

日本の母子保健と国際協力 —母子健康手帳から学んだこと—

中村 安秀

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国際協力論
Health and Development Service
(HANDS)

インドネシア・北スマトラ州アサハン県
ティンギ・ラジャ村の保健所(1986年)



ポシアンドウの会場は村の中

主役は村のヘルス・ボランティア(KADER)
対象は5歳未満児(BALITA)と妊産婦

- ・母子保健
- ・家族計画
- ・栄養改善
- ・予防接種
- ・下痢症対策



ポシアンドウの受付風景



天秤棒で子どもの体重を測定する
ヘルス・ボランティア(インドネシア・北スマトラ州)



ヘルス・ボランティアとともに働く
(インドネシア・北スマトラ州)



ティンギ・ラジャ・セミナー

- 毎月1回、定期的に行う
ヘルス・ボランティアの役割
- ・講義題目の決定
 - ・会場の設置
 - ・司会
 - ・茶菓子の準備
- JICA専門家の役割
- ・講師の選定
 - ・講師への事前情報提供
 - ・司会(共同で)



手作りセンサス(住民健康調査)の実施方法

Community-Based Household Survey

目的:

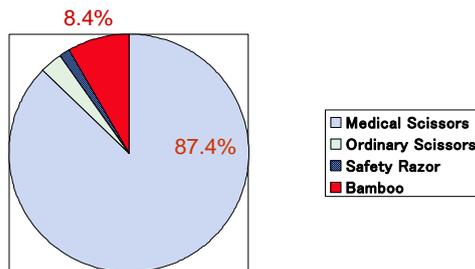
- 1 住民参加の強化
- 2 自分たちの健康問題を自分たちで把握する

対象Target:

北スマトラ州
ティンギラジャ村
全世帯
(人口約6000人)



臍帯切断の方法 Cut for Umbilical Cords



(N=704)
Tinggi Raja Household Survey, 1988

調査から半年後 6 months after the survey

ヘルス・ボランティアのリーダーの言葉

「もう、お産のときに竹刃を使ったり泥土を塗ったりする人はいなくなったよ」

ヘルス・ボランティアが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。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。

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。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。

ヘルス・ボランティアのつぶやき

「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なるためには、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。」
(ティンギ・ラジャ村のボランティア・リーダー)

経済的には豊かではないが、自分たちが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

コミュニティ: 国、州、県、村と連なる行政組織としての村ではなく、あくまでも地縁集団としてのコミュニティ

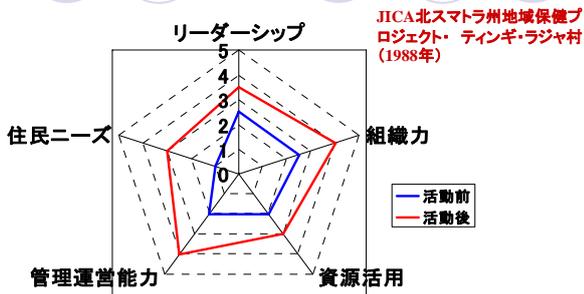
住民参加評価指標

(JICA北スマトラ州地域保健プロジェクト ティンギ・ラジャ村:1988年)

評価指標	1 悪い	2 よくない	3 ふつう	4 良い	5 非常に良い
リーダーシップ	Volunteerがいない	Volunteerがいる	Volunteerが指導	住民自身が参加	住民が主導
組織力	Posyanduがない	Posyanduができる	Posyanduが活発	日常活動も生じる	日常活動が活性化
資源活用度	労力も資金もない	労力提供がある	労力提供の自立	資金提供もある	資金労力も自立
管理運営能力	保健所のみで運営	住民が運営に参加	運営主体は住民	住民が計画に参加	住民が計画運営
住民ニーズ評価	保健所が評価	住民ニーズに気付く	Volunteerが評価	住民も評価に加わる	住民主体で評価

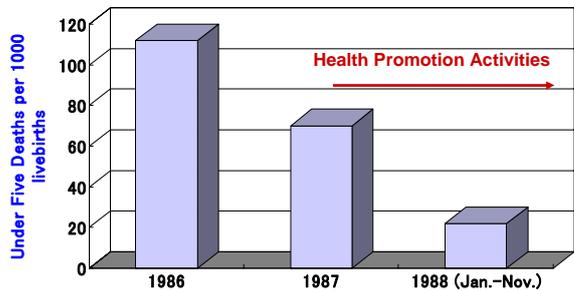
Nakamura Y, Siregar M: Qualitative assessment of community participation in health promotion activities. World Health Forum, 1996; 17(4):415-417

住民参加指標の変化



Nakamura Y, Siregar M: Qualitative assessment of community participation in health promotion activities. World Health Forum, 1996; 17(4):415-417

5歳未満児死亡率の減少 Under Five Mortality Rate in Tinggi Raja



一応の成功を収めたプロジェクトの持続可能性

1 モデル村における持続可能性 (Sustainability) は?

- (1) モデル村では、医薬品・医療機器は一切使用しなかった。
- (2) ビギナーズ・ラックによるヘルス・ボランティアとの協働
- (3) 5年後の評価ミッション報告:
 - ・ヘルス・ボランティアを中心とした住民活動はより活性化していた
 - ・母子保健指標 (妊産婦検診受診率、予防接種率など) の改善

2 モデル村から他地域へのインパクトは?

- (1) モデル村の成果報告のシンポジウムを開催
- (2) しかし、村から県へ、県から州へという波及効果は見られなかった
- (3) モデル村で共通体験をしたヘルス・ボランティア、保健医療専門職の異動に伴い、少しずつ他の地域でも同様の活動が始まった

3 全国に母子保健改善を広げるためには?

- (1) 全国展開できるためのツールが必要
- (2) 私家版の北スマトラ版母子健康手帳を作成

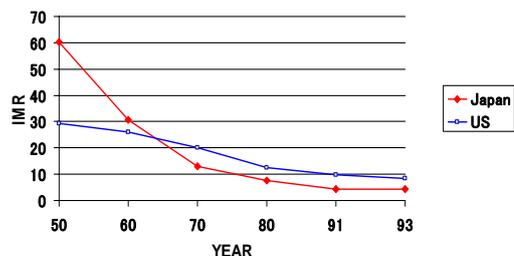
北スマトラ州で学んだこと

- 1 必要最低限の投入と適正技術に配慮すれば、モデル地域でのSustainabilityは十分に可能である
- 2 共同体験に基づくパートナーシップは長年にわたり継続する
- 3 モデル地域での成功は、簡単には他地域に普及していかない(日本でも同じ)
- 4 モデル地域から広範囲に展開するためには、モデル活動開始前から全国展開のための青写真とツールが必要

途上国としての日本の経験

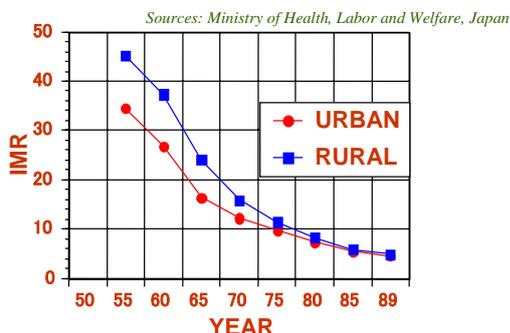
- 1 高い感染症の罹患率
結核、マラリア、フィラリアなど
- 2 高い乳幼児死亡率
- 3 都市と農村の格差の解消
無医村の解消、巡回診療など
- 4 保健所などの対策 (結核、母子保健)
保健婦、助産婦の働きの重要性
- 5 地域の人びとの貢献
母子衛生員、愛育会、村落普及員など

IMR in Japan and the United States



Sources: U.S. Department of Health and Human Services
Ministry of Health, Welfare and Labor, Japan

Infant Mortality Rates in Urban and Rural Areas in Japan



Possible Explanations for Japan's Low Infant Mortality Rate

- 1 Narrow socio-economic distribution
- 2 National health insurance
- 3 Maternal and Child Health Handbook
- 4 Population-based screening and health check-ups
- 5 High value placed on childbearing

Source: Health and welfare for families in the 21st century, by Kiely M, Wallace HM, Nakamura Y et.al., Jones and Bartlett Pub., 1999

Trends of Child health care in Japan

Year	IMR	Contents	Key words
1945-1952	76-50	Fight against starvation and infectious diseases	Malnutrition, dysentery
1952-1977	50-10	Population-based screening and health check-ups	Growth, Premature baby
1977-1990	10-5	Early detection and early treatment for diseases and disabilities	Development, Cerebral palsy
1990-	5-	Psychosocial support for childrearing	Child abuse, Anxiety

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(厚生労働省研究班:2002-04)

戦後の保健医療指標の改善に貢献した人びとに焦点を当て、インタビュー調査などの質的分析を実施

戦後の日本の保健医療に関する重要な共通点

- 1 徹底した現場主義と自己裁量権
- 2 セクターを越えた協働
- 3 受益者からのAppreciation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 巧みなアドボカシーの方法論

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

受益者からのAppreciationという評価軸

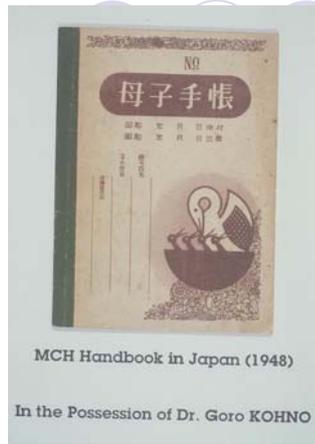
「開業助産婦の場合の評価軸はお金でもないし、行政からの評価でもなく、やはり、村の人が自分のことをどう評価してくれるか」(長崎の離島)

- 1 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
- 2 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、動機づけにもなっていた
- 3 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をフィールドワーカーの人たちが体感していた

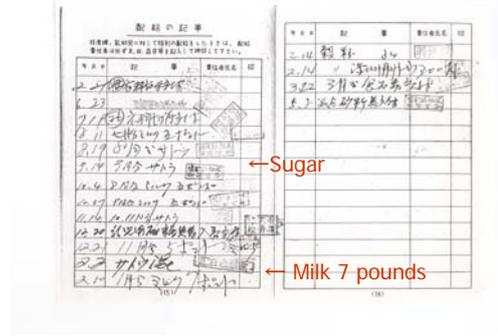
日本の母子健康手帳の歴史

- 1942 妊産婦手帳
- 1947 児童福祉法公布
- 1948 「母子手帳」発行 (20 pages)
- 1951 児童憲章制定
- 1965 母子保健法公布
- 1966 「母子健康手帳」に改称
- 1976 母子健康手帳 全面改正
- 1991 母子保健法改正(手帳交付義務は市町村・特別区)
- 1992 母子健康手帳 全面改正
- 2002 母子健康手帳の改正 (72 pages)

母子手帳の表紙 (1948年版)



母子手帳の内容 (1948年版)



和歌山縣民の友 昭和23年6月1日発行

児童福祉法の実施にあたり、県児童課の保健婦が広報している記事

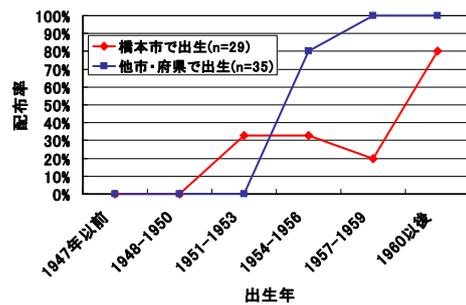
すべての子供が心身共に健やかに生まれ、且育成されるように、そしてすべての子供がひとしくその生活を保障され愛護される様に、親のある子は父母の保護と愛撫のもとに、親のない子は、国の、県の、市町村の、そして、国民全体の保護と愛撫のもとに、こうして日本の子供はどの子もみんなすくすくと美しく善良な国民に育て上げられなければならないのです。

新たに本法による母子手帳が生まれました。小型で綺麗な感じの良い此の母子手帳はお母さんの妊娠中から出産まで、生れた赤ちゃんの出生時から小学校に行くようになるまで母と子の健康を護る為に活用されるのです。

保健所、医師、助産婦保健婦の方々から保健指導を受けられた時はその内容を必ずこの手帳に記録して戴きます(貧しい方は無料で保健指導を受けられます)

母子保健の理想を語っていた時代であり、貧困と直に向き合っていた

母子健康手帳所有者調査(2004年) 和歌山県橋本市母子保健推進員を対象



日本における母子健康手帳の 普及の要因

- 1 出生証明書という公文書であった
- 2 厚生省、都道府県衛生部という強固な行政組織のサポートがあった
- 3 チェンジエージェント(変革を促進する人)としての保健師や助産師の役割が大きかった
- 4 利用者のニーズの高さ
- 5 実際に全国に普及するまでには、10年近い歳月を要している

インドネシア 母と子の健康手帳プロジェクト

期間: 1998年10月1日~2003年9月30日

カウンターパート: インドネシア保健省地域保健総局家族保健局

1. プロジェクトに至るまでの経緯(中部ジャワでの活動)

- 1) 準備期間(1993-1994年)
- 2) パイロット期(1994-1996年) サラティガ市
- 3) 拡大期(1996-1998年) 世界銀行による支援

2. 重点州での活動(1998-2001年)西スマトラ州・北スラウェシ州

- 州衛生局、県・市衛生局、保健所長への研修
- 助産師、保健ボランティアへの研修
- 助産婦・看護学校への母子手帳紹介

3. 準重点州での活動と全国展開

- バリ、ジョクジャ、南スラウェシ、東ジャワ、
- ブンクル、NTB
- メディアキャンペーン
- 全国展開への支援

インドネシア母子健康手帳の拡がり

年	州(数)	県・市(数)	財政面での資金源
1994	1	1	JICA(中部ジャワ家族計画母子保健プロジェクト)
1995	1	9	JICA(単発専門家2名)
1996	1	19	JICA(単発専門家2名), WB
1997	5	26	JICA, WB
1998	5	45	JICA(母子手帳プロジェクト), WB
1999	6	47	JICA, WB, LG
2000	16	128	JICA, WB, LG, ADB, UNICEF, NGO
2001	22	152	JICA, WB, LG, ADB, UNICEF, NGO
2002	25	200	JICA, WB, LG, ADB, UNICEF, NGO
2003	26	200+	JICA, WB, LG, ADB, UNICEF, NGO

WB:世界銀行, LG:地方政府, ADB:アジア開発銀行

インドネシアの母子手帳の実際

インドネシアのすべての子どもは母子健康手帳を配布されるべきである
(保健大臣令:2004年)



助産師は母子手帳を使って母親学級を行う

地方色豊かなインドネシアの母子手帳

西スマトラ州

ジョクジャカルタ



母子健康手帳プロジェクトから学んだこと

- 1 インドネシア人の医師が母子健康手帳を発見した
日本での研修中に感動したのがきっかけ
- 2 日本語の母子健康手帳の翻訳はしなかった
インドネシアの既存のポスターやパンフを活用
- 3 インドネシア保健省の一貫したイニシアティブ
インドネシア版母子健康手帳はコモン・グッズ
- 4 モデル開始前から、全国展開を視野に入れた
既存のカードとの併用を避けた
- 5 日本もインドネシアから学んだ
インドネシアの調査票をもとに、日本の厚生労働省が母子健康手帳の評価を行った

世界に広がる母子健康手帳 MCH Handbook in the World

日本

commonly used from 1948

韓国、タイ、インドネシア、ユタ州(米国)、チュニジア、コートジボワールなど

commonly used

ベトナム、ラオス、バングラデシュ、パレスチナ、東ティモール、フィリピンなど

developed by the Governments or the joint projects with JICA, UNICEF or NGOs

ブータン、アフガニスタン、ドミニカ共和国など

planned to introduce a pilot trial

カラフルな母子健康手帳



米国ユタ州では、Keepsake(親から子どもへの思い出の品)として母子健康手帳を導入



ラオスでは、日本のロータリー・クラブの協力で、母子健康手帳が印刷された

母子健康手帳の利点

- 1 母性保護と小児の成長に関する一貫したケア
- 2 健康記録を保護者が管理
- 3 母親や父親の知識・態度・行動の変容
- 4 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
- 5 リプロダクティブヘルスの基本的な基準
- 6 保健医療セクターの種々のサービスの統合

母子健康手帳の弱点

- 1 価格が高い
- 2 保健医療関係者に対する研修が必須である
- 3 紛失したときに、全ての記録が失われる
- 4 保護者に、ある程度の識字率が要求される
- 5 保健医療サービスシステムが前提となる
- 6 母子保健医療に関係するすべての職種の協力が必要である

第5回母子健康手帳国際シンポジウム

シンポジウムテーマ:

母子健康手帳を通じた母子保健の質的向上を目指して
— 母子健康手帳の国際的ネットワークの確立 —

会場: ベトナム・ベンチエ省

日程: 2006年11月22日(水)~25日(土)

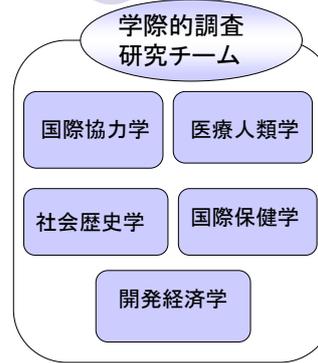
主催: 大阪大学大学院人間科学研究科 国際協力論講座
ベトナム・ベンチエ省人民委員会

参加予定国: 日本、インドネシア、タイ、ベトナム、ブラジル、メキシコ、オランダ、韓国、フィリピン、ラオス、バングラディッシュなど

日本での連絡先

板東あけみ (大阪大学大学院人間科学研究科国際協力論)
Fax: 06-6879-8064; E-mail: svcaban@cq8.so-net.ne.jp

保健医療協力プロジェクトの持続可能性に関する学際的研究



中村 安秀 (大阪大学大学院人間科学研究科) 国際協力学

池田 光穂 (元熊本大学: 現大阪大学コミュニケーション・デザイン・センター) 医療人類学

倉沢 愛子 (慶應義塾大学経済学部) 社会歴史学

草郷 孝好 (元北海道大学: 現大阪大学大学院人間科学研究科) 開発経済学

仲佐 保 (国立国際医療センター国際協力局) 国際保健学

学際的視点からの評価手法の開発

対象プロジェクト

「JICAインドネシア母子の健康手帳プロジェクト」(1998-2003年)

対象地: インドネシア中部ジャワ州

調査時期: 2004年8月

参加研究者: 日本人8名・インドネシア人2名

学際的調査の実際的手法

- 1 調査前には、全員が参加し、評価調査デザインを策定
- 2 期間中のインタビューは分担研究者全員が同席のもとに行う。チーム全体のインタビューの後は、各自が個別の関心から聞き取りを行う。
- 3 1台のマイクロバスに同乗し、同じ宿舎に泊まり、行程も同じ
- 4 訪問先は、州衛生局、病院、保健所、助産院、ポシアンドゥなど
- 5 インタビュー調査後、学際的研究方法と質問紙調査の最終版を確定

質的調査と量的調査のTriangulation

量的調査と質的調査を組み合わせた学際的評価調査は、インタビュー調査に参加した地元の研究者が実施する。

開発された学際調査手法

STEP 1	Team building	フィールド経験を持つ多分野の研究者地域に精通した研究者を含む
STEP 2	Evaluation plan / strategy	チーム全員による討議で基本方針を決定 他分野のことも口を出すことが重要
STEP 3	Field visiting	すべての専門家が同じ行程を歩く 調査期間中のインタビューは全員が同席
STEP 4	Study design	全員が参加して、学際研究方法の最終決定と質問紙調査の内容を確定
STEP 5	Triangulation study	調査チームの委託により、地元の研究者が質的調査・量的調査の実施を担当する
STEP 6	Interdisciplinary discussion	調査結果が出た時点で、全員参加のもと意見交換する

学際的評価調査の意義

「異域同舟」アプローチ

- ・異なった専門用語を使用している自然科学と人文・社会科学分野の協働
- ・全行程を同行し、すべてのイベントを共通体験する「完全な共同」フィールド調査
- ・参加者全員が、意見を交換し、議論を共有する場を確保

ピンポイント・アプローチ

- ・焦点を絞った学際的研究により、途上国の多様なリアリティーを複合的に捉え、多面的に解釈し、包括的な戦略を提示することができる。
- ・多様で複雑、かつ膨大な対象を多面的に分析することは、実際的に非常に困難である

国際協力分野、地域研究分野において、今回のような完全な共同フィールド調査は、初めての試みであった。

貧困、ジェンダー、人口問題など、多様な視点からの取り組みが求められる国際協力分野では、interdisciplinary approachという意味での「学際的」研究が重要であろう。

HANDS (Health and Development Service)

HANDSは、保健医療の仕組みづくりと人づくりを通じて、世界の人びとが自らの健康を守る可以实现するための社会を実現するために行動します。



アマゾン河支流で暮らす家族

途上国の地域の人びとが主役
保健医療システムの改善をめざす
プロフェッショナルな支援
人材育成やアドボカシーも重視

2000年1月設立
スタッフ 11名
予算規模 129百万円(04年度)

今までの活動地
ケニア・ブラジル・アフガニスタン・
タイ・インドネシアなど
いままで助成を受けた団体
外務省、国際協力機構、MSH、
トヨタ財団、東京国際交流財団、
バックカード財団、UNFPAなど

母子手帳は子どものもの



**Thank You !
Terima kasih!**



YASUHIDE NAKAMURA

Yastisch@aol.com