

第 3 章

人的資本：格差を広げる公的教育と 公的保健の機能不全*

伊藤 成朗

はじめに

本章ではインドの人的資本について解説する。インド経済は労働だけでなく、物的および人的な資本を生産要素として高い成長率を遂げてきた。人的資本とは労働の生産性を高める生産要素であり、人間に体化されているものの、労働とは明確に区別される。労働生産性を高める人的資本としては、教育と健康が挙げられる。教育は知識を増やし、認知能力を伸ばすことで労働生産性を高める。健康は人間のあらゆる活動を生産的にする。教育普及は建国以来の国是であるが、就学を伸ばすためには健康でなくてはならないという意味で、健康は教育の前提条件である。MHRD [2006b: Annexure 1] によれば、2002年には中程度以上の低体重人口⁽¹⁾ 比率が6-9歳児で62.6%、10-13歳児で77.9%であったインドでは、十分に健康な状態にはない生徒が数多く存在する。本章では説明を簡潔にするために保健と教育についても別々に概説するが、両者は密接な関係をもつことを忘れてはならない。

インドが天然資源だけに頼らずに成長するには、個人の潜在能力を發揮させなければならない。健康状態を良好に保つことは、個人が能力を發揮する前提となる。このため、保健への支出は投資としての意味をもつ。教育も同様である。開発ミクロ経済学の実証研究では、保健と教育への投資

はその後の所得を高める効果があることが数多く報告されている⁽²⁾。マクロ経済学においても、Krueger and Lindahl [2001] によれば、低所得国については教育の普及は成長率を高めるという結果が得られている⁽³⁾。このため、教育や保健に先行投資すると成長が加速されるというわれわれの常識的な感覚は、データによっても支持されている。

ただし、教育や保健に予算を投下すれば成長が保証されるということではない。Fan, Hazell, and Thorat [2000] のインドの州データを使った推計によれば、政府支出において、教育や保健よりも、道路建設やR&Dの方が歴史的に貧困削減効果が高い。これは過去における政府の人的資本支出が貧困層の所得をあまり引き上げることができなかったことを示している。それでは、Fan, Hazell, and Thorat [2000] が結論づけているように、これはインドの成長にとって教育や保健への支出を軽視してよい根拠を示しているのだろうか。先行研究に照らすと、そう結論づけるのは慎重とはいえない。

Pritchett [2001] が示しているように、インドに限らず、多くの途上国で教育投資が成長に結び付いていない。Pritchett [2001] は、データで観察される教育年数や就学者数と成長の関係が絶たれる原因を以下の3つに求めている。第一に、教育を受けた者がレント・シーキング活動に邁進して生産的な活動に従事しないこと、第二に、(戦乱や対外交易・移動が少ないなどの理由により)教育を受けた者への労働需要が少ないこと、第三に、教育の質が低くて予算が無駄に使われていること、である。近年でこそ変化しつつあるものの、インドでは自由化以前はレント・シーキング活動には高い収益性があった。過去においては、学歴の高い者の大多数は公的部門に就職して劣悪な効率の巨大官僚機構を形成していた。公的部門が供給する保健も教育も、施設建設のみに邁進した結果、その質の低さが問題となっている。このように、教育や保健が成長に貢献してこなかったのは、教育や保健の本来有する収益性が低いということではなく、インド政府が成長への貢献を低めるようにしか政策を実施してこなかったためである。そこで、次節以降では、教育と保健について到達点と問題点を確認していくことにしたい。

第1節 教育

1. 学校制度

連邦制をとるインドの学齢区分は州によって異なる。大多数の州で表1左列の小学校、中学校、後期中学校の区分をとり、一部州で初等学校、後期初等学校、高等学校の区分をとる。いずれにしても、10+2（テン・プラス・ツー）といわれる12年間の高校レベルまでの教育を済ませ、その後、大学、大学院に進む。

インド政府は1990年のジョムティエン宣言「万人のための教育」(Education For All: EFA)を政策目標に掲げており、8年生までの就学率100%をめざしている。政府は公立小学校の集落内建設を進め、教師数を増やすことでアクセス不均等をなくそうとしている。後期初等最終学年に当たる8年生までは、公立学校の授業料は無料とされている。公立小学校では給食や制服が無料で支給され、特定貧困層の児童（とくに女子）には教科書や奨学金なども与えられている。

近年では、私立学校の設立も進んでいる。授業料は無料ではあるが公立学校における教育の質は低く、都市部を中心に非貧困家計は私立校を選ぶ傾向があるためである(Kingdon [2007:Table 9])⁽⁴⁾。私立学校には政府認可校と非認可校がある。非認可校は施設や教員配置が公的基準に適合しているか査定されていない。それでも公立ではなく非認可校に通わせる親は増えており、一部の親は政府認可の有無を気にしていないようにみえる。認可校には、純粋な私立校と教師数に応じて運営給付金(Block Grant)が支給される政府補助立校(Government Aided School)がある。政府

表1 インドの学校制度

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| ・小学校 (elementary,1-5) | ・初等学校 (primary,1-5) |
| ・中学校 (secondary,6-10) | ・後期初等学校 (upper-primary,6-8) |
| ・後期中学校 (higher-secondary,11-12) | ・高等学校 (high school,9-12) |
| ・大学 (graduation) | |
| ・大学院 (post-graduation) | |

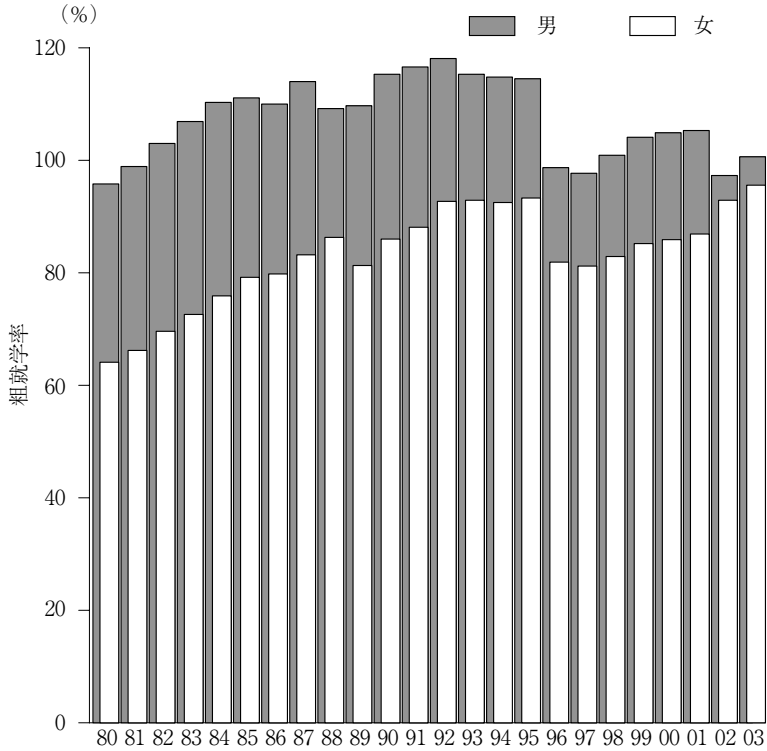
補助立校は、政府の推奨する公立民間提携（Public-Private Partnership: PPP）下にある学校である。歴史的には独立経営であったが、私立でありながら時間とともに運営給付金を通じて中央集権化が進み、政府補助立校教師も州政府が任命するようになり、その組合は強い政治力をもつようになっていく。政府が PPP を推奨するのは公立学校教育の質を改善することが難しいためであるが、PPP 下の政府補助立校教師の勤務態度は公立学校教師と似通っており、その評価は高くない（Kingdon [1996]）。

2003 年に実施された米研究者の全国レベルの農村部私立学校サーベイ調査によれば、農村人口の 28% が私立学校のある集落に住み、農村部私立学校の約半数が 5 年以内に設立された新設校である。公立学校に比べ私立学校では、教員給与は低く、教師の欠勤率は低く、大学卒業者比率が高く、教員免許保有比率が低く、教師生徒比率は低く、複数年学級が少なく、生徒の出席率も成績も高い（Muralidharan and Kremer [2006]）。このデータだけみると、コストが低く、教師の欠勤率やクラスサイズなどの教授法においても優れているので、私立学校を作るべきと考えるかもしれない。しかし、この結果から、私立学校を作ったために生徒の成績が高まった、と解釈できないことに注意すべきである。たとえば、私立学校の授業とは関係なく成績のよい生徒がたまたま私立学校に入学しただけかもしれない⁽⁵⁾。しかも、私立学校は比較的大きな村に設立されやすく、辺境地域では私立学校設立（市場による教育供給）が見込みづらい。よって、PPP が辺境地域での公立学校統廃合の口実に使われると、EFA は実現が難しくなる。

2. 成果

2001 年の国勢調査（Census of India [2001]）によれば、全人口 10 億 2,851 万人のうち、24 歳以下人口が 5 億 5,359 万人、0-4 歳人口が 1 億 1,044 万人、5-14 歳の義務教育学齢人口が 2 億 5,316 万人、そのうちの 1 億 9,083 万人（75.38%）が農村人口である。出生率の高いインドは若年人口比率が高く、学生数も多い。このため、政府が就学への義務を負うという憲法の規定を

図1 初等粗就学率



(出所) Indiatat より筆者作成。

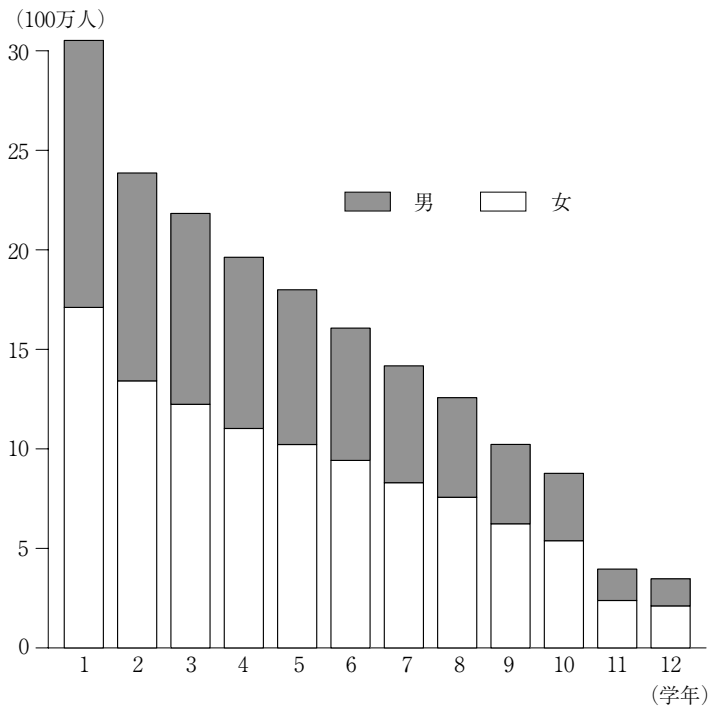
実施するためには、農村部を中心に十分な数の学校を建設し、十分な数の教師を配置する必要がある。

インドの初等粗就学率を示したのが図1である。1980年代当初は初等粗就学率の性差が目立つが、女子教育の普及が努められた結果、近年では差は解消され、男女ともに初等粗就学率は100%に近い水準に到達しつつある。ただし、これは全国平均であり、貧困層、指定カースト (Scheduled Caste: SC)、指定部族 (Scheduled Tribe: ST) などの全国平均よりも就学率が低いグループもいることを忘れてはならない。

2004-2005年の人的資源開発省（MHRD）のデータ（MHRD [2006a]）によれば、中等および高等教育就学率は性差や水準の低さが指摘されている。中等レベルでは、9-10年粗就学率が男子で57.39%、女子45.28%、全体51.65%であり、10-11年粗就学率が男子30.82%、女子24.46%、全体27.82%である。10+2の10までは約半数が就学するものの、2年の高等レベルはその半分の4分の1あまりが就学するのみであり、性差も大きくなる。大学の粗就学率は、国立教育計画実施研究所（National Institute of Educational Planning and Administration: NIEPA）のデータによれば8.97%に過ぎない。

図2はNIEPAがまとめた2000-2001年の全国の就学者数合計を性別で

図2 就学者数（2000-2001年）



(出所) NIEPA データより筆者作成。

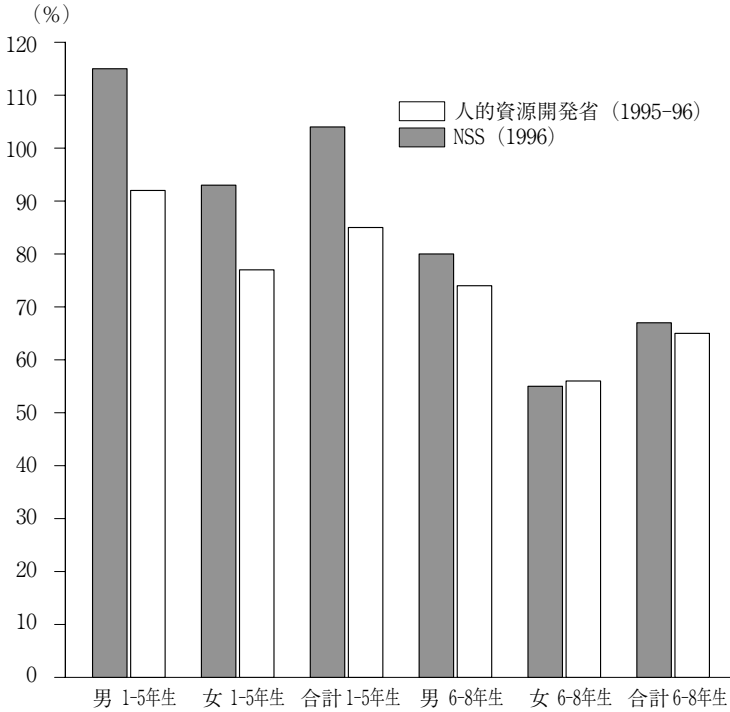
グラフ化したものである。この図によると、小学校1年生の就学者数は3,000万人を超えるが、初等を終える5年生は2,000万人を切り、後期初等が終わる8年生は1,250万人強、中等が終わる10年生は870万人、高等学校に就学するのは400万人に満たない。学年を上がるごとに就学者数が減少するのは落第・就学断念が最大の原因である。データを収集した年次の違いがあるとはいえ、9-10年粗就学率が50%を超えるとするMHRDデータ(MHRD [2006a])に比べ、10年生就学者数が少なすぎる。また、2004-2005年時点の6-14歳で一度も就学したことのない人口は6.94%存在する(Rajya Sabha Unsatarred Question No.1376 [06.03.2006])。これらのデータは高水準の初等就学率を示すMHRD統計とは合致しない。

こうした乖離があるのはMHRDデータが信頼できないためである。就学率引き上げを目標に政策を実施してきた結果、アカウントビリティの乏しいインドの官僚組織は、虚偽の報告もするようになってきている。図3は国勢調査と人的資源開発省の粗就学率の違いを示している。初等就学率の人的資源開発省のデータは国勢調査のデータよりも高く、その違いは通常の統計的誤差ではすべてを説明できない。就学率引き上げのノルマを課された結果、州政府の官僚が実際には就学していない子どもを就学者として数えているというアネクドットは枚挙にいとまがない(Sinha [2005])⁽⁶⁾。このように、国是として推進したために初等粗就学率で顕著な結果を得られている反面、官僚のアカウントビリティがないために事実をみえなくさせている。

図4は小学校からドロップアウトする生徒の在学者数に占める割合を示している⁽⁷⁾。近年において低下傾向にあるが、全国でも20%を超えるドロップアウト率である。貧困層が相対的に多く含まれる指定カーストは全国平均よりもドロップアウト率は高い。就学環境の整っていない地域に住み、教室での排除の対象になりやすく、かつ、母言語が学校で使われない指定部族は、最近年の2004年ですらドロップアウト率は40%を超える。このように、貧困だったり、社会的に排除されているなどの特徴をもつグループは、就学を継続させず、教育投資が中断されている割合が高い。

虚偽の報告も含まれているとはいえ、図1でみた就学率が上昇傾向にあ

図3 初等粗就学率の差

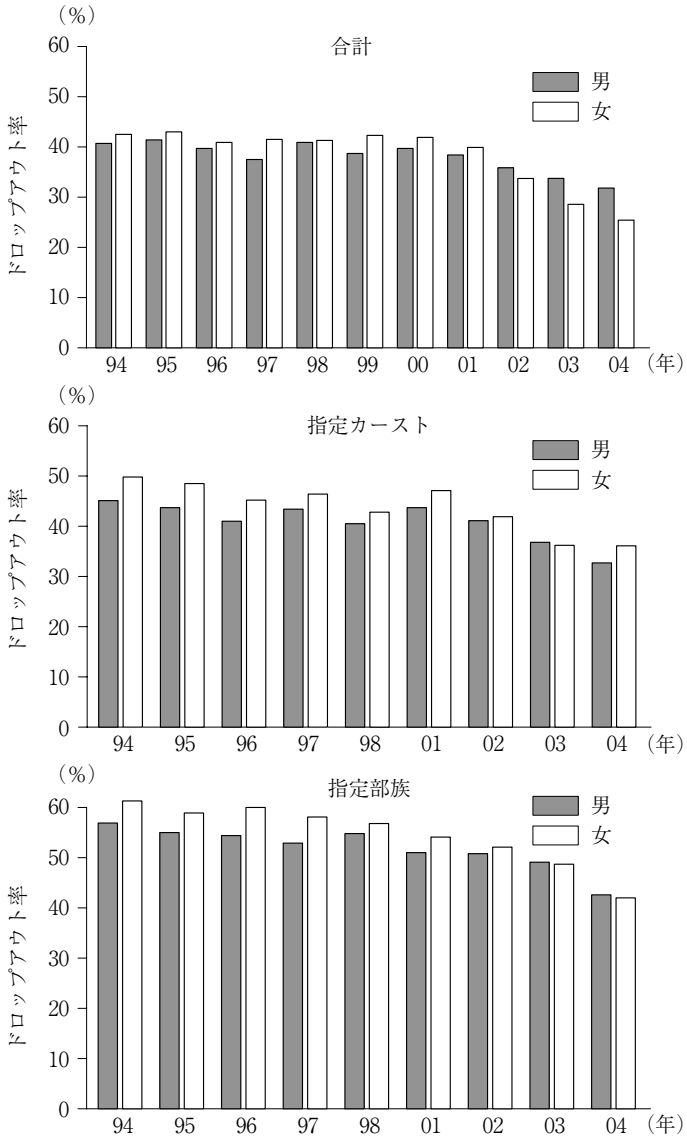


(出所) 図1と同じ。

ることは否定できない。これは、図5にもあるように、集落の半径1km以内に小学校を設置するなど、学校建設にかかわる地道な政策努力の成果である。州別の平均値でも、10州を除いて80%の集落が半径1km以内に小学校がある州である。ただし、表2にあるように、学校建設は進んでも、学校に付設される設備は未整備なことが多く、2005年で44.6%の初等学校にトイレがない。後期初等学校になると同比率が15.3%と施設は整備されるようになる。

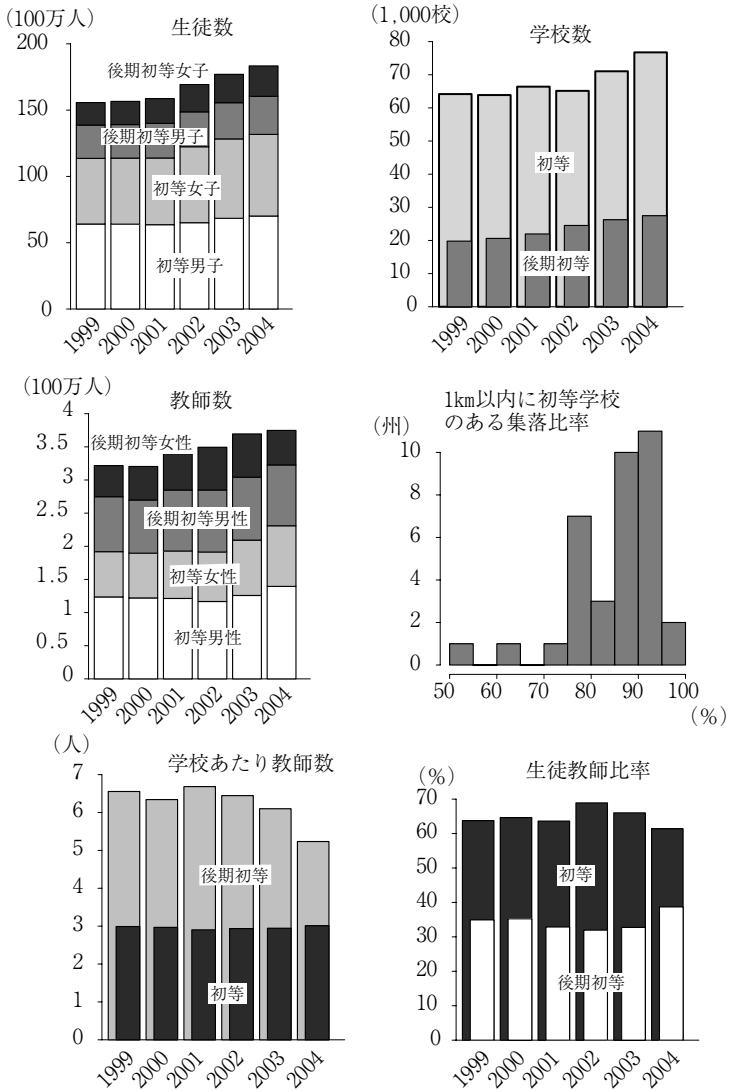
物理的環境に加え、近年では公立学校における教育の質の低さについても問題視されるようになってきている。いくつかのメディアで、公立の小学校を卒業しても読み書きや加減乗除などが満足にできない子どもが多い

図4 ドロップアウト



(出所) 図1と同じ。

図5 生徒数, 学校数, 教師数, 1km以内に初等学校のある集落比率, 学校あたり教師数, 生徒教師比率



(出所) 図1と同じ。

表2 基礎的施設のない学校の比率（％，2005—2006）

学校	建物	トイレ	扉	水道
初等	3.0	44.6	50.8	15.1
後期初等	2.4	15.3	16.5	4.8

（出所） MHRD (2006a)

表3 習熟度：平均点数（2003—2004）

対象	生徒数	数学	言語	科学	社会科学
3年（29州）	92,407	58.25	63.12		
5年（30州）	88,271	46.51	58.57	50.30	
7年（10州）		29.87	53.00	35.98	32.96
8年（17州）		38.47	52.45	40.54	45.00

（出所） MHRD (2006a) , *Chapter on Elementary Education of the 11th Plan Working Group Report*, citing on the results by Pratham.

ことが指摘されたためである。表3はNGO（Pratham）による学力試験調査のまとめである。試験の難易度が不明なので判断が難しいが、人的資源開発省（MHRD [2006a]）はこの結果を問題視し、教育の質の向上を打ち出している。

質の低さは教師の少なさでも裏づけられる。図5の教師学校比率によれば、初等では1校平均3人しか教師がいない。後期初等では6人近くいるが、図5にあるように学校数も少なく、生徒が進学するのがまだ難しいことを思い起こす必要がある。生徒教師比率は初等で60人を超え、後期初等も40人近い。教師が2人以下の初等学校の比率が54%（MHRD [2006a]）を占める状況では、教師によって授業を受けられない生徒がクラス単位で毎時間必ずいるはずである。初等では1校当たり約180人の生徒がいることになるが、40人学級としても4.5学年であり、学校の規模自体が小さい。これは広大な国土をもつインドの農村部では人口密度が低いことが原因となっている。

教師の怠業・無断欠勤も問題化している。代表的な20州3,700校を選んだKremer et al. [2005]の抜き打ち訪問調査によると、全教師の24.8%が無断欠勤し、出勤している教師のうち45%しか訪問時に授業を行っていなかった。教員組合の政治力によって無断欠勤や怠業が放置されていることが原因であり、監視のない農村部ではとくにこの傾向が強い。このよ

うに、学校に行ってはいるものの、教師から授業を受ける機会が限られて
いるので、習熟度が低いのも無理はない。政府は学校建設だけでなく、教
師の育成と配置を急がねばならない⁽⁸⁾。

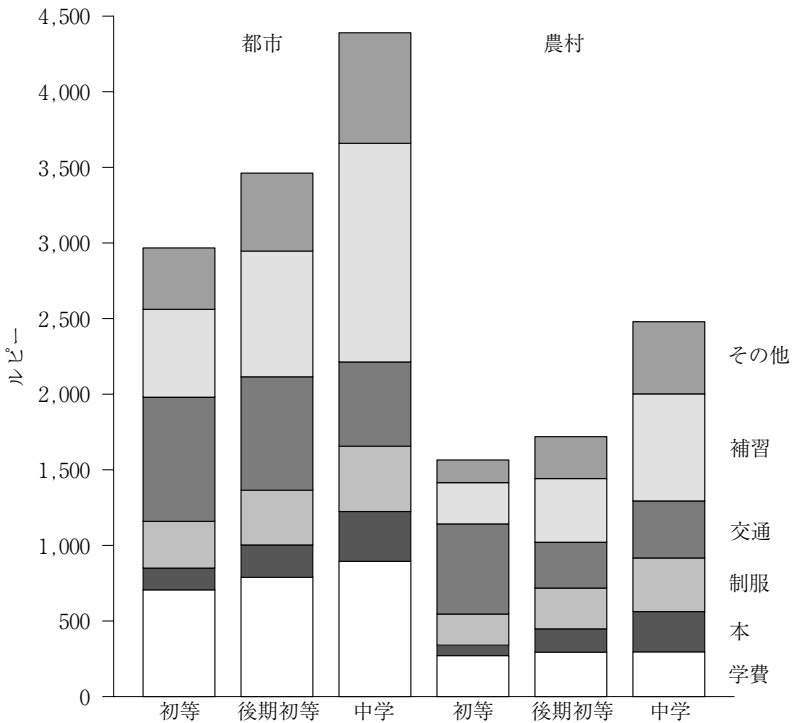
ただし、単に急ぎすぎるのも問題であり、訓練の受けた教師の育成配置
を急ぐべきである。MHRD [2006a:25] は新任教師の訓練不足を指摘して
いるが、訓練の内容や効果をみずとも、質軽視の傾向は配置教員数に表れ
ている。2000年以降、初等および後期初等の教師数は変動が大きい。図5
からは明らかではないが、初等学校教師数は2003年に9.41%、2004年に
10.37%の伸びを示している。後期初等は2001年に12.23%増えたが、女
性教師を中心に2004年に10.24%減少している。いかなる訓練施設・方法
を用意したのであれ、全教師数の10%近くの新任教師を十分に訓練する
ことは不可能である。また、女子就学率の延伸がめざされているなか、女
子教育を男性教師に任せることに抵抗を感じる親が多い農村部を抱えるイ
ンドで、後期初等学校の女性教師が一年間に20%以上も減るような政策
は問題がある。図5で校数が順調に増えているが、基礎的施設のない学校
を増やしていること、訓練の不十分な教師を配置していることなど、質の
低い物的・人的な教育資源を投入していることは否めない。

このような質の低い教育は高いドロップアウト率と無縁ではない。質が
低いために教育の収益率が低いと、生徒の親も学校に通わせる意義をみい
だせないからである。従来の開発経済学分野の研究は、未就学について家
計などの教育の需要サイドの原因を多く取り扱ってきたが、学校という教
育の供給サイドの質も精査し改善していくべきであろう。基礎的施設を無
視せずに学校建設を進め、配置する人材の質を高め、貧しい家計の親の期
待を裏切らないような教育環境を整えるべきである。そして、教師が義務
どおりに出勤し、質の高い授業をする必要がある。そのためには、学校に
通うだけではなく、通っている学校で子どもが効果的に学習できることを
目的とした政策をとらねばならない。ただし、貧困地域の子どもは家業や
疾病で学習時間が限られるなどのハンディキャップを負っているので、純
粋な成果主義に走るのではなく、学習機会を保証する政策も併せて実施す
べきである。

3. 家計支出

家計が負担している教育費用の平均値を都市と農村、および、教育レベル別に示したのが図6である。都市家計は農村家計のほぼ2倍の教育支出をしている。都市の教育支出として授業料は4分の1にも満たず、中等学校以上のレベルでは最大の項目は補習費である。これらは先進国の教育支出と似た傾向かもしれない。一方、農村でも中等学校、高等学校で補習費が最大で、小学校でも授業料に匹敵する大きさである。これは進学のためという意味もあるが、小学校レベルでは、公立小学校が満足に機能し

図6 教育レベル別の1学生当たり平均教育支出（NSS 1995-1996）



(出所) NSS 1995-1996 より筆者作成。

ておらず質が低いために、親が共同で教育を受けた若者を雇用して補講をさせていることも反映している⁽⁹⁾。このように、絶対額は都市よりも少ないとはいえ、教育支出からは農村においても親の教育に対する要望は強いことがうかがわれるが、そのニーズは満たされていない。すでに親たちは授業料以外に多くの費用を負担している。政府はこうした親の要望を裏切ることなく、質の高い教育を提供すべくさらに努力すべきであろう。

4. 政策

インドの教育政策の基本方針は教育に関する国家政策（National Policy on Education: NPE, 1986 策定, 1992 改訂）およびその行動計画（Program of Action, 1986 策定, 1992 改訂）によって決められている。大きな目標としては、すべての子どもへの機会提供、14 歳まで就学継続、教育の質の改善を謳っている。

2002 年には憲法において教育に関する規定が改定された。第 86 修正条項（86th amendments）には「政府は 6 歳から 14 歳までのすべての子どもに無料の義務教育を与える」と記載され、6-14 歳の教育が国家の義務として明文化された。憲法に明文化されたことにより、実効性は別として、いかなる辺境地域においても、8 年生までの後期初等レベルの教育施設および人員を権利として求めることができるようになった。2005 年には連邦レベルで教育権利法（Right to Education Bill）が上梓され、2006 年には中央政府から州政府に独自の法を成立させて施行することが要請されたが、多くの州政府はまだ施行していない。

1994 年に開始され、18 州 273 県で実施されている県初等教育プログラム（District Primary Education Programme: DPEP）は、ドロップアウトや就学率の性差を減らし、学習を促すことを目標にしている。教育後進県（Educationally Backward Districts: EBD）に重点的に供与され、学校建設、教師増加、州教育委員会の強化、教員が教材を作り、研修を受けるための郡や村の教育情報センター（Block Resource Centres, Cluster Resource Centres）開設、などが謳われている。669 億ルピー（2004 年

12月末現在)に達する支出は中央政府(85%)と州政府(15%)がまかっているが、中央政府分の原資は国際開発協会、ユニセフ、EC、オランダ政府などからの援助資金である。

2001年には、NPEと憲法の権利保障を実現する手段として、新たな教育普及プログラムが開始された。Sarva Shiksha Abhiyan (SSA, Education For Allのヒンディー語訳)は初等レベルのEFAを期限を区切って達成することを目標としている。政府は特定目的税収入(導入当初の2004年は総税収の2%に相当、2007年には3%に増加)をSSAに充てることを決めており、そのコミットメントがうかがえる。

SSAは2003年までにすべての子どもが何らかの教育施設に入学し、2007年までに5年間の初等教育をすべての5年生学齢児が終え、2010年までに6-14歳就学率を100%にする、という目標を掲げている。性差およびグループ間格差は初等教育レベルを2007年、後期初等教育レベルを2010年までに解消することも謳っている。SSAはDPEPなどの既存の政策を整理統合して行政の無駄を削るほか、ボトムアップ形式を採用している。州政府は県やその下の郡レベルで計画主体コア・グループを認定し、コア・グループに地域内の調査と計画策定を委任し、下位レベルの計画を積み上げることで州計画を作る。

第10次5カ年計画中に実施された第1期SSAの実績(2006年3月末現在)は、2003年および2007年までに実現すべき目標は達成されていない⁽¹⁰⁾。2002年からは、県レベルのオンライン報告システムが構築され、教育政策の状況を州政府および中央政府が時間をおかずに知ることができるようになった。MHRD [2006a:19]によれば、11次5カ年計画における第2期SSAの重点課題は、初等および後期初等学校における教育の質の改善と、教育後進地域・後進グループへの支援拡大を通じた教育の機会均等である⁽¹¹⁾。

中央政府のSSAに対する姿勢には意欲が感じられるが、公立学校、政府補助立校のパフォーマンスの低さの原因となっている教員組合に政府が気兼ねしている限り、改革を進めることができない。短所(Gauri and Vawda [2004])は指摘されているとはいえ、ヴァウチャー制度などの家

計に予算権限をもたせる方法がPPPで議論されないのは、政治的な抵抗が強すぎるためと議論されることもある(Kingdon[2007])。ヴァウチャーと地方自治体への人事権下譲を組み合わせるなど、競争的な環境整備が実施されるかは、政治的な意思をもって断行するか否かに依存している。

児童が就学する場合、富裕層は質の高い私立校、非貧困層は質の不明な私立校、貧困層は農村部を中心に公立校を選んでいる。教育水準が低いと成人時の所得水準や就業機会を制限するので、格差解消には貧困層に質の高い教育機会を与えなくてはならない。しかし、現在は公立学校建設は進んでも公立学校教育の質は低く、教育を通じて世代間格差が解消されるメカニズムは存在しない。社会的な格差を少なくし、インド社会がより生産的になるためにも、今後も教育供給の革新が不可欠である。

第2節 保健

1. 保健制度

インド政府は、1978年のアルマ・アタ宣言を参照して「すべての人に健康を」(Health For All: HFA)の実現を目的に掲げている。このため、医療サービス提供体制は1985年から初等、中等、高等の3層構造となっており、医療サービスを全国民に平等に供給することを目的にしている。公立病院は、小規模のものから簡易診療所(Sub-Centre: S-C)、一次医療診療所(Primary Health Centre: PHC)、地域保健センター(Community Health Centre: CHC)、郡立病院(Taluk Hospital: TH, Area Hospitalと呼ばれることもある)、県立病院(District Hospital: DH)に分けられ、これら以外に総合病院(general hospital)や専門病院(speciality hospital)がある。後2者は州立医科大学と中央政府が運営する病院や国立医科大学である場合が多い。S-Cは人口5,000人につきひとつ、丘陵地域では3,000人につきひとつ設置され、男性の多目的医療補助員(Multipurpose Health Worker: MPH)と女性の准看護師(Auxiliary Nurse Midwife: ANM)

の2名が配置される。各種疾病プログラム、家計調査、出産補助などを担当し、医薬キットによる簡単な治療も行う。PHCは人口3万人につきひとつ、丘陵地域では2万人にひとつ設置され、医師数名と準医療従事者数名が配置される。住民にとっては医師による診察を見込める最も身近な公的組織である。2007年現在、一部のPHCでは24時間体制の診療所に組み替えられている最中である。MHFW(2005e)によれば、医師を2名配置し(うち住み込み1名)、常勤看護師を5名配置して3交代制で勤務させ、出産、新生児ケア、救急搬送をいつでも実施することがめざされている。CHCは12万人につきひとつ設置され、産科、婦人科、小児科などが中心の病院である。THは郡(mandal, taluk, block)にひとつ設置されることが推奨されているが、具体的な条件などはない。DHは県(district)にひとつ設置される総合病院である。

2. 成果

(1) 乳児死亡率と妊産婦死亡率

図7は、世界各国の乳児死亡率と一人当たり所得の関係を描いたものである。図8は、世界各国の妊産婦死亡率と一人当たり所得の関係を描いたものである。図7、図8ともに、両軸は自然対数をとっている。乳幼児とは生後1年前までを指す。インドは図7で塗りつぶされた点で示されている。ここからは、インドの乳児死亡率は高いものの、所得水準に相応した高さであることがわかる。図7の横破線は2001年値の3分の1の値であり、ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals: MDGs)4のおおよその位置を示している⁽¹²⁾。

図9は、インド全国平均の乳児死亡率を示している。新生児は生後28日未満、周産期は胎児と生後7日未満の早期新生児⁽¹³⁾、産褥(さんじょく)期新生児は生後6週間未満を表す。乳児死亡率は急速に低下しているものの、図9によれば、乳児死亡率には表れない死産・流産や、これに早期新生児死亡率を合わせた周産期死亡率の低下スピードの方がより緩慢である⁽¹⁴⁾。死産率は妊娠前後の母親の健康管理、早期新生児死亡率は低体

図7 世界の乳児死亡率（2005年）

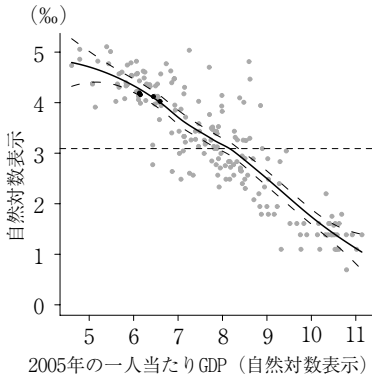
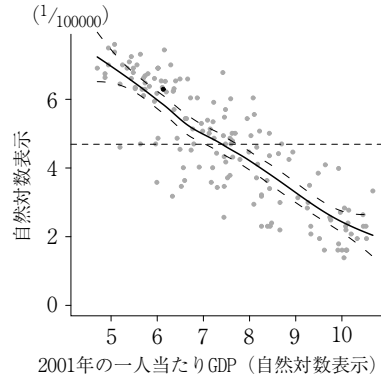


図8 世界の妊産婦死亡率（2000年）



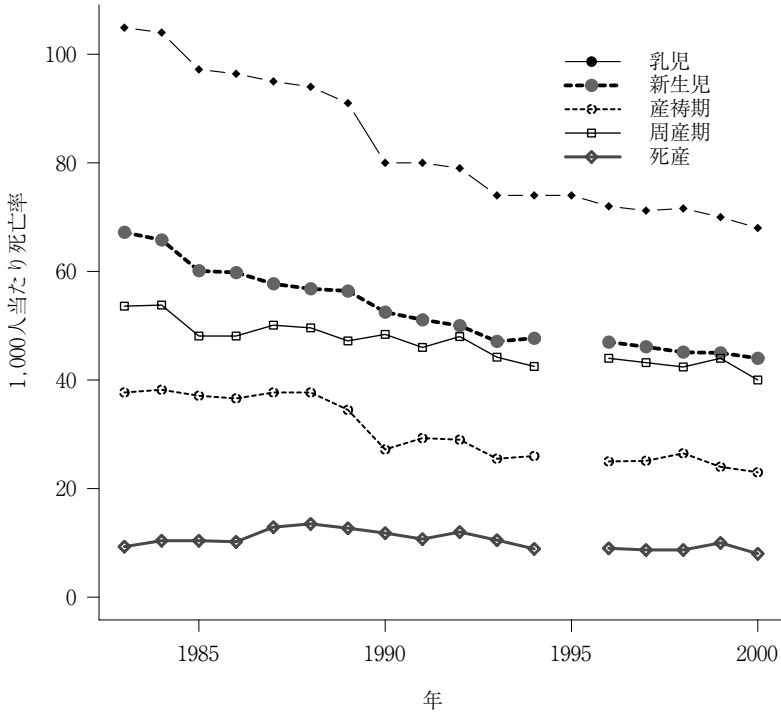
- (注1) 乳児死亡率 (infant mortality rate) は1歳未満の乳幼児1,000人中の死亡数。妊産婦死亡率 (Maternal Mortality Ratio) は出産10万件あたり妊産婦死亡件数。
- 2) 図7の所得と乳児死亡率は2005年、図8の所得は2001年、妊産婦死亡率は2000年の値。
 $\ln y=6$ で $y=403$ 、 $\ln y=6.5$ で $y=735$ 。
- 3) 塗りつぶした点がインド。乳児死亡率については2001, 2002, 2004, 2005の各年の点を書き入れている。
- 4) 実線はノンパラメトリック回帰線 (loess, ガウシアン・カーネル)。破曲線はt分布を仮定した95%信頼区間。図7の横破線はMDG目標値42、図8の横破線はMDG目標値109である。
- (出所) 死亡率に関しては国際標準疾病区分 (ICD-10) に基づく WHO データ (<http://www.who.int/whosis/database/mort/download/ftp/morticed10.zip>)、所得に関しては World Development Indicators を用いて筆者作成。

重と相関をもつことが指摘されているため、女性の健康状態を良好に保たせる政策が望まれる。

図8の妊産婦死亡率 (Maternal Mortality Ratio: MMR) とは、(15-49歳の妊産婦死亡者数) / (15-49歳の妊産婦出産数) を10万倍した値である。出産数には死産・流産は含まれない。インドは図8で塗りつぶされた点で示されている。インドは95%信頼区間から外れており、妊産婦死亡率は所得水準に相応する以上に高いことがわかる。横破線は2000年値の3分の1の値であり、MDG5のおおよその位置を示している。

Registrar General[2006]によれば、妊産婦死亡率は1997-98年の398[95%信頼区間 378-417] から2001-03年の301 [95%信頼区間 285-317] に急減

図9 乳児死亡率（1983-2000年）



(注1) 乳幼児死亡率 (infant mortality) は1歳未満の乳幼児1,000人中の死亡数。新生児死亡数 (neonatal mortality) は生後28日までの新生児1,000人中の死亡数。周産期死亡数 (perinatal mortality) は妊娠22週以降出生後7日までの1,000人中の死亡数。産褥期死亡数 (postnatal mortality) は生後42日までの新生児1,000人中の死亡数。死産数 (stillbirth) は妊娠20週以降および出産時の1,000人中の死亡数を指す。

2) 1995年は乳児死亡率のデータしかない。

(出所) 図1と同じ。

している⁽¹⁵⁾。妊産婦死亡件数の約3分の2が後進9州 [アッサム (AS), ビハール (BI), ジャルカンド (JH), オリッサ (OR), マディア・プラデーシュ (MP), チャティスガル (CH), ラージャスタン (RA), ウッタール・プラデーシュ (UP), ウタランチャル (UT)] で発生しており, 州間格差がある。ただし, 妊産婦死亡率の減少幅が大きいのも後進9州でもあ

る。2004年の約2,600万件の出産に対し、約7万8,000件の妊産婦死亡があったと推計 [95% 信頼区間 74000-82000] されている (死亡率率 300)。死亡原因は、多いものから、出血多量、敗血症、中絶、子癇 (しかん) を含む高血圧症などである。これらは妊婦検診時に準備することで、危険を大幅に減らすことのできる症状である。

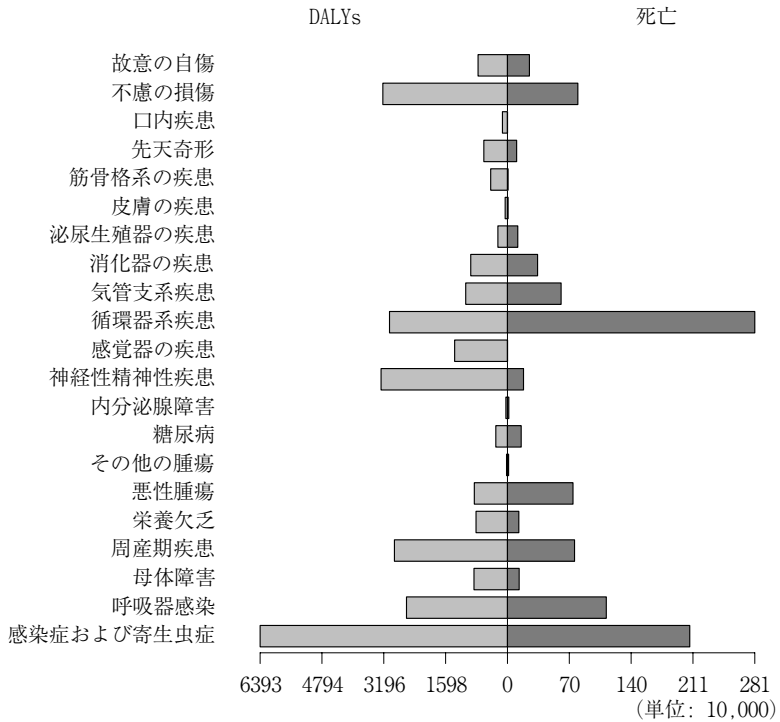
周産期疾患も妊婦検診を受けることによってある程度の対処が可能である。後述するように (図 13, 14), これは州政府が第一義的に責を問われる問題である。現在、母子保健サービスを供与し、疾病や重篤度によって病院を割り当てる適切な治療分担システム (referral system) を作り上げることで、障害調整生存年数 (Disability Adjusted Life Years: DALYs) と死亡件数を減らすことがめざされている⁽¹⁶⁾。しかし、後にもみるように、周産期疾患を患うことの多い貧困層にとってアクセスの容易な一次医療が不足し、専門医療施設も不足していることが課題となっている。

(2) 疾病負担と死亡原因

図 10 は WHO によって推計された疾病負担を DALYs で表したものと、実際の死亡者数を隣り合わせに描いたものである⁽¹⁷⁾。疾病負担では感染症と寄生虫による余命喪失が最大であり、神経性精神性疾患、周産期疾患、循環器系疾患、気管支系疾患などがそれに続く。疾病負担としては途上国型の急性疾患が中心であり、公衆保健によって予防可能な疾病が多い。このため、インドでは予防医療投資が少なすぎるために、罹患によって本来の能力を発揮できない人々が過剰に発生する非効率な状態になっていると想像される。上下水道やゴミ処理などの衛生インフラが劣悪で保健知識の乏しい貧困層は、とくに予防医療投資が過少になっているものと考えられる⁽¹⁸⁾。

死亡原因は循環器系疾患が中心である。これらは予防医療や食生活や運動にかかわる健康増進によって減らしたり、早期に検知すれば治療方法が確立された疾病が多い。よって、予防医療 (Preventive Medicine) や健康促進医療 (Promotional Medicine) への支出を増やすことが期待される。

図 10 DALYs 換算の疾病負担と死亡件数 (2002 年)



(注 1) DALYs: Disability Adjusted Life Years の略。死亡および罹患による余命喪失年数の合計。死亡による余命喪失はコーホート別の平均余命から計算。罹患による余命喪失は疾病別に標準値を計算。詳しくは WHO (2006) を参照のこと。

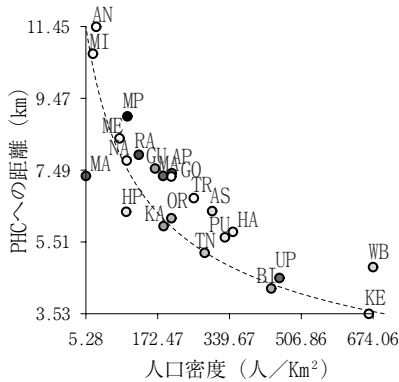
2) 死亡は実際の死亡者数。

(出所) <http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bodgbddeathdalyestimates.xls> から筆者作成。

(3) 供給体制

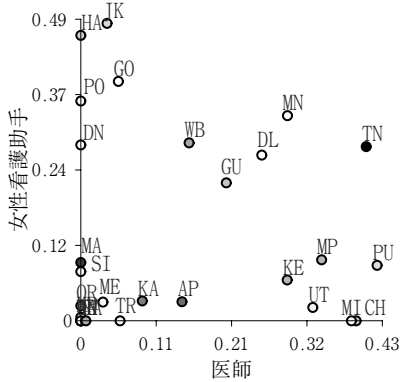
図 11 は、PHC への平均的距離と農村人口密度の関係を描いたものである⁽¹⁹⁾。破線は 3 万人につき 1PHC という NHP-2002 の設置基準を表した線である。平均的距離は PHC へのアクセスの程度を表すと考えられる⁽²⁰⁾。図 11 からは、州によって PHC への距離が最大で 3 倍程度の差があること、人口密度が低い州ほど距離が長いこと、つまり、距離ではなく人口に応じ

図 11 PHC への距離と人口密度 (2001 年)



- (注 1) 色が濃いほど農村面積が大きいことを示す。
 2) 距離はカヴァーする面積を円形と仮定し、半径として算出。カヴァーする面積は 2005 年 9 月。
 3) 破線は 3 万人にひとつ設置されているときの関係。
 4) 人口は 2001 年調査。
 (出所) 図 1 と同じ。

図 12 PHC における医師と女性看護助手の欠員率 (2005 年 9 月)



- (注 1) 横軸は実際に州が定めた定員数を必要数で除した数値。縦軸は欠員数を定員数で除した数値。色が濃いほど当該定員数医師数が大きいことを表す。
 2) 医師に関しては Uttar Pradesh, Bihar などの後進州のデータはない。
 3) Uttar Pradesh, Bihar などの後進州は女性看護助手のデータがないために、図 12 には登場しない。
 (出所) 図 1 と同じ。

て PHC が設立されていること、データの揃う 23 州のうちで基準を満たしているのは 6 州でしかないこと、農村面積の大きな州（濃い色の州）ほど基準線よりも上に位置する傾向があることなどがわかる⁽²¹⁾。

図 12 は PHC における女性看護助手 (female health assistant) と医師の欠員率を示している。女性看護助手に着目するのは、インド農村では未だに女性が診療に行くことへの抵抗があること、女性の健康が男性の健康よりも軽視されており、保健指標も劣っているためである。34 州のうち 16 州で医師欠員率がゼロなのに対し、医師欠員率が 15% 以上の州 (WB よりも右の州) に限定すると、右下がりの関係が確認できる。これは医師欠員を女性看護助手を増やすことで補っている関係としてみることも可能である。

図 13 3回以上の妊婦検診受診割合と妊産婦死亡率

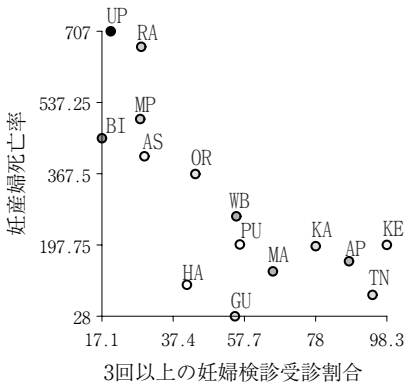
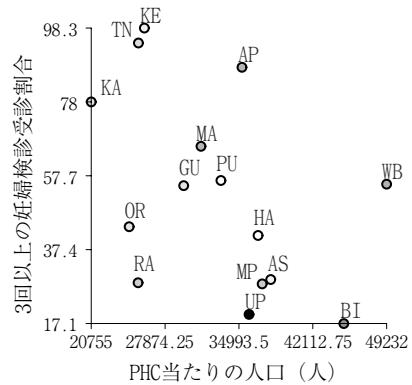


図 14 PHC あたり人口と 3回以上の妊婦検診受診割合



- (注 1) 横軸は妊婦検診を 3 回以上受診した妊産婦の割合。縦軸は妊産婦 10 万人あたり死亡数。色が濃いほど人口が大きいことを表す。
 2) 検診受診割合は %、2002-2003 年。
 3) 妊産婦死亡率は 10 万人あたりの死亡数、1998 年。
 (出所) 図 1 と同じ。

- (注 1) 横軸は無登録医療従事者数を医療従事者総数で除した数値。色が濃いほど人口が大きいことを表す。
 (出所) 図 1 と同じ。

図 13 は、各州の妊産婦死亡率（10 万人当たり）と妊婦検診を 3 回以上受けた妊産婦の割合（%）の関係を描いている。各州の妊産婦死亡率は最低の 27（グジャラート州）から最高の 707（ウツタル・プラデーシュ州）まで、最大で 25 倍程度の格差がある。推奨される 3 回以上の妊婦検診を受ける妊産婦の割合も、最低の 17.1%（ビハール州）から最高の 98.3%（ケララ州）まで 5 倍以上の格差がある。期待されるように、検診を受ける妊産婦の割合が高い州ほど妊産婦死亡率は低い⁽²²⁾。

受診の割合が PHC 当たりの人口とどのような関係にあるのかを調べたのが図 14 である。この図からは、受け持ち人口が多いほど受診割合が減ることがわかる。ただし、その傾向は一様ではなく、ラージャスタン州やオリッサ州のように、比較的人口が少なくとも受診割合が低い州もある。ウツタル・プラデーシュ州では PHC が比較的多いが、その成果は妊婦検

診や妊産婦死亡率に反映されていない。施設の設立だけでは妊産婦死亡率を引き下げるのには十分ではないことが示唆される。

3. 家計支出

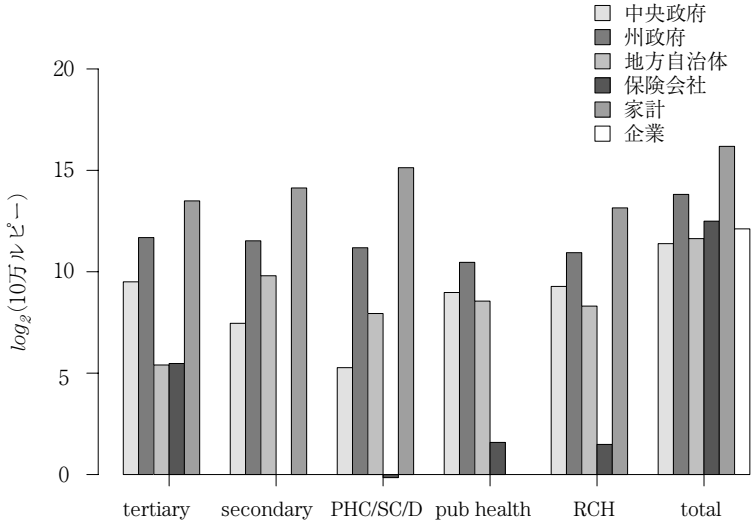
図 15 は主体別に保健支出を比較している。各主体の支出水準が大きく違うため底を 2 とする対数値をとっている。ここからはいくつかの特徴がみてとれる。第一に、家計の支出合計が、中央政府の支出合計の 27 倍強 ($2^{4.8}$)、州政府の 5 倍強 ($2^{2.37}$)、自治体政府の 23 倍強 ($2^{4.55}$)、保険会社の 13 倍弱 ($2^{3.69}$) に上ることである。つまり、インドの保健支出は圧倒的に家計部門の占める割合が大きい。第二に、家計の病院での医療支出は一次医療機関、二次医療機関、三次医療機関の順に減っていくのに対し、中央政府と州政府はいずれも逆である。このこと自体は、少額は家計、高額は国家という適切なリスク配分であると解釈できるかもしれない。しかし、被保険者が少ない現状では高次専門医療機関利用者は非貧困層が多く、結果的に不平等な公的支出となっている。第三に、一次医療の質を最も正確に観察可能な自治体政府（村議会など）よりも、州政府の方が一次医療により多くの支出をしている。これは分権化が州政府レベルで止まっていることを示している。第四は、母子保健支出も家計部門が最大の出し手であり、州政府支出の 2 倍以上である。政府文書では力点がおかれているものの、実際には予算が多く配分されておらず、出産と育児にかかわる保健支出は家計が最も負担している。

4. 政策

(1) 国民保健政策 *National Health Policy*

中央政府は、国民保健政策（National Health Policy, NHP-1983）を 1983 年にまとめ、保健政策の指針としてきた。NHP-1983 では 4 つの柱があったとされる。一次医療ネットワークを期限を設けて完成させること、医療ボランティアの登用、治療配分システムの完成、専門医療サービスの

図 15 主体別・機能別保健会計



(注 1) 2を底とする対数。たとえば、値が3違う場合には8倍 ($=2^3$) の差となる。

2) tertially: 三次医療機関 (主に国立の専門病院)。

secondary: 二次医療機関 (主に州立、県立の病院)。

PHC/SC/D: 一次医療機関 (Primary Health Centre, sub-centre, dispensary)。PHC は郡にひとつ設置され、医師数名 (空きを除くと2名程度)、看護師、技師が常勤し、診療・処方他に簡単な検査も行う。2-3万人程度の人口を管轄する。SCは50,000人にひとつ設置され、啓蒙活動や簡単な処方を行う。

pub health: 公衆衛生支出。医療教育機関や感染症対策プログラム。

RCH: 母子保健支出。

(出所) National Health Accounts Cell, Ministry of Health and Family Welfare, National Health Accounts, India, 2001-2002, Table 3.9 から筆者作成。

官民分業と地理的分散である。

NHP-1983により、PHC建設が進み、特定疾病を統御することが可能になった⁽²³⁾。しかし、罹患率や死亡率が依然として高いこと、州間および農村都市間で保健指標に格差があること、生活習慣病の台頭、後進カーストや後進部族の女子・児童の栄養失調などは、問題として認識され続けていた。さらに、感染症対策に前進があったとはいえ、疾病対策が散漫であったことから、耐性菌の流行を招いたこともある⁽²⁴⁾。

NHP-1983の成果と反省、1983年以降の環境変化などに鑑み、国民保健政策は2002年に改定された(NHP-2002)。NHP-1983において「2000年までに‘Health For All’(HFA)の実現」(アルマアタ宣言)を謳ったことはあまりに楽観的であったこと、そのための資金と行政資源が不足していたことを認め、保健サービス提供能力を現実的にとらえたうえで、広範囲の保健サービスを最大限に提供できる方法を模索する、としている。

NHP-2002の目標は許容可能な健康水準を実現することである。方法としては、公的医療システムへのアクセス改善を新施設建設と既存施設増強で実現していく。この際に重要視されるのがアクセス格差をなくすことであり、後進州や農村部で医療サービスを十分に供給することである。

NHP-2002の内容は多岐にわたるが、アクセス格差への対処方法は下記のようにまとめられる。第一に、政府支出の拡大である。憲法の規定により、保健事業は州政府の管轄である。よって、HFAを実現するには、中央政府が州政府に移転する保健支出を増やさねばならない。この原資として、政府は海外援助に依存するようになってきている。第二に、医療人材の増強である。家庭医療や公衆衛生分野の学生数を増やすこと、医師がいない地域では看護師、準医療活動従事者(Paramedical Staffs)を訓練した後一部サービスを委ねること、アーユルヴェーダなどのインド式医療(Indian Systems of Medicine)⁽²⁵⁾の人材を特定の保健プログラムに登用すること、医師雇用契約を簡素化すること、2年間の遠隔地就業を医師免許取得の条件とすることなどが挙げられている。第三に、施設・物資の補強である。中央政府の公立病院設置基準人口を超過している地域があるため、施設建設を進めるとしている。さらに、公的医療施設の医薬品不足が公的医療施設を利用する誘因を削いでいるとし、中央政府が医薬品を支出することを推奨している。

NHP-2002の内容は、保健政策の今後を考える材料として不十分である。なぜならば、保健の結果指標とは、保健サービスの需要と供給の結果として生み出されるものであり、保健サービスがどのような制度のもとにどのように供給されているのか、という機能・メカニズムの理解なしには、既述の問題点の克服方法を示すことができないためである。保健サービス生

産の生産要素である施設、人材、物資を増やすだけでは、アクセス不均等は解消されない。NHP-2002は成果が思うように上がらないメカニズム、原因、改善手段を特定せず、既存の政策の効果や機能を考慮することもなく、実現すべき結果指標の目標を述べるにとどまっている。生産要素供給を拡充するという方針は、以前までの政策と変わらない。保健サービス生産にかかわる主体がアクセス不均等を解消するように与えられた生産要素を使うインセンティブを与える必要がある。

(2) 農村保健ミッション NRHM

NHP-2002が目標を述べるのにとどまったのに対し、保健サービスがいかに対応されているか（されていないか）を示し、対処策を打ち出すことを試みたのが農村保健ミッション（National Rural Health Mission: NRHM）である。NRHMは、農村などにおける保健システムや保健指標の改善を念頭に、NHP-2002とMDGの実現を促すべく2005年に設立された。NRHMは中央政府保健予算の約3分の1を占める大プロジェクトである。NRHMは保健相が責任者となるミッション運営委員会（Mission Steering Committee）と強化プログラム委員会（Empowered Program Committee）があり、各州に州首相が責任者となる州保健ミッション（State Health Mission）を設置する。NRHMは公表した保健指標を2012年までに時限付きで達成するように運営される。NRHMは監査を重視しており、支出の70%を監査対象となる組織に充てることや、NRHM自らも時限どおりに目標が達成できたかの評価・監査を実施することを謳っている。監査の強調は、過去の腐敗事件への反省やドナーからの要請を反映したものである。

MHFW（2005a）によれば、NRHMの目的は以下のとおり。

- 母子死亡率を下げること。
- 食糧、栄養、衛生、公衆保健などのサービスへのユニバーサル・アクセスの実現。とくに、女性と子どもの健康および予防接種に重点をおくこと。
- 風土病を含む感染症、非感染症の予防とコントロール。

- 一次医療へのアクセス改善。
- 人口抑制，ジェンダー・バランスと人口構成バランスの回復。
- インド式医療の制度化，活性化。
- 健康なライフスタイルの促進。

MHFW [2005a] が NHP-2002 と異なるのは，目的達成のための戦略が示されていることである。MHFW [2005a] では，目標 (priorities)，制約，行動という3つのセットが表となって並べられ，どの目標にはどのような問題が妨げとなっており，その問題を解決するには何をすればよいのかが示されている。保健システム機能に関する現状認識を示したこと，問題解決のための政策を論理的に示したことで，単なる大風呂敷であった NHP-2002 に比べて MHFW [2005a] は前進を遂げている⁽²⁶⁾。

MHFW [2005a] では，公的保健システム全体の運用においてボトム・アップのプロセスが強調されている。公的保健システムとしては，PHC と上位の公立病院において保健監視計画委員会 (Health Monitoring and Planning Committee) を組織し，さらには，患者厚生委員会 (Patient Welfare Committee, ヒンディー語で Rogi Kalyan Samiti: RKS) を設置する。患者厚生委員会がコミュニティ代表として公立病院を監視し，保健監視計画委員会が監視報告を元に意思決定を下す。下位の計画を集計・調整して州の計画が作成される。

しかし，州政府が各層の保健組織に情報収集・とりまとめを指示したからといって，正確な情報が時宜を得て集まる保証はない。情報収集しても，収集努力に応じて保健政策が変更されなければ，下部組織が上部組織に協力する誘因は弱くなるためである。つまり，保健政策を恣意的に変化させる余地が上部組織に残っている限り，下部組織は上部組織に協力することに便益をみいだすことができない。下部組織の情報収集努力を無視して上部組織が保健政策を策定することを避ける措置が必要である。このためには，情報収集を任せるだけでなく，収集した情報を用いて策定される保健政策の決定権限についても，下部組織に委譲する必要がある。

NRHM の現行提案では，各レベルの組織の責務・目標を記すだけであり，上部組織が下部組織の目標設定すれば，実行されるかのようなナイー

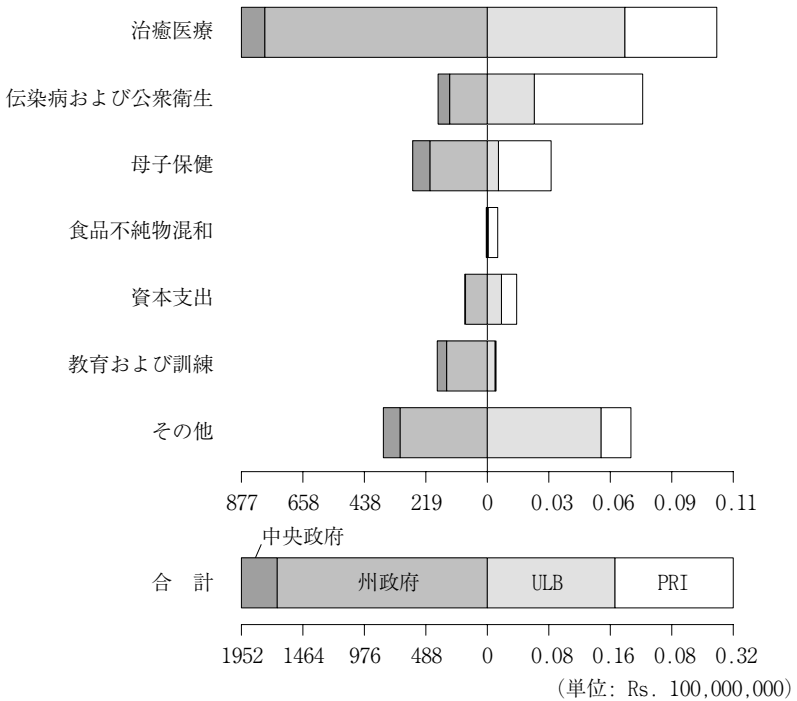
ブな表現しかみあたらない。どのレベルの委員会であれ、人事権なしには欠勤や勤務態度に応じた報酬を設定・実行することは無理であり、予算権なしには革新的な手法を実行することはできない。このため、人事権および予算権が州政府レベルからどこまで下部組織に委譲されるかが、NRHMの成功の鍵を握ると考えられる。NHP-2002、NRHMなど、分権化が謳われることが多いものの、実効ある政策として実施されることは少ない。分権化についての政治的コミットメントによって、農村医療の実態が変化するものと期待される。

(3) 分権化

保健行政において、中央政府と州政府には明確な役割分担がある。憲法の規定により、独立した行政府をもたない連邦領（Union Territories）を除き、公衆保健は州政府が責任を負う。中央政府のおもな役割は、疾病監視、教育・研究開発、各種基準設定であり、州政府は実際の医療サービス提供である。たとえば、公立病院が満たすべき診療の内容や質、働く職員数やそれぞれの職責・能力など、インド公衆保健基準（Indian Public Health Standard: IPHS）を定めるのは中央政府であり、それをどのように実行するかは州政府の責任である。よって、州政府の取り組みが医療サービス供給の量や質に影響を与えている。

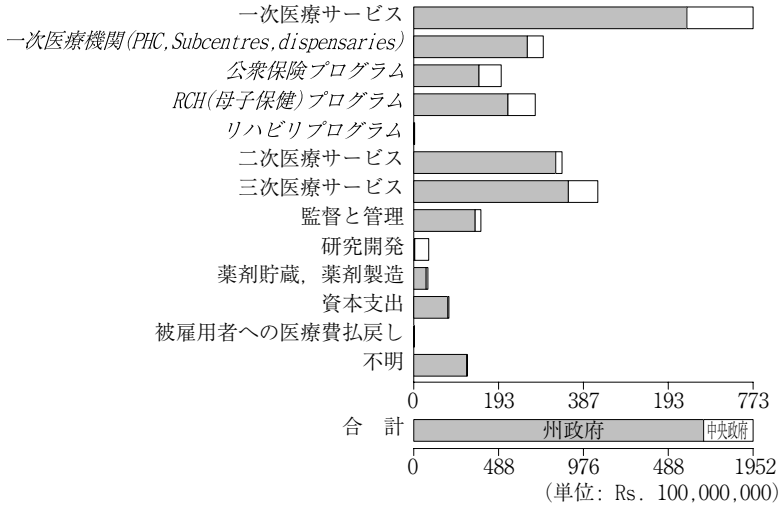
図16は、地方自治体政府と中央・州政府の保健支出配分を全国レベルで集計して比較したものである。地方自治体とは都市 ULB（urban local bodies）および農村 PRI（panchayati raj institutions）である。2001-2002年の国民保健会計によれば、州政府は中央政府の5.8倍の保健予算を支出している。分権化は議論されることが多いものの、州政府から地方自治体政府への予算と権限の委譲は2007年現在では全くといってよいほど進んでいない。図17に示した2001年のデータでは、保健支出総合計額は中央政府と州政府を合わせると、地方自治体政府保健支出合計の6,100倍である。この格差は分権化という言葉を使うことがためられる規模である。MHFW [2006a] は、予算権だけでなく、人事権等も地方自治体への下譲が進んでいないことも示している⁽²⁷⁾。

図 16 州政府と地方自治体の保健支出



- (注 1) 州政府、都市地方自治体 (urban local bodies: ULB)、農村地方自治体 (panchayati raj institutions: PRI) の比較。金額の単位は 1 億ルピー。
- 2) 州政府の各支出項目分類は International Classification for Health Accounts (ICHA) に準拠。地方自治体は近い費用項目を ICHA 準拠として想定した。共通項目以外はすべて「その他」に分類した。
- 3) 州政府の control of communicable diseases, public health or RCH education/training, other public health related activities を communicable diseases and public health に統合した。地方自治体の medical education, training of health personnel/staff を education and training に統合した。
- (出所) National Health Accounts Cell, Ministry of Health and Family Welfare, National Health Accounts, India, 2001-2002, Tables 2.1.9, 2.1.14 から筆者作成。

図 17 中央政府と州政府の保健支出 (2001-2002)



(注 1) 斜体は一次医療の内訳。

(出所) National Health Accounts Cell, Ministry of Health and Family Welfare, National Health Accounts, India, 2001-2002, Tables 2.2.5, 2.1.10 から筆者作成。

第 3 節 教育政策と保健政策に共通する問題

教育および保健分野では、政府は多大な費用をかけて目標を達成しようと努力している。インドのように広大で多様な社会では、分権的に政策を実施しなければならないことを政府は学んでいる。このため、教育、保健、いずれもボトムアップ形式の立案体制を採用している。その結果もあり、就学率や感染症などでは改善傾向がみられる。しかし、改善のペースは遅々としており、MDG などの国際公約を満たすことは困難である。

共通の課題は、第一に、貧困層や社会的に排除されているグループが公的サービスにアクセスできないことである。これらの集団は人口密度の低い農村部や辺境に住むことが多いため、公立施設まで遠い。学校にせよ PHC にせよ、建物の建設は進みつつあるが、必要な施設や人材が不

足しているためである。教育と医療の双方で推奨される PPP は人口密度の高い地域では有効かもしれないが、問題の最も深刻な低人口密度地域では効果を期待しづらい。遠隔地は市場規模が小さすぎて経営効率が落ちたり、競争がないために私立病院・学校による地域独占を招く可能性があるためである。さらに、遠隔地ほど貧困家計が多いので、家業の手伝いや健康・栄養状態で子どもは学習上のハンディキャップを負っている。このため、近年流行の成果重視型経営（Results Based Management: RBM）を適用する対象としては適切でない。もしも、教育に成果主義が画一的に適用されれば、政策目標の EFA 達成を難しくするであろう。第二に、たとえアクセスが可能でも、貧困層や被差別グループには金銭的・非金銭的費用が高いために利用しづらい。公立病院はこれらの集団に無料のサービスを提供することになっているが、薬の在庫が尽きて市中で買うことが求められるたり、賄賂を要求されたり、差別を受けたりする。高次医療費用は債務を負うか資産を売却しない限り支払えない。公立学校においても、言語の障壁や差別により学習の非金銭的費用が高くなる。流動性制約などの研究（Ito [2007]）を挙げるまでもなく、貧困層にとって学校教育の金銭的費用が高いのは明らかである。

施設が絶対数で不足して利用しづらい一方で、利用可能であっても質の低さを嫌って公的部門を敬遠する傾向が保健にも教育にも共通してみられる。教育については私立校、なかには質の不明な非認可私立校なども積極的に選ばれている。保健については問題はより深刻で、私立の開業医だけでなく、医学知識のない農村医療従事者（rural medical practitioners: RMP）も利用されている。政府が今後も質の高いサービスを供給することに失敗し続ける限り、公立部門を利用せざるを得ない貧困層が豊かになる経路が絶たれる。つまり、公的保健や公的教育が格差解消の手段になっていない。市場は可能な限り積極的に利用されるべきだが、格差解消・貧困削減を後押しするためには、市場が失敗する地域や分野において政府が質の高いサービス供給を保証しなくてはならない。残念ながら、市場が失敗する地域・分野で公的部門の効率が改善した、という事例は知られていない。

このように、社会指標の改善が進まない理由には、政策実施体制の放漫さが少なからず影響している。第一に、施設を建設し人材を配置すれば、期待された質の高いサービスが提供されると政府は考えている。これは政府の各報告書でも共通している傾向であり、主たる議論は政策目標としてわかりやすい施設数と配置人員数の達成度にかかわることである。この投入志向の考え方は計画経済期のメンタリティであり、計画経済が破綻した原因を学んでいない。第二に、多くの州政権が、既存の政策を全く分析せず、新しい政策も十分な根拠を示さず、性急に政策を打ち出す傾向がある。新しい政策が有効であるためには、過去の政策の問題点を知らねばならない。しかし、連邦政府および州政府の報告書において、教育や保健の問題がなぜ発生し、過去の政策がなぜ失敗したのかを分析することは稀である。政府は委員会を組織して基本方針を打ち出しているが、その報告書も現状の羅列にとどまり、上述のような分析的視点に欠ける。政府が現状を分析し、政策を考案し、その効果を厳密に計測してこそ、過去の経験に裏づけられて政策が改善される。NHRD [2006a] に教師訓練の効果計測が必要であると述べているくだりがあるが、政策全般にこうした態度が反映されることを望みたい⁽²⁸⁾。

公的サービスの質が高まってより多くの人々が利用するようになるためには、働く人員のインセンティブ問題を考慮した制度作り、つまり、成果の一部を報酬・昇進に反映させる制度が要請される。投入物を揃えるのは質の高いサービスを供給するための必要条件に過ぎず、十分条件としては、監視のないところで人員が努力を怠らないこと（モラル・ハザードを起こさないこと）が求められる。伊藤 [2008] が公的保健制度の例で示したように、こうした制度作りは可能であり運用自体も複雑ではない。しかし、既得権益をもつ利害関係者の政治的抵抗により、教育改革や保健改革はケララなどの一部州を除いて進んでいない。

インセンティブ問題はおもに教師や医師の怠業として現れる。近年の開発経済学では怠業問題の解決策としていくつかの手段が試されてきた⁽²⁹⁾。基礎的サービスを供給する公務員の怠業問題は万国共通の問題である。今後こうした試みを続けて、有効な手段を開発し、知識として広く共有す

ることが望まれる。ただし、インセンティブ以前の問題として、末端の職員が能力を発揮できる物理的環境が与えられているか、怠業の原因になっていないか、精査することも忘れてはならない。

おわりに

社会的な格差がインド経済の足枷になっているという議論はいわれて久しい。足枷を外せばより早く成長できるので、この主張からは社会開発を先に進めることが提言される。教育を受けず健康でない貧困層は、ITや製造業が牽引する経済成長プロセスに直接参加することは難しいので、この主張には説得力がある。一方で、社会問題ばかりではなく、成長を高めるよう注力すべきだ、という議論も古くから聞かれる。これは経済が成長すれば貧困層にもその便益が及ぶというトリックル・ダウン仮説を足がかりにして展開される。成長によって貧困層の労働や生産する財・サービスへの需要が高まって所得が増えたり、社会基盤整備が進むことで貧困層もより安価なサービス利用が可能になるためである。

貧困層との交易や貧困地域からの移住が活発な現代のインドにも、トリックル・ダウン・メカニズムはおそらく存在しているであろう。そうであれば、社会開発が先か、経済開発が先か、という問いかけよりも、現状で貧困層に恩恵が及ぶ範囲やスピードは十分か、という問いかけの方が意味がある。範囲やスピードが十分であるとは、特定の開発目標を実現するために十分かということである。こうした目標は人によって千差万別なので、現状のトリックル・ダウンの範囲やスピードが十分かどうかの意見で合意することは難しい。

しかし、幸いなことに、インド政府はMDG、EFA、HFAなどの国際公約を掲げている。つまり、時限つきで特定の社会開発目標を達成することをめざしている。このため、われわれも、こうした国際公約を実現するために、現在の成長によるトリックル・ダウン効果が十分かどうかを考えればよい。では、はたして十分だろうか。

その答えは否である。教育では SSA ロードマップの 2003 年目標は達成されず、2007 年目標もおそらく達成されていない。保健でも NRHM ロードマップの 2012 年目標の達成は非常に困難である。よって、教育と保健分野は既存の努力では不十分であり、革新が必要である。

NGO が多数存在するインドでは、革新は現場において日々試されている。主として政府の下請的役割から成長した彼らは、現状を最もよく理解し、硬直的な考え方に縛られない。残念ながら、こうした NGO の試行の成果と限界が他者と広く共有されることは少ない。NGO の試行をとりまとめるだけでも政策に対するヒントが出てくるはずである。さらに、顕著な成果を出していると目される試行については、効果測定の研究予算をつけることにより、厳密な吟味を経た知識の共有が可能になる。マイクロインシュアランス分野で ILO デリー事務所が実施しているような事例収集努力をインド政府が行うことが望まれる。また、日本を含めたドナー国政府がインド政府と共同で革新的な試行とその効果研究を支援することもあってよいであろう。

* 本稿を執筆するにあたり、インドの教育および保健事情を学ぼうえて C. Mohanudu, M. Sunanda, Hanumappa Sudarshan, Prashanth, Cheryl D'Souza, Anugrah Abrahams, J. Bhaskar, Venkat Reddy, Shantha Sinha の各氏、アジア経済研究所の久保研介、高野久紀の各氏との議論が有益であった。アジア経済研究所の近藤則夫、小田尚也の各氏には報告・原稿にコメントを頂いた。記して感謝する。また、TeX および周辺プログラムの開発者・管理者、R の開発コアチームと lattice パッケージ開発者 Deepayan Sarkar に感謝する。本稿に残る過ちはすべて筆者の責任である。

〔注〕

- (1) Gomez 基準で moderate もしくは severe に分類される weight for age の人口。
- (2) 教育の収益については Angrist and Krueger [1990] ; Angrist and Lavy [1997] ; Dufo [2004] ; Spohr [2003], 健康の収益については Almond, Chay, and Lee [2005] ; Behrman and Rosenzweig [2004] ; Case, Fertig, and Paxson [2002] ; Case, Lubotsky, and Paxson [2002] ; Gertler and Gruber [2002] ; Kochar [2004] ; Pitt and Rosenzweig [1990] などを参照のこと。さらに、2008年2月14-18日に開催された全米科学振興協会 (The American Association for the Advancement of Science: AAAS) の年次総会では、貧困家計に生まれた子どもは、栄養失調による影響とは別に、言語操作と記憶に障害が発生しやすいという研究が複数報告されている。詳しくは AAAS [2008] を参照のこと。
- (3) この関係はすべての国で成立しているわけではない。マクロ経済学では、教育普及と経済成長率は反比例関係にあることが示されている (Krueger and Lindahl [2001] ; Pritchett [2001])。初期の教育水準はその後の成長率を高めるが、教育の普及は成長率と負の関係がある。このミクロとマクロの研究結果の不整合は、一国全体の就学率を人的資本に使うときに発生するマクロ・データの測定誤差やマクロ経済学者による推計の過ちなどが原因に挙げられることが多い。
- (4) ウッタル・プラデーシュ州を例に Kingdon and Muzammil [2000] が指摘するように、政治家を多数輩出したリ頻繁にストライキを実施するなど、教員組合の政治力は強い。州政府は競争的な要素を導入することができないばかりか、無断欠勤・怠業をする教員すら罰することができない。教員の怠業は既得権益化しており、既得権益をなくすには政治的な決断が要するため、私立学校振興がめざされている。
- (5) 教育には外部性と呼ばれる他生徒の影響があることが指摘されており、私立学校教育に全く効果がなくても、同じ学校にいてことで学習に適した生徒集団のなかにいることが、成績を高める可能性もある。
- (6) MHRD [2006a] (原出所: Elementary Education in India, NIEPA, 2004-05) によれば、初等レベルには数多くの年少児童がいる。落第などで年長児童が増えることは考えられるが、年少児童が就学している事実は説明が難しい。虚偽の報告というコンテキストからすると、年少なのに就学させて就学児童数を増やしたか、名前だけ就学者リストに書き入れている可能性がある。図2において1年生が飛び抜けて多いのも、年少児童が含まれている可能性がある。
- (7) 正確には、たとえば、3年生のドロップアウト率とは以下で計算される。

$$3 \text{ 年生のドロップアウト率} = 1 - \frac{3 \text{ 年生の生徒数}}{1 \text{ 年生時に入学した生徒数}}$$

この定義だと、落第者、飛び級者、途中入学者などによってドロップアウト率が影響を受けるが、これらの影響は年ごとに大きく変化しないと想像されるので、時間を通じた傾向をみるのには差し支えない。小学校全体のドロップアウト率は、各学年のドロップアウト率を加重平均して計算される。

- (8) むろん、公立学校にも熱意のある教師が数多くいるのを無視してはならない。しかし、筆者がアーンドラ・プラデーシュ州遠隔農村部に聞いた数件のアネクトートによ

れば、そういう教師も、学校施設整備、教員数増員などの要請が州の人的資源開発省によって無視され続けると、数年経てばやる気を失って欠勤するようになるそうである。このように、教員批判だけでは問題解決に役立たず、教師のやる気や能力を發揮できる環境を保証する責任が州政府にはある。

- (9) この点は、アジア経済研究所の近藤則夫氏にご教示を受けた。記して感謝したい。
- (10) 具体的な指標としては、新設小学校数は 2005-2006 年度までの目標 157,967 のうち 129,893 (82%)、配置教師数目標 772,345 のうち 587,388 (76%)、無料の教科書を受給する生徒数目標 6,140 万のうち 5,350 万 (87%)、訓練を受けた教師数目標 3,053,285 のうち 2,347,017 (77%) などが実現された。
- (11) ほかにもより具体的な課題として、SSA は初等教育の pupil teacher ratio (PTR) を 40 以下にすること、初等学校に教師は最低 2 人、後期初等は 1 学年に教師 1 人配置すること、集落の 1km 以内に 1 校、無理ならば Education Guarantee Centres 開設すること、初等学校 2 校につき後期初等学校 1 校開設すること、初等・後期初等の SC/ST 女児全員に Rs.150 上限に教科書無料支給することなども明記している。ほかにも、習熟度として、2 年生が簡単な読解が可能、4 年生が簡単な作文と四則演算が可能になり、すべての生徒が 1,000 語を使った英会話が可能になることを挙げ、教師についても、全員が 5 年生に教える能力をもつようになること、勤務日数が全日数の 80% を超えることなども示している。
- (12) ここからは、MDG 達成に相当する所得水準は自然対数値の 8 以上（実数値で 2,980 ドル）であることがわかる。
- (13) WHO の定義 (ICT-10) では、妊娠満 22 週以降の胎児と生後 7 日未満の早期新生児である。
- (14) 周産期死亡率と死産率の差が早期新生児死亡率であることを考えると、周産期死亡率と死産率がいずれも乳児死亡率に比べて低下の程度が少ないことは、早期新生児死亡率が低下していないことになる。一般に、乳児死亡率は新生児死亡率、とくに、早期新生児死亡率の比重が高いことが知られているが、インドでも早期新生児死亡率を引き下げることが乳児死亡率低下に有効ことが確認できる。農村部と都市部の乳児死亡率を分析した伊藤 (2008) では、周産期死亡率が低下しない背景には、生後 7 日までの早期新生児死亡率（周産期死亡率と死産率の差）が（都市部においても）下げ止まっていることが指摘されている。生後 7 日以降 28 日未満までの後期新生児死亡率（新生児死亡率と周産期死亡率の差）は低下傾向にある。このため、農村部でも乳児死亡率を下げ止めている中核の要因に早期新生児死亡率があると考えてよい。また、生後 1 カ月以降の死亡率（乳児死亡率と新生児死亡率の差）は、低下しているもののまだ高い水準にある。よって、Ved and Dua [2005] のように、生後 1 カ月未満の新生児死亡率のみを強調するのは時期尚早である。
- (15) Registrar General [2006] は戸籍局が戸籍登録を元に公表した推計値で、1997-98 年、1999-2000 年、2001-03 年のサーベイをプールし、その傾向を考察している。Registrar General [2006] の長所は、130 万件の出生サンプルをベースにしているために標本数が他の推計よりも多く、妊産婦死亡という頻度の低い事象について、精度のより高い数値が得られる点である。さらに、記録された全 4,484 件の死亡を 2 名の医師が吟味し、見解が異なった場合は第三の医師が所見を書くという、より客観的な

- 判断基準を採用している点も過去の研究とは異なる。
- (16) DALYsとは、WHOによってまとめられている保健指標で、疾病・怪我・死亡などによって正常な活動ができなかった年数（余命喪失年数）である。
 - (17) 医療施設のネットワークが発達しておらず、死因を医学的に検証する余地の乏しいインドでは、死亡原因統計には誤差が含まれることが想像に難くない。とくに、心臓発作などは救急医療の対象となることが多いために、報告件数が増える可能性があるほか、悪性腫瘍は発見されにくいために報告件数が減ったり、別の疾患として報告される可能性もある。ただし、得られるもので最も信頼できるのがこの統計なので、こうした留保を与えながら以下で検討していく。
 - (18) 政府は特定感染症（結核、マラリア、日本脳炎、カラ・アザール、デング熱、チクングニヤ、小児麻痺、ハンセン病、HIV/AIDS）予防については熱心であるが、衛生環境を整備することで容易に防ぐことのできる感染症や寄生虫対策への関心は高くない。これは、前者が富裕層にとってもリスクのある感染症が多いのに対し、後者が富裕層にとってはリスクの低い感染症であるためかもしれない。マスメディアなどでは糖尿急増の指摘が多いが、DALYsでは無視し得る値である。これも富裕な都市住民特有の現象で、彼らのマスメディア露出度が高いせいかもしれない。
 - (19) 平均的距離は1PHCがカヴァーする面積（ km^2 ）を円周率で割ったものの平方根（ $\sqrt{\frac{\text{面積}}{\pi}}$ ）をとった。PHCが受け持つ地域が円形であると仮定し、その半径を距離として算出したことになる。仮に一律に住民が分布していれば平均は半径の半分になるが、ここでは無視する。
 - (20) ここでの平均的距離は直線であり、高度差や交通事情を考慮していない。さらに、丘陵地域は2万人にひとつであることは無視している。よって、あくまでも参考程度の指標である。
 - (21) 伊藤 [2008] にあるように、S-CとPHCの受け持つ人口は、34州うちの19州が基準を両方満たしている。いずれかの基準を満たしていない州では、1州（OR）を除いてすべての州がPHCよりもS-Cの基準を満たすことを選んでいる。欠員を補充するうえで看護助手よりも医師を雇用することがより困難であることの反映であろう。PHCの基準を満たしていない州ではCHCの担当人口も大きい傾向があるのに対し、タミル・ナードゥ州（TN）とケララ州（KE）は、PHCとS-Cの両基準を満たしながら、CHCひとつ当たりの担当人口が99万人、22万人と基準を上回っている。これは、TN州とKE州が一次医療を重視して専門医療への予算配分を抑えていることを示している。S-C、PHC、CHC、すべての基準を満たしていない西ベンガル州（WE）やビハール州（BI）とは対照的である（CHC担当人口はそれぞれ、60万人と73万人）。
 - (22) 妊婦検診を受ければ、高血圧、貧血、胎児異常位置（胎勢異常）などの症例に予め備え、設備の整った病院で出産できる。検診を受けない場合には、自宅での出産比率が高いほか、病院で出産しても、輸血施設をもたないPHCなどの一次医療施設は予期せぬ症例に対処できず、症例が進行してから大きな病院に搬送する場合があるためである。
 - (23) 特筆すべき成果は、メジナ虫を根絶し、らい病、結核、白内障、小児麻痺、リーシュマニア（カラ・アザール）、フィラリア症の罹患率を大幅に減少させたことである。
 - (24) たとえば、マラリアはほぼ根絶に近づいた時期もあったが、持続的に対策を講じた

- かったために、毒性の強い原虫（F-Falciparum malaria）が再流行した。結核についても耐性菌の発生が問題視されている。
- (25) AYUSH (ayurveda, yoga and naturopathy, unani, siddha, homoeopathy) と総称され、中央政府の保健家族厚生省でも独立の局が担当している。
- (26) たとえば、政府が約束するとおりの信頼におけるサービス供給という目標に対しては、地方自治体 (panchayati raj institutions: PRI) や利用者が保健システムで意見を述べる機会がないこと、すべての村にサービス供給者がいる訳ではないこと、コミュニティで行動する際に利用可能な資源がないこと、などが制約として挙げられ、解決策としては、治療分担システム (referral chain)、PRI による医療施設の管理経営、PRI・利用者による予算管理、PRI・利用者の行動の権利保障、家計調査のための予算確保などが行われるべき行動として挙げられている。ただし、この例でわかるように、MHFW [2005a] の目標・制約・行動のセットは、分析としては不十分なことに留意すべきである。制約が正しく認識されている保証はないし、挙げられた行動をとれば自動的に目標が達成される根拠もない。さらに、挙げられた行動をとるために必要な条件・措置も不明である。
- (27) 予算額以外にも分権化の現状を知らせてくれるのが MHFW [2006a] である。この報告書は 9 州の保健改革についてまとめており、保健改革の中心的手段である分権化についても記されている。報告されている分権化の内容は、県以下の保健省各層での利用料徴収・少額予算権付与（ヒマチャル・プラデーシュ州、カルナタカ州、マディヤ・プラデーシュ州、ラージャスタン州）、郡政府による全開発予算決定（マディヤ・プラデーシュ州）、薬剤や医療品などの物資調達分権化（グジャラート州）、薬剤の中央調達（タミル・ナドゥ州）、特定保健プログラム運営へ自治体の参加（ヒマチャル・プラデーシュ州、カルナタカ州）、自治体政府による契約医師の採用（カルナタカ州）などである。このように、物資調達や各種保健プログラムへの自治体政府参加は進んだが、郡政府へ予算権が譲渡されたマディヤ・プラデーシュ州、さらに下層の地方自治体に予算権が譲渡されたケララ州を除いて予算権は州政府が握っており、人事権は実質的に全く下讓されていない。
- (28) ほかにこうした事例は山積している。たとえば、1998-2002 年に UNDP, UNICEF, UNESCO, ILO, UNFPA の支援によって実施された Janshala は、総額 2,000 万ドルのボトムアップ式の参加型コミュニティ・スクール・プロジェクトである。MHRD の報告書結論 (<http://education.nic.in/Janshala/conclusion.pdf>) では、参加型形式が奏功したこと、Janshala の経験が SSA での要請ベース (need-based) の計画立案や質の改善に役立つことと述べられている。しかし、さまざまなタイプの試行を行った Janshala のどの試行が最もアクセシブルで質の高い教育供給に役立ったのか、どのような社会条件のもとで効果が発揮されたのか、などの政策効果の計測や分析がない。現場における革新的な試行の情報が有用な知識として共有されず、政策に活かされない例である。
- (29) Duflo and Hanna [2005] は、教室にカメラを設置して写真撮影をすることで出勤証拠とし、報酬体系も連動させるようにした。この結果、出勤率引き上げに成功したが、生徒の成績は改善しなかった。この理由としては、授業の中身や結果については査定はなかったために、教師は学校に来ているだけで質の高い授業をしていなかったため

はないかという解釈が示されている。Kremer and Vermeersch [2005] は、町村の学校教育委員会の意見を教育省に伝達、欠勤の少ない教師にも報償を与えたが、教師の欠勤率や生徒の成績には変化がみられなかった。この解釈として、コミュニティには罰を与える実施強制力が不足しており、コミュニティは公立学校に期待していないので興味をもたない、が挙げられ、コミュニティ側の需要を喚起する介入が必要と結ばれている。医療関係者の怠業については、Banerjee, Deaton, and Duflo [2004] は、コミュニティにモニターさせる実験を行ったが、欠勤率は変わらなかった。この解釈として、監視だけではコミュニティには罰を与える実施強制力がないことや、次の候補がいないと今の医師に厳しい態度で臨めないなどが挙げられている。

[参考文献]

< 日本語文献 >

伊藤成朗 [2008] 「インドの保健制度」, 『医療と社会』, Vol.18, No.1 (5月号), pp.5-48。

< 英語文献 >

Almond, Douglas, Kenneth Y.Chay, and David S. Lee [2005] “The Costs of Low Birth Weight,” *Quarterly Journal of Economics*, Vol.121, No.3 (August), pp.1031-1083.

American Association for the Advancement of Science, The (AAAS) [2008] “Parental Intervention Boosts Education of Kids at High Risk of Failure,” *EurekaAlert!*, Public Release: 15-Feb-2008, http://www.eurekaalert.org/pub_releases/2008-02/uoo-pib021308.php.

Angrist, Joshua D. and Alan B. Krueger [1990] “Does Compulsory School Attendance Affect Schooling and Earnings?,” *Quarterly Journal of Economics*, Vol.106, No.4 (November), pp.979-1014.

Angrist, Joshua D. and Victor Lavy [1997] “The Effect of a Change in Language of Instruction on the Returns to Schooling in Morocco,” *Journal of Labor Economics*, Vol.15, No.1 (January), pp.S48-S76.

Banerjee, Abhijit, Angus Deaton, and Esther Duflo [2004] “Wealth, Health, and Health Services in Rural Rajasthan,” *American Economic Review*, Vol.94, No.2 (May), pp.326-330.

Behrman, Jere R., and Mark R. Rosenzweig [2004] “Returns to Birth Weight,” *Review of Economics and Statistics*, Vol.86, No.2 (May), pp.586-601.

Case, Anne, Angela Fertig, and Christina Paxson [2002] “The Lasting Impact of Childhood Health and Circumstance,” *Journal of Health Economics*, Vol.24, Issue 2 (March), pp.365-389.

Case, Anne, Darren Lubotsky, and Christina Paxson [2002] “Economic Status and Health in Childhood: The Origins of Gradient,” *American Economic Review*, Vol.92, No.5 (December), pp.1308-1334.

Duflo, Esther [2003] “Grandmothers and Granddaughters: Old-Age Pensions and

- Intrahousehold Allocation in South Africa," *World Bank Economic Review*, No.17, No.1, pp.1-25.
- Duflo, Esther, and Rema Hanna [2006] "*Monitoring Works: Getting Teachers to Come to School*," Working Paper.
- Fan, Shenggen, Peter Hazell, and Sukhadeo Thorat [2000] "Government Spending, Growth, and Poverty in Rural India," *American Journal of Agricultural Economics*, Vol.82, No.4 (November), pp.1038-1051.
- Gauri, Varun, and Ayesha Vawda [2004] "Vouchers for Basic Education in Developing Countries: An Accountability Perspective," *World Bank Research Observer*, Vol.19, No.2, pp.259-280.
- Gertler, Paul, and Jonathan Gruber [2002] "Insuring Consumption Against Illness," *American Economic Review*, Vol.92, No.1 (March), pp.51-70.
- Ito, Seiro [2007], "Raising Educational Attainment of the Poor: Policies and Issues," *Developing Economies*, Vol.XLIV, No.4 (December), pp.500-531.
- Kingdon, Geeta Gandhi [1996] "The Quality and Efficiency of Public and Private Schools: A Case Study of Urban India," *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 58, No.1 (February), pp.55-80.
- [2007] *The Progress of School Education in India*, Global Poverty Research Group Working Paper 071. (*Oxford Review of Economic Policy*, 2007, Vol.23, No.2:168-195 として刊行)
- Kingdon, Geeta Gandhi, and Mohd. Muzammil [2000] *A Political Economy of Education in India: The Case of U.P.*, Working Paper.
- [2003] *A Political Economy of Education in India: The Case of U.P.*, Oxford University Press,
- Kochar, Anjini [2004] "Ill-health, Savings, and Portfolio Choices in Developing Economies," *Journal of Development Economics*, Vol.73, Issue 1 (February), pp.257-285.
- Kremer, Michael, and Christel Vermeersch [2006] *Schools Meals, Educational Achievement and School Competition: Evidence from a Randomized Evaluation*, World Bank Policy Research Working Paper, No.3523.
- Kremer, Michael, Karthik Muralidharan, Nazmul Chaudhury, Jeffrey Hammer, and F. Halsey Rogers [2005] "Teacher Absence in India: A Snapshot," *Journal of the European Economic Association*, April/May 2005, Vol.3, No.2-3:658-667.
- Krueger, Alan B., and Mikael Lindahl [2001] "Education for Growth: Why and For Whom?," *Journal of Economic Literature*, Vol.39, No.4 (December), pp. 1101-1136.
- Mathers, C.D., C.Bernard, K.M.Iburg, M.Inoue, D.MaFat, K Shibuya, C.Stein, N.Tomijima, and H.Xu. [2003] Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results. GPE Discussion Paper No.54. Geneva, World Health Organization.
- Muralidharan, Karthik, and Michael Kremer [2006] *Public and Private Schools in*

Rural India, Working Paper.

- National Council for Applied Economic Research [2000] *Who Benefits from Public Health Spending in India?*.
- Pitt, Mark M., and Mark R. Rosenzweig [1990] Estimating the Intrahousehold Incidence of Illness: Child Health and Gender-Inequality in the Allocation of Time," *International Economic Review*, Vol.31, Issue4 (November), pp.969-989.
- Pritchett, Lant [2001] "Where Has All the Education Gone?" *World Bank Economic Review*, Vol.15, No.3, pp.367-391.
- Rao, K. Sujatha [2005] "Health Insurance in India," in Ministry of Health and Family Welfare (2005c).
- Rao, K. Sujatha, S. Selvaraju, Somil Nagpal, and S. Sakthivel [2005] "Financing of Health in India," in Ministry of Health and Family Welfare (2005c) .
- Sinha, Shantha [2005] "The Missing Children", MV Foundation, Hyderabad.
- Spohr, Chris A. [2003] "Formal Schooling and Workforce Participation in a Rapidly Developing Economy: Evidence from 'Compulsory' Junior High School in Taiwan," *Journal of Development Economics*, No.70, No.2 Issue 2 (April), pp.291-327.

< インド政府刊行物 >

- Ministry of Health and Family Welfare (MHFW) [2005a] *National Rural Health Mission: Meeting People's Health Needs in Rural Areas*.
- [2005b] *Report of the National Commission on Macroeconomics and Health*, National Commission on Macroeconomics and Health, Ministry of Health and Family Welfare.
- [2005c] *Financing and Delivery of Health Care Services in India*, National Commission on Macroeconomics and Health, Ministry of Health and Family Welfare.
- [2005d] *Burden of Diseases in India*, National Commission on Macroeconomics and Health, Ministry of Health and Family Welfare.
- [2005e] Guidelines for Operationalising a Primary Health Centre for Providing 24-Hour Delivery and Newborn Care Under RCH-II, Maternal Health Division, Department of Family Welfare, Ministry of Health and Family Welfare.
- [2006a] *Health Sector Reforms in India: Initiatives from Nine States, Volume I*.
- [2006b] *Health Sector Reforms in India: Initiatives from Nine States, Volume II*.
- Ministry of Human Resource Development (MHRD) [2006a] *Chapter on Elementary Education (SSA & Girls Education) for the XIth Plan Working Group Report*.
- [2006b] *National Programme of Nutritional Support to Primary Education [Mid-Day Meal Scheme] Guidelines*, 2nd Revised edition.
- National Institute for Educational Planning and Administration (NIEPA) [2004]

Elementary Education in India.
Registrar General, India [2006] *Maternal Mortality in India: 1997-2003, Trends,
Causes and Risk Factors.*