

アジア健康構想及びグローバルヘルス戦略の実現に向けたインドにおける我が国の健康・医療関連産業の展開に関する調査

Nomura Research Institute Consulting & Solutions India Pvt. Ltd.

Office 2-A, 7th Floor, Tower A, Building No. 5, DLF Cyber City, Phase 3, Gurgaon, Haryana, India – 122002

令和8年3月30日



目次

1 本調査の背景と目的

2 インド医療・保健分野における市場概況

アジア健康構想及びグローバルヘルス戦略に基づく日本の健康・医療関連産業と連携したインドの保健課題解決に資する取組の方向性を検討することを目的に日系企業等が抱えるビジネス課題や展望等の調査を実施

背景

- 2025年2月に閣議決定された第3期「健康・医療戦略」では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成と、我が国の健康・医療分野の国際展開の促進が重要な柱として位置づけられている。また、内閣官房健康・医療戦略室では「アジア健康構想（AHWIN）」および「アフリカ健康構想（AfHWIN）」を推進し、アジア・アフリカ諸国との協力を通じて、持続可能な健康長寿社会の実現を目指している。
- また、2022年策定の「グローバルヘルス戦略」では、インドをパートナーシップ国として明記しており、直近では、2023年に第2回日印ヘルスケア合同委員会（JCM）を開催。両国が合意する分野において今後連携を深化し、協力していくことについて合意している。
- インドの健康・医療分野においては、課題が山積している一方で、インドは巨大な人口と豊富な高度人材を抱え、今後も医療産業の成長が見込まれる。またスタートアップをはじめとするデジタルヘルス分野等でのイノベーションが盛んに起きており、日印両国の協業先としても知見・経験共有の相手国としても、有望な国である。こうした背景から、昨今世界各国が注目し、グローバルサウス諸国をけん引するインドにおいて、二国間の協力関係強化に係る取組を、本事業を含め継続的に行うことは非常に重要である。

目的

- 本業務では、人口動態の変化に伴い、非感染性疾患の予防・検査・治療へのニーズや、生活支援・ケアへのニーズが増加することが予測されるインドを対象国として、上記の実質的な政策効果に課題を有していることを鑑み、実際に事業者等からの意見を収集し、ニーズや意見を把握することで、アジア健康構想及びグローバルヘルス戦略に基づく日本の健康・医療関連産業と連携したインドの保健課題解決に資する取組の方向性を検討することを目的とする。

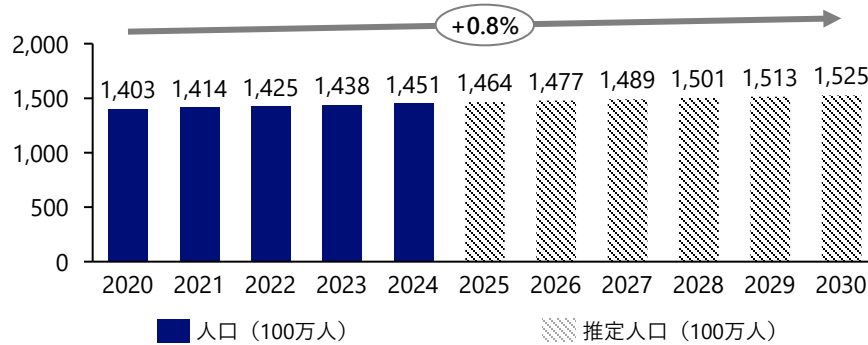
2. インド医療・保健分野における市場概況

インド医療・保健分野における市場概況

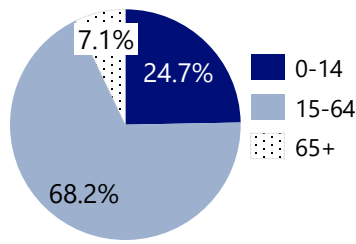
インドは人口増加が著しく、生産年齢人口が多いためGDPも着実に拡大しているが、一人当たりの所得は依然として比較的低い水準に留まっている

総人口

- 世界銀行によると、2024年時点のインドの人口は14億5,000万人である。さらに2030年までに15億2,000万人に達すると推定されており、10年間の成長率は0.8%と見込まれている。

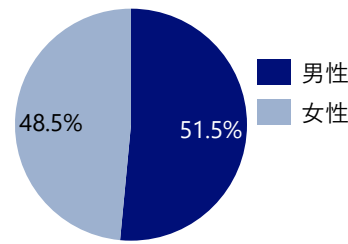


年齢別人口構成



15歳～64歳が全人口の約68.2%を占めている。

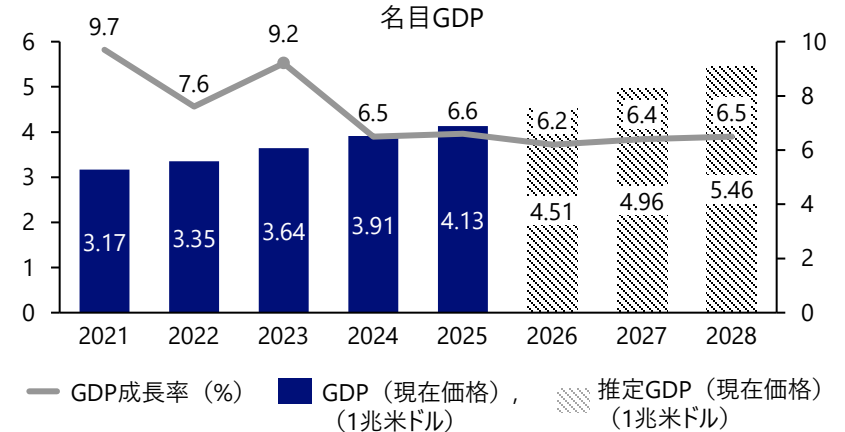
男女別人口比率



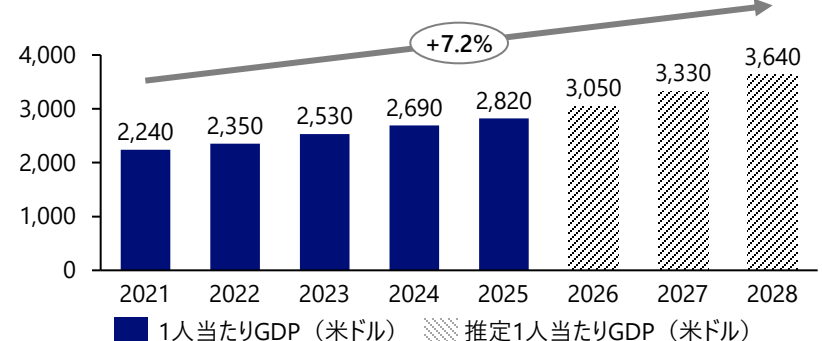
男女比は男性が51.5%、女性が48.5%とほぼ同程度の割合である。

名目GDP及び一人当たりGDP

- 国際通貨基金（IMF）によると、2025年時点でインドのGDPは4兆1,300億米ドルであり、同年のGDP成長率は6.6%と推計されている。
- インドは4兆米ドルを超える経済規模を有する一方、一人当たりGDPは2025年時点で2,820米ドルであり、低い水準となっている。



一人当たりGDP



インド医療・保健分野における市場概況

2026-27年度、インド保健・家族福祉省に2025-2026年度予算案の約10%増額となる、1兆653億420万ルピーが配分されている

2026- 2027年度 インド政府のヘルスケア部門向け予算



医療保険と一次医療

- 政府が資金を拠出する医療保険制度Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana (PM-JAY)への配分は、受益者の拡大と病院ネットワークの強化を目的として、950億ルピーに増額され（5.56%増）、対象範囲の拡充が図られている。
- 一次医療、母子保健、および疾病対策を支援するため、National Health Mission (NHM)の配分額は3,939億ルピーに増加し（6.17%増）、これらの分野の強化が図られている。



医療インフラの強化

- PM-ABHIM (Pradhan Mantri Ayushman Bharat Health Infrastructure Mission)の予算は重症対応病棟、公衆衛生検査施設、ならびに地区・準地区病院の整備のため、配分額は477億ルピーに増加した（67.66%増）。



人材と能力強化

- 本予算では、MBBS (医学士・外科学士)、大学院、高度専門医療、看護分野の定員拡充が盛り込まれている。また、関連医療分野の教育については、3年間で98億ルピーの段階的予算配分が行われ、10分野の教育機関を通じて、今後5年間で約10万人の熟練人材の育成が目標とされている。
- 15万人の高齢者介護従事者が養成され、増大するインドの高齢者の長期ケア需要に対応する。



デジタルヘルス、研究、公衆衛生

- 国立エイズ対策機構（NACO）への予算配分は347.7億ルピーに増額され（30.64%増）、うち27.5億ルピーが血液供給サービスに充てられる。
- Ayushman Bharat Digital Missionへの予算も増額され、電子健康記録、システム間の相互運用性、遠隔医療、病院情報システムの拡充が図られる。



費用負担の軽減と患者アクセス

- 医療費の負担軽減の観点から、本予算では17種類の救命医薬品に対する関税の全額免除を提案するとともに、7種類の希少疾患向け医薬品および特殊医療用食品についても関税軽減が盛り込まれている。
- さらに、本予算では、すべての地区病院に24時間対応の救急・外傷ケアセンターの設置、ジャールカンド州Ranchiおよびアッサム州Tezpurの精神保健施設の高度化、ならびに北インドへのNIMHANS設立が提案されている。



医薬品・ライフサイエンス分野の強化

- 製薬・ライフサイエンス分野では、本予算により、5年間で1,000億ルピー規模の「Bio Pharma Shakti」が開始されるとともに、中央医薬品規格管理局（CDSCO）の強化、3つの新しい国立製薬教育・研究機関（NIPER）の設立、既存7機関の高度化、さらに1,000か所の認定臨床試験拠点ネットワークの整備が行われる。

インドは対内投資に対して体系的かつ比較的開放的な環境を整えている。ヘルスケア分野においては、コンプライアンスや価格規制による制約はあるが投資機会は存在している

■ インドにおける外国企業に対する規制枠組みは以下の3つの柱を基盤としている。

	1. 外国投資法	2. 会社法	3. 外貨持出規制
概要	<ul style="list-style-type: none"> 外国為替管理法（FEMA 1999）および商工省産業国内取引促進局によるFDI政策に基づき規制。 参入経路は2種類あり、政府当局からの事前承認を必要としない自動認可ルートと、認可が必要とされる政府認可ルートに分けられる。 外国企業の参入、形態および投資家保護に関する規制を行う。 業種に応じて出資上限が設定される。 	<ul style="list-style-type: none"> 2013年会社法に基づき企業省によって管轄される。 会社設立やガバナンス、コンプライアンスおよび清算が規制対象となる。 取締役の配置、監査委員会の設置、設立のための手続きが必要とされる。 全ての分野に対し、一律に適用される。 	<ul style="list-style-type: none"> 外国為替管理法に基づきインド準備銀行（RBI）によって規制。 経常取引および資本取引を区分する。 外貨取引の申告が義務付けられている。 為替レートは市場原理に基づいて決定されるが、当局により監視されている。
ヘルスケア関連事項	<ul style="list-style-type: none"> ヘルスケアはFDIに対して開放度の高い分野である。 病院：自動認可ルートにより100%の出資が可能。 医薬品分野：新規プロジェクトは100%まで自動認可ルート、既存プロジェクトは74%まで自動認可ルート、それを超過する場合は当局の承認が必要となる。医薬品分野では独占防止および医薬品へのアクセス確保を目的に、追加審査が実施される。 医療機器：自動認可ルートによる100%の出資が可能。 	<ul style="list-style-type: none"> 外国企業は通常、完全子会社や合弁会社等の形態により参入する。 病院設立の際は臨床施設法（Clinical Establishments Act, 2010）の遵守が必要である。 医薬品・医療機器は中央薬品基準規制機構（CDSCO）が規制を管轄している。 ヘルスケア分野においては、医薬品・医療機器の承認、臨床試験および製造ライセンス取得が必要とされる。製品の価格は国家医薬品価格局（NPPA）が規制を管轄する。 	<ul style="list-style-type: none"> ヘルスケア企業は税が差し引かれた後の利益を自由に本国へ送金することが可能。 医療機器・医薬品の輸入時の支払いも自由化されているが、必要に応じて承認が必要となる。 病院は、インフラ整備を目的に対外商業借入（External Commercial Borrowings）を通じて外貨資金の調達が可能。 NPPAによる価格上限が間接的に為替収益に影響を与える可能性がある。

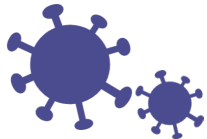
大規模な医療需要を背景に、医薬品・医療機器の国内製造や投資促進に対する政策環境が整備されており、外国企業にとって有力な参入機会を生み出している

	発足	目的	概要
Make In India	2014年	製造業における (原薬、医薬品、医療機器を含む) の国内製造の促進	<ul style="list-style-type: none"> インドを世界的な製造拠点として位置づけるフラグシップ的な取組 州レベルの優遇措置へのアクセスを強化 (例：税制優遇、土地取得、インフラ等) 輸入依存型の製造からインド国内生産型への移行を促進 長期的なコスト競争力と規制への適合性確保において必要不可欠な役割を担う
PLI (生産連動型 奨励金)	2020年	インセンティブを与えることで Make in Indiaを補完し、国内生産を促進	<ul style="list-style-type: none"> 国内生産の売上増加分に応じた業績連動型インセンティブとして機能し、製造への投資に対するプロジェクトの内部収益率 (IRR) を直接的に高める 医療分野の場合、原薬、製剤、高付加価値医薬品、医療機器等が対象となる
Ayushman Bharat	2018年	包括的なアプローチにより、保健医療の質を高めるとともに、国民の質の高い医療サービスへのアクセスを促進	<ul style="list-style-type: none"> 政府が資金提供する健康保険制度で、約5億人をカバー 各世帯に対し年間50万ルピーまで補償し、二次・三次医療を対象とする 政府の後押しを受けた大規模な医療需要層を創出 病院の稼働率や医療処置件数の増加に寄与 十分な医療サービスが行き届いていない地域や、Tier 2・Tier 3市場での医療アクセスを拡大

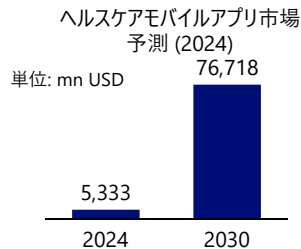
インドの予防医療市場は、慢性疾患の増加、デジタルヘルスの普及および政府による強力な支援を背景に急速に拡大している

- IBEFによると、予防医療の市場規模は2025年に1,970億米ドルに達し、年平均成長率（CAGR）は18%になると予想されていた。予防医療に対する認識の変化により、今後さらなる成長が見込まれている。

インド予防医療の市場拡大の背景

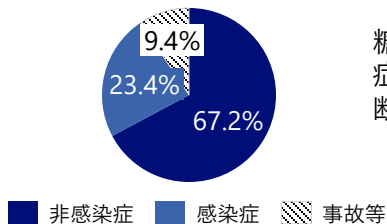


新型コロナ後の行動様式の変化に伴い、治療中心の医療から予防中心の医療へと転換が進んでいる。



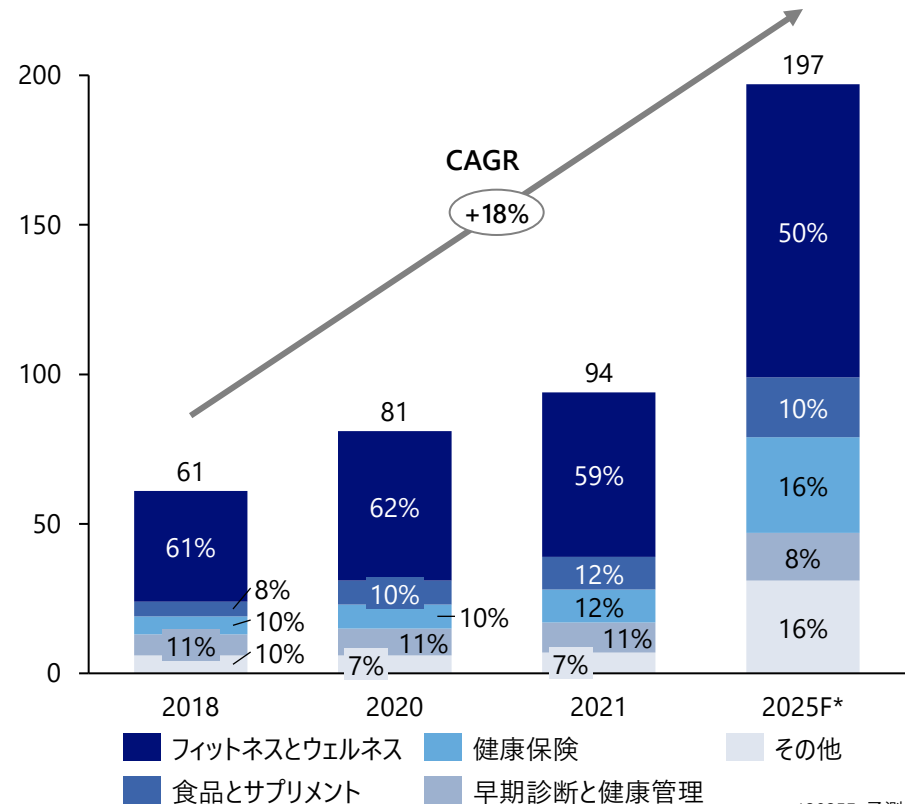
ヘルステック（AI診断、ウェアラブルデバイス、遠隔医療サービス、遠隔モニタリング）の拡大に伴い予防医療への関心も高まる。

インド疾病構造 (2023)



糖尿病や心血管疾患、がん等の非感染症疾患の増加に伴い、定期的な健康診断や経過観察の需要が拡大している。

インド予防医療の市場規模推移（10億米ドル）

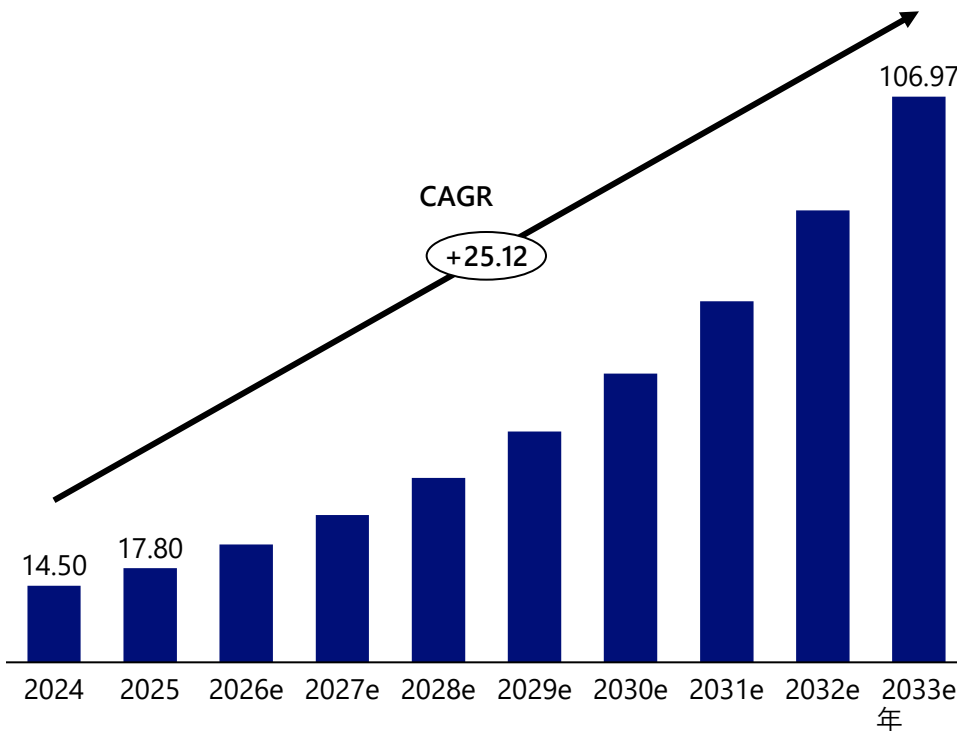


*2025F: 予測

インドのデジタルヘルス市場は、システム全体のデジタル化、遠隔医療の普及拡大、政府による支援を背景に、急速に拡大している

- インドのデジタルヘルス市場は2024年に145億米ドル規模に達している。2025年から2033年にかけてはCAGR25.12%で成長し、2033年には市場規模が1,069億7,000万米ドルに達すると予測されている。
- 主な市場動向としては、新型コロナ後の予防医療への関心の高まり、遠隔医療の普及および国内統合システム導入に向けた政府の推進策などが挙げられる。

インドのデジタルヘルス市場（10億米ドル、2024年～2033年）



出所) B Capital, "India's Digital Healthcare Sector: A \$37 Billion Opportunity", Grand View Research等に基づきNRIインド作成

デジタルヘルス市場の動向

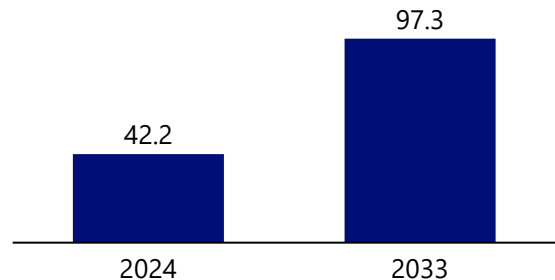
オンライン診断や医薬品デリバリーの普及	<ul style="list-style-type: none">• インド国内における医師不足や、特に地方への医療アクセスの不足を背景に、デジタル技術を活用した医療サービスが拡大。• 新型コロナ後にオンライン診断が普及し、遠隔医療が定着。今後も幅広い地域での普及が期待される。
健康管理アプリ・ウェアラブルデバイスの需要増加	<ul style="list-style-type: none">• 中間所得層の健康意識の高まりにより、予防医療やセルフケアへ関心がシフトしている。• 日常的な健康管理が一般化しつつあり、健康管理アプリやウェアラブルデバイスによる管理が拡大している。
医療データを活用した統合医療の発展	<ul style="list-style-type: none">• 糖尿病や心疾患等の非感染症疾患の増加に伴い、遠隔モニタリング等による継続的な健康管理ニーズが拡大。• 医療機関間でのデータ共有・連携や、データ活用による患者と病床需給のマッチング等、デジタル化したデータ管理による医療システムの最適化が進み始めている。
政府の支援によるエコシステムの整備	<ul style="list-style-type: none">• Ayushman Bharat Digital Mission (ABDM) のもと、健康記録のデータ化や医療機関のデータベース化、データの相互運用が推進されている。• National Digital Health Blueprint (NDHB) では、個人の医療データとAadhaar番号を紐づけた医療データベースの構築が目指されている。

インドの高齢者ヘルスケア市場は、2033年までに推定973億米ドル規模に達すると予測されている

- インドの高齢者ヘルスケア市場は製品に限定されるものではなく、以下のような市場区分により構成されている。
 - ・ 製品分野：医薬品、医療機器、パーソナルケア製品等
 - ・ サービス分野：在宅医療、入院治療、介護施設、緩和ケア等
- 製品分野に市場を限定すると、市場規模は2033年までに973億米ドルに達すると予測される。こうした市場の成長は高齢者人口の増加、医療分野への投資拡大、新技術の導入、高度医療への需要の高まりによって牽引されており、高齢者の医療施設へのアクセスの良さや手頃な価格、質の高いケアの重要性が一層高まっていることを反映している。

インドの高齢者ヘルスケア市場規模（製品分野、10億米ドル）

- ・ 製品分野の中では、医薬品が予測期間中に最も高い成長を示すと見込まれている。



出所) IMARC Group Industry reports

- ・ インドの高齢者向けヘルスケア市場（製品分野）の市場規模は、2024年に442億米ドルと推計された。
- ・ 市場規模は2025年から2033年にかけて年平均成長率（CAGR）9.02%で推移し、2033年までに973億米ドルに達すると予測されている。

主な成長要因

在宅医療サービスの拡大	・ 遠隔医療、AI、遠隔モニタリングの普及による在宅ケアへの関心の高まりが、医療アクセスの向上やコスト削減を実現させ、高齢者に対する個別ケアへの需要を高めている。
デジタルヘルス技術の導入	・ デジタルヘルスツール、モバイルアプリ、ウェアラブルデバイス、デジタル化されたデータの利用拡大により慢性疾患に対する適切なモニタリングや早期診断、自宅と施設間での連携のとれたケアが可能になっている。
高齢者向け専門施設の拡充	・ 人口の高齢化に伴い、高齢者向けの包括的なケアサービスを提供する専門医療機関やリハビリテーションセンター、介護施設への投資が拡大している。
患者中心および統合的なケア体制への移行	・ 個別化された治療プランや多職種によるサービス、自宅と施設間または施設間で連携の取れたケア体制へ注力することで、高齢者の生活の質や全体的な医療の質の向上に寄与している。

インド医療機器規則の導入により、国内外で生産された全ての医療機器は医療機器登録が義務化されている

- インドでは2017年に医療機器に関する規制として「インド医療機器規則（MDR）2017」が策定された。従来の製薬分野中心の枠組みから独立し、医療機器だけを対象に機器をリスクごとに分類した登録制度が実施されることとなった。
- 2020年の改正により医療機器の定義が大幅に拡大。医療目的で使用される機具やソフトウェア等の医療機器全てが規制対象となった。企業にとっては規制への対応が複雑化した反面、明確なルールが定義され市場への参入が容易になった。

インド医療機器規則の改定内容

インド医療機器規則2017

- 初の医療機器に対する規制枠組み（2018年1月施行）、中央医薬品基準管理機構（CDSCO*）が管轄。
- 既存の製薬分野中心の規制枠組みでは規定されなかった、医療機器のリスクに基づく基準を設定。
- リスクに応じてA～Dの4クラスに分類し、各リスクに応じた認可プロセスを経て医療機器登録がなされる。

改正



インド医療機器（改正）規則2020

- 医療機器の定義が大幅に拡大され、医療目的で使用される全ての機具や装置、インプラント、ソフトウェアやアクセサリが規制対象となった。
- 2017年の規制では対象外であった機器に対しても、医療機器登録が義務化された。
- インド国内で製造された機器・輸入された機器問わず、全ての医療機器が規制対象となった。

外国企業が受ける恩恵と直面する課題

外国企業にとっての恩恵

- 分類基準や参入枠組みに関する透明性の向上により、市場参入ルールが明確化。
- 国際的な基準との整合性の高い規制が設定されたため、海外市場展開や国際認証の取得が円滑化。
- 厳格な規則に基づく市場の制度化により、インドの医療機器市場の信頼性が向上。

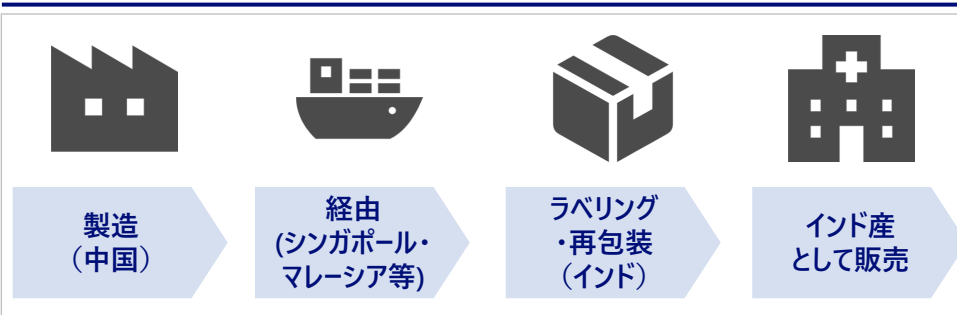
外国企業が直面する課題

- これまで規制対象外であった機器においても、新たに医療機器登録をする必要が生じた。
- 登録プロセスの複雑化による市場投入までの期間の長期化と参入コストが増加。
- 規制は継続的に改正される可能性があるため、規制の改定状況を把握し対応しなければならない。

Make in Indiaはインド国内製品を優遇する政策であるが、リブランディングされた輸入製品がインド国産品として販売されている問題が指摘されている

- Make in Indiaは、国内製造業の振興を目的に掲げられたスローガンである。しかし、本スローガンのもと国産品として販売されている医療機器の約40%が、実際は中国から間接的に輸入した製品であり、インドでラベルや包装を替え国産製品として販売されているリブランディング製品である事が指摘されている。
- 市場への投資を誘致し、国内製造を促進するために策定された政策が、実際には安価な輸入製品を国産品として偽装し販売するための抜け道として機能しており、インド医療機器産業協会（AIMED）を中心に業界から政策の見直しを求める声が上がっている。

リブランディングのフロー



輸入品のリブランディングが起こる背景

- **インドの価格主導の調達文化：**
 - 価格主導の調達文化が根付いており、政府入札案件においても低価格の入札者が落札する傾向にある。
 - 民間病院においても、価格の低い製品が好まれる傾向にある。
- **安価な中国産製品への依存：**
 - 国内医療機器市場における需要の70%以上は輸入品に依存しており、輸入品の取締りを厳格した場合、医療機器の供給不足や価格高騰が予想される。
 - 上記の理由からインド政府も取締りに積極的でない可能性がある。

政策の構造上の要因

「製造」の定義	<ul style="list-style-type: none">• 現行のインド医療機器規則では、ラベリングや再包装（repackaging）、組み立ても「製造」行為とみなされるため、例えばインド国外で製造された製品でもインド産と表記できてしまう。
トレーサビリティの不足	<ul style="list-style-type: none">• 医療機器規則上で低リスクに分類された医療機器は自己申告で簡単に登録番号が取得できる。• 加えて同規則では医療機器の原産国の開示は求められていないため、製造元の追跡が困難である。
「現地調達品」の定義	<ul style="list-style-type: none">• 現地調達に対する優遇措置に関して定めた公共調達令（PPO）では、現地調達のコストは人員と材料の原産国に基づいて計算される。そのため、輸入品のラベリング作業にインド人を雇用するだけで現地調達品として応札が可能になる。
複数省庁による連携不足	<ul style="list-style-type: none">• 医療機器規則を管轄するCDSCOに加え、Make in Indiaを統括する商工省、医療機器分野の公共調達を実施する医薬品局など、複数の政府機関が関与しているため責任が分散し、統一的な調整が行われていない。

AERBによる統一的な規制枠組みがあるにも関わらず、放射線に関する規制は許認可、行政能力において州ごとに差異があり、実施上の格差や遅延を招いている

- インド原子力規制委員会（AERB）は原子力および放射線の安全性に関する規制を担うインドの主要機関であり、1983年11月にムンバイで設立された。
- AERBはライセンスの発行や安全基準の施行を通じて、電離放射線や原子力の利用が、公衆衛生や環境に対し過度なリスクをもたらさないよう保証することを目的とする。インドにおいて医療診断用X線装置を使用する際は、AERBによるライセンスの取得が必須となる。
- AERBは主に安全審査最高委員会と諮問委員会によって構成され、原子力省を含む各政府機関や学術機関、産業界の専門家により運営されている。



AERBの機能

- **ライセンス発行・承認**：土地選定、施設建設、試運転、運転・稼働に関し、ライセンスの発行を承認
- **安全規範・基準**：技術的および運用上の規範を設定
- **検査・執行**：定期的な監査及びコンプライアンス検査を実施
- **事故対応監督**：緊急時の対応および報告体制を維持

AERBの構成

- **安全審査最高委員会**：運転プラント審査委員会（SARCOP）および放射線応用安全審査委員会（SARCAR）で構成され、各設備の運転安全審査や、放射線防護規則の実施を管轄する。
- **諮問委員会**：プロジェクト安全審査諮問委員会（ACPSR）や原子力および放射線安全諮問委員会（ACNRS）等で構成され、原子力および放射線使用の安全審査や施設の立地、建設等への認可に関する助言をAERBに対し行う。

運営上の課題

- **州政府への依存**：原子力エネルギーは中央政府が権限を有する事項である一方、その実施は州政府に委ねられることが多い。特に、環境・公害許認可（州の公害防止委員会）、地方自治体の承認、インフラ整備（水・電力の供給や物流）などの実施は州レベルに大きく依存している。
- **医療診断用X線装置**：医療診断用のX線設備を導入する際、運用許可を発行するのはAERBであるが、その他関係機関や州政府機関、地域の住宅組合からも承認を得る必要がある。

インドの医療機器の輸入業者は通常、基本関税（BCD）、健康関税（Health Cess）、統合物品・サービス税（IGST）を支払う必要がある

- インドでは、医療機器は1975年関税率法（Customs Tariff Act, 1975）の品目分類番号9018～9022に該当する。
- 輸入医療機器に対する統合物品・サービス税（IGST）は、関税率法（Customs Tariff Act, 1975）第3条第7項に基づき、国内製造された医療機器に適用される物品・サービス税（GST）と同一の税率で課される。

インドにおける医療機器の輸入関税

GST税率

- 医療機器・器具：12%（例外あり）
- 整形外科用装具、インプラント、人工身体部品：5%
- 補聴器：0%

関税体系

- 一般関税：基本関税（7.5%～10%）+健康関税（5%）
- 必須医療機器/補助機器*：基本関税（0%）+健康関税（0%）

- 輸入医療機器には、7.5%～10%の基本関税と5%の健康関税が課され、加えてGSTと同一の税率であるIGSTが適用される。
- 国内の医療機器には、カテゴリーに応じて12%、5%、0%いずれかの税率で課税される。

業界から見たインドの医療機器関税



- インド医療機器産業協会（AIMED）は、国内の医療機器分野を網羅する、インド医療機器メーカーの包括的な業界団体である。300社以上の正会員と200社以上の準会員を擁し、1,200社以上の医療機器メーカーの利益代表として活動する。
- 業界の懸念
 - 現行の関税水準は不十分であり、その結果、国内で扱われる医療機器の70%が輸入に依存してしまっている
 - 輸入機器の方が安価で入手しやすいため、国内メーカーにとって不利な状況が生まれている
- AIMEDからインド政府への主な提言
 - 国内製造の支援のため、輸入関税を7.5%から10～15%への引き上げ

*車椅子、ステント、義肢等

インドにおける健康保険制度は、全国民に対し一律に適用されるものではなく、団体や制度ごとに適用範囲が異なる

- インドには国民皆保険は存在せず、代わりに政府が資金提供する保険制度や特定の労働者を対象にした社会保険の強制適用、州ごとに施行される保険制度、企業による民間保険などが存在し、複合的な仕組みが作られている。
- 保健・家族福祉省によると、2021年～2022年の自己負担医療費（OOPE）は総保健医療支出（THE）の内39.4%を占めるまでに低下した。しかし依然として、医療費の相当部分を家計が自己負担している状況である。

インドにおける現行の医療保険/保障制度

スキーム/仕組み	開始年	管轄	対象	カバー範囲	概要
Ayushman Bharat Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana (AB-PMJAY)	2018年	保健・家族福祉省	<ul style="list-style-type: none"> 所得下位約40%の世帯（約1億2,000万世帯） 70歳以上の全国民（2024年から） 	1世帯あたり年間50万ルピー給付；二次、三次医療機関での入院費；入院前・入院後の医療費；外来診療は対象外	<ul style="list-style-type: none"> AB-PMJAYはインド政府が実施する国民健康保険/保障制度であり、二次・三次医療に対して、1世帯あたり年間最大50万ルピーまでのキャッシュレス治療を提供。 2024～2025年には制度の拡充が図られ、世帯所得に関係なく70歳以上のすべての高齢者が対象となり、専用の給付が設定された。
Central Government Health Scheme (CGHS)	1954年	保健・家族福祉省	<ul style="list-style-type: none"> 中央政府職員、年金受給者、上記対象者の扶養家族（約420万人） 	外来診療、医薬品、診断、入院などを含む包括的な医療ケア	<ul style="list-style-type: none"> 政府の資金提供により、中央政府職員、年金受給者およびその扶養家族に対して包括的な医療ケアサービスを提供。 デジタルプラットフォームであるCGHS HISSポータルを導入し、受給者管理、サービス利用、紹介、医療費の払い戻し、指定病院でのキャッシュレス診療を可能にし、効率性と透明性の向上に向け取り組む。
Employees' State Insurance (ESI)	1948年	労働・雇用省	<ul style="list-style-type: none"> 従業員数10人以上の工場で働く労働者（月収21,000ルピー以下） 扶養家族 	医療サービスおよび現金給付（傷病、出産、障害、労働災害）	<ul style="list-style-type: none"> 労働者とその家族に対し、疾病、出産、障害、または業務上の負傷による死亡の際に、医療ケアや所得保障を提供。
Employees Group Insurance	-	インド保険規制開発局 (IRDAI)	<ul style="list-style-type: none"> 企業が契約する団体保険の下で従業員が加入 多くの場合、配偶者や子ども、親などの扶養家族にも適用 	保険の種類によって内容は異なるが、一般的に以下がカバーされる <ul style="list-style-type: none"> 医療保険 生命保険 事故・保障保険 重度疾病保険 	<ul style="list-style-type: none"> 雇用主が契約する単一の保険で、複数の従業員をまとめてカバー。 契約者は雇用主であり、従業員は保険サービスの受給者となる。 リスク分散により費用対効果が高く、管理も容易であるため、雇用主により利用されている。その場合は雇用主が一部または全額負担するケースが多い。 保障内容は全従業員均一であり、雇用に紐づくため退職時に自動的に終了する。
Private Individual Health Insurance	-	インド保険規制開発局 (IRDAI)	<ul style="list-style-type: none"> 保険会社から直接保険契約を締結する個人または家族 	医療費、手術費、入院費、入院前後の医療費など	<ul style="list-style-type: none"> 個人と保険会社との間で契約が交わされる。保険会社は契約条件に基づき、医療費の払い戻しや補償を行うことで、経済的な保障を提供。 政府による保険制度と比較し、柔軟性が高く、補償限度額も高く設定される。

インドにおける女性医療は規制面での進展はあったが、 医療サービス上での顕著な地域格差が存在する

インドにおける女性医療に関連する主な課題

深刻な貧血と栄養不足	第5回全国家族保健調査（2019年～2021年）によると、15歳～19歳までの男性の貧血の割合が31.1%に対し、同世代の女性の貧血に割合は59.1%であった。また女性の4人に3人が食事による鉄分摂取量が不足していることも報告されている。
妊産婦ケアの地域差	第5回全国家族保健調査によると、約79.2%の出産が医療機関で行われ、約82.1%の出産が医療従事者の介助による分娩であった。しかし、農村部ではこれらの数値は比較的低い傾向にあり（医療機関での出産：77.3%、介助による分娩：80.3%）、妊産婦ケアの地域差に課題が残っている。
がん検診の受診率の低さ	第5回全国家族保健調査では、30～49歳女性の内、わずか1.9%しか子宮頸がん検診を受診していないことが明らかになった（都市部：2.2%、農村部：1.7%）。加えて、乳がん検診として乳房検査を受診したことがある女性はわずか0.9%であった。
産婦人科の人材不足とサービス格差	一次医療を担う地域医療センター（CHC）では、専門医の配置、24時間体制の分娩、緊急医療などの機能を備えているが、農村部や遠隔地では産科や婦人科の専門医が不足している。

女性のリプロダクティブ・ヘルスおよび産科医療に関する主要な法規制

1971年 医学的妊娠中絶法（MTP） （2021年改正）	<ul style="list-style-type: none">インドにおける安全かつ合法的な中絶を目的に規制を設けている以下の条件を満たす場合、中絶が承認される<ul style="list-style-type: none">妊娠20週までに登録医師1名による診断特定のカテゴリーに関しては、妊娠24週までに登録医師2名による診断胎児に異常が認められる場合、妊娠24週以上は医療委員会による審査を受ける
1994年 着床前・出生前診断技術法（PCPNDT*）	<ul style="list-style-type: none">インドでは男児を好む性別選好により女兒の出生率が著しく低下し社会問題になったことを背景に、性別を理由とした中絶が以下の通り禁止された<ul style="list-style-type: none">出産前の性別判定および性別選択的中絶の禁止出生前診断技術の利用の規制女兒の墮胎および性別に基づく差別の禁止

インドでは家族中心の相互扶助的な高齢者ケアモデルが一般的であり、高齢者の自立を重視する欧米の介護の在り方とは異なる

インドにおける高齢者ケアの文化的な役割

尊敬を示す 親孝行

- インドの高齢者ケアは、高齢者への敬意を示す方法であり、親に対する義務(Dharma)であるという概念が根底にある。
- ケアを担う人の84%が、高齢者の支援を義務だと考えており、文化的な期待を反映している。

家族中心の ケアの伝統

- インドでは伝統的な大家族制度に基づき、複数世代が相互扶助的に高齢者をケアするモデルが長年にわたり採用されてきた。
- 現在も、家族は高齢者にとって主要なケアの主体であり続けている。

地域社会との 結びつき

- 近隣住民やコミュニティのネットワークは、高齢者の社会的・感情的ウェルビーイングにおいて大きな役割を果たしてきた。
- 高齢者ケアは完全に個別化されたケアではなく、インフォーマルな支援も含む広範な社会的エコシステムに組み込まれている。

文化的価値感と ケアシステムの統合

- 病院での高度な治療と家族による自宅でのケアを組み合わせることで、高齢者にとってより幸福度の高い暮らしを実現させる。
- 高齢者ケアは、単に施設の中だけでの実施に留まらず、伝統やこれまでの生活様式の維持、家族の参加の尊重が期待されている。

感情面・精神面・ 尊厳を重視した ケア

- インドにおける高齢者ケアは、身体的健康だけでなく、精神的・感情的なウェルビーイングも重視されている。
- 高齢者ケアにおける包括的なウェルビーイングへの重視にあわせ、高齢者の法的権利や保護への意識も高まっている。

家族が直面する課題

家族構成の変化に 伴う負担の増加

- 家族は主要な支援主体であるが、大家族の減少や核家族化、海外移住の増加により、従来のケア体制の維持が困難になっている。また、高齢者ケアの大部分は家族が責任を負っており、公的な支援は限られている場合が多い。

ケアギバーの疲労、 精神・身体的負担

- ケアギバーは精神的・身体的な疲労、いわゆる「介護疲れ」(caregiver fatigue)に直面している。また、ケアギバーの約29%が抑うつ症状を報告しており、11%が自己申告による健康状態の不調を報告している。

経済的負担と圧力

- 高齢者ケアにかかる費用（医薬品、医療機関受診費、補助機器、自宅改修など）は家計にとって大きな経済的負担となっている。
- 都市部のケアギバーの約3分の1が経済的な課題に直面しており、80歳以上の高齢者をケアしている場合、その割合は約40%に増加する。

高齢者ケアの責任 のジェンダー格差

- 高齢者ケアは、女性（特に嫁や妻、娘）が担うことが期待されており、家庭内の負担に偏りが生じている。
- 高齢者ケアは、24時間・365日体制で行う必要がある一方、感謝や見返りを得る機会は少ない。

社会的支援体制 の不足

- 訓練を受けたホームヘルパーやレスパイトケア、介護施設の利用などの支援機会が限定されている。
- 他国と比較し、公的かつ地域社会に根付いた高齢者ケアの体制は十分に整備されていない。

新たな動向と支援体制

- 高齢者ケア支援のため、代替的な高齢者ケアシステム（介護付き施設、在宅介護）、テクノロジー（遠隔医療）、政府による施策が普及しつつあるが、特に地方や低所得地域では支援制度へのアクセスはまだまだ不足している。
- 同様に、コミュニティ内での取り組みやNGO主導のプログラムはケアの地域格差を埋める役割を果たしているが、認知度の低さ等による課題は依然として残っており、地方まで行き届いていないのが現状である。



**Envision the value,
Empower the change**