



妊産婦、新生児、5歳未満児の死亡率を低減するには、コミュニティのパートナーシップが欠かせない。写真はコミュニティ開発推進員の女性（インド）。

## 要約

保健関連のミレニアム開発目標を達成するには、施設を基盤としたサービス、正規の公衆衛生プログラム、コミュニティ・パートナーシップのすべてのレベルで保健システムを強化する必要がある。コミュニティや家庭で健康維持のための習慣が改善され、これに保健システムへの紹介・搬送の機会が組み合わされれば、5歳未満児死亡率の低減に強力な影響を及ぼすことは、ますます多くの証拠によって明らかにされつつある。その結果、統合的な保健システムとコミュニティ中心の基礎保健ケアは、国内政策においても、保健に関わる国際的なパートナーシップやプログラムにおいても、再びいっそうの注目を集め、重視されるようになってきている。

経験の示すところによれば、うまくいっているコミュニティ・パートナーシップには、その基盤にいくつかの共通の要素が存在する。つまり、まとまりが

よく、多様な人々を包摂するような形でコミュニティが組織されており、コミュニティの参加のあり方も同様であること。コミュニティ保健員に対し、支援とインセンティブが提供されていること。プログラムの監督と支援が十分であること。施設ケアへの実効的な紹介・搬送体制が整っていること。他のプログラムやセクターとの協力・調整が図られていること。資金が安定していること。そして、地域・国のプログラムや政策と統合されていることである。

持続可能性を確保し、拡大を促進するためには、国家的なリーダーシップと、コミュニティ・パートナーシップは自分たち自身のものであるという意識が欠かせない。基礎保健ケアの実現を妨げる障壁を緩和するための政策を策定・実施し、サービス提供者の質と効率性を向上させ、公的な説明責任を増強するという点で、政府は重大な役割を担っている。

実効性のある、子どもに焦点を合わせた保健政策を策定するとともに、コミュニティと保健システムを結びつける強力な制度を構築することは、保健関連のミレニアム開発目標の達成に向けた、きわめて重要な手段である。多くの国々では、保健支出を増加させると同時に、政策環境が相当に改善されなければ、大きな前進は見込めないからである。ドナーは、妊産婦と子どもの生存、健康、栄養状態を向上させるために各国が策定した政策や戦略のもとに結束し、各国政府とともに、人的・財政的資源を十分に投入することによってコミュニティ・パートナーシップの拡大・強化を図らなければならない。

# 母親、新生児、子どもを対象とした 基礎保健ケアにおける コミュニティ・パートナーシップ

## コミュニティ・パートナーシップの役割と重要性

乳児や子どもが病気になったときに最初にケアを担うのは、家族、特に親その他の主たる養育者である。家族、特に母親は、病気の第一次診断を行い、それがどのくらい深刻であるか、どのような結果が生じる可能性があるかを判断し、治療とケアの方法（家での治療を含む）を選択し、医薬品その他の治療手段を調達して投与・実行する。病気になった妊婦や子どもに正規の保健ケアを受けさせる決断をするのも家族と養育者なら、栄養摂取や衛生保持に関わる多様な習慣を採り入れるかどうか判断するのも家族や養育者である。

コミュニティや家族をエンパワーして母親、新生児、子どもの保健ケアと栄養対策への参加を促すことは、ケアの提供を増進させる、理にかなった方法である。基本的な基礎保健ケアや環境面でのサービスが整っていない国やコミュニティでは、なおさらこのことが当てはまる。個人と家族を対象とした保健ケアと栄養にコミュニティが参加しなければならないという考え方は、1978年のアルマ・アタ宣言<sup>1</sup>に体现されている包括的基礎保健ケアの考え方につながった動きに伴って、ほぼ30年前に確立された。コミュニティの参加なしには、「すべての人に保健ケアを」という目標が、特に最も周縁化された貧困地域では深刻な制約にぶつかり続けるであろうことは、ずっと以前から明らかだったのである<sup>2</sup>。

すでに明らかになっているコミュニティ・パートナーシップの利点を学ぶことは、より長期的に保健ケアを改善していくために必要な経験の一部であ

る。コミュニティの参加は、知識、政策、行動が根本的に分断されている状況を緩和し、最終的にこれを解消するためのひとつのメカニズムと見なされている。このような分断状況は、ケアの供給面・需要面双方に対応しようとする努力を阻害してしまう<sup>3</sup>。

保健ケア、衛生習慣、栄養、水と衛生に関わるサービスにコミュニティが参加することの重要性は、コミュニティの構成員にとって直接の利益があるというだけには留まらない。それは、コミュニティの構成員が、自分たちの健康に前向きな影響を及ぼしうる活動に従事することにつながるためでもある。参加は、人類の進歩に対する権利中心アプローチの核を成すものである。参加は、人々がその能力を全面的に発揮し、公的な事柄やコミュニティに関する事柄に関与する権利を行使し、公平、平等、エンパワーメントを促進するためにきわめて重要である。これらの特質は、持続的な人間開発にとって、またとりわけ世界人権宣言、子どもの権利条約、女性に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約、ミレニアム宣言といった盟約が目指すものにとって、基本的要素となっている。

## コミュニティ・パートナーシップの多様性

公衆衛生関連の文献では、コミュニティについてはすべての場面で通用するような形では定義されていない。コミュニティは、状況に応じて広義にも狭義にも定義できる。しかし素直にかつ実際の考え方をすれば、特定の地域に住んでおり、共通の利害、伝統、共有財産を持つ集団を指して「コミュニティ」と言うことが多い。コミュニ

ティの構成員は、保健ケア、適切な栄養、安全な飲み水、衛生に対する権利を同じような形で剥奪されている場合もある<sup>4</sup>。コミュニティをこのように広く定義すれば、「コミュニティ・パートナーシップ」とは、自分たち自身の、そして子どもその他の被扶養者の保健ケアと福祉についてコミュニティの構成員の積極的関与を得ようとするアプローチや戦略のことをいう。

妊産婦、新生児、子どもの健康に関するコミュニティ・パートナーシップのあり方は、非常に多様である。数千人、あるいは数百人しか参加していない小規模なものもあるかと思えば、ブラジルのコミュニティ保健員のネットワークや、パキスタンの「レディ・ヘルスワーカー」プログラムのように、何千人もの保健員が参加して何百万人もの子どもや女性を対象としているイニシアティブもある。コミュニティ保健員を通じたサービス提供のような供給サイドの要素に重点を置くプログラムもあれば、需要サイドのイニシアティブにより重点を置き、政府による説明責任の履行と成果を求める社会的要求の動員を図るプログラムもある。コミュニティ保健員を活用したイニシアティブにも、ボランティアの参加に依存するものもあれば、現物支給、一部支給または現金支給による支払いを行うものもある。コミュニティ中心のプログラムにも、国による支援を受け、全セクターにわたる政策やより広い保健システムに統合されているものもあれば、まだ完全には組み込まれていないもの、あるいは部分的にしか組み込まれていないものもある<sup>5</sup>。



© UNICEF/HQ05-2186/Giacomo Pirozzi

コミュニティ・アウトリーチ・サービスによる妊婦の支援は、母子双方のケアの向上につながる。地元の保健センターで提供されている、妊婦を対象としたHIVカウンセリング（コンゴ民主共和国）。

保健ケアへのコミュニティ参加に関わるプログラムやアプローチがこのように多様なのは、少なくとも部分的には、コミュニティ自体が多様だからである。コミュニティはそれぞれ独自の社会的特性、組織構造、ほかの集団との結びつきを有している。したがって、コミュニティを対象にしたプログラムやアプローチを効果的なものとするためには、それらを地元のニーズと状況に合ったものにするとともに、コミュニティ自身のものとして位置づけなければならない。

個々の状況に合わせて戦略を修正するのは、複雑なプロセスである。国や地域と同じように、コミュニティも均質な集団ではないことが多いからである。特定の国や地域に存在する複数のコミュニティ間に顕著な違いがあるばかりでなく、コミュニティの内部にも格差が存在する可能性がある。コミュニティの構成員は、伝統や利害を共有し、同じような剥奪、差別、無力化（ディスエンパワーメント）を経験しているかもしれないが、保健ケアに関わる具体的なニーズ、関心事、期待はそれぞれ異なるはずである。コミュニティは、それぞれの視点や利害関係により、保健プログラムにとって有益な存在にもなり、あるいは妨げにもなりうる強力な個人から構成されている可能性が高い。

このように多様ではあるものの、データや観察によって、保健ケアと栄養に対するコミュニティ中心のアプローチに共通して存在する要素を見出すことは可能である。コミュニティ中心のプログラムの最大の目的は、地域住民が保健サービスや保健支援事業にアクセスできる可能性を高めるところにある。また、このようなプログラムには、行動変容、ケアに関わる習慣、専門家によるケアを求めようとする姿勢の前進に弾みをつけるとともに、質の高いサービスを要求できるようコミュニティと家庭をエンパワーする可能性もあると考えられる<sup>6</sup>。保健ケアと栄養に対するコミュニティ中心のアプローチに見られるその他の共通項は、48ページのパネルで説明している。

### コミュニティ・パートナーシップを成功させる要因

うまくいっているコミュニティ中心のアプローチには、いくつかの共通の要素が見られる。どのような実施方法をとるかは、どんな場合でも地元の状況次第である。成功要因を明らかにすることは、プログラムを評価し、「体験を通じて学ぶ」ための積極的方法であるばかりか、コミュニティ中心のプログラムにおいてどのような要素がうまくいかなかったのかを、背景的要因から切り離して考える試みよりもはるかに

容易である。したがって、48ページのパネルには、基礎保健ケアにおけるコミュニティ・パートナーシップが共通して直面しているいくつかの課題を掲載しているが、第3章では、成功したイニシアティブに共通する基本的な考え方を明らかにし、説明することに重点を置く。

データと経験から導き出された成功要因としては次のようなものが特定されており、以下にその概略を示していく。

- まとまりがよく、多様な人々を包摂するような形でコミュニティが組織されており、コミュニティの参加のあり方も同様であること。
- コミュニティ保健員に対し、支援とインセンティブが提供されていること。
- プログラムの監督と支援が十分であること。
- 施設ケアへの実効的な紹介・搬送体制が整っていること。
- 他のプログラムやセクターとの協力・調整が図られていること。
- 資金が安定していること。
- 地域・国のプログラムや政策と統合されていること。

以下、それぞれの基本的考え方について、簡単に説明していく。

## コミュニティ中心の保健ケア・プログラムで採用されるべき基本的な実践項目

ユニセフとWHO（世界保健機関）を含む多くの機関は、家庭で実践されるべき新生児と乳児のための対応として、以下の12項目を最重要項目として位置づけることに合意している。これらの実践は、コミュニティで子どもの生存・健康・栄養を促進する一助となりうる。

- **完全母乳育児**：出生から6カ月間は母乳のみで育てる。(HIV陽性と診断された母親に対しては、母乳育児に代わる手段についてカウンセリングの機会を提供する必要がある。)
- **補完食**：最低2年間は母乳育児を続けながら、6カ月を過ぎた頃からエネルギーと栄養に富んだ補完食を子どもに与え始める。こうすると、下痢性疾患や急性呼吸器感染症（特に肺炎）による死亡を10%以上防げるとともに、はしかその他の病気への抵抗力も高めることができる。
- **微量栄養素の補給**：ビタミンAが欠乏しているコミュニティでは、食事や栄養補助食品を通じてビタミンAの摂取量を向上させることにより、6カ月から5歳までの子どもの死亡数を20%削減することができる。
- **衛生**：衛生習慣、特に石鹸（あるいは灰）による手洗いと排泄物の安全な廃棄を向上させると、下痢性疾患を35%削減することができる。
- **予防接種**：1歳未満児にはしかの予防接種をすることにより、毎年生じているはしか関連の死亡はほとんど防ぐことができる。養育者は、子どもが1歳の誕生日を迎える前に、ひと通りの予防接種（BCGワクチン、ジフテリア・百日咳・破傷風ワクチン、経口ポリオワクチン、はしかワクチン）を済ませておくようにすべきである。
- **マラリア予防**：マラリア流行地域では、家庭で殺虫剤処理を施された蚊帳を利用することにより、マラリアに関連した子どもの死亡数を23%も削減することができる。
- **心理社会的ケアと発達**：ケアに関する子どものニーズに応え、また子どもと話し、遊び、刺激のある環境を提供することによって、子どもの精神的・社会的発達を促進する。
- **病気の子どもに食べ物と水分を与える**：子どもが病気のときも食べ物を与え続け、水分（母乳を含む）はいつもより多く与える。
- **家庭での治療**：病気の子どもに対し、家庭で適切な感染症治療を行う。
- **専門家によるケアの要請**：病気の子どもが家庭外で治療しなければならない状態になったときは、そのことを認識し、適切な専門家によるケアを求める。
- **適切な対応**：治療、フォローアップ、紹介・搬送に関する保健員のアドバイスはきちんと守る。
- **出産前ケア**：妊婦は全員、適切な出産前ケアを受けるべきである。これには、出産までに少なくとも4回、適切な保健ケア提供者による家庭訪問を受けるとともに、破傷風の予防接種を推奨された回数受けることが含まれる。母親になった女性は、出産時、出産後および授乳期間中にケアを受けられるように、家族とコミュニティが支援をすべきである。

子どもを守ることにつながるその他の重要な実践項目としては、HIV/エイズの影響を受けている人々、特に孤児や困難な状況にある子どもたちに適切なケアを提供すること、負傷や事故、虐待・ネグレクト（育児放棄）から子どもたちを保護すること、そして、子どものケアに父親の参加を得ることなどがある。

これらの実践項目の多くは、適切な支援があり、物資やサービスが提供されれば、コミュニティ保健員やコミュニティの構成員自身で実施することができる。住民の日常生活に最も密接に関係するような保健ケアや栄養面については、コミュニティの直接的参加を得ることが最も適切なやり方であろう。乳幼児への母乳や食事の与え方、その他の養育習慣、水と衛生に関わる問題などがこれに該当する。

参考文献は107ページを参照。

## まとまりがよく、多様な人々を包摂するような形でコミュニティが組織されており、コミュニティの参加のあり方も同様であること

まとまりがよく、多様な人々を包摂するような形でコミュニティが組織されていることは、うまくいっているコミュニティ・パートナーシップの基本的特徴である。コミュニティは確立された規範や慣習に基づいて機能しており、それは社会的、宗教的または伝統に深く根ざしていることが多い。このような伝統を尊重するプログラムこそ、保健ケアと栄養に対するコミュニティ中心のアプローチが最も成功している事例に数えられてきた。例えばアジアでは、バングラデシュ（BRAC）、イン

ド（ジャムケッドその他）、パキスタン（レディ・ヘルスワーカー）などの国々で実施された大規模イニシアティブを主導したのは地元の組織であり、それもしばしば女性グループであった。これらのグループは、コミュニティ内ですでに確立されており、保健だけではなく教育や信用融資といったその他の開発分野もカバーする形で活動している<sup>7</sup>。

しかし、コミュニティがこのような形で組織されているというだけでは、永続的な変化をもたらすには十分ではない。真に有効で、すべての住民を網羅するコミュニティ参加を実現するためには、多様な人々を社会的に包摂するような参加のあり方が採られなければ

ならない。コミュニティの構成や構造はしばしば一様ではないことを考えると、多様な人々を社会的に包摂するようなコミュニティ・パートナーシップを確立することは難しい課題ともなりうる。ジェンダー、宗教、民族、障害による排除や差別が長年にわたって存在している場合、支援策の実施対象が限定されてしまう可能性がある。コミュニティ内の分裂は、ごく最近の事件や状況——例えば内紛や、HIV/エイズに伴う偏見・差別——に根ざしていることもある<sup>8</sup>。

たとえ地元で尊敬され、多様な人々を社会的に包摂している組織がコミュニティにあったとしても、その組織がプログラムに自動的に参加してくれる

## 保健と栄養に関するコミュニティ・パートナーシップに共通する特徴と課題

### 全般的な目標

- 妊産婦、新生児、子どもの死亡率と罹病率を低減する。

### 目的

- 基礎的な予防サービスと治療サービスへのアクセスを向上させる。
- 保健員と養育者・母子との直接的接触の機会を増やすよう努める。
- 行動様式の持続可能な変容を促進する。
- ケアの実践を支援する。
- サービスの向上と説明責任の強化を要求するための、コミュニティによる社会的動員を促進する。

### 中心的特徴

- 保健ケアと栄養に関わる活動は、正規の保健施設外で実施される。
- 必須サービスの提供やより良いケア実践の促進において、コミュニティ保健員（ボランティアや非常勤であることが多い）が主要な役割をしばしば果たしている。
- コミュニティ保健員の研修、支援、監督が、諸プログラムに共通する特徴となっている。
- サービスの提供や家庭訪問を行うために、地理的に近い場所に中央拠点が設けられることが多い。
- コミュニティ組織がプログラムを支援しており、運営・実施だけでなく、立案や評価にも寄与している。
- 基礎保健ケアの他の局面——特に水と衛生や農業関

連の支援策——もプログラムに含まれている。

すべてではないが一部のコミュニティ・パートナーシップに共通して見られるその他の特徴

- 施設ケアへの紹介・搬送。
- アウトリーチ・ワーカーからの支援。
- より広い保健セクターへのプログラム統合。
- 国の開発プログラム・政策への統合。
- 支えとなる環境を強化するための措置——ジェンダー平等イニシアティブなど。

コミュニティ・パートナーシップが共通して抱える限界

- 質の高い保健サービスを提供するコミュニティ保健員がいない。
- 多様な参加者の間で十分な調整が行われていない。
- コミュニティ中心の活動を行うための資金が不足している。
- 医薬品や物資が定期的に供給されない。
- コミュニティ保健員の支援と監督が十分でない。
- 伝統的な養育習慣が根強く残っている。
- 女性の経済的地位が低い。

参考文献は107ページを参照。



村の指導者たちは、コミュニティ内の必須保健支援活動を促進する強力な支持者となりうる。自分の息子にポリオの予防接種をする地区長（ナイジェリア）。

とは限らない。保健ケア、栄養、水と衛生サービスについての希望やニーズについてコミュニティ組織が意見を述べられるよう、アドボカシー（政策提言）とコミュニケーションが必要である。プログラムが立ち上げられて実施段階に入ってからでは、自分たちが掲げた目標に向かってプログラムが前進しつつあることを、コミュニティの構成員が個人としても集団としても確認できなければならない。プログラムの進展に伴い、それが引き続き妥当性を有しているかどうかについても、定期的に評価する必要がある<sup>9</sup>。

実施段階でコミュニティの参加を制限するようなプログラムには地元のオーナーシップを弱める危険性があり、そうなれば参加も一時的かつ実質の乏しいものになってしまう<sup>10</sup>。コミュニティ・プログラムに関係するコミュニティ組織が定期的に会合を持つことは、参加の重要な構成要素である。こうした会合では、計画、モニタリング、評価の一環として、成果やエビデンス（証拠）について討議することができる。

### コミュニティ保健員に対し、支援とインセンティブが提供されていること

コミュニティ保健員は、コミュニティ中心のプログラムになくしてはならない存在として確固たる位置を占めている。コミュニティ保健員は、専門家である保健スタッフとコミュニティとの間のかけ橋となり、またコミュニティが自分たちの保健ニーズを見出して対処できるように援助する役割を担う。

コミュニティ保健員は一般的に、コミュニティを基盤とした治療、教育、カウンセリングを担う主たる存在であり、通常は家庭訪問によってこのようなサービスを提供する。また、地元の保健施設で活動し、薬その他の必需品を入手して配布し、コミュニティの会合に出席し、プログラム運営の責任を担うといった役割も果たしている。その他の責務として、地元で開催される地区や地域の会合に出席して研修やフィードバックを提供すること、他のコミュニティや政府の保健担当者とコミュニティを代表して対話をするなどが含まれる。

コミュニティ保健員は、その存在がなければ基礎保健サービスにアクセス

できないおそれがある困難な状況の子どもたちにサービスを提供することができるため、エクアドル、エチオピア、コロンビア、ネパールなどの多様な国々で、子どもの生存に関わる成果をプロジェクト・レベルで改善する上で、とりわけ有効な役割を果たしてきた。保健サービスの拡大に成功した開発途上国の取り組みを検討すると、遠隔地に住む子どもたちにも平等な保健サービスを提供する上で、また保健システムが脆弱な国々では満たされていない恒常的保健サービスの需要に応える上で、コミュニティ保健員の可能性を裏付けるものがある。

コミュニティ保健員プログラムを拡大するための努力については第4章でさらに詳しく取り上げるが、このような努力は障害や隘路に直面することがある。実際、十分な参加者数や体制を維持すること自体が最大の難問であることも多い。既存のプログラムは、その規模の大小に関わらず、研修や監督が行き届かない、物資がない、サービス対象であるはずのコミュニティとうまく関係が結べないといった問題に取り組んでいる。コミュニティ保健員プログラムの人員離脱率は高いことが多い。例えば、ある調査によると、セネ

ガルでは9カ月の間に30%、ナイジェリアでは2年間で50%の離脱率が記録された。インド、スリランカ、タンザニアでも同様の問題が生じていることがわかっている<sup>11</sup>。

離脱に関わる要因は複合的である。コミュニティ保健員の責務をまっとうするためには時間と財政的資源が必要であり、相当な機会コストが伴う場合もある。コミュニティ保健員は、特にボランティアで活動していたり、報酬が現物支給や部分支給であったりする場合は、家族を扶養する義務を果たせるだけの所得を必要としているかもしれない。時間と資源の面で明らかに過重な負担を課されれば、保健員として有効に活動することができず、コミュニ

ティ・パートナーシップから脱落してしまう可能性もある。

コミュニティ保健員プログラムが維持できるか否かは、離脱を防ぐだけの魅力的なインセンティブをパッケージとして提供できるかどうかにかかっている。パッケージの内容は、コミュニティ保健員がそれぞれのコミュニティで果たしている職務の違いを反映して、現場ごとに違ったものとなる。しかし、あらゆるパッケージにおいて優先的課題に焦点を絞ることが必要である。これには、失われた経済的機会の埋め合わせをすること、十分な監督と仲間同士の支え合いを提供すること、個人的な成長と発達の機会を提供すること、コミュニティ内に強力な支援システム

を作り出すことが含まれる<sup>12</sup>。

コミュニティ保健員に活動を続けてもらい、やる気を出させるのに必要なインセンティブは、金銭的なものだけとは限らない。アルマ・アタ以降に大規模に展開されたコミュニティ保健員の養成と配置について評価を行ったところ——その結果は失望するものであったが——保健員の実効性を維持するためには、初期研修よりもしっかりしたプログラム運営と再教育研修のほうが効果的であることがわかった。コミュニティの積極的な参加と支援こそ、コミュニティ保健員プログラムの成功と持続にとってきわめて重要な要素であることは、世界共通である。例えば、フィリピンでは、バランガイ・レベル(国

## インド：コミュニティ・パートナーシップを通じた栄養不良の削減

### 課題

インドでは、国の経済が大幅に伸びているにも関わらず、栄養不良が依然として問題となっている。1999年に行われた全国家庭保健調査の結果、3歳未満児の47%が低体重の状態にあることがわかったが、これはサハラ以南のアフリカの平均値よりも高い数字だった。2006年に終了した直近の調査のデータでもほんのわずかな削減しか見られず、3歳未満児の約45%が依然として栄養不良の状態にある。州によっては、マディヤ・プラデシュ州やビハール州のように、前回の調査時より栄養不良率が高まったところもある。栄養不良率がこのように高い理由としては、乳幼児への正しい栄養の与え方について養育者が十分な知識を持っていないこと、不衛生な習慣のために感染症にかかる頻度が高まること、人口増加による弊害が大きいこと、女性や女子の地位が低いこと、社会サービスが最適な形で提供されていないことなどが挙げられる。

インド政府は、幼い子どもの栄養不良に対処するために、子どもの発達統合計画(ICDS)を大いに活用している。1975年に開始されたこの計画は、乳幼児の母親を対象として保健・栄養教育を実施するとともに、栄養補助食、基礎保健ケアおよび出産前ケア、成長観察・促進、就学前の学校外教育、微量栄養素の補給、予防接種などのその他のサービスを提供するものである。これらのサービスは、およそ70万人のコミュニティのアンガンワディ(児童養育センター)・ワーカーのネットワークを通して提供されている。しかし、

ICDSの効果は限定的なものにとどまってきた。これは、アンガンワディ・ワーカーの技能や知識が限られているということから、監督が行われていないこと、欠員が多いこと、ごく低年齢の子どもに十分に焦点が絞られていないなどの欠陥がプログラム政策に存在することに至るまで、種々の要因による。

### 戦略とアプローチ

ユニセフは、インド政府と協力しながらICDSの効果をも高めるための取り組みを進めている。ユニセフが支援している具体的支援策には次のようなものがある。運営・監督システムを強化すること、アンガンワディ・ワーカーの知識と技能を向上させるとともに、乳児にいつその時間と注意を向けるよう促すこと、村の状況分析を共同実施することによってコミュニティの関与を強化するとともに、村民の中からボランティアを選び出して乳児ケアについての基礎研修を実施すること、そして、アンガンワディ・ワーカーとボランティアによる家庭訪問の回数を増やすことにより、親がケアのためにより多くの時間を割くようにし、また保健サービスの到達範囲を広げることなどである。

### 結果

上記の戦略は6つの州で実施された。州ごとに少なくとも1,000の村が対象とされ、恩恵を受ける人は州あたり100万人を超える。支援が実施されるようになってから約3年後、いくつかの州でインパクト評価が実施された。世帯単位の抽出調査を行うことにより、

の最小行政単位)の保健員が子どもの生存の改善における重要な推進力となっている。この成功を促したのは、1995年制定の「 balan g a i 保健員の手当とインセンティブ法」である。この法律には、生活手当、キャリア向上・特別研修プログラム、貸付制度の優先的利用などの規定が含まれている。同様に、ブラジルのセアラ州では、コミュニティ保健員が相応の月収(地元平均の2倍)を得られるような地方分権的アプローチを活用したプログラムにより、子どもの健康状態が劇的に向上し、例えば子どもの死亡率は32%低減された<sup>13</sup>。

### プログラムの監督と支援が十分であること

基礎保健ケアにおけるコミュニティ・パートナーシップの監督・支援体制が確立されていると、コミュニティ保健員の孤立感を軽減するとともに、興味とやる気を維持して離脱のおそれを少なくする一助となる。保健施設を基盤として、あるいは保健施設と密接なつながりを保ちながら活動している熟練のコミュニティ保健員は、監督の役目も担うのが一般的であり、ただでさえ重い負担がさらに重くなるということにもなりかねない。コミュニティを基盤としたプログラムを統括するためには、監督者自身、それにふさわしい技能を身につけるための研修を受ける必

要がある。資源面での人的、財政的、組織的制約のため、より幅広く深い研修を実施することができず、監督者とコミュニティ保健員の双方が、プログラムを実施・運営する上で相当に不利な立場に置かれてしまうおそれもある。特に監督者がコミュニティを視察することは、現場研修や実地学習として双方にとって重要であるが、このような視察は、財源が十分でないために、または交通インフラが未整備なために、妨げられることが多い。

コミュニティ・プログラムの効率的な運営は評価に役立ち、モニタリングは、プログラムができる限り全員に行き届くようにするための一助となりうる。患者、治療、成果の記録は常に最

支援が実施された村と、社会的・経済的・地理的に似たような条件にある対照群の村とを比較しようというものである。例えばラジャスタン州では、支援が実施された村の方が対照群の村よりも母乳育児の早期開始率が高く、発育不全も有意に低かった(図3.1を参照)。西ベンガル州では、母乳育児の早期開始率(支援が実施された村76%に対し対照群の村44%)、ビタミンA補給率(同50%対33%)、予防接種率(はしかについて同89%対71%)のいずれについても、支援が実施された村のほうが対照群の村よりも高く、栄養不良率は前者のほうが低かった(発育不全について同27%対32%)。これらの「付加的」支援のコストはそれほど高いものではなく、ひとつの村で年間150~200米ドル、ICDSの継続的実施のために政府が支出

している村あたりの年間コストの9~10%にとどまっている。

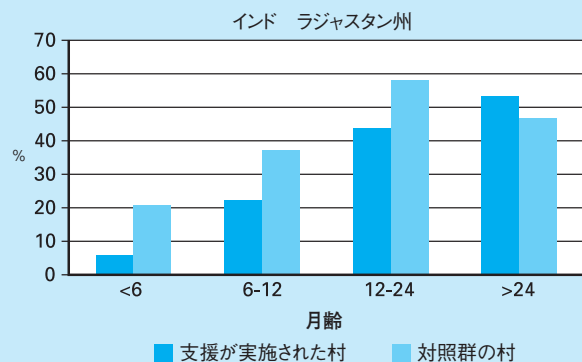
#### 教訓

インドで子どもの栄養不良率が依然として高いことを考えると、現在実施されているICDSに低コストの変更を加えることによって乳幼児の保健ケアを大きく改善できること、またこのような変更が限られた期間内で栄養状態の改善につながりうることを実証するのは重要である。インドでは5歳未満児のおよそ43%が低体重であり、優先的対応をとるべき州で栄養不良解決のための低コストの方法を成功させることができれば、世界的なインパクトをもたらすだろう。

#### 残された課題

これらの支援が実施されている州では、州政府が自己資源で支援の規模の拡大を図っていくことを決定した。ユニセフは、実施の質を十分なレベルに保てるようにするため、引き続き連携を図っていく。変化をもたらすことがより難しい行動様式、例えば、養育者による補完食の開始が遅れる傾向(生後6カ月よりもはるかに遅い)に取り組んでいくことも、連携する目的のひとつである。支援が実施された州では乳幼児の栄養状態が改善されたとはいえ、将来へ向けてまだまだ改善の余地があることははっきりしている。

図3.1 月齢による発育不全の比率



出典: UNICEF India, Annual Report 2006, p.47

参考文献は107ページを参照。



新の状態に保たれるべきであり、また、保健員と監督者との間で協力関係を築くために、そしてプログラムをどのように評価・修正するべきかについて検討するために、定期的な会合を持つ必要がある。コンピュータを利用したデータベース、電子メール、携帯電話などの技術を導入することにより、情報の収集と普及のプロセスを合理化することができ、保健員や監督がコミュニティや家々を訪問したり、会合を持つ時間を確保することができる。

プログラムに対するその他の支援には、ロジスティクス、物資供給、設備などがある。コミュニティ保健員には、

仕事をし、コミュニティの中での立場を維持するための十分な手段が必要であり、これには研修や物品も含まれる。1980年代に実施された、大規模なコミュニティ保健員プログラムに関する前述の評価では、こうした手段や物品（特に医薬品）が適切でなかったり、定期的に補給されなかったりすると、保健員の効果的な活動が妨げられることが明らかになった。コミュニティが遠くにあつて保健施設を支援できない場合、監督者やコミュニティ保健員の訪問スケジュールがはつきりしており、またコミュニティと保健施設間の移動手段が整っているときのほうが、プログラムの実効性が高まることがエビデ

ンス（証拠）によりわかっている。

しかし、監督の役割は公的保健当局だけに限定されるべきではなく、コミュニティ組織も、保健員とプログラムの成果を監督する上での役割を果たさなければならない。実務家が広く受け入れている原則では、保健員の最初の選任にはコミュニティが参加すること、また保健員は優先事項の決定や計画策定プロセスにコミュニティ構成員の参加を受け入れることが推奨されている<sup>14</sup>。

## HIVの母子感染を防ぐ：東部・南部アフリカにおける mothers 2 mothers（マザーズ・トゥ・マザーズ）プログラムの効果

HIVの母子感染の予防（PMTCT=Prevention of mother to child transmission）が緊急の課題であることははっきりとしている。2006年には推定53万人の子供が新たにHIVに感染し、そのほとんどが母子感染によるものであった。治療が行われなければ、HIVに感染して生まれてきた乳児の半数は2歳になる前に命を落としてしまうだろう。

しかしながら、母子感染の大幅な削減は、次のような、基本的ではあるが重要な手段を実施することによって実現できる可能性がある。定期的なHIV検査を提供することによってHIVに感染した妊婦を特定し、PMTCTプログラムに参加させること、保健システムにおいて、予防と治療の両方を目的とする有効な抗レトロウィルス薬治療を十分に提供できるようにすること、そして、女性が最適で安全な乳児の授乳方法をとれるように支援することである。

しかし、たとえこのようなサービスや支援策が用意されても、多くの妊婦はこれを利用しない。必要な情報を入力していないため、偏見・差別を恐れるため、あるいは保健ケアに従事する人々に余裕がなさすぎるためである。妊娠中にPMTCTサービスを受けていても、出産後のPMTCTに関連したプログラムには参加しなくなるという例も、多くの国で当たり前のように見られる。

mothers2mothers（m2m=エムツーエム）は、現在は南アフリカの73カ所、レソトの15カ所で実施されている、施設を基盤とした革新的なプログラムである。教育とエンパワーメントを活用したアプローチを採り入れる

ことにより、HIVの母子感染を予防し、家族やコミュニティにおける偏見・差別と闘い、治療にきちんと従うことで母親が生き続けられるようにすることを目指している。2001年にミッチ・ベッサー博士により創設されたm2mは、これから母親になる女性たちにとって最良の助言者（メンター）・支援者には母親自身も含まれるという前提に立ったプログラムである。

m2mの目的は、出産前ケアを受けている女性を集めてピア・カウンセラーやメンターと会う機会を設け、健康、HIV感染予防、出産後の子どものケアについて話し合ってもらうことである。HIVに感染しており、すでにPMTCTプログラムに参加することで恩恵を受けている母親たちに研修を実施し、ピア・エデュケーターや「メンター・マザー」として採用している。また、地元の保健ケア施設やNGO（非政府組織）と協力しながら、サハラ以南のアフリカ諸国で、PMTCT 予防プログラムに組み入れることが可能なモデル・ケースを実施している。メンター・マザーは、妊婦にとってのピア・エデュケーターである。メンター・マザーは、研修を受けることにより、HIVとともに生きている女性を対象として、HIV感染と抗レトロウィルス薬治療についての相談に乗ったり、母子感染の予防に役立つ行動を推進したり、出産後の母子を適切にフォローアップすることの重要性について話し合ったり、より安全な性的習慣を求めて交渉するためのアプローチや栄養をきちんと摂るための指針を教えたりすることができるようになる。

この取り組みは急速に拡大しつつある。すでにボツワナとエチオピアで国際パートナーシップ事業が実施され

## 施設ケアへの実効的な紹介・搬送体制が整っていること

実効的な紹介・搬送体制を整えることは、継続的なケアを確保するための、コミュニティを基盤としたプログラムの成功に不可欠な要素である（第4章参照）。病院は、帝王切開その他の緊急産科ケアなど、病院以外の場所では安全に実施できないサービスを提供する。しかしながら、妊産婦死亡率や子どもの死亡率が最も高い最貧国では、保健ケア関連の資源は限られていることが多く、紹介・搬送を受け入れる病院にもなかなかアクセスできないことが多い。こうした状況では、すでに効果が

証明されており費用対効果の高い基礎保健ケアの支援策、特にコミュニティを基盤とした支援策の規模を拡大することにより、何百万人もの子どもたちをきわめて迅速に援助することができる。

同時に、基本的な紹介・搬送ケアを提供し、必須の基礎保健ケア・サービスの拡大を支援するために、地域の保健システム強化のための投資を行うことも必要である。コミュニティ保健員は、下痢性疾患、マラリア、急性栄養不良、肺炎といった多くの深刻な小児期疾病に有効に対処できることがすでに証明されている。保健員を監督し、

紹介・搬送サービスにアクセスできるようにすることは、このような活動の質を強化することにつながる。

コミュニティ保健員は、出産時の合併症について判断・対応するという点ではそれほど有効な役割を果たせていなかった。そのため、妊産婦死亡率を低減するには、緊急産科ケアへの紹介・搬送システムを備えた、出産時に専門技能を有する者が付き添う体制を拡大しなければならない。

地域の保健システムは、公的な保健プログラムを調整する窓口としても機能し、患者に対する直接的なケアを、

ているほか、ケニア、ルワンダ、ザンビアで新しいプログラムが展開されつつある。

治療方法が日々複雑化していること、またHIV感染率の高い地域では多くの保健施設が資源面で逼迫していることを考えると、m2mのようなプログラムの重要性は、いくら強調してもしすぎることはない。WHOが新しく定めたPMTCTのガイドラインは、母子感染率をさらに低減する取り組みの一環として、より複雑な抗レトロウイルス薬治療方法の導入を呼びかけている。また、HIV感染した妊婦がもっと自分自身の健康のための治療にアクセスできるようにすること、PMTCTプログラムのもとで生まれてきた子どもたちのうち、早期の診断検査を受けられる子どもの人数を増やすための取り組みを強化することが、いっそう重視されるようになった。m2mのような、熱意と知識を兼ね備えたコミュニティの構成員が参加してPMTCTイニシアティブの成功を推進するプログラムは、エイズの予防と治療に関して保健医療従事者を支える上でますます重要となっている。

m2mは、メンター・マザーの重要な貢献の大きさが適切に認められるべきだと強調する。ベッサー医師によると、「自らもPMTCTサービスを受けてきたメンター・マザーを地元で採用し、仕事に応じた俸給を支払うことによって、彼女たちをプロとして保健ケア・チームの一員にするのである」。

最近、m2mの第三者評価がポピュレーション・カウンスル（米国）のホライズンズ・プログラムによって実施された。プログラムへの参加に関連して、希望の持てる

成果がいくつか明らかにされている。以下にその一部を挙げる。

- 出産後の女性のうち、m2mと2度以上のコンタクトがあった女性は、m2m非参加の女性より、HIVの血清検査の結果を誰かに明らかにした比率が有意に高かった（m2m参加者97%・非参加者85%；p値〔有意確率〕<.01）。
- 出産後プログラムの参加者は、HIVの母子感染を防ぐネビラピンを投与された比率が、非参加者よりも有意に高かった（m2m参加者95%・非参加者86%；p値<.05）。
- m2mプログラムに参加している女性たちは、母乳のみまたは人工乳のみ（人工乳のみで母乳は与えない）の育児のどちらかを実践していると報告する比率が、非参加者よりも有意に高かった。
- m2mプログラムに参加している女性たちは、直近の妊娠期間中にCD4検査を受けた比率が、非参加者よりも有意に高かった（m2m参加者79%・非参加者57%；p値<.01）。（CD4は人間の免疫システムで最も重要な役割を果たす白血球のひとつだが、HIV感染の影響を最も受けやすいもののひとつでもある。CD4細胞の数が少ないほど免疫システムが弱くなっており、日和見感染症にかかる危険性が高まる。）

参考文献は107ページを参照。

## リーダーシップがエチオピアの母親と子どもに変化をもたらす

テドロス・アドハノム（エチオピア保健省大臣）

子どもの生存に関連するエチオピアの経験は、強力な政治的リーダーシップが劇的な成果をもたらしていることを示している。2004年、メレス・ゼナウィ首相は、前途に大きな障害が立ちふさがっていることも厭わず、保健ケアの完全普及のためのロード・マップ作りに協力するよう、政府とそのパートナーらに呼びかけた。子どもの死亡の80%は予防できるはずなのに、予防サービスの普及率と利用率は低いままであり、出生前ケアを受ける女性は30%に満たず、受けるべき予防接種を1歳の誕生日までにすべて受けている子どもはわずか49%にすぎなかった。

### 保健拡大プログラム

政府とそのパートナーらは、「保健拡大プログラム」を通じてこれらの課題に真っ向から取り組んでいる。これは、コミュニティを基盤とした母子保健の推進を目的とした国家的戦略である。健康は個人の努力で生み出せる産物であるという理念に立った保健拡大プログラムは、コミュニティに適切なスキルや知識を持たせることによって、自らの健康について十分な情報に基づく決定を行えるよう、コミュニティのエンパワーメントを図っている。

この計画を成功させるために、政府は3万人の女性保健拡大委員（HEW=Health Extension Workers）を配置し——これは膨大な財源と人的資源の投入である——子どもと妊産婦の主要な死因に対処するための16の基本的支援策を推進しようとしている。これまでに17,000人以上のHEWが採用され、さらに7,000人が研修を受けている最中である。各ケベレ（最小行政単位）に、地元で採用され、保健省で研修を受けたHEWが配置される。政府はまた、移行期プログラムの「拡大アウトリーチ戦略」も導入した。これは、研修を受けた保健員が着任するまで、コミュニティに緊急ケアと基礎的ケアを提供するものである。

これと同時に、他の保健施設からの紹介患者を受け入れる病院を支援するインフラ強化の取り組みも進行中である。政府は、ヘルスポストを含むすべてのレベルでデータを収集する「保健管理情報システム」への投資を進めている。2006年10月に、政府は全国的な「保健物資供給システム」を採用し、ワクチン、必須医薬品その他の保健物資を公共部門の保健施設が容易に入手できるようにした。これらのイニシアティブは、コミュニティを基盤とする垂直型の保健イニシアティブによってこれまでに達成された前進を維持するために、きわめて重要である。

### 教訓

保健拡大プログラムは多くの貴重な教訓を残してくれた。第一の教訓は、拡大にはスピード、量、質が必要なことである。しっかりした計画プロセスが、スピードと量を確保する上で役に立った。例えば、殺虫剤処理された蚊帳の配布のために政府が全国キャンペーンを企画したときには、パートナーであるドナー、特にカーター・センター、世界基金、ユニセフ、世界銀行が全国キャンペーンに対する支援を調整し、2年間に2,000万張という目標の達成に寄与した。マラリアから主として女性と子どもたちを守るために用いられる蚊帳を、各世帯2張ずつ受け取ることができた。

第二の教訓は、スピードと量は必ずしも質を約束するものではないことである。蚊帳を含め、健康のための資源をいつ、どのように使ったら良いかを各家庭が理解できるようにするために、さらなる努力が必要とされる。女性HEWは、コミュニティの信頼を獲得し、母親たちと直接話をするすることで、保健セクターと、自分たちがサービスを提供するコミュニティとの間のコミュニケーション・ギャップを埋めようと頑張っている。

第三の、そしておそらく最も大事な教訓は、政治的リーダーシップが何よりも重要だということである。真正の政治的リーダーシップを確保するためには、プロセスのすべての段階で一問題を洗い出して目標の設定をすることから、資源を動員し、コミュニティ参加を推進することに至るまで一積極的かつ意味のある関与が必要である。保健ケアに関わるニーズや優先事項について公的な話し合いを行い、またドナー、保健ケア提供者、コミュニティを含むすべての関係者が協力したことは、保健拡大プログラムに関する幅広いオーナーシップを醸成する上で役に立った。

ユニセフその他のドナーを含むパートナーは、エチオピアの優先事項に合わせて自分たちの活動と支援を調整することにより、この国家的な計画プロセスを支えている。パートナーであるすべてのドナーが行動規範に署名するとともに、ひとつの計画、ひとつの予算、ひとつの最終報告書を作成することを目的とした単一の調整マニュアルを支持したことは、目覚ましい成果である。これは、我々が力を合わせて長期的に達成しようとしている野心的な目標のひとつである。

MDG4の達成に向けたエチオピアのロード・マップには、まだまだ多くのハードルが横たわっている。しかしこれまでに達成された前進は、手ごろな費用負担で利用できる保健ケアにすべての人がアクセスできるようにするという我々のビジョンが現実になりうることを示している。



© UNICEF/H006-1855/Josh Esrey

家庭やコミュニティの行動様式に前向きな変化が見られれば、母親、新生児、子どもの健康も改善される。水のろ過器の使い方を説明するコミュニティ保健員（インドネシア）。

住民一般を対象とするキャンペーンや、コミュニティを基盤とするケアおよびより低いレベルで提供されるその他の保健サービスの監督・調整と統合する役割を担う。紹介・搬送を受け付けるより高次のレベル（地域立・国立病院）ではこの役割は拡大し、より低いレベルの保健サービスを対象とした研修、研究、技術的支援、質の確保といった機能まで含むことが多い。

実効的な紹介・搬送システムの必須要素は、コミュニティ・プログラムの参加者と施設スタッフとの間に良好なコミュニケーションが存在することである。これまでに述べてきたポイントをあらためて強調すると、紹介・搬送を受け付ける病院は、コミュニティ・プログラムに関わり、コミュニティ保健員に強力な支援を提供するとともに、面談その他のコミュニケーション方法を用いた助言の提供に相当の時間を割くべきである。最新の情報通信技術を活用することにより、たとえ低所得国

であっても、対話と紹介・搬送を促進することが可能となる<sup>15</sup>。

### 他のプログラムやセクターとの協力・調整が図られていること

コミュニティ・レベルでの活動の支援と調整のために紹介・搬送システムが不可欠であるように、地域レベルのプログラム間の協力とコミュニケーション、そしてセクター間の連携も重要である。他の保健サービスとの調整はいろいろな形をとりうる。それによって生ずる可能性がある恩恵も多岐にわたり、新しいアイデア、研修、資源、評価技術の共有、疾病の急激な発生に対する早期警戒、対処および制圧などがある<sup>16</sup>。

例えば、カンボジアでは、プノンペンで定期的に会合を持っている全国組織「子どもの生存NGOグループ（Child Survival NGO Group）」を通してNGOが資源を共有している。このグループ

のメンバーと保健省の代表は、それぞれが実施しているプロジェクトを視察し合い、妊産婦、新生児、子どもの保健ケアのアプローチの進展や調整方法を検討・学習している<sup>17</sup>。このようなグループを通じて、国際機関は世界中の優秀な実践例を共有することができた。例えば、モザンビークに関するパネル（59ページ）で紹介する「ケア・グループ」の手法は、カンボジア、マラウイ、ルワンダでも採り入れられている<sup>18</sup>。

コミュニティの中では、保健プログラムの持続可能性にとって、グループ間のつながりも重要な要素となることがある。コロンビア、エクアドル、ニカラグア、ペルーの7つの地域では、殺虫剤処理された蚊帳の配布と利用における実際の運用面からの評価をするために、一連の大規模な世帯調査が実施された。この調査によると、殺虫剤処理された蚊帳の利用率には大きな幅があり、ニカラグア地域では世帯の



© UNICEF/MENA/06218/Shehzad Noorani

コミュニティ保健員は、基礎保健ケアにおけるコミュニティ・パートナーシップの推進力となっている。農村で子どもの体重測定と成長観察を行う保健員（イラク）。

25%だったのに対し、ペルーのアマゾン地域では90%に達していたことがわかっていて。調査対象地域のうち4カ所では、地元の女性クラブが蚊帳を製造し、これをコミュニティにいる村の保健員が売る形がとられていて、その収益は回転資金に組み入れられていた<sup>19</sup>。

セクター間の連携とは、家庭とコミュニティの保健面での成果に影響を与えるすべてのセクターとの協働を意味する。こうした協力は、保健面でよりいっそうの成果を収めるよう、統合的な形で、持続可能性を強化するような基盤を築くだけでなく、自分たちの健康に関わるより広い範囲の問題について意見が言える体制を構築することにより、コミュニティをエンパワーメントすることもできるのである。連携のとれた

行動がなければ、各セクターはそれぞれが孤立したり、あるいは相反する目的に向けて活動したりすることになりかねず、増幅効果を生み出せるような相乗作用を見逃してしまう可能性がある。

妊産婦、新生児、子どもの保健について統合的なアプローチをとるためには、保健、栄養、衛生、主要な疾病、食料の安定的供給に取り組むさまざまなプログラムとセクターが連携しながら行動しなければならない。また、交通・輸送手段や水と衛生施設（トイレ）へのアクセスがないという問題に対処するイニシアティブも必要である<sup>20</sup>。

セクター間のコラボレーションが必要なものという一つの重要な理由は、病気

にかかった子どもたちの併発症の割合が高いことにある。この問題は部分的にはコミュニティの小児疾患統合管理プログラムを通して対処されているが、疾病との闘いは、環境的な条件を同時に改善することで、より強力なものとなる。例えば、依然として子どもの主要な死因となっている下痢性疾患の場合、子どもは栄養不良になっている可能性もある。したがって、コミュニティ保健員と水と衛生施設（トイレ）の改善担当者との、セクターを超えた連携が不可欠である。例えば食料衛生への関心を高めることによって栄養や食物の与え方に関わる習慣を改善しようとしても、水の供給不足、汚染された水、不適切な衛生施設（トイレ）のせいで、その取り組みが妨げられることも多い<sup>21</sup>。同様に、道路インフラを整備することによって、患者、保健員、必須医薬品・食料品を保健施設へ、また保健施設から移送・輸送しやすくすることも、紹介・搬送システムを強化するための措置に役立つはずである。

### 資金が安定していること

コミュニティを基盤とする保健プログラムは、多様な資金源を抱えていることがある。例えば、コミュニティのメンバー自身が資金を拠出する場合、地元の保健施設経由で自治体政府や地域政府が拠出する場合、民間の支援者やコミュニティ組織が拠出する場合、国の政府や、国内外の上層レベルで活動している非政府組織が拠出する場合などがある。

コミュニティを基盤とするプログラムのための資金をどのように確保するかは、複雑で、時に激しい議論の対象ともなるプロセスである。議論の内容を詳細に検討することは、この白書が取り扱う範囲ではない。しかし、低所得国における子どもの保健のための資金の多くは、今後も外部ドナーから提供されることになるだろう。コミュニティを基盤とするプログラムが成功するためには、長期にわたって持続可能でなければならない。ということは、ドナーによる資金が引きあげられた場合に備えて確固たる財政基盤を整えておかなければならないということである。

これは決して容易なことではない。保健システムの能力が低く、財政的手段も限られている国や地域は、ドナーの資金が得られなければ、中規模のプログラムを維持することにさえ苦心する可能性がある。加えて、健全で自立した財政基盤を構築していくことに関しての簡単な答えはない。特に、コミュニティ・レベルで活動する保健員には、家族を食べさせていけるようにするための、またプログラムへの継続的な参加と動機づけを確保するための何らかの財政的インセンティブが必要である。同様に、専門技能を有しているのに十分な報酬を受け取っていないことが多い専門家に対しても、貧窮地域での活動やコミュニティ・プログラムへの参加に対して財政的補償を行う必要があるかもしれない。

持続可能性や公平性を考慮するということは、コミュニティ内で提供される保健ケアその他の必須サービスの利用料をコミュニティ自身が費用分担しなければならないということである。料金を請求する場合、重要なサービスの利用の妨げにならないような料金設定にすることが求められる。予防接種や緊急ケアのようなサービスは無料にすべきである。コミュニティ内で提供するサービスに対して支払われた費用は、コミュニティ自身で留保・管理し、コミュニティに直接の恩恵を戻せるような形にすることが望ましい。例えば、医薬品の購入、保健員の活動実績に応じた奨励金などが考えられる。コミュニティ保健員への報酬は、コミュニティ保健委員会——コミュニティのメンバー、保健員、地元の保健施設の管理者で構成されるのが理想——を通じて支払われるべきである。保健サービスの利用料徴収をコミュニティが決定するのであれば、コミュニティによって支払い能力がないと判断された人たちがすべてのサービスを無料で受けられるようなシステムを設けることが求められる<sup>22</sup>。

### コミュニティ・プログラムが地域のサービスや国の政策に統合されていること

保健、栄養、水と衛生、エイズに関連したコミュニティ・パートナーシップの事例は開発途上国全域で豊富に見

られる。その潜在的可能性には疑う余地がない。しかし、もちろんこれらのパートナーシップを成功させる要素は数多く存在するのだが、それに対応する形で、パートナーシップの維持や普及を妨げる脅威も少なくない。コミュニティ中心のイニシアティブを維持し、支えていくのに役立つ2つの鍵となる要素は、州政府や中央政府からの積極的な支援と、政府の政策、計画、予算への統合である。

妊産婦と子どもの生存、保健、栄養は、明確な目標と具体的な評価基準を設けた上で、国や地方行政の計画と予算に優先的に位置づけられるべきである。子どもの生存のための戦略は、コミュニティ、地域、国それぞれのレベルの代表だけでなく、ドナー関係者の代表も参加して、十分な協議を踏まえたプロセスを通じて策定されなければならない。ひとつの国の中に存在する疫学的状況の変動を理解することは、方向性がはっきりした戦略を打ち立てるために欠かせない第一歩である。同様に重要なことは、コミュニティ、地域、国のそれぞれのレベルで提供されている保健ケアについて、その財政的な現実と既存のインフラの水準を詳細に評価することである。これらの側面は、子どもと妊産婦の保健に関する国レベルの戦略を成功裡に遂行するためにきわめて重要な点なので、計画立案に着手する最初の段階で考慮されなければならない。

国の戦略においては、各レベルにおける保健システムの効果的な規模の拡大と実施を妨げる要因を取り除くことに優先的関心が向けられなければならない（保健サービスの提供に関する阻害要因に対処するための方法についての詳細は、第4章を参照）。よく知られている阻害要因としては、予防接種が定期的に行われなかったこと、保健システムに関する否定的な体験をしたこと、保健センターが遠いこと、情報がないことなどが挙げられる。家族とコミュニティのレベルでは、手ごろな費用で入手できる基本物資がないこと、需要の少ないこと、そして蚊帳が殺虫剤処理されていないといったその他の基本的課題が残っていることによって、基礎保健ケア・サービスが阻害されることが多い<sup>23</sup>。

特定の疾病を対象にした短期的イニシアティブ——新しい国際的ドナー・パートナーシップによってますます支持されるようになってきている——と、長期的な保健セクター開発プログラムは、引き続き共存していける可能性が高い。子どもの保健に関する維持可能な成果を生み出していくためには、両方のイニシアティブに対して十分な人的・財政的資源を投入していかなければならない。ドナー主導の、特定の疾病を対象にしたパートナーシップには、保健に関する各国の優先事項に適合したマルチセクター型の枠組みに合わせて、国の保健システム全体に公平な恩恵がもたらされるよう、自分たちのアプローチを修正することが考慮されるべきである<sup>24</sup>。

健康と栄養に関する子どもの権利を保障する最終的責任は、市民社会と協力しながら国の政府が負うことになる。政府は、基礎保健ケアにとって障害となるものを軽減するための政策を策定し、実施する上で、また、サービス提供者の質と効率性を高め、そして公的な説明責任を強化する上で、重要な役割を担っている。同時に、保健政策はその対象であるコミュニティや地域に対して説明責任を果たさなければならない。政府と保健システムは、人々のニーズと利益に緊密に対応していかなければならない。子どもに焦点を絞った効果的な保健政策を策定し、コミュニティと保健システムとを結びつける強力な制度を構築していくことはきわめて重要である。保健関連のミレニアム開発目標の達成に向けた大きな前進を達成するためには、ほとんどの国で、保健支出を増加させるだけでなく、政策環境を大きく改善しなければならない<sup>25</sup>。



© UNICEF/HQ97-1 086/Giacomo Pirozzi

コミュニティを基盤とするプログラムは、施設におけるケアを利用できれば強化できる。経口補水塩の溶液を準備する保健員（エリトリア）。

## 保健と栄養面での成果を増進させるため、解決策を適切に組み合わせる

どの開発途上国でも、保健システムを発展させていくための機会とそれを妨げる制約が特有の形で混在している。経済的前進の水準、環境面・制度面の事情、政治状況、現行保健システムの対応能力がそれぞれ異なるためである。そのため、改善を促進するための、すべての国に適用できる単一の方法はない。国によっては、最大の課題は必須保健ケア・パッケージに対するコミュニティ中心のアプローチを拡大して全国規模で展開することではなく、施設中心のプログラムを通じてサービスの提供を強化・拡大すること、保健サービスの地方分権化を進めること、糖尿病や肥満といった非伝染性の病気や状態に対処することが課題だと考える場合もある<sup>26</sup>。

低所得国、特に母子のかなりの部分が施設中心のプログラムから依然として排除されている国々や、長年にわたる資源投入の不足と不適切な管理、統治の弱体化、職業的保健員の大量移住、複雑な緊急事態、エイズの流行などが原因で保健システムの対応能力が損なわれてい

る国々では、最善の戦略を決めることは簡単でもなければ、リスクのない作業でもない。そのような国々では、実行可能性こそが重要な、そしておそらく最優先すべき考慮事項となる。それは次のような質問を通じて判断されることになる——国の保健・栄養・環境保健システムが現在有している力を前提として、母親、新生児、子どもの生存と健康を向上させ、必須サービスや必需品の普及率を高めるために最も適切で、費用対効果が高く、タイムリーで、持続可能な戦略はどのようなものか？<sup>27</sup>

実行可能性パラダイムは、最も貧しく、最も周縁化されている社会——妊産婦、新生児、子どもの死亡率が最も高い社会——の緊急のニーズに対処することを目指すものである。こうした社会では、予防接種、医薬品と緊急ケアへのアクセスといった基礎的な予防サービスが最も欠落している。保健、栄養、水と衛生に関わるシステムが相対的に弱く、保健システムの対応能力も低い国々では、保健施設やアウトリーチ・サービスへの依存度が低いコミュニティ中心のアプローチは、必須のサービス、製品、実践の普及率を拡大する一助となりうる<sup>28</sup>。予防接種のような基礎的な予防サービ

スがすでに導入されている場合はなおさらである。ただし、持続可能性を支えるためには、コミュニティ・パートナーシップの拡大とともに、施設を基盤とする母子保健・栄養サービスに存在するシステム全体の障害を克服する努力と、行動面、組織面、環境面でのその他の制約に対処する努力もあわせて進める必要があることを、強調しておかなければならない。

次の章では、保健、栄養、環境保健ケアにおけるコミュニティ・パートナーシップの拡大に焦点を絞る。そこで取り上げる主張の多くは、低所得国、周縁化されたコミュニティや貧しいコミュニティにこそ最も当てはまるかもしれないが、多くの事柄は、課題がそれほど大きくない状況にある国やコミュニティにも関連するものである。

## モザンビーク：コミュニティを基盤とするプログラムを通じた5歳未満児死亡率の低減

**背景と課題：**モザンビークは世界の最貧国のひとつである。一人あたりの国民総所得（GNI）は340米ドル（2006年）に過ぎず、5歳未満児死亡率は出生1,000人あたり138に上る。平均寿命はわずか42歳で、5歳未満児の40%以上は中度・重度の発育不全に苦しんでおり、適切な衛生施設を利用できていないのは人口の3分の1に過ぎない。必須保健ケア・サービスへのアクセスは限定的で、はしかのワクチン接種を受けていない乳児は23%に及ぶ。就寝時に蚊帳（殺虫剤処理されているか否かは問わない）を使っている子どもはわずか10%である。その上、人口のほぼ3分の2が暮らしている農村部では、改善された飲料水源にアクセスできるのは4人にひとり過ぎない。

課題は、物理的にも環境的にも保健インフラに問題がある農村部のコミュニティで、コミュニティを基盤とする効果的な子どもの生存プログラムを実施することと、このようなコミュニティ・プログラムが死亡率の低減に寄与したことを確認することであった。

**アプローチ：**1999～2003年にショクエ地区保健省とワールド・リリーフが提携して実施したプロジェクトは、「ケア・グループ」アプローチを活用しながら子どもの生存プログラムを実施し、コミュニティにおける小児期疾病統合管理（C-IMCI）のうち次の3つの要素に対処するものであった。

- 保健システムとコミュニティとの間のパートナーシップの向上
- コミュニティでサービス提供に従事する人々を対象とした、よりアクセス可能なケアの提供
- 子どもの健康のために家庭で必ず実践すべき習慣の促進

「ケア・グループ」アプローチは、グループ交流を通してコミュニティ・エドゥケーター（教育者）を養成しようとするものである。ボランティアで活動する女性保健エドゥケーターが、それぞれ近隣の15世帯を対象に、同じ女性としての立場から保健教育を行う。また、女性保健エドゥケーターは10人ごとにひとつの「ケア・グループ」を作り、有給の監督者の立会いのもと月に1回会合を開く。ケア・グループの月例会では、現地の保健スタッフまたは女性保健エドゥケーターの監督者が、子どもの生存や女性の健康に関する保健メッセージを紹介する。次に、ケア・グループのメンバーは互いに研修の練習をしながら、提供された情報を共有し合う。各ボランティ

アは、次のケア・グループの会合までに自分が担当する世帯を訪問し、学んだばかりのメッセージを伝えなければならない。

子どもの生存プログラムは、母乳育児、補完食、経口補水療法の利用、殺虫剤処理された蚊帳の使用を統合する、包括的なプログラム設計に基づいていた。このプログラムにより、地元の保健施設への紹介・搬送や、子どもたちがよくかかる病気に関する施設における症例対応も強化された。

ユニセフおよび赤十字国際委員会とのパートナーシップにより、殺虫剤処理された蚊帳、各種ワクチン、ビタミンA補給剤の無料配布が促進された。ボランティアが健康推進活動を進めたり、殺虫剤処理された蚊帳の配布、予防接種キャンペーンの実施などの活動にコミュニティを動員したりする上で、村の保健委員会および地元の牧師との密接な協力が役に立った。

**結果：**このプロジェクトでは、コミュニティを基盤とする人口動態登録・保健情報システムの構築も実施され、2,300人のコミュニティ・ボランティアが、出生、死亡、子どもの病気に関するデータを毎月収集した。これらのデータは月例会で集約され、登録データは、地区保健省の研修を受けたコミュニティのサービス提供者（ソコリスタス）が運営するヘルスポストに送られ、照合された情報は、村の保健委員会、保健センター、保健省に送り返された。

コミュニティを基盤とする人口動態登録・保健情報システムから得られたデータにより、乳児死亡率は66%、5歳未満児死亡率は62%低減されたことが明らかになった。これらの調査結果の信頼性を検証するために、経験豊かな研究者が、人口保健調査で用いられている標準的手法に基づいた妊娠歴調査の結果を活用して、死亡率に関する第三者評価を実施した。この死亡率調査では、乳児死亡率は49%、5歳未満児死亡率は42%低減されたという結果が出た。

これらの結果は、コミュニティにおけるIMCIの有効性を実証するとともに、コミュニティ保健員は死亡率のモニタリングのために信頼できる保健データを収集できるということを確認するものとなった。

参考文献は107ページを参照。



## 給水システムと学校衛生におけるコミュニティ・パートナーシップ

### アフガニスタンにおける安全給水システム

安全な水の供給は、緊急プログラムと継続的な開発プログラムのいずれにおいても、世界中でかなり以前から優先事項に位置づけられてきた。利用場所での浄水処理および水の保存方法の改善を通して家庭レベルで飲み水の品質向上を図ることは、水を介して媒介される病気を予防するための簡便かつ低コストのアプローチとして、多くの人々によって推奨されてきた。米国疾病管理予防センター、ポピュレーション・サービス・インターナショナル、ユニセフ、米国国際開発庁 (USAID)、WHOその他の機関との間で開発パートナーシップが結ばれ、家族が家で安全な水を手に入れるために必要な製品の製造・配布が進められるようになってきた。これらの製品は安全給水システム (SWS) と呼ばれている。

安全給水システムは次の3つの要素を採り入れたものである。

- 地元で製造される浄水剤 (次亜塩素酸ナトリウムの希釈・漂白溶液) を使い、消費者自身が利用場所で浄水処理を行う。
- 浄水処理した水は、再汚染を防ぐよう設計された容器で安全に保存する。
- 家庭やコミュニティにおける、より安全な水や食べ物の取り扱いと衛生習慣に関する行動様式の変革を図る。

多様なパートナーのスキルと資源を組み合わせるこ

とにより、SWS製品は、官民のパートナーシップや市場ベースのアプローチを通じて製造・配布されている。正確で一貫した使用法を奨励し、またハイリスクな住民にも製品が行きわたるようにするために、非政府組織 (NGO) によるコミュニティの動員も活用されている。

安全給水システムは世界23カ国で推進・導入されており、下痢性疾患の発生を25~84%削減することに成功している。特に、最も困難な状況にある人々——具体的には乳児、免疫機能が低下している人々とその家族、コレラが発生したコミュニティ——を保護する上で効果を発揮してきた。

妊産婦死亡率が高く、保健施設での出産前・出産後ケアへの参加率が低いアフガニスタンでは、SWSが妊産婦保健プログラムの一環として導入されている。保健施設の利用率を高めるために、妊産婦にはSWSと衛生キットが提供され、これらの簡単な技術を利用して自分自身と家族を守る方法が教えられる。

### バングラデシュ：学校衛生と衛生教育

遠隔地の村における給水・衛生プロジェクトを中等学校における学校衛生・衛生教育 (SSHE) と組み合わせることで進めているバングラデシュのある取り組みは、コミュニティによる参加と行動の重要性と、それがコミュニティにもたらす前向きな影響を実証するものである。バングラデシュの南西部にガバという村がある。NGOフォーラムは、村レベルでの給水、衛生、衛生教育に対するアプローチを再考することにした。希望が

持てそうなアプローチは、村の学校から始めるというものだった。学校に行っている子どもたちは新しい情報に対してオープンで、動員もしやすいため、NGOフォーラムはこのような可能性をぜひとも活かしたいと考えた。

「WatSan」(水と衛生)委員会が学校・クラスごとに設置された。校長は「学校WatSan委員会」の委員長に選ばれた。クラス委員会は教師および女子・男子両方の生徒で構成され、1クラスごとに設置された。これらの委員会を対象に、安全な水の推進と利用、衛生設備(トイレ)と衛生習慣の改善、生徒と親との有効なコミュニケーション、コミュニティ動員といった事柄を含めたオリエンテーションが何度も実施された。動機づけを図るための映画の上映会が催され、またコミュニティにおけるグループ討議で活用するための、行動変革に役立つ情報、教材、広報資料が教師や生徒に配布された。

生徒たちは、様々な広報用ポスターや横断幕を活用しながら集会や行進を行い、安全な水と衛生的なトイレを使うこと、個人の衛生習慣を改善することの重要性に関するスローガンを唱和して回った。これにより、村全体で村民の意識が喚起された。委員会以外に、男女5人から成る生徒部隊がクラスごとに結成され、家庭における安全な給水・衛生設備(トイレ)の利用状況と衛生習慣をモニターした。また、経口補水療法のような、専門技術を必要としない基礎保健ケア・サービスにも協力した。自然災害に対応するための計画も立案している。もうひとつの委員会として「教師と親のフォーラム」も作られ、4半期に1回、会合を持っ

て進展状況を振り返った。

このプロジェクトを検証した結果、SSHEは、例えば女子が学校に通い続けられるようにする上で役立つといった点で、生徒の福祉と活動に寄与しうることがわかった。学校と生徒にコミュニティの動員役として参加してもらうことは、給水・衛生および衛生習慣を改善する強力な手段である。プロジェクトの前後に実施された調査によれば、ガバ村では、関連の病気についての知識が向上し、衛生的なトイレの設置と利用が増え、安全な飲み水の利用率が高まり、きちんと手を洗う世帯主も増えたという結果が出ている。トップダウンで始まった動機づけのプロセスは、とどまることなくボトム(底)にまで行き着いたのである。

NGOフォーラムは、少数の村で試行的に事業を進めていた段階から、それよりもはるかに多くの村へと活動を拡大している。どの村でもプログラム・アプローチが必要である。NGOフォーラムは大きな2つの問題に直面している。ひとつは、村レベルで進められるこのようなプロジェクトの予算の引き締めを図り、自立した維持管理ができるようにすること。もうひとつは、資源の投入量をはるかに少なくしても多くの村で同様の効果を生み出せるようにすることである。とはいえ、このようなプログラムには、生徒たちと彼らが暮らすコミュニティに大きな利益をもたらす可能性がある。ガバで実施されたようなパイロット・プロジェクトは、このような利益が実現可能であることを示している。

参考文献は107ページを参照。