

開発途上国の周産期ケアを改善する
新たな支援策開発のための基盤的調査研究

学籍番号 16073301

田中 和子

論文要旨

開発途上国の周産期ケアを改善する新たな支援策開発のための基盤的調査研究

田中 和子

開発途上国における妊産婦の健康改善は、国連の持続可能な開発目標を達成する上での重要課題である。インドネシアの妊産婦死亡率は、過去25年間で改善しているものの、依然として高い状態が続いている。インドネシアの妊産婦の健康改善のためには、妊産婦自身が妊娠・出産に主体的に取り組むよう意識改革をし、さらに、現地助産師などの医療従事者が妊産婦主体のケアを考えるよう意識・行動変容することが、有効な解決策になり得ると着想した。将来的には、妊産婦主体のケアシステムを現地の事情に即した形で導入することを目指す。

第1章では、インドネシアにおける周産期ケアの現状と問題点を明らかにすることが、本研究の目的であると述べた。さらに本研究の意義として、開発途上国の周産期ケアの問題点とその原因を明らかにし、妊産婦主体のケアシステムを現地の事情に即した形で導入するためのフレームワークを提言できれば、開発途上国における安全度・満足度の高い周産期看護ケアの実現に繋がることを示した。

第2章では、インドネシアの妊産婦保健の現状と健康改善に関する戦略について、国際機関及びインドネシアの統計データと本邦を中心にした文献から概観した。インドネシアは、2015年までに妊産婦死亡率を102（出生10万対）にするとというミレニアム開発目標の5.Aを達成できなかった。インドネシアは母子保健を優先課題とし、コミュニティを巻き込んだプログラムを展開しているが、顕著な効果はみられていなかった。

第3章では、インドネシアの妊産婦と新生児の健康に関する英語論文を分析し、現状と課題を整理した。インドネシアでは、専門技能者によるケアの必要性に関する妊産婦の認知度が低い上、費用負担の経済的問題、都市部と農村部の地域格差と伝統的産婆に頼る慣習が妊産婦に大きく影響していた。社会的・経済的問題や地理的要因と、さらに伝統的慣習を踏まえた対策が望まれることが示唆された。

第4章では、インドネシアにおいて周産期の女性がどのような体験をしているのかを明らかにするために、インドネシア、バリ州の在留邦人女性を対象として、インタビュー調査を行った。邦人女性は先進国と開発途上国を比較できるため、現地女性と異なる視点から問題点を抽出することが期待された。女性たちは、周産期を通じて情報入手の難しさなどの様々な困難を抱えており、自分たちの出産体験が女性中心でないととらえ、失望していることが示された。女性たちは、看護師および助産師の寄り添いや励ましを求めている。本調査結果から、周産期における女性中心のケアとエンパワメントの必要性が示唆された。

第5章では、インドネシアの妊産婦の健康改善のために助産師などの医療従事者は、妊産婦を尊重し、パートナーシップを組み、協働する取り組みが必要であることを論じた。医療従事者が妊産婦の選択を尊重し、妊産婦が自身の妊娠出産に向き合い、出産に向けて主体的に取り組むためのシステムの構築が必要であると結論づける。

Abstract

The basic research for development of assistance measures to improve perinatal care in developing countries

Kazuko Tanaka

Improvement of maternal health in developing countries is an important issue in achieving the United Nation's Sustainable Development Goals. The maternal mortality rate in Indonesia has improved in the past 25 years, but it remains high. In order to improve maternal health in Indonesia, it is necessary to enhance awareness so that women themselves proactively take the task for childbirth. In the future, the researcher intends to introduce a new women-centered perinatal care system in an appropriate form to suit local circumstances.

In chapter 1, the purpose of this research study was described to clarify the present situation and problems of perinatal care in Indonesia. Through building of a framework to introduce women-centered care system suitable for local circumstances, this study may lead to the achievement of secure and highly satisfactory perinatal care in developing countries.

In chapter 2, the researcher examined the government strategy to improve maternal health in Indonesia using statistical data and previous reports, and has reviewed the current situation of maternal health in Indonesia. Indonesia could not achieve the Millennium Development Goal 5. A target of maternal mortality of 102 by 2015. The Indonesian government has conducted a community-based program to reduce maternal mortality, but it remains unclear whether the program will be effective in improving maternal health in Indonesia.

In chapter 3, the researcher reviewed the current situation and problems of maternal and newborn health. In Indonesia, awareness of the need of professional care is lacking. In addition, the burden of expenses, regional differences between urban areas and rural areas and the local customs, which rely on traditional birth attendants, greatly affected maternal health. Based on socio-economic factors, distance and transportation to health facilities and traditional practices, measures are necessary for improving the maternal and newborn health.

In chapter 4, to examine how women experienced perinatal care in Indonesia, the researchers conducted an interview survey on Japanese women living in Bali, Indonesia. As the Japanese women can compare perinatal care in Japan with that of Indonesia, they were expected to bring a different

perspective from local Balinese women. During the perinatal period, the women had various concerns regarding issues such as difficulty in obtaining information. In many situations, they were disappointed with their childbirth experiences as they felt that the care provided was not woman-centered. They were seeking close attention and encouragement from nurses and midwives. These suggest a need for women-centered mental care and empowerment of women during the perinatal period.

In chapter 5, health professionals such as midwives need an approach which respects and establishes a solid partnership with women in order to improve maternal health in Indonesia. The researcher concluded that a system for health professionals that respect women's choices and for women to face and deal with their own pregnancy and delivery should be established.

目次

| | |
|---|----|
| 第1章 序論..... | 1 |
| 第1節 近年の開発途上国の妊産婦死亡率とインドネシアの状況 | 2 |
| 第2節 本研究の意義と目的..... | 5 |
| 第2章 インドネシア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 検討 | 8 |
| 第1節 世界の妊産婦死亡とインドネシアの妊産婦の健康の比較 | 9 |
| 第2節 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検討..... | 12 |
| 第1項 国際機関の統計資料、本邦を中心とした研究報告からの文献抽出方法 | 12 |
| 第2項 検索により抽出された文献 | 12 |
| 第3項 文献からみたインドネシアの妊産婦保健の現状と健康改善のための政策 | 13 |
| 第4項 文献からみたインドネシアの妊産婦の健康改善における課題 | 17 |
| 第5項 インドネシア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 文献検討の結論 | 17 |
| 第3章 インドネシアの妊産婦と新生児の健康に関する文献検討 —海外論文からの分析—..... | 18 |
| 第1節 インドネシアの妊産婦と新生児の健康の現状および健康改善のための戦略..... | 19 |
| 第2節 インドネシアの妊産婦と新生児の健康に関する海外論文の文献検討 | 20 |
| 第1項 インドネシアの妊産婦と新生児の健康の現状および健康改善のための戦略に関 する文献検討の抽出方法..... | 20 |
| 第2項 検索により抽出された海外論文の研究の動向 | 20 |
| 第3項 海外論文からみたインドネシアの妊産婦と新生児の健康の現状および健康改 善のための戦略..... | 21 |
| 第4項 海外論文から明らかになったインドネシアの母子保健改善のため課題と考察 | 27 |
| 第5項 インドネシアの妊産婦と新生児の健康に関する海外論文の結論..... | 28 |
| 第4章 インドネシア、バリ州における日本人女性の出産体験に関する質的研究..... | 29 |
| 第1節 現地調査を行うまでの背景..... | 30 |
| 第2節 インドネシア、バリ州におけるインタビュー調査 | 32 |

| | |
|--|----|
| 第1項 現地調査の方法 | 32 |
| 第2項 現地調査の結果 | 36 |
| 第3項 在留邦人女性への調査の考察と結論..... | 68 |
| 第3節 日本での出産経験の有無からみた分析..... | 74 |
| 第1項 日本での出産経験の有無からみた対象者の概要 | 74 |
| 第2項 日本の出産経験の有無からみたバリでの周産期における体験の相違..... | 76 |
| 第3項 日本での出産体験の有無からみた考察と結論 | 81 |
| 第5章 開発途上国の周産期ケア改善のための基盤的調査研究の総括..... | 82 |
| 第1節 3つの研究結果の要約 | 83 |
| 第2節 開発途上国の周産期ケアを改善する新たな支援策開発のための基盤的調査研究 の総括 | 85 |
| 第1項 総合考察 | 85 |
| 第2項 研究の限界と今後の課題..... | 88 |
| 第3節 結論 | 89 |
| 謝辞 | 90 |
| 引用文献..... | 91 |
| 資料 | |

第 1 章

序論

第1節 近年の開発途上国の妊産婦死亡率とインドネシアの状況

開発途上国における周産期医療・周産期ケア改善は、国連や WHO が指摘する深刻な課題である。世界的に妊産婦死亡率は過去 25 年間で約 44%の減少がみられ、妊産婦の健康は飛躍的に改善した。しかし、2015 年までに妊産婦死亡率を 1990 年の 4 分の 3 減少させるというミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals : MDGs) の目標 5.A を達成できた国は少ない[1]。2016 年に国連は MDGs の後継であり、17 の目標を定めた持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals : 以下 SDGs) を採択した。SDGs において、妊産婦の健康に関する目標 3.1 は妊産婦死亡率を 2030 年までに 70 未満 (出生 10 万対) にするのが目標である[2]。現状では、世界で 1 年間に 30 万人の妊産婦が死亡している。そのほとんどは、開発途上国で起こり、原因は、妊娠中および分娩時のケアの不足があげられている。

インドネシア共和国 (以下インドネシア) の人口は、2 億 5,500 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、スダ等約 300 種族が暮らす多民族国家である。2016 年の国民一人当りの GDI は、3,400US 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[3]。WHO や Unicef などの国際機関の統計データによるとインドネシアの妊産婦死亡率は、1990 年は、446 (出生 10 万対) で、2015 年は 126 である[1]。インドネシアの妊産婦死亡率は、過去 25 年間でめざましく改善しているが、近隣する ASEAN 諸国と比較するとよいとはいえない (図 1)。インドネシアの人口保健統計データに基づき、保健省が発表しているデータの妊産婦死亡率は、国際機関のデータと異なっており、妊産婦死亡率はさらに高い。1991 年の 390 から 2007 年に 228 (出生 10 万対) に減少したが、2012 年には、大幅に増加し、妊産婦死亡率は 359 となった。2015 年には、再び減少し、305 となった (図 2)。妊産婦死亡率は妊産婦の保健プログラムを評価するだけでなく、利用しやすさと質の両面において医療改善に対する指標となるため重要である[4]。医療従事者が介助した分娩の割合は、インドネシア政府のさまざまなプログラム導入後も微増しているものの著明な増加はみられていない (図 3)。

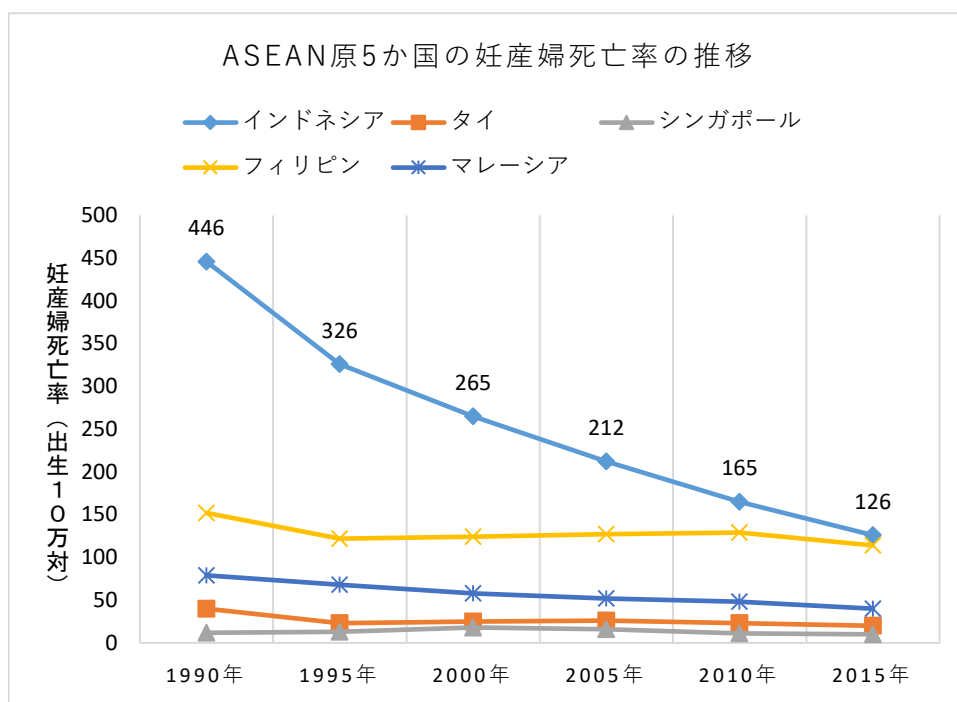


図 1 ASEAN 原 5 か国の妊産婦死亡率の推移 [1]をもとに著者作成

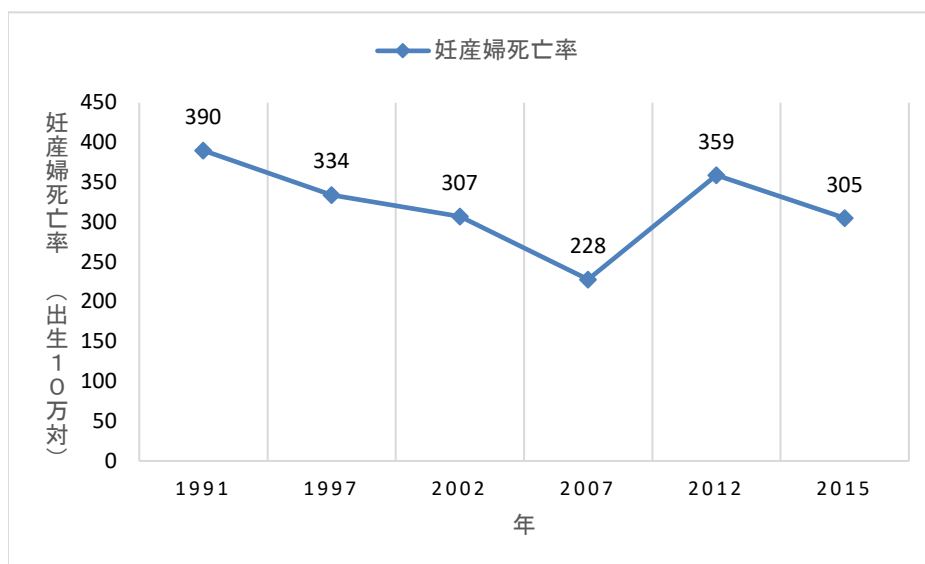


図 2 インドネシアの妊産婦死亡率の推移 [4]より著者改変

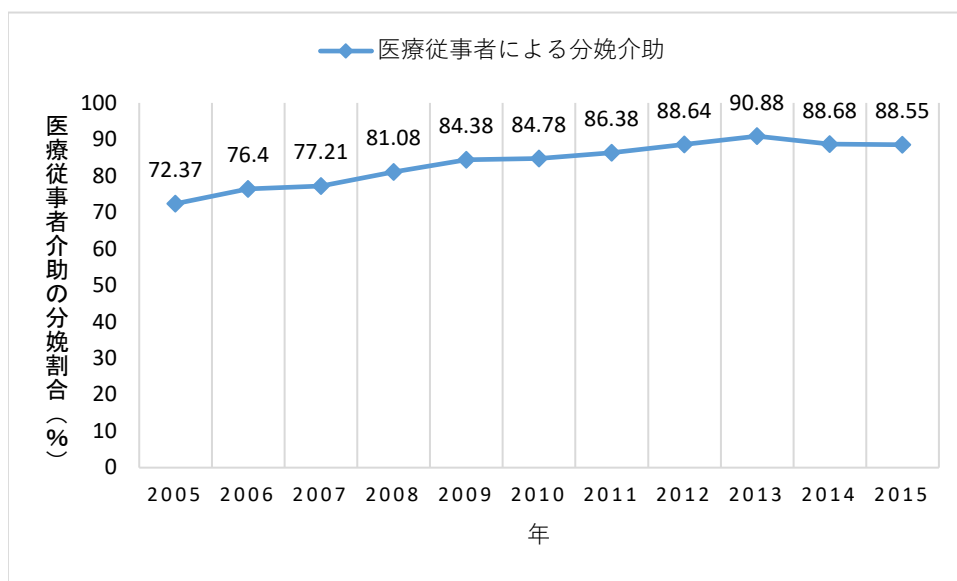


図 3 インドネシアの医療従事者介助による分娩の割合 [4]より著者改変

第2節 本研究の意義と目的

2016年の日本の妊産婦死亡率は3.4で世界のトップレベルに達したといえるが、近年まで欧米諸国と比較すると高率であった[5]。自宅分娩が主流であった1950年では、妊産婦死亡率は161.2、新生児死亡率は27.4であった。施設分娩が主流となった1970年では妊産婦死亡率は48.7、新生児死亡率は8.7となり、1990年には妊産婦死亡率8.2、新生児死亡率2.6、2015年は妊産婦死亡率3.8、新生児死亡率は0.9となった[6,7]。日本の女性が、賢明にケアを求めていくからこそ、母児の健康を守る結果につながっているといわれている[8]。妊産婦が、医療者従事者にすべて委ねるのではなく、妊産婦自身が自分の体や胎児の状態をよく知り、より健康体になるために努力しながら自分に合ったケアを主体的に求めていくためのツールがバースプランである。バースプランの作成は、WHOのCare in normal Birthの「カテゴリA：明らかに有効で役に立つ、推奨されるべきこと」の最初の項目として示されている[9]。

研究者は、開発途上国の妊産婦の改善のためには、妊産婦自身が妊娠・出産に主体的に取り組むよう意識改革をし、さらに、現地助産師などの医療従事者が妊産婦主体のケアを考えるよう意識・行動変容することが、有効な解決策になり得ると着想した。将来的には、妊産婦とその家族の出産への要望を取り入れたバースプランなどのシステムを現地の事情に即した形で導入することを目指す。本研究は、その早期実現のため、インドネシアにおける周産期ケアの現状と問題点を明らかにする基盤的な調査研究である。本研究では、まず、第2章において、インドネシアの妊産婦保健の現状や妊産婦の健康改善のための戦略について知見を得るために本邦及び国際機関の文献を検討する。第3章では、妊産婦と新生児の健康の現状および健康改善のための戦略についての動向を整理し、今後の課題について示唆を得るために海外の文献を検討する。第4章では、インドネシア、バリ州における現地でのインタビュー調査から、周産期に女性がどのような体験をしているのか明らかにする。第5章では、これらの研究結果をまとめ考察する。

開発途上国において妊産婦死亡の物理的・環境的要因についての研究は多いが[10,11]、妊産婦不在の周産期ケアの問題点を指摘するような研究はほとんどみられない。開発途上国では周産期医療に問題が多く[12,13]、女性たちは妊産婦主体でない周産期を体験していることが多いと考えられる。研究者が行ったインドネシア、バリ州における在留邦人女性を対象とした調査においても、不適切な医療介入や医療従事者の権威的な態度が問題となっており、女性たちは不満足な周産期を体験していたことが明らかになっている[14,15]。妊

産婦とその家族の出産への要望を取り入れた妊産婦主体の周産期ケアシステムであるバープランは、日本や先進国では普及しているが、途上国にはまだ導入されていない。経済産業省やJICAの事業において日本式周産期医療をベトナムやカンボジアへ輸出する試みが既に始まっているが、文化や習慣、宗教が異なる開発途上国に日本式医療を導入するのは容易ではない。現地の現状と課題を事前に把握した上で、妊産婦主体の安全度・満足度の高いケアの実現を目指す必要がある。

本研究の学術的特色は、妊産婦の視点からの調査に基づき、妊産婦主体の周産期ケアの確立を目指すものである。さらに、開発途上国の周産期ケア改善のための方策として、看護の立場から妊産婦の中心のケアシステムを導入するという独自の斬新な着想を含んでいる。本研究では現地調査を行うが、在留邦人女性を対象とする。邦人女性は先進国と開発途上国を比較できるため、現地女性と異なる視点から問題点の抽出が期待できる。実施調査から開発途上国の周産期ケアの問題点とその原因を明らかにし、妊産婦主体のケアシステムを現地の事情に即した形で導入するためのフレームワークを提言できれば、開発途上国における安全度・満足度の高い周産期看護ケアの実現に繋がる。さらに、持続可能な開発のための開発目標 3.1 に貢献できる。

近年インドネシアのバリ島において、現地男性と国際結婚する邦人女性が増加している(図 4)。第 4 章では、これらの邦人女性の視点から情報を得る新たな方法で調査を行う。これにより、出産満足度の低い要因並びに現地の周産期ケアの課題をより明確に抽出できる可能性は高い。将来、妊産婦中心の周産期看護システムをバリ島で導入できれば、開発途上国で暮らす在留邦人女性だけでなく、現地妊産婦も安全で満足できる周産期ケアを受けられることができる。さらに新たに構築した周産期ケアシステム導入のフレームワークは、将来的に他の開発途上国にも転用可能と考えられる。

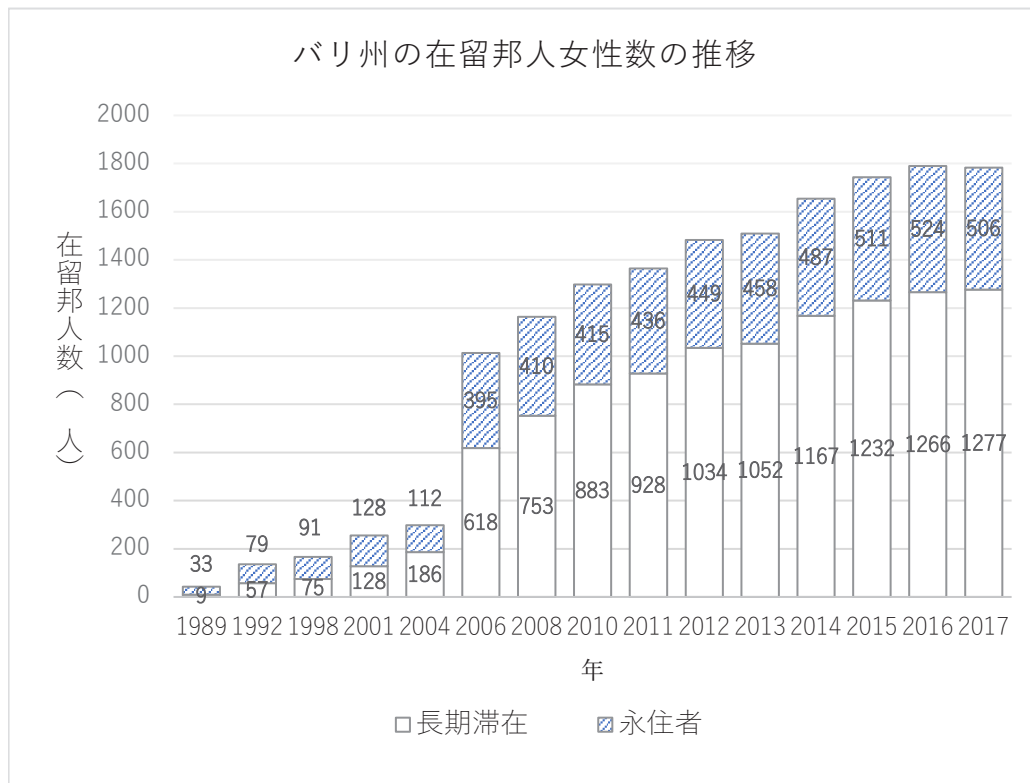


図4 バリ州の在留邦人女性数の推移 [16]をもとに著者作成

第2章

インドネシア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検討 —国際機関の統計データと本邦を中心とした文献からの概観—

第1節 世界の妊産婦死亡とインドネシアの妊産婦の健康の比較

世界では、1年間に約30万人の女性が妊娠出産に関連し死亡している。また、1年間に270万人の新生児が死亡し、260万の死産が起こっている。妊産婦の健康と新生児の健康は密接に結びついており、妊産婦死亡、新生児死亡、死産は、妊娠中および分娩時の適切な医療ケアによって防ぐことができる[17, 18]。分娩期は、妊産婦死亡の40%以上と死産または新生児死亡が起こる危険な時期である[19]。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[20]。妊産婦死亡率は妊産婦の健康、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。MDGs5.Aは、2015年までに妊産婦死亡率を1990年の水準の4分の1に削減することであった。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、2015年の世界の妊産婦死亡率は出生10万対216となり、1990年の385から44%減少した。しかし、ほとんどの国はMDGs5.Aを達成できず[21]、1990年に妊産婦死亡が高かった95か国のうち、MDGs5.Aを達成した国はブータン、カーボベルデ、カンボジア、イラン、ラオス、モルディブ、モンゴル、ルワンダ、東ティモールの9か国のみである[22]。妊産婦死亡の99%は開発途上国で起こっており[1]、開発途上国の妊産婦死亡率は未だに高く、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。『持続可能な開発のための2030アジェンダ』に掲げられた17のSDGsは、2016年1月1日に正式に発効した[23]。妊産婦の健康に関する新しい数値目標は妊産婦死亡率を70未満に減少させることである[24]。

世界的に妊産婦死亡率は1990年から2015年まで過去25年間で飛躍的に減少し、中でも東南アジア地域の妊産婦死亡率は、1990年の320から2015年の110と66%減少し、めざましい改善がみられた。インドネシアの、妊産婦死亡率は、1990年では446であったが、2015年は126で71.7%の減少がみられた。しかし、インドネシアのMDGs5.Aの妊産婦死亡率削減の目標値は2015年までに102にすることであり、MDGs5.Aは達成できなかった。一方、子どもの死亡率は、過去15年間でめざましい改善がみられ、5歳未満児死亡率を1990年の3分の1に削減するというMDGsの目標4を達成した(図5)。

インドネシア政府は、母子保健の改善を優先課題としてあげており、特に、妊娠・分娩・産褥期、および子どもの成長・発達を重要視している。母子は、家族の構成要素の中でも、

脆弱であるため、健康改善をはかる上で優先されるべき家族メンバーであると考えられている。インドネシア政府は、高い妊産婦死亡率に対し、1990年、すべての女性が安全で健康的な妊娠・出産に必要なケアを受けるために safe motherhood initiative を開始した。これは、インドネシア大統領が1996年に開始した Mother Care Movement プログラムに引き継がれている。その主要なプログラムの1つは、妊産婦と新生児のヘルスケアへのアクセスを促進するために、村落への大規模な助産師配置を行ったことである。また、2000年には、Making Pregnancy Safer という新たな取り組みも開始された。2012年、保健省は、妊産婦死亡率と新生児死亡率を25%削減するため妊産婦および新生児生存率の拡大プログラム (Expanding Maternal and Neonatal Survival : EMAS) を開始した。このプログラムは、妊産婦および新生児の死亡率が高い北スマトラ州、バンテン州、西ジャワ州、中部ジャワ州、東ジャワ州、および南スラウェシ州で実施された。インドネシアにおける妊産婦死亡率の52.6%がこれら6州で起こっているからである。これらの州の妊産婦死亡率を低下させることによって、インドネシアの妊産婦死亡率が大幅に低下することが期待できる。また、妊産婦死亡率と乳幼児死亡率を低減するための取り組みとして、医療施設において分娩第1期から第4期までを熟練した保健医療従事者（産科医、婦人科医、一般開業医、助産師）の介助を奨励している[4]。インドネシアでは、高い妊産婦死亡率に対応するため、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。

インドネシアは、過去25年間で妊産婦死亡率は飛躍的に減少しているものの、東南アジア地域の2015年の妊産婦死亡率110よりも高い。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現状がある[1]。(図1) また、インドネシア保健省が公開している妊産婦死亡率のデータは、国際機関のものとは異なり、妊産婦死亡率がさらに高い[4] (図2)。

本章では、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。

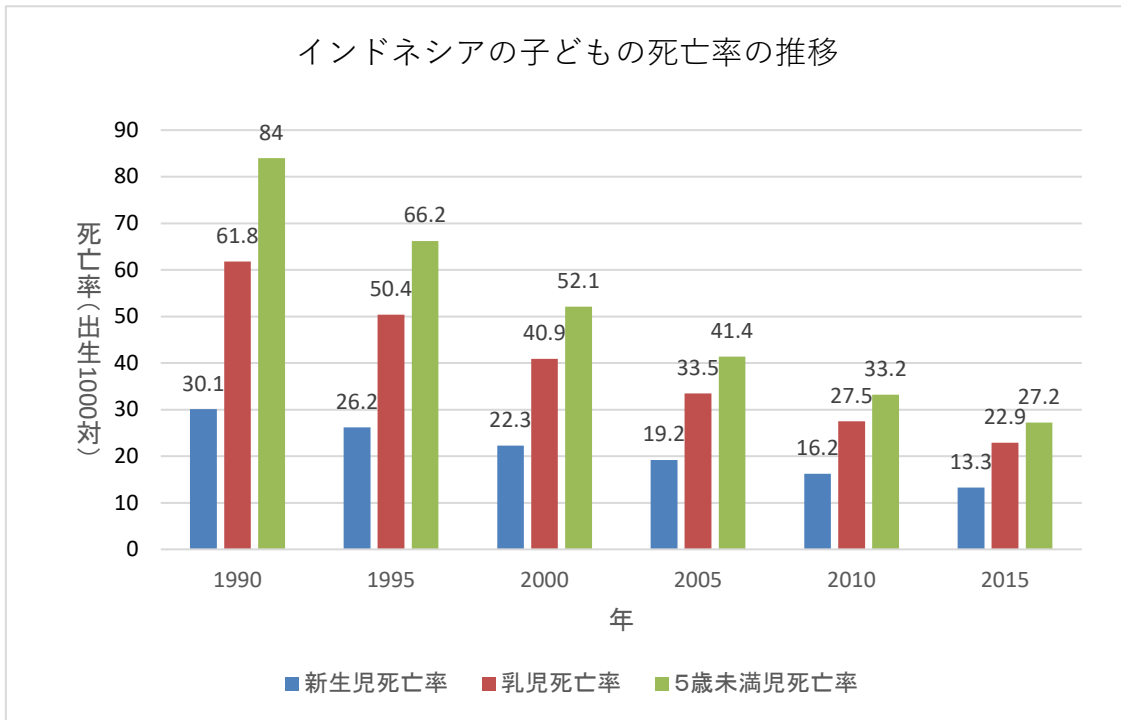


図5 インドネシアの子どもの死亡率の推移 [25]より著者作成

第2節 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検討

第1項 国際機関の統計資料、本邦を中心とした研究報告からの文献抽出方法

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、『医中誌 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」、「Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi(以下 P4K)」である。「Desa Siaga」、「P4K」は、高い妊産婦死亡率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。

第2項 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[12]、妊産婦と乳幼児の食習慣に関する文献が2件みられた[26, 27]。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[28, 29]、母子健康手帳に関する文献が2件[30, 31]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[32-35]。

第3項 文献からみたインドネシアの妊産婦保健の現状と健康改善のための政策

1. インドネシアの妊産婦の健康の現状

(1) 周産期ケアの現状

Kerrison [32]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、医師、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。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、2015年は89%まで上昇しており[36]、2015年までには90%を達成する国家目標まであと一歩であった。妊産婦の死亡をもたらす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[37]。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[29]。妊婦健診を受ける割合（2009-2013）は増加し、妊娠期間中に最低1回の受診した割合は96%、最低4回受診した割合は88%である[38]。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[12]。その結果、『スタッフの能力と臨床技術の欠如』、『妊婦健診における家族の文化的信念と関わり の低さ』、『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関与することが制限され、さらに、好ましくない看護助産師の労働環境は、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[12]。

(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。生田らは、妊産婦死亡率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[26]。また、Wulandariらは、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食の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、女性たちは妊娠中の家族のサポート役割が重要であると考えていた。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[27]。

2. 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、江上らは、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[28, 29]。

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の参加促進などにより、健康水準の改善を図ってきた[28]。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 Indonesia 2025」、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[29]。

(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 における妊産婦死亡率削減の目標は、2015 年までに 102 (出生 10 万対) を達成することであった。インドネシアの妊産婦死亡率は、2015 年に 126 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[38]。2000 年にインドネシア保健省は 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、「すべての分娩は専門技術者が介助する」、「すべての合併症は紹介され、適切なケアを受ける」、「妊娠・出産をする年齢のすべての女性は避妊と流産後の管理にアクセスできる」の 3 つである[33]。インドネシアは、高い妊産婦死亡率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[34]。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[29]。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[32]。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[37]。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による分娩介助を受けることが最優先課題である。

Kerrison 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。P4K の目標は、出産時に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、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配布され、家の前に目立つように表示される。そのステッカーは、女性と家族と一緒に記入し完成させる。ステッカーには、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 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、妊産婦死亡率を減少させるために重要である[32]。

また、Mariani 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[35]。

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[30]。Kusumatati らは、母子健康手帳の使用が妊婦健診、予防接種、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[31]。2004 年には、母子健康手帳の利用を保証する大臣令が発令され、その中で地方政府による展開が規定された。母子健康手帳活動は、国際機関、他のドナーも参画し、現在では全国 33 州において母子健康手帳がインドネシアの多くの妊婦や子どもにも利用されている[39]。

第4項 文献からみたインドネシアの妊産婦の健康改善における課題

WHOは、これまで安全な妊娠・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たが、従来の方針を見直し、2016年にこれまでの2倍の8回の妊婦健診の必要性を述べている[40]。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際には、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、妊産婦死亡率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、高い妊産婦死亡率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。

第5項 インドネシア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検討の結論

インドネシアの妊産婦死亡率は過去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.Aは達成できなかった。インドネシアは妊産婦死亡率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目標3.1において、さらなる妊産婦死亡率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[41]。

第3章

インドネシアの妊産婦と新生児の健康に関する文献検討 —海外論文からの分析—

第1節 インドネシアの妊産婦と新生児の健康の現状および健康改善ための戦略

MDGs は、国際社会共通の目標として 2000 年に採択された。MDGs の目標 5 は妊産婦の健康改善であり、そのターゲットは、「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」と「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」であった。前章でも述べた通り、世界的に妊産婦死亡率は過去 25 年で約 44% 減少したものの、75% 削減という目標は、多くの開発途上国において達成できなかったのが現状である[1]。2015 年 9 月 25 日の「持続可能な開発サミット」において「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」が採択され、MDGs が達成できなかったものを全うすることを目指すこととなった[23]。

インドネシアの妊産婦死亡率をみると、1990 年は出生 10 万人あたり 446 であったが、2015 年推定値は 126 (-71.7%) と飛躍的に減少した。しかし、インドネシアの MDGs5.A 妊産婦死亡率削減の目標値は 102 であり、その目標はまだ達成できなかった[1]。また、2015 年のインドネシアの新生児死亡率は 13.3 (出生 1000 対) で、ASEAN 原加盟国 5 か国の中で最も低いシンガポールの 1 と比較し、フィリピンと同様に高い[25]。そこで本章では、インドネシアの妊産婦と新生児の保健に関する文献検討を行い、妊産婦と新生児の健康の現状および健康改善ための戦略についての動向を整理し、今後の課題について示唆を得ることを目的とした。

第2節 インドネシアの妊産婦と新生児の健康に関する海外論文の文献検討

第1項 インドネシアの妊産婦と新生児の健康の現状および健康改善ための戦略に関する文献検討の抽出方法

PubMed と Cochrane library を使用し、2005 年～2015 年 11 月 1 日現在で “Maternal Health” と “Indonesia” をキーワードとして、海外の論文を検索した。検索の結果、130 件が該当した。重複する文献を除き、要約と本文からインドネシアの妊産婦と新生児の健康の現状および健康改善ための戦略について論じられている文献 41 件を対象とし、目的、方法、結果を分類し、研究内容を分析した。

第2項 検索により抽出された海外論文の研究の動向

インドネシアの妊産婦と新生児の健康の現状および健康改善ための戦略に関する 41 件の研究の内訳は、妊産婦死亡の要因と現状に関する研究 7 件、新生児死亡に関する研究 5 件、妊産婦がケアにアクセスしない要因に関する研究 8 件、伝統的信念が母児の健康に及ぼすことに関する研究 2 件、村落助産師プログラムや村落助産師の役割に関する研究 7 件、母児の健康改善のためのサプリメント投与の効果に関する研究 4 件、保健記録が母児の健康に及ぼす影響に関する研究 3 件、母児の感染症に関する研究 4 件、妊産婦の心の健康改善に関する研究 1 件であった。以上の文献を「妊産婦・新生児死亡に関する研究」、「母児の健康に影響を及ぼす要因に関する研究」、「妊産婦・新生児の健康改善のためのプログラムに関する研究」、「母児の健康に影響を及ぼす疾患に関する研究」に分類した。

第3項 海外論文からみたインドネシアの妊産婦と新生児の健康の現状および健康改善ための戦略

1. 妊産婦・新生児死亡に関する研究

(1)インドネシアの妊産婦死亡の現状

Ronsmans らは、西ジャワ州の2郡で妊産婦死亡率の調査を行い、貧困層で妊産婦死亡率が高いことを明らかにしている[42]。また、妊娠に関連した生命を脅かす合併症の発生率は、都市部の方が農村部より有意に高いにもかかわらず、妊産婦死亡率は、農村部の方が有意に高く、農村部の中でも遠隔地域が最も高いことを報告している[43]。Scott らは、医療施設への距離が妊産婦死亡に影響していると述べている。妊産婦は、緊急時のみ医療者を求めており、医療施設から遠いところに居住している場合は、適時にケアにアクセスできない可能性があるとしている[10]。Belton らも、妊産婦死亡の背景には、緊急産科ケアを受ける遅れがあり、それは社会的・地理的要因によるとしている[11]。Adisasmita らは、公立病院に入院した約5分の1は重症例であり、病院に到着した時点で重大な遅延があったと述べている。施設分娩のシェアは、私立病院が大部分を占めているにもかかわらず、緊急産科管理は公立病院が担っている現状がある[44]。D'Ambruoso らは、妊産婦死亡のケア提供者へ質的調査を行い、緊急産科ケアのアクセスの問題点を明らかにしている。また、貧困層の健康保険は利用が複雑で、質の低いケアにつながっていた[45]。D'Ambruoso は、地方のサービス利用者と医療従事者の視点から妊産婦死亡を検討した。予期せぬ分娩合併症が起こった際、妊産婦と家族は、情報不足と準備不足で、多くの場合、必要なケアに手が届かない状況であった[46]（別表1）。

(2)インドネシアの新生児死亡の現状

Titaley らは、1992年から2002年までのインドネシアの新生児死亡の決定因子を報告している。親が失業している場合、出産間隔が短く出生順位の遅い乳児、男児、体重が標準より少ない乳児、分娩合併症のある場合に、死亡率は高かった。産後に何らかのケアを受けた新生児は死亡率が低かった[47]。また、Titaley らは、訓練されていない介助者と訓練された介助者による自宅分娩では早期新生児死亡のリスクに有意差がなかったことを報告している。都市部・農村部にかかわらず、妊婦健診を受けた母から生まれた新生児は、早期新生児死亡から保護されていた[48]。Ibrahim らも、妊娠末期に妊婦健診に受診した回数が多い場合、新生児死亡率が低いことを明らかにしている[49]。Sebayan らは、ロンボク島の乳児

死亡率の高い地域の低出生体重児、不当軽量児、早産の決定因子を分析している。低出生体重児、不当軽量児の決定因子には新生児の性別、母の教育レベル、社会経済指標の複合要素があった。早産も、母の教育レベル、社会経済指標、出生順位や間隔が関連していた[50]。Sutan らは、低出生体重児死亡の要因について調査しており、男児、中程度の低出生体重児、早産、妊婦の病気、出産間隔(短すぎ、長すぎ)、不十分な妊婦健診や新生児訪問、カンガルーケアの未実施、温罨法をしない、初乳破棄、完全母乳をしないことをあげている[51] (別表 2)。

2. 母児の健康に影響を及ぼす要因に関する研究

(1) 妊産婦がケアにアクセスしない社会的・経済的要因

インドネシアの西ジャワ州などでは現在でも、助産師などの専門技能者の介助を受けずに自宅分娩を行っている地域がある。Ensor らは、裕福な世帯と貧困世帯には専門技能を有する分娩介助者へのアクセスに不平等があったことを明らかにしている。農村部では助産師への支払いがサービス利用を阻んでいた[52]。Titaley らも、西ジャワ州の調査において妊婦健診、施設分娩、産後ケアを利用しない要因には、距離と財政的の問題が大きな二つをあげている。妊産婦は、産科合併症のある時だけ、助産師と施設分娩を利用している。医療従事者の能力の限界も住民が報告しており、村落助産師は、その地域で唯一の医療従事者である場合でも、村外へ外出して不在になることもある。この地域においては、村落助産師と伝統的産婆の両方が不可欠であるとしている[53, 54]。Agus らは、西スマトラ州で妊婦健診の利用が低い要因を報告している。妊婦健診の回数が推奨されている 4 回のよりも少ないのは多産婦よりも初産婦であった。家族の勧めで妊婦健診を受けた女性は自ら受診した女性より伝統的信念のスコアが高く、低収入の家族が従う伝統的信念は、伝統的産婆を好むことに大きく影響していた[55]。Titaley らは、妊婦健診サービスの利用の要因を分析し、不十分なサービス利用の 55%は、世帯資産指数の低さと妊婦の低い教育レベルの組み合わせに起因していたと報告している[56]。また、Titaley らは、母子の産後ケアの非利用の要因についても述べている。その要因として、低収入、低い教育レベル、妊娠合併症の知識不足があり、施設への距離も問題だった。遅い出生順位と出生体重が小さい新生児は、出生後のケアを受けることが少ない傾向があった[57]。さらに Titaley は、自宅分娩における村落助産師を利用する要因について報告している。世帯の裕福さや父母の教育レベルの上昇に伴い、専門技能者の利用率が上昇していた。また、初産婦、マスメディアからの情報を得た

女性、分娩合併症の知識がある女性、合併症のある女性は専門技能者の利用が高かった。しかし、妊婦健診の受診が4回未満や多産、保健施設までの距離が遠い場合は、専門技能者の利用率が有意に低かった[58]。Titaleyらは、妊娠中に鉄と葉酸のサプリメントを使用しない要因についても調査している。低い世帯資産指数、親の低学歴、自分の健康への自律性が低い女性、出生順位の遅い乳幼児の母親、産科合併症の知識やマスメディアの利用が低い女性はサプリメントを利用しない割合が高かった[59]（別表3）。

(2) 伝統的信念

Agusらは、質的研究により西ジャワ州の農村部の女性の妊娠中のケアに関する伝統的信念について明らかにしている。女性らにとって妊娠は病気ではなく、自然な現象であり、妊娠中の母子の死は神の意志によってもたされるものであった。女性らは、助産師は伝統的産婆より安全であると考えていたにもかかわらず、より経験豊かで、自然分娩を促す伝統的産婆に頼っていた。宗教と伝統に基づいた女性らの信念が、長年保持された健康習慣に逆らうことを難しくしていた[60]。Wulandariらも、バリ島の妊婦の信念、態度、行動について質的に明らかにしている。女性たちは、妊娠中の食のタブーを信じており、伝統的薬草治療への強い関心があった。また、新生児の健康のためには、女性自身、医療従事者、自然、神すべてに責任があると考えていた[27]（別表4）。

3. 妊産婦・新生児の健康改善のためのプログラムに関する研究

(1) 村落助産師プログラム

インドネシアは、1991年から1998年の期間に5万人の助産師を訓練し、ヘルスセンターから遠い貧しいコミュニティに村落助産師を配置した。村落助産師の配置により、女性の鉄剤の服用が上昇し、伝統的産婆への依存からの離脱という変化を示した[61]。Hattらもまた、村落助産師プログラム開始後に専門技能者による分娩介助が大幅に増加し、社会経済的な不平等が飛躍的に減少したと述べている。しかし、富裕層の帝王切開率が10%と大幅に上昇しているにもかかわらず、最貧困層は1%未満であり、救命救急のための産科ケアへのアクセスの潜在的格差は拡大した[62]。また、Makowieckaらは、インドネシア2郡で調査を行い、10%の村に助産師が不在であったことを明らかにしている。農村部では、孤立したより厳しい職業環境があり、助産師が不足していた[63]。Ensorらも、助産師が僻地への部署移動を好まないことを明らかにしており、農村地域で助産師を確保するためには、給料

の保証と農村部に引き付ける早い段階でのキャリア経路の開発が必要であると提言している[64]。Rambu らは、インドネシア東部の助産師確保が困難な 2 郡で、助産師の保健レポートシステムについて調査している。助産師の充足率は十分でなく、助産師がいる村は 28%、訪問助産師がいる村は 48%、24%の村は月に 1 回の移動クリニック訪問だけであった。村落助産師は、個々の患者の病歴情報入手が不十分であり、クリニックへのアクセスの悪さなどの問題を抱えていた[65]。D'Ambruso らは、西ジャワ州で発生した妊産婦死亡例の機密調査から、村落助産師が提供した緊急産科ケアの質を評価している。助産師は効果的に搬送を促進し、保健施設への到着の遅れを減少させていた。助産師は緊急時の診断技術は正確だったが、合併症の臨床的管理能力が不足していた。ある地域の村落助産師は 5 村以上の責任を抱えており、助産師の充足率が乏しいことが明らかになった[66]。Weaver らは、村落助産師プログラムによる避妊の普及効果について報告している。村落助産師プログラムは避妊の全般的な普及には効果はなかったが、避妊方法の選択には影響があったとしている。助産師は経口避妊薬と IUD（子宮内避妊具）の使用比率を減少させ、避妊注射の比率を増加させていた[67]（別表 5）。

(2) 母児の健康改善のためのサプリメント投与プログラム

Sunawang らは、妊産婦への複合微量栄養素のサプリメント投与による低出生体重児出生の予防効果を鉄・葉酸サプリメントと比較し報告している。複合微量栄養素を摂取したグループは、鉄・葉酸サプリメントのみ摂取した女性より、低出生体重児の出生割合が低い傾向があり、流産、死産、新生児死亡の併発率が低かった[68]。Wijaya-Erhard らは、補助食品として発酵大豆（テンペ）とビタミン C が豊富な果物を妊婦が摂取することは、ヘモグロビン、フェリチン、鉄濃度の減少が少ないことと関連があったと述べている[69]。Prado らは、母親の認知力と気分によって影響を受ける育児能力に着目し、複合微量栄養素補充の介入試験に参加した母親を妊娠中および 3 ヶ月産後まで評価した。複合微量栄養素の補充は、総合的な認知力において効果があったが、母の機敏さの原動力や気分への効果はみられなかった[70]。Prawirohartono らは、妊娠中にビタミン A と亜鉛を投与することによって出生体重、出生時の身長、新生児死亡率を改善できるか評価している。出生前の亜鉛やビタミン A の補充は、出生時身長に効果があったが、出生体重や新生児死亡率の割合においては効果がなかった[71]（別表 6）。

(3) 保健記録が母子の健康に及ぼす影響など

Fahdhy らは、WHO のパルトグラム使用について訓練を受けた助産師が、搬送率を有意に上昇させ、内診、オキシトシンの使用、閉塞性分娩の数を減少させたことを報告している[72]。Burke らは、農村部の村の健康記録の情報が周産期死亡を調査するために有効かどうか調査している。この調査における死産率は母子健康プログラム情報システムの中で報告されている約 4 倍であり、地方の助産師の不適切な情報管理が明らかになった。村の妊産婦と新生児記録は、周産期死亡の情報の資料として有用であると報告している[73]。Osaki らは、自宅ベースの記録としての母子健康手帳の意義について明らかにしている。母子健康手帳を所有していることは、妊婦健診を受けること、専門技能者による分娩介助、子どもの予防接種を完了していること、分娩前後に予防接種を受けていることと関連があった[74] (別表 7)。

4. 母児の健康に影響を及ぼす疾患に関する研究

(1) 母児の感染症

Poespoprodjo らは多剤耐性の三日熱マラリアと熱帯熱マラリアが流行しているパプアで、妊産婦への感染がもたらす有害な影響について報告している。分娩時の熱帯熱マラリア原虫感染症は重度の貧血と関連し、新生児の出生体重の減少があった。三日熱マラリア原虫感染は、中等度の貧血のリスク増加と関連があった。寄生虫血症は早産と死産に関連していたが、発熱や重度の貧血を制御後では関連がなかった[75]。また Poespoprodjo らは、熱帯熱マラリア、三日熱マラリアの新生児への垂直感染防止のためには、ジヒドロアルテミシニン-ピペラキン合剤が、効果があると報告している[76]。Fitri らは、東ヌサトゥンガラ州のマウメレで新生児の先天性マラリアの調査している。感染している新生児は非感染児より、貧血のリスクが 4.7 倍高かった。先天性マラリアにみられる頻度の高い特徴には、低出生体重児、貧血、早産があった[77]。Gunardi らは、2009 年にジャカルタで妊娠期女性の B 型肝炎感染率を調査し、2.2%であったと報告している。1985 年の 5.2%と比較すると顕著に減少していた[78] (別表 8)。

(2) 妊産婦の心の健康

Andajani-Sutjahjo らは、インドネシア都市部の女性の周産期うつ病の経験に関する質的調査を行っている。女性らは、結婚前の妊娠、家族の慢性疾患、夫婦間の問題、パートナー

や家族ネットワークからのサポート不足、夫の失業、自分の仕事を諦めることによる経済的問題など、気分の変化の原因は多種多様であると考えていた[79]（別表9）。

第4項 海外論文から明らかになったインドネシアの母子保健改善のため課題と考察

1. 妊産婦・新生児保健サービスの認知を広める

世界的に妊婦健診、専門技能者による分娩介助、産後ケアは、妊産婦死亡、新生児死亡を防ぐために推奨されている。しかし、インドネシアでは、これらのサービス利用が少ない地域がまだ多くみられる[47, 53-57, 60]。妊産婦と家族は緊急時のみ、専門技能者を求めていることも多い[10, 53, 54]。専門技能者を利用する女性の多くはマスメディアから情報を得ており[58]、知識の有無が周産期の医療サービスの利用に大きく影響している[11, 46, 56-60, 66]。このため、妊産婦・新生児死亡の減少のためには、まず妊産婦・新生児保健サービスの必要性の認知を広めることが重要である。

2. 妊産婦・新生児保健サービス費用の負担を減らす

インドネシアにおける妊産婦死亡率及び新生児死亡率は、経済的に貧しい女性において高い[42, 45-47]。貧困世帯や農村地域の女性に専門技能を有する分娩介助者へのアクセスが少ないことや、必要時に医療施設の緊急産科ケアにアクセスできないことには、地理的要因だけでなく経済的な問題が大きく関係している[11, 42, 45, 46, 52-54, 56, 58]。したがって、妊産婦が専門技能者によるケアサービスにアクセスしやすい環境を整えるためには、診察や分娩介助費用のみならず緊急搬送費用なども含めて周産期ケアサービス費用の個人負担を減らす社会システムを構築することが望まれる。

3. サービスの地域格差を是正する

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を推奨している。インドネシアにおける村落助産師を配置するプログラムは、専門技能者介助の分娩を飛躍的に増加させたが、農村部では依然として村落助産師の充足率は十分でない[63, 65, 66]。実際、分娩介助技能者へのアクセスの少なさが継続し、産科緊急ケアへのアクセスにおいて都市部と農村部の潜在的格差が広がっている[52, 62]。施設や交通などのインフラを整備するとともに、農村部における村落助産師の職業環境を改善するなどして村落助産師の適正な配置を実現し、都市部と農村部において利用できるケアサービスの格差を是正することが必要と考えられる。

4. 妊産婦の伝統的信念を考慮した保健ケアサービスを確立する

宗教に基づく伝統的信念の強さが伝統的産婆への依存に関連しており、専門技能者による周産期ケアサービスを受ける機会を減少させてしまっている[51, 55, 60]。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際には、多様な価値観を尊重する必要がある。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必要があるかもしれない。ケア提供者が伝統的信念と専門的知識を統合させ、母子保健サービスを地域に根差した形で提供できるような社会システムが構築されれば、インドネシアの妊産婦と新生児の健康は大幅に改善するに違いない。

第5項 インドネシアの妊産婦と新生児の健康に関する海外論文の結論

インドネシアの妊産婦・新生児死亡の背景には、助産師による妊婦健診・出生後ケアや施設分娩さらに緊急産科ケアを利用しない現状や受けにくい現状があり、社会的・経済的問題や地理的要因、さらに伝統的信念と慣習が大きく影響していた。妊産婦・新生児保健サービスの必要性の認知を広め、診察や分娩介助費用と緊急時搬送費用の負担を減らし、村落助産師配置の不均衡を是正することが、具体的な対策として考えられる。妊産婦の伝統的信念を考慮した上で、母児がケアサービスを利用しやすい社会システムを確立し強化することが望まれる[80]。

第4章

インドネシア、バリ州における 日本人女性の出産体験に関する質的研究

第1節 現地調査を行うまでの背景

世界的に、妊産婦死亡率は過去 25 年間で約 44%低下した。インドネシアの 1990 年の妊産婦死亡率は 385 (出生 10 万対)であったが、2015 年の推定値は 216 であり、妊産婦の保健サービス改善の努力を通して大きく改善した[1]。インドネシアのバリ州については、2015 年の妊産婦死亡率は 84 であり[81]、妊産婦死亡率を 75%削減するという国連のミレニアム開発目標 5.A を達成した。しかし、ミレニアム開発目標の後継である持続可能な開発目標 (SDGs) の目標 3.1 は 2030 年までに世界の妊産婦死亡率を 2030 年までに 70 未満 (出生 10 万対) にすることであり[2]、インドネシア、バリ州の妊産婦死亡率は改善の余地がある。

インドネシアにおける妊産婦死亡についての物理的・環境的要因についての研究は多いが[10, 11, 42-44, 46]、周産期看護ケアの問題点を明らかにした研究は少ない。これまでの研究は妊産婦の生死に関する問題について論じられることが多かったが、妊産婦の体験から、周産期ケアに関する妊産婦の満足度などについて明らかにした研究はほとんどみられなかった。本調査研究は妊産婦の視点からの調査に基づき、周産期ケアの課題を明らかにするもので、将来的に妊産婦主体の周産期ケアの確立を目指すものである。インドネシアの周産期ケアの質を向上させるためにこれらの側面を明確にすることが重要である。女性の出産満足度は多面的で複雑であり、質の高いケアの影響を受けることが明らかになっている。女性の出産満足度を評価することは、出産施設のサービスをさらに改善するために重要であり、費用対効果の高いフィードバックを提供するといわれている[82]。インドネシア人女性を対象とした研究によると、女性のライフサイクルにおいて、妊娠・出産は、病気や病的状態でないため、日常的な経験であると考えられている[55]。したがって、研究者は、外国人女性の認識は、インドネシア人女性が気づいていないインドネシアの周産期看護ケアの新たな課題を見出すために有用であると考え、外国人女性の観点から周産期ケアの課題にアプローチした。グローバリゼーションの進展に伴い、情報だけでなく国境を越えて人々が行き来することが一般的になっている。日本の外務省によると、近年、インドネシアの在留邦人数が増加してきている[83]。日本人女性や外国人女性の増加に伴い、妊産婦や周産期のケアなどの保健サービスの質に関心が高まってくると考えられる。在留邦人女性はバリと日本の医療を知っており、バリの周産期ケアにおいて改善の余地を見出すことが期待できる。

第4章の目的は、インタビュー調査から、インドネシア、バリ州において女性が周産期に

どのような体験をしているか、外国人女性の認識を通して明らかにすることである。邦人女性は日本とインドネシアの医療を比較することができ、特に日本で出産経験のある女性は、両国の周産期ケアの違いを知っており、バリの現地女性と異なる視点から課題を抽出できる可能性は高いと考えられた。

第2節 インドネシア、バリ州におけるインタビュー調査

第1項 現地調査の方法

1. 研究デザイン

半構造化インタビュー調査に基づく質的帰納的研究である。

2. 調査地

調査地のバリ州（島）は、経済活動、インフラストラクチャーなどの面においてインドネシアの他の島よりも発展しており、教育や保健などの基本サービスへのアクセスがよい地域である[84]（図6）。バリ州はモンスーンの影響を受け、乾季と雨季からなる熱帯地域である。バリ州の平均気温は23.2～32.7℃で、平均湿度は63～90%である。2015年のバリ島の人口は、4,152,800人と推計されている。2015年の一人当たりGDPが4,266万ルピアに達し、2015年の経済成長率は、6.04%と高い[81]。バリ州は世界的に有名な観光地として知られており、インドネシアの他の島々からの外国人や移住者が数多く居住している。バリ州の2016年の妊産婦死亡率は、78.7（出生10万対）で、新生児死亡率は4.22（出生1000対）である。データ収集は、インドネシアのバリ州のバドゥン県と州都デンパサール市で行った。日本の外務省の統計調査によると、調査の時点でのバリ州の在留邦人数は、約3000人であった[83]（図7）。

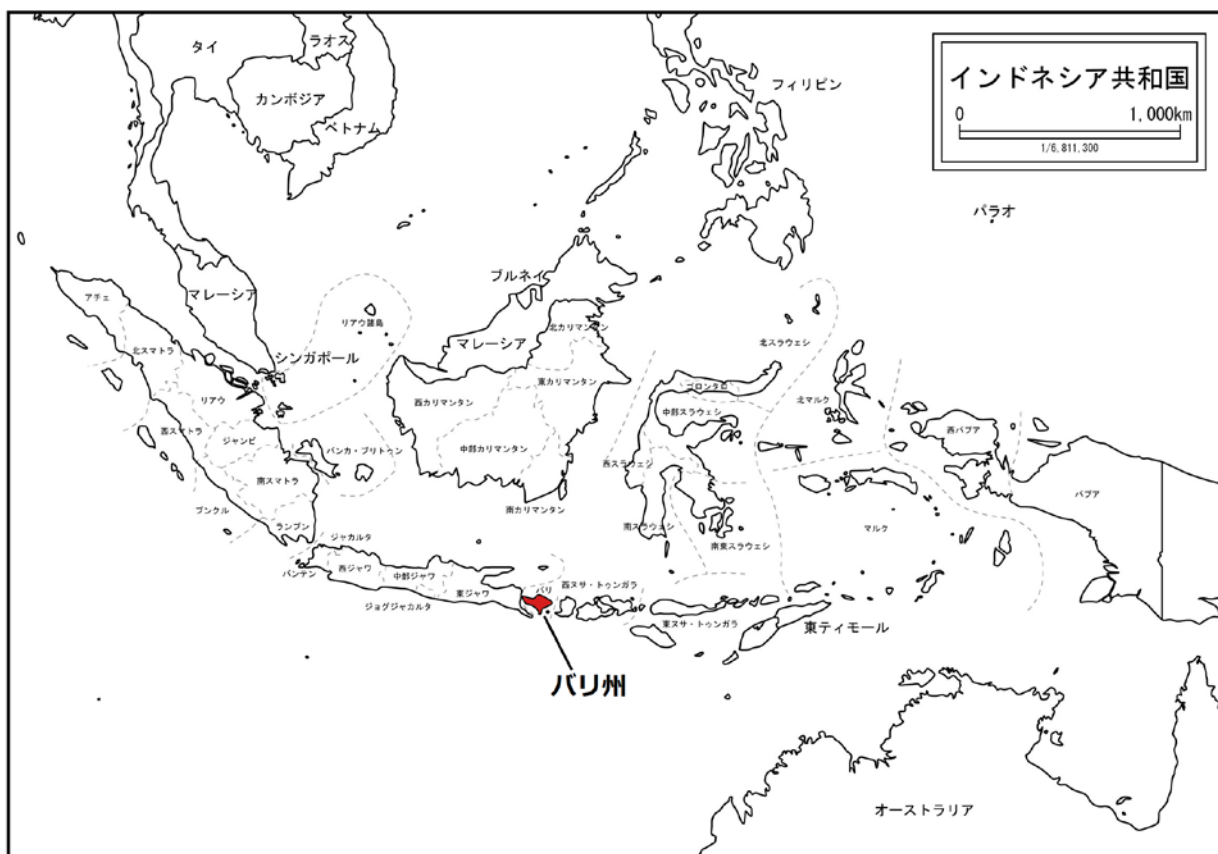


図6 インドネシア全土とバリ州（島）

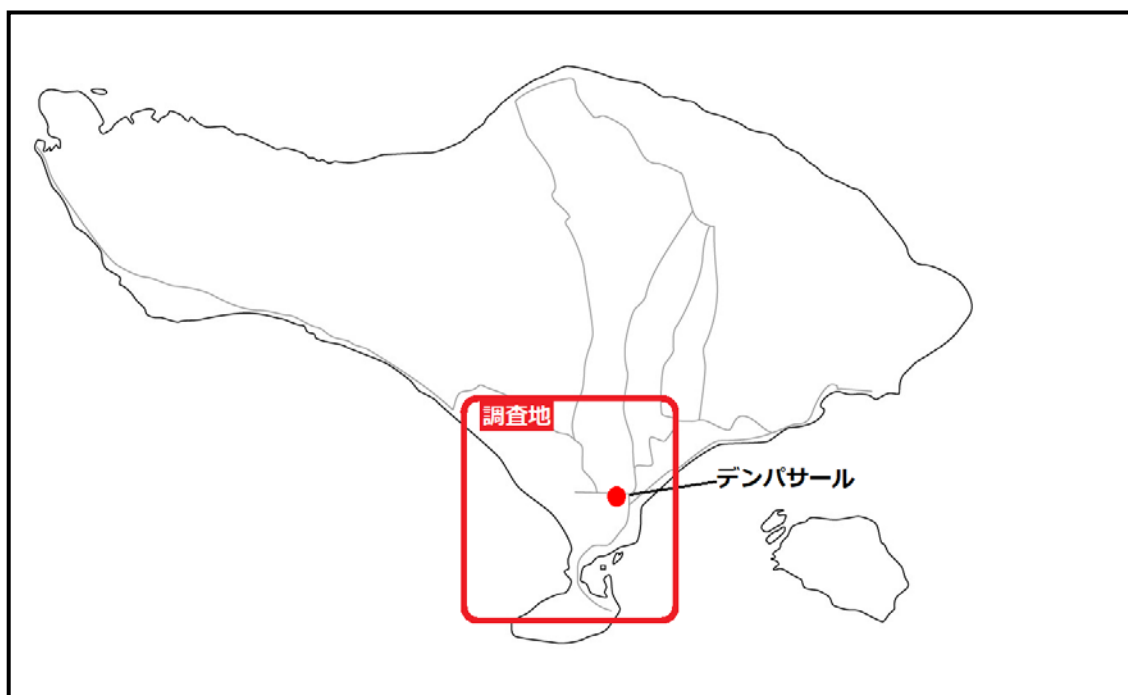


図7 バリ州（島）

3. 対象者のリクルート

対象者は、バリ州在住で出産経験のある在留邦人女性でいずれも研究の同意が得られた女性計 14 名である。意図的に多様な特性を有する対象者を探すため、特定の基準を設定しなかった。メディカルアドバイザーとして現地で活躍する日本人女性を通じて、対象者を募り、スノーボールサンプリングにより、対象者をリクルートした。調査期間は、2017 年 8 月から 10 月であった。

4. データ収集

周産期に妊産婦がどのような体験をしているか、周産期ケアの満足・不満足について調査するため、バリ州で出産経験のある 14 名の日本人女性への半構造化インタビューを実施した。インタビュー調査の前に、年齢、宗教、バリ滞在期間、結婚期間、妊娠・分娩歴、インドネシア語能力など対象者の背景についての情報をフェイスシートに記入してもらった。インタビューガイドに含まれる内容は、出産施設の選択理由、バリでの出産体験を振り返ってどうだったか（妊娠・分娩・産褥期に困ったこととその時の対応など）、周産期に医療従事者が提供する態度とサービスに対して満足したこと、不満足であったこと、今後、妊娠出産するとしたら、どのようなお産をしたいか、バースプランについての見解などであった。インタビューは、対象者の自宅またはプライバシーが確保できる場所で実施した。すべてのインタビュー内容は、対象者の同意を得て IC レコーダーに録音した。1 回のインタビューに要した時間は約 1 時間であった。日本人研究者が日本語でインタビューを行ったが、現地の医療状況に精通した通訳同席のもと、インドネシア人研究者もインタビューに参加した。

5. データ分析

データ分析のプロセスは、帰納的に行った。この分析手順は、オープンコーディング、カテゴリ作成、抽象化が含まれている[85]。すべてのインタビュー終了後、インタビューを実施した日本人研究者とインドネシア人研究者が、対象者が語った出産体験について振り返りを行い、その内容を議論した。日本人研究者は、録音データを 4~5 回聞き、録音した内容はそのまま日本語で逐語録を作成した。データ分析のプロセスは日本人研究者が主導で行った。対象者の体験が自分の体験と感じられるまで逐語録を繰り返し読み、関連のある陳述を抽出した。個々の陳述を対象者にとって本質的な意味内容を損なわないように要約し

た。要約したテキストはすべてコード化し、妥当性を検証した。同様の意味のコードを収集し、サブカテゴリにまとめた。ここまでのプロセスは、対象者毎に行った。全対象者のサブカテゴリを比較検討し、内容の共通性に基づいてカテゴリとテーマに分類した。分析結果は、研究者全員で内容を確認し、信頼性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

本研究計画を遂行するにあたり、ヘルシンキ宣言に従って倫理的配慮を遵守した。なお、本研究は、ウダヤナ大学医学部/Sanglah 病院の倫理委員会の承認（承認番号 493 / UN.14.2 / KEP / 2017）、および山口県立大学の生命倫理審査の承認（承認番号 # 27-45）を得て実施した。研究対象者に対し、調査の目的と方法、研究参加の任意性、参加を拒否した場合であっても不利益等は受けないこと、匿名性の保持、得られたデータの利用範囲、研究への参加を同意した後も随時辞退・撤回でき、そのことによる不利益等がないことを文書と口頭にて説明した。本研究において、対象者に直接的な利益は生じないことを説明した。また、答えたくないことには答えなくてもよいことを事前に説明しておき、対象者の表情や口調を注意深く観察して行った。インタビューは、プライバシーが確保できる個室で行い、研究対象者の希望を尊重し日時を設定した。インタビュー開始前に、研究者が、研究の目的と各参加者に対する参加者の権利について説明した。これらのことを説明し、各対象者から同意書を受け取った後、インタビューを実施した。

第2項 現地調査の結果

1. 対象者の概要

対象者の平均年齢は37.6歳(±4.7)であった。14名の対象者の学歴は、3名が中等教育(21%)、11名は高等教育を修了していた。ほとんどの対象者は、バリに5年以上の在住歴があり、平均の在住期間は8.8年(±5.1)であった。夫の国籍のほとんどはインドネシアであった。6名(43%)はイスラム教徒で、3名(21%)がヒンドゥー教徒、5名(36%)はその他であった。半数以上の対象者は、インドネシア語の読み書きができた。9名は2回以上の経産婦でそのうち6名は日本での出産経験があった。出産施設は、11名が、私立病院で3名が助産院を選択していた。分娩様式は、6名(43%)が正常経膈分娩、2名(14%)が促進分娩、5名は帝王切開(36%)、1名(7%)は水中出産であった。すべての対象者は、正期産であった。末子の月例は21か月(±15)であった。3名だけがインドネシア政府の母子健康手帳を持っていたが、日本政府の母子健康手帳は半数以上の対象者が持っていた(表1)。

表 1 対象者の概要

| | | N = 14 (%) |
|--------------------|-------------|------------|
| 年齢 Age: mean (SD) | 37.6 (±4.7) | |
| バリ滞在歴: mean (SD) | 8.8(±5.1) | |
| <5 年 | 4 (28) | |
| 5-10 年 | 5 (36) | |
| >10 年 | 5 (36) | |
| 結婚年数: mean(SD) | 9.1 (±5.8) | |
| <5 年 | 3 (21) | |
| 5-10 年 | 6 (43) | |
| >10 年 | 5 (36) | |
| 夫の年齢: mean (SD) | 39.3 (±6.1) | |
| 宗教 | | |
| イスラム教 | 6 (43) | |
| ヒンドゥー教 | 3 (21) | |
| その他 | 5 (36) | |
| 学歴 | | |
| 高卒 | 3 (21) | |
| 高等教育 | 11 (79) | |
| 子どもの月例: mean (SD) | 21 (±15) | |
| <12 か月 | 3 (21) | |
| 12-24 か月 | 6 (43) | |
| >24 か月 | 5 (36) | |
| 夫の国籍 | | |
| インドネシア | 10 (71) | |
| 日本 | 4 (29) | |
| 出産回数 | | |
| 1 | 3 (21) | |
| 2 | 9 (65) | |
| 3 | 1 (7) | |
| 5 | 1 (7) | |
| 出産場所 | | |
| 私立病院 | 11 (79) | |
| 助産院(bidan) | 3 (21) | |
| バリでの分娩様式 | | |
| 正常 | 6 (43) | |
| 促進 | 2 (14) | |
| 帝王切開 | 5 (36) | |
| 水中出産 | 1 (7) | |
| インドネシア語会話能力 | | |
| 日常会話に差支えあり | 3 (21) | |
| 日常会話良好も受診は 1 人では不安 | 8 (58) | |
| 1 人で受診できる | 3 (21) | |
| インドネシア語読み書き能力 | | |
| 低い | 5 (36) | |
| 普通 | 7 (50) | |
| 良好 | 2 (14) | |
| インドネシアの母子健康手帳 | | |
| 持っている | 3 (21) | |
| 持っていない | 11 (79) | |
| 日本の母子健康手帳 | | |
| 持っている | 9 (64) | |
| 持っていない | 5 (36) | |

2. 抽出されたテーマ、カテゴリ、サブカテゴリ

得られたデータを分析した結果、『安全で満足できる出産体験の重要性』『さまざまな困難』『戸惑いと失望』『潜在的な女性の強さ』『将来への希望』の5つのテーマとその中に12個のカテゴリ、34個のサブカテゴリが抽出された（表2～13参照）。カテゴリ出現頻度は、32回～487回であった（図8）。カテゴリは【 】,サブカテゴリは[],を示す。またインタビューの引用は「斜字」とし、()は、補足説明を示す。

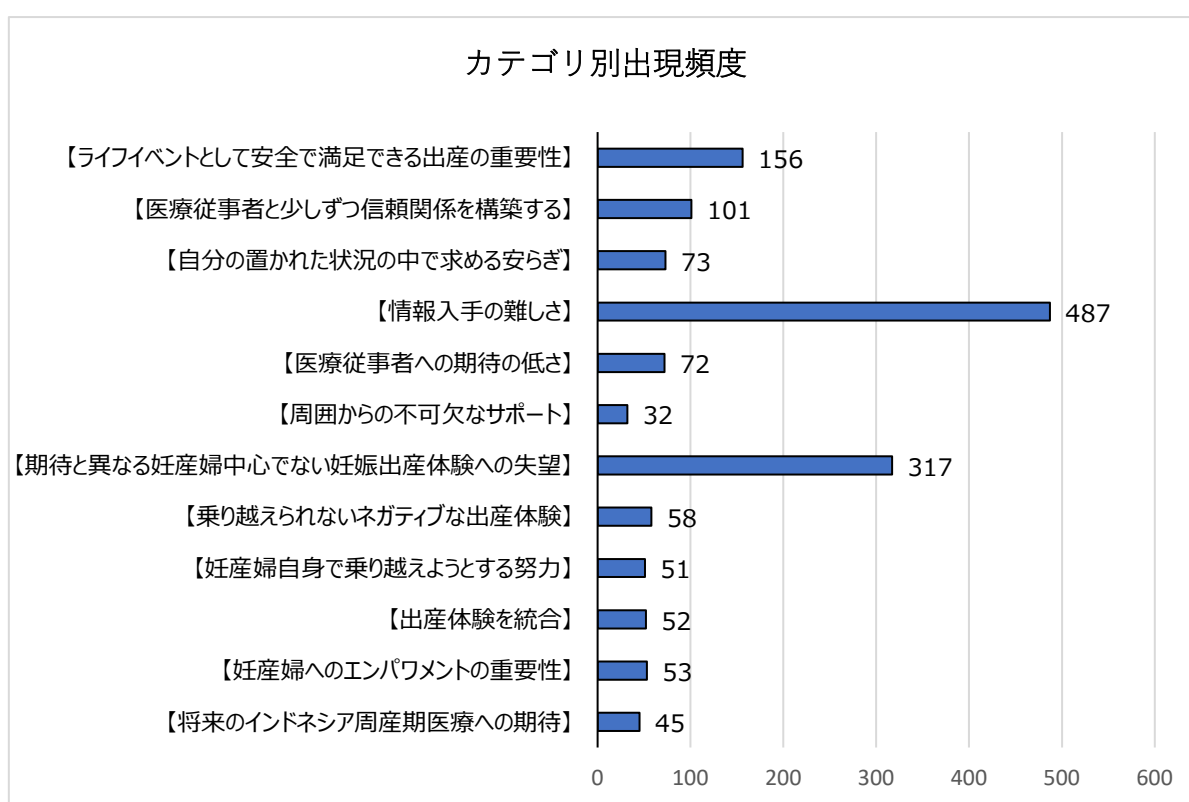


図8 カテゴリ出現頻度

(1) テーマⅠ『安全で満足できる出産体験の重要性』

【ライフイベントとして安全で満足できる出産の重要性】 【医療従事者と少しずつ信頼関係を構築する】 【自分の置かれた状況の中で求める安らぎ】 の 3 個のカテゴリが含まれる。

カテゴリⅠ-1. 【ライフイベントとして安全で満足できる出産の重要性】

[意識せずもっているバースプラン] [妊娠・出産に伴う様々な不安] [より安全な妊娠・出産を望む気持ち]の 3 個のサブカテゴリで構成され、それぞれの出現頻度は、[意識せずもっているバースプラン]が 33 回、[妊娠・出産に伴う様々な不安]が 38 回、[より安全な妊娠・出産を望む気持ち]が 85 回であった (表 2)。

邦人女性は、医療事情の異なる異国のバリで出産すること、高齢出産、初産婦特有の不安など様々な不安を抱えながら、より安全な妊娠・出産を望む気持ちが強く、高い医療レベルを求め専門医を探し、充実した医療設備、胎児超音波検査が受けられることを重要視していた。また彼女らは、自然分娩、夫の立会い分娩、水中出産、カンガルーケア、完全母乳育児などの希望を持っており、希望が叶う出産施設を選択し、医療従事者に希望を伝える努力をしていた。彼女らは、自分たちでは意識していなかったがバースプランを持っていた。病院での出産を選択した女性は安全性を重視し、助産院で出産した女性は、ケア提供者の人柄や自分の望む出産を重要視していた。女性にとって妊娠出産は特別なライフイベントとしてとらえ、より安全で満足できる出産を願っていた。

“その病院にいた日本人の看護師さんが出産のときも時間が夜中だったとしても来てくれるって言ってくれたのと、こっちの病院って帝王切開が多いってずっと言われ続けて、私は帝王切開がいやだったので、まああんまりにも状況的にだめだったらもちろんそうして下さいとは言うけど、大丈夫だったらできれば自然に産みたいんですよねっていう話をしていたら、先生は自然分娩を基本としてやっている先生だからっていう風に言ってくれて。それだったらっていうのでそこに決めたいんですけど (JPN5)。

“〇〇病院にしたのは何人かの友人が、そこにいい先生がいるって聞いて、その先生に診てもらおうと思って。健診の時から診てもらって、話もよく聞いてくれたのでまあその先生のところで産もうというのは決めていました。あと、病院自体もバリの中

でも多分一番いいクラスが、あの、施設のすごく設備が良くて、新しい病院っていうのもあって。それプラス先生がいいという評判だったので、そこしかないかな、その時はそこしかないかなって思っていました” (JPN9)

表2 カテゴリー-1.【ライフイベントとして安全で満足できる出産の重要性】

| サブカテゴリ () は頻度 | コード | 頻度 | 対象者 |
|-----------------------------|----------------------------------|-----|-----------------------------|
| [意識せずもっている バースプラン] (33) | 意識していなくてももっていたバースプラン | 25 | JPN1,3,5,6,8 JPN2,7,4,14 |
| | 有名な助産院での出産 | 2 | JPN14 |
| | 帝王切開になったことで諦めざるを得なかった夫 立ち会い分娩 | 1 | JPN11 |
| | 自分が望む出産が出来る施設を選択 | 3 | JPN14 |
| | 産婦なりの分娩体位の試み | 2 | JPN14 |
| [妊娠・出産に伴う様々な不安] (38) | 妊娠中に罹患したデング熱の不安 | 7 | JPN1 |
| | 高齢出産による不安 | 5 | JPN13 |
| | ナーバスになった産褥期 | 2 | JPN13 |
| | 分娩への不安の高まり | 7 | JPN6,8,13 JPN9 |
| | 流産の経験からくる不安 | 7 | JPN1,6 JPN14 |
| | 初産婦の不安 | 8 | JPN14 |
| | 医師の診断による不安 | 2 | JPN10,11 |
| [より安全な妊娠・出産を 望む気持ち] (85) | 第1子は日本で出産 | 1 | JPN13 |
| | 安全な日本での出産希望 | 7 | JPN3 |
| | よりレベルの高い医療を求める気持ち | 10 | JPN1,3 |
| | 震災後の日本より安全なバリでの出産 | 4 | JPN1 JPN14 |
| | 医師で選ぶ出産施設 | 13 | JPN1, 10 JPN9, 11 |
| | 重要な医療施設の充実度 | 5 | JPN3 JPN2,4,9 |
| | 妊娠・分娩期の継続した診察の重要性 | 2 | JPN1 JPN9 |
| | 妊婦にとって重要な胎児超音波検査 | 9 | JPN1,6,13 JPN4,12 |
| | 主治医のプライベートクリニックで妊婦健診 | 5 | JPN3,8, 13 JPN10,11 |
| | 出産施設の衛生面での課題 | 9 | JPN3,5,13, JPN4,10,12,14 |
| | 選択的な帝王切開術 | 2 | JPN11 |
| | 選択肢にない助産院での出産 | 4 | JPN4,10,11 |
| | 不安から別の施設でも妊婦健診 | 4 | JPN4,7 |
| | 提携病院での出産 | 2 | JPN2 |
| | 日本と同じ医療レベルを求める | 2 | JPN4 |
| | 体外受精での妊娠・出産 | 3 | JPN7 |
| | 流産後のため安心できる施設での分娩を考慮 | 3 | JPN9,14 |
| (156) | 計 | 156 | |

※□は日本で出産経験がある対象者とコード, □は日本で出産経験がない対象者とコード, □は共通コード

カテゴリ 1-2. 【医療従事者と少しずつ信頼関係を構築する】

[医療従事者への信頼までのプロセス] [助産師の正しい判断]の 2 個のサブカテゴリで構成され、それぞれの出現頻度は、[医療従事者への信頼までのプロセス]が 74 回、[助産師の正しい判断]が 27 回であった (表 3)。

女性たちは、妊娠後少ない情報を頼りに自分で信頼できる産婦人科医を見つけ、健診を受け、主治医の勤務する病院やクリニックで出産していた。彼女らは主治医を頼りにしていた。助産院を選択する女性たちは、家庭的な雰囲気の中で話を聞いてくれる助産師の姿勢や処置の事前に説明をしてくれること、分娩時にリラックスを促す配慮をしてくれること、正しい診断などから助産師に信頼を寄せるようになっていた。医療設備への不満があり、期待する周産期ケアは受けられなかったとしても、概して医療従事者の態度そのものに大きな不満をいただくものは少なかった。

“ (助産院 : *Bidan* の) スタッフさんたちはすごくいい方たちなので、いつも笑って話してくれるし、下痢で行ってもじゃあ今お肉とかは食べないでね、野菜とご飯にしてね、違う野菜食べちゃだめだ、お肉とご飯とかにしてって。野菜はやっぱ便を柔らかくしてしまうからか、野菜と果物はやめてねっていうアドバイスはしてくれたりとかってというのはあるので、一応頼りにはしています。” ((JPN6)

“普通の病院よりも (日系の病院は) 通訳が入ったりするので結構いろいろ高くつくというのもあるのと、その先生と私はあんまり合わないなと思ったんで別の病院を探していて、その時に出会ったのがこの先生なんですけど、女性のバリの方だったんですけど、すごく心のケアというか、こういうものを食べたほうがいいよとか、もうちょっと体重抑えたほうがいいよとか、そういうちょっとしたことを言ってくれたんですね。日本みたいにセンシティブではないと思うんですけど、「体調どう？」とかそういう会話をしながら健診してくれる感じが好きだったんで、この先生にしよかなと思って。二人目の健診の時も、先生がもともと家の近くにいたんですけど、すごく遠くの診療所に行ってしまったんですけども、それでもその先生、追いかけて行きましたね” (JPN11)。

表3 カテゴリー-2.【医療従事者と少しずつ信頼関係を構築する】

| サブカテゴリ () は頻度 | コード | 頻度 | 対象者 |
|-------------------------|--------------------|-----|------------------------------|
| [医療従事者への信頼までのプロセス] (74) | 人柄のよさでカバー | 1 | JPN6 |
| | 退院前の簡単な説明 | 2 | JPN3 |
| | 手際よい看護ケア | 3 | JPN3 |
| | 主治医へのポジティブな受け止め | 2 | JPN8 |
| | 信頼できる医師との出会い | 19 | JPN1,3, JPN2,9,10,11 |
| | 問題ない態度の医療従事者 | 13 | JPN1,3, JPN2,4,7,10,12,14 |
| | 助産師の配慮 | 9 | JPN6 JPN2,14 |
| | 処置前の声掛け | 2 | JPN6 JPN11 |
| | 褥婦の意思を確認 | 2 | JPN5 JPN7 |
| | 分娩期の医師の励まし | 1 | JPN9 |
| | インフォームドコンセントが前提の処置 | 6 | JPN12,14 |
| | 感心した助産師の技術 | 1 | JPN14 |
| | 医師による産後の指導 | 2 | JPN10 |
| | 正しかった主治医の診断 | 2 | JPN11 |
| | 産後の育児指導のありがたさ | 4 | JPN2 |
| | 産後の保健指導 | 5 | JPN10 |
| [助産師の正しい判断] (27) | リスク回避のための助産院の判断 | 6 | JPN6 |
| | 助産院の分娩は複数の助産師で対応 | 5 | JPN6 JPN12 |
| | 看護スタッフによる母児早期接触の促し | 6 | JPN13 JPN9 |
| | 産婦に惑わされない助産師の行動 | 2 | JPN14 |
| | リラックスを促す助産ケア | 6 | JPN4,14 |
| | 家族立ち会いのもと新生児チェック | 1 | JPN4 |
| | 陣痛促進の援助 | 1 | JPN2 |
| (101) | 計 | 101 | |

※□は日本で出産経験がある対象者とコード, □は日本で出産経験がない対象者とコード, □は共通コード

カテゴリ 1-3. 【自分の置かれた状況の中で求める安らぎ】

[インドネシアで生活している現実] [身近な存在の助産院] [ケア提供者と同じ宗教である安心感] [日本より負担に感じないおらかなバリ]の4個のサブカテゴリで構成され、それぞれの出現頻度は、[インドネシアで生活している現実]が24回、[身近な存在の助産院]が13回、[ケア提供者と同じ宗教である安心感]が13回、[日本より負担に感じないおらかなバリ]が23回であった(表4)。

女性の配偶者のほとんどがインドネシア人であり、バリが生活拠点であることから日本での帰国出産という手段をとらず、不安を抱えながらも現地での出産を選択していた。そのような状況下において、宗教的な連帯感を求め、同じ宗教を信仰しているケア提供者を選択し、身近な存在の助産院(Bidan)に安心感を求める女性たちもいた。日本で出産経験のない女性は、慣れたインドネシアでの出産の方が逆に安心だと感じていた。また、日本と異なり、産後は新生児を気軽に預かってくれるため、母親として罪悪感を持たなくてよいことに感謝していた。

“安心はありました。あと宗教も同じイスラム教の人だったんで”。(JPN12)

“アットホームですね。あと値段も安いですし。Bidan。”(JPN12)

“良かったっていうのは、基本的にインドネシア人ですごい子ども好きだから、例えば夜預かってくださいって言った時に、すごい嫌な顔とかされるって日本で聞いたんですよね。駄目よ、お母さんが見なさい、みたいな。もう産まれたんだし、これが母親のすることよ、とかいうことで拒否されるとかって友達から聞いたんですけど、インドネシアはそんなことなく、「あ、いいよいいよ。預かってあげる」つって、「まあ今晚一晩ね」つって、すごい快く持って行ってくれる、子どもを預かってくれるんですよね。そういうのには別にこっちは罪悪感みたいのを全く感じず。日本だとすごい感じるって言うんですよ”。(JPN5)

表4 カテゴリー-3.【自分の置かれた状況の中で求める安らぎ】

| サブカテゴリ () は頻度 | コード | 頻度 | 対象者 |
|--------------------------|-----------------------|----|-------------------------------|
| [インドネシアで生活している現実] (24) | 生活上の理由のためバリで出産 | 19 | JPN3,5,6,8,13, JPN4,7,9,11 |
| | 日本での出産選択はない | 4 | JPN2,10,11,12 |
| | バリで病院での出産経験から助産院選択 | 1 | JPN12 |
| [身近な存在の助産院] (13) | 普段から頼りにしている助産院 | 5 | JPN6 |
| | 助産院選択理由は診療費の安さ | 5 | JPN6 JPN12 |
| | アットホームな雰囲気助産院 | 3 | JPN12 |
| [ケア提供者と同じ宗教である安心感] (13) | 宗教的な連帯感 | 8 | JPN10,12 |
| | 同じイスラム教徒であった助産師への安心感 | 1 | JPN12 |
| | 同じイスラム教徒で知人だった医師への安心感 | 4 | JPN12 |
| [日本より負担に感じないおらかなバリ] (23) | 家族出入りが自由なバリの分娩室のよさ | 1 | JPN1 |
| | 気軽に新生児を預かってくれることへの感謝 | 17 | JPN5,13 JPN10 |
| | 乳児を大切にしているインドネシア | 2 | JPN5 JPN7 |
| | 精神的負担が少ないバリでの体外受精 | 2 | JPN7 |
| | 慣れたバリでの出産の方が安心 | 1 | JPN7 |
| (73) | 計 | 73 | |

※□は日本で出産経験がある対象者とコード, □は日本で出産経験がない対象者とコード, □は共通コード

(2) テーマⅡ『さまざまな困難』

【情報入手の難しさ】 【医療従事者への期待の低さ】 【周囲からの不可欠なサポート】の3個のカテゴリが含まれる。

カテゴリⅡ-1.【情報入手の難しさ】

[日本人（外国人）妊産婦が感じる不安] [外国人妊産婦の情報収集の難しさ] [日本との違いに対する戸惑い] [信頼していない周産期医療] [地域の母子保健施設への不信任]の5個のサブカテゴリで構成され、それぞれの出現頻度は、[日本人（外国人）妊産婦が感じる不安]が163回、[外国人妊産婦の情報収集の難しさ]が87回、[日本との違いに対する戸惑い]が73回、[信頼していない周産期医療]が144回、[地域の母子保健施設への不信任]が20回であった（表5）。

邦人女性は、インドネシア語の日常会話に問題がなくても専門用語の難しさなどから医療従事者とのコミュニケーションの問題を抱えており、同じ邦人の医療関係者のサポートを受ける女性も多くみられた。彼女らは、現地の母子保健に関する情報や、地域の母子保健施設などの情報を入手する難しさがあり、また、不必要な帝王切開の心配など外国人ということを受けるとの不安を抱えていた。実際、インドネシア政府の母子健康手帳を持っていたものは、ほとんどいなかった。さらに、妊産婦への助成制度のある日本と異なり、高額な診療費や現地医療システムへの違和感があり、外国人がバリエーションで妊娠・出産する困難を体験していた。彼女らは、日本より検査の少ない妊婦健診への不安や診断や処方への疑問を持っており、現地の周産期医療を信頼していなかった。出産時のプライバシーのなさ、一般的に5～7日間入院期間がある日本と比較して[86, 87]、1泊2日の短い産褥入院など日本との違い戸惑いを感じていた。

“こっちってただでさえ帝王切開が多いんですよ。やっぱり、急になったらやっぱり嫌だし、できれば普通に産みたいなっていうのがあったので。こっちってやっぱりすぐに切ってしまう傾向にあるので。・・・中略・・・会社のスタッフもみんな帝王切開で産んでいるので”。(JPN3)

“声かけてくれるのと、嫌な顔をしないでほしいですね。嫌な顔をされると声もかけられないし、笑顔でニコニコしてくれたらふんふんって呼ぶこともできる、何かを頼

みたくても頼めない雰囲気が一番怖い、嫌だった。直してほしいというか” (JPN5)

“日本だったら（母子健康手帳は）市役所に取りに行くじゃないですか、日本だと住民票とかそういうのって市役所にあるじゃないですか、こっちだと自分の住民票みたいな、家族票みたいなのが市よりももっと細かく分割されているんですよ。なんか村単位というか。” (JPN1)

“尿の検査とか、血圧の検査とか、もうちょっと本当にしないといけないとされてるような検査は赤ちゃんのためにも妊婦さんのためにもして欲しかったですよね。
(JPN8) ”

“（母子健康手帳）わかりやすいですね。最初に欲しかったです、一人目の時に。”
(JPN12)

表5 カテゴリーⅡ-1.【情報入手の難しさ】

| サブカテゴリ () は頻度 | コード | 頻度 | 対象者 |
|---------------------------------|--------------------------|----|--|
| [日本人 (外国人) 妊産婦が 感じる不安] (163) | 医師とのコミュニケーションの難しさ | 2 | JPN8 |
| | 言語の不自由さの問題 | 41 | JPN3,5,6,8,13 JPN2,4,7,9, 10,11,12 |
| | 日本人助産師のサポートの重要性 | 29 | JPN3,13 JPN2,4 |
| | 日本人スタッフのサポートの必要性 | 10 | JPN5 JPN9 |
| | 外国人妊産婦への配慮の必要性 | 7 | JPN1,5,13 JPN11 |
| | 外国人がバリエで出産する難しさ | 8 | JPN1,5,13 JPN2,11 |
| | 高額な診療費の問題 | 23 | JPN1,3,6, JPN2,4,11,12 |
| | 現地医療システムへの違和感 | 29 | JPN1,3,6,8, JPN4,7,11 |
| | 取得した日本の母子健康手帳 | 9 | JPN3 JPN2,4,9,12 |
| | 外国人だから心配した不利益の不安 | 1 | JPN12 |
| | 利用できない日本の福利厚生 | 4 | JPN4 |
| [外国人妊産婦の情報収集の 難しさ] (87) | 使用頻度の少ない母子健康手帳 | 2 | JPN6 |
| | 日本人の友人の勧めで出産施設選択 | 1 | JPN8 |
| | 現地での情報収集の難しさ | 11 | JPN1,3,5 JPN2 |
| | さまざまな母子健康手帳 | 20 | JPN1,3 JPN2,4,7,9, 10,11,12 |
| | 浸透していないインドネシアの母子健康手帳 | 7 | JPN3 JPN2 |
| | 持っていないでもいいと思う母子健康手帳 | 5 | JPN1 JPN2,9,10 |
| | Bidan (助産院) についての不確かな認識 | 10 | JPN8 JPN4,10 |
| | 地域の母子保健施設の認知の低さ | 6 | JPN1 JPN4 |
| | Bidan (助産院) の認知の低さ | 5 | JPN1 JPN2 |
| | インドネシアの母子健康手帳についての不確かな情報 | 11 | JPN7,9,10,11,12 |
| | 入手していない日本の母子健康手帳 | 5 | JPN7,14 |
| | 出産施設を探し求め助産院へ | 2 | JPN12 |
| | 本人ではなく夫が把握している血液検査 | 2 | JPN1 |

| | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----|--|
| [日本との違いに対する戸惑い] (73) | 退院後のフォローアップのなさに対する不安 | 1 | JPN13 |
| | 日本での出産経験の有無がバリでの出産の認識に関係する | 3 | JPN1,3 |
| | 母乳育児推進ではない施設への違和感 | 2 | JPN1 |
| | 出産施設の日本との違いに対する戸惑い | 7 | JPN3,13 JPN2 |
| | 分娩台でない違和感 | 9 | JPN3,6 JPN4,12 |
| | インドネシアのお見舞いの問題 | 3 | JPN8, JPN10,11 |
| | 短い産褥入院期間 | 8 | JPN3,5,6,8, JPN7,9,11,12 |
| | 分娩時のプライバシーの必要性 | 5 | JPN3 JPN2,4 |
| | 検査の少ない妊婦健診への不安 | 25 | JPN1,3,5,6,8,13 JPN12,14 |
| | 産後の避妊の問題 | 10 | JPN1 JPN4,10 |
| [信頼していない現地の周産期医療] (144) | 手術日決定方法への違和感 | 3 | JPN8 |
| | 症状の原因を究明しない違和感 | 2 | JPN13 |
| | 現地医療への信頼のなさ | 70 | JPN1,3,5,8,13 JPN4,9,10 11,12,14 |
| | バリは帝王切開が多いという認識 | 6 | JPN1,3 JPN2,4,12 |
| | 根拠のない食のタブーへの違和感 | 6 | JPN6 JPN11 |
| | 医師の診察の物足りなさ | 3 | JPN8 JPN9,11 |
| | 診断や保健指導への疑問 | 31 | JPN1,5,6 JPN7,12,14 |
| | 妊娠中の体重管理に対する違和感 | 6 | JPN1,13 JPN11,12 |
| | はじめから帝王切開の方が安心 | 14 | JPN10 |
| | 退院後に再度入院した新生児の心配 | 3 | JPN7 |
| [地域の母子保健施設への不信感] (20) | 病院でない助産院への不安 | 2 | JPN12 |
| | 助産院への信頼のなさ | 18 | JPN10 |
| (487) | 計 | 487 | |

※□は日本で出産経験がある対象者とコード、□は日本で出産経験がない対象者とコード、□は共通コード

カテゴリ II-2. 【医療従事者への期待の低さ】

[看護師・助産師への期待の低さ] [存在感のない看護師・助産師]の2個のサブカテゴリで構成され、それぞれの出現頻度は、[看護師・助産師への期待の低さ]が24回、[存在感のない看護師・助産師]が48回であった(表6)。

女性たちは、現地で暮らす中でインドネシア人に期待し、失望し、傷ついた経験から国民性の相違を理解しており、普段から期待しないよう生活をしてきた。医療従事者に対しても同様であり、もともと看護スタッフへの期待の低さがあった。彼女たちが求めるレベルと実際のケアが異なっても、仕方がないことだと自分を納得させていた。妊娠・出産・産褥期において、本来は身近な存在であるはずの看護スタッフよりもむしろ医師を頼りにしていた。

“粗いなっていうのは思いますよね。それは病院っていうか、出産直後のケアだけじゃなくて、日々のことでもそうですけども、やっぱり粗いなって思いましたね。出産後のケアも、やっぱりこんななんやみたいな感じ。日々の仕事してる時とかでも全然粗いから、それと一緒にだなど。バリで出産するって覚悟したんで、それはもう分かってたことなんですけど、やっぱりかみみたいな感じで。” (JPN13)

“期待しないのが一番自分も傷つかないし、いろんな人に対してもそうなんですけど。もう7年もいると鍛えられますよね。でもいい人たちですよ。大好きなんですけど” (JPN3)

“特にこんなもんなのかなっていう感じではありましたね。そんなに、もっとこうしてほしいということも無かったですし、日本から来られる方だとすごく感じたと思うんですけど、そういうもんなんだと思えば特に気になることもなく、先生を一番頼りにしているというか、そこさえしっかり会話が成立していれば大丈夫っていうのがあったので、なんかあってもあとで先生に聞く、あとで来るからその時に聞こうとか。” (JPN11)

表6 カテゴリII-2. 【医療従事者への期待の低さ】

| サブカテゴリ () は頻度 | コード | 頻度 | 対象者 |
|-----------------------|-----------------------|------|----------------------|
| [看護師・助産師への期待の低さ] (24) | 看護スタッフへの期待の低さ | 19 | JPN3 JPN7,9,10,11 |
| | インドネシア人に対する期待のなさ | 5 | JPN3 JPN9 |
| [存在感のない看護師・助産師] (48) | 助産師との関わりの少なさ | 4 | JPN1,5 |
| | 存在感のない助産師 | 5 | JPN1,3 |
| | 意識していない助産師の存在 | 3 | JPN13 |
| | 日本の助産師とのイメージの違い | 9 | JPN1,3 |
| | | | JPN10 |
| | 妊婦健診での看護スタッフとの関わりの少なさ | 10 | JPN1,8 |
| | | | JPN7,9,10,11 |
| | 役割が明確でない看護師・助産師 | 11 | JPN10 |
| | 看護スタッフの印象の薄さ | 2 | JPN7 |
| 誰がしたか知らない分娩介助 | 2 | JPN4 | |
| 見いだせなかった看護ケアのよさ | 2 | JPN2 | |
| (72) | 計 | 72 | |

※□は日本で出産経験がある対象者とコード, □は日本で出産経験がない対象者とコード, □は共通コード

カテゴリ II-3. 【周囲からの不可欠なサポート】

[日本人や身近な友人のサポートの重要性] [家族からの援助が不可欠]の 2 個のサブカテゴリで構成され、それぞれの出現頻度は[日本人や身近な友人のサポートの重要性]が 12 回、[家族からの援助が不可欠]が 20 回であった (表 7)。

多くの女性たちには、日本人のネットワークがあり、相談できる存在があった。身近な友人、現地の日本人医療従事者のサポートの重要性を認識していた。出産時には日本から実母に来てもらい、産褥期までを献身的なサポートを受け乗り切っていた。夫がインドネシア人の場合、産後に大勢の親戚がお祝いに駆けつける大変さはあるものの、授乳や様々な育児のサポートをしてもらい家族の援助は不可欠であった。

“バリ人の先生も英語ができたんですけども、やっぱり詳しくは日本人スタッフ A さんから説明してもらって、本当に些細なことも相談できるような人柄の方なんで A さんって。なので全然不安もなかったですし、出産のときも立ち会って下さってよかったなって”。(JPN2)

“やっぱり (日本の) お母さんが来てくれたからこそここで産めたっていうのもすごい大きかったと思うので、2 カ月ぐらいこっちで手伝ってくれたんです。それがなかったらやっぱり一人ではちょっと無理だったと思うので”。(JPN14)

“おっぱいの練習とかそういうのはほとんど教えてくれなくて放置っていう感じなんです。1 回目の時は母親が来てくれて一緒に病室に寝てくれ、そうですね。ただ、全くおっぱいは出なくて、〇〇病院の場合はおっぱいが出なくても全然大丈夫、私たちが粉ミルクでちゃんとあげてるからみたいな感じで” (JPN11)

表7 カテゴリーII-3. 【周囲からの不可欠なサポート】

| サブカテゴリ () は頻度 | コード | 頻度 | 対象者 |
|---------------------------|--------------------|----------|------------------|
| [日本人や身近な友人のサポートの重要性] (12) | 在留邦人同士のサポート | 6 | JPN5,6,8 |
| | | | JPN2,4,14 |
| | インドネシア人の友人への相談 | 2 | JPN2,14 |
| | 現地の日本人助産師へ相談 | 2 | JPN2 |
| [家族からの援助が不可欠] (20) | 日本帰国時に友人に相談 | 2 | JPN2 |
| | 家族による入院中の手厚いケア | 5 | JPN9,11 |
| | 頼りにしている夫のサポート | 3 | JPN2 |
| | 不可欠だった実母の援助 | 10 | JPN4,7,14 |
| | 周囲の育児サポートが不可欠 | 2 | JPN7 |
| (32) | 計 | 32 | |

※□は日本で出産経験がある対象者とコード, □は日本で出産経験がない対象者とコード, □は共通コード

(3) テーマⅢ『戸惑いと失望』

【期待と異なる妊産婦中心でない妊娠出産体験への失望】 【乗り越えられないネガティブな出産体験】 が含まれる。

カテゴリⅢ-1. 【期待と異なる妊産婦中心でない妊娠出産体験への失望】

[分娩期のサポート不足による辛さ] [違和感のある看護ケア] [不十分な説明による不安] [医師の権限の大きさ] [違和感のある医療従事者の態度] [十分でない保健指導に対する不安]の6個のサブカテゴリで構成された。それぞれの出現頻度は、[分娩期のサポート不足による辛さ]が25回、[違和感のある看護ケア]が144回、[不十分な説明による不安]が19回、[医師の権限の大きさ]が11回 [違和感のある医療従事者の態度]が39回、[十分でない保健指導に対する不安]が79回であった(表8)。

病院の妊婦健診では看護師・助産師との関わりはほとんどなく、出産経過や分娩期の過ごし方のイメージがつかず、保健指導がない不安を感じていた。出産時も医師が分娩の直接介助を行うため、その場の看護師・助産師の存在を意識していなかった。女性たちは助産師が分娩介助を行う日本と比較し、医師の権限の大きさを感じており、助産師の役割が明確でないととらえていた。特に分娩期の看護ケアには違和感が強かった。陣痛や破水で入院した際、助産師の観察頻度は少なく、産痛緩和の援助や分娩期の過ごし方のアドバイスもないため放置されたと思いが強く、分娩期にサポートが得られなかった辛さを体験するものが多かった。分娩第1期に観察に来ないことや、呼ばないと来ないスタッフ、帝王切開後離床までの介助のなさ、産後の激しい腰痛を受け流されたことなど不十分なケアに対する憤りがあった。陣痛に耐えられず、途中で自ら帝王切開を依頼し、実際に帝王切開になった事例が2例あった。陣痛の辛さから分娩体験がトラウマになり、二度と出産したくないと思う女性もいた。看護スタッフの態度は事務的で質問できる雰囲気でもなく、援助は受けられないと感じており、頼れない雰囲気を察し、看護スタッフの手を煩わせないようにしていた。母乳育児や沐浴の際の臍帯ケア処置などに特に不安を感じるものが多く、指導がないことへの疑問を持っていた。彼女らは、家族や友人のサポートがあったとしても医学的知識を踏まえた専門家の保健指導を望んでいた。特に日本で出産経験のある女性は、日本と異なる看護ケアに違和感が強かった。

“こっちはすごい痛いじゃないですか、でも看護婦さんは、何も言ってくれないんですよ。その私の今までのイメージというか想像というか、まあテレビとかなんかそういうのでは、こうねえ、なんかそういうのもサポートがあるのかな、声かけとか。全然なんも言ってくれなくて、忙しくされてて。・・・中略・・・誰も何にも言ってくれなかったんで、なんかもう悲しいわって思っ。誰かひとりでも頑張っって言うてくれる人がいたら頑張ったのになって言う感じです”。(JPN7)

“陣痛の間、誰も来ないっていうか、うちの親とかお友達とかも一緒にいてくれたがいて、その人たちが介助してくれて。すごい痛かったんで、朦朧としていたのであんまり覚えていないんですけど、まわりにいたのは私のだんながずっとそばにいてくれて、あと友達とか、お母さんとか。看護婦さんには怒られたんですよ。なんか私がうるさかったんです、結構。「あなたお母さんになるのにそんな騒いでどうすんの」みたいな怒られて、それで「叫んだりすると体力消耗するから、だめ」とか言われて、多分ナースステーションまで声が聞こえたんですよ。それで飛んできて、だめよみたいなのを言われたのは覚えています” (JPN9)

“あんまりにも私がうるさいからみてあげるよって、言う感じで（助産師が）来たんですよ。すごい嫌そうなのが、特にカーテンとかもないじゃないですか。(中略) なんとなくなんでも見える状態だったんですけど、「本当うるさいわねこの人」みたいな感じで来て、チェックして「あっ、ねーちょっとだめよ」みたいな。慌て始めて。そしたら、日本人の方が「もう子宮口全開なんだって、次いきみたくなったらいきんでいいよ」って言われて、でそのままみたいな。もうちょっとかかるよって言われてたのもあるけど。こんなになんか、こんなに診てくれないのとか。あれを診てくれないければ、もう例えば頭が出て、出ちゃう、出ちゃうってなってから来てくれたのかもしれない” (JPN5)

“結構、私が日本で一人目行ったところの病院は母乳を訓練というか、飲ますあれ（介助）をしてくださってたんで、それがスパルタのような合宿みたいな感じでずっと教えてくれてたんですよ。代わる代わる看護師さんとかが。でも、もちろんそんなケアはなくて” (JPN13)

“私が一番嫌だったのは産後でした。産後、血がついているのがわかる下半身で寝かされてるのが一番嫌でした。なんかせめてナプキンみたいなのでしてくれたら、まだ気持ちが楽だったんですけど。すごい気持ち悪い、ちょっと動くだけで気持ち悪いから動けないみたいな。” (JPN5)

“知識があるなら教えてほしかったですね。もうちょっと、なんて言うんですかね、術後のおっぱいの流れとかもこっち任せじゃなくて指示してほしかったなと思って。そこで、あなたはこういう状態だからこうですよみたいなのがあれば安心するのに、・・・中略・・・大家族だったりするからそういう先輩が教えてくれる前提なんですねって思いましたけど。家族がいるからそんなお風呂の入れ方なんていちいち指導しないのかなと思いましたがけど” (JPN8)

表8 カテゴリーⅢ-1. 【期待と異なる妊産婦中心でない妊娠出産体験への失望】

| サブカテゴリ () は頻度 | コード | 頻度 | 対象者 |
|------------------------|-----------------------|---------------------|--|
| [分娩期のサポート不足による辛さ] (25) | 分娩時の少ないスタッフ対応に違和感 | 3 | JPN13 |
| | 産痛緩和の援助はない | 8 | JPN6 JPN2,12 |
| | 分娩期にサポートが得られなかった辛さ | 7 | JPN2 |
| | 陣痛促進剤使用の苦痛 | 7 | JPN9 |
| [違和感のある看護ケア] (144) | 分娩期の看護ケアに対する違和感 | 59 | JPN1,3,5,6 JPN2,4,7,9 |
| | 後回しにされた新生児との対面 | 15 | JPN1 JPN2,4,9, 10,11,12 |
| | 違和感のある看護ケア | 18 | JPN1,6, JPN7,9,11 |
| | 不十分な看護ケアに対する怒り | 27 | JPN5,8,13 JPN9 |
| | 日本と異なる違和感のある看護ケア | 17 | JPN1,3,5,6,13 JPN2 |
| | 遅い術後離床 | 2 | JPN9 |
| | 長く感じられた処置の時間 | 3 | JPN14 |
| | 努責をかける分娩 | 2 | JPN4 |
| | 術前と異なり手厚い看護ケア | 1 | JPN7 |
| | [不十分な説明による不安] (19) | 不安だった出生直後のわが子の体色の悪さ | 2 |
| 不十分な説明による不安の増大 | | 17 | JPN1,5,6 JPN4,7 |
| [医師の権限の大きさ] (11) | 早すぎる手術決定時期への違和感 | 2 | JPN8 |
| | 威圧的態度の医師 | 2 | JPN8 |
| | 医師到着まで待たなければならなかった出産 | 1 | JPN13 |
| | 帝王切開中に質問することは好まれない | 3 | JPN11 |
| | 医師による分娩介助 | 3 | JPN2,12 |
| [違和感のある医療従事者の態度] (39) | 一度した失敗から遠慮 | 2 | JPN13 |
| | 信頼関係構築の難しさ | 2 | JPN3 |
| | 医師とのコミュニケーションの難しさ | 2 | JPN8 |
| | 不快ではないが素晴らしい看護スタッフの態度 | 4 | JPN3 JPN4 |
| | 頼れない雰囲気看護スタッフ | 9 | JPN5 JPN2,7,9 |
| | 医療従事者の態度の問題 | 13 | JPN1,5,8 JPN9,11,14 |
| | 実感した日本の医療従事者の丁寧さ | 5 | JPN1,5,6 JPN7 |
| | 分娩時のケア提供は助産師により異なる | 2 | JPN4 |
| [十分でない保健指導に対する不安] (79) | 保健指導のない不安 | 35 | JPN1,3,5,6,8,13 JPN4,7,9,10 11,12,14 |

| | | | |
|--|-------------------|----|--------------------------------|
| | 授乳指導がないことへの疑問と違和感 | 24 | JPN1,3,5,6,8,13 JPN4,7,9,11 |
| | 育児指導は家族がするのが前提のバリ | 10 | JPN8 JPN4,7,9,12,14 |
| | 新生児の臍帯ケアの困惑 | 6 | JPN3 JPN7 |
| | 母乳育児の不安 | 2 | JPN4 |
| | 術前オリエンテーションがない違和感 | 2 | JPN11 |
| | (317) | 計 | 317 |

※□は日本で出産経験がある対象者とコード, □は日本で出産経験がない対象者とコード, □は共通コード

カテゴリ III-2 【乗り越えられないネガティブな出産体験】

[残念なバリでの出産体験] [次は日本での手厚いケアを期待]の 2 個のサブカテゴリで構成され、それぞれの出現頻度は、[残念なバリでの出産体験]が 45 回、[次は日本での手厚いケアを期待]が 14 回であった (表 9)。

経膈分娩予定だったにもかかわらず、産痛に耐えられず結果的に帝王切開になった場合、看護者が寄り添い、励ましてくれれば耐えることもできたという悔いが残っていた。また、分娩第 1 期の耐え難い陣痛の際、一人で放置されたと感じた女性たちは分娩体験がトラウマとなっていた。産後に腰痛で体動困難があった女性は、無理に離床をすすめられたことで入院が強いストレスになり、歩行ができないまま退院していた。痛みの訴えを理解してもらえない苦しさがあった。これらの女性たちは、二度とバリで出産したくないと感じており、バリでの残念な出産体験を乗り越えずにいた。

“ローカルの方の出産に関して言えば、それもあの方たちもいいと思うんですけど、外国人のケアを受け入れている医療施設であれば、それこそ産後のケア、妊婦の母体のケアはもうちょっと勉強したほうがいいと思いますね。知識を入れて。あとなんですかね、解剖学なこととかで論理的なことをちゃんと勉強してほしいですね。ここがこうなるということはこうだからこうしなくちゃいけないんだよって、このを、勉強してはるのかもしれないんですけども、それをちゃんと理解して知識持っていると感じなかったんで”。(JPN13)

表9 カテゴリーIII-2.【乗り越えられないネガティブな出産体験】

| サブカテゴリ()は頻度 | コード | 頻度 | 対象者 | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------|----------------------|------|
| [残念なバリでの出産体験] (45) | 産後の痛みによる辛さ | 3 | JPN13 | |
| | 後悔しているバリでの出産 | 5 | JPN5,13 | |
| | 医療従事者よりもベビーシッターへの感謝 | 1 | JPN13 | |
| | 産後入院によるストレス | 4 | JPN3,13 | |
| | 分娩の振り返りはない | 4 | JPN5,8 JPN7,9 | |
| | 思い描いていたイメージの分娩との違い | 4 | JPN5 JPN14 | |
| | 納得できていない帝王切開 | 9 | JPN7,9 | |
| | 気づかないうちに終了していた帝王切開 | 4 | JPN7,10 | |
| | トラウマになった分娩体験 | 5 | JPN2 | |
| | 会陰裂傷の苦痛の大きさ | 4 | JPN14 | |
| | 医師を信頼しなかったことへの自責の念 | 1 | JPN11 | |
| | 他人よりまだと自分を納得させる | 1 | JPN9 | |
| | [次は日本での手厚いケアを期待] (14) | 本当は日本での出産が希望 | 2 | JPN1 |
| | | 妊産婦のための充実した日本の福利厚生 | 2 | JPN1 |
| 次回は日本での出産したい | | 6 | JPN3,5,8,13 JPN14 | |
| 日本で出産するメリットは家族のサポート | | 2 | JPN1 JPN7 | |
| 日本での出産への興味 | | 2 | JPN12 | |
| (59) | 計 | 59 | | |

※□は日本で出産経験がある対象者とコード, □は日本で出産経験がない対象者とコード, □は共通コード

(4) テーマⅣ『潜在的な女性の強さ』

【妊産婦自身で乗り越えようとする努力】 【出産体験を統合】 の 2 個のカテゴリが含まれる。

カテゴリⅣ-1. 【妊産婦自身で乗り越えようとする努力】

[自分でやらざるを得ない状況] [日本での出産経験からの学び]の 2 個のサブカテゴリで構成され、それぞれの出現頻度は、[自分でやらざるを得ない状況]が 31 回、[日本での出産経験からの学び]が 20 回であった (表 10)。

多くの女性たちは、産後の授乳指導・育児指導を受けておらず、自分でやらざるを得ない状況だった。入院中からインターネットの動画や日本のリーフレット・育児書を参考にして自己で模索しながら育児技術を身に付けようとしていた。また、日本で出産経験がある場合、保健指導はなくても過去に日本で学んだ分娩時や育児の知識を生かすようにしていた。

“教えてくれなかったですね、赤ちゃんのケアに対しても、おむつの仕方とかも教えもらえなかったでしたし、何も教えてくれませんよ。・・・中略・・・わたしそんなあの一教えてもらえるってそれが当然だと思ってなかったんで、自分でいろいろ育児書みたいな日本のですけど読んだりしてたんで、そんなに何も教えてくれないじゃないかってそういうなんは感じませんでした” (JPN7)

表 10 カテゴリⅣ-1. 【妊産婦自身で乗り越えようとする努力】

| サブカテゴリ () は頻度 | コード | 頻度 | 対象者 |
|-------------------------|------------------------|----|--------------------------|
| 【自分でやらざるを得ない状況】 (31) | 役立った個人的学びでのヨガ | 2 | JPN13 |
| | 人に頼らず自己で模索 | 28 | JPN3,5, JPN2,4,7,9,10 |
| | あてにならないバリの家族の育児サポート | 1 | JPN7 |
| 【日本での出産経験からの学び】 (20) | バースプランは知っている | 7 | JPN1,3,5,13 |
| | 日本での出産経験がある経産婦だからわかること | 5 | JPN1,3,5 |
| | 日本で学んだ知識を生かす | 8 | JPN1 |
| (51) | 計 | 51 | |

※□は日本で出産経験がある対象者とコード、■は日本で出産経験がない対象者とコード、□は共通コード

カテゴリIV-2.【出産体験を統合】

[無事な出産に安堵] [分娩を通した学びや喜び]の2個のサブカテゴリで構成され、それぞれの出現頻度は、[無事な出産に安堵]が37回、[分娩を通した学びや喜び]が15回であった(表11)。

女性たちは、周産期のケアに対する様々な不満はあっても、自ら選択したバリでの出産だったこと、妊娠・出産経過が順調だったこと、わが子が元気に生まれたことに対する安堵が大きかった。バリでの出産という自らの選択肢を後悔しておらず、自分で妊娠・分娩体験を想起し、自分自身を納得させ出産体験を統合できていた。

“自然分娩だったらずっと旦那さんと共に一緒に頑張ってみたいな感じで、旦那さんは分娩室に入って来れるけど、帝王切開するからできないって言ってそこの希望もできないのも分かってたので。もしも自然だったらみたいなのはすごいあったんですけど、それが全部急に帝王切開になったので、もう元気に出てきてれるんだっただらお願いします、先生みたいな感じで、どうしたい、こうしたいっていうよりも出てきてちゃんと元気になって、そうですね、そこだけっていう感じに最終になりましたね。なので、結果、ちゃんと元気に出て来て、退院できて、育ってくれて良かったっていうところにやっぱり行き着くんですけど。” (JPN11)

表 11 カテゴリーⅣ-2. 【出産体験を統合】

| サブカテゴリ () は頻度 | コード | 頻度 | 対象者 |
|--------------------|-----------------------|----|----------------------------------|
| [無事な出産に安堵] (37) | 順調だった妊娠・出産経過への安堵 | 14 | JPN6,8, JPN2,4,7,10, 12,14 |
| | 正常な分娩経過 | 6 | JPN6 JPN2,4,14 |
| | バリで無事に自然分娩できた安堵 | 5 | JPN1,3 JPN2 |
| | 経産婦の早い分娩経過 | 8 | JPN3,5,6,13 JPN12 |
| | わが子が元気に生まれた安堵 | 4 | JPN7,11 |
| [分娩を通した学びや喜び] (15) | わが子がそばにいる安心感 | 4 | JPN5,6 JPN7,9 |
| | 帝王切開で新生児誕生時のお祝いムードの喜び | 2 | JPN9 |
| | 分娩を通して学んだ母親になる大変さ | 1 | JPN14 |
| | 夫も分娩に参加 | 1 | JPN14 |
| | 体感した分娩進行 | 2 | JPN14 |
| | 後悔していない自己の選択 | 2 | JPN14 |
| | 満足した出産体験 | 3 | JPN12 |
| (52) | 計 | 52 | |

※□は日本で出産経験がある対象者とコード, □は日本で出産経験がない対象者とコード, □は共通コード

(5) テーマV『将来への希望』

【妊産婦へのエンパワメントの重要性】 【将来のインドネシアの周産期医療への期待】の2個のカテゴリが含まれる。

カテゴリV-1. 【妊産婦へのエンパワメントの重要性】

[妊産婦教育の重要性] [浸透していないバースプラン]の2個のサブカテゴリで構成され、それぞれの出現頻度は、[妊産婦教育の重要性]が30回、[浸透していないバースプラン]が23回であった(表12)。

日本の出産施設では、妊娠中に母親学級や助産師による集団や個別の保健指導が行われているが、バリで指導を受けた邦人女性はいなかった。しかし、女性たちはインターネットなどを活用し、自分で学習しているものが多かった。妊婦健診では、妊産婦への情報提供の少なさを感じていた。異常がないという健診結果は知らされていたが、詳細な内容については知らされておらず、超音波検査の所見等についても説明を望んでいた。妊娠期間中の体重増加の制限がないことや妊娠中の食のタブーなどには疑問を感じており、過剰な体重増加が妊娠糖尿病、巨大児、妊娠高血圧症候群のリスクに関連のあることを知っていた。彼女らはセルフケアのため妊産婦自身が情報把握をする必要性を訴えていた。邦人女性たちは、現地の妊産婦が医療従事者任せで、情報を持っていないことを問題視し、妊産婦自身の選択肢が広がるような出産準備教育の必要性を訴えていた。

“その健診なのかよくわかんないんですけど、つわりが終わった後だったんで、特に何もなかったんですけど。私はそのつわり中全然食べれなくて、すごい体重が増えなくて。でも、つわりが終わってから臨月になるぐらいまですごい一気に太って、多分血圧がちょっと高くって、日本で言ったらなんか病名がつくんだろうなっていう状況だったんですけど、特にそれは言われなかったです。手足もむくんでパンパンだったし、血圧も高くなって。あとなんだろう、ネットとかでやっぱ心配だから調べるじゃないですか、そうすると結構な数、そういう妊娠高血圧とかっていうのとかにもしかしたら日本だったら言われるんだろうなって、っていうような状態だったんですけど、特に指導とかはなかったです”。(JPN5)

“うーん、こっちの人は黄色っていうのにすごい敏感なんですけど、あの一、朝の早い時間に（新生児を）裸にして日に浴びさせろっていうんですね、当分の間黄色くならないように。でも日本の育児書には、新生児はあんまり、風邪に日光に当てないよいうって書いてあるじゃないですか、だからちょっとそういうずれとかあったりして、どっちなんだろうってとかっていう…” (JPN7)。

“何カ月とかは分かってましたけど何週目とかは分からない。バリの妊婦さんって知識がない状態で産むんだなと思いましたね。正期産とかあるじゃないですか。上の子の経験があったから、その時、自分なりに数えて大丈夫な時期なのかなってなんとなく思って、自分で考えてやりましたね。” (JPN8)

“私とか二人目で、1回目、日本の出産を経験してるからっていうのが余計にあって、知識もあり過ぎなのも駄目なんですけど、初めての出産で日本人の方でこっちでてなったら、もうちょっと知識どうやって入れたらいいのかなって心配になったりしますけど。病院主体でそういうことが学べたり、気楽に情報を得られる何かがあるとしても助かりますよね” (JPN13)

表 12 カテゴリ V-1. 【妊産婦へのエンパワメントの重要性】

| サブカテゴリ () は頻度 | コード | 頻度 | 対象者 |
|----------------------|------------------|----|--|
| 【妊産婦教育の重要性】 (30) | 医療従事者への依存 | 1 | JPN6 |
| | 出産準備教育の必要性 | 8 | JPN1,13 |
| | 妊産婦自身が情報把握をする必要性 | 14 | JPN1,8,13, JPN2,4,10 |
| | 妊婦への情報提供の少なさ | 6 | JPN5,8 JPN7 |
| | 妊婦自ら情報収集することはない | 1 | JPN14 |
| 【浸透していないバースプラン】 (23) | お産への望みが叶わないあきらめ | 6 | JPN1,3,8 |
| | 浸透していないバースプラン | 16 | JPN1,5,6,13, JPN2,4,7,9, 10,11,12,14 |
| | お産の希望を確認されることはない | 1 | JPN14 |
| | 計 | 53 | |

※□は日本で出産経験がある対象者とコード、□は日本で出産経験がない対象者とコード、□は共通コード

カテゴリ V-2. 【将来のインドネシア周産期医療への期待】

[バースプランへの期待] [インドネシアの周産期医療への期待]の 2 個のサブカテゴリで構成され、それぞれの出現頻度は[バースプランへの期待]が 14 回、[インドネシアの周産期医療への期待]が 31 回であった (表 13)。

出生率の低い日本と比較し、出生率の高いインドネシアでは、産婦人科医の経験が豊富で、熟練した開業助産師もいると考えている女性たちもいた。彼女らは慣れた技術者のケア提供を受けたいと考えていた。妊娠中の不快症状があり、助産院を受診して症状が軽快した経験や、産後に乳房マッサージを受け、母乳分泌がよくなったことを喜んでいる女性たちがいた。また、日本人だけでなく外国人の多いバリは、経済的にも豊かで出産の選択肢を考える女性も少しずつ増えてきているため、女性たちが主導権を持てるようなシステムがあればいいと考えていた。

“バリというかインドネシアは子どもがすごく生まれているっていうので、先生の経験的にも、ものすごい多いっていう安心感が私はあるんですよね”。(JPN11)

“妊娠出産って、こっちって子どもを産むことが普通になりすぎてからかもわかんないですけど、そんなにビッグなイベントとして扱われない、だからたぶん病院とかでも日常茶飯事に子どもが生まれてるっていうのも、それが当然みたいな感じなんで特別扱いされないところもあるんですけど、もうちょっと楽しんでもいいなあっていう。(笑) 自分のね、母親として人生でそんな何回も経験できることじゃないですか、だからもっと楽しむ機会があってもいいんじゃないかなと思いますけどね”
(JPN7)

表 13 カテゴリ V-2. 【将来のインドネシア周産期医療への期待】

| サブカテゴリ () は頻度 | コード | 頻度 | 対象者 |
|----------------------------|-----------------------|----|------------------------|
| [バースプランへの期待] (14) | バースプランによる選択肢の可能性 | 9 | JPN1,5,13 JPN2,7 |
| | 妊産婦の意思が尊重されるバースプランのよさ | 2 | JPN2,14 |
| | バースプランへの漠然とした期待 | 3 | JPN7,14,11 |
| [インドネシアの周産期医療への期待] (31) | 助産師の専門性の発揮を期待 | 5 | JPN1 |
| | インドネシアの母子健康手帳への関心 | 11 | JPN1, JPN2,10,11,12 |
| | 出生率の高いインドネシアの産科医への期待 | 1 | JPN11 |
| | 助産院への期待 | 14 | JPN9 |
| | 計 | 45 | |

※□は日本で出産経験がある対象者とコード, □は日本で出産経験がない対象者とコード, □は共通コード

第3項 在留邦人女性への調査の考察と結論

1. カテゴリ関連図

本質的研究は、インタビュー調査に基づいて、バリにおいて女性が周産期にどのような体験をしたかを外国人女性の認識から明らかにすることを目的とした。研究データから、5つのテーマと12のカテゴリが抽出された（以下図9で説明する）。

妊娠期において、対象者たちは、ライフイベントとして安全で満足できる出産を重要視していた(図9-I-1)。しかし、妊娠出産に関する情報入手の難しさなどさまざまな困難があった(図9-II-1)。そのため、妊娠中からの日本人医療従事者や家族のサポートは不可欠であった(図9-II-3)。彼女らは医療従事者に過度な期待はしていなかったが(図9-II-2)、そのような状況下でも安らぎを求めている(図9-I-3)。彼女らは妊娠期から医療従事者と信頼関係を少しずつ築き出産に臨んでいたが(図9-I-2)、分娩期のケアにおいて、妊産婦中心でない出産体験であると感じ失望することが多かった(図9-III-1)。女性自身の努力だけでなく(図9-IV-1)、家族・日本人医療従事者のサポートによって(図9-II-3)、多くの女性たちは出産体験をポジティブに統合することができた(図9-IV-2)。しかし、出産体験の統合がうまくできなかった場合、時間が経過してもずっとネガティブな出産体験として乗り越えられずにいた(図9-III-2)。女性たちは、妊娠・出産・産褥期を通じた母親へエンパワメントが重要であると考えており(図9-V-1)、将来のインドネシアの周産期ケアに期待していた(図9-V-2)。



※テーマはイタリック、カテゴリは赤字

図 9 バリでの出産体験におけるテーマとカテゴリ

2. 在留邦人女性が周産期に望むこと

研究結果から見出された5つのテーマを統合し、以下4つの点において考察する。

情報提供の必要性

研究対象者の滞在期間、宗教、インドネシア語能力、末子の年齢、出産回数、分娩施設、分娩様式など背景は様々であった。外国人移住者が多く、多様な民族が暮らすインドネシア、バリ州において邦人女性は特別な存在とは言い難い。14名中11名は私立病院の出産で、3名が助産院での出産であった。インドネシアの出産施設利用の割合で最も多いのが私立病院48%で[84]、本研究対象者のほとんどが私立病院での出産であり、同様の結果であった。妊婦健診を受ける施設および出産施設の選択に当たっては、日本人ネットワークを使用し、現地の情報を収集する努力をしていた。外国人妊産婦が、母国語で利用できる母子保健情報は非常に限られている。母子健康手帳は、日本の母子保健の歴史を通じて、約70年間にわたり、伝統的かつ重要な役割を果たしてきた。インドネシアから始まり世界各国に広がっている[88]。対象者のうち、インドネシア版母子健康手帳を持っていたのは少なかった。日本以外の国でデザインされた母子健康手帳には、多くのカラフルな絵が描かれており、識字ができない両親も簡単に情報を理解できるようになっている[88]。そのため外国人女性でも理解しやすい。母子健康手帳は、健康意識の改善と対象者とケア提供者のコミュニケーションを改善する効果的なツールとなりうる[89]。子どもが小学校入学まで使用する現地の母子健康手帳は、誰もが入手できるようになることが望ましい。また、WHOはこれまで4回の妊婦健康診査を推奨してきたが、8回に増やす必要があると述べている[40]。日本では各種感染症検査、血液検査、超音波検査、保健指導などを含め14回程度の健診が公費負担で受けられる[90]。インドネシアでは健診回数が日本より少なく内容が異なるため女性たちが不安を抱く要因となっていると考えられた。また、邦人女性は、周産期を通じて医師との関わりはあるが、看護スタッフとの関わりはほとんどなかったと述べており、産前産後の助産師による保健指導がない不安があった。アメリカ、ハワイ州における邦人女性の出産体験についての研究では、女性たちは言語の障壁を最も困難なこととしてあげていた[91]。本研究対象者の平均滞在年数は8年以上と長く、日常会話に問題がない場合でも、日系クリニックを受診し、周産期においてにさまざまなサポートを受けていた。言語の問題だけでなく、いつでも相談できる医療従事者を求めていることと考えられた。妊産婦が情報に基づき、主体的に妊娠出産の計画を立て、ケアに参加することは容易でなかった。

寄り添うスタッフの必要性

2012年のインドネシアの帝王切開率は12%[92]であるが、先行研究により都市部と農村部で施設利用に格差があり、Java や Bali などの都市部の女性は、帝王切開率が高い[84]。世界では、特に高所得国および中所得国において、帝王切開率は上昇を続けている。医学的に正当性の根拠がある場合、帝王切開は妊産婦死亡率および周産期死亡率を効果的に防止することができる。しかし、手術を必要としない母児にとっては帝王切開の利点を示すエビデンスはない[93]。本研究対象者は、バリは帝王切開が多いという認識を持っており、自然分娩を望んでいる彼女らにとって、そのことが現地の周産期医療に対する大きな不安要素の一つであった。対象者のうち、分娩第1期に胎児や母体に問題がなくても一人で痛みに耐えられないという理由から、本人の希望で分娩第1期に帝王切開になった女性たちがいた。女性たちは、助産師が適切な助産診断のもと、産婦に寄り添い、陣痛緩和や励ますサポートをしてくれれば、頑張れたという思いが強かった。陣痛時に継続的なサポートを受けた女性は、吸引・鉗子分娩、帝王切開でなく、自然に経膈分娩をする可能性がより高い。さらに、鎮痛薬の使用や帝王切開になる可能性が低く、出産に満足し、分娩所要時間が短縮する可能性があるといわれている[94]。経膈分娩できた女性たちも分娩準備教育を受けておらず、分娩経過中に自分の進行状況がわからず、助産師のサポートも少ないため、痛みの恐怖や分娩経過に対する不安が増大していた。歴史的に女性は陣痛時にほかの女性が立ち会い、サポートを受けてきた。しかし、世界的に病院では陣痛時の継続的なサポートがルーティーンではなくなりつつある[95]。女性たちは、家族のサポートはあったが陣痛時に看護師・助産師の継続的なサポートを期待していたにもかかわらず、サポートが得られなかったことでネガティブな分娩体験につながったと考えられる。彼女たちは、家族の援助だけでなく、専門的知識を持った医療従事者の説明や励ましを必要としており、そばに寄り添ってくれることを強く望んでいた。女性の分娩に対する満足度は、ケア提供者のより大きな共感に関連している[96]。ケアに対する女性の認識は、妊産婦ケアにおける満足度に寄与することとして重要である。看護師・助産師は共感を示し、すべての女性にとって定められた手順に基づいた満足できるケアを提供すべきである[13]。陣痛時の継続的なサポートは、臨床的に母児にとって有益な利益をもたらし、危害をもたらすことはない。すべての女性は、陣痛時と分娩時を通してサポートを受けられるべきである[95]。

出産体験の統合するためのサポート

邦人女性たちは予定外の帝王切開や分娩期・産褥期ケアへの不満はあっても、子どもが元気に出生した安堵の思いが強かった。また、実母やバリの家族援助もあり、自分なりに出産体験を乗り越えようとしていた。しかし、時間が経過してもネガティブな出産体験が乗り越えられない場合、出産体験がトラウマになり、二度とバリで出産したくないという思いにつながっていた。産後の母親は、分娩の疲労により、動作はもとより認識力、理解力が低下しており、セルフケアや育児をしなければならない母親の精神的ストレスは大きい。産褥早期にメンタルヘルスの問題が起こりやすいことは報告されている[87, 97, 98]。先行研究により、ほとんどの女性はうまく対処できるが、一部の女性はストレスの強い経験であると認識し、産褥期に心的外傷後ストレス障害の発症につながる場合があるといわれている[99]。また、産後のうつ病の発症は移民の女性に多いことが明らかになっている[100]。Gamble は、辛い出産体験を訴える女性への簡単な助産師によるカウンセリングが心的外傷、うつ、ストレス、自己非難などの症状を軽減するのに効果があること発見した。この介入は、助産師の実践の範囲内であり、対象者に害を及ぼさず、有益であると認識されており、将来の妊娠についての女性の自信を高めたとされている[101]。初めて母親なった女性にとって、最初の仕事の1つは、出産体験を見直し、自分が期待したものとはどのように異なるかを理解し、その経験を自分の期待と統合することであるといわれている[102]。日本では近年、産褥早期に褥婦と助産師が分娩体験を振り返ることを実施している施設が増えている[103-105]。研究対象者は、期待と異なる出産体験に失望し、その残念な気持ちがインタビュー時も継続していた。出産体験を乗り越え、有意義な体験だったと統合するためには、産後早期に分娩体験を振り返る助産師の援助が有効であったかもしれない。

女性中心のケア Woman-centred care

過去 20 年間、妊娠・出産時における女性中心のケアについてのさまざまな研究報告がある[106-113]。Tinkler らは、妊産婦への質的・量的調査結果から、助産師が妊産婦とパートナーシップを組み、妊産婦が情報に基づく選択をし、ケアのプロセスに参加する女性中心のケアを提供する必要性を提唱している[114]。本研究対象者は、周産期を通じて助産師とのパートナーシップを形成することができておらず、自分たちが望んでいた出産体験ができなかった。本研究結果より周産期を通じて情報提供や女性に寄り添うケアなどのエンパワメントの必要性が示唆された。女性自身が主体的に妊娠、出産に取り組み、安全で満足できる

出産体験が得られるようにするためには、助産師による女性へのサポートが必要と考える。これにより、インドネシアの周産期ケアのさらなる改善につながる可能性がある。

3. インドネシア、バリ州における日本人女性の出産体験についての質的研究の結論

本研究は、日本人女性は分娩期、産褥期に妊産婦中心でない出産体験をしたことを示している。彼女らは、看護師と助産師の寄り添いと励ましを求めていた。本研究結果は、周産期における女性中心のケアと女性のエンパワメントの必要性を示唆していると結論づける。インドネシアの妊産婦の健康は過去 25 年間で飛躍的に改善したが、インドネシアの周産期ケアの質を向上させるためには、次の段階では女性の立場から周産期ケア改善のためのさらなる研究が必要である[115]。

第3節 日本での出産経験の有無からみた分析

第1項 日本での出産経験の有無からみた対象者の概要

対象者14名のうち、日本での出産経験がある女性は14名中6名であった。日本で出産経験があった6名の女性のバリでの分娩様式は、5名が経膣分娩、1名が帝王切開であった。日本で出産経験がある女性の出産回数は、2～5回であった。日本で出産経験がない女性の出産回数は、1～3回であった。日本で出産経験がない女性は、8名中4名は経膣分娩で、4名は帝王切開であり、半数は帝王切開での出産であった。日本で出産経験がある女性は、バリで出産した末子のインドネシア政府の母子健康手帳を持っていたのは6名中1名のみであったが、日本の母子健康手帳は6名中5名が持っていた。日本での出産経験がない女性はバリで出産した末子のインドネシア政府の母子健康手帳を持っていたのは8名中1名のみであったが、日本の母子健康手帳は8名中4名が持っていた。日本で出産経験がある女性は、バリでの末子の出産場所は、私立病院が6名中5名で、助産院が1名であった。日本で出産経験がない女性は、バリでの末子の出産場所は私立病院が8名中6名で、助産院は2名であった。日本で出産経験がある女性には、イスラム教徒はおらず、ヒンドゥー教徒が3名、その他が3名で、日本で出産経験がない女性はイスラム教徒が8名中6名であった(表14)。

表 14 日本の出産経験からみた対象者の概要

| ケース | 日本での 出産経験 | 出産 回数 | 分娩様式 | インドネシア政府 の母子健康手帳 | 日本の母子 健康手帳 | 未子出産 場所（バリ） | 宗教 |
|-------|--------------|----------|------|---------------------|---------------|----------------|-------|
| JPN1 | あり | 5 | 促進 | あり | あり | 私立病院 | ヒンドゥー |
| JPN3 | あり | 2 | 普通 | なし | あり | 私立病院 | その他 |
| JPN5 | あり | 2 | 普通 | なし | あり | 私立病院 | その他 |
| JPN6 | あり | 2 | 普通 | あり | なし | 助産院 | ヒンドゥー |
| JPN8 | あり | 2 | 帝王切開 | なし | あり | 私立病院 | ヒンドゥー |
| JPN13 | あり | 2 | 普通 | なし | あり | 私立病院 | その他 |
| JPN2 | なし | 1 | 普通 | なし | あり | 私立病院 | イスラム |
| JPN4 | なし | 2 | 促進 | なし | あり | 私立病院 | イスラム |
| JPN7 | なし | 2 | 帝王切開 | なし | なし | 私立病院 | その他 |
| JPN9 | なし | 1 | 帝王切開 | なし | あり | 私立病院 | イスラム |
| JPN10 | なし | 2 | 帝王切開 | なし | なし | 私立病院 | イスラム |
| JPN11 | なし | 2 | 帝王切開 | なし | あり | 私立病院 | イスラム |
| JPN12 | なし | 3 | 普通 | あり | なし | 助産院 | イスラム |
| JPN14 | なし | 1 | 水中 | なし | なし | 助産院 | その他 |

※□は日本で出産経験がある対象者, □は日本で出産経験がない対象者

第2項 日本の出産経験の有無からみたバリでの周産期における体験の相違

以下5つのテーマ、12個のカテゴリについて日本の出産経験の有無からみたバリでの周産期における体験の相違と、共通することについて主なサブカテゴリを用いて説明する(図10)。

1. テーマ1『安全で満足できる出産体験の重要性』

カテゴリ1-1.【ライフイベントとして安全で満足できる出産の重要性】

日本での出産経験のある6名中5名は、バースプランという言葉を意識していたわけではないが、自然分娩を基本とする施設を選択し、分娩様式に対する希望や出生直後のカンガルーケアの希望などを事前に医療従事者に伝え、母乳栄養を希望するなど、[意識せずもっているバースプラン]があった。日本で出産経験がない女性たちも、バースプランという言葉は知らなくても、分娩時のサポート者として現地の日本人助産師に付き添ってもらったり、自然分娩の希望を医師に伝えたり、水中出産ができる助産院を選択するなど8名中5名が[意識せずもっているバースプラン]があった。日本での出産経験の有無にかかわらず、[意識せずもっているバースプラン]があった。また、日本で出産経験ある女性の6名中4名が異常発生時の不安や感染症の胎児への影響の不安など[妊娠・出産に伴う様々な不安]があるのに対し、日本での出産経験がない女性は、半数は不安の訴えがなかった。[より安全な妊娠・出産を望む気持ち]は、14名全員に共通することであり、著名な医師や胎児超音波検査ができることなどを重要視し、より充実した施設を探し求め出産施設を選択していた。日本での出産経験がなくても高度医療を求める気持ちに変わりはない。

カテゴリ1-2.【医療従事者と少しずつ信頼関係を構築する】

日本で出産経験のあった女性1名以外は、信頼できる医師との出会いや、ケアの配慮はなくても大きな問題を感じない医療従事者の態度から[医療従事者への信頼までのプロセス]があり、医療従事者と少しずつ、信頼関係を構築する努力をしていた。日本で出産経験がない女性たちは、8名中5名が[助産師の正しい診断]を信じていたが、日本で出産経験がある女性たちはあまり信じていなかった。

カテゴリ1-3.【自分の置かれた状況の中で求める安らぎ】

女性たちには、[インドネシアで生活している現実]があり、日本で出産経験のある女性たち6名中5名は、上の子の世話など生活上の理由のため、今回バリでやむを得ず出産していた。日本で出産経験のない女性たちは、生活上の理由もあるが、はじめから日本で出産を選択する意思がない女性が半数いた。また、バリの病院で2回自然分娩の経験のあるJPN12

は、アットホームな雰囲気や診療費の安い助産院を選択し、日本の出産経験のある JPN6 は、病気の際も助産院を利用していたことから、[身近な存在の助産院]で出産していた。日本で出産経験のない女性たちは、宗教的な連帯感を大事にしており、[ケア提供者と同じ宗教である安心感]から彼女らはイスラム教徒である医師や助産院を選択していた。ヒンドゥー教徒が 9 割を占めるといわれているバリにおいて彼女らはイスラム教徒であった。日本で出産経験のある女性たちは、周産期に感じる不満が多かったが、バリでは誰もが子ども大切にすることや気軽に産後に新生児を預かってくれることをありがたいと感じる女性もいた。彼女らは、[日本より負担に感じないおらかなバリ]に良い面を見出していた。JPN7 は、日本の病院を受診し、体外受精について相談したが、そこで重苦しい雰囲気を感じる経験があった。彼女はバリで体外受精を受けており、住み慣れたバリでの出産の方が安心と考えていた。邦人女性たちは、自分の置かれた状況下において安らぎを求めている。

2. テーマⅡ 『さまざまな困難』

カテゴリⅡ-1. 【情報入手の難しさ】

初産でありながらバリの助産院で出産した 1 名を除いたほぼ全員が、[日本人（外国人）妊産婦を感じる不安]があった。特に言語の問題は、日本での出産経験の有無にかかわらず、14 名中 12 名が感じていた。日本で出産経験のある女性の半数は外国人がバリで出産する難しさやサポートの必要性を感じていたが、日本で出産経験がない女性のうち、外国人がバリで出産する難しさを感じていたのは 2 名のみであった。周産期を通じて現地の日本人助産師のサポートを受けていたのは、日本で出産経験のある 2 名だけでなく、日本で出産経験がない 2 名もサポートを受けており、言語の問題だけでなく、日本の看護ケアを求め、信頼できる日本人助産師の存在を重要視していた。高額な診療費の問題や現地医療システムへの違和感は日本での出産経験にかかわらず半数の女性が感じていた。14 名中、1 名の女性以外は、母子健康手帳に関する情報などなんらかの[外国人妊産婦の情報収集の難しさ]を感じていた。出産施設の日本との違いや短い産褥入院期間などすべての女性がなんらかの[日本との違いに対する戸惑い]を感じており、共通する困難であった。その中で、日本で出産経験がある女性全員が検査の少ない妊婦健診への不安を抱いていたが、日本で出産経験がない女性は、検査の少なさに不安を感じていたのは 2 名のみであった。[信頼していない現地の周産期医療] は、14 名の女性全員に共通する問題であった。

カテゴリ II-2. 【医療従事者への期待の低さ】

日本で出産経験がなく現地で出産した女性の半数は、はじめから現地の医療従事者を信頼しておらず、[看護師・助産師への期待の低さ]があった。また、助産院で出産した3名を除いた全員が、看護師・助産師とのかかわりも少なく、[存在感のない看護師・助産師]という現状があった。

カテゴリ II-3. 【周囲からの不可欠なサポート】

日本で出産経験がなく、現地で出産した女性たちは、日本人・インドネシア人の友人や日本人助産師など相談できる人の存在があり、[日本人や身近な友人のサポートの重要性]を痛感していた。また女性たちは夫だけでなくインドネシアの親戚や出産時に来てもらうなど日本の実母のサポートなしでは出産することができなかつたととらえており、[家族からの援助が不可欠]であった。

3. テーマ III 『戸惑いと失望』

カテゴリ III-1. 【期待と異なる妊産婦中心でない妊娠出産体験への失望】

分娩期だけでなく、周産期を通じて [違和感のある看護ケア]は、すべての女性が感じていた。特に日本で出産経験がある女性たちは、不十分な看護ケアに失望していた。日本と異なる褥婦や新生児ケア、助産師の援助の違いなどの違和感が強かった。日本で出産経験がない女性は、特に分娩期の分娩期に放置されたことなどのサポートのなさへの憤りや出産後の新生児の面会が遅かったことなどに対する不満があった。また、[十分でない保健指導に対する不満]は、1名を除いたすべての女性が持っていた。不満を訴えなかった日本で出産経験のない女性は、現地の日本人助産師の継続的なサポートを受けていた。

医療従事者に対しては、日本での出産経験にかかわらず、ほとんどの女性が違和感を持っていた。女性たちは、医療従事者の態度に対し大きな不満はなくても、権限の強い医師とのコミュニケーションの難しさや、日本と異なる医療従事者の態度や配慮のなさなどを感じ、[違和感のある医療従事者の態度]としてとらえていた。

カテゴリ III-2 【乗り越えられないネガティブな出産体験】

日本で出産経験の有無にかかわらず、思い描いていた分娩と違ったこと、納得できない帝王切開での出産、陣痛や会陰切開の耐えられない痛みなどとネガティブな体験が多く、[残念なバリでの出産体験]をしていた。特に日本で出産経験のある女性の6名のうち助産院で出産した女性1名を除いた5名は、バリでの出産体験から次回の出産では、[次は日本での

手厚いケアを期待]していた。

4. テーマⅣ『潜在的な女性の強さ』

カテゴリⅣ-1. 【妊産婦自身で乗り越えようとする努力】

日本で出産経験がない女性は、妊娠・出産・育児に関して現地医療従事者からサポートがないため、[自分でやらざるを得ない状況]であることが多かった。日本で出産経験のある女性は、[日本での出産経験からの学び]から4名はバースプランを知っていた。また、援助者はいなくても経産婦として日本で学んだ妊娠・出産・育児に関して経験を活かしていた。

カテゴリⅣ-2. 【出産体験を統合】

出産体験に満足した女性は、日本での出産経験のない、バリの助産院で出産した経産婦1名のみであった。日本で出産経験がなく、経膈分娩経過中から緊急帝王切開になった女性1名を除き、妊娠・出産の経過が順調だったこと、経産婦で経過が早かったことなど経膈分娩、帝王切開など分娩様式にかかわらず、すべての女性がバリで[無事な出産に安堵]していた。緊急帝王切開になった女性の1名は、手術には納得していなかったが、手術後にスタッフからお祝いの言葉かけをしてもらえたことや新生児がそばにいることに喜びを感じていた。[分娩を通した学びや喜び]があった。出産体験に満足した女性はほとんどいなかったが、無事に経膈分娩できた女性たちは出産体験を統合することができていた。

5. テーマⅤ『将来への希望』

カテゴリⅤ-1. 【妊産婦へのエンパワメントの重要性】

日本で出産経験のある女性の6名中5名がバリでの妊産婦教育の重要性を感じていた。日本で出産経験のない女性も半数以上は、妊産婦教育の重要性を感じていた。日本で出産経験のない女性8名全員がバースプランは聞いたことがなく、浸透していなかった。日本で出産経験がある女性たちは、バースプランを導入している日本の施設での出産経験があることから知っていたが、バリに導入するには難しい現状があると考えていた。

カテゴリⅤ-2. 【将来のインドネシア周産期医療への期待】

日本での出産経験の有無にかかわらず、半数の女性は、バリにバースプランが導入されれば、妊産婦の意思が尊重され、選択肢も広がる可能性があるという期待を持っていた。日本で出産経験がない女性8名中6名は、出生率の高いインドネシアや有意義な情報のあるインドネシアの母子健康手帳への興味など、将来のインドネシアの周産期医療へなんらかの

期待があった。

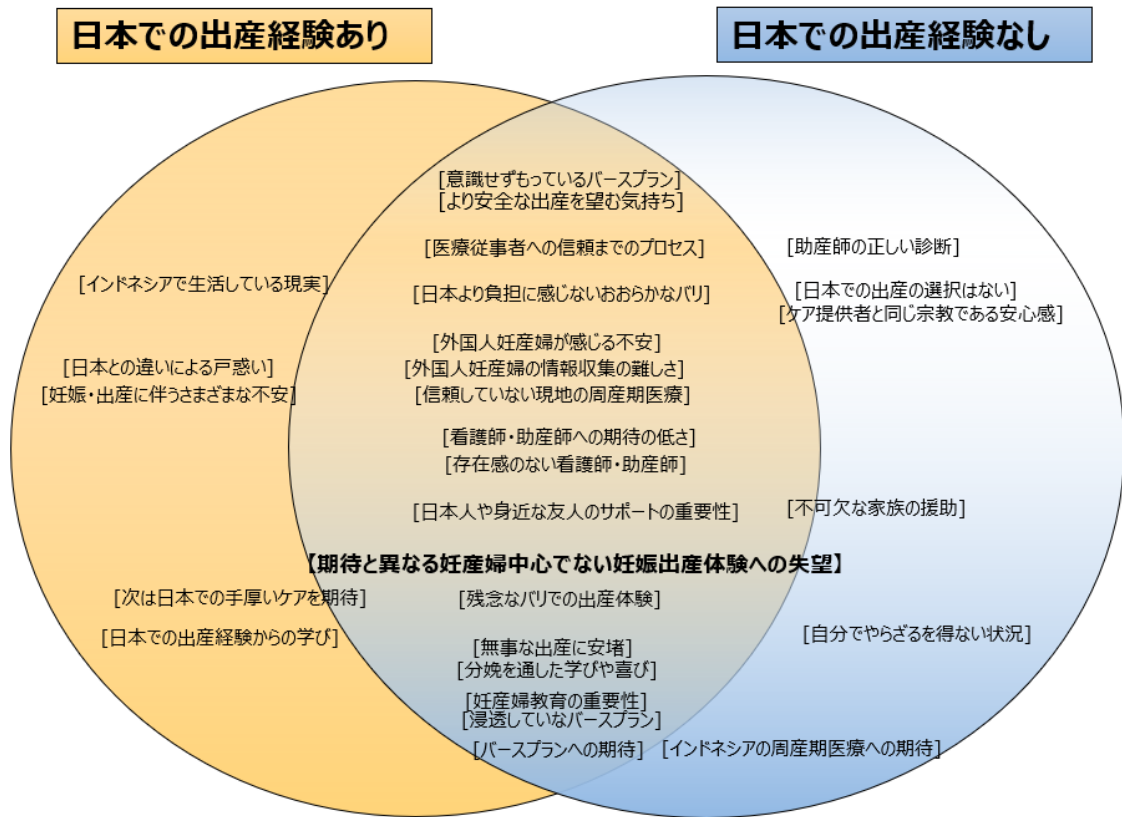


図 10. 日本の出産経験の有無からみたバリでの周産期における体験の相違と共通すること (おもなサブカテゴリとカテゴリ)

第3項 日本での出産体験の有無からみた考察と結論

日本で出産経験のある女性の6名中5名は、経膈分娩での出産であったが、一方、日本で出産経験がない女性は、8名中4名のみ経膈分娩であり、半数は帝王切開であった。日本で出産経験のない女性のうち、病院で出産した6名中4名は帝王切開であったことから日本で出産経験の有無が分娩様式に関連があると考えられた。

日本で出産経験がある女性は、今回も日本で出産希望であったものの、上の子どもの世話など生活上の理由のためやむを得ずバリで出産したのに対し、日本で出産経験のない女性は、日本での出産をはじめから考えていなかった。日本で出産経験がある女性たちは、妊娠・出産に関連した様々な不安があるが、日本で出産経験のない女性はこれらの不安が少ないことも、帰国出産という選択肢がないことに影響していると考えられる。また宗教的な連帯感を大事にしており、このこともバリで出産することに関連していると考えられた。

日本での出産経験にかかわらず、より安全な出産を望み、医療従事者と人間関係構築のための努力をしていたが、言語の不自由さや現地医療システムへの違和感など外国人妊産婦として不安が強く、現地での情報収集の難しさがあった。周産期を通じて看護師、助産師とのかかわりは少なく、初めから看護者への期待も低かったが、妊産婦中心でない分娩期の不十分なケア、保健指導のない不安、納得できない帝王切開など分娩期のケアに対する不満から満足度が著しく低かった。満足のゆく出産体験ができなければ、トラウマになり出産体験を統合することは難しい。日本で出産経験のある女性たちは、周産期を通じて日本での経験を生かしていた。一方、日本で出産経験のない女性は、現地の看護師、助産師からのサポートがないことから自分で乗り越える努力をしつつ、家族や友人など周囲からのサポートが必要不可欠であった。どちらの女性たちも現地の看護スタッフを頼りにしていなかったが、バリでのみ出産経験のある女性は、将来のインドネシアの周産期医療に期待していた。家族とともにインドネシアで今後も生活していく女性たちは、今後改善された周産期医療が妊産婦に提供されることへの期待を込めていたと考えられる。

第5章
開発途上国の周産期ケア改善のための
基盤的調査研究の総括

第1節 3つの研究結果の要約

1. インドネシア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検討 — 国際機関の統計データと本邦を中心とした文献からの概観 —

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、統計資料や本邦の文献などから概観した。インドネシアの妊産婦死亡率は過去 25 年間で改善されてきているが、ASEAN 原加盟国の中で最も悪く、2015 年の妊産婦死亡率は、126 (出生 10 万対) でミレニアム開発目標の 5.A のインドネシアの目標値 102 は達成できなかった。インドネシアは妊産婦死亡率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目標 3.1 において、さらなる妊産婦死亡率削減を目指す必要がある。また、多民族国家インドネシアにおいて、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し、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やスタッフのエンパワーの必要性も示唆された。

2. インドネシアの妊産婦と新生児の健康に関する文献検討 — 海外論文からの分析 —

インドネシアにおける妊産婦と新生児の健康の現状や健康改善のための戦略に関連する海外論文の文献検討を行い、現状を整理した。インドネシアの高い妊産婦・新生児死亡の背景には、妊婦健診、出生後ケア、施設分娩、緊急産科ケアを利用しない現状や利用しにくい現状があった。その要因として、社会的・経済的問題や地理的要因、伝統的信念や慣習の影響が大きかった。妊産婦の伝統的信念を考慮した上で、母児がケアサービスを利用しやすい社会システムを確立し強化することが望まれる。

3. 日本人女性の出産体験の認識に関する質的研究

インドネシアバリ州において、女性が周産期にどのような体験をしているか外国人女性の認識を通して明らかにするために、日本人女性 14 名を対象に現地でインタビュー調査を行った。データは、質的帰納的に分析し、テーマ別で分類した。周産期を通して、邦人女性は、現地における医療や保険などのシステムに関する情報入手の難しさ、高額な医療費などの様々な困難を抱えていた。邦人女性は、周産期を通じて提供されるケアは女性中心でないにとらえ、失望することが多かった。女性自らの努力だけでなく、家族や他の在留邦人の支援が得られた女性の多くの女性は、出産体験をポジティブに統合することができたが、時間

が経過してもネガティブな出産体験を乗り越えられない女性もいた。邦人女性は、看護師や助産師の寄り添いや励ましを求めている。妊産婦へのエンパワメントは重要であり、現地で今後も暮らしていく女性たちは、インドネシアの将来の周産期ケアが変わっていくことへの期待を持っていた。本研究は、日本人女性は妊産婦中心でない出産体験をしたことを示していた。本研究結果は、インドネシアの周産期における妊産婦中心のケアとエンパワメントの必要性を示唆していた。インドネシアの妊産婦の健康は過去 25 年間で改善したが、インドネシアの周産期ケアの質を向上させるためには、次の段階として、女性の立場からさらなる研究が必要であると考えられる。

第2節 開発途上国の周産期ケアを改善する新たな支援策開発のための基盤的調査研究の総括

第1項 総合考察

インドネシア政府は、母子保健を優先課題としており、様々な努力をしてきた。過去25年間で子どもの死亡率は改善されたが、妊産婦死亡率は減少しているものの、依然として高い状態が続いている。持続可能な開発目標の3.1における妊産婦死亡率を70未満に削減するという目標達成に向けてさらなる努力が必要である。妊産婦死亡率の高いインドネシアにおいて妊産婦死亡の物理的・環境的要因についての研究は多くみられたが、妊産婦不在の周産期ケアの問題点を指摘するような研究はほとんどみられなかった。周産期ケアのアクセス状況に地域格差があるといわれているが、2015年のインドネシアの妊婦健診の受診率は1回受診95.8%、4回受診87.5%と上昇し、目標値であった72%を大きく上回った。また、施設分娩率は上昇し、専門技能者による分娩介助も2005年の72.4%から2015年には88.6%と過去10年間で16.2ポイント上昇している。Unicefによると2016年のインドネシアの妊産婦死亡率は、依然としてASEAN原5か国の中で最も高いが、専門技能者が付き添う出産割合（2013～2016年）は、93%で、保健施設での出産は80%となり、フィリピンの専門技能者が付き添う出産割合73%、保健施設での出産61%[116]と比較して、分娩時医療へのアクセスがよいことを示している。インドネシアは、妊婦健診受診率・専門技能者介助による分娩割合は増加し、妊産婦の周産期ケアへのアクセスが改善しているにもかかわらず、妊産婦死亡率が高いことが問題である。開発途上国では周産期医療・ケアに問題が多く[12]、研究者が以前行ったインドネシア、バリ州における在留邦人女性を対象とした調査においても、不適切な医療介入や医療従事者の権威的な態度が問題となっていた[14, 15]。その後10年以上経過し、医療施設も近代化され、母子保健統計データは改善された。しかし、女性たちの出産体験は改善されていなかった。現在も、邦人女性たちは妊産婦中心でない不満足な周産期を体験していた。

2030年までに達成すべき持続可能な開発目標は、貧困に終止符を打ち、すべての人が平和と豊かさを享受できるようにすることを目指している[2]。妊産婦の健康においても、すべての女性が、安全、かつ満足度の高い周産期を過ごすことが重要である。WHOのCare in Normal Birthでは、出産のケア提供者は、訓練された助産技能を備え、リスク要因を査定できることだけでなく、忍耐力と共感的な態度で温かく女性やその家族をサポートすることが求められている。また、妊娠・分娩・産褥期における継続的なケアの必要性を主張し

ている。出産は、生理的な現象だからといって放置するのではなく、妊産婦のニーズには専門家として応え、女性をケアする温かい心と、女性の意思を尊重する姿勢や情報と説明の提供など、妊産婦の気持ちに添ったケアが重要であるとされている[8, 9]。研究者の行った日本国内の褥婦とそのケアを行った日本の助産師を対象とした調査では、出産した女性たちのほとんどは、出産体験に肯定的な感情を抱いていた。ケアを提供した日本の助産師は、バースプランを活かし、周産期を通じて妊産婦の主体性を引き出すサポートをしながらも妊産婦や家族と協働することで安全・安楽で豊かな出産ができるととらえていた。妊娠期からの継続した関わりの重要性を意識し、分娩時には、産婦と胎児の負担を最小限にすることを心掛け、産婦の恐怖心を理解し、産婦のそばに寄り添っていた。また、助産師としての責任を強く自覚し、母児の安全を最優先に考え、冷静な助産診断につとめ自然分娩をサポートしていた。その調査対象者の日本の助産師においては、女性中心のケアを行っていたことが示された[117]。分娩時のケアに対する女性の満足度は、ケア提供者による共感に関連することがわかっている[96]。他の日本国内の研究でも、妊産婦の出産体験を高めるためには、根拠に基づいた適切なケアが提供されるだけでなく、女性自身の妊娠期からの健康に対する意識や、医療従事者と女性の信頼関係を構築することが要因となることが明らかになっている[118, 119]。出産時ケアとして妊産婦を尊重し、周囲の温かい見守り、医療行為に対する納得のいく説明、出産直後の肌と肌のふれあいや授乳、同じスタッフによる分娩の全経過を通じた継続的なケアなどを可能な限り取り入れる必要があるといわれている[120]。また、褥婦が出産体験に満足するためには、分娩時異常などの心配がなく、安全性が確保されることが前提で、元気な子どもを出産できること、家族が支えてくれたと実感すること、さらに自分なりに出産時の自己の態度を肯定的に受けとめられることの重要性が示されている。[119]。インドネシア、バリ州において現地で出産した女性たちは、元気に子どもを出産できたという安堵はあったものの、帝王切開で出産した女性は14名中5名（日本で出産体験のない女性は8名中4名が帝王切開）と多く、特に分娩期のケアについては満足度が低かった。妊娠期からの情報収集の難しさを抱え、医療従事者との関係構築する努力はしていたものの、看護スタッフとのかかわりは少なく、サポートを受けているとは言い難い状況であった。女性たちは、看護スタッフから、適切な助産技能、共感的な態度で女性やその家族を温かくサポートしているとは感じておらず改善の余地があることが示唆された。インドネシアの周産期ケアにおいては、医療従事者主体ではなく、女性中心の女性の心に寄り添ったケアが求められている。女性中心のケアを提供する上で基本的な態度として、女性を尊重する

こと、相手を脅かさないケアを行うこと、対等な立場で協働すること、女性の希望を最優先することがあげられている[107, 109, 113]。医療従事者は、意識と行動を変容し、女性が満足できる質の高いケアを提供していくようにする必要がある。

イギリスにおいて、1980年代、お産の主導権と責任を女性自身の手に取り戻そうとするアクティブ・バースという概念が提唱された。日本では、1990年代より「いいお産」経験の重要性が語られるようになった。これは当事者である妊産婦と助産師とが中心となり展開し実践してきたものである。その背景には、戦後急増した出産における過度の医療管理化があげられる。出産の医療管理化により、衛生面が向上し、安心や安全が確保されたかのようには思われたが、高度な医療管理による身体への悪影響と、それによる痛みや恐怖が表面化するにつれ、出産に対する医療的な介入は疑問視されるようになった[121]。1970年代以降、出産へのテクノロジー参入を一因とする医療事故が増加し、過剰と思われる医療介入により母子の命が危険にさらされる被害が発生した。出産の医療管理化は、女性の身体と自己決定権の抑圧と批判された[122]。このような流れの中で自然な出産の重要性が再認識され、女性たちは、多様なニーズを表出するようになった[120]。バースプランは、アクティブ・バースの流れから、妊産婦とその家族の出産への要望を取り入れたもので1990年代よりわが国に広まってきた。バースプランの作成は、WHOのCare in normal Birthの「カテゴリA：明らかに有効で役に立つ、推奨されるべきこと」の最初の項目として示されている[8]。妊産婦が医療者にすべて委ねるのではなく、妊産婦自身が自分の体や胎児の状態をよく知り、より健康体になるために努力しながら自分に合ったケアを主体的に求めていくためのツールとしてバースプランがあると考えられる。安全で満足する豊かな出産体験のためには、産婦自身の自覚や主体的な自己管理が必要である。バースプランは、インドネシアにはまだ導入されていない。戦後、急速に自宅分娩から施設分娩に移行し、医療化が進んだ日本の状況と現在のインドネシアの周産期の状況は似ており、同じような経過をたどっているように見える。インドネシアの2005年以降の経済成長率は、2009年を除き、5%後半～6%台という比較的高い経済成長率を維持しており[123]、2014年には、アジア最大規模の国民皆保険制度がスタートし、2019年までに全国民への普及を図る計画である[124]。高い経済成長や国民皆保険も手伝い、インドネシアの医療へのアクセスはさらに改善されることが予測される。しかし、周産期ケアへのアクセスは改善しても、医療従事者の資質や妊産婦自身の意識が向上しなければ、インドネシアの妊産婦の健康状態の改善は難しい。目覚ましい経済的発展を遂げるインドネシアにおいて、イギリスや日本のように女性たちが出産に主

体性を求める時代がやってくるはずである。近年の日本の妊産婦死亡率の低さは先進国の中でもトップクラスであり、多くの国の称賛の的となっているのが女性の賢明さである。同じ先進国にあってもケアを受けない場合には、死亡率が 40 倍以上に跳ね上がることが WHO の調査によって明らかになっており、日本の女性が、賢明にケアを求めていくからこそ、母児の健康を守る結果につながっているといわれている[8]。多様な文化が混在する多民族国家インドネシアにおいて、女性自身の意識を変えることは容易なことではないが、そのような状況の中でも自分に合ったケアを主体的に求めていくことで、健康改善につながるのではないかと考える。政府の努力だけでなく、妊産婦自身がケアを自ら求めていくように意識を変えていくような働きかけが重要である。

第2項 研究の限界と今後の課題

本研究の文献検討は、本邦及び海外の文献から、インドネシアの妊産婦の健康について現状と課題を明らかにすることを目的とした。しかし、10,000 以上の島々からなる世界最大の島嶼国家で多様な民族が暮らすインドネシアは、周産期医療において地域格差が大きい。そのため、それぞれの地域における実際の現状把握は難しいと考える。北スマトラ、バンテン州、西ジャワ州、中部ジャワ州、東ジャワ州、および南スラウェシ州の6州でインドネシア全土の半数以上の妊産婦死亡率を占めているといわれており、首都ジャカルタやバリ州とこれらの地域では、妊産婦の健康状態や医療へのアクセスの状況が異なる。また、本研究の現地調査では、邦人女性が現地と日本の周産期ケアを知っており、周産期ケアの課題が抽出しやすいという観点から、邦人女性を対象としたが、周産期ケアの受け手の大部分であるインドネシア人女性の視点が明らかになっていない。今後インドネシア人女性の視点からの周産期ケアの課題抽出が必要である。

本研究の現地調査では、外国人女性の視点からのみ調査、分析をしているため、インドネシア人女性の視点からも分析する必要がある。また、ケアの受け手からの視点だけでなく、ケアの提供者である助産師の視点からの課題抽出をすることも必要であり、これらについては、現在調査中である。さらに、様々な地域のさまざまな民族において、妊産婦や女性を対象とした質的研究を行い、周産期ケアの課題を多角的に分析した上で、現地の事情に即した妊産婦中心の周産期ケアについて考える必要がある。

第3節 結論

インドネシアの妊産婦死亡率は飛躍的に改善しているが、持続可能な開発目標の3.1達成のためにさらなる努力が必要である。地域格差をなくし、地域を巻き込んだ活動だけでなく、周産期医療にかかわる助産師などのスタッフのエンパワメントが必要である。また、医療従事者やシステムの改善だけでなく、妊産婦自身も保健サービスを利用する必要性を理解し、セルフケア能力を高めるような意識改革の必要性があると考えられる。

バリ州は、インドネシアの中でも経済的に豊かで発展した地域であり、妊産婦死亡率、新生児死亡率もインドネシアの国の平均よりも低く、医療施設にも恵まれている。しかし、ケアの受け手である妊産婦の視点からみると、女性中心の周産期ケアが提供されていないという課題が明らかになった。妊産婦の健康改善のためには、助産師などの医療従事者は、妊産婦とパートナーシップを組み、尊重し、協働することができるような取り組みが必要と考えられた。妊産婦の選択を尊重し、妊産婦が自身の妊娠出産に向き合い、出産に向けて主体的に取り組むためのシステムの構築が必要であると結論づける。

謝辞

稿を終えるにあたり、主査を引き受けていただき、終始温かい激励とご示唆を賜りました山口県立大学大学院健康福祉学研究科、吉村耕一教授に深く感謝申し上げます。私がなんとか博士論文をまとめることができたのは、吉村先生が国際共同研究の準備から遂行まで、辛抱強くご指導くださったからに他なりません。これまでのご厚情に心より感謝と御礼を申し上げます。

本論文の構成において貴重なご指導とご助言を賜りました山口県立大学大学院健康福祉学研究科、田中マキ子教授、内田耕一教授に深く感謝申し上げます。

本研究にご協力いただきましたインドネシア、バリ州の日本人女性の皆様、地道な調査活動を一緒に実施してくださいましたウダヤナ大学の先生方に深く感謝いたします。

本研究の一部は小倉一春大学院教育（国際看護）奨学金の助成を受けました。博士課程では、経済的負担に腐心することなく、研究に集中することができました。今後は国際通用性のある研究能力を培えるよう精進いたします。心より感謝申し上げます。

また、研究を進めるにあたり、ご支援、ご協力を頂きながら、ここにお名前を記すことが出来なかった多くの方々に心より感謝申し上げます。

利益相反

本研究に関する利益相反事項はない。

引用文献

1. World Health Organization, Unicef, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Trends in maternal mortality:1990 to 2015 2015 [cited 2019 Jan.3]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>.
2. United Nations. Sustainable Development Goals 17 goals to transform world [cited 2019 Jan.3]. Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>.
3. 外務省. インドネシア共和国 (Republic of Indonesia) 基礎データ 2018 [cited 2018 Sep.12]. Available from: <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/indonesia/data.html>.
4. Ministry of Health Republic of Indonesia. Indonesia health profile 2015 - Kementerian Kesehatan
Jakarta: Ministry of Health Republic of Indonesia; 2016.
5. 母子衛生研究会, 厚生省児童家庭局母子衛生課, 厚生省児童家庭局母子保健課, 母子保健事業団. わが国の母子保健 平成 30 年. 母子衛生研究会; 2018.
6. 国立社会保障・人口問題研究所. 人口統計資料集 表 5 - 28 妊産婦死亡数および率 : 1899~2016 年 2018 [cited 2018 Sep.29]. Available from:
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2018.asp?chap=5&title1=%87X%81D%8E%80%96S%81E%8E%F5%96%BD>.
7. 一般財団法人厚生労働統計協会. 厚生 の 指 標 増 刊 国 民 衛 生 の 動 向 2017/2018. 東京: 一般財団法人厚生労働統計協会; 2017.
8. 戸田律子訳. WHO の 59 ケ 条. 東京: 農文協; 1997.
9. World Health Organization. Care in Normal Birth: A Practical Guide. Geneva: 1996.
10. Scott S, Chowdhury ME, Pambudi ES, Qomariyah SN, Ronsmans C. Maternal mortality, birth with a health professional and distance to obstetric care in Indonesia and Bangladesh. *Tropical medicine & international health* : TM & IH. 2013;18(10):1193-201. Epub 2013/08/29. doi: 10.1111/tmi.12175. PubMed PMID: 23980717.
11. Belton S, Myers B, Ngana FR. Maternal deaths in eastern Indonesia: 20 years and still walking: an ethnographic study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:39. Epub 2014/01/23. doi: 10.1186/1471-2393-14-39. PubMed PMID: 24447873; PubMed Central PMCID: PMC3901769.

12. Widyawati W, Jans S, Utomo S, van Dillen J, Janssen AL. A qualitative study on barriers in the prevention of anaemia during pregnancy in public health centres: perceptions of Indonesian nurse-midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:47. doi: 10.1186/s12884-015-0478-3. PubMed PMID: 25886505; PubMed Central PMCID: PMC4348154.
13. Afaya A, Yakong VN, Afaya RA, Salia SM, Adatara P, Kuug AK, et al. A Qualitative Study on Women's Experiences of Intrapartum Nursing Care at Tamale Teaching Hospital (TTH), Ghana. *Journal of caring sciences*. 2017;6(4):303-14. doi: 10.15171/jcs.2017.029. PubMed PMID: 29302570; PubMed Central PMCID: PMC5747589.
14. 田中 和子. バリ島ウブドの現地男性と結婚した日本人女性の子育てをめぐる生活体験—子どもの健康管理に焦点を当てて—. 長野県看護大学大学院看護学研究科修士論文. 2007:1-118.
15. 田中 和子. バリ島の現地男性と結婚した日本人女性の子育て—子どもの健康管理に焦点を当てて. *母性衛生*. 2014;54(4):595-603. PubMed PMID: 2014141138.
16. Ministry of Foreign Affairs of Japan. 海外在留邦人数調査統計 統計表一覧 [cited 2018 Sep.24]. Available from: https://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/page22_000043.html.
17. World Health Organization. True magnitude of stillbirths and maternal and neonatal deaths underreported 2018 [cited 2018 Sep.12]. Available from: <http://www.who.int/news-room/headlines/16-08-2016-true-magnitude-of-stillbirths-and-maternal-and-neonatal-deaths-underreported>.
18. World Health Organization. Maternal mortality 2018 [cited 2018 Sep.12]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
19. Lemola S, Stadlmayr W, Grob A. Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2007;25(3):190-202. doi: 10.1080/02646830701467231.
20. Unicef. Every Child Counts 2014 [cited 2018 Sep.12]. Available from: file:///E:/Previous%20research/sowc_2014_main_report.pdf.
21. World Health Organization. Health in 2015: from MDGs to SDGs 2015 [cited 2019 Jan.3]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200009/9789241565110_eng.pdf?sequence=](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200009/9789241565110_eng.pdf?sequence=1)
1.

22. World Health Organization. Saving mothers' lives 2015 [cited 2018 Sep.12]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/infographic/en/>.
23. United Nations. The Sustainable Development Agenda 2018 [cited 2018 Sep.12]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>.
24. United Nations. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages [cited 2018 Sep.12]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>.
25. The World Bank Group. Data Bank World Development Indicators [cited 2018 Nov.11]. Available from: <http://databank.worldbank.org/data/source/world-development-indicators#>.
26. 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ト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. 2011;(7):11-23. PubMed PMID: 2012046875.
27. Wulandari LP, Klinken Whelan A. Beliefs, attitudes and behaviours of pregnant women in Bali. Midwifery. 2011;27(6):867-71. doi: 10.1016/j.midw.2010.09.005. PubMed PMID: 21131110.
28. 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. 国際保健医療. 2009;24(2):97-105. PubMed PMID: 2009284560.
29. 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. 国際保健医療. 2012;27(2):171-81. doi: 10.11197/jaih.27.171.
30. 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. 2005;20(1):31-5. PubMed PMID: 2006126019.
31. Kusumayati A, Nakamura Y. Increased Utilization of Maternal Health Services by Mothers Using the Maternal and Child Health Handbook in Indonesia. Kokusai Hoken Iryo (Journal of International Health). 2007;22(3):143-51. doi: 10.11197/jaih.22.143.
32. Kerrison J. 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? Compass:Women's and children's Health 2010:51 – 69.
33. Patonah OSS. Analyzing Program Planning and Complications Prevention of Childbirth

(P4k) in the Context of Social Capital. International Journal of Sciences: Basic and Applied Research 2015;22(2):16-26.

34. Hill PS, Goeman L, Sofiarini R, Djara MM. 'Desa SIAGA', the 'Alert Village': the evolution of an iconic brand in Indonesian public health strategies. Health Policy Plan. 2014;29(4):409-20. Epub 2013/05/08. doi: 10.1093/heapol/czt027. PubMed PMID: 23650333.

35. Mariani NWP. 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.

36. Unicef Indonesia. SDG Baseline Report on Children in Indonesia: Unicef; 2017 [cited 2018 Sep.12]. Available from:

https://www.unicef.org/indonesia/SDG_baseline_low_res_18_Jul.pdf.

37. Unicef Indonesia. Issue Beliefs Maternal and child health. 2012. [cited 2019 Jan.2]. Available from: https://www.unicef.org/indonesia/A5-_E_Issue_Brief_Maternal_REV.pdf.

38. Unicef. Reimagine the future Innovation for every child. 2015. [cited 2019 jan.2]. Available from: https://www.unicef.or.jp/library/sowc/2015/pdf/hakusyo_en.pdf.

39. 独立行政法人国際協力機構. インドネシアにおける母子健康手帳の展開と日本の協力実績 [cited 2018 Sep.12]. Available from:

<https://www.jica.go.jp/project/indonesia/0600435/02/index.html>.

40. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for positive pregnancy experience 2016 [cited 2018 Sep.13]. Available from:

www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/.

41. 田中 和子, 中本 朋子, 吉村 耕一, 浦山 晶美. 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. 山口県立大学学術情報. 2016;(9):55-61. PubMed PMID: 2017105722.

42. Ronsmans C, Scott S, Qomariyah SN, Achadi E, Braunholtz D, Marshall T, et al. Professional assistance during birth and maternal mortality in two Indonesian districts. Bull World Health Organ. 2009;87(6):416-23. Epub 2009/07/01. PubMed PMID: 19565119; PubMed Central PMCID: PMCPMC2686212.

43. Ronsmans C, Scott S, Adisasmita A, Deviany P, Nandiaty F. Estimation of population-

based incidence of pregnancy-related illness and mortality (PRIAM) in two districts in West Java, Indonesia. *Bjog*. 2009;116(1):82-90. Epub 2008/12/18. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01913.x. PubMed PMID: 19087080.

44. Adisasmita A, Deviany PE, Nandiaty F, Stanton C, Ronsmans C. Obstetric near miss and deaths in public and private hospitals in Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008;8:10. doi: 10.1186/1471-2393-8-10. PubMed PMID: 18366625; PubMed Central PMCID: PMC2311270.

45. D'Ambruoso L, Byass P, Qomariyah SN. 'Maybe it was her fate and maybe she ran out of blood': final caregivers' perspectives on access to care in obstetric emergencies in rural Indonesia. *Journal of biosocial science*. 2010;42(2):213-41. Epub 2009/12/19. doi: 10.1017/s0021932009990496. PubMed PMID: 20018117.

46. D'Ambruoso L. Relating the construction and maintenance of maternal ill-health in rural Indonesia. *Glob Health Action*. 2012;5. doi: 10.3402/gha.v5i0.17989. PubMed PMID: 22872791; PubMed Central PMCID: PMC3413021.

47. Titaley CR, Dibley MJ, Agho K, Roberts CL, Hall J. Determinants of neonatal mortality in Indonesia. *BMC Public Health*. 2008;8:232. Epub 2008/07/11. doi: 10.1186/1471-2458-8-232. PubMed PMID: 18613953; PubMed Central PMCID: PMC2478684.

48. Titaley CR, Dibley MJ, Roberts CL. Type of delivery attendant, place of delivery and risk of early neonatal mortality: analyses of the 1994-2007 Indonesia Demographic and Health Surveys. *Health Policy Plan*. 2012;27(5):405-16. Epub 2011/08/04. doi: 10.1093/heapol/czr053. PubMed PMID: 21810892.

49. Ibrahim J, Yorifuji T, Tsuda T, Kashima S, Doi H. Frequency of antenatal care visits and neonatal mortality in Indonesia. *Journal of tropical pediatrics*. 2012;58(3):184-8. Epub 2011/09/13. doi: 10.1093/tropej/fmr067. PubMed PMID: 21908545.

50. Sebayang SK, Dibley MJ, Kelly PJ, Shankar AV, Shankar AH. Determinants of low birthweight, small-for-gestational-age and preterm birth in Lombok, Indonesia: analyses of the birthweight cohort of the SUMMIT trial. *Tropical medicine & international health : TM & IH*. 2012;17(8):938-50. Epub 2012/09/05. doi: 10.1111/j.1365-3156.2012.03039.x. PubMed PMID: 22943372.

51. Sutan R, Berkat S. Does cultural practice affects neonatal survival- a case control study

among low birth weight babies in Aceh Province, Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:342. Epub 2014/10/02. doi: 10.1186/1471-2393-14-342. PubMed PMID: 25269390; PubMed Central PMCID: PMC4262197.

52. Ensor T, Nadjib M, Quayyum Z, Megraini A. Public funding for community-based skilled delivery care in Indonesia: to what extent are the poor benefiting? *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*. 2008;9(4):385-92. Epub 2008/01/15. doi: 10.1007/s10198-007-0094-x. PubMed PMID: 18193308.

53. Titaley CR, Hunter CL, Heywood P, Dibley MJ. Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:61. doi: 10.1186/1471-2393-10-61. PubMed PMID: 20937146; PubMed Central PMCID: PMC2964562.

54. Titaley CR, Hunter CL, Dibley MJ, Heywood P. Why do some women still prefer traditional birth attendants and home delivery?: a qualitative study on delivery care services in West Java Province, Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:43. doi: 10.1186/1471-2393-10-43. PubMed PMID: 20701762; PubMed Central PMCID: PMC2928756.

55. Agus Y, Horiuchi S. Factors influencing the use of antenatal care in rural West Sumatra, Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:9. Epub 2012/02/23. doi: 10.1186/1471-2393-12-9. PubMed PMID: 22353252; PubMed Central PMCID: PMC3298506.

56. Titaley CR, Dibley MJ, Roberts CL. Factors associated with underutilization of antenatal care services in Indonesia: results of Indonesia Demographic and Health Survey 2002/2003 and 2007. *BMC Public Health*. 2010;10:485. doi: 10.1186/1471-2458-10-485. PubMed PMID: 20712866; PubMed Central PMCID: PMC2933719.

57. Titaley CR, Dibley MJ, Roberts CL. Factors associated with non-utilisation of postnatal care services in Indonesia. *Journal of epidemiology and community health*. 2009;63(10):827-31. Epub 2009/05/06. doi: 10.1136/jech.2008.081604. PubMed PMID: 19414443.

58. Titaley CR, Dibley MJ, Roberts CL. Utilization of village midwives and other trained delivery attendants for home deliveries in Indonesia: results of Indonesia Demographic and Health Survey 2002/2003 and 2007. *Matern Child Health J*. 2011;15(8):1400-15. Epub 2010/10/12. doi: 10.1007/s10995-010-0697-1. PubMed PMID: 20936501.

59. Titaley CR, Dibley MJ. Factors associated with not using antenatal iron/folic acid supplements in Indonesia: the 2002/2003 and 2007 Indonesia Demographic and Health Survey. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2015;24(1):162-76. doi: 10.6133/apjcn.2015.24.1.10. PubMed PMID: 25740755.
60. Agus Y, Horiuchi S, Porter SE. Rural Indonesia women's traditional beliefs about antenatal care. *BMC research notes.* 2012;5:589. Epub 2012/10/31. doi: 10.1186/1756-0500-5-589. PubMed PMID: 23106915; PubMed Central PMCID: PMC3532090.
61. Frankenberg E, Buttenheim A, Sikoki B, Suriastini W. Do women increase their use of reproductive health care when it becomes more available? Evidence from Indonesia. *Stud Fam Plann.* 2009;40(1):27-38. Epub 2009/04/29. PubMed PMID: 19397183; PubMed Central PMCID: PMC34377086.
62. Hatt L. Did the strategy of skilled attendance at birth reach the poor in Indonesia? *Bulletin of the World Health Organization.* 2007;85(10):774-82. doi: 10.2471/blt.06.033472.
63. Makowiecka K, Achadi E, Izati Y, Ronsmans C. Midwifery provision in two districts in Indonesia: how well are rural areas served? *Health Policy Plan.* 2008;23(1):67-75. doi: 10.1093/heapol/czm036. PubMed PMID: 17971368.
64. Ensor T, Quayyum Z, Nadjib M, Sucahya P. Level and determinants of incentives for village midwives in Indonesia. *Health Policy Plan.* 2009;24(1):26-35. Epub 2008/11/22. doi: 10.1093/heapol/czn040. PubMed PMID: 19022855.
65. Rambu Ngana F, Myers BA, Belton S. Health reporting system in two subdistricts in Eastern Indonesia: highlighting the role of village midwives. *Midwifery.* 2012;28(6):809-15. Epub 2011/10/22. doi: 10.1016/j.midw.2011.09.005. PubMed PMID: 22015220.
66. D'Ambruso L, Achadi E, Adisasmita A, Izati Y, Makowiecka K, Hussein J. Assessing quality of care provided by Indonesian village midwives with a confidential enquiry. *Midwifery.* 2009;25(5):528-39. Epub 2008/01/25. doi: 10.1016/j.midw.2007.08.008. PubMed PMID: 18215447.
67. Weaver EH, Frankenberg E, Fried BJ, Thomas D, Wheeler SB, Paul JE. Effect of village midwife program on contraceptive prevalence and method choice in Indonesia. *Stud Fam Plann.* 2013;44(4):389-409. doi: 10.1111/j.1728-4465.2013.00366.x. PubMed PMID: 24323659; PubMed Central PMCID: PMC3932669.

68. Sunawang, Utomo B, Hidayat A, Kusharisupeni, Subarkah. Preventing low birthweight through maternal multiple micronutrient supplementation: a cluster-randomized, controlled trial in Indramayu, West Java. *Food and nutrition bulletin*. 2009;30(4 Suppl):S488-95. Epub 2010/02/04. doi: 10.1177/15648265090304s403. PubMed PMID: 20120790.
69. Wijaya-Erhardt M, Muslimatun S, Erhardt JG. Fermented soyabean and vitamin C-rich fruit: a possibility to circumvent the further decrease of iron status among iron-deficient pregnant women in Indonesia. *Public health nutrition*. 2011;14(12):2185-96. Epub 2011/07/07. doi: 10.1017/s1368980011000954. PubMed PMID: 21729487.
70. Prado EL, Ullman MT, Muadz H, Alcock KJ, Shankar AH, Group SS. The Effect of Maternal Multiple Micronutrient Supplementation on Cognition and Mood during Pregnancy and Postpartum in Indonesia: A Randomized Trial. *PLOS ONE*. 2012;7(3):e32519. doi: 10.1371/journal.pone.0032519.
71. Prawirohartono EP, Nystrom L, Nurdiati DS, Hakimi M, Lind T. The impact of prenatal vitamin A and zinc supplementation on birth size and neonatal survival - a double-blind, randomized controlled trial in a rural area of Indonesia. *International journal for vitamin and nutrition research Internationale Zeitschrift fur Vitamin- und Ernährungsforschung Journal international de vitaminologie et de nutrition*. 2013;83(1):14-25. Epub 2013/11/14. doi: 10.1024/0300-9831/a000141. PubMed PMID: 24220161.
72. Fahdhy M, Chongsuvivatwong V. Evaluation of World Health Organization partograph implementation by midwives for maternity home birth in Medan, Indonesia. *Midwifery*. 2005;21(4):301-10. Epub 2005/08/04. doi: 10.1016/j.midw.2004.12.010. PubMed PMID: 16076515.
73. Burke L, Suswardany DL, Michener K, Mazurki S, Adair T, Elmiyati C, et al. Utility of local health registers in measuring perinatal mortality: a case study in rural Indonesia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:20. Epub 2011/03/18. doi: 10.1186/1471-2393-11-20. PubMed PMID: 21410993; PubMed Central PMCID: PMC3068126.
74. Osaki K, Hattori T, Kosen S. The role of home-based records in the establishment of a continuum of care for mothers, newborns, and children in Indonesia. *Glob Health Action*. 2013;6:1-12. Epub 2013/05/09. doi: 10.3402/gha.v6i0.20429. PubMed PMID: 23651873; PubMed Central PMCID: PMC3647040.

75. Poespoprodjo JR, Fobia W, Kenangalem E, Lampah DA, Warikar N, Seal A, et al. Adverse pregnancy outcomes in an area where multidrug-resistant *Plasmodium vivax* and *Plasmodium falciparum* infections are endemic. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2008;46(9):1374-81. Epub 2008/04/19. doi: 10.1086/586743. PubMed PMID: 18419439; PubMed Central PMCID: PMCPMC2875100.
76. Poespoprodjo JR, Fobia W, Kenangalem E, Hasanuddin A, Sugiarto P, Tjitra E, et al. Highly effective therapy for maternal malaria associated with a lower risk of vertical transmission. *The Journal of infectious diseases*. 2011;204(10):1613-9. Epub 2011/09/13. doi: 10.1093/infdis/jir558. PubMed PMID: 21908728; PubMed Central PMCID: PMCPMC3192188.
77. Fitri LE, Jahja NE, Huwae IR, Nara MB, Berens-Riha N. Congenital malaria in newborns selected for low birth-weight, anemia, and other possible symptoms in Maumere, Indonesia. *The Korean journal of parasitology*. 2014;52(6):639-44. Epub 2014/12/31. doi: 10.3347/kjp.2014.52.6.639. PubMed PMID: 25548415; PubMed Central PMCID: PMCPMC4277026.
78. Gunardi H, Zaimi LF, Soedjatmiko, Turyadi, Harahap AR, Muljono DH. Current prevalence of hepatitis B infection among parturient women in Jakarta, Indonesia. *Acta medica Indonesiana*. 2014;46(1):3-9. Epub 2014/04/25. PubMed PMID: 24760802.
79. Andajani-Sutjahjo S, Manderson L, Astbury J. Complex emotions, complex problems: understanding the experiences of perinatal depression among new mothers in urban Indonesia. *Culture, medicine and psychiatry*. 2007;31(1):101-22. Epub 2007/01/06. doi: 10.1007/s11013-006-9040-0. PubMed PMID: 17205386.
80. 田中 和子. インドネシアの妊産婦と新生児の健康に関する文献検討. *母性衛生*. 2017;57(4):702-8. PubMed PMID: 2017179869.
81. Dinas Kesehatan Provinsi Bali. Profil Kesehatan Provinsi Bali Tahun 2015. [cited 2019 Jan.2]. Available from: http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2015/17_Bali_2015.pdf#search=%27Profil+Kesehatan+Provinsi+Bali+Tahun+2015%27
82. Jha P, Larsson M, Christensson K, Skoog Svanberg A. Satisfaction with childbirth services provided in public health facilities: results from a cross-sectional survey among postnatal women in Chhattisgarh, India. *Glob Health Action*. 2017;10(1):1386932. doi:

10.1080/16549716.2017.1386932. PubMed PMID: 29087240; PubMed Central PMCID: PMC5678347.

83. Ministry of Foreign Affairs of Japan. Annual Report of Statistics on Japanese Nationals Overseas.pdf: Ministry of Foreign Affairs of Japan; 2017 [cited 2018 Nov.11]. Available from: <http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000293757.pdf>.

84. Nababan HY, Hasan M, Marthias T, Dhital R, Rahman A, Anwar I. Trends and inequities in use of maternal health care services in Indonesia, 1986-2012. *International journal of women's health*. 2018;10:11-24. Epub 2018/01/19. doi: 10.2147/ijwh.s144828. PubMed PMID: 29343991; PubMed Central PMCID: PMC5749568.

85. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*. 2008;62(1):107-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x. PubMed PMID: 18352969.

86. 坂梨 薫, 勝川 由美, 白井 雅美, 鍋田 美咲, 大賀 明子, 永井 祥子, et al. 産後早期退院の条件に関する選好と支援体制 医療職種別の視点から. *横浜看護学雑誌 = Yokohama journal of nursing*. 2011;4(1):71-7.

87. Takahashi Y, Tamakoshi K. Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya journal of medical science*. 2014;76(1-2):129-38. Epub 2014/08/19. PubMed PMID: 25129999; PubMed Central PMCID: PMC4345732.

88. Takeuchi J, Sakagami Y, Perez RC. The Mother and Child Health Handbook in Japan as a Health Promotion Tool: An Overview of Its History, Contents, Use, Benefits, and Global Influence. *Glob Pediatr Health*. 2016;3:2333794X16649884. doi: 10.1177/2333794X16649884. PubMed PMID: 27336022; PubMed Central PMCID: PMC4905145.

89. Mori R, Yonemoto N, Noma H, Ochirbat T, Barber E, Soyolgerel G, et al. The Maternal and Child Health (MCH) handbook in Mongolia: a cluster-randomized, controlled trial. *PLoS One*. 2015;10(4):e0119772. doi: 10.1371/journal.pone.0119772. PubMed PMID: 25853511; PubMed Central PMCID: PMC4390384.

90. 厚生労働省. 妊婦健康診査の公費負担の状況に係る調査結果について. [cited 2019 Jan. 2]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11908000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Boshihokenka/H28kouhikutu_1.pdf.

91. Taniguchi H, Baruffi G. Childbirth overseas: the experience of Japanese women in

Hawaii. *Nurs Health Sci.* 2007;9(2):90-5. doi: 10.1111/j.1442-2018.2007.00307.x. PubMed PMID: 17470181.

92. Unicef. UNICEF Data: Monitoring the Situation of Children and Women

Delivery care data Caesarian section 2018 [cited 2019 Jan.3]. Available from:

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

93. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates 2015. 1-8].

Available from:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/.

94. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;7:CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. PubMed PMID: 28681500.

95. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;7:CD003766. doi:

10.1002/14651858.CD003766.pub5. PubMed PMID: 23857334.

96. Bazant ES, Koenig MA. Women's satisfaction with delivery care in Nairobi's informal settlements. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care.* 2009;21(2):79-86. Epub 2009/02/12. doi: 10.1093/intqhc/mzn058. PubMed PMID: 19208648.

97. Munk-Olsen T, Laursen TM, Meltzer-Brody S, Mortensen PB, Jones I. Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(4):428-34. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.157. PubMed PMID: 22147807.

98. Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(2):189-95. Epub 2009/02/04. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.528. PubMed PMID: 19188541.

99. Dekel S, Stuebe C, Dishy G. Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Front Psychol.* 2017;8:560. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00560. PubMed PMID: 28443054; PubMed Central PMCID:

PMCPMC5387093.

100. Schmieid V, Black E, Naidoo N, Dahlen HG, Liamputtong P. Migrant women's experiences, meanings and ways of dealing with postnatal depression: A meta-ethnographic study. *PLoS One*. 2017;12(3):e0172385. doi: 10.1371/journal.pone.0172385. PubMed PMID: 28296887; PubMed Central PMCID: PMCPMC5351835.
101. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth (Berkeley, Calif)*. 2005;32(1):11-9. Epub 2005/02/24. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.00340.x. PubMed PMID: 15725200.
102. Mercer RT. The nurse and maternal tasks of early postpartum. *MCN The American journal of maternal child nursing*. 1981;6(5):341-5. Epub 1981/09/01. PubMed PMID: 6792449.
103. 鈴木 由美子, 大久保 功子. 出産の振り返りに関する文献検討. *日本助産学会誌*. 2018;32(1):3-14. PubMed PMID: S711220001<Pre 医中誌>.
104. 中村 美由紀. 育児期のバースレビュー(出産体験想起)に関する文献レビュー. *聖泉看護学研究*. 2018;7:29-34. PubMed PMID: 2018234807.
105. 松田 佳子. 初めて立ち会い出産をした夫の父親になっていく思いの構造 夫婦に対するバースレビューからの分析. *母性衛生*. 2018;59(1):189-98. PubMed PMID: 2018210762.
106. Pope R, Graham L, Patel S. Woman-centred care. *International journal of nursing studies*. 2001;38(2):227-38. Epub 2001/02/27. PubMed PMID: 11223063.
107. Horiuchi S, Kataoka Y, Eto H, Oguro M, Mori T. The applicability of women-centered care: Two case studies of capacity-building for maternal health through international collaboration. *Japan Journal of Nursing Science*. 2006;3(2):143-50. doi: 10.1111/j.1742-7924.2006.00060.x.
108. Iida M. Developing and testing of an instrument to assess women-centered care during pregnancy. *J Jpn Acad Midwif*. 2010;24(2):284-93.
109. Iida M, Horiuchi S, Porter SE, Pope R, Graham L, Patel S. The relationship between women-centred care and women's birth experiences: a comparison between birth centres, clinics, and hospitals in Japan. *Midwifery*. 2012;28. doi: 10.1016/j.midw.2011.07.002.
110. Morgan L. Conceptualizing Woman-Centred Care in Midwifery. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*. 2015;14(1):8-15.
111. Yanti Y, Claramita M, Emilia O, Hakimi M. Students' understanding of "Women-

Centred Care Philosophy" in midwifery care through Continuity of Care (CoC) learning model: a quasi-experimental study. *BMC Nurs.* 2015;14:22. doi: 10.1186/s12912-015-0072-z. PubMed PMID: 25937819; PubMed Central PMCID: PMC4416326.

112. Hunter A, Devane D, Houghton C, Grealish A, Tully A, Smith V. Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):322. doi: 10.1186/s12884-017-1521-3. PubMed PMID: 28946844; PubMed Central PMCID: PMC45613376.

113. Horiuchi S, Yaju Y, Kataoka Y, Grace Eto H, Matsumoto N. Development of an evidence-based domestic violence guideline: supporting perinatal women-centred care in Japan. *Midwifery.* 2009;25(1):72-8. doi: 10.1016/j.midw.2007.01.012. PubMed PMID: 17399864.

114. Tinkler A, Quinney D. Team midwifery: the influence of the midwife-woman relationship on women's experiences and perceptions of maternity care. *Journal of advanced nursing.* 1998;28(1):30-5. Epub 1998/08/01. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00769.x. PubMed PMID: 9687127.

115. Tanaka K, Kurniasari NMD, Widyantini DN, Suariyani NLP, Listyowati R, Urayama A, I Made Ady Wirawan, Yoshimura K. Japanese women's perception of their childbirth experiences as foreigners in Bali, Indonesia: A qualitative study 投稿中. 2018.

116. Fund(UNICEF) UNCs. The State of the World's Children — Children in a Digital World 2017 [cited 2018 Oct,26].

117. 田中 和子, 北村 愛, 藤本 富美江. 日本の助産師が大切にしている妊産婦中心のケア—助産師の取組の実際とバースプランの活かし方—. 投稿中.

118. 竹原 健二, 野口 真貴子, 嶋根 卓也, 三砂 ちづる. 出産体験の決定因子 出産体験を高める要因は何か? *母性衛生.* 2009;50(2):360-72. PubMed PMID: 200928524.

119. 中野 美佳, 森 恵美, 前原 澄子. 出産体験の満足に関連する要因について. *母性衛生.* 2003;44(2):307-14. PubMed PMID: 2003309211.

120. 佐藤 ゆき, 加藤 忠明, 伊藤 龍子, 顧 艶紅, 掛江 直子. 出産満足度と出産時ケアとの関連. *小児保健研究.* 2007;66(3):465-71. PubMed PMID: 2007244013.

121. 松島 京. 出産の医療化と「いいお産」 : 個別化される出産体験と身体の社会的統制. *立命館人間科学研究.* 2006;11:147-59.

122. 中根 直子. 【いいお産・再考】 助産師がかかわる「いいお産」を考える. *助産雑誌.*

2009;63(1):15-21. PubMed PMID: 2009083471.

123. Ministry of Foreign Affairs of Japan. Republic of Indonesia 2018 [cited 2018 Oct.25].

Available from: <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/indonesia/data.html#section5>.

124. 鈴木 久子. インドネシアの公的医療保険制度改革の動向 損保ジャパン総研レポート

2014;64:88-105.

資料

別表 1 インドネシアの妊産婦死亡の現状

| 文献 | 目的 | 方法 | おもな結果 |
|---|---|--|---|
| Ronsmans C, Scott S, Qomariyah SN, Achadi E, Braunholtz D, Marshall T, et al., <i>Professional assistance during birth and maternal mortality in two Indonesian districts</i> . Bull World Health Organ, 2009. 87(6): p. 416-23. | インドネシア西ジャワ州の二つの郡の妊産婦死亡の決定因子を調査し、専門技術者による分娩介助数の増加を目的としたプログラムの効果を評価すること | 情報提供者ネットワーク、再捕獲法。ケースコントロール分析、コホート分析 | 妊産婦死亡率は 435 であった。専門技術者の分娩介助を受けた女性はわずか 33% だった。死亡率は、第 1 四分位数のものに非常に高く、第 2 四分位数、第 3 四分位数のものも依然として高かった。貧しい女性は重篤な合併症が起こったときだけ助けを求めるからと考えられる。 |
| Ronsmans C, Scott S, Adisasmita A, <i>Estimation of population-based incidence of pregnancy-related illness and mortality (PRIAM) in two districts in West Java, Indonesia</i> . Bjog, 2009. 116(1): p. 82-90. | すべての女性が保健施設で出産するわけではない地域において、生命を脅かす妊産婦の罹患率測定のための新しい、テストされていないアプローチを導入すること | 西ジャワ州のセララン群とパンデグララン郡での妊産婦罹患率と死亡率の横断的研究 | 集団レベルでの生命を脅かす合併症の発生率は、1416 (出生 10 万当たり) であった。生命を脅かす合併症の発生率は、農村部 1050、都市部 2654 での都市部が有意に高いにもかかわらず、妊産婦死亡率は、都市部 226 で農村部 479 であり、農村部の方が有意に高かった。農村部の中でも最も妊産婦死亡率が高い遠隔地域は妊産婦死亡率が 628 であった。妊娠に関連した病気と死亡率は総合的に、10 万対 1837 であった。総合的な妊娠に関連した病気と死亡の発生率は都市部より農村部の方が有意に低かった。 |
| Scott S, Chowdhury ME, Pambudi ES, Qomariyah SN, Ronsmans C, <i>Maternal mortality, birth with a health professional and distance to obstetric care in Indonesia and Bangladesh</i> . Trop Med Int Health, 2013. 18(10): p. 1193-201. | 医療施設への距離、医療従事者の診察と妊産婦死亡の関係を明らかにすること | 2004 年-2005 年のインドネシアジャワ州 参加者調査。ロジスティック回帰分析 | インドネシアの妊産婦死亡率は 320 であった。ヘルスセンターから遠い場所に住んでいる女性は近くに住む女性よりも医療従事者による分娩介助の割合が低い傾向にあった。ヘルスセンターからの距離が遠くなるほど死亡率が増加した。 |
| Belton, S., B. Myers, and F.R. Ngana, <i>Maternal deaths in eastern Indonesia: 20 years and still walking: an ethnographic study</i> . BMC Pregnancy Childbirth, 2014. 14: p. 39. | インドネシアの東部の農村部のある地域で起こった妊産婦死亡の事例を検討すること | 妊産婦死亡が報告された村の 11 家族を対象とした民俗学的方法で調査した。 | 2 つの段階の遅れがあった。第 1 の遅れは緊急事態が発生したことを理解する時間がかかることなど、ケアを求める判断が遅れたことである。第 2 の遅れは、ドライバーに助けを求め、ケアを受けるのが遅くなったことである。 |
| Adisasmita A, Deviany PE, Nandiaty F, Stanton C, Ronsmans C, <i>Obstetric near miss and deaths in public and private hospitals in Indonesia</i> . BMC Pregnancy Childbirth, 2008. 8: p. 10. | インドネシア西ジャワ州の 4 つの病院の頻度とニアミスと妊産婦死亡の事例を詳細に記録すること | パンテン州の 2 郡の 4 つ病院での横断研究。2003 年 11 月と 2004 年 10 月の間のニアミスと死亡の数と原因を特定するために記録と事例ノートの見直しを実施 | ニアミスは私立病院より公立病院の方がより多かった (4.2% 対 17.3%)。出血と高血圧が最も頻度の高い症状であった。血管機能障害は、臓器不全の最も頻度の高い基準であった。産科合併症のない妊産婦死亡の発生率は 1.6% であった。公立病院におけるニアミスケースの 70% は、入院時に重篤な状態であったが、私立病院では 31.9% で、公立病院よりはるかに低い。 |
| D'Ambruoso, L., P. Byass, and S.N. Qomariyah, <i>'Maybe it was her fate and maybe she ran out of blood': final caregivers' perspectives on access to care in obstetric emergencies in rural Indonesia</i> . J Biosoc Sci, 2010. 42(2): p. 213-41. | サービス利用者の視点から、手段の確立している、現代理論枠組と日常的な健康監視方法を使用して産科緊急ケアへのアクセスを調査すること | 2 つの農村地域で妊娠中または出産時に死亡した 104 人の女性の最後のケア提供者へのバーバルオートブシー | 貧しい人たちのための健康保険は問題が多かった。提供者への不十分な還付、安い公共料金のため貧しい人たちは阻害因子として扱われた。その政策は十分に社会化されて理解され、複雑で、質の低いケアにつながった。サービス、スタッフ、トランスポート、設備、消耗品もほとんどの場合利用不可能だった。 |
| D'Ambruoso, L., <i>Relating the construction and maintenance of maternal ill-health in rural Indonesia</i> . Glob Health Action, 2012. 5. | 緊急産科ケアへのアクセスと質を評価すること | ジャワの農村部の 2 つの郡での秘密調査、バーバルオートブシー | 女性と家族は、予期せぬ分娩合併症が起こったとき、知識がなく、準備ができていなかった。多くの場合伝統的産婆に頼っていた。村の助産師は、女性安定させ、搬送を促すことによって、重要な役割をしたが、農村地域で不十分であった。また、助産師は臨床能力が欠如し、治療の報酬はわずかだった。緊急搬送は、利用できないことが多かった。病院は、貧しい女性が入院することを好まず、設備の不十分な、人員不足の病棟に入院させた。結果として、病院間の搬送が行なわれることが多かった。 |

別表 2 インドネシアの新生児死亡の現状

| 文献 | 目的 | 方法 | おもな結果 |
|---|--|---|--|
| Titaley CR, Dibley MJ, Agho K, Roberts CL, Hall J. <i>Determinants of neonatal mortality in Indonesia</i> . BMC Public Health, 2008. 8: p. 232. | 1992 年から 2002 年までのインドネシア出生のサンプル標本の新生児死亡の決定因子を明らかにすること | 2002 年～2003 年までのインドネシア人口保健調査、1997 年 2002 年間の 15952 例の出生の生存情報を利用。階層的アプローチを用い、新生児死亡の要因を分析する多重ロジスティック回帰を実施 | 東ジャワ、スラウェシ北部・中部・東南部の乳児の新生児死亡率は、バリ、南部スラウェシ、ジャンビ州と比較して優位に高かった。父母が失業している新生児、出産間隔が短く生まれた出生順位の高い児、男児、標準より小さい児、母の分娩合併症がある児で高かった。出生後に何らかのケアを受けた新生児は新生児死亡から優位に保護されていた。 |
| Titaley, C.R., M.J. Dibley, and C.L. Roberts. <i>Type of delivery attendant, place of delivery and risk of early neonatal mortality: analyses of the 1994-2007 Indonesia Demographic and Health Surveys</i> . Health Policy Plan, 2012. 27(5): p. 405-16. | 分娩介助者のタイプと分娩場所、インドネシアの早期新生児死亡の関係を調査することである。 | 1994 年、1997 年、2002 年、2003 年、2007 年の人口保健調査を分析 | 専門技能者による自宅分娩での早期新生児死亡のリスクは、訓練されていない介助者と比較して、明らかな差はなかった。農村部では訓練されていない分娩介助者による自宅分娩より、訓練された分娩介助技術者による自宅分娩の介助の方が早期新生児死亡のリスクが高かった。妊婦健診に通った母親の新生児は都市部・農村部にかかわらず、早期新生児死亡が低かった。早期新生児死亡のリスクを上昇させる一つは、男児、標準より小さい児、早産児であった。 |
| Ibrahim J, Yorifuji T, Tsuda T, Kashima S, Doi H. <i>Frequency of antenatal care visits and neonatal mortality in Indonesia</i> . J Trop Pediatr, 2012. 58(3): p. 184-8. | インドネシアの妊娠全期間および各期の妊婦健診の頻度と新生児死亡率の関係を調査すること | 2006 年～2007 年第 5 インドネシア人口保健調査から 13055 人の出産を分析 | 妊娠末期に妊婦健診に何度も訪れていた妊婦は新生児死亡率が低かった。妊婦健診 0-1 回のグループに対して、新生児死亡率のオッズ比は 2 回訪問グループ 0.76 で、3 回のグループは 0.54 で 4 回のグループは 0.31 だった。 |
| Sebayang SK, Dibley MJ, Kelly PJ, Shankar AV, Shankar AH. <i>Determinants of low birthweight, small-for-gestational-age and preterm birth in Lombok, Indonesia: analyses of the birthweight cohort of the SUMMIT trial</i> . Trop Med Int Health, 2012. 17(8): p. 938-50. | インドネシア、ロンボク島の乳児死亡率の高いある地域における LBW、SGA、早産の決定因子を明らかにすること | 複合微量栄養素補充の介入試験 (SUMMIT)、二重盲検クラスター無作為化比較試験からのデータを分析。低出生体重児、SGA と早産に関連していると知られている要因のオッズ比を評価。 | 低出生体重児と SGA の決定因子は類似しており、新生児の性別、女性の教育、出生時期、母の住居、世帯の裕福さ、母の上腕周囲径、身長、出生順位・出産間隔の複合要素などであった。母親の教育、住居、家の豊かさを含む社会経済指標は、早産に関連があり、同時に、妊婦の身長、妊娠中の上腕周囲径などの栄養状態に関連する要因と出生順位や間隔も、早産に関係があった。 |
| Sutan R, Berkat S. <i>Does cultural practice affects neonatal survival- a case control study among low birth weight babies in Aceh Province, Indonesia</i> . BMC Pregnancy Childbirth, 2014. 14:342. | インドネシア、アチェ州の低出生体重の新生児死亡率を予測すること | ケースコントロールスタディ。アチェ州 8 郡の 2010 年～2010 年のデータを利用。新生児期に死亡していた 250 例 (ケース群) と生存していた 250 例 (対照群) の 500 例 | 低出生体重児死亡の要因として、男児、中程度の低出生体重児、早産、妊婦の病気、出産間隔 (短すぎ、長すぎ)、不十分な妊婦健診、不十分な新生児訪問、カンガルーケアの未実施、温電法をしない、didaring をしないこと、遅い母乳開始、初乳破棄、完全母乳をしないことがあった。 |

別表 3 妊産婦がケアにアクセスしない社会的・経済的要因

| 文献 | 目的 | 方法 | おもな結果 |
|---|---|--|---|
| Ensor T, Nadjib M, Quayyum Z, Megraini A. <i>Public funding for community-based skilled delivery care in Indonesia: to what extent are the poor benefiting?</i> Eur J Health Econ, 2008. 9(4): p. 385-92. | 裕福な世帯と貧困世帯の妊産婦サービスの資金がどの程度割り当てられているかを調査すること | 二つの郡で資金フロー分析と人口ベースの調査 | 貧しい農村部には資金が届くにもかかわらず、貧しい人たちは技術のある分娩介助サービスにアクセスすることに不平等があった。農村部では、助産師への私的な手数料が女性のサービス利用を阻んでいた。 |
| Titaley CR, Hunter CL, Heywood P, Dibley MJ. <i>Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia.</i> BMC Pregnancy Childbirth, 2010. 10: p. 61. | 西ジャワ州のガルト郡、サクブミ郡、チアミス郡で妊婦健診、産後ケア中に受けたサービス、妊娠中・産褥期の文化的慣習をコミュニティメンバーの視点から明らかにすること | 質的研究。父母、医療従事者、伝統的産婆、コミュニティリーダーへの 20 フォーカスグループディスカッションと 165 人のインタビュー調査 (n=295) | 4 回の妊婦健診と分娩後 1 か月以内に 2 回の産後ケアサービスというミニマムリクワイアメントを満たさなかった女性は経済的な問題があった。農村部では、特に村落助産師が村からしばしば出かけてしまうということも問題だった。農村部の人にとって保健施設への距離、悪い道路状況は大きな心配事だった。コミュニティの人たちは産科合併症が起こった時だけヘルスサービスが必要であると認識しており、サービスの重要性についてコミュニティの自覚の欠如があった。伝統的産婆による妊婦健診、分娩介助、産後ケアのサービスは広く利用されており、コミュニティの人たちは、彼らの役割は重要であると考えていた。 |
| Titaley CR, Hunter CL, Dibley MJ, Heywood P. <i>Why do some women still prefer traditional birth attendants and home delivery?: a qualitative study on delivery care services in West Java Province, Indonesia.</i> BMC Pregnancy Childbirth. 2010 10,43. | コミュニティメンバーと保健従事者の視点から西ジャワ州の 6 つの村の分娩ケアサービスの利用について調査すること | 西ジャワ州の 3 郡の 6 つの村でフォーカスグループディスカッションと詳細な面接を使った質的研究。20 フォーカスグループディスカッションと 165 人の面接。母親、父親、保健医療従事者、伝統的産婆、コミュニティリーダーの代表 (n=295 人) | 村落助産師の能力にかかわらず、伝統的産婆と自宅分娩の利用がコミュニティメンバーに好まれていた。身体的距離と財政的限界は、訓練された助産師と施設分娩からコミュニティメンバーを遠ざける大きな二つの要因だった。多数の対象者が訓練された助産師と施設分娩は産科合併症のある女性の時だけ使うと報告した。保健医療従事者の能力の限界は農村部の住民によって報告された。この地域の村落助産師は、ときには唯一の保健医療従事者であるが、しばしば村から離れていた。そのコミュニティは、村落助産師と伝統的産婆の二つの役割両方が妊産婦と保健ケアサービスを提供するために不可欠であると認めていた。 |
| Agus Y, Horiuchi S. Horiuchi. <i>Factors influencing the use of antenatal care in rural West Sumatra, Indonesia.</i> BMC Pregnancy Childbirth, 2012. 12: p. 9. | インドネシアの妊婦の妊婦健診の利用が低い要因を明らかにすること | 妊婦又は出産経験のある生殖年齢の既婚女性への質問紙調査 | 妊婦の 77.9%は妊婦健診 4 回以上を受けていた。残りの 22.1%は妊婦健診の回数が 4 回未満だった。妊婦健診を家族から勧められた女性は、自ら受診した女性と比較して統計的に優位に伝統的な信念のスコアが高かった。TBA を好むことは伝統的信念が強く影響していた。助産師を好むことは伝統的信念に否定的であった。 |
| Titaley CR, Dibley MJ, Roberts CL. <i>Factors associated with underutilization of antenatal care services in Indonesia: results of Indonesia Demographic and Health Survey 2002/2003 and 2007.</i> BMC Public Health, 2010. 10: p. 485. | インドネシアの妊婦健診サービスの利用の要因を調査すること | 2002 年、2003 年、2007 年のインドネシア人口保健統計のデータを分析。母の過去 5 年間、26591 件の出産の情報を分析 | 妊婦健診サービスの非利用の要因は、農村部出身、低い世帯資産指数、低い母の教育レベル、2 年未満の間隔の高い出生順位などであった。その他の要因として保健施設への距離、マスメディアに接触が少ない母、妊娠期の産科合併症がない母などがあった。 |
| Titaley CR, Dibley MJ, Roberts CL, Roberts. <i>Factors associated with non-utilisation of postnatal care services in Indonesia.</i> J Epidemiol Community Health, 2009. 63(10): p. 827-31. | インドネシアの出生後ケアの非利用の要因を明らかにすること | 2002~2003 年のインドネシアの人口保健調査のデータを利用し、断面解析研究を実施。5553 人の乳児のデータを分析 | 出生後ケアサービス提供者の不在は、都市部より農村部で高かった。出生後ケア不足の母親の要因は、低い世帯収入、低い教育レベル、妊娠に関する合併症の知識の欠如であった。また医療施設からの遠いところに居住していることも問題であった。高い出生順位と平均より小さい乳児は、出生後のケアを受けることが低い傾向があった。出生後ケアの非利用の指標は、妊婦健診回数の少なさ、訓練されていない分娩助産師の利用、施設外の出生であった。 |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Titalley CR, Dibley MJ, Roberts CL. Utilization of village midwives and other trained delivery attendants for home deliveries in Indonesia: results of Indonesia Demographic and Health Survey 2002/2003 and 2007. <i>Matern Child Health J.</i> 2011,15(8),1400-1415.</p> | <p>インドネシアの自宅分娩での村落助産師と他の訓練された介助者の利用に関する要因を調査することである。</p> | <p>2002/2003年および2007年のインドネシア人口保健調査から5年間の最新の自宅分娩例14672件の情報を利用し、多項ロジスティック回帰分析を実施</p> | <p>自宅分娩時に村落助産師および他の専門技能者の利用率は、世帯資産指数の高い場合、父の教育レベルが高い場合に上昇していた。また、初産婦、マスメディアに接触した、分娩合併症の知識がある母親と、分娩合併症のあった母親で上昇した。しかし、4回未満の受診者、多産・保健施設への距離と移動手段が問題である母親は、専門技能者の利用率が優位に低かった。</p> |
| <p>Titalley CR, Dibley MJ. <i>Factors associated with not using antenatal iron/folic acid supplements in Indonesia: the 2002/2003 and 2007 Indonesia Demographic and Health Survey.</i> <i>Asia Pac J Clin Nutr.</i> 2015,24(1):162-176.</p> | <p>インドネシアにおいて妊娠中に鉄と葉酸を使用しない要因を明らかにする</p> | <p>2002, 2003, 2007年の人口調査、過去5年間の分娩の26,591件の生存情報を分析</p> | <p>バリとジャワの農村部の地域は、妊娠中に鉄・葉酸のサプリメントを利用しない割合が増加している。世帯資産指数、親の学歴の低さがサプリメントを利用しない可能性を増加させていた。自分の健康への自律性が低い女性、出生順位の高い乳幼児の母親、産科合併症の知識が低い母親、マスメディアへの露出が低い母親はその割合が高かった。</p> |

別表 4 伝統的信念

| 文献 | 目的 | 方法 | おもな結果 |
|---|---|---|---|
| <p>Agus Y, Horiuchi S, Porter SE. Porter, <i>Rural Indonesia women's traditional beliefs about antenatal care.</i> <i>BMC Res Notes,</i> 2012. 5: p. 589.</p> | <p>インドネシアの農村部の女性の妊娠中のケアに関する伝統的信念を明らかにすること</p> | <p>西ジャワ州の伝統的信念をもった16人の女性に対する、3つのフォーカスグループにディスカッション。内容分析</p> | <p>対象者は小学校教育しか受けておらず、年齢は19から40歳であった。 1) 妊娠は女性の人生において普通のサイクルであり、自然な現象である。妊娠中の危険なサインの認識はなく、妊娠中の母子の死は神の意志によってもたされる。2) 女性は伝統的信念に従っていた。3) 助産師よりもパラジと呼ばれる伝統的産婆に頼っている。4) 助産師はパラジより安全である。</p> |
| <p>Wulandari LP, Klinken Whelan A. <i>Beliefs, attitudes and behaviours of pregnant women in Bali.</i> <i>Midwifery,</i> 2011. 27(6): p. 867-71.</p> | <p>インドネシアバリ島の妊婦の信念、態度、行動を明らかにすること</p> | <p>質的記述的研究。18歳から35歳までの妊婦18人を対象としたインタビュー調査</p> | <p>対象者は妊娠中のフードタブーを信じていた。妊娠中は肉より野菜の方がよいと信じ、伝統的薬草治療についての強い信念もあった。対象者は、新生児の健康には、自分たち自身、医療従事者、自然、神すべてに責任があると考えていた。</p> |

別表 5 村落助産師プログラム

| 文献 | 目的 | 方法 | おもな結果 |
|---|---|---|--|
| Frankenberg E, Buttenheim A, Sikoki B, Suriastini W. <i>Do women increase their use of reproductive health care when it becomes more available? Evidence from Indonesia.</i> Stud Fam Plann, 2009. 40(1): p. 27-38. | インドネシアの女性の妊婦健診や分娩介助に関する助産師のサービスへのアクセスの主要な提供の影響を明らかにすること | 1993年、1997年インドネシア家族生活調査のデータを分析。 | コミュニティにおける助産師の配置が、女性の教育レベルにかかわらず、鉄剤の利用を優位に上昇させること、分娩ケアの選択が伝統的産婆への依存から離脱していくことを示した。 |
| Hatt, L. <i>Did the strategy of skilled attendance at birth reach the poor in Indonesia?</i> Bulletin of the World Health Organization, 2007. 85(10): p. 774-782. | インドネシアの貧困層の女性たちの専門技術者の分娩介助を増加させる目的である「すべての村に一人の助産師を」という戦略が達成できたかどうか評価すること | 1986年～2002年までのインドネシア人口保健調査を使用し、専門技術者による分娩介助と帝王切開の分娩の割合をロジスティック回帰により分析 | 1896～1991年のプログラムの実行前は専門技術者や帝王切開率には変化はなかった。1991年以降、専門技術者の立会い分娩は大幅な増加があった。最富裕層の女性たちの帝王切開率が上昇した。貧しい女性では帝王切開率は1%未満にとどまったが、富裕層では10%に上昇した。 |
| Makowiecka K, Achadi E, Izati Y, Ronsmans C. <i>Midwifery provision in two districts in Indonesia: how well are rural areas served?</i> Health Policy Plan, 2008. 23(1): p. 67-75. | インドネシアの2つの地域において助産師配置の分布を明らかにすること | 2005年、二つの郡に登録されている助産ケアを提供しているすべての看護師助産師を対象とした質問紙調査 | 村の10%には助産師がいなかったが助産技術提供者として看護師がいた。都市部と比較して農村部の助産師密度の不足がある。助産師はほとんど分娩の管理をしておらず、専門技能を維持することが難しい。施設以外の分娩の90%以上は自宅(64%)や助産師の家(28%)で行われていた。 |
| Ensor T, Quayyum Z, Nadjib M, Suchaya P. <i>Level and determinants of incentives for village midwives in Indonesia.</i> Health Policy Plan, 2009. 24(1): p. 26-35. | 助産師の財政的インセンティブの効果やサービス利用についての理解を深めるために、バンテン州の村落助産師プログラムを評価すること | 層化抽出により227村の207人の助産師を対象とした。質問紙調査実施、インタビュー調査 | 助産師は個人的な臨床実践から収入の約3分の2を得ている。個人的な収入は、能力と経験と強く関連している。助産師は農村部であってもかなりの収入を稼ぐことができるが、僻地に部署を移動することが不本意であると考えていた。 |
| Rambu Ngana F, Myers BA, Belton S. <i>Health reporting system in two subdistricts in Eastern Indonesia: highlighting the role of village midwives.</i> Midwifery, 2012. 28(6): p. 809-15. | インドネシア東部の2つの地区の村落助産師とクリニックによる保健レポートシステムを説明し、コンサルテーションを通じたこのシステムの問題解決をすること | 参加式アクションリサーチ。クリニックスタッフの仕事の役割や報告義務についての観察やインタビュー。村落初産師と他の医療者への情報会議とフォーカスグループディスカッション。 | 2つの区域の村落助産師のカバー率は不完全だった。村の28%は居住している助産師がおり、48%は訪問してくる助産師がいた、24%は移動クリニックによる月1回の訪問のみだった。村落助産師は報告システムや、個々の患者の病歴やクリニックへのアクセスの悪さに関連する問題を抱えていた。 |
| D'Ambruoso L, Achadi E, Adisasmita A, Izati Y, Makowiecka K, Hussein J. <i>Assessing quality of care provided by Indonesian village midwives with a confidential enquiry.</i> Midwifery, 2009. 25(5): p. 528-39. | インドネシアの村落助産師によって提供されたケアの質を評価し、向上の機会を明らかにする機密調査を実施すること | ヘルスケア提供者、家族、コミュニティメンバーへのインタビュー調査。西ジャワ州の農村部で発生した13例の妊産婦死亡とニアミス例の緊急産科ケアについて地域ヘルスケアプラクティショナーが評価した。 | 助産師は緊急時の診断技術が正確だったが、合併症の管理では能力が不足していた。ある地域では助産師は一人で5村以上を抱えており、カバー率が乏しかった。家族とコミュニティは健康保険システムの理解不足のため、緊急時の資金や搬送の準備をしていなかった。この事例検討は、助産師が効果的に搬送を促進し、保健施設への到着の遅れを減少させた。 |
| Weaver EH, Frankenberg E, Fried BJ, Thomas D, Wheeler SB, Paul JE. <i>Effect of village midwife program on contraceptive prevalence and method choice in Indonesia.</i> Stud Fam Plann, 2013. 44(4): p. 389-409. | 村落助産師プログラムと女性の避妊の選択の関係を明らかにすること | インドネシアの家族生活調査の時系列データを分析 | このプログラムは全般的な避妊の普及に効果がなかったが、避妊方法の選択には影響があった。助産師は経口避妊薬とIUDの使用比率を減少させ、避妊注射の比率を増加させていた。 |

別表 6 母児の健康改善のためのサプリメント投与プログラム

| 文献 | 目的 | 方法 | おもな結果 |
|--|--|---|--|
| Sunawang, Utomo B, Hidayat A, Kusharisupeni, Subarkah. <i>Preventing low birthweight through maternal multiple micronutrient supplementation: a cluster-randomized, controlled trial in Indramayu, West Java</i> . Food Nutr Bull, 2009. 30(4 Suppl): p. S488-95. | 妊娠結果、妊産婦の微量栄養素の状態を改善させるための出生前の複合微量栄養素補給の効果を鉄葉酸補給と比較し、評価すること | インドラマユにおいて 843 人の妊婦を対象としてクラスター無作為比較試験を実施。432 人は複合微量栄養素、411 人は鉄葉酸を受領した。フィールドワーカーがサプリメントの服用を日々観察し、胎児死亡を記録した。 | 低出生体重児の出生割合には、グループ間で有意差はなかったが、複合微量栄養素を受領したグループは低出生体重児が低い傾向があった。妊娠中に複合微量栄養素を摂取した女性の流産、死産、新生児死亡の合算比率は、鉄葉酸のみ服用した女性たちが 6.9% だったのに対して 3.3% だった。複合微量栄養素のサプリメントの鉄の量は、鉄葉酸サプリメントの半分であったにもかかわらず、サプリメント投与後の二つのグループの貧血率は変わりなかった。 |
| Wijaya-Erhardt M, Muslimatun S, Erhardt JG. <i>Fermented soyabean and vitamin C-rich fruit: a possibility to circumvent the further decrease of iron status among iron-deficient pregnant women in Indonesia</i> . Public Health Nutr, 2011. 14(12): p. 2185-96. | 鉄欠乏性貧血の妊婦が補助食品として発酵大豆(テンペ)とビタミン C が豊富な果物を摂取した効果を評価すること | 介入研究。インドネシアの 39 村で妊娠中の女性を食事療法群と対照群に分け、妊娠 12~20 週と妊娠 32-36 週でヘモグロビン、フェリチンおよびトランスフェリン受容体濃度を測定。妊婦(妊娠 12~20 週, n=252 人) | 平均 Hb、フェリチン、トランスフェリン受容体濃度と Fe 濃度は、グループ間で差はなかった。両群でトランスフェリン受容体は優位に上昇したが、短期的には Hb、フェリチン、鉄は低下した。鉄の平均変化は、両群で同等であった。鉄欠乏の女性では、食事療法群で Hb、フェリチン、鉄濃度の少ない減少と関連があった。 |
| Prado EL, Ullman MT, Muadz H, Alcock KJ, Shankar AH, Group SS. <i>The Effect of Maternal Multiple Micronutrient Supplementation on Cognition and Mood during Pregnancy and Postpartum in Indonesia: A Randomized Trial</i> . PLOS ONE, 2012. 7(3): p. e32519. | 複合微量栄養素補充の介入試験(SUMMIT)に参加した母親の妊娠中の、産後の知識と気分を評価すること | 複合微量栄養素補充の介入試験(SUMMIT)に参加した母親を評価した。複合微量元素(MMN)補充者と鉄と葉酸(IFA)補充者に二重盲検クラスター無作為試験を行い、妊娠中および3ヶ月産後まで比較。 | 総合的な認知力において MMN の利点は、すべての母のための1年間、貧血の母にとって2年間、栄養不良の母親のための3年の教育の利点と等しかった。母の機敏さの原動力や気分には効果は全くなかった。 |
| Prawirohartono EP, Nystrom L, Nurdianti DS, Hakimi M, Lind T. <i>The impact of prenatal vitamin A and zinc supplementation on birth size and neonatal survival - a double-blind, randomized controlled trial in a rural area of Indonesia</i> . Int J Vitam Nutr Res, 2013. 83(1): p. 14-25. | 妊娠中にビタミン A と亜鉛を投与することによって出生体重、出生時の身長、新生児の罹患率や乳児死亡率を改善できるかどうか評価すること | ジャワ中心部の妊娠中の女性 2173 人に、ビタミン A、亜鉛、ビタミン A+亜鉛、またはプラセボを投与し、二重盲目、無作為比較試験を実施した。 | 2173 人のサプリを補充した妊婦から生まれた 1956 人の新生児を評価の対象とした。亜鉛補充、ビタミン A 補充はプラセボやビタミン A+亜鉛投与と比較して出生時身長が伸びた。微量栄養素補充は出生体重や低出生体重児、新生児罹患率、新生児死亡率の割合には効果がなかった。 |

別表 7 保健記録が母子の健康に及ぼす影響など

| 文献 | 目的 | 方法 | おもな結果 |
|--|---|--|--|
| Fahdhy M, Chongsuvivatwong V. <i>Evaluation of World Health Organization partograph implementation by midwives for maternity home birth in Medan, Indonesia</i> . <i>Midwifery</i> , 2005. 21(4): p. 301-10. | 助産師のマタニティホームでの分娩介助の出生後の結果比較によって WHO が利用を推奨しているパルトグラムの効果を評価すること | 北スマトラ州メダン市でマタニティホームで働く助産師への介入研究。クラスター無作為比較試験。介入グループは WHO パルトグラムの使用方法のトレーニングを受けている。 | 介入グループで 92.4% のパルトグラムが正確に記入されていた。グラフの警告ラインを越えた 71 人の女性から 65% が病院へ搬送された。パルトグラムは搬送率を優位に上昇させ、内診、オキシトシンの使用、陣痛の遮断の数を減らした。帝王切開率と遷延分娩数は優位には減少しなかった。1 分後アプガースコア 7 点未満は優位に相違があった。 |
| Burke L, Suswardany DL, Michener K, Mazurki S, Adair T, Elmiyati C, et al. <i>Utility of local health registers in measuring perinatal mortality: a case study in rural Indonesia</i> . <i>BMC Pregnancy Childbirth</i> , 2011. 11: p. 20. | インドネシアの農村部の准郡での周産期死亡を測定するために村の健康記録からの情報の有効性を調査すること | ジャワ州中心部の 3 つの農村部での妊婦健診、出産、新生児ケアの記録を利用。2007 年の妊娠の後ろ向きコホート研究 | フィールド調査を 23 村で実施し、2007 年であった 1759 件の分娩を分析した。2007 年の周産期死亡率は 21.6 であった。本研究における死産率は母子健康プログラム情報システムにおいて報告されている率の約 4 倍であった。 |
| Osaki K, Hattori T, Kosen S. <i>The role of home-based records in the establishment of a continuum of care for mothers, newborns, and children in Indonesia</i> . <i>Glob Health Action</i> , 2013. 6: p. 1-12. | 特に 母子健康手帳が広く促進された州において MNCH サービスの理解とその関連を調べることによって分娩前後の自宅ベースの記録の役割を明らかにすること | 横断的研究。1997、2002-2003、2007 年インドネシアの人口調査。 | 1997 年から 2007 年までの出生前後の記録の所有者は増加していた。母子健康手帳の所有者は、訓練を受けた従事者による分娩介助を受け、妊産婦ケアを受けること子どもの予防接種をすべて完了していること、分娩前後に予防接種を受けることに関連があった。 |

別表 8 母児の感染症

| 文献 | 目的 | 方法 | おもな結果 |
|--|---|---|---|
| Poespoprodjo JR, Fobia W, Kenangalem E, Lampah DA, Warikar N, Seal A, et al. <i>Adverse pregnancy outcomes in an area where multidrug-resistant plasmodium vivax and Glusmodium falciparum infections are endemic.</i> Clin Infect Dis, 2008. 46(9): p. 1374-81. | 熱帯熱マラリア原虫感染と三日熱マラリア原虫感染の両種の多剤耐性種が増加しているインドネシアのパプアにおいて母体のマラリアのリスクと影響を数値化すること | 2004年～2006年病院ベースの横断研究。n=3046(妊婦) | 分娩時の寄生虫血は16.8%だった、感染者の35.2%は発熱があり、57.9%が熱帯熱マラリア原虫に起因していた。感染者の3.8%は三日熱マラリア原虫に起因していた。分娩時の熱帯性マラリア原虫感染症は重度の貧血があり、出生体重の減少があった。三日熱マラリア原虫感染は、中等度の貧血のリスクに関連があった。寄生虫血は早産と死産に関連があったが、発熱や重度の貧血を制御後は、早産・死産に関連がなかった。 |
| Poespoprodjo JR, Fobia W, Kenangalem E, Hasanuddin A, Sugiarto P, Tjitra E, et al. <i>Highly effective therapy for maternal malaria associated with a lower risk of vertical transmission.</i> J Infect Dis, 2011. 204(10): p. 1613-9. | インドネシア、パプアの病院ベースの先天性マラリアの疫学調査をすること | 2005年4月から2010年1月まで4878人の産婦と新生児への前向き臨床レビューと末梢血の顕微鏡法によるマラリアスクリーニング | 先天性マラリアは出生1000対8であった(38/4884)。先天性マラリアの76.3%は熱帯性マラリアで、15.8%は三日熱マラリアの感染であった。分娩時の母のマラリアと妊娠前のマラリアは垂直感染の危険因子であった。29人の母子は同時発生の末梢寄生虫血症であった。17%は、不調和寄生虫種であり、出生前マラリア感染の可能性を示唆した。新生児のマラリアは低出生体重児のリスクが優位に高かった。妊娠中期、末期における併発症のないマラリアにジヒドロアルテミシニン-ピペラキン導入後、先天性マラリアの発生は3.2%から0.2%へ減少した。 |
| Fitri LE, Jahja NE, Huwae IR, Nara MB, Berens-Riha N. <i>Congenital malaria in newborns selected for low birth-weight, anemia, and other possible symptoms in Maumere, Indonesia.</i> Korean J Parasitol, 2014. 52(6): p. 639-44. | マウメレのTCHラー病院で先天性マラリアの有病率と新生児の臨床転帰における母子の寄生虫密度の影響を調査すること | 2012～2013年に実施した先天性マラリアの横断研究。先天性マラリアの危険性のリスクのある新生児のサブグループから対象を抽出。母児の血液塗抹標本をPCR法によって分析。 | 42.4%が感染していることが判明し、それらの半分は無症候性であった。感染した新生児が感染していない児より貧血のリスクが4.7倍高かった。ヘモグロビンレベル、赤血球量、ヘマトクリットレベルは児の寄生虫密度の影響を受けた。先天性マラリアのリスクは、任意抽出の集団の3倍高い。低出生体重児、貧血、早産は、最も一般的な特徴だった。 |
| Gunardi H, Zaimi LF, Soedjatmiko, Turyadi, Harahap AR, Muljono DH. <i>Current prevalence of hepatitis B infection among parturient women in Jakarta, Indonesia.</i> Acta Med Indones, 2014. 46(1): p. 3-9. | インドネシアのジャカルタ妊産婦のB型肝炎罹患率を明らかにすること | 2009年ジャカルタの2病院と13ヘルスセンターで分娩した女性への横断的研究。分娩前に静脈血を採取、ELISA法で診断。 | 1009人の妊娠末期の女性がB型肝炎のスクリーニングを受け、22人が陽性であった。B型肝炎感染率は1985年には5.2%であったが、2.2%であった。 |

別表 9 妊産婦の心の健康

| 文献 | 目的 | 方法 | おもな結果 |
|--|--|--|---|
| Andajani-Sutjahjo S, Manderson L, Astbury J. <i>Complex emotions, complex problems: understanding the experiences of perinatal depression among new mothers in urban Indonesia.</i> Cult Med Psychiatry, 2007. 31(1): p. 101-22. | ジャワ人女性がどのように妊娠後期と産褥早期のうつ症状を認め、語るかということと、主観的な気分障害の判断を表現するかということとを明らかにすることである。 | 妊娠期間中、産後またはその両方の時期に、エジンバラ産後うつ病スケールで12/13のカットオフスコア以上の得点であった女性の小グループに対するインタビュー調査 | 妊娠期間中、産褥早期の感情を表現することばを多様に使用していた。ある者はエジンバラ産後うつ病スケールで表現されている気分と一致し、ある者は一致しなかった。女性は、自分たちの気分の変化は、結婚前の妊娠、家族の慢性疾患、夫婦間の問題、パートナーや家族ネットワークからのサポート不足、夫の失業、自分自身の収入のある仕事を諦めることに関する家族の不十分な収入を含めたさまざまな原因にあるとした。 |