

## Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC) に暮らす女性の保健ニーズと対処行動 ——新たなリプロダクティブ・ヘルス戦略の可能性

Health needs and Health-seeking behavior of women who live in rural Bangladesh:  
 Possibility of reproductive health strategy

阿部 正子\*

Masako Abe

### Abstract

Despite initiatives and interventions undertaken at national and international levels, maternal health is still neglected in Bangladesh, and the maternal mortality ratio remains one of the highest in the world. The continuum for maternal, newborn and child health usually refers to continuity of individual care. Continuity of care is necessary throughout the lifecycle (adolescence, pregnancy, childbirth, the postnatal period, and childhood) and also between places of caregiving (including households and communities, outpatient and outreach services, and clinical-care settings). In order to improve rural women's access to maternity care, the Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC) instituted services for birthing women in rural area. They promoted progressive values and that scaled up their interventions for women's empowerment, education, health and family planning to reach the whole nation. The issue is the role of non-obstetric interventions, such as education and microcredit, in the reduction of maternal mortality.

**Keywords** : BRAC, maternal mortality, newborn and child health, community, empowerment

### I はじめに

ミレニアム開発目標 (MDGs) は世界の最貧層のニーズを満たそうという、過去に類を見ない取り組みの原動力として機能してきた。それは、極度の貧困を半減させることから HIV / エイズの蔓延を食い止めること、さらには初等教育を完全に普及することにまで及んでおり、世界の主要な国々、開発機関が合意した将来の青写真である。これらは2015年を達成期限としており、2009年にはそれぞれの目標達成状況についての中間報告が出された [Unicef 2009]。それによれば、東アジアの達成度が高い一方、インドなどの南アジア、そしてアフリカにおける達成度が低いこと、また、初等教育や、教育に関する男女間の平等は、地域を問わず達成度が高いのに対して、乳幼児や妊産婦の保健に代表される「母子保健」は、どの地域でも大きな問題として残って

\*筑波大学大学院人間総合科学研究科

いることが明らかとなっている。特に途上国では女性が直面する妊娠と出産のリスクに焦点を当てて対策を展開しているが、女性の総合的な健康状態（栄養レベルや HIV 感染の有無）など身体的要因による影響に加え、貧困、格差、女性とその健康への一般的な態度などの社会的要因による影響、女性が分娩時および分娩後のケアを受けられないような、文化的あるいは伝統的慣習もしばしば影響を及ぼしていると報告されている [Unicef 2008]。

本稿では、2010年8月にバングラデシュ農村部で実施した、BRACの融資を利用している女性2名へのインタビューから保健ニーズと対処行動を明らかにし、今後の調査の方向性について検討する。

## II バングラデシュにおける母子保健事情

バングラデシュにおける母子保健の現状をみると、特に5歳未満児死亡率は65%の減少を認め、改善傾向にあることが読み取れる（表1）。しかし WHO が提供する保健指標統計190カ国中58番目と依然高く、引き続き改善に向けた取り組みを展開する必要がある。

表1 バングラデシュの母子保健の現状

〈2015年までの MDG4, 5の達成目標〉

- 妊産婦死亡率の削減：4分の3減少させる
- 5歳未満児の死亡率の削減：3分の2減少させる

	1990年	2008年	2015年 MDGs	日本(2008年)
妊産婦死亡率*	574	322	143	6
新生児死亡率**	94	33	31	1
乳児死亡率**	103	43	-	3
5歳未満児死亡率**	149	54	48	4
合計特殊出生率	4.3	2.7	-	1.37

注：\* 出生10万人あたり \*\* 出生1,000人あたり

出典：[Unicef 2009]

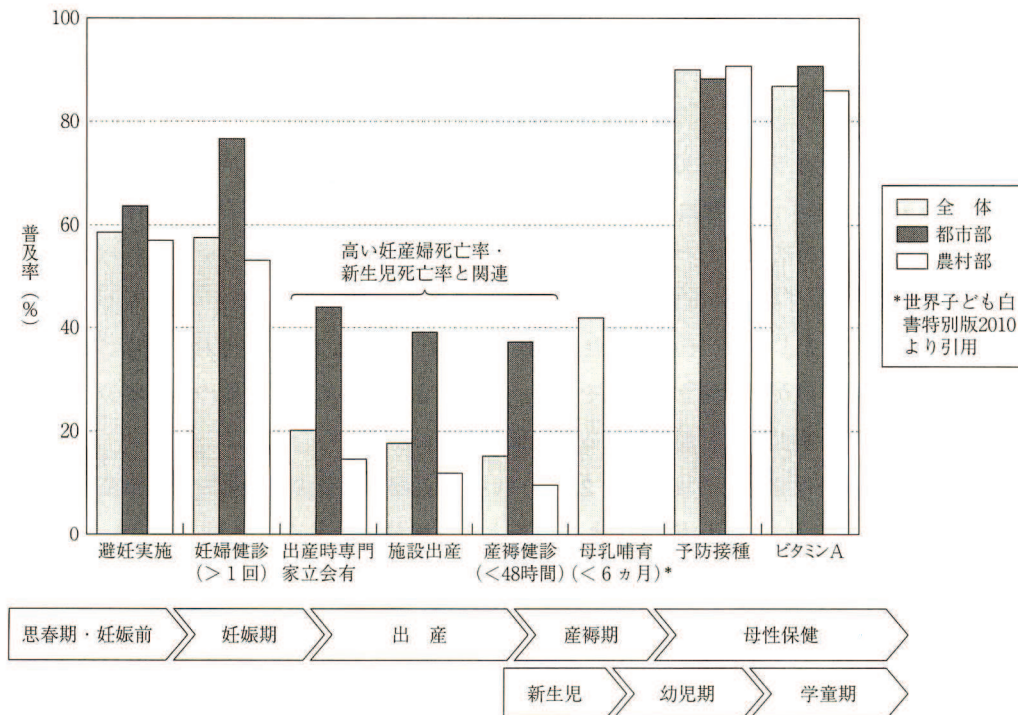
5歳未満児死亡率とは、その国の環境水準を示す指標であり、開発プロセスの「成果」を示すものでもある。とりわけ、妊産婦の栄養状態と保健知識、予防接種や ORT（経口補水療法）の普及水準、母子保健サービス（出産前ケアを含む）の利用可能性、家族の所得と食糧の入手可能性、安全な飲み水と基礎的な衛生施設の利用可能性、そして子どもの環境の全般的安全性が関与していることが分かっている。バングラデシュにおいても予防接種率や経口補水の普及率が高く、その背景としては UNICEF や NGO のコミュニティヘルスワーカーの存在等、非政府系の活動団体の貢献が大きいことが報告されている [JETRO 2010]。

一方、妊産婦死亡率は低下傾向を示しているが MDGs 目標値の2.5倍と高く、その要因としては妊婦健診の継続性と実効性が失われているために、妊産婦死亡や新生児死亡の減少に結びついていないことが指摘されている。また、妊婦の慢性的な栄養不良や健診を受ける行動が宗教行事、農繁期、気候、収入と支出の多い時期、ケア提供者の側の要因によって影響を受けているとの報

告もある [大久保・森 2006]。さらに文化・宗教的背景から平均婚姻年齢および初産年齢が低く、10代で結婚したうちの57%は19歳になる前に妊娠・出産を経験し、その半数は栄養失調状態のため、特に思春期妊婦の妊産婦死亡率は、全体の妊産婦死亡率に比べて30~50%高いことが明らかとなっている [Al-Sabir A 2009]。

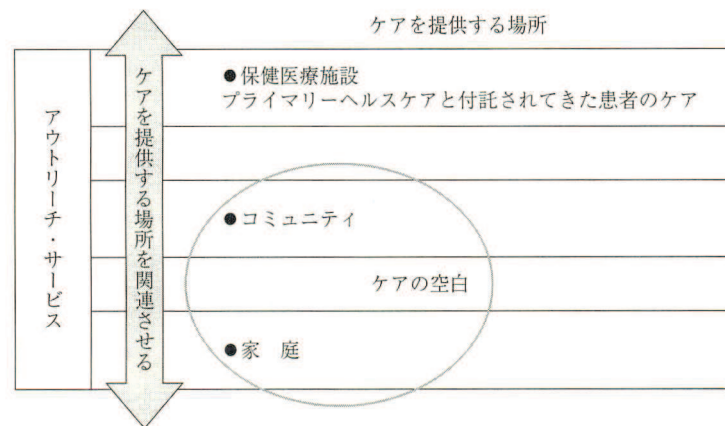
2008年の統計に基づき保健ケアの時期の連続性と、保健サービス利用の実態との関連を示すグラフ (図1) を見ると、バングラデシュでは医療専門家が立ち会う出産が2割で、多くの出産が自宅で親戚や伝統的産婆 (TBA<sup>1</sup>) の助けによって行われている。また、産褥<sup>2</sup>健診も受療率が低く、母子ともに異常の早期発見と対処の遅れにつながり、それが高い妊産婦死亡率・新生児死亡率と関連していることが考えられる。こうしたデータが示すように、妊娠中、出産時、出産後および子どもの乳幼児期に、母親と子どもを対象とする必須サービスを確保する必要性から、特に出産前後こそ、母親と子どもの双方にとって、命を失ったり病気にかかったりする危険性が最も高い時期であるという認識に立って、時期に焦点が合わせられた支援が展開されるようになった (図2)。また、ケアの空白は家庭とコミュニティという、ケアが最も必要とされる場所で生じることが多いという認識から、在宅ケア、コミュニティ・ケア、アウトリーチ・ケア、施設ケアを統合したダイナミックな基礎保健ケア・システムの中で、「場所」に重点を置いた必須サービスの提供を連携させなければならない重要性もうたわれている [Unicef 2008]。

図1 妊産婦、新生児および子どもの健康のための継続的な保健ケア



出典：Utilization of Essential Service Delivery (UESD) Survey 2008 に基づきグラフ作成

図2 必須サービスの提供の連携（場所）



### III BRAC による母子保健活動の展開

BRACの活動はコミュニティに介入していくプロセスにおいて、そのコミュニティにおける文脈と介入内容を連結させる方法をいろいろと考えてきた。地域保健実践の効果を発揮するには当該の地域社会の強い関心と積極的な参加が求められるからである。その方法の一つがマイクロファイナンスであり、貧困解消を目的に貧困層の女性をターゲットに展開されてきた。そうした活動は単に小規模融資にとどまらず、基礎保健、ノンフォーマル教育などが組み合わせられており、村レベルで展開されてきた。その結果、村人は運命論を否定し、自分のコミュニティを分析し、貧困の原因となっている経済と搾取の構造を分析するための枠組みを獲得できるようになりつつある。

BRACの保健プログラムは、30年以上にわたる経験から村の保健や栄養状況に持続的に影響を及ぼすには、保健についての意識化、地域内にある保健のニーズへの対応、所得獲得能力の強化、既存の保健関係施設の活用能力やサービスの要求能力の開発などをコミュニティが行わなければならないことを学び、「ヘルスケア・サービスを届ける」という初期の活動から、「人々に健康への関心を持たせること」へと、その強調点を転換してきた [Lovell 1992]。それは健康に良い、あるいは、悪い行動が何かを理解すれば、そして、選択できるのであれば、他の条件が等しければ人は常に良い行動を選択すると想定される地域保健実践の特性とも合致する。

BRACによる母子保健活動の実績(表2)について、妊婦健診受診率や施設での出産率を指標にバングラデシュ全体の統計(図1)と比べると、妊婦健診受診率は農村部54.1%に対してBRACの支援地域では84.5%と高率である(都市部は同率)。施設での出産は農村部13.3%に対してBRACの支援地域では22%(都市部は40.1%→45%)であり、産褥健診も85%以上と高率であることがわかる。ちなみにBRACの母子保健活動は農村部と都市部では異なった戦略を用いており、都市部においては、出産センターを中心とした母子保健活動(Manoshiプロジェクト)が展開され、現在650のスラムに32か所の出産センターを設置し、24時間体制でUBA(Urban

Skilled Birth Attendant<sup>3)</sup>による出産介助とSS (Shasthya Shebika)による新生児ケアが提供されている。出産費用は無料で、何か異常が起きた時には大きな病院へ搬送するシステムが整っており、必要な対応をしてくれるという安心感から利用率が向上している [Rashid 2009]。

表2 BRACによる母子保健活動実績

	農村部*	都市部**
対象人数	11,250,256	5,699,972
妊婦健診 (> 3回)	84.5%	79%
施設出産	22%	45%
BRAC Delivery Center における出産	-	30%
産褥健診 (> 3回 : 42日以内)	85.4%	93%

注：\* Improving Maternal, Neonatal and Child Survival Project

\*\* Manoshi-Urban Maternal, Neonatal and Child Health Project

出典：BRAC Key Statistics 2010

一方、農村部における母子保健は、ヘルスボランティアの養成が地域と医療施設との連結方法として考案された。これを「ターゲット方式」と呼び、採用された女性ヘルスボランティアを「シャスト・シェビカ」(Shasthya Shebika) と言う。彼女らがヘルスボランティアになるためのトレーニングは4週間の基礎訓練と毎月のフォローアップ教育がベースで、スーパービジョンはシャスト・コルミ (Shasthya Kormi)<sup>4)</sup> や BRAC の保健プログラムの担当者から受けることができる。ヘルスボランティアとしての活動継続のモチベーションとなる収入は、10種類の基本的な薬の販売と、妊婦や結核患者の発見に伴うインセンティブから成り、加えてマイクロファイナンスを利用した経済活動も行うことができるため、女性自身の経済的自立の一助にもなっている [Khan 1998]。ヘルスボランティアは貧困層から選出されるが、今回の調査でインタビューに応じたヘルスボランティアの女性は、自分の住む村の医療の貧しさを改善しようと、この仕事を選んだと胸を張って答えている姿が印象的で、女性たちがいったんエンパワーされると、保健問題の改善に主導権をもってあたることができるようになることを実感した。

こうした BRAC の戦略はある一定の成果を上げているとはいえ、当初の目的である施設分娩率の増加までには至っていない。さまざまな調査が行われているが、主要な要因として、妊婦自身、経過が順調な場合には病院へ行く必要性を感じていないこと、医療施設での出産には多額の費用がかかると思い込んでいること、医療者を頼みたくても近くにいないこと、妊婦や夫以外の家族が出産に関する医療サービスを受けたがらないこと、病院で出産する場合のプライバシー保護の欠如等が報告されている [Pitchforth 2006]。また、出産にかかる経費よりも自宅から遠方の医療施設を訪れる際の交通費や、出産前後の働けない期間の収入の減少によって生じる間接経費の負担感の増大が自宅出産の選好理由として挙げられ、たとえ医療施設で出産をしても出産後6～9時間で生まれた子どもを連れて自宅へ帰っていくのが現状である [Khan 2009]。バングラデシュでは総人口の4分の3と貧困層の75%が農村部で生計を維持している実態からも、人々が自分の生活を構成しようとする積極的行為者であるとの前提に立てば、バングラデシュ農村部に暮らす人々にとって、健康は最高の優先課題とは限らず、同程度かそれ以上に重要な他の優先事項との

競合関係にあることが推察される。

#### IV バングラデシュ農村部に暮らす女性の保健ニーズと対処行動

そうした現状を踏まえて、バングラデシュ農村部に暮らす女性が認識している保健ニーズの内容と対処行動を、2010年8月4日、5日に実施したインタビューデータに基づいてみていくことにする。インタビュアーは筆者で、英語から現地語への通訳にはBRAC大学卒業生の女性が担当した。場所はBRACのマイクロクレジットを利用している女性2名の居住する村のBRACオフィスでおおよそ1時間のインタビューを実施した。

##### 〈Aさんの場合〉

Aさんは40代半ばで、夫(70代)、息子(30代前半)、嫁(不明)、孫(5歳)の5人暮らしである。夫は農業を営み、Aさんは2006年よりBRACの融資を受けて牝牛を1頭購入し、ミルクを売って収入を得ている。近いうちに融資額を引き上げ、2頭の牝牛を購入する予定である。

6人姉妹のAさんは「姉妹が多かったために早く嫁に行かされた」と、同じ村に住む現在の夫と13歳で結婚したのち、15歳で長男を産んだ。「長男は夫が農作業に出ている間に自宅で1人で産んだ。生まれた赤ちゃんの手当では自分の姉妹の世話を通して知っていた」という(現在同居する長男のお嫁さんが出産する際には「自分が(孫を)取り上げた」とのこと)。その後2人の女兒を産むが<sup>5</sup>、第2子である長女は「ある朝、気づいたら息をしていなかった」と生後3カ月で亡くしており、その後「(自分の)体調が悪く、IUD<sup>5</sup>を4～5年使用」し、長男出産から9年後に二女を出産した。

家族の健康に関連したエピソードには、子どもたちの予防接種と、「去年、家族全員が水痘にかかった」こと、夫は年相応の健康状態であること、Aさん自身は胃の調子が悪いことを挙げていた。家族に健康問題が起きた時には「病院に行けば最低200タカを即日支払わなければならないが、ヘルスボランティアであれば無料で薬を手に入れることができるし、どのように対処したら良いかを教えてくれる」と対応について語った。

##### 〈Bさんの場合〉

Bさんは40代後半で、夫(50代)、娘2人(15歳、13歳)、息子(8歳)の5人暮らしである。結婚当初、夫は日雇い労働者であったが、Bさんが1980年にBRACからの融資と自己資金とを合わせてリキシャを購入した。その後、夫婦で商売を拡大し、現在はリキシャガレージを経営している。また、ガレージ経営以外にBさんは織物職人として7～8年勤めた経験がある。現在は「年頃の娘の世話をするため」に仕事を辞めて、家事に専念している。

Bさんは7人兄弟で、現在の夫と13歳で結婚した。結婚してから第1子を産むまでの期間はおおよそ20年と推定される。長女を妊娠した時、「ヘルスボランティアから、妊婦健診を受けなくちゃいけない」と勧められ、私立病院で妊婦健診を受けていた。出産は自宅で行い、「出産後は義母と実母が世話をしてくれた」という。長女を出産した2年後に二女を、その5年後に長男を出産した。

家族の健康に関連したエピソードは、子どもたちの予防接種、現在健康問題を抱える家族はいないこと、Bさん自身は去年胃の調子が悪く、私立病院で検査を受け、胃がんの診断により手術を受けたこと、さらに胃がん手術の際には「自分から医師に相談」して不妊手術<sup>6</sup>を受けたことを語った。

## V 考察

2人の語りの中で、保健ニーズが生起したと思われるエピソードに共通して登場したのは「子どもの予防接種」であった。バングラデシュにおける予防接種の実施率は他の途上国に比べて高く、国によるキャンペーンの実施や予防接種カードによって子ども一人ひとりを追跡できるようなシステムティックな対応策がとられているため、子どもをもつ母親たちの認知も高かったことが推察される。

そのほかのエピソードとしては、Aさんは家族全員が水痘に罹患した時のこと、Bさんは第1子の妊娠時と自分自身の胃がんの治療経緯についてであった。その中で注目すべき事柄は、2人とも健康希求行動を起こすきっかけや対処行動の選択に影響を与えた要因として、ヘルスポランテア存在を挙げたことであった。これは彼女たちが住むコミュニティにおいてヘルスポランテアの役割が認知されていることを示していると推察される。また、住民の健康ニーズへの対応としてヘルスポランテアへの相談が有益であるとの認識や、妊婦健診の受療行動のきっかけにヘルスポランテアが介在している事実から、農村部コミュニティにおけるBRACの活動が地域住民の健康に対する意識や行動に影響を及ぼしていることが今回の調査によって確認された。

一方、母子保健の観点から見逃せないエピソードも存在していた。それは、思春期に第1子を自宅で出産したAさんは介添え者がいない出産経験をしていたこと、さらに子どもを亡くす経験をしていたこと、Bさんは、妊婦健診を受けていたにもかかわらず自宅出産を選んだことであった。今回のインタビューでは、自宅出産を選んだ過程について詳細に聞けなかったが、バングラデシュ農村部で施設分娩率が低い事情が垣間見えた。医学的アプローチに頼っている母子保健の専門家にとって、こうしたエピソードだけを見れば安全性を欠いた回避すべき事態と映り、医療サービスの普及を急ごうとするだろう。しかし、貧困層の人々にとっては当たり前の選択をただけであり、両者のニーズには大きな隔たりが存在しているように思われる。こうしたギャップを克服する戦略としてWHOは「地域社会のヘルスケアへの参加」を呼びかけ、当事者である女性を政策の立案過程に参加させることを推奨している[Wagner 1994]。さらに、同じニーズを持つ者(専門職以外の一般市民)が集まって経験を話し合い、お互いに支援しあうセルフヘルプ(自助)と助け合い(互助)のアプローチが、公的医療サービスを補完する効果を発揮することも証明されている[Wagner 1994]。互助活動は大きな社会運動に発展することもある重要な草の根のプロセスであるが、医療の世界ではまだ一般的ではない。自助あるいは互助活動は医療専門家や政府機関によって規制してはならず、その効果を確実にするためにこれらの活動グループに対して積極的に協力・支援を行わなければならないことが謳われている[Wagner 1994]。その場合、互いに尊重しあい微妙なバランスを保つ必要があり、特に医療従事者が一般市民の果たす役割の価値を認めることが重要である。

以上を踏まえて志向される研究課題は、BRACが展開するボトムアップの事業展開と母子保健

に関連するコミュニティの自助・互助活動との関係性を明らかにすることであり、次年度以降は現地での調査を通して個人、家族、地域社会との関係でそれぞれのエンパワーメント過程を描出することを試みたい。

## VI おわりに

BRACの農村開発プログラムとパッケージで展開された保健活動は、5歳未満児死亡率の低減に大きなインパクトを与えた。しかし、バングラデシュではいまだに年間1万2000人以上の女性が出産中あるいは出産後に命を落としている。こうした現状に対しBRACは産科救急システムを整備し、安全な出産環境の確保の強化を図っているが、農村部では未だに経済的困窮による大きな壁が立ちだかっている。また、地域住民の医療施設への不信感も見逃せない課題であり、医療の価値が受け入れられるには解決すべき課題が山積している。

MDGsの目標達成期限まで残すところ5年を切った今、新たなリプロダクティブ・ヘルズ戦略、特にMDG5「妊産婦の健康の改善」という目標達成のための施策を再検討することは喫緊の課題である。今回のインタビューを通して実感したことは、医学モデルが必ずしも女性や子どもたちの命を保証する唯一の手段とはなりえないことである。ただ出産の医療化を推し進めるのではなく、文化的慣習の尊重や個人と家族の権利、女性が選択する権利、プライバシーと身体の尊厳の保障、出産を尊重される権利が守られて初めて、女性自身の自尊感情が高まり自律性が発揮できるのだと考える。そうした観点からBRACが今後、どのような支援を展開していくのか、関心をもって動向を見守りたい。

### 〈註〉

1. 伝統的産婆(Traditional Birth Attendant)とは、出産時に母親に付き添う人であり、独自の経験、あるいは他の伝統的産婆に弟子入りすることによって出産助産技術を身につけた人であり、コミュニティでの妊娠、出産、産褥期のケア提供者である。専門的に教育された医師や助産師のような保健医療専門職者とは異なり特に資格はない。
2. 産褥期とは分娩が終了し、妊娠・分娩に伴う母体の生理的変化が妊娠前の正常な状態に回復するまでの期間をいい、その期間は6～8週間であり、その期間にある婦人を褥婦(じょくふ)という。
3. 都市部で活動するSBA(Skilled Birth Attendant)のことをいう。SBAとは専門の技能を持つ分娩助産者を指し、医師、助産師、看護師等のように、正常な妊娠・出産・産褥期において、その管理に必要な熟練した技術を修得した者であり、社会的に認められ、妊産婦や新生児の異常時の管理、緊急移送など、ヘルスプロフェッショナルとして公認された者である。
4. シヤスト・コルミ(SK)は10年の基礎教育と保健医療の専門教育を修めた保健医療従事者をいう。
5. IUDは子宮内避妊具、リングなどとも呼ばれる。子宮内にポリエチレンなどでできた小さな器具をいれ、主に精子と卵子の受精を妨げたり、着床を防いだりすることによって避妊ができる。バングラデシュでは出産後の避妊カウンセリングを受けた人のうち、10～15%がIUDを受けると報告されている。
6. 不妊手術は男性の場合、精管(精巣から精子を運ぶ管)を切除して縛る方法がある。女性の場合は卵巣から卵子を子宮に運ぶ卵管を切断して縛る方法がある。ちなみにバングラデシュの母子保健研究所(MCHTI)では、女性が卵管結紮を受けた場合500TK(1TK=1.27円)とサリーがインセンティブとして



支給される。

#### 〈参考文献〉

日本語

大久保麻矢・森淑江 (2006) 「バングラデシュ農村部の妊婦健診の分析と今後の課題」北関東医学会『北関東医学』第56巻第3号。

JETRO (2010) 「バングラデシュの保健・医療分野における課題・潜在ニーズ」。

英語

Al-Sabir A, Sultana S, Bhadra SK, Alam MA (2009). *Utilization of Essential Service Delivery (USED) Survey 2008*, Dhaka, National Institute of Population Research and Training (NIPORT).

Khan MNU, Quayyum Z, Nasreen HE, Ensor T, Salahuddin S (2009). *Household Costs of Obtaining Maternal and Newborn Care in Rural Bangladesh: Baseline Survey Reserach Monograph Series No. 43*, Dhaka, Research and Evaluation Division.

Khan SH, Chowdhury M, Karim F, Barua MK (1998). "Training and retraining Shasthyo Shebika: reasons for turnover of community health workers in Bangladesh", *Health Care Superv.*, 17 (1).

Lovell, Catherine H. (1992). *Breaking the cycle of poverty: the BRAC strategy*. Dhaka, University Press (キャサリン・H・ラヴェル『マネジメント・開発・NGO : 「学習する組織」BRACの貧困撲滅戦略』(久木田由貴子・久木田純訳) 新評論, 2001年).

Pitchforth E, Teilingen EV, Graham W, Doxon-Wooids M, Chowdhury M (2006). "Getting women to hospital is not enough: a qualitative study of access to emergency obstetric care in Bangladesh", *Qual Saf Health Care*, 15.

Rashid S, Nasreen HE, Sarker MA (2009). *Factors Influencing Utilization of Manoshi Delivery Centers in Urban Slums of Dhaka - BRAC Research Report December 2009*, Dhaka, Research and Evaluation Division.

Unicef (2009). *The state of the world's children: celebrating 20 years of the Convention on the Rights of the Child: statistical tables. (Special ed.)*, New York, Unicef (『世界子供白書 特別版 2010 : 「子どもの権利条約」採択20周年記念』(平野裕二監修, 日本ユニセフ協会広報室訳) 日本ユニセフ協会 (ユニセフ日本委員会), 2010年).

Unicef (2008). *The state of the world's children 2008 Child Survival*, New York, Unicef (『世界子供白書 2008 : 子どもの生存』(平野裕二監修, 日本ユニセフ協会広報室訳) 日本ユニセフ協会 (ユニセフ日本委員会), 2008年).

Wagner, Marsden (1994). *Pursuing the birth machine : the search for appropriate birth technology*, Camperdown, ACE Graphics (マースデン・ワーゲナー『WHO 勧告にみる望ましい周産期ケアとその根拠』(井上裕美・河合蘭監訳) メディカ出版, 2002年).

Stay Informed: Key Statistics (2010). BRAC AT A GLANCE, <http://www.brac.net/content/stay-informed-key-statistics>, BRAC Communications, 2010年10月25日.