

投稿論文

論文

スリランカの農村・農園における 妊婦の健康と well-beings

磯邊厚子 井関敦子 石村久美子

要旨

スリランカは他の途上国に比べ、妊産婦死亡率や乳幼児死亡率が低く、家族計画の成功した国としてもよく知られている。しかし、都市・農村・農園の地域格差が大きく、とくに農村や農園の母子の健康状態は良好といえない。一人の女性が健康を享受できるかどうかは、政策や保健サービス等の条件や、母親自身の母体管理のあり方に影響を受ける。さらに女性が子どもを何人産むかの意思決定等も女性の健康に影響する。すなわち妊婦がどのような妊娠・出産（育児）を望み、それらを実現できるかは、健康状態を保つための機会が開かれているかどうか重要な鍵である。

2009年2月、農村・農園において妊婦健診及び母子の健康に関する人の様々な機能（潜在能力）について、すなわち健康を保つための能力の有無やその可能性を高めるための資源の有無等を調査した。その結果、母子保健システムの知識度は高く、当国の公的政策が妊婦の健康に重要な潜在能力であることを確認した。また周産期のリスクや母体管理の方法についても一定の知識があった。しかし、経産婦に異常出産が多くみられ、また子を何人産むかの意思決定や家族計画に関すること、家計の自己コントロール、コミュニティの女性の主体的な活動等は乏しかった。農園は農村に比べると、健康水準のみならず教育、所得においても低水準であった。農園は政策、経済・社会的条件が農村と異なり、それらが母親自身の能力に影響していると考えられる。

キーワード：母子保健、妊婦、農村・農園、潜在能力

1. はじめに

人間開発報告書が公刊された90年代以降、人間開発とは人の状態や行動 (being, doing) を望ましい状態、善き生 (well-beings)¹⁾ へ転換することであり、それを実現するための能力を拡げることであるとされてきた。その能力とは、健康で長命、一定の教育や所得が

あること²⁾ の他に、雇用の選択、公正な資源配分、労働改善の要求、自分の意見や考えの表現、社会参加ができる等の政治・経済、社会・文化的自由の機会をもつことや地域の連帯・独創性等、人の生活を豊かにする人の様々な機能 (functionings)³⁾ を意味するものである。格差や不平等を伴う評価も含まれる。保健問題に関する開発アプローチにおいても、教育や所得、職業、国家の政策 (制度的条件)、地域の形態、家族背

景、個人の健康管理能力等、生活全般にわたって人の機能の評価を行う必要がある。ジェンダー差別や民族、階級による疎外など客観的情報も重視する。したがって人の個別かつ総合的な境遇に視点を置き、人間の生活における多様な機能を評価すること、すなわち well-beings の決定要因としての諸機能を追求することが重要である。言い換えれば望ましいと考える健康状態を達成するための広範囲の選択肢を行使できるかどうかの自由の可能性を well-beings の判断基準とし、それらを発揮する能力（機能の転換能力＝潜在能力⁴⁾）に視点を置くことが必要である。

2. 本論文の目的

2.1. 本論文の目的

昨今、開発途上国の妊産婦死亡率は減少傾向であるが、一方でサハラ以南では16人に1人の妊婦が死亡し、妊婦貧血や低出生体重児は恒常的にみられる。先進国で既に達成された母子保健の課題が途上国では未だ残されている。スリランカ民主社会主義共和国（以下スリランカ）は、国民に広く行き渡る福祉政策や早期からの母子保健政策により妊産婦死亡率（47/10万人対）や乳幼児死亡率（12.2/1000人対）が低い⁵⁾。その一方で、都市に比べて農村や農園では妊婦貧血、周産期死亡や低出生体重児が高率にみられる⁶⁾。一人の女性が妊娠、出産、育児のプロセスでどのような妊娠（出産・育児）を望み、それらを実現できるかは、様々な機会の保障、受けた教育や社会的・経済的条件等に左右される。それは妊婦が健康を保つうえで重要な能力であると共に、それらの不備や欠乏は妊婦の潜在能力を小さくし、母体と胎児のリスクに繋がる。さらに自らが達成したいと思うことが実現される選択の自由⁷⁾が保障されているかが重要である。したがって、妊婦の健康状態がどのような状態であるのか、達成が図られるべき機能とは何か、を潜在能力の視点で検討することは、母子の well-being の観点から意義がある。

2009年2月、筆者らはスリランカの農村の中でも比較的、健康や教育水準が高いといわれる南部州ゴール県の農村2カ所と農園1カ所で妊婦健診を行った⁸⁾。その結果、機能の一側面である保健に関する知識度は高かったものの、妊婦のやせ、貧血、出産数のわりに

異常出産の多さがみられた。農園の妊婦は経済的・社会的条件においても低水準であった。また健康水準と教育及び所得水準との相関関係に僅差ながら有意がみられた。本稿では妊婦の健康問題を、A. センの潜在能力概念に依拠しながら、well-beingsの可能性について分析、考察する。

2.2. 先行研究

1980年代まで、開発の目的は所得上昇を目的とした「貧困削減」が大きな課題であった。とくに保健医療に関して言えば人々の生命の救済に十分届いていなかった。こうした傾向に対しセンは、開発とは人が価値あると考える生活を選ぶ自由を行使する機会や、人の主体的な生き方を追及することだとし、人間の発展そのものを開発の目的とした。

センの潜在能力概念を用いた研究は、経済学、社会保障、教育学、環境分野にみられている⁹⁾。しかし国際保健領域においては潜在能力概念を扱った研究は乏しく、個々人の well-beings（自由の概念）まで含んだアプローチにまで至っていない。人の様々な生活や生き方の自由を反映する潜在能力アプローチを応用することは、とくに途上国の健康問題の根本的解決に有効かつ推進すべき方向性と考えられる。

3. 研究方法

3.1. 調査の実施について

(1) 調査地域と対象者

対象地域は、スリランカ南部州ゴール県の内陸部の農村パラワガマ及びニヤガマと農園タランガハである。当県は人口1,030,000人である。Division Grama Niladari 行政官のいる事務所895、Predesiya Saba 地域事務所15、Village 村落数2,311の規模である。雇用人口の比率は農業35.5%、工業27.7%、サービス業36.7%であり、農村では米や野菜、海岸部では漁を営んでいる。対象者は当地域のクリニックで健診を受けている妊婦である。

(2) 調査方法

2009年2月10日-12日、著者及び元保健省スタッフにより個室にて構造化面接法で実施した。質問内容は著者らが予め質問紙（英語版）を作成し通訳のスタッフがシンハラ語（もしくはタミル語）で質問を行い、

英語で著者に返した。身体計測は身長・体重の他に血中ヘモグロビン値 (Hb) をアムコ社ヘモキューヘモグロビン201+を用い、尿検査はSIEMENS尿試験紙、血圧はアネロイド血圧計を用い測定した。

(3) 倫理的配慮

対象者に対し、調査内容と方法は現地スタッフ及び元保健省担当者に説明してもらい事前に許可を得、クリニック医師の立会いの下で実施した。スリランカは多民族・多文化国家であるため調査時に人種、国籍等を区別しないが、当調査に了承が得られた者に実施した。

3. 2. 分析方法

来院した妊婦91名中、89名(農村78名、農園11名)から同意が得られ、データ収集を行った。質問50項目で得られた情報のうち有効回答の内容を吟味し、妊婦の基礎的潜在能力及び妊婦の特定の機能に関する能力を主にカテゴリ化した。カテゴリカルな変数間(教育水準・所得水準・異常出産)の関連性についてはカイ2乗検定を行い、量的変数(Hb値)の平均値についてはt検定による有意差検定を行った。検定の有意水準はともに5%とした。農村と農園は対象数が異なるため単純に比較はできないが、政策システムや産業構造、社会的・経済的・文化的背景が異なるため区別し記述した。

4. 結果

4. 1. 妊婦の基本データ

対象者89名のうち年齢は最小値18歳、最大値42歳で平均年齢は27歳であった。職業は農村は大半が主婦、農園はプラッカーと呼ばれる茶摘み職の女性であった。結婚年齢は、農村が21-25歳30名(38.4%)であるのに対し、農園は15-20歳6名(54.5%)であった。初産年齢は、農村は20-30代全般に分布しているのに対し、農園は20-25歳に分布し、次に15-20歳であった。89名中、42名が初妊婦、47名が経産婦であった。経産婦のうち17名(22件)に過去に異常出産がみられた。子どもの数は平均1-2名であり(36名、76.6%)、家族構成員は2-4人が73名(83%)、5人以上は15名であった(表1参照)。

4. 2. 妊婦の基礎的潜在能力—教育・健康・所得

人の生存に不可欠な能力として教育、所得、健康を基礎的潜在能力としてあげた。

①教育水準：当国の教育はイギリス式のグレードシステムである。89名中、就学経験なし2名、プライマリ(小学校卒業迄)5名、セカンダリ(中学校中途)39名、Oレベル(中学校卒業)38名、Aレベル(高等学校卒業)2名、大学卒業3名であった。中学校卒業以上=Oレベル試験合格の対象(以下、Oレベル以上)が43名で約半数を占めた。一方、Oレベルに到達していない対象(以下、セカンダリ以下)が46名であった。農

表1 妊婦の基本データ

n=89

| 〈妊婦の背景〉 | 農村 n=78 | 農園 n=11 |
|----------------------|---------------------|------------------|
| (1) 年齢(歳) 平均値 | 27.5 (±4.9) | 25.6 (±3.3) |
| (2) 職業 | 主婦66、教員3、その他(自営業等)9 | 主婦5、茶摘み職(プラッカー)6 |
| (3) 結婚年齢(歳) | | |
| 15-20 | 24 (30.8%) | 6 (54.5%) |
| 21-25 | 30 (38.4%) | 4 (36.4%) |
| 26-30 | 24 (30.8%) | 1 (9.1%) |
| (4) 妊娠分娩歴 | | |
| 初妊婦42 | 38 | 4 |
| () は異常出産歴者 経産婦47 | 40 (15) | 7 (2) |
| (5) 妊娠時期 | | |
| 初期 15週まで | 20 | 3 |
| (週数*) 中期 16-27週まで | 16 | 4 |
| 末期 28週以降 | 17 | 4 |
| (6) 経産婦の子の数(人) | | |
| 1-2 | 30 | 6 |
| 3-4 | 4 | 0 |
| (出産経験と子の数は比例しない) 5以上 | 1 | 0 |

*週数：欧米では2期に分けることもあるが、スリランカや日本では3期に分ける。

村はセカンダリ以上の対象（以下、セカンダリ以上）は42名（53.8%）で半数以上、農園では1名で、セカンダリ以下が10名（91.9%）であった（表2参照）。

②所得水準：89名の平均月収（世帯所得）はRs.14,620であった。都市のコロンボ（Rs.22,000）に比べると下回るが、国全体の平均値（Rs.14,500）及びゴール県の平均値（Rs.13,500）に比べると大差はなかった。農村の対象（以下、農村）は平均値がRs.15,340、農園の対象（以下、農園）はRs.9,900であった。農村はRs.10,000以上が58名（74%）であるのに対し、農園ではRs.10,000未満が7名（64%）であった。農村は都市並みのRs.25,000以上が14名（17.9%）いたが、農園はゼロであった（表2参照）。

③健康水準：妊産婦の栄養状態は一般にBMI¹⁰⁾や血液検査で測定可能である。とくに母体の体重評価（BMI）は胎児の発育状態を判断する指標である。そのため非妊時との比較が必要となるが、妊娠前のBMIのデータを得られなかったため、現時点のBMIを算出した。WHO基準では一般に非妊時BMI18.5未満をやせ、18.5-25未満を普通（22が適正值）、BMI25以上を肥満と表す。普通、母体の体重は満40週目には通常より約10-12kg増える¹¹⁾。やせた人であっても、後半期には少なくともBMI（21-22）の適正值が必要であり、20以下だと胎児発育不良のリスクが考えられる¹²⁾。妊娠週数の明確な対象64名中、農村は平均21.9、農園は18.9であり、うち農村・農園各2名（計4名）は妊娠末期のBMIが18-19であった。内2名は妊婦貧血があった。農園は末期であっても20.4であった（表3参照）。BMI18.5未満の妊婦は農村11名（21%）、農園6名（55%）であり、全体の約1/4がやせていた¹³⁾。

一方、妊婦の健康判定の一つにHb（ヘモグロビン）値がある。WHOの妊婦の貧血基準は11g/dl未満（Hb11g/dl以上が正常値）を妊婦貧血とする¹⁴⁾。Hb検査を行った89名中、農村25名、農園9名に妊婦貧血がみられた（38.2%）。内訳は7-10g未満（中等度貧血）が7名（農村5名、農園2名）、10-11g/dl未満（軽度貧血）が27名（農村20名、農園7名）であった。正常値11g/dl以上は55名（61.8%）であった。64名中、農村（53名）の平均値は11.7g/dl、農園（11名）では10.5g/dlであり、農園は農村に比べ1g/dl低かった。11g/dl未満の貧血が農村は16名（30%）であるのに対し、農園は9名（82%）であり、妊娠初期からやせ及び貧血を呈している（表3参照）。

経産婦47名中、異常出産の経験者は17名（農村15名・農園2名）であり、件数は（農村18件・農園4件）計22件であった。農村・農園各（流産10件・2件）（早産1件・0件）（帝王切開1件・1件）（死産3件・0件）（その他高血圧、児の頻拍、胎位異常等3件・1件）であった。農村では18件のうち10件が流産、死産が3件であった。妊娠高血圧症候群（以下PIH）の兆候である高血圧は全妊婦にみられなかった。しかし尿蛋白陽性者が3名おり、うち2名はBMIが34（肥満）であったことからPIHの観点から要観察である。

（1）健康・教育・所得水準の相関関係

人間らしい生活を送るうえで、望ましい健康状態、教育や生活水準（所得）は、人の考え方や行動、生き方に影響を与え、well-beingsの基盤となるものである。3指標の関連性をみた。

【Hb値と教育・所得】 88名中、11g/dl未満（妊婦貧血）はセカンダリ以下22名（25%）、0レベル以上12名（17%）であった。11-12g/dl未満はセカンダリ以下

表2 妊婦の基礎的潜在能力

n=89

| 〈教育・所得・健康〉 | | 農村 n=78 | 農園 n=11 |
|----------------|-------------------------------|---------|---------|
| (1) 教育水準 | 就学経験なし | 1 | 1 |
| | プライマリ以下（小卒以下） | 0 | 5 |
| | セカンダリ（中卒未） | 35 | 4 |
| | G.C.E/Oレベル（中卒） | 38 | 0 |
| | G.C.E/Aレベル（高卒以上） | 4 | 1 |
| (2) 所得水準 (Rs.) | 10,000未満 | 20 | 7 |
| | (Rs.1ルピーは約1円) 10,000-15,000未満 | 22 | 2 |
| | 15,000-20,000未満 | 15 | 0 |
| | 20,000-30,000未満 | 11 | 2 |
| | 30,000以上 | 10 | 0 |
| (3) 健康水準 | BMI及びHb | (表3参照) | (表3参照) |

表3 妊婦の健康水準

(小数点2位以下四捨五入) n=64

| 〈BMIとHb値〉 | 農村 n=53 | | 農園 n=11 | |
|--------------------|---------|------------------|---------|------------------|
| (1) BMI平均値 | 初期 n=20 | 21.1 (15.0-27.2) | 初期 n=3 | 17.3 (15.8-18.4) |
| | 中期 n=16 | 21.0 (16.9-29.8) | 中期 n=4 | 18.9 (16.2-21.8) |
| | 末期 n=17 | 23.5 (18.5-33.7) | 末期 n=4 | 20.4 (18.5-22.3) |
| | 計53 | 平均21.9 | 計11 | 平均18.9 |
| (2) Hb平均値 (g/dl) | 初期 n=20 | 12.4 (9.2-14.7) | 初期 n=3 | 10.5 (10.1-10.7) |
| | 中期 n=16 | 11.3 (8.4-14.6) | 中期 n=4 | 9.9 (8.4-11.2) |
| | 末期 n=17 | 11.5 (9.3-13.1) | 末期 n=4 | 11.0 (10.3-12.3) |
| | 計53 | 平均11.7 | 計11 | 平均10.5 |
| (3) 妊婦貧血Hb11g未満(名) | 初期 n=20 | 3 (15%) | 初期 n=3 | 3 (100%) |
| | 中期 n=16 | 7 (44%) | 中期 n=4 | 3 (75%) |
| | 末期 n=17 | 6 (35%) | 末期 n=4 | 3 (75%) |
| | 計53 | 16 (30%) | 計11 | 9 (82%) |

11名、0レベル以上10名であった。12-15g/dl以上では、セカンダリ以下13名(15%)、0レベル以上20名(23%)であった。所得とHb値との関係を見ると、月収Rs.10,000未満は平均値11.059g/dl、Rs.10,000以上は平均値11.789g/dlであり、僅差であるが所得水準が高いとHb値が高かった。教育水準及び所得水準の高低でHb値の平均値に有意差がみられた。

【異常出産と教育・所得】 経産婦47名中、17名(22件)に異常出産がみられたが、17名中、セカンダリ以下が10名、0レベル以上が7名で、Aレベル以上には異常出産はみられなかった。また22件中、14件はセカンダリ以下、8件が0レベル以上であった。流産(セカンダリ以下8件、0レベル以上4件)、早産(セカンダリ以下1件、0レベル以上なし)、死産(セカンダリ以下2件、0レベル以上1件)、帝王切開(セカンダリ以下2件、0レベル以上なし)、その他(セカンダリ以下1件、0レベル以上3件)であり、セカンダリ以下は0レベル以上に比べ流産、早産、死産、帝王切開全てに該当し、教育水準と異常出産歴との間に関連性がみられた。しかし所得と異常出産との間には関連性はみられなかった。

【教育と所得】 89名中、月収Rs.10,000未満はセカンダリ以下が19名、0レベル以上は8名であった。Rs.10,000-20,000は各19名、20名で、Rs.20,000以上はセカンダリ以下8名、0レベル以上は15名であった。農園ではRs.10,000未満はプライマリ以下6名であった。教育水準と所得水準に関連性がみられた。

【教育と結婚年齢】 64名中、セカンダリ以下の結婚年齢は15-20歳が20名、21-25歳が17名であった。0レ

ベル以上では15-20歳が10名、21-25歳では17名であり、僅差だが教育の低い人は結婚が早い。

【教育と授乳期間】¹⁵⁾ 83名中、1年未満は少数で、1年-3年が43名(48%) (セカンダリ以下26名、0レベル以上17名)で最も多かった。3年以上は34名(38%) (セカンダリ以下18名、0レベル以上16名)であった。セカンダリ以下及び0レベル以上共に1年-3年の授乳期間が多く、教育水準との関連性はなかった。6ヵ月頃から離乳食との併用である。6ヵ月~1年までは農村は5名、農園はゼロであった。

4.3. 妊婦の特定の機能に関する潜在能力—保健知識と意思決定

妊婦が母子保健に関する知識をもつことは健康を維持するための必須条件であり、それは母体のみならず胎児の生命を守ることになる。母子保健に関する知識を確認した。(なお、知識は実践に必ずしも繋がるとは限らない。しかし行動の元になる可能性は高い)。

①母子保健システムの知識：当国の母子保健の基盤である健診システム¹⁶⁾は多くの妊婦に知られ、農村67名(85.9%)、農園8名(72.7%)であった(表4参照)。保健システムの知識と教育水準との関連性をみるとセカンダリ以上の人が全体の79%を占めた。

②妊婦のリスクの知識：「知っている」と75名(91.5%)が答えた。流産が最も多く、死産、出血、高血圧、妊娠糖尿病の順であった。高血圧はPIHの重篤な症状に繋がるが、件数は少なかった。

③家族計画の知識：「知識がある」は83名(93.3%)であった。農村74名(94.9%)、農園9名(81.8%)で

表4 妊婦の特定の機能に関する潜在能力

n=89 (複数回答)

| 〈知識・意思決定等〉 | 全体 (農村, 農園) | | |
|--|----------------------------------|-------|------|
| (1) 母子保健システムの知識 (有) | 75 (67, 8) | 84.3% | n=89 |
| (2) 妊婦のリスクの知識 (有) | 75 (67, 8) | 91.5% | n=82 |
| 内容: 流産 | 47 (41, 6) | 57.3% | |
| 死産 | 35 (32, 3) | 42.7% | |
| 出血 | 19 (15, 4) | 23.2% | |
| 高血圧 | 10 (6, 4) | 12.2% | |
| 糖尿病 | 7 (6, 1) | 8.5% | |
| その他 | 11 (11, 0) | 13.4% | |
| (3) 家族計画の知識 (有) | 83 (74, 9) | 93.3% | n=89 |
| 内容: ピル | 55 (48, 7) | 61.8% | |
| 注射 | 47 (39, 8) | 52.8% | |
| IUD | 33 (32, 1) | 37.1% | |
| コンドーム | 29 (26, 3) | 32.6% | |
| LRT | 24 (23, 1) | 27.0% | |
| 自然 | 19 (18, 1) | 21.4% | |
| その他 | 11 (10, 1) | 12.4% | |
| (4) 子を産む意思決定 自分で決める or 夫と相談 (夫が決める) | 「自分で決める」3名 他は「夫と相談する=(夫が決める)」 | | n=88 |
| (5) 家族計画に夫の協力の有無 | 有り 18名 (19.8%) | | n=38 |
| (6) 妊婦のセルフケア | (表6参照) | | |

あった。方法としてピルが最も多く、ホルモン注射、IUDの順であった (表4参照)。

④子を産む意思決定: 「自分で決める」は殆どおらず、「夫に相談する」が大半であった。この場合「相談する」の意味は、夫と妻が50:50の割合ではなく夫が判断することである。

⑤家族計画に夫の協力: 答えた38名中、「夫の協力有り」と18名が答えたが、手段は主に前記3つの方法であり、女性の身体に負担を与えるものである¹⁷⁾ (表4参照)。

⑥妊婦のセルフケア: 後述 (表6参照)。

4.4. 妊婦の生活保障、社会資源、社会的サポート

様々な社会資源を活用することは、母体の安全性や負担を軽減させることに繋がる。とくに制度は重要である。他に社会資源及びサポートの利用も必要である (表5参照)。

①妊婦健診システム: 妊婦定期健診は無料。しかし不便な地域は交通費を要し、助産師訪問が限られる。(日本のような) 母子健康手帳はないが健診時に冊子を全員持参している。

②社会資源: 地域の公的プログラム (家族計画、栄養教室、健康教育等) は数件みられたが、自主的な女性の活動情報はなかった。生活支援として福祉プログラ

ムや半官半民の銀行のローン制度があった。緊急時は「病院に行く」と80名 (87.9%) が答えたが、当国は救急車を個人で呼べないため、三輪タクシー (Three wheelers) の利用が多く35名 (38.5%) であった。次に近隣の車や徒歩等であった。対象地域は町から遠く離れ、緊急時は中核病院へ行かねばならず、公共のバスやタクシーを使う。

③年金・保険等の加入の有無: 公務員以外、生涯年金制度はなく、企業ではEPF及びETF (退職一時金) の保険がある。加入者は農村25名 (32.1%)、農園7名 (63.6%) であった (表5参照)。農園は農園会社の保険 (EPF) である。農村の自営業はどちらの保険も適用されない。保険は決まった額を毎月払わねばならず負担だという。保険加入と教育水準の関連性をみると加入有と答えた32名中、セカンダリ以下18名、Oレベル以上14名であり、月収と保険加入ではRs.15,000未満13名、Rs.15,000以上19名であった。Rs.30,000以上では加入者が農村に6名あり、保険加入と世帯所得との関連性はないとはいえない。

④農園のプッカーは仕事時間内に託児所へ5歳までの子を預けることができる。しかし資格のある保育士はおらず、子の飲食物、衣料等を持参することが前提である。農園労働者は、産後3ヵ月間の有給休暇がある。しかし出産前の休暇は有給にならず、そのため無

表5 妊婦の生活保障、社会資源に関する潜在能力

n=89

| | |
|------------------------------|--|
| (1) 妊婦健診システム | (1) (表4参照) |
| (2) 地域の社会資源 ・ヘルスに関するプログラム | (2) 有り 6名 n=35 ・有り 24名 n=88 内容: 農業、福祉、銀行のプログラム及び栄養・家族計画教室等の公的プログラム |
| (3) 年金や保険加入の有無 | (3) 有り n=89 農村25名 農園7名 |
| (4) 農園労働者のサポート | (4) 産休有給3ヵ月 託児所利用は農園労働者6名 |
| (5) 困った時の相談相手 | (5) 夫 (58.3%)、身内 (69.4%)、近隣者 (5.6%)、医療職者 (41.7%) |
| (6) 育児協力者の有無 | (6) 有り25名 (27.5%) 夫以外の育児協力者: 実母、義母、姉妹、近隣者 |

表6 妊婦のセルフケア (健康の自己管理)

n=77 (複数回答)

| 答えた項目 | 農村 | 農園 |
|------------------------------|-----|----|
| ・栄養を摂る | 24名 | 5名 |
| ・健診を受ける | 25名 | 3名 |
| ・軽作業を心がける (働き過ぎない、休息) | 13名 | 6名 |
| ・長旅を控える | 7名 | 5名 |
| ・事故に注意する | 9名 | 3名 |
| ・ストレスを貯めない | 5名 | 2名 |
| ・食事を多めに摂る | 4名 | 1名 |
| ・特別なものを摂る (緑の野菜、カルシウム等) | 4名 | 1名 |
| ・注意は殆どしない (普通の生活) | 9名 | 1名 |
| ・その他 (清潔を保つ、体重・血圧コントロール、歩く等) | 8名 | 3名 |

理をして働く場合がある。

⑤「困った時誰に相談するか」は、夫や身内の他に医療従事者が多かった。近隣者への相談は少なかった。

4. 5. 妊婦の自己決定と将来への期待

他に、選挙時の自己決定及び自力での家計コントロールについて質問した。それは人が自ら責任のある人間として必要な権利を行使することであり、さらに(農園労働者の場合)、自己の知識や技能に裏付けられたエンタイトルメント¹⁸⁾を獲得することが家族の栄養配分や子への教育の交換条件となる。保健システムに女性の声を反映させたり、女性の家庭内外労働の価値や慣習を変化させる機会にも繋がる。

選挙時投票の自己決定は89名中、農村は「自己決定できる」42名 (53.8%)、「誰かに相談する」36名 (46.2%) であり、農園では「自己決定できる」4名 (36.4%)、「誰かに相談する」7名 (63.6%) であった。農村は自己決定と相談するが半数ずつで、農園では相談する人が多かった。家計のコントロールは59名中、

農村は「自分で出来る」11名、「夫がコントロール」23名、「義母他」14名、農園では「自分で出来る」5名、「夫がコントロール」3名、「その他」3名であった。

また生まれて来る子への期待と自己の将来像について質問した。自己の将来像を考えることは妊婦自身の健康管理や育児の仕方、自己の well-beings に反映される。89名中、複数回答で、子へは「よき市民に」¹⁹⁾ 48件、「高い教育を」37件、「健康に」が8件であった。農園では「高い教育」8件がトップであり、子への高い期待がみられた。一方で、自己の将来像については88名中「夫や子どもと暮らす」11件、「よい家に住む」9件、「旅などの余暇」7件、「ビジネスの成功」5件の順であった。「将来がわからない」と答えた対象者が農村21名、農園2名にみられ、聞くと「わからない」、「今が精一杯(経済的)で将来が考えられない」と答えた。教育水準との関連性をみると、セカンダリ以下は「よい職を、平和に、旅したい」等の多様な答えがあったが、「将来がわからない」と答えた人もセカンダリ以上よりセカンダリ以下が多かった。「わからない」

と答えた23名中、月収がRs.10,000以下の対象は12名（農村10名、農園2名）であった。

5. 考察

5.1. 医療制度の達成と残された諸機能の課題

当国は無料の教育や医療制度により識字率93%、平均寿命75歳に達している。施設での出産率（97%）や家族計画の普及率（70%）も高い。子どもの数は2人が平均である。妊婦や低体重児の栄養改善のために栄養補助食品（トリポーシャ）の配給もある。誰もが差別されることなく、制度的に裏付けられた公的システムは、母子の健康を維持するための基本的な潜在能力である。対象者の保健システム及びリスクの知識は高く、健康上の注意についても「栄養」や「健診」の必要性をあげていた。緊急時は「（公立）病院へ行く」と多くの人が答えた。知識は行動の源となるものであり、それらがリスクの早期発見にも繋がる。89名の対象者には明らかなPIHの症状はみられず、これらは保健政策の成果であろう。

一方、母子保健政策の成功の影で、周産期死亡（妊娠後期の死産と早期新生児死亡）や低出生体重児については十分効を奏していない²⁰⁾。母体の健康状態が元々良好でないことが報告されている。助産師不足は深刻で、人口3000人当たり1人である（2006）。妊婦訪問・指導の機会の乏しさが考えられる。出産経験者47名中、異常出産経験者が17名（22件）の数値からも母体管理の重要性は高い。保健の知識が健康行動にどれだけ反映されているか、実行可能性の分析が必要で、妊婦にとって「なりたいこと」への選択の自由が保障されているかが重要である。したがって健康な生活の基盤となる教育や所得をはじめ、経済的・社会的参加の機会やアクセス、それへの人的、物的手段、文化的条件、女性の社会的地位や性差の課題まで考察する必要がある。

5.2. 基礎教育と健康、所得の連関性

僅差ながら健康と教育、所得との相関関係に有意がみられたことから、教育と保健の普及は生活の質を改善し、貧困に打ち勝つ可能性を大きくし、所得の改善にも繋がるといえる。この場合、所得の高低が健康に直結するという意味ではなく、低いことが健診の交通

費を払えなくしたり、必要な栄養素を摂れなくしたり、子の教育費を削減する等、人の機能が発揮できなくなることを問題にしている。そのような意味で低い教育や経済水準はその人の健康に影響するのであり、3指標の未充足はwell-beingsを探求する機会さえ失ってしまう。当国の教育水準の高さがよく知られているように、調査においても約半数が0レベル以上であった。一方、約半数がセカンダリ以下であることも注目すべきである。就学未経験者と小学校中途者は、自分のサインしか書けない人もいる。これらは社会保障、健康情報をもつことや社会参加の機会を制約する要因になる。雇用機会も乏しくなり、それらが妊婦の栄養に影響する。公教育の無償化と上級校への進学率は必ずしも比例していない。経済的、社会的条件との関連が考えられるが、教育設備や教員の不足もある。農園は交通も不便で学校も少なく（行きたくても行けない）人々は不利益を被っている。

当県は他県に比べ、教育水準のみならず、生活インフラの普及率（電気：87.2%、安全な水：87.5%）が高い。しかし農村では未整備な井戸やトイレがみられ、平均値が必ずしも個人の生活・福祉水準ではないことがわかる。月収Rs.10,000未満の対象は27名（30.3%）、Rs.15,000未満は51名（57.3%）であり（国の平均値に近い値とはいえ）、農村の生活の不便さを考慮すると人の様々な機能が制限される。農業が自営といっても裕福ではなく、畑、菜園を耕すという意味での自営である。天候不順による農業生産の低下、夫の日雇いによる不規則な収入等、経済不安は妊婦に必要な栄養素を削減させることになる。妊娠週数が確認できた64名中、1/4がやせており、農園では妊娠初期から（おそらく妊娠前もやせが考えられ）、妊娠後期もやせがあった（表3参照）。それは胎児の子宮内発育遅延（SGA）²¹⁾、早産や低出生体重児等、周産期の母体と胎児のリスクに繋がりがやすい²²⁾。周産期死亡は、母体側の健康状態、経済的要因等の生活水準が影響するといわれる。これらは保健システム（健診システム）の知識だけで真の健康はまっとうできず、むしろ地域経済や教育環境、個人の健康行動等、健康になるための人の諸機能に目を向ける必要がある。母親の年齢、望んだ子であったかどうか、出産間隔、生活インフラ等が死亡児との関連要因になることもある。そのため児側の原因や母親の罹患している疾病等も確認しておく必要がある。

5. 3. 妊婦のセルフケア・マネジメント

セルフケアとは、妊婦が望ましい環境で健康状態を維持するために、自身が実施する健康管理上の行動をいう。健診を受けたり、生活上の工夫をする等によってリスクを減らす。これらの行動の基盤となる知識や実践能力は家族を中心とした小社会から習得されることが多い。すなわち単に制度や規範に基づいて、健康の維持・促進を図るだけでなく、コミュニティや社会、文化の中で、自らが主体的に行動をすること（エージェンシー）²³⁾であり、地域の相互扶助や、道徳的コミットメント²⁴⁾も含まれる。セルフケアは人の健康や発達、教育、外部の環境状況に関連することも含まれる²⁵⁾。母体のやせ、胎児の発育不全は母体側の低栄養が考えられるが、交通アクセスや経済構造（医療が無料であっても掛かる費用）、情報へのアクセス、家族、世代、コミュニティの在り方にも影響を受ける。そのためそれらの条件を評価することも必要である。

答えた77名の妊婦が「妊娠中注意していること」は（表6）であった。それらを教育水準からみるとセカンダリ以下78件、Oレベル以上37件で、教育水準の低い対象に件数が多かった。所得と健康水準の関連性から鑑みると、逆にリスクが高い環境にあるといえる。栄養は成長期の子どもと成人が違うように、妊婦とそうでない人は栄養必要量が違い生命のリスクも違う。妊娠中の注意として「栄養」をあげた対象が多かった。とくに蛋白源は妊婦にとって重要な栄養素であるため質問すると、答えた対象44名中、肉の摂取（大抵チキン）の頻度は、1-3回/月は18名、1-2回/週は13名であった。他は魚、卵であったが、魚の摂取は1-3回/週、卵は2コ/週であった。量の詳細を確認していないが、総じて蛋白源（とくに動物性蛋白質）が少なく、肉、ミルク（牛乳）や卵は一般的ではなかった²⁶⁾。一方、炭水化物の摂取は多かった。米を主食、副食を野菜カレーとする食習慣が基本にあるが、肉や卵は野菜に比べると高価である。卵は一個Rs.10である。「栄養を摂る」と答えた妊婦であっても、実際に必要な栄養素を摂るという機能の一側面に困難が生じている。すなわちセルフケア・マネジメントが欠けている。一方、緑黄色野菜の必要性や、流産しやすい青いパイナップル、バナナの葉の摂取を避ける等、伝統的な知識があった。相互扶助の習慣が残る農村では、妊婦へ栄養価の高いものを近隣者が与えることも

ある。

栄養や健診の次に「軽作業」であった。というのは、女性は家事・育児労働の他に畑仕事をもち、経済活動の一端を担っている。流産の要因には、畑仕事、バイクや三輪タクシーによる揺れ、転倒、食中毒等がいわれるが、とくに畑仕事は妊婦にとって重労働である。米の収穫や精米前の下ごしらえは女性専門の仕事とされ、収穫後の農薬処理作業の役割もある。農園の女性は茶摘み労働を専門とし、年中屋外で重労働を担っている²⁷⁾。妊娠中、「不安が有り」と農村32名、農園6名が答えたが、妊娠中は心理的にもリスクが高い状態になっており、厳しい労働環境はそれらを増加させることになる。コミュニティには宗教団体やNGOのプログラムがあるが、多くは公的プログラムに留まっている。女性たちが自ら取り組んでいる活動は殆どない。育児は家庭で行うのが一般的であるため、育児施設が乏しく、とくに農園で働く母親へのサポートは不十分である。

妊婦は受診時、医師の診療録に似た冊子を持参しているが、妊婦自身が自由に記す箇所はない。子の手帳は出産後病院で渡される。妊娠中の母体の健康状態と子の成育を関連づけて考え難く、それらも母体管理が手薄になる要因と考えられる。

5. 4. 女性の権利・福利・能動的な力

一般に人は何かをなすとき、達成可能な希望、期待を自分で図ろうとし、自分の基本財や所得、環境などを配慮したうえで決定づけを行うことがある。南アジア諸国ではジェンダーやカーストによる女性の地位が低い。そのため自分の意見を表出することが少なくそのため自分の願望を現実的なレベルまで下げようとする²⁸⁾。様々な選択肢の中で、選ぶのは本人であるが、実際に選ぶことのできる条件を整えることは社会の義務²⁹⁾であり、本人が何を選ぶかを可能とする条件を整えることが必要である。すなわち選択主体と利益主体を共に尊重することが必要である。well-beingsとは自己決定権を追求、行使できることであり、自らが決定に参加できることであり、社会参加を意味する。個人が自己の福祉に積極的に関わろうとするときに社会との関わりが必要となるため、その中から発言の機会や自信を取り戻すこともある。

当国は1940年以降、女性の選挙権の確立や女性の社会進出を進めてきた。女性の進学率も高い。1978年の

憲法第12条には性差別からの解放を基本的人権として保障、1981年には女子差別撤廃条約に批准している。しかし異議の申し立てや監督を行う機関はなく、効果的に実施されていない。女性の自己決定に関する項目として、家族計画の意思決定（方法）、子を産む主体性、家計コントロールの主体性、選挙投票時の自己決定、地域資源の活用、自己の将来像等について情報を得たが、家計のコントロールができるのは全体の1/4であった。選挙時投票の自己決定は「できる」と答えた人も、実際は周囲へ相談するのが一般的だという。栄養の家族内分配は習慣的に第一に夫、いけば義母等、子ども（男の子が先）、妻の順である。もともと蛋白源が少ないうえに女性が最後である。近年、都市部ではこれらの伝統的習慣は変化しつつある。農村でも最近ではフィールドの米作りは夫が主に行い、携わらない女性も増えている。しかし夫の畑仕事を手伝わないことが、夫への従属関係を強めることもある。離婚は稀で女性側に忍耐強さが求められる。女性の結婚持参金（ダウリ制度）はヒンドゥー文化にみられ、持参金（品）により夫の家族にどのような処遇を受けるかが決定される。これはシンハラ社会においてもみられ、この場合は女性自身がコントロールできる。いずれにしても女性が結婚後も働くことが賞賛されるが、その経済活動は女性の意思決定の増大や家計の自己コントロールに繋がっていき難い。自己の将来像は、「夫や子と暮らす」が最も多く、よき妻、よき母親という典型的な女性像であった。「よい家に住む」は多くの方が借家である理由もある。農村や農園では経済的、社会的自立の機会が乏しく、たとえ経済的役割を果たしても、社会文化的な地位、性差の障壁は厚く、地域や職場、家族内役割において女性の潜在能力は乏しい。

健康問題にもどると、一般に途上国では保健資源や情報へのアクセスが乏しく、知識不足になりやすいが、対象者は保健知識や母体管理への関心度は高い。それらの能力は主体的な健康への取り組み（エージェンシー）に発展する可能性もっている。女性の能動的な力は性差、世代を超えた社会的な解放にも影響を与える。そのために社会資源の効果的活用や公的、民的サポートの推進、ジェンダー差の緩和政策が望まれる。

5. 5. 健康の地域格差と潜在能力の偏在

農園の対象者は11名と少数であったが、81.8%が軽度貧血以上であり、やせており、身長も農村より1 cm低かった。教育や所得水準も明らかに低かった。これらは健康を達成するために重要性をもつ人の機能が欠けており、早産、未熟児出産、産後出血等、妊婦の生命に直結する課題である。教育や健康水準の低さは、人の潜在能力が十分養われず、その人の尊厳を脅かすのみならず社会的、経済的にも不利な立場にしてしまう。すなわち潜在能力の欠如が不健康を生んでいる。タランガハ農園は人口2,073人のうち1,893人(98%)がタミル人で、そこでは交通が不便で、インフラ（電気75%、ランプ25%）も不十分である。

農園はイギリス植民地時代に南インドから農園労働者として渡ったインド・タミル人が多く住む地域である。長い間、人々は農園の閉鎖社会で、独特の労働構造の下に暮らしてきた。さらに国の福祉政策の対象外とみなされた。これらは個人の健康の自己管理能力を超えた、政治上、政策的条件であり、社会のあり方、コミュニティ、個人の自立度等に影響を与える。最近ようやく教育や医療システムは政府に統合されつつあり、対象者11名は身元証明書＝市民権（Identification Card）を全員取得していた。しかし、労働形態や医療福祉サービス提供主体者は変わっていない。農園労働者の女性が望ましい健康を達成するためには、今の状態やすること（being, doing）を、なりうることや善い状態（becoming, well-being）へ変化させていく様々な条件（健康の阻害条件）に対し、自由度（潜在能力）を拡げることである。すなわち妊婦の健康に影響を与える教育、人並みの生活水準、生活の安全保障、雇用機会へのアクセス、労働改善への要求、地域社会への参加、満足できる家庭生活、ジェンダー役割の自由への取り組みが強化される必要がある。

6. おわりに

一般に途上国ではインフラや社会資源、経済的条件が不備なことが多く、健康になるための潜在能力が養われ難い。それらが母子の生命の問題に直結し、母子のwell-beingsに影響を与える。したがって、開発のプロセスで、人々がどのような状態にあり、どのようなことに取り組んでおり、どのような希望や期待を

もっているか、様々な人の機能に注目することは well-being を目指すうえで意義がある。そして、それらが健康状態とどのように関連しているかを追求することは健康問題の根本的解決への一歩と考える。それは教育や人並みの所得、安全な水、適切な住居等のインフラの整備、母体と胎児が望ましい健康を維持し成長発達を遂げるための制度や社会資源、地域の経済、社会・文化的条件、民主的な社会のありようを踏まえた自由（潜在能力）を上げていくことを意味する。本稿では妊婦の健康問題を、Hb 値や BMI 値、異常出産と教育、所得との関連性、妊婦の特定の機能に関する能力等について考察したが、望ましい健康状態を達成するための決定要因としての機能についてさらに追求する必要がある。また最も健康水準に低い人に目を向け、十分な評価を行う必要がある。それらが真の健康達成、言い換えれば人の善き生 = well-beings の目標であり、潜在能力の考え方といえる。

〈注〉

- 1) 人間らしい生活の保障があり、政治・社会参加など民主的な人の自由に関する条件があり、自らが価値あると考える真の選択ができる人生を歩むこと。(全ての人に受け入れられるべき理由があり)、人が価値あると考える重要な機能を達成するための自由を拡げることが可能である生活をいう [Sen 1985:11-15] [Sen 1992:59-62] [Sen 1999:1-10]。
- 2) 人間開発指標 (HDI) として表され、これらの能力がなければ生活の多くの選択肢を拡げることが困難であり、これらの能力が阻害、剥奪されている状態を人間貧困 (HPI) として表す。ジェンダー開発指数 (GDI) は男女間の不平等を反映させる [UNDP:1997, 2000, 2008]。
- 3) 機能とは人がどのように生きているかに注目し、人の暮らしぶりのよさ (福祉) を表す様々な状態やすること、なりうることを指す。その選択に関して実質的な自由 (freedom) をもつこと。well-beings を得るための構成要素 [Sen 1985:11-17, 21-28]。
- 4) 価値があると考えられる理由のある主体的な生を追求する能力 (自由) をいう。経済的、社会的及び個人の資質の下で達成することのできる様々なありよう、なりうることの機能の束 [Sen 1985:5-8, 11-17, 21-49] [Sen 1992:59-75]。
- 5) 5歳未満児死亡率も4.4/1000対で南アジア諸国の中で低率である。一方、低出生体重児率(17.6%)や5歳未満児の低体重率(29.4%)は高率である。周産期の出血22.07%、子癇17.24%、複合的な心疾患17.24%、敗血症11.72%の課題もある [Ministry of Health 2005, FHB/MOH 2004-2005]。
- 6) 生活インフラ、社会コンディション、所得水準についても地域格差が著しい [Sri Lanka 年次保健指標 2006] [HIES 2006/2007]。
- 7) 人が望ましいと考える理由のある生き方やあり方を選ぶことのできる能力 (自由) があること。そのため成果の自由ではなく、達成するための自由に注目し、成果の評価と達成する自由との間に存在する問題に注目する必要がある。
- 8) 農村は国内人口の7割強が住み、米、野菜等の一次産業を営む。医療福祉サービス提供主体はスリランカ保健省・福祉省。民族はシンハラ人が多数。農園は国内人口の1割が住み、紅茶、ゴム、ヤシ等のプランテーション産業に従事する。医療福祉サービス提供主体はプランテーション産業省の傘下機関 (PHDT)。民族はインド・タミル人が多数。調査地域の特定は中部州での調査予定が政情不安により変更したことによる。
- 9) [鈴木 2002] [川本 1999] [Nussbaum 2000, 2005]。健康の格差や不平等、経済学の視点で健康問題が論じられることはあるが、保健分野への応用化はあまりみられない。
- 10) Body Mass Index の略で国際的な体格の判定方法。体重(kg)÷身長(m)²*。妊婦の場合 28kg/m²以上を肥満とし、22.5 kg/m²以下をやせとする。
- 11) 胎児、胎盤、羊水、子宮、循環血液、乳房等、妊娠に伴う母体の生理的変化により体重は増加する。
- 12) 胎児の発育不全は低出生体重児 (2500gr未満) 出産をきたす可能性が高く、死亡率、後遺症の発生率も高い。母親が出生時に小さいと将来出産する子も小さい可能性が高い。妊娠初期に炭水化物摂取が多いと胎盤重量と児体重が抑制される。妊娠初期から蛋白質の摂取が必要である [水上他 1999:538-539]。
- 13) やせの妊婦や体重増加の少ない妊婦は、低出生体重児出産、子宮内胎児発育遅延 (IUGR)、切迫早

- 産、貧血のリスクが高くなる。非妊時のBMIが1減少すると、低出生体重児出産のリスクは1.6倍、遅延分娩のリスクは1.32倍となる。IUGRでは周産期罹病率、死亡率が高くなるだけでなく、胎児期の低栄養は将来の知的能力やメタボリックシンドローム（高血圧症、糖尿病、脂質異常など）の発症にも関与する [東京医学社 2006:891-893]。
- 14) Hb値の女性の正常値は12-15g/dl。妊娠中は循環血液量（血漿量）が増え血液が希釈されるため、通常より低い値となる。日本ではHb11g/dl未満及びHt（ヘマトクリット）値33%未満を妊婦貧血とする。Hbは妊娠12週までは11g/dl以上、28-30週までは10.5g/dl以上あれば正常範囲という記述もある [National collaborating center 2003]。
- 15) 母乳栄養の継続（伝統的習慣もあろうが）は避妊効果があり妊娠の可能性を低くする [UNICEF/WHO 1993:100-103]。
- 16) 妊娠28週迄1回/月、32週迄1回/2週、34週以降1回/週に健診。健診時体重チェックや尿検査実施。12-14週迄の間に血液検査を1度受け、Hb 8-10g/dlは葉酸や鉄剤の投与を受ける。8g以下は輸血を受ける。
- 17) 全国統計も注射123,101件、ピル46,688件、IUD 39,109件、Implant1,791件である。Tubectomy（卵管摘出）10,228件に対し、Vasectomy（精管結紮）は99件 [FHB:2005]。
- 18) ある社会で正当な方法で、ある財の集まりを手に入れ自由に用いる能力や資格。個人の労働が評価され報酬に対して自己裁量権がある。公の場で自己を表現し他者を評価する体験の共有、目的意志をもって各人の課題を実現するために他者と協働する等をいう [Sen 2000:1-12, 71, 223]。
- 19) よき市民とは、他者との良好な関係、他者の世話をする、迷惑をかけない、礼儀がある、国家を愛する、仏教を信じる等を意味し、高い教育とは、高学歴のみならず社会で通用する態度が取れる人になる、大学入学や技師になる、という一般論がある。
- 20) 国の新生児死亡率や周産期死亡率は、各（8.4、7.5/1000人対）であり、ゴール県は各々（8.1と7.5）である [Health Survey 2005]。
- 21) 出生時の体重や身長が在胎周数に応じた標準分布の下位10%以内に入る子を「子宮内発育遅延」＝SGA児と呼ぶ。原因には感染などの児側の原因と母親の低栄養、妊娠中毒症など母体側の要因が挙げられる。
- 22) 妊産婦死亡率の原因のトップに出血があげられるが、低栄養や貧血気味は出血しやすく止血し難い。Strategic Framework in Sri Lanka 2004-2015
- 23) (Agency) 人の善さの考えに沿って、人が何をできるのかを評価する上で人が重要とみなす目標や価値を主体的、能動的に追求する自由 [Sen 1992:85-90, 102-112] [Sen 1999:85-86, 88-90]。
- 24) (Commitment) センの間人観。他者の存在に道徳的関心を持ち他者の不幸への共感と、何とかしようとする用意があること（効用を除く共感）。
- 25) セルフケアには様々な資源を利用することが必要である [Orem 1979:41-44]。
- 26) シンハラ人の場合、肉の摂取が少ないのは仏教倫理上の意味がある。しかし貧しい人は摂らない（摂れない）。選択の自由がない。ダール、グリーングラムという野菜（豆）にも蛋白質が含まれるが十分ではない。
- 27) 女性は多くの仕事を担うわりに、様々な雇用へのアクセスや社会的機会が不足しており、文化的にも男性中心で、女性への公平な分配に障壁がある。Women in Agriculture, Environment and Rural Production, FAO
- 28) われわれが痛みを覚えるものは、実現可能性や現実的見通しをどう考えるかに影響される [Sen 1988:35-36]。
- 29) 何を個人が選択するかは、本人にとって価値ある生、理由のある生をもとに決められる。選べたはずだが選べない、不足が生じているなら社会的に保障されなければならない [Sen、後藤 2008:16-19]。

〈参考文献〉

- National collaborating center for “Women’s and Children’s Health, Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Women 2003 67
- Dorothea E.Orem 1979 Nursing Concept, Elsevier Inc., New York, Copyright Igaku-Shoin (小野寺杜紀 2005 『オレム看護論』 医学書院 41-44)
- Nusbaum Martha C 1991 Women and development

Cambridge University Press

Sen, Amartya K. 1992 Inequality Reexamined, Oxford University Press (池本幸生・野上裕生・佐藤仁訳 1999『不平等の再検討』岩波書店 59-63, 70-74, 189-200)

Sen, Amartya K. 1985 Commodities and Capabilities, Elsevier Science Publishers B.V (鈴木興太郎訳 1988『福祉の経済学—財と潜在能力』岩波書店 1-49)

セン, アマルティア、後藤玲子 2008『福祉と正義』東京大学出版会 16-19

UNICEF/WHO 1993 Breastfeeding Management and Promotion in a Baby-Friendly Hospital = 日本ラクテーションコンサルタント協会訳 2003『母乳育児支援ガイド』医学書院 100-103)

Sri Lanka Ministry of Health report 2005

Sri Lanka Family health Bureau 2004, H1200-R&E unit 2005

Sri Lanka Medical statistics Unit 2005

Sri Lanka Annual Health Statistics 2006, HIES 2006/2007 i

Sri Lanka Health Survey 2005, Registrar General's Department & Medical statistics unit

Strategic Framework for Health Development in Sri Lanka 2004-2015

Women in Agriculture, Environment and Rural Production, FAO

国連開発計画 1997『人間開発報告書』 貧困と人間開発

国連開発計画 2000『人間開発報告書』 人権と人間開発

東京医学社 2006『周産期医学必修知識 第6版』 第36巻 増刊号:891-893

水上尚典他 1999「妊婦の体重と児の予後」『産婦人科の世界』 第51巻6号:538-539

森恵美他 2009『系統看護学講座 母性看護学2』 医学書院 108

宇田川妙子他 2007『ジェンダー人類学を読む』 世界思想社

本研究は科研費No (20651065) の助成で行ったものである。

(いそべ・あつこ 京都市立看護短期大学看護学科)

(いせき・あつこ 三重大学医学部保健学科)

(いしむら・くみこ 岡山県立大学保健福祉学部)