Dili, Timor-Leste: NSD [Timor-Leste] and ICF Macro.
- ²³ Central Bureau of Statistics Jakarta, Indonesia, National Family Planning Coordinating Board Jakarta, Indonesia, Ministry of Health Jakarta, Indonesia and Macro International Inc. 1992. *Indonesia Demographic and Health Survey 1991*. Columbia, Maryland USA.
- ²⁴ Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik—BPS) and Macro International. 2008. *Indonesia Demographic and Health Survey 2007*. Calverton, Maryland, USA: BPS and Macro International. Measures.
- ²⁵ Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departmen Kesehatan, Republik Indonesia. Dec 2008. *Laporan Nasional 2007 Riset Kesehatan Dasar (RISKESDS) 2007*. Jakarta.
- ²⁶ Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departmen Kesehatan, Republik Indonesia. Dec 2010. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2010*. Jakarta.
- ²⁷ BASICS III Millennium Challenge Corporation Indonesia Immunization Project. *Final report of MCC Indonesia Immunization Project, 2007-2009. Improving Child Health Indonesia*. Available at: http://www.basics.org/reports/FinalReport/BASICS_Indonesia_MCC_Final_Report.pdf (accessed 20110105).
- ²⁸ Departmen Kesehatan Republik Indonesia Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat. Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal (SPM) *Penyelenggaraan Perbaikan Gizi Masyarakat* (Indonesian). JAKARTA. Available at: http://www.gizi.net/kebijakan-gizi/SPM_Gizi.pdf (accessed 20110415)
- ²⁹ Isaranurug S. 23 Years of using the MCH handbook in Thailand (1985-2008). In: *Proceedings for the 6th International Conference on Maternal and Child Health (MCH) Handbook*. Tokyo, Japan. November 8-10, 2008. Available at: http://ir.library.osaka-u.ac.jp/metadb/up/LIBPROCK/ProcMCH_day1.pdf (accessed 20120227).
- ³⁰ Departmen Kesehatan Indonesia. 2010. *Peraturan menteri Kesehatan republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/149/II/2010 tentang IZIN dan Penyelenggaraan praktik Bidan*. Jakarta.
- ³¹ Bupati Bantul. 2005. *Peraturan Daerah Kabupaten Bantul Nomor 03 Tahun 2005 Tentang Perijinan Usaha Jasa Pariwisata Di Kabupaten Bantul dengan Rahmat Tuhan Yang Maha Esa Bupati Bantul*. Bantul.
- ³² プロジェクト事業完了報告書 2009年9月
- ³³ BASICS III Millennium Challenge Corporation Indonesia Immunization Project. *Final report of MCC Indonesia Immunization Project, 2007-2009. Improving Child Health Indonesia*. Available at: http://www.basics.org/reports/FinalReport/BASICS_Indonesia_MCC_Final_Report.pdf (accessed 20110105).
- ³⁴ インタビュー 2008年9月
- ³⁵ 専門家業務完了報告書 1997年8月
- ³⁶ Ministry of Public Health and Ministry of Social Development and Human Security Thailand. Country report. In: The 6th ASEAN & Japan High Level Officials Meeting on Caring Societies: “Healthy Next Generation” under the Tight Collaboration between Health and of Social Welfare Tokyo, Japan 8-11 September 2008. Available at: http://www.ijcwels.or.jp/about_ijcwels/ASEAN&JapanHighLevelOfficialsMeeting/6th%20Mtq.%20Country%20Report%202008%20-Healthy%20Next%20Generation-/Thailand.pdf (Accessed 20110105).
- ³⁷ Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2004. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 284/MENKES/SK/III/2004 Tentang Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*. Jakarta.
- ³⁸ Aihara Y, Isaranurug S, Nanthamongkolchai S, and Voramongkol N. Effect of the maternal and child health handbook on maternal and child health promotion belief and action: Thailand case. *J Intl Health* 2006, 21 (2) : 123-127.
- ³⁹ Lestari RA. Maternal factors and maternal perceptions about the means of maternal child health service which related to antenatal care (ANC) visit in 2nd public health center service area of Tegal Barat, Tegal city, 2006 (E2A002062).
- ⁴⁰ Kusmayati A, Nakamura Y. Increased utilization of maternal health services by mothers using the Maternal and Child Health Handbook in Indonesia. *J Int Health* 2007, 22: 143–51.
- ⁴¹ プロジェクト成果品 2009年
- ⁴² OUM Sophal, Mey Vannareth, AIM Sothea, Yanagisawa S. Preliminary report: Assessment of the Impact of the MCH handbook on maternal and child health Kompong Cham Province, Cambodia 2009 (unpublished).
- ⁴³ プロジェクト成果品 2009年
- ⁴⁴ Osaki K, Kosen S, Hattori T. The role of home-based records in relation to the establishment of a continuum of care for mothers, newborns, and children in Indonesia (unpublished).
- ⁴⁵ プロジェクト成果品 2003年
- ⁴⁶ Osaki K, Hattori T, Kosen S, Singgih B. Investment in home-based maternal, newborn and child health records improves immunization coverage in Indonesia. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2009, 103: 846–8.
- ⁴⁷ Mildred M. PMTCT program and MCH handbook in Kenya. Discussion at JICA Headquarters, Japan, April 22nd, 2010.
- ⁴⁸ Hagiwara A, Ueyama M, Ramlawi A, Sawada Y. Is Mother and Child Health (MCH) handbook effective to change health behavior? Evidence from Palestine (unpublished).

- ⁴⁹ 専門家報告書 2001年9月
- ⁵⁰ 専門家報告書 2001年5月
- ⁵¹ Kosen S. *EFFECT OF OWNERSHIP OF HOME-BASED MCH HANDBOOK TO THE UTILIZATION OF BASIC HEALTH SERVICES : INDONESIAN EXPERIENCE*. Presented at The sixth (6th) Asia and Pasific Conference On Reproductive and Sexual Health and Rights Sattelite session by JICA-MOH Jogjakarta, October 11, 2011.
- ⁵² プロジェクト成果品 2008年5月
- ⁵³ Kyoguchi M. MCH handbook application and children's nutritional status in Indonesian caretakers, West Nusa Tenggara. A paper submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of public health, faculty of Public Health, Mahidol University. 2009.
- ⁵⁴ 専門家報告書 2001年9月
- ⁵⁵ 専門家報告書 2001年10月
- ⁵⁶ H. Nasril. Factors related to pregnant women compliance in carrying MCH handbook in Padang Sago health centre in Padang Pariaman District, Program Studi Ilmu Kesmas, Program Pascasarjana UI. 2000.
- ⁵⁷ Deharnita. Factors influencing the fillilng in of MCH handbook in Kota Solok. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana, UI. 2002.
- ⁵⁸ Widagdo L, Husodo BT. Pemanfaatan Buku KIA oleh kader posyandu: study pada kader posyandu : studi pada kader posyandu di wilayah kerja puskesmas kedungadem kabupaten Bojonegoro. *Makara, Kesehatan, VOL. 13, NO. 1, June 2009: 39-47. (Indonesian)*
- ⁵⁹ 専門家報告書 2001年1月
- ⁶⁰ プロジェクト成果品 2009年3月
- ⁶¹ 国際協力事業団 医療協力部 『インドネシア母と子の健康手帳プロジェクト実施協議調査団報告書』1998年8月
- ⁶² 国際協力事業団 医療協力部 『インドネシア共和国母と子の健康手帳プロジェクト終了時評価報告書』2003年4月
- ⁶³ JICA 内部勉強会 2010年5月・2010年11月
- ⁶⁴ JICA 内部勉強会 2010年5月
- ⁶⁵ インタビュー 2009年12月
- ⁶⁶ JICA 内部勉強会 2010年11月
- ⁶⁷ 専門家報告書 2003年9月
- ⁶⁸ 尾崎 敬子.中村安秀.渡辺洋子.佐藤善子.奥野ひろみ 「インドネシアにおける母子手帳の拡大展開」『国際協力研究』Vol.14 No.2 (通巻 28号) 1998.10.
- ⁶⁹ 国際協力事業団医療協力部 『インドネシア共和国 家族計画・母子保健プロジェクト終了時評価報告書』1994.
- ⁷⁰ 専門家業務完了報告 1997年8月
- ⁷¹ Departmen Kesehatan RI bekerja sama dengan Japan International Cooperation Agency. 1997. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Available at:<https://libportal.jica.go.jp/fmi/xsl/library/Archive/Indonesia/6.pdf> (accessed 20110622) .
- ⁷² Departmen Kesehatan RI bekerja sama dengan Japan International Cooperation Agency. 1997. *Pedoman bagi petugas kesehatan Penggunaan Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. (362.795 Ind p) . Available at: <https://libportal.jica.go.jp/fmi/xsl/library/Archive/Indonesia/8.pdf> (accessed 20110622) .
- ⁷³ Departmen Kesehatan RI bekerja sama dengan Japan International Cooperation Agency. 1997. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak, Pegangan bagi Kader*. (362.795 Ind b) . Available at: <https://libportal.jica.go.jp/fmi/xsl/library/Archive/Indonesia/10.pdf> (accessed 20110622) .
- ⁷⁴ Indonesian Embassy, Tokyo. Available at: http://www2.indonesianembassy.jp/index.php?option=com_content&view=article&id=137&Itemid=193&lang=ja (accessed 20110906) .
- ⁷⁵ Departemen Kesehatan RI bekerja sama dengan Japan International Cooperation Agency. 2003. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. 2003. Available at: <https://libportal.jica.go.jp/fmi/xsl/library/Archive/Indonesia/117.pdf> (Accessed 20110622) .
- ⁷⁶ Departmen Kesehatan RI bekerja sama dengan JICA. *Pedoman Managemen, Penggunaan Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. 2003.
- ⁷⁷ Departmen Kesehatan RI bekerja sama dengan JICA. *Penunjuk Teknis, Penggunaan Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. 2003. Available at: https://libportal.jica.go.jp/fmi/xsl/library/Archive/Indonesia/99_2003.pdf (Accessed 20110622)
- ⁷⁸ インタビュー 2009年12月
- ⁷⁹ プロジェクト事業完了報告書 2009年9月
- ⁸⁰ プロジェクト成果品 2008年
- ⁸¹ 国際協力機構人間開発部 『パレスチナ 母子保健に焦点を当てたリプロダクティブヘルス向上プロジェクト実施協議調査報告書』2005.
- ⁸² 国際協力機構人間開発部 『パレスチナ 母子保健に焦点を当てたリプロダクティブヘルス向上プロジェクト中間評価調査報告書』2007.
- ⁸³ 国際協力機構人間開発部 『パレスチナ 母子保健に焦点を当てたリプロダクティブヘルス向上プロジェクト終了時評価調査報告書』2008.
- ⁸⁴ 国別研修報告書 2006年
- ⁸⁵ 国別研修報告書 2007年
- ⁸⁶ 国別研修報告書 2008年
- ⁸⁷ Ministry of Health, Republic of Indonesia. 2009. *Technical guidebook on the use of the Maternal and Child Health Handbook*. Available at: <https://libportal.jica.go.jp/fmi/xsl/library/Archive/Indonesia/219.pdf> (Accessed 20110622) .
- ⁸⁸ Ministry of Health, Republic of Indonesia. 2009. *The Management guidebook for application of the MCH Handbook*.

Available at: <https://libportal.jica.go.jp/fmi/xsl/library/Archive/Indonesia/220.pdf> (Accessed 20110622) .

- ⁸⁹ Departmen Kesehatan, RI. 2009. *PEDOMAN UMUM MANAJEMEN KELAS IBU :Kelas Ibu Hamil dan Kelas Ibu Balita* (306.874.3 Ind p) .
- ⁹⁰ Departmen Kesehatan, RI. 2009. *PEDOMAN PELAKSANAAN KELAS IBU HAMIL* (306.874.3 Ind p) .
- ⁹¹ Departmen Kesehatan, RI. 2009. *PEDOMAN PELAKSANAAN KELAS IBU BALITA* (306.874.3 Ind p) .
- ⁹² Ministry of Health, Republic of Indonesia in cooperation with Japan International Cooperation Agency. 2008. *Use of the MCH Handbook, Orientation For Health Providers (Facilitator's Notebook, Participants guide book, and Instrument for post orientation)* 2008.
- ⁹³ The National Coordination Committee of the MCHHB in Palestine, Ministry of Health, Palestine. 2010. *The Palestinian National Manual for MCH HB (The first editioin)* .
- ⁹⁴ 前掲 The National Coordination Committee of the MCHHB in Palestine, Ministry of Health, Palestine. 2010. *The Palestinian National Manual for MCH HB (The first editioin)* .
- ⁹⁵ Ministry of Public Health and Ministry of Social Development and Human Security Thailand. Country report. In: *The 6th ASEAN & Japan High Level Officials Meeting on Caring Societies: "Healthy Next Generation" under the Tight Collaboration between Health and of Social Welfare Tokyo, Japan 8-11 September 2008*. Available at: http://www.jicwels.or.jp/about_jicwels/ASEAN&JapanHighLevelOfficialsMeeting/6th%20Mtg.%20Country%20Report%202008%20-Healthy%20Next%20Generation-/Thailand.pdf. (Accessed 20110105)
- ⁹⁶ 国際協力事業団医療協力部 『フィリピン共和国国家族計画・母子保健プロジェクト終了時評価調査報告書・フィリピン共和国国家族計画・母子保健プロジェクト (II) 事前調査団報告書』 1996.
- ⁹⁷ インタビュー 2011年4月
- ⁹⁸ 国際協力事業団医療協力部 『フィリピン共和国国家族計画・母子保健プロジェクト (II) 運営指導調査団報告書』 2000年12月.
- ⁹⁹ 国際協力事業団事業団 『メキシコ合衆国国家族計画母子保健プロジェクト終了時評価報告書』 1997.
- ¹⁰⁰ インタビュー 2009年12月
- ¹⁰¹ 国際協力機構フィリピン事務所 『フィリピン共和国母子保健プロジェクト終了時評価調査報告書』 2009.
- ¹⁰² インタビュー 2009年12月
- ¹⁰³ インタビュー 2011年4月
- ¹⁰⁴ インタビュー 2011年4月
- ¹⁰⁵ 前掲 『人造り支援』 報告書 P84
- ¹⁰⁶ 前掲 『人造り支援』 報告書 P85
- ¹⁰⁷ 前掲 「インドネシアにおける母子健康手帳プログラムの拡大展開」
- ¹⁰⁸ 前掲 ISRANURUG, S. 23 YEARS OF USING THE MCH HANDBOOK IN THAILAND (1985-2008). In: The 6th International Conference on Maternal and Child Health Handbook. Tokyo, Japan - November 8 to 10, 2008.
- ¹⁰⁹ 事業完了報告書 2003年
- ¹¹⁰ インタビュー 2009年12月
- ¹¹¹ Bhuiyan SU, Nakamura Y, Qureshi NA. Study on the Development and Assessment of Maternal and Child Health (MCH) Handbook in Bangladesh. *Journal of Public Health and Development 2006 Vol. 4 No. 2*.
- ¹¹² WHO ExpandNet. Practical guidance for scaling up health service innovations. P8. 2009. http://www.expandnet.net/PDFs/WHO_ExpandNet_Practical_Guide_published.pdf (accessed 20110414) .
- ¹¹³ Mulati E, Osaki K. *Indonesia's experiences in MCH Handbook Implementation*. On The Fifth (5th) Asia and Pasific Conference On Reproductive and Sexual Health and Rights Capacity Building Workshop by JICA. Beijing, October 18, 2009.
- ¹¹⁴ Osaki K. *MCH HANDBOOK AND INTERNATIONAL COLLABORATION* In: The 6th International Conference on Maternal and Child Health Handbook. Tokyo, Japan - November 8 to 10, 2008.
- ¹¹⁵ Dr. Pritasari K, Head subdit Infant health, Ministry of Health, RI Indonesia (Interviewed 2010) .
- ¹¹⁶ MCCI-IP, USAID. Berita MCCI-IP vol.1, 2008 (Indonesian) .
- ¹¹⁷ 会議議事録 2011年4月
- ¹¹⁸ 前掲 WHO SEARO. Indonesia.
- ¹¹⁹ World Health Organization. *Introducing the New WHO Child Growth Standards*. Plan of action of Bhutan.
- ¹²⁰ インタビュー 2011年3月・5月
- ¹²¹ BASICS III Millennium Challenge Corporation Indonesia Immunization Project. Final report of MCC Indonesia Immunization Project, 2007-2009. Improving Child Health Indonesia. Available at: (accessed 20110105) .
- ¹²² Dr. Mildred ケニア CDC (インタビュー2010年3月)
- ¹²³ Setiawan B. *MNCH HOUSEHOLD SURVEY IN FOUR DISTRICTS OF INDONESIA*. Based on presentation from Prof DR Nasrin Kodim, MD, MPH, Center for Epidemiological Research and Surveillance (PRES FKM) University of Indonesia. Presented at The sixth (6th) Asia and Pasific Conference On Reproductive and Sexual Health and Rights Sattelite session by JICA-MOH Jogjakarta, October 11, 2011.
- ¹²⁴ Departemen Kesehatan. Direktorat Jenderal P Bina Kesehatan Masyarakat. *Panduan Manajemen Suplementasi Vitamin A* .--Jakarta: Departemen Kesehatan RI. 2009. (612.399 Indz) .
- ¹²⁵ 国際協力機構 インドネシア事務所 『母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト事前評価調査報告書』 2007

- 126 国際協力機構 インドネシア事務所 『母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト運営指導調査報告書』 2009
- 127 国際協力機構 インドネシア事務所 『母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト終了時評価調査報告書』 2009
- 128 前掲 プロジェクト事業完了報告書 2009年9月
- 129 Ministry of health RI Indonesia. Proposal to GAVI-HSS 2007.
- 130 前掲 Osaki K, Hattori T, Kosen S, Singgih B. Investment in home-based maternal, newborn and child health records improves immunization coverage in Indonesia. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2009, **103**: 846–8.
- 131 Kementerian Kesehatan RI Tahun 211. Buku Saku Jaminan Persalinan (Jampersal) 360.382 Ind b
- 132 前掲. Japan International Cooperation Agency. Workshop for strengthening Maternal, Newborn and Child Health by Introduction of Maternal and Child Health Handbook in Africa, Workshop Proceedings, Nairobi, Kenya-March 1 to 2, 2010.
- 133 DECISION ON THE REPORT OF THE SPECIAL SESSION OF THE AFRICAN UNION CONFERENCE OF MINISTERS OF HEALTH (CAMH4) ON MATERNAL, INFANT AND CHILD HEALTH IN AFRICA Doc. EX.CL/592 (XVII) , African Union Summit on Maternal, Infant and Child Health and Development, 19-27 JULY 2010 | KAMPALA, UGANDA .
[http://www.africa-union.org/root/ua/Conferences/2010/juillet/Summit_2010_b/doc/DECISIONS/EX%20CL%20Dec%20556-599%20\(XVII\)%20E.pdf](http://www.africa-union.org/root/ua/Conferences/2010/juillet/Summit_2010_b/doc/DECISIONS/EX%20CL%20Dec%20556-599%20(XVII)%20E.pdf) (Accessed 20110426) .
- 134 Department of Social Affairs, African Union Commission, 2009. Factsheet: AU Campaign on Accelerated Reduction of Maternal Mortality in Africa (CARMMA) . www.africa-union.org/.../Factsheet%20on%20CARMMA%20ENGLISH.doc (accessed 20110426)
- 135 AFRICA HEALTH STRATEGY: 2007–2015: THIRD SESSION OF THE AFRICAN UNION CONFERENCE OF MINISTERS OF HEALTH, JOHANNESBURG, SOUTH AFRICA, http://www.africa-union.org/root/ua/conferences/2007/avril/sa/9-13%20avr/doc/en/sa/africa_health_strategy_final.doc (accessed 2011/04-26) , African Union 2007.
- 136 前掲. AFRICA HEALTH STRATEGY: 2007–2015, African Union 2007.
- 137 前掲. AFRICA HEALTH STRATEGY: 2007–2015, African Union 2007.
- 138 前掲. DECISION ON THE REPORT OF THE SPECIAL SESSION OF THE AFRICAN UNION CONFERENCE OF MINISTERS OF HEALTH (CAMH4) ON MATERNAL, INFANT AND CHILD HEALTH IN AFRICA Doc. EX.CL/592 (XVII) , African Union Summit on Maternal, Infant and Child Health and Development, 19-27 JULY 2010 | KAMPALA, UGANDA .
- 139 Dr. Sharif ケニア公衆衛生省局長 (インタビュー 2010年3月)
- 140 Dr. Mildred ケニア CDC (インタビュー2010年3月)
- 141 UNICEF、UNFPA (インタビュー2010年3月)
- 142 会議議事録 2010年4月
- 143 Dr. Sharif ケニア公衆衛生省局長 (ラウンチングスピーチ 2010年4月23日)
- 144 プロジェクト成果品 2008年
- 145 国際協力事業団医療協力部. 『タイ王国 家族計画・母子保健プロジェクト 終了時評価報告書』 1996.
- 146 国際協力機構 医療協力部 『フィリピン国 家族計画・母子保健プロジェクト (II) 終了時評価報告書 2001.
- 147 会議議事録 2009年8月
- 148 インタビュー2010年1月
- 149 国際協力機構 フィリピン事務所 『フィリピン共和国母子保健プロジェクト終了時評価調査報告書』 2009
- 150 会議議事録 2010年4月
- 151 第三国研修報告書 2010年8月
- 152 JICA 図書館ポータルサイト. インドネシア国母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト コレクション. Available at: https://libportal.jica.go.jp/fmi/xsl/library/public/data/archive_indonesia-p.html (日本語) https://libportal.jica.go.jp/fmi/xsl/library/public/data/archive_indonesia_e.html (英語) (Accessed 20110622) .
- 153 藤内修二、西本 真由美、丹野 久美、福島 富士子、佐藤 昌司、鈴宮 寛子、瀬川 恵子、田中 久子、山本 未陶. 母子健康手帳の作成と活用の状況に関する調査研究. 平成 21 年度児童関連サービス調査研究等事業. 財団法人こども未来財団. 平成 22 年 3 月.
- 154 国際協力機構 国際協力人材部 総合研修センター 『JICA プロフェッショナルの挑戦：シリーズ 6：インドネシア「母子（健康）手帳」関連プロジェクト』 2009. 東京.
- 155 国際協力機構 インドネシア共和国母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト. インドネシアにおける母子健康手帳の展開と日本の協力実績：<http://www.jica.go.jp/project/indonesia/0600435/02/> (2011年6月21日アクセス)
- 156 国際協力機構 インドネシア事務所. 2009 インドネシア共和国 母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト終了時評価調査報告書.
- 157 国際協力機構 2010年. インドネシアにおける JICA 事業の足跡に関する情報収集・確認調査 最終報告書.
- 158 Departmen Kesehatan RI bekerja sama dengan Japan International Cooperation Agency. 1997. Kesehatan Ibu dan Anak. Available at: <https://libportal.jica.go.jp/fmi/xsl/library/Archive/Indonesia/6.pdf> (accessed 20110621) .
- 159 プロジェクト完了報告書. 2003年9月.
- 160 JICA-Depkes. 2001. 2nd International Symposium on Maternal and Child Health Handbooks, 5-7th September 2001, Hotel Gran Puri, Manado, North Sulawesi Province, Indonesia.
- 161 JICA-Depkes. 2003. 3rd International Symposium on Maternal and Child Health Handbooks Bogor.
- 162 Menteri Kesehatan RI, 2004. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 284/MENKES/SK?III/2004 tentang Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) .

- 163 プロジェクト完了報告書. 2009年9月
- 164 専門家報告書報告書. 2006年3月
- 165 プロジェクト報告書. 2007年11月
- 166 専門家報告書. 2011年10月
- 167 プロジェクト完了報告書. 2009年9月
- 168 Dr. Wibisana W, Ex Director of family health, Ministry of Health RI, (Interviewed Sep 2009) .
- 169 Dr. Hernawati I, Director of Community Nutrition (Interviewed 2010)
- 170 Ministry of Health Palestine, 2008. Guideline for Palestinian MCH handbook
- 171 国際協力機構 人間開発部 『パレスチナ 母子保健に焦点を当てたリプロダクティブヘルス向上プロジェクト終了時評価報告書』2009年6月
- 172 Prepared by: Assad Ramlawi, MD PHC and Public Health, Ministry of Health, Palestine Presented by: Eyad Al-Hindi
Palestinian Mission. *MATERNAL AND CHILD HEALTH HANDBOOK IN PALESTINE*. In: Conference Proceedings, The 6th
International Conference on Maternal and Child Health (MCH) Handbook, 2008Conference Proceedings, The 6th
International Conference on Maternal and Child Health (MCH) Handbook, 2008
- 173 UNRWA, 2010.The Annual Report of the Department of Health 2009
- 174 専門家報告書.2009年4月
- 175 専門家報告書.2010年11月
- 176 インタビュー 2011年5月
- 177 プロジェクト完了報告書.2009年9月
- 178 プロジェクト完了報告書.2009年9月
- 179 プロジェクト完了報告書.2009年9月
- 180 国際協力機構 人間開発部 『パレスチナ 母子保健に焦点を当てたリプロダクティブヘルス向上プロジェクト終了時評価報告書』2009年6月
- 181 プロジェクト完了報告書.2009年9月
- 182 プロジェクト完了報告書.2009年9月
- 183 国際協力機構 人間開発部 『パレスチナ 母子保健に焦点を当てたリプロダクティブヘルス向上プロジェクト終了時評価報告書』2009年6月
- 184 専門家報告書 2010年11月
- 185 国際協力事業団 医療協力部 『フィリピン国 家族計画・母子保健プロジェクト終了時評価調査報告書・家族計画・母子保健プロジェクト (II) 事前調査団報告書』1996
- 186 国際協力機構 医療協力部 『フィリピン国 家族計画・母子保健プロジェクト (II) 終了時評価報告書 2001
- 187 インタビュー 2011年4月
- 188 国際協力事業団 医療協力部 『フィリピン国 家族計画・母子保健プロジェクト (II) 巡回指導調査団報告書』1998
- 189 国際協力事業団 医療協力部 『フィリピン国家族計画・母子保健プロジェクト (II) 運営指導調査団報告書 2000 (1月)
- 190 国際協力事業団 医療協力部 『フィリピン国家族計画・母子保健プロジェクト (II) 運営指導調査団報告書』2000年 (12月)
- 191 国際協力機構 『特定テーマ評価フィリピン人口・健康セクター/USAID 連携 Part I 母子保健・家族計画 (リプロダクティブ・ヘルス) 分野』2004
- 192 インタビュー 2009年11月
- 193 インタビュー 2011年4月
- 194 インタビュー 2009年12月
- 195 インタビュー 2011年4月
- 196 国際協力機構 フィリピン事務所 『フィリピン共和国母子保健プロジェクト終了時評価調査報告書』 2009
- 197 専門家報告書 1998年7月
- 198 国際協力機構 フィリピン事務所 『フィリピン国東ビサヤ地域母子保健強化プロジェクト詳細策定調査報告書』2009
- 199 国際協力事業団 医療協力部 「家族計画・母子保健プロジェクト終了時評価報告書」1997
- 200 専門家報告書 1999年12月
- 201 インタビュー 2011年2月
- 202 インタビュー 2011年6月
- 203 専門家報告書 2006年11月
- 204 Bando A & DinhThi Phunong Hoa. *Implementation MCH Handbook in Vietnam*. In :The 7th International Conference on Maternal and Child Health Handbook. 2010
- 205 団員報告書 2009年11月
- 206 インタビュー 2009年1月
- 207 国際協力機構人間開発部『カンボジア国地域における母子保健サービス向上プロジェクト運営指導調査報告書』2008年
- 208 *The MCH Handbook in Cambodia: Results of the Pilot Project and Next Steps for Initial Implementation* In: Conference Proceedings, The 7th International Conference on Maternal and Child Health (MCH) Handbook
- 209 インタビュー 2009年9月
- 210 第三国研修報告書 2008年
- 211 第三国研修報告書 2010年
- 212 インタビュー 2010年1月
- 213 インタビュー 2010年10月、12月、2011年5月
- 214 Isaranurug S. *Maternal and Child Health Handbook: Lessons learned from Thailand*. In :The 7th International Conference on

Maternal and Child Health Handbook. 2010

- ²¹⁵ 前掲 Isaranurug S. In: *The 6th International Conference on Maternal and Child Health Handbook. 2008*
- ²¹⁶ ISRANURUG S. Maternal and Child Health Handbook in Thailand. *J Intl Health* 2009, **24** (2) :61-66.
- ²¹⁷ 国際協力事業団医療協力部. 『タイ王国 家族計画・母子保健プロジェクト 終了時評価報告書』 1996.
- ²¹⁸ プロジェクト完了報告書 2009年9月
- ²¹⁹ 専門家報告書 2008年11月
- ²²⁰ UNRWA, 2009. Guidelines on Completion Mother and Child Health Handbook
- ²²¹ UNRWA, 2011. The Annual Report of the Department of Health 2010
- ²²² UNRWA, 2011. The Annual Report of the Department of Health 2010
- ²²³ UNRWA, 2011. The Annual Report of the Department of Health 2010
- ²²⁴ 出張報告書 2010年8月
- ²²⁵ 出張報告書 2010年3月
- ²²⁶ UNRWA, 2009. Provision of Maternal and Child Health and Family Planning Services. HD/FH/1/95 revision no 3/2009
- ²²⁷ プロジェクト完了報告書 2009年9月
- ²²⁸ 出張報告書 2010年3月

