

する。

また、保健機関及び市区町村児童福祉担当部門は、情報収集の過程で当該家庭が他の市区町村へ転出した旨の情報を得た場合は、転出先と考えられる市区町村に連絡して当該家庭の居住実態の確認を依頼する。転出先が確認された場合には、乳幼児健診未受診等の情報を連絡して、転出先自治体での支援につながなければならない。(詳しくは、「養育支援を特に必要とする家庭の把握及び支援について」(平成24年11月30日付雇児総発1130第1号、雇児母発1130第1号、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長、母子保健課長通知)を参照のこと。)

(7) その他の母子保健活動

母親同士の仲間作りを目的としたグループ活動の支援が多く行われている。子育て中の母親の孤立を防ぐことにつながるため、グループへの参加で、育児不安を解消できるケースもある。グループへの参加が馴染まない場合に、保健師等による電話、面接、訪問等の個別支援も実施しているので、必要に応じて、母親に紹介できるように、その地区を担当している保健師から、母子保健活動の実施状況を把握しておくことが重要である。

3 児童委員との連携

(1) 児童委員の概要

① 児童委員の職務

児童委員は、児童福祉法に基づき市町村の区域に置かれている民間奉仕者であり、主として次の職務を行う。

ア. 子どもや妊産婦について、

(ア) その生活と取り巻く環境の状況を適切に把握すること

(イ) その保護、保健その他福祉に関し、サービスを適切に利用するために必要な情報の提供その他の援助及び指導を行うこと

イ. 保護を必要とする子どもの把握に努めるとともに、保護を必要とする子どもを発見した者からの通告を市町村、児童相談所等に仲介すること

ウ. 子ども及び妊産婦に係る社会福祉を目的とする事業を経営する者又は子どもの健やかな育成に関する活動を行う者と密接に連携し、その事業又は活動を支援すること

エ. 児童福祉司や社会福祉主事の行う職務に協力すること

オ. 子どもの健やかな育成に関する気運の醸成に努めること

② 主任児童委員の職務

主任児童委員は、主として児童福祉に関する事項を専門的に担当し、児童福祉関係機関と区域を担当する児童委員との連絡・調整を行うとともに、区域を担当する児童委員に対する援助・協力等を行う児童委員である。主任児童委員は、児童委員の中から選任される

ことか
児童
日付用

(2) リ

① 連携
複数
待防止
関する
力体非
要件
を経由
介して
な
その

る。

ア. リ

行

イ. 其

持

ウ. 身

エ. 予

オ. 三

の

児童

カ. 「

行

キ. 三

な

割分

② 具

ア. 言

リ

(

(

(

(

の観点から家庭外あるいは在宅での支援計画を立案する役割が中心となる。このような事例への介入と援助では地域において多くの機関や関係者が関わることになるので、要保護児童対策地域協議会を活用することが望ましい。

(3) 子どもへの対応

保護者に精神疾患が疑われる虐待事例での子どもへの対応では、虐待による直接的な影響だけでなく、保護者の精神症状からの影響も慎重に評価されなければならない。特に、親子が排他的で地域社会から孤立しているような場合には、子どもは保護者の独特な信念や行動に支配されていることがあり、親の影響から子どもを守るためにも分離保護が必要になる。子どもが虐待から保護されて安心感を持てるようにすること、「ふつうの生活」を保障することが対応の基本となる。いずれにしても、保護者だけでなく子どもについても精神科医によるアセスメントが、介入やその後の対応のための重要な要素となる。

保護者に精神疾患のないパートナーがいる場合ではその保護者を通じて、単親の場合は親族やその他の大人との関係を構築することで、精神疾患の保護者の育児負担を軽減するとともに、子どもへの直接的な影響を軽減することも重要である。

4 特定妊婦や飛び込み出産への対応

虐待による死亡事例では、0歳児の乳児が4割以上を占めており（「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第8次報告」平成24年7月）、その背景には、母親が1人で悩みを抱えている場合、若年出産や望まない妊娠、母親自身の疾患のためにサポートが必要な場合など家庭環境に問題があった事例が多くみられる。

また、市区町村保健センター等の機関が関わっていた場合も見られるが、要保護児童対策地域協議会での取り扱いがなく、リスクアセスメントなど関係者での情報の共有がなかった事例も多い。

したがって虐待予防のためには、出産前から関係機関が早期に関わる必要がある。

(1) 特定妊婦への関わり

① 特定妊婦とは

児童福祉法第6条の3では、特定妊婦は、「出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」とされ、平成20年の同法改正により、要保護児童対策地域協議会の対象とされている。（第2章の3(2)参照）

② 特定妊婦への妊娠期からの相談の重要性

特定妊婦の場合、子どもはまだ出生していないので、従来の虐待リスクアセスメントは活用できず、緊急度の判断が難しい面もある。妊婦健康診査未受診など、妊娠中から子どもの健全な発育を保障できていなかったり、出産後の育児用具やミルクの準備ができてい

ない、育
たちまち
め、未然
そのた
会につな

(2) 関

妊娠や出産
院などの医療
庭相談担当課
トを築く必要

① 医療機

医療機

を行う。

妊婦につ

区町村の

られない

提供を行

なお、

た場合、

る規定適

医療機

1130第2

課長通知

② 市区町

妊娠届

ている。

どの問題

用など必

市区町

や女性相

機関の支

スキルが

策地域協

③ 生活保

生活保

るだけで

ない、育児スキルがない、適切なサポート体制が得られないなどの事態は乳児にとってはたちまち重篤な結果につながりかねず、出産後の子ども虐待のリスクが非常に高くなるため、未然の予防が不可欠である。

そのため、少しでも養育に不安が予想される場合には、確実に要保護児童対策地域協議会につなげ、情報の共有や連絡調整を行い、必要な支援を行うことが求められる。

(2) 関係機関の役割と連携

妊娠や出産について、妊婦自身が気軽に相談できる相談窓口の周知が重要である。同時に産院などの医療機関と市区町村保健センター、保健所、福祉事務所（生活保護課など）、児童家庭相談担当課、児童相談所など、医療、保健、福祉の関係機関が連携した支援のセーフティネットを築く必要がある。

① 医療機関（産科）の役割

医療機関が早期に養育支援を行う必要があると判断した場合には、市区町村に情報提供を行う。妊婦健康診査をきちんと受診しておらず、分娩時が初診、あるいは受診が少ない妊婦については特に留意が必要である。情報提供の際、情報提供の必要性とその内容や市区町村の支援について妊婦に対して説明を行い、同意を得ることが望ましいが、同意を得られない場合であっても居住する地域の母子保健サービスや育児相談窓口等に必要な情報提供を行っておく。

なお、医療機関は、要保護児童対策地域協議会から資料または情報の提供の求めがあった場合、本人の同意がなくても必要な情報を提供することは守秘義務や個人情報保護に係る規定違反とはならない場合がほとんどであるが、詳しくは「児童虐待の防止等のための医療機関との連携強化に関する留意事項について」（平成24年11月30日付雇児総発1130第2号、雇児母発1130第2号厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長・母子保健課長通知）を参照のこと。

② 市区町村保健センターの役割

妊娠届や母子健康手帳の交付は、市区町村役場や市区町村保健センター等が窓口になっている。届出票等をもとに妊婦が妊娠・出産への迷いや悩み、健診未受診、経済的困窮などの問題を抱えていないかどうか、保健師等が面接を行って早期に把握し、助産制度の活用など必要な支援を開始する。

市区町村保健センターや保健所は、医療機関等から情報提供を受け、または福祉事務所や女性相談所等の機関から相談を受けて、出産後の準備や養育指導等を行う。同時に関係機関の支援に拒否的ではないか、適切な養育環境は確保できているか、妊婦に必要な育児スキルがあるかなど客観的にアセスメントし、特定妊婦と判断した場合には要保護児童対策地域協議会に連絡する。

③ 生活保護担当課の役割

生活保護担当課が妊婦からの相談を受けた場合、経済的な支援についての相談に対応するだけでなく、出産から子どもの養育に向けて適切な環境を整えることができているかな

このような事
ので、要保護

直接的な影響だ
けに、親子が排
他な行動に支配
される。子どもが
被害に及ぶことが対
象となるアセス

この場合は親族
サポートとともに、

虐待による死亡
または親が1人で悩
むサポートが必要な場

要保護児童対策地
域協議会がなかった事例

ある。

前において支援
がより、要保護

アセスメントは
妊娠中から子ど
もへの準備ができてい

ど生活実態を調査し、保健、医療、福祉機関と密接な連携をとり、母子保健窓口など必要な関係機関につなげるなど必要な支援を行う。

④ 市区町村児童福祉主管課の役割

市区町村児童福祉主管課は、報告を受けた特定妊婦について、要保護児童対策地域協議会において支援方法について協議し、養育に関する問題を明らかにするとともに関係機関が連携して養育支援訪問事業などを活用した支援を検討する。

支援の過程において必要に応じて、児童相談所とも出産後の見守りのあり方や一時保護の利用などの対応を検討しておく。

⑤ 児童相談所の役割

医療機関は関わりのある妊産婦について特に出産後の虐待リスクが高いと判断した場合は直接児童相談所に連絡する。児童相談所が医療機関から連絡を受けた場合は、虐待のリスクが高いことが多いことから当該医療機関に直接出向き、主治医など病院スタッフから内容を確認すると同時に、家族の状況などできる限り詳細な情報を得ることが必要である。対応結果やその後の経過については医療機関と情報を共有するとともに、保護者等への面接を行い、要保護児童対策地域協議会にケースを提出する。

なお、すでにきょうだいへの虐待（疑い含む）についてかかわりのある事例で、新たに次子の妊娠が判明した場合も、医療機関（産科）等と連携して対応する必要がある。

児童相談所は必要な場合、妊娠中から受理して関係機関と共に連携した支援を行い、出産後の対応を準備する。その場合、児童記録票は出産後に児童の氏名に変更する。

(3) 特定妊婦への支援の留意点

① 特定妊婦については、要保護児童対策地域協議会において家族構成や支援者の有無、これまでの妊娠回数（中絶や流産などの情報を含む）、出産予定日、妊婦自身の問題（若年、未婚、妊婦健診未受診、疾患）、望まない妊娠であるかどうかや関係している機関など必要な情報を収集し、共有する。

② 次に想定されるリスクを関係機関で共有し、主担当機関を決め、支援の役割分担を行う。母親が何らかの疾患を抱えている場合、その主治医に協力を求め、診断名だけでなく具体的な病状などを聞き取る。虐待につながりかねない情報については特に注意して収集し、適切にアセスメントできるようにする。

③ その際、重要なことは、ケースの進行管理にあたってアセスメントを厳密に行うことである。経済的な問題やDVの有無、母親の心身の状態や望まない出産かどうか、出産後のフォロー体制の状況などを再度確認しておく。

例えば、DVの再発や離婚、家族関係の変化など少しの状況の変化でも乳児にとっては重大な事象につながりかねない。関わっている機関が情報の共有を密にし、危険なサインを見逃さないようにする必要がある。出産後の養育状況が不適切となる可能性があるかと判断されれば退院前に児童相談所が介入的に関わりを持つ体制を取っておくことも必要である。

出産まで時である生活ス
つ、妊婦と一緒
うだいがいる
い妊婦の場合
があり、具体
妊娠中から
連携して、育
意意思がない場
どは施設入所
特定妊婦
することが
おくことが

(4) 飛び

妊婦健診は、
23週の妊娠中期
から分娩までは
大阪府産婦人
科における出産等
以下しか受診し
出産も当然含ま
飛び込み出産
クの高い出産で
とで回避するこ
出産では死産が
大阪産婦人科
成年や未婚、自
診査への補助
特定妊婦や
環境・養育支援
また、これら
行うよりは、
飛び込み出
療機関訪問を
までの状況や
を受診しない

出産まで時間的余裕があるような特定妊婦への支援では、妊娠中からの家庭訪問が必須である生活スキルの把握や妊娠の受容など子どもの養育についてのアセスメントを行いつつ、妊婦と一緒に子どもを迎える環境を整える。また、早期に育児支援者の調整を行い、きょうだいがいるときには出産で入院中の養育者についても調整を行う。胎児に愛着が持てない妊婦の場合は、胎動の自覚が愛着形成を促す報告 (Salisbury, A.: 2003, Mikhail, M.: 1991) があり、具体的に胎動を自覚するよう指導を行う。

妊娠中からの支援を行っても養育の危惧がある場合、出産のための入院中に医療機関と連携して、育児のスキルや養育力のアセスメントを行うことが重要である。出産後の養育意思がない場合、養育条件が整わない場合、育児能力に問題があり支援者がいない場合などは施設入所等を考える必要があり、児童相談所とのより緊密な連携を図る。

特定妊婦は、市区町村の児童相談担当部門、保健担当部門、児童相談所が連携して支援することが必要であり、日ごろから妊娠出産に関する情報を共有して支援体制を整備しておくことが重要である。

(4) 飛び込み出産への対応の留意点

妊婦健診は、妊娠初期には妊娠を確定するために毎週受診が必要な場合があるが、概ね妊娠23週の妊娠中期までは4週間に1回、24週から35週の妊娠後期までは2週間に1回、36週から分娩までは1週間に1回のペースで、出産までに14回の受診が望ましいとされている。

大阪府産婦人科医会の「未受診や飛び込みによる出産等実績調査」報告書 (2012年3月) における出産等実態調査 (大阪産婦人科医会, 2012年3月) では、対象者を妊婦健診を3回以下しか受診していない、または最終受診日から3か月以上の受診がない妊婦とし、飛び込み出産も当然含まれるとしている。

飛び込み出産は、感染症などの検査データがなく、妊娠経過や出産予定日がわからないリスクの高い出産であり、妊婦健診を受けていたら治療や予防ができた、または早めに出産することで回避することができた疾患や状態などに陥る可能性が高い出産である。実際に、飛び込み出産では死産が全国平均の3倍以上、低出生体重児が同様に2倍以上と報告されている (前記大阪産婦人科医会報告書)。この調査では妊婦健康診査未受診や飛び込み等出産の背景では未成年や未婚、無職等が多く、未受診等の理由は経済的問題が33%と最も多かった。妊婦健康診査への補助や助産制度の情報を周知することが必要である。

特定妊婦や飛び込み出産への支援では、医療機関との連携による情報把握と養育能力・養育環境・養育支援者等のアセスメントを行い、家庭での養育の可否について判断する必要がある。また、これらの対象者は母子保健事業の対象者でもあることから、直接児童福祉部門が連携を行うよりは、母子保健部門を介しての連携の方がより効果的である。

飛び込み出産でも、子どもに問題がない場合は出産後4、5日で退院となるので、早急に医療機関訪問を行う必要がある。母親から状況を把握するとともに、医療機関からは分娩に至るまでの状況や面会者、家族の状況等を把握しアセスメントを行う。産後健診である1か月健診を受診しない場合もあることから対面できる出産後の入院期間は貴重であり、退院後の家庭訪

間の約束をとるなど必ず支援につなげておくことが重要である。

前記の報告書によると、大阪府内（政令・中核市を含む）で把握された未受診妊婦は年間約150例であった。これは市町村レベルで考えれば、年間数件の事例であり、それらについては市町村の要保護児童対策地域協議会で関係機関が支援の方法等を検討するには十分可能な件数であると考えられる。また同報告書では、妊婦の生活歴（例えば自身の被虐待歴・DV歴・きょうだいの不審死など）や妊娠にまつわること（健診未受診・望まない妊娠など）、妊婦の心身の健康（何らかの疾患・薬物依存など）、社会経済要因（失業・借金など）等の情報をもとに客観的にリスクアセスメントを行い、要保護児童対策地域協議会にケースを提出する際の基準を設けている。同様に各自治体においても様々な取組強化が望まれる。

【文献】

- ・「未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書」大阪産婦人科医会、2012、3月。
- ・Amy Salisbury, et al., "Maternal-Fetal Attachment," *JAMA*, 289: 1701-1701, 2003.
- ・Mady S. Mikhail, et al., "The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus," *Am J Obstet Gynecol*, 165 (4 Pt 1): 988-991, 1991.

が多いなどの
底出血 ③
た圧迫痕や
骨幹端骨折
交通事故を
している。し
たか
乳幼児が受
眼底出血は
根拠となる。
てSBSが否
の医学的精
医師に質問
十分な医療
て、意見書
なお、激し
などの行
傷 (Abusive
きている。

(2) SE

保護者に
などの家庭
の説明があ
転倒によっ
病院内での
報告がなさ
すい病気で
骨骨折があ
であれば眼
る。近年、
血 (5か所)
が、その場
また、親
ことがある。
ておくこと

- ① 家族
- ② 身体

5 乳幼児揺さぶられ症候群 (シェイクン・ベビー・シンドローム) が疑われる場合の対応

(1) シェイクン・ベビー・シンドローム (Shaken Baby Syndrome = SBS) とは

乳幼児の身体的虐待の中でも、頭部への暴行は、直接死に至らしめたり、重大な後遺障害を引き起こす深刻な虐待である。そのうちのシェイクン・ベビー・シンドローム (以下、SBS という) は、子どもの頭部が、暴力的に揺さぶられることによって、回転性の著しい加速と減速が繰り返されることにより生じる頭部外傷である。その結果、嘔吐、意識混濁、けいれん、呼吸困難・呼吸停止などの症状を呈し、重篤な場合は死に至る。重篤な場合には短時間で症状が出ることも多いが、中には半日以上経過して症状が出現することもある。後遺症として、視力低下、失明、知的障害、四肢麻痺などが残り、子どもへ医療ケアや療育訓練の必要性が生じる場合もある。SBSは泣き声に苛立って激しく暴力的に揺さぶることで起きることが多い。激しく揺さぶることで泣き止む体験をすると、それが繰り返され、エスカレートして著明な脳損傷を引き起こすSBSとなる危険がある。症状は軽くても、早期に発見して暴力的に揺さぶる行動を止めることが必要である。そのため、保護者が泣き声へ対応する適切な方法を知ること、SBSを予防しようとする試みも始まっている。

SBSの発症は、乳児が中心となるが、それ以上の年齢でも起こりうる。乳幼児にSBSが起こりやすい原因としては、硬膜と脳との隙間が大きい、頭部が安定していない、脳の水分含有

[特集] 第31回西日本地方会 シンポジウム
世界における妊産婦の健康を学ぶ：MDG5に焦点を当てて

妊産婦の健康の重要性と緊急性

中村安秀

大阪大学大学院人間科学研究科

1. スーダンで教えられたこと

NPO法人HANDSの一員として関わっている、スーダン共和国の国際協力機構（JICA）マザー・ナイル・プロジェクトで現地活動をしていたことだった。スーダンでは、自宅分娩が80%、専門職による出産介助はわずか50%といわれている。病院から離れた農村部で、安全な出産を担うのは、村に住んでいる村落助産師である。セナール州では、村落助産師の37%は自分の名前を書くこともできず、中学校を卒業した人は11%にすぎない。プロジェクトでは、セナール州のすべての村落助産師の約600名に5日間の研修を行い、実地の技術指導を行った。研修最終日には、出産に必要な器材が詰まったキットを手渡してきた。

2012年3月、首都ハルツームから車で6時間かかるセナール州の教育病院で、村落助産師のファティマさんにばったりと出くわした。

「胎児の体位が異常だったので、危ないと思ったばかりで、母子ともに元気。いまから、村に帰るところなの。」

彼女は村でたった一人の医療職である。村に救急車はない。難産になった場合に、自宅でがんばったほうがいいのか、遠く離れた病院に搬送したほうがいいのか、その判断は決して簡単なことではない。病院までの道のりは遠く、タクシー代もかさむ。妊婦に付き添う人も必要になる。家族は、できれば自宅で出産してほしいと希望する。ファティマさんもかつて、プロジェクトの研修を受けたひとりである。今回は、村落助産師の沈着で適切な判断によって、母子のいのちを守ることができた¹⁾。

いま世界は、ミレニアム開発目標（MDGs）のカウントダウンに入っている。とくにアフリカの多

くの国においては、MDGs目標4（乳幼児死亡率の削減）、目標5（妊産婦の健康改善）の達成が危ぶまれている。グローバルな開発課題の多くは、アフリカが抱える諸問題と深く関わりあっている。とくに、サブサハラ・アフリカは、世界で最も貧困人口の割合が高く、紛争や飢饉、感染症（特にHIV/エイズ、マラリア、結核など）、気候変動、さらには累積債務など困難な課題が集中し、深刻な課題を抱えた地域である。乳児死亡率（出生1000対）は75であり、日本の30倍以上にのぼる（図1）。妊産婦死亡率（出生10万対）は、アフリカ全体では590で日本の100倍以上になり、世界全体と比較してもアフリカの抱える深刻さは明らかである（図2）²⁾。

しかし、ここ数年、アフリカの政府高官や研究者の意識が大きく変貌しているように見受けられる。以前は、エイズや予防接種などの感染症対策に大きな関心を払っていた政治家たちも、妊産婦の健康の重要性と緊急性に気づきつつある。妊産

図1 乳児死亡率の地域別比較
（ユニセフ子ども白書2012）

乳児死亡率 （出生1,000対）

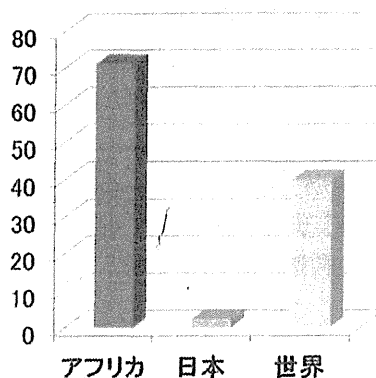
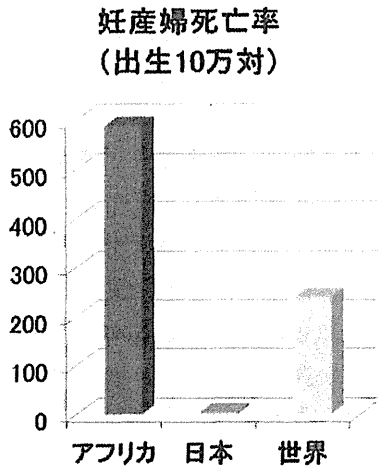


図2 妊産婦死亡率の地域別比較
(ユニセフ子ども白書 2012)



婦の健康にこれだけ世界的な注目が集まったのは、MDGsという仕掛けが功を奏したからであろう。2015年という時限を区切った千載一遇の機会を捉え、今後の妊産婦への継続的な支援にどのようにつなげていくのか、その戦略が問われている。

II. プライマリヘルスケアの復権

20世紀後半においても、現在と同じように、途上国だけではなく先進諸国においても、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が深刻化していた。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！」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 (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、国や地域により、大きな違いがみられる。1980年代には、妊産婦の健康を含むPHCの基本的保健サービスをどのように実践していくのかという戦術面での激しい論争が行われた。個別サービスに特化して実施する垂直的 (vertical) アプローチと、多くの保健サービスを包括的に行おうとする水平的 (horizontal) アプローチをめくり、不毛な議論が続いた。その後、1990年代になって世界銀行がグローバルヘルスに参入し、DALY (障害調整生命年)、費用対効果や効率性など主に医療経済学の視点からの見直しが行われた。

ポストMDGsの議論が行われている現在、もういちどPHCの原点に立ち戻り、アルマアタ宣言を読み返す必要性を痛感している。PHCの最も重要な理念としては、公平さ (equity) と参加 (participation) という旧来の保健医療に認められなかった革新的な思想が織り込まれていたことである³⁾。自立と自決の精神 (the spirit of self-reliance and self-determination) を唱え、地方分権の思想を高らかに謳いあげている。また、PHCは経済的側面には言及していなかったと誤解されている面もあるが、アルマアタ宣言においては経済面での affordability (入手可能性) にも言及している。このように、PHCでは、保健医療サービスは貧富の格差や地域格差を乗り越えて、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が強調されていた (表1)。現在でも、住民参

表1 プライマリヘルスケアとは
(アルマアタ宣言³⁾ 第6章の一部：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。

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、日本を含めて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。

III. 継続ケアのツールとしての母子健康手帳

妊産婦の健康に直結する、妊娠、出産、子育てという母子保健の時期には、実にさまざまな保健医療サービスが提供されている。妊娠中の健診、母親学級、出産、先天性代謝異常症等のスクリーニング、新生児ケア、新生児訪問、産後のケア、乳幼児健診、予防接種、歯科健診などである。また、それらの母子保健サービスは、産院、保健センター、病院、診療所など種々の保健医療機関で実施され、産科医、小児科医、歯科医、助産師、保健師などの種々の専門職が関わっている。異なる場所で、異なる専門職によって実施されている母子保健サービスは、日本では母子健康手帳に記録されることで、その一貫性を担保できている⁴⁾。

いま、世界的には母子保健に関する継続ケア(continuum of care)という発想が広まっている。時間的にも、空間的にもひろがりをもつ母子保健サービスを、女性と子どもを分断することなく提供することにより、妊産婦死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率などを低減しようという狙いがある。世界保健機関(WHO)やユニセフ、国際NGOや研究機関などが共同して、2005年にPartnership for Maternal, Newborn and Child Health(PMNCH)を立ち上げた。妊娠・出産・新生児・小児に対する一貫した継続ケアを確保するために、世界では種々の試みが実施されている⁵⁾。

この世界的な潮流からみれば、すでに60年以上も母子健康手帳を配布し続け、その普及率がほぼ100%という日本は、恵まれたシステムを有しているといえる。いま、日本の母子健康手帳にヒントを得て、世界20数か国で、母子健康手帳が使われ始めている。

2012年10月には、ケニア共和国ナイロビにおいて「第8回母子手帳国際会議」が開催され、アフリカ15か国、アフリカ以外から10か国、約300名が参加した。ケニア公衆衛生省が開催費用のほとんどを支出し、国の威信をかけて準備と運営に奔走した。文字通りに途上国が主役となった母子手帳国際会議は大盛況のうちに終了した。会議全

体を通じて、アフリカの熱気にあてられ続けた4日間であった。公衆衛生省の高官や病院の院長が、母子手帳のことになると、不思議なくらいに熱気を帯びて語り続け、「母子手帳はミラクルだ」という言葉を発していた。

思えば、途上国だった戦後日本が世界最高水準の乳幼児死亡率や平均余命を誇るようになった背景には、優れたシステムを編み出した先人たちの努力があった。とくに、母子保健分野には、母子健康手帳以外にも途上国に応用可能な取組みが少なくない。その貴重な経験と知恵を世界に発信することもまた、重要な国際協力プロジェクトであろう。

IV. 教訓は国境を越えて

1990年代に、米国では国際協力援助に対する厳しい批判を受けて、国際協力の成果からアメリカ社会が直接的に学ぶプロジェクト「Lessons Without Borders」を開始した。たとえば、パルチモア市は、ケニアでの予防接種の広報活動を実地に見学し応用することによって、62%だった予防接種率を90%以上に高めることができた⁶⁾。青少年活動や、女性と開発の課題、持続可能なコミュニティなど、地域の課題を解決する方法を、国際協力の成果の中に求めようという発想である。

東日本大震災において、海外から過去最大規模の支援が寄せられた。グローバル世界のなかで、人と人がつながり、国と国がつながっている。当然のことながら、国際的な緊急支援を行うこともあり、ときには緊急支援を受ける側に回ることもある。今後は、国境を越えたグローバルな双方向の関係性のなかでの国際協力のあり方が問われている⁷⁾。

妊産婦ケアは世界各国で大きく取り組みが異なり、表層的には違いがあるようにみえる。しかし、妊娠し出産を控えている女性がいる限り、先進国も途上国も、妊産婦の保健医療の課題を明日に先送りするわけにはいかない。妊産婦ケアが同時代性のグローバルな課題であるという認識をもつことが、解決への糸口を見出す第一歩である。医療従事者の地域的な偏在があり、妊産婦やそれを取り巻く家族の社会経済的格差は広がり、マイノリティーに対する母子保健医療サービスはいつも後回しにされる、といった妊産婦の健康の重要性和

緊急性の本質は日本でもアフリカでも驚くほど似ている。

国際保健医療協力と国内の保健医療との連携を強化することにより、近い将来に、日本の地域保健医療の経験を国際協力の現場に活かし、途上国での貴重な国際体験を日本の医療現場に還元できるようなシステムが確立することを期待したい。

文 献

- 1) 中村安秀. 周産期のいのちと健康を守る—産科・助産・小児科の仕事に国境はない. 日本周産期・新生児医学会, 2013; 48 (4): 795-797
- 2) ユニセフ. 世界子供白書 2012. The state of the world's children, ユニセフ. 2012
- 3) WHO. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. WHO, Geneva, 1978
- 4) 中村安秀. 母子健康手帳: 過去, 現在, 未来. 小児科臨床, 2012; 65 (8): 1745-1755
- 5) ユニセフ. 世界子供白書 2009 「妊産婦と新生児の保健」. The state of the world's children, ユニセフ. 2009
- 6) Atwood JB. Focus on lessons without borders. USAID Developments, 1997; 4: 1-6
- 7) 中村安秀. 世界からの共感と連帯—国境を越える出会いと学び. ボランティア学研究, 2012; 12: 3-13