

第 145 回 Brown Bag Lunch 報告書

テーマ：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—

講師：中村安秀氏

／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 教授
特定非営利活動法人 HANDS 代表理事

日時：2006年7月31日（月） 12:30-14:00

I. インドネシア北スマトラ州での母子保健への取り組み

日本の母子保健の専門家になるために、JICA を通じて 86 年に小児科医として渡ったインドネシアでは、ポシアンドゥと呼ばれるプライマリー・ヘルスケアに基づいた母子保健活動が開始されていた。5 歳未満の子どもと妊産婦を対象とするその活動は、村のヘルス・ボランティアを中心にして、これまで個別に実施されていた母子保健、家族計画、栄養改善、予防接種、下痢症対策を一つにまとめて実施するというものであった。

支援にあたっては、インドネシアの母子保健をインドネシア人の手で改善することが「協力」であるとの信念から、栄養失調を訴える母子に直接指導することはせず、そうした母子に適切な指導ができるような人材の育成を目指して、ヘルス・ボランティアの指導に取り組んだ。我々が直接母子に指導した方がはるかに簡単で時間の節約にもなるのだが、そうすると我々がいなくなると同時に元の状況に戻ってしまうからである。同様に、ヘルス・ボランティアが中心になって開催するセミナーにおいても、講師には必ずインドネシア人を呼んだ。そうした講師は数年後に会ってもその村での講演を詳細に覚えており、共通体験の重要性を認識させられた。

また、村民から自らの健康問題を自分たちで把握したいとの要望があり、コミュニティベースの世帯調査をヘルス・ボランティアと一緒に実施した。臍帯切断に関する調査では、8.4%の人々が竹刃を使用していることが明らかになったが、村の風俗・習慣には口を出さないと決めていたので、竹刃の使用を慎むようには言わなかった。しかし、勉強会を通じてその危険性を知っていたヘルス・ボランティアが妊婦一人一人を訪ねて、竹刃を使用しないように伝えていたため、竹刃で臍帯を切るといって何十年何百年と続いていた習慣は、調査終了後わずか半年でなくなっていた。まさに村の人が自分たちで調査し、その実態を把握し、その危険性に対して行動したからこそ、もたらされた変化である。

ポシアンドゥに見られる村人の自主性についてボランティア・リーダーは、「好きでボランティアする人はいない・・・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するためには、コミュニティの人間ががんばらなきゃいけない」と言っていた。経済的には豊かではないけれど、自分たちに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を教えてもらった気がする。

この村民主導の母子保健プロジェクトの効果はすぐに現れ、5歳未満児の死亡率は急激に減少した。一方で、この状況がどう継続し、その他の地域にどのように拡大しうるかということが関心事であった。プロジェクトを実施したモデル村においては、医療品・医療機器など自分がいなくなった時に利用できないものは一切使用しなかったことや、ヘルス・ボランティアとの協働がうまくいったこともあり、5年後の評価ミッション報告で、ヘルス・ボランティアを中心とした住民活動の活性化、母子保健指標の改善が確認された。しかし、モデル村から他の地域へのインパクトとなると、成果報告のシンポジウムを開催したり、報告書を作って配布したりしたものの、村から県・州への波及効果は全く見られなかった。モデル村で共通体験をしたヘルス・ボランティアおよび保健専門員が他の地域に移り、その地域で同様の活動を実施するという例は見られたものの、全国展開するためには時間がかかる。そこで、インドネシアを離れる最後の1ヶ月間で北スマトラ版の母子健康手帳を作成し、活動を本格普及させるツールとしてプレゼントした。

この北スマトラ州での活動を通じて学んだことは、①最低限の投入と適正技術に配慮すれば、モデル地域での持続可能性は維持できること、②共通体験に基づいたパートナーシップは長年にわたり継続すること、③日本にも言えることであるが、モデル地域での成功は簡単には他の地域に普及していかないこと、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であることである。

II. 途上国としての日本の経験

北スマトラでは講演を行う機会が何度かあったが、その際に、日本がどのように乳幼児死亡率を世界最低水準に引き下げたのかその歴史を教えてほしいとの要望を受けることがあった。そこで、日本の母子保健についての要望・関心があるのならばと思い、日本に帰って勉強した。すると日本でもかつては、感染症の罹患率の高さ、乳幼児死亡率の高さ、都市と農村部の格差が問題となっており、保健所の対策や、愛育会や母子衛生員、村落普及員による地域活動が積極的に実施されていたことが分かった。そして、このような途上国としての日本の経験を、活かすことができるのではないかと考えるようになった。

例えば、1950年の日本の乳幼児死亡率はアメリカの約2倍であったが、その後急激に減少し、まだ途上国であった1964年の時点でアメリカを下回った。経済的な困難に直面しながらも保健指標が改善したという事実は、世界的な関心を集めており、1990年代に保健改革に乗り出したクリントン政権の下で、大規模な調査団が日本に送られた。また、都市部と農村部の乳幼児死亡率を比べると、約5年で農村部が都市部の水準に追いついていたことが分かった。多くの途上国で都市部と農村部の格差が拡大傾向にあることを考えると、農村部における母子保健の改善が、日本の躍進を測る一つの指標となる。

日本における母子保健の推移を整理すると、1952年までは、栄養失調や赤痢が問題となっており乳幼児死亡率も50%以上を記録していた。その後、様々なスクリーニングが始まり、1977年には乳幼児死亡率は10%程度に減少した。80年代には疾病の早期発見、早期

治療などが取り上げられ、1990年には乳幼児死亡率は5%にまで減少した。このように日本の乳幼児死亡率が急減した理由としては、①社会・経済格差が比較的小さかったこと、②国民健康保険が開始されたこと、③母子健康手帳が普及したこと、④人口ベースの広範囲なスクリーニングおよび健康診断が実施されたこと、⑤妊娠・出産に対する高い意識があったこと、などが考えられる。

また、戦後日本の経験を途上国に活用するための示唆を一つ紹介するならば、受益者からの **Appreciation** という評価軸を取り入れることが考えられる。長崎の離島で聞いた助産婦の話によると、「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」に尽きるという。つまり、受益者から賞賛や感謝をもらうことが最高の評価・動機づけになっていたのであり、また、受益者自身が評価軸を持つことが一番強く、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のである。このような数値以外の評価軸を見直しても良いのではないかと感じる。

III. 母子健康手帳

日本の母子健康手帳は1942年に作られた妊産婦手帳を原型とするものであり、1948年には栄養失調対策として、妊産婦手帳に子どもを含める形で母子手帳ができた。1991年には母子健康手帳の交付義務が厚生省から市町村に移っている。日本の母子健康手帳の普及要因としては、①出生証明書という公文書であったこと、②厚生省、都道府県衛生部による行政のサポートがあったこと、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婦の役割が大きかったこと、④利用者のニーズが高かったこと等が挙げられる。しかし、それでも全国に普及するには10年近い歳月を要しており、途上国で母子健康手帳プログラムを実施したとしても、その普及には10年程度の年月がかかると考えられる。

日本で生まれたこの母子健康手帳を初めて途上国に導入・普及したのが、JICAの中で立ち上げた「インドネシア母と子の健康手帳プロジェクト」であり、それはインドネシア人の医師が日本で研修中に母子健康手帳を発見し感動したことに始まる。母子健康手帳はただ配ればよいというものではなく、母子保健システム全体に関わるため、その実施・普及は難しいとアドバイスをした。しかし、インドネシアの関係者がシステム全体の強化も含めて自分の国で是非実施したいと言うので、日本の支援の下、インドネシア保健省が主導するプロジェクトとして1994年に開始された。このプロジェクトの基本理念は、日本の母子健康手帳の翻訳を輸出するのではなく、母子健康手帳というコンセプトを輸出することであった。よって日本の母子健康手帳のコンセプトに則りながらも、実際に使うものにはインドネシア既存のパンフレットやポスターが使用された。

人口約15万人の町で開始されたプロジェクトであったが、10年で全国に普及させ2億人すべてのインドネシア人をカバーするという目標を持って実施した。継続的な努力によって母子健康手帳を活用する州・県の数は増えてゆき、世界銀行にもいち早く取り入れら

れた。そして2004年について、インドネシアの全ての子どもは母子健康手帳を配布されるべきであるとする保健大臣令が出された。その後、UNICEFをはじめ多様な機関が母子健康手帳を採用しその普及に取り組んでいるが、手帳の1ページ目には必ず、この母子手帳の原型はインドネシア厚生省とJICAの協力で作成されたということを明記してもらっている。こうして、現在では母子健康手帳は世界に広がっている。

また、日本もこのインドネシアのプロジェクトから多くを学んだ。例えば、日本は50年間母子手帳を使っておきながらも一回も評価を実施していなかったが、シンポジウムに参加した日本の厚生省の幹部が各国における母子健康手帳の評価を目の当たりにしたことが契機となり、その後日本でも母子健康手帳の評価が実施されることになった。さらに、インドネシアの子どもが自分の母子健康手帳を持って検診に来る姿を見ると、母子健康手帳は子どものものであると気づかせられる。日本では母子健康手帳は親のものであるとの認識が強いが、日本の母子健康手帳も子どものものであると考えるように見直す話も進められている。

IV. 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

多分野の寄木細工にすぎないような学際研究が多い中、シナジー効果の創出を意図した学際研究を、インドネシアの母子健康手帳プロジェクトを対象にして実施している。学際調査手法の開発を目的とするものであり、①異なる分野の研究者からチームを組織、②討議によって基本方針・評価プランを決定、③現地に赴き、全員がすべての行程を共にし、すべてのインタビューに同席、④全員参加で、研究方法や質問調査の内容などを決定、⑤量的調査と質的調査を組み合わせた調査を実施、⑥調査結果に対して全員で意見交換、という一連の評価手法が開発されている。

この学際的評価調査は、異なる専門用語を使う自然科学と人文・社会学分野の協働によるものであり、すべてのイベントを共通体験し、全員が議論を共有できる場を確保するという「呉越同舟」アプローチを採っている。また、母子健康手帳など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。国際協力分野では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ると共に、今後、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、学際的なアプローチの重要性が増していくと考えられる。

以上