

研究ノート

スリランカの農村・農園の妊婦の健康と潜在能力

磯 邊 厚 子*

1. はじめに

90年代以降、国連開発計画（UNDP）が人間開発報告書を公刊し、人間開発とは人の状態や行動（being,doing）をよい状態、よく生きる（well-beings）¹ ことへ転換することであり、それを実現するための能力を拓けることだとした。これはA.Sen（以下セン）の潜在能力概念によるものであり、センはこれまで福祉の質を富裕や効用で捉えていた説に対し、ひとのよい生活は、ひとが価値あると考える生活を選ぶ真の自由（選択の自由）² を行使する機会や自己の主体的な生を追求し、生き方の幅（潜在能力）³ を拡大することだとした。その能力とは、健康で長命、一定の教育や所得があることの他に、公正な資源配分、雇用・労働改善の要求、意見や考えの表現、社会参加ができる等、ひとの生活を豊かにするひとの様々な機能（functionings）⁴ を意味している。すなわちひとが自ら望む主体的な生き方を、福祉の向上に繋げるアプローチとして提起したのである。長い間、開発の中心は所得向上を目的としたアプローチであった。途上国の保健医療に関して言えば、予防可能な感染症に罹り生命を失ったり、適切な医療に掛かれない人々に対し、その恩恵は十分届いていなかった。健康問題の背景には国家の政策（生活の保障や保健制度）、教育や経済水準、地域や家族形態、職業構造、民族性、歴史や文化等、多様な条件が考えられる。そのため人の健康問題を判断するには、ひとが価値あると考える主体的な生への活動を含めた、ひとの様々な機能をもって評価を行うことが必要であり、well-beings の視点が重要である。

スリランカ民主社会主義共和国（以下スリランカ）は、妊産婦死亡率（47/10万人対）や乳幼児死亡率（12.2/1000人対）⁵ が低く母子保健政策の成果が知られている。しかし農村や農園⁶ では死産や低出生体重児などの周産期の課題⁷ が高率にみられる。筆者は2009年2月、スリランカの農村及び農園において母子保健に関する調査を行った。その結果、妊婦の知識面は比較的良好であったものの、異常出産例が出産数に対して多く、約1/3の妊婦に貧血もみられ、一部の妊婦に著明なやせがみられた。対象数は少ないが、農園の妊婦は健康のみならず教育や所得も低水準であった。これらは妊婦が望ましい生き方を選択するうえで重要な人の機能が不足しているといわざるを得ない。機能とは、ひとが何をすることができ、どのような状態になれるのか、彼女の機会や自由⁸ は何かを問うものである。それらを安易に評価、判定することはできないが、本稿では母子のwell-beingsの側面から、妊婦の妊娠、出産、育児の過程において、どのようなひとの機能の達成が図られるべきか、阻害要因は何か、を分析し考察するものである。まず基礎的なひとの機能として人間開発指標である教育、所得、健康水準をあげる。さらに健康水準の中でも妊婦にとって不可欠な選択肢として妊婦の栄養状態を評価する。これは筆者が潜在能力アプローチに基づく研究としてこれまで行ってきた農園中心の調査から農村部にも対象を拓げ、地域毎の課題を改めて、分析評価するものである。それによりスリランカの母子保健の課題をより浮き彫りにすると共に、潜在能力の可能性をさらに前進させるものとする。

2. 研究方法

1) 調査期間：2009年2月10日～12日

キーワード：妊婦の健康、農村と農園、潜在能力

* 立命館大学大学院先端総合学術研究科 2006年度修了、京都市立看護短期大学看護学科専任講師

- 2) 調査地域及び対象者：スリランカ南部州ゴール県（人口103万人）の内陸部の農村 Parawagama 及び Niyagama と、農園 Talangaha において、当地域のクリニックで健診を受けている妊婦を対象にした。
- 3) 調査方法：妊婦の来診時に著者及び元保健省スタッフにより個室にて構造化面接を行った。質問内容は著者が予め質問紙（英語版）を作成し、スタッフがシンハラ語で質問を行い、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をアムコ社ヘモキューヘモグロビン 201 + を用いて測定した。
- 4) 倫理的配慮：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。妊婦健診のために集まった対象に対し、調査内容と方法を現地スタッフ及び元保健省スタッフ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実施した。妊婦 91 名中、当調査に了承が得られた 89 名（農村 78 名、農園 11 名）に実施した。

2.1 分析方法

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他の妊婦の機能に関する能力をカテゴリ化した。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。

3. 結果

3.1 妊婦の基本データ

89 名中（農村 78 名、農園 11 名）、妊婦の平均年齢は 27 歳であった。農村は大半が主婦（66 名）、農園は半数がブロッカーと呼ばれる茶摘み職の女性（6 名）であった。結婚年齢は、農村が 21 - 25 歳 30 名（38.5%）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 代全般に分布しており、農園は 20 - 25 歳に分布していた。89 名中、42 名が初妊婦、47 名が経産婦であった。47 名中、子どもの数は 1 - 2 人が 36 名（77%）、3 - 5 人が 5 名（11%）であった。

3.2 妊婦の教育水準

教育はひとの機能として優先されるべき選択肢であり、望ましい生き方やなりうるものへの能力の基盤となる。とくに基礎教育の浸透は社会的、経済的参加への機会にも繋がる。また妊婦の教育水準は母子の健康保持のみならず、子を何人生むかの自己決定や、子をどう育てるか、にも影響する。

当国の教育はイギリス式のグレードシステムであるため、日本式に該当させて記述した（表 1）。89 名中、Secondary 以下の対象は 46 名、O Level 以上の対象は 43 名であった。一方、Secondary 以下の対象は農村が 36 名（46.2%）であるのに対し、農園は 10 名（90.9%）であった。O Level 以上の対象は農村が 42 名（53.8%）であり、農園は 1 名（9.1%）であった。農園は 11 名中、小学校卒業に到達していない対象が 6 名いた。

3.3 妊婦の所得水準

人並みの所得を得ることは人間らしい生活の保障と、妊婦にとっては健診を受けるための費用や交通費（緊急時にすぐに医療施設に行くことができる）、必要な栄養素を得ること、出産準備ができること、掛かりたい医師を選択できるなど、安全な妊娠、出産をまっとうするうえで必要な能力である。

89 名の世帯所得の平均は Rs.14,620 であり、国の平均値 Rs.14,500 と大差はなく、当地域の経済水準は標準とみられた。しかし農村が平均月収が Rs.15,340 であるのに対し、農園は Rs.9,900 で、うち 7 名（64%）が Rs.10,000 未満であった（表 1）。

表1 教育水準と所得水準（月収）

n=89

教育*・所得	農村 n=78	農園 n=11
1) 教育水準		
No Education（就学経験なし）	1	1
Primary 以下（小学校卒業未満）	0	5
Secondary（中学校卒業未満）	35	4
G.C.E/O Level（中学校卒業）	38	0
G.C.E/A Level（高等学校卒業）	2	1
Graduate（大学卒業）	2	0
2) 所得水準（Rs.）（Rs.1 ルピーは約1円）		
10,000 未満	20	7
10,000 - 15,000 万未満	22	2
15,000 - 20,000 未満	15	0
20,000 - 30,000 未満	11	2
30,000 以上	10	0
<月収平均値>	< Rs.15,340 >	< Rs.9,900 >

* Primary 5年, Secondary 5年の後11年生時に GCE (O/L), GCE (A/L) 2年, 大学 Graduate 4年がある。

3.4 妊婦の健康水準

本稿では「ひとの健康」を、WHOの定義である「身体的、精神的、社会的にも安寧」という域ではなく、そのひとがなりうるもの、なしうるもの（妊婦が十分な栄養を得ているか、必要な健診を受けているか、安全で健やかな子を出産できる状態にあるか、自ら価値があると思える生き方を選ぶ自由はあるか等）へどれほどの自由を得ているか、をも含んでいる。すなわち諸自由が妊婦のもつ価値ある機能への達成へ直結するものでなければならず、そのための（潜在能力の有無）を重視する。調査で得たデータを下記にあげた（表2-表5）。

① Hb 値と BMI

妊婦の健康判定によく使われる血中ヘモグロビン値（以下 Hb）及び体重評価（以下 BMI）を測定した。Hb は妊婦の栄養状態を判断する手段であり、一般女性の正常値は 12g-15g/dl である。妊婦の場合、WHO 基準では 11g/dl 未満を妊婦貧血とし、11g/dl 以上を正常値としている。

農村は 11g/dl 未満は 25 名（32%）、農園は 9 名（82%）が妊婦貧血であった（表2）。また妊娠週数の明確な対象 64 名中での Hb 平均値は、農村（53 名）は 11.7g/dl、農園（11 名）は 10.5g/dl であり、農園は農村に比べ 1g/dl 低かった。

妊婦の BMI は、母体のみならず胎児の発育状態を判断する指標である。週数に応じた体重が必要であり、母子共に安全な出産、育児に繋がるものである。64 名中、全妊娠期間中の平均値が農村 21.9、農園 18.9 であった。農園は妊娠初期・中期・末期を通じて妊婦のやせがみられた（表3）。また 18.5 未満のやせが農村では 11 名（21%）、農園では 6 名（55%）にみられた。身長が農園は農村より約 1cm 低かった。

② 異常出産歴

経産婦 47 名中、異常出産歴のある対象は 17 名（22 件）であり、最も多かったのは流産で、次に死産であった（表4）。

表2 妊婦の栄養状態（Hb 値）

n=89

Hb 値	農村 n=78	農園 n=11
7-10g 未満（中等度貧血）	5	2
10-11g/dl 未満（軽度貧血）	20	7
11g/dl 以上（正常値）	53	2
計	78	11

表3 妊婦の妊娠週数別の体重評価 (BMI *) の平均値 n=64

妊娠期間 (週数)	農村 n=53	農園 n=11
妊娠初期 15 週まで	21.1 (20 名)	17.3 (3 名)
〃 中期 16-27 週まで	21.0 (16 名)	18.9 (4 名)
〃 末期 28 週以降	23.5 (17 名)	20.4 (4 名)
BMI 平均値	21.9	18.9
<身長平均値>	155.08cm	153.95cm

* BMI: 国際的な体格の判定法。体重 (kg) ÷ 身長 (m)²。WHO 基準では非妊娠時 BMI 18.5 未満をやせ、18.5-25 未満を普通 (適正值 22)、25 以上を肥満とする。妊婦の場合 28 以上を肥満とする。

表4 経産婦の異常出産歴と内容

n=47

異常出産の内容	農村	農園
経産婦 (異常出産者・件数)	40 名 (15 名・18 件)	7 名 (2 名・4 件)
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、児が頻拍で死亡、胎位異常、骨盤位等	3 件	1 件

* 流産とは妊娠 22 週未満の流産 (自然流産、妊娠中絶)。胎児体重は 500g 未満。

* 早産とは妊娠 22 週以降から 37 週までの出産。1500g 未満の出生児の場合、障害発生率が高くなる。

* 死産とは妊娠期間にかかわらず母体から娩出されるに先立って胎児が死亡した場合。

3.5 教育水準と健康、所得との関連性

(表 5) にみられるように、僅差であるが、教育水準が高いと異常出産が少ないという教育水準と異常出産歴との間に関連性がみられた。Secondary 以下の対象 (以下、Secondary 以下) は O Level 以上の対象 (以下、O Level 以上) に比べ、流産、早産、死産、帝王切開の全てに該当した。尚、A レベル以上の対象 (以下、A レベル以上) に異常出産はみられなかった。

教育水準と Hb では、教育水準が高いと Hb が良好で、逆に Hb が低いと教育水準も低いという教育水準と健康水準 (Hb) との間に関連性がみられた。なお BMI と教育水準に関連性はみられなかった。

(表 5 下段) にみられるように所得 Rs.10,000 未満の場合において、セカンダリ以下が 19 名に対し、O レベル以上は 8 名であった。Rs.20,000 以上の場合においては、O レベル以上が 15 名、セカンダリ以下が 8 名であり、教育水準が高いと所得が良好という教育水準と所得水準との間に関連性がみられた。(尚、世帯所得と妊婦本人の教育度との直接的関係は立証がないため一概に言えない)。Rs.10,000 未満の場合、農園の Primary 以下の対象 6 名が含まれていた。

所得と Hb では、月収 Rs.10,000 未満は平均値 11.06g/dl、Rs.10,000 以上は平均値 11.79g/dl であり、僅差であるが所得が多いと Hb が高く、所得と健康水準 (Hb) との間に関連性がみられた。したがって一定の所得水準は、妊婦にとって重要な機能として重視される。

表5 教育水準と健康・所得との関連性

n=89

< 異常出産歴 >	n=47	< Secondary 以下 >	< G.C.E/O Level 以上 >
異常出産人数		10名	7名
流産		8件	4件
早産		1件	0件
死産		2件	1件
帝王切開		2件	0件
その他 (児頭拍、胎位異常等)		1件	3件
< Hb 値 >	n=88	< Secondary 以下 >	< G.C.E/O Level 以上 >
11g/dl 未満		22名 (25%)	12名 (14%)
11-12g/dl 未満		11名 (13%)	10名 (11%)
12-15g/dl 以上		13名 (15%)	20名 (23%)
< 世帯所得 (月収) >	n=89	< Secondary 以下 >	< G.C.E/O Level 以上 >
Rs.10,000 未満		19名	8名
Rs.10,000-20,000		19名	20名
Rs.20,000 以上		8名	15名

3.6 妊婦の栄養摂取について

妊娠中注意していることは何かを質問した。これは健康に関する自己認識を尋ねるものであり、妊婦がどのような健康状態を維持したいか、に繋がる。最も多かったのは「栄養を摂る」で29名であった。妊婦の低栄養は、母体の健康のみならず胎児の成長発育に関わるもので、低出生体重児を誘発するなどのリスクに繋がる。その内容は下記の7項目であった。バランスのとれた食事を摂る、炭水化物を多く摂る、が多く、次に肉や魚を摂る、であった。肉や魚の摂取回数について聞くと、平均して2-4回/月の頻度であり、知識と現実の摂取量には、ずれがあった。一方で野菜、果物、ビタミンの摂取を多くの人があげていた (表6)。

表6 妊婦が必要と思う食品

n=77 (複数回答)

食品	農村	農園	計
1. バランスある食事を摂る (炭水化物を多く摂る含)	55	2	57
2. 肉を摂る	25	8	33
3. 魚を摂る	22	6	28
4. 卵を摂る	8	4	12
5. ミルクを摂る	5	5	10
6. ビタミンを摂る (果物、野菜、ミネラル等)	22	4	26
7. カルシウムを摂る	9	3	12

3.7 生まれる子への希望・期待と自己の将来像

生まれる子に対し、希望や期待をもつことは、自己の体調管理や育児方法に反映されるだけでなく、妊婦の生き方やあり方、人生計画、自己実現にも影響すると考えられる。母親の年齢や、望んだ子であるか、母親の既往症、出産間隔、家族構成員などとも関連する。最も多かったのは、子に対して、「よき市民に」、次に「高い教育を」という希望であった (表7)。「その他」では、インテリジェンス (知識人) と答えた対象が11名いた。他に、高い地位6名、お金持ち3名、高齢者を敬う人、社会へ貢献、教員・僧侶が各1名、子に自分で決めさせる3名がみられた。

自己の将来像については、「夫や子どもと暮らす」が最も多かった。「その他」では、子を安全に出産する、生活をよくする、社会的な地位をもつ、善い道を歩く、良き母、妻役割を担う、住居の移動であった。「わからない」と答えた対象の内容の多くは「将来がわからない、見えない、今の生活が精一杯」であった (表8)。

表7 子への希望・期待 n=86 (複数回答)

内容	農村	農園	計
よき市民になってほしい	48	2	50
高い教育を受けさせたい	37	8	45
健康であってほしい	8	0	8
医師にさせたい	3	1	4
良い職に就かせたい	2	2	4
その他	19	8	27

表8 自己の将来像 n=88 (複数回答)

内容	農村	農園	計
夫と子どもと暮らす	11	2	13
よい家に住む	9	0	9
ビジネスの成功	5	2	7
余暇に旅、ラジオを聴く	7	0	7
平和に暮らす	4	1	5
今よりよい職に就く	3	0	3
お寺参り	3	0	3
その他	25	4	29
わからない	21	2	23

4. 考察

4.1 妊婦の基礎教育と潜在能力

教育は「人権」の概念にも含まれ、人間の生活の安全を保障する上で最重要事項である。それは健康の安全保障と同時に捉えることができる。一定の教育水準は、妊婦が健康を保ち、望む生き方を選択する意味においても重要な要素である。逆にそれらの低水準や欠乏は母と子が望ましい生き方を選択するための様々な（すること、なりたいたいもの）への機会を失ってしまう。したがって教育は人が生きていくために様々な欠乏状態から脱するうえで重要である。感染症をどのように予防すればよいか、というだけでなく、社会の情報や法的権利を理解し、ひとが（価値あると考える理由のある）生き方を選択するうえで適切な判断にも繋がる。

当調査では、妊婦の教育水準は43名（48%）がO Level以上であり、全国の農村の平均値（30%）よりも高かった。89名中、75名84%（農村86%、農園73%）の対象が母子保健システム⁹を知っており、家族計画の知識も高かった。これらの結果は当国の無償の教育や医療制度の成果と考えられる。一般に途上国では女性は男性に比べ、教育の面で劣っていることが多いが、当国の男女差は少ない。教育の普及は家族計画の普及率にも影響し、子どもの数は一世帯平均2人といわれている。調査対象も77%が1-2人の子ども数であった。女性が一定の教育を受けることは、出産と育児を頻繁に繰り返すことを制御し、女性の身体の健康保持と妊娠による精神的緊張の軽減に繋がり、子をどう育てるか、将来の子の見通しを考える機会にもなる。女性の教育の向上が子の死亡率を下げることはよく言われているが¹⁰、今回も僅差であるがO Level以上の対象にはOレベル未満に比べて異常出産歴が少なく、Hbも普通もしくは良好であった（表5）。これらの結果は教育水準やそれに伴う知識が母体の安全と子どもの健全な成長発達に繋がることを示唆している。

生まれる子への希望・期待の質問では、「よき市民に」が多かったが、よき市民とは、当国では「他者と良好な関係をもつ、他者の世話をする、迷惑をかけない、良いマナー、国家を愛する、仏教を信じる」などを意味する。次に「高い教育を受けさせたい」であったが、単に学歴が高いという意味だけでなく、社会に通用する態度を取ることができる、大学の入学資格や技師の資格を取れるなどの理由が含まれている。

以上のことから、妊婦たちは学校の基礎教育以上の教育水準を重視していることや、教育が人生にとって意味があるとみなしている。これらは当国の識字率97%の域を超えた、単に「読み書きができる」のではなく、「どのようにしたいか、どのようになりたいか」のひとの自由を拡大する意味としても捉えられる。生き方あり方を選択するうえで高等教育の必要性を認識していると考えられる。また教育と所得水準に僅差ながら関連性がみられたこと

から、教育は経済的な恩恵にも通じている (表 5)。

一方、妊婦の半数が O Level 未満であったことも見逃せない。当国の無償の教育制度が大学その他の高等教育へ繋がっていない事態である。妊婦の教育と健康水準 (異常出産歴や Hb) との関連性がみられていることから、教育は、ひと (妊婦) がよく生きるうえで、(身体的に) 健康であるという機能と同様に重視されなければならない (表 5)。要因として、学校の未整備、小学校から試験形式の教育方法、教材費用は負担せねばならない経済的理由、通学路の未整備 (女兒の場合、安全面) が考えられる。当農園の場合、公的教育の基礎となる小学校はなく、上級学校が 1 つあるのみで基礎的な潜在能力面での不備がある。教員不足や交通アクセスの困難さなど、教育を受けたくても受けられない物的、人的、地理的条件下で不利益をこうむっている。

通常、妊婦は栄養やカロリーを平常より多く必要とするが、全妊娠期間の BMI の平均値が農村 21.9、農園 18.9 という数値からみると、妊婦にとって (胎児にとって) 栄養が充足しているとは言い難い (表 3)。そのため妊婦の健康問題の解決に際しては、より積極的な自由¹¹をもたらす幼児期からの基礎教育や社会政策、様々な社会資源の活用、地域住民の自立的な活動を支えるサービス等が重要と考える。妊婦にとってよりよい教育の成果は、母体の保護への取り組みだけでなく、家族計画の方法の選択、子を生む意思決定、出産施設の選択など、妊婦の主体的、能動的な力に影響する。また農村の女性のきつい仕事から流産を防止することにも繋がる。教育の向上により農村以外の職に就くこともできる、家計のコントロール (計算) ができる、栄養の家族内分配について家族に説明ができる、他者とコミュニティの活動の輪を拡げる、選挙時に誰を選ぶとよいかの自己決定や、教育を受けたことで自信が生まれ意見を述べるができる等、にも結び付いていく。したがって教育は妊婦の健康に関するひとの機能の側面から、福祉を実現する自由として重要な選択肢として位置付けられなければならない。

4.2 母子保健政策と母子の健康水準

スリランカは医療と教育に的を絞った公共政策を実行し、生存と教育の基礎的潜在能力について成果を示した。識字率の高さ 93% (読み書きできるという潜在能力)、平均寿命の高さ 75 歳 (長生きするという潜在能力) を実現している。また早期の母子保健政策により家族計画の浸透、乳児や妊産婦死亡率の低さも評価されている。低体重児や妊婦に対しては、トリポーシャという栄養補助食品の支給もある。しかし長命、妊婦や乳幼児死亡率の低下が必ずしも母子の健康状態の全てを表すものではない。低出生体重児の多さはアジア諸国の中でも著明である。学童期の子どもの発育不全については国際基準よりも低い。身長わりに低体重、体重わりに低身長といった点である。これらは胎児期からの母体の栄養不良と関連している¹²。子が安全な幼児期や学童期を送ることは心身の成長発達に影響を及ぼし、知能の発達面にも影響を与える。すなわちライフサイクル上、ひとの発達における (よりよい発達を遂げるための) 機能の側面からみると、ひとの平均寿命の高さのみでひとの福祉の質の向上は評価できないだろう。よく生きる (well-beings) とは単に長命であるのではなく、長命はひとの福祉における機能の一側面に過ぎない。母子保健の観点からはむしろ妊婦と子の健康の質、生命の質、生活の質の評価が必要と考える。政策やシステムがどんな結果を生んだかというより、その政策をもってひとが何をしているのか、なしているのかに注目する必要がある。すなわち妊婦健診システムの普及が妊婦の望ましい出産や育児にどう繋がっているのか、を検討することが必要となる。

多くの妊婦は健診システムを知っており必要回数健診を受けている。しかし、出産数のわりに流産が多く、胎児の発育を評価する BMI も標準もしくはそれ以下であった (表 3)。農村では 1/3、農園では 2/3 の妊婦が貧血を呈していた (表 2)。これは妊婦健診システムの知識や基礎教育の普及と、行動 (実践) が必ずしも一致していない面がある。すなわち知識の成果が生まれる子へ反映されていない。妊婦自身に必要な栄養素が充足されておらず、必要な栄養を摂ることへバイアスがかかっている。知識と行動との間にどのような要因があるのだろうか。妊婦の Hb が、教育水準や所得水準に関連していることをみると、低い教育水準が貧しい所得に関連し、所得の低さは妊婦へ十分な栄養を循環させ難くする。貧血状態になった母体は胎児を脆弱にし、周産期死亡や低出生体重児を生むという一つのサイクルが考えられる。

一方、流産は母親の身体を保護する場合や損傷する場合もあるが、様々な原因が考えられる。母親自身の問題と胎児の障害も考えられる。流産を繰り返すと妊婦は自信をなくしたり、妊娠を望まなくなるなどの心理面にも影響

を与える¹³。流産に関する法や知識をどの程度認識しているかにもよるが、妊婦が基礎教育をふまえ、健診時にどのような内容の健康教育を受け、それを実際に実行しているかであろう。一つには妊婦教育に携わる助産師が絶対数不足している（人口3000:1）。どのようなことが妊婦にとって課題なのか、どのような対処が考えられるかを検討するとき、限られた資源での公的サービスには限界があり、個々の実情に合わせたサービスにまで行き届いていないことが考えられる。健診そのものは無料であっても、健康の自己管理を行うのは妊婦自身であり、妊婦の実行可能性の阻害要因について、さらに追及する必要がある。

約半数（38名）の妊婦が妊娠中の不安をあげたが、その内容は、母乳が出るか、エコー検査を勧められて心配、喘息で子を産めるかどうか、高血圧症がある。他に、夫が出征して心配、実母の死による家族内の問題、経済的な不安、等多様であった。相談相手は夫及び親族、次に医療職者であり、他のサポートはなかった。一般に妊婦はうつ状態になりやすく、不安やストレスは母体や胎児の健康に直接的、間接的に影響する¹⁴。これらを克服していくために、どのような情報を得、どのような社会資源を活用すればよいか、誰に相談すればよいか、といった福祉的な相談窓口が少なく、地域でのサポートシステムの不足も考えられる。

4.3 母子の生存を脅かす栄養的課題

当国の妊産婦死亡率や乳幼児死亡率に関する数値的な見解からは潜在能力は達成されている。しかし、妊婦にとって必要な栄養素が摂取できているかどうかは極めて根源的なひとの選択肢である。栄養学的に母体及び胎児は多くのリスクを秘めているがBMIやHbが低いと、眩暈、動悸、倦怠などの貧血症状が現れ、妊婦自身の生命を危険に晒すことになる。妊婦の栄養不良は子宮内胎児発育遅延（以下IUGR）¹⁵や低出生体重児出産に繋がる可能性が高い。すなわち母体の栄養不良は自らの健康の損失だけでなく、子の将来も危険因子に曝すことになる。極端なやせや体重増加量の少ない妊婦ではIUGRの頻度が高くなるといわれ、周産期罹病率や死亡率が高くなる¹⁶。胎児期の低栄養は将来、高血圧症や糖尿病、脂質代謝異常などの成人病の発症に関与するといわれる。また母親の既往症も影響するが、対象は虫垂炎、アレルギー、肝炎、甲状腺疾患、痙攣、持続性の頭痛、手指のしびれ、喘息、顔面神経麻痺、メンタル面の疾病がみられた。また地域特有の感染症や寄生虫の影響もないといえない。母体が寄生虫を宿している場合、胎児への栄養循環は非効率となる。

妊婦には妊娠初期に蛋白質の十分な摂取が必要だが、むしろ対象は炭水化物の摂取を優先していた。当地域では動物性蛋白質は冠婚葬祭時に摂取する程度といわれており、習慣的に動物性蛋白質をとる機会が少ないことがあげられる。主食（ライス）や野菜を多く摂り、安上がりの食習慣もある。肉類は野菜や米に比べて値段が高く、卵は1個Rs.10で手が届きにくい。

農村や農園では、家族内の栄養分配は女性が一番最後になる習慣も要因と考えられる。彼女らが子に対し「良い市民に、よい教育を」と願う希望や期待をまっとうするには彼女自身が適切な栄養素の必要性を認識し、それを摂ることのできる自由度が必要である。それらが高めるためには医療従事者の助言が基本的に必要であるが、家族構成員（夫含む）への教育や、女性を中心とした地域ぐるみの活動が必要であろう。しかし、コミュニティには女性の主体的な活動は殆どない。公的プログラムの母親教室にとどまっている。NGOとの連携、保健人材の質的向上のプログラム、当国の福祉政策であるSamurdhiプログラム（生活保障プログラム）の積極的な関わりも必要と考える。

周産期死亡の多くは母体の栄養水準のみならず、経済水準や環境条件にも影響を受けるといわれる¹⁷。自己の将来像について「わからない」と答えた妊婦が多かったことをみても、生活上の問題は妊婦の健康面や精神面に多少なり影響を及ぼしていると考えられる。したがって妊婦の経済事情、サポートの機会等、生活環境面におけるひとの機能の評価は不可欠である。

4.4 農園における機能と潜在能力

農園の妊婦11名は、(表9)にみられるように妊娠末期においてもBMIが事例⑦の18.5や事例⑩の19.7であり、普通の成人のやせと同値であった。妊婦の体重は一般に、分娩時の40週目には通常より約10kg増量するため、やせていてもBMIは通常の適正值22程度にはなる。当事例の場合、胎児の発育不全や生命のリスクが高い。食事内容をみると肉の摂取は少なく乾燥小魚であった。事例③や⑪は異常なやせであり（一般女性では月経が止まる）、事

例②及び④もこのまま経過すると胎児の生命のリスクが高くなる。⑤は妊娠中期でBMI19.6 (Hb8.4g/dl) であり、貧血が強く主な蛋白源は小魚のみの摂取となっていた。

以上のことから農園の妊婦は適切な栄養を胎児に循環させているとはいえず、母子共に生命の危険に晒されている。

当国の母子保健政策は家族計画により出生率を低下させ、妊産婦や子どもの死亡率を低下させることで成果を表した。しかし地域別にみると、農園（インド移民の多いヌワラエリヤ県やバズウラ県など）¹⁸は、死産や低出生体重児率をもっとも高い。当農園においても（調査対象は少数だが）農園は農村に比べて健康水準が低かった。教育や所得水準も同様に低かった。6名（半数）が小学校を卒業できず、人によってはサインのみしか書けない状態であった。そのことは母子が健康な生活を営むための様々な困窮状態に繋がりがねず、ひとの生き方やあり方を判断し行動するうえでも阻害条件になる。2006年に、筆者はヌワラエリヤ県の農園で妊婦健診を行ったが、農園従事者は教育や所得の低水準と共に、Hbも非農園従事者に比べて低かった。今回の Talangaha 農園は人口2,073人、うち1,893人（98%）がインド・タミル人で、シンハラ人は180人（2%）である。ヌワラエリヤ県と同様にインド移民の多い独特の民族構成である。妊婦11名中6名が茶園のプラッカー（茶摘み）として働いていた。医療スタッフによると住民の75%は電灯があるが25%がランプ生活とのことである。首都のゴール市から遠く離れた農園では紅茶、ゴム、ヤシのプランテーションが行われ、福祉・医療のサービス主体は農園と国の機関が統治する半官半民のプランテーション福祉（PHDT）である。政府は2003年全移民へ住民票（市民権）の支給を行い、教育・医療システムも政府下に置きつつある。しかし移民労働者への教育環境や労働処遇はいまだに大きな変化はないようである¹⁹。

そのため問題にしなければならないのは、当調査結果にみられる健康水準の低さ（栄養不良）、教育、所得水準の低さだけではなく、むしろこれらは潜在能力の一部であるから、問題とされるべきは、農園の生活インフラや教育インフラ、移動や雇用の機会、公平な政策的条件、移民政策等の中で、妊婦がひととしてよく生きるための選択肢をどれだけでも持っているか、である。彼女らの労働現場での労働者としての位置付け、役割、待遇等も含まれる。インド移民の条件には（教育を十分受けた労働者ではなく）、「非熟練労働者」という但書きがある²⁰。これらは移住した人々にとって、様々な職種を選択する自由を制約する条件であり、ひとがよく生きるための様々なひとの機能を発展させる機会を奪っている。固定した職域に人々を位置付け、そのことが移民を社会的にも経済的にも貧しい条件に置くことになる。これらの歴史的背景もまた妊婦の健康不良を生み、死産や低出生体重児を生んでいると考えられる。市民権（IDカード）を獲得した今なお、農園では女性の独立した雇用が制約された条件の中にある。茶摘みの女性は一生茶摘みに専念し、長年勤めても昇進の機会はない。妊婦の健康状態が教育や所得水準と僅差ながら関連することをみても、妊婦の健康水準の向上のためには、教育の機会の整備、多様で自由な就業機会（賃金構造や労働処遇の改善）や、彼女らを取り囲むオープンな経済的、社会的条件、公的政策においては他地域との格差の是正への取り組みが必要である。それらが農園の妊婦の潜在能力を拡大することに繋がっていく。

表9 農園の妊婦のHb値・BMI値と通常の蛋白源の摂取状況

n=11

Hb値とBMI（妊娠時期）	肉（主にチキン）	魚	卵	ミルク
① 10.5, 22.3（妊娠末期）	1回/週	0	毎日	0
② 10.1, 17.6（〃初）	1回/週	0	1個/週	紅茶に混入
③ 10.7, 15.8（〃初）	1回/2日	小魚1回/週	0	0
④ 9.5, 18.1（〃中）	1回/週	乾燥魚1回/週	0	0
⑤ 8.4, 19.6（〃中）	0	小魚1回/週	0	少々
⑥ 10.3, 21.3（〃末）	たまに摂取	たまに摂取	1個/3日	毎日
⑦ 10.8, 18.5（〃末）	1回/週	1回/週	0	0
⑧ 10.7, 18.4（〃初）	1回/月	0	1-2個/2週	0
⑨ 11.2, 21.8（〃中）	3回/月	3回/月	1個/週	0
⑩ 12.3, 19.7（〃末）	0	乾燥魚	0	少々
⑪ 10.5, 16.2（〃中）	3回/月	3回/月	0	0

5. まとめ

2つの農村では教育水準や所得水準などの数値的なデータは当国の標準値であり、人の基本的な潜在能力は大方達成されていた。しかし、経産婦の異常出産が出産数のわりに多く、それらの内容によってはさらに個々の原因を追求する必要がある。なぜなら妊婦の保健システムの認識度が高くても、すなわち制度が布かれていても、妊婦が妊娠、出産にあたり、望ましいと思う方法を自ら選択でき、それらを達成するための潜在能力の不足がみられるからである。今いえることは、子どもを生む当事者である女性にとって妊娠－出産－育児の過程で、どのように健康の自己管理を行い、子どもを何人産み、どう育てるかについて、基礎教育の質的向上と妊婦を囲む他の制度、地域の様々な条件や資源の関与により個々の実情に沿った対策が必要である。農村の女性は、受動的な制度の受け手としてではなく、様々な機会への参加者として積極的な役割を高めることが必要と考える。

農園では、人の健康の基盤となる基礎的潜在能力が欠乏しており、これらは政治的、経済的、社会的機会の自由度が関与していると考えられる。誰もが平等に受けることのできる教育の機会の不平等や、教育の到達度にみられる差異について、それはどのようにして生まれるのか、母子の健康にどのような変化をもたらすのか、さらなる追求が必要である。とくに教育の浸透は人の生活の安全保障と、より公正な機会、公平性²¹を人々にもたらすために重要である。とりわけ母体と子どもの生命にリスクをもたらす様々な条件を予防するためにも教育の向上は、政治経済、社会的条件（社会のありよう）を変化させていく可能性が大きいと考えられるからである。当研究は、「スリランカの農村・農園の母子保健の向上、A.Senの潜在能力アプローチに基づく研究」と題する科研費（20651065－代表者：磯邊厚子）の助成で行ったものである。

(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（理由のある生）を追求、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。[Sen1985:11-15] [Sen1992:59-62] [Sen1999:1-10]
- 2 Freedom: 価値があると認められた人間の行動（すること、なすこと）に対して、外的拘束や障害のない状態。強制や必然からの自由、自立性、自発性による意思決定や行動選択の自由を意味する。[Sen1999:11-34,57]
自由を達成された成果の自由ではなく、達成するための自由注目する。成果の評価とそれを達成する自由との間に存在する問題に目を向ける必要がある - すなわち機能や潜在能力を意味する。
- 3 Capabilities: Amartya Senが提唱した福祉の概念。潜在能力を用いることの妥当性は地域、場所、階級、職業、ジェンダー、その他の社会的特性における格差や不平等、不公正を評価するうえで重要である。[Sen1992:12-13,189-197]、潜在能力とは人の福祉に必要な人の多岐に渡る達成可能な機能（人の状態や行動）の集まり。[Sen1985:21-29,41-49]
- 4 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。[Sen1985:5-17,21-49]、[Sen1992:59-75]
- 5 Annual health statistics 2006, Medical Statistics Unit in Sri Lanka
- 6 都市、農村、農園のセクター別の地域格差は生活インフラ、所得、母子の健康水準、予防接種率等にみられる。低出生体重児及び死産率が高率な地域はヌワラエリヤ県、バズウラ県等の農園部、モネラガラ県等の農村部、北東部の紛争地域である。Sri Lanka 年次保健指標 2006,HIES2006/2007)。
- 7 周産期死亡とは妊娠満22週以降の死産数（後期死産）に生後7日未満の早期新生児死亡を加えたもの。原因は早産や低体重児、先天性奇形等による。早産児は未熟性のため死亡率が高く、救命しても種々の後遺症、合併症の発生率が高い。
- 8 例えば、ひとは機会を与えられれば、自らの運命に積極的に関与できるというものであり、国家と社会は人間の潜在能力を高め守る役割がある。「人間開発」パラダイムは政治、経済、社会的機会へのアクセスを基本的人権とみなす。
- 9 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、Hb8 - 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。
- 10 女性の能動的な力（識字能力）は子供の福利（生存）に大きな役割を果たす。[Sen1999:215-224]
- 11 Agency と言い換えることができる。ひとの善さの考えに沿ってひとが何ができるのかを評価するうえで、ひとが重要とみなす目標や価値を追求する自由。ひとが主体的、能動的に行動する行為主体的自由 = agency freedom を備える概念。

- [Sen1985:5-7], [Sen1992:85,88,90,102-103,112],
- 12 胎児の発育不全は低出生体重児 (2500gr 未満) 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。[水上他 1999:538-539]
 - 13 Mental health and elective abortion, Mental health aspects of women's reproductive health, A global review of the literature, WHO & UNFPA p51
 - 14 前掲 WHO & UNFPA p9-13
 - 15 IUGR は発育、成熟の抑制、異常が認められる児の総称として用いられる。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あげられ多くの因子がある。胎児化死、胎児死亡、周産期死亡にも繋がる。
 - 16 やせ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。[東京医学社 2006:891-893]
 - 17 前掲 p905-906
 - 18 イギリス植民地時代、プランテーション労働者として南インドの人々が大量に雇用されたが、インドとスリランカの憲法の違いにより人々は農園従事者としてのみ位置づけられ、長い間市民権が与えられなかった。
 - 19 インド移民には様々な法的条件、労働規約がある。Minimum wages (Indian Labour) ACT, No25 OF 2000, Parliament of the Democratic socialist Republic of Sri Lanka
 - 20 移民の登録簿に人種・階級 (カースト) も記入する。農場労働は 1 ヶ月毎の労働契約で雇用される Check-roll 法があるが、最近、農園労働者の受け入れは殆どない。Indian Immigrant Labour V II /262, Minimum wages (Indian Labour) ACT, No25 OF 2000, Parliament of the Democratic socialist Republic of Sri Lanka
 - 21 潜在能力アプローチにおける公平性は、Rawls 「正義論」における原初状態及び格差原理の基本的原理に先導されている。Rawls が用いた格差原理とは社会の最も不遇な立場の人々に優先権を与え、人の権利、自由と機会、所得と富、自尊の社会的基盤を含んでいる。[Sen1997:219-223] [Rawls1971]

(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
- Nusbaum Martha C 1991 Women and development Cambridge University Press
- Nusbaum Martha C 2000 Women and development Cambridge University Press (池本幸生・田口さつき・坪井ひろみ訳 2005 『女性と人間開発』 潜在能力アプローチ 69-85)
- Rawls, John 1971 A theory of Justice, Harvard Univ. Press (矢島釣次・篠塚慎吾・渡辺茂訳 1979 『正義論』 紀伊国屋書店)
- 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)
- Sen, Amartya K. 1999 Development and Freedom, Alfred A Knopf (石塚雅彦訳 2000 『自由と経済開発』 日本経済新聞社 215-223)
- 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, HIES2006/2007 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 『人間開発報告書』 貧困と人間開発 1997, 人権と人間開発 2000
- 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

Capabilities for Pregnant Women's Health on Farms and Plantations in Sri Lanka

ISOBE Atsuko

Abstract:

Human security seeks to enlarge human capabilities while focusing on human existence and life, and it seeks to protect people from disadvantages caused by various difficulties. It is said that Sri Lanka has been successful in the field of maternal and children's health. However, the health of mothers and children in Sri Lanka differs widely among cities, farms and plantations. In February 2009, I conducted research at farms and plantations in Sri Lanka on the capability of pregnant women there. The research showed that there were many cases of abnormal childbirth on farms and that many pregnant women on plantations were thin and anemic. Possible causes of these problems are women's lack of motivation and insufficient control of housekeeping, as well as low wages and poor treatment of workers on plantations. These factors are connected to prenatal undergrowth and the birth of premature babies. Therefore, we need to consider women's capabilities, their roles in the home, the social and economic conditions at their workplaces and the cultural conditions in their communities. Moreover, the capability of women on plantations should be enhanced through the spread of basic education and improvements in political, economic and social conditions.

Keywords: pregnant women's health, farm and plantation, capabilities

スリランカの農村・農園の妊婦の健康と潜在能力

磯 邊 厚 子

要旨:

人間の安全保障とは、人の生存と生活を中心におき、様々な不自由による不利益から人々を守ることであり、人の潜在能力を増大させることである。スリランカは母子保健の成功国といわれているが、都市・農村・農園のセクター別で見ると健康格差が大きい。2009年2月筆者はスリランカの農村・農園で母子の健康調査を行った。その結果、農村では異常出産例が多く、農園では妊婦のやせや貧血が多くみられ、母体の健康管理が不十分であった。これらは胎児の発育不全や周産期死亡に繋がる可能性が高い。農村・農園共に、妊婦の低栄養がみられ、それらは女性役割や社会・文化的条件が影響していると考えられる。農村では女性自身の健康への積極的な取り組みが必要であり、農園では基礎教育の普及と、政治的、経済的条件の向上など、母子が健康になるための潜在能力を高めることが必要である。