

2016 年 1 月 8 日

2015 年度 聖路加国際大学大学院博士論文

ブルキナファソ国農村部における
村落型貯蓄金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連

Association between
Maternal and Child Health
and
Mutual Support through Accumulating Saving and Credit Associations (ASCA)
in Rural Burkina Faso

学籍番号 13DN011

氏名 堀井 聡子

目次

I. 序論	1
1. 背景	1
2. 研究目的	3
1) 研究目的	3
2) 研究目標	4
3. 研究の意義	4
4. 用語の定義	4
II. 文献の検討	6
1. 対象国の概要	6
1) 社会経済状況	6
2) 保健医療の概況	6
3) 保健行政・医療供給体制	7
2. 健康格差と健康の社会的決定要因	7
1) 健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health, SDH)	7
2) 女性と健康と貧困との関連	8
3) 貧困と社会的排斥 (ソーシャルエクスクルージョン)	9
4) 保健医療サービスへの公平なアクセスー地域金融の可能性	10
3. SDH とソーシャルコヒージョンおよびソーシャルキャピタル	12
1) ソーシャルコヒージョンとソーシャルキャピタル	12
2) ソーシャルキャピタルの定義	13
3) ソーシャルキャピタルの類型	14
4) ソーシャルキャピタルと健康	15
4. 地域金融と健康との関連	15
1) 地域金融の類型	15
2) 地域金融と健康との関連	20
3) 健康に関する金融講を通じた相互支援の機能-概念分析	21
5. 文献検討のまとめ	30

III. 予備研究	31
1. 研究目的	31
1) 背景	31
2) 研究目的	31
2. 研究方法	32
1) 研究デザイン	32
2) 協働研究チームの構成	32
3) 研究対象	32
4) 研究期間	32
5) データ収集	33
6) データ分析	34
7) 倫理的配慮	34
3. 結果	34
1) 対象地域の概要	34
2) 研究対象者の概要	36
3) 女性にとっての健康	38
4) 健康の実現に寄与する要因	39
4. 考察	42
1) A 村の女性の主観的健康観とその寄与要因-金融講の相互支援の機能	42
2) A 村における母子の健康問題	45
3) 本研究への示唆	46
IV. 方法	47
1. 研究デザイン	47
2. 概念枠組み	47
3. 測定用具	48
4. 調査方法	51
1) 調査時期	51
2) 協働研究チームの構成	51
3) データ収集	52
4) 調査対象とその選定方法	53

5. データ分析	55
6. 倫理的配慮	58
V. 結果.....	59
1. 対象者の基本属性、母子の健康、金融講加盟の状況（表 7-9）	59
2. 社会経済状況と金融講加盟との関連（表 10）	60
3. 相互支援と金融講加盟との関連（表 11-13）	61
4. 母子の健康と金融講加盟および相互支援との関連（表 14-16）	62
5. 居住村ごとの社会経済状況、金融講加盟、相互支援および母子の健康の特徴（表 17）	63
6. 母子の健康（健康アウトカム）と金融講を通じた相互支援との関連（表 18）	63
7. 相互支援と社会的排斥との関連（表 19-20）	64
VI. 考察.....	66
1. ブ国農村部に暮らす母子の健康等の特徴	66
2. ブ国農村部に暮らす女性の金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連.....	69
3. ジェンダー規範の構造的な要因の影響と相互支援.....	71
1) 個々のネットワークとそれを通じて授受される社会的支援の特徴.....	71
2) 地域の特徴としてのソーシャルキャピタルの機能.....	75
VII. 提言.....	79
1. 相互支援のシステムを基盤に地域で母子の健康増進を支援する看護職者の役割	79
2. 本研究の限界	80
VIII. 結論	83
謝辞	84
文献	85

図表

表 1 地域金融の類型.....	16
表 2（質的研究結果）研究対象者の概要.....	37
表 3（質的研究結果）女性にとっての健康.....	38
表 4（質的研究結果）健康への寄与要因.....	40

表 5 (質的研究結果)金融講のメンバーであるための条件.....	42
表 6 相互支援の構成概念と下位概念及び各項目.....	50'
表 7 (量的研究結果) 対象者の社会経済的状況.....	59'
表 8 (量的研究結果) 対象者の母子の健康の状況等	59''
表 9 (量的研究結果) 金融講への加盟状況等.....	60'
表 10 (量的研究結果) 金融講への加盟状況と社会経済状況との関連.....	60''
表 11 (量的研究結果) 相互支援の特徴.....	61'
表 12 (量的研究結果) 金融講加盟と相互支援との関連.....	61''
表 13 (量的研究結果) 相互支援の支援者の特徴.....	61'''
表 14 (量的研究結果) 相互支援と母子の健康との関連.....	62'
表 15 (量的研究結果) 金融講への加盟状況と母子の健康との関連.....	62''
表 16 (量的研究結果) 相互扶助活動のメンバーからの社会的支援の獲得と健康増進行動との関連.....	62'''
表 17 (量的研究結果) 居住村による母子の健康、相互支援、金融講加盟および社会経済状況.....	62'''
表 18 (量的研究結果) 金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連.....	63'
表 19 (量的研究結果) 相互扶助活動への非加盟理由等.....	64'
表 20 (量的研究結果) 相互扶助活動別の特徴 (加盟者の社会経済状況等)	64''
図 1 地域金融を通じた相互支援の機能(概念分析)	29'
図 2 対象地域 (ブ国 T 保健区)	35
図 3 (質的研究結果)A 村の母子の健康とその寄与要因.....	46'
図 4 ブ国農村部における金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連(概念枠組み).....	47'
図 5 構成概念、測定用具および尺度の関係.....	48'

付録・資料

(以下、いずれも日本語版・フランス語版あり)

資料 1 質問紙

資料 2 州保健局への研究協力依頼書

資料 3 県保健局への研究協力依頼書

資料 4 研究対象村村長への研究協力依頼書

資料 4-1 研究対象村村長の研究協力同意書

資料 4-2 研究対象村村長の研究協力断り書

資料 5 研究対象者への研究協力依頼書（口頭説明用）

資料 6 協働研究者への研究協力依頼書

資料 6-1 協働研究者の誓約書

資料 7 看護学生への研究協力依頼書

資料 7-1 看護学生の誓約書

I. 序論

1. 背景

2015年の国連ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals, 以下MDGs)報告書によると、MDGs策定後、開発途上国におけるマラリア等感染症による死亡率、5歳未満児死亡率などに大きな改善があった一方で、妊産婦死亡の減少等を目標に掲げたMDG5の進捗の遅れや、健康格差の拡大、とくにサハラ以南のアフリカ(以下、サブサハラとする)とそれ以外の地域、また同一国内の都市部と農村部における健康格差の拡大が表面化した(United Nations, 2015a)。健康格差などの地球規模の課題はポストMDGsとなるSustainable Development Goalsに引き継がれ、「誰一人取り残さない」の誓いの下に、格差の一因となっているサブサハラにおける母子保健やリプロダクティブヘルスに関する課題の解決に向け、効果的で持続可能な取り組みを構築することが求められている(United Nations, 2015b)。

健康格差に対する問題意識の高まりに伴い、近年、健康の社会的決定要因(Social Determinants of Health, 以下SDH)や、ソーシャルコヒージョンとソーシャルキャピタルの健康や健康格差との関連に関する研究が盛んにおこなわれるようになっている。ソーシャルコヒージョンとは“社会にある多数のグループの連結や連帯(connectedness and solidarity)の拡がり”をいい、コヒーズンな社会には“相互の道徳的な支援(mutual moral support)が豊富にある”という特徴がある(Kawachi & Berkman, 2000)。そして、ソーシャルコヒージョンやソーシャルキャピタルが豊富な社会ほど、健康度が高く、健康格差が少ないことが示唆されている(WHO, 2010a)。

しかし、当然ながら、地域に相互支援のためのグループや活動が存在すれば、すなわち社会が健康であるというわけではない。例えば、他の地域と比較しても保健指標が悪いサブサハラ諸国でも、出産や病気、死亡など、社会や個人にとって危機的な状況が発生した際に、伝統的に相互支援が展開されることを明らかにした研究がある(Okello, Stuer, Kidane, & Wube, 2013)。筆者も、世界で最も妊産婦死亡率の高いニジェール共和国における人類学的研究を通じて、ニジェール国の農村部に、妊娠、出産、産褥のプロセスを通じた女性保護のための伝統的な相互支援が存在することを明らかにした(堀井&式守, 2012)。つまり、多くの社会は伝統的に相互支援の機能を備えているが、それを社会の健康増進につなげるためには、その機能を調整したり、補完したりして、地域ケアシステムにするためのなんらかの介入が必要になると考えられる。物的・人的資源が

限られているサブサハラのヘルスシステムの現状を鑑みても、伝統的な相互支援を基盤にした健康増進のための介入は不可欠であり、効果的な介入を開発するためには、その理論的基盤の構築が必要であると考えられる。

サブサハラに位置するブルキナファソ(以下、ブ国とする)は、母子保健の向上が主要な健康課題のひとつであり、妊産婦死亡率(以下、MMR)が400(出生10万対)、新生児死亡率(以下、NMR)が27(出生1000対)で、5歳未満児死亡率(以下、U5MR)に関しては98(出生1000対)と世界195か国中14番目に高い(Unicef, 2015b)。かかる状況に対しブ国では、国家保健政策2011-2020や、妊産婦および新生児死亡削減計画を策定し、母子の健康向上に向け取り組んでいるが、母子保健指標の改善状況は緩慢である

(MSBF, 2010; MSBF, 2011a)。とりわけ、国民の約8割が居住する農村部では母子保健指標が悪く、NMRが35、U5MRが156と、都市部のNMR30、U5MR104と比較し死亡率が高く、地域間で健康格差が生じている(INDS&ICF, 2010)。

ブ国では、農村部において、都市部と比べ資格者による分娩介助率が低く、また、農村部では都市部と比較し、女性の社会経済レベルが低いことから(INDS&ICF, 2010)、農村部に勤務する保健人材の量的・質的な不足、つまりヘルスシステムの弱さに加え、SDHの構造的な要因が、健康格差に影響していると考えられる。しかし、こうした状況にも関わらず、これまでのブ国の保健政策やプログラム等の中に、SDHに関する課題は統合されていない。

一方で同国には、「組織化の自由に関する法」と呼ばれるNGO活動を促進するための法律が存在するなど、フォーマルな制度を通じて住民の相互支援を促進しているという特徴がある(尾関, 2009)。また、同国は、ほかのアフリカ諸国と比べても、伝統的に異なる民族間の協力や協調関係が強い傾向にあり、ローカルNGOや労働組合、金融講など、インフォーマルな制度を通じたソーシャルキャピタルが豊かであることが示されている(Grootaert, Oh, & Swamy, 1999)。

したがって、こうした相互支援が豊かであるというブ国の強みを生かしながら、保健指標が悪く、かつ国民の多くが居住する農村部で母子保健の向上のための取り組みを整備することは、地域間の健康格差縮小に有効であると考えられる。

相互支援のための活動の中でも金融講については、近年、ソーシャルキャピタルと健康の観点から、開発途上国においても研究が散見されるようになっている(近藤&白井, 2013)。しかしながら、金融講が健康に与える影響に関しては、金融講活動の特性上、

厳格なデザインを用いて研究を実施することが困難であるため、介入研究の数そのものが少なく、直接的な因果関係を結論づけるに十分な研究結果が得られていない(Caldas et al., 2010)。また、金融講が健康に寄与するメカニズムに関しても、体系的に分析されていない。そして、金融講など地域金融は、基本的に利害関係が強いグループ活動であるため、社会的排斥のダイナミズムが働くなど、課題も有している(Schurmann & Johnston, 2009; 近藤 & 白井, 2013)。

金融講など、社会文化的な必要性から構築されてきた相互支援のための機能を生かし、かつ、排斥や健康格差を生まずに、コミュニティ全体の健康を向上させるにはどうしたらよいのか。そして、そのために看護職者はどのような役割を担うことができるのだろうか。

以上の研究の問いを基盤に、本研究では、社会がもつ相互支援機能を基盤に健康増進を図るための介入に関する理論的基盤の構築に向け、質的および量的研究を用いて、ブ国農村部における女性が金融講に参加することで得られる相互支援の機能を探索し、金融講による相互支援と母子の健康との関連について検討する。また、その結果を踏まえて、伝統的な相互支援を基盤に母子保健の向上を目指すうえでの看護職者の役割について考察する。

2. 研究目的

1) 研究目的

相互支援を基盤とした母子保健向上のためのプログラムの理論的基盤の構築とそれに関する看護職者の役割にかかる提言抽出に向け、質的および量的研究を用いて、ブ国農村部の女性が金融講に参加することで得られる相互支援の機能を記述したうえで、金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連について検討すること

2) 研究目標

- (1) 質的記述的研究により、ブ国農村部における金融講のもつ相互支援の機能を記述し、概念化すること
- (2) 量的研究により、ブ国農村部に暮らす母子の健康、女性の金融講への加盟状況、加盟している女性の特徴、金融講を通じた相互支援の特徴を探索し、記述すること
- (3) 統計学的手法を用いて、ブ国農村部に暮らす女性の金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連について検討すること
- (4) 以上の結果から、金融講などの相互支援のシステムを基盤に、地域において母子の健康増進を支援する際の看護職者の役割について考察し、記述すること

3. 研究の意義

本研究の結果は、ブ国においてこれまで十分に対策がとられていなかった健康格差の縮小やそれに影響を及ぼす SDH に対する包括的なアプローチ開発に向け、伝統的な相互支援を基盤に健康増進を図るための介入に関する理論的基盤と、介入を実施するうえで看護職者に求められる機能と能力の根拠を提示するものである。

本研究から得られる示唆により、ブ国民の大多数が居住する農村部において母子保健を向上させ、地域間の健康格差縮小に寄与する対策の策定と実施が可能になる。

4. 用語の定義

母子の健康：実子の 5 歳未満での死亡の経験がないこと、および、避妊や産児制限のための家族計画法に関するアンメットニーズ（希望があっても満たされていないニーズ）がないこと。また、以下の母子保健に関する健康増進行動を実施していること；最近の妊娠・出産における産前健診の受診、有資格者を伴う分娩、近代的避妊法を用いた家族計画の実施、および本人と子供の動物性蛋白質の摂取

金融講：地域金融、つまり、銀行などの金融サービスにアクセスができないような地方部等における貯蓄や、保険、貸金などを行う小規模な金融サービスのうち、サービスの運営管理・監督を NGO など外部者ではなく、村の住民が行っている組織

相互支援：金融講のメンバーやメンバー以外との間で交換される、情動的支援、物質的支援、情緒的支援からなる社会的支援の獲得と提供

社会的排斥：社会的な関係性が不足している状態。つまり、上述の相互支援が少ない状態

女性：20 歳から 45 歳までの出産及び育児経験のある女性

II. 文献の検討

1. 対象国の概要

1) 社会経済状況

ブ国は、西アフリカに位置し、コートジボアール、ガーナ、トーゴ、ベナン、マリ、ニジェールと国境を接する内陸国である。人口は 16 460 100 人、このうち 77.3%が農村部で暮らしている (INSD&ICF, 2010)。人口増加率は 2.7 で、ブルキナファソ政府では、過剰な人口増加を、経済成長の妨げの一因として、2011 年以降対策を強化している (MSBF, 2011a)。

平均寿命は 56 歳、初等教育の就学率は 67%、GNI が 670 USD per capita であり (Unicef, 2015b)、人間開発指数は 187 か国中 181 位と、常に最下位グループに位置している (UNDP, 2014)。

住民の信仰する主な宗教はイスラム教で、人口の 61%を占める。以下カトリックが 19%、アニミズムが 15%、プロテスタントが 4%である (INSD&ICF, 2010)。また、ブ国は、モシ、ジュラ、プル、ビスなど複数の民族グループからなる多民族国家である。公用語はフランス語であるが、日常生活ではそれぞれの民族の言葉を話すことが多い。

2) 保健医療の概況

ブ国は、母子保健関連の保健指標、とりわけ 5 歳未満児死亡率が諸外国と比較しても著しく高いという特徴がある。1990 年以降、妊産婦および 5 歳未満児死亡率には改善が見られるものの、その速度は緩やかである。また、都市部と比較し村落部における保健指標の悪さが顕著である。

ブ国の乳幼児死亡の特徴は、他のサブサハラの諸外国と比べて、乳幼児死亡全体に占める新生児死亡の割合が 22%と低いこと、マラリアによる死亡率が高く、乳幼児死因の 20%をも占めている点にある (MSBF, 2011a)。また 5 歳未満児の低体重児率は 14%と高く (Unicef, 2015b)、栄養状態の悪さは乳幼児死亡の間接要因となっている。

妊産婦死亡の主な要因は、出血、感染症（ともに 22,3%）等、産前・中・後の適切な保健医療サービスにより回避できるもので占められている。2009 年の助産師等 Skilled Birth Attendants による分娩介助率は 73,2%と年々改善傾向にあるものの、女性一人あたりの出産機会の多さや妊産婦のマラリア罹患率の高さ、栄養状態の悪さなど間接要因によるリスクは依然高い (MSBF, 2011a)。2009 年の合計特殊出生率は 6,2、家族計画普

及率は 26,9%であり、こうした合計特殊出生率の高さは、妊産婦・乳幼児死亡の主要な間接要因となっているだけでなく、先述の通り、過剰な人口増加に伴うブ国の経済成長の妨げの一因とされている (MSBF, 2011a)。また、ブ国では広い地域で女子割礼が施行されており、実施率は 76%と報告されている (Unicef, 2015a)。

3) 保健行政・医療供給体制

ブ国の保健行政は中央、州、県 (Central, Regional, Périphérique) の 3 層から成る。このうち、実質的な保健医療サービス運営の主体は県保健行政であり、中央は政策立案と事業の評価、州は県保健行政支援を行う。全国は 13 の州 (Département Régional de la Santé, DRS)、63 の県保健行政区 (District sanitaire, DS) に分割されている。

公立の医療機関は教育病院 (Centres Hospitaliers Universitaires, CHU、3 次レベル)、地方病院 (Centres Hospitaliers Régionaux, CHR、2 次レベル)、帝王切開など一部外科機能を有する医療センター (Centres médicaux avec antenne chirurgicale, CMA または Centres Médicaux, CM、1 次レベル) と基礎的な保健サービスを提供する社会保険向上センター (Centres de santé et de promotion sociale, CSPS) からなる。CHU が全国に 3 軒、CHR が各 DRS に概ね 1 軒、CMA または CM が各 DS に 1 軒、CSPS が人口 7500 人に一軒 (平均) 設置されている。ブ国では、保健人材の約 9 割はナースプラクティショナー (外科、小児科等) を含むパラメディカルであり、医師は 3 次および 2 次医療施設と CMA にしか配属されていない。また、5Km 以内に一次医療施設がある人口割合は 56.3%であり (MSBF, 2011a)、人口 1000 人あたりの医師、看護師等保健人材数は、0,83 人にとどまっている (African health workforce observatory, 2015)。

2. 健康格差と健康の社会的決定要因

1) 健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health, SDH)

健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health, SDH) とは、健康の社会的、経済的、政治的、文化的、環境的決定要因を包含する用語である (WHO, 2012)。国や地域間の健康格差が広がりを見せるにつれ、疾病負荷や、健康格差の原因が、人が生まれ、育ち、生活し、働き、老いていく環境の中のさまざまな条件によって規定されるという、ある意味で当然の、しかし、健康の公平性を担保するうえで重要なこの要因に、今日注

目が集まっている。

SDH という概念は、1998 年に WHO のレポート「Social Determinants of Health-the solid facts」により紹介され(WHO Europe, 1998)、以降、公衆衛生をはじめとする多分野で研究がおこなわれるようになった。その結果、健康と SDH との関連を示すエビデンスが徐々に蓄積され、こうしたエビデンスをもとに、WHO の SDH 委員会は、2008 年に最終報告書「Social Determinants of Health」を発表した(WHO, 2008)。こうして今日、健康の公平性を担保するためには、SDH の影響を踏まえて、従来の保健医療が介入してきた対象よりもさらに上流に介入すべきとの認識が、世界中に広がりつつある。

SDH は、先述の通り包括的な用語であるが、公衆衛生の介入を検討する際には、その国や地域の健康課題と、それに関連する SDH を特定し、それぞれの要因に対する具体的な介入や評価方法を確立することが必要となる。そのため WHO では、以下のそれぞれのレポートのなかで、SDH を構成する概念について整理を試みている。

たとえば「Social Determinants of Health-the solid facts」では、SDH として、社会階層、ストレス、人生の初期の経験、社会的排斥、仕事、失業、社会的サポート、依存、食物、トランスポートを具体的な要因として掲げ、それぞれの分野への対応に関する提言を取りまとめた(WHO Europe, 1998)。また、「Equity, social determinants and public health programmes」では、望まない妊娠、子どもの健康と栄養、アルコール、喫煙、暴力等 11 分野について、現状のレビュー、介入方法の検討、評価等についてまとめている(WHO, 2010b)。さらに、「Conceptual framework of Social Determinants of Health」では、SDH の構造的要因として社会経済政治的背景つまりガバナンス、マクロ経済、社会政策、公共政策、文化・社会的価値と、社会経済状況つまり社会階級、ジェンダー、民族、教育、職業、所得をあげ、SDH の中間要因として、社会心理的要因、行動要因、生物学的要因を挙げ、それら概念間の関係性を枠組みとして提示している(WHO, 2010a)。

2) 女性と健康と貧困との関連

WHO の報告書で示されたように、ジェンダーや所得など社会経済状況は、健康格差に影響を及ぼす SDH と捉えられている。このうち、女性の健康と SDH との関連に関しては、近年、エビデンスが蓄積されつつある分野である。2010 年に WHO が発表した報告書「Women and Health」においても、低所得国では国の公的な保健医療サービスが十分

に整備されていないこと、それに加えて女性は当該地域のジェンダー規範の影響によって教育、雇用、社会資源等へのアクセスが制限されること、さらに、女性は男性に比べ妊娠・出産を経験することなどから身体的にも健康を害しやすいこと、そして、これらの状況が相互に絡み合っ、女性は男性と比較し健康リスクを負いやすく、結果として貧困に陥りやすいことが各国の人口動態統計の 2 次分析等によって提示された (WHO, 2010c)。

一方の所得、つまり貧困と健康との関連については、SDH の概念が一般に普及する以前からの公衆衛生の主要なテーマの一つである。例えば、一人当たりの GNP (国民総生産) と平均寿命には明らかな相関関係があり、GNP が高い国で平均寿命が長いことなどは、古くから知られている (川上, 小林 & 橋本, 2006)。

低所得が健康に負の影響を及ぼすメカニズムとして、貧困層は、衛生的な環境や水、栄養バランスの良い食事へアクセスが困難になること、あるいは教育にアクセスができないためにヘルスリテラシーが低いなど様々な要因が容易に想像できる。その中でも、直接的で主要な原因となるのが、保健医療サービスへのアクセスが制限されることであろう。

Jacobs ら (2012) は、先行研究から、保健医療サービスへのアクセスを規定する要因を、地理的アクセシビリティ (到達可能性)、アヴェイラビリティ (保健人材や薬など供給側に規定される入手可能性)、アフォードビリティ (財政的な入手可能性)、アクセプタビリティ (受け入れ可能性) の観点から分析している。低所得者の場合、住居から離れた保健医療センターに行く際の交通手段や交通費を用意できない、保健医療センターに関する情報を入手することができない、医療費が支払えないなど、上記のすべての要素が保健医療サービスへアクセスにおける障害となる。

3) 貧困と社会的排斥 (ソーシャルエクスクルージョン)

前項で、貧困、つまり所得や資源の少なさと健康との関連について述べてきたが、SDH の健康への影響を考慮する際には、より多次元で動的な概念である社会的排斥に関しても検討しておく必要がある。

社会的排斥とは、1980 年代ごろから、フランスなどで、ポスト工業化やグローバリゼーションなどにより社会経済状況が変化するなかで、福祉国家が直面する課題として取り上げられるようになった概念である (バラ&ラペール, 2005)。

排斥が貧困と大きく異なる点は、貧困が個人の最低限の所得や経済的な再分配を取り上げるのに対し、排斥は個人や社会との関係性を扱う概念であること、また動的で多次元的（経済だけでなく、社会、政治、それらの参加など多様な側面を含む）な概念である点にある（バラ&ラペール, 2005）。また、岩田（2008）は、貧困と社会的排斥は相互に因果関係にあるとともに、入れ子のような存在であるとも述べる。つまり貧困に陥った人は政治や経済活動など社会から排斥され、また、排斥されている人々は貧困にも陥りやすい。ただし、それは単純な因果関係ではなく、互いに入れ子になっているというのである。

社会的排斥という概念が、当初、ヨーロッパ諸国の福祉領域において中心的に議論されてきたことから、開発途上国ではもっぱら貧困の問題はあっても、社会的排斥の問題がないように捉えられることもあるが、バラら（2005）は、“個人主義、あらゆる社会的諸関係の市場化、グローバル化における社会経済的な脆弱性の増大により、家族とコミュニティによる連帯のネットワークが、開発途上国・先進国共に弱くなっている”ことを踏まえ、先進国、途上国のいずれにおいても、社会的排斥という課題を扱うことの重要性を論じた。そして、開発途上国と先進国では、社会的排斥の性質や特徴が異なり、“途上国においては、国家によって保障された福祉の提供が欠如している状況で、家族とコミュニティが社会的な保障や保護を提供している”、つまり、開発途上国のように、所得水準が低い地域や社会では、所得や社会保障を得るための社会的な結びつきの必要性が強くなると指摘している（バラ&ラペール, 2005）。

このように、開発途上国における SDH を考慮した取り組みの策定やそれに関わる研究では、経済の分配に関する課題つまり貧困だけでなく、関係性の不足に関わる課題、つまり社会的排斥の、それぞれの健康への影響と、それらの相互作用の健康への影響についても考慮しなければならない。ただし、現状では、開発途上国における健康と社会的排斥に関する研究は、きわめて少ない（Johnston, 2009）。

4) 保健医療サービスへの公平なアクセスー地域金融の可能性

貧困、つまり低所得が、保健医療サービスの利用を阻害する要因になり得ることは先述したとおりであるが、近年、一定の現金収入手段を持たない人々が、診療費等を支払うことができずに保健医療サービスを利用できないという状況だけでなく、保健医療サービスを利用した結果、家計破綻につながる状況、そして、これら状況の悪循環について

でも、解決すべき課題として取りあげられるようになってきた。WHO(2010d)によれば、毎年1億5,000万人が、家計の破綻につながる医療費負担を強いられ、それにより1億人が貧困ライン以下の生活に陥っているとされる。こうした状況を受け、2012年12月の国連総会において、ユニバーサルヘルスカバレッジ (Universal Health Coverage, 以下 UHC)、つまり“すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態”の実現が、国際社会の新たな共通目標として決議された(United Nations General Assembly, 2012)。UHCの実現に向けては、カバーされる人口規模、カバーされる保健医療サービスの範囲、そしてカバーされる費用の割合の3側面を考慮する必要があるとされる(WHO, 2010d)。

このうち、カバーされる費用の割合を増大させる取り組みとして、多くの低中所得国で今日、国民皆保険制度の確立、整備に向けた動きがみられ始めている(Maeda et al., 2014)。しかし、多くの国では、ヘルスガバナンスの弱さに加え、政治的、経済的な制約など、国民皆保険制度実現を阻む多くの課題を抱えている。

また、国民皆保険制度ではないが、生活困窮者のための医療費の免除制度を整備している国や(Atchessi, Ridde, & Zunzunégui, 2014; Ridde et al., 2010)、予防接種や施設分娩など、主にプライマリヘルスケアサービスを対象に、必要な経費を条件付きで国が支給するキャッシュトランスファー制度の整備などに、国の補助金を投入している国もある(Carvalho, Thacker, Gupta, & Salomon, 2014)。ただし、こうした制度を成り立たせるためにも、国民皆保険同様、国の一定の財源確保、またそれを運営するためのガバナンスシステムが必要となる。

こうした中で、世界銀行などは、フォーマルな金融サービスにアクセスできない農村部の住民や低所得層を対象とした、コミュニティを基盤とした金融サービス(以下、地域金融とする)の役割や機能、そして健康や保健サービス利用への効果に関する分析を行っている(Mathauer, 2015; Preker et al., 2001) (Ritchie, 2007)。地域金融には多くの種類、類型があるため、研究者によって、地域金融の組織や機能の捉え方が異なるが、Prekerら(2001)によれば、ヘルスケアに関する地域金融には、罹患時のファイナンシャルプロテクション機能や、農村部やインフォーマルセクターをカバーするなどの強みがあり、低所得層の保健医療サービスへのアクセスに寄与するとされる。一方で、低所得者が主なターゲットとなるため歳入が少なくプールが小さくなる、最貧層が排斥される、フォーマルなスキームと分断されるリスクがあるなどの弱みをもつ。ただ

し、これらは厳格な研究デザインの結果に基づく結果ではないため、さらなる研究の必要性も同時に指摘されている(Preker et al., 2001)。

また、近年では、ソーシャルキャピタルに関する研究が増加したことに伴い、地域金融のソーシャルキャピタルの機能に注目した研究も散見されるようになってきた。つまり、地域金融は、ファイナンシャルな側面と社会的な側面、つまり貧困と社会的排斥、そしてそれら相互に関連する要因に作用することで、住民の健康に寄与する可能性がある。そこで、次項以降で、ソーシャルコヒージョンとソーシャルキャピタル、そして、地域金融の類型や地域金融と健康との関連についての文献検討を行うこととする。

3. SDH とソーシャルコヒージョンおよびソーシャルキャピタル

1) ソーシャルコヒージョンとソーシャルキャピタル

先述の「Conceptual framework of Social Determinants of Health」において、ソーシャルコヒージョンとソーシャルキャピタルは、SDH の構造的要因と中間要因にまたがるクロスカッティングな要素として取り上げられている(WHO, 2010a)。同報告書では、ソーシャルキャピタルへの批判や負の側面も含めて、ソーシャルコヒージョンとソーシャルキャピタルを、健康に影響を及ぼす社会的決定要因として概念枠組みに位置づけている(WHO, 2010a)。

先に、ソーシャルコヒージョンの定義として、Kawachi ら(2000)の“社会にある多数のグループの連結や連帯 (connectedness and solidarity) の拡がり”を引用したが、ソーシャルコヒージョンは、研究者によってさまざまに定義されている(Berger-Schmitt, 2000)。ただし、いずれも概ね2つの側面に集約して説明されており、格差や不平等、そして先述の社会的排除の要素がないという側面と、社会的つながり、連帯、相互支援が豊富にあるという側面に分類される。例えば、EU の報告書では、ソーシャルコヒージョンを「格差、不公平、社会的排斥の縮小」に関わる側面と、「ソーシャルキャピタル」の側面を有するものと説明している(Berger-Schmitt, 2000)。

このように、ソーシャルコヒージョンは、ソーシャルキャピタルを社会の特性として捉えたときに使用されたり、社会関係の欠乏である社会的排斥と対概念として使用されたりするなど、集団を説明する際に用いる概念であるといえる。一方で、ソーシャルキャピタルには、社会の特性とする立場と、個人の特性とする立場がある。また、近年、その測定に関する課題から操作上の定義が整理されてきているところがあるため、以下

にソーシャルキャピタルの定義について整理する。

2) ソーシャルキャピタルの定義

ソーシャルキャピタルの概念に関しては複数の定義が存在するが、ソーシャルキャピタルを「集団の特性」とするものと、「個人の持つネットワーク」として捉えるものに分けられることが多い（カワチ et al., 2008）。

ソーシャルキャピタルを「集団の特性」として捉えている代表的な研究者が、ロバート・パットナムである。彼は Making Democracy Work のなかで、ソーシャルキャピタルを「人々の協調行動を活発にすることによって社会の効率性を改善できる、信頼、規範、ネットワークといった社会的組織の特徴」として定義している（パットナム, 2001）。このようにソーシャルキャピタルを「集団の特性」として捉える立場では、地域などの組織が個人にどのような影響を与えるかという点に関心を置いている。一方、ソーシャルキャピタルを「個人の持つネットワーク、個人の特性」と捉える研究者に、Bourdieu やリンなどがいる。Bourdieu(1986)はソーシャルキャピタルを「多かれ少なかれ制度化され、相互に面識や承認のある、持続的なネットワークの所有と結びついた、現実的あるいは潜在的資源の総体」と定義している。つまり、「個人の特性」として捉える立場は、個人の持つ社会的なネットワークや人とのつながりが、健康に与える影響に関心の軸を置く。

ソーシャルキャピタルを「集団の特性」と捉えるか、それとも「個人の特性」と捉えるかによって研究方法も変わってくる。「集団の特性」に関しては、近年、社会疫学分野で、地域や職場間の社会的な凝集性が、個人間に生じる健康度の系統的な差にどのように影響を与えているかをマルチレベル分析によって探索する研究が盛んにおこなわれている。こうした研究では、個人に対する質問紙調査により、ソーシャル・ネットワーク、ソーシャル・サポート、信頼、互酬性などに関する意識や考え方を把握し、それらを地域ごとに集計して地域のソーシャルキャピタル変数にして分析することが多い（相田&近藤, 2014）。一方「個人の特性」に関しては、個人がもつネットワークとそこからもたらされるリソース、リソースへのアクセスなどを分析する、ネットワーク分析が用いられることが多い（相田&近藤, 2014）。

3) ソーシャルキャピタルの類型

また、ソーシャルキャピタルはその特性によっていくつかの類型が存在する。まずは、「認知的ソーシャルキャピタル」と「構造的ソーシャルキャピタル」である。「認知的」は人々の感覚、つまり主観的な価値や認識に基づくもので、社会的支援や信頼、互酬性などに関する認識を指すものである。一方の「構造的」は、観察や記録などを通じて客観的に検証できる人々の行動であり、関係のつながりやネットワーク等がそれにあたる（ハーファム・T, 2008）。

別の類型に「橋渡し型」と「結合型」がある。「結合型」は同質な者同士の結びつきに基づくソーシャルキャピタルである。つまり、地縁や血縁、社会階級、人種など、社会的アイデンティティが類似しているメンバーによって構成されるグループがアクセスできるリソースのことである。一方の「橋渡し型」は異質な者同士の結びつきに基づくソーシャルキャピタルで、社会的アイデンティティを超えた人脈を介して個人やグループによってアクセス可能なリソースのことである（カワチ et al., 2008）。

この類型は、ソーシャルキャピタルの健康への正および負の影響を理解するうえで役にたつ。例えば、「結合型」は、グループ内の結束や凝集性の強化、そして互酬性の規範の貫徹などに優れる一方で、グループ外の人々への過度の要求や、個人の自由を制限しかねないほどの規範の遵守、集団外の人を排除する、極端な場合は虐げるなどの負の側面を持つとされる（カワチ et al., 2008）。一方の「橋渡し型」は、開かれたネットワークを形成するため、情報の伝播や評判の流布に有効であるが、一方で、互酬性や規範そしてそれに基づく信頼を維持しにくいという欠点がある（稲葉, 2008）。

加えて、「橋渡し型」、「結合型」と並べて使用されることのある類型に「リンキング型」がある。「リンキング型」は「橋渡し型」の下位領域に位置付ける場合もあるが、地方政府やほかの政治勢力のような外部的な権力とのつながりから生まれるという点で、「橋渡し型」と区別できる（カワチ et al., 2008）。とくに「リンキング型」は、国の政策や制度として、公平で効果的な保健医療サービスを提供することが、住民の QOL にどのような影響を与えるかを分析する際に、重要な要素となる。つまり、「リンキング型」の機能に着目することで、健康政策において、制度と住民との協働的な関係を形成し、住民参加を促すことの重要性を説明することが可能になる（WHO, 2010a）。

4) ソーシャルキャピタルと健康

ソーシャルキャピタルと健康との関連については、近年、公衆衛生や社会学等の分野で盛んに研究されている。相田ら（2014）は、これらソーシャルキャピタルと健康に関する研究をレビューし、健康アウトカムごとに整理している。それによれば、死亡、要介護状態の発生、精神疾患、主観的健康観、循環器系疾患、保健行動などの健康関連指標において、ソーシャルキャピタルが豊かなほど、健康なことを支持する結果が多く報告されている（相田&近藤, 2014）。

また、近年、開発途上国における金融講と健康との関連が、ソーシャルキャピタルの観点から分析されてきている（近藤&白井, 2013）。

4. 地域金融と健康との関連

1) 地域金融の種類

地域金融とは、銀行などの金融サービスにアクセスできないような地方部等において、貯蓄や、保険、貸金などを行う金融講などの小規模な金融サービスの総称である。

地域金融は、community financing, community based financing scheme, などと表現され、様々な類型が存在する。Ritchie(2007)は、地域にある小規模金融をその提供者によって大きく5つに分類している。それらは、1. フォーマルな金融組織、2. 共同的金融組織、3. NGO によるマイクロファイナンスのための組織、4. 地域基盤型金融組織、5. 伝統的村落基盤型組織である。それぞれに利点と欠点があるが、1から5になるにしたがって、インフォーマルな組織となり、貯蓄額(プール)が少なくなる。つまり、5. 伝統的村落基盤型組織は、借入額の制限などのデメリットがあるが、一方で、僻地など銀行がないような小集落でも実施することができ、実際に、アフリカの多くの地域には、こうした伝統的な小規模経済組織が存在する。2や4も基本的には、5がモダナイズされたものであることが多く、コミュニティメンバーで集金した預金を、フォーマルな銀行に預けることによって、より透明性を確保したり、利子を得ることでプールを増やしたりすることが可能になる。

伝統的村落基盤型組織が運営する活動には、メンバーが順番に配当金を受け取る回転式貯蓄金融講(Rotating Saving and Credit Association, ROSCA)や、お金が必要になったメンバーが必要な時に条件を満たせば借りることのできる貯蓄金融講(Accumulating Saving and Credit Associations, ASCA)がある(Ritchie, 2007)。この

ほかに、入札制やランダム方式によって分配金を受け取る金融講がある(近藤&白井, 2013)。

また、こうした地域金融は、所属する金融組織の様式によって規模は異なるものの、所得創出のための活動や、小規模ビジネスの資金源の獲得を目的にすることが多い(Ritchie, 2007)。NGO が実施するマイクロクレジット、つまり低所得層を対象に少額のローンを貸与する方式はまさにその典型といえる。このため、Ritchie の類型には含まれていないが、所得創出活動(Income Generating Program, IGP)は地域金融の延長線上に位置づけられるといえよう。また、ソーシャルビジネスや BOP ビジネスも、一種の所得創出活動であるが、BOP ビジネスは、最貧層が包摂されないリスクを有するなどの特徴があり(堀井&神谷, 2013)、本稿で扱う地域金融とは区別するのが適当であると考え

表 1 地域金融の類型 (Ritchie(2007) と Preker et al(2001)をもとに筆者作成)

	類型	小類型	主な特徴
1	金融組合組織 (Cooperative Financial Institution, CFIs)	村落基盤型貯蓄貸金組織	メンバーによる運営 同じ職業や雇用者のメンバーで創設されることが多い
2		金融サービスを伴う多目的組合	しばしば政府支援によって創設されることのある組織 主な活動は資金投入とマーケティング 行政組織等によって監督されることがある
3		金融組合(貸金組合を含む)	主な活動は金融サービス 行政組織等によって監督されることがある
4	NGO 型マイクロファイナンス組織 (NGO-Microfinance)	多目的 NGO	現地または外国の組織が創設 NPO やアソシエーションとして登録されている

	Institution, NGO-MFIs)		保健、教育、農業などマルチセクト ラルなサービスを提供
5		マイクロファイナンスを 伴う多目的 NGO（他のサ ービスを含まない）	多目的 NGO と類似の制度的基盤 違いは、主要活動が貸金であり、ほ かの社会的サービスを異なる部門 で実施する点 サステナブルにビジネスを展開す る際の基盤となる
6		マイクロファイナンス NGO	多目的 NGO と類似の制度的基盤 違いは、主要活動が貸金であり、マ ルチセクトラルなサービスを提供 しない点 サステナブルにビジネスを展開す る際の基盤となる
7		銀行型マイクロファイナ ンス NGO（金融サービス 型を含む）	株式会社の新しい形態 NGO は通常、多くの株主のひとつと して位置づけられる たいていの場合制度化されており、 スーパーバイズされる 外部資金を獲得することで、規模を 獲得できる
8	村落銀行、セルフヘ ルプグループなどの 地域基盤型金融組織 (Community-Based Financial Organizations, CBFOs)	貯金と貸金のためのセル フマネージメント型村落 銀行 (Self-Managed Village Banks for Savings and Credit, Caisses Villageoises d'Epargne et de Crédit	西アフリカ(仏語圏) に多い メンバーによる運営、村落基盤型 登録はされないことが多い 農業組合などとリンクしているこ とがある いくつかの村落グループが開発銀 行から資金を獲得するために組合

		Autogérées)	を作ることもある
9		セルフグループ	インドなどに存在 ASCA に類似。ただしパーマネント型 外部資金に依存（グループが銀行から借りてメンバーにお金を貸す）
10		村落貯金と貸金組合 (Village Savings and Loan Associations, VS & LAs)	アフリカ各地にある ASCA のアップグレードモデル 配当金を一定期間ごとに払うものと、配当金を払ってグループを再スタートさせるものがある（パーマネント型と非パーマネント型あり） 外部資金に依拠しない
11	伝統的村落基盤型組織 (Traditional Village-Based Providers)	回転型金融講 (Rotating Savings and Credit Association, ROSCA)	非登録制 メンバーは一定額のデポジットを定期的におさめ、定期になるとメンバーのうちの一人がその全額を受け取ることができる 全員が受取人になるまで、回転を続ける 外部資金に依拠しない
12		貯蓄型金融講 (Accumulating Saving and Credit Association, ASCA)	非登録制 定期的に一定額のデポジットを支払う 利子をつけてメンバーにお金を貸す 外部資金に依拠しない

13		貸金 (Money lender)	高利の金貸し 外部資金に依拠しない 商売に投資するには利子が高すぎる。ただし、迅速で簡単にアクセスできる
14	医療サービス特化型	コミュニティによる診療費管理方式	診療時に住民が自費払いする分をプールする方式(プールは病気になった人のアウトオブポケットが原資) 診療費やプールされたお金の管理はコミュニティ(コミュニティレベルのコストシェアリング)
15		地域基盤型前払い方式	コミュニティが住民から集金し(事前)、保健医療サービスプロバイダーがそれを管理 コミュニティプリペイメントまたはミューチュアルと呼ばれるもの
16		地域プロバイダー型医療保険	コミュニティの保健医療サービスプロバイダーが事前に集金する保険
17		リボルビングファンド連結方式	政府や社会保険システムなどフォーマルな制度をコミュニティが代行する方式 リボルビングファンドやプリペイメントなどを通じた国との契約・同意を基盤とする

2) 地域金融と健康との関連

(1) 地域金融が健康に及ぼす効果

地域金融の健康への効果に関しては、Kennedy (2014) らや近藤ら (2013) がシステムティックレビューを実施している。

Kennedy ら(2014)が行った、地域金融と HIV に関するシステムティックレビューでは、12 件の介入研究をレビューしている。その結果、多くの研究において、IGP など地域金融活動と健康アウトカムの改善・向上との因果関係が支持されなかった。

一方、近藤ら(2013)の、マイクロファイナンスおよび伝統的金融と健康との関連に関するシステムティックレビューでは、34 件の関連文献をレビューし、概ね、地域金融は、健康に寄与していることが示唆された。ただし、このレビューの対象は、半数以上が横断研究であり、介入研究に関しても、研究デザインの厳格性に欠けるものが含まれている。

このように地域金融に関する研究では、その活動の特性上、厳格なデザインを用いて研究を実施することが困難であるため、介入研究自体の数が少なく、また地域金融と健康との直接的な因果関係を示すのが難しいという課題を有している(Caldas et al., 2010)

(2) 地域金融が健康に寄与するメカニズム—ソーシャルキャピタルとの関連

先述の Kennedy ら (2014) や近藤ら (2013) のレビューでは、地域金融による所得の増大や、それによるエンパワーが健康に影響を及ぼすだけでなく、そのプロセスで醸成されるソーシャルキャピタルが健康に寄与する可能性についても議論している。そして、Bayulgen(2008)や、それを発展させた近藤ら (2013) は、ソーシャルキャピタルの概念を踏まえ、地域金融の健康に影響を及ぼすメカニズムを先行研究などからモデル化している。

地域金融のなかでもマイクロファイナンスをテーマにしている近藤ら (2013) のモデルによれば、マイクロファイナンスには、社会経済的エンパワーメントと、グループ内のソーシャルキャピタルの醸成の 2 つの中間要因によって、グループメンバーの健康を向上させる効果がある。前者の社会経済的エンパワーメントとしては、財政的な保障や医療アクセスへの改善に加え、自己効力感の向上なども健康向上に寄与していると考えられている。後者については、ソーシャルキャピタルが醸成されることにより、リスク

の共有と分散、社会参加の増加、相互支援、健康情報へのアクセスの改善などが健康に関係すると考えられている。さらに、ソーシャルキャピタルの醸成によって、グループ機能が強化されることにより社会経済的なエンパワーメントが可能になり、それら相互作用が健康に寄与していると考えられている(近藤&白井, 2013)。ただし、近藤らは、このモデルに関して、お金の貸借は信頼関係がないと成り立たないため、マイクロファイナンスは通常、既存のソーシャルキャピタルを基盤に実施されることが多く、こうした変化は新たに開始したマイクロファイナンスの結果なのか、それともともとソーシャルキャピタルが豊かであったことが表れているのかは評価できないとも述べている(近藤&白井, 2013)。

このように、観察研究からは地域金融を通じて、相互支援などのソーシャルキャピタルが醸成され、それによって健康が向上する、また健康になることでさらにエンパワーされることが示されているが、介入研究の結果をシステムティックにレビューした結果から導き出されたモデルではないため、地域金融とソーシャルキャピタル、そしてそれらの健康への影響について、結論を導くことが困難である。

3) 健康に関する金融講を通じた相互支援の機能-概念分析

上述のとおり、地域金融が健康に影響を及ぼすメカニズムとして、複数の観察研究から相互支援の存在が示唆されているが、金融講を通じた相互支援が、具体的にどのような特性を持っているのか体系的に整理されていない。そこで、本項ではロジャースの概念分析を参考に(Rogers & Knaf1, 2000)、既存の文献から、「健康」に関する「地域金融」の「相互支援」機能にはどのような特性があるのか、またその先行要件と帰結について探索する。

概念分析のレビュー対象文献は、Pubmed、MEDLINE with Full Text、CINAHL with Full Text(以上2データベースはEBSCOを用いた)、ProQuest Public Health、ERIC、PILOTS、Social Service Abstracts、Sociological Abstracts(以上5データベースはProQuestを用いた)を用い、刊行年を制限せずに、査読済みの学術論文のみを対象に検索した。また、検索結果には、関連文献などを手動検索して追加した。文献検索のキーワードは、文献検討の結果をもとに、以下とした。

「地域金融」： micro finance, micro banking, ASCA, rotating saving and credit

association, ROSCA, micro enterprise, social business, income generation

「相互支援」: social cohesion, social capital, mutual support, social support

「健康」: health

(1) 地域金融の相互支援機能の属性

①物質的支援

地域金融は、貸金(高利貸しを含む)、貯蓄、医療保険など、経済的な援助が必要な人への実質的な支援、とくに財政的支援の機能がある(Ritchie, 2007)。ただし、その機能の質や規模は、地域金融のタイプや住民の目的によって異なり、地域金融の運営基盤、メンバーのユーザーフィーや、外部資金の有無、それによるプールの額などによって、メンバーが獲得できる支援は違ってくる(Ritchie, 2007)。例えば、保健医療に関するニーズへの経済的支援といっても、それは、緊急時(有事)と日々の健康への投資(平時、栄養の改善など)などに分かれ(Schurmann & Johnston, 2009)、メンバーが何を目的に加盟しているのか、地域金融の運営上ルールやプールによっても支援の内容が変わってくる。

②情動的支援

地域金融、とくにマイクロクレジットなど、グループ単位の活動モデルの場合は、メンバーが定期的に集合する機会が必然的に生まれるため、健康教育のためのプラットフォームとしての機能があるとされる(Schurmann & Johnston, 2009)。

③情緒的支援

地域金融には情緒的支援、つまり、信頼や共感等の授受もある。例えば、日本の無尽講(ASCAと類似した機能を有する)に参加している高齢者を対象とした縦断調査では、無尽講への参加目的によって健康度の違いがあることを示している。その結果、無尽講に参加している高齢者のうち、高い掛け金を支払っている人、つまり経済的な見返り(物質的支援)を期待して参加している人々は要介護になる可能性が高いが、ほかのメンバーに会うこと、交流することが楽しみで無尽講に参加している人々の要介護の発生頻度が低いことが示されている(Kondo, Suzuki, Minai, & Yamagata, 2012)。

また、地域金融は、活動に参加している者同士の物質的・情動的・情緒的支援の機能

を持つだけでなく (Munoz et al., 2011; Okello et al., 2013)、地域金融の恩恵を受けた対象者が地域金融のメンバー以外に対して情緒的支援を行うようになることも示されている。例えば、Swendeman ら (2009) のインドにおけるセックスワーカーを対象とした研究では、介入の対象となった女性の性感染症に関する知識やコンドームの使用が改善されただけでなく、仕事以外の社会との関係性の構築や、社会参加、そしてほかのセックスワーカーが嫌がらせや虐待されているときに助けた経験、つまり、自らが受けた社会的支援だけでなく、他者への社会的支援の増大にも、地域金融を含めた介入が寄与したことが示されている。

(2) 地域金融の相互支援の前提

地域金融の相互支援に関する前提として、個人的な因子と個人を取り巻く外的因子があり、個人を取り巻く因子には、地域金融の特徴と国や地域の社会経済状況がある。

まず、個人的因子に関しては、大きく地域金融への加盟と関与の度合いの 2 点があった。

①地域金融への加盟(社会経済的条件への適合と参加の意思決定)

地域金融を通じた相互支援の前提として、地域金融に加盟することが必要となる。先行研究において、地域金融活動の対象となる人々(地域金融に加盟する人々)は、HIV、DV、フィスチラ、薬物アディクションなどの健康課題を持つ、貧困層や女性、難民等が多かった。先行研究のうち、低所得国における介入研究では、すべてが HIV 感染者あるいは感染リスクのある者等を対象としていた。具体的には、HIV 感染者、セックスワーカー、思春期の男女、HIV 孤児等であった。そのほかでは、日本の伝統的な講で高齢者を対象とするものがあつた (Dunbar et al., 2014; Kondo et al., 2012; Munoz et al., 2011; Okello et al., 2013; Paul M. Pronyk, Hargreaves, Kim, Morison, & et al., 2006; P. M. Pronyk et al., 2008; Rotheram-Borus, Lightfoot, Kasirye, & Desmond, 2012; Swendeman, Basu, Das, Jana, & Rotheram-Borus, 2009)。

これらの対象や健康課題に地域金融が用いられる理由は、ジェンダーや貧困など、健康課題の背景にある構造的な要因に、所得の増大やそれによるエンパワーメントの効果が期待できるためである (Cheston & Kuhn, 2002)。また、Cheston ら (2002) は、一般的に女性の方が男性と比べ、財産管理能力が高く、家族への影響も大きいことから、地域

金融の対象として選ばれる傾向があるとも述べている。

つまり、地域金融の相互支援の対象、つまり加盟する人々は、身体的に不健康な状態にある人というよりも、HIV 感染者や DV 被害者、貧困な女性など、低い社会経済状況にある人で、健康の社会的決定要因の影響を強く受ける健康課題を有している人々であることが、前提にあると考えられる。

ただし、低い社会経済状況の人のうち、特定のカテゴリに含まれている人々、たとえば、極端に貧しい人々や特定の社会階級にある人々など、その社会において、最底辺に位置付けられる人々は、活動に参加することが許されないことがある (Schurmann & Johnston, 2009)。また、女性自身に返済能力があっても、その夫が、アルコールやギャンブル好きで、返済できないリスクがある場合も、やはり同様に排除されていくことがある (Schurmann & Johnston, 2009)

一方、バングラディッシュにおけるキャッシュトランスファーのケースでは、最貧困層は、投資のキャパシティの不足ではなく、将来の負荷を予測して、自ら制度を利用しない意思決定を下していることも明らかになっている (MacLay & Marsden, 2013)。

以上から、地域金融の相互支援の前提に関する個人的因子として地域金融への加盟があり、加盟には社会経済的状況等の条件が考慮される。つまり、性別、婚姻状態（子供や夫など家族への影響、夫の理解）、本人および夫の経済レベル（所得や所有財および財産管理能力）、本人および夫の健康課題の有無とその内容（健康の社会的決定要因の影響）や重篤度である。また、条件を満たしているかどうかだけでなく、本人が地域金融活動に参加する意思決定を行うかどうかも地域金融への加盟の、つまり地域金融を通じた相互支援の前提となる。

② 関与の度合い

地域金融に参加している者の中でも、頻繁に参加しているかあるいはそうでないか、あるいは自発的に参加しているかどうかによっても、地域金融の機能の帰結は異なる (Kondo, Minai, Imai, & Yamagata, 2007)。

次に、個人を取り巻く外的因子である。外的因子は国や地域の社会経済状況と地域金融の特徴であり、このうち地域金融の特徴には、地域金融の類型、活動状況、ほかの支援の統合の3点があった。

③ 地域金融の類型

地域金融の類型に関しては、先項で述べたが、相互支援に関する属性にも記載したとおり、相互支援の機能は、地域金融の類型によって異なるものであり、したがって、地域で展開されている地域金融のタイプは相互支援の前提となる。

④ 地域金融の活動状況

地域金融に参加しているだけでなく、地域金融が活発に活動しているか、停滞しているかという点も相互支援の前提となる。

例えば、地域の特性が配慮されていないなどの課題を持つ地域金融は、活動が停滞していることがある。例えば、長期にわたり同じ状況(介入)が続き、次の展開がない介入は、地域金融の効果が減少するという報告がある(Joseph Adjei, 2009)。こうした報告では、概ね次の展開として IGP や職業訓練を投入し、地域金融のプールを増大させることを提案されている。また、地域の特性への配慮という点では、外部者提案型の IGP は、現地の経済的状況等を十分に踏まえていないことが多く、継続的な実施が困難になるという報告がある(Campbell et al., 2014)。

⑤ 地域金融への他の支援の統合

地域金融を通じた相互支援の前提として、地域金融だけが介入になっているものは少なく、多くの研究では、地域金融活動に加え、保健指導や健康教育、ライフスキルトレーニング(ネゴシエーション能力)、職業訓練などをパッケージ化したり、あるいはプログラム企画の段階で住民参加型地域診断、地域組織化活動をしたりしていた(Dunbar et al., 2014; Munoz et al., 2011; Rotheram-Borus et al., 2012; Swendeman et al., 2009)。

⑥ 国や地域の社会経済状況

国や地域の政治、政策、法律、経済状態(国の経済レベルとその安定性など)や雇用、そしてそれらが健康の社会決定要因となるため、国や地域の健康課題も変わってくる。たとえばジンバブエでは、2000年代に、政府主導で土地の再分配プログラムを行ったが、その結果、農業セクターの崩壊、インフレ、非雇用の増加などが発生し、それが思春期女性の保健、教育、経済機会を剥奪する一因となり、HIV リスクの増大につながっ

た。こうした背景(前提)を踏まえて同国で実施されたのが、職業訓練と草の根無償資金協力をセットにした介入であった(Dunbar et al., 2014)。

また、国や地域の社会文化的特性も、相互支援に影響を与える。とくに、地域金融の対象の多くが女性ということで、女性に関する社会のジェンダー規範が地域金融の相互支援の機能に影響を及ぼす可能性がある。例えば、職業訓練に参加したり貯蓄講などの社会グループに属したりしている女性は、夫からDVを受けるリスクが高くなるという報告がある(Rocca et al., 2009)。

(3) 地域金融の相互支援の帰結

帰結には、個人レベルと集団レベルの帰結があった。個人レベルでは、健康アウトカム、健康増進行動、健康・疾病に関する認知、社会経済状況(社会的関係性を含む)に分けられた。

①健康アウトカム

今回レビュー対象となった研究の多くがHIVに関する研究であったため、健康アウトカムとして、HIVステータス(感染率等)、望まない妊娠を挙げている研究が多かったが(Dunbar et al., 2014; Okello et al., 2013)、ほかに、要介護度(Kondo et al., 2012)、精神保健(Swendeman et al., 2009)、身近な人からの暴力も含まれた(Paul M. Pronyk et al., 2006)。

なお、今回レビューした介入研究はすべて、複数の変数の変化を確認しているため、変数によっては変化がないもの、あるいは悪化したものがあったが、概ね、介入と健康アウトカムは正の関係にあった。健康アウトカムが悪化した例として、Pronykら(2008)の、南アフリカの貧困地域に暮らす14歳から35歳の男女を対象としたHIV予防に関する研究がある。地域金融を含んだ介入パッケージを受けたグループでは、認知的・構造的ソーシャルキャピタル指数の両者が増加し、HIVに関する知識や行動面での改善が見られた一方で、構造的ソーシャルキャピタル指数が増加した女性、つまりこれまで接点のなかった人々と接点が増えた女性は、知識や行動が改善されたにもかかわらず、HIVの罹患率、発症率ともに悪化したことが示された。

②健康増進行動、健康・疾病に関する認知

健康増進行動に関しては、HIV および STD に関する知識と行動、たとえばコンドームの使用やリスクを伴う性交渉があった (Dunbar et al., 2014; Munoz et al., 2011)。また、食糧の確保なども含まれていた (Dunbar et al., 2014)。

認知レベルでは、HIV リスクに関する認知などがあった (Swendeman et al., 2009)。

③社会経済状況

社会経済状況に関しては、個人の所得レベルの向上などポジティブな帰結を示す研究がある反面 (Dunbar et al., 2014; Rotheram-Borus et al., 2012)、ビジネススキルがない人が排除されるなど、社会的排斥も地域金融の相互支援の帰結であった (Schurmann & Johnston, 2009)。

地域金融、とくに金融講やマイクロクレジットは、基本的に利害関係が強いグループ活動であるため、ルールが厳格であり、返金ができないなど、ルールを守れないメンバーは活動から排除される。小さなコミュニティにおいては、金融講が、経済的互助組織以上の、つまり自治システムの一部として機能していることがあるため、金融講のメンバーから外れることが生活上の大きなリスクになりかねないことが指摘されている (近藤&白井, 2013)。

また、先述のとおり、地域のジェンダー規範によっては、夫など身近な人からの暴力がむしろ増加することもありうる (Rocca, Rathod, Falle, Pande, & Krishnan, 2009)。

次に集団レベルの帰結である。集団レベルでは、ソーシャルキャピタルの醸成、地域の健康課題の解決と改善、新たな健康課題の発生があった。

④ソーシャルキャピタルの醸成

地域金融によるソーシャルキャピタル醸成への効果は、構造的・認知的ソーシャルキャピタルの変化や、ソーシャル・サポートの授受、社会関係等の変数を用いて検証されていた。いくつかの論文で、地域金融とソーシャルキャピタルとの間に有意な差が見られなかったが (Dunbar et al., 2014)、ほぼすべての研究で、地域金融によりソーシャルキャピタルが醸成されることを示す結果であった。

ただし、地域金融によってソーシャルキャピタルが醸成されたとしても、それが必ずしも健康アウトカムに寄与しないことを示す研究もあった (Kondo et al., 2012; P. M.

Pronyk et al., 2008)。

⑤健康課題の解決・改善

今回レビュー対象となった研究の多くが HIV に関する研究であったため、健康に関するプライマリアウトカムには、地域の HIV および STD の感染率などが使用されており、地域レベルでの変化も確認された(P. M. Pronyk et al., 2008)。日本の無尽講の研究でも、地域レベルでの、要介護度と死亡率との関連を検証していた(Kondo et al., 2012)。

⑥新たな健康課題の発生

アルコール(McCoy, Ralph, Wilson, & Padian, 2013)、タバコ(Schensul et al., 2013)、ドラッグ(Maher & Hudson, 2007)など、女性の現金収入源には、それによる所得が向上することにより、つまり商品が普及することにより、地域の健康課題を助長するものもある。

このうち、IGP でアルコールを扱った場合、地域住民の日常的なアルコール摂取を促す傾向が見出されており、その結果、特に女性で危険な性行為に陥りやすいというケースが報告されている(McCoy et al., 2013)。こうした課題を減らすために、マイクロファイナンスや IGP を職業訓練や健康教育と合わせて実施することにより、ほかの商品を扱うように導いたり、健康被害を生まない対応をとるように促したりすることが望ましいとの提言がなされている。

(4) 概念分析に関する考察

本項では、ロジャースの方法を参考に「健康に関する地域金融の相互支援の機能」に関する概念分析を行った。その結果、「健康に関する地域金融の相互支援の機能」は「物質的・情動的・情緒的支援の総体」と定義することができた。また、地域金融の相互支援の帰結には、個人レベルでの「健康アウトカム、健康増進行動、健康・疾病に関する認知、社会経済状況」があり、正の方向に変化する場合と、社会的排斥など負の方向に変化することがあった。集団レベルでも金融講を通じた相互支援は「健康課題の解決・改善、ソーシャルキャピタルの醸成」に寄与するが、一方で「新たな健康課題」を生み出すリスクも備えていた。

相互支援が機能する前提としては、個人的因子と個人を取り巻く外的因子があり、外

的因子は地域金融の特徴と国や地域の社会経済状況に分けられた。個人的因子として、「地域金融への加盟(社会経済的条件への適合性と参加の意思決定)」があり、また「地域金融への関与の度合い」によっても相互支援が変わることが示唆された。地域金融の特徴としては、「地域金融の活動状況、地域金融の類型、ほかの支援の統合」があり、これらによっても相互支援が変わることが示唆された。さらに、これらを包含する国や地域の社会経済状況によって、地域金融の相互支援が変化することが示唆された。

以上の結果を、図1に示す。

5. 文献検討のまとめ

国際的に、健康格差が拡大しつつある今日、SDH への介入の必要性に関する認識が高まっており、とりわけ、SDH の一要素であるソーシャルキャピタルと健康との関連について、研究が盛んにおこなわれるようになっている。所得などの経済状況、そしてジェンダーなど SDH の構造的な要因に影響を及ぼす地域金融に関しても、その経済的なエンパワーメント効果のみならず、ソーシャルキャピタルの観点から、健康との関連について研究がされている。

こうした研究結果から、地域金融には相互支援の機能があることが示唆されていたが、その機能について体系的に分析している研究がなかった。そのため本項で概念分析を行ったところ、健康に関する地域金融の相互支援には「物質的・情動的・情緒的支援の総体」としての機能があり、個人レベルでの「健康アウトカム、健康増進行動、健康・疾病に関する認知、社会経済状況」を正の方向に変化させる反面、社会的排斥など負の方向に変化させることが示された。集団レベルでも「健康課題の解決・改善、ソーシャルキャピタルの醸成」に寄与するが、一方で「新たな健康課題」を生み出すリスクも備えていた。また前提として、個人的因子とそれに影響を及ぼす外的因子を考慮することが必要になることも示された。このうち、個人レベルでは、「地域金融への加盟(社会経済的条件への適合性と参加の意思決定)」と「地域金融への関与の度合い」を、またそれに影響を及ぼす因子として、「地域金融の活動状況、地域金融の類型、ほかの支援の統合」や、これらを包含する国や地域の社会経済状況によって、地域金融の相互支援が変化することが示唆された。

地域金融と健康に関する研究の傾向として、その特性から厳格なデザインの介入研究を実施することが容易ではなく、その結果、地域金融と健康との因果関係を結論づけるに十分なエビデンスは不足している。また、地域金融と健康との中間要因となるソーシャルキャピタルの機能を含めて検証している介入研究も限定的であった。したがって、地域金融の相互支援の機能について探索したうえで、金融講と健康との関連に関する実証的な研究を蓄積することが求められる。

この際、概念分析から明らかになったように、地域金融を通じた相互支援は、その国や地域の社会経済状況によって大きく異なる可能性がある。そのため、予備調査において、ブ国農村部のコンテキストにおける地域金融の相互支援の機能について質的記述的研究を用いて探索することとする。

Ⅲ. 予備研究

予備研究の結果は、すでに公表しているが(Horii et al., 2015a, 2015b)、本項では、本調査との関係から、地域金融の相互支援の機能に関して焦点を当てながら、その概要を記載する。

1. 研究目的

1) 背景

ブ国における主要な健康課題は乳幼児死亡や妊産婦死亡の高さなど、母子保健関連の課題であり、そのため、ブ国の国家保健開発計画のなかでも母子保健の向上は優先課題の一つとして位置づけられている(MSBF, 2011a)。しかしながら、同国においては未だ、母子保健の向上のための有効な対策は確立しておらず、とくに母子保健指標が悪い農村部における母子保健の向上を目的としたプログラムを確立することが急務である。ここで、健康増進プログラムの目的は、健康そのものというより、むしろ対象となる住民のQOLを高めることにあり、それゆえ、健康増進プログラムの策定においては、プログラムの対象者の主観的な健康観を十分に把握しておく必要がある(Green & Kreuter, 2005)。ブ国農村部において、母子の健康向上を目的としたプログラムを開発するためには、まず、母子保健の当事者でもあり、子供のケアの主たるプロバイダーである女性たちが健康をどのように捉えているのか、また、それを実現するにはどのような条件が必要と考えているかを把握することが必要となる。

また、文献検討の結果、金融講が農村部における母子の健康に寄与することが示唆されたが、ブ国の農村部では、金融講のどのような機能が健康に寄与しているのかは明らかになっていない。このため、本研究では、ブ国農村部に暮らす女性のうち、金融講に加盟している女性の主観的健康観とそれへの寄与要因を、質的研究方法を用いて探索することを通じ、金融講の健康に寄与する相互支援の特徴について記述することにした。

2) 研究目的

質的研究方法で、国の地方都市T市にある一農村に暮らす金融講に加盟する女性たちの健康観とその寄与要因を探索することを通じ、金融講の健康に寄与する相互支援の特徴について記述すること。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

本研究では、ブ国の一農村に暮らす女性たちが、どのような健康観をもち、その健康観に基づく姿の実現にどのような要因が寄与していると捉えているかを探索するため、質的探索的記述研究を行った。また、本研究では、現地の看護学校教員ら保健省スタッフらとの協働による地域基盤型参加型研究 (Community-Based Participatory Research, 以下、CBPR とする) を行った。CBPR とは、住民、保健医療従事者、研究者がそれぞれ対等な立場で、地域診断、それに基づくプログラム計画、実施、評価に参加する、実践および研究プロセスである。CBPR は、文化や社会階層など SDH の構造的な要因にアプローチするため、健康格差の縮小に寄与する可能性や有効性について議論がされている方法論である (Minkler & Wallerstein, 2008)。

2) 協働研究チームの構成

本研究者の協働研究者は、ブ国の国立看護学校の教員 A 氏と、A 氏が所属する村落開発を目的とした NGO のスタッフである。同 NGO は、A 氏の職場 (看護学校) がある T 市とその周辺村落に暮らす女性たちの組織化を行い、保健、教育、環境、農業などマルチセクトラルなアプローチで貧困削減を目指した活動をしている。NGO のメンバーは、本研究の主たる協働研究者である看護学校教員 A 氏のほかに、看護師、助産師、農業開発専門員、環境開発専門員、高校教師、社会学を学術的背景とする保健プログラムオフィサーなどから構成される。

3) 研究対象

ブ国の T 保健区内の農村 154 か村のうち、協働研究チームの NGO とのラポールが形成されている村落のなかから 1 か村を選定した。研究対象者は、同村に暮らす女性のうち研究に同意が得られた女性とした。

4) 研究期間

2014 年 10 月 10 日から 10 月 20 日 (現地情報収集期間)

5) データ収集

データ収集には、Photo Voice を用い、住民により撮影された写真をもとに Focus Group Discussion (FGD) を実施した。Photo Voice とは、ドキュメンタリフォトグラフィを用いた参加型アプローチである。ヘルスプロモーション、クリティカルエデュケーション、フェミニストセオリー等の理念を統合したアプローチで、CBPR においてしばしば活用される (Wang & PIES, 1997, 2008; Lopez, Robinson, & Eng, 2013)。Photo Voice では、コミュニティのメンバーにカメラを渡し、彼らが健康や日常のリアリティを写真にとり、それら写真をグループディスカッションや行動のベースとして使用するという方法をとる。

本研究において、女性の健康観を探索するうえで、Photo Voice を用いる理由は、言動には表出されない認知や経験を理解するうえで、写真で表現されるイメージからの分析が有効と考えられたためである。Photo Voice の実施にあたっては、事前に女性たちに写真撮影に関する注意、とくに、倫理的な配慮を十分に説明したうえで、村落部に暮らす女性たちにカメラを渡し実施した。

Photo Voice では、「あなた方が考える健やかな女性の様子についてお写真を撮ってきていただけますか」と女性の代表に写真撮影を依頼した。写真撮影に続く FGD では、11 人からなるグループの女性たちに対し、「このお写真が、健やかな姿とされた理由をお聞かせください。」、「この女性が健やかなのはどうしてですか。」という質問を繰り返すし、また適宜、質問を追加した。Photo Voice と FGD のための村の女性たちとの会合は、計 5 回開催した。このうち、第 1 回目の会合では、主に、女性たちへの本研究の説明と Photo Voice の説明、および写真撮影の練習を行った。写真撮影の練習には、写真を撮る際の注意事項（撮影許可の取り方、写真が公表されることの説明等）に関するロールプレイを行った。女性たちに説明する写真撮影に関する倫理的配慮に関する説明は、「Photovoice as a CBPR method」 (Lopez, Robinson, & Eng, 2013) を参考に作成した。

FGD のファシリテーターは A 氏が支援している NGO のメンバーで、現地語であるモレ語に精通し、これまでも FGD の経験が豊富な社会学をバックグラウンドとした女性が行った。また、本研究者は、現地語を仏語に通訳する者とともに、FGD に同席し、通訳を介し、ディスカッションの流れを把握することにより、テーマに関連した質問を適宜追加できるようにした。FGD は、ディスカッションに集中できる環境を確保するために、女性グループが選定した、村内の住居や畑から離れた場所で行った。

Photo Voice と FGD の実施に先立ち、本研究者は、ブ国側研究チームのメンバー（T 市の看護学校教員と NGO スタッフ）に対し、Photo Voice と、参加型計画策定手法である地域づくり型保健活動（岩永, 2003）、および研究方法に関するセミナーを行った。なお、本研究者は、ブ国をはじめ、フランス語圏アフリカ諸国での 10 年以上の国際協力経験を持ち、セミナーの実施、データ分析を行うに十分なフランス語の能力を有している。

6) データ分析

FGD の結果は、その場で、フィールドノートに記述した。ディスカッションは現地語で実施したが、通訳がフランス語で説明した内容をフランス語および日本語でフィールドノートに記述し、それらを分析の対象とした。

データ分析はディスカッションと同日に、ディスカッションに同席した協働研究チームのメンバー4人とともに実施した。ディスカッション終了後、直ちに T 市内へ移動し、プライバシーが確保できる場所でデータ分析を実施した。具体的な手順は、まず、メンバー全員でフィールドノートを何度も読み返し、Photo Voice の写真と比較しながら、コードを抽出した。次に、抽出されたコードを、「女性にとっての健康」と「健康の実現に寄与している要因」に分類し、分類したコードを、抽象度を比較しながら構造化しサブカテゴリ、カテゴリを生成し、最終的に表 3、4 のカテゴリ表を形成した。

7) 倫理的配慮

研究では、ヘルシンキ宣言に則り、科学的整合性と倫理的妥当性、個人情報保護、研究対象者に対するインフォームド・コンセントの受領、研究成果の公表を行うこととし、倫理的配慮について、研究計画書の段階で、聖路加国際大学研究倫理審査委員会および、ブ国倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 14-054 および No2015-02-014）。

3. 結果

1) 対象地域の概要



本研究の対象村 A は、ブ国中東部の T 市中心部から 7Km のところに位置するモシ族の村である。T 保健区によると、A 村の人口は 573 人、このうち 15 歳から 49 歳の女性は 126 人と推計されている。なお、T 保健区内の妊産婦死亡率は 307（出生 10 万対）、5 歳未満死亡率は 184（出生 1000 対）、5Km 以内に一時医療施設がある人口割合は 62, 40% であり、全国平均と比べて平均的な状況にある (District sanitaire de Tenkodogo, 2014)。

A 村では、男性のほとんどが同村で生まれ育ち、農業に専従している。市内で就業したり、出稼ぎ等で村外に出たりした経験を持つものは 20 人以下と限られている。女性は、ほとんどが T 市周辺農村から嫁いできたもので、農業に専従している。主な農産物は、主食のトウモロコシ、ミル（煮汁は発酵させることで酒になるが、発酵前のものは食事の代わりにされることもある）、一部の農民がピーナッツやいんげん豆、オクラなどの野菜を栽培している。これらは、ほとんどが自給用であるが、一部余った分を町の市場で販売し、調味料などの購入に充てている。村には電気・水道はなく、調理は屋外に設置された解放かまどで行う。雨の日は屋内で解放かまどを使用する。また、村内にはポンプ式の井戸が 2 か所あり、月 150CFA または年 1000CFA の使用料を払うことで安全な水を利用できる。

村内には小学校はなく、学童は 4Km 離れた村の小学校に通学している。村長によれば、今日は約 9 割の就学率だが、20 年ほど前までは（現在の 40 代は）1 割程度の就学率であった。

利用可能な保健医療サービスは、住民は 4Km 離れた村にある一次医療施設か、7Km 離れた市内の 3 次医療施設を利用している。一次医療施設には、正看護師と准助産師が勤務しており、マラリア等の診察と治療、小児および妊産婦の予防接種・健診、正常分娩などの保健医療サービスが供給されている。家族計画サービスとしては、低用量ピル、黄体ホルモン注、ノルプラント、IUD を提供しており、低用量ピルは 100CFA（一か月分）、黄体ホルモン注は 500CFA（3 か月持続）で受けられる。

2) 研究対象者の概要

Photo Voice とそれに続く FGD の参加者（以下、研究対象者とする）の概要を表 2 に記した。研究対象者は 28 歳から 48 歳（平均 39.8 歳）の 11 名であった。平均出産回数は 5.5 回、平均生存子供数 5.2 人、5 歳未満死亡率は 35 人（出生 1000 人対）であった。

全員が産前健診（４回）を受け、有資格者のもとで出産し、リズム法等なんらかの家族計画方法を実践していた。出産間隔はおおむね３年から６年であり、産後２年で妊娠した経験を持つ女性は「間隔が短すぎた」と表現していた。出産間隔を置く理由として、子どもの成長に加え、本人の身体の回復が挙げられた。A村では産後休息の風習もなく、通常、分娩後１週間以内で労働に復帰するとのことであった。主観的な健康問題として、高血圧、関節痛、フィスチラなどの回答があった。

今回の対象者は全員が、A村の女性組合のメンバーであった。女性組合とは、2005年に同村において、村人（女性）のイニシアティブで結成されたものであり、日常活動（農業など）の発展を通じて村の平和を維持することを目的に活動をしている。具体的な活動は金融講（マイクロバンキング）であり、銀行に口座を開設し、会員は同口座から借金することができる。借金の主な理由は、小規模商売や養羊などの初期投資である。女性は10,000CFAの入会金を支払えば、永久会員になれる。現在正式メンバー（入会金を支払っているもの）は20人であるが、正式メンバー以外も、組合活動の一部には参加できる。組合長によれば、村内の同世代の女性（25歳から50歳程度）の25～30%程度が組合に加盟している。会には、喧嘩をしない、うそをつかない等の会則があり、守れない者は退会を求められる。

表２ 研究対象者の概要

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
年齢	45	38	37	36	43	28	38	32	46	47	48
生存子供数	7	5	6	5	6	3	4	4	5	7	5
亡くなった子供の数 (死亡時の年齢)	0	1 (2才)	0	0	0	0	0	1 (14才)	0	1 (死産)	0
初婚	-	20	18	15	21	14	26	20	16	18	13
嫁妻の有無 (自身の順番)	0	0	0	0	0	1 (1)	0	0	0	0	0
宗教	カトリック	カトリック	カトリック	カトリック	カトリック	カトリック	カトリック	カトリック	カトリック	カトリック	カトリック
教育歴(最終学歴)	なし	CM2	CE1	CM2	CE1	CE1	CE1	なし	なし	CM1	なし
現金収入の手段	-	地酒	地酒	-	ミルジェ ル・メ・地酒	ミルジェ ル・メ	ミルジェ ル・メ	ミルジェ ル・メ・地酒	-	ミルジェ ル・メ・地酒	-
女性グループへの参加	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
産前検診の受診 (受診回数)	○	○ (4回)	○ (4回)	○	○	○	○	○ (4回)	○	○	○
分娩の場所	CSPS	CSPS	CSPS	CSPS	CSPS	CSPS	CSPS	CSPS	CSPS	CSPS	CSPS
家族計画の方法 (全員が実施)	リズム	リズム・ ビル	リズム	リズム	リズム・ 禁欲(夫の 不在)	リズム・ ノルプラン ト	リズム	リズム・ ビル	リズム	リズム	リズム
子供の予防接種	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
夫の出稼ぎ歴	-	-	なし(村内 で肉屋経営)	-	国内の 都市部	-	-	-	-	-	-

3) 女性にとっての健康

ここからは、Photo Voice とそれに続く FGD の結果を記述する。カテゴリを《》で、サブカテゴリを【】で、コードを [] で、また女性たちの語りを「斜字」であらわす。

まず、女性にとっての健康として【身体が丈夫で整えられている状態】、【夫と子供のために働ける状態】、【子どもの成長発達を適切に管理できる状態】、【夫との関係が良好な状態】、【社会的関係を維持している状態】、そして【楽しく生活できている状態】の6つのサブカテゴリが抽出された。



「(なぜこの写真を撮ったのですか?) 彼女だけでなく、彼女は子供の健康も保っているからです。(なぜ、彼女の子どもは元気なのか?) 彼女は子供の面倒をよく見えています。衛生を保ちきれいにしています。」

表3 女性にとっての健康（女性の主観的健康観）

女性にと っての健 康	身体が丈夫で整えられている状 態	十分に栄養がとれている
		身体の肉付きがよい
		他者にとって模範的な健康体である
		顔つきが健康的である
		身だしなみがきちんとしている
		妊娠できる(妊孕性が高い)
	夫と子どものために働くことが できる状態	夫と子どものために料理をすることができる
		夫と子どものために畑仕事ができる

		夫と子どものために家畜の飼育ができる
		夫と子どものために商売ができる
	夫との関係が良好な状態	夫に愛されている
		妊娠できる(夫との性生活が充実している)
	子どもの成長発達を管理できる状態	子供の健康管理ができています
		子供のしつけができています
	社会的関係を維持している状態	金融講のメンバーとの間に連帯がある
		拡大家族と良好な関係にある
	楽しく生活できている状態	(生活を)楽しんでいる
		心理的な圧迫(ストレス)がない

4) 健康の実現に寄与する要因

健康の実現に寄与する要因として、《健康行動の実践》、《健康行動実践に要する現金の確保》、《夫からの支援》および《金融講を通じた相互支援》の4つのカテゴリが生成された。



「(なぜこの写真を撮ったのですか?) 写真に写るみんなが健康だからです。・・・仲間の顔を見れば、すぐに調子がよいか悪いかわかります。もしも、病気の人がいたら、病院に行くことをすすめたり、お金がなくて病院に行けない人には(組合で)集めて

いるお金を貸してあげたりします。」

「(自分から妊娠したと友人に言う女性はいないけれど)仲間同士なら、妊娠1か月後には、表情で分かります。妊娠している人には、妊産婦健診に行くように勧めています。」

表4 健康への寄与要因

健康行動 の実践	一次予防の実践		「よいもの(肉等)」を食べている
			衛生的な水(ポンプ式深井戸の水)を飲む
			病気になったらすぐに病院に行く
			子供に予防接種をさせている
			子供を衛生的にしている
	ストレス対処能力の保持		根に持たない
			何かあっても簡単にくじけない
	他者への健康情報の提供		コミュニティヘルスワーカーとして啓発活動をする
			他者に健康行動に関して助言を行う
	他者による保健指導の受容と遂行		他人の助言を受け入れる
			保健医療従事者の助言を守る
			保健医療者による健康教育のための集会に参加する
健康行動 実践に要 する現金 の確保	健康行動実践に要する現金の確保		衛生的な水(ポンプ式深井戸の水)を入手するための収入がある
			肉などを購入するための収入がある
			金融講に加盟し受診時に借金できる
夫からの 支援	夫からの情緒的な支援		夫からの愛情を受けている
	健康行動に対する夫からの支持		夫が家族計画に協力している
			夫が肉を買ってくる
金融講を 通じた相 互支援	社会的支援 の獲得	物質的(手段的)支 援の獲得	商売を始めるときに借金できる
			病気の時に借金できる
			病院に行くためにバイクなどを貸してくれる
		情緒的支援の獲得	冗談を言って楽しませてくれる仲間がいる
		情報的支援の獲得	仲間から家族計画の方法や効果についての情報を得る
	社会的支援	情報的支援の提供	コミュニティヘルスワーカーとして疾病予防などに関する

	の提供		る啓発活動をしている
			健康を維持することで他者の模範になるように努めている
			金融講のメンバーやその子どもが病気のときに病院受診を勧奨している
			金融講のメンバーが病気の際にその夫に報告している
			メンバーの妊娠の兆候に気づき産前健診の受診を勧奨している
			小さい子どもを持つメンバーに予防接種のプログラムを説明する
			保健医療者による健康教育のための集会の情報を与えている

このうち、《金融講を通じた相互支援》は、社会支援の獲得と提供の二つのカテゴリからなっており、獲得は、物質的(手段的)支援、情緒的支援、情報的支援のサブカテゴリから、提供は情報的支援のサブカテゴリにより構成された。

また、FGD の結果を帰納的に分析した結果、《金融講のメンバーであるための条件》というカテゴリが生成され、【金融講への加入と資格維持】、【金融講のメンバーからの信頼の獲得】、【金融講メンバーとの協調行動の実践】から構成されていた。

「(村には子供の病気はないのですか?) たくさんあります。だけど、あなたが健康な人の写真を撮ってくださいといったから健康な人の写真しかないのです。(健康ではない子供がいるのはどうしてですか?) 衛生を保てていない。予防接種のプログラムを守っていない。よい食事を子供に与えていないからです。(なぜ子供の世話ができない人がいるのでしょうか?) 彼らは助言をしても聞き入れません。助言をすることで、喧嘩の原因になってしまいます。診療所に行くことをすすめても受け入れないのです。私たちは、看護師が啓発に来るときに、ほかの人たちにも声をかけますが、しばしば、彼らはそれを受け入れることがありません。」

表 5 金融講のメンバーであるための条件

金融講の メンバー であるた めの条件	金融講への加入資格とその 維持	金融講に加入するための条件を満たしている（加盟金を支払う能力がある）
		金融講のルールを守ることができている
		病気から治癒した人のみが入会を勧誘される
	金融講のメンバーからの信 頼の獲得	お金やものを借りたら返すことができる
		勤勉に働いている（平時に働かない人間が有事に支援を得る権利はない）
	金融講メンバーとの協調行 動の実践	金融講のメンバーとそれ以外を区別している
		喧嘩をしない
		怒らないでいられる
		人を笑わせることができる
		素直に人に謝ることが出来る
		他者の助言を受け入れる

4. 考察

1) A 村の女性の主観的健康観とその寄与要因-金融講の相互支援の機能

本研究から、女性の主観的健康観とその寄与要因、そして寄与要因としての金融講の相互支援の機能についての示唆を得た。

まず、A 村において、女性は【身体が丈夫で整えられている状態】、【社会的関係を維持している状態】、【夫と子供のために働ける状態】、【子どもの成長発達を適切に管理できる状態】、【夫との関係が良好な状態】、そして【楽しく生活できている状態】を健康と捉えていた。

健康関連の QOL は身体的社会的機能、社会関連機能、精神的機能、身体的な不快感という、4 つの構成要素により形成されるが(漆崎, 2001)、A 村の女性の健康は、この 4 つの構成要素の特徴を示すものであった。

次に健康への寄与要因として、《金融講を通じた相互支援》、《健康行動の実践》、《健康行動実践のための収入》および《夫からの支援》が抽出された。そして、《金融講を通じた相互支援》はさらに、【社会的支援の提供】と【社会的支援の獲得】の二つ

のサブカテゴリから形成されていた。つまり、A村では、金融講という、地域の社会文化的な特性を踏まえて築いてきた仕組みや、その仕組みの持つ相互支援が健康に寄与している可能性が示唆された。

A村における金融講の相互支援の機能としては、[病気や商売を始めるときに借金できる]という、本来地域金融の金融サービスが有する機能に加え、[冗談を言って楽しませてくれる仲間がいる]、[仲間から家族計画の方法や効果について情報を得た]、[病院に行くためのバイクを貸してくれる]という機能があった。また、他者に対し、[妊娠の兆候に気づき産前健診の受診を勧奨している]、[小さい子どもを持つメンバーに予防接種のプログラムを説明する]など、社会的支援を提供することも観察された。社会的支援、つまりソーシャル・サポートには、物質的・手段的支援、情動的支援、情緒的支援、評価的支援の側面があるとされる(畑&土井, 2003)。本研究結果から、A村の金融講には、他者に提供される社会的支援として情動的支援が、獲得できる社会的支援として、物質的・手段的支援、情動的支援、情緒的支援の機能があると考えられる。

A村の金融講を通じた相互支援の機能を、第2章で行った「健康に関する地域金融の相互支援」の概念分析の結果と比較すると、「物質的・情動的・情緒的支援の総体」という点で一致する。しかし、相互性については支援の内容で異なる。たとえば、情動的支援に関しては提供も獲得もしているが、物質的支援、情緒的支援については、メンバーから獲得しているだけで、提供していないことが示唆された。また、概念分析に含めた先行研究の中には、地域金融に参加した女性が参加していない人を支援することが示されていたが(Swendeman et al., 2009)、A村での社会的支援は金融講のメンバー間にとどまっていた。

また、概念分析では、金融講のもつ相互支援の機能は、国や地域の社会経済的状况による影響を受けることが示されたが、A村における物質的支援として、[病気の時に借金できる]、[病院に行くためにバイクなどを貸してくれる]など、健康増進行動のうち、有事における経済的支援と手段的支援(交通手段)が抽出された。これは、ブ国農村部の経済レベル、つまり雇用など恒常的な所得獲得手段が得られない状況にあることに加え、保健医療体制、制度の影響が表れていると考えられる。同国では、住民の半数近くが、一次医療施設から5Km以上離れたところに暮らしており、また、家族計画などのプライマリヘルスサービスさえも無料化されていない。こうした国においては、金融講の

物質的支援の機能が、社会保障制度を代替する可能性を持つことを、本研究は示唆している。

また、情動的支援に関し[仲間から家族計画の方法や効果についての情報を得る]、[メンバーの妊娠の兆候に気づき産前健診の受診を勧奨している]などの項目が抽出されたように、妊娠や出産そして家族計画に関し高い関心を持っていることが示された。同国では近代的避妊法による家族計画の普及率が30%にも満たないが、今回調査の対象となった女性の全員が、家族計画を実施しており、その多くがリズム法などを使用していた。つまり家族計画そのものへのニーズが低いわけではなく、近代的避妊法に関するアンメットニーズがあるとも考えられる。筆者が、家族計画の普及率が5%に満たないブ国の隣国ニジェール農村部で行った研究でも、女性たちは妊娠期間をコントロールすることを望み、そのために、さまざまな家族計画の方法を取り入れていた。そして、夫や年長の女性の反対を恐れ、黄体ホルモン注などの形跡が残らず他者に見つかりにくい方法をとるなどの戦略を行使していた(堀井, 2011)。このように、女性たちは、一般的な家族計画の知識だけでなく、夫との関係性を踏まえたネゴシエーションに関する情報を友人から得ることを、金融講の情動的支援の機能として期待している可能性がある。

ただし以上の結果は、村で営まれてきた金融講のメンバーを対象としたFGDの内容をもとにしており、金融講のメンバー以外の女性の声は反映されていない。

リンは、ソーシャルキャピタルの効果に関しては、その分析水準を考慮することの重要性を指摘している(リン, 2008)。例えば、ある集団にとっては集団内の相互援助効果を高め、集団の目標を達成し、集団の成員に財を提供するためには、緊密なネットワークが必要になるが、その集団が属している社会にとっては、そのような集団は決して好ましくない。なぜなら緊密な集団が乱立すれば、他集団への排他性の増加や情報の秘匿が生じ、集団間で利益を共有することが困難になるためである(リン, 2008)。

実際に、FGDでは、金融講の女性たちが金融講のメンバー資格を維持するために、【金融講メンバーへの協調行動の実践】に努め、その一環として[自分たちの仲間以外を区別する態度]をとっていることが明らかになった。これは、「結合型ソーシャルキャピタル」の負の側面として指摘されていた特徴に合致するものであり(カワチ et al., 2008)、また、金融講のように利害関係が強いグループでは、社会的排斥を生みやすいという指摘とも一致する(Schurmann & Johnston, 2009; 近藤 & 白井, 2013)。そしてA村の排斥の特徴は、そもそも金融講に加盟するためには、加盟金を払う能力や病気がないこと

など【金融講への加入と資格の維持】、返金能力を持つことで生まれる【金融講のメンバーからの信頼の獲得】、メンバー以外を区別するなどの【金融講メンバーとの協調行動の実践】という条件を満たしている必要があり、それらを満たしていない人々が排斥されるという点である。

また、金融講のメンバーの5歳未満死亡数は35（出生1000対）と国や同地域の平均よりはるかに低く、そして、産前健診受診率等、周産期にかかる健康行動の採用率も100%で、国・地域平均よりも高かった。一方で、研究対象者によれば、組合のメンバー以外の健診等の受診率は悪く、子どもの栄養状態も悪いとされていた。この情報が事実であるとするならば、A村では、金融講メンバー間の相互支援の強化とそれによる凝集性の高まりによって、健康になるものと、排斥により不健康になる者とがおり、彼らの間に健康格差がすでに生じている可能性がある。

つまり、A村における排斥のプロセスは、加盟金を払えないほどの貧困層は金融講に入ることを許されず、有事に借金などができずに不健康になっている可能性があり、またその結果、金融講にとってリスクな存在として排斥されるという、貧困との因果関係があることが示されていた。これは、岩田(2008)の指摘した貧困と社会的排斥の因果関係、あるいは入れ子の関係を示唆するものである。

2) A村における母子の健康問題

本調査のFGDでは強みに焦点を当て、健康問題の掘り下げをしなかったが、A村には、女性たちは認識していない健康問題が観察された。A村における健康問題として、T保健区の年間統計、A村における参与観察、FGDにおける女性の言動から、周産期の女性の健康、乳幼児の感染症と低栄養が抽出された。そして、それらの要因として、母子保健にかかるプライマリヘルスケアサービス（予防接種、産前健診、資格者による分娩介助、家族計画）の低利用、屋内空気汚染、危険なアルコール摂取の可能性が示唆された。このうち、危険なアルコールの摂取については、女性が主要な収入源として挙げていたミルジェルメは、現地酒の原料であり、これによる収入増加はアルコールに関する健康問題の増大リスクもはらんでいる(McCoy et al., 2013)。また、現地酒を製造するには火入れが必要なため、女性たちは製造工程で大量の煙を吸い込んでおり、慢性閉塞性肺疾患等、屋内空気汚染による健康問題を助長する危険性も示唆された(Bruce, Rehfuess, Mehta, Hutton, & Smith, 2006; Pope et al., 2010)。

3) 本研究への示唆

予備調査から、A村に暮らす金融講に属する女性の主観的健康観とその寄与要因を探索することで、ブ国の農村部における金融講のもつ相互支援の機能に関する示唆を得ることができた。

金融講の相互支援の機能には、概念分析の結果と同様に「物質的・情動的・情緒的支援の総体」があり、その内容や相互性にブ国農村部の社会経済状況やヘルスシステムの特徴が反映されていた。また、金融講は、相互支援の機能だけでなく、特定の人々の社会的排斥につながる危険性を持つ点に関しても、概念分析の内容と一致していた。

以上の結果から、「A村の母子の健康とその寄与要因」の関連について概念化した。(図3)

しかしながら、図3に示された概念や概念の関係性は、A村というブ国の一農村の特徴から導きだしたものであり、ブ国農村部に一般化できるものではない。また、金融講を通じた相互支援と母子の健康とがどのように関連しているかを説明する上でも限界があると考えられる。したがって、文献検討で行った健康に関する地域金融の相互支援の機能の概念分析に、予備調査結果を統合したうえで理論的な枠組みを構築し、その概念間の関係性に関する量的研究を行い、その結果をもとに、金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連を検討する必要があると考えられる。

そこで、本研究では、理論的枠組みのうち、個人レベルの要因に関連する、金融講への参加（社会経済的な条件への適合性と参加への意思決定）、相互支援、母子の健康（実子の5歳未満での死亡経験と家族計画に関するアンメットニーズおよび母子保健に関する健康増進行動）に焦点を当て、相互支援と母子保健との関連について統計学的手法を用いて検討を行う。

IV. 方法

1. 研究デザイン

本研究では、量的横断的デザインで、ブ国農村部に暮らす女性の「金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連」を探索した。

2. 概念枠組み

地域金融と健康に関する文献検討、地域金融を通じた相互支援の機能に関する概念分析、および質的研究 (Horii et al., 2015b) で探索されたブ国農村部における金融講を通じた相互支援の機能の結果をもとに構築した本研究の概念枠組みを図 4 に示した。

概念枠組みの構成概念は以下のとおりである。

(1) 金融講加盟の先行要因

本人および夫の、年齢、民族、宗教、教育歴、経済状況（所得および家畜等の保有状況）等、社会経済要因、および金融講加盟への意思決定。このうち、金融講加盟の意思決定は、質的調査の結果、金融講加盟のメリットがない、仲間との付き合いが面倒等の理由で、自ら金融講非加盟の選択をすることと定義した。

(2) 金融講への加盟状況

金融講への加盟の有無と関与のレベル、加盟している金融講の特性等

(3) 相互支援

物質的、情動的、情緒的支援の総体。また、質的研究結果を踏まえ、それぞれの支援を以下の通り定義した。

①物質的支援：病気の際の現金の貸借（金融講から・個人から）/病院受診のための交通手段の貸借/病気の際の家族への報告/病気の際の病院受診勧奨/の経験

②情報的支援：産前健診の受診勧奨/予防接種プログラムの情報/健康教育集会の情報/疾病予防の効果に関する情報/家族計画の効果に関する情報/の提供と獲得の経験

③情緒的支援：他者を楽しませた、他者と一緒にいることを楽しみと感じた/困ったときに話を聞いたり聞いてもらったりした/経験

(4) 母子の健康

母子の健康は、健康アウトカムと健康増進行動からなる。ここでいう健康アウトカムとは、実子の5歳未満での死亡経験の有無と、家族計画へのアンメットニーズの有無であり、健康増進行動とは、母子保健に関するプライマリヘルスサービス（産前健診、資格者による分娩介助、家族計画）の利用とプライマリヘルスケアの実践（動物性蛋白質の摂取）である。

3. 測定用具

各構成概念を測定する測定用具および尺度を図5に示した。測定用具の選択においては、既存の質問紙を使用したり、既存の質問紙を基盤に予備調査の結果を踏まえて質問項目を修正したりすることで、妥当性を確保することに努めるとともに、以下の方法で、妥当性と信頼性の確保に努めた。

質問項目の内容妥当性を高めるため、プレテスト前に、各質問項目の内容を現地の協働研究者（専門家）4名で確認し、文脈を踏まえて質問項目（表現）の変更および追加・削除、および質問項目の順番の変更を行った。その後、アンケーターとなる学生全20名と質問紙の読み合わせを行い、表現をさらに修正した。そのうえで、現地語（モレ語とビサ語）による表現方法を検討し、統一した表現を決定した。こうして修正した質問紙を用いてプレテストを行い、その結果をもとに再度内容妥当性を検討した。本調査では、プレテストの結果を踏まえて再修正した質問紙を用いた。

なお質問項目の多くは、日本語で作成後、フランス語に翻訳したが、表面妥当性を確保するため、DHSなど、既存の質問紙がフランス語の場合は、そのままの項目を用いた。以下、各構成概念とその測定用具である。

(1) 金融講加盟の先行要因（社会経済状況）：

金融講加盟の先行要因となる社会経済状況とは、本人および夫の、年齢、民族、宗教、教育歴、私有財（所得および家畜等の保有状況）等である。調査には、世界 90 か国で実施されている The Demographic and Health Surveys (DHS) Program のブ国版である Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples の当該項目を使用した（INDS & ICF, 2010）。

(2) 金融講への加盟状況：

金融講の加盟状況とは金融講への加盟の有無と関与のレベル等を測定した。金融講の加盟状況の測定に関し、計画書の段階で、金融講を「地域金融、つまり、銀行などの金融サービスにアクセスができないような地方部等における貯蓄や、保険、貸金などを行う小規模な金融サービスのうち、サービスの運営管理・監督を NGO など外部者ではなく、村の住民が行っている組織」としていた。この定義に従い、協働研究者と内容妥当性を検討した結果、対象地域における金融講に該当する活動として、トンチン、マイクロファイナンスを特定した。質問紙では、トンチン、マイクロファイナンスのほかに、対象地域に存在した相互扶助を含め、加盟状況を測定する質問項目を作成した。

なお、対象地域においてトンチンとは、一定額の会費を定期的に預金し、その預金のすべてあるいは一部を、活動開始時に決めた順序にまたは、グループのルールに基づいて、配当の該当者を決定し、その者に対して、現金を配分する活動を指すものであった。また、マイクロファイナンスとは、グループに与えられた貸付金をもとに、各人が経済活動などを行うことであり、それには、NGO 主導型のマイクロファイナンスと、運営管理に外部者が関与しないマイクロファイナンス “microfinance sur le terrain”（“現場の” マイクロファイナンス）があった。本稿では、外部者ではなく村の住民によって運営されている地域金融を金融講と定義しているため、“microfinance sur le terrain” を金融講とみなすこととし、以降、マイクロファイナンスと記載した場合には、“microfinance sur le terrain” を指すこととする。

また、対象地域には、金融講のほかに、農業扶助、グループ活動、タラゴといった相互扶助活動が展開されていた。これらの活動で貸借される対象は、必ずしも金銭だけでなく、人的・物的（食事など）が含まれていた。このため、金融講と区別して扱うこととしたが、これらの活動についても以下に説明する。

農業扶助とは、主に農繁期（雨季）に家族（または個人）の農地で行う農作業を集団で支援することである。農作業への支援に対する謝礼は、作業を支援した日の食事で代替されることが多い。グループ活動とは、換金作物（野菜や家禽など）をグループで栽培・養殖し売り上げを分配するものであり、住民組織活動を通じた Income Generating Activities（IGA、現金創出活動）である。最後にタラゴとは、高額の商品（村落部では石鹸などが対象となる）を購入する際にクレジット払いをすることである。ただし、いずれの活動も活動方法や運営方法には、その村あるいはグループによってさまざまなバリエーションが存在した。

金融講およびその他の相互扶助活動に加盟している者に対する、関与のレベルおよび加盟している講の特性の測定では、Kondo ら（2007）の Question regarding engagement in Mujin を参考に、金融講の構成メンバー、数、継続年数などを把握した。また、金融講への加盟への意思決定については、先行研究の結果に基づく金融講加盟への意思決定の定義に基づき、本調査用に質問項目を作成した。

（3）相互支援

ブ国 A 村で実施した先行研究と概念分析の結果から、相互支援は、家族や地域住民との間で交わされる物質的支援、情動的支援、情緒的支援の授受であった。これらは、House のソーシャル・サポートの機能に合致するため（畑 & 土井, 2003）、測定には、地域におけるソーシャル・サポートを測定する尺度（配偶者、家族、友人の 3 領域、4 件法）で、妥当性、信頼性が検証された Jichi Medical School Social Support Scale（Tsutsumi et al., 2000）を参考に、測定用具を作成した。

具体的には、予備調査の結果をもとに作成した相互支援の 3 つの構成概念を、現地の協働研究者と検討し、最終的に 15 の下位概念に分類した。次に、15 の下位概念ごとに JMS-SSS を参考に、質問項目を作成した。最後に、項目ごとに、支援の授受の対象者として①夫、②：金融講のメンバー、③：夫系の拡大家族（表中は、夫方と記載）、④：自分の父系の拡大家族（表中は、実家と記載）、⑤：②, ③, ④以外の村人、⑥助けてくれる人が誰もいない、の 6 つの選択肢を設け、複数回答する測定用具を作成した。3 つの構成概念と 15 の下位概念、及び下位概念を表 6 に示す。

なお、金融講加盟者に対しては、金融講から得た恩恵の内容を先の相互支援に関する質問項目とは別に、「経済支援（借金）」、「農作業への支援」、「結婚式・葬式等の手伝い」、「情報交換」からも複数回答できるようにした。

(4) 母子の健康：

社会経済状況同様 DHS の当該項目を用いて測定した。ただし、質問項目数を制限するために、行動に関する項目のみ抽出した。また、家族計画のアンメットニーズについては、国連の MDG 指標の家族計画のアンメットニーズの項を参照に、項目を DHS から抽出し、回答結果から算出した (United Nations, 2015a)。なお MDG 指標でアンメットニーズは、性的にアクティブな状態にある女性のうち、産児制限、出産間隔の調整の希望があるにも関わらず、いかなる避妊法も使用していないものを指す。ここでいう避妊法には伝統的避妊法も含まれる。また、現在妊娠している者については、直近の妊娠が望んでいたかどうかを確認し、望まない妊娠を経験していたものについては、アンメットニーズ群として算出した。

(5) 社会的排斥

仮説モデルに含まれる社会的排斥に関しては、文献から、社会的な関係性が不足している状態と定義されるため、(4)の相互支援が少ない状態と定義し、直接測定はせず、金融講への非加盟理由を含め、その他の変数との関連も含め考察した。

4. 調査方法

1) 調査時期

プレテストを含む現地調査時期は以下のとおりであった。

2015 年 7 月 13 日から 8 月 10 日

2) 協働研究チームの構成

本研究は、現地の研究者と協働で実施した。協働研究者は、予備調査と同様、ブ国の国立看護学校の教員 A 氏と、A 氏が所属する村落開発を目的とした NGO のスタッフである。本調査に関与する NGO スタッフのうち、コアメンバーとなったのは、農業開発専門

員、高校教師、サーベイ等の経験が豊富な社会学を学術的背景とする保健プログラムオフィサーの3名であった。本研究者、協働研究者（NGO スタッフ）、学生およびその他協力者のそれぞれの役割は以下のとおりとした。

本研究者は、本調査において、研究計画の策定およびデータ収集・分析の責任者として、全工程の管理を行った。現地では、看護学生に対するインタビュー等、研究法に関する訓練、倫理的配慮に関する研修および、調査期間中の対象村の巡回を行った。いずれも、協働研究者とともに実施した。

協働研究者は、質問紙の内容妥当性の検討、現地語訳、調査対象村への協力依頼および調査後のフォローアップ、アンケーターとなる看護学生へのインタビューに関する訓練、倫理的配慮に関する研修、およびインタビュー実施中のスーパービジョンを行った。以上は、本研究者と協働で実施した。なお、巡回により協働研究者が学生のスーパービジョンを行う理由は、質問項目の誤った言い換えや、質問方法（威圧的な対応など）などに関する問題や、その他問題発生に対応するためであった。

対象村におけるアンケート調査は、後述のとおりブ国国立看護学校の学生が行った。調査にあたった全学生とスーパーバイザーは、アンケート調査終了後のその日のうちに、看護学校に集合し、ミーティングを行い、質問紙や調査方法等に関する問題等を全員で共有し、対処した。

なお、調査地域であるT保健区を管轄する州保健局長およびT保健区長には、調査概要、目的、調査時期（予定）を協働研究者より説明し、承諾を得たうえで調査を実施した。

3) データ収集

本調査は、後述のサンプリング方法によって対象村および対象者を抽出し、本研究用に作成した質問紙を用いてデータ収集を行った。この際、対象者のほとんどが非識字者であるため、質問紙の質問項目をアンケーターが読みあげ、対象者の回答をアンケーターが記述する対面式の質問紙調査を行った。アンケーターは、A氏の所属先であるブ国T保健区内にある国立看護学校の看護科および助産科の2年生（全国から入学者有り）のなかから、20名を選定した。なお、看護学生に対しては、対面式の質問紙調査の訓練と倫理的配慮に関する研修トレーニングとプレテストを行い、全員が確実にアンケー

ト調査をできること、また、看護学生が対象村の出身ではないことを確認した上で、調査協力を依頼した。

アンケートを行う場所は、研究対象者の許可を得たうえで、本人の自宅（ブ国では、女性が一人ひとり自室（家）を保有しており、夫を含め他人が入室できないように調整することが可能である）か、本人の希望に合わせて、研究対象者が暮らす村内で、プライバシーが守られる場所をつくって実施した。

4) 調査対象とその選定方法

ブ国 T 保健区内の農村に暮らす出産及び育児経験のある 20 歳から 45 歳の女性を母集団とした（T 保健区によれば、区内に居住する 15 歳から 49 歳の女性は 51,533 人）。対象を選定するうえで、まず対象村を選定した。対象村の選定では T 保健区内の 154 か村を人口規模によって順位づけし、中央値にあたる村を基準に、サンプル数が 500 人になるまで選定した。ただし、同じヘルスセンターが管轄している村が複数選ばれた場合には、次の順位の村を選定した。各村における対象者の選定では、20 から 45 歳の女性の 50%にあたる数（同国の人口動態より全人口の 8%と推計）を可能な限りばらつきが出るように抽出した。具体的には、各村はさらに小地区から構成されているため、各村のゲートキーパーの案内で地区の区分を把握し、各地区に均等にアンケートを配置した。各地区では、アンケートが異なる家を巡回し、対象の女性（20-45 歳の育児経験のある女性）がいた場合にアンケートを実施した。

なお、全体で対象を 500 人とした根拠は以下のとおりである。

本研究では、「金融講を通じた相互支援」と「母子の健康」の関連を検討することを目的としたものであるが、「金融講を通じた相互支援」には、その先行要因として「金融講への加盟状況」が、また「金融講への加盟状況」にはその先行要因として「金融講加盟の先行要因」が影響を及ぼすため、それぞれの関連もあわせて検討する必要がある。ゆえに、「金融講加盟の先行要因」と「金融講加盟状況」、「金融講加盟状況」と「相互支援」、そして「相互支援」と「母子の健康」との関連について、それぞれ二変量解析を行ったうえで、「金融講加盟の先行要因」・「金融講の加盟状況」・「相互支援」・「母子の健康」間の多変量解析（ロジスティック回帰分析）を行うこととした。

以上から、標本サイズの算出では、以下の 3 つの方法を検討した。

(1) ポーリットらの重回帰に用いる標本の大きさの計算式と検出力分析数値表を参考に計算する方法(ポーリット&ベック, 2010)

(2) 経験則としての1変数10人の標本で計算する方法(長谷川 et al., 2000)

(3) 経験則として先行研究の標本サイズを参考にする方法(長谷川 et al., 2000)

なお、上記の概念の各変数の種類とその合計は図5および以下のとおりである。

金融講加盟の先行要因：本人と夫の①年齢、②地縁(出身地)、③血縁(民族)、④婚姻状態、⑤教育歴、⑥宗教、⑦所有財(家畜等財産・所得)、⑧健康状態(小計=16変数)、⑩協調行動の実践、⑪信頼の獲得および⑫金融講加盟の意思決定(合計=19変数)

金融講加盟状況：金融講への加盟のあり、なし(「過去には加盟していたが現在は加盟していない」を含む)(合計=1変数)

相互支援：①物質的支援、②情動的支援、③情緒的支援、それぞれの支援の提供と獲得の有無(合計=6変数)

母子の健康：アウトカム(①5歳未満児の死亡経験、②家族計画のアンメットニーズ)、健康増進行動(③産前健診、④有資格者の介助を伴う分娩、⑤家族計画、⑥適切な栄養)(合計=6変数)

(1) ポーリットらの方法

ポーリットらの標本の大きさの計算式は、 $N=L/\gamma + k+1$ であり、 N =必要な対象の推定数、 L =望んだ α 、 k =予測変数の数、 γ =効果サイズの推定値である。

ここで、予測変数の数に関しては、まず「金融講加盟の先行要因」と「金融講加盟状況」との関連では「金融講の加盟状況」が予測変数に、次に「金融講加盟状況」と「相互支援」との関連では「相互支援」が予測変数に、最後に「相互支援」と「母子の健康」との関連では「母子の健康」が予測変数となる。このうち、予測変数の数が最も多いのは「金融講加盟状況」と「相互支援」との関連、「相互支援」と「母子の健康」との関連であり、それぞれ6である。

そこで、検出力0.80、 $\alpha=0.05$ を得ようとした場合、ポーリットらの検出力分析表で $k=6$ は、 $L=13.62$ である。母集団の効果サイズを、中程度($R^2=0.13$)とすると、標本サイズは $N=13.62/0.149+6+1=98.40 \div 98$ である。

(2) 経験則としての 1 変数 10 人から算出する方法

本研究においては、上述のとおり「金融講の加盟状況 (変数 1)」、「相互支援 (変数 6)」および「母子の健康 (変数 6)」に関する合計 13 の変数が存在する。したがって、妥当な標本サイズは、 $13 \times 10 = 130$ である。

(3) 経験則として先行研究の標本サイズを参考にする方法

地域金融と健康およびソーシャルキャピタルとの関連を RCT、準実験または前向きコホートで検討している 8 論文 (Dunbar et al., 2014; Kondo et al., 2012; Munoz et al., 2011; Okello et al., 2013; Paul M. Pronyk et al., 2006; P. M. Pronyk et al., 2008; Rotheram-Borus et al., 2012; Swendeman et al., 2009) の標本の大きさは最小で 100、最大で 2168 であり、中央値は $399.5 \div 400$ であった。

以上から、本調査における標本サイズとして、98 から 400 程度が妥当であると考えられる。本調査では、妥当な標本サイズの最大値である 400 をもとに、さらに無効回答等の発生の可能性を踏まえ、(この際、本調査では、トレーニングされた看護学生による対面式の質問紙調査を行うため、無効回答等の発生率は少ないと考えられ、20%と想定した) 500 を標本数とした。

5. データ分析

本研究では、金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連を、統計学的手法を用いて検討した。なお、統計解析には統計解析ソフト SPSS for Windows.ver22.0 を用い、有意水準は $p < 0.05$ とした。

(1) 回収率、有効回答数の算出

回収率、有効回答数を算出した。

(2) 金融講加盟の先行要因（社会経済状況等）

金融講に属している女性と属していない女性の社会経済状況については、単純記述統計を行った。このうち、年齢、収入などの連続変数については、平均値、標準偏差を算出した。

金融講への加盟の意思決定については、金融講に入らない理由のうち、加盟のメリット・必要性がない、人間関係が煩わしい、時間がない（家事など他に優先させたいことがある）と回答した者、つまり、入会の条件を満たしているが、加盟する意思がないものを「非加盟に対する積極的な意思決定群」とした。

(3) 金融講への加盟状況等

金融講への加盟は、トンチンまたはマイクロファイナンスに対し、「加盟=現在メンバーである」、「非加盟=一部の活動に参加している/かつてメンバーであった/一度も参加したことがない」の2値として算出した。

金融講への関与の度合いについては、金融講への所属期間・頻度等の質問項目の結果について、単純記述統計を行った。

(4) 相互支援

相互支援に関しては、表6に記載した相互支援に関する15の下位概念ごとに合計点を算出した。支援の授受の対象、つまり、①夫、②：金融講のメンバー、③：夫系の拡大家族(表中は、夫方と記載)、④：自分の父系の拡大家族(表中は、実家と記載)、⑤：②,③,④以外の村人、⑥助けてくれる人が誰もいないのうち、①、②、③、④、⑤を各1点、⑥は0点として、計算をした。

そのうえで、相互支援の特徴を「量」と「質」に分けて分析した。相互支援の「量」は、すべての対象（上記①～⑤）との支援の授受の合計点とした。このうち、物質的支援、情動的支援および情緒的支援を誰かから「獲得」した経験および認知の得点の合計点は「獲得型支援」とした。また、これらの支援を誰かに「提供」した経験の合計点を「提供型支援」とした。そして「獲得型支援」と「提供型支援」の合計を「相互支援」とした。なお、質問紙の内容妥当性を協働研究者と検討した結果、「獲得型支援」の項目が「提供型支援」の項目より多くなったため、両者の得点の比較を容易にするため、「獲得型支援」を算出する際には「提供型支援」と同じ項目のみ使用した。

相互支援の「質」は、物質的支援、情動的支援、情緒的支援の下位概念 15 項目で表した。また、支援の授受の対象（夫、夫方家族等）および、その組み合わせのパターンによっても分類し、それぞれの特徴を分析した。

なお、金融講加盟者に対してのみ実施した「金融講から得た恩恵」に関する質問の結果は、恩恵回数、恩恵内容について単純集計するとともに、恩恵の内容に資金援助を挙げたものに関しては、その使途と一回当たりの恩恵額を別途集計した。

（5）母子の健康

母子の健康に関するすべての変数は以下のとおり 2 値化した。

①健康アウトカム

5 歳未満児死亡の経験：「なし=0 人」と「あり=1 人以上」

家族計画のアンメットニーズ：国連の MDGs 指標の定義をもとに算出した (United Nations, 2015a)。具体的には、まず、望まない妊娠の経験：「なし=その時に妊娠したかった」と「あり=もっと早くほしかった/もっと後でほしかった/もうほしくなかった」と、家族計画の実施状況「実施/実施せず」を別々に算出し、それらの結果を、MDGs 指標のロジックツリーに当てはめ、アンメットニーズ「あり群/なし群」に分類した。

②健康増進行動

産前健診の実施：「実施=4 回、5 回以上」と「実施せず=実施していない/1 回/2 回/3 回実施」

施設分娩および家族計画：「実施/実施せず」（質問票のとおり）

動物性蛋白質の摂取（本人、子ども）：「週 1 回以上/週 1 回未満」の 2 値とした。ただし、二変量解析では「週 1 回以上/月 1 回以上/摂取せず」の 3 値とした。

（6）金融講への加盟状況と加盟の先行要因との関連

「金融講への加盟状況」と「金融講加盟の先行要因」つまり社会経済状況との関連については、質的変数にはカイ二乗検定を、量的変数にはホイトニーの U 検定を行った。

（7）相互支援と金融講への加盟状況との関連

「金融講加盟状況」と「相互支援」との関連についても、カイ二乗検定またはホイトニーの U 検定を行った。

(8) 母子の健康と金融講への加盟状況および相互支援との関連

「母子の健康」と「金融講への加盟状況」および「相互支援（量および質）」との関連については、カイ二乗検定またはホイトニーのU検定を行った。

(9) 金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連

概念枠組みに示した構成概念「金融講加盟の先行要因」、「金融講の加盟状況」、「相互支援」、「母子の健康」の関連については、ロジスティック回帰分析を行った。この際、「母子の健康」は健康アウトカム指標である「実子の5歳未満での死亡経験（あり）」と「家族計画へのアンメットニーズ（あり）」を目的変数とし、これら目的変数と二変量解析にて有意な関係があったものを中心に説明変数を選定し、関連を分析した。

6. 倫理的配慮

本研究では、ヘルシンキ宣言および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号）を遵守し、科学的整合性と倫理的妥当性、個人情報保護、研究対象者に対するインフォームド・コンセントの受領、研究成果の公表を行うこととし、倫理的配慮について、研究計画書の段階で、聖路加国際大学研究倫理審査委員会およびブ国倫理審査委員会の審査を受けて実施した（承認番号15-016 およびNo 2015-6-087）。

なお、本研究は利益相反に相当する事項はない。

V. 結果

質問紙調査は 9 か村 563 人に対して実施し、回収率、有効回答率は 100%であった。このため、調査を行った 563 人すべてを分析対象とした。ただし、項目ごとに欠損値がある場合は、合計数 n が 563 に満たないことがあった。

1. 対象者の基本属性、母子の健康、金融講加盟の状況（表 7-9）

分析対象者の属性、母子保健の状況、および金融講の加盟状況を表 7, 8, 9 に示した。

単純記述統計の結果、対象者の平均年齢は 31.5 歳 (SD 7.84)、平均妊娠回数 4.3 回 (SD 2.37)、平均生存子供数 3.7 (SD 1.98) であった。全員既婚者であるが、死別、離別で現在パートナーがいないものが 5.7%存在した。45.6%が複婚であり、そのうちの 54.3%は第 2 夫人以下であった。フォーマルな教育（成人対象の識字教育はインフォーマルとしてカウント）を受けたものは 13.1%であった。1 か月の平均収入は 5781.9CFA (\approx 9.69USD)¹であり、多くは、農業、牧畜（養鶏を含む）および村内での小規模商売（菓子、調味料等の加工食品や、燃料用木材の販売等（薪拾い））により収入を得ていた。なお、牧畜による収入は、家畜・家禽を売却した時にのみ生じるものであり、毎月の現金収入額に反映されないことがあるため、本稿では所有している家畜・家禽の所有数とそれぞれの単価から総額を推計し、これをフロー型資産とみなして、現金収入と別に集計した。また、国内あるいは国外に出稼ぎに出ている夫あるいはその家族や実家の親族からの送金も、現金を獲得する手段の一つとなるため、これも別途集計した。なお、定期または不定期に送金がある者は 35.9%で、夫の出稼ぎ先としては、ガボン、ギニア、コートジボアール、リビア、イタリアなどがあった（以上、表 7）。

母子の健康に関しては、5 歳未満死亡の経験があるものが 35.3%、死亡子供数を妊娠回数で割った 5 歳未満児死亡率は 127.5 人（出生 1000 対）であった。また、産前健診の受診群が 82.2%、施設分娩の実施群が 94.7%、家族計画の実施群が 27.7%であり、家族計画のアンメットニーズがあるものは 52.4%であった（以上、表 8）。アンメットニーズを算出するうえで、家族計画を実施していない理由を確認したところ、出稼ぎ等で

¹ 1CFA=0.0017USD（2015 年 12 月 13 日現在）currencyconverter：
<http://jp.currencyconverterrate.com/jpy/xof.html>

夫がいないと回答した女性が最も多かったが（21.9%）、以降は、夫の反対（15.2%）や経済的な理由（14.7%）など避妊をしたくてもできない状況が理由として挙げられた。

金融講への加盟状況について、加盟群は 81 人（14.4%）、非加盟群は 481 人（85.6%）であった。活動内容別では、トンチンが 49 人、マイクロファイナンスが 35 人であった（複数回答。両方に加盟しているものは 3 人）。また金融講以外の相互扶助活動に関しては、農業扶助が 228 人、グループ活動 51 人、その他（PTA、タラゴなど）が 4 人であった（いずれも複数回答）。活動の状況として、グループ規模は 21-50 人の比較的大きな組織が最も多く（51.9%）、また、活動、会費の徴収機会は、ともに 1 週間に 1 度以上であり（それぞれ 48.8%、51.9%）、メンバー間で比較的頻回に集っていることが示された。加盟金、会費の額は組織によって大きく異なり、加盟金、会費ともに「なし」とする女性がいる一方で、最大で年間 25,000CFA を会費として納入している者がいた。加盟期間は 1 年未満と短い女性が最も多いが（43.8%）、5 年以上 10 年未満と長期に活動が続いているものもいた（22.5%）。金融講に加盟していることで受けた恩恵の回数は（払い戻しの順が回ってきた回数等）、「1 度もない」から「10 回以上」までと分かれた。恩恵の内容は必ずしも金銭的なやり取りだけでなく、葬式や結婚式における手伝いや、自分の畑の作業の手伝いなども受けていた。金銭的な支援を得ている者は、それらのお金を商売の開始や拡大に使用しており、自身や子供の療養にかかる経費に使用している者は限られた（以上、表 9）。

2. 社会経済状況と金融講加盟との関連（表 10）

加盟の前提条件である社会経済状況と加盟・非加盟との関連を、二変量解析（カイ二乗、マンホイットニー-U 検定）により検討した。なお、夫の年齢や夫の経済状況については、対象者の多くが把握しておらず（それぞれ 46.8%、80.6%（無回答の 1.3%を含む）が把握していない）分析が困難だった。このため、経済状況は、定期的に一定の収入が見込める「夫の出稼ぎ」の有無との関連を分析することで、検討することとした。表 5 の結果のとおり、有意差が認められたのは、本人および夫の年齢（ $p=0.009$ 、 0.043 ）、生存子供数（ $p=0.045$ ）、居住村（ $p<0.001$ ）、本人および夫の宗教（ $p=0.013$ 、 0.035 ）、送金（ $p=0.009$ ）、および家畜・家禽などのフロー型の資産（ $p=0.002$ ）であった。加盟群で有意に平均年齢が高く、フロー型の資産を多く有していた。また、非加盟群は加盟群と比較し、定期的な送金の割合が有意に高かった。このうち、本人と夫の年齢、本人

と夫の宗教については、それぞれ強い相関があった(それぞれ $\rho = .803, .979 (p < 0.01)$)。また、年齢と生存子供数にも相関があった ($\rho = .697 (p < 0.01)$)。

3. 相互支援と金融講加盟との関連 (表 11-13)

相互支援に関しては、相互支援の状況を、量と質で分けて集計した。

まず、本調査の対象者全体の相互支援の状況である。量的な状況に関し、相互支援全体の平均値は 18.5359 (SD 7.9374) であり、獲得型、提供型の別では、獲得型支援が 7.1903 (SD 3.1310)、提供型支援が 6.9861 (SD 3.8211) で、提供型支援の方が少ない傾向にあった。質的な特徴については、経済獲得認知、世話獲得認知、および相談獲得経験の平均値が高く (それぞれ 1.5605、1.6118、1.6791)、情報獲得経験、経済獲得経験、経済提供経験の平均値が低い傾向にあった (それぞれ 0.6181、1.0641、0.6959)。また、夫調整支援は、獲得型、提供型双方で少なかった (それぞれ 0.8477、0.6543) (以上、表 11)。

次に、金融講加盟群の相互支援の特徴である。相互支援と金融講加盟との関連について、量的な状況では、相互支援、獲得型支援、提供型支援のいずれにおいても、加盟群の平均値が有意に高かった (それぞれ $p = 0.007, 0.022, 0.033$)。質的な状況においては、経済獲得経験、相談獲得経験、経済提供経験、世話提供経験において、加盟群の平均値が有意に高かった (それぞれ、 $p = 0.009, 0.034, 0.047, 0.001$) (以上、表 12)

支援者別の特徴をみると、支援の質によって違いはあるものの、獲得型では夫や夫方拡大家族から支援を獲得している割合が高く、提供型では夫方の拡大家族に対し支援を提供している割合が高い傾向があった。また、合計点の平均値が低かった情報支援獲得、経済支援提供、夫調整支援提供では、支援者なしと答えたものが多く、その比率はそれぞれ 50.6%、44.3%、43.5%であった。ただし、このうちの情報支援獲得では、支援者なしを選択したものには、家族や村人からは保健医療に関する情報を得ていないが、看護師など専門職から得ている者が一部含まれている。支援者に占める講メンバー(金融講以外の相互扶助活動の加盟者の場合は、所属している活動のメンバー)の割合は、全体的に少なく、獲得型・提供型のすべての支援で 10%未満であった (以上、表 13-(1))。

支援者のパターンの特徴では、支援者別の特徴と同様、支援の質により異なる結果が示され、全体では、「夫方のみ」パターンまたは「夫と夫方」パターンが比較的多かった。金融講加盟群における支援者パターンでは、交通手段獲得と情報提供を除き、全体

と比較し「支援者なし」パターンの割合が少なかった。また、「夫のみ」、「夫方のみ」、「実家のみ」等、支援者が血縁・婚姻関係のみ、かつ選択肢に限られるパターンが、全体と比較し少ない傾向が見られた。ただし、金融講のメンバーからの支援については、経済獲得認知が 11.1%であったのを除くと、それ以外では 10%未満であった(以上、表 13-(2))。

4. 母子の健康と金融講加盟および相互支援との関連 (表 14-16)

まず、母子の健康と相互支援(量)との関連については、健康アウトカムと健康増進行動の変数すべてで相互支援量の平均値の差の検定を行った。このうち、動物性蛋白質の摂取(本人、子供)にのみ有意な関連がみられ、支援を他者に提供している女性ほど、動物性蛋白質の摂取頻度が少ないことが示された(表 14-(1))。また、相互支援(質)別に、どのような社会的支援を獲得することが母子の健康と関連があるかを検討したところ、動物性蛋白質の摂取(本人、子供とも)と経済獲得認知との間にのみ有意な関連が見られ、支援を多く獲得できると認知している群で、動物性蛋白質の摂取頻度が少ないことが示された(表 14-(2))。

次に母子の健康と金融講への加盟との関連についてである。5歳未満児の死亡経験は、加盟群が非加盟群より有意に高く($p=0.044$)、家族計画のアンメットニーズに関しては、2群間で有意差はなかった。また、母子保健に関する健康増進行動については、本人、子供の動物性蛋白質の摂取においてのみ有意差を認め、加盟群が非加盟群に比べ、有意に頻回摂取していた(本人、子どもとも $p<0.001$) (以上、表 15)。

最後に、支援者別の相互支援と健康増進行動との関連についてである。金融講のメンバーからの支援が健康増進行動と関連があるかどうかを分析するうえで、単純記述統計を行ったところ、講メンバーから社会的支援の獲得経験があるものは、家族計画以外の健康増進行動においてほぼ 100%の女性が健康増進行動を採用していた(表 16)。ただし、別途行ったカイ二乗の結果では、いずれの行動に関しても、統計的な有意差は認められなかった。

5. 居住村ごとの社会経済状況、金融講加盟、相互支援および母子の健康の特徴（表 17）

金融講への加盟状況と社会経済状況の二変量解析の結果、居住村によって金融講加盟の状況が有意に異なることが示されたため、居住村ごとに、社会経済状況、金融講加盟、相互支援および母子の健康の特徴をまとめた。その結果、金融講の加盟状況のみならず、社会経済状況、母子の健康、相互支援すべての構成概念において、有意に異なる特徴が示された。したがって、本研究では、個人レベルで、母子の健康と金融講を通じた相互支援との関連を探索するものであるが、以降の多変量解析では、居住村による影響、つまり集団レベルでの影響についても考慮することとした。

6. 母子の健康（健康アウトカム）と金融講を通じた相互支援との関連（表 18）

母子の健康と金融講を通じた相互支援との関連を検討するため、健康アウトカムである実子の 5 歳未満での死亡経験および家族計画へのアンメットニーズのそれぞれと、相互支援、金融講加盟、健康増進行動、本人および夫の社会経済状況との関連についてロジスティック回帰分析を行った。この際、説明変数には、二変量解析で健康アウトカムとの間に有意な関連があったものを中心に投入した。ロジスティック回帰分析では、説明変数の投入順に、それぞれ 4 つのモデルを検討した。また、5 歳未満児死亡経験は、年齢と相関があったため（ $\rho = .384$ ($p < 0.01$)), 30 歳以下と 31 歳以上の 2 群に分けて分析をおこなった。

まず、実子の 5 歳未満での死亡経験を目的変数とした、30 歳以下の群を対象とした分析である。単回帰分析では、居住村（B 村）、年齢、本人の教育歴、婚姻形態との間に有意な関連が見られていた。モデル 1 では、居住村、年齢および民族で調整したうえで、相互支援を投入したところ、居住村間の有意差はなくなった。しかし、相互支援と 5 歳未満児の死亡経験に有意な関連は見られなかった（モデル 1）。このため、金融講への加盟が媒介している可能性を検討するため、金融講の加盟状況を投入したが、相互支援、金融講加盟ともに、有意な関連は見られなかった（モデル 2）。以降、健康増進行動、本人および夫の社会経済要因を順に投入したところ、最終的に、施設分娩を実施している者と単婚の女性で有意に死亡経験が少ないことが示された（それぞれ $OR = 0.050$ (95%CI; 0.005-0.519)、 $OR = 0.387$ (95%CI; 0.156-0.961)）。

31 歳以上の群の実子の 5 歳未満での死亡経験は、単回帰分析では年齢および夫の教育歴と有意に関連していた。30 歳以下の群同様、居住村、年齢および民族で調整したうえで、相互支援、金融講への加盟、健康増進行動の順に説明変数を投入したが、いずれの変数とも関連が見られなかった(モデル 1, 2, 3)。最後に、本人および夫の社会経済要因に関する変数を投入したところ、夫の教育歴が上がるほど死亡の発生が有意に減少することが示された (OR=0.326 (95%CI;0.109-0.975)) (モデル 4)。

以上、実子の 5 歳未満での死亡経験を目的変数としたロジスティック回帰では、30 歳以下、31 歳以上の両方の群で、金融講を通じた相互支援との間には関連が見いだせなかった。

家族計画のアンメットニーズを目的変数とした分析では、単回帰分析では、居住村(E 村)、民族 (モシ族)、夫の出稼ぎと有意に関連していた。居住村、年齢および民族で調整したうえで、相互支援を投入したが、有意な関連はみられなかった(モデル 1)。このため、金融講への加盟が媒介している可能性を検討するため、金融講の加盟状況を投入したが、相互支援、金融講加盟ともに有意な関連は認めなかった(モデル 2)。以降、健康増進行動、本人および夫の社会経済要因を順に投入し、すべての変数を投入した結果、産前健診を受診している群と夫が出稼ぎに行っている群で有意にアンメットニーズがないことが示された (それぞれ OR=0.470 (95%CI;0.258-0.856)、OR=0.332

(95%CI;0.173-0.637))。なお、夫の出稼ぎとアンメットニーズとの相関には弱い相関があったが ($\rho = -.314$ ($p < 0.01$))、変数から除外するほどではないと判断された。

以上、実子の 5 歳未満での死亡同様、家族計画のアンメットニーズに関しても、金融講への加盟を通じた相互支援との間に、関連が見いだせなかった。

7. 相互支援と社会的排斥との関連 (表 19-20)

最後に、金融講への加盟と相互支援、社会的排斥との関連について考察するうえで、金融講への非加盟理由と相互支援量の関連と、相互扶助活動の類型による相互支援量の比較を行った。これは、研究計画の段階で社会的排斥を「相互支援が少ない状態」と定義していたが、分析の過程で排斥にかかるほかの要素を検討する必要が見出されたためである。

まず、相互扶助活動への非加盟理由を表 19 に示す。なお、非加盟理由については、相互扶助活動ごとに設問を設けなかったため、金融講に特有の非加盟の理由ではない。

相互扶助活動への非加盟理由は、入会費や会費が払えないといった経済的な理由や、既存の相互扶助活動のメンバーから加盟が許可されなかった、いわゆる「排斥」的な理由があった一方で、村で商売をしても収益性が見込めないで金融講に加盟する必要がない、定期的に送金してくれる人がいる、あるいは、グループメンバーとのトラブルを回避したいなど、積極的に加盟を望まない女性も複数存在した。また、経済的な理由で加盟しない女性の中には、「貧しすぎてそうした場に行くことが恥である」と、単に貧しいことが理由ではなく、貧困に伴う社会的な評価を理由に挙げるものをいた。

また、非加盟の理由によって、相互扶助活動に自ら加盟「しない」という意思決定を行った群と、加盟したいが経済的な理由等で加盟「できなかった」群を分けて、相互支援量を比較したところ、有意差は見られなかった(表 19)。

次に、相互扶助活動の類型別に加盟者の社会経済状況、活動概況、相互支援量および母子の健康状態を検討した。その結果、加盟者の年齢、民族、宗教および経済状況(現金収入・フロー型・ストック型資産、送金を含む入金)と婚姻形態に有意な差が見られた。また、加盟者数、活動頻度、会費納入頻度やその額、加盟期間など、活動状況も相互扶助活動間で有意に差があった。相互扶助活動のなかでも、グループ活動に加盟している女性たちは特徴的であり、ほかの活動に加盟している女性たちよりも、有意に年齢や現金収入、資産量が大きく、また複婚者の割合が多かった。また活動状況においても、グループ活動は、比較的大きなグループでの活動(11-50人規模= 85.7%)であり、活動頻度も頻回(週1回以上= 31.4%)で、長期に加盟している者が多かった(5年以上10年未満= 51.4%)が、相互支援量はいずれのグループにも属していない人を含め、最も少ないという(平均値 = 15.6296(SD 8.5851))特徴が見られた。

母子の健康との関連に関しては、産前健診および動物性蛋白質の摂取状況(本人および子供)で有意な差を認めた。農業扶助のみに加盟している群は、産前健診の非実施者数が多く、また動物性蛋白質を月に一回も摂取していない割合が高かった。動物性蛋白質の摂取は、金融講加盟群とグループ活動加盟群で頻度が高かった(以上、表 20)。

VI. 考察

1. ブ国農村部に暮らす母子の健康等の特徴

1) ブ国農村部に暮らす母子の健康

まず、本研究の対象者の母子の健康状態について、本調査の結果をブ国の農村部の平均と比較すると、産前健診、施設分娩の実施率はきわめて高く、全国の農村部の平均値がそれぞれ 31.0%、60.8%であるのに対し、対象女性は 82.2%、94.7%であった

(INDS&ICF, 2010)。また、本研究の対象者の妊娠回数と死亡子供数から推定した 5 歳未満児死亡率は 127.5(出生 1000 対)であり、これは全国平均 129(出生 100 対)とほぼ同値で、農村部平均 156(出生 1000 対)より低かった。一方、家族計画のアンメットニーズについては 52.4%と、全国平均の 23.8%や農村部平均の 24.5%と比較し高かった(INDS&ICF, 2010)。

この結果は、家族計画のアンメットニーズを除き、対象集団の母子の健康状態が国内の他の農村部よりも良い可能性があることを示唆する一方で、本調査における対象者のサンプリングは無作為抽出でなかったことから、調査に協力的、つまり比較的模範的な回答をする傾向にある女性たちが選定されたことも否定できない。ゆえに、これらの点を考慮し、以降の考察を行うこととする。

2) 金融講への加盟状況と参加している女性の特徴

金融講への加盟状況に関しては、本調査の対象者の 14.4%がトンチンまたはマイクロファイナンスに加盟していた。加盟状況に関する全国調査等は実施されていないため、対象地域が特異かどうかを分析することは困難であるが、ブ国で実施された小規模な調査においてトンチンの加盟率が 4.2%との報告があり(Todo, Kozuka, & Sawada, 2015)、マイクロファイナンスの加盟率も考慮に入れると、本調査の対象者の金融講への加盟状況は平均的であると考えられる。

次に、加盟群の女性の特徴についてである。まず、加盟群の社会経済状況に関しては、本人および夫の年齢、生存子供数、居住村、宗教、送金、フロー型資産で非加盟群と比較し有意な差が見られた。

このうち、年齢に関しては、加盟群で有意に年齢が高かった。この要因として、表 19-(1)の相互扶助活動の非加盟理由において、金融講などの活動よりも家事・育児を優先したり、経済的な理由を非加盟の理由にあげたりしている女性が相当数いたことから、

若い世代の場合、子供がまだ幼く日常的なケアが必要なために金融講に加盟しない場合があること、また、年齢が若い女性の方が自身でコントロールできる現金などの資源が限られ、入会の条件を満たせないことなどが影響していると考えられる。なお、加盟群では非加盟群と比較し、夫の年齢が有意に高く、生存子供数も多かったが、これらは女性の年齢と正の相関にあり、金融講加盟との直接的な関係は低いと考えられる。

また、加盟群では、フロー型資産、送金の割合においても非加盟群と比較し、有意に資産や送金の割合が多かった。また、有意差は見られなかったものの、現金収入や入金合計、ストック型資産のすべてで、加盟群は非加盟群よりも平均値が高かった。この結果については、本研究は横断研究のため、経済的に豊かな人々が加盟できたのか、それとも、金融講に加盟したことで経済的に豊かになったのかは同定できない。しかし、本研究の結果から、経済的に困窮していないことと金融講への加盟が、相互に条件として作用している可能性を示唆している。

ほかの社会経済状況の特徴として、カトリックの女性がほかの宗教よりも金融講に加盟している傾向があった。

母子の健康に関しては、表 14 に示すとおり、加盟群の女性は、実子の 5 歳未満での死亡経験が非加盟群に比べ有意に高かった。この結果に関し、Engle ら (1997) は、子ども、とくに乳児の場合、(ほかの誰かではなく) 母親がケアを担うこと、(父親ではなく) 母親自身が資源をコントロールできることが健康と関連するとしううえで、両者はいわゆるゼロサムゲームの関係にあると指摘している。つまり、母がケアの時間をとろうとすれば、経済活動などへの参加機会を奪われて資源へのアクセスが困難になるが、一方で、経済活動に参加し自身でコントロールできる資源を増やそうとすれば、子供のケアのための時間を確保することが困難となり、子どもの生存や発達に影響を及ぼすというのである。ただし、Engle ら (1997) は、同じ論文のなかで、経済活動へ参加する場合でも、高収入な活動やフォーマルな活動への参加は子どもの健康に寄与すること、また、児が 1 歳以上である場合などにおいては、経済活動参加による子どもの健康へのネガティブな影響が緩和されることなども示唆している。本研究の結果でも、金融講加盟と本人および子供の動物性蛋白質の摂取との間に正の関連が見られており、ケアを担う母親が、金融講などの活動に参加し、自身でコントロールできる現金を獲得することは、子どもの栄養状態の改善につながる可能性を示している (表 14)。また、2 変量解析では、金融講の加盟と実子の 5 歳未満での死亡経験との間に負の関連が見られたが (表 14)、

多変量解析では、有意差がみられなかったことから(表 18)、他の要因を調整することにより、金融講に加盟することが、すなわち子どもの死亡のリスクとはならない可能性があると考えられる。

本研究の対象者の中には、収益性を見極めたり、育児を優先させたりするなどして、金融講に加盟しない意思決定を行っている女性がいたが、このように、金融講活動への加盟によるメリットとデメリットが正しく理解され、女性が意思決定をできるように条件を整えることで、金融講参加による子どもの健康に対するネガティブなインパクトを緩和できる可能性があると考えられる。

3) 金融講を通じた相互支援の特徴

相互支援の状況に関しては、金融講加盟群では非加盟群と比較し、相互支援量の平均値が、合計、獲得型、提供型のすべてで有意に高かった。下位項目別では、経済獲得経験、相談獲得経験、経済提供経験、世話提供経験において非加盟群より有意に平均値が高かった。表 10-(3)で示した記述統計の結果からも、金融講加盟群は、いずれの支援でも支援者なしの割合が全体と比べて少ないこと、そして、支援者が講メンバーだけに限定されているわけではなく、むしろ支援者の選択肢が多様である傾向が示された。また、表 16 で示したように、金融講に加盟している者が同じ講のメンバーから支援を獲得した場合、家族計画を除く健康増進行動を採用している傾向も確認された。

以上から、金融講に加盟している女性たちは、支援を提供してくれる者が多いだけでなく、他者に対しても支援する傾向があること、また、金融講加盟の女性では、金融講のメンバー間だけの相互支援が強化されるというより、金融講以外の人々も含めた、支援者の選択肢の多様化、そして、講のメンバー以外の他者にも支援を提供する傾向があると考えられる。これは、先行研究において、マイクロファイナンスへの加盟と、当該活動以外への社会参加の促進、他者への社会的支援の提供の増大との関連が示された結果と一致する(Swendeman ら, 2009)。

ただし、表 16 が示すように、講を通じて行われる相互支援の割合そのものは、ほかの支援者と比較すると必ずしも高くなく、経済支援獲得の認知以外では、その授受は 10%未満に限られていた。検定を行った際に有意差が見られなかったのも、加盟者数自体が少なかったことが影響していたと考えられる。

以上、金融講に加盟している女性の特徴や相互支援の特徴を2変量解析や記述統計の結果からは、金融講への加盟は、蛋白質の摂取などの母子の健康増進行動や、講メンバー以外の他者に対する社会的支援の提供を含む相互支援の豊富さと有意に関連しており、個人レベルの母子保健向上や地域全体の健康の向上、あるいは健康格差の縮小に寄与する可能性があることが示された。

2. ブ国農村部に暮らす女性の金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連

一方、表18で示したとおり、多変量解析の結果、相互支援と母子の健康アウトカムとの間には有意な関連がなく、また、金融講への加盟を媒介した場合にも、相互支援と母子の健康アウトカムとの間に関連は示されなかった。母子の健康アウトカムと有意に関連があった要因は、実子の5歳未満での死亡経験では、施設分娩の実施、単婚、夫の教育歴であり、それぞれ負の関連にあった。また、家族計画のアンメットニーズでは、産前健診の実施、夫の出稼ぎと負の関連があった。つまり、対象地域では、母子の健康アウトカムは、金融講を通じた相互支援よりも、本人の健康増進行動や夫の社会経済状況と関連があったといえる。

このうち、実子の5歳未満での死亡と施設分娩との関連については、ブ国の乳幼児死亡全体に占める新生児死亡の割合の低さ(MSBF, 2011a)を考慮すると、施設分娩の実施が直接、5歳未満児死亡の少なさと関連していたとは考えにくい。一方の家族計画のアンメットニーズと産前健診に関しては、家族計画等の情報提供が産前健診時から始まることも少なくないことから(Glazer, Wolf, & Gorby, 2011)、間接的に寄与している可能性はある。ただ、いずれの健康増進行動も、対象地域における実施率が施設分娩82.2%、産前健診94.7%と非常に高く、実施していない女性の方が希少であることから、これら健康増進行動を実施していない群が、相対的に母子の健康リスクが高い集団であったと捉えることが妥当であると考ええる。

一方の夫の社会経済状況との関連については、表18で示したとおり、単婚と夫の教育レベルの高さが5歳未満児死亡の経験と負の関連にあり、夫の出稼ぎがアンメットニーズと負の関連にあった。このうち、単婚と子供の死亡については、複婚は単婚と異なり、一家庭内の子ども数が多く、子ども一人あたりの栄養配分が減少するため、子供の死亡率の増加につながることを示す先行研究は存在する(Smith-Greenaway & Trinitapoli, 2014)。しかし、たとえ複婚であっても、女性自身が資源をコントロール

できればそのような状況は回避できる。つまり、本研究で、単婚と実子の5歳未満での死亡経験との間に関連が見られたのは、単婚と複婚では、夫と女性の対等性、つまり女性の自律性に違いがあり、そのことが母子の健康アウトカムと関連していたと考えることができるだろう。また、夫の教育と子供の死亡についても、子どものケアを担う女性ではなく、家庭内の意思決定者である夫の教育レベルが、最終的には母子の健康アウトカムに影響を及ぼしていることを示していると推察される。そして、夫の出稼ぎと家族計画のアンメットニーズに関しても、物理的に夫がいないという状況が生じなければ、家族計画の実施は困難、つまり女性が夫に対し、家族計画に対する希望や意見を述べられない状況にあることを示していると考える。このように、本研究で母子の健康アウトカムと関連があった夫の社会経済に関する個別の要因を一つ一つ考察することで、母子の健康には、対象地域におけるジェンダーの関係性に起因する要因が構造的に影響していたと考えられる。そして、表 19-(1)の相互扶助活動への非加盟理由で、夫の反対によって加盟できない女性がいたことを踏まえると、対象地域では、夫との関係性やジェンダー規範が、金融講への加盟、そして、それを通じた相互支援の主要な前提条件になっていたと考えられる。

地域特有のジェンダー規範に影響をうける女性の意思決定や行動にかかる自律性と子供や女性自身の健康との関連は、決して新しい論点ではない。また、システマティックレビューやクロスナショナルデータを用いた研究により、近年、そのエビデンスがますます補強される傾向にもある (Brinda, Rajkumar, & Enemark, 2015; Carlson, Kordas, & Murray-Kolb, 2015)。しかし、女性の意思決定や行動に影響を与える潜在能力の獲得、つまりエンパワーメントと母子の健康との関連については一定した結果が得られておらず、たとえば、本稿で取り上げたソーシャル・サポートやソーシャルキャピタルを女性のエンパワーメントの要素と捉えたシステマティックレビューにおいても、地域のコンテキストによって、母子の健康への影響が異なることが示されている (Cunningham, Ruel, Ferguson, & Uauy, 2015)。つまり、ジェンダー規範の内容やその執拗さ、そして、ジェンダー規範に影響を受ける行動様式などは地域によって異なり、ソーシャルキャピタルが豊富であっても、それが相対的に母子の健康への影響を覆すほどのパワーを持たない場合もあると考えられる。

本調査の対象地域にも、「禁制」の名のもとに、女性、特に性的にアクティブな年代の既婚の女性がすべきではないとされる行為がいくつか存在し、そうしたジェンダー規

範が、生活の隅々にまで入り込んでいるという(浅野, 2009)。そして、こうした「伝統的」な禁制という名のもとに、特定の集団に「権力」が発生していることも容易に想像できる。また、筆者らが量的研究に先立ち実施した質的研究においても、健康への寄与要因として、【健康行動に対する夫からの支持】を含む《夫からの支援》や、健康に寄与する相互支援の機能として[病気の際の夫への報告]が抽出されている (Horii et al., 2015b)。

本研究では、ジェンダー規範と女性の行動や意思決定との関連を明らかにすることを目的としていなかったため、どのようなジェンダー規範や関係性が女性の行動に影響を及ぼしたかといった分析は困難である。しかし、本研究の結果からは、意思決定の主体が女性自身の外部にあった可能性と、ジェンダーによる差異によって形成されたさまざまな要因が構造的に母子の健康に影響を及ぼしており、その影響は、講メンバー等との相互支援と比較して相対的に大きかった可能性があったと推察される。

3. ジェンダー規範の構造的な要因の影響と相互支援

ただし、上述の考察に関し、「Conceptual framework of Social Determinants of Health」では、ジェンダーを含めた SDH の構造的要因の負の影響を軽減するものが、ソーシャルキャピタルであると説明されているところであり (WHO, 2010a)、したがって、本研究の対象地域において、母子の健康に対するジェンダーバランスの構造的な影響が、なぜ相互支援によって調整されることがなかったのかについても考察する必要がある。そこで、対象地域における相互支援のソーシャルキャピタルとしての機能について、カーピアーノ (2008) の示した 2 つの視点、つまりブルデューのいう個々が持つネットワークの特徴やそこから得られる資源の内容 (社会的支援など) と、パットナムがいう地域の特徴としての社会の凝集性や信頼、互酬性の観点から、以下に考察する。

1) 個々のネットワークとそれを通じて授受される社会的支援の特徴

個々の持つネットワークを通じて授受される相互支援について、本研究では量と質から測定しており、このうち質は、経済的支援、情動的支援、情緒的支援から構成されるものとした。表 12-(1) で示したように、対象地域では、金融講に加盟している女性は、非加盟の女性よりも相互支援量が豊富であり、なかでも、非加盟群と比較し経済的支援

を有意にやり取りしているという特徴がみられた。つまり、金融講加盟により、女性たちのネットワークは広がり、また経済的にエンパワーされていたと考えることができる。

一方、母子の健康アウトカムを目的変数とした単回帰およびロジスティック回帰分析の結果では、母子の健康アウトカムと現金収入等経済状況との間には関連がみられなかった。つまり、対象地域では、女性が経済的にエンパワーメントされることや、他者から経済的支援を受けることが母子の健康アウトカムに対して大きな影響を持っていたとは考えにくい。

では対象地域にどのような社会的支援があれば母子の健康は向上するのか。本調査に先立ち実施した質的調査では、金融講を通じた相互支援のなかでも、情動的支援が重要な役割を果たしていた。なかでも、講メンバー同士では、保健医療サービスに関する知識のみならず、利用した経験に基づく個人的な意見も交換されており、それが女性たちの保健医療サービス利用と関連することが示唆された (Horii et al., 2015b)。こうしたソーシャル・ネットワークを介したインフォーマルな情報交換が女性の行動変容、とりわけ家族計画の実施に与える効果に関してはエビデンスが豊富に存在する (Gayen & Raeside, 2010; Kincaid, 2000; Valente, Watkins, Jato, van der Straten, & Tsitsol, 1997)。

一方、本調査における母子の健康との2変量解析の結果では、情動的支援の量、質ともに有意な関連は見られなかった。また、表 10-(1)で示した通り、全体的に情動的支援の授受、とくに獲得型の支援は、ほかの社会的支援と比較しても少ないことが示された。このような結果が生じた要因として、第1に、女性たちのヘルスリテラシーの低さ、第2に、保健医療に関する情報がネットワークを介して授受されていない可能性があったと考えられる。

まずヘルスリテラシーについて、ヘルスリテラシーとは、機能的、伝達的、批判的リテラシーにより説明されるものであり、このうち、機能的リテラシーはいわゆる読み書き能力と直接関係し、伝達的リテラシーはコミュニケーションの中から健康に関する情報を抽出する社会的スキルをも含む能力であり、批判的リテラシーはさらに高度な認知を必要とする情報を批判的に分析し自身に適用させる能力である。そして、人々が健康情報にアクセスし、それを効果的に使用できるようになるという点で、ヘルスリテラシーは、エンパワーメントにとっても重要な要素となる (Nutbeam, 2000)。

ヘルスリテラシーの下位概念のうち、本研究結果から、対象地域の女性たちの機能的リテラシーの低さや伝達的リテラシーの低さが示された。

機能的リテラシーに関し、表 7 に示したとおり、本調査の対象者の就学率は 13.1%と極めて低く、成人教育である識字教育を受けた者を含めても約 25%であった。このことから、対象地域の女性のほとんどは紙媒体等から情報を得ることが困難な状況にあると考えられる。これは、2006 年に全国で実施された人口動態調査において、ブ国農村部に暮らす女性の 48.4%がラジオや新聞等のメディア媒体からも家族計画等の情報を得ることができていないと回答している点とも一致する (INDS&ICF、2010)。

また、本調査の対象者の中でも最も若い女性(20 歳)が小学校に入学した時点 (2002 年)でのブ国全体の女性の就学率が 38.9%であったことを考慮すると、彼らの就学状況は決して低すぎるわけではなく、ブ国農村部の一般的な状況であったと考えられる

(UNESCO, 2015)。そして、世界的に就学率の低いサブサハラ地域の当時(2002 年)の就学率でさえ 73.2%あったことを踏まえると、ブ国の女性、特に現在子どものケアを担っている世代の女性のうち農村部に暮らしている女性たちの機能的リテラシーは世界的にみても大幅に限られているといえるだろう。

こうした状況では、母子の健康に寄与する情報が、金融講というネットワークを通じて授受されていたとしても、母子の健康の改善につながっていかない可能性がある。

伝達的リテラシーの低さに関しては、表 11-(1)や表 11-(2)に示したとおり、情報的支援が、他の社会的支援の傾向と異なり、獲得型と提供型の平均値に大きな相違があったことから推測できる。つまり、保健医療に関する情報を獲得した経験があると認識している者が、提供した経験を持つものより少ない状況が生じているのは、保健医療に関する情報を提供されていたとしても、情報を得た当事者が健康に関する情報であると認識できていない、あるいは、情報を提供する側が適切に他者に情報を提供できていない可能性を示唆している。こうした状況には、女性たちの社会的スキルだけでなく、基本的なリテラシー、つまり教育レベルの低さも影響していると考えられる。

本調査の多変量解析では、夫の社会経済状況と母子の健康アウトカムとの関連が相対的に強かったために、女性本人の教育レベルと母子の健康アウトカムとの関連が示されなかった。しかし、表 18 で示した単回帰分析の結果では、30 歳以下の群で有意に、31 歳以上の群でも死亡と負の関連の傾向がみられている(それぞれ $OR=0.311$ ($p=0.032$)、 $OR=0.456$ ($p=0.069$))。つまり、対象地域では、女性の教育レベルの向上を通じた機能的

リテラシーの強化や、そして、それを越えたところで教育を通じた女性のエンパワーメントが、母子の健康に寄与する可能性が高いと考えられる。

次に、保健医療に関する情報がそもそも金融講を通じたネットワークを介して授受されていなかった可能性に関しては、上述のとおり、情動的支援の授受がほかの社会的支援と比較し平均点が低かったことに加え、表 9-(5)に示したとおり、加盟者が金融講から獲得していると認識している恩恵のうち、情報交換を挙げているものが 1 割に満たなかったことから推察される。これは、金融講はそもそも経済活動を目的に設置された組織であって、健康が集団の関心の中心になかった可能性がある。あるいは、金融講に加盟している女性の同質性が高いために、保健医療に関連する異質な情報がネットワーク内に入りにくかったことが一因になっているとも考えられる。これを裏付けるように、2006 年にブ国全国で実施された人口動態調査の結果では、保健医療に関する情報の中でも、とりわけ家族計画に関する情報については、診療所やコミュニティにおいて看護師等から説明を受けたことがない女性が 72.2%いることが明らかになっている (INDS&ICF, 2010)。

また、組織の目的が健康以外にある場合には、その組織のネットワークを健康向上に活用する際には、保健医療に関する何らかの介入が必要であることは先行研究からも示唆されており、金融講を介入とする先行研究においても、地域金融だけが介入になっているものは少なく、保健指導や健康教育などがパッケージ化されている (Dunbar et al., 2014; Munoz et al., 2011; Rotheram-Borus et al., 2012; Swendeman et al., 2009)。

本研究の多変量解析の結果、実子の 5 歳未満での死亡経験や家族計画のアンメットニーズと産前健診の受診と施設分娩が有意に関連していることが示したが、これは普段、保健医療専門職と接点がない女性たちが、これらの機会に専門職と接触することにより、家族計画等、保健医療に関する情報を入手することにつながり、健康との関連が示された可能性もあったと考えられる。

以上から、対象地域における金融講を通じた相互支援は、個人レベルの経済的なエンパワーやネットワークの広がりにも寄与していた可能性はあるが、それらのネットワークや経済力を、母子の健康増進に向けて活用するための女性たちの能力、とくにヘルスリテラシーが十分でなかったこと、また、保健医療の専門家による情報提供、あるいは、女性たちが情報の意味を理解し健康のために利用できるようにするためのサポートが十分ではなかったために、保健医療に関する情報がネットワーク内で循環していなかった

た可能性がある。そして、それらが、本研究結果において、相互支援と5歳未満児死亡や家族計画のアンメットニーズなどの母子の健康アウトカムとの間に関連が見られなかった要因の一つになっていたと考えられる。

2) 地域の特徴としてのソーシャルキャピタルの機能

(1) 一般的な互酬性と利己的な互酬性

1)で挙げた、個々のネットワークの特性に関する論点だけでは、健康に影響を及ぼす社会の構造的な要因の影響と相互支援との関係性を十分に説明できない。地域の特徴としてのソーシャルキャピタルの機能に関しても考察が必要である。

パットナム（2001）によれば「一般化された互酬性の規範がソーシャルキャピタルの極めて生産的な構成要素」であり、それは、「あなたが今私にXをやってくれるのなら私も今あなたにYをしてあげる」ではなく、「将来あなたが私に何かをしてくれると思っているので、今あなたのためにこれをしてやる」（下線は筆者が追加）という性格を持つものである（パットナム, 2001）。そして、このような互酬性、つまり、個人的な利益を超えた互酬性が成り立つには長期間にわたる交換の繰り返しが必要であるという（パットナム, 2001）。

ここで、本研究の対象者が加盟していた金融講は、活動期間が1年未満と短いものが多く、また、金融講から経済支援を受ける目的が個々の小規模商売の開始や拡大であり、しかも、村での商売では収益性が見込めないと判断したものは金融講に参加しないなど、個々の利益が優先される公共性が比較的低い活動であった可能性が示された。言い換えれば、現在、対象地域で展開されている金融講を通じて授受されている相互支援とは、パーソナルな互酬性が基盤となったものであり、互酬性の一般化、つまり、地域全体の安寧を指向する地域の資源としての機能を備えていなかった可能性がある。また、会費や加盟金などもばらばらであったことから、運営上の明確なルールがなく、そのために、組織内部に問題を抱えていた組織が存在した可能性もある。実際に、相互扶助活動に加盟しない理由のなかに、運営方法の問題を挙げている者もいた。こうした状況が相互に関連し、互酬性の醸成に影響を与えていた可能性がある。

(2) 相互支援活動の性質と互酬性の規範

ただし、金融講活動の運営状況が改善され、長期に継続されれば、互酬性が一般化されるかどうかは、さらなる検討が必要である。

本調査の対象地域では、トンチンやマイクロファイナンスなどの金融講以外にも農業扶助やグループ活動など、さまざま相互扶助活動が存在したが、それら活動に加盟している女性の社会経済状況、活動の運営状況、相互支援量の比較をすることで、相互扶助活動の性質と互酬性の規範に関する示唆を得ることができた。

まず、一般的な互酬性に関連するとされる加盟期間については、グループ活動を除くすべての活動で5年未満と回答しているものが多かったが、グループ活動に関しては5～10年間と長期に加盟している女性が多かった。次に、加盟している女性の社会経済状況について、有意差が見られた収入や資産、つまり経済状況において、平均値が最も高かったのはグループ活動であり、最も低かったのは農業扶助の加盟者であった。そして、相互支援の授受については、金融講に加盟している群が最も多く、それ以降は、いずれの活動にも加盟していないもの、農業扶助と続き、グループ活動が最も相互支援量が少なかった。とくに、相互支援のうち提供型支援ではグループ活動がどの集団よりも少ないことが示された。

以上から、同じ相互扶助活動といっても、グループ活動がほかの活動と比べると異なる性質を持っていたことがわかる。これは、グループ活動が、グループで生産した野菜等を市場で販売し、その利益をメンバー間で分配するという、最も市場原理の影響を受ける活動であり、また、個々のメンバーのパフォーマンス（勤勉さや関係者との交渉能力、経済観念など）が、集団の利益と大きく関連するために、グループ間の凝集性が強く働くためと考えられる。つまりグループ活動のように、市場原理の影響を強く受ける活動では、長期間活動が続いたとしても、組織内の限られたメンバー間の互酬性、つまり利己的な互酬性を増強することはあっても、互酬性の一般化、つまり、コミュニティ全体にその恩恵を還元することにつながるものではない可能性がある。

もともと、ブ国農村部には、「伝統的な」連帯 (solidarity) と互酬性 (reciprocity) を基盤に、親族や居住地区、あるいは出身や民族が同じ者によって構成されるさまざまな社会的なネットワークが存在したとされ、その中には、コミュニティの公共施設整備のための人手や、高齢者や病人などの弱者の介護など、いわゆる報酬を期待しない活動も存在していたとされる (Sommerfeld, Sanon, Kouyate, & Sauerborn, 2002)。しかし、

近年、こうしたネットワーク機能の一部は、市場原理の導入により消失する傾向にあるという (Sommerfeld, Sanon, Kouyate, & Sauerborn, 2002)。Sommerfeld (2002) は、こうした現象を捉えて、伝統的な連帯や互酬性を基盤とした相互支援のネットワークそのものがすぐに消失することはないが、現存するすべての相互扶助活動が「伝統的な」連帯と互酬性にもとづくものではなく、一部は利己的な互酬性を基盤とした活動であることを示唆した。同国の女性グループの活動と開発の在り方を人類学的手法によって探索した浅野 (2008) も、農業扶助は、今日、裕福な女性たちがお金を払って、世帯近くの女性たちを雇い、現金を支給するケースも多くなったと、記述している。

本研究結果でも、最も高収入のグループ活動の加盟群が、最も低収入である農業扶助群に続いて、経済支援の提供経験がないという結果が示されている。これは、従前、互酬性の規範を基盤に成り立っていた活動の一部が、金銭を介する市場となり、それが、互酬性の規範の性質を変化させるとともに、持つ者と持たざる者の間に対等ではない関係を創造することにつながっている可能性を示すものである。

市場原理の影響と利己的な互酬性に関連して、出稼ぎに関しても論じておく必要がある。本調査では、対象者の4割近くが、定期または不定期な送金者が存在すると回答しており、そして、そうした送金者の存在は、相互扶助活動の非加盟理由の一つとなっていた。これは、血縁という確実に当てにできるセーフティネットの仕組みを持っている者にとって、村内の相互扶助活動、金融講への加盟がむしろリスクにつながると考えられていることを示している。このような個人化の傾向は、今後、対象地域における互酬性の規範に影響を与える可能性がある。本調査の結果では、送金者の有無と相互支援量との間に有意な差は見られなかったが、出稼ぎ者を通じた市場原理との接触という現象についても、地域の互酬性の規範との関連で考慮する必要があると考えられる。

(3) 相互支援と排斥

地域特性としてのソーシャルキャピタルという観点からは、排斥現象に関しても、考察する必要がある。本稿では当初、文献検討の結果をもとに、排斥を相互支援が少ない状態と定義していた。そして、所得などの社会経済的要因により金融講に加盟できないものは、相互支援量が少ない可能性があると仮定していた。実際、調査結果から、相互扶助活動の非加盟理由として、経済的な理由、つまり貧困や、貧困によるセルフエスティームの低下によって、社会的な活動への参加が制限されている女性たちが存在するこ

とが示された。一方、先述のグループ活動の加盟者のように、所得が多く、相互扶助活動に加盟しているにもかかわらず、相互支援量が少ない女性が存在することも示された。つまり、相互支援量の不足がすなわち排斥とは言えないということである。

先に引用した浅野(2008)の論文において、ブ国農村部で展開されていたグループ活動の運営は、村の中でももともと資源をコントロールできる女性たちが中心になって担っていたことが示されている。本研究は、横断研究のため、グループ活動に加盟していた女性の現金収入の多さが、もともとそれとも、活動に加わったことによる結果なのかは判断できないが、他の女性たちと比較し、経済的にエンパワーされている人々であったことは確かである。その彼女たちの相互支援量が少なかったのは、排斥された結果というより、むしろ、彼女らが脆弱な人々を排斥している可能性さえあったと考えられる。つまり、排斥という概念は、相互支援量やその対象の範囲によってのみ測れるものではない。そして、排斥とは主体との関係性であって、誰が誰を主体とみなすのかによっては、主体への包摂はかえって脆弱な人々を周辺化することにつながることを示されたといえる。

福祉国家と異なり、国が国民の福祉を保障することが困難な開発途上国では、社会的な結びつきが福祉国家以上に重要な意味を持つ(バラ&ラペール, 2005)。対象地域のみならず、多くの途上国の農村部では、今後、ますます個々と市場や村の外部との接点が増え、その結果、住民同士の関係性が変化していくことが予測される。そうした変化の中で、どのようにコミュニティの相互支援の機能を維持し、その機能を健康に寄与するように醸成させていくかは、今後の開発途上国における重要な課題になっていくと考えられる。

VII. 提言

1. 相互支援のシステムを基盤に地域で母子の健康増進を支援する看護職者の役割

本研究では、社会文化的な必要性から構築された相互支援のための機能を生かし、かつ、排斥や健康格差を生まずに、コミュニティ全体の健康を向上させるにはどうしたらよいかという問題意識のもとに、量的横断研究を展開した。

本調査の結果から、金融講への加盟は、他者への社会的支援の提供を含む、個人レベルの相互支援の醸成につながる可能性があること、また経済的なエンパワーに寄与する可能性があることが示唆された。しかし、現状では、それら金融講を通じた相互支援と母子の健康アウトカムとの間に有意な関連は示されなかった。

相互支援と母子の健康アウトカムとの間に関連が示されなかった要因として、金融講加盟により構築されるネットワークや経済力を、母子の健康増進にむけて活用するために必要な女性の能力、とくにヘルスリテラシーが不足していたこと、また、保健医療の専門家による健康教育などのサポートが十分ではなかったために、金融講のメンバー間で保健医療に関する情報が相互支援を通じて循環していなかった可能性が示唆された。加えて、金融講などの相互扶助活動を通じて生じる互酬性の性格上、それら活動が、地域全体の安寧を指向する地域の資源としての機能を備えていなかった可能性も要因の一つであったと考えられる。

こうした状況において、看護職者が、相互支援のシステムを基盤に地域で母子の健康増進を支援する場合、まず、女性たちのヘルスリテラシーを強化するためにサポートを行うことが必要となる。ここで、Nutbeam(2000)は、専門家が行う健康教育とは、単に、保健医療に関する情報を伝達することではなく、個人やコミュニティが健康の社会的決定要因に対して行動する力を強化し、コミュニティをエンパワーすることをゴールとした、批判的ヘルスリテラシーへの働きかけをも含むものである述べている。つまり、看護職者には、女性のヘルスリテラシーのレベルに合わせて、保健医療に関する情報提供方法を開発することはもちろんのこと、それだけにとどまらず、女性の教育機会の制限や、母子の健康に影響を及していると考えられる、ジェンダー規範に関わる構造的な要因にも影響を及ぼせるよう、コミュニティをエンパワーするための健康教育を実施していくことが求められるだろう。

現在、ブ国では、さまざまな開発パートナーやNGOにより、健康教育を含めた母子保健活動が数多く展開されている。しかし、そのほとんどの活動は、各組織の活動理念や

行動計画に基づき実施されている活動であり、それぞれの組織がそれぞれの方法、ツール、アプローチを採用している（MSBF, 2011b）。また、彼らの中には、コミュニティヘルスワーカー（Agent santé communautaire ou Agent de santé à base communautaire）と呼ばれる地域の住民ボランティアを、それぞれの組織の給与（日当）体系で雇用して活動している組織も存在するが、教材や物品の不足、地元の看護職らのスーパービジョンの不足、そして、外部者からもたらされる報酬なしでは活動が継続されないなどの課題を抱えており、必ずしも、住民の健康向上に結びついていない（MSBF, 2011b）。

自国の予算が限られる中で、看護職者が独自に健康教育を展開することは容易ではない。しかし、地域で活動する看護職者には、母子の健康の向上、健康格差の縮小という目的に向かって、これら外部資源だけでなく、金融講などの地域に存在する様々な人的、組織的、社会的資源の潜在能力を引き出していくことが必要になるだろう。そのために、それぞれの組織の機能や運営状況、互酬性の性質、排斥の発現などの特性を分析し、異なる組織間の協働体系を調整し、そして自らもその一員として協働することにより、コミュニティエンパワーメントに向け、リーダーシップを発揮していくことが望まれる。

2. 本研究の限界

本研究の結果から、サンプリング、測定用具、そして分析方法に関する課題が示された。

まず、サンプリングに関しては、調査時期が現地の農繁期であったため、各村における対象者の選定を行う際に、対象となる女性が外出しているなどの状況もあり、無作為抽出はできない状況であった。可能な限りばらつきが出るように抽出したが、ゲートキーパーから連絡が入りやすい女性や、調査に協力的な女性などが、偏って選定された可能性は否定できない。

次に測定用具に関して、相互支援の測定には、既存の質問紙をもとに（Tsutsumi et al., 2000）、質的調査の結果を踏まえ、協働研究者と内容妥当性を検討したオリジナルの項目を使用した。しかし、分析結果からは、相互支援量の操作上の定義と実際の支援量との間に齟齬があった可能性が示された。

本研究では相互支援量として、夫、夫方の拡大家族などの社会システムの最小単位である家族の構成員を基本に、村人、講のメンバーなど、村内に暮らす家族以外のメンバーとどの程度つながっているのか、つながりの範囲を測定したものであった。このため、

たとえば、講メンバーから 100CFA を 1 回借りた場合も、拡大家族のメンバーから多額の送金を得ている場合も、それは同じ量の経済的支援として算出されていた。つまり、本研究における相互支援量とは村内のネットワークの範囲を示すものであり、そこで交わされる相互支援の量自体を示すものではなかった。

実際に、対象地域では、金融講の非加盟群は加盟群に比べ、相互支援量は少なかったが、定期的に送金を受けている人が有意に多かった。送金を受けているということは、経済的支援の実額が多いことを指すだけでなく、送金者が暮らす国内外、ときにヨーロッパまで広がるネットワークを有していることを意味する。拡大家族の誰かしらが、出稼ぎに出ている場合、その家族は、村内のネットワークからは得られない支援・資源を得ていることが多い(堀井, 2014)。こうしたネットワークの広がりそこから得られている支援の量に関しては、本研究における相互支援量には反映されていない。

本調査の結果、金融講に非加盟群の女性は、相互支援量が少ないという結果が示されたが、それは村落内のネットワークの範囲が狭いということであって、その実量ではなかった可能性がある。そして、実際の相互支援量を反映していなかったために、相互支援量と健康との間に関連が示されなかった可能性がある。今後に向けて、相互支援量の概念を明確にし、測定用具の妥当性を高める必要がある。

加えて、本質問紙では、社会的支援の授受の経験や認知の測定のセルフレポート、つまり主観に基づく回答であるため、実際量とのずれが生じていたことは否めない。とくに、情動的支援に関しては、本研究の対象者のようにヘルスリテラシーが低い集団の場合、支援を獲得しても、していないと回答している可能性があることが示唆された。こうした集団に対して、支援の獲得とその活用、そして、行動変容との関連が客観的に評価できる質問紙を開発することも、今後必要になるだろう。

最後に、分析に関する課題である。本研究では、相互支援と母子の健康との関連を探索するうえで、対象者に対し、誰とどのような支援のやり取りがあるか、つまり個人レベルの認知的ソーシャルキャピタルの特徴を明らかにしたが、分析の過程で、居住村ごとに健康状態や相互支援に違いがあることが明らかになった。つまり、ソーシャルキャピタルの集合的な特徴が、個々の健康にどのように寄与していたかを明らかにする必要があった。こうした地域レベルの要因が、個々の健康にどのような影響を与えるかを分析するうえで、マルチレベル分析の有効性が議論されている(Subramanian et al., 2007)。本研究では、対象村別の特徴を分析したうえで、その結果をもとに、多変量解析におい

て居住村を共変量として投入し分析した。しかし、マルチレベル分析は採用してはならず、地域レベルの健康への影響を検討することはできていない。ソーシャルキャピタルの特性を踏まえると今後、異なる分析方法を用いて、解析を重ねることで、金融講などの地域にある相互支援の仕組みと健康との関連について、個々の健康、そして地域の健康格差にどのような影響を及ぼしているかを、さらに検討していく必要があると考える。

VIII. 結論

本研究では、ブ国農村部において、相互支援を基盤とした母子保健向上のためのプログラム立案にかかる理論的基盤の構築と、看護職者の役割にかかる提言抽出に向け、ブ国農村部における金融講を通じた相互支援の機能を質的に探索し、量的横断研究を用いて、金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連について検討した。

ブ国 T 保健区の農村部に暮らす 20～45 歳の女性 563 人に対面式の質問紙調査を実施した結果、対象地域における金融講の加盟率は 14.4%で、金融講加盟群では非加盟群と比較し、相互支援量の平均値が、合計、獲得型、提供型のすべてで有意に高かった（それぞれ $p=0.007$ 、 0.022 、 0.033 ）。下位項目では、経済獲得経験、相談獲得経験、経済提供経験、世話提供経験において非加盟群より有意に平均値が高かった（それぞれ、 $p=0.009$ 、 0.034 、 0.047 、 0.001 ）。支援者のパターンの特徴では、金融講加盟群は、情報提供などを除き、支援者なしの割合が全体と比べて少なく、支援の授受の対象の選択肢が多様である傾向が示された。また、金融講加盟群は動物性蛋白質の摂取頻度が高く、加えて、金融講加盟群のうち講メンバーから支援を獲得している女性は、家族計画を除いて健康増進行動を採用している傾向が確認された。多変量解析では、実子の 5 歳未満での死亡経験と家族計画のアンメットニーズを目的変数としたロジスティック回帰分析を行いその結果、実子の 5 歳未満での死亡経験は、30 歳以下の群では、施設分娩の実施、単婚と負の関連があった（それぞれ $OR=0.050$ (95%CI ; $0.005-0.519$)、 $OR=0.387$ (95%CI ; $0.156-0.961$)）。31 歳以上の群では、夫の教育歴と負の関連があった（ $OR=0.326$ (95%CI ; $0.109-0.975$)）。家族計画のアンメットニーズは、産前健診の実施、夫の出稼ぎと負の関連があった（それぞれ $OR=0.470$ (95%CI ; $0.258-0.856$) $OR=0.332$ (95%CI ; $0.173-0.637$)）。いずれの分析においても、母子の健康アウトカムと、金融講加盟および相互支援量との間に有意な関連は見られなかった。

以上から、現状では金融講を通じた相互支援と母子の健康アウトカムとの間に有意な関連は示されなかったが、女性が金融講に加盟することにより、個人レベルの相互支援やネットワークの広がり、経済的なエンパワー、そして母子保健に関する健康行動の採用に寄与する可能性があることが示された。

謝辞

本研究は、協働研究者である KAM Alimata, KAM GOUBA Solange Esther, TAPSOBA Valérie そして MINOUNGOU Arsène の存在がなければ実現しなかった。ここに深く感謝申し上げます。また、アンケートをつとめてくださった国立公衆衛生院テンコドコ校の皆様をはじめ、調査にご協力いただいたブルキナファソ国のすべての皆様に感謝するとともに、ブルキナファソ国民の健康と安寧な暮らしを祈念する。

また、本研究をご指導くださった聖路加国際大学、田代順子先生、堀内成子先生、中山和弘先生、そして国際協力機構、杉下智彦先生には、研究内容へのご指導のみならず、研究の全プロセスを通じてあたたかい励ましとご支援をいただいた。深く感謝申し上げます。

最後に本研究は、科学研究費助成事業若手研究(B)「ブルキナファソ国農村部における協働による住民参加型母子保健向上プログラムの開発とその評価」および聖路加国際大学学生国際奨学金学術調査活動支援の助成を受けて実施されたものである。また、聖路加国際大学における学びは、小倉一春記念国際看護奨学基金の支援により実現したものであり、ここに感謝申し上げます。

図1 地域金融を通じた相互支援の機能(概念分析)

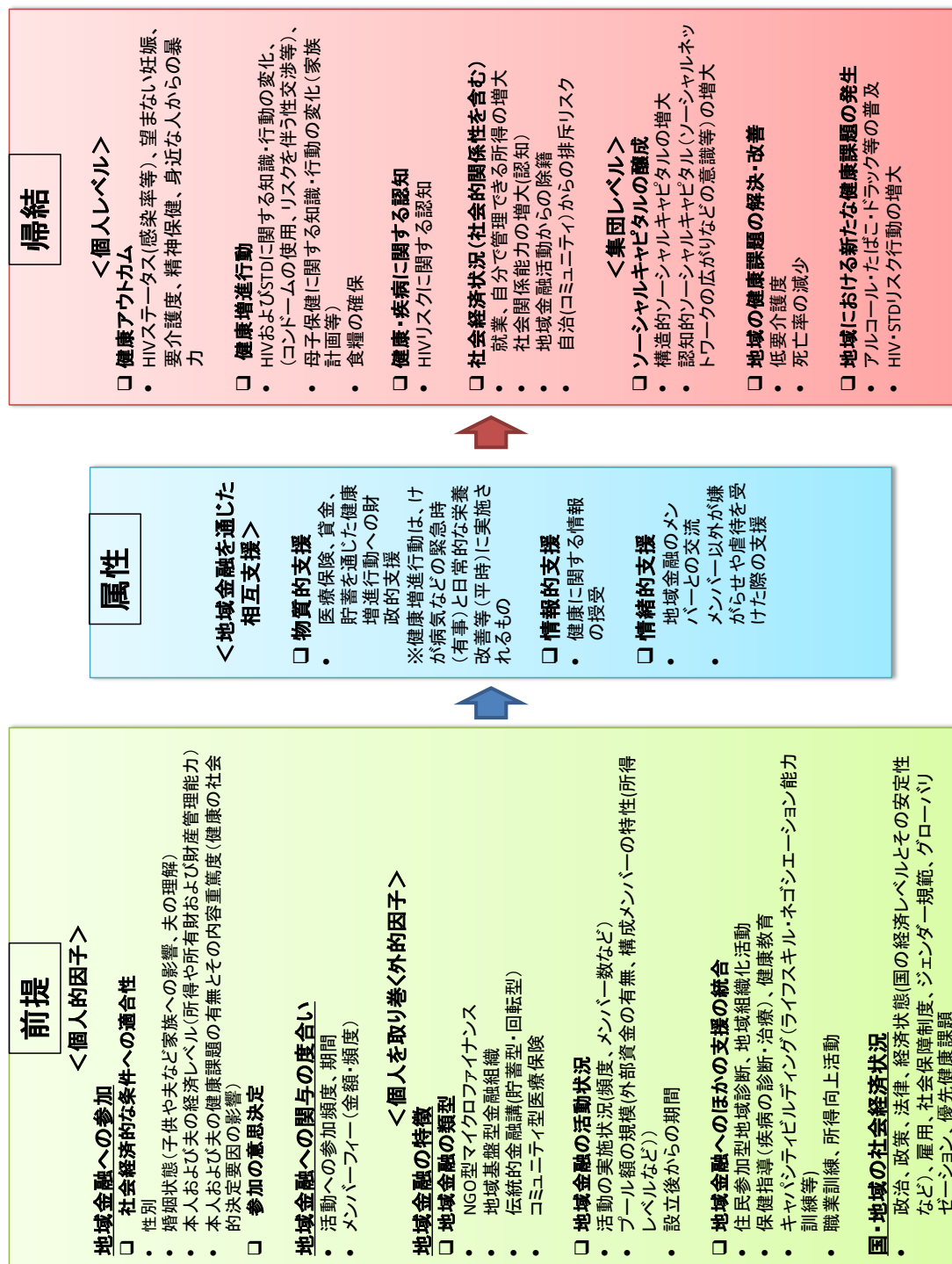


図3 A村の母子の健康とその寄与要因
(金融講の相互支援の機能)

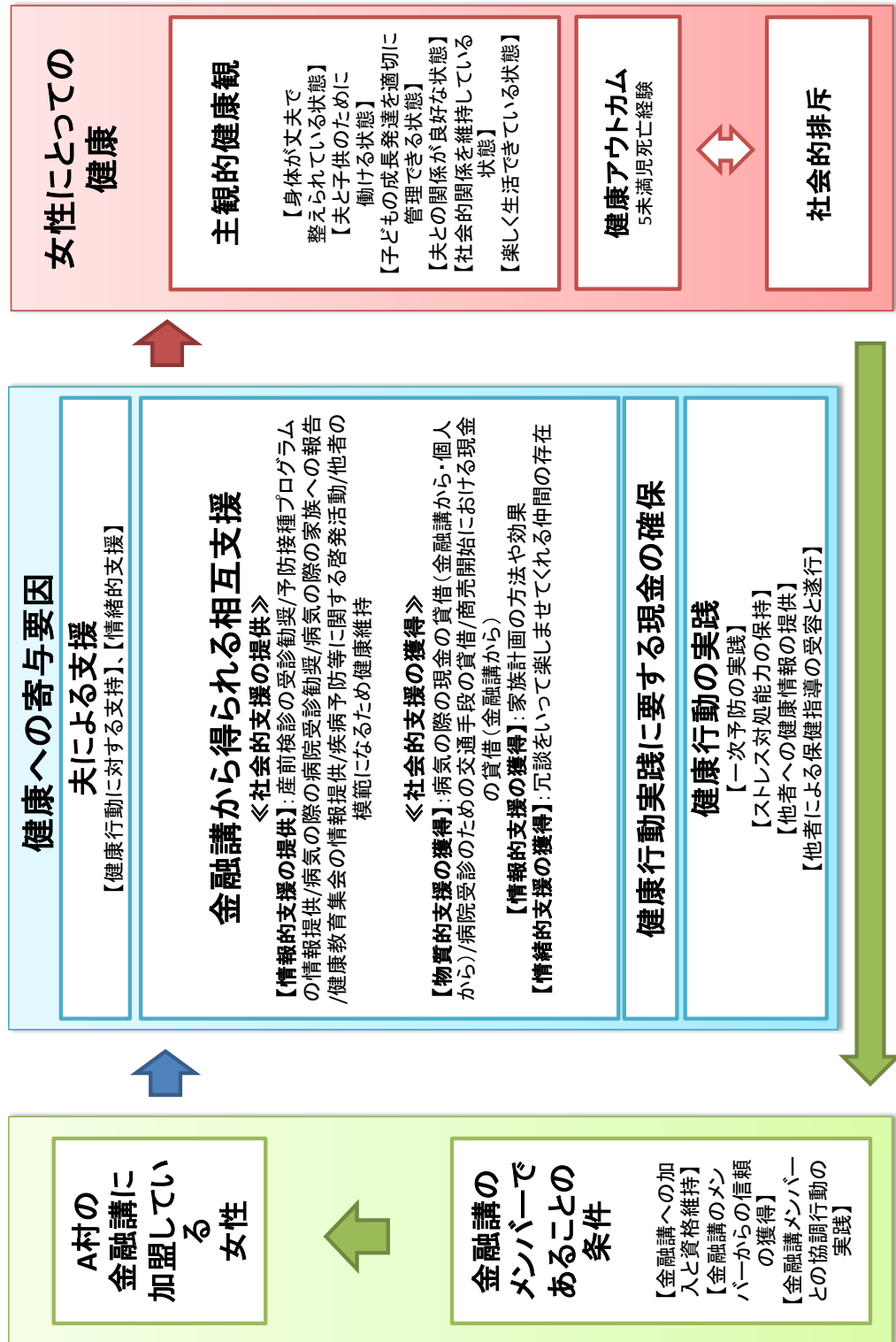


図4 づ国農村部における金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連
(本研究における概念枠組み)

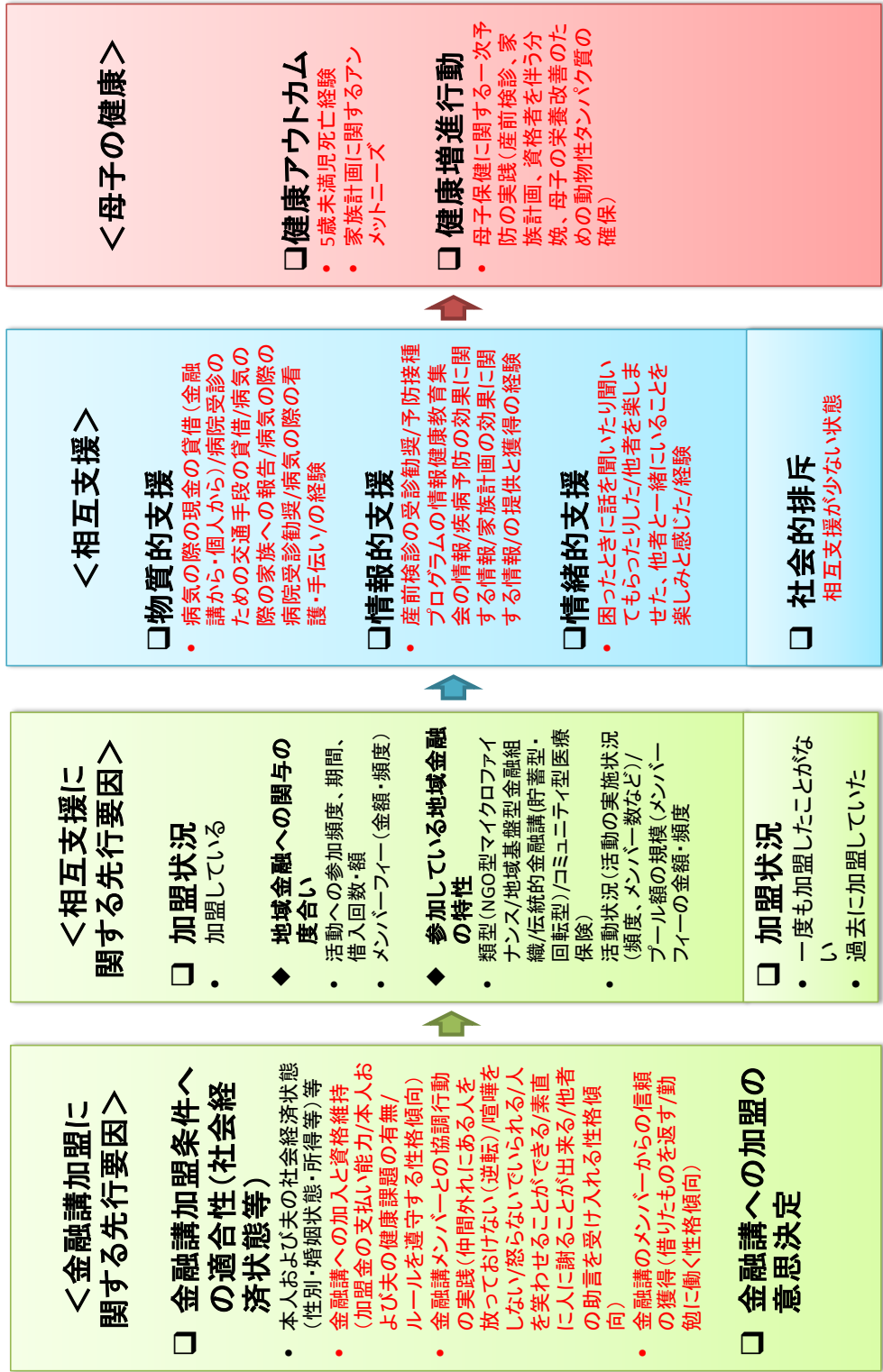


表 6 相互支援の構成概念と下位概念および各項目

物質的支援	経済支援獲得経験	病気や産前産後に、お金を貸してもらったことがある
	経済支援獲得認知	病気や産前産後に、お金を貸してくれる人がある
	経済支援提供経験	村の誰かが病気や産前産後に、お金を貸したことがある
	交通手段獲得経験	病院に行くときにバイクや車で送ってもらったことがある(貸してもらったことがある)
情報的支援	情報獲得経験	予防接種、産前検診、家族計画、啓発活動の予定など健康に関する情報を伝えてもらったことがある
	情報提供経験	予防接種、産前検診、家族計画、啓発活動の予定など健康に関する情報を誰かに伝えたことがある
	受診勧奨獲得経験	病気や産前産後に病院受診を勧めてもらったことがある
	受診勧奨提供経験	村の誰かに病気や産前産後に病院受診を勧めたことがある
情緒的支援	世話獲得経験	病気や産前産後に、身の回りの世話をしたり、家事を手伝ったりしてもらったことがある
	世話獲得認知	病気や産前産後に、身の回りの世話をしたり、家事を手伝ったりしてくれる人がある
	世話提供経験	村の誰かが病気や産前産後のときに、身の回りの世話をしたり、家事を手伝ったりしたことがある
	相談獲得経験	困った時に話を聞いてもらったことがある
	相談提供経験	村の誰かが困った時に話を聞いたことがある
	夫調整獲得経験	病気などで寝込んだ時に、夫に報告してもらったことがある
	夫調整提供経験	村の誰かが病気などで寝込んだ時に、その人の夫に報告したことがある

表 7-(1) 対象者の社会経済的状況

N=563		n	%
年齢	平均 (SD)	31.5	(7.84)
	20-25 歳	178	31.7%
	26-30 歳	114	20.3%
	31-35 歳	89	15.8%
	36-40 歳	96	17.1%
	41-45 歳	85	15.1%
妊娠回数	平均 (SD)	4.3	(2.37)
	最小値	1	
	最大値	12	
生存子供数	平均 (SD)	3.7	(1.98)
	最小値	0	
	最大値	11	
民族	プル (フラニ)	19	3.4%
	モシ	206	36.6%
	ビサ	331	58.8%
	その他	7	1.2%
居住地	A村	56	9.9%
	B村	72	12.8%
	C村	56	9.9%
	D村	62	11.0%
	E村	69	12.3%
	F村	62	11.0%
	G村	68	12.1%
	H村	61	10.8%
	I村	57	10.1%
出身地	居住地と同じ	232	41.2%
	T地区内	170	30.2%
	州内	108	19.2%
	国内	8	1.4%
	外国	43	7.6%
婚姻状態	既婚	12	2.1%
	事実婚	518	92.0%
	離別	3	0.5%
	死別	29	5.2%
	単婚	289	52.9%
	複婚	257	47.1%
僚妻間順位 (複婚の場合)	第1夫人	117	45.7%
	それ以外	139	54.3%

表 7-(2) 対象者の社会経済的状况

		n	%
宗教	イスラム教	414	73.5%
	カトリック	136	24.2%
	プロテスタント	13	2.3%
教育 (最終学歴)	未就学	423	75.1%
	識字教育※	66	11.7%
	小学校	56	9.9%
	中学校	18	3.2%
診療所からの距離	5Km未満	197	35.0%
	5～15Km未満	248	44.0%
	15Km以上	118	21.0%
現金収入***	平均 (SD)	5781.58	(7682.41)
	最小値	0.00	
	最大値	80000	
現金収入4分位	very poor: 0-1499 CFA/月	151	26.8%
	poor: 1500-2999 CFA/月	115	20.4%
	moderate: 3000-7499 CFA/月	150	26.6%
	rich: 7500- CFA/月	147	26.1%
入金総額*** (定期送金と現金収入)	平均 (SD)	8183.69	(14774.27)
	最小値	0.00	
	最大値	157500.00	
ストック型資産*** (電化製品等)	平均 (SD)	95750.44	(102218.18)
	最小値	0.00	
	最大値	532500.00	
フロー型資産*** (家畜等)	平均 (SD)	93000	(191671.75)
	最小値	0.00	
	最大値	1695000.00	
有効回答数 314			
送金	定期	62	11.1%
	必要時	138	24.8%
	なし	357	64.1%
夫の出稼ぎ(国内・外)	あり	113	21.3%
	なし	418	78.7%

※ノンフォーマル教育

*** 単位CFA

表 8-(1) 対象者の母子の健康の状況

		n	%
5歳未満児死亡の経験 ※	あり	199	35.3%
	なし	361	64.1%
家族計画のアンメットニーズ※※	あり	209	52.4%
	なし	190	47.6%
望まない妊娠※※	あり	57	10.1%
	なし	504	89.5%
産前検診※※	実施（4回以上）	463	82.2%
	実施せず（0～3回）	93	16.5%
施設分娩※※	実施	533	94.7%
	実施せず	27	4.8%
家族計画（FP）の実施	実施	156	27.7%
	実施せず	407	72.3%
動物性蛋白質の摂取 （本人）	週1回以上	243	44.2%
	月1回以上	193	35.1%
	摂取せず	114	20.7%
動物性蛋白質の摂取 （子供）	週1回以上	249	44.5%
	月1回以上	198	35.4%
	摂取せず	113	20.2%

※ 5歳未満児死亡率は127.5人（出生1000対）

※※ 直近の妊娠・出産時

表 8-(2) 家族計画を実施しない理由

	n	%
夫の不在	89	21.9%
夫の反対	62	15.2%
お金がない	60	14.7%
子供がほしい	52	12.8%
副作用への恐れ	36	8.8%
妊娠中	20	4.9%
夫に相談できない	17	4.2%
情報がない	14	3.4%
宗教上の理由	14	3.4%
西洋的・化学的な方法が好きではない	10	2.5%
産後間もない	8	2.0%
自然妊娠のタイミングが遅い（と思う）	7	1.7%
更年期に入った（または、入ったと思う）	6	1.5%
その他	12	2.9%
	407	100%

表 9-(1) 金融講への加盟状況

		n	%
金融講※	加盟	81	14.4%
	非加盟	481	85.6%
相互扶助活動への加盟状況（複数回答）	農業扶助	228	39%
	グループ活動	51	
	トンチン	49	
	マイクロファイナンス	35	
	その他 (PTA, タラゴなど)	4	
	いずれにも加盟せず	205	61%

※ 相互扶助活動のうちトンチンまたはマイクロファイナンスのどちらかに加盟している群を加盟群とした

表 9-(2) 金融講の活動概況

		n	%
加盟者数	0-10人	10	12.3%
	11-20人	17	21.0%
	21-50人	42	51.9%
	50人-	11	13.6%
加盟期間	1年未満	35	43.8%
	5年未満	22	27.5%
	10年未満	18	22.5%
	結成時から※	5	6.3%
活動頻度	月1回未満	12	15.0%
	月1回以上2回未満	16	20.0%
	月2回以上4回未満	13	16.3%
	週1回以上	39	48.8%
会費納入頻度	会費なし	9	11.4%
	月1回未満	5	6.3%
	月1回以上	24	30.4%
	週1回以上	41	51.9%
メンバー構成	同じ地区(村内)の女性	55	67.9%
	同じ村出身者・民族	13	16.0%
	活動の目的を共有した人	7	8.6%
	その他	6	7.5%

※ 結成時から加盟している者の加盟期間（平均）は10.4年（SD:3.847）である

表 9-(3) 金融講の加盟金、会費、恩恵額等

	平均値	SD	中央値	最小値	最大値	有効回答	無回答
加盟金	1140.41	(1989.11)	500.00	0	12500	73	8
会費(単価)	685.62	(2900.56)	250.00	0	25000	73	8
会費×頻度※	3767.36	(4450.92)	3200.00	0	25000	73	8
恩恵額(一回あたり)	34076.36	(51950.55)	10000.00	2000	250000	55	26

※ 4半期間における支払総額の目安を頻度（5段階の間隔尺度）をもとに算出したもの。

表 9-(4) 金融講からの恩恵経験

	n	%
なし	8	9.9%
1回のみ	19	23.5%
2~4回	23	28.4%
5回以上	6	7.4%
回数は覚えていない	7	8.6%
無効回答	18	22.2%
合計	81	100%

表 9-(5) 金融講からの恩恵の内容（複数回答）

	n
経済支援（借金）	61
農作業の手伝い	15
葬式・結婚式の手伝い	14
情報交換	11
その他	10
	111

表 9-(6) 資金援助を得た場合の使途

	n	%
病気や出産など本人の健康上の理由	1	1.2%
病気など子どもの健康上の理由	1	1.2%
商売の開始や拡大など経済的理由	19	23.5%
無効回答	60	74.1%
	81	100.0

表 10- (1) 金融講への加盟と社会経済状況との関連 (本人)

		金融講への加盟				
		加盟群		非加盟群		
		n	%	n	%	p
		81	14.4	481	85.6	
年齢	平均値 (SD)	33.6	(7.97)	31.1	(7.76)	.009 * 1)
	20-25歳	20	24.7%	158	32.9%	.033 * 2)
	26-30	11	13.6%	103	21.5%	
	31-35	16	19.8%	73	15.2%	
	36-40	14	17.3%	82	17.1%	
	41-45	20	24.7%	64	13.3%	
妊娠回数	平均値 (SD)	4.9	(2.68)	4.2	(2.31)	.077 1)
生存子供	平均値 (SD)	4.1	(2.19)	3.6	(1.94)	.045 * 1)
民族	ブル	0	0.0%	19	4.0%	.223 2)
	モシ	30	37.0%	175	36.4%	
	ビサ	49	60.5%	282	58.6%	
	その他	2	2.5%	5	1.0%	
居住村	A村	0	0.0%	56	11.6%	<.001 * 2)
	B村	17	21.0%	55	11.4%	
	C村	14	17.3%	41	8.5%	
	D村	4	4.9%	58	12.1%	
	E村	19	23.5%	50	10.4%	
	F村	5	6.2%	57	11.9%	
	G村	4	4.9%	64	13.3%	
	H村	17	21.0%	44	9.1%	
	I村	1	1.2%	56	11.6%	
婚姻関係	単婚	36	46.2%	220	47.1%	.903 2)
	複婚	42	53.8%	247	52.9%	
僚妻間順位	第1夫人	18	50.0%	121	55.3%	.591 2)
	それ以外	18	50.0%	98	44.7%	
宗教	イスラム	49	60.5%	364	75.7%	.013 * 2)
	カトリック	30	37.0%	106	22.0%	
	プロテスタント	2	2.5%	11	2.3%	
教育 (最終学歴)	未就学	59	72.8%	363	75.5%	.708 2)
	識字教育	11	13.6%	55	11.4%	
	小学校	7	8.6%	49	10.2%	
	中学校	4	4.9%	14	2.9%	
現金収入	平均値 (SD)	7144.41	(8190.82)	5556.82	(7585.87)	.080 1)
	very poor	16	19.8%	129	26.8%	.110 2)
	poor	25	30.9%	127	26.4%	
	moderate	14	17.3%	117	24.3%	
	rich	26	32.1%	108	22.5%	
入金合計 (収入+送金)	平均値 (SD)	9737.00	(19053.24)	7924.85	(13924.27)	.143 1)
送金	定期的	4	4.9%	58	12.2%	.009 * 2)
	必要時	30	37.0%	108	22.7%	
	なし	47	58.0%	309	65.1%	
フロー型資産	平均値 (SD)	104810.81	(97999.60)	91663.04	(201295.74)	.002 * 1)
ストック型資産	平均値 (SD)	96049.38	(98254.98)	95623.70	(103061.47)	.433 1)

1) Mann-Whitney U検定

2) χ^2 検定

表 10-(2) 金融講への加盟状況と社会経済状況との関連 (夫)

		金融講への加盟				
		加盟群		非加盟群		
		n	%	n	%	p
年齢(夫)	平均値 (SD)	42.4	(11.36)	39.1	(11.27)	.043 * 1)
民族 (夫)	ブル	0	0.0%	23	4.9%	.112 2)
	モシ	22	28.2%	161	34.3%	
	ビサ	54	69.2%	277	59.1%	
	その他	2	2.6%	8	1.7%	
宗教 (夫)	イスラム	49	62.0%	355	75.7%	.035 * 2)
	カトリック	28	35.4%	104	22.2%	
	プロテスタント	2	2.5%	10	2.1%	
教育 (最終学歴・夫)	未就学	51	64.6%	324	69.8%	.456 2)
	識字教育	13	16.5%	47	10.1%	
	小学校	67	11.4%	9	14.4%	
	中学校	21	6.3%	5	4.5%	
	高校	5	1.3%	1	1.1%	
出稼ぎ(夫)	あり	17	22.7%	96	21.1%	.430 2)
	なし	58	77.3%	359	78.9%	

1) Mann-Whitney U検定

2) χ^2 検定

表 11 相互支援の特徴

① 相互支援（量）の特徴

	平均値	SD	最小値	最大値
相互支援（獲得・提供総合点）	18.5359	(7.9374)	3.00	45.00
獲得型支援（提供型対応得点）	7.1903	(3.1310)	1.00	17.00
提供型支援	6.9861	(3.8211)	0.00	20.00

② 相互支援（質）の特徴

	平均値	SD	最小値	最大値
経済獲得経験（合計）	1.0641	(0.9532)	0.00	4.00
経済獲得認知（合計）	1.5605	(0.8126)	0.00	4.00
情報獲得経験（合計）	0.6181	(0.9384)	0.00	4.00
受診勧奨獲得経験（合計）	1.3886	(0.8997)	0.00	4.00
世話獲得経験（合計）	1.5466	(0.7930)	0.00	4.00
世話獲得認知（合計）	1.6118	(0.7439)	0.00	4.00
夫調整獲得経験（合計）※	0.8477	(0.6507)	0.00	3.00
相談獲得経験（合計）	1.6791	(0.7633)	0.00	5.00
交通手段獲得経験（合計）	1.0467	(0.7548)	0.00	4.00
経済提供経験（合計）	0.6959	(0.8903)	0.00	4.00
情報提供経験（合計）	1.2643	(0.9800)	0.00	5.00
受診勧奨提供経験（合計）	1.4723	(0.9479)	0.00	5.00
世話提供経験（合計）	1.4373	(0.8718)	0.00	5.00
相談提供経験（合計）	1.4049	(0.9348)	0.00	4.00
夫調整提供経験（合計）	0.6543	(0.7495)	0.00	3.00

※夫調整型の支援を夫から獲得することはないため、最大で4となる

表 12-(1) 金融講への加盟と相互支援（量）との関連

	n=	加盟群		非加盟群		p
		76		459		
		平均値	SD	平均値	SD	
相互支援（獲得型・提供型総合点）		20.7391	(7.6074)	18.1708	(7.9476)	.007 *
獲得型支援（提供型対応型得点）		7.9342	(3.0478)	7.0741	(3.1309)	.022 *
提供型支援		7.7703	(3.8554)	6.8478	(3.8073)	.033 *

Mann-Whitney 検定

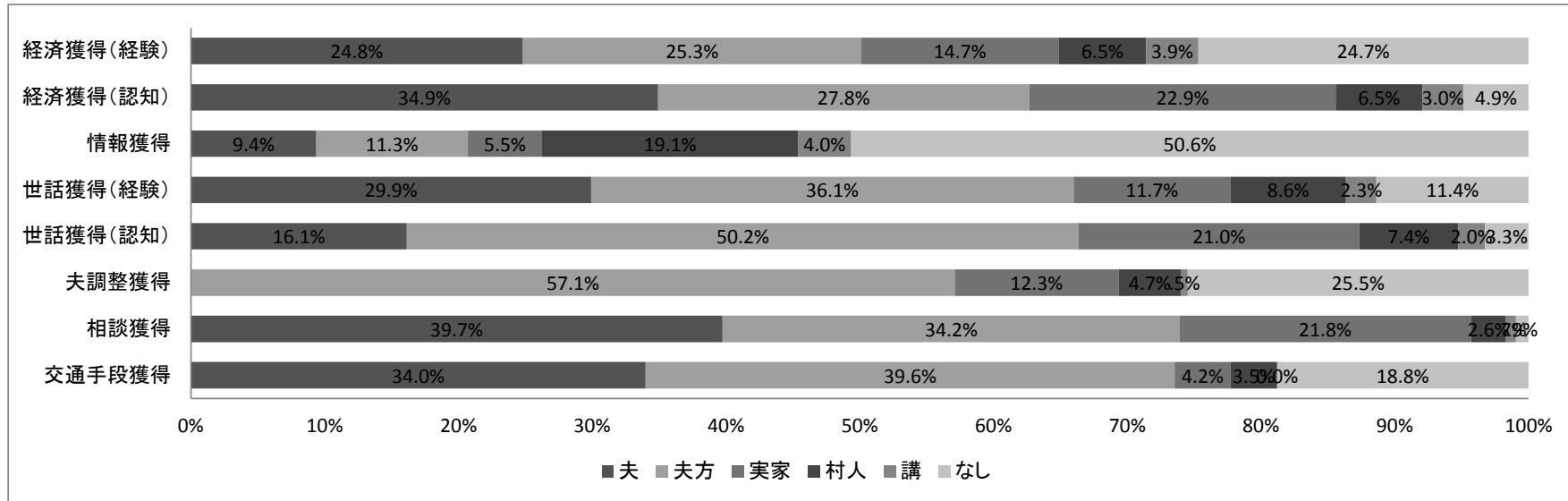
表 12-(2) 金融講への加盟と相互支援（質）との関連

	加盟群		非加盟群		P
	平均	SD	平均	SD	
経済獲得経験（合計）	1.3086	(0.9571)	1.0229	(0.9483)	.009 *
経済獲得認知（合計）	1.7037	(0.7976)	1.5375	(0.8139)	.118
情報獲得経験（合計）	0.6420	(0.9527)	0.6154	(0.9375)	.922
受診勧奨獲得経験（合計）	1.5185	(0.9098)	1.3674	(0.8978)	.127
世話獲得経験（合計）	1.6500	(0.7133)	1.5304	(0.8055)	.087
世話獲得認知（合計）	1.7160	(0.6371)	1.5954	(0.7600)	.060
夫調整獲得経験（合計）	0.8571	(0.6431)	0.8480	(0.6522)	.911
相談獲得経験（合計）	1.8272	(0.7381)	1.6555	(0.7656)	.034 *
交通手段獲得経験（合計）	1.1000	(0.7892)	1.0399	(0.7487)	.454
経済提供経験（合計）	0.8765	(0.9405)	0.6667	(0.8793)	.047 *
情報提供経験（合計）	1.2222	(0.9747)	1.2720	(0.9827)	.870
受診勧奨提供経験（合計）	1.6049	(0.8758)	1.4486	(0.9592)	.064
世話提供経験（合計）	1.6750	(0.8682)	1.3941	(0.8647)	.001 *
相談提供経験（合計）	1.5455	(0.9672)	1.3817	(0.9289)	.101
夫調整提供経験（合計）	0.6962	(0.8063)	0.6463	(0.7407)	.724

Mann-Whitney 検定

表 13-(1) 相互支援の支援者の特徴（複数回答・応答数の比率）

①獲得型支援



②提供型支援

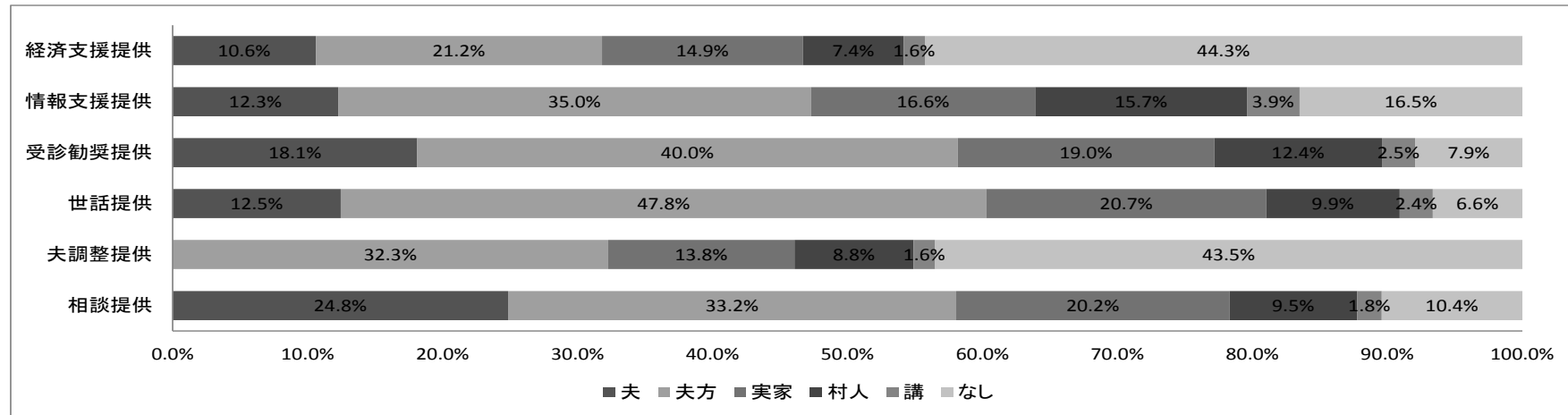


表 13-(2) 相互扶助活動別支援者(パターン) の特徴

①全体

	獲得型支援										提供型支援					
(%)	経済(経験)	経済(認知)	情報	受診勧奨	世話(経験)	世話(認知)	夫調整	相談	交通手段		経済	情報	受診勧奨	世話	夫調整	相談
支援者なし	35.6	8.2	65.3	18.2	5.3	2.4	29.0	1.6	24.2		56.0	25.8	13.0	10.4	50.8	16.6
夫のみ	9.7	16.4	2.4	10.7	1.3	1.1	0.0	19.7	19.2		2.9	1.5	3.7	1.6	0.0	9.1
夫+夫方	9.5	9.7	1.6	16.9	38.3	37.0	52.4	15.9	25.7		8.3	18.8	25.6	36.7	23.3	18.3
夫+夫方+実家のみ	14.6	18.4	2.4	23.9	14.1	17.4	0.0	22.4	21.2		4.9	7.9	11.7	8.2	0.0	12.7
実家のみ	4.6	10.2	1.5	4.0	6.4	6.2	4.4	6.4	1.6		6.5	4.2	8.0	6.2	5.8	6.0
夫+実家	4.9	10.4	0.7	2.4	2.0	4.2	0.0	12.0	1.3		2.0	1.3	2.4	1.6	0.0	4.8
夫方+実家	4.9	6.4	1.1	5.3	13.3	13.4	8.5	5.0	1.8		7.6	11.0	8.6	14.5	9.2	6.9
夫+夫方+実家	4.4	6.8	0.7	5.3	6.6	8.5	0.0	12.0	0.5		1.6	3.9	6.2	4.2	0.0	9.4
村人のみ	4.7	2.9	12.1	4.2	2.4	2.7	1.3	1.8	2.2		5.1	9.8	6.8	3.8	5.6	8.1
夫+村人	0.4	1.3	1.6	1.6	0.0	0.2	0.0	0.2	0.5		0.5	0.9	0.4	0.7	0.0	0.6
夫方+村人	1.5	1.5	3.3	2.4	3.6	2.4	3.1	1.1	0.7		2.4	6.6	5.7	4.2	3.8	2.3
夫+夫方+村人	0.5	1.6	2.9	2.4	0.7	0.5	0.0	0.2	0.9		0.7	1.7	1.6	0.7	0.0	0.4
実家+村人	0.7	1.3	0.5	0.7	0.9	1.3	0.2	0.5	0.0		0.2	0.9	0.9	0.7	0.2	1.5
夫+実家+村人	0.2	1.1	0.2	0.2	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.2	0.2	0.2	0.0	0.6
夫方+実家+村人	0.2	0.7	1.5	0.2	2.7	0.9	0.7	0.0	0.0		0.2	1.8	1.5	2.5	0.4	0.4
夫+夫方+実家+村人	0.5	0.5	0.0	0.2	0.5	0.7	0.0	0.4	0.2		0.4	0.7	2.0	1.3	0.0	0.8
講のみ	1.8	0.9	0.4	0.0	0.2	0.4	0.0	0.0	0.0		0.2	1.1	0.2	0.5	0.4	0.0
夫+講	0.4	0.9	0.0	0.2	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.2
夫方+講	0.0	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.0		0.4	0.4	0.4	0.7	0.2	0.0
実家+講	0.0	0.4	0.4	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0		0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0
村人+講	0.4	0.0	0.5	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2
夫+夫方+講	0.2	0.2	0.4	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.2	0.4	0.2	0.0	0.2
夫+実家+講	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0		0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0
夫方+実家+講	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0		0.0	0.2	0.0	0.0	0.2	0.6
夫方+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.2	0.0	0.4	0.2	0.0
実家+村人+講	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+夫方+実家+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.4	0.0		0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
夫+夫方+村人+講	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0
夫方+実家+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
夫+夫方+実家+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0		0.0	0.2	0.4	0.4	0.0	0.0
合計	100	100	100	100	100	100	100	100	100		100	100	100	100	100	100
N=	548	548	547	549	548	552	544	559	557		552	543	547	550	533	519

表 13-(2) 相互扶助活動別支援者(パターン) の特徴

②金融講加盟群

	獲得型支援									提供型支援					
(%)	経済(経験)	経済(認知)	情報	受診勧奨	世話(経験)	世話(認知)	夫調整	相談	交通手段	経済	情報	受診勧奨	世話	夫調整	相談
支援者なし	25.9	3.7	64.2	16.0	3.8	1.2	27.3	1.2	25.0	46.9	30.9	9.9	8.8	49.4	16.9
夫のみ	3.7	14.8	1.2	3.7	1.3	1.2	0.0	12.3	12.5	1.2	0.0	1.2	0.0	0.0	3.9
夫方のみ	9.9	8.6	1.2	14.8	28.8	23.5	54.5	13.6	25.0	11.1	14.8	19.8	22.5	20.3	20.8
夫+夫方	17.3	16.0	3.7	27.2	18.8	24.7	0.0	22.2	25.0	6.2	9.9	13.6	7.5	0.0	14.3
実家のみ	3.7	7.4	0.0	0.0	6.3	7.4	6.5	4.9	2.5	4.9	2.5	7.4	7.5	6.3	1.3
夫+実家	8.6	9.9	0.0	3.7	2.5	7.4	0.0	19.8	2.5	1.2	2.5	3.7	2.5	0.0	5.2
夫方+実家	4.9	6.2	1.2	6.2	17.5	13.6	6.5	7.4	1.3	11.1	11.1	4.9	28.8	10.1	13.0
夫+夫方+実家	6.2	8.6	0.0	4.9	7.5	7.4	0.0	11.1	1.3	1.2	6.2	11.1	6.3	0.0	10.4
村人のみ	4.9	4.9	9.9	8.6	1.3	1.2	0.0	0.0	1.3	4.9	6.2	7.4	0.0	7.6	1.3
夫+村人	0.0	1.2	3.7	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	1.2	0.0	1.2	1.3	0.0	1.3
夫方+村人	1.2	2.5	6.2	3.7	5.0	4.9	3.9	2.5	2.5	3.7	9.9	8.6	5.0	1.3	2.6
夫+夫方+村人	0.0	2.5	2.5	2.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.5	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0
実家+村人	2.5	2.5	1.2	1.2	1.3	2.5	0.0	1.2	0.0	1.2	2.5	3.7	1.3	1.3	2.6
夫+実家+村人	0.0	1.2	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫方+実家+村人	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	2.5	1.3	1.3	0.0
夫+夫方+実家+村人	0.0	1.2	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.5	0.0	0.0
講のみ	3.7	2.5	0.0	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+講	2.5	1.2	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	1.3
夫方+講	0.0	1.2	0.0	1.2	1.3	1.2	0.0	1.2	0.0	2.5	1.2	1.2	2.5	1.3	0.0
実家+講	0.0	2.5	1.2	1.2	1.3	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0
村人+講	2.5	0.0	1.2	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3
夫+夫方+講	1.2	1.2	1.2	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	1.3	0.0	0.0
夫+実家+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+村人+講	0.0	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0
夫方+実家+講	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	2.6
夫方+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
実家+村人+講	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+夫方+実家+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3
夫+夫方+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫方+実家+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+夫方+実家+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
合計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N=	81	81	81	81	80	81	77	81	80	81	81	81	80	79	77

表 13-(2) 相互扶助活動別支援者(パターン) の特徴

③金融講非加盟

	獲得型支援								提供型支援							
(%)	経済(経験)	経済(認知)	情報	受診勧奨	世話(経験)	世話(認知)	大調整	相談	交通手段	経済(提供)	情報	受診勧奨	世話(提供)	大調整	相談	
支援者なし	37.3	9.0	65.4	18.6	5.6	2.6	29.2	1.7	23.9	57.4	24.9	13.5	10.7	51.2	16.6	
夫のみ	10.7	16.7	2.6	12.0	1.3	1.1	0.0	21.0	20.4	3.2	1.7	4.1	1.9	0.0	10.0	
夫方のみ	9.2	9.9	1.7	17.3	39.8	39.1	52.1	16.4	25.8	7.9	19.5	26.7	39.2	23.8	17.9	
夫+夫方	14.2	18.9	2.2	23.3	13.3	16.2	0.0	22.4	20.6	4.7	7.6	11.4	8.3	0.0	12.5	
実家のみ	4.7	10.7	1.7	4.7	6.4	6.0	4.1	6.7	1.5	6.8	4.6	8.2	6.0	5.7	6.8	
夫+実家	4.3	10.5	0.9	2.1	1.9	3.6	0.0	10.7	1.1	2.1	1.1	2.2	1.5	0.0	4.8	
夫方+実家	4.9	6.4	1.1	5.1	12.6	13.4	8.8	4.6	1.9	7.0	11.1	9.2	12.2	9.1	5.9	
夫+夫方+実家	4.1	6.4	0.9	5.4	6.4	8.7	0.0	12.2	0.4	1.7	3.5	5.4	3.8	0.0	9.3	
村人のみ	4.7	2.4	12.5	3.2	2.6	3.0	1.5	1.9	2.3	5.1	10.2	6.7	4.5	5.1	9.1	
夫+村人	0.4	1.3	1.3	1.7	0.0	0.2	0.0	0.2	0.4	0.4	1.1	0.2	0.6	0.0	0.5	
夫方+村人	1.5	1.3	2.8	2.1	3.4	1.9	3.0	0.8	0.4	2.1	6.1	4.9	4.1	4.2	2.3	
夫+夫方+村人	0.6	1.5	3.0	2.4	0.9	0.6	0.0	0.2	1.1	0.4	2.0	1.7	0.9	0.0	0.5	
実家+村人	0.4	1.1	0.4	0.6	0.9	1.1	0.2	0.4	0.0	0.0	0.7	0.4	0.6	0.0	1.4	
夫+実家+村人	0.2	1.1	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.0	0.7	
夫方+実家+村人	0.2	0.9	1.7	0.2	3.2	0.9	0.9	0.0	0.0	0.2	2.0	1.3	2.6	0.2	0.5	
夫+夫方+実家+村人	0.6	0.4	0.0	0.0	0.6	0.9	0.0	0.4	0.2	0.4	0.9	2.4	1.1	0.0	0.9	
夫方+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.4	0.2	0.0	
講	1.5	0.6	0.4	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2	1.3	0.2	0.6	0.4	0.0	
夫+講	0.0	0.9	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
夫方+講	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.4	0.0	0.0	
実家+講	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	
村人+講	0.0	0.0	0.4	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	
夫+夫方+講	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.2	
夫+実家+講	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	
夫+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
夫方+実家+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2	
実家+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
夫+夫方+実家+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
夫+夫方+村人+講	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	
夫方+実家+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	
夫+夫方+実家+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.2	0.4	0.4	0.0	0.0	
合計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
N=	466	466	465	467	467	470	466	477	476	470	461	465	469	453	441	

表 13-(2) 相互扶助活動別支援者(パターン) の特徴

④農業扶助参加群

	獲得型支援										提供型支援					
(%)	経済(経験)	経済(認知)	情報	受診勧奨	世話(経験)	世話(認知)	夫調整	相談	交通手段	経済	情報	受診勧奨	世話	夫調整	相談	
支援者なし	40.1	12.6	65.9	20.4	6.7	2.8	34.9	1.7	25.1	63.7	23.1	12.7	12.1	52.6	17.2	
夫のみ	12.1	15.4	2.2	13.8	1.7	1.1	0.0	20.6	18.4	2.7	1.1	2.8	0.5	0.0	9.2	
夫方のみ	12.1	11.5	2.2	17.1	45.0	44.8	48.0	21.7	29.1	9.9	22.5	28.7	41.2	27.5	16.7	
夫+夫方	9.9	11.5	1.1	19.9	7.8	12.2	0.0	17.2	19.0	3.3	5.5	7.7	5.5	0.0	7.5	
実家のみ	4.4	11.0	2.2	6.6	6.7	8.3	2.3	8.9	2.2	4.4	4.9	11.0	4.9	3.5	9.2	
夫+実家	3.3	9.9	0.0	2.2	1.1	1.1	0.0	9.4	1.1	0.5	0.0	1.1	2.2	0.0	2.9	
夫方+実家	4.4	7.7	0.5	5.5	10.6	13.3	8.6	2.8	0.6	6.6	11.5	8.3	11.5	8.8	6.9	
夫+夫方+実家	3.8	8.2	1.6	4.4	7.2	8.3	0.0	12.2	0.0	1.6	4.4	5.5	3.8	0.0	8.6	
村人のみ	3.3	2.7	12.6	3.9	3.3	3.3	2.3	2.8	2.2	3.8	9.3	7.7	4.9	2.9	13.2	
夫+村人	0.5	0.5	0.5	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.5	0.0	0.5	0.0	0.0	
夫方+村人	0.5	2.2	3.3	2.2	3.9	0.6	2.9	1.1	0.6	1.6	6.6	4.4	3.3	3.5	1.7	
夫+夫方+村人	0.0	1.1	2.2	0.6	0.6	0.6	0.0	0.0	1.1	0.5	2.2	1.7	0.5	0.0	1.1	
実家+村人	0.5	0.5	0.0	0.6	0.0	0.6	0.6	0.6	0.0	0.0	1.1	1.1	1.1	0.0	1.1	
夫+実家+村人	0.0	1.1	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	1.1	
夫方+実家+村人	0.5	0.0	1.1	0.0	3.3	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.2	2.2	0.0	0.6	
夫+夫方+実家+村人	0.5	0.5	0.0	0.0	0.6	1.1	0.0	0.6	0.0	0.5	0.5	1.1	0.5	0.0	1.1	
講のみ	3.3	1.6	1.1	0.0	0.6	0.6	0.0	0.0	0.0	0.5	3.3	0.6	1.6	0.6	0.0	
夫+講	0.0	1.6	0.0	0.6	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
夫方+講	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	1.1	0.0	0.0	
実家+講	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	
村人+講	0.0	0.0	1.1	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	
夫+夫方+講	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.6	
夫+実家+講	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	
夫+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
夫方+実家+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.6	
夫方+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	1.1	0.6	0.0	
実家+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
夫+夫方+実家+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
夫+夫方+村人+講	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.6	0.0	0.0	0.0	
夫方+実家+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	
夫+夫方+実家+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.5	1.1	0.5	0.0	0.0	
合計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
N=	182	182	182	181	180	181	175	180	179	182	182	181	182	171	174	

表 13-(2) 相互扶助活動別支援者(パターン) の特徴

⑤ グループ活動加盟群

(%)	獲得型支援									提供型支援					
	経済(経験)	経済(認知)	情報	受診勧奨	世話(経験)	世話(認知)	夫調整	相談	交通手段	経済	情報	受診勧奨	世話	夫調整	相談
支援者なし	34.3	11.4	65.7	17.1	2.9	0.0	42.4	0.0	22.9	60.0	22.9	14.3	14.3	70.6	22.6
夫のみ	17.1	25.7	0.0	11.4	0.0	0.0	0.0	28.6	25.7	2.9	5.7	2.9	5.7	0.0	6.5
夫方のみ	5.7	2.9	0.0	20.0	54.3	47.1	45.5	20.0	22.9	5.7	25.7	31.4	51.4	14.7	25.8
夫+夫方	2.9	11.4	2.9	20.0	8.6	23.5	0.0	20.0	25.7	2.9	8.6	11.4	2.9	0.0	12.9
実家のみ	11.4	17.1	0.0	8.6	5.7	8.8	3.0	5.7	0.0	11.4	2.9	14.3	5.7	2.9	9.7
夫+実家	8.6	8.6	0.0	5.7	0.0	5.9	0.0	8.6	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	6.5
夫方+実家	2.9	2.9	2.9	5.7	17.1	2.9	3.0	0.0	0.0	5.7	5.7	2.9	8.6	2.9	3.2
夫+夫方+実家	2.9	0.0	0.0	2.9	8.6	2.9	0.0	8.6	2.9	0.0	0.0	5.7	2.9	0.0	0.0
村人のみ	8.6	8.6	20.0	2.9	0.0	2.9	3.0	0.0	0.0	5.7	14.3	11.4	0.0	0.0	6.5
夫+村人	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫方+村人	2.9	0.0	2.9	2.9	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	0.0	2.9	2.9	5.7	5.9	6.5
夫+夫方+村人	0.0	2.9	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	2.9	0.0	0.0	0.0
実家+村人	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+実家+村人	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫方+実家+村人	0.0	2.9	2.9	0.0	0.0	0.0	3.0	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+夫方+実家+村人	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
講のみ	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0
夫+講	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫方+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0
実家+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+夫方+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+実家+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫方+実家+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫方+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
実家+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+夫方+実家+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+夫方+村人+講	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫方+実家+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+夫方+実家+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	0.0	0.0
合計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N=	35	35	35	35	35	34	33	35	35	35	35	35	35	34	31

表 13-(2) 相互扶助活動別支援者(パターン) の特徴

⑥いずれの活動にも非参加群

	獲得型支援									提供型支援					
(%)	経済(経験)	経済(認知)	情報	受診勧奨	世話(経験)	世話(認知)	夫調整	相談	交通手段	経済	情報	受診勧奨	世話	夫調整	相談
支援者なし	35.7	6.0	64.9	17.5	5.2	2.7	23.6	1.9	23.3	52.6	26.6	14.1	9.1	47.6	15.3
夫のみ	8.8	16.5	3.2	10.8	1.2	1.2	0.0	20.2	21.0	3.6	1.6	5.2	2.4	0.0	11.0
夫方のみ	7.6	9.6	1.6	17.1	34.1	34.1	55.8	12.2	24.0	6.7	16.4	24.5	36.1	22.6	17.8
夫+夫方	18.9	25.3	2.8	26.3	17.9	18.0	0.0	26.3	21.0	5.9	9.0	14.1	11.1	0.0	16.1
実家のみ	4.0	9.6	1.6	2.8	6.3	3.9	5.4	5.3	1.1	7.9	4.5	5.2	6.7	7.7	4.7
夫+実家	4.4	11.2	1.6	1.6	2.8	5.1	0.0	11.8	1.1	3.2	2.0	3.2	1.2	0.0	5.9
夫方+実家	5.6	6.0	1.2	4.8	13.5	14.9	9.7	6.5	3.1	7.5	11.5	10.8	13.1	10.1	5.5
夫+夫方+実家	4.4	6.0	0.4	6.4	5.6	9.8	0.0	12.6	0.4	2.0	3.3	5.2	4.0	0.0	11.0
村人のみ	5.2	1.2	11.3	2.8	2.4	2.7	0.8	1.5	2.7	5.9	10.2	5.2	4.8	7.3	6.4
夫+村人	0.4	2.0	2.0	2.8	0.0	0.4	0.0	0.4	0.4	0.8	1.6	0.4	0.8	0.0	0.8
夫方+村人	2.0	0.8	2.4	2.0	3.6	3.1	3.5	0.4	0.4	2.8	6.1	5.6	4.4	4.4	2.1
夫+夫方+村人	1.2	1.6	3.6	4.0	1.2	0.8	0.0	0.4	1.1	0.4	1.6	1.6	1.2	0.0	0.0
実家+村人	0.4	1.6	0.8	0.8	1.6	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.4	0.0	1.7
夫+実家+村人	0.4	1.2	0.4	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.4	0.0	0.0	0.4
夫方+実家+村人	0.0	1.2	2.0	0.4	3.6	1.2	1.2	0.0	0.0	0.4	3.3	0.8	3.2	0.4	0.4
夫+夫方+実家+村人	0.8	0.0	0.0	0.0	0.8	0.8	0.0	0.4	0.4	0.4	1.2	3.6	1.6	0.0	0.8
講のみ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫方+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
実家+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+夫方+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+実家+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫方+実家+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫方+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
実家+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+夫方+実家+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+夫方+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫方+実家+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
夫+夫方+実家+村人+講	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
合計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N=	249	249	248	251	252	255	258	262	262	253	244	249	252	248	236

表 14-(1) 相互支援(量)と母子の健康との関連

	実子の5歳未満での 死亡経験			FPのアンメットニーズ		
	なし	あり	p	なし	あり	p
相互支援(総合点)	18.2918	19.0241	.428	18.6299	18.3073	.618
獲得型支援(提供型対応)	7.1014	7.3564	.480	7.0330	7.1168	.915
提供型支援	6.9938	7.0000	.878	7.0920	6.8895	.440

Mann-Whitney 検定

	産前健診			施設分娩			FPの実施		
	実施	実施せず	p	実施	実施せず	p	実施	実施せず	p
相互支援(総合点)	18.5039	18.2152	.674	18.4756	19.7143	.709	18.6444	18.4926	.700
獲得型支援(提供型対応)	7.2222	6.9101	.219	7.1969	6.8800	.598	7.4899	7.0749	.124
提供型支援	6.9806	6.8554	.694	6.9664	7.4348	.723	6.9296	7.0083	.890

Mann-Whitney 検定

	動物性蛋白質の摂取(本人)				動物性蛋白質の摂取(子ども)			
	週1回以上	月1回以上	なし	p	週1回以上	月1回以上	なし	p
相互支援(総合点)	17.5616	19.6687	18.3617	.083	17.6184	19.7176	18.4526	.084
獲得型支援(提供型対応)	6.9913	7.4457	6.9908	.222	7.0170	7.5079	6.9633	.164
提供型支援	6.3814	7.6800	6.9700	.011 *	6.3801	7.6816	7.1000	.011 *

Mann-Whitney 検定

表 14-(2) 相互支援(質)*と母子の健康との関連

※ 有意に関連した獲得型支援のみ記載

動物性蛋白質の摂取(本人)

	週一回以上 n=243		週一回未満 n=307		p
	平均	SD	平均	SD	
経済獲得認知(合計)	1.4568	(0.7224)	1.6405	(0.8693)	.015 *

動物性蛋白質の摂取(子ども)

	週一回以上 n=249		週一回未満 n=311		p
	平均	SD	平均	SD	
経済獲得認知(合計)	1.4538	(0.7176)	1.6419	(0.8725)	.011 *

Mann-Whitney 検定

表 15 金融講への加盟状況と母子の健康との関連

		加盟群		非加盟群		<i>p</i>
実子の5歳未満での死亡経験	なし	44	54.3%	317	66.3%	.044 *
	あり	37	45.7%	161	33.7%	
FPのアンメットニーズ	なし	27	49.1%	162	47.2%	.885
	あり	28	50.9%	181	52.8%	
産前健診	実施	13	83.8%	80	83.2%	1.000
	実施せず	67	16.3%	395	16.8%	
施設分娩	実施	3	96.2%	24	95.0%	1.000
	実施せず	76	3.8%	456	5.0%	
FPの実施	実施	55	32.1%	351	27.0%	.350
	実施せず	26	67.9%	130	73.0%	
動物性蛋白質の摂取(本人)	週1回以上	48	60.8%	195	41.5%	<.001 *
	月1回以上	26	32.9%	166	35.3%	
	摂取せず	5	6.3%	109	23.2%	
動物性蛋白質の摂取(子ども)	週1回以上	52	64.2%	197	41.2%	<.001 *
	月1回以上	25	30.9%	172	36.0%	
	摂取せず	4	4.9%	109	22.8%	

χ^2 検定

表 16 相互扶助活動のメンバーからの社会的支援の獲得と健康増進行動との関連

	金融講メンバーから支援を獲得している女性		メンバーからの支援を受けている人のうち 以下の行動を採用した女性					
			産前検診の実施 (4回以上)		施設分娩の実施		家族計画の実施	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
N=81								
経済支援獲得（経験）	9	11.3%	6	66.7%	9	100.0%	4	44.4%
経済支援獲得（認知）	7	8.8%	6	85.7%	6	85.7%	3	42.9%
情報支援獲得	4	5.0%	4	100.0%	4	100.0%	2	50.0%
受診勧奨獲得	4	5.0%	4	100.0%	4	100.0%	1	25.0%
世話獲得（経験）	4	5.1%	4	100.0%	4	100.0%	2	50.0%
世話獲得（認知）	3	3.8%	2	66.7%	2	66.7%	1	33.3%
夫調整獲得	1	1.3%	1	100.0%	1	100.0%	1	100.0%
相談獲得	3	3.8%	3	100.0%	3	100.0%	2	66.7%
交通手段獲得	0	0%	—	—	—	—	—	—

	グループ活動メンバーから支援を獲得している女性		メンバーからの支援を受けている人のうち 以下の行動を採用した女性					
			産前検診の実施 (4回以上)		施設分娩の実施		家族計画の実施	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
N=51								
経済支援獲得（経験）	3	5.9%	1	50%	2	66.7%	1	33.3%
経済支援獲得（認知）	2	3.9%	2	100%	2	100.0%	1	50.0%
情報支援獲得	0	0%	—	—	—	—	—	—
受診勧奨獲得	2	3.9%	1	100%	1	50.0%	0	0.0%
世話獲得（経験）	2	3.9%	1	100%	1	50.0%	0	0.0%
世話獲得（認知）	1	2.0%	0	0%	0	0.0%	0	0.0%
夫調整獲得	0	0%	—	—	—	—	—	—
相談獲得	1	2.0%	0	0%	0	0.0%	0	0.0%
交通手段獲得	0	0%	—	—	—	—	—	—

	農業扶助メンバーから支援を獲得している女性		メンバーからの支援を受けている人のうち 以下の行動を採用した女性					
			産前検診の実施 (4回以上)		施設分娩の実施		家族計画の実施	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
N=226								
経済支援獲得（経験）	9	4.0%	7	77.8%	9	100.0	1	11.1%
経済支援獲得（認知）	9	4.0%	8	88.9%	9	100.0	4	44.4%
情報支援獲得	9	4.0%	7	77.8%	9	100.0	4	44.4%
受診勧奨獲得	5	2.2%	5	100.0%	5	100.0	3	60.0%
世話獲得（経験）	5	2.2%	4	80.0%	5	100.0	3	60.0%
世話獲得（認知）	4	1.8%	4	100.0%	4	100.0	2	50.0%
夫調整獲得	1	0.5%	1	100.0%	1	100.0	0	0.0%
相談獲得	2	0.9%	2	100.0%	2	100.0	1	50.0%
交通手段獲得	0	0.0%	—	—	—	—	—	—

表 17 居住村による母子の健康、相互支援、金融講加盟および社会経済状況

		A村		B村		C村		D村		E村		F村		G村		H村		I村		全体		p	
人口データ	全人口	(人)	837		844		870		859		858		864		818		875		884		6872		
	対象女性(20-45歳)人口(推計値※)	(人)	134		135		139		137		137		138		131		140		141		1100		
	調査対象者数	(人)	56 (41.8%)		72 (53.3%)		56 (40.3%)		62 (45.3%)		69 (50.4%)		62 (44.9%)		68 (51.9%)		61 (43.6%)		57 (40.4%)		507 (46.1%)		
	(対象女性に占める調査対象者比率)																						
年齢(平均)		(歳(SD))	31.125	(7.91)	33.0	(7.87)	31.9	(8.23)	31.2	(7.31)	29.7	(7.37)	29.5	(8.44)	31.9	(8.07)	33.8	(6.82)	31.0	(7.97)	31.5	(7.84)	.025 * 2)
母子保健指標	5歳未満児死亡率	(出生1000対)	122.36		168.09		127.49		127.15		87.5		129.7		163.12		140.89		173.23		141.43	.229 1)	
	実子の5歳未満での死亡経験	経験なしの比率	67.3%		50.0%		64.3%		59.7%		79.7%		70.5%		64.7%		59.0%		66.1%		64.5%	.039 * 1)	
	家族計画のアンメットニーズ	なしの比率(%)	43.6%		50.0%		40.9%		37.2%		64.3%		58.1%		48.9%		42.9%		42.5%		47.6%	.231 1)	
	産前健診の受診	(%)	78.2%		90.3		75.9		83.9		77.9		85.5		91.0		76.3		87.7		83.8	.110 1)	
	施設分娩の実施	(%)	85.7%		95.7		89.3		98.4		95.6		98.4		97.1		96.7		98.2		96.2	.010 * 1)	
	家族計画の実施	(%)	25.0%		27.8		21.4		27.4		39.1		29.0		29.4		19.7		28.1		28.0	.441 1)	
	動物性蛋白質の摂取(本人)	なし	35.2%		18.6%		23.2%		16.4%		19.1%		12.9%		30.8%		10.0%		22.2%		20.7%	.014 * 1)	
	月1回以上		27.8%		34.3%		30.4%		32.8%		38.2%		32.3%		46.2%		43.3%		27.8%		35.1%		
	週1回以上		37.0%		47.1%		46.4%		50.8%		42.6%		54.8%		23.1%		46.7%		50.0%		44.2%		
	動物性蛋白質の摂取(子供)	なし	35.7%		18.1%		23.2%		14.5%		19.4%		11.5%		29.4%		9.8%		21.1%		20.2%	.004 * 1)	
	月1回以上		30.4%		31.9%		32.1%		33.9%		40.3%		31.1%		44.3%		26.3%		26.3%		35.4%		
	週1回以上		33.9%		50.0%		44.6%		51.6%		40.3%		57.4%		25.0%		45.9%		52.6%		44.5%		
診療所までの距離		(Km)	32.0		0.0		10.0		10.0		14.0		24.0		0.0		9.0		4.0				
民族	ブル		0.0%		12.5%		1.8%		6.5%		0.0%		3.2%		2.9%		1.6%		0.0%		3.4%	<.001 * 1)	
	モシ		96.3%		4.2%		78.6%		91.9%		2.9%		6.5%		5.9%		62.3%		3.5%		36.6%		
	ピサ		3.7%		80.6%		16.1%		1.6%		97.1%		90.3%		91.2%		36.1%		94.7%		58.8%		
	その他				2.8%		3.6%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		1.8%		1.2%		
宗教	イスラム		55.4%		93.1%		76.8%		71.0%		13.0%		100.0%		95.6%		60.7%		98.2%		73.5%	<.001 * 1)	
	カトリック		42.9%		6.9%		21.4%		27.4%		75.4%		0.0%		2.9%		37.7%		1.8%		24.2%		
	プロテスタント		1.8%		0.0%		1.8%		1.6%		11.6%		0.0%		1.5%		1.6%		0.0%		2.3%		
教育	未就学		94.6%		83.3%		80.4%		83.9%		52.2%		82.3%		73.5%		62.3%		66.7%		73.0%	<.001 * 1)	
	識字教室		1.8%		6.9%		3.6%		9.7%		18.8%		4.8%		14.7%		24.6%		19.3%		12.8%		
	小学校		3.6%		6.9%		14.3%		3.2%		21.7%		6.5%		8.8%		13.1%		10.5%		10.7%		
	中学校		0.0%		2.8%		1.8%		3.2%		7.2%		6.5%		0.0%		0.0%		3.5%		3.6%		
	フォーマル教育合計(再掲)		3.6%		9.7%		16.1%		6.5%		29.0%		12.9%		11.8%		13.1%		14.0%		14.2%	.003 * 1)	
教育(次)	未就学		85.2%		68.7%		78.2%		66.1%		53.0%		69.4%		71.9%		58.6%		75.0%		67.3%	<.001 * 1)	
	識字教室		11.9%		7.3%		16.1%		7.3%		6.1%		9.7%		9.4%		25.9%		8.9%		11.8%		
	小学校		9.3%		9.0%		12.7%		14.5%		31.8%		14.5%		7.8%		12.1%		12.5%		14.5%		
	中学校		1.9%		7.5%		1.8%		3.2%		9.1%		1.6%		9.4%		3.4%		3.6%		5.1%		
	高校		0.0%		3.0%		0.0%		0.0%		0.0%		4.8%		1.6%		0.0%		0.0%		1.2%		
	フォーマル教育合計(再掲)		11.1%		19.4%		14.5%		17.7%		40.9%		21.0%		18.8%		15.5%		16.1%		20.80%	.003 * 1)	
婚姻形態	未婚		43.4%		41.2%		52.7%		38.7%		92.4%		51.6%		38.5%		70.7%		45.6%		54.0%	<.001 * 1)	
	複婚		56.6%		58.8%		47.3%		61.3%		7.6%		48.4%		61.5%		29.3%		54.4%		46.0%		
経済状況	現金収入	(CFA (SD))	5705.6	(6960.1)	7256.3	(7840.3)	5421.4	(6127.0)	7085.4	(8453.9)	6714.4	(12126.6)	6925.8	(7533.9)	3456.6	(3625.8)	5236.9	(6434.8)	4108.7	(5923.5)	5812.1	(7768.4)	.007 * 2)
	フロー型資産の合計(家畜等)	(CFA (SD))	56918.6	(132615.7)	245333.3	(325174.2)	91157.1	(235201.9)	137767.9	(312400.1)	63731.7	(93105.3)	125750.0	(175536.9)	42670.5	(84288.1)	54357.1	(62744.9)	57611.1	(89460.2)	98725.1	(199030.0)	.008 * 2)
	ストック型資産の合計(電化製品等)	(CFA (SD))	79330.4	(105585.5)	125868.1	(132216.5)	83883.9	(59193.3)	76572.6	(92192.4)	84673.9	(94548.0)	143991.9	(137099.2)	71397.1	(63814.4)	90655.7	(96749.1)	101798.2	(85548.1)	97564.1	(101784.1)	.001 * 2)
	入金合計(収入+送金)	(CFA (SD))	6309.6	(7972.0)	8425.7	(9765.6)	6020.0	(6545.6)	10974.9	(24636.2)	8598.5	(14191.0)	12321.0	(18961.4)	5990.0	(13770.2)	6499.1	(7473.0)	8342.8	(18273.9)	8412.8	(15325.1)	.029 * 2)
送金	必要時		7.1%		32.9%		20.0%		14.8%		33.3%		25.8%		17.9%		31.1%		28.6%		24.8%	.036 * 1)	
	定期		16.1%		10.0%		7.3%		6.6%		10.1%		21.0%		13.4%		9.8%		14.3%		11.1%		
	なし		76.8%		57.1%		72.7%		78.7%		56.5%		53.2%		68.7%		59.0%		57.1%		64.1%		
相互扶助活動への参加率	農業扶助	(%)	37.5%		44.4%		41.8%		69.4%		30.4%		38.7%		32.4%		27.9%		19.3%		38.1%	<.001 * 1)	
	トンチン	(%)	0.0%		5.6%		1.8%		3.2%		27.5%		4.8%		2.9%		27.9%		1.8%		9.7%	<.001 * 1)	
	マイクロファイナンス	(%)	0.0%		0.0%		2.8%		2.1%		2.7%		3.4%		0.0%		0.0%		0.0%		1.5%	<.001 * 1)	
	グループ活動	(%)	0.0%		31.9%		7.3%		9.7%		7.2%		12.9%		5.9%		1.6%		0.0%		10.1%	<.001 * 1)	
	いずれにも加盟せず	(%)	26.0%		36.1%		24.5%		14.3%		40.6%		45.9%		62.7%		25.0%		73.9%		40.3%	<.001 * 1)	
相互支援	相互支援(総合点)		16.5333	(8.2781)	17.2462	(7.6097)	20.2889	(8.0865)	16.7551	(7.6988)	19.2419	(8.2376)	19.3333	(8.0936)	17.9032	(7.3255)	18.2000	(7.6878)	21.9556	(7.6425)	18.7459	(7.8813)	.007 * 2)
	獲得型支援(合計+提供型対応)		6.2037	(2.9803)	6.9577	(3.1507)	7.5962	(2.9390)	6.3455	(2.7027)	7.5362	(3.3937)	8.1148	(3.6474)	6.7846	(2.7357)	6.8929	(2.7547)	8.2830	(3.1706)	7.3008	(3.1310)	.004 * 2)
	提供型支援(合計)		5.8750	(3.7848)	6.1324	(3.4723)	8.0000	(4.1102)	6.3509	(3.9028)	7.6032	(3.9657)	6.9808	(3.4950)	6.9077	(3.5475)	7.0370	(3.8508)	8.3191	(3.9238)	7.1035	(3.8101)	.004 * 2)
一般信頼	あり		52.8%		48.6%		72.2%		52.5%		61.8%		67.2%		65.2%		60.3%		36.8%		58.0%	.004 * 1)	
	なし		47.2%		51.4%		27.8%		47.5%		38.2%		32.8%		34.8%		39.7%		63.2%		42.0%		

1) χ^2 検定 (母子保健指標は、実子の5歳未満児の死亡経験以外は、個データから算出した村ごとの数値である。カイ二乗検定は集積データに対し実施している)

2) Kruskal Wallis 検定

※ 16 % de population total selon Institut nationale de la statistique et de la demographie, <http://www.insd.bf/n/contenu/Tableaux/T0311.htm>

表 18-(1) 金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連

目的変数：実子の 5 歳未満での死亡経験（20-30 歳）

			単回帰			モデル1			モデル2			モデル3			モデル4		
			OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
居住村	I村		1.000			1.000			1.000			1.000			1.000		
	A村		0.889	(0.229 - 3.450)	.865	0.650	(0.078 - 5.422)	.691	0.665	(0.079 - 5.577)	.707	0.398	(0.038 - 4.133)	.441	0.201	(0.015 - 2.707)	.227
	B村		3.733	(1.136 - 12.272)	.030 *	3.155	(0.687 - 14.476)	.139	2.891	(0.619 - 13.509)	.177	2.681	(0.553 - 13.002)	.221	2.674	(0.479 - 14.931)	.262
	C村		1.091	(0.278 - 4.284)	.901	0.762	(0.102 - 5.719)	.792	0.687	(0.089 - 5.282)	.718	0.491	(0.053 - 4.555)	.531	0.566	(0.054 - 5.892)	.634
	D村		1.600	(0.457 - 5.598)	.462	2.016	(0.287 - 14.158)	.481	2.036	(0.288 - 14.387)	.476	2.073	(0.271 - 15.841)	.482	1.172	(0.130 - 10.595)	.888
	E村		0.667	(0.174 - 2.553)	.554	0.829	(0.170 - 4.052)	.817	0.737	(0.147 - 3.698)	.711	0.713	(0.136 - 3.748)	.689	0.561	(0.058 - 5.417)	.617
	F村		0.823	(0.225 - 3.006)	.768	0.870	(0.175 - 4.314)	.864	0.821	(0.164 - 4.105)	.810	0.711	(0.131 - 3.844)	.692	0.705	(0.119 - 4.167)	.700
	G村		0.857	(0.221 - 3.320)	.823	0.670	(0.126 - 3.567)	.638	0.650	(0.122 - 3.469)	.614	0.568	(0.100 - 3.233)	.524	0.467	(0.074 - 2.950)	.418
	H村		1.600	(0.421 - 6.080)	.490	1.298	(0.204 - 8.249)	.782	1.188	(0.183 - 7.713)	.856	1.340	(0.192 - 9.362)	.768	1.390	(0.169 - 11.469)	.759
年齢及び民族	年齢		1.169	(1.072 - 1.276)	.000 *	1.195	(1.072 - 1.332)	.001 *	1.197	(1.074 - 1.335)	.001 *	1.188	(1.057 - 1.336)	.004 *	1.162	(1.017 - 1.328)	.028 *
		民族															
	ビサ族		1.000												1.000		
	ブル族		2.644	(0.601 - 11.636)	.199	0.608	(0.054 - 6.893)	.688	0.632	(0.056 - 7.156)	.711	0.610	(0.052 - 7.220)	.695	0.379	(0.029 - 4.924)	.458
	モシ族		1.168	(0.637 - 2.143)	.616	0.801	(0.237 - 2.712)	.722	0.771	(0.224 - 2.646)	.679	0.802	(0.219 - 2.935)	.739	0.909	(0.234 - 3.530)	.890
相互支援	経済・情報・情緒支援の総量		0.995	(0.955 - 1.035)	.790	1.002	(0.965 - 1.055)	.694	1.007	(0.963 - 1.053)	.757	0.994	(0.947 - 1.044)	.817	0.986	(0.935 - 1.039)	.593
金融講への加盟	トンチンまたはマイクロファイナンス		1.718	(0.746 - 3.959)	.204				1.009	(0.553 - 4.613)	.387	1.754	(0.565 - 5.443)	.331	0.931	(0.243 - 3.565)	.916
健康増進行動	産前検診の受診		2.274	(0.855 - 6.044)	.100							5.376	(1.103 - 26.206)	.037 *	5.020	(0.954 - 26.415)	.057
	施設分娩の実施		0.327	(0.071 - 1.505)	.151							0.049	(0.005 - 0.449)	.008 *	0.050	(0.005 - 0.519)	.012 *
	家族計画の実施 (アンメットニーズではない非使用群を含む)		1.255	(0.693 - 2.272)	.454							1.267	(0.587 - 2.734)	.547	1.493	(0.631 - 3.533)	.362
	動物性蛋白質の摂取（週1回以上、子供）		0.754	(0.417 - 1.360)	.348							0.718	0.332 - 1.555)	.401	0.526	(0.213 - 1.296)	.163
本人の社会経済要因	宗教																
		イスラム教	1.000												1.000		
		カトリック	1.045	(0.532 - 2.053)	.899										1.091	(0.298 - 3.997)	.895
		プロテスタント	0.791	(0.090 - 6.943)	.832										1.843	(0.123 - 27.411)	.657
	教育歴	小学校以上	0.311	(0.107 - 0.903)	.032 *										0.456	(0.121 - 1.724)	.247
		現金収入	1.000	(1.000 - 1.000)	.909										1.000	(1.000 - 1.000)	.827
夫の社会経済要因	教育歴（夫）					小学校以上	0.671	(0.340 - 1.322)	.249						0.572	(0.206 - 1.592)	.285
	出稼ぎ（夫）						0.674	(0.348 - 1.306)	.243						1.267	(0.417 - 3.848)	.677
	婚姻形態（未婚）						0.490	(0.274 - 0.874)	.016 *						0.387	(0.156 - 0.961)	.041 *

ロジスティック回帰、強制投入法

表 18-(2) 金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連

目的変数：実子の 5 歳未満での死亡経験 (31-45 歳)

			単回帰			モデル1			モデル2			モデル3			モデル4		
			OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
居住村	I村		1.000			1.000			1.000			1.000			1.000		
	A村		1.207	(0.395 - 3.692)	.741	2.088	(0.435 - 10.017)	.358	2.104	(0.438 - 10.120)	.353	1.667	(0.332 - 8.371)	.535	1.051	(0.165 - 6.697)	.958
	B村		1.135	(0.426 - 3.020)	.800	1.142	(0.378 - 3.450)	.815	0.992	(0.317 - 3.108)	.989	0.984	(0.302 - 3.210)	.979	1.293	(0.357 - 4.688)	.695
	C村		0.995	(0.349 - 2.840)	.992	2.032	(0.463 - 8.912)	.347	1.680	(0.373 - 7.576)	.499	1.662	(0.335 - 8.247)	.534	1.555	(0.288 - 8.397)	.608
	D村		1.214	(0.427 - 3.452)	.716	2.814	(0.618 - 12.819)	.181	2.759	(0.603 - 12.630)	.191	2.725	(0.575 - 12.925)	.207	3.248	(0.567 - 18.592)	.186
	E村		0.440	(0.147 - 1.315)	.142	0.454	(0.137 - 1.504)	.197	0.396	(0.116 - 1.356)	.140	0.370	(0.100 - 1.376)	.138	0.576	(0.100 - 3.314)	.537
	F村		1.393	(0.432 - 4.490)	.579	1.074	(0.290 - 3.981)	.915	1.051	(0.283 - 3.902)	.940	1.095	(0.284 - 4.225)	.895	1.044	(0.234 - 4.663)	.955
	G村		1.045	(0.380 - 2.873)	.933	1.053	(0.339 - 3.265)	.929	1.016	(0.327 - 3.161)	.977	0.892	(0.276 - 2.881)	.848	0.667	(0.184 - 2.420)	.538
	H村		0.980	(0.363 - 2.645)	.968	1.468	(0.414 - 5.202)	.552	1.298	(0.356 - 4.740)	.693	1.417	(0.375 - 5.362)	.607	1.681	(0.369 - 7.665)	.502
年齢及び民族	年齢 民族		1.111	(1.047 - 1.180)	.001 *	1.095	(1.022 - 1.173)	.010 *	1.091	(1.018 - 1.170)	.014 *	1.096	(1.019 - 1.179)	.013 *	1.069	(0.983 - 1.161)	.117
		ビサ族	1.000												1.000		
		ブル族	1.125	(0.330 - 3.841)	.851	1.240	(0.290 - 5.298)	.772	1.340	(0.310 - 5.804)	.695	1.293	(0.291 - 5.750)	.736	0.594	(0.121 - 2.918)	.521
		モシ族	1.016	(0.614 - 1.680)	.952	0.609	(0.214 - 1.734)	.353	0.596	(0.208 - 1.705)	.335	0.616	(0.206 - 1.846)	.387	0.720	(0.226 - 2.293)	.578
相互支援	経済・情報・情緒支援の総量		1.015	(0.982 - 1.049)	.381	1.022	(0.985 - 1.060)	.240	1.021	(0.984 - 1.059)	.274	1.015	(0.976 - 1.056)	.443	1.002	(0.959 - 1.047)	.932
金融講への加盟	トンチンまたはマイクロファイナンス		1.238	(0.667 - 2.298)	.499				1.486	(0.672 - 3.288)	.328	1.454	(0.629 - 3.363)	.382	1.016	(0.405 - 2.548)	.973
健康増進行動	産前検診の受診		1.384	(0.734 - 2.609)	.315							1.225	(0.565 - 2.655)	.608	2.086	(0.858 - 5.073)	.105
	施設分娩の実施		0.961	(0.377 - 2.446)	.933							2.872	(0.701 - 11.761)	.142	3.123	(0.626 - 15.572)	.165
	家族計画の実施 (アンメットニーズではない非使用群を含む)		1.025	(0.625 - 1.680)	.923							0.984	(0.538 - 1.802)	.959	0.857	(0.434 - 1.692)	.657
	動物性蛋白質の摂取 (週1回以上、子供)		0.872	(0.539 - 1.411)	.576							0.803	(0.437 - 1.474)	.479	0.767	(0.382 - 1.540)	.455
本人の社会経済要因	宗教																
		イスラム教	1.000												1.000		
		カトリック	0.613	(0.352 - 1.070)	.085										1.072	(0.393 - 2.922)	.893
		プロテスタント	5.077	(0.600 - 42.977)	.136										7.319	(0.468 - 114.325)	.156
	教育歴 現金収入	小学校以上	0.456	(0.196 - 1.063)	.069										0.602	(0.187 - 1.937)	.395
			1.000	(1.000 - 1.000)	.283										1.000	(1.000 - 1.000)	.195
夫の社会経済要因	教育歴 (夫) 出稼ぎ (夫) 婚姻形態 (単婚)	小学校以上	0.326	(0.138 - 0.772)	.011 *										0.326	(0.109 - 0.975)	.045 *
			0.516	(0.226 - 1.179)	.116										0.606	(0.177 - 2.073)	.425
			0.698	(0.424 - 1.151)	.159										0.807	(0.379 - 1.720)	.579

ロジスティック回帰、強制投入法

表 18-(3) 金融講を通じた相互支援と母子の健康との関連

目的変数：家族計画のアンメットニーズ

		単回帰			モデル1			モデル2			モデル3			モデル4		
		OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
居住村	I村	1.000			1.000			1.000			1.000			1.000		
	A村	1.084	(0.505-2.326)	.836	0.802	(0.276-2.324)	.684	0.790	(0.272-2.290)	.664	1.051	(0.347-3.186)	.930	1.444	(0.411-5.080)	.567
	B村	0.836	(0.409-1.708)	.622	0.738	(0.331-1.644)	.457	0.762	(0.337-1.724)	.515	0.776	(0.330-1.824)	.561	0.815	(0.327-2.031)	.661
	C村	1.281	(0.608-2.700)	.515	1.042	(0.388-2.795)	.935	1.113	(0.410-3.023)	.833	1.384	(0.486-3.943)	.543	1.640	(0.529-5.088)	.391
	D村	1.174	(0.565-2.440)	.668	0.990	(0.353-2.776)	.985	0.984	(0.351-2.759)	.975	1.153	(0.398-3.344)	.793	1.125	(0.352-3.597)	.842
	E村	0.411	(0.188-0.895)	.025 *	0.381	(0.166-0.876)	.023 *	0.396	(0.170-0.926)	.033 *	0.413	(0.170-1.006)	.052	0.864	(0.274-2.726)	.803
	F村	0.619	(0.288-1.328)	.218	0.527	(0.225-1.231)	.139	0.534	(0.228-1.250)	.148	0.598	(0.250-1.430)	.247	0.721	(0.286-1.817)	.487
	G村	0.825	(0.399-1.708)	.604	0.706	(0.318-1.566)	.392	0.713	(0.321-1.584)	.406	0.828	(0.356-1.924)	.660	1.034	(0.420-2.543)	.942
	H村	1.254	(0.604-2.604)	.543	0.871	(0.349-2.170)	.766	0.894	(0.354-2.258)	.813	1.106	(0.421-2.901)	.838	1.405	(0.487-4.057)	.529
年齢及び民族	年齢	0.994	(0.972-1.016)	.580	0.991	(0.966-1.016)	.459	0.992	(0.968-1.017)	.531	0.994	(0.966-1.022)	.652	0.991	(0.959-1.024)	.578
	民族															
	ビサ族	1.000			1.000			1.000			1.000			1.000		
	ブル族	0.886	(0.328-2.394)	.812	0.570	(0.170-1.908)	.362	0.559	(0.167-1.875)	.346	0.573	(0.169-1.943)	.372	0.530	(0.151-1.864)	.323
	モシ族	1.449	(1.010-2.078)	.044 *	1.050	(0.532-2.073)	.889	1.067	(0.540-2.108)	.852	0.989	(0.486-2.014)	.976	1.075	(0.498-2.321)	.853
相互支援	経済・情報・情緒支援の総量	0.992	(0.969-1.016)	.529	0.990	(0.965-1.014)	.407	0.990	(0.965-1.015)	.413	0.998	(0.972-1.025)	.877	1.001	(0.973-1.030)	.945
金融講への加盟	トンチンまたはマイクロファイナンス	0.855	(0.522-1.402)	.535				0.869	(0.483-1.566)	.641	0.751	(0.399-1.414)	.375	0.702	(0.352-1.400)	.315
健康増進行動	5歳未満児の死亡経験	0.875	(0.609-1.255)	.468							0.951	(0.604-1.498)	.829	1.008	(0.613-1.657)	.975
	産前検診の受診	0.711	(0.450-1.125)	.146							0.659	(0.386-1.125)	.127	0.470	(0.258-0.856)	.014 *
	施設分娩の実施	0.997	(0.428-2.321)	.994							0.993	(0.342-2.886)	.990	1.029	(0.302-3.509)	.963
	動物性蛋白質の摂取（週1回以上、本人）	1.075	(0.758-1.525)	.684							0.947	(0.624-1.435)	.796	1.086	(0.683-1.725)	.727
本人の社会経済要因	宗教															
	イスラム教	1.000												1.000		
	カトリック	0.833	(0.556-1.248)	.377										0.594	(0.311-1.601)	.114
	プロテスタント	uncalculable		.999										uncalculable		.999
	教育歴	小学校以上	0.826	(0.493-1.384)	.468									.938	(0.485-1.816)	.850
	現金収入		1.000	(1.000-1.000)	.299									1.000	(1.000-1.000)	.146
夫の社会経済要因	教育歴（夫）	小学校以上	0.835	(0.538-1.297)	.422									1.212	(0.688-2.135)	.505
	出稼ぎ（夫）		0.382	(0.235-0.620)	.000 *									0.332	(0.173-0.637)	.001 *
	婚姻形態（単婚）		1.029	(0.726-1.457)	.874									1.228	(0.753-2.005)	.410

ロジスティック回帰、強制投入法

表 19-(1) 相互扶助活動への非加盟理由

	n	%	積極的 非加盟群
経済的な理由（入会費、会費の支払い、および借金後の返済が困難など）	46	17.4	
村に活動がない、なくなった（運営方法に問題があり活動しなくなったなど）	36	13.6	
加盟のメリット・必要性がない（収益性が見込めない、定期的な送金者の存在など）	24	9.1	✓
人間関係（人づきあいが煩わしい、トラブルを回避したい、グループ活動を好まないなど）	16	6.1	✓
転居（転入したばかり、転居予定など）	16	6.1	
グループからの拒否（人数制限、情報統制など）	14	5.3	
夫（または家族）の反対	13	4.9	
ルールの厳格さ（ルールを守れないなど）	10	3.8	
時間がない（家事・育児等を優先させたい）	10	3.8	✓
本人または家族の病気	4	1.5	
その他	12	4.5	
無効回答	63	23.9	
合計	264	100.0	

表 19-(2) 非加盟理由による相互支援（量）の特徴

	積極的非加盟	それ以外の理由 による非加盟	P
相互支援（合計点）	18.9318	19.0588	.926
獲得型支援（提供型対応項目）	7.6471	7.5137	.813
提供型支援	7.1136	7.2857	.792
χ^2 検定			

表 20-(1) 相互扶助活動別の特徴（社会経済状況）

n	加盟なし (264)		農業扶助 (182)		トンチン (41)		マイクロファイナンス (22)		グループ活動 (35)		全体 (544)		p
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	
年齢	30.33	(7.63)	31.32	(7.83)	33.44	(8.38)	34.45	(7.57)	35.40	(7.02)	31.39	(7.84)	.016 *
現金収入	5569.41	(8146.80)	5149.14	(5460.12)	6435.90	(8476.89)	7114.29	(6468.02)	10598.48	(11418.46)	5872.75	(7666.65)	.007 *
フロー型資産の合計 （家畜等）	76018.66	(169298.04)	82250.00	(172706.01)	101928.57	(108573.28)	90937.50	(79730.99)	296812.50	(438574.09)	92350.82	(193864.17)	.001 *
ストック型資産の合計 （電化製品等）	97320.08	(97640.85)	80590.66	(87468.79)	63170.73	(57293.17)	116250.00	(100796.68)	161000.00	(172758.97)	94011.95	(100589.31)	.007 *
入金合計（収入・送金）	7875.29	(13423.59)	7489.94	(13012.40)	7974.36	(10681.97)	14257.14	(33452.20)	14523.44	(21734.65)	8432.91	(15130.97)	.043 *

Kruskal Wallis 検定

		加盟なし		農業扶助		トンチン		マイクロ ファイナンス		グループ活動		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
民族	ブル	16	6.1%	3	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	<.001 *
	モシ	71	27.0%	98	54.7%	16	40.0%	11	52.4%	6	17.6%	
	ピサ	176	66.9%	78	43.6%	24	60.0%	10	47.6%	28	82.4%	
宗教	イスラム	206	78.0%	130	71.4%	13	31.7%	20	90.9%	28	80.0%	<.001 *
	カトリック	51	19.3%	48	26.4%	26	63.4%	2	9.1%	7	20.0%	
	プロテスタント	7	2.7%	4	2.2%	2	4.9%	0	0.0%	0	0.0%	
教育	なし	221	83.7%	166	91.2%	36	87.8%	19	86.4%	31	88.6%	.243
	あり	43	16.3%	16	8.8%	5	12.2%	3	13.6%	4	11.4%	
夫の教育	あり	56	22.2%	32	17.8%	13	33.3%	1	4.5%	5	15.6%	.057
	なし	196	77.8%	148	82.2%	26	66.7%	21	95.5%	27	84.4%	
婚姻形態	単婚	146	57.3%	89	50.0%	27	69.2%	9	40.9%	12	35.3%	.016 *
	複婚	109	42.7%	89	50.0%	12	30.8%	13	59.1%	22	64.7%	
夫の出稼ぎ	あり	57	22.9%	35	20.1%	12	31.6%	4	19.0%	4	12.5%	.365
	なし	192	77.1%	139	79.9%	26	68.4%	17	81.0%	28	87.5%	
送金	定期	29	11.1%	24	13.4%	3	7.3%	1	4.5%	5	14.3%	.465
	必要時	62	23.8%	36	20.1%	14	34.1%	8	36.4%	10	28.6%	
	なし	170	65.1%	119	66.5%	24	58.5%	13	59.1%	20	57.1%	
携帯	あり	139	52.7%	84	46.2%	24	58.5%	14	63.6%	18	51.4%	.364
	なし	125	47.3%	98	53.8%	17	41.5%	8	36.4%	17	48.6%	

 χ^2 検定

表 20-(2) 相互扶助活動別活動の状況

		加盟なし		農業扶助		トンチン		マイクロファイナンス		グループ活動		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
加盟者数	0-10人	NA		56	32.0%	7	17.5%	2	9.1%	1	2.9%	<.001 *
	11-20人			77	44.0%	10	25.0%	4	18.2%	14	40.0%	
	21-50人			39	22.3%	22	55.0%	11	50.0%	16	45.7%	
	50人超			3	1.7%	1	2.5%	5	22.7%	4	11.4%	
活動頻度	月1回未満	NA		145	81.0%	3	7.5%	6	27.3%	4	11.4%	<.001 *
	月1回以上2回未満			7	3.9%	4	10.0%	8	36.4%	15	42.9%	
	2回以上4回未満			0	0.0%	3	7.5%	5	22.7%	5	14.3%	
	週1回以上			27	15.1%	30	75.0%	3	13.6%	11	31.4%	
会費納入頻度	週1回以上	NA		1	.6%	31	75.6%	4	19.0%	6	17.1%	<.001 *
	月1回以上			6	3.6%	8	19.5%	8	38.1%	22	62.9%	
	月1回未満			0	0.0%	0	0.0%	4	19.0%	3	8.6%	
	会費なし			159	95.8%	2	4.9%	5	23.8%	4	11.4%	
加盟期間	1年未満	NA		23	13.1%	29	72.5%	4	18.2%	4	11.4%	<.001 *
	5年未満			88	50.0%	8	20.0%	9	40.9%	11	31.4%	
	10年未満			48	27.3%	2	5.0%	7	31.8%	18	51.4%	
	結成時から			17	9.7%	1	2.5%	2	9.1%	2	5.7%	

 χ^2 検定

		加盟なし		農業扶助		トンチン		マイクロファイナンス		グループ活動		全体		p
		平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	
加盟金		NA		63.25	(489.81)	480.88	(482.11)	1668.18	(3068.21)	2361.76	(2826.42)	559.73	(1638.71)	<.001 *
会費		NA		3.31	(17.53)	351.39	(289.02)	1502.38	(5395.36)	511.43	(574.08)	243.08	(1574.80)	<.001 *
会費（頻度×単価）		NA		20.48	(138.62)	4655.56	(4424.76)	3002.50	(5573.21)	2860.00	(5545.54)	1280.69	(3492.29)	<.001 *
恩恵額（一回あたり）		NA				8226.09	(5321.33)	32857.14	(42648.90)	32250.00	(45982.69)	23603.08	(36676.90)	.005 *
相互支援（総合点）		19.0965	(7.3950)	17.2148	(8.4706)	22.0000	(7.8663)	21.6500	(7.1398)	15.6296	(8.5851)	18.6070	(7.9824)	<.001 *
獲得型支援		7.5313	(3.0317)	6.4941	(3.1477)	7.9211	(3.1139)	8.7619	(3.0316)	6.5152	(3.3083)	7.2046	(3.1440)	.001 *
提供型支援		7.2094	(3.6291)	6.5828	(4.0105)	8.6757	(3.9444)	7.9524	(3.6807)	5.4667	(3.7207)	7.0351	(3.8404)	.001 *

Kruskal Wallis 検定

表 20-(3) 相互扶助活動別の母子の健康の特徴

		加盟なし		農業扶助		トンチン		マイクロ ファイナンス		グループ活動		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
5歳未満児死亡の 経験	あり	175	66.8%	120	66.3%	25	61.0%	10	45.5%	22	62.9%	.335
	なし	87	33.2%	61	33.7%	16	39.0%	12	54.5%	13	37.1%	
家族計画のアン メットニーズ※	あり	86	44.1%	62	50.0%	13	50.0%	5	31.3%	14	58.3%	.403
	なし	109	55.9%	62	50.0%	13	50.0%	11	68.8%	10	41.7%	
産前検診※	実施（4回以上）	231	88.5%	136	75.6%	32	78.0%	18	85.7%	28	82.4%	.009 *
	実施せず（0～3回）	30	11.5%	44	24.4%	9	22.0%	3	14.3%	6	17.6%	
施設分娩※	実施	253	96.2%	171	94.0%	39	95.1%	19	95.0%	32	91.4%	.707
	実施せず ^a	10	3.8%	11	6.0%	2	4.9%	1	5.0%	3	8.6%	
家族計画（FP） の実施	実施	68	25.8%	51	28.0%	15	36.6%	6	27.3%	11	31.4%	.669
	実施せず ^a	196	74.2%	131	72.0%	26	63.4%	16	72.7%	24	68.6%	
動物性蛋白質の 摂取（本人）	週1回以上	115	45.1%	64	35.6%	21	52.5%	13	59.1%	16	45.7%	.015 *
	月1回以上	91	35.7%	61	33.9%	16	40.0%	7	31.8%	14	40.0%	
	摂取せず ^a	49	19.2%	55	30.6%	3	7.5%	2	9.1%	5	14.3%	
動物性蛋白質の 摂取（子供）	週1回以上	115	44.1%	65	35.7%	23	56.1%	14	63.6%	17	48.6%	.003 *
	月1回以上	96	36.8%	62	34.1%	16	39.0%	6	27.3%	14	40.0%	
	摂取せず ^a	50	19.2%	55	30.2%	2	4.9%	2	9.1%	4	11.4%	

※ 直近の妊娠・出産時

X²検定