

4 妊産婦・新生児保健を向上させるために 保健システムを強化する



効果的な継続的ケアを確立するためには、保健システム強化のために実践的措置をとっていく必要がある。保健システム開発のための主要な要素——科学的根拠をさらに蓄積すること、保健従事者数を拡大・充実させること、インフラとロジスティクスを向上・拡大すること、社会動員を通じて財源の問題を平等な形で解決し、またケアへの需要を高めること、ケアの質を確保すること、そして連携を通じて政治的コミットメントとリーダーシップを醸成すること——は、各国政府や地域機関・国際機関によってますます受け入れられるようになっていく。『世界子供白書2009』の第4章では、初めの6つのステップについて検証し、各国の事例を通してその実際の適用のあり方を明らかにする。7つめのステップ——政治的リーダーシップとコミットメント——については最終章で扱う。

レニウム開発目標5の達成は容易な課題ではない。全体的には、世界は妊産婦保健の改善という点ではるかに遅れをとっており、特にサハラ以南のアフリカでは、1990年以来、ほとんど前進が見られていない。前進が見られた開発途上国・地域でさえ、貧困や周縁化によって生じる問題により、多くの人々が必須妊産婦サービスや基礎保健ケア・サービスから排除され続けている（妊産婦死亡率の推移に関する詳細は、第1章を参照）。

妊産婦・新生児の生存と健康の面でさらに迅速な前進と重要な向上を達成することは、すでにその効果が証明されており、負担が大きくない支援策をパッケージ化し、その規模を拡大することによって可能となる。これらの支援策は継続的なケアを通じて提供され、女性と子どもの権利の向上につながる支援環境によって支えられなければならない。

前進を加速させるのに必要な枠組みに関する政策上の推奨事項は、データ収集、調査・分析、モニタリング・評価、協調的行動を通して、充実した内容になってきている。第4章では、第3章で概観した継続的なケアを支援するために保健システムを強化することに向けた一連の実践的措置を要約して示すことにより、これらの取り組みへの貢献を図る。その実践的措置とは、次のような行動のことである。

- 妊産婦・新生児の死亡および罹病の傾向、水準、リスク、原因およびこれに対する支援策についてのデータ収集と分析を促進する。
- 開発途上国における基礎保健ケア分野の労働力を拡大するとともに、技能水準を向上させる。
- 社会の動員を図ることにより、妊産婦・新生児保健ケアの改善と、女性と子どもの権利の向上につながる支援環境を要求していく。

- 基礎的な保健ケア・サービスと妊産婦サービスに対し、实际的で公平かつ維持可能な形で財源を提供していくためのメカニズムを構築する。
- インフラ、ロジスティクス、情報通信技術、施設および管理能力強化に投資することにより、質の高いケアと効率的な紹介・搬送を確保する。
- 保健システム全体にわたって、ケアの質を改善する。
- パートナー間の連携を強化することによって、政治的コミットメントとリーダーシップを醸成する。

この章では初めの6つのステップについて検証し、各国の事例を通してその実際の適用のあり方を明らかにする。7番目のステップについては第5章で取り上げる。

妊産婦・新生児の健康および生存についてのしっかりしたデータは、健全な政策、効果的なプログラム、協調的パートナーシップの基盤となる。

ステップ1：データ収集と分析を促進する

妊産婦と新生児のどちらの健康についても、その多様な諸側面を十分に描き出せる単一の指標は存在しないため、プログラムの方向性を定め、モニタリングを進めていくためには、幅広い各種指標を用いるのが有効である。政策とプログラムの立案に欠かせない重要な情報には、人口動態、栄養状態、社会経済的状况、保健ケアの提供状況、ケアを求める習慣の実態、より好ましい保健・栄養習慣の実践状況などがある。

これらの測定値は、妊産婦・新生児の罹病と死亡の負担の大きさ、傾向、リスク、原因についての理解を強化するものである。しかし、やらなければならないことはまだまだ多い。妊産婦・新生児保健の多くの側面——2つの要素だけを挙げるとすれば、死亡率の推計からHIV/エイズが妊娠にもたらすリスクに至るまで——について、知識の格差が依然として相当に残っている。多くの開発途上国では保健情報システムが不完全なため、妊産婦・新生児保健の状況を判断し、最も適切な戦略や支援策を適用することを困難なものにしている¹。

したがって、政策、プログラム、パートナーシップの根底をなす知識基盤を強化することは、保健システム開発の必須要素のひとつである。データ収集を充実させるプロセスについては、すでに取り組みが始まっている。世界保健機関（WHO）は、妊産婦保健に関するデータ収集の拡大とデータの質の向上について各国政府やその他の機関を援助するためのガイドラインの整備を進めてきた。WHOが推奨するところによれば、保健情報システムにおいては、妊産婦と子



予防接種や微量栄養素補給のような必須ケアを妊婦に提供することは、病気や栄養不良から妊婦を守ることにつながる。体重測定、血圧測定、破傷風ワクチンの予防接種、鉄分補給などを含む健診を行う保健員（パプア・ニューギニア）

妊産婦と新生児の生存についてのデータ収集を促進するために、国勢調査、世帯調査、施設を基盤としたデータ収集などの幅広い手法が採用されている。

図4.1

緊急産科ケア (EmOC) : 国連のプロセス指標と推奨水準

国連のプロセス指標	定義	推奨水準
1. 利用できる EmOC サービスの量	EmOC を提供している施設の数	最低：50 万人につき包括的 EmOC 施設が1つと基礎的 EmOC 施設が4つ
2. EmOC 施設の地理的分布	EmOC を提供する施設が地域レベルの行政単位ごとに均等に分布していること	最低：地域レベルの行政単位の 100% で、基礎的・包括的 EmOC 施設が必要最低数設置されている
3. EmOC 施設で行われる出産の割合	住民の全出産のうち EmOC 施設で行われるものの割合	最低：15%
4. EmOC サービスに対するニーズの充足	産科合併症を発症した女性のうち EmOC 施設で治療された者の割合	最低：100% (想定出産件数の 15% と推計)
5. 帝王切開による出産の割合	住民の全出産のうち帝王切開分娩が行われたものの割合	最低：5% 最大：15%
6. 受け入れ患者死亡率	産科合併症を発症して EmOC 施設に受け入れられた女性のうち、死亡した者の割合	最大：1%

出典：国連

どもの保健に関連する次の5つの主要分野でデータの収集に努めることが求められる。

- 妊産婦・新生児死亡率
- 死亡と罹病の要因および決定因子
- これらの保健問題および適切な対応に関するコミュニティのとりえ方（サービスのタイプ、ケアを求めることに対する態度を含む）
- 質の高い保健ケア・サービスがどの程度利用・アクセスできるようになっているか
- ケアの質²

このような情報の収集を容易にする手段は多数存在する。国勢調査、口頭剖検（近親者等からの事情聴取に基づき死因を推定する手法）、死亡登録、調査・研究、保健施設から得られたデータ、保健サーベイランスな

どである。これらの手法にはそれぞれ長所と短所があるので、妊産婦・新生児保健の評価のためには複数の手法を採用することが求められる。

国勢調査、アンケート調査、世帯調査

国勢調査は、妊産婦保健に関する主要なデータ源・情報源である。妊産婦死亡の地理的・社会経済的ばらつきの測定ができる規模を備えた世帯レベルの調査は、これ以外には存在しないことが多い。国勢調査では、過去12カ月間に各世帯で死亡した出産可能年齢の女性の死亡時期を算定するために、関連質問を盛り込むことができる。しかしながら、このような情報を収集する目的で国勢調査を活用しておらず、妊産婦保健についての貴重な情報収集の機会を逃している国もあることに注意しなければならない。

口頭剖検は、死亡や罹病についての情報を収集するもうひとつの手法である。世界保健機関（WHO）は、口頭剖検用に3種類の質問票を作成している。生後4週間以内の死について確認するもの、生後4週間から14歳までの子どもを対象とするもの、15歳以上の者を対象とするものである。その目的は、測定基準・手法の標準化を支援するところにある。このように厳密な区分をしているのは、これまで十分に重視されてこなかった、時期という極めて重要な問題を考慮に入れたためである³。

死因についての情報を収集することが容易ではない場合もある。WHOによると、質の高い死因統計を報告しているのは、193の加盟国中31カ国に過ぎない。国によっては、それほど広くない地域では人口静態・動

DHSやMICSのような世帯調査からは、幅広い成果指標や普及率指標に関する必須データが得られる。

態調査システム（DSS）のようなサーベイランス・ツールを利用して死因の特定を図るようになったところもある。この場合に用いられる手法としては、家族、保健ケア提供者、コミュニティの構成員に死亡状況の説明を求める口頭剖検を活用した、事後的死亡調査などがある。このようなシステムは、口頭剖検活用型標本人口動態統計システムと呼ばれている。責任免除方針を採用し、調査上の質問に対する回答について回答者が責任を問われないようにすることは、このような取り組みに対してコミュニティの支持を獲得・維持する上で欠くことができない⁴。

妊産婦・新生児保健面での成果に影響を与える要因はいくつもある。栄養状態などの生物学的要因、所得や教育などの社会経済的決定因子、健康維持のための行動や健康的習慣、保健サービスへのアクセスを妨げる障壁、家庭における暴力や喫煙などの行動上のリスク要因などである。世帯調査や世帯研究は、これらの決定因子の発生頻度を評価するのに活用される第一義的手法となっている。その後、こうした分析を行うことにより、保健プログラムがその対象としている住民について、よりよく理解することが可能となる。

定期的に行われる重要な分野横断的世帯調査としては、人口保健調査（米国国際開発庁）、複数指標クラスター調査（ユニセフ）、リプロダクティブ・ヘルス調査（米疾病管理センター）などがある。これらの国際調査により、保健に関する幅広いテーマについての包括的な量的データが得られる。1995年以来、100カ国で200近い複数指標クラスター調査が実施されてきた。

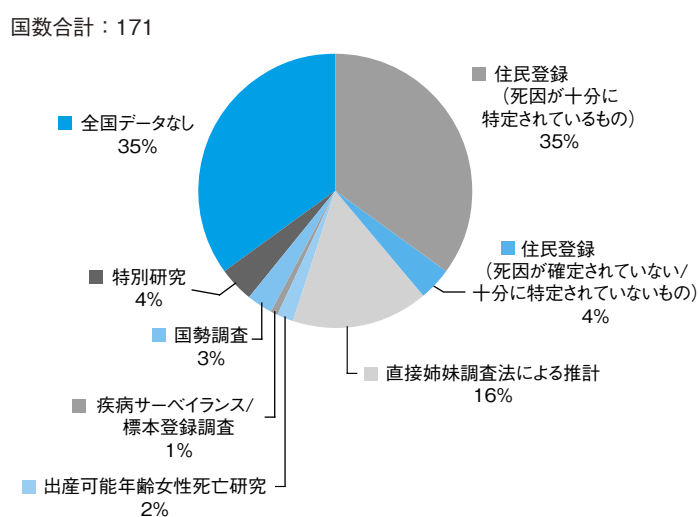
施設とコミュニティを基盤としたデータ収集

官民を問わず、幅広い保健ケア提供者が設置している保健施設から得られるデータも、妊産婦・新生児保健の状況を評価する上で有益である。施設における死亡数はモニタリングが容易であり、「妊産婦死亡検証・監査」と呼ばれているプロセスを通して、さらなる死亡、特に施設で発生する死亡を防ぐために必要な改善策について学ぶ機会を提供してくれる。このタイプのデータからは、サービスの質の向上のために重要な「ニアミス」事例——生命に関わる合併症のために死亡リスクが高まったものの、最終的に死亡には至らなかった事例——についての洞察も得られる⁵。

政府、研究機関、その他の機関は、保健サーベイランスも実施している。これは、米疾病管理センターによって、「罹病率および死亡率の低減ならびに保健の向上を目的とした公衆衛生活動で活用するため、保健関連の事象に関わるデータを継続的かつ組織的に収集し、分析し、解釈し、かつ普及すること」と定義されているものである⁶。このデータ収集法は、他の手法と組み合わせ、住民の健康状態を通時的および地域ごとに評価するために用いることもできる。

国際機関の強力な支援を得て、妊産婦保健ケアのその他の側面についても測定が行われている。緊急産科ケアに関する指標を整備するため、施設を基盤とするデータを収集しているのは、ユニセフとそのパートナーである。緊

図4.2 2005年の妊産婦死亡推計値を算出するために用いられた主要なデータ源の分布



出典：World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund and the World Bank, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, WHO, Geneva, 2007, p.9.



© UNICEF/H1006-0550/Shehzad Noorani

専門技能を持った保健従事者が立ち会う出産件数を増やすことにより、出産時の合併症による妊産婦死亡を減らすことができる。助産師研修センターで開かれた女性向け研修セッションで、分娩後の赤ちゃんの正しい扱い方を実演する2人の講師（スーダン）

急産科ケアのニーズ評価も、ユニセフ、国連人口基金、コロンビア大学によって、「妊産婦死亡/障害防止プロジェクト」として実施されている⁷。

ヘルス・メトリクス・ネットワーク（Health Metrics Network）は、各国による保健管理情報システムの強化を支援することを目的とした国際的パートナーシップで、情報システムの完成度と質を評価するためのツールを開発している（104ページのパネル「保健情報システムの整備：ヘルス・メトリクス・ネットワーク」を参照）。世界保健機関（WHO）は、「Beyond the Numbers」

（数値を超えて）と題するガイドの作成を主導した。これは、妊産婦死亡率を低減する努力の一環として、女性の死に関する話をする際に活用できる手法について説明したものである。このような手法としては、コミュニティを基盤とする口頭剖検、施設を基盤とする妊産婦死亡事例・ニアミス事例の検証、臨床監査、より大規模な地域的・全国的匿名実態調査などがある⁸。モザンビークでは、保健施設における妊産婦死亡についての検証を行うことによって、これらの死亡の背景にあった予防可能な要因について貴重な洞察が得られ、政策上・制度上の対応を進め

ていく際の指針が定まった⁹。

保健従事者が提供するケアの質を評価する方法も開発されてきた。そのような枠組みを2つ挙げると、米国国際開発庁（USAID）が開発した「パフォーマンスの質的向上」法と、エンジェンダーヘルス（EngenderHealth）が開発したCOPE（利用者本位かつ事業効率の良いサービス）法がある¹⁰。

新しい測定ツールに加え、新しい技術も情報収集の支援のために導入されつつある。例えば、デジタル技術を応用した調査は、最遠隔地にお

妊産婦死亡の予防を目的とした、保健システムにおけるクリティカル・リンク手法の活用

ロサ・マリア・ニューネス・ウルキザ（メキシコ・国立公衆衛生研究所）

クリティカル・リンク（重要な関係）手法（CLM）では、ひとつひとつの妊産婦死亡を警鐘事例と位置づけて精査する。死亡前に女性と保健従事者との間に生じた保健ケアの相互作用をすべて検証することにより、保健ケアがどのように求められ、これに対応して保健システム全体を通じてどのようなケアが提供されたのかを時系列でまとめるものである。

CLMは3つの観点から保健ケアの評価を行う。

- 臨床パフォーマンス（定められたガイドラインとの比較に基づく遅延、不作為および質的基準の順守）
- 病院の内部組織
- 複数の保健ケア施設間におけるケアの継続性

この検証プロセスを通じ、CLMは、迅速に提供できれば今後の妊産婦死亡の防止につながりうる重要な支援策に重点を置く。これにより、安全な母性委員会は、焦点を医学的死因から、妊産婦の救済につながったはずの失われた機会を管理運営面からどのようにとらえるかに移せるようになる。このような視点の転換は、以下のような一連の質問に強調されている。

- 女性と保健システムとの間に生じた相互作用のうち、どの段階で、女性の死につながった状況への対応を改善できたか？
- この分析に基づき、今後同様の状況が起きた場合、女性の死亡を防ぐためには、具体的に対応措置をどのように変えればよいか？
- これらの具体的変更点を持続させるためには、それぞれのケア・ユニットで採用されているプロセスを、ケアの質を確保する目的でどのように修正しなければならないか？ また、産科的な緊急事態の中で継続的なケアを確保するために、保健システムのどのような要素を改めるべきか？

さらに、ニアミス事例（合併症によって重篤な疾病が生じたが最終的には死亡に至らなかった事例）を妊産婦死亡事例と比較することによって、ケアをタイムリーに提供することの必要性が浮き彫りになる。これにより、「治療までのインターバル」という新しい分析カテゴリーができ、支援策が効果を発揮できる時間を明らかにするための臨床研究が求められている。治療までのインターバルという考え方は、たとえ適切な治療が行われても、タイムリーに適用されなければ女性の命を救えない可能性があることを示す上で役に立つ。

個々の事例による警鐘からさらなる研究へ

CLMフィールド・スーパーバイザー（現場統括官）と政府当局者たちとの間で、オープンかつ定期的なやりとりが行われたことにより、個々の事例研究で明らかにされた警鐘の内容をきっかけとする定期データ・システム（617の公立病院で受け

入れられる年間102万9,000名の産科患者の病院登録）の分析が確保された。この分析は、妊産婦ケアにおけるこれらの格差が保健システム全体でどの程度存在し、どのように分布しているのかを検証するために行われたものである。

そのひとつの例として、コミュニティ病院から紹介病院への搬送中に死亡した、分娩後出血の女性に関するCLM研究がある。評価を行った結果、搬送前に女性の病状の安定化を怠ったことが致命的であったことが分かった。分娩後出血を原因とする妊産婦死亡率が全国平均を上回っている7つの州では、妊産婦死亡の60%までもが、より大きな病院への患者の搬送中に起きていたのである。このような保健地区のひとつに救急車や研修を受けた人材を配備すると、翌年には分娩後出血を原因とする妊産婦死亡率が30%減少した。

CLMは、地区ごとの保健システムで諸施設のネットワークのあり方を再編できるよう支援を進めている。さらに、CLMを適用するためには、従来から安全な母性委員会に参加してきた関係者（具体的には臨床研究所や血液銀行の長、保健地区行政官など）よりも幅広いステークホルダーの関与を得ることが必要となる。

CLMのひとつの成果は、保健省とメキシコ社会保険庁（IMSS）双方のリプロダクティブ・ヘルス部局が、妊産婦死亡の原因の報告方法を変えたことである。現在では、「子癇前症、敗血症等」のような医学的原因だけではなく、ケアの過程で過失があったことが明らかになった場合は、それについても報告するようになった。例えば、いずれかの地区ないし州の保健システムが妊産婦死亡について報告する場合、現在では、「妊産婦死亡の15%は、保健センターに静脈注射用の溶液がなく、搬送前に女性の容態の安定化を図れなかったために発生した」とか、「妊産婦死亡の10%は、週末、外科医を地区病院に呼び出すのが遅れたために発生した」と書かれる。医学的原因にとどまらない検討を行うことは、すぐに対処していれば妊産婦死亡を防ぐことができたであろう保健システムの欠陥を診断する上で役立つ。

参考文献は110ページを参照。

新しい技術も、妊産婦・新生児保健についてのデータ収集を支援する可能性を發揮しつつある。

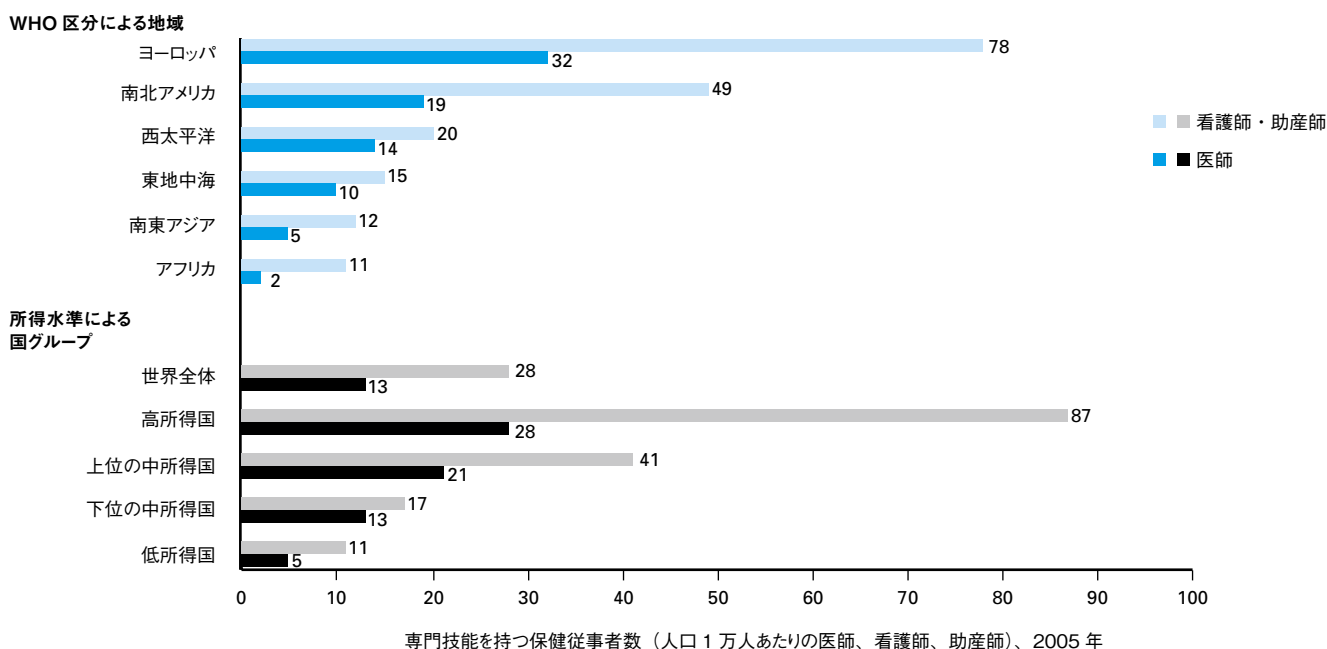
けるデータ収集の改善につながる希望を与えてくれるものである。

妊産婦死亡プログラム評価イニシアティブ(IMMPACT)がブルキナファソ東部で実施したある研究では、127人の面接員が、携帯情報端末(PDA)を活用しながら、わずか3カ月強で8万6,376世帯のデータを収集した。機器の単価は約350米ドルで、装置全体で6万米ドルになる。費用対効果分析は終わっていないが、紙による調査

を行った場合は、100万枚以上の印刷資料、100台のGPS受信機、20台のデスクトップ・コンピュータが必要で、さらにこれ以上の費用がかかったはずである。今回のPDA活用実験には、紙ベースの調査の問題として挙げられることが多いデータ入力の即時性の面でも、優位性が見られた。また、調査に必要な言語能力を持ち、携帯電話に親しんでいる地元の学校の生徒たちを訓練し、調査に協力してもらうという試みも行われた¹¹。

もちろん、プログラムや政策の指針となる有益な情報を提供するデータ収集手段は無数に存在する。資源配分および政策的対応に有効活用するために、そして妊産婦死亡の削減に最大の効果を得られるようにするために、地方、国および国際社会の各レベルでこれらのデータを伝達・分析していくことが必要不可欠である。

図4.3 専門技能を持つ保健員は、特にアフリカと南東アジアで不足している



出典：World Health Organization, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp.82-83.

妊産婦保健の新しい方向性

マリオ・メリアルディ (WHO)、ジェニファー・ハリス・レケホ (妊産婦・新生児・子どもの保健のためのパートナーシップ)

21年前、国際保健コミュニティは「安全な母性のためのイニシアティブ」(Safe Motherhood Initiative)のもとに結集し、国際公衆衛生の分野では上位集団と下位集団との間の格差が最も著しい妊産婦死亡率に焦点を合わせるようになった。それでも、ミレニアム開発目標の基準年である1990年までに、依然として毎年50万人以上の女性——そのうち99%は途上国の女性——が毎年妊娠・出産に関係する合併症から命を落とすという状況があった。2005年の推定妊産婦死亡率は、妊娠・出産中に毎年約53万6,000人の女性が死亡し続けていることを示している。これは、大ざっぱに言えば、基本的には予防可能な原因で1分にひとりの女性が命を落としている計算である。これらの死亡例は、低資源国の中でも最も不利な立場に置かれた人口グループに著しく集中している。これは、もっと高い関心を集めていけるべき、根強く残る不公正な社会的不平等の反映である。これらの妊産婦死亡は、サハラ以南のアフリカ(年間妊産婦死亡数の半数を占める)と南アジア(35%)で、人口比に照らして不相応に多く発生している。そのため世界は、1990年から2015年にかけて妊産婦死亡率を4分の3低減するという数値目標(ミレニアム開発目標5のターゲットA)の達成からはほど遠い状況に置かれている。

「安全な母性のためのイニシアティブ」の開始以降、妊産婦死亡の削減の面では残念ながら進展がないにもかかわらず、いくつかの分野では妊産婦保健に関して重要な前進が達成されてきた。国際的レベルで保健分野に前代未聞の量の資源が割り当てられるようになったことは、基礎保健ケアへの政治的なコミットメントが改めて確認されたこと、妊産婦・新生児・子どもの保健に特に焦点を合わせた新たな補完的イニシアティブが立ち上げられていることとあわせて考えると、これまで軽視されてきた妊産婦死亡の問題に対処しようという動きに弾みがつきつつあることを示唆している。こうした方向への他の発展としては、公衆衛生プログラムの核となる枠組みとして継続的なケアが採用されたこと、継続的ケアの指針を示し、これを推進していくために2005年に「妊産婦・新生児・子どもの保健のためのパートナーシップ」が設置されたこと、アフリカにおけるリプロダクティブ・ヘルス(性と生殖に関わる保健)および権利についての全大陸の枠組みを実施するためのマプト行動計画が批准されたこと、2015年までにリプロダクティブ・ヘルスへの普遍的なアクセスを実現することを目指す新しいターゲットがミレニアム開発目標5に追加されたこと(5.B)、「2015年へのカウントダウン」のための評価項目に妊産婦の生存が含まれたことなどがある。これらの前進は、国際保健コミュニティの中で、妊産婦と新生児の生存・福祉に重きを置こうとする動きが活性化していることの証である。

妊産婦死亡に関する推計値を出すための手順が改善されたこと、新たに中絶についての推計値が出されるようになったこと、妊産婦の健康問題がもたらす世界的な負担をマッピングする努力が強化されていることは、疫学的に見て重要な前進であり、各国政府やパートナーによる意思決定の改善を可能にするだろう。栄養不良が妊産婦死亡の原因となるという認識が広がるにつれ、妊娠期の微量栄養素補給への関心が再び高まるとともに、その背景にある基底的要因——貧困、ジェンダー差別、ディスエンパワーメント(多くの女子と若い女性にとって教育へのアクセスが限られており、また感染症の危険性が高いことを含む)——に対処する必要性がさらに強調されるようになった。妊産婦死亡率を低減するために必要とされる中核的保健セクター戦略についても、広範囲な合意が生まれつつある。今では、包括的なリプロダクティブ・ヘルス・ケアに、家族計画、すべての妊婦を対象とする妊娠中・出産時の専門的ケア、生命を脅かす

合併症にかかっているすべての女性と乳児を対象とする緊急ケアが含まれると考えられるようになった。この3本柱のそれぞれと結び付けられた、すでに有効性が証明されている支援策やアプローチについての普及率指標(出産前ケアの普及率、緊急産科ケアの有無、帝王切開実施率、避妊手段の利用率、出産時の専門技能者立ち会い率、出産後ケアの普及率、未対応の家族計画に関するニーズなどを含む)は、現在、各国政府、国連機関、国際保健パートナーシップ、NGO(非政府組織)により、「2015年へのカウントダウン」イニシアティブの中で追跡調査されている。

妊産婦の死亡と罹病が世界的にどのように分布しているかを記録し、効果的な支援策を特定・追跡する手法が改善される一方で、これを補完するものとして、妊産婦の健康上のリスクへの対抗方法に関する重要な研究成果も蓄積されてきた。疫学的な研究により妊産婦の生存の向上につながるものが分かっており、普遍的適用にも適したいくつかの支援策については、すでに幅広い実施の準備が整っている。妊娠高血圧症候群の予防を目的とした硫酸マグネシウムとカルシウムの補給、出産後出血の予防と治療に関するガイドラインの効果的普及戦略、妊婦に対しては最低4回の出産前訪問ケアを、新たに母親となった女性に対しては最低1回の出産後訪問ケアを行うことが望ましいという勧告などがそうである。妊産婦と新生児の健康が分かちがたく結びついているという認識が高まったことにより、マラリアとHIVを予防・治療するための効果的なプログラムも導入されるようになった。そのために、殺虫剤処理を施した蚊帳や妊娠期のマラリア予防のための間欠治療の提供、HIVの母子感染を予防するための支援策、HIV感染が(特に若者の間で)起こらないようにするための予防手段、HIV陽性の女性と子どもに対する抗レトロウイルス薬治療などを拡大するための措置が進められている。

成果が期待できる主要な研究分野としては、継続的なケアの流れに沿って妊産婦・新生児保健サービスの包括的パッケージが提供されるようにするための戦略策定に焦点を合わせた活動などがある。これらの戦略に欠かせない要素は、従来は垂直的アプローチを通して提供されていたサービス——例えば、予防接種や微量栄養素の補給——を、保健システム強化の一環として産前産後ケアに統合するためのメカニズムを設けることである。最近では、妊娠・出産に伴う主要な合併症——早産、死産、胎児発育障害、高血圧症、出産後出血、閉塞性分娩、産科瘻孔(ろうこう)を含む——についての多国間研究プロジェクトを推進するために、国際機関、政府機関、研究機関、非政府組織(NGO)、民間セクターが協働パートナーシップを立ち上げるという、心強い傾向も見られる。

妊産婦・新生児保健の向上を目的としたプログラムや研究イニシアティブへの政治的・財政的支援は増えつつあり、保健ケアへのアプローチも、単一の問題を対象としたセクター別アプローチから、協働しながら基礎保健ケアを継続的ケアとして提供する方向へと移り変わりつつある。これは、国民の福祉と発展のために非常に重要で、長年にわたって待ち望まれてきた妊産婦・新生児・子どもの保健面での成果が、近い将来、ますますはっきりしてくるのではないかと、希望と期待を抱かせる動きである。

参考文献は110ページを参照。

ラオスにおける保健システムの強化

ラオスは東南アジアの山国で、その大部分が農村部である。ひとりあたりの国民総所得平均は、2007年の段階で600米ドルに満たない。民族的多様性を有するこの国——50近い民族から構成されている——では、人口の40%近くが貧困線以下の生活をしている。同国は、1990年から2007年の間に5歳未満死亡率を57%低減することに成功しており、ミレニアム開発目標4を達成できる見込みだが、母親と新生児にとっては、いまなお保健面で重要な課題が残っている。

その中心となるのが、栄養不良、授乳・食事と衛生に関わる習慣の改善、予防接種、環境保健、そして、質の高い保健サービスを提供するための専門技能を有する十分な保健従事者の確保である。新生児の7人にひとり以上が低出生体重の状態生まれてきているが、これは母親の栄養状態の悪さと関連していることが多い。完全母乳育児率は最新の推計値で23%であり、東アジアと太平洋諸国の地域平均である43%をはるかに下回っている。改善された飲料水源にアクセスできる人は60%に過ぎず、適切な衛生施設にアクセスできる人の割合はわずか48%である。極めて重要なこれらのサービスの両方にアクセスできる人の割合は、農村部では今なおこれよりもはるかに低い。2007年には、1歳未満の乳児の40%しかはしかの予防接種を受けておらず、新生児破傷風の予防接種を受けた妊婦はわずか47%に過ぎなかった。ラオスの妊産婦死亡率は出生10万人中660で（2005年）、地域最高の妊産婦死亡率である。妊産婦死亡の生涯リスクの高さは、2005年の段階で33分の1となっていた。

これらの課題にも関わらず、同国の多数の農村人口に保健サービスを拡大していこうとする努力は着実に前進している。そのようなプログラムのひとつは、セーブ・ザ・チルドレン・オーストラリアが関わっているもので、サヤブリーの県保健事務所やその他のパートナーと協力しながら、4段階（各3年）で基礎保健ケア・インフラの拡大・充実を図っている。その目標は次の通りである。

- ・ **フェーズI**：地区のチームや村の保健ボランティア、伝統的助産師の研修を担当する県管理運営チームを強化する。また、妊産婦と子どもを対象とした保健クリニック（常設型・移動型）の設置を進め、必須設備を提供する。
- ・ **フェーズII**：すべてのレベル——県、地区、村——で基礎保健ケアを統合する。
- ・ **フェーズIII**：プログラムを4つの遠隔地区に拡大する。
- ・ **フェーズIV**：小児期疾病統合管理の枠組みを採用することで、保健従事者のスキルを高める。

このプログラムでは、改善された栄養習慣（母乳育児と補完食を含む）について女性を教育することが優先される。ラオスでは、授乳・食事に関する不適切な習慣と子どもの栄養不良との間に強い関係があることが、研究により分かってきたからである。そのほかの保健情報（臨床ケアと予防接種に関するものを含む）の伝達も、このプログラムの重要な構成要素のひとつとなっている。

このサヤブリー・プログラムは大きな成功を収めた。12年間にわたるコストはおおよそ400万米ドルと非常に安く、ひとり当たりの支出は年間わずか1米ドルである。地区の妊産婦死亡率は、1998年から2003年の間に、出生10万人あたり218から10万人あたり110にまで減少した。乳児が補完食を与えられ始める平均月齢も、1999年には生後2.8カ月だったものが2001年には生後3.7カ月にまで延び、生後4カ月間の完全母乳育児率は、1999年の28%から2004年には66.2%に向上している。しかし予防接種の普及率は依然として不十分なままであり、3種混合ワクチン（ジフテリア・百日咳・破傷風）の接種を3回以上受けた1歳未満児の割合（定期予防接種の普及率に関する基準指標）は、2007年の段階で50%にとどまった。

妊産婦・新生児保健を向上させるための補完的取り組みとして進められている「思いやりのあるパパ」広報キャンペーンでは、父親に対し、自分自身および赤ん坊のケアをする妊婦と母親を支援するよう奨励している。保健省は、ユニセフおよびラオス労働組合と協力しながら、家族のケアに男性がより積極的に関わるよう呼びかけるための包括的手法の開発に取り組んできた。これらのキャンペーンは収入を得ている父親を主たる対象としているが、これは、この国のHIV感染拡大の原因となっている商業的性行動に関与する可能性が最も高いのがこのグループであることが分かっているからである。ラオスの成人HIV感染率はいくつかの近隣諸国ほど高くないが、貧困と国境を越えた移住がHIVの拡散を助長している。「(ママの) 妊娠中に活躍する思いやりのあるパパ」といったテーマで作成されたポスターや冊子は、需要が予想外に高く、増刷されている。

保健分野におけるコミュニティのイニシアティブの促進を目的としたこれらのプログラムは、2007年にユニセフが支援した拡大予防接種・栄養補給キャンペーン、そして保健インフラの整備とあわせて、ラオスで依然として多数発生している妊産婦・新生児死亡の削減に、着実に役立ち始めている。

参考文献は110ページを参照。

保健従事者危機への対応は、妊産婦・新生児保健の向上にとって非常に重要である。保健従事者はアフリカとアジアで最も不足している。



© UNICEF/H007-1307/Anita Khemka

妊産婦死亡を防ぐことは、新生児の生存と健康を守ることに役立つ。無事に出産を終えて、生まれたばかりの娘とともに産科病室のベッドに横たわる母親（パキスタン）

ステップ2：人的資源、養成・研修、監督を充実させる

多くの開発途上国は、専門技能を持つ保健従事者の深刻な不足に直面している。大規模な国外移住、エイズ、武力紛争などが国の保健労働力を弱体化させている主な要因であり、これにより、妊産婦と新生児の死亡・罹病の削減に関わる前進が抑制されている。さらに、保健従事者の分布も不均衡であり、開発途上国に比べて先進工業国に、国内では農村部に比べて都市部に集中している。

2006年、世界保健機関（WHO）による調査の結果、出産時に専門技能を持つ保健従事者が立ち会う割合を十分な形で達成するためには、各国は1,000人あたり平均2.28人の保健ケア専門家を配置することが推奨された。この基準を満たしていない57カ国のうち、36カ国はサハラ以南のアフリカ諸国である。絶対数で保健従事者が最も不足しているのはアジア——特にインド、インドネシア、バングラデシュ——だが、相対的に見て最大のニーズを抱えているのはサハラ以南のアフリカで、必要な人数

を確保するには保健従事者の数が140%増えなければならない¹²。WHOは、“*World Health Report 2005*”（『世界保健白書2005』）の中で、2030年までに妊産婦保健ケアの普及率を高めるためには、普及水準を現在の3倍に増やさなければならないと推計している。また、専門的技能を持つ保健従事者が立ち会う出産の割合を2015年までに世界全体で73%にするためには、新たに33万4,000人の要員が必要であるとされる。これに伴い、医師、外科医、麻酔科医、技師、保健施設内の産科病棟も数千単位で増やさなけ

出産時に十分な専門的介助を行うためには人口1,000人あたり2.28人の保健従事者が必要であるというWHOの最低基準は、57カ国——そのうち36カ国はサハラ以南のアフリカ諸国——で満たされていない。

ればならない¹³。

分娩時に専門技能を持つ保健従事者が立ち会うことにとって代わる手段はない。これは、多様な特徴を持ちながらも妊産婦死亡率を下げることに成功してきた国々に、共通に見られる要素のひとつである。専門技能を持つ出産介助者の定義は、WHOによると、「助産師、医師または看護師のような、資格を認められた保健専門家であって、合併症を伴わない分娩の管理および分娩後のケアについて、ならびに女性や新生児の合併症の識別、管理および紹介・搬送に

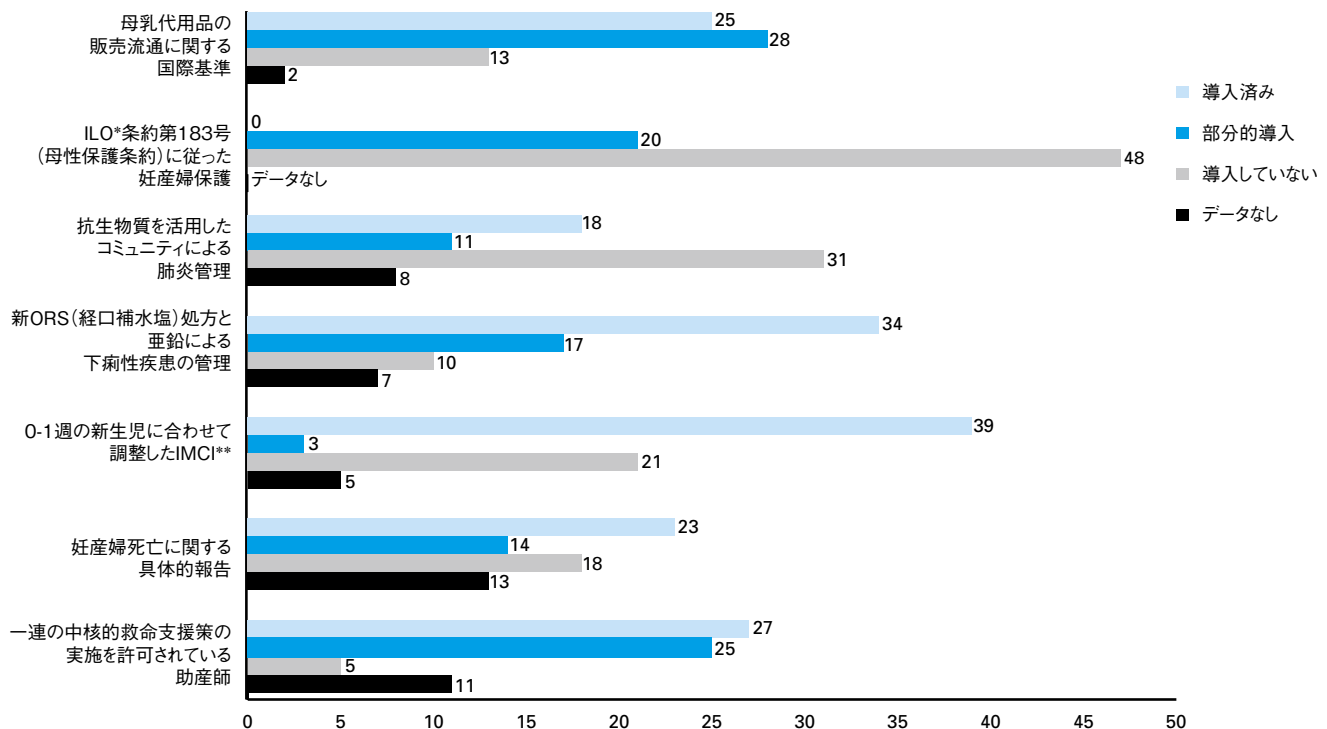
ついて教育または訓練を受けたことのある者」とされている¹⁴。しかし、このカテゴリーに該当する保健従事者のスキルは国によって大きな幅があり、「出産介助者」と呼ばれている保健従事者が全員必要なスキルを持っているとは限らない。

助産師や、それよりは短い期間の訓練を受け、それほど高い学歴資格を要求されない中級水準のサービス提供者は、幅広い保健従事者の中核のひとつに位置づけられるべきである。このような保健従事者は、それぞれ異なる役割を担い、仕事の負担

を分散させ、妊婦と新生児の紹介・搬送システムを構築することができる。訓練を受けた出産介助者を支えるものとして、そのスキルを活用できるような環境を確保することも非常に重要である。そのためには、効果的なチーム、物資の供給、監督、紹介・搬送システムが必要となる。例えば、モザンビークでは、助産師や看護助産師が産科医を手伝い、十分なサービスが提供されていない地域で、費用対効果が高い良質な緊急産科ケアの提供を可能にしてきた¹⁵。ペルーでは、コミュニティ保健員が毎月「ハイリスク」家庭（1歳未満

図4.4

「2015年へのカウントダウン」優先支援対象68カ国による 主要な妊産婦・新生児・子ども保健政策の導入状況



*ILO: 国際労働機関

**IMCI: 小児期疾病統合管理

出典: Countdown to 2015, *Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report*, UNICEF, New York, 2008, pp.200-201.



専門技能を持つ保健従事者とコミュニティ保健員の採用、研修および保持を通して保健労働力を強化することは、開発途上国全体にとっての重要な課題である。病院で助産師に対する研修を行う医師（アフガニスタン）

© UNICEF/HQ07-141/Antia Khemka

の子ども、妊婦、子育て世代の女性がいる家と定義されている）を訪れ、呼吸に問題を抱える赤ん坊の支援にあたっている¹⁶。責任を分散させることにより、仕事量が多すぎる少人数のスタッフに過度に依存する状況を緩和させながら、妊婦と子どもにさらなるケアを提供できるようになるのである。

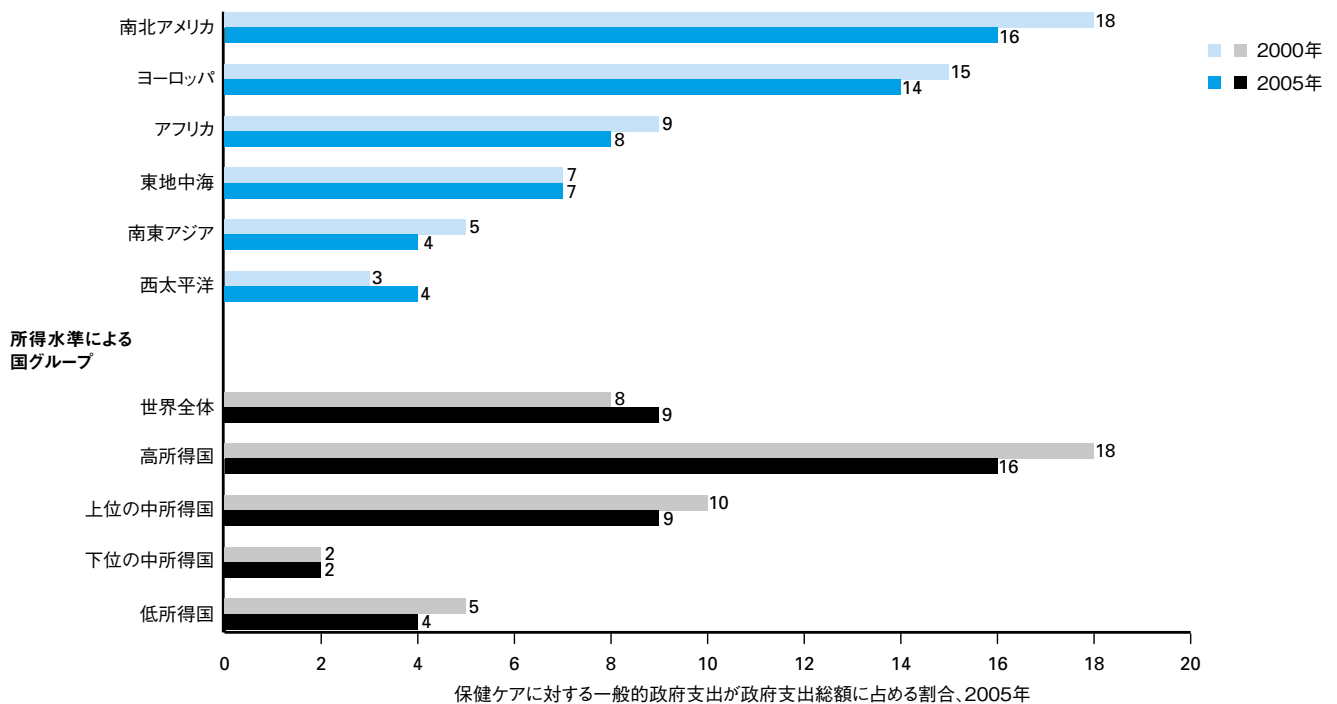
各国はまた、保健従事者に十分な報酬を保障し、そのニーズに応える労働力保持戦略の策定という課題にも直面している。例えばマリでは、保健省が新卒の医師が農村部でのサービスに従事することと引き換えに、研修の機会、宿泊場所、設備、移動手段を提供している¹⁷。パキスタンでは、「パンジャブ安全な母性のためのイニシアティ

ブ」が、研修医を小管区病院からシクプラの地区病院にローテーションで派遣し、24時間体制で質の高い産科・緊急ケアを提供している¹⁸。助産師の短期ローテーション、研修機会の提供、心理社会的支援グループなど、非金銭的なその他のインセンティブもアフリカ南部・東部で活用され、程度こそ異なるものの、一定の成功を収めてきた。しかし、その効果を十分に評価するためには、より大規模な実施とさらなる調査研究が必要である¹⁹。

図4.5

アジアでは、保健ケアに対する政府支出が公共支出全体に占める割合は最低の水準となっている

WHO区分による地域



出典：World Health Organization, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp.90-91.

母親と新生児の命を救う——産後数日間の重要性

ジョイ・ローン (南アフリカ・新生児救命プログラム/セーブ・ザ・チルドレン米国 上級研究政策顧問)

産後ケアへの投資は母親と新生児の生存の面で大きな利益につながる

個人が生涯を通じて最大の死亡リスクに直面するのは、分娩中および生後28日間(新生児期)である。毎年400万近い新生児がこの時期に命を失っており、これは1日約1万人に相当する。新生児死亡の4分の3は生後1週間以内に生じており、100万から200万人が生後1日以内に死亡している。これらの死のほとんどは家庭で起きており、記録に残ることもなく、家族以外の人には知られないままである。加えて、毎年何百万人もの子どもたちが重篤な病気にかかり、数知れぬ子どもたちが生涯残る障害を負っている。さらに、妊産婦の死亡・罹病リスクが最大になるのも、出産時および分娩直後の時期である。

新生児敗血症や分娩後出血などの合併症にかかった赤ん坊や母親にとっては、適切なケアの提供が数時間遅れただけでも命とりとなり、あるいは長期の傷や障害のもととなる可能性がある。バングラデシュで得られた新しい重要なデータによると、出産の翌日あるいは2日後に家庭訪問をすれば新生児死亡を3分の2減らすことができるが、それ以降の訪問は、死亡を減少させるという面ではそれほど効果がない。出産直後の時期——生後7日間——は、命を守ることにつながる効果の大きい行動(完全母乳育児を含む)を開始するのに極めて重要な時期でもある。最適な母乳育児は、生後6週目の訪問時に乳児が予防注射を受けてから始めればよいというものではない。子どもが生まれてから数日の間に効果的な支援と助言を提供すれば、完全母乳育児率の向上に直接寄与することが、エビデンス(証拠)により分かっている。新生児期に取るべきその他の主要な行動——臍の緒の衛生的ケア、赤ん坊の保温など——も、特に早産の子にとっては、生死を分けるほどの差につながる場合がある。出生直後は、HIVの母子感染を防いだり、また女性に家族計画の選択肢へのアクセスを提供する上でも極めて重要な時期である。

早期の出産後ケアの普及における格差

出産後の早い時期に母親と新生児に効果的なケアを提供すると、継続的なケアのあらゆる段階で、生存・健康面で最も大きな成果を挙げられる可能性がある。しかし、それが確実であるにも関わらず、出産後の最初の数日間は、適切なサービスや行動の普及率が今のところ最も低い時期なのである。「2015年へのカウントダウン」イニシアティブの優先支援国に指定されている68カ国では、出産後ケアを受けた女性はわずか平均21%にとどまっている。

出産後ケアのパラダイム変革

母親と新生児にケアを提供することの重要性、そして普及面で現在存在している大きな格差についての認識が高まり、さらにはそれを裏づけるエビデンス(証拠)が主として南アジアにおける試行事例から得られたことで、パラダイム・シフトが促されてきた。3つの基本的考え方が新たに生まれている。

- **なぜ?** 母親と新生児に対する出産後ケアを統合することは、分娩後ケアと新生児ケアに対して別々のアプローチを取るよりも、有効かつ効率的なケアを提供することにつながる。

- **どこで?** 定期訪問による出産後ケアは、自宅あるいは自宅の近くで提供されるべきである。これは、健康的な行動を推進するためでもあり、治療ケアとの結びつきを図るためである。問題が起きれば、母親あるいは赤ん坊は保健施設に連れてこられるだろうと期待しているだけの、従来のような対応では十分ではない。

- **いつ?** 母親および赤ん坊と早期に接触することは極めて重要であり、最初の訪問は産後24時間以内、最大でも48時間以内に行うのが理想である。より一般的に行われている、産後6週間目の訪問では十分ではない。「2015年へのカウントダウン」は、2008年の報告書の中で出産後ケアに関する指標を公にしているが、そこでは産後2日以内のケアに重きが置かれている。大規模調査のあり方も変わりつつあり、より多くの国やコミュニティでこの指標による測定が行われるようになってきた。

政策と行動との間の格差を縮める

出産後ケアの重要性を反映させる形で政策や指標を変えることは、生命を救うための必要条件ではあるが、十分条件ではない。出産後の時期のケアの普及率を高め、良質なケアを確保するためには、サービスの規模の拡大も図らなければならない。出産後ケアのパッケージに何を含めるかはかなり明確になっているが、最も効果的なサービス提供メカニズムのあり方はそれぞれ異なってくる。特に、遠隔の農村部でサービスを提供する方法、出生直後に新生児と母親にサービスを提供する方法についてはこれが当てはまる。図4.6は、保健施設へのアクセス条件と、施設およびコミュニティ・レベルでの人材の利用可能性によって、サービス提供方法の選択肢を示したものである。出産後ケアに必要な仕事の多くは、適切な監督を受け、保健システムと効果的な結びつきを有している保健普及員に委託することができる。

新生児感染症の症例管理は緊急の優先事項

予防ケアを目的として出産後ケアのための訪問を早期に行うことは極めて重要であるが、それは治療ケアと統合されてこそ、死亡率低減の面で最大の効果を発揮する。新生児死亡のほぼ3分の1は感染症によるもので、貧しく、死亡率の高い環境ではこの比率ははるかに高くなる。死亡する赤ん坊の多くは早産で生まれてきた子どもである。

出産後ケアのための効果的なパッケージが用意されていれば、新生児の感染症は早期に発見されるはずである。しかしほとんどの国では、新生児の疾病は保健施設への紹介・搬送を通じてしか治療ができない。たとえ紹介・搬送されたとしても、そのうち実際に治療を求める人の割合は低くとどまっている。ひとつの対処方法は、第1次レベルで通常のIMCIを担当している保健員に抗生物質治療を開始させることである。コミュニティ保健員がすでに肺炎やマラリア等の症例管理を行っている国では、より自宅に近い場所でケアを提供できるようにするため、新生児感染症の症例管理も委ねることが考えられる。アジアで実施されたいくつかの研究により、このような戦略がいかに新生児死亡の大幅削減につながるかが分かっており、ネパールでは現在、コミュニティにおける新生児敗血

症の症例管理が、小児肺炎の症例管理と連携させる形で拡大されている最中である。「カウントダウン」優先支援対象68カ国のうち39カ国が政策の転換を図り、小児期疾病統合管理の枠組みの中に新生児敗血症の症例管理を含めることにした。現在の主要な課題は、各国でこのようなケアを適切に行えるサービス提供者を見つけ出すことである。

知識の格差を埋める

新生児死亡のほぼすべて（98%）は低・中所得国で発生している。それなのに、ほとんどの研究や資金提供は、高所得国で発生している残り2%の新生児死亡を対象とした、高い技術のケアをゆるやかに前進させることに重点が置かれているのである。もっとも、現在増えつつある研究では、新生児死亡の大半

が発生している場所で、とりわけ保健施設へのアクセス率が低い場所で救命につながる支援策を提供するために「どのような方法で、誰が、いつ、どこで」対応すればよいかについて、新たな指針が示されつつある。アフリカの8カ国でネットワーク型研究が進行中であり、それぞれの国の状況に合わせて修正を加えたパッケージと、大規模に展開できる可能性がある保健員組織のあり方についての検討が進められている。救われた命およびかかった費用の分析を行うことは、人生の最初の時期における妊産婦・新生児ケアを向上させるための政策とプログラムのあり方を示すのに役に立つ。

参考文献は110ページを参照。

図4.6

出産後ケアに関する戦略：実現可能性と実施の際の課題

	出産後ケアのための接触を図るために考えられる戦略	母親にとって利用しやすい	サービス提供者が実行しやすい	実施における課題
1	母親と赤ん坊が施設に出向く	*	***	出産から非常に短い期間内に母親が施設に行かなければならない。施設出産の後であれば可能性は高まるが、それでも出産後数日間は困難を伴う。
2	専門技能を持つ保健従事者が家庭訪問し、母親と赤ん坊に出産後ケアを提供する	***	*	十分な人的資源の存在が条件となり、その確保には困難が伴う。専門技能を持った保健従事者にとっては、出産時に自分たちが立ち会う割合が依然として低い状況下では、出産後ケアの提供は最優先事項として位置づけられない可能性がある。出産後ケアに関わる仕事の多くは、専門技能を持つ保健従事者以外に委任することができる。農村部の保健施設で午後にあまり受診者がいない場合は、専門技能を持つサービス提供者が出産後の時期に家庭訪問を行えるかもしれない。
3	コミュニティ保健員が家庭訪問して母親と赤ん坊の様子を見る	***	*	十分な人数のコミュニティ保健員を配置し、適切な研修、監督およびインセンティブの提供を行うことが必要となる。
4	併用型：施設で出産の上、最初の出産後ケアは施設内で行い、2～3日中に家庭訪問を実施する。それ以降は保健施設に出向いてもらって出産後ケアを提供する	**	**	施設を基盤とする保健員とコミュニティ保健員との間でチーム・アプローチを取らなければならない。十分な人的資源とその管理・監督、効果的な紹介・搬送システム、母子の健康増進を容易に追跡できる効率的な情報追跡システムも必要。

注：*利用/実行しにくい、**中程度、***利用/実行しやすい

出典：Lawn Joy, and Kate Kerber, editors, *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, 2006.

妊産婦サービスを支える活動にコミュニティ・パートナーシップを取り込んだイニシアティブは、いくつかの開発途上国で確実な希望をもたらしつつある。

ステップ3：社会的動員を推進する

供給側がとる措置は、世帯やコミュニティのレベルで質の高い保健ケアを要求する声が強くならなければ、うまくいかない。社会的動員が優先されなければならない。個々の家族——特に女性——とコミュニティは、保健ケアの提供におけるパートナーとして包摂・処遇されなければならない。いくつもの事例が示しているように、正規の保健ケア施設と接触した際に否定的な経験をする、家族が、そしてコミュニティ全体までもがケアを求めたがらなくなる可能性があるのである。

妊産婦・新生児保健向上のための最

も重要な支援策のひとつは、予防可能なリスクを認識することである。妊娠・出産には深く根付いた文化的態度・信条が付きまとうことが多く、女性の体調不良や疾病、新生児の死亡・罹病について女性自身が非を負わされることもある。死産や新生児の死亡が当たり前になっている場合、それは予防可能なものとしてとらえられていない可能性がある。従来のもので代わるやり方を受け入れるようコミュニティに強制することはできないが、コミュニティは、自分たち自身の、そして母親と子どもの健康と福祉を推進していくパートナーになりうる。

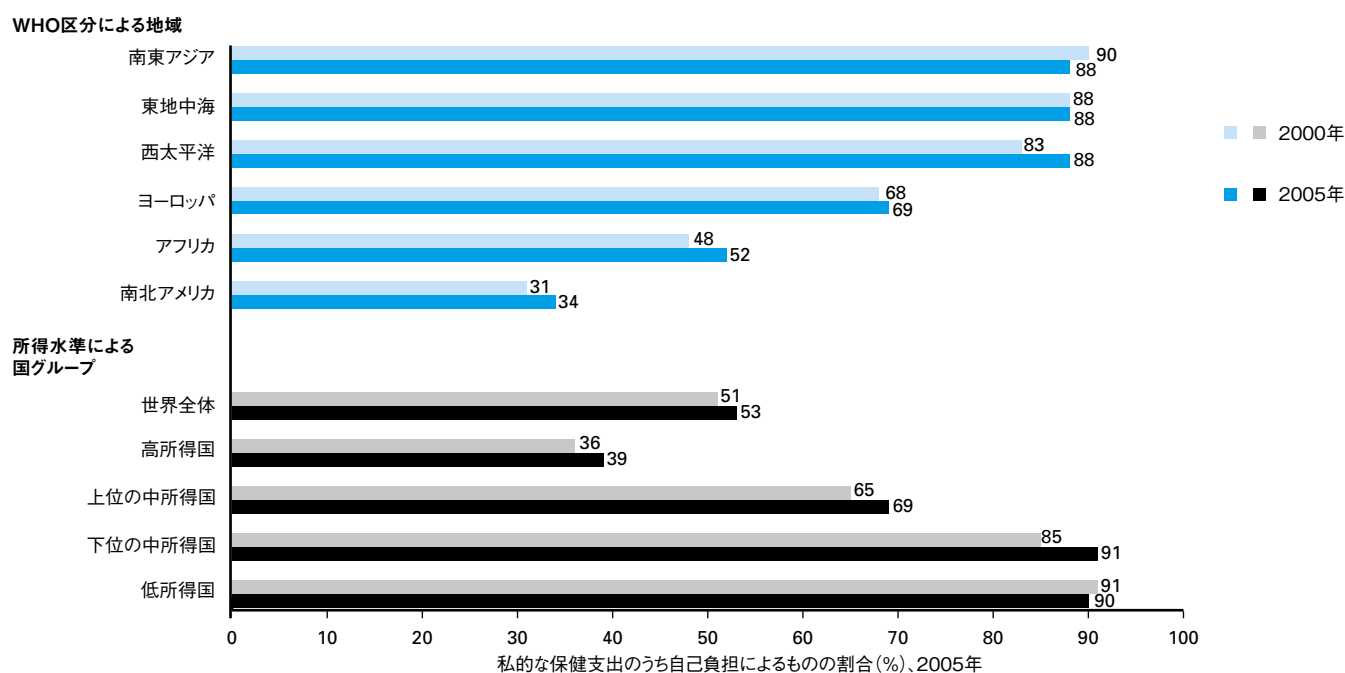
健康的な習慣や態度、またケアを求めるための適切な知識を養成する上で

保健教育が中心的な役割を果たすことになるが、保健ケアを提供するにあたって、コミュニティの主要なステークホルダーに直接関与してもらうパートナーシップも重要である。そのようなパートナーシップの一例がブルンジで進められている。伝統的助産師が、正規の保健ケア従事者および新たに母親となった女性の援助者として保健施設での出産に立ち会うのである。出産した女性は、立ち会い料を払う代わりに、食べ物その他の贈り物をする事になっている²⁰。

保健システムへのコミュニティ参加は、強制的なやり方ではなく、包摂的なやり方をとることによって進めることも可能である。エクアドル

図4.7

低所得国では私的な保健ケア支出のほとんどは自己負担である



出典：World Health Organization, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp.90-91.

妊産婦・新生児保健の向上につながる支援環境を強化するには、男性その他の親族を含む家族を動員し、健康上のリスクを認識させ、これに対応できるようにすることが必要不可欠である。

ブルンジ：母子保健ケアに対する政府のコミットメント

ブルンジは、世界でも最も開発が遅れた途上国のひとつである。内戦が長期化し、政治再編が中断されたために、経済的・社会的な前進が阻まれてきた。貧困率は急激に上昇しており、ブルンジ人の88%近くが1日わずか2米ドルで生活している。人口の66%が栄養不良に陥っており、5歳未満児の半数以上が中度あるいは重度の発育不全である。2005年には、女性が直面する妊産婦死亡の生涯リスクは16分の1であった。調整後の妊産婦死亡率は出生10万人あたり1,100（2005年）であり、新生児死亡率は出生1,000人あたり41（2004年）に上る。

ブルンジは、貧困層一般に対して、そして特に母子に対して、手が届く料分で質の高い保健ケアを提供することの重要性を経験から学んでいる。2002年2月、政府は費用回収プログラムを実施し、診察、検査、医薬品の費用を患者が支払う形にした。このイニシアティブは、導入されて間もない保健ケア・システムのための資源の捻出を目的としたもので、農村部の17州のうち12州で実施され、同国の全人口850万人のうち500万人がその対象とされた。このプログラムの導入により、公的病院で受けた医療サービスに対する支払いができない患者数が増え、その多くが院内に留め置かれる事態となった。帝王切開により出産した女性は、患者の監禁に関するヒューマンライツ・ウォッチの報告書（2006年）に記載されている貧しい患者の35%を占めると推定されている。同研究で取り上げられている貧しい患者の10%は子どもであった。医療費の負担が大きいことに加え、女性と子どもに対する保健ケア・サービスは質の低いものであることが多かった。

ンクルンジザ大統領が率いる現政府は、この保健ケア危機への対処に乗り出している。ブルンジが暫定的債務救済を受けて国際通貨基金と世界銀行による「重債務貧困国イニシアティブ」に参加した2005年、保健予算は3倍に増やされた。2006年には、妊婦と子どもに対する保健ケアの無償化を発表するという、極めて重要な一歩を踏み出した。同年、国連人口基金、世界保健機関（WHO）、世界食糧計画（WFP）およびユニセフの支援を受けて、「新生児・妊産婦死亡を削減するためのロードマップ」という新しい政策が作成・開始された。2007年には新たに重要な一歩が踏み出され、ブルンジは「国際保健パートナーシップ」に参加する8カ国のひとつとなった。これは、各国政府、国際機関および非政府組織（NGO）が構築する、国家主導かつ成果志向の協働事業である。この

パートナーシップの主な目的のひとつは鍵となる一連の目標を明らかにすることであり、その中には、保健施設における出産数を増やすこと、HIVの母子感染予防サービスを増やすことも含まれている。

ブルンジの「国家リプロダクティブ・ヘルス政策」には、子どもの死亡を削減するための重要な戦略として、新生児ケアが含まれるようになった。この政策の中心の特徴として、HIVの母子感染予防のためのサービスの拡大も盛り込まれる予定である。ブジュンブラの若い妊婦（15～24歳）の間では、HIV感染率の中央値が2005年には16%に達した。今後のプログラムで取り上げる分野のひとつとして、母子感染予防戦略への男性のさらなるサポートを得るための方策についても考えていくことになるかもしれない。

ブルンジはまた、大いに必要とされており、女性と子どもに良い影響を与えるであろう基礎保健ケアの提供にも乗り出している。予防接種プログラムでは、ハイリスク地区の女性の4分の3近くに破傷風トキソイド・ワクチンを提供してきた。こうした努力は、国・地方レベルのステークホルダーたちに大きな刺激を与えている。しかし、ブルンジの保健インフラを構築していく上で国際社会や草の根レベルの人々から継続的な支援を得るためには、政府が貧しい人々への保健ケアに今後も優先して取り組んでいくことが必要になる。

参考文献は110ページを参照。

質の高い保健ケアへの資金配分は世界的な課題である。「2015年へのカウントダウン」優先支援対象68カ国のほぼ3分の1は、ひとり当たり年間45米ドルという、同イニシアティブが掲げた最低基準を満たしていない。

の政策立案者たちは、そのようなアプローチを取り、リプロダクティブ・ヘルスに文化横断的アプローチを法的に組み込んだ。その目的は、維持可能な保健開発への少数民族女性のさらなる参加を奨励することにある。この戦略は、一部の少数民族女性が抱えている、自分たちは文化的慣習（垂直位での出産など）のために近代的健康サービスから排除されているという考えに対処するのに役立つかもしれない²¹。

男性その他の家族の参加を得る

結束を強めるという目標を達成するためには、より多くの女性だけではなく、男性も取り組みに含めていかなければならない。研究によると、男性は、無数の合併症が妊産婦死亡につながることは理解しているものの、妊産婦死

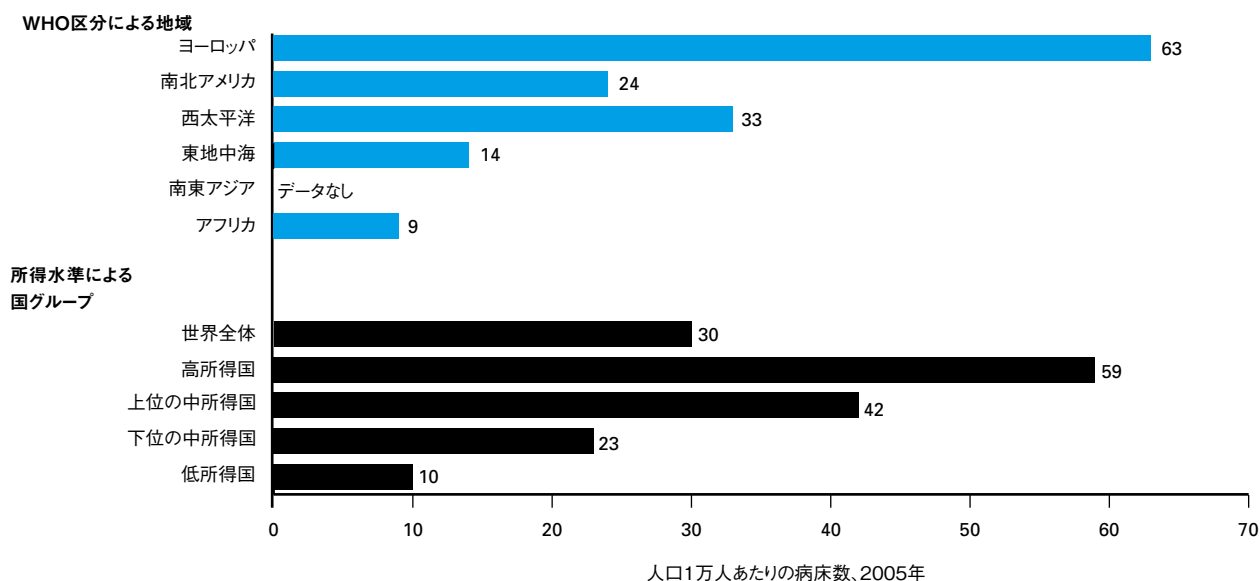
亡の予防における自分たち自身の役割は必ずしも認識していないことがうかがえる。母子の生存と健康に関わる男性の役割について、より詳細な調査研究が必要である。現在利用可能な研究のほとんどは経済的対応に焦点を合わせており、疾病予防、ケア、栄養、健康を左右するその他の要因についてはあまり取り上げられていないからである²²。

男女の親を動員することが可能であるのと同様、その他の家族もやはり動員可能である。拡大家族を構成する親族がすぐ近くに暮らしている多くの社会では、姻戚その他の年長の親族が保健ケアに関する意思決定をめぐって影響力を有している。例えばマリでは、コミュニティ教育に祖母たちが参加したことにより、母親と赤ん坊に対する望ましい栄養の与え方、重労働が母親

に及ぼす有害な影響についての意識が高まるとともに、パートナーや新生児のケアへの父親参加も進んだ。このプログラムは、女性と姑との関係を改善し、双方の間に距離を生んでいた恥の感覚や不信感を軽減する上でも役立つ²³。

図4.8

低所得国では病院のベッドが1万人あたり10床しか用意されていない



出典：World Health Organization, *World Health Statistics 2008*, WHO, Geneva, 2008, pp.82-83.

インドにおける妊産婦・新生児保健ケアの統合

地域規模、世界規模で妊産婦・新生児保健の向上を図るためには、インドの前進が極めて重要である。最新の国際的推計値によれば、インドの妊産婦死亡率は出生10万人あたり450（2005年）、新生児死亡率は出生1,000人あたり39（2004年）となっている。いずれの数字も前年よりは下がっている。しかし、経済は急速に成長している——2007～2008年の実質総国内生産の年間平均伸び率は9%を超えている——とはいえ、保健面での成果については、所得集団間の、また社会的集団・カースト集団間の格差が一般的に広がっている。拡大しつつある不平等が、基礎保健ケアの提供が不足していること、ケアの費用が上昇していることとあいまって、保健関連のミレニアム開発目標を達成しようとする同国の努力を困難なものとしているのである。

ざっと11億人に達する総人口、環境面・社会文化面における広範な多様性、28の州と7つの連邦直轄地域から成る複雑な政治体制を有するインドでは、国民の保健ケアに関する管理運営はもっぱら地方分権化されてきた。インド政府は基礎保健ケアの拡大を強調してきたが、憲法上、これは州の管轄事項である。2000年からは、農村部や十分な実績を収められていない諸州（ビハール、オリッサ、ラジャスタンなど）の女性と子どもへのケアの提供を強化するために、さらなる努力を開始した。また、まだほとんどの人には手が届かない民間の保健ケアも奨励してきたが、その一方で、公的保健ケアへの拠出は国内総生産の2%にまで落ち込んでいる。

格差の拡大に対処するため、インド政府は「万人のための成長」を進めていく決意を明らかにした。そのようなイニシアティブのひとつに、国家農村保健計画に基づいて実施される政府後援プロジェクト、「ジャナイ・スラクシャ・ヨジャナ」がある。これは、妊娠中の出産前ケア、保健施設における介助付きの出産、現場レベルの保健従事者による出産後ケアの利用を、現金給付により促進しようとするものである。10の州で貧困線以下の生活をしている19歳以上の妊婦は、全員2回目の妊娠まで手当を受給することができる。プログラムに登録されていない女性でも、分娩停止、子癇、敗血症のような合併症を経験している場合は、手当の受給資格が認められる。このプログラムには、参加する民間保健従事者の認証・補償のためのメカニズムも含まれている。

2007～2008年にラジャスタン州のいくつかの地区で実施されたフォローアップ研究によると、ジャナイ・スラクシャ・ヨジャナにより、出産前後のケアへのアクセスが増えたという。この検証作業により、研究に参加した200人中76人（40%近く）が、インドの法定婚姻年齢である18歳に達していない女子であることも明らかになった。このプログラムは現在もケアへのアクセスを拡大することに成功しており、他方、政府は女子と女性の状況をより緊密に監視できるようになっている。

いくつかの州は、民間セクターとの保健パートナーシップを開始するためのイニシアティブにも乗り出している。インドでも最も開発が進んでいる州のひとつ、グジャラート州では、専門技能を持つ保健ケア提供者が不足していることから、州政府が民間病院と協力し、貧困線以下の生活をしている妊婦、特に指定カーストおよび指定部族の妊婦に、無償の産科ケアを提供するようになった。この「チランジーヴィ・ヨジャナ」（長寿のためのプログラム）は2005年に開始されたもので、グジャラート州政府と民間産科医が交わした了解覚書に基づいて運営されている。出産1回につき、政府は1,795ルピー（約40米ドル）を支払う。これには、患者ひとりにつき200ルピーの交通費と、サービス受給者の付添人に対して、その間仕事ができなくて得られない収入を補償するものとして50ルピーが含まれている。

2006年に発表された「チランジーヴィ・ヨジャナ」についての国連人口基金による研究は、このプログラムは保健施設における出産数の増加に成功したこと、民間産科医はこのイニシアティブへの参加についておおむね熱心であったことを報告している。ただし、患者側には出産のために保健施設を利用することへのためらいがあること、配偶者や姻戚が意思決定面で大きな影響力を有しているため、患者の保健ケアを積極的に求める能力を制約していることも付記している。この研究ではいくつかの勧告を行っており、その中には、品質管理と公平な実施を確保するための独立機関の設置も含まれている。

グジャラート州政府のイニシアティブは、保険会社のような仲介者に頼るのではなく、州政府が単独で責任を持って民間の保健ケア提供者への弁済を行うという点で、従来のやり方から脱却したものである。州政府は、産科医協会や学術組織のような専門機関と協力しながら、新体制の計画・実行を進めている。

このプログラムは顕著な成功を収めたため、グジャラート州の5地区だけで実施されていたものが、25全地区に拡大された。2006年1月から2008年3月までの間に180人の医師が登録された。10万件近い分娩が行われ、医師はひとりあたり平均540件を担当した。このような経験は希望を抱かせるものではあるが、確実に改善がもたらされ、所期の効果が達成されるようにするためには、継続的なモニタリングと評価が必要である。

参考文献は110ページを参照。



妊産婦・新生児ケアを強化・統合していくためには、国家的・国際的コミットメントと、機関間・組織間の世界的保健パートナーシップが必要である。幼児を抱き、補助食のカップを手にする女性（シエラレオネ）

ステップ4：公平かつ維持可能な資金拠出を確保する

質の高い保健ケアに対してどのように資金を拠出するかは、先進工業国・開発途上国を問わない世界的課題である。ひとりあたりの最低総支出に関して国際的に合意された基準は存在しないが、「2015年へのカウントダウン」イニシアティブでは、ひとりあたり45米ドルに満たない支出では質の高い基礎保健ケア・サービスを提供するには不十分だと推定している。「2015年へのカウントダウン」イニシアティブで妊産婦・新生児・子どもの保健分野の優先支援対象国に位置づけられている68カ国中、21カ国はひとり当たり支出額が45米ドル未満であった²⁴。

保健に対する公共支出は、保健システムの対応能力を左右する主要な要因のひとつになりうる。ひとりあたりの支出率が低い国では、これに関連して、保健面での成果が貧弱である、スタッフが適正に配備されていない、保健ケアに関わるインフラとロジスティクスに十分な投資が行われていないといった状況が生じて

いる可能性がある²⁵。汎米保健機構のデータによると、2004年の段階で、公共保健に対する平均支出額は低・中所得国全体の国内総生産（GDP）のわずか2.6%にとどまっていた。これに対し、高所得国はGDPの7%近い額を支出しており、大きな開きがある。南アジアは支出率では一番低い部類に入り、国内総生産のわずか1.1%である。サハラ以南のアフリカは、GDPに占める保健ケア支出率はこれよりもわずかに多いが（2004年の段階で2.4%）、保健ケア支出に国家予算の15%を割り当てるといふ、2001年のアブジャ宣言でなされた誓約を守っている国は数カ国しかない²⁶。

各国およびドナーは、公平な社会的・経済的開発において妊産婦・新生児保健ケアが極めて重要であるということ、ますます認識するようになりつつある。多くの国の政府は、たとえ資源に乏しい地域であっても、家族が通常・緊急の産科ケアと新生児ケアの費用をやりくりできるよう支援するため、いろいろな戦略を模索中である。選択肢としてはさまざまなもの考えられる。利用者の直接負担を一部ないし全面的に廃止す

ること、条件付または無条件の現金給付やバウチャーといった社会的保護策を実施すること、国またはコミュニティのレベルで健康保険を導入すること、貧しい世帯向けに保健ケアを提供している民間サービス提供者に補助金を出すことなどである²⁷。

利用者の直接負担

保健財源をめぐる議論の中心のひとつとなっているのが、利用者の直接負担の問題である。これは特に貧しい人々にとっては、保健サービスの利用を妨げる重要な障壁となっている。利用料をなくせば、特に貧しい人々の間で保健サービスへのアクセスが改善される可能性が高い。開発途上国全域で、いくつかの国が利用者の直接負担を部分的にまたは全面的に廃止済み、あるいは廃止中であり、これによって保健ケア・サービスへのアクセスが増加するという心強い結果がもたらされていることも多い。このような国は、東アフリカのブルンジ（83ページのパネルを参照）や西アフリカのガーナからネパールの一部地域に至るまで、さまざまである²⁸。

妊産婦・新生児保健ケアの公平性を向上させるための選択肢としては、保健予算の増額、利用者直接負担の廃止、保険イニシアティブの実施、現金給付プログラムなどがある。

開発途上国における利用者負担の廃止について、体系的評価が横断的な形で行われたことは今のところない。暫定的な検証結果によると、利用者負担の廃止を支えるその他の政策措置——保健ケアへの国家予算の増額、注意深い計画立案と入念な実施戦略など——が取られなかった国では、保健システム上の問題が増加し、パフォーマンスも悪くなる傾向にあることがうかがえる。しかし、利用者負担の廃止が注意深く計画・管理された国では、サービスの利用の増加を示す兆候があり、貧困層が最大の恩恵を受けた可能性があることも示されている。ただし、貧しい人々の高額医療の支出自体は減ることはなかった²⁹。

ウガンダと南アフリカの経験からすると、利用者負担の廃止を効果的なものにするには、失われる歳入分を相殺し、質を維持し、需要の増大に対応するための予算増額を盛り込んだ、より広範な改革パッケージの一環として位置づける必要があることがうかがえる。また、明確なコミュニケーションおよび幅広いステークホルダーの賛同、公式な利用料に代わって非公式な費用徴収が行われないうようにするための注意深いモニタリング、利用者負担の代わりとなる財政メカニズムの適切な管理運営も必要である³⁰。

貧しい人々が直面する障壁は利用者負担だけではないことを強調しておかなければならない。利用を妨げているその他の負担として、非公式な料金、公的な保健施設では提供していない医薬品や臨床検査・放射線検査の料金、移動・食事・宿泊料金、民間の保健ケア施設で行われる諸請求などがある。これらの費用は、家庭が直面している総負担のかなりの

割合を占めるのが一般的であり、貧しい人々に不均衡なほどの影響を与えている³¹。

さらに、貧しい人々が十分な保健サービスにアクセスできるようになるまでには、質・情報・文化面での多くの障壁も乗り越えなければならない。エビデンス（証拠）で明らかにされているところによると、貧しい人々は、費用負担以外のこうした障壁に不均衡なほどの影響を受けている。

利用者負担は貧しい人々が直面している障壁のひとつにすぎないが、政策的に最も対処しやすい分野のひとつでもある。ウガンダにおける最近の経験が示しているように、利用者負担を廃止するための政策プロセスが触媒的作用をし、政府として、医薬品の供給・調達、予算配分、財政管理といった、前進を妨げるさらなる障壁となっているその他の問題に対処できるようになる可能性もある³²。

もちろん、利用者負担の廃止は簡単なことではない。この方向に動くとする国々では、この政策的転換を計画・実行するにあたっての支援が必要であるし、利用者直接負担の廃止を、保健システムを強化するためのより幅広い措置と関連づけていかなければならない。

利用者負担の廃止をどのような流れの中で進めていくかは極めて重要であり、一律の政策で各国のニーズを満たせる可能性は低いことに注意すべきである。その国特有の状況、利用者負担に代わる財源と提供戦略が公平性に及ぼす影響、アクセスを妨げる多様な金銭的・非金銭的障壁について注意深く分析することが、最も適切な行動の方向性を決定するた

めに必要となる。

保険と現金給付

ボリビアが導入している母子保健ケア・サービスのための社会保険のような国民健康保険制度には、最貧困層の女性による出産前・出産時ケアへのアクセスを高められる可能性がある³³。しかし、公式セクターでの雇用が限られており、所得が低く、世帯も分散しており、インフラも最低限しか整っていない国では、こうした資金拠出形態を拡大するのは困難である。

社会保険制度よりも非公式な形で運営され、規模も小さいコミュニティ保険制度が導入されたことにより、ルワンダでは保健施設での出産率が45%、ガンビアでは12%上昇した³⁴。ブルキナファソの都市部のある地区では、医療費共同負担制度の導入により、緊急ケアへの紹介・搬送件数が1年のうちに84件から693件に増えている³⁵。しかし、このような制度の受益者層を拡大するのは困難である可能性があり、政府やドナーによる支援が必要である。このような制度はそれ自体の資金だけでは賄いきれず、効率的なコミュニティ動員に依存していることが多いからである。

条件付現金給付制度やバウチャー制度も、特定のサービスに対する貧困層の需要喚起のために試行されている。現金給付の導入により、貧しい女性が妊娠初期に出産前ケアを受ける割合はメキシコで8%、ホンジュラスで15~20%増加した³⁶。インドでは、優先地区に住む周縁化されたグループの女性を対象として、保健施設での出産について金銭的インセンティブを提供している。これらのイニシアティブによって保健サービ

財政・開発戦略では、国と地元の事情を考慮に入れるとともに、交通費やインフラといった、アクセスを妨げる間接的障壁にも焦点を合わせることが求められる。

スへのアクセスは増加したが、妊産婦保健の成果面での効果的改善は、同時にサービスの質を向上させなければ実現できない可能性がある。こうした資金面での革新的取り組みを継続的にモニタリング・評価していくことは、政策立案者による適切な規模拡大を求めるために必要である。

民間セクターのサービス提供者

民間セクターは、特にアジアでは、保健ケアの提供者として重要な位置を占めるようになった。しかし、その実効性を測るデータ基盤は依然として限られている。ほとんどの評価は提供者側の行動の短期的変化を測定するにとどまっており、保健面での成果や受益者へのその他の効果は検討対象としていない。民間セクターは本来的に異質性が高く、多様なサービス提供者を包含している。伝統的な治療師・助産師、教会が中心になって運営する病院、温泉、国際的企業組織などであり、その活動が規制や監督の対象になっていない場合もある。多くの低所得国では、民間のサービス提供者は、正式な規制による統制が——職能団体、法執行、政府による課税などのいずれの形態を取るものであれ——弱い環境下で活動している³⁷。

保健システムで新たに生まれつつある官民混合体制に注意を向けることが緊急に必要である。不公平な資金配分や、民間セクターが十分な規制の対象とされない実態は、保健ケアに対する政府のコミットメント、国民の信頼、社会経済的格差に影響を及ぼす可能性がある。インド、インドネシア、メキシコにおける民間サービスの研究から得られた知見は、官民両セクターのケアの質を横断的に評価することの難しさと、それぞれ

のセクターについて最終的結論を出す前に各国の文脈を考慮することの重要性を明らかにしている³⁸。各国政府が直面している課題は、出産前ケア、HIV/エイズの症例管理、容認可能な帝王切開分娩率の上限、妊産婦・新生児ケアに関するその他の重要な問題についての最低基準を明らかにする国内政策の策定のための国際的ガイドラインを活用しながら、民間の保健ケア提供者の規制を改善することである。

ステップ5：インフラ、交通・輸送手段、ロジスティクス、物資供給体制および紹介・搬送プロセスを強化する

妊産婦・新生児ケアを支える保健システムを強化するためには、必須妊産婦ケア・サービスと基礎保健ケア・サービスを支える諸セクターへの投資が必要である。情報システムの増進に加え、人的資源を拡大すること、社会的動員を促進すること、公平な資金拠出を確立すること、そしてインフラ、物資供給・ロジスティクス、交通・輸送手段、紹介・搬送プロセスを発展させていくことが欠かせない。特に低所得国では、保健ケア施設の拡大に一層の投資を行うことが緊急に必要である。WHOによる最新の推計によると、低所得国では病床が1万人あたり10床しか確保されておらず、ほぼ6倍の病床を確保している高所得国に比べて極めて少ない³⁹。

施設が存在する場合でも、政府その他の監督機関はそれらの施設が適切に機能し、維持されるようにしなければならない。妊産婦死亡率の低減が記録されているウガンダでは、緊急産科ケア施設の検証により、全国56地区中54地区で、基礎的な緊急

サービスを提供するものとされている施設の97%以上がそのようなサービスを提供できていないことが分かった。水道、電気、機能する手術室がないことなどが、サービス提供を妨げる主たる要因であった⁴⁰。既存の施設が整備され、新しい施設が維持可能な方法で設置されるようになるために、さらなる検証が早急に行われなければならない。必須医薬品を含む医療物資に対する資金拠出も、さらなる優先事項である。国連諸機関が協同で作成したリプロダクティブ・ヘルス用必須医薬品リストは、有効でコストの節減にもつながる医薬品を最低限どの程度揃えておかなければならないかに関する有益な指針となる⁴¹。

保健インフラ開発計画においては、女性と子どもが一般的ケアおよび施設における緊急ケアを利用できるよう援助するため、また環境によっては移動型の保健ケア・チームが稼働できるようにするため、交通・輸送システムを改善する最良の方法について考慮すべきである。インド（85ページのパネルを参照）やネパール農村部におけるプログラムを検討すると、妊婦の交通費を確保するためにどのようなインセンティブを提供できるかの実例を見ることができる⁴²。

交通・輸送インフラの改善は、紹介・搬送プロセスを強化する上でも役立つはずである。紹介・搬送プロセスは、緊急妊産婦・新生児サービスの、またより幅広くは保健システム全体のひとつの要素でありながら、依然として軽視され、十分な研究が行われていない。しかし、これは母親と新生児の生存にとって極めて重要な要素であることが多い。

搬送を決定してから女性が施設に

ケアの質を向上させることは、安全と福祉を確保するためにも、保健ケア・サービスの利用を促進させるためにも必要である。

到着するまでの時間を削減することは、女性の生存にとって非常に重要であることが多い。インドのマハラシュトラ州西部の農村部で実施された研究では、一般的保健サービスを受けられる場所までの距離は、合併症で死亡した女性の場合には3キロ、同様の合併症を発症しながらも命をとりとめた女性の場合には2.5キロであった。しかし、出産時の合併症に対して適切な治療を提供できる場所までの距離を見ると、死亡した女性の場合には63.5キロ、命をとりとめた女性の場合には39.3キロという結果が出た。また、インドのカルナタカで実施された研究では、女性を緊急産科ケアのために紹介・搬送するにあたって、十分に機能していない政府系サービスや非正規の民間サービス提供者から効果的ケアを受けるべく、さまざまな搬送先候補の中から複数を選んで、行き当たりばったりで打診を行い、なおかつその努力が報われないこともしばしばあったことが分かっている。民間のサービス提供者は非公式なネットワークの形でつながっていたものの、政府系のサービスでは、紹介・搬送に関するフィードバックや学習のためのメカニズムが存在していなかったのである⁴³。

紹介・搬送システムの応答性と実効性を高めるためには、最低限、以下のことが確保されなければならない。すなわち、緊急の症例に対応するための準備ができるよう施設間の連絡を密にすること、患者の搬送と臨床的安定化処置を確実にすること、搬送時の付添いを確保すること、各症例をフォローアップすること、リスクが高すぎて患者を搬送できない場合にはケアを提供する側が患者のもとに赴くことである。より幅広い観点からは、紹介・搬送システムは、

住民のニーズと保健システムの対応能力を評価すること、各段階の保健・医療施設間および諸セクター間の積極的連携を奨励すること、連絡・移送体制を正式なものにすること、紹介・搬送元と紹介・搬送先を対象としたプロトコル（標準手順）を策定すること、サービス提供者のパフォーマンスに関する説明責任の履行と監督を確保すること、財政負担面について保護を提供すること、実効性をモニターするための指標を設定することを進めなければならない。

ステップ6：ケアの質を向上させる

良質な妊産婦・新生児ケアの定義は、もっぱら生物医学的成果だけに焦点を合わせたものから、患者の権利と満足度、諸基準、公平性、保健機関・保健従事者の責任と権利も考慮に入れた、より幅の広いアプローチを取るものへと拡大されてきた。良質なケアとは、すべての妊婦、出産した女性および新生児に対して最低限のケアを提供するとともに、緊急産科ケアあるいはより専門的なサービスを必要としている人たちに対応する能力も持っているケアのことである。そのようなケアを提供するにあたっては、可能な限り最高の医学的成果を得ること、サービス提供者、患者および家族を満足させること、管理面・財務面で健全なパフォーマンスを維持すること、そして、すべての女性に提供されるケアの水準を引き上げるために既存のサービスを発展させることに向けた努力が行われなければならない⁴⁴。

先進工業国や中所得国で設けられている既存の保健システムでは、よりアクセスしやすく質の高い妊産婦・新生児サービスを提供するための改

革が必要になる場合もあるが、新たに構築されつつある保健システムでは、ケアの質を確保するためのメカニズムを新しいプログラムに組み込むことが可能である。例えば、コートジボワールでは、2000年に既存の妊産婦保健サービスにHIVの母子感染予防を統合する国家的プログラムが開始された。最近の研究によると、このプログラムのおかげで、多くの分野（分娩第3期におけるオキシトシンの投与、分娩後の子宮検査などを含む）でケアの全般的質が向上したことが分かっている⁴⁵。こうしたプログラムは、スタッフに対し、命を救うという重要な機会とともに、新しい研修の機会と、自分たち自身の責任に対する一層の投資の機会を与えるものである。

マリ、ペルー、ベトナムなどの多様な国々で、多くの組織がケアの質を確保するための手段を導入することによって緊急産科ケアの必要性を裏づけている。緊急産科ケアにおける取り組みを基礎とし、これを発展させる形で導入されたこれらの手段により、報告とモニタリングのメカニズムが改善・単純化され、さまざまな関係者を受け入れる参加型のやり方によってプロトコルと基準が策定され、スキル中心の研修と継続的かつ協力的な監督を通じた能力醸成が進められた。連絡と紹介・搬送システムの改善を通して、チームワークの向上も促進された。女性の関心事や権利が取り上げられるようになり、コミュニティとのパートナーシップが開始され、サービス提供者は、革新的な問題解決方法を採用できるだけの力を身につけられるようになった⁴⁶。

これらの手段がうまくいくためには、上級管理者による支持・支援と

保健システム強化を成功させるためには、支援環境を整備することと強い政治的意思が極めて重要である。

オーナーシップが必要である。「変革を求める保健従事者による評価」によると、地方レベルで変革が実行されても、それに伴ってこのような変革を支持・支援するための政策手段が上級レベルで取られているとは限らないことが分かった⁴⁷。より上級レベルで管理上の説明責任や政策変更が必要となる諸問題——スタッフの欠員や異動、財政面でのスタッフの自由裁量、報告書式、血液のような重要な物資の利用可能性など——は、ケアの質を確保するための地域的プロセスが妊産婦保健面での成果に及ぼす効果を制限してしまう可能性がある。保健従事者を指揮する立場にある保健管理者や公選指導者がその労働環境を支えなければ、保健従事者が変化を効果的にもたらすことはできないし、変化がないことを保健従事者の責任にすることもできない。

保健システム開発：連携して行動する必要性

保健システム開発の主要素——エビデンス（証拠）の蓄積を強化すること、保健労働力を拡大・増進させること、インフラとロジスティクスを刷新・拡大すること、財政上の問題について公平な解決策を用意すること、そして社会的動員を通して質の高いケアへの需要を刺激すること——は、各国政府、地域機関、国際機関にますます受け入れられるようになってきている。

さらに、必須サービスの統合パッケージの提供規模を拡大すること、妊産婦・新生児ケアの提供に関するコミュニティ・パートナーシップを推進することの利点についても、コンセンサスが深まってきた。最後に、今年と昨年の『世界子供白書』でも述べているように、女性と子どもの

権利を尊重し、増進させるような、妊産婦・新生児・子どもの生存と保健の向上につながる支援環境を整備していくことへのコミットメントも存在する。

約束を目的意識のある行動に変えていくためには、力強い言葉や確固たるコミットメントだけでは十分ではない。各国政府、国際開発コミュニティ、市民社会組織、民間セクター、そして家庭とコミュニティ自身が、人権の国内・国際的尊重および人類の前進に対するコミットメントのバロメーターである母親と新生児の健康改善に対して責任を持つために調和のとれた行動を取っていくことが、最低限必要である。第5章では、このようなプロセスを前進させているいくつかのパートナーシップの例を検証するとともに、今後このような連携をどのように増進させていけるかについての提案を行う。