

JICA グローバル・アジェンダ No.6

保健医療

クラスター事業戦略 「母子手帳の活用を含む質の高い母子継続ケア強化」



SUSTAINABLE
DEVELOPMENT
GOALS



独立行政法人国際協力機構（JICA）は持続可能な開発目標（SDGs）を支援しています。

2023.4

1. クラスターの目的

1.1 クラスターの目的

本クラスター「母子手帳の活用を含む質の高い母子継続ケア強化」は、グローバル・アジェンダ「保健医療」の目指す「公衆衛生上の危機下においても、すべての人々が必要なサービスを経済的困難を伴うことなく受けられるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (Universal Health Coverage、以下「UHC」) 達成に貢献」する。全ての母子の健康とウェルビーイング(身体的・精神的・社会的な健康)の実現をビジョンに掲げ、全ての母子による質の高い継続ケア・サービスの活用、母親や家族、コミュニティによる家庭での適切なケアの実現を目指す。その手段として、効果の確認された介入とともに、特に日本・JICA が知見を有する母子手帳の導入・活用を推進する。

母子継続ケア(※)の強化は、また、持続可能な開発目標(SDGs)ターゲット 2.2「栄養不良をなくし、妊婦や高齢者等の栄養ニーズに対処する」、3.1「妊産婦死亡率の低減」、3.2「新生児死亡率、5 歳未満児死亡率の低減」、3.7「全ての人々の性と生殖に関する保健サービスの利用」といった母子関連ターゲットに限らず、3.3「感染症への対処」、3.4「非感染性疾患による早期死亡率の低減」、3.8「UHCの達成」、5.6「性と生殖に関する健康と権利への普遍的アクセスを確保する」にも貢献する。

※「母子継続ケア」とは(P6、図1参照)

母子の死亡や疾病に関する状況の改善、及び子どもの発達に効果があることが確認された介入を、提供されるべき時期及び場所・施設に沿って整理したもの。全ての母子が時間的、あるいは空間的に分断されることなく継続的にこの一連のケアを受けられる状態を目指す。

1.2 クラスターの概要

母子継続ケアへのアクセス(利用)が不十分な国ではアクセスの拡大に、一定程度アクセスが確保されている国ではサービスの質の向上に主眼を置く。相手国政府政策・戦略にアラインし、母子継続ケアを達成すべく、開発パートナーとのコレクティブ・インパクトの発現を目指す。JICA が豊富な実績・知見を有する母子保健人材¹の育成と母子継続ケアを支える施設・資機材の整備、サービス受益者やコミュニティの参加促進により地域・家庭でのケアの向上を図る。また、サービス提供側・受益側横断的な取組として、継続ケアをより効果的に実現するためのツールであり、日本で初めて制度化され、母子の健康への効果も確認され、国際協力により他国への導入実績も有している母子手帳の積極的な導入・活用を行う。

¹ 母子保健人材とは、医師・看護師・助産師・保健師等の母子継続ケアに関与する人材と定義するが、国により対象となる人材が異なる点に留意する。

2. 開発課題の現状と開発協力のアプローチ

2.1 開発課題の現状

<開発課題としての重要性>

母子保健に取り組むことは、人々の健康を維持する上で必須である。妊娠・出産時から5歳になるまでの間の期間は、様々な疾病やリスクが起こりやすく人生において最も脆弱な時期である。この時期の生存・健康を確保することにより、生涯の健康とウェルビーイングに良い影響を及ぼす。一例として、非感染性疾患の予防や健康寿命の延伸といった効果が挙げられている。また、胎児期から生後2歳までの人生最初の1000日の低栄養は、子どもの疾病や死亡のリスクを高めるとともに、子どもの知的発達や身体的発達に影響を与えることが明らかになっている。

また、母子保健サービスはすべての人々が人生最初に享受すべきサービスであることから、すべての人々が受益者となり得るという意味でも重要度が高い。

母子保健への投資効果は健康面に留まらない。社会経済面でも、母子保健を中心とする6つのサービスパッケージの効果を試算した研究では、1人当たり年間5米ドルの投資を追加することにより、防ぎうる母子の死の回避を含め、健康面、社会経済面で9倍(45ドル)のリターンが得られると試算している²。また、世界銀行は、母子の健康への投資は人的資本(human capital)の土台を築き、幼年時代の健康状態が将来的な経済生産性に影響し得ると論じている。母子保健への投資により将来的な医療支出の抑制につながっている。更に、出生登録を母子保健サービスの中で促進することで、いかなる人も法的に認知され、社会サービスへアクセスする権利を得ることができるようになる。また、正確な人口データに基づく政府による政策策定に貢献できる。

<下げ鈍る死亡率と格差の拡大、「生き残る」から「健全な成長」へ>

上述の通り、母子の健康確保は重要な開発課題であるが、妊産婦死亡率や5歳未満児死亡率、新生児死亡率等の母子の死亡率は目標通りの削減に至っていない。ミレニアム開発目標(MDGs)においては、MDG4(乳幼児の死亡率の削減)とMDG5(妊産婦の健康の改善)が母子保健関連の目標として定められたが、達成には至らなかった。5歳未満児死亡率は3分の2減少が目標であったが53%の減少に留まり、また妊産婦死亡率は、4分の3減少が目標であったが45%の減少に留まった。最新の妊産婦死亡率の全世界平均は223(2020)、5歳未満児死亡率は36.63(2021)となっている。

予防可能な妊産婦死亡の95%は低・中所得国で起こっている³が、妊産婦死亡のうち出血を原因とするものが27%を占める⁴など、環境の改善と必要な医療サービスを提供することで防ぐことが

² Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new global investment framework. Study Group for the Global Investment Framework for Women's Children's Health. 1333-1354, London : Lancet, 2014年, 第 383 巻

³ WHO. World Health Statistics 2021 Monitoring health for the SDGs, p.20-21. THE GLOBAL HEALTH OBSERVATORY. (オンライン) 2021 年.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240027053>

⁴ UNICEF. Maternal mortality. UNICEF. (オンライン) 2019 年 9 月.

<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>

できる余地が残されている。子どもの死亡に関してはとりわけ新生児死亡率が依然として高く、5歳未満児死亡の47%を占め⁵、さらに新生児死亡数を上回る数の死産の報告もある⁶ため、これらの課題はSDGsに引き継がれた。WHOでも2014年に「予防可能な新生児死亡と死産撲滅のための行動計画(ENAP)」と2015年に「予防可能な妊産婦死亡撲滅のための戦略(EPMM)」が策定され、母子それぞれの予防可能な死亡が置かれている。

サービスへのアクセスは改善されつつあるが、ギャップは依然大きい。例えば、2001-11年から2012-17年の間に4回以上産前健診を受診した人の割合は54%から59%に、助産専門技能師(SBA)の介助による出産は52%から75%に、早期産後ケアを受けた新生児の割合は5%から42%へと増加したが、未だに多くの母子がサービスにアクセスできない状態である⁷。

これら死亡率、サービスへのアクセスの改善が緩やかである背景には、地域間や経済格差によるサービスへのアクセス格差の拡大、サービスの質が十分でないこと、開発パートナー間の連携不足などが挙げられ、母子保健改善のため効果の確認された一連の介入(母子継続ケア)を届けるべく、これらの課題に優先的に取り組む必要がある⁸。

また、SDGsへの移行にあたり策定された「女性、子どもと若者の健康のためのグローバル戦略(2016-2030)」(以下、「グローバル戦略2016-2030」)では、Survive(生存:回避可能な死から免れる)、Thrive(健全な⁹成長)、Transform(社会の転換:生存と健全な成長を可能にする環境を拡充する)の3点が強調されており、母子保健分野の重点は、単に「生き残る」だけではなく、「健全な成長」のための取組にシフトしつつある。加えて、思春期保健や母子栄養への取組も重視され、ライフコースアプローチ、人権への配慮、多様な分野との連携等があらためて強調されている。

2.2 開発協力のアプローチ

<母子保健分野におけるグローバルな取組>

母子保健分野における開発協力は長年実施されてきた。1978年のアルマ・アタ宣言を元にしたプライマリ・ヘルス・ケアの推進に始まり、子どもに対しては80年代以降、小児が罹患しやすい疾病の統合的な管理が推進された。母性に対しては「安全な母性のためのイニシアティブ」の下、居住する地域での産前・出産・産後ケアや適切なリファラルが推進された他、1997年以降、保健医療施設、緊急産科ケア、SBAの3者連携による妊産婦ケアの強化が推奨されるようになった。また、70年代頃から家族計画と母子保健、性感染症対策の統合が叫ばれ、1994年にリプロダクティブヘルス・ライツという概念が確立し、ケアの強化と合わせ、性と生殖に関する権利と健康をすべての個人が享受する取

⁵ WHO. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Promoting health through the life-course Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). (オンライン) 2015年.

[https://www.who.int/publications/i/item/the-global-strategy-for-women-s-children-s-and-adolescents-health-\(2016-2030\)-early-childhood-development-report-by-the-director-general](https://www.who.int/publications/i/item/the-global-strategy-for-women-s-children-s-and-adolescents-health-(2016-2030)-early-childhood-development-report-by-the-director-general)

⁶ Joy E Lawn, Mary Kinney, Hannah Blencowe. An Executive Summary for The Lancet's Series. Every Newborn 2014. (オンライン) 2014年5月.

⁷ 世界の妊産婦死亡の95%、子どもの死亡の90%が発生している81か国の平均。Countdown to 2030: tracking progress towards universal coverage for reproductive, maternal, newborn, and child health (Lancet 2018)

⁸ 同上。

⁹ 「健全な成長」とは、子どもの個別の資質や特性に合った(健常な子どもも障害を持つ子どもも含めた)望ましい成長を指す。

組が求められるようになった。

2000 年以降は妊産婦、新生児、子どもと個別に行われてきた取組の連動が徐々に図られ、2007 年の世界保健総会では母子継続ケアの重要性が強調された。また、SDGs 時代になり、2015 年には「グローバル戦略 2016-2030」が策定された。さらに 2015 年には「全ての女性と子どものためのグローバル・ファイナンス・ファシリティ」(GFF)が発足し、(包括的な)母子保健分野の投資計画の策定を条件に資金支援を行う枠組が定着し、多くの国で継続ケアの概念に基づく母子保健戦略が整備されるようになった。

<日本の政策における位置づけ>

日本政府は、開発協力大綱(2015 年)において人間の安全保障の推進を基本方針とした。同大綱の保健分野の政策として「平和と健康のための基本方針」が決定され、同方針の政策目標の一つとして「生涯を通じた基本的保健サービスの継ぎ目のない利用を確立し、UHC を達成する」ことが挙げられ、具体的施策として「母子保健」「母子継続ケアの支援」が位置付けられている。また、2022 年に日本政府は SDGs 達成に向け「グローバルヘルス戦略」を策定したが、同戦略においても母子保健は従来からの重要な保健課題として言及されており、保健医療サービスの中核をなすという意味で UHC 達成のための重要な構成要素と位置付けられている。

<JICA の過去の協力とアセット>

JICA の母子保健分野の支援は 1970 年代半ばより開始され、80 年代以降、無償資金協力を通じた病院や医療従事者養成校の整備、看護・助産人材の育成から徐々に拡大した。病院や養成校を拠点にした人材育成や地域保健的なアプローチ、母子手帳の普及、予防接種率の向上、栄養改善など、個別の母子保健課題に取り組む時代を経て、2000 年代中盤からは世界の潮流・日本の国際保健政策に沿って、保健システム強化のコアコンポーネントとしての取組、母子継続ケアへの注力、更に UHC 達成に向けた取組へと変遷してきた。過去 5 年(2017~21 年度)の JICA の母子保健分野での技術協力¹⁰は、累計 177 件、総額にして約 73 億円、無償資金協力¹¹では 24 件、約 291 億円、有償資金協力¹²では 3 件、約 636 億円に上る。また、技術協力プロジェクト、課題別研修等により育成された母子保健人材は 11,568 人に及ぶ。

JICA が本分野で有するアセットは、①戦前・戦後日本の母子保健改善の経験、②途上国における政策レベル、サービス提供能力強化から、コミュニティの参加に至る幅広い母子保健協力、③34 か国に及ぶ母子手帳の導入、普及、制度化の豊富な経験とグローバルな知見共有、④母子保健に貢献する分野横断的な支援、⑤母子保健に関連する国際機関・ファンドとの連携の 5 点にある。①においては早くから政府の主導により母子保健のシステム強化を進めてきた。例えば、明治時代からの助産師の有資格化、戦後の母子保健法施行、国民皆保険制度の普及、母子手帳の活用、母子保健サービスの拡充と受診促進等が挙げられる。国家行政主導の法整備やサービス供給の制度化と同時に、地域単位で

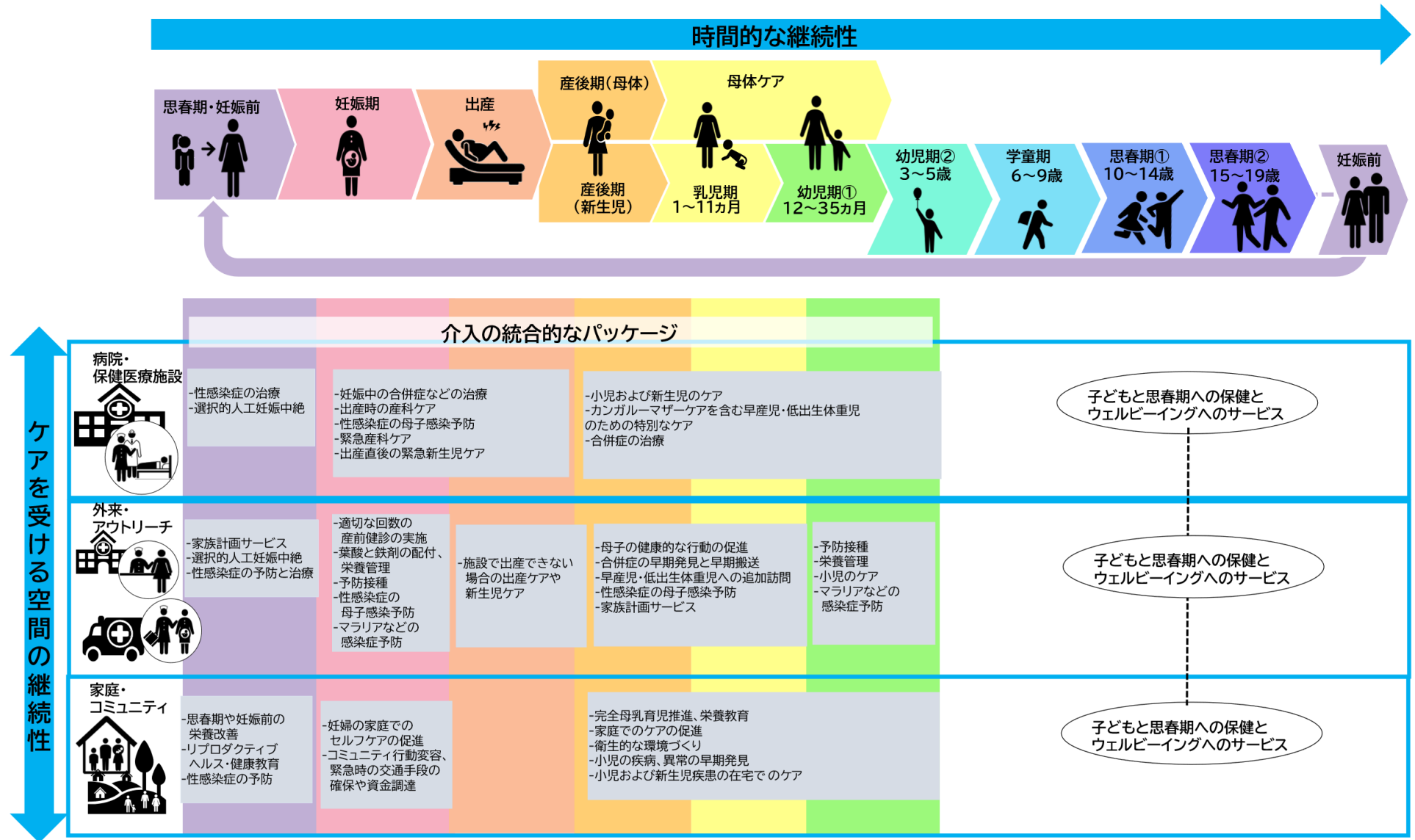
¹⁰ 分野課題が「リプロダクティブヘルス・母子保健」又は「予防接種」区分である技術協力プロジェクト、個別専門家、国別・課題別・青年研修。

¹¹ 2017-21 年度閣議額ベース。分野分類が「保健・医療」の案件のうち予防接種を含む母子コンポーネントが含まれる案件の総計。新型コロナ対策支援無償は除く。

¹² 2017-21 年度貸付契約額ベース。業種名「保健・医療」の案件のうち、母子保健に関連する政策アクション、指標等が含まれる案件の総計。

の保健活動や住民参加の推進と受益者間の平等の追求の考え方(②)は課題別研修や技術協力を通じ紹介されている。③については、母子手帳の導入・活用、全国展開、制度化、定着につき、国際会議、国際研修、課題別研修、技術交換などを通じて、複数国間での学び合いを促進してきた。④に関しては、母子保健の改善のためには女性の能力強化(教育・ジェンダー)、栄養改善、安全な水・衛生の確保、交通インフラ整備等、保健医療分野を超えた分野における取組が必要であり、マルチセクターによる取組が実施可能である点は JICA の大きな強みである。⑤の国際機関等との連携は活発に取り組みされており、WHO、UNICEF との協働による母子手帳含む家庭保健記録のガイドライン策定や、GFF 投資家会合メンバーとしてのグローバルレベルでの発信等が行われている。

図1 母子保健サービスの全体像と継続ケア(概念図)

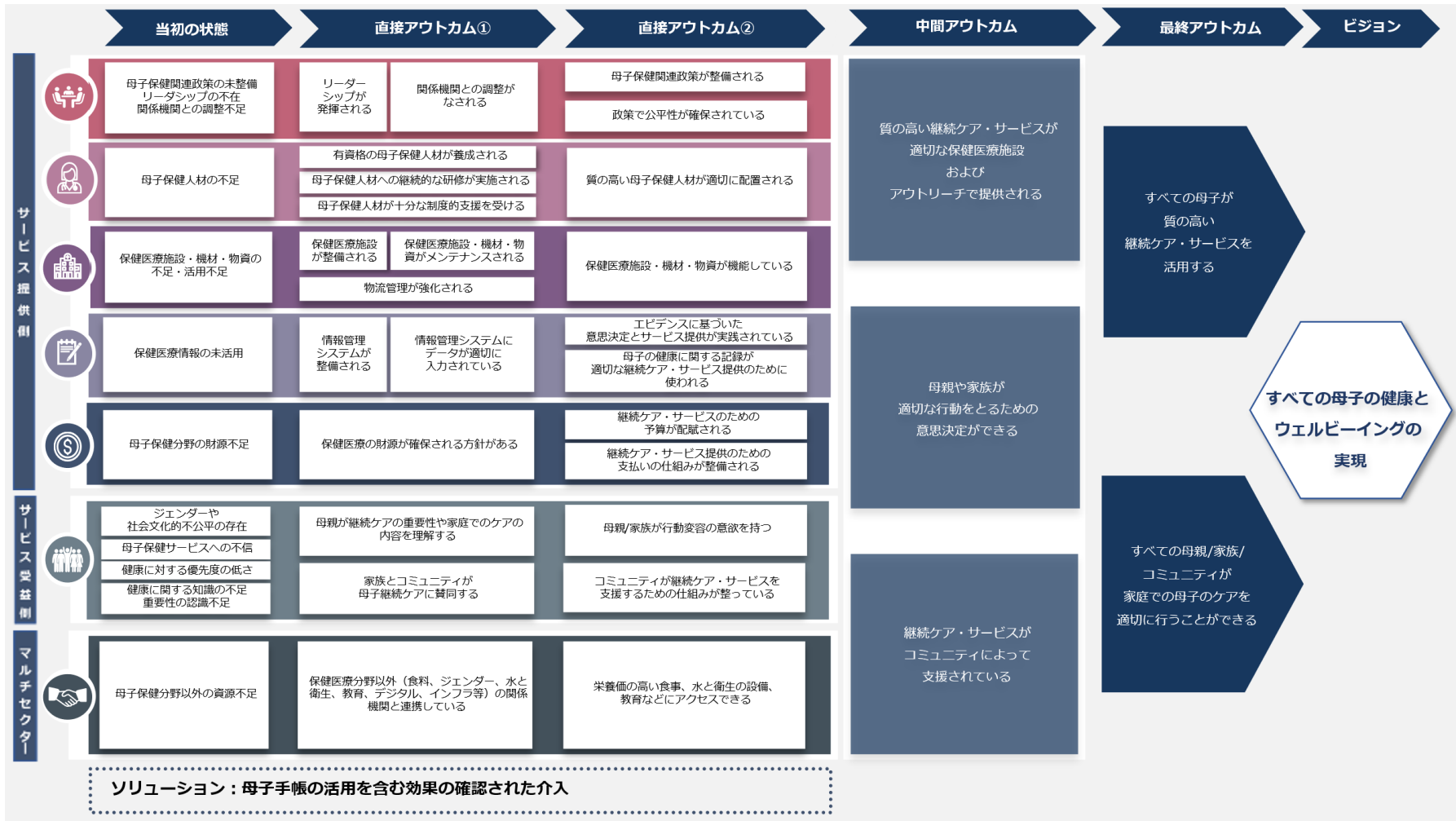


3. クラスターのシナリオと根拠

クラスターの最終目標とする「すべての母子の健康とウェルビーイング」を実現するためには、根拠に基づいた効果的な母子継続ケアの強化が必須となるが、そのために起こるべき一連の変化のプロセスをシナリオとして作成した(図2)。

本シナリオでは課題をサービス提供側と受益者側及びマルチセクター(保健セクター外)に区分した。それぞれにおける状況の改善を通じ、質の高いサービスの提供、母親と家族による母子継続ケアに対する適切な行動のための意思決定、母親と家族が受ける継続ケア・サービスへのコミュニティからの支援、という状態が実現されれば、すべての母子が継続ケア・サービスを活用でき、家庭においても適切にケアを行うことが可能となる。これにより、母子の健康とウェルビーイング実現を目指す。

図2 クラスタ・シナリオの概念図



3.1 シナリオ

<サービス提供側の課題と解決のシナリオ>

サービス提供側の課題は、サービスを提供するための構成要素であるガバナンス、保健人材、施設・機材・物資、保健医療情報、保健財政の5つに大別することができる。

ガバナンス面に関し、質の高い継続ケアが提供されていない国では、政策や資金確保計画が未整備であり、リーダーシップが発揮されておらず、政府内での連携が取れていないといった課題を抱えていることが多い。従って、リーダーシップが発揮され、技術・予算を管轄する省庁・部署を巻き込むことにより中央・地方政府が協働する状況を作りだし、母子保健関連政策が整備されることが必要である。また、社会の脆弱層に配慮し、政策上の公平性を確保することも重要である。

母子保健人材に関しては、有資格人材が不足し、必要な場所に人材が配置されていない、配置済人材の継続的な育成が行われない等の課題が挙げられる。背景には専門人材を養成、雇用・配置し、支援を継続するための制度の未整備などの要因がある。雇用のための財源がある程度見込める国においては、看護・助産師等の養成(卒前教育)、既存の保健医療人材の再教育(卒後教育)が必要な場合には研修ベースの能力強化を通じ、これら基礎的なサービスの強化を図ると共に、現場人材の技術や意欲の維持のため、上位機関からのモニタリング・スーパービジョンの実施を推進する。これにより継続ケアに関与する人材が適切に配置されることが必要である。

施設・機材・物資の不足に関しては、人口に対し十分な数の施設の設置がなされていない、各国が定める標準サービスや健康保険の認証施設として必要な医療機材の未整備、医薬品・消耗品等の不足が多くみられる。各国の計画に基づき、施設レベルに応じて求められるサービスが提供されるよう保健医療施設を整備し、施設・資機材が適切にメンテナンスされるよう維持管理・業務改善に取り組むこと、物流管理を強化することを通じ施設・機材・物資を適切に活用することが質の高い継続ケアを提供する上で必須となる。

サービスの提供側において保健医療情報は、適切な政策判断を行う基礎となるのみならず、感染症への対処、目標指標のモニタリング等に利用されている。情報が適切に記録・管理されていないためにデータに基づいたサービスの提供やそのための人材育成、物資の調達・配布等が行われていないといった課題が想定される。受益者の状況に応じたサービスを提供するために、保健情報管理システムや母子手帳を含む家庭用保健記録等を整備し、保健医療従事者により母子の健康情報と施設のパフォーマンスデータが適切に入力されている状況を作り出し、データがサービス提供のために活用されエビデンスに基づいた政策決定・サービスの提供が行われることが重要である。

財政面で想定される課題としては、持続的なサービス提供のための財源不足が挙げられる。母子保健分野の財源を確保する方針が定められ、サービス提供するための予算を十分に配賦し、同時にサービスへの支払いの仕組みが整備されることにより、利用者が過度な自己負担なくサービスを活用できる状況が実現する。

<サービス受益者側の課題と解決のシナリオ>

サービス受益者側において想定される課題として、ジェンダーの規範や保健医療サービスへの不信などの社会文化的背景により、サービスや情報へのアクセスに障壁が生じ、母親・家族が、母子継続ケア・サービスが提供されていることを知らない、知っていたとしても母子の健康に関する知識が不

足していることにより重要性を理解せず優先度が低いということが考えられる。

これらの状況を改善し、母子継続ケア・サービスの利用を促進するためには、母子手帳を活用するなどして母子の健康に関する啓発を行い、母親自らが母子継続ケア・サービスや家庭での内容を理解し、行動変容への意欲を持つことが必要となる。そのうえで、母子を支える家族やコミュニティからの賛同を得ることは、母親の意思決定と行動変容を促進する重要な要因となる。また、コミュニティベースの妊婦搬送の仕組みや住民ボランティアによる支援等、コミュニティが継続ケア・サービスを支援する仕組みが整備されることにより継続ケア・サービスの活用、家庭での適切なケアの実施が促進される。

<マルチセクターの取り組み>

母子の健康、ウェルビーイングは保健セクター外の要因にも大きく左右される。母子を取り巻く環境要因が劣悪である場合、これら関連分野の資源不足が原因であると想定される。食料、ジェンダー、水と衛生、インフラ、デジタル、教育等の関係機関と連携し、包括的な取り組みを進めることで、必要な栄養(素と量)を満たす食事、安全な水と衛生の設備、教育などにアクセスでき、母親や家族は知識を深め、適切な行動をとるための意思決定及び適切なケアを実践できる環境が整うようになる。

3.2 シナリオの根拠・エビデンス

図2のクラスター・シナリオでは、個々の変化を生じさせるための介入は多岐に亘り、記載が困難であるため、まとめて「効果の確認された介入」を実施すると示した。母子保健分野では、エビデンスの確認された介入は、WHOが複数のグローバルガイドラインとして示している(別紙1)。母子継続ケア強化のためには、対象地域の保健システムや保健課題に合わせ、これらの介入を選択、組み合わせ、継続して提供することが必要である。

これらの介入は適切に実施されれば、母子の健康に貢献することが確認されているものであるが、実施に必要な体制、人材がなければ効果が得られない。介入の実装においては、JICA 事業においても様々な試行錯誤が行われており、実装の方法については知見が蓄積されてきていることから、これらを適切に活用していく。

シナリオの構成のうち、サービス提供側に関してはWHOによる保健システム強化指針(2007)で示された保健システムの構成要素を枠組みとして用いた。同指針ではこれらシステムの構成要素の強化により、サービスへのアクセス、カバレッジ、質、安全性を確保し、人々の健康等の達成を図ると整理しており、本シナリオも同ロジックに準拠している。個々の要素に取り組むことの重要性を示すグローバルレベルでの方針、及び JICA 事業の実績から示される根拠・エビデンスは以下の通り。

<ガバナンス・リーダーシップ>

科学的実証に裏付けられた介入を公平性と質を担保しつつすべての母子に提供するためには、各国の政策レベルでのリーダーシップによる牽引が必須であることは、SDGs に向けた母子保健の世界戦略である「グローバル戦略2016-2030」でも明示されている。各国のリーダーシップに裏付けされた政策上のコミットメントが存在することは、GFF など国際機関による技術的・財政的な支援の条件にもなっている。

<保健人材>

WHO が提唱する ENAP では、妊産褥婦・新生児へのケアの質を改善させることが戦略目標に据えられており、保健人材及び施設整備によるサービスの提供体制の必要性を示している。JICA 事業においても、保健人材の育成・強化に取り組む事業を多数実施している。例えば、スーダンにおけるフロントライン母子保健強化プロジェクト(2008-14、全 2 フェーズ)では、全村落助産師の 41%がプロジェクトによる研修を受講し、受講者が取り上げたお産は全国で年間 10 万件以上に上ると推定されており、医療水準の低い地域での安全なお産に繋がっている。

<保健施設・機材整備>

JICA はこれまで多くの国で無償資金協力を活用した医療施設の整備を実施しており、2010 年から 2020 年までの間に世界各地で 677 施設を整備した。特に新型コロナウイルス感染症流行以後、22 か国、約 2 億人へ裨益する病院の整備・拡充を支援¹³している。無償資金協力による病院・研修施設の整備による効果発現に関しては多くの事後評価で成果が確認されているが、例えばカンボジアの「国立母子保健センター拡張計画」では、整備前に比較し手術数の 24%増、現任研修受講者の 3 倍増など、サービスの質・量の改善、人材育成へのインパクトが確認できる¹⁴。

<保健情報>

保健情報はデータ・エビデンスに基づいた政策決定や介入の大前提となる。

JICAはアフリカ開発銀行(AfDB)による Innovative eHealth Solutions for Africa Award を受賞したガーナにおける保健管理情報システムの導入・活用支援(2011-16)に代表されるような保健施設において収集されるサービスデータの質の改善と合わせ、データを活用した政策形成、意思決定能力の向上を図るとともに、母子手帳を活用した母子保健の基礎データの収集、正確性の確保に取り組み、これら情報に基づいたよりよいケアの提供につなげてきている。なお、手帳の保健情報分野での貢献は別紙3を参照されたい。

<財政>

世界銀行が主導、JICAも立ち上げ段階から参加し 2015 年に設立された GFF では、裨益国が母子保健投資計画を策定することが財政支援の条件となるなど、母子サービス提供体制の強化において欠かせない要素となっている。

JICAでも、フィリピンのコーディネラ地域保健システム強化プロジェクト(2012-17)では、サービス提供能力の強化に加え、健康保険公社による医療施設認証、また同国の医療保障制度の積極的な活用を支援することにより経済的なリスクの保護を図った。その結果、施設分娩率が 79%(2012 年)から 89%(2014 年)、妊産婦の保険加入率が約 50%(2013 年)から約 70%(2014 年)上昇し、母子による保健サービス活用の促進のみならず医療保障の確保に貢献した。またセネガルでは長

¹³ 「JICA 世界保健医療イニシアティブ中間レビュー報告書」([interim report 202208.pdf \(jica.go.jp\)](#))。 ※2020 年 4 月～2022 年 6 月実施済・実施中・実施予定確定の有償資金協力(6 案件)及び無償資金協力(23 案件)を通じて整備・拡充する病院がカバーする裨益対象人口、又は病院所在地の州・県・市いずれかの人口の推計値合計: 209 百万人。本推計は母子保健分野を含む病院支援全体の数値。

¹⁴ [2019.1360670.4.f.pdf \(jica.go.jp\)](#)

年に亘る技術協力を通じた妊産婦・新生児が尊重されたケア実施のための人材育成と母子保健を含むサービスの量の拡充と質の向上に向けた戦略策定等を条件とした開発政策借款を組み合わせ、技術協力の成果拡大のための財政余地を提供した。

<受益側>

WHO は、母親を含む個人、家族、コミュニティの能力強化が、SDGs 及び「グローバル戦略 2016-2030」の目標達成すなわち「すべての母子の健康とウェルビーイングの実現」のために重要であると言及している。¹⁵

JICAの協力では、供給側を強化するとともに、受益側にアプローチすることでサービスの利用促進や女性、家族の行動変容を促進する取組も行われている。グアテマラでの協力(2016-2021)では、コミュニティリーダーや保健医療従事者による母子やその家族を含む地域住民を対象としたヘルスプロモーションが、施設分娩率の向上につながり、妊産婦死亡率の減少に貢献した。また、コミュニティにおける保健活動実施の体制を強化することにより、母子継続ケアの起点である思春期や妊娠前時期の女性の妊娠を把握し、サービスにつなげることにも貢献した。

ヨルダン南部における「女性の健康とエンパワメントの統合」プロジェクト(2006-11)では、僻村において質の高い母子保健リプロダクティブヘルスサービスの提供を強化するため、保健指導員を対象村落から選抜、訓練し、保健省職員として雇用した上で、定期的な技術指導・監督活動や追加研修も行った。村落保健センターの施設改修、機材供与や、男性、若者を対象とした啓発活動、住民組織による収入創出活動の支援なども行われた結果、避妊実行率や産後ケアの受診率が向上した。

<マルチセクターでの取組に関するエビデンス>

女性や子ども、青少年の健康の向上の約 50%は、保健分野以外の介入によるものであると言われており、セクターを超えた取組は、セクターを超えた相乗効果をもたらし、健康アウトカムに大きく貢献することが、前述の「グローバル戦略 2016-2030」でも言及されている。¹⁶

また、コミュニティ内部におけるマルチセクターでの取組みも、母子継続ケア・サービスの促進に重要である。

具体的には、交通インフラの整備による保健サービス利用の向上、農業セクターと連携した食料の自家栽培や自家生産および食料の流通などへの取組(マダガスカル、グアテマラ、モザンビーク、タンザニア)、教育セクターとの連携では、学校給食による食事の提供、食育(マダガスカル、みんなの学校プロジェクト)、保健衛生教育、女子就学による適切なケア実践の促進、学校保健による継続ケアの拡大などが挙げられる。ジェンダー分野の取組では、母親の収入創出やコミュニティでの啓発活動による女性のエンパワメントを通じた健康の向上(ヨルダン、シリア)、デジタル分野では、オンラインによる保健人材育成(カンボジア)や、母子手帳の電子化、データの利活用、遠隔診療(ブータン)が挙げられる。

¹⁵ An evidence map of social, behavioural and community engagement interventions for reproductive, maternal, newborn and child health (WHO, 2017)

¹⁶ The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030) p62 (Every Woman Every Child, 2015)

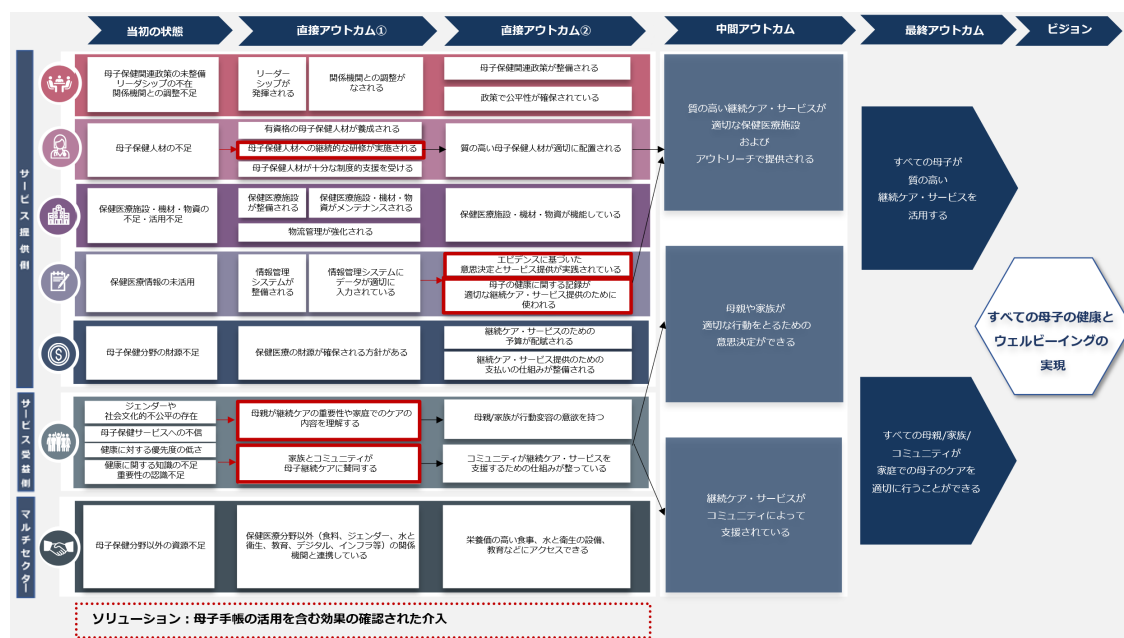
<母子のサービス利用促進のための母子手帳の普及展開¹⁷⁾>

母子手帳を含む家庭用保健記録については、母子継続ケアの推進に有効なツールである根拠が確認され、WHOによるガイドラインが策定されている¹⁸⁾。

同ガイドラインでは、家庭用保健記録を活用することが、健診や予防接種などケアの希求行動、家庭での男性の関与と支援、母子の家庭でのケア実践、乳児と子どもの栄養、保健医療従事者と母親・養育者とのコミュニケーションを向上させるとして推奨している。妊娠、出産、子どもの受診行動やケアの実践に対しては明確なエビデンスが確認されていないものも多いと指摘しつつも、家庭用保健記録を活用することは、すべての女性に母子保健情報へのアクセスを可能とし、また、受益者中心のケアを推進することや、複数医療機関や医療従事者間で情報を共有できる効果が期待されると結論づけている。

クラスター・シナリオにおいては、下図のとおり複数のアウトカム、特に保健人材の育成、保健情報の入力と活用、母親や家族の継続ケアに対する理解促進とケアの実践等に活用できる。

図3 母子手帳の活用が可能なアウトカム



母子手帳は記載された記録の参照や活用を行い、必要時カウンセリングや母親への説明にも活用することで適切なケアの提供に役立つ。複数のヘルスワーカーが記載し(インドネシア)、記載をもとに母子継続ケアの完了確認やカウンセリングを行うことに活用されたり(ガーナ)、母子保健に従事するサービス提供者とサービス受益者のコミュニケーションを円滑にしたりすることにも貢献する(パレスチナ)。母子手帳を活用したケアにより、母親の満足度や知識を向上させる(モンゴル、パレスチナ、アフガニスタン他)だけでなく、母親自身がサービスを肯定的に受け止められていると実感することができている(ガーナ他)との報告もある。母子手帳の活用のための人材育成を行うことにより記

¹⁷⁾(出典) [母子手帳に関するテクニカルブリーフ\(英文\)/Technical Brief -Global Maternal and Child Health Handbook-\(English\) | 事業・プロジェクト - JICA](#)

¹⁸⁾ [WHO recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health](#)

録を有効に活用する事例が確認されており、安全で効率的、継続的なケア・サービスの継続的な提供につながっている。

また、情報や記録の活用に関連し、母子保健に従事する者にとって、母子別々の記録よりも母子手帳を使用するほうが、母子継続ケア・サービスを効果的に提供できているとの認識があることが明らかになっている(カンボジア)。母子手帳の記載を保健情報システム上に反映し補完する(ブータン)など、保健情報システムに該当データを入力することにも用いられ、保健情報を活用した意思決定やサービス提供の基礎ともなっている。

さらに、母子手帳を家庭でも活用することで、家庭内のコミュニケーション強化(パレスチナ、アフガニスタン)や家庭での夫を含む男性の積極的な関与(モンゴル、インドネシア)もみられている。母子継続ケア・サービスがコミュニティによって支援されやすくなっていく。

母子手帳の活用により、母子継続ケア完了率(産前健診を4回以上受診、保健医療従事者による介助の出産、48時間以内、7日以内、6週間目の3回の産後健診の受診のすべてを満たした割合)が上昇したという報告もあり(ガーナ)、母子手帳を他の介入と組み合わせて導入、普及することにより、母子継続ケア・サービスを推進し、母子の健康改善に貢献することができる。さらには母子手帳を活用することで、多様な関係者を巻き込みつつ、質の高い母子継続ケア・サービスの普及を促進することが期待される。

なお、各アウトカムへの母子手帳の貢献の詳細は別紙3にまとめている。

4. クラスター展開の基本方針

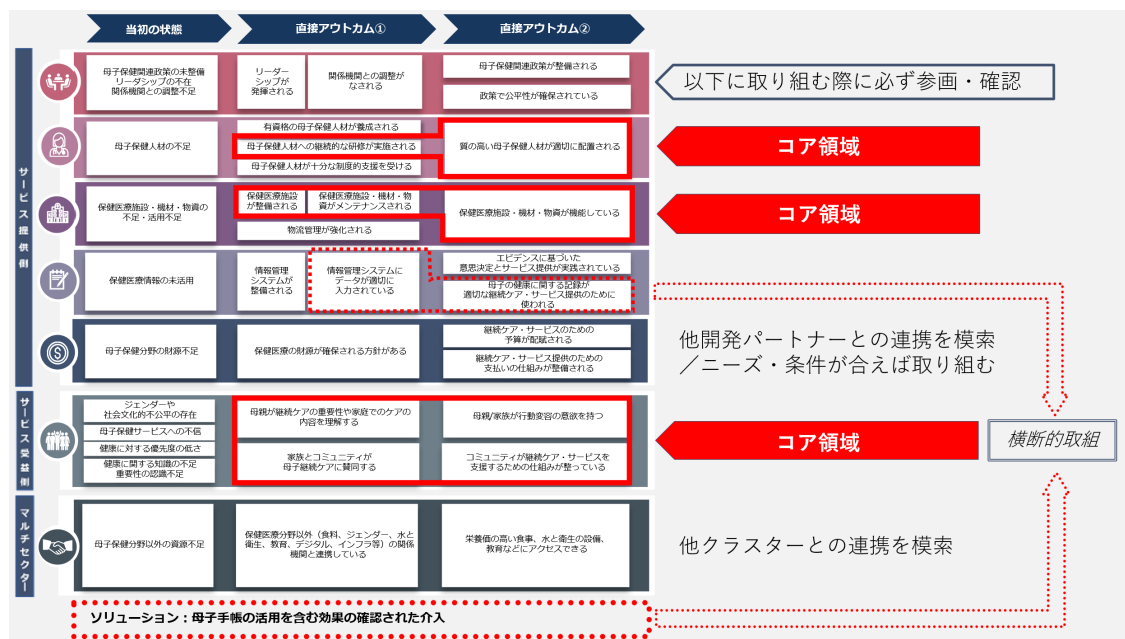
4.1 シナリオ展開の基本方針

<クラスター・シナリオと JICA の取り組む領域>

前章で概観した通り、本クラスターはすべての母子の健康とウェルビーイングの実現をビジョンとし、全ての母子が質の高い継続ケア・サービスを活用し、家庭でも自らケアが行える状態になるためのシナリオを示した。同シナリオが示す通り、母子の健康確保のために取りうる対応や介入は多岐に亘ることから、シナリオ上では個別に記載せず、ソリューションとして効果(エビデンス)の確認された取組を採用していくことを示している¹⁹。

全体のシナリオの中で、JICA がこれまで蓄積した知見、構築したネットワーク等の強みを活用し、特に取り組む領域を以下赤枠で示す。赤枠で囲まれた部分以外についても、ニーズ・環境・条件が整えば、JICA が有するスキーム(財政における開発政策借款(DPL)の活用、コミュニティにおけるボランティア、草の根技術協力等の活用)の特性を踏まえて取り組むことも想定されるが、基本的には当該領域で強みを有する他開発パートナーとの連携を重視し、JICAの取組との相乗効果を発現させつつ、コレクティブ・インパクトの最大化を目指すこととする。

図4 クラスター・シナリオの中で JICA が特に注力する領域



JICA 事業では「質の高い継続ケア・サービスが適切な保健医療施設及びアウトリーチで提供」され、「母親や家族が適切な行動をとるための意思決定」ができ、「継続ケア・サービスがコミュニティにより

¹⁹ 効果の確認された介入とは、別紙11に示すガイドラインに基づいたサービス、対応などを指す。WHO ガイドラインの推奨事項は科学的な証拠に基づき、厳密な審査のもと策定されている。

支援される」状況を目指すため、特に 3 つのコア領域として、①継続ケアに関与する人材の育成、②継続ケアを支える母子保健施設・機材の整備、③サービス受益側コミュニティの参加促進に重点的に取り組む。これらにあわせて保健医療情報の活用およびその他の TOC の各領域に横断的に活用できるツールとして母子手帳の活用を図ることとする。更に、可能な国では保健政策・財政・マルチセクターでの取組を推進するが、基本的には政策・財政面では他開発パートナーとの連携を念頭に置き、マルチセクターの取組に関しては他クラスターとの連携を前提とする。

また、母子の健康とウェルビーイング確保のためには思春期・出産前、妊娠・出産、新生児、乳児、幼児、学童期と切れ目なくケアを実施することが必要であるが、継続ケアの全ての側面を JICA 事業によりカバーすることは困難であることから、各国の母子保健戦略に基づき、政府・他開発パートナーと必ず対話を行い、優先分野を特定し、他の開発パートナーとの連携・相乗効果を確保する。

< JICA の協力対象国と協力目標 >

当クラスターの対象国は、事業展開計画²⁰において保健医療を重点分野²¹としている国のうち、妊産婦死亡率の高いグループである 300 以上(出生 10 万対)又は新生児死亡率 25 以上(出生千対)の国を本クラスターの協力重点国とし、SDG 目標(妊産婦死亡率については 70(出生 10 万対)、新生児死亡率については 12(出生千対))に達していない国についても協力対象国と設定し、積極的な案件形成(小規模国では課題別研修参加等も含む)を行う(表1)。また、母子手帳の導入・活用を積極的に進めたいという強い意向を持つ国²²についても、特に JICA の経験が活用できるとの観点から、同様に重点国として扱うこととする。加えて、これらの区分に該当するが現段階では母子保健分野での協力・想定のない国を、高ニーズ国として扱う。

²⁰ アフガニスタンについては別途外務省が定めた方針による。

²¹ 開発課題に保健医療分野が含まれる、又は保健医療分野の協力プログラムが設定されている場合。

²² 2022 年度までに導入に対し支援を行った国については別紙 3 を参照。

表1 協力対象国

重点対象国:10 か国 妊産婦死亡率が 300 以上(出生 10 万対) 又は新生児死亡率が 25 以上(出生 千対)	(南アジア)アフガニスタン、パキスタン (アフリカ)アンゴラ、セネガル、ガーナ、シエラレオネ、ブルンジ、モザンビーク、リベリア
母子手帳の導入・普及を進めたいという強い意向を持つ国	(コーカサス)ジョージア
上記以外の協力対象国:9 か国 妊産婦死亡率が 70 以上(出生 10 万対) 又は新生児死亡率が 12 以上(出生 千対)	(東南アジア・大洋州)インドネシア、パプアニューギニア (南アジア)インド、ブータン、ネパール、バングラデシュ (中央アジア)タジキスタン (中南米)ニカラグア (アフリカ)ガボン
高二ーズ国 (上記区分に該当するが、現時点では母子分野での協力予定・想定のない国)	(東南アジア・大洋州)カンボジア、ラオス (アフリカ)ウガンダ、エチオピア、ケニア、ジンバブエ、スーダン、タンザニア、ナイジェリア、マダガスカル (中南米)パラグアイ、ボリビア (中東)イラク

これらの国ではケアへのアクセスは拡大途上にあるが不十分であるか、アクセスは一定程度達成しているもののケアの質に課題を有することから、「ケアへのアクセス拡大」と「ケアの質向上」をそれぞれ協力の主目的とする国に大別して介入を検討する。世界的にモニタリングされている指標のうち、EPMM、ENAP カバレッジ目標共通3指標のうち達成指標が 0 から 1 指標の国を「ケアのアクセス拡大」国に(9 か国)、2 指標以上が既に 2025 年までの目標に到達している国(9 か国)を「ケアの質向上」国と区分し(表2参照)、以下協力の重点を記載するが、協力実施に当たっては対象国の優先課題に応じて介入を選定する(図5参照)。

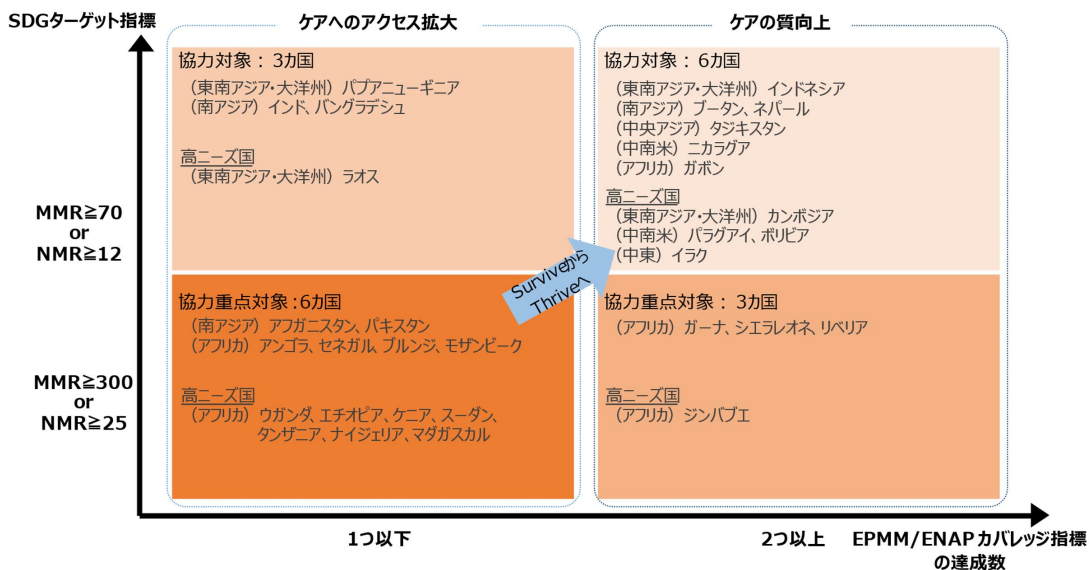
表2 指標と介入の関係

(2021 年度分布)	EPMM/ENAP カバレッジ目標	アクセス拡大 重点ステージ	質向上 重点ステージ
産前健診(4回以上)を受けた母親の割合	70%以上	左記のうち達成指標が 1 つ以下	左記のうち達成指標が 2 つ以上
専門技能者による分娩介助率	80%以上		
早期産後ケア(2 日以内)を受けた母子の割合	60%以上		

なお、死亡率とサービスのカバレッジ指標はおおむね相関の傾向にある一方、死亡率はある程度低下傾向にありつつもカバレッジ指標が低い国での協力内容、カバレッジ指標は達成しつつある一方で死亡率が高止まりしている国では、個々の国の事情に応じ協力を検討する必要がある。また、協力

の実施に当たってはカバレッジ指標の精度に関しても留意が必要である。

図5 介入の目標と協力対象国の分類

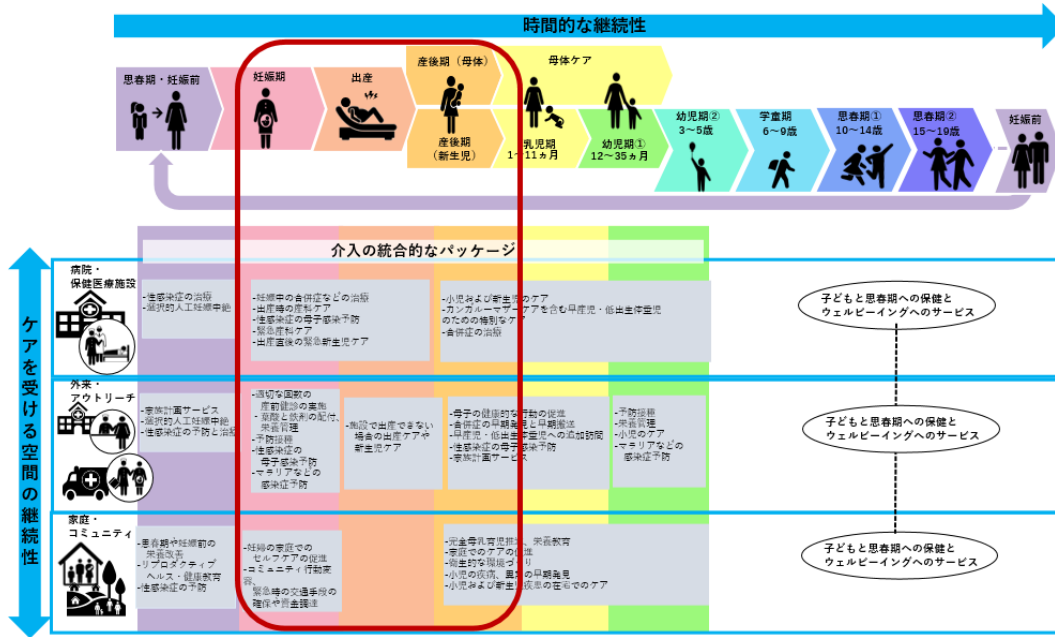


※ジョージアは MMR<70及び NMR<12 に該当するが、
母子手帳の導入・普及に強い意向を持つ国として、協力重点対象国として扱う。

<ケアのアクセス拡大を主目的とする国での協力領域>

ケアのアクセス拡大を主目的とする国では、EPMM、ENAPでも焦点となっている、妊娠期、出産期、産後・新生児期の予防可能な死亡削減に焦点を当てる。同期間に行うべき介入として効果が確認されている産前ケア(4回以上の産前健診の受診における妊婦と胎児の各種検査の実施による異常やリスクの早期発見、治療、予防接種、栄養指導、分娩準備、マラリア予防や殺虫効果のある蚊帳の利用促進など)、SBAの介助による出産、基礎的緊急産科新生児ケア、産後ケア(新生児のケア(衛生・保温・授乳)と母親へのケア(出血や感染などリスクの早期発見と治療、早期母乳開始、心理的サポートなど)、早産児・低出生体重児へのカンガルー・マザーケアなどが適切に実施されるよう、人材育成と施設・機材等の整備に取り組み、訪れた母子に確実にサービスが提供できる体制を目指す。特に人材に関しては、有資格人材の絶対数が不足し、かつ雇用のための財源がある程度見込める国においては看護・助産師等の養成(卒前教育)、既存の保健医療人材の再教育が必要な場合(卒後教育)には研修ベースの能力強化を通じこれら基礎的なサービスの強化を図ると共に、現場人材の技術や意欲の維持のため、上位機関からのモニタリング・スーパービジョンの実施を推進する。また、地域保健ワーカー、住民ボランティアや地域の代表者を通じ、母親やコミュニティのケアの重要性に対する理解と意欲を深めるための啓発を行い、これらのサービスの適切な利用を促進する。

図6 ケアのアクセス拡大を主目的とする国での協力領域



(JICA作成)

<ケアの質向上を主目的とする国での協力領域>

ケアの質向上を主目的とする国では、妊娠期、出産期、産後・新生児期のサービスの質向上を図ると共に、「生き残る」だけでなく「健全な成長」のためのサービスの充実を主眼とし、幼児期、学童期、思春期の介入も検討する。

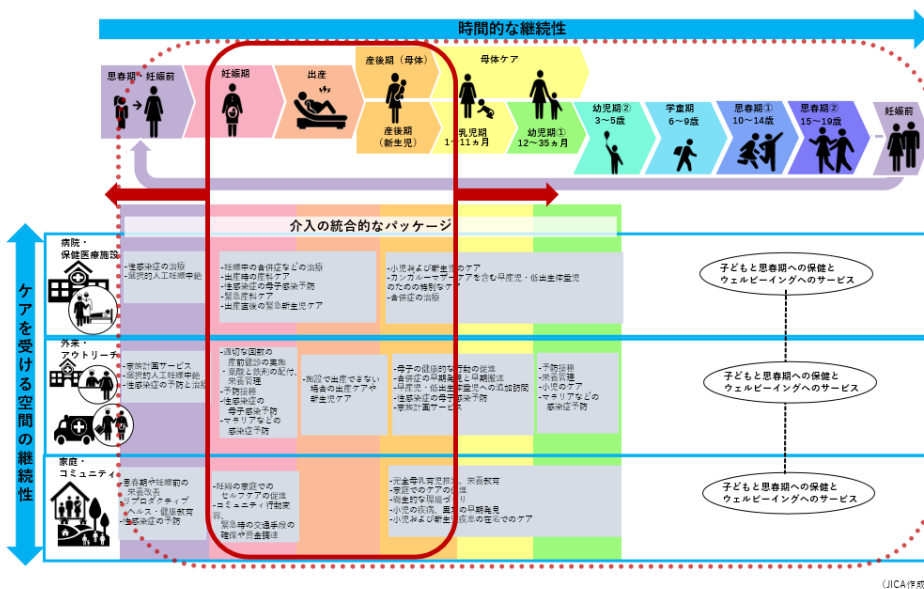
WHO のガイドラインに基づき、産前健診の回数を 8 回に増やすと共に、母性・新生児ケアの質に関するガイドライン、子どものケアの質ガイドライン、早産・低出生体重児・病気の新生児のケアの質ガイドラインに基づき、人材や施設・機材・標準的な手順など十分な提供体制が整った環境を整備し、カンガルー・マザーケアなどの効果の確認されたケアを安全に、タイムリーに効率的に提供する。また、利用者とのコミュニケーション、ニーズや感情に配慮した、尊厳あるケアを提供することも目指すこととする。利用者に寄り添うことで、利用者側の意識や満足度を高めるとともに、母子継続ケアにかかる受診率や家庭でのケア行動の改善にも寄与することが期待されている。質の向上を目指すためには、研修、モニタリングが持続的に実施される体制を強化することも必要である。

また、質向上に取り組む国においてはスコープの拡充も目指す。例えば、「健全な成長」のためのサービス拡充として、妊娠期から 2 歳の誕生日までの「人生最初の 1000 日間」における栄養介入を強化する。また、子どもの発達支援、栄養、児童保護、子どもへの適切な応答性を重視したケア(レスポンス・ケア)などを統合した Nurturing Care を促進する。さらに、妊産婦死亡や低出生体重の要因として近年大きな課題となっている若年妊娠の予防や思春期世代への介入も検討し、ライフコースを通じた取組やマルチセクターでの取組も推進していく。これらサービスの提供を持続的に可能とすべく人材育成や施設・機材整備に取り組む他、コミュニティにおいては家庭でのケア行動の改善や、コミュニティが主体となった母子継続ケアに対する具体的なアクションを推進する。

また、コミュニティにおいては、母子が継続ケア・サービスを利用し、また、子どもが家庭や地域で適切なケアを受けることができるよう、保健にとどまらず、マルチセクターの視点からも母子を支援する体制を強化する。たとえば、生後6か月間の完全母乳育児や6か月以降の子どもに栄養価の高い乳児補完食(離乳食)を提供するためには、食材の入手や母乳への理解など、コミュニティの支援が欠かせない。コミュニティが母子の緊急搬送を促進するなど、コミュニティによる具体的なアクションを促進することにも取り組むこととする。

なお、ケアの質の向上に取組み、かつ死亡率もある程度減少してきている国では、プライマリ・ヘルス・ケアや非感染性疾患対策、マルチセクターによる栄養改善、女性のエンパワーメントに対する取組などの一環として母子継続ケアを統合し対応していくことにより、「生き残る」(Survive)から、「健全な成長」(Thrive)へ、そして社会の変革(Transform)の実現を目指していく。

図7 ケアの質拡大を主目的とする国での協力領域



<共通の取組 1 母子手帳の活用>

3章で記載の通り、母子手帳は母子継続ケアの強化のために有効なツールである。JICAの協力が、母子継続ケアにおいて限定されたステージを対象としている場合であっても、継続ケア全体をカバーする母子手帳の導入・普及推進を先方政府・開発パートナーと進めることにより、継続的なケアの確保が期待されることから、政府のコミットメント等の環境が整った国においては、積極的な導入・活用を検討していく。ただし、母子手帳導入の理解・環境が必ずしも整っていない国もあることから、当クラスターを構成する活動として必須とはしないが、そのような場合においても、母子手帳以外の家庭用記録についての積極的な活用、課題別研修・第三国研修等を通じた手帳の紹介などについては含めていくものとする。

<共通の取組2 デジタルヘルスの導入>

母子保健分野においても、デジタル技術を活用した様々なソリューションが存在する。こうしたデジタルヘルス分野の取り組み、特に遠隔診療、診療診断補助、データ利活用、母親への教育・通知等においてJICAとしても革新的な技術を積極的に活用し、母子継続ケア・サービスのアクセスや質の向上につなげていく。そのためには、途上国における母子保健課題を積極的に発信し、研究機関、民間企業による本分野への参画を促しつつ、当該テクノロジーの効果の測定における連携、途上国における標準サービスへの取り込みの支援、グローバルパブリックグッズ化のための開発パートナーとの共有等に積極的に取り組む。

母子手帳電子化への関心が高まっているが、先方政府から協力を要請された場合においても、即時に紙ベースの手帳を廃止し完全電子化できるケースは稀であるため、紙と電子の使い分けを念頭としたベストミックスの形を提案し、協力を進める。また、電子化をする機能については、単なる紙の置き換えではなく、電子化による付加価値(母子健康データ共有・活用の促進、健診・予防接種時期の自動アラート等)に着目するとともに、個人情報保護に関する法制度、先方政府全体のデジタルアーキテクチャーを十分念頭に検討を進める必要がある。

4.2 インパクトの最大化・最終アウトカムに向けた取り組み

4.1でも述べたとおり、母子の健康確保のために取りうる対応や介入は多岐にわたり、継続ケアの全てのステージを JICA 事業によりカバーすることは困難であることから、クラスターのビジョンや最終アウトカムを達成するために政府・他開発パートナーとの連携・相乗効果によるコレクティブ・インパクトの発現を目指す必要がある。

母子継続ケアの介入は国際的に標準化が進んでいるため、普及拡大及び質の改善に取り組んでいる開発パートナーは多く、政策支援であれば WHO、子どもの健康・予防接種・栄養改善・ECD であれば UNICEF、GAVI、世界銀行、女性や妊産婦の健康は UNFPA、イノベティブな取り組みであればゲイツ基金など、各領域に強みを持つ開発パートナーが多数存在している。また、妊産婦死亡や新生児死亡等の課題毎に、複数の開発パートナーが参加するイニシアティブも数多く組成されている。JICA は、これらイニシアティブの多くに直接的・間接的に参画しており、各会合における発信を行うとともに、特に国際イニシアティブの各国レベルにおける実践の観点から貢献している。従って、引き続きこれらの関連開発パートナー・イニシアティブとも十分に情報交換・連携し活動を行うことで、成果の最大化に努力する。

本クラスターが目的としている母子継続ケアの強化の観点からは、特に次の領域に関し、JICAの持つ様々なスキームを活用しつつ、開発パートナーとの連携を重視し、コレクティブ・インパクトの発現を目指す。

母子保健の財政に関しては、JICA としても DPL・成果連動型借款等のより積極的な活用を模索するとともに、年次協議を継続している世界銀行、協力協定を締結しているアジア開発銀行(ADB)、投資グループメンバーとして参画している GFF との積極的な連携を模索する。保健人材強化に関しては、協力協定を締結している UNICEF、過去に連携実績の多い UNFPA との連携を強化する。保健インフラ・機材整備に関しては、JICA が有する資金協力のアセットも活用しつつ、ADB 等との連携を

強化する。コミュニティにおける活動においては、JICA 海外協力隊との連携を進めるとともに、NGO が知見を有していることから草の根技術協力等も活用しつつ、緊密な連携を図っていく。

母子手帳を活用した継続ケアの利用促進については、JICA がこれまでも各国で積極的に展開し WHO ガイドライン策定においても一定の役割を果たしてきた実績がある。従って、母子保健の領域のうち、母子手帳をはじめとした家庭用母子健康記録の活用促進の側面からは、コレクティブ・インパクトの発現に向けて JICA がプラットフォームを形成し、中心的な役割を果たしていく。

図 8 母子手帳普及にかかるコレクティブ・インパクトの発現



グローバルなアジェンダセッティングに関しては、保健医療分野の国際ガイドライン・推奨を策定する機能は WHO が担っていることから、積極的に連携することとする。JICA はすでに「家庭用母子健康記録(HBR)ガイドライン」の策定に協力してきており、将来の改訂にも積極的に協力する。またこのガイドラインを各国が実施する際の手引きとなる実施ガイドについても、JICA、WHO、UNICEF の協働により 2023 年 2 月に完成しており、これを活用した各国での実施を支援する。

知識の共創については、将来の HBR ガイドラインの改訂に資するため、プロジェクトと連動したりリサーチを実施し母子手帳の効果に関するエビデンスを積極的に創出する。そして各国における母子手帳普及に関するエビデンスを持った効果を共有するため、引き続き JICA が中心となり、テクニカルブリーフを発行し、知見の蓄積にも貢献する。これら母子手帳の普及・活用における各種学びや課題については、母子保健関連の各種国際会議・学会を通じ積極的な共有を行う。2年に一度開催される母子手帳国際会議にも継続的にプロジェクト関係者が参加し、成果の発信及びプロジェクト間での学びあいの機会とする。

資源の動員については、JICA・WHO・UNICEF を中心とした HBR プラットフォームを通じ、各

国におけるニーズ等を把握し、開発パートナーによる支援を引き出していく。母子手帳普及国においては、継続的な手帳印刷・運営のための費用を確保できる仕組みを構築し、さらに広告掲載等による企業からの広告費の徴収等、様々な財源を模索する支援を行う。

また日本国内においては、JICAが有する寄付制度等も活用し、企業・自治体・一般市民への母子手帳普及を通じた国際協力に関する啓発活動を行いつつ、寄附を通じた母子手帳普及のための資金を動員する。

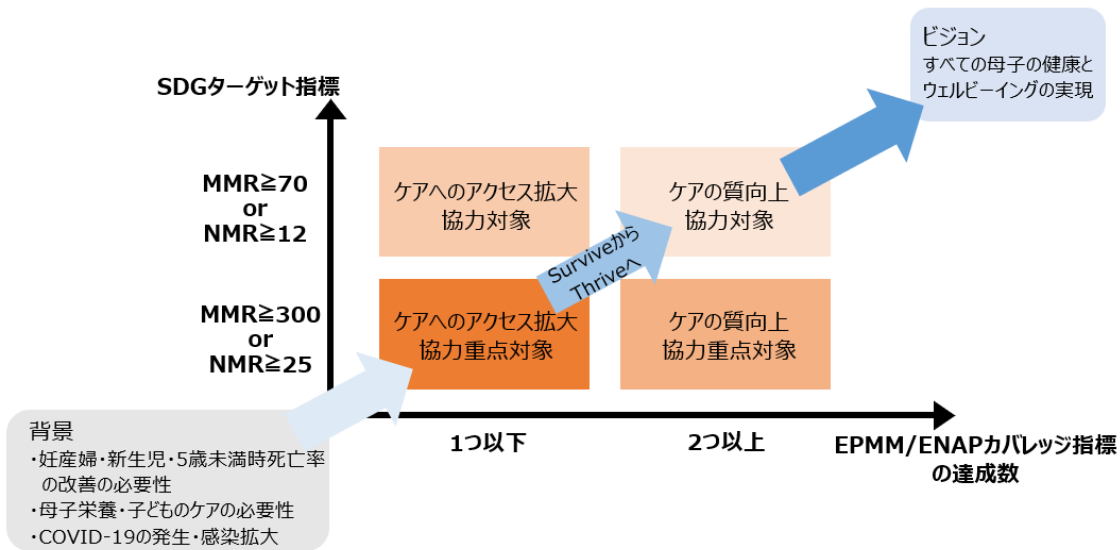
市場の創出については、適切な規制の下、母子手帳への広告の掲載、電子母子手帳を活用した母子対象の電子商取引の活性化、民間病院による電子母子手帳活用を通じた顧客サービスの向上・囲い込みなど、母子手帳を活用したビジネスモデルの事例を積極的に創出・共有する。また、将来的には、母子手帳をエントリーポイントとした電子的個人健康情報の商業利用について、個人情報保護に関する法整備等の活用環境整備を支援する可能性も考えられることから、これらデータを利用した健康向上サービスを展開できる企業の呼び込みなどにも貢献が期待できる。

5. クラスターの成果目標とモニタリング枠組み・指標

5.1 介入の目標と協力対象国の分類

前章までに EPMM/ENAP カバレッジ指標とSDG ターゲット指標(妊産婦死亡率又は新生児死亡率)を基に、介入の目標(「ケアへのアクセス拡大」又は「ケアの質向上」と協力重点対象又は協力対象国に分類した。図7は母子継続ケアへのアクセス拡大、質の向上を図ることにより妊産婦死亡率、新生児死亡率を低減させ、「生き残る」(Survive)から「健全な成長」(Thrive)への移行を目指し、すべての母子の健康とウェルビーイングの実現を達成するイメージを示している。

図9 介入の目標と協力対象国の分類



5.2 クラスターの成果目標とモニタリングの枠組み

<共通で収集する指標とその位置づけ>

本クラスターにおける最終的なビジョンとして、「すべての母子の健康とウェルビーイングの実現」を設定しているが、これは JICA が単独で達成できる目標ではない。また、SDG 指標となっている妊産婦死亡率、新生児死亡率についても、その低下には多様な要因が影響することから、JICA 単独の直接的貢献との因果関係を示すことは多くの場合困難である。しかしながら、最終的な目標への JICA の貢献を常に意識して事業を運営していく必要があることから、国レベル、協力対象地域レベルで常に数値を確認し、本クラスター戦略の効果の検証の参考とする。

また、本クラスターでは効果の確認された介入を通じて母子継続ケアを強化することを目標としていることから、事業の成果指標として、これら介入に関連してグローバルに設定されている指標を用い、協力対象地域における成果として計測する。同時に、協力規模の可視化の観点から、JICA が育成した母子保健関係者及びそれらの人材によりサービス・ケアを受ける母子の人数についても指標として蓄積する。

また、第3章で設定した変化のシナリオについて、各領域で標準的な指標を設定していることから、該当分野で活動を行う場合は、それらの指標を成果・モニタリング指標として活用する。

これら各領域の指標については、広く開発パートナー、JICA 事業実施者と共有し、コレクティブ・インパクトの達成のための連携・調整に活用する。特にボランティア、草の根技術協力、民間連携事業等の JICA 事業実施者とは積極的に共有することで、できる限り成果に関するデータを報告してもらい、JICA 関連事業総体としての貢献を把握するとともに、各スキームの相乗効果を高める工夫を行う。特に、技術協力実施国・地域とそれ以外の JICA 事業が重複する場合には、介入手法や指標の共有、介入の成果をエビデンスとして政策への反映などを含め、連携を図るツールとして活用する。

なお、保健医療分野の政策・ガイドライン作成についてはエビデンスが重視されることから、必要な場合には科学的に検証可能なエビデンスを生み出すべく、活動に合わせて調査研究を積極的に実施

する。この際も、より効率的な変化を起こすことを念頭に、本クラスター戦略で設定した指標を念頭にリサーチの計画を行う。

<各国/プロジェクトで収集する具体的指標>

現在母子保健協力が計画・実施されている国に加え、4.1 表 1 で示した国を中心に、先方政府のニーズ、国別の事業計画等も踏まえ、具体的にクラスター事業を展開する国を決定する。事業を実施する国レベルでの活動においては、以下の枠組みにより事業の進捗についてモニタリングを実施する。

(1) ビジョン・最終アウトカム/最終目標

TOC の「ビジョン」～「最終アウトカム」に対応し、外部機関とともに目指す方向としてモニタリングする指標を設定する。

協力対象国で、2030年末までに以下の SDGs ターゲット指標が達成される。

ビジョン すべての母子の健康とウェルビーイングの実現	発育障害がある5歳未満児の割合が 40%削減(2.1.1) 妊産婦死亡率が出生10万対70以下(3.1.1)
最終アウトカム ・すべての母子が質の高い継続ケア・サービスを活用する ・すべての母親/家族/コミュニティが家庭での母子のケアを適切に行うことができる	5歳未満児死亡率が出生千対25以下(3.2.1) 新生児死亡率が出生千対12以下(3.2.2) 65%以上の対象女性がリプロダクティブヘルスに関連した十分な情報を得たうえで、自ら意思決定できる(5.6.1)

(2) 中間アウトカム/中間目標

中間アウトカム達成に対応すると共に、本クラスターへの取組により達成を目指す/モニタリングする指標を設定する。

クラスターの中間目標は「各国の母子継続ケア提供能力の強化」と「母親、家族、コミュニティの意識の変化」とし、共通の指標として以下の達成を目指す。

中間アウトカム ・質の高い継続ケア・サービスが適切な保健医療施設およびアウトリーチで提供される ・母親や家族が適切な行動をとるための意思決定ができる ・継続ケア・サービスがコミュニティによって支援されている	①協力対象国において、70%以上の国が、2026年までに EPMM/ENAP カバレッジ共通3指標が以下のターゲットを達成する。 ● 産前健診(4回以上)を受けた母親の割合が70%以上 ● SBAによる分娩介助率が80%以上 ● 早期産後ケア(2日以内)を受けた母子の割合が60%以上 ②協力対象国において、60%以上の国が緊急産科医療に2時間以内にアクセスできる人口割合が50%以上 ③協力対象国において、90%以上の国で以下の Child Health(Global Strategy 2016-2030)の全てのカバレッジ指標が向上する。 ● 生後1時間以内に母乳育児を開始した母親の割合が向上する ● 完全母乳育児(生後6ヶ月まで)を実施した母親の割合が50%以上に向上する
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ● 下痢の際、ORS の治療を受けた 5 歳未満児の割合が向上する ④協力対象国において、80%以上の国で、新生児の救命、呼吸管理などを提供できるレベル 2 の入院施設が少なくとも 1 か所設置される。(ENAP 早産、低体重、病児へのケアのカバレッジ指標)
--	--

また、すべての形態の協力を通じ、クラスター全体で以下を達成し、母子の健康向上実現に貢献する。

- ①2030 年までに、のべ 16,000 人の母子保健人材が育成され、2,880 万人が裨益する。
- ②2030 年までに、50 か国において、母子手帳含む家庭用母子健康記録(HBR)を普及する。
- ③クラスター活動を通じ、2030 年までにグローバルレベルのプラットフォーム活動 10 件以上、協力対象国の8割以上での開発パートナーとの連携、年間 2 件以上の民間連携(草の根技協を通じた NGO 連携含む)、400 人以上の協力隊員、700 人以上の研修受講者との連携、ネットワーク化(年次協議/活動報告会等)する。

(3) 直接目標/直接アウトカム

直接アウトカムに対応し、協力対象州・国の対象分野・項目の改善を目指す/モニタリングする指標(別紙 2「モニタリング指標」)を中心に案件毎に指標を設定する。

協力対象国毎にクラスター・シナリオ上の介入領域を設定した上で、モニタリング指標(定量)の設定を行うと共に定性的な能力向上の評価を行う。

- ①プロジェクト対象州～対象国レベルで別紙 1「モニタリング指標」で示す指標の設定を行い、案件毎の指標の改善をモニタリングする。
図 8 のとおり、全案件で必ずとる指標(EPMM/ENAP のカバレッジ指標等)に加え、案件毎に取得必須の指標(=コア指標)に加え、案件毎に追加的にとる指標(=サブ指標、別紙 2 に記載のもの)を設定する。
- ②①のうち、対象国レベルで「EPMM/ENAP カバレッジ目標の共通 3 指標」の改善をモニタリングする。
- ③対象国～グローバルレベルで「EPMM/ENAP カバレッジ目標の共通 3 指標」及びSDGターゲット指標(妊産婦・新生児・5 歳未満児死亡率)の低下をモニタリングする。各対象国共通の指標を集計し、グローバルレベルとしての指標をモニタリングする。

<モニタリングの枠組み>

クラスター事務局を組成し、国際的な指標や、クラスター事業の成果指標の収集、分析、シナリオとの整合性の確認、各国の指標の改善の確認(年 1 回)を行う。定性評価に際しても、学術的また実務的な観点から、適切な評価手法の検討を継続して行う。

将来的にダッシュボード(クラスター事業の成果発現経路の定量的な捕捉・リアルタイムなモニタリングを可能とするシステム)を活用したモニタリングも検討する。

別紙 2 にて想定される主な指標(全案件で必ずとる指標、案件毎に取得必須のモニタリング指標(=コア指標)、案件毎に追加的にとるモニタリング指標(=サブ指標))を示す。

図10 案件レベルで取得必須のモニタリング指標

介入の 目標 全案件 案件毎 (コア指標) ※別紙2のサブ指標も追加選定する	ケアへのアクセス拡大		ケアの質向上	
	1. EPMM/ENAPカバレッジ指標 : EPMM/ENAPカバレッジ目標の共通3指標、緊急産科医療に2時間以内にアクセスできる人口割合 2. Child Health (Countdown to 2030) カバレッジ指標 : 生後1時間以内に母乳育児を開始した母親の割合 完全母乳育児 (生後6ヶ月まで) を実施した母親の割合 下痢の際、ORSの治療を受けた5歳未満児の割合 3. ENAP (早産、低体重、病児への) カバレッジ指標 : 新生児の救命・呼吸管理等を提供できるレベル2の入院施設数 4. JICA事業による母子保健人材の育成数 5. JICA事業による間接裨益者数 6. JICAの母子保健ネットワーク数 (協力対象国、開発パートナーとの連携数、連携した民連・草の根案件数、クラスター関連協力隊員数)			
政策、リーダーシップ、関係機関との調整				
母子保健関連政策の整備状況、政策の公平性確保の状況 ・組織間連携に関するセミナー等の参加人数、社会経済5分割指標による格差対策有無、病児・新生児に対するサービス提供のための実施計画準備率				
コア領域	人材	質の高い母子保健人材の配置状況 ・緊急産科新生児ケア (EmONEC) 対応人材配置率 (人口10万人あたり)		
	施設・機材	保健医療施設・機材・物資の機能状況 ・新生児入院病床数、EmONECに必要な医療機器・設備が整備されている病院数、RMNCH必須医薬品の在庫切れ解消のための対策有無		
	サービス受益側	CoCを支援するためのコミュニティでの仕組みの整備状況 ・コミュニティによる母子保健のための活動計画の有無		
コア領域以外	予算	CoCのための予算配賦状況、CoCサービス提供のための支払いの仕組みの整備状況 ・適切な母子継続ケアへの資源動員計画に基づく予算執行率、無料出産・無料母子継続ケアの仕組みの有無		
	マルチセクター	栄養価の高い食事、水・衛生設備、教育などへのアクセス状況 ・栄養価の高い食事へアクセスできている母子の割合、水・衛生設備にアクセスできている母子の割合、初等教育を受けた男児・女児の割合		
保健医療情報				
エビデンスに基づいた意思決定とサービス提供の実践状況、母子の健康に関する記録の使用状況 ・根拠 (データ) に基づくサービス提供の方針決定件数 (サービスを利用する個人者数)、 保健データに基づくレビュー・保健計画への反映件数 (サービスを利用する施設数)				
母子手帳の活用状況 ・国標準版の母子手帳の有無、国のガイドラインに基づき母子手帳の記録・活用ができる医療従事者の割合 (サンプル調査)				

別紙1

母子継続ケア・サービスに関連する主なガイドライン

2023年2月作成

母子手帳等家庭用保健記録関連のガイドライン	発行年
母子保健の家庭用記録 WHO recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health	2018
家庭用記録の実施ガイド Strengthening implementation of home-based records for maternal, newborn and child health: a guide for country programme managers	2022
母子保健全般に関するガイドライン	
母性保健 WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee	2017
妊産婦と新生児の健康増進 WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health	2015
母子保健の必須介入、物品、ガイドライン Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health	2012
母子保健介入パッケージ Packages of interventions: Family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health	2010
産前ケア関連ガイドライン	
ポジティブな妊娠経験のための産前ケア WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience	2016
アップデート – Maternal and fetal assessment update: imaging ultrasound before 24 weeks of pregnancy	2022
妊娠中の栄養サプリメント – Nutritional interventions update: zinc supplements during pregnancy	2021
– Nutritional interventions update: vitamin D supplements during pregnancy	2020
– Nutritional interventions update: multiple micronutrient supplements during pregnancy	2020

分娩ケアに関連する主なガイドライン	
ポジティブな出産経験のための妊産婦の立場に立った分娩期ケア WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience	2018
分娩時ケアガイド Labor Care Guide 分娩時ケアガイド(記録)使用マニュアル WHO labour care guide: user's manual	2021
不要な帝王切開削減のための非臨床的介入 WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections	2018
子癇の予防と対応 WHO recommendations on antiplatelet agents for the prevention of pre-eclampsia	2021
分娩の誘発・促進 WHO recommendations for induction of labour WHO recommendations for augmentation of labour 2022年アップデート <ul style="list-style-type: none"> - WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term - WHO recommendations on outpatient settings for induction of labour - WHO recommendations on mechanical methods for induction of labour 	2011 2014
分娩時・直後の出血の予防と対応 WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage アップデート <ul style="list-style-type: none"> - WHO recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum haemorrhage after vaginal birth - WHO recommendation on umbilical vein injection of oxytocin for the treatment of retained placenta - Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage - WHO recommendation on tranexamic acid for the treatment of postpartum haemorrhage 	2012 2020 2020 2018 2017
周産期の感染予防 WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections アップデート(2021年)	2015

<ul style="list-style-type: none"> - WHO recommendation on routine antibiotic prophylaxis for women undergoing operative vaginal birth - WHO recommendations on choice of antiseptic agent and method of application for preoperative skin preparation for caesarean section - WHO recommendation on vaginal preparation with antiseptic agents for women undergoing caesarean section - WHO recommendation on prophylactic antibiotics for women undergoing caesarean section 	
<p>早産への介入</p> <p>WHO recommendation on tocolytic therapy for improving preterm birth outcomes</p> <p>WHO recommendations on antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes</p>	<p>2022</p> <p>2022</p>
産後ケアに関連する主なガイドライン	
<p>ポジティブな経験のための産後・新生児ケア</p> <p>WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience</p>	2022
<p>産後の母子のケア</p> <p>WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn</p>	2013
新生児ケアに関連する主なガイドライン	
<p>新生児必須ケア</p> <p>Early essential newborn care: clinical practice pocket guide, 2nd edition</p>	2022
<p>新生児</p> <p>WHO recommendations on newborn health</p>	2017
<p>新生児の基本的な蘇生</p> <p>Guidelines on basic newborn resuscitation</p>	2012
<p>低出生体重児と病児のケアの質改善のための基準</p> <p>Standards for improving the quality of care for small and sick newborns in health facilities</p>	2020
子どものケアに関連する主なガイドライン	
<p>小児保健</p> <p>WHO recommendations on child health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee</p>	2017
<p>早産児、低出生体重児のケア</p> <p>WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight</p>	2022

infant	
<p>発達のためのケア</p> <p>Improving early childhood development: WHO guideline Care for child development: improving the care for young children, WHO/UNICEF</p>	2020 2012
<p>IMCIによる栄養不良の二重負荷への対応</p> <p>Guideline: assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition, Updates for the integrated management of childhood illness (IMCI), WHO</p>	2017
<p>5歳未満児へのアジスロマイシン集団投与</p> <p>WHO guideline on mass drug administration of azithromycin to children under five years of age to promote child survival</p>	2020
<p>NCDs 予防</p> <p>Global recommendations on physical activity for health, WHO Guideline: sugars intake for adults and children, WHO Guideline: updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children, WHO</p>	2010 2015 2013
<p>学校保健に関するガイドライン</p> <p>WHO guideline on school health services</p>	2021
ナーチャリングケア(子どもの養育ケア)に関するガイドライン	
<p>ECD</p> <p>Nurturing Care for Early Childhood Development (WHO)</p>	2018
<p>ナーチャリングケア実践ガイド</p> <p>Nurturing care practice guide: strengthening nurturing care through health and nutrition services</p>	2023
<p>ナーチャリングケア ハンドブック</p> <p>Nurturing care handbook</p>	2022
栄養、母乳育児に関するガイドライン	
<p>母乳育児の推進</p> <p>Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services Implementation guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-</p>	2017 2018

friendly Hospital initiative: 2018 implementation guidance: frequently asked questions 低出生体重児、病児、早産児の母乳育児	2020
Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the baby- friendly hospital initiative for small, sick and preterm newborns	2020
母乳で育った子どもの補完食(離乳食) Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child, PAHO	2003
母親への母乳育児支援のためのカウンセリング Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices	2018
思春期の栄養 Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition	2018
妊娠前の栄養 WHO recommendation on calcium supplementation before pregnancy for the prevention of pre-eclampsia and its complications	2020
思春期に関するガイドライン	
思春期におけるリプロダクティブヘルス WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights	2018
思春期保健 WHO recommendations on adolescent health: guidelines approved by the WHO guidelines review committee	2017
思春期保健の国レベルでの取組 Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!)	2017
ユース・フレンドリー・サービス Making health services adolescent friendly	2012
リプロダクティブヘルス、家族計画に関するガイドライン	
家族計画ハンドブック(2022年改訂版) Family Planning Handbook 2022 edition	2022
家族計画・中絶ケアのツールキット Family planning and comprehensive abortion care toolkit for the primary health care workforce: volume 1, volume 2	2022
中絶ケア Abortion care guideline	2022
推奨される避妊法	2016

Selected practice recommendations for contraceptive use, 3 rd edition	
避妊法の情報やサービス提供時の人権の確保 Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services	2014
女性に対する暴力への臨床及び政策における対応 Responding to intimate partner violence and sexual violence against women	2013
感染症対策に関連する主なガイドライン	
マラリア WHO Guidelines for malaria	2022
HIV 予防、検査、治療 Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach	2021
HIV の母子感染を予防するためのビタミン A 投与 Vitamin A supplementation during pregnancy for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV, WHO	2011
COVID-19 Definition and categorization of the timing of mother-to-child transmission of SARS-CoV-2 Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy, childbirth and the postnatal period, Q&A Sexual and Reproductive Health and COVID-19	2021
エボラ出血熱の妊婦と授乳期女性の管理 Guidelines for the management of pregnant and breastfeeding women in the context of Ebola virus disease	2020
ジカ熱ウイルスの予防 WHO guidelines for the prevention of sexual transmission of Zika virus	2020
小児、思春期における C 型肝炎治療 Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection, and HCV simplified service delivery and diagnostics	2022
予防接種に関連するガイドライン等	
予防接種の実施ガイド Implementation guide for vaccination of health workers	2022
ケアの質に関連するガイドライン	

保健施設における母親と新生児ケアの質改善のための基準 Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities	2016
ポジティブな妊娠経験のための産前ケア WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience	2016
ポジティブな出産経験のための妊産婦の立場に立った分娩期ケア WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience	2018
子どもと思春期のケアの質改善のための基準 Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities	2018
低出生体重児と病児のケアの質改善のための基準 Standards for improving the quality of care for small and sick newborns in health facilities	2020
セルフケアに関するガイドライン	
セルフケア WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision	2022
リーダーシップ、ガバナンス、保健システム強化の必要性・根拠	
EWEC, OPERATIONAL FRAMEWORK for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health	2016
EWEC, Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)	2015
WB, BUSINESS PLAN Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child	2015

別紙2 モニタリング指標・主要指標の参照例

<モニタリング指標>

ダッシュボード化の有無(機構内/外への公開の有無含む)は今後検討・決定する。

全案件 /案件毎	モニタリング指標	対象レベル			モニタリング集計者		ダッシュボードの有無		
		対象州	対象国	グローバル	案件担当	事務局	機構内		機構外
							案件担当	管理職以上	
最終目標	SDG ターゲット目標指標								
	発育阻害がある5歳未満児の割合(%) (2.1.1)			●		●			
	妊産婦死亡率(対100,000出生千) (3.1.1)			●		●			
	新生児死亡率(対1,000出生) (3.2.1)			●		●			
	5歳未満児死亡率(対1,000出生) (3.2.2)			●		●			
	リプロダクティブヘルスに関する意思決定ができる女性の人口割合(%) (5.6.1)			●		●			

全案件 /案件毎	モニタリング指標	対象レベル			モニタリング集計者		ダッシュボードの有無		
		対象州	対象国	グローバル	案件担当	事務局	機構内		機構外
							案件担当	管理職以上	
全案件で 取得必須	EPMM/ENAPのカバレッジ目標指標								
	産前健診(4回以上)を受けた母親の割合(%)	●	●		●	●			
	専門技能者による分娩介助率(%)	●	●		●	●			
	早期産後ケア(2日以内)を受けた母子の割合(%)	●	●		●	●			
	緊急産科医療に2時間以内にアクセスできる人口割合(%)	●	●		●	●			
	Child Health(Countdown to 2030)の目標値								
	新生児への早期授乳を実施した(生後1時間以内に母乳育児を開始した)母親の割合(%)	●	●		●	●			
	完全母乳育児(生後6ヶ月まで)を実施した母親の割合(%)	●	●		●	●			
	下痢の際、経口補水液(ORS)の治療を受けた5歳未満児の割合(%)	●	●		●	●			
	ENAP(早産、低体重、病児への)カバレッジ指標								
	新生児の救命・呼吸管理等を提供できるレベル2の入院施設数	●	●		●	●			
	JICA事業による母子保健人材の育成数								
	有償・無償・技プロ、課題別/国別/第三国研修、JOCV、民連・草の根等の参加国(国)		●		●	●			
	上記研修事業の受講者数(人)	●	●		●	●			
	JICA事業による間接裨益者 (各事業/プロジェクトの対象人口、同一人物は含めない)								
	有償・無償・技プロ、課題別/国別/第三国研修、JOCV、民連・草の根等の対象裨益者数(人)(対象組織や人口等に基づく母子数の推計を含む)	●	●		●	●			
	JICAの母子保健ネットワーク								
	協力対象国数(国)		●		●	●			
	開発パートナーとの連携数(件)		●		●	●			
	連携した民連・草の根案件数(案件)	●	●		●	●			
クラスター関連協力隊員数(人)	●	●		●	●				

全案件 /案件毎	モニタリング指標	対象レベル			モニタリング 集計者		ダッシュボード の有無		
		対象州	対象国	グローバル	案件担当	事務局	機構内		機構外
							案件担当	管理職以上	
案件毎に分 野を設定 ↓ 該当分野の コア指標の 取得必須 ↓ 追加的にサブ 指標の取得 を検討する	母子保健関連政策、リーダーシップ、関係機関との調整								
	コア指標： 母子保健関連政策の整備状況、政策の公平性確保の状況								
	組織間連携に関するセミナー等の参加人数	●	●		●				
	社会経済5分割指標による格差対策(国/州単位の戦略・計画)の有無	●	●		●				
	病児・新生児に対するサービス提供のための実施計画準備率	●	●		●				
	サブ指標： リーダーシップの発揮、関係機関との調整状況								
	母子継続ケアの国家戦略(Integrated-RMNCAHN 等)の有無	●	●		●				
	コア領域： CoC に関与する人材の育成 (モニタリング・スーパービジョンの強化含む)								
	コア指標： 質の高い母子保健人材の配置状況								
	緊急産科新生児ケア(EmONEC)対応人材配置率(人口10万人あたり)	●	●		●				
	サブ指標： 母子保健人材の養成状況								
	母子保健人材(医師・看護師・助産師等)の充足率	●	●		●				
病児・新生児に対するサービス提供のための実施計画の有無	●	●		●					
上位機関によるモニタリングを受けた母子保健人材の人数の割合	●	●		●					
案件毎に分 野を設定 ↓ 該当分野の コア指標の 取得必須 ↓ 追加的にサブ 指標の取得 を検討する	コア領域： 母子保健施設・機材の整備								
	コア指標： 保健医療施設・機材・物資の機能状況								
	新生児入院病床数(NICU)	●	●		●				
	EmONEC に必要な医療機器・設備が整備されている病院数	●	●		●				
	RMNCH 必須医薬品の在庫切れ解消のための対策有無	●	●		●				
	サブ指標： 保健医療施設の整備、同施設・機材・物資のメンテナンス、物流管理状況								
	BEmONEC の機能を備えた医療施設数	●	●		●				
保健医療施設・機材・物資のメンテナンス計画の有無	●	●		●					
資機材・消耗品調達の実施計画の有無	●	●		●					

全案件 /案件毎	モニタリング指標	対象レベル			モニタリング集計者		ダッシュボードの有無		
		対象州	対象国	グローバル	案件担当	事務局	機構内		機構外
							案件担当	管理職以上	
案件毎に 分野を設定 ↓ 該当分野 のコア指 標の取得 必須 ↓ 追加的に サブ指標 の取得を 検討する	<u>コア領域：サービス受益側(女性・母親)(コミュニティ)の意識・知識・参加促進</u>								
	コア指標：COCを支援するためのコミュニティでの仕組み整備状況								
	コミュニティによる母子保健のための活動計画の有無	●	●		●				
	サブ指標：CoCに対する母親の意識・知識・意欲・満足度、								
	CoCの重要性を知っている女性・母親の割合	●	●		●				
	CoCの重要性を知っている家族の割合	●	●		●				
	母子の危険な兆候を知っている女性・母親の割合	●	●		●				
	家庭で行うべき母子の適切なケアを知っている女性・母親の割合	●	●		●				
	家庭で行うべき母子の適切なケアを知っている家族の割合	●	●		●				
	妊娠12週以前に初回妊産婦健診を受診した妊婦の割合	●	●		●				
	母子手帳を受け取った妊婦の割合	●	●		●				
	母子手帳を活用したカウンセリングの内容を復唱できる妊婦・母親の割合	●	●		●				
	母子手帳を家族と供覧した妊婦・母親の割合	●	●		●				
	サブ指標：CoCに対する家族とコミュニティの賛同の状況								
	コミュニティによる母子保健の課題解決のための活動計画の有無	●	●		●				
	CoCの重要性を知っている女性の割合	●	●		●				
	コミュニティリーダーによる母子保健の活動計画への賛同の有無	●	●		●				
コミュニティが提案した活動計画が実施されたコミュニティの割合	●	●		●					
コミュニティリーダーから母子継続ケアの支援を受けるための活動の有無	●	●		●					

全案件 /案件毎	モニタリング指標	対象レベル			モニタリング集計者		ダッシュボードの有無		
		対象州	対象国	グローバル	案件担当	管理職以上	機構内		機構外
							事務局	管理職以上	
案件毎に 分野を設定 ↓ 該当分野 のコア指 標の取得 必須 ↓ 追加的に サブ指標 の取得を 検討する	母子保健分野の財源								
	コア指標： CoC のための予算配賦状況、CoC サービス提供のための支払いの仕組みの整備状況								
	適切な母子継続ケアへの資源動員計画に基づく予算執行率	●	●		●				
	無料出産・無料母子継続ケアの仕組みの有無	●	●		●				
	サブ指標： 保健医療の予算確保のための方針策定状況								
	適切な母子継続ケアへの資源動員計画の有無(GDP に占める保健セクターの割合)	●	●		●				
	母子保健分野以外の資源充足(マルチセクター)								
	コア指標： 栄養価の高い食事、水・衛生設備、教育などへのアクセス状況								
	栄養価の高い食事へアクセスできている母子の割合(男児・女児)	●	●		●				
	水・衛生設備へアクセスできている母子の割合	●	●		●				
	初等教育を受けた男児・女児の割合	●	●		●				
	サブ指標： 保健医療分野以外(食糧、水と衛生、教育、ジェンダー等)の関係機関との連携状況								
	農業・水・衛生等に関するダイアログ(セクター連携会議等)の有無	●	●		●				
	保健医療情報の活用								
	コア指標： エビデンスに基づいた意思決定とサービス提供の実践状況、母子の健康に関する記録の使用状況								
	根拠(データ)に基づくサービス提供の方針決定件数(サービスを利用する個人者数)	●	●		●				
	保健データに基づくレビュー・保健計画への反映件数(サービスを利用する施設数)	●	●		●				
	コア指標： 母子手帳の導入・活用状況								
国標準版の母子手帳の有無	●	●		●					
国のガイドラインに基づき母子手帳の記録、活用ができる医療従事者の割合(サンプル調査)	●	●		●					
サブ指標： 医療データシステムの整備・データ報告の状況									
施設データや PHR 収集を目的とした医療データ記録のシステムの有無	●	●		●					
施設データや PHR の集計結果の月次報告の有無	●	●		●					

<主要指標の参照例>

指標等	参照例
Countdown to 2030 indicators	Countdown to 2030 Country Profiles - UNICEF DATA
RMNCH Indicators (WHO)	https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new
The DHS Program - Countries	https://dhsprogram.com/Countries/
Global Health Observatory data: Countries	https://www.who.int/data/gho/data/countries
RMNCH 必須薬品・資機材リスト Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (WHO 2012)	Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (who.int) https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/essential-interventions-commodities-and-guidelinesc4d67e1d-b277-4c2b-b673-199647faee40.pdf

別添3 母子継続ケア推進のための母子手帳の普及展開 8

母子保健分野では、WHO がエビデンスの確認された介入を多数のグローバルガイドラインとして示している(別紙 1)。母子継続ケア強化のためには、対象地域の保健システムや保健課題に合わせ、これらの介入を選択、組み合わせて継続して提供することが必要である。なお、母子手帳を含む家庭用保健記録についても、母子継続ケアの推進に有効なツールである根拠が確認され、WHOによるガイドラインが策定されている介入の一つである 9。

WHO 家庭用保健記録ガイドラインでは、施設での母子保健記録の補完として家庭用保健記録を活用することが、健診や予防接種などケアの希求行動、家庭での男性の関与と支援、母子の家庭でのケア実践、乳児と子どもの栄養、保健医療従事者と母親・養育者とのコミュニケーションを向上させるとして推奨している。しかしながら、家庭用保健記録のうち、母子手帳など特定の様式がより効果的であるかどうかについては、エビデンスが不十分であるとされ、さらに、妊娠、出産、子どもの成長のアウトカムのうち明確なエビデンスが確認されていないものも多いとされた。しかし、家庭用保健記録を活用することは、すべての女性に母子保健情報へのアクセスを可能とし、また、受益者中心のケアを推進することや、複数医療機関や医療従事者間で情報を共有できる効果が期待されると示された。

母子手帳は、既存の予防接種、妊婦カード、子どもの手帳など分かれている家庭用記録とは異なり、保健医療従事者や妊産婦(母親)及びその家族が一つの冊子に妊娠中の母体と胎児の状況、出産時の母子の状況、子どもの成長・健康の状況を記載し、共有することができるものである。さらに、育児書の機能も備え、家庭で保管され、活用されるものである。

母子保健に従事するサービス提供者にとって、母子のケア・サービスの記録・参照ができることは、ケア・サービスの継続性、安全性、効率性につながる。

また、母子手帳は、母子保健に従事するサービス提供者とサービス受益者のコミュニケーションを円滑にすることにも貢献し、母親の満足度や知識を向上させるだけでなく、母親自身が肯定的に受け止められていると実感することができていることにつながり、母親や家族が適切な行動をとるための意思決定ができ、行動変容につながる。

さらに、母子手帳を家庭でも活用することで、家庭での適切なケアの実施や夫を含む男性の積極的な関与などもみられ、母子継続ケア・サービスがコミュニティによって支援されやすくなる。

母子手帳を含む家庭用保健記録にこれらの効果を期待するためには、医療従事者が適切に活用するための研修、手帳のデザインや内容、持続的な印刷費の工面など、導入・活用には、多くの投入が必要であることが知られている。WHO-UNICEF-JICA は、家庭用保健記録の実施強化のためのガイドを策定し、実施上の課題についても留意し、取り組むことを促している¹⁰。

クラスター・シナリオにおける母子手帳の貢献領域

【最終アウトカム】

最終アウトカム①「すべての母子が質の高い継続ケア・サービスを活用する」への貢献

母子手帳の導入と複数の保健医療従事者が活用することにより母子継続ケア・サービスの受診を促し(事例インドネシア)、また、母親に母子手帳に記載された内容を丁寧に説明することにより、母

親の理解や肯定的な感情を高めることに貢献する。(事例ガーナ)

最終アウトカム②「すべての母親/家族/コミュニティが家庭での母子のケアを適切に行うことができる」への貢献

6 か月間の完全母乳育児(事例カンボジア、ガーナ)、危険兆候や出産準備について夫婦で話し合う・出産準備を行う(事例パレスチナ)、家族の禁煙行動(事例モンゴル)など家庭やコミュニティでの適切なケアの実践に寄与する。

母子手帳の導入や活用により、家族やコミュニティが母子のケアの必要性を理解し、6 か月間の完全母乳育児、危険兆候や出産準備について夫婦で話し合う出産準備を行う、家族の禁煙行動がみられるなど家庭やコミュニティでのケア行動が向上することに寄与する。

【中間アウトカム】*

中間アウトカム①「質の高い継続ケア・サービスが適切な保健医療施設およびアウトリーチで提供される」への貢献

(記録、記録の参照・活用)(カウンセリングや母親への説明にも活用)などでの活用が確認されている。(事例ガーナ、インドネシア)

母子保健に従事する者にとって、母子別々の記録よりも母子手帳を使用するほうが、母子継続ケア・サービスを効果的に提供できているとの認識があることが明らかになっている(カンボジア)。母子手帳はヘルスワーカーが記録し、その記録の参照や活用を行い、必要時カウンセリングや母親への説明にも活用することで適切なケアを提供に役立つ。複数のヘルスワーカーが記載し(インドネシア)、ケアの完了の確認やカウンセリングを行う(ガーナ)、施設外のケアを母子手帳から得て保健情報システムに反映させる(フィリピン)など、記録を有効に活用する事例が確認されており、安全で効率的、継続的なケアの提供につながっている。

母子手帳を有効に活用して質の高い継続ケアを提供するためには、政策、人材、資機材、情報、財政などが適切な水準で整えられていることも必要である。これらの側面は、母子手帳導入の前提条件として整備されることが望ましいが、母子手帳の導入時に、ケアやサービスを提供するための人材の能力強化、資機材の供与、政策面、財政面への働きかけも行うこともある。更に、母子手帳の導入が、これらの側面を強化することにもつながる。たとえば、母子手帳を導入時に医療従事者の能力強化を行うことで、母子の健康に関する記録が適切な継続ケア・サービス提供のために使われることを促進できる。また、継続ケア・サービスを提供するために必要とされる資機材が母子手帳とともに有効に活用されることを推進できる。また、母子手帳を制度化する際には、印刷費などの財源の確保や、母子がサービスを利用する際の資金を援助する仕組み(母子に対する診療の無料化や保険、支援パッケージの提供など)の強化を行うことも同時に推進することもできる。

中間アウトカム②「母親や家族が適切な行動をとるための意思決定ができる」への貢献

母親や家族が、家庭での母子のケアを適切に行うためには、母子手帳を家庭で読む、または、医療従事者が、母子手帳の内容を母親に個別に説明やカウンセリングを行う、あるいは母親学級などで集団への説明を行うことで、母親や家族が継続ケアの重要性や家庭でのケアの内容を理解し、危険な兆

候や緊急時の対応、出産準備、子どものケア、衛生、栄養などの知識を得ることが必要である。母親とパートナー、家族が、危険な兆候や緊急時の対応に必要な知識や、出産準備、子どものケア、衛生、栄養などの知識を得ていることは確認されている(モンゴル、パレスチナ、ガーナ、アフガニスタン、カンボジア、ベトナム、インドネシア)。

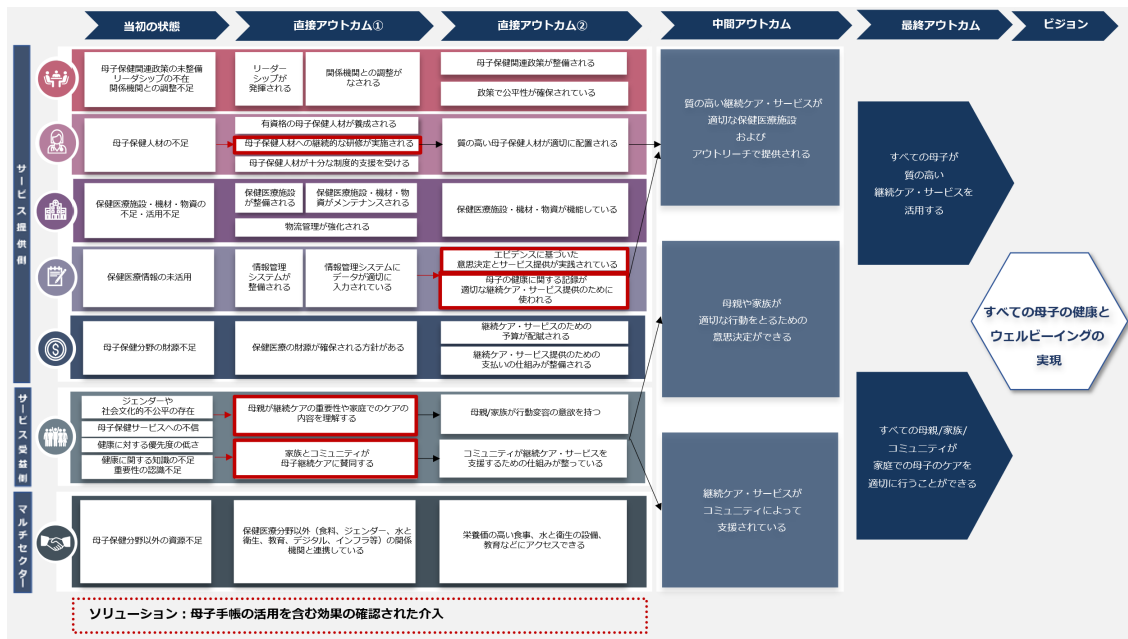
そして、その結果、母親や家族が行動変容の意欲を持つことが必要である。ただし、医療従事者が母子手帳を活用して健康教育やカウンセリングを行うためには、研修やコーチングなど能力強化が必要である。母子手帳を活用した母子継続ケア・サービスは、母子保健に従事するサービス提供者とサービス受益者のコミュニケーションを円滑にする(パレスチナ)ことにも貢献し、母親の満足度や知識を向上させるだけでなく、母親自身が肯定的に受け止められていると実感することができているとの報告(インドネシア)もある。その結果、母親や家族が適切な行動をとるための意思決定ができ、行動変容につながることを期待される。

中間アウトカム③「継続ケア・サービスがコミュニティによって支援されている」への貢献

母子手帳を活用して家族やコミュニティに啓発活動を行うことで、夫を含む男性やコミュニティの賛同が増え、その結果、家族やコミュニティによる関与や支援が行われるようになることが想定される。母子手帳を家庭でも活用することで、家庭内でのコミュニケーションが増え(パレスチナ)、夫の理解がえられた(アフガニスタン)、家庭での夫を含む男性の積極的な関与(モンゴル、インドネシア)などもみられる。コミュニティヘルスワーカーがその地域に住む母親や家族が適切な行動をとるために、母子手帳を積極的に活用する事例もあり(フィリピン、ブルンジ)、活発なコミュニティヘルスワーカーが担当する母子では、母子手帳の所持が高いことがわかっている(ケニア)。母子手帳があることで、母子継続ケア・サービスが家族・コミュニティによって支援されやすくなっていく。

しかし、継続ケアのために母子手帳の導入に際し、地域の賛同を得るための活動を行った事例は多くあるものの、コミュニティが緊急時の搬送手段を準備する、施設分娩や健診の受診、母乳育児など、継続ケアをコミュニティが支援する、など、実際にコミュニティによる支援を実証した事例はまだない。

これらの期待される効果を踏まえ母子手帳を他の介入と組み合わせて導入・活用することにより、母子継続ケア・サービスを推進し、母子の健康改善に貢献することができる。さらには母子手帳を活用することで、多様な関係者を巻き込みつつ、質の高い母子継続ケア・サービスの普及を促進することが期待される。また、今後もさらに母子手帳の有用性のエビデンスを検証して行っていく必要がある。



別紙 4 母子手帳導入支援国実績

34 か国(2023年2月)

アフリカ	ケニア、セネガル、ガボン、ガーナ、マダガスカル、カメルーン、ベナン、アンゴラ、ブルンジ、ザンビア、シエラレオネ、モザンビーク
東・東南アジア・大洋州	タイ、インドネシア、ラオス、東ティモール、カンボジア、ミャンマー、ベトナム、フィリピン、モンゴル、バヌアツ、ミクロネシア
南アジア・中東	バングラデシュ、ブータン、アフガニスタン、タジキスタン、パレスチナ、ネパール
中南米	ドミニカ共和国、ペルー、ホンジュラス、エルサルバドル、メキシコ