

医療事情



インド ニューデリー BOP実態調査レポート

医療施設と体制

医療施設の設置状況

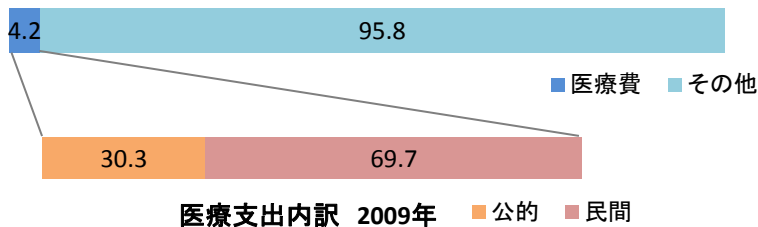
人口の大部分(約67%)が農村部と準都市部に住んでいるのに対し、医療施設の75%以上が都市部に存在している。農村部では医療従事者や医療施設が大幅に不足し、都市部との格差が大きくなっている。農村部にある医療センターは全体の25%にすぎず、逆に人口の33%しかない都市部に医師の80%、診療所の75%、病院の60%が集中している。



公的医療支出

医療への公的支出はGDPの4.2%と、世界平均の9.4%と比べて低い値になっている。その結果、医療費の総額に占める民間部門の比率は69.7%になっている。健康保険の加入者は人口の11%に満たない。

医療費支出(対GDP比) 2009年



政府は、40%以上の入院患者が治療費捻出のために多額の借金をしたり資産を売却したりし、医療費のために貧困層に転落する者が25%に上ると推計している。

出所: 世界保健統計(WHO)



農村部の医療体制

農村部における医療体制は、人口モデルに基づいて3層構造で整備されてきた。地域住民にとって最初の接点であるサブセンターを人口5,000人ごとに設置することになっているが、インドの村で人口5,000人を超えるところはわずか3%であり、97%の村には医療施設が設置されていない。同様に、医師による診察を受けることができるのは、人口3万人以上の町にある一次医療センターだけである。各種調査によれば、農村部人口の30%は、医療サービスを受ける場合に、30 km以上移動しなければならず、その交通費だけで医療費の30%を占めるという。

農村部の医療センター設置の人口基準		
センター	平野部	高地／困難地域
サブセンター(SC)	5,000	3,000
一次医療センター(PHC)	30,000	20,000
地域医療センター(CHC)	120,000	80,000

出所：インド保健家族省

また、こうした医療施設では、財源や人材等の不足が深刻となっている。PHCやCHCのうち、専門医が不足しているところは35%、看護師が不足しているところは23%ある。またサブセンターでも、男性の医療従事者が不足しているところが65%に達している。

■サブセンター(SC)



医療と地域住民との最初の接点であり、最も住民に近い医療センターである。軽い病気のための基本的な医薬品を備え、男性、女性、子どもの基本的な保健ニーズに対応。母子保健、家族福祉、栄養、予防接種、下痢、伝染病予防に関する業務を行う。准看護助産師(ANM)1名、女性ヘルスワーカー(FHW)と男性ヘルスワーカー(MHW)各1名で運営している。1人のFHWが6カ所のサブセンターを管理している。

■一次医療センター(PHC)



PHCは農村部の住民が、医師による診察を受ける最初の接点である。総合的な医療サービスを提供し、6カ所のサブセンターからの委託病院として機能する。医師1名が配置され、助手的な医師や看護師などのスタッフ14名が補佐する。入院ベッド数は4～6床。PHCは全国に2万3,887カ所あり、このうち8,326カ所は24時間医療サービスを提供している。

■地域医療センター(CHC)

医療体制の最上位に位置する。外科、内科、婦人科、小児科の専門医4名が配置され、助手的な医師や看護師などのスタッフ21名が補佐する。入院ベッド数は30床。大小の外科手術が実施可能で、レントゲン、分娩室、検査設備を持つ。4カ所のPHCからの委託病院として機能し、産科治療や専門医による診察のための施設を持つ。CHCは全国に4,809カ所あり、このうち906カ所は近代的な医療設備が整っている。

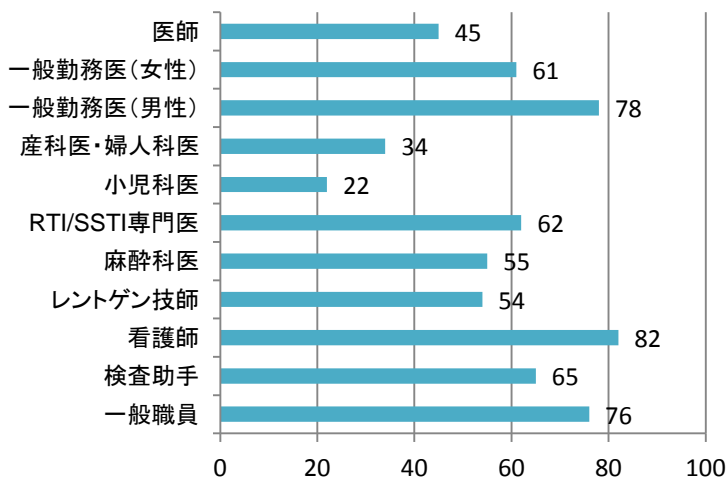




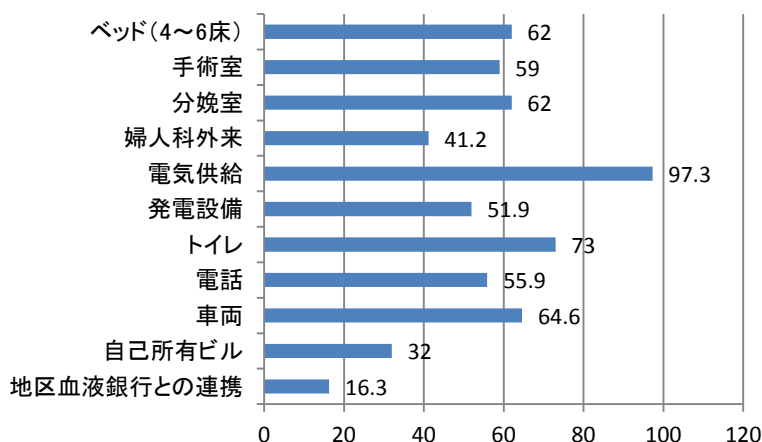
一次医療センターの職員と設備の状況

2010年の8月から11月にかけて、カルナータカ腎臓健康基金がカルナータカ州の3地区で無作為に抽出した35のPHCを対象に調査を実施した。結果は以下の通りである。

調査対象PHCに配置されている職員(%)



調査対象PHCにある設備等(%)



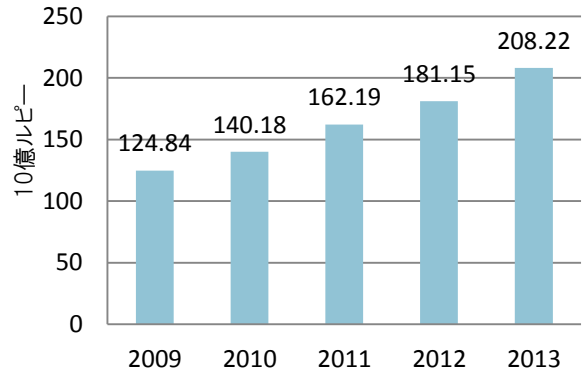
参考: Online Journal of Health & Allied Sciences



■全国農村保健ミッション(NRHM)

農村部における医療体制の改善のため、政府は2005年に全国農村保健ミッション(NRHM)を導入した。NRHMは農村部の住民、特に保健施設が不十分な18州の住民に質の高い医療を提供すること目的としている。NRHMでは、すべての村/集落に女性の社会保健活動家(ASHA、村議会によって選出される)を配置し、地域と公的医療制度との接点として活動させることに重点を置いている。現在、農村部の人口1,000人に対して1人のASHAが配置されている。

NRHMの予算配分(2009~2013年度)



■遠隔医療

農村部で医師が不足しているためquacksと呼ばれる無資格の医療従事者が増えている。こうした医療従事者は患者を部分的にしか治療できず、さらに、その治療法は人々の健康に悪影響を与える場合も多い。

医療体制の不備を補うために、農村地の患者を対象としたテレメディシン(遠隔医療)などの流れが出てきている。

米国の非営利団体であるワールド・ヘルス・パートナーズ(WHP)は、ウッタル・プラデシュ州のビジノール、メーラト、ムザファルナガルにある1,000の村で基本的な医療とリプロダクティブ・ヘルス(生殖医療)サービスを提供している。

ヘルスポイント・サービス・インディア(HIS)は、パンジャブ州マルワの5地区で遠隔医療センターと給水ポイントを設置したE-ヘルスポイント(EHP)を展開している。各EHPは住民に対して、清潔な飲料水、ジェネリック医薬品、総合的診断ツール、先進的なテレメディカルサービスを、低料金で提供している。





治療費

医療センターに通う頻度は病気の性質や深刻度によるが、BOP層の人々は良質な医療サービスへのアクセスが限られ、病気の際は必然的に自宅療法や生薬に頼ることが多い。

BOP層の医療費の支出は年間1,000～2,000ルピー程度であるとされる。これは、政府が支援する医療センターを利用したもので、医療費支出は平均で所得の3%程度と推定される。インドのBOPの定義が月収3,453ルピー（約63ドル）であることから、一月当たりの平均医療費は104ルピー（約2ドル）となる。

治療方法と診察料

方法	診察料	注
伝承医学Ayurveda／自然療法Naturopathy／イスラム伝統医学Unani／鍼術Acupuncture	30～70ルピー/回 (薬代を含む)	農村部の約75%の人が代替医療に頼っていると推定される。
対症療法Allopathic	50～200ルピー	外来診察料は平均で100ルピー、入院や手術の場合は3,000～6万ルピー。
類似療法Homeopathic	20～50ルピー/回 (薬代を含む)	

病気と通院回数・診察料

出所: Primary Research、Gyan Research and Analytics

病名	頻度	費用/1回	注
発熱	1回	20～50ルピー	熱が1週間以上続く場合、医療センターを訪ねる。
胃腸病	1～3回	20～500ルピー	まずは自宅で治療を試み、病気が悪化した場合に医療センターを訪ねる。
結核	治療法による	0～3,000ルピー (治療全体)	政府は無料で治療を行うDOTSセンターを設置している。民間の医療センターを利用した場合、治療期間は3～6カ月間、費用は約3,000ルピー程度かかる。
産科治療	3～4回	2,000～1万ルピー (治療全体)	病院や産院での出産を政府が支援するプログラムのJanani Suraksha Yojana (JSY)があり、出産前後の女性のための医療を行っている。
慢性疾患	毎月	50～2万ルピー	慢性疾患は数カ月から数年にわたり続く病気であり、緊急入院や緊急手術が必要になる場合もある。

JETRO

【免責事項】本レポートで提供している情報は、ご利用される方のご判断・責任においてご使用ください。ジェトロでは、できるだけ正確な情報の提供を心掛けておりますが、本レポートで提供した内容に関連して、ご利用される方が不利益等を被る事態が生じたとしても、ジェトロ及び執筆者は一切の責任を負いかねますので、ご了承ください。