

総 説

地球規模における女性と子どもの健康

森 臨 太 郎

I. 国際保健からグローバルヘルスへ

「国際保健」ということばの代わりに「グローバルヘルス」ということばがより多く使われるようになってきた。二国間の国際医療協力や、国連機関を通しての途上国への支援といった文脈から、疾病、医療や保健に関する情報、人々、医療や保健に係るモノなど、すべてが国境を越えて行き来するようになって、単に「協力」という文脈をはるかに超えて、地域の現場における保健活動を含めて、このグローバル化の影響を受けるようになった。単に外国籍の人々が保健活動の対象になるというだけではなく、情報を介して伝播する肥満や生活習慣病、いち早く流入する保健介入や施策に関する知識、より標準化される基準や評価など、日本の小児保健もグローバル化の影響を受けている。

また、途上国を中心に世界全体で、女性や子どもの保健・医療に関して、最近、国際社会では大きな関心が寄せられている。国際保健や援助に関連して繰り返し行われている国際会議などでは妊産婦や新生児・小児の死亡削減について常に注目され、中心的な議題となっている。こういった流れは、一度は感染症やエイズに関心が流れたことから「母子保健回帰」とも言われている。こういった各国政府の外交政策による影響も大きい。その一つとして、国連ミレニアム開発目標が挙げられる。

2000年に世界各国と国連組織が共同で討議した結

果、これからの国際社会が一丸となって達成すべき目標が8つ作られた(表1)。ほとんどの目標が2015年を一区切りとして具体的な数値目標が示されている。健康というだけでなく、開発全体でゴール4は小児の保健に関する事、ゴール5は妊産婦の健康に関する事で占められているのは特筆すべきことである。単なる「目標」という見方もあるが、国際社会が一定の総意をもって優先順位を示し、具体的数値目標を示しているのは、評価できることである。

表1 国連ミレニアム開発目標

目標とターゲット	指標
ゴール1: 極度の貧困と飢餓の撲滅	
ターゲット1 2015年までに1日1ドル未満で生活する人口の割合を1990年の水準の半数に減少させる。	1. 1日1ドル未満で生活する人口の割合 2. 貧困格差の比率(貧困度の発生頻度) 3. 国内消費全体のうち、最も貧しい5分の1の人口が占める割合
ターゲット2 2015年までに飢餓に苦しむ人口の割合を1990年の水準の半数に減少させる。	4. 平均体重を下回る5歳未満の子どもの割合 5. カロリー消費が必要最低限のレベル未満の人口の割合
ゴール2: 初等教育の完全普及の達成	
ターゲット3 2015年までに、全ての子どもが男女の区別なく初等教育の全課程を修了できるようにする。	6. 初等教育における純就学率 7. 第1学年に就学した生徒が第5学年まで到達する割合 8. 15~24歳の識字率

Global Women's and Children's Health

Rintaro MORI

国立成育医療研究センター 研究所成育政策科学研究部

別刷請求先: 森 臨太郎 国立成育医療研究センター 研究所成育政策科学研究部 〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1

Tel: 03-3416-0181 Fax: 03-3417-2694

目標とターゲット	指標
ゴール3：ジェンダー平等推進と女性の地位向上	
ターゲット4 可能な限り2005年までに、初等・中等教育における男女格差を解消し、2015年までに全ての教育レベルにおける男女格差を解消する。	9. 初等・中等・高等教育における男子生徒に対する女子生徒の比率 10. 15～24歳の男性識字率に対する女性識字率 11. 非農業部門における女性賃金労働者の割合 12. 国会における女性議員の割合
ゴール4：乳幼児死亡率の削減	
ターゲット5 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。	13. 5歳未満児の死亡率 14. 乳児死亡率 15. はしかの予防接種を受けた1歳児の割合
ゴール5：妊産婦の健康の改善	
ターゲット6 2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の水準の4分の1に削減する。	16. 妊産婦死亡率 17. 医師・助産婦の立ち会いによる出産の割合
ゴール6：HIV／エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止	
ターゲット7 HIV／エイズの蔓延を2015年までに食い止め、その後減少させる。	18. 15～24歳の妊婦のHIV感染率 19. 避妊具普及率におけるコンドーム使用率 20. 10～14歳の、エイズ孤児ではない子どもの就学率に対するエイズ孤児の就学率
ターゲット8 マラリアおよびその他の主要な疾病の発生を2015年までに食い止め、その後発生率を減少させる。	21. マラリア有病率およびマラリアによる死亡率 22. マラリアに感染しやすい地域において、有効なマラリア予防および治療処置を受けている人口の割合 23. 結核の有病率および結核による死亡率 24. DOTS（短期科学療法を用いた直接監視下治療）の下で発見され、治療された結核患者の割合
ゴール7：環境の持続可能性確保	
ターゲット9 持続可能な開発の原則を国家政策およびプログラムに反映させ、環境資源の損失を減少させる。	25. 森林面積の割合 26. 地表面積に対する、生物多様性の維持のための保護区域の面積の割合 27. GDP1,000ドル当たりのエネルギー消費量 28. 一人当たりの二酸化炭素排出量およびオゾン層を減少させるフロンの消費量 29. 固体燃料を使用する人口の割合
ターゲット10 2015年までに、安全な飲料水および衛生施設を継続的に利用できない人々の割合を半減する。	30. 浄化された水源を継続して利用できる人口の割合（都市部および農村部） 31. 適切な衛生施設を利用できる人口の割合

目標とターゲット	指標
ターゲット11 2020年までに、少なくとも1億人のスラム居住者の生活を大幅に改善する。	32. 土地および住居への安定したアクセスを有する世帯の割合
ゴール8：開発のためのグローバルなパートナーシップの推進	
ターゲット12 さらに開放的で、ルールに基づく、予測可能でかつ差別的でない貿易および金融システムを構築する。 (良い統治、開発および貧困削減を国内および国際的に公約することを含む)	以下に挙げられた指標のいくつかについては、後発開発途上国、アフリカ、内陸開発途上国、小島嶼開発途上国に関してそれぞれ個別にモニターされる。 政府開発援助（ODA） 33. OECD 開発援助委員会（DAC）ドナー諸国の国民総所得（GNI）に対するODA支出純額の割合 (注：2015年までにODAの0.7%目標、2010年までに後発開発途上国向け0.15～0.20%目標) 34. 基礎的社会サービスに対するODAの割合（基礎教育、基礎医療、栄養、安全な水および衛生） 35. DACドナー諸国のアントイド化された二国間ODAの割合 36. 内陸開発途上国のGNIに対するODA受取額 37. 小島嶼開発途上国のGNIに対するODA受取額 市場アクセス 38. 先進国における、開発途上国および後発開発途上国からの輸入品の無税での輸入割合（価格ベース。武器を除く） 39. 先進国における、開発途上国からの農産品および繊維・衣料輸入品に対する平均関税率 40. OECD 諸国における国内農業補助金の国民総生産（GDP）比 41. 貿易キャパシティ育成支援のためのODAの割合 債務持続可能性 42. HIPC イニシアティブの決定時点および完了時点に到達した国の数 43. HIPC イニシアティブの下でコミットされた債務返済額 44. 商品およびサービスの輸出額に対する債務返済額の割合
ターゲット13 後発開発途上国の特別なニーズに取り組む。 (1) 後発開発途上国からの輸入品に対する無税・無枠、(2) 重債務貧困国（HIPC）に対する債務救済および二国間債務の帳消しのための拡大プログラム、(3) 貧困削減にコミットしている国に対するより寛大なODAの供与を含む)	
ターゲット14 内陸開発途上国および小島嶼開発途上国の特別なニーズに取り組む。(バルバドス・プログラムおよび第22回国連総会特別会合の規定に基づき)	
ターゲット15 債務を長期的に持続可能なものとするために、国内および国際的措置を通じて開発途上国の債務問題に包括的に取り組む。	

目標とターゲット	指標
ターゲット16 開発途上国と協力し、適切で生産的な仕事を若者に提供するための戦略を策定・実施する。	45. 15~24歳の男女別および全体の失業率
ターゲット17 製薬会社と協力して、開発途上国において人々が安価で必要不可欠な医薬品を入手できるようにする。	46. 安価で必要不可欠な医薬品を継続的に入手できる人口の割合
ターゲット18 民間部門と協力して、特に情報・通信における新技術による利益が得られるようにする。	47. 人口100人当たりの電話回線および携帯電話加入者数 48. 人口100人当たりの使用パソコン台数およびインターネット利用者数

II. 小児死亡率や妊産婦死亡率の推移

世界全体の各小児死亡率の1970年からの推移を図1に示した。地球規模における5歳未満児死亡率は、この40年で大きな改善傾向にある。しかしながらサハラ以南のアフリカにおいてはその改善が速いとは言えない。その一方で、中南米、中近東、東南アジアでは改善しており、その背景には、国主導による効果的介入・政策の浸透があると考えられる。ただ、南アジアにおいては、パキスタン（年次減少率1.0%）、インド（同2.7%）、バングラデッシュ（同4.1%）と隣接する国でもその進捗状況には大きな差があるのが特徴である。しかし、上記の5歳未満児死亡の約40%は新生児死亡であり、このうち4分の3は、生後1週間以内の死亡（早期新生児死亡）である。今後、新生児以降の死亡率をさらに低下させるとともに、全く進捗がみられな

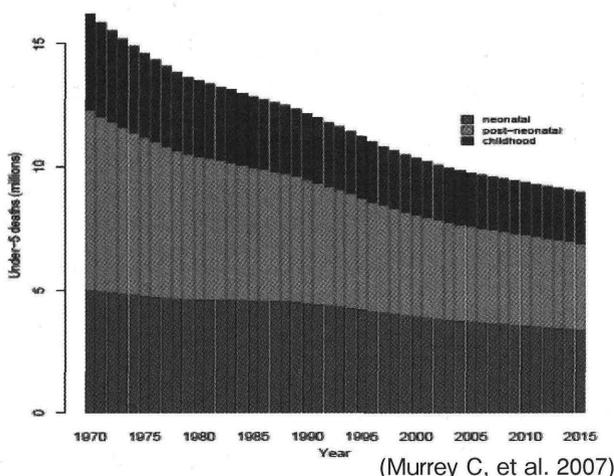


図1 Age composition of the global time-trend in under-5 deaths.

い早期新生児死亡率を含めた新生児死亡率の低下が不可欠である。これらの新生児の主な死因は早産(28%)、重症感染(26%)、仮死(23%)であり、いずれも出生直後からの早急な臨床的ケアが必要である。つまり、今まで地域における保健介入が中心だったが、今後は出生直後の新生児が主要ターゲットであり、その介入として施設ベースの臨床的介入も必須となることが予測されている。

妊産婦死亡に関しては、図2に示すようにHIV感染の影響が大きいとされているが、早期新生児死亡率と同様、改善の速度は速いとは言えない。他の問題と同じく、サハラ以南アフリカあるいは南アジアにおいて全体としては大きく遅れている。しかし、その一方で、バングラデッシュのマトラブなど、地域限定的に見てみると、継続的に母体死亡率の低下がみられ、その要因としては、安全な中絶と産科救急の拡充による施設ベースの介入に寄与するところが大きい。1987年にSafe Motherhood Conferenceがナイロビで開かれ、女性の健康向上のため、地域における教育とともに、妊娠中、出産、産後すべてにおいて地域と施設側の強化を行うことが結論付けられた。その後、1994年にカイロで開かれた人口開発会議では、人口問題・家族計画から、地域の女性のエンパワーメントなどにその焦点が移った。カイロ会議の5年後に示された行動計画においては、包括的な考え方にに基づき戦略が見直され、PHCのもと、妊娠ケアや伝統的産婆の教育など、地域における妊娠・出産にドナー資源が集約された。しかし、妊婦健診(ANC)が母体死亡率低下や施設における分娩の向上に寄与したことを示すエビデンスは、現時点では極めて乏しい。

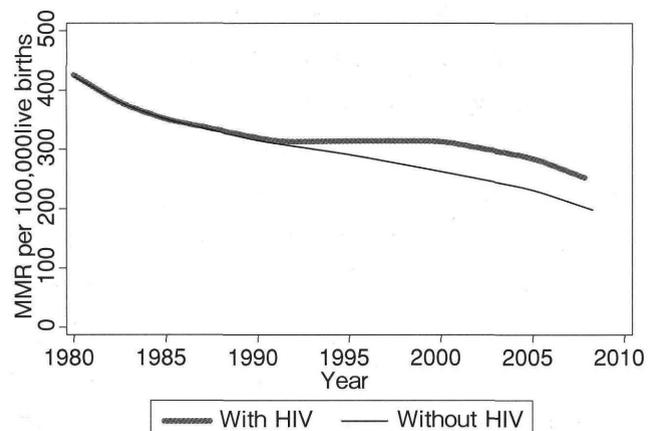


図2 Global Maternal Mortality Ratio

近年、こうした地域介入偏重に対しての見直しが行われてきた。母体死亡原因を見ても明らかのように、分娩時出血、中毒症、分娩前後の感染などの主な産科的合併症の治療・投薬ができなければ母体死亡率の低下は不可能である、というコンセンサスができています。もちろん、望まない妊娠を減らすための家族計画は必要であるが、現在妊娠している母体のケアをいかに進めていくかにMDG5の達成はかかっているといっても過言ではない。

さらに、こうした介入が地域の保健システムに組み込まれ、さらに、地域における介入（新生児ケアや産褥出血の予防あるいは早期治療のための子宮収縮薬使用）から一次病院における産科救急まで、継続的治療システムが整備されることが肝心である。例えば、モザンビーク、タンザニア、マラウイ、あるいはインドやバングラデッシュなどの国では、地域におけるアドヴォカシー・教育・紹介のシステムと同時に、産科合併症の診療を提供する施設側の体制が強化され、効果をあげていることが特徴である。

国連ミレニアム開発目標においても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に削減することを大きな一つの目標として示されたが、5歳未満児の死亡率のなかで新生児死亡の割合は約36.9%とされており、上記の推移からもうかがえるように、この5歳未満児死亡率のなかに占める周産期関連による死亡の割合は増加している。すなわち新生児死亡が大きく改善しない限り、国連ミレニアム開発目標の達成は不可能である。

途上国における小児の保健改善のための先人たちの努力により、5歳未満児死亡率は改善されてきた一方、さまざまな理由で特殊性を持つ周産期領域での小児、すなわち新生児の死亡は大きな改善が認められていない。5歳未満児死亡率減少がみられる理由としては、具体的には麻疹に対するワクチンやビタミンA投与、脱水・下痢症に対する経口補液療法、マラリアに対する殺虫剤・蚊帳や抗マラリア薬、肺炎に対する抗生剤・ワクチン使用、全般的な栄養の改善など、が挙げられる。周産期領域においては、カンガルーケアや破傷風ワクチンなど効果的な介入も認められるが、上記に示したように、診療の質の全般的な向上のための統合的なアプローチを必要とすることもあり、目覚ましい効果はあげられていない。

Ⅲ. 地球規模における周産期に受けた環境の健康への影響の意義

周産期に受けた妊娠（胎児）期、新生児期の環境は、母と児ともにその後の健康に大きく影響を与えることがわかってきている。出生体重あるいは胎盤の重さが、その後成人期の血圧、そして生活習慣病の発生に大きく影響を及ぼすことが提唱された。その後、追試するような疫学研究がなされ、このように出生時の発育、とくに発育速度が、その後の生活習慣病や骨粗しょう症の発症に関わっていると考えられている（Barkerの仮説）。南アジアやアフリカの急激な経済発展を示しているような国や途上国の富裕層では、とみにこの影響が強く認められ、先進国以上に生活習慣病の問題が明らかになりつつある。このため急激に発展している途上国や中心国では、周産期のあり方は、児の将来の健康のためという観点でも注目されている。

また産後うつ症に代表されるような周産期に関連した精神疾患・状態も注目を集めている。文化背景として女性の地位が比較的低い地域にて、新生児の性別が産後うつ症の発症に大きく影響するという研究もある。世界保健機構による疾病の世界への「負担＝burden」に関する報告においても、精神疾患による世界の「負担」は、先進国・途上国に限らずかなり大きいと考えられている。このように、周産期の環境や母子が受けたケアは先進国であれ、途上国であれ、その後の母子のあり方や家族の健康に大きく影響することが周知されてきている。

これは国連ミレニアム開発目標の目標年である2015年を超えた次の時代には世界で大きな課題になるであろうと目されている、生活習慣病や精神疾患への対策を検討する際には、大変重要な視点になる。

また、妊娠・出産という一連の行為は厳密な意味での医療行為とはいえ、それぞれの地域の文化や歴史などに強く影響を受けている。またそのような素地によって練られてできてきたそれぞれの地域における妊娠・出産には安全・快適なものにするための工夫が自然に盛り込まれている場合も多い。しかしながら一方で妊娠・出産は母と児両方を死の危険に近づける出来事でもあり、現代科学や技術による恩恵を受けることで、さらなる安全と快適さを実現してきた歴史もある。

そのため、ある国で成功した介入・政策が別の国で成功しないということも多く、また効果的な介入・政

策を導入するための手法を国・地域によって変える必要もある。ここにも周産期保健の特殊性がある。つねに受益者側が本当に必要としていることを考慮しながらの介入・政策が重要である。

筆者らが行った東スーダンの難民キャンプやネパールの山村に暮らす女性たちの妊娠出産に関して適切なケアを受けることができない障壁に関する質的調査においても、家庭や社会における女性の地位、文化背景が強く女性たちの健康行動に影響していることが示された。具体的には東スーダンの難民キャンプでは女性たちは女性性器切除の健康への害を理解していても文化的・社会的に受容されていることから受けることをいとわないと考えていたり、ネパールでは家族内のその女性の地位が低ければ低いほど、医療施設受診への障壁となっていたりした。

IV. 子どもや妊産婦死亡削減のための効果的な介入

援助あるいは介入の「効果」とくに費用対効果についての検討は政策導入に関して必要条件となっている。根拠に基づく医療 (Evidence-based medicine) として、先進国での医療現場に始まった潮流はその後、根拠に基づくヘルスケア Evidence-based health care という形で公衆衛生介入にも応用されるようになり、広い意味での決断分析などを代表とする政策科学を基にした戦略立案による政策立案の手法 (Evidence-based health policy) が、国際社会における周産期保健の戦略に導入され、このような知識や技術は、政策立案レベルであれ、現場の導入レベルであれ、不可欠となりつつある。さらに単なる質の高い研究だけではなく、広く利害関係者の意見を含め、透明性の高い、英国の NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence) の公衆衛生あるいは診療ガイドラインに代表されるようなガバナンスや総意・価値観といった広い意味での根拠に基づく手法が取り入れられ、標準的な方法として定着しつつある。WHO のガイドラインも、NICE のガイドライン手法に準拠して手法を標準化された。

国連ミレニアム開発目標達成に向け特集された医学雑誌ランセットの地球規模の小児、新生児、妊産婦の健康についての特集号でも、一貫するメッセージはより質の高い研究で効果が証明され、決断分析で費用対効果がより高いと考えられる介入を検討し、最適な組み合わせをさらに検討していく根拠に基づく手法の骨

格部分である。

筆者らが系統的レビューの手法を用いたり、あるいは既存の研究で系統的レビューによって示された、効果的とされている保健介入について、表2～表4に示す。

表2 5歳未満児死亡率を減らす保健介入の効果

Interventions to reduce under-5 mortality	Efficacy (%)
Pneumonia	
Complementary feeding	19
Therapeutic Feeding	19
Breastfeeding for children 0-5 months	Depends on HIV/AIDS prevalence
Breastfeeding for children 6-11 months	Depends on HIV/AIDS prevalence
Zinc	34
Hib immunization	20
Antibiotics for U5 pneumonia	40
Management of severe pneumonia at referral level	40
Pneumococcal immunization	50
Diarrhea	
Antibiotics (diarrhea)	80
Breastfeeding, children 6-11 months	Depends on HIV/AIDS prevalence
Complementary feeding	22
Exclusive breastfeeding 0-5 months	Depends on HIV/AIDS prevalence
Oral Rehydration Therapy	90
Vitamin A supplement (child)	53
Hand washing with soap by mother	44
Use of sanitary latrine	32
Supply of safe drinking water	25
Quality of drinking water	39
Multiple water/sanitation/hygiene interventions	33
Zinc supplements (child)	22
Zinc therapy	50
Rotavirus vaccine	50
Management of severe dehydration and complicated enteric fevers at referral level	80
Measles	
Complementary feeding	15
Therapeutic Feeding	15
Measles immunization	90
Vitamin A - supplementation	54
Vitamin A - Treatment for measles	46
Management of severe measles at referral level	46

Interventions to reduce under-5 mortality	Efficacy (%)
HIV / AIDS	
Condom Use	89
Male circumcision	70
STI management	38
PMTCT (testing and counseling, AZT + sd NVP and infant feeding counseling)	90
First-line ART for pregnant women with HIV/AIDS	90
Cotrimoxazole prophylaxis for children of HIV + mothers	43
ART for children with Aids	85
Management of complicated AIDS	10
Management of first line ART failures	60
Malaria	
Complementary feeding	20
Therapeutic Feeding	20
Insecticide Treated Mosquito Nets for under 5 children	75
Vitamin A	44
Zinc	36
Chloroquine for malarial treatment	67
Anti-malarial combination treatment at PHC level	67
Management of complicated malaria at referral level	67
Intermittent Presumptive Treatment (IPT) for children	50
Neonatal/Prematurity	
Calcium supplementation in pregnancy	7
Detection and management of (pre) eclampsia (Mg Sulphate)	3
Additional ANC : detection and treatment of asymptomatic bacteriuria	10
Additional intrapartum : antenatal steroids	38
Universal skilled maternal and immediate neonatal care	8
Community support to LBW	35
Universal emergency neonatal care (asphyxia aftercare, management of serious infections, management of the VLBW infant)	28
Balanced protein energy supplements for pregnant women	32
Supplementation in pregnancy with multi-micronutrients	16
Neonatal/Severe infection	
Clean delivery	15
Community support to LBW	6
Early Breastfeeding	19
Universal case management for pneumonia	38
Intermittent presumptive treatment of malaria (IPT) for pregnant women	15
Skilled delivery and neonatal care	15

Interventions to reduce under-5 mortality	Efficacy (%)
Detection & treatment of syphilis in pregnancy	5
Additional intrapartum : antibiotics (PPROM)	6
Additional emergency newborn care (management of serious infections)	50
Universal emergency neonatal care (asphyxia aftercare, management of serious infections, management of the VLBW infant)	50
Neonatal/tetanus	
Skilled delivery	75
Tetanus toxoid	80
Clean delivery	50
Neonatal/Asphyxia	
Universal antenatal care (ANC)	15
Skilled delivery and immediate neonatal care	25
Resuscitation of asphyctic newborns at birth	13
Asphyxia aftercare at referral level	3
Assisted delivery or vacuum extraction at B-EOC level	40
Caesarian section at C-EOC level	40

(Source : Bellagio Study Group on Child Survival, The Lancet, Summer 2003 and Neonatal Study Group, 2004, Lancet 2005)

表3 栄養失調に対する介入の効果

	Stunting reduction (%) at 99 % effective coverage		
	at 12 months	at 24 months	at 36 months
Balanced protein energy supplements for pregnant women	1.9	0.5	0.3
Intermittent preventive treatment (IPTp) for malaria in pregnancy	1.4	0.3	0.1
Supplementation in pregnancy with multi-micronutrients	0.9	0.3	0.1
Complementary feeding	19.8	17.2	15.0
Zinc preventive	9.1	15.5	17.0
Hand washing by mother	1.9	2.4	2.4
Total (residual)	31.7	33.1	32.2

(Source : Lancet Nutrition series January 2008)

表4 妊産婦死亡を減らす保健介入の効果

Interventions to reduce maternal mortality	% Risk reduction on maternal outcome (s)	Maternal outcome (s)
Tetanus toxoid	90	Deaths from tetanus
Screening for pre-eclampsia	48	Deaths from hypertensive disorders during pregnancy
Screening and treatment of asymptomatic bacteriuria	10	Deaths from sepsis & cases of infertility
Normal delivery by skilled attendant	40	Deaths from sepsis and tetanus
Active management of the third stage of labor	62	Deaths from PPH & cases of anaemia
Initial management of post-partum hemorrhage	75	Deaths from PPH & cases of anaemia
Drugs for preventing malaria-related illness in pregnant women and death in the newborn	38	Maternal deaths from malaria and (malaria related) anaemia
Treatment of severe pre-eclampsia or eclampsia	59	Deaths from hypertensive disorders during pregnancy
Assisted delivery and vacuum extraction at B-EOC level	88	Deaths from obstructed labor
Management of obstructed labor, breech and fetal distress (OL) at C-EOC level (Caesarian Section)	95	Deaths from obstructed labor & cases of urinary incontinence and obstetric fistula
Referral care for severe post-partum hemorrhage (PPH)	75	Deaths from PPH & cases of anaemia
Management of maternal sepsis	90	Deaths from sepsis & cases of infertility
MTP / management of complicated abortions	95	Death from complicated abortion
Family planning	50	Death from complicated abortion
Family Planning	89	Life Time Risk of Maternal Mortality
Iron/folic acid supplements	73	Anaemia
Multi micronutrients	39	Anaemia
Deworming	8	Anaemia

V. 介入の高いレベルでの統合と策定, および政策評価

上記の潮流とも関連して, 一つの介入や一つの疾患という考えではなく, 統合的・総合的に地域での介入として取り組んでいくといういわゆる「パッケージ化」が進んでいる。パッケージ化そのものは全体の流れという意味でも, 一つ一つに連続したケアの流れという意味でも重要で, 理にかなった手法である一方, 自由度を失い, 介入を複雑化させ, 焦点がぼやけ, 導入時点での難しさという別の側面も示されてきている。効果的で効率的な介入を組み合わせた女性や子どもの健康を改善するパッケージを組み立てると同時に, 導入する現場にとって受け入れやすく, わかりやすい公衆衛生介入を目指す努力が必要である。多くの場合は, 地域レベルの介入パッケージと, 施設レベルのパッケージを独立して行うのではなく, それを融合・統合させるような工夫を行っている援助活動や介入で成功していることが多く, こういった現場レベルでの統合

は日本の国際協力の強みであるとも言われている。

欧州, 北米, 日本と援助協調への取り組みの温度差はあるものの, パッケージ化と同様, 援助協調はこの先ますます標準的な手法となる可能性がある。援助協調が進めば進むほど, 現場での技術移転と同様あるいはそれ以上に戦略や運営, ガバナンスに関する知識・技術が不可欠となってくる。現在でもどのようなプロジェクトでも評価され, 結果が新たなプロジェクトへとフィードバックされているが, 真の意味で地域住民の健康を目標として Audit Cycle と呼ばれるようなベンチマーク手法に則った導入・運営手法がますます一般化していくと考えられる。またその際プロセスの透明化により, 適切な Audit Cycle を進めていくことも重要だと考えられる。

ただ, こういった政策評価の枠組みは, 先進諸国における政策評価の方向性を勧告しても, さらに精緻化していくことが考えられ, 政策立案者であっても, こういった研究手法に精通している必要性が強まってきた。こういう意味では遠いように見えて, 社会的研究

の基礎基盤の整備と底上げが、日本のみならず地球規模の健康改善につながると考えられる。

VI. これからの地球規模の女性と子どもの保健改善のための戦略

現在、女性や子どもたちの保健は世界から大きな課題と考えられており、広い意味での根拠に基づく手法、パッケージ化とともに行動変容や宣伝効果も考慮した導入法、そして、透明性、説明責任、評価とフィードバックと呼ばれるような運営手法がその方法論として標準化されてくると考えられる。2000年から努力されている現在の周産期保健戦略をいったん見直す時期に来ており、その後、2015年に向けて上記のような手法を用いてさらに改善に向けて戦略が練られ実行されていくと考えられる。

日本での母子保健における活動や、途上国での援助のあり方も先人たちの努力により、一定の効果をあげ、「日本らしい」援助のあり方も見直しを受けている。一方で上述したような世界の趨勢を見据えて、そのような「日本らしい」援助の良さを世界が連携する中で活かすためにも世界の援助や介入の潮流を理解し、一方で日本が弱いとされている保健医療の診療や政策における共通言語である「総意を含めた新しい根拠に基づく手法」、「行動変容も考慮した新しい介入・政策の導入法」、そして、「公正・透明で効果的な緊張感を創るガバナンスの手法」によってその成果を共有し、連携することも求められている。

「国際保健」と呼ばれた時代には、途上国のフィールドに行き活動することそのものが「国際保健」であったが、現在では、日本と他の先進国、そして途上国を含めた地球規模でお互いが良い発展と健康改善に向けて、世界基準作りや政策評価など、フィールドなど現場経験と感覚を持ちつつ、「研究」および「政策」人材が求められている。こういう分野に投資してこそ、日本の母子保健の良さを伝えられ、それが地球規模での健康改善につながり、また国内の保健のさらなる発展につながると考えられる。世界の小児や妊産婦死亡が大きな問題としてとらえられている今、周産期死亡率削減世界一を達成した日本だからこそ、驕ることなく世界へ貢献することが求められている。

文 献

- 1) 森 臨太郎. 周産期を取り巻く国際保健の新しい潮流. 日本小児科学会雑誌 2008 ; 112 (3) : 419-429.
- 2) 森 臨太郎, 渋谷健司. 新たな ODA 保健戦略設定に向けて . 2010.
- 3) Murray CJ, Laakso T, Shibuya K, Hill K, Lopez AD. Can we achieve Millennium Development Goal 4 ? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. *Lancet*. 2007 Sep 22 ; 370 (9592) : 1040-1054.
- 4) Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, Lopez AD, Lozano R, Murray CJL. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008 : a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet* 2010 ; published online April 12. doi : 10.1016/S0140-6736 (10) 60518-1.
- 5) Martines J, Paul VK, Bhutta ZA, Koblinsky M, Soucat A, Walker N, et al. Neonatal survival : a call for action. *The Lancet* 2005 ; 365 (9465) : 1189-1197.
- 6) Rutstein SO. Factors associated with trends in infant and child mortality in developing countries during the 1990s. *Bulletin of the World Health Organization* 2000 ; 78 : 1256-1270.
- 7) Hill K. Trends in Child Mortality in the Developing World : 1960 to 1996 : UNICEF, 1999.
- 8) Barker DJ. The fetal and infant origins of adult disease. *British Medical Journal* 1990 ; 301 (6761) : 1111.
- 9) Lopez AD, Murray C. The global burden of disease, 1990- 2020. *Nature Medicine* 1998 ; 4 : 1241-1243.
- 10) Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM, et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal : cluster-randomised controlled trial. *The Lancet* 2004 ; 364 (9438) : 970-979.
- 11) Prentice AM. Increased birthweight after prenatal dietary supplementation of rural African women : *Am Soc Nutrition*, 1987 : 912-925.
- 12) Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions : how many newborn babies can we save ? *The Lancet* 2005 ; 365 (9463) : 977-988.
- 13) United Nations. The Millennium Development Goals Report 2005 : United Nations Publications, 2005.

- 1) 森 臨太郎. 周産期を取り巻く国際保健の新しい潮