

資料

医療看護研究27 P.77-87 (2021)

南アジアにおける思春期セクシャル/リプロダクティブヘルスの現状
— インド・バングラデシュ・ネパールに関する文献レビュー —A Literature Review of the Current Status on Adolescent Sexual and
Reproductive Health in South Asia : India, Bangladesh, and Nepal宮本 圭¹⁾
MIYAMOTO Kei

要旨

【背景】毎年、後発開発途上国に住む200万人を超える15歳未満の女性が妊娠や出産をし、妊娠中の合併症や出産は15～19歳の女性の死因の第1位となっている。南アジアでも思春期セクシャル/リプロダクティブヘルス（ASRH）は優先度の高い保健課題である。【目的】南アジアで、ASRHの共通課題を抱えるインド・バングラデシュ・ネパールのASRHとケアに関する実態を明らかにし、効果的な介入について示唆を得る。【方法】文献研究法である。【結果】検索エンジンを用いて、キーワードから本論文の目的に合致した14件の文献を抽出し、3カ国のASRHの現状や、性教育の効果、SRHやSTIs・HIV/AIDSの知識・態度・行動、ASRHサービスの利用と影響因子が明らかになった。【考察】フォーマル・インフォーマルの性教育やASRHプロジェクトは知識の向上やAFHS利用促進に一定の成果をあげていると考えられた。一方、その持続性や、ASRHに関する地域や成人・保健専門職の硬直した伝統的規範や価値観・認識とのずれの解決や、多様な背景をもつ思春期の若者のニーズに応じた包括的なプログラムが必要不可欠と考えられた。

キーワード：思春期、セクシャル/リプロダクティブヘルス、性教育、思春期にやさしいヘルスサービス、南アジア

Key words : adolescents, sexual and reproductive health, sexual education, adolescent friendly health service (AFHS), South Asia

I. 緒言

リプロダクティブヘルス概念が提唱されたのは、1994年にカイロで開かれた「国際開発会議（ICPD）」だった。その概念は、2000年以降、ミレニアム開発目標において、ターゲット5B（リプロダクティブヘルスへの普遍的アクセスの実現）や、ターゲット6A（HIV/AIDSの蔓延の減少）の目標に反映され、2015年以降は持続可能な開発目標の目標3（あらゆる年齢

のすべての人々の健康的な生活の確保と福祉の促進）や、目標5（ジェンダー平等の達成とすべての女性及び女兒の能力強化）に引き継がれた。

思春期（Adolescent）の若者の人口は世界で約12億人と推計され、世界人口の約18%を占める。人類の歴史の中で最大数の思春期世代とされるその約9割は低・中所得国で生活している（Gore et al., 2011）。思春期は成人期の健康の土台を築くライフサイクルの重要な時期にある一方、この時期特有の健康リスクや、低・中所得国の思春期の若者では予防・治療可能な感染症のリスクが高く、その健康は貧困、栄養、教育、

1) 順天堂大学医療看護学部

Faculty of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Oct. 30. 2020 原稿受付) (Jan. 20. 2021 原稿受領)

ジェンダーに強く影響を受ける (Skolnik, 2016木原ら訳2017)。なかでも思春期女性は、セクシャル/リプロダクティブヘルス (Sexual/ Reproductive Health、以下SRH) に関する知識の不足や、望まない妊娠や性感染症の罹患・性的虐待のリスクの高まり (UNFPA, 2013)、社会的役割やジェンダー差別から、SRHの脆弱なグループに分類される。実際、毎年、後発開発途上国に住む200万人を超える15歳未満の女性が妊娠や出産をし、15~19歳の女性の死因の第1位は妊娠中の合併症や出産である (WHO, 2016)。

後発開発途上国が集中する南・中央アジアは、思春期セクシャル/リプロダクティブヘルス (Adolescent Sexual/ Reproductive Health、以下ASRH) について保守的な国が多く、ASRHについて公の場で語るものではないという考えが主流で、政府の取り組みは遅れている (UNFPA, 2004; JICA, 2005)。例えば、インド社会のダウリー (結婚持参金) 制度はバングラデシュなどの周辺国や、ヒンドゥー教徒以外のインドのムスリムコミュニティにまで拡大し (Kodoth, 2008; Kodoth, 2010)、児童婚や女性の地域・家庭内での意思決定権や社会参加に影響を及ぼしている。また、ネパールの中・極西部のチャウパディ・ゴート (生理小屋) の慣習は、女性の身体観や自己肯定感に影響を及ぼしている (伊藤, 2010; 小林, 2013)。

ASRHの先行研究は、これまでアフリカを中心に多数ある。これら研究の主流は、安全でない性行為やHIV/AIDS・性感染症 (Sexual Transmitted Infections、以下STIs)、若年妊娠などのリスク行動や、ネガティブアウトカムをどのように予防できるのかといったリスク軽減や問題解決を目指したものであった (McMahon, 2011)。また、「思春期にやさしいヘルスサービス (Adolescent Friendly Health Service、以下AFHS)」プログラムに関連した研究 (Abajobir, 2013; Kennedy, 2013) や、医療者のASRHに関する認識についての研究 (Klinberg, 2006; Warenus, 2006) もある。他方、南アジアのASRHは優先度の高い保健課題であるにもかかわらず、その研究は量・質共に未だ十全とは言えない。

そこで、本稿は、同地域のなかで児童婚や若年妊娠をはじめとしたASRHの共通課題を抱える、インド・バングラデシュ・ネパールの3カ国のASRHに関する実態を文献から明らかにし、南アジアの社会文化の文脈において効果的な介入へ示唆を得ることを目的とする。

II. 研究方法

1. 用語の定義

本稿における用語の定義である。

思春期：思春期の定義には10歳から24歳まで続くという研究報告 (Beringer, 2007; Patton, 2012) もあるが、本稿では国連が用いる、「10~19歳」の定義を用いる。

セクシャル/リプロダクティブヘルス (SRH)：1994年カイロ国際人口開発会議行動計画による、「リプロダクティブヘルスとは、人間の生殖システム、その機能と活動過程のすべての側面において、単に疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあること」 (UNFPA, 2004, p.37) の定義に、性に関する健康を加え、SRHと定義する。

2. 研究方法

1) 研究方法は文献研究法である。

2) 対象

南アジアにおけるASRHとケアの現状・課題を概観するため、文献データベースの医学中央雑誌 (医中誌)、CiNii、Science Direct、PubMed、Google Scholarを利用した。日本語文献の検索は医中誌、CiNiiにより、思春期女性/思春期、セクシャル・リプロダクティブヘルス/リプロダクティブヘルス、児童婚、10代の妊娠、ヘルスサービス、保健専門職、インド/バングラデシュ/ネパールで検索を行った。英語文献の検索はScience Direct、PubMed、Google Scholarで、Adolescents, Sexual Reproductive Health/Reproductive Health, child marriage, teenage pregnancy, health services, health professionals, India/Bangladesh/Nepalの用語を組み合わせ検索した。対象年は2000年~2019年とした。

また、インド、バングラデシュ、ネパールのASRHの実態の背景にある、ASRHに関連する法規・政策、プログラムについて、各国の人口動態調査 (Demographic and Health Survey、以下DHS)、思春期健康調査 (Adolescent Health Survey)、WHO・UNFPAの報告書をハンドサーチした。

3) 分析方法

ASRHに関連して選択された文献について精読し、テーマ (ASRHの現状、性教育、SRH全般やSTIs、HIV/AIDSの知識・態度・行動、ヘルスサービスへのアクセス) ごとに内容を分析した。人口動態調査・国連の報告書は記述的分析を行った。信頼性・妥当性は

繰り返し精読することで確保した。

4) 倫理的配慮

本研究は、先行研究を用いた文献研究であり、個人情報や守秘義務に抵触する事項は含まれない。また、分析に際しては先行研究を精読することにより、著者の見解や主張を的確に捉えるよう努めた。

Ⅲ. 結果

1. 検索結果

検索エンジンでキーワードから抽出された文献は103件であった。重複文献、対象年齢・地域が合致しない文献、論文の入手が困難な文献を除外し、研究内容が本論文の目的に合致した英語文献14件を抽出し、分析対象とした。14件の内訳はScienceDirect 1件、PubMed 7件、Google Scholar 6件であった。日本語文献は0件であった。

分析対象の14件は、発行年別にみると2000年から

2009年に発行された文献が2件、2010年から2019年に発行された文献が12件だった。対象国別にみると、インドについて4件、バングラデシュについて4件、ネパールについて6件であった。3カ国のASRHの動向と、関連法規や政策・プログラムについてハンドサーチした。

2. インド・バングラデシュ・ネパールにおけるASRHの動向

インド・バングラデシュ・ネパールのASRHの動向と関連法規・プログラムについて、各国の人口動態調査(International Institute for Population Sciences/India et al., 2017; National Institute of Population Research and Training et al., 2016; Ministry of Health/Nepal et al., 2017) や国連の報告書から概観する(表1)。

インド・バングラデシュ・ネパールは、女性の健康

表1 ASRH関連の主な法律・政策と実際の取組み

年代/ 国際的ランドマーク	インド	バングラデシュ	ネパール
~1999年 1990年に「ミレニアム開発目標」を提唱	1929 児童婚規制法 1952 家族計画プログラム(世界初) 1961 ダウリー禁止法 1971 妊娠中絶法(MTP法) 1986 若者に関する国家政策 1992 思春期の健康のための国家ベースライン調査 1999 国家エイズコントロールプログラムII	1860 妊娠中絶の合法化 1975 第1次長期保健計画 1980 ダウリー禁止法 1983 女性への残酷な行為を抑止・罰する法 1992 初等教育の無償化・義務化 1984 児童婚禁止法 1995 第2次長期保健計画	1963 児童婚禁止 1975 第1次長期保健計画 1991 児童法 1992 国家HIV/AIDS政策 1997 第2次長期保健計画(1997-2017) 1999 ヘルスサービス法 国家HIV/AIDS戦略
2000年代 WHOが2000年に「思春期にやさしいヘルスサービス」発表	2000 思春期の若者の教育プログラム 2002 国家保健政策(改訂)義務教育化(6~14歳) 2004 思春期の若者のリプロダクティブヘルス国家戦略 2005 学校におけるエイズ教育プログラム 2006 児童婚禁止法 2009 無償義務教育法(憲法改正)	2003 健康・栄養・人口セクター・プログラム 2005 安全な出産のインセンティブ・プログラム 2006 思春期リプロダクティブヘルス戦略 2007 思春期の若者のセクシャル/リプロダクティブヘルスにおける実施ガイド	2000 思春期保健と開発戦略 思春期の若者のセクシャル/リプロダクティブヘルス・プログラム 2002 妊娠中絶の合法化 学校における包括的性教育カリキュラム 2005 生理小屋(チャウパディ)の違法化 2007 思春期リプロダクティブヘルス実施ガイド
2010年以降 2015年に「持続可能な開発目標」発表	2010 無償義務教育法の施行 2014 AFHS実施強化	2010 国家教育政策のカリキュラムでSRHを紹介 2011 全公立学校における初等教育無償化 2017 児童婚規制条例2017 2014 SRH情報へのアクセス向上 2015 AFHSの質の改善 保健施設の運営・管理委員会への思春期の若者の参加計画 2016 健康な思春期への移行パッケージ	2010 国家若者政策 2015 思春期の若者の健康と開発の国家戦略2000の改訂 2013 性教育カリキュラム開発 2014 AFHSの質の改善 2015 新・性教育カリキュラムの開発 2016 基礎教育の無償義務教育化(教育基本法)

(出典) WHO (2015b) Strengthening Intersectoral Collaboration for Adolescent Health, WHO (2015c) Success factors for Women's and Children's Health, 各国DHSより筆者作成

を守る人工妊娠中絶法の合法化や保健政策の立案を進め、1990年代から妊産婦死亡率を大きく低減させてきた（図1）。2000年までに児童婚禁止あるいは規制法を制定し、2000年に入るとASRHに関わる開発が進んだ。2010年以降には、思春期の若者の医療施設へのアクセス改善のためのWHOの取り組みであるAFHSが各国で導入された。しかし、18歳までの児童婚の割合は減少傾向にあるが、各国人口動態調査によるとインド27%、バングラデシュ59%、ネパール40%と未だそ

の割合は高い。15～19歳の女性の出生数では、インドが持続的な削減を成功させている一方、バングラデシュ・ネパールの減少速度は鈍い（図2）。直近の各国DHSによると、女性が望ましいときに望ましい数の子どもを持つための近代的避妊法の実施率はインド48%・バングラデシュ54%・ネパール43%で、家族計画について充足されないニーズの割合はインド・バングラデシュでは10%程度であるが、ネパールでは24%を上回る。また、保健改善の重要な影響因子の1つで

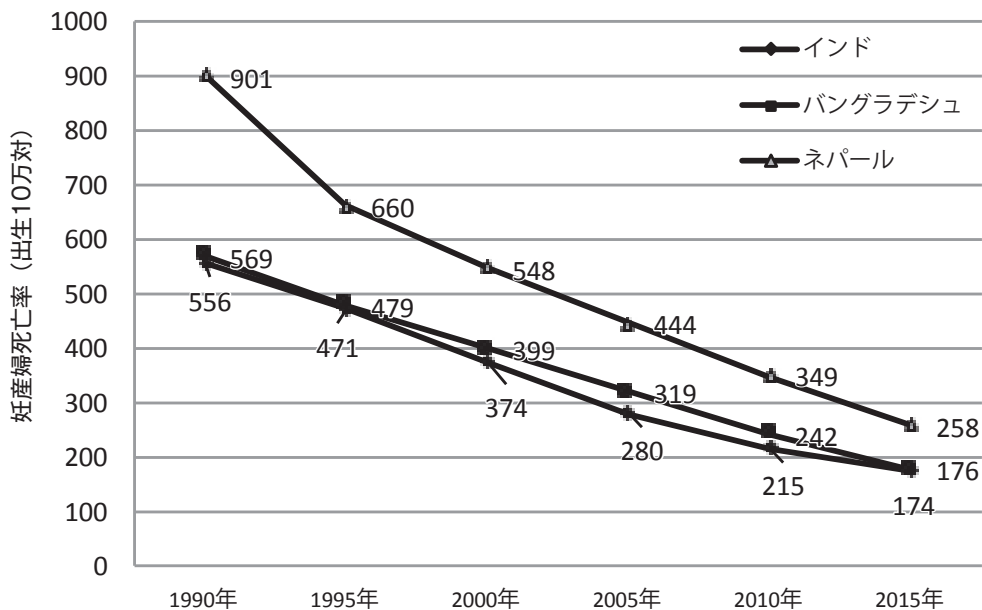


図1 妊産婦死亡率の推移：インド・バングラデシュ・ネパールの比較
（出典）UNFPA世界人口白書（各年）より筆者作成

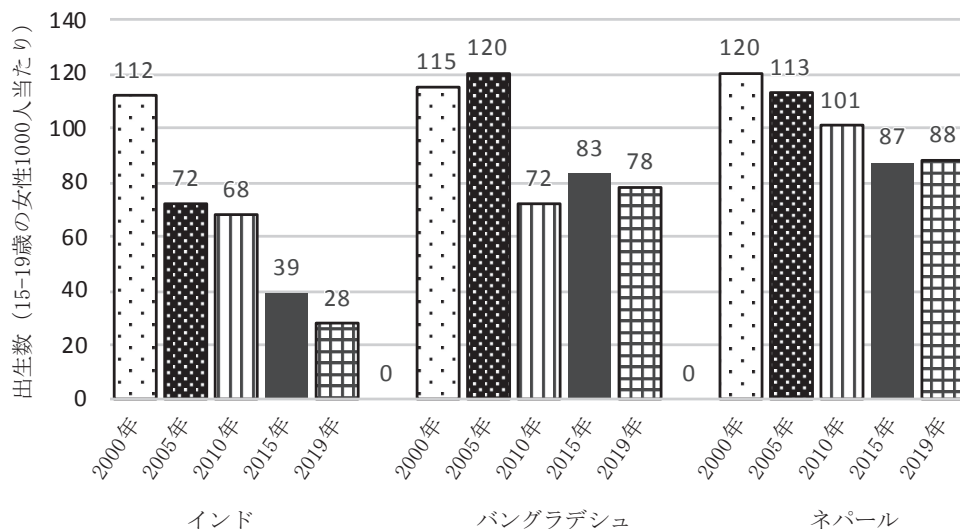


図2 15-19歳の女性の出生数：インド・バングラデシュ・ネパールの比較
（出典）UNFPA世界人口白書（各年）より筆者作成

表2 レビュー論文概要

テーマ	著者(発行年)	対象国	研究目的	研究方法	主な結果
思春期のSRHの現状分析	Pathak Ram Sharan, et al. (2012)	ネパール	ネパールのASRHの現状を明らかにする	ネパール人口動態調査2011、思春期・若者調査 2010/11から、ASRHの現状をレビューした。	児童婚という伝統的慣習が残る一方、思春期の若者の性に関する認識や行動に変化が見られた。若者のSRHへの対処行動は十分でなく、社会や制度による支援等が求められた。
フォーマル・インフォーマルなSRH教育	Kabir Humayun, et al. (2015)	バングラデシュ	思春期未婚女性のRH問題に関する知識について、プロジェクト介入前・介入12か月後の変化を評価する	バングラデシュの地方・ナビガンジ郡と都市部ダッカのスラム地域で、思春期の未婚女性800人をシステムティック・ランダム・サンプリング法で選出し、構造化質問紙を用いてプロジェクト介入前後のRH問題の知識の変化をみた。	地域サポートグループによる介入後には、思春期未婚女性の生理、半永久的避妊法、HIV/AIDSの感染形式に関する知識と、HIV/AIDSとSTIs症状に対する意識に、明らかな増加がみられた。一方、STIsに関する知識に顕著な増加はみられなかった。
	Mohammad Alli (2018)	バングラデシュ	バングラデシュのイスラム教モスクの指導者のSRH教育(Boyshondhi shikka)についての認識を明らかにする	都市部と地方のモスクの指導者・イマームのそれぞれ4人(計8人)に深層インタビューを行った。	a. 西洋的教育と同じではない、b. 宗教や医学的理由のため行う必要がある、c. 医学的根拠に基づいたセクシャルヘルスや家族計画の教育は婚前性交を促す、d. イスラム法によって支持されている、以上の認識が明らかになった。
	Acharya Dev, et al. (2017)	ネパール	中学校で性教育プログラムの効果を調査する	四つの学校で、対象群と実験群で比較調査を実施。対象群の教員は教訓的教育方法で、実験群ではヘルスファシリテーターが参加型教育アプローチにより性教育を行った。	トレーニングを受けたヘルスファシリテーターが参加型教育アプローチを用いて教育した群では知識が増えていた。一方、生徒は知識に関連して混乱したり、同年齢の親族や家族から不確かな知識を得ていた。
思春期のSRHやSTIs、HIV/AIDSに関する知識・態度・行動	Barua Alka, et al. (2001)	インド	思春期既婚女性のRH(特に婦人科系問題、家族計画、妊娠)のニーズについて明らかにする	1995年から97年に、思春期既婚女性302人、夫37人、義母53人、思春期女性74人に深層インタビューを行った。	思春期既婚女性は結婚1年目に妊娠することが期待され、家事労働に支障のある症状での受診はすぐに行っていた。しかし、生理に関する不調や生殖器感染による症状はしばしば未治療のまま、受診の要否について決定するのは夫で、かつ、その決定は義母の影響を受けていた。
	Rahman M. Mizanur, et al. (2009)	バングラデシュ	バングラデシュの思春期の若者のSTIsやAIDSの知識・意識について明らかにする	64クラスターから、既婚思春期と未婚思春期を2:1の割合となるように3,362人を選び、STIsやAIDSの知識・意識を調べた。	思春期の若者の半数がAIDSについて知っており、さらにその半数は性行為によって感染することや、予防手段に複数のセックスパートナーやリスクの高い人とセックスしないことと理解していた。AIDSの知識と、年齢・就学年限・父親の識字・STIsの知識に相関がみられた
	Gani M Showkat, et al. (2014)	バングラデシュ	思春期の若者のSTIs、HIV/AIDS感染に関する知識について、社会的・経済的、地域性に関する決定要因を明らかにする	クラスター・サンプリングで選んだ、思春期の若者11,986人に対し、自己申告による方法で、STIsの生涯有病率を測定した。	STIsとHIV/AIDS感染の知識に影響を与える因子は、a. 12~14歳で教育を受けていない、b. 最も社会的・経済的に貧しい階層の家事労働者である、さらに都市部一地方の居住地因子は社会的・経済的因子より影響が大きいことがわかった。最もリスクが高いのは、思春期後期・学歴・中程度の経済レベル・都市部の男性であることがわかった。
	Mathur Sanyukta, et al. (2001)	ネパール	ASRH改善のため、コミュニティでのプロジェクトの参加型アプローチの可能性やその効果について示唆を得る	ネパールのカトマンズ市とナワルバラシ郡で、フォーカス・ディスカッションとキー・インフォーマント・インタビューを行った。世帯・成人・思春期若者・サービス提供者、計40人に、プロジェクトの参加型アプローチについて調査した。	思春期女性は教育、結婚や仕事につくこと等、将来に希望を持っていたが、社会的規範や医療施設で歓迎されない・ニーズを認識してもらえないといった現実があった。思春期女性の希望と現実をつなぐための介入(ライフスキルや識字教室の提供、等)が経済的自立や雇用機会を増やすと考えられた。
	Simkhada Padam P, et al. (2012)	ネパール	ASRHの知識・態度・行動を報告する	地方に住む、思春期若者3,041人に対し構造化質問紙を用い、SRHの知識・態度・行動について調査した。	直近の性行為で3分の2以上の思春期男性がコンドームを使用しており、必要な情報やサービスにアクセスできていることがわかった。他方、思春期女性や貧困層、地方に住む若者はSRHサービスや情報へのアクセスが乏しいという課題が明らかになった。

表2 レビュー論文概要 (続き)

テーマ	著者 (発行年)	対象国	研究目的	研究方法	主な結果
ASRHサービスの利用や影響因子	Gupta Madhu, et al. (2015)	インド	思春期の若者によるASRHサービスの利用と意識について明らかにする	生殖と子どもの健康プログラムが展開されているチャンディーガル市の思春期の若者854名を対象に、世帯と学内・外で、半構造化面接を行った。	ASRHサービス利用には地理的差異、ジェンダー間差異、就学・未就学、この3点で差異が認められた。
	Kumar Dinesh, et al. (2015)	インド	インドの医療施設のヘルスケア提供者の視点から、AFHSの評価を行うこと	インドの2施設の11名の医師および思春期ケアの専門家を対象に、提供しているサービスや課題について調査した。	秘密保持、教材・快適な待合室の不足、サービスの内容や適切なタイミングで受診できないことによって、AFHSは思春期の若者に受け入れられていないことがわかった。保健専門職のスキル向上と、全人的ケアの必要性が提言された
	Barua Alka, et al. (2016)	インド	インドのTarunya (タルニヤ、思春期の意味) プロジェクトの成果を評価する。	Tarunyaプロジェクトが展開されているインドのジャークランド州の24郡で、ヘルスサービス提供者にプロジェクト評価のためのインタビュー調査を行った。	プロジェクトは人材育成を強化し、ヘルスサービスの質を改善していた。しかし、サービス利用は第1・2フェーズで顕著に増加した後、再び減少して、持続性の課題が指摘された。
	Pandey Pushpa Lata, et al. (2019)	ネパール	ネパールのAFHSにおけるASRHケアへのアクセスの障壁を明らかにする。	思春期の若者、キー・インフォーマントとヘルスケア提供者を合目的サンプリング、変異最大化法を用いてリクルートし、半構造化深層インタビューとFGDを行った。	SRHサービスのアクセスに影響する障壁は、医療施設への距離、ヘルスサービス提供者の特徴 (年齢、ジェンダー、態度)、ヘルスケアの質、プライバシーと秘密保持の欠如、ASRHに関する情報不足、コミュニティのASRHに対する社会文化的規範や態度であることがわかった。
	Mattebo Magdalena, et al. (2019)	ネパール	ネパールにおける思春期女性の健康希求行動に対する、ヘルスサービス提供者の認識を明らかにする	24人のヘルスサービス提供者にインタビュー調査を行った。	面接調査の結果、障壁と5つの下位分類 (a. 社会的ステイグマを伴う保守的社会、b. 情報・教育・知識の不足、c. 施設不足、d. 不完全な秘密保持とプライバシー保護、e. AFHS提供施設で解決されないニーズ) を抽出した。

ある教育では、無償教育化が進み、初等教育就学率は3カ国ともに世界平均レベルまで増加したが、中等教育純就学率 (2018) はインドの男性61%・女性62%、バングラデシュの男性61%・女性72%、ネパールの男性61%・女性63%と低い (UNFPA, 2019)。

実際のASRHプログラムは、インドでは保健省や保健・家族福祉省、青少年スポーツ省の3つの省が関与しているが (伊藤, 2008)、バングラデシュ・ネパールでは保健省が主な担当省となっている (WHO, 2015a ; JICA, 2016 ; WHO, 2017)。

また、ASRHの現況について検索エンジンで抽出されたのは、Pathak et al. (2012) によるネパールの研究1件だけだった。主に、若者人口の特徴、結婚と性交渉に関する認識、避妊法や家族計画の利用、妊婦ケア、STIsやHIV/AIDSの知識、DVの経験や精神保健の観点から概観している。児童婚の慣習が続き、思春期女性は十分な妊婦ケアを利用しておらず、家族計画について充足されないニーズの割合が高いことを示した。他方、思春期の若者の変化として、伝統的規範

や価値観に反し、恋愛結婚や同棲、婚前の性交渉をよいとする考えがあるが、SRHへの対処行動は十分ではなかった。思春期の若者のSRHニーズに応えるには個人の保健行動・対処行動の強化や社会・経済的環境の整備、保健政策やサービスの調整等の必要性が指摘された (表2)。

3. 思春期に対するフォーマル・インフォーマルなSRH教育

思春期に対するフォーマル・インフォーマルな形式でのSRH教育についての研究があった。Mohammad (2018) は、バングラデシュの宗教指導者イマームによるSRH教育 (Boyshondhi Shikka) に関する認識について、イマーム特有の価値観や性教育の意義を明らかにした。他方、インフォーマルなSRH教育による思春期の若者の知識の変化について、Kabir et al. (2015) や Acharya et al. (2017) がある。Kabir et al. (2015) は生理に関する知識、注射薬やコンドームの避妊法、HIV/AIDSに関する感染様式、STIsに関

連する症状について知識が有意に増加し、医療機関に関する意識が高まっていたとした。Acharya et al. (2017) も参加型アプローチを取る実験群でセクシャルヘルスの知識を有する生徒数が有意に増加したと、学習成果について述べている。

4. ASRHやSTIs・HIV/AIDSの知識・態度・行動

ASRHに関する知識や対処行動については、Barua et al. (2001) や Mathur et al. (2001) があった。Barua et al. (2001) は、家庭内で期待される役割（妊娠）と受診行動に伴う意思決定を夫や義母が持つこと、Mathur et al. (2001) は思春期女性がジェンダーバイアス・女性を制約する規範のなかで暮らしていることを明らかにした。

また、STIsやHIV/AIDSに関する知識についての研究にはRahman (2009)、Simkhada et al. (2012)、Gani et al. (2014) があった。Rahman (2009)・Simkhada et al. (2012) は共通して、思春期の若者がHIV/AIDSに関する知識を有していることを指摘し、Rahman (2009) はさらにHIV/AIDSの知識と、年齢、就学年限、父親の識字、STIsの知識との相関があることを明らかにした。Simkhada et al. (2012) は思春期の3人に1人がRHサービスを受けたことがあり、緊急避妊法を必要とする人は全体の1割弱おり、その3分の2が男性で、うち85%は未婚だったことや、コミュニケーションツールの使用に年齢の若さや男女で違いがあることを明らかにした。Gani et al. (2014) は、Rahman (2009) や Simkhada et al. (2012) の先行研究結果を支持する結果として、HIV/AIDSの知識を有している割合は高いがSTIsの感染について知識が乏しいことや、都市部に住む思春期の若者が地方の思春期の若者より知識をもつ割合が高いことを明らかにした。

5. ASRHサービスの利用や影響因子

サービス利用の向上を目指し、様々なプロジェクトが各国・地域で展開されており、Gupta et al. (2015) や Barua et al. (2016) はその成果および課題を示した。Gupta et al. (2015) は世帯・学内・学外調査を行い、ASRHサービス利用における地理、ジェンダー、就学の有無での差異を明らかにした。一方、Barua et al. (2016) は、インドのTarunya (思春期) プロジェクトが人材育成を強化し、ヘルスサービスの質を改善していたが、サービス利用の増加は一時的で、プロジ

エクトの持続性についての課題を指摘した。

ASRHサービスへのアクセスに影響する因子については、Kumar et al. (2015)、Pandey et al. (2019)、Mattebo et al. (2019) がある。Kumar et al. (2015) は、サービス提供者である医師らのAFHSに関する認識を明らかにし、Pandey et al. (2019) はSRHサービスのアクセスに影響する障壁について、医療機関への距離、ヘルスサービス提供者の特徴（年齢、ジェンダー、態度）、ヘルスケアの質、プライバシーと守秘義務の欠如、SRHの情報不足、コミュニティのASRHに対する社会文化的規範や態度をあげた。Mattebo et al. (2019) はアクセスの障壁の下位分類として、a. 社会的スティグマを伴う保守的社会、b. 情報・教育・知識の不足、c. 施設不足、d. 不完全な秘密保持とプライバシー保護、e. 家族計画について充足されないニーズの5つを挙げた。

IV. 考察

文献14件から明らかになった研究の動向を踏まえつつ、ASRHに関する認識と、ASRHプログラムの展開の検討から、効果的な介入について考察する。

1. 研究の動向

インド、バングラデシュ、ネパールの3カ国のASRHの開発の動向に並行して、2010年以降、ASRHに関連した研究論文は増加しており、これはミレニアム開発目標がASRHへの社会の問題意識を高め、実践の増加に伴い、研究も増加したと考えられる。また、思春期の若者のAFHSの利用やASRHの知識・態度・行動に関する問題解決の研究が多く、フォーマル・インフォーマルな性教育やASRHプロジェクトが一定程度の成果を上げていることが推測された。今後も2030年の持続的な開発目標の達成に向け、ASRH関連の研究は増加傾向をたどると推測されるが、思春期の若者が主体となり参画するアクションリサーチを実施する等、思春期の若者が自身の問題に取り組んでいる自覚を持てるような研究が期待される。

2. ASRHに関する認識

ASRHに関する思春期の若者、親、地域、保健専門職の認識については、Kumar et al. (2015)、Pandey et al. (2019)、Mattebo et al. (2019) の研究があった。これら研究では、ASRHに関わる思春期の若者自身とサービス提供者である保健専門職の両者におい

てASRHのニーズが満たされていないことが窺われた。その背景には、保健専門職における思春期SRHの教育が十分でないことや、ASRH、ことに思春期前期の妊娠や出産等の把握が容易でない実態がある (UNFPA, 2015)。これらのことから「思春期特有の健康問題やニーズを理解できる医療従事者の育成や、思春期の問題を把握するためのデータ収集が必要」 (Skolnik, 2016 木原ら訳 2017, p.285) と考えられた。

3. ASRHプログラムの展開

インド・バングラデシュ・ネパールにおいて、就学する思春期の若者の割合が初等教育から中等教育への移行段階で減少すると共に、児童婚や若年妊娠が少なくないことや、思春期既婚女性や思春期未就学女性は情報やサービスへのアクセスが不良であることがわかった。このことは思春期の若者が十分なライフスキルを学ぶための教育の機会を早くに喪失し、思春期を一足飛びにして、大人社会に組み込まれていることを示唆している。ライフスキルの習得としてのASRHプログラムの重要性が改めて認識された。

また、思春期は、身体的成長促進と第二次性徴が出現すると共に、エリクソンの心理・社会的発達段階の課題の自我同一性を達成する時期である (上田, 2013)。力動的な心理・社会的発達の面においては、大人やこれまでの規則・秩序に抵抗し、友人や仲間との関係を重視したやり取りを続け、自己像を形成していく大切な時期である。そのような状況で特定の異性へ関心が向き、衝動的な行動をとるとき、教訓的な性教育は効果的でないことを Acharya et al. (2017) の研究は明らかにした。このことからわかるように、学校で教員から生徒へ一方的に知識を教えるだけの性教育は再考が必要であり、思春期の若者が知りたいと感じていることに応答可能な新しい教材の開発や教員の研修が急務と考えられた。

さらに Barua et al. (2001) や Mathur et al. (2001) の研究では、既婚思春期女性のSRHに対する地域・家庭の伝統的規範や慣習、ジェンダーバイアスの存在が確認され、ASRHプログラムを展開するうえで、その社会が内包するジェンダーバイアスを深慮することが重要なことを示している。本研究の対象3カ国と異なった地域の中南米ニカラグアに、思春期リプロダクティブヘルスプロジェクト (通称、SaKuRAプロジェクト) がある (高木, 2017)。SaKuRaプロジェクトは、思春期女性の望まない妊娠・予期しない妊娠、HIV/

AIDSの予防に対して、思春期の若者が主体的に自らの健康のために行動することを目標に掲げ、一定成果を出している。中南米の男性優位主義思想であるマチスモと、本研究対象国でみられる家父長制度や男児尊重には共通のジェンダー課題を見出すことができ、思春期の若者を中心に据えたプロジェクト展開の有効性と可能性が示唆された。ネパールやインドでもパイロットプロジェクトは開始されている。以上から、伝統的社会においてはセンシティブなASRHに対して意識の変わりにくい成人を通してよりも、思考が柔軟で行動変容を起こしやすいピアグループによる活動・働きかけが若者に受け入れられやすいことが確認された。また長期的に見た際には費用対効果が高いことも証明されている (JICA, 2005)。

今後、若者によるピアグループと協働する地域や若者に共感を示す保健専門職の育成と共に、活動を支える制度の構築が必要だと考えられた。そして、サービスや情報にアクセスが限定的な既婚思春期女性や、未婚で非就学思春期の若者といった「様々な若者のサブカルチャーを把握し (Hardon, 2001 石川ら訳 2004)」、それぞれのニーズに応じた包括的なケアが求められる。さらに、ユニバーサルヘルスカバレッジの導入は多くの若者が医療サービスにアクセスすることを可能とする (Skolnik, 2016 木原ら訳 2017) ため、ASRHニーズの充足に有効であることは言うまでもない。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、南アジアの思春期の若者のSRHに関し、文献検索エンジンでは1国の1件の文献しか抽出されなかったことや、文化的相違のある3カ国を一緒に文献検討した点において限界がある。今後の課題は、対象国を絞り、より広い文献検索を行い、各文化に応じた効果的な介入について示唆を得ることである。

VI. 結論

インド・バングラデシュ・ネパールでは児童婚・若年妊娠が続き、地域社会の伝統的規範やセクシャリティに関する価値観が、依然としてASRHの改善の障壁となっていることが明らかとなった。男性より女性、思春期後期より思春期前期、都市部より地方、富裕層より貧困層の思春期の若者を脆弱で、よりニーズが高い人びとと捉え、誰一人取り残さないASRHへの取組みが急務である。

本研究において開示すべきCOIはない

引用文献

- Abajobir AA, Seme A. (2013). Reproductive health knowledge and service utilization among rural adolescents in east Gojjam zone, Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14(1), 138. doi : 10.1186/1472-6983-14-138
- Acharya Dev, Malcolm Thomas, Rosemary Cann (2017). Evaluating school-based sexual health education programme in Nepal: An outcome from a randomised controlled trial, *International Journal of Educational Research*, 82, 147-158. doi : 10.1016/j.ijer.2017.02.005
- Barua Alka, Venkatraman Chandra-Mouli (2016). The Taruya Project's efforts to improve the quality of adolescent reproductive health and sexual health services in Jharkhand state, India: a post-hoc education. doi : 10.1515/ijamh-2016-0024
- Barua Alka, Kathleen Kurz (2001). Reproductive health-seeking by married adolescent girls in Maharashtra, India. *Reproductive Health Matters*, 9: 17, 53-62, doi : 10.1016/S0968-8080(01)90008-4.
- Beringer, L. H., Sieving, R.E., Ferguson, J., et al. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: Patterns, prevention, and potential. *Lancet*, 369, 1220-1230. doi : 10.1016/S0140-6736(0)60367-5
- Gani M Showkat, A Mushtaque R Chowdhury, Lennarth Nystrom (2014). Urban-rural and socioeconomic variations in the knowledge of STIs and AIDS among Bangladesh adolescents. *Asia Pac J Public Health*, 26(2), 182-195. doi : 10.1177/1010539511425083.
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., et al. (2011). Global burden of diseases in young people aged 10-24 years: A systematic analysis. *Lancet*. 377 (9783), 2093-2101 doi : 10.1016/S0140-6736(11)60512-6
- Gupta Madhu, Nidhi Bahtnagar, Pankaj Bahugana (2015). Inequity in awareness and utilization of adolescent reproductive and sexual health services in union territory, Chandigarh, North India. *Indian Journal of Public Health*, 59(1), 9-17. doi : 10.4103/0019-557X.152846
- Hardon, A., S.van der Geest, A. Bhuiya (2001/2004). 石川信克, 尾崎敬子(訳), 保健と医療の人類学. p.77. 世界思想社.
- International Institute for Population Sciences(IIPS) India and ICF (2017). India DHS, 2015-16. The DHS Programホームページ, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR339/FR339.pdf>. (Oct. 31, 2019)
- 伊藤成朗(2008). インドの保健制度,医療と社会, 18(1), 5-48. doi : <https://doi.org/10.4091/iken.18.5>
- 伊藤ゆき(2010). 「チャウパディ慣習根絶令」を巡るネパールの女性たち - 月経慣習と法の間 -. 文京学院大学外国語学部文京学院短期大学紀要第10号, 105-126. https://www.u-bunkyo.ac.jp/center/library/image/fsell2010_105-126.pdf
- JICA(2016). 調査レポート: 医療・ヘルスケアサービス. JICAホームページ, <https://www.jica.go.jp/bangladesh/bangland/pdf/report-report22-health-care.pdf>. (Oct. 10, 2019)
- JICA (2005). 思春期リプロダクティブヘルス. JICAホームページ, <https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/11803350.pdf>. (Nov. 10, 2020)
- Kabir Humayun, Niroid Chandra, Rukhsana Gazi (2015). Female unmarried adolescent's knowledge on selected reproductive health issues in two low performing areas of Bangladesh: an evaluation study. *BMV Public Health*, 15: 1262. doi : 10.1186/s12889-015-2597-1.
- Kennedy EC, Bulu S, Harris J, et al. (2013). Be kind to young people so they feel at home: a qualitative study of adolescents and service providers' perceptions of youth-friendly sexual and reproductive health services in Vanuatu. *BMC Health Services*, 13(1), 455. doi : 10.1186/1472-6963-13-455
- Klinberg-Allvin M, Nga NT, Ransjo-arvidson AB, et al. (2006). Perspectives of Midwives and Doctors on Adolescent Sexuality and Abortion Care in Vietnam. *Scand J Public Health*, 34(4), 414-421. <https://www.jstor.org/stable/45149766>

- Kodoth, P. (2010). The Institutionalization of Dowry in Kerala, In K.Ravi Rama, ed, Development, democracy and the State, 192-203, New York : Routledge.
- Kodoth, P. (2008). Gender, Caste and matchmaking in Kerala: A rationale for Dowry, Development and Change, 39(2), 263-283.
- 小林磨理恵(2013). 「インドにおける結婚持参金(ダウリー)問題」の諸相、クヴァドランテ:四文儀:地域・文化・位置のための総合雑誌(2012-13) vol.14. pp.159-173. 東京外国語大学海外事情研究所
- Kumar Dinesh, R.J. Yadav, Arvind Pandey (2015). Health Care Providers' Perspectives Regarding Adolescent Friendly Health Services (AFHS). International Journal of health Sciences and Research, 5(8), 8-10. https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol5_issue.8_Aug2015/2.pdf
- Mathur Sanyukta, Anju Malhotra, Manisha Metha (2001). Adolescent girl's life aspirations and reproductive health in Nepal. Reproductive Health Matters, 9: 17, 91-100. doi : 10.1016/S0968-8080(01)90012-6
- Mattebo Madgdalena, Malin Bogren, Nadja Brunner, et al. (2019). Perspectives on adolescent Girl's health-seeking behavior in relation to sexual and reproductive health in Nepal <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.01.0668>
- McMahon SA, Winch PJ, Caruso BA, et al. (2011). The girl with her period is the one to hang her head' Reflections on menstrual management among schoolgirls in rural Kenya. BMC international health and human rights. 11(1): 7. <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/11/7>
- Ministry of Health/Nepal, New ERA/Nepal, and ICF (2017). Nepal DHS, 2016. The DHS Program ホームページ, <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/fr336/fr336.pdf>. (Oct. 31, 2019)
- Mohammad Ali (2018). Boyshondhi Shikka Is Obligatory for Religious and Medical Reasons, Master Degree Project in International Health, Uppsala University <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1221607/FULLTEXT01.pdf>
- National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Mitra and Associations, and ICF International (2016). Bangladesh DHS, 2014. The DHS Programホームページ, <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR311/FR311.pdf>. (Oct. 31, 2019)
- Pandey Pushpa Lata, Holly Seale, Husna Razeed (2019). Exploring the factors impacting on access and acceptance of sexual and reproductive health services provided by adolescent-friendly services in Nepal. PLoS ONE 14(8): e0220855. doi : 10.1371/journal.pone.0220855
- Pathak RS, T Pokharel. (2012). Sexual and reproductive health status of adolescents and youth in Nepal. Nepal Population Journal, 17(16), 131-141. <https://dms.nasc.org.np/sites/default/files/documents/Trilochan%20Article%20SRH.pdf>
- Patton, G. C., Coffey, C., Cappa, C., et al. (2012). Health of the world's adolescents: A synthesis of internationally comparable data. Lancet, 379,1665-1675. doi : 10.1016/S0140-6736(12)60203-7
- Rahman M Mizanur, M Kabir, M. Shahidullah (2009). Adolescent knowledge and awareness about AIDS/HIV and factors affecting them in Bangladesh. J Ayub Med Coll Abbottabad, 21(3). 3-6. <http://www.ayubmed.edu.pk/JAMC/PAST/21-3/Mizan.pdf>
- Simkhada Padam P., Edwin R. Van Teijlingen, Dev Raj Acharya, et al. (2012). Sexual and Reproductive Health of Adolescents in Rural Nepal: Knowledge, Attitudes, and Behavior, Nepal Population Journal, 17(16), 3-10. <http://eprints.bournemouth.ac.uk/20609/3/Simkhada%20et%20al%20GFA%20study%202012%20%20PAN.pdf>
- Skolnik Richard (2016/2017). 木原正博, 木原雅子(監訳), グローバルヘルス 世界の健康と対処戦略の最新動向. pp.271-285. メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- 高木史江(2017). 思春期リプロダクティブヘルス (ARH)プロジェクトを経験して. p.58. 幻冬舎
- 上田礼子(2013). 生涯人間発達学改訂版 2 版増補版. pp.184-185 . 三輪書店.
- UNFPA (2000). 世界人口白書2000. UNFPAホームページ, <https://tokyo.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/世界人口白書2000.pdf>. (Dec. 20, 2020)

- UNFPA (2004). 世界人口白書2004. UNFPAホームページ, <https://tokyo.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/世界人口白書%202004.pdf>. (Sep. 7, 2020)
- UNFPA (2005). 世界人口白書2005. UNFPAホームページ, <https://tokyo.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/世界人口白書2005.pdf>. (Dec. 20, 2020)
- UNFPA (2010). 世界人口白書2010. UNFPAホームページ, https://tokyo.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/世界人口白書2010%20PDF_1.pdf. (Dec. 20, 2020)
- UNFPA (2013). Adolescent Pregnancy: A Review of the Evidence. UNFPAホームページ, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf. (Sep. 7, 2020)
- UNFPA (2015). 世界人口白書2015. UNFPAホームページ, https://tokyo.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/世界人口白書2015_1126.pdf. (Sep. 7, 2020)
- UNFPA (2019). 世界人口白書2019. UNFPAホームページ, https://tokyo.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/世界人口白書2019抜粋版_2.pdf. (Dec. 20, 2020)
- Warenius LU, Faxelid EA, and Chishimba PN et al. (2006). Nurse-Midwives' Attitude towards Adolescent Sexual and Reproductive Health Needs in Kenya and Zambia. *Reproductive Health Matters*. 14(27), 119-128. doi: 10.1016/S0968-8080(6)27242-2
- WHO (2015a). Bangladesh Health System Review 2015. WHOホームページ, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208214/9789290617051_eng.pdf. (Mar. 7, 2020)
- WHO (2015b). Strengthening Intersectoral Collaboration for Adolescent Health. WHOホームページ, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204359>. (Dec. 1, 2019)
- WHO (2015c). Success factors for Women's and Children's Health. WHOホームページ, https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/nepal_country_report.pdf. (Dec. 25, 2019)
- WHO (2017). Reaching adolescents with health services in Nepal. *Bulletin of the World Health Organization* 2017; 95:90-91. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.020217>
- World Health Organization (2016). Adolescents: health risks and solutions, 2016. WHOホームページ, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/> (Dec. 3, 2019)