その他

Safe Motherhoodの世界の動向と展望

國 井 修 (Osamu KUNII)*

はじめに

1987年に立ち上げられた「安全な母性のためのイニシアティブ」(Safe Motherhood Initiative, 以下SMI)は2007年で20周年を迎え、これを機に安全な母性の重要性を再認識し、世界の取組みを再検討して促進していこうとの動きがある。

世界で最も権威ある医学雑誌のひとつLancet誌は、2003年の「子供の生存特集」(Child Survival Series)、2005年の「新生児の生存特集」(Neonatal Survival Series)でこれまでのエビデンスを整理・分析して、世界の子供・新生児の死亡減少に向けた対策・方向性を示して大きな反響を呼んだが、2006年9月には「妊産婦の生存特集」(Maternal Survival Series)を組み、安全な母性に関するエビデンスをまとめ、世界的な議論に火をつけた。

本稿は、2006年10月の第47回熱帯医学会・第21回日本国際保健医療学会合同大会のサテライト集会として行った日本助産学会国際助産協働セミナー「in 長崎「助産と国際協力」で著者が行った講演内容を基に、「安全な母性」に関する世界の取組みと課題、そして日本への期待を述べたい。

1. 世界の妊産婦死亡の現状

妊産婦死亡割合(出生10万あたりの妊産婦死亡数、以下MMR)は世界の多くの国で減少傾向にある。例えば、スリランカ、マレーシアでは1950年頃から約10年間で400から200へ、1960年代から約7年間で200から100と半減し、タイでは1960年の400が急速に減少して現在は50以下となっている(図1)。

しかし、現在でも世界全体で年間529,000人(WHO, 2004)、1日当たり1400人、毎分1人の妊産婦が死亡し、

図1 タイ・スリランカ・マレーシアの妊産婦死亡の年次推移(資料: Van Lerberghe W, et al, 2001)

その99%は途上国で発生している。世界各国のMMR(2000年)をみると、日本の10に対し、アフガニスタン1900、マラウイ1800など100倍以上高率の国もある。また、世界にはMMRの値が低下せず、むしろ上昇している国が14カ国、停滞している国が29カ国あり、これら43カ国に世界の妊産婦死亡の46%が集中している(WHO, 2005)。

安全な母性を考える場合、世界で年間約53万人といわれる妊産婦死亡だけでなく、その背景にも着目する必要がある。それは、世界全体で年間約2億人が妊娠する中で、望まない妊娠が8700万人、人工中絶が4600万人、危険な中絶が1900万人、妊娠・出産に関わる長期障害が1800万人、重度合併症が850万人もいるという現実である(WHO, 2005)。妊産婦死亡を減らすためにも、また妊産婦の健康を総合的に改善するためにも、これらの背景要因に対する対策を検討することが必要である。

世界の妊産婦死亡の原因(図2)をみると、産後出血、敗血症、子癇(前症)、遷延分娩、そして安全でない人工中絶が5大直接死因で、間接死因にはマラリア、HIV/AIDSなどが含まれる。また、分娩後の産科合併症は世界の全分娩、約1億3600万例のうち2000万例(14.7%)に発生しており(WHO, 2005)、合併症別の

* 国連児童基金 (UNICEF) ニューヨーク本部保健戦略上級アドバイザー (3 UN Plaza, New York, NY 10017, USA)

2007年3月12日受付 2007年3月17日採用

図2 世界の妊産婦死亡原因

表1 世界における産科合併症の発生率、発生数、致死率、妊産婦死亡数(2000年)

	発生率 (全出生数中%)	年間発生数 (万人)	致死率 (%)	妊産婦 死亡数
産後出血	10.5	1380	1.0	132,000
敗血症	4.4	577	1.3	79,000
子癇(前症)	3.2	415	1.7	63,000
遷延分娩	4.6	604	0.7	42,000

資料：World Health Report 2005

発生率、発生数、致死率は表1の通りである。

途上国における妊産婦の死亡時期をみると、分娩期に11～17%、産褥期に50～71%が発生しているが、産褥期の死亡のうち45%は分娩後24時間以内、60%以上は1週間以内に発生している(WHO, 2005)。原因別に症状発生から死亡までの平均時間をみると、産前出血で12時間、産後出血で2時間、遷延分娩で2日、感染症(産褥熱)で6日であり、いずれも症状発生からできるだけ早期に適切な処置が必要であることを示している。

2. SMIの歴史

妊産婦死亡低減を目指す世界的キャンペーンであるSMIが立ち上がった理由には2つある。

ひとつは、1985年にLancetに投稿した論文でコロンビア大学公衆衛生大学院のA. RosenfieldおよびD. Maineが世界に向けて“Where’s the M in MCH?”(MCHのMはどこにあるのか?)と問題提起し(Rosenfieldら, 1985)、WHOの地域間会議でもこれが中心議題にあげられたことである。MCH(Maternal and Child Health)すなわち母子保健対策の中でも、C(Child)子供については予防接種やVitamin Aなど多くの対策が

なされ、実際に死亡も減少してきたが、M(Mother)母親に対する対策は不十分で、妊産婦死亡は高率のままでなおざりにされているという指摘である。

もうひとつは、同年に開催された「国連婦人の十年」世界会議において、WHOが発表した「出産に関わる問題で毎年50万人以上の女性が死亡している」事実に対し、世界中から集まった女性問題活動家たちが意識を新たにしたことである。

このように妊産婦死亡に対する関心が高まる中、1987年2月にケニアのナイロビで「安全な母性のための国際会議」(以下、ナイロビ会議)が開催され、その議論を基に政府、国連、専門組織、NGO(民間援助団体)が協力してSMIが立ち上げられた。

また、このSMIを直接支える協力団体グループ(Inter-Agency Group, 以下IAG)として、ナイロビ会議を主催したWHO(世界保健機関)、UNFPA(国連人口基金)、WB(世界銀行)の3団体以外に、国連児童基金(UNICEF)、国連開発計画(UNDP)、また世界最大級のNGOである国際家族計画連盟(IPPF)、国際助産師連盟(ICM)、国際産婦人科連盟(FIGO)などが参加することになった。

その後、すべての大陸、多くの国々で「安全な母性」に関する会議が開催され、この名称や概念自体は多くの人々に知られるようになった。特に、1994年にカイロで開催された国連人口開発会議(ICPD)を契機に、それまでマクロの視点で捉えられてきた人口問題が、女性の健康・権利・能力開発といったミクロの視点で捉えられるようになり、「安全な母性」はリプロダクティブ・ヘルスおよびライツの考え方からも理解・支持されるようになった。

その一方で、SMIには明確な戦略がなく、実際に動いているプログラムも少ないという批判も出てきた。そのため、SMI立ち上げから10年目の1997年10月には、スリランカのコロomboで「安全な母性に関する技術諮問会議」(以下、コロombo会議)が開かれ、SMIの戦略に関する見直しが行われた。

2000年になると、世界的な開発課題に対して、世界が目標を共有し、その解決に向けて協力しようとの動きが生まれ、2000年9月の国連総会を機に、189カ国の支持の下、国連ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals, 以下MDGs)が定められた。女性の健康はこの重要な世界の開発8目標のひとつとなり、MMRを1990年から2015年までに4分の3減らすという数値目標が定められた。実はSMIでも「妊産婦死亡

を2000年までに半減させる」との目標を設定していたが、MDGsはそれを世界のリーダー達に注目させ、責任をもたせるという意味で重要である。

一方で、1990年後半になると、5歳未満の子供の中でも新生児の死亡がなかなか下がらないことが問題視され、2000年には「健康な新生児のためのパートナーシップ」(Healthy Newborn Partnership)が立ち上がった。その後、新生児死亡を低減させるには母親の役割が重要との意見から、母性と新生児と一緒に考えるべきとして、2003年には「安全な母性と新生児の健康パートナーシップ」(Partnership for Safe Motherhood & Newborn Health)に発展し、2004年に別に立ち上がった「子供の生存パートナーシップ」(Child Survival Partnership)と合体して、2005年に「母性・新生児・子供の健康のためのパートナーシップ」(Partnership for Maternal, Newborn & Child Health: PMNCH)が誕生し、実質的にSMIはこれに吸収された形になっている。したがって、近年、世界ではMCHではなくMNCH (Maternal, Neonatal and Child Health) という略語が多く使われるようになった。ここでこれらのパートナーシップの動きに着目すると、再び新生児や小児の死亡低減に関する議論が多く、「MNCHのMは結局どこに行ってしまうのか？」と疑問の声もある。

3. SMIの戦略・実施とその課題

1987年のナイロビ会議で掲げられた行動目標を要約すると、「女性の地域を向上させ、地域を啓発し、妊産婦の健康向上のため、産前ケア、出産介助、産後ケアを地域および医療施設レベルで推進する」というものであった。しかし、当時、先進国の途上国に対する援助は、地域における治療と予防に主眼を置いたプライマリ・ヘルスケアが中心であった。そのため、SMIにおいても、地域を主眼においた産前健診により妊婦のリスクを早期発見し出産・産後まで管理するリスクアプローチと、途上国において出産介助の主役であった伝統産婆の教育に主眼が置かれた。

しかし、1997年のコロンボ会議では、この2つの介入、すなわち産前健診の推進と伝統産婆の教育を疑問視する声が大きかった。その理由は、10年間をレビューした結果、2つの介入によって妊産婦死亡が減少したという明らかなエビデンスが見出せなかったからである。そもそも妊産婦死亡は予測不可能、予防不可能なもので、リスクを産前健診で把握・管理するこ

とは不可能ではないか、また伝統産婆を訓練してもハイリスク分娩を取り扱うには限りがあり、かえって自信をつけさせて無理な処置を行うことでリスクが高まるのではないかと、などの意見があった。

様々な議論を基に、コロンボ会議ではSMIの戦略が見直され、1)「人間の権利」から見た安全な妊娠・出産・子育ての推進、2)女性のエンパワメント・選択の自由、3)社会経済的に不可欠な安全な妊娠・出産・子育てへの投資、4)結婚と第一子出産の延期、5)全ての出産には危険が伴うという認識、6)出産時訓練を受けた保健要員が立ち会う必要性、7)高い質のリプロダクティブヘルスサービスへのアクセスの改善、8)望まない妊娠と危険な中絶の防止、9)推移の評価、10)パートナーシップが発揮するパワー、の10項目が勧告され、2000年にはSMIの統合戦略として、表2のような内容が示された。

この背景には、妊産婦死亡の間接要因として多産、十代の妊娠、妊産婦の重労働、中絶のタブー視、女性の人権軽視といった問題があり、政策・制度の改善なくして妊産婦の健康の改善はありえないとの考え方がある。また、妊産婦死亡を分析すると、図3に示すような3つの遅れがあり(Thaddeusら、1994)、妊産婦を取り巻く政治・社会・文化・経済的環境を変えなければ解決に繋がらないとの見方もあった。

こういった流れの中で、多くの援助国は産前健診と伝統産婆の訓練に対する支援から手を引きはじめ、途上国政府自身も伝統産婆の廃止や産前健診事業の予算カットをはじめることになった。しかし、援助国にとって、その代替として予算を投入すべき介入事業を新たなSMIの戦略の中からは見出せなかった。また、女性

表2 統合Safe Motherhood戦略(2000年)

1. 地域におけるリプロダクティブヘルス啓発2. 専門家による出産介助3. 産科合併症・救急へのケア4. 産後ケア5. 安全な人工中絶と中絶後のケア6. 家族計画7. 思春期へのリプロダクティブヘルス・サービス8. 根拠に基づいた妊産婦健診とケア   * 栄養指導、鉄・葉酸補給* ヨード化油(塩)とビタミンA(不足が明らかな地域)* 血圧測定* 梅毒検査と治療、尿路感染症検査と治療* 母乳栄養指導* 破傷風予防接種* VCT検査とその後のARV投与

図3 妊産婦死亡に関わる「3つの遅延モデル」

の人権擁護に対するキャンペーンも、途上国政府の具体的行動にはつながりづらく、また人工中絶、若年妊娠といったセンシティブな問題が絡む場合、敬遠する援助国も少なくなかった。

その結果、見直されたSMIの対策についても「総論賛成、各論進まず」といった状況が続くことになったのである。

4. 緊急産科ケアの意義とその戦略

これに対し、前述のコロンビア大学公衆衛生大学院のA. Rosenfieldらは、妊娠・出産に伴う死亡や障害を効果的に減らすには、図3の妊産婦死亡にかかわる遅れのうち3番目の要因に焦点を絞り、適切な医療を早期に提供することが重要として緊急産科ケア (Emergency Obstetric Care: EmOC) を推進した。

これは前述の通り、妊産婦の死亡原因のほとんどは予防や予測が困難で、これらの死亡を減らすには、問題が発生した時の迅速かつ適切な処置が最重要であるとのエビデンスが基になっている。

この動きは、A.Rosenfieldらを中心とした「妊産婦死亡と障害の改善プログラム (Averting Maternal Death and Disability: AMDD)」として、ビルゲイツ財団からの約50億円の予算 (1999年から5年間)、UNICEF, UNFPA, Save the Childrenなどの協力によって後押しされ、世界約50カ国で80以上のプロジェクトが展開された。

このAMDDプログラムでは、緊急産科ケアを基本的 (Essential) サービスと総合的 (Comprehensive) サービスに分け、前者では、注射用抗菌剤・陣痛促進剤・抗痙攣剤等の投与、胎盤用手剥離、後産の用手排出、補助 (腔) 分娩などのサービス、後者ではこれらに加え産科手術 (帝王切開) と輸血のサービスが提供できることが必要であるとした。途上国の現状を鑑みて、基本的緊急産科ケアは訓練された看護師・助産師によって実施可能であるが、総合的緊急産科ケアには専門医師が必要であるとしている。

本プログラムでは、プログラムの効果を測定するのに、妊産婦死亡割合 (出生10万人当たりの妊産婦死亡数) ではなく、表3に示す妊産婦死亡に関する国連プロセス指標を用いる。この理由は、多くの途上国では、妊産婦が自宅や地域で死亡し、また死亡登録や死因統計が整備されていないため、妊産婦死亡割合MMRは適正な指標として使えない。そのため、妊産婦死亡をもたらず経過 (プロセス) に着目してモニタリング・評価していこうというものである。AMDDではこの指標を用いて様々な国の調査・評価した結果、これらのプロセス指標を改善することによって17カ国で9500人の妊産婦死亡を減少できたとしている (Hillら、

表3 緊急産科ケアに関する国連プロセス指標と推薦される基準

国連プロセス指標	定 義	推薦される基準
1. 緊急産科ケアサービスの利用可能度 (アクセス指標)	緊急産科ケアを提供する施設の数	少なくとも、人口50万人当たり、4ヶ所の基本的緊急産科ケア施設と1ヶ所の総合的緊急産科ケア施設を設置
2. 緊急産科ケア施設の地理的配置 (アクセス指標)	緊急産科ケアを提供する施設が地方自治体 (行政区) レベルで公正に配置されているか	すべての地方自治体 (行政区) で必要とされる数の基本的緊急産科ケア施設および総合的緊急産科ケア施設を配置
3. 緊急産科ケア施設の利用度 (利用指標)	国 (地域) の全分娩のうち、緊急産科ケア施設を利用した者の割合	15%以上
4. 緊急産科ケアサービスのニーズ充足率 (利用指標)	国 (地域) の産科合併症を持つ妊産婦のうち、緊急産科ケア施設を受療した者の割合	100% (産科合併症は分娩数の15%と推算)
5. 帝王切開術実施率 (質的指標)	国 (地域) の全分娩のうち、帝王切開術を実施した者の割合	5%以上15%以下
6. 致命率 (質的指標)	産科合併症のため施設に入院した妊産婦のうち、死亡した者の割合	1%以内

2001)。

しかし、この緊急産科ケアをプログラムとして広げるのは簡単なことではない。施設の建設・改築、医薬品・資機材の供給・調達・管理、医療人材の確保・トレーニング・管理など、かなりの予算と技術・管理能力を要する。さらに、自宅分娩が中心で、緊急産科ケア施設を受診するための物理的・心理的・経済的な障壁が高い国においては、施設が整っても妊産婦が来ないということもある。結局は図3における第1、第2の遅延を解決しなければ妊産婦死亡は減少しないという現実直面する。

5. SMIの課題と展望

前述のMDGs目標5(1990年に比べ2015年までにMMRを3分の1に減少)では、世界平均で1990年のMMR428を2015年までに141に減少させることが目標である。しかし現実には、2005年における世界のMMRは400で過去15年間の減少率は低く、今後10年間でこれらを一気に減少させなければならない(Hillら, 2001; UNICEF, 2005)。それは本当に可能なのだろうか。

これまでのMMRの研究・分析によると、既存の介入・サービスのみで、現在の妊産婦死亡を4分の1まで減らすことは可能とされている(Wagstaffら, 2004)。すなわち、現在の妊産婦死亡のうち4分の3は、既存の介入・サービスを必要とする者に届けられれば、死亡を回避することができるということである。問題は、どのような既存の介入・サービスをいかに効果的・効率的に普及させるか、その予算・資源をどこから獲得するか、そのリーダーシップを誰がとっていくか、にかかっている。

これまでのSMIの課題のひとつは、ドナー、政治家、政策担当者などを惹きつける効果的なプログラムを提示できなかったことであった。では、今後、どうすべきであろうか。AMDDの推薦どおり、緊急産科ケアに絞っていくべきなのであろうか。

ランセット誌「妊産婦の生存特集」でCampbellら(2006)は、複雑な要因が絡む途上国の妊産婦死亡を低減するには単一の介入では不十分で、既にエビデンスのそろった効果の高い介入をパッケージ化して提供する必要があると述べている。このパッケージでは、(1) 出産可能年齢の非妊娠女性(全員)、(2) 出産可能年齢の非妊娠女性(有病者のみ)、(3) 出産可能年齢の非妊

娠女性(妊娠を望まない)、(4) 妊娠女性(出産を望まない)、(5) 妊娠女性(全員)、(6) 分娩期女性、(7) 産褥期女性、(8) 合併症を持つ妊娠・分娩・産褥期女性、の8つに分類し、それぞれに提供すべき必要最低限のサービスが示されている。例えば(1) 出産可能年齢の非妊娠女性(全員)には、葉酸・鉄の補給(貧血予防)、ヨード塩の使用(ヨード欠乏症予防)、疾病スクリーニング・健康診査の受給(重度の貧血、心臓病、喘息、HIV、糖尿病、寄生虫疾患などの診断)が含まれる。

この論文はさらに、緊急産科ケアは必須のサービスだがこれだけでは不十分で、「ヘルスセンターを中心とした分娩期ケア」を優先すべきと主張している。緊急産科ケア施設を充実させても、自宅分娩である限り、図3の第1、第2の遅延要因は避けられない。また、訓練された専門家に分娩助産をさせても、自宅分娩ではできる処置は限られている。これらの理由から、助産師を中心とした施設分娩を推進し、必要に応じて緊急産科ケアにつなげていかなければ、途上国の高い妊産婦死亡を減らすことは困難であると論じている。

しかしながら、それを実現するには、世界でさらに33万人以上の助産師を育成することが必要で、その人件費、施設の整備、医療費、自宅分娩を好む文化・習慣の変革など様々な問題もはらんでいる。そのため、最終的には施設分娩を目指しながらも、その移行期においてはいかなるサービスを強化していくか検討する必要があると考える。

これには、世界の成功例・実践例をもう一度見直し、エビデンスを確かめ、効果的な実践方法を考える必要がある。例えば、バングラデシュでは、2001年の統計で、専門家による出産助産が13%、施設分娩は9%に留まっているが、1990年以来、MMRは着実に減少し、現在の減少率が続けばMDGs目標5は達成可能と予測されている。施設分娩が低率でも、家庭・地域におけるサービスの内容と質によっては、かなりの妊産婦死亡を減らせることの裏づけである。

その中で、新たなサービスの導入も検討されている。たとえば、地域保健要員といった医師や助産に比べると知識が不十分と思われる人材を通じて、抗生物質や子宮収縮剤を使用させ、産褥熱や産後出血の応急措置をさせようというものである(Costelloら, 2006)。特に、産後出血では生死を決める重要な時間6時間以内に施設に搬送できない場合、ミソプロストール(misoprostol)などの子宮収縮剤を使用することで死亡例を少しでも減少させようとの考えがあり、いくつ

かの国で既に試行されている。

また、十分なエビデンスは示せなかった伝統産婆であるが、活用方法によって未だ役割は大きく、効果もあるとの報告も出てきている (Sibley ら, 2004)。助産師や看護師の育成、またその地域での活用に制限のある国・地域では、伝統産婆の意義・有効的活用方法についてもう一度検討する余地があるかもしれない。

さらに、「出産のヒューマニゼーション」といったお産やその介助の質を高める運動もあり (Misago ら, 2001)、施設分娩や緊急産科ケア以外にも、家庭・地域において妊娠・分娩・産褥期の妊産婦ケアを高める努力は未だ多くあると考えられる。

その一方で、HIV/AIDS、マラリアといった妊産婦死亡の間接要因も途上国では重要課題である。マラウイではHIV/AIDS流行のため、施設分娩が57%と高率でありながら、1990年以来MMRが3倍に増加している。このような国では、これらの疾病予防や治療、母子感染予防などのサービスを産科ケアとしっかり連携させる必要があり、より包括的に対策を検討する必要がある。

結論としては、途上国において、施設分娩、緊急産科ケアを長期的目標としながらも、短期的には、その移行期として、家庭・地域における妊娠・出産・産褥期ケアをいかに量的・質的に高めていくかという検討が重要である。それには、地域の資源を最大限に利用する必要があり、国によっては伝統産婆も未だ重要な人的資源と考えるべきところもあろう。ただし、国によってその社会基盤、社会経済的背景は異なり、地域資源、保健システムにも違いがあるため、それぞれの国・地域に応じた家庭・地域でのケアのあり方、資源活用のあり方、地域ケアと施設ケアの連携のあり方を検討する必要がある。科学的な手法による普遍的なエビデンスの抽出も重要だが、世界の成功・失敗例を分析しつつ、状況が似通った国から学んでいくことも大切である。

妊産婦死亡低減にはすぐには結びつかないかもしれないが、家族計画の推進、女性の教育、女性の権利の擁護、不公正・不平等の解消、リプロダクティブヘルスにおける男性の参加といった課題は安全な母性、さらに女性の健康向上には不可欠なものであり、保健医療分野のみならず、政治的・外交的な努力を推し進める必要がある。

6. 日本に期待すること

日本の政府開発援助 (ODA) の総額は、ピークを示した1997年に比べると、近年は大幅に減少しているが、未だアメリカに次いで世界で2番目に多く、途上国の保健医療援助における日本の役割は大きい。

これまで日本は、マルチ (国連機関への拠出など) を通じた援助とパイ (日本から途上国に対する二国間の協力) での援助を行い、後者では、主に無償資金協力と呼ばれるモノ (病院・保健センター建設、医療機材供与、医薬品供与など) を中心とした援助とヒト (専門家派遣、研修生受入れなど) を中心とした援助を行ってきた。「安全な母性」についても、主に国際協力機構 (JICA) を通じてブラジル、バングラデシュ、パキスタンなど様々な国で関連するプロジェクトを行ってきた。また、NGO (非政府組織) による国際協力も活発化し、特に家族計画国際協力財団 (JOICFP) は世界各地で地域に根ざし、日本の経験を活かした「安全な母性」およびリプロダクティブヘルスに関わる活動を展開している。

一方で、援助の世界も刻々と変化してきている。「何を援助したか」ではなくそれによって「何が改善したか」、「どんないいモデルを作ったか」ではなく「効果的なモデルをいかに広い地域に展開できたか」、「どんないいプロジェクトを行ったか」ではなく「どれほどプログラム・保健システム強化に貢献できたか」が重要になってきている。SMIについていえば、単にある国の一地域でいいモデルプロジェクトを行うだけでは不十分で、より広い範囲をカバーし、プロジェクトが終わっても、現地の助産師を含む人材が自分達でその援助によって得たもの (施設・管理能力・技術など) を維持・発展していけるような仕組みを作ることが重要である。

もちろん、これは言うは易く行うは難いものであり、一個人や一団体だけでできるものではない。しかし、たとえ助産師学会やその会員個人がこのような国際協力に関わる際であっても、「木を見ながら森を見る」、すなわち、一個人、一団体が国際協力に参画する際に、この国・地域の「安全な母性」はどうあるべきか、何が足りないか、何を優先して変えるべきか、といった広い視点で考えることによって、自分の役割、自分達が行う支援のあり方も見えてくる。国際協力をするものが時に陥る過ちは「自己満足」である。現地に行くこと、自分が何か汗をかくことに満足を感じてしまう

ことがある。しかし、全体の森の中で自分がどこにいるのか、どこの木を見ながら歩いているのかを確かめながら、各々がもつ知識・能力を最大限に発揮して欲しい。

ひとりの力はとても小さい。一本の木を植えても森になることはない。しかし、月に一本植えれば10年で120本、そんな人が10人いれば1200本植えることになり、ひとつの森ができあがる。助産師学会の中で、ひとりでも多く、途上国の妊産婦の問題に関心を持ち、またその解決のために実践してくれる人が増えてくれることを切に願うものである。

引用文献

- Campbell OM, Graham WJ (2006). Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*, 368, 1284-99.
- Costello A, Azad K, Barnett S. (2006). An alternative strategy to reduce maternal mortality. *Lancet*, 28, 368, 1477-9.
- Hill K, AbouZhar C, Wardlaw T. (2001). Estimates of maternal mortality for 1995. *Bull World Health Organ*, 79, 182-93.
- Misago C, Kendall C, Freitas P, et al. (2001). From 'culture of dehumanization of childbirth' to 'childbirth as a transformative experience': changes in five municipalities in north-east Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*, 75 Suppl

1, S67-72.

- Rosenfield A, Maine D, Freedman L. (2006). Meeting MDG-5: an impossible dream? *Lancet*, 368, 1133-5.
- Rosenfield A, Maine D. (1985). Maternal mortality-a neglected tragedy. Where is the M in MCH? *Lancet*, 2, 83-5.
- Sibley L, Ann Sipe T. (2004). What can a meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes? *Midwifery*, 20, 51-60.
- Thaddeus S, Maine D. (1994). Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*, 38, 1091-110.
- UNICEF (2005). *State of the World's Children 2006*. New York: UNICEF.
- Van Lerberghe W, De Brouwere V. (2001). Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Antwerp, ITG Press.
- Wagstaff A, Claeson M. (2004). The millennium development goals for health: rising to the challenges. Washington DC, The World Bank.
- WHO (2004). *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Geneva, WHO.
- WHO (2005). *The World Health Report 2005: Make every mother and child count*. Geneva, WHO.