

[原著]

## マダガスカル地域における妊産婦・新生児ケア

松井三明<sup>1)</sup>、岩本あづさ<sup>1)</sup>

1) 独立行政法人国立国際医療研究センター国際医療協力部

### 要 旨

#### 目的

国連ミレニアム開発目標では小児と妊産婦の死亡削減が目標のひとつであるが、サブサハラアフリカ地域では大きな進歩がみられていない。その一因として保健医療施設とサービスへのアクセスが悪いことが指摘されている。これを改善する目的で、マダガスカルでは非医療職の地域保健員による、下痢症・急性呼吸器感染・マラリアの早期診断と初期治療を行う「コミュニティでの小児疾患対策」プログラムが2007年より開始された。また妊娠・出産の啓蒙活動と支援、新生児ケアを行う「コミュニティでの妊産婦・新生児ケア」プログラムが実施予定である。本稿は、開発途上国の母子保健分野に対して必要な支援とコミュニティにおける保健サービスの可能性について考察することを目的とした。

#### 方法

マダガスカル北西部のブエニ県マジュンガII郡で実施されている前記プログラム実施状況を記述し、また地域保健員を対象として村での分娩介助の状況、伝統的分娩介助者との関わり、分娩立ち会い機会、等について聞き取り調査を行った。またマダガスカルにおける小児保健に関する政策ペーパーをレビューした。

#### 結果

マジュンガII郡で実施されている「コミュニティでの小児疾患対策」プログラムでは、2007年5月に24ヶ村、45名の地域保健員に対し初期研修が提供されたが、1年後のプログラム継続は4地域、10ヶ村、19名にとどまった。プログラム中断の理由として、村が診療サイトを設置できない、村長らの協力および衛生行政からのサポートが得られない、などが指摘された。2008年の医療施設からの距離別カバー率は、5km以上10km未満の地域で48%、10km以上では22%、子どもひとりあたりのプログラム利用率は1歳未満が1.17回、1歳以上5歳未満が0.87回であった。

#### 結論

マジュンガII郡の「コミュニティでの小児疾患対策」プログラムは、地域で実施できる保健医療サービスの限界を論じる以前に、サービスの近接性を担保したことにその存在理由がある。一方、プログラムがコミュニティに根つき面的に拡大するためには、上から下への政策決定と同時に、地域の実情に応じて地域保健員を選定・支援する柔軟な対策が必要となる。画一性と個別性の両立が、公共政策としていかに可能であるかが、開発途上国の母子保健分野に対する支援とコミュニティにおける保健サービス実施の課題である。

キーワード：マダガスカル、地域保健員、小児疾患対策、公共政策

連絡先：〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1  
松井三明  
TEL：03-3202-7181, FAX：03-3205-7860  
E-mail：mmatsui@it.ncgm.go.jp  
(受付日：2010.07.05 受理日：2010.07.05)

## I 緒言

貧困削減を掲げた国連ミレニアム開発目標では、小児および妊産婦の死亡削減が目標として掲げられている。しかし 2008 年のミレニアム開発目標報告書<sup>1)</sup>によると、サブサハラアフリカでの小児死亡率は 1990 年の 184 に対し 2006 年時点で 157 (いずれも出生 1,000 対)、妊産婦死亡率は 1990 年の 920 に対して 2005 年時点で 900 (いずれも出生 100,000 対) と、大きな減少がみられていない。そのため 2015 年までの目標達成は困難と考えられている。小児死亡が減少しない要因には、主たる死因である肺炎・下痢症・マラリアに対する安価な予防的・治療的サービスの利用が不十分であることが、また妊産婦死亡に対しては、skilled birth attendant (SBA) による分娩介助率が低いことが指摘されている。

このようなサービスアクセスの悪さは、主に物理的(交通)・経済的バリアに起因する。また SBA の数の決定的な不足と都市部への偏在傾向は 2006 年の World Health Report<sup>2)</sup> で指摘されて久しい。しかしながら、これら要因を短期間で解決することが難しいことも事実である。したがって多くの開発途上国では、保健医療サービスを少しでも遠隔地に住む人々に届けるために、アウトリーチ活動、キャンペーンの実施、コミュニティ活動など、様々な手段が試みられている。

マダガスカル共和国は、国土面積 587,051km<sup>2</sup>、人口約 1916 万人の、インド洋にある島国である。小児死亡率<sup>3)</sup> は全国では 94、地方部に限ると 120 (いずれも出生 1,000 対) と高い。5 歳未満の人口は全体の約 18% と推計されており、小児死亡のコントロールは国家の優先プログラムのひとつとなっている。また小児死亡にしめる死因割合は、Black ら<sup>4)</sup> の推計によると、下痢症・肺炎・マラリア・新生児疾患がそれぞれ 20-26% を占める。また出産も自宅分娩の割合が都市部で 56.6%、地方部で 68.6% と高率<sup>5)</sup> であり、医療施設を基準にしたサービス提供だけでは母子保健対策に限界があることは明らかである。

マダガスカルでは、国立国際医療研究センターの協力のもとで、国際協力機構が「母子保健サービス改善プロジェクト」を 2007 年より 2010 年まで実施した。プロジェクト対象地域であるブエニ県では、村で地域保健員(非医療職)を選定し、下

痢症・急性呼吸器感染・マラリアの早期診断と投薬治療を行う「コミュニティでの小児疾患対策」プログラムが 2006 年より実施されている。また同様に地域保健員が妊娠・出産に対する啓蒙活動と支援、新生児ケア、母乳哺育推進などを行う「コミュニティでの妊産婦・新生児ケア」プログラムが新たに導入される予定である。

本稿では、上記のマダガスカルの状況を踏まえ、開発途上国の母子保健分野に対して必要な支援と、コミュニティにおける保健サービスの可能性について考察することを目的とした。

## II 対象と方法

### 1) 対象地域

ブエニ県は、マダガスカル北西部に位置する。その面積は 31,046 km<sup>2</sup>、約 58 万人が居住し、人口密度は 18.8 人/km<sup>2</sup> である。「コミュニティでの小児疾患対策」プログラムは県内マジunga II 郡で実施されている。同郡の面積は 4,568km<sup>2</sup>、2008 年の推定人口は 54,656 人、県平均よりも人口密度はさらに低く 12 人/km<sup>2</sup> である。郡内に 13 ヶ所ある公的医療施設はすべて第一次レベルの保健センターであり、分娩・産褥および軽度の疾病のための入院病床を備えるものの、手術治療を含む中等度以上のサービスを提供することはできない。これらの保健センターは、医師および看護職が配置されるレベル II と、看護職のみで運営されるレベル I の二種類に区分され、前者が 9 ヶ所、後者が 4 ヶ所である。各施設からの距離別人口は、5km 未満の居住者が 52%、5km 以上 10km 未満が 15%、10km 以上の地域の居住者が 33% である。また 13 ヶ所の保健センターのうち、郡保健事務所から自動車で年間を通じてアクセス可能であるのは 2 ヶ所のみであり、12 月から 3 月の雨季には 3 ヶ所が道路の状態によって通行可能、8 ヶ所はアクセス不可能となる。自動車が利用できない場合の交通手段は徒歩あるいは牛車であるが、河川にはワニが生息しているため雨季に冠水した道路を利用するには常に危険が伴う。このように医療施設への物理的アクセスは良好ではなく、季節により相当に悪化する。

### 2) 方法

マダガスカルにおける小児保健に関する政策お

よび戦略ペーパーのレビュー、ブエニ県マジュンガ II 郡における「コミュニティでの小児疾患対策」プログラムの実施状況を調査した。またプログラム実施に携わっている地域保健員に対して、村での分娩の介助状況、伝統的分娩介助者 (Traditional Birth Attendant: TBA) との関わり、分娩立ち会い機会の有無、生後 2 カ月未満の子どもへの対応について聞き取りを行った。これらは 2008 年 2 月から 8 月にかけて実施した。

### III 結果

#### 1) 「コミュニティでの小児疾患対策」プログラムの概要

2006 年以降、マダガスカル保健家族計画省は小児保健に関する政策ペーパー<sup>6,7)</sup>を策定した。それに伴い、前述のマジュンガ II 郡では医療施設へのアクセスが極端に悪いことから、小児死亡削減対策として重要な疾患を選定し、地域保健員による早期発見・早期治療を行う「コミュニティでの小児疾患対策」プログラムを 8ヶ所の保健センターの管轄地域で実施することが決定された。各保健センターの管轄範囲から 3つの村が選定され、さらに各村からは 1-2名の地域保健員が選定された。この結果、計 24ヶ村からの 45名に対して 2007 年 5月に初期研修が提供された。研修後、以下の事項を各村および地域保健員が実施することが期待された。各村では自己資金を用いて、地域保健員が診療行為と薬剤・必要書類の保管等を行う診療サイトを設置する。地域保健員は、患児が診療サイトあるいは自宅を訪問した場合、その年齢が 2カ月以上 5歳未満の対象範囲内であることを確認する。もし 2カ月未満であった場合には、すみやかに医療施設で診療を受けることを勧め、投薬等は一切行わない。年齢が対象範囲の場合、地域保健員は WHO および及び UNICEF が開発した「生後 2カ月から 5才までの病児への処置記録用紙」を活用して患児の診察を行う。そして下痢症・急性呼吸器感染・マラリアのいずれかに該当すると判断された場合、それぞれの疾患に対して ORS および亜鉛、cotrimoxazol、quinine または Artesunate-Amodiaquine 合剤の経口薬が配布される。患児の家族は地域保健員に対して 50-75 マダガスカルアリアリ (日本円で約 2~3 円に相当) を支払い、それは個人の収入となる。また地域保

健員には自転車支給され、患児のフォローアップや往診、保健センターへの報告と薬剤受領のための訪問に用いられている。薬剤および必要物品の供給、郡保健事務所と保健センター職員が実施するスーパービジョン費用は開発パートナーおよび国家予算から支出されている。

#### 2) 「コミュニティでの妊産婦・新生児ケア」プログラムの概要

インド Maharashtra 州 Gadchiroli 郡で成功したと言われている community-based newborn care<sup>8)</sup>を、マダガスカルでも試験的に実施することが 2007 年に決定された<sup>9)</sup>。これは地域保健員が、その村内に居住する母児に対して、表 1 に示す支援を TBA および保健センター職員との連携のもとで実施するものである。

表 1. 「コミュニティでの妊産婦・新生児ケア」プログラムの構成内容

活動	パッケージ		
	1	2	3
妊婦健診の推進	○	○	○
出産に向けての準備	○	○	○
清潔な分娩介助の助言	○	○	○
生後の新生児に対する基本的ケア提供	○	○	○
カンガルーケアの助言	○	○	○
予防接種の助言	○	○	○
産褥訪問の実施	○	○	○
低出生体重児に対するケア提供	○	○	○
HIV 母児感染予防の助言	○	○	○
妊婦の行動変容促進	○	○	○
地域での保健情報 (妊産婦・出生登録) 取得と報告	○	○	○
新生児感染症に対する経口薬の投与	×	○	○
新生児感染症に対する抗生物質の筋肉注射	×	×	○
新生児蘇生の実施	×	×	○

○ : 実施、× : 実施しない

インドの例では、地域で選定された女性ボランティアが、TBA が行う分娩に全例立ち会い、また抗生物質の筋肉注射および新生児蘇生といった侵襲的医療介入を含むすべての活動を実施することで、低出生体重児、早産児、敗血症、新生児仮死それぞれの症例死亡率が 11.3% から 4.9%、33.3% から 10.1%、18.5% から 6.9%、38.5% から 20.2% に減少し、介入地域の新生児死亡率は出生 1,000 対 62

から 25 まで減少したと報告されている。しかし、マダガスカルにおいては、無資格の地域保健員が注射および蘇生処置を実施するためには相当の訓練と実習を要すると思われることから、啓蒙活動および侵襲的介入を伴わないケアを主体としたパッケージ1を提供し、状況により経口薬物の投与を含むパッケージ2、侵襲的介入も行うパッケージ3と、段階的に行う計画である。

マダガスカルには 111 の郡があるが、本プログラムは 4 郡で試験的に実施されることとなった。2008 年 5 月に各郡より 5 名のトレーナーが選定され研修が実施された。その後、マジunga II 郡では 2008 年 10 月に 13 ヶ所の保健センター長に対して、基本的新生児ケアに対する研修が提供された。今後、プログラムを実施する地域保健員の選定と研修の提供が予定されている。

3) 「コミュニティでの小児疾患対策」プログラムの稼働状況

2008 年 5 月、すなわち初期研修から 1 年後の時点では、研修を受講した 8 地域、24 ヶ村、45

名の地域保健員のうち、プログラムを継続して実施していることが確認されたのは 4 地域、10 ヶ村、19 名にとどまった。

14 ヶ村、26 名がプログラムを実施していなかった理由としては、村が診療のためのサイトを設置できなかった、プログラムの必要性を村長らが理解しないため協力が得られなかった、地域保健員が選定されたがどのような業務を期待されているのか予め説明がなかったためその協力が得られなかった、選定した地域保健員が転居等のため村を去った、管轄する医療施設の活動が停滞し結果としてプログラム実施のためのサポートがされなかった、などが指摘された。

プログラム稼働中の各村の特性を表 2 に、医療施設からの距離別カバー率を表 3 に、地域保健員 19 名のプロフィールを表 4 に示す。4 地域は郡都より 10km から 110km に分布しており、また各地域内での医療施設から村への距離も最短 5km から最長で 45km とさまざまであった。

表 2. 「コミュニティでの小児疾患対策」プログラムを実施している 10 ヶ村の特性 (2008 年)

地域名 (郡都からの 距離 km)	村名	医療施設からの 距離 (km)	推定人口	医療施設からの距離別カバー率		地域保健員数
				1 歳未満 (再掲)	5 歳未満 (再掲)	
Belobaka (10)	Amparemahitsy	10	503	20	90	2
	Ankazomenavony	30	1,263	51	227	1
	Antsaboaka	45	419	17	75	2
Boanamary (50)	Amboanio	5	1,881	75	339	2
	Befotaka	5	234	9	42	2
	Ambatomalama	7	1,288	52	232	2
Bekobay (110)	Anosikely	5	616	25	111	2
	Ambodiadabo	15	509	20	91	2
	Marofiatsaka	25	529	21	95	2
Manareza (75)	Ambovondramanesy	15	697	28	125	2
対象人口合計			7,939	318	1,427	19

プログラムの医療施設からの距離別カバー率は、5km 以上 10km 未満の地域が 48%であるのに対し、10km 以上の地域では 22%であった。地域保健員は女性が 14 名と多くを占め、年齢は 30 代から 40 代、全員が 5 年間の初等教育を修了している。また本プログラムの地域保健員として選定される以前より、国家栄養改善プログラムが実施する母乳哺育推進活動のボランティアとして活動していた者が 17 名と大半であった。

表 3. 「コミュニティでの小児疾患対策」プログラムの医療施設からの対象人口とカバー率 (2008 年)

医療施設からの距離	推定人口	プログラム対象地域の推定人口	カバー率
5km 未満	28,379	0	0%
5km 以上	8,377	4,019	48%
10km 未満			
10km 以上	17,900	3,920	22%

表5に、2008年の1年間を通じてプログラムが稼働していた3地域、9ヶ村、17名の地域保健員によるプログラム実施状況を示す。下痢症・急性呼吸器感染・マラリアの診断で治療を受けた子どもの数は、1歳未満が339名、1歳以上5歳未満が884名、計1,223名であった。対象人口ひとりあたりのプログラム利用率は、それぞれ1.17回、0.87回であり、1歳未満児の利用率が高い傾向にあった。各疾患別の利用者数では、下痢症が19.5%、急性呼吸器感染が24.9%であるのに対し、マラリアが55.6%と約半数を占めた。利用率では、下痢症と急性呼吸器感染が1歳未満でそれぞれ0.32回、0.31回であるのに対し、1歳以上5歳未満では0.14回、0.21回と減少傾向がみられた。一方、マラリアでは、それぞれの年齢層で0.53回、0.52回と年齢層による利用率の相違はみられなかった。表5bに各村別の利用率を示す。1歳未満では0.62回から2.95回、1歳以上5歳未満では0.36回から2.48回に分布した。

表4. 「コミュニティでの小児疾患対策」プログラムを実施している地域保健員19名の特性

特性	人数	
性別	女性	14
	男性	5
年齢	20-29	0
	30-39	11
	40-49	8
	50-59	0
教育	初等教育未修了	0
	初等教育修了	18
	中等教育修了以上	1
職業	家事	5
	農業	8
	食品販売	2
	その他	2
	不明	2
母乳哺育推進 研修受講歴	あり	17

表5. 「コミュニティでの小児疾患対策」プログラム実施状況（2008年）

a) 対象疾患別の診療数および利用率

診療数・利用率 (月齢) [対象人口]	診療数			利用率 (%)	利用率 (回/人)		
	(2-11) [290]	(12-59) [1,012]	計 [1,302]		(2-11)	(12-59)	計
下痢症	94	145	239	(19.5)	0.32	0.14	0.18
急性呼吸器感染	91	213	304	(24.9)	0.31	0.21	0.23
マラリア	154	526	680	(55.6)	0.53	0.52	0.52
3疾患計	339	884	1,223	(100)	1.17	0.87	0.94

b) 3疾患合計の村別利用率

地区・村	利用率 (月齢)	利用率 (回/人)		
		(2-11)	(12-59)	計
Belobaka	Amparemahitsy	0.65	0.84	0.80
	Ankazomenavony	0.76	0.36	0.45
	Antsaboaka	0.65	0.59	0.60
Boanamary	Amboanio	1.35	1.03	1.10
	Befotaka	1.67	1.33	1.40
	Ambatomalama	0.62	0.62	0.62
Bekobay	Anosikely	1.44	0.69	0.86
	Ambodiadabo	2.95	2.48	2.58
	Marofiatsaka	1.57	0.88	1.03

4) 地域保健員の状況

「コミュニティでの小児疾患対策」プログラムの地域保健員に対して、その技能をチェックしフォローするための集団スーパービジョンが、ブエニ県保健局およびマジュンガ II 郡保健事務所職員によって、2008年7月15日から17日にかけて実施された。そこに参加した9ヶ村からの17名を対象として、各村での分娩の介助状況、TBAとの関わりの有無、およびこれまでの分娩立ち会い経験について聞き取り調査を行った。

すべての村で、複数名のTBAが出産ケアを提供していることが確認された。村での分娩は、保健センターからの距離が5km以内の村では施設分娩もみられ、地域保健員はその推進も任務として担っていた。一方、5km以上距離が遠く離れた村ではTBAあるいは家族の介助による自宅分娩が一般的であった。

TBAとの関わりは、家族(母、祖母、叔母、妻)がTBAとして働いている2名、および地域保健員となってから住民に請われ出産に立ち会うようになった1名、計3名が「積極的な関わりがある」と回答した。その他の関わりがあると回答した地域保健員7名は、出産後に母乳哺育・予防接種・施設出産の推進などの啓蒙活動をTBAに対して、あるいはTBAと共に進んでいた。分娩立ち会いの機会が頻繁にある者は2名にとどまった。またこれまでに全く経験がない者は8名と約半分を占めた。生後2カ月未満の子どもをみた経験を持つ地域保健員は、分娩時が2名、プログラム実施時に親が診察のために連れてきた機会が7名であった(表6)。ただし全例が診療を行わず、医療施設での診療を指示したと回答した。

表6. 地域保健員17名のTBAとの関わり、分娩立ち会いの機会、生後2カ月未満の子どもをみた経験

項目		数
TBAとの関わり	積極的にあり	3
	あり	7
	これまでになし	6
	不明	1
分娩立ち会いの機会	頻繁にあり	2
	まれにあり	7
	これまでになし	8
生後2カ月未満の子どもをみた経験	分娩立ち会い時にあり	2
	プログラム実施時にあり	7
	これまでになし	8

IV 考察

開発途上国で子どもが下痢症・肺炎・マラリアを罹患した場合、時に急速に状態が悪化することがあり、さらに診療のために長距離を移動することはしばしば困難となる。マジュンガ II 郡で実施されている「コミュニティでの小児疾患対策」プログラムは、医療施設から遠隔地の住民にとって、早期診断・早期治療が可能になる点で、重症化や死亡を防ぐことができる重要な疾病対策である。特に医療施設へのアクセスが容易でない場所では、地域で実施できる保健医療サービスの限界を論じる以前に、その可能性を見いだすことが必要であり、その点に現在行われているプログラムの存在理由があると考えられる。

しかし、そのカバー率はいまだ充分ではなく、10km以上の地域では22%にとどまっている。このプログラムの開始時点では、広範囲で実施されることを期待して24ヶ村で計画されたが、実際の稼働は10ヶ村にとどまった。14ヶ村で稼働しなかった理由は様々に指摘されているが、他に職業を持っている村民に自主的な協力を求めること、その個人だけではなく村の組織的な協力が必要となること、そして医療施設に勤務する職員が適切なサポートを行わなければならないことなどから、遠隔地での実施にはより多くの困難が伴う。つまり、単に研修を実施し、必要な物品を提供するだけではプログラム稼働につながらず、むしろ村々と地域保健員の特徴に応じたきめ細かい対応を行いながらプログラムの実施を継続的にモニタリング・評価する必要があることを意味する。したがって、保健医療資源が不足している国において、急速に展開地域を広げることは困難が大きい。

稼働している地域保健員は女性が多い傾向にあった。全員が初等教育以上を修了しており、また母乳哺育推進の研修を受けていることから、地方部の村の中では数少ない貴重な人材が選定されていると推定される。一方、大半が何らかの仕事を抱えているため、このプログラム専従となるのは難しいと推察した。

プログラムが対応した疾患の半数はマラリアが占めた。またマラリアは1歳未満と1歳以上との利用率に差がなく、小児期には繰り返し罹患する特徴が反映されていると推定した。一方、下痢症・

急性呼吸器感染の利用率は1歳以上の群が1歳未満に比べてともに低く、したがってその罹患率は1歳を超えると低下する傾向にあると考えられる。対象人口全体の利用率が最も低いのは Belobaka 地区 Ankazomenavony 村でひとりあたり 0.28 回、最も高いのは Bekobay 地区 Ambodiadabo 村で 1.51 回であり、各村でばらつきがみられた。各疾患の罹患率は村ごとに大きな差がないと思われ、よって利用率の相違は地域保健員が管轄する村の地理的範囲の大きさ、地域保健員の活動および各疾患マネージメント能力の差異、村民のプログラムの存在に対する知識などに左右されると考えた。

マジュンガ II 郡では「コミュニティでの小児疾患対策」プログラムを基礎として、さらに「コミュニティでの妊産婦・新生児ケア」プログラムが導入される計画がすすめられている。それは妊産婦および新生児に対する啓蒙活動から新生児の感染症の早期診断・治療および新生児蘇生までの内容を含んだものであり、特に新生児に対する医療介入の実施は出生後早期に発生する疾病対策を行い、もって新生児死亡削減に寄与することが念頭に置かれているため、地域保健員が出産の場面に積極的に関わる事が求められる。医療施設から離れた地域では TBA の介助による自宅分娩が一般的であるため、予め妊娠している女性がどこにいるのか、分娩はいつ頃か、また分娩のタイミングに参加できる可能性があるのか、という情報の把握が、プログラム実施の可否に大きな影響を与える。インタビューが可能であった地域保健員 17 名のうち、およそ半数が TBA との連携があり、また分娩に立ち会った経験を持っていた。一方、分娩開始は容易に予測することができず、また分娩所要時間も個人によってまちまちであるため、他に職業を持つ地域保健員がタイミング良く分娩に立ち会うことは、相当に個人に努力を求める必要がある。インド Gadochiroli の例では、新生児ケアを担当する地域保健員と TBA とが必ず同時に出産に立ち会うこととしているが、マダガスカルで地域保健員の関与が難しい場合には、TBA が単独で「コミュニティでの妊産婦・新生児ケア」で考えられている医療介入を実施すること、あるいは既に稼働している「コミュニティでの小児疾患対策」の地域保健員とは別の人材を育成することを検討する必要もあると考えた。

以上の 2 つのプログラムがコミュニティに根づくこと、またそれらを拡大させていくためには、一律にプログラムを実施する上から下への政策決定と、地域の実情に応じて地域保健員を選定し、その活動を支えていくために、各村・医療施設・郡レベルで柔軟な対策を実施できることの両者が必要となる。後者の要素は住民参加と自決・decentralization をうたった Primary Health Care の考え方の実践そのものであり、いままさに開発途上国に求められているものといえる。一方、多くの国々では危機的な医療従事者の不足のため、community health worker による各種プログラムの実施は、単に医療者の不足を補うための手段として行われており、そこに資金を投入する国際開発パートナーの成果主義があいまって、地域の実情を勘案しながらそのペースにあわせてプログラムを実施することが阻害されていると Rosato<sup>10)</sup> は指摘した。住民の自立と自決なしに画一的なプログラムを遂行することは、Werner<sup>11)</sup> が風刺したように保健システムのヒエラルキーに住民を隷属させることにもつながる (図 1)。



図 1. 地域住民による意思決定 -- 国際的なスタイル

個々の地域保健員は、その資質や住む地域の状況など様々であり、実際にプログラムの実施状況は相当に異なっている。保健医療に関する基礎教育の背景がないことを考え合わせると、マニュアルにしたがった画一的な診断・治療の提供と実施報告提出を衛生行政が求めることも、定型化的プログラム実施を是とする公衆衛生の立場からむしろ適切という考え方もあろう。一方で、個々の状況に応じた支援をきめ細やかに行うことなしには、一地域でのプログラムが適切に実施されないことも容易に想像される。この点において、残念なが



ら、これまでのところ少なくともマダガスカルでは、地域住民が自らの健康を守るために自立して取り組むことを、保健システムの文脈でどのように位置づけるのか、十分に我々は説明することができていない。画一性と個別性という一見して相反する課題を両立させて取り扱うことが、開発途上国の衛生行政にとって、また公共政策としてどのように位置づけが可能であるのか、また国際社会の一員として我々がそれをどのように支援することができるのか、開発途上国の母子保健分野に対する支援とコミュニティにおける保健サービス実施の課題であると考えた。

#### 文 献

- 1) United Nations. The Millennium Development Goals Report 2008. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2008.
- 2) World Health Organization. The World Health Report 2006: working together for health. Geneva; 2006.
- 3) United Nations Children's Fund. The state of the world's children 2008. New York; 2008.
- 4) Institut National de la Statistique (INSTAT) [Madagascar] et ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé, Madagascar 2003–2004 : Rapport de synthèse. Calverton, Maryland, USA: INSTAT et ORC Macro. 2005.
- 5) Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? Lancet 2003; 361: 2226–34.
- 6) Ministère de la Santé et du Planning Familial [Madagascar]. Politique National de Santé de l'Enfant. Antananarivo, 2006.
- 7) Ministère de la Santé et du Planning Familial [Madagascar]. Plan Strategique National pour la mise en œuvre de la Prise en Charge de la Santé de l'Enfant au Niveau Communautaire. Antananarivo, 2007.
- 8) Bang AT, Bang RA, Reddy HM. Home-Based Neonatal Care: Summary and Applications of the Field Trial in Rural Gadchiroli, India (1993 to 2003). J Perinatol 2005; 25: S108-22.
- 9) Ministère de la Santé et du Planning Familial [Madagascar]. Prise en Charge Communautaire de la Grossesse et du Nouveau-né, Madagascar. Antananaviro, 2007
- 10) Rosato M, Laverack G, Grabman LH et al. Community participation: lessons for maternal, newborn and child health. Lancet 2008; 372: 962-71.
- 11) Werner D. The village health worker - lackey or liberator? Available at [http://www.healthwrights.org/articles/lackey\\_or\\_liberator.htm](http://www.healthwrights.org/articles/lackey_or_liberator.htm) accessed on 25 March 2009.

## [Original Article]

**Community-based maternal and neonatal care in Madagascar**Mitsuaki MATSUI<sup>1)</sup>, Azusa IWAMOTO<sup>1)</sup>

1) National Centre for Global Health and Medicine

**Abstract**

**Background** International society has made huge efforts towards achievement of the Millennium Development Goals, however there is a little progress made in sub-Saharan African regions. Since there are several barriers of access to health services, “community-based disease management programme” has been introduced in Madagascar in 2007, which intends to provide earlier treatment of diarrhoea, acute respiratory infections and malaria for children between two months and five years old by community health agents. This paper aims to describe the present situation of the programme and to discuss possibilities of and necessary assistances to community-based health services in Madagascar.

**Method** We have reviewed health policy papers on the programme, collected data on the programme and made interviews to the community health workers in Mahajanga II district, Boeny region, where the programme is implemented.

**Results** The programme was operated in 10 villages with 19 workers in 2008, though 45 workers from 24 villages received initial training in 2007. Interruption of the programme was caused mainly because of non-cooperative attitude of local authorities, lack of appropriate support from the district health bureau and health centres. Coverage rate of the programme is 48% for villages with a distance between 5 and 10 km and 22% for ones more than 10km from a public health facility. The utilization rate of the programme is 1.17 consultations per person per year and 0.87 for children under 1 year old and between 1 and 5 years, respectively.

**Conclusion** It has been confirmed that the programme has assured proximity to health services for the children in remote areas. Questions are how we can consolidate the continuity and ensure universal access to the programme. Health policy formulation is definitely required for the implementation of the programme. However policy itself is frequently transformed to authoritative pressure, which disturbs the spirit of self-determination of the people. Our principal challenge is how we can harmonize “uniformity” of health policy and “autonomy” of people in implementation of community-based health services.

**keywords** : Madagascar, Community Health Agent, Childhood Illness, Public Health Policy