

B. 研究方法

In-depth Interview 形式をとり、MDGs や SDGs を直接担当する国連職員及び環境 NGO の職員に対して、上記目的の 2 点について、自由に質問に答えていただいた。調査は 2013 年 9 月 3 日から 5 日の 3 日間、ニューヨークで実施した。インタビュー対象者*は在京の国連機関を通して紹介された国連各機関の本部の担当・責任者 4 名と環境 NGO の 1 団体である。また、また、インタビュー調査に加えて、国連関係者らから提供された出版物・情報や、国連や関連機関の website を検索してアップデートされた情報を入手した。

*インタビューに協力していただいた国連職員・NGO 職員のリスト（役職はインタビュー当時のもの）

a) Mr. Jose Dallo, Policy Advisor - Post 2015, UNDP Team on Post-2015, One Secretariat on Post-2015, UNDP

b) Mr. Diego Palacios Jaramillo, Executive Coordinator, Post 2015 Development Agenda, Office of the Executive Director, UNFPA

c) Mr. Richard G. Morgan, Senior Advisor, Post-2015 Agenda, Office of the Executive Director, UNICEF

d) Mr. Munyaradzi Chenje, Deputy Director of New York Office, UNEP

e) Ms. MaryAnn Celis, Development and Program Advisor, Earth Child Institute

C. 研究結果

① MDGs と SDGs との関連性については、共通認識として重要であることは一致しているが、まだ議論の途中であるため、具体的な方向性や接点に関する意見やコメントは少なかった。その中で、経済・社会・環境の領域が接点となることが指摘された。

②国連として 1 つのポジションをとることが重要であり、各国連機関がそれぞれのポジショ

ンをとることはないとの指摘があったが、共通して挙げられたのは、未達成の課題 (unfinished agenda) とジェンダーの 2 点であった。

D. 考察

2015 年秋の国連サミットまで継続的なフォローアップの必要性(特に SDGs の OWG の動き)、2015 年以降の一つの枠組みに向けての認識が重要である。

特筆すべき提案には、ユニークな提案が多く含まれていた。例えば、①合意を得にくい国際人口移動のような課題に関しては、目標という形で取り上げるよりも、政治的な宣言 (political declaration) に含むほうがよいのではないかと。②指標の設定に関しては、国情が異なることから、国別の、多岐にわたる指標リストのような形を創り、その中から、各国が自国に適合する指標を選択する方法もある。③ポスト MDGs の開発枠組みを法的拘束力のあるものとするのか、または、MDGs と同様に政治的な国家の責任とするのか。法的な枠組みの議論が必要といった議論であった。

E. 結論

インタビューの結論としては、有識者は開発、環境、グローバルヘルスなどの分野における、ポスト MDGs の枠組みに関して、様々なアイデアを持っていること、また、国際的な潮流にも敏感であることが判明した。特に、国連機関や国際 NGO の代表は組織としての戦略を持って、2012-13 年の活動を展開しようと計画していることも分かった。

結論としては、日本からの発信として、国連機関や国際 NGO と連携しつつ、基本的枠組みに関して政策提言できる機会をできる限り多く作り、活用していくことである。これらの活動を支えるのは、国内でのサポートであることを踏まえると、複雑なポスト MDGs に向けて、2012-13 年に行われる国際的な決定プロセスをわかりやすく伝える戦略が必要となる。

F. 健康危険情報
とくになし

G. 研究発表

1. 論文発表

池上清子. MDG5 の世界的な潮流. 国際保健医療, 28(2):48-51; 2013

池上清子. 2015 年以降の開発枠組み (ポスト MDGs) の現況. 国際保健医療, 28(3):253-265; 2013

池上清子. 2015 年以降の開発アジェンダ (ポスト MDGs) の現況アップデート. 国際保健医療, 28(4):349-357; 2013

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）
分担研究報告書

NGO の視点からの MDGs 達成に関する研究

分担代表者 横田 雅史（特定非営利活動法人 HANDS・事務局長）

研究要旨

本研究全体の目的である教育と保健医療分野の国際協力がもたらす意義を考察し、MDGs 以降の支援として、教育と保健医療を統合した支援に関する検討を行うために、保健セクターと教育セクターの連携プロジェクトを行なっている日本の NGO の活動について調査を行った。

調査は4つの NGO（7 プロジェクト）を対象に行い、保健セクターが保健の専門性を活かし、教育セクターが学校という場を提供するという連携により大きなメリットを得られることが判明した。いっぽう、両セクターの調整は予想以上に時間が必要で大変難しいということも明らかになった。

A. 研究目的

教育と保健医療分野の国際協力がもたらす意義を考察し、MDGs 以降の支援として、教育と保健医療を統合した支援に関する検討を行うために、保健セクターと教育セクターの連携プロジェクトを実施している日本の NGO の活動についてインタビュー調査および分析を行った。連携が効果を生むためには、どのようなアプローチが必要か。また連携のメリット、デメリット、さらにはどのような課題があるかを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

2013年10月から12月までに、4つの NGO（7プロジェクト）の担当者にインタビュー調査を実施した。

1. 調査時期および NGO 名、プロジェクト名
(10月)

・HANDS/ホンジュラス思春期リプロダクティブヘルスプロジェクト

(11月)

・ロシナンテス/母子保健プロジェクト（スーダン）

・シェア/学校保健プロジェクト（東チモール）

・ジョイセフ/家族計画プロジェクト（アジア、アフリカ各国）

・HANDS/インドネシア地域保健プロジェクト
(12月)

・HANDS/ブラジル学校保健プロジェクト

・HANDS/エジプト学校保健プロジェクト

2. 質問項目

1) 保健セクター（保健省および関係機関、関係者など）と教育セクター（教育省および関係機関、学校、教員など）が連携して実施したプロジェクト（活動）の経験はありますか。

2) 上記1)で「経験がある」場合、それぞれのセクターは、どのような役割を果たしましたか。

3) 連携をすることにより、どのようなメリットがありましたか。

4) 連携をすることにより、どのようなデメリットがありましたか。

5) その経験から、今後、連携をする際の提案や教訓があれば教えてください。

- 6) 上記1)で「経験がない」場合、他の団体などで連携事例をご存じでしたら、その内容やメリット、デメリットについて教えてください。
- 7) 上記1)で「経験がない」場合、もし教育セクターと連携ができるのであれば、どのような活動がしたいかを教えてください。
- 8) 上記1)で「経験がない」場合、保健医療（特に母子保健など）の活動に教育的な要素が含まれている活動の経験があれば、簡単に結構ですので、その内容と課題について教えてください。

C. 研究結果

上記調査の主な回答は以下のとおり。

1) それぞれのセクターの役割

*保健セクター：

- ・知識、専門性を持ったリソースの提供、
- ・(学校関係者だけでなく) 広く地域住民を対象
- ・保健の知見をもとにした授業、研修、セミナーなどを実施、教材を作成した例もある。
- ・学校保健の政策、プログラムを策定するとともに、学校保健関連の保健人材を雇用。

*教育セクター：

- ・学校という公的な場を提供。授業だけでなく文化祭での発表などの例もある。
- ・子どもの巻き込み、
- ・学校関係者、PTAなどの協力を得られる(地域の名士が多い)
- ・学校で予防的な健康教育を提供。

2) 連携によるメリット

- ・各々の得意分野を活かせる。モニタリングも両セクターにより実施。
- ・リソースを持ち寄ることにより継続性が高まる。
- ・子どもと地域の両方にアプローチが可能。
- ・両セクターからの情報を共有できた。
- ・学校保健で予防と治療の療法の対応ができた。

た。

3) 連携によるデメリット

- ・双方が納得しないと活動が進まない。調整に時間がかかる。
- ・片方のセクターだけの事情でスケジュールなどが急に変更になる。
- ・強いリーダーシップがないと、なかなか進まない。
- ・教員が多忙なため、スケジュール調整が難しい。

D. 考察

保健セクターと教育セクターの連携は、それぞれのセクターの役割を活かし、連携がうまく機能すれば大きなメリットを得ることができる。例えば、保健セクターが保健に関する知識や専門性を提供して、いっぽう教育セクターが学校という公的な場を提供することにより、お互いの特色を活かした連携が可能となる。また子どもと地域コミュニティの両方にアプローチができるようになることも、メリットの代表例といえる。

しかしメリット以上にデメリットがあったとの回答も多く、ほとんどのプロジェクトで両セクターの調整には予想以上に時間が掛かったとの回答している。さらに悪いことには、一回決まったはずのことが、どちらか片方の事情により変更を余儀なくされ、活動が遅れるだけでなく、信頼関係にも影響を及ぼすことがある。

E. 結論

今年度の調査研究では、保健セクターと教育分野の連携について、連携が効果を生むためには、どのようなアプローチが必要か。また連携のメリット、デメリット、さらには連携にはどのような課題があるかを明らかにすることを目的としたが、連携には大きなメリットもあるが、同時に両セクターの調整の難しさという大きな課題があることが分かった。

連携をうまく進めていくためのアプローチについては、両セクターに影響力のあるトップのコミットメントによって活動を進めている例もあるが、省庁全体のコミットメントは困難な

め、特定の地域や活動だけで連携することによりうまく進められている例もある。したがって、どのようにすればうまく進められるかは、国や地域、あるいはその時の状況などによって異なっていると考えられるが、この点については引き続き調査研究を行っていく予定である。

F. 健康危険情報

とくになし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）
分担研究報告書

カンボジア等における MDGs 課題に関する研究

分担代表者 垣本和宏（大阪府立大学・教授）

研究要旨

アフリカ諸国における熟練助産介助者（SBA）による分娩の動向に関する要因を検証するため、エチオピア DHS（2000年、2011年）、タンザニア DHS（1999年、2010年）、ルワンダ DHS（2000年、2010年）の各データを比較した。その結果、この約10年前は施設分娩となる共通の要因は「居住地」であったが、近年では「SBAによる妊婦健診」や「前児がSBAによる分娩」に変化していることが判明した。約10年前においては農村部に居住する妊産婦はリスクが高かったが、MDGsが制定されて以来多くの国が様々な形で介入していることで要因が変化していると推察された。

分娩に関する要因を年代で比較検討した。

A. 研究目的

MDGの中でも特に「妊産婦の健康」に関連するエビデンスをより詳細に分析するために、多くの発展途上国の保健当局が公表する人口保健調査（Demographic and Health Survey; DHS）を解析している。本年度は、特に「妊産婦の健康」に関しては、アフリカにおける熟練助産介助者（SBA: Skilled birth attendant）による分娩に着目した。

MDGs 5 達成のための一つの方策として、国連人口基金（UNFPA）などは妊産婦死亡率の低減には skilled of birth (SBA)による分娩介助が効果的であるとしており、MDGs の指標 5.2 においても、「Proportion of births attended by skilled health personnel」と MDGs 指標の一つになっている。そのため、多くの開発途上国において、SBAによる分娩介助率を増加させるために努力している。そこで、本研究ではアフリカの中でも過去約10年間のSBAの増加率の高いエチオピア、タンザニア、ルワンダの3カ国を対象国とし、各国が持つ人口保健調査（DHS）のデータを用いて、これらの国々のSBAによる

B. 研究方法

エチオピア DHS（2000年、2011年）、タンザニア DHS（1999年、2010年）、ルワンダ DHS（2000年、2010年）の女性データを使用許可後に米国 ORC マクロ社より入手した。なお、これらのデータの収集は研究倫理審査を含め ORC マクロ社と各国の保健担当省の責任下において実施され、研究者は個人を特定できない形のデータセットを入手した。

12 ヶ月未満の子を持つ女性を対象に、最後の分娩が SBA による分娩介助である比率を各国の各時期で算出した。また、SBA による分娩か否かを従属変数とし、施設分娩の有無、前児の分娩介助者などの因子について多変量ロジスティック回帰分析を用いて解析したところ、施設分娩か否かの AOR（補正オッズ比）値は、700 から 100,000 を超える値を示したため、施設分娩か否かを従属変数とした多変量ロジスティック回帰分析を用いて解析し、国ごとに年代で比較検討した。

C. 研究結果

表1 対象者の属性

	年代	12ヶ月未満の子を持つ女性(人)	平均年齢(SD)
エチオピア	2000年	8324	31.19 (SD:8.036)
	2011年	9489	30.75 (SD:7.663)
タンザニア	1999年	2459	30.20 (SD:7.960)
	2010年	6423	31.30 (SD:8.083)
ルワンダ	2000年	5613	32.43 (SD:7.980)
	2010年	7672	32.50 (SD:7.786)

1.各国のSBAによる分娩介助の比率の変化

エチオピアのSBAによる分娩は2000年に5.6%、2011年に10%であった。タンザニアでは1999年に35.8%、2010年に50.6%であった。また、ルワンダにおいては2000年に31.3%、2010年に69%と大きく増加していた(図1)。

	1999年	2000年	約10年後	2010年	2011年
エチオピア	—	5.60%	→	—	10%
タンザニア	35.80%	—	→	50.60%	—
ルワンダ	—	31.30%	→	69%	—

図1 SBAによる分娩の比率の変化

2.各国の施設分娩にならない要因

1999年および2000年のデータにおいて施設分娩とならない要因として3つの国で共通して有意だった要因は居住場所が農村部であることであった(エチオピア: AOR=0.105、95%CI: 0.057-0.190、 $p < 0.001$ 、タンザニア: AOR=0.180、95%CI: 0.141-0.230、 $p < 0.001$ 、ルワンダ: AOR=0.492、95%CI: 0.384-0.631、 $p < 0.001$) (表2)。

しかしながら、2010年および2011年のデータにおいては、「居住場所」は共通して有意になっておらず、「妊婦健診がSBA」と「前児がSBA」が共通した要因に変化していた(エチオピア: 「妊婦健診がSBA」AOR=3.053、95%CI: 2.003-4.652、 $p < 0.001$ 、「前児がSBA」AOR=23.431、95%CI: 15.429-35.583、 $p < 0.001$ 、タンザニア: 「妊婦健診がSBA」AOR=9.175、95%CI: 1.447-58.174、 $p = 0.019$ 、「前児がSBA」AOR=8.701、95%CI: 5.029-15.057、 $p < 0.001$ 、

ルワンダ: 「妊婦健診がSBA」AOR=23.97、95%CI: 4.497-127.819、 $p < 0.001$ 、「前児がSBA」AOR=10.916、95%CI: 7.627-15.623、 $p < 0.001$) (表3)。

表2 施設分娩でない要因(1999年・2000年)

	調整オッズ比	95%CI		P(有意水準)	
		下限	上限		
エチオピア	居住場所(都会、田舎)	0.105	0.057	0.190	< 0.001
	交通手段	3.575	1.110	11.514	0.033
	本人の教育レベル	0.105	0.057	0.190	0.009
	産後の子が妊婦健診がSBA	4.069	0.751	22.050	0.104
	前児の出産場所(施設、施設以外)	20.650	12.490	34.304	< 0.001
タンザニア	居住場所(都会、田舎)	0.180	0.141	0.230	< 0.001
	本人の教育レベル	2.591	2.031	3.305	< 0.001
	産後の子が妊婦健診がSBA				
	前児の出産場所(施設、施設以外)				
	居住場所(都会、田舎)	0.492	0.384	0.631	< 0.001
ルワンダ	交通手段	0.956	0.761	1.275	0.907
	本人の教育レベル	1.053	0.807	1.374	0.704
	産後の子が妊婦健診がSBA	4.200	3.370	5.234	< 0.001
	前児の出産場所(施設、施設以外)				
	居住場所(都会、田舎)				

表3 施設分娩でない要因(2010年・2011年)

	調整オッズ比	95%CI		P(有意水準)	
		下限	上限		
エチオピア	居住場所(都会、田舎)	0.190	0.120	0.301	< 0.001
	交通手段	1.393	0.652	2.982	0.392
	本人の教育レベル	0.941	1.018	2.388	< 0.001
	産後の子が妊婦健診がSBA	3.053	2.003	4.652	< 0.001
	前児の出産場所(施設、施設以外)	23.431	15.429	35.583	< 0.001
タンザニア	居住場所(都会、田舎)	0.502	0.254	1.009	0.053
	本人の教育レベル	1.191	0.576	2.373	0.021
	産後の子が妊婦健診がSBA	9.175	1.447	58.174	0.019
	前児の出産場所(施設、施設以外)	8.701	5.029	15.057	< 0.001
	居住場所(都会、田舎)				
ルワンダ	交通手段	1.198	0.75	1.914	0.449
	本人の教育レベル	0.785	0.447	1.377	0.398
	産後の子が妊婦健診がSBA	23.975	4.497	127.819	< 0.001
	前児の出産場所(施設、施設以外)	10.916	7.627	15.623	< 0.001
	居住場所(都会、田舎)				

D. 考察

約10年前は、居住場所が農村部であることが施設分娩とならない共通の要因であり、自宅から施設への地理的アクセスが悪いことや移動のための交通手段や交通費が障壁となってSBAによる介助にならない要因であった可能性がある。近年においては、妊婦健診がSBAであることや、前児の出産場所が施設分娩であることが施設分娩に関連しており、その要因に変化が見られることが判明した。この結果は、近年においては最初の妊娠出産や妊婦健診を通じて早い時期のSBAとの接触が重要であることを示唆しているが、SBAによる妊婦健診や前児の出産場所をどのように推進すべきか、またどのような社会的背景をもった妊婦に課題が多いのかは十分に検証できなかった。

また、今回は、当初SBAによる分娩介助とな

る要因を直接的に従属変数として分析を試みたが AOR が予想以上に高く、SBA の分娩介助の有無は分娩場所と大きく関連していることが判明した。かつては施設分娩が必ずしも妊産婦死亡の改善に貢献しないとの考え方もあったが、施設分娩の有益性については再度検証するべきであろう。

さらに今回のような要因の変化は、過去約 10 年間のどのような介入が効果的に作用したのかを明らかにしていく必要もある。

E. 結論

各国とも SBA による分娩介助の比率は大きく増加していた。

約 10 年前は自宅から施設への地理的なアクセスが悪い妊産婦への対策が課題であった。しかしながら、近年では、様々な介入により要因が変化してきている。各国においてもこの 10 年間に実施した施策は異なるため、SBA による分娩要因は施策とも関連付けた検証を細かく行う必要があると示唆された。

F. 健康危険情報

とくになし

G. 研究発表

1. 論文発表

- (1) Kenzo Takahashi, Jun Kobayashi, Malika Nomura-Baba, Kazuhiro Kakimoto, Yasuhide Nakamura. Can Japan Contribute to the Post Millennium Development Goals? Making Human Security Mainstream through the TICAD Process. *Tropical Medicine and Health*. 2013. 41(3). p135-142
- (2) 田中一江、西谷純、垣本和宏、アフリカ諸国における女性性器切除についての Demographic and Health Survey (DHS) の比較、*国際保健医療*, 28(4), p327-336, 2013
- (3) 安食和博、松尾剛、垣本和宏、開発途上国

の医療施設における医療機器管理向上ための 5S 適用の試み。*国際保健医療*, 28(4), p287-292, 2013

- (4) Kenzo Takahashi, Jun Kobayashi, Kazuhiro Kakimoto, Yasuhide Nakamura. Global Health Action: surviving infancy and taking first steps – the window is open, new challenges for existing niche may enlighten global health. *Glob Health Action* 2014, 7: 23123 -
- (5) Nakaie N, Tuon S, Nozaki I, Yamaguchi F, Sasaki Y, Kakimoto K. Family planning practice and predictors of risk of inconsistent condom use among HIV-positive women on anti-retroviral therapy in Cambodia. *BMC Public Health*. 2014 Feb 17;14(1):170.

2. 学会発表

- (1) 西谷純、田中一江、垣本和宏、ナイジェリアにおける女性性器切除(FGM)の実施要因と娘への継承. 第 28 回日本国際保健医療学会学術集会、沖縄県名護市、11 月、2013 年
- (2) 山田加奈子、垣本和宏、アフリカ諸国における熟練助産介助者 (SBA) による分娩の動向と関連する要因—人口保健調査 (DHS) を用いた年代別の比較—。第 28 回日本国際保健医療学会学術集会、沖縄県名護市、11 月、2013 年
- (3) Naomi Nakaie, Sovanna Tuon, Ikuma Nozaki, Fuzuki Yamaguchi, Yuri Sasaki and Kazuhiro Kakimoto. Family planning practice and predictors to the risk of unintended pregnancy among HIV-positive women on Antiretroviral Therapy in Cambodia. 11th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific, Bangkok, Thailand, November, 2013
- (4) Sovanna Tuon, Naomi Nakaie, Ikuma Nozaki, Fuzuki Yamaguchi, Yuri Sasaki

and Kazuhiro Kakimoto. Predicting factors for the skills of condom negotiation among HIV positive women on Antiretroviral Therapy in Cambodia. 11th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific, Bangkok, Thailand, November, 2013

H. 知的財産権の出願・登録状況
該当なし

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）
分担研究報告書

ラオス等における MDGs 課題に関する研究

分担代表者 小林 潤（琉球大学医学部保健学科・教授）

研究要旨

ラオスを中心に東南アジアにおける MDGs の達成状況を Document Review 及び専門家への聞き取り調査を行った。MDG 1（貧困対策）の指標の一つである栄養指標が課題となっており特に低身長（Stunting）の改善が指摘されている。今年度の調査により MDG5 の達成のために産前ケア（ANC）が重視されているのに比較して産後ケア（PNC）が重視されていない傾向にあることわかってきた。また我々の直接間接や人類学者の情報では離乳食が米汁のみである場合も多くこの点が影響を与えていることも示唆された。一方低栄養の改善として学童期への取り組みは 2000 年以降の学校保健政策の確立と政策実施の充実によって効果を得ており低体重は大きな問題となりつつある傾向もある。また MDG2（教育の充実）MDG7（環境の持続可能性の確保）と保健課題をつなぐものとして学校保健の可能性を考察し、最終年度の検討課題とした。

A. 研究目的

ラオス等における MDGs 課題の進行状況を把握しその 2015 年における見込みと問題点を明らかにする。さらに保健以外の MDGs の各課題との関連について現状を明らかにして提言につなげることを研究目的とする。

B. 研究方法

分担研究者らが主催しているラオス保健研究コンソーシウム、国際学校保健コンソーシウムを通じて専門家意見の集約を図る。具体的には 2013 年 10 月に開催した NHRF, LaoPDR（ラオス保健研究フォーラム）、2013 年 12 月に開催したアジア学校保健シンポジウムに合わせて専門家（保健教育政策策定実施者、関連研究者）の意見を集約した。

C. 研究結果

ラオスの MDG の達成状況に関しては昨年度に行った聞き取り調査で MDG 1（貧困対策）に関する指標の一つとして栄養の課題が問題となっていることを報告した。特に低身長（Stunting）について大きな課題となっており、この点はラオスだけでなくカンボジア、ミャンマー等の低開発途上国（LDC）で共通の課題となっている。この点について 5 歳未満の栄養改善が取り組まれている。研究者がコミュニティレベルでの研究を続け定期的に訪問している少数民族・僻地貧困郡においては大きな改善がされていないのが現実である。離乳食には米粥がもちいられているのが一般的で他の副食は殆どない。さらに大人が食している主食であるもち米と副食を 1-2 歳からの低

年齢から食するのが一般的であると人類学者からの報告もある。現在もう一つの課題である MDG5 (妊婦の健康) の指標として一般的になってきた施設分娩率の改善のためのプログラムが急ピッチで全国展開されている。このため産前検診 (ANC) の強化がおこなれ、拡大予防接種事業 (EPI) とのインテグレーションによるアウトリーチ活動も提案されている。一方、産後のケアは置き去りにされている傾向があると予想される。母乳の推進は行われているが、適切な離乳食の導入等の健康教育の実施が遅れており、この点は Stunting の要因の一つになっているとも考えられた。しかしながら、この改善には長期的な取り組みが必要であることはいうまでもない。

一方低体重に対応する栄養問題は学校保健での導入が東南アジア地域では 2000 年以降躍進的に進んでいる。開発途上国の学校保健での栄養対策は De-worming (土壌伝播性寄生虫集団治療) School feeding (学校での食糧配給) School lunch, School breakfast と段階的に各国での導入が始まっている。De-worming はすでに 70%以上の学童期の子供がカバーされていることが WHO から報告されている。School feeding (学校での食糧配給) は貧困僻地を中心に WFP (世界食糧計画) のみならず政府予算でも実施されるようになってきている。タイ・マレーシア・シンガポール・ブレネイといった国では School lunch は国レベルで導入されほぼ全ての小学校で実施されるにいたっている。これらの影響も受けて、各国で低体重の問題は大きくなくなっているのが現状となっている。

D. 考察

アジア開発銀行 (ADB) が 5 月に開く年次総会で 2022 年にはアジア各国は貧困をほぼ脱する予想を示すと予想されている。この予想をくつがえさないためにはインフラ整備や教育など成長を後押しする政策が一段と重要になると提言される模様と、報道されている。また MDGs は、2015 年以降 SDG s (Sustainable Development Goals) としてより持続的発展を意識した内容に改変されて新しい開発目標が設定されるといわれている。この動きのなかで学校保健は教育、環境と保健課題をつなぐものとして、重要性が高まる可能性も否定できなくなっているといえる。

2000 年以降の学校保健の国策としての実施の充実のなかで、特に De-worming のような保健サービスの急速な普及が進んでいる。一方教育の現場では学校保健業務の増加から業務過多の負担感が増しているのが現実である。研究分担者は他研究班においてラオスにおける包括的学校保健政策の実施にあたる影響を Case Study Research の方法にて分析を行ったが、1) 一般教育カリキュラムへの盛り込み 2) 学校保健と一般教育のアセスメントの統合化 3) 教師養成校のカリキュラム、現任教育のカリキュラムのなかでの学校保健に関連した項目のシンクロナイズ化、が重要であることを示唆している。(Saito et al 2014)。このことによって学校保健がより継続的におこなわれるようになり、且つ、学校保健は「単に健康改善のためだけにおこなわれるのではなく欠席率の低下や学業への集中力の改善による学業成績の向上につながる」

ことが強く意識され教師も負担感が取り除かれることにつながると考えている。

またもう一つの MDG である環境問題は開発途上国では強く意識されてこなかったが、フィリピンの台風被害以降に地球温暖化対策への取り組みがアセアン全体で討議されるようになってきている。研究分担者は災害への対応・復興・準備における学校保健の役割。環境教育と健康教育をつなぐエコヘルス教育の提唱を行っており、現在これらの教育教材の開発を行っている。最終年度である次年度はこれら教育課題と環境課題をどうやってつないでいくか具体的方策について検討して示唆したいと考えている。

E. 結論

今年度の調査により MDG5 の達成のために産前ケア (ANC) が重視されているのに比較して産後ケア (PNC) が重視されていない傾向にあることわかってきた。また我々の直接間接や人類学者の情報では離乳食が米汁のみである場合も多くこの点が影響を与えていることも示唆された。一方低栄養の改善として学童期への取り組みは 2000 年以降の学校保健政策の確立と政策実施の充実によって効果を得ており低体重は大きな問題となりつつある傾向もある。また MDG2 (教育の充実) MDG7 (環境の持続可能性の確保) と保健課題をつなぐものとして学校保健の可能性を考察し、最終年度の検討課題とした。

ま

F. 健康危険情報

とくになし

G. 研究発表

1. 論文発表

Takahashi K, Kobayashi J, Nomura BM, Kakimoto K, Nakamura Y

Can Japan Contribute to the Post Millennium Development Goals? Making Human Security Mainstream through the TICAD Process
Trop Med Health. 41(3): 135-142. 2013

Takahashi K, Kobayashi J, Kakimoto K, Nakamura Y Global Health Action: surviving infancy and taking first steps - the window is open, new challenges for existing niche may enlighten global health
Glob Health Action 7: 23123, 2014

2. 学会発表

Kobayashi J
Regional Situation of School Health Policy Management : Asian School Health Symposium
-Beyond deworming-
Joint International Tropical Medicine Meeting (JITMM) 2013, December, Bangkok, Thailand

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）
分担研究報告書

MDGs 達成に関する政策分析

分担代表者 高橋謙造（帝京大学大学院公衆衛生学研究科）

研究要旨

MDGs 課題達成に関して、特に栄養政策の世界的進捗状況と課題を把握することを目的として、文献検索に基づく政策レビューを行った。Pubmed、Google Scholar 等によるキーワードサーチ、および WHO 等の HP に対するハンドサーチにより検索を行った結果、次の3点が明らかになった。

1)低栄養論文の内訳では、PEM (Protein Energy Malnutrition 蛋白エネルギー低栄養)に関する論文は少なく、微量元素関連の技術的、専門的な論文が主体となっており、政策的な面を論じた論文は見つからなかった。2)UHC (Universal Health Coverage)に関する文献では、Universal Coverage (皆保険)とUHCの用語が混同されている傾向が見られ、「UHC イコール皆保険」という理解が固定しつつあるように考えられた。3)母子保健分野においては、MDG4の達成阻害要因である新生児死亡、その主要因である早産児の死亡対策を対象としたイニシアティブ”Born Too Soon”に関する記載が見られた。

栄養問題に関しては、生活習慣病対策との関連に基づいた、「過栄養対策、肥満対策」に重点がシフトしているようであり、低栄養対策単独での資金集中は期待できないと考えられた。プライマリ・ヘルス・ケアのような統合的アプローチの中で、「過栄養対策」と並行して推進されていくことで成果を出していくことが必要であると考えられた。

また、「UHC イコール皆保険」という概念が浸透しつつあるとすれば、方向修正に向けた提言を発信していくのが日本の役割であると考えられた。”Born Too Soon”イニシアティブは、「早産児ケアの推進による新生児死亡の削減」という明確な技術的目標を持つイニシアティブであり、小児科医、新生児科医がオールジャパンで長期的に関与しうる可能性があると考えられた。結論として、PHCの推進を通しての低栄養対策推進、国際世論を鑑みた上での「PHCの発展型としてのUHC」の提言、“Born Too Soon”のような、早産児死亡減少という技術的側面を意識したイニシアティブへの関与が、日本のコミットメントの仕方としては有効であると考えられる。

A. 研究目的

MDGs 課題達成に関して、特に栄養政策の世界的進捗状況を把握し、2015年における達成見

込みに対する政策の寄与度を明らかにして、提言につなげることを研究目的とする。

B. 研究方法

主として文献検索による MDG 課題の分析を行った。文献検索は Pubmed、Google Scholar 等を主に行った。また、WHO等のHP内をハンドサーチにて検索した。

検索キーワードとしては、Undernutrition, NCD (Non Communicable Diseases), PEM (Protein Energy Malnutrition), Universal Health Coverage 等である。

C. 研究結果

Pubmed による検索によれば、文献数は、Undernutrition : 790、NCD (Non Communicable Diseases) & nutrition : 60 であった(最終検索日 2013/11/17)。低栄養論文の内訳を見てみると、PEM (Protein Energy Malnutrition) に関する論文は少なく、微量元素関連の技術的、専門的な論文が主体となっており、政策的な面を論じた論文は見られなかった。

一方で、UHC (Universal Health Coverage) をキーワードに検索してみると、該当論文数は 228 編あった(最終検索日 2013/12/29)。最初の論文は 1984 年に出版されており、1990 年代の論文数は 17 編、以後増加傾向になるが、“Universal Coverage”と“Universal Health Coverage”の用語が混同されて使用されている傾向が見られた。

また、新たな動きとして特筆すべきであったのが、母子保健分野において主導的な役割を担っている PMNCH(The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health)が提唱する“Born Too Soon”なるイニシアティブである

(http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/)。これは、MDG4 の達成阻害要因である新生児死亡、その主要因である早産児の死亡対策を対象としたイニシアティブであり、現時点で有効とされている早産児ケアを政策、戦略、活動レベルで普及してい

こうという試みである。

“Born Too Soon: The global Action Report on Preterm Birth”が 2012 年 5 月に上梓されて以降、関連の表題を扱った論文が増加傾向にあるが、介入手法のエビデンス評価が主たる内容となっていた。論文数としては、2012 年 4 本、2013 年 10 本、2014 年 2 本であった(最終検索日 2014/04/30)。

D. 考察

・栄養政策分析：昨年度の報告書において、「栄養対策を所管する省庁・関係機関の把握」が必要と述べたが、そもそも栄養政策自体が主たるイニシアティブとなっている方向性が明確ではないことが明らかとなってきた。世銀等が主導している栄養改善プログラム、JICA が主導している栄養改善プロジェクト等の事例は見られるが、政策的にまとめられるレベルに達しているとは言い難い。栄養問題は、むしろ生活習慣病対策との関連に基づいた、「過栄養対策、肥満対策」に力点がシフトしているようにみられ、これといった有効な介入手段がない低栄養対策に対して、資金集中が期待できるとも考えにくい。低栄養対策は、プライマリ・ヘルス・ケアのような統合的アプローチにおいて、「過栄養対策」と並行して推進されていくことで、成果が見えるものではないかと考える。

・ Universal Health Coverage: Universal Coverage(国民皆保険)と Universal Health Coverage(UHC)の用語の混同使用は顕著であり、最初に UHC を提唱した WHO においてさえも、「皆保険の達成こそが、postMDG の目標」といったメッセージを発しているように見られる。しかし、本来、WHO 事務総長 Margaret Chan 氏が発信したコンセプトにおいては、「国民皆保険」といった概念は、UHC 達成のための手段として扱われていた。本研究班において、高橋が、主任研究者、研究分担者等とのディスカッションに基づいて上梓した論文“Can Japan Contribute to the Post Millennium Development Goals? Making Human Security

Mainstream through the TICAD Process”においては、UHCを「HIV/AIDS対策を包含したプライマリ・ヘルス・ケア」と、いわば「PHCの発展型としてのUHC」を明確に定義・提言している。今後の課題としては、国際保健分野の主要プレイヤーであるタイ国等が、UHC概念をどのように理解しているのかを明らかにすべきであろう。その上で、何らかの理由により価値観のすり替えが生じて、「UHCイコール皆保険」という概念が浸透しつつあるとすれば、方向修正に向けた提言を発信していくのは、日本の役割であると思料する。

・“Born Too Soon”イニシアティブ：本イニシアティブは、「早産児ケアの推進による新生児死亡の削減」という明確な技術的目標を持つイニシアティブであり、インド、バングラデシュ等で有効な早産児ケア開発・検証のための介入コホート研究が行われている。新生児ケアという分野においては、日本が関与しうる機会もあると考えられるが、多額の資金を要する介入コホート研究に日本が関与するのであれば、JICA等が得意とする技術協力プロジェクト運営では不十分になる可能性がある。また、資金援助のみでも不十分である。オールジャパンでの小児科医、新生児科医の長期的関与が必要であり、政治的なコミットメントも求められるところである。2012年に始動したばかりのイニシアティブであり、今後関わって行く価値は十分にあると思料する。

E. 結論

・低栄養対策は、プライマリ・ヘルス・ケア(PHC)のような統合的アプローチの中でこそ、成果が見えるものであると考えられ、日本がコミットしていく価値があるとすれば、PHCの推進を通しての低栄養対策推進であろう。

・“Universal Coverage(国民皆保険)”と“Universal Health Coverage(UHC)”の混同は顕著なものであるが、国際世論を十分に鑑みた上で、本来的な「PHCの発展型としてのUHC」を提言していくのが日本のコミットの仕

方として必要である。

・“Born Too Soon”は、早産児死亡減少のための、かなり技術的側面を意識したイニシアティブであり、日本が得意とする分野でもあるため、コミットしていく価値は十分にある。

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・ Kenzo TAKAHASHI, Jun KOBAYASHI, Kazuhiro KAKIMOTO, Yasuhide NAKAMURA. Global Health Action: surviving infancy and taking first steps- The window is open, new challenges for existing niche may enlighten global health-. *Glob Health Action* 2014, 7: 23123.
- ・ Takahashi K, Kanda H, Kim J-Y. Reasons for non-vaccination among patients who acquired measles: lessons from local measles epidemics in Japan. *WINDIAN MED J* 2013; **in press**.
- ・ Takahashi K, Kanda H. Japan's Vaccine Service and an Introduction to the History of Cumulative Vaccine Coverage. *J Antivir Antiretrovir* 2013; **5**: 151-3.
- ・ Yoda T, Takahashi K, Yamauchi Y. Japanese trends in breastfeeding rate in baby-friendly hospitals between 2007 and 2010: a retrospective hospital-based surveillance study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; **13**(1): 207.
- ・ Takahashi K, Kodama M, Kanda H. Call for action for setting up an infectious disease control action plan for disaster area activities: Learning from the experience of checking suffering volunteers in the field after the Great East Japan Earthquake. *BioScience Trends* 2013; **7**(6):294-295.
- ・ Takahashi K, Kobayashi J, Nomura-Baba M, Kakimoto K, Nakamura Y. Can Japan

Contribute to the Post Millennium Development Goals? Making Human Security Mainstream through the TICAD Process. *Trop Med Health* 2013; 41(3): 135-42.

- Kanda H, Takahashi K, Sugaya N, Mizushima S, Koyama K. Internet usage and knowledge of radiation health effects and preventive behaviours among workers in Fukushima after the Fukushima Daiichi nuclear power plant accident. *Emerg Med J* 2013.
- Kanda H, Sugaya N, Takahashi K, Mizushima S, Koyama K. General workers in Fukushima living with younger children had more preventive behaviors against radiation during and after the Fukushima's nuclear disasters. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14(11):6893-7.
- Kanda H, Takahashi K, Mizushima S, Koyama K. Comparing acquisition of radiation health knowledge and preventive behavior of working adults during and after the fukushima disaster. *Disaster medicine and public health preparedness* 2013; 7(4): 431-2.
- Takahashi K, Kanda H, Mizushima S. Growing concerns with the flow of misinformation from electronic books. *Interactive journal of medical research* 2013; 2(1): e10.
- Kitamura T, Obara H, Takashima Y, Takahashi K, Inaoka K, Nagai M, Endo H, Jimba M, Sugiura Y. World Health Assembly Agendas and trends of international health issues for the last 43 years - Analysis of World Health Assembly Agendas between 1970 and 2012-. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 2013; 110(2-3):198-206.

2. 学会発表

- Takahashi K. Measles control in Japan: Lessons learnt from linking school health with VPD control, Joint Seminar on Public Health and Nursing, The university of Ryukyus, 2014.3.10
- 高橋謙造. タイ国プライマリ・ヘルス・ケアにおける 小児の生活習慣病予防活動の導入経緯と現状に関する研究.第72回日本公衆衛生学会総会 三重 2013.11.24
- 高橋謙造. ミレニアム開発目標の成果. 「公衆衛生に国境はない」. 日本公衆衛生学会自由集会 三重 2013.11.23
- 高橋謙造. MDG4 と Child Mortality の変遷 (座長講演). フォーラム「グローバル・ヘルスにおける母子保健」. 国際保健医療学会 沖縄 2013.11.2
- Takahashi K, Kodama M. Where do we stand in the global health agenda? Lessons learnt from Millennium Development Goals and the way forward. The 4th international academic consortium for sustainable cities, The University of Philippines, Manila 2013. 9.5
- 高橋謙造. MDG s と日本の保健外交政策に貢献するということ, 第1回横浜国際保健ワークショップ 静岡 2013.8.30
- 高橋謙造. タイの PHC システムにおける小児のヘルス・プロモーション戦略. 国際小児保健研究会 広島 2013.4.20

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

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
	とくになし						

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
中村安秀	妊産婦の健康の重要性と緊急性	国際保健医療	28巻2号	52-55	2013
野村理絵・澤村信英	ケニアにおけるマサイ女子生徒の学習動機—小学校教師の役割に着目して—	国際教育協力論集	16巻1号	1-15	2013
十田麻衣・澤村信英	ケニアの小学校における友人関係形成の役割—社会・文化的な背景から読み解く—	国際開発研究	22巻1号	23-38	2013
池上清子	MDG5の世界的な潮流	国際保健医療	28巻2号	48-51	2013
池上清子	2015年以降の開発枠組み（ポストMDGs）の現況。	国際保健医療	28巻3号	253-265	2013
池上清子	2015年以降の開発アジェンダ（ポストMDGs）の現況アップデート。	国際保健医療	28巻4号	349-357	2013
田中一江、西谷純、垣本和宏	アフリカ諸国における女性性器切除についてのDemographic and Health Survey (DHS) の比較	国際保健医療	28(4)	p327-336,	2013
安食和博、松尾剛、垣本和宏	開発途上国の医療施設における医療機器管理向上のための5S適用の試み	国際保健医療	28(4)	p287-292	2013

Nakaie N, Tuon S, Nozaki I, Yamaguchi F, Sasaki Y, Kakimoto K.	Family planning practice and predictors of risk of inconsistent condom use among HIV-positive women on anti-retroviral therapy in Cambodia.	BMC Public Health.	17;14(1)	170	2014
Kenzo Takahashi, Jun Kobayashi, Malika Nolumura-Baba, Kazuhiro Kakimoto, Yasuhide Nakamura.	Can Japan Contribute to the Post Millennium Development Goals? Making Human Security Mainstream through the TICAD Process.	Tropical Medicine and Health.	41(3)	p135-142	2013
Kenzo Takahashi, Jun Kobayashi, Kazuhiro Kakimoto, Yasuhide Nakamura	Global Health Action: surviving infancy and taking first steps – the window is open, new challenges for existing niche may enlighten global health	Glob Health Action	7: 23123		2014
Takahashi K, Kanda H	Japan's Vaccine Service and an Introduction to the History of Cumulative Vaccine Coverage	J Antivir AIDS	5: 151-3.		2013
Yoda T, Takahashi K, Yamauchi Y.	Japanese trends in breastfeeding rate in baby-friendly hospitals between 2007 and 2010: a retrospective hospital-based surveillance study. 2013;.	BMC Pregnancy Childbirth	13(1): 207		2013
Takahashi K, Kodama M, Kanda H	Call for action for setting up an infectious disease control action plan for disaster area activities: Learning from the experience of checking suffering volunteers in the field after the Great East Japan Earthquake. 2013;.	BioScience Trends	7(6):294-295		2013

IV. 研究成果の刊行物・別刷

[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、危ないと思わったばかりで、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、できれば自宅を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)

