

インド農村部における無資格医師の存在 —ウツタル・プラデーシュ州ラクナウ近郊の村を訪問して—

小田 尚也

Unqualified Doctors in Rural India: Anecdotal Evidence from Villages in Uttar Pradesh

Hisaya ODA

Abstract

In rural India, unqualified doctors, or so-called “quacks,” are very common. They have not formally studied allopathic medicine but prescribe medicines, provide injections, and offer other medical treatments, charging a small amount of money for their services. Villagers are happy to receive such services because of their convenience and affordability; however, these practitioners pose a significant threat to public health. Since medical facilities, either private or public, and qualified doctors are scarce in rural areas, the demand for medical services always exceeds the supply, creating room for quacks to operate. In order to mitigate the shortage of qualified medical personnel, a new law was passed last year, under which unqualified medical practitioners will be allowed to practice medicine in remote villages after taking a medical training course. This paper reports anecdotal evidence of these unqualified doctors from our preliminary survey conducted in villages near Lucknow, Uttar Pradesh.

1. はじめに

インドでは医師の資格を有さない無資格医師や医療従事者が大量に存在する。彼らは Quack (英語でニセ医者の意味)、nīma hakīma (ヒンディー語でニセ医者)、もしくは農村で医療行為を行う者は、RMP (rural medical practitioner) など様々な名前で呼ばれている。インドで医師となるには、政府認定の大学医学部から MBBS (Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery) の学位を取得し、各州政府への登録が必要となるが、農村部や都市のスラムには学

位を持たず無資格で医療行為を行う者が多く存在し、かねてより問題視されている。世界保健機構（WHO）は、インド農村部の医師の18.8%、都市部の58.4%しか正式な医師として登録されていないと報告している（WHO 2016）¹。これらの医師資格を有さない者による医療は患者の生命を危険に晒す行為である。2018年8月にはウツタル・プラデーシュ州の農村において、子供を含む50名を越える村人がHIVに感染する事件が発生したが、これは無資格医師による注射針の使い回しが原因であった。治療費がRs. 10（Rs.=インドの通貨ルピー。2020年1月10日時点でRs.1=1.54円）であったことから、*Dus wala doctor*（10ルピードクター）と村人から呼ばれていた無資格医師によるこのショッキングな事件はメディアで大きく取り上げられ、改めて医師としての資格を有さない者による医療行為の危険性をハイライトすることとなった。これらの医師が存在する背景には、インド農村部における正規の医師および医療へのアクセスが限定的であることがあげられる。よって農村では安価で手頃な無資格者による医療サービスへの需要は依然として高い。本稿では、ウツタル・プラデーシュ州の州都ラクナウ近郊の農村部における無資格医療行為の実態の一部を報告するものである。

2. 無資格医師の定義

まずはじめにインドにおける正規の医師について定義する。正規の医師は、Indian Medical Council Act 1956によって規定されており、近代的な西洋医学（allopathy）を学習し、MBBSの学位を取得することが最低限の条件である。さらに医療行為を行う州で登録を行うことで登録医師（registered doctor）となる。正規の医師による診療所の入口や看板には、MBBSの表示がよく見られる（写真1）。しかし、MBBSの表示があるといって必ずしも正規であるとは限らない。政府から認定されていない大学からの学位を掲げている者もあり、注意が必要である。無資格の医師は、インド医師会（Indian Medical Association: IMA）の定義によると、以下の3つのカテゴリーに分類される。

- (1) 全く何ら医療に関する資格を有しない者
- (2) アーユルヴェエダ、ウナニ、シッダといったインドの伝統医療、ヨガ、自然療法、ホメオパシーなどインド政府の伝統医学省（Ministry of AYUSH）²が管



写真1. 正規医師の診療所入口のMBBS表示
 (注) ラクナウ近郊の診療所 ©Hisaya Oda

轄する分野の専門家でありながら近代医学（allopathy）の医療行為を行う者

(3) その他、統合医学、代替医学、エレクトロホメオパシーなどインドの法律において規定されていない分野の従事者でありながら医療行為を行う者

IMA は上記 3 つのカテゴリーで 100 万以上の無資格者がいる報告している³。誤解なきよう指摘しておきたいのは、(2) のインド伝統医療およびホメオパシー等に関しては、それぞれを規定する法律が存在し（例えばインド伝統医療に関しては Central Council of Indian Medicine Act 1970）、大学で学位を取得し（例えばアーユルヴェーダでは、Bachelor of Ayurveda Medicine and Surgery: BAMS）、州政府に登録することでそれぞれの専門家として従事することができる。インドでは認められた医療行為であり、近代医学に基づく病院でも診療科目の中に伝統医療を専門とする科を設置するところもある。問題なのは、(2) の専門家でありながら、近代医学をベースとする医療行為を行う者が存在するという点である。

3. ウットル・プラデーシュ州農村における無資格医療の観察

本節は、2019 年 1 月下旬、ウットル・プラデーシュ州の州都であるラクナウ近郊の農村地帯にて筆者が実施した無資格者による医療行為の視察内容を報告するものである。はじめに調査地であるウットル・プラデーシュ州について簡単に述べておこう。北インドに位置するウットル・プラデーシュ州は人口 2 億人を抱えるインド最大の州で、東隣のビハール州と並び最も開発の遅れている州の一つである。2018-19 年度の一人あたり所得は Rs. 61,351（約 94,500 円）とインド平均の Rs. 126,406（約 194,600 円）の半分以下で、インド 28 州、デリー首都圏および直轄領の中でビハール州に次ぐ低さである⁴。またインド政府および世界銀行が実施した州別の包括的な保健衛生に関する調査において、主要 21 州の中で最も遅れている州として指摘されている（Government of India and World Bank 2019）⁵。

まず一軒目は、ラクナウから国道 30 号線を Mohanlalganji 方面から Masti Pur へ向かう途中にある A 村の無資格者による診療所を訪問した（写真 2）。無資格医師は直接会うことを拒否したため、診療所内の視察と医師への電話によるインタビューのみであった。無資格医師は村人への基礎的な医療を提供しているとのことで、診察内容によって料金は異なるが、一回あたりの診察料は Rs. 20-Rs. 50 程度、これに別途薬代がかかってくるとのことである。村人は発熱、頭痛や下痢といった体調不良のときに診療所を訪れるようだ。無資格ということで目立たないよう裏通りで開業しているのかと思いきや、日用品や食材等を扱う店が並ぶ表通りに堂々と診療所があり、その中は、六畳程度のスペースに机一つとプラスチック製の椅子が数脚、カーテンで仕切られた裏側に診察用と思われるベッド、および薬等をしまうキャビネット一台という簡素な作りであった（写真 2 右：別の診療所の写真であるが概ね内部はこのような作りである）。看護師はおらず、無資格医師一人で営業している。

次に、国道 30 号線を Nigoha 方面に向かう途中の B 村にて無資格の診療所を訪問した。前



写真 2. 無資格医師による診療所

(注) 左は診療所外観、右は内部の様子。どこにも正規の医師であることを示す MBBS の表示はない。©Hisaya Oda

述同様、六畳ほどのスペースに机一つと処置スペースのみという作りで、スタッフはおらず無資格医師一人で治療を行っていた。この診療所の無資格医師は三代目で、かつては周辺に住む多くの人々が利用していたが最近では競合や正規の医者が近くの町に開業したため患者数が減り、ビジネスは厳しく、子供には継がせられないと述べていた。発熱等の体調不良の患者も診るが、痔などの肛門疾患の治療がメインとなっているとのこと。一回の診察は薬代別でRs.30である。なお、伝統的に肛門疾患の治療は無資格医師の得意分野の一つである。かかりつけ医で受診するのを恥ずかしがる患者が、無資格の診療所で治療を受けるようである。

Nigoha からさらに内陸部の Barendra 方面に向かう街道沿いの通称“ボンドクター”(Bone doctor: 整形外科に相当)を訪問した。骨折などの処置をすることからボンドクターと呼ばれている。看板はなく、道の両側で異なる診療所が二軒開業していた(写真3)。診療所といっても一軒は露天にテーブルを置いた簡易なもので、もう一軒はテントを張ったものであった。一軒目のボンドクターは、我々が訪問した時、骨折した子供の患者の手当を行っていた(写真4)。この子はこの日が三日目の診察で、新たに薬を塗り、ギブスを交換しているところであった。経過は順調とのことである。薬は代々伝わる独自の調合によるものらしい。ボンドクターを含み3名ほどで診療所を運営していた。治療代はボンドクターに聞くと、診察は無料であるが、薬代とか包帯代は徴収するとのことであった。順番待ちの患者(男性大人)に確認したところ、やはり同じく診察代は無料とのことであった。この患者は大腿部および足の骨折で町の医者で治療代Rs.50,000と言われ、お金がなくこのボンドクターを訪問し治療を受けている。順調に回復しているようで治療への不満は聞かれず、逆に感謝しているようであった。ちなみにこのボンドクターは七代目、つまりムガル時代から続く歴史ある診療所のようなものである。

道路を隔てて営業している別のボンドクターも訪問した。大きなテントの下でテーブルを



写真 3. ラクナウ近郊 Barendra 付近

(注) この道の両側でボンドクターが開業している。
©Hisaya Oda



写真 4. 骨折の治療を受ける子供

(注) 子供用ギブスを作成中のボンドクター。
©Hisaya Oda

何台もつなげ診察台とベッドにしており、戦場の医務 TENT といった感じである。このボンドクターは相当な人気ようで、ひっきりなしに患者が送り込まれてくる。我々も小一時間ほど待ってようやくインタビューできることとなった。インタビュー中、交通事故で左足を骨折した男性が搬送されてきて、その治療を見学しながらのインタビューとなった。治療はボンドクターの経験と勘に基づくもので、X 線の設備などなく、触診で足の骨折箇所と骨折の状況を即時に診断していた。その後、見ているだけで痛そうな処置を行い（骨折した方の脚を引っ張って骨を伸ばし、今度は脚を押して骨をくっつけるといった施術である）、秘薬を塗り、ギブスを作ってこの日の治療は完了となった。治療費も通り向こうのボンドクターと同じく無料であるとのこと。ただし村からの患者運搬費用（Rs.2,500 とかなり高い）とこれから一ヶ月間の入院代は患者負担となるとのことであった。人気の診療所だけあって、ボンドクターをはじめ、多くのスタッフが勤務し、また独自の救急車両も所有していた。インドではマイナーな交通事故の場合、即座に救急車が駆けつけるということもなく、このような民間の業者が負傷者の対応に活躍しているのであろう。

これらの無資格者による診療所に加え、C 村において MBBS の学位を持つ正規医師を訪問した。この医師はウッタル・プラデーシュ州政府に医師登録をしている正規の医者で、1980 年に村で開業する前は州政府の病院で医師として働いていたとのことである。診療所では村人および半径約 20km に居住する患者を診ており、無資格の村の診療所同様、頭痛、下痢、発熱等の体調不良を訴える患者に対応している。深刻な症状の患者は近郊の町の病院に転送することであった。診察料は Rs. 30 + 薬代、一日あたり 20 名ほどの患者の来院があるようだ。我々が訪問時も 3、4 名の高齢の患者が診察待ちで、医師は中庭で脈拍や血圧を測ったり、スタッフに指示を出していた。それまでに訪問した無資格の診療所で血圧計を見ることはなかったが、ここでは使用しているようであった。医師以外には、数名のサポーティングスタッフ（看護師ではない）が勤務し、医師の補助的な業務や患者の搬送を行っていた。村人からの信頼も厚い

ようで、診察以外にも多くの村人の往来が見られた。

4. ディスカッション

このようにインド農村部において多くの無資格者による医療行為が行われている。農村では、民間、公的機関を問わず、正規の医療へのアクセスが限定的であり、その隙間を埋めるがごとく無資格の医療サービスへの需要が存在する。まず圧倒的に有資格の医師の数が不足しており、特に農村での状況は深刻である。2019年3月末時点で、人口1000人あたりの正規医師の数は0.69名で、これはWHOが推奨する人口1000人あたり1名を大きく下回る数字である⁶。インドの人口を13億4千万と設定すると、このWHOの数値を達成するにはあと65万人の医師が必要となる。人口が多く、開発が遅れているビハール州やウッタル・プラデーシュ州では医師が特に不足しており、例えばウッタル・プラデーシュ州の場合、人口1000人あたり0.3名である⁷。また農村と都市の医師の数は、都市1に対して農村0.25であり、人口全体の7割近くが居住する農村部における医者不足は深刻である（WHO 2016）。

村人は近くの町や都市の病院で診察を受けることも可能であるが、ちょっと体調が悪くなった程度でわざわざ町の病院や診療所に出かけるのも面倒であり、またそもそも最寄りに医療施設が存在しない場合も多々ある。さらに正規の民間診療所で受診したり、薬を処方してもらうには費用がかかるため、金銭的に制約のある家計では利用が困難である。たとえ公立病院での診察が無料であったとしても、薬代が高い。一般的にインドでは家計の出費における薬代の比率が高く、家計を圧迫する要因の一つとなっている（Selvaraj et al. 2018）。さらに町中の診療所の診療時間はおおよそ日中の時間帯であり、農作業の帰りや夜遅くに立ち寄ることができず村人にとっては都合が悪い。これに対して、無資格の医療行為は違法ではあるが、農村では、安価で都合良く利用できる比較的満足できるサービスと言える⁸。

農村における医療サービスの提供は、インド政府にとって重要な開発課題である。現在、2018-19年度にモディ政権下でスタートしたAyushman Bharat (Long-Live India) スキームにより、インドの医療サービスは変革の過渡期にある。このスキームは農村における医療サービスの充実（Health and Wellness Centers: HWC）とオバマケアをもじって“モディケア”と呼ばれる低所得者に対する医療保険の提供（Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana: PMJAY）の二本柱からなる。本節では統計の都合上、Ayushman Bharat 開始前の2018年3月末までの状況を基に農村における人材不足の状況を説明する。Ayushman Bharat 開始前の農村における公的医療サービスは、各州政府による運営・管理のもと、サブセンター（SC）、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）からなる三層構造であった（図1参照）。サブセンターは平均4村あたり一つ設置される一次医療機関で、医師はいないものの准助産師（女性）およびヘルスワーカー（男性）が常駐し、予防接種や村人、乳幼児の健康管理および下痢などへの対処を行う。PHCは6つのサブセンターを管轄下におき、医師1名他、薬剤師、看護師等の計15名で構成され、病気の治療および予防を行う施設である。CHCは4

インド農村部における無資格医師の存在（小田）

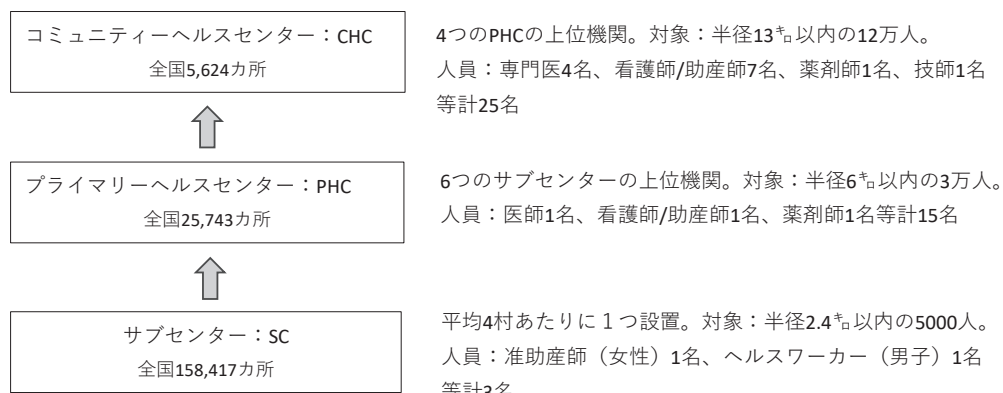


図 1. インド農村における公的医療システム（2018年3月末まで）

（出所）Government of India（2018a）をもとに筆者作成。

つのPHCの上位に設置され、専門医4名の他計25名および30床からなる高度医療施設である。手術室、X線、ラボも準備されている。

問題なのはこの三層構造が予算不足、人材不足、設備不足で必ずしも十分に機能できていない点である。2018年3月末時点の統計では、全国で158,417のサブセンター、25,743のPHC、5,624のCHCが存在するが、必要とされる施設数に対して、それぞれ18%、22%、30%不足の状態である。調査を実施したウッタル・プラデーシュ州では、不足率がそれぞれ34%、30%、37%と平均値を上回る状態である⁹。また現存する施設に勤務するスタッフの数も同様に不足しており、例えばサブセンターの男性ヘルスワーカーの不足率は66%、PHCにおける医師の不足率は14.3%、CHCの専門医のそれは82%という状況である。ウッタル・プラデーシュ州の状況はさらに深刻で、それぞれ92%、63%、そして94%となっている。センターの数が不足するという事は、平均的に村から最寄りのセンターまでの距離が遠くなり、医療スタッフの数が不足することはたとえセンターにたどり着いたとしても期待する治療が受けられない可能性が高くなることを意味する。民間による正規の医療を期待することができない農村部において、公的な医療サービスが果たす役割は大きい。しかし現状では十分に機能しない地域が存在し、そこに無資格者による医療行為がはびこる余地を与えている。このように公的な医療施設の不足とそこで働く人材不足により、たとえ費用が高くとも、病気の際、村人は民間の診療所や病院を選択する傾向が強くなる（Government of India 2015, Verma et al. 2018）。外来の場合、政府のヘルスセンターや公立病院を選択する比率は男性で26.5%、女性で29.8%であり、残りは民間の診療所や病院での外来診察を選択している。これは都市部でも同様の傾向である。

我々は農村における公的な医療サービスの現状を把握するために、2019年1月、国道30号線沿いD村のサブセンターを訪問した（写真5-1、写真5-2）。地図上ではPHCと記載されているものの、活動内容およびスタッフの状況から見るとどうもサブセンターのようであった。我々が訪れた時は患者もスタッフも誰もおらず、しばらくすると休憩が終わった契約看護師と



写真 5-1 サブセンターの外観

©Hisaya Oda



写真 5-2 サブセンターの診察室

©Hisaya Oda

面会することができた。彼女以外にもう一名女性看護師（正規雇用）が勤務するのみで（訪問時は休み）、また男性のヘルスワーカーはおらず、上述のように農村における公的な医療施設のマンパワー不足を確認することができた。ここでは出産への対応をしており、この施設の最も重要な役割の一つとなっているようだ。施設内には出産に要する設備を確認することができた。Ayushman Bharat スキーム下でこの施設がどのように位置づけられるのかは不明であり、また面会した契約看護師もそれに関しては全く情報を持ち得ていなかった。

Ayushman Bharat スキームでは、現在のサブセンターや PHC は、ヘルス&ウェルネスセンター（HWC）に転換され、そこではこれまでの医療サービスの枠組を大きく越える包括的な医療と健康維持に関するサービスが農村住民に無料で提供されるとのことである。政府は 2022 年までに 15 万の HWC 開設を計画している。

5. おわりに

無資格医師が、医療サービスの需給ギャップによって生じるものであるとするならば、このギャップが存在する限り、彼らが村から消えることはない。現状、農村部の医療への需要に供給が追いついていない状態である。村人の医療への需要が一定であるとすれば、供給を増やすこと、つまり医者ならびに看護師等の医療従事者とアクセス可能な公的な医療施設の供給増加が解決策となる。特に重要となるのが医師を含む資格ある医療従事者の増加である。

2018 年時点でインド全体の医学部定員は 52,646 名である（Government of India 2018b）。このうち全員が学位を取得し、また現在 100 万人程度いる医者のうち 2% 程度が引退すると仮定すると 3 万ほどの純増となる。しかし年間人口増加率を 1.1% とすれば、短期的には十分な増加は見込めず、65 万人と推計される医師不足が解消されるには相当な時間がかかるであろう。また医師が都市部に集中するという傾向を是正しない限り農村に勤務する医師が増える見込みはない。

このような状況下、政府は2019年10月に国家医療委員会法2019（National Medical Commission Bill 2019）を制定した。この法律は農村の一部の医療従事者（例えばアーユルヴェーダの学位であるBAMS保有者）に一定の訓練を実施した上で、彼らに薬の処方など近代医学の医療行為を認めるもので¹⁰、農村におけるヘルスケアの量と質の向上を目的とするものである。農村での医療人材不足への措置としてその効果と今後の展開が注目されるところではあるが、インド医師会は強く反発している。訓練の内容や時間、さらに受講資格など課題も多く、政府による措置は、無資格医師の法制化であると非難している¹¹。

2018年4月からスタートしたAyushman Bharat スキームのもと、現在、インド農村の医療は大きな変革期を迎えている。農村医療におけるこれまでの仕組みをアップグレードし、包括的な医療と健康を届ける制度が導入されるとのことである。しかし、制度が変われども、8億9千万の農村人口に対する医師をはじめとする医療従事者の慢性的な人的資本不足は一朝一夕に改善されるものではない¹²。供給を上回る医療への需要が存在する限り、無資格者による医療行為が今後も継続することは容易に想像できる。

注

- ¹ この報告書は2001年の人口センサスをもとに作成されたもので、現状を的確に示すものではないが、多くのメディア報道や我々の調査から現在も無資格医師が多く存在することは明確である。
- ² AYUSHは、Ayurveda, Yoga and Naturopathy, Unani, Siddha, and Homeopathyの略称。与党インド人民党（BJP）を率いるモディ首相は、Ministry of Health and Family Welfareの一部門であったDepartment of AYUSHを2014年に省に格上げし、2015年にはアーユルヴェーダの教育と研究を専門とするAll Indian Institute of Ayurvedaを開校、さらに各州各県にアーユルヴェーダの専門病院の建設を進め、さらに2018年4月からスタートしたAyushman Bharat（Long-Live India）スキームでは農村での公的医療サービスにヨガを取り入れることを明記するなどインド伝統医療の普及に積極的である。
- ³ インド医師会HPより（<http://www.ima-india.org/ima/left-side-bar.php?scid=291>）。2020年1月4日アクセス。
- ⁴ インドの会計年度は、4月1日から翌年3月31日。一人あたり所得として、一人あたり州内総生産（Net State Domestic Product per capita）の値を使用。データは、<https://data.gov.in/>より入手（2020年1月4日アクセス）。
- ⁵ 報告されたHealth Indexは保健衛生に関する23の項目を考慮したもので、幼児死亡率や出生率、予防接種率などの成果に関するものだけでなく、保健行政や保健施設等の状況も組み入れ、包括的に数値化したものである。
- ⁶ 人口を13億4千万人、医療行為を行っている州政府に登録する現役医師の推計数92万7千人から求めた数字。数字は保健大臣の国会答弁より（*Business Standard*, 2019年11月19日版 https://www.business-standard.com/article/pti-stories/doctor-patient-ratio-in-india-less-than-who-prescribed-norm-of-1-1000-govt-119111901421_1.html）。
- ⁷ 2011年センサスに基づく数値。
- ⁸ 無資格診療所での治療は一回あたりの診察費は安価であるが、7から9日要する発熱の治療にかかる費用は、民間の診療所でRs. 1,300、政府系の医療施設でRs. 100、そして無資格医師でRs. 250かかるとの報告がある（Iles 2015）

- ⁹ サブセンター、PHC、CHC に関するデータは、Government of India (2018a) より。
- ¹⁰ 近代医学 allopathy と伝統医学の統合という意味で、通称 "cross-pathy" と呼ばれる行為である。
- ¹¹ *Time of India*, 2019年3月5日版 (<https://timesofindia.indiatimes.com/city/nagpur/ima-nima-lock-horns-on-crosspathy-issue/articleshow/68260531.cms>)
- ¹² 人口に関するデータは、世界銀行データより (<https://data.worldbank.org/indicator/>)。2020年1月5日アクセス。

参考文献

- Government of India (2015), *Key Indicators of Social Consumption in India*, NSS 71st round, National Sample Survey Office, Ministry of Statistics and Program Implementation, Government of India.
- Government of India (2018a), *Rural Health Statistics 2017-2018*, Statistics Division, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.
- Government of India (2018b), *National Health Profile 2018*, 13th issue, Central Bureau of Health Intelligence, Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.
- Government of India and the World Bank (2018), *Healthy States Progressive India, Report on the Ranks of States and Union Territories*, NITI Aayog, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, India, and the World Bank, Washington D.C. USA.
- Iles, Richard A. (2015), Demand for Qualified and Unqualified Primary Healthcare in Rural North India, PhD Thesis submitted to Griffith Business School, Griffith University, Queensland, Australia.
- Selvaraj, Sakthivel, Habib Hassan Farooqui, and Anup Karan (2018), "Quantifying the Financial Burden of Households' Out-of-Pocket Payments on Medicines in India: a Repeated Cross-Sectional Analysis of National Sample Survey Data, 1994-2014," *BMJ Open* 2018; 8:e018020. Doi: 10.1136/bmjopen-2017-018020.
- Verma, C. S., Shivani Singh, Alok Ranjan, and T. Sundararaman (2018), "Social and Systemic Determinants of Utilization of Public Healthcare Services in Uttar Pradesh," *Economic and Political Weekly*, Vol. 53 (45), p. 54-62.
- WHO (2016), *The Health Workforce in India*, Human Resources for Health Observer Series No. 16, World Health Organization, Geneva, Switzerland.