

[研究会報告]

何故 Community-based MNCH が必要か？

明石 秀親¹⁾、岩本あづさ¹⁾

1) 国立国際医療研究センター

要 旨

2015年までの世界的な目標としてミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs) が掲げられており、その MDG 4 (Reduce child mortality) と MDG 5 (Improve maternal health) が母子保健に関わることは広く知られている。また 2005 年の WHO 総会の頃から、MCH (Maternal and Child Health) に N (Neonate) が入るべきという声が高まり、現在では MNCH と略されることが多くなった。これは、医学雑誌 Lancet のシリーズ (以下、Lancet) でも示されたごとく、小児の死亡率が世界的に下がり始めた中で、依然、早期新生児の死亡が高いことにもよる。一方、妊産婦の死亡は期待通りには下がっていないことから、2015 年の MDGs 達成が危ぶまれているのも事実である。しかも妊産婦の死亡は、仮に出産直前まで妊婦健診等で正常と判断されていても、分娩開始後に初めて問題が起きるケースもあることから、新生児と同様、出産直前・直後の死亡が多いことが予想され、実際に Lancet でも産後 1 日目から 7 日目までの死亡の多さが際立っているという事実が示されている。

出産そのものはどこで行われているのかと言えば、開発途上国の地方に行けば行くほど自宅分娩が多いと考えられ、Lancet によれば、妊産婦死亡は地方 rural で多い状態である。つまり、出産前後の適切なケアも含む地域 community での取り組みが、妊産婦や、新生児を含む小児の健康改善のみならず、妊産婦死亡や新生児死亡を下げるための key となると思われる。しかしながら効果的な取り組みが見つかるかどうかは、未だに明らかではない。

それではその課題に対して、現在までにどのような取り組みがなされてきたのだろうか。また今後私達がなしえる最善の策とは何か。このセッションを通して、MNCH に関するコミュニティーでの取り組みに何らかの突破口が見つかれば、それは日本が世界に発信できる重要なメッセージとなるはずであると考え、本ワークショップが企画された。

キーワード：ミレニアム開発目標、地域、母性・新生児・小児保健、新生児死亡、妊産婦死亡

I はじめに

1. ミレニアム開発目標

(Millennium Development Goals: MDGs) とは

表1 国連ミレニアム開発目標

MDGs、8つの目標

目標1: 極度の貧困及び飢餓の撲滅
目標2: 普遍的初等教育の達成
目標3: 男女平等及び女性の地位強化の推進
目標4: 乳幼児死亡率の削減
目標5: 妊産婦の健康の改善
目標6: HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病との闘い
目標7: 環境の持続可能性確保
目標8: 開発のためのグローバルなパートナーシップの推進

2000年9月、ニューヨークで国連ミレニアム・サミットが開催された。サミットに参加した147の国家元首を含む189の加盟国代表は、21世紀の国際社会の目標として国連ミレニアム宣言を採択した。このミレニアム宣言は、平和と安全、開発と貧困、環境、人権とグッドガバナンス(良い統治)、アフリカの特別なニーズ等を課題として掲げ、21世紀の国連の役割に関する明確な方向性を提示している。この国連ミレニアム宣言と、1990年代に開催された主要な国際会議やサミットで採択された国際開発目標を統合し、一つの共通の枠組みとしてまとめたものがミレニアム開発目標(Millennium Development Goals: MDGs)である。

MDGsは、2015年までに達成すべき目標として8つを掲げている(表1)。

2. ミレニアム開発目標における母性・新生児・小児保健の位置付けと中間報告

ミレニアム開発目標8つのうち、4番目は「乳幼児死亡率の削減」、

5番目が「妊産婦の健康の改善」であり、女性と子どもの健康改善への取り組みがMDGs達成のために重要であることが示されている(表2)。各目標には、より具体的な「ターゲット」と、達成目標を評価するための「指標」が設定されている。2007年、最初の5年間の成果を概観する「ミレニアム開発目標中間報告書」が発表され、「これまでになしとげられた前進」及び「今後とりくまなければならない課題」が明らかにされた¹⁾。各目標の2004年時点での達成状況を表3に示す²⁾。緑色の欄は、該当する小地域で、目標達成済か、2015年までに達成がほぼ見込まれていることを示す。一方オレンジ色の欄は前進が見られるものの今までのところ目標達成には不十分、ピンク色の欄は1980年以来、全く変化が見られないか逆

表2 MDGsとMNCH

目標とターゲット	指標
目標4: 乳幼児死亡率の削減	
ターゲット5	13. 5歳未満児の死亡率
2015年までに5歳未満児の死亡率を1990年の水準の3分の1に削減する。	14. 乳児死亡率
	15. はしかに免疫のある1歳児の割合
目標5: 妊産婦の健康の改善	
ターゲット6-A	16. 妊産婦死亡率
1990年と比較して妊産婦の死亡率を2015年までに4分の1に削減させる。	17. 医師・助産婦の立ち会いによる出産の割合
ターゲット6-B	18. Adolescentの出産率
2015年までにリプロダクティブ・ヘルス(性と生殖に関する健康)への普遍的アクセス(必要とする人が利用できる機会を有する状態)を実現する。	19. 妊婦健診のカバー率(少なくとも4回受診)
	20. 家族計画へのUnmet need

表3 現在の達成状況

ミレニアム開発目標: 2004年現在の状況

目標	アフリカ 500百万 (2000年人口)		アジア 4,700百万				オセアニア 300百万	ラテンアメリカ 500百万	中央アジア 300百万	欧州 700百万	北米 300百万
	東	西	東	南	西	東	西	東	西	東	西
貧困	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済
初等教育	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済
男女平等	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済
乳幼児死亡率	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済
妊産婦死亡率	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済
環境の持続可能性	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済
パートナーシップ	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済	達成済

注: 達成済(緑)、不十分(オレンジ)、変化なし(ピンク)、逆転(赤)

行現象が生じているか、現在の水準が世界水準と比較して劣っている、空欄はデータがないことを示している。

表 3 から分かるように、4 番目の目標に関して「子どもの死亡率が世界的に改善している」ことが示された一方で、5 番目の目標については「依然として毎年 50 万人を超える女性が、治療・予防可能な妊娠・出産関連の合併症で命を落としている」という、変わらず困難な状況が指摘された。そのような厳しい現状をふまえ、目標 5 のターゲットには、「リプロダクティブヘルス（性と生殖に関する健康）への普遍的アクセスの実現」という新しい 1 項目が追加された（表 2）。

II MCH から MNCH へ

MDGs 達成のためには、母と子の健康改善が重要な意味を持つことが明らかになるにつれ、国際社会はそれまで関心の薄かった母性・新生児・小児保健に目を向けるようになった。2003 年以降、医学雑誌 Lancet（以下 Lancet）は小児・新生児・母性保健に関する特集をシリーズで掲載している。WHO が毎年発行する報告書の 2005 年のテーマも“Make every mother and child count”であった。また 2005 年 5 月の世界保健総会の頃から、「MCH (Maternal and Child Health) という語には、新生児 Neonate の N を加えるべき」という声が高まり、現在は MNCH と表現されることが多くなっている。これは、Lancet シリーズでも示されているように、子どもの死亡率が世界的に改善されつつある状況の中で、新生児の死亡率は依然高いままであることにもよる。子どもの主な死亡原因のうち約 1/3 を新生児期の疾患が占めており（図 1）、2001 年に世界で死亡した 5 歳未満の子ども 1,100 万人のうち 400 万人は新生児であったと報告されている³⁾。

1. 新生児死亡削減の意義

前述のように、子どもの死亡率をさらに削減するためには、新生児死亡を減少させる戦略が必要となる。そのためには、世界の新生児がいつどのようになくなっているかを正確に把握することが重要であると考えられる。

図 2 は、Lancet に掲載された、世界の乳幼児及び新生児の死亡率の推移である。1960 年代から約 40 年間で、子ども（5 歳未満の乳幼児）の死亡率

5 歳未満の子ども死亡原因

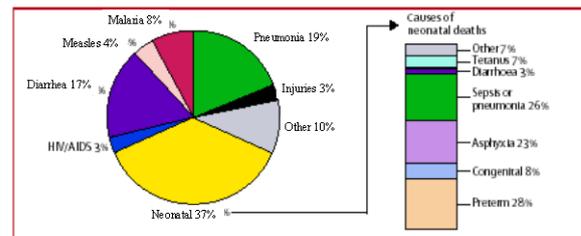


Figure 2: Major causes of death in children younger than age 5 years and in neonates (yearly average for 2000-03)

これらの病気のうち、自宅で予防可能、もしくは早期発見できるものも多い (Lancet Child Survival Series, 2003)

図 1 5 歳未満の子どもの主な死亡原因

Trend for deaths in neonates, infants and children

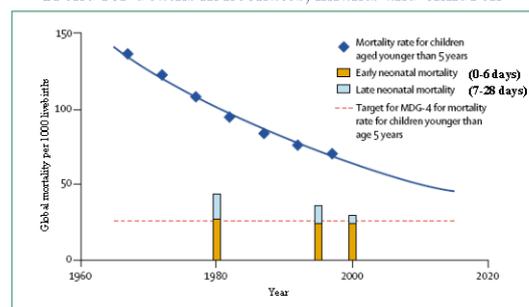


Figure 1: Meeting MDG-4 trends in child mortality among those younger than age 5 years and in first 28 days of life, 1965-2015. Trend for deaths in children younger than age 5 years fitted assuming constant proportional reduction every year. (Lancet Child Survival Series, 2003)

図 2 世界の子どもの死亡率の推移

は大幅に減少している。新生児の死亡率も 1980 年から 2000 年にかけて減少はしているがその割合は大幅とは言えず、その中の生後 1 週間未満の「早期新生児」の死亡数はほとんど変化していない。

新生児、特に出生後間もない早期新生児が命を落とす状況をもう少し詳しく見てみると、図 2 の調査結果からは、早期新生児の多くは出生後ごく早い時期（48 時間以内）に死亡していることが分かる。また、図 1 右には子どもの死亡の約 1/3 を占める新生児の死亡原因（早期産 28%、敗血症や肺炎等の感染症 26%、仮死 23%）が示されているが、その転帰は早期新生児期に多く起こることが知られている。

2. 母体死亡の原因

次に母体死亡に目を向けてみると、前述のように妊産婦死亡数削減に関しては、現在までにいろいろな対策がなされてきたにもかかわらず、期待通りの成果が上がっていない。アジアの数か国のよ

各国の母体死亡推移

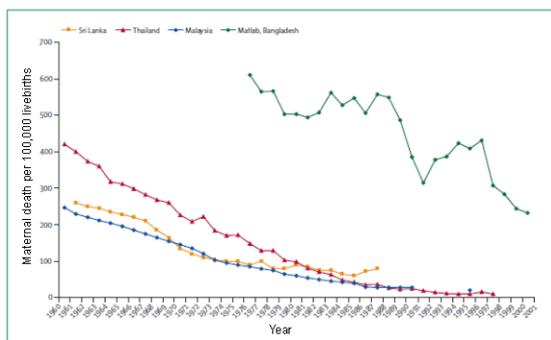


Figure 3: Trends in maternal mortality in Thailand, Malaysia, Sri Lanka, and Maldives, Bangladesh. Data from references 6 and 10. (Lancet, Maternal Survival Series, 2006)

図 3 各国における母体死亡減少の傾向

何が原因で母親は亡くなっているのか？

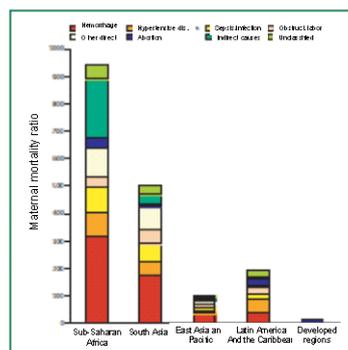


Figure 4: Maternal mortality ratios for 2000 by region and WHO region. Maternal mortality ratios are reported proportionally from 1990 to 2000. Maternal mortality in 2000 (reference 2). (Lancet, Maternal Survival Series, 2006)

図 4 母親の死亡原因

Mortality during pregnancy and by time since end of pregnancy (Bangladesh)

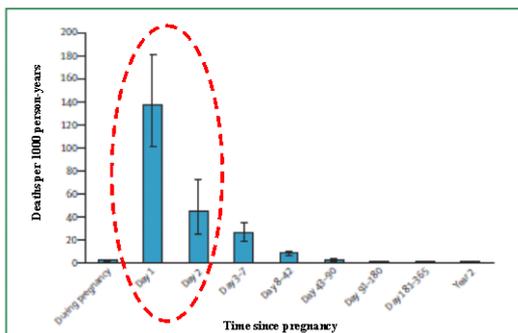


Figure 4: Mortality during pregnancy and by time since end of pregnancy in Maldives, Bangladesh. Data from reference 3. Black lines show 95% CI. (Lancet, Maternal Survival Series, 2006)

図 5 妊産婦死亡の発生時期 (バングラデシュ)

うに死亡数が順調に減少している国も存在するが (図 3)、サハラ以南のアフリカと南アジアでは「出血」をはじめとする原因により、現在も高い妊産婦死亡を改善できていない状況である (図 4)。

妊産婦ケアの特徴の 1 つとして「緊急性」が挙げられるように、妊産婦死亡には、それまで妊婦検診等で正常な経過と判断されていても、出産時に予測しえない問題が発生してしまうという特殊性がある。Lancet でも、母体死亡が最も起こりやすいのは出産後すぐであることが述べられている (図 5)。

Ⅲ 妊産婦・新生児死亡の発生場所

それでは、おおかさんと子どもはどこで亡くなっているのだろう。これも Lancet によれば、多くの国で、母体死亡の 40-90%は病院で起きてい

る 4)。この数値には、1) 到着時に既に手遅れだった症例、2) 到着時に速やかで適切な処置が行われていれば救命が可能だった症例、3) 正常分娩のため入院中、重大な合併症で死亡した例、が含まれている。また都市部と比較して地方に行く程、自宅分娩が増加する。例えば、バングラデシュ、カンボジア、ニジェールではいずれも、施設分娩は全体の 10-20%のみで、70-80%が自宅出産であると報告されている*5。したがって、妊娠出産に関連した妊産婦死亡・新生児死亡の多くは、自宅・地域で起きているが、その全容は必ずしも統計として把握できていない、という可能性が示唆される。

Ⅳ 地域での MNCH 戦略—何が可能か？

1. 死亡原因から見たアプローチ

母親で見るとやはり出血、高血圧症、感染が多い一方、5 才未満の小児で見ると、下痢や肺炎、破傷風等も含まれる。これらから考えるともちろん「治療」という座標軸の他に、予防可能な疾患や状態 (例えば、栄養不良状態など) 等の「予防」という軸が必要であることは容易に想像がつく。さらに予防には、Safe Motherhood Initiative に基づいた種々の取り組み (家族計画、妊婦検診、清潔で安全なお産、必須産科ケア等) 等が含まれるだろう。これに最近、注意が向けられつつあるのは「人間的ケア」という軸で、このような介入が妊娠・出産の危険性を下げるといった考え方ができてきているのも事実である (図 6)。

対策としての3つのDimension

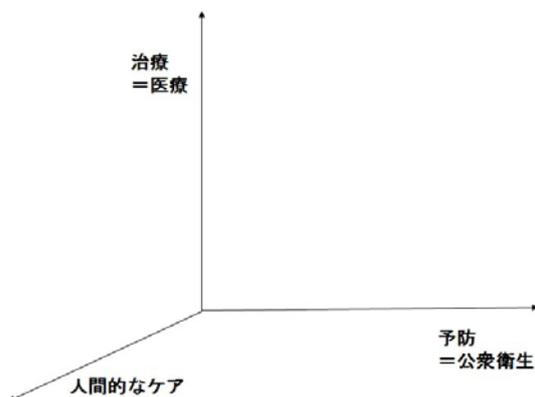


図6 MNCH改善に必要な多次元の視点

07_72.html

2) UN Department of Public Information (DPI/2363-A)

3) THE LANCET Neonatal Survival. March, 2005

4) THE LANCET Maternal Survival. March, 2006

5) WHO COUNTRY PROFILES Maternal and Newborn Health. Department of Making Pregnancy Safer. 2007

2. 今後の Community-based MNCH

それでは妊産婦や新生児の死亡を減少させるために、実際に何がなされてきているのだろうか。これらの問題に対して、これまで、伝統的分娩介助者や地域保健員の研修等、現在まで様々な医療介入がなされてきた。しかしながら、妊産婦死亡が思うように減少していないという現状から考えれば、これらの取り組みが成功を収めたとは言い難い。それでは私達は、MNCH改善のためにこれから何をしていくべきなのだろうか。このセッションを通して、MNCHに関するコミュニティーでの取り組みに何らかの突破口が見つかれば、それは日本が世界に発信できる重要なメッセージとなるはずであると考え、本ワークショップが企画された。

V 結語

MDGs達成のためにも、世界的なMNCHの状況改善が必要であることは明らかである。本稿では、Lancetに掲載された報告を中心に、MNCH分野での地域 communityの重要性を指摘し、これに対する活動の必要性を述べた。このような状況に対し、これまでに実施された様々な取り組みの限界及びMNCHサービスが持つ特徴を十分に把握して、新たな対策を実施していく必要があると考える。

文献

1) www.unicef.or.jp/library/pres_bn2007/pres_

[Report]**Why is community-based MNCH important?****Hidechika AKASHI¹⁾、Azusa IWAMOTO¹⁾**

1) International Medical Center of Japan

Abstract

It is well-known that the Millennium Development Goals (MDGs) are set to be achieved by Year 2015, and that two targets of the MDGs, namely MDG 4 (Reduce child mortality) and MDG 5 (Improve maternal health), are related to maternal and child health. In the MCH (maternal and child health), the discussion was started to add N (neonate) to MCH at the World Health Assembly in 2005, and the MNCH becomes popular in the field of international health nowadays. This is because that the early neonatal death is still high even the child mortality rate is declining recent years, as Lancet series mentioned. On the other hand, maternal mortality rate is not declining yet and MDG 5 may not be expected to be achieved by 2015. The problems of deliveries can occur just after the child birth even their pregnancy processes seem to be normal beforehand. That is, the maternal mortality is high just before and after the child birth, as the Lancet series also pointed out that the maternal death rates are very high on the day of child birth and consecutive seven days after the delivery.

The deliveries themselves tend to be performed in mothers' home especially in the rural areas of developing countries, and the many maternal and child deaths can occur in the communities. Therefore, the community-based MNCH care can work as one of key factors to improve the MNCH situation and to reduce the maternal and child mortalities. However, it is not sure whether there is a good way or not.

In this workshop, we expected to obtain some hints through learning from different countries' experience to implement better MNCH activities in the community, and these can be the important messages from this meeting to the international health communities.

keywords : MDGs (Millennium Development Goals), Community, MNCH (Maternal, Neonatal and Child Health, Neonatal mortality, Maternal death