

[研究会報告]

地域における母子保健サービスを担う人材育成
—紛争後国家アフガニスタンの経験から藤田 則子¹⁾

1) 独立行政法人国立国際医療研究センター

要 旨

アフガニスタン保健システムの再構築の過程で、特に人材に注目し、地域母子保健サービスを提供する専門職とボランティアの役割について検討した。2002年の保健資源調査によれば「施設により提供される保健医療サービスの不統一」、「施設機材整備及び薬剤資材が不十分」、「保健人材（特に女性）の不足」が問題としてあげられた。アフガニスタン保健省は、1次2次施設における予防治療啓蒙活動を基礎保健サービスとして標準化し、NGOと契約・業務委託することで基礎保健サービスの面的な拡大を図った。人材開発の点では内戦の時代に育成された保健人材の資格統一と認定試験、教育制度の見直しとカリキュラムの改訂が行われ、2004年からは新カリキュラムでの看護助産教育が全国24か所で開始された。こちらもドナーによるNGOへの契約により学校運営と看護助産教育が実施され、保健省には教育プログラム認定委員会による認可制度で教育の質の担保を目指した。

世界銀行、アメリカ、欧州共同体による契約・業務委託を強力に推し進めた結果、2008年末には基礎保健サービスが人口の85%をカバーするまでになり、助産師数はこの5年間で約3倍に増加した。施設に配置された医師看護助産師たちは施設内でのサービス提供を中心に活動し、地域における保健活動は地域保健ワーカーと呼ばれるボランティアが担当し、20,000人が育成配置された。サービス提供が確保された割に母子保健サービスの利用率は増加しなかった。特に地域でのサービス提供の多くがCHWの肩にのることになったが、その利用は期待するほどは広がらなかった。一方、過去10年間助産師による家庭訪問を実施してきたNGOの活動とその成果が注目され、専門職による巡回診療が検討されている。

キーワード：紛争後国家、コントラクト、保健ボランティア、家庭訪問

I はじめに

アフガニスタンは1979年のソ連侵攻から約20年間政治的に不安定な状態が続いていたが、2001年12月のボン合意で、国際社会の協力が約束され復興支援が開始された。保健分野では2002年よりドナー調整のもとにアフガニスタンの保健システムの再構築が進められた。本稿では、特に人材に注目し、地域母子保健サービスを提供する専門職とボランティアの役割について検討したい。

II 復興に向けた保健システム再構築とドナーの関わり方

政府機関公的セクターの機能が不十分であった紛争の時代に、保健医療サービスの提供は、NGOが資金を集め肩代わりしている状態であった。復興支援活動の中で、まず2002年に国内の保健資源調査が実施され、「施設により提供される保健医療サービスの不統一」、「施設機材整備及び薬剤資材が不十分」、「保健人材（特に女性）の不足」が明らかとなった（表1）¹⁾。

アフガニスタン保健省は、1次2次施設（郡病院・ヘルスセンター）における予防治療啓蒙活動を基礎保健サービスとして標準化（Basic Package of Health Services、以下BPHS）し、NGOと契約・業務委託(Contract)することで基礎保健サービスの面的な拡大を図った。NGOは、郡(District)単位で病院・ヘルスセンターを担当し、BPHSに基づいた施設・薬剤機材・人材を確保し、基礎保健サービスを提供する。保健省・州保健局はNGOの活動を監督し、そのパフォーマンスに

応じて契約が更新された。

この援助方法に参加したのは世界銀行、アメリカ合衆国国際開発庁(USAID)、欧州共同体(EU)の3つのドナーであり、2003年より国内の州・郡を3つのドナーが色分けするような形で進められた。日本を含む他の2国間ドナーや国連機関は、技術支援を中心とした支援を行ってきた。保健省全体および各分野（母子保健、結核、予防接種、栄養、など）でドナー調整機構が中央保健省および州保健局に作られていったが、当初はドナー主導で進められていった。

III 母子保健に関わる人材(専門職とボランティア)の育成と配置に向けた対策

紛争の時代もアフガニスタン国内では医師看護助産師・臨床検査技師・薬剤師などの専門職育成のための教育は継続されてはいたが、予算不足、教員の流出などから、必要な数と質を満たすものではなかった。NGOは短期間の研修を実施し、自らの診療所に必要な職員を確保した。また90年代後半はタリバン政権のもと女子が教育を受けられない時代が約5年続き、イスラム社会での女性保健スタッフ不足は母子保健サービスへのアクセスを上げるためには大きな障害となっていた（表1）¹⁾。

2003年から保健省レベルで実施されたのは、内戦の時代に育成された保健人材の資格統一と認定試験、教育制度の見直しとカリキュラムの改訂であった。2004年からは新カリキュラムでの看護助産教育が全国24か所で開始された。公立校は5か所あったが、政府予算不足のため、こちらもド

表1. アフガニスタン保健資源調査結果（全国912施設、保健スタッフ11,749名）

	男性	女性	合計	人口1000人当たり
医師	2,155	695	2,850	0.12
看護師	2,034	566	2,605	0.12
助産師	22	467	489	0.02
検査薬剤歯科など	2,992	478	3,471	0.15
ワクチネーター	803	205	1,008	0.05
コミュニティヘルスワーカー	859	467	1,326	0.06
合計	8,865	2,878	11,749	0.53

出典：Afghanistan National Health Resources assessment. 2003

ナーによる NGO への Contract により学校運営と看護助産教育が開始された。保健省には教育プログラム認定委員会が設置され、NGO の教育認可制度が実施された²⁾。医師の教育は高等教育省管轄であったが、教育の質向上のための学生定数減と女子学生の確保にむけた活動が行われた。

以上が専門職に関する対策であるが、BPHS では施設に配置された医師看護助産師たちは基本的に施設内でのサービス提供を中心に活動し、地域における保健活動は地域保健ワーカー (Community Health Worker、以下 CHW) と呼ばれるボランティアが担当する。CHW とは地域住民代表からなる保健委員会により選出された地域在住の男女で、保健省が定めた 6 か月の基礎研修を受け、自らの住宅をヘルスポストとして使用し、健康教育・妊婦健診・簡単な投薬を行い、基本的には無報酬である。BPHS では一つのヘルスセンターに数-10 程度のヘルスポストと CHW が設置されることになっていて、NGO スタッフが巡回指導を行い、ヘルスセンターに報告する。また家族計画や予防注射など CHW を活用するプ

ロジェクトも実施され、CHW の肩には多くの地域保健活動が課されることになった。

IV 母子保健サービス提供とアクセスの推移 (2003 年-2008 年)

Contract を強力に推し進めた結果、基礎保健サービスがカバーしている人口は 2002 年の 5% から 2008 年末には 85% にまで拡大し、BPHS 施設から徒歩 2 時間圏内に住む国民は全体の 66% にまで増加した (図 1)^{3), 4)}。

保健人材に関しても BPHS の基準はまだ満たされていないものの、助産師数はこの 5 年間で約 3 倍に増えている (表 2)⁵⁾。NGO の努力により国内に 10,075 のヘルスポストが設置、研修を修了した CHW 19,975 名 (男 10,150 名、女 9,825 名) が働ける体制となった。CHW の識字率は 45% であるが、研修中後のドロップアウト率は 5% と低かった³⁾。

急速な基礎保健サービス提供拡大に比べてサー

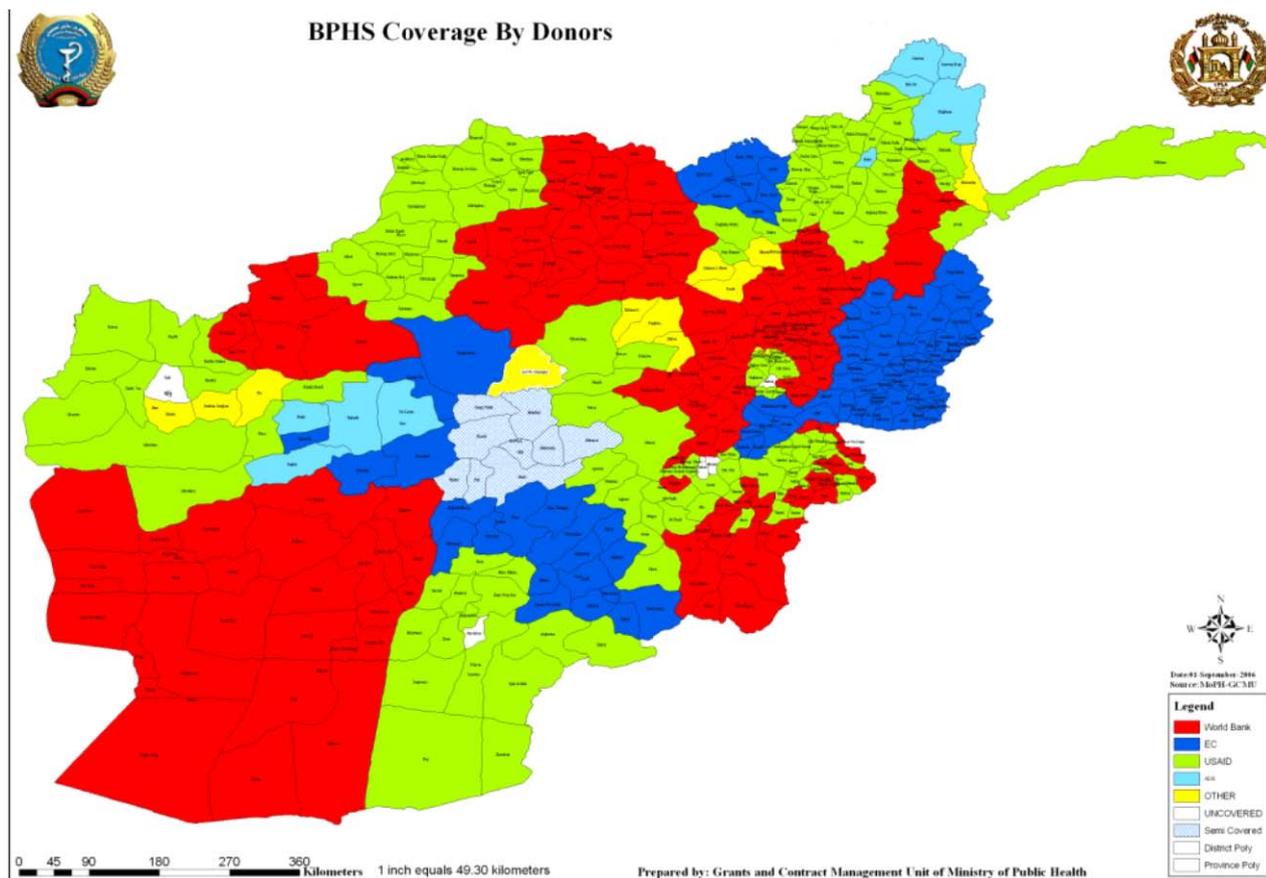


図 1 BPHS カバー率(2008 年 4 月)

表 2 母性・新生児保健に関わる保健人材の推移（地域保健ワーカーはのぞく）

	2002	2007	BPHS 基準との差	WHO 基準との差
助産師	467	1,601	774	3,450
女性看護師	566	923	2,210	-
女性医師	695	274（産科医）	131（産科医）	（産科医）

出典：Estimated human resource needs for Reproductive Health and Safe Motherhood (UNFPA, 2008)

* WHO の基準（2005）：年間 175 分娩あたり助産師 1 名、1000-1500 妊娠あたり産科医 1 名

表 3 基礎保健サービスの利用率の推移

	UNICEF 2003	2005	2006
Skilled Antenatal Care	4.6% [NA]	12.6% [11.6-13.7]	32.3% [29.1-35.7]
Skilled Birth Attendance	6.0% [NA]	8.4% [7.7-9.3]	18.9% [16.4-21.7]
Full immunization	15.5% [NA]	11.2% [9.9-12.7]	27.1% [23.6-30.6]

Estimate [95% confidential interval] を示す

出典：MICS in Afghanistan UNICEF 2003、National health Performance Assessment 2005、Afghanistan Health Survey 2006

表 4 サービス提供者の内訳

	妊婦健診	出産介助
医師	13.0%	7.2%
助産師	15.1%	11.5%
看護師	0.3%	0.2%
地域保健ワーカー（CHW）	2.2%	2.3%
Traditional Birth Attendant	15.8%	20.3%
友人、親戚	0%	53.7%
提供者なし	51.2%	5.0%

出典：Afghanistan Health Survey 2006

ビスの利用、例えば妊婦検診受診率 32.3%、熟練者による出産介助率 18.9%とまだまだ低い(表 3) 3), 4)。特に CHW によるサービス提供は期待するほど増加していないことが判明した(表 4) 3)。また、なぜヘルスセンターにこないのかをカブール州で調査したところ、「家族の許可が得られない」というようなイスラム社会特有の理由だけではなく、「診療施設の存在やサービスの内容・恩恵を知らない」、「一度受けたサービスの内容が不満（薬がない、スタッフの態度が悪い、午後にサービスがないなど）」といったどの国でもありうる回答が多く得られた 7)。

このような経緯を経て、現在アフガニスタン保健省はヘルスセンタースタッフの訪問診療による

地域保健活動の可能性を探り始めている。そこで以下で専門職による家庭訪問活動とその成果や課題を紹介したい。

V 助産師による家庭訪問プログラム

この活動は Terre des Hommes と呼ばれる NGO が、1998 年から現在までカブール市と南部のカンダハル市で地域に住む助産師たちにより実施されている。地域のリーダーの合意が得られた（公的な）ヘルスセンターの管轄地域の家庭を助産師が訪問し、妊婦検診・産後母子検診、健康教育、家族計画カウンセリングを実施する。予防接

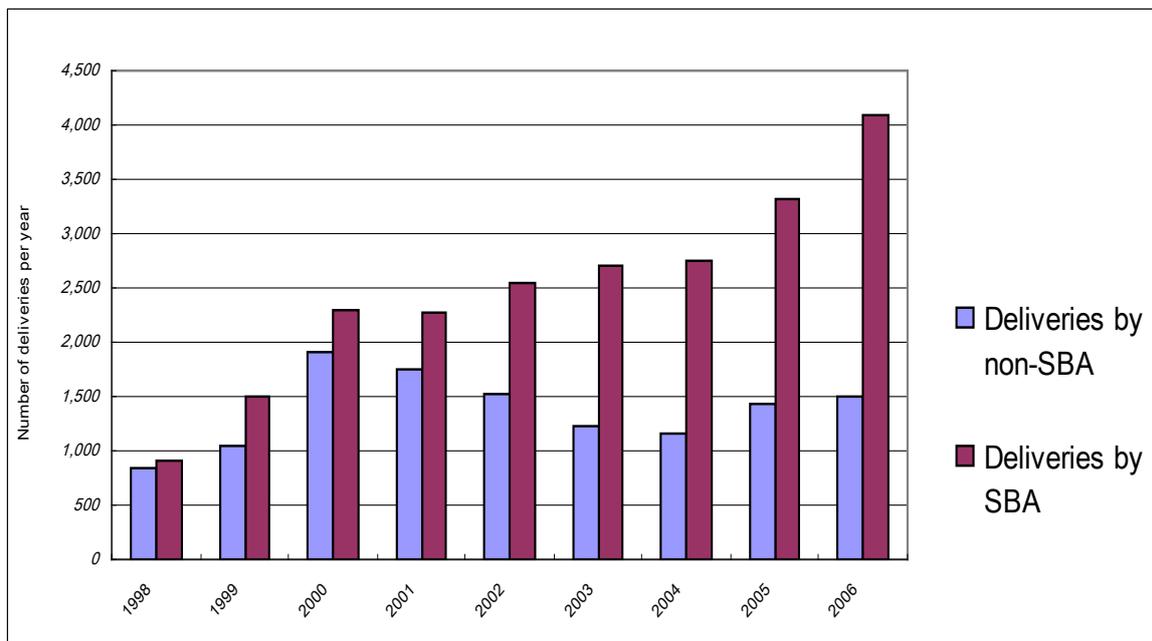


図 2 家庭訪問活動地域（カブール市内）における出産介助の推移

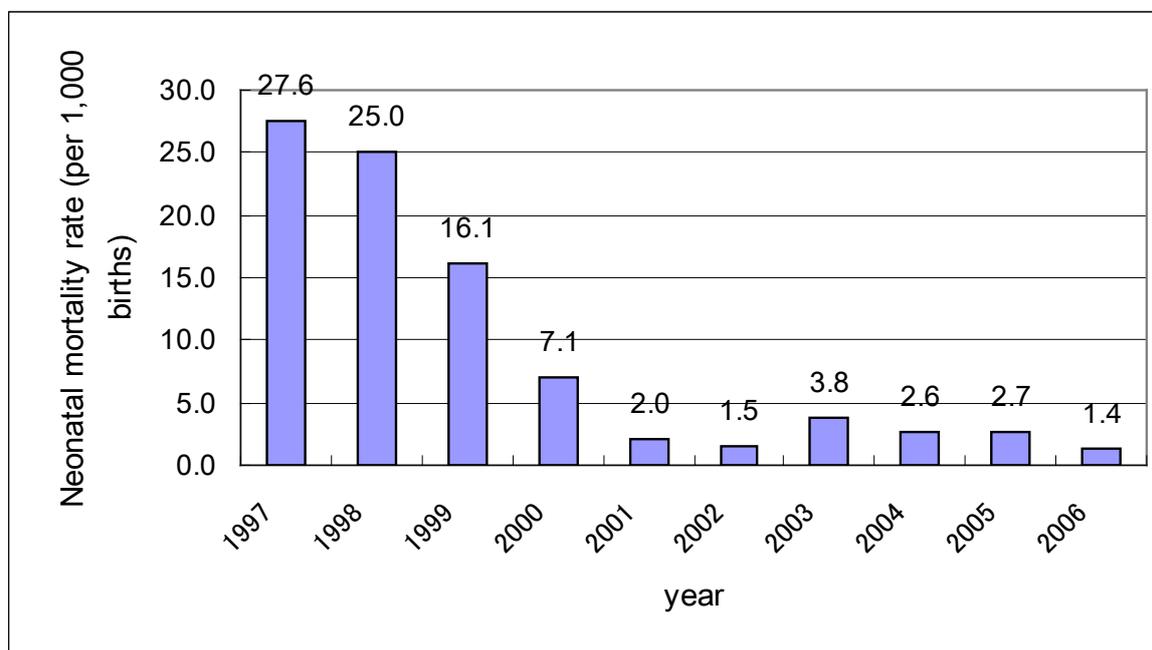


図 3 家庭訪問活動地域（カブール市内）における新生児死亡率の推移

種はヘルスセンターを紹介し、重症の母子は病院に紹介する。この助産師たちはその地域に住んでいるため出産介助にも呼ばれる。成果は、この10年間で家庭訪問の増加、熟練者による出産介助率の増加、活動地域での新生児死亡率の減少（出生1000あたり27.6から1.4へ）があげられる（図2、図3）。利点や問題点は表5のようにまとめら

れる⁸⁾。

ボランティアではなく専門職が家庭訪問を行い、質の高いサービスを提供することはアフガンの現状でも不可能ではなく、また母子の保健の向上にとって有効であることが示された。今後ヘルスセンターの助産師の数が増加するにつれて、可能な活動ではないかと考えられている。

表 5 助産師による家庭訪問活動の利点と問題点

利点	問題点・課題
<ol style="list-style-type: none"> 1. 妊産婦死亡・乳児死亡でサービスへのアクセスが低く死亡に直結する時期である産後・新生児期に専門職によるケアへのアクセスが増え、異常なケースを早期に病院に搬送することが可能となる 2. 妊産婦や母親本人だけではなく、家族の中で決定権を持つとされる義母や姉妹に対する健康情報提供や教育の機会になる 3. 助産師の自立した活動であり、地域住民と施設でのサービスの橋渡し、あるいは施設のサービスに対する信頼醸成の機会となる 4. 施設スタッフが家庭訪問に同行することで（地域でなにが起きているのかを知る）研修の機会となる 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 女性が外で活動することに対する批判 2. 治安が安定しないため、訪問活動が難しい 3. ヘルスセンターでは助産師数がまだ不十分で家庭訪問と施設でサービス提供が両立できない 4. 帰還難民などの把握が難しい

VI 結語

紛争後国家の保健システム再建においては基礎保健サービスが提供されること（面的な拡大）が前提となる。特にアフガニスタンのように専門職の保健人材不足が顕著な場合、多くの地域保健活動が地域保健ボランティアの肩に乗る傾向にあるが、彼らによるサービスの提供には限界がある。

長期的に専門職の数を増やしていくとともに、専門職による地域保健活動を通じて住民からの信頼を得ることやボランティアとの役割分担を考える必要があるだろう。



写真1 地域保健ワーカーキット

薬、報告用紙、啓蒙活動用パンフレット、コミュニティマップなど CHW の活動に必要な資材が CHW に渡される。報告類やコミュニティマップは非識字の CHW ではなく巡回指導を行う NGO のスーパーバイザーが記録することも多い。

文 献

- 1) Ministry of Health, Transitional Islamic Government of Afghanistan. Afghanistan National Health Resources assessment. Kabul 2003
- 2) Smith JM, Currie S, Azfar P, Rahmanzai AJ. Establishment of an accreditation system for midwifery education in Afghanistan: maintaining quality during national expansion. Public Health 2008 Jun;122(6):558-67, 2008
- 3) Ministry of Public Health, Islamic Republic of Afghanistan. Afghanistan Household Health Survey. Kabul 2006
- 4) Ameli O, Newbrander W, Contracting for health services: effects of utilization and quality on the costs of the Basic Package of Health Services in Afghanistan. WHO Bulletin 2008 Dec;86(12):920-8
- 5) UNFPA. Estimated human resource needs for Reproductive Health and Safe Motherhood in Afghanistan. Kabul 2008
- 6) UNICEF. Multiple Indicator Cluster Survey Afghanistan. Kabul 2003
- 7) Ministry of Public Health, Islamic Republic of Afghanistan. Assessment of the reasons for sub-optimal use of antenatal, delivery and neonatal services by women in Kabul. Kabul 2006
- 8) Terre des Hommes and Ministry of Public Health, Islamic Republic of Afghanistan. Home-visiting program by skilled Birth Attendants – Experience in Afghanistan and its impact for maternal and newborn health.(www.esdproj.org/site/DocServer/CC9_Ahmadzai.pdf?docID=1121)

[Report]**Role of health professionals and community volunteers
for Maternal, Newborn, and Child Health
in a post-conflict and fragile state – A case study of Afghanistan**Noriko Fujita ¹⁾

1) International Medical Center of Japan

Abstract

Educational system for health professionals deteriorated during the internal conflict in Afghanistan. In 2002, female health professional for maternal, newborn, and child health was in a big shortage: 1 midwife, 1 female doctor and 1 female nurse per population of 500,000. Because of socio-cultural barrier, female health professionals play an important role for providing health care to women and children. Since 2004, the government restarted education in 24 schools by the standardized nursing and midwifery curriculum and started to increase female enrollment of medical school. New graduates are deployed at hospitals and health centers at provincial and district level.

Besides re-establishing educational system, basic package of health services (BPHS) were expanded by contracting to NGO since 2004. Population coverage of BPHS increased from 5% in 2002 to 85% in 2008. Under BPHS, health professionals are mostly at health facilities and community activities are largely on the shoulder of Community Health Worker (CHW). They are volunteers without government salary but delivering a variety of health services. Around 20,000 CHWs (half male and half female, 45% of them are literate) were trained by the standard curriculum and placed in work. CHWs are supervised by NGO supervisor and linkage is little between health professionals deployed at health facilities and CHWs. BPHS is widely available at facility and community by CHWs, but access to health services is still low (Antenatal coverage 30%, contraceptive prevalence rate 15%). Furthermore, service delivery by CHW is not as much as expected. Now government started to try mobile service or home-visit by health professionals following the successful results of home-visit program by professional midwives by local NGO.

keywords : Post-conflict, Contract services, Voluntary worker, Home visits