

インドネシア共和国の妊産婦保健の現状と 妊産婦の健康改善のための戦略に関する文献レビュー

A Literature Review on the Current Situation and Strategy for Improving Maternal Health in Indonesia

田中和子*1、中本朋子*2、吉村耕一*3、浦山晶美*1

Kazuko Tanaka, Tomoko Nakamoto, Koichi Yoshimura, Akimi Urayama

要旨

目的：開発途上国における妊産婦の健康改善は、世界的に取り組むべき課題である。本稿の目的は、インドネシアの妊産婦保健の現状と健康改善のためのインドネシア政府の政策について、統計資料や既存の文献から、概観することである。

方法：データベースを用い、インドネシアの妊産婦保健に関する2005年以降の文献を検索した。

結果：インドネシアの妊産婦死亡率は改善されてきているが、ASEAN原加盟国の中で最も悪く、ミレニアム開発目標5は達成できていない。保健政策として、コミュニティを動員したプログラムを実施しているが、エビデンスに基づく成果はまだみられていない。

結論：インドネシアの妊産婦の健康を改善するためには、妊産婦と家族、コミュニティだけでなく、医療従事者をエンパワーすることを含め、より包括的なアプローチが必要である。

キーワード：インドネシア、妊産婦の健康、ミレニアム開発目標

Abstract

Objective

Approach to improve maternal health in developing countries is a global issue. The purpose of this study was to review the current situation of maternal health in Indonesia and examine the government strategy to improve maternal health in Indonesia using a review of the statistical data and previous research.

Methods

A literature search was conducted using electronic databases and we collected and reviewed papers on maternal health in Indonesia that were published after 2005.

Results

Maternal mortality rate in Indonesia has been reduced, but the Millennium Development Goal 5 has not yet been achieved and the rate is still the highest among the original members of ASEAN. The Indonesian government has conducted a community based program to reduce maternal mortality, but it remains unclear whether this current program has been effective in improving maternal health in Indonesia.

Conclusion

In order to improve maternal and child health in Indonesia, it is necessary to have a more

*1 山口県立大学 別科助産専攻、看護栄養学部看護学科

*2 山口県立大学 別科助産専攻

*3 山口県立大学 看護栄養学部看護学科

comprehensive approach that will empower not only pregnant women and their family members and community but also the providers.

Key words : Indonesia, Maternal Health, Millennium Development Goals

I. 序論

世界では、1年間に30万人の妊産婦が命を失い、300万人近い新生児が死亡している。その原因には、妊娠中および分娩時のケアの不足があげられる。母親と新生児の双方にとって最良の結果を出すには、専門技能をもった医師、看護師あるいは助産師が出産に付き添う必要がある (Unicef, 2014)¹⁾。妊産婦死亡率 (以下MMR) は妊産婦の健康、妊産婦を取り巻く環境、妊娠、分娩、産後のヘルスサービスのレベルを評価するためにしばしば用いられる指標のひとつである。ミレニアム開発目標 (以下MDGs) の5は、2015年までにMMRを1990年の水準の4分の1に削減することであり、開発途上国では目標達成のためにさまざまな取組が行われてきたが、MDGs 8つの中で最も進捗が遅れている。2015年の世界のMMRの推定値は出生10万対216で、1990年の385から44%減少しているが、MDGs 5は達成できていない。妊産婦死亡の99%は開発途上国で起こっており²⁾、開発途上国のMMRは未だに高く、現在進行形の課題である。『持続可能な開発のための2030アジェンダ』が2015年9月に国連で採択され、MDGsで達成されなかった課題が継続されることとなった。妊産婦の健康に関する新しいアジェンダの目標はMMRを70未満に減少させることである³⁾。

世界的にMMRは過去25年間で約44%減少した。中でも東南アジア地域の2015年のMMRの推定値は110で72%減少と飛躍的な改善がみられた。インドネシア共和国 (以下インドネシア) の、MMRは、

1990年では約446であったが、2013年には165、2015年の推定値は126である。しかし、インドネシアのMDGs5のMMR削減の目標値は2015年までに102にすることであり、MDGs5は達成できていない。過去25年間でMMRは71.7%の減少がみられているものの、東南アジア地域の2015年のMMR推定値110より悪い。インドネシアの経済成長は好調であるにもかかわらず、近隣するASEAN原加盟国の中で最も悪い²⁾ (表1)。インドネシアでは、高いMMRに対応するため、コミュニティを巻き込んだ母子保健プログラムを展開している。

本稿では、インドネシアの妊産婦の健康に関する文献検討を行い、妊産婦保健の現状および保健政策についての知見を得ることを目的とした。

II. 研究方法

本研究は、インドネシアの妊産婦保健の現状と健康改善のためのインドネシア政府の政策について、国際機関の統計資料および本邦を中心とした研究報告から概観する文献レビューである。

インドネシアの母子保健指標については、Unicef,WHO,UNFPA,World Bankなどの国際機関の統計データを使用した。国内の文献検索に使用したデータベースは、『医中紙web』で、検索ワードは「インドネシア、母子保健」、検索期間は、2005年~2015年とした。インドネシアの母子保健の現状と課題に関する文献から内容の合致する文献を選別し、分析した。また、国内文献から得られた情報

表1. ASEAN原加盟国5か国の出産前ケアと妊産婦死亡率

出産前ケアが行なわれている割合		専門技能者が付き添う出産	保健施設での出産	妊産婦死亡率	
2009-2013*	2009-2013*	2009-2013*	2013	2015	推定値
最低1回	最低4回				
96	88	83	63	190	126
98	93	100	100	26	20
NA	NA	NA	100	6	10
95	78	72	55	120	114
97	NA	99	99	29	40

Unicef 世界子供白書2015, WHO Trend in Maternal Mortality:1990 to 2015 より作成
* データが指定されている期間内で入手できた直近の年次

をもとにインドネシア政府が実施している母子保健改善プログラムに関する研究を検索した。検索ワードはインドネシア語の「Desa Siaga」、「P4K」である。「Desa Siaga」、「P4K」は、高いMMRに対応するためコミュニティベースのインドネシアの国家プログラムである。また、インドネシアの妊産婦及び医療従事者の行動から健康問題を質的に分析した研究を検索した。使用したデータベースは『PubMed』で、検索ワードは「pregnant, Indonesia, qualitative study」、検索期間は、2010年～2015年までである。

Ⅲ. 結果

1. 検索により抽出された文献

インドネシアの妊産婦保健の現状に関する文献数は少なく、周産期ケアの現状を妊産婦および看護者の視点から分析した文献が1件（Widyawati et al., 2015）⁴⁾、妊産婦と乳幼児の食習慣に関する文献が2件みられた（生田ら、2011⁵⁾；Wulandari et al., 2010⁶⁾）。

また、インドネシアの保健政策の現状について文献は、インドネシアの保健医療の現状を包括的にまとめ報告したものが2件（垣本、2009⁷⁾；江上ら、2012⁸⁾）、母子健康手帳に関する文献が2件（當山ら、2005⁹⁾；Kusumatati et al., 2007¹⁰⁾）みられた。さらに、本邦の文献情報をもとに海外のインドネシア母子保健政策の文献について検索したところ、4件の文献が抽出された。（Kerrison, 2009¹¹⁾；Soedirhama et al., 2015¹²⁾；Hill et al., 2014¹³⁾；Mariani, 2013¹⁴⁾）。

2. インドネシアの妊産婦の健康の現状

インドネシア共和国の人口は、2億4,000万人で、世界第4位である。また、約13,500の島々からなる世界最大の島嶼国家で、総人口の約6割が、全国土面積の約7%に過ぎないジャワ島に集中している。国民の大半がマレー系であり、ジャワ、スンダ等約300種族に大別される多民族国家である。国民一人あたりのGDIは、3,580USドルである。インドネシアの2005年以降の経済成長率は、世界金融・経済危機の影響を受けた2009年を除き、5%後半～6%台の高い成長率を達成している（外務省、2015）¹⁵⁾。

① 周産期ケアの現状（表1）

Kerrison (2009)¹¹⁾は、インドネシアでは、2003年

以降、女性が医療施設で分娩するようになったことを報告している。2007年のデータでは、自宅分娩が最も多く53%で、次に多いのが、私立の施設（私立病院・クリニック・ドクター・産婦人科医、開業助産師、村落助産師）で36%、3番目が国立の施設10%である¹⁶⁾。また、2002-2003年の専門技能者介助による分娩は66%であったが¹¹⁾、2013年は83%まで上昇しており¹⁸⁾、2015年までには90%を達成する国家目標まであと一歩である。妊産婦の死亡をもたらず直接的原因のほとんどについては、専門技能を有する保健従事者が立会い、必要に応じた緊急産科ケアへのアクセスにより、対処できるとされている。しかし、インドネシアでは、今もなお分娩や妊娠によって1時間に1人の女性が死亡している¹⁷⁾。インドネシアでは、2011年8月より妊婦健診から出産、産後健診まで一貫して無料での継続ケアを推進している⁸⁾。妊産婦健診を受ける割合（2009-2013）は増加し、最低1回96%、最低4回88%である¹⁸⁾（表1）。

インドネシアにおいて、妊産婦の貧血は過去数十年、大きな課題のままである。看護助産師によって妊娠中の貧血の早期発見がなされていないことが問題の一因である。Widyawatiら（2015）⁴⁾は、貧血の妊婦管理についてジョグジャカルタ特別州の5郡のヘルスセンターの看護師、助産師の体験を質的調査から明らかにしている。その結果、1) スタッフの能力と臨床技術の欠如、2) 妊婦健診における家族の文化的信念と関わり方の低さ、3) 保健センターの設備と訓練を受けたスタッフの不足という3つの主要なテーマが抽出された。看護助産師は貧血の妊婦管理のためのコミュニケーション技術と臨床技術を改善する必要がある。また、文化的信念の強さと健康に関する情報の欠如のために、妊婦健診に夫や家族が参加することが妨げられ、さらに、好ましくない労働環境は、妊婦が健診を受けることを困難にしていることが明らかになった。Widyawatiら（2015）は、妊産婦と子どもの健康を改善するためには看護助産師と妊婦をエンパワーすることだけでなく、より包括的なアプローチを行うことが重要であると結論づけている⁴⁾。

② 妊産婦がおかれている社会的環境の現状

開発途上国では、妊産婦の宗教的価値観や信念が妊娠中の行動に強く影響しているといわれている。生田ら（2011）⁵⁾は、MMRや乳児死亡率の高いカリマンタン州山間部民族である母親へ食習慣に関

する調査を行い、妊産婦の禁忌食物や乳幼児の偏食があることを報告している。インドネシアはイスラム教徒が圧倒的に多いが、多くの部族があり宗教も異なっている。妊産婦に食習慣や栄養指導をする際には、教育・指導者と地域住民の宗教的・主観的な違いを考慮しながら実施する必要があるとしている。また、Wulandariら（2010）⁶⁾は、インドネシアバリ州で妊産婦に面接調査を行い、妊婦の信念、態度、行動を明らかにしている。妊産婦の信念が妊娠中のフードタブーなどに影響を及ぼしていた。女性たちは、妊婦には肉より野菜の方が体によいと信じており、伝統的な薬草治療についての強い関心があった。女性たちは、新生児の健康のためには、自分たちだけでなく、医療従事者、自然、神すべてが責任を負っていると考えていた。さらに、女性たちは妊娠中家族のサポート役割が重要であると考えていた。Wulandariら（2010）は、インドネシアにおいて妊婦健診と妊娠結果を改善させるための介入は、これらの信念と態度を考慮すべきであり、コミュニティと宗教指導者はそれをサポートするために関わるべきであるとしている⁶⁾。

3. インドネシア保健政策の現状

① 保健行政のしくみ

インドネシアの保健医療の資料の入手は難しく、その多くがインドネシア語で公表されており、情報収集は容易でないが、垣本（2009）⁷⁾、江上ら（2012）⁸⁾は、インドネシア保健省の政策アドバイザーなどとして、活動をした経験から現在のインドネシアの保健医療の現状について包括的に報告している。

インドネシアは、過去約30年にわたって中央政府主導による保健医療行政システムの整備、保健医療従事者の育成、統合医療行政ポスト（Posyandu）などに代表されるコミュニティ参加促進などにより、健康水準の改善を図ってきた⁷⁾。しかし、2001年以降の急速な地方分権化政策は、地方の保健医療制度やその機能に大きく影響を及ぼし、保健医療サービスにおいて地域間格差を広げた。保健省戦略計画2010-2014は、自律した健康なコミュニティと公然性をビジョンに、母子保健・家族計画、栄養状態改善、感染症・非感染症対策、保健人材の拡充、医薬品の安全性・調達・適正使用の促進、貧困者を対象とする社会保障制度（JAMKESMAS）、

コミュニティエンパワメント、保健サービスの改善の8項目を優先課題と位置付けていた。国家長期開発計画の下で策定された現在の国家長期保健開発計画2005-25では、ビジョンを「Healthy Indonesia2025」、ミッションを「保険を視野に入れた国家開発の促進」、「健康に生きるコミュニティ」、「質のよい保健」、「保健財政の改善」としている⁸⁾。

② 妊産婦の健康改善のための戦略的な試み

インドネシアのMDGsにおけるMMR削減の目標は、2015年までに102（出生10万対）を達成することであった。インドネシアのMMRは、2013年に190まで削減されたが、近接するASEAN原加盟5か国の中で最も高い¹⁸⁾。2000年にインドネシア保健省はStrategy Making Pregnancy Saferを開始した。それは以下の3つの主要なヘルスサービスの向上に焦点を当てた戦略である。それは、「専門技術者が分娩介助する」、「すべての産科・新生児の合併症は適切なケアを受ける」、³⁾「妊娠出産をする年齢のすべての女性は望まない妊娠を避け、流産の合併症を管理することにアクセスできる」の3つである（Soedirhama et al.,2015）¹²⁾。インドネシアは、高いMMRを減少させるために、コミュニティベースの母子保健改善の国家的プログラムとして、Desa Siaga（Village Alert）およびProgram Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi（Program Planning and Complications Prevention of Childbirth）（以下P4K）を展開している。

Desa Siagaは産科と新生児の緊急時に備えるためにコミュニティを動員するという国家プログラムのことで2006年より導入された。Desa Siagaとは、妊娠出産に関わるリスクの責任をコミュニティが負うという啓発活動のことである。Desa Siagaは、インドネシアにおける妊娠の合併症に対応するためのコミュニティの自覚と戦略として発展してきた（Hill et al.,2013）¹³⁾。インドネシアでは、母子保健は重要課題で、健康な生活のための社会動員とコミュニティ強化を達成することを目標にDesa Siagaプログラムを最優先課題としている⁸⁾。このプログラムの重要な構成要素は、①プライマリーヘルスケアの強化（村落ヘルスポストと地域保健センター）、②コミュニティベースの保健ユニット（Posyandu）、③コミュニティベースの緊急時の準備や対応、④コミュニティベースの予算である（Indonesia

country Profile 2006)。しかし、このDesa Siagaが、健康問題だけでなく、産科と新生児の緊急事態に対処する上でも有効であったかどうかは不明である¹¹⁾。インドネシアの子どもの死亡のほとんどが、新生児期に起こっており、予防可能なことが要因である¹⁷⁾。新生児死亡率を減少させるためには、出生後に適切なケアを受けることが重要であり、すべての女性が専門技能者よる分娩介助を受けることが最優先課題である。

Kerrison (2009) は、インドネシアの東ヌサトゥンガラ州で実施されたP4Kについて報告している。2006年よりインドネシアにP4Kが導入され、P4Kは地域ベースの強い社会的構成要素を含んでおり、Desa Siagaプログラムから発展したプログラムである¹¹⁾。P4Kの目標は、出産と起こり得る合併症にすべての女性、家族、地域が準備することである。P4Kプログラムの構成要素は次のとおりである。出産の計画と産科・新生児の合併症の管理のための搬送の準備、血液ドナーの確認、病院までの移送と資金の準備である。その実際は、妊婦それぞれに自分の詳細を示すステッカーが与えられ、家の前に目立つように表示される。そのステッカーは、女性と家族が一緒に書いて完成させる。そこには、妊婦の名前、分娩予定日、分娩介助者、分娩場所、分娩時のサポートパーソン、移送の必要性、女性の血液型が記載される。ステッカーの内容を助産師が確認し、家族が緊急時に搬送するための貯蓄を持っていることがわかり、産後の家族計画を話し合うことも期待できる。また、このアプローチは、助産師が妊娠中の女性の正確なデータを収集することが保証されるだけでなく、地域のリーダー、村落ボランティア、伝統的産婆もこのアプローチを側面からサポートできるとしている。Kerrison (2009) は、P4Kをサポートするには、村落助産師と村落ボランティアと伝統的産婆のパートナーシップの強化が必要であると述べている。村落ボランティアが妊婦の身元を確認し、データベースと地図をアップデートし、助産師をサポートする必要がある。また、村落ボランティアは、助産師とともに産婦を励まし、産後の避妊具を奨励する役割がある。伝統的産婆は、法的に分娩介助は許可されていないが、分娩中と産後の母親のケアをする役割を与えられている。村落助産師と伝統的産婆とのパートナーシップが、MMRを減少させるために重要である¹¹⁾。

また、Mariani (2013) は、バリ州のP4Kのステッカーの実施の要因について報告している。2011年に報告されたバリ州のP4Kステッカー普及率は100%であったにもかかわらず、病院に到着するまでに妊産婦死亡が起こっていた。村落助産師や村落ボランティアは、知識はあるが、妊産婦の行動をサポートできていないことが明らかになった¹⁴⁾。

そのほかの母子保健政策としては、1993年に日本政府の援助により開発・配布された母子健康手帳のプログラムがある。母子健康手帳は、インドネシア国の需要と適合し、国家プログラムへと展開していった(當山ら、2005)⁹⁾。Kusumatatiら(2007)は、母子健康手帳の使用が妊婦健診や分娩介助技術者に関する良好な知識およびそれらの高い利用可能性に関連があったことを報告している¹⁰⁾。2004年には、インドネシア保健大臣令により、すべての母親と子どもは母子健康手帳をもつ必要があり、助産師や医師は母子健康手帳に記録すべきであると定められた¹⁹⁾。

IV. 考察

WHOは、安全な妊娠・出産のために、すべての出産に専門技能者の立会い、最低4回の妊婦健診を推奨している。しかし、インドネシアの妊婦健診受診回数や専門技能者による立会いは、十分とは言い難い。特に、貧困世帯や農村部では、無料サービスだけでなく、インフラの整備や人的資源の充実など妊産婦が医療施設へアクセスしやすい環境を整える必要がある。また、多民族国家であるインドネシアにおいて、妊産婦の健康改善にアプローチするには、多様な価値観を尊重する必要があり、宗教的価値観や、信念、慣習などに配慮するだけでなく、家族、コミュニティ、宗教指導者を巻き込むことが重要であるといえる。また、ケア提供者である看護助産師の労働環境の改善だけでなく、教育システムの確立を行い、彼らをエンパワーする戦略を早急に考慮する必要がある。

近年のインドネシアの経済成長は、好調であるにもかかわらず、MMRがまだ十分改善されていない現状がある。インドネシアは、高いMMRに対応する戦略として、コミュニティを巻き込んだDesa Siaga、P4Kを展開しているが、その成果は十分明らかになっていない。妊産婦死亡の起こる貧しい地域の特殊な背景を考慮し、そこにフォーカスを当

て、保健人材を十分配置し、コミュニティの医療従事者やボランティアをエンパワーする国家戦略が必要であると考えられる。効果的に地域レベルでの保健サービスの提供をするためには、インドネシアは、さらに妊産婦の健康への介入をスケールアップし、さまざまな問題や戦略を反映した形式を考慮していくことが重要である。

V. 結論

インドネシアのMMRは過去25年間で著しく改善されてきているが、ASEAN原加盟国の中で最も悪く、MDGs5は達成はできていない。インドネシアはMMRを低減させるために、コミュニティを巻き込んだプログラムに力を入れているが、その成果は十分明らかになっていない。今後は持続可能な開発アジェンダにおいて、さらなるMMR削減を目指す必要がある。また、インドネシアの妊産婦健康の更なる改善のためには、地域を巻き込むだけでなく、妊産婦の信念と態度を考慮すべきであり、妊産婦をサポートする医療従事者の働いている環境を改善し、スタッフトレーニングなどを行いエンパワーする必要がある。

引用文献

- 1) Unicef: 世界子ども白書2014統計編 だれもが大切な“ひとり”格差を明らかにし子どもの権利を推進する、東京、日本ユニセフ協会、2014.
- 2) WHO, unicef, UNFPA, WORLD BANK GROUP, UNITED NATIONS: Trends in Maternal Mortality:1990 to 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf (アクセス2015年12月1日)
- 3) 外務省: 我々の世界を変革する: 持続可能な開発のための2030 アジェンダ <http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000101402.pdf> (アクセス2015年12月1日)
- 4) Widyawati Widyawati, Suze Jans, Sutarti Utomo, Jeroen van Dillen, ALM Lagro Janssen: A qualitative study on barriers in the prevention of anaemia during pregnancy in public health centres: perceptions of Indonesian nurse-midwives, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2-8, 2015.
- 5) 生田まちよ、竹下夏美、牛之濱久代、下敷領須美子: インドネシア共和国西カリマンタン州における妊産婦と乳幼児の食習慣に関する調査、*熊本大学医学部保健学科紀要*、7、11-23、2011.
- 6) Luh Putu Lila Wulandari, Anna Klinken Whelan, Beliefs, attitudes and behaviours of pregnant women in Bali, *Midwifery*, 1-5, 2010.
- 7) 垣本和宏: インドネシア共和国における保健医療の現状と課題、*Journal of International Health*, 24 (2) ,97-105, 2009.
- 8) 江上由里子、安川孝志、廣田光恵、村越英治郎、垣本和宏: インドネシア共和国の保健医療の現状、*Journal of International Health*, 27 (2) ,171-180, 2012.
- 9) 當山紀子、中村安秀: インドネシア版母子健康手帳の受益者負担制度に関する研究 - 北スラウェシ州における事例を通じて -、*国際保健医療*、20 (1) ,31-35, 2005.
- 10) Agustin Kusumayati, Yasuhide Nakamura: Increased Utilization of Maternal Health Services by Mothers Using the Maternal and Child Health Handbook in Indonesia, *Journal of International Health*, 22 (3) ,143-150, 2007.
- 11) Jenny Kerrison, Indonesia, East Nusa Tenggara (NTT) province -community-based delivery of maternal and newborn care interventions, Working Paper community-based care at birth-what role can it maternal and newborn survival in high mortality setting? ANNEX: CONSOLIDATED SITE ANALYSES Compass: Women's and children's Health knowledge hub, 51-69, 2009.
- 12) Oedojo Soedirhama, Siti Patonah: Analyzing Program Planning and Complications Prevention of Childbirth (P4k) in the Context of Social Capital, *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research*, 22 (2) , 16-26, 2015.
- 13) Peter S Hill, Lieve Goeman, Rahmi Sofiarini, Maddi M Djara: 'Desa SIAGA', the 'Alert Village': the evolution of an iconic brand in Indonesian public health strategies, *Health Policy and Planning*, 29, 409-420, 2014.
- 14) "Ni Wayan Putri Mariani: Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Pelaksanaan

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi(P4K) Dengan Stiker Di Kabupaten Badung, Kumpulan Thesis Program Pascasarjana Universitas Udayana, 2013,Kesehatan Masyarakat,2013"

15) 外務省 : <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/indonesia/data.html>

(アクセス2015年8月12日)

16) Indonesia Demographic Health Survey 2007

17) Unicef Indonesia: Issue Beliefs Maternal and child health,2012.

18) Unicef : 世界子供白書2015〈要約版〉未来を再考する 一人ひとりの子どものためのイノベーション、東京、日本ユニセフ協会、2015.

19) 独立行政法人国際協力機構 : <http://www.jica.go.jp/project/indonesia/0600435/>

(アクセス2015年8月12日)