

現代アジアのリプロダクションに関する国際比較研究：ジェンダーの視点から

メタデータ	言語: ja 出版者: 公開日: 2021-01-28 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 白井, 千晶 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10297/00027874

現代アジアのリプロダクションに関する国際比較研究
：ジェンダーの視点から

調査報告書

2020年3月

白井千晶編

はじめに

本書は、「現代アジアのリプロダクションに関する国際比較研究：ジェンダーの視点から」(2017年度～2019年度日本学術振興会・科学研究費助成事業・基盤研究(B)17H04559)の調査報告書である。

現在、アジアは急激に変貌しているが、グローバル化、情報化、人口変動の中で、かつての欧米の近代化とは異なるプロセスや所産をもたらしている可能性が大いにある。政治体制、人口施策、医療供給システム、宗教や文化、家族やジェンダーをめぐる状況が様々なアジアにおいて、身体と次世代育成(人口の再生産)にかかるリプロダクションはどのような現況にあるか。出生と養育、つまり出産と育児にとどまらない、リプロダクション全体の経験や意識を捉えようというのが本研究の目的である。

調査は、2017年4月～2020年3月に、東アジア・東南アジア・南アジアの14ヶ国、日本、大韓民国、中華人民共和国、中華民国(台湾)、フィリピン共和国、インドネシア共和国、ベトナム社会主義共和国、ラオス人民民主共和国、タイ王国、ミャンマー連邦共和国、ブータン王国、ネパール連邦民主共和国、インド、スリランカ民主社会主義共和国において、専門家(主にリプロダクションに関わる産婦人科医、助産師)と出産経験女性を対象にインタビュー調査を実施した。リプロダクションに関するヒアリングの項目は、妊娠、避妊や家族計画、人工妊娠中絶、妊婦健診・出生前検査、出産、産後、哺乳、不妊への対処、である。第三者が関わる生殖技術や養子縁組、里親への態度、もらい乳の経験や態度、人工妊娠中絶の条件、染色体異常のある胎児や新生児への態度など、遺伝・生命観、身体観、親子・家族観などに広がる質問も含む、共通のインタビュー項目をヒアリングした画期的な調査である。インタビュー協力者は14ヶ国で、合計268名(参考も含めると275名)に達し、現在、すべてのインタビューについて日本語記録を作成し、回答を項目ごとに切片化してデータが作成されたところである。

本研究の目的を達するための深い分析はまだ緒に就いたばかりであるが、最初の成果公開として、各国の概況を報告書にまとめた。本調査が各方面に活用されることを願っている。最後に、インタビュー調査にご協力下さった方々に感謝申し上げます。ありがとうございました。

研究代表者 白井千晶

目次

はじめに：白井千晶	001
-----------	-----

目次

I 研究調査全体の概要

I-01章 研究調査全体の概要：白井千晶	003
----------------------	-----

II 14ヶ国の調査報告

II-01 日本：田間泰子・澤田佳世	015
II-02 大韓民国（韓国）：洪賢秀	031
II-03 中華人民共和国（中国）：小浜正子・姚毅	046
II-04 中華民国（台湾）：姚毅・小浜正子	054
II-05 フィリピン共和国（フィリピン）：白井千晶	066
II-06 インドネシア共和国（インドネシア）：松岡悦子	090
II-07 ベトナム社会主義共和国（ベトナム）：白井千晶	114
II-08 ラオス人民民主共和国（ラオス）：嶋澤恭子	144
II-09 タイ王国（タイ）：嶋澤恭子	164
II-10 ミャンマー連邦共和国（ミャンマー）：白井千晶	185
II-11 ブータン王国（ブータン）：幅崎麻紀子	210
II-12 ネパール連邦民主共和国（ネパール）：幅崎麻紀子	222
II-13 インド：松尾瑞穂	233
II-14 スリランカ民主社会主義共和国（スリランカ）：松尾瑞穂	248

III 資料

III-01 14ヶ国のリプロダクションに関わる法制度および指標：白井千晶	262
III-02 世界のリプロダクションに関わる指標：白井千晶	269

I 研究調査全体の概要

白井千晶

I-01 研究調査全体の概要

(1) 調査研究の背景と目的

本研究は、近代化の中で急激な変貌を遂げるアジア諸国において、家族計画、避妊、人工妊娠中絶、不妊治療、生殖技術、出産などのリプロダクションのありようを質的、量的に調査し、ジェンダーの観点からアジアの総合的な国際比較研究をおこなうものである。従来、人口学、家族形成の観点から「出生」「出産」研究に焦点が集中してきたが、不妊治療や生殖技術、避妊や人工妊娠中絶など性と生殖に関わるリプロダクション全体を捉えなければ、女性の身体とジェンダー・ポリティクスを探究できない。本研究はリプロダクションを歴史的な文脈、トランスナショナルな相互作用、ローカルな相互作用の観点からそのダイナミズムのありようと要因を探るものである。また、リプロダクションには、次世代育成の観点や妊娠・出産によらない親なり（親になること）を含めるために養子縁組や里親を、また血縁、身体観を含めるために第三者が関わる生殖技術、哺乳を、生む/生まないという統制・選別を含めるために避妊、家族計画、出生前検査、人工妊娠中絶・墮胎を含む。本調査は、そうした研究の一環として実施された。

先行研究

出産分野に限定すれば欧米には体系的な比較研究があるが、リプロダクション全体ではなく、研究対象地域も欧米のみとなっている（以下のA）。別の研究では、育児、家族と福祉体制に関する比較調査をしているが、リプロダクション領域は含まれていない（B）。3つ目に本研究メンバー実施の出産分野のアジア比較研究はあるが、サーベイにとどまっている（C）。そうした学術的背景の中で、アジア諸地域のリプロダクションを比較可能な調査で実証することを目指して本研究プロジェクトが発足した。

A. 欧米の出産史比較研究プロジェクト

近代化によって異なったシステムが産出される過程を明らかにするため、欧米の出産史の比較研究プロジェクトとして、1990年代後半から25ヶ国の研究者が領域横断的に集まり、妊産期ヘルスケアシステムの比較研究組織が発足（1997年）、8ヶ国（カナダ、フィンランド、ドイツ、オランダ、ノルウェー、スウェーデン、イギリス、アメリカ）の比較研究をおこなうために「北アメリカおよび北欧の産科ケアの進化」プロジェクトが発足した。研究成果は *Birth by Design* (DeVries et al. eds, 2001) にまとめられている。この研究の特徴は、「妊産期ヘルスケアシステム maternity healthcare system」というマクロレベルの分析モデルを設定したことである。なぜ同じ近代化でも異なる妊産期ヘルスケアシステムが生じ

るのか探求するために、マクロ、メゾ、ミクロ水準の分析枠組が設定された。しかし残念ながら、比較研究対象国に日本および他のアジア諸国が入っておらず、出産以外の領域も入っていなかった。

B. 日本における「East Asian Social Survey」研究

JGSS（日本版総合的社会調査：Japanese General Social Surveys）センターを中心に、東アジア諸国のGSSチームと共同で実施されたEASSプロジェクトで、日本、中国、韓国、台湾の4カ国が参加して、「東アジアの家族」調査が実施された¹。EASSの二次分析と他国データ（タイ、ベトナム、マレーシア、カタール、インド）を比較研究しているのが「アジアの家族変容と福祉レジーム」研究（現代アジアの家族変容と福祉レジームに関する国際共同研究,基盤 A22243039 グローバル COE：京都大学アジア研究教育ユニット,2010-2013年度）である。アジアの共通モジュールとしては最も規模が大きな一連の調査の一つで、その知見は大いに参考になる。ただし、ケアをめぐる調査であり、生殖技術、妊娠、家族計画、出産領域は含まれていなかった。

C. 日本における「アジアの出産」研究

本研究のメンバーでもある松岡悦子が代表を務めた「東南アジアにおける近代化とリプロダクションの変容」（2006-2008 基盤B一般）において、東南アジアと東アジア7カ国（日本、インドネシア、韓国、ベトナム、モンゴル、中国、ラオス、ネパール）の出産経験、産後うつ比較調査を実施した。各国の出産の場所や医療介入の経験率など基礎的データを比較可能な形で収集したことは初めての試みで大変意義があった（松岡編 2009）。一方で、残念ながら単純集計にとどまり、政治、経済、文化、歴史などの社会的文脈において比較分析するところまでまだ十分に到達していない。本研究では、この調査を一部継承しながら、新たにメンバーを加え、発展的に実施した。

アジアにおけるリプロダクション

アジアは、東アジア、東南アジア、北アジア、南アジア、中央アジア、西アジアの6地域から成り、6大州のうち、世界の人口の6割がアジアに住み、世界の都市の人口上位8位までがアジアの都市である。本研究が対象にするのは、6地域のうち、東、東南、南、の3地域にとどまり、また、3地域のすべての国を対象にできてはいないが、宗教、人口構造や人口政策、経済発展や都市化の度合い、産業、親族・家族システム、福祉や医療体制は非常に多様で、それぞれに急激な変化のさなかにある。

こうした短期間で急激に資本主義化、市場経済化、都市化、中間層の出現、人口構造の変化が起こることは「圧縮された近代（compressed modernity）」とも呼ばれている

¹ アジアのケアと家族をめぐる調査は、2001年に始まった「アジア諸社会におけるジェンダーの比較研究」（中国、韓国、台湾、タイ、シンガポール調査）だったという（落合 2010,2014）。

(Chang2010=2013)。アジアの近代化は、西洋の近代化との諸要素の違いから、西洋とは異なる経路をたどる可能性もあり、家族変動の結果が異なることも予想される(落合 2013)。

リプロダクションに限ってみると、人口政策(出生抑制政策か出生増加政策か)、国の成長目標における母子保健指標(母体死亡率、新生児死亡率、乳幼児死亡率、死産率などの低下に関する数値目標、専門家による出産立会率の数値目標など)、その他の健康・疾病指標(AIDS 予防等)、墮胎・人工妊娠中絶に関する法制度、医療や出産に関する制度(ヘルスセンターなどのシステム、健康保険制度や医療の財源と支払い、自宅出産を禁止しているか否か、助産師が開業できるか、等々)、出産に関する技術や医薬の普及とそれに対する態度(帝王切開、陣痛誘発剤や促進剤、硬膜外麻酔等々)、生殖技術の許容と普及(体外受精などの Medically Assisted Reproduction: MAR または Assisted Reproductive Technologies: ART)を許容しているか、第三者が関わる生殖医療(精子提供、卵子提供、代理出産など Third Party Reproduction)に関する法制度や実情など、各国の状況を分ける要素は様々な存在し、また、この5年、10年で目まぐるしく状況が変化している。

アプローチ: ライフコース、ミクロ・マクロ、トランスナショナルリティ

筆者や研究チームのメンバーは、これまでの調査研究(例えばライフストーリーインタビューや資料分析)によって、女性当事者は人工妊娠中絶後に不妊治療をしたり、出産後に避妊をしたりと、ライフコース全体にわたって、人生の段階や環境によって異なる実践・経験をしていることが明らかにしてきた。生活世界や研究では、出産、育児などのステージ、医療、福祉などの分野によってリプロダクションは分断し、家族計画、避妊、人工妊娠中絶、月経、哺乳、生殖技術、養子縁組や里親、などは研究対象として扱われることが少なかった。それは、出生した人口と社会のあり方(人口の再生産としての育児、教育、労働、介護など)に関心が限定されてきたからだろう。しかし、社会が政治的、経済的文脈においてどのように再生産されているかを明らかにするためには、ジェンダーの視点でリプロダクションの領域全体に関する調査研究が必要である。

そのため、各国の趨勢をただサーベイするだけでなく、女性のリプロダクション経験が埋め込まれている社会やコミュニティのコンテクストを明らかにすることが求められる。従って本研究では、分析軸と水準を設定する。分析軸として、宗教、文化・規範・慣習、医療、人口、政治、経済、ジェンダー、国家、を設定する(調査国の選定理由と関わるため後述)。分析水準は、リレーション(関係性)、コミュニティ、ネーション(国家)、トランスネーション、グローバルリティの水準である(図1)。国家(図中③)と女性の身体との

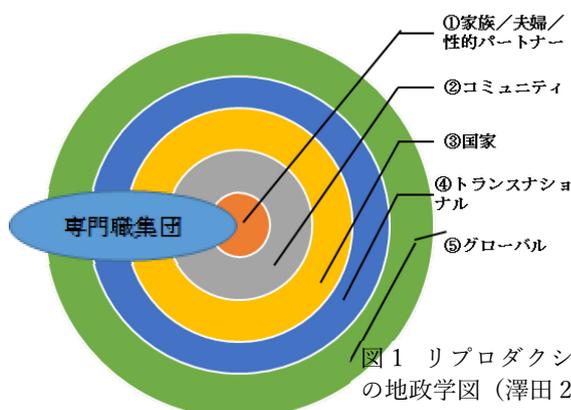


図1 リプロダクションの地政学図(澤田 2014)

ポリティクスは、例えば「人口政策」という形で立ち現れる。アジアの多くの国々の人口政策は、他国家、特に先進諸国とのトランスナショナルな関係性（図中④）によって影響を受けており（Homei2015）、さらにはグローバルな（図中⑤）地政学的な力学に置かれている（澤田 2014）。日本のリプロダクションの歴史の変動が、経路依存性（path dependency）をもつと同時に、トランスナショナルな権力作用も受けていることは明らかである（例えば第二次世界大戦敗戦後の医療職再編は GHQ によっておこなわれたし、現代では生殖ツーリズムで米国やアジア諸国への渡航がある）。日本の文脈を越える部分について、現代アジアの比較研究が求められる。

他方で、国家（図中③）の人口政策はコミュニティ（図中②）での伝統的産婆(TBA)や有資格医療者等エージェントによる諸実践として実施され、究極的には女性と性的パートナーとの関係性（図中①）において実現されている。女性の身体を取り巻く層の歴史・国・地域による差異、生殖をめぐる重層的な権力構造間の力関係、エージェントの多様性や動きが明らかになる。

このように、アジアの多層的なダイナミズムによるリプロダクションの現れ方と、アジア女性のエージェンシーとしての実践の多様性が発見されることで、欧米を相対化するだけでなく、既存の欧米パラダイムを所与とする欧米研究に問い直しを求める結果が得られると予想している。

（2）調査の概要

研究課題名：「現代アジアのリプロダクションに関する国際比較研究：ジェンダーの視点から」（Gender and Reproduction in Modern Asia: International Comparison）

研究助成：2017 年度～2019 年度日本学術振興会・科学研究費助成事業・基盤研究（B）17H04559

調査時期：2017 年 4 月～2020 年 3 月

調査方法：半構造化インタビュー

調査対象：専門家と出産経験女性

先に述べた分析水準の設定の観点から、リプロダクションに対する介入、指向をもって多層的に女性を取り巻く力学の中にある女性当事者へのリプロダクション経験調査と、女性、コミュニティ、国家を横断する専門職（伝統的産婆を含む助産師、医師、その他）および政策作成者への専門職調査の 2 本立てで実施した。専門職調査は、コミュニティ調査（地域社会の母子保健ボランティアや助け合いによる出産介助）を含む場合がある。各国専門家 5 人以上、女性 10 人以上のインタビューを実施し、翻訳した（ないし通訳の日本語訳を書き取った）。

（1）女性のリプロダクション経験調査

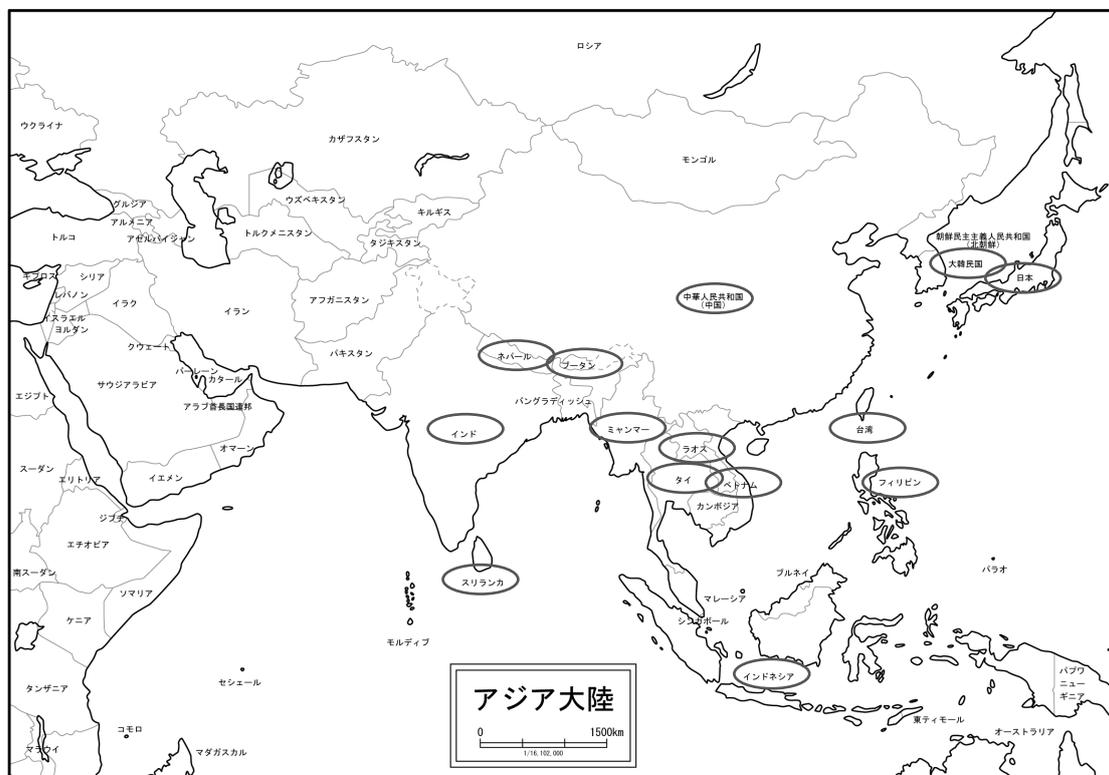
対象女性は、出産経験が記憶に新しいよう、末子が 10 歳以下という条件付けをした。ただし、比較、参考のために、末子が 11 歳以上である女性や、出産経験なく育児をしている

女性(養子縁組等)にも可能な限りインタビューを実施した。リプロダクション下位領域(宗教や職業、家族構成などの基本属性のほか、避妊、家族計画、人工妊娠中絶、妊娠、妊婦健診と出生前検査、出産、産後、哺育、不妊治療、第三者が関わる生殖技術、養子縁組や里親、胎児や出生児の障害)に関する経験と意識・態度について、共通の構造的なインタビュー項目を設計した。

(2)専門職調査(コミュニティ調査含む)

助産師(伝統的産婆を含む)や医師などの専門職に対し、資格教育、職業キャリア、職業経験、上記リプロダクション下位領域に関する状況、意識や態度に関するインタビュー調査を実施した。必要に応じて母子保健行政、政策立案実施者、NGOスタッフを含めた。

調査国:東アジア・東南アジア・南アジアの14ヶ国、日本、大韓民国(以下韓国)、中華人民共和国(以下中国)、中華民国(以下台湾)、フィリピン共和国(以下フィリピン)、インドネシア共和国(以下インドネシア)、ベトナム社会主義共和国(以下ベトナム)、ベトナム社会主義共和国(以下ベトナム)、ラオス人民民主共和国(以下ラオス)、タイ王国(以下タイ)、ミャンマー連邦共和国(以下ミャンマー)、ブータン王国(以下ブータン)、ネパール連邦民主共和国(以下ネパール)、インド、スリランカ民主社会主義共和国(以下スリランカ)を対象にした。



注: 国名を円で囲んだのが本調査の調査対象国

調査地は、1国で2カ所（以上）、原則的に都市と非都市を選定した。2カ所にしても無作為抽出のような対象（サンプル）の代表性が得られるわけではないが、アジア諸国の多くは都市と非都市の違いが大きいことがあり、できるだけ地域差に目配りできることを目指したためである。女性調査と専門職調査は同一地域で実施した。インタビューの依頼先については、「できるだけその国・地域の現状に即して対象者を選定する」ことを念頭に置いた。例えば、学歴、職業や収入、宗教、出産経験などが「国・地域の現状に即した」バリエーションになるよう配慮して依頼した。

表1 研究チームと担当（所属と職位は研究開始時と終了時）（敬称略・五十音順）

氏名	所属と職位	担当国
小浜 正子	日本大学, 文理学部, 教授	中国、台湾
澤田 佳世	沖縄国際大学, 総合文化学部, 教授／奈良女子大学, 生活環境科学系, 准教授	日本
白井 千晶	静岡大学, 人文社会科学部, 教授	フィリピン、ベトナム、ミャンマー
嶋澤 恭子	神戸市看護大学, 看護学部, 准教授	ラオス、タイ
田間 泰子	大阪府立大学, 人間社会システム科学研究科, 教授	日本
幅崎 麻紀子	埼玉大学, 研究機構, 准教授	ブータン、ネパール
洪 賢秀	東京大学, 医科学研究所, 特任助教／明治学院大学, 社会学部, 研究員	韓国
松尾 瑞穂	国立民族学博物館, 超域フィールド科学研究部, 准教授	インド、スリランカ
松岡 悦子	奈良女子大学, 生活環境科学系, 教授／奈良女子大学, アジア・ジェンダー文化学研究センター, 協力研究員	インドネシア
姚 毅	東京大学, 非常勤講師	中国、台湾

メンバーの担当について、個人の調査研究業績については紙幅の制約から割愛せざるを得ないが、これまで本研究計画の研究メンバーは、アジア諸国のリプロダクション研究の成果をまとめてきた（『世界の出産』2011、『アジアの出産と家族計画』2014、2015年ワークショップ開催、ワークショップ報告書『アジアのジェンダーとリプロダクション』刊行）。社会学、文化人類学、東洋史など学際的メンバーである。各フィールドの比較検討のため2006年ごろから共同研究を実施してきた（2006-2008年度18320139基盤B「東南アジアにおける近代化とリプロダクションの変容」松岡・小浜・嶋澤・幅崎ほか、2011-2014年度23401043基盤B「アジアにおけるリプロダクションの歴史的変遷－医療化の要因と女性へ

の影響」松岡・小浜・嶋澤・姚毅)。それ以外にも、シンポジウムやワークショップの開催の実施をおこなってきた(2015年2月本研究メンバー全員のワークショップ、2016年7月の出産史シンポジウム)。この過程で、個々の調査研究を突き合わせるだけでなく、アジア各国でリプロダクション全体を含んだ共通のモジュールによる調査を実施して比較研究する必要性を強く認識し、本計画に至ったという経緯がある。調査にあたっては、メンバーの専門性を活かして調査チームを組み、分担した。

対象国選定の背景

近代社会において、国家は政権のバックボーンや経済的動機、政策、国際社会における位置などから「家族計画 (family planning)」という名目で、夫婦がもつ子どもの数や、性生活に介入するのであるが、その時期は図2のようにばらつきがある。

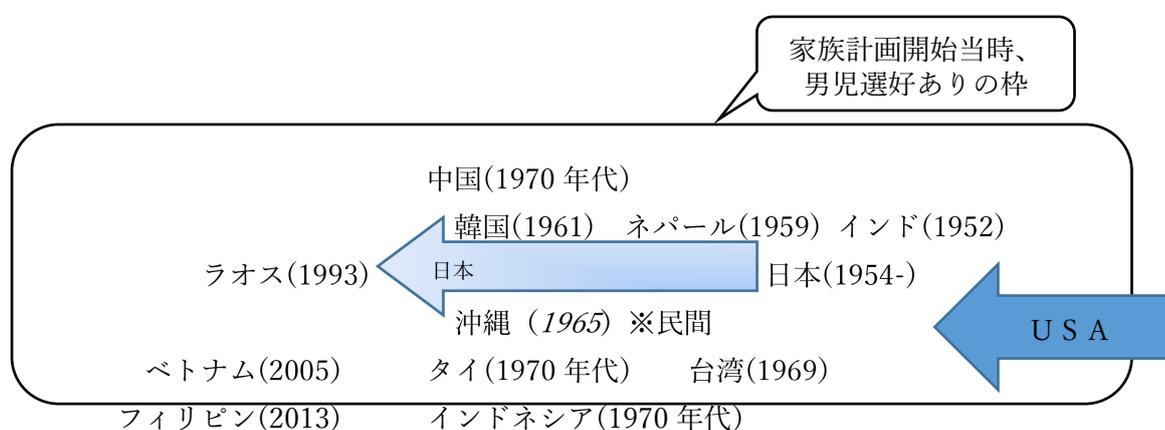


図2 リプロダクション政策実施の歴史

近代国家には共通の国家目標があり、その一つが人口の統制である。「優生」ではないと見なした人口を淘汰しようとしたり、経済発展のために出生率を低下させようとしたりする。日本、韓国、台湾は下がりすぎた出生率を上昇させようとしている。また、妊産婦死亡率、新生児死亡率などの指標は国の威信となる。国家のあり方が人口政策のタイプを分ける一つの軸になるが、その国家のあり方として、社会主義国と民主主義国がある。調査対象国には、中国、ベトナム、ラオスなど社会主義国を入れた。特に世界最大の人口大国である中国は1970年代から「計画生育」を実施してきて、近年になって高齢化の懸念から第2子の出産を解禁した。ベトナムは現在も強力に出生抑制政策をとり、第3子の出生には解雇などのペナルティがあるほか、避妊(家族計画)が無償・安価に入手できる体制を整え、人工妊娠中絶も許容している。

国家による人口政策は、トランスナショナルなポリティクスを反映してもいる。トランスナショナルなポリティクスは、歴史的な権力構造だけでなく、経済発展の水準による「指導・供給-キャッチアップ・受容」構造もある。ポスト冷戦、ポストコロニアリズムの体制にお

いて、「人口爆発」のコントロールのため、発展途上国への「国際協力」という文脈で（例えば ODA、グローバルな NGO 団体）、人口管理に関する技術提供がおこなわれたり、指針が示されたりすること（例えば WHO の指針）がその例である。したがって、対象国の選定には、経済発展の水準も考慮した（先進国、NIES、途上国の中でも発展急進国、停滞国）。

他方で「家族計画」の実践は文化的でもある。先の図 2 に四角で囲んだ国々は、「家族計画」と「男児選好」が結びついた国・地域である。ベトナムでは男児選好だけでなく「子どもがいること」が何より優先されるため、2015 年に代理懐胎が合法化されている。体外受精の成功が 1998 年であるから、家族形成に関する規範が維持・強化されながら、生殖技術に関するテクノロジーの普及が「圧縮」されていることがわかる。

また、あるテクノロジーやデバイス（モノ）に対する態度は、ローカルな規範や文化に基づいている。ネパールでは避妊目的でピルを服用するのはタブーであるが、儀礼参加のための月経コントロールという文脈では受容される。日本では永久的に生殖能力を絶つ卵管結紮や精管切断・結紮術（「パイプカット」）は、たとえ本人が「生み終わった」と考えていたとしても選択されにくい（むしろ人工妊娠中絶が出産の防止の選択肢だったのは周知の通りである）、中国では不妊手術が優勢である（これは国家政策にもよっている）。どのようなテクノロジーやデバイスがどのような場合に許容されるかは、国の施策や制度の影響を受けると同時に、ジェンダー、家族、身体、生命、科学技術、宗教などに対するローカルな規範に準拠して選択されている。

ローカルな規範や文化の比較のため、文化の基調となる宗教を考慮し、人口の多くがキリスト教徒であるフィリピン、イスラム教徒であるインドネシアを入れ、儒教文化圏、仏教文化圏と比較できるようにした。例えばフィリピンはキリスト教（特にカソリック）の観点から、インドネシアはイスラム教の観点から、ミャンマーは仏教の観点から、墮胎・人工妊娠中絶を禁止しているか、非常に限定的である。人口政策、人工妊娠中絶の可能性と、胎児の染色体異常に関する検査の動機は大きく関わっていることが予想される。

また、文化的文脈と、政治的、歴史的、政策的文脈の比較をするために選択したのが、ラオスとタイとミャンマー、インドとスリランカ、中国と台湾、ネパールとブータンである。

リプロダクションのうち家族計画から出産に目を転じると、中国と台湾は漢民族で男児選好や出産に関する慣習・規範などは同型性が高かった。しかし、日本植民統治および戦後の米国主導の家族計画と医療政策などの文脈、政治経済体制は、中国と台湾は著しく異なった。その結果として、例えば、出産の近代化に際して出産の専門家は、台湾では男性化された（男性産婦人科医）、中国では女性化された。興味深いことに共通点もあり、産後養生の慣習はともにほぼ温存され、最近では産後の養生が商業化されつつある。文化的同型性、経路依存性と、国家体制や政策・制度、経済水準のダイナミズムを検討するのに中国、台湾は適当である。

国の施策や制度は、ある行為の可否や科学技術の使用についてだけでなく、それを施術する医療者の教育、資格、地位についても管理・統制している。伝統的産婆（TBA）は、死亡

率を高める悪しき慣習として阻害されたり、一方では有用な社会的資源として再教育されたりしてきた。専門職の制度や政策、専門職間のポリティクスについても、本研究の重要な焦点となる（政策作成者および医療専門職へのインタビュー調査）。

この専門職の政策にもトランスナショナルなポリティクスが介在している。植民地下の日本と韓国・台湾、戦後日本と米国がそうであるが、ネパールとブータンもそうである。ブータンは助産師の研修をネパールでさせており、現在強い影響を受けている。

こうした背景、課題設定に基づいて、本研究は現代アジアのリプロダクションに関する総合的で体系的な比較研究、リプロダクション全体にわたる、多層的アクターの趨勢とポリティクス分析を念頭に置いた研究を目指した。

（3）倫理的配慮

インタビュー依頼者には、協力の任意性、自由意思によること、辞退による不利益がないこと、途中で中止や終了後の撤回ができること、個人が特定されないように配慮できること、利益相反がないことを対象者の母語で説明し、同意を得た場合に実施した。個人の特定については、成果の公表の言語を協力者の母語、英語、日本語別に可否や配慮の必要について確認した。データにはパスワードをつけて暗号化し、調査で得た資料についてメンバーで共有するさいには、共有の範囲と個別情報保護について確認をし、問題のない範囲で共有した。なお、静岡大学「ヒトを対象とする研究に関する倫理審査」を受審し、承認を得て実施した（17-4、17-38）。

（4）調査結果概要

専門家、女性に対するインタビュー数は下表の通りで、専門家 104 名（そのほかに参考 1 名）、女性 164 名（そのほか条件に該当しないが参考にインタビューした女性 6 名）の合計 268 名にインタビューを実施した（参考も含めると 275 名）。ただし諸般の事情でスリランカは追加調査を 2019 年度末に実施することになり、本報告書の分析には含んでいない。今後の分析には含める予定である。

表2 インタビュー数

	計	日本	韓国	中国	台湾	フィリピン	インドネシア	ベトナム
専門家	104(1)	6	6	7	6(1)	7	6	21
女性	164(+6)	12	12	10	10(2)	12(2)	10	16(2)
	ラオス	タイ	ミャンマー	ブータン	ネパール	インド	スリランカ	
専門家	6	5	12	5	5	6	6注2	
女性	12	10	15	10	10	15	10	

注1：括弧内の数字は参考インタビューの数で、インタビューの外数。

注2：スリランカの追加調査3名は報告書執筆時点で分析に含めていない

各国のプロダクションにかかる法制度や指標は巻末資料に示した。また、各国の概況については、各章の冒頭にまとめたので、詳細に述べることは控える。

これまで欧米・オセアニアのマタニティケア・システムや、医療システム、避妊や家族計画、生殖技術、養子や里親制度が紹介されたり、日本と比較されることはあったが、アジアのそれが体系的に調査研究されることはなかった²。例えば出産に関する制度として、村・区に設置された一次医療を担うヘルスセンターに、総合医や助産師が公務員として配置され、(ほぼ)無料で出産する体制の国もあれば、日本のように、病院、クリニック、助産所などが自由に選択できる国もある。助産師が看護師資格をもっていない国や、開業の規定がない・みられない国もあれば、非都市部のヘルスセンターで公務員として助産を扱う助産師がほとんどで病院勤務がみられない国もある。自宅出産が禁止されている国・地域や、出産の施設化を推し進める国・地域もあれば、医療的介入を最小限にしたり、「自然出産」を見直そうとしている国・地域もある。無料、公費の国もあれば、私費、自由診療の国もある。

妊婦健診や出生前検査についてみると、超音波検査、染色体異常に関する出生前検査(母体血清マーカー、NIPT、羊水検査)、胎児精密検査には差があった。誰が妊婦健診や検査をおこなうかについても、産婦人科医師、超音波検査専門医(放射線科医師)、助産師、一般医(総合医)など様々で、出産準備教室の有無についても同様である。

出産についてみると、帝王切開率が高い国、硬膜外麻酔の使用が一般的である国もある。医療施設への入院をしないか短い国もある。産後の早期接触(カンガルーケア)、母乳哺育に熱心な国もあれば、そうでない国もある。陣痛室のベッドにシーツや布団があるか、夫や子どもがいるか、食事の提供があるか、入院中に家族が世話をするのか、別料金で雇ったヘルパーが世話をするのか、医薬品や検査は別料金で支払ったら提供されるか、なども様々で、もちろん、それらのバリエーションがあるか(選択できるか)どうかも、様々だ。

産後については、産後に特別な期間を過ごすか、胎盤を持ち帰って埋めるか医療廃棄物として処理するか、もらい乳をするか、新生児の世話は誰がするのか、おおよそいつまで授乳するか。

避妊、家族計画についても、その国・地域で入手可能か、ヘルスセンターや薬局で容易に入手できるか、無料で支給されるか、等の法制度や環境によって、ピル、注射、インプラント(皮下埋め込み)、コンドーム、避妊薬(アフターピル)、卵管結紮、精管結紮、伝統的方法(膣外射精、リズム法、授乳)などの使用が多様だった。出生抑制のために国や自治体が強力に提供しているかどうかとも様々であり、また、未婚者の性行動が抑制される国・地域もある。

² 参考として、アジア数カ国を含む生殖技術のグローバル化について日比野(2013)、アジアの生殖技術の法について日比野(2014)、中東の生殖技術として村上(2018)、アジアの医療についてイアン(2007)、井伊(2009)、山口大学大学院東アジア研究科(2018)をあげておく(各国、各領域の個々の文献は割愛)。

墮胎・人工妊娠中絶について、法律で禁止されているか、どのような条件付けで罪に問われないか、誰がどのように実施しているかなどの法制度は、人びとの意識や行動を規定する要因の一つだが、宗教、パートナーとの話し合い、異文化にふれているか（海外渡航歴等）、などその他の属性や経歴などによっても異なっていることがあった。

出産前に胎児（ないし受精胚等）を検査する出生前検査についても、超音波検査がほとんど使用されない地域もあれば、染色体異常に関する検査が公費負担であったり、標準的な検査に組み込まれている地域もあった。とくに胎児の障がいに関する出生前検査の実施状況は、人工妊娠中絶の可否だけでなく、障がいに対する考えや、ケア・福祉の状況によっても違いがありそうだ（白井 2020）。

子どもが生まれないときの対処について、不妊に関する検査（経膈超音波検査、子宮卵管造影、精液検査など）が一般的でない地域、人工授精が実施されていない、体外受精の技術者（胚培養士等）がいない、培養装置がない地域もあった。そのような地域では、富裕層は海外に渡航し、そうでなければ不妊治療はおこなわない。そもそも結婚が若年で、不妊が問題化していない地域もあった。きょうだいの子どもを共同養育するため、自身に生まれなかったことが問題として認識されない地域、インフォーマル／フォーマルな養取りがある地域もあった。宗教上の理由から、体外受精が「生命操作」として認められにくい国もあった。精子提供や卵子提供について、近親婚回避から匿名の第三者を好むところもあれば、親族を好む考えもある。

以上、14ヶ国で聴取できた主なバリエーションについてのみ述べた。どの国・地域でどのような状況か、変差はあるか、どのような人がどのような経験をしているか、どのように語っているかは、各章にゆずる。

最後に、今後の課題と計画についてであるが、第一に、本報告書は、各国の調査概要をまとめる第一次報告の位置付けで、調査のアプローチとして掲げた3つの視点、女性のライフコース、ミクロ・マクロ、トランスナショナルナリテイの観点からデータを検討することは未着手である。現在、14ヶ国、268名（参考も含めると275名）のすべてのインタビューの日本語記録が作成され、項目ごとに切片化してデータが統合されている。今後、メンバーそれぞれがテーマを定め、視角をもって分析する計画である。

参考文献

- Chang, Kyung-Sup, 2010, "Individualization without Individualism," *Journal of Intimate and Public Spheres*, 0, 23-39. (チャン・キョンスプ, 2013, 「個人主義なき個人化」 落合恵美子編『親密圏と公共圏の再編成—アジア近代からの問い』京都大学学術出版会, 39-65.)
- DeVries, Raymond ; Benoit, Cecilia ; Van Teijlingen, Edwin R. ; Wrede, Sirpa, 2001, *Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*, Routledge
- 日比野由利編著 2013『グローバル化時代における生殖技術と家族形成』日本評論社

- 日比野由利編著 2014 『アジアの生殖補助医療と法・倫理』 法律文化社
- イアン・ホリデイ, ポール・ワイルディング編 2007 『東アジアの福祉資本主義：教育,保健医療,住宅,社会保障の動き』 法律文化社
- Homei, Aya, 2015, *The Science of Population and Birth Control in Postwar Japan, Crossing Boundaries, Crossing Cultures: Science, Technology, and Medicine in the Emergence of Modern Japan*. Wittner, D. G. & Brown, P. (eds.). London: Routledge
- 井伊雅子編 2009 『アジアの医療保障制度』 東京大学出版会
- 小浜正子, 松岡悦子編 2014 『アジアの出産と家族計画：「産む・産まない・産めない」身体をめぐる政治』 勉誠出版
- 松岡悦子編 2009 『東南アジアにおける近代化とリプロダクションの変容: 研究成果報告書』 (平成 18 年度～20 年度科学研究費補助金基盤研究(B)研究成果報告書)
- 松岡悦子, 小浜正子編 2011 『世界の出産：儀礼から先端医療まで』 勉誠出版
- 村上薫編 2018 『不妊治療の時代の中東：家族をつくる, 家族を生きる』 アジア経済研究所
- 落合恵美子 2010 『いま構築されるアジアのジェンダー：人間再生産のグローバルな再編成』 人間文化研究機構国際日本文化研究センター
- 落合恵美子 2013 「近代世界の転換と家族変動の論理:アジアとヨーロッパ」『社会学評論』 64(4), 533-552
- 落合恵美子 2014 「アジアにおけるケアレジームの比較研究－3つのチャレンジ」『福祉社会学研究』 11,29-45
- 澤田佳世 2014 『戦後沖縄の生殖をめぐるポリティクス－米軍統治下の出生力転換と女たちの交渉』 大月書店
- 白井千晶 2015 『アジアのジェンダーとリプロダクション (アジア研究：別冊, 4)』
- 白井千晶 2020 「アジアにおける出生前検査と障がい観－ベトナム、ミャンマー、フィリピン調査より」『人文論集』 70(2)
- 山口大学大学院東アジア研究科編著 2018 『東アジアの医療福祉制度：持続可能性を探る』 調査サイト <http://genderreproduction.seesaa.net/article/471685283.html>

(1) 国の概要

アジアの東方に位置する島国で国土面積は 378,000 km²。総人口は 2015 年現在、およそ 1 億 2709.5 万人 (表 1)。4 つの島とその他多数の島からなる。国土が南北に長く、気候はほぼ温帯に属し亜熱帯から亜寒帯までを含む。都道府県は 47 ある。首都は東京で、首都圏人口は約 1,362 万人 (総務省 2017『国勢調査』)。民族は日本人が主体で、少数民族 (アイヌ民族) と外国籍住民約 238 万人 (多い順に中国 31.4%、韓国・朝鮮 20.4%、フィリピン 10.2%等。外務省 2016『在留外国人統計』) がいる。国語は日本語で、これを母語とする日本人人口が、全体の 98.1%を占める。宗教は神道系 70.1%、仏教系 69.4%、キリスト教系 1.6%、その他 6.3% (文部科学省 2018『宗教統計調査』) と言われているが¹、個人への世論調査では、何らかの宗教／信仰をもたないと回答した者は 62%である (小林利行 2019「日本人の宗教的意識や行動はどう変わったか—ISSP 国際比較調査「宗教」・日本の結果から」『放送研究と調査』 52-7)。

表 1 で、主な人口・社会経済指標をみると、日本の人口総数は 2010 年以降減少傾向にあり、人口増加率 (2010~2015 年) はマイナス 0.15%である。合計特殊出生率は 1975 年に 2.0 を割り込んで以降、人口置換水準を下回る少子化がつついており、2017 年現在 1.43 となっている。年齢別人口割合をみると、2017 年現在、年少人口割合 12.3%、生産年齢人口割合 60.0%、老年人口割合 27.7%であり、少子化と長寿化を背景に世界で最も高い高齢化率となっている。経済は自由主義的資本主義であり、産業別就業人口の割合は、2015 年現在、第 1 次産業 3.8%、第 2 次産業 23.6%、第 3 次産業 67.2%である。一人当たり GDP は国 (名目、IMF2018) は世界第 3 位、個人 (名目、IMF2018) は世界 32 位、同 (国連 2017) は世界 26 位である。経済成長率は 1.7% (2017 年。内閣府 HP。2019 年 11 月 18 日閲覧)。

表 1. 日本の主な人口・社会経済指標

人口総数 (2015 年) (千人)	127,095
人口増加率 (2010~15 年) (%)	-0.15
合計特殊出生率 (2017 年)	1.43
年齢 (3 区分) 別人口割合 (2017 年)	

¹ 母数を総人口として田間が再計算。合計が 100%を超えるのは複数の宗教組織に信者として登録している場合があるため。

(%)	12.3
0-14 歳 (年少) 人口割合	60.0
15-64 歳 (生産年齢) 人口割合	27.7
65 歳以上 (老年) 人口割合	
産業別就業人口割合 (2015 年) (%)	
第 1 次産業	3.8
第 2 次産業	23.6
第 3 次産業	67.2

出所：国立社会保障・人口問題研究所『人口統計資料集 2019 年版』（2019 年 11 月 18 日取得日、<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2019.asp?chap=0>）より作成。

(2) 調査地概要

A 地域と B 地域

日本は他の対象国と比較して開発が全国で進んでいるため、調査地の選定は、都市部・非都市部という分類ではなく、人口・出生動向や社会経済的・文化的な地域差を勘案して、合計特殊出生率が全国平均より低い大都市圏と、全国平均より高い都道府県庁所在地およびその周辺自治体で行った。

調査者は、澤田佳世・田間泰子・洪賢秀の 3 名である。調査の時期は、2018 年 3 月、11 月、2019 年 1 月、3 月の各数日間となっている。

(3) 医療制度およびリプロダクション分野関連の制度

医療保険は、2019 年度現在、厚生労働省の所管である。第二次世界大戦後に英国のビヴァレッジ報告を理想として福祉国家がめざされ、1960 年代に国民皆保険が制度化された。ただし、英国と異なり、公務員および企業の被雇用者に対する社会保険（雇用者と被用者が折半。第 2 号被保険者）が主として発達せられ、自営業者等の国民保険は加入者（第 1 号被保険者）の全額負担とする、退職後（老後）の年金給付を主体とする、また医療も開業制を促進するなどの違いがある。第 2 号被保険者に扶養されている配偶者は、1985 年から第 3 号被保険者として加入となっている。健康保険は、これらの保険制度に対応して国民健康保険、組合健康保険、共済組合健康保険等がある。そのほかに療養給付（義務教育就学前 8 割、就学後～70 歳未満 7 割）、後期高齢者医療制度がある。

医療保険制度において、妊娠・出産は原則として自費負担である。ただし、組合等の公的年金制度に加入している場合には、加入者本人とその配偶者の出産に対して、健康保険法等を根拠にして現金給付として出産育児一時金／家族出産育児一時金（およそ 42 万円）が支給される。貧困者のための政策として、入院助産制度（1951 年制定の生活保護法に基づき、経済的に困難な妊婦に出産費用を助成する制度）と、助産施設（児

童福祉法に基づく児童福祉施設の一つ。妊婦（出産前日）と産後1年までの産婦が利用可能）がある。

母子保健法（1965年制定・公布）によって、自治体が妊婦健診を実施することが定められており、従来は一部を国の負担として地方交付税に含めてきた。2008年度からは少子化対策としてこれを拡充、妊婦健診補助金制度として、妊娠を行政窓口届け出ると母子健康手帳とともに健診の補助券（標準14回分）が渡される。自治体によって金額に差があるが、自治体と契約している医療機関で受診した場合に、総額9～10万円分の補助を受けることができる。2019年度現在、居住地のみならず、里帰り出産など居住地を一時的に移した場合にも利用可能となっている。母子保健法は、出産後の女性に対する健診として産後一か月健診を定めている。そのほかに、母子保健法は、生後28日（里帰り出産の場合は生後60日）までに、助産師もしくは保健師が新生児訪問指導することを定めている。加えて、児童福祉法を根拠として、生後4か月までの乳児に対し、助産師もしくは保健師が行う乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）がある。

医療機関は、1874年に医制によって西洋医学の採用等の医療・衛生行政が定められて以降、基本的に開業制を基盤としている。医師資格は、大学で医学の正規課程（6年制）を修了後に、医師国家試験を受験・合格し免許を取得する（国家試験受験資格の詳細は医師法参照）。その後インターンシップがある。助産師資格は、助産師国家試験および看護師国家試験に合格して取得する国家資格である。看護師資格は3年制の短期大学もしくは専門学校、あるいは4年制の大学で学んだ後、国家試験を受験して取得する。助産師資格は、4年制の看護系大学在学中同時に、あるいは看護師資格を取得した後に1年制もしくは2年制の短期大学・専門学校もしくは大学院で修学し、国家試験を受験して取得する。助産師は約36,000人（厚生労働省2018『衛生行政報告例』）、産科医は約11,400人（2016年。日本産婦人科医会HP。2019年11月9日閲覧）である。助産師は産科医の連携と産科をもつ嘱託医療機関があれば開業可能で、業務として正常分娩の介助と妊産婦・褥婦・新生児の保健指導が認められているが、異常経過・分娩は取り扱えない。ピル処方、避妊ホルモン注射や子宮内避妊具（IUD）の装着などの医薬品の処方と体内（子宮口より体内）への介入も、医師の指示のない会陰切開・縫合も原則として行えない。また、正常分娩の介助は助産師の業務独占ではなく、医師も行うことができる。

医療供給システムは、上述のように自由開業制が基本であって、妊婦健診は妊婦が受診する医療機関に任せられている。2016年の時点で、産科をもつ総合的医療機関は403、一般病院（病床数20以上、医師・薬剤師・看護師の人数配置に規制あり）と診療所（病床数19以下、医師1人で開業可）は急速に減少する傾向にあり607および1,382機関である（日本産婦人科医会HP。2019年11月9日閲覧）。各自治体が所管する保健所（地域保健法により都道府県等に設置義務）、および母子保健センターもしくは母子健康センター（母子保健法により必要に応じて市町村が設置）があり、保健師が妊産婦と新生児について、保健指導や産後の健診・相談、訪問業務、予防接種を行う。訪問業務は、その地域の助産師会に委託されている場合も多い。しかし、家族計画教育や受胎調節指導は、政策としてはプログラ

ム化されておらず、母体保護法によって定められた受胎調節実地指導員数（既定の講習を受講後に都道府県知事に申請）も不明である。

出産の場所については、「人口動態調査」によると、2017年現在 54.4%が病院、44.9%が診療所、0.6%が助産所で取り扱われており、合計 99.9%が医療機関での出産である。そのほかに自宅が 0.1%、その他の場所は 0.03%である。立会者は 95.1%が医師、4.8%が助産師で、合計 99.9%が分娩介助の資格をもつ者の立会を受けている。有資格の者が不在のケースは 0.03%である。国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集 2019 年版」によると、2017年現在の妊産婦死亡率は 3.4（出生 10 万対）、乳児死亡率は 1.9‰、新生児死亡率は 0.9‰（「人口動態調査」）である。

少子化の進行を前に、2003年には少子化社会対策基本法が施行され、保育サービスや地域社会の子育て支援、母子保健医療体制の充実・整備などの基本施策の遂行が目指されている（人口学研究会編 2010『現代人口辞典』原書房）。

2004年度より特定不妊治療助成事業が創設され、各地方自治体は相談窓口を設置し、相談員を置くとともに治療費の助成を行う。2019年の時点で厚生労働省が定める制度は、以下のとおりである。特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと医師に診断された法律上の婚姻をしている夫婦で、治療期間の初日における妻の年齢が 43 歳未満である夫婦に対して一定の補助金が支給される（詳細は厚生労働省 HP 参照のこと）。生殖医療技術の法的位置づけについては、クローンの禁止以外にこれを規制する法律はない。日本産科婦人科学会が見解等を出し、代理出産や商業的利用、また近親者による精子・卵子の提供を行わないようにと呼びかけているが（日本産科婦人科学会 HP）、新聞報道や体験記などによれば、国内外で行われている。日本産科婦人科学会が体外受精や顕微授精等、高度な不妊治療（ART）を実施する医療機関の登録を推奨しており、2016年の時点で 604 機関の登録があり、回答 603 機関のうち 2016年に不妊治療を実施したのは 587 機関である（日本産科婦人科学会 HP。2019年 11月 9日 閲覧）。また、日本不妊カウンセリング学会が認定する不妊カウンセラーは 1,152 人、体外受精コーディネーターは 517 人いる（日本不妊カウンセリング学会 HP。2019年 11月 9日 閲覧）。

超音波診断は 1970 年代から急速に普及し始め、現在では病院・診療所で医師による健診を受ける場合には、毎回（14 回）、通常の超音波診断を受けるようである。助産院では、通常は妊娠期間中に 3 回、連携する医療機関で健診を受け、その際に超音波診断を受ける。出生前に超音波診断で判明した性別を伝えることに制限はないが、性選択は中絶の合法的な理由（後述）にならない。染色体異常に関する出生前検査は、母体血清マーカー検査と超音波画像診断による NT 検査、羊水検査、絨毛検査が可能であるが、慣習的にはおこなわない。高齢出産（35 歳以上）の場合や、13・18・21 トリソミーをもつ子を分娩したことがある妊婦、もしくは検査によりその可能性が上昇した妊婦には、医師が出生前診断を勧めるが強制ではない。なお、簡便な採血のみで検査可能な新型出生前検査（NIPT）が 2013 年から認められ、日本産科婦人科学会が策定した指針に基づき 92 の医療機関で実施されている

が、学会無認可の医療機関でも普及していることが明らかになっている。(日本産科婦人科学会 HP。2019 年 11 月 9 日閲覧)

人工妊娠中絶の法制度・条件については、刑法第 212～216 条として墮胎罪が存在する(1907 年公布)。ただし、母体保護法(1996 年公布)が存在し、妊娠継続・分娩が身体的ないし経済的理由により母体の健康を害するおそれや強姦等の事由による人工妊娠中絶は、本人および配偶者の同意を得て母体保護法指定医により実施することができる。母体保護法では、胎児の障害や性別は中絶の理由とされていない。避妊薬および薬品を含む避妊具は、薬事法での認可が必要である。中絶手術と不妊手術の件数は減少傾向にあり、2018 年の人工妊娠中絶の件数は 161,741 件(その 99.9%が上述の事由による。)、不妊手術の件数は 4,607 件である(厚生労働省 2018『衛生行政報告例』)。

日本政府は、1985 年に女性差別撤廃条約を批准し、1994 年に国際人口・開発会議カイロ行動計画に署名した。1995 年には、第 4 回世界女性会議北京宣言および行動綱領に署名している。

(4) 医療者インタビュー概要

日本の医療者インタビュー協力者概要

JM01	A 地域	助産師	公立病院勤務
JM02	A 地域	助産師	助産所開業
JD01	B 地域	産婦人科医	私立診療所開業
JD02	B 地域	産婦人科医	私立診療所開業
JM03	B 地域	助産師	私立診療所勤務
JM04	B 地域	助産師	助産所開業

結果概要

医療専門職へのインタビューは、2017 年度に A 地域で助産師 2 人、B 地域で医師 2 人と助産師 2 人、合計 6 人に行った。

A 地域では、公立病院の勤務助産師と開業助産師にインタビューを行った。これら二つの医療機関は対照的である。前者は公立で、広域の第三次医療を担当する病院(従業者数百名規模)であり、セミオープンシステムである。後者は自宅分娩を主として取り扱う小規模の私立助産所(非常勤の助産師 1 名雇用)である。日本の妊産婦の大多数は、この中間に位置する病院・診療所で妊娠・出産を経験していると思われるが、この調査の専門職インタビューでは特徴的で対照的な医療機関となっており、B 地域でインタビューした医療機関とも性格が大きく異なるものとなっている。

妊婦健診は、A 地域において、両医療機関とも、超音波検査は予定日決定のために最初に 1 回、中期 1 回、後期 1 回である。後者では助産師であるため、超音波でスクリーニングするのみである。前者では、希望により遺伝診療科カウンセリング後に NIPT、羊水検査を行

うが、母体血清マーカーテストは行っていない。後者は、本人の希望があれば嘱託医に紹介する。健診でのチェック内容は、両機関とも厚生労働省の指針どおり全て行う。前者では、必ず複数回、助産師が保健指導を行う。後者では、まず助産所もしくは自宅分娩を希望することについて、自らの意思決定かどうか、自分の体と向き合う自己責任の意識を確認する。家庭を訪問して健診することが多いので、夫には最低 1 回は参加してもらう。子どもがいる場合は、子どもたちとも仲良くなっておく。

出産のための施設は、公立病院では、すべての分娩室が個室で、分娩前の入院から陣痛・産後までを過ごす。特に手術が必要な場合、手術室は別に設けられている。全体の約 7 割が経膈分娩で、これは助産師が取り扱う。分娩に立ち会うのは夫が基本で、最近では実母の立会も多いとのことである。産褥期を過ごす部屋は棟を分け、防護壁を設けて衛生管理している。新生児室は大きなガラス張の一室で医療スタッフのみが入室可能であり、家族は外から様子を見ることができる。助産所は、椅子がけの面談室が一室、その隣の和室が診察や産前産後の体操等を行う和室である。自宅分娩を主とするので、陣痛から分娩、産後まで場所は妊産婦の自宅の一室であり、家族が立ち会う。

普通分娩時のルーティーンとして、公立病院では血管確保を行うが、助産所では行わない。痛みへの対処として、無痛分娩は公立病院で行われており、高齢出産の妊婦に希望者が多い。45 歳以上の分娩が他機関の 2 倍ほどあるとのことである。帝王切開の希望は受け付けない。

公立病院では、産後のカンガルーケア（早期母子接触）は、日本周産期・新生児医学会などによる「早期母子接触実施の留意点」に則り実施している。沐浴はドライテクニックで、3～4 日目ぐらいで沐浴を行う。母子同室同床。経膈で異常がなければ 5 日で退院、帝王切開の場合は 7 日で退院である。助産所で産む場合は、20 時間ぐらいで退院し、長くて 2 日で退院する。助産所でも自宅でも、産後 1 時間ぐらい、臍の緒を切らない。酸素呼吸しておっぱいを飲みに行ったら拍動が止まるので切る。母親以外による抱っこはそのあと。体脂が乾いてから沐浴させる。3 日目か 4 日目ぐらいである。

近年の年間分娩取扱数は、前者がおよそ 1,600 件、後者がおよそ 10 件である。前者では帝王切開が約 3 割あるが、前回の分娩で帝王切開し、今回に経膈分娩を希望するケースが年間 60～70 ケースあり、その 7～8 割は成功させている。後者では前年取り扱った 10 件のうち 9 件が自宅分娩で、1 件が助産所での分娩である。

出産費用は、公立病院で経膈は 55～58 万円、帝王切開は 42～44 万円、助産所による自宅分娩では産後の訪問料込みで 42 万円の出産育児一時金内で収まり、人によっては「お釣りがくる」。助産所に入院してもらうと、一時金のほかに自費の出費として 2 万円ぐらいかかる。

胎盤は法律に定められた通りに処分するが、助産所の場合、胎盤を食べたいという人が「わりに多い」。

避妊、予定外の妊娠と不妊への対処について、公立病院では、妊娠に関するメール・電話での相談窓口を設けているので、女性本人その他、さまざまな立場の人から相談がある。し

かし、本人希望による中絶は、自機関での NIPT の結果としての中絶のみ実施している。不妊治療の相談は行っておらず、治療もしていない。助産所では、第 2 子不妊の相談が「結構」あり、連携している産科医に紹介する。

公立病院では、多胎妊娠の取扱が多い。退院後の育児で難しさを感じる家庭が多いので、各地にある多胎児の親のためのセルフヘルプグループを紹介する。

B 地域では、一般的な産科の私立診療所を開業する医師と勤務助産師、助産所を開業する助産師、不妊治療専門の私立診療所の医師にインタビューを行った。

妊婦検診は、私立診療所と助産所ともに、規定の 14 回、妊娠初期～23 週まで 4 週間に 1 回、妊娠 24 週～35 週まで 2 週間に 1 回、妊娠 36 週以降 1 週間に 1 回で対応している。診療所では特にローリスクの妊婦に対しては医師検診とは別に助産師検診も併用する。妊婦検診で実施する体重測定、血圧、尿検査や超音波検査など一般的な検査は公費対応となっている。その他の高度な出生前検査はともに実施しておらず、妊婦からの希望もないということである。

近年の出産件数については、産科の私立診療所で年間およそ 700 件、助産所でおおよそ 50 件となっている。出産に際し、診療所・助産所ともにバースプランを作成し、立ち会い出産が一般的に行われている。診療所では夫の 9 割が立ち会い、その 3 割がへその緒を切るといふ。助産所では、へその緒は「セレモニー」として夫や子ども（小学生以上）が切ることがあるようで、夫、子どもや母親、姉妹、助産師仲間同士の立ち会いの事例、産婦自身が切る事例などが報告された。診療所・助産所ともに、母子同室であり、生まれたらすぐに産婦が赤ちゃんを抱っこしている。

出産・入院費用については、診療所が入院期間およそ 6～7 日間で約 42～45 万円、助産所は入院 4 泊 5 日で約 42 万円であり、出産育児一時金の直接支払制度の 42 万円と超過した場合は差額の支払いで対応している。助産所では、退院時期について、子どもがいる人は早くなるなど事情に応じて 2 日から 4 日などまちまちであると報告がされている。

診療所・助産所ともに、お産・出産、おっぱい・授乳・卒乳、パパ・ママのためのクラスや、ベビーマッサージやマタニティーヨガ、マタニティピクスなど、多様な産前・産後クラスを提供している。家族計画・避妊については、診療所では産後の保健指導の際に話をするが、行政からの委託を受けた助産師会による中学校での性教育が主な知識提供の場となっているという話が聞かれた。

不妊治療については、後者の専門診療所において不妊相談の増加傾向などが指摘された。診療所にはインターネットや SNS で情報収集をして相談にくる人が多く、夫婦での来院が 7～8 割となっている。2 人目・3 人目不妊、再婚不妊の相談などが相対的に多い。女性の晩婚化に伴い、不妊治療の開始年齢も 30 代後半から 40 代に上昇しているという。基礎不妊検査によって原因究明を行い、子宮の動きを時間をかけて観察・検査、妊娠する健康状態のチェックや生活習慣・思考習慣の改善、妊娠しやすい身体・心理環境をつくることに重点をおいてタイミング指導、その後人工授精などに移行する。妊娠した場合は 10 週目までサボ

ートし、治療の終結は医師側からは言わない。女性が46歳で一区切りをつけ、「不妊の時期の生き方」を子どもを授かるか否かに関係なく「いい転換期」と位置づけていけるような方法、女性のライフサイクルにおけるリプロダクションの時期から「ポスト・リプロダクション」への転換期を含めた不妊の時期の捉え方と対応のあり方を考えたいとしている。

最後に、B地域では、調査協力いただいた医師・助産師に、地域のリプロダクションに関する変化と課題について尋ねている。その際、貧困や若年妊娠・出産、家族の多様化という社会状況のほか、食生活の変化や情報過多の中での妊産婦の心身両面での変化、親・周囲から援助が得られない場合のトータルケアの必要、育児不安がある中での社会での子育ての重要性、DVや虐待が疑われるケースにおける児童相談所との連携、思春期の子どもたちをとりまく社会の変化、不妊に関してはセックスレスの相対的多さや不妊治療の市場化・商業化といった現象、上述の「ポスト・リプロダクション」期および転換期への対応の必要性などが指摘された。

(5) 女性インタビュー概要

日本の経産婦インタビュー協力者概要（子どもの年齢は調査当時）

ID	地域	子どもの人数、年齢、性別	家族構成	生年	職業 (夫・妻の順)	本人学歴	出産(年長から順に)	その他
JW01	A	3人。8歳、4歳、2ヶ月	夫婦と子	1980	会社員/ 会社員	大卒	全員助産所	育休中
JW02	A	2人。3歳、1か月	夫婦と子	1984	会社員/ 個人事業主	大卒	診療所、助産所	
JW03	A	2人。3歳、1歳	夫婦と子	1983	会社員/ 教員	大卒	全員助産所	育休中
JW04	A	3人。6歳女、2歳男、2カ月女	夫婦と子	1985	会社員/ 事務職	専門学校卒	診療所	育休中
JW05	A	1人。4歳男	夫婦と子、夫の両親、夫の妹	1983	会社員/ 事務職	大卒	総合病院	パート
JW06	A	1人。8歳女	夫婦と子	1979	会社員/ 事務職	大卒	総合病院	パート
JW07	A	1人。6歳女	夫婦と子	1974	自営業/ 事務職・ 家族従業者	短大卒	総合病院 (大学病院)	パート
JW08	A	3人。9歳女、7歳男、0歳女	夫婦と子	1980	自営業/ 家族従業者	高卒	総合病院、 別の総合病院、診療	

							所	
JW09	B	1人。2歳女	夫婦と子	1983	被用者/ 事務職	高卒	総合病院	
JW10	B	3人、8歳女、7歳男、4歳女	夫婦と子	1977	不明(多忙)/事務職	専門学校卒	診療所	
JW11	B	3人。10歳女、7歳女、0歳男	夫婦と子	1981	会社員/ 専業主婦	高卒	総合病院、診療所、助産所	
JW12	B	3人。7歳女、5歳男、0歳女	夫婦と子	1985	農業自営/ 専門職	大卒	診療所、助産所、助産所	育休中

結果概要

経産婦へのインタビューは、2018年度にA地域で8人、B地域で4人、合計12人に実施した。年齢は、調査当時で33歳から43歳である。調査時点の子ども数は、1人が4名、2人が2名、3人が6名であり、末子年齢は生後1か月から8歳までである。学歴は高卒3人、専門学校卒2人、短期大学卒2人、4年制大学卒5人である。本人職業は、専業主婦1人、時々仕事を請け負っている者が1人、家族従業者が2人、パートタイムの事務職が3人（うち1人は家族従業者を兼業）、フルタイムの被用者が6人（専門職を含む）である。暮らし向きは、ほとんどの者が「普通」もしくは「まあまあ」で、1人が「豊か」である。家族構成は、1ケースを除き、すべて夫婦と子の核家族世帯である。

1)結婚から妊娠（妊婦健診、教育や指導、出生前検査）

全員が、結婚前から避妊をしながら性関係をもっている。結婚後に早く子どもがほしいと考えた場合と、少し夫婦二人だけで過ごしてから子どもを持ちたいと思った場合に分かれる。また、1人はいわゆる「授かり婚」で、妊娠を予期していなかったが、これをきっかけにして婚姻した。もう1人は、「授かり婚」をきっかけにして婚姻しようとしたが妊娠せず、婚姻後に不妊治療によって妊娠・出産している。

妊娠は、多くの場合に月経が来ないことによって推測され、女性本人が薬局等で妊娠検査薬を購入し、その後、確定診断のために産婦人科で受診するという経過をたどる。女性がこのようにして妊娠に気づくためには、安定した月経周期である必要がある。しかし、現代日本で女性が置かれている状況として特徴的かもしれないできごととして、A地域の協力者のうち、深夜業務等の激務を経験していた2人が、婚姻前後の就業期間に月経不順を経験しており、2人とも退職して周期が整い妊娠した。

A地域において、出産場所を決める要因は大きく2つの段階に分かれている。第一に、妊娠と出産を「病気ではない」と明確に意識し、医師にかかることを避けようとするかどうかである。これによって、助産所を探すか、病院や診療所を探すかが分かれる。第二に、自宅

からの近さ、もしくは里帰り出産する場合は実家からの近さが決め手となる。それ以外に、女性たちはスマホや友人、家族（医療職の家族が同居していたケース）に情報を得て、また経産婦の場合は前回の出産経験を踏まえ、また上の子どものママ友との情報交換も用いて、出産場所を選択する。B 地域では、知己の診療所を選んだケースが 2（そのうち 1 ケースは医療上の必要から総合病院へ転院して出産）、最初は実家や自宅に近い病院・診療所を選んだが、下の子の出産時に助産所を選んだケースが 2 ある。

出産場所を決める際、助産所を最初から選んだ女性（A 地域の 2 人）以外は、病院・診療所で出産することが当たり前だと考えている場合と、母子に何かあった場合に対応できる、たとえば NICU のような体制を理由にして医療機関を選ぶ場合がある。病院・診療所での出産後に助産所を選んで出産した女性が A 地域に 1 人と B 地域に 2 人（上述）、計 3 人いる。3 人とも、第 1 子や第 2 子のお産で、分娩台での出産・剃毛・浣腸等によって違和感を体験し、助産所を探している。A 地域で不妊治療により出産した 1 人は、高齢出産だったこともあり、本人の高血圧症・尿蛋白と NICU があることを考え、治療を受けた医療機関でそのまま出産することを選んだ。

出生前検査は、A 地域で夫が障害を心配した女性 1 人と、B 地域で結婚して 3 年間妊娠せず人工授精した 1 人が、30 歳代前半の最初の妊娠時に検査を受けている。他の女性たちは受けておらず、その理由は年齢的に特に必要がなかったという場合もあるが、「聞くと怖い」からという女性が 1 人、夫の「生まれてきたら子どもは子どもだから」という言葉で、という女性が 1 人いたほか、夫の意思にかかわりなく、どのような子でも受け入れるつもりだったからという女性が 4 人いる。この 4 人は、夫に相談せずに出生前検査をしない決断をしている。

A 地域の診療所でお産した女性の 1 人は、3 児の母であるが、2 人目と 3 人目で切迫流産を経験し、妊娠中に入退院や自宅で長期の安静を経験した。昼間、自宅で 1 人で過ごしているときは子どもがどうなるかと考え、その頃は「絶望しかなかった」という。胎内に子どもの命を抱え、スマートホンでの情報収集に頼り、安静にしているしかない状態は本当に不安でたまらなかったであろう。

出産前の保健指導やパパママ教室への参加は、助産所と病院・診療所では多く異なる。助産所の場合には、女性がマタニティ・ヨガ等で他の女性たちとママ友になることが意識的に促がされている。A 地域の助産所では、臨月からは、女性本人に会陰マッサージしておくよう指導もしていた。また、特に A 地域の助産所の場合には、夫も送り迎えのほか、さまざまな機会に参加してパパ友をつくるよう工夫されている。A 地域でも B 地域でも、調査協力者は複数の市町村に居住しているが、いずれにおいても行政が行う出産準備教室に参加した女性は少なく、そこで産後までママ友になる関係をつくった女性はいなかった。

2) 出産と産後（哺育）

出産がどのような経験であるかは、個人差があるとともに、同じ個人でも出産ごとにな

り違う経験をすることがある。

A 地域で結婚前から子どもをもちたいと考えていた女性は、大学病院での出産、そして産後の母体の状況から、「もう絶対いや」と思うようになった。総合病院での出産を経験後に、診療所で出産した女性は、お産は痛いので「もう 2 度とするもんか」と思うと述べている。他方、A 地域で出産した他の女性は、産後 1 か月目に夫が仕事の都合で不在となり、2 ヶ月目を母子世帯の状態で過ごした。それが非常に大変だったとのことだが、総合病院での出産の時、「産む喜びがあった」ので、安心できる環境であれば産みたいという。また、総合病院で第 1 子出産を経験した別の女性は、「すっきりした」「楽しかった」と出産の感想を述べている。

他方、診療所での第 1 子出産で「すごく苦しかった記憶しかない」女性は、助産所で第 2 子出産した時には非常に楽しい経験をして「自分、いけるんや」と感じたという。助産所で 2 人の子どもを出産している別の女性は、2 人目の出産直後に「なんか、今から走れそうです、先生」と言って、助産師に諫められている。出産経験におけるこのような違いは、いったいなぜ生じるのだろうか。これについては、(6) 知見・考察 1 においてあらためて述べる。

分娩に夫が立ち会うことは、通常のことになりつつあるようである。A 地域・B 地域合わせて 12 名中 10 名の女性たちが夫の立ち会いを経験している。また、インタビューでは、男性たちが子ども好きだけでなく、妊娠と出産に関心をもち、分娩に自分も立ち会いたい、関わりたいと考えていることが分かった。一方で、男性にも出産シーンが苦手な人がおり、女性にも夫に立ち会ってほしくない人がいるようである。立ち会いの経験については、夫のほか、上の子、実母や義母などがあげられた。夫が立ち会う場合、助産所では臍の緒のカットを夫、もしくは上の子にしてもらうことを推奨していた。

産後は、多くの場合にカンガルーケアの後、母子同室である。しかし、夜は産婦がよく眠れるように別室にする、あるいは子どもが大声で泣く場合には新生児室に連れて行くといったケースもある。授乳指導は、助産所では産前から行われているが、病院・診療所では産後に行われている。

3) 避妊・家族計画および人工妊娠中絶について

避妊方法は、リズム法をベースにして、コンドームを用いる場合 (4 人) と性交中絶する場合 (2 人) があつた。そのほかに、性交そのものをしないケースが 2 あり、授乳によって排卵が抑制されたケースが 1 あつた。家族計画は、系統だっではどこでも教えられていない。A 地域の助産所では、相談の折々に、助産師が家族計画の話をしていった。

実際に家族計画を夫婦でどのように決めるかについては、夫婦ごとの個性があるように感じられる。性的なことをお互いがあまり話さず、「何となく」察し合っとうまく行っているケースもあれば、夫婦で「子どもは 3 人ほしい」などとよく話し合っているケースもある。女性だけでなく、夫が 3 人目の子どもを希望するケースが複数あるということ、他方で

夫が2人目も欲しがらないケースがあるということなど、夫の希望と女性たちの希望との一致、あるいは不一致が語られている。こうした不一致を解決するために、女性は個々に異なりながら夫との交渉を行っている。

中絶経験は、自然流産の経験者が3人いる。予定外の妊娠や子どもに障害があると分かった時の中絶については、A地域の1人が「生まれてきてその子のためにならんのだったら、中絶もありなんじゃないか」と答えている。

4)不妊への対処について

不妊に悩み治療を受けた女性は、A地域で1人、B地域で2人である。A地域の女性は治療開始後8年でようやく出産することができた。そこに至るまでに、腹痛があり、まず実家近所の婦人科（不妊センターでもあり）で受診し、ついでに不妊検査をしている。そこで治療したが妊娠出来ず、少し休みながら別の病院を2つ経験した。3つ目の病院で子宮内膜症検査を勧められ、紹介状により大学病院に転院した。治療中、生姜の摂取や友人に勧められた蓬蒸しパッドの利用など、韓方（中国の医学をもとに発達した韓医学）を自ら併用して妊娠できた。B地域の対象者は、結婚後10年ほど子どもが出来ず、不妊治療を2年間継続、そのあと1年間休んで、また治療を再開して1年ほどで妊娠できた。別の対象者は、夫が原因と分かり、夫が漢方薬を服用している。現在、3人の子どもがいるが、どの時も人工授精（AIH）1回で妊娠した。この3人のうち、1人目と2人目の女性たちは何年間も悩んでおり、その辛さを語ってくれた。不妊については、自分が妊娠・出産する前に、身近で不妊についての経験を聴いていた女性が12人中5人いる。そのうち「少し心配した」のは2人である。他方、「心配してもしかたがない」と考えていた女性が1人いた。不妊治療を経験していないが、月経不順を経験したA地域の1人は第1子妊娠前、体調を整えるために、漢方薬や子宝温泉を利用していた。

（6）知見・考察

1)社会関係としての妊娠・出産（田間泰子）

第一に、A地域の医療従事者調査から、助産所が地域で果たしている役割について示唆された。それは、「自然出産」と「貧困」との繋がりである。

助産所での出産が全出産に占める割合は、2018年には全国で約0.7%、A地域ではそれより若干多く、B地域ではそれより低い（厚生労働省2018『人口動態統計』）。近年、助産所での出産率が高いのは都市部であって、非都市部では過疎化が進み、分娩を取り扱う助産所の経営は成り立たないために出産は病院・診療所にほぼ移行している。A地域は大都市圏であるため、分娩を取り扱う助産所が複数あり、同一都道府県だけでなく、周囲の都道府県からも利用者がある。このような傾向によって、助産所での出産は自然志向をもつ人々が選択するものとなっているように思われる。実際、インタビューにおいて、助産所を利用した女性たちは他の女性たちと明確に異なって、病院・診療所と医

師を病気と関連付け、妊娠・出産をそれとは異なるものと感じて助産所を選択していた。

しかし、インタビューを行った開業助産師は、特に家庭分娩を推奨しており、利用者は出産にこだわりのある人か、もしくは経済的に豊かでない人だと述べている。助産所は正常分娩を取り扱うので、点滴や切開・縫合といった医療費が不要となるのはもちろんであるが、家庭分娩の場合には入院費用や食費なども不要となるので、費用はさらに少なくて済む。くわえて、助産師が家庭訪問をする場合、その家庭の事情をさらに良く知ることができる。経済的に豊かでない家庭では家庭内暴力が絡むこともあり、助産師は母子の安全な生活を助けることがある。99%の人が産科医のもとで出産を経験する社会のなかで、助産所を経営する助産師は「自然出産」と「貧困」の両方—いずれも女性たちにとって重要な問題に寄り添っている。

第二に、地域の開業助産所と対照的に、第三次医療機関が果たす重要な役割もあらためて認識された。ここでは、不妊治療の成果としての双子など多胎児への対応、多文化対応、性的マイノリティによる出産への対応などを、障害児へ対応や高度医療が必要なケース対応とともに、取り組んでいる。今の日本の出産現場で起こっている変化が先端的に集約されている印象をもった。セミオープンシステムのため、地域の病院・診療所からの紹介で妊婦が診療を受けに来るが、他方、情報を自ら集め自分で選んで来る妊婦もあり、女性たちにとって多様なかたちで重要な医療拠点となっていることが窺われた。

第三に、女性の出産経験との関係について。上記の第一の点と第二の点を考えあわせると、A地域は大都市ならではの多様な選択肢がある状況であり、また公共交通機関も整備されているので、妊婦にはかなりアクセスしやすい環境だと言える。それでも、女性たちは自宅や実家により近い医療機関を求めている、しかし近いだけでは必ずしも好ましい出産経験が得られない現状もあり、出産ごとに医療機関を変える、あるいはもう二度と出産を経験したくなくなるというトラウマ的経験さえ聞かれた。その経験は、出産後の育児の大変さと相まって、性生活にも影響を及ぼしているように思われる。女性たちの出産経験は、そのようなケースから、とても良いと感じる出産を経験した女性まで実に幅広い（とりわけ助産所で出産した女性たちは、助産師がしっかりと時間をとって親身にケアをしてくれたことに非常に満足感を覚えていた）。それらについて、様々な要素をより詳しく考察し、女性にとっての出産経験について、その多様性・個人差とともに、より良い出産経験の可能性を求めていく必要があると思われる。

この点に関連して、とりわけ印象的だった助産所出産の女性たちの言葉は、「自分、いけるんや」「走れそう」という発言に見られるように、肯定的な自己イメージの発見、自己の能力を自覚することに繋がっている。すなわち、妊娠と出産の経験は、女性たちのエンパワメントに関連するのである。

もっとも、女性たちの人生は妊娠・出産だけに左右されるものではなく、その軽重も個人差があると思われる。その点に留意しつつ、しかし子どもと、時には自分自身の命

も関わる妊娠と出産の経験を、特に人生で一度から数度しか経験しないであろう経験を、より良く過ごすための環境とはどのようなものかを考えてみたい。

そのためのポイントとして、現時点で考えていることは以下のとおりである。

第一に、近代化とリプロダクションに関連して、日本において妊娠中や産後に、妊産婦自身のための「伝統」的な慣習がほとんど全く存在しない。これは、A・B両地域で聞かれなかった。女性たちは友人やネットで情報を得て、たとえば漢方や韓方、「子宝温泉」など、前近代からの知識を利用しているが、他国の状況と比較した場合に欠如しているのは、サポートのための社会関係の違いである。

A地域では、産後のサポート体制がほとんどない（多胎児の親やダウン症の親のための会など目的をもった組織、また産後ではなく外出できるようになってからの子育て支援サービスは存在する）。実家への里帰り出産が多いことは、その結果であって、それが不可能な場合には大変で産後の回復にも影響する。これと比較して、B地域では夫、自分の親や夫の親のほか、外出できるようになってからは周囲の知らない人でも子どもに優しいと女性が発言しており、「子どもを育てやすい」とのことであった。妊産婦の社会関係に着目し、「社会関係としての妊娠・出産」を捉えてみたい。

第二に、B地域とA地域との相違について。最初に述べたように、都市化が広範に進行している日本では、B地域とA地域は、「非都市部と都市部」という分け方にそぐわない。今回の調査では、B地域では子どもを産み育てやすく、A地域では難しく少子化に繋がる印象を受けた。今後の調査では、その点について、一国内の地域差として、あらためて丁寧に調査する必要があるように思われる。なぜなら、両地域には離婚率やひとり親世帯率、非嫡出子出生率の違いがあり、また貧困や多文化の状況など、さまざまな要素を丁寧に考え合わせる必要があると思われるからである。A地域では、「自然志向」を明確にライフスタイルにもつ女性たちが助産所出産を選び、医療機関も多数存在する一方で、貧困や多文化その他多くの課題がある。B地域では、子育てしやすいと言われている一方で、医療関係者全員が述べていたことであるが、貧困、特に女性差別の絡んだ貧困の課題がある。それぞれの地域の社会的課題があるのである。では、たとえば妊娠・出産に寄り添ってくれる配偶者がいないシングル女性は、どのような経験をするのだろうか。今回にインタビューできなかつたいろいろな立場の女性たちのことも考えあわせながら、丁寧に「社会関係としての妊娠・出産」を研究していきたい。

日本政府はリプロダクティブ・ライツに関する責務を負っている。リプロダクティブ・ライツは、その後ながらく政策に反映されていなかったが、2019年6月に、仙台地方裁判所は優生保護法による強制的不妊手術を違憲判決とし、憲法第13条幸福追求権にリプロダクティブ・ライツが含まれるとの認識を示した。2019年には強制不妊手術の対象者に対する一時金支給のための法律が制定された。しかし、リプロダクティブ・ライツそのものを保障する法制度は存在しない。同時に、明白な人口政策も存在しないこ

とから、「家族計画」のための公的サービスや性教育は、国家の人口政策としても、国民のリプロダクティブ・ライツを保障するものとしても、整備されてはいない。

2) 知見・考察にかえて (澤田佳世)

豊富なインタビュー記録を前に、筆者の力量が追い付かず、日本のリプロダクションの諸相の整理と分析はまだ途中段階にある。ここでは、本調査における学びと考察の一部を提示し、今後の知見・考察の整理および課題検討へとつなげていきたい。

専門家調査では、A 地域・B 地域共通して、多様な産前・産後クラスを含み、妊娠・出産・産後から育児まで医療専門職が関わるリプロダクションの過程とその範囲の広がりも観察された。また、B 地域における不妊治療の現状と現代的課題として、不妊治療者の高齢化と「ポスト・リプロダクション」への転換期および「ポスト・リプロダクション」期の人生への対応があげられ、女性のライフコースと医療専門家が関わるリプロダクションの範囲が、相互に関連しあいながら変化している様子うかがえた。

経産婦調査では、A 地域と比較して、B 地域で希望する子どもの数や子どもを産むこと・育てることに親和的な環境の存在うかがえた。女性の語りから、B 地域では、A 地域と比べて家族・親族による産後のサポート・ネットワークの存在が多くきかれ、妊娠・出産・産後から育児まで妻や夫の実家とのつながりをもちながらリプロダクションの過程、仕事と家庭との両立をやり繰りしている様子うかがえた。例えば、出産退院後は実家で1か月あまり過ごしたり、子ども数に応じて1年半ほど実家にいたり、義理の母親のサポートなども受けている。また、育休中にも実家や義親などからの支援・やりとりが相応にあり、仕事終わりに実家により食事は実家で食べるという女性や、大人が周囲に何人かいたので「本当に良かったなあ」とふりかえる対象者もいた。女性たちの経験と語りを前に、A 地域と B 地域のリプロダクションをめぐる社会構造をより多角的に考察することが、今後の研究課題である。

A 地域・B 地域での専門家・経産婦調査で共通した点として、リプロダクションのプロセスにおける男性（子の父親）の関与にも注目したい。調査対象者の夫の多くが、立ち会い出産を中心に、産前・産後クラスや初期育児などリプロダクションのプロセスに参加していた。医療機関もまた、父親の関わりを視野に入れてサービスを提供するようになっている。急速な人口・家族変動を経験する日本およびアジア社会で、生殖の過程における男性の関わりとその意思決定および経験のあり方がどのように変化しているのか、上記に加えて今後のさらなる研究課題としたい。

【謝辞】

現地調査に際し、調査対象者、および調査対象者を紹介して下さった調査協力者の皆様には大変お世話になった。リプロダクションの医療専門家および妊娠・出産の当事

者として、それぞれの立場からリプロダクションをめぐる意識や経験、医療の現状や社会的課題など、時間を割いてインタビューに応じていただいた。この場を借りて心よりお礼申し上げたい。

II - 0 2 大韓民国 (韓国)

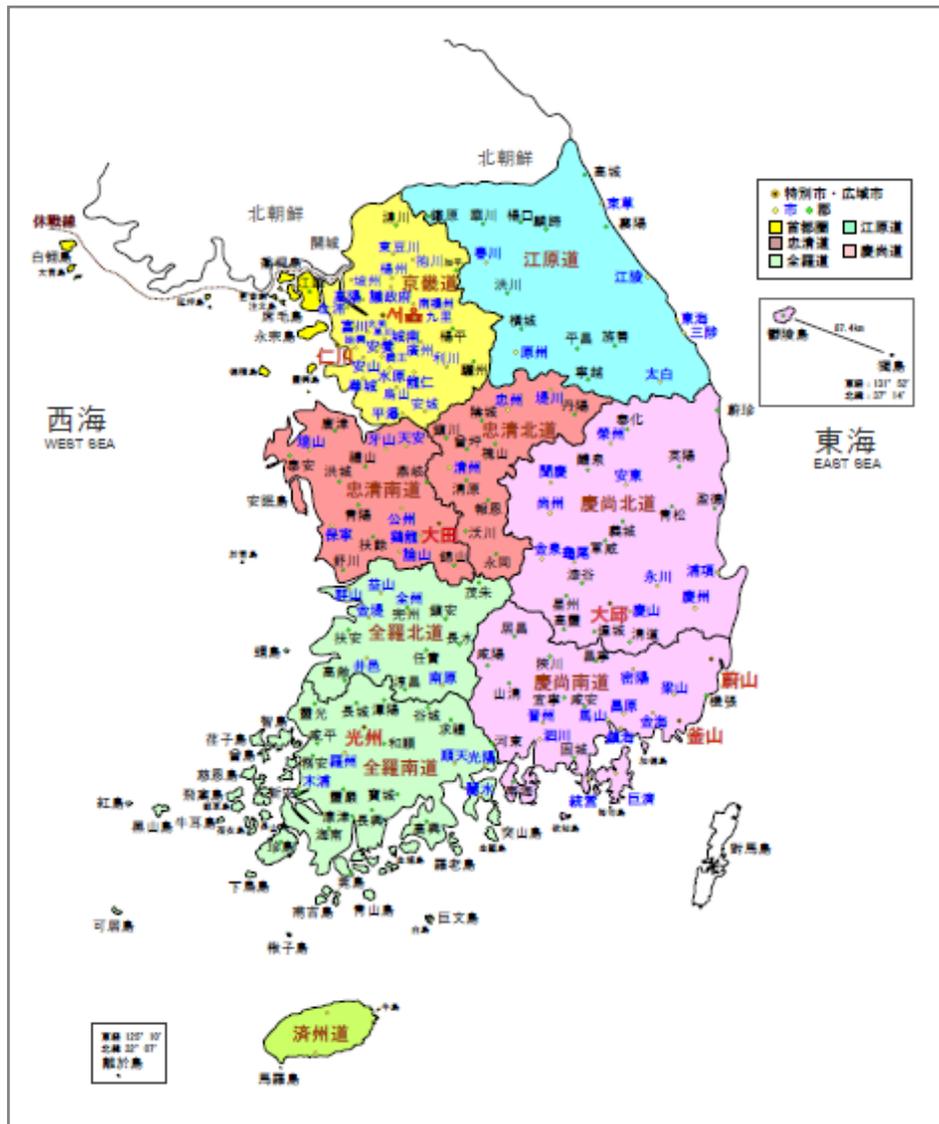
文／洪賢秀

(1) 国の概要

韓国は北緯 33～44° N、東経 124～132° E のユーラシア大陸の東側と西太平洋の西側に位置する半島国である。気候は、冷・温帯が明確な四季があり、東アジア文化の文化圏に含まれる。韓国の面積は、10,034km²と、朝鮮半島全体の 45%、日本の約 4 分の 1 に相当する。韓国の地方自治体として、首都であるソウル特別市と、世宗特別自治市、釜山広域市、大邱広域市、仁川広域市、光州広域市、大田広域市、蔚山広域市と、京畿道、江原道、忠清北道、忠清南道、全羅北道、全羅南道、慶尚北道、慶尚南道、済州特別自治道がある。

図1 韓国の地図

(http://www.kampoo.com/map/south_korea_map_dosigundo_japanese.pdf を一部改変)



韓国統計庁によると、住民登録人口は、51,849,861名（2019年）であり、人口成長率は0.14%（2020年）である。2018年末現在、在韓外国人は1,651,561名である。国別の割合は、中国が45.2%、タイが8.4%、ベトナムが8.3%、アメリカが6.4%、ウズベキスタンが2.9%、日本が2.6%、フィリピンが2.5%、などである。

世帯の特徴としては、全世帯数は19,979,188世帯、一人世帯は5,848,594世帯、国際結婚による多文化世帯が334,856世帯、片親世帯が2,500世帯となっている（2018年）。

合計特殊出生率は0.977名、出生児数は、326,822名、出生性比は男児100名当たり女児105.4名である（2018年）。乳児死亡率は、2018年現在で2.8%である。2018年の乳児死亡原因として、出産の前後に起因する特定疾病態が471名（1.4%）、その他出生前後の病態が120名（0.4%）、（新生児の呼吸困難が109名（0.3%）、妊娠期間中の胎児発育に関する障がい者が68名（0.2%）、その他先天性奇形は55名（0.2%）、ダウン症候群および染色体異常は25名（0.1%）などである。登録された障がい者数は2,585,876名である。

宗教は、無信者が56%と、信者の44%を上回っている。信者のなかでは、キリスト系63%（プロテスタント45%、カトリック18%）が最も多く、仏教系36%（仏教35%、円仏教1%）、その他1%の順となっている（2015、韓国統計庁）。

韓国の産業構造は、第1次産業が1.96%、第2次産業が37.49%、第3次産業が60.55%である（ISTANS,2018¹）。主な産業としては、電気・電子機器・自動車・造船・鉄鋼などであり、経済活動参加率は62.9%（2019年12月現在）、共働き世帯の比率は46.3%（2018年現在）である。また、韓国の国内総生産（GDP）は、16,194億ドルで、世界12位、1人当たり国民総所得（GNI）は、30,600ドルで世界30位（2018、世界銀行）である。

初等・中等教育への就業率は90%以上、高等教育への就学率は67.8%である（韓国教育開発院2019²）。

（2） 調査地概要

韓国の調査地の選定においては、大きく2つに分けた。一つ目のA市とB道は、韓国内で人口や出産数が高く、比較的多様な価値観や社会的変化が反映されやすいと思われる地域である。二つ目のC市およびD市は、韓国内で比較的「伝統的」で「保守的」な価値観が根強く残っていると思われる地域である。

なお、調査においては、日本と比較検討することで韓国の特徴をより明らかにできるように、日本調査の担当者である田間泰子・澤田佳世と洪賢秀と一緒に調査を実施した。調査機関および対象者は表1のとおりである。

¹ <https://istans.or.kr/mainMenu.do>（2020年1月20日アクセス）

² 「教育統計分析資料集」統計庁(2017.6) 将来推計人口

http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1520

表1 調査期間および調査概要

調査期間	地域	対象者	備考
① 2018年2月19日～22日	A市	D1	産科専門医
	A市	D2	産科専門医
	B道	M1	助産師
	A市	M2	助産師
② 2018年11月17日	日本	W1	A市で出産した女性
③ 2019年2月20日～24日	A市	W2	A市で出産した女性
	C市	W3	C市で出産した女性
	C市	W4	C市で出産した女性
	D市	W5	B道で出産した女性
	D市	W6～W10*	D・E・F市で 出産した女性
	D市	D3	産科専門医
	D市	D4	産科専門医
	D市	W11～W12*	A市で出産した女性
調査者合計	医療者6名（男性4名、女性2名）、女性12名		

※グループインタビューを実施

(3) 医療制度およびリプロダクション分野関連の制度

韓国では、「医療保険法」の制定により、1963年に300人以上の事業所を対象に公的健康保険制度が導入された。その後、次第にその対象範囲を拡張させ、1989年には国民皆保険としての制度をスタートさせた。「国民健康保険法」は、国民の疾病・負傷に対する予防・診断・治療・リハビリテーションと出産・死亡及び健康増進に対して療養（保険）給付を実施することで、国民保健を向上させ社会保障を増進させることを目的としている。（第1条）

療養給付は、被保険者及び被扶養者の疾病・負傷・出産等に対して実施し、療養給付の種類は、診察・検査・薬剤・治療材料の支給、処置、手術その他の治療、予防・リハビリテーション、入院、看護、移送としている（健康保険審査評価院ウェブサイト³ 2020年1月30日閲覧）。また、病院級⁴以上の医療機関においては、混合診療である「選択診療制

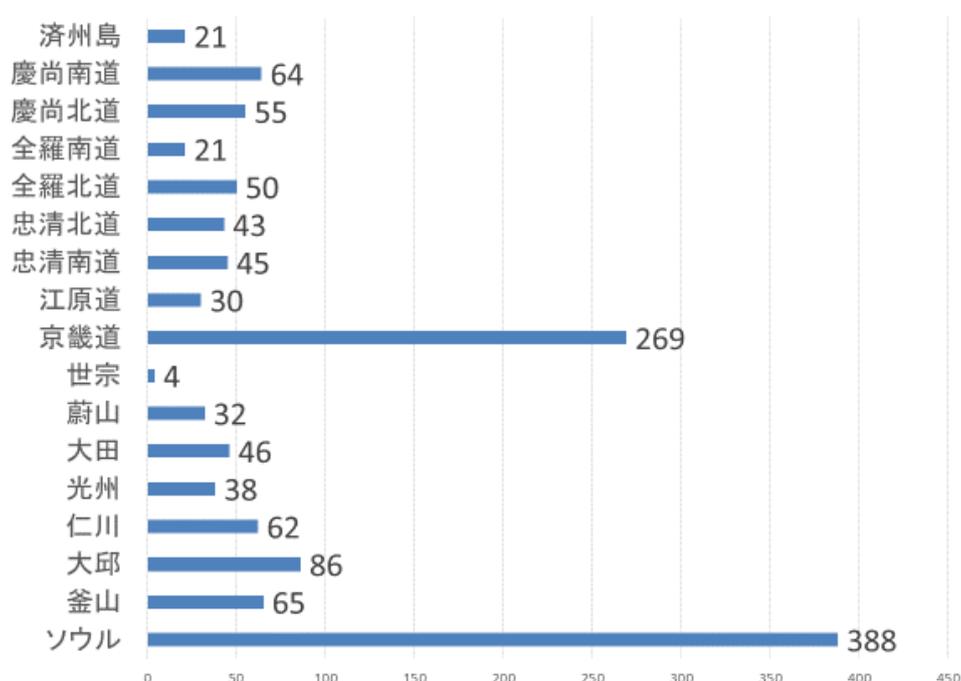
³ <https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020014000000>

⁴ 病院級には病院と総合病院があり、前者は300床以下の病院で7科以上、後者は300床以上の病院で、9科以上の必須診療科目を設置している。医院級とは、主に外来患者を対象とし30床未満の機関であり、上級総合病院とは、総合病院のうち、保管福祉部から指

度」があり、一定資格要件以上を満たしている医師を選択した場合に追加費用が発生し、この場合、全額が患者負担となる。

2018年現在、医療機関数は93,184機関であり、人口1,000名当たりの医療機関病床数は、13.65床である。医師は102,471名、看護師は195,314名である（2019、韓国統計庁）。また、韓国統計庁の調査結果によると2018年の分娩場所は、総合病院が10.8%、病院が80.7%、医院が8.3%、助産院が2%、保健医療院が0.1%となっている。また、韓国内における産婦人科を掲げている医院数は図2のとおりである。

図2 2017年現在、産婦人科を掲げている医院数⁵（2018年、韓国統計庁）
（単位：機関）



産婦人科専門医は、2018年3月現在、5,703名である。医療機関の規模別にみると、上級病院が410名、総合病院が714名、病院が1,111名、療養病院が314名、医院が3,039名、韓方病院が18名、保健医療院が11名、保健所が74名、保健診療所が12名である。

2018年には、45の産婦人科病院や医院が開業したが、53箇所が廃業し開業数を上回った（健康保険審査評価院、2019）。産婦人科医師会会員は約5,000名であるが、約1,000名が産婦人科以外の病院で勤務している（2019.10.6.メディカル・タイムズ）。

前述したように、韓国では助産院で出産するケースは2%にすぎず、助産師は8,328名、

定され、重篤疾患に対して難易度の高い医療を専門的に行う機関である。

⁵ <http://kosis.kr/index/index.do>、「表示科目別医院数の現況」で検索

助産院は 28 か所と少ない (2016 年)。

助産師になるには、看護師免許を有し、保健福祉部長官が認定した医療機関で 1 年間助産研修課程を修め、国家試験に合格しなければならない (医療法第 6 条)。

不妊診断を受けた者は、2007 年に 178,000 名、2010 年に約 198,000 名、2013 年に約 202,000 名、2016 年に約 221,000 名、2018 年に約 242,000 名と、年々増加している。2018 年の男女別不妊診断の状況においては、女性が 66%、男性が 34%となっている。

韓国政府は 2006 年から不妊治療の施術費用の一部を支援する事業を開始するとともに、従来の不妊治療の過程や費用を標準化し、国民健康保険の適用となった (表 2)。2017 年 10 月から 2019 年 6 月まで約 17 万人が国民健康保険の適用を受けた (国会保健福祉部委員会、国民健康保険公団の資料、2019)。

表 2 不妊治療の支援状況

(「2017.09.18 保健福祉部報道資料」、「2020 年難妊支援事業資料」を基に改変)

区分	政府の支援事業	国民健康保険
婚姻状況	法的婚姻及び1年以上事実婚 (2019.10.24)	加入者 (法的婚姻・事実婚?)
年齢	2019 年より年齢制限廃止(2019.7.)	
回数	体外受精5-7回 (新鮮胚3回まで1回当たり110万ウォン (約11万円) -最大90万ウォン、凍結胚1-3回まで最大50万ウォン、4-5回は最大40万ウォン) 人工授精 (1-3回:最大30万ウォン、4-5回:最大20万ウォン) 上記の施術費用のうち、一部本人負担額、全額本人負担額	体外受精 人工授精 (本人負担率:約30%)
適用条件	体外受精及び人工授精施術 大韓産婦人科学会等の 医学的ガイドラインに適合した者	生殖補助医療の給付基準の対象者 大韓産婦人科学会等の 医学的ガイドラインに適合した者

韓国政府は、妊娠・出産 (流産・死産を含む) が確認された国民健康保険加入者を対象に診療費用の一部を支援している。支援内容としては、1回の妊娠に当たり、60万ウォン、多胎児妊娠の場合は、100万ウォン、分娩困難者に対してはさらに20万ウォンを追加支援している。申請者は、バウチャーである「国民幸福カード」の申請書に医療機関で妊娠・出産の事実を記載してもらい、近くの国民健康保険公団に提出しカードを発行してもらう。このカードは医療機関で診療費等の本人負担額を支払う際に利用できる。

また、産婦及び新生児の家庭訪問ヘルパーの一部支援を行っている (「社会サービス利用および利用券管理に関する法律」、「低出産・高齢社会基本法」の第8条、第10条、「母子保健法」第15条の18)。

2018年現在の出産場所は、病院出産が99.49%と最も多く、自宅出産が0.3%、その他が0.14%、不明

が0.07%の順である（2019、韓国統計庁）。

産後ケアの場所として、70%以上の人が産後調理院で、約60%の人が自宅ですごしており（複数回答）、都市部における産後調理院の利用率は農村部での利用率よりも高かった（表3）。

表3 既婚女性の産後調理場所（「全国出産力および保健福祉実態調査：既婚女性（15～49歳）の産後調理場所」2019、韓国統計庁） 単位（%）

	産後調理院	産婦人科	他の病院	自宅	実家	夫の実家	助産院	その他
既婚女性	73.4	0.8	0.4	58.1	15.8	1.8	0.4	0.2
大都市	79.9	0.6	0.6	55.4	15.1	1.2	0.1	0.2
中小都市	73.3	0.7	0.2	60.4	14.3	1.9	0.7	0.2
農村	54.4	1.8	0.4	60.7	21.6	3.5	0.6	0.2

リプロダクション関連の法規制として以下のものがある。1973年2月8日に制定された「母子保健法」では、妊産婦と乳幼児の生命と健康を保護することを目的とする。本法の主な内容は、母子手帳の発行、妊産婦と乳児等の健康管理、母乳授乳施設の設置、不妊治療の支援事業、人工妊娠中絶の予防・許容範囲、産後調理院関連、感染症予防等である。本法14条及び施行令第15条における人工妊娠中絶施術を受けられる要件としては、本人や配偶者が優生学的、または遺伝学的精神障害や身体疾患がある場合、伝染性の疾患がある場合、強姦または準強姦により妊娠した場合、法律上婚姻できない血族または姻戚間で妊娠した場合、妊娠の継続が保健医学的な理由で母体の健康を害する場合やその恐れがある場合である。可能な期間は、妊娠24週以内である。

また、少子高齢化に対する基本政策や推進体系の確立を目的とする「低出産・高齢社会基本法」（2005.5.18制定）、片親家庭の生活安定と福祉増進を目的とする「片親家族支援法」（1989.7.1制定）、配偶子の利活用・保管・管理や提供者の保護等に関する「生命倫理および安全に関する法律」（2005.1.1制定）、生殖補助医療の提供に関する倫理的規定が示された「大韓産婦人科学会の補助生殖術倫理指針」などがある。

（4）医療者インタビュー概要

結果概要

医療者へのインタビュー調査は、産婦人科専門医4名、助産師2名、合計6名に行った。インタビューイの背景は表4のとおりである。

表4 韓国の医療者インタビュー協力者の背景

ID	生れた年	地域	専門	性別	勤務先	宗教
KD01	1953年	A市	産婦人科専門医	男性	病院開業	カトリック
KD02	1957年	A市	産婦人科専門医	男性	病院開業	カトリック

KD03	1948年	D市	産婦人科専門医	男性	病院開業	無
KD04	1962年	D市	産婦人科専門医	男性	大学病院勤務	カトリック
KM01	1961年	B道	助産師	女性	助産院開業	カトリック
KM02	1949年	A市	助産師	女性	助産院開業	プロテスタント

妊婦健診と出生前検査

韓国における妊婦健診の内容は、地域や医療機関において共通しており、その詳細については母子手帳（各病院オリジナル及び保健福祉部・人口保健福祉協会が発行）に時期別に記載されている。妊婦健診で行われる主な検査は次のとおりである。妊娠14週までは妊娠周期や妊娠状態等を評価する妊娠初期基本検査として、一般血液検査、風疹検査、尿検査、膈超音波検査が行われる。また、「奇形児検査（日本の出生前検査に相当）」は、胎児後頸部浮腫（NT）（11～14週）、脆弱X症候群（9～12週）、母体血清マーカー検査であるダブルマーカー検査（10～13週）、クアトロ検査（16～18週）が行われる。2017年からNIPT検査（10～14週）が韓国国内で普及してきたことで、推奨検査として高齢出産等の適応妊婦に対して提供している。出生前検査の結果によっては確定診断として絨毛膜検査（10～13週）、羊水検査（15～20週、主に16～18週）が行われる。

妊娠20～24週には精密超音波検査、24～28週には妊娠性糖尿検査や貧血検査、（施設によっては、希望に応じて27～28週に立体超音波（4D）検査）、28～36週には尿検査（たんぱく尿）を実施している。

分娩前には、胎動検査、内診、腹部超音波検査を通して胎児の健康診断、羊水の量、胎児の発育状況の評価、子宮口の状況、子宮の状況、胎児の位置、胎盤の大きさの診断が行われる。

産科医は、出生前検査をルーチンとして妊婦に紹介・推奨している。前述したようにこのような検査は母子手帳のみならず妊婦教室、ウェブサイト等においても情報提供が行われている。そのため、多くの妊婦が出生前検査の受検を受容し、選択しないケースは少ないという。調査対象の病院では、妊婦や妊婦検診等に関する不安については、自施設で運営しているウェブサイトや携帯アプリを通して相談に随時応じるようにしていた（KD01、KD02、KD03）。対面での相談に対しては、相談専門の看護師が検査に関する情報を提供している。

一方、助産院では、妊婦に保健福祉部・人口保健福祉協会が発行する母子手帳を提供している。妊婦検診は、医療機関で実施した出生前検査の結果を基に、正常分娩ができる妊婦を対象に超音波検査と問診を実施している。また、妊婦やその家族（夫や子どもを含む）への妊娠・出産に関する教育に重きを置き、不安や希望などの相談に十分な時間を割いている（KM01、KM02）。出生前検査については、次のような語りから現状がうかがえる。「助産院ではどうすることもできない。病院だと出生前検査の結果が出たらすごく淡白な言い方しかない。そういう相談にきた場合には、心の慰めになるようなサポートぐらいしかできない（KM01）。」

出産と産後

近年、韓国社会では、「自然主義出産」が注目されている。出産時における過剰な医療の介入として「浣腸、剃毛、注射、会陰切開」が取り上げられ、これらの「4無」を標榜する病院も現れている。本調査の対象病院では、このような「自然主義出産」に対しては抵抗感を示していた。教科書的で標準化された出産方法こそが最も「科学的」で「安全」であり、女性の健康を守るための最善であると考えていた (KD01,KD02,KD03,KD04)。とはいえ、これらの病院で提供している「ルバイエ・カンガルー方式分娩」と「ソフロロジー分娩」は、「自然主義」の要素を取り入れたものとして考えられる⁶。

「ルバイエ・カンガルー方式分娩」は、外部に出てきた新生児が急激な外部環境によって受けるストレスを和らげるために次の4点に配慮した環境づくりをする。①視覚的環境への配慮として照明を落とすこと、②聴覚環境として馴染みのある父母が新生児に声かけし（精神的に）安心させること、③触覚環境として出産直後にカンガルー方式で母の心臓音と体温を感じられるように抱くことで新生児に安定感を与えること、④呼吸環境として肺呼吸に切り替わるタイミングを待ちへその緒をカットすることである。

「ソフロロジー分娩」は、出産は産婦と胎児の共同作業であるという考えに重きを置き、既存のリラックスした呼吸法、ヨガ、呼吸法、瞑想法等を取り入れた方法である。

調査病院では出産時のルーチンとして、(会陰を保護するために)会陰切開、剃毛、浣腸、血管確保を行っている。また、陣痛誘発剤や陣痛促進剤は状況に応じて投与している。2016年7月から無痛分娩(硬膜外麻酔分娩)が無料となった。この政策により、病院によっては、妊産婦の90%(KD01)、50~60%の妊婦が無痛分娩を希望しているという(KD02)。これに関連して、大手病院である第一病院では、2015年に実施した無痛分娩の件数は、初産1,550件のうち、1,450件が無痛分娩で出産し、全体の94%に当たる(韓国日報2016年11月28日付記事)。

2016年から2018年9月まで出産した既婚女性(15~49歳)の1,784名を対象に分娩方法を調査した結果、自然分娩が57.7%、帝王切開分娩が42.3%であった(「2018年の全国出産力及び家族保健・福祉実態調査」)。帝王切開分娩を年齢別にみると、25歳未満で38.2%、25~29歳が38.6%、30~34歳が39.7%、35~39歳が46.6%、40~45歳が64.8%と増加しており、高齢出産の増加が影響していることが垣間見られている。

韓国では、1999年、帝王切開率が43%と世界で最も高かった(2017年現在、OECD国では2位、)ことが報じられたことで、その実態分析が行われ病院別評価のなかに帝王切開率も含まれるようになった⁷。KD03の病院は、韓国内で帝王切開の実施率の最も低い病院

⁶ 調査対象病院の母子手帳を参照

⁷ 「2000年帝王切開分娩実態」2001年5月、国民健康保険公団、帝王切開分娩の適正性評価は、2000年8月から施行され、2014年の帝王切開分娩の保険収載により終了した。その後、モニタリング項目となり公開されている(「青年医師」2018年1月22日付記事)。

として評価されている。一方、大学病院勤務のKD04は、「難産の産婦は医院や病院から総合病院へ搬送されることが多いため、総合病院における帝王切開率が高いのは当然である」とし、帝王切開率で病院を評価することについて疑問を呈している。

帝王切開分娩における韓国の特徴としては、帝王切開分娩を行う予定のある産婦の一部は、占いで吉とされている日時で分娩を希望していることである。産科医は緊急性を要しない限りその時間帯に合わせて帝王切開を行いその要望に応える。また、帝王切開の場合には、事前に不妊手術の意向を確認し分娩直後に不妊手術をすることで、女性の身体への侵襲性を減らし手術の効率性を図ることもある。

病院出産において夫が出産に立ち会う機会が増えた。とくに、へその緒のカットは、出産においてイベント化している。病院側では、希望があれば新生児の手形や足形を額縁に入れて記念品として提供する。

従来、助産院で出産する人は経済的に恵まれない場合が多かった。近年では、女性、自ら自分の身体に注目し、出産方法を自ら決めたいという高学歴の女性が助産院での出産を選択するようになった(KM01, KM02)。「自然主義出産」ブームで助産院での出産を希望する場合もあるが、KM01は「出産は主義ではなく自然なものである」と考えており、来院者に対して慎重な態度を見せている。助産師が最も重要視しているのは、「なぜ助産院に来たのか」を確認することである。たとえ女性が助産院での出産を希望したとしても夫や親が反対するケースが多いという。そのため、助産師は来院者へ質問を繰り返し質問し、自分で「自然な出産」を選んだ理由や決心の強さを確認する。その後、ようやく出産予定日、通院している病院、出産した子どもの数、出産経験の有無、出血の有無などを問診する。多くの場合、夫を同伴しており、夫も助産院での出産を希望しているかどうかを確認し、不安要素を最小化する。このように助産師は、助産院での説明・同意に重点を置いており、確認に十分なコミュニケーションをはかるように心がけていた。

助産院では、病院出産において分娩台で求められる一律の姿勢とは異なり、産婦自らがいかに自然でリラックスできる姿勢でいられるかに重きが置かれ、それを支えるのが助産師の役割としている。また、助産院では妊産婦のみならずその家族とともに性教育・妊娠・出産・避妊の一連の過程について共有する空間と時間として認識していた。また、出産で出た胎盤はそれに色を付けスタンプを押し、出産の記念品として提供をしていた(KM01)。

A市の助産院では、時代とともに韓国人の来院が減っている一方で、在韓外国人が利用するようになり、院内には英語での案内版を用意している。

産後ケアにおいては、すでに述べたように多くの女性が産後調理院を利用しており、病院や助産院では新生児の抱き方や母乳授乳の基本的な指導のみを行い、多くの女性は産後調理院で2週間から1か月間を過ごしながら直接ケアを受けている。

不妊治療に関しては、産科医院や産科病院では人工授精のみを対象としていることが多く、体外受精等の不妊治療は不妊専門機関が担当しており、妊娠前と妊娠・出産の役割が棲み分けされている。

(5) 女性インタビュー概要

結果概要

韓国の A 市、C 市、D 市において経産婦 12 名を対象にインタビュー調査を実施した。4 名が A 市、1 名が B 道、2 名が C 市、3 名が D 市、1 名が E 市、1 名が F 市で出産をしていた。子どもの数は、2 名が 9 名、1 名が 3 名であり、末子の年齢は調査当時 3 歳から 10 歳までである。学歴は、大卒が 5 名、大学院修了が 4 名、無回答が 3 名である。

表 5 韓国の経産婦インタビュー協力者の背景

ID	出産地域	子どもの性別 (生年)	家族構成	生まれ年	職業 (以前)	学歴	宗教
KW01	A 市	女兒 (2009) 女兒 (2013)	夫婦と子	1979 年	大学院生	博士課程在籍	プロテスタント
KW02	A 市	女兒 (2003) 女兒 (2016)	夫婦と子	1983 年	小学校教諭	大卒	無
KW03	C 市	女兒 (2005) 男兒 (2010)	夫婦と子	1976 年	主婦 (看護師)	大卒	無
KW04	C 市	女兒 (2007) 女兒 (2009)	夫婦と子	1974 年	主婦 (ピアノ教師)	大卒	プロテスタント
KW05	B 道	女兒 (2010)	夫婦と子	1975 年	飲食店経営	博士課程中退	プロテスタント
KW06	E 市	男兒 (2011)	夫婦と子	1982 年	主婦 (臨床病理士)	大卒	無
KW07	D 市	女兒 (2011) 男兒 (2016)	夫婦と子	1981 年	主婦	無回答	無
KW08	D 市	女兒 (2011) 女兒 (2012)	夫婦と子	1982 年	主婦 (医療技術職)	大卒	仏教

KW09	F市	女兒 (2011) 男兒 (2014)	夫婦と 子	1980年	主婦	無回答	プロテスタント
KW10	D市	女兒 (2011) 女兒 (2013)	夫婦と 子	1980年	主婦	無回答	無回答
KW11	A市	男兒 (2013)	夫婦と 子	1986年	主婦 (ファッションMD)	博士課程修了	プロテスタント
KW12	A市	双子の男兒 (2013)	夫婦と 子	1980年	主婦 (高校教諭)	修士課程修了	カトリック

妊婦健診と出生前検査

調査対象者 12 名のうち、4 名の女性が流産を経験し、1 名が人工妊娠中絶をした。また、多くの女性は、月経不順を機に妊娠の自己検査をし、その後、病院で妊娠を確認していた。一人のみがインフルエンザの疑いで医療機関にかかり、その際に妊娠の事実を知らされた。

出産準備については、就労女性の場合には、時間的余裕がないために主に書籍やインターネットの妊産婦専用の情報サイトで妊娠や出産に関する知識や経験談を参考にすることが多かった。

たとえ出産準備教室に参加したとしても継続することは難しく、軽い運動をして過ごしていた。ただ、なかには運動好きで定期的にヨガ教室に通っていた女性もいて、教わった陣痛時のヨガポーズが痛みを和らげ安産に大いに役立ったと感じていた。

出産場所を選んだ理由として、自宅または勤務先から近い距離にあること、経験豊かな産科専門医、または女医がいること、産科として有名な病院であり、かつ産後調理院を附設していること、母乳専門病院であること、双子の自然分娩をしている病院であること、などがあげられていた。また、助産院を選択しなかった理由としては、出産時に何かあった場合、助産師だけでは不安があったことをあげていた。

定期妊婦健診では、単身赴任で夫と別居をしていたケースを除き、大半が夫を同伴していた。

出生前検査は、ほとんどの女性が病院でルーチンとしている検査を受検していた。「健康な子どもを産みたい」、「障がいのある子どもは育てられない」、「はじめての子どもなので（病気や障がい）を見逃さないように勧められた検査を全部行った」というケースも多くみられた。

一方で、稀ながら出生前検査を拒んだケースもあった。高齢で双子を妊娠した女性は、医師から双子を妊娠した場合は羊水検査を受けたほうが良いと勧められたが、「胎児によくないことはしたくない」、「どのような子どもでも受け入れたい」と考え受検しなかった。

出生前検査の受検の有無やその背景には、宗教的要素はあまり窺がえなかった。

出産と産後

韓国では、妊産婦の間で内診、剃毛、浣腸を「屈辱3点セット」、内診、剃毛、浣腸、会陰切開を「屈辱4点セット」と呼び、多くの女性が屈辱を感じていた。全員が病院出産で、8名が自然分娩、4名が帝王切開分娩であった。帝王切開分娩に至った背景としては、羊水が少なかったこと、胎児の心音が弱まったこと、逆子であったこと、双子であったことがあげられた。

自然分娩の場合、家族分娩室ではベッドが回りを切り離されると分娩台になる。分娩台では、医師の指示に従い背中を少し持ち上げた姿勢をとったがこのような姿勢に疑問をもっていなかった。分娩時は「特別な姿勢はとっていない」という認識をしていた。

普段から夫の立ち合いは当たり前であると考え、夫に出産休暇を取ってもらい立ち会ったのは4名いた。他の家族は待機室にいた。なかには、「実母から女の子に産んで（出産の苦痛を与えたことを）申し訳ないと言われたので、苦しむ姿を見せたくなかった」ために、あえてひとりで産みたかったという女性もいた。出産後、本人または夫がへその緒をカットしていた。

出産当時の記憶としては、「痛み」、「大変さ」がみられているなか、子どもが体の外に出た瞬間を「すっきりした快感」として感じていた女性もいた。出産直後には、生まれてきた子どもの手足の指の数や泣き声で子どもの健康状況を確認していた。また、出産直後に母乳を吸わせ、睡眠導入剤で寝たケースなどがあった。

新生児の感染症防止のために、夫や家族（親や義理親）が新生児に対面できるのは、新生児室の窓ガラス越しや家族室や個室であった。

胎盤は病院で処理されていた。臍帯血バンクの希望を聞かれていたが実際に預けている人はいなかった。預けなかった理由として、臍帯血のバンクの意味がないという新聞記事を読んだことをあげていた。

へその緒は病院から真空パックで渡されたまま保管している人が多い。保管方法として韓国の伝統的な巾着に入れている人が1名、へその緒を保管液に入れて印鑑として持っている人が2名いた。また、印鑑を記念品として持っているケースや、実際に子どもの銀行通帳用として使用しているケースがあった。実際に印鑑を使用していた女性は、子どもに「ママとあなたをつないでくれたもの」とであると伝えていた。また、へその緒を「子どもが痙攣を起こした際に煎じて飲ませるように義母に言われた」ので、そのような場合に備えていた人が1名いた。

自然分娩の場合には、2泊3日、帝王切開の場合には5泊6日、または6泊7日入院していた。退院後は、2週間から3週間で産後調理院で過ごしたケースが多かった。出産費用

は、自然分娩の場合は、基本（入院費及び食費）が約100万ウォン（約10万円）で、多くの女性が政府支援による「国民幸福カード」でほぼカバーできたとしている。ただし、病院によって入院費に格差があり、当然ながら個人が選択したオプションによって自己負担額が大きくなっていった。さらに、近年、政府の支援額が増えているために、初児の出産時より二児の出産時に受けられた補助額のほうが大きかった。帝王切開分娩の場合は、約70万～110万ウォン（約7万～11万円）で補助金と自費で支払っていた。人によっては、補助金を妊婦健診、出産費用に充てていた。

産後調理院の費用は、2週間で約150万～250万ウォン（約15万～25万円）支払っており、オプションで、全身や部分マッサージ、美顔エステ、プチ美容整形（いぼ・ほくろ取り）などを選択し、追加料金を支払ったケースもあった。産後調理院で過ごす時間は、一生でも贅沢に過ごせるご褒美の時間であると同時に、育児に奮闘するための準備期として認識していた。

産後調理院での産後ケアを選択した女性には、大きく2つのタイプがいた。ひとつは、誰にも干渉されずひとりでゆったりとした時間を過ごしたいという思いから、必要最小限の産後教育の時間以外は部屋に籠るタイプである。もうひとつは、産後調理院で同時期を共に過ごした女性達に特別な感情を抱き、「男性の軍隊同期」より強い絆をもっていると感じているタイプである。後者は、同時期に出産・育児を経験していることから定期的に会合をもち、継続的に育児に関する情報交換や親睦を深めていた。

上記のようなタイプによって産後調理院の雰囲気や考慮し、自分のタイプに合った調理院を選択していた。

病院では新生児の抱き方、へその管理の仕方、授乳方法など簡単な指導を受けていた。産後調理院でケアを受けた女性は、教育プログラムなかで授乳方法、沐浴方法などの指導を受けていた。自宅で産後ケアをした女性は、義母、実母、産後ヘルパーから教わっていた。その後、夫が協力している内容として沐浴が最も多く、夫がペットを飼っていた経験が育児に役に立ったとしている。

母乳授乳の場合、3か月から16か月間継続していた。帝王切開で抗生物質を服用していた場合には、母乳の量が足りずにミルクを混ぜた与えたケースもある。母乳授乳にこだわりを持ち、16か月間、授乳を続けた女性は、日常的に睡眠不足に悩まされ、体調不良の際にも薬を服用できない苦しみを味わい、理想としていた母乳授乳像と現実のギャップを思い知らされたという。双子の母乳授乳において、母乳を吸う力に差があり、吸う力がない方が母乳の出が悪く、乳腺が詰まったことがあった。双子の場合、好きな乳があるようで左右を変えても片方のみ吸うくせがあったようである。

授乳における乳のトラブルは、マッサージやキャベツを冷やして貼ることではりや痛みを和らげていたケースがあった。また、授乳をやめるタイミングとしては、母乳量が自然に減った時や、子どもが飲むのを拒否した時であった。その後は、粉ミルクを与えていた。

多くの女性が産後ケアでつらかった経験として、季節に関係なく体を温めることや、わかめスープを100日間毎食飲み続けたこと、などをあげていた。韓国では、産後に体を冷やして疎かにすると、体に不具合が生じ一生苦勞すると言われている。そのため、たとえ真夏でもエアコンを付け部屋を冷やすことや、冷たい飲み物を口にすることを禁じている。真夏に出産した女性のひとは、冷たいサイダーを飲みたいのに我慢を強いられ思わず号泣したという。

避妊については、月経周期法、膈外射精、コンドームなど多かった。避妊に失敗して中絶したケース、夫に不妊手術を求めていたがなかなか協力してもらえなかったケース、夫ときちんと向き合い、話し合っただけで夫に不妊手術をしてもらったケースなどがあった。また、自閉症の子どもをもつ女性は、子どもをもつことが怖いと感じ避妊をしていた。二人目の出産の直前に、医師から不妊手術の意向について尋ねられたが、考える余裕がなかった。その後も不妊手術について考えたことはなかったという。

子どもの性別については、2つの特徴がみられた。ひとつは、性別におけるジェネレーション・ギャップである。親世代は女兒が生まれた場合には、男児の出産を期待して、意図的・無意図的にプレッシャーをかけてくる。このような親の期待に応えようと男児出産を目指して妊娠を試みていたケースがあった。次の特徴としては、子どもの性別よりも現実的に育てられる子どもの数が重要であるという考え方であった。

(6) 知見・考察～まとめにかえて

韓国における妊娠・出産には、次のような特徴が見られた。

一つ目は、妊婦健診・出生前検査における多様な検査の種類と新たな技術の導入である。新しい機器や検査方法が登場すると、いかに速やかに医療現場に導入し、普及できるかに重きが置かれており、技術の導入をめぐる社会的対応や課題に関する議論はほとんどみられなかった。たとえば、日本でも注目されている母体血を用いた新型出生前遺伝学的検査(NIPT)は、遺伝カウンセリングのシステムが構築されていないまま検査のみが普及され、母子手帳にも追記された。受検者である妊婦への適切なインフォームド・コンセントやカウンセリングがあったかどうかは、より詳細な調査が必要であるが、多くの女性は病院で推奨されている検査に対して受容的であった。

二つ目は、2000年代に注目されてきた「自然主義出産」への影響である。病院出産においてルーチンとしている「浣腸、剃毛、注射、会陰切開」をしないことで「自然主義出産」を標榜する病院が現れている。インタビュー調査をした産科専門医らは、このような立場に対して、従来のルーチンのほうが、「科学的」かつ「安全な方法」として捉えており、「自然主義出産」についてのリスクを懸念していた。とはいえ、出産方法において、「自然主義的」といわれている諸要素を、提供する出産環境に取り入れ、医師目線の出産から生まれてくる児や母への配慮にも注目するようになった。一方で、助産師は、「自然主義出産」ブームに対して、懐疑的な立場を取っていた。出産は「自然主義」ではなく、「自然」そのものである。

ることを強調し、ブームに惑わされた出産ではなく女性自らの産む力こそが本来の姿としていた。

三つ目は、帝王切開分娩における個別化・効率化を図ったサービスである。開腹手術は当事者にとって身体的・心理的負担が大きい。そこで、避けられない負担であれば、「生まれてくる子どもにより良い運命を占いで選んであげたい」という親の願いを叶える配慮（サービス）をしている。さらに、避妊が必要なカップルには、同時に不妊手術を行うことで身体的侵襲性を減らしていた。

四つ目は、産後ケアにおける変化である。核家族化、職場や居住地の変化に伴い、産後ケアを支援してもらえる身近な人が少なくなってきた。このような社会的ニーズはビジネスとして産後調理院を普及させた。産後調理院では、女性が煩わしい家族関係や家事から解放され、専門家のサポートを受けながら快復をめざせる貴重な空間や時間となっている。また、一部の女性の間での産後調理院での交流が「ママ友」としての関係性を強め、育児における重要なネットワークを形成している。

以上、調査結果の概要について見てきたが、次のような諸課題が残された。本調査では、個人インタビューおよびグループインタビューを実施した。しかし、グループ調査においては、進行上、個別に詳細な情報を得ることが難しかった項目もあった。また、調査計画では、地域を大きく2つに分けて地域差を明らかにしようとしたが、本調査の結果からは地域的な特徴を見出せなかった。これらは今後の重要な諸課題となった。

【謝辞】

本調査のために貴重な時間を割いていただいた協力者の方々や、調査協力者を紹介くださった方々に、この場を借りて深く御礼申し上げたい。

II - 03 中華人民共和国 (中国)

文／小浜正子・姚毅

国の概要

東アジアに位置する人民民主共和制国家。首都は北京市。人口は13億8千万人以上であり、世界でもっとも人口が多い。面積は約960万平方キロメートルで世界第3位又は第4位である。気候・地形は、乾燥した北の森林ステップ、ゴビ砂漠、タクラマカン砂漠から、多湿な南の亜熱帯の森林まで広かつ多様である。55の民族からなる多民族国家であるが、漢民族が人口の9割



以上を占めており、言語は漢語が中心だが他に少数民族言語も公用語となっている。仏教・イスラーム教・キリスト教などがあるが、無宗教の人も多い。

2010年以來、アメリカに次ぐ世界第二位の経済大国となった。「世界の工場」として第二次産業が経済発展を牽引してきたが、2012年に第三次産業が第二次産業より対GDP比が高くなり、2018年には、第三次産業52.2%、第二次産業40.7%、第一次産業7.2%（中国国家統計局）。一人当たりGDPは9,608ドル（IMF、2018年）、経済成長率は6.6%（2018年、中国国家統計局）、成人識字率は96.4%（2015年世界銀行）である。

1949年に新民主主義革命により中華人民共和国が成立した。その後、一世代にわたって社会主義による国家建設を進めたが、1980年代から改革開放路線の近代化政策に転じた。政治的には現在も中国共産党による実質的な一党独裁体制が続いている。

(2) 調査地概要

A市：華中地方の省政府所在地である沿海部の大都市。

B県：華中地方の山間部の農村地域。省政府所在地からは130km程度、高速鉄道駅から車で一時間程度である。人口は約40万人、人口密度は450人/km²程度、人口自然増加率は2.45%（2013年）。経済規模では工業が大きい、農業も盛んであり、観光客も少なくない。特産品として刺繍などの繊維製品がある。

(3) 医療制度およびプロダクション分野関連の制度

医療機関は、社会主義時代は医療施設は基本的にすべて国営・公営であった。現在も拠点

となる病院は国営・公営であるが、私営（民営）の医療機関も増えている。

医療保険については、都市の住民は各職場で労働保険に加入するのが原則である。農民は新型農村合作医療保険に加入することになっている。これらの医療保険がカバーしている範囲などの条件はまちまちである。

施設出産率は 99.9%（2016 年）で、病院以外での出産は 2004 年以来禁止されている。専門家の立ち合いによる出産も 99.9%である。帝王切開率は 34.9%（2016 年）で、20 世紀末より減少している。新生児死亡率は 5.1/1000 人（2016 年 WHO、世界平均は 18.6）、妊産婦死亡率は 27/10 万（2015 年 WHO、同 216）。

人口政策のうち家族計画については、1980 年代から「一人っ子政策」（ただし農村地域の多くでは、第一子が女の子の場合は第二子を産むことができた）が行われていたが、2016 年からすべての夫婦が第二子出産が可能になった。

人工妊娠中絶については、自由に行えるが、妊娠 28 週以降の中絶は禁止されている。

出生前に超音波検査で性別を判定することは、医学的な理由がない限りは禁止されているが、計画出産政策の下で非合法に行われていた。染色体異常に関する出生前検査は、都市の病院では、超音波による NT 検査や NIPT を受けることができる。ダウン症の検査は近年無料でできるようになったという。

生殖医療は近年発達しており、提供卵子、提供精子による医療は大病院で行われている。代理出産は全面的に禁止されているが、非合法の市場がかなりの規模で広がっている。

（４）医療者インタビュー概要

中国の医療者インタビュー協力者概要

CND01	B 県	産婦人科医	鎮の H 病院勤務、住院医師
CNM01	B 県	助産師	鎮の H 病院勤務
CND02	B 県	産婦人科医	鎮の H 病院勤務
CNM02	B 県	(元)助産師	自営、すでに引退
CND03	A 市	産婦人科医	省の人民病院勤務、主治医師
CNM03	A 市	助産師	国立大学付属病院勤務
CND04	A 市	産婦人科医	国立大学付属病院勤務、副院長

結果概要

中国の行政区画は省一県一鎮（郷）一村と階層化されているが、今回は、A 市の省レベルの人民病院と B 県の鎮の H 病院の医師・助産師、および A 市の国立大学付属病院の医師にインタビューを行った。この国立大学付属病院は、産婦人科分野では中国でも指導的な地位にある病院である。中国での出産は、こうした一般病院の産婦人科以外に、専門の婦幼保健院（母子専門病院）が各地にあるし、また中医病院という中国医学専門病院にも産婦人科があり、A 市の女性はそれらの中から出産場所を選んでいる。B 県では、県の人民病院、鎮の

病院、郷の衛生院などで出産できる。

医師は、勤務先の病院で診察する。B 県の鎮にある H 病院は 2005 年に民営になって新築したと言ひ、医院の医師・助産師には、正規雇用の人と契約職員の人がいて、古くからいる人だけが正規雇用だった。産婦人科医は大半が女性で、省人民病院では 21 人のうち男性は 3 人、H 病院では 16 人全員が女性で、住院医师・主治医師・主任医師とランクがある。自宅出産は 2004 年に禁止されたので、「はだしの医者」（短期訓練で養成された農村の初級医療者）や助産師（中国語では「助産士」と表記）が妊婦宅で助産することはなくなっている。

正常分娩は助産師、異常分娩は医師が扱う。医師は医療を、助産師は助産を担当するが、正常分娩でも医師の立ち合いが必要である。助産師になるには看護師資格を取ってさらに一年勉強する必要がある。少し前に助産師コースが閉鎖されて看護師に統一される動きがあったが、この数年助産コースが復活しているという。90 年代までは助産師は今より広範囲な、ほとんど医師と変わらない仕事をしていて、妊娠から産後までの全過程を管理し、人工流産をしている所すらあった。現在も、子宮収縮剤の注射や会陰切開はできる。しかし、助産師の仕事は以前より徐々に限定されてきており、産前産後の教育指導に重心が移った。A 市では最近、助産師外来も始まった。

妊婦健診と出生前検査

産前の妊婦健診は、少なくとも 6 回、一般には 8-9 回以上必要だが、実際には地元の人には 10 回以上受けている人が多い。ただし他所から来ている流動人口はあまり受けないので、問題がある。婦幼保健院と連携して、問題があるとあちらで訪問して検診に来るように督促してくれる。婦幼保健院は検診だけをして出産は扱わない。

妊産婦保健手冊という母子手帳のようなものがあり、省の規定で 12 週以前に交付しなくてはならない。妊娠の確認、子宮外妊娠や胚胎の発育状況を見て、肝腎機能、甲状腺機能、伝染病検査などを経て、妊娠カードを発行し、同時に手冊を交付する。産前検査は、血液検査、身長、体重、腹囲、子宮底長などは無料。超音波検査、胎児心拍監視などは有料で、毎回は行わず、大体 5-6 回くらい。エイズや梅毒検査は無料になった。A 市では、22 週までは地域の診療所で検査し、その後は病院で行う。産前教育も始める。

農村部である B 県の鎮の H 病院では NT は超音波室でやり、ダウン症チェック（母体血清マーカー検査）は婦幼保健院でやっているの H 病院ではしない。この検査は 2017 年から国家政策で無料になったので（以前は 200 元くらいかかっていた）、皆受けるようになった。35 歳以上だと NIPT または羊水検査を受けることを勧める。NIPT は 2000 元（1 元＝約 16 円）くらいで自費。遺伝上の問題を見つけたら、精査の上、生活上の大きな支障が予想される場合は、妊娠中止を勧めるという。大学付属病院には「出生欠陥防止」の専門があり、毎週会議をしてケースごとに検討し、総合結果を色で示して妊婦に渡す。

出産と産後

H 病院全体の分娩数は月に 100 件あまりだが、多い時には 200 人の時もある。省人民病院は年間二万人あまりの出産があり、40 人余りの助産師がいる。中国では出産の集約化が進められており、都市の大規模病院の出産数は大変多い。

現在は正常産は剃毛、浣腸はしない。十年前まで皆やっていたが。会陰切開も少なくなっていて、会陰切開率を下げるよう努力している。帝王切開率は 30-50%程度で、やや上昇している。これは 2016 年から一人っ子政策が撤廃されて第二子が産めるようになったことが影響している。以前一人しか生めない時に、この地域では縁起の良い日に帝王切開で産むことが 2002~04 年頃に流行して帝王切開率が急上昇した。その後、自然分娩を勧めるようになったが、第二子を産めるようになって、第一子の時に帝王切開だったら第二子も帝王切開になるため、調査時には帝王切開率が再上昇していた。41 週過ぎると陣痛誘発剤を使う。

退院は、H 病院では正常産は出産 72 時間後に新生児の足底採血（先天性代謝異常等マスキリーニング検査）をした後で。帝王切開なら 5 日間入院である。

無痛分娩（painless labor：硬膜外麻酔分娩）は、大学付属病院では半分強、省人民病院では推進中で、鎮の H 病院では一般には人手不足なので広めていないが、病院の職員が出産するときなどは行う。いずれもかなり高価で、省人民病院では 2800 元。ルーティンとして血管確保、分娩後の子宮収縮剤の投与をする。

分娩の姿勢は、大学付属病院では自由、省人民病院も自由で現在は分娩台ではなくベッドで産む。H 病院では全部仰臥位産だという医師と自由な体位でいいという医師がいた。

大学付属病院では「導楽（ドゥーラ）」を雇うことが出来て、出産前後に付き添う。立ち合い出産はしていないが、分娩直前までは家族と一緒に過ごせる。

流死産の胎児は全部登録して処理する。持ち帰りはできない。胎盤は持ち帰れるので、一般には持ち帰って埋める。

出産費用は正常産なら 3500 元、帝王切開だと 7500 元。大学付属病院には VIP 室もあって、正常産で 2 万元弱。H 病院では以前は帝王切開の医師への付け届けがあったが、現在はなくなった。農村の人は 500 元補助金が出るだけで基本的に自費。省レベルの会社は医療保険で 2000 元あまり払い戻しがあり、出産保険や社会保険に入れる国営などの大会社だと、1~2 万元くらいもらえる。

1990 年代から「愛嬰病院」（母子にやさしい病院、Baby Friendly Hospital）の推進が始まった。省人民病院では、カンガルーケアをしている。B 県の H 病院でも母子同室で、母乳を推奨している。粉ミルクなどの人工ミルクの持ち込みは禁止されており、母乳が足りないと、もらい乳をするか、病院が購入した液体ミルクを使用するかする。省人民病院には母乳バンクがある。一時期、水中出産が導入されたが、現在では淘汰されたという。

避妊、予定外の妊娠と不妊への対処

家族計画は、病院ではなく母子保健の部門でやっている。一人っ子政策撤廃後、避妊リング（IUD）を外す仕事が増えている。不妊は増えているように思う。H 病院では、不妊治療

してダメなら大きな病院で体外受精をするように勧める。養子より生殖補助医療によって実子を得る方がよい。大学付属病院には「生殖センター」があり、生殖補助医療を行っている。卵子は自分たちの病院でドナーを探す、精子は国営精子バンクから調達し、当地のドナーは使わず、遠く離れたところの精子を使い、一人の精子は二人にしか提供しない。代理出産は禁止されている。

人工流産は大変多い。「意外妊娠」(予定外の妊娠)の人が多く、低年齢化しているように思われる。中絶は禁止されていない。ただしD04によると、以前と違って今は厳しくなり、四カ月以降は、経済的理由ではできなくなって畸形児等の場合のみ可能で、それは性別選好の墮胎を避けるためである。流産に来る人に、避妊法を中心に健康教育をしている。

(5) 女性インタビュー概要

中国の女性インタビュー協力者概要

ID	地域	子の人数、 年齢、性別	家族構 成	年 齢	職業	本人 学歴	出産(年長か ら順に)	その他
CNW01	B 県	1人、16歳 男児	夫婦と 子	39	出稼ぎ、内 職	中卒	鎮の衛生院	
CNW02	B 県	2人、18歳 男児、10歳 男児	夫婦と 子二人	40	出稼ぎ、内 職	中卒	鎮の衛生院、 下は省都の病 院で帝王切開	下は双子、 一人一カ 月で死亡
CHW03	B 県	1人、7歳 女児	夫婦と 子	34	出稼ぎ、内 職	高卒	県の病院、帝 王切開	
CNW04	B 県	1人、5歳 男児	夫婦と 子	29	洋服工場	中卒	鎮の病院	本人は養 子
CNW05	B 県	2人、12歳 女児、3歳 男児	夫婦と 子供二 人	39	裁縫	中卒	県の病院、下 は帝王切開	第二子出 産後結紮
CNW06	A 市	1人、1歳 女児	5人、舅 姑夫婦 と子	37	医師	修士 卒	勤務先の病 院、帝王切開	
CNW07	A 市	2人、9歳 男児、1歳 女児	夫婦と 子二人	37	出版社	専門 学校 卒	婦幼保健院、 希望帝王切開	
CNW08	A 市	1人、1歳 男児	姑、夫 婦、子	28	出版社	大卒	帝王切開	
CNW09	A 市	1人、10カ 月男児	夫婦と 子	29 ?	ファッシ ョン貿易、 今は主婦	大卒	婦幼保健院 帝王切開	
CNW10	A 市	1人、10カ 月女児	夫婦と 子	31	会社勤め	修士 卒	中医院、帝王 切開	

A市とB県でそれぞれ5人ずつの女性から話を聞いた。宗教信仰は皆、ない。10人のうち、子供一人の人が7人、二人が3人である。B県の女性は、「一人っ子政策」の時期にも農村戸籍だと、第一子が女の子の場合は間隔を空ければ第二子を産めたが、上が男の子で二人目を産めなかったという人もいる。W02は一人っ子政策に反して隠れて第二子（双子で一人は生後一カ月で死亡）を産み、罰金を払って戸籍登録した。W05は農村戸籍で、上が女の子なので一人っ子政策の時期も第二子を産めた。A市の女性はみな都市戸籍で一人っ子政策の時期は一人しか産んではいけなかったが、2016年から「二人っ子政策」になっても、仕事のプレッシャーなどが大きいので一人でよいという人が多い。その他、都市と農村ではかなり違いがあったので、以下、それぞれに分けて記述する。

1)結婚から妊娠（妊婦健診、教育や指導、出生前検査）

妊娠がわかったのは、生理が遅れて自分で検査してから病院で確認したという人と、まず病院へ行って検査したという人と、半々であった。

産前検査（妊婦健診）は、A市の女性はみな、最初は地域の診療所で、のちに病院で受けており、全部で9回とか12回とか受けている。B県の女性は、以前はあまりたくさん受けていない人もいるが、近年出産した人は、「言われたとおりに毎回受けた」という。内容は、B県では心拍検査、腹囲などで、超音波検査は毎回ではないが受けた、採血はなかった。A市では、採血もあったという。産前検査の費用は、超音波検査を受けると200元くらい、そうでないと十数元しかかからない。出生前検査については、近年出産した人はダウン症の検査（母体血清マーカー検査）をしており、みな大変積極的である。A市の女性には、NIPTを受けている人も3人いて、1300元と高価だった。

B県の女性は出産準備教室などはなかったというが、A市の女性には参加していた人、ネットのグループチャットで充分だと思ったので行かなかったという人などがいる。

2)出産と産後（哺育）

B県の女性は、W02は剃毛浣腸はなかったといい、W03は、剃毛は入院時にやったが浣腸はなかったという。W04は剃毛も浣腸もあったといい、まちまちである。会陰切開はなかったが、自然裂傷が大変で縫うのに数時間かかったのはW01である。W02の第一子とW04の時も少し自然裂傷があったという。

帝王切開は多くて、A市のインタビューイは全員、B県のインタビューイも3人が帝王切開を経験していた。初めから予定して希望帝王切開をしたのはW07とW05の第二子で、W05は当時の一人っ子政策の規定で産後に卵管結紮の手術をしなくてはならないので帝王切開にした、という。また、W03、W06は出産に時間がかかって自分で帝王切開を希望した。W08、W09、W10は自然分娩のつもりだったが、途中で医学的必要で帝王切開になったという。A市の病院では、自然分娩だと「導楽」を頼む人が多いが、帝王切開では関係ない。全員、担当したのは女医だった。

入院日数は、自然出産だった B 県の W04 は三日間で入院費は 2000 元、W05 の第一子の時は出血が多くて 8 日間入院で 3000 元だった。帝王切開では入院日数は 5 日～二週間と幅がある。入院費用は、B 県の W05 の第二子（帝王切開）は 7500 円で農民医療保険で 500 元もどった。A 市では、1 万円～2 万円かかるが、保険の払い戻しもかなりあり、人によるが、数千元から一万元の人もあった。

A 市の女性は、退院後「月子中心（産後の養生センター）」で一カ月（一人は二ヶ月）過ごしたり、自宅に戻ってからも「月嫂」（産後の世話専門の家政婦）を雇ったりする。一カ月に「月子中心」は 3～4 万円、「月嫂」は一万元くらい。ここぞとばかりにお金をかけて少ない子供を産んでいる。

3) 避妊・家族計画および人工妊娠中絶について

妊娠中絶をしたことのある人は大変多く、B 県では 5 人のうち 4 人が経験しており複数回の人もいる。以前は一人っ子政策が厳しく、第二子を出産できる場合も出産間隔を空けなくてはならないので、中絶せざるを得ない場合が少なくなかった。病院以外に鎮の衛生院や婦幼保健院でも中絶できて、薬代として 100 元払ったりする。A 市では、妊娠初期の自然流産の経験者が二人いるが、妊娠中絶の話は聞かれなかった。

子供の性別は関係ないという人もいるが、B 県では、年寄りがどうしても男の跡継ぎを望み超音波検査で男女を確認して性別選択的中絶をさせることもある、という。産まれたのが女の子だったら養子に出すことも行われていた。A 市では性別選好については聞かれなかった。

4) 不妊への対処と第三者が関わる生殖技術・養子縁組について

B 県では、もし自分で産めなかったら、養子をもらおうと考える人が多い。インタビューの中には、自分自身が養子で養父母が良くしてくれたので養子に抵抗はない、という人もいて、養子は身近な話だった。A 市の女性は、もし不妊症なら子供なしでもいい、といい、親もそれで構わない、と言ってくれる人もいるという。

出生前検査の結果、もし子供に障害があれば、皆きっぱりと産まないと言う。障害児を生まないために高価でも積極的に出生前検査を受ける、という人もいた。

(5) 知見・考察

以上、インタビューの概略を報告した。いくつか、気がついた点を挙げておこう。

第一に、近年の病院出産の環境が急激に変化していることである。中国では 2004 年に自宅出産ができなくなり、農村部でも必ず医師のいる病院で出産することになった。その前の時期の 1990 年代、中国の医療機関は以前の社会主義時代のシステムが崩れて混乱していた。一方で市場化、商業化が進んで、良い収入になる帝王切開の比率も大変高くなり、農村部では 50%を超えているところも多かった。今回、「愛嬰病院」に向かって各病院が努力し、分

娩姿勢の自由化、剃毛浣腸をしない、会陰切開の減少などの変化が見え、帝王切開も 90 年代よりはいったん減少したということだった（ただしこの 2 年ほどは一人っ子政策の終了に伴う再増加があった）。母乳育児の推進も、輸入粉ミルクが大流行していた少し前から、様変わりを感じさせる。都市での「月子中心」や「月嫂」の流行のようなリプロダクションの商業化の流れは止まらないところはあるが、全体として「愛嬰病院」への努力が顕在化しているように思われた。

第二に、特に農村部で、「一人っ子政策」が終了して第二子の出産が全面的に認められるようになったことに伴う変化が見える。現在、農村部では第二子の小さなベビーブームが起きているようで（もっとも政府が期待したほどの急激な出生率の向上ではないが）、これに伴って帝王切開率が上がったり、リングの取り外しが増えたり、といったことが見える。女性たちには、第二子出産後に不妊手術をする必要がなくなったなどの変化がある。インタビューの中でも、「一人っ子政策」のために妊娠中絶せざるを得なかった話はいくつか出てきたが、今後はそのようなことは大きく減少することが期待され、特に農村女性のリプロダクティブ・ヘルスの向上が期待される。

第三に、しかし都市の女性にとっては大きな変化はないことからわかるように、都市と農村との違いは、リプロダクションの分野でも大きいことが印象的である。今回の A 市のインタビューイの女性は裕福な人が多かったが、社会が豊かになる中で、リプロダクションは人々が集中的に費用を投じる分野となっており、特に都市部での商業化が際立っており、農村部との違いも大きなものがある。

第四に、出生前検査の急速な広がりがある。一人っ子政策で「優生優育」が掲げられ、調査の前年から国家政策でダウン症の検査が無料で行われるようになったことから、政策的にこうした検査が推進されていることがわかる。女性たちも、福祉の整わない中国社会で障害児を育てるのは大変と積極的に検査を受け、障害がわかれば迷わず妊娠中絶するとい、中国社会では急速に優生的な意味で出生前検診が普及している。

II - 0 4 中華民國（台湾）

文・撮影／姚毅・小浜正子

(1) 台湾の概要

東アジアに位置し、台湾島を中心とする 77 の付属島嶼からなる。面積は九州よりやや小さい 3 万 6 千平方キロメートル、人口は約 2,359 万人（2018 年 12 月）。主要都市は台北、台中、高雄があり、人口の 98% は漢民族で、中国語、台湾語、客家語など言語を使用する。宗教信仰は仏教・道教・キリスト教などがあるが、無宗教の人も多い。名目 GDP は 5,894 億米ドル（農業 1.7%、工業 35.4%、サービス業 62.9%）、一人当たりの名目 GDP は 25,048 米ドル（2018 年、台湾行政院主計處）。主要産業は電子・電気、化学品、鉄鋼金属、機械。実質経済成長率は 2.63%、失業率は 3.716%（2018 年通年平均値、台湾行政院主計處）。三民主義



（民族独立、民権伸長、民生安定）に基づく民主共和制を実施。1987 年 7 月の戒厳令解除後、政治の自由化と民主化が急速に推進され、1996 年 3 月には初の総統直接選挙が実施される。2000 年の総統選では民進党の陳水扁が当選し、二期 8 年間民進党政権が続いたが、2008 年の総統選では国民党の馬英九が当選し、二期 8 年間国民党政権が続いた。2016 年 1 月 16 日に民進党の蔡英文が総統に当選され、初の女性総統が誕生。

20 世紀後半に台湾は急速な経済成長及び工業化を経験し、現在では先進国である。台湾はアジア四小龍の一角であり、WTO 及び APEC 加盟地域である。言論の自由、報道の自由、医療、公教育、経済的自由、男女平等、人間開発の観点から上位に順位付けされ、また世界で最も裕福な国トップ 20 に入る裕福な地域である。

台湾の歴史は非常に複雑であり、以下の幾つかの時期に分けられる。オランダ占拠時代（1624 年-1662 年）、明朝鄭成功統治時代（1662 年-1683 年）、満清支配時代（1683 年-1895 年）、日本統治時代（1895 年-1945 年）、中華民國統治時代（1945 年-現在）。中華民國統治時代はさらに南京国民政府（1945 年-1949 年）、台湾国民政府（1949 年-1996 年）、民主化後（1996 年-現在）に分けられる。

2018 年の出生数（No. of Births）181,601 人、粗出生率（Crude Birth Rate）7.70%、粗死亡率（Crude Death Rate）7.33%、自然増加率（Increase Rate）0.37%（中華民國統計資訊網、内政部戸政司）。合計特殊出生率（Total Fertility Rate）1.175‰（2015 年統計）。平均

寿命は 80.20 歳（男性：77.01 歳、女性：83.62 歳）（2015 年統計）。初産時平均年齢は 30.6 歳（2015 年統計）。

（2）調査地概要

A 市（近隣都市を含む）：台湾島の北に位置する大都市。

B 市：台湾島の南に位置する大都市。

（3）医療制度およびプロダクション分野関連の制度

台湾は全国民の医療保険制度を完備する目的で、1995 年からユニバーサルヘルスケア制度全民健康保険（National Health Insurance、略称健保）が実現、行政院衛生福利部が管轄する。以下に述べるように医療資格も整備されている。

○医師資格

医師になるには医師国家試験に合格し医師免許を受けなければならない。台湾の「醫師法」は 1943 年 8 月公布の中華民国の「醫師法」（40 条）を元に、幾度修正を経て現在に至る。現在は 2012 年に修正した「醫師法」を使用。医師になるには、7 年間（5 年学習＋2 年研修）を勉強して卒業後専門を選び、国家医師試験を受けて専門科を決め専門医になる。開業医になるには、さらに 4 年間住院医師（病院勤務）を経る。

○助産師資格

2003 年「助産人員法」を改正、助産師或は助産士の名称がある。助産師資格取得には、三つ方法がある。①中学卒業後 5 年専科の学校で勉強し卒業後 4 年技職教育を経る。②2 年看護教育＋2 年助産専科の学習。③4 年制大学卒業してさらに 2 年間研究所で学習（修士）。今は殆ど③が主流になっている。どれも終了後国家試験を受けて初めて資格を取得できる。職務範囲は、助産、産前検査及び保健指導、産後検査及び保健指導、新生児保健指導、生育指導、浣腸、導尿、会陰縫合及び産後子宮収縮剤の注射もできる。助産師の養成に力を入れ、助産師資格を持つものは助産できるが、病院では「助産師」という枠がない（産科医師の助手になるのは護理師（看護＋助産）である）というジレンマある。助産師の就職先は、病院の護理師になるか、産後養生センター（収入は護理師の三倍も）で働くかになり、最近個人助産所を開業する人も少なくない。

2016 年 1 月、53055 人が助産士証書、673 人が助産師証書を有し、204 人が開業登記を行った。25 の助産所があり、助産師による助産の比率は 0.1%（『民報』）。

○助産教育と助産師資格の変遷

助産教育及び助産師資格・職能の変化は激しい、以下はその変遷を時系列で纏める。

1964 年実施の家族計画では、子宮内避妊リングが医師しかできないと規定。

1983 年衛生署行政命令『助産士法』を反して、「助産者は病院で医師の指導の下で助産しなければならない」と規定。つまり正常産でも医師の助手しかできなくなる。

1991 年 教育部は助産教育を廃止。8 年後再開。

1992 年 各公立病院の助産師枠が取り消される。

1995 年 「全民健康保険」を実施、保険契約から助産師を廃除。9 ヶ月後、保険適用になったが、給付は医師の四分の三のみ。

1999 年 「助産者は病院で医師の指導の下で助産しなければならない」という 1983 年の規定を廃止。

2003 年 「助産人員法」を改正、今に至る。

以上のように、開業助産所では、一部の保険を使えない、出生証明書を発行できない、病院の助産看護一本化などの政策により、出産の病院化が進められた。それとともに帝王切開率も高くなる。帝王切開率は 2014 年 36.2%、2015 年 35.9%と高い（行政院）。

○台湾における生殖補助医療に関する法規制

1985 年に体外受精が成功し、2002 年には不妊治療できる医療機関が 70-80 カ所ある。生殖補助医療に関する法規制は以下の通りである。

1986 年、衛生署「人工生殖技術倫理指導綱領」(Ethical Guidelines for Practicing ARTs)を公布。

1994 年、衛生署「人工協助生殖技術管理辦法」(Regulations Governing ARTs)を実施。

2007 年、立法院は「人工生殖法」(Human Reproduction Law)を採決。

以上の諸法によって、代理出産は禁止されるが、精子卵子による第三者生殖医療は認められる。「人工生殖法」は、第三者生殖医療を非営利としながら栄養費の名目(卵子:NT\$50,000-100,000、精子:NT\$4,000-NT\$8,000)での金銭的媒介を合法的とした。卵子精子提供者は匿名、ドナーの年齢は、男性 20-50 歳、女性 20-40 歳と制限、配偶子の利用は厳格に(ドナーの回数限定など)。提供者の 4 親等以内の者には提供できない。独身女性や同性カップルは利用権から排除される。台湾では、国境を超えた第三者生殖医療は盛んで、日本人カップルに卵子提供を提供する生殖補助医療センターは 77 箇所中 13 箇所; 2014 年から 16 年の間、177 人の女性がセンターを訪れ、96 人が妊娠、110 人の子どもが誕生したという。

不妊治療は主に自費。2015 年より低収入者に補助金を給付し、毎年 10 万台湾元を上限とする。『刑法』に墮胎罪があるが、『優生保健法』(1999 年)により、妊娠或は分娩によって心身の健康を害し、家庭生活に影響を及ぼす場合は墮胎可とした。男児選好社会のため、性別を告げるのが禁止される(衛生署、2012 年)。

産前検査は、10 回までの基本的検査を無料で受けられる。以下の項目は規定の検査項目以外の自費検査項目である: ダウン症 (NIPT、NT 検査: 頸部透明帯、母体血清マーカー検

査：四指標母血唐氏症篩檢、羊水検査、NIPT：Nifty(Non-Invasive-Fetal-Trisomy Test)、)；
 遺伝性病気：脊髄性肌肉萎縮症(SMA)；超音波：高層次超音波、4D 立体超音波；その他の
 妊娠糖尿病、乙型鏈球菌など。

家族計画は、1964 年から米国の援助のもとで始まり、子宮内避妊具「楽普」(Lippes Loop：
 非薬物付加 IUD) を強力に推し進められ、出生率は一気に下がった経緯がある。

(4) 医療者インタビュー概要

台湾の医療者インタビュー協力者概要

TM1	A 市	助産師	女性	助産界のリーダー的存在、元大学教授
TD1	A 市	産婦人科医師	男性	私立病院勤務、産婦人科主任
TMX1	A 市	助産師	女性	私立病院勤務
TD2	A 市以外の中南部にも	勤務 産婦人科医師	男性	私立病院勤務、主治医師
TM2	A 市	助産師	女性	開業助産所を経営・運営
TM3	B 市	助産師	女性	助産所を経営、評判がいい
TD3	B 市	産婦人科医師	男性	私立病院勤務、産科の主任

調査結果概要

今回インタビューした医師は三人とも男性で、私立病院に勤務している。TD2 は A 市以外に台湾中南部や東部にも勤務経験があり、助産師制度を理解し、応援している数少ない男性産科医師である。助産師 TM1 は長年助産に携わっており、大学の元教授でもあり、助産界のリーダー的人物である。TM2 は若い世代の開業助産師であるのに対して、TM3 は凄腕の年長の開業助産師である。TM1、TM2、TM3 の 3 人の外に TD1 と同じ病院に勤める TMX1 (データは不完全なため正式なインタビュー人数に入れなかった) にもインタビューした。病院勤務の助産師が少ない中で、TMX1 は貴重なインタビューになり参考になる。今回の調査で分かったことの一つは、台湾の医師と助産師の間に競争的緊張関係がはっきり表れていることだ。例えば、TM2 は次のように語った：「病院の助産師になりたくないのは、医師が助産師のことを何も知らない、だから助産師に任せられない。助産師は自然分娩を推奨し、介入しない、待つのみ。病院は効率を求める、リスクを低減する策を考える、あるいは出産を促進するなど、やり方が本当に違う。助産師が時間とコストの浪費と医師は思っている。今は前より良くなり、助産師を受け入れる病院も現れ始めた。でも助産を完全に助産師に任せることができたのは 3 病院のみ」。TM1、TMX1、TD2 も同じ見方をしている。

妊婦健診と出生前検査

正常産なら 3 日、帝王切開なら 5 日間で退院、その費用と規定項目の産前検査 (妊婦健診) 10 回の費用は、全て国民保健でカバーできる。羊水検査も補助金があり、2 回受けられる。帝王切開は医学的理由なら、保険適用するが、個人的な理由なら自費である (TM1)。

産前検査の主な項目は血液検査、尿検査、超音波検査など。NIPT 検査率は非常に高い。「羊水検査は 8-9 千円、政府補助 4-5 千、自己負担 3-4 千。政策的に進歩したと言っているが、実費が増加した。多くの検査、高血圧、NIPT、羊水検査などを進め、危機意識を持たせる医師がいる (TD2)。「産前検査の内容は、伝染病、遺伝性疾病、ダウン症、エイズ、梅毒、B 型肝炎など。採血だけで済む海洋性貧血 (thalassemia) 検査はよくやる。検査内容はよく妊婦と話して決める。例えば、ダウン症なら、四指標のダウン症検査(クアトロマーカ―検査)と NIPT とがある、正確率と費用などを提示して選ばせる。35 歳高齢産婦あるいはダウン症検査で異常がある場合は、羊水検査あるいは NIPT 検査を受けさせる。34 歳以下は、四指標、羊水検査、NIPT がある。羊水検査は 6000 円の補助金がある。私が担当する妊婦は 9 割が受けている。妊娠初期に重い障害がわかった場合は妊娠を中止させる。ダウン症は 95%妊娠中絶する。信仰のある人はどんな障害でも産む人がある」(TD2)。

出産と産後

分娩の姿勢は、病院では仰臥位産しかさせない (TD2)。帝王切開率が非常に高かったため、問題になり、今は割合が下がりつつある。出産の医療化に対する病院の姿勢はかなり異なる。TD1 の勤める病院は、割と自然分娩を推奨している。「産婦の帝王切開の要求は、特別な理由、医学上の理由がなければ、普通は応じない。ここの帝王切開率は低く、27%。無痛分娩は 20 分の 1 もない。会陰切開は 50%前後」(TD1)。TD3 は安全性を重視しているように見える。「帝王切開は 35-40%。第一子は帝王切開の場合は第二子も帝王切開を勧める。胎児位置異常や胎児が大きい場合が多い」(TD3)。

帝王切開率が高い原因について TD2 はこう語ってくれた。「私の勤めている病院の帝王切開率は、1989 年は 28%、今は 33%、高い時は 35%。以前は、帝王切開は高かった。無痛分娩 6000 円、さらに麻酔も費用がされる、これは帝王切開が高い原因の一つになる。政府は 10 年前から自然出産と帝王切開の費用の差を縮小し、帝王切開も減少した。女性が痛みを嫌がって帝王切開を選んだと言っているが、これは正しくない！以前自然分娩が 2 万、帝王切開が 7 万、差額が 5 万もあった。医師が収入を増やしたいので、帝王切開も当然高くなる (TD2)。産婦が積極的に帝王切開を選んだのは誤解だという認識は、研究者の研究結果 (呉嘉苓) の外に、今回のインタビュー TM1 も語ってくれた。「一般的には、医師は産婦の帝王切開要求に応じるが、応じない医師もいる。占いやスタイル保持のために帝王切開を要求する女性もいるが、しかし、あれは帝王切開がすでに決まっていたケースです。占いのために帝王切開した、と言うことではない、誤解してはならない」(TM1)。

死産の胎児の処置については、一般的に業者に委託する。「流産死産の処置は胎児の大きさを見る。妊娠 5 週以内なら血液と一緒に処理し捨てる。分娩した場合は、病院に任せるか持ち帰るか産婦の意見を聞く。胎盤は捨てることができないので、委託会社に渡す。以前のやり方は持ち帰りだった。台湾の業者は密かに売り渡すことはできない。罰せられるから」

(TMX1)。

避妊、予定外の妊娠と不妊への対処

大病院はあまり中絶をやりたくないが、『優生保健法』があるが、これが形式上で、ほぼ中絶できる」(TM1)。「ダウン症など遺伝的な病気を見つけたら、医師が産婦に知らせ、決めてもらう」(TM1)。「もし産前検査で遺伝上の問題を見つけたら、殆ど中絶する。医師が中絶を勧める。今は患者に任せるとなったが。墮胎は大きな病院がやりたくない。利益の問題もあり、プライバシーの問題もある。墮胎の理由は、経済的理由もあるが、婚外子、不名誉な妊娠、年齢が若すぎる(13-14歳)、性暴力などあり、最も多いのは避妊の失敗だ(TD2)。「台湾では、家族計画をする必要がない。産後の避妊指導があり、医師、看護師、助産師ができる。IUDは少ない、一般的には、経口避妊薬、コンドーム、後は永久性不妊手術。経口避妊薬は輸入が多い」(TMX1)。

台湾の開業助産所

「助産所では採血検査はできないので、産婦を何回か病院に行かせている。私たちのできることはとっても簡単で、血圧測定、児心拍確認、体重測定、むくみのチェック、子宮底長、腹囲の測定、体重の増加具合を見て栄養指導などである。超音波検査はまずはやらない。分娩の時も陣痛誘発剤や陣痛促進剤などの薬物は使用しない。産後の子宮収縮薬は使用できる。会陰切開はできるが、やむを得ずの状況でないとしない」(TM2)。

また「台湾の制度は、勤務病院以外に、自分の個人診療所を開設することができ、担当の産婦の産前産後検査を診療所に受けさせる場合が多い。またほかの病院と契約して執刀時だけ行くということもできる」(TD3)

(5) 女性インタビュー概要

ID	地域	子の人数、年齢、性別	家族構成	年齢	職業	本人学歴	出産(年長から順に)	産後養生
TW1	A市近郊	2人。長男2015年、次男2017年	夫の家族10人	1989	主婦	大卒	病院(助産師の介護で)	長男は姑、次男は月嫂
TW2	A市近郊	1人、男。2017年	姑と夫婦3人	1988	獣医	五年制専科	病院	病院から実家、母が世話
TW3	A市	2人、長女2010年、長男2011年	姑、夫婦、子の5人	1979	研究員	博士	病院。二人とも帝王切開	長女は出前の月子餐。長男は母
TW4	A市	2人、長女	姑、夫	1982	米在	修士	同じ病院	長女は、母、

		2015年、次女 2017年	婦、子5人		台協会			次女は、月嫂
TW5	A市	2人、長男 2013年、長女 2017年	夫婦、二人の子の4人	1982	フリーライター	大卒	2人とも自宅出産	自分で世話
TW6	A市	1人、長男 2016年。今二番目を妊娠中	夫婦と子の3人	1986	専業主婦	大卒	自宅出産。二番目妊娠中、自宅出産の予定	実家に住んでいるが、夫の両親が来てくれた
TW7	A市	1人、女。 2012年	娘と二人。夫は単身赴任	1979	専業主婦	修士	病院	父の同僚の妻を依頼
TW8	B市近郊	3人。長男 2013年、次男 2015年、娘 2017年	夫婦と3人の子5人	1988	専業主婦	大卒	長男と次男は病院、長女は自宅出産	長男は病院内の月子中心。次男は家で月子餐を頼み、使用人を雇った。娘は月嫂
TW9	B市	1女。2017年	姑、夫婦、子供の4人	1981	高校教師	修士	自宅出産	最初は家族。その後年配のおばさん
TW10	B市	2人。長男 2015年、長女 2017年	舅姑、夫婦と子の6人	1980	看護師	大卒	2人とも自分の勤める病院	実家。一日155元の月子餐
TWX1	A市	2女。長女 1988年、次女 1997年	夫婦と次女の3人	1958	研究員	博士	2人とも病院	姑が世話。一ヶ月後保母
TWX2	A市近郊	2男、双子。 1989年	夫婦と長男	1960	NGO	修士	病院。双子。帝王切開	助産師の母が世話

台湾の女性インタビュー協力者概要

1)結婚から妊娠（妊婦健診、教育や指導、出生前検査）

A市とB市の状況はあまり違いがない。インタビューはほとんど高学歴で、教育水準

が高く、結婚・子作りはほとんど計画的で（TW2 と TW7 はいわゆるできちゃった婚）、流産経験があったのは二人のみだ。保険範囲内（10回は無料）の産前検査を受ける人が多いが、TW9 だけが漢方医の指示で 3~4 回しか受けなかった。妊娠が確認されると「ママ手帳」（母子健康手帳）が渡される。検診の内容は血液検査、尿検査、血圧、脈拍、超音波検査など。台湾では、大病院の医師が自分の診療所を持つことができ、産前検査は一般的に診療所で受ける。「医師は勤めている病院で数回の当直だけ、大部分の時間は外の診療所にいる。これは合法的で、資源の合理利用である。小さな検査は診療所で、大きな検査は大病院で受けるのは一般的である」（TW3）。「産前検査は小さな診療所で行うのが多い。診療所はなんでも気遣ってくれるし、なんでも答えてくれる。設備も新しい、様々なサービスもある。これが診療所の生存戦略で、ママたちにも歓迎されている。分娩は大きな病院で、リスク対応が完備しているから。医師は 24 時間対応している」（TW4）。「大病院は 2-3 時間以上を待たなければならないが、診療所はすぐできる」（TW8）。

台湾では 35 歳以上は高齢産婦とされ、ダウン症の検査を勧められる。NIPT、羊水検査を進んで受けた人が多い。遺伝的な病気を見つけたら、ほとんどが中絶する。「保険範囲内の検査以外に、医師は何も言わなかったが、私は自分の意思で NIPT を受けた。とっても高かった。子供の将来が心配だったから」（TW2）。「二番目は、蠶豆症、つまり G-6-PD 欠乏症という遺伝性病気がある。後に検血してわかったことですが、実は私がこういう遺伝を持っている。生活には大きな影響がないが、とってもショック、自責感がいっぱい。もし羊水検査をして、重い病気だったら、中絶すると思う」（TW4）。

「胎児に障害があったら、必ず中絶したと思う」（TW5）。「計画外妊娠したら、産むと思う。もし産前検査で胎児に異常があったら、医師の意見に従う。地中海貧血（サラセミア）なら受け入れられる、手足がない場合は医師も産ませない。兔唇（口唇口蓋裂）は OK」（TW8）。

厳格な仏教徒である TW3 は、ダウン症検査を受けたくなかったが、医師と家族に強く勧められたという。「羊水検査は受けなかったが、自分の意思でダウン症検査の NIPT を受けた。しかし、これは優生的処置のためではなかった。私は仏教徒なので、異常でも産みます。仏教徒にとって、どんな子も運命。運命を受け入れなければならない。法律ではないが、35 歳以上は必ず羊水検査などを受けなければならない。医師が強く勧める、半強制的にね。90%以上の妊婦は受けている。私の時は、医師も家の人も勧められ、医師との関係も維持しなければならないので、やむを得ず妥協して検査を受けた。だから 7-8 月の時に検査したのだ」（TW3）。実際 34 歳に妊娠した人が高齢産婦と見なされる。「満 34 歳から高齢産婦、なので、羊水検査に勧められ、受けた」（TW4）。

2) 出産と産後（哺育）

出産の場所は病院が主流。近年開業助産師による自宅出産が少し増えてきている。今回の調査で 12 人 21 回の出産の内、16 人は病院、5 人は自宅出産の結果だったが、実際自宅出

産は1%にも満たない。病院出産の姿勢は一律仰臥位産であるが、自宅出産では好きなポーズで出産でき、家族友人の立ち合いもできるので、出産をライフスタイルと考えている人の中では次第に人気を集めている。病院出産のルーティーンとしては、剃毛したが、浣腸しなかった人も居れば(TW2)、剃毛、浣腸、陣痛促進剤、会陰切開などがなかった(TW1)人も居る。「会陰切開は、両方ともあった」(TW4)、「剃毛、浣腸がなかったが、血管確保の措置を取った」(TW10)。陣痛誘発剤と陣痛促進剤はよく使われている。医師の勧める場合と痛いのが嫌で自ら要求する人もいる。費用はみな自費。無痛分娩は8千元。

産後の養生は昔ながら大事にされてきたこともあって、今回はそれについては詳しく聞いた結果、今でも大事にされていて、お金を惜しまずに行っていたことを確認した。方式は様々だ。伝統的な舅姑あるいは実家の親など家族によるケア以外に、出産と同じ病院に附設している「月子中心＝産後養生センター」や民間経営の「月子中心」、自宅に帰って産後ケアの専門者である「月嫂」の住み込みによるケア、あるいは普通の保母さんをパートタイムで雇う、さらに「出前料理＝月子料理」だけを頼むなど様々なやり方が見られる。

費用も多岐に渡る。いくつかの例を見よう。「出前の月子餐を頼んだ。月子餐は毎日杜仲、生化湯など薬膳がメイン。枸杞は必ず入れる。帝王切開だったので、麻油鶏を食べることができない。一ヶ月およそ一万元」(TW3)。「長男の時は病院内の月子中心で過ごした。5部屋しかなかったので運がよかった。次男の場合は部屋がなかったので、家で月子餐を頼みさらに使用人を雇った。月子中心は30日で9万元、食事費7万元、全部で17万元。次男の月子餐は同じ会社で、使用人は一ヶ月4万元。娘の時は家で月嫂が世話した。一日9時間、30日で5.8万元。その他月子水も高い、毎月8千元くらい」(TW8)。「年配のおばさんをお願いした。一日2時間、20日、一万元」(TW9)。「月嫂でなく、一日155元の月子餐を頼んだ」(TW10)。

子供の保育については、産後一ヶ月までは専門者あるいは親などの手を借りて子供のケアをしてもらったが、一ヶ月後に退職して自分で世話する人が多かった。台湾では3歳から幼稚園に入ることができるが、三歳になる前には、色々な保育ケースがある。0歳からの保育所や、個人経営の自宅保育所もある。「月子が終わると、子供は保母さんに預けた。台湾では一般的に保母さんの家に預ける。母乳を絞って持って行く。保母は2歳以下の子を二人しか見られない。一日10時間、一ヶ月18000元。これは規定の価格で。職業婦人の利用者が多い。家で保母を雇うのは高すぎる。座月子は月嫂を雇って、終わったら子供を保母の家に預ける」場合が多いという(TW3)。「子供は満3歳半の時、幼稚園に通った。私立幼稚園で、一ヶ月18000元。一般的には9時から4時半まで」(TW7)。

3) 避妊・家族計画および人工妊娠中絶について

子供を持つ計画と避妊については、台湾ではよく夫婦で話をして決められている。10人の内中絶経験者はなかった。男児選好の傾向は伝統的にあったが、今回の調査では特に見られなかった。中絶に対する忌避は少ない。特に妊娠中にダウン症などの障害が判ったら、躊躇

踏うことなく中絶すると話す人が多かった。厳格な仏教徒一人だけが如何なる場合も中絶しないと語ってくれた (TW3)。

4) 不妊への対処と第三者が関わる生殖技術・養子縁組について

自身あるいは周りの人の不妊治療や養子について聞いた結果は以下の通りである。

「もし分かっていたら妊娠せず、養子をしたかもしれない。人工生殖も支持しない。減胎減胚も殺生だから。台湾では一回で 7 個の受精胚を移植したこともあった。今の立法では二個と規定したが。友人が不妊のため、人工生殖で 2 人産んだ」(TW3)。

「結婚後 3 年たっても妊娠しなかったので、西洋医師の検査を受けた。医師は私が子供を産めないで、体外受精を薦めた。辞職して、家庭環境が変化したかもしれませんが、なんと意外に妊娠した！人工生殖を考えなかった、妊娠しなかったら、これも天の意思なので、諦めと思った。養子も考えたが、台湾社会は難しい。里親が何か問題起こし、子供を傷つけるなどが心配され、手続きが難しい。第一子から四年たっても妊娠しなかったので、養子を貰おうと思ったら、また妊娠した！二番目は私の姓にした。人工生殖をしたくないのは、子供には両親が必要、しかし両親がない子がたくさんいるのに、わざわざ人工生殖で子を持つより、これらの両親のない子の親になったほうがいいと思ったからだ。自分の血筋が大事ではない」(TW5)。

TW9 が壮絶な不妊治療経験を語ってくれ、印象深かった。彼女の場合は、結婚後三年経っても妊娠できず、様々な治療を受けたが、台北にある指南宮（道教の寺院）の漢方医の治療を受けるようになった。衣食起居なんでも漢方医の指示に従い、毎日とにかく全てひたすら何の味付けもしないジャガイモを食べる。そのほかに週に 2 回山登り、漢方医の助手のマッサージを受け、妊娠した。漢方医が妊娠中・妊娠後の養生から出産に至るまで全て細かく指示した。高齢出産でも病院でなく自宅出産を指示し、自宅出産できる助産師を探した。「産後の養生も全部漢方医の指示に従う。食べ物はジャガイモと豆苗だけ。椎茸や昆布など一緒に煮る。味付けは一切ない。産後検診とか赤ん坊の検診とか受けていない。麻疹予防もしていない。麻疹は体の毒を出させ、丈夫な体作りに役立つので、麻疹の発症を待つというのだ」。姑は大概支持してくれたが、麻疹の予防接種については「姑の考えとは違った」という。

(5) 知見・考察

以上インタビューを整理して報告した。今まで述べてきた示唆を改めて纏める。

①均質性。台湾では都市農村関係なく、妊娠出産、生殖医療に関する制度が整っていて、国民皆保険が全国に普及していた。今回インタビューした女性は教育水準、学歴が高く、妊娠出産に対して自意識が高い。産前検診をきちんと受けていて、病院出産率が高い。ダウン症、遺伝性の疾病の受検率が高い。35 歳以上の高齢産婦には遺伝性疾病の検診が勧められ、補助金も出ていて、妊産婦も進んで受けている。

②医師と助産師の間に緊張関係が見られる。医師の権威・覇権を守るため、現状維持、助産師の活用を阻もうとしている、とインタビューした医師や助産師が認識している。その原因を創ったのは政府の政策である。TMX1 が以下のように語っている：「助産師ライセンスを持っている人は多い。しかし midwife の仕事がない。台湾の法律は、助産師が医師の監督なくでも助産できる。助産師による助産ができないのは、歴史的原因で、法律ではない。以前助産師による助産は戸籍登録できない、保険が適用にならないから、皆が病院で出産するようになった。今は、こういう制限が全部撤回されたが、問題は病院出産がすでに定着し、モデルになった。人びとが医師に慣れているから、助産師の所に行かない。30 年余りの断層があった。Pathway がないので、助産師は以前の状態に回復することが難しい」。このように台湾では、病院で医師による助産を移行するため、医師の助手を護理師（看護助産師）にし、助産師による助産は、戸籍登録できない、保険が適用されない、と助産師の業務を制限した。さらに 10 年の間、助産教育も行わなかった。2014 年から政府は助産師を活用するように政策転換したが、効果が薄い。

③若い開業助産師が頑張っている。以上のような歴史があって、今台湾の助産師が増えたが、就職は難しい状態である。理想は病院で助産師の役割をしっかりと発揮してほしい。だが現状では卒業生は、病院の護理師になるか、産後養生センター（収入は護理師の三倍も）で就職するか、少数ではあるが助産所を経営し、自宅出産を提唱する。助産師の個人開業は、医療設備、病院・医師の協力契約が必要だが、割と簡単にクリアできる。業務は助産がほんの一部のみで、ほとんどが妊婦の検診や出産時の付き添い、アドバイス、ママ教室などである。

④産後の養生と子供の保育は多種多様。産後の養生は今でも大変重視されている。産後の養生は舅姑や自分の両親の介護という伝統的スタイル以外に、産後養生センター、「月嫂」とう専門家、お手伝いさんや出前料理の依頼など実に選択肢が多い。出産して一ヶ月の養生後、専業主婦になる人が多いが、職業を継続している女性は、親に手伝って貰うか、手伝いを雇うか、保母さんの家で預かってもらうか、多様な形態の保育が見られる。

⑤胎児に遺伝性の病気があると判ったら、ほとんど中絶する。養子をとるのが難しいのでほとんど見られない。

参考文献

吳嘉苓「産科医生遇上迷信婦女？台湾高剖腹產率論述的性別、知識與權力」『性、政治與主体形構』台北：麦田、2000 年

鐘淑姬『從妊產婦名簿到助產所：台湾（新竹）助産士的歷史研究（1920～1970）』花木蘭文化出版社、2014 年

諶淑婷『迎向溫柔生產之路：母嬰合力，伴侶陪同，一起跳首慢舞』本事出版社、2017 年。

黃筱珮「溫柔革命／衛福部推醫師助産師共照計畫 滿度意 99%卻僅有 1 家在做」(台湾『民報』2016.12.23

郭素珍「台湾護理一助產業務的变革」『護理雜誌』56卷2期、2009年4月、75-80頁。

台湾行政院主計處 <https://www.dgbas.gov.tw/mp.asp?mp=1>

中華民國統計資訊網、内政部戶政司 <https://www.ris.gov.tw/app/portal>

国家發展委員會 https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72

II-05 フィリピン共和国（フィリピン）

文・撮影／白井千晶

（1）国の概要

東南アジアの南部に位置する島国で国土は日本の約8割、約7,000の島から成る。気候は熱帯海洋性。人口は約1億98万人である（2015年フィリピン国勢調査）。立憲共和制で、地方（Region）は17、州（Province）は81ある。首都はマニラで、首都圏人口は約1,288万人（2015年フィリピン国勢調査）。民族はマレー系が主体で、ほかに中国系、スペイン系及びこれらとの混血並びに少数民族がいる。主要民族はマレー系のタガログ族で、タガログ語を母語とする人口は全体の24.4%を占める（2010年フィリピン国勢調査）。国語はフィリピン語（タガログ語を基礎にした人工言語）、公用語はフィリピン語と英語。80前後の言語がある。ASEAN唯一のキリスト教国で、国民の83%がカトリック、その他のキリスト教が10%、イスラム教は5%である（ミンダナオではイスラム教徒が人口の2割以上）。



ASEAN 唯一のキリスト教国で、国民の83%がカトリック、その他のキリスト教が10%、イスラム教は5%である（ミンダナオではイスラム教徒が人口の2割以上）。

主要産業は農林水産業で、全就業人口の22%が従事している（2019年1月）。一人当たりGDP 3,104（米ドル、2018年、IMF）、経済成長率は6.2%（2018年、IMF）。中間所得層（世帯所得5,000～34,999US\$）の割合が2000年の43.8%から、2017年に65%まで上昇した。特に、上位の中間所得層（10,000～34,999US\$）の割合が増加している（経済産業省2019年3月医療国際展開カントリーレポート）。

1571年からスペインが統治、1898年から米国が統治、1942年に日本軍政開始、1946年にフィリピン共和国として独立した。（出典：外務省、経済産業省）

（2）調査地概要

A市：ルソン島、国内有数の大都市（都市圏のためA市近郊の市も含む）

B町：ルソン島のケソン州（ルソン島中部）にある海に面した町。マニラから陸続きで南東に約180キロ、車で4時間程度である。2015年の統計で人口63,000人あまりで、主な産業は漁業と農業である。

（3）医療制度およびリプロダクション分野関連の制度



A 市中心部と郊外



B 町中心街

フィルヘルス（PhilHealth）という保険制度（Philippine Health Insurance Corporation：PHIC：フィリピン健康保険公社）が1995年に開始され、企業が従事者の保険料を半額負担している。経済産業省資料では、加入率は92%（2015年12月時点）で、公的医療機関と、指定された民間医療機関では、外来給付、入院給付、高額療養費給付がある（限度額以上は自己負担）。PhilHealth加入者であれば、正常分娩ならマタニティパッケージで全額償還される。非加入で貧困な場合、ソーシャルワーカーに相談して社会福祉省の審査が通れば、救済措置でカバーされる（自然分娩で4回まで）。疾病もフィルヘルスでカバーされる。

医療者は、医師になるには、4年制大学卒業後に国家試験 NMAT(National Medical Admission Test)を受検し、その点数により各専門職大学院(4年制)に合格する。その4年目にインターンシップがあり、卒業後に国家試験がある。合格後にポストグラデュエートインターンシップ、各科レジデンシーに進む。Board Certification Examinationに合格することにより、各科の一般医になる。数年のフェローシップ研修後に Subspecialty Certification Board Examinationに合格すると専門医になる。公的医療機関と民間医療機関の間で転職やアルバイト等を制限する特段のルールは見当たらない。（経済産業省2019年3月「医療国際展開カントリーレポート」）。医師はオープンシステムで開業している。

助産師はダイレクトエントリーで、専門教育を2年受けて受検する国家資格。看護師の資格がある場合は、それ以外の経験を考慮して受検資格を得ることができる。助産師は産科医師の連携があれば開業可能で、正常分娩介助、ピル処方、避妊ホルモン注射、緊急時の医療処置をすることができる。異常時以外の会陰切開は禁止である。

看護師は4年制の専門教育後に国家試験を受験する。国内の公的部門の看護師従事者数は6520人だが(2015年)¹、海外に流出した看護師は5年間(2012年～2016年)で約9万人に及んでいる(厚生労働省2019年)。

医療供給システムは、DOH(Department of Health:保健省)の統括のもと、各州にヘルスセンターがあり、その下に支所(Rural Health Unit)がある。センターでは、妊婦健診、家族計画のほか、小児や高齢者、住民を対象にした保健や一次医療を提供している。また、センターの助産師が支所の助産師を統括している。支所の助産師は支所で健診するほか、支所に来ない妊婦を訪問健診している。

厚生労働省の「2018年海外情勢報告」によれば、2017年時点で医療機関は1818施設あり、そのうち保健省が管轄する国立病院が主要都市に約70カ所あり、貧困層を対象にしている。公的病院は州立病院や地区病院など州政府が管理・支弁していて、全国に476施設、これも貧困層を対象にしている。民間医療機関は比較的裕福な患者を対象にっていて、全国に1272施設(病院960、診療所312)ある(厚生労働省2019)²。民間医療機関を利用できるのは人口の約30%程度と推定されるという(経済産業省2019)。

州政府の保険局は、市町の保険事務所を統括し(全国約1500カ所)、医師、保健師、看護師、検査技師等が常駐する市町村保健所(Rural Health Unit:RHU)は2017年時点で2598カ所ある。行政の最小単位のバラングイ³には、助産師等が常駐しているバラングイ保健支所(Barangay Health Station:BHS)が全国に20241カ所あり(2017年)、バラングイ保健支所において、分娩介助、家族計画教育、避妊薬・避妊具の配布、母子保健教育、乳幼児健診、予防接種、結核治療、栄養失調児へのビタミン剤支給等の簡単な治療や保健指導が行われている(経済産業省2019,厚生労働省2019)。

政府統計によれば、熟練助産者(Skilled Birth Attendance,SBA:適切な訓練を受けた医師、看護師、助産師を指す)による出産は84%、施設出産は78%である(2017,DoH)。妊産婦死亡率、乳児死亡率、5歳未満児死亡率は高く(巻末資料参照)、「周産期に発生した病

¹ 医師3,182人、歯科医師1,922人、助産師17,649人。

² 病院リストは以下に掲載されている。

http://uhmis3.doh.gov.ph/fsmm/download/list_of_licensed_government_and_private_hospitals.pdf

³ バラングイ(barangay)とは、フィリピンにおける最小行政単位で、全国に約4万2,000カ所あり、ひとつの人口は数千人程度。日本の町内会に相当する規模であるが、自治体としての機能を有し、首長は公選制であり議会も有する(経済産業省2019)。

態」は、死亡原因の 10 位を占める（人口 10 万人対、厚生労働省 2019）。

人口政策のうち家族計画については、カソリック勢力とカソリック人口の多さから、頸管粘液法に限定されて、近代的避妊法は実施されてこなかった。しかし、人口増加率が高いため⁴、2012 年に Responsible Parenthood and Reproductive Health Act of 2012（親としての責任とリプロダクティブ・ヘルスに関する法律）が成立し、「避妊を選択する権利の保障」「母体の保護」等が定められた（厚生労働省 2019）。高校での性教育等も可能となった（学校に選択権がある）。DOH（Department of Health）の病院、産院（Lying-In）では、家族計画は PhilHealth により無償で提供される。2013 年に最高裁が執行停止命令を出したが、2014 年に施行を承認した。大統領は 2017 年に家族計画推進を宣言し、保健省は避妊具の配布など普及啓発をおこなっている。不妊手術については政府は積極的には推奨していないが合法である。また、離婚が制度的に存在しないため⁵、婚外子が多い。

人工妊娠中絶については、憲法に受胎から生命であって保護されると明記されており、例外なく非合法である（1870 年の刑法、1930 年修正刑法 256～259 条）。ただし刑法 11 条 4 により女性の生命を救うためにのみ可能である。しかし、プライベート・クリニックでの非合法の闇中絶、海外で認可されている中絶薬の密輸、薬局で販売している一般薬の過剰摂取、出店で販売されている中絶ハーブ（催経薬）、ヒロット（伝統的なマッサージ師）による手技などで健康を損なったり死亡する人も少なくないという。

出生前に超音波診断で判明した性別を伝えることに制限はないが、性選択はしてはならない。染色体異常に関する出生前検査は現在、都市部のプライベート・クリニックでは、コンバインド検査（母体血清マーカー検査と超音波画像診断による NT 検査）や羊水検査は可能だが、一般的に、染色体異常を検査するために出生前の検査をおこなうことはない。

不妊治療（生殖技術）については法律がない。カソリックの反対があるが、体外受精などの不妊治療は実施されていて、第三者が関わる生殖医療も一部でおこなわれている。

（４）医療者インタビュー概要

フィリピンの医療者インタビュー協力者概要

PHD02	A 市	産婦人科医	州立病院顧問・勤務、市立病院・私立病院勤務
PHM02	A 市	助産師	クリニック開業、薬局等経営
PHD03	A 市	産婦人科医	プライベート・クリニック院長
PHD04	A 市	産婦人科医	大学病院勤務医、クリニック経営、不妊治療専門
PHD05	A 市	産婦人科医	プライベート・クリニック院長、超音

⁴ 2010 年～2015 年の 5 年間の人口増加率は 9.36%（厚生労働省 2019）。

⁵ 婚姻無効裁判はある。

			波検査とロボ手術の専門医
PHD01	B 町	産婦人科医	地区病院契約医師
PHM01	B 町	助産師	ヘルスセンター

結果概要

A 市では、州立病院、大学病院、出産を病院のオープンシステムで扱うプライベート・クリニック、超音波診断やロボ手術に長けたプライベート・クリニック、助産師が運営・経営するマタニティ・クリニックのインタビューおよび見学をおこなった。

医師は、州立病院、私立病院、大学病院、自身が開業するプライベート・クリニックなど複数の施設で外来、手術、病棟回診、当直などの業務をしている。病院のコンサルタント（顧問）を兼務して経営に関わることも少なくない。またプライベート・クリニックを開業したり、複数のクリニックの経営に多角的に関わることもある。フィリピンの都市部にはよくあるスタイルなのだが、大病院の中にクリニックのオフィスがあり、クリニックの医師はオープンシステムで病院施設（分娩、入院、手術、検査）を使用している。自身の担当患者が病院を使用した場合は使用料や医薬品代を病院に支払い、どのクリニックにも所属していない病院患者の診察等をしたさいには項目ごとに病院からクリニック医師に支払いがあるシステムである。PHD03、PHD05 はそうしたシステムの産婦人科クリニックの院長である。

PHD02 (A 市) によれば、貧困者は伝統マッサージ師（ヒロットと呼ばれ、助産も行う）を自宅に呼ぶ。無料または食べ物等のお礼だけなど安価だが「不衛生なので病院に来てほしい」と話す。自治体は病院出産を奨励する講演をし、病院出産者には米一袋を渡すなどしている。助産師を呼ぶと 3 千～4 千ペソだそうだ（1 ペソは約 2 円、2019 年 9 月）。

ケソン州の B 町については、B 町の中心部にレベル 2⁶の地区病院が 1 カ所、RHC が 1

カ所ある（そのほか 30 床の私立病院など）。B 町から州都までは約 40 キロである。地区病院は一



上：都市部の病院 数多くの契約クリニックが入居する複合施設
右：非都市部のヘルスセンター



⁶ レベル 1 は一次医療、レベル 3 は、教育や救急を擁する最も優れた医療機関、レベル 2



左：公立病院で診察を待つ大勢の妊婦 右：公立病院の分娩室。緊急手術にも対応可能な設備がある

般医 1 名（研修医）、その他に非常勤で産婦人科医 1 名、小児科医 1 名がいる。看護師は約 20 名、助産師は約 5 名で、外来棟と病棟に分かれている。麻酔科医がいないので、手術は予約制である。RHC には医師、看護師、助産師がおり、内科、小児科、歯科、産婦人科などの保健と一次医療を担っている。当該地域では 1998 年（ヒアリングによれば）に自宅出産が禁止になり、RHC の助産師は妊婦健診をし出産は地区病院でおこなうことになった⁷。

妊婦健診と出生前検査

いわゆる母子健康手帳について、2003-2005 年に保健省、UNICEF、UNFPA（国連人口基金）が母子健康手帳を作成し、2005 年には日本の JICA が 10 万部を配布した（独立行政法人国際協力機構フィリピン事務所 2007）。B 町は州知事が母子保健施策を重点項目にして

はその中間で、ICU や NICU がある。

⁷ 保健省は母体死亡率と新生児死亡率低下のために 2008 年に行政命令を出し、施設での出産と熟練出産介助者が分娩介助することを行政命令とガイドラインで示した。2011 年のガイドライン（MNCHN）では、地方自治体の裁量とされた。ケソン市では自宅出産禁止の条例は 2012 年。医療者は医療施設でのみ分娩介助をする。TBA による分娩介助の禁止。自宅出産をした人には罰金の他、予防接種が無料できなくなるなどの罰則がある。2012 年に同様の条例を施行した地方自治体は他にもある。

中央政府と地方政府の自宅出産禁止の施策について、2013 年に女性グループ Gabriela は、貧困層は病院出産の費用を支払えないから、必要なのは自宅出産禁止条例ではなく、施設と医療者の整備であり、要件を満たせば自宅出産できるようにするべきだと反対運動をした。（<https://en.vivasalud.be/node/1077>）

PHW05 によれば、マニラでは医師、助産師、小児科医、ドゥーラが自宅に来れば自宅出産でき、実際にそうしている人がある。自宅の場合は、麻酔分娩や水中出産はできない。ブログや SNS で多くの読者をもつ芸能人や「インフルエンサー」は、病院での水中出産を書き留めて、マニラでは病院の水中出産は可能とのことだった。

いることもあってか、RHC で全員に配布され⁸、記録が記入されて活用していた。一方、A 市では、「民間病院では渡しているが、公立病院では渡していない」(PHD02)、「DOH のものを参考に独自にママブックを作成している」(PHM02)、「ミルクコードでマタニティブックとベビーブックが渡せなくなり（人工乳の会社が広告を入れて提供していたのだろう）、製薬会社が提供してくれた」(PHD03) など、様々だった。母子健康手帳配布に関する法律はなく、地方分権のため継続的に印刷、配布されているかは地方により差があると思われる。

妊婦健診については、保健省の規定では、4 回受診することになっているようだ。しかしもっと頻回に妊婦健診をおこなっているようで、PHD03 は「初期 3 ヶ月は 4 週に 1 回、次の中期 3 ヶ月は 2 週に 1 回、後期は毎週」だという。様々な種類の病院に勤務している PHD02 によれば、現実的な受診回数は、公立病院で妊娠中に 3 回ほど、私立では 6～7 回と差があるようだ。妊婦健診の内容は日本の妊婦健診の検査内容とほぼ同じで、初期は経膈エコーを用い、心拍、血液検査（肝炎等の感染症検査）、尿検査や浮腫、中期に超音波検査で性別の確認をする。妊娠後期には超音波で胎児の位置も確認をする。州立病院や私立病院に勤める PHD02 は、民間病院では超音波で「頭からつま先まで」スクリーニングをするが、心臓など循環器の診断は十分な機械設備がないという。大学病院や私立病院に勤めている PHD04 は、初診は子宮外妊娠でないか、中期は胎児の形態、心肺など循環器、指などの形態を診ると答えた。PHD03 も中期には奇形を診るようだ。超音波検査を専門とする PHD05 は胎児の心臓など循環器の精密検査をする。大学病院と提携していて、研修医が研修に来るという。

B 町の地区病院の PHD01 は、契約医のため、地区病院常勤の一般医が診察をして、ハイリスクの妊婦がこの PHD01 に紹介される。「最近は女性たちが自分で選んで、地区病院の一般医やこの地域の 2 つの私立病院ではなく最初から私のところに来る」という。妊婦健診は妊娠 28 週まで月 1 回、36 週まで 2 週間に 1 回、40 週までは毎週、分娩予定日を過ぎたら 3 日に 1 回と日本と同様の頻度である。RHC は、PHM01 によれば、保健省の規定 4 回とほぼ同じで、妊娠初期 3 ヶ月で 1 回、中期 3 ヶ月で 1 回、後期 3 ヶ月の間に 2 回だが、妊婦がそれを越えて妊婦健診を希望する場合にも無料で健診するという。健診内容は、計測、尿検査、血液検査（肝炎等）、破傷風の予防注射のほかに、PHD01 は心音ドップラーと心電図、医師が自費で購入した超音波診断装置を使う。

胎児の染色体異常に関する検査は、PHD02 は、染色体異常の検査は一切しないと答えた。一方、私立クリニックの PHD03 は、血清マーカーテストはあり、NIPT も高額だが希望があれば対応可能で、フィリピンに検査会社があると答えた。大学病院の PHD04 も、NIPT は対応可能で、「障がいの子どもに）事前に備えてもらう」と答えた。羊水検査は周産期専門産科医が実施する。着床前診断については、倫理的な問題から、フィリピンでは今後も

⁸ 妊娠中に使用するママブックのほか、出生後には、出生後 1000 日までカバーするベビーブックが配布される。

PDG はしないだろうが、PGS は実施されるのではないか、と言った。超音波診断が専門の PHD05 は初期の超音波検査で NT を診るといふ。

A 市郊外の助産師が開業するクリニックでは、特定の曜日に医師による健診があるが、クリニックに超音波診断装置はなく、最終月経不明で超音波検査から分娩予定日を算出した時などは、他の病医院に行って診断してきてもらうため、現在、助産師本人が超音波検査を勉強中だといふ。妊婦健診の頻度は病医院より多く、DOH の規定では妊娠中に 4 回の健診であるところを、妊娠 37 週からは毎週、38 週からは 3 日おきで、37 週から内診もするとのことだった。このように、大都市でも、妊娠中に受けられる検査の内容には幅があった。

B 町では母体血清マーカー検査、羊水検査、NIPT 等の出生前検査は RHC、地区病院、州都の病院にはなく、マニラで利用可能とのことだった。

出産と産後

次に、出産についてであるが、B 町地区病院の産婦人科医は契約医師のため、普通分娩は常勤の一般医と助産師が介助し、ハイリスクや難産をこの医師が扱うとのこと、いつでもオンコールとのこと。病院全体の分娩数は月に 100 件で、自身の担当分娩数は月に 20~25 件程度だそう。

普通分娩時のルーティーンについて、会陰切開は「第 1 子、2 子はルーティーン」(PHD02)、「第 1 子、2 子、3 子はルーティーン」(PHD03)、「第 1 子はルーティーン」(PHD04) と、恒常的におこなわれているようだった。剃毛は PHD02 はルーティーンでして、PHD05 はやめた、PHD04 は剃毛からトリミングにしたと答えた。浣腸は PHD02 はしないが PHD04 は浣腸も点滴もルーティーンだといふ。マタニティ・クリニックを開業する助産師だけは、すべておこなわないと答えた。B 町では、助産師が自宅出産を介助していたときには、会陰切開はなかったといふが (PHM01)、地区病院では、出産が速い第 4 子、5 子は切開しないが 3 子までは切開するそう (PHD01)。

痛みへの対処や希望帝王切開については、公立病院では希望帝王切開はできないが民間は医師によっておこなう (PHD02) といふが、PHD05 は病院の監査で帝王切開理由を説明しなければならないため、妊娠 39 週を越えていて帝王切開のリスクを理解し同意書を提出



地区病院の壁に掲示されているミルクコードのポスターとスーパーに売られている大きな粉ミルク商品

する人のみ対応しているから、帝王切開率は 23～26%で民間病院としては低いという。B 町地区病院は、いつも帝王切開できる体制ではないので、自然出産を勧めているそうだ (PHD01)。無痛分娩 (painless labor: 硬膜外麻酔分娩) は、政府系病院では使用しないが、民間病院では、「99%が硬膜外麻酔、ラマーズは少数」(PHD03)、「98%、ラマーズなど麻酔を使わない自然出産は 1%」(PHD05) とほとんどの経膈分娩が硬膜外麻酔を使用すると答えた。産婦に希望されるだけでなく医師も「苦しむ必要はない」(PHD03)、「痛みはコントロールした方がいい」「意識がある硬膜外麻酔がいい」(PHD05) と考えている。自然出産は PHD04 は「ラマーズも、椅子やボールを使うのもリクエストに応じる」が娩出時は分娩台でいわゆるフリースタイル出産ではない。PHD05 は「ラマーズ室はあるが、利用は白人の外国人がほとんど。夫の立会出産がしたい人の利用など。ラマーズクラスを受けても硬膜外麻酔を使ってしまう」と答えた。助産師が開業するクリニックも、追加料金(約 16,000 円)⁹を支払えば麻酔科医に来てもらいクリニックで硬膜外麻酔分娩をしているという。

産後のカンガルーケア(早期接触)が 3～5 年ほど前から始まり、臍の緒は 1 分ほど拍動が止まるまで待ってから切り、母乳を吸わせる (PHD03)。PHM01 によれば、B 町で 2015-2015 年に粉ミルクが禁止になったのと同時に、地区病院で早期接触 (skin to skin) の研修があり、早期接触・早期授乳が子宮収縮を早め、接触により低体温症にならないと学んだという。現在ではまだ胎盤が娩出していない分娩直後に早期接触で授乳させるそうだ。

産後の環境については、病児以外は母児同室で (PHD02)、授乳指導は専門家であるラクテーションコンサルタントがおこなう (PHD03)。PHD05 の病院はベビー・フレンドリー・ホスピタルの認定を受けていて、ほ乳瓶がなく、寄付母乳を滅菌できる母乳バンクもある。病院スタッフは毎年国際母乳学会や研修会に出席するなど熱心で、母乳を強く推奨しており、完全母乳率は 70～80%だという。母乳が出ないときはマッサージしたり、櫛で乳房を刺激する (PHM02)。どうしても出ない時は、病院内や近所でのもらい乳をする (PHD01、PHD02、PHM02)。民間病院は自費なので人工乳の使用が可能だが、公立病院は粉ミルクが禁止で (PHD02)、助産師は保健省がほ乳瓶を発見したら免許が剥奪されるそうだ¹⁰。

出産の数は、A 市の公立病院は 1 日 18～20 件、マタニティ・クリニックは月に 20 件、プライベート・クリニックの医師は自分の担当ケースは月に 2～5 件 (PHD03)、月に 10 件以上(半数が帝王切開) (PHD05) だと答えた。B 町の地区病院医師は月 100 件だといい、規模に対して分娩数が多い。マタニティ・クリニックの助産師は、退院は 24 時間後だと話していた。

⁹ フィリピンの世帯の 9%を占める中間層は世帯収入が年に約 188 万円、60%を占める庶民は世帯収入が年に約 44 万円だという (<https://ceburyugaku.jp/51137/>)。

¹⁰ すべての医療者が母乳育児には大変熱心だと話したが、一方で、町の商業施設では大きな箱で人工乳が販売されていた。フィリピンは海外資本の人工乳のマーケットになっており、離乳が進んでも、バナナ味やチョコ味の粉ミルクが販売されている。

次に、出産費用についてみると、それぞれの医療者の施設での費用はばらつきが大きかった。表にしてまとめる。

医療者が回答した各施設での出産費用（1ペソは調査時に約2.1円）

公立（A市 PHD02）	産婦の60%が健康保険で普通分娩でも帝王切開でも無料。40%は無加入で自費、1500～2000ペソ。貧困者は社会福祉省で審査があり減額か無料。
民間（A市 PHD02）	正常分娩2万～5万ペソ。帝王切開5万～12万ペソ。
民間（A市 PHD03）	普通分娩は部屋により8万～11万2千ペソ。帝王切開は部屋により12万7千ペソ～17万6千ペソ。スイートは2倍
民間（A市 PHD04）	普通分娩は健康保険分を減額して普通分娩が5～6万ペソ、帝王切開が7～7万5千ペソ
私立大学病院（A市）	普通分娩は約7万ペソ、帝王切開は12万ペソ。
マタニティ・クリニック（A市）	普通分娩は健康保険分を減額して2千ペソ。帝王切開は3万5千ペソ。個室1日1千ペソ。健康保険で支払われるのは分娩8千ペソ、新生児ケア1日1550ペソ。その他、結婚していない人の宣誓書作成600ペソなど。
B町地区病院	普通分娩は5千ペソ。帝王切開は2万5千ペソ。州の施策で妊娠中270日から産後までをカバー、ヘルスセンターの産後の家庭訪問もすべて無料。貧困者は福祉省の補助金でカバーするが、それでも足りなければ病院への寄付を使用する。

流死産児や胎盤の扱いについて、PHD03は胎盤は医療廃棄物として処理すると答えたが（小さな病院はプラセンタとして化粧品にするかもしれないとも）、A市のPHD02、B町のPHD01は、患者が受け取って裏庭に埋めると答えた。PHD02は「卵巣腫瘍も女性の身体の一部として数年間あったので、女性の双子のようなものだと考えて、近くに埋めることによってもう病気にならないと考えた例がある」と説明した。A市のマタニティ・クリニックは、保健省で決められた方法でクリニックに胎盤用の穴を掘って埋めることもあれば、家族が持ち帰ることもあるという。「父親が踏みつけると子どもがよく親の言うことをきく、と言われていてやる人がある。信じなくて「捨てて下さい」という人もいる」そうだ。流死産児は、PHD01、PHD02は「500g未満か20週未満なら流産胎児として親に渡す」と答えたから決まりなのだろう。親が裏庭などに埋めたり、葬儀社が無料で埋葬してくれることがあるという。それ以上だと出生証明書が出されて水子用の墓地に埋葬されるという。「小さくても大きくても、いずれも人間として尊厳をもって扱う」（PHD02）とのことだ。

避妊、予定外の妊娠と不妊への対処

家族計画については、PHD02によれば、経済的理由から、次に子どもが多すぎないように、80%位の人が家族計画をしている。男性の不妊手術は非常に少なく実施するのはほとんどが女性だ（PHM01）。保健省は母親の健康のために3年のスペーシング（出産の間隔をあけること）を推奨していて、子どもの適切な数については言及していない（PHM01）。フィリピンや州の施策で、A市の公立病院、B町の地区病院やRHCでは無料。A市のマタニティ・クリニックでも無料で、インプラントはスポンサーがついて3ヶ月に1度、無料で提供しているという。A市のPHD02はピル、ホルモン注射（3ヶ月有効のデポ注射）、プロゲステイン、IUD、卵管結紮の順で利用者が多く、PHM02はホルモン注射、IUD、インプラントだという。PHD03はピルが多い、PHD04はピル、コンドーム、ホルモン注射が多くて、インプラントはまだ新しいので不安があるようだと言っていた。注射は3ヶ月ごと、インプラントは3年、IUDは12年だという。

A市の私立病院や公立病院、ヘルスセンターでは家族計画のクラスがあったり、診察のさいだけでなく、授乳に影響がないので出産と同時にすることも少なくない（PHM02）。B町のヘルスセンターの助産師は、「教会は子どもが多くて貧乏になっても助けてくれないから、自分で家族計画することが必要と女性たちは考えている」と話した。他でも、カソリックは避妊に反対しているが、政府が人口政策をしていると、カソリックと施策の対立や、カトリック教会による圧力が語られた。「学校によっては性教育をするが、カソリック系の学校ではしない」「学校での性教育には反対があり学校による」「今は学校では性教育をしていない」「コンドームの無料配布は禁止された」（PHD02、PHM02、A市）など、センシティブであることがわかる。一方、B町では「学校へはセンターの医師が行く」そうだ（PHM01）。州の施策で、出産前から家族計画を教え、妊婦とパートナーの家族計画のカウンセリングを2回おこなうことが決められていて（独身者の場合は妊婦の母親と）、産後45日後までに家族計画の方法を選ぶことになっているのだという。ヘルスセンターの助産師は「家族計画は、お母さんたちが決める。その人たち自身が困るから、決定権をもっている場合が多い。」と、女性が自ら選択していると語っていた。これについては、女性のインタビューを実際に見ていく。

フィリピンで人工妊娠中絶が禁止されていることは前述したとおりだが、予定外の妊娠について、B町の助産師は妊娠した10代が相談に来るが、妊娠を受け入れるように話し、親のところに行くのに付き添うそうだ。ヒロットのところに行く人もいるし、福祉省を通して養子に出すこともあるという。地区病院の産婦人科医は、養子に出したいという人はいないと話した。A市でも助産師は、多子や未婚の女性で予定外の妊娠の相談があるといい、産むようにカウンセリングするそうだ。

PHD02のもとには、予定外の妊娠をしたと相談に来るのはほとんど10代の妊娠で、70～80%は妊娠を続け、20～30%は、流産できないかというそうだ。「手伝うことはできない」というと、女性たちはヒロットに頼んだり、薬草を飲んだり、フィリピンでは違法な中絶薬を飲む。出血が止まらなくて病院に来ると、止血や帝王切開などをして、胎児が小さくても

救命するそうだ。

体外受精で移植する受精卵は2~3個で多胎でも減数手術はしない（PHD04）。高血圧症や癌など妊婦の生命が危険なときは、胎児が小さくても帝王切開することがあるが、妊娠をできるだけ続けて帝王切開で取り出すこともあれば、子宮ごと摘出したり、胎児死亡が予測されても抗がん剤を使用することもあるそうだ。PHD05の病院では帝王切開に倫理委員会の承認が必要だが、前置胎盤による大量出血と出血ショックに陥るときは、緊急除去手術として監査に事後報告でよい。しかし胎児に遺伝子異常がある、妊娠をやめたいなど、母体の医学的理由がない場合は、認められていない。

不妊の場合は、フィリピンの医療システムから、体外受精については担当医からそれをおこなっている病院に紹介することが多いようだ。A市の医師は、超音波検査、精液検査、排卵誘発など投薬、人工授精は自身のクリニックや病院でおこない、体外受精は実施している病院やIVFセンターを紹介するとのことだった。ただし体外受精は50万ペソ（日本円で約105万円）と非常に高額で注射や薬剤も高価だそうだ。B町地区病院の産婦人科医も、精液検査、排卵誘発など投薬など一般治療は自身がおこなって、それ以上は州都やマニラの病院を紹介するという。PHD05のクリニックが入居する病院はカソリック系で、株主が神父やシスターなので体外受精ができず、「卵管がつまっているなど体外受精が必要な患者がいるので、他院を紹介するのではなく、この病院に施設を作って実施させてほしい。自己使用のために精子や卵子を凍結保存しているが、移送できないので体外受精に使うこともできない」と話していた。B町の地区病院医師は同州の都市部の病院に紹介するとのことだった。

精子提供、卵子提供、代理出産など第三者が関わる生殖技術に関する法律はないが、カソリックの考えから、一般に実施には消極的なようだ。PHD03は「知っている範囲では実施施設はなく渡米する」、PHD04は「自分は婚姻外の生殖技術はしない、海外に行く」と答えたが、PHD02は（この国で）実施されていると答えた。PHM02は、本人たちが決めることだが、個人としては子どもにとって血縁がわかるので養子よりもよいと思うと話した。

社会的養育をみると、フィリピンでは、養子制度、里親制度、法的後見人制度が整備されており、施設保護はNGOが運営している（厚生労働省2019）。PHM01は、かつて産婆もしたヒロット（伝統的マッサージ師）は、養親が養子を実子として届け出る養子縁組（いわゆる藁の上からの養子）をしていたが、助産師はそういうことはせず、養子縁組は正式に保健福祉省に届け出るものだと言った。PHD02は「養子のお話をすると、患者は自分たちにはもう希望がないと思うので話さない」と言い、PHD01も、養子を勧めることはないと言った。医師も助産師も、医療者として養子縁組には積極的に関与しない姿勢が垣間見られた。

（5）女性インタビュー概要

次に、女性インタビューを報告する。協力者概要は下表の通り。末子が10歳以下という条件外のため正式な対象者ではないが、参考にインタビューした協力者が2名あり、1名は末子が23歳の女性である。B町で自宅出産が禁止になる前の時代に出産をしているため、

インタビューを実施した。もう1名は不妊治療のあとに養子を迎えた女性である。

協力者の家族構成は14人のうち10名がいわゆる核家族だが、未婚で出産して母やきょうだいと暮らす人（PHW09）や、遠く離れた島から一部の子どもを連れてきて親戚の家業で手伝いをしている人（PHW12）、実子は海外出稼ぎで義理の子とその子など、拡大家族で暮らしている人（PHWX1）もいた。A市の対象者の中には住み込みの家政婦や通いの家政婦がいる人も複数いた。宗教はカソリックが11名、プロテスタントが2名、キリスト教系の新興宗教が1名で、全員何らかの信仰をもっていた。初婚の配偶者が死亡して再婚した人が2人、パートナーと同居しているが婚姻届が未届の人¹¹が1人。就学中に妊娠して休学した人が1人、退学した人が2人いた。

フィリピンの医療者インタビュー協力者概要

ID	地域	子どもの人数、年齢、性別	家族構成	年齢	職業（夫・妻の順）	本人学歴	出産（年長から順に）	その他
PHW05	A市	2人、4歳男児、7歳男児	夫婦と子	35	サービス/IT	大卒	クリニックで普通、病院で帝王切開	
PHW06	A市	3人、21歳男児、18歳女児、9歳男児	夫婦と子	42	会社員/看護師	大卒	クリニック帝王切開、病院普通、病院帝王切開	
PHW07	A市	3人、3歳女児、死亡、1日女児	夫婦と子	21	運転/主婦	高校中退	3人とも病院で普通	
PHW08	A市	1人、0ヶ月	夫婦と子	23	大学生/販売	大学中退	マタニティクリニックで普通	
PHW09	A市	1人、0歳	母、妹、子	27	看護師	大卒	マタニティクリニックで普通	独身
PHW10	A市	2人、10歳男児、4歳女児	夫婦と子	39	公務員/経営	大卒	病院で普通	
PHW11	A市	3人、9歳女児、4歳女児、4ヶ月女児	夫婦と子	37	専門職/会社員	大卒	病院で帝王切開、2,3は病院で普通	

¹¹ フィリピンは離婚ができないので、結婚には慎重だと説明された。年度内に結婚式はする予定だそうだ。

PHW12	A 市	8 人、略、末子 5 歳	子 3 人	45	漁師/手 伝い	小卒	すべてレイ テ島の自宅	家族の一 部は在レ イテ島
PHW01	B 町	4 人、小 1 女 児、幼稚園男 児、3 歳男児、 1 歳男児	夫婦と子	35	販売/主 婦	高卒	4 人とも病 院で普通	
PHW02	B 町	4 人、15 歳女 児、小 8 男児、 小 5 女児、小 3 男児	夫婦と子	44	製造/販 売	大卒	4 人とも地 区病院で普 通	
PHW03	B 町	3 人、12 歳男 児、10 歳男 児、2 歳女児	夫婦と子 と夫方家 族計 8 人	34	職人/加 工	大 学 中退	2 人地区病 院、3 回目産 院、すべて 普通	
PHW04	B 町	3 人、10 歳男 児、8 歳男児、 1 歳女児	夫婦と子	30	漁師/主 婦	高卒	3 人とも病 院で普通	
PHWX1	B 町	4 人、男女女 女	22 人	53	漁師/主 婦	小卒	4 人とも自 宅で普通	末子 23 歳
PHWX2	A 市	1 人、9 歳女児	夫婦と子	51	宣教師/ 宣教師	修 士 卒	-	養子

1)結婚から妊娠（妊婦健診、教育や指導、出生前検査）

結婚後すぐに避妊をしたのは 2 名のみ（カレンダー法 1 名とピル服用 1 名）だった。妊娠の知り方は、A 市の女性たちは、婦人科の疾患で婦人科に通院していた 1 人以外は、月経が遅れて妊娠検査薬で自分で検査して確かめていた。B 町の女性たちは、ヘルスセンターや病院に行って確認していた。

健診は A 市の女性は、妊娠中に血液検査や尿検査を受けたと答えたが、臨床検査士が検査をして医師はそれを確認しただけだ（PHW10）という人や、大学生の時に妊娠をして周囲に言えなくて妊娠 7 ヶ月まで健診を受けなかった人もいた。超音波検査の protocols がある程度ルーティーン化しているようで、「超音波は 4 回、1 回目は初期に経膈エコーで心音確認、2 回目は 5 ヶ月で性別の確認、6 ヶ月は胎児に異常がないか検査する biophysical scoring (abnormality scan)（後述）、4 回目は心配で受けた」（PHW05）、「初期に子宮外妊娠でないか（正常妊娠の確認で心音確認を含むと推測）、5 ヶ月で性別、8 ヶ月で胎盤の位置」（PHW06）、「4～5 ヶ月で性別、7 ヶ月、後期に biophysical screening と体重」（PHW09）などという回答で、biophysical profile (BPP)、biophysical profile scoring (BPS) と呼ばれる胎児機能評価を複数人が受けていた。A 市在住だがレイテ島で出産した PHW12 は村に医師も助産師もいなくて、ヘルスセンターで助産師の健診を受けたが血圧測定はあったが胎

児の心音を聴取したことはなかったそうだ。出産準備教室が病院やヘルスセンターにあり、そのほかに外部のヨガクラスに行った人もいた。

B 町の女性はヘルスセンターで助産師の健診を受けるか地区病院で産婦人科医の妊婦健診を受けたという。センターでの健診は無料で、病院では診察は低額、検査は有料だったそうだ。妊婦健診の検査内容は測定、触診、尿検査、血液検査、心音などで、地区病院での超音波検査は、必要な時だけ受けるようで、「予定日を出すために超音波検査を受けた妊娠もあったが、なかった妊娠もあった」(PHW02)という。臨月には病院で内診を受けたそうだ。出産準備教室はヘルスセンターで開催され、何度も出席した女性もいた。

出生前検査でダウン症などの染色体異常を発見することについて尋ねたところ、「abnormality scan にはダウン症がないか、心臓の検査、奇形がないかを含んでいる。障がいや病気があったら準備するためだ」(PHW05)、「生まれたら new born screening (新生児スクリーニング) を Philhealth で無料でして、ダウン症の検査もできる」(PHW03)、「障がいがあったら、子どもがかわいそうだし、自分なら準備をしたいから胎児の時に知りたい。中絶できないので受検のジレンマはない。中絶できる国なら自分も検査をしないと思う」(PHW11)、「お腹の赤ちゃんがダウン症だったら、きっと最初は悲しいけど、神様からのギフトだからきっと受け入れられる。フィリピンでは家族に申し訳ないということはない。余計にサポートして親切にしてくれる」(PHW09) など、中絶するかしないかという発想がなく、出生の準備であること、本人も周囲も障がいに受容的であることが語られた。

PHW03 は「妊娠中にもしダウン症とわかったら、薬を飲んで治る治療ならする。ダウン症の子が生まれたら、ノーマルに生まれるように治療する。近所に聴力がない子がいて、言葉も話せなくて、本人の責任じゃないのに、かわいそう。日本では中絶が少くないという話はショッキング。かわいそう。水頭症やポリオの人も世話をしてもらっていた。クラスメートでダウン症の人も勉強はできないけど学校に来ていた。special child (特別な子ども) には、SPED (スペッド) という名前の special education (特別教育) があり、読み書き、特殊技能を教える。そういうところに行かせればいい。新生児スクリーニングをして、障がい、ダウン症があれば早めに治療を開始すればいい」と、出生を回避する必要がないことを語っていた。

第2子が生後1年で脳炎で亡くなった女性は、生まれたときに間もなく亡くなることがわかっていて、理由は葉酸を6ヶ月服用すべきところ1ヶ月しか服用しなかったからだという¹²。長く生きられないことがわかっていたので、洗礼を済ませていたそうだ。フィリピンでは、日本のような小児医療や、健康保険や助成の適用が受けられないことがあるだろうが、疾病や障がい、生まないことや治療の停止には直結しないと言えるかもしれない。

¹² 葉物野菜に多く含まれている葉酸が欠乏する葉酸欠乏症は貧血を引き起こすが、妊娠初期に欠乏すると、無脳症や二分脊椎などの神経管の先天異常のリスクが高まると言われている。

2) 出産と産後（哺育）

出産場所は、A市の女性では、当該市以外で出産経験があるのは2名で、1名はレイテ島在住歴が長い女性、1名は第1子出産時に学生で未婚だったため里帰りした女性である。他の女性はA市ないし近郊で出産していた。出産場所の選び方について尋ねたところ、「知人の評判、近い、相談に迅速に返答がある医師」「出産前に付き合いしているときと態度が変わらなくて裏表がない人柄だと聞いていた」「丁寧、フレンドリー、快適な環境、近い」「仕事で有名な医師をたくさん知っていたが、コストに差がある。専門分野があるか、優しく話を聞いてもらえるかなど医師の評判」、「高圧的でない、支援的ないい先生、近い」、など口コミでの医師の評価、「半官半民の安い病院」「職場の病院」「近くて高くないところ」など経済性や簡便性、「普通分娩ができる」など出産スタイルで決めていた。レイテ島での出産は病院出産の費用がなく、近隣の人が手伝って自宅で産み、夫が臍の緒を切ったという。

B町の女性で、B町以外で出産経験があるのは2名で、1名は以前、実家のある州に居住していたため、1名は3人目の出産以降は上の子を自宅に置いて里帰りし、ほぼ1年実家やきょうだいの世話になったそうだ。B町での出産は全例地区病院で、「昔は自宅分娩で事故があったから病院がいいし、病院で産まなければならない」（PHW02）「自宅出産は禁止されていると皆が言っているし、自宅では何かあると怖い」（PHW01）と、自身も安全のために病院で出産したいと言っていた。PHW03は里帰り先で公立病院ではなく私立産院（lying-in）で出産しようとした理由は、「公立病院は陣痛室も分娩室も人が多く、ベッドを2人で使うこともある。産院はプライバシーが確保されて、一人でベッドを使える」とのことで、私立を選ぼうとする人もいる（結果的には胎児が足位で病院出産になった）。

希望する出産の仕方について、A市の医療者はほとんどの人が無痛分娩を希望すると話していたが、出産した女性たちは、「1人目は緊急帝王切開だったが、帝王切開はお金がかかるので、医師に安産体型と言われて普通分娩にした」「自然出産をリクエストして歩いたりスクワットしたりした」「看護師として産院を手伝っていたときに無痛分娩は出産しても実感がないと思い、普通分娩を希望した」「帝王切開は回復に時間がかかるし、自然分娩を経験したかった。痛みに強そうと言われたが、実際には痛くて麻酔をしてと叫んだのに医師が間に合わなかった」と、自然出産を希望する人が4人いて、無痛分娩希望と答えたのは1名だった。自然分娩を希望すると答えた4人も、実際には子宮口が全開する前後や排臨で硬膜外麻酔をした人が2人いた。「それまでに陣痛の痛みを経験している」からよいのだという。B町の女性は全員、普通分娩が希望で、「帝王切開は動けないし、あとから痛いと聞く」「身内が安産で似ると言うから自分も安産だろうと思った」ことが理由だという。

出産時の処置は、A市の女性は、剃毛はルーティーンで処置されており、次子のお産時に「自分で剃っておいたので消毒のみ」「剃毛は生えてくるときに痒いから自分でワックス脱毛しておいた」など自身で前処置した女性もいた。会陰切開は半々だった。

B町の女性も、剃毛は入院したらすぐにするようで、会陰切開は、初産以外でかつ胎児が

小さい時は切開しないようだ。「しない方が出産後に座れてよかった」という。地区病院で出産した人は、介助者は医師と助産師で、23年以上前に自宅出産をした PHWX1 は何も処置をせず、近所の女性たちが見物する中、夫が背中をさすってくれて助産師が介助したそうだ。ごぎの上で毛布を使って産み、準備するものは臍の緒の糸とコットンとオムツ。臍の緒は竹で切ったそうだ。

A 市でも B 町でも、陣痛時に夫が付き添ってマッサージしてくれた人もいれば、夫が疲れているので実母に交代した人もいた。看護師や助産師が付き添ってマッサージしてくれた人もいれば、看護師が部屋に来て「静かにして、叫ばないで」と言われた人もいる。B 町の PHW04 は「夫と一緒にいてほしかったが、1 人目はダメと言われた。3 人目は一緒にいてほしいと思わなかった。言い伝えで、近い人が安産なら自分も安産というが、夫は帝王切開で生まれたので、夫がいない方が安産になる」と語った。PHW01 も夫は分娩室に入れないとのことだが、PHW03 は夫が海に行っていないときは立ち会ったという。A 市では 2 人が夫の立ち会いがあり、3 人は陣痛室だけで分娩室は不可、1 人は「ナースがマッサージしてくれ、夫は役に立たないから別にいい」と話していた。夫の立ち会いについては、様々なようだ。また、近年の出産では出産後の早期接触と早期授乳をしていた。

レイテ島の女性は「寝て膝をもって出産した」が、その他の女性はすべて分娩台で足を乗せて出産したと答えた。帝王切開経験者は 14 名のうち 2 名で、高血圧、臍帯巻絡、前置胎盤、破水から時間が経過など医学的理由で、希望帝王切開は 1 人もいなかった。PHW11 はラマーズ室で産みたかったが分娩台で産むことになり、腹にモニターを巻いて姿勢も変えられず、分娩には担当の産婦人科医、小児科医、麻酔科医と、看護師が 2～3 人が立ち会ったそうだ。

B 町では全員胎盤は持ち帰って埋めたという。23 年前に出産した女性は、海に捨てる人もいと話した。A 市では全員病院で処理をして、埋める話は聞いたことがないという人もいたが、A 市郊外に住む女性は「前に埋めたところはセメントで固められてしまったのもう埋められない。同じ場所に埋めるときようだいが仲良くいられるという話を知っている。本当かもしれない。埋めてきようだい仲良くなるということができない。」(PHW07) と話していた。

入院日数は、普通分娩で 2 日間、帝王切開で 3 日間という回答が多かった。病院ではなく産院だと、トイレに行けたら 8 時間で退院するという。出産費用は多岐にわたり、健康保険分を減額したあとの金額で、以下のようなだった。帝王切開で 5-6 万ペソ（これが以降の出産は病院の株を買ったら割引になって 3 万ペソと 2 万ペソだったという）、52,000 ペソと 98,000 ペソ（横にビキニラインで切ると高いから縦に切ったそうだ）、15 万ペソが職員割引 65% で残額は給与から天引き。普通分娩は減額後に 7,000 ペソの人、58,000 ペソ、3000 ペソ、3800 ペソで、これらは保険でカバーされたという人。普通分娩後に感染症で 1 週間入院した人は 6 万ペソ、次の普通出産は別の産院で 3 日間スイートルームに入院して 6 万ペソ。B 町では入院は 24 時間～2 日、費用は健康保険に加入していなかった出産は 1 回

7000 ペソ、6000 ペソなどで、そのために貯金をした人もいた。健康保険に加入するようになってからは、4000 ペソ、5000 ペソなどで、いったん病院に支払って、100%戻ってきたが、帝王切開は27,000 ペソで、エアコンがある部屋しかあいていなくて1日300ペソ払ったという人もいた。

産後は、夫や自分の母、夫の母が身の回りのことをしてくれた人がほとんどで、世話をする人が誰もいない人はいなかった。A市では家政婦の他に、子ども担当のナニーを雇った人もいた。産後1週間から1ヶ月ほどは横になり、入浴(水浴やシャワー)は10日ほど避け、薬草やモリンガ(自生し栄養価が高いと言われる)のスープを飲んだり、ヒロットのマッサージを受けたりする。母乳の出に心配がある時も、ヒロットを呼んだ人がいる(PHW01。PHW03は夫の祖母がヒロット)。

哺乳については、様々だった。A市の女性たちは「粉ミルク。産後の体調が悪かったため」「粉ミルク。母乳が出すぎて乳腺炎になる」「母乳。栄養がよく化学的成分がなくて安全」「粉ミルクと混合。母乳のあげ方はネットで調べた」「一人目は病院が母乳に厳しくなく自分も知識がなくて粉ミルク、二人目はミルクが禁止で母乳。卒乳しても母乳をあげたかった」など。「子どもの健康によく、経済的で、アタッチメントも作れる」と語られた。B町の女性たちは「母乳で育てた。母乳がよいと聞いていたし粉ミルクはお金がかかる」「1人目は母乳と粉ミルクの混合栄養、2人目以降は粉ミルク。母乳の方がほ乳瓶の洗浄が不要ですぐにあげられて楽でよい」などだった。23年前に末子を出産した女性は、「人工乳は高い、母乳がよく出たし病気にならないと年上の人に聞いたので母乳。ヒロットにマッサージしてもらったら翌日からよく出た」とのことだった。

もらい乳については、「自分の子が人の母乳を飲むのは嫌だけれど、自分が人にあげるのはいい。感染症がなく健康で栄養状態が悪くないことがわかっているから。直接授乳でも搾乳でもどちらでもよい」(PHW08)、「子どものためになるなら、自分の子が他の人の母乳を飲むのも、人の子に直接授乳するのもかまわない」(PHW10)、「妹の子なら直接授乳してもいいけど、他人の赤ちゃんには搾乳で」(PHW11)ともらい乳には肯定的で(直接授乳への態度は分かれるが)、「実際に親族同士でのもらい乳はある(自分が生んだ子と娘が生んだ子二人に授乳するなど)」(PHWX1)といった経験も語られた。

育児については、0歳、1歳から公費負担割合の高い保育園に入園させるという日本のような育児様式は聞かれず、A市の女性たちは、共働きで家政婦やシッター(ナニー)、近所の母親に世話を頼んでいて、「日本人の同僚は、日本人は仕事を辞めなければならないと言っていた。私は子どもに人生の選択肢が与えられるように働いている」「子どもの一人はモンテッソーリ教育、もう一人は大学付属のプレスクールに行かせている。子どもと過ごすためにアメリカ時間で(夜間に)働く仕事に変更した」「親はアメリカに行ってしまう、きょうだいはまだ学生なので、家政婦を雇って働きながら育児をしている」「シングルで親と妹に子どもを見てもらっているが、専門職なので家計を支えている」など、仕事と育児を両立していることが語られた。B町では、核家族でも隣の家いきょうだい家族が暮らしていた

り、子どもとその配偶者や孫と複合家族で22人で暮らしていたり、上の子を夫や夫家族に任せて、妊娠中から1年里帰りしたりするなど親族ネットワークの中で子育てしていた。子育てしながらでも可能な訪問販売や、自宅での食品加工の自営業をしている人もいた。

3) 避妊・家族計画および人工妊娠中絶について

子どもをもつ計画と避妊については、A市で次子をもつつもりと答えた女性は、27歳で一人子どもがいるシングルマザーで、あとの女性は、レイテ島の女性以外は2~3人子どもがいて「暮らし向きとしてちょうどいい」「ハイリスクで医師から妊娠出産を止められた」などの理由で次子を産むつもりはないと答えた。避妊・家族計画の方法は様々で、「ピルを使っているが、将来はIUDか夫のパイプカット」、「卵管結紮した」（経膈分娩だったが出産入院中後に腹腔鏡で施術）、「ヘルスセンターに行ってIUDをする予定」、「インプラントにしたいが未定」、「副作用がないのでIUDの予定」、などだった。レイテ島の女性は生理用ナプキンとコンドームはヘルスセンターで無料で配布され、コンドームで子どもが遊ぶので隠したと話していた。

B町の女性は「生活が苦しいので、もう産まないと夫婦で話し合った（子どもは4人）」、「夫に生計が苦しい（からもう産まない）と話した（子どもは3人）」など、経済的理由から、夫婦で、あるいは女性が次子をもたないことを決めていた。前夫と死別して再婚した女性は、前夫の子が2人で同じ数を現夫との間に産んだので、もういいと語った。3子もった女性は「夫が卵管結紮がいいと言った」が、卵管結紮とIUDは怖い、インプラントは病院に行かなければならない、ピルは忘れるから、という理由で現在はホルモン注射を使用している。他の女性は、ヘルスセンターに自分に合う方法を相談して無料でピルを利用している人、ヘルスセンターで相談してIUDにしたが月経が重いので無料のピルに変更した人だった。ピルはセンターで無料配布しているが、買い物ついでに薬局で買う、センターの無料配布分が終わっていたら薬局で買うなど、センターでの無料配布と購入を併用していた。

子どもの数については、「子どもを生かして育てるのは大変だけど、2人だと結婚して出ていったら寂しいので4人がちょうどいい」（B町）と、3~4人がいいという回答もあれば、「35歳で出産を最後にしようと思っていた。3人産んだがあと2人ほしかった」「ハイリスクで妊娠出産を医師に止められたが、2人とも男児なので女の子がほしかった。夫は女の子を養子にもらったらと言うが」「夫の収入だけなので2人で十分」「男児と女児を産んだので、子ども2人が理想的で、妊娠中に性別がわかった時点で卵管結紮を決めた」（すべてA市）など、希望数も理由も様々だった。

学校教育で性教育を受けたかどうかについては、性教育はなかった、理科として習った、という人もあれば、高校で受けた、小学校3年制で男女別々に、避妊、性感染症などの性教育を受けた、カトリックの学校だったが小学校4年生で性教育、避妊の仕方、性感染症をしっかりと習った、という人もいた。「高校生の妊娠が多いので、性教育をした方がよいと思う」など性教育に対しては肯定的だった。

人工妊娠中絶への考えは、居住地や年齢に関わらず、「子どもは神様からの恵みだからよくない」と答えた。「子どもが多くてヒロットで中絶したい人はいると思うが、禁止されているし、母体によくない」と法律や女性の健康を理由にあげる人もいた。

予定外の妊娠などで養子に出すかどうかについては、「シングルマザーは多い。産んで自分で育てるべき」「水商売の人や両親が許さない人は養子に出すことがあるが、望まない妊娠でも自分の子だから自分で育てるべき」「若年妊娠でもここでは養子に出す人はいなくて自分で育てている」(以上B町)、「実際のケースだがレイプで妊娠しても子はきちんと育つ。育て方だ」(A市)と、自分で育てるべきだという意見と、「レイプによる妊娠でも、できれば自分で育てた方がいい」「レイプによる妊娠でも子どもに罪はないので(中絶はせず)、養子に出すなど」(A市)と、養子に出すことをある程度許容する意見があった。

人工妊娠中絶については、「医師の判断によって中絶していいことがある」「心臓に異常があると母体の健康が阻害されるなど産婦人科医の判断で、特別に必要な時は正当」「産むが母の健康が阻害されるなど医学的理由なら仕方ない」と母体の生命に関わる医学的判断は法律通り許容されていた。

若年妊娠や予定外の妊娠での中絶に対しては、「自分も学生で妊娠したが、自分の責任だし、神様からの恵みだから、若すぎる、準備ができていないというのは中絶の正当な理由ではない」「神様からの恵みだから心の準備ができていなくても産むべき」と、中絶を容認する意見はなかった。レイプによる妊娠は、先にあげた意見のほか、「レイプでも人の命だから中絶は神に対する罪になるし、気持ちで中絶するのは犯罪だから、生きるチャンスを与えて、子どもに世界を見せるのがいい」と、養子に出すかは意見が分かれても、産むべきだと答える意見がほとんどで、「レイプだと生まれてきたら思い出すから認められてもいいと思う」と答えたのは一人だけだった。

「知人が妊娠初期に水疱瘡に罹患して、医師に妊娠の中断を勧められたができなかった」と、例え医師が助言をしても、妊娠を継続したいという妊婦の気持ちも語られた(結果的に児に異常はなかった)。

また、妊娠中に胎児の心音がなくなった人も、児が1歳で病死した人も、2人とも「子どもの数」を尋ねたときに、その数を入れて回答していた(PHW07とPHW12)。

4) 不妊への対処と第三者が関わる生殖技術・養子縁組について

身近に不妊の人がいないと答えた人はいなかった。「親戚が仕事が好きで35歳になり、ヒロットをしてもらっていて、病院にも行っているが産めない」、「卵管がつまっている友人や、多嚢胞性排卵の友人が不妊治療をしている。信じていたら神様が恵んでくれると思う」、「友人は不妊治療をしているが毎週、何千ベソもかかり、体外受精も高くて大変」、「夫婦2人で受診するのがいい」「4年間不妊治療してまだ授からない人がいる」、「きょうだい結婚して12年子どもができなくて、皆も母も子どもができないのかと聞くからプレッシャーがある。夫が船員で半年に1度しか帰ってこないし、本人は卵管がつまっている。体外受精

は 100 万ペソ必要で、養子をもったら妊娠するという人もいるが、神様が恵んでくれるものだから仕方ないし諦めないでと思っている」、「夫のきょうだい子どもが白血病で亡くなり、次の子が生まれなくて病院に行っているが、できなかつたら養子をとるようだ」、など身近な人で、不妊の人や、不妊治療している人のエピソードが数多く語られた。

不妊治療をしたが授からず養子をとった人に参考としてインタビューした (PHWX2)。「一般不妊治療や子宮筋腫手術をしても妊娠せず、母がシンガポールで人工授精や体外受精をしたらいいと提案したが、母の貯金を使いたくなかった。神様が子どもを授けてくれるなら妊娠すると思っていた」が、ヒーラーに養子を迎える予言のようなことを話され、実際に養子をとろうと受け入れられたのは予言の3年後で、仕事で養親にインタビューしたことがきっかけだったという。養子縁組のプロセスは、福祉省に許可された養子縁組機関のセミナーを受けて、登録してから紹介を受けた¹³。年齢が高かったので、団体の規則で障がいがある子を引き取ることはできなかったそうだ。

ちなみに、フィリピンの2014年の国内養子縁組数は1,536人、国際養子縁組数は415人である。同年の日本の特別養子縁組申立数は625件だから、人口比にすると日本より頻度が多い。実際、インタビュー協力者たちは、親族や知り合いの誰かが養子縁組していて、養子縁組した人が身近にいないと答えた人はいなかった。例えば「親戚から養子をもった人がいる」、「親族が男性の精子が少なくて養子をもったし、近所にも養子をもった人がいる。年を取ったら養子をとる」、「親戚の不妊の人は40歳になって養子をとった」などだ。

前述のように、PHW05は医師から次子の妊娠をしないように言われたときに、夫から「女の子がほしいなら養子をもろうといい」と言われたそうだ。PHW05は「赤ちゃんから育てれば愛せる」と考えたが、子どもは2人でよいから養子をとらないと答えたという。「養子をとるのは経済的にゆとりがあることを証明したり多くの審査があつて難しい」そうだ。

別の人は、2人目を産む前に夫に、産まないで養子を取ろうと提案したと話した。すでに実子がいるので養子でも実子でも同じように愛せるかというのは想像するのが難しいとインタビューで前置きしつつ、「人口が多いんだから、産まなくても」と夫に提案したら「自信がない、フェアじゃない」と返答があつたそうだ(実子と養子で差がつくという意だろう)。この女性は、不妊治療して養子をとった友人がいるし、自分ももし不妊だったら、お金があつても回数を決めて不妊治療して、授からなかつたら養子をとると話していた。

具体的な養子縁組のプロセスや経験について、「養子をもろうには、生んだ人の母親に直接頼み、行政で手続きをする。生みの親が取り返しに行くことがあるので、知人から養子を

¹³ 養子縁組に関する法律と手続きについては、統計局のサイトにまとめられている。

<https://psa.gov.ph/civilregistration/adoption>

米国国務省サイトにはフィリピンの国際養子縁組についてまとめられている。

<https://travel.state.gov/content/travel/en/Intercountry-Adoption/Intercountry-Adoption-Country-Information/Philippines.html>

もらった方がよい」、「親族からもらうときには同意書を交わす。社会福祉省が公的にしているマニラの養子縁組センターに夫婦で登録する」、「親族が養子をももらったが、生んだ人は近所の人で、見に来て、返してほしいと言っているから育てられないかもしれない。養子をももらったのに子どもはできなかつたし、返さないといけないかもしれない」、「子どもができなくて、養子をももらった知り合いがいる。ヒロットしてもできなかつた不妊の人で、同じ町ではなく外の町からもらっていた。子どもを借りて遊んだら妊娠できるという話ができなかつた」などの話が聞かれた。他の人の子どもを世話したら妊娠するという話があったり、実際に養子のように育てた話もあった。

不妊治療については、「体外受精は受精が自然ではないから好きではない。精子提供や卵子提供も。望まない妊娠の人の養子の方が、子どもにいいチャンスになるのでいい」、「精子提供、卵子提供は医学的には可能だが、宗教的にはよくない」と、テクノロジーの忌避感や子どもの福祉を語る人もあれば、以下のように不妊治療を勧める意見もあった。「養子より、血のつながりがある方がよい。子どもができないなら養子もらえばよいが、夫婦だけで暮らすのも慣れたらそれでよい」、「他人の子をもらうより自分で産む方がよい。不妊治療なら子どもは産んだ人の子ども」、という意見や、「自分ならお金が払えるところまで不妊治療をすべてする。子どもがいた方が夫婦の仲がよくなる。自分と血のつながりがあった方がいいけど、養子でもいた方がいいから、不妊治療をしてできなかつたら養子をとるだろう」、「他の子どもの世話をすると妊娠するというから甥っ子の世話をして、妊娠した。その甥っ子のことは大人になるまで世話をした。他の人は養子をとって2ヶ月で妊娠して子どもを産んだ。子どもが生まれぬ時は、親戚や知り合いの子の世話をしたり育てたり、養子にしたりする」などの経験談だ。

精子提供や卵子提供について肯定的な意見もあった。「卵子が他の女性のもので、出産した女性の子どもだと思う。夫の精子で他の女性が子どもを産んだら、夫の子ではあるが、自分の子ではない」、「養子は他人の子だと思って、愛情がかけられなくて怒ってしまうから、お金があれば不妊治療、精子提供、卵子提供の方がよい」、「血のつながりはあった方がいいから、夫に精子が足りなくても自分の子がほしい。だから自分は他の人が困っていたら卵子をあげると思う。代理出産は9ヶ月妊娠するのは大変だし、怖いから頼まれてもしない」、「夫の浮気は嫌だが、精子提供や卵子提供という方法は問題ない」などである。

(5) 知見・考察

以上、インタビューを整理して報告した。それぞれの項目に示唆は記載したが、改めていくつか示唆をあげておく。

一点目に、都市と非都市の環境の差が大きい。非都市は、経過に異常がなければ、ヘルスセンターでの健診と地区病院での出産がほぼ唯一の方法である（B町には出産できる私立病院があるそうだが）。避妊方法の検討や入手について、インタビューした女性たちは皆、ヘルスセンターに来ていた。地区病院では契約医師が持ち込んだ超音波が一台あるが、超音

波検査はルーティーン検査ではない。医師が個人で持ち込んだ装置はモノクロで精度が低い経腹エコーだった。地区病院医師は超音波画像診断装置がほしいと話した。日本国内の中古医療機器を輸出するのは薬事法の規制がないが、フィリピンの公的医療機関は中古医療機器の購入をしてはならない（（経済産業省 2019 年 3 月「医療国際展開カントリーレポート」）。PHM01 も高技術の医療機器がほしいと語った。

一方、都市部では、口コミやインターネットのデータベースで受診する医師を選び、その医師がオープンシステムで利用する病院で出産していた。医師は自分の患者を大切に、丁寧に診察や説明をする。女性たちは、妊娠中に精密超音波検査を含む胎児機能調査を受けるかどうか、マタニティヨガに通うかどうかなどを選ぶことができ、出産時にも、ラマーズ室で夫の立ち会い分娩をするか、硬膜外麻酔を利用するかなどを選ぶことができる。出産の費用も多様だった。不妊治療も、費用さえ支払えば、人工授精や体外受精が受けられる。一方、都市部でも公立病院は安価で患者があふれ、妊婦健診で長時間待っていたり、陣痛や分娩、入院では2人で1台のベッドを使用したりする。

二点目に、助産師の役割の変化だ。B 町では自宅出産が禁止になり、かつてはヘルスセンターから自宅に呼ばれて普通分娩を介助していた助産師たちが、ヘルスセンターで妊婦健診や家族計画指導をするのみである。ただし、B 町では数年越しの計画だった公立産院が建築予定で、新しい医師が配属され、ヘルスセンターの助産師が分娩介助できるようになるとのことだ。A 市郊外でマタニティ・クリニックを運営する助産師は、犬や猫、蛇に咬まれた人に狂犬病予防注射や解毒注射をするアニマルバイト・クリニックや、薬局などを多角的に経営していた。親戚の看護師や、経済的に厳しい人を手伝いとして雇ったり、奨学金を出して看護師に育てたりしていた。産婦人科医に非常勤で外来を担当してもらい、希望があれば麻酔科医を呼んで硬膜外麻酔分娩もおこなう。一方で、会陰切開をせず、夫が立ち会い、早期接触する自然分娩を進めていた。こうした新しい形の助産師の役割を見ることもできた。

三点目に、キリスト教、特にローマン・カソリックを基盤にした生命観が、出生前検査や障がいに対する考え、人工妊娠中絶に対する態度、避妊や家族計画、不妊治療に一貫した影響を与えていた。すなわち、「受胎から生命であり、生命は神からの恵みだ」ということである。人工妊娠中絶は法律上、母体の生命が危険な場合に限定され、人びともそれを共有しているようだ。水面下で実施される中絶が成功せず、公的医療にかかったときには、あくまで胎児の救命という姿勢から、週数が速くても帝王切開も辞さない。避妊も神に背くものとされてきたが、人口増を背景に家族計画が施策として打ち出され、無償で避妊手段が提供されるようになった。性感染症の予防や避妊などを学校教育で教える向きもあるが、カソリック系の学校を中心に、性教育には消極的な学校もある。障がいもまたギフトで、出生を前提にしており、出生前検査は、児の治療や良好な予後のために実施される。そのため、母体血清マーカーやNIPTなど染色体異常の検査のニーズは低い。体外受精は提供されているが、忌避感がある人もいる。養子縁組は身近な選択肢になっている。中絶や養子縁組に対する態度などは様々で、一概にできない部分もあるが、おおむね、以上のように概括できるだろう。

四点目に、WHO コードについてであるが、母乳推奨、早期接触と早期授乳には積極的で、助産師はほ乳瓶が置いてあると免許を剥奪されると話すなど、厳しい規制もみられた¹⁴。一方、『WHO の 59 カ条 お産のケア実践ガイド』をはじめ、多くの世界的な学会のガイドラインでは、不必要な会陰切開、剃毛、浣腸、点滴は避けるように示されているのに、会陰切開や剃毛がルーティーンの処置としておこなわれている。国際的なガイドラインが、同じように取り入れられているとは限らないことがわかる。

五点目に、都市部の先端医療の管理体制の発達である。PHD05 は病院内にクリニックを構える胎児診断とロボ手術の専門家だったが、帝王切開には監査が入り、医学的適用の第三者評価がある。NIPT などの胎児の染色体異常の検査についてはケースごとに病院の倫理審査を受審する。子宮内の胎児手術には、小児循環器医、心臓外科医などのチームが組まれるが、このさいも倫理委員会を受審して、胎児の最善の利益になっているか審査がされる。病院にはメディカルロイヤー（医師弁護士）がいて、法律的な問題を扱っている。機器の購入には経営側へのプレゼンテーションをして評価を受けるなど、経営的視点も入る。病院は国際的な承認を受けており、最新の研修は海外で受けている。こうした洗練されたシステムもあった。

参考引用文献

Department of Health Philippines, Family Health Guide

(<https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/publications/1FamilyHealthGuideversion102211.pdf>)

Department of Health Philippines, 2018, DOH Annual Report

経済産業省 2019 「医療国際展開カントリーレポート」

厚生労働省 2019 「2018 海外情勢報告」

国際協力事業団医療協力部 1993 『フィリピン国 家族計画・母子保健プロジェクト計画打合せ調査団報告書』

国際協力事業団医療協力部 2000 『フィリピン国 家族計画・母子保健プロジェクト（II）運営指導調査団報告書』

独立行政法人国際協力機構フィリピン事務所 2007 『フィリピン共和国母子保健プロジェクト中間評価調査報告書』

Philippine Statistics Authority, 2018, Philippines National Demographic and Health Survey

¹⁴ 1960 年代から、ネスレ社などの乳業会社がフィリピンなどの東南アジアに進出した。購買力がない貧困層も衛生状態が悪い状況で粉ミルクを求めるなど問題となって、不買運動がおこった（1977 年のネスレ・ボイコット等）。1981 年に WHO は「母乳代替品の販売流通に関する国際基準」を採択し、その後、WHO は粉ミルク不使用などの基準を設けて「赤ちゃんに優しい病院（baby friendly hospital）」の認定をおこなっている。

2017

II-06 インドネシア共和国 (インドネシア)

文・撮影／松岡悦子

(1) 国の概要



インドネシアの国土は大小合わせて1万7504個の島からなりたち、人口は2億4千万人で世界4番目の規模である。インドネシアの民族と言語は多岐にわたり、約620の民族が724言語を話しているとされる。民族のうち最も多いのはジャワ人で40%を占め、スダ、マレー、バタック、マドラがそれに次いでいる。人口の87%がイスラム教を信仰しており、7%がプロテスタントとなっている。首都のジャカルタはジャワ島にあり、人口の58%が国土面積ではわずか7%でし

かないジャワ島に住んでいる。中央政府の下は province (州)に分かれ、さらに province は district (県)に分かれている (Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017)。

インドネシアは、1998年に長期にわたって政権を握っていたスハルト大統領が退陣すると、国内の民主化とともにヘルスケアの面でも大きな変革が生じた。インドネシアは、現在中所得国に位置付けられ、経済発展が著しい。

(2) 調査地概要

A: ジャワ島 西ジャワ州ジャカルタおよび近郊のボゴール市

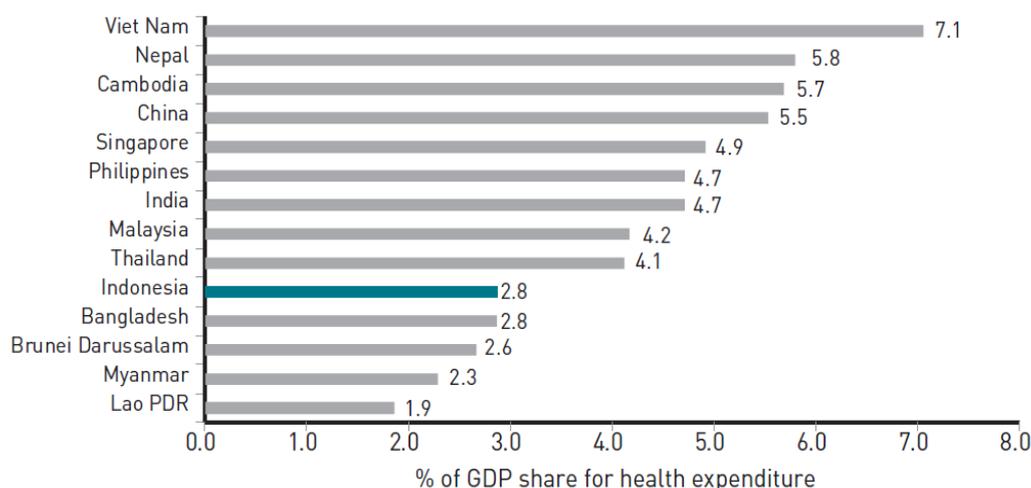
B: ジャワ島中部 クラテン県とジョクジャカルタ市および近郊のバントゥル村

(3) インドネシアの医療制度

長期にわたったスハルト体制が1998年に終わり、それに伴う政治の変革によって、1999年から医療制度においても脱集中化がなされ、支出やサービスの提供が中央政府から州や県に移された。それによって Ministry of Health が管轄する部分と、Ministry of Home Affairs が管轄する部分との二重構造が生じた。また分権とは言え、地方に権限が完全に移されたわけではなく、人事は中央政府が決定し、公立病院や公立のプライマリーケアの予算は中央政府から来るものと地方政府から来る部分に分かれている (Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017)。インドネシアの医療政策は、トップダウンとボトムアップを組み合わせた形だと言われているが、これは後に述べる家族計画

や母子保健を担うポシアンドゥ¹に典型的に見られるやり方と言える。

インドネシアの医療は公的なセクターとプライベートセクターに分かれる。現在、プライベート病院が急速な勢いで増えており、患者の医療費においてもプライベート病院での自費診療に支払う支出が 62.2%と公的な医療費を上回っていることが特徴である。特に都会ほど自費による医療費の支出割合が高く、その金額も多くなっている。また、賄賂や袖の下、チップを渡して待たずに見てもらえるようにするなどのインフォーマルな支払いもあるとされる。近年インドネシアでは医療費の高騰が問題になっているが、GDP に占める医療費の割合は 2.8% (2014)と、東南アジアの他の国々と比べて低い (Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017)。



*Indonesia National Health Accounts, updated February 2014.

Source: WHO Global Health Expenditure Database - NHA indicators (WHO, 2017).

図1 GDP に占める医療費の割合(東南アジアと西太平洋地域、2014)

出典: Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017

病院の歴史をたどると、インドネシアでは17世紀にオランダの東インド会社がバタビアに病院を開いたのが始まりとされる。それから20世紀前半のインドネシアの独立までの間、貧民のための病院、カトリックやイスラム教徒による、また中華系の人々による慈善病院などの利益を求めないプライベートセクターの病院が作られていた。1965年頃から市場経済

¹ Posyandu (Pos pelayanan terpadu: integrated health service post) 乳幼児健診に相当する活動で、ヘルス/ボランティアが下記の5つを目標として行う。母子保健、家族計画、栄養改善、健康教育、下痢症対策 (中村安秀 2017: 6)。ポシアンドゥを運営するのは、カデールと呼ばれるボランティアの女性たちである。

が活発になり、格差が拡大し始めた。しかし、現在のように利益追求型のプライベート病院が増加したのは、1986年に国がヘルスセクターを投資の対象として開放して以降だとされる(Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017:23)。

インドネシアでは、公的なセクターとして病院、Puskesmas (プスケスマス：プライマリーケアを担う保健センター)とプスケスマスよりも規模が小さく、プスケスマスの監督下に置かれている Pustu (Puskesmas pembantu: auxiliary puskesmas プスツ)がある。インドネシアの病院は、2014年時点で2410か所あり、そのうちの64.4%をプライベートの病院が占めており、ベッド数では46.4%を占める(Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017:107)。病院で保険診療を受けるためには、プライマリーケアからの紹介状が必要だが、患者の多くは保険に頼らず自費で病院の診療を受けている。医師や看護師、助産師は公立、私立を問わず、上限3か所の病院で働くことが認められている(Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017:131)。

プスケスマス(Pusat Kesehatan masyarakat/Primary health care center 保健センター)

まず、公的なヘルスケアの核となっているプスケスマスについて述べたい。インドネシア政府は、プスケスマスを1986年から配置し始めた。当初政府は、人口3万~5万人あたりに1か所のプスケスマスを作り、各プスケスマスに1人の医師を配置する計画だった。しかし、現実にはすべてのところに医師を配置することはできず、村落部にはプスケスマスより小規模のプスツを置き、1979年にはプスケスマスとプスツをつなぐネットワークが作られた。患者は専門病院を保険で受診するためには、プスケスマスからの紹介状が必要であり、その意味でプスケスマスはゲートキーパーの役割を果たす重要な部門と位置付けられている。都市周辺部には、出産を扱い24時間の対応が可能な大きなプスケスマスが作られている。プスケスマスで提供されるサービスは、以下の6種類である。

1. ヘルスプロモーション
2. 感染症対策
3. 外来患者の治療
4. 母子保健(妊婦健診、出産など)
5. 家族計画
6. 栄養、環境衛生

このように、プスケスマスは治療だけでなく、健康、保健衛生全般を幅広く扱っている。

全国のプスケスマスの数は、下の表1のようになっている。プスケスマスの3分の1が有床で(平均11床)、プスツは無床である。2014年には9601か所のプスケスマスのうち3320か所が有床となっている。2104年の病院数(2414か所)に有床のプスケスマスの数

(3320 か所) を加えると、全国に 5734 か所の入院施設があることになる (2017:108)。

表1 インドネシア公的なプライマリーケア施の数

	2007	2008	2009	2010	2011	2013	2014
<i>Puskesmas</i>	8234	8548	8737	9005	9321	9601	9601
<i>Puskesmas without beds</i>	-	-	-	-	-	6292	6281
<i>Puskesmas with Beds</i>	2683	2438	2704	2920	3019	3309	3320

Source: Indonesian Health Profile, various years.

出典：Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017:116

政府は全国一律にプスケスマスを作ったものの、その設備にはばらつきがあり、きれいな水が得られるところは71.7%、24時間電気が使えるところが87.4%、電話があるのが84%、移送のための車があるのは69.5%、冷蔵ボックスがあるのが60.3%となっている (Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017:109)。この数字を見ると、医療施設として最低限の基本的な機能も備えていないプスケスマスがプライマリーケアを担っている地域もあることがわかる。さらに村落部には、Poskesdes (village health post) や Polindes (village midwife post) と呼ばれる小規模の施設も作られている。

インドネシアの病院 (プスケスマスを含まない) は、表2のようにタイプA~Dまで分類されている。タイプDはベッド数50床以上、タイプCは100床以上、タイプBは200床以上、タイプAは400床以上となっている。

健康保険制度

1965年頃からインドネシアは市場経済に向かい、格差が開くようになったため、1960年代に国は社会保障を公務員、軍人に優先的に与えるようになった。1968年に公務員に (ASKES)、1971年に軍人に (ASABRI)、1977年に正規社員を対象に (ASTEK)、1992年にはASTEKを拡大したJAMSOSTEKが作られた (Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017:22)。2008年になると、貧しい人々のためのJAMKESMASが作られた。

政府は、医療費のうちの自費割合が高いことを問題視し、それを改善するために社会保障を整える必要があると考え、2014年1月にこれまでのさまざまな保険をJKN (Jaminan Kesehatan Nasional 国民健康保険) として統一し、2019年1月までに全国民の加入を目指すことになった。JKNを扱うのがBPJS (Badan Pelaksana Jaminan Social-K 社会保障庁) で、KはKesehatan 健康を意味する。BPJSでは、加入者は所得に応じて掛け金を払い、加

表2 病院の分類

Type	Min. number of beds	Geographical level	General medical Services	Specialist medical services
Type D	50	District	Primary medical care, primary dentistry care, primary mother-and-child care and emergency care	At least two of the following four specialities: internal medicine, paediatric, ob-gyn, surgery
Type C	100	District	Primary medical care, primary dentistry care, primary mother-and-child care and emergency care	Four specialities covering internal medicine, paediatric, ob-gyn, surgery and dentistry specialist
Type B	200	Province	As above	As above PLUS 8 of 13 specialties, PLUS 2 of 4 subspecialties either in internal medicine, paediatric, ob-gyn, surgery and/or dentistry subspecialties
Type A	400	Province / region	As above	As above PLUS 17 specialties (in ophthalmology, ENT, neurology, cardiovascular, skin and venereal diseases, psychiatry, orthopaedic, urology, neurosurgery, plastic surgery and forensic medicine. PLUS 14 subspecialties (in surgery, internal medicine, paediatric, obstetric & gynecology, ophthalmology, ENT, neurology, cardiovascular, skin and venereal diseases, psychiatry, pulmonology, orthopaedic, urology and oral surgery).

Sources: Adapted from Minister of Health Regulation No. 56/MENKES /2014 (Minister of Health, 2014c).

出典：Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017:157

入者を雇用する側も費用を分担する。2014年12月までに1億3800万人(人口の55%)が加入し(ただし、このうちの70%は掛け金を払わなくてすむ貧しい層だったとされる)、2016年末には加入者は1億7200万人に達した(Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi

S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017:86)。

BPJS が開始されて以降、病院の入り口や受付付近には BPJS への参加を呼びかける大きな垂れ幕や看板が見られた。しかし 2016 年頃に私が周囲のインドネシア人に聞いてみると、加入していないという人が多かった。中には会社でプライベートの保険に入っているから BPJS に入らないという人もいた。しかし 2018 年に聞いてみると、だいたい BPJS に入っており、無料で診察が受けられてよいという意見だった。BPJS に加入すると、家族全員がそれぞれの名前が入ったカードを持つことになる。ただし BPJS にはランクがあり、受けられるサービスがクラスによって異なるので、より良いサービスを受けようと思うと掛け金が高くなるし、すべてのサービスが BPJS でカバーされるわけではない。したがって、BPJS でカバーされないサービスを求めてプライベートの保険に入る人もおり、会社としてプライベートの保険に加入しているところもあるようだった。

たとえば出産に関して言えば、入院する部屋はクラスに分かれており、出される食事の品数や部屋の設備（たとえば、エアコンがついているかどうかなど）もクラスによって異なっていた。インドネシア政府が全国民の加入を目指す保険を導入したことは、公的な医療を強くし、人々の医療へのアクセスをよくすることで死亡率や罹病率を下げようということであろう。ただ、この BPJS の導入によって、出産現場や助産師にどのような事態が生じているかについては、後程述べたいと思う。



図2 ジャカルタ近郊のクリニック・プラタマで見られた BPJS の案内

医療職

インドネシアの医師数はアセアン諸国の中でも低く、2014 年で人口千人当たり 0.46 人となっている。ちなみに、日本は 2.3 人（2017 年）である。また助産師数については 121084 人（2012 年）で、インドネシアが世界で最も多いとされているが、助産師と看護師を合わ

せた数は、人口千人当たり 1.38 人とされる²。ちなみに、日本の看護師・助産師数は人口千人当たり 10.8 人となっている³

表3 人口千人当たりの医療職の数

Indicators	1992	2002	2010	2011	2012	2013	2014
Physicians	0.15	0.17	0.37	0.39	0.41	0.43	0.46
Nurses	0.52	0.50	0.67	0.91	0.99	1.16	0.70
Midwives	0.12	0.26	0.41	0.51	0.53	0.55	0.54
Dentists	0.02	0.02	0.04	0.04	0.05	0.05	0.02
Pharmacists	0.00	0.03	0.03	0.04	0.13	0.16	0.05
Sanitarian	0.03	0.01	0.09	0.07	-	-	-
Nutritionists	-	0.03	0.05	0.07	-	-	-
Physiotherapists	-	-	0.01	0.01	-	-	-

Source: Indonesian Health Profile, MoH database of government employees (<http://www.bppsdmk.depkes.go.id/sdmk/>).

出典：Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017 : 120

助産師の養成

インドネシアでは、1984年まで中学卒業後3年間の教育で助産師が養成されていたが、その後5年間養成が中止され（Indonesian Academy of Sciences and National Research Council 2013）、1989年に再開された。その背景には、1988年にナイロビで開かれた Safe Motherhood の会議で妊産婦死亡率の低減が課題となり、インドネシア政府はそれに呼応して、Rapid Training Program を始めたことがある。このプログラムでは、看護師資格を持つ人たちが助産師として養成した（Indonesian Academy of Sciences and National Research Council 2013）。そして、政府は1989年から「一つの村に一人の助産師を」という政策を開始し、ビダン・ディ・デサ(村落助産師)の養成を始めた（Shiffman 2003）。当時全国に68000か所の村があるとされたので、すべての村に助産師を配置するためには助産師の数を増やす必要があった。ビダン・ディ・デサは3年契約で公務員として雇われ、その間に自分の助産所を開業して自立することが期待されていた。その後1998年に、Rapid Training Program は廃止され、高校卒業後に助産学校に通う形に変更された。したがって、現在はこの3種類の養成課程を経た助産師が就業していることになる（Indonesian Academy of Sciences and National Research Council 2013: 54）。

ビダン・ディ・デサは、公務員としてブスケスマスやプスツで午前中働き、早朝や午後に

² <http://top10.sakura.ne.jp/Indonesia-p4.html>

³ <https://labcoat.jp/medical-workforce-data-ranking/>

は自分の開業助産所で患者の診察や出産介助を行っていた。プスケスマスでの助産よりも、助産所での助産の方が助産師にとって便利でかつ利益になるのは当然であるが、患者にとっても助産所の方がきれいで親身なサービスを受けることができたため、そのような助産所があるところではプスケスマスでのお産は減少し、プライベートの助産所でのお産が増えていった。1990年代にはすでにこのような状況が見られたが、その後さらにプスケスマスとプライベートの助産所との落差は広がり、公的な施設の遅れが目立つようになったものと思われる。公的な施設としてのプスケスマスが衰退する理由は、ビダン・ディ・デサに私的な開業を勧めた時点で予想できたことだが、公務員としての給料の安さを補うために、政府が私的な開業を勧めたとされる。その一方で、都市部近郊には24時間オープンの立派なプスケスマスも建てられている。



図3 24時間オープンのプスケスマス セダユI (バントウル村)

インドネシアではビダンは人気職業で、ビダンを養成する学校が2014年には400校以上あり、そのうちの84%が私立だとされる (Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017:127)⁴。このように多くの助産師が輩出されたため、助産学校を卒業しても助産師としての職に就くことができず、出産関連の職(例えばベビー服を売るなど)についている人もいるとのことだった。ただ、文献によると、助産師は病院やプスケスマスでは不足しているとされる (Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017:123)。おそらく、助産師の多くがこれまで開業を目標にしていたために、勤務を選ぶ人が少ないからであろう。また助産師養成学校の質にばらつきがあること、特に私立の助産師学校の中にはレベルが低いものがあることが問題視されている。

⁴ 別の資料では、助産学校の数は2006年の50か所から2011年には750か所に増えたとされている (Indonesian Academy of Sciences and National Research Council 2013:55)。



図4 (左)ジョクジャカルタの助産学校(私立) (右)ボゴールの国立専門学校の助産学科

現在助産師の養成には4つのレベルがある。①DiplomaIII ②DiplomaIV ③学部・大学院 ④大学院博士課程修了 (Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017:130)。2014年から助産師の国家試験が開始され、第1回目の試験の合格率が45%と非常に低かった。このことは、下記のように助産師職の行く末に大きな影響を与えることになった。1つは、助産学生あるいは助産学校のレベルに大きなばらつきがあり、助産師の能力が問題視されるようになったこと。2つめは、助産師の国家試験の合格率がこれほど低いならば、助産学校に行っても助産師になれない可能性があるとして、助産学校の人気が急落し、入学者が減少したこと。3つ目に、入学者減が深刻になり、助産学校が淘汰されるようになったことである。かつて、「インドネシアは助産師の天国」と言われたとある助産師が述べていたが、現在では急速に助産師の人気が落ちており、また人々のプライベート病院への志向が高まる中で、自分の助産所を開業するという計画は実現が難しくなっている。

もう一つ助産師職に暗雲をもたらしているのが、BPJSの導入である。出産が保険でカバーされるには、その施設がBPJSと契約を結ぶ必要があるが、BPJSは医療設備を整えた病院やクリニック、プライマリの施設である Klinik Pratama やプスケスマスとのみ契約を結んでいる。個人で開業している助産所はBPJSと単独で契約することができず、保険を使っただけの助産を扱うことができない。自費で支払うという人の出産を扱うことは可能だが、その数は非常に少ないことが予想される。だが中には、自費の出産のみ扱うとして患者の理解を得てとりあげている助産所もある。しかし、多くは出産介助をあきらめて家族計画やその他の業務で生計を立てるか、もう一つは助産所を Klinik Pratama にアップグレードしてBPJSと契約を結ぶ道を選ぶ助産師もいる。だが、この道を選ぶ助産師は非常に恵まれた状況にある人で、夫や息子、娘が医師である場合が多い。なぜなら Klinik Pratama の条件として、一般医や産科医、歯科医をそろえることが定められており、施設についてもさまざまな条件や手続きが決められ、開業にこぎつけるにはハードルが非常に高いからである。

このようなことを考えると、今後助産師が正常産を扱う権限と裁量をもち、安定した生活を送れる見通しが暗くなっており、そのことが助産師に対する人々の意識を大きく変えつつあると言えよう。

インドネシアの健康関連指標

インドネシアの死亡原因の第一は脳卒中、次が悪性腫瘍、三位が結核となっている。インドネシアの平均寿命は1990年に63歳だったのが、2012年には71歳となり、乳児死亡率は1990年の62/千対から2012年には26/千対に減っている。妊産婦死亡率の数字(出生10万対の数字)は出所によりまちまちで推計値であるが、1990年と比べて大きく減っている。ただ、2015年までに妊産婦死亡率を102に減らすというMDG5の目標は達成できなかった。

このような健康上の改善がある一方で、大人の肥満率が大きく増加しており、これはさまざまな生活習慣病の増加に結び付く可能性がある。成人女性の肥満は2007年に13.9%であったのが、2013年には32.9%となり、成人男性は13.9%から19.7%となった。成人女性の肥満率が急激に増加していることがわかる。しかし、同時に5歳未満児の栄養不良も37.2%(2013年)と多く、社会の中の格差の拡大、あるいは健康な食事を摂る機会の減少(例えばファーストフード)が背景にあるのかもしれない。

表4 母子関連指標

	1990	1995	2000	2005	2010	2013	2014	2015
Adolescent birth rate	67	54	50	52	50	51	50	-
Neonatal mortality rate	30	27	22	19	16	15	14	14
Post neonatal mortality rate	32	24	19	14	12	9	10	9
Infant mortality rate	62	51	41	33	28	24	24	23
Under-five mortality rate	84	67	52	41	34	29	28	27
Maternal mortality ratio	446	326	265	212	165	140	133	126
Measles immunization	58	63	76	77	78	84	77	-
Stunting (%)	-	-	42	28.6*	39	36	-	-
Underweight (%)	31**	27.4	25	24.4	19	10	-	-

* Data for 2004. ** Data for 1989.

Note: Table 1.8 uses United Nations joint estimates for maternal mortality ratio, and child mortality rates. The methodology combines multiple data sources and references and results comparable for comparison between countries. However, some figures are different to those obtained from national data sources (WHO et al., 2015).

Source: World Bank (2015a)

出典: Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017: 16

(4) 医療者インタビュー概要

ジャワ島のジャカルタ近郊(A地域)とジョクジャカルタ近郊(B地域)で、助産師12名と医師5名にインタビューを行った。助産師については、病院勤務、助産学校教員、開業に分かれるが、開業の中でも個人開業の場合とクリニック・プラタマとして大規模に開業している場合がある。医師については、公立病院、私立病院、個人開業を含めて3か所で働い

ていることが多いため、ここに挙げたのはそのうちの1つの職場である。

表5 医療者インタビューリスト

ID	地域		職場あるいは職業	
INDM1	B	助産師	クラテン (Klinik Pratama)	
INDM2	B	助産師	ジョクジャカルタ (開業)	
INDM3	B	助産師	ジョクジャカルタ (サルジト病院勤務)	
INDM4	B	助産師	クラテンで開業(Klinik Pratama)	
INDM5	B	助産師	ジョクジャカルタ (サルジト病院附属助産学校教員)	
INDM6	A	助産師	ボゴール助産学校教員	
INDM7	A	助産師	ボゴールで開業	
INDM8	A	助産師	国立バンドン保健専門学校 助産学科長(ボゴール)	
INDM9	A	助産師	ボゴールで開業	
INDM10	A	助産師	ジャカルタ助産師学校教員	
INDM11	A	助産師	ボゴール助産師会会長・開業	
INDM12	A	助産師	開業 Klinik Tiara (Klinik Pratama)	
INDD1	B	産婦人科医	ジョクジャカルタ (プスケスマス)	第一次医療機関
INDD2	B	産婦人科医	ジョクジャカルタ (サルジト病院)	第三次医療機関
INDD3	B	産婦人科医	ジョクジャカルタ(ヘルミナ病院)	第二次医療機関
INDD4	A	産婦人科医	ジャカルタの大きな総合病院勤務	
INDD5	A	産婦人科医	ボゴールの病院勤務兼 薬局経営	

結果概要

まず、助産師と医師の事例を紹介する。

【助産師 M1】

M1はクラテンで5年前からクリニック・プラタマを開業している。M1は、朝8時～午後4時まで政府の機関で働き、その後このクリニックに来る。現在、月15件程度の出産がある。助産師を5人雇い、彼女らが2つのシフトで働いている。午前中には一般医、歯科医、薬剤師、助産師がおり、午後には産婦人科医が来る。M1は助産学校でも教えており、複数の仕事を精力的にこなしている。

M1になぜこのようなクリニック・プラタマを開いたのかと聞くと、政府のJKNまたはBPJSの説明をしてくれた。政府は、2019年までに全国民が健康保険に入るようにする政策をとっているが、医療施設がこの保険と契約を結ぶためには、第一次レベルの医療施設としての基準を満たさなければならなくなった。独立開業の助産師はそのままでは契約を結べないため、どこかのクリニックと提携してそのクリニックの傘の下でBPJSと保険契約を結

ぶか、あるいは自分の助産所をクリニックのレベルにアップグレードするかである。かつては、独立開業する助産師は、BPM (Bidan Praktek Mandiri:個人開業の助産所) を開くのに SIPB (Surat Izin Praktek Bidan :助産師開業免許) があればよかった。また、施設に勤務する場合は、SIKB (Surat Izin Kerja Bidan; 助産師就業免許)が必要だった。だが、このような規則が変わってしまった。自分 1 人で助産所をクリニックレベルにできない場合は、複数の助産師が集まってグループでクリニックにしてもよいが、その場合でも責任者としての医師が必要になる。それができずに出産介助をやめる助産師もいる。医師は単に書類上だけではだめで、実際にクリニックで働く必要がある。助産師 M1 のところでは、6 人の医師 (産婦人科医 1 人、一般医 4 人、歯科医 1 人)を雇っている⁵。医師 1 人に毎月 300 万~500 万ルピア (2020 年 1 月のレートで 1 ルピア 0.008 円として、2.4 万円~4 万円) を支払っている。クリニック・プラタマにするのはとても大変で、設備や医師をそろえるお金がなければならず、書類を整える根気も必要だ。しかし、強い意志があれば、長いプロセスをあきらめずにやり遂げることができるとのことだった。

M1 のクリニック・プラタマには産科医がいるが、妊婦健診を行うだけで、出産介助は助産師が行っている。ただ、女性が医師による介助を望めば、できないことはないとのことだった。

超音波検査は、医師しかできない。医学的な理由があれば無料で受けられるが、そうでなければ 1 回 15 万ルピアだとのことだ。このクリニックではベッド数は 5 床である。クリニックは最高 10 床まで可能で、助産所は 5 床まで可能だとのことだ。ビダンは誘発ができないが、会陰切開や破膜はできる。会陰切開の適応があれば行うが、なければしない。しかし、20% ぐらいには会陰切開を行うし、ほとんどの人が自然に切れることが多い。切開後の傷を縫うのは助産師の業務範囲である。帝王切開になるのは、5% 以下で低い。搬送先は、ここで働いている産科医の病院であることが多い。搬送する際に、もし APN (Asuhan Persalinan Normal:正常産のケア) をそのまま適用すると、搬送率はずっと高くなる。しかし、搬送するかどうかは助産師の診断力や経験とかかわっており、パルトグラムをそのまま適用すると搬送率は高くなる。しかし早めに搬送することによって、死亡率が低くなっているのかもしれないと、M1 は述べていた。

クリニック・プラタマは医師がいるクリニックなので、逆子も双子も取り上げられる。このジョクジャカルタ地域では、硬膜外麻酔はとてもまれで 5% ぐらいではないか。病院でも 10% あるかどうかわからない。ここでは、産後 1 日で退院する。保険のパッケージに従えば、24 時間で退院することになっている。その後は家族が面倒をみる。昔からいるドゥクンが、今も産後のマッサージや沐浴をしてくれる。ドゥクンは、現在は出産そのものを行わ

⁵ 産科医は 32 歳の男性。一般医は 28 歳の男性で医学部を卒業したばかりだとのことである。クリニック・プラタマで働く医師は、若いあるいは高齢かのいずれかで、40 代の働き盛りでクリニック・プラタマに雇われて働く医師はほとんどいないとのことだ。

なくなっているが、産後の世話をしている。

胎盤は家族が持ち帰って、地面に埋める。不妊のカップルは、数としてはとても少ないが、クリニックではカウンセリングしかできない。薬を出すこともせず、ただ話を聞いて、いつが妊娠しやすい時期か、性行為の仕方、スタミナを維持する仕方などを説明するぐらいである。体外受精は病院でしかできない。

中絶については、女性が望まない妊娠をすることがある。本当に中絶を望むなら、PKBIに紹介することができる。ここは公に認められた中絶が可能な場所で、ジョクジャカルタ、ソロ、クラテンの地域にはPKBIがある。妊娠を望まないのには、すでにたくさんの子どもがいる、レイプなどさまざまな理由があると思うが、PKBIには中絶が可能なリストがあり、それに当てはまれば安く中絶することができる。ただし、認められないこともある。その場合は、どうしても中絶したい場合は、違法な手段で中絶する場合もあるだろう。違法な中絶をするクリニックでは、2千5百万ルピアぐらいかかるかもしれない。

2019年以降、クリニックにアップグレードできない助産所は、出産そのものではなく、妊娠中と産後のケア（マッサージなど）をすることができる。出産を介助するためにはBPJSと契約を結び、助産師2人以上で出産を介助しなければならない。2人のうちの1人は、ビダン・デ・リマ⁶でなくてはならない。また、助産師は家庭医を見つけてその家庭医といっしょにBPJSの契約をしてもらうことができる。家庭医の場合は、患者の家族が出産するときに、契約をしている助産所に患者を紹介することができるので、家庭にとっても助産所にとっても便利だと思うとM1は述べていた。

インドネシアは中・低所得国なので、人々は無料のサービスを好んで、少しでも調子が悪いと病院に行こうとする。その時に無料の方に行くので、助産師がBPJSと契約していなければ、患者が来ないだろう。また、私のクリニックでは歯科医も一般医もいるので、患者は私のところに来れば、1か所で両方の治療をうけることができる。私が上手に宣伝をして、このクリニックに登録する患者を増やせば、その患者が登録していた医師や歯科医は患者を失うことになる。これからは、誰もが一人で営業するのではなく、他の医者と一緒に組になって、クリニックや病院で働くことになるのかもしれない。医師も助産師も一つの科で独立営業するのではなく、複数の人と一緒に仕事をするようになるのかもしれない。

私は将来を考えて、独立開業ではだめだと思い、クリニックにした。医師と違って、助産師がクリニックにアップグレードするのは大変な労力を要する。医師は病院で働くことができるが、助産師はクリニックでなければ出産介助ができないのであれば、クリニックにするしかない。私のところにはたくさんの方が来ているが、ある日突然規制が出されて、ルールが変わると、私は患者もお金も失うことになる。なので、ルールが変わる前に、クリニ

⁶ インドネシアの助産師会（IBI）が設けた独自の基準に基づいて、開業助産師の中である基準を満たした助産所をビダン・デ・リマとして位置付けたもの。IBIが作った一つのブランドだと述べた助産師がいた。

ックにしておこうと思った。クラテンの助産師でクリニックにすることができたのは、10人もいない。これからは開業医も、誰かと組んで1か所でさまざまなサービスを提供できるようにしないと生き残れないだろう。医師は医療者だが、助産師はパラメディカルだ。開業医もこれから生き残れなくなるかもしれないが、私はクリニックにしたおかげで、医師を雇うことができているとM1は述べた。



図5 ビダン・デ・リマのマークを付けた助産所 いずれもジョクジャカルタ近郊

【助産師 M7】

M7は1990年3月生まれで、現在はボゴールで助産所を開業している。高校を卒業した後医療系に進みたかったので、国立保健専門学校助産学科で3年間学び、2011年に卒業後すぐに助産師になった。その頃はまだ助産師になるための国家試験がなかった。2年間働かなければ開業できなかったのでプスケスマスで働き、2013年に開業した。2011年にプスケスマスで働き始めたときに見合いで結婚した。夫は大学の教員をしている。子どもは、7歳女子と6か月の女子がいる。1人目はクリニックの産科医のもとで産み、2人目は自分の助産所で産んだ。

M7は助産所を経営しなかったため、夫の親が土地を買い援助してくれた。最初は個人で開業する基準を満たす待合室、診察室、分娩室、入院室があるだけの小さなものだった。M7の助産所の患者数は表6のように変化してきた。これを見ると、出産件数は毎年増加しているが、搬送率は25～39%とかなり高いことがわかる。彼女によれば、搬送した人のほとんどは帝王切開になっているとのことだ。ボゴールでは、ベッドの空いている搬送先をオンラインで探すことができるので、死亡率の低減になっているのではないかとのことだ。搬送する際には、患者の車か助産師M7の車で行く。

この助産所では、一般医を月曜から金曜の15時～18時まで雇っている。子ども連れで来る患者が多いが、助産師では薬の処方できないので、医師がいたほうが便利だからである。助産師はM7を含めて4人いて、出産には24時間対応している。自宅分娩をしたいという人もいるが、自宅では衛生面や設備が限られているので、説明をしてここに来てもらうようにしている。たいていの人は説明すればこちらに来てくれている。

現在、医師を通じてBPJS（国民健康保険）と契約しているので、個人開業ではあるが、保険を使ってこの助産所で出産介助をすることができる。しかし、助産所が直接BPJSと契

約できないのは不便である。

表6 この助産所での出産と搬送の件数

年	助産所での出産した数(人)	搬送した数(人)	搬送率(%)	備考
2013年 10月～12月	6	2	25	
2014年	27	16	37	
2015年	61	40	39	
2016年	170	68	29	BPJSに合わせて部屋をリフォームした
2017年	182	60	25	
2018年	199	98	33	



図5 Hanania careの説明と、入院室

M7はこの助産所のケアを Hanania care としてブランド化し、産婦にお土産として渡すかばんや子供用リュックにもハナニア・ケアというロゴを入れている。また、入院室を2016年にBPJSに合わせてリフォームしたが、BPJSの3つのクラスに応じて、自分で部屋の内装をピンク系に統一してデザインし、おしゃれな助産所のイメージを作り出すのに成功している。

【産婦人科医 D1 女性】

産婦人科医 D1 は、ジョクジャカルタ近郊にある大きな24時間オープンの子スクスマスで働いている。夫は整形外科医で子どもは11歳の女子と7歳の男子がいる。ガジャマダ大

学の医学部を2004年に卒業し、国家試験を受けて医師になった。2004年からずっとプスケスマスで働いている。医学部生は女性の方が6:4が多い。けれども女性は一般医になり、専門医にならないことが多い。専門医になると家族と過ごす時間が減り、ゆっくりとした生活ができなくなるからだ。朝8時～午後2時まではプスケスマスで働き、その後は家でプライベートに開業している。プスケスマスには午前中に千人以上の患者がやってくる。自分を含めて3人の一般医が対応しているが、医師は3か所で働いているので、プスケスマスに常に医師が1人いる状態にシフトを組むことができない。

プスケスマスでは、火曜日と木曜日が超音波の日で、2Dの超音波を使っている。超音波はBPJSでは妊娠中に1回しか無料で受けることは認められていないが、医学的な適応があれば無料で受けることができる。1回5万ルピアなので、それほど高くはない。女性は性別を知りたがるし、毎週超音波で見てもらいに来る人もいる。おなかの中の胎児が元気かどうかを知りたがるとのことだ。しかし、D1は超音波をそれほど正確だと考えていないので、予定日を超音波によって修正することはしないとのことだ。もちろん羊水過多などの異常が見つかることもあり、その場合は病院に送ると述べている。プスケスマスから病院に搬送される割合は、国のデータによると20%だとD1は述べる。BPJSの制度では、妊婦はまずプライマリケアに行かなければならず、異常がなくかつBPJSでカバーされたければ、プスケスマスやクリニック・プラタマといったプライマリ施設で産まなければならない。二次レベルは、産科医のいる施設で私立病院の多くはそこになる。三次レベルはサルジト病院のような総合病院になる。

妊婦健診は、国の政策では最低4回受けることになっているが、ジョクジャカルタでは12回受けることを勧めている。会陰切開はあまりしないが、半分以上は裂傷する。生まれた赤ちゃんをすぐにおなかの上に乗せて、skin to skin contactを行う。胎盤は家族が持って帰って埋める。

現在は出産後2か月で仕事に戻る人が多いので、粉ミルクとの混合になる。ミドルクラスの場合には、母乳を冷凍できるような職場で働いていることが多いので、冷凍母乳を飲ませることができる。しかし、冷蔵庫や冷凍庫の設備がない工場などで働いている場合には、トイレで母乳を絞るしかできず、絞っても保存することができないために、人工乳になることが多い。

不妊の相談があると病院に送る。サルジト病院が不妊外来で有名だ。

D1は、インドネシアのマタニティケアの問題点を以下のように述べていた。まず一つは、女性が妊娠をリスクととらえないこと。妊娠しても十分に休養しなかったり、栄養を摂らなかったり、妊婦健診に来なかったりする。2つ目は、施設の偏りがあること。このジョクジャカルタでは、4つの大きな病院が市内中心部に集中し、そこに設備、予算が投入されている。もっとさまざまなところに病院があるべきだと思う。プスケスマスはあちこちにあるが、国はプスケスマスにお金をかけていないため、設備が不十分である。3つ目に、プスケスマスに常に医師が一人いる体制になっていないこと。プスケスマスに来る患者数は多いが、医

師は3つの病院で働いているために、医師が常に1人いるようなシフトを組めず、医師のいないときに異常が発生すると対応できないからである。

妊婦健診と出生前検査

インドネシアでは、妊婦健診の回数は地域によって大きく異なり、個人によっても受ける回数は異なっている。国としては、最低4回の健診を義務付けているが、M7は8回と述べ、D1はジョクジャカルタでは12回を推奨していると述べていた。また超音波検査は、プスケスマスでは2Dのものを用い、それを参考に出産予定日を割り出すことはしないとD1は述べていたが、大学附属病院勤務のD2は予定日を超音波検査によって修正すると述べ、異常が疑われるとさらに3Dの検査に回すとした。超音波による検査は、異常がないかぎりBPJSではカバーされないとD2とM4は述べたが、1回は認められるとD1は述べた。またその費用についても、施設によって5万ルピアから15万ルピアまで金額に差があり、私立病院では高いとのことである。

インドネシアではダウン症や二分脊椎を理由にした中絶は認められていない(D2)ので、超音波による検査も羊水検査も患者に提案しないとのことだ。

出産と産後

インドネシアでは、第一次のプライマリ施設と第二次病院、第三次病院に分かれており、BPJSに加入している人たちは正常な経過である限り、プライマリ施設で出産しなければ無料にはならない仕組みになっている。クリニック・プラタマやプスケスマスでは、妊婦健診は医師が診るとしても、出産は原則として助産師が介助している。そして異常があれば二次病院に送ることになる。同じプライマリ施設であっても、プスケスマスの方がサービスや施設が限定され、クリニックの方がサービスも設備もよいと人々は考えているようだ(M4)。クリニック・プラタマを開業するM4によれば、会陰切開は10%程度行くと述べ、M1は20%程度と述べた。プスケスマス勤務のD1は、会陰切開はあまりしないが、半分以上の人は裂傷すると述べ、第三次病院に勤めるD2は、浣腸も剃毛もせず、会陰切開も全例に行うわけではないと述べた。第三次病院であるD2の総合病院では、帝王切開率は33%だそうで、女性の希望による帝王切開は受け付けないと述べた。また、逆子や双子も帝王切開をすとは決まっていないようだ。硬膜外麻酔による出産は心臓病がある産婦には行うが、それ以外はしないと述べた。しかし麻酔をしてほしいという女性は10-20%いるとのことだ。それに対して、D4はジャカルタ近郊のタイプAの病院、タイプCの私立病院に勤めているが、帝王切開率は70-80%に上るようだ。

胎盤については、どのレベルの病院でも家族が持って帰って地面に埋めるのが慣習となっている。

母乳はどのレベルの病院でも重視され、D2の勤める第三次病院はBFH (Baby Friendly Hospital) に認定されている。D4はジャカルタの大きな病院に勤めているが、出産後すぐ

に母子を接触させて早期授乳に努めているとのことだ。だが、プライベート病院に勤める D5 によれば、ラクテーション専門の医師と助産師を雇っているクリニックがある一方で、赤ん坊が生まれたら、粉ミルクを与えてもよいという同意書を両親が書く病院もあるとのことだった。お母さんたちは粉ミルクを与えたくないが、病院側は理由があれば与えることができるので、その余地を残しておきたいからのようだ。また助産師の M6 によると、病院は生後 6 か月は母乳のみというキャンペーンをしているのでそれを守らなければならない。したがって、親から粉ミルクを与えてもよいという同意書を取って、病院が責任を問われないようにしているとのことだった。母乳については、女性が産後 2 か月を過ぎると仕事に戻ることと両立しないため、働く女性は人工乳をやらざるを得なくなることが問題視されている。また、女性の方でも高い粉ミルクを飲ませることを自慢に思う気持ちがないわけではないと述べていた (M6)。

避妊、中絶、不妊

避妊については、インドネシアはイスラムの優等生と言われるほど、徹底した家族計画を行った (松岡 2017)。中絶については、ジョクジャカルタ近郊では PKBI という政府の機関があり、そこで正当な理由と認められた場合には合法的に中絶ができるという回答だった (M1、M2)。しかし、ダウン症や二分脊椎を理由にした中絶はできないとのことだった。

不妊については、プライマリ施設では相談を受けるのみで、B 地域では治療はサルジト病院に送るとのことだった。そこに勤める D2 によれば、体外受精は 1 クールで 5 千万ルピアかかるとのことだ。費用を考えたときに、カップルはきょうだいの子どもを養子にする、孤児院の子どもを養子にする、病院に産み捨てられた子どもを養子にすることを考えるという。また A 地域でも、不妊のカップルが相談に来ることはあるが、体外受精は豊かな人でないとできないと述べていた (D5)。

(5) 女性へのインタビュー概要

今回インタビューした女性たちを下記の表 7 に挙げる。出産の欄には、子どもの上から順番にどこで、あるいは誰に介助してもらったのかを記している。

女性たちの経験やインタビュー内容は、都市部と村落部で大きく異なっている。また、ボゴールでインタビューした女性たちは、末子を助産所で産んだ人達であったことから、助産所出産の数が多くなっている。以下にいくつかの事例を挙げる。

表7 インタビューした女性たちのリスト

ID	地域	居住地	年齢 (歳)	家族、職業	出産
INDW1	B	Bantul村	42	離婚した。妻：物売り、17歳（女） 10歳（女）、姑と住む	2人とも助産所
INDW2	B	//	38	夫：？、妻：果物を売る、15歳（男） 11歳（男）21か月（女）	3人ともクリニック
INDW3	B	//	41	夫：大工、妻：帯を編む、18歳、15歳、 13歳、11歳、7歳、全員男	ドゥクン、助産所、プスケスマス、 ドゥクン、助産所
INDW4	B	//	42	夫：大工、妻：小売店、10歳、8歳、 4歳（全員女）	病院、助産所、病院
INDW5	B	ジョクジャカルタ	34	夫：ホテル勤務、妻：妊娠中で仕事を辞めた。 1人目男	助産所
INDW6	B	//	28	夫：？ 妻：会社員 妊娠7か月	病院で産むか助産所か迷っている
INDW7	A	ポゴール	32	夫：車修理、妻：塾講師、8歳（男） 1.5か月（男）	2人とも助産所
INDW8	A	ポゴール	29	夫：公務員、妻：教師、7歳（女） 9か月（女）	病院、助産所
INDW9	A	ポゴール	38	夫：主夫、妻：翻訳、15歳（男） 4歳（男）	2人とも助産所
INDW10	A	ポゴール	39	夫：公務員、妻：主婦、14歳（女） 6歳（男）	2人とも助産所

【事例1 W3】

W3は現在41歳で、中学校を卒業した後、帯を編む仕事をしている。子どもは18歳から7歳まで5人いる。第1子と第4子はドゥクンを家に呼んで出産した。このドゥクンは今も元気に出産を介助しているとのことだ。ドゥクンはバイクで10分ぐらいのところに住んでいて、迎えに行けばすぐに来てくれる。産後にも、ドゥクンは3日に1回家に来てくれて、40日目迄赤ん坊のマッサージをしてくれた。ドゥクンで産むと、マッサージをしてもらえるので、とても気持ちが良い。ドゥクンには謝礼として50万ルピアを払った。

2人目と5人目は助産所でビダンにとりあげてもらった。ビダンは陣痛誘発（促進）の注射をした。ビダンは産後に血液が増える薬をくれて、産後は週に1回だけ来てくれた。ビダンには80万ルピアを支払った。5人目をビダンの助産所で産んだのは、おなかがすごく痛くなったので、ビダンが家の近くなので、そこに行ったからだ。

3人目はプスケスマスで産んだが、そこでは時間がかかった。でも保険が使えたので無料だった。夫は5人の出産のすべてに付き添ってくれた。夫が産後の世話をしてくれて、料理を作ってくれた。母乳はよく出た。

不妊で困っている人は周りにいた。その人はジャムー（薬草茶）を飲んだり、マッサージしてもらったり、医者にも行ったが、結局できなくてあきらめた。避妊は、3か月ごとの注射をしている。ビダンのところに行って1回25000ルピアで注射をもらう。このビダンのところではBPJSが使えないので、自費で支払った。BPJSには入っている（貧しいので掛け金を免除されているのかどうか不明）。プスケスマスは混んでいて、時間がかかるので、ビダンのところに行く方が便利だ。

【事例2 W5】

W5 は 2 人目を妊娠中（妊娠 7 か月）で、彼女には妊娠中のヨガクラスの後に話を聞いた。このクラスは、ジョクジャカルタの小さなホテルの一室を借りて助産師 Y が開いている。参加している女性のほとんどはミドルクラスと言っていいだろう。W5 さんは 4 年制大学のコミュニケーション学部を卒業し、物流会社 DHL に勤めていたが、妊娠して辞めた。妊婦健診については、現在医師と助産師のところに毎月通い、超音波検査も毎月受けている。セカンドオピニオンが重要だと思うからだ。それは第 1 子を妊娠中に、医師から子宮筋腫があると言われたが、2 人目 3 人目の医師のところに行くと、何も悪いところはないと言われた経験があるからだ。

助産師 Y は、gentle birth についての本を書いたり講演を行ったりしており、クラテンの自分の助産所で出産の介助も行っている。ただし、助産師 Y は BPJS と契約していないので、そこで産む産婦は自費で分娩費用を払うことになる。

W5 は、1 人目の子どもをわざわざクラテンまで行って、助産師 Y のところで産んだ。クラテンまでは車で 1 時間以上かかる。Y 助産所で 1 人目を産んだときには、夫や助産師が腰をさすってくれ、生まれた赤ん坊をすぐに抱っこした。夫がへその緒を切り、2 時間後に授乳した。W5 は産後 4 日間助産所に入院したとのことだ。

第 2 子の出産場所について、W5 はいくつかの選択肢を考えている。優先順位の第 1 は、以前と同じ Y 助産師のところで産むこと。ただし、Y 助産師はあちこちを移動するので、陣痛の始まった時に Y 助産師に取り上げてもらえるかどうかわからないのだ。2 番目は、現在健診を受けているクリニック・プラタマでビダンに取り上げてもらうこと。3 番目は BPJS を使って病院で産むこと（正常で、かつ病院で産むときには、BPJS は使えず自費になるはずだが）。



図 6 写真左：妊娠中のヨガクラス



写真右 助産師 Y の助産所(クラテン)

第 1 子の時には母乳が十分に出なかったため、ラクテーション・コンサルタントに行った。

W5 が病院に行きたくないのは、友人が病院で産んだ話を聞くと、誘発や会陰切開などの医療介入が多く、心配だからだ。

【事例3 W7】

W7には8歳と1歳の子どもがおり、夫は自営で車の修理をしている。彼女は高校卒業までの学歴で、現在は公文の塾で算数を教えている。第1子を別の助産所で産み、第2子をM7の助産所で産んだ。W7の周りでは、助産所で産む人が多いそうだ。第2子の出産のときにはBPJSに加入していたので、3食の食事も含めて無料だった。プスケスマスも助産所もどちらも助産師に取り上げてもらうのだが、プスケスマスだと決まった時間に行かなければならないが、助産所であれば時間の融通が利いて便利である。妊娠中に問題がなければ、病院に行く必要はないと思うと述べた。第2子の妊娠中には、この助産所に産婦人科医がいたので、超音波検査を4-5回受けた。

出産には夫が立ち会った。会陰切開はされなかったが、赤ん坊は3950グラムあり、会陰が裂傷した。ふつうは産後24時間で退院するが、W7は2日間入院して退院した。BPJSでは、ご飯と2種類のおかずが出てくることになっているとW7は述べたが、おそらくクラス3の場合だと思われる。アップグレードすると、果物やおかずが一つ増えるとのことだった⁷。

産後、近所の人に朝7時~10時まで来てもらい、家事をしてもらった。姑とは同じ敷地に住んでいるけれど、負担をかけたくないので近所の人に来てもらい、洗濯、掃除、料理をしてもらった。

1人目と2人目の間は、1か月ごとの注射で避妊をしていた。最初は3か月ごとの注射で避妊をしていたが、それだと生理が来ないので、1か月ごとの注射に変更した。W7の周囲に、不妊の人はいないとのことだった。

妊娠・出産について

今回のインタビューでは、助産所を通じて紹介してもらった女性が10人中4人いたことから、助産所に偏った内容になった可能性がある。出産場所の選択については、助産所を選ぶ人と病院を選ぶ人は半々ではないかとW9は答えていたが、都市部ではクリニックや私立病院の人氣が高まっていると医療関係者は述べている。W9は「病院は医師がいるから良いと思われているのだろう。私はそうは思わないけれど。病院に行くのは遠いし、時間や交通費がかかる。お産の時に病院に行こうとして渋滞に巻き込まれるかもしれないので、私は家から近い助産所にした」と述べていた。助産所で産んだ人たちは、家から近いことを選択

⁷ W7は助産師M7の助産所で出産した。W7によると、彼女の助産所ではBPJSの基準よりも快適にしているとのことだ。クラス3では一つの部屋にベッドを3つ入れてよいことになっているが、M7のところでは2つにしている。クラス2では、2人部屋でテレビがついているが、エアコンはない。クラス1は一人部屋で、エアコン、トイレがつき、赤ん坊のおむつ替えを助産師がすることになっている。自分が支払っているクラスよりもアップグレードするときには、50万~100万ルピアかかるそうだ。

の理由にあげていた。またプスケスマスに行くよりも、ビダンに行く方が時間の融通が利く、ドゥクンは呼べばすぐに来てくれるなどの、女性にとっての利便性から、ドゥクンやビダンが選ばれていた。

助産所で産んだ女性たちは、超音波が助産所にはない（あるいは、あっても医師がいないので使えない）にも関わらず、超音波での診断をクリニックに行き受けていた。W10 は、女性たちに非常に人気のある医師がいるクリニックに行き 1 回 20 万ルピア（6 年前の値段）で超音波検査を受けたとのことだ。

その一方で、村落部に住みながら、3 人の子どもを全員プライベート・クリニックで産み、医師に介助してもらった W2 のような人もいる。その理由として、W2 はクリニックの方が設備が整っており、3D の超音波があり、夫がクリニックの方がよいと言ったからと述べている。3 回の出産で毎回会陰切開されたが、切開したほうがきれいに縫えるからだとして W2 は考えていた。そのプライベート・クリニックでは、分娩になるまでビダンがそばについていて、直前に医師が入ってきて取り上げたそうだ。男性の医師だけれども恥ずかしくはなかった。妊婦健診の時からずっと同じ医師に診てもらったと述べていた。出産には夫が立ち会い、生まれた後には、skin to skin contact を行ったそうだ。会陰切開はしたが、浣腸や剃毛、陣痛誘発はなかったとのことである。第 3 子のお産では、400 万～500 万ルピアかかったそうだ。避妊については、出産したクリニックで IUD を入れてもらい、その費用として 40 万ルピアかかり、年に 1 回検査を受けている。赤ん坊の予防接種もそのクリニックで受けている。W2 は 4 年制の大学を卒業しており、2 人目と 3 人目の子どもの年齢が開いているのは、その間に再婚したからだそうだ。

産後について

産後に家族以外の手伝いを頼んで、掃除、洗濯、料理をしてもらったという人が A 地域にはいた（W7、W8、W10）。母乳はよく出た、2 年間母乳をやったという人がほとんどだった。W8 は、産後 40 日たって仕事に戻ったので、母乳を搾乳器で絞って冷凍し、お手伝いさんにやってもらったと述べていた。W10 は、産後 3 か月で仕事に戻ったが、7 か月で仕事を辞めたと述べ、「子供を置いておくのはかわいそうだと思ったから」と理由を述べている。彼女は、両親と同居していたが、1 歳半まで毎日 8 時～11 時までお手伝いさんに来てもらったそうだ。子どもには母親が必要、子どもにしっかりとした教育を受けさせたい、という近代家族の考え方がみられると言えよう。インドネシアでは、公文塾に多くの子どもが通っているとのことである。

中絶について

W9 は、友人の中絶の経験について語った。ジャカルタに行き中絶してもらった友人がいる、また別の友人も最初の友人から話を聞いて同じところに行き中絶してもらったと話していた。したがって、インドネシアでは中絶は違法とされているが、行われていると言

えよう。また、いくつかの基準を満たした中絶は、PKBI という国の機関で合法的に行われている。

(6) 考察

インドネシアでは、2000 年以前には素人の介助者であるドゥクンと資格をもつ助産師のビダン、医師が出産に関わっており、村落部ではドゥクンとビダンが協力して出産介助にあたる風景が見られた。また、正常な出産はビダンが行い、医師はほんのわずかな異常産のみを扱うという認識が助産師にも医師にも共有されていた。しかし現在は、施設で出産を行う方向に政策的誘導が行われ、これまでの標準であった助産師による出産（開業助産所やプスケスマス）が医師による病院での出産へと大きく変化しつつある。そのような中で、ドゥクンの存在は出産介助の場ではほとんど見えなくなってしまうが、産後のケアにおいては重視されるようになってきている。たとえば、クリニック・プラタマを運営している M4 は、「産後 6 時間たったらお母さんにマッサージをしてあげる。ドゥクンの方がもっと丁寧に、かつ安い値段でやってくれるので、ドゥクンを雇いたいが、近くにいない」と述べていた。また、ジョクジャカルタ近郊農村のドゥクンは、産後の女性宅を訪問するのに毎日忙しくしており、バントウル村のドゥクンも現役で働いていた。

インドネシアでは BPJS による医療制度の大きな変革が進行中であり、全国民の保険加入の期限が 2019 年であることから、医療にかかわる人たちの間で BPJS への賛否両論が聞かれる。たとえば、今回のインタビューで唯一の男性医師であった D3 は、BPJS は病院にとっても母子にとっても良くないと述べた。なぜなら、病院は利益につながる診療科を重視し、利益にならない科を軽んじるようになるからであり、産科は保険からの還付が少ないために不人気な診療域と見なされるようになった。なぜなら、病院にとっては正常産を行うことがむしろ持ち出しになるからであり、そのため帝王切開が増えることにつながっている。それに対して、人工透析はもうかるために、病院で人工透析を取り入れるところが増えているという。これは医師の専門の選択にも影響し、現在産婦人科を専攻する学生や医師が大きく減っているようだ。また、現実には患者の中に自費診療と保険診療が混ざることによって、手術後の縫合に用いる糸の種類も保険診療の場合は安い糸を使うようになる。医師側への影響だけでなく、患者にとっても不必要な帝王切開や出産への過剰な介入は女性の身体にとって良いとは言えない。

だが、同時に患者の主体的な動きが医療の流れを変えているのも事実である。それは、私立病院のサービスが良いために、女性たちが二次レベルの私立病院で産もうとするからで、プスケスマスも第三次レベルの病院も患者数を減らしていると医師や助産師は述べている。大きな総合病院と私立病院の両方で働く助産師 M3 は、私立の母子病院は雰囲気が良く、女性たちは妊婦健診を受けている間にその病院で産みたいと思うようになる。女性 W10 は、私立クリニックで超音波検査に通った経験から、そのクリニックでは医師も助産師もとても親切で、女性たちの絶大な人気を誇る男性産科医がいたと述べている。そこでは産後ケア

として膣の洗浄スプアがあったそうだ。このように、二次にあたる私立病院の人気が高まり、本来異常がなければ二次での出産は保険で認められないにもかかわらず、正常でも保険を使ってなおかつ病院で産もうと、子宮口が4センチ開いてから緊急として二次病院にやってくる患者がいるとM3が述べていた。異常がなくても、陣痛が始まってしまえば緊急と見なされて病院で受け付けてもらえるからである。

このようにして、患者の流れが二次機関の患者数を増やし、プスケスマスやクリニック・プラタマという本来ローリスクで正常な出産を扱う場を縮小させていくとするならば、そのことは正常な出産を扱う助産師や医師たちのスキルを奪い、彼らの数を減少させていく可能性がある。しかし、出産が病院に移行し、介助者がしろうとから助産師に、そして医師に移っていく過程は、すべての先進国が経てきたことだとするならば、インドネシアもその過程を踏んでいる最中だということができよう。その際に、健康保険の導入が大きく患者の流れを変えるきっかけになったのは韓国も同様であった（松岡 2014）。低所得の人々が医療にアクセスできるようにという universal health coverage の考え方が、当初の意図とは異なる結果を産み、出産を医療化の方向に導く可能性については、留意しておかねばならない。

参考引用文献

- 中村安秀 『最終講義』大阪大学大学院人間科学研究科 2017年2月17日 大阪大学コンベンションセンター
- 松岡悦子 2014 「医療化された出産への道程－韓国の「圧縮された近代」」『アジアの出産と家族計画』小浜正子・松岡悦子（編）勉誠出版、p.225-258。
- 松岡悦子 Matsuoka Etsuko, 2017, The Gendered Body in Family Planning in Indonesia 『アジア・ジェンダー文化学研究』Vol.1, p.19-35.
- Indonesian Academy of Sciences and National Research Council 2013, Reducing Maternal and Neonatal Mortality in Indonesia: Saving Lives, Saving the Future. The National Academy Press.
- Mahendradhata Y, Trisnantoro L, Listyadewi S, Soewondo P, Marthias T. et al., 2017. The Republic of Indonesia Health System Review, Health Systems in Transition, Vol-7 No.1. WHO Regional Office for South-East Asia.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254716>
- Shiffman, J., 2003, Generating political will for motherhood in Indonesia. Social Science and Medicine 56: 1197-1207.
-

II-07 ベトナム社会主義共和国（ベトナム）

文・撮影／白井千晶

（1）国の概要

インドシナ半島の東部に位置する。国土は日本の約0.9倍、58省と直轄5市から成る¹。気候は温帯夏雨気候（温暖冬季少雨気候）で南部はサバナ気候。人口は約9,370万人（2017年、越統計総局）。首都はハノイ。国民の約86%がキン族（越人）で、他に53の少数民族が存在する。公用語はベトナム語、宗教は仏教（大乘仏教）、カトリック、カオダイ教他。

主要産業は、農林水産業、鉱業、工業で、一人あたりのGDPは2,385米ドル（2017年、越統計総局）、経済成長率は6.81%（2017年、年平均、越統計総局）である。

近代の経緯は1884年にフランスの保護国となり、1945年にベトナム共産党ホーチミン主席がベトナム民主共和国として独立宣言。1946年フランスからの独立戦争（インドシナ戦争1946-1954）、1954年に南北ベトナムに分断される。1962年対米ベトナム戦争開始、1976年に南北統一、国名をベトナム社会主義共和国に改称、ベトナム労働党がベトナム共産党に名称を戻し、以降、ベトナム共産党による一党一院制。1986年に市場経済システムの導入と対外開放化を柱としたドイモイ（刷新）政策をとっている。（出典：外務省）



（2）調査地概要

A市：国内有数の大都市（直轄5市の1つ）で、政治、工業、交通、文化の中心地。人口約760万人（2015年）。

B市：中部の中核都市（直轄5市の1つ）、港湾都市、経済の中心地。人口約122万人（2018年）。

C市：北部に位置する中核都市で、A市から東に120キロの港湾都市（直轄5市の1つ）、

¹ 中央政府の下のベトナムの地方行政は3層で構成されている。2013年憲法第110項（2014年1月1日制定）によりベトナムの行政区画は省と中央直轄市に分けられ、省は県・県級市・町、中央直轄市は郡・県・市で構成されている。県は町と区、県級市および市は区と村で構成されている。郡は区で構成されている。（国土交通省国土政策局サイト）



A 市 市中にある広報看板



B 市の街区の風景

人口約 190 万人（2012 年）。経済・工業地帯。

D 省：北部に位置する山岳部の省で、A 市から西に 90 キロ。省全体で人口約 80 万人（2004 年）。ムオン族が人口の約 6 割を占める。水力発電、農業。

E 省：北部に位置する山岳部の省で、A 市から北西に 160 キロ。省全体で人口約 725,000 人（2004 年）。農業、林業、鉱産物。

（3）医療制度およびプロダクション分野関連の制度

保健省が医療保健施策を担う。省・市、区一坊、群一社レベルそれぞれに担当室・官がある。同レベルに医療体制があり、中央レベルに基幹病院（第三次医療）、省に省レベル病院（第二次医療）、郡に郡レベル病院、コミュニケーションレベルにヘルスセンターがあり（第一次医療）、各村に保健ワーカーがいる。都市には私立の総合病院があり、特に近年、海外資本の総合病院が設立されている。公立病院では、産婦人科と小児科は総合病院から分かれて産婦人科小児科病院として設置されていることが一般的である。

健康保険法に基づき公的健康保険があり、指定された病院では自己負担割合は 2 割（6 歳以下と困窮者は自己負担なし）。加入率は 74.5%（2015 年：厚生労働省 2018）。戸籍に基づく基礎医療機関からの紹介で郡レベル病院までは保険適用。管外や紹介のない受診は自己負担割合が高いか自己負担。

医療者資格制度は、医師は高校卒業後 6 年生の医科大学卒業をもって医業証を取得して医師となり、国家試験はない。卒業後に専門を選択し、専門医課程に進む。公立病院勤務医の方が私立病院より権威があると考えられているが収入が少ないこともあり、他の病院と兼務で副業をしたり、自身のプライベート・クリニックを開設していることが多い。看護師、助産師はそれぞれ課程が異なっており、高校卒業後、2 年の中級医療学校（省病院に隣接した専門学校等）を卒業して中級看護師、中級助産師となる者、3 年の短期大学、4 年制大学卒業をもって看護師、助産師となる者があり、前者が 75% と多い（小林ほか 2016, 駒形ほか 2017）。

疾病構造において、罹患率の 2 位は妊娠、分娩及び産褥であり（13.22%：Vietnam Health

Statistics Yearbook2014)、死亡率の4位は周産期に発生した疾患である(11.56%:同)。「医療保健セクター5ヶ年計画」では、乳幼児死亡率、幼児死亡率および幼児の栄養失調割合の低下が目標として掲げられ、とくに農村山岳地域の貧困地域に保健医療サービスを供給することが計画されており(三田理化工業ほか2014)、都市と非都市の格差が課題になっている。

分娩環境については、「施設分娩率が92%に達したが、「妊婦が死なずに、早く終わるお産」のような医療介入が過剰な分娩介助に重点が置かれ、「安全で人間らしいお産」という意識が低い。更に、分娩室の構造上、不特定多数から分娩台の様子が晒され、分娩台上の下半身の露出への配慮やプライバシーを守るという意識も基本的でないか、かなり低い」と提起されている(JICA et al., 2016)。

母子健康手帳については、2009年に保健省が全国標準版の母子健康手帳とガイドラインを作成し、試行を開始した(独立行政法人国際協力機構人間開発部2012)。2010年からは予防接種手帳(予防接種カードを手帳に改訂)が家庭用の保健記録としてあるなど、様々な記録が混在し、中央政府が地方に母子健康手帳の予算を配布しないことや、現場関係者への研修の必要、公衆衛生と大都市の専門病院がそれぞれ独立していることから、母子健康手帳の普及には障壁があるという(独立行政法人国際協力機構人間開発部2012)。

社会保険において、出産休暇は、女性は出産前後の6ヶ月、男性は5日間で、平均給与額の100%が支給される(厚生労働省2018)。

政府は人口増加に対して1988年から夫婦に生まれる子どもを2人以下に抑制する政策を始め、2003年には人口規制法を制定して、いわゆる「2人っ子政策」を実施してきた。「夫婦に子ども2人が幸せな家庭」というスローガンが掲げられ、3人目が生まれると、罰金や、社会保険加入者に対する国からの分娩補助金や産休期間中の休業補償金が支払われないという措置があり、公務員(軍人や教員を含む)は解雇、ないし減給や左遷もある。しかし都市部の合計特殊出生率が1.4~1.5と人口置換水準を下回っていることから、保健省人口・家族計画化総局はしばしば政策の見直しを提案しており、2017年の共産党総会では、人口問題決議として、2030年までの目標として、出生時性比男児109:女児100の達成、人口置換水準(出産可能年齢にある全女性が平均して2.1人を出産する)の維持等が掲げられた(厚生労働省2018)。

ベトナムでは人工妊娠中絶は合法で、東南アジアで最も女性の経験率が高いと言われる(生涯に2.5回:VietnamPlus,2014/5/20)。2011年11月14日の保健省の通知では、産科・家族計画を専門とする診療所は妊娠6週以下の胎児で規定条件を満たした場合に吸引法または子宮収縮剤による中絶手術を行うことができる。2015年には、12週以降の中絶を禁止(母体の健康、性暴力や近親相姦による妊娠をのぞく)、性選択や母体にリスクがある中絶は週数にかかわらず禁止する草案が策定されている。

ちなみに、保健省人口・家族計画化総局の2018年の統計によるとベトナム国内の男女出生比は115だという(性選択を理由にした人工妊娠中絶は法律で禁止されており、超音波

検査で性別を伝えること、着床前診断で性選択することも禁止されている)。

ベトナムにおける不妊治療は、体外受精は1998年、卵子提供は2000年、体外受精型代理出産は2001年にそれぞれ実施され成功した。2003年のART(生殖補助技術)に関する法律で卵子提供・精子提供は非商業的ならば可能になった。胎児の性選択が禁止になったのもこの法律においてである。2014年に親族間の非商業的代理出産を可能とする法律が成立し、2015年より実施されている。

養子縁組については、養子法が2011年施行され、手数料の規則が2017年に施行された。欧米の福祉団体による国際養子縁組の多さにより、国内養子縁組精度が改善されず、児童福祉が進まないとい国際児童福祉機関が提起している (ISS, 2009)。

(4) 医療者インタビュー概要

医療者インタビュー協力者概要

VND01	A市	産婦人科医	政府系産婦人科病院(ア)
VND02	A市	産婦人科医	政府系産婦人科病院(イ)
VND03	A市	産婦人科医	政府系産婦人科病院(イ)
VNM01	A市	助産師	政府系産婦人科病院(イ)
VNM02	A市	助産師	政府系産婦人科病院(イ)
VNM08	A市	助産師	政府系産婦人科病院(ア)
VNO01	A市	看護師	区ヘルスセンター家族計画担当
VND06	B市	産婦人科医	市立産科小児科病院(ウ)
VND07	B市	産婦人科医	市立産科小児科病院(ウ)
VNM04	B市	助産師	私立病院産婦人科(エ)
VNM05	B市	助産師	市立産科小児科病院(ウ)
VNM06	B市	助産師	市立産科小児科病院(ウ)
VND04	C市	産婦人科医	市立産科小児科病院(オ)
VND05	C市	産婦人科医	市立産科小児科病院(オ)
VNO02	C市	助産師	市立産科小児科病院(オ)内の家族計画センター
VNM03	C市	助産師	市立産科小児科病院(オ)
VND08	D省	産婦人科医	省総合病院産婦人科
VNO03	D省	TBA	村の人の出産を数多く手伝った女性
VND09	E省	産婦人科医	省総合病院産婦人科
VND10	E省	産婦人科医	県総合病院産婦人科
VNM07	E省	助産補助	村の助産補助者

結果概要



都市の私立総合病院



プライベート・クリニックの診察室

施設

A市では政府系病院の産婦人科、2病院で話を聞いた（ア病院とイ病院とする）。救急搬送、がんや感染症など合併症がある患者、早産や極小未熟児の医療など、最先端医療を担うことが期待されている国の基幹病院である。組織は産婦人科と一括りではなく、不妊科、感染症科、救急科、産婦人科（普通分娩）、手術科、家族計画科、など細分化されて、病棟やフロアが異なっている。VND02の産婦人科（ローリスク）は、医師が12名、助産師が56名で、看護師はいないようだ。

B市のウ病院は産科小児科病院で市立だが、周辺の多くの省から患者がやってくる中核病院だ。ベッド数は900床で38科と1センターがあり、スタッフ数は1,000人、助産師と看護師は555名、インタビュー当日の入院患者数は1,500人だった。エ病院は内科や外科もある私立総合病院だ。C市のオ病院は改築のさいに水中出産の施設ができる予定だという。

妊婦健診と出生前検査

VND01によれば妊婦健診は妊娠中に3回受診する規定である。B市のウ病院、エ病院のインタビューでは、妊婦健診は妊娠初期、中期、後期に各1回するのが規定だが、5回になった、月に1回で臨月は月に2回になったとのこと。C市のオ病院医師も、妊婦健診は10～15回とのことで、病院に来る妊婦の健診回数が多いようだ。VND01はプライベート・クリニックを開設していて、4Dエコーはプライベート・クリニックにある。週3回夕方から外来をおこなっており、待ち時間が少ないため、病院の外来ではなくクリニックを受診する人が多く、収入はクリニックの方が多とのこと。クリニックで診察した妊婦は、VND01が所属する病院で出産することができる。

妊婦健診の内容は、ア、イ、ウ病院の医療者が答えたのは共通で、血液検査（性感染症検査を含む）、計測、尿検査、超音波検査（初期なら子宮外妊娠ではないか、後期は胎盤など）。ウ病院の助産師は、健診の内容も検査項目も以前より増えたと話していた。A市のア病院、



左：省病院



右：県病院

イ病院では、超音波検査は、妊娠 12 週で 4 D の超音波で心臓を診て、15 週から 18 週の間
に 4 D 超音波と血清マーカーや NIPT をして、問題があったら羊水検査をする。妊娠 32 週
に再度、4 D 超音波をする。超音波では、胎児と、胎児に関連するもの（胎盤の位置や羊水
の量）をみる。助産師は、ア病院では、以前は助産師は外来で妊婦健診をおこなっていたが、
「助産師が忙しすぎて、医師の方が時間があるので、医師が外来をしていて助産師はしてい
ない」という。イ病院では助産師も外来を担当していて、妊娠 12 週までは医師が診察をし、
助産師が計測や血圧測定をする。以降の週数の助産師の外来診察では、助産師は超音波検査
を習得していないので、触診とドップラーを使用した診察をおこなうという。ウ病院でも、
助産師が妊婦健診をおこなう場合は、超音波は使用せず、血圧、体重、計測など。C 市の 4
D エコーがあるプライベート・クリニックでは、中期の詳しい超音波検査の週数がア、イ病
院とは異なっていて、12 週、22 週、32 週だそうだ。費用は約 700 円で、都会の有名な医師
だと約 3000 円だと教えてくれた。

胎児の異常については、「妊娠初期に風疹に罹患したら、人工妊娠中絶をした方がよい。
耳が聞こえないのが確実なら中絶した方がよいが、ベトナムの現在の技術では、妊娠 3 ヶ月
ではそれが発見できないから。他にも、妊娠 3 ヶ月ごろに風邪様の症状で手足の指が繋がっ
てしまう病気があるが、ひどい風邪を引いても胎児に異常がないこともあり、中絶をした方
がいいとは言いづらい。インフルエンザの影響は別の私立病院でできるから紹介するが、妊
婦はあまり行かない」という (VNM08)。

ア病院にも、イ病院にも、障害検査科、診断センターがあり専門の医師がいて、感染症に
よる胎児への影響の相談や検査、ダウン症の検査ができる。VND01 によれば、以前は NIPT
検査はアメリカの検査会社に送っていたが、この 5 年くらいで NIPT の検査会社がベトナム
にできて、ほとんどの妊婦が受けている、という。母体血清マーカー検査はダブルテスト、
トリプルテストと呼ばれ²、染色体異常の可能性が高いという結果が出たら羊水検査をする

² 母体血清マーカーの数によって、シングルマーカー (1)、ダブルマーカー (2)、トリ
プルマーカー (3)、クアトロマーカー (4)、クアドラプルマーカー (5) と呼ばれる。



ルーラル・ヘルスセンター

が、羊水検査をしたくないときに NIPT を受けることもあるそうだ。ダウン症とわかったら、障害検査のセンターで、病院の産科、外科、小児科、小児科の心臓の医師、遺伝の博士、超音波検査診断の医師などがチームで父母と面談して、状態やその後の説明をする。養育の相談をする医師も紹介する。妊娠を継続しない場合は専門医を紹介して内服で中絶する。育てる場合にも、妊娠を継続する旨、確認書に父母のサインをもらう。男児だとそのまま産みたい人もいる。

B市のウ病院では、ダブルテスト(母体血清マーカー)とNT検査(胎児の頸部浮腫検査)は100%実施して、遠方の田舎の病院はダブルテストの検体(血液)をウ病院に送ってきて、ウ病院が検査結果を返送する仕組みになっているという。エ病院助産師は、まずダブルテストをして、確率が高いとトリプルテストを実施すると答えた。こうしたマーカー検査で確率が高い場合は、流産のリスクを説明した上で羊水検査を勧め(妊娠16週以前だと絨毛検査)、羊水検査で21などのトリソミーが診断されたら「家族に説明して中絶を勧める」という。STD(性感染症)がある場合も中絶を勧めるそうだ。ウ病院の医師は、医師がしているのはあくまで助言で、クリスチャンなど産む人もいるが、ウ病院、エ病院の医療者は、検査をしないで出産する人もいるし、検査の時期を過ぎてしまって産む人もいるが、羊水検査で陽性の場合ほとんど中絶すると答えた。

C市のオ病院では妊娠12~13週でNT検査をして、80%位の確率で18トリソミー、21トリソミーがあるようなら羊水検査を勧め、それ以下の確率なら、ダブルテストやトリプルテストを勧めるそうだ。NT検査の結果が正常でも、希望によりマーカーテストは受けられる。また、35歳以上など、リスクが高いと思われるときにもダブルテストを勧めるが、経済的理由で受けないこともあり、最終的な選択は妊婦がするという。C市にはNIPTはないそうだ。NT検査の結果でダウン症の可能性が高いと思われても、羊水検査等の検査を受けずに産む人もいて、検査を受けないときには同意書を書いてもらうそうだ。同じ病院の協力者でも「ダウン症とわかったら、ほとんど産まない」と答える人もいれば、「ダウン症でもそのまま産む人もいる」と答える人もいた。

母子手帳は病院やクリニックでもらう。記録用のノートも販売している。女性たちは妊娠、出産の記録を継続的に記録するノートをもっていて、不妊治療や妊婦健診などの記録を医師が書き込んだり、超音波検査や血液検査の結果を貼付していた。

かつて日本でもダブルテストが使われたが、現在では使われていない。母体血清マーカーテストは妊娠15週から22週未満に実施できる。



県病院の分娩室



市病院の分娩室入り口 入室できない男性が入り口で待ち、モニターに分娩者、出生児性別が表示されるのを待つ

病院では、出産準備教室の見学をおこなった。私立病院の出産準備教室は有料だが、公立病院の教室は、当該病院で出産しない人も無料で参加することができる。見学した病院の教室は、月に14回開催されていて、内容は授乳の仕方、沐浴の仕方、乳児のマッサージなどで、夫や夫婦の父母、児の世話をする人も出席できる。ウ病院の産前クラスは、医師、助産師、看護師がパワーポイントを使って説明する教室で、夫や家族も来るので、1回に50～100人参加があるという。

出産

出産については、ア病院の助産師は、浣腸と会陰切開は100%すると答えた。剃毛すると毛が生えるときに不快という意見があって、現在はしないか、産婦が自分で剃毛するという。イ病院は、初産は全例だが、初産以外は切らなくても産めそうなら切らずに会陰保護すると答えた。イ病院の助産師によれば、会陰切開は助産師も可能だ。出産は分娩台の上で仰臥位で、フリースタイル出産はしない。夫も家族も立ち会い出産はできず、面会時間も決まっている。イ病院では硬膜外麻酔はほとんど全員が使用し、「お金がない人だけ痛みを我慢する」という。以前は陣痛の痛みを我慢すべきと考えられてきたが、現在では産婦たちは帝王切開を希望する(VND02)。自然分娩できそうなら、子宮口が3cm開大したら硬膜外麻酔をする。ア病院では、普通出産の科では、公立病院だから貧しい人も受診するため、硬膜外麻酔の使用率は80%ほどだが、希望通り出産する科では100%だそうだ。分娩介助は普通出産なら助産師が介助するが、医師の知り合いならば医師が介助するという。B市のウ病院は、普通出産は100%助産師が分娩介助し、会陰切開も縫合も助産師が可能だが、助産師は「以前は初産は会陰切開をすると習ったが、現在はWHOに従ってできるだけ会陰切開する」とのこと。ウ病院では、首都圏など大都会と違って硬膜外麻酔分娩は少なく、妊産婦に副作用の説明をすると大部分の患者は、注射(点滴)も痛いし、陣痛を我慢すると答えるので1ヶ月に4～5件しかないが、麻酔科医を追加採用して硬膜外麻酔分娩の研修に行かせたので、最

近増えてきたという。C市のオ病院ではオ病院でも正常出産ならすべて助産師が介助し、「私立なら会陰保護するが、国立は忙しい」と答え、第1子は「100%会陰切開する」そうだ。剃毛、浣腸もルーティーンでおこなう。一方、硬膜外麻酔は以前は50人のうち5~7人が使用していたが、今は陣痛の感覚がなくなるのと胎児の心音が落ちるので、ほとんど使用していないという。

希望帝王切開は、「医師が占いに負ける」という笑い話があって、「占い師が珈琲を飲みながらパソコンで算出した出生によい日を、医師が聞く」という(VND01)。A市のア病院では妊娠38週を越えて胎児が育っていれば希望に応じて帝王切開できる。イ病院の医師は、次の妊娠や出産に影響し、院長に帝王切開理由を説明しなければならないので、積極的におこなっておらず、普通出産を勧めているという(VND02)。ア病院ではVBACも多いそうだ。不妊治療をした人は帝王切開が多い。B市のウ病院では医学的適応以外の希望帝王切開は受けてはいけないう決まりになっている(しかし完全には守れていないそうだ)。

イ病院の普通出産の科は、妊娠22週以降を扱う。帝王切開、中絶、流産死産は別の科になる。分娩室は5室、うち4室は分娩台が2台で、1室は1台。家族の立ち会いができないため、助産師がケアをする。産婦の腰をさすったりする。助産師3人が5人の産婦を担当するのが基本だが、他のチームが忙しければ手伝いをする。医師のプライベート・クリニックに行っている妊婦は妊婦健診を受けているが、農村など遠方の方は、どこにも受診したことがなくて、いきなり出産が始まって来院する人もいる(ア病院、VNM08)。感染症の可能性もあるため、入院してすぐに迅速検査をし、私物を分けて、分娩場所も別にする。梅毒やHIVウィルスの感染症がある場合は、梅毒の場合はすぐに子どもの薬を飲み、HIVの場合はすぐに児を沐浴して血液を取り除き、薬を飲ませる。

A市ではかつては自宅でお産することもあったが、医療センターができてからは都市では施設分娩化し、現在では早く生まれてしまった場合を除いて自宅出産はない。

B市のウ病院の助産師は、香港など外国の視察で水中出産やフリースタイル出産、アクティブバースは見学して知っているが、ベトナムでは分娩台の上で仰臥位だけだ、しかし自分が若かった頃は少数民族は病院の分娩台でも自由な姿勢をしていて自分たちもそれに合わせて介助した、と話していた。

B市のエ病院は私立病院なので出産の様子が異なっているようだ。ファミリーケアというパッケージプランがあって、普通の出産より1~2万円高く、分娩室も入院室も個室で、分娩に家族が立ち会うことも可能だ(夫に見られたくなくてファミリーケアでも夫の立ち会いは少ないという)。第2子以降で会陰切開しない場合は剃毛せず、できるだけ助産師が会陰保護をする。希望帝王切開も受けている。普通出産の陣痛時に腰をさすったりするのは助産師の仕事ではないが、ファミリーケアだと助産師ではない人のケアがついていて、その人がマッサージをする。分娩室は3室でそれぞれベッドは2台あるが3室ともうまることはないので、隣り合って出産することはほとんどないようだ。ウ病院でも分娩室個室の手数料を支払えば夫が立ち会うこともできるそうだが少ないという。

産後はカンガルーケアで、退院まで母児同室である。VND01によれば、20年前からカンガルーケアだという。母乳指導は、一人一人おこない、いわゆる自律授乳（児がほしがるときに授乳する）である。乳房マッサージはせず、児はいろいろなポジションでの抱き方はしない。イ病院では、混んでいるので異常がなければ退院は24時間後で、有料サービスだが助産師か医師が産婦の訪問をするサービスがあり、1週間健診や1ヶ月健診など、産後の定期の健診はない。発熱や出血など異常があったら受診する。病院での児の沐浴は24時間後で、産婦に経験がなければ産婦におむつ替えを教えることもある。ア病院の助産師は、ハノイの若い人は、妊娠後期に授乳や沐浴の教室に出ているのでよく知っているが、田舎の人は何もわからない人もいと話した。

B市のウ病院はカンガルーケアと呼ばれるようになる前、10年前から早期接触（skin to skin）をしていて、母児同床だから、混んでいる病院のように産婦2人で1ベッドということはない。分娩室を出たところから産後科で、沐浴指導、肌のケア、母体の栄養指導、授乳指導などをして3日で（帝王切開は6日）退院する。入院中の食事は家族がもってくるが、特別な食事が必要な人や、少数民族で遠方から入院していて家族がおらず経費もない人は、無料で病院が提供している。C市のオ病院では分娩室は3室で分娩台は6台あり、2人並んで出産することもあるそうだ。1年前からカンガルーケアを始めた。

母乳が出ない場合には、A市の病院では「感染の立場からは、もらい乳は危険がある」とのことだが、病院内の母乳バンクの母乳なら、感染がないことが確認されているので利用してもよいし、マッサージして母乳が出るまで頑張るか、粉ミルクをあげてもよいという回答だった。B市のウ病院には母乳バンクがあり、入院中の母乳が多い褥婦に協力を依頼して、搾乳室で機械搾乳してもらい、殺菌して冷凍する。母乳が出ない人は、入院中なら、助産師が診ても出なかったら母乳バンクを利用するそうだ。エ病院では、粉ミルクではなく、入院中の他の産婦から直接授乳でもらい乳をして、よく出る方も、出過ぎて痛いので、飲んでもらってお互い様だから特にお礼はいらないそうだ。C市のオ病院では母乳が出なければ粉ミルクとのことだった。

出産費用の支払いについては、妊婦健診や出産は公費ではなく、健康保険からの戻り金のみ。健康保険の指定する病院なら戻り率は70%、住所の管内なら30%、管外なら全額自費である（戻り率80%という回答者もいた）。ウ病院は自費分は日本円で500円程度、保険適用でない場合は助産師介助で日本円で600円、医師介助は750円、部屋代は別とのこと³。

胎盤や流産については、ア病院もイ病院も、「持って帰りたい人はいるが、衛生的な観点から規則で持って帰れず、医療廃棄物として処理する」との回答だった。「流産を繰り返す場合は、胎盤を検査して遺伝の問題がないか調べる」など、病的な見方もあった。B市の病院は、出産前に、持ち帰るか病院が処分するか選択するのだが、大部分が持ち帰って埋めるのだそうだ。医師自身、故郷に埋めると故郷を思い出して帰ると言われるので、故郷の庭

³ 庶民的な食堂で1食がおよそ300円ほど。

の木の下に埋めたという。エ病院の助産師も同様に答え、「故郷は胎盤を埋めるところだ」と話した。死産児は、A市の病院は、家族が持ち帰って葬儀をするか、病院に葬式をあげるところがあるそうだ（小さな棺桶の費用と埋葬とサービス料がかかる）。B市も同様で、人が死んだときと同じように家族の墓に土葬するという。C市の病院では中絶した胎児も家族が棺桶に入れて持ち帰るとのことだった。

イ病院の出生数は、2万～2万2千人だが、「元気になって退院するのは1万8千人くらい」という。時期によって出生数に違いがあり、陰暦の8～9月は、1日100人以上出生し、暑い時期には60～70人だそうだ。ウ病院の年間出生数は約15,000人、帝王切開と普通出産は同じくらいの数で、それぞれ月に600～700件、1日に30～50件あり、分娩台は常に動いている。エ病院は内科や外科のある総合病院で、1日の出生数は帝王切開も含めて2～7人だそうだ。C市のオ病院には、C市のほとんどの産婦が出産に来るだけでなく周辺の省からも来ていて、市内に私立病院ができるまでは1日に100人、1ヶ月に2000人生まれていたが、私立病院は出生数が少なくサービスがいいので、現在は1ヶ月に1000人超だそうだ。少なくなったとはいえ、助産師は「昨夜の夜勤で48人生まれた」と話していた。医師は投薬の指示等で、異常がなければ立ち会うことはないそうだ。

避妊・家族計画と人工妊娠中絶

家族計画については、病院でも家族計画の相談は受けていて、ピルやIUDの利用率が高い。イ病院の医師は、病院内の家族計画センターが電話でいつでも相談できるので、そこで相談するように伝えるという。都市ではピルかコンドームが好まれ、農村ではIUDが好まれるそうだ。B市のウ病院には家族計画科があり、コンドームは無料。IUD、ピル、インプラントが多い。家庭や地方へのアウトリーチは、病院が訪問するのではなく、婦人会や母子健康保健の組織が行く。C市のオ病院の医師によれば、IUDが安くて簡単なので最も多い。無料プログラムがある。未婚者はIUDをするのが恥ずかしいのでコンドームを購入するか、クリニックで診察を受けることなく薬局でピルを購入する。クリニックでもピルは入手できるが、薬局で購入する方が診察が不要で安いので、多くの人は薬局で購入する。現在は3年有効のインプラント（約5,000円）も多いが、ピルもインプラントも副作用があるため、家族計画センターの助産師はSTDを予防し副作用もないのでコンドームが最もよいと答えた。夫がコンドームを使用しない場合はIUDを勧める。卵管結紮や精管結紮術（パイプカット）などの不妊手術は、ホルモンに影響しそう、夫婦の性行為に問題が生じそう、男性は女性化しそうと思われて、したがらない。

VND01は、性別選好はあって、男児が選好されると話した。1人目の妊娠はどちらの性別がよいという話はないが、二人目の子どもの時に男児がほしいと要求されるという。B市の病院医師は、病院では性選択による中絶は絶対的に禁止されており、二人っ子政策のもとで、一人目が女兒でも、男児を産まなければというプレッシャーは現代ではそれほどないと話していた。ある市部では、10週を越えてから、性別の選択で中絶する人がいると答え

た。先祖を祀り、子どもが姓を継ぐのは父親側のため男児が選好され、女兒が中絶されることがあるそうだ。18週までは中絶でき、18週を越えたら、医師が出産するように説得するが、医師の説得をきかないこともあるとのことだった。

C市のオ病院の家族計画センターのスタッフは10人以上いて全員助産婦だそうだ。病院内の対面的相談が業務で、診察は医師がする。以前は家庭訪問をしていたが、現在は、経済的に多くの子どもを育てられないので、自分から家族計画をするため、町や家庭へのアウトリーチはしないそうだ。妊娠出産が危険な人、子ども数が多い人には、出産後、退院前に医師や助産師が家族計画の助言をすることもある。センターの受診は1日に30人ほどで、家族計画をしたい人、中絶したい人、流産した人がやってくる。以前は家族計画センターが中絶もおこなっていたが、現在は中絶は中絶科がおこなう⁴。

A市行政のヘルスセンターで家族計画を担当するVNO01に話を聞いた。このヘルスセンターでは、母子保健（妊婦健診、乳幼児の予防接種）、家族計画、性病検査や薬の処方、15～49歳の女性の無料がん検診、子どもと高齢者の保健と一次医療（健康診断、診察、漢方薬の処方）、公衆衛生（営業者の検便検査、食べ物の衛生、蚊の駆除）、区内在住勤務者の血液検査や検便検査などを担当している。職員は、医師、助産師、看護師、薬剤師、看護助手（看護師の手伝い）である。妊婦健診は無料で、超音波検査も血液検査（血液検査は日本円で100円）も可能だ（ただし超音波検査よりも心音聴取が健診の中心だそうだ）。母乳相談、子どもの発達相談、身長体重測定、予防接種をし、栄養が足りていないと、料理の仕方や子育ての仕方も教える。不妊の相談も受けている。家族計画については、子どもは2人までというルールもあって、多くの人が2人がちょうどいいと考えている。女兒が二人でも、経済的余裕がないため、二人がちょうどいいと考えていて、家族計画は女性が決めることが多い。夫婦でセンターに来る場合もあるが、夫婦では考えに違いがあることもある。病院の家族計画には人びとは自分から行くが、センターに自分から来ることはない。地区担当者が家庭訪問して、避妊具を配布するから来てほしいと声をかける。センターが提供しているのは、IUD、ピル、注射、コンドーム。緊急避妊薬もある。ベトナムの人はほとんどコンドームを使わないので、IUDが多く、IUDが合わない人はピルを使う⁵。コンドームとピルは無料で、3ヶ月有効の注射、IUDは有料だが、日本円で100円以下だ（コンドームはAIDSの夫婦には月に10個無料など条件を満たすと無料になる）。HIVや性病の検査と投薬もしている。街には、企業もあれば、売春、麻薬中毒者、同性愛者もいて、居住者は複雑である。しかし売春婦かと話しかけることはできないので、性病のクラスをして、そこに来てくれたら、街で会っても声をかけられるようになる。予定外の妊娠をしたからといって、養子に出

⁴ 十分話が聞けていないが、家族計画科でしない中絶は、入院を伴う中絶と思われる。

⁵ 詳しい人によれば、避妊具は区の予算ではなくPSIなどの海外NGO（family health organization, DKT International, PSI）からの援助や企業の援助だという。彼らはどのくらい配布したかで援助（金）が決まるそうだ。

したい相談はない。はるか昔に、知的障害のある人が妊娠をして子育てができる状態ではなく、養子に出すことになったという人が、公安（警察）から行政に連絡が入り、このセンターが妊婦健診をして、それから政府の子どもの社会福祉センターに子どもを頼んだことがあった、とのことだ。

予定外の妊娠や人工妊娠中絶について尋ねたところ、A市病院では、医師は、若年者、多子、婚姻外の妊娠などで中絶の希望があるが、妊婦の希望で中絶を実施し、7週以下は中絶薬で、7週以上だと手術で中絶すると回答した。同病院の助産師は、中絶は子どもにかわいそうだから賛成できないが、若年者が病院に来ないでクリニックに行くので助言のしようもないがと前置きをしながら、「ベトナムの文化で大人の権利や利害、メンツが大切にされて、胎児のことが考えられない」、子どもが多くて貧しいので中絶も仕方ないと話した。

B市の病院では、中絶科での中絶手術数は多くなく、全妊娠の1%位で、その理由は、初期の妊娠は人びとは町のクリニックで処置するか、この病院ならば家族計画科で中絶薬を飲ませて流産するのを待つからだという。病院で中絶する場合には、入院して中絶薬を飲んで流産するのを待つので最低1週間は入院することになる。公立病院では、妊娠12週を越えた中期中絶か、合併症がある妊婦の中絶を扱う。法律的には可能でも18週を越えたら出産を勧めるそう。中絶数は、母体にも胎児にも病気がないケースが1日30件ほど、母体か胎児に病気がある人が70~80件とのこと。しかし、「そもそも生理が遅れたら、薬で生理を起こさせる」とのこと。E病院は、1日1~2件、6週までは服薬のみで、7週以上は入院して、服薬して内膜を剥がして吸引することが多い。掻爬もある。C市のオ病院の家族計画センターによれば、病院の中絶科の中絶数は1日40~50件で、生まれる数と同じくらいあり、中絶方法は他と同じで、「中絶数が多いので施術の腕がいい」と話した。

不妊への対処

不妊への対処については、A病院もI病院も一般治療や子宮卵管造影検査などの検査のほか、人工授精や体外受精、顕微授精を実施していて、国から精子提供、卵子提供、代理出産を認められた病院である。不妊の相談は増えているという。ベトナムでは、配偶子提供の場合、病院ごとに提供精子・卵子を集めており、ドナーは匿名で実施される。しかし、現実には、血がつながった「自分の子ども」がほしいので、精子提供や卵子提供を希望する人は少なく、無精子症や、遺伝病があるなど、限られた場合に限られるという。障害の近親婚を怖れて、提供する人も少ない。例え提供する人がいても、精子の状態がよくないこともあるという。

代理出産の希望者は増えているが、書類の準備が多く、手続きも厳しくて、時間がかかる上に、承認されないそう。

VND01は、養子縁組の相談も多いが、不妊の時の選択肢は、体外受精、精子提供、養子で、養子縁組は少ない。

B市には、国から代理出産を認可された病院はまだない。人工授精、体外受精、顕微授精、

精子提供、卵子提供はおこなっている。人工授精の施術は何千とあり、2015年から体外受精を開始してから、成功率は40%で2年間で300人以上が生まれているそうだ。受精胚の凍結も多い。精子バンクは提供者が不足している。

ある病院で語られたのは、提供精子が少ないため、患者の家族が病院の精子バンクに提供して、バンクから匿名の精子をもらうこともある。匿名のシステムで、まれに家族がきょうだいや親族を連れてきて、その人の精子を使う希望もあるが、きょうだいや親族が自分の子だと争う可能性があるから、あまりしない。規則上は匿名の第三者の精子を使うことになっているが、医師の判断で、患者には第三者の精子を使用したと言って、実際には連れてきたきょうだいの精子を使ったことがあるそうだ。きょうだいの子同士は、絶対に結婚しないから、最も近親婚が避けられると考えたからだという。

不妊治療患者が自分の体外受精のために採取した卵子を、多く採取されたから他の人に提供することについては、A市の病院では、血のつながりの考えから70%の人は選択しないが、同じ不妊治療患者への共感から、30%位の人は提供する。提供者と被提供者が直接やりとりして多少の謝礼をやりとりすることもあれば、卵子バンクに寄付をして匿名になることもあると話した。ベトナムでは凍結の卵子バンクはないそうだ。B市の病院でも、採卵した卵子の提供はあり、友人同士が直接やりとりをしてお礼をするとのことだが、近親結婚を避けるために1人にしか提供できないとのことだ。C市の病院医師は、精子バンク、卵子バンクはないので、家族から提供を受け、大都市圏の政府系病院に行く人が多いと答えた。

医療者たちの個人的な選好を尋ねたところ、「お金があったら精子提供、卵子提供、代理出産をするが、養子はお金のやりとりにないので、経済力がなかったら養子しかない」「治療はお金がかかるし、精子はドナーがどんな人かわからなくて不安なので、養子にする。人工的な治療が嫌というわけではない。血のつながりが大切という人もいるが、小さい時から愛情をかければよい。知っている人から養子をもらうと、親族が噂をしたり、プレッシャーになるので、知らない人からがよい」「どれも好きではない」「精子提供、卵子提供、代理出産はよいが、養子は次善」「血縁があるのがよいから、養子より生殖技術がよい。バンクはないので自分の家族からもらう」「血のつながりが重要なので、治療が優先」(A市、B市、C市)など、非常に様々な考えであった。

非都市部

非都市部は、D省およびE省でインタビューをおこなった。D省およびE省の省病院産婦人科、E省ではその下位の県病院の産婦人科を訪問した。省病院はその名の通り、省の最も高次の総合病院である。産婦人科では、省の県病院から転院してきた合併症等のある妊産婦や、近隣の妊産婦が受診している。外来、分娩、入院病棟があり、内視鏡等の検査や手術、がんの治療や救急の処置、不妊治療などをおこなっている。E省総合病院は700床、スタッフは医師120人を含む500人の大きな病院だが、近く建物を建設して500床を増床する予定だという。県病院はハブとなる町にあって、入院施設もある総合病院だ。産婦人科医は2

盟、助産師が7名、入院ベッドは9床、分娩台は2台で、帝王切開も可能だ。インタビューは実施していないが、県病院の下位の一次医療を担うヘルスセンターにも訪問した。ヘルスセンターには総合医がいて、村の数多くの分娩を扱っていると話していた。

まず妊娠中についてだが、妊婦健診は、D省の省総合病院では妊婦健診は3回、E省の省総合病院と県病院では月1回することになっているが、山岳の少数民族など1度も妊婦健診を受けないで、難産の時にだけ来院したり救急車で受診することもあるという。しかし、合併症だから、満床だからと受診を断ることは決してないという。この省病院が妊産婦が受診できる最高次の医療機関であり、他に変わりはないから、断ったら家で妊産婦が死亡することになってしまう。受診するように諭すだけで、断ることはないそうだ。

妊婦健診の内容は、計測、尿検査、血液検査、超音波検査で、妊婦には結核やHIVなどの感染はほとんどないが肝炎はあるとのこと。妊娠高血圧症などの合併症の妊婦は県病院から省総合病院に転院する。E省総合病院には4Dエコーが10台あり、3台が産婦人科用だ(2台は産婦人科外来、1台は産婦人科入院用)。4Dエコーの研修は政府系病院の産婦人科、心臓病院などで受け、胎児の心臓、手足など形態、NT検査ができるようにする。

超音波検査は妊娠12週、22週、32週で、12週には初期の検査、子宮内の妊娠かどうか、NT、22週は胎児の異常がないか、性別、32週はダウン症の検査や胎盤の位置を確認する。12週のNTでダウン症の可能性がありそうならば、母体血清マーカー検査と羊水検査をする。あるいは都会の病院に紹介する。NIPT検査は大都会の病院にはあるが、省病院にはまだない。ダウン症とわかったらほとんどが中絶するが、他の障がいが出産するまでわからないこともあるとのことだった。

出産については、まず処置については、省病院では会陰切開、浣腸はするが、県病院では初産でも切開しないことがあるとのこと。硬膜外麻酔はD省病院では最近するようになり、ほとんどの人が子宮口が3cm位開大したら麻酔をする(児の娩出の感覚がわかるように硬膜外麻酔を使用しない人には呼吸法を教える)。E省病院、E省県病院にはまだ硬膜外麻酔分娩の研修に行った医師がいなくて、使用していない。ラマーゼ(ラマーズ法)で呼吸法を指導する。都市部と同じように、普通分娩は助産師が介助するとのことだ。衛生的な理由で、省病院も県病院も夫や家族の立ち会い出産はできない。省病院でも県病院でも、2年ほど前からskin to skinで出生児はまず母の胸に乗せて、臍の緒の拍動が止まってから切断する。

出生した新生児が低体重であるなど保育器が必要な場合、県病院には保育器がないので、省病院に病院の車で搬送する。その場合、少数民族は無料で、健康保険に入っている人は20%負担、自費だと500円ほどである。

母乳については、D省病院では医療省からの母乳推奨指導が2008年に始まり、2010年に完全に母乳に切り替わったとのこと。感染や衛生上のリスクがあるため、D省でもE省でももらい乳は勧めず、乳房マッサージ、水分補給、粉ミルクを選ぶそうだ。

胎盤はD省病院もE省病院も医療廃棄物として処理し、家に持って帰って埋めたい人は珍しいそうだ。流死産児について、大きな胎児は葬儀をするが、「遺体をもってバスに乗る

のは運転手が嫌がる」ため、自分で運ぶか、料金を支払って病院ですか、料金が支払えない時には、病院の近くに質素な墓地があるそうだ。

人工妊娠中絶については、健康保険は適用ではなく、妊娠9週未満は県病院で、それ以上の中期中絶は省病院という決まりがあるという。しかし省病院の医師は、女性たちは妊娠12週まで、特に未婚の人はクリニックで受けるので、実態はわからない、日本よりずっと多いだろう、統計がとられていないのでわからないが、生まれる数より多いのではないかと語った。貧困で多子か、胎児の疾病が中絶の条件だが、レイプによる妊娠や学生の妊娠なら中絶した方がよいのではないかと話していた。

出生数は都市部の病院ほど多くなく、D省病院では1日10人あまり（難しい妊婦が集まるため4割ほどが帝王切開）、E省病院では1ヶ月50~60ほど（帝王切開は同様に4割ほど）で、町中の省産婦人科小児科病院の方が出産数が多いとのことだった。

入院は、D省病院では普通出産は24時間後に退院、帝王切開は3~5日、E省病院では会陰切開がない普通分娩で3日、切開と縫合がある場合は5日、帝王切開は7日である。費用はD省病院は普通出産1万円、帝王切開は2万5千円、E省病院はそれより安価で普通出産6千円、帝王切開1万5千円とのこと。健康保険で50~95%カバーされる。

一次医療を担うヘルスセンターは総合医が普通出産を診るが、E省県病院の下のヘルスセンターでは、1ヶ月の分娩介助数は20件ほどで、入院期間は「農業が気になるのでみんな帰ってしまう」とのことだった。家族計画はインプラント、注射、ピルの配布はセンターがするので、県病院、省病院ではおこなわない。IUDと卵管結紮は病院でおこなう。

このヘルスセンターの管轄の村の助産補助者にも話を聞いた。村には医療補助者と助産補助者がいて、医療補助の方が職務範囲が広い。彼女の母親は医療補助者である。勤務はしておらず、無給で手当もないが、6ヶ月間、各村から派遣される助産補助者研修を受けた。助産補助者は、妊婦健診も分娩介助もせず、村で1ヶ月に1回、栄養指導などの講習をおこなう。医療補助者は、妊婦健診や予防接種の受診を促したり、緊急時には分娩介助することが許されている。彼女たちが出入りするヘルスセンターで普通出産や、注射やインプラントなどの家族計画がおこなわれている。

非都市部の病院で不妊について尋ねたところ、都市部の病院とはありようが異なっていた。D省病院でも、E省病院でも、人工授精も体外受精もおこなっていない。D省病院には人工授精を含む不妊治療を研修中の医師がいて、数年後に人工授精が可能になるだろうとのことだった。現在おこなっている不妊治療は、超音波検査による排卵時期の特定、排卵誘発など薬物療法、子宮卵管造影で、体外受精設備は計画もない。

不妊への対処として、精子提供、卵子提供、代理出産、養子縁組に対する医療者個人の考えを尋ねたところ、皆が、「血がつながった方がよいので、養子縁組より精子提供、卵子提供、代理出産がよい」と回答した。「他の子どもを夫婦でかわいがると授かる」という話があったが、女性インタビューの箇所でも後述するように、「不妊の時に、原因がない方が婚姻外性関係で子どもを作るのは、同意する」という医療者が何人もいて、社会的に承認されて

いたり、実際にある話なのかもしれない。「自分はその相手を紹介はしない」「配偶者の子どもならば愛せるが、婚姻外性関係をもつ間に、そこに愛情が生まれて不妊の方が去らなければならぬことがある」と話してくれた。

D省での女性インタビューでは、かつて村の女性の出産を手伝っていた、いわゆる TBA の話を聞いた。女性は 61 歳で、35 年前に、姉が出産するときに、姉の夫のおぼと取り上げたのが最初の分娩介助である。当時村では、出産経験がある家族や、出産の手伝いの経験がある女性が手伝っていた。高床式の家の上にゴザを敷いて、帯を鴨居に吊して腰を下ろしてつかまり、かかとで壁を押して息んだそう（後掲の写真：娩出時は介助者が正面から児を取り上げる）。臍の緒は竹を削って、新しい竹で切る。赤ん坊は沸騰した水でお湯を作って沐浴する。産婦は出産をしたら横になって、足を閉じて動かないようにし、血が止まるように、爪楊枝くらいの小さな枝を沸騰した水に入れると水が赤くなる葉の葉を飲ませる。汁を出した葉っぱは炒めて食べると出血が止まる。そのほかにも、胡椒のようなハッゾーイ⁶と塩を炒めて食べる。塩を入れたご飯を食べて喉が渇いて水を飲むと、残っている血が出て、温かいご飯を食べると母乳が出る。身体が痛むときには、いくつかの植物の根を薄く切って乾燥させ、お酒に入れて、身体にかけてマッサージする。これまで手伝った出産の数は数えていないが、この村に住んでいる人は、呼ばれたら手伝いに行くという。逆子は他の人が介助していたが普通に産み、自身が手伝った出産では臍帯巻絡があった。孫が 1999 年に産んだときに医療センターから助産師が自宅に出産介助に来てくれて、そのときにも手伝って助産師にいろいろ教えてもらった。貧しいので自宅まで来てくれたのだが、お礼は渡したという。最後に出産を手伝ったのは 2002 年で、ほとんどの女性がヘルスセンターで産むようになったのは 2004 年だそう。

産後鬱について尋ねたところ、「聞いたことがない」（ウ病院助産師）との回答だった。産後に 1 ヶ月暖めるのは、石油を使って空気が悪いからしないように伝えており、最近は減っていると話していた（B市）。

（5）女性インタビュー概要

次に、女性インタビューの概要を述べる。協力者の概要は下表の通りである。

女性インタビュー協力者概要

ID	地域	子どもの人数、年齢、性別	家族構成	年齢	職業（夫・妻の順）	学歴	出産（年長から順に）	その他
VNW01	A市	2人、3歳女児 双子	夫婦と子、 義父	38	夫婦会社経営	大卒	病院・帝王切開	体外受精
VNW02	A市	1人、0歳女児	父母と子	31	大学教	院卒	政府系病	不妊治療、

⁶ ムオン族が使う香辛料。

					員		院・普通	夫は実家
VNW03	A市	1人、3歳女兒	夫婦と子	38	自営/主婦	大卒	政府系病院・普通	人工授精
VNW10	A市	大1女、高2女、小3女	夫婦と子	38	建設/家事	小卒	県病院、県病院、センター	本人A市 単身赴任
VNW15	A市	1人、6歳女兒	夫婦と子、 義母	33	運転/自営	高卒	私立病院・普通	
VNW16	A市	13歳男、11歳女、8歳女	夫婦と子、 夫両親	38	農業/販売	中卒	県病院、センター、センター	30キロ郊外
VNW06	B市	2人、12歳女兒、8歳女兒	子	37	軍人/高校教員	大卒	病院・普通、病院、普通	夫は軍隊勤務
VNW07	B市	1人、2歳女兒	夫婦と子	29	軍人/検査技師	専門学校	病院・普通	
VNW08	B市	1人、6歳男児	子と夫両親	34	大学院/大学教員	院卒	市病院・帝王切開	夫は留学中
VNW09	B市	2人、5歳女兒、0歳男児	夫婦と子、 両親	32	事務/事務	大卒	市病院・普通、私立病院・普通	隣家姉家族、人工授精
VNW04	C市	2人、7歳女兒、3歳男児	夫婦と子	34	教師/教師	大卒	市病院・帝切、市病院・帝切	
VNW05	C市	1人、5歳男児	夫婦と子	34	被雇用/銀行員	大卒	市病院・普通	
VNW11	D省	1人、6歳男児	夫婦と子、 両親と弟	23	農業/主婦	高中退	市病院・普通	ムオン族、 妊娠中
VNW12	D省	28歳女兒、25歳女兒、 20歳女兒、8歳男児	夫婦と末子	52	農業/農業	小1	自宅、自宅	黒ザオ族
VNW13	E省	2人、4歳男児、1歳男児	夫婦と子、 夫の両親	24	農業/農業	中卒	県病院・帝切、 県病院・帝切	白ザオ族
VNW14	E省	2人、9歳男児、4歳男児	夫婦と子、 夫の両親	27	農業/農業	中卒	センター・普通、 県病院・普通	白ザオ族
VNWX1	D省	41男、39女、 36女、32男		61	農業/農業	小4	自宅、自宅	ムオン族、 TBA
VNWX2	D省	23女、15男	VNW11 の母	41	農業/農業	中1	自宅、病院	ムオン族、 末子15歳

結果概要

A市で6人、B市で4人、C市で2人、D省で2人、E省で2人のインタビューを実施した。また、参考として、D省の村でTBAをしていた61歳の女性（子ども4人、末子32歳）、W11の41歳の母親（子ども2人、末子15歳）のインタビューも実施した。全体では、女性たちの子どもの数は1~4人だった。

都市

1)結婚から妊娠（妊婦健診、教育や指導、出生前検査）

A市、B市、C市では、職業や学歴が偏らないようにインタビューを依頼し、12人に話を聞いた。結婚年齢は20代がほとんどで（1名が19歳）、結婚してすぐに子どもをもった人が多い。子どもをもちたいから結婚した人、夫が8歳年上で早く子どもをもった方がいいと大学在学中に結婚した人、数年間妊娠しなかった人、夫婦と子どもの干支の組み合わせから妊娠を急いだ人、家を購入してから子どもをもとうとした人⁷など。

妊娠期の経験について、まず妊娠の確認の仕方をみると、妊娠検査薬で自分で検査した人がほとんどで、A市から数十キロ離れたW10とW16は、月経が遅れてヘルスセンターや病院に行って確認していた。市部にいた10人は全員、出産予定の病院ではなく、勤務医が個人で夕方に営業しているプライベート・クリニックで月に1回、臨月や妊娠後期にはさらに頻回に健診を受けていた。W10とW16はヘルスセンターを3回受診していた。

妊娠中の検査は、計測、血液検査、尿検査、超音波検査。超音波検査を受けたことがない人はいなかった。ほとんどの人が4Dの超音波検査を受けている。

染色体異常に関する検査について、VNW03、08、09は、NT検査と母体血清マーカー検査を妊娠12週と16週で受け（12週はダブルテスト、16週はトリプルテスト）、確率が低いので羊水検査を受けていない。07、15は12週でダブルテストを受け、確率が低く、年齢が若いのでそれ以上の検査は不要と助言を受け、VNW04、05はNT検査で異常がなく、年齢が若いのでマーカー検査等の他の検査は不要と医師から助言を受けている。W01は不妊治療で体外受精をして、胚のグレードで選択をして子宮に移植した。現在なら性別を選ぶ着床前スクリーニングがあるが、自分は子どもがほしいのであって、性別は選ばないと話した。経腹超音波のみ受けたW10は「お腹の赤ちゃんに障がいがあったらどうしよう」と思ったが「生まれて手足がきちんとあって、顔も問題がなくてほっとした」という。W16は「ダウン症という言葉は知らない」と答えた。血清マーカー検査を2種受けたW03は「ダウン症の赤ちゃんも人で、自分の子どもだから育てる」と思っていたようだ。

性別の選好について、超音波検査で性別を伝えてはいけない規則になったのは2012年からだが、W03は、不妊治療をして授かったので、性別はどちらでもよいと答え、第1子が男児だったW16も、男児が生まれたから2子からはどちらでもよかったと話した。しかしW10は男児がほしかった、3人目も女児が生まれたときに、義母が沐浴をしてくれず自分でしたとインタビュー中に涙を流していた。

2)出産と産後（哺育）

出産場所は、政府系の産婦人科小児科病院がほとんどで、軍病院、私立病院で出産した人

⁷ 大家は賃貸に出している家・部屋の借り主に子どもがいなくて、借りてから子どもができると運気が下がるという迷信があり、子どもが生まれると契約を解除するケースもあるため、持ち家を持ってから子どもをもつ人が多いとこの女性は話した。

も1人ずついた。A市郊外のW10、W16は上の子は県病院、下の子は近いヘルスセンターで出産している。バースプランや出産に関する希望があったと答えた人はいなかった。その理由について、政府系病院で出産したW02は「ベトナムでは出産する病院はそれほど選べない」と言い、「医師が親切かどうかより腕がいい医師がいい」と話した。W04は「保険証で決められた病院だから」と答え、B市のW06は「一番大きい病院で安全、病院に知り合いもいるから」と答えた。B市で2人目に私立病院に変えたW09は、政府系病院の医師は謝礼をあてにしている、私立は元の費用が高くて謝礼がいらぬので、サービスがセットになっている私立病院に変えたと話した。確かにベトナムでは、出産する病院の選択肢は多くないが、都市部ではいくつかの選択肢から志向によって選んでいると言えるだろう。

出産時の処置については、12人のうち4人が帝王切開を経験していた（すべて医学的適用）。会陰切開を経験していないのは郊外の県病院で出産したW10だけで「都会の人は切開するが、（農業で）働いている人は安産だから」と説明した。病院やセンターに到着して2時間ほどで出産したが、分娩室に夫や家族が入るのが「普通」で、夫が入りたいと言ったから義姉や夫が手を握ったりさすったりして立ち会ったそうだ。一般的に分娩室には数台の分娩台が並んでいるため、夫や家族の立ち会い出産はできず、陣痛室には夫や家族がいるため、内診ができなくて、子宮口が数cmになったら分娩室に移動して分娩台にあがる。B市の市立病院で出産したW05は、「他の産婦がいるので夫は遠慮する。助産師が3~4人のところに10人以上の産婦がいて、医師は異常時に指示を出すだけだから、助産師は忙しい。腰をさすったりするのは助産師の仕事ではない。助産師は血圧、心音聴取、内診だけで、見てくれないし、親切にはしてくれない」と説明した。W06は「病院職員に知り合いがいると言わなかった出産では怒られたが、いると言ったら皆親切になった」と話していた。「知り合いがいるところで産む」「クリニックで見てくれた医師の病院で産む」のは、そうした理由もあるかもしれない。

出産後に、新生児の処置をする前にまず産婦の胸に抱かせて授乳するskin to skin（早期接触/カンガルーケア）は、この数年のうちに出産した人はしたと答えたが、以前の出産では経験がないと答えた。この数年出産したW02は「20人の産婦がいて、カンガルーケアができたのは2人だけだった」と答えている。他は子どもをすぐに小児科に連れて行く必要があるなどして、できなかったようだ。沐浴、授乳の指導を助産師など医療者から受けた人は1人もおらず、W06は「助産師は助産だけ」と話し、医療者がケアすると答えたこととは齟齬があるようだ。

胎盤の処理について話した人はすべて病院が処理をしたと答えたが、流産を経験した4人のうち2人は自分で土葬し、1人は病院が処理した（1人は不明）。病院が処理をした1人は、先祖に供え物をして水子供養し、「愛のある父母のもとに連れて行ってもらえますように」と祈ったそうだ。

入院期間は、普通出産で2~5日、帝王切開で5~7日が多い。相部屋で騒々しくて寝られないからと1泊で退院した人もいた。ヘルスセンターで出産したW16は朝出産して午後

には歩いて帰ったそうだ。出産費用にはばらつきがあり、政府系病院、市立病院、普通分娩、帝王切開などにより様々で、700円（ヘルスセンター）～6万円だった。分娩・入院料が30%～70%戻ってきても数千円で、自費の部屋代、救急代、医師や助産師への謝礼がかかるそうだ。貯金、出産祝い、育児休業の給付金などで支払ったという。

産後

一般にベトナムでは、産後の養生が大切に考えられている。水浴を1ヶ月控えたり、亜熱帯の国だがエアコンを使わず身体を冷やさないようにしたり、食べるべき食べ物、食べてはならない食べ物の慣習もある。都市部の女性たちは、自分や夫の親元に退院し、1ヶ月ほど家事をせず休んだ人が多い。新生児の世話をする人を1ヶ月雇って同室で寝泊まりしてもらった人もいる。出産した病院から、有料で2～4週間、毎日助産師が訪問するサービスを利用した人も数人いた。

哺乳について、粉ミルクを使用した人もいたが、W04は「母乳が一番いい」と話したように、粉ミルクはまったく使用しなかった人や、いわゆる卒乳まで授乳した人も少なくない。W06は「乳栓が詰まったら、夫が吸うのが一般的だが、いなかったの、漢方に詳しいお爺さんが庭の葉っぱで母乳が流れるようにし、義母と妹がマッサージして、乳栓を吸ってくれた」そうだ。もらい乳については、A市近郊のW10は「あげるのも、もらうのも嫌ではないが、自分の子は私の乳しか吸わなかった」、A市のW15は「甥や姪に直接授乳したり搾乳をほ乳瓶であげた」、W16は「近所の子に直接授乳したけど、母と匂いが違うからか飲まなかった」と、もらい乳の経験を話した。

「核家族も共働きも多い」そうだが、「1歳になるまでは保育園に行かせず祖父母が孫の世話をすること」が一般的だそうだ。6ヶ月の育児休業のあと1年間実母が世話をする予定（W02）、「生後9ヶ月から保育園があるが、実母が保育園に入れるのはかわいそうだと私を責め、育児休業6ヶ月後、2歳まで実母が世話をした」（W04）、「1歳10ヶ月で幼稚園に。早く入れたかったのに、姑がまだ小さくて弱いからとかわいがって、入れるかどうかは姑が決める。私の子どもではないみたい。皆、そう言っている」（W08）と話していた。

3) 避妊・家族計画および人工妊娠中絶について

12人の女性は皆、何人子どもがほしいか、子どもの出生から次の出生まで、何年間隔をあげたいか、明確に考えをもっていた。「もういない」「1人でよい」「2人でよい」人は、上の子の乳幼児期にきちんと子育てするため、育児と仕事で疲れているから、公務員で給与が低く政府も2人がよいと言っているのだから2人で生み終わる、などで、「3人ほしい」人は、軍人、教員、公務員、共産党員である場合には、政府の二人っ子の方針に反することから、風当たりが強い、昇級停止、自主退職に持ち込まれる、など障壁があったが、それでも「自分が3人きょうだいで楽しかったから」3人ほしいと答えていた。出生間隔の希望は、上の子が小学校に入って落ち着いてから妊娠する、卒乳して3歳になってから避妊をやめる、な

ど4年～7年の出生間隔をあけると答えていた。

避妊の方法は様々で、リズム法や膣外射精など、いわゆる伝統的方法を使ったことがあると話した人が12人のうち5人、IUDを使ったことがある人が2人、緊急避妊薬を使った人が2人、ピルを使った人が2人、コンドームを使った人が3人いた（複数使用経験者がいる）。IUDを使った人は、使ったのに妊娠した、痩せるなど副作用があった等、評価はよくなかった。また、生み終わっていない人はIUDは使わないものだという話もあった。緊急避妊薬を使った人は、コンドームで失敗したので緊急避妊薬を使用した、薬局で約50円で手に入るので手軽、膣外射精やリズム法で危険なときは緊急避妊薬を飲んでおく、など補助的に使用していた。薬局では「生理が遅れずに来る薬」と言えば通じ、高校生でも買っているとのことだった。ピルを使った人は、流産後に数ヶ月の避妊だからピルにした、IUDで妊娠したのでピルに変更した、等の理由だった。コンドームについては、日本製の薄いものを使用した、夫が嫌がる、などの回答があり、コンドームよりも膣外射精やリズム法を好むとのことだった。病院の家族計画科、ヘルスセンター、クリニックを受診したことがあると答えた人は1人もいなかった。

人工妊娠中絶については、明確に中絶経験があると答えた人は1人だった。IUDをしていたのに3人目を妊娠して出産、その4年後に月経が4～5日遅れた時に、子どもが多く経済的に余裕がないので中絶したという（中絶薬と思われる）。流産経験がある人が4人、うち3人は不妊治療経験者だった。不妊治療経験者は4名で、不妊への対処の項で述べる。

家族もキリスト教徒であるW09は、「子どもの幸せのために産むのに、子どもが幸せを感じられないなら産まない方がいい」が、それ以外の理由は判断が難しいと話した。もし自分が夫に中絶してくれと頼まれたら離婚するとのこと。実際に、隣家に住む姉一家は、子どもが3人いて経済的余裕がない中で妊娠がわかり、実母への負担から言えずにいたところ、実母は産むべきと話し、家族が協力して育てることを決めたあとで、ダブルテストでダウン症の確率が高い結果が出たそうで、そのときの苦悩を涙ながらに語った。

12人の女性たちの多くが、NT検査、母体血清マーカー検査をルーティーンで受けていたが、胎児がダウン症だとわかった場合について答えた4人のうち3人は中絶すると答え、1人は産むと答えた。前者は「子どもがかわいそうだし、育てるのも大変」というのが理由で、後者は「ダウン症でも人で、自分の子だから」というのが理由だった。子どもが生まれても母が亡くなるようなら中絶した方がよい、「母がいないと子どもがかわいそう」という人が2人いて、この2人は経済的理由、婚外子でも産んだ方がよいと答えた。田舎だと未婚女性が産んで男性が認知しないと、子どもを連れた女性はもう結婚できないから故郷を離れるしかない、学生が産んだら子どもに愛情をかけられないかもしれないし、経済力がなく祖父母が世話をするのも大変、など、産んだ場合の状況を考えて、仕方ないと答える人もいれば、それでも産んだ方がよいと答える人もいた。

男女の産み分けについて「高校の生物の先生が教えてくれた」というB市の女性は、自分は子どもの性別はどちらでもよかったが、夫方が男子が一人のため、男児を生みたかった。

そのため、生物の先生が、月経から逆算して排卵予定日だと男児、その数日前だと女児と言ったことを憶えていて実行したら男児だったという。「ベトナムでは、第1子が女児だったら、体温計測をして排卵日だったら、夫は仕事中でも帰ってよい」と言い、「女児だから中絶というのは都市ではなく、田舎。3人女の子が続くと、奥さんは黙って中絶するからかわいそう」と語った。

4) 不妊への対処と第三者が関わる生殖技術・養子縁組について

女性たちの多くが、身近に不妊を経験した人がいると答え、実際に12人のうち4人は自身が不妊治療をしていた。A市の3人は子宮卵管造影検査、子宮鏡検査、排卵誘発や人工授精、体外受精をおこなっていた。B市の1人は人工授精で妊娠して、その子は5歳になるのだが、直轄5市の一つであるが当時、人工授精をおこなうことができず、夫が退職して、都会にホテルを借りて有名な病院を受診して、検査から始めたそう。以降は飛行機で通ったという。妊娠するかわからないので友人にも打ち明けず、妊娠までに給料4ヶ月分を使ったとのことだった。

妊娠・出産できない時の対処については、様々な意見があった。大都市では体外受精が施術できるものの、体外受精が約40万円とのもので、物価からすると非常に高額である⁸。経済的に許せば、不妊治療をして夫婦の間の子をもつと答えたあと、「血のつながり」を夫婦のどちらかと持てるから、養子よりも卵子提供や精子提供がよいと答えた人の方が多かった。近しく親しみがもてるから親族からの提供がよいという人もいれば、面倒なので第三者がよいという人もいた。夫婦の受精卵であれば代理出産がよいと答える人もあり、実際に代理出産で子どもをもった人が身近にいる人もいた。養子の方がよいと答えた人は、「人道的にいい」「知人の養子が寂しい思いをしていたし、いじめられたので自信がない」と話していた。養子をとった人が身近にいる人は複数いた。ヘルスセンター経由で妊娠した未婚女性に経済的援助や食べ物の援助をして、産んでから育てる人の名前で届け出を出したという。

また、医療者インタビューでも述べたが、夫婦の片方だけに不妊原因がある場合に、配偶子提供ではなく、原因がない方が婚姻外性関係をもつ選択肢があがった。「夫が他の女性と子どもをもつのは、自分はよいが夫が反対するだろう、夫の家族がそちらと付き合いように言うので、子どもがいない方がよい」「自分でも夫でも、他の人と性交して子どもをもつのはよいが、あとで誰の子か揉めるので養子の方がよい」「農村では特に、養子よりも血がつながった子が好まれるし、子どもがもてないよりよいので、女性が他の男性と一晩をともにする」「現在は性交しないで病院で精子がもらえる」などと語られた。

非都市

⁸ 統計総局によると、2017年のベトナムの労働者の平均月給は約30,500円。A市は平均43,700円、B市は平均47,900円である。

D 省の女性は、D 省のある村に住む人びとで、W11 はムオン族、W12 は黒ザオ族である。ムオン族はベトナムで 3 番目に多く、D 省に多く住んでいる。この村の人びとは稲作、畑作などの農業をし、家でアヒルやニワトリ、豚や水牛を飼って、自給自足に近い生活をしているが、都市や外国人の観光客を受け入れて、昼食を出したり、音楽や踊りを演奏して、現金や外貨を得ている。村にはヘルスセンターがある。参考としてインタビューした WX1 は医療者インタビューの項で報告した出産の介助をした女性、WX2 は W11 の母親で同居している。WX2 の第 2 子で、W11 の弟で



D 省でインタビューした村 ムオン族の高床式の家で

ある 15 歳の男児は WX2 が妊娠している時から障がいがあることがわかっていて、家で家族が介護している。D 省のインタビューを実施した省病院からは離れている。

E 省の女性は、E 省のある村に住む人びとで、ヘルスセンターで話を聞いた。E 省では、省病院、県病院でもインタビューをおこなっている。W13、W14 は白ザオ族で、中学校を卒業したあと、家の農業で働き、恋愛結婚で 19 歳、18 歳で結婚した。

1)結婚から妊娠（妊婦健診、教育や指導、出生前検査）

D 省の W11 は 12 キロ離れた高校に自転車で通学していたが、1 年生の時に退学して電子工場に勤めていた。16 歳で恋愛結婚して、4 ヶ月後に月経が遅れたので街で妊娠検査薬を購入して妊娠を確認した。会社に勤めていたので健康保険に加入しており、市病院、省病院で出産しても無料である。毎月、村のヘルスセンターで母子手帳をもらい、毎月 4 日に妊婦健診があって、計測、血圧、尿検査、心音聴取をして、鉄とカルシウムを服用している。省病院で妊婦健診を受けても無料なので、月に 1 回省病院にも行き、医師が超音波検査をする。12~14 週の超音波検査でダウン症の検査をしたが、ダブルテスト、トリプルテスト、羊水検査という言葉は聞いたことがない。妊娠 6 ヶ月だが、胎児は男児とわかっている。

W12 は第 1 子は 28 歳で、5 人の孫がおり、年長の孫は 5~6 歳である。3 人続けて女児が生まれ、男児が生まれるまで産むと考えていたところに 44 歳で生んだ第 4 子で、現在 8 歳の男児である。本人の世代は子どもは 4 人ほど、母の世代は 8 人で、今の人は 2 人が多いと話していた。W12 は小 1 で学校には行かず農業を手伝って 20 歳で親の紹介で結婚した。胎動があって妊娠 5 ヶ月の時に妊娠に気づき、1 度も妊婦健診を受けず、9 ヶ月と 10 日（日本でいう十月十日）を数えたところに陣痛が来て、自宅で産んだ。母子手帳はもっていない。28 年前の出産時は、ヘルスセンターはあったが、自転車もバイクもないから助産師は自宅に来てくれなかったそうだ。8 歳の末子の妊娠時も含め、これまでに妊婦健診を受けたことはない。

TBAとして話を聞いたWX1は61歳で41歳から32歳まで4人の子がいる。読み書きできるようになるまでということ、小学校4年生まで学校に通い、そのあと家の農業をした。ムオン族は男性の親が気に入った女性のところに人に頼んで話に行ってもらう形で結婚が進むのだが、その伝統的な仕方、19歳で結婚した。W12と同じように、病院もヘルスセンターもあったが、自転車もバイクもないので妊婦健診に行ったことはなく、陣痛が始まって、リアカーに乗せて運ぶのは大変で、皆、家で産んだそうだ。

W11の母、WX2は41歳で、23歳のW11と、家で介護している障がいのある15歳の子がいる。中学校1年生まで学校に行ったが、当時は学校に行き勉強することは必要ないと考えられていて、家が貧しいので働いたのだそうだ。第1子は他の人と同じように妊婦健診に行かず自宅で出産したが、第2子は妊娠3ヶ月の時に風邪を引いて点滴をしたさいに、お腹の子は育てることが難しいだろうと医師に言われたそうだ。妊娠5~6ヶ月の時に病院で診察を受けたら、お腹の子はダウン症だがもう大きいので中絶できないと言われたそうだ。当人はお腹の子が生まれるかどうか決めるので、生まれたら子どもも自分も大変なことがわかっているが、産むことにしたという。自分の父母にもお腹の子はもう大きくなったから中絶できない、お腹の子も生む人のせいでもないから、皆で世話をしようと言われ、産むと夫婦二人で決めたそうだ。

E省のW13、W14は、つわりがあって、W13は自分で妊娠検査薬で検査してから、W14は直接、ヘルスセンターに来て妊娠を確認した。妊婦健診は3~4回で、ヘルスセンターではなく県病院で受けている。毎回4Dの超音波検査を受け、W13は超音波検査で男児ということがわかったが、W14は関心がないので聞かなかったという。ダウン症、NT検査、NIPTという言葉は聞いたことがなく、「無事にかわいい子が生まれますよ」という言い方で、胎児に異常や障がいがないことを言われたと答えた。

2) 出産と産後（哺育）

D省のW11は市病院で出産した。薪になる木を森に拾いに行っていて、背中が痛むので母親がタクシーを呼んだら、到着まで45分、到着して20分で生まれたという、いわゆる安産である。インタビュー時に第2子を妊娠中だったが、前回の出産の陣痛は痛くなかった、陣痛は怖くない、と話した。剃毛、洗腸、点滴はしていないが会陰切開はしたそうだ。分娩介助は助産師だと思ふとのことだが、そもそも医師と助産師の区別はつかず、妊娠中の指導は健診中に医師が話したものだけだ。娩出後にカンガルーケア（skin to skin）をして、24時間後に退院し



D省の村のインタビューで 自宅での出産の様子を模擬実演する様子

ている。健康保険で費用は無料だった。次の出産も同じ病院で予定している。

W12 は前述の通り、8年前の出産も自宅で出産した。高さ 10 cmほどの低い椅子（煮炊きのさいに腰を下ろす椅子）に座り、吊した紐を引いて息んだ。に実母が腰をさすり、義母が取り上げて臍の緒を切った。血液の禁忌から、夫、男性は入室しない。「今の人は皆、センターで産む」と話していた。W12 の末子のお産は 2010 年で、X1 によれば 2004 年からほとんどの女性がセンターで産むようになったとのこと。胎児の障がいについては、「生まれたときに外から見て障がいがないことを確認してほっとした」と話していた。胎盤は敷地に埋めたそうだ。

WX2 が W11 を生んだときも出産は速く、陣痛が来ていたが家の前の畑で収穫していて、家にあがって 15 分で生まれそうだ。近所の人に「さっき収穫している姿を見たのに、もう生んだの」と言われたという。障がいがあることがわかっていた第 2 子は、陣痛が始まったら、夫が運転するバイクで、後ろに弟が乗り、弟に抱えてもらって病院に着いたとのこと。

E 省の 2 人は陣痛が来てヘルスセンターに行き、子宮口が開大しないときは県病院に転院している。W13 は県病院で帝王切開になり、W14 は普通出産した。W14 が第 1 子をセンターで産んだときは会陰切開があり、県病院で第 2 子を産んだ時は切開はなかった。センターでは医師と 2 人の助産師が、県病院では 3~4 人のスタッフがついたという。カンガルーケアをした。W13 は麻酔の副作用の頭痛で 10 日間入院し、第 2 子も帝王切開になったが、普通出産がよかったと話した。胎盤は病院やセンターで処理したそうだ。

女性たちは皆、授乳期間が比較的長いようだ。W13,14 は 2 歳まで飲ませたそうだ。興味深いことに、皆、母乳が足りなくても他の人と母乳のやりとりをしない、と答えた。その理由としては、D 省の W12、E 省の W13 は、母乳をもらうのは、その人に栄養が足りなくなるから、栄養を取る料理をあげなくてはならないから、あげてしまうとその人の母乳が足りなくなるかわからないからと答え、W14 はあげるのはいいが、感染があるかもしれないからもらわずに離乳食をあげると答えた。

3) 避妊・家族計画および人工妊娠中絶について

避妊は W11, 12, 13, 14 全員が経験していて、皆、ピルを使っていた。全員、ヘルスセンターで無料で配布されるとのこと。E 省の二人は村の医療補助者から受け取り、性教育や家族計画の話も医療補助者から受けるそうだ。W13 はピルを飲むと自分で決めて夫に話し、W14 は夫と二人で話したと言っていた。W11 は身体に何かを入れるのが嫌だということで、IUD とインプラントは避けていた。W11 の母親である WX2 は産後に薬草を飲んでいたら月経が来たのは 2 年後で、そのあともらったピルは副作用があつて、3 ヶ月に 1 度、無料で注射を受けることにしたそうだ。WX1 は、避妊はせず、「好きだったら付き合つて、子どもができれば産む」と話した。

人工妊娠中絶に対する考えや、実施してよい条件について尋ねたところ、D 省の女性は、一様に、中絶できない、考えたことがない、自分はしないと答えた。しかし、中絶してよい

条件があるか、いくつか条件を提示したところ、子どもに障がいがあるときは皆、「中絶した方がよい」と答えた。母体の健康、経済的理由、レイプなどの場合についても「中絶してよい」とのことである。WX2の障がいのある子は、生後1ヶ月から痙攣を繰り返し、特に治療方法がないとのことで服薬やリハビリはしておらず、家で介護している。6~7歳まで母乳を飲み、座れたが、6~7歳から座れなくなり、現在は、食事や水浴の介助やおむつ替えを家族がおこなっている。WX2は中絶しないと夫婦で決めて産んだが、「産まれたら世話をするが、自分たちが高齢になってからのことが心配」で、子どもに障がいがある場合は親も子も大変だから中絶した方がよいと話した。レイプ、若年、多子などは、父母が病気がち、貧困、生活がきちんとできない、産む意思がなかった、などの理由で中絶してよいという考えだ。W11は、自分は中絶するという選択肢を考えたことがないのでわからないし、障がいがある弟の世話は、家族だけでなく近所や親戚にも頼めるので、大変ではないと話しつつ、胎児に障がいがあったら中絶した方がよい、貧困、レイプ、学生も同様、と答えた。

しかしW13は「子どもに障がいがあるときは中絶してもよい」と答えたが、「ダウン症の時は中絶しない。自分の子だから」と答えた。「障がい」の範囲や、ダウン症の人の生活について十分聞いていないため今後の課題であるが、W13にとってダウン症は障がいに入らないか、重要ではないのかもしれない。

4) 不妊への対処と第三者が関わる生殖技術・養子縁組について

不妊について尋ねたところ、身近に少ないが子どもができない人はいるとのこと、D省のW12は、親戚ではない多子の人から子どもをもらい、育てる人の名で届け出て、お礼に約14,000円渡した人を知っているが、自分なら不妊治療も、配偶子提供も、養子も、婚外性交もしないで、そのままでよい、子どもを産まなければというプレッシャーはないとのこと。WX1の話では、「村に養子はいない。子どもができないが、きょうだいに子が多い人なら、甥姪を子どもの頃から育てたかったら、子どもの時からもらってもいい。自分の親が育てて、働けるようになったら、あっちのお婆さんには子どもがいないから世話をするように親の指導で言われて、そちらの世話をする。男の子が何人かいて大人になって奥さんと結婚するときに親は子どものために家を建てる。お爺さんお婆さんが家を建ててあげれば、家・財産を継ぐので家を建てなくてもいい。お世話をしてくれる。」とのこと。この村では、夫婦の子にしくなくても問題ないのかもしれない。しかしWX2は「生まれない時は養子をもらう。よその子より親戚の子がよい」と答えた。

E省のW13とW14も、養子の話は聞いたことがあるが、不妊治療をしている知り合いはいないとのことだった⁹。自分ならまず不妊治療をするが、それでも妊娠しなかったら、

⁹ W14には伝統医療の薬草を飲んで子どもができた人がいるとのこと。ベトナムでは伝統医学が公的医療制度で利用されている。ヘルスセンター敷地内でも多くの薬草を栽培していた。

精子提供、卵子提供、代理出産に同意するし、自分が婚外性交して子をもつのも、夫が婚外性交して子をもつのも同意するし、夫も理解してくれると話した。ただし自分が代理母になるのは、自分の子のような気がして、渡せないとのこと。D 省の X2 は精子提供はお金がかかるから婚外性交の方が現実的だが、夫と喧嘩するだろうからできなくて、子どもがいないままになるから、家族や親戚の子を世話することになるだろうと話した。養子にするのではなく、世話をする、かわいがる、とのことである。



ルーラル・ヘルスセンターでは治療で使用する薬草が栽培されている

(5) 知見・考察

以上、医療者インタビューと女性インタビューの結果を報告した。

概要としては、医療システムが体系化されていて、受診先はそれほど選択肢はないようだ。都市部では、妊娠検査薬やピル、緊急避妊薬等を自分で購入して、保健医療施設にかからないか、利便性の高いプライベート・クリニックを受診しているが、非都市部では、ヘルスセンターや村内の補助者が一次的な保健医療を担っている。

妊婦健診はほとんどの人が3回以上受診し、超音波検査を初期、中期、後期に受けているが、山岳部の少数民族や農業従事者など、受診しない人もいる。都市部ではダウン症等のトリソミー検査のスクリーニングである母体血清マーカー検査と NT 検査がルーティーンでおこなわれているが、非都市部ではほとんどなく、検査を知らない女性も少なくない。

出産は都市部では分娩数の多い大病院に出産が集中し、陣痛室に男性や家族が大勢いるので、子宮口が開大しないうちに分娩室に移動して、硬膜外麻酔を使用したり、分娩遷延で帝王切開になる傾向がある。希望帝王切開も可能だ。非都市部ではヘルスセンターや県病院での出産が一般的である。出産時のケアはあまりないが、近年、保健省の方針で出産直後の早期接触と早期授乳がおこなわれている。また、産後には助産師の訪問サービスや、新生児の世話を泊まり込みでする女性を雇い入れたり、昼の休み時間に夫が一時帰宅するなどして、産婦は養生する。都市でも非都市でも夫婦共働きが多いが、0歳児の保育は祖父母がする傾向にある。授乳期間は比較的長いようだ。

避妊はリズム法、膣外射精などの伝統的方法や、ピル、IUD、注射、コンドーム、注射などの近代的方法が使われている。人口抑制のために政府が開始した二人っ子政策は、事実上、2017～2018年に緩和されつつあるが、対象者が出産していた時期は、強制・自主退職、昇進停止などの強い制裁があり、社会的にも子どもは二人が望ましいという価値観が流布された時期だった。ヘルスセンターではピルやコンドームが無償で配布され、IUDも安価に

利用でき、薬局でも緊急避妊薬が安価に購入できる。医療者によれば、出産の数より人工妊娠中絶の数が多いと言われるほど、中絶数が多い。妊娠初期は中絶薬の服用（ないし吸引との併用）で中絶をおこなう。

都市部では人工妊娠中絶の許容度が高く、非都市部では低い、どちらにおいても、障がいがある子どもは中絶した方が子どものためだと考えられている。

都市部では不妊治療が身近で、人工授精や体外受精もされているが物価に比して高額である。精子提供、卵子提供、代理出産は合法で、配偶子は政府から許可された実施病院が個々に準備するのだが、各病院医療者からはドナー確保が難しく、被提供者が、配偶子提供を受ける代わりに、他者に提供できる親族等を連れてくる方式が証言された。非都市部では村内に家族や親族が暮らしていたり、同居しているので、甥や姪の世話をし、夫婦の養子をとらなくても、成人した親族の子どもが、子どものいない人の世話をしたり、子ども代わりにすることもあれば、養子をとることもある。少なくとも配偶者の承認がある中で婚姻外性交で子どもをもつことも身近な選択肢だったようだ。

このような概要において、羅列的だが、いくつか示唆と今後の課題を述べる。

一点目に、胎児の染色体異常の発見を目的とする出生前検査の普及と、人工妊娠中絶に対する肯定的な態度である。二点目に、不妊への対処における第三者が関わる生殖技術の許容である。それは政府の人口政策とくに二人っ子政策、家族計画の普及と中絶の容認、父系の家族制度、血縁志向、ベトナム戦争下での枯れ葉剤による土壤汚染で現在もなお障がい児が出生していること、障がい児者福祉を家族が担っていること、急成長する経済の中でテクノロジーに親和的であること、その他の要素が絡み合っていると思われる。

ただし、本調査で十分に深めることができなかったのが、前述のように障がいの概念である。「子どもがかわいそうだから、障がいがあったら中絶した方がよい」と大半の女性が語ったが、そう答える女性が「ダウン症は人だし、自分の子だから中絶しない」と回答した。回答者が中絶の対象として許容する「障がい」と、ベトナムの都市部で普及している母体血清マーカー検査、NT 検査、NIPT などが対象にするダウン症の関係について、調査する必要があるだろう。

また、中絶に対して許容的な医療者や女性が大半だったが、中絶の認識自体が日本と異なる可能性がある。緊急避妊薬で着床障害したり、通経薬として経口中絶薬が使用されている状況では、「人工妊娠中絶」の概念自体、日本とは異なるのではないだろうか。

三点目に、「伝統的産婆 (traditional birth attendant: TBA)」の認識についてである。D 省では TBA として村の 61 歳の女性 WX1 に話を聞いたのは前述の通りだ。彼女の母親と夫の母親と彼女は、出産の手伝いをする人だったようだ。では彼女は村で「産婆」として認識されていたのかというと、WX2 も WX1 と一緒に 2 回出産の手伝いをしたことがあるようだ。WX1 は WX2 の義姉（夫の姉）で、親族が 1997 年に出産する時に、X2 も産婦の後ろについて足の指で背中を押したようだ。2 回目は親戚の妊婦が近所で農作業をしていて、産まれてしまいそうで親を呼びに行くのもセンターに行くのも間に合わないので手伝って、

森に行っていた親などが集まったときには、胎児の頭がもう出ていたそうだ。娘の W11 も、「森に枝を拾いに行っていて、X1 が予定日が近いじゃないと言っていたところで、背中が痛くなって、笑っていたがタクシーを呼んだら、病院に着いてすぐに産まれてしまったから、あのまま家で生まれてしまったかもしれない」と笑っていた。W12 は自分の母が腰をさすり、夫の母が赤ん坊を取り上げて臍の緒を切った。農作業をしている時に陣痛が来て、床上がって 15 分で産み、「さっきまで仕事をしていたのに、もう生まれたの」と農作業をしていた人に笑われたという出産の様子を聞くと、(少なくとも何度か) 出産を手伝ったからといって、「TBA」、(伝統的) 産婆とはいえないように思われる。出産の手伝いをする女性は「バードゥ」と呼ばれるそうだが、バーは婆、ドゥは受け取る人、という意味だそうで、日本語の「取り上げ婆」と同意である。ただし、「資格がなくてもいいから助産師を紹介してほしい」と依頼して X1 を紹介されたので、行きがかり上、出産を手伝った人は他にもたくさんいるとはいえ、職業ではない「取り上げ婆」と共同体に認識されている人がいることは確かだろう。以上 3 点は今後の課題である。

参考引用文献

独立行政法人国際協力機構人間開発部 2012『母子保健事業における母子手帳活用に関する研究—知見・教訓・今後の課題—』

独立行政法人国際協力機構 (JICA)・大衛株式会社 2016『ベトナム国分娩時における感染予防対策に関する案件化調査業務完了報告書』

International Social Service, 2009, *Adoption from Viet Nam*

小林秋恵, 岡西幸恵, ベトナムにおける保健医療および看護の現状, 香川県立保健医療大学雑誌, 7, 2016, 27-34.

駒形朋子・岡田彩子 2017「ベトナムにおける社会変化と保健医療—看護の現状と今後の課題—」『兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要』24: 131-138

厚生労働省 2019「2018 年 海外情勢報告」

三田理化工業株式会社・株式会社早稲田総研イニシアティブ共同企業体 2014『ベトナム国産科 (NICU) 及び小児科に入院している乳幼児に対する安心安全な哺乳のための病院内設備システム導入案件化調査』

日揮株式会社・社会福祉法人 恩賜財団 済生会 2017『平成 28 年度 医療国際展開等推進事業 ベトナム医療関連事業フーズビリティ・スタディ ファイナルレポート』

II-08 ラオス人民民主共和国（ラオス）

文・撮影／嶋澤恭子

（1）国の概要

正式名はラオス人民民主共和国 Lao People's Democratic Republic で通称名はラオス。インドシナ半島に位置する内陸国である。面積は日本の本州と同じで約 24 万平方キロメートル、国土の約 70%は高原や山岳地帯である。国土は南北に細長く、北は中国、東はベトナム、南はカンボジア、南西はタイ、北西はミャンマーと国境を接する。首都はビエンチャン。人口は 701 万人（2018 年、出所：ラオス統計センター）、公用語はラオス語。民族は、ラオ族をはじめ 50 民族と多くの少数民族が居住する。宗教は上座部仏教が 60%、アニミ



ズムやその他の宗教が 40%であるが、しばしば仏教とアニミズムが混同されて信仰されていることがある。その他ラオス南部ではキリスト教も信仰されている。

ラオスは王国から長いフランス統治のあと、内戦を経て、1975年に独立した社会主義国家であり、ラオス人民革命党による1党体制が続いている。行政区分は1党体制の国家の下に1特別市(ビエンチャン特別市)及び17県(Province)が置かれ、県下に145郡(District)、郡下に10,473村(Village)が位置付けられている

主要産業は農業、鉱物資源(銅、金等)、水力発電。労働人口の約7割が農業従事。部門別GDP:農業(17.3%)、工業(36.7%)、商業、電気、金融、行政などのサービス業(約44%)となっている(2016年、ラオス統計局)。1人当たりのGDPは2,472ドルである(2017年、ラオス中央銀行)。

近年の経済成長は目覚ましく、2011年、ラオスは以前の低所得水準から「中低所得国」に移行した。この発展は、1996年の第6回ラオス人民革命党大会での国家目標である「2020年までに後発開発途上国(LDC)の地位を卒業する」という長期的ビジョンを達成するためには軌道に乗っていることを示している。2015年に創設されたASEAN経済共同体(AEC)によってASEAN諸国内でのヒト・モノ・カネの動きの自由化、関税の撤廃がなされ、ラオス経済や人々の生活にも大きな影響を及ぼすとされる。GDP成長率も2018年は6.5、2019年も6.4の見通しである。背景として主要産業である鉱山開発、水力発電、観光の好調が挙げられ、インドシナ諸国の中では特に順調な経済成長を遂げている。さらに、内陸国であるラオスにとって周辺国との連結促進は重要であり、現在、地域経済回廊としてラオス国内でも道路整備が進行中であり、2021年開通予定の中国ラオス鉄道の建設も大きな経済効果を

もたらすと予測されている。

(2) 調査地の概要

A 県：ラオスの経済や政治の中心となる都市、メコン川沿いに広がる平地の多い地域。

B 県：ラオスの南部にある農業と商業の地方都市。

(3) 医療制度およびプロダクション分野関連の制度

ラオスは 25 歳未満の人口が全体の約 53%を占めており、人口増加率 1.41%である(2016, World Bank)。自営業や家族労働者が全体の 86%であり、社会保障は整備途上で、農村の相互扶助機能が補完している。栄養、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率等の指標は、近年改善傾向にあるものの、ASEAN 諸国の中で最低水準であり、今後も継続的な取り組みが必要とされている。

高い妊産婦死亡率(206:2015年)の背景には、SBA(Skilled Birth Attendants)の付き添う分娩が 50.9%(2016)、出産前のケア(4回)も 50.4%(2016)と 5 割程度しか達成されていない(UNFPA 2017)。国民皆保険制度の試験的導入により、施設出産の無料化(首都を除く)が 2017 年より導入されているが、これによる施設分娩促進の効果は分かっていない。

社会保障制度として、国家公務員、軍人、警察官、民間企業被雇用者が加入必須の社会保障基金(HSSF: National Social Security Fund)が、医療保険制度(労災保険含む)、年金保険制度などを運営している。その他の補完的な制度として、農業従事者を主な対象とした地域医療保険制度(CBHI: Community Based Health Insurance)や貧困者を対象としたヘルス・エクイティ・ファンド(HEF: Health Equity Fund)がある。保健省は 2020 年までに全国民への保険加入の実現を目指している。

医療保険 National social security fund(NSSF)では、国家公務員、軍人、警察が 100%加入しており、全人口の 11%にあたる。民間企業被雇用者社会保障は従業員が加入しており、全人口の 9%にあたる。保障金額は同じであるが、保険料に違いがある。医療保険、年金保険等が一定になる支払い上限付きの保険である。

地域医療保険制度(CBHI: Community Based Health Insurance)は、日本の国民健康保険にあたる 2002 年にパイロットプロジェクトとして始まった制度であり、2015 年から首都ビエンチャンを除き全国で適応される国の制度となっている。誰でも加入可能であるが、自営業者、農業従事者、インフォーマルセクターや学生を中心に、ラオスの人口の約 50~60%が対象となる保険制度である。本来、自営業者や農民が生活に困窮する大きな要因のひとつに家族の疾病等による高額な医療費支出に対する保険制度であったが、登録病院の質への不満、保険償還の遅延、農家が月々の保険料の支払いが困難であることなどから、加入者数が伸び悩んでいる。これによりビエンチャンを除く施設出産費が無料となっている(JICA 2019)。

ラオスには、首都にある 5 つの中央病院と各県の 16 の県立病院、131 の郡病院、835 の

ヘルスセンター（スクサラ）がある。すべて公立で私立病院は都市部に数か所設立され始めている。警察病院、軍病院が都市部を中心にある。これらは中央一県一郡一ヘルスセンター（ヘルスセンター）とリファラル関係にあることが理想だがまだ十分機能していないのが現状である。中央病院においても医療人材および技術は十分とは言えず、富裕層は隣国タイやベトナムでの治療を求めて出国している。

医療人材の養成においても、アセアン経済共同体（ASEAN Economic Community: AEC）の構築に向けて、その中で熟練専門職の移動を促進するとしており、ラオスにおいても医療看護の人材市場に参入する方向で国家政策として医療人材育成や制度整備が進められている。

医学教育は高校卒業後に 6 年間の保健医科大学医学部での修了試験が必須である。ラオスの医学部はこの 1 校のみである。看護教育は初等教育の小学校 5 年間の義務教育と、中学 3 年、高校 3 年を合わせた 11 年の高校卒業生に対し実施されている。2015 年現在、ラオスの看護養成課程は 4 年、3 年、2.5 年の 3 種類。4 年課程は首都ビエンチャンの保健医科大学にある看護学部で、ここは上級看護師課程となる。3 年課程は、ハイアー・ディプロマ（higher diploma）課程で、現在 3 つの県に短期大学 3 校がある。

助産師養成は、1987 から 1990 年にかけて Diploma 助産師 3 年課程が実施され、Diploma 看護師 3 年課程と区別されたが、1991 年からは「看護助産統合カリキュラム」による看護助産師が養成されている。しかし 2007 年に入り、国連ミレニアム開発目標達成に向けて助産師が不可欠であるという意識のもと、保健省は、地域助産師（Community Midwife）と登録助産師（Registered Midwife）の 2 種類の助産師養成を計画した。

地域助産師コースは 2009 年に開始され、現在働いている初級レベルの看護助産師を対象に開始された。さらに、中級から上級レベルへの昇級コースも提供されている。2011 年からは高等学校卒業が入学条件の登録助産師の 3 年間コース、4 年制の学士（bachelor）コースが新設されている。

これまでのラオスの看護助産教育は 1960 年に准看護助産師課程において開始されて以来、実に複雑な変遷を経て今日に至っており、ラオスにおける内戦、革命、建国などの歴史的状况に関連し、長期的な政策が整わないまま看護助産教育は実施された。その結果、入学資格は小学校見卒業生から高校卒業まで、教育期間は 3～24 か月と幅広く、様々な教育背景をもつ看護助産人材が存在している。そして保健医療人材の 80% が彼らで占められている。

現在、短大、養成所卒の准学士も増加しており現在 2000 名程度と増えてきている一方で、旧制度下で 3 年以下の教育を受けた看護助産師も 3000 名近くいる。これらの看護助産師へのアップグレード教育がラオスの看護の質の向上を図るための大きな課題である。また、ASEAN 共通の水準として、看護師養成を 3 年課程以上に統一するとともに、コンピテンシーにもとづく新たな基本カリキュラムで学んだ学生が初めて卒業する 2016 年に合わせて、

国家試験も含めた国家資格制度を整備しており、2019年現在、国家試験の制度設計が行われ、すでに試験的に国家試験導入が開始される予定となっている。

(4) 医療者インタビューの概要

A県とB県の医師、助産師を対象にインタビューした。A県は国内の研究・教育病院が5か所あり、いわゆる第3次医療施設でもある。分娩数は3500件/年で、帝王切開率は18%程度である(2017病棟の分娩統計台帳より)。

B県の病院も南部地方では医療人材、医療設備ともに最も優れている。この病院は、200-300/月の分娩件数で帝王切開は50-70(30%)。他の郡や県から搬送される場合があるので件数が多い。その場合緊急帝王切開が多い。少し郊外に行くと、写真1のようなヘルスセンターが点在する。

表1 医療者インタビューの協力者

M1	A県	助産師	総合病院産科師長
M2	A県	助産師	総合病院母子保健外来師長
M3	B県	助産師	総合病院産科師長
D1	A県	医師	総合病院副産婦人科医長
D2	B県	医師	総合病院産科医
D3	A県	医師	総合病院婦人科医



写真1. B県にあるヘルスセンター



写真2. ヘルスセンターの分娩台

まずは、A県とB県それぞれ事例を紹介しよう。

【事例I 産婦人科医師LD1】

現在は手術を中心に責任を持っている。研修医の研修責任者でもある。

ビエンチャンの医学部6年のあと、10年働いて、そのあと産婦人科の専門医コースで3年半学ぶ。人を助ける仕事がしたかったのと家族も応援してくれたので医師を選んだ。母親

が助産師だったこともあり、産科医を選んだ。

1か月に7回の当直をしている。4日日勤の後、24時間当直をしている。当直は産科と婦人科をカバーしているので、重責である。体もしんどいが、義務であると思っている。24時間当直はきつい。

婦人科の救急患者は子宮外妊娠や流産が多い。中絶薬を飲んだ後に出血での受診が多い。危険だというメディアで広報もされているが、減らない。中絶薬はまだまだ使用されている。患者は内服したことを言わない、外来に来て出血しているので尋ねるということもあるが、うそをつくこともある。子宮外妊娠で手術をしても両親に言わないでというケースもある。

ダウン症候群の検査は超音波検査のみで、血液検査、羊水検査はしない。クリニックやタイの病院では検査できる。治療をするとすると5,000,000~6,000,000kip (1kip≒ 81.2 円: 2020年2月現在) かかる。患者が相談した場合、婦人科を紹介する。不妊治療についてオーストラリアで学んできた医師がいるが、機材がないので今はしてない。産科に相談に来て、担当ではないのでクリニックやタイに行くことが多い。治療については高額だし、時間がかかる。お金のある人、タイやベトナムへ治療に行く、D病院も不妊治療サービスをし始めているが、排卵誘発のホルモン注射の治療をするくらいしかないと思う。

ラオスでは、たいてい診察しないで生まれてからダウン症だとわかるケースがほとんどである。ダウン症だったとしても仏教徒なので、超音波検査でわかったとしても、妊娠継続する人が多い。この障害はどちらの家系なのかという話になる、ダウン症などは説明しにくい、一般的に患者は高校卒業の人も少ない中で遺伝病や障害について説明するのは難しい、時間をかけて丁寧に説明しなければならない。遺伝の一つであるサラセミアなどは分かりやすい。

オキシトシン（陣痛促進剤）は、診察をして子宮口が開いていれば使うことはない。破水して6時間経てば抗生剤を使う。破水から始まるお産は時間がかかることが多い。お産の経過で内診して、児頭が高い場合、発熱しているか、血液データを見て問題なければそのまま様子を見る。破水して6時間すれば、ほとんど陣痛が付いてくる（始まる）。

分娩では、今はあまり会陰切開をしない方向で努力している。一人目でも全例するということはない。以前は、全例していたが、今はできるだけ女性の体を傷つけないということ而努力しているのでケースによって必要ならする。

家族を分娩室に入れたいのは分娩経過についての知識がない、怖がる、変なことをいう、などを避けるために入れたい。D病院では親戚は入ることができるが別料金を支払うことが必要。ここではしていない。スタッフがすることを誤解してSNSなどに挙げられたら困るので予防的に入れない。ただし言語の問題もあるので、モン族、中国人、ベトナム人などは同伴してもらっている。

帝王切開をしてほしいという希望する妊婦やその家族が多い。なので、ANC (Antenatal Care) は本当に重要である。栄養のこと、砂糖を多くとると巨大児になって帝王切開の選択となる。ANCで分娩の準備をしておく、呼吸はどうするのか？どのように過ごすのか等を

伝える ANC は本当に重要である。帝王切開の希望が増えすぎている。簡単に考えていて本当に問題である。ANC でしっかり事前教育が必要である。私は帝王切開での出産後の次の妊娠は 3 年空けるように帝王切開をした後に伝えている。3 回までが安全だと思っている。夫とともに健康教育をしている。

アクティブバーズについて昔は家で出産する場合は自由であった。病院ではベッドで産まないといけない。助産師長と一度立産を試したことがあるが、膣の裂傷がひどかった。仰臥位での出産は身体が自由でないので良いわけではない。水中出産を日本で見たが驚いた。これは和痛になっていて効果的だ。ここでは、麻酔の和通分娩（硬膜外麻酔分娩）もしていない。これは麻酔科医の範疇であって、私たち産科医の業務ではないと考えている。

亡くなった子どもは霊安室で預かって家族が寺や村の所定の場所などに埋葬する。中絶処置はこの病院ではできない。身体適応なら心臓病などの適応があれば処置できる。それ以外はできない。

現在ラオスでは人口増加に転じている。経済も上がってきている。家族の問題として、結婚が遅くなり、子どもが出来ない、妊娠が高齢となる。お金がある人はタイやシンガポール、ベトナムへ行ってしまう。それなのに、ラオスでは非常に基本的な治療しかできない。5 年 10 年後に生殖治療ができるようになるかもしれない。そうでないかもしれない。



写真 3. 総合病院の母子外来待合

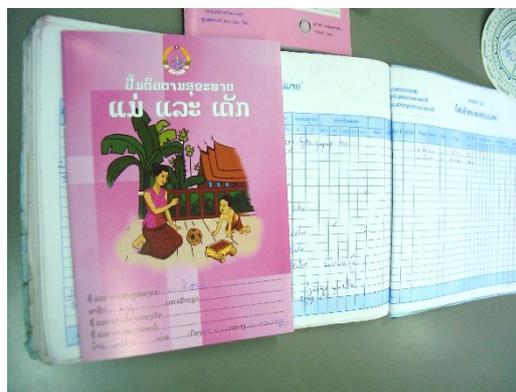


写真 4. 母子健康手帳

【事例 2 産婦人科医師 LD 2】

ベトナムの医科大学卒業後に本病院に無給ボランティアで 1 年働き、そのあと正職員となった。無給ボランティアの期間は、月給はなく当直のみ支払われる。

日勤 2 日、そのあと当直 1 日で、1 週間に 2-3 回の当直となる。24 時間当直。病院で働き、学生が来たら指導もしている。自分の責任は産科と婦人科である。

ここでの妊娠中の問題は、妊娠性高血圧症、入院して安静にして投薬治療となる。この病院は、200-300/月の分娩件数で帝王切開は 50-70 (30%)。他の郡や県から搬送される場合があるので件数が多い。その場合緊急帝王切開が多い。ここで希望の帝王切開には対応して

いない。適応がなければそのままフォローしてみる。

ケースによるが双胎や骨盤位は帝王切開が必ずということではない。促進剤の使用は必要な時には使うが、ふつうは自然に経過を見ることが多い。

破水入院の場合、パルトグラム（分娩経過記録）で経過観察し、6-8時間たてば抗生剤を使用する。しかし、分娩が進めば使わないで出産後に使う。点滴でルート確保は普通の経過ではしない。もし飲食ができていない、疲労感が強いなどの場合には点滴をする。吸引分娩は月に10ケースくらい。鉗子分娩は使わない。

会陰切開は一人目にすることが多いが、子どもが大きいか小さいかなど判断して行う。必ず切開するというわけではない。普通の出産では助産師が行う。医師は異常時に助ける役割だ。ただ状況によるのは、産婦がとても多い時は医師も手伝って分娩を行う。会陰保護を行うのは助産師がほとんどである医師は見ている。

産後すぐにSTS(Skin to Skin)を90分行う。子どもに問題がある場合はNICUに送るのでSTSはしない。胎盤は家に持って帰ることが多い。各家で処理している。

家族は陣痛室まで入れるが分娩室は入らない。分娩室には3つのベッドがあり、他の産婦がいる場合があるのでプライバシーが保てないからである。出産後は2時間経過を見る。母児ともに問題なければ、そのまま場合もあるし、入院する場合もある。ベッドが十分でない場合などは帰ってもらう。夜中の出産では明るくなってから帰ってもらう。産後の部屋は家族と一緒に過ごす。

2013年以降、医療保険によって出産は無料である。試験的に分娩費用を無料にする試みで、薬も無料である。

子どもが欲しい場合の相談は産科に来る場合と婦人科に来る場合がある、診察と相談をしている。精子があること、排卵していることの診察はできる。患者の状況によるがビエンチャンやタイの病院を紹介している。

養子については現在手続きが厳しくなっているので簡単ではない。この病院では現在はないしあっせんもしてない。親戚同士で話し合っただけで養子にしたりはしているかもしれないが病院は関与していない。

もらい乳はしていない。母乳バンクについてはまだない。粉ミルクを与えてもらっている。

【事例3 助産師 LM2】

中級助産師のあと学士のアドバンスコースで看護助産師に進学した。現在は管理業務が主で、1か月に2-3回の管理当直をしているが、当直明けはなくそのまま業務。しかし、体調に自信がなくてこの3月に当直はやめた。普段の仕事は、会議調整、スタッフ業務調整、実習学生の責任者、統計作成、月間・年間報告、物品管理毎週の定期スタッフ（医師、助産師）ミーティングの責任者など。

妊婦健診は平均で8回くらい受診する。妊娠初期から受診している人は10回くらい受診している。他県からの受診も多い。1回受診は10000kipが母子手帳、受診料5000kip、以

降は 5000kip/回、超音波検査は 40000kip。初診は血液や尿、感染症、アレルギー、超音波検査などすべてを検査するのですべて 200,000kip くらいかかる。持参金が少ない場合、必須の検査だけを選択して行う。妊婦健診では医療保険の資料率が高くなっている。保険を使うとすべて無料となる。

産後も特別室 20,000kip/日を別に支払わねばならないが、4 人部屋の場合は無料となる。妊婦健診は医師が行う。

健康教育は妊婦健診の待合室で母乳育児のこと、休息の取り方、食事のとり方、運動、衣服について、分娩の開始について、分娩準備する衣類について、破傷風の予防注射について、1-2 ずつ選び時間に応じて助産師が行っている。

超音波検査を見てダウン症か診ている。初診の時に 1 回は必ず行う。一度見て疑いがあれば、再度超音波検査で見る。問題がない場合には超音波検査はしない。しても 3-4 回/妊娠。超音波検査で見るだけなので、血液で検査することはない。羊水検査の機材もないのでしていない。

母子健康手帳は 10,000kip で全員に配布している。多胎の場合にも 1 冊のみ。村や郡の病院で手帳をもらっていたらそれを使う。

家族計画で 1 番人気は IUD、次はホルモン注射。コンドームは人気がない。男性の意識が必要だが、男性は使うのを嫌う。膣外射精が簡単でよいと思っている。また、コンドームはマーケットや薬局で購入するのでここでサービスを受けてない。男性は外で遊ぶ場合にコンドームを使うが、妻には使わない。妻主導で避妊している (IUD とかピルとか) ことが多い。1 か月に 2-3 人がインプラントを使う。郡病院でもサービスしているので、ここに多くが来るわけではない。IUD は 1 か月、5 か月、6 か月で診察する。IUD が一番人気だと思う。女性の不妊手術は産科で行うので、MCH では把握してない。

不妊相談は需要があるが対応できていない。子どもが欲しいという相談をしてくるが D 病院が専門的に行っているので受診を勧める。多くは夫婦で相談にやってくる。子どもがいない人生でも他の子どもを養子にして育てるということをしている。

ドナーを知らないで養子にする場合が多い。申請や家族で養子にするのはあまり多くない。知らないほうが家族間のもめごとがない。代理母はラオス語で「ウムブン」という。幸運を抱くという意味。ラオスにはないと思う、タイのニュースで聞いたことがある。

モン族の慣習では、もしも、夫婦に子どもが生まれない場合は、新しい妻を得ることがある。夫の管理をするという意味なので、妻にとっても特に悲しいことではない。夫による家族の管理が良ければ、女性が多くても姉妹のように暮らせる。しかし管理がよくなければ、女性たちはけんかとなるので、夫の役割は大きい。子どもがいる妻には夫は興味がある。子どもがいない第 1 妻は興味を持たれないので寂しい。モン族では問題ない。一緒に暮らせて仕事もできていい。

結婚前の妊娠、望まない妊娠は、結婚できるなら親が説得して二人を結婚させる。結婚できない場合は、男側がお金を支払う。家族が知ることは必然。村長も知る。

モン族は、男児選好である。タクン(家系)をつなげるためにも男性が必要。男性がいないとその家系は途絶えるといわれる。

妊婦健診と出生前検査

ラオスでの妊婦健診は4回以上が推奨されているが、今回の医療者インタビューでは、妊娠3か月で初診、そのあと毎月健診なので平均8回ということだった。診察者は医師で、助産師は、血圧や子宮底の測定、児心音聴取、保健指導を行う役割である。

初診では、血液検査や感染症検査、尿検査が行われる。また、葉酸、ビタミンB1、ビタミンA、鉄剤の内服薬が妊娠期間中必要なすべてを袋に入れて妊婦に渡している。またA県のLM2によると、保健指導は外来の待合で定期的に行うとし、内容は母乳育児のこと、休息の取り方、食事のとり方、運動、衣服について、分娩の開始について、分娩準備する衣類について、破傷風の予防注射など多岐にわたる。妊婦だけでなく、その家族も一緒に聞く機会となっているという。

超音波検査は検査技師が初診で行い、ダウン症や児の異常を確認するという。血液検査やNIPT、羊水検査はしていないという。どうしても必要だという場合には、クリニックやなければタイに行けばできると伝える。もし異常の疑いがあっても、多くのラオ人はそのまま妊娠を継続するだろう。もちろん医師からの説明を受けてどうするかは当事者やその家族にゆだねられるが、命の殺生は仏教的にも好ましくないとされる。

母子健康手帳は内容の改定が繰り返され、病院やヘルスセンターで無料配布されている。

UHC (Universal Health Coverage) の潮流を受けて、ラオスでの社会医療保険の普及が広がっている。国民皆保険の試用期間ではあるが、首都以外は出産費用が無料となり、その恩恵を受けている。しかし、ハイリスクや救急処置などの出費は保険では賄えず、自己負担となる。また、出産費用は無料でも、家から往復の交通費、家族の滞在費と食費など、出費が多いので、使いにくいといわれている。

出産と産後

ラオスの施設出産率は76%であり、SBA付き添いの出産も約50%程度となっている。

今回は総合病院の医療スタッフへのインタビューなので、病院出産の概要を教えてください。

分娩介助は助産師が行い、医師は異常やハイリスクの出産時に介助する。分娩室には家族は入れず、陣痛室のみ可能である。ただし、モン族や、ベトナム、中国人などは言語的障壁があるため、通訳として立会いを許可している。

入院とともにNSTモニタリングと内診で分娩進行を把握し、子宮口4cm以上になれば、パルトグラムを用いて分娩経過をアセスメントしていく。点滴は飲食ができない場合や陣痛が長くなり疲労困憊している場合に使われる。会陰切開は一人目にすることが多いが、全例ではなく状況を見て実施を検討するという。A県の病院では経膈分娩の46%に切開をし

ている。むやみな切開をやめる方向であることは、どちらの施設でも語られた。誕生したらすぐに、新しい帽子と靴下手袋をつけて、90分間 Skin to Skin を行うことが勧められており、初回の母乳の吸てつもこの時期に行う。2時間ほど観察して、子宮収縮が良く自尿がみられたら、退院の許可が出る。入院は24時間となっているが、夜間の場合は明るくなってから退院する。入院中に児の沐浴や授乳指導、産後の食事やユーファイについても指導が本人と家族も併せて集団で行われている。A県では、経膈分娩費は200,000kipで帝王切開は1,200,000kip程度である。産後も特別室20,000kip/日を別に支払わねばならないか、4人部屋の場合は無料となる。

帝王切開率はA県で18%、B県で30%となっている。どちらもリファラル病院なので、ヘルスセンターや群病院、隣接する県からの搬送もうけている。A県でのみ選択的帝王切開、いわゆる希望帝王切開が増えていると警鐘を鳴らす。医学的適応がないにもかかわらず、本人や家族の依頼で帝王切開が望まれる。これを改善するためにはANCでの保健指導が必要だと話す。B県では、そもそも希望の帝王切開を受けていない。事前にそのことを説明し納得してもらっているが、どうしても希望する人は別の病院やタイに行ってもらおう。

胎盤は家に持ち帰っても病院で処理してもどちらでもいいが、家に持って帰ることが多い。各家で処理している。

もらい乳の慣習はないとするものや田舎ではあったとする者がいた。母乳が足らなければ粉ミルクを与えている。田舎や年寄りたちが進めるのは、母乳が出ない場合、3か月でもち米を細かくしたものを与える場合がある。たくさん出ている人からもらい乳することもあった。特に親戚や近所の人からもらい乳をする。今は、HIVやHB肝炎などの感染の危険があるのですすめていない。粉ミルクを与えてもらっている。

避妊、中絶、不妊

家族計画で1番人気はIUD、次はホルモン注射。コンドームは人気がない。男性の意識が必要だが、男性は使うのを嫌う。膈外射精が簡単でよいと思っている。また、コンドームはマーケットや薬局で購入するのでここでサービスを受けてない。男性は外で遊ぶ場合にコンドームを使うが、妻には使わない。妻主導で避妊している（IUDとかピルとか）ことが多い。1か月に2-3人がインプラントを使う。郡病院でもサービスしているので、ここに多くが来るわけではない。IUDは1か月、5か月、6か月で診察する。IUDが一番人気だと思う。

公立病院では、中絶するなら、内科などの医師が心臓病や出産できない病気などで出産できないという証明書が必要である。単に、お金がない、子どもが多いのもうほしくない、という理由なら、違法になるのでこの病院では処置できない。個人のクリニックやタイ、ベトナムで行うことは可能だ。

いまは問題なのは、中絶薬を飲んだ後の出血で受診する人が多い。薬を飲んだといわない人も多いが診察で推測できる。

不妊相談は需要があるが対応できていない。子どもが欲しいという相談をしてくるが D 病院が専門的に行っているので受診を勧める。多くは夫婦で相談にやってくる。子どもがない人生でも他の子どもを養子にして育てるということをしている。国内では C 病院に専門クリニックができると聞いているが、今もカウンセリングと検査だけ可能。

(5) 女性へのインタビュー概要

表 2 女性インタビューの協力者

ID	地域	子どもの人数、年齢、性別	家族構成	年齢	職業（夫・妻）	学歴	出産（年長から順に）	その他
LW1	B 県	1 人 8 か月男児	夫、子ども、両親の 5 人	21	農業・家事	高卒	郡病院で出産	
LW2	B 県	1 人 3 か月女児	両親、弟、子ども、夫の 6 人	18	企業の運転手・農業	高校 1 年退学	郡病院で出産	
LW3	B 県	4 人 10 歳、8 歳男児、5 歳双子女児	夫婦と子ども 4 人の 6 人	32	農業・農業	高校 2 年退学	すべて自宅出産	
LW4	B 県	2 人 15 歳助 j、3 歳男児	子どもと夫の 4 人	34	農業と飲食業・飲食業	小学 4 年生退学	すべて自宅出産	
LW5	B 県	1 人 3 か月女児	母と娘の 3 人 夫はタイに出稼ぎ	32	タイで会社員・農業と家事手伝い	高校 2 年生退学	郡病院で出産	
LW6	B 県	1 人 6 か月男児	子どもと、姉夫婦、姉の子ども 4 人の 8 人 夫はタイに出稼ぎ中	24	タイで会社員・家事	小学校卒	ヘルスセンターで出産	

LW7	A 県	3 人 12 歳と 6 歳と 1 歳 10 か月男児	子ども 3 人と夫、両親と妹が隣に住んでいる。夫は 1/2 か月帰宅	33	会社 運転手・家政婦	高卒	3 人とも総合病院で帝王切開	
LW8	A 県	2 人 3 歳と 1 歳男児	子ども 2 人と 3 人 夫は 1/3-4 か月帰宅	28	土木業・家事	高卒	総合病院で出産	
LW9	A 県	2 人 9 歳女児、4 歳男児	夫と子どもの 4 人	35	3 輪バイク タクシー 運転手・家事	小学 5 年 10 歳で退学	総合病院で出産	
LW10	A 県	1 人 6 歳男児	母と子どもと 3 人	35	高校 教師・事務員	経理事務 専門 学校卒	総合病院で出産	離婚
LW11	A 県	1 人 11 か月男児	子どもといとこ 2 人と夫の 5 人 近くに夫の母と兄 家族が住む	27	電気 関係・幼稚園 教諭	専門 学校卒	総合病院で出産	
LW12		1 人 4 歳女児	子どもと夫の 3 人	27	電気 関係・幼稚園 教諭	専門 学校卒	総合病院で出産	妊娠 初期 卵管 破裂で 手術

【事例 3 女性 LW 4】

結婚は 17 歳。小学 4 年生で退学して、13 歳から 5 年間はタイに仕事に行った。姉がいたので訪ねて行った。家政婦の仕事をしていた。結婚はタイですて 1 年過ごし、そのあとここに夫と一緒に戻ってきた。しばらくして夫はまたタイに仕事に行き会社で働いた。

上の子どもが 1 歳の時はタイのバンコクにいた。9 歳になるまで子どもを 2 番目の姉(ラオス在住)に預けて、自分はタイへ仕事に行っていた。最近になって、夫もここに戻って飲食業と農業をしている。

1 人目を生んだ後、ピルを飲んでいて、ピルをやめてしばらくしても月経がない。2 人目の時の妊婦健診はヘルスセンターに行った。月経がないので妊娠かと思った。しかし受診せ

ず、4-5 か月で受診した。家を建てていたところだったので、受診がなかなかできなかった。1人目もヘルスセンターに行っていた。特に問題なければ、行かなかった。超音波検査もしていない。

2人目は家で産んだ。ポートモーブ（男性 TBA）、メートモーブ（女性 TBA）に来てもらって家で産んだ。立膝で産み落とす感じで産んだ。体をメートモーブと姉が支えてくれた。出産は問題なかったが、そのあと尿が出なくてとても痛くて、ヘルスセンターの先生を呼んできてもらって、カテーテルを入れて尿がとてもたくさん出て、それで治まった。雨期だったので、村からヘルスセンターまで先生を呼びに行くのも大変だった。

手伝ってもらった人4人ほどに気持ちだけと、花と布とお金（100,000kip ほど）の支払いをした。メートモーブはお産を見てくれて、ポートモーブは精霊（ピー）よけに祈ってくれた。

ユーファイは、お産の後湯浴びをしてそのあとすぐにした。一人目は11日、二人目は9日。姉が提案して準備してくれた。両親を亡くしているので姉がすべて世話をしてくれた。食事は制限せず何でも食べた。特に怖くはなかった、何食べてもアレルギーになることもなかったし、問題ないと思って食べていた。野菜と果物は母乳を上げているので子どもに影響があると思ってやめていたが、それ以外は何でも食べていた。湯のみの湯には薬草を煎じていた。

ユーファイの準備、湯浴びや湯のみの準備は夫がしてくれた。切り木は妊娠中に集めておく。これも夫がしてくれる。

熱い湯を飲むことで母乳が出るので飲んでいいる。湯浴びにも薬草を入れる。ユーファイの時椅子に座って、薬草（バイマイ）を引いて、塩をまぶしてその上に座っていた。傷が早く治るといわれてやっていた。冷たくて痛いわけではない。私はやったけれど、全員がするわけではない。湯浴びの後に座っていた。産褥の早いうち、悪露が多い時に座ると効果があるといわれる。血液は沁みて落ちていくので、局部が冷えてよい（ディーワイ、サード）。経験的によかったから続けてやられているのだと思う。産後はユーファイをきっちりしたら回復が良い。そのあと体調が悪くなるのが少ないのでしっかりする。

湯飲みも大鍋に3つも用意されたら、我慢して飲む。そうでないと年寄りが心配しているろいろ言うので、まじめにやる。時には暑すぎる湯を飲まないといけないので、こっそり水で温度を下げたちょうどよくして飲む。熱くないと効果がないと年寄りと言うけど、暑すぎで我慢できない。なので、手早くやるか、温度を下げる。

「ちょうど温かい温度」ではなく「熱いほど良い」と信じられている。夫も理解してくれるが、年配の方の言うことに逆らえないので黙っていることが多い。

もし子どもができなかったら親戚の子を預かって育てると思う。同じ家系のほうが良い、村では秘密にできないので、私が黙っていても村の人がうわさするだろうから。それならば親戚の子どものほうが子どもは傷つかないかないと思う。

もし妊娠中に子どもに異常が疑われたら、育てられないので中絶すると思う。これについ

ては一番心配だ。なので、産むことはできないと思う。本人も家族も気の毒だと思うので、実際に自分が産んだ後すぐにも聞くのは五体満足かということだった。性別よりも一番気になる場所である。特に見聞きしたわけではないが、テレビなどで、失明の人や手足の不自由な子どもを見て自分でイメージした。

【事例5 女性 LW5】

夫はタイ人でタイに出稼ぎ中。

22歳で結婚、夫は38歳、タイのアルミニウム製品会社に勤める。1年に2回帰省する。

高校2年生で退学 12歳でタイに仕事に行った。姉が働いていたので、バンコクに行った。仕事は23歳までレストランを手伝った。それまでも2-3年に1回帰省した。28歳の時にパクセー（南部の中心都市）で夫と住んだが、1年で村に帰ってきた。夫は再びタイに仕事に行くことになった。

子どもが大きくなってもここで暮らすつもり。子どもを育てるにはこのほうがいい。

妊娠中はヘルスセンターに妊婦健診に行った。6か月の時に行った。妊娠はこちらでしたが、タイで3か月の時に受診した。毎月受診して、6か月になってこちらのヘルスセンターで受診した。タイでは病院受診。タイでは、6か月の時に超音波検査をした。1回だけということ。超音波検査で性別を見るのと、成長しているのかを見てくれる。

胎児に異常がないかということをも3か月の時に血液検査をした。これは全員にしているものだと思う。血液検査は1200バーツかかる。これは3か月の時の初診で検査した。

血液検査で異常が出たら羊水検査をすることになるという説明も聞いた。そのあとラオスに帰ってきた。タイで母子健康手帳をもらって健康教育もあった。妊娠中の過ごし方とか、食べ物の注意とか、説明を受けた。本の中に書いてあるのを読むように言われた。

ラオスに来て、ヘルスセンターの健診は1回のみ。痛くなかったので健診にはいかなかった。

最初は家で産もうと思ったが、あまりに痛くて時間がかかったので病院にいった。病院で出産したが、自然出産であった。赤ちゃんの首に臍帯が巻き付いていたと医師が教えてくれた。会陰切開をした。縫うとき麻酔薬を使ってくれなくて痛くて叫んでいた。夜2時に出産して朝8時に退院した。尿が出てからの退院となった。

ユーファイは9日間、母が提案して準備もしてくれた。母乳はお白湯を最初に飲んで、シリラ（インスタント粥）をまず与えて、帰ってから母乳を上げた。シリラ本来は離乳食で使うが、母乳が出ないので、シリラを2-3スプーンずつ母乳のたびにあげていた。母乳が出てもから上げ続けていた。子どもも食べてくれた。

湯浴び、湯飲みには薬草は入っていないものを使った。少しくらい暑くても体の回復のため我慢して行った。

食事はもち米と塩だけを食べた。ジンジャーは食べるように言われたけど食べなくなかった。薬草入りは体に合わないの、塩を少し入れた湯を飲んでいて。空腹にはならない。

ユーファイを終えてから少しずついろいろなものを少しずつ食べた。母の提案による。

ピッカムについては聞いたことがあるので、注意した。以前に眩暈と嘔吐の人を見たので、心配になった。村の人でなっていた。

分娩料は無料で、車代として 60.000kip くれる（この事業はすでに終わっているのでは分娩費用が無料のみ継続）。

シリラは母や姉が勧めてくれたので、試したらよかったので、そのまま使っていた。粉ミルクよりも米のほうが栄養にいいと思った。妊娠期は貧血だったので鉄剤を飲んでいて、

家族計画は次も自然で待つ、避妊といっても膈外射精だと思う。

子どもがいない場合、医師に相談して血液検査をしてみる。夫婦ともに検査を受ける。葉草使ってもダメな場合、それ以上努力はしない。養子もいない。考えたことがないので、考えられない。親戚の子も考えない。

中絶はしない、子どもがかわいそうだと思うので、貧乏でもその範囲で働く。障害や異常の疑いがあっても自分の子なので育てると思う。

【事例 6 女性 LW10】

結婚は 24 歳(2008)の時、夫とは昨年離婚している。

高校卒業後に英語を 4 年そのあと 1 年くらい叔父と仕事して、経理(accounting)を 3 年、働きながら事務の仕事の勉強を 2 年、学士コース (diploma) を修了して、現在は元の職場で働いている。

妊娠は 2011 年で、それまで特に避妊をしているわけではなく自然に任せていた。

妊婦健診は警察病院に行っていた。近いのと、母（この薬局に努めている）も働いており、知り合いも多い。同時に D 病院の医師のクリニックに通っていた。結婚して子どもができないので夫と相談して、自分も欲しかったが、しばらく 2 年くらいして夫も子どもが欲しいというので、診察にいった。私は問題なくて夫も問題なかった。不妊治療についても知っていたが、学校に通って勉強中だったので悩んでいた。医師は私に良く休んで過ごしなさいといわれ、栄養剤を 1 週間分くらいくれた。夫には禁煙、禁酒、夜更かしをしないように言い、夫にも栄養剤を 1 週間飲んで、それでも妊娠しないし、そのまま放っておいた。自分が問題なかった後に夫も診察した、夫も欲しいと思っているので積極的だった。両親も孫が欲しいといっていた。クリニックに行くと、子宮口、子宮、卵管に問題がないか検査しましょうと言われた。しかし勉強中だったので結局行かなくて過ごした。2011 年に引っ越しもした。姑からは飲めば妊娠するというモン族の葉草を飲むように言われ飲んでいて、ラオスでも引っ越しして場所を変えると妊娠することがあると言われていたが、自分もその通りになった。この葉草は 1 回だけしか飲んでない。スープに入れて飲んだだけで、そのうちに妊娠した。

タイに治療に行くとかも相談もしなかった、勉強中だったので行かなかった。

もし子どもができなかったら別れるのか話し合ったが、子どものために結婚したのでは

なく、愛し合って結婚したのだから別れない。子どもは親戚のこどもを育てましようと話していた。知らない子を育てようとは思っていなかった。

子どもにはしつけで叱ったりすることもあるから、知らない子だったら私を嫌ったり怖がったりするのではないかと思った。親戚の子どもならそうならないと思った。

妊娠中に子どもに異常があればどうしようと思った。超音波検査の時に、子どもが五体満足かとか聞いていた。初期に超音波検査をした。超音波検査をしましようと言ったのは医師、妊娠したことを確認しただけだと思う。胎児の異常を診察したのではなかったと思う。妊娠中は鶏肉、焼き魚、香水、香りの強い石鹸は吐き気がして苦手だった。においの強い人が来ると逃げていた。1か月くらいひどかった。

お産の時は、ちょうど妊婦健診の日だった、朝早く4時くらいに家で出血があって、そのあと掃除して洗濯して、周りを歩いたりして、母が病院に行かないのか？行くかそろそろ？というので、まだ痛くならないし、仕事に行った。翌日の朝の9時に病院に行ったら診察して1cmくらい開いていたので、また家に戻ってきて、午後2時に母が行こうというので、病院に行ったら2cm、そのあととても陣痛が強くなって、夜中の2時に出産した。出産前にお腹を切ってほしいと騒いだ。それで子宮収縮の薬を足に1回打った。本当に痛かった。

会陰切開して縫ってもら。いきめと言われてもきみ方がわからなかったわという話をしながら縫ってもらった。子どもは2800gだった。

入院は2時に産んで朝の9時に家に戻った。母子ともに問題なかったので直ぐ帰ることになった。帰ってきて3日間はユーファイせずに過ごした。縫っているので直ぐにユーファイすることは勧めないといわれたので、自分も知っていたので温かくしただけ。

3日以降は、ユーファイをした。薬湯や湯浴びは退院後すぐにしていった。

食事制限は鶏肉、豚肉を食べていた。牛肉、あひるの肉、からいもの、調味料などは食べなかった。母には自炊してもらって、調味料を使わないようにしていた。

1週間してピッカムになる。妹が作ったものを食べたからか？調味料が入っていたのだと思う。めまいがして体が冷たくなって、身体を温めたら回復してきた。3週目にスークワンのお祈りをしてもらい、1か月日には大きな儀式してもらった。

母乳は3か月まで与えた。そのあとは仕事があったので、混合栄養にした。

食事制限は10か月くらいした。一度調子が悪くなってピッカムになったので、怖かった。だから長い間制限して、少しずつ試しながら大丈夫だったら次も食べる（キンファン）というような食べ方をした。

夫とは離婚した。子どもは自分とともにいる。夫とは2年くらい行ったり来たりしている。子どもを訪ねてやってくる。ふつうに接すること、お互いの冠婚葬祭などのイベントは行き来する。子どもは6歳なので、子どものために仲良くしている。おとうさんとおかあさんは一緒にいないのはなぜと聞いてくる、夫にもお母さんが好きと聞いたみたいで、君は好きと答えたら、次からは聞いてこなくなった。わかっているのだと思う。

結婚から妊娠

A 県、B 県ともに、夫が出稼ぎや運転手のため、毎日家に帰ってくるわけではないといった夫婦が 5 組いた。B 県は農閑期を中心にタイに出稼ぎに行くことが主流の村だったこともあり、夫婦ともタイで働き、タイで出会ったという人が多かった。女性たちは 10 代の早いうちから兄弟や親せきを頼ってバンコクに行き、そこで仕事を手に入れている。

妊婦健診は、初診の後に「一か月に一回」行くことがほとんどであった。B 県では、郡病院やヘルスセンターでの検診を受けたというものも少なくない。初診では初診で血液検査、尿検査、超音波検査がされる。超音波検査はしているもので 1-4 回、児の成長確認や性別判定が目的という。B 県の 2 名はヘルスセンターでの健診であり、超音波検査は受けていなかった。また、A 県の女性には、病院の健診とは別にクリニックでの超音波検査を受けており、病院では十分な説明がされないのがクリニックで超音波検査の説明をしてもらい、児の発育を確認しているという。

2) 出産と産後

出産場所は、A 県は病院、B 県は病院、ヘルスセンター、自宅など多岐にわたっていた。自宅以外は、助産師が介助していた。自宅では、TBA（男性と女性）が、呼ばれて、女性の TBA は出産で身体を支えるなど直接に関わり、男性の TBA は精霊（ピー）よけの祈祷をする役割であった。家で無事に産んだ後に尿閉（尿が出なくなる）となりヘルスセンターの医師に往診してもらい、家で産もうと思っていたが難産となり病院で産んだ（児のへその緒が首に巻いていた）など、異常時には専門家へアクセスがされていた。病院への移動は、家族のバイクやトラックであった。病院で産んだ場合は全例が会陰切開をして縫合していた。出産費用は医療保険を使えるので無料だった。自宅での出産でも手伝ってもらった人 4 人ほどに気持ちだけと、花と布とお金（100,000kip ほど）の支払いをした。

分娩室に家族は立ち入ることはできなかった。しかし自宅出産では、姉や母、夫が立ち会う出産をしていた。

胎盤は病院で処理を依頼した人と、家に持ち帰り、家の近くに実母が埋めたというひといた。若干家に持ち帰り埋めるケースが多い。

母乳を比較的長い間与えていることが分かった。そして 2 名ほど、インスタント粥（シリラ）を 1-2 か月の早い時期から与えており、粉ミルクだけが代替ではない現状も見ることができた。

産後は、一定期間、炭火で身体をあぶり温めるユーファイが行われていた。9 日から 15 日までその期間は様々だが、1 人目より 2 人目のほうが少ない日数であることが習慣となり守られている。また、会陰切開や帝王切開などの人は、産後すぐユーファイをせず、4 日から 1 週間開けてするように医療者に指導されているが、中には家族の説得に折れて、早目にユーファイを始めるものもいた。

食事制限は、B 県の場合かなり厳格になされ、米と、薬草を煎じた湯と、ジンジャーだけ

を食べるとするものも複数いた。鶏のスープはよいが、他の肉や野菜、果物を禁忌として一定期間食さないという。これはユーファイの期間を過ぎても 3-4 か月と比較的長い期間続けられることが多い。LW10 は「妹の作った料理に調味料が入っていたので、めまいがして体が冷たくなった」LW8 「10 日ほどして魚を食べたら下痢をしたので食事制限を続けた」というように、タブーを犯す「ピッカム」の状態を経験したのものも 2 名いた。さらに、ユーファイをせず足がだるくて冷えたと、ユーファイを一定期間することのメリットを話すものもいた。このようにまだ根強くユーファイはそれぞれの家庭で多様な実践を見せてくれる。



写真 5. B 県のユーファイ中の女性



写真 6. ユーファイの時期に飲む薬草を煎じた湯

避妊、家族計画や中絶

今回の対象者で中絶を経験したのは 1 名だけであった。家族計画では、帝王切開を 3 回した人を含め、不妊手術を受けている、あるいはこの妊娠が終わったら予定しているものを含め 3 人いた。あとは、膈外射精や自然にして特にしていないなどであった。

今回の対象者で、5 名がタイに出稼ぎだった里、他県への運送業などで、家に時々帰ってくるという半同居の夫婦が 5 割を占めた。なので、避妊を常にしなくても、一緒に住んでいることが前提ではないと言える。中には、次の正月に帰ってくるのでそれまでにピルを始めなきゃと、準備をする女性もいた。

不妊への対処や養子縁組

不妊については、医師に相談する、子どもが授かるという薬草を試すというものがあるが治療をすることを選択した人はいなかった。これはラオスで不妊治療がまだ知られていないのと、タイやベトナムで治療をするのは高額であると知っているからだろう。養子については親戚の子などの血縁の養子を育てたいとするものがほとんどで、1 名だけ親戚ではない知らない子どもを育てたいとした。その理由は親戚だと大人になってから関係がややこ

しくなるからだという。中には、治療も養子もいないという女性も2名いた。

6. 考察

1) 都市部と地方の格差について

今回のA県とB県では、中心部はそれほど状況は変わらないが、少し郊外になると、とたんに、自宅出産やヘルスセンターでの出産といった選択肢が当然のように語られる。そして一方施設出産では帝王切開の割合が高、家族からはなされてしまう出産というように2極化しているように見える。その中で最近のUHCの影響下での出産の無料化が、施設出産の数を誘導するのか、それとも自宅出産は一定数変わらないままなのかはまだわからない。

産後の養生についても、省略されるどころか地方では強化されている印象である。火は強いほど女性の身体の養生になるという祖父母たちの教えから脱却するには時間がとてもかかると思われた。都市部においても日数や方法は簡素化されても、しないということと身体の調子は関連付けて意識される点で、やはりユーフアイの存在はまだまだ人々の生活の中に存在し続けていた。

2) 不妊治療、出生前検査について

ラオスでは、不妊治療についてはいくつかのクリニックで検査されているが、都市部の病院ではカウンセリングと検査のみで治療は行われていない。カウンセリングでも10人/日と利用者が増えておりその需要は高い。不妊治療は高額で時間もかかることを人づてに知っているので、伝統的治療法や養子への希望となる。治療を希望する夫婦である程度の富裕層はタイやベトナムで行っている。

出生前検査については、ダウン症候群そのものに出会ったこともなければ知らないのも、超音波検査や血液検査でわかるのは子どもの奇形や異常だと勘違いしている女性も多いように思う。医療者がダウン症よりもサラセミア *thalassaemia* というヘモグロビンの異常で遺伝性疾患として東南アジアに多い病気のイメージをしてしまうのではないかという。それほどまでにまだダウン症への認知がないと言えるのかもしれない。

また、ダウン症が妊娠中に検査されていないので、出生後にすることになる、そうすれば自分の子として育てるだろうと医師は答えた。仏教徒でもあり命の殺生については慎重であるともいえる。

3) 家族計画、避妊について

避妊法としては女性が選択できるIUDやホルモン注射、ピルの選択が多い。また、女性の不妊手術も1つの避妊方法として実施されていた。B県のようにタイへの出稼ぎに行くことが常態化している村において、夫婦が同居する期間が少ないことから避妊の意識も薄いように感じられた。

4) 今後のラオス

ラオスの経済成長率、メコンの関所としての発展は現在著しいものがある。それに伴い、ビエンチャンを中心とした医療セクターの動きが活発化しているといわれている。具体的にはタイ系の医療機関がラオスでの医療サービスを開始するべく医療施設が建設中でもある。現在まで、国内には公立の医療施設しかなく、高度医療を受ける場合、ラオ人はタイ側での医療サービスを受けていた。この流れが変化していくのかもしれない。

参考文献

1) 外務省 ラオス人民民主共和国

<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/laos/data.html#section1> (2020年1月25日閲覧)

2) JETRO ラオス概況

https://www.jetro.go.jp/world/asia/la/basic_01.html (2020年1月25日閲覧)

3) JICA ラオス

https://www.jica.go.jp/laos/office/others/gaiyou/ku57pq00001uucqu-att/summary_201907.pdf (2020年1月25日閲覧)

4) UNFPA LAO <https://www.unfpa.org/data/world-population/LA> (2020年1月25日閲覧)

II-09 タイ王国（タイ）

文・撮影／嶋澤恭子

（1）国の概要

正式名はタイ王国 Kingdom of Thailand。東南アジアの中心に位置し、国土面積は約 51 万 4000 平方キロメートルで日本の約 1.4 倍に相当する。ミャンマー（ビルマ）、ラオス、カンボジア、マレーシアと国境を接しており、人口は約 6,891 万人（2017 年）である。首都はバンコク。インドシナ半島の中心に位置するタイは、ASEAN 共同体の中核的役割を担うとともにメコン地域の発展の鍵といわれている。



国民の大多数がタイ族。その他 華人、マレー族等で、公用語はタイ語である。宗教は、仏教 94%、イスラム教 5%、キリスト教 0.6% である。主要産業は、農業は就業者の約 40% 弱を占めるが、GDP では 12%にとどまる。一方、製造業の就業者は約 15%だが、GDP の約 34%、輸出額の 90% 弱を占める。1 人当たりの GDP は 7,187 ドル（2018 年、IMF）。

政治体制は立憲君主制である。2014 年 5 月、陸軍司令官を中心とする「国家平和秩序維持評議会 (NCPO)」が統治権を掌握する旨が発表され、軍事政権が発足した。その後、NCPO は、民政復帰に向けた「ロードマップ」を発表。2016 年 8 月に実施された国民投票により新憲法案が可決された。2017 年 4 月、新憲法が発布となり 2019 年新憲法に基づく選挙により、プラユット新政権が発足し、NCPO は解散となり、タイは 5 年ぶりの民政復帰を果たした。

また、1946 年の即位以来 70 年に渡って在位し、その間タイの統治および発展を主導し、国民の多大な尊敬の対象であったプミポン前国王が 2016 年 10 月に崩御された。そして新国王（ラーマ 10 世）としてワチラロンコン新国王が即位した。（外務省、JETRO）

タイ経済を支えているのは外国人労働者の労働力が不可欠であるといわれているが、労働許可を得てタイ国内に在住する外国人の内訳と同様、労働許可の失効又は当初より不法就労していた等の理由による、国境を接するミャンマー、ラオス、カンボジアからの不法就労者が多いことが課題となっている（厚生労働省 2018）。

（2）調査地の概要

A 県：タイ東北部に広がるコラート高原の北側に位置し、農業地帯に囲まれた地方商業都市の中心地。

B 県：タイ中部に位置し、西側にミャンマーの国境を有する。人口の 1%の住民が山岳少数民族民族。

C 都：バンコクのチャオプラヤー川に接する地区

(3) 医療制度およびリプロダクション分野関連の制度

タイにおける基本的な保健医療ニーズに対応するサービス提供は、必要低水準において全国的に確保されており、周辺諸国に比べても、高水準を維持している（感染症対策、医療サービス提供、医療の質の確保など）。一次医療を担うヘルスセンターはタンボン 1 単位に全国 9,765 整備されており、また地域病院とヘルスセンターをグルーピングした PCU (Primary Care Unit) 制度が全国的に確立されている。ごく一部の山岳地帯を除き、一次医療は網羅されている。

2010 年現在、公立病院 1,025 施設 (109,447 床) と民間病院 261 施設 (24,658 床) が設置されており、公立病院の割合が多い。また、ほとんどの公立病院は保健省の傘下で専門病院、県病院や郡病院が階層的に配置され、1 次～3 次医療までのレファールシステムが構築されている。さらに、各地域では全国 9,891 か所 (2013 年) のヘルスセンターが一次医療を担っている。一方、民間病院は、株式会社の参入が認められ、公立病院を利用しない富裕層や外国人を主な顧客とするなど、独自の事業を展開している (厚生労働省 2018)。

保健医療の人材は、2014 年で医師 28,281 人、看護師 146,353 人であり、医師数の人口比は人口 1 万人当たり 3.9 人、看護師は 20.8 人である。補助的な人材として、農村部を中心に約 100 万人の保健ボランティアが養成され、地域住民の健康づくりや感染症予防の啓発活動などに従事している (経済産業省 2019)。

医師免許を得るには、6 年間の医科大学の後の修了試験に加え、医療評議会が実施する国家試験に合格する必要がある。診療科ごとに医師免許が分かれており、医師免許を取得している診療科以外の診療は行えない専門医師制度である。内科医が最も多く、産婦人科医は全体の 9%を占める (2017)。公立医大出身者は、医師免許取得後に地方部で 3 年間勤務する必要がある (経済産業省 2019)

タイの看護教育は王室の庇護のもとで始まり、1978 年から 4 年制の大学教育に一本化するなどして高度化を図ってきた。タイは看護教育カリキュラムの中に助産師の科目が含まれており、看護助産師の 1 免許制で 5 年ごとの更新制である。大学卒業後の配属先にて、より専門的な助産師業務を習得する。また、タイでは、特に地方において人々の中では、医療者のことをモーと呼び、医師や看護師、助産師の区別をつけて呼ばない場合がみられる。

タイの医療保険は、公務員等の「公務員医療保険制度 (CSMBS : Civil Servant Medical Benefit Scheme)」、民間被用者の「被用者社会保障制度 (SSS : Social Security Scheme)」傷病等給付、それ以外の全ての国民 (農民、自営業者等、国民の約 4 分の 3) を対象とする、「国民皆保険 (UC : Universal Coverage)」からなり、制度上は、ほぼ全国民がカバーされている。UC では、1 回の外来や入院につき 30 バーツ (104 円程度 : 2019 年 1 月レート)

の本人負担を徴収しており、「30 バーツ医療」の通称で知られる受診時の本人負担は、2006年10月末から無料化されていたが、2012年9月から復活（低所得者等は引き続き無料）。UCは居住地の公立病院に限定されており待ち時間が長いなどのデメリットもある（厚生労働省2018）。

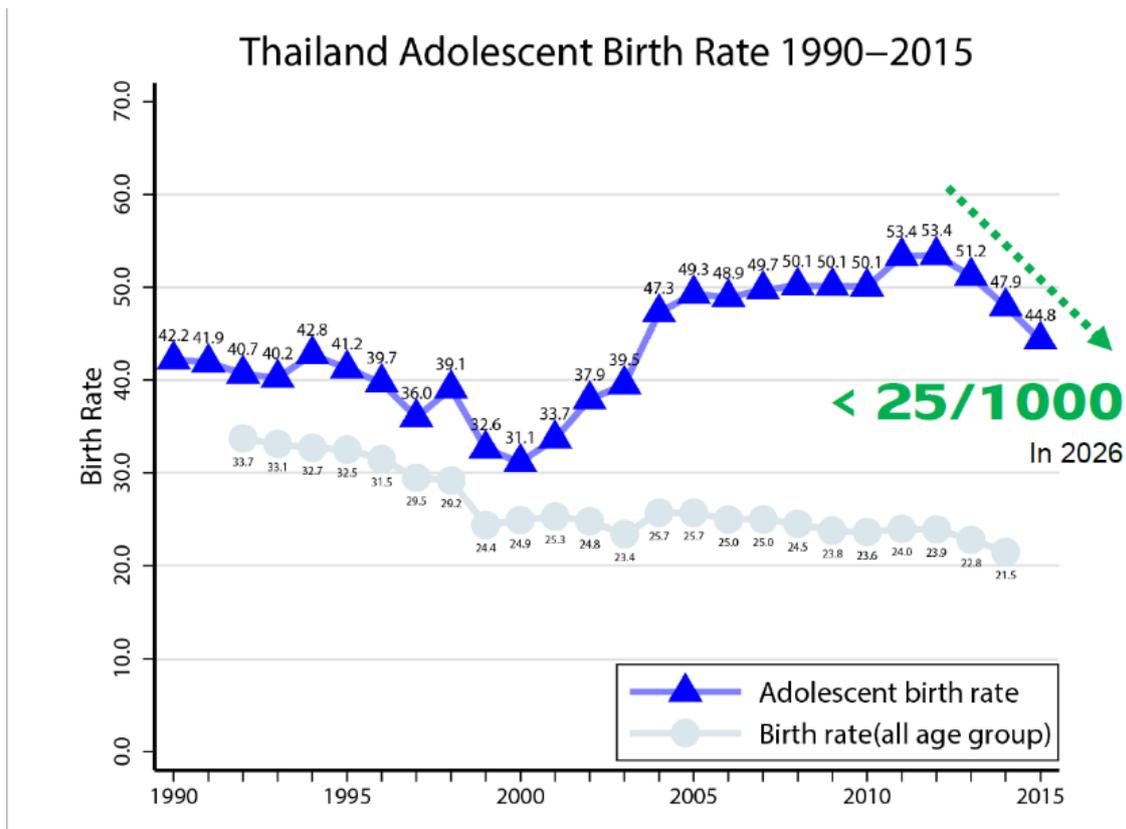
タイの医療は都市と地方との格差、公立と民間との格差が顕在化しており、民間病院で自由診療を受ける都市部の富裕層と、国民医療保障制度の下で公立病院を受診する地域住民では、受けられる医療サービスが大きく異なる。医師の配置においてもバンコクとタイ東北部では約10倍、バンコク以外の中央部と東北部にも2倍以上の開きがある。徐々に改善傾向にあるが、地方の医療サービスの向上が今後の課題である。さらに高齢化社会への移行にむけて、看護職を活用した地域ケアの構築も課題となっている。

タイの医療政策の一つとして政府が2004年に「アジアメディカルハブ、Medical Hub of Asia」構想を打ち出し、保健省を中心とした様々な関係政府機関が連携を取り、医療観光推進のための制度を策定・実施している。現在では、タイのメディカルツーリズムは定着しつつあり、JCI（国際医療施設認定合同機構）認証の病院も数も東南アジアで最多となっている。また、ウェルネスリズム（Alternative Medical Care）といわれる、健康関連のサービス（食事、タイ伝統医学、瞑想など）を中心に提供するサービスもあり、医療・健康ビジネスに力を入れている。

出産・育児休暇制度としては、出産休暇は90日の範囲内で取得可能で日本のような産前産後の別はない。この期間の賃金については45日間を超えない範囲内で通常の賃金を払うものとされている。女性の労働力率はASEANでもトップクラスであり、結婚、出産、育児のために仕事を辞めるという考え方がないためか、出産前日まで仕事をし、45日程度で職場に戻る者が多く、最大限休暇を取得する者はあまりいないとされる。

タイは、中所得国に位置づけられており、社会経済的発展によってもたらされる人口の変化に関連するさまざまな課題に直面していると言える。

タイの10代の妊娠率は、東南アジアで最も高い。毎年15～19歳の1000人の女子のうち50人程度が出産している（UNICEF 2015）。また10代の母親のうち、妊娠が意図しないものは80%であり、ほぼ3分の1が中絶希望であると報告している（WHO2017）。



Kittipong(2016): Regional overview of adolescent health services

図1. タイにおける思春期女性の出生率の年次推移 (1990-2015)

(4) 医療者インタビューの概要

表1. タイの医療者インタビュー協力者概要

TM1	A 県	助産師	県立病院・勤務、専門助産師長 (ANC)
TM2	A 県	助産師	県立病院・勤務、専門助産師長 (FP)
TM3	A 県	助産師	県立病院・勤務、外来助産師長
TM4	B 県	助産師	看護大学副看護学部長
TN1	B 県	看護師	看護大学看護学部教員



写真1. B病院外観



写真2 分娩部



写真3、分娩部のステーション



写真4. A 県の総合病院外観



写真5. ANC 外来の待合



写真6. B病院 伝統治療センター
産後のハーブマッサージ



写真7. 薬草サウナ



写真8. ヘルスセンター (アナマイ)

【事例1 助産師 TM2】

A 県の看護学校 2 年 何年か仕事してアドバンス 2 年コースで看護学士。家族ができた（結婚した）ので仕事せず、その後 5 年働いてから C 大学に 3 年行った。2006 年に仕事しながら学んだ。週 3 日勉強して、ほかの日は病院で仕事をした。給料もそのままもらえる。助産師の修士となった。仕事しながら勉強することはタイの制度が使える。

その後、特別室担当を 6 年間、家族計画課の OPD（外来）を 6 年している。師長を担当している。部署のスタッフは、看護師 3 人、ナースエイド（看護助手）が 3 人、事務が 1 人。師長の仕事はマネジメントと通常業務及びスタッフ指導。時間外勤務もスケジュールがある。タイではほとんどの勤務は 3 交替制だが、外来には当直はない。患者の診察は 18 時まで、それ以降は救急部対応となる。

家族計画（ここでは、避妊方法の相談だけでなく、妊娠する方法も含む）の相談や診察

には、夫婦で来るように言う。だいたい夫婦で来院してくる。まず問診して、病歴、月経、妊娠などを聞いて、男性から医師の診察が行われる。血液検査とともに性行為後 3 日目に診察する。別室で精子を採取してもらい観察する。たいていの場合、夫は不妊の診察だと言っても妻と一緒に来るのを拒まない。

次に女性の診察で、これは医師が診察する。卵巣、卵管の検査、血液検査。A 県には不妊治療する私立のクリニック、研究所がある。もし卵巣嚢腫や筋腫などの疾患があればそれを治療してから不妊治療となる。

タイの特に地方では夫婦はだいたい夫と一緒にいない。男性が都市部の工場や会社、あるいは運転手などの仕事だと、妻とは時々一緒にいる、定期的に妻に会いに帰ってくるという単身赴任が多い。不妊治療ということではなくカウンセリングとなる。夫婦と一緒に住んでいるにもかかわらず妊娠しないのは不妊治療の対象となる。

学校での性教育は一般的なものを習っているだけだと思う。STD（性感染症）の予防が中心になっていると思う。どうして妊娠するのか子どもが生まれるのかは教育の中心にしてない。

ここの病院では、GIFT（受精卵卵管内移植法）、IVF（体外受精）はしていない。カウンセリングと診察が主であり、コンケンやチェンマイに専門医と器械があるので、治療の段階ではそちらを紹介する。不妊治療をするならその専門病院を紹介する。A 県にもクリニックがあるが、紹介するのは政府系の病院である。他の公立総合病院などの連携ができています。クリニックは料金も高い、不妊治療それ自体が自費でお金がかかる。自費となるので家族が治療するかどうかも決まらずに家族の経済状態なども考えて決定される。ここでの夫婦での診察は 1000B、血液検査やレントゲンなどは 2000B である。

ここでは、精子はあるが動きが悪い場合も薬がある。排卵の誘発させること（カトゥンカイ）もできる。それで排卵できるようにする。不妊の診察ではなく、卵巣嚢腫や筋腫の診察といえど 30 バーツ医療パーツ医療が使えるので、病気を主訴にして診療を受けてもらうという工夫をする場合もある。

子どもを生んだけれど、食べていけないから育てないというケースも多くはないがある。政府系の養子相談所のような場所があるので、そこで管轄している。

ワンストップサービス（OSCC：One stop crisis center）、これがどの病院にもある。子どもを育てられない場合に相談する場所である。10 代の妊娠がとても多い、特に 15 歳以下の妊娠が問題である。10 代の出産も 4-5 人/日程度ある。その人達に出産後に健康教育をする。避妊ができていないから妊娠して出産している。学生の場合は、まず勉強を先に終わるように健康教育する。

結婚してないのに出産した場合、家族が話し合っただけで結婚に向かわせ至る場合もあるし、両親にいわないで出産する場合もある。社会が発展しすぎたので、新しい問題が出てきていると思う。

インプラントなどの避妊は副作用が高い。子どもを両親が育てる場合もある。

出産した場合、母乳を与えることを先にして、1-2 か月続ける。

OSCC は宿泊もできるので、その間に育児に慣れてもらう。家族や友人も入れる。育てられない場合は、1-2 年 OSCC で育ててもらって、自分の学校が終われば育てたいということも可能。そういう場合も契約書を交わす。迎えに来ない場合もある。乳児院のような役割を持っている。

OSCC の制度は、だいぶ前から行われている。養子を探している人もここに来る。審査や相談、契約を経て養子縁組が成立する。

中絶は妊娠 12 週までならできる。タイの法律でも女性に持病があるなどの場合は可能。RFA (Referral system for safe abortion) があり、仏教徒は殺生ができないので、ここで相談する。

各郡レベルでスタッフがいて、RSA ボランティアがいる。これは医師になる。中絶のあとの感染症の予防をする。ホットラインはダイヤル“1663” (全国共通)、SNS や WEB サイトで周知している。

住所を聞いて、その地域の RSA ボランティアにつなげる。月経が来ないとホットラインに連絡が来る。それほどたくさんの質問をせず、どのように解決するのか、その人の郡に連絡することでサービスや相談が受けやすくする。

妊娠して 12 週までなら助けてあげられる (中絶できる)。政府により無料で対応している。処置のあとは避妊指導をする。ボランティアなのでクリニックでやっている医師もいる。

私自身もボランティアで手伝って SNS で広報をしている。RSA のプライベート施設も A 県にある。医師は、公立の病院に勤務しながら、時間外でクリニックを自分で開業する。

望まない妊娠をした女性は、中絶薬を内服後に受診する患者がとても多い。子宮収縮が来て子どもを中絶できることができると考えている。飲んだら出血するので、月経が来たというが、恥ずかしいので中絶薬を飲んだことを秘密にしているケースが少なくない。

不妊相談には 10 人/日くらい来る。A 県周辺の人がある。以前より増えている。もし自分の子どもができなかったら、不妊治療するか養子をとるか。まだ若ければ原因を探して治療をすると思う。しかし、年齢が 35 歳以上なら、ダウン症などが心配なので妊娠しない。養子を育てることを選ぶ。できれば血がつながっている親戚の子どもがいい。母が誰かもわかるので安心だし、問題が起こりにくいと思う。秘密にしている方がややこしい。

助産師になったのは、両親がこの仕事を勧めたので選んだ。産科の仕事や女性に関することをもっと学びたくて、修士では Breast Feeding (授乳) の研究をした。

家族計画で人気なのは、DMPA (ホルモン注射) で、3 か月の 1 回の注射なので便利。以前はこれが人気であった。

インプラント (ファンケム) は、3-5 年継続して使えるので現在人気がある。どちらも 3000B、プライベートクリニックでは 10000B だが、国の方針で 10 代は無料。

インプラントの使用期間が 5 年では長すぎるので、3 年のものも出てきた。12 歳か 13 歳から使う。学生ではあるが、実際に使った人から聞いて知っているのだろう。10 代の子た

ちが予防としてインプラントを使うことを推奨している。家族が副作用の心配をする場合は、痛くない、問題ないことを丁寧に医師が説明をする。コンドームはあまり人気がない。STD 予防もあるのでいいが、実際あまり使わない。

妻は夫にコンドームを付けてほしいと思っている、なぜなら夫は外で女遊びや浮気をしてくるだろうから自分のときも使ってほしいと思っているが、恥ずかしくて言わないのではないか。実際、多くの夫は自分からコンドームを使いたくない。

女性コンドームもあるが、使う人があまりいない。避妊は女性がコントロールできる方がいいと思う。インプラントについては皮膚に埋め込み式だが、子どもができるよりはいい。まだ医師たちの間で議論が続いているのは、12-13 歳は骨の成長期なのにインプラントを使っていいのかということ。しかし、医師は大丈夫だと一定の回答をしている。

IUD の使用は 10% くらいで少ない。IUD の挿入時、定期健診時の診察が恥ずかしいと思う。不妊手術も多くはない。女性は不妊手術をすると重労働ができないと思う、卵管がまたつながるといことも怖がっているので、あまり人気がない。不妊手術は女性がすることが多い。夫は自分がすることも妻がすることもあまり賛成しない。夫は妻が不妊手術をすると男遊びをするのではないかと思ひ嫌がる。

ここの病院でも性教育のカウンセリングを行うが、10 代は知らないので SNS などでも広報もしている。STD では特に HIV について説明するが、コンドームの使用で予防できることを合わせて話す。月経教育は母からだと思う。公衆衛生の授業で学ぶ。

タイは仏教の文化なので、古くから性教育を教えることに積極的ではなかったし、その雰囲気が変わるまでにはまだまだ時間がかかる。特に年配の方は快く思わない。今は少しずつ変わってきているが、十分ではない。

現実の事象に性教育は追いついてない。学校の責任というわけではない、近くのヘルスセンターの医療者が説明するほうが良い。そのようにいくつかの地域で始まってきている。

【事例 2 助産師 TM4】

妊婦健診は、28 週までは 4 週に 1 回、28-36 週は 2 週に 1 回、36 週以降は 1 週に 1 回と、最低でも 5 回は受診するように推奨されている。

まず自分で尿検査してから、病院で妊娠反応が陽性なら、そのあとの受診の場所はクリニックか病院かは自分で選ぶが、クリニックは自費が発生する。

すべての女性は 0-16 週に必ず 1 回は医師が超音波検査をする。何か異常が疑われたらその後もエコー（超音波検査）を行う。助産師はしない。助産師は、20 週以降に子宮底長の計測など外診を行う。

女性が 35 歳以上だったり、家族の病歴に問題があれば、出生前検査として血液検査をまず行う。それで陽性なら羊水検査をする。これは自費になるので、女性はどれをするのか選ぶことができる。中絶するか産むのかは女性とその家族が決定することになる。

医師はお腹の胎児がダウン症であることが 100% ではないこと、仏教徒である（殺生は勸

めない)ことを説明する。お腹の中の赤ちゃんも命であるということ。女性や家族は育てられるかどうかを悩むと思うが、医師が決定するものではないと考えている。もし障害のある子が生まれても、出生後は、生まれてからの特別な施設などはない。障害児センターはあるが、すべての県にあるのではなく、大きな都市にいくつかあるだけ。児の遺伝的な問題というと、タイではダウン症よりもサラセミア(東南アジアに多くみられる血液の遺伝性疾患の一つ)のほうが多い。

サラセミアについては、初診と32週で血液検査をする。2回めで陽性になることもあるので、念のため2回実施する。

30パーツ医療は、国民保険なので、ミャンマーからの人などは重症であっても保険を使えないなどの課題もある。

妊婦健診では、尿検査は毎回行う。蛋白や糖が出てないかを見る。血圧、体重、尿検査は看護助手が行う。助産師は健診、健康教育をして、なにか問題があるとかハイリスクの場合は医師が見る。内診は毎回ではなく、出血があったとき、破水があったときに行うだけ。胎動が少ない、体重が少ない、などのときにNST(胎児心拍モニタリング)を行う。毎回ではない。

分娩ケアは助産師が行うがなにか問題があったり、ハイリスク等の場合は医師が行う。分娩室は家族は入れない。陣痛室は入ることができる。複数の女性が一つの部屋にいるので、家族がずっといるとプライバシーも守れないし都合が悪い。分娩室に入れたいのは、1室で複数のベッドが並んでいる構造上難しい。個室、プライバシーが守れないので家族が入ることができない。カーテンはされていても十分ではない。私立の病院では家族の立会い出産が可能なところもあるが政府病院ではできない。家族と一緒にいたい気持ちはわかるが、できない。

勤労女性にとって妊娠の時期やタイミングの年齢は遅くなる。産後3か月は産休で給料も保証される。もしも、私立の企業だと1-3か月(90日)の保証となる。産後に子育てをする人がいなくなったりして仕事をやめることが多い。

リプロの問題として、10代の妊娠が多い。文化的に結婚前に性行為をすることは禁じられていた歴史はあるが、性教育が十分できてない、友達やメディアからの情報がメインになっているので正しいものと間違っただけのものが混在している。避妊指導も十分できてない、なにより文化的に教えないことを好む傾向がある。両親から学ぶことが多いが教えられないことも多い。恥ずかしいこと、なかなか聞くことも話すこともできない。

分娩期に陣痛が弱い場合、陣痛が来ない場合に陣痛促進剤(オキシトシン)を10単位使うことはある。普通の陣痛が来ている人には使わない。陣痛が弱い人には使う。産後については、児頭が出てすぐにオキシトシン5単位をワンショットする。そしてオキシトシン20単位を1000mlのリンゲル液(輸液)に入れたものを点滴する。産後の出血予防、収縮促進に全員使う。

会陰切開のときには局所麻酔を使う。全員ではなく、医師や助産師が局所の状態を観察評

価して切開する。子どもが大きくなり、会陰がよく伸びる場合はしない。会陰をマッサージして切開しない病院もある。B 県の病院はそれぞれ評価して行うか決める。全員にするわけではない。

帝王切開の希望の人は多い。陣痛で痛いのが嫌だから、医師が別に支払いが生じるので、すすめる。両方の了解があれば行う。帝王切開の適応があれば行うが、そうでなければしないのいいが、痛みが怖いことと医師が収入を求めるため帝王切開がされてしまう。日々、色々議論している課題である。

帝王切開率は B 県病院がとても多い、60%くらいだと思う。なぜならリファラル病院だからだと思う。しかし、多すぎる。

硬膜外麻酔分娩は何年か前までは多かったが、今は少ない。無痛分娩を専門とする医師がいなくなったので、最近では少ない。帝王切開が増えてきている。

分娩第 1 期は疲れていたら、ペタディンという睡眠導入薬を与えてリラックスと休養を与える。子宮口 7cm 以降は与えない。

会陰切開は助産師も医師もする。学校では、基本しか習わないが、働いてから臨床でのトレーニングをしてできるようになる。この病院は医師が行っている。なぜなら医師が多すぎるから。

タイの法律では、医師も助産師も切開できることになっている。実際、医師がいないところでは助産師が行っている。

局所の剃毛をする。ここでは全員するが、タイ全体ではしないほうが多い。病院による。

浣腸はしなくなった。以前はしていた。

予定日を超えたら、オキシトシンをつかう、その後だめなら帝王切開という流れである。サイトテック (Misoprostol: 陣痛促進剤) を使って、陣痛を起こす。オキシトシンよりも良く使う。量は少しだけだが、これを使うか、オキシトシンかプロスタグランディン。サイトテックが一番効果が高い。しかし副作用として使用量を間違えると子宮破裂を起こすので、量の管理はとても重要。ここでもこれを使う。タイでは、医師が処方することで法的には使える。

帝王切開の適応は、骨盤位、双胎も。試験的な経膣分娩はあまりしない。麻酔は脊椎麻酔か全身麻酔、大体は脊椎麻酔だが、緊急などの場合には全身麻酔。経膣分娩の場合は出産後 Skin to Skin (STS) を 30 分する。そして母乳をすぐ与える。母乳が出なければミルクを助産師が与える。入院中は、親戚が与えたがっても、看護師がやるようになっている。

出産は経膣分娩は 5000 バーツ、入院は 2 日間 (48 時間は児の観察をする必要があるのでヨード検査も大事、タイではヨード欠乏症が課題となっている。) 帝王切開は 20,000 バーツ、5 日間入院となる。

妊婦健診と出生前検査

タイ全土では、妊婦健診は 5 回以上が推奨されている。初回は、妊娠 12 週までに 1 回で、

触診や聴診、計測診が行われるとともに、血液検査や尿検査が行われる。リスクの高い妊婦はその限りではなく、もっと頻回の健診となる。TM4が言うには、血液検査は初診と32週の二回。尿検査は毎回。内診は出血や破水があったときのみで定期にはされない。NSTも胎動減少、体重増加が少ないなどの時とのことである。内診が1-2回というのは他の医療者も同じように回答しており、日本のように毎回の内診は驚かれる。医療保険によって、妊婦健診は無料となっているが、クリニックや私立病院は該当しない。妊婦健診の診察は医師が行い、助産師は計測や保健指導が主な業務となっている。妊婦健診を病院でするのかクリニックでするのかは選択できるようだが、リスクの高い妊婦の場合、病院へのリファラルシステムが確立していることがわかる。

A県では、ミャンマー国境に近いことからミャンマー人の出産が多く、B県はラオスと近いことから、患者はラオ人が7割という回答であった。

超音波検査については、妊娠中に2回は行っているが、出生全検査に当たる血液検査は、35歳以上か家族にダウン症の人がいるなどのリスクのあるものにだけ行われている。ゆえに、出産してからダウン症だとわかることもまれではないという。

A県のTM2は全妊婦にエコーは2回でハイリスクの人はそれ以上という。400B/回。ダウンの診断は血液検査と、羊水検査。羊水検査は35歳以上、家族にダウンの人がいるなどのリスク妊婦に行う。何をすることもIC（インフォームド・コンセント）をして、承諾すれば行う。承諾しなければ書類にサインをし、もし異常があったときに病院のせいにならないようにしているという。また、TM3はエコーは全妊婦に3回とのこと。35歳以上は14-18週だけで、書類は必要で、血液検査（ダブルテスト）を行う。35歳以上でないと検査できない。NIPTはない。ダウン症疑いならばカウンセリングをして、羊水検査（18-20週）をして陽性だと、ほとんど100%が中絶を選ぶ。家族も賛同する人が多いという。

B県では、TM4によると16週未満で必ず1回はエコーをして、異常があればフォローして再検査する。女性が35歳以上、家族歴に問題があれば、血液検査をまず行う。それで陽性なら羊水検査、これは自費になるので、女性はどれをするのか選ぶことができる。中絶するか産むのかは女性とその家族が決定することになる。

出産と産後

タイでは、出産はクリニックではできなくて病院でしかできない。特別な場合はHC（ヘルスセンター）でも可能である。医療保険でカバーできるのも公立病院での出産で、私立病院は難しい。

今回のインタビューでは、2か所の総合病院とも、分娩室に複数のベッドがあり、間をカーテンで仕切っているだけとのことであった。これを家族が立会い出来ない理由として挙げていた。家族は陣痛室までは立ち入ることができる。分娩中の医療処置としては、B県では剃毛、点滴でのルート確保、第1期に疲労がみられた場合に睡眠導入剤を与えたり、陣痛促進剤にオキシトシンではなく、中絶薬のサイトテックを使用するなど、管理の難しい状況

を作っているように伺えた。A 県では、入院して子宮口 3 cm 開大以上は飲食禁止として、緊急の帝王切開に備えるという。飲食禁止の代わりに、栄養剤の点滴を行っている。会陰切開については、A 県では初産婦に全例、B 県では、対象の状況によってアセスメントし、全例切開をするわけではないという。どちらも医学教育病院であり、切開や縫合は医師が行っている。制度的には助産師が行うことができるとのことであった。出産の介助は経膈分娩から助産師が、異常やハイリスクの妊婦には医師と助産師の協働で関わるという。

また、タイの食生活の変化から、妊婦肥満、糖尿病合併による新生児（巨大児）の増加がいわれる。体重 4~5Kg の児はおのずと小柄なタイ人女性にとっては分娩が困難で帝王切開の選択へと導かれやすい。

理由はこれだけではなく、陣痛が怖いという主訴から、希望帝王切開が増えすぎていて、TM4、TN1 の二人は帝王切開の増加について多くを訴えかけてきた。どちらもリファラル病院であることもあって、50-60%の帝王切開率である。TN1 は以下のように警鐘を鳴らす。全国的にとっても多くて問題になっている。高学歴の人ほど帝王切開を選ぶ。痛みが怖いので、帝王切開を選ぶ。政府は自然出産を推奨するように動いている。病院に収入は入らず、医師に入るの、コントロールできてないのが現実である。医師への高い謝礼は医師への高い信頼の証とされる。出産がビジネスのようになってきた。これは他の治療などでは起こらずに出産だけに起こる現象である。タイ政府は自然分娩への転換を呼び掛けている。

タイの新聞紙にも以下のような記事が見つけれられるので、帝王切開の多さは社会問題としても考えられているようである。The Nation Thailand（2018.9.28 発行）によると、「縁起が良い日」の出産として、「より速く、より便利で、疲れにくく、収益性が高い」ため、自然分娩より帝王切開手術を好みます。自然分娩では、医師は赤ちゃんが娩出されるまで一晩滞在しなければならないかもしれませんが、帝王切開は 45 分で完了という広告があります。そこには、帝王切開が安全で優れていることをはじめ、効率的(自分の時間管理)で、赤ちゃんにとって幸運な誕生日を選ぶために有名な占い師を頼るといった、一部富裕層の考え方や行動が反映されている。

一方で、移民の健康課題として、TN1 がいうように、A 県ではミャンマー人（カレン）の出産がある。病院に来る対象はいいが、オーバーステイなどにより違法滞在の場合、彼らは警察に捕まると思って、施設に来ずミャンマーから連れてきた TBA とともに家で産むので、異常時の対応が困難だと懸念されている。

胎盤は病院で処理されることが多いようだが、持ち帰りの希望も可能である。流早産の胎児については TM1 も TM4 も家庭に持ち帰り儀礼や埋葬をするとのことであった。

母乳の代替には粉ミルクをもちい、もらい乳は感染症のとくに HIV について心配とのことと施設ではしていないとのことであった。

産後の入院は 3 日、帝王切開の場合は 5 日で、7 日目に抜糸のために受診するとのことであった。入院中に児の沐浴を助産師が行う。

避妊、中絶、不妊

避妊の方法は、ホルモン注射とインプラント、ピルが人気だという。10代の妊娠と中絶の減少化については政策とともに政府を挙げて取り組んでいる。TN1の看護大学教員は、親の目が離れる思春期であること、タイ文化の影響による性教育不十分（教えると試したくなる？）がさらに増加させているという。TM1によると、10代の妊娠予防にインプラントがすすめられているという。インプラントについては皮膚に埋め込み式だが、子どもができるよりはいい。まだ医師たちの中で議論が続いているのは、12-13歳は骨の成長期なのにインプラントを使っていいのかということ。しかし、医師は大丈夫だと一定の回答をしているという。

その他思春期の妊娠や中絶には伊佐タマナ実践が行われていることがわかる。ワンストップサービスとしてのOSCC（One stop crisis center）がどの病院にもある。子どもを育てられない場合に相談する場所として、養子縁組のサービス含め、乳児院の機能も持つ。また、RFA（Referral system for safe abortion）では安全な中絶ができるよう、医師とRFAボランティアの連携、また直接相談できるホットラインは1663の設置、SNSの活用など10代の若者がサービスや相談が受けやすいよう工夫がなされている。

このように思春期の妊娠と中絶については多くの対策と実践が継続して行われていることがわかる。

（5）女性へのインタビュー概要

表2. 女性のインタビュー協力者

ID	地域	子どもの人数、年齢、性別	家族構成	年齢	職業（夫・妻）	学歴	出産（年長から順に）
TW1	A	2人 13歳、5歳 歳女児	夫と子ども2人	39	公務員・大学職員	テクノロジー関連の大学卒業	公立総合病院で出産
TW2	A	3人 7歳男児、5歳、2歳 女児	夫と子ども3人	35	会社員・大学教員	大学院修士、（心理学）	公立総合病院で出産
TW3	C	2人 5歳、2か月男児	夫と息子2人	30	工場勤務・家事	高校卒	公立総合病院で出産 （ミャンマー人）

TW4	C	1人 2歳10か月男児	夫と子ども、父と継母	28	バイク修理業・家事	高校卒	公立総合病院で緊急帝王切開
TW5	C	1人 8歳男児	夫と息子	28	会社員・会社員	高校卒	公立総合病院で出産
TW6	B	4人 17歳、14歳、1歳3か月、3か月女児	夫と娘4人	35	屋台・家事	高校卒	公立総合病院で出産
TW7	B	2人 12歳男児、4歳女児	夫と子ども2人	40	会社員・家事	高校卒	軍の総合病院で帝王切開
TW8	B	2人 13歳、6歳男児	夫と子ども2人	38	会社員・飲食業	小学校卒	1人芽は郡病院、2人目は県病院出産
TW9	B	2人 20歳女児、10歳男児	母と子ども2人	40	企業運転手・事務員	大学卒	軍の総合病院で出産
TW10	B	1人 2歳女児	夫、母、子ども1人	30	運送業・家事	高校卒	軍の総合病院で出産

【事例3 女性 TW4】

結婚は2年半前の25歳のときに。それまで順調だった月経が止まり、2か月して検査を自分でして妊娠とわかる。病院には妊娠6か月で行く。受診しようと思っていたが、結婚前だったので、いかず、結婚を公にしてから受診した。結婚前の妊娠はタブーなので、秘密にしていた。父は知らず、母は亡くなっている。育ての母はいるが、だれにもいわないで夫婦だけ知っていた。夫は責任者でもあるので。

妊娠3か月でつわり、水も飲めず、ミルクだけ飲んでた。7か月で血圧が上がり、貧血があり、妊娠がハイリスクだと言われた。血圧が160かな？ 子どもが危ないと言われた。葉酸は毎回くれたけど飲んでない。つわりもひどくて、薬も飲まない。糖尿病の疑いもあった

て、母も糖尿病だったので。その後出産、出産は緊急帝王切開になった。健診で血圧が上がり、病院で痙攣を起こして、子宮口もあまり開かない状態だった。陣痛で病院にいき2日間かかる、子宮口が2cm 開口でもとても痛くて、帝王切開の時、医師から羊水が殆どなかったと言われた。

産後も4-5日入院した。帝王切開だったし、高血圧なので。子どもは生まれたときも大きな声で泣いてくれて、元気だった。3.3kg だった。産後の降圧剤の薬をもらって飲んでいった。1日だけICUに入り、その後病室に戻った。

子どもは1日だけミルク、そのあと母乳は飲みがとても良かった。助産師は母乳とミルクを混合で上げるように言われた。その後7か月そのようにした。病院は近いので、選んだ。夫が連れて行ってくれた。それに保険も使えるので、1000 パーツくらい。痙攣の薬、酸素、ICU 部屋代などが保険では賄えない費目だったので支払った。

妊娠中は超音波検査を妊娠7か月月で受けた。性別について説明を受けて、異常のことは何も言わなかった。

予防接種は無料だけどスケジュールがとても複雑。あと、2歳で1回すれば完了。私立病院でも公立病院でも無料、30B だけ払えばあとは無料。これは全国の制度。

産後退院したあと、7日で病院に行き抜糸をした。そのあとは、1か月健診で、医師にあと3-4年は避妊するように言われた。今回血圧も高くて次も母子の命が危ないと言われた。血圧の薬は入院中のみ内服、退院後は飲んでない、血圧も高くない。

産後に食事制限はしてない、辛いものもたべている。甘いものを食べている。美味しいものを食べたい。ユーファイ（産後に一定期間、産後女性の身体を火で燻す慣習）は帝王切開しているのでしてない。私自身は寒いし、気持ちいいし、ユーファイしたいと思うけど、帝王切開なのでしてない。3-4日は温かい湯で湯浴びしていた。そのあとはしてない、わがままなの。産後は良くないといわれる冷たい水も飲むし。

3か月毎にホルモン注射をして避妊している。医療者が提案した方法で私が望んだ方法ではないがそうしている。もう子どもは欲しくない。とてもやんちゃで疲れる。

子どもがいなくても欲しいと思わないと思う。考えたことはない。子育てが大変だとわかった。もしまだ子どもがいなかったら息子一人、娘一人欲しいと思った。ここでは父の妹、親戚のおばさんに手伝ってもらっている。

本当に危険な出産だった。高血圧だったのですぐに帝王切開なので命が助かった。医師がとても優秀だったと思う。



写真9. C県の住宅街インタビュー先

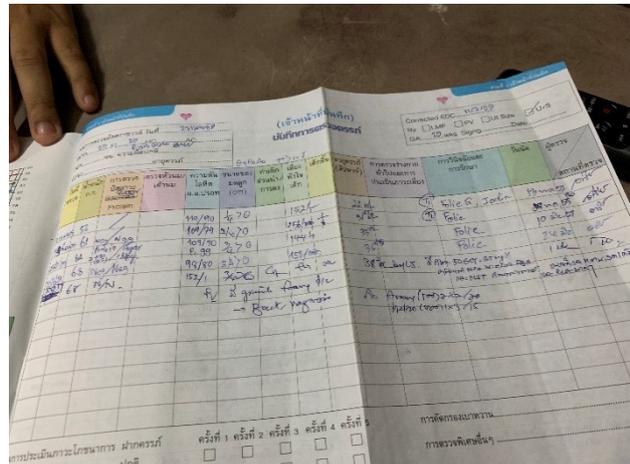


写真10. 母子健康手帳の妊娠期のページ

【事例4 女性 TW8】

小学生の時に A 県に引っ越した。小学校 5 年生で卒業して親戚の人がしている仕事を手伝う。19 歳にバンコクで食品会社の工場に勤める、そして 23 歳で結婚する。結婚後も仕事を続ける。そのあと 2 年して、夫の家族がいるので夫の母を助けて、うどん屋さんをする。

子どもは二人だけ。この 7 年間はコンドームを使ったくらい。1 人目の後、夫は工場で働くので一緒にあまりいなかったため、問題なかった。2 人目の後もコンドームを使って自然に避妊している。2 人とも経膈分娩。入院は 3 日だった。

妊婦健診は郡病院でして、お産も助産師だけで医師はいない。2 人とも自然出産だった。2 人目は A 県の病院で出産した。妊婦健診は医師がした。

2 人目の子どもは少し難産で赤ちゃんも低酸素になった。医師に血圧が高いといわれ、眩暈もしたので医師が出産を手伝った。点滴もできず、そのまま生まれた。二人とも会陰切開をして縫合をした。

産後のユーファイは 6 日間した。二人目はしなかった。二人目は時間があまりなかったのでしなかった。1 人目は夫の母が指導してした。ずっと面倒を見てもらった。火はそんなに強くない。屋外でユーファイをした。炭を使っておこなった。ユーファイするときとやめるときには施術者(モーピー)に来てもらい儀礼をしてもらった。

食事制限もした。これも夫の母が指導した。タマリンドのスープを飲むことは習慣なので進めた。薬草を煎じた湯も飲んだ。なんでも温めたものを飲んだ。そうしないとピッカム(産後の食養生の禁忌を犯した際に出る体調不良のこと)になる。

湯浴びも 1 日に 3 回くらい。これもタマリンドを入れる。はちみつも食べる。なんでも

母乳のためにと飲んだ。薬草の医師（モーヤー）から購入して使う。カオトム（蒸した米粉のもち）はよい。義母がいいというものを食べていた。ピッカムも経験した。これは、眩暈がして頭が痛い。私も頭痛がしたことがある。なぜこんなに頭が痛いのかと年配の人に聞いたら、それはピッカムだといわれた。あまり湯を飲まなかった。なので、ピッカムだといわれた。ピッカムを治す薬を飲んで治った。モーピーは来るけれどクワン（魂）を呼ぶのではなく、儀礼をしてくれるだけ。ユーファイの期間は湯を飲む、水を飲むではいけない。この時期に水はおいしくない。

ユーファイについては、このように見聞きすることで子どもたちも知っていく。

結婚から妊娠

結婚年齢は 16-26 歳、都市部の女性の方が結婚年齢は遅い傾向があった。妊娠は自らの無月経により気づき、尿検査、あるいは受診で妊娠を知る。保険が使える病院で出産するが、その病院の医師が開業しているクリニックでの妊婦健診を受けている人が、特に都市部では多かった。病院での受診は待ち時間の長さが不便とのことだった。クリニックは待ち時間がなくすぐ診てもらえること、自費ではあるが、勤労妊婦にとっては時間が重要なのもかもしれない。クリニックの診察は医師による。TW1 によると自費で 3000B と高額である。

受診回数は、「初診の後、毎月受診」という人がほとんどであった。TW4 は結婚前の妊娠発覚だったので「それまで順調だった月経が止まり、2 か月して検査を自分でして妊娠とわかる。病院には 6 か月に行く。受診しようと思っていたが、結婚前だったので、いかず、結婚を公にしてから受診した。結婚前の妊娠はタブーなので、秘密にしていた。父は知らず、母は亡くなっている。育ての母はいるが、だれにもいわないで夫婦だけ知っていた。夫は責任者でもあるので。」と受診が 6 か月に入ってからとなっていた。

超音波検査は、妊娠中後期の 5-8 か月に 1-2 回という回答であった。A 県の女性の TW7 は、異常を見ると答えたが、そのほかは胎児の異常を確認するというよりも、成長発達と性別を見るためだと女性たちは回答した。

母子健康手帳は病院で無料配布される。妊娠中の内診は 1 回だけか必要時のみ。鉄剤やビタミン剤の内服を配布されたが、TW10 は飲めなかったという。

出産、産後

3 人だけが帝王切開でうち一人は、妊娠中の急な高血圧と子癇発作による緊急帝王切開である。他の 2 人の帝王切開は児が大きいという理由だった。破水入院で陣痛を誘発させる目的でオキシトシンを使うとき、疲労や絶食で栄養を点滴でとるとき以外の通常は点滴ルートを取らない。陣痛室までは家族が入るが、分娩室は医療者だけだったという。分娩は助産師が介助し、異常があるときは医師が処置をしている。帝王切開以外の女性は 1 人を覗いて会陰切開と縫合がされた。1 人は小さな裂傷があったが、縫合しなかったという。都市部では、授乳のたびに児を連れてくる方法で、母児同室や同床ではなかった。入院期間

は3-5日間、週末に帰りたいので5日間とかベッドがなくて1日だけなど、母児の状況にもよるが、必ずしも規定通りではなかった。帝王切開の場合は、一旦5日で退院して、7日目に抜糸のため受診していた。

出産費用は、特別室の使用や、ICUや酸素、抗痙攣薬など保険でカバーされないものは自費となっていた。胎盤は病院で処理してもらっていた。

産後は、実母や義母、妹に手伝ってもらい休めている。公務員の場合、産休として45日間は有給で休めるのでTW1は利用している。また2に目の時にはHCの助産師の家庭訪問で母児の診察や母乳栄養、予防接種の話聞いたという。

産後養生のユーファイ（炭火のそばで身体を温める）は、A県では4人がしており、1人は身体を冷やさない程度でユーファイをしていなかった。1人目にユーファイをしていたのも2人目にはしなかったり、1日目だけにしたりと厳密な形で行われていなかった。しかし、そのせいでピッカム（下痢、めまいなどの体調不良）を恐れてはいるので、意識下にはあるようだ。食事制限も漬物や香辛料くらい厳しい食事制限はなかった。全員、産後には薬草を煎じた湯を飲むことを意識している人が多かった。

BC県では、TW3だけがユーファイをしており、TW5が薬草サウナとマッサージを受けていた。そのほかは、横になって休むといい、ユーファイは緩やかに人の記憶にあるが省略されつつあるのかもしれない。

母乳を全員が与えていたが、授乳期間は復職する人は1か月で混合にしたり、搾乳して与えたりしていた。もらい乳は2人だけ、親戚がしているのを見たことがあるといった。

C県では、ミャンマー人でタイで15年間生活している女性にインタビューしたが、UC（国民皆保険）は使わずにすべて自費、予防接種も国民は無料だが、外国人は有料だという。もともとタイに仕事を探してきて、こちらでミャンマー人の夫と出会い家庭を持っている。親戚も多く近所で一緒に住んでいた。

避妊、家族計画や中絶

今回は中絶を経験した人はいなかった。家族計画としては、結婚してすぐ、仕事を持つ女性はTW1コンドーム、TW10ピルを使って避妊していた。また、女性の不妊手術を3名がしており、男性の不妊手術は予定を含め2人いた。

不妊への対処や養子縁組

不妊治療については、経済的な面でハードルが高いとのことで、治療を選んだものは1人だけだった。特別な薬草を試すや施術師に頼むといった伝統的な方法を選ぶ人も一人いた。あとは、養子を親戚からもらうとする人がほとんどであった。血縁であるほうが安心だという。また、子どもを育てることは徳を積むことになると思望する人もいた。不妊でも治療もせず養子もとらないとする女性も2人いた。

6. 考察

1) 地域格差とイミгранトの妊娠、出産

タイでは、東南アジアトップの医療水準を持つバンコクと、伝統医療が人々の生活の中にある地方とが存在しており、格差が生じている。しかし、基本的な社会保険制度が国民をカバーしている点は最低限の医療を受けることができると言える。

今回、いわゆる富裕層のインタビュー対象者ではなかったもので、格差が見えにくかった部分もあるが、妊婦健診を病院かクリニックかを選択するだけで費用の差が生じていた。

また、隣国からの労働者、いわゆるイミгранトの妊娠や出産についても保険が使えないことからくる医療アクセスの制限は課題となるだろう。インタビューの中にもあったように不法滞在になったミャンマー人が病院出産だと警察に捕まるからとして、自国のTBAを連れてきて自宅出産をするということが起こっている。経済的な最低限の保障がされることが望ましいだろう。

今回の調査では叶わなかったが、私立病院でのセレブ出産やメディカルツーリズムとしての不妊治療の実態から、いわゆる富裕層に焦点を当てることで、タイの異なるリプロダクティブヘルス・ライツの側面が見えることを注視しておきたい。

2) 帝王切開率の高さ

今回の施設は医師の教育病院であったこと、地域のリファラル病院であったことから帝王切開率が50-60%と高かった。しかし、タイ全体で陣痛の痛みの恐怖や、効率性、医師のポケットマネーといった様々な要素が絡み合い、高い選択的帝王切開率が問題視されている。政府が自然出産を薦めているようだが、誕生日を選ぶというタイ文化の慣習も相まって、なかなか改善することは難しいのかもしれない。しかし、1人目が帝王切開だと、そのあとも帝王切開になることがほとんどであることから、慣習的な、医学適応ではない帝王切開は最小限にする必要があるだろう。

3) 10代の妊娠

今回は、医療者から少しだけ聞く機会があったが、タイの思春期の妊娠と中絶は東南アジアで最も多いという。政府は、20歳未満にIUDとインプラントの無料提供を行っている。今回、家族計画に関わる医療スタッフからのインタビューでOSCC、ホットライン1663、カウンセリング、Thai Referral System for Safe Abortion (RSA)の活動について話を聞くことができた。さらに、これらによって効果が出てきて10代の妊娠は減少傾向にあるというのが、諸外国に比べるとまだ高いのが現状である。

参考文献

- 1) 厚生労働省 2018「2017年 海外情勢報告」第5章東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向 6節タイ王国 <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/18/>

(2020年1月10日閲覧)

- 2) 外務省「タイ王国」 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/thailand/index.html> (2020年1月20日閲覧)
- 3) 経済産業省 2019 医療国際展開カントリーレポート 新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報 タイ編 「平成 30 年度国際ヘルスケア拠点構築促進事業（国際展開体制整備支援事業）」
https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryuu/downloadfiles/pdf/countryreport_Thailand.pdf (2020年1月25日閲覧)
- 4) 織田由紀子「タイの看護師と看護教育」国際ジェンダー学会誌 Vol. 8 PP67-80(2010)
- 5) UNFPA Thailand <https://thailand.unfpa.org/en> (2020年1月10日閲覧)
- 6) UNICEF 2016 SITUATION ANALYSIS OF ADOLESCENT PREGNANCY in Thailand Synthesis Report 2015
- 7) KITTIPONG SAEJENG, Director, Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health Regional overview of adolescent health services
- 8) WHO 2017 Country Cooperation Strategy Thailand 2017-2021
<https://www.who.int/thailand> (2019年12月1日閲覧)
- 9) WHO Global Health Observatory(GHO) data
https://www.who.int/gho/countries/tha/country_profiles/en/ (2020年1月20日閲覧)

II-10 ミャンマー連邦共和国（ミャンマー）

文・撮影／白井千晶

（1）国の概要

インドシナ半島の西部に位置する。国土は日本の約1.8倍、14州から成る。国土の大半は熱帯モンスーン気候またはモンスーン気候。人口は5141万人（2014年9月）で、首都はネーピードー（2006年までヤンゴン）である。国民の70%がビルマ族だが、少数民族が多数存在する（ミャンマー大使館によれば8部族、135民族）。公用語はビルマ語、宗教は90%が仏教（上座部仏教）、その他キリスト教、イスラム教等である。

主要産業は農業、天然ガス、製造業、一人あたりGDPは1,267ドル（2017/2018年度）、経済成長率は6.8%である（2017/2018年度）。

王朝制から1886年に英領インドに編入、1948年に独立。1962年、軍事クーデターにより社会主義政権に。1988年、民主化要求デモで社会主義政権が崩壊し、国軍がデモを鎮圧、クーデターにより軍事政権が成立した。2015年の総選挙で民主化を勧める国民民主連盟が大勝、2016年に新政権へと交代。（出典：外務省、ミャンマー大使館）



（2）調査地概要

A市：国内有数の大都市。

B市：国内有数の大都市。

C町区 (township)：ミャンマー東部で、中国、ラオス、タイと接するシャン州の州都、タウンジーが含まれるタウンジー県内のCタウンシップ。県内に空港があり、ヤンゴンからは飛行機で北に1時間。タウンシップの人口は17万人、調査地は湖を取り巻く街で人口は約4万人。民族はシャン部族のシャン族、ダヌー族、パオ族が多い。シャン高原に位置し、主な産業は農業、鉱業。

なお、B市では女性インタビューを実施していないため、都市1地域にはA市を、非都市1地域としてはC町区を対象地とする。

（3）医療制度およびリプロダクション分野関連の制度

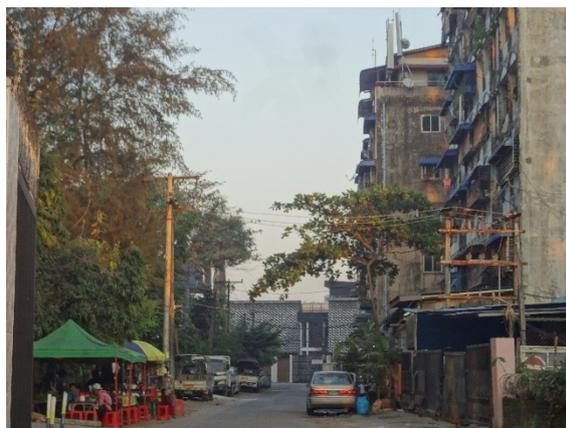
2016年3月に新政権が発足し、12月に国家保険計画2017-2021が策定された。国民の7割が住む農村部での保健・医療サービスを充実する計画が作成されている（厚生労働省2019）。

社会保障法で医療保障の公的保険が定められているものの、加入率は人口の 2.4%にとどまっている（厚生労働省 2019）。

保健医療サービスを管轄するのは保健省である。医療費は無料だったが、1992年に医療費負担のスキームが制定されて、1994年から薬剤の自己負担制度が導入され、検査・手術の患者負担が一般的になり、診察料、室料も有料化が進行しつつある（高橋 1998）。個人負担割合が高く（7割）、政府支出が少ないため、患者負担の低減政策が進められている（厚生労働省 2019）。現在、診察費、入院患者の検査や医薬品は原則的に無料で、貧困者と身体障害者は医薬品等も無料である（テルモ 2013）。

医療供給体制は公立病院が中心で、大都市には国の総合病院、専門病院、教育病院がある。各州・管区には、2次、3次医療を提供する州/地域病院や、ディストリクト病院（地区病院）がある。本稿では、慣例にならって、タウンシップ以下の州/地域レベル、タウンシップレベルの公立病院を公立病院、大都市の国レベルの総合病院や専門病院は政府系病院と表すことにする¹。タウンシップは人口 10 万～20 万人規模で全国に約 330 ある。大都市では私立病院や私立診療所もある。

都市部のタウンシップには、中心部にタウンシップ病院（50 床未満）、その下に街区のヘルスセンター（Urban Health Centre / UHC）、街区の母子保健センター（Maternal and Child Health Centre / MCHC）、街区の学校保健センター（School Health Center / Sch. HC）がある（独立行政法人国際協力機構人間開発部 2011）。



上 A 市中心部の住宅街
中 B 市中心部の朝のカフェ
下 C 町中心部

¹ 保健スポーツ省が管轄する病院以外に軍病院、他省、例えば労働省が管轄する病院もある。

地方農村部ではタウンシップに1つ、街区にタウンシップ病院がある。タウンシップ病院は内科、外科、産婦人科、小児科などの科があり、16～25床程度の入院施設と救急医療を提供する1次・2次病院である。タウンシップで対応できなければ州/地域病院に紹介する。

タウンシップ病院の下部組織の地域保健センター（Rural Health Center/RHC）にはヘルス・アシスタントや基礎保健スタッフ（Public Health Supervisor-1）が配置されている。地域保健センターの下部組織のサブ保健センター（Sub-Health Center/SHC）には1名の助産師と1名のPublic Health Supervisor-2が配置されているとされるが、多くのサブセンターには1名の助産師しか配置されていない（馬場 2011, 独立行政法人国際協力機構人間開発部 2011）。RHCとSHCが農村の一次保健医療サービス（プライマリ・ヘルスケア）を提供している。さらにコミュニティには住民と保健を架橋する保健ボランティア（助産アシスタントとコミュニティヘルスワーカー）がいる（助産アシスタントは短期トレーニングを受けているが、Skilled Birth Attendantには含まれない）。また、タウンシップ病院から遠く離れた地域では、保健センターの上位にステーション病院がある（2008年に全国で464）。

タウンシップ病院は、総合病院、州・地域病院がないタウンシップには設置されるはずだが、現実に設置されているタウンシップは150～200だという。RHCは、10ヶ村、人口2万人程度に1カ所設置されることになっていて1600～1800と見積もられるが、実際には1360カ所だという（独立行政法人国際協力機構人間開発部 2011）。

2007年に民間保健医療法が制定され、民間保健医療の位置づけが明確になり、その数が増大した。2010年12月時点で私立病院・クリニックは総合病院が87、特定機能病院が16、総合クリニックが2,891、特殊クリニックが192ある。人材としては公的病院の現役・退職医師のアルバイト・非常勤が多い（厚生労働省 2019）。

大都市圏においても医療設備および医療人材は不足しており、高所得者層はメディカル・ツーリストとして隣国のタイに渡航している（ウイン・トゥ・ミャッカラヤ 2014）

表 保健医療機関数の推移

医療施設	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
公立病院数	824	871	924	1,010	1,056	1,029	1,123	1,124
病床数	34,634	39,660	43,789	55,305	56,748	47,454	54,703	54,844
1次、2次保健センター	86	86	86	87	87	na	na	na
母子保健センター数	348	348	348	348	348	346	348	348
地域保健センター数	1,456	1,558	1,565	1,635	1,684	1,696	na	1,778
学校保健センター	80	80	80	80	80	80	80	80

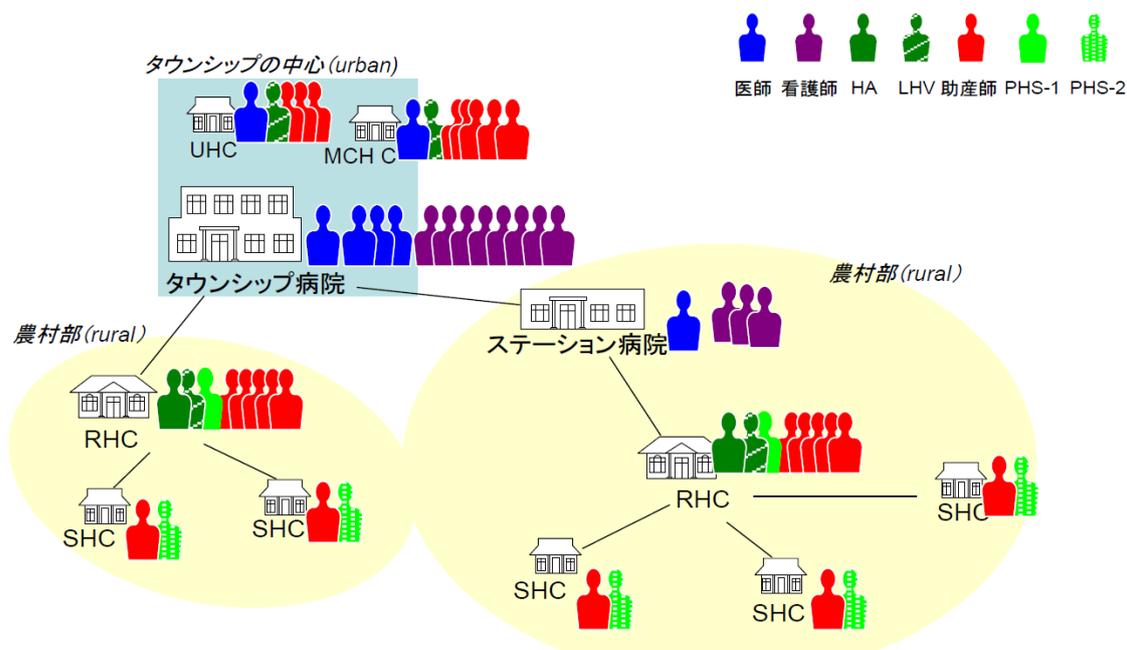
出典：2015年及び2016年は、保健スポーツ省提供データ、Health in Myanmar, 2014, MOH、馬場洋子『「ミ」国連邦共和国における保健医療の現状』

出典：独立行政法人国際協力機構 2018, p.1-8

医療・保健人材の教育・資格制度については、医師、看護師、助産師の国家試験はなく、教育機関を卒業すると資格が得られる。教育機関は保健省医学局が管理しており、医科大学4校、看護大学2校、看護および助産師の訓練学校46校が設置されている。高校を卒業後、

医学教育は7年間、看護師は3年のディプロマコースか4年の看護大学である（ウイン・トゥ・ミャッカラヤ 2014）。医師 MMD03 によれば医師は医学教育7年では資格が得られず、卒業後1年それぞれの分野で研修医をすると医師資格が得られるという。タウンシップ病院の責任者である医師は、州・地域保険局の指導のもとで、当該タウンシップの主任医務官（Township Medical Officer）として、タウンシップの保健医療行政事務も担当する。保健センターの責任者は地域医療大学を修了した地域医療学士で、その他の訪問保健師（Lady Health Visitor）は9ヶ月の研修で RHC や UHC に配属され、公衆衛生士（Public Health Supervisor）は1年の研修で RHC に、6ヶ月の研修で SHC に配属される（独立行政法人国際協力機構人間開発部 2011）。

助産師は、以前は看護師教育を受けた Nurse-Midwife だったが、2002年に看護師助産師法が改正されて、高校卒業後に助産学校に入学し、助産専門教育を18ヶ月受けて修了すると助産師になるいわゆるダイレクトエントリーになった。助産師は総合病院やタウンシップ病院に勤務するのではなく、保健センターで街区、農村部の地域住人の助産を担っている。地域によっては、保健センターの建物がなく、助産師の自宅の一室や村役場を診察室にしている、助産師に異動があると当該地域のセンターが消滅することもあるという（独立行政法人国際協力機構人間開発部 2011）。産婦人科の専門医療を受けられるのは、ヤンゴンとマンダレーにある専門病院である。他の州の基地病院でも産婦人科や小児科の専門医療が受けられる。保険制度では生薬等の伝統療法が近代医療と同様におこなわれている（イブソス 2013）。伝統医療の向上、普及には日本の JICA が ODA として支援している（テルモ 2013）。



出典：調査での聞き取りをもとに図式化

図 タウンシップレベル以下の保健医療施設

出典：独立行政法人国際協力機構人間開発部 2011, p.26



都市部の私立総合病院



24時間営業している都市部の私立病院

表 医療・保健人材数

保健人材		1988年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	
医師	全国の医師	Doctors	12,268	23,740	24,536	26,435	28,077	29,832
	公的機関	Public	4,377	9,583	9,728	10,450	11,675	12,800
	協力・民間機関	Co-operative & Private	7,891	14,157	14,808	15,985	16,402	17,032
看護師	Nurses	8,349	22,885	24,242	25,644	26,928	28,254	
歯科医師	Dental Surgeon	857	2,092	2,308	2,562	2,770	3,011	
歯科看護師	Dental Nurses	96	244	262	287	316	344	
ヘルス・アシスタント	Health Assistants	1,238	1,522	1,845	1,899	1,536	2,013	
巡回看護師	Lady Health Visitors	1,557	3,238	3,278	3,344	3,371	3,397	
助産婦	Midwives	8,121	18,543	19,051	19,556	20,044	20,617	
衛生管理者(1)	Health Supervisor(1)	487	529	529	541	612	677	
衛生管理者(2)	Health Supervisor(2)	674	1,484	1,645	2,080	1,718	1,850	
伝統的な医療スタッフ	Traditional Medicine Practitioners	2,790	6,347	6,627	6,627	6,752	6,854	

出典：「ミャンマー保健省2013」、135頁

注：“—”は記載なし

出典：ウイン・トゥ・ミャッカラヤ 2014, p.197

その他のリプロダクション領域の指標

ミャンマーでの出産における専門家立会率は 60.2% (2015-2016 年/World Health Statistics)、施設出産率は 23% (2005-2009 年/UNICEF 2011) である。都市部と農村部の地域差が大きいことが予想される。帝王切開率は 12.4% である (2008-2010 WHO)。妊産婦死亡率、新生児死亡率は隣国タイよりはるかに高く、ラオス、カンボジアと同程度である

(巻末資料参照)。妊産婦死亡の原因の 30.97%は分娩後出血、11.27%が子癇、9.86%は人工妊娠中絶に関連するものである(国際協力機構 2011 が引用する DOH/UNICEF2004-2005 データ,p.13)。「妊娠及び分娩その他の合併症」が主要疾病原因の 2 位、「単体自然分娩」が 3 位を占め(各 6.9%、6.0%)、周産期のリスクが高くなっている(厚生労働省 2019)。

人工妊娠中絶は禁止されているが、母体に危険がある時は実施できる。国民全体の罹患率(Morbidity)の 3 位は「単体の自然出産」(6%)、6 位に「その他の流産に終わった妊娠」があがっており(2.9%)(ウイン・トゥウ・ミャッカラヤ 2014 によるミャンマー保健省 2013 年のデータ)、出産と流産(おそらく人工妊娠中絶)が健康リスクになっていることがわかる。ミャンマー保健ビジョン 2030 では、妊産婦死亡率、乳幼児死亡率、専門家の出産立会率、避妊実施率、若年層出産率、産前健診受診率、性感染症率が指標に入れられている(国際協力機構 2011)。

(3) 医療者インタビュー概要

医療者には以下の 12 名にインタビューを実施した。以下、調査地ごとにインタビュー概要を示す。

表 ミャンマーの医療者インタビュー協力者概要

MMD01	A 市	産婦人科医	国立医科大学教員、元公立病院
MMD06	A 市	産婦人科医	国立医科大学教員、公立病院
MMM01	A 市	看護師、助産師	看護師助産師会役員
MMM02	A 市	看護師、助産師	看護師助産師会役員
MMM03	A 市	看護師、助産師	看護師助産師会役員
MMD02	B 市	公衆衛生医	国際 NGO 職員
MMD03	B 市	産婦人科医	元公立病院、現私立病院
MMD04	B 市	産婦人科医	私立診療所
MMM04	C 町	助産師	ルーラル・ヘルスセンター
MMM05	C 町	助産師	ルーラル・ヘルスセンター
MMO01	C 町近郊 村	研修を受けた TBA (助産補助)	在村で妊婦健診・乳児予防接種の補助
MMD05	C 町	総合医	タウンシップ病院

A 市産婦人科医師

A 市でインタビューした産婦人科医師は、医師の階層で上部に位置する人びとで、国立医科大学の教員で、高度な産婦人科医療を提供する政府系病院の医師でもあり、大学や病院の運

る (MMD01) というが、「ミャンマー第二の都市ではまだ研修がないし、自分も使ったことはない」という話もあれば、「麻酔医がいるときだけ無痛分娩ができる」という回答もあり、選択肢としては一般的でない状況がうかがえた。

会陰保護は、医師も助産師もするが、助産師は縫合が許可されていないので、クリームを使って会陰を押さえるなど、助産師の方が一生懸命におこなうそう。会陰切開は必要な時におこなうという。政府系病院では、出産時に、6ヶ月の研修を受けた Auxiliary Midwife (助産補助) が助産師1に対して5人いるそう。また、政府系病院では、双子だからといって全例が帝王切開ではなく、患者が嫌がらなければ外廻転で逆子を直して経膈分娩にするという。計画帝王切開は10%ぐらいだが転院や搬送を受けるので、30%ぐらいになるとのことだった。私立病院では帝王切開率が90%ぐらいのところもある (以上 MMD01)。政府系病院の産科単科病院は800床あり、年間1万人出生するという。

産婦人科の教育方針は、ミャンマー産婦人科協会のガイドライン、イギリスの RCOG (英国王立産婦人科医協会) のガイドライン、NICE (英国国立医療技術評価機構) のガイドラインや、アメリカ、オーストラリアなど国際的なガイドライン、アジア・オセアニア産婦人科学会、WHO のガイドラインなど複数のガイドラインから、会陰切開率の低下、帝王石化率の低下、母子の早期接触 (skin to skin)、母乳推奨など、ミャンマーに合うものを選択して決定しているそう (MMD06)。

哺乳は、都会ではもらい乳が好まれないようだ。母乳バンクがあり、入院中は寄付された母乳を滅菌して利用でき、母乳が出るようにするので、もらい乳も人工乳も勧めないという (MMD06)。断然母乳がいいので一部の富裕層と HIV 患者が粉ミルクを使用する以外は、出産準備教室で母乳の教育をしてほとんどの母親は母乳を与えるし、粉ミルクは下痢の原因にもなる (MMD01) と、母乳推奨が語られた。

避妊については、A 市の政府系病院の医師は、緊急避妊薬も薬局で購入できるが、72 時間等の制限時間を越えてから飲んだりして危険なので医師に処方してもらった方がよく、総合医でも処方できる (MMD01)、と緊急避妊薬に言及していた。性教育は RHC の領域なので医師が性教育に行くことはないそう (MMD06)。

不妊治療をしている病院は、人工授精実施は A 市で7施設、体外受精と顕微授精は2016年に開始した2施設 (政府系と私立病院) があり、機械を揃えて、シンガポール、中国、ドイツ、インドなどの医師が手ほどきしてくれ、ミャンマー人医師だけで実施できるようになったという (MMD06)⁴。胚培養士 (エンブリオロジスト) もいる。体外受精は日本円で70万円くらいかかり、バンコクやシンガポールは体外受精の成功率が高いので、外国に渡航し

⁴ ミャンマーで最初の IVF (体外受精) 成功は、プライベートクリニックの Dr. May Thu Myo Myunt によって2007年。ICSIは2008年、TESEも2008年、FET凍結胚移植2008年、胚盤胞2010年だという。<http://bahosifertilitycentremyanmar.com/content/dr-may-thu-myo-nyunt>

師ができ、インプラントは助産師はできないので医師を紹介する。説明して、本人に決めてもらう。

不妊への対処については、都市の知識人は年齢が高くて不妊になることはあるが、田舎ではない。もらえるような養子もない⁵。例え10人産んでも子どもをあげることはなく、シングルマザーという問題もミャンマーにはない、という。

助産師教育について、看護教育と切り離れたダイレクトエントリーのデメリットは、助産しかできないこと。しかし看護教育に助産師教育が入っている場合は、病院で看護師としても助産師としても働くことができる。これは都会のことで、助産のニーズがあるのは非都市部で、非都市部では助産師学校がある。ディプロマ（修了認定）コースの教育内容は、イギリス式、ドイツ式、などのようにどこかの国を基礎にしているのではなく、WHOのガイドラインに基づいて教育しており、教師はほとんど助産師で、医師が教える科目もある。

MMD03によれば、政府系専門病院に助産師の研修センターがあり、インターンシップで臨床研修を実施している。

B市産婦人科医

私立病院

B市にも政府系病院はあるが、非政府系病院の現況の一端を知るために、私立病院、私立クリニック（プライベート・クリニック）、国際NGOの医師にインタビューを実施した。

MMD03は、数年前まで政府系病院に勤務、定年退職して現在は私立病院に務めている。

なお、ミャンマーでは、公務員である政府系病院の医師が副業をもっていることは少なくない。都市圏にある私立病院は夜間に（中には24時間）外来診察をおこなっており、政府系病院の医師が契約して外来を受け持っている（個人名を診察室に掲げ、医師ごとに予約を受けていることもある）。また、個人の外来クリニックを開業していることもある。

MMD03の私立病院についていうと、まず妊娠期は、20週ごろに最初の妊婦健診に来る妊婦が多い。妊娠初期に出血等の異常があったり、流産や死産の経験があったら、妊娠初期に内診や経膈エコーをすることがある（経膈エコーがある）。一般的には外来の時間帯に超音波検査の専門家が妊娠中期に経腹で超音波検査をおこなうが、緊急の場合には産婦人科医も超音波検査をする。医学教育の中に超音波診断が科目としてあり、JICAの協力で日本の大学で超音波研修を受けてもいるようだ。

血液検査はルーティーンで、貧血、肝炎、HIVなど。HIV検査はNGOの検査を研修

⁵ タウンシップにはソーシャルワーカーがいて、地域の子どもの保護を担当している。ボランティア団体に運営されている若年者開発センター（全国211カ所）がおこなう孤児や貧困家庭の保護に財政的支援がされている状況である。ストリートチルドレンや虐待被害者には、国際機関やNGOと連携して取り組みを強化しているという（厚生労働省2019）。

医が説明する。看護師は既往歴等の問診、血液検査、保健指導、出産準備教室（母乳指導を含む⁶）などをおこなう。

出産は、会陰切開は初産婦には実施し、それ以外は必要な時におこなう。会陰保護は、会陰を伸ばすためのパラフィン（鉱物油）がない時には、昔は料理油を使ったと地方のステーション病院や州／病院に勤めていたときにベテラン助産師に聞いたことがある。剃毛は感染予防のために1990年まで実施していたが、産科ガイドラインでしないことになり、1990年から実施していないそうだ。

助産師は初産と第5子以降は分娩介助できないそうだ。産婦人科医が夫の立ち会いを嫌がることや、伝統的に産婦も嫌がるため夫の立ち会い出産もないそうだ。例え産婦の夫が産婦人科医でも妻の出産中に分娩室には入らないという。

帝王切開は、政府系病院ではV B A C（帝王切開後経膈分娩）をするが、私立病院では1回目が帝王切開なら2回目も帝王切開するという。双子でも頭位だったら帝王切開しない。硬膜外麻酔分娩は、現在は最大都市の私立病院でだけ可能で、ほかでは医師の実地研修ができていない、麻酔をすると分娩が長時間になる、付き添いが必要、など理由がいくつかある。

鉗子分娩は、地方によって違いがある。ガイドラインで鉗子が禁止になったが、鉗子を使う都市圏と、吸引を使う都市圏があるそうだ。吸引を使う都市圏でも、簡単で使いやすいから、現在、鉗子の研修をしていると話した。

出生数は政府系病院では1日40～50人生まれる日もあり、年間1万人が生まれる。

家族計画は、カウンセリングをして、注射、ピルなど本人が選択する。回答者の私立病院では毎週水曜日にインプラントを無料で実施し、木曜日の夕方にIUDを実施している。

人工妊娠中絶は母体の健康の理由、中学生がレイプで妊娠、など理由があれば可能だが、違法におこなう人もいると話す医師もいた。もし女性がレイプをされたら、緊急避妊薬を72時間以内に飲んで（5日以内の薬もある）、そのあとIUDをすると答えた医師もいる。

不妊治療は政府系病院、私立病院、私立クリニックでおこなっている。不妊科があり、（回答者の私立病院では）毎週金曜日に外来があつて、子宮卵管造影、通水検査などをおこなっている。不妊治療としてよいと考えるのは人工授精、次に体外受精、第三に養子縁組。卵子提供や精子提供はしていない。

プライベート・クリニック

プライベート・クリニック（私立診療所）で勤務しているMMD04は、かつては政府系病院の産婦人科医として勤務し、一般的な政府系産婦人科医と同様に、医学部での教育や政府系の仕事もおこなっていた。

妊娠中の検査は、政府系病院より提供している検査が多いようである。羊水検査はおこなっていないが、afp4（母体血清マーカーテスト）は受検できるそうだ。超音波検査は、政府

⁶ 毎日16時など時間を決めて病棟でビデオを放映することもあるとのこと。

系病院では放射線科の医師が専門的に超音波検査を実施するとのことだったが、MMD04のプライベート・クリニックでは、3D、4D エコーがあり、妊娠初期、12週に産婦人科医が多胎であるか等の検査をし、中期にはダウン症かどうか超音波検査で確認をするとのことだった。胎児にダウン症があることがわかった場合は、出産で予測される様々な事柄や出生後のことをカウンセリングする。妊婦一人ではなく原則的に夫婦二人にカウンセリングをおこなっている。カウンセリングを一人で受けたいか、妊娠継続をするか含め、「本人が意思決定すべき」という。出産準備教室は、政府系病院、タウンシップやヘルスセンターでも、母乳、沐浴などをビデオで（必要な場合は看護師が）おこなうが、私立診療所では、製薬会社がスポンサーをしてくれるという。

出産は、MMD04のプライベート・クリニックでは、陣痛促進剤、陣痛誘発剤、会陰切開、帝王切開は、必要な時に実施するもので、初産婦だからとルーティーンで会陰切開はしないし、希望があるからといって帝王切開はしないそうだ。MMD04によれば、希望帝王切開はほとんどの場合、メリットとデメリットを示して経膈分娩を勧めるが、現実には医師は多忙により、妊婦は時間の節約のために、ともに帝王切開を希望しているだろうと推測するものの、自身はそうではないと答えている。鉗子はあまり使用せず、鉗子よりも吸引を使用する。無痛分娩の希望を伝えられたことがかつてあるが、麻酔科医がいるときしかできないという。分娩台で仰臥位で出産する。政府系病院と異なるのは、直接介助をする人と、夫の出産立会だ。政府系病院や公立病院では直接介助は異常がなければ、助産師や看護師、その他に研修医が介助するが、プライベート・クリニックでは医師がする。また、医師から夫も入室するように誘うことはないが、プライベート・クリニックなら夫が立ち会うこともできるという。MMD04自身は、「ミャンマーの伝統では夫が立ち会おうと運気が下がると言うが、夫にいて出産を励まして下さいと伝え、夫と看護師を分娩室に入れる」そうだ。

MMD04は、避妊や家族計画のカップル指導をするほか、高校や大学で性教育をしたこともあるという。性交して問題があったら受診するように伝え、人工妊娠中絶は勧めないが、緊急避妊薬も教育に含め、実際に処方している。また、MMD04の専門は不妊治療で、勤めている病院では体外受精の設備がなく、また、エンブリオロジスト（胚培養士）がいないため、体外受精は実施できず、人工授精をおこなっている。海外での体外受精は日本円で200～300万円かかるため、ミャンマー国内で30～60万円程度で実施できるようにしたい、家族がいる国内で実施できる方がよい、いくつか国内でも体外受精の実施を始めているが⁷、自分もタイで見学して機械設備を揃えて開始したいと話した。

⁷ 最初のIVF成功は2007年。ICSIは2008年、TESEも2008年、FET凍結胚移植2008年、胚盤胞2010年だという(<http://bahosifertilitycentremyanmar.com/content/dr-may-thu-myo-nyunt>)。最初に成功したのは、私立病院でDr. May Thu Myo Myuntが実施したものの。

国際NGO（公衆衛生医）

産婦人科医療とは異なる分野として、国際NGOでリプロヘルスに関わる医師MMD02に話を聞いた。この国際NGOは、世界50ヶ国以上において、避妊とリプロヘルス、上下水の衛生、マラリア、HIVと結核、非伝染性の疾病、の5領域で活動している。

ウイン・トゥウ・ミヤッカラヤ（2014）によれば、ミャンマー保健省は国際NGO37機関、国内NGO14機関と協力しており（2013年時点）、特にイギリスは保健医療活動の主要なアクターであり、そのほかに、WHO、UNICEF、UNDP、UNFPA、FAO、団体登録していないNGOや僧院もアクターになっているという。日本政府のJICAもその一つだろう。母子保健分野においても、これらが資金・人材・技術提供をおこなっている。

MMD02によれば、ミャンマーでの活動は人口政策（出生率の抑制）が最初の目的だったが、近年、避妊（家族計画）を通じた、女性のリプロヘルスの向上に焦点が移ったという。このNGOはビジネスモデルに基づいており、主なドナーは製薬会社などの企業である。これらの医薬品を提供する一方で、コミュニティでの使用結果を企業にフィードバックし、提案している。ミャンマーでヘルスケア領域にNGOが入れるようになったのは1988年で、FDAなど海外で認可された医薬品をミャンマー政府が認めた場合に国内で使用できるが、国際NGOが直接人びとに提供するのではなく、協力するクリニックが安価に（あるいは無料で）医薬品等を提供している⁸。

避妊は最近、インプラントが登場してきた。インプラントと注射が増えるとSTD（当該NGOの5つの柱の一つであるHIVを含む性感染症）が増えてしまう。インプラントや注射の避妊ではSTDが予防できないことなど、メリットとデメリットを説明するが、女性は夫にコンドームを使うように言えないという。家族計画について、特に村で抵抗は受けられない。仏教は家族計画に反対ではなく、イスラム教も大家族をよしとするが家族計画に反対はしない（一部の州ではカソリックが多い）。中高生への性教育はしていない。性被害に遭わないように、男性についていけないようにと教育できればよいが、教員が恥ずかしがって、できないそうだ。小学校の教科書では身体の説明が載ったが、性教育はできない。性被害が多いのは学校に来ている子よりも、ストリートチルドレンで、他のNGOでは対象にしているが、当該NGOではほとんどおこなっていないという。

人工妊娠中絶は、かつては死因の10%が中絶によるものだったが、今はそれほどではない、仏教を信仰する医師は施術をしたがらず、実施するのは他の宗教の医師か、非合法にTBAや助産補助、助産師がしていると語った。

出産環境の改善も必要だという。当該NGOでは、妊婦に栄養指導や栄養補助食品を提供している。分娩が進行しない時に短時間で病院に連れていけるように、まず交通の整備が必

⁸ 協力クリニックは国内に数百ある。コミュニティヘルスの趣旨に賛同してだろうが、安価に医薬品が提供できれば患者が増え、クリニック側にとってもメリットもあるのではないか。

要だと話した。それから、統計で skilled professional（専門家による分娩介助）と書いてあっても、助産師ではない人がただ研修を受けただけで、その人たちはアセスメントができないから、要注意だという。DV 対策もしたいが、まだそこまでできていないと語った。

C町区（タウンシップ）

C町区では、タウンシップ病院の最高責任者である医師、併設のルーラル・ヘルスセンターの助産部門の助産師⁹、センターが一部業務を委託している離村のT B Aにヒアリングをおこなった。

まず、ヘルスセンターについて述べる。ヘルスセンターのスタッフは6名、うち4名が助産師で、3名は地域を担当し、1名は管理者（スーパーバイザー）である。他のスタッフはヘルスアシスタント（助手）で、環境整備等をおこなう。ヘルスセンターと隣接のタウンシップ病院は別組織で、医師と看護師は病院で勤務している。

センターの助産師によれば、タウンシップを3つの区域に分け、3人の助産師が1地域を担当している。受け持っている妊婦は100人以上で、村に妊婦健診に行く（センターのある1地域では妊婦が健診に来る）¹⁰。村の取りまとめや連絡は、村の助産補助（Auxiliary Midwife）がおこなう。妊婦健診に出かけるさいの道具は、尿検査のテスター紙、注射器（高血圧の妊婦への注射等）、聴診器、血圧測定器、ドップラー、トラウベ（トランペット¹¹）、コットン、飲み薬。そのほかに体重を計測する。妊婦健診の触診で胎盤の位置はわからない



ヘルスセンターの助産部門の建物



ヘルスセンターの健診室

⁹ インタビューに応じた地区担当の助産師は55歳で中学校を卒業後、州都の助産師学校を卒業して助産師になった。もう一人の管理者である助産師は60歳で高校を卒業後、大都市に出て助産師学校を卒業して助産師になっている。

¹⁰ 村を訪問したさいに、妊産婦や乳児以外の患者を見つけたら、ガイドラインに沿って治療や投薬をし、不可能な場合は病院医師に紹介するという。インタビュー時に他の助産師2名はマラリアの研修を受講しに行っていて不在だった。

¹¹ 筒の両端がラップ状になっているプラスチック（かつては木製）の器具で、一端を妊婦の腹部に、一端を聴取者の耳にあてて、胎児の心音等を聴取する。

が、妊娠中に一度は超音波検査を受けることはルーティーンではないという。

かつては助産師が毎月15人ほどの自宅出産をおこなっていたが、現在は月に1人程度で、タウンシップ病院での出産が多くなった。助産師によれば、病院医師は、診察すると妊婦に病院で出産した方がよいと言うので、自宅出産が減ったという。10年前は逆子でも経膈分娩していたが、現在は外廻転をしないで全例帝王切開にする。胎盤が娩出しない時も、用手剥離しないで、決められた時間を過ぎたら病院に搬送・転院する。

自宅出産のさい、部屋には助産師の他に産婦の母親や家族、親戚がいるが、夫が部屋に入ることには少ない。妻が痛がっているのを見たくないからだという。夫よりも女性が手伝う方がよいそうだ。自宅出産の場合でも、かつては会陰切開と浣腸はしたが、現在はしない。また現在、剃毛も点滴もしない。会陰保護をして、裂傷があったときは助産師が縫合してもよい。出生後、カンガルーケアをおこなっていて、WHOコードという言葉も聞いている。かつては生まれた子を洗ったが、現在は洗ってはならない。出生後に水分は与えず、母乳は6ヶ月までは与えるなど、変化したという。胎盤は、現在は適当に埋めているが、かつては埋めた場所を踏むと子どもが元気になると言われていた。母乳が出ない人は経験上いない。出が悪いときでも、乳房を洗うことはあっても、マッサージやポンプで吸うことはないそうだ。

不妊の場合は病院を受診するよう促し、投薬を受ける。避妊は、町区で政府の薬の提供量が決まっていて、主に3ヶ月に1回のホルモン注射を利用している。例え中学生でレイプされて妊娠しても、中絶はできず、産んで育てるしかない。そういう人はたくさんいるが、みんながかわいそうに思っただけでかわいがる。子どもを他の人にあげたり、施設に預ける人もここではあまりいないと答えた。

助産補助者 (Auxiliary Midwife) (TBA)

センターから紹介を受けて、センターから3マイル離れた村(約5キロ、非塗装路もありバイクで15~20分)の助産補助者MMO01のインタビューをした。この村には医師も助産師もおらず、当該助産補助者がいるのみである。

MMO01は65歳で、自身の子どもを3人産んだあと32歳から出産の手伝いを始め(Traditional Birth Attendant: TBA)、この村の出産はほとんど自分が介助して、100例以上になる。

自身が出産したさいには村にTBAはおらず、助産師という人も知らなかった。第1子出産は母が手伝い、以降は一人で出産した。

当時は研修を受けていなかったが、現在は研修を受けて助産補助者(Auxiliary Midwife)となり、分娩キットを預かって出産の介助をしている。妊婦健診と乳幼児の予防接種は日にちを



助産補助者が住む村

決めて妊婦や乳幼児が集まり、センターから助産師が来ている¹²。妊婦健診で異常が発見されたらタウンシップ病院を紹介される。予防接種の記録は村の子ども1人1枚作成していて、MMO01が管理している。

出産介助は、センターから支給される分娩キットを使用する。布など家にあるものも使用する。臍の緒を挟むクリップなどの分娩キットができたのは20年前で、それまでは竹を削って煮沸して使用していた。分娩介助はMMO01一人で、そのほかに妊婦の親戚がおおぜい手伝う。上の子も夫も入室してよく、夫を抱えたり、夫が汗を拭いたりして手伝う。分娩姿勢は、よつばい、座産、側臥位、仰臥位など様々で、綱をもって産む人もいる。分娩時の異常はこれまでにない。臍帯が巻絡して分娩に時間がかかることがあったくらい。何か異常があったら車で病院に運ぶ（かつては籠を2人で担いだ）。例えば前置胎盤の場合は妊娠6ヶ月くらいで出血するので判明し、病院で検査をして帝王切開になる。

胎盤は埋めて犬が掘らないように大きな石を置く。産後は、臍の緒が落ちるまでMMO01が通って沐浴するが、忙しいときは妊婦の親戚が沐浴をする。沐浴用に大きなたらいを買ってお湯を入れて児を洗う。産婦からの出産のお礼はあるときもないときもある。

村では特に家族計画はしておらず、希望する数だけでもう産んだという人は助産師に話をするように、病院に行くように伝えている。逆に子どもができなくて困っている人も村にはいる。医師に相談する。子どもができた夫婦もいれば、できない夫婦もいるし、養子をとった人もいれば、そのままの人もいるようだ。



自宅出産予定者に渡しておく自宅分娩キット



自宅の一部を囲って出産と産後の1ヶ月を過ごす

C町区タウンシップ病院医師

¹² センターから村に助産師が来るさいには、助産補助者の家で一泊し、歓待するという。元TBAで現在助産補助者という立場であるが、助産師と助産補助者は非常に友好的、協力的であるという印象を受けた。インタビューにあたって、助産師がMMO01にセンター来訪を依頼し、インタビュー後に助産師とともにこの村を訪問した。

ヘルスセンターと同じ敷地内にタウンシップ病院がある。医師5名（うち1名が院長）、看護師24人で、メディカルオフィサー（行政医務官）でもある病院最高責任者の医師（院長）MMD05に話を聞いた。



タウンシップ病院

医学部で専門医でなく総合診療医（GP）を選択すると、全国各地のタウンシップ病院で医師として勤務し、次に小さな町区病院の行政医務官と病院責任者

（院長）、次に大きな区域・州の行政医務官と病院責任者へとキャリアが進む。行政医務官としては、調査地の町区を含む大行政区の会議への参加、公衆衛生に関する施策運営、センターの管理や指導をおこない、病院院長として診察や手術もおこなっている。

総合診療医として産婦人科（分娩介助や子宮外妊娠・流産の処置や手術等）のほか、外科も内科も診る。

妊婦健診は、妊娠7ヶ月までは4週に1回、妊娠7ヶ月以降は2週に1回というスケジュールだが受診しない人もいる。しかし、前院長が村にも助産師を派遣して教育したので、妊婦健診を1度も受けずに陣痛が来ていきなり受診する人は少ない¹³。

妊娠7ヶ月で超音波の専門医が超音波検査をし、例えば前置胎盤であることがわかったりする。超音波診断をする医師は日曜日など曜日が決まっている。総合診療医は超音波を使用せず、例えば子宮外妊娠であるかどうかは、尿検査、出血の様子、外診から判断をする。

超音波検査をする医師は、ダウン症かどうかは診ていない。NTという言葉は知らない。日本がダウン症を気にするのは、高齢出産だからではないか、ここでは妊娠中にダウン症を気にすることはないし、ここではスクリーニングの技術もない、と語る。

出産については、5歳以下の乳幼児死亡率と出産時の死亡率を低くするために政府の方針で自宅出産ではなく病院出産を勧めているのだそうだ。自宅出産が駄目なのではなく、トレーニングを受けた助産師が立ち会って出産してほしいという。会陰保護は日本と同じような方法で保護をする。以前は会陰切開をしていたが、現在では児頭が大きいなどの時に切開をし、ルーティーンではしていない。

分娩室に分娩台は1台で、分娩台で出産する。前の勤務病院で夫の立ち会い出産の研修を受けて実施していたので、この病院でもできるようにしたいと考えている。

帝王切開率は30%位で、鉗子よりも帝王切開の方がよいと考えている。救急搬送されて

¹³ ヘルスセンターの助産師が、タウンシップ病院の医師は厳しくて、この医師が診察するとみな病院出産になり、自宅出産が急激に減ったと言っていたのは、前院長のことである。

きた胎盤早期剥離患者などの時も帝王切開をする。胎盤早期剥離は、超音波検査でわかるのではなく、血圧、顔面が蒼白になるなど症状を見て胎盤早期剥離の疑いと判断して帝王切開するのだそうだ。

家族計画は、現在、医師団体が教育しなければならないことになっているという。具体的にはコンドームを教え、性教育も学校教育に入れることになった。人工妊娠中絶は、妊婦の身体的理由よりも、若年未婚者の妊娠が多い。親が無理に中絶をさせる、伝統薬での中絶は出血して危険である、という。私個人の考えとしては、もし中絶を合法化するなら、すべて許可するのではなく、どういう状況なら中絶が許されるのか、きちんと決めてほしいと思っている。また、自分ならば、中絶する場合、出産する場合の、人生のプランニングについてカウンセリングをしてあげたい、と語った。

(4) 女性インタビュー概要

次に、女性インタビューの概要を述べる。対象者は以下の通り、A市7名、C町8名で、主な属性や経験については、表にまとめた。次節では、妊娠、出産、不妊、避妊や家族計画および人工妊娠中絶の領域ごとに対象者が語った内容を短く概観する。

女性インタビュー協力者概要

ID	地域	子どもの人数、年齢、性別	家族構成	年齢	職業 (夫・妻の順)	学歴	出産(年長から順に)	その他
MMW01	A市	1人、7歳女兒	単身世帯	30	海外で 経理	大卒	大病院で帝王切開	姉夫婦が 養育
MMW02	A市	1人、9歳9ヶ月男児	-	40	-	-	私立病院で帝王切開	
MMW03	A市	2人、10歳女兒、1歳男児	夫は海外	30	夫は海外	-	病院で普通/ 私立病院で帝王切開	
MMW04	A市	2人、18歳女兒、9歳女兒	夫婦と子	46	会社員/ 専業主婦	高校中退	私立CLで普通	
MMW05	A市	1人、0歳女兒	母親と子	27	海外/ 専業主婦	高卒	私立CLで帝王切開	
MMW06	A市	1人、3歳男児	母親と夫婦と子	30	販売/ 販売	-	私立CLで帝王切開	
MMW07	A市	2人、5歳男児、3歳女兒	母系複合家族	35	会社員/ 会社経営	大学院	私立病院で普通	
MMW08	C町	2人、現在妊娠中。8歳(小学校2年生)	夫婦と子	29	運転手/ 内職	高卒	自宅で普通	

		女兒、4 歳女兒						
MMW09	C 町	1 人、5 歳（幼稚園生）男児	夫の祖母と母、夫婦と子	26	教員/専業主婦	高卒	タウンシップ病院で普通	他に「養子」が2人いると
MMW10	C 町	1 人、8 歳男児	夫婦と子	32	村長/専業主婦	高卒	自宅出産で普通	病院搬送
MMW11	C 町	1 人、2 歳 6 か月の女兒	夫の母と夫婦と子	26	建設/販売	小卒	タウンシップ病院で帝王切開	
MMW12	C 町	1 人、4 歳 3 ヶ月女児	夫の父と姉、夫婦と子	26	職人/サービス	高卒	タウンシップ病院で普通	
MMW13	C 町	2 人、15 歳男児、8 歳女児	夫の両親、夫婦、子	38	運転手/販売	高卒	タウンシップ病院で帝王切開	
MMW14	C 町	2 人、10 歳男児、4 歳男児	夫婦と子	33	運転手/専業主婦	中学中退	自宅で普通	
MMW15	C 町	1 人、3 歳男児	自身の両親と弟、夫婦と子	27	運転手/接客	大卒	タウンシップ病院で普通	

CL はクリニックの略

女性調査概要

1) 結婚から妊娠

結婚年齢が確認できた範囲では、最年少が 19 歳、最高齢が 28 歳で、19 歳で結婚した女性は周囲より「早い方」だと答えていた。恋愛結婚か紹介結婚か尋ねた 8 人全員が恋愛結婚で、C 町では「帰宅が遅くなったから（性関係はなかったが）責任をとって結婚した」という厳しい性規範がみられた一方で、妊娠がわかって結婚することになっても「付き合っているのを知っているから」「（親も）結婚すると思っていたので」と親が特段怒らなかった人が 2 人いた。

結婚後すぐに避妊をしたかどうかは、十分に聞いていないが、「授かり婚」以外は、おおむね結婚から 1～2 年後に第 1 子が生まれているようだ。結婚してすぐの避妊はホルモン注射で、生み終わった今はピルを飲んでいると答えた人が 1 人いた。避妊・家族計画については改めて述べる。

妊娠の確認方法が聞けた 13 人のうち 9 人が、月経の停止やつわりなど身体の変化から妊娠の可能性に気づいたあと、薬局でテストを購入して自身で妊娠しているか確かめ、陽性反応だったので病院やクリニックを受診していた。A 市でも C 町でも同様だった。

妊婦健診の頻度と健診者が聞いた13人はすべて、推奨されている頻度で妊婦健診を受診していた(妊娠8ヶ月まで月に1回、以降は1~2週に1回)。健診者はほとんどが医師で、混雑を避けるために病院ではなく病院医師のプライベート・クリニックを受診している人が多い。プライベート・クリニックで健診を受けると自費で、日本円で200~1000円ほど、病院やヘルスセンターだと無料である。助産師の健診を受けたことがあると答えたのは13人のうち5人で、C町でヘルスセンターで妊婦健診を受けた3人と、プライベート・クリニックの健診(おそらく計測)が助産師だったと答えた2人である。出産準備教室の有無を訪ねた4人のうち2人は教室はなく書籍か母親から学ぶと答え、あると答えた2人の1人は存在を知っているが母から学ばないので出席しなかったと答えた。ヘルスセンターや病院で恒常的に集団で実施する出産準備教室は一般的ではないようだ。

妊娠中の検査について、A市の7名のうち血液検査をしなかったと答えたのは1名で、尿検査(糖尿や蛋白等)と血液検査(肝炎等の感染症等)は計測とともに恒常的にされているようだ。内診や経膈エコーは誰も経験していない。C町では尿検査や血液検査のほか、8名のうち1名が医師の内診を受けたと答え、2名は予防注射を受けたと答えたが、詳細は尋ねていない。妊娠初期に夫婦で受診して二人とも感染症の血液検査を受けると説明した人もいた。超音波検査はおおむね妊娠6ヶ月以降に超音波検査をおこなう医師が3回ほど実施し、性別、正常かどうか(おそらく胎盤の位置や胎児の位置)を診て、それによって帝王切開か普通分娩かが決まるという。超音波検査を受けたことがない人が1人いた(希望帝王切開で分娩)。ダウン症かどうか妊娠中に検査をしたり心配したりするかどうかは、次節の考察に詳しく書いたが、「ダウン症は知っているが、妊娠中に胎児がダウン症かどうかを調べる検査は知らない」「検査はしない」「羊水検査という検査は知らない」「超音波検査では胎児の心臓など異常がないかを見る」「障がいがあっても受け入れる」「妊娠中は、お腹の子が活着しているかの心配だけで、ダウン症かどうかの心配はしなかった」「生まれたときに(ダウン症かどうか)顔を見た」などの語りがあった。ダウン症という障がいがあることは認識しているが、胎児がダウン症かどうかを調べて、その結果によって妊娠の継続を検討するという発想はないようだった¹⁴。

子どもの性別選好については「どちらでもよい」がほとんどで、「男児もほしいので次の子を妊娠した」という人が1名いた。妊娠中の超音波検査で胎児の性別を知らされる人が多

¹⁴ 本報告では、ミャンマーにおける障がい児・者福祉や教育制度について、十分文献レビューをおこなっていない。例えばヤンゴンの知的障害児(ダウン症児を含む)施設について、以下のブログに視察報告がある。(日本の資金が入っているという)

勝田吉彰氏のブログ <http://www.myanmarinfo.jp/entry/2015/05/19/213000>

厚生労働省(2019)によれば、生活保護にあたる社会保障はなく、困窮者は家族やコミュニティ、僧院に頼っている。障がい児の私立学校が運営されているが都市部に集中しているため、地方の取り組みが国際NGOと連携して推進されつつあるという。

い。

2) 出産

出産は、A市の7名のうち2名が第1子を政府系病院で出産し（うち1名は次子は私立病院）、5名は私立病院で出産していた。私立病院で出産した理由は「希望帝王切開ができるから」「政府系病院はお化けが出るから」「駐車場や夜間外来が便利で有名な医師がいるから」「健診をしたクリニックの医師がいる病院だから」など。出産と入院の費用は自費で、政府系病院で普通分娩をした人は無料（食事と医薬品は実費）、2000円、1万円、政府系病院の帝王切開は5万円、プライベート・クリニックの普通出産は3万円、私立病院の普通出産は7万円、帝王切開は10万円、11万円などの回答だった。

C町の8名は、町の病院で7名が出産し（うち1名は分娩の進行が早くて自宅で生まれて病院に搬送）、1名がヘルスセンターの助産師が自宅に来て自宅出産した。病院で出産した理由は「一人目は病院で産むように医師に言われた」「医師がいて安心安全だから、一人目は病院で出産するように言われなくても病院にしたと思う」「病院の方が安全で、私立病院より近い、便利、安い、交通費がかからないから」。自宅で出産した女性は「友人も自宅で出産し、元気で普通の出産だから病院に行く必要がないと思った。医師に相談して自宅でもいいと言われた」という。自身がどこで生まれたか尋ねた2名は、自宅で生まれたと回答した。

出産はA市の7名のうち帝王切開を経験していないのは2名のみ、C町の8名では、帝王切開したのは、妊娠高血圧のために医学的適用で帝王切開になった1名のみだった。「陣痛が嫌で帝王切開を希望したが、医師と夫が帝王切開だとたくさん子どもが産めなくなると言って、普通出産になった」という人もいた。

普通分娩の場合、ほとんどの人が会陰縫合や会陰切開を経験しており、剃毛、浣腸、血管確保はまちまちだった。硬膜外麻酔は選択肢がなかった。分娩姿勢は仰臥位で、陣痛時のマッサージは母親など家族がしていた。医療者は、「男性は分娩室に入りたがらない、運気が下がって来世で男性に生まれ変われない」と話す人もいたが、女性たちは「考えるだけで恥ずかしい」という人もいれば「力になるからそばにいてほしい」という人もいた。

出産後は児を拭いて服を着せてから抱き、カンガルーケア、skin to skin という言葉を聞いたことがある人はいなかった。沐浴指導や授乳指導、乳房マッサージを経験した人もいない。入院は普通分娩で5日間程度、帝王切開で7日間程度だった。胎盤は病院が処理をしたり、家族が病院や自宅に埋めたという人もいた。特に言い伝えはないようだった。

退院後の過ごし方は、A市では2人が病院で有料で頼んだ看護師に、退院後も日中派遣看護を依頼したと回答した。C町では産後1～1ヶ月半は頭にタオルを巻いて、頭が冷えな



前述の産後の別室で頭にタオルを巻いて児を抱く初産の女性

いようにしたという。母乳は1年半～2年飲ませた人が多かった。途中から粉ミルクも併用して混合栄養だった人が2人いて、母乳のみだった人が多かった。仕事をしてい人も、子どもを世話する家族が搾乳した母乳をあげていたという。「(周囲は)粉ミルクの人が多い」と話した人が1人いた。もらい乳に対しては、(自分は母乳が足りているので必要ないが)(粉ミルクがあるので頼まれたことはないが)「もらい乳はいいと思う」「他の子にあげるなら直接母乳を飲ませる。ポンプで哺乳瓶は下痢すると聞いた」などの答えがあった。

3) 避妊・家族計画および人工妊娠中絶について

子どもの数は1人が9人、2人が6人(うち1人は3人目を妊娠中)で、1人がいいという人、2～3人が一般的だという人がいたが、たくさんいないという理由として「教育費がかかる」と答える人が複数いた。

全員に近代的避妊の経験があった。離別してパートナーがいない1名、夫が海外勤務の1名、妊娠中の1名、持病で妊娠しにくい1名以外は、現在、ピル、インプラント、卵管結紮、注射による避妊をおこなっている。避妊は有料で、太る、痩せる、などの副作用によって合う方法を選択している¹⁵。夫婦ではコンドームは使用しないそうだ。「家族計画をすることは夫と相談しない」「夫と相談する」「数ヶ月後にインプラントを出す予定」など、主体的に家族計画に関わる姿勢が見られた。(ただし知人同士で情報交換することはないという。ミャンマーでは未婚の女性は月経という言葉を口にしないほど、生殖と身体に関する話はしないとのこと。)

人工妊娠中絶については、医療者と同様に、「口にするのも嫌だ」という表情だった。

MMW01は妊娠を機に結婚、その後離婚して現在は海外に在住しているからか、「未婚で若い人は中絶してよい。安全にできるように中絶が認められるべき」と答えていた。他の14人は中絶はよくないと答え、「中学生がレイプされて妊娠した」と若年、未婚、性被害という例を出して尋ねたところ、その状況ならば中絶もやむを得ないと回答したのは3名だった。他は、仏様からのギフトだからどんな場合でも許されない、子どもに罪はない、殺人と同じである、親族が育てればよい、預けるところがあるからそこに預ければよい、中絶は悪魔である、という回答だった。

4) 不妊への対処と第三者が関わる生殖技術・養子縁組について

不妊について、身近に不妊で困っている人はいないと答えたのは1名だけで、多くの人は身近に不妊を経験していた。「お金がある人はバンコクで体外受精をする」「養子は取らない。

¹⁵ 費用については詳細に聞いていない。「インプラントは政府系病院ではなくプライベート・クリニックで5年効き目があるものは25,000円、国際NGOだと薬代だけで3年効果があり5,000円」、「自分が入れたインプラントは始まった頃で5,000円と高かったが、現在は2000円」(C町)など。

体外受精がよい」と、養子よりも体外受精を対処法としてあげる人が4人いたが、「他の子どもをかわいがればよい」「甥や姪の世話をすればよい」「何もしない」と、夫婦間の子どもは特段必要でないと話す人がいた。ミャンマーは前述のように他民族国家だが、一般に母系社会と言われ、結婚時に夫が妻方の家族と同居することも少なくない。実際、MMW01は自身の離婚後に、妊娠・出産できなかつた姉夫婦がW01の子を育て、W01は海外で就学と就業をしている。子どもは姉夫婦を父母と呼んでいるが、MMW01から生まれたことも知っているようで、MMW01は自身を「ひとり親」と話していた。

女性たちに精子提供、卵子提供、養子縁組についての考えを尋ねたところ、「子どもが生まれなくても何もしない」「離婚もない」という人が多かったが、養子を取るならいいが配偶子提供は嫌だという人が4人いた。理由は「複雑なことをするよりも、恵まれない子がいるならその子を育ててあげたい」「血はつながらなくても、小さな赤ちゃんを育てる」だった。この2名とは別に、MMW09(C町)が「そういえばうちに2人養子がいた」と妊娠出産の質問の時に回答していなかつた子どもの存在を話した。夫婦喧嘩が多いので占い師に見てもらったら、夫婦も子どもも土曜生まれのため、日曜生まれの養子を2人迎えるとよいと言われ、親元が田舎で高校に寄宿している日曜生まれのきょうだい(10代の男児)が、この家に住むようになったという。親元から身分証明書も預かり、将来この家に残るか、親元に帰るかは本人に任せるという。

そのほか、養子ではなく精子提供がよいと答えた人が1名あり、その理由は「養子より技術の方がいい。自分の血がつながっているのがいい」だった。配偶子提供が嫌だと答えた人の理由は「お金がかかる」だった。養子も配偶子提供も嫌だという人は「血がつながっていないから」「血のつながりを気にするから」という理由だった。卵子提供、精子提供、代理出産という用語は、全員が正しく理解していた。

(5) 知見・考察

一点目に、ここまで報告したように、ミャンマーでは都市と非都市において妊娠・出産に関するシステムが異なっている。非都市では、二次・三次医療を担う公立病院と、その下部にある一次公立病院、ヘルスセンターがほとんどすべての産婦人科医療を担っている。勤務医の私設のクリニックはあるが、政府系専門病院や私立大病院はなく、産婦人科領域の提供内容は標準化されている。都市部では政府系病院、私立病院、私設クリニックなどの選択肢があり、出産時に希望帝王切開ができる、不妊治療に人工授精や体外受精ができるなど選択肢がある。ただし非都市でも、以前の医師はほとんど病院出産に誘導したり、新しい医師が来たら夫の立ち会い出産が推奨されるなど、違いも生じている。医療供給システムの違いは、総合医はヘルスセンターや地区病院で一般診療の一部として周産期に関わり、臨床産婦人科医は政府系病院や専門病院で教育と高度医療に関わる。前者は国の保健政策に関わり、後者は医療政策に関わるという医療者システムと連動していた。

二点目に、ミャンマーでは NIPT や羊水検査など、胎児の染色体異常の検査が一般的で

はない。女性たちにダウン症候群について尋ねたところ、ダウン症候群という言葉を知らない人は一人もいなかった。しかし、女性たちは「障がいをもった子どもは、かわいそうなので、優先され、皆にかわいがられるので、子育ては大変ではない」「女性が責められることはない」「妊娠中にダウン症の心配はしていなかった。ダウン症になる理由は分からないし治せない」と話し、ダウン症の子が生まれることを忌避する態度は見せなかった。むしろ「胎動がないと感じて心配したことはある」「お腹の中にいるかいないか、生きて生まれるかどうかだけ」と、胎児の生命の心配をしていた。ただし、「健康であるよう妊娠中に祈る」「生まれてからダウン症かどうか顔を見た」とも言い、無関心というわけではない。「来世で健康に生まれるように、皆がかわいがる」と仏教的死生観との関連も見いだされた。一方で、「知人にダウン症の子が生まれて、仕事と子育てが大変そうだと現実的な会話もあった。

こうした障がい観、出生前検査に対する態度は、胎児は子どもであり、仏からのギフトだから、中絶は殺人にあたり、絶対悪だという中絶への考え方とも関連しているのではないか。中絶が禁止であることと、家族計画に資源が投入され、障がいを発見するための出生前検査が普及しないことは関係があると推察される。

三点目に、性規範や家族規範とリプロダクション（生殖）の関わりである。未婚者は性的な事柄がタブーで、月経の話さえ恥ずかしいという（交際していないのに帰宅が遅れた責任を男性が取って結婚した人もいれば、結婚を前提に交際していたので妊娠してもとがめられなかった人もいたが）。出産に男性が関わることに對する忌避感もあった。が、都市でも非都市でも、関わってほしいという意見も医療者や女性にみられた。ミャンマーは母系社会と言われ、婚姻しても姉妹や母娘が同居したり相互扶助関係を維持する傾向にある。不妊で子どもが産まれなくても、「不妊治療はしなくてもいい」「甥や姪の世話をしてかわいがればいい」という回答は、こうした生活様式と関連しているのではないか。実際、前述のように離別したひとり親が、子の生まれない姉夫婦を親代わりにして、海外で就学・就業している対象者がいたし、占いにより学生を養子のように住ませるなど、血縁に関わらない養育もみられた。ただし都市部では不妊治療（検査や薬物療法、人工授精）が普及しつつあり、夫婦間の子をもつニーズも語られた。

四点目に、グローバル化の観点からいうと、政府系の臨床の医師や助産師は海外留学経験があったり、海外ジャーナルをオンラインで読んだりしていて、海外の情報に慣れ親しんでいる。日本、韓国、ドイツ、シンガポールなど海外の検査会社や医療機器メーカーが営業活動に訪れていて、実際、前述のように検査会社が NIPT 検査を政府系病院の医師に営業していた。医師も、偽陽性確率、偽陰性確率、費用、検査が普及している国などの情報ももっていた。大学間交流や技術者の派遣、研修もある。WHO コードや海外・国際的な学会のガイドライン等で医学的に不要な帝王切開や会陰切開を減じ、出生後の早期接触や母乳栄養を高めることが推奨されていることを知っている。家族計画や HIV 感染など、人口や国際保健に関する分野では、国際 NGO の関与がかなりあることもわかった。

医療者ではない人びともまた、体外受精や第三者が関わる生殖医療はタイで実施できる、

タイより費用がかかるがシンガポールでもできる等、経験者を知っているし、SNS で水中出産などの動向も知っているという。このように、医療者も非医療者も、ローカルでありながらグローバル化の中にあると言えるだろう。

参考引用文献

- 馬場洋子 2011「ミャンマー連邦共和国における保健医療の現状」国際医療協力部派遣協力課、国際医療研究センター
- 独立行政法人国際協力機構人間開発部 2011『ミャンマー連邦母子保健課題に関する情報収集・確認調査報告書』
- 独立行政法人国際協力機構『ミャンマー国 ヤンゴン新専門病院建設計画 準備調査報告書』独立行政法人国際協力機構
- イプソス・ビジネス・コンサルティング 2013『ミャンマーにおける保健医療』イプソス・ビジネス・コンサルティング
- 厚生労働省 2019「2018 海外情勢」
- 高橋 健二 1998「海外医療事情レポート 2 1 ミャンマー」『海外医療』22
- テルモ株式会社 2013『ミャンマー連邦共和国（ミャンマー）における血液業務の実態調査報告書』テルモ株式会社
- 内田勝巳「ミャンマーの地域特性と格差」『摂南経済研究』6(1,2), pp.63-84
- ウイン・トゥウ・ミヤッカラヤ 2014「ミャンマーにおける保健医療の現状と今後の可能性」『日本経済大学大学院紀要』2(2), pp.189-207

II-11 ブータン王国（ブータン）

文・撮影／幅崎麻紀子

（1）国の概要

ブータンは北側を中国、南側をインドに挟まれたヒマラヤ山脈に位置する王国である。面積は 38,394 平方km（九州とほぼ同じ広さ）、人口は約 73 万人である¹。北緯 26 度 40 分~28 度 15 分、東経 88 度 45 分~92 度 10 分に位置する。



https://www.nationsonline.org/oneworld/map/bhutan_map.htm

山脈の中に国土があるため、南北約 250 km の中に、インド国境地域の標高 200m から北の中国国境では 6,000m を超える高地で、急峻な斜面に位置する国である。亜熱帯性気候からツンドラ気候までが含まれ、6 月から 9 月の雨季、12 月から 2 月の乾季に分かれ、冬季には標高の高い地域では最低気温が氷点下となる。

首都ティンプー、パロ、プナカ、タシガンなどの主要な街は、高度 1,500m から 3,000m に位置する。人口は約 72 万人で、東ブータン先住民（ツァンラ）、チベット系（ンガロップ）、ネパール系（ローツァンパ）、その他の少数民族から成る。

ブータンの道路は地形に沿って敷設され、道路状況は悪く、都市間の移動には時間を要する。

政治体制は、立憲君主制、議会制民主主義。GNH（国民総幸福量）は有名で、ブータンの国の方針は「経済発展によるGNPの増大を目指すのではなく、国民全体の幸福を最も重視する」と宣言している。

公用語はゾンカ語、国教はチベット仏教。国内には、20 の行政区（県：ゾンカク）があり、各県の県庁ゾン（城砦）は、行政・司法及び僧院として機能している。ゾンカクはゲオク（村）という行政単位で構成されている。

主要産業は農業、林業、電力（水力発電）で、GDP は 25.28 億ドル（2017 年：世銀資料）、一人当たり GDP は 2,956 米ドル（2017 年世銀資料）である。

（2）調査地概要

調査地は、交通アクセスの関係から、西部ブータンの下記の 5 つの県にて実施した。

・D 県（標高約 1,800m-5,400m）：人口 138,736 人。首都ティンプーの位置する D 県は、政治、経済、医療、教育の中心地である。

¹ Bhutan at a Glance 2019

・B 県（標高約 1,200m-4,800m）：人口 28,740 人。温暖な気候の B 県は 1955 年まで 300 年の間、ブータンの「冬の首都」が置かれ、第 1 回の国会、初代国王の戴冠式、現第 5 代国王の結婚式もここで行われた。子宝の寺として有名なチミラカンがある。

・A 県（標高約 1,800m-5,400m）：人口 48,135 人、ブータン西部に位置する盆地で、ブータン唯一の国際空港の所在地であるとともに、古い僧院や寺院が数多く存在するブータン最大の観光地

・C 県（標高約 1,000m-5,600m）：人口 13,499 人。中国国境に近く 長い間閉ざされていましたが、2001 年より外国人観光客にも開放。インド軍が駐留する軍の町。

・E 県（標高約 500m-5,400m）：人口 43,102 人。プナカの南に位置する W 県は、東西ブータンを隔てる重要な街。



首都ティンプーの風景



B 県のゾン付近の風景



C 県の市街地の風景



A 県市街地の風景



B 県の古い町並み



E 県内の町の風景

(3) 医療制度およびプロダクション分野関連の制度

ブータンのほぼ全ての医療機関は国によって運営されており、個室料金等を除き、医療サービスは全て無料で提供されている。医療機関は、ティンプーの JDWNR (Jigme Dorji Wangchuck National Referral Hospital) 病院が全ての医療機関のトップとして高度な医療サービスを提供しており、名称の通り、高度な医療が必要な場合、各地の下位医療機関からリファーされる患者の受け入れを行っている。その下位の地域医療の中核拠点として、西部地域は JDWNR 病院がその役割を担っており、中部には Gaylephug 病院、東部には Mongar 病院が設置されている。この地域拠点病院の下に 31 の県病院があり、各県 (全国に 20 県) に 1 つ以上が設置されている。また、その下に、BHU 1 (Basic Health Unit 1 グレード 1 基礎保健所)、BHU 2 (Basic Health Unit 2 グレード 2 基礎保健所) が全国に約 235 か所設置されている。BHU 1 には医師、看護師、HA (Health Assistant) が配置し、BHU 2 には HA のみが配置されている。BHU 2 では簡単な診療、出産、小児の定期予防接種、各種保健指導などのプライマリケアを提供している。さらに、BHU の下、Out-reach Clinic (ORC) 562 か所と呼ばれる出張診療所が設けられている²。

ブータン国内で提供できない高度な医療機材・技術を要する心疾患や脳、腎臓の手術等はインドの医療施設へ患者を紹介している。その際の交通費や治療費はすべて国費によって措置される。

現在、ブータン国内には医師養成機関はないため、医師となるためには、国外の大学の医学部に進学しなければならない。毎年 5~10 名程度、国費にて国外医学部への留学枠を設けている。今回聞き取りをした医師の場合、インドやバングラデシュで MBBS (医学士) を取

² 日本国外務省：世界の医療事情 (外部サイト)：ブータン (外部サイト)。(資料：<https://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/asia/bhutan.html>
file:///C:/Users/Makiko%20HABAZAKI/Desktop/アジア科研報告書原稿/ブータン資料/12285714.pdf

得していた。

2013年には、伝統医療学校（National Institute for Traditional Medicine, NITM）と王立保健医療専門学校（Royal Institute of Health Science, RIHS）を統合し、ブータン医科大学（Kesar Gyalpo University of Medical Sciences of Bhutan, KGUMSB）が設立された。当初は医学部を設置する予定だったが、指導医不足等により医学部は設置しておらず、4年制の専門医研修プログラムのみである。その他に、ブータン医科大学では看護師・助産師、麻酔看護、公衆衛生、伝統医療医師の学士と、検査、放射線、歯科、薬剤などの技術者の学位の修得が可能である。（JICA 資料³）

看護師教育及びヘルスアシスタントの教育はブータン国内で行われている。複数の看護学校とカレッジがあるが、全て KGUMSB の傘下にある。看護師の場合、アシスタントナース、スタッフナース、クリニカルナースの3種類に分かれる。アシスタントナースは10年生終了後に看護師教育を受ける。スタッフナースは12年生終了後に3年制の General Nursing and Midwifery (GNM) のための学校 (Institution) へ行くと卒業証書が授与される。GNM 取得後に進学し、BSc. Nursing and Midwifery を取得して、クリニカルナースとなることも可能である。あるいは、12年生を終了後に4年制の College にて BSc Nursing and Midwifery を取得することも可能である。ヘルスアシスタントの場合は、12年生を終了後に、KGUMSB でヘルスサイエンスのディプロマ（卒業証明）を取得する。

2015年現在、ブータン国内には251人の医師がいるが、その約1/3がJDWNR病院配置されており、地方の医師不足が課題となっている。人口1万人あたりの医師数は3.3人、看護師は14.1人である。



B 県病院



E 県内の BHUII

ブータンの医療者インタビュー協力者概要

BhN01	A 県	シニア看護師/助産師	県病院勤務、コミュニティ・ヘルス・
-------	-----	------------	-------------------

³ 国際協力機構、株式会社 国際テクノ・センター 2017

			ユニットで妊婦健診担当
BhN02	A 県	看護師/助産師	県病院勤務、産婦人科病棟看護師
BhO01	B 県	ヘルスアシスタント	県病院勤務、コミュニティ・ヘルス・ユニットで妊婦健診、産後健診、乳幼児健診担当
BhD01	A 県	一般医師 MBBS	県病院勤務一般医
BhD02	C 県	一般医師 MBBS	BHU I 勤務一般医

結果概要

A 県、B 県、C 県および首都の病院と BHU I、BHU II を訪問し、産前産後健診を行うコミュニティ・ヘルス部門、産科婦人科病棟、分娩室を見学した。全て、国営の医療施設であり、勤務する医師、看護師/助産師、ヘルスアシスタントは公務員である。

聞き取り調査を実施した医療施設は、BHU1 と県病院のため、医師、ヘルスアシスタント、看護師/助産師が常駐している。BHU 2 の場合はヘルスアシスタントと看護師/助産師のみであるが、医療設備は各々異なっており、分娩室を持つ BHU 2 もあれば、産前産後健診のみを行っている BHU 2 もあった。しかし、BHU 2 での分娩は少なく、分娩場所として、BHU1 以上の医療施設のニーズが高い⁴。

妊婦は、必ず母子手帳を持っており、その母子手帳は病院や BHU で発行される。母子手帳の発行は厳格で、本人と配偶者の市民カードを提出し、照合し、市民番号が母子手帳に記入される。

母子手帳は ANC (妊婦健診)、PNC (産後健診)、母子へのメッセージの 3 部構成で、全 34 ページから成る。PNC は 5 歳までの身長・体重の記録、健診の記録、予防注射の記録が記載できるようになっている。メッセージでは、推奨する離乳食や子どものデンタルケア、母乳について、妊娠中のアドバイスなどが書かれている。巻末には、出生証明書が綴られており、妊娠から出産・産後、乳幼児のケアまで、包括的に取り扱っていることがうかがえる。

ANC と PNC を行っているのはコミュニティ・ヘルス部門の HA と看護師/助産師で、助産行為は病棟の看護師/助産師/助産師が行っている。両部門は場所も医療スタッフも異なる。

分娩は基本的には、看護師/助産師/助産師⁵が行っている。会陰保護も行うが、会陰切開は必要に応じて行うこととなっているが、多くの場合会陰切開を行っているとのことである

⁴ 今回、訪問した地域は首都近郊に位置するブータン東部地域である。そのため、比較的、道路網が整備されており、医療施設を選択することが可能な地域である。

⁵ ブータンの看護教育には「General Nursing and Midwifery」として、助産師教育が入っており、看護師資格で助産行為を行うことが可能である。このシステムはネパールでも同様である。

る。剃毛はする場合もあるが、しない場合もある。血管確保はしているが、浣腸はしていない。鉗子分娩、吸引分娩も行っている。無痛分娩（硬膜外麻酔分娩）は近年ティンプーの病院でのみ行っている。

必要に応じて、陣痛誘発剤・促進剤を使用しているが、陣痛誘発については、産婦人科医のいるティンプーの病院とそれ以外では異なる。BHU の医師によれば、「誘引分娩をすると、時には複雑な状況になり、我々はどのように対応して良いかわからないので、できるだけ行わない」（BhD02）とのことである。

ANC で何か問題があった場合にのみ、医師が診察をする。県病院には産婦人科の専門医は常駐していないため、帝王切開の場合はティンプーへ送ることになっている。

出産には、いずれの医療施設も、希望に応じて、家族が立ち会うことが可能である。

産前健診では、体重測定、血圧側的、血液検査、尿検査、HIV 検査などを行っている。保健省のプロトコルでは、8回は健診に来なくてはならないこととなっている。県内の人が健診に来ることもあれば、県外の人もあることがある。いずれの場合も健診を行っている。

BHU 1 以上には、超音波検査の設備もあり、妊娠中に 3~4 回、超音波検査を実施している。超音波は子どもの異常がないかを調べるのに使っているが、「もし異常が見つかった場合は、両親に告げ、もし胎児がうまれてくることができないようであれば中絶をすることもある」（BhD02）。

帝王切開を行っているのはティンプーの病院だけなので、帝王切開のためにはティンプーまで行かねばならず、希望する妊婦はほとんどいない。医療者側もたとえ妊婦が希望したとしても、医学的な理由の無い場合は、帝王切開は行なわない。

子どもの性別を聞きに来る人もほとんどいないが、もし尋ねられたとしても、政府の方針で、出産前には伝えないことになっている。

産後は skin to skin あるいはカンガルーケアを 1 時間から 1 時間半くらい行っている。沐浴は普通の場合は行っていない。

健診、分娩費用など、出産に係る費用を含めて、一部の差額ベッド代等を除き、医療費は全て無料である。

家族計画について

中絶は法律で禁止されているため、避妊の実施率は高い。

家族計画の方法は、コンドーム、ピル、IUD、ホルモン注射の 4 種類があり、産後にアドバイスをされる。その時期は、医療機関によって異なり、出産の翌日に医療者によって尋ねられる機関もあれば、6 週の健診時にどれを選択するか尋ねる機関もある。

C 県で最も使われている方法はホルモン注射で、副作用があるが、3 か月に 1 回の注射だけで済むとのこと普及している。バセクトミー（精管結紮術）は産婦人科医や外科医がいなくても可能である。数年に 1 回、ティンプーから外科医と産婦人科医が来て、卵管結紮を行うことがあり、C 県で 2017 年に行った際には 15 人の施術が行われた。同時にバセクト

ミーも行っていたが、バセクトミーをしに来た人は皆無だったそうである (BhD02)。

ブータンの人口は少なく、人口は減少しているため、4人以上の子どもがいる場合にはス
ターライゼーション（不妊手術）を行うが、医療者も推奨していないそうである。

不妊について

地方の医療機関へは不妊の相談に来る女性もいるが、産婦人科医がいないため、できるこ
とは限られている。具体的には、規則的な月経があるかどうか、性交のタイミングについて
アドバイスを。それでも改善しない場合は、ティンプーの病院へ送られる。

ティンプーでは、ホルモン検査や精子の検査も可能。しかし、体外受精や顕微授精 (ICSI)
などの高度生殖補助医療は行なわれておらず、希望する人々は、高額な私費を投じてタイへ
行っている。また、AID などを行う際にも国外へ行くでとのことである (D02)。

中絶/流産について

人工妊娠中絶は法律で禁止されており、どの医療施設でも行っていない。人びとは、中絶
を希望する場合、インドへ行き、墮胎のためのピルを購入して服用する。服用後、出血して
からブータン国内の病院へ行き、墮胎ピルを服用したとは言わずに、流産の手当を受ける。
医療者側も、墮胎ピルによる人工流産であっても、それを聞くことはしないそうである
(D02)。

(5) 女性インタビュー概要

女性インタビューの協力者の概要は下表の通りである。

協力者の年齢は 20 歳代が 4 名、30 歳代が 6 名の合計 10 名である。子どもの数は、1 人
が 5 名、2 人が 5 名であった。宗教は、仏教徒が 7 名、ヒンズー教徒が 3 名であった。ヒン
ズー教徒の女性達はネパール系の人々で、インタビューをする際の言語もネパール語を使
用した。

ブータンの女性インタビュー協力者概要

ID	地域	子どもの人 数、年齢、性別	家族構成	年 齢	職 業 (夫・妻 の順)	本 人 学歴	出産（年長 から順に）	その他
BhW01	D 県	1 人、0 歳 4 日 男児	夫婦、子、 夫の兄家 族	21	ガイド/ 無職	大卒	病院出産で 普通	
BhW02	D 県	1 人、1 歳 5 か 月男児	夫婦、子、 夫の弟家 族	26	会 社 経 営/無職	大卒	病院普通	
BhW03	D 県	1 人、2. 5 か	夫婦と子、	27	高 校 教	大卒	病院で普通	

		月男児	自分の妹と兄		員/商店経営			
BhW04	A 県	2 人、7 歳女児、3 歳男児	夫婦と子、母の妹	34	レストラン経営/自営レストラン手伝い	12 年生迄	病院で普通	
BhW05	D 県	1 人、5 歳男児	夫婦と子、先妻の子	36	退職者/洋品店経営	8 年生迄	病院で帝王切開	
BhW06	B 県	1 人、2 歳 4 か月女児	夫婦と子、夫の父	24	ガイド/義父の経営するレストラン手伝い	12 年生迄	病院で普通	
BhW07	B 県	2 人、5 歳男児、7 か月女児	夫婦と子	35	農業/土産物店スタッフ	7 年生迄	病院で普通	
BhW08	E 県	2 人、11 歳男児、5.5 歳女児	子、父母	35	/公務員	大卒	病院で普通	
BhW09	E 県	2 人、10 歳女児、4 歳男児	夫婦と子他(全員で 18 名)	34	村落の副リーダー/義父の経営するレストラン手伝い	10 年生迄	病院で帝王切開	
BhW10	D 県	2 人、8 歳男児、5 歳女児	夫婦と子	35	/ホテルのハウスキーパー	教育を受けていない	病院で普通	

1)結婚から妊娠

現在、ブータンの若いカップルの出会いは、インターネットを使った出会いサイトが一般的とのことである。

妊婦健診は、毎月受けていたり、9回と答える等、政府のプロトコルの8回以上の健診を受けている人もいれば、3回と答えている人もおり、健診回数には差異が見られる。健診場

所は、ティンプーの JDWNR 病院と答えている人が 7 名おり、また県病院は 2 名、1 名のみが村の BHU で健診を受けている。人々は、多少、遠方であっても、医療設備の整っている医療機関での健診を望んでいることがわかる。

NIPT や羊水検査などの出生前検査は行なわれておらず、超音波検査が行われているのみである。

子どもの性別は、ネパール系の場合、第 1 子は男子が良いとの語りが見られるものの、それ以外の人々には、子どもの性別を気にする語りは見られず、出産前に子どもの性別を知ろうとはしていない。

2) 出産と産後（哺育）

出産の費用は全て無料であり、「払った」という人は見られなかった。

分娩室への夫の付き添いの例も見られる。

正常産時には、医師は分娩時にはおらず、翌日退院していることは共通である。

「分娩時のナースの言葉は怖かった」（W01）との語りがあるように、医療者は怖い存在であるようだ。

3) 避妊・家族計画および人工妊娠中絶について

子どもを妊娠したため結婚したという若いカップルもいる（W01）。

ブータンでは、子どもは必ず必要だと考えられており、就職をする前に出産をすることを優先している。

家族計画の話は、恥ずかしいことではないとのことである。

人工妊娠中絶は違法だということは皆知っており、人工妊娠中絶については、一様に、「行ってはならない事」と認識している。しかしながら、インドへいけば堕胎ピルが売っていること、そして、堕胎を希望する人は、その方法を行っている、ほとんどの人が語っている。緊急避妊ピルも、薬局で購入可能とのことである。

家族計画は、全て無料で、病院や BHU で入手可能である。

4) 不妊への対処

不妊の場合、誰もが薦めるのが、チミラカン寺



上：チミラカン寺院

下：チミラカン寺院前で販売している土産物

院へお参りに行くことである。チミラカンへ行って自分自身が子どもを授かったということ語る女性もいた。また、自分自身ではなくとも、近所の人のお話を出すなど、チミラカンのご利益についての語りは、複数見られた。

ブータンでは、高度生殖補助医療を行っておらず、精子提供や卵子提供を受けるなどの場合には、インドやタイへ行かなくてはならないことを、人々も認識している。実際に、外国へ出かけて子どもを得てきた人の話は聞いたことがないようである。

不妊の場合の対処方法は養子縁組であるが、養子に出したい親はあまりいないので、養子縁組をすることは困難とのことである。

子どもは必ず一人は必要だとの語りが見られ、実際には卵子提供、精子提供、代理母についての考えは、イメージ上の考えであるが、いずれも、子どもが必要であるゆえに、そうした方法も良いと考えている語りがみられる。

(5) 中絶

中絶については、仏教徒、ヒンズー教徒を問わず、一様に、「すごく良くない事」と否定している語が多い。レイプの場合であっても、子どもは出産すべきとの考えの人が少なからずいた。中には、夫がいないのに妊娠した時や貧困の場合は仕方がないとの語りも見られる。

実際には、中絶を行っている人がいることも語っており、学生で子どもができてしまった時、男性側に仕事がない時に中絶をすることが多いとのことである。

(5) 知見・考察

これまでにブータンでの調査をまとめてきた。筆者は、これまでにネパールでの調査を長年実施しており、今回、ブータンのリプロダクションの状況を調査し、隣国ネパールとは異なる状況を目の当たりにした。下記に、ブータンのリプロダクション調査で得られた知見を記載する。

まず、医療システムについての特徴を挙げる。1点目は、どの医療機関へ行っても医療費が無料であり、高度な医療が必要な場合、上位医療機関（特にティンプーのJDWNR病院）へリファーするなど、政府の整備した医療システムが大病院からBHU IIまで、確実に履行していることである。他にも、聞き取りを行った医療機関の医療者全員が、妊婦健診は最低8回と答えている点も共通であった。

2点目は、妊娠がわかると妊婦全員にナンバーが記載された母子手帳が渡され、母子の記録が国家によって管理するシステムが、確実に実施されている点である。母子手帳には、産前産後の記録と5歳までの子どもの成長や予防接種の記録が記載されている。

3点目は、首都のJDWNR病院は混雑し、受付には列ができていたが、その他の医療機関では、妊婦健診を行っている時間帯であったが、健診を受けに来て待っている人は数名で、待ち時間も短い。

4点目は、不妊治療はほとんど行われていない点である。婚姻年齢が低いためか、不妊に困っている人の話はあまり聞かないらしく、その場合は、チミラカン寺院へ行くという語りも共通している。実際に、不妊治療を行っているのはJDWNR病院のみで、卵子提供、精子提供、代理出産などは全く行われていない。

ブータンの場合、医療費が無料であることが浸透しており、貧富の差によって、受けられる医療が異なることはなく、待ち時間にも差がないことが特徴としてあげることができる。

女性への聞き取り調査で特徴的だったのは、全員が中絶に反対をしていることである。若干、夫がいない場合、経済的に困難な場合に中絶をすることを容認する回答も見られるが、逆に、結婚をしていなくても、男性が容認しなくても、極端な場合はレイプケースであっても、妊娠してしまった以上、中絶をしてはいけないという考えであった。

ほぼ全ての人が中絶に反対しながらも、インドへ行って手軽に入手できる墮胎薬を購入し、人工的に流産をさせる人が多数いることも、多くの人が指摘しており、人口妊娠中絶の方法は、全ての人が知っていた。すなわち、人工妊娠中絶は、人びとの観念の中では絶対にしてはいけないことだが、現実のブータンでは身近なものとなっていることが伺われる。

また、人々の結婚行動も興味深い。最近では、インターネットやSNSを使って男女が出会い、交際をスタートすることである。妊娠がわかったので結婚をしたケースもあり、結婚前に性交渉をすることが一般的のようである。

近代的な家族計画も普及している。ミニラップ⁶は産婦人科医がティンブーにしかいないため、ティンブー以外の医療機関では行っておらず、ミニラップを施術した人はティンブーで帝王切開分娩をした1名のみであるが、妊娠を希望しない女性たちは、IUD、ピル、ホルモン注射、コンドームのいずれかを行っていた。膈外射精を避妊方法として答えている人はおらず、近代的な避妊方法のみ、「避妊」と認識していた。

今回の調査は、首都に近い東部に偏っていたため、高度医療機関のある首都ティンブーから離れた地域のリプロダクションの状況について知ることができなかった。西部ネパールの状況を把握すること、そして、東西にどのような格差が生じているのかを把握することが今後の課題である。

参考引用文献

ブータン王国観光局 2006 『ブータン 雷龍の国』 http://www.travel-to-bhutan.jp/about_bhutan/brochures

外務省 ブータン王国基礎データ <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/bhutan/>

国際協力機構、株式会社 国際テクノ・センター 2017『ブータン王国 国立病院及び地域中

⁶ミニラップは卵管結紮術の1つで、Mini-Laparotomy for Tubal Ligation のことである。開腹手術による卵管結紮術の1つの形態だが、出産直後あるいは出産時に行われる、身体への影響が少ない施術法と言われている。Verywellhealth HP (2020.02.03 閲覧)

核病院における医療機材整備計画準備調査報告書

京都大学医学部附属病院 n.d. 『ブータン王国医療交流事業報告書 2013年10月～2016年3月』

吉原博幸、加畑理咲子他 2013 『第10次ブータン友好訪問団調査報告』

National Statistics Bureau, Bhutan 2019 “Bhutan at a Glance 2019” <http://www.nsb.gov.bt/publication/publications>

WHO Regional Office for South-East Asia 2017 “The Kingdom of Bhutan Health System Review”

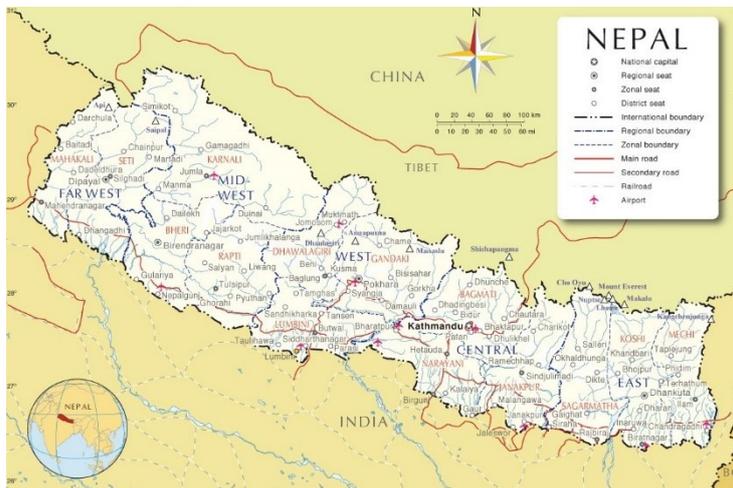
Verywellhealth HP <https://www.verywellhealth.com/mini-laparotomy-906945>

II - 1 2 ネパール連邦民主共和国 (ネパール)

文・撮影／幅崎麻紀子

(1) 国の概要

ネパールは南アジアに位置し、北側を中国、東西南をインドに接する内陸国である。面積は 14.7 万km²、人口 2,930 万人 (2017 年世界銀行) で、人口増加率は 1.1% である。60 以上の民族からなる多民族国家で、国語はネパール語だが、それぞれの民族が異なる言語・文化を持っている。そのうち、人口比率が多いのは、パルバテ・ヒンズーと呼ばれるネパール語を母語とする人々である。



<https://www.nationsonline.org/oneworld/map/nepal-administrative-map.htm>

政治体制は連邦民主共和制である。1996 年より 2006 年まで、ネパール統一共産党毛沢東主義派 (マオイスト) による武力闘争が行われていたが、包括和平が成立し、2008 年には制憲議会選挙の実施、王政が廃止され、現在の連邦民主共和制に移行した。2015 年 9 月に新憲法が公布されている。

宗教は、ヒンズー教徒 8 割、仏教徒 1 割、イスラム教徒他が 1 割を占める。行政区域は 7 州 (Province) に分かれており、その下位区分に 77 の郡 (District) に分かれている。主要産業は農林業で、一人当たり GDP は 1,004 ドル (2017/18 年度、ネパール財務省)、GDP 実質成長率は 5.9% (2017/18 年度、ネパール財務省) である。総貿易額は、輸出 730.5 億ルピー、輸入 9901.1 億ルピー (2016/2017 年度、ネパール中央銀行) の、大幅に輸入超過状況である。

(2) 調査地概要

U 地域：首都の置かれているカトマンズ市とカトマンズ近郊地域。

J 市：ネパール南部のタライ平原東部に位置する都市。インド国境まで近く、インドからネパールに入ってくる物資の多くは、B 都市経由で入ってくる、交通の要衝。人口は 21 万人。ネパール語のほか、ボジュプリ語、マイティリ語、ヒンディー語などが話されている。

(3) 医療制度およびプロダクション分野関連の制度

公立の医療施設として、中央総合/専門病院、教育病院、地域病院、副地域病院、県病院、郡病院、一次保健センター、保健ポストを設置している。

2015年に公布された新憲法のもと、保健行政改革及び医療施設の整備が行われており、新体制では、州内の医療施設を1次～3次病院および保健ポストの4種類に分類し、州内の三次病院で対応できない場合に中央の専門病院へ搬送するリファールシステム体制を目指している。

中央の総合病院、専門病院、教育病院が3次医療施設に該当し、そのほとんどがカトマンズに位置する。専門病院には、小児科、産婦人科、心疾患、がん、呼吸器科、精神科、熱帯病/感染症、臓器移植に特化した施設があり、それぞれ100～400床を有する。中央総合病院は公務員、軍、警察の職員とその家族のための病院、教育病院は医科大学附属病院がそれに該当する。

2次医療施設は、地域病院、副地域病院、県病院がそれに該当する。50～350床を有する病院で、内科、外科、産婦人科、小児科、整形外科、歯科などの基本的な診療を行っている。

1次保健センターおよび保健ポストでは、母子保健、家族計画、予防接種、一般的な疾患の治療などの保健サービスが提供されている。1次保健センターには医師（1名）が常駐し、3床程度の病床を有するが、保健ポストには常駐の医師はおらず、看護師や医療補助員の配置のみである。



N地域病院（J市）



軍病院（地域総合病院 U地域）

ネパール国内には医学士（Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery）を取得できる大学が20校ある（2017年8月現在）。医学士コースは5年半で、最終年度の1年間はインターンシップを行っている。コース修了後に医学評議会の試験を受けて、医師免許を取得する。中国やバングラデシュの医科大学で医学士を取得し、帰国後に医学評議会の試験を受けて、ネパールの医師免許を取得する人も多い。医師免許取得後、医療施設で1年間の臨床経験を積んだ後、3年間の専門医コースへ進むことができる。また、国内の医科大学で

の医学博士号の取得も可能である。

看護師は、①4年間の学士コースを修了し、看護師評議会の試験を合格して得られる看護師免許、②3年間のコースを修了して認定証を取得し、看護師評議会の試験に合格して得られる看護/助産師補助員の免許がある。これまで、ネパールには助産師の学士コースがなかったが、2017年に2つの大学で、助産師の学士コースが開設された。

医療従事者は、全て、保健省傘下の専門評議会（医学、看護、アーユルベータ、薬学、保健専門家、保健研究）により認定・登録される。人口千人あたりの医師数は0.67人（2016年人口で計算）であり、看護師および看護/助産師補助員は人口千人あたり2.48人である。医師の大半は、所属病院での勤務時間外に私立病院や自分のクリニックで診療を行っている。

ネパールでは、妊産婦および新生児の疾病罹患率や死亡率を低減するため、国家母性保護プログラムが実施されており、出産準備や合併症への備え、妊産婦検診、施設分娩の促進、バースセンターの開設、すべての郡で24時間の緊急産科ケアの提供を目指している。

また、施設分娩推進のため給付金制度（アマ・プログラム）を導入し、妊産婦や医療施設、医療従事者に給付金を支給している。妊婦は4回の産前検診時に400 NPR¹/回、施設分娩の際に交通費として500-1,500 NPRを受給することができる。医療施設も施設の規模や提供したサービスによって、1,000-7,000 NPR/件の分娩介助費用、1,000-8,000 NPR/件の新生児ケア費用を政府から受給することができる。また、分娩介助および新生児ケアを行った医療従事者には300 NPR/件が支給される。アマプログラムにより2015年度に施設分娩時の交通費を受給した女性は48%、無料で施設分娩を行った女性は49%とのデータが公表されている。

施設分娩率は55%、施設分娩件数は約23万件（2015年度）で、73%が自然分娩、24%が帝王切開、3%が吸引・鉗子分娩となっている。政府の推奨する健診回数は、産前検診4回（妊娠月齢4、6、8、9カ月）、産後検診3回（産後24時間以内、3日目、7日目）である。を受けることが推奨されているが、受診率は、産前検診初回76%、4回目51%、産後検診初回52%、3回目18%である。給付金制度や医療施設の整備など、施設分娩率推進のための様々な取り組みを行っている。

医療費などを定めた法律はなく、診察費や検査費は病院独自に設定できるため、診察料がアマ・プログラムから供出されるために無料としている公立病院から、1,000 NPRを徴収する病院があるなど、様々である。他の疾患の場合も、公立病院では貧困者は医療費支払いの免除を受けることができる制度もある。2014年に国家医療保険政策を策定し、医療保険プログラムを開始した。このプログラムは1世帯あたり年間2,500 NPR（5人世帯の場合）の保険料を支払うと、年間5万 NPRまでの給付が得られる制度であるが、2016年現在、導入されている郡は3郡のみである。

¹ 1 ネパールルピー（NPR）＝約0.95円（2020年1月31日現在）

(4) 医療者インタビュー概要

ネパールの医療者インタビュー協力者概要

NED01	U地域	産婦人科医	第3次医療施設(病院)勤務、家族計画関連の研修中
NED02	G市	産婦人科医	第2次医療施設(地域病院)産婦人科責任者
NED03	U地域	産婦人科医	第3次医療施設(病院)勤務
NED04	U地域	産婦人科医	第3次医療施設(病院)勤務、私立病院2件を掛け持ち
NEN05	G市	看護師(助産師)	

結果概要

【妊婦健診と出生前検査】

妊婦健診は、全国の病院でほぼ同一の「妊婦健診カード」に記録される。そこには、妊娠歴、個人の年齢・職業・教育歴等が記載され、健診を受けるたびにデータが書き込まれる。妊婦は健診カードと検査データを持参して健診を受ける。

乳幼児健診用のカードは、産後、病院で発行される。そこには、伸長・体重と予防接種の記録、離乳食の記録などが書かれている。

月経がないと病院へ来た場合、尿検査をし、尿検査で陽性であれば、超音波検査をする。その後、血液検査、更なる尿検査をする。血液検査では、数値(ヘモグロビン、ルピンなど)、HIV、HCV(C型肝炎)、syphilis(梅毒)、などの検査をする。妊婦健診は3か月までは、1か月に1回。1回目の超音波で、胎児音がシングルなのか、双子なのか、胎児が動いているかどうか、molar pregnancy(奇胎妊娠)なのか、Ectopic pregnancy(子宮外妊娠)なのかを調べる。それがすべてノーマルであれば、2回目には超音波はしない。

もしハイリスクであれば、すなわち、前回の妊娠の時にhypertension(高血圧)だったとか、糖尿病だったとか、妊婦の年齢が高い(35歳以上)、中絶をしたなどがある場合には、検査項目を増やして複数回の検査を行う。妊婦は毎月検査に来るが、検査は段階によって変わってくる。第2段階の3か月では、鉄剤とカルシウム投与、駆虫を行う。(NED05)。

妊娠16週から20週目に、第1回目のDT、ジフテリア、Anti-tetanus(抗破傷風)をして、その4週間後に2回目の予防注射をする。24週から28週には、再度、血液検査、尿検査をして、再度グルコーステストをして、gestational diabetes(妊娠糖尿病)の検査をする。22-23週には再度、超音波をする。29週からは(第3段階)、2週ごとに来てもらい、34週には、超音波をする。超音波は少なくとも3回行う。そこで、胎児の体重を推測し、子どもの血液型、予定日、胎盤の状態を見る。CBC(血算5種)、尿、血液培養(Blood Culture)を検査する。GCT(妊娠糖尿病検査 グルコースチャレンジテスト)に異常値がみられたら、33-34週に、再度検査をする。ケースごとに検査の種類は異なる。36週後には毎週、来ても

らい、37 週には、胎児の推定体重を見て、普通分娩（普通分娩普通分娩）が可能かどうかを判断する（NED04）。

このような妊婦健診はカトマンズ以外では行うことはできない場合が多く、地方（特に山間部）と首都との医療格差が、妊婦健診においても顕著である。

超音波検査については、今回、調査を実施したU地域の病院、J市の病院ともに設備があり、実際に行っているが、NIPT については、カトマンズの一部の病院でのみ行っている。特に、妊婦の年齢が35歳以上など、ハイリスクの時に実施しているとのことである。

【出産と産後】

いずれの病院も、正常産の時には看護師が行い、複雑なケースのみ医師が呼ばれる。会陰切開については、必要に応じて行う医療機関もあれば、初産の場合はほぼ行っている医療機関もある。

子どもが生まれてから、すぐに、母の胸のところへ持っていき、臍帯を結紮して切る。それから、子どもを保温器へ連れて行って、子どもと母を別々にする。出てきた胎盤を検査する。胎盤が全部でてきているかどうかを見て、会陰が破れていないかどうかなどを検査する。

分娩室への家族の入室は、ほとんどの病院では行っておらず、バースセンターを設置した産科専門病院では、近年、分娩室への家族の入室を許可している。

出産の費用は、U地域の大学病院では、普通分娩は5,000ルピー、帝王切開は16,000ルピーとなっており、その他に診察料などがかかるため、正常産の場合でも1~2万ルピーはかかる。国立病院で政府のセーフマザープログラムを取り入れている場合には、全て無料の上、産婦は交通費等の名目でお金をもらうことができる。また、軍病院などの公務員向けの病院の場合も、全て、医療費は無料である。帝王切開をするかどうかは、医療的な必要があれば医療者が伝える。ほとんどの病院では、妊婦側が帝王切開を希望しても、医療的な必要性がない場合は行なわないとの回答であった。

【避妊、予定外の妊娠と不妊への対処】

調査を実施した全ての医療機関では、家族計画のアドバイスと施術を行っている。恒久的な方法と一時的な方法があるが、大学病院や産科専門病院では、両方とも可能である。NED04の医師の場合、女性に施術するミニラップ、男性に施術するバセクトミー（精管結紮）の両方を行うことが可能だが、恒久的な方法を希望する場合はバセクトミーをアドバイスしているそうである。しかし、ネパールの男性はバセクトミーをすることを好まず、また女性側もバセクトミーを好まない。

もっとも普及しているのは、ホルモン注射で、次は皮下埋込み式避妊薬のノールプラント（ジャデルはノールプラントの第2世代で、ノールプラントは5つのカプセルだが、ジャデルは2つのカプセルから成る）。ピルは母乳の出が悪くなるので、6か月間は与えないとのこと。その他にIUDがある。ノールプラントとホルモン注射は母乳を与えるのが終わっ

てから開始する。コンドームも配布している。

避妊具のための料金は、公立病院、ヘルスポストの場合は、全て無料。私立病院の場合や薬局で購入する場合は、有料である。バセクトミーは外科医が、ミニラップは私たち産婦人科医が行っており、IUD は医師がすることもあし、トレーニングを受けた看護師がすることもあす。

人工妊娠中絶は 2002 年に合法化され、妊娠 12 週までは可能である。レイプ等の場合は 18 週まで可能。中絶は全ての病院で行っている訳ではない。例えば、NED03 の病院の場合は、医学的な理由による中絶以外は、他病院ヘリファーするとのことである。

産婦人科医の中には、「中絶を希望する患者には、カウンセリングをする。それでも希望する場合は、それも彼女たちの権利だ。」と語りながらも、できるだけ医学的な必要がない場合は「触りたくない」との考えを持つ人が少なくない。

中絶薬は薬局で、500NPR 程度で手に入れることができる。中絶薬を服用し、出血し、複雑な状況になって病院へ来るそうで、毎日 2~3 人はくる (NED04) とのことである。病院での中絶手術代は、5500 ルピー程度。私立病院の場合、最低でも 10,000 ルピーはする。

中絶の理由は、既に子どもがたくさんいる場合、年齢が若すぎる場合、就学中なので子どもを欲していない、女の子が既に 3 人いて、4 人目の子どもがいない場合などである。

出生前に子どもの性別を伝えることは違法である。しかし、子どもの性別を出生前に知りたいカップルは少なからずおり、教えてもらい、希望していない性別の場合、中絶に来る。中絶に否定的な医師の場合も、ダウン症候群など、障がいがある場合、医学的に子どもに問題があり、子どもが生きていくことが難しい等のケースの場合は、中絶を施術するとのことである。

不妊の場合は、まずはカウンセリング、モニタリング、刺激法を行う。それから IUI (人工授精)、IVF (体外受精が可能だが、IVF は一般の病院にはなく、専門病院へ行く必要がある。近年では、私立病院の中で、不妊治療に特化したクリニックを設ける病院もある。ネパールでは代理出産は禁止されている。卵子提供、精子提供も医療機関が設けている不妊センターで行っている。不妊治療は政府の補助は全くないため、費用は高額である。これらの不妊治療施設はカトマンズに集中しており、地方では、不妊治療は受けられないのが現状である。

(5) 女性インタビュー概要

女性インタビューの協力者の概要は下表の通りである。

協力者は全員既婚者で、家族構成は 10 人のうち 5 名が核家族で、それ以外の場合は、夫の親との同居、夫の未婚姉妹、あるいは夫の既婚兄弟とその家族の同居である。宗教はヒンズー教が 8 名で、J 市で聞き取り調査をした 2 名のみイスラム教徒であった。教育歴は、居住地による差があり、U 地域在住者の場合、少ない場合でも 10 年生までの教育を受けている。一方、J 市在住者の場合、教育を受けている方の人の場合でも、6 年生までの教育である。ネパール全体の傾

向として、首都圏と地方との女子の教育格差を表している。

女性インタビュー協力者概要

ID	地域	子どもの人数、年齢、性別	家族構成	年齢	職業 (夫・妻の順)	本人学歴	出産(年長から順に)	その他
NEW01	U地域	2人、10歳男児、生後2日女児	夫婦、子、夫の母	33	公務員/ 公務員	大卒	病院、帝王切開	
NEW02	U地域	2人、13歳女児、11歳女児、2か月男児	夫婦と子	35	出稼ぎ 予定/ 主婦	大学 中退	自宅、自宅、 病院で普通	
NEW03	U地域	1人、5歳男児	義父母、夫(単身赴任)、自分、子、夫の兄家族	32	会社経 営/ 教員	修士課 程在学	病院で普通	
NEW04	U地域	2人、14歳女児、2歳男児	夫婦と子	36	公務員/ 美容室 経営	12年 生卒 業	病院で普通	
NEW05	U地域	2人、8歳男児、10か月女児	夫婦と子、4人の夫の姉妹	38	出稼ぎ/ プロジ ェクト 事務	修士課 程中退	病院、帝王切開	
NEW06	U地域	2人、10歳男児、5歳女児	夫婦と子	30	ジャー ナリス ト/ 主婦	10年 生	病院で普通	
NEW07	U地域	2人、9歳女児、1歳男児	夫婦と子	36	行政書 士/ 主婦	修士課 程中退	病院で普通	
NEW08	U地域	1人、6歳半女児	夫婦と子	31	公務員/ 教員	修士 修了	病院で普通	
NEW09	J市	1人、14日目男児	夫婦と子、義父母	19	修理工/ 主婦	6年 生	病院で普通	
NEW10	J市	2人、3歳女児、15日目女児	夫婦と子、義父母	25	菓子職 人/ 主婦	なし	病院で普通	

1) 結婚から妊娠(妊婦健診、教育や指導、出生前検査)

結婚は、1名は恋愛結婚と答えているものの(NEW02)、それ以外の女性は見合い婚で結婚をしている。結婚年齢は最も若い女性で14歳(NEW10)、最も年齢の高い女性で28歳

(NEW05)である。第1子出産は19歳(NEW09)、30歳(NEW05)がいるものの、それ以外の女性は20歳代である。14歳で結婚をした女性と結婚年齢が不明の女性(NEW04)を除き、結婚後1~3年の間に第1子を出産している。

女性達は月経が止まったため、病院を受診し、妊娠の確定診断を受けている。2回目の妊娠の場合、月経が止まっても、自分で妊娠したとわかっていたので、「2か月たってから検査に行けばいいや」(NEW07)と、すぐには病院へはいかない場合もみられる。

健診は5回~9回受けており、その内容は、何回目の健診かによって内容は異なるものの、女性達が共通して記憶しているのは、血液検査、尿検査、超音波検査である。費用は、職場(軍)が開設している病院で出産した女性(NEW01)は無料との回答であったが、それ以外は、50NPR(薬代は別途)~500NPR(薬代は別途)であり、健診場所によって大きく異なっていた。政府のプログラムを取り入れ、無料の健診プログラムを取り入れている医療機関で健診を受けている場合も、長時間の待ち時間を避けるため、有料の健診を受ける人も見られる。

出生前に子どもの性別を教えることは違法であるものの、3名が出生前に性別を知っていた。事前に訊いて教えてくれたケース、事前に訊いたが教えてくれなかったケース、事前に知ることを希望したわけではなかったが、偶然、知ることとなったケース、出産まで尋ねなかったケースがみられた。

出生前に胎児に問題があるかどうかを尋ねたケースもあるが、妊娠8か月目の超音波の時まで、胎児の障害の有無については、一切教えられなかった(NEW07)。NEW07は、「胎児に問題がある場合は中絶は仕方がない」と考え、胎児の状態について尋ねたそうである。

2) 出産と産後(哺育)

出産場所は、NEW02の女性の場合は、第1子と第2子を出産した際には、山間部に住んでいたため自宅出産をしたとのことであり、自宅出産経験のある女性は彼女のみであった。出産場所の選び方は、自宅に近い病院を選ぶ人もいるが、U地域内であれば、多少距離があっても、家族や親族が出産したことのある病院で評判の良い所を選択している。

10名のうち2名が帝王切開で出産をしている。中には、あまりの痛さに帝王切開を希望した女性もいたが、医療者側で帝王切開をするとは言わず、経膈分娩となったことを語ってくれた。

分娩姿勢は、経膈分娩の場合は、全て、分娩ベッド上での仰臥位であり、自由なスタイルでの分娩は見られない。家族による立会出産をしたケースも見られなかった。分娩室に入る前までは、義母や実母、兄嫁や妹など、親族の女性が付き添っている。

正常産の場合には、分娩室には医師がいないのが大変で(NEW06のケースのみ、医師がいたとのこと)おらず、看護師・助産師が分娩介助を行っている。会陰切開、会陰縫合を行ったのも看護師・助産師である。

分娩室の看護師・助産師の評判は良くはない。陣痛の痛みゆえに、「痛いよ」と泣いてい

る女性を叱ったり叩いたりしているのを見て、なるべく声を出さないようにしていたと答えているケースが複数あった (NEW02、03)。

分娩室には1時間ほどいた後、病室へ移る。子どもは、出産後に顔を見せ、胸の上に置いた後、出産後の検査(身長・体重測定など)、身体を拭いて布にくるまれ、産婦よりも先に、家族に手渡されていた。

病院出産の場合は、胎盤の処理方法について意識していた人はおらず、病院側で処理をしている。村での自宅出産経験を持つ NEW02 だけが、第1子と第2子の出産の際、胎盤を鶏の頭を「友達」として入れたバスケットに入れて木に吊るすと回答している。

入院日数は、正常産の場合は分娩後24時間、帝王切開の場合は手術後5日目 (NEW05) である。出産費用は無料のケース(職場の設置する病院)から15,000NPRまで、差異がみられる。帝王切開をした NEW05 は、出産にかかった費用を36,000NPRと答えている。出産後に政府が支給する分娩費用を得たと答えている人は NEW09 一人のみであり、施設分

娩費用の支給プログラムは、都市部に住む人々にとっては関心が低いことがわかる。出産後、会陰縫合した部分が開くなど、出血のため、再度病院へ行くケースも4例ほどみられる。

哺乳については、政府が推奨する6か月間は母乳のみで育てようとしたものの、母乳だけでは足りないケース (NEW02、05) とのケースもあり、その場合は、主に粉ミルクを与えている。もらい乳の事例は見られなかった。



大学病院の分娩室 (U地域)

3) 避妊・家族計画および人工妊娠中絶について

子どもが一人しかいない NEW03、08、10 のうち、NEW08、10 は第2子を作ると答えており、NEW03 は夫が単身赴任中のため避妊を行ってはいないものの、それ以外の女性たちは、避妊を行う(行っている)と回答している。避妊方法はコンドームが2名、帝王切開の時にミニラップを行なった NEW05 の他に、膣外射精と回答している人が2名いる。

NEW05 は第1子出産の後なかなか第2子を妊娠しなかったため、不妊治療へ行ったと語っている。不妊治療クリニックで飲み薬を処方されて2~3か月後、規則的な月経となり妊娠したそうである。

高度生殖補助医療については、子どもは必ず必要なものだから、体外受精などをするのは良いことだと考えている。「子どもがいなければ口論が起きる。夫は違う人と結婚する。

私たちヒンズー教では、女性に子どもができなければ悪いことになる」(NEW05)。

卵子提供、精子提供については、「自分に卵子がなければ、誰かの卵子を持ってこなくてはならない。精子がない場合も、夫婦で話し合って、誰にも言わなければいいと思う。代理母というのも、夫婦がよければ良いと思う。」(NEW07)、「卵子提供精子提供は、一人も子どもを持っていない場合は仕方ないと思う。」(NEW08) など、子どもが一人もいない場合は卵子・精子の提供もやむを得ないとの意見が見られる。

中絶については、反対との意見が見られるものの、レイプや近親間の場合、「もし子どもに障がいがあって、異常で、身体的に精神的になにかある」場合には、仕方がないとの意見が見られる (NEW05、07、08)。

(4) 知見・考察

ネパールでの調査をおおまかにまとめたが、下記に、今回の調査で得られた知見を記載する。

まず、1点目は、首都圏と地方とのリプロダクションをめぐる環境の差異である。首都圏には専門病院や大学病院など、ネパール国内の高度な医療を受けることのできる機関が集積しており、高度生殖補助医療を受けることができるのも首都圏だけである。超音波検査などの健診機器は地方の中核となる病院にも配置されているが、NIPT や硬膜外麻酔分娩を行うことができるのも首都圏のみである。最も、首都圏の公立病院の場合は、麻酔分娩は医療的な必要性がない場合は行なわれていない。

2点目は、施設分娩・妊婦健診推奨のために政府が導入した給付金プログラムがあまり普及していない点である。ネパール政府は、アマプログラムとして、施設分娩をした場合にはタライ地域 500NPR、中山間部地域 1,000NPR、高地山間部地域 1,500NPR を産婦に支給している。給付金は妊産婦のみならず医療機関にも支給される。しかしながら、今回の調査で給付金を得たのは地方都市 J 市にて出産をした 1 名のみであった。給付金の支給申請が間に合わなかった者もいるが、首都圏の U 地域の医療機関で出産をした人の場合、1,000NPR 程度の給付金への関心は見られない。給付金のみならず、アマプログラムによって健診・分娩費用を無料にしている病院にも、あまりの混雑と待ち時間ゆえに、関心を示してはいなかった。

3点目は、出産後に子宮の内部や外部もきれいにしてくれるのは看護師・助産師であり、分娩介助の主たる役割を担っている一方、分娩を介助する医療者、特に看護師・助産師の言動を非難する語が見られる。10年以上前に行った調査²においても、看護師・助産師に叱責されたり叩かれたりする点は語られており、依然として同様の患者・医療者の関係が続いている。

今回は調査日程の都合上、都市部（首都圏と地方都市）の調査のみとなった。それゆえ、

² 松岡悦子編 (2009)

都市から離れた山間部のリプロダクションの現状の把握が、今後の課題である。

【参考引用文献】

外務省 ネパール連邦民主共和国 (Federal Democratic Republic of Nepal) 基礎データ
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/nepal/data.html>

国際協力機構、株式会社 国際テクノ・センター 2017『ネパール連邦民主共和国 救急医療・災害医療にかかる 情報収集・確認調査 ファイナルレポート』

国際協力機構ネパール事務所 NGO-JICA ジャパンデスク 2018『ネパール NGO ハンドブック 2018 年度』

松岡悦子編 2009『東南アジアにおける近代化とリプロダクションの変容研究成果報告書』

WHO Country Office for Nepal 2007 “Health System in Nepal : Challenges and Strategic Options”

II-13 インド

文・撮影／松尾瑞穂

(1) 国の概要

南アジアのインド亜大陸に位置する。国土は日本の約9倍で、29の州と7の連邦直轄領（Union Territory）からなる。北はヒマラヤ山脈、南はインド洋、東はベンガル湾、西はアラビア海に面している。人口は約12億1057万人（2011年国勢調査）で、中国に次いで世界第二位、人口増加率は17.68%である。共和制を取り、政治は二院制（上院と下院）。元首は大統領だが、政府は首相と内閣によって組織される。首都はニューデリー。民族はいわゆるインド・アーリア系と、ドラヴィダ系、モンゴロイド系からなる。言語は、北インドを中心に



ヒンディー語が話されているが、憲法によって認められている州言語だけでも21にのぼり、準公用語として英語が広く流通している。宗教も多宗教で、多数派を占めるヒンドゥー教徒が人口の79.8%、イスラーム教徒が14.2%、キリスト教徒が2.3%、シク教徒1.7%、仏教徒0.7%、ジャイナ教徒0.4%、その他にパールシー（ゾロアスター教）、ユダヤ教徒も存在する（2011年国勢調査）。

主要産業は、農業、工業、鉱業、IT産業。実質経済成長率は6.8%（2018年）で、名目GDPは2兆7,263億ドルで世界7位である。一人当たりGDPは2015ドル。インドは1947年の独立以降、輸入代替工業化政策を進めてきたが、1991年に経済自由化へと転向し、以来、経済成長を続けている。歴史的には、18世紀から英国東インド会社、フランスの進出を受け、1857年には英国による直接統治下に入り、大英帝国の一部となる。長い独立闘争の末、1947年独立を果たすが、その際にヒンドゥーを中心とするインドとムスリムを中心とするパキスタンに分離独立した経緯から、パキスタンとの政治的対立が長年続いており、今日にいたるまでカシミール地方をめぐる長く紛争状態にある。2019年現在、与党はインド人民党（BJP）、首相はナレンドラ・モディ（二期目）。（出典：外務省、日本貿易振興機構）。

(2) 調査地概要

A市：西インド・マハーラーシュトラ州の小規模都市。主要産業はサトウキビ栽培、農作物加工工場、商業。市の人口は約50万人。

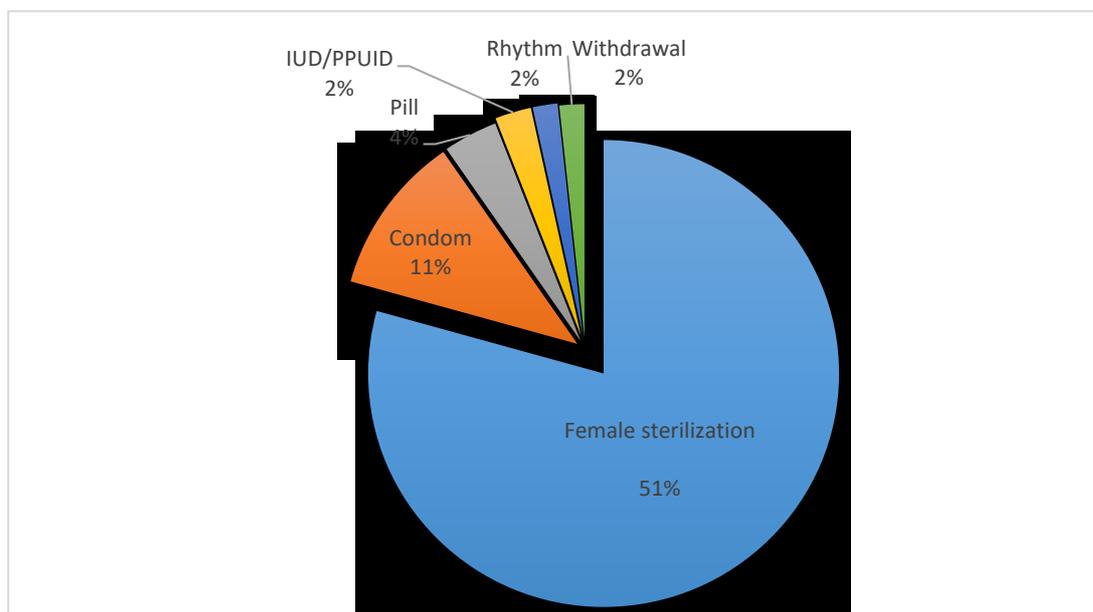
B郡：西インド・マハーラーシュトラ州の農村地域。主要産業は稲作、雑穀栽培、酪農。同

州最大の都市ムンバイとプネーにも数時間という地理的特性を生かし、2000年以降は工場などが建設されるようになり、経済構造が変わりつつある。

(3) 医療制度および生産分野関連の制度

インドは地域差が大きな国であり、一概にインド平均で現状を把握することは難しい。保健指標に関しては、南北格差が顕著である。すなわち、妊産婦死亡率、乳幼児死亡率、TFRなどがおしなべて高く、人間開発指数が低い、ウッタル・プラデーシュ州やビハール州などの北部地域と、それらの指標がほぼ先進国並みに近づいているケーララやタミル・ナドゥ州などの南部地域との差異が大きい。中西部に位置するマハーラーシュトラ州は、経済的に豊かな州のひとつであることも起因して、インド平均よりは上位の値を示している。数年ごとに行っている全国家族保健調査によれば、マハーラーシュトラ州のTFRは1.9、施設出産率は90%、避妊率は65%である（インド平均はそれぞれ2.2、79%、54%）（出典NFHS-4 2015-2016）。インドは1952年より国家政策として家族計画に取り組んでおり、中国のような一人っ子政策は取っていないものの、女性の避妊手術に著しく偏重した広範な家族計画を実施している。マハーラーシュトラ州における避妊手法の内訳を示したのが、下記の図1である。

図1 マハーラーシュトラ州の避妊手法



出典：National Family Health Survey-4(2015-2016)

(4) 医療者インタビュー概要

インドの医療者インタビュー協力者

IND01	A 市	産婦人科医 (MBBS)	プライベート・クリニック院長、医療法人ディレクター
IND02	A 市	産婦人科医 (MBBS)	公立総合病院勤務医
IND03	A 市	産婦人科医 (MD)	プライベート・クリニック院長
IND04	A 市	産婦人科医 (MBBS)	プライベート・クリニック共同経営 (夫も医師)、IVF センターも併設
INM01	A 市	助産師 (NM)	医療法人が経営する農村病院勤務
IND05	B 郡	医師 (BHMS: ホメオパシー)	プライベート・クリニック共同経営 (夫も医師)

インドではいわゆる代替医療も国家によって認定された正式な医師として認められており、大学の医学部で学び国家試験を受けて医師資格を取得する。医師には、専攻した医療体系に応じて3種類の学位が与えられる。それらは西洋医学(生物医学)のMBBS、アーユルヴェーダ医学のAHMS、ホメオパシー医学のBHMSである。いずれにも、さらに上位の専門医であるMD(医学博士)の資格がある。産婦人科医としてはMBBSが一般的であるが、AHMSとBHMSも外科手術を伴わない産科や妊産婦検査などに関わっている。

助産師は、看護師資格を取得したのち、1年間のコースを履修することが必要である。看護師になるには、10年生(日本における高校1年生)修了後、専門学校などで1年~2年の看護教育を受ける。インドにおける看護師は、基本的に産科をはじめとするリプロダクションを中心とする教育を受けている。政府のPHCや農村病院(rural hospital)では、看護師の下にANM(Auxiliary Nurse Midwife)と呼ばれる保健スタッフがおり、村々をまわって人々の健康を管理したり、妊産婦のケアをしたり、家族計画の実施をしたりと、保健行政の末端を担っている。

A市では、通常、出産は公立病院かプライベート・クリニックのいずれかで行われるが、公立系総合病院は診察料および治療費が無料ということもあり、主に農村住民や都市貧困層の間で利用されている。また、キリスト教ミッションが創設した総合病院や公立系総合病院は同県のレファレンス病院として、プライベート・クリニックでは扱えないリスクが高い妊婦の出産を担っている。また、15キロほど離れた隣の市は、歴史的に病院の多さで知られており、がん治療で有名な専門病院や高度な総合病院があるため、A市の住民にとって医

療施設の選択肢は多い。中東諸国からメディカル・ツーリズムの患者も受け入れているという。とはいえ、デリーやムンバイ、バンガロールにあるような超近代的な最先端の病院はなく、症状によってはムンバイなどで治療を受けなければならない。

B 郡には、政府系の農村病院 1 軒、PHC（プライマリー・ヘルス・センター）3 軒、プライベート・クリニックが 10 軒以上ある。10 年ほど前までは、プライベート・クリニックは 3~4 軒で、手術が必要な出産の場合はプネーかムンバイまで緊急搬送しなければならなかったが、現在では帝王切開出産も可能となった。とはいえ、麻酔医がいないため、依然として緊急帝王切開には対応することが難しく、そのような場合には都市部に搬送されることもある。

A 市では、市内のプライベート・クリニック（産婦人科および不妊専門クリニック）、公立系総合病院、A 市郊外で医療法人が経営する農村病院に勤務する医師と助産師に話を聞いた。B 郡では、農村部のプライベート・クリニック（ベッド数 10 床）を訪問し、村で 26 年当クリニックを営む医師にインタビューを行った。

妊婦健診と出生前検査

インドでは、健康保険制度が整備されていないため、民間病院では妊産婦検診はすべて有料である（一回 300 ルピー~1000 ルピー程度/1 ルピー 1.5 円、2020 年 1 月）。公立病院やキリスト教系のミッションを母体とする慈善病院は無料であるが、設備が整っていない、サービスが劣る、待ち時間が長い…等の理由から、よほどの貧困層でない限り、公的病院は好まれない。

妊婦検診は、一般的には 6 か月まで月 1 回、それ以降は 15 日に 1 回、臨月は毎週であり、体重測定、腹囲測定、尿検査、血圧が毎回、必要に応じて内診、血液検査を行う。IND01 のクリニックでは、超音波検査は 4 回（8 週目、16 週目、22~24 週目、38~39 週目）で、4D の画像である。ただ、個人クリニックでは、超音波検査の機械がなく、「ソノグラフィーセンター」と呼ばれる CT スキャンやソノグラフィーを専門とするラボに取りに行かなければならない。超音波検査は一回約 1500 ルピー（2500 円程度）かかるため、貧困層は受けない人もいる。都市部である A 市では、ほとんどがある程度の妊婦検診を受けるが、公立総合病院の勤務医である IND02 によれば、勤務病院は地域の中核病院としてハイリスク妊婦を受け入れているため、一度も検査を受けずに容態が悪化するようなケースがまれにあるという。そのため、帝王切開率も全出産の約 50% と高い。

B 郡では、農村地域ということもあり、超音波検査の施設はない。医師の勧めで、必要とあればプネーまたはムンバイのラボに受けに行く。IND06 医師によれば、10~15 年ほど前は自宅出産をする人もおり、妊婦検診を受けない人も多かったというが、現在では村でも若い世代の妊婦の意識は大きく変わり、医師の言う通り、定期的いきちんと検診を受ける人が増加しているとのことである。IND06 医師の病院では、毎月 35~40 人ほどの妊婦が検診にやって来る。

A市では、出生前検査はクアトロテスト（母体血清マーカー）と羊水検査が中心で、NIPTはどの病院でも行われていない。医師によれば、インドではまだ一般的ではなく、ムンバイなどの大都市へ行く必要があるという。出生前検査もそれほど一般的ではないが、IND01の病院では、家族に既往歴があるか、妊婦が35歳以上の高齢の場合に勧めている。複数の医師が、母体血清マーカーの結果が陽性であれば、確定検査である羊水検査に進む前にほぼ100%が中絶を行うとのことである。IND02によれば、羊水検査で1万ルピー（約16000円）ほど、さらに中絶をするのに1万～1万5千ルピー（約1万5千～2万円）かかるため、検査を受ける前に中絶を選ぶ人が多いとのことである。その理由としては、IND03やIND04は、インドでは依然として障がい児を産むことは大変なスティグマで、社会的、精神的準備ができていないからだと答えていた。ただ、そもそも出生前検査は支払い能力がある家族にしか勧めないため、経済的に出生前検査を受けられない人は、情報そのものが与えられていない可能性がある。

B郡の病院では、IND06医師が個人的に出生前検査を積極的に考えており、必要な妊婦には血清マーカーテストや胎児超音波スクリーニング検査を受けることを勧めているという。医師によれば、ダブルマーカーテスト、トリプルマーカーテストが1400～1500ルピーとのことである。医師は、「30歳を過ぎたらトリプルマーカーなどの出生前検診はルーティーン検査に組み込まれるべき」だと主張していた。



写真1 A市私立病院の手術室



写真2 A市郊外農村病院の病室



写真3 A市私立病院分娩室



写真4 A市私立クリニック待合室

出産と産後

出産は、病院の場合はすべて分娩台での仰臥位産で、インタビューをしたすべての医療機関で、剃毛、浣腸、血管確保、会陰切開は全ての出産でルーティーンに行うとの回答を得た。吸引や誘発剤の使用は状況に応じて、必要なときだけ利用すると答えた医師が多い。医師は全員が出産の取り上げは医師が行う（行わなければならない）と答えたが、IND02 医師が「少なくとも私の病院では。ほかのクリニックでは分からない」と答えたように、実際には病院出産であっても助産師が取り上げるケースもあるようである。INM01 の勤務する農村病院では、陣痛が始まると入院し、分娩までを一般病棟のベッドで過ごし、子宮口が5センチほど開くと分娩室または手術室（OT）に移動し、出産させる。出産とへその緒の切断は医師のみが行い、それ以外のすべての仕事および新生児のケア全般は全て看護師が行う。

夫の立ち合い出産は一般的ではないが、自然分娩に限っては母親や義母などの家族・親族が立ち会うことはある。分娩時に分娩室にいるのは、医師、看護師または助産師、マウシと呼ばれる年配女性で、このマウシが基本的に産褥血の処理や汚れものの処理、掃除を担う。カースト制度があるヒンドゥー社会では、産のケガレに関わるのは伝統的には低カーストの年配女性によって担われており、伝統的産婆も低カーストが担うことが多かった。病院で働くマウシは、現在ではカーストにとらわれるものではないが、看護師や助産師が産褥血の処理や胎盤の処理を行わないことから、必然の存在である。死産児や胎盤は、A市の病院ではすべて医療廃棄物として処理されている。IND02 医師が勤める総合病院には、施設内に処理場があるため、そこで毎日処理をする。一方、B郡の病院では、患者の家族に渡す場合と、断られたときは医療廃棄物の袋に入れて業者が回収する。村では、胎盤は素焼きのポットなどに入れて、土中に埋めることが行われている。

無痛分娩（硬膜外麻酔分娩）は、IND04 のクリニックでは行われており、医師が推奨しているようである。IND04 医師（女性）は自身も無痛分娩で出産経験があるとのことで、「うちはなるべく無痛分娩を推奨しています。不必要な痛みに耐える必要はないはずよ」と返答している。無痛分娩は1万ルピー（約1万5千円）の追加料金がかかる。

産後は、すべての病院が自然分娩、帝王切開出産にかかわらず、すぐに母子同室で、出産後すぐの授乳を推奨しているとのことである。インドの特徴としては、生まれてすぐに待合室にいる家族にお披露目してから、母親に渡して、入院ベッドに移動して母子同室させることである。都市の私立病院であっても、入院中の食事やケアは病院からは提供されないの、家族のうちの誰か（多くの場合は産婦の母親）と一緒に病室に泊まり、生まれた子どもや産婦のケアを行うことが多い。授乳指導は、助産師が行う。ラクテーションコンサルタントのような資格者は存在していない。ただ、退院後の自宅での産後ケアには、いわゆる「ダーイー」や「マウシ」と呼ばれる年長女性が毎日自宅にやってきて、オイルマッサージと沐浴を施し、授乳アドバイスも行うことが普通である。

A市の出産費用は500ルピー～3万ルピーと差がある。最も安かったのが、IND02 医師が勤める公立総合病院で、自然出産、帝王切開ともにほぼ無料といえる500ルピー（入院

費含む)。それに対して、IND04 医師のクリニックでは、自然分娩が 6000 ルピー（個室部屋の場合は 2 万ルピー）、帝王切開が 1 万 5 千～3 万ルピーである。

B 郡の私立病院は、近年では出産そのものは同じ郡内にある政府系の農村病院で行うことを患者には推奨しており、なるべく出産件数を減らすようにしているとのことである。その理由は、医師が、出産を扱うには年齢的に厳しくなってきたこと、政府系病院ではほぼ無料ででき、妊婦にとってもメリットが高いためであるという。ただ、農村部であると言っても私立病院での出産費用が都市部の A 市と比べて安いわけではなく、当病院では普通分娩で 1 万 5 千～2 万ルピー、帝王切開で 3 万 5 千ルピー（+医薬費）かかる。

入院日数は、いずれの病院も普通分娩で 1～3 日、帝王切開で 5 日程度である。

避妊、予定外の妊娠と不妊への対処

A 市、B 郡ともに家族計画の実施率は高く、病院でも妊婦検診や両親教室などの機会を用いて、事あるごとに避妊を勧めている。IND02 の病院では、子どもが 2 歳を過ぎるまでは避妊具を用いて、それ以降は手術を推奨している。他にはコッパー T（QIUD：銅含有子宮内避妊装置）、ホルモン注射、経口ピルで、この順番で人気だという。また、INM01 が勤める病院では、避妊手段としてはコッパー T が多いが、自然分娩の場合、出産 7 日後には避妊手術を実施することを推奨し、妊婦には勧めている。特に、生まれた子どもが二人目で、かつ一人目がすでに 5 歳以上だった場合には避妊手術を推奨しているとのことである。一方で、A 市の IND04 医師によれば、最も多い避妊手段は、女性の避妊手術（卵管結索、腹腔鏡）かスパーシングとしての中絶であるという。

避妊手術は、政府系病院では無料（さらに数百ルピーの金銭も授与される）だが、私立病院では数千ルピー程度かかる。B 郡では、PHC を中心に「手術キャンプ」として毎月、決められた日に女性の避妊手術が行われているため、近隣農村の女性たちは避妊手術を受けることが多い。ただ、村でも高カーストの女性やある程度裕福な家庭の女性は、こうした政府の避妊キャンプではなく、IND06 医師の病院のような私立病院で手術を受けることを好むという。

インドでは性選択を除くあらゆる理由での中絶が法律で認められているため、予定外妊娠への対処として中絶が行われることが多い。中絶費用は A 市のプライベート・クリニックで 1 万ルピー程度、B 郡では 6000 ルピー程度であった。

不妊治療は、A 市では体外受精と第三者の配偶子を利用した生殖が行われている。人工授精、体外受精を行う IND03 のクリニックは、医師もムスリムであり、ムスリムが多い居住区で開業しているため、患者にもムスリムが多く、第三者の配偶子利用や代理出産に対しては忌避的であるが、その他の病院では顕著な違いは見られないようである。A 市で最も先進的な補助生殖医療を提供しているのが IND04 医師の IVF センターであり、少数であるが理出産も行っているとのことである。第三者の配偶子は、現在は精子バンクのようなエージェントではなく、クリニックの不妊患者が提供した凍結余剰胚を他の患者にもシェアすると

いう gamete sharing が主になっている。彼女のクリニックでは、ドナー配偶子を利用する際には両親と血液型が合うように配慮するが、その他の社会的、形質的条件についてはほとんど配慮しない（ストックのバリエーションがそんなにあるわけではないから、できない）という。IVF の 1 サイクルは、15 万～20 万ルピー（約 22 万～35 万円）である。

B 郡では、人工授精、体外受精ともに行われていないため、患者は都市へ治療を受けに行かなければならない。B 郡の病院では、主に月経不順や感染症、結核などによる不妊に対応しており、ホルモン治療や疾病治療、不妊カウンセリングが中心である。IND06 医師によると、村人のなかには体外受精によって子どもが出来た人も近年では増えており、農村地域でも高度な生殖医療に対する要請が高い。養子に関しては、医師はいずれも積極的な関与は見られない。



写真 5 A 市 IVF センター



写真 6 A 市 IVF センター培養室

(5) 女性インタビュー概要

女性には、A 市 13 人、B 郡 2 人の計 15 人に聞き取りを行ったが、末子が 10 歳以下という条件に合わなかった 3 名を除いた 12 名の概況を下記に示す。年齢は 27～40 歳、A 市の協力者には大卒の中の下～中の中階層の人が多く、ムスリムの 1 人を除いて、全員がヒンドゥーである。

ID	地域	子どもの人数、年齢、性別	家族構成	年齢	職業(夫・妻の順)	本人学歴	出産(年長から順に)
INW01	A 市	2 人、14 歳男児、4.5 歳女児	夫婦と子ども	40	エンジニア/専業主婦	大卒	私立病院で帝王切開(2 回とも)
INW02	A 市	2 人、13	夫婦、子、	36	会社員/	大卒	A 市の私立

		歳男児、 9歳男児	義母		デザイナー		病院で普通 分娩
INW03	A市	2人、12 歳男児、 6歳女児	夫婦、子、 義父母、 義祖母、 義理のオ ジ（義父 の兄弟）	36	自営／弁 護士	大卒	実家の私立 病院で普通 分娩、A市 の私立病院 で普通分娩
INW06	A市	1人、9歳 女児	夫婦と子 ども	32	会社員／ 主婦	大卒	A市内の私 立病院で計 画帝王切開
INW07	A市	1人、9歳 女児	夫婦、子、 義父母	33	商売／小 学校教師 （パート）	大卒	実家近くの マタニティ ホームで計 画帝王切開
INW08	A市	2人、4歳 男児、4 ヶ月男児	夫婦、子 ども、義 母、3人 の義弟、 1人義妹	30	商売／主 婦	高卒（12 年生修 了）	カルナータ カ州の実家 近くの病院 で自然分娩 （二人と も）
INW09	A市	1人、2ヶ 月女児	夫婦、子、 義父母、 義妹	32	会社員／ 非常勤講 師	大卒	A市内の病 院で計画帝 王切開
INW10	A市	3人、18 歳男児、 5歳女 児、2歳 半男児	義母、子 ども（夫 は出稼 ぎ）	30?（不 明）	家事労働 者（サー バント）	5年生	出身村の公 立病院で自 然分娩（上 二人）、A市 の公立病院 で自然分娩
INW11	A市	2人、7歳 女児、4 歳男児	夫婦、義 父母、子 ども	28	自動車修 理工場／ 主婦	大卒	A市のミッ ション病院 で計画帝王

							切開（2人とも）
INW12	A市	2人、3歳男児、6ヶ月男児	夫婦、義母、子ども	27	運転手／主婦	12年生	実家のあるムンバイの民間病院にて緊急帝王切開、2人目は同病院で帝王切開
INW13	A市	1人、5歳男児	夫婦、子	32	銀行員／主婦	MBA	A市の民間病院で緊急帝王切開
INW14	B郡	2人、16歳、10歳女児	夫婦、子	35	自営／主婦	10年生	村の私立病院で緊急帝王切開、同病院で計画帝王切開

結婚から妊娠

インドでは、結婚2年以内に子どもが出来ることが望ましく、社会的なプレッシャーも大きいいため、基本的には第一子が産まれるまで避妊はしない場合がほとんどである。A市の協力者は、階層にもよるが大学を卒業し、およそ22～25歳で結婚し、24～28歳頃に第一子を持つ人が多い。ただ、当然のことながら、全ての人が必ずしもそのようにすぐの妊娠、出産を経験しているわけではない。

A市の女性たちは、ほとんど「月1回、出産が近付くと隔週、最後は毎週」の検診をルーティーンとしており、内容も尿検査、体重測定、血圧、血液検査などほぼ一定である。超音波検査は多くの方が3～4回受けているが、中には流産経験者で、妊娠中期以降胎児が下がり気味だと指摘された女性のように、6ヶ月目以降は毎月受けたという人もいる(INW09)。農村出身者(INW10)や経済的に裕福ではない家庭の人は、超音波検査は1～2回、妊婦検診も毎月ではないといい、経済界層や都市でのアクセスによって受診する回数は規定されるようである。特に農村では、超音波検査のためだけにわざわざ都市のラボに行かなければならないとあって、よほど必要があると医師に注意されない限り、それほど受ける機会はない。出生前検査に関しては、全員が聞いたことがないか、ほとんど知らない、という返答であり、ダウン症についても詳しくは分からない、と答えた。従って、女性たちの間では出生前

検診についての知識や情報はほとんど共有されていないことが分かる。

インドには政府が発行する母子手帳はないため、都市部の女性たちは公立病院や PHC、プライベート・クリニックからもらうファイル（Child Health Record と呼ばれる）に、妊婦検診の血液検査結果や体重などの記録、出産後の予防接種の記録紙などを綴じ、保管している。農村部では、そうした記録をまとめるという習慣がないため（あるいはもっと上の世代の女性たちは非識字であることも多いため）、こうした Child health record を記録し、保存するというのはあまり見られないようである。

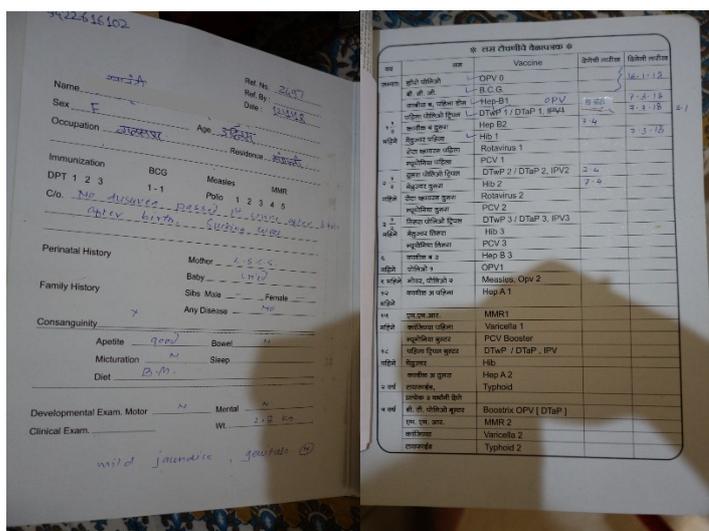


写真 7、8 Child Health Record

出産と産後

ほとんどの女性が、第一子は実家に戻り、その地域の病院で出産をして、産後は1~6ヶ月ほど実家に滞在するというを行っている。ただ、INW01のように妊娠中に海外に滞在していたり、A市より医療整備がなされていない地域に滞在していたりする場合は、婚家に残って出産をするケースもある。第二子以降は、実家に戻ったり、婚家に残ったりと対応が分かれるが、おおむね婚家のある地域の民間病院で産むことが多いようである。

特筆すべきは帝王切開出産の多さである。全12人、計19件の出産に対して12件が帝王切開である。第一子が帝王切開となった場合は、第二子も必ず帝王切開が行われている。帝王切開になった理由としては、8ヶ月目の破水による超未熟児での出産（INW01）、逆子（INW06とINW11）、体重過多と高血圧（INW7）、胎児が下がりすぎてきたので計画帝王切開（INW09）、子宮口が開かなかった（INW12）、陣痛が始まって1昼夜経っても産まれず帝王切開（INW13）などである。出産の費用は、帝王切開手術の場合は1万5千ルピーから5万6千ルピーと差があるが、女性たちは時代の差だとして理解している（すなわち、10年以上前は安かったが、いまは高額になっている）。支払いは、実家と夫によるものが半数程度であるが、第一子は慣習的に実家が支払うことが多い。医療保険に入っている人は少

ないが、なかには夫が勤務する会社が入っている民間の医療保険で全ての費用（5万6千ルピー）がカバーされた人（INW13）もいる。

帝王切開はほぼ全員が部分麻酔で、手術中も意識があった。そのため、出産後すぐに子どもの顔を見せてもらった、すぐに抱っこさせてもらったと記憶している人も多い。夫の立ち合いは全く見られない。「ムンバイやプネーではあるかもしれないが、ここらでは聞いたことはない」（INW03）、「むしろ夫には立ち会ってほしくない」（INW02）との意見が聞かれた。出産後は基本的に母子同室で、自然分娩の場合は出産後2～3時間で授乳を開始している。帝王切開の人は、座ることができるようになったら、授乳を始める。入院日数は1日～5日程度で、退院後は実家に滞在する者が多い。年配の女性たちは、出産後3～6か月は夫と離れて実家で過ごしたほうが、赤ん坊にとっても良いと考えている。その理由は、母親が夫と会わないと、母性がすべて赤ん坊のほうへ向けられ、母乳もよく出るのだという（INW04）。母乳が全くでなかったという人はいなかったが、なかには「最初の二週間がでなかった」（INW9）人や、「6か月で出なくなった」（INW8）人などは、人工乳（粉ミルク）を与えていた。あるいは、人工乳ではない場合は、牛乳とお湯を半々で割ったものを与えている。また、農村出身のINW10は、「粉ミルクは高くあげられない」といい、母乳が出ない場合は砂糖水、牛乳お湯割りを与えるという。都市中間層にとっては、一般的となった人工乳であるが、貧困層にとっては経済的な理由で利用が憚られるということが分かる。哺乳期間は、6か月程度から最も長い人で2年だった。

産後のケアとしては、都市の中間層の多くが新生児と産婦のマッサージと沐浴を行う年配女性（バーイー）を頼み、毎日家に来てもらっていた。産婦は2週間から1ヶ月、新生児は3ヶ月程度続ける。出産前に、近所の人などにそうした女性がいるかを聞いて、事前に頼んでおくのだという。費用は、6年ほど前で月2500ルピーだが、つい最近（2ヶ月前）に出産したばかりのINW9によると、いまは二人あわせて9千ルピーを支払っている。私が調べたところ、子どもか母親一人の場合は、月5千ルピー程度であった。それ以外には、母親やオバなどがマッサージをしてくれたと答えた人が多かった。

農村部ではそのようなバーイーに金銭を払って頼むということはなく、自分または家族のメンバーがマッサージを行う。



写真9 新生児を沐浴させるバーイー



写真10 沐浴がすんだ新生児

避妊・家族計画および人工妊娠中絶について

避妊・家族計画は、都市中間層の女性ほど明確な手法を用いてはいない傾向がある。農村部や中下層の女性のほうが、卵管結紮手術や腹腔鏡手術をしているのに対し、中間層の女性はそうした手術はしていない。その代わり、予定外妊娠のために中絶をしたという人は4人いた（医師の勧めでの中絶は1人）。中絶を選んだ理由は、スパーシングや経済的問題で、中絶が避妊の代替として一定の割合を占めているということが推察される。卵管結紮手術を選んだ人は、「これが一番身体に負担がないと判断した」（INW8）、「3人目が生まれてから、入院中にその病院でそのまま手術を受けた」（INW10）。

人工妊娠中絶について積極的に肯定するわけではないが、全否定する人はいなかった。「子どもに障がいがあった場合はどうするか」という質問には、ほとんどが中絶をするのは仕方がないとの返答だった。少数だが、母親が病気で妊娠の継続が難しい場合や、未婚の場合は中絶も理解できるという意見があった。その一方で、経済的理由による中絶に関しては、「貧しい人もたくさん子どもを産んでいる」などの理由で、反対を表明する人が多かった。障害児が生まれることに対しては、きわめて強い拒否反応が示された。「胎児にもし問題があれば、生まれても仕方がないのだから中絶をしたほうがいい」（INW12）、「知り合いに女兒だったので中絶をした人がいる。子どもに障がいがあったならば中絶するのは仕方がない」（INW13）という意見が大半を占めている。

不妊への対処と第三者が関わる生殖技術・養子縁組について

女性たちからは、不妊治療をしているという家族や知人に関する具体的な情報は得られなかった。「不妊の人は周りにいる」「そういう人は知っている」とはいうものの、具体的な治療内容についてはほとんど情報がないようである。唯一、流産を2回経験し、結婚して7年目に長女を出産したINW06は、周囲からの圧力が大きく、不妊治療の病院にも通っていたというが、高度な生殖医療は利用したことはなく、アーユルヴェーダの薬を服用していたという。代理出産や第三者の配偶子を利用した生殖医療については、ほぼ全員が詳しくは知らない、との返答だった。A市の女性のなかには、新聞で読んだ、ドラマで見たから聞いたことがある、知っている人も数人いたが、B郡の女性は想像もつかないと言っていた。インドでは、いわゆるソープオペラやポリウッド映画のテーマとして代理出産が扱われることがあるため、そうしたメディアを通して代理出産についての情報やイメージが作られているようである。第三者の配偶子を利用することに関しては、知識がないため、どちらともいえないという意見や、「子どもが欲しいのであれば妥協する必要があるから、利用すればよい」という意見、「精子提供は受け入れられる」あるいは「卵子提供は受け入れられないが精子提供なら受け入れられる」、「精子提供を受けるくらいなら養子縁組をしたほうがいい」など、多様だった。

養子縁組については、A市の中間層の女性たちの典型的な返答は「自分は孤児の子ども

を養子に取るという考えには賛成だが、家族の反対があって現実的には難しいだろう」というものだった。インド社会では、基本的に養子が忌避されているため、一般的に養子縁組に対する心理的ハードルは高い。ほぼ全員が、親族からではなく児童養護施設などのエージェントを通して、まったく血のつながりのない子どもを養子に取ったほうが良いと答えたが、農村出身の INW09 は「養子を取ってもいいが、親族内のみで。他の人からはやめたほうが良い。大きくなってから将来、何かあったらどうするのか」と断言していた。施設から養子を取ったほうが良いと答えた人たちの理由は、親族内の養子縁組はトラブルのもとになるから、というものだった。まわりの人で、養子縁組をしたことがあると答えた人は2人だった。

知見・考察

(1) 階層差によるリプロダクションの実践の差異

本調査では、都市と非都市では協力者の人数に大きな違いがあるため、単純な比較をすることができないが、およそ都市と農村の差異よりも、階層差のほうが大きいのではないだろうか。都市に居住していても、貧困層であったり農村出身者であったりする場合は、中間層の女性とは異なるリプロダクションの実践が見られ、利用する医療施設も無料あるいは安価な公的機関である。産後ケアの担い手として、「バーイー」を雇いお願いするということも見られないし、粉ミルクなどの人工乳の利用も見られない。とはいえ、A市のような都市では（すなわち、デリーやムンバイのようなメトロシティではない中規模都市では）、出産環境の選択肢はそれほどあるわけではなく、ほとんどの人が自宅（実家）の近所にあるプライベート・クリニックで産んでおり、オルタナティブな出産のあり方は見られず、多様性は少ない。

帝王切開手術は、19 妊娠中 12 件（63%）と極めて高かった。1 人目を帝王切開で産んだ人は全員が二人目も計画帝王切開をしていることから、必然的に割合が高くなるだろうことは理解されるが、出産予定日を過ぎた、胎児が大きすぎるといった理由でも、都市のプライベート・クリニックでは比較的簡単に帝王切開手術を勧めるということもある。子どもの数は基本的に1~2人であることから、出産のリスクを避けようとする傾向は強くなっていると推察される。その一方で、家事手伝い（サーバント）として働く女性が、「生まれる数時間前まで仕事をしていて、お腹が痛くなって病院に行ったら、注射を一本されて、一時間で生まれた。出産すると次の日に退院して、また働き始めた」と語っており、彼女が「労働者（kamakari）は帝王切開なんかで産んでいられない」といった言葉が、出産形態の階層差をよく表している。

(2) 障がい観と中絶

インドでは中絶の議論はほぼ選択的産児中絶に集中しており、障がい児の中絶に関してはほとんど社会的な論争を引き起こしていない。障がいがあると確定せずとも、何らかの可能性があると指摘されるだけで、中絶を選ぶ人（あるいは選ぶべきだと考える人）が多

い傾向にある。医療者へのインタビューからも、自分のクリニックでは中絶件数そのものは少ないと答えるが、ほとんどの患者は血清マーカーテストで陽性が出た段階で中絶を選ぶと答えていた。また、医師の中には、もっとこうしたスクリーニングテストを妊婦検診においてルーティン化するべきだと答える人もいた。筆者が「女性たちの反応はどうか」と聞くと、医師はむしろ誇らしげに「人びとの意識は最近ではとても高くなっています。彼女たちはちゃんとわかって、こちらのアドバイスに従ってくれます」と答えている。これは、医師が積極的に中絶を勧め、それを受け入れることが近代的な（意識の高い）産婦であると見なされていることを示している。障がい者に対する社会的認識がステイグマ化されているのは、障がい者の教育や福祉が社会福祉制度として整っていないために、家族の負担が過剰に大きいと思われることが関係している可能性がある。また、普段、公共空間で障がい者を見かけるといことが少なく、街にいる一般的な障がい者は、失明者や腕や脚が一本ないといった身体に障害を持つ物乞いの姿であることが多く（そしてそれはインドでは街路や寺院前に多数存在している日常的な風景である）、それが人びとの間に固定的な障がい者イメージを作り出している可能性も否定できない。

(3) 不妊治療の普及

今回の調査協力者のなかには、生殖医療を利用した人はいなかったが、インタビューをした医療者の中には、不妊治療を専門とするものや、日常的に不妊治療も行っている医師が含まれている。A市では代理出産も数年前から始められており、IVFクリニックの医師もシンガポールへ渡航して技術を学ぶなど、高度な治療が可能となっている。第三者の配偶子を利用した生殖医療も、かつてはタブーとされほとんど行われていなかったが、近年では人々の意識も変わり、受け入れられるようになってきているという。今回の調査では含まれていないが、A市で第三者の配偶子を利用した夫婦にもインタビューを実施した結果、第三者の配偶子の利用をめぐる葛藤よりも、何よりも子どもを持つことのほうが重要であるということが強調されていた。インド社会における子どもを持つことへの社会的規範が揺るがない状態では、今後もA市のような地方都市にも生殖医療が急激に進展する可能性が高い。また、これまで経済な理由から、かつ情報の欠如によってこうした都市の治療にアクセスができなかった農村部の不妊患者を取り込んで、さらに拡大していくことが見込まれる。

II-14 スリランカ民主社会主義共和国（スリランカ）

文・撮影／松尾瑞穂

1. 国の概要

正式名称はスリランカ民主社会主義共和国。歴史的にはセイロンとして知られる。気候は熱帯気候。南アジアの南端、インド洋に浮かぶ島国で、面積は約6万5千㎡（北海道の約8割）、人口は約2103万人（2016年）である。インド、ネパール、バングラデシュ、パキスタン、ブータン、モルディブ、アフガニスタンとともに SAARC（南アジア地域協力連合）の一員である。民族は、シンハラ人（74.9%）、タミル人（15.3%）、スリランカ・ムーア人（9.3%）からなっており、宗教は仏教（70%）を多数派として、ヒンドゥー



（12.6%）、イスラーム（9.7%）、キリスト教（7.6%）が信仰されている。名目 GDP は 813 億米ドル（2016 年）、一人当たり名目 GDP は 4065 ドル（インドの約 2 倍）で、南アジア諸国のなかではモルディブに次いで 2 位である。保健、教育指標が南アジア諸国のなかでは良好で、伝統的に社会主義的政策を取ってきた。

歴史的には、紀元前 5 世紀ころにシンハラ人の祖とされるアヌラダープラ王国が建立され、紀元前 250 年にインドのアショーカ王の息子マヒンダにより仏教が伝来したとされる。11 世紀以降、インド南部のチョーラ朝の侵攻を受け、タミル系の住民の移住が活発化する。15 世紀には中部にシンハラ仏教系のキャンディ王国、低地にコーッテ王国、北部にジャフナ王国が並び立つ。16 世紀からポルトガル、オランダが来島し、沿岸部を植民地化してきたが、1815 年に全島が英国植民地下に置かれる。1948 年に英連邦の自治領セイロンとして独立を果たしたのち、1972 年に完全独立国となる。1983 年以降、北東部を拠点とするタミル系の武装勢力「タミル・イーラム解放の虎（LTTE）」との 25 年以上におよぶ内戦が繰り広げられた。全島で 7 万人以上が死亡、28 万人以上のタミル人が国内避難民になっており、スリランカ社会に大きな打撃を与えた。2009 年に政府軍が LTTE を完全制圧し、内戦は終結したが、シンハラ系とタミル系の分断は後遺症として残っている。内戦終了以後、スリランカ経済は中国からの活発な投資を受け、順調な経済発展を遂げている（出典：外務省）。

(2) 調査地概況

A 市：中部に位置する国内有数の都市。

B 町：北西部に位置する小さな町。人口は約 48000 人。主要産業は農業、商業。住民構成

は、シンハラが9割を占めている。

(3) 医療制度およびプロダクション分野関連の制度

スリランカは、1950年に政府による「全国民に無償の医療サービスを提供する」という基本方針が定められ、公共セクターにおける診断、治療、投薬などの医療サービスは基本的にすべて無償である。入院施設を有する公的分野の病院数は622、病床数は80105（2014年）で、それはスリランカ国内の全病院数のそれぞれ73%および93%を占めているように、医療サービスが大きく公的分野に依存しているのが特徴である（JICA2017）。中央政府は、教育病院と専門病院（国立がんセンターなど）を運営するが、保健行政は基本的に地方分権化されており、各州には州総合病院（Provincial General Hospital）、県総合病院（District General Hospital）、基幹病院（Base Hospital）、地区病院（Divisional Hospital）、一次医療所（Primary Medical Care Unit）とがあり、それらは州の保健省によって管轄・運営されている（日本貿易振興機構2017）。公立病院は、次の4つに分類されている。すなわち、1教育病院／州総合病院、2県総合病院／県基幹病院、3地区病院、4プライマリメディカルケアユニットである。高位に分類される病院は、より高度な疾病対応が期待されているため施設・設備が充実している（JICA2017）。また、人口1000人あたりの病床数も、3.5（2010年）と、3.1のアメリカ、2.9のイギリスよりも多く、OECD諸国と比較しても同程度の病床が整備されている（JICA2015）。そのため、スリランカは前述の通り、南アジア地域においてもっとも、平均寿命、妊産婦死亡率、乳幼児死亡率、識字率などの指標が良好なことで有名である。

(4) 医療者インタビュー概要

スリランカの医療者の協力者は、以下のとおりである。

SLN01	A市	助産師・看護師	公立総合病院勤務の助産師。農村部でのフィールド看護師の経験もあり
SLD01	A市	産婦人科医（ディレクター）	公立総合病院の産科部長
SLD02	A市	研修医	公立総合病院の産科に配属された研修医

※報告書執筆時点（追加調査未収録）

A市のみならず、A市を含む同県の中核病院として最大、スリランカ国内でも第二位の規模をもつ公立総合病院を見学し、医療者にインタビューを実施した。スリランカでは医療サ

ービスが規格化されており、公立病院であればどの地域でもほぼ同じようなシステムで運営されている。そのため、国内有数規模の同病院は、ある程度、スリランカの公立病院の代表例として見なすことができる。

同病院の産科はベッドが 120 床で、スタッフは部長である産婦人科医師を筆頭に、医師が登録医 (register) が 2 人、Senior House officer が 4 人、house officer (研修医に相当) 3 人、研修の医学生が 20 人、看護部門は婦長 1 人、看護師 27 人、助産師が 12 人、Attendant (手伝い) が 10 人とかなりの大所帯である。

スリランカでは、全国に 9 の公立大学と 1 つの防衛大学の医学部を修了したのち、スリランカ・メディカル・カウンシル (SLMC) の試験に合格し、SLMC に登録されると医師として活動することができる。海外の医師免許を持った人も、SLMC に認可されれば医療行為に従事することができる。医学教育は、5 年と 1 年のインターンシップからなる。年間約 1200 人の医師が輩出され、人口 1000 人あたりの数は 0.96 人である。

看護師は、看護師養成学校 (Nurse Training School) または国立大学の看護学部を終了し、各機関が発行する看護師認定状 (certificate) が授与されると看護師となる。修了者は、スリランカの政府系看護職としてスリランカ看護協議会 (Sri Lanka Nursing Council : SLNC) に登録をする。その数は、看護師 32362 人、助産師 9164 人で、人口 1000 人あたりの数は 1.6 人である (ジェットロ 2017)。

SLD01 は、A 総合病院の産科部長である。コロombo大学の医学部を終了し、1984 年に医師資格を取得したベテラン産婦人科医である。日々のルーティーンは、おおよそ月曜日は回診、火は手術、水は学生指導・講義、木は外来 (OPD)、金は手術、土は学生指導である。SLD02 は、SLD01 のもとで研修医として働き始めて 3 か月の若い医師である。

SLN01 は、調査年に定年退職を迎えたベテランの看護師である。12 年生 (高校相当) 卒業後、2 年ほど協同組合銀行で事務員として働いたが、結婚後 1 年半の助産師教育を受け、助産師となった。当初は Field Midwife として、農村部で働いていた。Field midwife は、毎日決められた担当の村々を回り、妊婦や産婦の自宅を訪れて検診をしたり、母子保健に関するサービスを提供したりする政府の末端職員である。SLN01 の時は、一人 8 村約 1500 人が担当で、毎日朝から 14 時半ころまで、一日 10 軒の妊婦・産婦の自宅を訪問するというノルマが定められていた。ユニセフから提供された小型スクーターに乗って、村々を回っていたという。フィールド助産師は、月に一度妊婦の家を訪問し、さまざまなカウンセリングを行う。何か問題があれば、すぐに病院へ行くように勧め、中核病院や基盤病院の OBG (産婦人科医) と妊婦の情報を共有し、リスクのある母親を各レベルで把握し、ケアを与えるという役目を果たしている。ここからも、病院で妊婦検診を待っているのではなく、フィールドスタッフが自宅を訪れ、ケアを提供するとともにハイリスク妊婦を把握し、管理するというシステムが、スリランカでは機能しているということが分かる。彼女は、12 年フィールド助産師として勤務し、その間にさらなるキャリアアップのため、働きながら 3 年半看護カレッジに通い、看護師資格を取得した。その後、A 市総合病院へ転職し、産科の看護師、

のちには看護主任として計 26 年間勤務して退職まで勤め上げたばかりであった。

妊婦健診と出生前検査

スリランカでは、妊婦健診の内容は体重、尿検査、血液検査、血圧、歯科検診、腹囲測定などで、検査項目は全国一律であり、どここの公立病院でも同じ内容の検診が行われているとのことである。今回訪問したような総合病院のような上位病院は、基幹病院やフィールド助産師から回されたハイリスク妊婦が中心であり、通常の妊婦検診は行われていない。一般的には妊婦は、基幹病院またはフィールド助産師の自宅訪問を組み合わせで妊婦検診を受ける。村や都市郊外の場合、フィールド助産師が月に一度妊婦の家を訪問し、さまざまなカウンセリングを行う。何かあれば病院へ行くように勧め、病院の産科と情報共有をする。妊婦は、頻度は 7 か月目までは月一度、7 か月以降は 2 週間に一度の妊婦検診を病院で受ける。そして、出産予定日には陣痛の有無にかかわらず入院し、出産にそなえるのが基本である。

超音波検査は、基本は 3~4 回で、公立病院であればすべて無料である。ただ、妊婦は私立病院での有料の検査も利用している。というのは、決められた回数以上に超音波検査を行いたい人や、サービスの良さや待ち時間の少なさなどから、私立病院や CT センターでの超音波検査も好まれている。私立病院での超音波検査は 1 回 1300~1500 スリランカルピー（1 スリランカルピー、0.60 円/2020 年 1 月）

出生前検査は、どんな形態であれほとんど行われていない。妊婦の出産歴（年齢、ダウン症出産歴、最初の出産の様子など）によって変わるが、実施件数は限りなく少ないという（SLD01、02 とも）。NIPT も行われていないとのことである。SLN01 によれば、スリランカでは中絶は禁止されており、胎児の障がいや理由とする中絶も違法となるため、そもそも出生前検査を受ける（受けさせる）動機付けが弱い。SLD01 は、「母親が ICU で重篤な状態にあり、妊娠の継続が困難であるような、きわめて限定的な状況しか中絶は許可されていない」という。SLN01 は、その理由を「仏教国だから」という宗教的なもので説明づけていた。後で述べる女性たちのインタビューでも、中絶が仏教的な思想と合わないから禁止されているとみなす人たちが多かった。このように、スリランカが仏教国であることと中絶の禁止は一般的に結びつけて考えられている（実際には、スリランカにはヒンドゥーやムスリムもいるにもかかわらず）。

出産と産後

ハイリスク妊婦でない限り、多くの妊婦が居住地域の基幹病院で出産を行う。A 総合病院のような上位病院は、ハイリスク妊婦を中心とするため、他の施設よりも帝王切開率が高くなる傾向にあるとのことである。A 総合病院では、予定日には入院することを推奨しており、妊婦は入院しながら陣痛が始まるのを待つ。待機中は 20 人くらいのベッドが並べられた一般部屋で、陣痛が始まると陣痛室に移動する。その間に attendant（手伝い）が浣腸や剃毛、全身シャワーなどを行う。ここで陣痛が弱いと産婦人科医の指示でシントシノンとい

う陣痛促進剤を入れることがある。そして、膣が 2~3 センチ開いたら、分娩室へ移動し、産婦人科医、助産師、看護師の立ち合いのもと出産となる。A 総合病院の出産件数は 1 日 18~20 件、うち自然分娩が 12~13 件、残りが帝王切開で、中絶手術は行っていない。

SLD01 によれば、普通分娩のほとんどは助産師が主体となるが、最後に取り上げるところは必ず医師が行う。帝王切開も担当医が執刀する。SLN01 によれば、剃毛、浣腸、血管確保はルーティーンとしてすべての出産で行われる。会陰切開は、1 人目の場合は必須だが、2 人目以降はしないことも多い。陣痛誘発剤と促進剤は状況に応じてだが、一人目のときは使うことが多いとのことである。無痛分娩は、A 総合病院では妊婦の希望に応じて、硬膜外麻酔の無痛分娩を実施している。

カンガルーケアと産後すぐの母乳哺育にはかなり意識的であり、自然分娩、帝王切開ともにすぐに新生児と母親を一緒にする。入院中も基本は母子同床である。夫の立ち合いは公立病院では行われていないが、コロomboのような都市の私立病院では夫の立ち合いを認めているとのことである。授乳指導は、助産師が担っている。退院後も自宅にフィールド助産師が訪問してくれるので、そこで授乳や乳幼児の栄養などについて、相談することができる。また、胎盤などは医療ゴミとして A 総合病院の焼却施設で処理される。産後ケアとしては、フィールド助産師が退院後、産婦の自宅を訪問し、授乳指導やカウンセリングも行う。会陰切開の抜糸もフィールド助産師が自宅で行うため、基幹病院へ赴く必要はない。



写真 1、2 A 総合病院の入院部屋（分娩前）

避妊、予定外の妊娠と不妊への対処

スリランカでは1965年に家族計画が母子保健政策に取り込まれて以来、実施されている。家族計画のカバー率は、68%（2006–2007年）で、内訳は女性の避妊手術（16.9%）、男性の避妊手術（0.7%）、経口ピル（7.9%）、IUD（6.3%）、コンドーム（5.5%）である。排卵日を避ける（9.6%）、膣外射精（5.5%）も一定数ある（Sri Lanka and Family Planning: An overview）。SLN01によれば、A町では女性のループ（子宮内避妊具）が最も好まれており、経口ピルは人気がない。男性のコンドーム使用もよく見られるとのことである。こうした家族計画の避妊具は、フィールド助産師が自宅訪問する際に手渡しをするか、都市部であれば薬局で購入する。避妊手術やIUD、ループなどは基幹病院または私立病院に行って処置してもらう。

不妊治療については、A総合病院でも治療が行われているが、主にコンサルテーションと外科治療である。IVFやICSIはコロomboの私立病院のみで行われており、A総合病院では実施していない。人工授精は公立病院でも行われている（SLD02）。A総合病院では、提供精子を利用した人工授精は行っているが、提供卵子と代理出産は認められていない。患者の態度としては、「人びとは他に選択肢がなければ、提供精子も受け入れており、それにムスリムや仏教徒といった宗教上の違いは見られない」（SLD01）とのことである。ただ、スリランカでは、隣国インドに比べると生殖医療の利用や普及がきわめて低いようで、コロomboの高価な私立病院を利用できる一部の富裕層を除いて、こうした治療は一般的ではない。

(5) 女性インタビュー概要

B町において、10人の女性にインタビューを実施した。年齢は27～46歳で、30代が最も多い。子どもの平均数は1.7人である。全員が多数派であるシンハラ仏教徒であった。

ID	地域	子どもの人数、年齢、性別	家族構成	年齢	職業（夫・妻の順）	本人学歴	出産（年長から順に）
SLW01	B町	1人、4歳男児（調査時妊娠中）	夫婦、子ども、母親	33	技術者・英語教師	ディプロマ（教育学）	B町の基幹病院で計画帝王切開
SLW02	B町	1人、5歳女児	夫婦、子ども、義父母、夫の妹	30	ビジネス・主婦	大卒	B町基幹病院で自然分娩
SLW03	B町	2人、7歳女児、3	子ども、父母（夫	35	会社員・幼稚園教	ディプロマ（幼稚	B町基幹病院で緊

		歳男児	はクウェート単身赴任)		論	園教育)	急帝王切開、2人目は同病院で計画帝王切開
SLW04	B町	1人、7歳男児	夫婦、子ども	37	エンジニア・主婦	大卒	コロomboの私立病院で計画帝王切開
SLW05	B町	2人、7歳男児、5歳女児	夫婦、子ども	44	運転手・主婦	高卒	B町基幹病院で帝王切開(2人とも)
SLW06	B町	3人、15歳男児、11歳女児、7歳女児	夫婦、子ども	46	会社員・主婦	高卒	B町基幹病院で自然分娩、同病院で計画帝王切開(2,3人目とも)
SLW07	B町	2人、2歳女児、4か月女児	夫婦、子ども、実母	27	警察官・幼稚園スタッフ		B町基幹病院で計画帝王切開、別の町の総合病院で計画帝王切開
SLW08	B町	2人、8歳男児、5歳男児	子ども、義母(夫は韓国)	35	会社員(韓国企業)・主婦	高校一年生(16歳まで)	B町基幹病院で自然分娩(2人とも)
SLW09	B町	2人、8歳女児、6歳女児	夫婦、子ども、義父母	39	会社員・主婦	大卒	県庁所在地の私立病院にて計画帝王

							切開（2人とも）
SLW10	B 町	2人、7歳男児、5歳女児	夫婦、子ども	45	自営・主婦	高卒	B 町基幹病院で計画帝王切開（2人とも）

妊娠から出産

ほとんどの女性が、居住地である B 町の基幹病院（Base Hospital）で妊婦検査と出産をしている。その理由としては、前述の通りスリランカでは保健医療分野における公的部門への依存が高く、B 町には公立病院と匹敵するような私立病院が存在しないこと、また、住民にとっても出産に限らず、一般的な医療サービスは基幹病院で受けることが当たり前であり、「近くて無料なのに、他にわざわざ別の病院には行かない」という答えが多かった。基幹病院での診察、治療、入院はすべて無料である。3名ほど都市の私立病院で出産をした人がいるが、彼女たちは、夫が企業に勤めており、会社で医療保険が完備されていることがその理由であった。コロomboの有名な私立病院（アポロ病院）で出産した人は、帝王切開と入院で12万スリランカルピーがかかったとのことで、無料の公的病院との差はきわめて大きい。この場合は、医療保険でほぼカバーされたとのことである。

特筆すべきは、帝王切開手術の多さである。10人18件の妊娠件数中14件が帝王切開と実に77%にのぼっていた。帝王切開となった理由は、「出産の痛みに恐怖を感じていたので帝王切開を希望した」（SLW04）という、希望帝王切開も一名みられるが、それ以外は、「胎児が大きすぎた（4400グラム）。自分は小さいから医師がリスクが高いとして決めた」（SLW01）、「胎児の心音が低下して弱くなったため緊急帝王切開になった」（SLW03）、「高血圧のため」（SLW06）、「予定日を3日過ぎても陣痛が来ず、促進剤を入れてもバルーンを入れても陣痛が起こらなかった。1週間以上過ぎてから帝王切開となった」（SLW07）、「第一子の出産時に37歳で、医師からリスクを取らないようにと言われた」（SLW10）などである。また、一度帝王切開をした人は、次の出産もかならず計画帝王切開となっていた。

スリランカでは、家々を訪れるフィールド助産師から町の基幹病院、そして中核都市の総合病院と公的セクターがつながっており、ハイリスク妊婦をより上位の医療施設へ紹介するレファレンス制度が発達している。B 町でも、女性たちはほぼ全員が妊娠期間中に B 町基幹病院で妊婦検診を受けつつ、助産師の自宅訪問も受けている。定期的な妊婦検診を受け、出産予定日には入院するという管理システムのなかで、少しでもリスクがある場合に帝王切開が選択されやすいといえるのかもしれない。また、自然分娩、帝王切開に関わらず、すべて出産にかかる費用が無料であるということも、帝王切開を受け入れる要因となって

いる可能性もある。聞き取りをした女性たちは、費用に関してはほぼ注意を払っていない様子が見受けられた。スリランカでは、少なくとも出産に関しては、例えば医療費が無料である一部の福祉国家のように、無料だからこそ過剰な医療行為を抑制し、社会保障費の拡大を抑える方向には進んでいないといえる。

超音波検査は、基幹病院では3回（5か月、7か月、9か月目と答えた人が多かった）だが、それ以上に私立病院や施設で独自に超音波検査を受けている人が多かった。妊娠9か月目でその緒が首に巻き付いて子どもが死産したという女性（SLW05）は、次の妊娠中も心配だったため、公立と私立を組み合わせ毎月スキャンを受けたという。また、1人目の妊娠は不安だったので、5回以上受けて、毎回1200ルピーを払ったと答えた女性もいる（SLW08）。このように、女性たちは3回の超音波検査を基本として、個人の状況に合わせて回数を増やしていた。超音波写真は基幹病院では3D、コロンボの私立病院では4Dであった。

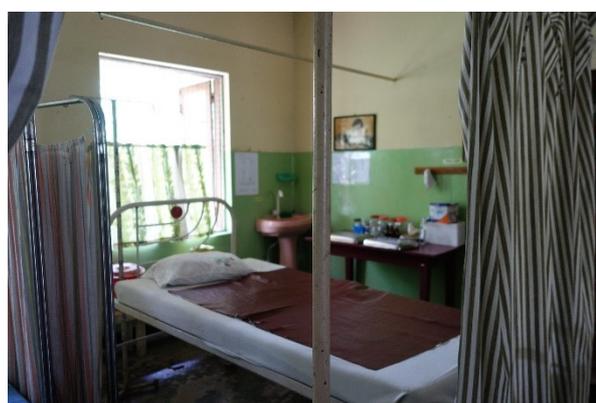


写真3、4、5、6 B町基幹病院

スリランカでは政府が発行する母子手帳があり、全員がそれを用いていた。ST スキャンの写真、妊婦検診の結果、出産後の子どもの記録や予防接種の記録などが添付、記入されて

いた。母子手帳には、胎児の成長段階、新生児から幼児までの成長段階（月齢に応じた身長と体重、状態）、離乳食の段階などの情報が載っており、母親はそれを読んだり、助産師から教えてもらったりして良く活用しているようであった。表紙に好きなキャラクターの張り紙を張るなど、独自にアレンジしている人もおり、愛着が感じられた。

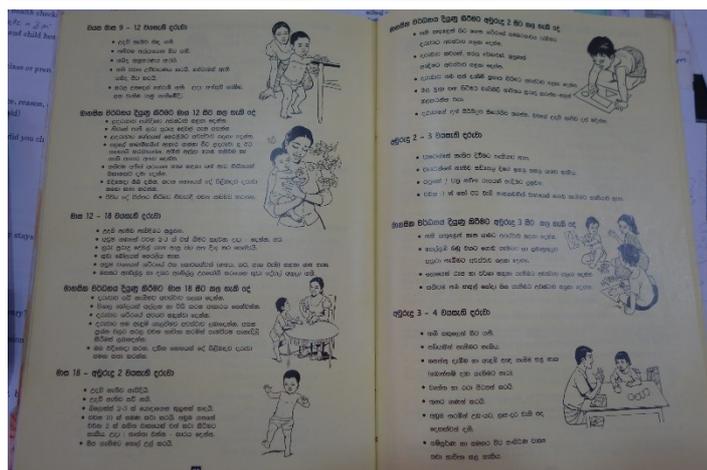
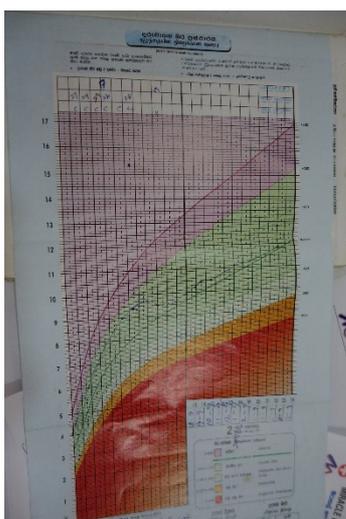
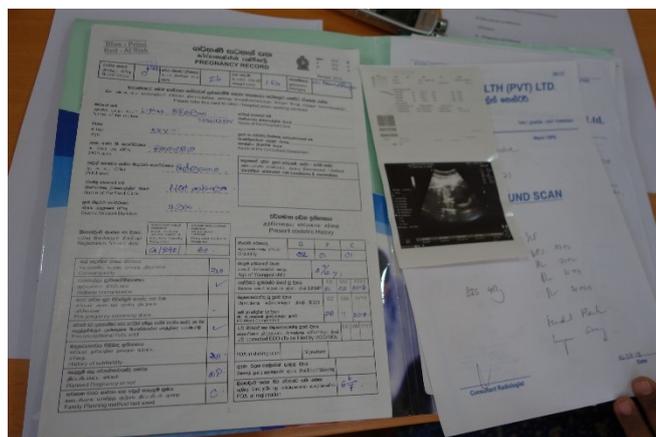


写真 7, 8, 9, 10 母子手帳

産後ケア

入院日数は自然分娩の人が1~2日、帝王切開の人が4~5日である。入院は、実母や姉妹が付き添うと答えた人が多かった。婚家から実家に戻り出産するという習慣は、それほど見られず、結婚して暮らしているB町の基幹病院を退院すると、そのまま夫と共に暮らしている人が多かった。ただ、実母と暮らしている人や、そもそもB町が出身地であるという女性も4人いたので、必ずしも夫方居住形態だというわけではない。産後のケアは、前述の通り、フィールド助産師らによって担われることが一般的である。

授乳について聞くと、ほぼ全員が母乳を与えたと答えた。「出産後、カンガルーケアを10分して、母子同室なのでその日のうちにすぐに授乳を始めた」(SLW02)というように、出

産してすぐの授乳が行われていた。長らく助産師、看護師として働いていた SLN01 いわく、「スリランカで母乳が出なかった人は見たことがない」とのことで、女性たちに聞いてもほとんどが母乳は出るもの、という考えであった。ただ、母乳が出ない人は、粉ミルクを使うことが一般的で、牛乳や水牛を与えるということは見られなかった。

また、もらい乳の慣行も見られた。もらい乳に対して否定的な人は一人いたが（「出なければ粉ミルクを使えばよい。子どもがその人に愛着を感じてしまうから、自分は嫌だ」 SLW07）、多くの女性たちからは、「出ない女性に代わって乳をあげるのは、善い行い」（SLW06）、「姉妹間でもらうのは良いと思う」（SLW02）、「自分も兄弟の子どもに 10 日くらいだけあげたことがある。母親の乳頭が割れて血が出て、痛くてお乳があげられなかったから」（SLW08）、「義姉は最初のうち乳不足だったので、粉ミルクをあげていたが、同じ時期に出産した彼女の友人が最初のうちは、義姉の子どもにも乳を与えてくれていた」（SLW04）というように、比較的受け入れられている様子が聞かれた。ただ、その場合にも、乳が出ている女性であればだれからももらえるわけではなく、出産時期が同じ（子どもの月齢が同じくらい）の女性からもらわなければ、乳の濃度（質）が違うから、赤ちゃんが消化できない、と考えられている。ミルクバンクについては、ほぼ全員が知らないと答えている。

スリランカの授乳慣行で特徴的なのは、授乳期間の長さである。多くの女性が 3~4 年、長い人では 7 歳や 10 歳になる子どもにまだあげている、という人もいた。SLW01 は、自身も小学校の時まだ母親の乳を飲んでいて、学校から帰ってくると乳をくわえていたのを覚えているという。末子ほど授乳期間が長くなる傾向にあり、第一子のときは第二子を妊娠、出産したので 1 年半でやめた、という人もいた。また、生後 6 か月以降に離乳食に移行する際も、最初のうちは離乳食の粥に母乳を絞って垂らして混ぜるようにとの指導を助産師から受けており、女性たちは離乳食にも乳を入れて与えている。これについては、「赤ちゃんはそれまで乳しか飲んでいなかったわけだから、親しんだ味のほうがいい」（SLW01）と理解されていた。

避妊・家族計画および人工妊娠中絶について

現在避妊をしていると答えた人は 10 人中 5 人で、内容はループ（IUD）（5 年または 10 年）が 3 人、卵管結紮手術 1 人、コンドーム 1 人であった。していたが今は実施していない人は 3 人で、うち 1 人は現在妊娠中、1 人は 3 か月ごとのホルモン注射をしていたが、副作用で亡くなった人がいると聞いてやめた、もう一人はコンドームを使っていたが失敗して子どもを妊娠した、ということであった。後の 2 人は、2 人目が欲しい人と、夫が海外に住んでいて年 1 度しか帰ってこないで避妊の必要がない、という人であった。必要な情報はほぼ全員がフィールド助産師から得ていた。

中絶については、禁止されているということを知らない人もいたが、おおむねほとんどの人が否定的な見解を示した。ただ、胎児の障がいや理由とする中絶については、少なからぬ

では、次のようなことがあげられる。

(1) 保健医療の国家による制度化

スリランカでは、保健医療サービスの大多数が公共セクターによって担われていることが、女性たちのリプロダクションのあり方にも大きな影響を与えている。女性たちは、妊娠から出産、産後に至るまで、フィールド助産師という末端の保健職員から基幹病院、総合病院の産婦人科医に至る上位の医療者までつながる保健医療システムに組み込まれており、何かリスクがあれば、より上位の病院に紹介され、対処されるようになっている。A市のような国内有数の都市のみならず、B町のような地方の田舎町においても、女性たちが自宅の近所にある基幹病院で、無料で妊婦検診から出産まで済ませることができるというのは、他のアジアの農村部と比較すると、スリランカのそれは充実した制度であるとみなすことができる。公共セクターによって担われているからこそ、貧困層だろうが、中間層だろうが、リプロダクションの環境にはほとんど差異が見られなかった。それは、当事者である女性たち自身にとっても肯定的に受け止められていた。そのことは、高く評価されるべきである。

その一方で、女性たちの帝王切開率の高さは、そうした保健医療の制度化の一端だとみなすことができる。国家による母子へのケアと管理は表裏一体のものである。女性たちは出産予定日には陣痛の有無にかかわらず入院し、そこで産婦人科医の管理下に置かれている。そのような状況で、帝王切開が必然的に高くなる傾向にあるのかもしれない。B町では基幹病院以外にほとんど選択肢がない状態である。場合によっては、基幹病院の産婦人科医の指向性によって、彼女たちのリプロダクションのあり方も影響を受けている可能性があるだろう。

(2) 中絶の禁止と仏教思想

スリランカでは、母親の生命を危険にさらすきわめて極端な場合を除いて中絶が禁止されており、それゆえ出生前検査もほとんど実施されていない。医療者も女性たちも中絶に対して否定的な見解を示しているが、その際に宗教（仏教）との関連が説明要因として用いられていた。すなわち、命を殺すことになる中絶は仏教の慈愛や非暴力（アヒンサ）という思想と相いれないために中絶は禁止されている、というものである。また、中絶の理由となるさまざまな障害（胎児の障がいでなく、それ以外の障害も）は、その人のカルマであり、カルマは受け入れなければならない、中絶をするとのちにカルマとなって苦しむことになる、カルマからは逃れられないのだから先送りすることはできない、と考えられている。このように、スリランカでは中絶の可否という生命倫理と宗教とが強く結びついている。今回は、ムスリムやタミルのような少数派のインフォーマントに聞き取りをすることができなかったが、こうした国家による生命倫理の仏教化について、他宗教の人びとはどのように考えているか、検討する予定はある。

(3) 授乳慣行と授乳期間の長さ

B町の女性たちは、おしなべて数年におよぶ長い授乳を実施している。第一子よりも第二子、第三子のほうがより授乳期間が長い傾向にあるのは、授乳が避妊の一環としての役目も

果たしており、第二子の妊娠を望んで授乳を中断したり、第二子を妊娠したことで授乳をやめたりする機会が多いからである。授乳期間がより長いほうが子どもにとってはより良いと考えられており、予定外の妊娠をしたという人は、第一子への授乳期間が短すぎて十分ではないために中絶も考えた、と言っていた（実際には中絶は禁止されているわけだが）。このように、長い授乳が重要であるとの認識が抱かれている。なかには、7年や10年と答えた人もおり、それは子どもの精神的安定のためだとのことである。スリランカは母子密着が高く、それが社会的にも認められている社会であるとみなすことができる。その一方で、もらい乳の慣行などもあり、必ずしも「母乳」にのみこだわっているわけではなく、特に姉妹や友人という親密な関係性においては、乳のやり取りは一般的にみられるということが分かった。これは、隣国のインドと比べると大きな違いである。ただ、これらの点については、B町が農村的な性質を持つ地方の小さな町であることを考慮に入れる必要があるだろう。

参考文献

JICA2017『スリランカ国保健医療サービス改善事業準備調査ファイナル・レポート』

http://open_jicareport.jica.go.jp/pdf/12292959.pdf (2019年11月1日閲覧)

日本貿易振興機構（ジェトロ）2017『スリランカの医療・保険制度に係る調査報告書』

https://www.jetro.go.jp/ext_images/jetro/activities/support/rulemaking/2017lk-2.pdf

(2019年10月31日閲覧)

Sri Lanka and Family Planning: An overview

http://www.searo.who.int/srilanka/areas/maternal_reproductive_health/srl-family-planning.pdf

(2019年10月31日閲覧)

鈴木晋介 2013『つながりのジャーティヤースリランカの民族とカースト』、法藏館。

	医療制度 医療制度全体(医療供給体制および健康保険制度)	医師資格	産婦人科開業	助産師資格	助産師開業	助産師ができること
出典				ICMサイトも参考になる		
日本 Japan		大学で医学の正規課程(6年制)を修了後、医師国家試験に合格(国家試験受験資格の詳細、医師法)	自由開業制	助産師国家試験及び看護師国家試験に合格(4年制看護系大学在学中同時あるいは看護師資格取得後に1年もしくは2年制の短期大学・専門学校もしくは大学院で修学、助産師国家試験に合格、保健師助産師看護師法)	産科医の連携と産科をもつ嘱託医療機関があれば開業可	助産・正常分娩の介助または妊婦・褥婦、新生児の保健指導
韓国 Republic of Korea		医科大学(6年)を卒業後国家試験、国家試験合格後に、インターンシップ(1年)、レジデント(4年)を経て専門医資格試験に合格	医療法第33条医療機関の開設、保健福祉部令の定めるところにより市・通知事に許可を得なければならない。	看護師の免許をもち、保健福祉部長官が指定した医療機関で1年間助産師研究実習を修了し、助産師国家試験に合格(医療法第6条)。人口10万人当たり助産師17人(2015年現在。出典:e-ナラ指標、韓国統計庁)。2012年免許保有者数:8,440人(出典:保健福祉部、2012年4月28日現在)	医療法第33条医療機関の開設、保健福祉部令の定めるところにより市・通知事に許可を得なければならない。	医師の監督の下、分娩と関連する治療および保護(会陰管理を含む)、新生児の健康管理
中国 China		大学(5年)卒業後、インターン1年を経て、医師国家試験に受験合格(「医師法」1999年5月実行)。卒業5年後専門医受験できる。	専門医資格を取得して開業	国家資格、助産師数210(ICMサイト)(学士)	開業に規制や資格なし(ICMサイト)	医師の監督の下で正常産のみ処理する
台湾 Taiwan, Taipei China		医師試験合格した者	所在地に開業申請	「助産人員法」(2003年改正)→助産師或は助産士	所在地に開業申請。在宅出産を推進する活動が活発	助産、産前検査及び保健指導、産後検査及び保健指導、育児保健指導、生育指導、流産、堕胎、会陰縫合及び産後子宮収縮剤の注射
ベトナム Viet Nam		高卒後6年間の医学教育修了(国家試験なし)	公務員医師の多くが非常勤で私的業務を行う	高校卒業後、2年間の専門学校を卒業する者が75%、短期大学3年または4年制大学を卒業する者25%(国家試験なし)、看護課程とは別。	僻地・高地に開業助産師がいるが自宅出産を扱ってはいない	
ラオス Lao PDR		高卒後、医科大学で6年間の教育と大学の修了試験を受ける。(国家試験なし)	総合病院での公務員としての勤務と兼業で開業している。	高校卒業後、あるいは中級看護助産師後の3年間の上級助産師コース、看護助産師終了後の1年間の中級地域助産師コース。国家試験導入準備中。(国家試験なし)	制度として明記されていない	助産、産前産後の保健指導、内診、会陰切開及び縫合、医師の指示による投薬、新生児の管理及びケア
タイ Thailand		「公務員医療保険制度(CSMBS)」、「雇用者社会保障制度(SSS)」、「国民皆保険(UO)」からなり、この3制度で、ほぼ全国民がカバーされている。UOの連携は「30/70医療」で自己負担なしの受診が可能だが、居住地の(公立)病院に指定されており待ち時間も長い。	診療科ごとに医師免許が分かれており医師免許所持の診療科でのみ診療が可能。専門医17476人のうち、産婦人科医は9%(2017)開業は可能。総合病院に勤務しながら時間外に開業診療をしている。	高校卒業後、大学でのみの看護教育4年間(助産のカリキュラムが含まれている)、タイの看護師はすべて看護助産師である。大学の修了試験の後、看護カレッジが行う国家試験の合格により免許取得。資格は5年毎の試験で免許更新制	制度として明記されていない	助産、産前産後の保健指導、内診、会陰切開及び縫合、医師の指示による投薬、新生児の管理及びケア
ミャンマー Myanmar		保健省によって、専門病院、政府系病院、州病院および地区病院、ヘルスセンターが階層的に整備されている。これとは別に都市には私立病院がある。健康保険加入率は29%程度で、一般財政による医療供給に、手前代、薬剤や薬料の自己負担が上乗せされている。	公務員も民間との兼業があり、公立病院医師が自身のクリニックを夜間等に開業したり、夜間に民間病院で外来等を担当していることが少なくない。	助産師の短期育成のため2002年から看護教育と切り離され、助産師になるものは高校卒業後にそのまま助産学校へ入学し、18ヶ月の教育を受けて修了証を取得する。国家試験はない。看護師学校とあわせて全国に46校、助産師数20044(2011)、医師数28077(2011)、看護師26928(2011)(看護師が不足)	ヘルスセンターの助産師として職務を担っており、独立開業はしない	
ネパール Nepal		10年教育の後、SLC(中学教育修了資格試験)合格後、2年間の教養教育(ISC)、1年間の医学部進学コース、4年半の医学教育修了し、医師登録。1年間のインターンを経たMBBS取得。実地経験1~2年後、大学院専門医MDコース(3年)	自由に開業可能	助産師数32000、養成機関105、ダイレクエントリーあり(ICMサイト)、	助産師の開業はみられない	正常産のみ。会陰切開・会陰縫合(グレード2迄)など会陰保護
ブータン Bhutan		National Referral Hospitalは3カ所。郡病院が4所、BHU(Basic Health Unit) Iは15カ所、BHU IIは16カ所。郡病院レベル以上の施設に医師が常駐。	民間の医療機関はない。	初等教育(就学前教育1年を含む)7年、中等教育6年卒業後、医科大学に4年間教育を受けた後、看護師・助産師資格を取得可能	民間の助産所はない。	正常産のみ。会陰切開・会陰縫合など
インド India		12年教育後、5年半の医学教育、正規の医師資格として西洋医学のMBBS、ホメオパシーのBHMS、アーユルヴェーダのBAMSがあり、いずれも出産を扱うことが可能。ただし帝王切開などの外科的手術はMBBSのみ。2017年現在、新しい法律で、医師免許に相当するMBBSの卒業試験の実施について検討	自由に開業可	助産師学校全国に4631(ICMサイト)ダイレクエントリーはない。12年教育後看護師資格を得てから、看護師資格と同時に得られる。	制度として明記されていない	
スリランカ Sri Lanka		MBBSは4年8か月の医学教育と卒業試験で取得。試験のうち2と1S(2 Credit Passes and 1 Simple Pass)をパスしていること、および12か月のインターンが医師登録の最低条件。	自由に開業	助産師数3000、学校数9、ダイレクエントリーあり(ICMサイト)		
フィリピン Philippines		プライマリケアとして市町村保健所が整備されている。1995年に開始した健康保険、フィルヘルス(PhilHealth)の加入率は2015年で92%、普通分娩と入院費はフィルヘルスがカバーされる。	オープンシステムでの開業。	国家資格、2年間の専門教育後受験、ダイレクエントリー、看護師資格があればそれ以外の経験も考慮して、受験資格を得ることができる。	開業は産科医の連携があれば可能。	正常分娩介助、ビル処方、避妊ホルモン注射、緊急時の医療処置。×異常時の以外の会陰切開
インドネシア Indonesia		3年半~6年の医学教育の後、1年半に専門学位プログラムを受け、病院で実習する。その後、資格試験LKMPDD(Uji Kompetensi Mahasiswa Pendidikan Profesi Dokter)。その後、一年間病院でインターンシッププログラム	インドネシア共和国健康省令 第2052、2011年、開業の免許、州保健事務所からの割り当て手紙(letter of assignment)、医師登録証明書を持つ	3年間の専門教育、資格試験を受け、助産師登録証明書を持つ。	助産師協会に加入。州保健事務所による発行された助産師開業免許をもつ	産前検査、産後検査、新生児検査、生育指導、5歳未満の子どもの健康指導、リプロダクティブ・ヘルス教育と産業を通じて教育を提供する。高リスク妊婦の追跡及び医療処置。家族計画の教育指導

看護師資格	制度・動向	人工妊娠中絶の法制度・条件	出生前検査の状況(着床前診断、着床前スクリーニング、超音波、NIPT、血清マーカー、羊水検査)	性別選択	出産時の費用負担	不妊治療実施状況
	不妊手術政策					日本産科婦人科学会ウェブサイト
3年制の短期大学、専門学校、4年制の大学で学んだ後、看護師国家試験に合格(保健師助産師看護師法)	母体保護法	母体保護法(刑法第212～216条堕胎罪)			健康保険法等を根拠に出産費用一時金/家族出産費用一時金(約42万円)支給	規制なし、人工授精による治療開始1949年、体外受精成功1983年、出生の約8%が体外受精児
大学(4年制)または専門学校(4年制)を卒業し、国家試験合格	母子保護法第11条に不妊(難妊)克服のための支援事業について明記。	母子保護法施行令第15条(人工妊娠中絶手術の許容範囲)妊娠24週以内。	多くの医療機関で着床前診断、着床前スクリーニング、NIPT以外は、ルーテックとして実施している。NIPTも拡大	医療法第20条で胎児性鑑別行為を禁止	国民健康保険	毎年、保健福祉部に実施状況を報告
国家資格、4年制の専門教育後受験。	女性に歓迎される。国家が推奨する。男性不妊手術もあるが、少ない。	『刑法』堕胎罪。「中華人民共和 国母嬰保健法」可	『母嬰保健法』:胎児に重篤な遺伝性疾患、障害がある場合、妊婦に危険が及ぶ場合は、中絶を実施。検査内容:超音波検査、羊水検査、絨毛検査、臍帯血検査等	性別選択禁止	保険適用。農村は地方によって異なる。例えば湖南では、帝王切開は2800元、正常産は350元。農村合作医療からである。	人工授精、体外授精
大卒。看護師138726人(87.8%)、護士(看護師)1932人(12.2%)、女性97.6%、男性2.4%		『刑法』堕胎罪。『産生保健法』(1999年):懐妊或は分娩によって心身健康を害し、家庭生活に影響を及ぼす場合可	超音波、羊水穿刺法、絨毛検査、羊水検査、血清マーカーなどが高い頻度で行われている。NIPSも	男子選択強い社会。性別を告げるのを禁止(衛生省、2012年)	通用。ただし医師と助産師との補助額が異なる。産前検査も無料。	体外受精成功1985年、不妊治療できる医療機関70～80(2002年)
高校卒業後、2年間の専門学校を卒業する者が75%、短期大学3年または4年制大学を卒業する者25%(国家試験なし)、4年制大学を卒業して学士をもつ者は大学院に進学して教育職や幹部候補となる。	2003年まで2年次政策、公務員は3人目が生まれると退職だった	2011年11月14日付け保健省の通達第41/2011号では、産科・家族計画を専門とする診療所は妊娠6週以下の胎児で規定条件を満たした場合には吸引または子宮吸引による中絶手術を行うことができること定めている。合法、東南アジアで最も高い。生涯に2.5回(VietnamPlus,2014/5/20)	羊水検査	超音波で性別を告げなければならない。2003年にART法で胎児の性別選択が禁止に。着床前診断で性別選択することの禁止。性別による中絶の禁止。2008年女児100対1に対し男児112、2018年は115。国は2030年までに性別男児109:女児100の達成を決議。	国民健康保険が拡大中だが、公立病院は私立病院の10分の1など費用の差が大きい	体外受精成功1988年、卵子提供2000年。体外受精型代理出産2001年にそれぞれ実施された成功した。2003年の法律で卵子提供・精子提供は無償で可能に。親族代理出産合法2015年より
看護学士4年・高校卒(12年)18-30歳。または、テクニカル中級看護助産師教育・上級看護師教育修了者で、3年以上の臨床経験、35歳未満、上級看護師コース(3年)は高卒後あるいは中級看護師修了生	家族計画の一つとして女性が行うことが多い。	非合法、reproductive health policyにて、母体の健康上問題があるもののみ可能	総合病院では一般的ではない。ごくまれに都市部のクリニックで血液検査あり。他はベトナムやタイでの検査を勧める。	超音波で性別を聞くことは一般的。選択は不可。	一部の都市部を除き、国の負担で無料。National Health Insurance Fundの導入(2017)による。	IVF clinic、公立病院ではカウンセリング、検査程度。治療はタイやベトナムに行き。
高校卒業後、大学でのみの看護教育4年間(助産のカリキュラムが含まれている)。タイの看護師はすべて看護助産師教育・上級看護師教育修了者で、3年以上の臨床経験、35歳未満、上級看護師コース(3年)は高卒後あるいは中級看護師修了生	家族計画の一つとして男性女性ともにいる。	刑法(301-305)で限定的な規定有り医師が女性の健康(命の危険、身体的・精神的疾患、レイプや近親姦、胎児の障害)のために実施することは合法。	トリプルテスト、超音波検査、羊水検査は35歳以上か、家族にダウン症の子どもがいる場合のみ検査対象。地方では一般的ではない	禁止	公立病院のみ医療保険によりカバーされる。しかしCS、投薬などは含まれないので自己負担となる。	メディカルツーリズムの一端で外国人向けのクリニックや私立病院はバンコクに集中している。国立病院の中に不妊治療クリニックを併設しているところもタイが利用している。
看護学校等、3～4年、4年制看護大学卒業の看護学士(B.N.Sc)あるいは3年制の看護学校の修了者(Diploma)。国家試験なし卒業試験で資格取得。助産師学校と合わせて46校。看護師は不足、26928人(2011年)、2017年2月より卒業後、公立病院で3年間働かなければ看護師資格が与えられなくなった。	母体に生命の危険がある場合を除いて妊娠中絶は禁止。市販薬、もぐり営業の偽薬者による異物による非合法な中絶が多く、妊産婦死亡の1割が中絶による。婚前性交はタブー。	母体に生命の危険がある場合を除いて妊娠中絶は禁止。市販薬、もぐり営業の偽薬者による異物による非合法な中絶が多く、妊産婦死亡の1割が中絶による。婚前性交はタブー。	法律やガイドラインはないが、一般的で可能で海外検査会社に送付。都市部の一部私立病院医師はNT検査を実施。	禁止	公立病院の普通分娩は非常に低額。	大都市で人工授精が可能、体外受精実施施設は数施設。
10年間教育の後のSLC合格後、2年間の教養教育(ISC)、4年間の看護教育。看護教育を受けた者=助産師、補助看護師、助産師(ANM)SLC合格後1年半の専門コース、または10年生の、2年半の専門コース。	不妊手術件数の最初の記録は、男性不妊手術件数 1967年 1052件、女性1972年 558件、1976年度に実施した調査者による第1回Fertility Surveyによると、1976年女性不妊手術0.1%、近年、不妊手術は減少傾向にあり、2015年現在では女性不妊手術は21千件、男性不妊手術は6.8千件。政府の計画件数は37千件。	2002年成立。受胎後12週まで、妊婦の同意により可能。18週まで(強姦や近親相姦の場合)。	超音波検査で出生前に胎児の性別を知ることが禁止。しかし、実際には、希望に応じて教えてくれる医師も少なからずあり。	不可	民間のみ。	医療機関はカトマンズに集中している。国立病院は1件のみだが、私立病院の不妊専門クリニックが開院している。
助産師と同じ	第5次5か年計画(1981-86)にて家族計画に普及、不妊手術は病院レベルにて技術可能。	禁止	超音波は実施している。羊水検査等は麻酔がある場合に、クリニックの病院で実施。	不可	すべて無料	高度生殖補助医療は実施していない。一部のクリニックに余裕のある人は、インド等へ渡航。
12年生教育後、大学と専門学校あり。大学では4年間BSc(Bachelor of Science) in Nursing、専門学校では2年のANM(Auxiliary Nurse & Midwife)か3年半のGNM(General Nursing & Midwifery)の資格取得。	1952年国家5か年計画により国家として開始。現在でも年間300～400万件の不妊手術を実施。州により異なるが、その8割を女性への手術が占めることもあり、概して女性に偏重。		一般的ではない。超音波検査で胎児の性別を知ることも禁じられており、出生前診断は遺伝病のリスクがある妊婦に限られている。一部の機関でNTPが可能となった。	着床前、出生前ともに不可	民間のみ。国民健康保険制度なし。	
大学での4年間の教育か、専門学校で3年間の教育。専門学校はティポロマ取得し、pre-registration nursing educationとされる。	1977年に国家人口政策が策定、持続的発展のための人口抑制を目指す。生殖年齢にある女性の約70%が家族計画を実施。家族計画手法のうち女性への不妊手術が16.9%、男性3.9%、注射が15%、コンドーム5.5%(WHO出版年不明)	女性の生命を救うため以外は原則禁止(1883刑法)、3年以内の禁固刑または罰金	一般健診や検査では染色体異常の有無を検査するためには行わない。NTと血清マーカーのコンビナード検査、羊水検査は都市の私立病院で可能だが、中絶はできない。	禁止	民間のみ。南アジア地域のなかでは保健政策が充実しており、98%の出産が訓練された専門家によるものとされ、妊産婦死亡率も低い。	規制なし、地理的な近さからインドへ渡航も多い。
国家資格、4年制の専門教育後受験。	政府は積極的に推奨しないが合法。	例外なく非合法。憲法で胎児も保護すると定められている。1870刑法、1930年修正刑法256～259条。ただし刑法11条4により女性の生命を救うために可能。非合法の間中絶による死亡が多い。		妊婦5か月ごろに超音波診断を1回、このときに性別が分り伝えるが、選択不可。	PhilHealth 1995年～。 https://www.philhealth.gov.ph/ PhilHealth加入者(職業従事者。企業は半額負担)は、正常分娩ならマタニティパッケージで全額無償。非加入の場合、ソーシヤルワーカーに相談し、自然分娩4回まで、PhilHealth加入者(職業従事者。企業は半額負担)は、新生児パッケージは全額無償。非加入の場合、ソーシヤルワーカーに相談し、回数制限なし。清拭・体重測定・ピタモンクその他。	法律なしのまま一部医療機関で実施。カリソックの反対あり。
高校卒業後、3年制の専門学校又は4年制の看護学部、資格試験を受け、資格証明書をもつ。また、開業前に看護師登録証明書が必要		法律2009年第36、第74条1項により禁止。しかしレイプの犠牲者、母体に生命の危険がある場合などの条件で中絶は可能。	超音波、尿検査、血液検査、破傷風ワクチン、TORCH症候群検査、羊水検査	超音波診断、3か月目～5か月目ぐらいに羊水検査、CVS (Chorionic Villus sampling)検査、5か月目ぐらいに胎児の血液検査のとき、性別が分り伝えるが、性別選択不可。	国民保健(BPJS)と協力した病院や助産師など使用可能。	2億3800万人の人口のうち不妊症の有病率は2,647,695(不妊治療のコンセンサス[2013]。現在インドネシアの不妊治療制度は、まだ十分に構造化されていない。インドネシアの繁殖内科学および妊産科医学、インドネシア体外受精協会、インドネシア泌尿器科医学会、インドネシア産科婦人学会は第一級不妊治療(24ヶ月未満の不妊症、母は30歳未満、骨盤腫瘍および男性生殖系系の異常の危険因子はないなど)、第二級の不妊治療(母は35歳未満、不妊期間は36ヶ月以下、月経周期障害、精子検査の結果における異常の存在など)、第三級の不妊治療(カッブルは第一級と第二級の条件を満たさない、支援された再生技術の可能性がある)を提案している。

不妊治療の保険	第三者が関わる生殖技術	婚姻	養子縁組、里親	養育	既存統計	2017年出生率 fertility rate	2015年妊産婦死亡率 (出生10万あたり) Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)	2017年新生児死亡率 (28日未満の死亡率) Neonatal mortality rate	2017年乳児死亡率 (1歳未満の死亡率) infant mortality rate
						worldbank. https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFR.IN	worldbank. https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYNS.MMRT	worldbank. https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYNS.MMRT	worldbank. https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYNS.MMRT
2004年度より特定不妊治療助成事業創設	規制なし	民法(男性18歳、女性16歳)	民法、児童福祉法	少子化社会対策基本法(2003年)	1.4(2017)	5(2015)	1(2017)	2(2017)	
一部政府による補助あり	法的規制なし	民法第811条に女性の再婚禁止期間があったが、2005年に削除された。	人妻特例法を国内外の養子縁組の支援・サポートが行えるように2015年に改正	低出生率・高齢社会基本法に基づく施策策定	1.1(2017)	11(2015)	2(2017)	3(2017)	
保健に適用なし	AID可、代理出産禁止。婚姻内の利用のみ可、独身女性・同性愛カップルは不可			1978年から一人っ子政策。2015年から二人	1.6(2017)	27(2015)	5(2017)	8(2017)	
主に自費。2015年より低収入者に補助金、毎年10万台高元上限	非商業的なら合法(精子・卵子提供)、実養育者名目の補助金あり; 体外受精は婚姻内カップルのみ、代理出産禁止(『人工生殖法』2007年)			TFR9(2010年)。奨励政策	1.12(2016)		2.5(WHO2015年)	4.4(2016)	
	非商業的なら合法(卵子提供、代理出産)。代理出産は公認の施設で親族間のみ。		養子法2011年施行、手数料の規則が2017年施行	1988年から二人っ子政策、3人目が生まれると公務員は昇進等、出生率低下のため2017年に見直しの方針。	1.9(2017)	54(2015)		17(2017)	
なし	法律はなく実施もされていない	男女とも18歳以上。特別な場合は18歳未満も可能だが15歳未満は不可。(家族法第9条)	家族法第37条～第42条(養親と養子の合意により成立する)登録は、村の行政当局による承認記録が交付された場合には、郡の行政当局で養子縁組登録をすることができる(第14条第1段)。郡の行政当局における登録は、村の行政当局による承認記録公布後30日以内に、養子縁組登録証明書が交付される(第14条第2段)。	注射、ビルが人気。57%の女性が避妊サービスにアクセスできている。	2.6(2017)	197(2015)	28(2017)	49(2017)	
なし	代理出産、仲介者(タイ、アメリカの業者)、	男女とも17歳以上。	国際養子縁組は2012年に一旦中止される。	78%の女性が避妊サービスにアクセスできている。注射、インプラント、ビルが使われている。10代にインプラントが推奨されている。	1.5(2017)	20(2015)	5(2017)	8(2017)	
	法律はない			避妊法としてビル、注射、インプラントが低額で利用できる。	2.2(2017)	178(2015)	24(2017)	39(2017)	
なし	一部の都市病院で実施。	婚姻可能年齢、男女とも20歳以上、18歳以上の男女は後見人の同意により婚姻可、女性の初婚年齢(中間値)17.5歳、男性21.6歳(2011年)。婚姻の届出。	4年間子どもができない、寡婦、未婚女性、離婚女性による養子縁組が可能。子どもへの養親の年齢は35歳～55歳に限定される。国内の養子縁組は、同カーストの子どもの用紙が好まれる。インフォーマルな養子縁組。トラフィックの疑いがあるケースの高まり。国際養子縁組は政府機関により推奨されていない。	2015年までにTFRを2.5にする目標だったが、既に到達しているため、2016年以降、TFRの目標値は削除されている。	2.1(2017)	258(2015)	21(2017)	28(2017)	
なし	実施していない。		裁判所を通して、養子縁組が可能。	第7次五年計画(1992-97年)にて、人口増加率2%を引き下げることが明文化。	2.0(2017)	148(2015)	17(2017)	26(2017)	
なし	提供配偶子(精子、卵子、胚ともに)可、いずれも有償。配偶子の売買は盛ん、商業的代理出産も盛んであったが、2016年11月政府は商業的代理出産を禁止する法案を提出、以後は不可能に、家族間での無償の代理出産に限り容認する方向だが、未定。	宗教によって異なる家族法が適用される。婚姻要件や離婚条件がコミュニティによって異なる。ヒンドゥー家族法では、一夫一妻制、家庭裁判所に書類を提出する裁判結婚(Court marriage)と、宗教結婚がある。婚姻可能年齢は、男性21歳、女性18歳。	宗教別の家族法によって異なる。イスラム教徒とキリスト教徒は禁止、ヒンドゥー教徒の間でも一般的ではない。かつてはインドからは海外への養子縁組が多かった。	1952年National Five Year Planにて家族計画が開始。1975～77年の非常事態宣言下で半強制的な断種政策。77年以降、家族計画は家族福祉と名称変更。現在もMinistry of Health and Family Welfareの管轄。	2.3(2017)	174(2015)	24(2017)	32(2017)	
なし	一部機関で代理出産の実施報道あり。	18歳以上。ムスリムに適用されるthe Muslim Marriage and Divorce Act (MMDA)では、それより幼少での婚姻が可能とされている。	Adoption of children ordinance法で定める。養父母は25歳以下は不可、養子と21歳以上離れていること等の制限(養父母が養子の親族、兄弟姉妹の場合は除く)		2.0(2017)	30(2015)	6(2017)	8(2017)	
病気の治療の場合はフィルヘルズでカバー。	法律なしのまま一部医療機関で実施。カソリックの反対あり。	離婚制度がないため、婚外子が多数となる。	Department of Social Welfare and Development (DSWD) を通す。Philippine Republic Act 8552, the Domestic Adoption Act of 1998	カソリック勢力によって、避妊は強要されたに陥られ、近代的避妊が実施できなかったが、2012年Responsible Parenthood and Reproductive Health Act of 2012成立し、ビルや注射の使用が可能に。DOHヘルスセンターや病院、Lying-Inで、家族計画はPhilHealthにより無償。高校での性教育等が可能となった(学校に選択権あり)。一時期、最高裁が家族計画実施を差し止めたが、半年後に実施を承認した。大統領は2017年に家族計画推進を宣言。学校での性教育、家族計画教育。自宅出産の禁止the Maternal, Newborn and Child Health and Nutrition Strategy (MNCHN)Mik Code等。年間人口増加率-1999-2002年2.1-1.9、2011-2015年1.7	2.9(2017)	114(2015)	14(2017)	22(2017)	
主に自費。国民保健(BPJS)はカバーしない。		法律1974年第1。それぞれの宗教と信念に従って行われた場合、合法(第2条第1項)。全ては、法律および規則に従って登録される(第2条第2項)。イスラム教の場合、宗教事務所、イスラム教の以外は民事登録所で登録する。年齢は男性19歳、女性16歳(第7条第1項)。	【養子縁組】2002年の法律23号の児童保護、養子縁組の条件に関する政府規則2007年第54号と社会行政大臣規則第110号2009年。【里親】主にNGO、NPO、私立組織など(例:1996年に設立したGNOTA(Gerakan Nasional Orang Tua Asuh, 里親の国民運動)など)。	1957年に設立したBKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, 国家家族計画調整委員会) https://www.bkkbn.go.id/	2.3(2017)	126(2015)	12(2017)	21(2017)	

乳幼児死亡率(出生1000あたり5歳までの死亡数) 2015Child Mortality Rate	人工妊婦中絶率(妊婦のうち合法的中絶の割合)	2016年避妊率(生涯年齢15-49歳の未婚ないし結婚している女性が何らかの避妊をしている割合)	避妊:近代法計	避妊:女性不妊手術Female sterilization	避妊:男性不妊手術Male sterilization	避妊:IUD	避妊:インプラントImplant	避妊:注射Injectable	避妊:ピルPill	避妊:男性コンドームMale condom	避妊:女性コンドームFemale condom	避妊:(錠)バリアー避妊法 Vaginal barrier methods	避妊:授乳性無月経 Lactational amenorrhea method (LAM)	避妊:緊急避妊
worldbank https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT	http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/global-trends-in-abortion-and-miscarriage	https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/ContraceptiveUseByMethodDataBook2019.pdf							world contraceptive use					
3(2017)	15.3(2013)	46.5(2015/15-49歳)		0.6	0.1	0.4	0	0	2.9	34.9				
3(2017)	26.4(2010)	54.6		3.7	9.5	8.8	0.3	2.1	3.3	20.6				
9(2017)	29.0(2012)	69.6(2017/15-49歳)		14.4	1.1	26.2	0.2	0	2.4	23.2				
	13.0(1999)			18	4	15.3			2.6	47.6				
21(2017)	17.6(2012)	56.8		1.4	0.1	27	0.2	1	10.5	8.3				
63(2017)	-	2017	51% (2019) UNFPA	3.4	0	1.4	1	8.6	18.7	0.8	0			
10(2017)	-	47.9	78% (2019) UNFPA	15.9	0.2	0.2	0.7	8.4	19.6	1.6				
49(2017)	17.4(2013)	32.3		3	0.2	1.7	0.6	16.9	8.4	0.2	0	0		
34(2017)	3.0(2006年), 7.5(2011年)	40.5		12.5	4.6	1.2	2.7	7.4	3.8	3.5	0			
31(2017)	-	65.6(2010/15-49歳)	65.4	7.1	12.6	3.4	0.1	28.9	7.5	5.5	0	0	0	
39(2017)	2.4(2012)	42.6		29	0.2	1.2	0	0.2	3.1	4.3				
9(2017)	-	68.4(2006/15-49歳)	62.5	16.3	0.7	6.5	0.3	14.8	8.1	5.7			0.1	
28(2017)	-	34.8		5	0	2.2	0.7	3.1	13.2	1.2				
25(2017)	-	44.4		2.8	0.1	3.2	3.9	23.2	9.1	1		0		

避妊: その他の近代的な方法	避妊: 伝統的統計	避妊: リズム法 Rhythm	避妊: 膈外射精 Withdrawal	避妊: その他の伝統的方法	避妊調査年	妊婦管理保障 (4回以上の妊婦健診受診割合 / 出生当たり) Antenatal care coverage - at least four visits	施設出産率	施設出産率年	ヘルス専門家の出生立会い率 Births attended by skilled health personnel (トレーニングを受けた医師、助産師、看護師等)	帝王切開率 Births by caesarean section	帝王切開率 Caesarean Section	帝王切開率 DHS 1990-1996	帝王切開率	帝王切開率 1990-2014
						WHO. http://apps.who.int/gho/data/node.main.ANTENATALCARECOVERAG4?lang=en	The State of World's Children 2011. UNICEF		WHO. World Health Statistics. http://apps.who.int/gho/data/	WHO. http://apps.who.int/gho/data/	OECD2013. http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/national/di/22-03.pdf	https://dhsprogram.com/pubs/pdf/CS25/CS25.pdf	Lumbiganon P, Laopachon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichkul S, Ruvan P, et al. World Health Organization Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group: Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. Lancet. 2010;375	The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014
0		2.1	4.5	1	2015		99.8(2017)		99.7(2017)	19.7(2014)	19.2(2011)			
		3.9	1.5	0.8	2009	98.1(2015)	99.9%(出典:韓国統計庁報道資料2015年)		100.0(2013-2015)	39.1(2013-2015)	36%		40.2%(出典:「2015年度帝王切開分娩率モニタリング結果要約」健康保険審査評議会、2016年)	36.6
0		1.1	1.6		2017		99.9(2016)		99.9(2016)	34.9(2014)			46	47
	安全期11.8				2012年				医師99.88%、助産師0.06%(2015)		2014年36.2%、2015年35.9%(行政院)	2007年35.4%、2008年35.3%		
0		3.4	5	0	2015	73.7(2011-2014)			93.8(2011-2014)	27.5(2011-2014)			36	
0		3.1	0.8	0.4	2017	62.2(2015-2017)	17	2005-2009	64.4(2015-2017)	3.7(2009-2012)				
		0.6	0.6	0.1	2015	90.8(2013-2016)	97	2005-2009	99.1(2013-2016)	32.7(2013-2016)			34	
0		0.3	0.5	0.1	2015	58.6(2010-2016)	23	2005-2009	60.2(2015-2016)	17.1(2010-2016)				
		0.5	4.2	0.1	2016	69.4(2011-2016)	17.7(2006年)、35.3(2011年)		58.0(2011-2016)	9.0(2011-2016)				
0	0.2	0.1	0	0.1	2010	84.9(2013-2015)	73.8(2012)		96.4(2018)	12.4(2008-2010)				
0		1.6	2.9	0	2015	51.2(2010-2016)			81.4(2010-2016)	17.2(2010-2016)		2.5		
	16	10.1	5.8	0.1	2006	92.5(2001-2007)			98.6(2001-2007)	33.2(2015)				30.5
		2.3	6.7	0.4	2017	86.5(2012-2017)	2013年DOH1490自治体と114市のうち有資格の産科施設があるのは981。政策により削減と数減あり。2005年-JICA 全国で約30%、ピリラン県2005年30%→2009年94%。		84.4(2012-2017)	9.3(2008-2013)	2011年WHO11.1%	5.9		
		0.5	0.6	0.1	2016	81.5(2002-2007)	2016年に全国で病院数は2,601。公立病院は2,046。専門病院は556。556の専門病院のうち、66.67%は小児医療・産婦人科病院 (Rumah Sakit Ibu dan Anak)。また、2016年に保健センター (Puskesmas) の数は9,767であり、資格の保健センターは2,692。	2016	93.6(2016-2018)	12.3(2007-2012)	2007年:6.80%(WHO)、2012年:12.30%(WHO)、2010-2013:9.8%(Riset Kesehatan Dasar (基本的な研究調査)、2013)	2.5		

帝王切開率	青年期出産率(15-19歳女子1000人あたりの毎年の出生数、15-19歳出生率)	母乳率(WHO定義の6ヶ月時完全母乳率)Percentage of infants breastfed through 6 months	授乳期間の中央値(月)	人口千あたり医師数 Physicians (per 1,000 people)	1人当たり保健医療支出(購買力平価ドル換算) Domestic private health expenditure per capita, PPP (current international \$). 購買力平価 同じものを買う値段に変換した為替レート。米国の場合、1ドル=100円と考える。	一人当たり総生産(GDP)ドル	一人当たり国民総所得(GNI)ドル	経済成長率	成人識字率(15-24歳)	宗教
ICM	WHO http://apps.who.int/gho/data/node.html	WHO Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding (IYCF). https://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/en/	WHO Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding (IYCF). https://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/en/	https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PH.YS.ZS	World Bank. https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PVTD.PP.CD		外務省 https://www.mof.go.jp/mof/area/index.html	外務省	UNESCO Institute. http://data.uis.unesco.org/index.aspx	外務省(2019/6閲覧)
	4.1(2015)	21.0(2006)	No Data	2.4(2014)	753.82(2016)	名目4,971.77(2018)/IMF	38,550(2017)	実質0.89%(2019)/IMF	99.0(2008/米CIAワールドファクトブック)	神道 46.8% 仏教 42.6%、キリスト教 2.6%、その他 8.0%
32	1.3(2016)	No Data	No Data	人口10万人当たり228人(2015年)(出生率、ナラ指標、韓国統計庁)	1,107.61(2016)	2015年:27,214USD(出典:OECD主要国指標、2016)	27600(2016)	2.7(2016)	98.0(2008/World Bank)	宗教人口比率53.1%(うち仏教:42.9%、プロテスタント:34.5%、カトリック:20.6%、その他:2.0%)
36	9.2(2015)	No Data	No Data	1.8(2015)	319.70(2016)	約9,608ドル(2018年、IMF)		6.6%(2018年、中国国家统计局)	96.4(2015/World Bank)	仏教・イスラム教・キリスト教など
						25,048米ドル(2018年、台湾行政院主計處)		2.63%(2018年、台湾行政院主計處)	98.70(15歳以上識字率)2016年	仏教、道教、キリスト教
28	30.1(2014)	16.9(2006)	No Data	0.8(2016)	172.80(2016)	2,385米ドル(2017)	1890	6.81%(2017)	94.5(2015/World Bank)	仏教、カトリック、カオダイ教他
	75.6(2014)	26.4(2006)	No Data	0.5(2014)	76.51(2016)	2,472ドル(2017年、ラオス中央銀行)		6.89%(2017年、ラオス中央銀行)	92.5(2015/UNESCO Institute for Statistics)	仏教、精霊信仰
	51(2015)	No Data	No Data	0.5(2015)	137.37(2016)	6,033ドル(2016年、NESDB)	5780	3.2%(2016年、NESDB)	98.2(2015/UNESCO Institute for Statistics)	仏教 94%、イスラム教 5%
	36(2014)	(14.7%、4ヶ月時2003)		0.6(2012)	215.36(2016)	1,267ドル(2017/18年度、IMF推計)	1270	6.8%(2017/18年度、IMF推計)	84.8(2016/UNESCO Institute for Statistics)	仏教(90%)、キリスト教、イスラム教等
2.7(2006年) 4.6(2011年)	88(2015)	53.0(2006)	34.3(2006)	0.6(2014)	108.73(2016)	約1,004ドル(2017/2018年度、ネパール財務省)		5.9%(2017/2018年度、ネパール財務省)	63.9(総務省「世界の統計2016」2015年の表)	ヒンドゥー教徒(81.3%)、仏教徒(9.0%)、イスラム教徒(4.4%)他
	28.4(2012)	10.4(2009)	10.4(2009)	0.4(2016)		2,804ドル(2016年、世銀資料)		6.2%(2016年、世銀資料)	87.3(2012/UNESCO Institute for Statistics)	チベット系仏教、ヒンドゥー教等
16	28.1(2013)	46.4(2005-2006)	24.4(2005-2006)	0.8(2016)	177.61(2016)	1581		7.9	71.2(総務省「世界の統計2016」2015年の表)	ヒンドゥー教徒79.8%、イスラム教徒14.2%、キリスト教徒2.3%、シク教徒1.7%、仏教徒0.7%、ジャイナ教徒0.4%
24	20.3(2008)	75.8(2006-2007)	33.0(2006-2007)	0.9(2015)	274.32(2016)	4065米ドル(2017年)(スリランカ中銀)		3.1%(2017年)	98.9(2017/UNESCO Institute for Statistics)	仏教徒(70.1%)、ヒンドゥー教徒(12.6%)、イスラム教徒(9.7%)、キリスト教徒(7.6%) (一部地域を除く)
9	57(2012)	34.0(2008)	14.3(2008)	1.1(2004)	226.84(2016)	3,104(2018/IMF)	2016年世銀 3517USD	6.2(2018/IMF)	98.1(2013/UNESCO Institute for Statistics)	ASEAN唯一のキリスト教国、国民の83%がカトリック、その他のキリスト教が10%、イスラム教は5% (ミンダナオではイスラム教徒が人口の2割以上)。
12	40.1(2014)	32.4(2007)	20.7(2007)	0.2(2012)	198.92(2016)	3876.8(2017/インドネシア政府統計)	3440	5.1(2017/インドネシア政府統計)	99.7(2016/UNESCO Institute for Statistics)	イスラム教 87.21%、キリスト教 9.87%(プロテスタント 6.96%、カトリック 2.91%)、ヒンズー教 1.69%、仏教 0.72%、儒教 0.05%、その他 0.50%

民族	言語	備考・特記事項
外務省(2019/6閲覧)	外務省(2019/6閲覧)	
日本民族。少数民族としてアイヌ民族	日本語	妊産婦への保健指導、分娩の介助、育児相談などを行う厚生労働大臣が認定する国家資格者で、女性に限られている(保健師助産師看護師法第3条)。看護師の免許を持ち、そこから助産師となっている者が大多数。2014年には全国で3万1956人が、病院(65.0%)、診療所(21.5%)、助産所(5.3%)、その他保健所などに勤務している(厚生労働省「衛生行政報告」)。妊産婦の自宅などでも業務ができる。助産行為を行うことができるのは医師と助産師だけで、産婦人科医不足による出産難民が問題視される現在、活躍が期待されている。助産師が預えるのは正常な経過の妊娠・分娩で、そうでないものは医師が担当するため、医師との連携が重要とされる。医師と同様、開業(助産院)が認められており、入院して出産できる助産院が全国に約300ある。助産院では、産む場所やスタイル(体位)を自由に選ぶことができる。産む側の意思が尊重されるお産が実施されていることが多い。出産直後からの母子同室や母乳育児の推進もその特徴。「助産師[女性/ジェンダー]」、情報・知識 imidas 2017, JapanKnowledge, http://japanknowledge.com 。(参照 2017-10-14)
韓民族	韓国語	
漢民族(総人口の約91.5%)及び55の少数民族	漢語(中国語)	
	中国語、台湾語、客家語等	
キン族(越人)約86%、他に53の少数民族	ベトナム語	
ラオ族(全人口の約半数以上)を含む計49民族(平成30年12月にブル族を採用)	ラオス語	
大多数がタイ族。その他 華人、マレー族等	タイ語	
ビルマ族(約70%)、その他多くの少数民族	ミャンマー語	ミャンマーの中絶 https://myanmar.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Annual%20Report%20UNFPA%20Myanmar%202017_2.pdf
ハルバテ・ヒンドゥー、マガル、タルー、タマン、ネワール等	ネパール語	
チベット系、東ブータン先住民、ネパール系等	ゾンカ語(公用語)等	
インド・アーリア族、ドラビダ族、モンゴロイド族等	連邦公用語はヒンディー語。他に憲法で公認されている州の言語が21	
シンハラ人(74.9%)、タミル人(15.3%)、スリランカ・ムーア人(9.3%) (一部地域を除く)	公用語(シンハラ語、タミル語)、連結語(英語)	
マレー系が主体。ほかに中国系、スペイン系及びこれらとの混血並びに少数民族がいる。	国語はフィリピン語、公用語はフィリピン語及び英語。80前後の言語がある。	http://www.psa.gov.ph/ Philippine Statistics Authority Department of Health. 2008 National Demographic and Health Survey 妊娠の20%が望まない妊娠、16%がタイミング外れ、4/10が子ども二人希望、3/10が子ども3人希望。2011 Family Health Survey. 都市部27 農村部38。2015年2.94。2015年国連児童出生率90/1000(15-49歳女性、1990年136) 中絶についてIPPF 1994年中絶関連人口数20100人、2000年Guttmacher Institute推計27/1000(15-44歳女性) 473400人。避妊についてホルモン注射、ホルモンカプセル埋込、IUD、ピル、DhH2013年近代的な方法約40%、近代的な方法+伝統的方法約80%。実施計画完成率2013年約80%、この20年間に都市部と農村部の格差縮まる。
大半がマレー系(ジャワ、スマタ等約300種族)	インドネシア語	http://apps.who.int/gho/data/view.wrapper.HE-VIZ11a?lang=en&menu=hide

合計特殊出生率

Factbook © OECD 2012

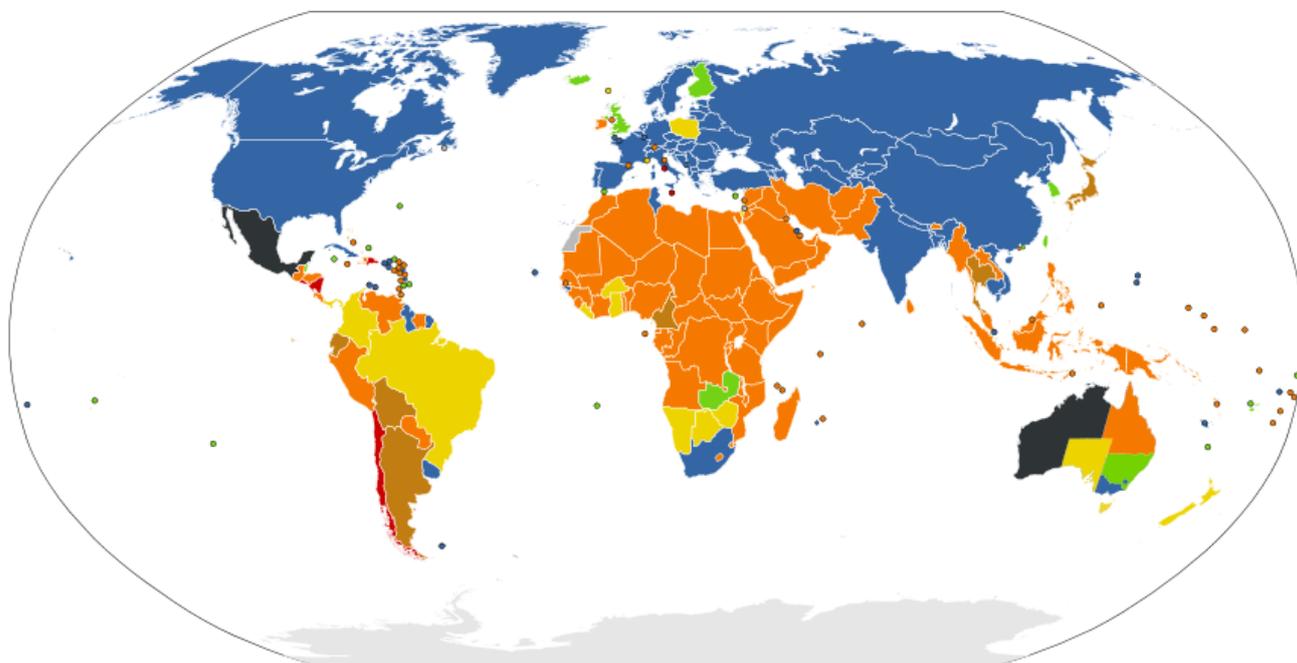
Total fertility rates

Number of children born to women aged 15 to 49

	1970	1980	1990	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Australia	2.86	1.89	1.90	1.76	1.76	1.75	1.76	1.79	1.82	1.92	1.96	1.90	1.89	1.92	1.93	1.88	1.8	1.8	1.8
Austria	2.29	1.65	1.46	1.36	1.39	1.38	1.42	1.41	1.41	1.38	1.41	1.39	1.44	1.43	1.44	1.44	1.5	1.5	1.5
Belgium	2.25	1.68	1.62	1.67	1.65	1.67	1.72	1.76	1.80	1.82	1.85	1.86	1.87	1.81	1.79	1.76	1.7	1.7	1.7
Canada	2.33	1.68	1.71	1.49	1.50	1.53	1.53	1.54	1.59	1.66	1.68	1.67	..	1.61	..	..	1.6	1.6	1.5
Chile	3.95	2.72	2.59	2.05	1.94	1.89	1.85	1.84	1.83	1.88	1.92	1.94	..	1.85	1.80	..	1.5	1.5	1.5
Czech Republic	1.91	2.10	1.89	1.14	1.17	1.18	1.23	1.28	1.33	1.44	1.50	1.49	1.49	1.43	1.45	1.46	1.5	1.6	1.6
Denmark	1.95	1.55	1.67	1.77	1.72	1.76	1.78	1.80	1.85	1.85	1.89	1.84	1.88	1.75	1.73	1.67	1.7	1.7	1.8
Estonia	..	2.02	2.05	1.39	1.37	1.37	1.47	1.50	1.55	1.63	1.65	1.62	1.63	1.61	1.56	1.52	1.5	1.6	1.6
Finland	1.83	1.63	1.79	1.73	1.72	1.76	1.80	1.80	1.84	1.83	1.85	1.86	1.87	1.83	1.8	1.75	1.7	1.7	1.6
France	2.48	1.95	1.78	1.87	1.86	1.87	1.90	1.92	1.98	1.96	1.99	1.99	1.99	2.00	1.99	1.98	2.0	1.9	1.9
Germany	2.03	1.56	1.45	1.38	1.34	1.34	1.36	1.34	1.33	1.37	1.38	1.36	1.39	1.39	1.4	1.41	1.5	1.5	1.6
Greece	2.40	2.23	1.40	1.26	1.27	1.28	1.30	1.33	1.40	1.41	1.51	1.52	1.51	1.40	1.35	1.30	1.3	1.3	1.4
Hungary	1.97	1.92	1.84	1.33	1.31	1.28	1.28	1.32	1.35	1.32	1.35	1.33	1.26	1.24	1.34	1.34	1.4	1.4	1.5
Iceland	2.81	2.48	2.31	2.08	1.93	1.99	2.03	2.05	2.07	2.09	2.14	2.22	2.20	2.02	2.04	1.93	1.9	1.8	1.7
Ireland	3.87	3.23	2.12	1.90	1.98	1.98	1.95	1.88	1.90	2.03	2.10	2.07	2.07	2.04	2.01	1.96	2.0	1.9	1.9
Israel	..	3.14	3.02	2.95	2.89	2.95	2.90	2.84	2.88	2.90	2.96	2.96	3.03	3.00	3.05	3.03	3.1	3.1	3.1
Italy	2.43	1.68	1.36	1.26	1.27	1.29	1.33	1.32	1.35	1.37	1.42	1.41	1.41	1.39	1.42	1.39	1.4	1.4	1.3
Japan	2.13	1.75	1.54	1.36	1.32	1.29	1.29	1.26	1.32	1.34	1.37	1.37	1.39	1.39	1.41	1.43	1.4	1.5	1.4
Korea	4.53	2.82	1.57	1.47	1.17	1.18	1.15	1.08	1.12	1.25	1.19	1.15	1.23	1.24	1.30	1.19	1.2	1.2	1.2
Luxembourg	1.98	1.50	1.62	1.78	1.63	1.62	1.66	1.62	1.64	1.61	1.60	1.59	1.63	1.51	1.57	1.55	1.5	1.5	1.4
Mexico	6.77	4.97	3.43	2.77	2.46	2.34	2.25	2.20	2.17	2.13	2.10	2.08	2.05	2.26	2.24	2.22	2.2	2.2	2.2
Netherlands	2.57	1.60	1.62	1.72	1.73	1.75	1.73	1.71	1.72	1.72	1.77	1.79	1.80	1.76	1.72	1.68	1.7	1.7	1.7
New Zealand	3.17	2.03	2.18	1.98	1.89	1.93	1.98	1.97	2.01	2.17	2.18	2.12	2.15	2.09	2.10	2.01	1.9	2.0	1.9
Norway	2.50	1.72	1.93	1.85	1.75	1.80	1.83	1.84	1.90	1.90	1.96	1.98	1.95	1.88	1.85	1.78	1.8	1.7	1.7
Poland	2.20	2.28	1.99	1.37	1.25	1.22	1.23	1.24	1.27	1.31	1.39	1.40	1.38	1.30	1.30	1.26	1.3	1.3	1.4
Portugal	2.83	2.18	1.56	1.56	1.47	1.44	1.40	1.41	1.36	1.33	1.37	1.32	1.37	1.35	1.28	1.21	1.2	1.3	1.4
Slovak Republic	2.40	2.31	2.09	1.29	1.19	1.20	1.24	1.25	1.24	1.25	1.32	1.41	1.40	1.45	1.34	1.34	1.4	1.4	1.5
Slovenia	2.21	2.11	1.46	1.26	1.21	1.20	1.25	1.26	1.31	1.31	1.53	1.53	1.57	1.56	1.58	1.55	1.6	1.6	1.6
Spain	2.90	2.22	1.36	1.23	1.26	1.31	1.32	1.34	1.38	1.39	1.46	1.39	1.38	1.34	1.32	1.27	1.3	1.3	1.3
Sweden	1.94	1.68	2.14	1.55	1.65	1.72	1.75	1.77	1.85	1.88	1.91	1.94	1.98	1.90	1.91	1.89	1.9	1.9	1.9
Switzerland	2.10	1.55	1.59	1.50	1.39	1.39	1.42	1.42	1.44	1.46	1.48	1.50	1.54	1.52	1.53	1.52	1.5	1.5	1.5
Turkey	5.00	4.63	3.07	2.27	2.17	2.09	2.11	2.12	2.12	2.15	2.15	2.07	2.03	2.03	2.09	2.07	2.2	2.2	2.1
United Kingdom	2.43	1.90	1.83	1.64	1.64	1.7	1.77	1.79	1.84	1.90	1.96	1.94	1.98	1.91	1.92	1.83	1.8	1.8	1.8

United States	2.48	1.84	2.08	2.06	2.01	2.04	2.05	2.05	2.10	2.12	2.08	2.00	1.93	1.89	1.88	1.86	1.9	1.8	1.8
EU 27(28)	2.42	1.99	1.79	1.48	1.44	1.46	1.48	1.48	1.51	1.53	1.59	1.59	1.58	1.55	1.56	1.52	1.5	1.6	1.6
OECD	2.76	2.18	1.91	1.68	1.63	1.63	1.65	1.65	1.68	1.71	1.75	1.74	1.74	1.71	1.71	1.67	1.7	1.7	1.7
Brazil	..	4.06	2.79	2.39	2.27	2.20	2.13	2.06	1.99	1.95	1.89	1.94	..	1.82	1.81	1.80	1.8	1.7	1.7
China	5.51	2.63	2.34	1.74	1.71	1.69	1.68	1.67	1.66	1.64	1.63	1.61	1.60	1.66	1.66	1.67	1.6	1.6	1.6
India	5.49	4.68	3.92	3.12	2.99	2.93	2.88	2.83	2.79	2.74	2.70	2.66	2.63	2.53	2.51	2.48	2.4	2.4	2.3
Indonesia	5.47	4.43	3.12	2.45	2.39	2.35	2.32	2.28	2.25	2.21	2.18	2.15	2.12	2.40	2.37	2.34	2.4	2.4	2.4
Russian Federation	1.97	1.90	1.89	1.20	1.29	1.32	1.34	1.29	1.30	1.41	1.49	1.54	..	1.58	1.69	1.71	1.8	1.8	1.8
South Africa	5.65	4.56	3.32	2.90	2.86	2.81	2.75	2.69	2.64	2.58	2.52	2.47	2.41	2.44	2.39	2.34	2.5	2.5	2.5

人工妊娠中絶に関する法律

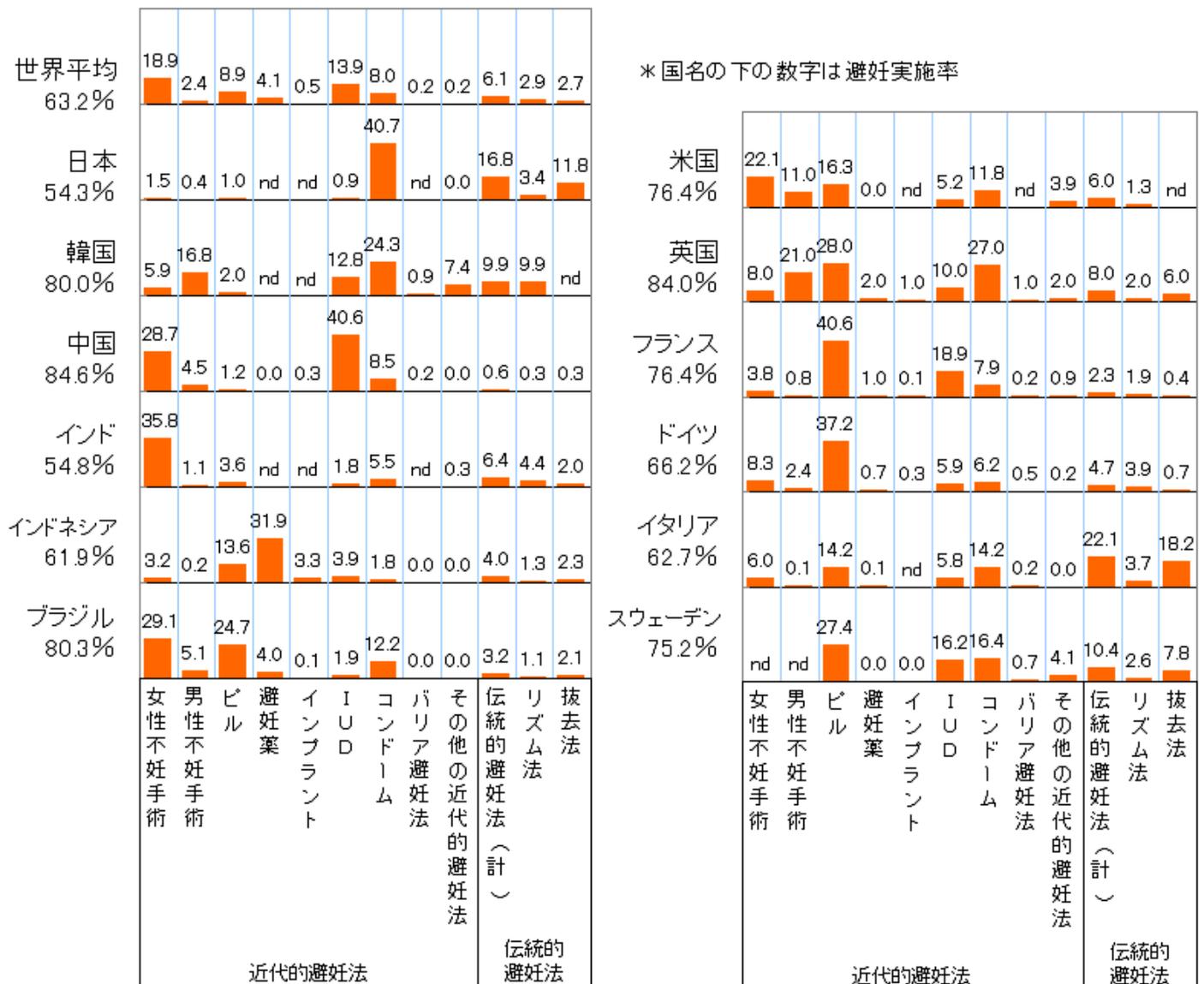


各国の人工妊娠中絶に対する法律

- 合法
- 合法。強姦、母親の生命・生活、健康、精神状態、社会的理由、胎児の状態
- 合法か違法。強姦、母親の生命・生活、健康、精神状態、胎児の状態
- 非合法。例外は、強姦、母親の生命・生活、健康、精神状態
- 非合法。例外は、母親の生命・生活、健康、精神状態
- 非合法。例外なし
- 地域による
- 不明

(ウィキペディア <http://ja.wikipedia.org/wiki/> 2019年6月7日)

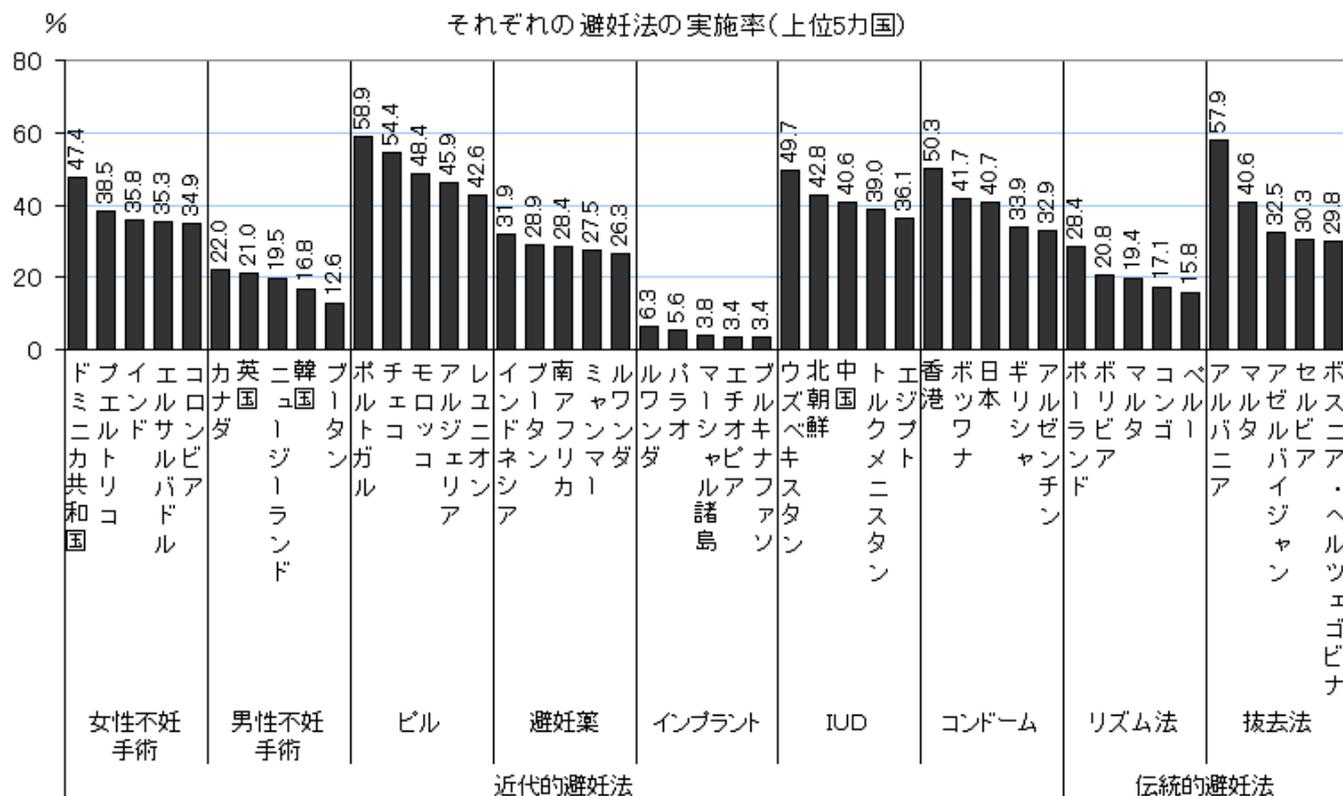
主要国の避妊法



(注) 有配偶ないしそれに準じた出産年齢の女性に聞いた各避妊法の実施率(対象女性総数=100)。ndはデータなし。複数回答の調査の場合もあるので合計は避妊実施率と必ずしも一致しない。IUDIはintrauterine contraceptive device(子宮内避妊具、リング)。世界平均は2011年現在の加重平均。図のコンドーム避妊率より、同使用率はより高い場合がある。
 (資料) United Nations, World Contraceptive Patterns 2013(世界188カ国の入手可能な最新調査結果の取りまとめ)

<https://honkawa2.sakura.ne.jp/2266.html> (資料) 社会実情データ図録社会実情データ図録 (2019年6月7日)

特定の避妊法の多い国



(注)(資料)同上

<https://honkawa2.sakura.ne.jp/2266.html> (資料) 社会実情データ図録社会実情データ図録 (2019年6月7日)

帝王切開率 (出生100あたり) Caesarean sections per 100 live births

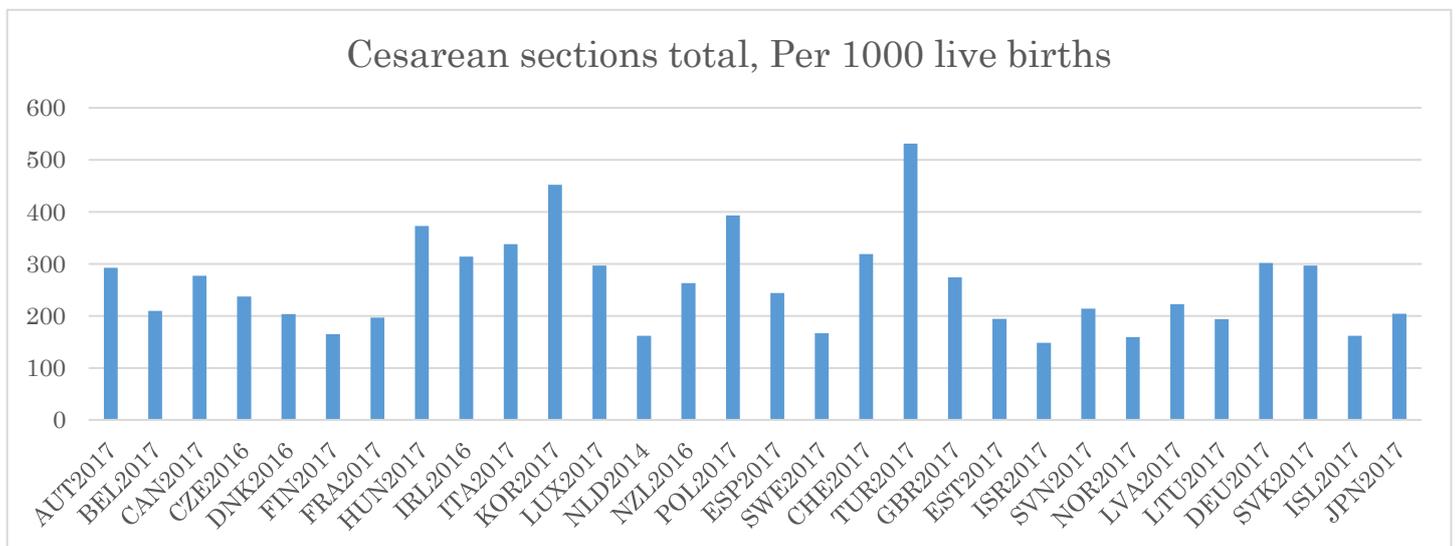
時点	出生1000あたり 帝王切開率
オーストリア共和国	2017 292.5
ベルギー王国	2017 209.7
カナダ	2017 277.3
チェコ共和国	2016 237.5
デンマーク王国	2016 203.6
フィンランド共和国	2017 164.9
フランス共和国	2017 197
ハンガリー共和国	2017 373
アイルランド	2016 314
イタリア共和国	2017 338.2
大韓民国	2017 451.9
ルクセンブルク大公国	2017 296.8
オランダ王国	2014 161.9

ニュージーランド	2016	262.9
ポーランド共和国	2017	393
スペイン	2017	243.7
スウェーデン王国	2017	166.4
スイス	2017	318.6
トルコ共和国	2017	531.4
英国	2017	273.8
エストニア共和国	2017	194.4
イスラエル国	2017	148.4
スロベニア共和国	2017	213.8
ノルウェー王国	2017	159.5
ラトビア共和国	2017	222.6
リトアニア共和国	2017	193.9
ドイツ連邦共和国	2017	301.7
スロバキア共和国	2017	296.8
アイスランド	2017	161.7

<https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>

参考：日本の帝王切開率推計は 203.9%（2017 年）厚生労働省：医療施設調査

帝王切開率



日本の推計を含めて筆者作成 https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-66-en.pdf

住民 1000 人あたりの医師数 Doctors Total, Per 1 000 inhabitants, 2017 or latest available

Australia	3.570
Austria	5.130
Belgium	3.070
Canada	2.720
China	1.800
Denmark	3.680

Estonia	3.460
Finland	3.210
France	3.360
Germany	4.190
Hungary	3.210
Iceland	3.930
India	0.730
Ireland	3.070
Israel	3.080
Italy	4.010
Japan	2.430
Korea	2.340
Luxembourg	2.960
Mexico	2.360
New Zealand	3.000
Norway	4.680
Poland	2.420
Russia	3.940
Slovak Republic	3.010
South Africa	0.790
Slovenia	3.010
Spain	3.820
Sweden	4.270
Switzerland	4.250
Turkey	1.830
United Kingdom	2.820
United States	2.580

<https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>

乳児死亡率（出生1 0 0 0あたり） Infant mortality rates Total, Deaths/1 000 live births, 2016 or latest available

Australia	3.100
Austria	3.100
Belgium	3.200
Brazil	14.600
Canada	4.700
Chile	6.900
China	9.200
Colombia	17.100
Czech Republic	2.800
Denmark	3.100
Estonia	2.300
Finland	1.900
France	3.700
Germany	3.400
Greece	4.200
Hungary	3.900
Iceland	0.700
India	37.900
Indonesia	22.800
Ireland	3.000
Israel	3.100
Italy	2.800
Japan	2.000
Korea	2.800
Luxembourg	3.800
Mexico	12.100
New Zealand	5.700
Norway	2.200
Poland	4.000
Portugal	3.200
Russia	6.000
Slovak Republic	5.400
Slovenia	2.000
South Africa	33.600

Spain	2.700
Sweden	2.500
Switzerland	3.600
Turkey	10.000
United Kingdom	3.800
United States	5.900

<https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm>

Health: Key tables from OECD - ISSN 2075-8480 - © OECD 2014

1人あたり保険医療支出合計 Total expenditure on health per capita

At current prices and PPPs (名目購買力平価)

US dollars

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Australia	3 208	3 383	3 492	3 735	3 786	3 996.9	..	..
Austria	3 741	3 902	4 173	4 386	4 496	4 663.1	4 896	..
Belgium	3 283	3 427	3 681	3 932	4 028	4 227.2	4 419	..
Canada	3 679	3 843	3 998	4 297	4 426	4 503.2	4 602e	.
Chile	959	1 068	1 136	1 210	1 307	1 450.8	1 577	1 663
Czech Republic	1 563	1 662	1 772	2 039	1 928	2 028.8	2 077	..
Denmark	3 581	3 761	4 056	4 431	4 534	4 545.2	4 698	..
Estonia	960	1 114	1 340	1 389	1 302	1 357.9	1 447	..
Finland	2 768	2 905	3 163	3 290	3 289e	3 454.7e	3 559 e	3 686
France	3 411	3 564	3 726	3 954	4 029	4 192.3	4 288	..
Germany	3 572	3 720	3 973	4 227	4 427	4 609.8	4 811	4 884
Greece	2 617	2 727	3 011	3 030	2 692	2 647.7	2 409	..
Hungary	1 513	1 451	1 525	1 581	1 703	1 799.9	1 803	..
Iceland	3 280	3 373	3 628	3 639	3 404	3 457.5	3 536e	3 642e
Ireland	3 179	3 535	3 794	4 006	3 787	3 742.1	3 890	..
Israel 1	1 820	1 958	1 977	1 986	2 078	2 200.8	2 304	..
Italy	2 727	2 765	3 018	3 115	3 157	3 202.4	3 209	3 183
Japan	2 608	2 747	2 891	3 049	3 237	3 458.3	3 649e	..
Korea	1 484	1 671	1 771	1 893	2 069	2 155.3	2 291	2 411e
Luxembourg	4 610	4 227	4 542	4 657	4 652	4 660.9	4 578	..
Mexico	777	822	879	928	950	964.6	1 048	..
Netherlands	4 096	4 378	4 717	4 916	5 051	5 219.0	..	..
New Zealand	2 392d	2 439d	2 697	2 973d	3 020d	3 172.3d	..	..
Norway	4 616	4 877	5 246	5 350	5 440	5 746.1	6 140	6 758e
Poland	935	1 060	1 241	1 368	1 432	1 494.3	1 540	..
Portugal	2 320	2 430	2 564	2 733	2 793	2 642.4	..	..
Slovak Republic	1 356	1 623	1 871	2 095	2 039	1 999.5j	2 105	..
Slovenia	2 145	2 173	2 459	2 537	2 449	2 555.8	2 667e	..
Spain	2 534	2 712	2 939	3 078	3 016	2 998.1	..	..
Sweden	3 198	3 427	3 656	3 738	3 747	3 963.7	4 106	..
Switzerland	4 256	4 564	4 933	5 205	5 292	5 670.9	6 080e	..
Turkey	713	839	913	885	897	936.6	984	..
United Kingdom	2 936	3 018	3 192	3 389	3 210	3 212.2	3 289	..
United States	7 123	7 504	7 786	8 015	8 244	8 482.7	8 745	..

.. Not available

| Break in series

e Estimated value

Disclaimer: <http://oe.cd/disclaimer>

1. The statistical data for Israel are supplied by and under the responsibility of the relevant Israeli authorities. The use of such data by the OECD is without prejudice to the status of the Golan Heights, East Jerusalem and Israeli settlements in the West Bank under the terms of international law.

d) Difference in methodology

Source: OECD Health Data: Health expenditure and financing: OECD Health Statistics (database).

「現代アジアのリプロダクションに関する国際比較研究：ジェンダーの視点から 調査報告書」
(2017年度～2019年度日本学術振興会・科学研究費助成事業・基盤研究(B) 17H04559)

白井千晶編

2020年3月1日発行

〒422-8529 静岡市駿河区大谷 836

shirai.chiaki@shizuoka.ac.jp