

NEWSLETTER

vol.2
2015



特集

新しい命の28日間
途上国で挑戦する新生児ケア



毎日暑いですね。
でも夏を楽しまなくちゃ。
今回も
わたくし、
グローバルヘルス案内人、
ハチPが
"ゆる〜くて分かりやすい"
をモットーに
世界の健康問題のこと
お伝えします♪

3 NCGM 国際医療協力局 NEW TOPICS

4 **新しい命の 28 日間
途上国で挑戦する新生児ケア**

5 新生児ってどんな赤ちゃん？

6 **新生児の命を守るために
大切な 3 つのこと**

8 **途上国で生まれる新生児**

10 日本の新生児医療の歩み
赤ちゃんの命を守れる国になるまで

12 **途上国でできる新生児ケア**

15 ベトナムの病院
新生児医療の地域格差をなくしたい

18 カンボジアの保健センター
生まれた命を救い、その上で大切にしたい

21 生後 7 日間の新生児ケアマニュアル フィリピン版

22 連載マンガ
ハケン専門家日記 井上きみどり

24 EVENT information

表紙：新生児と母

『グローバルフェスタ JAPAN 2015』に出展します

NCGM 国際医療協力局は、10月3日(土)～4日(日)に開催される国内最大級の国際協力イベント「グローバルフェスタ JAPAN 2015」に出展します。今年は新会場のお台場センタープロムナードにて規模を拡大して行われます。トークショーや音楽ライブなどイベント盛りだくさん。世界各国の料理も大集合します。

国際医療協力局では、途上国での健康課題への取り組みを楽しく学べる企画を準備中です。今年はミレニアム開発目標(MDGs)達成年。ぜひご来場ください！



グローバルフェスタ JAPAN 2015
2015年10月3日(土)・4日(日)
10:00-17:00(予定) 入場無料
お台場センタープロムナード
(シンボルプロムナード公園内)
<http://gfjapan2015.jp>

NCGM 国際医療協力局 **NEW TOPICS**

ラジオ番組『グローバルヘルス・カフェ』オンデマンド配信中

NCGM 国際医療協力局が企画するラジオ番組『グローバルヘルス・カフェ』(ラジオNIKKEI)はもうお聴きいただけましたか？
コーヒーの香りが漂う、とあるカフェを舞台に、世界の健康問題についてマスターと常連客が語り合います。番組は2カ月に1度テーマを変えて、毎月第3火曜日17時10分より好評放送中です。

番組公式HPでは、第1回からの放送をオンデマンドでいつでもお聴きいただけます。マスターのつぶやきをお届けする『Master's Memory』も♪



グローバルヘルス・カフェ
ラジオ NIKKEI 第一
企画：NCGM 国際医療協力局
レギュラー出演：
明石秀親(医師・NCGM 国際医療協力局 専門家)
香月よう子(フリーアナウンサー)
<http://www.radionikkei.jp/globalhealth-cafe/>

今、世界では600万人もの子どもたちが5歳の誕生日を迎えることなく命を落とし、そのうちの40%にあたる280万人以上は、生後わずか28日未満の“新生児”と呼ばれる赤ちゃんです。その多くはアフリカやアジア地域の途上国で起こっていて、生まれてすぐに適切な医療ケアが受けられていたら助かった命もたくさん含まれています。保育器も医療スタッフも電気や道路のインフラも不足している途上国で、どれだけの赤ちゃんを救うことができるのか――。途上国で新しい命が生き残るための28日間を支える日本人の医師や看護師がいます。

新しい命の28日間 途上国で挑戦する新生児ケア

しんせいじ

新生児ってどんな赤ちゃん？

生後28日未満の赤ちゃんを「新生児」と呼びます。産まれて間もない赤ちゃんにとって、この28日間はお母さんのお腹とは別世界の新しい環境に適応していかなければいけない大事な時期。とても小さくて弱い新生児期は、人の一生において最も生命が危険にさらされる時期とも言われています。身体が冷えないように体温を保ち、母乳から栄養を摂り、さまざまな感染症にかからないように予防するなど、周囲の人の適切なお世話がなければ生きてはいけません。十分なケアが受けられない環境では、この時期に亡くなってしまいう赤ちゃんが数多くいます。



1日に何度も泣いては母乳を飲みます。1日に15～50gずつ体重が増えていきます。

授乳するとお腹がいっぱいになって1時間半～2時間ごとに眠ります。1日の大半を眠って過ごします。

前頭部の大泉門には骨がなく、柔らかい皮膚のすぐ下に脳があります。頭の骨は成長とともに固く完成していきます。

足は歩行できる大人のようにまっすぐではなく、M字型に開いています。

この辺が大泉門

1日1回、沐浴して身体を清潔に保ちます。赤ちゃんは湯船で気持ち良さそうにじっとしています。



無理に足を伸ばして揃えたりしちゃいけないだって。



1日に15～20回もおしっこをして泣きます。その度におむつを取り替えます。

新生児の命を守るために 大切な3つのこと

生まれたばかりの赤ちゃんは、初めて全身が空気に触れ、自分の肺で呼吸を始めます。しかし、免疫力の乏しい、とても弱い存在で、十分に注意しなければすぐに命を落としてしまいます。そのような新生児の命を守るために、生まれてすぐに行う大切な「三原則」があります。

1. 保温

お母さんのお腹の中で体温ほどの温かい羊水に包まれていた新生児にとって、お腹の外はとても寒い世界。体温調節が未発達なので、低体温状態になりやすく、その後の成長に悪影響を及ぼすことにもなります。濡れた体をすぐに拭いて、暖かい気温の環境で体温が下がらないようにケアします。

2. 栄養

赤ちゃんには生まれつきお母さんのおっぱいを飲む力が備わっているので、生後30分以内に授乳します。母乳は赤ちゃんに必要なすべての栄養素を含んだ「完全食品」。病気から守るために必要な免疫物質も含まれています。また、新生児の出血性疾患を防ぐために、生まれた時に不足しているビタミンKを投与します。



3. 感染防止

無菌状態で生まれる新生児は、外敵である細菌やウイルスに対して弱い存在。病院などでは、医療スタッフが医療用の手袋やガウンを身につけて新生児のケアを行います。それ以上に最も重要なことは、手洗いをしっかり行うことです。新生児に触れる前と処置をした後に手を洗う「一処置二手洗い」を徹底しています。



アプガースコアのチェック項目

Appearance	皮膚の色
Pulse	心拍数
Grimace	刺激への反応
Activity	筋肉の緊張
Respiration	呼吸

日本では多くの赤ちゃんが病院や助産院などの医療施設で生まれます。そこでは助産師や小児科医など専門のスタッフが出生直後の赤ちゃんの状態を刻みで確認し、「保温」「栄養」「感染防止」をはじめとする基本的な新生児ケアを行っています。その過程で治療が必要だと診断される赤ちゃんは、NICU（新生児集中治療室）に入り、適切な治療を受けます。

医療スタッフは、アプガースコアという手法で生まれたばかりの赤ちゃんの状態を観察します。アプガースコアは、5つのチェック項目を点数で評価して赤ちゃんの状態や今後の治療の必要性、予後などを予測することができるものです。例えば「皮膚の色」であれば、全身がきれいなピンクなら2点、蒼白なら0点、「心拍数」は1分間に100以上なら2点、100以下なら1点など、採点の目安が決まっています。これを出生の1分後と5分後にチェックして

医療ケアが必要かどうかを判断します。

現在の日本は世界で最も安全で清潔な環境で赤ちゃんが誕生する国の1つ。しかし昔からそうだったわけではありません。その背景には、医療技術の進歩、専門知識を持つ多くの医療スタッフや医療施設の充実など、さまざまな要因から新生児死亡の減少に取り組んできた歴史があるのです。また、現在も世界には基本的な新生児ケアを受けられないまま多くの赤ちゃんが死んでしまう国があります。

途上国で生まれる新生児

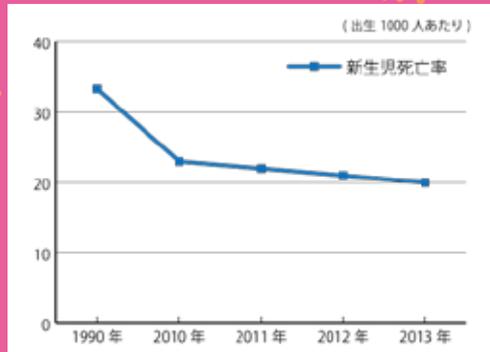
途上国で亡くなる 子どもの40%は新生児

途上国では妊娠・出産で命を落とす女性が数多くいますが、生まれてくる赤ちゃんもまた命の危険にさらされています。国連の調査によると、5歳未満の子どもの死亡数は、1990年の1260万人から減少をたどってきたものの、いまだに年間600万人にのぼります。そのうちの40%は新生児の時期に亡くなっています。また、WHO（世界保健機関）の調査によると、新生児にとって最もリスクが高いのは出生後24時間で、新生児死亡の25～45%はこの時期に起きています。さらに4分の3は、生まれて7日目までに予防可能な要因によって死亡しています。

途上国では新生児の時期に死亡する確率が先進国と比較して約14倍も高いと言われています。特に南アジアとサハラ以南アフリカ地域では新生児死亡が多く発生しています。



世界の新生児死亡率推移

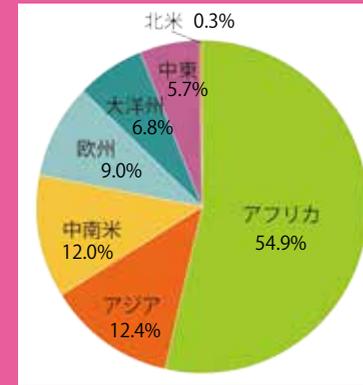


WHO 統計

世界の国々が力を合わせて 新生児を救う

世界の国々が2000年から地球規模の課題に協力して取り組んでいる「ミレニアム開発目標 (MDG)」においても、1つの目標として「乳幼児死亡の削減 (MDG 4)」を掲げています。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にするというものです。2015年に600万人まで死亡数が減少したことは大きな成果ですが、それでも世界では今でも1日に17,000人 (5秒に1人) の子どもが5歳未満で亡くなっており、2015年までの目標を達成することは難しい状況にあります。削減に向けた継続的な取り組みが求められています。

世界の新生児死亡の地域分布



WHO 統計

生まれてすぐ
亡くなるのが珍しくないから、
1歳になるまで名前を
つけない国も
あるんだって。



専門的な医療人材が 足りない

十分な教育研修を受けておらず、基本的な新生児ケア（保温・栄養・感染防止）の重要性を十分認識していない医療スタッフに遭遇する赤ちゃんがいます。

新生児ケアの基本が 徹底されない

医療機関で生まれても、医療器具が不衛生であったり、医療スタッフが手洗いを徹底できていなかったりと、院内感染を起こすリスクがあります。

途上国で 生まれる 赤ちゃんの 環境

生まれてすぐの状態を チェックされない

早産で低体重のケースや、生まれた時に自発的な呼吸がすぐにできないケースなど、出生時に抱えている問題が気づかれずに適切な処置を受けられない赤ちゃんがいます。

自宅で生まれる

途上国では病院も少なく、道路も整備されていない地域が多いため、自宅出産で生まれる赤ちゃんが数多くいます。助産師の介助もなく母親が一人で産む場合も多くあります。

伝統的産婆が立ち会う

村にいる「伝統的産婆」の立会いのもとで生まれる赤ちゃんも多くいます。医療や衛生についての知識不足から、へその緒を切る際に破傷風などの感染症にかかるリスクがあります。

医療機器や薬剤が 足りない

病院に赤ちゃんに必要な保育器や薬剤が不足していて適切な医療ケアを受けられず、予防できる要因で命を落とす赤ちゃんがいます。

日本の新生児医療の歩み

赤ちゃんの命を守る国になるまで

現在、日本における乳児死亡率はわずか2（対出生1000）で、多くの赤ちゃんが無事に生まれることを表しています。しかし新生児医療は、日本を含む多くの先進国で急激に発展してきた分野であり、日本もかつては途上国と同様に赤ちゃんが1歳の誕生日を迎えるまでに亡くなってしまう国でした。

どれくらいの赤ちゃんが亡くなってしまっていたのかは、日本で人口動態統計がとられはじめた1899年（明治32年）以降の年次推移に見ることができます。大正時代までの乳児死亡率は150以上で、そのうち半分以上は新生児の時期に起こっていました。つまり1000人の赤ちゃんのうち約

75人は生まれてすぐに亡くなっていたということです。

乳児死亡率が100を切るようになったのは1940年（昭和15年）以降でした。この減少の背景には、日本が富国強兵政策を推し進める中で、将来の兵士を増やそうと母子保健や結核・性病対策を強化したことがあったと言われています。それでも子ども10人のうち1人は1歳までに亡くなっていたという時代でした。

その後、乳児の肺炎や下痢などの治療に改善が見られたことで、1955年（昭和30年）には乳児死亡率は39.8、新生児死亡率は22.3まで減少しました。この頃になると、

死亡する子どもの数は減ったものの、新生児の占める割合はそれまでの2分の1から3分の2へと拡大しました。生まれたばかりの赤ちゃんをどうしたら救えるのかという課題に向き合い、新生児医療が突き詰められていきました。

また、この頃に日本ではWHO（世界保健機関）から未熟児用の保育器が供与されたり、国立岡山病院の医師によって未熟児用の経管栄養カテーテルが開発されたりと、新生児医療の進歩に拍車がかかりました。このカテーテルは、母乳を自力で飲むことができない小さな赤ちゃんを救命する上でかなり重要かつ画期的なものでした。

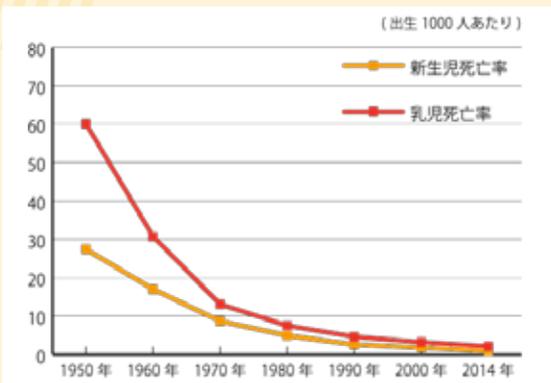
それから10年経ち、東京オリンピックを終えた1965年（昭和40年）になると、乳児死亡率、新生児死亡率ともに半減しました。当時の新生児医療は、ようやくNICU（新生児集中治療室）が導入され、新生児ケアの基本原則（保温・栄養・感染防止）をきちんと行うことと、健康上のリスクを抱えた新生児を訓練された専門的な医療スタッフが常時観察することを徹底するというものでした。これを続け、1975年（昭和50年）には、乳児死亡率は10、新生児死亡率は6.8までに低下しました。高価で

高度な技術を必要とする医療機器などを持たなくても医療スタッフの目と手でそれだけの大きな成果をあげたのです。

その後、1988年（昭和63年）、日本は世界で最も低い乳児死亡率4.8を達成し、欧米諸国を驚かせました。当時、乳児死亡率が5.0を下回ることが、多くの国で1つの壁になっていたからです。下痢や感染症、栄養障害による死亡が減少したことも大きな要因でしたが、それ以上に新生児を救えるようになってきたことが大きな要因でした。日本が世界で最も赤ちゃんを救えるレベルにあると認められるようになった大きな出来事でした。

長い間、お産は女性に元来備わっている力によるものとして、医療の対象とはみなされませんでした。女性達は医療ケアを受けずに自宅で出産し、新生児は未熟児や病気を理由に簡単に切り捨てられていた時代がありました。人々がそうした意識を大きく変えて、新生児に対して1人の人間として必要な医療ケアを提供するようになったからこそ、現在の新生児医療があります。戦後の高度経済成長に伴走するように新生児医療も大きく発展してきたのです。

日本の乳児死亡率・新生児死亡率の推移



厚生労働省統計

途上国でできる新生児ケア

新生児医療はぜいたくな医療

日本において新生児医療は長い間、妊産婦を診る産婦人科と乳幼児を診る小児科の狭間にある、見過ごされてきた分野でした。医療が十分とは言えない中で、より生き残れる可能性のある人を1人でも多く救おうとしてきたからです。

新生児医療は、1人の赤ちゃんを救うためにたくさんの費用がかかるので、とても“ぜいたくな医療”だと言われます。保育器、小さな体に合う医療器具や薬剤、24時間体制で体調管理する医療スタッフ、状態の急変に対応できる緊急医療の準備など、これらを配備するには当然ながらコス

トが高くなります。また、繊細で弱い赤ちゃんを治療できるだけの高い技術を持った人材が必要です。

国際保健医療協力においても、日々、新生児に関わらず多くの人亡くなる途上国の新生児医療を支援することは実情にそぐわないとされてきました。厳しい財政の中、1人の弱い赤ちゃんを救うことより、予防できる感染症によって死んでしまう子どもたちを多く救う方がまず着手すべき課題だとされてきました。また、高い技術を持つ医療人材を育てるには、学校や先生、訓練

体を拭く

新生児は、体が濡れた状態で生まれます。無事に生まれてもそのままベッドに寝かせるだけでは体温を奪われて死んでしまいます。清潔で乾燥した布で体をしっかり拭き、お母さんの胸に乗せて、もう1枚の別の布で全身を包んであげれば低体温状態を防ぐことができます。

泣き声を聴く

生まれてすぐに泣くことは、自力で肺呼吸ができているという大事なサイン。泣かないまま寝かせていると酸欠になって死んでしまいます。優しく体をこすって刺激を与え、泣くように促します。



の機会、そして長い時間が必要になります。電気などのインフラが不安定な国で呼吸器や保育器などの機器をどう維持するのか、ただでさえ少ない医療スタッフがどう新生児の状態を観察するのか、新生児医療には難しい点が数多くあるのです。

赤ちゃんを救う工夫

それでも途上国でできる新生児ケアがあるはずだと、色々な国が協力して途上国を支援し、なすすべがなかった新生児の命を少しずつ救えるようになってきました。高価で難しい技術が必要な機材などを持たなくても、工夫しながら基本的な新生児ケアを行うことで、赤ちゃんを救うことができるようになってきたのです。途上国の医療現場の創意工夫が生まれたての赤ちゃんの命を守っています。

清潔にへその緒を切る

お腹の中で酸素や栄養を運ぶライフラインだったへその緒は、通常、生まれると3cmほどの長さを残して切れ、1～2週間後に乾燥して自然に取れます。しかし切断時に清潔な器具で処置をされないと細菌に感染して命を落としてしまいます。手洗いと清潔な器具の使用がとても重要なのです。



窓際に寝かせる

赤ちゃんはお腹の中で酸素を補うために赤血球が大人の1.5～2倍に増えた状態にあります。出生後、肺呼吸が始まり、余分な赤血球がなくなる過程で一時的に全身が黄色くなる「黄疸（おうだん）」という症状が起こります。症状が長引く場合は、紫外線を当てる機器で光線療法を行います。専用機器のない途上国では、黄疸の出ている新生児を窓際に寝かせて日光を当てて症状を改善する工夫が行われています。



上：生まれてすぐに体を拭かれる赤ちゃん
下：ダンボール製の保育器でケアを受ける赤ちゃん





母子手帳

母子手帳は日本で生まれた画期的なツール。妊娠中のお母さんから幼児期の子どもの健康状態を継続して記録することで、医療機関と保護者が情報共有することができます。途上国でも母子手帳を導入する国が増えています。読み書きができない人も多いので、イラストを使ったりと各国の実情に合わせて作られています。

トレーニングする

基本的な新生児ケアを適切に行える医師や助産師をトレーニングしています。新生児の状態は主に肉眼や触診で観察できるので、医療スタッフが正しい知識と対処の仕方を学び、新生児救急に対応できるようになると多くの赤ちゃんを救うことができます。

カンガルーケア

体温を保つことと母乳は新生児の命綱。これがスムーズにできるように「カンガルーケア」と呼ばれる方法を行います。生まれてすぐに裸の赤ちゃんを適切な姿勢でお母さんの胸の上に直接肌に触れるように乗せてあげます。肌の温もりで体温を維持し、母乳を吸わせて栄養と病気への免疫を与えます。母親にとっても赤ちゃんへの愛情が増す効果があります。



ベトナムの病院

新生児医療の地域格差をなくしたい

インドシナ半島の東側に細長い国土を持つベトナム社会主義共和国。生春巻きやフォー（米粉で作った麺）などのグルメや、フランス統治時代の建造物の残る街並み、世界遺産の遺跡など、日本でも旅行先として人気のある国ですが、保健医療の分野は都市部と地方の格差が拡大している状況にあります。医療スタッフをはじめ、医療機器、薬剤などが地方ほど不足しているため、患者が都市部の大きな総合病院に集中しやすく、その結果、大きな総合病院も十分な医療を提供することが困難になるという課題を抱えています。

その一方でこのような大きな総合病院には、地方の医療人材の技術向上のためのトレーニングをする役割があります。人材を育成し、地方の医療の質を高めることが地域格差を低減していくことにつながるからです。特に新生児医療は産科と並んでトレーニングのニーズが高い分野です。NCGM 国際医療協力局は医師や看護師をベトナムに送り、長年にわたって保健医療の改善に取り組んでいます。





2009年、新生児ケアの質の改善を目指したプロジェクト活動で専門家が赴任した先は、フエ中央病院でした。フエ中央病院は、ベトナム中部の中心的な病院で、年間1万件を超える分娩を受け入れています。専門家は産科・新生児科の病棟を見回り、診療の様子を観察しながら、さまざまな改善点を見出していきました。

ベビーベッドは定員5人!?

病棟では、すべての新生児を看護するにはベッドの数が足りず、1台の保育器に1～2人、ベビーベッドには1台につき3～5人が並んで寝ていました。沐浴は、順番待ちの赤ちゃんを2段式のワゴンの上下に並べてそのまま移動していました。専門家は、ベッドの共有は感染症のまん延を招き

かねず、またワゴンでの移動は落下の可能性があることを現場の医療スタッフにアドバイスしました。

NICU（新生児集中治療室）では、保育器や呼吸器、生体モニターなど、さまざまな機器が不足していました。また、医療スタッフの手が足りず、保育器は付属の窓が開いたままになっていることがよくありました。赤ちゃんにつけている酸素量を測るモニターのアラームが鳴っても医療スタッフが赤ちゃんの様子を確認していないことがありました。専門家は、保育器の正しい取り扱い方法と注意点、酸素設備のアラームの監視の重要性を医療スタッフに理解してもらえるように説明しました。

また、当時、NICUでは入院中の赤ちゃん

の家族の出入りが禁止されていました。未熟児や障害を持って生まれた赤ちゃん、分娩時に重度の呼吸不全を起こした赤ちゃんなどの家族は、大きな心配と不安を抱えながらNICUの外で待機するしかありませんでした。専門家は、長く親子を分離しておくことは、育児への不安が増してしまうこと、親としての愛情を育む初期段階を逃してしまうことなどのリスクがあると考えました。そして赤ちゃんの発達を促すためにも家族へのケアをもっと充実させましょと病院に提言しました。

改善点を共有し、現場を変える

さまざまな改善点は、週に1回、専門家が看護部長をはじめ、各部門のスタッフや看護師長と会議を開いて共有し、なぜそ

の改善が必要なのか、どのように変えていけばよいのかを一緒に考えるようにしました。その内容を現場で働くスタッフとも共有すると、徐々に新生児ケアに対する意識が変わっていき、それまであまり見ることのなかったような、新生児に声をかけながら処置をするスタッフが増えていきました。さらに、看護師長を中心に、看護の技能の勉強会が開かれるようになりました。

こうした取り組みは、フエ中央病院の医療スタッフの質の向上につながり、研修を受けに来る地方の医療スタッフの能力アップを促進し、長い時間をかけて国全体の医療の向上が実現されていくのです。ベトナムの病院の改善や人材育成への支援は、現在も続いています。

生まれた命を救い、 その上で大切にしたい

東南アジア、インドシナ半島の南部に位置するカンボジア王国は、25年ほど前まで長く続いた内戦で100万人を超える死者を出し、国内の政治経済のシステムをはじめ、あらゆる分野で機能不全に陥った歴史があります。医療分野もまた、多くの人材を失い、病院などの施設は崩壊しました。NCGM 国際医療協力局は1992年のカンボジア和平パリ会議後から援助団体の1つとして同国に専門家を送り、保健医療協力活動を続けてきました。

日本の援助で作られた病院を拠点に

1995年に日本の援助でカンボジア国立母子保健センターの新病院が設立されると、最初のプロジェクトとして、病院運営を軌道に乗せるサポートと、お母さんと赤ちゃんのための医療の改善に向けた人材育成を行いました。また、2000年以降は、国立母子保健センターを人材育成の拠点として確立させるため、研修を受けた医療人材がさらに地方の助産師や看護師を育成する仕組みをつくり、研修内容を充実させました。

地方の新生児ケアを調査

妊産婦の死亡率の低減を目指し、出産後のお母さんと生まれた赤ちゃんの健康まで継続的にサポートしていけるような医療の仕組みづくりが進む中で、新生児の死亡を減らすための取り組みも強化されるようになりました。

2007年、日本からカンボジアに飛んだ専門家は、新生児ケアの状況と課題について把握するため、地方の保健センターを見てまわりました。そうすると、新生児ケアの3原則（保温・栄養・感染予防）があまり浸透していないことが分かりました。出産直後のお母さんと赤ちゃんの触れ合いが少なかったり、赤ちゃんの状態がきちんとチェックされていなかったり、母乳の重要性を伝えるカウンセリングが実施されていなかったりしました。また、当時、新生児死亡の6%は破傷風によるものでしたが、家庭での出産が多く、へその緒の切断面に不衛生なものを塗る風習が残っていました。

また、医療スタッフも意識を変える必要がありました。生まれてすぐに死んでしま



左上：地方の保健センター
右上：国立母子保健センター
下：新生児室



う赤ちゃんが多いため、「死なせてはならない」と考えるよりも「ある程度は仕方のないこと」と捉えている人が少なくありませんでした。

国際医療協力局の専門家は、保健センターの助産師ができることとして、妊婦健診の段階から母乳と栄養について積極的に説明しましょうと提案しました。そして新生児が体温を保つことの重要性についても伝えました。カンボジアは年間の平均気温が25度を超える気候で、冷房のない施設

がほとんどなので、体温管理の意識が低いことがあります。珍しく気温が低い日などにはかえって事故を起こす危険があるので。また、保温する際も、ビンにお湯を入れて作る湯たんぽを利用することが一般的だったため、カンガルーケア（お母さんの肌に直接触れ合う状態で赤ちゃんを布で包む）の導入を勧めました。しかし、カンガルーケアは適切な体勢など、いくつかの注意点があるため、研修を通じて普及するようアドバイスしました。



小さな改善が国全体を変えていく

こうしたアドバイスや提案は、改善点として次のプロジェクトへと受け継がれてきました。カンボジアの保健省と研修拠点である国立母子保健センター、そして専門家が一緒になって取り組み、妊娠・出産・新生児ケアサービスの地域モデルができあがっていきました。そしてそれは国家が主導する施策となり、地方の中心的な病院と村の保健センターが連携して救命する体制を整えていきました。

終戦から 23 年が経ち、カンボジアの赤ちゃんが医療ケアを受けられる環境は大きく進歩しました。2000 年に 95 (対出生 1000) だった乳児死亡率は、2005 年には 66、2010 年には 45 へと下がりました。これは 2000 年に「2015 年までに達成する目標」として定めた数値 50 を 5 年も早めて

達成したことになります。

基本的なケアが多くの赤ちゃんに行き届くようになった今、カンボジアの医療現場はその「質」を上げるための改善に取り組んでいます。命を救い、その上で生まれてくる赤ちゃんを大切にするというニーズにも応えられるような質の高い医療人材の育成が求められています。

国際医療協力局からは何人もの専門家が引き継ぎながらカンボジアの医療の発展を支援してきました。その間、一貫していたのは、変化を強要するのではなく、カンボジアの人たちが自力で課題を解決しようとする行動を促し、見守ることでした。互いに築いた信頼関係は、大きな成果となって実を結び、長く続いた支援は今 1 つの節目を迎えています。

Newborn Care until the First Week of Life

生後 7 日間の 新生児ケアマニュアル

フィリピン版

WHO (世界保健機関) やユニセフを中心に途上国の保健省と協力して、出生直後に必要な基本的な新生児ケアのマニュアルづくりが進められています。生まれて 7 日間のうちに赤ちゃんに行う基本ステップや、状況に応じて判断すべき点、処置の仕方などがコンパクトにまとめられています。フィリピン版の制作と活用の推進には、NCGM 国際医療協力局の専門家も協力しました。

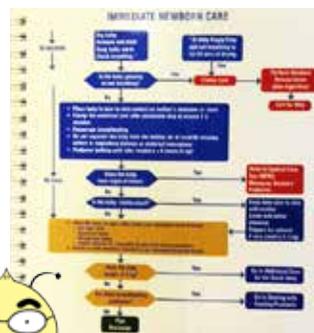


リング式で
見やすい!

11x18cm の
持ち歩きやすい
ハンディサイズ!



時間軸で
内容が色分けされていて
検索しやすい!



出生後 2 時間以内のケアがチャート式でわかる!

たとえば...

生後 30 秒 → 赤ちゃんの体を拭き取り、保温し、呼吸を確認 → 赤ちゃんは呼吸しているか? → NO の場合は、へその緒をクリップで止めて切る / YES の場合は、次の 90 分以内にすべきステップへ

とチェック項目を確認しながらをケアを進めます。



ひとりでも多くの
赤ちゃんがちゃんと
成長できるといいなあ

EVENT INFORMATION

「国際保健」「国際協力」って何だろう？

国際保健基礎講座 2015

1回だけの
参加もOK!参加費
1000円
(学生半額)

現場で活躍する国際協力の専門家と一緒に開発途上国の健康問題を学ぼう

国立国際医療研究センター 国際医療協力研修センター 3F にて開催

第4回 開発途上国における母性・
新生児・小児保健

8月29日(土) 13:00～16:00

母性・新生児・小児保健は、母と子という人間の最も深い絆のあり方が問われる分野であり、生命の誕生と死という2面性を併せ持つ分野でもあります。途上国での在り方を考えてみよう。

NCGM 国際医療協力局
ホームページ「イベント情報」
よりお申し込み受付中!www.ncgm.go.jp/kyokuhp

事務局

国立国際医療研究センター
国際医療協力局 研修課

TEL: 03-3202-7181

Email: kensyuka@it.ncgm.go.jp

第5回 保健システムとは

9月26日(土) 13:00～16:00

途上国における保健システムの課題とその解決策について考えてみよう。

<ご寄附のお願い>

NCGM 国際医療協力局では、保健医療分野の国際協力活動の充実等を目的とする寄附のご協力を皆さまに広くお願いしております。ご寄附のお申し込みは、下記の連絡先より国際医療協力局 寄附担当までご連絡ください。

NEWSLETTER vol. 2 2015

2015年7月31日発行

国立国際医療研究センター 国際医療協力局

National Center for Global Health and Medicine
Bureau of International Health Cooperation〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1
tel: (03)3202-7181 fax: (03)3205-7860

info@it.ncgm.go.jp

www.ncgm.go.jp/kyokuhp/

イラスト(ハチP)・漫画 井上きみどり

©2015 National Center for Global Health and Medicine ALL RIGHTS RESERVED.