

2-3.

SDGs 健康関連ゴールと持続可能開発に関連したゴールの関連性

(内外の市民社会組織、及び南アジア諸国と貧民層の視点から)

分担研究者：大橋 正明

【研究要旨】

MDGs 及び SDGs における保健関連ゴールについて、インドおよびバングラデシュの末端の保健医療機関がどのような施策を実施しているのか、それに対して主に農村部の住民がどのように行動しているのか、さらにそうした状況に対して市民社会や NGO がどのように対応しているのかを、経年的に見ることの基礎を築くことを目的に、インドのビハール州 Gaya 県と西ベンガル州農村部でフィールド調査を行った。またインドの首都デリーとバングラデシュの首都ダカで、以降の調査のための準備を行った。

【研究目的】

MDGs 及び SDGs における保健関連ゴールについて、インドおよびバングラデシュの末端の保健医療機関が(上位政府の方針に基づき)どのような施策を実施しているのか、またそれに対して主に農村部の住民がどのように行動しているのか、さらにそうした状況に対して市民社会や NGO がどのように対応しているのかを、経年的に見ることの基礎を築くこと。

などを行った。これはいわば現状把握であり、今後はこの現状のより詳細な理解(特に、2000年以降の変化)と、今後の変化に注目した臨地調査を繰り返す予定である。

(倫理面への配慮)

村人や関係者へのインタビューに際して、研究目標に直接関わらないプライバシーにかかわる事項の情報収集を行わないようにした。

【研究方法】

本 2015(平成 27)年は、2000年に始まった国連ミレニアム開発目標(以下 MDGs)の達成年であり、またこの月にニューヨークで開催中の国連総会では、一部の目標が未達成だった MDGs に代わって、さらに地球環境問題を目標に加えた国連持続可能な開発目標(以下 SDGs)が採択された。両方の目標やその下位目標には、複数の保健関連の目標が含まれており、その中には早急な改善が求められているものが含まれている。このグローバルな目標が、途上国でどのように受け止められ、現実の政策に反映されているのか、そして現場ではそれはどのような形で表れているのかを、貧困層や市民社会組織(以下 CSO)の視線で追及するのが、本研究分担者の担当である。

【研究結果】

- a. インド・ニューデリー市での調査記録
 - a-1: JICA デリー事務所の上原スタッフのインタビュー記録
 - a-2: ジャワラハル・ネルー大学(JNU)社会医学の Prof. Vikas Bajpai インタビュー記録
- b. 最貧のビハール州 Gaya 県での調査記録
 - b-1: Gaya 県ホメオパシー MD で政府職員のジャーナルダンのインタビュー記録
 - b-2: Gaya 県 Mr. マダンの脳溢血に関するインタビュー記録
 - b-3: Gaya 県ゴバルケラ村の Mrs. クリシュナインタビュー記録
- c. 西ベンガル州での調査記録
 - c-1: 西ベンガル州南部河口近くの村のイスラーム教徒の女性たちの医療行動

今回は今後三年間にわたる本研究の最初の現場訪問である

ことから、インドにおいて

1. デリー市の識者からの聞き取り及び文献調査を通じた、インド全体の保健政策全般
2. 最貧のビハール州の貧困層 / 低カースト層の人々へのインタビューを通じた医療状況
3. 保健関係者からの聞き取りによる、同ビハール州の州政府の保健行政の状況
4. 西ベンガル州僻地の農村女性たちへのインタビューを通じた医療及び出産状況

a. インド・ニューデリー市での調査記録

a-1: JICA デリー事務所で上原スタッフのインタビュー記録
 日時: 平成 27 年 8 月 23 日水曜日午後 4 時 40~ 5 時
 50 分場所: ニューデリー市の JICA 事務所内

記録: 8 月 26 日 & 9 月 9 日 大橋 正明
 関係: 事前に中村唯企画調査員に連絡した結果すでに離任しており、保健担当の井本次席を紹介されアポ取り。直前に次席の都合が悪くなり、保健及び社会開発担当者として紹介される。

○ MDGs のヘルス関係目標について

- Å インドでは MDGs 関係指標に独自の指標を加えたものを使っている。Institutional Delivery Rate (公的医療機関での出産率) はその一例。インドでは医療・保健は州政府の責任事項となっており、州政府の裁量が強い。
- Å 2005 年に中央政府主導により National Rural Health Mission(NRHM) が始まり、ガイドラインを作成している。州政府はガイドラインに従って主に農村部を中心にサブヘルスセンター、プライマリー・ヘルス・センター、コミュニティ・ヘルスセンターを人口規模に合わせて設置(施設の呼び名は州によって違う)2 次レベル以下の公的医療機関において、特に母子保健と感染症予防のためのプラットフォームを形成し、農村部の妊産婦死亡率、乳幼児死亡率、感染症関連指標の改善に取り組んできた。準看護助産師とよばれる ANM (Auxiliary Nurse Midwife) の育成と各ヘルスセンターへの配置や地域の女性を保健ボランティア ASHA に登用して施設分娩や予防接種率向上を促す活動なども行っている。NRHM は州政府の財政状況によって、中央政府が予算配分をしている。州によっては、独自の予算をつけている。
- Å 2013 年 から National Urban Health Mission (NUHM) が開始した。NUHM は都市化に伴って増加しているスラム人口や移民など、都市部の脆弱層に対する公的医療サービスを強化することを目的としている。NUHM ガイドラインを中央政府が作成しているが、主なシステムやアプローチは NRHM に準じている。NRHM では母子保健と感染症に特化していたが、昨今増加傾向にある癌や生活習慣病などの非感染症疾患 (Non-Communicable Disease) についてもコミュニティレベルでの対策が求められており、州によっては NUHM に NCD を独自に含めているところもある。中央保健家族福祉省は NRHM と NUHM、その他の独立したプログラム (TB やマラリアなど) を統合して

National Health Mission としている。
 州レベルでは NRHM と NUHM 実施のための Mission Directorate が作られ、Project Implementation Plan (PIP) を毎年作成し、中央政府に提出している。

Å NHM で規定されている各施設の Norm は以下の通り。

The population Norms for setting up of public health facilities are as under :

- Sub Centre: 1 per 5,000 population in general areas and 1 per 3,000 population in difficult/tribal and hilly areas
- Primary Health Centre: 1 per 30,000 population in general areas and 1 per 20,000 population in difficult/tribal and hilly areas
- Community Health Centre: 1 per 1,20,000 population in general areas and 1 per 80,000 population in difficult/tribal and hilly areas.

Å 中央政府はビハール、UP、チャッティスガル、WB など 11 州を Empowered Action States と認定し、重点的に資金割り当てをしている。

○ Referral System

Å サブ・ヘルス・センター (SHC) プライマリー・ヘルス・センター (PHC) コミュニティ・ヘルス・センター (CHC) → Dist. 病院 → 州中央病院が一般的。インドはフリーアクセスであるため、軽い症状であっても 3 次病院に行く患者も多い。

Å PHC 以上には MD が配置されているべき。インドの MD のレベルは高いが、病院の管理は良くない。

Å PHC 以上は 365 日 24 時間体制を原則としているが、医師やスタッフの不足などで実態はそうっていない。基本的に全ての公的医療施設では実費を除いて無料。どこの施設でも緊急患者を除いて午前中が外来診察時間となっている。3 次病院に人が集中しがちだが、貧困者にとってはより機会。

○ UHC と医療保健

Å インド政府は 12-17 年の 12 次五か年計画で、20 年までに UHC を達成と謳う。

Å 内容は WHO の UHC にある affordability に注目し、医療保険が中心

Å RSBY (Rashtra Syasta Bima Yojna = 国家健康保険計画) があり、全国レベルで貧困層を対象にしている。公立病院での入院治療費を後で払い戻しする。

Å タミル・ナードゥ州は州首相が独自に Chief Minister's Insurance Scheme を実施しており、私

- 立病院での入院費も対象としている。
- Å RSBY の総合的資料は探してみる。保健関係の HP からリンクできるかも。
- 他の主要疾患
 - Å 結核、NCD(生活習慣病)、ハンセン病、精神疾患などは、独立したプログラムとして実施されていたが、現在は NHM の傘下で実施されている。HIV/AIDS は中央保健家族福祉省傘下の National AIDS Control Organization が独自に実施している。<http://www.naco.gov.in/NACO/>
- 他の関係省
 - Å アユールベダ、ホメオパシー及び他二つを扱う AYUSH 省が、15 年 5 or 6 月に保健省から分離して創設された。
 - Å M/o Sanitation & Drinking Water
- コメンテーター
 - Å グルガオンの Dr. Hira はどうか？半官半民の研究所のシニア。保健全般に詳しい。
- その他
 - Å 世界銀行グループの一機関である International Finance Corporation は PPP スキームにて医療分野を支援している（例えば建物は州政府のものを使い、運営は民間に任せる等）
http://www.ifc.org/wps/wcm/connect/1fe83000407f526384ba94cdd0ee9c33/SectorSheets_Health.pdf?MOD=AJPERES
アポロ病院は貧困層向けのサービスを開始しており、高所得層からは一定の治療費を徴収、低所得層には無料が安価な対価で治療を行っている。
- JICA インド事務所
 - Å 事業班に日本人 10 人、総務担当が日本人 7-8 人 + 現地職員が 20 人弱
 - Å インド向け資金の約 98% が円借で、無償・技協は 2%程度。
 - Å 保健関係は、現在無償資金協力でチェンナイにある小児病院の外来病棟新規建設と機材を支援。過去には MP のサーガル地域で母子保健の技協を実施。技プロ案件は現在無。
 - Å 円借款でタミルナド州の都市保健事業の支援を検討中？
 - Å 上原職員自身は安倍イニシアチブ、ジェンダーも担当。

- a-2: ジャワラハル・ネルー大学 (JNU) 社会医療学の Prof. Vikas Bajpai インタビュー記録
- 相手 : Dr. Vikas Bajpai, Assistant Professor, Centre for Social Medicine and Community Health, Jawaharlal Nehru University, New Delhi-67,
- 日時: 平成 27 年 9 月 15 日 火曜日 午後 4 時 10 分 ~5 時 40 分
- 場所: ニューデリー市 JNU キャンパス Social Science □ 三階の Bajpai 研究室
- 記録: 9 月 16 日 大橋正明
- 関係: WB の Kaliyani でマオイストとの関係で投獄された経験を持つ医師 Dr. Binayak Sen に、今回の大橋の調査目的に沿っているからと紹介されたもの。同じ JNU 教授の Prof. Mahendra Lama の娘も、この大学院研究科の博士課程に在籍中。
- 情報: 彼の小さな研究室にはマルクス、レーニン、スターリン、毛沢東などが一緒に飾られている。UP 出身で中産階級の親の意向で放射線科医師になったが、その後労働運動（詳細は不明だが、恐らくインド共産党マオ派）に長らく身を投じ、数年前に大学教員になった 50 歳。年齢差がフィールドの差のせいだが、Vinod Raina を知らないという。妻は AIIMS の放射線科の医師。よくしゃべる人。

- ヘルスを総合的に捉える必要性
 - Å 医学は、細分化された専門技術を中心にそれぞれが孤立した存在に。
 - Å インド政府、例えば 05 年から始まった National Rural Health Mission (NRHM, 2013 年に National Health Mission=NHM に変容) の概念も、PHC を軸に MCH や施設出産など、MDGs の目標や指標に沿ったものになっているが、人々の多様なヘルスニーズに対応したものになっていない。
 - Å 例えば PHC に AYSA が配置されたが、無給なので手当が出る出産関係の仕事に集中する。一方家庭にとって出産は 2-3 度しかないイベントである。
 - Å 学生をグジュラートの村にフィールドスタディーに連れて行き、各世帯のニードと順位を聞いてこさせた。答えは農業とか教育が上位でヘルスが上位に来ないが、良く考えると農業や教育も、ヘルスに関連している。
- モディー政権が進める医療の民営化
 - Å 今年 2 月に発表された Draft National Health Policy 2015 に明確に述べられているように、モディー政権はヘルスの民営化を一層進めようとしている。具体的には、公的医療保険と私立病院での治療が柱だ。

- Å 公的医療保険は、以前は労働省が管轄し今は厚生省に移管された Rastra Swasty Bima Yojna(RSBY, 国家健康保険計画)。これはそのスマートカード保持者は、病院で年間3万Rs.(6万円)までの医療費が保証される。この結果、病院では不要な小手術が増加した。(日本の場合は保険者がそうしたことをチェックするが、と伝えるところ)それを監視するシステムがない。
- Å モディ一政権は Planning Commission を改組(州首相などが参加)して、NITI(National Institution for Transforming India)を作った。その責任者の経済学者 Arvind Pangariya が最悪で、今でもGDPの1%以下のヘルス歳出(恐らく政府支出のこと)で世界最悪の下から五番目(その中にビルマあり)なのに、それをさらに少なくする方向。
- Å つまりヘルスを、民営の Clinical Health に矮小化しようとしている。

○民営化の現実

- Å デリーの公立病院にMRIがあるが、スタッフの配置の都合で午後5時まで。一方で市立病院は24時間のMRIサービス。公立病院がスタッフインングを変えるべき。
- Å 医療検査(Lab-Medicine)も、ほとんどが民間の検査機関に out-sorting しており、その方向は今後も強化される。
- Å 妻が務める国立 AIIMS 病院でがん患者が放射線治療を申し込んでも、治療が受けられるのは三か月先。一方高官の犬が放射線治療を優先してつけたというゴシップあり。
- Å 高度な私立アポロ病院は、土地は無料、建物を政府が建てたことはほとんど知られていない。その代りベッドの三分の一は貧困層向けのはずだが?
- Å 私立病院は二次医療的な Nursing Home やクリニック中心で、三次医療は少なかった。今後はアポロ病院のような三次医療の私立病院が増える一方、公立病院ではますます検査などを民間の外部に丸投げするだろう。
- Å 最近デリー市内でデング熱感染の子供の治療が(恐らく金の問題で)複数の病院での治療を断られ死亡。親も自殺した事件があった。
- Å 病院の中には、医療費を払わないと遺体を引き渡さないところもある。

○飢えの問題

- Å インドでは富裕層がダイエットに勤しむのに、世界で最大の飢餓人口が存在。平均余命も伸びているが、disintegrate した統計が必要。
- Å 最近実施された三つの調査、National Sample

- Survey, Socio-economic Caste Survey on Agri. HH, 2011 Census ではどれも、人々のカロリー摂取量が減少したり、BMI 18以下の人が増えていることが確かめられる。
- Å しかしインド政府は20年間に渡って栄養状態調査を行っていない。
- Å もちろんユニセフなどによって、小規模の調査はある。
- Å その一つの The HUNGaMA (Hunger and Malnutrition) Survey Report は、11年に全部の州で栄養不足が警告。ただ15年は減少としているが、サンプルサイズは小さい。
- Å 08年以来のグローバルな経済危機と食糧価格のインフレが問題
- Å これに対して、有効な反抗ができていない

○ Food Security Right

- Å コングレスを中心とした UPA 政権時代(04-14年)には首相の助言機関に NGO 活動家も含めた National Advisory Council があり、Hunger Belt のことが議論された。また最高裁で飢えや栄養のことが扱われた。しかし結局数団体 / 関係者だけが議論しているだけで、他者は参加できなかった。
- Å その結果、月に大人一人 5*の穀物が Food Security の基準になってしまった。
- Å National Food Security Act (NFSA) が出来るまで、Ms. Kauta Srivastava は「この法案は意味なし」と主張していたが、成立後はアマルティア・セン、Jean Dreze などとともに、「ないよりはまし」と歓迎した。

○ Health Right Act の必要性?

- Å 農村貧困層に年間百日の雇用を保証する NREGA のために、農地改革への関心が薄れた。為政者にとってどちらが安いのか、一目瞭然。
- Å 07年に中央政府農村開発省が「Unfinished Agenda of Land Reform」をだし、RBA でこの問題を考えてきたが。
- Å Health Right が法制化されても、それに関連する政策が変わらない。そもそもインドではヘルスが政治課題化しない
- Å 権利の法制化より、人々のエンパワメントが必要。Å (では人々の一層の窮乏化とその結果としての革命だけが答えか、と質問したのに対して)革命も必要だが、それだけではダメ。労働運動時代に日々要求に応えるために戦ってきた。
- Å それにしても、ビハールの様な所では農地改革は必要。日本・韓国・台湾は非共産圏の農地改革の成功例。

- À 法制化より、現在の PHC などのヘルスシステムを強化していくことが重要。
- À - 医科大学の同級生の 80% は海外に出ている。
- UHC について
 - À これは今年二月に出た Draft National Health Policy 2015 に明示された。また EPW にこの Social Medicine が批判的な寄稿をした。
 - À 政府は基本的に医療保険でこれを実現しようとしている。つまり現憲法下のイギリス型の無償医療からの方向転換。
 - À しかしこの保険の必要な資源あるのか？資源に限りがあると、診療中心になる。
 - À そして医療サービスの提供者は大病院になる。
 - PHC は大事にされない。
 - À 例えば AP(とテレンガナー州)では Rajib Arogeshari というプログラムがあった。この中で三次医療が支援されたため、三次医療施設がある都市の富裕層の医療出費が減少し王村貧困層のそれが増加した。年には人口の 1%なのに予算の 25% が向けられた。
 - À PHC や CHC は後退した。

○今やるべきこと

- À (UHC で方向性が変わるので憲法改正が必要ではとの質問に対して) 現状の制度を強化すること、そして民営化を阻止することが必要。
- À 今度も協力は惜しまない。

b. 最貧のビハール州ガヤ県

b-1: ガヤ県ホメオパシー MD で政府職員のジャーナルダンのインタビュー記録
 日時:平成 27 年 8 月 23 日水曜日午後 4 時 ~ 5 時
 場所:ビハール州ガヤ県ブッダガヤ町タイ寺院向かいのジャーナルダンの診療室
 記録:8 月 25 日大橋正明
 関係:バグスクール卒業生で大橋の助手を務めるカイラーシュと一緒に、Jeewan Deep という NGO をブッダガヤで 1998 年に創設しその中枢スタッフとして保健活動を行っている。15 年 4 月巢から大橋の要請に応じて、シャプラニールのネパール・チトワン郡の緊急救援活動に参加。同時に長年町内に自分の診察室を持ち、診療と投薬を行っている。

情報:Janardan Kumar, OBC, 40 歳前後。

○ AYUSH Medical Officer について

- À AYUSH とは、Ayurveda, Yoga, イスラームの Unani, Siddha(Tantric), Homeopathy という五つのオルタ医療を指す。最近保健省から分かれて、
- AYUSH 省が出来た。
- À 本人は、今年の 7 月から Rastriya Bal Swasthya Karyaaram(RBSK=National Child Health Programme) という政府事業のバグサライ県 Shamho 郡(プラカンド/block)の Ayush Medical Officer として勤務開始。
- À 月 ~ 金の勤務。郡内各村にあり、村内の全子供の基本的情報を保持している Anganwadi(保育園)を軸に、その村の子供たちを診察し、一人一人の健康カードを作成している。
- À 診察の際に、以下の 4 つの D に注目: Disease by birth(生まれつきの病気)、Disease after birth, Development delay(発達障害)、Deform。
- À Growth Monitoring を行う 1~5 歳のカードと、6~12 歳のカードは別。
- À 契約は 11 か月で延長あり当初の給与は 2 万 Rs。(4 万円)。ガヤ県に移動願ひ中。

○ガヤ県に見る政府保健医療システム

- À 人口 30 万人ほどのブッダガヤ郡に、一つの PHC があり医療も行う。郡内に 4-5 つの PHC のサブセンターが存在。
- À この PHC は最近 Community Health Center (CHC) に格上げされた。PHC よりベッド数が増え、歯科医、婦人科医、小児科医も配置。ガヤ県には 24 郡ある。
- À この上が Dist.(Zilla= 県) 病院。ガヤ市には○総合病院、○出産や婦人病の女性病院、○結核、HIV、ハンセン氏病に対応する結核病院の公立病院がある。
- À 三次レベルに州立病院。

○ PHC を取り巻く最近の状況

- À 村人は一般に政府病院は役に立たない、と思っている。
- À その一つの理由は、PHC にいる医師や看護師は必要な薬しか処方しないが、パザールの薬局はもっと多くの薬を進めるので村人は安心する。
- À ASHA for Anti-natal Care という無償の女性ヘルス・ワーカーが各村に 1~2 名いて、村人と PHC を結びつける役割を果たしている。特に妊婦の PHC での出産や避妊手術を勧め、そのケースごとに報酬が出る。
- À さらに PHC で出産すれば「出産証明書」が出る。
- À ASHA の上で 2~3 の村を担当する看護師も存在し、

妊婦の破傷風注射や鉄剤投与。
 Å ASHA は、DOT プログラムで結核患者の確実な薬剤服用も担当。

○医療保健について

Å (JICA 上原の言う) Rastra Shwasta Bima Yojuna (RSBY= 国民健康保険プログラム) は聞いたことなし。

Å 一般に保険には、以下の二つがある。
 ○ LIC=Life Insurance Corporation= 政府の生命保険会社：役人や富裕層向け生命保険
 ○ GIC=General Insurance Corporation= 政府の総合保険会社

Å 一GIC は、生保以外つまり車両や農業などあらゆる損害保険を扱っており、この一つのスキームとしてモディ首相が、一年 12Rs. の掛金で死亡時

20 万 Rs. の事故保険を発表。

○貧困層に治療費 3 万 Rs. を保証するヘルスカード

Å BPL(Below Poverty Line= 貧困ライン以下の貧困層) カード保持者には、3 年前から Health Card(健康カード) が支給され、年 3 万 Rs. まで指定医療機関での治療費に使うことが出来る。しかし指定機関の数は少なく、ブッダガヤには一か所、全科目も揃ってない。アーシュラムのマダンは BPL だが、それを持っていない。仮に持っていたとしても、脳溢血で運び込んだバクrouル村のホメオパシー診療所では使えない。

b-2：ガヤ県 Mr. マダンの脳溢血に関するインタビュー記録

日時：平成 27 年 8 月 23 日水曜日午後 3 時 ~3 時
 半場所：ビハール州ガヤ県ブッダガヤ町のサマンバヤ・アーシュラム敷地内

記録：8 月 25 日大橋正明

関係：本人が長年牛飼いと勤務する現地 NGO のサマンバヤ・アーシュラム設置のバグガ・スクールの卒業生。そこに大橋が 74 年 10 月から半年滞在しかつその後も継続的に関わったことで、本人との関係が確立。

情報：52 歳前後、2 人の男児 3 人の女兒の父で全員婚姻済。ブイヤーンという SC。

○脳溢血の発症と治療

Å 15 年 4 月 15 日、アーシュラム内で行われた三女 Sobha の結婚式最中に脳溢血で倒れる。

Å 周辺の人がすぐ近くのバクrouル (Bakrou) 村のアユルベーダの医師 Dr.Rabindra Kumar Mishra の診療所に運び、経口投薬と注射の治療を受けた。その時点で上の血圧は 280 だった。

Å 治療後すぐに結婚式に戻った。朦朧としていたが。

Å 発症後短時間でアーユルで治療開始のため軽症で済んだ。左半身に軽いしびれと脱力感。跳梁が遅れたり西洋医療なら後遺症は大きかったはず。アーユルの方が好いことは、この近所の人はみんな知っている。

Å その後 3-4 か月間、蜂蜜に混ぜて朝晩服薬の必要。
 Å 倒れた日の治療費は 1100Rs. (2200 円)。その後は 10 日分で 900Rs.、月に 3 千 Rs。

Å 治療費は全額自己負担。保険無し、アーシュラムの支援なし。但し代わりに配偶者を夕食掛かりに採用してくれている。

Å アーシュラムの月給は 3900Rs.、但し食事代として 3 百 Rs. 引かれる。今は無給で、配偶者の月給はより少ない。肉やダール禁止なので牛乳購入にお金がかかる。

○以前の結核治療

Å バグガ・スクールに在学中結核発症。ガヤ市にあるゴルパタル政府病院にドワルコ氏が入院させてくれた。15 日間入院。退院後一週間服薬で終わり。

○家族の治療

Å 風邪などはバザールの薬局。

Å PHC はバラチャティ町にむかしからある。娘の出産はそこで。

Å PHC に行くのは ORS が必要な嘔吐の場合のみ。薬タダだがスタッフ不在気味であまり行かない。

b-3：ガヤ県ゴバルケラ村の Mrs. クリシュナインタビュー記録

日時：15 年 8 月 24 日木曜日午前 11 時 ~12 時

時場所：ビハール州ガヤ県モハンプル郡 (Block)

ゴバルケラ村
 記録：8 月 25 日大橋正明

関係：隣接するサマンバヤ・アーシュラム設置のバグガ・スクールの卒業生。そこに大橋が 74 年 10 月から半年滞在しかつその後も継続的に関わったことで、本人や同じ卒業生の夫との関係が確立。

情報：55 歳前後。子供二人は成人。ブイヤーンという SC。

○村に巡回する医療班

Å 1 人の女性を含めた 4 人の医者からなる政府のチームが月二回、この村を訪問する。(後で情報を総合すると、ブッダガヤにあるフランス人のチベット僧がトップの NGO あるいは民間医療機関 Sechen Clinic が政府を支援し、毎回三人のパラメディックスを送っている可能性が高いことが判明。恐らく MD は政府の 1 人のみ)

- Á 毎回この村から 30~35 人、周辺の村からを合わせて 90~100 人が受診。
- Á 場所は、クリシュナ自宅のアンガンワリー。本人はそこで長年保母を務め、この村の子供の情報を保持している。時間は朝 10 時から 16 時。昼食を持参。
- Á 2008 年から継続。このチームは他の 5 つの村も毎週訪問。
- Á 初回の登録時に、10 歳以下の子供は 5 ルピー、60 歳以下の大人は 25Rs. が必要。老人は無料。
- Á ブダガヤで生産された医薬品が無償で提供される。バザールから購入しないように求められる。
- Á 全科目を見てくれる。歯痛の場合歯痛止め。
- クリシュナ本人の今の病気と治療
 - Á 10 間ほど、熱がある。時期が合わず、上記の医療班の世話になっていない。
 - Á バザールの医者 (MD ではなく、薬屋かホメオパシーなどの医師と思われる) 三軒から投薬してもらったが快癒しない。最初の店で 80Rs. 、次が 70Rs. 、最後が 140Rs. 。
 - Á (居合わせた同じ村の同じ SC の 60 才程の Mr. Nanhak Mandal) 月二回だと便利でないので、通常の病気はバザールの薬屋で治療を受ける。
- モハンブールの PHC の利用
 - Á 軽い病気ならバザールで済ませる。
 - Á 急病、結核、婦人病、家族計画 (手術を受ける) 800Rs. 貰える) だと PHC に行く。
 - Á モハンブールまで 6~7^{km}。乗り合わせのテンポとバスを使う。政府病院があるより大きなバラチャティ町までも同様な距離。
 - Á 重篤だと自分で判断して県都ガヤ市あるいは州都パトナ市の病院に行く。但しそこでは自分の医薬品を購入する必要があるため、自分自身は重篤でも行くつもりがない。
- PHC について
 - Á 存在は、93 年にアンガンワリーを始めてすぐに知った。しかし設備や薬は何もなかった。
 - Á 今の PHC には、MD、24 時間出産サービス、主要な薬の配給、血液や尿の検査ができる。
 - Á しかしレントゲンはない
 - Á 登録時に 1Rs. を払うだけ。
- 脳溢血の場合
 - Á モハンブールの PHC に連れて行く。そこからバラハティ町の病院に紹介される。しかし政府病院は無視されがちなので、金はかかるがサービスの良い市立病院が好き。
 - Á (同窓のマダンのように) アーユルベーダの診療所に連れて行くことはしない。
- 本人の BPL カード
 - Á BPL カードを持っているので、3 万 Rs. まで指定病院で治療を受けられる Swast/Health Card があるが使っていない。「もう切れている」とも言わなかった (上のカーストの) ヤダブやカハールの人たちが多く使っている。
- 村の医療状況の変化
 - Á 子供の頃はバグスクールに医療班が来たので何の心配もなかった。今は良くなっている。
- 村の世帯構成
 - Á バラモン / ティワリ 1 世帯、ヤダブ 6~7 世帯、カハール 90 世帯、パーシー 6 世帯、チャマル / ラビダーシー 15 世帯、ブイヤーン 160 世帯、ロハール / 鍛冶屋 1 世帯。
- 伝統医療の利用
 - Á 英国 / 外国医療で快癒するで、自分は使わない
 - Á アーユルベーダの医師が週一回、同じ村の小学校で巡回診療に来ている。学校の位置から、周辺の (牛飼いで OBC の) ヤダブカーストの人や周辺村の人が受診。 (この後そこを訪問。チベット仏教を信奉する欧米人の NGO がアーユルの医師、PT、薬剤師などのチームを派遣していた)
- 予防注射
 - Á アンガンワリーに村の全子供の記録があり、そこで実施。
 - Á Rastra Bal Swathaya Karyakaram(RBSK) は、聞いたことがない。
- 村の疾病状況
 - Á 結核患者は多く死んで少なくなった。レプロは 2 人居たが死去で今はなし。エイズもなし。
 - Á 虫歯は村で治療。抜歯はガヤ市に行く。

c. 西ベンガル州

c-1: 西ベンガル州南部河口近くの村のイスラーム教徒の女性たちの医療行動

日時: 平成 27 年 8 月 30 日 日曜日 午後 12 時 45 分 ~14

時場所: 西ベンガル州南 24 パルグナ県 Namkhana 郡 (block),

Mousumi 行政村, Baliara

村記録: 9 月 10 日 大橋正明

関係: Kallol Ghosh がリーダーの現地 NGO の Human Development Ctr のプロジェクトの一つである巡回医療の船が回る対岸の Mousumi 島に、90 分ほどかけてその船で渡り、島の中心部まで歩き、その民家に集合してくれた 15~20 人ほどのイスラーム教徒の中年女性たちにインタビューした。

情報: 女性たちは当初十数人。私たちが来たことを聞きつけ、一か月ほど前の堤防決壊で水没した道などを超えてさらに十人ほどが次第に集合。ただしゃべる人は一部のリーダーと、居合わせた男性 Sheikh Abudul Mabad(リキシャ引き、8 年生) に限られた。

○出産

現在出産の 8 割は、川を渡るので自宅から 5~6 時間ほど掛かる Dwariknagar の公立病院で。そこは出産前から入院できるので便利。この傾向は四年ほど前から。(実際は自宅で 6 割 病院は 4 割程度) そこに助産師や MD がいるが、帝王切開など緊急対応は、さらに遠い Kakdwip の Sub-division の病院に

病院で出産すると、費用が無料だけでなく、1000Rs. (2000 円) が貰える。ASHA ももらえずはすが詳細は知らない。

病院で出産すると、そこから出産証明書が貰える。自宅出産だと、行政村から入手する必要がある。

20% 程度 (実際は 6 割) だが、健康なら自宅で

TBA 立会いのお産も。

ASHA は 10 年ほど前から四人いる。Tolly(Para) に一人なので、この行政村には 16 人オア ASHA がいる。

TBA(DAI) は、政府がトレーニングしたが大した内容ではない。

○初期治療

村には 30 年前から PHC があり MD もいたが、混乱があって 7~8 年前から閉めている。

この Balira 村には村の医師が 5~7 名いるが、訓練だけで正規の MBBS ではない。きずの縫合をするが上手くない。この他にホメオパシーの医師 2 人がいる。

梗塞の場合ホメオは役立たない。病院に連れてい

く。

病院は出産と同じ Dariknagar 病院。これは Block(郡)PHC である。そこまで川を渡るのに 90 分、さらに 6 キロ程で 90 分の合計三時間以上掛かる。

そこでベッド、食事、生理食塩水は無料だが、医薬品は購入する必要あり。

○予防注射

Nurse センターと呼ばれる看護師が週一回四時間だけ来る PHC のサブセンターで受ける。

ASHA が、乳幼児の接種時期を教えてくれる。母子とも接種受ける。(注射、特にポリオを不妊と疑うムスリムがいる

このセンターには訪れる母子全員のヘルスカードがあり、かつ幼児の体重測定なども行う。

この村には Anganwari(保育所?) が一つあり、朝 7 ~ 9 時、20~30 人の子供を預かるが、(ビハール州のように) ASYA や予防接種には関わっていない。

Anganwari はキチュリーセンターと呼ばれ、週 6 日 100 人ほどの母子が昼に雑炊を食べに行く(恐らく妊娠中及び五歳以下の母子) 実際は質が低く、それほど来ない。

CDPO for Block が、予算限りで、質よくない。

○疾病状況

梗塞、下痢、ガンが多い。(TB も今も多い)

下痢の場合、村の医師から ORS。それでダメなら病院へ。子供も老人も罹患。

村の医師は抗生物質を販売しているが質悪く値段が高い。

TB やレプロは少しある (トラウマのせい、多くを語らず)

皮膚の白線病も多い。このせいで離婚された妻もいる。MD の治療が必要。

婦人病は、村のホメオや医師は対応できず、Kakdwip の Sub-Division 病院で対応だが、大変遠い。

○公立病院の状況

治療は受けられるが待ち時間が長く、診断は短時間。薬も外からの購入が必要。

外来で行くと、ほぼ全員の患者がその医師の個人クリニックで受信するように言われる。

個人クリニックは、診療一回 2 百 Rs. (4 百円)。この他に薬購入が必要。有名な MD だともっと高い。

○十年前の状況

大きくは変わらないが、予防注射はヘルスカードはなかった。

À ただしマラリアの薬が
外部から来るようになったÀ
10 年ほど前から洪水が
毎年来るようになった。

○村の状況

À 2 千世帯、1~1.2 万人。
À ヒンドゥー 60%、ムスリム 40%。
À 日雇い労働の賃金は一日 250Rs 。

飲み水は手押しポンプ。トイレはある