

2 妊産婦・新生児保健の向上につながる 支援環境を整える



妊産婦・新生児保健を向上させるためには、重要な時期に、女性と子どもが容易にアクセスできる主要な場所で、必須サービスを提供しなければならない。このような継続的なケアを確立・整備するためには、基礎保健ケア面の支援を強化する以上のことが必要である。母親と子どもの権利を保護し、促進する支援環境も要求されるのである。『世界子供白書2009』の第2章では、このような支援環境が備えているべき基礎的条件と、またそれが基礎保健ケア増進のための取り組みをどのように強化するかについて検討する。

2008年10月、保健分野で指導的役割を果たしている500人以上の人々が65カ国から集まり、カザフスタンのアルマティで会合を持った。基礎保健ケアに関するアルマ・アタ宣言30周年記念国際会議である。参加者たちは、過去30年の経験を分かち合い、保健システムを強化する方法のひとつとして、基礎保健ケアの原則に対するコミットメントを再度確認した。世界保健機関（WHO）は、会議直前に、やはり基礎保健ケアをテーマとした『世界保健報告2008』（World Health Report 2008）を発表した。

アルマ・アタ宣言は、ユニセフとWHOが同じ場所で1978年に主催した同様の会議から誕生したもので、実質的に公衆衛生の新たな道筋を切り開いた。そこでは、自国の市民全員に質の高い保健サービスを提供することを妨げている社会的・文化的制約およびインフラ面での制約に対処するために、各国が医学的支援策にとどまることなく保健ケアの対象範

囲を拡大することが提唱された。アルマ・アタで生まれた基礎保健ケア・アプローチが主として重きを置いているのは、この白書の主題と同じ、母親と子どものためのケアである。中核となるその他の優先課題には、疾病抑制、家族計画へのアクセス、安全な水の供給と衛生設備の整備がある。市民に対しては、特に予防ケアの提供と衛生的行動・習慣の採用の面で、自分自身の保健ケアに参加するよう奨励することとされた¹。（29ページのパネルを参照）

続く30年の間に、開発途上国全域で、ポリオとはしかを含むいくつかの主要な疾病の抑制、特に新生児期を過ぎた後（生後29日から5歳に達するまで）の子どもの死亡率の低減の面では相当の前進が見られた。しかし、保健ケアの提供における不平等が開発途上国間でも開発途上国内でも拡大しつつあることを考えると、アルマ・アタでまとめられた包括的な基礎保健ケアの課題——保健面での成果を左右する、支援環境と予防的・

治療的支援策の重要性を強調している——は、1978年当時と同様、現在にも当てはまるかもしれない。

保健政策の立案や保健実務に携わる人々の間では、女性、新生児、子どもの保健ニーズは相互に関連しており、それを満たすためにはアルマ・アタ宣言で提唱されたような統合的解決策が必要であるという認識が高まりつつある。この認識により、保健サービスの提供に関する統合的な枠組みに改めて関心と支持が集まるようになった。そして、ユニセフとWHOが1992年に導入した「小児期疾病統合管理（IMCI）」といった枠組みの定期的な改訂作業と、この20年の間に進められてきた国内的・国際的パートナーの協働が、最近になってひとつの包括的パラダイムへとまとまるに至った。これまではそれぞれ異なるものとされることが多かった種々の母子保健プログラムを統合するこのパラダイムこそ、母親、新生児および子どもを対象とした継続的なケアである。

女性と新生児の保健ニーズは相互に関連しており、それを満たすためには統合的な基礎保健ケアによる解決策が必要である。

継続的なケア

継続的なケアが目指すのは、妊産婦、新生児および子どもを対象とする保健ケアを統合することである。その中心となる考え方は、以下のようにまとめることができる。すなわち、母親、新生児および子どものための必須サービスは、母子のライフサイクルにおける重要な時期に、主要な場所を網羅したダイナミックな保健システムによって統合パッケージの形で提供され、そして女性と子どもの権利の向上につながる支援環境がそれを下支えする時に、最大の効果を発揮するということである。

サービス提供にとって重要な時期とは、青年期、妊娠前、妊娠中、出産時、出産後、新生児期、乳児期および幼児期である。

母親、新生児および子どものための必須サービスには、基礎的保健ケア、妊産婦・新生児・子どもを対象とする質の高い保健ケア、十分な栄養、改善された水と衛生施設、衛生習慣などがある。

主要なサービス提供モードとは、家庭とコミュニティにおけるケア、アウトリーチ・サービスおよび外来サービス、保健施設におけるサービスを指す²。

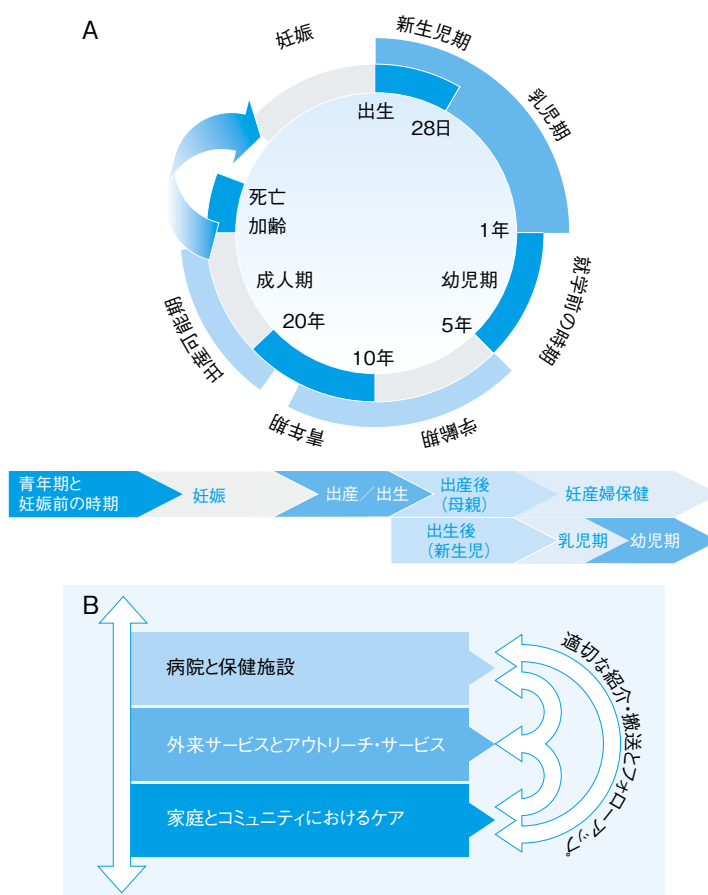
支援環境を整備するためには、女性と子どもの権利の尊重、質の高い教育、人間にふさわしい生活水準、虐待・搾取・差別・暴力からの保護、家庭・コミュニティ・社会・政治生活への平等な参加、女性のエンパワーメント、妊産婦と子どものケアへの男性の参加の拡大が必要となる。

継続的なケアは、保健ケア・シス

図2.1

継続的なケア

ライフサイクル (A) を通じてさまざまな場所 (B) で提供されるケアを結びつける。許諾を得て Partnership for Maternal, Newborn and Child Health の図を基に作成。



出典：Kevbes, Kate J., et Al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol.370, no.9595, 13 October 2007, p.1360.

テムとその実践の1世紀に及ぶ発展から得られた教訓に基づく一連の戦略的原則を広く反映したものである。これらの原則については『世界子供白書2008』で詳しく検討したが、以下にその概要を掲げる。

- 女性、新生児、子どもの健康を向上させるための活動は、簡便で費用対効果の高いパッケージに統合した形でコミュニティや家庭に提

供する時、最も効果的かつ維持可能なものとなる。

- 保健システムは、さまざまなケアのモード——施設におけるケア、アウトリーチ・サービスと外来サービス、コミュニティと家庭におけるケア——をダイナミックに統合した時に、最も有用なものとなる。
- 母親と子どもにとっての保健面で



妊娠中の女性の健康問題の多くは、出産前の訪問検診を通じて予防・発見・治療が可能である。診療所で妊婦の血圧測定の前準備をする保健員（バングラデシュ）

の成果を向上させる目的で保健システムを強化するためには、保健サービスの提供に対する垂直型・水平型アプローチのいずれかを別々に選択するのではなく、2つのアプローチの強みを組み合わせる統合しなければならない。

- 保健システム開発に対して成果志向のアプローチを採り、エビデンス（証拠）に基づく効果的な支援策を中心に位置づけることが、課題と政策の設定、進捗状況のモニタリングと評価の際に有益である。
- 妊産婦、新生児および子どものケアの改善を目指すさまざまなプログラム、政策、パートナーシップが連携して働くことこそ、最善の成果を得るための方法である³。

これらの考え方が、母親、新生児および子どもを対象とする質の高い継続的な保健ケアを確立・拡大しようとするプログラム、政策、パートナーシップの基盤となっている。しかし、母子を対象とする必須サービスを真に効果的なものとし、すべての人に基礎保健ケアを提供するというアルマ・アタの課題の達成に近づくためには、女性と子どもの権利を保護・促進する支援環境がなければならない。特に女性と女子を対象として根強く残されているジェンダーに基づく差別、不平等および虐待に対処するための行動が伴わない限り、基礎保健ケアの増進を支えるための活動も、その効果や維持可能性は大きく減少し、あるいは不可能になっ

てしまう恐れさえある。

例えば、新生児死亡の70%で背景要因のひとつとなっている低出生体重の問題を考えてみる。低出生体重児のほとんどは子宮内発育遅延の状態に置かれているが、これは通常、妊娠前および妊娠中の母親の栄養状態と健康状態が悪いことに起因している。このような事例の過半数は南アジアで発生しているが、そこは女子と女性の栄養不良率が最も高い地域である。また、5歳未満児と青年期の若者の栄養状態にジェンダーによる差別があるという、はっきりした証拠が存在する唯一の地域でもある⁴。

新生児の死亡を削減するためには、出産前ケアを提供し、出産時に専門技能を持った保健従事者が立ち会うようにするだけでなく、女子と女性が、出生時から乳幼児・児童期全体を通じて、そして青年期、成人期および出産適齢期を迎えて以降も、十分な栄養と保健ケアを受けられることが必要なのである。

これは、新生児と子どもの生存および健康が、女性の権利が充足されるかどうかによっていかに大きく左右されるかということを示す、ひとつの例に過ぎない（以下、この章でさらに多くの例を示していく）。このため、母親と新生児のための継続的なケアを模索する試みは、女性と女子の権利の向上につながる支援環境のさまざまな構成要素を検討することから始まる。

女性と子どものための支援環境を整備する

妊産婦・新生児保健の向上は、より良質な妊産婦サービスをより広範囲で利用できるようにするという、実質的な問題にとどまるものではない。女性の権利がないがしろにされている状況と、女子と女性がしばしば犠牲になっている構造的差別や不当な扱いに取り組み、その傾向を逆転させるという問題でもある。

ジェンダーを理由とする差別は、文化的伝統や経済的・社会的・政治的規範によってしばしば世代を超えて受け継がれ、無数の被害をもたらしている。このような差別のために女子と女性が教育へのアクセスを否定されることがあるが、調査の結果、教育は女子と女性が妊産婦・乳児死亡のリスクにさらされる危険を小さくできることが分かっているのである⁵。女子と女性が教育へのアクセスを否定されれば、十分な保健ケアを受けたり求めたりすること、HIVを含む性感染症、不十分な出産間隔、暴力、虐待、搾取から身を守るための重要なライフ・スキルを学ぶことができなくなる可能性がある。また、成人を迎えたときの稼働能力が制限されたり、結婚してから——18歳未満で結婚することも多い——隷属・従属生活に追いやられたりする恐れもある。

さらに、女性の仕事の負担が重いために——女性の労働時間は男性より長いのが一般的である——余暇や休息のための時間が奪われる可能性もある。

妊産婦・新生児保健の向上につながる支援環境を整えるためには、ジェンダーによる不平等と差別を固定化させる社会的・経済的・文化的障壁

母親・新生児・子どものための健康的な生活習慣の推進： 手引『ファクト・フォー・ライフ（生存の知識）』

妊産婦・新生児保健の向上につながる支援環境を整備するには、女性と女子を差別するような行動様式を変えること、病気や外傷から身を守る健康的な生活習慣を採用することが必要である。生後6カ月間の完全母乳育児、せっけんでの手洗いなどの健康的な生活習慣は、エビデンス（証拠）に基づいた、医療専門家が立証したものでなければならない。

これらの生活習慣について、親その他の養育者に対して専門用語を使わずに説明することは、女性と女子をエンパワーし、妊産婦と新生児の健康を支えるために極めて重要である。20年前、8つの国連機関——ユニセフ、WHO、国連人口基金（UNFPA）、ユネスコ、国連開発計画（UNDP）、国連エイズ合同計画、世界食糧計画（WFP）、世界銀行——が協同で、このような命を救う知識を誰もが利用できるようにするための手引を発行した。『ファクト・フォー・ライフ（生存の知識）』と題されたこの手引は、情報伝達に携わる人たち——保健員、メディア、政府職員、非政府組織、教師、宗教指導者、雇用者、労働組合、女性グループ、コミュニティ組織等向けに作成されたものである。2002年に発行された第3版では、以下のような幅広いテーマが取り上げられている。

- 出産時期
- 安全な妊娠・出産
- 子どもの発達と早期教育
- 母乳育児
- 栄養と発育
- 予防接種
- 下痢性疾患
- 咳、風邪、より重大な病気
- 衛生
- マラリア
- HIV/エイズ
- ケガの予防
- 災害と緊急事態

そこでは主要なメッセージが簡潔明瞭かつ実際に提示されており、推奨される行動の説明と補完的情報の提供が行われている。

この手引の基礎となっているひとつの原則は、物事を伝えるためには単に情報を提供すればいいというものではないということである。興味が湧くような、アクセスしやすい形で情報を提供すること、その情報が自分たちにいかに関わっているかを人々が理解できるよう手助けすることも必要となる。この手引では、行動を起こし、障害や壁を乗り越えるための方法も取り上げられている。

『ファクト・フォー・ライフ』は広く配布されており、2002年までに215言語で1,500万部以上が発行された。現在、新版の作成中である。



ジェンダーの平等は、女性と子ども双方の人生を豊かにするという二重の恩恵をもたらす。

に対抗していかなければならない。これには、鍵となるいくつかの行動を取ることが必要となる。女子と女性を教育し、また彼女たちが経験している貧困を削減すること、女子と女性を虐待、搾取、差別および暴力から保護すること、家庭内の意思決定や経済的・政治的事柄への女性参加を推進すること、そして、女性が自らの権利および自分と子どものための必須サービスを要求できるよう、そのエンパワーメントを図ることである。妊産婦と新生児の保健ケアや、ジェンダーによる差別と不平等への対応に男性が一層参加するようにすることも、支援環境を確立していく上で極めて重要となる。以下、これらの課題についてひとつずつ大まかではあるが、見ていくことにする。

質の高い教育と適正な生活水準

質の高い教育を保障する

教育は、世界人権宣言（1948年）、子どもの権利条約（1989年）その他の人権文書に基づく子どもと青少年の権利である⁶。教育は、妊産婦・新生児保健の向上、児童婚（およびこれに伴ってほぼ不可避免的に生ずる、時期尚早な妊娠・出産の影響）の削減、極度の貧困・飢餓の撲滅、健康上のリスクとライフ・スキルについての知識の増進にとっても極めて重要である。女子と女性に対する差別は早くから始まることが分かっているため、ジェンダーの平等と女性の権利の尊重を促進し、また父親が子どものケアにおいて積極的な役割を果たすよう奨励する取り組みは、早期幼

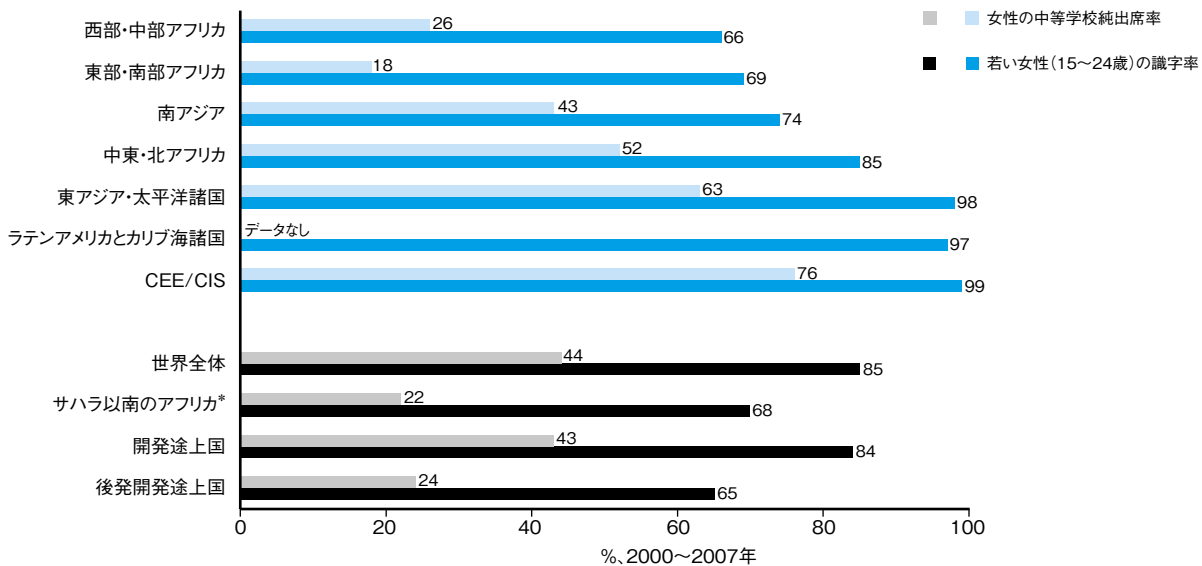
児教育プログラムから開始するべきである。

女子と若い女性に対して質の高い教育を保障することは、ミレニアム開発目標の主要な課題のひとつである。そこでは、普遍的初等教育の達成（MDG 2）とともに、ジェンダーの平等を推進し、女性をエンパワーするための努力の一環として、2015年までにすべての教育レベルにおけるジェンダー格差を解消すること（MDG 3）を目標としている。

初等教育におけるジェンダーの均衡の達成という面ではかなりの前進が見られ、今のところすべての地域がこのターゲットの達成に向けて順調な歩みを続けていると見込まれているが、いくつかの国では、そして

図2.2

改善は見られるが、若い女性の教育状況がまだまだ低い開発途上地域がある



* サハラ以南のアフリカとは、東部・南部アフリカと西部・中部アフリカを合わせた地域をいう。

出典：若い女性の識字率—ユネスコ統計研究所（UIS）。女性の中等学校純出席率—人口保健調査（DHS）および複数指標クラスター調査（MICS）。

基礎保健ケア：アルマ・アタ宣言から30年

1978年のアルマ・アタ宣言は、保健に対する権利中心のアプローチを、それを達成するための現実味のある戦略と結びつけた点で画期的であった。「プライマリー・ヘルス・ケアに関する国際会議」の成果文書である同宣言は、基礎保健ケアを、健康に関して各国間および各国内に存在する不平等を削減し、それによって、西暦2000年までに「すべての人に健康を」という、野心的で、実現されていない目標を達成するための鍵として位置づけた。基礎保健ケアは、同宣言において、有効性が科学的に証明された支援策に基づく「必須保健ケア」サービスとして定義されている。これらのサービスは、コミュニティおよび国全体が負担できる費用で、個人と家族が普遍的にアクセスできるものでなければならないとされた。基礎保健ケアは、少なくとも8つの要素から構成される。健康教育、十分な栄養、母子保健ケア、基礎的衛生と安全な水、予防接種による主要な疾病の抑制、風土病の予防と抑制、日常的に見られる疾病および外傷の治療、そして必須医薬品の供給である。

同宣言は、各国政府に対して、国の保健システムに基礎保健ケアを組み込むための国内政策を策定するよう促した。また、国の政治的・経済的現実を反映するコミュニティ中心のケアの重要性に注意を向けるべきであるとした。このようなモデルを採用することにより、住民は、必要に応じ、訓練を受けたコミュニティ保健員、看護師および医師による治療を求められるようになり、「保健ケアを、人々が住み、働く場所に可能な限り近づける」ことにつながる。また、コミュニティの中で個人の自立精神を養い、保健ケア・プログラムの計画および実施への参加を促すことにもなる。そして紹介・搬送システムは、サービスを最も必要とする人々——貧困や周縁化の度合いが最も高い人々——に一層包括的なサービスを提供することにより、一連のケアを完成させるものとして位置づけられた。

アルマ・アタ宣言は、1974年の「新国際経済秩序樹立に関する宣言」につながったのと同じく、社会正義を求める運動から生まれたものである。いずれの宣言も、世界経済の相互依存性を強調するとともに、先進工業国と、多くの場合植民地化のために成長が阻害された開発途上国との間で拡大しつつある経済的・技術的格差を逆に縮小させるために、援助と知識の移転を奨励した。第二次世界大戦後に貧しい国々で進められてきた、コミュニティを中心とした革新的取り組みの実例からも示唆が得られた。ナイジェリアの5歳未満児クリニック、中国の裸足の医者、キューバとベトナムの保健システムは、先進工業国で整えられているようなインフラがなく

ても保健面での前進は生じうることを実証していた。

「プライマリー・ヘルス・ケアに関する国際会議」自体も画期的なものであった。当時、国際保健と開発に関する単一のテーマに焦点を絞ったこれだけ大規模な会議が開かれたことはなかったのである（134カ国と67の非政府組織〈NGO〉が参加）。それでも、約束の履行を妨げる障害は複数存在した。ひとつには、宣言には拘束力がなかった。さらに、「普遍的アクセス」といった基本的用語をどのように定義するかという、今日に至るまで根強く残っている概念上の不一致が当初から存在していた。冷戦を背景として、これらの用語は、資本主義世界と共産主義世界との間に存在する大きな思想的相違を明みに出すものだったが、その不一致は、アルマ・アタ会議が当時のソビエト連邦内で開催されたことにより、さらに大きくなったのかもしれない。

1970年代が終わって80年代に入ると、波乱に満ちた経済環境が一因となって基礎保健ケアから遠ざかる動きが生じ、特定の疾病や病態を対象とした、よりコストのかからない選択的保健ケア・モデルが好まれるようになった。とはいえ、実施国の間でも基礎保健ケアの成否は分かれたにも関わらず公衆衛生の改善の面で前進が見られたのは、コミュニティを中心とするモデルの柔軟性と応用可能性を示すものである。

ミレニアム開発目標に向かっての前進が十分でないことに加え、気候変動、インフルエンザの世界的流行、世界規模の食料危機によって国際保健と人間の安全保障が脅かされていることから、包括的な基礎保健ケアへの関心が再び高まっている。しかし、アルマ・アタ宣言の実施を妨げてきた多くの課題はさらに進行しており、同宣言の目標を達成するためには、これらの課題に立ち向かわなければならない。家庭とコミュニティにおけるケアをアウトリーチ・サービスおよび保健施設におけるサービスと統合する費用対効果の高いイニシアティブ——例えば、第3章で取り上げる母子保健イニシアティブ——の有効性を示すエビデンス（証拠）はますます増えつつあり、それを参考にすることによって、各国政府、国際的パートナー、市民社会組織は、基礎保健ケアの再活性化を図っていけるのである。

参考文献は107ページを参照。



保健サービスをアウトリーチ方式で提供する人々は、重要なサービスをコミュニティと家々に届ける存在である。若い母親を対象とする講習会で、乳児の発育チャートを掲げて見せるコミュニティ保健員（インド）

特に西部・中部アフリカでは、かなり大きな格差が残っている。さらに、中等教育における格差縮小のペースは初等教育の場合ほど速くない⁷。

教育のメリットが女性や女子だけでなく家族やコミュニティに対しても及ぶことは、かなり前から調査研究によって確認されてきた。研究の結果、教育を受けた若者の方が、妊娠によるリスクが最も高い時期である10代を過ぎるまで待ってから家庭を持つ可能性が高く、また生まれてくる赤ん坊もより健康である可能性が高いことが分かっている⁸。青年期を過ぎるまで妊娠しないようにすることの利益は多い。以下の事実を考えてみたい。

- 妊娠と出産に関連する妊産婦死亡は、世界中で15～19歳の女子の重要な死因のひとつとなっており、年間7万件に上っている⁹。
- 妊娠時の年齢が低いほど、健康上のリスクも高まる。15歳前に出産した女子が出産時に死亡する確率は20代の女性の5倍である¹⁰。
- 18歳未満の母親に生まれた乳児が生後1年以内に死亡する危険性は、19歳以上の母親に生まれた乳児よりも60%高い¹¹。
- このような子どもは、たとえ生きながらえたとしても、低出生体重、栄養不良、身体的・認知的発達の遅れといった問題に苦しむ可能性がより高い¹²。

教育の利点は、妊産婦と新生児の死亡・罹病リスクを低減させることにはとどまらない。調査によると、教育を受けた女性は、結婚の時期を遅らせ、子どもに予防接種を受けさせ、自分と子どものための栄養についてよりよく知り、出産間隔を空けるためのより有効な習慣を実施する可能性が高いことが分かっている。そのため、このような女性の子どもは、教育を受けていない女性の子どもよりも生存率が高く、また栄養状態もより良い傾向にある¹³。

教育は女性の権利を実現するためにも必要不可欠である。教育は、家庭内での意思決定における女性の影響力を高め、女性の経済的・政治的参加の機会を作り出すことにつながる。

妊産婦・新生児保健の向上につながる支援環境を整備するためには、ジェンダーによる不平等を固定化させる社会的・文化的・経済的障壁に立ち向かわなければならない。

虐待、搾取、差別、暴力からの保護

児童婚を防止する

児童婚は、子どもの権利の侵害であり、女子の成長発達に悪い影響を与えるとともに、時期尚早な妊娠や社会的な孤立につながるが多い。子どもの権利条約では児童婚について直接取り上げられていないが、これはその他の権利と結びつく問題であり、世界人権宣言では、この点が「婚姻について自由かつ完全な合意を与える権利」（第16条）として認められている。女性差別撤廃条約（CEDAW）は、「児童の婚約及び婚姻は、法的効

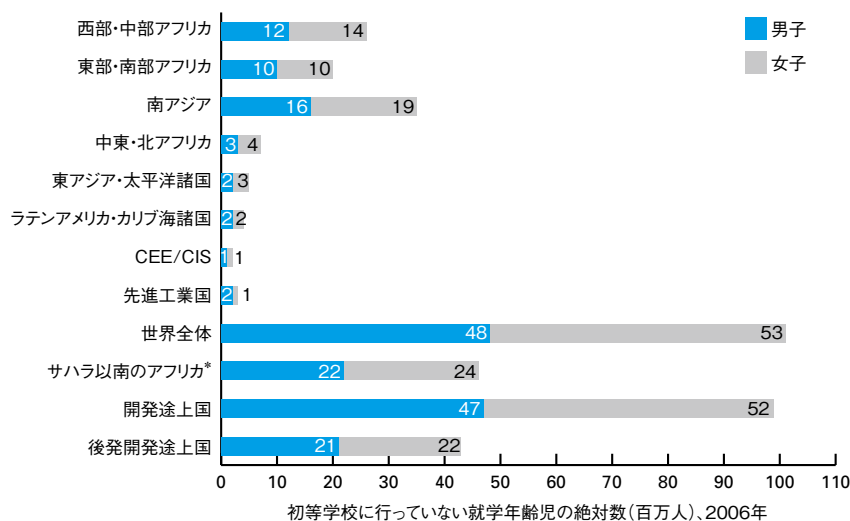
果を有しない」とし、各国に対して、婚姻最低年齢を定めること、婚姻の登録を義務づけることを求めている（第16条）。変革に対する国際的コミットメントの存在にも関わらず、多くの社会やコミュニティでは、コミュニティ・レベルでの社会的圧力が強いために、若い娘や息子を結婚させ続けている。世界全体では、20～24歳の女性6,000万人以上が18歳未満で結婚していた¹⁴。最新の国際的推計値によると、中国を除く開発途上国では、20～24歳の女性の36%が18歳未満で結婚し、または結婚と同等の関係に入っていたことが分かっている。一部地域では児童婚の発生率が特に高く、最新の推計値によると、

南アジアでは49%、西部・中部アフリカでは44%に達していた¹⁵。

青年期のうちに妻となった女性は、妊娠・出産による妊産婦死亡リスクが高まることに加えて、暴力、虐待、搾取の被害も受けやすい。児童婚はまた、青年期の女子が学校を中途退学するリスクも高める。これに伴って、前述したように、妊産婦と新生児の健康の面でも、稼得能力の面でも悪影響が生じる。これは、ひいてはジェンダーによる差別の悪循環を助長することになり、貧しい家族が、経済的な必要性から、娘たちの時期尚早な結婚をより積極的に認めてしまうことにつながる¹⁶。

図2.3

出席率の面でのジェンダーの平等は著しく改善されたが、初等学校に行っていない女子はいまだに男子よりも若干多い



*サハラ以南のアフリカとは、東部・南部アフリカと西部・中部アフリカを合わせた地域をいう。

出典：ユニセフ統計情報部が、世帯調査（人口保健調査と複数指標クラスター調査）とユネスコ統計研究所の出席率データを用いて算出した推計値。

青年期の妊娠と出産には健康上のリスクが伴うこと(32ページを参照)、子どものうちに妻となった女子は青年期の間に妊娠する可能性が高いこと、いくつかの開発途上地域における児童婚の発生率が高いことを考えると、妊産婦保健の向上のためには児童婚に終止符を打たなければならないことは明らかである。そのためには、特に、法定婚姻最低年齢を18歳と定めてこれを執行し、また出生登録と婚姻登録の両方を推進するために、政府の法律を強化することが必要になる。出生登録は、子どもの年齢を明確にするために必要である。

児童婚は全体的にはあまり見られなくなりつつあるが、変化のペースは遅

い。児童婚に対する一般的態度に対抗していくためには、ジェンダーの不平等に取り組んでいくことも必要になる。宗教指導者やコミュニティの指導者を含む、政府以外の関係者による行動も、特に中等教育段階における教育の推進と同様、極めて重要である。市民社会とメディアも、児童婚を根付かせている経済的圧力や社会的伝統に対処・対抗するための開かれた対話を醸成することを、それぞれの立場から支援することができる。

女性性器切除/カuttingを根絶する

女性性器切除とカutting (FGM/C) は、女子と女性の人権侵

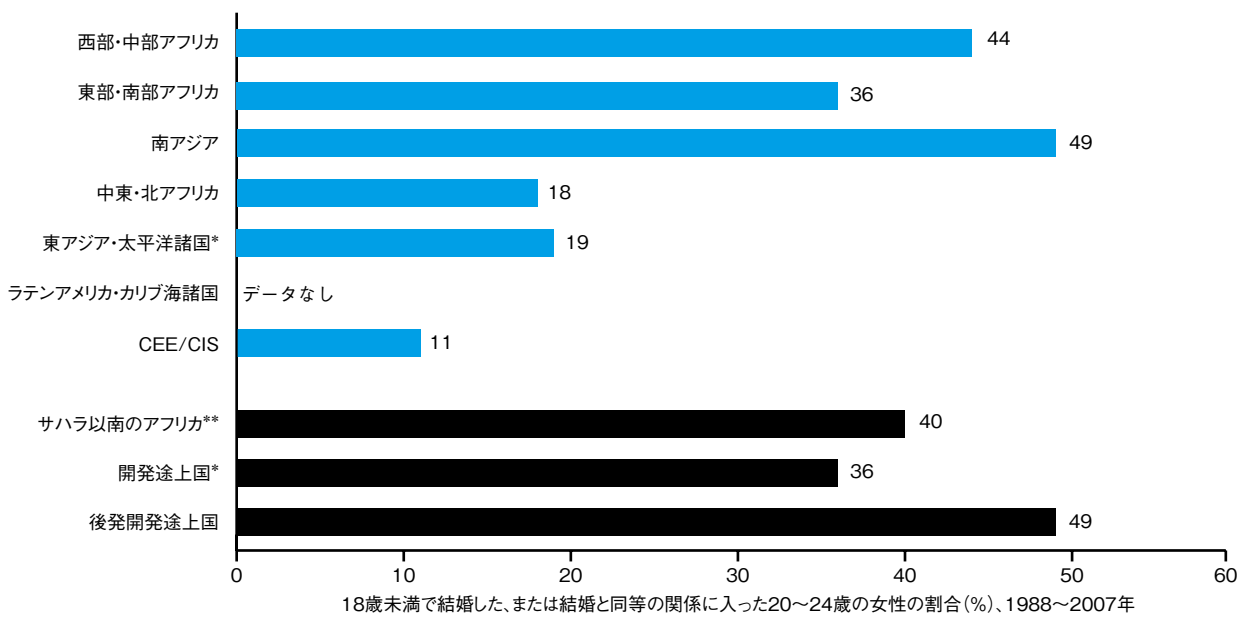
害であり、その身体的・精神的完全性、暴力と差別を受けない権利、そして最も極端な場合には生命を否定するものである。

アフリカと中東の27カ国で、15～49歳の女子と女性の約7,000万人にこの慣習が行われていると推定されている。この慣習は、衰退はしているものの、いくつかの国やコミュニティでは依然として根強く広がっている¹⁷。

FGM/Cは、権利侵害であるとともに、出産の際にも深刻なリスクを生じさせる。病院外での分娩停止や出産後の出血といった合併症の可能性が高まるためである。

図2.4

児童婚は南アジアとサハラ以南のアフリカで非常に多く見られる



* 中国を除く。

** サハラ以南のアフリカとは、東部・南部アフリカと西部・中部アフリカを合わせた地域をいう。

出典：人口保健調査 (DHS)、複数指標クラスター調査 (MICS)、その他の全国調査。

保健従事者の不足に対処する：妊産婦・新生児保健の向上にとって極めて重要な行動

妊産婦・新生児保健の最大の問題のひとつは、専門技能を持った保健従事者が不足していることである。2006年の世界保健機関（WHO）の調査によると、アフリカには世界の疾病の24%以上が集中しているが、保健従事者は世界のわずか3%しかおらず、保健支出も、海外からの有償・無償援助を考慮に入れた場合でさえ、保健に振り向けられる世界全体の資金額合計の1%にも満たない。対照的に、ラテンアメリカとカリブ海諸国および北米から構成される南北アメリカ地域では、世界の疾病の10%しか生じていないにも関わらず、世界の保健従事者の37%を擁し、世界の保健資源の50%以上を使っている。

WHOによると、世界では430万人の保健従事者が不足しており、ヨーロッパ以外のすべての地域で保健従事者が不足しているという。より具体的には、専門技能を持った保健従事者——医師、看護師、助産師——が足りておらず、世界で行われる出産のすべてに立ち会うことができていない。共同学習イニシアティブの研究によると、出産時に専門技能を持つ保健従事者が立ち会う割合の望ましい最低水準を達成するためには、平均して住民1,000人あたり2.28人の保健ケア専門家が要する。この基準に満たない57カ国のうち、36カ国はサハラ以南のアフリカに位置している。保健従事者の絶対数はアジア——特にバングラデシュ、インド、インドネシア——で最も不足しているが、相対的ニーズが最大なのはサハラ以南のアフリカである。この地域では、必要人員を配置できるようにするためには保健従事者の数を140%増加させなければならない。かつてWHOが推計したところによると、全出産件数の73%で専門技能者の立ち会いを確保するためには、世界全体で33万4,000人の専門技能者を育成する必要がある。

専門技能者が不足している要因はいくつもある。育成と募集のための投資が十分に行われていないこと、保健ケア従事者向けのインセンティブが弱いこと、報酬が低いこと、ストレスが大きいことなどである。専門技能を持った保健従事者が——人口の高齢化が進む先進工業国で保健従事者の需要が急激に高まっていることに刺激されて——開発途上国から先進工業国に大規模に移住していることも、これに拍車をかけている。アフリカの10カ国の調査によると、出身国で育成された医師のうち現在OECD（経済開発協力機構）の8カ国で働

いている医師の数は、現在も出身国で雇用されている医師の23%に相当するという。

国内の人口動態も保健従事者不足に強く影響する要因である。開発途上国における急速な都市化のため、農村部での保健従事者不足に拍車がかかっている。育成された専門家がより豊かな大都市圏に仕事を求めるからである。保健従事者は都市部で資格を取得するのが通例であり、農村部を本拠地として働くのを嫌がる人が多い。苦労が大きくなり、生活条件も最低水準に近づき、都市部の快適な環境や娯楽にもアクセスしにくくなるというのがその理由である。例えば、南アジアと東南アジアで行われたある調査によると、農村部での募集が忌避された理由として、所得が下がること、経歴に箔が付かないこと、社会から孤立することが挙げられていた。

エイズも、感染率が流行水準に達している国々では保健システムに有害な影響を及ぼしている。これらの国で働く保健従事者は、私生活では高感染率国の他の住民と同じリスクに直面しているが、仕事でも、感染予防のための装備や習慣が十分ではない状況下で、相当のリスクにさらされている。南アフリカで2004年に実施された研究によると、若い保健従事者のHIV感染率は20%であった。これらの保健従事者には、現在よりもはるかに高い水準の保護とケアが提供されるべきである。これには、感染予防の装備の供給改善、針刺し損傷を予防するための安全対策、ウイルスにさらされた可能性がある場合の感染予防対策、HIVに感染した場合の抗レトロウイルス薬治療などが含まれる。

妊産婦と新生児の死亡・疾病を削減する目的で質の高い保健ケアを継続的に提供できるようにするためには、保健ケア従事者の不足を軽減する戦略が必要となる。コミュニティ保健員——その豊かな可能性は、基礎サービスを提供する上で大きな力となりうる——が分かっている——を募集・育成することで多少の不足は補われるとしても、特にサハラ以南のアフリカと南アジアでは専門技能を持つ保健ケア従事者を育成し、職にとどめておくために、はるかに多くの取り組みを進めなければならない。

参考文献は107ページを参照。

世界保健機関（WHO）の研究によると、女性性器切除/カッティング（FGM/C）は女性のリプロダクティブ・ヘルスに影響を与えたり、深刻な痛みを引き起こしたりするだけでなく、長時間の出血、感染、リプロダクティブ・ヘルスに関するさまざまな問題（不妊を含む）、そして死亡さえもたらす可能性がある。また、これを受けた女性が産んだ新生児にも影響が生じる。上記の研究では、

FGM/Cを受けた女性の方が出産時に合併症を発症する可能性が相当に高いという、はっきりしたエビデンス（証拠）が得られた。また、FGM/Cは赤ん坊にとっても有害であり、そのために周産期死亡の発生件数が出産100件あたり1~2件多くなることも分かっている¹⁸。

母親と赤ん坊のいずれについても、切除の度合いがひどくなるほどリス

クも高くなるが、これにはショック、出血、感染、生殖器部の潰瘍化も含まれる場合がある。いずれも、妊産婦と新生児の死亡や苦痛のリスクを高めるものである¹⁹。

FGM/Cを根絶することは、安全な妊娠・出産を確保し、新生児の死亡を削減することにとって極めて重要である。FGM/Cが広く行われているセネガルその他の国々で成功を収め



保健施設を拡大し、紹介・搬送システムを強化することは、妊産婦・新生児保健を向上させる有効な方法である。妊産婦と子どものための保健センターで、保健員によって体重測定される我が子を見守る母親（コートジボワール）

ている取り組みでは、コミュニティ・エンパワーメント、開かれた対話、集団的合意を通じてこの慣習を集団的に放棄することが基礎として位置づけられている²⁰。

女性と女子に対する暴力、虐待、搾取を根絶する

暴力はあらゆる社会に広く存在している。暴力はその被害者の身体的健康や情緒的・心理的安寧を阻害するものである。また、家庭、職場、社会に存在するジェンダーによる不平等は、暴力を許容する環境を醸成する可能性がある。

女性と女子に対する暴力がかなりの規模で存在し、被害者に大きな影響を及ぼしていることは、ずっと以前から認識されてきた。しかし、ごく最近まで、その測定は専ら特定の研究に限られていた。世界保健機関（WHO）による大規模な研究と、女性や子どもに対する暴力について国連が最近実施した研究により、女性と子どもに対する暴力が驚くほどの水準で存在すること、しかもその水準には国や地域内で大きな格差があることが、明るみに出たのである²¹。暴力を受けることによって生じる健康

上の影響のため、身体面や生殖面で望ましくない結果が生じる恐れが高まる。多くの研究は兆候を示すもので決定的結論には至っていないが、女性・女子への暴力と妊産婦の死亡・疾病リスクの上昇との間に相関関係があることを示している。

- インド農村部の400の村を対象として行われた研究によると、妊婦の全死亡件数の16%はパートナーの暴力によるものであった²²。
- 性的暴力、特にレイプは、強制的な妊娠に結びつくことがある。特に、ボスニア・ヘルツェゴビナやルワンダでの紛争で見られたように、性的暴力が戦争の兵器として用いられ、女性が妊娠するまで繰り返しレイプされるような場合はそうである²³。
- データが示唆するところによると、強制的な妊娠の場合は望んで妊娠した場合よりもリスクが大きくなるとともに、望まない妊娠をした女性は、早い段階から出産前ケアを受けたり、医師等による監督のもとで出産したりすることがより少ない。このような妊娠では、安全でない方法による中絶（これは

妊産婦死亡の重要な原因のひとつである）、抑うつ状態、自殺、妊娠に対する家族の否定的反応の恐れも高まる²⁴。

- 妊娠前あるいは妊娠中の暴力は、母子にとって、流産、早産、胎児仮死などの複合的な健康リスクをもたらす可能性がある。また、妊産婦が医療ケアを求められなくなってしまうこともある。ニカラグアで実施された研究によると、乳児の低出生体重の約16%はパートナーによる妊娠中の身体的暴力と関係があった²⁵。
- 女性に対する暴力には、慢性的な痛み、生殖器の損傷、不健全なほどの体重減少など、リプロダクティブ・ヘルスに関わる影響もある²⁶。
- 女性に対する暴力が心理的に及ぼす影響も破壊的なものとなりうる。抑うつ状態、ストレスと不安障害、心的外傷後ストレス障害、自殺などである²⁷。
- 母親に対する暴力は、新生児のケアと授乳に困難をもたらすことがある。さらに、乳幼児も暴力の危険にさらされていること、そして

女性や子どもに対する暴力と闘うことは、妊産婦・新生児保健の向上にとって極めて重要である。

身体的暴力による死亡数が過少に推定されていることを示唆するエビデンス(証拠)も増えつつある²⁸。

女性と女子に対する暴力・虐待との闘いは多面的プロセスであり、直接的・間接的原因および影響に正面から対処していくための、政府、市民社会、国際パートナー、コミュニティの力強い行動が必要である。法律の制定と執行、調査研究、プログラムと予算を網羅した包括的なメカニズムを設け、議論における女性の発言権を高めるとともに、この問題に対する関心を持続させていくことが、暴力を現行の水準よりも少なくするために必要不可欠となる。

家族、コミュニティ、経済的・社会的・政治的生活への参加

ジェンダーによる差別は、女性——どの社会でも子どもの主たる養育者である——が家庭やコミュニティでの妊産婦と子どもの健康に影響を及ぼしうる重要な決定や行動に全面的に参加することを阻む可能性がある。この問題については、『世界子供白書2007：ジェンダーの平等がもたらす二重の恩恵』で詳しく検討した。同白書で明らかにされたように、サハラ以南のアフリカ、南アジア、中東・北アフリカ全域の多くの国々で、調査対象とされた女性の3分の1以上が、女性自身の保健ケアについて夫だけで決定していると答えている。6地域にわたる30カ国で調査対象となった女性も、相当の割合で、家庭内の意思決定に十分に関わっていないと答えていた²⁹。

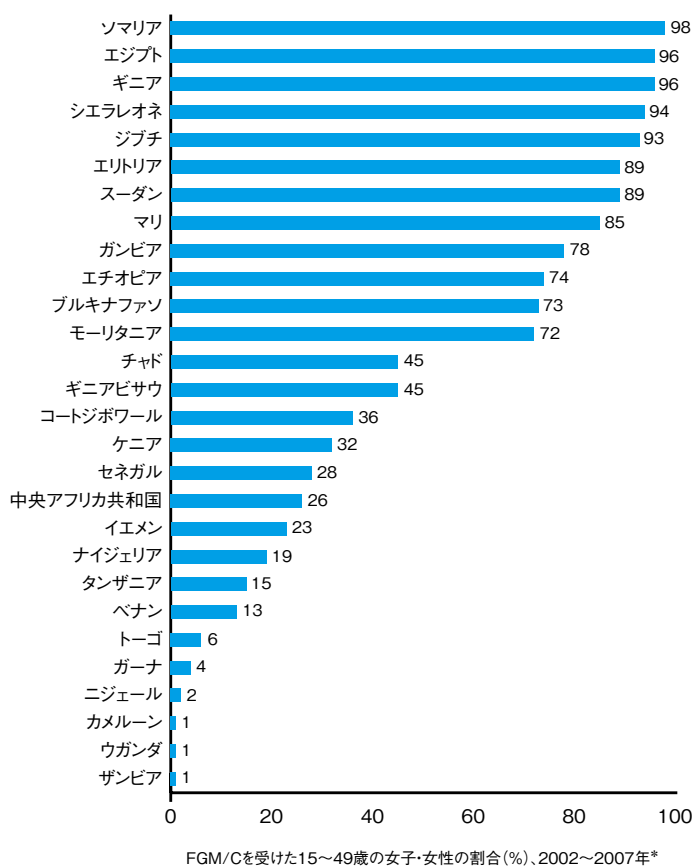
自らの、そして子どもたちの生活に影響を与える重要かつ日常的な意思決定プロセスに女性がより平等に参加できるようにすることは、妊産

婦・新生児保健の向上につながる支援環境を整備する上で極めて重要である。主要な決定に参加することのできる女性は、子どもに十分な栄養が与えられるようにし、自分と子どものために適切な医療ケアを求める可能性が高いことが、研究によって分かっている³⁰。

女性が家庭内の意思決定に参加す

る能力を強化することは、解決策の一部に過ぎない。人口保健調査(DHS)で得られたエビデンス(証拠)によれば、女性の意思決定能力の多くはコミュニティ・レベルで行使されている³¹。女性がエンパワーされてコミュニティに参加できるようになれば、ジェンダーによる差別を固定化させてしまうような態度や慣習に立ち向かい、作業を分担し、資源をプー

図2.5 女性性器切除/カッティング (FGM/C) は減少傾向にあるが、今なお多くの開発途上国で広く行われている



*データは指定期間内に入手できた直近の年次のもの。
出典：人口保健調査 (DHS)、複数指標クラスター調査 (MICS)、その他の全国調査

母親と新生児の保健を一層公平なものとするために

セザール・G・ビクトラ（ブラジル・ペロータス連邦大学疫学教授）

保健面での成果および必須基礎保健ケア・サービスへのアクセスにおける公平性の問題に対する関心が、妊産婦、新生児、子どもの保健の分野で高まっている。この問題に焦点を絞ることの妥当性を裏づけているのが、保健その他の開発分野で存在する格差の規模に関する新たなエビデンス（証拠）や調査研究である。不公平は、人口集団間に存在する、不公正かつ回避可能な系統的差異と定義されている。これには、さまざまな要因の中でも、社会経済的立場、ジェンダー、民族集団、居住地に関連する格差が含まれるのが通例である。

専門技能者による出産時の立ち会い——妊産婦・新生児の健康と生存を向上させるための主要な支援策のひとつ——は、保健支援策の中でも最も不公平な分布が見られるものに数えられる。図2.6は、低・中所得国で最近行われた全国調査の結果に基づき、専門技能を持つ保健従事者が立ち会った出産の割合の平均を示したものである。世界の諸地域間に顕著な不公平が存在している。ヨーロッパと中央アジアではすべての所得層について最高水準の普及率が達成されているのに対し、特にサハラ以南のアフリカと南アジアは大幅に遅れをとっている。

地域間の差異に加え、各地域内でも社会経済的な立場によって重要な格差がある。これは、人口を資産指数によって五分位に分類した階層ごとに出産時の専門技能者の立ち会い状況を比較することによって明らかになる。南アジアでは、最も貧しい層20%に属する母親のうち出産時に専門技能者の立ち会いを受けた者が10%に満たないのに対し、同地域の最富裕層20%に属

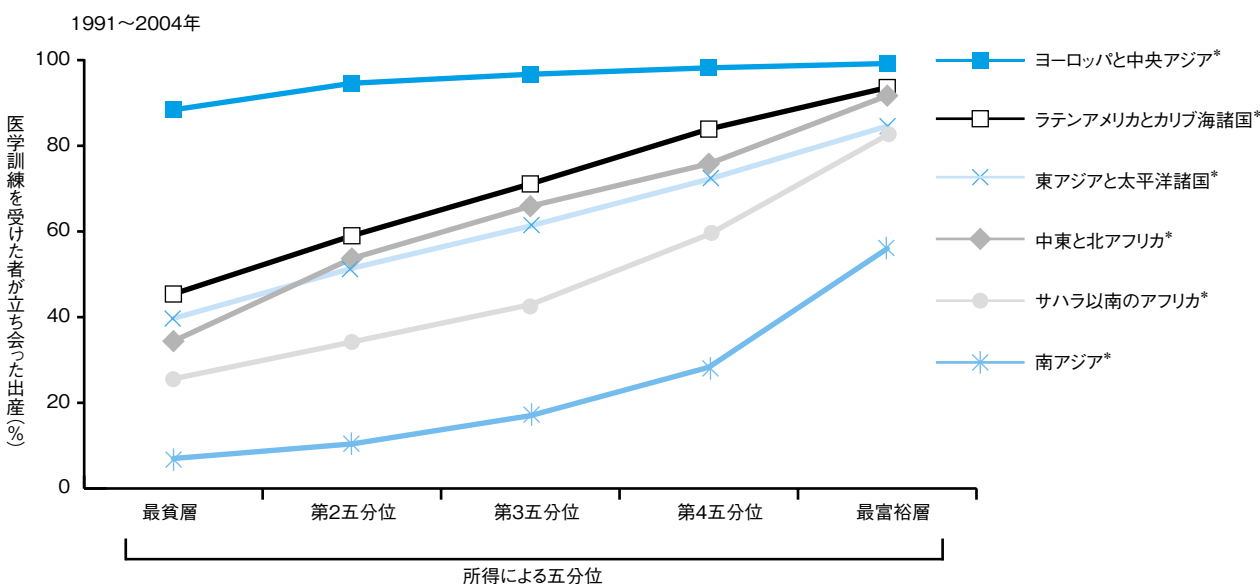
する母親は56%が立ち会いを受けている。他の開発途上地域でも同様の格差が見られ、ヨーロッパと中央アジア——調査データがある国のほとんどは旧社会主義共和国——でさえ、専門技能を持つ保健従事者が立ち会う出産の割合は、最貧層の女性の場合には最富裕層の女性の場合よりも著しく少ないのである。

保健ケアの提供における格差は他の測定値を見ても顕著である。開発途上国では、都市部の母子の方が農村部の母子よりも保健ケアへのアクセスや健康状態が良い傾向にある。社会経済的な不公平は都市部内でも同様に顕著であり、スラムに住む人々の健康状態は特に悪い。国内でも、妊産婦と子どもの保健の面では州ごとの違いが大きいことがしばしばある。ブラジルでより繁栄している南部諸州と、より貧しい状況に置かれている北東部との保健指数の大幅な違いが如実に示している通りである。

貧しい母子は、継続的なケアのあらゆる段階で十分なサービスを受けられていない。サハラ以南のアフリカのいくつかの国のデータを使って、4つの必須支援策——出産前ケア、専門技能者による出産時の立ち会い、出産後ケア、子どもの予防接種——をパッケージの形で受けた母子の割合がまとめられている。4つの支援策すべての普及率は、最富裕層集団のほうが最貧層集団よりも2倍から6倍——国によって異なる——高かった。保健ケア・サービスの提供がこのように不公平な形で分布している事実は、最貧層および社会で最も周縁化されている集団が直面している社会的排除の反映であるとともに、それを固定化するものである。また、妊産婦、新生児、子どもの死亡率

図2.6

出産時に専門技能者の立ち会いを受けた母親の割合（所得階層別・地域別）



*参考文献は108ページを参照。

出典：Gwatkin, D. R., et al., *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: An overview*, Health, Nutrition and Population, World Bank, Washington, D.C., September 2007, pp.123-124.

にこれほど顕著な社会経済的ばらつきがある理由を説明する一助ともなる。

保健システムは、これらの格差を克服する上で重要な役割を担う。さまざまな開発途上国の事例を見れば、必須サービスへのアクセス格差に対処し、これを縮小させるためにできることは多く、実際にそのための取り組みが進められていることは明らかである。

- ・タンザニアでは、貧しい母子に影響を与える病気と闘うための支援策を優先することにし、地区保健予算をこれらの疾病対策に優先的に配分することで死亡数が顕著に削減された。
- ・ペルーでは、最も貧しい州が新しいワクチンの予防接種を最初に受ける地域に指定されている。これらの地域で予防接種率が高くなって初めて、ワクチン配布が他の地域にも拡大されるのである。
- ・バングラデシュでは、小児期疾病統合管理（IMCI）戦略が国内の最も貧しい地域で組織的に採用された。同様の戦略がブラジルの家庭保健プログラムでも採用されている。

貧しい人々は農村部や遠隔地に住んでいることが多いので、必須サービスをこれらの人々に届けるための適切なチャンネルの活用は、保健セクターが第一に考えるべきことのひとつである。図2.7は、マリで子どもの生存・発達促進（ACSD）戦略を

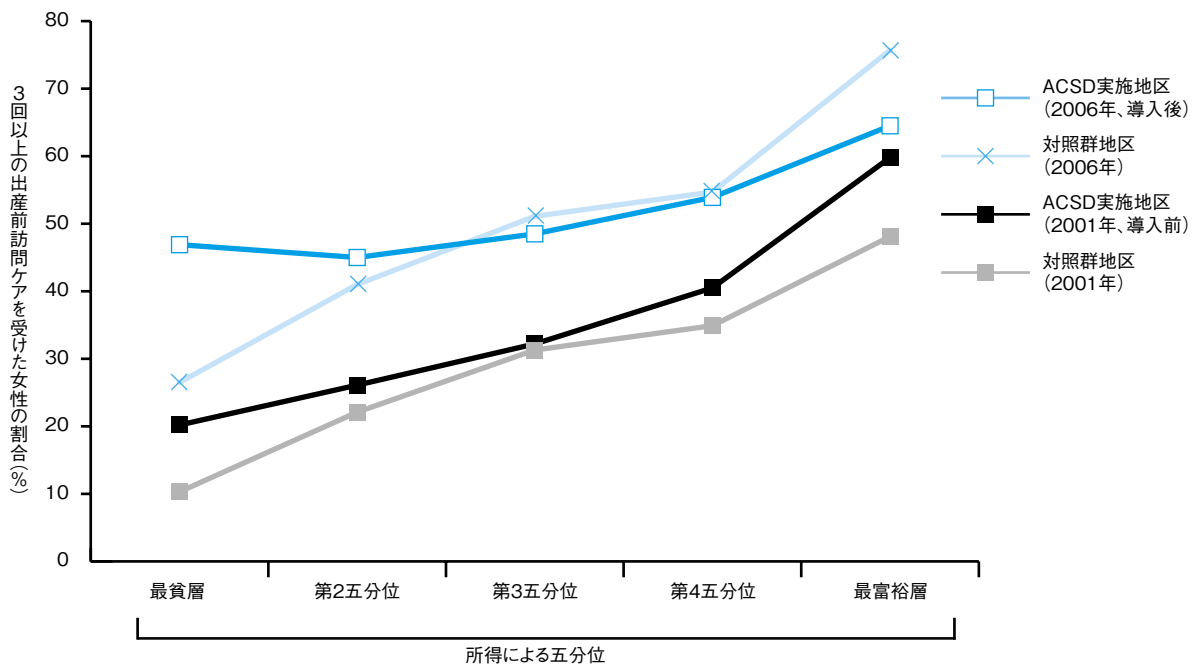
実施したことにより、出産前ケアへのアクセスにおける不公平がどのように縮小されたかを示している。2001年にプログラムが導入される以前は、ACSD実施地区と対照群地区のいずれにおいても顕著な社会的格差が見られたが、5年後には、出産前ケアへのアクセス状況は、対照群地区よりもACSD実施地区の方が著しく公平なものになったのである。同国のACSD戦略では、アウトリーチの取り組みに大きく依拠しながら、遠隔地に住む農村部の母親のためのアクセス改善が目指された。しかしながら、アウトリーチ活動が強力に実施されなかった他のACSD導入国では、これと同様の結果は得られていない。

健康面での不平等を縮小することは、人権の全面的達成のために必要不可欠である。保健ケアの提供に格差があると、こうした不平等の発生につながる。つまり、保健システムは不平等の根絶の役割も果たすということである。妊産婦・新生児・子どもの生存について最大の成果が得られるかどうか、病気の負担に最も苦しんでいる最貧層および最も周縁化されている人々に対し、いかにして効果的にサービスを提供できるかにかかっているということを考えれば、このことはとりわけ明らかになる。十分な政治的支持と資源を得て実施されたことにより、保健面での不公平を相当に小さくできた成功例は多い。国と社会にとっての主要課題は、こうした成功例を伝え広め、最良のやり方を採用するとともに、公平性を保健政策の最優先事項に位置づけるという政治的意識を喚起し、維持していくことである。

参考文献は107ページを参照。

図2.7

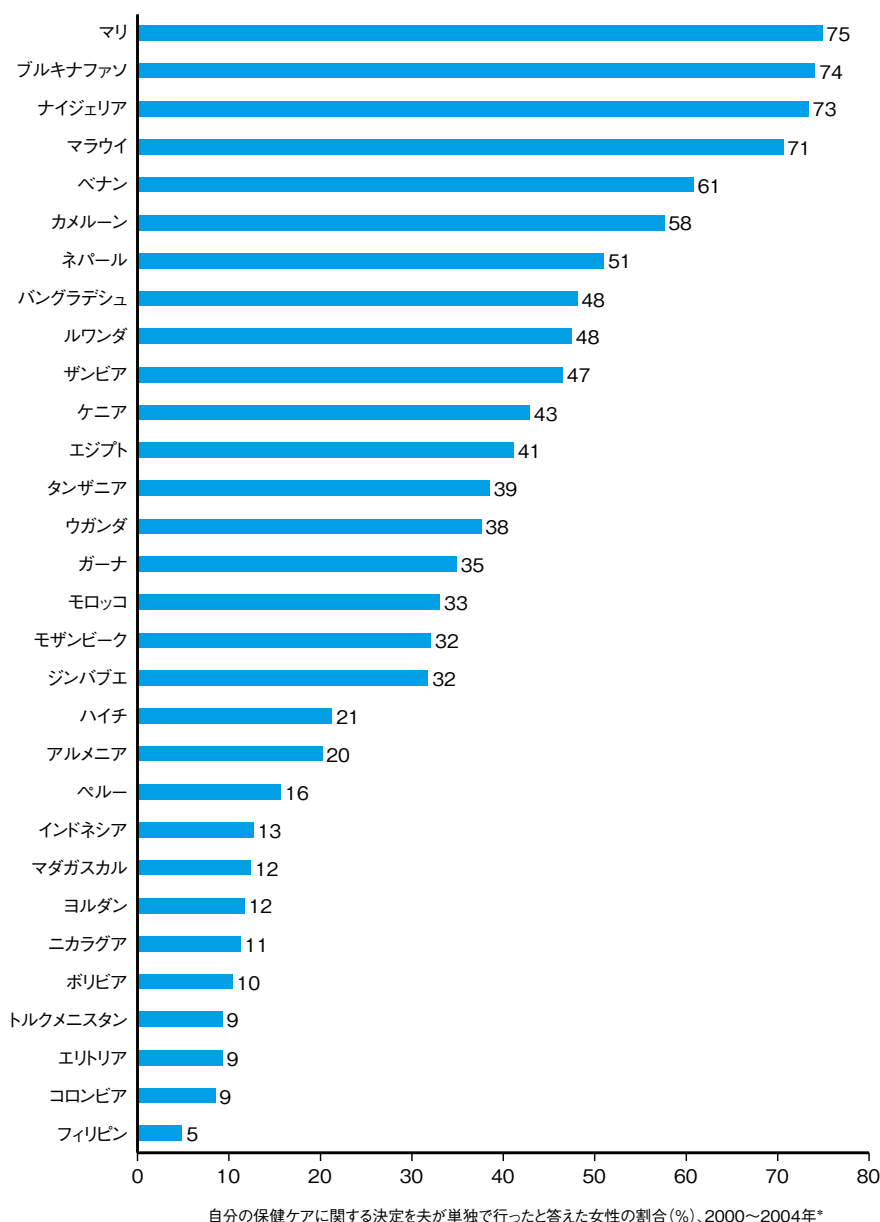
3回以上の出産前訪問ケアを受けたマリの女性—— 子どもの生存・発達促進（ACSD）イニシアティブの導入前と導入後



出典：ジョンズ・ホプキンス大学、2008年

図2.8

開発途上国の女性の多くは、自分自身の保健ケアのニーズについて発言権を認められていない



*データは指定期間内に入手できた直近の年次のもの。

出典：人口保健調査（DHS）により集められたデータを基にユニセフが計算。

ルし、妊産婦・新生児保健を向上させるためのイニシアティブを皆で考案・維持することが可能になる。ほとんどの新生児と母親が妊娠と出産をくぐり抜けて生き延びることができる最大の理由のひとつは、結束して行動する女性たちの洞察力によるものである。

雇用と政治生活における主要な意思決定プロセスに女性が一層参加できるようになることも、妊産婦と新生児の健康に関わる成果を向上させる上で極めて重要である。経済的地位を向上させることは、意思決定への女性の参加を促進するために不可欠となる。また、それに伴って、子どもたちの健康にも良い影響が及ぶはずである。家庭内での意思決定をどのように進めるかに関して女性の影響力が高まると、女性は、子どもが十分な食事をとり、医療ケアを受けられるようにする可能性が男性よりも高い³²。資産を持つことも、家庭内での意思決定における女性の影響力を高めることにつながる。バングラデシュの農村部で実施されたある研究によれば、結婚前に夫よりも資産を多く持っていた女性の方が、家庭内での意思決定における影響力が強いことが分かった³³。

国レベルの立法府で女性の代表を増やすという面では若干の進展が見られるとはいえ、2008年5月現在、世界全体で女性議員の割合は今なお19%に満たない³⁴。2003年以来地方の意思決定における女性についてのデータを発表している都市・地方自治体連合（United Cities and Local Governments）によると、自治体行政においても女性の代表の存在は十分ではなく、調査対象60カ国で女性市長はわずか9%、調査対象67カ国で女性の市町村議員は21%であった³⁵。議会

女性が意思決定にさらに全面的に参加できるように奨励することは、 母親と新生児のための支援環境を整備するための鍵となる。

政治への女性の参加は限定されており、また比較的最近になってからの傾向であるため、妊産婦と新生児の健康面における成果という点で女性議員がどの程度の影響力を発揮できるかは、今なお明らかではない。しかし、エビデンス（証拠）が示唆するところによれば、女性議員は、子どものケアを改善し、女性の権利を強化するイニシアティブを優先させることによって、女性と子どもを支援するための方策を強力に支持・推進する可能性が高い³⁶。

女性グループも地方レベルで変化をもたらすことができる。2004年、女性の権利活動家によるアドボカシーにより、モロッコ政府は、ジェンダーによる不平等に対抗し、子どもの権利を守る画期的な家族法を支持するに至った。同年、モザンビークの女性グループが行ったキャンペーンは、法定婚姻年齢を親の同意がある場合は2歳引き上げて16歳に、同意がない場合は18歳に引き上げることに成功した³⁷。

女性が家庭内の意思決定や経済的・政治的生活にさらに全面的に参加できるように、そのエンパワーメントを図ることは、母親と新生児のための支援環境を整備するための鍵となる。しかし、女性の参加には、保健面での成果に影響を与えることをはるかに超えた利点がある。コミュニティと社会が、市民の3分の2を占める人々——女性と子ども——に影響を与える重要な問題に目を向け、さまざまな影響と考慮を基盤にした、より豊かな視点から決定を行えるようになるのである。

女性と女子をエンパワーする

ジェンダーの平等と女性のエンパ

ワメントに投資することの相乗効果は、数々のエビデンス（証拠）によって実証されている。女性の教育、リプロダクティブ・ヘルス、経済的・政治的権利に関して対象を明確にした投資を行うことにより、貧困の削減、維持可能な開発、平和に関する前進をもたらすことができるのである。

国際的な報告書で、より幅広い経済的・社会的利点に焦点が絞られるのは理解できる。限られた資金を求めて他の開発優先課題と競合する投資を主張することが多いからである。しかし、女性のエンパワーメントそのものの利点は見失われやすい。エンパワーメントを達成した女性は、自分の人生を自分自身でコントロールし、コミュニティで変化の推進役となって行動し、子どもと家族にとって最善の利益を積極的に追求する力が高まる。これは、家計に入ってきた所得が、栄養のある食べ物、教育、保健ケアのような最も大事なものに使われるようにするという形を取るかもしれない。また、妊娠中・出産時に可能な限り最善のケアを女性に保障し、赤ん坊の健康を守るようなサービスを要求することも意味するかもしれない。

地域レベルで女性が協力し合うことは、しばしば女性のエンパワーメントを奨励する重要な機会となる。非公式な女性グループは、夫から独立した収入源を得るために菜園を作るといった、実際的な目的で集まるのが通例である。しかし、このようなグループを通じて連帯感を育み、問題を共有することによって、エンパワーメントの感覚がさらに高まり、妊産婦・新生児・子どもの保健サービスの改善要求が強まる可能性もある。

妊産婦・新生児の保健およびケアに男性と青年期の男子を参加させる

ジェンダーの平等を唱道する報告書では、一見して男性への言及が欠落していることが多い。問題が男性そのものである場合に触れられるのみである。例えば、虐待者あるいは家の中の暴君という形で、一家の貴重な収入を不必要なものにつぎ込む浪費家として、あるいは避妊に責任を持たない無責任な性的パートナーとして登場することはある。

妊産婦・新生児保健の分野の文献では、男性については触れられないのが一般的である。可能な限り最善の妊産婦ケアを求める取り組みに積極的に参加し、子どもの福祉についても親としての責任を全面的に果たしている数億人の父親やパートナーが、自分たちはないがしろにされていると感じてもしかたがない。

逆に言えば、男性はこの問題から排除されることによって、ともかく責任を免れ、家族生活の最も本質的な側面であるこの問題に対して責任を負わないことを正当化されているのかもしれない。

子どもの誕生は、特にそれが初めての子どもであれば、男性の人生における画期的瞬間となることが多い。それは、自分は愛情溢れた責任ある人間であり、その自分を頼りにする人間がいるのだという自己像がくっきりと形を結ぶ瞬間になりうるのである。より一般的には、妊娠したパートナーや生まれたばかりの子どものケアに男性が参加することは、一生涯続く前向きで支援的な関係を確立する重要な機会となりうる。

人口の73%が都市部に住む低中所得国のペルーは、子どもの死亡の削減という点では目覚ましい前進を示し、1970年には6人中ひとりだった死亡率を2006年までに50人中ひとりへと減らした。1990年から2007年の間にペルーの5歳未満児死亡率は74%低減されたが、これはラテンアメリカとカリブ海諸国全域で最大の減少率（同期間）である。しかし、妊産婦保健の分野では、ここまでの成功は収めていない。同国の妊産婦死亡率は、出生10万人あたり240と推計されており（2005年）、これは同地域で最も高い部類に入っている。さらに、ペルーの女性が直面している妊産婦死亡の生涯リスクは140分の1と推計されており（2005年）、地域平均である280分の1の倍となっている。

妊産婦死亡の削減に関して相対的に前進が見られなかったことから、同国は「2015年へのカウントダウン」イニシアティブの優先的援助対象国拡大リストに記載された。このイニシアティブの対象基準は現在では拡大されており、2005年に設定された子どもの死亡率に関する基準に加えて、妊産婦死亡率に関する基準も含まれることになっている。保健省によると、農村部の女性が妊娠に関係する原因で命を落とす確率は、都市部の女性の2倍に上る。2000年には、専門技能を持つ保健従事者が立ち会った出産は農村部ではわずか20%であり、これに対して都市部では69%であった。

他のラテンアメリカとカリブ海諸国と同様、ペルーが妊産婦・新生児保健を向上させるための課題——そして、前進をもたらす最大の可能性を秘めた対応——は、民族、地理、極度の貧困による格差に対処することである。そのためには、女性と乳児に対し、その居住地あるいは居住地に近い場所での質の高いサービスを提供すること、通常時・緊急時の妊産婦・新生児ケアを統合的な形で提供することが必要になる。

課題のひとつは、施設を中心として、またはアウトリーチ方式で提供されていることが多い現行の保健サービスのあり方を、保健システムによるサービスが現在十分に提供されていないコミュニティの慣習に応じて修正することである。例えば、農村部の女性は、伝統や文化的慣習に従って、保健センターの分娩室ではなく自宅で、伝統的助産師の指導を受けながら垂直位で分娩をしたいと望む場合がある。さらに、こうした妊産婦が公式なケアを受けようと決心しても、保健施設までの距離、サービスの費用、言語の壁その他の障害のために思いとどまってしまうかもしれない。

母親が専門技能を持つ者の介助を受けながら自宅で出産することを選べるようにするとともに、必要に応じた緊急産科ケアへの強力な紹介・搬送システムを整備することが、公式な保健サービスを伝統的慣習に統合させる適切な方法となる可能性がある。これを目指して、保健省はユニセフのペルー事務所とともに妊産婦保健プロジェクトを策定し、次の4つの主要戦略を掲げた。

- ・保健サービス機関から地理的に離れていることで生じる問題を解決するため、妊婦用の出産待機所を設置する。
- ・出産と母親の状態が優先されるよう、家族とコミュニティの支援を推進する。
- ・貧しい家族のために出産前・出産時・出産後ケアにかかる費用を負担する統合保健サービスへのアクセスを強化する。
- ・保健施設で働くスタッフと、出産に関する根強い文化的伝統を保持している母親との間の壁を取り除くため、妊産婦サービスのあり方を修正する。

妊婦用の出産待機所は「ママワシ」と呼ばれ、農村部の女性が自宅ではなく保健センターで出産するという選択肢を選ぶことを奨励するために建設される。現在、保健センターや病院の敷地にほぼ400棟が建てられており、他にアプリマック、アヤクチョ、クスコの各地域でも賃借した建物内に同様の施設が設けられている。近くや遠くのコミュニティから来た妊婦は、出産を終えるまでこの出産待機所に滞在することが可能である。遠隔地の村から来た妊婦は、数週間あるいは数カ月滞ることができる。ママワシは、農村で見られる典型的な先住民族家屋に似せて設計してある。出産を控えた女性は施設に家族を連れて来ること認められているので、より堂々と、安心してサービスを利用することができる。

保健センターもやり方を変えてきている。例えば、垂直位での出産にも対応できるようにし、出産時に家族や伝統的助産師（産婆）の付き添いを認め、センターの室温をこれまでよりも高めに維持するなどの対応を取っている。

このプログラムは、保健ケアにおける文化的配慮を促進することによって、日常的な保健サービスのあり方を変えてきた。アンデス山脈に近い、クスコ県パウカルタンボ郡に位置するファンカラニ地区は、この新しい戦略の導入に最も成功している場所である。全体では妊婦のほぼ4人に3人が、特に出産の際に、サービス提供地域の保健ケア・センターを訪れるようになったのである。以前はこの割合は4人にひとりだった。このプログラムは、各地区・県の保健政策に取り込まれるようになり、2004年には保健省によって全国的に実施すべき国レベルの基準として採用された。保健省は、サービスを文化的に適切なものとするための方法を保健従事者に教えるための研修モジュールも作成している。

参考文献は108ページを参照。

スーダン南部： 平和の後は、妊産婦死亡との新しい闘いが

21年続いた紛争の後、スーダン北部と南部との内戦は2005年に終結した。戦いはほとんど終わったものの、スーダン南部は新たな闘いに直面している——妊産婦と新生児の死亡率との闘いである。2006年のスーダン世帯別保健調査によると、西エクアトリア州（スーダン南部の州）の妊産婦死亡率は出生10万人あたり2,327で、世界最高値のひとつだった。2006年の新生児死亡率は出生1,000人あたり51で、スーダン全体の出生1,000人あたり41よりも大幅に高かった。

専ら少数の非政府組織を通して運営されている保健ケアの普及率は、全体ではわずか25%と推計されている。保健ケアが受けられるとしても、妊産婦のための保健サービスは限られており、多くの場合あまり利用されていない。その理由のひとつとして、教育の欠如が考えられる。国連人口基金（UNFPA）の推計によれば、スーダン南部の女性の識字率はわずか12%（2006年）にとどまり、これに対して男性は37%だった。このため、女性は保健情報へのアクセスが限られている。

もうひとつ考えられる理由は、出産前ケアが受けられるセンターにたどり着くには、妊婦が徒歩で長距離を移動しなければならないことである。このため、妊産婦ケアを受ける割合は場所によってまちまちで、ユニティ州の17.4%（2006年）から西エクアトリア州の80%近くまで、大きな格差がある。スーダン南部では、専門保健従事者が立ち会う出産の割合は15%に満たず、80%は、親戚、伝統的助産師（産婆）、あるいは村の助産師（通常約9カ月の研修を受けた女性の助産師）の監督下で行われる自宅出産である。それでも、妊産婦の死亡原因——遷延分娩・分娩停止、出血、敗血症、子癇など——のほとんどは、より高度な研修を受けた者が立ち会うことにより対応することができるとは思えない。

現在利用可能な出産前・分娩サービスは、熟練した技術を身に付けたサービス提供者が存在しないために質が低いものとなっている。スーダンの南部10州すべてにおいて、助産師、伝統的助産師（産婆）、妊産婦・新生児ケアに携わるその他のサービス提供者は、簡単な救命・看護処置を

施すのに必要な研修を受けていないのである。設備や装備がないこと、紹介・搬送制度が貧弱であること、物理的インフラや輸送手段が不十分であることも、保健ケアの提供を妨げている。スーダン南部では、妊産婦と新生児の死亡のほとんどが産後に起きているにもかかわらず、産後のケア・サービスが実質的に存在していないのである。

こうした背景の下、スーダン南部政府とそのパートナーは、妊産婦保健サービスを強化するための努力に乗り出している。2006～2011年の暫定保健政策では、女性の権利を守りながら保健サービスを改善していく必要があるという認識に立った、統合的アプローチの概略が示されている。保健省は、基礎保健ケア、リプロダクティブ・ヘルス、妊産婦保健のための施設の増設を約束する一方、マスメディアやカウンセリング・サービスを活用した、栄養、有害な伝統的慣習、性的健康についての情報の普及を支援してきた。直ちに対応しなければならない保健ケアのニーズに応えるため、国連人口基金（UNFPA）の支援を受けて、基礎的な資格を持つコミュニティ助産師の「速習型研修」が進められている。2006年6月には、スーダン南部のジュバ総合教育病院に初の瘻孔（ろうこう）修復センターが設けられた。

この戦略の実施を促進するために、政府はすでにリプロダクティブ・ヘルス局を設置し、各州における妊産婦・新生児保健活動の推進・監視・調整を担当する州別コーディネーターの採用を進めている。ユニセフは、いくつかの州で出産前・緊急産科サービスの拡大を支援するとともに、ラジオやコミュニティ・アウトリーチ活動を通じた重要な保健メッセージの普及を支援している。

課題はまだ残っている。難民の帰還と多数の避難民の移動、スーダン南部における出生率の高さ（6.7）、いくつかの人口集団におけるHIV感染率の上昇により、体系的な保健プログラムが必要とされているのである。闘いは長期にわたるものになるかもしれないが、勝利を確信している人々はすでに行動に出ている。

参考文献は108ページを参照。

調査研究が明らかにするところによると、男性は、自分自身や人間関係について前向きな感情を持ち、また子どもの生活に関わることについて家族や友人の支持を得られる場合に、熱心で参加意欲の強い父親になる可能性が高まる。親としての責任を共有する男性は、家庭内の意思決定も女性のパートナーと共有し、従ってパートナー自身のエンパワーメントにも寄与する可能性がより高くなる³⁸。

男女双方の参加を奨励するプログラムは、男女間のコミュニケーションを密にすることにより、また子育ての仕事をより平等に分担するよう奨励することによって、このようなプロセスの一助になりうる。さらに、職場も、子育てにおいて両方の親が果たす役割を認識し、女性のみならず、男性も仕事と家庭内での責任を両立するよう奨励しなければならない。

支援環境と継続的なケアを連携させる

妊産婦・新生児保健の向上につながる支援環境を整備することは、ダイナミックかつ継続的なケアの中で必須支援策の規模を拡大するための強力な基盤となりうる。第3章ではこの点に焦点を絞って検証する。