



母親、新生児および子どもを対象とした継続的な保健ケアの前進を加速させる戦略に、もっと焦点を絞らなければならない。旧ユーゴスラビア・マケドニアの難民キャンプに設けられた診療所。

要約

乳幼児の死亡数が過去100年の間に世界の多くの場所で顕著に減少したことは、国際公衆衛生における最大の成功談のひとつである。このことは、平均寿命の延長という点でもきわめて大きな影響を及ぼしている。しかし、全体的に見れば好ましいこのような傾向も、深く分析すると、進展状況が均一ではないことがわかる。国や地域によっては、1990年代以降、前進が大きく減速しているのである。アフリカ南部では、エイズのために平均寿命が短くなり、また日和見感染症、破傷風、マラリア、栄養不良による死亡率が高まるにつれて、乳児死亡率と5歳未満児死亡率が増加した。一方、アフリカと南アジアでは妊産婦死亡率が依然として許容しがたいほどに高く、この数十年というもののほとんど前進が見られない。

ミレニアム開発目標（MDG）の達成

期限である2015年が近づきつつあるにもかかわらず、どのターゲットについても不十分な前進しか見せていない国が多いことを考えると、決定的な疑問が湧いてくる。とりわけ、どうしたら妊産婦、新生児および子どもの生存に再び弾みをつけ、期限までの8年間、前進を加速させることができるのか。同じ8年間という期間に、現実的には妊産婦死亡率をどれだけ低減することができるのか。妊産婦、新生児および子どもの健康に関わって、国はどのような優先順位を定めるべきなのか。

必須サービスの提供のされ方が20世紀初頭から現在までにどのように変わってきたのかを検討してみると、効果的な支援と政策を幅広く実行することこそ、前進を加速させる最大の可能性があることがわかる。命を救うことにつながるこれらの方法には、すでに効果が証明されていて費用対効果の

高い、保健、栄養、水、衛生、HIV/エイズ関連の支援策の適用範囲を広げ、質の高い保健ケアを女性と子どもに提供することが含まれる。また、アクセスを妨げる障壁を少なくすること、追加の財源・人的資源を動員することも含まれる。成果に焦点を絞るには、妊産婦、新生児および子どもの生存と健康についてすでに共有されている知識を踏まえ、それをさらに発展させるような戦略を立てることにより、それぞれの国やコミュニティに最も合った解決策を見つけ出せるようにしなければならない。

発展を重ねる保健ケア・システムと実践から得られた教訓

母親、新生児および子どもを対象とした良質かつ継続的な基礎保健ケアを可能にする、成果志向の、エビデンス（証拠）に基づいた方策を見出すためには、最良の情報、データおよび分析結果を検証し、現在と将来の行動の指針となりうる最も有用な教訓を見出さなければならない。そのために必要不可欠なのは、必須保健サービスを子どもと母親に提供するために現在とられている多様なアプローチをいっそう綿密に検討することである。

このようなアプローチには、はしかや栄養不良などの単一の疾病や状態を対象にしたイニシアティブから、病院・診療所、外来サービスとアウトリーチ・サービス、家庭とコミュニティを基盤としたケアを統合し、継続的かつ包括的な基礎保健ケア・サービスを提供するという理想的な対応に至るまで、さまざまなものがある。

主要な支援策と政策転換のそれぞれにどのような相対的長所があるか、とりわけ最も包括的な戦略にはより選択的な戦略に比べてどのような利点と限界があるかについては、長年にわたって熱心な議論が交わされ、膨大な量の文献が発行されてきた。しかし任意の2つの戦略を選んで比較してみても、くっきりした違いが浮かび上がってくるという状況とはほど遠い。これらの戦略はいずれも、部分的には、それ以前の戦略の限界に対応するものとして生み出されているからである。この章では、ここ100年の間に保健ケア・システムと公衆衛生の実践によって達成された成果と、残された課題および新

たに出現しつつある課題について、歴史的検討を行う。たとえ短いものとはいえ、このような検討は、現状に関する重要な視点を提供し、今後の方向性を見定める指針として役立つはずである。

植民地時代：1900～1949年

20世紀を迎える頃まで、乳幼児の死亡は世界中でごく当たり前の出来事であった。下痢性疾患、マラリア、はしか、肺炎、天然痘、結核、さまざまな形態の栄養不良などの原因によって引き起こされる死亡や障害は、かなりの割合で世界の人々に影響を与えていた。

1900年までに世界の人口は約16億5,000万人に達していた。当時は、世界のいくつかの場所——イギリスやスカンジナビア諸国など——では平均寿命の若干の伸びがすでに観察されていたとはいえ、世界全体の平均寿命は推定で30歳にすぎなかった¹。

20世紀初頭には鉤虫、マラリア、黄熱病などの感染症を抑制しようとする努力が始まり、疾病抑制を目的としたその後の支援策の基礎を成すものとなる。20世紀前半にはいくつかの重要なマラリア対策プログラムが開発され、マラリアの研究とアフリカ大陸におけるマラリア抑制とを結びつけた。初期のこうした努力はまとまりを欠いたもので、これを実行した宗主国政府の焦点はあくまで植民地の領土や労働力に絞られていた。焦点の狭いものであったとはいえ、これらのイニシアティブの中には、例えば1930年から1950年にかけて、現在のザンビアに当たる場

所にあった銅山とその周辺で展開されたマラリア抑制策のように、大きな成功を収めたものもある。

植民地の保健サービスは保健施設が厳しく隔離されており、宗主国出身者と軍人が優先されていた。英語圏アフリカやインドでは外来病に関する研究が進み、熱帯病に関する専門知識やプログラムが発展した。しかし当初は地元の学生の入学を認める医学校はほとんどなく、1950年代から1960年代にかけて多くの開発途上国が独立した際の「多額の手切れ金」の一環としてようやく認められるようになったにすぎない。

住民を対象とした保健サービスを先駆的に開始したのはもっぱら宣教師団であり、それも施設におけるケアが中心であった。地元スタッフの養成は看護学校で始まったが、仕事量のあまりの多さに、看護師はほとんどなくして、男女を問わず、雑務ばかりをするようになった。一部の国では地方政府が診療所や小さな地方病院を開設したが、ほとんどの国ではミッション系の病院が病床の50～80%を提供していた。公衆衛生においては、環境面での保護、特に都市部で安全な飲み水と改善された衛生施設（トイレ）を提供するための初期の努力に焦点が絞られた。

フランス語圏その他のヨーロッパ諸国の植民地における保健サービスは、英語圏の植民地諸国における保健サービスとは異なる独特の展開を見せた。そこでは「主要な風土病」（Grandes Endémies）対策プログラムが非常に重

視されたためである。このプログラムでは、全国的ネットワークのそれぞれのレベルごとに、眠り病、象皮病、ハンセン病、罹患率が高く労働能力に影響を及ぼすその他の病状に焦点が絞られた。大勢の人々を対象としたケアは移動部隊によって提供されたが、この移動部隊には寛大にも旅行用装備一式が支給されることも多かった。より多くの人々をサービスの対象とするためには、大勢の人々を集めて患者を治療するアウトリーチ型の活動に頼る方が、固定された施設に投資するよりも効果的だったからである。周期的に繰り返

された治療では、予防と抑制よりも、単純な治療的支援に焦点が絞られた。

アフリカと同じように、中国の病院も当初は主に宣教師団によって設立された。全国的な公衆衛生システムは、満州で急速に広がりつつあった肺炎を抑制するための努力に伴って、1920年代に整えられ始めた。

歴史的に重要な事実として補足的に触れておくと、コミュニティを中心にした基礎保健ケアの成功例として初めて発表された事例研究は、この頃のプ

ロジェクトを取り上げたものだった。そのプロジェクトとは中国・北京の南方200キロほどのところにある定県（河北省）で実施されたものである。人口50万人ほどのこの県では、保健ケアが中国の「裸足の医者」の前身である保健員によって提供されていた。四半世紀の間、そして世界人口の5分の1以上の人たちを相手に、中国は、かつて例がなかったほど公正な保健システムを築き上げていたのである。この経験は、1978年にソビエト社会主義共和国連邦のアルマ・アタ（現カザフスタンのアルマティ）で開催された基礎保健

はしかイニシアティブ

「はしかイニシアティブ」を検討すれば、資源が豊富で到達目標と管理体制がしっかりした国際的な垂直型イニシアティブが、どれほど急速に広がり、どれほど劇的な成果を生み出しているかが分かる。このイニシアティブは、ユニセフとWHO（世界保健機関）が他の主導的国際機関や著名な民間団体と手を組んで実施している協働事業である。2001年に開始されたこの「はしかイニシアティブ」は、2002年5月の国連子ども特別総会で定められた、1999年から2005年の間にはしかによる子どもの死亡を削減するという目標を採用した。このイニシアティブは、はしかの予防接種を拡大するための大規模キャンペーンの推進役となり、アフリカを中心として、2001年から2005年にかけて2億1,700万人以上の子どもたちが予防接種を受けるという成果をもたらした。

この結果は、はしかによる死を1999～2005年にかけて60%削減するという国連の目標をしのぐものであった。アフリカは、はしかによる死亡の絶対削減数の72%に貢献したのである。推定によると、予防接種の効果もあって、約750万人の子どもたちがはしかによる死を免れたことになる。

はしかによる死亡が減少したのは、予防接種の普及に対して「はしかイニシアティブ」が、またはしかに

よる死亡数を削減するためのWHO/ユニセフの包括的戦略を採用することに対して各国政府が、支持と決意を示したことの表れである。この戦略は4つの主要な要素から構成されている。

- はしか予防ワクチンを、子どもが生後9カ月の段階で、またはそれからあまり遅れない時期に、最低1回は接種する。はしか予防ワクチンの接種は、各地区または全国の子どもの90%以上を網羅した定期予防接種の一環として行う。
- すべての子どもに、2度目のはしかの予防接種を受ける機会を提供する。
- 効果的なサーベイランス（監視・調査）体制を確立する。
- ビタミンAの補給を含め、複雑なケースの臨床管理のあり方を改善する。

はしか対策活動は、いくつかの面で、保健システムの発展に貢献している。例えば、安全な注射方法の推進、ワクチン保管のためのコールドチェーン体制の推進、世界的な公衆衛生研究所ネットワークの発展などである。そのほか、はしかの予防接種キャンペーンは、ビタミンAの補給、虫くだしの投与、殺虫剤処理をし

ケアに関する国際会議を計画するにあたり、重要な教訓を提供してくれた。

今世紀初頭、デンマーク、オランダ、ノルウェー、スウェーデンなどの国々は、妊産婦死亡率を急速に低減することに成功した。専門技能を有する者による出産時の立ち会いをいかに組織的に確保するかが、このような成果に貢献する重要な要因だった模様である。上記の4カ国の場合、主としてコミュニティの助産師の能力向上を通じ、女性が住む場所の近くで専門的なケアを提供することに焦点を絞った取り組み

が進められた²。

大規模な疾病対策キャンペーン：1950～1977年

1950年までに世界の人口は25億を超え、世界全体の平均寿命は47歳にまで延びていた。

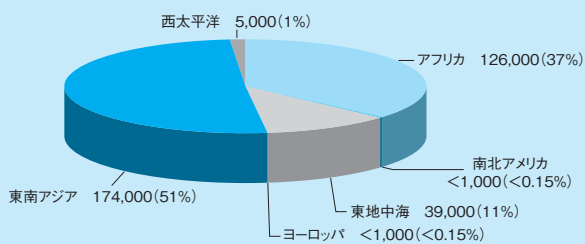
1950年代、1960年代、1970年代にはたくさんの疾病対策が実行に移され、それらはしばしば「大規模キャンペーン」や「疾病に焦点を当てた対策」と呼ばれた。これらの努力は、しっかり

とした科学的根拠があり、疫学的に効果が証明されている支援策を採用し、独立型のプログラムを通じて特定の疾病あるいは状態に対処しようとするものであった。目標の定義が明確であるという特徴を持つことが多かったこれらのプログラムでは、疾病の削減あるいは根絶の達成期限が設けられ、献身的な保健員が提供する専門的技術が活用された³。

これらのキャンペーンで最も成功したのが天然痘根絶イニシアティブで、人から人への感染は1977年以降報告さ

図2.1 はしかによる死亡の世界的な影響*

はしかによる死亡の90%は5歳未満児が占めている



* 地域区分はWHOの分類方式による

出典:WHOの推定値。The Lancet, vol. 369, 20 January 2007, p.194より。

た蚊帳の配布などのような他の必須支援策と組み合わせて実施されることも多い。

2005年5月には世界保健総会で新しい国際目標が設定された。2010年までに、はしかによる死亡数を、2000年のデータに対して90%削減するというものである。かなり挑戦的な目標であり、これを達成するためには、良い成果を出している国々での前進を維持するとともに、インドやパキスタンのように、はしかに

よる死亡数が多い国々でかなりの成果を収めなければならない。はしかとの闘いはまだ終結したとは言えず、2005年には345,000人がはしかにより死亡し、うち90%は5歳未満の子どもたちであった。感染性の高いこの病気は、依然として5歳未満児の主要な死亡原因であり、世界全体で約4%を占めている。はしかは子どもの免疫力を弱め、生命を脅かすその他の疾病や状態——例えば肺炎、下痢性疾患、急性脳炎——を引き起こす可能性があり、依然として、予防接種で防ぐことができる子どもの死亡の主要な原因のひとつである。

1999～2005年に展開されたはしか削減の取り組みの成功は、国際的パートナーや各国政府が、有効性が証明されていて費用対効果も高い治療を提供するために政治的意志と財政面の決意を固め、しっかりした戦略を採用してその決意を実行に移せば何ができるかを示したものである。このような決意を維持していくことができれば、この新しいターゲットの達成も可能であると信じることができる。また、そのことは、ミレニアム開発目標4に向けて前進していく上でも役立つはずである。

参考文献は105ページを参照。

れていない。ほかの大規模キャンペーンも、メジナ虫症、トラコーマ、イチゴ腫といった疾病の根絶や大幅削減に成功している。

天然痘根絶キャンペーンの成功は、史上最大の成功を収めたといえる予防公衆衛生プログラム、すなわち1974年に開始された「拡大予防接種プログラム (EPI)」の立案時に、鍵となる要素のひとつとして参考にされた。EPIは当初、6つの疾病——ジフテリア、破傷風、百日咳、ポリオ、はしか、結核——から身を守るためのワクチン接種を、1歳未満の子どもたちを対象として行うことを目的としていた。プログラム開始時には、これらの疾病から身を守るための予防接種を受けていたのは世界の子どもの5%に満たなかった。直近の統計では、世界全体の予防接種率——ジフテリア、破傷風、百日咳ワクチンの接種率で測定したもの——は、いまや75%を超えている。

大規模キャンペーンが行われるようになってからしばらくは、保健サービスを提供するためにとられた多様なアプローチは「垂直型」（もしくは「分野指定型」）あるいは「水平型」のいずれかの言葉で説明されることが多かった。この違いは、端的に言えば、プログラムの構造における次の2つの側面を基準とするものであった。

- プログラム・マネジメントが一般保健システム・マネジメントにどの程度統合されているか。特に、より低いマネジメント・レベルでそのような統合が行われているか（水平型）、それともまったく独立したマネジメント担当者が置かれているか（垂直型）。
- 保健員がどの程度ひとつの職務だけに集中しているか（垂直型）、またはどの程度多くの職務を担っているか（水平型）⁴。

垂直型アプローチと水平型アプロ

チの相対的な長所と短所はすでに十分に論じられており、その議論を包括して振り返ることはここでは控える。多くの点で、いずれかのアプローチの長所は他方のアプローチの短所を反映している。

基礎保健ケア：1978～1989年

1978年にアルマ・アタで開催された「基礎保健ケアに関する国際会議」は、第二次世界大戦後、資源が乏しい環境の中で発展してきたコミュニティ保健ケアの革新的取り組みが成功したことの成果である。これらの革新的取り組みとしては、ナイジェリアの5歳未満児クリニック、インドネシアのコミュニティ保健員、中国の裸足の医者、キューバやベトナムの保健システムなどが挙げられる⁵。アルマ・アタ会議とその際に採択された宣言は、きわめて重要なマイルストーンとなった。この会議は、国際保健と開発の分野で単一のテーマを討議する会議としては史上最大の規模となり、134カ国と、67のNGO（非政府組織）および国連の代表が参加した。やがて標準的な通念となる革新的考え方を明確化することにより、この会議はその後の重要な国際的コミットメントへの道を開くこととなった。このようなコミットメントとしては、アルマ・アタ会議で合意された「西暦2000年までにすべての人に健康を」のほか、1990年の「子どものための世界サミット」で表明されたコミットメント、さらに最近では「ミレニアム宣言」とミレニアム開発目標などがある。

アルマ・アタ会議から生まれた基礎保健ケア・アプローチは、公正、コミュニティ参加、セクターを超えた協力、適正技術の使用、低いコスト、ヘルス・プロモーションなどの原理を包含するものであった。これらの原理は、その後、保健システムを開発するためのガイドラインとして位置づけられるようになり、以下のような点が考慮に入れられた：①公衆衛生が担うべき役目を反映・

強化するものとして、より幅広い住民保健の問題が対象となる。②時期と場所を超えてケアを統合することが重視される。③システムのあらゆる構成要素を超えて、予防、緊急ケアおよび長期的ケアが結びつけられる。④パフォーマンス向上のために評価と努力が行われる。⑤保健ケア・サービスの組織化、資金的手当、個人やコミュニティへの提供のあり方をめぐる意思決定の基盤として、住民保健の基準に立ち戻って検討が行われる⁶。

アルマ・アタ宣言は、基礎保健ケアには最低限、以下の活動が含まれるべきだと勧告した。

- 保健教育
- 食料の十分な供給と適切な栄養の推進
- 安全な水と基礎衛生
- 妊産婦と子どものケア
- 主要な小児期疾病の予防接種
- 一般的な疾病やけがの適切な治療
- 風土病の予防と対策
- 必須医薬品の供給

その後、WHO（世界保健機関）により地域保健システムの考え方（ヨーロッパやその他の国々では「医療担当地域中心」アプローチとして、あるいは「小地域」アプローチや「中間集団」アプローチとしても知られる）が提唱され、基礎保健ケアを実施するためのモデルとして用いられるようになった⁷。

基礎保健ケアには多くの利点があったにも関わらず、その実施は好ましくない経済情勢に妨げられた。特に1980年代には、厳しい経済情勢のため、保健ケア、水の供給、ゴミの処理、食料品の品質対策などの公共サービスの提

供から、国が大幅に手を引くようになった。このような状況により、多くの開発途上国では末端の保健サービスがほとんど崩壊の域に達し、また地域保健活動への支援も後退した⁸。

選択的基礎保健ケアと子どもの生存革命：1980年代

1980年代の初め、子どもの保健は引き続き「静かなる」緊急事態のひとつのままであった。5歳の誕生日を迎える前に死亡する子どもの数は、依然として年間1,500万人近くを数えていたのである。1970年代の後半には2人の科学者、ジュリア・ウォルシュとケネス・ウォレンが「選択的基礎保健ケア：開発途上国における疾病抑制のための暫定的戦略 (*Selective Primary Health Care: An interim strategy for disease control in developing countries*)」という画期的な論文を発表し、合理的な費用で乳幼児死亡率を急速に低減するための代替的戦略を提案した⁹。2人は、子どもの主要な死因が相互に及ぼし合う影響を子細に分析し、その対応策として有効であることが証明されている既存の支援策を列挙した上で、5歳未満児の死亡の圧倒的多数は少数の原因（特に下痢性疾患、マラリア、呼吸器疾患、はしか）によるものであり、予防接種（当時、子どもの予防接種率は世界全体で15%にすぎなかった）、経口補水療法、母乳育児、抗マラリア薬で容易に防ぐことができるとの結論に達した¹⁰。2人の研究は、水平型アプローチと垂直型アプローチにはそれぞれどのような相対的長所があるか、また包括的基礎保健ケアの原則を実効性のあるプログラムとして実践することは可能かという議論が臨界点を迎えていたときに発表された。

その結果が、「選択的基礎保健ケア」として知られる新しい戦略である¹¹。アルマ・アタ宣言から1年後に打ち出されたこの戦略は初め、包括的基礎保健ケアの実施に向けた第一歩と考えられたが、ほどなくして独自のモデルと

して位置づけられるようになった。乳幼児の高い死亡率の最も重要な原因として特定された疾病を対象とすることにより、垂直型アプローチの主要要素を統合したこのモデルは、基礎保健ケアよりも焦点がはっきりした、実現可能性の高いものと考えられた¹²。

ユニセフが主導して1982年に開始された「子どもの生存革命」は、この枠組みを基本にしたものである。そこでは、コストがそれほどかからない4つの支援策に焦点が絞られた。GOBIと総称されたこの4つの支援策とは、栄養不良に対応するための成長観察 (Growth monitoring)、子どもの下痢性疾患を治療するための経口補水療法 (Oral rehydration therapy)、幼い子どもの健康を確保するための母乳育児 (Breastfeeding)、6つの致死性小児期疾病から子どもを守るための予防接種 (Immunization) を指す。GOBIは、WHOが主導する主要なプログラムでも支持された。これには、拡大予防接種プログラムや、下痢性疾患と急性呼吸器疾患への対策プログラムも含まれる。

その後、GOBIにはさらに3つの要素——食料補給 (food supplementation)、出産間隔の延長 (family spacing)、女子教育 (female education) —— が加わり、GOBI FFFとなった¹³。子どもの生存にとってこれらの基礎的な支援策がいかに重要であるかについての世界的なアドボカシーの取り組みが功を奏し、多くの国々が、鍵となる支援策の推進・提供のために独自の国内システムを創設した¹⁴。選択的基礎保健ケアは、当初から、「子どもの生存」プログラムへの資源投入に熱心なドナーの強固な支持を得ることができた。これらのイニシアティブは、コミュニティ中心の基礎保健ケアの根本は失ってはいなかったが、同時に、特定の目的を達成するために比較的安価な医療技術を利用するという魅力も兼ね備えていたのである。

選択的基礎保健ケアは、ここ数十年、



予防接種は、主要な小児期疾病から子どもを守る上で有効であることが証明されてきた。3種混合ワクチンの接種を受ける子ども（コートジボワール）。

比較的成功を収めてきたことが証明されている。GOBI FFFとWHOのイニシアティブは、基礎保健ケア、特に予防接種と経口補水療法の普及率の目覚ましい向上に寄与したとして評価されている。これらの努力が世界全体の5歳未満児死亡率の急激な低減に貢献したことは間違いない。1980年には出生1,000人あたり115だった5歳未満児死亡率は、1990年には93まで減少した。10年間で19%低減されたことになる。

統合的なセクター・ワイド・アプローチと保健システムに重点を置く：1990年代

選択的基礎保健ケアによる成果にも関わらず、1980年代の後半までには多くの開発途上国で保健システムが深刻

に圧迫されるようになった。人口増加、ラテン・アメリカやサハラ以南のアフリカの多くの国々で発生した債務危機、旧ソ連圏や中央・東ヨーロッパにおける政治的・経済的移行の3つは、助長要因の一部にすぎない。これに対して多くの国々が対策に乗り出し、悪化の一途をたどる、資源の配分も十分ではない保健システムの改革に乗り出し、その実効性、効率性および財政的現実性を高めること、公平性を増すことに向けた努力を開始した。

バマコ・イニシアティブ

そのようなアプローチのひとつで、多くの国によって活用されたのが「バマコ・イニシアティブ」である。1987年、マリのバマコで開催されたWHOの

アフリカ保健大臣会議を機に開始されたこの戦略は、保健センターを通じ、統合的な最低限の保健ケア・パッケージを提供することによって、サハラ以南のアフリカで基礎保健ケアへのアクセスを増進し、コミュニティの基礎的ニーズを満たすことに焦点を絞ったものであった。医薬品へのアクセスと、保健ケアを提供する側とコミュニティとの定期的接触が非常に重視された。(バマコ・イニシアティブについてさらに詳しくは36ページのパネルを参照。)

統合

バマコ・イニシアティブの中心的特徴であった、必須サービスの統合を重視する姿勢は、1990年代に採用された種々のアプローチの原動力となった。

統合アプローチは、選択的基礎保健ケアと基礎保健ケアそれぞれの長所を組み合わせることを目指したものである。選択的アプローチと同じように、費用対効果の高い一群の中核的解決策をタイムリーに提供し、保健面での特定の課題に対応することをきわめて重視する。同時に、基礎保健ケアと同じように、コミュニティ参加、部門を超えた協力、一般の保健提供システムへの統合にも重点が置かれた。

1990年代に統合がいっそう重視されるようになったことの例として長年にわたって言及されているのは、IMCI（小児期疾病統合管理）である。1992年にユニセフとWHOにより開発され、それ以来100カ国以上で採用されている。IMCIでは、子どもの病気を引き起こす

「全国予防接種デー」と「子どもの健康デー」

全国予防接種デー（NIDs）はもともと、開発途上国全体で1日限りのキャンペーンとして行われたポリオの集団予防接種をきっかけとしている。NIDsは今なお多くの国々で実施されているが、補完的対策であり、定期予防接種に取って代わるものではない。NIDsのもともとの目的は、過去に予防接種を受けたかどうかに関わらず、5歳未満全員に予防接種を実施してポリオの流行を防ぐところにあった。

子どもの保健に関する大規模な支援を実施するために1日を割くという考え方は、新しいものではない。1980年代には、ブルキナファソ、コロンビア、トルコなどで試行され、成功している。最近では、現在進行中の紛争を一時中断して「静穏の日」とし、子どもたちが安全に予防接種を受けられるようにするという対応が、アンゴラ、シエラレオネ、ソマリアなどでとられた。集団予防接種では、熟練した専門家がボランティア部隊を監督できるため、スケールメリットを活かすことができる。特に経口ポリオ・ワクチンを投与する場合は注射器も針も不要なため、有効である。

子どもの健康デーに実施される支援策の範囲はポリオの予防接種を超えて広がり、ビタミンAの補給なども含まれるようになってきている。ジンバブエでは、殺虫剤処理された蚊帳の配布やポリオ以外の予防接種も実施されている。同様のイベントを実施しているその他

の国としては、ネパールやナイジェリアがある。

ネパールの全国ビタミンAプログラムは特に注目に値する。すでに構築されている女性のコミュニティ保健ボランティアのネットワークを活用して栄養補給剤を配布しているのである。このプログラムは費用対効果が非常に高いことがわかっており、ひとりの命を救うのにかかるコストは327～397米ドルと見積もられている。これによって伸びた障害調整生命年数(DALY)で換算すれば、1年あたりのコストは約11～12米ドルである。このプログラムは着実に拡大しており、当初は32の優先対策郡だけで実施されていたものが、75の郡すべてを網羅するに至った。8年の間、毎年8～10の郡が加わっていったことになる。実施率を向上させるために全国予防接種デーを活用したことが役に立った。

一連の支援策を統合し、ひとつの場所で一度に提供する子どもの健康デーは、家庭にとっても、保健サービスを提供する側にとっても効率的である。子どもの健康週間のような関連した考え方も登場しており、通常であれば排除されている多くの子どもたちを対象として必須支援策を実施する機会は増進されつつある。

参考文献は106ページを参照。

原因は複数存在するのが通例であることを認め、小児期疾病の症例対応に関する広範かつ分野横断的なアプローチを採用している¹⁵。実際、病気の子どもには病気の症状が重複して現れることが多く、十分な第一次検査施設が存在するコミュニティでさえ、単一の診断にたどりつくための努力は容易ならざるものとなる。より困難な状況下ではなおさらである。

IMCIの戦略には3つの主要な構成要素がある。それぞれの要素は国の状況に合わせて修正することが必要である。

- **保健員のパフォーマンスを向上させる**：これには、病気の症状を評価できるようにするための保健員の研修、疾病に対応した正しい治療法の特定、

子どもに対する適切な治療および養育者に対する情報の提供が含まれる。現地の状況に応じて修正したガイドラインを提供することにより、子どもの主たる死因である5つの疾病——急性呼吸器感染症（特に肺炎）、下痢性疾患、はしか、マラリア、栄養不良——についての症例対応スキルを保健医療スタッフに教育する。

- **保健システムを改善する**：ここでは、小児期疾病の効果的管理のために保健システムを強化することが追求される。そのためにとられる措置としては、医薬品の入手を支援すること、監督を増強すること、紹介・搬送体制を強化すること、保健情報システムを深化させることなどがある。地区・国レベルのマネージャーには計

画策定のための手引きが提供される。

- **コミュニティと家庭における実践を向上させる**：この最後の要素は、コミュニティにおける小児期疾病統合管理（C-IMCI）と呼ばれることが多い。その基盤となるのは、第3章のパネル（47ページ）で概要を示しているように、家庭とコミュニティが世帯単位で実践すべき基本的習慣である¹⁶。

症例対応の統合は、一つや二つの病気にとどまらず、主要なあらゆる病気から子どもを守り、治療を提供しようとするものである。これはまた、地元の保健システムの能力や機能に合わせて治療法を修正することを重視し、必須サービスの重要性について保健員や

保健セクターの財源確保：セクター・ワイド・アプローチと重債務貧困国イニシアティブ

1990年代には、垂直型アプローチが主流を占める可能性があることについて、懸念が増大した。これは、このアプローチが疾病抑制対策のための国の保健システムから分離した管理・運営・補給体制を創設・利用しようとしていたからである。こうした懸念をきっかけとして開発された、保健財源確保のための新しい手法がセクター・ワイド・アプローチ（SWAps）である。SWApsでは、保健セクターに拠出された多額な資金が、政府のリーダーシップの下で、セクター政策、戦略、支出を含めたひとつの計画のために用いられる。保健サービスの提供については全セクターで共通のアプローチが採用され、資金の配分や会計は、政府に任せられる度合いが高くなる。

SWAps創設の目的は複数存在する。つまり、①ドナーによる援助がプロジェクト・ベース型でなされることの限界に対処する、②全体的な保健改革の目標が確実に達成できるようにする、③被援助国が負担する高額な取引コストを削減する、④ドナーと被援助国がどちらも権利と責任を有する真正のパートナーシップを構築することである。SWApsは到達点ではなく動的なプロセスであり、そのあり方は国によって大きく異なる。SWApsにより、対話と信頼関係が強化され、精選された主要な優先事項にさらに焦点が絞られるようになり、また政策と実施の関係が密になった。しかしマイナス面としては、計画立案や手続策定における

詳細部が重視されすぎること、市民社会の参加が限られていること、パフォーマンス管理が弱いこと、ドナー間の調整の重視からサービス改善と成果を考慮することへの転換に時間がかかることなどが挙げられる。

1990年代終盤には、IMF（国際通貨基金）と世界銀行が実施した「重債務貧困国イニシアティブ」を背景として、多くの低所得国で保健セクターと財政改革の中心に貧困削減戦略ペーパー（PRSPs）が含まれるようになった。PRSPsに関連した複数年公共計画文書である中期支出枠組みを活用して、公共サービスに必要な予算の計画や、政策変更および新規プログラムの導入に伴う資源の事前評価が行われる。

参考文献は106ページを参照。



基礎保健ケアの提供に関するアプローチは、それぞれの国やコミュニティのニーズや資源に合わせて修正しなければならない。妊婦の血圧を測る看護師（バングラデシュ）。

養育者を教育することにより病気の予防を推進するものである。健康状態の悪化を示す一般的症状を発見し、子どもを保健施設に連れて行き、適切な栄養の与え方や衛生習慣といった予防措置を実行に移すという点で、親やその他の主たる養育者が果たす役割は、非常に重要である。

小児期疾病統合管理は、1990年代の半ばにそれが誕生して以来、精力的な評価の対象とされてきた。WHO、ユニセフ、英国国際開発省（DFID）、米国国際開発庁（USAID）を含むいくつかの機関が、2000年代の初めに複数の国を対象とした評価を実施している。ユ

ニセフは、2004年と2005年にコミュニティと家族についてのIMCI（C-IMCI）についての検証を行った¹⁷。当初の結果はそれほど満足のいくものではなかったが、これは主としてIMCIの3つの中核的要素が完全に履行されていなかったためであり、その後の評価結果では、いくつかの注目に値する成功があったことが明らかになっている。これらの研究によると、IMCIの症例対応は第一次施設で提供される保健ケアの質を高め、保健員やマネージャーのやる気を引き出し、保健員のパフォーマンスを向上させた。そしてその実施に要した費用は、既存のサービスと同等であるか、それよりも安く済んだ¹⁸。

© UNICEF/HQ06-2720/Shehzad Noorani

IMCIの成果は、サハラ以南のアフリカのいくつかの国でも記録されている。例えば、タンザニアの農村部で実施された調査によれば、保健システム強化のためのイニシアティブとIMCIを実施している地域では、未実施の対照群地域よりも子どもの死亡数の削減率が13%高かったことが明らかになった¹⁹。

マラウイ、南アフリカ、タンザニア、ウガンダでの調査では、C-IMCIの戦略が広く実施されている場合、家庭における重要な実践のいくつかに顕著な改善が見られることがわかった。その実践とは、栄養状態や乳児期の生存可能性を高めるための対応、病気の予防、病気の子どもの在宅ケアまたは外部ケアの要請、子どもの成長と発達の支えとなるような環境の提供などである²⁰。

こうした成功を踏まえ、保健政策専門家は、それぞれの国の優先課題を基盤とし、IMCIその他の子どもの健康に関わる支援策の役割を明確に定めた国内政策の策定を勧告するようになった。また、システム上の限界を批判的に分析して対応する必要性も指摘するようになった²¹。

妊産婦、新生児および子どもの生存に関する一連の研究が『ザ・ランセット』（The Lancet）誌上で発表されたことが刺激となって、妊産婦、新生児および子どもの健康のための継続的なケアという流れの中でも、保健ケアの統合モデルが発展してきた（継続的な保健ケアとパートナーシップについてさらに詳しくは、第1章、17ページを参照）。実際のところ、継続的なケアという考え方は、IMCIに新生児疾病の統合管理を組み込んで拡大したものである²²。新生児期・小児期疾病統合管理（IMNCI）と呼ばれるこの新たなアプローチは、インドで暫定的に先行実施されて成功したため、その後完全実施されるようになった（35ページのパネルを参照）。

インドにおける新生児期・小児期疾病統合管理

1990年代、インドでは5歳未満児死亡率と乳児死亡率が大きく低減した。しかしこの傾向は、新生児死亡率の低減を伴うものではなかった。2000年までには、新生児の死亡が、同国の乳児死亡総数の約3分の2、5歳未満児の死亡数の約45%を占めるに至っていたのである。新生児の死亡の半数近くは生後1週間以内に発生する。これらの死亡の多くは、親が警告のサインを認識したり、適切な栄養の与え方を実践したり、熟練した保健員や施設のケアを受けていれば、防ぐことができたものである。

2000年に、インド政府は小児期疾病統合管理 (IMCI) 戦略を修正し、新生児ケアにより重点を置くことにした。その結果として生まれたアプローチが新生児期・小児期疾病統合管理 (IMNCI) であり、これはIMCIに手を加えて新生児の健康と生存を推進するための具体的行動を付加したものである。IMCIと同様に、IMNCIは、新生児と乳幼児に効果的な形で必須サービスを提供するための3つの柱という考え方を取り入れている。すなわち、保健システムのインフラ強化、保健員の能力増進、コミュニティ参加の促進であり、それぞれについて新生児の健康と生存をさらに重視しようと

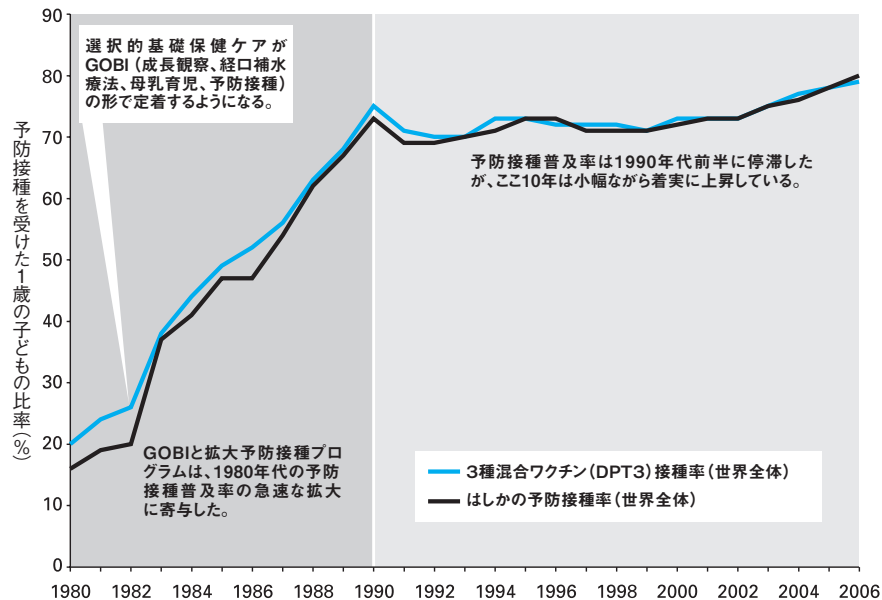
するものである。

具体的には、IMNCIは次のような対応から構成されている。すなわち、子どもが生まれて10日の間に家庭訪問を3回行い、幼い子どもにとって最も望ましい習慣を推進すること、村レベルで、低体重で生まれてきた乳児のフォローアップのための特別体制を整えること、女性グループの会合を通じてメッセージの伝達を強化するとともに、村と家庭との結びつきを確立すること、そして、紹介に基づいて、子どもを地元の保健施設で診察することである。

IMNCIは、政府の「リプロダクティブ・ヘルスと子どもの健康 II」プログラムに組み込まれている。このプログラムは、子どもが生まれておとなになるまでの間、継続的なケアを提供することを目指す、女性の健康を考えた統合的なアプローチである。新生児関連の要素（主として家庭訪問）を加えたことによる追加費用は、子どもひとりあたり0.1米ドル（10米セント）にすぎない。

参考文献は106ページを参照。

図2.2 選択的基礎保健ケアと予防接種率の推移（1980年～）



出典：ユニセフの戦略情報部提供のデータ。

バマコ・イニシアティブ

1987年に、ユニセフとWHOの支持を得てアフリカの保健大臣の集まりで採択された「バマコ・イニシアティブ」は、包括的基礎保健ケアの中核的考え方を原則的には受け入れたにも関わらず、1980年代後半までには多くの国々——特にサハラ以南のアフリカ諸国——が、資源不足と実際的な戦略の欠如のために十分な対応ができなくなっていたことから、生み出されたものである。特に、多くの保健施設は、効率的に機能するために必要な資源や物品を持たなかった。そのため、保健員は薬の処方箋を書くだけで、薬そのものは免許も持たず、監督も受けていない民間の店で購入してもらうという状況が生じることもあった。他方で、多くの患者は、効率が悪く十分な資源も配分されていない公立保健施設への信頼を失っていた。このような変化のいずれもが、1980年代に見られた前進を後退させかねないものとなっていた。主要な課題は、ドナーによる追加投資を推進することであり、社会支出全般、特に保健予算における政府支出の削減を食い止めて増加に転じさせることであり、そして民間セクターやインフォーマル・セクターに流れていた資金を公的システムのほうに呼び戻すことであった。

バマコ・イニシアティブが目指したのは、保健サービスの実効性、効率性、財政的現実性および公平性を向上させることによって、基礎保健ケアへのアクセスを改善することである。バマコ・イニシアティブのもとで設置された保健センターは、最小限の保健ケアをパッケージとして統合された形で提供することにより、コミュニティの基礎的な保健ニーズを満たそうとした。その際の重点は、医薬品へのアクセスを保障することと、保健ケアの提供者とコミュニティとの定期的接触を推進するところに置かれた。コミュニティは必須医薬品の供給管理および資金管理に直接参加しなければならないという考え方にに基づき、村ごとに設置された委員会が保健施設運営のあらゆる側面に関わった。このことは、特に西部アフリカでは、子どもの健康にとって好ましい成果をもたらした。

コミュニティによる資金管理の目的は、各世帯がすでにインフォーマル・セクターで使っている資金の一部を確保し、それを政府やドナーの資金と組み合わせて保健サービスの再活性化と質の改善に役立てることである。最も効果的な支援策は民間セクターよりも安い料金で提供し、差額を優先順位が低い支援策の料金や自己負担額を増やすことによって相殺した。予防接種と経口補水療法は無料で提供された。貧困家庭の費用負担免除に関する地域的基準は、コミュニティによって設定された。

バマコ・イニシアティブの実施方法は国によって違ったが、実際は各国ともひとつの核となる目的を共有していた。利用者負担とコミュニティによる資金の

協同管理を採用することで再活性化された保健センターを通じ、統合されたサービスのうち基本的なものをパッケージ化された形で提供することである。このような課題を核として、必須医薬品の供給、訓練と監督、モニタリングをはじめとする共通の支援体制が数多く構築された。

「規模の拡大」は、実施プロセスの中で決定的に重要なステップであった。拡大のベースは、村の内外で利用可能な資源、地元の能力、コミュニティのニーズや政府・ドナーからのプレッシャーに見合った速度で働く必要性などを考慮に入れなければならない。バマコ・イニシアティブを採用したサハラ以南のアフリカ諸国のほとんどは何らかの段階的拡大策を導入し、いくつかの国——特に顕著なのはベナン、マリ、ルワンダ——は大きな成果を出している。

本質的には、バマコ・イニシアティブの実施は、当局と権力の優勢なやり方を変える政治的プロセスであった。保健施設レベルでの資源の管理と調整にコミュニティが参加することは、利用者に対して公的保健サービスの説明責任を確保する仕組みとなった。コミュニティを代表する保健委員会は、モニタリング会議を開き、目標普及率、投入する資源の量および支出額の設定、見直し、分析、比較ができた。バマコ・イニシアティブにより、アフリカの広い範囲で、保健サービスのアクセス、利用可能性、コスト負担の低減および実際の利用が向上し、予防接種率の向上・維持が実現され、最も貧しい20%の層に属する子どもと女性のサービスの利用が増加したと見られている。

バマコ・イニシアティブに限界がないわけではなかった。貧しい家庭にも利用料を求めたこと、コスト回収の原則を採用したことは大きな批判を浴び、アフリカの多くの国々がこのアプローチを採用したものの、イニシアティブの規模を拡大できたのはほんの一握りに終わった。バマコ・イニシアティブが成功したといわれる国々でも、貧しい人々は2000年初頭には費用負担を障壁と考えるようになり、費用免除や補助金の存在にも関わらず、多くの人たちが必須保健サービスを利用しなくなった。バマコ・イニシアティブを採用した他のアフリカ諸国と同様、ベナン、ギニア、マリが直面している課題は、最も貧しい人たちを保護することと、費用負担のために、貧しく周縁化されているコミュニティが必須基礎保健ケア・サービスを利用できなくなる事態を防止することである。

参考文献は106ページを参照。

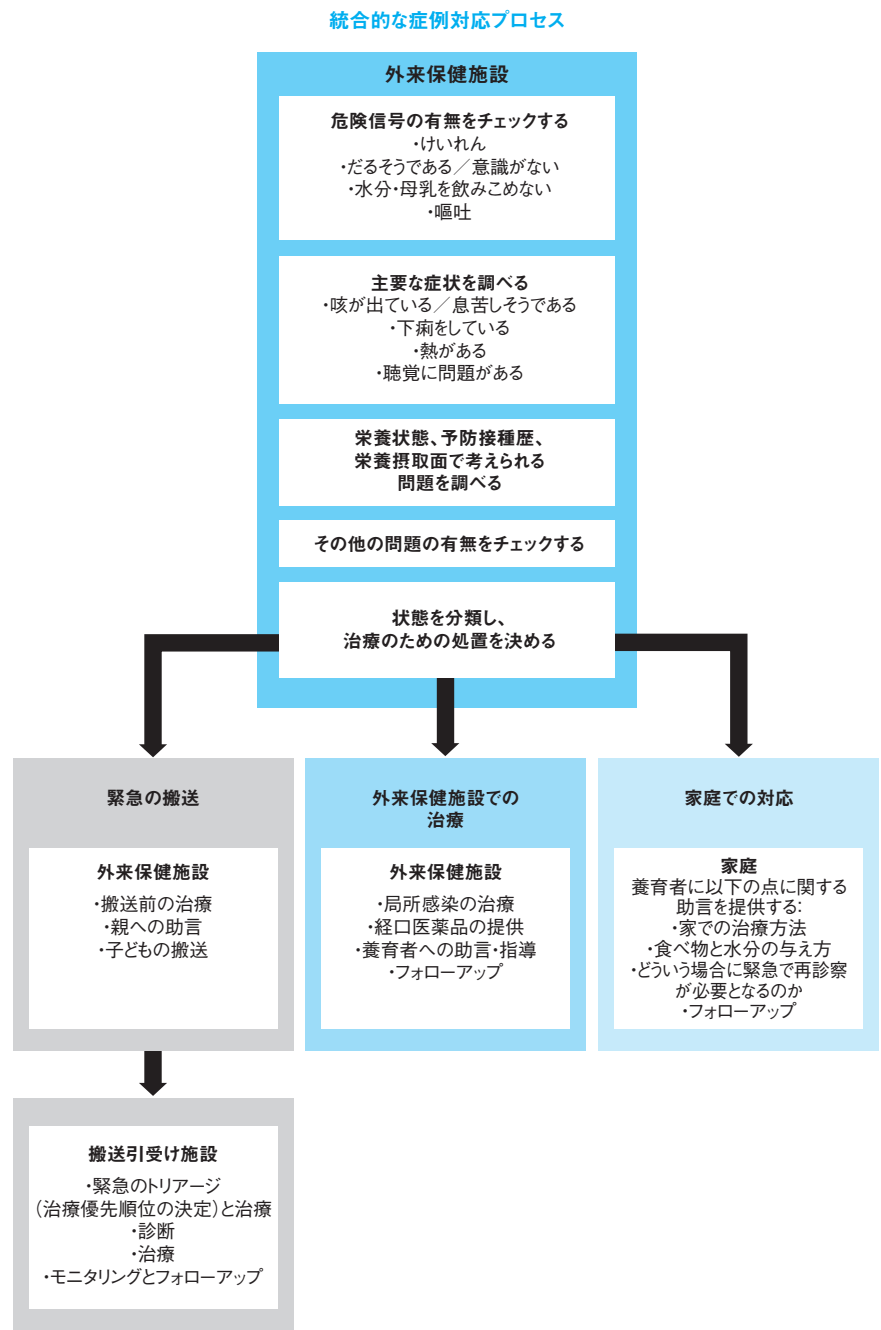
ミレニアム開発目標と成果中心のアプローチ：2000年以降

2000年までに、世界全体の平均寿命は1950年代初頭の47歳から約65歳へと延びた。しかしながら、この寿命の延長につながった健康面での成果を共有できなかった国も多く、またエイズの流行により、HIV感染率が高い地域では成果が後退するおそれも生じた。このため、2000年に189カ国によって採択された8つのミレニアム開発目標(MDG)には保健関連の目標が3つ含まれることになり、その達成期限は2015年とされた(保健関連のMDGと関連する指標を網羅したリストは9ページの図1.9を参照)。

第1章でも説明したように、保健関連のMDGの達成に向けた前進は、MDGを構想した人々が希望したペースでは進んでいない。必須支援策へのアクセスを拡大し、現在取りこぼされている何百万もの母親と子どもたちがアクセスできるようにするための協同努力を継続して行わなければ、これらの目標には、特にサハラ以南のアフリカでははるかに及ばぬままに終わってしまうだろうという深刻な懸念がある。

最近では数多くのハイレベル会合が開催され、MDG達成の機会を見出すこと、最良の実践のあり方を模索すること、国レベルで測定可能な結果を出す決意を明らかにすること、国、地域、世界のそれぞれのレベルで関連した制度的な調整を図ることにに向けた取り組みが進められている。これらの会合で最も懸念されているのは、サハラ以南のアフリカでの進捗状況である。この地域では妊産婦死亡率や新生児・乳幼児死亡率が最も高く、保健関連のミレニアム開発目標についても最も前進が見られない。このままのペースでは、サハラ以南のアフリカ46カ国のほとんどは——スーダンとともに——MDGのほとんどを達成できずに終わるだろう。現在の予測では、1日1ドル未満で生活する人々の割合で見た場合、サハラ以南のアフリカの貧困率は2015年には

図2.3 生後2カ月から5歳までの病気の子どもの対象とした、外来保健施設、第一次搬送施設および家庭におけるIMCI症例対応



出典：WHOとユニセフ：Model Chapter for Textbooks: Integrated Management of Childhood Illness. WHO and UNICEF, Geneva and New York, 2001, p. 6

ほぼ40%に達する見込みである²³。国によっては5歳未満児死亡率が横ばいのままか、逆に上昇さえしているところもあるほか、エイズによる子どもの死亡も増加し続けている。

このような暗い見通しにも関わらず、

他の国々の経験に目を向けると希望が存在する。目標を明確にしたアプローチをとることにより、5歳未満児死亡率を大きく低減することができた国々もある²⁴。最近では、子どもの生存に関連したエビデンス（証拠）に基づく諸支援を包括的に検証したいいくつかの

研究により、現在行われている低コストの支援が、5歳未満児の死亡を3分の2まで、新生児の死亡の半数以上を防ぐことができると再確認されている²⁵。加えて、妊産婦の死亡の88～98%は予防可能である²⁶。

対角線アプローチ：メキシコのやり方

対角線アプローチの有力な提唱者のひとり、メキシコ国立保健研究所のハイメ・セプルヴェダによると、このアプローチは「保健クリニックと家庭をつなぎながら、費用対効果の高い一連の支援策を、大規模に、積極的かつ供給主導で提供すること」である。

対角線アプローチの出発点は垂直型の支援であることが多い。ただし、既存の施設や現場で働く人たちの支援を得ながら、時間の経過とともに支援策の数を拡大していくことが前提である。対角線アプローチは、垂直型の支援、コミュニティ中心の取り組み、そして保健施設でのサービスまたは訪問サービスを統合・調整することの重要性を強調する。医薬品の供給、施設計画、財政、人材開発、品質保障、合理的処方など、支援上の具体的優先事項を定めて適用することにより、多くの重要問題に対処しようとする。

1980～2005年の25年間に、メキシコは多くの垂直型支援を実施して成功させ、その後それを拡大していった。これらのプログラムがターゲットに設定したのは、下痢性疾患（経口補水塩の配布と「きれいな水」プログラム）、予防接種で防げる病気（全国予防接種デー、はしかの予防接種キャンペーン、普遍的予防接種プログラム、全国保健週間）、ビタミンAの補給と虫下し治療（全国保健週間）であった。

PROGRESA——国内の最も貧しい家族を対象にした条件付の現金給付プログラム——により、健康・栄養に関わる習慣を改善したり、学校に子どもたちを通い続けさせたりすることに対して金銭的なインセンティブが用意された。手当の支給は、必須保健サービスや栄養サービスを提供している保健クリニックに定期的に通うことが条件である。生後6～23カ月の子ども全員と、対象世帯の低出生体重児（2～4歳）に対しては、補助食料が配給される。このプログラムは、子どもの栄養状態に非常に好ましい影響を与えている。

2001年からは、保健省が「人生の平等なスタート」(Arranque Parejo en la Vida) というイニシアティブ

を開始したことに伴い、妊産婦、新生児および子どもの保健を継続的な形で網羅した、より包括的なパッケージが導入されている。これは特に、社会とコミュニティの参加を推進し、出産前と新生児期のケアを強化・拡大し、女性に葉酸補給剤を提供しようとするイニシアティブである。その普及率はかなり高くなっている。また、Seguro Popular (セグロ・ポピュラー) という公的健康保険イニシアティブを通し、妊産婦と子どもの保健は権利として位置づけられるようになった。

対角線アプローチは、メキシコの保健システムの研究と、過去25年にわたるその発展の結果として生まれたものだともいえる。ほかのアプローチとは違い、その萌芽は、病気がますます複雑化したことと、質の高いサービスを提供し、手ごろな費用負担で利用でき、最も貧しく、最も周縁化された人々を対象とできるような保健支援策や保健システムを発展させなければならないというプレッシャーにメキシコが直面していたことにある。

このようなアプローチを実施してきたことにより、メキシコは、「2015年への子どもの生存カウントダウン」によって2005年に優先的支援対象国に選ばれた60カ国のうち、ミレニアム開発目標の達成に向けて順調に歩みを進めているわずか7カ国のひとつに数えられるようになった。対角線アプローチは今では公式に採用されており、メキシコの前保健大臣フリオ・フレンクが積極的に推進している。この枠組みをより広範な保健政策に統合するべきであるというのが、彼の考えである。対角線アプローチは、「第三の道」を提示することにより、垂直型アプローチと水平型アプローチ、セクター横断型政策とセクター別政策、国内的努力と国際的努力のそれぞれの間には橋をかけようとしている。この「第三の道」によって、効果的支援策が保健システムの発展の原動力となるのである。

参考文献は106ページを参照。

図2.4

保健関連のミレニアム開発目標を達成するための概念的な枠組み

目標とする 保健・栄養・ 人口面での成果: ミレニアム 開発目標	マイクロ・レベルでの行動: 世帯とコミュニティ	メゾ・レベルでの行動: 保健制度とその他のセクター	マクロ・レベルでの行動: 政策と財政
保健関係の ミレニアム 開発目標を 達成する 1. 飢餓の撲滅 4.5歳未満児の 死亡率の削減 5. 妊産婦の健康の 改善 6. HIV/エイズ、 マラリア、その他の 疾病の蔓延防止 7. 環境の 持続可能性の確保	家族/ コミュニティ・レベルでのケア 住民志向の(アウトリーチ) サービス	モニタリングと情報システム 研修と監督 社会的動員 公平な財政メカニズム	MDGに焦点を絞った、 エビデンス(証拠)に 基づく行動 国家的政策・ 戦略・計画 貧困削減 戦略ペーパー (PRSPs) セクター・ワイド・ アプローチ (SWAps) 財政支援 中期支出枠組み (MTEF)
世帯収入を 保護する MDG1:極度の 貧困の撲滅	個人的(臨床的)ケア	調達と供給 インフラとロジスティクス	

母親、新生児および子どもの保健面での成果を確実にするための、統一された枠組みに向けて

近年、政府と開発パートナー機関は、保健関連のMDGを達成すること、そして協同のあるいは調和のとれた地域戦略を効果的にまとめることに対する決意を新たにするようになった。同時に、妊産婦・新生児・乳幼児保健の専門家は、過去100年の間に得られた教訓に基づき、協同で戦略的な原則をまとめている。これらの原則とは、具体的には次の3つである。

①プライマリーヘルスケアの原則を改めて再認識する。

これは、子どもの生存、成長、発達における家族とコミュニティ・パートナーシップの優位性を強調するものである²⁷。これにより、基礎保健ケアの別の原則に対する関心も、再び高まるようになった。すなわち、家族による子どものケアを改善できるよう支援し、質が高く過重な費用負担を伴わないサービスを提供することについて保健システムの説明責任を確保するためには、コミュニティ・パートナーシップが必要になるという原則である。(第3章では、妊産婦・新生児・子どもの保健と家族ケアの実践の支えとなるようなコミュニティ・パートナーシップのあり方について検討する。)

②保健サービスの提供に対する、「成果を生み出すための保健システム開発」アプローチ。

これは、選択的/垂直型アプローチと包括的/水平型アプローチの長所を組み合わせたものである。この新しいアプローチは、費用対効果の高い支援パッケージを拡大し、母親、新生児および子どもを対象とした継続的なケアに統合するための枠組みとして採用されつつある。ここでは、エビデンス(証拠)に基づく、効果が大きい保健、栄養、HIV/エイズ、水、衛生関連の支援を拡大することが重視され、保健ケアの提供と利用を妨げるシステム全体の障害を取り除くことの重要性が強調される。

西部アフリカの「子どもの生存・発達促進」プログラム

基礎保健ケアへの統合的なアプローチのより新しい例としては、「子どもの生存・発達促進 (ACSD)」イニシアティブがある。これは、西部・中部アフリカで各国政府がユニセフと協力して始めたものであり、1歳未満の乳児、5歳未満児、妊産婦の死亡率の低減を狙ったものである。このプログラムは、カナダ国際開発庁 (CIDA) がユニセフに対し、子どもの死亡率を低減するような革新的なプロジェクトを開発して欲しいと要請したことに端を発する。2002年に4つの国で開始され、16地区、300万人が対象とされた。以来、ACSDは急速に拡大し、2004年までには、5歳未満児死亡率の高い西部・中部アフリカ11カ国で対象地区が選ばれ、1,600万人以上が対象とされるまでになった。ACSDは、対象とされる女性と子どもへの支援を普及させるために、3つのサービス提供戦略を集中的に実施している。

- 家族の健康と栄養に関わる一連の習慣を、主としてボランティアを活用しながら、コミュニティを基盤として推進する。
- アウトリーチ活動とキャンペーンを通じ、予防接種、ビタミンA、虫下し治療、精選された出産前サービスといった必須サービスや必須製品を提供する。
- 優先順位の高い支援策を選択・統合して最小限のケア・パッケージとし、施設を中心に提供する。

優先順位の高いこれらの支援策は、既存のプログラムとアプローチの長所を発展させた3つの分野から成る。

- 出生前ケア・プラス (ANC+)。妊娠中の間欠的マラリア予防治療、鉄分と葉酸の補給、破傷風ワクチンの接種、HIVの母子感染の予防治療を行う。
- 拡大予防接種プログラム・プラス (EPI+)。予防接種、ビタミンAの補給、虫下しが含まれる。
- 小児期疾病統合管理プラス (IMCI+)。殺虫剤処理された蚊帳の利用、経口補水療法、抗マラリア薬、完全母乳育児、補完食の推進が含まれる。

サービス提供と支援に関するこの「3×3」の枠組みは、行動面、制度面、環境面の制約に対処するための分野横断的な戦略によって支えられている。これらの戦略には以下のようなものがある。

- 行動様式に変化を起こすためのアドボカシー（政策提言）、社会動員およびコミュニケーション
- コミュニティ・レベルでのサービス提供に対する成果中心のアプローチ
- 地域を基盤とするモニタリングとマイクロ・プランニング
- 統合的な研修
- 供給システムの改善

「子どもの生存・発達促進」プログラムは、国際的パートナーや地元のパートナーと一緒にやってきた既存の支援をさらに発展させた、統合的枠組みを採用している。このプログラムで非常に重視されているのは、保健部門におけるセクター・ワイド・アプローチ、貧困削減戦略とそれに関連する中期支出枠組み、バスケット方式の資金拠出・予算的支援といった、一般的な国家政策およびプログラムにこの枠組みを採り入れることである。また、地域、地区、コミュニティの各段階における能力構築も重視されている。

ACSDではコミュニティを基盤とした要素が強く、「行動様式中心」のプログラムと考えられている。そこで実施される支援の大半は、マラリアが流行している地域で殺虫剤処理された蚊帳を利用すること、病気の子どもや新生児のケアを改善すること、母乳育児と補完食を奨励することなどのように、行動様式の変化を促進するからである。ACSDには、最も遠く離れた地にまでサービスを届けるために必要不可欠な、積極的なアウトリーチ戦略と移動型サービス戦略も含まれている。

ガーナの地区保健チームから提出された予備データによると、予防接種、乳幼児への栄養の提供、小児期疾病統合管理、出産前ケアを含むこの統合的アプローチは、すでに定期予防接種率の向上に前向きな影響をもたらしつつある。予防接種プラスの活動に合わせて、殺虫剤処理された蚊帳も補助金付きで配布されている。

参考文献は106ページを参照。

これらの諸支援策を同時並行で拡大し、広範囲に適用できるようになれば、子どもの生存だけでなく、子どもの成長と発達にとっても二重の相乗効果をもたらされる見込みである。

このアプローチは、成果を達成するための垂直型アプローチとシステム強化を目指す統合的アプローチという、長年に及ぶ二分法に挑戦するものであり、成果を達成できるように保健システムのあり方を修正することによって、両方の目的が実現できると考える。将来母親となる女性（すなわち思春期の女子や若い女性）が子どもを産む前に予防手段を利用することができ、同時に、発展しつつあるリプロダクティブ・ヘルスや妊産婦、新生児および子どもの継続的な保健ケアの恩恵に預かることができれば、子どもの生存・成長・発達を最適な形で達成・維持できる可能性が高まるとしている。（第4章では、これらの戦略を大規模に実施する方法について詳しく述べる。）

③調整、調和および結果に焦点を絞りながら、国内的・国際的レベルでの活動方法を強化する。

基礎保健ケアへの対角線アプローチを大規模に実施しようとする国々を支援するために、国際社会は新しい方法を必要としている。保健関連の数多くの国際的イニシアティブやパートナーシップを、また保健関連のMDG達成へ向けたドナーの支援を調和させることが、パラダイムの統一のためにきわめて重要である。その他の条件としては以下のようなものがある。

- 保健関連のMDGに関する国家計画、政策および予算上の枠組みの面で、開発途上国に対する支援を強化する。
- それぞれの国が定めた優先事項や計画を支援し、保健関連のMDGに対して予測可能な長期的資金提供を行うよう、ドナー間の緊密な調整を図る。



幼い子どもが健康的な人生のスタートを切るためには適切な栄養が必要である。みんなと一緒に食事をするホンジュラスの子どもたち。

- MDGに関連する成果を出せるよう、保健システムその他のセクターを強化する。
- 保健関連のMDGを達成することの緊急性について国際社会の集団的意識を喚起することにより、国連全体の調和を進める流れのなかで多国間支援の実効性と効率性を向上させる。
- MDGを達成できるよう、制度的な活動のあり方を変革する。知識管理と学習に対する、より体系的でしっかりしたアプローチを発展させる。
- 保健面での成果への関心が再び高まっていることから生じた機会を逃さない。
- 成功のためには市民社会と民間セクターの役割が欠かせないことを認識する。

（第5章で、この新しい活動のあり方について取り上げる。）

図2.4は、保健関連のミレニアム開発目標（MDG）を達成する上で、これらの新しい戦略的原則がどのように補完し合っているかを示したものである。この図を見ると、MDGが達成できるかどうかは基本的には世帯とコミュニティのレベルで決まるものの、家族とコミュニティが成果を収めるためには、保健システムその他のセクターからの支援がなければならないことが、明確である。そして、保健システムその他のセクターが家族やコミュニティを支援し、成果に関する説明責任を確実に履行できるようにするためには、国際的・国内的双方のレベルでの政策と財政的手当が必要である²⁸。

教訓を踏まえてさらなる進展を目指す

以上の簡単な回顧から明らかなように、公衆衛生の分野では常に学習と発展が進んでいる。子どもの主要な死因を減らすことを目的とした、すでに効果が証明されている戦略に焦点を絞る必要がある。同時に、これを効率的に

アフリカにおけるHIV/エイズと、それが女性と子どもに及ぼす影響

エリザベス・N・マタカ（アフリカにおけるHIV/エイズに関する国連事務総長特使）

HIVとともに生きる世界のおとなの半数近くが女性であることは、胸が痛むことである。サハラ以南のアフリカだけで、HIVに感染した2,300万人のおとな（15～49歳）のうち、1,310万人（57%）が女性なのである。例えばザンビアでは、女性と女子はHIV/エイズの影響を非常に受けやすい状態に置かれており、15～24歳の女性が感染する確率は同じ年齢層の男性の3倍に上る。HIVが女性たち、特にアフリカの女性たちにどれだけの影響をもたらすかは、これまで非常に過小評価されてきた。子どもたちもHIV/エイズの影響を免れることはできず、破滅的な影響を被っている。推定では、2006年末の段階で、HIVとともに生きる15歳未満の子どもの数は230万人に上っていた。

多くの子どもたちがエイズによって親を失っており、孤児や困難な状況に置かれる子どもたちの数が急増している。サハラ以南のアフリカだけで、2010年までに約1,570万人の子どもたちがエイズによって孤児となる見込みである。子どもたちの苦境は親が亡くなるずっと前から始まっており、とりわけ女の子は、病気の親、特に母親の面倒をみるために学校をやめざるを得なくなる場合がある。子どもたちは、支援が得られないために、教育の機会を失い、持てる可能性を最大限に開花させる機会を失う。親が死亡すると、子どもたちは別の場所に移らざるを得なくなる場合があり、そうなれば友達も、馴染みのある居心地の良い場所や環境も失ってしまう。こうした子どもたちがどのような心的外傷に苦しんでいるかは、アフリカでは子どもを対象としたカウンセリング・サービスが発達していないために、未解明のままである。身体的な、目に見えるニーズばかりが重視され、より複雑で対応も困難な、子どもの心理的ニーズがないがしろにされているとも思える。

子どもたちはもはや、伝統的な大家族システムの支援を頼りにすることはできない。従来は、このようなシステムが、高齢者、孤児、困難な状況や不利な状況に置かれた家族構成員に対してケアや支援を提供していた。このような対処機構は、貧困によって、そしてケアを必要とする子どもが多すぎるといった単純な事実によって圧倒され、機能しなくなってきている。エイズは、生産・生殖の両面で最盛期にある、最も生産的な家族構成員に影響を及ぼすためである。その結果、すでに余裕がなくなっている家庭に、歓迎されない状態で子どもが送り込まれる例も生じるようになった。住むところを失い、アフリカの主要都市の路上で暮らさなければならなくなる子どもたちもいる。

子どもたちは誰もが、雨風をしのげる場所、適切な栄養、養育、そして成長する過程で、また未来への希望を新たに作る上で役立つ支援体制を必要としている。親や養育者から与えられる教育や社会性を身につけるための支援がなければ、子どもたちは、十分に生産性を発揮できる社会の一員となるために必要な、技術や知識を身につけることができない。HIV/エイズのせいで、祖父母に育てられる世代の子どもたちが生み出されているが、ほとんどの場合、祖父母自身もその

年齢ゆえに支援を必要としているのである。

女性と女子のHIV感染率が高いことも憂慮の対象である。これに女性が担わなければならない負担——エイズ患者やエイズにより孤児となった子ども、そして自分自身の家族のケア——が組み合わさると、もはや持ちこたえられない状況となる。特に南部アフリカではそうである。

男性と女性の間には存在する社会経済的地位の不均衡は、HIV感染の拡大、特に女性や女子の間での拡大の加速に大きく影響している。文化的規範や早婚のために、若い女子はさらに感染しやすい立場に追いやられている。性に関する問題について十分なコミュニケーションが図られていないために、女性・女子は、より安全なやり方を求めて交渉する能力を制限されており、危険な関係を続けざるを得ない場合もある。社会経済的な問題のために、女性がカウンセリングや治療を受けにくくなる場合もある。このような環境では、女性は財産を所有できなかったり、財政的資源にアクセスできなかったりするため、夫、父親、兄弟、息子の扶養に依存しなければならない。資源を持たない女性は性的暴力を受けやすくなり、こうした暴力の脅威もまた、HIV/エイズから身を守る女性の力を制約してしまう。

危機は終焉からほど遠い状況にある。アフリカ各国の政府は、個人、特に女性と子どもが自らの身を守る力を高めるようなイニシアティブを強化することに対し、決意を表明しなければならない。女性のエンパワーメントは、もはや「開発のあらゆる側面でジェンダーを主流化する」という一般のお題目のもとで対応してよい問題ではない。女性のエンパワーメントは、孤児や困難な状況にある子どもたちへの支援と同様に、次の段階へと移行しなければならない。対象を明確にし、期限を定め、十分な資金が配分される、測定可能な成果を伴うプログラムが必要となっているのである。

「意識啓発にとどまらない」イニシアティブへの支援を増強する必要がある。そのようなイニシアティブは、能力開発、コミュニティを基盤とする健康増進、積極的な生き方、ジェンダーの平等、予防・ケア・治療への普遍的なアクセスに焦点を絞ったものでなければならない。

エイズの流行によってもたらされる問題は複合的であり、開発のあらゆる側面に負の影響を与えている。HIV/エイズによって引き起こされる人的・財政的な課題に対処するため、アフリカでやらなければならないことは多い。長期的かつ持続的な予防・ケア・支援プログラムが必要であり、一貫した、予測可能かつ持続的な資源の提供も必要である。女性のエンパワーメントを図るとともに、女性を差別する文化的習慣を変える必要もある。長期的で持続的な対策が必要不可欠であり、これはあらゆる関係者が協働して初めて可能となる。

参考文献は106ページを参照。

妊産婦、新生児、子どもの健康のためのパートナーシップ

2005年9月に開始された「妊産婦、新生児、子どもの健康のためのパートナーシップ (PMNCH)」には、妊産婦、新生児、子どもに関わる活動を行っている180の組織が参加し、死亡率と罹病率を低減するための同盟を形成している。PMNCHは、妊産婦、新生児、子どもの健康に関する3つの主導的パートナーシップから生まれたもので、その3つとは、ジュネーブのWHO本部が事務局を務める「安全な母性と新生児の健康のためのパートナーシップ」、セーブ・ザ・チルドレン・アメリカを本拠地とする「健康な新生児パートナーシップ」、ニューヨークのユニセフ本部が主催する「子どもの生存パートナーシップ」である。

PMNCHは4つの主要活動分野に焦点を合わせている。

- **アドボカシー**：PMNCHの中心的活動分野であり、妊産婦、新生児、子どもの健康に関わる問題が政治的課題として位置付けられるようにすること、より多くの財政的その他の資源を要求することを目的とする。
- **実効的な、エビデンス（証拠）に基づいた支援策**：これを推進・評価することによってその拡大を図る。その際、保健ケアへのアクセス面での不平等を是正することに焦点を絞る。

- **国別の支援**：これを提供することにより、妊産婦、新生児、子どもの保健ケアが国家的開発・投資計画に組み込まれ、保健システムが強化され、普及面での格差が改善されるようにする。

- **モニタリングと評価**：優先順位が高い支援策の普及率、MDG 4と5の達成に向けた進捗状況、普及面での格差の改善状況を検討し、関係者が説明責任を履行するようにする。

PMNCHのメンバーは6つのグループに分かれる。学術・研究機関、保健ケアの専門家、国連機関、非政府組織、ドナーや財団、政府である。

このパートナーシップは、「2015年への子どもの生存カウントダウン」で優先支援対象国に指定されている60カ国の少なくとも50%が、2010年までにMDG 4と5の達成が可能な状況になるようにすることを目的としている。その活動のあり方を定める原則は、継続的なケアを実現することにより、時期（妊娠期、出産時、新生児期、乳幼児期）と場所（家庭、コミュニティ、保健施設）を横断する形で、妊産婦、新生児および子どものケアの問題に統合的なやり方で対応するということである。

参考文献は106ページを参照。

行うには、コミュニティと家庭を巻き込みながら、アウトリーチ・ケアと施設ケアを含む継続的なケアの枠組みの中で支援を実施しなければならない。コミュニティ・パートナーシップなどの新しいイニシアティブを支えるために、保健システムを強化・拡大しなければならないし、それをバックアップするために国内外で強力なリーダーシップとコミットメントが存在しなければならない。加えて、妊産婦と子どもの生存、健康、栄養に関わる多くの機関が効果的な協働を図らなければならない。

子どもの生存と健康に関する60年間のアプローチを振り返ることでわかる

何よりも重要な原則は、すべての状況に適用できる唯一のアプローチは存在しないということである。保健ケア・サービスをどのように組織・提供し、どのような支援を行うかは、人的資源や財源の制約、社会経済的背景、現段階で保健システムに備わっている対応能力、そして最後に成果達成の緊急性に応じて決めなければならない。

第3章では、良質な継続的ケアを提供するために保健システムを発展させなければならない理由を明らかにするとともに、保健システムに十分な対応能力が備わっていない国でコミュニティ・パートナーシップを活用することの利点に焦点を合わせる。これによ

り、蓄積された知識がどのように活用されているかわかるはずである。希望が持てる成果はしばしば出ているし、時として印象的なほどの成果もある。しかし、これらのアプローチを拡大し、質の高い保健ケアを受けることができずに生きている、あるいはそのまま命を失っていく何百万人もの母親、新生児、子どもたちにサービスを提供できるようにするためには、多くのことを成さねばならないし、学ばなければならないこともきわめて多い。