

師、ソーシャルワーカー、行政官など)と Global Ageing に関する意見交換を行った。

C. 研究結果及び考察

C-1. バングラデシュ

2008年現在のバングラデシュの人口は1億4,500万人である。訪問機関の1つであった Center for Control Chronic Diseases (通称, icddr, b)は、バングラデシュにおける国家規模での家族計画に大いに貢献した。家族計画は、出生率を下げ、それに伴い、経済成長率が上昇した。バングラデシュにおける合計特殊出生率は、1975年の6.5人から、1994年には3.3人となった。しかしながら、こうした合計特殊出生率の急激な現象が今後も継続すれば、人口置換水準を割り込む日も近いだろう。また、こうした出生率の低下は、人口構造の高齢化をもたらす。高齢者人口は、21世紀中に、2008年の680万人の10倍、6,500万人(国民の4人に1人が60歳以上)にのぼり、高齢人口の健康ニーズが、ますます高まることが予想される。

icddr, bにおける最近の研究では、バングラデシュにおいて、循環器系疾患、糖尿病、癌等の慢性的な疾患(chronic diseases)が急激に増加傾向にあることが示されている。こうした慢性疾患は、バングラデシュの都市部のみならず、地方においてもみられる傾向である。たとえば、インスリン分泌低下ないし感受性低下による高血糖症や、耐糖能異常耐糖能異常、高血圧等が、高齢層ではなく、比較的若年層で増加傾向にある。また、糖尿病は、バングラデシュの少数民族においても報告されはじめています。

バングラデシュの人口構造の高齢化の状況に鑑み、慢性疾患(感染症(communicative

diseases)からの非感染症

(non-communicative diseases)への移行)化のスピードは、他の国と比べ、非常に急激であるといえる。これは、人口における食習慣、ひいては、栄養状態の急激な変化、そして、人口の高齢化も無関係ではない。日本における人口の高齢化と疾病構造に関する知見から、バングラデシュにおける疾病構造と疾病率は、そして、そのための社会的負担は、日本に近づきつつある。にもかかわらず、バングラデシュでは、感染症対策は十分に行われているが、非感染症に対する対策は特に講じられていない。感染症と非感染症に対する対策は、全く異なったものでなければならない。さらに、個々の世帯が、低所得、年金システムも不在、かつ、都市化・中産階級化することによる高齢者の孤立、公的部門では、財源不足、一時金不足、インフレ調整手段の不在、という事態が続けば、社会が壊滅的な打撃を受ける可能性がある。ヘルスケアをめぐる様々な社会的・経済的課題に、1つ1つ、どう対応していくかが、バングラデシュにおける今後の課題である。

C-2. タイ

他のアジア諸国同様、タイにおいても、人口が急速に高齢化しつつある。2000年には、6,140万人中、6.0%(世界平均が約7%)だった65歳以上人口は、2050年には、7,460万人中21.4%(世界平均が約16%)になると予想されている(図3参照)。また、高齢化率(65歳以上人口比率)が7%から14%へ移行する期間で見ると、フランスが114年(1865-1979年)、スウェーデンが82年(1890-1972年)、イギリスが46年(1930-1976年)、ドイツが42年(1930-1972

年)を要しているのに対して、アジア諸国では、韓国が最も早く18年(1999-2017年(予想)),次に、タイが22年(2001-2023年(予想)),中国が25年(2001-2026年(予想)),そして、日本24年(1970-1994年)となっている。したがって、タイは、高齢化のスピードが世界一と言われた日本よりも早い速度で、人口が高齢化していることがわかる。タイではこうした現状を受けて、国家高齢者計画策定(第1次)(1982-2001)、及び中期高齢者のための政策・施策(1992-2011)に引き続き、2002-2021年にかけて、The 2nd National Plan on the Elderlyが進行中である。

タイでは、公的医療保障制度は、(1)公務員医療給付制度(Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS)、(2)民間の被用者社会保障制度(Social Security System: SSS)、そして、(3)自営業者等に対する制度

(Universal Coverage: UC)の3つに大きく分かれている。こうした3制度間で、医療サービスの提供内容や医療アクセスにバラツキが存在し、人々の不平等感につながっている。したがって、タイでは、こうした公的医療保障制度の外側にある、民間医療保険でファイナンスされる富裕層向けの医療保険市場が大きく、医療保障制度は Universal

Coverageを原則とすべきという価値観が、国民の間で共有されていない。タイでは、2002年に、保健省の主導により、全国民を対象とした国民医療保障制度(通称「30 パーツ制度」:現在は自己負担無料)が導入された。しかしながら、加入制度により、給付内容に大きな違いがある等、都市部と地方、国立病院と民間の医療施設で大きな医療サービスの格差が顕在化している。

タイの医療現場では、看護師、保健師、OT・

PT、医療補助員や保健ボランティア等による「補完の構造」があり、本来医師が行うべき医療行為も、医師の指導の下、看護師ができることは看護師に、また、予防・健康増進・リハビリ等の分野で、フォーマルな医療資源の不足は、医療職の下、ボランティアや家族が担うという、補完システムが構築されている。

そうした状況下で、タイの高齢者介護には、ほとんど、プロの在宅介護サービス提供者は存在しない。地域での高齢者介護を担うのは、医療職を除けば、家族・近隣者・ボランティアである。介護の入所施設の資源も非常に乏しいのが現状である。タイの高齢者介護をめぐるもう1つの背景として、高齢者の子どもとの同居率が、1986年には77%だったのが、2007年には、平均で59%、都市部で65%、地方で57%まで、日本なみに減少していることがあげられる。タイでは、伝統的には長男の嫁が介護を担ってきた日本と異なり、末子の女性が親を見るということが慣習であったが、今後、そうしたインフォーマルな資源にどこまで依存できるかは不透明であり、プロの福祉サービスの導入が今後の課題となっている。

D. 結論

今回、聞き取り調査を行ったバングラデシュとタイの両国における人口の高齢化、及び、それに対応する医療保健政策の課題は、日本とは大きく現状が異なっているにもかかわらず、地域ケア、緊急時の対応、アクティブ・エイジング、家庭介護プログラム、介護サービスの費用対効果等、高齢化社会における多様なイシューについて、共通する点が多々見受けられた。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

バングラデシュ及びタイへの出張報告書

平成24年度厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）
「グローバルエイジングへの国境なき挑戦—経験の共有と尊重を支える日本発学際ネットワークによる提言（H24 地球規模 一般 001）」（研究代表者：田宮菜奈子）

2013年2月4日

文責：田宮菜奈子・山本秀樹・野口晴子

本報告書では、2012年11月22日（木）～同年12月1日（土）において、当該研究班の研究代表者である田宮菜奈子（筑波大学）、及び、研究分担者である山本秀樹（帝京大学）と野口晴子（早稲田大学）の3名が、バングラデシュ及びタイにおける関係諸機関を訪問し、聞き取り調査を行った結果を、以下に、取り纏める。

訪問先：Gonoshasthaya Kendra (The People's Health Center)

訪問日：2012年11月24日（土）

参加者：田宮菜奈子、山本秀樹、野口晴子、Dr. Rezaul Huque (◎)、Dr. Manzur Kadir Ahmed (◎)、Zafrullah Chowdhury, SM Farduous Kabir (◎: main contact persons)

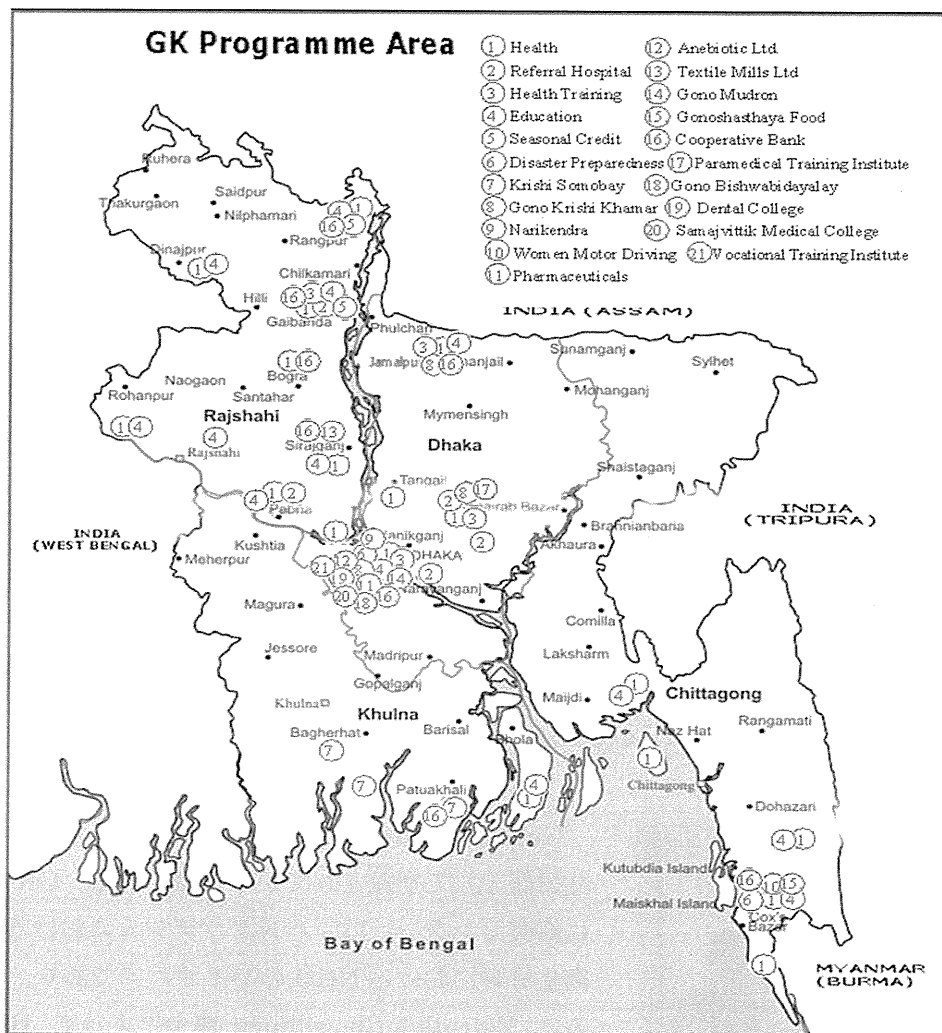


GKの研究室にて

組合が、647の村落をカバーしており、GKがヘルスケアサービスを提供する人口は、1,149,772人に及ぶ（図1参照）。GKは、村落単位で育成・訓練された、医療補助員（paramedics）と呼ばれるヘルスケアワーカーを中心として、産前（ANC）・産後のケア（PNC）を含め、広範なリプロダクティブヘルスサービスを提供している。医療補助員は、ほとんどの場合、女性である。GKは、バングラデシュにおけるNational Drug Policy（1982～）において、非常に重要な役割を果たしてきたといえる。GKは、3-5年置きにバングラデシュを襲う洪水などの自然災害後に現地に人材や物資を投入することによって、活動範囲を広げてきたという歴史的経緯がある。とりわけ、1974年に北部で起きた大洪水が、大きなきっかけとなった。

Gonoshasthaya Kendra（通称、GK）は、公の公益信託として登録されている組織である。GK（国民健康センター）は、バングラデシュにおける公衆衛生分野におけるNGOのパイオニアであり、1972年に、Zafrullah Chowdhury博士によって、Dhaka DistrictのSavarにある数か所の村落で、リプロダクティブヘルスや子どもへのヘルスケアなど、基本的な医療サービスを提供することから始められた。2012年現在では、バングラデシュ全域の17地域50

図1：GKの活動地域（2012年現在）



GKは、治療と予防を目的とするヘルスケアの統合を目指している。治療を目的とするヘルスケアとしては、入院・(村落への)訪問治療、作業療法、臨床医学 (pathology)、超音波、理学療法、薬草による治療、ホメオパシー療法 (homoeopathic treatment)、予防を目的とするケアとしては、ワクチン、産前・産後のケア、栄養についてのサービス、家族計画、歯科診断、血液型検査と献血活動、割礼、血圧測定、高齢者や障害者に対する介護である。

GKの主たる目的は、(1)完備された、そして、包括的なヘルスケアの供給体制を提供する方法と手段を見出すこと；(2)貧困な人々のための社会的・経済的開発を目的とする様々なプロジェクトを支援し、とりわけ、女性の自律する力を回復させるとともに、大多数の人々の権利と基本的人権を保護すること；(3)公か民間かに関わらず、人々の運命を広くよりよく導くために、将来の発展計画に影響を及ぼすと考えられる様々な活動を立ち上げる

こと；そして、(4)他者への依存をやめ、より自立的な生活を人々が送ることが出来るように支援をすること、の4つである。

GKの活動は、大きく2つに分けられる。1つは、直接支援としてのサービスの提供と社会開発プログラム、もう2つは、商業的事業と間接的なサービス供給である。前者には、①ヘルスケア (Primary/Secondary/Tertiary health care、必要な薬剤供給、訪問 (移動) 医療チームの派遣、眼科ケア)；②教育・訓練・研究 (貧困者に対する基礎教育、健康科学・ワクチン等に対する研究、女性のための職業訓練、医療補助員 (ヘルスケアワーカー) の育成・訓練、月刊雑誌の発行)；③女性のエンパワーメント (パンの製造、折絨毯など伝統工芸の訓練、運転免許の取得など)；④農業・緑化・環境開発 (環境開発、薬草研究、漁業プロジェクト、調理用コンロの設置など)；⑤自然災害への様々な対応 (洪水、サイクロンや大潮、竜巻、地震、難民や避難民、共同体による暴力等、自然災害後に発生する様々な事象に対応し、被害者の救済のための、基本的なヘルスケアの供給、食糧支援、建物の再建や修理、教育施設の提供、穀物をサイクロンから守るためのシェルター・土塁・堤防の設置等を行う)；そして、⑥アドヴォカシー (薬物の適正な使用、必要不可欠な薬物、貧困者に対する健康政策、健康運動など) が含まれる。商業的事業と間接的なサービス供給としては、健康と教育関連などの様々な有限会社 (Gonoshasthaya Pharmaceuticals Ltd.、Gonoshasthaya Antibiotic Ltd.、Pharmachemy (Bangladesh) Ltd.、Gonoshasthaya Bakery and Gonoshasthaya Foods Ltd.、Dairy Farm by Poor People、Tulip Dairy and Food Products Ltd、Gonoshasthaya Publishing、Gonomudran Ltd.、Gonoshasthaya Grameen Textile Mills Ltd.、Gono Tant Ltd (Handloom)、Gonoshasthaya Credit Co-operative Society Ltd.、Seasonal-Credit for Eradicating Poverty、Gonoshasthaya Krishi Somobaya (Agriculture co-operative) を運営し、GKの組織的目的の完遂と活動に対する有機的な統合を図っている。

GKは、国家規模での国勢調査の実施が困難なバングラデシュにおいて、独自に個々の家計に対する調査を実施している。調査は、GKに登録されている世帯に対し、GKで訓練を受けた医療補助員 (paramedics) により、毎月、実施されている。医療補助員1人に対して、調査対象者は約14,000人である。調査は、イギリス、デンマーク (Delida)、ドイツ等のヨーロッパのNGOや大学等から得た基金で賄われている。GKによる調査では、世帯構成員数、資産、ライフスタイル、マーケット・学校・診療所・地方自治体の役所等へのアクセス、食糧消費量、教育、所得や職業、信用力、水周りや衛生状況、健康、宗教活動、社会保障などの情報が、各家計について収集されている。表1は、現在、GKに登録されている家計の基本属性をまとめた表である。これらの指標から、社会的・経済的状況を、「極最貧層」、「最貧層」、「貧困層」、「中間層」、「富裕層」の5群に分類すると、GKがカバーする人口では、「極最貧層」が0.18%、「最貧層」が1.54%、「貧困層」が65.07%、「中間層」が28.67%、「富裕層」が4.55%となっている。

表 1 : GK に登録している家計の基本属性

Demographic Profile of Rural Population Served by GK, 1418.						
	Aw	Ah	Ka	Kha	Ga	Total
1. Population	1944	17713	748145	329693	52277	1149772
2. No of Families	960	4136	155666	69972	10631	241365
3. Family Size	2.03	4.28	4.81	4.71	4.92	4.76
4. a) Widows	639	1674	12540	4659	1033	20545
% by total widows	3.11	8.15	61.04	22.68	5.03	100.00
b) Abandoned Wives	63	137	716	184	30	1130
% by total abandoned wives	5.58	12.12	63.36	16.28	2.65	100.00
c) Widowers	30	133	1560	575	126	2424
% by total widowers	1.24	5.49	64.36	23.72	5.20	100.00
d) Eligible Couple	45	1895	137670	59249	8838	207697
% by total eligible Couple	0.02	0.91	66.28	28.53	4.26	100.00
5. Total Pregnancy	0	81	11726	3106	338	15251
6. a) Family Planning Practice	8	856	95142	35496	8479	139981
b) Contraceptive Prevalence Rate (CPR)	17.78	45.17	69.11	59.91	95.94	67.40
7. Total Live Births	0	33	10577	2403	183	13196
CBR-1000 Mid year Population	0.00	1.86	14.14	7.29	3.50	11.48
8. Total Still Births	0	3	185	14	2	204
SBR-1000 Births	#DIV/0!	83.33	17.19	5.79	10.81	15.22
9. Total Deaths	4	19	1639	371	53	2086
CDR-1000 Mid year Population	2.06	1.07	2.19	1.13	1.01	1.81
10. Neonatal Deaths	0	0	101	12	0	113
NNMR-1000 live births	0	0.00	9.55	4.99	0.00	8.56
11. Infant Deaths	0	0	160	16	0	176
IMR-1000 live births	0	0.00	15.13	6.66	0.00	13.34
12. Maternal Deaths	0	0	9	2	0	11
MMR-100000 live births	0	0.00	85.09	83.23	0	83.36

GKにおいて、データは既に1974年から収集され始められたが、データの質が担保できるのは、2000年以降である。なかには、1992年以降でも質の良いデータが存在するが、すべてのデータがそろっているわけではない。2000年以降のGKのデータに関しては、バングラデシュのプライマリーケアの基礎データとして、WHOにデータの提供をしている。2005年以降は、592村落がGKによるこの人口学的族低調査によりカバーされている。当該調査に関しては、個々の世帯や個人に識別可能なIDを振り分け追跡調査が可能となった。データのクオリティーチェックも実施している。カナダ・アルバータ大学のMcDonald Corbett氏との共同研究を始めてから15年がたつ。McDonald氏の最近の研究は、ヒ素に関する107の環境疾患に関連するものである。この研究は、低侵襲性・非侵襲性オートプシー（死後検査）の情報を、GKが管轄する41,000の健康保険センターにおいて、聞きとり調査により収集したデータに基づいている。この調査には、カナダから3団体、バングラデシュの3団体から基金を得ている。

McDonald氏のバングラデシュに関する研究は以下の通り。

1. Disability among elderly rural villagers: report of a survey from Gonoshasthaya Kendra, Bangladesh. Cherry N, Chowdhury M, Haque R, McDonald C, Chowdhury

- Z.BMC Public Health. 2012 May 25;12:379.
2. Zinc in well water and infant mortality in bangladesh: a report from gonoshasthaya kendra.Cherry N, McDonald C, Chowdhury Z.Int J Environ Res Public Health. 2012 Jan;9(1):171-7. Epub 2012 Jan 10.
 3. Stillbirth in rural Bangladesh: arsenic exposure and other etiological factors: a report from Gonoshasthaya Kendra.Cherry N, Shaikh K, McDonald C, Chowdhury Z.Bull World Health Organ. 2008 Mar;86(3):172-7.
 4. Manganese, arsenic, and infant mortality in Bangladesh: an ecological analysis.Cherry N, Shaik K, McDonald C, Chowdhury Z.Arch Environ Occup Health. 2010 Jul-Sep;65(3):148-53.
 5. Risk of arsenic-related skin lesions in Bangladeshi villages at relatively low exposure: a report from Gonoshasthaya Kendra.McDonald C, Hoque R, Huda N, Cherry N.Bull World Health Organ. 2007 Sep;85(9):668-73.
 6. Prevalence of arsenic-related skin lesions in 53 widely-scattered villages of Bangladesh: an ecological survey.McDonald C, Hoque R, Huda N, Cherry N.J Health Popul Nutr. 2006 Jun;24(2):228-35.

GKの職員の給与の50%は、GKにおける共同体ベースでの医学大学へ寄付されている(ちなみに、医学教育は、国家によって標準化・統制されている)。現在のバングラデシュでは、海外からの寄付や投資は、直接、支援団体や組織に入らず、国による検閲を受けた後、その大部分が差し引かれた金額で、関連組織に届くシステムとなっているため、末端の組織は不満を抱えている。

バングラデシュには、医療保険制度は現在存在しない。GKでは、登録されている世帯に対して、1973年から医療保険システムを一部取り入れていた。当時は、各世帯が1カ月に2タカ(1US\$=20タカ)を保険料として支払うというものであった。1980年には、GKの医療保険は、全世帯にまで対象範囲を拡大した。GKの登録世帯を、貧困、中間、富裕の3つの群に分け、それぞれに異なる保険料を課した。1980年には、貧困層には2タカ、富裕層には5タカを課した。2000年以降は、貧困層をさらにlower/upperの2群に分け、最貧層には無料で医療を提供している。家族5人で1カ月に3タカの保険料も支払えない家族がいたからである。現在は、GKに登録している世帯のうち40%が保険に入っており、100%の医療費がカバーされている。現在、約96の医療保険プログラムが、政府によって運営されているが、保険料を支払うことのできる中間層や富裕層はともかく、保険料を支払うことのできない世帯には、オプションがない状態である。医療保険の問題は、バングラデシュの医療保険政策が抱える重要な問題である。

訪問先：The Association of Medical Doctors of Asia (AMDA) Bangladesh Complex,
Hossaindi, Gazaria District Munshiganj

訪問日：2012年11月25日（日）

参加者：田宮菜奈子、山本秀樹、野口晴子、Sarder Abdur Razzak (◎)、Prof. Dr. Muhammad Qumrul Hassan (◎：main contact persons)



AMDA (Gazaria) 健康保健センター全貌



AMDA (Gazaria)・Paramedics の修了式にて、
田宮菜奈子教授より修了書授与



AMDA (Gazaria) 近郊での健康教育の現場にて



AMDA (Gazaria) 研修を終えて

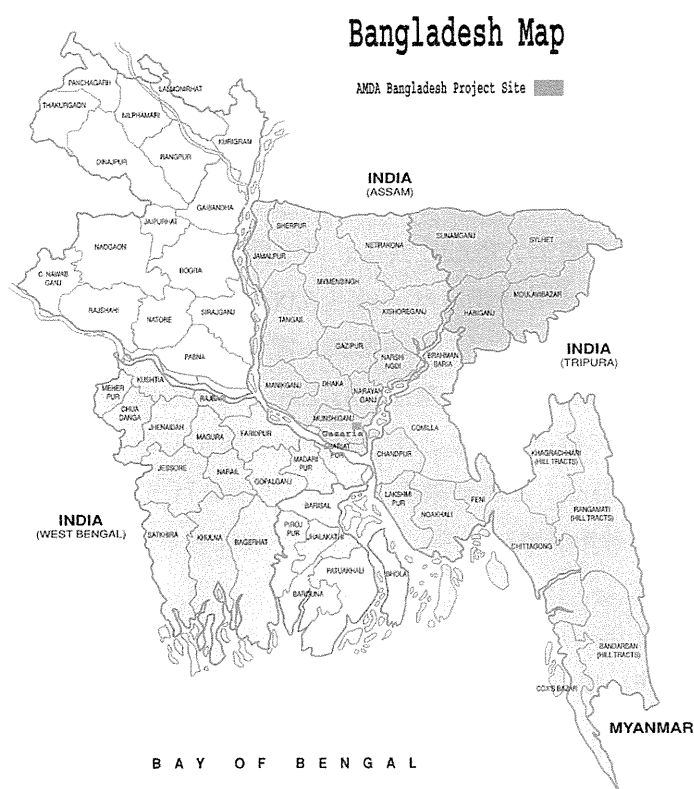


子どもたちによる歓迎式典後

The Association of Medical Doctors of Asia (通称、AMDA) Bangladesh は、1992年、AMDA International Japan の協力を得て組織された。AMDA Complex Bangladesh は、地域における健康保健センター、コミュニティー学習センター、そして、職業訓練センターとしての役割を担っている。AMDA の目的は、地域における生活環境の全般的な改善へ向け、持続可能な開発を実践することにある。AMDA Gazaria は、日本から多くの社会人や学生を研修生として受け入れ、両国の交流に努めてきた。

AMDA の活動内容は、(1) 救命と緊急リハ (1992 年ー) ; (2) 貧困者に対する低コストでのヘルスケアサービスの提供 (2003 年ー) ; (3) 持続可能な開発を目的とした非公的な教育サービスの提供 (2005 年ー) ; (4) 技術訓練と雇用促進 (2002 年ー) ; (5) 信用力向上プログラム (1999 年ー) ; そして、現在、計画進行中の(6)コミュニティーラジオの設置である。また、AMDA の活動地域は、図 2 に示す通り、バングラデシュのほぼ全領域にわたっている。

図 2 : AMDA の活動地域 (2011 年現在)



AMDA の活動について、具体的にみていくと、まず、(1) 救命と緊急リハ (1992 年ー) では、1992 年におけるミャンマーからの難民に対する人道支援に始まり、1996 年の Tangail と Jamalpur での竜巻の被害者に対する緊急医療支援、同年、Chittagong におけるサイクロン被害者に対する緊急リハ、1997 年におけるダッカの 10 のスラム地域におけるサテライトクリニックの設置、1998 年と 2004 年における、Gazaria と Munshiganag での洪水の被害者に対する緊急リハ、そして、2007 年の Potsuakhali と Barguna における乳幼児突然死症候群に対する救急活動等である。

(2) 貧困者に対する低コストでのヘルスケアサービスの提供では、医師 1 名、助産師 1 名、検査技術員 1 名、看護師 1 名、そして、5 人の医療補助員というスタッフが、AMDA

の医療保健センター（2003年設立）に常駐し、施設内外における問診活動、4床の病床を有する医療保健センターでの入院治療、（限定的ではあるが）病理検査、薬物処方、産前・産後ケア、訪問治療、その他プライマリーケアの提供、予防接種と健康教育を実施している。移動式の訪問治療は、医師1名、薬剤師1名、医療補助員2名が担当し、social mobilizerの調整の下で、1カ月に1度、遠方の村落を移動しながら、診療活動を行っている。また、地域の医療補助員は、村落単位で、プライマリーヘルスケアや予防ケアの知識や情報を女性たちに提供し、健康教育を行っている。2011年までに、AMDAの医療保健活動により診療を受けた延べ人数は、25,943件、通常出産が1,650件、産前・産後ケアを受けたのが10,016件、地域で実施された健康教育のセッション数が8,650件となっている。2003-2011年までの、患者の男女比率を見ると、子どもが25%、男性が12%、そして、女性が最も多く63%である。

(3)持続可能な開発を目的とした非公的な教育サービスの提供（2005年ー）では、コミュニティー学習センターにおいて、健康、食糧、栄養、自然災害に対する準備、環境、そして、その他社会的な様々なテーマについての教育を行っている。テーマにより、青少年、母親、漁業関係者、農業関係者などを集め、地域社会における問題点をあげ、議論を交わすなどの活動も行っており、2011年までの受講者は、延べ5,000人に上っている。

(4)技術訓練と雇用促進（2002年ー）については、溶接、電気工事、大工作業、コンピュータ、縫製やショッピングバッグの製造、魚の養殖、石工等、様々な職業訓練を、とりわけ、若年層や村の女性たちに対して行っている。また、訓練を終了した者に対しても、自営業または被雇用者として賃金を得ることが出来るように、支援を行っている。2011年までに、2,486人の若者や女性が訓練を受け、うち、2,230人が自営もしくは被雇用者として経済的自立を果たすことができた。

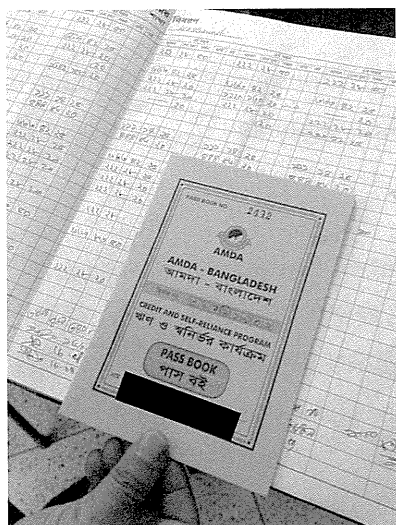
(5)信用力向上プログラム（1999年ー）に関してAMDAが行っているのは、バングラデシュのグラミン（「village」の意味）銀行の手法であるmicrocreditによる、地域住民に対する小口貸付である。これは、子どもの結婚、持参金、無教育、幼児就労等様々な社会的問題に対し、人々が自ら問題意識を持ち自立的に解決の道を模索するために、人々の日常的な経済活動を支援し稼得能力を向上させるための経済的支援活動の一環である。2011年までに、所得創出活動の一環であるAMDAの小口貸付による受益者数は、延べ16,281人に達し、ローンの支払いは延べで349万USドルにまで上っている。この信用力向上プログラムは、統計はないということであるが、借主の多くが女性であることから、女性の経済的自立、しいては、子どもたちの生活の質の向上にも間接的に役割を果たしているということであった。たとえば、訪問した村落で、リーダー格の女性は、AMDAでのmicrocreditを活用し、リキシャを2台買い求め、息子とともに小さな会社を運営しているとのことであった。

小口貸付については、借主は貸付手帳のようなものを各自渡され、毎月、AMDAから、村々へ人を派遣し、現在の貸付状況や利子の返済状況を確認し、その記録がAMDAに残さ

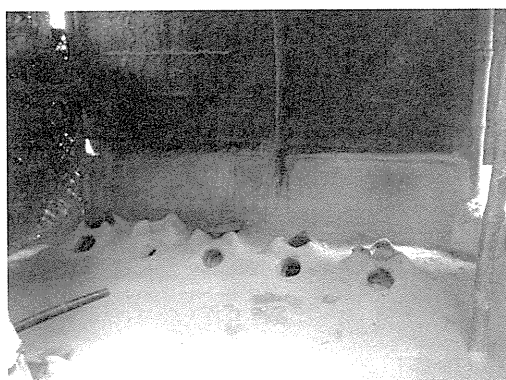
れているが、記録は電算化されていない。Microcredit のシステムが既に確率されているこ

とから、GK のように、AMDA でも、医療保険制度を導入する可能性があるかどうか、聞いてみたところ、医療保険は、今後の重要な課題ではあるが、AMDA では、まだ検討されていないとのことであった。

我々が訪問した AMDA Gazaria 近郊の村落で、集まった女性たちに話を聞いたところ、産前の検査に必要な超音波検査の器材が欲しいということであった。Gazaria は Dhaka から 1 時間強程度の距離にある村であるが、Dhaka と比較すると、村の様子は大変貧しく、経済的に余裕のある家族の家であっても、料理をする台所とトイレが隣接する等、とりわけ、雨季に入ってから衛生状態も、決して良いとはいえない状態である。今後の更なる社会的・経済的開発に向けて、AMDA の果たすべき役割は大きい。



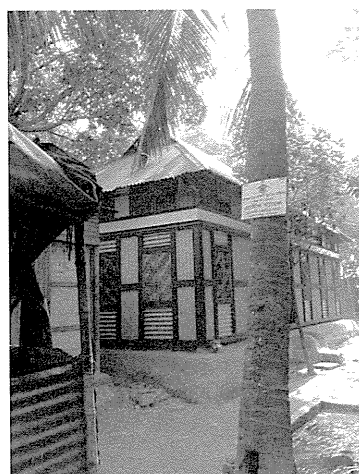
AMDA (Gazaria) に残された貸付台帳と貸付手帳



AMDA (Gazaria) 近郊の村 (台所)



AMDA (Gazaria) 近郊の村 (トイレ)

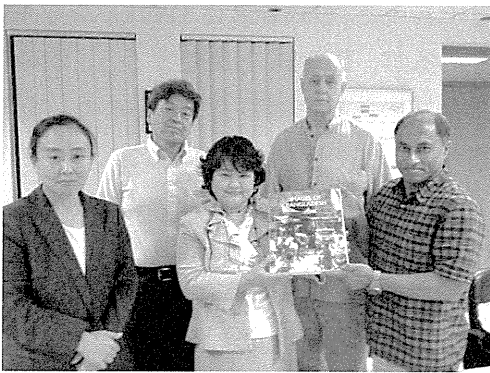


AMDA (Gazaria) 近郊の村 (家族全貌) 左端に見えるのが台所

訪問先：Center for Control Chronic Diseases, icddr, b

訪問日：2012年11月26日（月）

参加者：田宮菜奈子、山本秀樹、野口晴子、Prof Louis Wilhelmus Niessen (◎)、Dr. Azharul Islarn Khan (◎)、Dr. Dewan S. Alam (◎)、Dr. Uddin Bhuiya Abbas (◎：main contact persons)



icddr,b の会議室にて

で増加傾向にある。また、糖尿病は、バングラデシュの少数民族においても報告されはじめています。icddr,b では、バングラデシュにおけるこうした慢性疾患の増加傾向に対し、リスク要因を検証し、予防と治療との両者の観点から、慢性疾患への対処法を模索し、全てのヘルスケアのレベルにおいて注意喚起を促すことを、目的としている。

icddr, b は、グラミン銀行等と並ぶ世界最大の NGO の 1 つである BRAC (Bangladesh Rural Advancement Committee) や米国の Johns Hopkins 大学の公衆衛生大学院、バングラデシュ政府 (the Ministry of Health and Family Welfare)、イギリスの Institute of Development Studies から支援を受けている民間の関連団体との協力の下、バングラデシュにおける現在の慢性疾患プログラムの立ち上げに関わっている。初年度においては、プライマリー、あるいは、セカンダリー予防プログラムとして妥当な潜在的なモデルを識別し、慢性疾患と貧困との関連性に関する手法と文献の検証を行った。現在は、慢性疾患の予防と治療に関わる国家政策が、公共部門以外での既存のヘルスケアのユーザーや慢性疾患の管理プログラムを提供するプロバイダーとともに、検証されつつある。

バングラデシュの人口構造の高齢化の状況に鑑み、慢性疾患（感染症 (communicative diseases) からの非感染症 (non-communicative diseases) への移行) 化のスピードは、他の国と比べ、非常に急激であるといえる。これは、人口における食習慣、ひいては、栄養状態の急激な変化、そして、人口の高齢化も無関係ではない。皆さんからの日本における人口の高齢化と疾病構造に関するご説明を伺うと、バングラデシュにおける疾病構造と

疾病率は、そして、そのための社会的負担は、日本に近づきつつあるのではないか。にもかかわらず、バングラデシュでは、感染症対策は十分に行われているが、非感染症に対する対策は特に講じられていない。感染症と非感染症に対する対策は、全く異なったものでなければならない。

2008年現在のバングラデシュの人口は1億4,500万人である。icddr, bは、バングラデシュにおける国家規模での家族計画に大いに貢献した。家族計画は、出生率を下げ、それに伴い、経済成長率が上昇した。バングラデシュにおける合計特殊出生率は、1975年の6.5人から、1994年には3.3人となった。しかしながら、こうした合計特殊出生率の急激な現象が今後も継続すれば、人口置換水準を割り込む日も近いだろう。また、こうした出生率の低下は、人口構造の高齢化をもたらす。高齢者人口は、21世紀中に、2008年の680万人の10倍、6,500万人（国民の4人に1人が60歳以上）にのぼり、高齢人口の健康ニーズが、ますます高まることが予想される。

icddr, bでは、Matlabをはじめとする研究対象となるいくつかのフィールドを、大都市部と地方に有している。これらのサイトの人口監視システムでは、より集約的な研究を実現するために、一定のサンプリングの枠組みを用いて、定期的に、人口動態現象に関するデータを収集している。こうしたデータ収集は、疾患に伴う社会的・経済的負担や、たとえば、微量栄養素、ワクチン、ヘルスケアシステム等の健康に対する介入の有効性を検証し、個々のサイトにおける人口動態による影響をよりよく理解するために役立っている。icddr, bによる、こうした時系列縦断的なデータ収集は、独自のものではあるが、世界中の他の人口調査システムと同様のベースラインを維持している。しかしながら、こうした人口動態データは、実験的介入によるものではなく、基本的には、non-randomizedな研究にとどまっている。しかしながら、こうした手法は、データ収集のシステムが、各サイトにおいて既に出来上がっている以上、レビューが比較的簡単で、情報から得られる便益も大きく、フィールドジャーナルに掲載する分には不足がないため、実験的介入によるデータ収集については、icddr, bでの議論の俎上にはあがってはいない。

icddr, bでは、以上の枠組みの下、2003年以来、ICD-10コードによる死因、高齢者の栄養状況の変化、疾患構造等のデータも、時系列縦断的に収集している。しかしながら、慢性疾患に対する情報収集もつい最近緒についたばかりであり、高齢者に関する情報は、いまだ、十分ではない。たとえば、身体的・精神的・知的機能に関する情報は収集されておらず、また、フォーマル・インフォーマルを問わず、高齢者ケアに関する情報は少ない。

ヘルスシステムを、とりわけ、貧困層に対してより有効に機能させるために、現在、Matlabコホートについて、追加情報を収集している最中である。医療経済学の観点から、世銀の

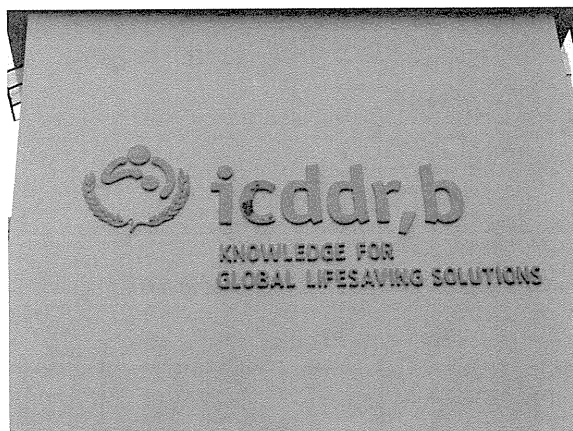
指標に基づく貧困と所得の状況や資産の状況、様々な項目に対する消費支出、家計に対する影響、時系列での経済的状況等に対する情報である。こうした情報により、人々の経済状況を指標化することが可能となるだろう。

バングラデシュにおいて、特に都市部において、女性の社会進出が急激に進んでいる。しかしながら、農村部においては、70-80%の女性は、いまだに伝統的な慣習の中での生活を営んでいる反面、所得中間層では、伝統的でありながら、教育水準も高いので、ちょうど中間の生活をしていると考えてよいだろう。バングラデシュにおいて、高齢者に対するインフォーマルケア（家族介護）に対する支援システムは、全く不十分であるといわざるをえない。日本に限らず、高齢者介護の水準は、家族のもつ人的・経済的資源、公的・民間を問わず医療の供給体制、サービス供給者のケアの質に依存している。また、高齢者施設等、Dhaka 近郊でのリハビリ資源は限られている。慢性疾患が比較的若年層で急増傾向にあることは既に言及したが、その影響もあって、家族社会学や文化人類学の研究によれば、60歳未満の若い時期に、他の世帯構成員に依存しはじめる人々が増えてきている。文化的な背景もあり、家族ケアの負担が、バングラデシュでは非常に大きい。その背景として、大多数の人々にとって、民間の医療施設は高額であることがある。民間のヘルスケアのコストはまちまちで、公的な医療施設では等しく同じである。しかし、国家の医療支出に振り向ける資源が限られていることもあり、患者による一定程度の自己負担も必要不可欠である。今後は、どのように、医療施設を近代化し効率的に運営するか、そして、予防・治療・リハビリに対する医療保険の導入と保険料の設定をどのようにするかが、大きな課題であろう。

icddr, b が、Johns Hopkins 大学の公衆衛生大学院、イギリスの IDS、あるいは、米国における National Institute of Health (NIH) 等と研究協力する主な理由は、調査のプロトコールを整備し、研究の質を標準化させるためである。データベースのアーカイブを整備し、人口監視システムによるデータ収集、そして、シンポジウムの開催等である (NIH は、インド、アルゼンチン、グアテマラ、ペルー、南アフリカ、ケニア等での健康政策プログラムに資金援助している)。したがって、皆さんがおっしゃったように、今後、バングラデシュで、高齢者に関するより詳細な上昇を収集する際、4-R system 等、研究の質を担保し、国際的にも標準化された身体・精神・知的機能に対する測定指標を用いることは非常に重要であると考えている。

バングラデシュ経済にとって、インフォーマル部門は非常に大きく、全体の約 5 割を占めている。したがって、全体の 5 割は、伝統的かつ文化的な方法で経済が運営されていると考えられる。中国では、昨今、経済的にミドルクラス（中間層）の人口が急激に増えており、都市部においては、深刻な住宅問題を引き起こしている。富裕層では、家族による

インフォーマルケアの提供が難しくなっている。大きな家に、介護者が不在という現象が起きている。つまり、中国では、急激に高齢化しつつある社会において（合計特殊出生率が 2.0）、国全体のヘルスケアを支えるための財源と人的資源が欠けているのが一番の問題である。他方、バングラデシュでは、耕作可能な土地も、とりわけ、漁業関係者にとっては養殖可能な土地も、遠因が地球温暖化だと思われる洪水等の自然災害の増加により、縮小していることが最も大きな問題である。かつては、人口の 50%が漁業に携わっていたにもかかわらず、現在では、10%未満になってしまった。これはここ 15-20 年の現象である。このまま、個々の世帯が、低所得、年金システムも不在、かつ、都市化・中産階級化することによる高齢者の孤立、公的部門では、財源不足、一時金不足、インフレ調整手段の不在、という事態が続けば、社会が壊滅的な打撃を受ける可能性がある。ヘルスケアをめぐる様々な社会的・経済的課題に、1つ1つ、どう対応していくかが、今後の課題である。



icddr,b のビルのロゴ



icddr, b 付属病院内の NICU にて

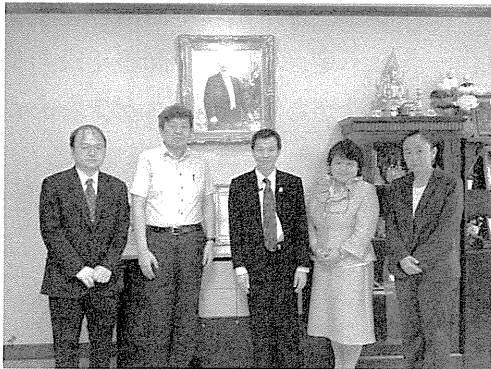


Icddr, b 付属病院内にて

訪問先：Ministry of Public Health、Thailand

訪問日：2012年11月28日（水）

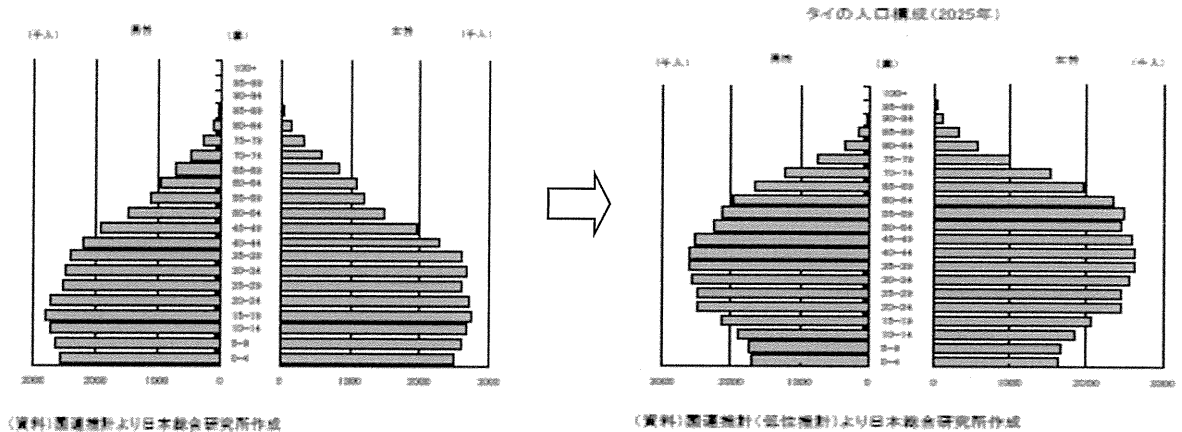
参加者：田宮菜奈子、山本秀樹、野口晴子、Dr. Chanvit Tharathep、榎本芳人（◎）、
Dr. Domkiat Siriruttanapruk（◎）（◎：main contact persons）



タイ保健省・Deputy parliament Secretaryの執務室にて

他のアジア諸国同様、タイにおいても、人口が急速に高齢化しつつある。2000年には、6,140万人中、6.0%（世界平均が約7%）だった65歳以上人口は、2050年には、7,460万人中21.4%（世界平均が約16%）になると予想されている（図3参照）。また、高齢化率（65歳以上人口比率）が7%から14%へ移行する期間で見ると、フランスが114年（1865-1979年）、スウェーデンが82年（1890-1972年）、イギリスが46年（1930-1976年）、ドイツが

図3：タイの人口ピラミッド（2000年=>2025年）



42年（1930-1972年）を要しているのに対して、アジア諸国では、韓国が最も早く18年（1999-2017年(予想)）、次に、タイが22年（2001-2023年(予想)）、中国が25年（2001-2026年(予想)）、そして、日本24年（1970-1994年）となっている。したがって、タイは、高齢化のスピードが世界一と言われた日本よりも早い速度で、人口が高齢化していることがわかる。タイではこうした現状を受けて、国家高齢者計画策定(第1次)（1982-2001）、及び中期高齢者のための政策・施策（1992-2011）に引き続き、2002-2021年にかけて、The 2nd National Plan on the Elderly が進行中である。

タイでは、公的医療保障制度は、(1) 公務員医療給付制度 (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS)、(2) 民間の被用者社会保障制度 (Social Security System : SSS)、そして、(3) 自営業者等に対する制度 (Universal Coverage : UC) の3つに大きく分かれている (参考資料 : 榎本芳人氏 (JICA) 作成会議 PPT 資料 (2012)、国際協力銀行 (2002年) 「平成14年3月タイ王国における社会保障制度に関する調査報告書」 http://www.jica.go.jp/activities/schemes/finance_co/approach/pdf/thai.pdf)。こうした3制度間で、医療サービスの提供内容や医療アクセスにバラツキが存在し、人々の不平等感につながっている。したがって、タイでは、こうした公的医療保障制度の外側にある、民間医療保険でファイナンスされる富裕層向けの医療保険市場が大きく、医療保障制度は Universal Coverage を原則とすべきという価値観が、国民の間で共有されていない。タイでは、2002年に、保健省の主導により、全国民を対象とした国民医療保障制度 (通称「30パーツ制度」: 現在は自己負担無料) が導入された。しかしながら、加入制度により、給付内容に大きな違いがある等、都市部と地方、国立病院と民間の医療施設で大きな医療サービスの格差が顕在化している。

タイの医療現場では、看護師、保健師、OT・PT、医療補助員や保健ボランティア等による「補完の構造」があり、本来医師が行うべき医療行為も、医師の指導の下、看護師ができることは看護師に、また、予防・健康増進・リハビリ等の分野で、フォーマルな医療資源の不足は、医療職の下、ボランティアや家族が担うという、補完システムが構築されている。

そうした状況下で、タイの高齢者介護には、ほとんど、プロの在宅介護サービス提供者は存在しない。地域での高齢者介護を担うのは、医療職を除けば、家族・近隣者・ボランティアである。介護の入所施設の資源も非常に乏しいのが現状である。タイの高齢者介護をめぐるもう1つの背景として、高齢者の子どもとの同居率が、1986年には77%だったが、2007年には、平均で59%、都市部で65%、地方で57%まで、日本なみに減少していることがあげられる。タイでは、伝統的には長男の嫁が介護を担ってきた日本と異なり、末子の女性が親を見るということが慣習であったが、今後、そうしたインフォーマルな資源にどこまで依存できるかは不透明であり、プロの福祉サービスの導入が今後の課題となっている。

また、タイ近隣の国際情勢の変化も大きく影響する可能性がある。今までは、タイ政府が、ミャンマーやカンボジア・ラオス等からの難民を積極的に受け入れ、看護・介護等の福祉サービス市場で働くことができるような訓練を行うという政策をとっていた。しかし、ミャンマーが民主化したことによって、こうした人材確保が難しくなる可能性があるということであった。

さらに、国際協力機構（JICA）と日本の厚生労働省では、タイに在住する日本の65歳以上人口約40,000人に対するケアをどのように確保するかという課題も抱えている。JICAが中心となり、2007年11月から4年間のプロジェクト（Project on the Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services Model for Thai Older Persons : CTOP）を行い、限られた資源をどうすれば有効活用できるかという視点から、現在、日本の専門家チームを交えた、プログラムの検証を行っている最中である。CTOPでは、主として4つのサイトにおいて（図4参照）、それぞれ異なる事業を実施した。チェンライ（北部）では、高血圧や糖尿病のハイリスクグループに対して行動変容を促す住民参加型の事業、コンケン（東北部）では、地域の多くの高齢者が不自由を感じている白内障等の眼疾患について、ボランティアが検診を行い、入院治療、自宅復帰、生活支援という一連の流れをフォローすることにより医療等へのアクセスを改善する試験的事業、ノンタブリ（中央部）では、基礎自治体が保有し、老人クラブが主体的に運営するリハビリテーションセンター事業（実態としては、多目的センター）、スラタニ（南部）では、交通が不便な地域において、関係機関が合同で行う、検診・給付相談等の出張サービス（モバイル・ワンストップ・サービス）事業を、それぞれ展開した。

図4：JICAによるCTOP事業が展開された4サイト



我々の研究班としては、今後、JICAがタイにおいて展開する「介護プロジェクト」、たとえば、在宅介護サービスモデルの構築支援、先進的な介護技術の伝達・人材の育成、高齢社会への対応についての日本の経験を伝達するためのセミナーの開催、プロジェクトの成果を踏まえた政策提言などに、協力できるところは、協力するということで、合意を得た。

訪問先：HelpAge International

訪問日：2012年11月29日（木曜日）

参加者：田宮菜奈子、野口晴子、Mr. Eduardo Klien (◎)、Godfred Paul (◎)、Peter Morrison、Usa Khiewrord (◎：main contact persons)



HelpAge の入り口にて

HelpAge International では、高齢者が、尊厳のある、安全な、活動的な、そして、健康な生活を送るために、自らの権利を主張し、差別に立ち向かい、貧困を克服しようとするのを支援することを目的とした国際 NGO 組織である。我々の活動は、世界中の様々な草の根の組織によって支えられている。HelpAge International は、世界中の高齢者を支援することを目的として、1983年に、カナダ、コロンビア、ケニア、インド、そして、イギリスの5つの

団体により発足した。1993年には、HelpAge ケニアにおいて、高齢者の経験が正しく理解されるように、高齢者による参画型調査をはじめて実施した。1999年には、我々の研究と経験に基づき、緊急時に高齢者にどのように対応すればよいかというガイドラインを出版した。2002年には、高齢者に関する32カ国協議をまとめ、スペインマドリッドで開催された「高齢化に関するマドリッド国際行動計画（2002）」（1982年ウィーンで開催された第1回「高齢者問題世界会議」で採決された「高齢者問題国際行動」の発展形）の策定に協力し、複数の政府に対し、全ての社会的・経済的開発政策の一環として高齢化問題が位置づけられるよう託された。また、2007年には、27カ国の高齢者のための組織・団体が、「Age Demands Action(ADA)」という草の根運動を開始した。ADAは、高齢者がかかえる問題を、高齢者自らが、政府へ訴え、働きかけていこうとする運動であり、毎年11月1日を「世界高齢者デイ」と定め、年齢差別を撤廃するよう働きかけを行うこととした。2011年には、このキャンペーンに参加する組織・団体は59カ国にまで広がっている。HelpAge International の様々な行動が認められ、2012年には、国際的に最も権威のある、人権活動に対する賞である、Conrad N. Hilton Humanitarian Prize を受賞することができた。2012年現在で、HelpAge International の本部はイギリスにあり、60カ国に支部が存在し、90以上の連携組織と180の協力諸団体と協力体制にある。以上が、発足から20年余りのHelpAge International の発展の経緯である（図5参照）。