

3 時間と場所を横断的に結びつけた 継続的なケア：リスクとチャンス



実効性のある継続的ケアとは、青年期、妊娠前、妊娠中、出産時、出産後および新生児期における重要な時期に、家庭およびコミュニティの主要な場所で、アウトリーチ/外来方式による支援策を通して、また女性や子どもが容易にアクセスできる保健施設において、母子を対象とした必須サービスを提供するものである。保健におけるコミュニティ・パートナーシップは、継続的なケアの必要不可欠な要素となる。しかし、妊産婦と新生児の死亡率を低減する上で最も重要なのは、質の高い出産前ケアであり、専門技能を持った保健従事者による出産時の立ち会いであり、母親と新生児のための出産後ケアであろう。出産時の合併症に対処するための緊急産科ケア・新生児ケアを利用できるようにしておくことで、現在出産時や早期新生児期に失われている多くの命を救うことができるはずである。『世界子供白書2009』の第3章では、継続的なケアを支える主要なサービスについて、またこれらの支援策をどのように拡大・改善できるかについて検証する。

継続的なケア：重要な時期にサービスを提供する

出生から高齢期に至るまで、人生のあらゆる段階で、健康に関わる差し迫った需要が存在する。母親と新生児が有する相互に関連した保健ニーズに応えようとするサービスでは、高度な継続性と統合性が必要である。これらの特徴は、妊産婦・新生児保健を向上させようとする保健関連の国内・国際的政策、プログラム、パートナーシップには、必ずしも目に見える形で表れてこなかった。

継続的なケアという枠組みが目指すのは、単一で特定の病気に特化した支援策を重視する伝統的な手法から脱却することである。そこでは、妊産婦、新生児、子どもの保健のあらゆる段階を包含した基礎保健ケア・モデルが提唱されている。しかし、この枠組みの成功は、ライフ・サイクルの重要な時期に必須サービスを提供し、改善されたやり方を実施できるかどうかにかかっている。その際、母親、新生児、そしてその家庭とコミュニティを、質の高い基礎保健ケア・サービスおよび妊産婦サービスと結びつける取り組みが同時に進められなければならない¹。

第3章では、継続的な妊産婦・新生

児ケアを支えるために必要な必須サービスについて概観する。これには次のようなサービスが含まれる——栄養の改善、安全な水、衛生と衛生施設の拡充、衛生習慣の促進、病気の予防と治療、質の高いリプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する保健）・サービス、十分な出産前ケア、専門技能者による出産介助、基礎的かつ包括的な緊急産科・新生児ケア、出産後ケア、新生児ケア、そして新生児期・小児期疾病統合管理（IMNCI）である。

この章では保健サービスの提供場所についても簡単に検証する。これには、家庭とコミュニティのレベル、アウトリーチ・サービスと外来サービス、施設を基盤とするケアがある。

質の高いリプロダクティブ・ヘルス・サービス

リプロダクティブ・ヘルスに関するターゲットは、当初ミレニアム開発目標（MDG）には含まれていなかったが、2005年9月の世界サミットにおいて、2015年までにリプロダクティブ・ヘルスへの普遍的アクセスを達成するという決定が行われた。その後、新しいMDG枠組みが採択され、2008年1月の改定版目標にリプロダクティブ・ヘルスに関するターゲットが含まれるに至ったのである（新し

いターゲットと指標について詳しくは20ページのパネルを参照）。

新しいターゲットには、部分的ながらリプロダクティブ・ヘルスを向上させる必要があるという合意の高まりが反映されている。もうひとつの目標は、増加しつつある生殖管感染症や性感染症（HIV感染を含む）の発生病数を減らすというものである。世界保健機関（WHO）は、安全でないセックスが最貧国における死亡および障害をもたらす2番目に重要なリスク要因であること、また先進国では9番目に重要なリスク要因であることを明らかにした²。HIVの新規感染のほぼ半分は若者、特に女性の間で起きており、サハラ以南のアフリカでは、HIVに感染する女性の人数は男性のほぼ2倍に達している³。

国レベルでリプロダクティブ・ヘルスに関する能力構築を図っていくためには、すべてのステークホルダーの参加を得て、問題点を洗い出し、優先順位を定め、戦略を立案することが必要である。WHOは、リプロダクティブ・ヘルス・ケア・サービスに関する行動について5つの主たる優先事項を明らかにしている。保健システムの能力を強化すること、優先順位設定のための情報収集のあり方を改善すること、政治的意思を動員

女性が十分な栄養を摂取できるようにすること（食料摂取量や微量栄養素の補給を増やすことも含む）は、母親と新生児の健康・生存にとって極めて重要である。

すること、法令上・規制上の支援的枠組みを整備すること、モニタリング、評価およびアカウンタビリティ（説明責任）を強化することである⁴。

母親と新生児の栄養の増進

思春期の女子や妊娠中の女性が十分な栄養を摂取できるようにすることは、母親と新生児双方の健康および生存の見通しを改善する上で極めて重要である。若い母親の栄養不良は、母親と乳児双方の健康上のリスクを高める。妊婦のボディマス指数（肥満度指数、BMI）が低い（18.5kg/m²未満）と、妊産婦と新生児双方の死亡リスクが高まる。母親が発育不全である場合も同様である。ボディマス指数が低いと胎

児の発育が妨げられる可能性もあり、これは低出生体重のような新生児期特有の病態を生じさせるリスク要因のひとつとなる⁵。

妊産婦の健康の改善を目的とするプログラムでは、ライフ・サイクル全体を通して女子と女性の栄養を増進させることにますます重点が置かれるようになってきている。食料摂取量を増やすことと同時に、妊娠前・妊娠中の葉酸と鉄の補給、出産後のビタミンAの補給が奨励されている。さらに、さまざまな種類の食物を食べること、ヨード添加塩の使用、虫下しの服用も、妊婦と母親の栄養状態を強化するための主要な支援策である。

神経管欠損を防ぐための葉酸補給の効果が証明されているほか、一般的に、出産前プログラムで亜鉛のような微量栄養素も提供することが求められる。亜鉛欠乏と発育不全、下痢性疾患、マラリアとの関係も証明済みである⁶。

このような微量栄養素補給のプログラムを通して妊婦の信頼を獲得することは、その他の形態の専門的な出産前ケアにも引き続き妊婦の参加を得る有益な方法となりうる。診療所や病院の利用の増加は、妊婦や母親の健康に関するデータ収集にも役立つ。このようなデータは、後発開発途上地域や最も貧しい国々とコミュニティでとりわけ不足している。



妊娠中の重要な時期に女性に必要な不可欠なサービスを提供するためには、専門技能を持つ保健員の増員が必要である。診察台に横たわって看護師から出産前診察を受ける妊婦。ジブチのエンゲイラ保健センターにて

妊産婦・新生児保健の向上のためには、感染症の発生件数の削減と、HIVおよびマラリアの予防・治療が欠かせない。

感染症、HIV、マラリアに対処する

第1章で強調したように、重度の感染症は妊産婦と新生児の主要な直接的死因となっている。確固たる死因推定データが存在する直近の年である2000年には、新生児の死亡のおよそ36%が感染症によるものであった。したがって、敗血症/肺炎、破傷風、性感染症などの感染症の発生件数を低減させ、HIVとマラリアを予防・治療することは、妊産婦・新生児保健の向上のために極めて重要である(49ページのパネル「妊産婦・新生児破傷風を根絶する」を参照)。

出産可能年齢の女性のHIV感染を予防し、感染した妊婦を利用可能な混合薬で治療することにより、子どもへのHIV感染を大幅に削減することができる。また、15～24歳の若い女性と男性の間でHIVについての包括的知識の水準を高めることは、感染を防ぐために欠かせない。十分なデータがある17カ国のうち14カ国では、2000/2001年以降、15～24歳の妊婦のHIV感染率が下がってきている⁷。このような前向きな発展は心強いが、HIV予防活動に弾みをつけ、エイズの流行の原因となっている社会的・経済的・政治的要因に対処していくためにやらなければならないことはま

だまだ多い。

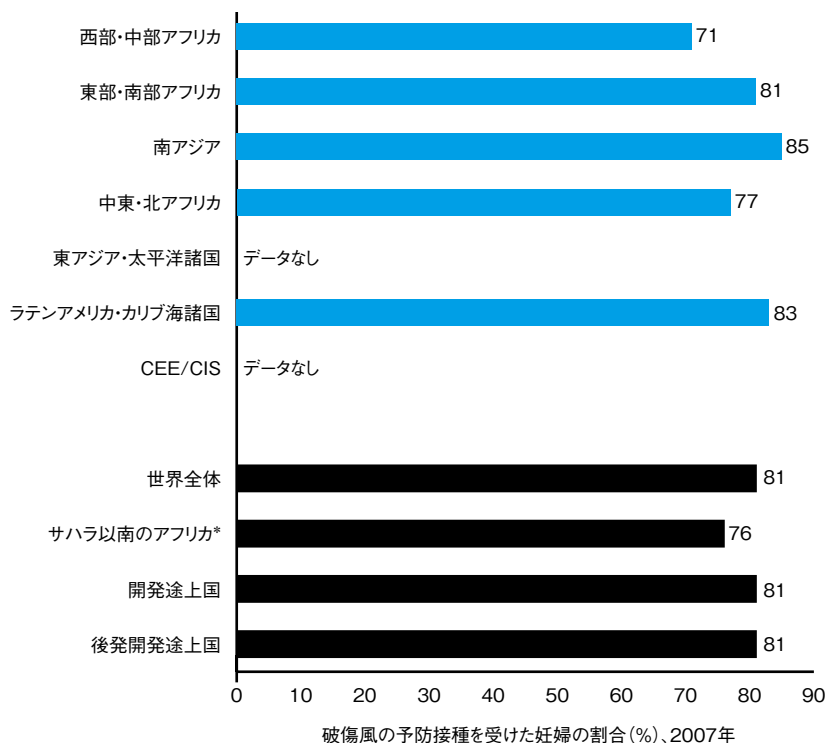
ミレニアム開発目標(MDG)で新たにリプロダクティブ・ヘルスに重点が置かれるようになったことに合わせ、妊産婦の生存率向上を目指すプログラムには、性感染症の発生件数を減らし、これを治療するための支援策を含めることが求められる。

マラリア流行地域で妊婦に殺虫剤処理を施した蚊帳を配ることで、マラリア感染の発生件数を減らし、妊婦とまだ生まれていない子ども双方の健康を向上させられる可能性がある。また、妊娠中のマラリアの間欠予防治療は、予防と治療の両方の目的で活用されている。これは、妊婦がマラリアにかかっているか否かに関わらず、妊娠中に抗マラリア混合薬を最低2回投与するというものである。この方法には効果があると考えられているものの、マラリア流行地域におけるこの治療法の普及率は、依然として限られたものとなっている⁸。

出産前ケアを拡大する

妊婦の健康問題の多くは、出産前の訪問ケアを通じて、予防・発見・治療が可能である。出産前ケアは、妊婦に対し、妊婦自身およびその乳児の福祉にとって重大な意味を持ちうる複合的支援策を提供する機会となる。専門技能を有する保健員またはコミュニティ保健員が、たんぱく質、葉酸、鉄分の栄養補給剤を提供することも、母親の栄養不良や貧血、新生児の低出生体重の可能性を減少させるという有益な効果をもたらす。

図3.1
新生児破傷風の防止



*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：ユニセフと世界保健機関(WHO)。

妊産婦・新生児破傷風を根絶する

破傷風は、依然として、妊産婦と新生児の重要な死因のひとつであり、2002年には新生児18万人以上、母親1万5,000～3万人の命を奪った。破傷風は、破傷風菌が切り傷や負傷部位から体内に侵入することで発症する。出産や妊娠中絶時の不衛生な対応が妊産婦破傷風につながることもある一方、新生児破傷風は、赤ん坊の臍帯や臍帯断端の不衛生なケアが原因である。病院での集中治療が行われなければ、新生児破傷風はほぼ常に死をもたらす。その他の妊産婦・新生児死亡の原因と同様、破傷風による死亡のほとんどはサハラ以南のアフリカとアジアで発生している。特に、女性が質の高い保健ケアに限られた形でしか、あるいは全くアクセスすることができず、安全な出産方法についてもほとんど知らない、貧しく周縁化されたコミュニティでの死亡数が多い。

破傷風は、成人女性への予防接種と衛生的な出産方法の実践によって容易に予防が可能である。両方の措置、特に妊婦の予防接種の実施を強化することにより、包括的なデータが存在する最も古い年である1980年以降、妊産婦・新生児破傷風の発生件数とこれによる死亡数は大幅に削減されてきた。1988年には、破傷風はおよそ80万件の新生児死亡の原因となっており、地区レベルで出生1,000人あたり1例以上の新生児破傷風が発生したと報告した国は90カ国以上に上っていた。2008年半ばまでには、地区レベルで妊産婦・新生児破傷風が1例以上発生したと報告した国は46カ国にまで減少した。

予防接種は、妊産婦・新生児破傷風に対する最も重要な対策のひとつである。破傷風トキソイドは破傷風に対して有効であることが証明されており、多くの場合、2回の接種で感染予防に十分な濃度の抗毒素が形成され、3回目の接種を済ませれば免疫はほぼ100%に達する。1980年には妊婦に対する新生児破傷風ワクチンの予防接種率は世界全体でわずか9%であったが、それ以降急激に上昇しており、2007年には81%に達した。それでも新生児のほぼ5人にひとりには保護されていないことになる。これは、部分的には、出産前サービスを受けるために施設を訪れる妊婦に予防接種をする機会を逸してしまうこと、来るのが遅すぎて予防接種を受けられない女性がいること、将来の妊娠における感染予防のための出産後の予防接種が行われないことなどの理由による。

破傷風にかかるリスクが高い人々は、保健サービスや予防接種サービスへのアクセスがほとんどないコミュニティで暮らしている。これらの人々にサービスを提供するために、革新的な解決策——「ハイリスク・アプローチ」と呼ばれる——が始められた。このアプローチは、ハイリスクと思われる地域に住む出産可能年齢の女性全員に、最低2回、破傷風トキソイド（TT）ワクチンを接種することを指すものである。コミュニティに対しては、出産方法が不衛生であること、予防接種を受けていないことを含む破傷風のリスク要因が説明される。出産方法の改善が促進され、新生児破傷風のサーベイランス（発生動向調査）も強化される。子どものときに破傷風トキソイド・ワクチンを接種された記録がない女性には、追加接種が行われる。

ハイリスク・アプローチは広く採用され、1999年から2005年にかけて6,400万人の女性が破傷風トキソイドの接種を最低2回受けることができた。国レベルでの成果には目覚ましいものがある。

- ・ネパールでは、1980年代初頭に予防接種が始まるまで、新生児の破傷風感染率が高かったことが調査により分かっている。成人女性を対象とした予防接種が導入され、ハイリスク・アプローチが実施されるようになると、感染率は、2005年までにすべての地区で新生児破傷風による死亡率が出生1,000人中ひとりに満たない水準まで減少した。
- ・エジプトで1986年に実施された調査によると、子どもが1,000人生まれるごとに7人が新生児破傷風で死亡する計算になっており、農村部ではこの死亡率が出生1,000人中10人に達していた。ハイリスク・アプローチが実施されるようになると、2007年までに、死亡率はすべての地区で出生1,000人中ひとりに満たない水準まで減少した。
- ・1980年代半ばのバングラデシュでは、新生児破傷風の感染率が高く、地域によっては出生1,000対20～40症例に達していた。当時、出産可能年齢の女性のうち破傷風トキソイドの接種を受けた者の割合は5%にとどまっておらず、衛生的な出産ができる妊婦も5%に過ぎなかった。ハイリスク・アプローチの採用は、バングラデシュが、新生児破傷風による死亡率を2008年までに出生1,000人中ひとりに満たない水準まで低減する上で役に立った。

ところによっては、ハイリスク・アプローチを活用して、破傷風トキソイド・ワクチンとともにしか予防ワクチン（例えばケニアやスーダン南部）やビタミンA（例えばコンゴ民主共和国）などの他の支援策を提供する場合もある。エチオピア、ウガンダ、ザンビアのように、パッケージ化された必須支援策を提供するためのメカニズムにハイリスク・アプローチを組み込んだ国もある。ハイリスク・アプローチの主な利点は、新生児破傷風の削減につながることに加え、国内における妊産婦・新生児保健ケアへのアクセス面での不公平さを低減できることである。また、忘れ去られたり取り残されたりすることが多い人々への保健支援策の提供が可能であることを証明することにもつながる。

参考文献は108ページを参照。

出産前ケアは、予防接種、微量栄養素の補給、衛生習慣の改善といった複合的な支援策を妊婦に届ける機会となる。

ユニセフとWHOが推奨する、妊娠中の出産前訪問ケアの回数は最低4回である。このような訪問は、妊婦に主要なサービスを提供する一助となる。マラリアや貧血の発見・治療処置、破傷風の予防接種、性感染症への対応とHIV陽性の妊婦に対する抗レトロウイルス薬治療、妊娠・出産におけるリスクについて妊婦が知っておかなければならない情報の提供などである。データに制約があるため、また国連機関間で推奨する訪問ケアの提供回数をはるかに下回る国が多いため、データのほとんどは、少なくとも1回の出産前訪問ケアを受

けた女性が対象とされている⁹。

開発途上国全体では、妊婦の4分の3が、専門技能を有する保健従事者による出産前ケアを少なくとも1回は受けている。しかし、このデータを記録している世帯調査からは、ケアの質や伝えられた情報の内容は分からない。

3つの地域——ラテンアメリカとカリブ海諸国、中央・東部ヨーロッパと独立国家共同体（CEE/CIS）、東アジアと太平洋諸国——では、妊婦10人中およそ9人が1回以上の出産

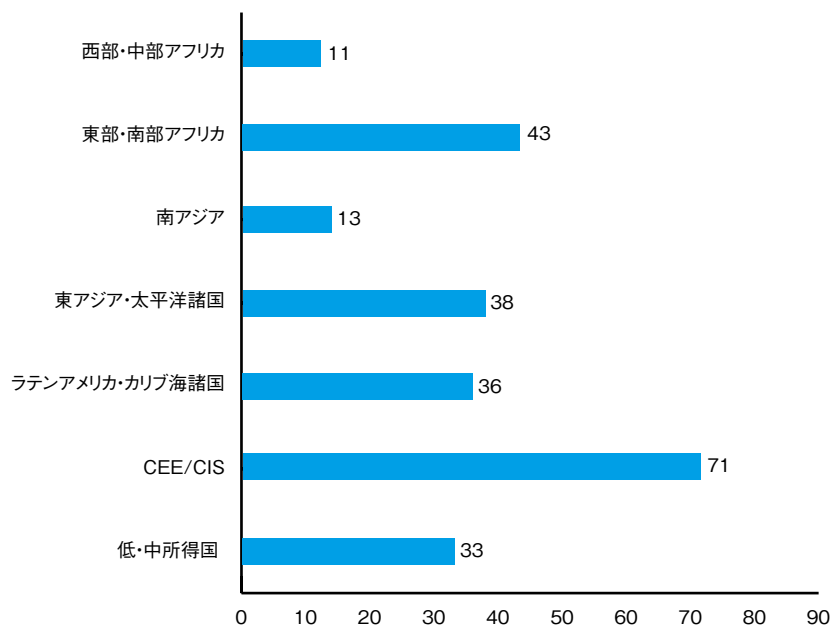
前訪問ケアを受けている。この割合は、中東・北アフリカ、サハラ以南のアフリカ（共に72%）、南アジア（68%）でははるかに低い。

しかし、普及率が相対的に低いこれらの地域でも、出産前ケアは、妊婦に対する必須支援策の提供率を高める重要な機会となっている¹⁰。

殺虫剤処理を施した蚊帳のように、すでに高い関心があるものも含める形で必須支援策をパッケージ化することにより、出産前サービスに対する需要と利用率を高められる可能性がある。このような対応はまた、妊娠してからもっと早い時期に診療所やアウトリーチ型サービスを提供するイベントに出かけていって出産前ケアを受けるよう、女性に奨励することにつながるかもしれない。

図3.2

HIV 陽性の母親が HIV の母子感染を防ぐための抗レトロウイルス予防薬を投与されている割合



HIV陽性の妊婦のうち、HIVの母子感染予防のための抗レトロウイルス薬を投与された者の推定割合(%)、2007年

出典：UNICEF, UNAIDS and WHO, *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector - Progress Report 2008*, UNICEF, New York, 2008, p.43.

専門技能を持つ者による出産時の立ち会いを確保する

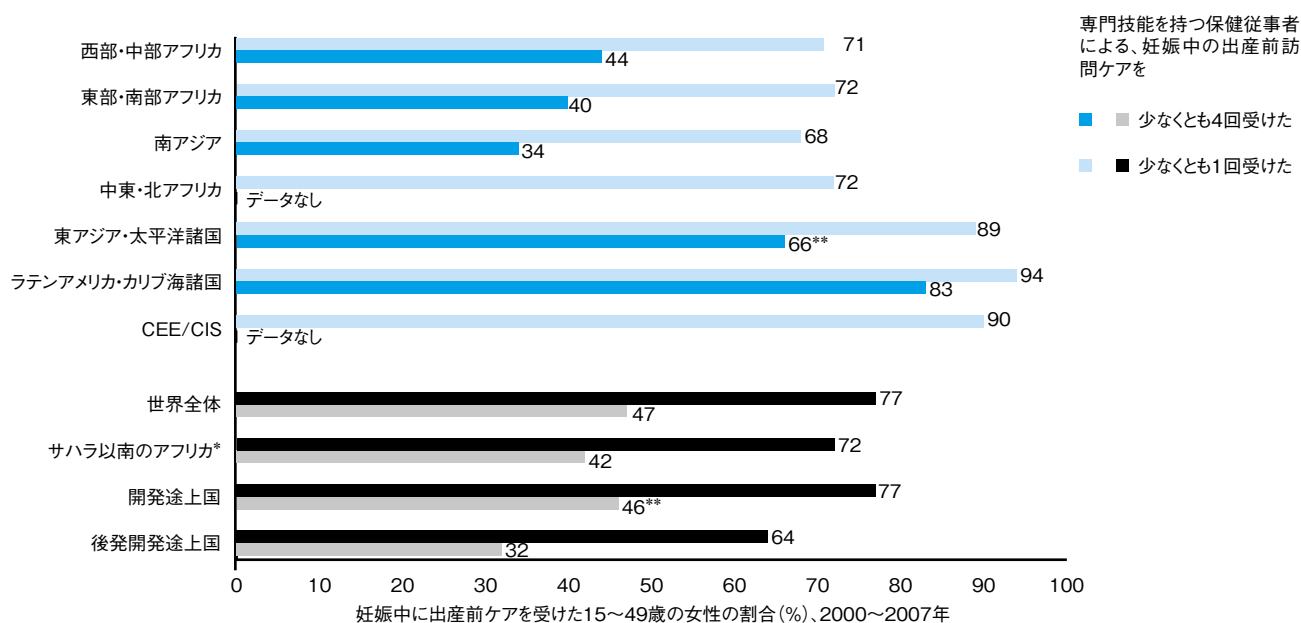
出産は、乳児だけでなく、母親にとってもリスクが高い時期となりうる。妊産婦死亡の4分の3は、分娩中あるいは分娩直後の合併症を原因としているのである。これらの合併症には、出血（妊産婦死亡の25%）、感染症（15%）、妊娠中絶による合併症（13%）、子癇もしくはこれに関連した高血圧症（12%）、分娩停止（8%）などがある¹¹。

出産時の合併症による妊産婦死亡を削減することは、専門技能を持つ保健従事者（医師、看護師あるいは訓練を受けた助産師）が立ち会う出産件数を増やすことによって可能となる。訓練を受けた保健従事者は、通常分娩や中程度の合併症を伴う分娩を援助できるだけでなく、より専門的な緊急ケアを必要とする重篤な

後発開発途上国では、3人に1人の女性が妊娠中に出産前ケアを全く受けておらず、5人に3人が専門技能を持つ保健従事者の介助を受けずに出産している。

図3.3

出産前ケアの普及率



*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。
**中国を除く。

出典：人口保健調査(DHS)、複数指標クラスター調査(MICS)、その他の国内世帯調査。

合併症が生じた場合、それを見極められなければならない。しかし、たとえ専門技能を持つ保健従事者であっても、必須医薬品・物資・設備を利用できなければ十分なケアは提供できないのであり、出血、敗血症、分娩停止などの合併症が生じたときはなおさらである。また、重篤な合併症を見極め、有効な紹介・搬送を行えるだけの専門技能と判断力も必要となる。

専門技能者が立ち会う出産件数は、サハラ以南のアフリカは例外ではあるが、この10年の間に開発途上国で著しく増えてきた。2000~2007年には、開発途上国全体で行われた出産の61%に専門技能を持つ保健従事者が立ち会っている。中東と北アフリカで

は改善が特に著しく、立ち会い率が55% (1995年) から81% (2000~2007年) に上昇した。専門技能者による出産時の立ち会い率が最も低い2つの地域——サハラ以南のアフリカ(45%)と南アジア(41%)——は、妊産婦死亡率が最も高い地域でもある¹²。

世界全体を見渡した場合、立ち会いのない出産の4分の1はインドで行われている。インドを含む10カ国が専門技能を持つ保健従事者の立ち会いがない出産の3分の2を占めているのである。インドは現在、施設を基盤としたケアを金銭的インセンティブによって奨励することでこの問題に対処しようとしている¹³(85ページのパネル「インドにおける妊産婦・新生児保健ケアの統合」を参照)。

世界全体では、都市部での出産の場合、専門技能を持つ保健従事者が立ち会う割合は農村部での出産の2倍に上る。西部・中部アフリカではこの格差が最も大きく、2.5倍である。経済的要因による格差も目立っており、開発途上国全体では、最も貧しい世帯に属する女性が出産時に専門技能を持つ保健従事者の立ち会いを受けられる割合は、最も富裕な世帯に属する女性の半分程度となっている¹⁴(妊産婦サービスへのアクセスを巡る格差についてさらに詳しくは、38ページのパネル「母親と新生児の保健を一層公平なものとするために」を参照)。

妊産婦死亡の4分の3が出産中あるいは分娩直後に起きていることを考えると、専門技能を持つ保健従事者が出産時に立ち会うことは、妊産婦死亡を削減する上で非常に重要である。

WHOは妊産婦死亡の主因のひとつである分娩後出血の発生を削減するためにいくつかの勧告を行っている。分娩後出血の原因として最も一般的なものとしては、子宮収縮不全、生殖管損傷、胎盤組織の滞留がある。その対策として最も広く受け入れられている手法が分娩第3期の積極的管理である。分娩第3期とは、新生児が完全に娩出されてから胎盤が完全に娩出するまでの段階をいう。積極的管理としては、子宮収縮を促して胎盤娩出を促進するために子宮収縮薬を投与すること、臍帯の結紮（けっさつ）・切断および牽引を遅らせることがある。

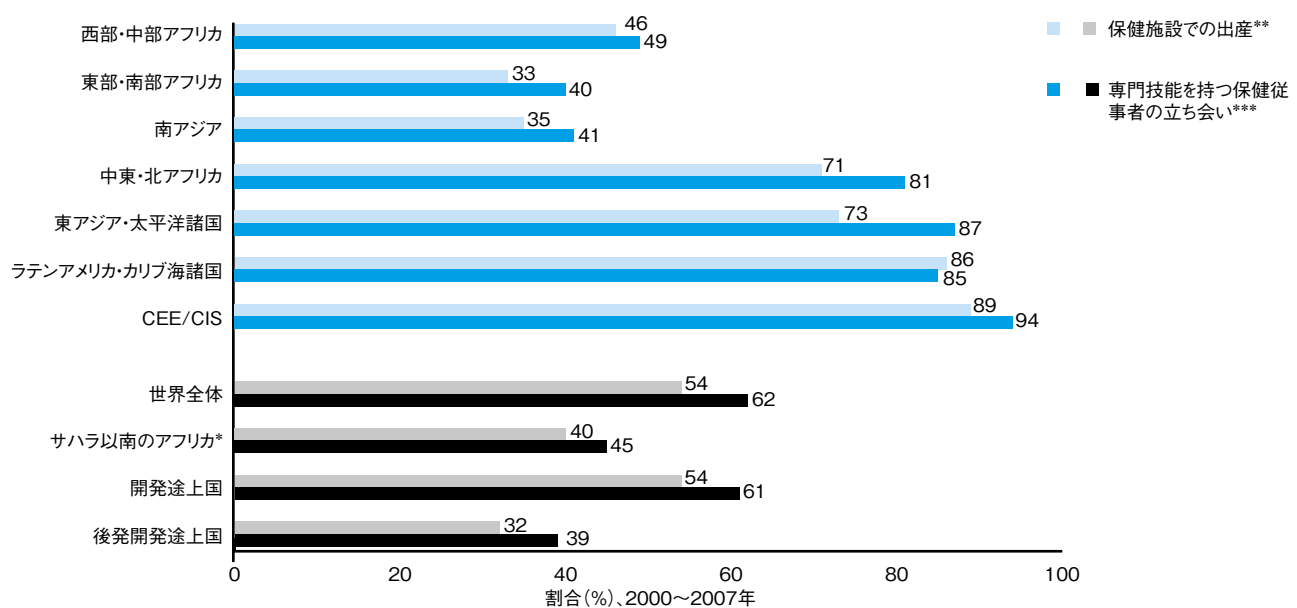
WHOはすべての母親について専門技能を持つ立会人による積極的管理を推奨しているが、立会人が専門技能を有していない場合にはこのような対応を勧めていない。WHOは、臍帯結紮（けっさつ）はどの段階で行うのが最適か、また専門技能を持たない立会人が投与すべき医薬品があるとすればそれはどのようなものかについて、さらに調査研究を進めるよう呼びかけている。

出産から生じるその他のリスクも、専門技能を持つ者によるケアで対処可能である。WHOは、子癇や子癇前症を発症している女性について、分娩まで入院して硫酸マグネシウムに

よる治療を受けるよう推奨している。また、ほとんどの感染症は抗生物質によって治療可能である。破傷風のように、予防接種プログラムや臍帯の衛生的な取り扱いによって容易に防げる感染症もある¹⁵（49ページのパネル「妊産婦・新生児破傷風を根絶する」を参照）。

図3.4

出産時ケアの普及率



* 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。

** 「保健施設での出産」とは、調査に先立つ2年間に出生した15～49歳の女性のうち保健施設で出生をした者の割合をいう。

*** 「専門技能を持つ保健従事者の立ち会い」とは、専門技能を持つ保健従事者（医師、看護師、助産師）が立ち会った出生の割合をいう。

出典：人口保健調査(DHS)、複数指標クラスター調査(MICS)、世界保健機関(WHO)、ユニセフ。

妊産婦保健の向上のためには格差への対処が極めて重要である。最も貧しい20%の世帯に属する女性が出産時に専門技能を持つ保健従事者の立ち会いを受けられる割合は、最も豊かな20%の世帯に属する女性の半分ではない。

妊娠高血圧症候群：よく見られるが難しい問題

妊娠高血圧症候群は、妊娠期に最も一般的に見られる医学上の問題であり、世界全体では相当な割合（12～20%）で妊産婦死亡の原因となっている。どの地域の女性にも発症するもので、アフリカとアジアでは妊産婦死亡の10%近く、先進工業国では16%以上、そしてラテンアメリカとカリブ海諸国では4分の1以上を引き起こしている。妊娠高血圧症候群は、深刻さの度合いが最も小さい血圧上昇から致命的な脳出血まで、さまざまな病態につながりうる。また、胎児死亡、早産、新生児の低出生体重の原因となる場合もある。

高血圧の原因はまだ十分に解明されていないが、調査研究によれば、肥満、塩分摂取過多、遺伝性素因が要因ではないかとされている。妊娠期の高血圧の一部は、妊娠それ自体の生物学的影響から生じている可能性もある。妊娠20週目以降に起きる子癇前症は、たんぱく尿に伴って生じる妊娠高血圧症候群として定義されており、特に慢性の高血圧が伴っている場合には妊産婦と胎児の健康にとって最大のリスク要因となる。早産の主な要因のひとつでもある。

いくつかのリスク要因が存在すると、母親の妊娠高血圧症候群が起りやすくなる。初めての妊娠、多胎妊娠、慢性高血圧の症歴、35歳以上での妊娠・出産、妊娠性糖尿病、肥満、胎児の先天性異常などである。ある研究では、妊娠間隔が59カ月以上空いている場合には子癇前症や子癇の発生率が高まると説明している。研究者からは、ホルモンの不均衡、カルシウム不足、インシュリン耐性が原因として考えられるという主張もある。

カルシウムの補給が、妊婦がカルシウム不足に陥る可能性のある開発途上国において有効な支援策であることはすでに分かっており、これによって子癇前症の発生率は48%低減されている。この方法が妊娠高血圧症候群による妊産婦の死亡についても同様の効果を示すとすれば、カルシウム補給により約2万1,500件の妊産婦死亡が防げるとことになる。「マグパイ試験療法」（1998～2002年にかけて先進工業国と途上国の両方で実施された、妊娠高血圧症候群を対象とした最大規模の試験療法）とその後のフォローアップ研究では、子癇前症の段階にある妊婦に硫酸マグネシウムを投与することにより子癇へ

と進行するリスクが低減されることが証明されてきている。その後の研究でも、極めて重要であり、費用対効果も高いこの支援策が有効であることがさらに明らかになってきている。

理想的には、ケアは受胎前から開始されるべきである。これにより、出産の可能性のある女性の病歴を追跡し、慢性高血圧症についてどのような対応を選択してきたかを把握することが可能になる。高血圧症の女性には、妊娠に関わるリスクと、この病気への対応のために必要となりうる生活習慣の変更についての情報も必要である。一般的に、高血圧症の妊婦は床上安静を推奨される。専門技能を持つ保健従事者が定期健診を行い、子癇前症やその他の高血圧性症状の兆候および進行を監視することが必要である。

妊娠期の高血圧症は長い間産科の問題として理解されてきたため、専ら妊娠の結果に焦点を合わせた対応が取られ、母親への長期的・短期的影響にはあまり目が向けられてこなかった。しかし、新しい調査研究によると、妊娠高血圧症候群は出産後の母親の健康にも影響を与える可能性があり、慢性高血圧症や心血管疾患のリスクを高めることが分かっている。妊娠高血圧症候群を原因とする妊産婦死亡率・罹病率が高いという現状を踏まえ、さらなる調査研究が必要である。これらの症状の治療や管理は、妊産婦・新生児保健ケアに関する継続的ケア・モデルにとって大きな意義を持つことになる。

参考文献は108ページを参照。

緊急産科ケア・新生児ケアを提供すること、そして出産後ケアを利用できるようにすることが、妊産婦・新生児保健を増進させるための主要な課題であり、機会である。

緊急産科ケア・新生児ケアを提供する

出産時に合併症を発症する女性の命を救うためには、医療施設におけるケアを逸さない努力が必要となることが多い。施設によって提供されるケアの質は極めて重要である。十分な支援を提供するためには、施設に十分な医薬品、物資、設備、人員が備わっていなければならない。さらに、帝王切開、輸血、新生児蘇生など、救命につながる処置を施すことができなければならない。

開発途上国における緊急産科ケアについてのデータはほとんどないことが多い。複数の研究によると、総出生数のおよそ15%で緊急産科ケアが必要となる可能性があり、また出

産件数の5～15%で帝王切開が必要になる場合があるとされる。サービス普及の面で多くの深刻な空白があるのは明らかであり、特に、帝王切開の実施率が約2%にとどまるサハラ以南のアフリカの農村部ではそれが著しい¹⁶。

緊急産科ケアの提供を妨げる要因としては、特に距離、利用者の直接費用負担、交通費・輸送費および宿泊費、知識・文化面での障壁などがある。さらに、提供されるケアの質が利用をためらわせる場合もある。タンザニア北部で実施された研究によると、施設におけるケアの質が貧弱であることこそアクセスを妨げる主な要因であることが明らかになっている¹⁷。

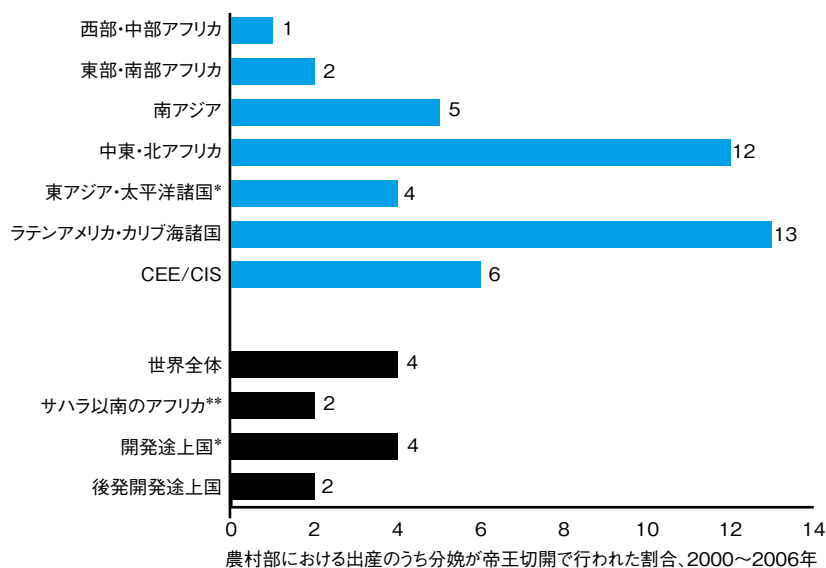
出産後ケアを利用可能にする

出産後ケアを今よりもはるかに重視する必要があることは明らかである。これは、多くの開発途上国で長い間軽視されてきた支援策であり、継続的なケアに空白をもたらしているのものである。緊急に必要とされているのは出産直後のケアである。妊産婦の死亡・罹病リスクが高まるのは出産直後の48時間であることは、すでに明らかになっている。出産後のケアは、新生児にとっても、特に出生直後には極めて重要であることが多い。新生児死亡のおよそ4分の3は生後1週間以内に起きており、そのうち半数までが生後24時間以内に起きているのである。

多くの開発途上国では、母親は出産後24時間以内に保健施設から退院させられる可能性が高く、あるいはしかるべき技能を身につけた専門家によるケアを受けられない場合がある。科学的知見によれば、たとえハイリスク期間が過ぎても、妊産婦の死亡・罹病リスクは最低でも出産後42日間は継続し、6カ月から1年に及ぶことさえあることが明らかになっている。出産直後の死亡の主要な原因は、重度の出血、感染症、高血圧症候群である。これらの症状を治療するには、この章でこれまで述べてきたような、専門技能を持つ者による出産時のケアと立ち会いが必要となる¹⁸。

出産直後のハイリスク期間には、合併症が生じた場合には速やかに発見し、必要に応じてより専門的なサービスに紹介・搬送しなければならないため、出産直後の訪問ケアを慣例化することが必要である。たとえ合併症が生じなくとも、このような訪問を通じ、妊産婦と新生児の健康、特

図3.5 緊急産科ケア：農村部における帝王切開実施率



* 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)、その他の国内世帯調査およびユニセフ。



© UNICEF/H007-0367/Dan Thomas

質の高い継続的な妊産婦・新生児保健ケアを確立するには、専門技能を持つ保健従事者およびコミュニティ保健員の募集と養成が必要となる。小児病院で新生児の世話をする看護師（朝鮮民主主義人民共和国）

に乳児のケアと授乳のやり方、病気の危険信号、紹介・搬送プロセス、より良い衛生習慣などについて、知っておかなければならない情報や指導を提供することができる。研究の結果、出産後48時間以内に母子への訪問が行われると新生児死亡が減少することが分かっている。HIV陽性の母親や早産で生まれた赤ん坊に対しては特に注意が必要である¹⁹。低出生体重の乳児にも、特に体温管理の面で特別な注意を払わなければならない（62ページのパネル「ガーナにおけるカンガルー・マザー・ケア」を参照）。

出産直後のケアを受けられる母親でさえ、その後は放置されたままになることが多い。保健員と次に接触するのが、赤ん坊が最初の予防接種を受けることになっている生後6週目となる場合もある。エビデンス（証拠）によって明らかにされているところによると、母親は、出産前ケアや分娩時の立ち会いほどには出産後のケアを求めることが少ない。たとえ、分娩直後の出血や、瘻孔（ろうこう）や子宮脱等の症状に苦しんでいる時でもなかなかケアを求めようとしないのである²⁰。

効果的な出産後ケアのためには、出産直後のケアと検診に加えて、数回のフォローアップ訪問も必要となる。出産から数日・数週間で母親が改めて保健施設を訪れることができるようにしたり、アウトリーチ型訪問によるフォローアップを行ったりすることが、容易ならざる課題となる場合もある。移動や訪問を手配することには費用や困難が伴うこともあるだろうし、文化的理由のために、診療所や病院に再び足を運ぶのは考えにくいということもあるだろう。だからこそ、どこで出産が行われたかに関わらず、妊産婦と新生児の健康を維持していく上で、アウトリーチ型の訪問は重要な役割を果たしうるのである（57ページのパネル「生まれてから最初の28日間」と80～81ページのパネル「母親と新生児の命を救う——産後数日間の重要性」を参照）。

開発途上国で妊娠中・出産後のうつ病がどのような影響を及ぼし、どの程度広がっているかについてはほとんど知られていない。産後1年間のうつ病の発症は、パートナーや社会による支援、ライフイベント、母親としての経験、乳児の気性が重要な要因になっているとする研究結果がある。

先進工業国では、女性の約10～15%が分娩後数週間から数カ月間にうつ病を経験する可能性があると推定されているが、開発途上国では情報が乏しい。パキスタンとベトナムで実施された小規模な研究によると、うつに悩む女性は低出生体重の子どもがいる傾向があり、また、インドの調査では、母親がうつである子どもは発育不全に陥るリスクが高まる可能性があることがうかがえる²¹。

新生児ケアのための健康的な慣習

新生児の死亡を防止するためには、技術よりも専門技能を有する者によるケアが必要であり、柔軟で応答性の高い支援システムが要求される。保健システムの状況、社会的文脈、地域的慣習の重要性は、疫学的リスクのそれに決して劣らない。新生児保健は、例えば、衛生的な出産環境の整備や早期からの完全母乳育児の促進といったそれほどコストのかからない方法を実践することによって、また母親が出産時に健康であることを確保することによって、向上させることが可能である。

新生児保健に前向きな影響を及ぼす、簡便かつ費用対効果の高い支援の提供の面では、最近改善が進んできた。このような支援策としては、破傷風ワクチンの予防接種、マラリアに対抗するための殺虫剤処理を施した蚊帳の使用、微量栄養素の補給などがある。妊産婦、新生児および子どもの生存のための支援策の普及状況を追跡したある研究では、治療的ケアより、このような予防的支援策の提供の面でより大きな改善が見られることが分かった。母乳育児のような行動面での変革（行動変容）に焦点を合わせた支援は、その進展状況にむらが見られた²²。

1990年代初頭以降、子どもの命を脅かす、これらの多様な要因に対処する際、どんな病気にも複数の助長要因があるのが通例であるという認識に立った、より幅広い分野横断的なアプローチに重きが置かれるようになった。ユニセフと世界保健機関（WHO）によって導入されたこのアプローチは、小児期疾病統合管理（IMCI）という名で知られるようになり、ますます前向きな成果をもたらすよう

母親と新生児のための健康的な行動を、特に栄養と衛生の分野で推進することは、健康上のリスクと病気を削減する上で極めて重要である。



© UNICEF/HQ05-1795/Giacomo Prozzi

専門技能を持つ保健従事者は、適切な設備と支援にアクセスできれば、分娩や出産の際に緊急事態が生じても救命処置を施すことができる。子ども病院で医療スタッフによるモニタリングを受ける新生児（ウクライナ）

になっている。さらに最近では、この統合的モデルが、妊産婦、新生児および子どもの継続的保健ケアに組み込まれるようになった。

継続的なケア：生活と場所を結び付ける

諸支援策をパッケージの形で結び付けることによって効率と費用対効果を高めることができることは、すでに認められている。さらに、サービスが統合されると、住民側の利用意欲が高まるとともに、普及を拡大・増進していくための機会も増える。目指すべきは、女性と子どもに必須支援策を提供するとともに、これまでは欠落していることがあまりにも多

かった、家庭と保健施設との結びつきを強化するような、包括的な基礎保健ケア・システムを發展させることである。

家庭での習慣と行動

子どもが病気になった時、最初に支援の手を差し伸べるのは、当然のことながら家族、特に親、近親者、保護者である。子どもがどのような病気にかかった場合であれ、その最初の診断は、医師や看護師ではなく、母親によって行われることが最も多い。母親は症状を見極め、どのくらい重症かを判断し、家庭内でのケアや治療で済ませるか、訓練を受けた保健従事者に相談しなければならないか

を決定する。保健従事者に診てもらいか否かに関わらず、病気になった子どもの面倒をみたり、必要な薬の投与やその他の治療法を実施したりするのも家族の責任である。

同様のプロセスは、子どもの場合ほどではないにせよ、妊娠中の女性や最近出産した女性にも当てはまることが多い。出産前、分娩中または出産後に何か問題が生じた場合、それがどの程度深刻かについて、女性は自分なりの見方を持つだろうが、当然のことながら、家族も主要な役割を担うことになる。外部の、それも往々にしてお金のかかる医療支援を求めるかどうか決定する際には、なおさらである。さらに、社会文化的

生まれてから最初の 28 日間

ズルフィカル・A・ブッタ (パキスタン・カラチ、アガカーン大学小児医療・児童保健学科教授・学科長)

子どもの死亡のかなりの割合が新生児期、すなわち生後28日以内に起きることは、広く認められている。2007年に世界中で命を落とした推定920万人の5歳未満児のうち、約40%が新生児期に死亡していた。多くの開発途上国では、新生児の死亡が乳児の死亡の半数以上を占めており、その圧倒的多数は生後数日のうちに起きている。主要な死因は、重度の感染症(36%)、早産(27%)、出生時仮死(23%)、先天性形成異常(7%)である。これらの数値には、年間300万件生じていると推定される死産は含まれていない。死産の約30~40%は陣痛・分娩中に生じた出来事と関係している可能性があり、さらにそのような出来事は子宮内の異常や窒息が原因である可能性がある。

新生児死亡の削減に関連して相対的に前進が見られないことには、いくつかの要因がある。最も重要なのは、産後期(生後29日~59カ月)における健康と異なり、新生児の健康は母親の健康と密接に関わっていることである。母親の健康を向上させるためには、妊産婦のエンパワーメント、社会文化的なタブー、保健システムの応答性といった複雑な問題に対処する支援策が必要となる。

新生児死亡につながる具体的要因には以下のようなものが含まれる。

- ・妊産婦保健に注意が向けられず、専門技能を持つケア提供者へのアクセスが限られている。
- ・妊産婦保健ケア、特に新生児死亡の少なくとも半数に関与している自宅出産時のケアが行き届いていない。
- ・家族やコミュニティの間で新生児の病気に対する認識が不十分であり、ケアを求めようとする姿勢が十分ではない。
- ・出生時仮死、早産による問題といった早期新生児期障害に対応するための支援策の範囲が限定されている。
- ・コミュニティの中で、新生児破傷風以外の重篤な新生児感染症を予防・治療するための支援策とその提供戦略について、合意形成がなされていない。

近年、新生児の疾病や死亡についての理解は大幅に深まってきた。しかし、妊産婦・新生児死亡が不公平に分布しているということは、ほとんどの死亡は貧しい農村部の人たちの間で、また無視されていることの多い都市部の不法居住者地区で起きているということである。子どもの死亡率低減に関するミレニアム開発目標を達成するためには、生後28日以内の死亡数を削減するための取り組みに焦点を合わせながら、母親と新生児のためのケアを改善しなければならないことを認識している国も多い。

コミュニティ・パートナーシップを活用する戦略や支援策が有効だということが、さまざまな面から明らかになっている。専ら南アジアで実施されている多くのプログラムは、革新的なアプローチを用いながら、コミュニティの中で新生児の罹病率・死亡率を低減しようと試みている。インドのマハラシュトラ州の農村部で行われた画期的な研究では、アプハイ・バン博士らが、伝統的助産師と協働して活動するコミュニティ保健員に研修を実施し、出生時仮死や細菌性感染症の疑いのような重篤な新生児期疾患を発見して、それぞれ自宅での蘇生と抗生物質の経口投与・注射によって治療できるようにした。このような自宅で行う新生児ケア戦略を通じ、このプログラムは新生児死亡率を大幅に低減することに成功している。さらに最近では、ジョンズ・ホプキンス大学の研究者たちが、バングラデシュの農村部シレットで、新生児の

ための予防的・治療的ケアを統合パッケージの形で提供するために、訓練を受けたコミュニティ保健員を活用することの効果を実証した。これらの研究では自宅におけるケアの提供が重要な役割を果たしたが、家庭内での習慣と新生児ケアを改善することにより、大きな恩恵を引き出せる可能性もある。ネパール農村部のマクワンプールでの研究では、女性の支援グループが、研修を受けたファシリテーターの援助を受けながら、新生児死亡の大幅な削減に成功した。さらなる研究により、協調的戦略に基づいて新生児ケアに関するコミュニティ教育を進めることで、習慣の大きな変化と新生児死亡率の低減をもたらすことも分かっている。

これらの最近の研究はいずれも、妊産婦・新生児ケアの改善と新生児感染症の自宅治療についてコミュニティを基盤とする教育を実施することにより、新生児の生存を大幅に増進させることができるという証拠を提供するものである。それほど遠くない未来に保健制度に影響を与えるためには、すでに活動している保健ケア要員に対して実現可能な動機づけと研修を実施しながら、これらの戦略を他の場所でも大規模に実行していかなければならない。そのような拡大はパキスタン農村部でも進められており、コミュニティに密着した女性保健員が村の保健委員会や女性団体と協力しながら活動している。パキスタンにおけるこのイニシアティブについて最近実施された評価によると、周産期・新生児期の死亡率が大幅に低減されたこと、専門技能を身につけた者による妊産婦ケアを求める姿勢も高まったことが分かった。

このような新たなデータは、死亡率が最も高く、質の高い保健ケアへのアクセスが最も欠如しているコミュニティと家庭自体で妊産婦・新生児保健を向上させていくという戦略の有効性を裏づけるものである。課題は、コミュニティと保健施設の両方で、継続的な妊産婦・新生児ケア全体を通じて効果的な戦略や支援策を統合していくところにある。最近の推定によると、基礎保健ケアの現場で、母親と新生児を対象とする基本的な予防的・治療的支援策を提供し、実際的な水準の普及率を達成することができれば、妊産婦と新生児の死亡を20~40%削減できる可能性がある。

これらの手段は、特にいくつかの補完し合う支援策がパッケージ化され、さまざまな保健ケア提供者によって提供されれば、確かに有望である。他方、多くの開発途上国では、サービス提供の改善を阻む重要な障害が残っている。保健施設が満足に機能していないこと、専門技能を持つ保健ケア提供者の数が限られていることなどである。これらの障害に対しては、基礎保健ケアや妊産婦サービスから取り残される危険性が最も高い家族、コミュニティ、地区に手を差し伸べることを目的とした戦略を通して対処することが可能であるし、そのような対処を進めなければならない。これらの困難が存在するにも関わらず、また、出生時仮死、早産児の虚弱状態、重篤な細菌性感染症のような新生児の難しい問題にコミュニティで対処していくための最善の方法について我々が知っていることにはまだまだ重要な空白があるにも関わらず、ひとつだけははっきりしている。効果的に変化をもたらすにはどうしたらよいかということは、すでによく分かっているということである。今特に必要とされているのは、分かっていることを実施することであり、問題となっている所、すなわち農村部と都市部の貧困層の中で適切な妊産婦・新生児ケアを実施するための政策的枠組みを作り出すことなのである。

参考文献は108ページを参照。



保健ケア分野でのコミュニティ・パートナーシップは、保健と栄養に関わる必須サービスの普及拡大と慣習の改善に役立つ可能性がある。村の妊婦宅を訪ねるコミュニティ保健ボランティア。この女性は訓練を受けた助産師でもある（ネパール）

要因のため、女性が妊娠中、出産時あるいは出産後にケアを受けようとする時に、夫やその他の家族の許可を得なければならない可能性もある。

医学的問題に関する家族の判断能力には、当然のことながら大きなばらつきがあるが、いかなる保健システムも、子どもや妊産婦の病気を発見して対処する際に、家族やその他の世帯構成員が果たす極めて重要な役割を無視してはやっていけない。さらに、開発途上国全体では出産の過半数強（54%）が診療所や病院で行われているが、妊産婦・新生児死亡率が最も高いサハラ以南のアフリカと南アジアでは、いずれも60%以上の女性が自宅出産をしている²³。保健施設で出産をした女性でも、分娩後

24時間以内に病院を退院させられることが多く、分娩後および新生児期のケアと監督は、母親・新生児の家族が主として担うことになるのである。

より基本的なレベルでは、家庭における栄養と衛生習慣が、母親と新生児が直面する健康面でのリスクを左右する主要因となる。母親の栄養状態が不十分であること、分娩時や臍帯断端・臍帯のケアの際に不衛生な対応がなされること、基本的な衛生習慣（トイレの使用後や調理・食事前に石鹸か灰で手を洗うことなど）に注意が向けられないこと、室内の空気が汚れていることは、破傷風、下痢性疾患、急性呼吸器感染症といった感染症や疾病の拡大を加速させる

可能性がある。新生児や生後6カ月までの乳児については完全母乳育児を行うなど、個々の家庭における習慣や行動を改善する必要性について意識を高めていくことには、家族の健康と福祉を向上させていく大きな可能性が秘められている。

食事の用意にあたっての基礎的な衛生習慣についての注意点——食べ物は虫よけのため蓋付きの容器に保存する、皿や鍋を拭くための布巾は殺菌のため日光に当てて干すなど——を伝えることにより、望ましい成果がもたらされる可能性もある。家庭レベルで保健、栄養、環境保健に関わる初歩的な支援策についての知識を向上させるとともに、女性のエンパワーメントを促進して自分自身と子

保健分野でのコミュニティ・パートナーシップは、早期完全母乳育児の促進につながる可能性がある。これは、健康状態の悪化や疾病から新生児を守る、極めて重要な手段である。

どもの健康についての意思決定を行えるようにしていくことは、子どもにとっても、母親になったばかりの女性やこれから母親になろうとしている女性にとっても、保健面での成果という点で大きなプラス効果をもたらしうる。

基礎保健ケアにおけるコミュニティ・パートナーシップ

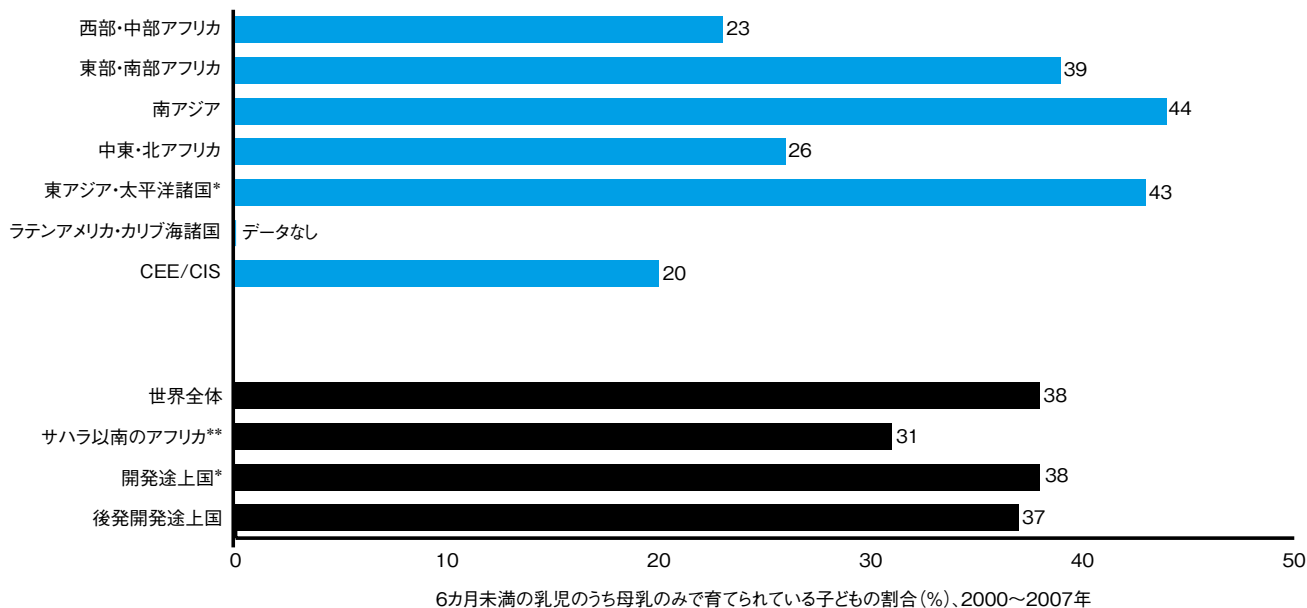
コミュニティは、母親、新生児、子どもの保健ケアと栄養について極めて重要な役割を果たしている。コミュニティが基礎保健ケアの礎であるという考え方が提唱されたのは、1978

年のアルマ・アタ宣言でのことであった。そして、特により貧しく、より遠隔地にある地域では、コミュニティの参加がなければ、すべての人に保健ケアを提供するという目標が達成できないのは明らかである。保健ケア、衛生習慣、栄養、給水・衛生サービスの改善に関してコミュニティが積極的な役割を担うことには利点が多い。これは、さらにお金のかかる選択肢を取ることができない場合に必要になる手段というだけにとどまらず、エンパワーメントと参加を推進するためにも望ましい方法なのである²⁴。

コミュニティ・パートナーシップは、妊産婦・新生児・子どもの保健を向上させていく上で特に貴重な役割を果たす。コミュニティ・パートナーシップのあり方はさまざまに異なっており、コミュニティの数だけ存在すると言っても過言ではない。小規模で地域的なものもあれば、全国的ネットワークの一部を構成しているものもある。完全にボランティアベースのものもあれば、何らかの支払いが行われるものもある。国の保健ケア・システムとは独立に活動しているものもあれば、そこに全面的に統合されているものもある。ひとつのアプローチとしてコミュニティ・

図3.6

早期完全母乳育児



* 中国は除く。

** サハラ以南のアフリカは、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)、その他の国内世帯調査およびユニセフ。

アフガニスタンの助産体制

数十年にわたる紛争と不安定な国情により、アフガニスタンの基礎保健インフラは破壊されてきた。特に女性は、保健サービスにアクセスできないために苦しんできた。その結果、アフガニスタンの女性の妊産婦死亡率は極端に高く、国連諸機関による最新の推計では、出生10万件あたり1,800に達していた（2005年）。

アフガニスタンの女性が妊娠・出産に関連する原因で死亡する生涯リスクは8人にひとり、これは世界で2番目に高い。アフガニスタンの女性の死因は、他のどんな要因よりも妊娠・出産に関連するものが多く、中でも出血と分娩停止が最も多く見られる。出産可能年齢にある女性の全死亡数に妊産婦死亡が占める割合は、カブール（アフガニスタン最大都心）の16%から、バダクシャン州ラグ郡の64%まで、さまざまである。

妊産婦死亡率の高さはいくつかの要因を反映したものである。それには、特にアフガニスタン農村部では質の高い妊産婦保健ケアへのアクセスが限られていること、妊産婦保健と安全な出産についての知識が欠如していること、資格を持つ女性保健ケア提供者が著しく不足していること（文化的理由から、女性は女性にケアしてもらうことを強く望むため）などがある。農村部の女性の10人中9人は、専門技能を持つ者に立ち会ってもらうことなく、あるいは緊急産科ケアにアクセスできない状況下で、自宅で出産すると推定されている。男性の親族の許可または付き添いなしに女性が行動することを抑制する社会文化的要因も、必須サービスへの女性のアクセスを制限する可能性がある。妊産婦死亡を助長するその他の要因には、女性と女子の社会的地位の低さ、貧困、栄養不足、治安の欠如がある。

アフガニスタンの母親の生存率を向上させることは、この上なく重大な課題である。助産師が提供するケアは、極めて重要なものとなる。世界保健機関（WHO）は、妊娠中、出産時および出産後の女性175人につきひとりの助産師、あるいは出産時に立ち会えるその他の専門技能者を配置するよう推奨している。この数字を推定出生件数に当てはめると、アフガニスタンでは、妊娠の90%を網羅するためには4,546人の助産師がいなければならないということである。しかし実際には、訓練を受けた助産師の数は467人とどまっていた（2002年）。女性保健スタッフがひとりでもいる保健施設は半数に満たない。農村部のノーリスタンでは、保健従事者の男女比は43対1という大差を示した。

アフガニスタンにおける妊産婦・新生児保健の向上のためにやらなければならないことはまだまだ多いが、これまでに成功を収めてきた多くの取り組みは、助産体制の拡大・強化に焦点を定めたものである。

アフガニスタン政府は、地元のパートナーやユニセフを含む国際的なパートナーと協働しながら、包括的アプローチの開発を進めている。その中には、助産師教育の強化と拡大、必須産科ケア・新生児ケアの提供における助産師の中心的役割を確保する政策の立案、助産師の職能団体を設立することの支援、出産時に専門技能を持つ者によるケアにもっとアクセスできるようにするためのイニシアティブの開発などが含まれている。

コミュニティ助産師教育（Community Midwifery Education = CME）プログラムは、18カ月間のスキル中心の養成プログラムである。従来の助産師養成プログラムよりも参加条件が緩和されており、専門技能を持つ出産介助者の養成・配置拡大に対する適切なアプローチと考えられている。2008年には19のCMEプログラムが実施され、それぞれ20～25人の受講者がいた。2002年に比べ、養成者数が顕著に増加している。2002年には、保健科学研究所が地域センターで実施した6つの看護助産師養成プログラムと、ナンガハール州で実施されたひとつのコミュニティ助産師養成プログラムしかなかったのである。同国で活動する助産師の数は、2002年の467人から、2008年には2,167人に増加した。

CMEは、研修が終われば出身地域で活動するという了解のもと、助産師が不足している地域の女性からの応募を推奨している。このような方針を採ったことにより、専門技能を持つ女性保健従事者（医師、看護師、助産師）を擁する保健施設は急激に増加し、2004年の39%から、2006年には76%に達した。妊産婦ケアにも目に見える影響を及ぼしており、専門技能を持つ保健従事者が付き添う出産の数も、2003年にはおよそ6%だったものが、2006年には19.9%へと上昇している。スキル中心の研修というアプローチが成功したことにより、既存の助産師養成プログラムもCMEのカリキュラムと資格証明手続きを採用するようになった。

参考文献は109ページを参照。

アウトリーチ・サービスと外来サービスは、家庭と保健施設との橋渡し役となり、リプロダクティブ・ヘルス関連のサービスや出産前・出産時・出産後のサービスを提供することができる。



© UNICEF Peru/2005

保健ケアの利用を妨げる文化的・社会的・地理的要因に対処することは、農村コミュニティで保健サービスへのアクセスを増加させる上で役立つ。保健センターで保健員のケアを受ける母親と新生児（ペルー）

パートナーシップの活用を考えているプログラムでは、それが地元の状況に適合したものとなるよう配慮しなければならない。

保健・栄養分野のコミュニティ・パートナーシップは、最大の効果を発揮できた場合、サービスへの住民のアクセスを改善し、保健従事者と個人・家庭とのより緊密な接触を促

進するばかりでなく、行動変容や社会的動員の推進にもつながる。逆に、最も困難な状況に陥った場合は、スタッフ、調整、資金、物資がすべて不足することになる。開発途上国全域で進められている保健分野のコミュニティ・パートナーシップの成功例を見ると、全体としてのバランスシートがプラスであることは明らかである²⁵。

妊産婦・新生児保健におけるコミュニティ保健員の役割

保健分野のコミュニティ・パートナーシップでは、住民をコミュニティ保健員として養成することが多い。コミュニティ保健員は、家庭訪問を通じてか、あるいはすでに設けられている施設においてかに関わらず、基礎的な保健ケアと栄養増進活動を担当する。より良いケアや衛生習慣についてのキャンペーンを主導したりもする。完全母乳育児、石鹸または灰による手洗い、マラリア予防のた

めの殺虫剤処理を施した蚊帳の使用は、コミュニティ保健員が唱道する最も一般的な3つの支援策である。さらに、保健分野のコミュニティ・パートナーシップでは、HIVの母子感染予防について助言したり、マラリア、肺炎、新生児敗血症などの小児期疾病の管理に寄与する保健員がいることが多い。

ネパールにおける取り組みはその一例である。研修を受けたコミュニティ保健員が、専門技能を持つ保健従業者と協働して、母親、新生児、子どもに

対してケアを提供している。ネパール農村部で実施された無作為抽出調査によると、これらのパートナーシップにより、新生児死亡率が30%低減されたことが分かっている。このような知見を補完するものとして、インド農村部で実施された調査があり、それによると、コミュニティ保健員が新生児に対して家庭を基盤としたケア（出生時仮死の蘇生と抗生物質による敗血症の治療を含む）を提供した場合、新生児死亡率が62%低減されたことが明らかになっている²⁶。

ガーナにおけるカンガルー・マザー・ケア

低出生体重児を対象としたカンガルー・マザー・ケアは、ヘクター・マルティネス博士とエドガー・レイ博士によって、1979年にコロンビアで導入された。これは、とりわけ病院が過密状態であるために感染の増加と死亡率が高まることへの対策であった。以来、この方式は開発途上国全域で採用されるようになり、世界中で継続的な新生児ケアの必須要素となっている。

カンガルー・マザー・ケアは4つの要素から構成されているが、いずれも、特に低出生体重児にとっては、ケアのための最良の選択肢を確保するために欠かせないものである。4つの構成要素とは、母親の胸で肌と肌が触れ合うように赤ん坊を抱くこと、母乳育児を通して十分な栄養を提供すること、病院からの早期退院に伴って外来でのケアを充実させること、赤ん坊のケアに関して母親と家族を支援することである。

カンガルー・マザー・ケアを広める最も重要な手法として用いられてきたのは、研修プログラムという手段である。研修は依然として病院の中に限られることが多い。ガーナでは、ユニセフおよび南アフリカ医療研究評議会の妊産婦・乳児保健ケア戦略班の支援を受けながら4地域で進められているカンガルー・マザー・ケア・プロジェクト（KMCガーナ）で、新しいアプローチが採用された。研修を提供するだけというやり方に代えて、保健ケア施設からの継続的支援を基盤とする、長期的な「オープン・ドア」アプローチが採用されたのである。

このプログラムでは、カンガルー・マザー・ケアだけに特別

な注意を向け、それを2～3年間持続させることになっている。これにより、参加者は新生児ケアのひとつの局面にだけ注目しながら、それを十分に実施するとともに、その過程で通常の新生児ケアの習慣に組み入れていくことが求められる。

この実施モデルでは、その国における権限がどのように展開しているかに応じて、地区・地域の具体的役割を明らかにする。ガーナでは、地域が実施のための節点の役割を果たし、実際の実施活動については地区が担当している。出産の半数はもまだに自宅で行われているものの、KMCガーナ・プロジェクトの礎のひとつは、地域の病院にCOE（卓越した研究拠点）を設けるとともに、各地区病院で24時間体制の継続的なカンガルー・マザー・ケアを導入したことである。

実施は、各地域に設けられたKMC運営委員会によって監督されている。これは、各地区からひとりずつ代表者が出て構成されているものである。これらの代表者は、それぞれ地区レベルで運営委員会を設立している。地区病院でKMCを導入することに焦点が合わせられているが、他の保健ケア施設やコミュニティ組織もパートナーとして協力を求められている。

KMCガーナ・プログラムの包括的評価はまだ行われていないが、予備的に収集されているデータからは、低出生体重児の生存率を高め、母子の絆を強化する上で効果を発揮していることがうかがえる。

参考文献は109ページを参照。

妊娠期の HIV/ マラリア同時感染

HIVとマラリアへの同時感染は、妊婦にとって、また胎児の発達にとって問題となる特有の合併症を引き起こす。通常、初回および2度目の妊娠期間中に妊娠期特有の対マラリア免疫が獲得されるが、HIVはこの免疫力を低下させるのである。胎盤マラリアは、妊産婦貧血およびHIV感染のリスク増大と関連しており、特に若い女性や初産の女性の場合にその傾向が著しい。HIVの母子感染において同時感染がどのような役割を果たすかは明確になっておらず、同時感染によって母子感染のリスクも高まるとする研究もあれば、変化はないとする研究もある。薬を併用することで悪影響が生じる可能性があることは、同時感染への効果的対応にとって極めて重大な意味を有するものであり、さらなる研究が求められる。

マラリアは、アジア、ラテンアメリカとカリブ海諸国、サハラ以南のアフリカに影響を与えているが、同時感染が最も多く発生しているのは、マラリアの発生件数が世界最多の大陸であり、HIVに感染した女性の4分の3以上が住んでいるアフリカである。アフリカ大陸全域で状況は様々ではない。HIV/マラリア同時感染が最も多いのは中央アフリカ共和国、マラウイ、モザンビーク、ザンビア、ジンバブエで、成人人口の約90%がマラリアに感染しやすい状況に置かれており、成人のHIV感染率も平均で10%を超えている。HIV感染が最も深刻に広がっているアフリカ最南端の地域では、マラリアはそれほど発生していないが、南アフリカのクワズル・ナタルのように、特定の地域で大発生が起きる場合もある。

他の地域についてのデータはそれほど明確ではないが、ベリーズ、エルサルバドル、グアテマラ、ガイアナ、ホンジュラスの一般住民の間で重複感染が発生している可能性がある。やや規模は小さくなるものの、ブラジルでも同様である。調査によると、ブラジルやガイアナの金鉱で働く移住労働者のように、同時感染のリスクがより大きい集団が存在する可能性もある。HIV感染の流行はミャンマーやタイのようなアジア諸国でも一般化しているが、マラリア感染は、ラテンアメリカ・カリブ海諸国の場合と同様、アジア全体でばらつきがあり、均一なパターンが見られない。各地域で一般的に見られるマラリア原虫もそれぞれ異なる。アフリカでは*P. falciparum* (熱帯性マラリア原虫)、アジアとラテンアメリカ・カリブ海諸国では*P. vivax* (三日熱マラリア原虫)が最も一般的である。また、マラリアの影響は、女性が妊娠までにどの程度の免疫を獲得していたかによっても異なる場合がある。アジアの女性は、マラリア感染がそれほど深刻ではないので、後天的免疫を獲得する機会も少ない。同じことは、南部アフリカのマラリアの感染状況にばらつきがある地域についても言える。妊娠期のマラリアに関する研究のほとんどはアフリカで実施されたものであり、他の地域や、*P. falciparum* (熱帯性マラリア原虫)以外のマラリア原虫についても、さらに研究を進めることが必要である。

マラリア患者が重度の貧血で輸血を必要とする場合、特にそれが子どもである場合、HIV感染のリスクが高まる。アフリカのマラリア蔓延地域では、毎年5,300～8,500人の子どもが重度のマラリアに対して実施される輸血でHIVに感染している。

さまざまな地域的違いはあるものの、同時感染が妊婦に及ぼす影響は、すべての妊婦について同様である。HIVに感染した妊婦がマラリアにも感染すると、重度の貧血のリスクが高まるとともに、マラリアの感染状況に大きな変動が見られない地域に住む女性であっても、それまでに獲得した免疫が弱まってしまう。すなわち、HIV陽性の女性は、2回目、3回目、4回目の妊娠であっても、マラリアに対し、実質的には初回妊娠の女性と同じ程度の低い免疫しか持っていないということである。HIV陽性の妊婦が臨床マラリアに感染する確率は、妊娠回数に関わらず、2倍高くなる。妊婦がHIVに感染している場合、マラリアによって、胎児の成長が阻害されたり、早産や新生児の低出生体重が引き起こされたり、肺炎連鎖球菌、破傷風、はしかといった感染症に対する先天性免疫や細胞応答の伝達が少なくなったりする可能性がある。最近のデータでは、マラリアにかかったHIV陽性の母親は低出生体重児を産む可能性が高いことが示唆されている。逆に、低出生体重の乳児は、普通出生体重の乳児に比べ、HIVの母子感染リスクが非常に高いことが分かっている。

マラリアがHIVにどのような影響を与えるのかはそれほどはっきりしていないが、急性マラリアの発症によりウイルス量が増加し、病の進行が早まる可能性はある。妊娠中にマラリアに感染すると、子宮内および出産中のHIV母子感染リスクが高まる恐れがあるほか、ウイルス量が増加するために、母乳育児の際の感染リスクも高まる可能性がある。マラリアの治療後はウイルス量が発症前の水準に戻る場合もあるとする調査もあり、これは、マラリアへの対応がHIVの拡散とエイズの進行の速度を抑えるために極めて重要となる可能性を示唆している。

同時感染に関する最も切迫した問題のひとつに、薬物治療に関連したものがあ。世界保健機関 (WHO) は、HIV感染率の高い地域 (>10%) に住む妊婦は全員、間欠予防治療 (IPT) として、たとえば症状が出ていない場合であっても、最低3回はスルファドキシム・ピリメタミン合剤の投与を受けるよう推奨している。ただし、HIVの日和見感染症の治療のためにコトリモキサゾールを投与されている場合は、この限りでない。

アフリカの多くの国の政府は、妊娠中のマラリアへの対応としてアルテミシニンを中心にした混合療法を用いている。調査研究がまだ限られているため、WHOは、合併症を伴わない妊娠初期のマラリアについては、ほかに有効な治療方法がない場合、引き続きこの治療方法を推奨している。重度の貧血の場合は、アルテミシニンを中心にした療法あるいはキニーネによる治療が推奨される。ただし、妊娠中期・後期に入っている場合はアルテミシニンを中心にした療法の方が望ましい。抗レトロウイルス薬と抗マラリア薬 (アルテミシニン誘導体を含む) を併用投与することのリスクについては公表された情報がほとんどないが、アルテミシニンについては、抗レトロウイルス薬と併用投与した場合、または妊娠初期に投与した場合、重大な毒性が観察された例は今のところ報告されていない。

参考文献は109ページを参照。

リベリアの青年期の女性が直面する課題

ヴァバ・ゲイフロル（リベリア・ジェンダー開発相）

青年期の女性とその成長発達の促進につながる支援的環境を保障され、虐待、搾取、暴力から守られ、結婚や労働といったおとなの役割を時期尚早な形で背負わされないようにすることは、私の国、リベリアではとりわけ困難な課題である。

リベリアの青年期の女性は次のような状況に置かれている。

- おそらく小学校に行ったことがない。最新の全国推計によれば、女子の初等学校純就学率は39%にとどまっている。
- 中等学校に行く割合も低い。中等学校に通う年齢の女子のうち、実際に中等学校に就学しているのは14%にすぎない。
- 非識字の状況に陥る可能性が高い。リベリアの15～24歳の思春期・青年期の女性は24%が非識字者である。
- レイプの被害を受ける可能性が高い。これは最も報告数の多い犯罪で、被害者になることが最も多いのは10～14歳の女子である。
- おそらくHIV/エイズについては限られた知識しか持っていない。HIV/エイズについて包括的な知識を持っているのは、15～24歳の若い女性のわずか21%である。
- すでに結婚しているか、これに準じた関係にある可能性が高い。リベリアでは20～24歳の女性の40%が18歳未満で結婚している。
- 妊娠する可能性が極めて高い。15～19歳の青年期の女子の出産率は1,000人あたり221で、世界第2位である。
- 病院や保健施設で出産をする可能性は低い。施設での出産率はわずか37%にとどまっている。
- 専門技能を持つ保健員の介助を受けることなく出産しなければならない可能性がある。専門技能を持つ保健員が立ち会うのは全出産の51%にすぎない。
- 妊娠・出産に関連する理由で死亡するリスクが高い。妊産婦死亡率は出生10万人あたり1,200に上っている。
- 15歳未満の場合、妊娠・出産に関連する原因で死亡するリスクがさらに高まる。10～14歳の女子が妊娠・出産に関連した原因で死亡する確率は、20～24歳の女性の5倍に上る。
- 妊娠関連の原因で死亡せずに済んでも、出産に関連した損傷が残る可能性がある。例えば、瘻孔（ろうこう）や子宮脱などである。
- 最初の妊娠およびその後の妊娠が原因で死亡する生涯リスクが高い。妊産婦死亡の生涯リスクは12分の1である。
- 子どもが1年以内に命を落とす可能性がある。乳児のほぼ10人にひとりには1歳の誕生日を迎えることができない。
- パートナーからは、たとえ結婚していても、おそらく支援を受けることがない。
- さらに虐待、搾取、ディスエンパワーメントからの保護を求める手段がほとんど、またはまったくない。

リベリアの青年期の女性のために支援的な環境を整備していくためには、まず、暴力と虐待から彼女らを守り、質の高い教育を受けられるようにすることが必要である。

また、女子が18歳前に結婚したり搾取的な労働に従事したりすることを家族が認めないようにすることも必要となる。

HIV/エイズの知識を若者の間で広めていくこと、性的暴力の被害者が司法に訴えることができるようにもしていかなければならない。

数百万人の青年期の女子を対象とした、リプロダクティブ・ヘルス・ケア、妊産婦保健ケア、基礎保健ケアへの投資が必要である。

何にも増して、コミュニティと社会が女性と女子の権利を尊重するとともに、女性と女子への危害や差別につながる習慣・慣習に対処する勇気を持つことが要求される。

エレン・ジョンソン・サーリーフ大統領のリーダーシップの下、リベリア政府は、青年期の女子が必要としている保護を提供し、また彼女たちが自分の身を守るために必要なスキルを習得できるよう援助するために、懸命に努力している。私たちが迅速かつ効果的に行動できるよう、国際開発コミュニティの支援を歓迎する。

参考文献は109ページを参照。

施設を基盤とするケアは、紹介・搬送のために、また母親と新生児を対象とする一連の定期的・緊急サービスを提供するために、必要不可欠である。

保健ケア分野でのコミュニティ・パートナーシップは、必須サービスの普及と、保健・栄養面での習慣の改善を拡大していく一助となりうる。これよりもさらに重要なのは、こうしたパートナーシップにより、保健システムが、どんなに貧しい、あるいはどんなに周縁化されたコミュニティに対しても手を差し伸べられるようになる可能性があるということであろう。

アウトリーチ・サービスと外来サービス

出産前ケアや予防接種のようなアウトリーチ・サービスや外来サービスは、2つの形式のどちらかを通じて定期的に提供される。常設のクリニックを妊婦やその子どもが訪れる形か、保健員が母子に対してコミュニティで必須支援策を実施する移動式サービスの形である。ほとんどすべての場合に、利用者は臨床例として診断の対象とされるのではなく、標準化されたサービスを受ける。これらの支援策の多くは、専門技能を持つ医療スタッフが実施しなければ効果を発揮しないというわけではなく、ある程度の技能を持つ保健員や、若干の研修を受けたコミュニティ保健員が提供することも可能である。これにより、ひいては、多くの住民を対象としたアウトリーチ中心のサービスの普及率を高めることがより容易になり、費用対効果も高まる²⁷。

アウトリーチ・サービスと外来サービスは、自宅ケアやコミュニティ・ケアと、施設を基盤とするケアとの橋渡し役となりうる。これらのサービスは、出産前後のケアを提供するためにも、セクシュアル/リプロダクティブ・ヘルスを推進するためにも、極めて重要なメカニズムである。例えば、出産前ケアは、診療所や病院

で提供することももちろんできるが、アウトリーチ・サービスの形で提供しても何ら不適當な点はない。

出産前のアウトリーチ・サービスでは、貧血、高血圧、糖尿病、梅毒、結核、マラリアといった疾患のスクリーニングを行って治療するとともに、胎児の位置を確かめることが求められる。破傷風の予防接種を実施し、殺虫剤処理をした蚊帳を配布し、マラリア流行地ではマラリアの間欠予防治療を行うことも、食事、衛生、妊娠期の危険信号、母乳育児などについての助言・相談に加えて必要である。ただし、外来サービスやアウトリーチ・サービスに過度の負担をかけないことも重要である²⁸。

アウトリーチ・サービスは、この章で前述したように、出産後ケアを提供できるように修正してもよい。主要なサービスとしては、母親と新生児の危険信号を発見・チェックすること、新生児に対する栄養の与え方——特に早期からの完全母乳育児——やケアの方法についてガイダンスを提供すること、適当な場合には母親や赤ん坊の治療のための紹介・搬送を行うこと、健康的習慣についての支援と助言・相談などがある²⁹。

アウトリーチ・サービスと外来サービスに適しているもうひとつの分野がリプロダクティブ・ヘルスである。アウトリーチ・サービスを通じ、リプロダクティブ・ヘルスに関わるサービスや習慣（出産間隔を空けることも含む）にどのような選択肢があるのかについての意識啓発を行うことができる。また、性感染症を発見し、迅速に治療することもできる。しかし、リプロダクティブ・ヘルスの分野における外来サービスやアウトリーチ・サービスの多くは、今のと

ころ質の低い支援策しか実施できていないため、住民はなかなか利用しようとし³⁰ない。

施設を基盤とするケア

保健施設は一般的に、妊産婦と子どもの保健のための予防・治療サービスを最も幅広く提供している。また、専門技能を有する保健ケア従事者を最も多く擁している可能性が高いところでもある。これらの施設は、診療所と病院という、2つの主要なカテゴリーのいずれかに分かれているのが一般的である。コミュニティに最も密着した施設は、当座の一般的なケアを提供する診療所である可能性が高く、看護師が統括していることも考えられる。診療所のスタッフは、合併症を伴わない出産に対応したり、新生児のケアについての支援やアドバイスを提供したりすることができる場合が多い。主要ないくつかの合併症に対処できること——例えば、手技で胎盤を取り除いたり、新生児に蘇生措置を実施したりすることも必要である。しかし、陣痛と出産に関わる潜在的リスクを考えると、診療所のスタッフや、アウトリーチ・サービスとして出産を介助するスタッフは、出産時の合併症や新生児の病状の度合いが自分たちの手に負えないものである場合は、それを速やかに認識し、より高次の施設に搬送できるだけの専門知識を有していなければならない。

そのより高次の施設は地区病院である可能性が高く、そこでは医師が医学的診断、治療、ケア、カウンセリング、リハビリテーションのサービスを提供できる。保健システムによっては、複雑な臨床ケアを提供する紹介・搬送対応病院が設けられている場合もあるが、開発途上国の多

くのコミュニティでは、母親と乳児の健康上のニーズのうち施設を基盤とするケアによって対応しなければならないものについて、対応が行われるにしても、診療所や地区病院がその役目を担っている³¹。

緊急産科ケアへのアクセスは、農村部に住む妊婦にとっては大きな問題となりうる。適切な施設にたどり着くまでに長い距離を移動しなければならず、そのための移動手段やまともな道路がない場合もあるからである。たとえ移動用の車があり、インフラが整備されていたとしても、旅費や宿泊費がかかり過ぎるために、付き添いの家族がその間の収入を失うといった間接的費用と相まって、利用ができないこともある。このように、地理的に孤立したコミュニティに住む家族にとっては、出産時合併症が生じた場合の妊産婦・新生児死亡リスクがさらに高まるのである。例えば、アフガニスタンで最近実施された妊産婦死亡に関する研究によると、物理的な遠さは、女性が直面している疫学上のリスクを高めること

が分かっている³²。

しかし、保健ケア施設へのアクセスを妨げているのは地理的距離だけではない。保健施設の近くに住んでいる女性が、出産前ケアを受けるために施設に通うだけで、出産そのもののためには施設を利用しないという場合もある。よそ者が女性の出産に立ち会うことについての文化的抵抗や出産時に専門技能者の立ち会いを受けることに伴う費用は、保健ケア施設の利用を阻害する抑制要因の例である。保健ケア従事者がいないこと、医療設備や医薬品が不十分であることも、家族に保健施設での出産をためらわせる要因となりうる。特有の課題のひとつは、施設内感染の発生率を低下させることである。施設内感染はサハラ以南のアフリカでは重大なリスクとなっており、輸血や注射針の再利用によって感染リスクが高まる可能性がある³³。このような阻害要因が存在するにせよ、妊産婦クリニック、保健センター、病院の質を高め、少なくとも基礎的な緊急産科ケアを提供できるようにする

ことが、妊産婦・新生児死亡率の低減に向けた重要な一歩となることは明らかである。

継続的なケア：母親と新生児のための基礎保健ケアの確立に向けた実際の措置

保健ケア・サービスが最善の形で機能するのは、自宅でのケアが、コミュニティを通してアウトリーチ・サービスと、さらには診療所および病院と結び付けられている場合である。これは決して新しい考え方ではない。それを裏づけるエビデンス（証拠）と知識は何十年も前から存在していた。これを応用することにより、防止可能な妊産婦・新生児死亡の犠牲者数を大幅に減らせる可能性がある。今の課題は、継続的なケアを保障できるように保健サービスへの投資を行うことである。第4章では、開発途上国が緊急に必要としている妊産婦・新生児保健の改善をもたらすためには、どのような枠組みに基づいて戦略を立案し、資源を割り当てていけばよいかを概観する。