

### 3. 分担研究報告：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困層の視点から）に関する研究

#### インドとバングラデシュにおける公的保健医療制度と医療保険を含めた費用負担 ～ 民営化が進む医療と貧困層の医療費負担の実相～

研究分担者 大橋正明 聖心女子大学グローバル共生研究所教授

#### 要旨

今年度は、インド東部の二つの州の農村や都市スラム周辺の貧困住民、医療機関関係者、医療保険関係者及び行政の担当者などを対象に医療保険に関するインタビュー調査を行った。また今回初調査のバングラデシュでは、同国政府のSDGsのUHCに向けた取り組みの枠組みを瞥見し、かつ首都近郊県の農村部と県庁所在地周辺で、医療体制と民衆の医療費負担に関する調査を文献や聞き取りを通じて行った。

インドでは、昨年度の本研究のフィールド調査報告でごく簡単に触れた貧困層向けの公的医療保険(Rashtara Shast Bima Yojna = 国家健康保険計画、以下RSBY)を中心に他の主要な公的・私的な医療保険も視野に入れて、主にフィールドで調査を行った。最初のインド・西ベンガル州では、医療保険全般の状況の把握に努め、続いて西隣のビハール州では、民衆に広くRSBYが行渡っていないどころか、部分的に停止している実態とその原因の構造の一端を、時間的制約のせいで不十分となったが一定解明した。

簡便に述べると、インドには公的医療保険として中央政府公務員と家族、中小企業労働者と家族、そして貧困層向けのRSBY、そしていくつかの州には州独自のものがある。これらについての詳細は現段階では不明だが、RSBYと並立するものと、RSBY抜きの独自のものがある。いずれにせよ被保険者に対して、主に入院時にキャッシュレス・サービスを提供しているが、中央政府公務員向けを除くとカバー率は相当に少なく、特に貧困層むけのものはその極めて低い保障金額体

系と、最近発表されたモディ・ケアと呼ばれる次のスキームへの期待から、現状ではほとんど機能していない。こうした公的医療保険がカバーしていないのは、州政府職員、民間企業職員、非営利セクター職員、インフォーマルセクターの労働者などである。

民間医療保険では、損保会社が販売するMediclaimがその主なものである。富裕層向けの個人負担で、入院時にキャッシュレス・サービスを本人もしくは家族に提供している。だが、このカバー率も高くはない。

モディ・ケアは来年度の総選挙を視野に入れた人気取り政策という指摘もあり、一部からは州の負担が増えることなどから懸念やネガティブな声が上がっている。つまり本来なら政治とは無関係なはずの医療保険の在り方が、政治の具に化しているように見える。

インドでは保険セクターに巨大な資源を投入する一方で、無償医療サービスを提供する膨大な制度である公的医療制度を今後どうしていくのか、社会政策や社会福祉の観点からの真剣な議論を起こしていかない限り、UHCの2030年までの達成は不可能に見える。

バングラデシュ政府は、SDGsが国連に採択された直後から一貫してその全てのゴールの達成に強い意欲を見せ<sup>1</sup>おり、2016年に発表した同国政府の第7次五年開発計画は、そのタイトル自身にSDGsの実施を唄った。

<sup>1</sup> バングラデシュ政府の強い意欲は、バングラデシュ・デジタル・ニュース 17年1月25日の記事にも見られる。

[http://bddnews.com/post/20170125\\_10881/](http://bddnews.com/post/20170125_10881/) 閲覧日：18年2月28日

そして同国の保健家族福祉省の "Health Bulletin 2017" は、その第 3 章で保健関係 SDGs を実現するために、2017~22 年にかけての第 4 次セクターワイドアプローチ(4th Health, Population and Nutrition Sector Program, 4th HPNSP)を計画・実施している。その中で SDGs の 3.8 のターゲットである UHC については、後で詳しく述べるように、3.8.1 と 3.8.2 の二つのインディケータのうち、前者は比較的詳しく設定をしているのだが、もう一つのインディケータ、具体的には医療保健についての記述は全くなされていない。つまり、バングラデシュでは近い将来に何らかの大規模な医療保険制度が導入される予定はない。このことは、同国のインドより高い OOP の値にも反映しているように見える。

続いて、首都に程近いノルシンディー県の医療関係者と農村部の人々から、公的及び私的保健医療の制度とその実態を、一定程度明らかにした。インドと同様に公的医療の無償提供を国是としていたバングラデシュだが、インドと同様に最近では医療の民営化の波に洗われている。今回の現場調査から、インドとほぼ同様に民衆の多くが公的医療制度に不信感を抱いていることが確認できた一方、以下の二点がインドとの主要な違いとして明らかになった。

- A. 公的及び民間の医療保険の欠如
- B. 民間医療機関の中央と末端の大きな格差

全体を通じて、インドとバングラデシュの医療体制は形の上ではかなり似ているが、実態としてはバングラデシュがインドより数段遅れた状態であることと言える。特に不十分とはいえ、インドにはそれ内の医療保険制度があるのに、バングラデシュではその影さえ見えない状態である。つまり SDGs やその UHC を実現しようというバングラデシュ政府の姿勢はインド政府より明確に思えるが、

その道程はインド政府の方がより着実で、バングラデシュはより不明確に見える。

## ・インドの東部 2 州における貧困層向け公的医療保険制度を中心に

### 1. 本研究の目的と背景

前年度の報告でも述べたように、インドは独立時制定の憲法で福祉国家であることを宣言し、5 年おきに作成される経済計画に従ってやや閉鎖的に国民経済を運営し、そのなかで公立医療機関による保健サービスの無償提供を 1947 年度独立以降一貫して実施してきた。SDGs の中に盛り込まれた UHC(Universal Health Coverage= 普遍主義的医療制度)は、イギリスと公的医療体制を真似るような形でインドの建国以来の方針の中に盛り込まれており、少なくとも形の上では UHC を実現しているとも言える。

但し現実には、インドの医療サービスは国民に公平にも十分にも行き渡っていない。公的医療体制にはいくつかの大きな問題を長年に渡って内包している。保健医療分野に限らず、様々な分野での公的に掲げる目標と現実の間に大きな乖離が生じるのは、インドの一つの特徴と言えよう。独立 70 年を超えた福祉国家で、新興国として BRICs の一員で、かつ 2000 年からの MDGs を唄ったインドだが、現実には MDGs の飢餓の指数である 3 歳以下の低体重や妊産婦死亡率の減少などは、まだまだ不十分な状態であることにも表されている。

第一次中東戦争のあおりを受けたインドは、1991 年に国際金融機関の勧告に従って経済の自由化を行った。以来インド全体で、民間の医療機関が大きな役割を果たすようになってきている。このインドでの医療の民営化は、世界的に市場経済の巨大化とグローバル化、公的機関の縮小が進展と軌を一にするもので、今後も一層進行するものと予想される。

日本の経産省の最近の報告によると、インドの近年の新規病床の 95% を私立病院が占めていて、医療産業は年率 6% で成長を続けている。この分野の人的資源と応用医療技術機器の 75% 以上は民間セクターのもので、大半の医療機関は都市部に集中してい

る(通産省、p.68)<sup>2</sup>。こうした恩恵を最も大きく受けているのは、同国の富裕層、中流層以上の費用負担ができる人たちである。インドの医療にも、格差拡大の波が押し寄せているとも言えよう。

その貧困層の人々も、信頼できない公的医療機関より民間医療を歓迎していることは、前年の報告で述べた通りである。公的施設での出産などでは近年大きな進歩を見せたものの、貧しい民衆でも末端の公的医療機関である PHC(Primary Health Center)に行くより、村の無資格医から自宅や同じ村で治療を受ける傾向が、西ベンガル州でもビハール州でも明確であった。その主な理由は、公的医療機関のサービスの質、具体的には医療関係者の患者の扱い方や、医師の不在、医薬品の欠如などである。但し農村部やスラム地区の民間医療機関はその多くに質的な問題があることは、グプタとプシュカルが指摘するように、忘れてはならない(Gupta & Pushkar, <sup>3</sup>pp.viii~ix)。この問題は患者にとっては極めて危険であり重要な問題だが、本研究は限定的に触れるにとどめる。

有償の民間医療機関だけでなく、無償である公的医療機関においても、患者にはかなりの費用や時間の負担が発生している。公立病院が遠い、行っても医師が不在で何度も出かけたり、医療関係者の患者への扱いが悪かったり、備えてあるはずの医薬品の多くが欠品で相当な自費購入せざるを得ない、といったことが普段の状態だからだ。さらに、公立病院の医師が自宅などで開く医院に患者で加療することも、よく知られた事実である。

公立がそうした状況であるがゆえに、あらゆる経済階層の患者は余計民間医療に頼

るようになる。さらに経済の自由化が、大きな力でそれを一層推し進める。そうなると、医療費の負担が大きな問題として立ち現れてくる。インドでは誰が、巨大な医療費をどのように負担しているのか？

インド政府が2017年に発表した「国民保健医療勘定(National Health Accounts、以下NHA)」によると、2014/15年度における保健医療支出は、中央政府が8.2%で3,722億<sup>ルピー</sup>、州政府が13.3%の5,998億<sup>ルピー</sup>、州以下の自治体が0.7%の296億<sup>ルピー</sup>なのに対して、保険払い分を含めた家計負担は71%の3兆2,026億<sup>ルピー</sup>、保険を含めた企業負担が4.4%の2,007億<sup>ルピー</sup>、NGOsの負担が1.6%の742億<sup>ルピー</sup>、外国支援が0.7%の337<sup>ルピー</sup>である(p.7, NHA 2014/15)。

インドの医療費の自己負担(OOP)割合は世界で最も高い一つとする現地紙の17年12月11日の記事は、WHOのデータとしてBRICS諸国、米国および英国の自己負担はどれも50%を超えることがないし、それらの国々の政府の医療支出が半弱程度から85%で、インドの62.6%(14~15年)とは際立った違いを見せている、このためインド政府はその医療費負担をGDPの1.1%から2025年には2.5%に引き上げることを政府の2017年の医療保健政策に定めた、と報じている(Hindustan Times, 17年12月11日<sup>4</sup>)。換言すれば、インドは独立当初に掲げた医療費の無料(公的負担)という目標から、真逆な方向に相当進んできたと言える。この異様に高い医療費の自己負担を減らすことは、国民の健康の増進のためにも必須であるが、インドはこれをどのように実現しようとしているのだろうか？その一つの答えが、医療費の一部を賄う医療保険制度である。

## 2. インドの主要な医療保険制度

インドの主要な医療保健は、以下のように公的なものと民間のものに大別され、

<sup>2</sup>通商産業省、新興国等におけるヘルスケア市場環境の詳細調査 報告書インド編、[file:///C:/Users/ohash/Documents/15~17年度厚生省科研SDGs調査/17年度研究/経産省ヘルスケア市場インド報告28fy\\_detailreport\\_India.pdf](file:///C:/Users/ohash/Documents/15~17年度厚生省科研SDGs調査/17年度研究/経産省ヘルスケア市場インド報告28fy_detailreport_India.pdf) 18年2月14日閲覧

<sup>3</sup> Gupta, Madhvi & Pushkar, Democracy, Civil Society and Health in India, Palgrave macmillan, London, 2015

<sup>4</sup> Hindustan Times 電子版

<https://www.hindustantimes.com/india-news/how-india-spends-on-health/story-CPyiZZ4jcI4imSKJq03jBM.html>、18年2月14日閲覧

後者は更に営利企業のものとは非営利組織によるものに分けられるが、非営利組織のものはまだ小規模であることもあり、本調査では調べられていない。

## 2-1 . 公的医療保険

A. 中央政府幹部職員の CGS(Central Government Health Scheme): <http://cghs.gov.in/>

B. Employees' State Insurance Act, 1948 によって加入義務付けがある政府資金投入の中小の工場や施設の月収 21000 以下<sup>5</sup>の労働者向けの労災や失保や出産休暇手当を含めた、指定機関での治療を保障する Employees' State Insurance (ESI) 。但し現実には、多くの中小組織がこれに加盟してないように見える。

<http://www.esic.nic.in/>

C. 中央政府主導の貧困層(Below Poverty Line=BPL)対象の RSBY は最大だが、15 州のみで実施。これは本論の中心的関心なので、下に詳述する。

D. いくつかの州政府には独自の医療保険制度が存在するが、詳細は不明

D-1: アンドラ・プラデシュ、ケーララ、タミール・ナドゥ (TN) , テレングアナなどの州の独自の医療保険。これらは RSBY より前から独自の貧困層向け保険あり、州としては RSBY を使ってない(その分の中央政府の資金が来てないのかは不明)。TN は最も良い。

D-2: WB やグジュラート州のような RSBY を補完する(と思われる)制度

## 2-2 . 民間の医療保険

E. 富裕層・中間層向けの入院に伴うキャッシュレス・サービスが特徴の純粋に民間の損保会社が売る(個人向けと家族向けの)Mediclaim。損保による医療保険(Medical Insurance)や、生保(特に政府系の Life Insurance Company = LIC)に付帯の後払いの医療保険もあり。

F. 大企業のスタッフの共済保険(Mediclaim とタイアップの場合も多いと推定される)。TATA や Alliance などの巨大企業は独自の病院も持つが、詳細は不明。

G. SEWA などの NGOs やコミュニティに

よる相互扶助的医療保険(ごく少数)。

インド全体の医療保険のカバー率は 17~20%程度なので、規模感はおそらく A と B が 3~4 %程度、E が 5%前後、C が 8~10%弱位であろうか? またこうした公的な医療保険の対象外になっている組織労働者は、州政府雇用者及び零細企業雇用者である。

なおインドの医療保険制度の全体像の説明に留める。なお J. Anita 論文<sup>5</sup>と福岡藤乃論文<sup>6</sup>が、インドの医療保険について詳しい。

## 3 . RSBY(国家健康保険計画)の説明

本調査の時間的・能力的限界からこの部分の大半は、インド政府の RSBY(国家健康保険計画)のホームページ<sup>7</sup>から主要と思われる部分をそのまま翻訳/要約し斜字で示し、一部コメントを付けた。ここで示す概要と実態は異なっている部分が多いことは、本調査でもその一部が明らかになっている。

-現在有効のスマートカード

数 : .36,332,475

-17年3月31日現在の対象全入院数 : 14,084,587

入院時にキャッシュレスサービスをするためのスマートカードには、一枚に家族 5 人までが含まれる。平均家族数は不明だが、仮に 5 名とすると受益者は 1.8 億人、3 人としても 1.1 億人という規模になる。この保険の対象は入院だけで個人が単位なので、入院数は対象数の 7.8 ~

<sup>5</sup> J. Anita 論文 : Emerging Health Insurance in India – An overview, Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/DTTTE 2TS/Emerging%20Health%20Insurance%20in%20India-An%20overview\_J%20Anitha.pdf

<sup>6</sup> 福岡藤乃、インドの民間医療保険の動向、保健学雑誌 2011(615)、<https://ci.nii.ac.jp/naid/130003375496>

<sup>7</sup> RSBY(国家健康保険計画)のホームページ : [http://www.rsby.gov.in/about\\_rsby.aspx](http://www.rsby.gov.in/about_rsby.aspx)、閲覧日 : 18年3月5日

13%となる。但し入院の対象期間は不明である。このデータに続く冒頭途中からは、インド政府がこの保険を購入した背景が説明されている。

インドにおいて、医療費の3分の2が、患者の自己負担(OOP)となっており、それは医療支出に対して最も非効率かつ最小の説明責任を有するものである。医療に対するサプライサイド資金供給のみでは、医療における患者の自己負担を減少させることはできてこなかったため、需要側資金支出方法を取り入れることをインド政府は決定して、貧困ライン以下層(BPL)の医療費における自己負担を減少し、医療ケアへのアクセスを増加させることを目的として、このRSBY(国家健康保険計画)を導入した。

2008年初期に始まったRSBYは、当初貧困ライン以下層(BPL)だけを対象としていたが、以下の非組織労働者に対する対象が拡大された。

- 1) 福祉局に登録されている建設労働者
- 2) 認可されている鉄道駅の赤帽
- 3) 路上の物売り
- 4) 100日雇用保障制度(MNREGA)の対象者で一年間に15日以上雇用される人
- 5) ビーディー(安価な葉っぱ巻煙草)労働者(家内工業、児童労働が多い)
- 6) 公衆生成労働者(被災別カーストが多い)
- 7) 家事労働者
- 8) 鉱山労働者
- 9) リキシャ引き
- 10) 廃品回収(被差別カーストや困窮者、ストリートチルドレンが多い)
- 11) 3輪自動車及びタクシーのドライバー

保険の掛け金は、被保険者と中央政府と州政府で負担されている。本プログラムは、2012~17年にかけての第20次5

か年計画の終了年までに7千世帯をカバーすることを目標としていた。この保険が提供する主要な2つのサービスとは、この保険で指定された公立および私立から病院を自由に選択できることと、事前に設定された治療セットの金額をキャッシュレス・サービスを行った医療サービス提供者に払い戻すことである。このことによって本制度は、インド政府が定めているUHC制度の強力な柱になっている。

2015年4月1日にこのRSBY(国家健康保険計画)は、(それまでの労働・雇用省から)本来そうであるべきという理由で保健・家族福祉省に移管され、それを州レベルの分権化された実施体制を通じて管理・実施している。

(中略)

このRSBY(国家健康保険計画)の受益者は、入院を求められる大半の病気について、年間1家族当たり3万<sup>ルピー</sup>(5万4千円)までの入院費用のカバーを受けることができる。このカバーは、定められた病気に対する決められた治療パッケージに対して有効である。

政府は、病院向けの治療パッケージの金額を大変多くの治療に対して認めている。前提として入院初日からカバーし、年齢制限もない。また1件の保険で戸主、配偶者、子ども3人を含めた最大家族5人までに適用される。さらに一回の入院ごとに百<sup>ルピー</sup>の交通費が年間1家族に対して千<sup>ルピー</sup>まで支払われる。

受益者は、年間登録料として30<sup>ルピー</sup>を支払い、中央政府と州政府は州政府が競争入札を通じて選定した保険者(損保会社)に定められた割合(7:3)で保険料を支払う。各州では、各州政府が「州担当機関(State Nodal Agency = SNA)」を設立し、保険会社・病院・県当局および地域関係者と調整しながら、この実施、管理、そして部分的資金供給を行う。

以上がそのように実施されているなら、またもし次の調査の機会があるなら、州

政府の担当機関や州でこれを担当する保険会社を尋ねてみたいものである。

なおウィキペディア<sup>8</sup>は、このRSBY(国家健康保険計画)について、以下のように述べており、やはり政府のHPをうのみにすることの危険性を指摘している。

(インド政府の)社会福協議会によると、この計画は大変非効率的であるとされた。高騰する外来治療費、入院費及び医薬品代のせいで、保険会社はいくつかお疾病をこの対象外にせざるを得なくなることで、貧困ライン以下層の家族にとって魅力がなくなった。同じ報告書は、主な受益者はより上の階層のもので、ターゲット層ではないとしている。

#### 4. 医療保険を巡る西ベンガル州のワールドの状況

この報告書を執筆中の18年2月21日の朝日新聞に、「糖尿病治療やめないで、足切断・失明のリスク増、中断のほうが医療費総額は大」という記事が掲載された。公的医療保険によるカバー率が100%の日本でも、2014年で糖尿病患者の8%程度が、多忙、体調復活、経済的理由などを主な理由で治療を中断している。日本でそうなら、保険カバー率が圧倒的に少ないインド・西ベンガル州ではこうした事例がさらに多いはずで、それなりの悲劇を生んでいるはずだ。

結果的にはそれほど悲惨にはならず済んだが、西ベンガル州の地方都市に暮らす典型的な中産階級でNGO職員として働くKCの家族の糖尿病治療の一時期中断のケースを、少々長くなるが着目すべき点がいくつかあるので、以下で見てみよう。

##### 1) KCの家族と居住地

-本人は大学学部卒業の30歳。母は59歳専業主婦で10年生終了。弟は専門学校卒業後、

西隣のビハール州で会社勤務。2年前死亡の父は生きていれば61歳、西ベンガル(以下WB)州バス運輸局で40年間技師として働いた。西ベンガル州の地方都市の自宅に在住。

##### 2) 父の長い糖尿病の闘病生活

-自分が生まれた翌年の89年か90年に高血圧と糖尿病を発症して-地元の私立病院で治療開始。最初からインシュリン注射を使ったのは、空腹時血糖値は590mg/dL位と高かったから。  
-州政府バス輸送局終身雇用職員だったが、州政府公務員向けの健康保険はなかった。  
-当時は二人の子どもの養育費、住宅ローン、そして父の医療費で一家の生活は困窮。  
-父は健康のため、毎日散歩、甘いものや炭水化物の摂取制限など自分でやり、10年

間程は治療もあって病気をコントロール-98年頃たぶん困窮のため、それ前の西洋医療(アエロパシー)を止めてホメオパシー(同毒療法)とインドの伝統医療のアユルヴェーダに切り替えた。後者の薬草から出る恐ろしい色の液体を朝に飲んでいた。

-5~6年後、目に障害発生。レーザー手術を私立病院で二回受けた。しかしそのころから

足に浮腫、血糖値のさらなる上昇がみられた。

-09年には本人が大学卒業し、このままでは父の病状は悪化すると認識。そのため、09年か10年頃、伝手を使って公立の大学病院の高名な医師であるMCの診察を直接受ける。

-その結果、この病院に入院。有償の私立診療所だと完全看護なので付き添い不要だが、公立だと医療費は無償だが、入院患者には付き添い必要。そのため本人付き添ったが、そのためのベッドなく床に寝る。

-この際、外部者が病院スタッフかは不明だが、ダラルと呼ばれる仲介者がKCに接近し、彼に金を払えば付き添いもベッドで寝られると言われる。

<sup>8</sup> RSBYに関する Wikipedia:  
[https://en.wikipedia.org/wiki/Rashtriya\\_Swasthya\\_Bima\\_Yojana](https://en.wikipedia.org/wiki/Rashtriya_Swasthya_Bima_Yojana).

- そうして本格的治療が始まったが、数年後に腎臓障害を発症し、透析が必要に。14年頃から週2回4時間ずつの透析を、公立B県病院の中になぜか設置されている私立の透析場所で開始。
  - その費用は、1回の透析1200ルピー、往復の交通費を含めると一回2千ルピー(3600円)なので毎週4千<sup>ルピー</sup>、月では2万<sup>ルピー</sup>(36,000円)近くもなる。加えてヘモグロビンの注射液が月に4千<sup>ルピー</sup>、インシュリンが月に3,600<sup>ルピー</sup>で、月額治療費総額は18,000<sup>ルピー</sup>(32,500円)にも上った。
  - 本人はこの時点で大学卒業したが就職できず、稼ぎのために家庭教師を開始。父は公務員なので、母付き添いで毎日数時間だけ勤務で続けて職を守った。父の最終給与の手取り額は25,000<sup>ルピー</sup>(45,000円)なので、その半分以上が最終段階の治療費。
  - 6か月間の透析後のある晩、口から出血で即公立B県病院入院。しかし父と同じベッドに結核の子どもがいたので、1床確保の方策を追求。この過程で、再度ダラルが接近して「5千<sup>ルピー</sup>を払えば同病院で1床をアレンジする」と言われるが、KCは信用せず。5千<sup>ルピー</sup>はKCのような教育のあるものだから控えめに言った金額と本人は推定。無学な村人にはもっと高額を吹っかけている可能性あり。
  - 結局ダラルを使わないまま三日後に父は退院。その三日後に、透析に行くことが出来なかった父は自宅で死亡。
  - なおKC自身が持っていた学生時代以来の政治的コネで、14年10月から15年4月までの透析代金は免除される。これも一つのダラル的機能。
- ### 3) 医療保険
- 本人は年額3千ルピーのMedicclaimを購入している。母親も同様な保険あり。
  - 父は長い持病のため、途中から民間の医療保険には入れず。

以上の点から、以下のような着目点が抽出される。CKはダラル(仲介人)を積皮なっ

たが、もし支払いが発生していたら、そのコストは

共産党が20年以上に渡って政権を握っていた州政府でも、その公務員向け公 的医療保険は存在していない。NGOにも保険はない。

私立病院による糖尿病治療は長期間に渡りかつ高額のために、患者がより安 価な代替治療法に切り替えたが、結果的に病状が悪化した。

無償の公立病院での治療や入院には、特別なコネなどが必要。それが無い場 合は、ダラルと呼ばれる仲介人が金銭を媒介して便宜を図るケースがある。

このCKと同様に教育のあるNGO職員(夫は自営業)は、医療保険の重要性を以下のように語っていた。

#### 1) SCの家族

- 本人SCは45歳位の女性大学で歴史の学士得てすぐ結婚。-17年前から別なNGOに勤務。現在は地方の町にあるこのNGO立の小学校で音楽や踊りを教えている。
- 夫も大卒で、水パイプのビジネスを自営業として。
- 息子はMBAの学生。

#### 2) Medicclaimと病歴

- 夫が購入し家族三人をカバー。
- 9~10年前にコルカタ市内在住中に夫がOrientalかNationalで購入。年7~8千Rsで、上限は20~30万<sup>ルピー</sup>だが詳細は知らない。
- 夫が2013年に心臓病で、私立病院で入院は受診し、その後投薬を続けている。その費用の60%がメディクレイムから戻るがその分立替払い。
- 息子が昨年7月、3階から転落して意識不明に。市立病院に運ばれ三日間

ICUに入り、12針を縫う。この費用の70~80%はキャッシュレスのサービスを受けた。残りの交通費などはもらえないはずだが、面倒なので請求していない。また保険代理店も助けてはくれない。

-いつ何があるか分からないので、Mediclaimのカードは常時携帯している。  
-公立病院は質が良くないので行かない。

この二つのケースで共通するのは、民間医療保険の有用性あるいは重要性だが、必ずしも全部の費用を容易にはカバーしないことと、NGOにも医療保険はないことだろう。彼女に特有なのは、昨年度の報告書でも伝えた公立病院への強い不信感だ。

この医療費がさらなる負債や貧困問題を招いていることについて、サンパティの2014年8月14日の記事は、「インド農村では医療費が借金の二番目の下人となっており、毎年38百万人が高額化する医療費のために貧困に陥っている」と報じている。このため続くビハール州では、このため貧困層に対する公的医療保険を中心とした現状把握のための調査を行った。

## 5. RSBYのビハール州の悲惨なフィールドの状況

今回の調査では、昨年度と同様に主に同州 Gaya 県 Budda Gaya 郡 (ブロック) とそれに隣接する Parachatti 郡の農村部数か所で明らかに BPL (貧困水準以下) 以下でかつ「指定カースト (SC)」か「その他の後進諸階級 (OBC)」の貧困層の住民への聞き取り調査、世界中から仏教巡礼者が集まる小さな町の Budda Gaya と Gaya 市の医療関係者、及び Gaya 市で医療行政の責任者との面談を行い、特に RSBY の普及、具体的にはキャッシュレス・サービスを保障する有効なスマートカードを誰が保持しているか、なぜそれが少ないのかを探った。続いて、RSBY を巡る諸問題を考察する。

1) RSBY カードのカバー状況：62%なのか、0%なのか

下の表に明確に示されたように、11人の村人(本調査のアシスタントと関係者の知己がある指定カーストの村で集まってきた人々)を対象とした本調査時点(18年2月12~14日)時点で有効なカードを保持している村人はいない。これが異常な事態であることは、後述する。

11名中9名がカードの交付を受けたことがあり、その9名(82%)に限れば、これまでに4回あった交付<sup>9</sup>のうち、1.3回交付を受けていることになる。但し、交付4回で11人には44回の機会があったが、13回しか受けてないので、カバー率は僅か32.5%ということになる。

<sup>9</sup> カード発行の年は、筆者の調べによると09・10年、11年、13年、15年の4回行われ、最初の3回では更新は行われていない。4回目は更新されている、とのことだが。



表 1：ガヤ県住民へのスマートカードに関する聞き取り調査の結果

場所	名前	SC/OBC	カード受け取り回数(年)	カードによる利益の有無他	現在有効なカードの保有数
バラチャティ郡バグガ	AK	SC	1	一回、但し薬に 1 万 <sup>ルピー</sup>	なし
ブッダガヤ ガヤ郡 バラ・ナン バル	SM	SC	2 (09,12)	無	
	BM	SC	1	一回 2 日間入院	
	BM-2	SC	2 (09,11)	無	
	GD	SC	3(08,11,12)	1 回 3 日間入院	
	RM	SC	1(09)	1 回入院	
ブッダガヤ 郡ジャムン ディ・パイン ンバル	SM	SC	1(11)	1 回 3 日間入院	
	MM	SC	1(13)	無	
	MR	SC	0	n.a.	
	KC	SC	1(09)	無	
	D	SC	0	n.a.	
集計	11 人	全員 SC	受取 9 人(82%)、無 2 人、 平均 1. 回、 受取者 1.3 回	受取者 9 名中 4 人	0

出典：筆者のフィールド調査の結果から筆者作成

ではどうして、表 1 に示したように現在有効なカードの保持者がいないことが、異常なのか？筆者がガヤ市で訪れたガヤ県の医療衛生部長とその主任事務官は、現在は 15 年発行の RSBY カードが 4 回目にして初めて更新中で、18 年 3 月まで続く、その対象は BPL で、15 年時のターゲットは 462,886 カード、16 年 1 月 21 日時点で実際に配布されたのはその半分以下の 43.5% で 201,492 カードである、と答えたからだ。

このターゲット数が同県の 413 万人(11 年国勢調査)にとって少ないことは明らかであろう。仮に JBIC/JICA 報告<sup>10</sup>の同州の貧困割合を 40%として同県に当てはめると 164 万人、あり得ないだろうが仮に 1 枚のカードで 5 人の受益者になっていると仮定すると、ターゲット数なら 231 万人だが実際は 101 万人なので、少なく見積もったギャップは 63 万人が計算上は、この恩恵を受けていない。主任事務官によると、この RSBY が始

まった当時の DM(県知事)が、それ以上の意欲を見せなかったから、この少ない数字となったとのこと。

しかし公式には 164 万人中の 101 万人(61.6%)という高いカバー率であるはずだが、この小さな調査によると現時点でのカバー率は 0%である。もちろん偶然性は否定できないにせよ、この大きなギャップは、どうして生じているのだろうか？

## 2 )RSBY の県レベルでの実施の仕組みと問題点

### 2-1 . 現時点の TPA を巡る問題

ガヤ県では、ガヤ医療衛生部長がその TPA(第三者機関)と呼ばれる実施者を入札で決めており、現在の TPA は政府系の損保会社 New India Insurance である。県医療衛生部長と事務主任の強い勧め(というより『TPA にすべて任せているのだから、そこに尋ねろ』という姿勢)で、その TPA の担当者 Mr. Pawan Kumar に電話で連絡を取るようになった。その結果彼からは、ガヤ県では RSBY の費用が県から一年間不払いなので、電話した時点ですでにガヤ市内の

<sup>10</sup> JICA/JBIC、貧困プロファイル インド  
[file:///C:/Users/ohash/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/DTTTE2TS/india\\_2012\\_Jreport.pdf](file:///C:/Users/ohash/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/DTTTE2TS/india_2012_Jreport.pdf) 閲覧日 18 年 2 月 14 日

事務所を閉め(いつかは不明)、本人は西ベンガル州に転勤になっている、という驚くべき事実を告げられた。

つまり県当局は、16年当初までの報告書にある数字を説明するだけで、その実施主体であるTPAの事務所が消えていることを、筆者の目の前では確実に認知していなかった。TPA担当者の言を信じるならば、払いの悪いRSBY業務をとっくに取りやめているのは当然である。そうであれば、上の表1の現時点のカード保有者ゼロが偶然ではないことが、かなり裏付けられると言えよう。つまりRSBYは少なくともガヤ県では機能していない。ガヤ県当局の担当者の無RSBYへの無関心さには、改めて驚かされた。

ちなみにそのガヤ県の事務主任によると、何時からか不明だが17年2月までに2,939件に支払いがあったと言う。仮に1カードから1件として発生率は1.5%である。一方中央政府のRSBYのHPに示された有効カード数と支払い件数は、3,633万枚と(期間は不明だが)1,408万件<sup>11</sup>なので、同様に計算した発生率は、38.8%にも上る。この巨大なギャップ、あるいはガヤ県での請求発生件数の異常な少なさは、この制度の有効性を民衆に疑わさせるに十分な事態である。なぜそうなのかを、以下で探ろう。

## 2-2. 指定医療機関の大幅な減少と不正の問題

仮にRSBYのスマートカードが予定の枚数配られていても、それを使ってキャッシュレスのサービスを受けられるガヤ県内の指定医療機関が少ない、という問題が存在する。県担当者を訪ねた時点で、県内ではこれまでに18か所がキャンセルされ(09年からか、当初の08年からは不明)、14か所だけがその時点で指定されていた。101万人が行政のRSBYの加入者の実数なので7万2千

人に1か所、キャンセルされれば分を含めても3万2千人に1か所に過ぎない。行政の目標値231万人でみると、それぞれ16.5万人と7.2万人に1か所である。交通の不便さを考慮すると、かなりの使い勝手が悪い。これが、先のガヤ県の異常に低い発生率を説明する一つの要因である。

では18機関がキャンセルされたのは何故か？

筆者が様々な関係者から聞いたところによると、私立診療所が不正請求を行ったという記事が新聞で何度も報道されたという。本調査のアシスタントのジャーナルダン医師によると、40歳代が適切な子宮摘出手術が20台代や50歳代の女性に実施されて請求があった、といったことが知られているという。ちなみに表1に示した受益者たち数人に「入院してRSBYが負担した金額を知っているか？」と尋ねたが、答えられた者はいない。こうしたことが相次いだ結果、医療指定機関のキャンセルが相次いだのであろう。

## 2-3. 医療関係者側から見たRSBYの問題点：あまりに低い上限金額

無関心なガヤ県の行政当局からの話を聞くだけではアンバランスなので、本調査ではバラチャティ郡、ブダガヤ町、及びガヤ市にある4つの民間医療機関と1つの公立のPrimary Health Centerを訪問し、RSBYに関する意見を求めた。以下の表2が、その簡単な一覧表である。

<sup>11</sup> RSBYのHP: <http://www.rsby.gov.in/>、閲覧日：18年2月2日

表 2：ガヤ県の民間医療施設と RSBY との関係

医療機関名 <sup>12</sup>	回答者	住所	RSBY との関係	RSBY についてのコメント
ブッダ診療所	Mr. Dinesh Kumar 事務長	ブッダガヤ町	元指定機関	上限価格が低すぎ
Khan 診療所	M.H. Khan 院長	バラチャティ郡農村部	元指定機関	上限価格が低すぎ
AIMS 病院	事務長	ブッダガヤ町外れ	聞いたことなし	聞いたことなし。病院開設三年半目だからか？ Mediclam の患者有。
診療所	Ratan 院長	ガヤ市内	二期目の元指定機関その後辞退。	支払い時の 10% 天引きに不満。上限価格が低すぎ。Mediclam もキャッシュレスを辞めた。保険を信じない。
公立ブッダガヤ PHC	Manoj Kumar 院長	ブッダガヤ町内	無償医療提供の公立なので関係なし	RSBY 失敗は指定医療機関の質の悪さ(MD の名義貸し)や偽計請求のせい

出典：フィールド調査の結果を筆者がまとめて作成

<sup>12</sup> 本論ではインドの法令に大よそ従って XX 床以上の設備の整った民間の機関を病院(Hospital)、それ以下だが入院施設を有した機関を診療所(Nursing Home)と表現している。

私立診療所の3医師が共通して強調していたことは、RSBYの年に3万<sup>ルピー</sup>という上限額よりも、細かく定められた加療ごとの上限額が低すぎることである。支払いは遅いしその際に10%もカットされると指摘する医師によると、この上限額設

定は08年にRSBYが開始される5年前の2003年のことで、それ以来一度も見直されていない、という。そのため下の表3に示したように、それらの医師が語る一般的費用との格差が2~3倍にもなっている。

表3：RSBYの低い上限額と一般的費用

手術名	RSBYの上限	一般的な費用
陰嚢水腫	3千 <sup>ルピー</sup>	8千 <sup>ルピー</sup>
盲腸炎	5千 <sup>ルピー</sup>	1万 <sup>ルピー</sup>
痔瘻	5千 <sup>ルピー</sup>	1万 <sup>ルピー</sup>
子宮摘出	8千 <sup>ルピー</sup>	2.5万 <sup>ルピー</sup>

#### 6. インドのまとめ

様々な新聞や雑誌の記事や有識者との面談を通じて探ったところ、大よそ以下の点が明らかになった。

- A. 現在の中央政府のモディ政権は最近の予算案の中でモディ・ケアと称される新しい国民医療保険制度の開始を、UHCを実現するためとして発表した。この詳細はまだ不明だが、おそらくRSBYに置き換わるもので、上限を現在の3万ルピーから10万ルピーから50万ルピーに引き上げられる、と予想されている。
- B. 上記の準備が昨年からは始まっているため、RSBYは昨年の途中で中断されていること。
- C. この新制度における中央政府と州政府の負担割合(70:30が60:40になるという噂が強い)や、現在のRSBYとの関係がまだ明らかでないこと
- D. 独自あるいはRSBYを補完する貧困層向け医療保険を持つ州政府は、とりわけこのモディ・ケアに対して懐疑的。実際そうした州のひとつである西ベンガル州のマタ首相は、モディ・ケアの拒否を最近表明した。
- E. この拒否の背景、あるいはこの時期のモディ・ケアの発表は、来年のイン

ド総選挙を狙った支持獲得の狙いがあるという指摘は少なくない。

以上のことから明らかなことは、インドは医療の一層の民営化を進め、それを医療保険で補う形でUHCを実現しようとしていること、しかしこれまでも同様な狙いを持っていたRSBVの実施状況から見て、新制度になってもごく一時期の一部の人たちを覗いて、持続可能な公的医療保険にはならない、つまり選挙のための一時的な人気取り政策になる危険性が高いことが予想される。

そして何より懸念されるのは、こうして民間医療に焦点が当たり資源が投入される一方、もともと無償で医療を提供していた公的医療機関の充実のために、もっと多くの関心や資源が充てられるべきではないだろうか。

保険を通じた民間医療と無償の公的医療のどちらがより早くUHCの実現に近づくのか、インドはこのことをもう一度真剣に検討すべきだろう。

なおJICAは、現在数年間かけてタミール・ナドゥ州のチェンナイ市を中心に公立の二次、三次病院のインフラ強化を行っている。このことは高く評価されるべきだが、同時にプライマリーレベル、ソフト分野、そして公的医療分野に協力を大きく広げて、UHCのより効果的に

実現する方途を探ることを勧めたい。これは、実は日本の得意芸だし、日本だからこそできる強力ではないだろうか？

最後に、JICA から寄せられた同州での取り組みの説明を張り付けることにする。

タミル・ナド州での都市保健強化事業（有償資金協力事業）では、非感染症対策に向けて主に 2 次、3 次レベルの公立病院の医療施設の強化や機材の供与を実施しますが、同時にプライマリーレベルの医療従事者の能力強化に向けて、1 次研修施設においてモデルスキルラボの設立や研修を行っていきます。高次病院のインフラ整備のみならず、プライマリーレベルでのソフト分野の支援も並行して実施してまいります。こうした活動を通じて、コミュニティレベルでの継続的な治療の支援や予防への取り組みをすすめていくものです。これまで JICA が蓄積してきたプライマリーレベルでの知見を活かして、実施してまいります。

## ． Bangladesh の UHC への取り組みと医療制度と医療費の負担状況

### 1． Bangladesh 政府の UHC への取り組み

MDGs 以来、国際的開発目標の実現に積極的に取り組んできた Bangladesh では、2016 年に発表した第 7 次 5 年開発計画 は、そのタイトル自身に SDGs の実施を唄った。そして同国の保健家族福祉省の "Health Bulletin 2017" は、その第 3 章で保健関係 SDGs を実現するために、2017~22 年にかけての第 4 次セクターワイドアプローチ(4<sup>th</sup> Health, Population and Nutrition Sector Program, 4th HPNSP)を計画・実施している。

その中で SDGs の 3.8 のターゲットである UHC については、以下のように具

体的な目標とそれらの目標数値を設定している。

表4：バングラデシュ政府保健家族福祉省のSDGsの3.8UHCの指標と目標値

指標	バングラデシュの ベースライン (14年、NCDだけ11年)	21年までの 国別目標値
3.8.1 必須健康サービスケアの カバレッジ 合計特殊出生率	2.3	1.7
避妊具普及率	62.4%	75%
4回のANC達成率	32.2%	75%
麻疹予防注射率	86.6%	95%
6ヵ月未満児の母乳割合	55.3%	65%
6~23ヵ月の乳幼児の 最低限離乳食の割合	22.8%	45%
35歳以上のNCD(糖尿病と 高血圧症)の罹患率	糖尿病 11.2% 高血圧症 31.9%	糖尿病 10% 高血圧症 30%
3.8.2 千人当たりの 医療保険のカバー率	(記述無し)	(記述無し)

ここに示された諸数値の専門的な分析は筆者の手には余るが、一般的に見て2021年の到達目標の数値としては実現可能な相当控えめなものに見える。例えばこの国の代表的なNCDである糖尿病と高血圧症の21年までの改善割合は、僅か1.2~1.9%の減少と少なめであり、換言すると2030年のSDGs達成年までの9年後にどれだけの改善を実現するのか、不安になる。対照的に離乳食の割合は現行の2倍を目指しており、この分野での改善意欲の強さが伺われる。

しかし何より目を引くのが、UHCターゲットの二つの指標のもう一つである3.8.2保健保険のカバー率についての記述の欠如である。これはバングラデシュにおいて暫くの間は、公的医療保険を導入・確立する計画がないことを示している。つまり仮にもう一つ指標である3.8.1でケアが改善されても、肝心の片足が改善されないでUHCというターゲット

の実現にとっては大きな障害、と断じることが出来よう。

このことは、バングラデシュの医療費の2015年の家計負担率(OOP)が67%と、上記で異常に高いと評したインドの62.6%を大きく上回っていることにも反映されている、と強く推測される。ちなみにバングラデシュの残りの医療費は、政府が23%、外国援助が7%、NGO系の医療活動や後述する保険が3%である<sup>13</sup>。

## 2. 公的医療制度のあらまし

バングラデシュではJICAが継続的に、昨今では(母子保健後の)看護教育とNCDとこのセクターへの援助協調で同国の母子保健などで公的医療に関わり続けているために、基本的な情報が日本語でも確

<sup>13</sup> 出典は Bangladesh National Health Accounts 1997~2015  
<http://www.heu.gov.bd/healthaccounts.php>

保されている<sup>14</sup>ので、ここではごく簡単に、本調査で関わった地域の公的医療制度とその実態の把握に留める。

軍を除く公的医療体制の最上位は、バングラデシュ 8 管区ごとにある国立の医科大学である。特にダッカにあるダッカ医科大学病院や PG 病院<sup>15</sup>は、著名である。またこれら以外に、糖尿病や腎臓病などに特化した半公的な病院<sup>16</sup>も散見される。

この下の二次医療機関は、64 の県にある県病院である。ちなみに人口 230 万人を擁するノルシンディー県の場合は例外的にノルシンディー市の内外に二つの県病院が存在する。

本調査で訪問したノルシンディー県中央病院 (Narsingdi Sadar Hospital) は、18 名の一般医師と 10 名の専門科医師、有資格看護師は 42 人という陣容で、通年平均で 560 人/日と 100 床の入院患者と向き合っている。しかし、精神科や血液銀行、腎臓の透析施設、理学療法施設はない。24 時間緊急対応をしているが、そのための医師の増員なく皆で分担している。医薬品は必須のものだけを無償で提供し、不満を抑えるためにその在庫状況をディスプレイで公開している。

この県の下には 7 つの郡 (Upazilla) があり、本調査では人口 15 万人ほどのベラ

ボ郡に着目した。この 31 床を持つ郡病院 (Belabo Upazilla Health Complex) の陣容は、歯科とホメオ療法各 1 名を含む 19 人の医師ポストがあるが、10 名の MBBS 医師と歯科医師とホメオ療法医師の 12 名しかいない。10 人の MBBS 医師のうちの専門医は、婦人科 1 名、内科 1 名、外科 1 名 (だが別病院に出向中)、小児科 1 名で、麻酔科はいないので小規模な手術に限られる。MBBS 医師の数が多いのは、この郡内に 8 つあるユニオン (行政村) の UHFWC (Union Health & Family Welfare Centre、以下ユニオンセンター) に 1 名ずつ配置するためだが、どこにも医師が活躍するために必要な適切な施設がないと医師たちが主張するので、全員がこの病院で勤務中である。また SACMO (Sub- Assistant Community Medical Officers) と呼ばれる医師補も、各ユニオンセンター用の 8 人と本院用 2 名でポストは 10 名で揃っているが、うち三名は他院に出向中である。加えて有資格看護師は 23 名、検査技師はポスト 2 名だ 1 名は学習のための長期休暇中、レントゲン技師は機械が故障のため他に出向中 (バザールにレントゲンの店あり) といった陣容で、決して少なくはない。欠勤が多いなどの問題が指摘されるこれらの人々の勤務実態は、今回は調査していない。

患者側を見ると、日々 500 人程度の外来患者だが、院長によるとその半数は真剣な患者でなく、無料薬の入手が目的の近隣の人たちである。公的医療機関としては来訪者全員に医薬品を平等に提供する義務があるため、結果的に解熱剤や鉄

<sup>14</sup> 基本情報は、バングラデシュ国 母子保健改善事業 (保健・人口・栄養セクター開発プログラム) (フェーズ 2) 準備調査最終報告書 和文要約、JICA 書誌 ID 1000020952

<sup>15</sup> PG 病院とは、Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University の附属病院のこと。

<sup>16</sup> 特化した病院とは、例えば糖尿病専門の BIRDEM (The Bangladesh Institute of Research and Rehabilitation for Diabetes, Endocrine and Metabolic Disorders

剤などの一般的な医薬品を少しずつ患者に配布するしかなく、余計に遠距離からの患者はここに来ない、という悪循環状態に陥っている、と言う。

この郡の下には8つのユニオン(行政村)があり、それぞれにユニオンセンターが開設されているが、先述のように医師が勤務するのに適した建築がなされていないという理由のために医師や SACMO はそこに赴かず、Family Welfare Visitor(FWV)などが日々勤務し、診断や投薬を行っている。

さらにその下に、理論上は6000人に一か所の割合で、コミュニティクリニック(以下CC)が開設されることになっているが、これはその数も活動内容もまだ途上である。本調査では、ナラヤンプル・ユニオンのカマルチョールCCを訪問したが、当日はワーカーたちが不安定なプロジェクト予算から安定した歳入予算に移すことを要求して綴じられていたので、詳細を訪ねることはできなかった。しかし近隣の住民の話によると、基本的に毎日9時から4時ころまで開き、住民200人ほどが利用している、薬があるときは良いが入荷して数日するとなくなる、子どもや妊婦への予防注射を行っている、と言った様子であった。

### 3. インドとの主な違い(まとめに変えて)

#### 3-1. 医療保険の欠如

インドとの一番の違いは、インドには大きな欠陥はあるものの公的医療保険が貧困層向けに、民間医療保険が富裕層向けに用意されているが、バングラデシュ

にはほぼ皆無であることだ。本調査でインタビューした十数名の村人や公務員、医療従事者の誰もが、医療保険を有していなかった。このため、貧しい村人が医療を中断した例があった。さらにこの他の数件で、医療費のため負債を膨らましていた。

*RBの夫が8カ月前に病気で倒れ、すぐ近くのボイロップ町の私立病院を受診したが、入院も投薬もなく「ダッカの病院で受診せよ」と言われた。それでバスで4時間程のオールドダッカ市内にある公立の大学病院に行き受診した。その病院で長く待たされた後受診した無料でレントゲンや血液などの検査を受けてガンが判明したが、「さらに8千タカで検査が必要」と言われたので、加療継続を断念しそのまま帰宅した。8千タカさらにかけても、その後またさらに費用が嵩むだけ、と判断したから。その後は、医者の治療も服薬もせず自宅で療養。訪問時は相当な衰弱で喋れず。*

(出典：大橋、180224 ガンの医療費で困窮したが、治療を諦めた貧困一家)

援助関係者の話によると、グラミン銀行やNGOにマイクロクレジット用の資金を低利で提供するPKSF<sup>17</sup>によるマイクロファイナンスの一環として、PKSFが実施主体となってタンガイル県でSSFと呼ばれるマイクロな医療保険を実験したとのことだが、結果は思わしくないようだ。

<sup>17</sup> PKSFとはPalli Karma-Shahayak Foundation。 <http://www.pksf-bd.org/>



一方でバングラデシュ政府の保険監督組織である IDRA<sup>18</sup>は、保険の販売は保険業者に限るとしている。マイクロな医療保険が今後本格化するなら、この点の調整も今後必要となろう。

なおバングラデシュの保健医療の NGO としては、独立戦争時の野戦病院に起源を持つ Gonoshasthaya Kendra (以下 GK、ベンガル語で「民衆の健康」)が圧倒的に著名である。その創設者でありリーダーのザフルッラ氏の提唱で、バングラデシュは 90 年代に多国製企業生産の医薬品の輸入を禁止し、国内生産を奨励する政策がとられたことは、世界的に知られている。

そのザフルッラ氏は、インド型の医療保険は入院治療だけが対象になっており、バングラデシュには向いてないと言う。なぜなら、バングラデシュで現在主要な問題である糖尿病や高血圧症にとって入院治療は例外だからだし、ガン治療の多くや腎臓病による透析も、入院治療ではないからだ。その彼によると、GK は現段階で以下の二つの非営利医療保健プロジェクトを実施中である。

#### 1) GK の医療保険(正式名称は不明)

1973 年に導入し、現在では 150 万人が参加。その加入者は、その経済状況によって、極貧、貧者、低中流、中流、上中流、上流あるいは富裕層の六階層に分けられ、年額の保険料は無料から 3 千タカまでに分けられるほか、喫煙者には割増がある。しかし全国にある 7

つの病院や 43 のクリニックにおいて受けられるサービスは全員が同じで、外来から入院・手術までが無償で受けられる。ザフルッラ氏によると、それでもこの保険は経済的に持続的である。これには政府補助金がないが、日本の国民健康保険に少し近いと思われる。

#### 2) 既製服生産工場労働者のためのパイロット医療保険プロジェクト (Health Insurance Pilot Project for RMG Worker in Bangladesh)<sup>19</sup>

1 千人以上の貧しい女子工員が死亡した 2013 年のラナプラザビル崩壊事件後に、GK がヨーロッパのドナーと縫製企業と連携して始めた工場労働者向けの医療保険制度。現在では、1 年間の保険料として労働者は 1500 タカ、企業が 3 千タカ、ドナーが 1500 タカを負担し、GK の医師チームによる工場での週二回の診察、診療所での治療、そしてサバル地区とダッカ市内の GK 病院へのリファラスサービスである。本人も認めているように、これはインドの労働者向けの公的医療保険である EGS と似たものである。

インドと比べると政府が弱体なバングラデシュでは、この GK の医療保険の取り組みは、グラミン銀行によるマイクロクレジットや、BRAC による ORT の普及などと並んで、NGO がパイオニア的役割を果たしている好例と言える。政府が、真剣に参考にすべき事例ではなからうか。

<sup>18</sup> IDRA とは Insurance Development & Regulatory Authority。 <http://www.idra.org.bd/>

<sup>19</sup> この保険のある程度の詳細は、以下を参照の事。  
<http://gonoshasthayakendra.com/project-details/11>

今後は、さらなる注目と調査が求められる。

### 3-2. 民間医療機関の中央と末端の大きな格差

インドでもバングラデシュでも、無資格の医師(バングラデシュの場合は「村医者」という呼称)が、薬局を兼ねるような形で営業していることが多い。本調査で訪れたノルシンディー県のダッカからシレットに向かう国道沿いの農村部のナラヤンプルバザールのある「村医者」ANのケースを、以下に要約しよう。

9年間、出稼ぎ先のサウジアラビアの公立病院の薬局のアシスタントを務め、薬や医療の基礎を学んだANは、帰国して6年前に人間向けの薬屋としてオープンした。4年ほど前に政府の青年開発プログラム(Youth Development Programme)で獣医師関連のトレーニングを三か月間受講し、3年前に、製薬会社が主催したガジプールでの2か月間の家畜受精のトレーニングも受講したことで、獣医師も始めた。その中で、自然と人間相手の村医者となり、現在では週7日開業し、一日に30人が来訪。そのうち60%が家畜対象、40%が人間対象である。難しい症状なら診察料を取るが、一般には薬の価格だけ徴収する。ちなみに獣医師の方が家畜をその家で診察・治療するので支払額が高く、人間相手より儲かる。1回の費用は平均500タカ(600円)。抗生物質の投与や注射もするが、縫合や手術はしない。これと同様な薬局兼村医者の店は、この数

百軒のバザールに50軒ほどだが、獣医師のものは少ない。

(出典：大橋、180223 ナラヤンプルの獣医兼村医者は耐性菌問題に自覚的)

本人が述べているように、この農村部のバザールで50軒も同様な店が営業を続けているということは、それだけの需要が存在しているからだ。先に引用した貧しいRBも、公立病院は薬をくれる量が少ないので、自分の胃炎治療に村医者を使っている。身近にあって無償で診断と投薬をするはずのコミュニティクリニックの存在は知らないという。

一方でインドのビハール州に多く存在した、MBBSの常勤医師を1名かそれ以上を擁して入院施設もある私立診療所(Nursing Home)は、バングラデシュではまだ数が少ない。バングラデシュの場合は、ダッカをはじめとした都市病院の勤務医が、週末の金曜日だけ地方のそうした私立病院で診察する例が多い。実際本調査で偶然立ち寄ったノルシンディー市の私立Hazrat Shahjalal General Hospitalも、普段は(おそらく公立病院の勤務が終わった)夕方だけ一人の小児科医が診察するだけなので閑散としていたが、金曜日には何人もの専門医が診察する、と説明してくれた。

重篤な病気で倒れた場合、こうした私立病院を頼りにする例が多いが、その場合(そこの医師が勤めるるのであろう)ダッカの公立の大病院でしかできないCTなどの検査などを受けてくることが求められることが多いので、患者やその家族にとっては身体的にも経済的にも負

担が大きい。その典型例が、以下のRMだろう。

RMは17年2月24日朝9時ころ突然脳溢血。CNG(小さな三輪タクシー)でボイロップ町の心臓病に強い私立病院にかかるが、その指示で、ダッカに救急車で5千タカかけてダッカの *Shamolita Medical College Hospital* に行き、そこで3千タカでCTスキャンを取って、同じ日にボイロップの病院に戻った。その夜はこの病院に入院し2万タカ支払い。この病院は「ここで治療できる」というが信用できず、翌日公立ダッカ *Medical College* 病院にまた救急車を使って移る。ダッカ大学病院に10日間入院して少し改善。病院での支払いは何のためか不明だが10万タカ(13万円)。退院後自宅に戻り、今は毎週金曜日にDr. AIが診察に来るボイロップ町の私立 *Abedin* 病院で、週一回500タカで治療を受けている。(出典：大橋、180224 脳梗塞に西洋医療もコピラージも受ける富裕だが教育低い一家)

一方今回は調査できていないが、首都ダッカでは2~3千床を有する強大で近代的な私立病院が続々と登場している。続いている経済成長の結果として生まれた富裕層のためのものである。特に豊かな人たちは現在ではインドやシンガポール、あるいは米国や英国にまで著量に出かけている。そうした富裕層の人たちは、混雑する首都の大学病院を避けて、こうしたホテルと見間違えるような私立病院で治療を受けることが出来る。

一方公立の県病院には、透析の施設や開腹手術などを行う施設さえ整っていない。そしてその下の村のバザールでは、たくさんの無資格の「村医者」が薬局を兼ねて怪魚しており、民衆が求める抗生物質などの即効性のある薬剤を短期間だけ投与し、耐性菌を生み出している。

インドの構図と基本的は同様であるが、インドにはバザールと大都市の中間にそれなりに信頼できる私立診療所(*Nursing Home*)があるので、バングラデシュの格差の大きさが強く感じられた。

### ・まとめ

全体を通じて、インドとバングラデシュの医療体制は形の上ではかなり似ているが、インド パキスタンとしての分離独立から71年、バングラデシュのパキスタンからの独立46年間に経ち、ある程度変わってきた部分があちらこちらに見られた。

特にSDGsのUHCの実現に向けた道筋という視点から見ると、実態としてはバングラデシュがインドより数段遅れた状態であることと言える。もちろんインドでは、民衆のヘルスケアが選挙対策の具になっているという深刻な問題を抱えているのだが。

これまで縷々述べてきたように、インドの公的保険のカバー率はまだまだ小さく、制度や内容としてもかなり不十分とはいえ、それなりの政策意図を持った公的保険制度が確立している。もちろん、発表されたばかりのモディ・ケアの今後の行方をRSBYおよび州政府の公的保険の今後の在り方とともに、注意深く見

ていく必要がある。また個人レベルの私的な医療保険の今後、そして組織労働者のうちでカバーしきれてない大半の人々の今後にも、注目していく必要がある。

一方バングラデシュでは、医療保険はごく一部の例外を除いて、公的も民間もその影さえ見えない状態である。換言すると、SDGs の 3.8 の UHC を実現するための二つの二つの指標のうち、二つ目が全く見えない状況である。

SDGs やその UHC を実現しようというバングラデシュ政府の姿勢はインド政府より明確に思えるが、その道程はイン

ド政府の方がより着実で、バングラデシュはより不明確に見える。

本研究プロジェクトはこれで終わりになるが、ここで提示したような視点から今後の南アジアの医療状況と医療保険状況は、続けてモニタリングしていく必要が明確にあるように思える。