

インド国
リプロダクティブヘルス支援計画調査
事前調査報告書

平成 12 年 7 月

国際協力事業団

序 文

日本国政府は、インド国政府の要請に基づき、同国マディヤプラデシュ州のリプロダクティブヘルス向上支援計画にかかる調査を実施することを決定し、国際協力事業団がこの調査を実施することといたしました。

当事業団は、本格調査に先立ち、本件調査を円滑かつ効果的に進めるため、平成12年4月9日から4月28日までの20日間にわたり、国際協力事業団国際協力専門員 山形 洋一を団長とする事前調査団(S/W協議)を現地に派遣しました。

調査団は本件の背景を確認するとともに、インド国政府の意向を聴取し、かつ現地踏査の結果を踏まえ、本格調査に関するS/Wに署名しました。

本報告書は、今回の調査を取りまとめるとともに、引き続き実施を予定している本格調査に資するためのものです。

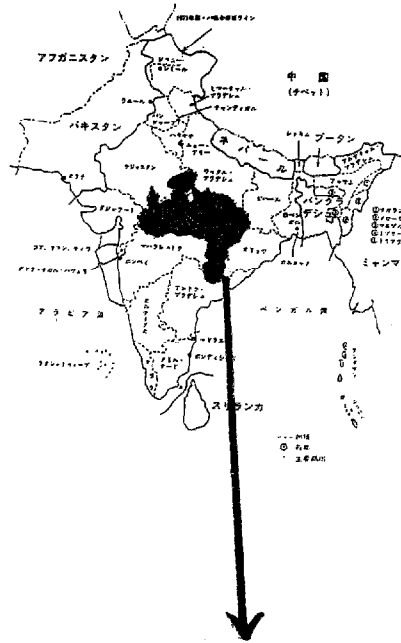
終わりに、調査にご協力とご支援をいただいた関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成12年7月

国際協力事業団

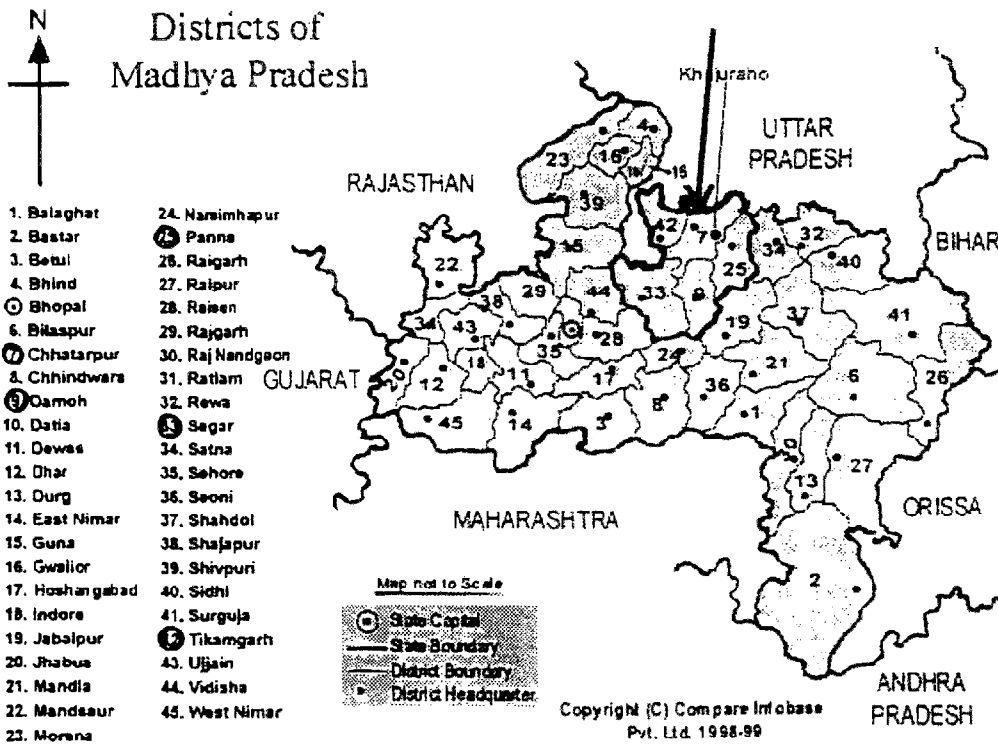
理事 泉 堅二郎

対象プロジェクト位置図



[マディヤプラデシュ州]

STUDY AREA



目 次

序 文

対象プロジェクト位置図

現地踏査写真

第1章 事前調査の概要	1
1 - 1 調査の背景	1
1 - 2 調査の目的	2
1 - 3 調査団の構成	2
1 - 4 調査行程	4
1 - 5 協議の概要	5
1 - 5 - 1 S / W 協議	5
1 - 5 - 2 国際機関、他ドナー、NGO との協議	7
1 - 6 現地踏査結果	9
第2章 保健医療サービスの現状と課題	14
2 - 1 保健医療行政	14
2 - 1 - 1 中央保健行政	14
2 - 1 - 2 地方保健行政	14
2 - 2 保健財政	14
2 - 3 保健政策	18
2 - 3 - 1 国家保健開発計画	18
2 - 3 - 2 マディアプラデシュ州における保健政策	20
2 - 4 保健医療サービス供給状況	23
2 - 4 - 1 保健医療サービスの供給者	23
2 - 4 - 2 保健医療施設	24
2 - 4 - 3 各保健医療施設とその機能	24
2 - 4 - 4 保健衛生状況	26
2 - 4 - 5 食糧・栄養状況	27
2 - 5 マディアプラデシュ州における保健医療サービスの状況	28
2 - 6 保健医療サービス分野の問題と課題	30
2 - 6 - 1 保健行政上の問題と課題	30

2 - 6 - 2	保健医療サービスの問題と課題	31
第3章	リプロダクティブヘルス及び子どもの健康に関する現状と課題	34
3 - 1	妊産婦の保健医療	34
3 - 1 - 1	妊産婦死亡	34
3 - 1 - 2	妊産婦死亡の主要原因	34
3 - 1 - 3	産前のケア	35
3 - 1 - 4	分娩施設	37
3 - 2	家族計画	38
3 - 2 - 1	家族計画の概要	38
3 - 2 - 2	避妊率	40
3 - 2 - 3	避妊方法の内訳	41
3 - 2 - 4	人工妊娠中絶	42
3 - 3	女性の結婚、出産年齢	43
3 - 4	乳児及び乳幼児(5歳未満児)の保健医療	45
3 - 4 - 1	乳幼児死亡	45
3 - 4 - 2	周産期死亡	46
3 - 4 - 3	予防接種	46
3 - 5	性行為感染症	47
3 - 5 - 1	RTI / STD	47
3 - 5 - 2	HIV / AIDS	47
3 - 6	サーガルディヴィジョンの状況	49
3 - 6 - 1	サーガルディヴィジョンの概要	49
3 - 6 - 2	サーガルディヴィジョンの保健状況	50
3 - 7	リプロダクティブヘルス分野におけるマディープラデシュ州の問題と課題	51
第4章	社会学的視点から見たリプロダクティブヘルス	55
4 - 1	乳幼児死亡率と社会経済的要因	56
4 - 1 - 1	乳幼児死亡率に影響を与えている要因	56
4 - 1 - 2	社会経済的要因のインド全体の傾向	57
4 - 1 - 3	NFHS で得られた結果のまとめ	63
4 - 1 - 4	マディープラデシュ州における状況	64
第5章	本格調査への提言	73

5 - 1	基本方針	73
5 - 2	調査対象地域.....	75
5 - 3	調査項目と内容	76
5 - 4	調査行程と要員計画	87
5 - 4 - 1	調査行程.....	87
5 - 4 - 2	要員計画.....	87
5 - 5	必要な調査用資機材	88
5 - 6	調査実施上の留意事項	88

付属資料

1	.TERM OF REFERENCE	93
2	.QUESTIONNAIRE (回答).....	110
3	.SCOPE OF WORK	151
4	.MINUTES OF MEETING	159
5	.主要面談者リスト	165
6	.略 語	169
7	.収集資料リスト	170



保健・家族福祉省家族福祉局と協議 (Delhi)



財務省経済局長と協議 (Delhi)



マディープラデシュ州保健省 Ashok Das 次官と山形調査団長間での S / W 及び M / M 署名 (Bhopal、Madhya pradesh)



マディープラデシュ州保健・家族福祉省スタッフと事前調査団



サブヘルスセンター (Sagar, Madhya Pradesh)



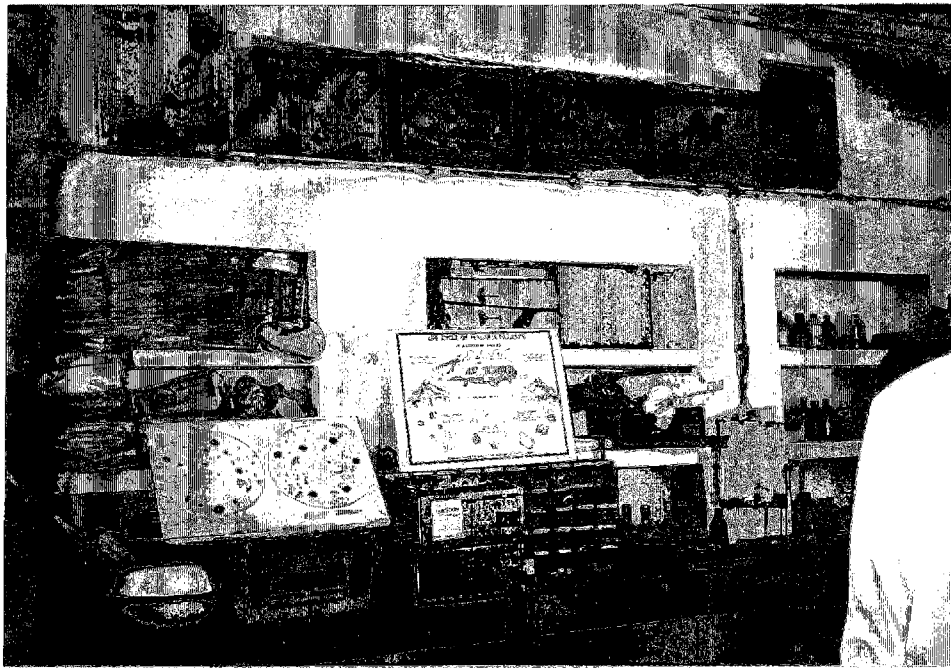
サブヘルスセンター内部



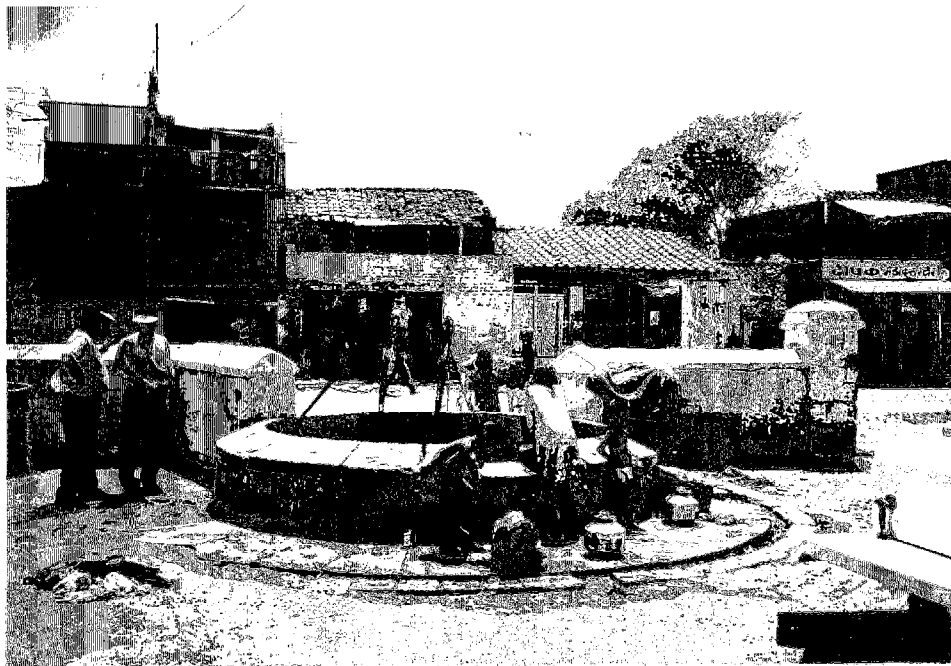
プライマリーヘルスケアセンター (Sagar, Madhya Pradesh)



プライマリーヘルスケアセンターの外壁は、掲示板として活用されている

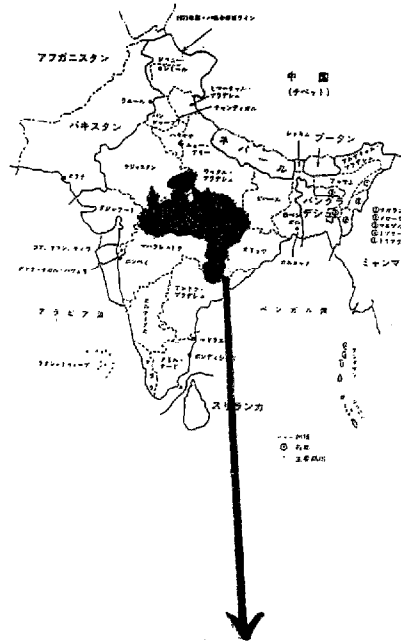


コミュニティヘルスセンター内部 (Sagar, Madhya Pradesh)



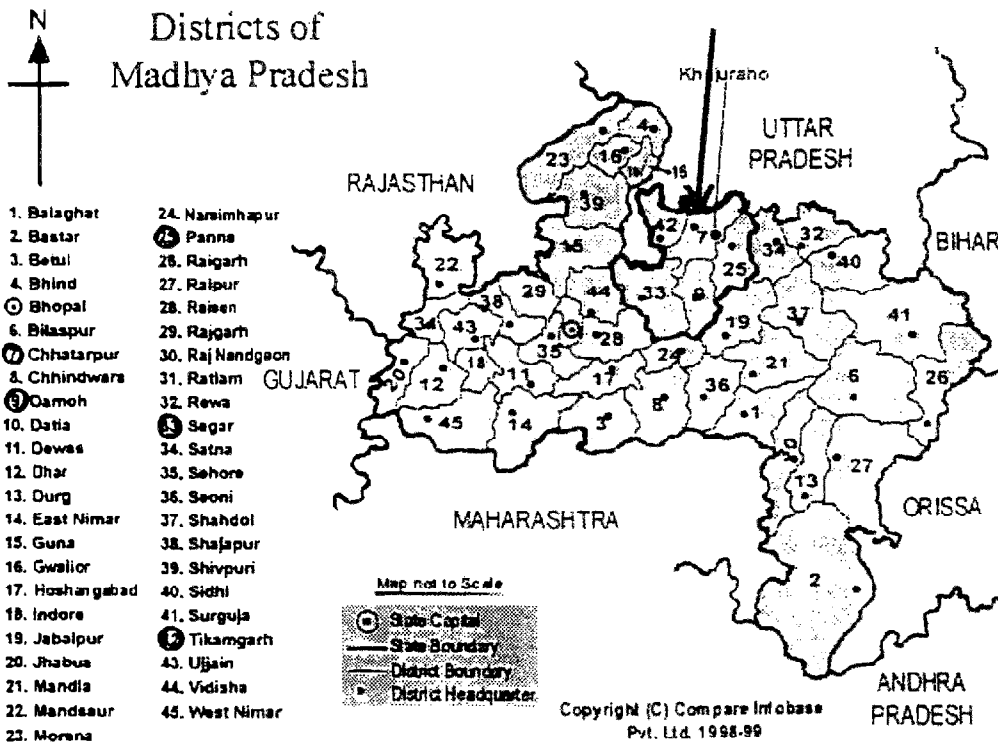
コミュニティヘルスセンター前の井戸

対象プロジェクト位置図



[マディヤプラデシュ州]

STUDY AREA



第 1 章 事前調査の概要

1 - 1 調査の背景

- (1) 中国(12.2 億人)に次いで世界第二の人口(約 9.4 億人)を抱えるインドの人口問題については、2000 年までの年平均増加率が 1.8%と推計されており(UNFPA)、2050 年には中国を抜いて世界で最も人口の多い国になると予想されている。
- (2) 同国の保健医療分野においては、高い妊産婦死亡率(23 州 109 か所の病院データによると、全国平均 500 / 出産 10 万)に見られるように、女性のリプロダクティブヘルスの水準が極めて低いことが問題となっており、慢性的な栄養不良、劣悪な衛生状況、厳しい労働環境の下で繰り返される妊娠と出産が母体の健康を著しく悪化させることにより、疾病や死亡率が増加し、ひいては子どもの健康にも多大な影響を及ぼすという構図になっている。
- (3) 調査対象地域のマディヤプラデシュ(Madhya Pradesh)州(人口約 6,618 万人、面積 44 万 3,446 平方キロメートル)はインドのなかでも社会開発指標が低く、1,370 / 出産 10 万と最も妊産婦死亡率が高い州の 1 つであり、中央政府による「リプロダクティブ及び子どもの健康プログラム(Reproductive and Child Health : RCH)」においても母性保護(Safe Motherhood)プログラム対象優先地域の 6 州のうちの 1 つとなっている。マディヤプラデシュ州においては、かかる経緯によりリプロダクティブヘルスの向上は最も緊急かつ優先度の高い課題の 1 つとなっており、同向上を通じて健康面から再生産年齢層にある女性のエンパワーメントを促進しつつ、女性自身の健康に対する認識を深め、自ら計画的な出産を選択する環境を整えていくことが重要となっている。
- (4) リプロダクティブヘルスの向上のためには、第一義的には周産期にかかる保健サービスの拡充が不可欠であり、具体的には、Traditional Birth Attendant(TBA)や Auxiliary Nurse Midwife(ANM)等を通じた妊産婦検診サービスの拡充、Community Health Center(CHC)における産科救急の対処能力強化等が必要となる。また、そのためには地域の保健サービスデリバリーシステム全体の機能向上も不可欠である。
- (5) マディヤプラデシュ州では、既に中央政府、州政府のみならず、世銀、UNFPA、UNICEF、DANIDA、USAID 等のドナーが RCH(Reproductive and Child Health)プログラムや State Plan of Action for Women and Children 等のプログラムを実施してこの問題に取り組んでい

るが、いまだ解決すべき課題は多く、特にディストリクト(District)レベルでの実施体制強化に対する支援の必要性は大きい。

(6)かかる背景から、我が国は1995年、同国の人口/エイズ分野に関するプロジェクト形成調査団を派遣し、これを受け、インド政府は、同調査にて発掘・形成された本件調査の実施を我が国に正式に要請した。

(7)これに対し、我が国は、2000年4月9日に実施調査の実施細則(S/W)に係る署名・協議を行うための事前調査団をインドに派遣し、同月20日にS/Wの署名・交換を行った。

1 - 2 調査の目的

インド政府の要請に基づき、同国中部に位置するマディアプラデシュ州のサーガルディヴィジョン(Sagar Division)を対象とした女性の保健、栄養、衛生、教育、労働環境等に関する現状分析を行うとともに、既存の政府プログラムをレビューし、対象地域における女性を主たる受益者とするディストリクトレベルでのマスタープラン(M/P)を策定するため、今回の事前調査では、以下の点を確認したうえで、S/W協議を行い、署名・交換することを目的とする。

(1)要請背景・内容の確認

本案件は、要請から採択されるまでにかかなり時間が経っており、要請書に記載された地域は、既に他の国際機関やドナーが活動を展開している。したがって、要請の内容、調査対象地域及びカウンターパート機関の実施体制について確認する。

(2)関連開発計画の進捗状況確認

また、インドの保健分野に関する国家開発計画及び国際機関・他ドナーの実施するプロジェクトの内容、進捗状況を調査し、本格調査における重複を避け、かつ有益な連携ができるよう努める。

1 - 3 調査団の構成

氏名	担当分野	所属	派遣期間
山形 洋一	総括	国際協力事業団 国際協力専門員(保健分野)	00 / 4 / 9 ~ 00 / 4 / 23
吉武 克宏	母子保健計画	国立国際医療センター 国際医療協力局 派遣協力課長	00 / 4 / 9 ~ 00 / 4 / 25

小林 克己	協力計画	国際協力事業団	00 / 4 / 9 ~ 00 / 4 / 25
		社会開発調査部社会開発調査第二課	
木村 友美	調査企画	国際協力事業団	00 / 4 / 9 ~ 00 / 4 / 25
		社会開発調査部社会開発調査第二課	
道津 美岐子	医療施設 / 機材	(株)第一医療施設コンサルタンツ	00 / 4 / 9 ~ 00 / 4 / 28
北内 陽子	社会分析	(株)アースアンドヒューマン コーポレーション	00 / 4 / 9 ~ 00 / 4 / 28

1 - 4 調査行程

調査行程			
日順	月日	官団員	役務団員
1	4/09 日	(移動) 東京→デリー	
2	4/10 月	JICA事務所打合せ、日本大使館、保健・家族福祉省、大蔵省表敬	
3	4/11 火	UNFPA、USAID活動状況聴取、カラワティサラン小児病棟視察	
4	4/12 水	UNICEF活動状況聴取 (移動) デリー→ボパール	
5	4/13 木	マディアプラデシュ州保健・家族福祉省 (Mr.Ashok Das, Secretary of FW) 表敬 保健・家族福祉省表敬MP州地方局 (Dr.B.S.Jain, Senior Regional Director) 表敬	
6	4/14 祝	マディアプラデシュ州保健・家族福祉省大臣表敬 (移動) サーガル (Sagar District) へ	DANIDA活動状況等聴取
7	4/15 土	現地踏査	
8	4/16 日	(移動) ボパールへ	
9	4/17 月	S/W協議	補足調査、資料収集 SEWA活動状況等聴取
10	4/18 火	S/W協議、M/M案作成 M/M協議	補足調査、資料収集
11	4/19 水	S/W・M/M協議	補足調査、資料収集
12	4/20 木	団内打合せ	
		S/W、M/M署名交換 (移動) ボパール→デリー	補足調査、資料収集
13	4/21 祝	資料整理・団内打合せ (移動) 山形団長：デリー→シガポール	補足調査、資料収集 SEWA活動状況等聴取
14	4/22 土	UNFPA (先方依頼による意見交換) 資料整理・現地調査報告書作成	補足調査、資料収集
15	4/23 日	資料整理・現地調査報告書作成	補足調査、資料収集
16	4/24 月	保健・家族福祉省ラップアップミーティング、S/W署名 大蔵省ラップアップミーティング、S/W署名 記者会見、日本国大使館報告 (移動) 吉武団員：デリー→バンコク (移動) 小林・木村団員：デリー→シガポール	補足調査、資料収集
17	4/25 火	(移動) シガポール Z → 成田	(移動) ボパール→デリー
18	4/26 水		VHAI活動状況等聴取 DFID活動状況等聴取
19	4/27 木	/	
20	4/28 金		

1 - 5 協議の概要

1 - 5 - 1 S / W 協議

事前調査団は、平成 12 年 4 月 9 日要請の背景、要請内容、先方実施体制及び本格調査の概要を確認するため、マディープラデシュ州保健・家族福祉局(Health & Family Welfare Dept.)ほか関係機関との協議及び現地踏査を行った。19 日実施した S / W 協議(2 日目)において、実施機関の責任者である Mr.Ashok Das、Secretary、Family Welfare Department of Government of MP との間で合意に達し、インド中央政府(保健・家族福祉省及び大蔵省)のコメントを受け、20 日に S / W 及び Minutes of Meeting(M / M)の署名を行った。

主な協議ポイントは以下のとおり。

(1) マディープラデシュ州保健・家族福祉局との協議概要

1) 調査名称

調査の目的を明確化するため、“The Development Study on Reproductive Health in the State of Madhya Pradesh, India”に変更することを提案し同意を得、M / M I. に記載した。

2) 調査対象地域

当初予定どおり、サーガルディヴィジョン(Sagar Division)を構成する 5 ディストリクトを対象とし、ディストリクトレベルの M / P を作成することで合意した。マディープラデシュ側より、開発指標の低い順に優先的に調査してほしい旨要請があり、Tikamgarh と Damoh の 2 ディストリクトを重点的に調査することで合意し、M / M II. 1. に記載した。

なお、現地踏査を実施したサーガルディストリクトについても、同郡の中心地という観点から調査を実施する必要を認めた。

マディープラデシュ側より、サーガルディヴィジョンのほかに、同ディヴィジョンと並び女性の開発指標が低いウヅジャーディヴィジョン(Ujjain Division)を調査対象に加えてほしい旨要請があった。

調査団は、この種の要請は正式になされるべきものであり、今回の調査に含めることは現実的でないことを説明し先方の了解を得た。なお、本要請のあることを外務省及び JICA に伝えることとし、M / M II.2. に記載した。

3) 調査目標年次

関連する国家計画の目標年次に合わせ 2010 年とすることで合意し、M / M III. に記載した。

4) 調査範囲

マディープラデシュ側より、本格調査はICPD(International Conference of Population and Development)のガイドラインに沿って行うよう要請があり、調査団はこれを調査実施上の留意事項として妥当と判断し、M / M IV. に記載した。

5) 調査期間

マディープラデシュ側より、当地の社会変化(発展)が速いため、提案の18か月を12か月に短縮するよう要請があった。

調査団は、対象地域は面積が広大(1ディストリクトは日本の県に相当)かつ交通事情が悪いため十分な調査時間が必要であることを説明の上、調査計画上の留意事項としてM / M V. に記載した。

6) 便宜供与事項

a) 調査団は、本格調査団の現地踏査の際には、カウンターパートが同行するよう要請し同意を得た。また、マディープラデシュ側は、本格調査開始までにカウンターパートチームの責任者を任命することになった。

b) 調査団は、事務所スペースに関し、ボパール(Bhopal)のマディープラデシュ州政府の建物内及びサーガルのトレーニングセンターが供与されることを確認した。また、本格調査団から要望があれば、更なる事務所スペースの供与が可能であることをマディープラデシュ側に確認した。

c) しかしながら、机、電話等の備品については、日本側で負担してほしい旨要請があり、持ち帰り検討することとして、M / M VI. 2. に記載した。

d) 本格調査団の車両等の交通手段については、現在、インド政府が財政改革(経費削減)を推進しておりできる範囲で対応する旨説明があり、M / M VI. 3. に記載した。なお、結果先方負担は不可能と認められたので、実質的には日本側で負担することとして、持ち帰り検討することとした。

e) その他便宜供与事項に関し、問題のないことを確認した。

7) その他

a) リプロダクティブヘルスには、新生児のみならず幼児(5歳以下)の健康問題も切り離せないとの考えから、各調査項目においてReproductive Health をReproductive & Child Health とすることについて合意し、M / M VII. 1. に記載した。

なお、調査内容についてリプロダクティブヘルスを中心とすること、及び主たる対象については対処方針どおりであることを確認した。

b) 調査報告書を含め調査結果の公開について同意を得、M / M VII.2. に記載した。

(2) 中央政府との協議概要

1) 大蔵省 (Ministry of Finance)

マディープラデシュ州の概況、及びインドの行政システムについて聴取した。

本開発調査は、両国関係にとって非常に有益なものになると期待している、ぜひ事業化につなげてほしいとのコメントがあった。

2) 保健・家族福祉省 (Ministry of Health and Family Welfare)

国家保健プログラムの概要、マディープラデシュ州概況、他ドナーの活動状況について聴取した。

マディープラデシュ州は、地方自治が進んでおり、国家プログラムとは別に、州独自の人口政策をもっているが、医療施設での出産率が低く、また、Tribal Area における物流システムの未整備等の問題もあり、日本の協力を歓迎する。また、エンパワーメントの要素として、子どもの教育、IEC (Information, Education & Communication) の強化を取り上げたらどうかとのコメントがあった。

1 - 5 - 2 国際機関、他ドナー、NGO との協議

(1) UNFPA

UNFPA はリプロダクティブヘルス及びジェンダーの分野において、地方分権化の下、NGO や民間セクターを巻き込んだ質の高い保健医療サービスの向上をポリシーとし活動を展開している。マディープラデシュ州においては、現在5ディストリクトでサブセンターの整備やANM (Auxiliary Nurse Midwife) のトレーニング等の活動を行っているが、現在のプロジェクトは1997年～2001年で終了することになっており、その後の資金目途はついていない。このため、日本の開発調査と重なるチャタルプール (Chhatarpur) とパンナ (Panna) の2ディストリクトでの連携に期待が寄せられた。特に医療施設の整備・機材供給等のハード面の日本側支援について打診があった。

また、UNFPA は、治安上の理由からマディープラデシュ州事務所 (ローカルスタッフが駐在) をレワディストリクト (Rewa) からサトナディストリクト (Satna) に移設しており、同州において外国人が地方をベースに活動するのは注意が必要とのアドバイスがあった。

(2) USAID

10年にわたって活動を行っているウツタルプラデシュ (Uttar Pradesh) 州での活動経験を中心に聴取した。USAID では、母親、新生児及び若者をリプロダクティブヘルスの3要素ととらえ、パブリック/プライベートセクター、NGO と協調した一時的、永久的な避妊手段へのアクセス向上を奨励している。日本の活動分野のアイデアとして、USAID が本国

の規定により実施できない薬の補給、避妊手術の実施をはじめ、情報伝達システム(ラジオ等)・情報管理システムの整備、デリバリーシステムの向上、EOC(Essential Obstacle Care)レファラルシステムのための施設の向上、交通手段の整備、人材育成があげられた。

また、Tribal Areaでの活動は、ローカルコンサルタント・NGOへの委託が賢明との助言があった。

(3) UNICEF

UNICEFはインド全土に10か所の支局を設置し、特に州境(Border Districts)を中心にChild Health及びSafe Motherhood Programme

を展開しており、従来の子ども中心から、より統合的なアプローチを行っていることがわかった。マディヤプラデシュ州では、チャタルプールディストリクト(Chhatarpur)ティカンガルディストリクト(Tikamgarh)において活動している。

UNICEFは、既存の施設や設備、医療システム、NGOを活性化するための側面支援を行っている。交通事情の悪い地域では、コミュニティ内で完結するレファラルシステムの整備を進めており、本格調査の際に参考になるとと思われる。

(4) DANIDA

1980年よりマディヤプラデシュ州において貧困層を対象に特に女性の保健・社会状況の向上を図ることを目的としたBasic Health Services Programmeを行っている。地域に根付いた活動をめざし、Phase(2000~2004年)では、マディヤプラデシュ州全域を対象とした保健システムの強化、医療スタッフの教育、IEC、医薬品供給、管理能力の強化のためのシステムづくり(テクニカルサポート)を行っている。

日本の調査対象地域については現在活動を実施しているFPAI、UNFPAとのデマケーションの問題を懸念する意見が聞かれた。

現在、ボパール事務所は、ナショナルスタッフ5名で運営されている。なお、他ドナーの話によれば、CTBTの影響を受け、DANIDAは活動を縮小している由。

(5) UNICEF(Bhopal Office)

UNICEFのマディヤプラデシュ州での活動として母子保健、公衆衛生、教育への援助を実施している。他の国際機関(UNFPA、UNESCO等)やFPAI等のNGOと協力しながら活動を展開しており、日本の開発調査に関しても必要があれば情報の提供を行う。また、協力の要請があればいつでも対応する。

(6) FPAI (Family Planning Association in India) / インドの NGO

1995 年より Small Family by Choice Project を実施、マディヤプラデシュ州においては Bhind、Sagar、Vidisha の 3 ディストリクトで活動を行っている。コミュニティ参加、保健サービスへのアクセス強化、質の向上を目的とし、ローカルボランティアグループや NGO、Panchayats を巻き込んで女性のための Skill Development Centre や子どものための Literacy and Child Care Centre、TBA (Traditional Birth Attendant) が使用する Community Delivery Centre を設置し効果を上げている。サーガル、ダモー (Damoh) ディストリクトにおいてはコミュニティの参加が良く、日本が調査を実施する際の問題は少ないであろうとの見解を示した。

(7) SEWA (Self Employed Women's Association) / インドの NGO

主に、活動内容について聞き取りを行った。

SEWA は、女性の self identification (What she is, what she can do) を活動目標としており、女性に機会を与えるための活動を行っている。

活動分野は貧困対策、保健、教育分野であり、ボパールの都市スラム 26 地区といくつかの近隣の村で、自主財源により活動を行っている。

具体的には、女性の経済力を高めるための手工芸 (刺繍) 訓練、小規模金融事業 (SEWA BANK)、そして禁酒運動、家族相談センターでの相談等の活動を行っている。

(8) VHAI (Voluntary Health Association of India) / インドの NGO

全国的に 4,000 人のメンバーと 1 万 3,000 人のボランティアを動員し、Health and Development をめざした活動を行っているインド最大の Association である。政府の RCH プログラムに基づいたプログラムを展開しており、マディヤプラデシュ州においては、Vidisha と Jabapur で活動している (主に Capacity Building)。マディヤプラデシュ州北東部は保健状況も悪く、社会的に女性参加の機会も少ない地域である調査には困難を伴うであろうとのコメントがあった。また、VHAI は、各村に Health Worker をもっており、日本側の調査時に必要であれば、いつでも協力できるとのことだった。

1 - 6 現地踏査結果

保健施設

今次調査では州の家族・保健省との協議において本格調査の拠点地域であるサーガルディヴィジョン (5 ディストリクト) において調査対象地域と予定されていた、サーガル、ダモー (Damoh) 2 ディストリクトのうちサーガルディストリクトのディストリクト病院、コミュニティヘルスセ

ンター（CHC）、サブヘルスセンター（Sub-Health Center）の視察を行った。視察先は表 1 - 1 のとおりである。

表 1 - 1 事前調査で視察した施設

	施設名
第二次レベル	Sagar District Hospital
第一次レベル	Benda Community Health Center
	Bhahia Sub-Health Center
	Chhpri Sub-Health Center
	Karrapur Sub-Health Center
関連施設	Bhahia Anaganwadi
	Benda Training Center

Bhahia Sub-Health Center 及び Anganwadi

サーガルディストリクトの中心部から車で約 15 分ほどの所に位置し、人口約 7,300 人をカバーしている。スタッフはヘルスワーカー（MPW）が 2 名（男性と女性）で主な活動は予防接種、妊婦検診、分娩介助、避妊教育である。入り口を入り約 5 平方メートルの土間のようなスペースに長椅子 3 個が設置されているだけで診察室、分娩室等の設備はなく医療機材といえるものは何も見当たらない。倉庫の中に水銀血圧計、体重計（新生児用と成人用）、トラウベ、簡易ヘモグロビンメーター、剪刀、計量カップ各 1 個、ディスポ注射器数本が箱に入れたまま保管され、常時使用している様子はない。薬品は鉄剤、葉酸、エルゴメトリン（子宮収縮剤）のみで、鉄剤は妊婦検診の際に処方している。分娩時は女性の MPW 又は TBA が要請を受けた自宅へ出向き介助を行っている。ハイリスク妊産婦に対しては、中心部に近いこともありディストリクト病院へ紹介するが車両はなく移送手段としては公共バスを利用するしかない。予防接種は週 1 回実施しており、当日は最寄りの PH センターまでスタッフがコールドチェーン、予防接種を受け取りに行くことになっている。

Sub-Health Center から幹線道路を挟んだ所にこの地域の Anganwadi がある。Anganwadi は Women and Child Development Department 管轄下の施設で、子どもと女性のための栄養プログラム、子どもの教育、避妊教育及び避妊具配布を主な活動としている。視察時には数十人の学童が集まり勉強をしており、数人が歌を披露してくれた。ここでは就学児も未就学児も受け入れた学習指導が行われている。また、女性と子どもの栄養状態に応じて毎日糖分や塩分の補給をする食品を提供している。Anganwadi Worker と呼ばれるスタッフ 1 人がすべての活動をこなしている。

Chhpri Sub-Health Center

サーガルの中心部から車で約1時間の所に位置し、人口6,820人をカバーしている。道路沿いの1戸建てで、正面の壁にMPWの1週間のスケジュールをペイントし掲示板として使用している。建物に電気の配線はあるが5～6年前から電気は使用できない状態である。スタッフはMPW2名(男性と女性)である。中に入ると5平方メートルほどの部屋に診察台、診療用机・椅子が置かれ、奥には分娩用ベッドがカーテン等の仕切りもなく置かれている。体重計、トラウベ、簡易吸引器、簡易ヘモグロビンメーター、血沈立て、消毒用トレイ(中には膣鏡3個)が台に並べられ、注射器はガラス製を使用しており煮沸消毒器による消毒が行われている。当施設内での分娩は5～6件/月ある。昨年は年間96件の分娩があり、そのうち施設分娩は36件(37.5%)でほかはMPWかTBAによる自宅分娩であった。ハイリスク妊産婦のレファラルはCHCへ月1～2件ある。この地区においては15～20%が妊婦検診を受けている。

Karrapur Sub-Health Center

施設、機材とも上記の2つのSub-Centerと同じようなものであるが、当施設は隣に既にPHセンターが建設され近々21の村(人口約3,000人)をカバーするPHセンターに格上げになる予定になっている。現在3名のMPWが勤務しているが、うち2名はSupervisorとして近隣4か所のSub-Centerのマネジメントも行っている。

Benda Community Health Center(CHC)

サーガルより車で約1時間の所に位置し、Bendaの町の中心部にあるが、センターの敷地内でも牛がウロウロしている状態であった。周辺地区5セクター(2か所のPHセンター、24か所のSub-Center)の上位施設で人口約16万5,000人をカバーしている。施設は平屋で病棟(30床)手術室、X-P室、臨床検査室、コールドチェーン保管室がある。血液銀行、救急車はない。医師は3名いるがいずれも一般医で外科、小児科等の専門医はおらず、ほかに看護婦5名、放射線技師1名、臨床検査技師3名が勤務している。

病棟

ベッドは30床で男性部屋、女性部屋に分かれている。入院患者の主要疾患はマラリア、消化器病、髄膜炎である。

手術室

老朽化した手術台、無影燈が置かれただけの部屋があるが、3年前より外科系の専門医が不在のままで全く使用しておらず、手術を要する患者には何も対応できない状態が続いている。切開、縫合等の簡単な外科的処置は別室にある小手術室で行われている。

臨床検査室

血液、尿等の一般検査及びマラリアの検査が可能な程度の器材が整っている。

分娩室

木製の古い分娩台が1台と新生児用体重計が置かれている。年間約200件の分娩があり、月1～3件のディストリクト病院へのレファラルがある。しかし、緊急時に対応する救急車はなく患者自身が自分で交通手段を確保しなければならない状態である。

視察時、調査団とスタッフ(医師3名)との会合の機会があり、深刻な人材不足と移送手段がないことが最大の課題としてあげられた。人口約16万5,000人を抱える医療施設でありながら外科や小児科の専門医が1人もいないという信じ難い状況は単に専門医が都市部に集中し、地方に勤務したがないという個人的モチベーションの問題ではなく行政面からの体制を再考し改善・強化を図る必要があると考えられる。

Benda Training Center

CHCより車で約5分の所にあり、医療従事者へのトレーニングを行うセンターである。レクチャールーム、ホール、2階には30人収容可能な宿泊施設もある。以前DANIDAがサーガルでの活動拠点としていた所でもあり、レクチャールームにはテレビ、ビデオの設備やテキスト、小冊子等の教材も置いてある。現在も各職種に応じて20～30のトレーニングコースがあり平均2日間の訓練が行われている。

Sagar District Hospital

サーガルディストリクトにおいてのトップレファラル施設である。ディストリクト病院は産婦人科病院、眼科病院、その他(管理部門、X-P撮影室、検査室が一緒になった)の附属施設が分散し、それぞれ別の離れた場所にある。今次視察した産婦人科病院は約100年前の植民地時代に建てられたという古い建物をそのまま使用しており、湖畔を望む斜面に建てられ、眺望は最高であるが階段ばかりで病院として機能するには極めて条件が悪い。ベッド定床は旧棟が36床、新棟には婦人科用ベッドが10床ある。産科の病室にはベッド16床あり、新生児と母親が同じベッドに臥床している。視察時、ベッドは満床で、病室の入り口に出生後間もない子どもを抱え座り込んでいる産婦の姿もあった。正常分娩であれば3日目には新生児がBCG接種を受けた後退院となる。

分娩室

木製、鉄製の古い分娩台が4台と吸引器、酸素ポンプ、体重計やその他の基本的な器材が置かれているのみで近代的な機材(ドップラー等)は何も見当たらない。分娩は200～300件/月、そのなかで15～20件/月は帝王切開である。新生児の約30～40%は低体重児(2,500g

以下)で、3～5%は何らかの治療を必要とする。

手術室

手術室は別棟にあり、手術台は4台が設置され、帝王切開、不妊手術、子宮鏡が行われている。麻酔器1台、無影燈、蘇生器、インファントウォーマーと別室には釜型の高圧滅菌器、手洗い台が設置されているが機材はすべて老朽化している。手術室は施錠され、入室時は履物を変えるなどの管理がされていたにもかかわらず、視察時、手術台の下をネズミが横切るのを目撃するなど、清潔管理が十分に行われているとはいえない状況であった。

第2章 保健医療サービスの現状と課題

2 - 1 保健医療行政

2 - 1 - 1 中央保健行政

インド政府は1988年後半から地方分権をめざした構造改革に取り組み、地方の保健行政は基本的に州政府の管轄下に置かれ、具体的なプログラムの計画・実施もすべて州政府に任されている。中央の保健・家族福祉省はPHC、人口家族計画、主要疾患の予防と対策等の重要な国家プログラムの統括と州主導のプログラムへの資金援助を行っている。保健・家族福祉省は保健局(Department of Health)、家族福祉局(Department of Family Welfare)、インド医学・予防医学局(Department of Indian Systems of Medicine and Homoeopathy)、保健サービス事務局(Directorate General of Health Services)に分かれており、母子保健は家族福祉局の担当である。

2 - 1 - 2 地方保健行政

各州の保健・家族福祉省は中央政府の国家プログラムを遂行するとともに州独自のプログラムを策定し計画・実施を行っている。そのため州の保健状況は、その州の経済、財政状況や州政府の方針により大きな格差が生まれている。

本格調査において実際のカウンターパートとなるのは、家族計画、予防接種を含む母子保健を担当しているマディヤプラデシュ州保健・家族福祉省(Ministry of Public Health and Family Welfare)の保健・家族福祉局長(Director of PH & FW)である。マディヤプラデシュ州の保健・家族福祉省は61のディストリクトに各保健局をもち、CMO(Chief Medical Officer)がその責任者となる。

2 - 2 保健財政

今次調査中、マディヤプラデシュ州政府に対して保健財政についての質問票を提出したが回答を得られず、資料の提出も求めたが十分な資料を得ることができなかった。表2 - 1は「Annual Administrative Report 1999-2000」のなかから抜粋したものである。年間予算は少しずつではあるが毎年増えている。今回、州予算の保健医療分野の占める割合、財源確保の手段、中央政府やドナーからの援助額また支出の内訳等についての詳細な内容まで把握することはできなかった。

表2-1 マディアブラデシユ州 保健医療分野の収支の推移 (×10万ルピー)

年	予算		支出	
	計画 (plan)	計画外(non plan)	計画(plan)	計画外(non plan)
1992-93	7635.94	10994.57	7107.49	11650.50
1993-94	9005.24	12588.76	8710.06	12592.39
1994-95	9294.15	14053.16	9608.88	14063.62
1995-96	9153.96	16339.89	9118.29	16361.77
1996-97	11615.05	19114.93	9758.38	19030.16
1997-98	12622.06	21690.58	10818.01	21277.63
1998-99	17917.09	30436.36	16514.13	30207.55
1999-00 (99 9 月迄)	13618.79	24371.18	5414.97	12982.39

(出典：Annual Administrative Report 1999-2000, State of Government)

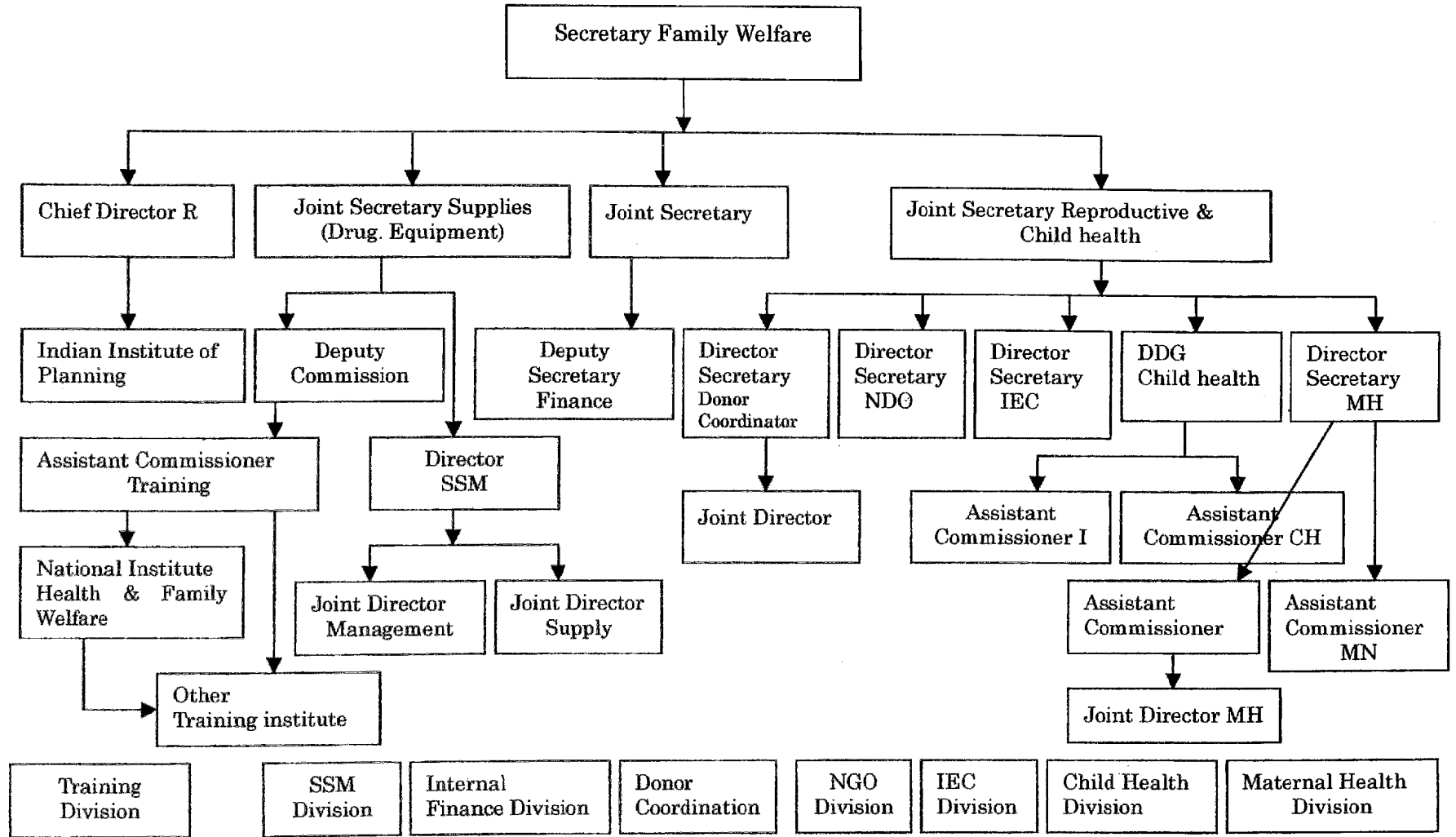


図 2-1 インド 保健・家族福祉省、家族福祉局組織図

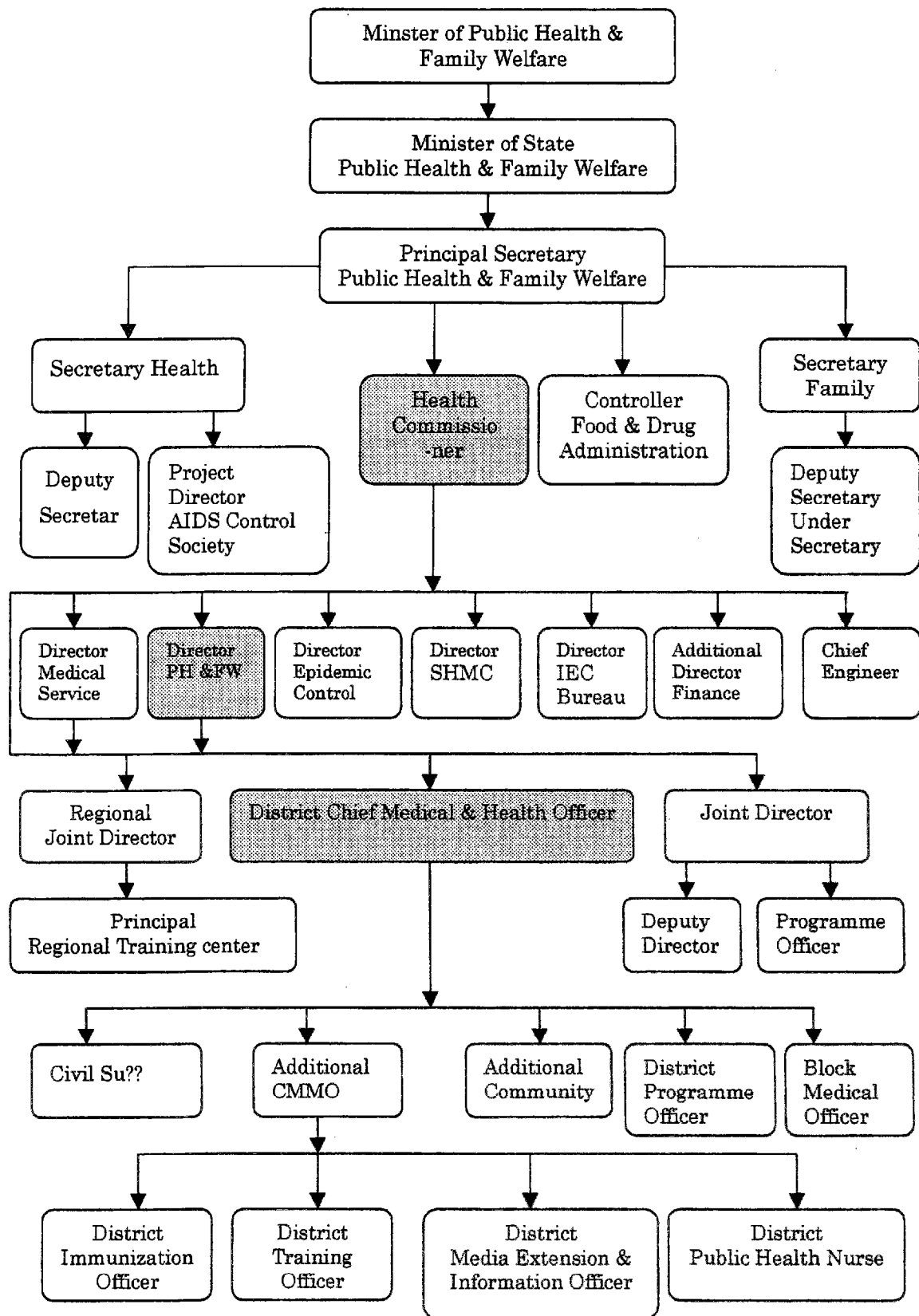


図 2 - 2 マディアプラデシュ州 保健・家族福祉省組織図

2 - 3 保健政策

2 - 3 - 1 国家保健開発計画

(1) 第9次開発計画(1997～2002年)

インド政府は1997年より第9次開発計画を実施中である。母子保健及びジェンダー関連分野における計画は以下のとおりである。

< 母子保健関連の計画 >

1. 人口政策(人口の安定化)
2. 「Reproductive and Child Health (RCH)」(リプロダクティブヘルス及び子どもの健康)プログラムの実施
3. 「Community Needs Assessment Approach (CNAA)」の実施
4. 「National Family Health Survey- 」実施

< 開発と女性、ジェンダー関連の目標 >

1. 保健分野：保健サービスへのアクセス、リプロダクティブヘルスの確保、産む産まないに関する女性の選択権強化
2. 教育分野：科学技術のアクセスの確保、技術の応用による女性の労働の軽減
3. 開発計画関連：環境と自然資源管理への参加、政治・意思決定参加、政治分野における積極的差別是正の提案等
4. その他：メディアの影響、法律を通して女性の暴力の軽減

上記のような国家開発計画に基づき家族福祉省は「National Population Policy 2000」と「Reproductive and Child Health (RCH)」プログラムの戦略、目標を策定した。

(2) National Population Policy 2000(国家人口政策2000)

インド政府は「国家人口政策2000」を策定し、2010年へ向けての達成目標を具体的に設定した。達成目標、戦略は以下のとおりである。

< 達成目標 >

1. 基本的なリプロダクティブヘルス、子どもの健康に係る医療サービス、供給体制・インフラのアンメットニーズ(対応できていないニーズ)に取り組む。
2. 14歳までの学校教育を無料及び義務とし、小学校及び中学校の中途退学者率を男女とも20%以下に低減する。
3. 乳児死亡を30 / 対1,000人以下に低減する。

4. 妊産婦死亡を 100 / 対 10 万人以下に低減する。
5. すべての子どもに予防接種を実施する。
6. 18 歳以下の女性の結婚を遅らせ、20 歳以後の結婚を推奨する。
7. 80%の施設分娩と訓練を受けた人の介助による分娩を 100%とする。
8. すべての人が出産調節・多様な避妊方法に関する情報やカウンセリングへのアクセスが可能になる。
9. 出産、死、結婚、妊娠の登録を完全(100%)に行う。
10. AIDS 及び生殖器系感染症、性感染症の拡大を抑制する。
11. 伝染性疾患の予防とコントロールを行う。
12. リプロダクティブヘルス、子どもの健康増進及び住民とのかかわりを強化するためにインドの医療システムを統合する。
13. 人口補充水準(総人口を維持するのに必要な出生率)を考慮した小家族化を推進する。
14. 家族・福祉を国民主体とするための社会分野のプログラムを集中的に実施する。

(3) Reproductive and Child Health (RCH) プログラム

インド政府は 1992 年～1997 年、女性と子どもの健康増進と妊産婦死亡率、乳幼児死亡率低下を目的とした「The Child Survival and Safe Motherhood Programme」(CSSM) プログラムを実施していたが、1997 年より政府は CSSM と UIP (Universal Immunization Programme) を統合させた RCH プログラムを策定した。それに伴い RCH プログラムは、元来の CSSM の概念はそのまま継続したうえで、更に若年の女性も対象に加え、性感染症 (STD) 及び生殖器系感染症 (RTI) 対策を新しくコンポーネントとして追加した。

< 戦 略 >

1. 計画・優先順位の決定段階からの住民参加
2. 住民主体のアプローチによるサービスの向上
3. 医療施設、設備の充実とトレーニングによるスタッフの質の向上
4. 質の高いケアの提供
5. 避妊に対する意識の高揚
6. ジェンダーに係るサービスの提供
7. 実施、モニタリングにおいて多方面からのアプローチ促進

< コンポーネント >

母 体

- ・ヘルスワーカーによるすべての妊婦登録

- ・ 妊娠中 2 回の破傷風の予防接種
- ・ 妊婦に対する貧血予防・治療のための鉄剤・葉酸製剤投与
- ・ 3 回の妊婦検診(血圧測定、合併症のチェック)
- ・ 安全かつ清潔な場所での訓練を受けた者の介助による分娩
- ・ 合併症を発症した妊婦の施設分娩
- ・ 産科の救急ケアに対応可能な施設への移送の確立
- ・ 出産後 3 回の乳児健診
- ・ 次期出産まで 3 年間のスペーシング(妊娠間隔をあける)

子ども

- ・ 必要な新生児ケア(保温、体重測定、初乳の授乳等)
- ・ 未熟児・低体重児に対するケア、治療を要する患児の他施設への移送
- ・ 完全母乳(生後 3 か月まで)、離乳食(生後 4 か月から)の推奨
- ・ 死亡や障害予防のためすべての子どもに予防接種(BCG、DPT、Polio、麻疹)
- ・ 失明予防のためのビタミン A 補給
- ・ 子どもの脱水、下痢症の対処方法について両親への教育・指導
- ・ 急性呼吸器感染症の早期発見と的確なケア及び治療可能な医療施設への移送
- ・ 貧血治療

夫 婦

- ・ 希望しない妊娠を避けるための避妊の強化
- ・ 避妊法の自己選択権
- ・ 安全な人工妊娠中絶

その他のサービス

- ・ RTI あるいは STD に感染している妊婦に対しては母子に影響があるため医療施設に移送する。
- ・ 思春期の若者に対して家族計画やリプロダクティブヘルスに関するカウンセリングを行う。

2 - 3 - 2 マディアプラデシュ州における保健政策

中央政府が発表した「国家人口政策 2000」に基づいてマディアプラデシュ州においても「Madhya Pradesh Population Policy」を策定した。2011 年までの達成目標は以下のとおりである。

< 達成目標 >

1. 出産抑制を図る。

項目	現在	2005 年	2011 年
合計特殊出生率	4	3	2.1
近代的な避妊率	42%	55%	65%
男性の不妊手術	2%	7%	20%
スパーシング方法の利用率	—	—	50%
女性の平均結婚年齢	15 歳	—	18 歳
初産年齢	16 歳	20 歳	21 歳
初産から次期出産間隔	—	3 年以上	—

2. 妊産婦死亡率の低下を図る。

項目	現在	2005 年	2011 年
妊産婦死亡率 (／10 万人)	498 ('97)	330	220
妊娠登録率	—	70%	90% ('09 まで)
施設分娩率	15% ('95)	25%	50%
訓練を受けた者の介助分娩	—	75%	90%
妊娠テスト	2003 年までにすべての Sub-Health Center で可能		
産科の救急ケア 人工妊娠中絶術 STD・RTI の予防と治療	2005 年までには 50% の Block レベルの PHC で左記の処置が可能 2011 年までには 100% の Block レベルの PHC で左記の処置が可能		

3. 乳幼児死亡率の低下を図る。

項目	現在	2005 年	2011 年
乳児死亡率 (／千人)	97 ('97)	75	62
乳幼児死亡率 (／千人)	120 ('97)	90	65
予防接種率	—	70%	90% ('09 まで)
ARI 発症率	—	50% 減	75% 減 ('09 まで)
ARI の治療	2005 年までにはすべての Block レベルの PHC で治療が可能		
ORS 利用率	40%	80%	90% ('09 まで)
下痢症の治療	2005 年までにはすべての Sub-Health Center で治療が可能		
ビタミン A 補給率	—	50%	90% ('09 まで)

4. その他のサービスを充実する。

- ・ 性感染症予防のための男性、女性用コンドーム供給、HIV テスト等を含めた教育・カウンセリングを行う。
- ・ 2005 年までにディストリクトレベルにおいて不妊夫婦に対する質の高いサービス提供を可能にする。

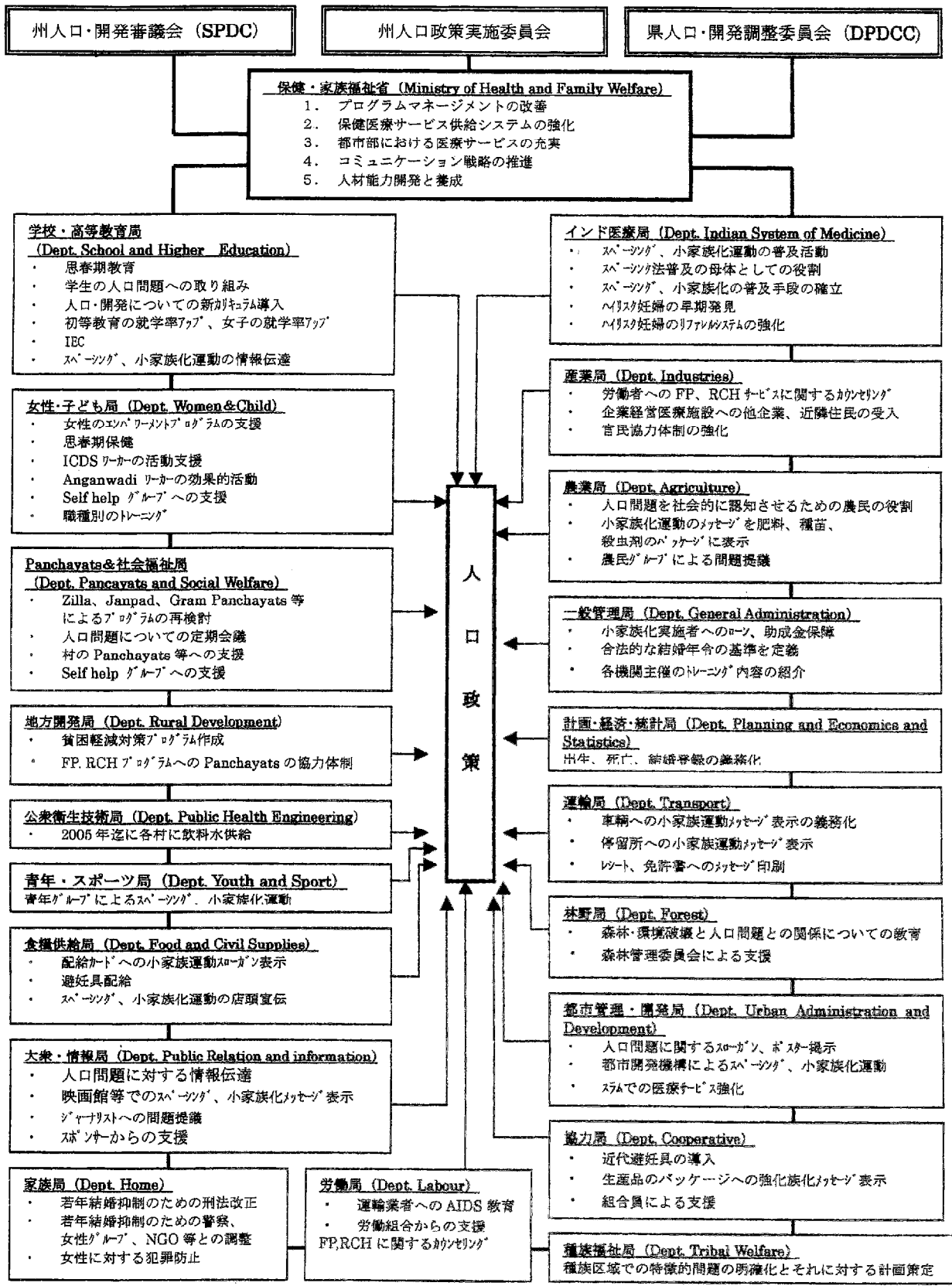


図 2-3 マディヤプラデシュ州における人口政策への取り組みの構図

2 - 4 保健医療サービス供給状況

2 - 4 - 1 保健医療サービスの供給者

インドにおける主要な保健医療従事者(特にリプロダクティブヘルス関連)は以下のとおりである。

表 2 - 2 主要な保健医療スタッフ(1998年)

カテゴリー	英名	日本名	総数
ANM	Auxiliary Nurse Midwife	補助看護・助産婦	133,567
MPW	Multi purpose Worker	保健要員	72,864
LHV	Lady Health Volunteer	女性の保健ボランティア	19,364
Health Assitt. (M)	H A (Male)	保健補助員	21,944
Doctors at PHCs	—	PHC 医師	24,648
Specialists	—	専門医	3,624
Lab. Technicians	Laboratory Technicians	検査技師	12,946
Nurse Midwife	—	看護・助産婦	17,671

医師：インドでは通常一般医のことを Medical Officer(又は General Medical Doctor)と呼び、外科、産婦人科、小児科等の専門医を Specialist という。専門医は医科大学で5年間勉強し一般医になった後2～3年間のインターンシップを経て各科の専門医となる。

看護・助産婦：Nurse Midwife は通常10年初等・中等教育を受けた者が Medical College で2年間の教育を受けた後に取得できる資格である。全国に約1万7,600名おり、プライマリヘルスセンター(PHCs)レベル以上の医療施設に配置されている。インドの特徴として看護・助産婦の数は医師の数より少ない。これは職業柄患者の排泄物を取り扱うことなどからカーストの身分上低い層の仕事として必ずしも他の国のような地位を得た職業とはみなされていない。

補助看護・助産婦：ANM(Auxiliary Nurse Midwife)と呼ばれ、養成機関で約1.5年間の訓練を受け末端施設のサブセンター及びPHCsに配置されている。地域医療の中心的な役割を担い分娩介助やハイリスク妊婦の診断、レファラルの必要性の判断など母子保健分野における彼女らの果たす役割は重要である。全国に約13万3,500名おり、保健医療スタッフのなかで数的に最も多い職種である。

保健要員：MPW(Multi purpose Worker)あるいは女性はLHV(Lady Health Volunteer)と呼んだり男性はHA(Health Assistant)と呼ぶなど名称は様々あるが、基本的には主にサブセンター(SCs)に勤務するスタッフである。通常は男女各1名がサブセンターに配置され妊産婦検診、避妊教育、予防接種等の業務を行っている。養成機関で男性は約1年、女性は約1.8年の訓練を受ける。給料は月3,000～4,000ルピーである。

TBA(ダイ)：伝統的産婆のことを指し、インドではDai(ダイ)と呼ばれる。1995年の統計に

よると訓練を受けた Dai は全国に約 64 万名いるといわれている。施設分娩が約 35% と少ないインドにおいて自宅分娩時の介助を行う彼女らの役割は大きい。しかし、分娩介助による公的な報酬はなく住民による謝礼(物やお金)だけであり確立された職業とはいえない。

2 - 4 - 2 保健医療施設

全国の医療施設は高次医療を提供する国立や大学病院から村レベルの末端施設であるサブセンター(SCs)まで第一次レベルから第三次レベルの3段階に分かれる。主にリプロダクティブヘルスに関連するのは、第一次レベルの機能をもつサブセンター(SCs)、プライマリーヘルスセンター(PHCs)、コミュニティヘルスセンター(CHCs)と第二次レベルのディストリクト病院である。コミュニティヘルスセンターは専門的治療も可能で、第一次と第二次レベルの中間的役割を担っている。住民に身近な施設はサブセンターである。全国の各施設数は表2-3のとおりである。

表2-3 全国の各施設数(1999年)

施設名	施設数
Sub Center	137,027
Primary Health Center	23,266
Community Health Center	2,962

(Ministry of Health and Family Welfare, Government of India の HP より作成)

2 - 4 - 3 各保健医療施設とその機能

それぞれの医療施設は規模(ベッド数、設備など)、職員数、カバー人口等の政府の基準が設けられ、各役割分担が明確化されている。

しかし、表2-4でカバー人口の実数を見ると、どの施設も基準に達しておらず、特にCHCsの施設数はその基準の約半分しか満たしていない。

表2-4 全国の各施設別人口基準及びカバー人口の実数(1998年)

	人口基準		カバー人口の実数	カバーする村の平均数	カバーする平均面積(km ²)
	部族地域以外	部族地域			
Sub Center	5,000	3,000	4,595	4.29	22.89
Primary Health Center	30,000	20,000	27,345	25.54	136.22
Community Health Center	120,000	80,000	232,000	216.53	1154.82

(Ministry of Health and Family Welfare, India の HP より作成)

表 2 - 5 各保健医療施設とその機能（1998 年）

施設名	略称名	規模	職員	備考
Sub Center	SCs	入院ベッドなし	1 MPW (M) 1 MPW (F)	州政府管轄の末端施設
Primary Health Center	PHCs	4～6床	1 医師 14 パラメディカル職員	治療・予防と主とした保健サービス強化 6ヶ所のサブセンターをカバー
Community Health Center	CHCs	30床 op室、x-p室 分娩室、検査室	4 専門医（外科、内科、 産婦人科、小児科） 21 パラメディカル職員	4ヶ所の PHCs をカバー

(Ministry of Health and Family Welfare, India の HP より作成)

Sub Center(サブセンター)

州政府管轄の末端施設で、住民5,000人(部族地域は3,000人)を対象にしている。母子保健、栄養、予防接種、下痢症コントロール、感染症にかかわる予防と教育を主な活動としており、多少の基礎薬品が常備されている。通常は男性のMPWと女性のMPWもしくはANMの2名が勤務している。入院設備はないがほとんどの施設は分娩用ベッドと使い捨て分娩用キット*と正常分娩に対応できる程度の機材がある。1999年現在、全国に13万7,027か所設置されている。

* 分娩キット (Delivery Kit) の内容

- ・石鹸
- ・綿花 20g
- ・絹糸(臍帯結紮用)2本
- ・剃刀
- ・包帯
- ・消毒液(2%マーキュロクローム)

Primary Health Center(プライマリヘルスセンター)

住民3万人(部族地域は2万人)を対象とし、基本的には6か所のサブセンターをカバーすることになっている。ブロックレベルのPHCとセクターレベル(4～5の村が1セクター)があり施設の規模に多少の格差はあるが、最低1名の医師と14名のパラメディカルスタッフが常勤することになっている。PHCは住民が最初に医師の診察を受けることができる施設で、入院設備もあり4～6床のベッドがあるが手術設備はない。管轄は各州政府で1999年現在、全国に2万3,266か所設置されている。

Community Health Center(コミュニティヘルスセンター)

4か所のPHCをカバーし、対象人口は12万人(部族地域は8万人)である。30床のベッド、手術室、X-P室、検査室があり、4名の専門医(外科・内科・産婦人科・小児科)が常勤し、外科的処置・治療、専門的診療ができる。他に21名のパラメディカルスタッフが勤務するようになっている。州管轄の施設で、1999年現在、全国に2,962か所あり、機能的には第一次と第二

次医療の中間的な役割を果たしている。

< その他の関連施設 >

Health and Family Welfare Training Centers (保健・家族福祉トレーニングセンター)

全国に 47 か所設置。保健・家族福祉サービス関係の医療・パラメディカルスタッフのトレーニングを実施する施設で医療サービスの質の向上を目的とする。

Urban Family Welfare Centers (UWFCs)

都市部において家族・福祉サービスを提供する施設で主に避妊具の供給を実施しており、現在全国 1,083 か所に設置されている。

Post Partum Centers

Post Partum Centers はリプロダクティブヘルスと家族・福祉サービスを統合したパッケージを供給する施設で、以下のサービスを行う。

- ・妊産婦・乳児死亡率を低下させるための出産間隔(スペーシング)の強化
- ・医療・パラメディカルスタッフへのトレーニングの提供
- ・アウトリーチサービスの提供
- ・IEC 活動
- ・モニタリング
- ・ハイリスク妊産婦のレファラル体制の確立

2 - 4 - 4 保健衛生状況

UNICEF の「世界子ども白書」等の報告からインドの保健指標を近隣諸国と比較するとパキスタン、バングラデシュとさほど大きな格差は見られない。しかしながら、これらの比率を実数とした場合、人口約 10 億人を抱えるインドにおいてその絶対数は、はるかに多くなることを考慮する必要がある。

表 2 - 6 近隣諸国との保健指標の比較

項目	年	インド*	パキスタン	バングラデシュ	中国	ネパール	インドネシア
粗出生率	'97	25	36	27	16	37	23
粗死亡率	'97	9	8	10	7	11	8
平均余命	'97	62	64	58	70	57	65
合計特殊出生率	'97	3.1	5.1	3.2	1.8	5.0	2.7
乳児死亡率 (/千人)	'97	71	95	81	38	75	45
5 歳未満児死亡率 (/千人)	'97	108	136	109	47	104	68
妊産婦死亡率 (/10 万人)	'95	437	340	850	115	1500	390

(出典：UNICEF 世界子ども白書 1999 年及び UNFPA The state of Population 1999 年)

インドにおいては各州の独立性が高く、保健対策は基本的に州政府の管轄であり、その保健状況は各州の経済状況、保健政策により格差が大きい。

表2 - 7はインド全体とマディアプラデシュ州の保健指標を比較したものであるが、マディアプラデシュ州においてはすべてがインド全体の平均値よりも数値が悪い。特に妊産婦死亡率は格差が大きく、マディアプラデシュ州の1370という数値はサハラ以南のアフリカ諸国の平均980(1990年)よりも悪く、リプロダクティブヘルス分野の立ち遅れが顕著であることが分かる。高い妊産婦死亡率の背景には、妊婦検診率の低さ、施設の不備、危険な分娩や処置(自宅分娩、訓練を受けた者以外の立会いによる分娩、闇堕胎など)女性の低栄養など様々な因子が重なり合っている。そのうえ、女性の地位の低さ、早婚、重労働、識字率の低さなどの社会的・文化的な因子やジェンダー問題も大きく関与していることが考えられる。

表2 - 7 インドとマディアプラデシュ州の保健指標比較

項目	年	インド国	マディアプラデシュ州
粗出生率	'94-'97	28.3	33.0
粗死亡率	'94-'97	9.0	11.1
平均余命-男性(歳)	'94-'97	62.4	56.2
平均余命-女性(歳)	'94-'97	63.4	54.7
合計特殊出生率	'94-'97	3.5	4.4
乳児死亡率(/千人)	'94-'97	74.0	99
5歳未満児死亡率(/千人)	'94-'97	124.0	N.A.
妊産婦死亡率(/10万人)	'91-'93	420	1370

2 - 4 - 5 食糧・栄養状況

WHOの報告によると生産年齢層(15歳~49歳)の女性の貧血は88%にもものぼる。貧血の妊婦は低体重児を出生する確率も高く、出生時体重が2,500グラム以下の低体重児は33%で全体の3分の1は未熟児で生まれている。低体重児は死亡する危険率も高く、病気に罹りやすく栄養不足になる可能性が高い。インドの5歳未満の低体重児は中等度が55%、重症は21%との報告もあり、栄養不良はたんぱく、エネルギーの不足だけではなくミネラル(鉄、亜鉛、ヨウ素など)やビタミンAの不足によるものも多い。インドにおいて女性及び子どもの栄養不足は重大な問題である。これは社会的な慣習によるものも大きいと思われる。いまだにインドでは男性優先の社会で、一般的に男性、子ども、母親の順で食事を摂る習慣があり最後に食べる母親には残り物しか回ってこず、何も残らない場合もあり必要カロリー、栄養のバランスがとれた食生活を送ることは不可能である。また、満足な教育を受けられず、栄養に関する知識や正しい情報を入手できないことも栄養不良の一因となっている。

Health Post

都市改良計画の一端としてアウトリーチサービス、PHC、家族福祉、母子保健サービスを提供する施設として1983年より開設された。施設の規模により職種別スタッフ数の基準が決められNurse Midwife、MPW、Voluntary Women Health Workerが勤務している。現在、全国に約870か所設置されている。

その他政府直轄の関連施設として、Rural Health and Training Center及びFamily Planning Training & Research Center, Mumbaiがムンバイにある。

2 - 5 マディヤプラデシュ州における保健医療サービスの状況

<レファラル体制>

インドの保健医療は第一次レベルから第三次レベルまでの3段階のピラミッド型に組織されているが、マディヤプラデシュ州においては州政府管轄の施設としては第三次医療といわれる高次医療施設はなく、42のディストリクトにあるディストリクト病院(District Hospital)がトップレファラルとしての機能を果たしている。

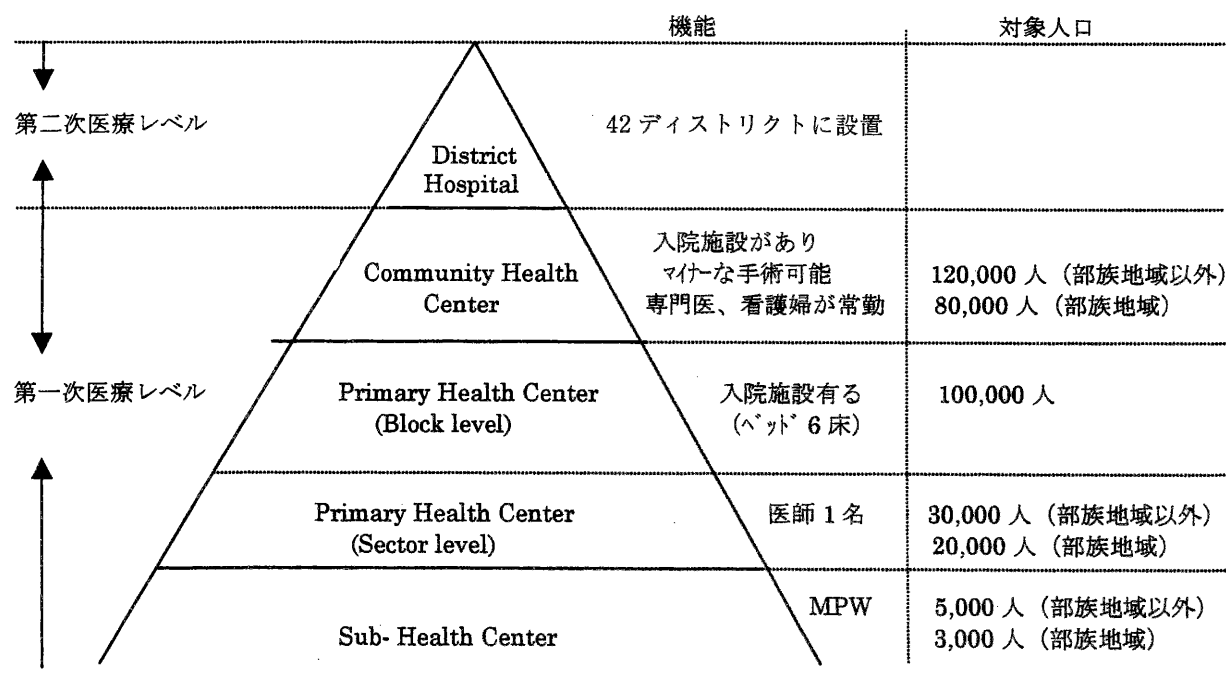


図2 - 4 マディヤプラデシュ州 医療サービスレファラルシステム

<保健医療施設>

「Annual Plan 1999-2000, Government of Madhya Pradesh」によると州全体の公立の医療施設の数表2 - 8のとおりである。SCs、PHCsのカバー人口を見ると基準値より極端に数が少

ないわけではないが、全国的に建物はあるものの医療スタッフがいないなどの問題が起こっているのも現実で、数量だけでサービスの質の評価をすることはできない。実際、医師1人に対する人口を見ると全国平均の4倍以上で医師の不足は深刻である。

住民の公的医療施設の利用率については、今次調査では情報を得ることはできなかったが、ある調査によれば公共施設の信頼度は低く、100人が病気になった場合、公共医療施設に行くと答えた人は13人しかいなかったという報告もある。

表2 - 8 マディアプラデシュ州における各保健医療施設の数

	施設名	施設数
1	Medical College Associated Hospitals	7
2	District Hospital	42
3	Urban Civil Hospitals	74
4	Rural Civil Hospitals	55
5	Community Health Centre (CHC)	343
6	Primary Health Centre (PHC)	1,705
7	Mini Primary Health Centre	239
8	Sub-Health Centre	12,568
9	Subsidiary Health Centre	41
10	Urban Family Welfare Centres	214
11	Rural Family Welfare Centres	460
12	Health and Family Welfare Centres	4
13	Post Partum Centres	121
14	Rural Civil Dispensaries	130
15	Urban Civil Dispensaries	115
16	Poly Clinics	9
17	Mental Hospitals	2
18	Cancer Hospitals	4
19	T.B. Hospitals	8
20	T.B. Sanitorium	2
21	District T.B. Centres	47
22	Additional T.B. Centres	2
23	Leprosy Homes and Hospitals	8

(出典：Annual Plan 1999-2000, Government of Madhya Pradesh)

■ 母子保健に関する施設

表2 - 9 保健サービスの状況

項目	調査年	人数
PHCのサービスを受けられる地方人口の平均	1995-96年	27,616
サブセンターのサービスを受けられる地方人口の平均	1995-96年	4,343
医師一人に対する人口	1996-97年	10,700(全国は2,439)
看護婦一人に対する人口	1996-97年	2,200(全国は3,333)
人口10万人に対するベッド数	1997年	47(全国は99)

(Ministry of Madhya PradeshのHPより作成)

<医療スタッフの養成及び現職スタッフの再トレーニング>

マディアプラデシュ州における医療従事者養成・訓練機関は表2 - 10のとおりである。各機関の養成期間、カリキュラム、年間新卒者数とその配置の状況についての情報は入手できなかったが、州政府自身も人的資源不足は重大な問題として認識しており、まだ具体化していないが

助産婦、ANM の養成機関を新しく創設することも彼らのアイデアとしてもっている。また、現職のスタッフの再トレーニングも各職種別に行われており、全州に地域トレーニングセンター (Regional Training Center) が5 か所、トレーニングセンターが38 か所設置されている。スタッフの再トレーニングについてはUNICEF、UNFPA、DANIDA、NGO 等の支援を得て、産科・麻酔などの医学的な専門コースからTBA の再教育まで様々なコースが設けられ、ほとんどのトレーニングはディストリクトレベルで実施されている。

表 2 - 10 マディアプラデシュ州における医療従事者養成・訓練機関

	施設名	施設数
1	Medical Colleges	6
2	Dental College	1
3	Nursing College	1
4	General Nursing Schools	14
5	P.H.O.T.C. Jabalpur and Gwalior	2
6	Female Health Workers Schools	32
7	Regional Nursing Training Centre	1
8	T.B. Training-cum-Demonstration Centre	1
9	State Health Management and Communication Institute	1

(出典: Annual Plan 1999-2000, Government of Madhya Pradesh)

2 - 6 保健医療サービス分野の問題と課題

2 - 6 - 1 保健行政上の問題と課題

中央政府、マディアプラデシュ州ともリプロダクティブヘルスを保健政策のなかでも1つの重要政策として位置づけ、その政策は上記した「National Population Policy 2000」、RCH プログラム及び「Madhya Pradesh Population Policy」としてまとめられている。しかしながら、整然と達成目標が掲げられているにもかかわらずそれに対する具体的な行動計画は明記されていない。インドにおいては様々な法・制度、各基準・規則が制定されている。しかし、それを忠実に守っているとは言い難く、政策・プログラムについても目標はきちんと策定されているが、計画・実施が必ずしも伴っているとはいえない状況である。今次調査中も計画の具体的内容の提出を求めたが入手できず、それらの存在の有無も確認できなかった。立派な政策があってもそれを具体化する計画がなければ目標は達成されないし、マディアプラデシュ州においてもその計画策定段階に問題があると思われる。

本格調査において以下の項目に配慮が必要であると思われる。

1. 保健医療分野の組織と体制(中央政府、州政府、地方局)と運営管理状況
2. 家族福祉省内の実務官僚の職掌
3. 中央・州政府の保健医療にかかわる法制度
4. 保健医療情報管理の状況

5. 保健財政の状況
6. 各ドナー間及び NGO 等の調整
7. 各関係省庁との調整
8. 他の保健医療分野プログラムとの調整
9. 調査対象ディストリクトにおける組織と体制、運営管理状況
10. 調査対象ディストリクトでのカウンターパートの実施能力

2 - 6 - 2 保健医療サービスの問題と課題

(1) 保健医療サービス供給者の絶対数の不足

1) 地方に勤務する医師及び専門医の不足

政府は CHC の機能的役割として 4 名の専門医を勤務させるとしているが、図 2 - 5 から明らかなようにそれを充足している施設は 20 ~ 30% にしか満たない。また PHC においても 1995 年、2 万 1,802 か所のうち 1 名以上の医師が勤務している施設は 1 万 4,195 か所 (65%) で残りの 7,607 か所においては医師が不在のまま業務を行っているという統計報告がある。インドにおいて医師は専門医も含め全国に約 41 万人いるといわれ、そのうえ全国 145 の医科大学から毎年約 1 万 6,000 人の医師と 2,000 ~ 3,000 人の専門医を輩出しているが公的施設に勤務する者はその数が絶対的に不足しており、特に地方勤務を希望する者は極めて少ないのが現状である。その原因としては、地方での生活環境条件の厳しさに加え、施設の設備・機材の不備等による労働条件の悪さや公務員の薄給による勤労意欲の喪失などが考えられる。

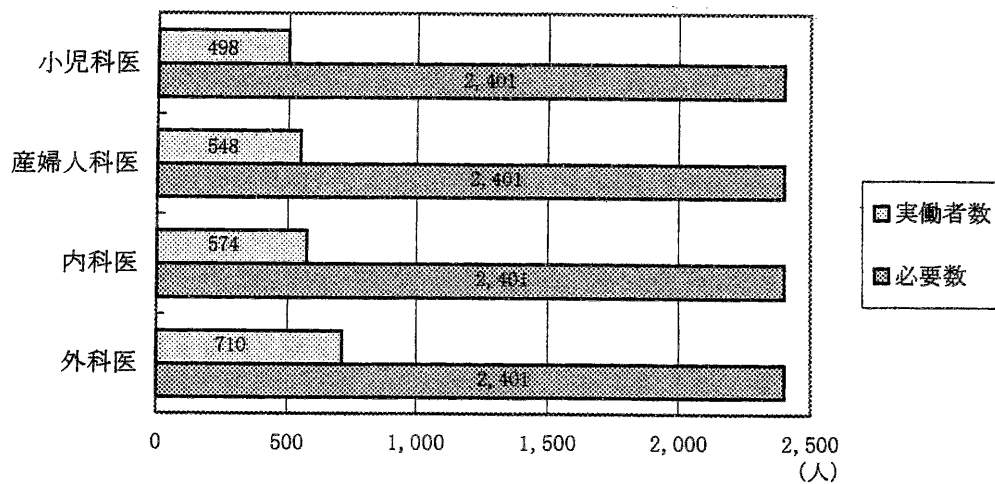


図 2 - 5 CHC における専門医の必要数と実働者数割合 (1995 年)

2) パラメディカルスタッフの人材不足

「Bulletin on Rural Health Statistics in India 1995」によると全国に ANMs のいない

SCs は約 6,500 か所、男性 MPW がいない SCs は約 2 万 7,000 か所、両名ともいない SCs は約 3,600 か所との報告がある。PHC プログラムの下、WB 等の援助を受け医療施設の建設計画は進んだものの人材養成計画が伴わず慢性的な人材不足は持続している。今次調査中、マディアプラデシュ州の人材の配置状況に関する資料を入手することはできなかったがマディアプラデシュ州についても同様の問題が予想される。

(2) 医療施設数の不足

PHC のカバー人口の平均は約 2 万 7,000 人、Sc は 4,300 人でマディアプラデシュ州全体を見ると政府が決めた各医療施設の基準を満たしているように思われる。しかし、本格調査の対象地域となるサーガルにおいて人口を施設の数で割ってみると SCs は各ディストリクトとも 6,000 人前後であり基準値に近くなっているが、PHCs、CHCs は基準数を大幅にオーバーしており施設数が不足していることは明らかである。このことからマディアプラデシュ州全域において施設の数に地域差が生じていることが考えられる。また、村の有力者の采配で施設が建設されることも多く、施設の配置は必ずしも均等ではない状況もある。

(3) 設備・機材の不備

今次現地踏査でも述べたように、SCs には血圧計、体重計、胎児聴診器、ヘモグロビンメーター等の妊婦検診用機材と使い捨て分娩キット、その他数種類の器械があるだけである。そのうえ、ある施設ではそれらを箱にしまい込み使用した形跡のない機材もあり、果たして医療スタッフが機材を使いこなしているかは疑問である。多くの施設は井戸水を使用し、SCs のなかには電気がない施設もある。CHCs、ディストリクト病院においても機材・器械類はほとんど老朽化しており、近代的な機材といえるものは見当たらなかった。また、病院という衛生的区域にもかかわらず敷地内に牛がいたり、手術室をネズミが這い回るなど清潔管理に関しても問題は多いと思われる。

想定される課題

1. 対象地域における各レベルの医療施設の数とスタッフの配置状況を調査し「人材不足」を明確にしたうえで行政上の問題(配置計画、人材養成計画) スタッフのモチベーションの問題等を把握する必要がある。さらに、各ディストリクトの現状に基づいた需要予測と人員計画を策定し、州政府にフィードバックすることによって今後の人材養成計画を資金面や養成機関とその人材面からも検討する必要があると思われる。
2. マディアプラデシュ州における各職種別の養成機関数と新卒者数、採用状況、人材配置計画を調査し、地域の偏りや人材不足の地域を明確にする必要がある。

3. 医療スタッフの質を評価するうえで各種別のスタッフの教育レベル(基礎教育年数、養成機関における教育内容と期間)や実際に専門の調査団員による現場での業務内容、技術レベルを調査すべきである。
4. 対象地域における各レベルの医療施設をマッピングし、施設へのアクセスの状況(利用率、距離、時間、交通手段等)を調査し、施設の不足数と不足している地域を限定する必要がある。
5. 対象地域における各レベルの医療施設の設備・機材をリストアップし、政府の決めた各レベルの施設の機能を遂行するに足りるだけの設備、機材がそろっているか、不足している設備・機材の種類や数量を調査する必要がある。
6. 対象地域における医療サービスについて住民への聞き取り調査を行い、サービスを受ける側の満足度や医療サービス供給側の信頼度を明確化する必要がある。