

東インド 2 州の周縁部における公的保健制度と人々の行動
～理想と現実、そのギャップを埋める施策について～

17 年 3 月 5 日

聖心女子大学 大橋正明(聖心女子大学)

1. 本研究の目的と背景

本研究では、独立時制定の憲法で福祉国家であることを宣言し、イギリスと同様に公務員による公的保健サービスの無償提供を行ってきたインドを対象に取り上げ、特にその東インドの二つの州、ビハール州と西ベンガル州の農村部とスラムの住民にとって、どのような役割を果たしているのか、逆に貧しい人々や富裕な人たちが、どのようにそれを捉えて医療行動しているのかを、住民や保健医療関係者への聞き取りを主な手法とするフィールド調査でまとめたものである。

日本政府の主張もあって SGDs の中に盛り込まれた UHC(Universal Health Coverage= 普遍主義的医療制度)は、冒頭に述べたようにインドの建国以来の方針の中に盛り込まれているので、UHC 実現のために改めて新施策の実施を行うとは考えにくい。

しかし 1990 年の経済開放以降、中国に続いて安定的な行動経済成長を果たし、新興国 BRICS の一つとして国際場裏で大きな存在感を示しているインドであるが、その人間開発指数(HDI)の順位は 2015 年で 188 か国中 130 位、BRICS 諸国の中ではロシアが最上位で 50 位、それにブラジルと中国が続き、南アフリカが 116 位で、インドは最下位である。同様な社会経済状態にある南アジアのバングラデシュ、ネパール、スリランカはインドより少々後ろの 140 番台であることから、インドの人間開発のスピードは経済成長のそれに比べてあまりにも遅い。最近のインドの急速な経済成長と教育改善を考慮すると、この遅れの一歩の理由は、保健分野に求めざるを得ない。実際同じ年の出生時平均余命は、BRICS でも南アジアでも、南アフリカを除いてインドが最短である。

インドの首都であるデリーの貧困層が不十分な公的保健サービスに対して行動を起こさない理由を調査したグプタとプシュカールは、容易にしかし質が強く疑われる民間の医療サービスにアクセスできること、コストや性別や階級などの違いがコミュニティの団結を阻害していること、そして何よりも大きな理由として、行動を起こしても社会サービスを担当するや役人や議員は大した反応を示さないことを経験的に知っていることの三点を挙げている (Gupta & Pushkar, pp.viii-ix)。

中央政府と州政府、そして Pachayati Raj Institutions(PRIs)と呼ばれる三層の地方政府(県、郡、行政村)で行われるそれぞれ行われる選挙に示される世界最大の民主主義制度や、憲法等に保障された国民の諸権利、特に本論においては医療保健サービスに対するそれは、支配者側の官僚主義や怠慢、あるいは腐敗などによって容易に実現していない事が窺い知れる。これは、建前と現実のギャップとも表現できよう。

こうした状況の中で、東インドの二つの州の県レベル以下、特に末端の農村の民衆レベルでどのように普遍的な公的医療がどこまで実現しているのか、また十分実現してない場

合には、その状況と主要な阻害要因を分析し論じることは、大海への一滴ではあるが、日本でのこうした類の研究は少ないために意義は大きいと考えられる。

2. インドの保健医療に関する基本的必須情報

2-1. 連邦国家と社会制度

人口 13 億人を抱えるインドは連邦国家であり、インドを構成する各州はインド中央政府の定めに従いながらも、社会制度においてある程度の独自性を持つことができる。例えば中央政府は、2010 年に私立の医療施設を統括する「2010 年医療施設法」を制定し、ビハール州は早々と 12 年にそれに受け入れたが、西ベンガル州はそうしなかった。しかし、17 年 2 月に私立病院の医療費問題で患者が死亡した事件が起きた直後の 3 月に「2017 年西ベンガル医療施設法」を上程している。

それゆえ隣接するこれらの二州の公的保健制度も、相当程度共通しているものの、いくつかの違いが存在している。本論の後に位置する西ベンガル州の報告は、重複を避けて違いの部分を中心にまとめた。

なお州以下の地方行政制度は、この二州の場合呼び名に多少の差があるが、基本的には、州 県 準県 郡(Block,基本的には警察署 = Thana と同一) 行政村(Gram Panchayat)であり、このうち州、県、郡、行政村に民選議会がおかれ、特に県 郡 行政村の地方政府組織は、パンチャーヤット政府組織 (Panchayati Raj Institutions=PRIs) と呼ばれ、分権化の主要な対象にされてきた。医療保健分野でも、県、郡、行政村が重要な役割を果たしている。

2-2. インドにある諸療法

日本に漢方や骨接ぎといった伝統的民間療法が存在するように、インドにもいくつか存在している。

一般の西洋療法は、症状を抑えることを目的にしているがゆえに逆症療法(allopathy=アローパシー)とも呼ばれている。本論が対象とする政府の一般病院やその下の PHC(Primary Health Center=一次医療センター)では、MBBS(Bachelor of Medicine, Bachelor of Surgery) ドクターと呼ばれる専門分野を持たない総合医師が大きな役割を担っている。この下に、病院や PHC(Primary Health Center)で活躍する GNM (General Nurse & Midwife) と呼ばれる正看護師・助産師、PHC とそれ以下のフィールドで活躍する ANM と呼ばれる準看護師・助産師、施設分娩や予防注射、服薬などの指導にあたる非医療職の ASHA(詳しくは後述)が重要な役割を果たしている。

興味深いことに、2014 年に二度目の政権に就いた BJP(Bharat Jatiya Party=インド人民党) のモディ 政権は、インドの伝統的療法の地位を高めるために、Ayurveda(アーユルベータ), Yoga(ヨーガ), Unani (ユナニ), Siddha(シッダ), Homeopathy(ホメオパシー)の頭文字からなる AYUSH 省を保健省の局から分離格上げして創設した。

これらのうち、一般に女性や子供、あるいは慢性病患者が好むのが、おそらく最も安価に手軽にバザールで利用できる同毒療法(ホメオパシー)である。これは、起きている症状を引き起こす同じ「毒」を少量処方する療法で、長期的な体質改善を目指す。これに対して高血圧や糖尿病といった生活習慣病患者は、ヒンドゥー教の伝統的療法である薬草類からの薬を使ったアーユルベータが好まれる。この療法には、毒蛇の咬傷への対応といった

急性期医療も含まれている。これとよく似たヒンドゥー教の療法だが、ドラビダ語系諸民族が主な人口を占めるタミール州などの南インドで盛んなのがシッディ療法である。同様にイスラーム教の療法が、元はギリシャ医学でアラブ化された Unani(ユナニ)である。これらにヨーガを加えたところに、ヒンドゥー至上主義を掲げる BJP の意図が伺える。

インド政府としては、これらの AYUSH 医師たちを MBBS 医師に準ずるものとして、徐々に公的な医療制度に組み込むことを試みている。例えば、ビハール州では病院に AYUSH の医師が複数配属され、患者がその治療を受けることで長生きするか、癌などの苦痛が軽減されないか、といった調査が行われている。

2 - 3 . 公立病院の治療費負担の実態

冒頭に述べたようにインドでは公立病院では原則治療費は薬代を含めて無料だが、医薬品は不足がちでまた品数も限られている。このため多くの患者は、必要とする医薬品をバザールの薬局から自費で購入している。

また公立病院の医師の多くは、その近所に自分の診療所を開設している場合が多く、病院に来た患者を自分の診療所で診察・治療しているか、事情の分かっている患者はその診療所を直接訪れる。こうした自分の診察室を開設することは日本では専門義務違反になるが、インドではその義務が強くは存在していない。

図 - 1 : インドの州別地図



(出 典 : http://yamao.lolipop.jp/chiri/is-indstate_s.htm)

3．ビハール州の県以下の公的保健制度と実態

3-1．ビハール州の基礎情報

コルカタ市とベナレス市の間位置し、真ん中にガンジス河が流れ、北をネパールに接する仏教遺跡が集中するビハール州は、面積は日本の四分の一だが、人口は大よそ 9 千万人なので、一つの国と言ってもよいサイズである。行政的には 38 県に分かれ、州都はガンジス河に接するパトナ市である。

ほとんどの社会経済指標からみて、インドで最も経済及び社会の開発が遅れた貧しい州である。この遅れの原因を簡潔に述べることは不可能だが、農業以外の目立った産業がなく、デリー市やコルカタ市への出稼ぎ者の供給源であること、カーストや宗教によるコミュニティの分断が大きいこと、政治的にはカーストの影響がしばらく前まで強く及んでいたことなどがあげられる。その意味で、本州の保健医療を改善することには大きな意義があると言えよう。

現在の州政権は、インドの与野政党 BJP と対抗するニティーシュ・クマールを州首相とする地域政党の連合体によって担われている。そのせいか、ここ数年は目覚ましい経済成長を見せており今後の変化が期待される。

3-2．ガヤ県：調査対象フィールドとその選定理由

ビハール州ではその最南部ガヤ 県の都市近郊、仏陀が紀元前 500 年頃に悟りを得た聖地として世界中から仏教巡礼者が訪れるブッダガヤのあるブッダガヤ郡と、都市部から数十キロ離れているが GT ロードというインドを東西に貫通する主要幹線道路に面した農村部のバラチャティ郡を主な対象とした。

調査者が、これらの両地域に 1974 年に長期滞在して以来、毎年のように訪問しているので知己が多いことが選択の理由である。こうしたフィールドの人々との信頼関係を持つ人の助けを抜きに、突然来訪する外国人の調査者に適切な回答が得られることが少ないのは当然である。

この調査においては、古くからの友人であるホメオパシーの医師がアシスタントして協力してくれ、調査者のヒンディー語での質問を、再度この農村地域の方言で翻訳する形で村での聞き取りが行われた。また同様に、彼のネットワークを活用することで、公務委員である PHC 関係者への聞き取りが容易となった。また別な友人である元州議会議員の仲介で、ガヤ県の行政トップへのインタビューも可能となった。

3-3．ガヤ県における公的保健体制

ビハール州政府は、ガヤ県の県都に州立医科大学病院と特定疾患の専門病院を別格のトップ置き、県一般病院、県を二分する準県(Sub-Division)の二つの一般病院、そして 24 ある行政末端の郡 (Block) レベルに公立第一次病院として人口 10 万前後を担当する 38 の PHC (Primary Health Center) を置き、その下に 5 千人の人口を担当する 469 の HSC(Health Sub-Center = 保健サブセンター)、という体制である。加えてビハール州の特徴として、大きな郡では PHC 出張所(Additional PHC)を 46 か所開設し、全住民に対して医療保健サービスを原則無償で提供する体制としている。

人員配置から見ると準県病院にはそれほど力点が置かれず、2 名の MBBS 医師、1 名の

AYUSH 医師、数名の正及び準の看護師・助産師（GNM & ANM）、薬剤師などを配置しているが、卵管結紮を除く手術は行われない。

対照的に末端の PHC にはスタッフが重点的に置かれ、分娩や急病人に対する 24 時間サービス提供体制がとられている。人員配置は、MBBS 医師が二名以上（うち一名が病院長 Medical Officer）、婦人科医 1 名、AYUSH 医師 1 名、GNM(正看護師・助産師 = General Nurse & Midwife)、ANM(準看護師・助産師 = Auxiliary Nurse & Midwife)、薬剤師、放射線技師（ただし委嘱）、検査技師、処方助手（dresser）、郡保健マネージャーなどである。分娩に関わる業務の多くは、なおこの PHC は、より病床数が多く手術室を設けた CHC(Community Health Center)に順次格上げされる予定で、調査時点で 38 の PHC のうち、14 が CHC に昇格していた。間もなく CHC に昇格予定のバラチャティ PHC の人員体制は、以下の表 1 の通りである。

表 1：ビハール州ガヤ県バラチャティ PHC の人員配置表

職名	PHC		CHC 昇格後の定員	Ref.
	Assigned 定員	Actual 実人数		
MBBS	3	2	6	Gynecologist, Pediatrician, Surgeon and 3 general
Dentist	1	1	1	
Staff Nurse/GNM	2	0	4	A-Grade Nurse = BSC Nurse = 学位看護師 and GNM=General Nurse & Midwife 正看護師兼助産師
ANM	2	2	4	準看護師兼助産師
Pharmacist	1	1	1	
Dresser	1	0	2	
Block Health Manager	1	1	1	データ入力等
Block Community Manager	1	0	1	フィールドの HSC など担当
Lab-Technician	1	1	1	

PHC での分娩は、婦人科医や正看護師・助産師、準看護師・助産師が対応することになっているが、実際の仕事の多くは、ビハール州特有の無給の MAMTA(ヒンディー語で「愛」と呼ばれる女性によって担われている。この PHC には三人の MAMTA がおり、24 時間を三人でカバーしている。この PHC では、毎日平均 6 人程の出産がなされ、-出産一件で政府から MAMTA に支払われるインセンティブが 100Rs.なので一日 6 例で 600Rs、月 30 日としてそれを 3 人で割ると、月額報酬が 6000Rs.(11000 円程)で、後述の ASHA の二倍以上を受け取っている。聞くところによるとこの MAMTA の多くは、同州の指定カーस्टで皮革が伝統職業のチャーマルの女性たちで、伝統的産婆 (TBA, 現地語で Dai) の多くはこの人たちであった。それゆえ MAMTA は、伝統的産婆のある意味での発展形態と言えるかもしれない。

また末端の HSC には、予防注射や初期治療などを行う ANM1~2 名と、その死体後に詳しく述べる ASHA が数名配置され、ここが住民への日常的な窓口となっている。

3 - 4 . ガヤ県における民間医療サービス体制

ほとんどの村には、自宅で開業している西洋医学の無資格医がいて、一般的な治療や縫合、注射などを自宅か往診で行っているが、面談した無資格医は分娩は行わないものの、

2.5 ヶ月までの中絶は投薬する、と答えていた。費用が一番安く場合でも一回百ルピー(150円)程度である。

またそれよりは数は少ないが、多くの村にはオージャやバガバットと呼ばれる呪術師がいて、簡単な病気に対する息の吹きかけ（フーと呼ばれる）から、本格的な祈禱を通じた精神疾患(悪霊の憑依)や不妊治療などにあたっている。村人の多くは、このことを迷信だと思ふところがあつて、明示的に語りたがらないが、本調査では呪術師に面談できた。

数村ごとにあるバザールと呼ばれる小さな商店街では、曜日ごとの市が立つほか常設の商店が立ち並ぶ。そのうちの数軒は必ず薬屋で、村人たちからの相談に応じて聴診器や血圧計などで診断し、医薬品を売りつけている。こうした薬屋で働く人たちも、公式な薬剤師ではなく、薬屋の店員経験者が多い。

そして PHC が置かれるような町になると、PHC の医師、著名な無資格医、ホメオパシーの医師らの診療室あるいはクリニックが複数存在する。アーユルベエダも時に見られるが、その数は少ない。ブダガヤ PHC の院長も、町に複数の診察室を開業していた。

さらに大きな町や県都であるガヤ市やその周辺になると、MBBS や他の専門医が勤務する大きくてきれいに見える私立病院（Nursing Home と名乗る場合もある）がいくつも見られるし、個人クリニックも多い。その上には私立の医科大学病院がありうるが、執筆段階でガヤ県には存在しない。

ちなみにガヤ県ブダガヤ郡のブダガヤの町には、宗教系 NGO のクリニックが複数存在し、それらはまた医療車で村々を巡回して、ほぼ無償に近く医療を提供している。しかしその努力にもかかわらず、その恩恵に預かれるものの数は決して多くはない。

3 - 5 . 治療における公立病院への強い不信と民間への依存

今回の調査で一番驚かされたことは、貧しい人から富裕層まで公立病院で治療を受けることをできる限り避ける傾向が大変強いことである。その理由として異口同音に語るのは、公立病院での医師らによる患者の扱い方の非人間性、長い待ち時間、そして医薬品の不足である。

遠隔地に暮らす貧しい住民のほとんども、無料で診療が受けられる PHC に行くより、百～数百タカ支払う村の無資格医かバザールの薬局を頼りにしていた。呪術師を訪れている場合も少なくないが、医師・薬局と較べてどちらが先なのかは不明であった。こうした人々の大半は十分な休みが取れないので短期間の治療を好み、それゆえ抗生物質などを短期集中で服用することが多い。このことは、他方で耐性菌の増加という問題をもたらしている。いずれにせよ、ある程度の好景気がボトムまで行き渡っており、金がないから治療が受けられない、といった状態は今や恐らく大変限られた状況にあると、ガヤ県では感じられた。

ちなみに、ブダガヤ周辺では宗教系のクリニックが貧困層のために存在するが、適正投薬を守るために利用者が偏る傾向がある。

ある程度教育を受けた中間層の場合も同様で、名声のある無資格医や公立病院の MBBS 医師の個人診察室、ホメオパシーの診察室を利用するのが一般的で、数百ルピーから千ルピーほどを負担している。

富裕層になると、大きな町やその周辺の私立病院か公立病院の医師の診察室を利用し、一回に千ルピー（1500円）以上の金額を費やしている。

3 - 6 . 施設分娩の急増の背景としての手当支給とアーシャーの役割

病人や怪我人には不人気の公立病院だが、特に出産と予防接種などに関しては PHC が大変大きな役割を果たしている。分娩に関しては、ほぼ 100%近くが PHC などでの施設分娩になっている。この 10 年間ほどの特に分娩に関する変化は、以下に挙げる理由によるものと強く推定されるが、その背景にはインド政府が MDGs の保健関係ゴールを意識した可能性がある。

- A. PHC(あるいはその下のセンター)での分娩に対する産婦への奨励金提供 (1200 ルピー)
- B. 出産時の自宅から PHC、あるいは PHC から上位病院への移動の無償化(救急車の提供)
- C. PHC 分娩に伴う出産証明書の自動的交付
- D. 住民 1000 人を担当する ASHA(ヒンディー語などで「希望」の意味)という非医療職職員によるモニタリングとケア

本論では、バラチャティ PHC のある ASHA の話を引用することで ASHA の説明に代えよう。このような有効な方法を誰がいつどのように編み出したのかは、今後の研究に値しよう。

- 10 年前の 2006 年から ASHA を務める。バザールの店でその募集を知り、同じ村から三人応募して合格。自分の学歴は 10 年生卒業。
- 受け持ちの村は 265 世帯で人口は 1638 人。予防接種率は 100%。施設分娩も 100%。
- その村は PHC のすぐ近くなので、ほぼ毎日 PHC に来る。今日も出産で一人連れてきた。
- 固定給はないが、月の収入(インセンティブ)は 3 千ルピー程度。出産が 3 ~ 4 例×600 ルピー=1800 ~ 2400、予防接種は受け持ちの子ども接種 100%で 200 ルピー、女性の不妊手術 1 ~ 2 例×200 ルピー=200~400 ルピー。ただ出産の手伝いを行う Mamta の収入は、ASHA の二倍以上。
(参考：非熟練日雇い労働者の日給は 250 ルピー、熟練は 500 ルピー)
- 結核患者に、DOT 治療として四か月間毎日目前で服用させ、完了したら 500 ルピー。本人も 08 年に一例を経験だが、それ以外はない。
- ASHA のトレーニングは、初めに 14 日間、次に一週間程度のものが何度が行われる。

4．西ベンガル州の県以下の公的保健制度と実態

以下では、ビハール州と異なることだけを述べることに留め、重複を避ける。

4-1．西ベンガル州の基礎情報

1947年にインドとパキスタンが分離独立するまで、この西ベンガル州とバングラデシュは一つのベンガル州であった。つまり今のバングラデシュ(分離独立当時は東パキスタン)はこの西のベンガル州に対する東のベンガル州であった。このベンガルでは、インド亜大陸で最も早くイギリスによる植民地化が進み、同時に独立に向けた民族運動の中心地だった。

現在西ベンガル州は、文化の都とも称されるコルカタ市を州都としている。大きさはビハール州より一回り小さいが、ほぼ同様な人口を擁している。地理的には、東にバングラデシュ、西にビハール州とそれから分離したジャールカンド州、南にサイクロン(台風)で知られるベンガル湾とオディッシャ州に囲まれている。

西ベンガル州では、独立後から数年前まで共産党が一貫して政権を保持してきたが、その官僚主義的体質や労働組合の強さの故か、同じ共産党州政権だった、そして開発学ではしばしば社会開発のモデルと言われるインドのケララ州ほどの発展をするには至っていない。経済的には、グジュラート州やパンジャブ州、マハラシュトラ州などの先進州に劣るが、ビハール州やオディッシャ州などの貧困州からは外れている。

現在の州政権は、ママタ・パナジー州首相を筆頭とする地方政党が握っており、前の共産党政権と比べてより高い人気を得ている。

4-2．南 24 パルグナ県：調査対象フィールドとその選定理由

ビハール州では筆者の個人的知己の個人的ネットワークを活用したが、西ベンガル州ではこの県の地元の保健や福祉に取り組む SUK(Samaj Unnayan Kendra=社会発展センター)に受け入れを依頼し、その活動地である南 24 パルグナ県の島が多いシュンドルボン地域、特に障がい者への支援、病院船の定期派遣などを行っているナムカーナー(Namkhana)郡のモウサミー(Mousami)で村落レベルの調査を行い、郡内及び県内で追加的調査を行った。県の公的保健関係者とのつながりが強い NGO のため、公立病院長や職員、県の幹部から話を聞くことができた。

またその SUK の紹介で、PRAYAS というスラムで活動する別な NGO を訪問することができた。その団体の案内で、コルカタ市に隣接するハウラー県に属する二つの都市スラム、線路沿いで鉄道省の土地にあるティッカ・パラ(Tikka Para)のスラムと、都市廃棄物の蓄積場所に隣接するベルガチア(Belgachia)のスラムで、人々と医療に関する状況に触れることができたことは幸甚であった。

4-3．南 24 パルグナ県における公的保健体制

基本的には、ビハール州と同じであるが、以下の 4 点において大きく異なっていることが本調査で判明した、

A. 末端部により手厚い西ベンガル州

ビハール州ガヤ県では郡に PHC(将来的には CHC)を置き、各 PHC の下に 10 ほどの HSC を行政村に置いているが、西ベンガル州では PHC は郡レベルではなく、行政村レベルに置

き、末端部に一層手厚い体制を構築している。具体的には、西ベンガル州では郡にかつて BPHC(Block PHC)と呼ばれ、現在では 75 床を有する郡農村病院(Block Rural Hospital)という名称の病院が置かれ、その下の行政村に PHC を配置し、さらにその下の自然村の多くに PHC のサブセンターを 1 ~ 2 配置しているからだ。

例えばナムカーナー郡では、ドワリカル(Dwarikar)に郡農村病院(Block Rural Hospital)があり、その傘下の 7 行政村のうち 4 つに PHC を配している。残り 3 つの行政村は、他の PHC にアクセスが比較的良いのでない、との説明が郡農村病院からなされた。また 4 つの村からなる同郡モウサミ行政村には、ここ 1 つの PHC と郡農村病院に直属する 5 つのサブセンターがある。そしてビハール州と同様に、末端のセンターには ANM と ASHA が配置されている。ただモウサミ行政村の PHC は、しばらく前にもめ事が起きて以来医師が来なくなり、実質上閉鎖状態に近い。

B. 県や郡の議会の議員が病院に関与

西ベンガル州では 2000 年代の分権化と参加を目指した医療制度改革で、県病院や郡農村病院の運営には県議会や行政村の議会の議員が関わるようになってきている (Ghosh, pp.48~51) 。Ghosh によるとこの改革は必ずしも良い結果だけを生んだわけではないが、それでも住民代表が病院体制に関わるようになってきている点は、一歩進んでいる、といえよう。

C. RBSK(Rashtriya Bal Swasthya Karyakram = 国家子ども保健計画)の不在か実施の遅れ

この二州で 13 年から始まっている BRSK だが、ビハール州では 2 名の AYUSH 医師、1 名の準看護師・助産師、1 名の薬剤師、一名の運転手と四輪駆動車を一チームとする 2 チームが各 PHC に配属させ、その管内にあるすべての 0~5 歳児の幼児保育施設 (Anganwali) と、6~18 歳の公立学校の生徒の健康診断と必要な治療を行うことになっている。しかし西ベンガル州では、今回郡農村病院や PHC で見る限りそういったチームが存在していない。

D. 行政村のクリニックの存在

今回調査を実施したナムカーナー郡モウサミ行政村には、行政村自体の無償診察室が開設され、ホメオパシーの医師が治療に当たっていた。これはビハール州では見たことがない。ただしこの規模や範囲については、本調査では明確にはならなかった。

4 - 4 . 南 24 パルグナ県における民間医療体制

ナムカーナー郡は今回の調査で滞在したコルカタ市から南へ約 3 時間半ドライブした遠隔地にあり、今回の短期的な調査では十分把握できなかった。そこからさらに船で 2 時間近くかかるモウサミ行政村には、一軒の無資格医師があり、住民の多くが彼に頼っていたこと、そしてその彼が重篤な患者を郡農村病院に送っていることが確認できた。

4 - 5 . 治療における公立病院への薄い不信感、しかし民間への依存も。

3 章のビハール州では公立病院への不信感が強く避ける傾向が明確であったが、西ベンガル州でも本調査で見るとは、民間には依存しているが、公立病院への不信感は薄いこと

が明確になった。例えばナムカーナー郡モウサミ行政村では、島というロケーションで遠隔地であることも手伝い、村にいる HSC の ASHA による軽い病気への投薬や、行政村のホメオパシー医師の診察室と彼個人の診察室での治療、そして無資格医による治療だけが一時的治療の方法である。そしてそれらでは手に負えないときの選択肢も、船で二時間近くかかる郡の公立ディワルカル農村病院である、と多くの人が答えていた。ただ一例だけであるが、富裕層の彼女の家族は、公立病院ではなく町かコルカタ市の私立病院に行く、と答えていた。

なおコルカタ市周辺の二か所のスラムの住民の多くは、近所の薬局なりでの治療がうまくいかない場合に、ハウラー駅近くの公立病院に行くと言っていた。

4 - 6 . 施設分娩の普及と懸念点

PHC や郡農村病院での施設出産は、ビハール州同様にモウサミ行政村でも一般的になってきている。しかしこの住民の大変がイスラーム教徒であり、身内の女性を病院に連れて行って他人に暴露することの躊躇いがまだ残り、施設出産は 90%程度であると SUK のスタッフは答えていた。

一方より深刻なのは、ハウラー県の二つのスラムの住民である。どちらの住民も、90%がビハール州のある被差別カースト(Schedule Castes=指定カースト)の人たちであり、ほとんどが今なお自宅出産を行っていた。その一番の理由として考えられるのは、彼らの保持する身分証明書がビハール州政府のものであり、現住地の西ベンガル州の者でないことだ。このため施設分娩しても、奨励金を貰うことができないし、そもそも州政府にとっては見えない存在なので、ASHA を配置することもないからだ。

ただ不幸中の幸いなのは、こうした人々が公立の病院や学校を訪れても、同様に無償サービスを受けることができることだ。

身分証明書を西ベンガル州の者に変更することが、この人たちにとってどれほど困難なことなのかは、本調査は触れることができなかった。しかし施設分娩の 100%を目指すなら、行政担当者はこのことにもっと注意を払うべきであろう。

5. まとめと今後の課題

本調査では、インド政府はおそらく MDGs の保健関係のゴールを意識し、あるいは経済成長や教育状況の改善にマッチした保健状況の改善を意識して、10 年ほど前から、妊婦の施設分娩、幼児や児童生徒への予防注射の完全実施などを、郡レベルの郡農村病院や PHC、及サブセンターを軸に、奨励金の支給や無償輸送の提供、新たな働き手である ASHA の配置などを通じて、大きな改善を行っていることを二州の周縁部での調査を通じて確認した。

しかし公的医療については、ビハール州では人々はそれを信頼していないことが判明した。西ベンガル州では、改善の余地があるとはいえ人々は農村でも都市スラムでも公的医療にそれなりに信頼していた。とはいえ両州ともに民間医療に大きく依存しており、巨額な人々の金が質保証十分でないそれに使われていることから、社会的コストが以上に高くなっている可能性が十分にあるので、一層の改善が求められる。

以下は本調査では十分カバーできなかった点である。今後の課題として挙げておきたい。

1) RSBY(Rashtriya Swastha Bima Yojana = 国家健康保険計画)

本調査が十分意識しなかったせいかもしれないが、ビハールではまだ広まっていないが、西ベンガル州では広まりつつあるという印象を得た。貧困世帯カードがあれば、この RSBY に無償で加入でき、家族五人までが年間 3 万ルピー(5 万円)まで、公立病院にない医薬品の購入代やその他の医療費に使えるというこの制度は、UHC を実現するカギになる可能性を秘めている。この追跡調査も、意義深いものになる可能性が高い。

2) RBSK(Rashtriya Bal Swasthya Karyakram = 国家子ども保健計画)

この二州で 13 年から始まっている RBSK だが、前述のようにビハール州では目に見える動きがあるが、西ベンガル州ではそれほど動きがない。この現状調査を行う時期に来ていよう。

3) ビハールの HSC (Health Sub-Center) の実態

ANM と ASHA が配置されるこれは、西ベンガル州では(郡農村病院の)サブセンター、ビハール州では HSC(Health Sub-Center)と呼ばれている。本調査では、これらの実態について西ベンガル州ではある程度触れられたが、ビハール州では話を聞く程度にとどまったため、今後の課題としたい。

参考文献リスト

UNDP, 人間開発報告書 2015、ccc メディアハウス、東京、2016

Ghosh, Buddhadeb, Decentralizing Health Care Delivery System in West Bengal: A Review of the Recent Initiatives, the 1st chapter of Kumar, Girish edited "Health Sector Reforms in India", Monohar, New Delhi, 2009

Gupta, Madhvi & Pushkar, Democracy, Civil Society and Health in India, Palgrave macmillan, London, 2015

Department of Health and Family Welfare. The Health Sector Strategy 2004 – 2013,

Government of West Bengal,