

Aさんは養護教諭として9か月の勤務後は再婚、退職し、5年間ほど夫の寺の事業として、ほとんど無料奉仕に近い助産や手当てをしていたが、依頼を受けて昭和31年から村の開拓保健婦となった。

Bさん(静岡県)も、村長や役場の職員たちにも一目置かれていたという。Bさんの言葉を借りれば、当時は「様、様」の扱いだったと言う。

Fさん(群馬県)は、「保健婦は住民にとってなくてはならない大事な存在であり、期待され、頼りにされ、可愛がられていた」と語った。戦後国保連合会がつぶれ、国民健康保険給付事業がなくなっても保健婦だけは置いてほしいという住民からの強い要望があり、保健婦活動が継続したのだと言う。

保健婦が当時、貴重な存在として特別扱いされていたことを示す例として、保健婦専用の交通手段が与えられていたという点があげられる。Aさん(岩手県)は、ガソリン代は全額自己負担だったものの、昭和35年にバイクを支給された。Eさん(静岡県)も昭和42年、役場が保健婦専用の自動車を購入してくれたという。Fさん(群馬県)も早い時期から保健婦活動用自転車が特別に配給されていた。

<昼夜を問わず、引き受けていた生活相談全般(よろず相談)>

Aさん(岩手県)は、助産や応急手当、虫歯の処置等も随分行き、あらゆることをした。身の上相談を受けることも多かった。現在、現役で勤務する保健師の話によると、「歯が痛いから、お産があるから」と村民は全てAさんのところに相談に行ったのだと言

う。

Bさん(静岡県)は、伝染病の消毒(衛生業務)から何から何まで、とにかく全部やった。「よろずや」という感じだった。夜中にお産で呼ばれて、翌日朝から勤務ということもしばしばであった。

Dさん(静岡県)も「よろず相談」が多かったと語る。みんなが保健婦を知っていて、訪問に行くと近所の住民が寄ってきた。

昭和40年代後半からは、精神衛生の仕事が入ってきて、土日も仕事をしていたと言う。

Eさん(島根県)も、相談内容は「何でも屋」だった。移動町民車で夜も働き、日曜出勤も多かった。また夜自宅で電話相談を受けたり、交番からも相談の電話が入ったと言う。

Fさん(群馬県)も朝5時か6時には仕事を始め、夜は7時、8時まで働き、土日もなかったと言う。

(2) 活動の特徴

①初期の活動

<差し迫った健康課題への対応 ~当時の住民の切実なニーズであった助産や簡単な医療的手当て>

Aさん(岩手県)は、村に赴任して以来、無料奉仕の時期も含めて、助産やおできの切開、応急手当、指圧、虫歯の処置等村民から様々な依頼を受けた。

Bさん(静岡県)の地域には開業医や助産婦が3人いたが、お産がかち合うと保健婦のBさんも呼ばれた。お産は夜に多く、夜にお産に向かうこともしばしばだった。

Fさん(群馬県)も赴任当時、無医村だったため、夜も呼ばれて救急手当をし、医師を呼ぶかどうかの判断を求められることも

しばしばであり、朝まで付き添うことも多かった。また村内には助産婦がいたが、お産を介助する依頼も多かった。

＜全戸訪問による世帯単位の情報把握とネットワークの基礎づくり＞

Aさん(岩手県)は、組合長や班長に聞きながら開拓農家を全戸訪問し、どのような人がいて、どういう生活をしているかを把握しながら、家族単位の台帳をつくっていった。Aさんは、最初はとにかく廻ってみて、1件ずつ廻っているうちに、何が問題かがはっきりしてくるのだと語った。また、村民に保健婦は自分たちの味方だという意識が伝わると活動がしやすくなった。Aさんは開拓保健婦制度廃止後、保健所の保健婦になり退職されている。昭和47年に村の保健婦として赴任した時、村の住民でAさん知らない者はいなかったと語っていた。

Bさん(静岡県)も、村内で訪問していないのは2件だけだった。道すがら住民から声をかけられることも多く、住民の状況はよくわかっていたのだと言う。

Fさん(群馬県)も乳児、結核患者は全戸訪問している。

＜「保健指導」以前の生活課題の存在＞

開拓地の入植者の大半は年齢が若く、乳幼児のいる家庭が多かった。開拓民の生活は厳しく、乳児は農作業の間は、「エジコ」と呼ばれた籠に入れられたままで、授乳は朝・昼・晩の3回のみであった。Aさんは「せめて昼だけでもエジコから出して日光に当てて、授乳を」と言ってまわった。昭和38年ごろからは生活改善普及員に同行し、一緒に採卵鶏や山羊乳、秋刀魚の瓶詰め加

工、布団作りなどの講習会を行った。

Fさん(群馬県)によれば、昭和20年ごろには、保健婦が訪問すると田んぼの畦道に乳児が寝かされたままになっており、乳児のおしりはぐっしょり濡れて真っ赤にただれていた。Fさんは校長先生や疎開していた妻たちの協力を得て、乳児の保育所を開設し、10人ほど預かったのだという。

②個別的対応から組織的なアプローチへ

Aさん(岩手県)、Bさん(静岡県)とも活動初期における個別的な対応を重ねつつ、その後、保健婦1人で対応するには限界だという結論にたどりつく。そこで着手されたのが、「訪問なら1日10件しか廻れないところに、一気にやれる」集団指導や初期の情報把握に基づいた組織活動育成であった。

Dさん(静岡県)の地区では、婦人会や公民館活動が盛んに行われており、むしろ住民側からのアプローチから組織的な活動となっていた。

Fさん(群馬県)も婦人会の中心になっている人たちに毎月1年間研修し、「母推補導員」になってもらい、訪問時に近所の様子を伺い、活動に活かしていった。

＜住民にメリットが見えやすい生活改善に向けた、女性を中心とした組織活動＞

Aさん(岩手県)は、購買部の機能をもった住民主体の婦人部を結成し、組織活動を展開していった。婦人部の立ち上げの際は会議の持ち方から指導した。Aさんは横で助言しながら、住民(婦人)が議長をできるように働きかけた。購買部では1人100円を出資し資本とし、2割安く商品を卸してもらい、儲け分を婦人部の資金とした。それま

で保健婦が配って歩いたコンドームも購買部に置いて貰った。貯金をして視察旅行にも出かけた。

Bさん(静岡県)も、婦人会を結成し、夜に家族計画の集団指導を行った。集団指導を行う際にはあらかじめ役場から通知を出し、嫁の立場の人たちが参加しやすいように配慮した。

Dさん(静岡県)の地域では、リーダー的な存在だった住民から希望されて、近隣5～6件に呼ばれて保健婦が訪問して検診していた活動が、その後地域の婦人会全体で実施されるようになった。

<村の中のキーパーソンとなる人々や組織との連携>

Aさん(岩手県)によれば、地域を廻るうちに、この地域ではこの人が中心になれそうだという人もわかってくるので、婦人部を立ち上げる際は、あらかじめこうした村のキーパーソン何人かに話しかけたり、男性の班長にも話しておいたのだと言う。「男の人たちがダメと言ったらだめ」だからである。

Bさん(静岡県)は、村の男性が家族計画の集団指導に参加するよう、村長から働きかけてもらった。

Eさん(島根県)は、1年間の衛生事業計画を立案するにあたっては、あらかじめ衛生統計を保健婦が準備した上で、保健所の所長や地元の開業医、学校教諭、住民の代表、地元の大学等のメンバーを集め、共同で計画を策定していた。また、小学校児童の栄養改善に向けて、児童全員の弁当の内容を調査し、その結果をもとに教育委員会にかけあい、給食を導入するきっかけを起こし

た。保健婦には学校教諭や保母、生活改善普及員などから常に情報提供があったのだと言う。

(3) 外部支援の取り込み

<地域外にある大学や研究者の活用>

Aさん(岩手県)は、昭和35年から東京の大学病院の医師や学生の協力により夏季無料診療を行い、その調査結果をまとめて、議会へ提示し、移動保健所や助産所設置の要望を取り付けた。夏季無料診療は夏季セミナーとして大学側から村に持ちかけられたものであったが、Aさんがモデル地区選定の際に、強く開拓地域での実施を希望し、実現した。

Dさん(静岡県)の地域では、関東地方の大学による研究施設があり、大学から派遣された医師たちは非常に予防医学に熱心であったことから、保健婦たちとの協働で活動や研究が活発に行われた。

Eさん(島根県)によると、地元の大学医学部公衆衛生学教室との連携のもとに、乳幼児健診や大学の夏休みを活用した住民の一斉成人病(当時)検診(昭和37年から)などを協働で行った。これは、当時実施されていた保健活動にはない先進的な試みであった。

Fさん(群馬県)の地域では、すでに昭和19年に関東の大学の医師や学生と一緒に寄生虫検査、結核検診、妊婦や乳児の健診、母親対象の社会学級を行っていた。

(4) その他の情報

<保健婦の裁量>

開拓行政は県の農務部が握っていたが、遠く離れた事務所から担当者が出張してこることも、Aさん(岩手県)に事務所からの出張命令もなかったもので、初期の活動は全て

Aさんに任されていた。管轄の保健所も伝染病が出たとき以外は交渉がなかったという。役場の職員も保健活動には素人だったので、Aさんの活動はすべて自らの計画により進めていた。全く孤独な活動であったが、誰に邪魔されることもなく必要だと思うことを自ら計画して実施できた。

Eさん(島根県)は、住民の健康改善に向けた新たな事業を提示する際は、説得力のあるデータを徹底して示していくことで、実現させている。

Fさん(群馬県)も住民のために必要だと考えたことは上司に理由を説明し、予算を獲得して事業を実現させている。

D. 考察

フロントラインレベルの保健医療従事者(以下フロントラインヘルスワーカー)は、プライマリヘルスケアを推進する上で欠くことのできない存在であり、その機能と役割の重要性はこれまでにもしばしば述べられてきた。しかし、十分なノウハウや後方支援のないままの活動の中で、期待に応じるような活動は困難である。戦後の保健婦の状況はまさに、現在のフロントラインヘルスワーカーがおかれている状況に近く、戦後の保健婦が培っていったノウハウの中に、発展途上国のフロントラインヘルスワーカーが活用できる内容が存在するのではないだろうか。戦後保健婦の経験がフロントラインヘルスワーカーの機能と役割の強化に活かせるのは、以下の4点であると考えられる。

- ①保健医療従事者としての役割を遂行するとともに組織的なアプローチを行う。
- ②住民の生活全般の相談に応じながら、

生活課題・健康課題を包括的に捉えていくプロセス

- ③地域で得られる人的・組織的資源の徹底した活用方法
- ④女性を中心とした地区組織活動の展開方法

今後、さらにインタビュー数を重ねる中で、保健医療従事者のもつ機能と役割の強化に活かせる可能性がある4つの仮説を検証していきたいと考えている。

E. 結論

戦前・戦後におけるわが国の農村僻地の状況は、現在の発展途上国が置かれている厳しい生活状況と共通したものがあつた。当時、最も住民の生活に近い立場で保健活動を行っていた保健婦の経験からは、保健医療従事者としての役割を遂行するとともに組織的なアプローチ方法をもっていたこと、住民の生活全般の相談に応じながら、生活課題・健康課題を包括的に捉えていくプロセスがあつたこと、地域で得られる人的・組織的資源の徹底した活用があつたこと、女性を中心とした地区組織活動が展開されていたという特徴が見られ、これらの内容は、現在の発展途上国におけるフロントラインレベルの保健活動の強化に生かすことができるのではないかと考えられた。

【参考文献】

<岩手県関連>

- ・ 畠山富而:野の花-岩手の母子保健に生きた人々、メディサイエンス社、1982年。
- ・ 日本看護協会岩手県支部:いわての保健

婦のあゆみ、1992年。

- ・ 畠山富而編：岩手県の助産婦、保健婦の綴る昭和史、1998年
- ・ 田野畑21世紀学園編：千秋万歳－私たちの自分史－、2001年
- ・ 田野畑21世紀学園編：千秋万歳－私たちの自分史－、2002年。
- ・ 将基面誠：無医村に花は微笑む、ごま書房、2002年。

<愛知県関連>

- ・ 愛知県国民健康保険保健婦協議会：国保保健婦10年の歩み、1971年。
- ・ 愛知県保健婦係長会：あいちの保健婦40年の軌跡、1975年。
- ・ 愛知県保健婦会：翔け移りゆく時代のなかで、1997年。

<静岡県関連>

- ・ 岩間秋江：青春を谷間に埋めて－無医村保健婦の記録、講談社、1963年。
- ・ 静岡県天竜保健所：天竜保健所30年誌、1984年。

<群馬県関連>

- ・ 群馬県：国保保健婦の活動、1973年。
- ・ 西本多美江：ほんとに保健婦、日本看護協会出版会、1983年。
- ・ 群馬県看護協会保健婦職能委員会：今、そして未来につなぐ－歴史からみる群馬の保健婦活動、2002年。
- ・ 内堀千代子編著：野仏のうた、やどかり出版、2002年。

<その他>

- ・ 小栗史郎・菊池頌子・山岸春江編：公衆衛生の灯火をともしつづけて、11人が綴る保健婦の軌跡、医学書院、1992年。
- ・ 厚生省健康政策局計画課：ふみしめて50年－保健婦活動の歴史－日本公衆

衛生協会、1993年。

- ・ 川島瓢太郎：女と職業－農村保健婦、大空社、1994年。
- ・ 社会事業研究所：女と職業－日本の保健婦、大空社、1994年。
- ・ 大西若稲：さい果ての原野に生きて、開拓保健婦の記録、日本看護協会出版会、1985年。
- ・ 大森文子：看護の歴史、日本看護協会出版会、2003年。
- ・ ライダー島崎玲子・大石杉乃編著：戦後日本看護改革、日本看護協会、2003年。
- ・ 今野勝子：大地に生き人々に育てられ、振り返れば保健婦の道、やどかり出版、2003年。

F.健康危険情報

該当せず

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

<予定>

坂本真理子、若杉里実、水谷聖子、小塩泰代、錦織正子「戦後保健婦の経験を発展途上国に活用するための方策に関する研究（その1）－文献検討を通じて－」、日本地域看護学会第7回学術集会、2004年6月

若杉里実、坂本真理子、小塩泰代、水谷聖子、錦織正子「戦後保健婦の経験を発展途上国に活用するための方策に関する研究（その2）－インタビュー調査を通じて」日本地域看護学会第7回学術集会、

2004年6月

H. 知的財産権に出願・登録状況
とくになし

表1 インタビュー対象者

	活動県	活動地域	看護職種としての経歴と勤務時期	インタビュー時の年齢
Aさん	岩手	山間	養護教諭、看護婦歴あり 開拓保健婦（昭和31-44年） 県保健所保健婦（昭和45年-57年）	86歳
Bさん	静岡	中山間	看護婦（昭和17年-19年） 農業会保健婦（昭和21年-25年） 村国保保健婦（昭和32-59年）	84歳
Cさん	愛知	農村	県保健所保健婦（昭和25-平成5年）	70歳
Dさん	静岡	山間	病院看護婦（昭和23年-27年） 町立診療所看護婦（昭和33年-37年） 町国保保健婦（昭和39年-57年）	82歳
Eさん	島根	中山間	県保健所保健婦（昭和20年-26年） 国保保健婦（昭和37年-55年）	84歳
Fさん	群馬	中山間	国保保健婦（昭和18年-58年）	83歳
Gさん	茨城	中山間	県保健所保健婦（昭和36年-平成9年）	67歳

表2 対象者の活動地域の所属県の衛生統計（出生率・乳児死亡率）の比較

(1) 地域別出生率の推移比較 (人口千対)

	S30	S35	S40	S45	S50	S55	S60
岩手県	24.3	18.5	17.5	16.1	16.0	13.8	12.0
静岡県	20.5	18.0	19.0	18.9	17.7	13.7	12.3
愛知県	17.3	17.4	21.2	21.8	19.0	14.2	12.4
島根県	18.5	15.9	14.4	13.7	14.3	12.7	11.3
群馬県	20.0	16.2	17.4	17.8	16.9	13.6	12.0
茨城県	21.6	17.4	17.2	18.0	17.8	14.2	12.3
全国	19.4	17.2	18.6	18.8	17.1	13.6	11.9

(2) 地域別乳児死亡率の推移比較 (出生千対)

	S30	S35	S40	S45	S50	S55	S60
岩手県	64.7	48.3	28.5	18.3	13.2	9.1	7.0
静岡県	37.0	26.6	15.7	11.6	9.3	6.5	5.4
愛知県	39.8	26.7	16.0	12.2	9.2	7.0	5.9
島根県	41.2	35.1	22.8	14.1	10.6	9.5	5.2
群馬県	38.4	32.2	21.1	14.2	11.7	7.9	5.1
茨城県	47.1	41.3	24.4	15.8	11.5	9.2	6.4
全国	39.8	30.7	18.5	13.1	10.0	7.5	5.5

(3) 地域別死産率の推移比較 (出産数のうちの死産数割合、出生千対)

	S30	S35	S40	S45	S50	S55	S60
岩手県	95.9	104.0	92.2	78.9	55.7	53.1	50.6
静岡県	93.0	88.9	74.1	56.7	44.4	41.4	39.8
愛知県	102.0	92.3	77.1	62.4	46.1	43.6	41.7
島根県	108.5	114.6	101.6	79.2	53.7	45.1	44.7
群馬県	101.4	97.4	74.6	58.2	43.1	38.5	37.4
茨城県	83.8	91.4	76.9	57.5	42.6	35.5	42.2
全国	95.8	100.4	81.4	65.3	50.8	46.8	46.0

途上国保健医療システムにおける日本の経験の応用可能性に関する研究

分担研究者 藤崎 智子 Health and Development Service (HANDS)事務局長

研究要旨

本分担研究の目的は、わが国における戦後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ための応用可能性を検討し、途上国保健医療システムの強化につながる実践的な方策を提言することにある。本年度は、欧米および日本の妊産婦の健康問題に関する国際協力関係者への個別インタビューを行い、同時に文献的分析を行った。その結果、過去の援助経験や日本自身の妊産婦ケアに関する明治以降の歴史の中から、ポジティブな経験は活かし、ネガティブな経験は真摯に検証することが重要であると思われた。

A. 研究目的

本分担研究の目的は、わが国における戦後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ための応用可能性を検討し、ひいては途上国保健医療システムの強化につながる実践的な方策を提言することにある。

B. 研究方法

本年度は、欧米および日本の妊産婦の健康問題に関する国際協力関係者への個別インタビューを行い、同時に文献的分析を行った。

（倫理面への配慮）今回は、本研究の趣旨を説明し理解した上でインタビューを行ったので、まったく問題はなかった。

C. 研究結果

1) 途上国における妊産婦の健康の問題

妊産婦の健康を取り巻く途上国の状況は

非常に厳しい。毎年、50万人以上の女性が妊娠や出産に関連する原因で死亡していると推定されているが、いわゆる先進国で発生する妊産婦死亡は、このうちわずか1%程度で、残りの99%は開発途上国の女性の死である。これは毎日1分間に1人の割合で途上国の妊産婦が死亡していることになる。さらに、妊産婦死亡数の約30倍の途上国の女性が、妊娠出産に起因する感染症や合併症に苦しんでいると言われている。

途上国の妊産婦が置かれているこのような厳しい状況に対して、本報告書の3章で詳述するように、これまでに様々な国際的な取り組みがなされてきた。1978年に採択され、プライマリーヘルスケア（PHC）の概念的な基礎となった「アルマ・アータ宣言」には、すでに家族計画を含む母子保健（Maternal and Child Health Care・MCH）がPHC必須の8要素のひとつとして盛り込まれており、妊産婦の健康リスク

の低減はその中心課題と認識されていた。

そもそも「母子保健」という概念は、母親と子供の健康は切り離して考えるべきではなく、妊娠、出産、新生児、乳幼児期を通じて、母子双方に目を向ける一貫した総合的な予防と治療ケアが重要であるという考え方に基づいている。日本の母子健康手帳は、このような考え方に基づく継続的な母子保健ケアを支援する有用なツールとして成果をあげている。また、日本のODAを通じた保健分野途上国支援の中でも、妊産婦の健康は母子保健という枠組みで取り扱われることが多かった。

しかし、途上国における乳幼児死亡の低減に比べて、妊産婦の死亡は改善の速度が鈍化している状態である。このような差が生じる背景には、途上国の子供の死亡原因の大多数を占める感染症や下痢症に起因する脱水症状に対して、予防接種や経口補液(Oral Rehydration Salt-ORS)など、明確な効果が期待でき、大規模な実施も可能な比較的簡便な医学的介入方法が確立されているのに比べて、妊産婦の健康、さらには生死を左右する要因は、医学的、社会経済的、文化的なものが複雑に絡み合っており、これら複雑な課題に対して包括的に取り組む戦略が不在であったことが指摘されている。

2) 国際保健における母性保健への取り組み

1985年に発表された"Where is the M in MCH"という論文は、この状況を痛烈に批判し、母子保健という言葉の陰に隠れがちだった妊産婦の健康に対して、再び国際社

会の注目を取り戻すきっかけになった。1なかでも、1987年のケニア・ナイロビでのSafe Motherhood Initiative(SMI)国際会議と10年後の1997年に行われたスリランカ・コロンボでの見直し会議の二つは、途上国の妊産婦ケアに対する国際的な取り組みの歴史的なターニングポイントといえる。しかしコロンボ会議では、SMIが目標としてきた「途上国における妊産婦死亡の低減」がほとんど実現されていないことが問題となった。このコロンボ会議を境に、妊産婦ケア又は妊産婦死亡の低減に対する戦略は以下のような転換を遂げていく(表1参照)。

21世紀の幕開けを目前にした2000年9月、世界各国の指導者がニューヨークの国連本部で開催された『国連ミレニアム・サミット』に集まり、新しい世紀において国際社会が礎とすべき価値を再確認するとともに、「平和、安全保障、軍縮」「開発と貧困削減」「環境」「人権、民主主義、良い統治」「弱者の保護」「アフリカへの支援」の6項目について優先課題を示した『国連ミレニアム宣言』を採択した。翌2001年、国連事務局長は「国連ミレニアム宣言の実施に関する行程表(ロードマップ)」²と題する報告書を国連総会に提出し、この中で上記宣言に盛り込まれた開発と貧困削減に関連する内容を整理し、8つの目標(Goal)、18のターゲット、48の指標から成る『国連ミレニアム開発目標(UN Millennium Development Goals-MDG)』が採択された。

「妊産婦の健康の改善」は、この8項目の国連ミレニアム開発目標うちのひとつと

¹ Rosenfeld A, Maine D, 1985

² 国連総会に対する事務総長の報告書 A/56/326 (6 September 2001)

して盛り込まれており、問題がセクターの壁を越える、地球規模の開発課題として世界の指導者に認識されたことを示している。まさに、今、国際社会は妊産婦死亡の低減を実現するために、科学的根拠に基づいた効果的、効率的な方策の枠組みを模索しているといえる。

3) 援助手法に関する国際的な潮流

途上国の妊産婦の健康を改善するための日本政府の援助戦略を考える際、保健セクターを越えた、途上国の開発全般に関わる課題と、それらを考慮した効果的な援助モダリティを模索する昨今の議論とその動向を無視することはできない。

近年、援助プロセスの効果・効率に関する議論が活発になった。特に、被援助国側の主体性（オーナーシップ）と援助内容的確さ（包括性、多様性、長期的視野など）の確保が重要課題として注目されるようになってきている。このような考え方は、世界銀行の他、英国や北欧などの援助国が積極的に推進しているものであるが、それが具体化したものが「貧困削減戦略文書（RPSP: Poverty Reduction Strategy paper）」である。

PRSP は、途上国政府がオーナーシップを発揮し、かつ被援助国の国民、NGO、民間企業など、幅広い関係者のコンセンサス形成を通じて策定されるべき、当該国の貧困削減に焦点を当てた3年間の国家経済・社会開発計画である。すでに、PRSP 作成に関わる途上国政府側の多大な投入に伴う人的及び時間的コストの問題や、途上国側が実際にどの程度主体性を発揮できているのかなど、その理論と実際の運用にギャップが存在することを批判する声もある。し

かし PRSP は、貧困削減という開発の中心的課題に、途上国政府の各省庁と援助機関が効果的に連携して取り組むための包括的な青写真として定着しつつある。

PRSP には、途上国のオーナーシップを強めると言う側面とともに、援助協調を推進することも期待されているが、援助協調を強化するもうひとつのアプローチとして、近年「セクターワイド・アプローチ（SWAp）」が推進されつつある。セクター全体を対象とする共通の開発政策・戦略枠組みを、当該国と支援ドナーが共有することを通じて、援助効率を高めることを目指すのが SWAp と言える。しかし、北欧や一部の EU 諸国は、この広義の SWAp をさらに進めた、いわば狭義の SWAp を推進しようとしている。そこでは、途上国政府とドナー機関が共有する開発計画に基づいて予算配分が行われ、その枠組みのもとで各援助機関が、技術支援や財政支援をすることが望ましい姿として描かれている。このような狭義の SWAp の実施メカニズムとして、援助資金のプール化（コモン・バスケット・ファンド）や政府予算への直接財政支援の必要性などが議論されている。また、援助機関が個々にプロジェクトを実施するのではなく、セクター全体の開発計画に則ったプログラム実施の重要性が説かれている。このような近年の援助モダリティに関する論争の中で、日本政府は米国やフランス政府と近い立場で、協議の SWAp の実施を進めようとする北欧やその他の EU 諸国と意見を異にしている。

4) 日本の ODA の取組みの課題

日本の ODA は、これまで母子保健、リプロダクティブヘルス、人口・家族計画な

どの観点から、妊産婦の健康に関連する様々な保健医療分野のニーズに対して援助を提供してきた。しかし、妊産婦の健康という視点に立つ、体系的な ODA 戦略を未だ有していないのが現状である。サブサハラアフリカのように、きわめて厳しい状況の中で、妊産婦の健康状態の改善や妊産婦死を減少させるためには、保健医療分野においても戦略的な取り組みが必要である。と同様に、社会、経済、文化的な視点で、貧困削減、ジェンダー問題の改善、インフラ整備など、保健セクターを越えた取り組みも重要である。

日本の ODA は、これまで母子保健、リプロダクティブヘルス、人口・家族計画などの観点から、妊産婦の健康に関連する様々な保健医療分野のニーズに対して援助を提供してきた。しかし、妊産婦の健康という視点に立つ、体系的な ODA 戦略を未だ有していないのが現状である。サブサハラアフリカのように、きわめて厳しい状況の中で、妊産婦の健康状態の改善や妊産婦死を減少させるためには、保健医療分野においても戦略的な取り組みが必要である。と同様に、社会、経済、文化的な視点で、貧困削減、ジェンダー問題の改善、インフラ整備など、保健セクターを越えた取り組みも重要である。

D. 考察

1) 日本の母性保健サービスの歴史からの教訓

戦後の妊産婦死亡率は、2000年に世界最高水準を達成した乳児死亡率と共に、劇的な変化を遂げてきた。また、妊産婦死亡率を5年毎の変化率で見ると1960年代以降

に40%を超える大幅な低下が見られることがわかる。つまり戦後わずか20年のうちに大幅な指標の改善を実現し、その後世界最高水準にまで達した。このような鮮やかな指標改善を実現したため、日本の経験については国際的にも多くの関心を惹き、その要因について様々な分析がされてきた。それらによれば、基盤となる経済・教育・医療などの水準の向上、様々な母子保健施策や病院・道路などのインフラ整備、そしてその結果としての施設出産の増加などである。これらの分析一つ一つは間違いではないだろう。しかしながら、現段階ではこれらの因果関係に関する決定的な説明がなされていないのが現実である。

他国への応用という観点から自国の経験を振り返る場合、優れている部分を思い浮かべがちだが、これに加えて、既に失敗した経験や弱点を反面教師として活かすことも可能である。従ってここでは、これまで日本で行われてきたポジティブ・ネガティブ双方の経験について触れたい。

2) ポジティブな経験

これまで、他国に応用可能なポジティブな経験として挙げられてきたのは、医療施設の整備であったことは既に述べたとおりである。そこで、明治又はそれ以前の時代に築かれてきたものについても考慮に入れることで、新たな経験を導き出すことができた。

①人材の確保

第一に、レベルの高いTBAが比較的早い時代から職業として確立し、近代化に伴って産婆や助産婦というSBAになり得たことである。彼女たちは自分のコミュニティを活動の基盤にしており、結果として妊婦

やその家族と密接な関係を保ちながら継続的にケアを行うことができた。また異常があった場合や緊急時には医師との連携も可能であり、現在の開業時の嘱託医制度も法的にその連携を維持しているといえる。

②地域ぐるみの啓発活動

第二に、妊産婦・乳幼児が多数死亡するという現実に対し、ただ単に医療へのアクセスを求めるのではなく、それらと深く関わる慣習や文化の改善から死亡を回避しようという策をとったことである。それは、当事者である女性のみならず村長以下コミュニティ全体を巻き込んだ形で実施され、その活動をモデル化することで他地域への普及を容易にした。この場合重要だったことは、これらの活動が、往々にして弱い立場にある妊娠可能年齢の女性に裨益するよう、各コミュニティの自主性を重んじながらも、指導的役割を果たした保健婦や行政ひいては天皇など、逆らい難い存在を置くことで強制力を働かせたことにあるといえる。

③全国的に均質で高度な医療サービスの普及

第三に、全国的にはほぼ同じ質の医療サービスが受けられる体制を整備したことである。その結果正常な例も含めてほぼ全ての出産が病院で行われることとなったが、母子共に「死亡」という最悪の事態は免れることとなり、1960年以降妊産婦死亡率は急速に低減した。更に近年、産科技術の発展により、かつては子供を持つことのできなかった層（障害者、不妊症や感染症の患者など）の妊娠・出産を可能にした。

④複数のサービスや制度の総合的な整備

第四に、妊娠初期から子育てまでをカバ

ーする複数のツールが次第に揃っていったことである。既に4.4で述べたが、妊娠登録、地域密着型の介助者による継続ケア、異常時の搬送体制や愛育班活動など、妊産婦の死亡に対して重層的な対策がとられる結果となった。例えば、母子健康手帳のシステムは他国へ応用可能なツールであるといわれるが、このシステムだけが唯一絶対の方策なのではなく、女性が妊娠・出産し、子育てを行うにあたって必要な他のツールも同時に存在していたことが重要なのである。

3) ネガティブな経験

産科技術の発達により多くの妊産婦や胎児の死亡を回避することが可能になった。テクノロジーの応用はそれを持たない国に対して伝えやすい経験のひとつでもある。しかし、それ以上に重要なのが、テクノロジーの濫用による損害に目を向け、同じ失敗は繰り返さないことである。そこで、妊産婦に関わる日本のネガティブな経験について見ていきたい。

①産科技術による弊害

医療介入の妥当性の判断は、異常産の判断と関わる難しい問題ではあるが、正常産の場合にもルーティンとして安易に技術が用いられる日本においては、多くの妊婦が自覚の薄いまま産科医療技術を受け入れ、出産の持つ本来の意味を見出せず、最悪の場合には死に至るといった深刻な問題も指摘されている。

i) 人間的なサービスからの疎外

技術の発展により、医療者は胎児へと直接視線を向けることが可能となった。そのため、出産の動向を機械が見守り、母子の状況を数値に置き換えることで、例えば深

夜の病院で一人の助産師が複数の妊婦を抱えることを可能にした。逆に言えば、産婦が陣痛や出産の間際さえ、機械に繋がれたまま一人にさせられるという状況も生み出した。

ii) コミュニティからの疎外

1960年代に起きた急激な出産の病院化現象を分析すると、まずは家から比較的小さな施設（助産院や産科医院など）へと移行し、その後より大きな施設へと移行したことがわかるという。離島や僻地など一部の地域では、近隣に高度な医療施設を備えていない場合、予め医療施設を備えた都市に移動し産後までを過ごすという出産の形も存在する。また、出産が家から病院へと持ち込まれたことで、妊婦側も「妊娠」という疾病を抱えた患者のような、受動的な態度で出産に臨むようになった。当事者として経験されない出産は、古くから女性を感じてきた「出産のよろこび」からの疎外であるとも言える。この出産経験の変容が、近年増加する子の虐待と結びつくと唱える専門家も存在する。

また、病院というコミュニティから離れた場において、妊娠から始まる子育ての期間のうち、出産の瞬間だけを切り取って行うことで、一貫して見守ってくれていた産婆や助産婦のような人がいなくなった。コミュニティ自体がその体をなしていない現代社会において、出産後に頼るべき年長者なども得られない場合、母子だけが疎外されることになる。一部には、このコミュニティからの疎外が結果的に虐待の増加へつながると唱える専門家もいる。

②妊産婦ケアにおける適正技術を求めて—WHO 勧告について

後戻りできないほどに普及した産科医療技術の使用に関して、次第にその弊害が叫ばれるようになったことは既に述べたとおりである。先進各国においても日本と似た状況にあり、WHO を中心として正常出産に対して一般に行われているケアが科学的根拠に基づいたものであるのかどうか議論されるようになった。1996年にはその報告書として”Care in Normal Birth: a practical guide=『WHO の 59ヶ条お産のケア実践ガイド』”が出された。そこでは表3に示したように、正常な出産のケアに関する勧告を A~D の4つのカテゴリーに大別し、それぞれ具体的な項目に分けて提言を行っている。

表3 WHO による正常出産ケアのための4つのカテゴリー

- | |
|--------------------------------------|
| A: 明らかに有効で役に立つ、推奨されるべきこと |
| B: 明らかに害があったり効果がないので、やめるべきこと |
| C: 十分な確証がないのでまだはっきりと薦める
ことができないこと |
| D: しばしば不適切に使われたり、不適切に実施されること |

このガイドラインに沿ったケアが日本国内においてどのように実践されているのか、その一部が2000年に行われた調査³によっ

³詳しくは「病院と助産所における妊産婦ケアの実態」『助産婦雑誌 vol.56, No.4,5』2002 参照。大阪府の全ての産科と助産所を対象とした質問紙調査。回収率は70%強で対象とな

て明らかにされた。この調査結果から、「②リスクの査定と関わるケア（分娩監視装置）」については病院が高いものの、①から③の「推奨されるべきケア」の実施率に関しては全般的に助産所が高いことがわかる。また、それ以外の結果も含めたカテゴリーA全体で見ると、やはり全般的に助産所での実施率が高い。カテゴリーAにおける「②リスクの査定」「④感染防止ケア」に関して病院の実施率が助産所を上回ることにについては、病院は助産所に比べてリスクを抱えた妊婦のための出産の場であることも関係しているといえる。

一方、カテゴリーB（明らかにやめるべきこと）やカテゴリーD（不適切に使用・実施されていること）に属するケアについては、病院における全例実施が多く見受けられる。その他、病院における全例実施が高かった項目としては「血管確保」「分娩第Ⅱ期における碎石位」「剃毛」「会陰切開」「複数人による頻回の内診」などである。

これらの結果は必ずしも病院のケアのあり方を全否定するものとはいえないが、WHO勧告に謳われる、「正常出産のための望ましいケア」は助産所での実施率が高く、「望ましくない、廃止すべきケア」については病院での実施率が高いことは事実である。

このような状況を生み出す背景には、女性自身がこれから体験しようとする出産に対して受身的であるばかりでなく、サービスを提供する医療者側もどのようなケアが

存在するかという情報を明らかにせず、また社会においてもそれらが望ましいものであるかどうかについての議論が尽くされていないといった問題が内在している。

E. 結論

出産をめぐる現状は国ごと、さらには国内でも大きく異なる。また、緊急産科ケア施設の整備状況も、高度な包括的緊急産科ケアが実施可能な施設は、数的には目標を満たしているものの都市部に偏在しており、より人々に近いところに必要な基本的緊急産科ケアが実施できる施設数が圧倒的に不足している状況が存在する。また、このような緊急産科ケア提供施設を拡充すること、さらにそれを長期にわたって十分に機能するよう維持・管理するには、途上国の保健システムにとって大きな財政負担を生じる。十分な数の熟練助産者の育成も長い時間と費用を要する。

このような状況の多様性と課題の複雑さを前に、途上国の妊産婦の健康改善を支援する我が国のODA戦略の基本理念として何が求められるのか？それは、日本のODAを通じて様々な途上国で実現しようとする「良いお産」「良質な妊産婦ケア」の基本概念を提示することではないだろうか。そして、そのヒントは、過去の援助経験や日本自身の妊産婦ケアに関する明治以降の歴史の中から、ポジティブな経験は活かし、ネガティブな経験は真摯に検証することで得られるように思われる。

「良いお産」「良質な妊産婦ケア」の概念化の出発点として、「安全で、安心、満足して、女性が主体的な選択・決定して妊娠、出産できること、そしてそのようなお産を

った出産は43,251件（病院：422,000、助産所：1,051）だった。カテゴリーA-Dに属する全59項目を組み替え、91項目からなる質問票を使用。

支援すること」を提案する。そのためには、途上国や日本の経験から以下のような留意点が例として考えられる。

i) 緊急産科医療サービスの役割を認識しつつも、産科医療施設の拡充や施設分娩をやみくもに押し進めることによってお産を医療的に管理し、それによって妊産婦を疎外しない。日本の開業助産師が心がけている「待てるお産」を可能にする姿勢や技術、またそれを支える仕組みなどが参考となり得る。

ii) 地域に根ざした人材の育成や妊産婦ケアを支える仕組みの確立を目指す。かつての日本の農村で、保健婦、助産婦、婦人会などが果たした役割や、開業助産師と産婦人科医の連携などの経験が参考となり得る。

iii) 妊産婦ケアに関する情報は、まずコミュニティレベルで誰が妊娠しているのかを把握し、ケアにつなげることが重要であり、問題のあるケース（母体死亡や産後後遺症）については、その経緯を質的に検証する。

iv) 国レベルで正確な妊産婦死亡率を得るための努力は、国ごとの保健システムの整備状況によって費用対効果を評価したうえで見極める。

「良いお産」「良質な妊産婦ケア」の概念

化とそれに基づくモデルの構築は、科学的データに基づいた妊産婦ケアにおける適正技術に関する最新の知見に基づき、日本国内で進行する妊産婦ケアの質の向上を目指す試みや、日本の ODA による成果の実証的な検証の積み重ねにより進められる。そのためには、国際保健協力を携わる専門家と、国内の妊産婦ケアの質の向上に関わる専門家の相互交流が大変重要になる。

また、「何が良いお産、妊産婦ケアか」を考えると、妊産婦ケアの提供者の視点と共に、利用者である女性とその家族や所属するコミュニティの視点が非常に重要である。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権に出願・登録状況

該当せず

表1 国際保健における妊産婦ケア（死亡低減）の戦略の転換

	1970-80年代～90年代前半	90年代後半～
フォーカス	PHC のなかでの母子保健 母子保健の中での妊産婦死亡	→ 妊産婦死亡低減に焦点
	予防重視	→ 臨床医療重視：突発性に対応
アプローチ	妊産婦健診：ハイリスク検索	→ 緊急産科ケア：誰もがリスクを持ち得る
	家族計画：人口抑制	→ 女性の権利（中絶する権利を含む）
	コミュニティ・ベース	→ 医療施設ベース
	TBA 伝統的産婆トレーニング	→ 技術を持った分娩助産者 (Skilled Birth Attendants:SBA) 保健医療システム整備（緊急産科医療など） TBA と熟練助産師とのパートナーシップ
指標	妊産婦死亡率	→ プロセス指標 (サービスカバー率、質)

別添 6

研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
池野雅文	農村開発における 住民組織化の可能 性	佐藤寛	援助と住民組 織化	アジア経 済研究所	東京	2003 年	169-193

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
佐藤寛	「途上国ニッポンの知 恵」(連載)	クロスロード (国際協力機 構)	2003年4 月号から 04年3月号		2003年— 2004年
佐藤寛	社会開発と普及	アジ研ワール ドレンド	6月号	55-56	2003年
佐藤寛	貧困削減・社会開発の 視点から見た戦後	アジ研ワール ドレンド	12月号	3-5	2003年
SATO, Kan Hiroshi	<i>Growth with Equity through Livelihood Improvement Program</i>	<u>Globalization carried on Human Feet</u>		1-13	2004年

2004年4月 発行

厚生労働科学研究 研究費補助金社会保障国際協力推進研究事業

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
(H14-国際-001)

平成 15 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 中村 安秀

発行：大阪大学大学院人間科学研究科ボランティア人間科学講座

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 1-2

TEL & FAX : 06-6879-8064

印刷：阪東印刷紙器工業所 TEL : 06-6443-0936