

タイ王国の周産期看護

－チェンマイ大学看護学部の視察を通して－

Perinatal Nursing in Thailand

－ Through a Visit with the School of Nursing at Chiang Mai University －

田中 和奈・守本 とも子・辻下 守弘

Haruna Tanaka, Tomoko Morimoto, Morihiro Tsujishita

要旨 (Abstract)

タイ王国北部にあるチェンマイ大学を視察し、タイ王国における周産期看護の現状についての現状把握を行った。共働きの家庭が多いタイ王国では、仕事を持つ母親たちの多くが授乳のための環境が整っていないために母乳で育児を行うことは困難であり、母乳育児率の低下が問題視されている。こういった社会的背景から、母乳育児の重要性についての啓発活動と環境を改善するための王室によるプロジェクトが発足し、企業の事業所内の授乳コーナー設置や無料での母乳輸送サービスの提供などが現在では行われている。日本においても母乳育児の利点については知られてはいるものの、タイ王国のようなサービスの整備までには至っていない状況にある。そのため、タイ王国の周産期看護についての現状を把握することは、日本の周産期看護の質改善のための示唆を得ることにつながると考える。

キーワード：(タイ)、(周産期看護)、(チェンマイ大学)

I. はじめに

母乳育児の保護・促進・必要性を1990年にイノチェン宣言として世界保健機関と国連児童基金が共同で発表し、現在では毎年8月1日から一週間を「世界母乳育児週間」として母乳育児を奨励する催しが世界120か国以上で開催されている¹⁾。母乳育児は乳児の感染症に対する抵抗力を高め、乳幼児期の知能と身体の発達に必要であると考えられており、世界保健機関では生後6カ月まで完全母乳育児を行い、その後は適切な食事を補いながら2歳かそれ以上まで母乳を続けることを推奨しているが、推奨されている生後6カ月間を母乳のみで育てられている乳児は世界で38%に留まっている現状にある²⁾。こういった現状からも、世界規模での母乳育児推進の必要性が議論されている。

本論では、タイ王国における周産期看護の現状と我が国への示唆について、母乳育児に焦点を当てて報告する。

II. 研究方法

1. タイ王国の周産期医療に関する視察調査

1) 視察調査日程と施設

2016年10月3日から10月7日の5日間、タイ王国チェンマイ市内にあるタイ王立チェンマイ大学看護学科およびチェンマイ大学病院産婦人科病棟を訪問した。

2) 調査方法

チェンマイ大学看護学科助産師養成課程の Kannika Kantaruksa 准教授よりチェンマイ大学の助産師養成課程とタイ国内の周産期医療についてのヒアリングを実施し、チェンマイ大学病院の産婦人科病棟を訪れ、分娩室や産後復帰センターの視察を行った。

2. 倫理的配慮

大学内と病院視察時には、事前に写真撮影および使用の許可を得て実施した。

III. 結果

1. タイ王国およびチェンマイ大学助産師養成課程

チェンマイ大学の助産師養成課程は、4年間で看護師と助産師の受験資格の取得ができる。タイ国内の場合、大学院で2年間助産師養成のための教育を受け、卒業論文を執筆し、助産師試験の受験資格を取得する課程も存在する。学内の演習は少人数制を採用しており、10名以下の学生を一つの演習グループとして指導を行っていた（写真1）。海外の提携大学から留学生の受け入れも行っており、チェンマイ大学病院の産婦人科病棟視察時には、北欧からの留学生を対象とした助産学の病院実習を行っていた。

タイ王国の場合、男性でも助産師になることは可能であり、男性助産師による出産の介助に対して妊婦が抵抗を示す事例もほとんどないとのことであった。また、タイの場合、助産師が助産院のような施設を開業することはできない規定となっている。



写真1. 母性看護学の演習風景

2. タイ国内の周産期医療について

1) ミレニアム開発目標におけるリプロダクティブヘルス

2000年9月の国連ミレニアム・サミットで採択されたミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGS）

において策定された8つの目標のうち、MDG3、MDG4、MDG5、MDG6の4目標がリプロダクティブヘルスに関連した目標となっている（表1）。MDG5の「妊産婦の健康状態の改善」という目標では、2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の水準の4分の1まで引き下げるというターゲットが設定されている。タイ王国の妊産婦死亡率（Maternal Mortality Ratio: MMR）は、1980年代半ばまでに大きく改善し、1990年時点で40であったのが、2015年には20と半減したが、ミレニアム開発目標のMDG5は未達成の状況である³⁾。

5歳未満児死亡率（Under 5 Mortality Rate: U5MR）は様々な保健対策の結果を見るための指標として重要視されており、特に感染症対策や母子の栄養状態改善のための対策の効果測定に有用であるといわれている。MDG4では、「乳幼児死亡率の削減」を目標に掲げており、2015年までに5歳未満児の死亡率を1990年水準の3分の1にまで引き下げることがターゲットにしている。1990年時点でのタイにおけるU5MRは38であったが、2013年の時点では13と大きく改善された⁴⁾。

表1. リプロダクティブヘルスに関連したミレニアム開発目標

ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs)	
Goal3 ジェンダー平等の推進と女性の地位向上 Promote gender equality and empower women	ターゲット3-A 2005年までに可能な限り、初等・中等教育で男女格差を解消し、2015年までにすべての教育レベルで男女格差を解消する
Goal4 乳幼児死亡率の削減 Reduce child mortality	ターゲット4-A 2015年までに5歳未満児の死亡率を1990年の水準の3分の1にまで引き下げる
Goal5 妊産婦の健康状態の改善 Improve maternal health	ターゲット5-A 2015年までに妊産婦の死亡率を1990年の水準の4分の1に引き下げる ターゲット5-B 2015年までにリプロダクティブ・ヘルス(性と生殖に関する健康)の完全普及を達成する
Goal6 HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止 Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases	ターゲット6-A 2015年までにHIV/エイズのまん延を阻止し、その後、減少させる ターゲット6-B 2010年までに必要とするすべての人がHIV/エイズの治療を受けられるようにする ターゲット6-C 2015年までにマラリアやその他の主要な疾病の発生を阻止し、その後、発生率を下げる

2) タイの周産期医療の現状

タイのリプロダクティブヘルスに関する報告書⁵⁾によると、90%以上の出産は政府管轄下の病院で行われており、政府管轄の病院の中でも最も多い42%の出産は地域の病院で行われていた。また、タイ国内における合計特殊出生率は2013年時点で1.4であり、初産婦の平均年齢は23.3歳という特徴がある⁶⁾。

タイでは、夫が分娩時に付き添いを行うことが決められているが、夫が仕事などの都合で分娩に間に合わない場合には、助産師のみで分娩介助を行っていた。

タイ国内における分娩後の入院期間は平均3～5日間となっており、チェンマイ大学が出産後の母親を対象に行った質問紙調査の結果からも3日間の入院期間で十分と入院患者は考えていることが明らかとなっている。また、タイ国内の病院では、妊娠診断時に、親になるための準備教室を受講したいか両親に確認を行っており、希望者はChildbirth Preparation Programmeと呼ばれる出産準備プログラムを受講することが可能になっていた。



写真2. Childbirth Preparation Programme専用室

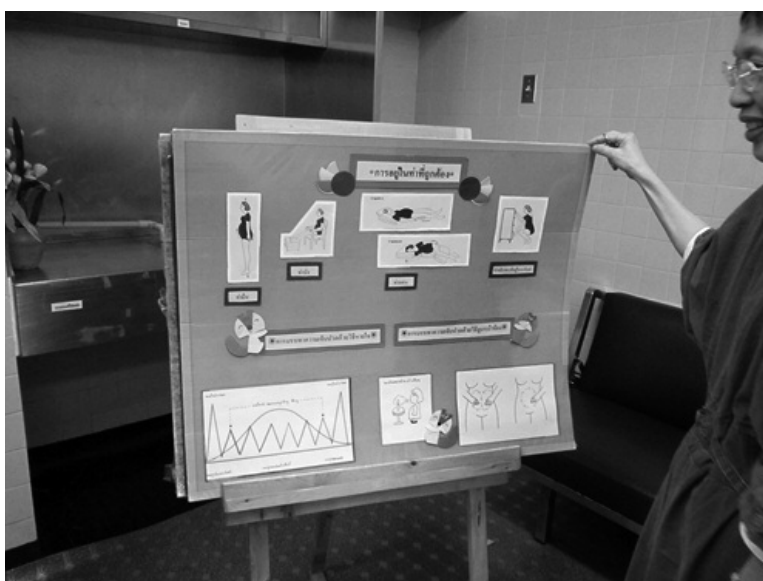


写真3. 出産準備プログラム資料

3) タイにおける母乳育児の現状

世界では毎年死亡している5歳未満児の数は約800万人いるとされており、その原因の3分の1は栄養不良であることが指摘されている²⁾。母乳育児は乳児の免疫力を高めると考えられており、感染症対策としても有効な手段とされており、世界的に母乳育児推進の必要性が議論されている。しかし、タイ王国では、母乳育児の普及率が夫婦共働きの影響などから低い傾向にあり、社会問題となっている。タイ国内では15.1%しか完全母乳での育児を行っておらず、地域別にみるとタイ北東部が最も高い26.9%が母乳育児を行っており、次いで南部では10.4%、最も低い母乳育児率はバンコクで1.7%にとどまっていた⁵⁾。そのため、母乳育児推進のためにタイの保健省が様々な規定を設けている。母乳育児推進対策の一つとして、タイ国内の病院内での人工乳の販売は禁止されている。また、運送会社との提携で、事前に母乳を搾乳しておき、自宅に無料で母乳を郵送するサービスも始まっている。実際に、チェンマイ大学病院内には母乳を搾乳するための特別室が完備されており、乳児を育てている入院患者や職員がこの部屋で搾乳した母乳は冷凍保存され、保存した母乳を乳児に与える取り組みが行われていた(写真4)。



写真4. 搾乳後の母乳

IV. 考察

1. タイ王国における助産師教育

タイ王国と日本の助産師養成課程は、日本と同様に学士課程で助産師の受験資格を取得するコースが存在していることが明らかとなった。日本と異なる点としては、日本の場合、男性は助産師資格を取得することができない規定となっているが、タイ王国の場合は、男性でも助産師資格の取得が可能であり、妊婦やその家族も男性助産師による出産介助に対する抵抗感は少ないことが明らかとなった。これは、タイ王国では男性助産師もリプロダクティブヘルスの専門家として男性の産婦人科医と同様に世間に認知されているため、妊産婦が抵抗なくケアを受けることができていると予測できる。このように、タイ王国における助産師教育は欧米と同様に男性も資格取得が可能となっている点においては日本に比較して進んでいるといえるであろう。その反面、タイの看護師および助産師の数は人口1,000人当たり2.08と日本の10.797と比較すると少ない現状⁷⁾にあるため、看護師および助産師を養成するための環境整備が必要と考える。

2. タイ王国と日本の周産期医療の比較

タイ王国の場合、妊産婦死亡率は20であるのに対し、日本の場合は2015年時点で5とタイの4分の1の状況である³⁾。また、5歳未満児死亡率についてもタイ王国が13であるのに対し、日本は3と非常に低い死亡率を示している⁴⁾。この数値からも日本の周産期医療の現状はタイ王国よりも優れていることが示唆された。

2009年時点での初婚年齢をタイ王国と日本で比較すると、タイ王国は22.2歳⁵⁾であったのに対し、日本は28.6歳⁸⁾と日本の方が晩婚傾向にあることが明らかとなった。また、タイ王国の2013年時点での合計特殊出生率は1.4と日本の合計特殊出生率⁸⁾ 1.43と差がない状況であった。これらのことから、タイ王国の場合、初婚時の年齢は日本に比べると若いにも関わらず、合計特殊出生率は日本よりも低い傾向にあり、晩婚が少子化に影響を与えているわけではないことが推測される。

タイでは親になるための準備教育が妻だけではなく夫も対象に行われていることや夫が分娩時に付き添いを行うことが決められているなど出産は夫婦揃って準備して行うものとの認識が浸透していると考えられる。日本の場合は、夫の分娩時の付き添いや育児教育への夫の参加促しも行われてはいるものの、分娩時の夫の付き添いは57.4%

にとどまっていることが明らかとなっている⁹⁾。このことから、出産への夫の関わりに関しては、タイ王国は進んでいる状況であると考えられる。

出産時の入院期間については、日本の場合は平均在院日数が約8日間¹⁰⁾であるのに対し、タイ国内における在院日数は平均3～5日間となっていることから出産時の入院期間は日本の場合タイ王国に比較して長期間であることが明らかとなった。欧米などの諸外国では出産時の入院期間は5日間以内であることが多く、これは無痛分娩が日本よりも普及している国が多く、産後の母親の体力の回復が自然分娩時よりも早いためであることが考えられる。

3. タイにおける母乳育児の現状

タイ国内では、母乳育児の推進が進められているが、バンコクでは母乳育児率は1.7%と非常に低く、タイ国内でも地域によって母乳育児の普及率に大きな差が見られた。日本の場合、母乳育児の割合は生後1か月では51.3%、生後3か月では54.7%と高い傾向にあった¹¹⁾。日本では、母乳育児に関する指導を出産後に医療機関で受けたことがある母親は73.9%であったことから、医療機関での母乳育児の指導が母乳育児の推進につながっていると考えられた。

タイ王国では保健省や王室が母乳育児を推進するプロジェクトを行っており、企業の協力を得て授乳室を会社内に整備を行ったり、無料での母乳の郵送事業を開始したりするなどの取り組みが行われている。しかし、バンコクなどの都市部では依然母乳育児率は低い傾向にあり、地域格差も大きいため、母乳育児の推進のためには母乳育児率が低い地域での母乳育児に関する指導や環境整備が必要であると考えられる。

V. 結論

わが国の周産期看護の改善のためには、諸外国の事例から学ぶことも多いと考える。今回、チェンマイ大学およびチェンマイ大学病院の産婦人科病棟を視察し、日本では行われていない無料の母乳郵送サービスや人工乳の医療機関での販売禁止など、企業・医療機関・行政が連携して母乳育児推進の取り組みを行っていることを学ぶことができた。日本の場合、妊産婦死亡率や5歳未満児死亡率などはタイ王国よりも低い状況にあり、周産期医療の現状としては優れていることが示唆された。しかし、日本においてもタイ王国のように企業・医療機関・行政が連携して周産期医療の改善に取り組む連携システムが必要であると考えられる。

謝辞

今回、チェンマイ大学およびチェンマイ大学病院の視察にあたり、ご協力いただいたチェンマイ大学看護学部の皆様に深く感謝いたします。

文献

1. 公益社団法人日本WHO協会 (2011). ニュース.
<http://www.japan-who.or.jp/event/2011/110719-1.html> (2017年7月10日).
2. UNICEF (2015). プレスリリース 母乳育児週間.
<https://www.unicef.or.jp/news/2015/0230.html> (2017年7月10日).
3. 世界銀行 (2015). Maternal Mortality Ratio.
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT> (2017年7月15日).

4. UNICEF (2015). 統計表. https://www.unicef.or.jp/library/sowc/2015/pdf/15_02.pdf (2017年7月15日).
5. National Statistical Office Thailand (2010). Key Findings:The 2009 Reproductive Health Survey. http://web.nso.go.th/en/survey/reprod/data/rhs09_100810.pdf (2017年7月17日).
6. World Health Organization (2015). Thailand:WHOstatisticalprofile. <http://www.who.int/gho/countries/tha.pdf?ua=1> (2017年7月17日).
7. World Health Organization (2017). Global Health Observatory (GHO) data. http://www.who.int/gho/health_workforce/nursing_midwifery_density/en/ (2017年7月17日).
8. 内閣府 (2017). 平成27年版 少子化社会対策白書. http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2015/27webgaiyoh/html/gb1_s1-1.html (2017年7月18日).
9. 島田 三恵子 (2013). 母親が望む安全で満足な妊娠出産に関する全国調査－科学的根拠に基づく快適で安全な妊娠出産のためのガイドラインの改訂－. 厚生労働科学研究費補助金平成24年度分担研究報告書. http://minds4.jcqhc.or.jp/minds/pregnancy/G0000595/01_Introduction.pdf (2017年7月18日).
10. 厚生労働省 (2014). 平成26年患者調査. 退院患者の平均在院日数等. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/03.pdf><http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/dl/03.pdf> (2017年7月18日).
11. 厚生労働省 (2015). 平成27年度乳幼児栄養調査結果の概要. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000134207.pdf> (2017年7月1日).