

Ann. Rep. Asahikawa
Med. Coll.
1995. Vol. 17, 39~49

途上国におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツ — バングラデシュの避妊と中絶を中心として —

松 岡 悦 子

はじめに

世界中で妊娠・出産によって死亡する女性の数は年間約50万人と言われ、その99%は発展途上国で起こっていると言われる。この年間50万人という数は、250人乗りの飛行機が4時間おきに墜落するのに等しい数でありながら、それほど関心を持たれることなく終わっている。また、途上国では15~49歳の女性の死亡率の25%が妊娠・出産によるものに対して、アメリカ合衆国ではその年齢層に占める妊産婦死亡の割合はたった1%である。¹ このような高い死亡率を見る限り、途上国でリプロダクティブ・ヘルスが実現されているとは言い難い。そしてこのような高い死亡率の背景には、貧困、栄養状態の悪さ、文盲、病院へのアクセスがないこと、医療物資の不足、不適切な医療行為などがあるとされている。² WHOでは、途上国の女性をめぐるこのような状況に対して、近年 safe motherhoodということばを用いて、妊産婦死亡率の低下に力を入れている。また、1978年にWHOから出されたアルマータ宣言では、プライマリーケアの担い手として途上国の伝統的産婆(TBA: Traditional Birth Attendant)を活用する方針が出された。TBAが地域の女性たちに受け入れられ、尊敬されていることに注目し、TBAに医学的な再教育を施して、彼女らを通して女性に栄養や健康維持の知識を普及しようというのである。³ このように近代医療の立場からは、リプロダクティブ・ヘルスを母子保健の課題としてとらえ、母子の死亡率を下げるのが急務だと考えられている。つまり、先進国と比べて途上国の母子の死亡率が高いのは、貧困や文盲、近代医療の未整備などの不十分な近代化のせいであるから、途上国の健康状態を先進国に近づけるためには、途上国の社会全般の近代化を推し進めなければならないというのである。

また同時に、高い妊産婦死亡率を生み出す母体の側の要因として指摘されているのが、高齢(35歳以上)、5人目以上の出産、やみ中絶の影響である。このような母体の側の問題を解決する上では、避妊による妊娠・出産の調節が不可欠になってくる。すなわち、カップルおよび個人が「自由にかつ責任をもって子どもの数と出産間隔および産む時を決めること、そのための情報と手段を得ること、および最高水準のリプロダクティブ・ヘルスを得ること」⁴ と定義されるリプロダクティブ・ライツが途上国の女性に保証され

れば、母子の死亡率もぐっと減ることが予想されるのである。また国連でも、母子の高い死亡率を補完するものとして高い出生率があり、それが人口や環境問題に結びつくとの認識から、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの重要性が言われるようになってきた。しかし、女性が自分の産む子どもの数や間隔を自由に決めたり、安全な避妊や中絶サービスを受けられるためには、女性の主体性が尊重されるような平等な男女関係と、女性に対する配慮が社会の中になければならない。しかし、現実には途上国の多くの女性が教育を受けることもなく、早婚で自ら意志決定できる立場にないということから、リプロダクティブ・ヘルスの実現のためには、まず何よりも女性が力をつけることが重要だと指摘されるようになってきている。このように、女性の主体性を中心に据えてリプロダクティブ・ヘルスを考えていこうとするのがフェミニズム的視点と言えるであろう。

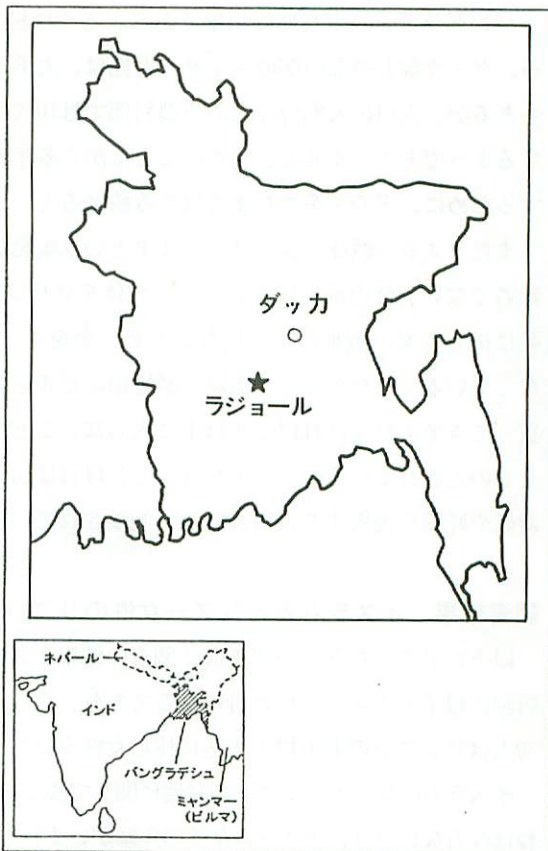
またこれらの見方に対して文化人類学では、途上国のリプロダクティブ・ヘルスが先進国と比べて劣っていると遅れている、あるいは途上国の女性は差別されているというような価値判断を下さない。そして、途上国のリプロダクションにまつわる習慣のなかには、近代医療の視点からは有害なものや、フェミニズムの立場からは差別的なものもあるかも知れないが、それらの習慣を迷信や無知の現れ、差別の象徴と見なして変革しようという強い態度はとらない。文化人類学では、途上国の伝統的な妊娠・出産にまつわる習慣をあるがままに記述し、それらを文化として尊重するという立場をこれまでとってきた。

本論では、途上国のリプロダクティブ・ヘルスを考えるにあたって、このような近代医療の母子保健の立場、フェミニズムの立場、文化人類学の立場のいずれもが不可欠であるとの前提にたって、途上国の一つである Bangladesh のリプロダクティブ・ヘルスの状況をみていきたい。ここではその中でも避妊と中絶に的を絞り、妊娠・出産については別稿で扱うこととする。

調査地：ラジョールのGUP

1994年3月から4月にかけての2週間と、同12月から1995年の1月にかけての約1カ月間、主として Bangladesh のラジョールという地域 (Thana) で調査を行った (地図を参照)。ここはGUP (People's Development Effort を意味するベンガル語 Gono Unnayan Prochesta の略) という Bangladesh のNGOのプロジェクト地域になっており、GUPでは保健医療プロジェクトとして妊婦検診や予防接種、TBAの再教育、家族計画の普及などを行っていた。GUPが対象としていたのは33個の村であり、1村 (gram) 1,000人とすると約33,000人がGUPのプロジェクト地域に住んでいることになる。またGUPの敷地内にはクリニックと子ども病院があり、母子で入院できるように12ベッドが用意されていた。さらに、人口約20万人のラジョール・タナには、政府の病院 (ベッド数31床) もあった。

私はGUPの施設で寝泊まりしながら、通訳の女性といっしょに村に出かけ、村の女性たちやTBAに避妊・妊娠・出産などプロダクションに関する質問を行った。村の人々にとってGUPは大切な働き口であり、医療や行政を行う機関であり、一種の権力機構であった。もちろんNGOであるGUPは、村の人々の健康増進、教育の普及、経済的自立などを願って活動しているのであるが、GUPが村で大きな力を発揮するというは、とりもなおさずその力が村人にそれと認められているということである。したがって、私がGUPに寝泊まりして、GUPのワーカーといっしょに行動し、聞き取り調査を行ったことは、村の人々にとってある種の強制力を持つことになったであろう。年齢、夫の職業、避妊法などに関する質問に村の人たちが答えてくれたのは、このような強制力のゆえであったかもしれない。



バングラデシュの母子を取りまく社会状況

バングラデシュでは出産の95%は自宅で行われ、残り5%が病院やクリニックで行われている。母子に関する死亡率を日本と比較すると、表1のようになる。バングラデシュは途上国のなかでも、最も貧しい国の一つであり（一人当たりGUP199ドル、平均寿命51.8歳、識字率35.3%）、⁵ 母子の死亡率も非常に高い。バングラデシュではイスラム教徒が人口の87%、ヒンズー教徒が12%を占め、残りがキリスト教徒や仏教徒となっている。

表1. バングラデシュと日本の母子保健に関する死亡率の比較

	妊産婦死亡率 (出生10万対)	新生児死亡率(4週未満) (出生千対)	乳児死亡率(1歳未満) (出生千対)	5歳未満児死亡率 (人口千対)
バングラデシュ	600	73	90	132
日本	8.8	2.4	4.5	1.2

日本は1992年の数値（5歳未満児死亡率のみ1990年のもの）

Bangladesh の女性は早婚である。とくに村の女性は現在でも13、4歳で結婚している。ダッカなどの都市部の高学歴の女性は、大学院を卒業してから20代後半で結婚する例もあるが、人口の大部分を占める農村部では10代の前半、ちょうど初潮と相前後して結婚するようである。すると、当然のことながら多産となる。また、女の子より男の子を尊重するために、男の子を産むまでは産み続けるという状況が見られる。⁶

またイスラム教徒の間では、パルダという規範があり、これは「成人した男・女は、近親者でない異性の成人に互いの顔や肢体を見せないようにする」⁷ もので、女性はこの規範に従って家の敷地内から出ないため、金をもらう仕事や買い物をするのは夫の役目となっている。したがって、市場で避妊用のピルを買いたくても夫に頼まねばならず、夫が買って来てくれないければピルは手に入らないことになる。さらに、結婚した女性は夫に従うものとされているので、夫が許可しなければ病気の治療を受けることもできず、まして避妊や妊娠を選択する自由は大きく制限されている。

調査結果：イスラムとヒンズー女性のリプロダクション

以下に51人の女性への聞き取り調査の結果をあげる。このうち12人は、GUPの子ども病院に母子で入院していた母親たちであり、全員イスラム教徒であった（表2）。あとの39人はヒンズーのある村の集落に住む女性全員である（表3）。

イスラムの女性とヒンズーの女性に関して表2、表3のような結果を得たが、断っておかねばならないのは、イスラム女性の年齢がいずれも推測だということである。年齢を聞かれると、どの女性も一様に戸惑い、まわりの人々を見回して「誰か私の歳分かる？」と言いたげな表情をする。そして、例えば「大洪水のあったときに私が生まれたらしい・・・」

表2. イスラムの女性（12人）

	年齢 (歳)	結婚 年齢 (歳)	結婚時の メンス	生存児の数 ()内は死んだ子供の数	避妊法と 副作用	学校へ行 った経験	夫の職業
1	28	13	なし	5	コンドーム	なし	日雇い
2	26	13	なし	5	していない	なし	ジュート刈り
3	32	14	あり	4(1)	ピル、吐き気	なし	乞食
4	30	13	なし	3(2)	していない	あり	バン引き ⁸
5	21	13	なし	2	妊娠中のためしていない	なし	日雇い
6	22	14	なし	4	していない	なし	農業
7	14	13	あり	1	していない	なし	メッセンジャー
8	22	15	あり	2(1)	ピル	なし	屋根葺き
9	27	13	なし	4(1)	注射	なし	荷物運び
10	15	14	あり	1	していない	なし	日雇い
11	22	13	なし	3(1)	妊娠中のためしていない	あり	農業
12	20	14	なし	3	していない	なし	舟渡し

表3. ヒンズーの女性(39人)

	年齢 (歳)	結婚 年齢 (歳)	結婚時の メンス	生存児の数 ()内は死んだ子供の数	避妊法と 副作用	学校へ行 った経験	夫の職業
1	36	14	あり	4(1)	卵管結紮、腹痛	あり	物売り
2	36	14	?	3	卵管結紮、めまい	あり	日雇い
3	23	15	なし	2(1)	していない	なし	日雇い
4	20	16	あり	1	ピル、めまい	あり	日雇い
5	21	16	あり	2	していない	あり	教師
6	22	17	あり	1	していない	なし	日雇い
7	36	13	あり	5	卵管結紮、頭痛	なし	無職
8	41	15	あり	5(1)	卵管結紮	なし	農夫
9	?	13	あり	5(1)	卵管結紮	なし	カラシ油しぼり
10	20	15	あり	2	していない	あり	カラシ油しぼり
11	58	13	あり	4(5)	していない	なし	無職
12	?	12	あり	5	卵管結紮	なし	機械工
13	45	12	なし	7(1)	していない	あり	?
14	26	13	あり	4	ピル、めまい	あり	?
15	38	15	あり	4(3)	卵管結紮、めまい	あり	?
16	42	13	なし	4(1)	していない	あり	?
17	35	16	あり	4	卵管結紮	あり	?
18	19	17	あり	0(1)	していない	なし	日雇い
19	35	15	あり	2(4)	卵管結紮	あり	カラシ油しぼり
20	35	15	あり	4(1)	卵管結紮、頭痛	なし	日雇い
21	39	16	あり	3	卵管結紮、めまい	なし	日雇い
22	18	16	あり	1	していない	なし	日雇い
23	32	16	あり	4	していない	なし	日雇い
24	31	16	あり	5	卵管結紮、骨の痛み、腹が腫れる	なし	?
25	17	15	あり	0	していない	あり	?
26	29	13	なし	4(1)	していない	なし	日雇い
27	30	14	あり	4	卵管結紮	あり	工場の支配人
28	20	17	あり	1	注射	あり	?
29	?	17	あり	0(2)	妊娠中のためしていない	あり	機械工
30	?	15	あり	0	していない	あり	機械工
31	?	15	あり	0	していない	あり	?
32	38	14	あり	5(1)	卵管結紮	なし	カラシ油しぼり
33	30	20	あり	2	注射	なし	機械工
34	27	17	あり	1(1)	妊娠中のためしていない	あり	機械工
35	?	16	あり	?	卵管結紮	なし	農夫
36	43	6	なし	3	夫死亡のためなし	なし	夫死亡
37	?	10	なし	5(1)	卵管結紮、頭痛	なし	カラシ油しぼり
38	?	15	あり	4(1)	卵管結紮	なし	農夫
39	老齡	?	?	0	夫死亡のためなし	なし	夫死亡

とか「戦争のあった前の年にこの子が生まれて、いやその前の年だったかな・・・」と話しがぐるぐる回って、そのうちにどこかに落ち着く。まわりの人たちが「いやそうじゃないでしょ。あの時あなたは・・・」と口を挟むこともあり、そうやっておおよその年齢が皆の合意の得られた所に定まる。自分の体験を何年という数字ではなく、大洪水や戦争などの大きなできごとと結びつけて記憶していて、それらの大きなできごとが人々に共有される記憶となっているようだ。そこで私はたいていの場合、年齢を推測するために、第一子の年齢を尋ね、結婚したときにメンスがあったかを尋ね、結婚後どれぐらいで第一子が生まれたかを尋ねて計算した。どの女性も結婚後何年たって第一子が生まれたかは覚えており、仮に結婚後1年で子供が生まれ、その子が今8歳だとすると、結婚してから9年たったと考える。そして結婚の時にメンスがまだなく、結婚して間もなくメンスが始まったと言えば、初潮をだいたい14歳と想定して、14歳で結婚して9年たったから現在23歳ぐらいだろうと推定した。この表2の年齢はすべてそのようにして計算したものである。

従って正確ではないことを断った上で表をみると、イスラムの女性は初潮が始まる前後に結婚することが多く、平均結婚年齢は13.6歳であった。ヒンズーの女性はそれより少し遅く、平均14.7歳であった。イスラムの女性では学校へ行ったことのある人は12人のうち2人だけであり、その2人のうち1人は学校へ行きはしたが、自分の名前も書けないと答えていた。それに対してヒンズーの村では、学校へ行ったことがあるのは39人のうち16人とイスラムより多くなっていた。このような違いはイスラム教徒とヒンズー教徒の社会的立場の違いであるかも知れないが、あるいは子供病院に入院していたということから、イスラム女性たちは病気の子供をもつ貧しい母親たちが大半だったからとも言えるであろう。貧しく、教育がないと、それだけ子供は病気にかかりやすいと考えられる。また偶然かどうか、子供病院に入院していた12人の子供たちは、全員男の子であった。

子供の数については、まだ産み終えていない若い女性もいれば、もう産み終えた人もいるので、この表からイスラム女性とヒンズー女性の子供数を比較することはできない。同様のことは避妊法についても言えるのだが、ヒンズー女性の場合は卵管結紮という不妊手術を受けている人が多いのに対して、イスラムの女性のなかには不妊手術をしている人は1人もいなかった。イスラム教徒が避妊を好まないことは知られているが、とくに不妊手術に関しては抵抗が大きいものと思われる。インドでイスラムとヒンズーの2つの村を調査したP. Jeffery, R. Jeffery & A. Lyonによっても、やはり結紮手術に対してはイスラムの人々はヒンズー教徒よりずっと大きな抵抗を示すことが述べられている。⁹

また、ヒンズーの女性たちでピルを飲んだり卵管結紮を受けた人の多くが副作用に悩まされている。身体が火照って冬でも毛布から足を出さずにはおれないという人や、ひどい頭痛で薬がないと眠れないという人、腹が腫れてくるという人などほとんどの女性が何らかの苦痛を訴えていた。表には一つの症状しかあげていないが、実際にはほとんどの人が

複数の症状を述べていた。このような副作用のあることを事前に知らされていたかと女性たちに尋ねると、誰もが知らされなかったと答えていた。「でも、子供をもう産みたくないのだから仕方がない」と言う人もいた。このヒンズーの村に避妊を勧めたGUPのワーカーに、副作用のあることを知っていたかと尋ねると、彼女も知らなかったと答えていた。

避妊をめぐる言説

ラジョール・タナの政府病院で、女性に行われる卵管結紮と男性に行われるパイプカットの数を尋ねたところ、1993年の1年間に卵管結紮は30件あったのに対して、パイプカットはゼロであった。またいくつかのNGOを訪れたときに、あるNGOの男性ワーカーに不妊手術の男女比のことを尋ねると、そのワーカーは真顔で「男性は不妊手術を受けることはできない」と答えた。「なぜなら、もし男性が手術を受けて後で体力が弱ったり、副作用がでて働けなくなったりしたら、一家が生活していけなくなる。でも女性は家にいて家事をするだけだから、副作用がでて問題ない」と彼は真剣な表情で説明した。男性が手術を受けると身体が弱くなるという考えはあちこちで聞かれた。女性たちも「男性に受けさせるわけにはいかない。もし身体が弱って働けなくなったら大変だから」と答える。同様のことは先ほどのP. Jefferyらの本でも明らかにされており、男性が不妊手術を受けると体力が弱って働けなくなるという噂や恐れは、男女を問わず広く共有されているようである。

ここには、「避妊は女性がすることで男性のすることではない」という考えを正当化するための言説が見られるが、これは外でお金を稼げるのは男性だけというイスラム社会の規範と相まって、社会全体で男性を避妊の責任から解放する役を果たしている。その点に関しては、男女の平等、女性の自立を説くNGOのワーカーたちも例外ではなく、「男性が不妊手術を受けないのは、男女の不平等のせいなどではなく、現実には男性が働けなくなると困るからだ」と考えているようであった。だが仮に不妊手術の副作用が男女いずれにもあるとしたときに、女性にはその副作用が出てかまわないという考え方は、この社会における明らかな男女の力関係を示している。そしてこの力関係は、先進国と途上国の関係に移し変えられたときに、次のようなことばとなってあらわれる。それは、先進国では認可されていない危険な避妊注射をなゼインドの女性にするのか、と女性たちが問いつめたときに医師が発したことばである。その医師は、「欧米の女性は副作用があると言うから彼女らには使えないけれど、途上国の女性は頑強で多少の副作用は我慢できるから問題ない」¹⁰と述べたのである。先進国対途上国という関係において、先進国の女性を優遇するため言説は、途上国での男性対女性の関係で男性を優遇するときの言説とほとんど同じである。実はいずれの場合も、使いたくても反発が強く使えない男性や、先進国の女性を見逃して、言いなりになる途上国の女性に避妊を行おうということである。そのように

考えれば、途上国の女性は男性からも、また先進国の女性からも二重に抑圧された存在と
いうことになる。

中絶をめぐる言説

Bangladesh はイスラム教徒の国であり、中絶は禁止されている。しかし、最終月経
から45日以内の妊娠を避けることは中絶ではないとされ、MR (menstrual regulation)
と呼ばれ、行われている。ラジョールの政府病院では、月平均10件のMRを行うとい
うことであった。このMRを行うのは、10週間の訓練を受けてやり方を学んだMOMCH-FP
(Medical officer of Maternal Child Health - Family Planning) と呼ばれる人たちで
ある。また、FWV (Family Welfare Visitor) と呼ばれる女性が家にやってきて、妊
娠した女性の自宅でMRを行うこともあるそうだ。¹¹ あるいは、夫や姑に見つからないよ
うに、妻は実家に帰ってMRをしてもらったり、IUDを挿入してもらったこともあるよ
うだ。¹²

P. Jeffery らの前出の文献によれば、胎児に魂が入り子宮に根を下ろすまでは中絶で
はなく、遅れたメンスを呼び戻すだけのことと考えられているらしい。メンスを正常に戻
す (regulation) という表現がそのことを語っている。この45日以内という期間は、あ
る人によれば60日以内であったり、また10週以内と言われることもある。いずれにしても、
その期間内は胎児の存在を考慮する必要はないから中絶ではなく、メンスの問題として解
決できるということのようである。確かに妊娠初期の段階では簡単な処置で妊娠を止める
ことができるという点で、MRはもっと複雑な処置を要求する中絶とは手技の点で異なる
かもしれないが、妊娠を終わらせるという点では医学的に中絶と同じである。だが、宗教
的にMRを中絶とは別物と説明することで、国家的目標である人口抑制策と、中絶禁止を
謳うイスラム教との軋轢をうまく回避しているといえる。

国家目標としての家族計画

短時間のBangladesh での滞在中に見たテレビのなかで、最も耳に残り、よく覚えて
いるのは避妊用ピルのコマーシャルであった。なぜ記憶に残るのかといえば、おそらくBa
ngladesh の人々の生活とはあまりにかけ離れた近代的な生活が、美しい音楽とともに
描かれていたからのような気がする。女性が袋に一杯の食料品を買って帰ってくる、隅々
まで清潔な部屋、その部屋の植木に水をやり、笑顔で夫を迎え夫と楽しい食事をし、とい
う先進国では当たり前の生活が、Bangladesh では途方もなく近代的な生活に映る。そし
て最後にピルの絵が出て、幸福な生活とピルが人々の意識の中で結びあわされることなる。

これとは対照的に、政府広告で人が多すぎて国が潰れる場面をイメージさせるコマー
シャルもあった。「人口が少なければ幸せになれる」「人が多すぎるのがこの国の最大の

問題」という政府広告がテレビで毎日繰り返され、バングラデシュの知識階層は人口問題こそバングラデシュの最大の問題と信じている。「夫婦に子供は2人まで」という国家目標は、バングラデシュの切実なスローガンになっているようだが、その目標のために女性のみが副作用に悩むということであれば、問題は大きい。

リプロダクションに反映された力関係

バングラデシュで使われているデポプロベラなどの避妊注射は1回打つと3カ月間有効とされ、ピルのように毎日飲む必要もなく、コンドームのように夫に頼る必要もなく、何よりも避妊していることを夫や姑に気づかれにくい点、最大のメリットとされている。しかし、デポプロベラのようなプロゲステロンホルモンを利用した避妊法は、さまざまな副作用が指摘されており、アメリカやイギリスでは認可されていない。また、副作用の一つとして不正出血があるが、出血を汚れと見なすインドやバングラデシュにおいては、予期できない出血は日常生活の大きな妨げになっている。さらに、このようなホルモン剤を使うときには、定期的に医師の検査を受ける必要があるのに、基本的な医療すら行きわたらない途上国で定期的な医師の検査など現実にはありえない。従ってこのような避妊薬を途上国で用いることは、先進国以上に危険な事態をひきおこすとされる。何よりも、途上国の女性たちが避妊注射の副作用や危険性を何も知らされずに選択させられている状況は、リプロダクティブ・ライツからはほど遠いと言わねばならない。

Cary LaCheenは、西欧では避妊は女性解放に貢献したにもかかわらず、途上国においてはむしろ女性の自由を奪うような形で用いられていると述べている。途上国では、女性本人がコントロールできないような避妊法（例えば埋め込み式のノアプラントは、専門家が埋め込み、専門家に抜いてもらわねばならない）が好んで用いられ、IUDの紐を切って女性が勝手に出しにくいようにしたり、副作用の情報をあえて伏せたりして、女性の自由な選択を妨げてきた。またこれとは逆に、避妊をした人には就職先を斡旋したり、教育機会を与えたり、出生率の下がった地域には道路を作るなど、強制力と動機付けの両方を組み合わせて、人々の自由な選択を阻んできた。¹³

避妊法が女性の自由を増すように使われるかどうかは、避妊そのものの問題であるよりは、政治的な力関係の問題であろう。先進国と途上国、男性と女性、多国籍企業と消費者といった明らかに力関係の優劣がある場において、途上国の女性は力のあるものにとって都合の良い避妊法を選択させられてきたと言える。彼女らにとって、注射かピルか卵管結紮かの選択は可能だったかもしれない。あるいは、どれか1つの避妊法を選択するように強力な誘導が行われたかもしれない。だがいずれにしても、途上国の女性には避妊が必要だと感じ、彼女らに選択させたい避妊法のあれこれを考え出している力が存在するのは事実である。そしてそのような力関係はどのような社会にもある以上、女性にとってリプロ

ダクティブライツを主張していくことは、途上国においてのみならず、先進国においても非常にむずかしいことと言わねばなるまい。

おわりに

ある地域の避妊や中絶には、より大きい社会の政治や経済、ジェンダーの力関係が反映されている。¹⁴ 途上国の母子の死亡率を減らすためには、避妊や安全な中絶によって母体の側のハイリスク要因を減らすことが必要になってくるが、これまで見てきたように、避妊や中絶のあり方はその社会の力関係を抜きに考えることはできない。バングラデシュの一つの村の避妊や中絶の背後に、その地域の男女の関係だけでなく、先進国と途上国、多国籍企業（あるいは自国の企業）と消費者、社会の支配層と一般の人々の関係などさまざまな政治的・経済的力が働いている。そしてリプロダクションを考える上で、医学的な視点と同時に、このような社会や文化、そしてフェミニズムの視点を持つことで、問題をより広い視野から掘り下げて把握することができるものと思われる。

注

1. Maternal mortality: helping women off the road to death. 1986 WHO Chronicle 40(5):175-183.
O. A. C. Viegas, G. Wiknsosastro, G. H. Sahagun, K. Chaturachinda, & S. S. Ratnam, 1992 Safe childbirth needs more than medical services. World Health Forum Vol. 13 : 59-65
2. Maternal mortality: helping women off the road to death. 前掲論文
3. TBAとは、普通女性で出産介助の技術を自分で、あるいは他のTBAから学んだ人とされている。つまりTBAは医学教育を受けておらず、文盲であることが多い。現在でも全世界の赤ん坊の分娩の3分の2がTBAの介助によって誕生しているとされている。TBAの再教育をめぐる賛否両論があり、WHOではTBAは現在使える人材を有効に使う方法として最も経済的なものだとしている。それに対して、TBAは文盲で時代遅れの危険なやり方なのだから、それを維持強化するようなやり方は、途上国の近代化という目標と相容れないものだという意見もある。
Sandra Anderson & Frants Staugård, 1986 Traditional Midwives. Ipelegeng Publishers.
A. Mangay-Maglacas & H. Pizurki, 1981 The Traditional Birth Attendant in Seven Countries; Case Studies in Utilization and Training. World Health Organization. Public Health Papers No. 75.

- M. A. Belsey, 1985 Traditional Birth Attendants: A Resource for the Health of Women. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* Vol. 23 : 247-248.
- E. Leedam, 1985 Traditional Birth Attendants. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* Vol. 23 : 249-274.
- K. A. Harrison, 1989 Maternal mortality in developing countries. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* Vol. 96 : 1-3.
- Editorial, 1983 Why Retrain Traditional Birth Attendants? *The Lancet.* Jan. 29 : 223-224.
4. 芦野由利子 1994 「リプロダクティブ・ヘルス/ライツと避妊・中絶を選ぶ権利」『インパクト99 人口が問題なのか?—リプロダクティブ・ライツの逆襲』第89号 インパクト出版会。
 5. 白田雅之、佐藤 宏、谷口 吉、1993 『もっと知りたいバングラデシュ』弘文堂。
 6. 高田峰夫 1993 「早婚・多産・女性の立場」『東横学園女子短期大学 女性文化研究紀要』第2号 : 1-25。
 7. 原 忠彦 1981 「バングラデシュの男と女」『世界と人口』No.91 p.32。
 8. バンとは、自転車の後ろに荷台をつけたもので、村の交通手段。バン引きは荷台に人や荷物を乗せて運び、料金をとる。
 9. P. Jeffery, R. Jeffery & A. Lyon, 1988 Labor Pains and Labor Power, Women and Childbearing in India. Zed Books Ltd. Manobar.
 10. Vimal Balasubrahmanyam, 1986 Finger in the Dike: The Fight to Keep Injectables out of India. In *Adverse Effects.* (ed.) Kathleen McDonnell. Women's Press.
 11. 西川麦子 1994 「バングラデシュ、M村の出産と家族計画」『イマーゴ 特集・お産の心理学』6月号 青土社。
 12. P. Jeffery, R. Jeffery & A. Lyon 前掲書。
 13. C. LaCheen, 1986 Poulation Control and the Pharmaceutical Industry. In *Adverse Effects.* 前掲書。
 14. F. Ginsburg & R. Rapp, 1991 The Politics of Reproduction. *Annu. Rev. Anthropol.* 20 : 311-343.