

[研究会報告]

母親と子どもの健康は自分たちで守る
—コミュニティの声に耳を傾ける

中村 安秀¹⁾

1) 大阪大学大学院人間科学研究科国際協力学講座

キーワード：プライマリヘルスケア、コミュニティ、母子保健、母子健康手帳

**Promote maternal and child health by themselves
- Listen to the voices of the community**

Yasuhide NAKAMURA

keywords : Primary health care, Community, Maternal and child health, MCH Handbook

氏名：中村安秀（なかむら やすひで）Yasuhide NAKAMURA
職名：大阪大学大学院人間科学研究科国際協力学講座 教授
連絡先：〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 1-2
大阪大学大学院人間科学研究科
Tel : 06-6879-4033 FAX : 06-6879-8064

I プライマリヘルスケアの誕生

第二次世界大戦後の復興援助プログラムは欧州におけるマーシャル・プランに始まる。その後、1950年代には多くのアジア諸国が独立し、60年代はアフリカ諸国の独立がなされた。これらの新しく独立した国の多くは、保健医療サービスの公平な供給を重要政策のひとつとして位置づけたが、保健医療を担う自国の人材が極端に不足していたうえに、電気、通信など基盤となるインフラストラクチャーが脆弱であり、結局、先進工業国からの援助に頼らざるを得なかった。当初、旧宗主国などの先進諸国は植民地時代からの病院の改築や新病院の建設、あるいは宗教団体による無料診療などを行ったが、貧困にあえぐ途上国の住民の健康水準の向上にはほとんど結びつかなかった¹⁾。

1960年代後半から70年代にかけて、米ソを中心とする東西対立の激化と同時に、先進諸国と途上国のあいだの南北問題が顕在化する中で、いくつかの画期的な試みが行われた。ひとつは、シューマッハーが提唱した中間技術の概念であり、1973年に出版された「small is beautiful」²⁾は適正技術の重要性と理論化に大きな役割を果たした。60年代後半の中国文化大革命に伴う「はだしの医者」運動も、保健医療改善に携わる当時の世界中の関係者に大きな衝撃を生んだ（その実体が明らかにされた現在では種々の批判がある）。このような流れの中で、デビッド・ワーナーの名作「Where there is no doctor」³⁾が1977年に発刊され、途上

国のフィールドにおける保健医療の実践的指針としてその後長く活用されることになった。

しかし、このような種々の試みにも関わらず、多くの途上国では問題が解決しなかったばかりか、より矛盾が増大していった。地域格差を正すための試みが散発的に行われていたものの、保健予算の病院への集中、農村部における医師の不在など、保健医療サービスの不公平さはますます増大し、農村部に住む多くの住民にとっては基本的な保健医療サービスさえ受けられない厳しい状況が続いていた。

困難な課題に直面していたのは、途上国だけではなかった。先進諸国においても、高度医療の進歩により国民の心身の健康が増進したわけではなく、貧富の格差の増大、ストレスの増加、薬物やアルコール中毒者の増加など、健康を脅かす種々の社会的状況はより深刻化してきた。このような状況に対処し、「2000年までにすべての人々に健康を！」(HFA2000: Health for All by the Year 2000) という世界共通のゴールを目指すための戦略として、1978年9月のアルマアタ宣言で取り上げられたのが、プライマリヘルスケア (Primary Health Care: PHC) の理念である(表1)。

PHC はあくまでも抽象的な理念であり、その実践面においては、当然のことながら、国により、地域により、大きな違いがみられる。PHC の実際活動を展開するためには具体的な目標が必要である。アルマアタ宣言においては、基本的保健サービスとして健康教育、母子保健など8項目を具

表1 プライマリヘルスケアとは
(アルマアタ宣言第6章: 著者による日本語訳)

Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination.

プライマリヘルスケアは、科学的に有効かつ社会的に受容できるやり方や技術に基づく必要不可欠なヘルスケアである。自立と自決の精神に則り、コミュニティや国がその発展の度合いに応じ負担できる費用の範囲内で、コミュニティの中の個人や家族があまねく享受できるよう、十分な住民参加のもとで実施されるものである。

(出典: WHO: Report of the International Conference on Primary Health Care, WHO, Geneva, 1978より著者が作成した。)

表2 プライマリヘルスケアの基本活動項目

1. 健康教育 (Health Education)
2. 安全な水供給と基本的な衛生(Safe Water Supply and Basic Sanitation)
3. 食料供給と栄養(Food supply and Nutrition)
4. 母子保健と家族計画 (Maternal and Child Health and Family Planning)
5. 予防接種拡大計画(Expanded Program on Immunization)
6. 地域で蔓延している感染症の予防と対策(Prevention and Control of Locally Endemic Diseases)
7. 簡単な病気やケガの適切な治療 (Appropriate Treatment of Common Diseases and Injuries)
8. 基本医薬品の供給 (Provision of Essential Drugs)

(出典：WHO：Report of the International Conference on Primary Health Care, WHO, Geneva, 1978 より著者が作成した)

体的に列挙している(表2)。しかし、このような保健サービス活動は、PHC以前の保健医療の枠の中においても取り組まれてきたものであり、決して斬新なものではない。むしろ、PHCのより重要、かつ優れた点は、これらの保健サービス項目を地域の中で実践していく際の理念と原則を明確に打ち出したことにある。理念としては、公平さ(equity)と参加(participation)という旧来の保健医療に認められない革新的な思想が織り込まれている。保健医療サービスは、医師や看護師という専門職から与えられる一方通行の恩恵のサービスではなく、サービスを受ける側が主体的に参画すべきものだと捉えていた。また、貧富の格差や地域格差を乗り越えて、PHCサービスは、それを必要とするすべての人びとに届けられるべきであるという理念を強調した。また、住民参加、地域資源の有効活用、適正技術、統合と各分野の協調というPHCの基本原則は、現在でも地域で保健医療活動を展開していくときの必要条件であると考えられる。

II 小児に対する保健医療への新たな関心

その後、PHCに対して種々の批判と擁護が寄せられたが、2008年にWHO(世界保健機関)により、PHCの復権が行われることになる。そこに至る過程の中で、WHO改革の途上で逝ったWHO前事務局長のLee Jong-wookが子どもの生存に関する喫緊の課題として3つのコミットメントをあげたことに注目しておきたい⁴⁾。

①母と子どもの健康課題を復権し、政府や国際機関などの重要な課題にすべきである

②死に直面した子どもたちに手を差し伸べるために、とくに弱者にサービスが届くよう、効果的な介入を大きく展開(scaling up)すべきである

③長期的な取り組みとして、地域レベル(at the district level)での公衆衛生プログラムの能力強化を図るべきである

これらは、まさに現在の日本の危機的な小児医療体制の課題と直結している。日本で子どもの健康を守ることも、途上国で子どもの健康を増進することも基本的には同じことだということが理解されよう。

一方、世界では、毎年約400万人の新生児が生後1か月以内に死亡し、その98%は途上国で生じるといわれている。途上国では、母子保健医療サービスに関する3つの「遅れ」が妊産婦死亡に深く関連している。危険な兆候の認識に乏しい、経済的理由などから受診の決定が遅れること、つぎに、施設が遠い、移送手段がないといった理由で周産期施設への到着が遅れること、最後に、病院に到着しても、医師が不在、薬剤の在庫がない、医療技術の未熟さといった理由で適切なケアが遅れることである。これらの要因は、そのまま新生児医療サービスの課題にも直結している⁵⁾。

世界各国では、その国や地域にふさわしい方法で、周産期医療の改善をめざした取り組みが行われてきた。近年、国際保健分野においては、ミレニアム開発目標の大きな目標である乳幼児死亡率と妊産婦死亡率の減少のために、周産期医療の重要性に対する認識が急速に高まっている。WHO

やユニセフなどの国際機関、国際 NGO、欧米を中心とした大学や研究機関などが、積極的に途上国の周産期医療に取り組むようになった。

2005年9月には、母性、新生児、小児の保健向上のために Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH) が結成された。ノルウェー政府、WHO、USAID (米国国際開発庁)、世界銀行、ビルゲイツ財団、セーブ・ザ・チルドレンなどが中心となり、各国政府、国際援助機関、NGO、学術機関などが加盟している。主な活動領域は、アドボカシー、効果的介入方法の開発、国家レベルへのサポート、モニタリング評価であり、とくに、効果的な介入方法として Continuum of Care (継続ケア) を提唱し、妊娠・出産・新生児ケアという一連の時間的な継続性ととも、家庭・コミュニティ・医療施設という空間的な継続性を保障することにより、妊産婦死亡や新生児死亡の減少を図ろうというものである。

III インドネシアの村で学んだこと

1. インドネシアのポシアンドゥ

インドネシアは赤道周辺に1万7千以上の島が散在する世界最大の島しょ国家である。人口は2億人を越し、近年は家族計画の普及などにより出生数や合計特殊出生率の上昇に歯止めはかかっているが、乳幼児死亡率や妊産婦死亡率は依然高い状態にある。

私が現地で活動を始めた時期のインドネシアでは、ポシアンドゥ (Integrated Service Post : POSYANDU) が1985年に設立され、住民参加のもとで乳幼児死亡率の減少をめざした PHC 活動を展開していた。全国の村ごとにポシアンドゥ組織を作り、毎月1回、5歳未満児の体重測定を住民の手で行ない、母子保健、家族計画、予防接種、栄養改善、下痢症対策の5項目の保健サービスを実施していた。ポシアンドゥの健診の流れは、①受診の登録、②体重測定、③測定結果の記録、④栄養や家族計画の指導およびビタミン剤などの投与、⑤予防接種、という5つの活動を順序だてて実施する。そして、①から④までの活動は村のヘルス・ボランティアが担当し、⑤の予防接種の段階で保健所スタッフが加わる。

インドネシアのポシアンドゥと日本の乳幼児健

診の最大の相違点は、村の人々がヘルス・ボランティアとして自主的に健診に参加していることにある。保健所や市町村などの職員だけが働いている日本の健診と異なり、ポシアンドゥは自分たちのものだという住民意識がポシアンドゥの随所に作用している。

ヘルス・ボランティアは読み書きさえできれば誰でも希望することができる。保健所で基本的な研修を受けた後、ポシアンドゥに参画することになる。私が活動していたティンギ・ラジャ村 (人口約5,800人) では、76人のボランティアのうち、中学校以上を卒業したものが59%を占めており、一般住民と比較してかなりの高学歴であった。主たる生計手段は農業であり、多くは農作業の合間にポシアンドゥ活動に参加していた。自発的にヘルス・ボランティアを希望した動機に関しては、個人的な要素が大きい。ただ、次のようなリーダーの言葉が村人の共通の心情を物語っている。

「今まで、この村では、小さい赤ちゃんがいっぱい死んでいった。だれも、好きでボランティアをする人はいないよ。ぼくだって、本当はボランティアなんかしたくないさ。だけど、子どもたちが健康で、コミュニティの人が安心して暮らせるようにするためには、コミュニティの人間ががんばらなきゃいけないんじゃないか。」

その基本にあるのは、自分たちもけっして経済的には豊かだとはいえないけれど、コミュニティのために自分たちにできることから始めていこうというコミュニティの自助自立の精神である⁶⁾。

2. モデル村での住民参加活動

ヘルス・ボランティアたちこそが村の保健改善の担い手だと考えて、モデル村の地域保健対策を立案した。私の基本姿勢は、住民参加の原則を固持することと、私が日本に戻った後もインドネシア人だけで続けることが可能な活動に絞ることの2つであった。

住民全体の健康状態や社会背景の問題点を明らかにし、住民ニーズを的確に把握する健康調査が必要であった。読み書きのできない住民が多いので、ヘルス・ボランティアが一軒ずつ訪問して直接聞き取る形のインタビュー法による全戸調査、すなわち手作りセンサスを実施することになった。

当時のインドネシアの農村部では95%以上が

自宅分娩で、過半数の妊婦が妊娠中に検診を受けたことがなかった。手作りセンスの結果、分娩時にへその緒を竹の刃で切断しているケースが8.4%、伝統的習慣に従い臍帯切断後の新生児のへその緒に泥土を塗布するケースが8.8%もあることがわかった。お産のときの不潔な処置は、新生児破傷風を惹き起こすだけでなく、母体にも感染を起し妊産婦死亡の大きな原因になっていた。しかし、たとえ近代医学の観点からみて悪い習慣であろうと、村に入り込んだ外国人が風俗習慣に口出しすべきでないと考えていた私は、この調査結果に対しても行動を起こさないことを決断した。

しかし、村のヘルス・ボランティアたちは、ロコミで妊婦ひとりひとりに不潔なお産の危険性を訴えたという。調査から半年後には、この村では竹刃での切断や泥土の塗布は皆無になった。自分たちの足で一軒ずつ訪問して調べた調査結果だからこそ、自分たちで従来の習慣を改善する行動ができたのだ。

多くの途上国ではほとんどが自宅分娩であり、妊娠中の検診を受けないままで出産する妊婦が多数を占める。また、西洋医学の訓練を受けた助産師の絶対数が少ないこともあり、都市部をのぞいては伝統的助産婦が出産前後の健康に関して中心的役割を担っている。妊娠や出産に関する古くからの慣習やタブー、女性の地位の低さなど種々の要因が重なり、一般的に妊産婦の健康に対する取り組みは低調である。

そういう厳しい状況の中で、外部の人間が妊娠や出産の改善を村人に性急に迫ってみてもいい結果は生じない。この村でも、もし専門家が医学知識に基づいて指導したのであれば、このような劇的な行動変容は生じなかったに違いない。何十年、何百年と続いてきた出産に対する習慣を変える力をもっているのは、その習慣の担い手である村人だけであることを教えられた。

IV 日本の母子保健経験を分析する

2002-04年度に、厚生労働科学研究費による「戦後日本の健康水準の改善経験を途上国保健医療システム強化に活用する方策に関する研究」を行った。その成果は、分担研究者の石川信克氏(結核研究所)、佐藤寛氏(アジア経済研究所)、大石

和代氏(長崎大学)、坂本真理子氏(愛知医科大学)と行った座談会「戦後日本の経験を途上国に活かす」に集約されている⁸⁾。そこでは、戦後の日本の保健医療に関する重要な共通点として、①徹底した現場主義と自己裁量権、②セクターを越えたコミュニティ・レベルでの協働、③受益者からのAppreciation(賞賛や感謝)という評価軸、④外部からのドナー機関のいない幸運、⑤フロントライン・ワーカーの経済的自立、⑥既存のシステムの最大限の活用、⑦巧妙なアドボカシーの方法論、について議論を展開した。都市化と高齢化という戦後のわが国がたどってきた少子高齢化社会における保健医療問題はアジアではすでに現実の課題となっており、日本のたどってきた保健医療指標の改善の道筋を途上国や国際機関に発信する意義は大きい。

途上国からは第二次世界大戦後の急激な乳幼児死亡率の減少など保健医療指標の改善を経験したわが国の保健医療システムに学びたいという非常に強い期待が寄せられている。しかし、途上国では、文化、宗教、経済状況、交通手段、教育レベル、居住環境などの保健医療を取り巻く環境がわが国と大きく異なり、医師などの保健医療従事者の不足、医療施設や器具の貧弱さなど保健医療面での種々の問題を抱えており、日本の経験がそのまま現地で応用できるわけではない。日本の保健医療システムが発展してきた軌跡を科学的に分析することによりはじめて、国外でも援用できる普遍性をもつことが可能になる。

ここでは、戦後の日本の保健医療に関する重要な共通点として、研究班活動のなかで浮き彫りにされた要因のうち、いくつかについて言及したい。

1) 徹底した現場主義と自己裁量権：生活改良普及員、保健師などは、健康教育、保健改善、生活改善のためにとにかく現場に行くことが奨励されていて、専門職が自宅を訪問するというout-reach活動が重視されていた。時間をかけて、現状を把握することに重点が置かれていた。また、フィールドワーカーは個々の事例に対して何をするのか、どのように実施するのかについては、現場で自分の裁量でベストの選択をすることができた。マニュアル化されていない部分で、自分の技術力を高めながら、自分が考えたこととコミュニティのニーズが一致するという創造的な仕事をし

ていた。

2) セクターを越えた協働：当時、厚生省、文部省、農林省という縦割りの官僚機構があり、縦割りの施策が行われていたが、コミュニティ・レベルでは、助産師、保健師、栄養士、生活改良普及員、教員というセクターを越えた協働作業が成立していた。一つの職種だけでは解決できないような生活上の課題が山積していたことも、自然な流れとして、このようなインフォーマルな形での情報交換と横のつながりというネットワークの構築につながったのであろう。

3) 受益者からの Appreciation (賞賛や感謝) という評価軸：数値による評価以外の評価軸、すなわちコミュニティからの評価軸が日本にはあった。受益者から賞賛や感謝をもらうことが最高の評価であり、またそれが動機づけになっていたという評価のシステムであった。受益者自身が評価軸を持つことが一番強いし、永続性を持つのだということフィールドワーカーの人たちが体感していた。

今後の課題としては、日本の公衆衛生の歴史の中での現場主義をどう国際協力に活かすのかという点が上げられた。現場で try and error をして、いいものボトムアップの形で吸い上げていくような、広い意味でのオペレーショナルリサーチのシステムである。もうひとつの課題は、synergy (協働) である。縦の synergy というのは、何をやるかが初めから決まっているのではなくて、住民と行政官が相手の出方を見て自分が何をどれだけするかを決められる。それを見て、また相手が次の手を出してくる。そういう synergy 関係を最大限

活用していた。だから、目標値が初めにあったわけではなく、appreciation で評価することができた。もう1つは横の synergy、つまり同業者同士の情報交換である。また、今ないものを外から持ってくることによって進歩しようとする開発アプローチではなく、今あるものを使ってどうにかしようという改善アプローチも日本の特徴であるといえる。

V 世界の母子健康手帳

妊娠したら母子健康手帳を受取り、妊婦検診の結果を記入してもらい、赤ちゃんが生まれたら、子どもの体重や身長、予防接種の記録を書いてもらう。日本ではあたりまえの光景だが、妊娠中から幼児期までの健康記録をまとめた1冊の手帳をもっている国は世界でも数少ない。日本で母子健康手帳が始まったのは、戦後の復興さなかの1948年であった。

東京オリンピックが開催された1964年に、日本の乳児死亡率はアメリカ合衆国を下回ることができた。この年の日本の1人当たり GNP はわずか821ドル、アメリカ合衆国は日本の約4倍の3,313ドルであり、日本の1人当たり GNP がアメリカ合衆国に追いつくのは、それから23年後の1987年のことであった。高度な医療技術もなく、経済的にも恵まれていなかった時代に、なぜ比較的低い医療費で乳児死亡率を減らすことができたのか。日米の研究者による合同調査の結果、5つの要因が挙げられた⁹⁾。①社会経済的格差が小さい、②国民皆保険が普及していた、③母子健康手帳、④妊産婦と乳幼児を対象とした健診の普及、

表3 世界の母子健康手帳の普及・開発状況

国・地域全体に普及	日本、韓国、タイ、インドネシア、チュニジア、コートジボワール、セネガル、ブルキナファソ、ユタ州 (米国)、東ティモールなど
普及プロジェクトが推進中 (JICA、ユニセフ、NGO などの協力)	ベトナム、ラオス、カンボジア、モンゴル、バングラデシュ、フィリピン、パレスチナ、ドミニカ共和国、ペルーなど
母子手帳の導入を計画中	ブータン、ブルネイ、ミャンマー、インド、トルコ、マダガスカル、アフガニスタンなど

⑤子育てに対する社会的価値が高い。まさに、母子健康手帳は、戦後の日本が貧しかった時期に母子の健康を増進するツールとして開発された適正技術であったといえる。

世界的にみれば、様々な形式の家庭用記録媒体 (home-based records) が存在する。米国や英国では、診察記録や成長曲線、予防接種歴を書き込む小児用の冊子が配布されている。フランスでは、妊娠中の女性健康手帳と、新生児・小児健康手帳は峻別されている。途上国の多くでは、成長曲線と予防接種歴を合わせたパンフレットが普及している。また、それに加えて、妊産婦用のパンフレットを配布している国もある。

母子手帳が開発されてから 50 年後の 1998 年 12 月に、母子手帳に関する経験を共有する目的で、日本、タイ、韓国、インドネシアなどの母子保健関係者が集まり、世界ではじめての「第 1 回母子手帳国際シンポジウム」が東京大学で開催された。それ以後、インドネシア (マナド、ボゴール)、タイ、ベトナム (ベンチェ省) において、国際協力機構 (JICA)、トヨタ財団、インドネシア保健省、マヒドン大学アセアン健康開発研究所、ベンチェ省人民委員会などの協力を得ながら、母子手帳国際シンポジウムを継続的に開催してきた。

「母子手帳国際シンポジウム」を開催する中で、私たちは、「母子健康手帳と定義するための必要十分条件は何か」を問い直すことになった。日本で診療に従事していたときには、母子健康手帳は当たり前すぎて、考えたこともない命題であった。種々の議論を経た私なりの結論を提示すると、母子健康手帳というためには、妊娠・出産・子どもの健康の記録が一冊にまとめられていること、保護者が手元に保管できる形態であることの 2 点に尽きる。

母子健康手帳の特徴は、記載された健康記録を保護者が管理できる、医療機関を変更する際にも利用できる、保健医療サービス提供者と利用者のコミュニケーションの改善に役立つ、母親や父親の知識・態度・行動の変容を促す健康教育教材など種々の側面を持っている。一方で、価格面での検討、非識字者への配慮、専門医に対する啓発活動などが必要とされる。

21 世紀になって、グローバルヘルスの視座から、母子手帳に関する期待が一層高まっている。母子

手帳は、ミレニアム開発目標の目標 4 (小児死亡の減少)、目標 5 (妊産婦の健康)、目標 6 (感染症対策) を包括している。妊産婦、新生児、小児に対して一貫した継続的ケアを提供できる。また、主体性をもった個人やコミュニティ自身のニーズに焦点を当てる「人間の安全保障」を具現化するツールとしての意義も大きい。

このように、60 年前に日本で開発された母子手帳という道具が、いまや世界的な広がりをもってきた (表 3)。母子手帳の普及活動が始まった地域や国では、母子手帳に対する親や子どもの愛着は非常に高いものがある。しかし、母親と子どもの健康にとって、母子手帳プログラムは単なる入り口にすぎない。世界のいろんな文化や環境の中で母子手帳に込められた人びとの思いをしっかりと受けとめながら、母親や子どもの暮らしを豊かにするために、私たちは母親や子どもやその家族の健康という課題を追い続けていきたい¹⁰⁾。

VI 文 献

- 1) 中村安秀. 保健医療. 国際協力論を学ぶ人のために (内海成治編). Pp223-240、2005 年 2 月, 世界思想社, 京都
- 2) シューマツハー E F : スモール・イズ・ビューティフル (小島慶三ら訳)、講談社学術文庫、1986
- 3) David Werner : Where there is No Doctor, Hesperian Foundation, 1992
- 4) Lee Jong-wook. Child survival: a global health challenge. The Lancet 2003; 362:262
- 5) 中村安秀 : 周産期分野における国際保健医療協力. 日本未熟児新生児学会雑誌 19: 47-51, 2007
- 6) 中村安秀. 国際保健医療活動の実際. 標準公衆衛生・社会医学 第 2 版 (岡崎 勲, 豊嶋英明, 小林廉毅編集). Pp. 362-366、2009 年 3 月, 医学書院, 東京
- 7) 中村安秀. インドネシアのプライマリー・ヘルス・ケア (第 3 報) 住民参加の重要性. 小児保健研究, 1991 ; 50 : 452-456
- 8) 中村安秀, 石川信克, 佐藤 寛, 坂本真理子, 大石和代. 戦後の日本の経験を国際協力に活用する. 公衆衛生, 2005 ; 69(7) : 561-568
- 9) Kiely M et al: Infant mortality in Japan and

the United States: pp375-397, In Health and welfare for families in the 21st century, by Wallace HM et, Jones and Bartlett Pub., Massachusetts, 1999

- 10) 中村安秀. 世界に広がる母子健康手帳. 小児科臨床, 2009 ; 62(5) : 821-830