



(独) 国立国際医療研究センター 国際医療協力部

news letter

明日の国際保健医療協力magazine

2010年 冬号

特集！母子保健分野の国際協力

平成22年9月菅総理は、途上国の保健・教育支援に、今後5年間で総額85億ドル（約7200億円）を政府の途上国援助（ODA）などを通じて拠出する方針を、米ニューヨークで開催の国連のミレニアム開発目標（MDGs）の首脳会議で演説し、支援策を明らかにしました。

演説の中で、支援では、保健分野に50億ドル（約4200億円）を充て、特に母子保健を重視し、妊婦の定期健診や新生児へのワクチン接種など、産前産後を一貫してケアする仕組みづくりを日本が資金とノウハウの提供で支えると宣言しました。また施設面にとどまらず、将来的には母子手帳による妊産婦や乳幼児の健康状態の継続的な把握など、日本独自の仕組みを各国の実情に合わせて移すことを目指すことも表明しています。

日本政府が、このような声明をだしたことは、国際社会においていかに母子保健分野が重要な課題であるかということを示しています。これまで、国際医療研究センターでは様々な国で母子保健分野の活動を行ってきました。本号の国際医療協力部ニュースレターでは、世界における母子保健分野の歴史と現状を振り返るとともに、これまでの国際医療研究センターの活動を紹介します。

く母と子の健康を守る取り組みく

世界の母と子にもっと光を！

母子保健分野の 国際協力。

～カンボジアへの母子保健協力を中心に～



日本は世界の
母子保健に
貢献します！

母子保健への国際貢献 世界の潮流、そして私たちは何をすべきか？

国際医療協力部 松井三明

本号の冒頭は母子保健分野への国際貢献と題してます。しかし妊産婦を含む女性、また新生児を含む子どもは、大変に範囲が広いので、この記事ではカンボジアでの当センターの事業に関連し、その中心を「妊産婦の健康」においています。

国際的な合意～ミレニアム開発目標

ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals、以下MDGsと略) は、2000年9月に開催された国連ミレニアム・サミットで世界各国により合意された、貧困を減らし、この世界をより良いものにしていくための目標です。8つ設定されたゴールのうち、母子保健に重点的に関わるものが2つあります。(表1)

MDGs第5のゴールは「妊産婦の健康の改善」です。その指標のひとつは「妊産婦死亡率」、世界中の多くの国が、自分の国の数値はいくつか?ということに大きな関心を寄せています。

表1. ミレニアム開発目標のゴール4および5

ゴール4: 乳幼児死亡率の削減
ターゲット4.A: 2015年までに5歳未満児の死亡率を1990年の水準の3分の1に削減する。
ゴール5: 妊産婦の健康の改善
ターゲット5.A: 2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の水準の4分の1に削減する。
ターゲット5.B: 2015年までにリプロダクティブ・ヘルスへの普遍的アクセスを実現する。



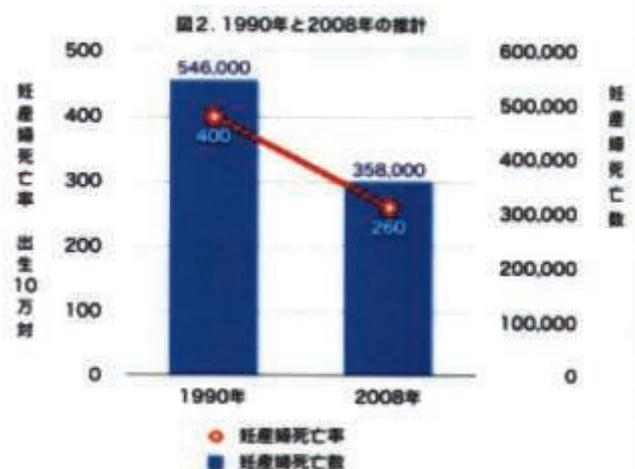
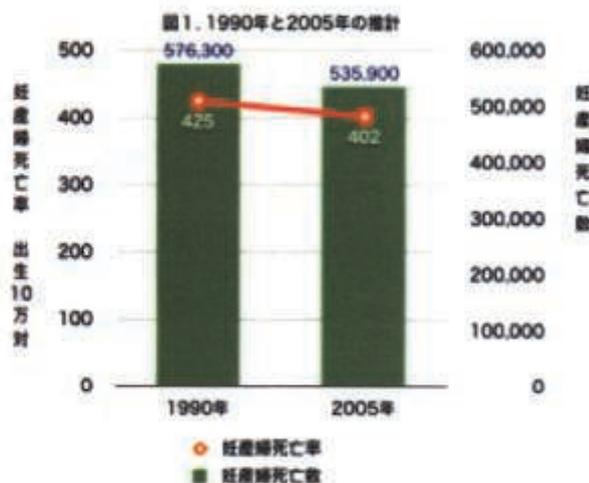
～妊産婦死亡率～

それは、ある地域（または国）で、ある期間内に発生する妊産婦死亡の数を、出生10万に対して表した数値です。しかし、実際には世界中のすべての死亡と出生を数えることは大変に難しいため、妊産婦死亡率の計算は、様々な推計に頼って行われています。

～推計値の不思議～

ここに2つの図をお示しします。それぞれの図には、折れ線グラフと棒グラフがあり、前者は妊産婦死亡率、後者は死亡数を示しています。2つの図は、それぞれ異なる推計方法による結果で、図1は2007年に、図2は2010年に報告されています。同じ1990年の推計値でもそれぞれで数値が異なること、また図1の2005年と図2の2008年では大きく数値が違うことに気づかれると思います。今年のはじめまで、私たちは図1の数値しか知りませんでした。そのため妊産婦死亡を削減する対策はほとんど進んでいない、というのが一般的な理解でした。ところが4月になって、Lancet誌にアメリカ合衆国ワシントン大学のグループが2008年の妊産婦死亡率推計は251という論文を発表しました（これは図にお示していません）。それからさらに数ヶ月後にWHOから出版された数値が図2のもので、2010年末時点では、この数値を国連は公式に採用しており、MDGsゴール5の評価は、過去のように成果が上がっていないというものから『一定の成果があり、さらに今後一層の努力を要する』と変化してきています。

「世界で妊婦がどのくらい死亡しているか？
実はそれは正確にはわかっていないのです。」



～私たちは何を信じて行動すれば良いのか？～

重要なことは2点あります。

ひとつめは、私たちは、日本であっても、他の開発途上国であっても、これまでに示した妊産婦死亡推計値の真偽を確認する手段を十分に持ち合わせていない、ということです。

ふたつめは、したがって何が正しい数値なのかに拘泥することなく、また数値の上がり下がりに一喜一憂することなく、その国・その場面に必要なことを着々と進めていくことではないでしょうか。

妊産婦死亡を減らす対策

現在、世界中でとられている対策の要点は2つです。

ひとつは、妊娠・出産はSkilled Birth Attendant (SBA)によって介助されるべきである、ということです。ふたつめは、科学的根拠のある医療サービスを複数以上組み合わせるパッケージとして提供する必要がある、ということです。

～SBAとは？～

SBAとは、その国の正規の医療教育課程を修了した人を指します。より具体的には医師・助産師・看護師などのうち、正常な妊娠・出産・出生を取り扱うことができ、母児に異常が起きた際には適切に診断し搬送に持ち込めることのできる人がそれに該当します。この概念は、伝統的分娩介助者 (Traditional Birth Attendant: TBA) に対応するものとして登場しました。過去、多くの開発途上国でTBAに対する出産介助のトレーニングを行ったけれども、どうもうまく妊産婦死亡が減らなかった、という経験から、医療は正規の教育を受けた人によって実践されるのがよい、ということが現在の主流となっています。

～実際の出産の場面では～

出産は、家族にとって、また何よりも母親にとって、喜びに満ちたできごとです。しかしながら、私たちが開発途上国で目にするのは、そこに至るまでの過程でおきる医療従事者の無関心、場合によっては虐待行為とも受け取られる態度です。多くの国の医療施設では、分娩経過中の女性は家族から隔離され陣痛室でひとりで時間を過ごすことを余儀なくされます。行う必要のない、しかも苦痛を伴う会陰切開、子宮内容清掃などの医療介入の実施が常態化していることもしばしば経験します。場合によっては、医療従事者から金銭を要求されるということもあります。



妊婦は医療従事者から金銭を要求されることがあります。

分娩台で放置される妊婦

～安全性と快適性という二項対立、そして出産の文化的側面～

「安全に子どもが生まれ、母親の命が助かるのであれば、快適性云々をいう余地があるか」という議論は、しばしば医療従事者その人自身の口から発せられる言葉です。出産の過程をモニタリングし、必要に応じて管理することで、適切に母親と子どもの命を救うことができていることには疑問の余地がなく、現代医療の人類への貢献のひとつであることには疑問がありません。しかしながら、現実に医療施設で起きていることは、出産する女性を「そこに置き」「医療管理の対象化とする」ことであり、それは産む女性をひとつの妊娠・出産のための機械にみたてることと同義のように思われます。そのひとつの極端な形が、出産は帝王切開で済ませればよい、という発想にもつながっています。

「女性は子を産み、育てる存在である」と認識されている文化であれば、医療による管理はその文化を再確認し強化するに都合の良い存在です。医療もまた、人間をみるのではなく病気やデータをみるのであれば、産む女性その人が大切にされることが必要という視点は欠如して当然であるのかもしれませんが。

～開発途上国での教育の特徴～

では医療を提供する側、前述の“SBA”の能力は、どのようなものでしょうか。一般化することはできませんが、妊産婦死亡率が高い多くの開発途上国では、医療職の基礎医学教育、なかでも解剖学・生理学という人間の身体の成り立ちに関する教育が不足しているように感じます。何が正常であるかが十分に把握されていないため、どのように病気が起きてくるのかという根本的なメカニズムを理解した上で診断と治療、そしてケアの提供に臨むことは、とても困難なように思えます。

～科学的根拠に基づいた医療の両面性～

「科学的根拠に基づいた医療サービス」には様々なものがあり、そのいずれにも本来期待している「良い効果」と、何らかの「副作用」の両方が含まれます。破傷風予防のワクチン接種や貧血改善のための鉄剤投与のように、妊婦さん全員に行うようなサービスであれば、副作用への対応を決めておけば対処はたやすいものになるかもしれませんが。しかし、ある合併症を発症した人だけに行うことが求められるような処置、たとえば難産に対する吸引分娩、子癇発作に対する硫酸マグネシウムの投与などは、どの人に対してそれが必要か、どのような処置が母体にも赤ちゃんにも最も負担が少ないのか、自分で手に負える範囲はどこまでなのか、などを勘案して、最適なサービスを提供しなくてはなりません。それらの項目すべてを「根拠に基づいたサービスマニュアル」として提供することはできるかもしれませんが、それを丸ごと記憶し実践することは人間のできることではありません。根幹的なことのみを徹底的に記憶し、その場に応じて適用していく「応用力」も必須です。

「科学的根拠に基づいたサービス」とは、サービスの単純化とマニュアル化のように捉えられていることが多々あるように感じます。しかし、解剖と生理が十分に理解されていない状況では、そのサービスが本来持つポテンシャルを発揮できるのか、あるいはサービスが不適切に適用されて副作用が目立つことにならないのか、十分な吟味が必要と考えます。

医師のカルテ記載は女性のお腹が机代わり



助産学生が入れかわり立ちかわり



図3

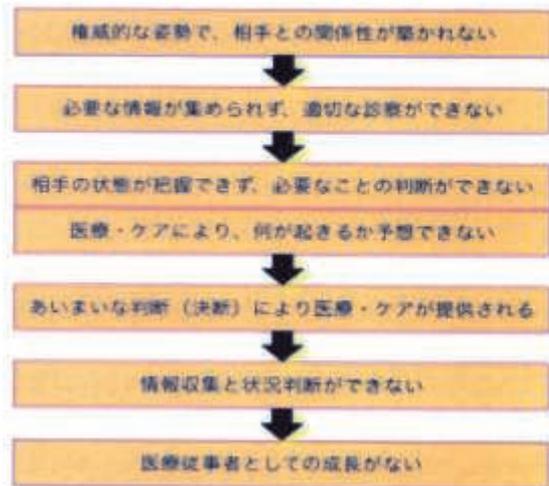


図4

～保健医療サービスに求められること～

医療従事者にとって、サービスの提供は業務でありながら、かつ自分にとって重要な学びの機会です。その過程は図3のように要約することが可能です。

まず医療従事者は、相手との適切な関係性を築かなくてはなりません。それにより問診などの手法で現在・過去に何が起きたのかを知り、同時に医療の知識を駆使して診察をすることで客観的な情報を得ることが可能となります。その上で、相手の状況を把握し自分に提供することが可能なサービスのリストを思い浮かべます。その中から、真に相手が必要とすることを提供します。同時に、サービスの提供後、どのようなことが起きるのかを想像する力も必要です。もしある医療行為が一定の副作用を伴うものであるならば、その副作用が発生したとしても、なお医療が必要であるだけの理由が必要です。

医療従事者はそのような逡巡の過程を経て決断をし、サービスを提供します。その後、何が起きるのかを継続してモニターし、自分が行った経過の予想と合致しているか、同じところは何で、異なるところは何であるかを常に同定しながら、必要に応じて軌道修正を行っていきます。

このような経過を常に実践しながら体得していくことで、医療従事者は育てられていきます。

しかし実際には、図3を裏返した図4の過程が起きていることをしばしば経験します。それが途上国の保健医療、ひいては全体の状況が改善しない大きな理由に思われます。

～私たちが行うべきこと～

医療従事者が、自信を持ってサービス提供に臨めるようになることが、私たちが開発途上国へ関わるにあたり目指すべきことのひとつです。そのために必要な知識と技術を多くの人に伝達すること、学生教育・卒後教育・サービス提供などの安定した仕組み作りを行っていくこと、そして私たちが働いている意義はこの世界をより良いものとし次の世代に伝えていくためであることを共に確認していくことと考えます。

「女性」を一人の人間として、
いかに大切にするか、そして
そのために医療従事者は何を
しなければならないのか。

～安全と快適を両立する「人間中心の医療サービス」～

子供を産み、家族を育む「女性」をひとりの人間としてみるのであれば、その人をいかに大切にするのか、そのために医療従事者は何をしなくてはならないのか、という視点が芽生え、不要な医療介入等は減っていくことでしょうか。そして、そのような視座から全体を眺めたときに、はじめて安全性と快適性は同じ根源であることが理解されると考えます。対立項（にみえる事項）は、改善が困難な母子保健の分野においては、それを存在をさせるのではなく、どのようにして俯瞰的な立場からすべてを包含させバランスを保つのかを考えることが必要です。そのような努力を払わないとすれば、私たちが行う対策は部分的な効果しか期待できない、場合によっては副作用が効果を上回ってしまうような単純なものになってしまうように思えます。さまざまな困難があるこの世界で、私たちは理想を忘れることなく、しかし常に現実に根ざした協力を展開していかなくてはならない。それが国立国際医療研究センター国際医療協力部の役割であると考えます。



カンボジアへの 国立国際医療研究センター の協力の歴史

失われた時間を取り戻すための仕事。

ポルポト政権下の大量虐殺によりカンボジアの保健医療は壊滅状態になりました。国際医療センターはカンボジアの保健医療の復興のために長年、協力活動を行ってきました。ここでは、その歴史を振り返ります。

国際医療協力部
鳴石 秀根
櫻井 幸雄

国立国際医療研究センターは、カンボジアの母子保健分野に対して国際協力機構（JICA）の事業を中心に、1992年から2010年現在まで約20年の間、継続的に支援を行ってきた。そのような支援の必要性をご理解いただくために、はじめにカンボジアの歴史にも少しふれたいと思う。

カンボジアでは、1975年～1979年の当時の政権（通称ポル・ポト政権）において自国民（教師・医師・助産師等の知識人等）の大量虐殺が行われたという悲しい歴史があり、その後の内戦の影響で保健医療のインフラや人材は壊滅的な状態となり、保健サービスへの負の影響は測りしれない。例えば医師を例にあげると、1975年のポル・ポト政権樹立以前には600人いた医師が、内戦終了後には30-40人になったともいわれている。

1991年のパリ和平協定で一応内戦が終結したカンボジアには、その後、1992年に日本人の明石康氏を事務総長とする国際連合カンボジア暫定統治機構（UNTAC）が入り、日本は自衛隊の初のPKO派遣を行うなど、カンボジアの国造りに本格的にかかわり始めた。国立国際医療研究センター（当時、国立病院医療センター）も、内戦のさなかの1981年からカンボジア難民に対する医療援助活動のため、タイ国境の難民キャンプに医師などを派遣していた。和平協定後の1992年からはカンボジア保健省にアドバイザーを4人続けて派遣し、カンボジアにおける日本の保健医療分野の協力援助計画のグランドデザインをカンボジア人とともに策定した。

その計画の第1弾として、国際協力機構（当時、国際協力事業団）の事業としてカンボジア国立母子保健センターを拠点とする母子保健分野の支援プロジェクトが始まったのは1995年であった。国立国際医療研究センター（当時、国立国際医療センター）はこのプロジェクトに、リーダーのほか、医師、助産師、看護師、放射線技師、病院管理の事務職員、健康教育の専門家など多くの専門家を派遣するとともに、多くのカンボジア人保健医療従事者を国立国際医療研究センターに迎え、研修を行った。

ポル・ポト政権樹立以前には600人いた医師が、内戦終了後には30-40人になったともいわれている。

プロジェクトの当初は国立母子保健センターの運営やサービスの改善に重点を置き、後にはカンボジア全土の地方の助産師の能力強化のための研修に活動を広げつつ、カンボジア全土の母子保健サービス改善に努めた。この間、1997年にはクーデターによる治安悪化から日本人専門家は一時国外退去しなければならなかったが、1ヶ月後にはカンボジアに復帰した。また同年、無償資金協力によりこの病院は建て替えられ、この調査団にも国立国際医療研究センターは専門家を派遣している。

このプロジェクトの成果には多くのものがあり、例えば、カンボジア初の看護部の創設のほか、本病院をパイロット事業として始まった貧困者保護制度を含む診療費制度は、カンボジア全土に広がった。またこのプロジェクトの中で芽吹いた活動はその後、母子保健プロジェクトのフェーズ2に受け継がれるとともに（後述）、カンボジア国内の医療機材保守管理体制整備のプロジェクトや、臨床検査のQC活動（検査の質管理）などへと展開している。さらに、保健省アドバイザー時代からのカンボジア保健省の友人の一人は、現保健大臣になり、プロジェクトの中心的な人々は、保健省次官や次官補、あるいはカンボジア産婦人科医師会や看護助産師会の中心的な役割を担いつつ、カンボジアの保健医療分野を牽引している。我々の古き友人の一人で、国立母子保健センターの元センター長で現カンボジア保健省次官は、我々に対してこう言っていた。「日本の援助は他の国とは違う。他の国のアドバイザーたちはたくさん指針や提言を残してゆくが、我々はどうやっていいのかわからない。それを、日本はいっしょにやってくれるからありがたい」と。

（明石秀親 記載）

カンボジアは内戦の影響で保健システムや人材が壊滅的なダメージを受けており、今なおその影響は大きく、2006年世界保健機関（WHO）レポートの中でカンボジアは「保健医療人材（医師・助産師・看護師）が絶対的に不足している国の1つ」とされている。筆者Sが、2008年6月から2010年1月まで駐在した際のカンボジア医療関係者複数から聞かれた印象的な言葉を紹介すると「内戦後は、我々は正にマイナスからのスタートだった。今、やっとスタートライン（ゼロ）にたった状態である。我々には、日本の支援がまだ必要である」という言葉が聞かれている。内戦の影響を色濃く持つカンボジアにとって、日本からの支援は、今なお切実な願いのようである。

一方、カンボジア政府は、「国家戦略計画（2006年～2010年）」にて、4つの戦略分野の1つである「キャパシティー・ビルディングと人材育成」の目標の1つに保健サービスの改善をあげている。また、国家レベルの保健政策文書である「保健セクター戦略計画（第一次：2003年～2007年、第二次2008年～2010年）」では、母子保健分野を優先課題として位置づけている。

**カンボジアの医療関係者は語った
「我々は、今やっとスタートラインにたった」と。**



国としての上記計画を進めるまでに至った過程で、前述した歴史的背景からのカンボジア側への支援が重要な役割を果たした。そのためJICAは、母子保健プロジェクト（フェーズ1）の成果（前編で既述）を生かし、母子保健分野の人材育成を全国的に推進すべく、2000年から2005年までカンボジア国立母子保健センターを中心とし、母子保健プロジェクト（フェーズ2）並びに、フォローアップ（2005年～2006年）を実施し、成果として全国の助産師・産科医師への卒後研修制度を策定するとともに、助産師や産婦人科医師への卒後研修を継続した。この卒後研修は、プロジェクト終了後も自国の保健予算やJICA以外の援助団体予算を用いて実施されており、カンボジア側の自立発展性に配慮した日本の政府開発援助（ODA）の成功事例と評価されている。

一方、カンボジア国立母子保健センターで卒後研修を受講した助産師・産科医師は、個人の技能向上に留まってしまう傾向が認められた。この理由は、開発途上国の医療従事者が一般的にみられる行動として、‘技術的な能力を身につけると、個人の生活の糧とするために、他人には教えず自分の独自の技術として実施する。時には、自分のプライベート診療でのみ技術を使用する’と言われており、カンボジアでもそれが当てはまるのかもしれない。又、ポル・ポト政権時代の内戦の影響が、関係しているのかもしれない。更に、カンボジアでは、約8割の住民が農村地域に住んでいるといわれている。住民に最も近い一次保健医療施設は保健センターであり、そこでの母子サービス提供者は助産師である。以上の状況を勘案し、保健センター助産師に対する支援強化を通じて、地域の妊産婦・新生児サービスの向上を目指して、2007年1月から2010年1月まで「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」が行われた。成果として、地域の既存の人的リソースである保健行政側人材と臨床側人材の双方による保健センター助産師支援強化のモデルを確立し、全国24州のうち18州にモデルを広めた。具体的には、母子保健関係者〔保健行政側人材、臨床側（病院）人材、保健センター助産師〕のコミュニケーションが改善し、保健センターから病院への搬送が円滑化し、また臨床側人材（病院助産師）による自発的な技術指導をするなどの取組が成果として確認された。



助産師への研修



村での予防接種





全ては
この笑顔のために。

また、これまでの取組について、追加して述べたい。世界的な取組みとして、2000年より国際社会が取組むべき課題として国連ミレニアム開発目標（MDGs）が掲げられ、ゴールの1つとして「妊産婦の健康改善」があげられている。その達成のためには、助産師や産科医師らの熟練助産者による分娩立ち会いがキーと言われている。国立国際医療研究センターが実施主体となったこれら一連のJICAプロジェクトにおいては、国際的なコンセンサスを先取りする形で、1997年より2010年現在まで助産師・産科医師への人材育成を継続的に行ってきたのは、特筆すべき点といえる。

以上に述べたカンボジア支援への国立国際医療研究センターの関わりを最後に述べることにする。国立国際医療研究センターは、前編で述べた「保健省アドバイザー」並びに「母子保健プロジェクト（フェーズ1）」のリーダーら専門家派遣に加え、2000年から2005年まで「母子保健プロジェクト（フェーズ2）」並びに2007年から2010年まで「地域における母子保健サービス向上プロジェクト」にもリーダー派遣を含む医師・助産師・看護師らの専門家派遣も行うなどJICAプロジェクト国内支援組織として継続的に関わってきた。私自身は、助産師として専門家派遣されたが、その際「カンボジア側と日本側の信頼関係を形成し、カンボジア側が自ら行えるような取組みを一緒にみつけ支援する」という姿勢を学び受け継いだ。これは、20年来の支援の中で、これまで人が変わっても国立国際医療研究センターとして、脈々と受け継ぎ一貫した援助姿勢を持ち続けた1つの歴史であり、それが現在までのカンボジア側との信頼関係の構築につながってきていると考える。

（櫻井 幸枝 記載）



「質の高い助産ケア」を目指した カンボジアでの取り組み

～ブラジル・マダガスカルを経験を経て～

JICAプロジェクト 小山内 泰代

復興の過程にあるカンボジア。ここでは現在行われているプロジェクトを紹介するとともに、カンボジアの未来を考えます。

国立母子保健センターは日本のODAで建てられた。





出産のロールプレイ研修

**お母さんが亡くなる。
家族の泣き声は、病院中
に響き渡った。**

1995年、和平協定後、カンボジア初の技術協力プロジェクトが、国立母子保健センター（NMCHC）にて開始された。初めて途上国赴任した私は、同民族同士の大規模な粛清により、国が壊滅するということを身を持って感じさせられた。それは、強国と戦った日本の第二次大戦後の戦後とは違った意味を持つ。ポル・ポト政権後、16年経っていたが、当時は、自分が思ったことを自由に言い合ったり、他者を信じて協働するということが、まだまだ遠い雰囲気だった。センター長は、マイナスからの出発だったと、振り返る。プロジェクトのある病院では、水も電気も十分に確保することができない、それが国でトップの産科病院であった。ベッドにはマットレスが無く、金網の上にゴザを敷いて寝る。病院でたくさん生まれてくる赤ちゃんの内、毎日ほぼ一人は亡くなり、亡骸がベッドの下にタオルにくるまれて置いてあることもあった。高血圧で体中が浮腫み、意識不明の妊婦が、常に入院していた。月に一人か二人のお母さんが亡くなる。家族の泣き声は、病院中に響き渡った。そこで働く国のトップであるはずの多くの助産師たちは、体温表のグラフが書けない状態だった。殆どのスタッフは、長年に亘る内戦のために十分な教育を受けることができなかった。勉強することを否定されていた。その代償は、あまりにも大きすぎる。

2010年、「JICA助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト」が開始された。この15年の年月で、首都プノンペンは見違えるほどの発展を遂げていた。そして、NMCHCは国のトップの産科病院として、全国の医療従事者の教育施設となっていた。しかし、妊産婦の健康は改善傾向にあるものの妊産婦死亡率は依然高く、カンボジア政府は、ミレニアム開発目標に掲げられた2015年までに妊産婦死亡率を3/4低減するというゴール達成に向かい、その担い手である助産師を大量に短期間で育成した。量が満たされつつある現在、「質」の確保という課題が浮上してきた。そこで、カンボジア政府は、日本政府に対し「助産の質」を改善するための協力を求めた。

2015年までに妊産婦死亡率の数字を下げるということは、カンボジアでは、もはや国家の至上命令かのようにになっている。この流れの中で、国のトレーニング機関でもあるNMCHCの考える「助産の質」とは、パルトグラムが適切に記録でき、高血圧の妊産婦に必要な量の注射ができること、分娩第3期の積極的管理ができること、妊娠中の異常を早期発見し適時に搬送できるという、医療的な要素が主なものとなっている。勿論こうした技術は、助産に関わる医療従事者なら持つべき当然の技術である。

**カンボジア政府は、日本
政府に対し「助産の質」
を改善するための協力を
求めた。**



日本の助産師さんがモデルとなって研修

しかし、「助産の質」を考えた場合重要なことは、この技術ができるかできないかに留まらず、この技術を目の前の女性に施す必要があるのかないのか、個別的に判断をすることなのである。したがって、この判断は、「一人の女性の出産」そして「一人の赤ちゃんの生命の誕生」をどのように捉えるかということと深く結びついていなければならない。出産は人間の生理的な営みであり、社会的なイベントであることを基礎にするなら、医療的側面だけが判断の要素となることはない。NMCHCにおける助産ケアに対する考え方に触れると、すべては妊産婦死亡を減らすという数値目標を達成するために、新しい技術の習得と普及に追われているかのようなようである。そして、普及の際には、大量育成された助産師にあえて判断の余地を与えないような画一化された訓練を実施している。「よい助産ケアとは」を問うと、国のトレーナーから教員、ヘルスセンターの助産師まで口をそろえて、「よいスキル、コミュニケーション、良い態度」と答える。自分は母子に対して「こんなケアをしたい」という気持ちに蓋をして、他者から与えられた必要性を唱えている。残念ながら助産師達には、基本的な助産の理念に従って、教えられたことを対象に合わせて応用するという技を持っていない。それは、国に助産の定義がないことや、教育課程で「助産とは」を教えられていないことも一つの要因であろう。これは、画一化された訓練の成果とも言えるのだろうが、確かに個別化したケアを習得することは容易ではないことが伺える。一方で、産婦に母親のようなケアをし、生理的プロセスを最大限に生かして、出産を正常に導くベテランの助産師もいる。そういった、助産の技を良しとして、カンボジア人のことばで受け継いでいって欲しい。

我々国際医療協力部では、2003年から出産ケアの質改善に焦点を当て「仏語圏母子保健研修」を実施してきた。その中で、ブラジルで実施された通称「JICA光のプロジェクト」の経験から人間的出産の取り組みについて伝えていただいた。その参加者であるマダガスカル研修員たちが「自分たちも人間的な出産ケア」を実践したいという思いが一つの切っ掛けとなり、マダガスカルでのプロジェクトが2007年より開始された。彼らは、まず施設で出産経験をした女性の声に耳を傾けることから始めた。3年後のプロジェクト終了時に分娩室の師長は、「以前は、夜間巡回で陣痛に泣き叫ぶ産婦がいても気にも留めなかったが、今ではそばに駆け寄らずにはいられない」と自分のなかでの変革を語った。先日、カンボジア人の医師・助産師と共にブラジルを訪問する機会をいただいた。ブラジルの研修病院での人間的出産への取り組みは、歴史的に民主化の流れの中に位置づけられ、女性や家族をエンパワーすることや、地域社会に開かれた病院運営により市民の声を取り入れ、市民のためにあるということ徹底して実践していた。

カンボジアでは、助産の質改善への取り組みはまだ始まったばかりである。数年後には、自分たちの言葉で、理想的な出産が自由に語られ、女性と家族、そして医療者自身がエンパワーされていることを期待したい。そして、2015年以降の次期ミレニアム開発目標は、死亡の低減を目指すことに執着することなく、個々人の様々な形の出産の幸せを目指すような世界になったらいいと願わずにはいられない。

「以前は、夜間巡回で陣痛に泣き叫ぶ産婦がいても気にも留めなかったが、今ではそばに駆け寄らずにはいられない」



母親のように分娩を見守る助産師



院内感染管理指導者養成研修 「できることから確実に」

2010年度コースリーダー
国際医療協力部 駒田 謙一

2010年11月9日～12月3日の4週間にわたって、集団研修『院内感染管理指導者養成』が当センターにて開催されました。本研修は、これまで国際医療協力部（独立行政法人化される前は国際医療協力局）が開発途上国を対象として行ってきた集団研修の1つであり、1990年代に行われていた感染症全般に関する疾病対策を中心にした研修を、開発途上国における院内感染対策のニーズが高まるのに対応し、2003年からは院内感染対策に特化した内容としているものです。

日本でもアシネトバクターなどの多剤耐性菌による院内感染の問題がニュースなどで取り上げられていますが、開発途上国における院内感染の問題はさらに深刻です。世界保健機関（WHO）によれば、全世界で毎年数億人の患者が院内感染による被害を受けており、入院・治療期間の延長、薬剤耐性菌の出現、死亡によるコストの増大は先進国・途上国を問わず問題視されていますが、院内感染の発生率が先進国では約5～11%であるのに対して、途上国ではその2倍にも及ぶと推定されています。中には、新生児では約20倍もの感染があると推定している報告もあります。また、重症急性呼吸器症候群（SARS）や強毒性の新型インフルエンザ（H5N1）が発生した際には院内感染により被害の拡大が予想されることから、院内感染管理能力を向上させておくことは途上国においても喫緊の課題となっています。

2010年度の研修は、世界11カ国（アフガニスタン、ベリーズ、カンボジア、中国、インドネシア、ケニア、ラオス、リベリア、ニカラグア、サモア、ベトナム）から1名ずつが参加して行われました。研修後のフォローアップ効率を考慮し、何らかのJICA保健プロジェクトが進行中の国を対象国としています。また研修生の選考に際しても研修効果の波及効率が考慮され、原則として各国の基幹病院で院内感染対策に関わっている人材から研修生を選出し、研修後には各国での院内感染対策普及の中心的存在となることが期待されています。

院内感染の発生率は先進国の2倍にも及ぶと推定されています。

院内感染対策で重要なことは、「基本手技の励行」、「システム構築」、「行動変容」です。「基本手技」の中心は手洗い・マスク・ガウン等のテクニックを含めた標準予防策 (Standard Precaution) であり、結核などの疾患によっては感染経路別の予防策も重要となります。それらを病院スタッフに普及させるためにはスタッフの「行動変容」が必要となり、多くの場合スタッフの意識改革を伴う必要があります。これらを病院内で強力に推進していくためにはコアとなるメンバーが必要となり、院内感染の発生状況を常に監視しておく（サーベイランス）ためにも、感染管理委員会（ICC; Infection Control Committee）や感染症コントロールチーム（ICT; Infection Control Team）を基軸とした院内感染管理のための適切な「システム構築」が不可欠です。



講義風景



グループワーク

本研修では実際に日本の現場で活躍している医療関係者が講師となり、研修生たちは院内感染対策の基礎から実践までの知識や技術の習得に加え、病院の組織体制やスタッフ教育に必要なスキルについてまで学ぶことを目標としています。11人の研修生たちは、それぞれの国の医療レベルにも違いがあり、彼らの職種も医師、看護師など様々でしたが、講義・実習・見学・グループワークなどの様々な研修スタイルを取り入れたことに加えて毎週1回は研修生主体のディスカッションで研修内容を振り返ることようにしたことで、分かりにくい部分についてはお互いに助け合いながら11人がチームのようになって研修を乗りきることができました。また、京都でのフィールド研修では院内感染のアウトブレイク事例を持つ病院や保健所への視察を行い、実際の経験に基づく教訓の共有・ディスカッションを行うことで理解をさらに深めることができたようです。

本研修のもう1つの目標は、所属施設での問題点を解決するための具体的な行動計画（アクションプラン）を作成することです。研修期間中は熱心に学んでいる研修生たちですが、帰国後は日常業務に忙殺されたり、時間経過とともにモチベーションが低下するなどして、研修で学んだことを実践に移すことはそれほど容易ではありません。そこで日本での研修期間中に具体的かつ現実的なアクションプランを立案することで帰国後の実践を促しています。そしてこのアクションプラン作成を支援するのが、コースリーダーの重要な使命の1つです。



機材消毒の見学



アクションプランの発表会



どんなに立派な計画を立てても、 実践されなければ意味がありません。

日本で見たことに刺激されて壮大なプランを立てる研修生、自らの国の状況に悲観気味で控えめなプランを提案する研修生など、様々な反応を見せる研修生に対してカスタムメイドに対応します。そんな研修生たちに伝えてきたことは、「まず、できることから確実に始めよう」。どんなに立派な計画を立てても、実践されなければ意味がありません。小さなことでもそれが実践されることで何かが変われば、続けて何かをやろうという前向きな雰囲気生まれてくることがあります。

最新の設備や機器はお金がないと揃えることはできませんが、スタッフの行動変容はそんなにお金はかかりませんし、他にも知恵と工夫でできることはあります。とにかく作成したプランをアクションにつなげることの重要性を強調し、それぞれの現状に何らかの変化が生まれ、またそれを彼ら自身が何らかの方法で感じられるようにと配慮して研修生のプラン作成を支援しました。



研修修了日の前日には、今回出来上がった11のアクションプランが発表されました。それらに記載されている活動は、院内スタッフに対する手洗いのトレーニング、手術後の創部感染に関するサーベイランスの実施、感染コントロールチームによる病棟ラウンドなど、それぞれの国・病院の事情によって様々ですが、それらが1つでも多く実践されることを願っています。



日本の文化も
学びました。

編集後記

『国際保健医療協力を目指す人々へ』と題して、1月7日(金)～8日(土)に、国際保健コンソーシアムによる国際保健中級研修と国際保健シンポジウムが国立国際医療研究センター国際協力研修センターにて開催されました。初日には、国際協力の経験者や国際保健をある程度学んだ学生を対象とした研修を実施しました。二日目には、「地域医療・地域病院と国際協力」と「国際協力における人材養成の未来像」という二つのシンポジウムが実施されました。当センター派遣課員ばかりでなく、国際保健分野でご活躍中の講師・演者と多くの国際保健を目指す若い人たちが集う機会となりました。

お知らせ

日本国際保健医療学会 東西の地方会が開催されます。

・第29回日本国際保健医療学会西日本地方会

日程:2011年3月5日(土)

場所:佐賀大学医学部(鍋島キャンパス)看護学科棟

テーマ:「国際保健における人材の育成」

・第26回日本国際保健医療学会東日本地方会

日程:2011年3月19日(土)

場所:津田塾大学 小平キャンパス

テーマ:「変革の契機としての国際保健」

当センター国際医療協力部派遣課員も参加いたします。

春号予告!

**戦乱で破壊された国の
保健システム作りの国際協力の特集します。**



戦争が終われば、
戦車も僕の遊び場さ!

NEWSLETTER winter 2010

2011年1月31日発行

独立行政法人 国立国際医療研究センター 国際医療協力部
National Center for Global Health and Medicine
Bureau of International Medical Cooperation, Japan

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

tel: (03)3202-7181(代) fax: (03)3205-7860

<http://www.ncgm.go.jp/kyokuhp/>