

CONFIDENTIAL



*AMI&I*  
Augmenting Medical Innovation & Intervention

海外医療制度シリーズ  
第8弾インド医療制度  
ver1.0

2019/12/18

# インドってどんな国？



サフラン・白・緑の横三色の中央に「アショーカ・チャクラ」（アショーカ王の輪という意味）という法輪を配した旗。サフランはヒンドゥー教、緑はイスラム教、白は2宗教の和解とその他の宗教を表す。

面積：3,287,590km<sup>2</sup>（世界第7位）

人口：13億3,422万人（世界第2位、2018年）（日本の8.8倍）

首都：デリー

GDP：1兆9,728億ドル（世界第10位、2013年）

言語：ヒンディー語、英語

通貨：ルピー（1ルピー=1.54円）

## 南アジア最大の連邦共和制国家インド！

インド亜大陸の大半を領してインド洋に面する連邦共和制国家。首都はニューデリーまたはデリー、最大都市はムンバイ。1947年にイギリスから独立。インダス文明に遡る古い歴史、世界第二位の人口を持つ。国花は蓮、国樹は印度菩提樹、国獣はベンガルトラ、国鳥はインドクジャク、国の遺産動物はインドゾウである。

## さらに、インド解説

インドは南アジア随一の面積（世界では7位）と世界第2位の人口を持つ大国である。13億人を超える国民は、多様な民族、言語、宗教によって構成されている。総人口は2020年代に中華人民共和国を抜いて世界最大になると国際連合により予測されている。

2017年、インドの経済は名目GDPにおいて世界第7位であり、購買力平価では世界第3位である。1991年に市場を基盤とした経済改革を行って以降、急速な経済成長をしており、新興国と言われるようになった。

しかし、貧困や汚職、栄養不足、不十分な医療といった問題に今もなお直面している。労働力人口の3分の2が農業に従事する一方、製造業とサービス業が急速に成長している。国民の識字率は74.04パーセントである。

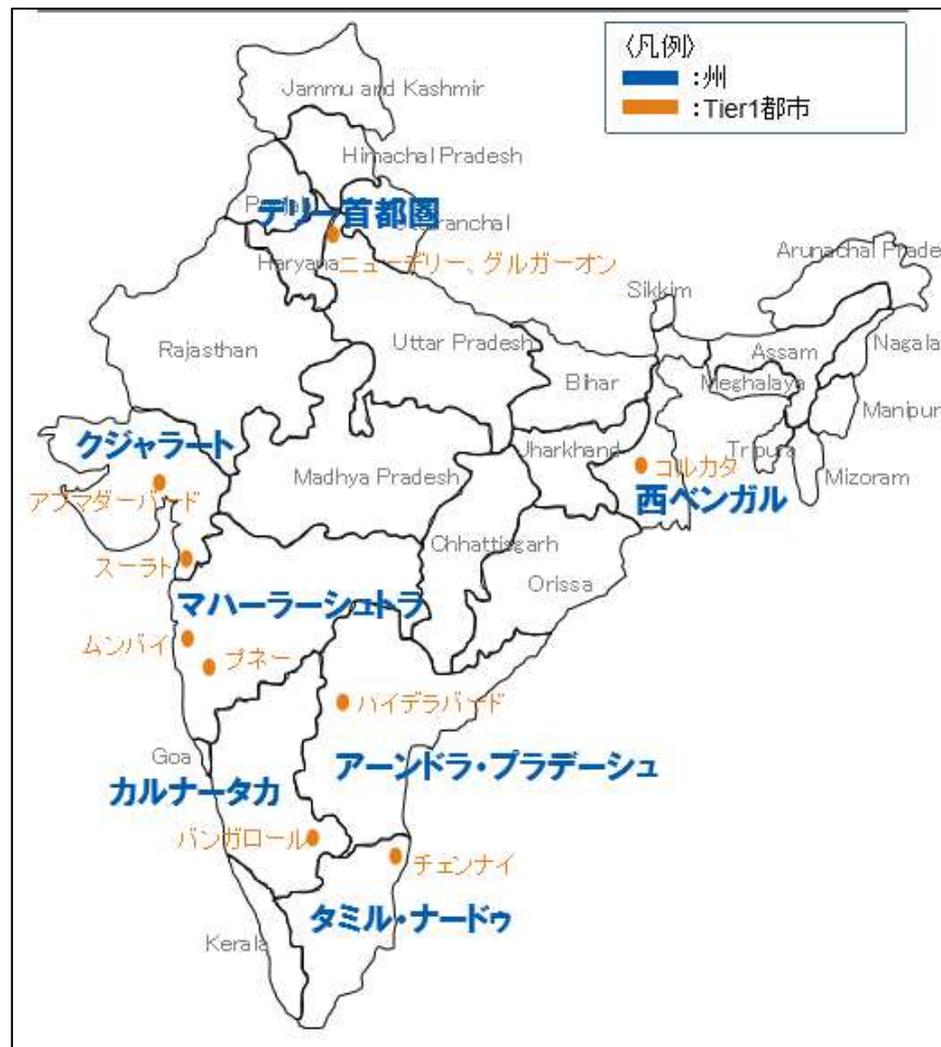
ヒンドゥー教徒がもっとも多く、イスラム教、シーク教がこれに次ぐ。カースト制度による差別は憲法で禁止されているが、今でも農村部では影響は残っている。アジア開発銀行はインドの中間層が向こう15年間で人口の7割に達するとしている。

議会制民主主義国家であり、有権者数8億人と世界最大である。

州政府が一定の独立性を持っているため、各州に中央政府とは別に政府があり大臣がいる。

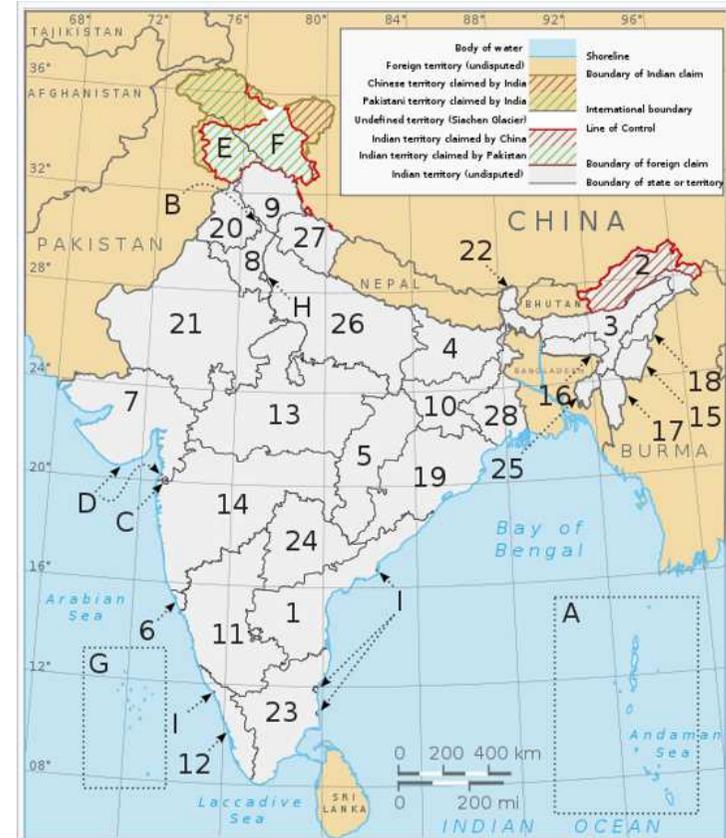
# さらにさらに、インド解説

首都デリーは、行政府所在地として、各国の大使館とかが多数。  
ムンバイは、インド最大の商業都市。金融や多国籍企業の拠点が多数。  
インドのシリコンバレー バンガロールにはIT企業がたくさん。  
南アジアのデトロイト チェンナイには工場がたくさん。  
国土の西側にはタール砂漠。  
東部と北東部にはヒマラヤ山脈。  
古くはインダス文明まで遡る。ウェーダ、古代インド王朝時代、ムガル帝国をえて、1858年からインドの植民地支配。マハトマ・ガンジーらの独立運動で1947年に独立し、1950年に共和制に移行した。  
現在は、経済成長著しく「BRICs」と称される。  
現在の大統領はナレンドラ・モディ大統領。



# インドの28州

◆	州名、直轄領名	◆	州都、首府	◆	人口 (2011年 <sup>[4]</sup> )	◆	面積 (km <sup>2</sup> )	◆
1	アーンドラ・プラデーシュ州		ハイデラバード		49,386,799		160,205	
2	アルナーチャル・プラデーシュ州 <sup>[5]</sup>		イーターナガル		1,382,611		83,743	
3	アソム州 <sup>[6]</sup>		ディスプル		31,169,272		78,438	
4	ビハール州		パトナ		103,804,637		94,163	
5	チャッティースガル州		ラーイプル		25,540,196		136,034	
6	ゴア州		パナジ		1,457,723		3,702	
7	グジャラート州		ガンディーナガル		60,383,628		196,024	
8	ハリヤーナー州		チャンディーガル <sup>[8]</sup>		25,353,081		44,212	
9	ヒマーチャル・プラデーシュ州		シムラー		6,856,509		55,673	
10	ジャールカンド州		ラーンチー		26,909,428		88,752	
11	カルナータカ州		バンガロール		61,130,704		191,791	
12	ケーララ州		ティルヴァナンタプラム		33,387,677		38,863	
13	マディヤ・プラデーシュ州		ボーパール		72,597,565		308,000	
14	マハーラーシュトラ州		ムンバイ		112,372,972		307,713	
15	マニプル州		インパール		2,721,756		22,327	
16	メーガーラヤ州		シロン		2,964,007		22,429	
17	ミゾラム州		アイゾール		1,091,014		21,081	
18	ナガランド州		コヒマ		1,980,602		16,579	
19	オリッサ州		ブヴァネーシュヴァル		41,947,358		155,707	
20	パンジャブ州		チャンディーガル <sup>[8]</sup>		27,704,236		50,362	
21	ラージャスターン州		ジャイプル		68,621,012		342,239	
22	シッキム州		ガントク		607,688		7,096	
23	タミル・ナードゥ州		チェンナイ		72,138,958		130,058	
24	テランガーナ州		ハイデラバード <sup>[9]</sup>		35,193,978		114,840	
25	トリプラ州		アガルタラ		3,671,032		10,492	
26	ウッタール・プラデーシュ州		ラクナウ		199,581,477		240,928	
27	ウッタラーカンド州		デヘラードゥーン		10,116,752		53,484	
28	西ベンガル州		コルカタ		91,347,736		88,752	



## 9つの連邦直轄領

A	アンダマン・ニコバル諸島連邦直轄領	ポートブレア	379,944	8,249
B	チャンディーガル連邦直轄領 <sup>[10]</sup>	-	1,054,686	114
C	ダードラー及びナガル・ハヴェーリー連邦直轄領	スィルヴァーサー	342,853	491
D	ダマン・ディーウ連邦直轄領	ダマン、ディーウ	242,911	112
E	ジャンムー・カシミール連邦直轄領 <sup>[注釈 1]</sup>	シュリーナガル(夏季) ジャンムー(冬季)	12,258,433	42,241 <sup>[注釈 2]</sup>
F	ラダック連邦直轄領 <sup>[注釈 3]</sup>	レー	274,289	59,146 <sup>[注釈 4]</sup>
G	ラクシャディープ連邦直轄領	カバラティ	64,429	32
H	デリー首都圏	デリー	16,753,235	1,483
I	ボンディシェリ連邦直轄領	ボンディシェリ	1,244,464	492

2014年に、インドで29番目の州となるテランガナ州が誕生した。新州の創設は、アンドラ・プラデシュ州からテランガナ州を分離するかたちで行われた。当初10年間は、テランガナ州と新アンドラ・プラデシュ州は、旧アンドラ・プラデシュ州の州都ハイデラバードを共管の州都とする。国境地域は、中国やパキスタンとの紛争地域で、治安が悪い。というか、リアルタイムでドンパチをやっているエリア。

# 医療制度をどう評価するか？ ～オレゴンルール～

---

**“Cost, Access, Quality  
--- Pick Any Two.”**

**Oregon Health Plan  
Administration Office**

世界各国の医療制度は「低価格」「利便性」「高品質」のうち2つを選べるという通称「オレゴンルール」の考え方がわかりやすく、医療制度改革を行う際の一つの指標となっている。ヘルスケアの課題の多くも、この3つの課題に属する。普遍的な課題として、デジタルヘルスの課題を分類しても面白い。

# 世界の医療制度と何を比較するのか？

## [図表1] 統計指標

※筆者作成 ※OECDのデータ(アドレスは、<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>)を、グラフ化して表示する。  
※CTはComputerized Tomography(コンピューター断層撮影法)、MRIはMagnetic Resonance Imaging(磁気共鳴映像法)の略。

評価要素	統計指標
医療制度	クオリティー
	① 平均寿命 ② 乳児死亡率(出生千人あたり)
	コスト
	③ 対GDP医療費割合 ④ 1人あたり医療費
	アクセス
	⑤ 1人あたり受診回数 ⑥ 入院患者の平均在院日数
医療資源	医療スタッフ
	⑦ 医師数(人口千人あたり) ⑧ 看護師数・薬剤師数(人口千人あたり)
	医療施設
	⑨ 病院数(人口百万人あたり) ⑩ 病床数(人口千人あたり)
	医療設備
	⑪ CT台数(人口百万人あたり) ⑫ MRI台数(人口百万人あたり)

基礎研REPORT (冊子版)  
2016年4月号より

## 世界の医制度改革の潮流は？

### 医療制度VSオレゴンルール

世界各国の医療制度は  
「価格が安い」「高品質」「容易なアクセス」

上記の3つの要件を、すべて満たすことはできないというオレゴン・ルールからの脱却への挑戦を続けている。

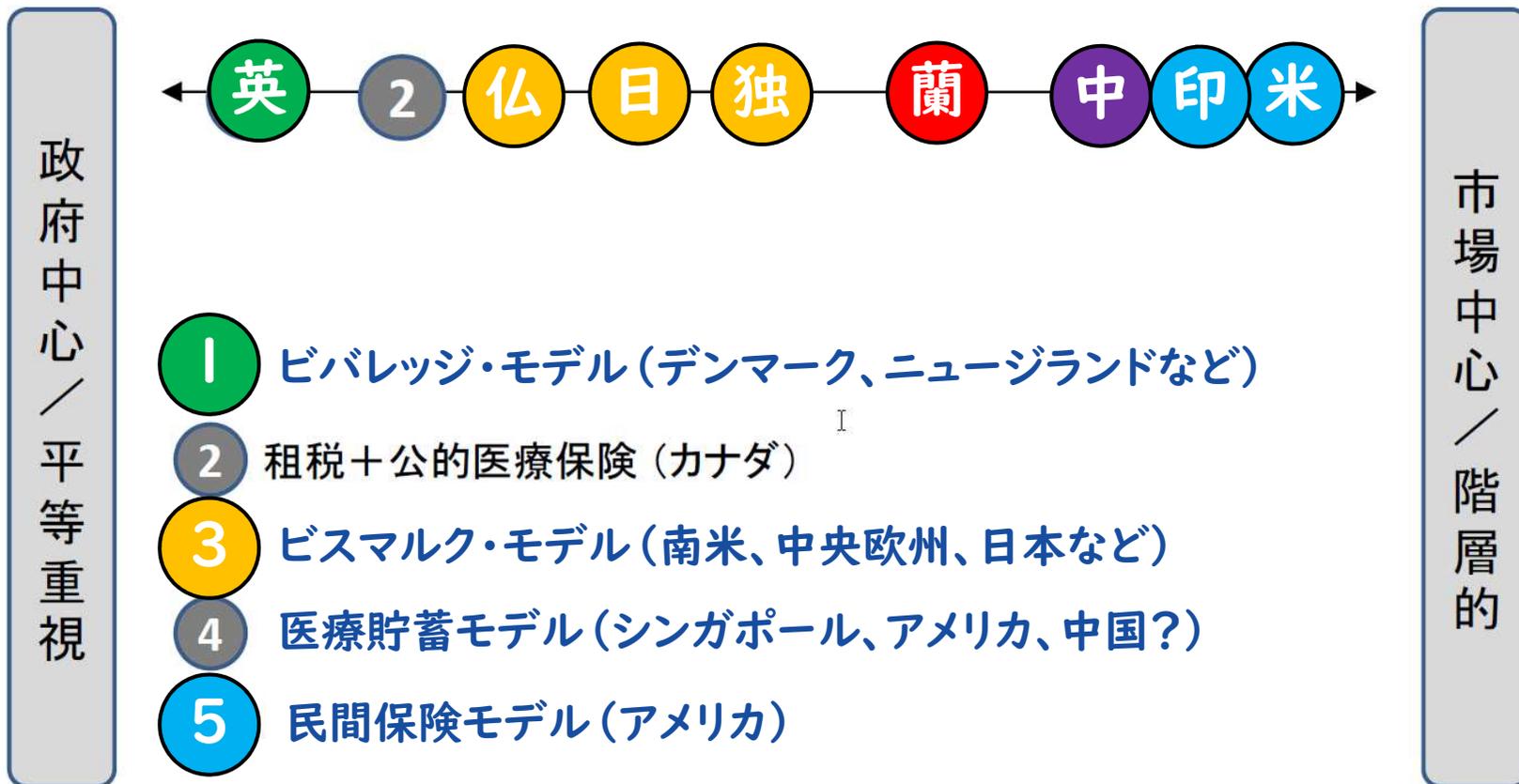
インドは、世界最大の社会保険制度の確立に向けて、アクションを開始。2020年代には世界最大の人口を誇る国がどう舵を切るのか？

国が違って、制度が違うんだから、比較しても意味なくね？という指摘もあるかと思いますが、Quality、Cost、Accessの指標を中心に、勉強していければと思います。臨床内容については、制度と云えば制度ですが、その中身より外枠を中心にやりたいと思います(≧▽≦)



# 各国の医療制度からヒントはないか？

## ‘Five types’ of Health system



## 医療制度の潮流（英仏独）を学んで

---

**ビスマルク・モデル**とは医療保険提供者の間に競争認められており、医療提供者と保険業者が分けられている国。  
・・・ドイツ医療制度が代表格（フランスや日本も）

**ビバレッジ・モデル**とは医療提供者と保険提供者が分けられておらず、保険業者の選択がない制度。  
・・・イギリス医療制度が代表格

**民間保険モデル**は、医療提供者と保険提供者が分けられており、保険提供者が民間企業である場合の制度。広義で言えば、インドもこの分類に入る。  
・・・アメリカ医療制度が代表格

# 本日の構成

---

- 1) インド医療制度の歴史
- 2) インド医療制度のコンセプト
- 3) インドの医療提供体制の概要

## インド医療制度の特徴

---

# インドの医療制度 基本コンセプト

# インドと日本の医療制度の比較

## インド

公的扶助＋民間

各病院ごと

公的なら無料

不足気味

病診分離

口コミ

財源

Quality

Cost

Access

提供体制

情報提供

## 日本

社会保険方式

医師の自主管理  
学会のガイドラインなど

3割負担

フリーアクセス

病診混合？

玉石混合

# インドの医療制度骨子

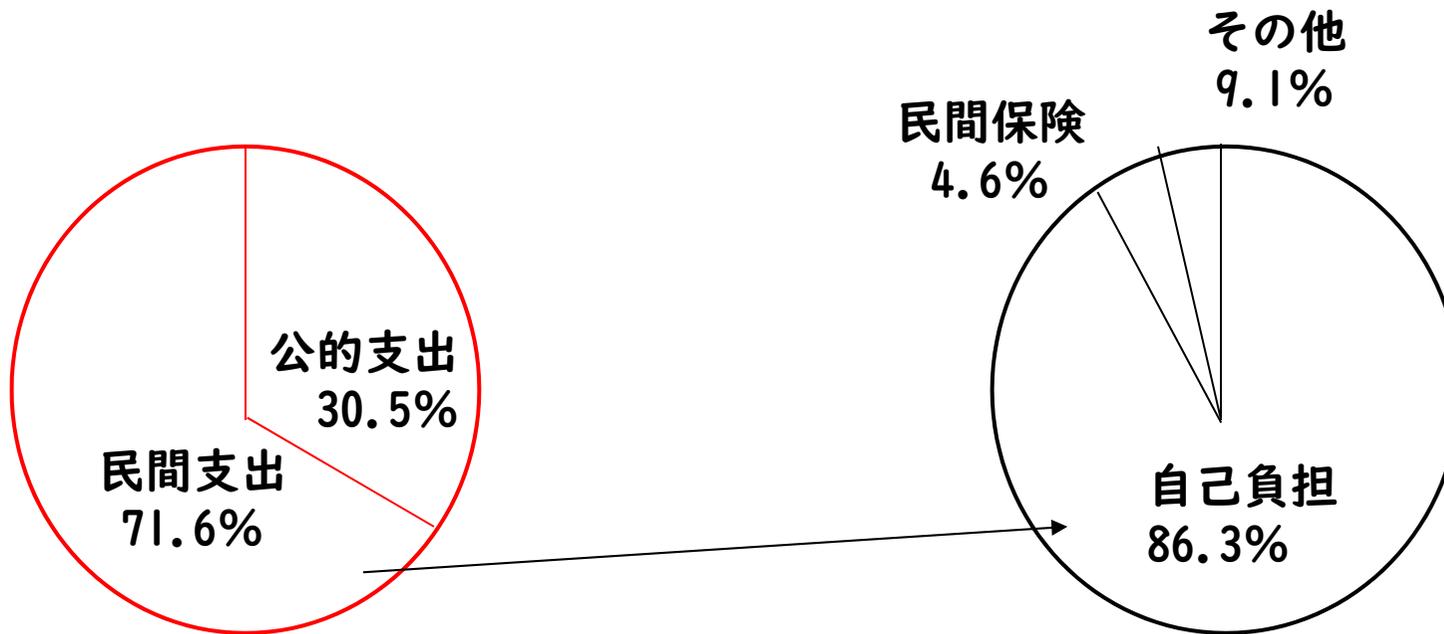
インドの医療保険制度

		中央政府医療制度 (CGHS)	従業員州保険制度 (ESIS)	国家健康保険制度 (RSBY)
設立		1954年	1952年	2008年
被保険者		中央政府の職員と退職者	民間フォーマルセクターの従業員 (10人以上を雇用する事業所で働く、 月給21,000ルピー以下の者 ※一部の州を除く)	貧困層 (政府指定の貧困ライン以下の者)
給付対象者		被保険者とその家族	被保険者とその家族	貧困層世帯(5人まで)
補償範囲		外来、入院、医薬品など 医療を包括的に提供	医療サービス(現物給付)、疾病・妊娠 (現金給付)を包括的に提供 ※障害、扶養、葬式費用等の給付もある	入院費、交通費 給付上限は1世帯年間3万ルピー
財源	保険料	被保険者の給料から拠出 毎月250~1000ルピー	被雇用者が賃金の1.75%、 雇用主が賃金の4.75%を拠出	なし ※年間登録料30ルピー
	公費	中央政府予算から拠出	州政府が給付金の12.5%を負担 ※一人当たり年間1,500ルピーが上限	政府予算から拠出 (中央75%、州25%)※一部の州を除く
受益者数		受益者数296.6万人 (2015年)	被保険者数 2,930万人 受益者数 1億2,400万人 (2017年度末)	3,633万世帯 ※貧困層全体 5,912万世帯 (2017年度末)

(資料)CGHS、ESIS,RSBYのウェブサイト等を元に作成

インドは、国民皆保険制度ではありません。  
 公的保険の加入率は全国民の2割程度とされています。  
 公的医療機関は貧困層が集中する為、中間層は私立病院に通院するケースが多く、  
 家庭内の医療支出の割合が非常に高いのが特徴です。

# インドの医療費支出



医療費の財源の6割が自己負担と非常に高い割合になっている。  
インド政府としても、ここは課題で、政府支出の医療費割合を引き上げる  
方向で調整をしている。

# インド医療制度の歴史①

第2次世界大戦後、インドでも新しい体制構築が行われる。

## 1952年、ESIS（従業員国家保険制度）

労働者10人以上の工場、労働者20名以上のサービス業で働く、月収が一定額以下の従業員とその家族が対象。強制加入。

- ①ESIが運営する病院で無料で治療が受けられる。
- ②保険料の一定以上の納付期間がある場合、傷病手当として賃金70%支給。

## 1954年、CGHS（中央政府保険制度）

自治体職員、議員などを対象とした保険制度。強制加入。

## 2008年、政府支援型医療保険制度（RSBY）

- ①連邦政府が75%、州政府が25%、財源負担。
- ②年間保険料540ルピー（1世帯）で、年間3万ルピーの支払保険を負担。
- ③民間保険会社も参入可能。

インドはあんまり医療保険制度については熱心にいじってこなかった国なんですな  
2000年になって、ようやく建国期以来の動きがあったような感じです。

# National Health Missionの達成へ

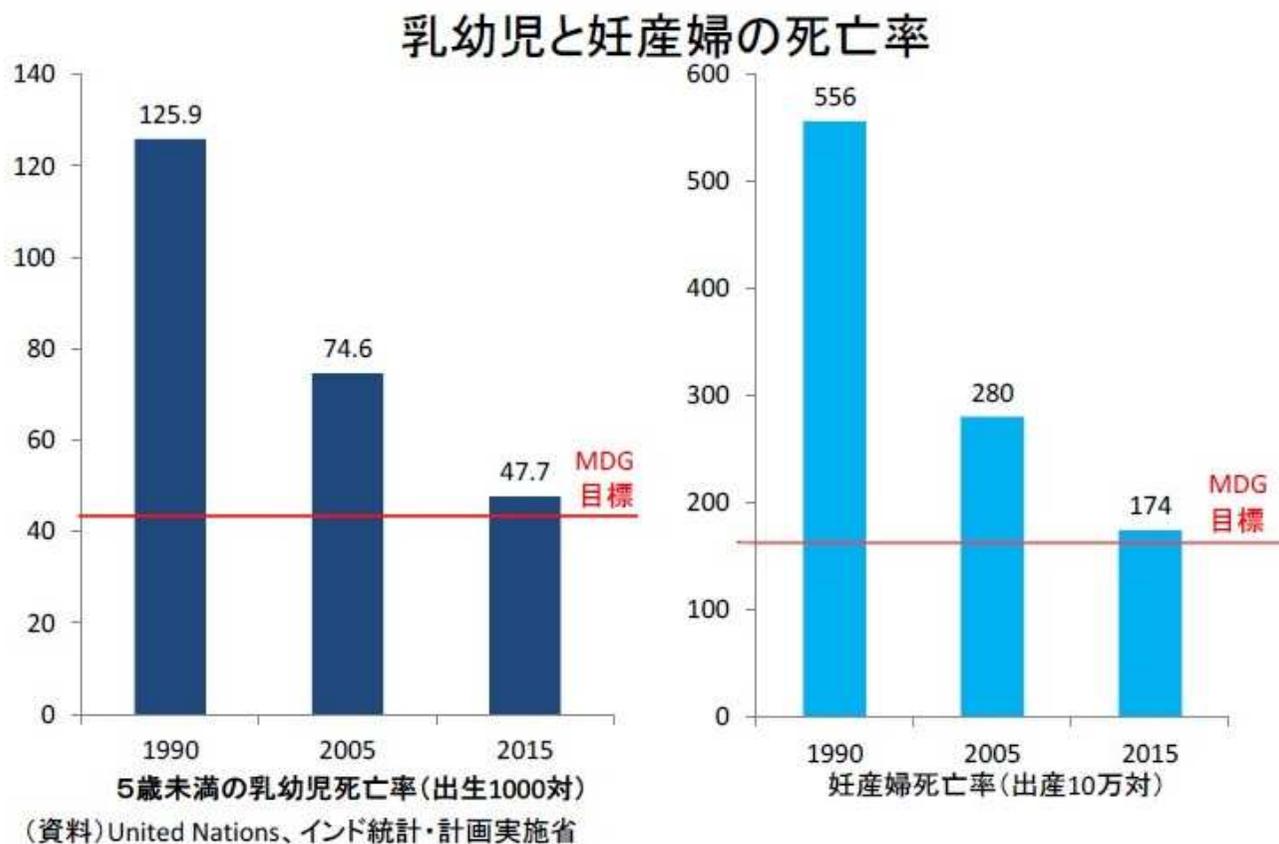
成果指標	現状	目標
乳児死亡率(Infant Mortality Rate: IMR)	3.6 %	2.5 %
妊産婦死亡率(Maternal Mortality Ratio: MMR)	0.139 %	0.100 %
合計特殊出生率(Total Fertility Rate: TFR)	N/A	0.21 %
3歳以下の子供による栄養失調の軽減と予防	29%が標準体重未満	20% (NFHS-3 半分の水準*)
15~49歳の女性による再生不良性貧血の軽減と予防	N/A	28 %
0~6歳の男女比の上昇(男性1,000人に対する女性人数)	914	950
感染症・非感染症	疾患別対応	疾患別対応
貧困層の患者自己負担の軽減(公的支出の増加)	対GDP比 1.3 %	対GDP比 1.8 %

2012~2017に掛けて、NHMの達成に向けた取り組みがされるも、いずれも未達成に終わり、2018年に大規模なテコ入れをする方向に。  
それがNHPSになります。

# インドの乳幼児、妊産婦の死亡率の推移

MDG…ミレニアム開発目標

(図表 1)



## インド医療制度の歴史②

公的医療保険制度の対象は国民の一部に止まっており、それ以外の人々は個別に民間の医療保険に加入しなくてはならないようになっていました。富裕層や中間層は民間の（個人）医療保険に加入するか、雇用主が福利厚生制度として導入する（団体）医療保険に入ることによって、保険者になれますが、多くの低所得者は民間の医療保険に入ることができず、無保険者となっていました。

この辺り、アメリカに近いかもしれません。

公的医療保険制度であるCGHSとESISは、公務員と一部の民間企業の従業員、その家族が対象ですが、インフォーマルセクター（主に露店商など）が大半を占めるインドにおいては、その国民カバー率は低く、CGHSとESISを合わせても人口の1割にも満たない状況でした。

2008年にはRSBYが導入されたことにより、国民カバー率は全体の2割にまで増加することとなりましたが、依然として低い保険率が課題である事は間違いありません。

# モディケアの創設

---

2018年2月

インド政府が貧困層を対象とした国家健康保護計画（NHPS、通称モディケア）を創設する発表しました。NHPSは貧困層を対象とした制度ですが、既に同様のRSBYが存在しており、NHPSに目新しさはない、との評価もありますが、NHPSによって実質3.5億人が新たに医療保険制度の恩恵を受けられるようになる影響は大きいとも言われています。NHPS導入により、医療保険制度の国民カバー率は現行の2割強から5割程度にまで達すると予想され、野心的な医療保険制度の改革と評価できます。

しかし、それでも依然として医療保険制度の対象から外れる国民は多く、NHPSの給付金額には世帯ごとに上限もあり、課題はありますが、NHPSの場合、政府の補助を受けて民間医療保険に加入できるようになる点ではオバマケア同様の制度であると言えます。

# モディケアの内容

1) RSBYを対象者・給付金額の面で拡張したスキームであり、対象者として1億世帯・総勢5億人（国民の40%）をカバー（RSBYは3,700万世帯）

2) 1家庭分の保険料支払は年間1,110ルピーであり、年間の公費負担額は1,200億ルピー（約1,900億円）に上る（有識者による事前のシミュレーションより遥かに少ない金額とのこと）（受益者による負担は原則ゼロ）

3) 公費負担額の内、原則60%は中央政府負担、残りの40%は州政府の負担となる。

中央政府負担は720億ルピーであり、2018年度（下期のみ）は400億ルピー（約640億円）を負担。州政府は信託モデル（中央・州政府がそれぞれ信託に資金拠出し、病院の請求に基づき支払。支払超過分は両政府で折半）と保険モデル（保険会社への委託）を選択できるが、3分の2の州は信託モデルを選択。（ハイブリッドモデルもあり）



4) 実際の補償支払額が膨らむと、将来、政府の保険料負担も増加する可能性がある

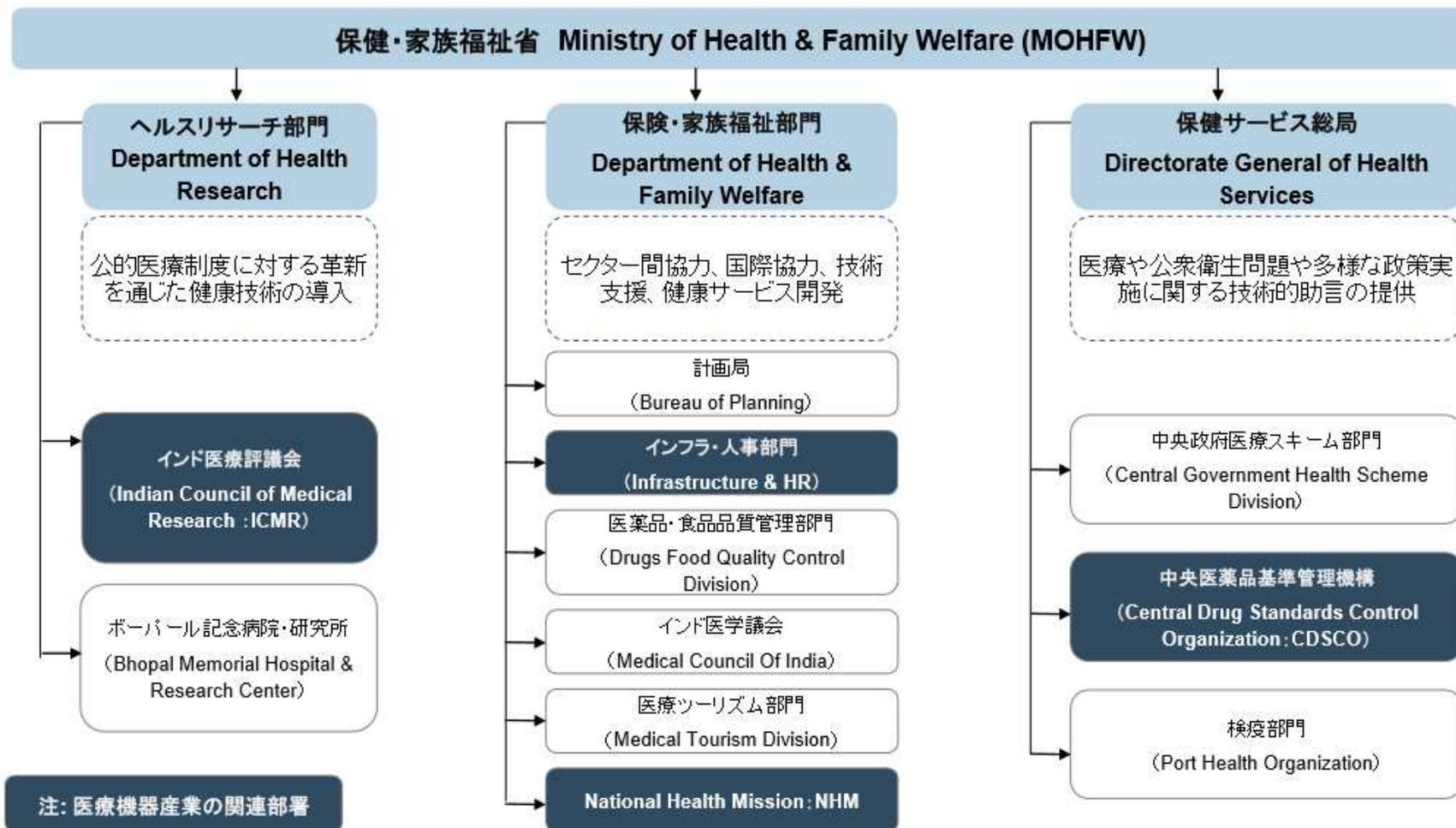
5) テランガナ、オディシャ、ケララ、パンジャブの4州とデリー連邦直轄領は、インフラや予算に対する懸念、腐敗の温床となる可能性などを理由に、不参加を表明。モディ率いるインド人民党BJPの政敵・国民会議派が実験を握る州）は導入に否定的

# モディケアの課題

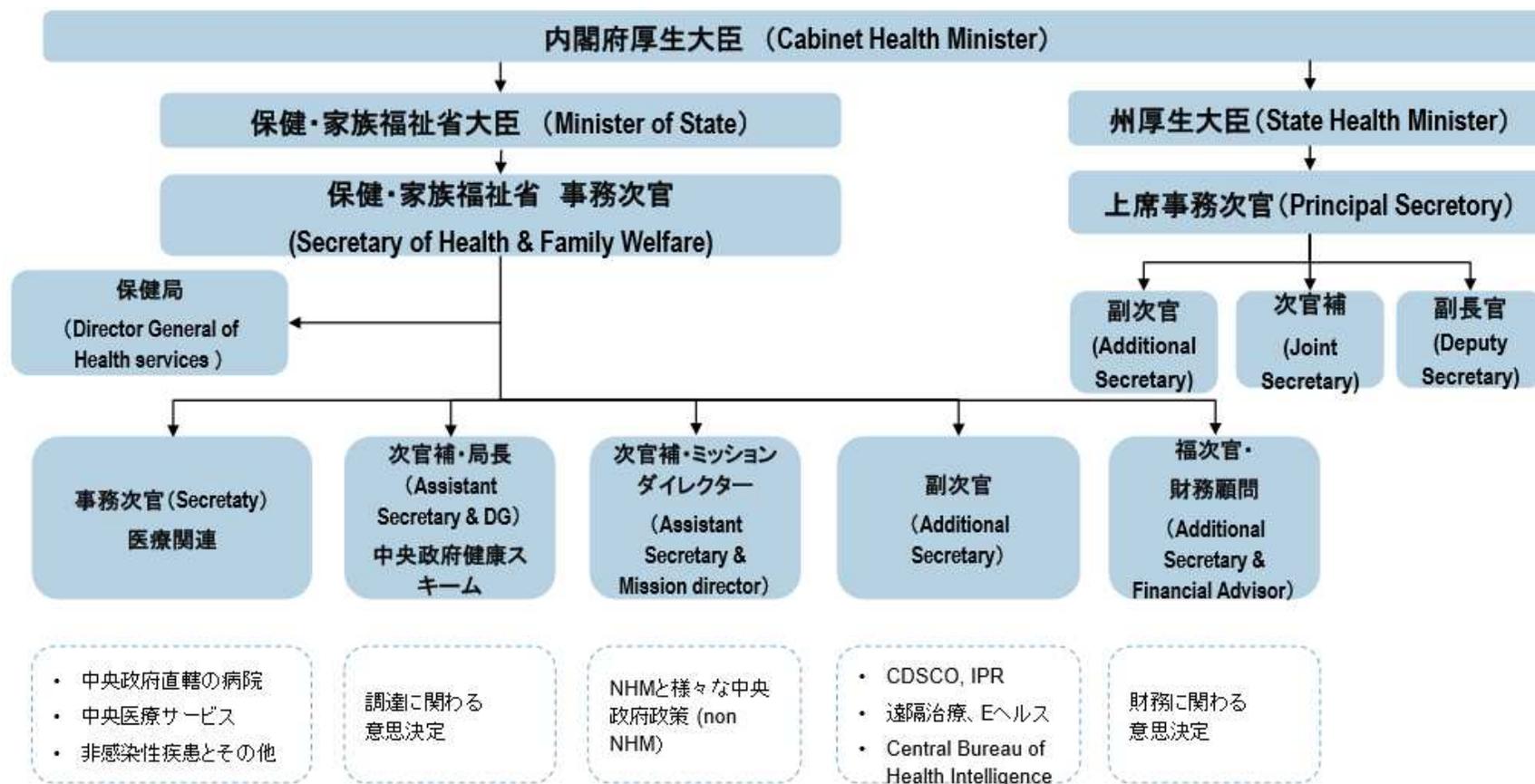
---

- 1) 2019年5月の選挙票田獲得に向けた（実行を伴わない）ただの宣伝（モディ率いるインド人民党BJPは地方・農村・低所得者層の票田が弱い）
- 2) 最大の懸念は財源をどこから捻出するのか問題。（中央政府・州政府ともに）加えて、中央政府のプライマリーバランスは恒常的に赤字である。
- 3) 貧困層を優先するため中間層が病院から締め出される可能性。また、下位中間層の自己負担割合が相対的に大きくなる逆転現象が生じる。
- 4) 現場目線での課題が山積（例えば、持ち出し発生懸念から私立病院・郊外/地方の小規模病院が不参加、医師・医療従事者の負担が増す一方効率化に向けたインフラ整備に遅れ）
- 5) 新たな不正・賄賂等の温床になる可能性

# 保健・家族福祉省

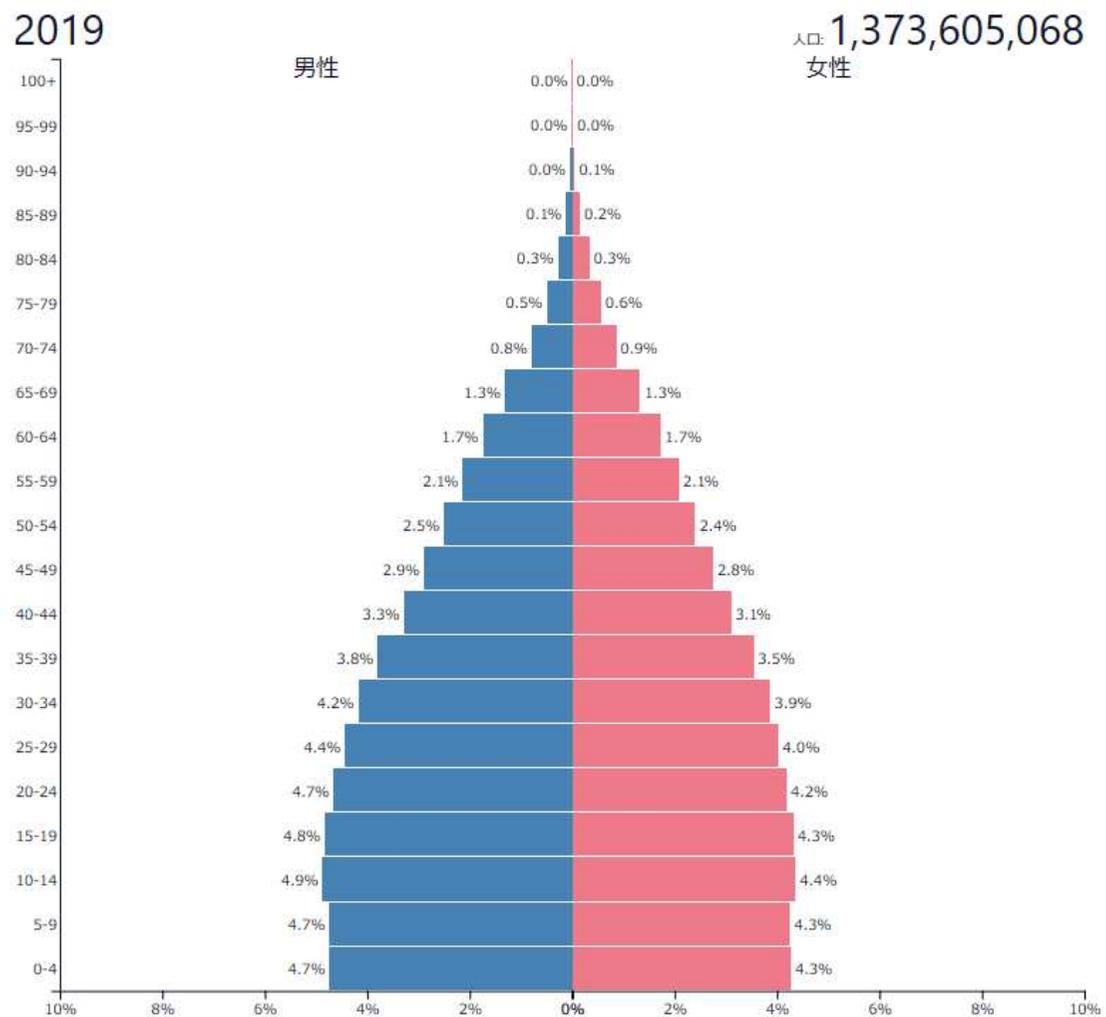


# 保健・家族福祉省と州政府



インドの場合、連邦政府の判断と州政府の判断は別々。  
この辺りもアメリカに似ている。

# 資料：インドの人口ピラミッド



## インド医療制度の特徴

---

# インドの 医療提供体制

# インドの医療提供体制について

インドの医療制度の最大の特徴は、憲法で全ての国民に医療を保証し、**公的医療機関では無料で受診することができる点**です。（ただし、医薬品や検査は有料）。

つまり、全ての人々が公的医療機関で診療を受けることができれば、自己負担はほとんどなくなるはずですが、実際は公的医療機関の供給が限られており、医師や設備も不足しているため、不衛生な環境下で長時間の診察待ちを強いられることになっています。

従って、有料でも設備が整っており、アクセスの良い民間医療機関を選択する国民は多く、それが家庭内の医療支出を増大させており、インドの貧困層の問題の一つとなっています。

この辺りは、中国とよく事情が似ています。

都市部と農村部では、医療供給体制に差がある事も問題の一つです。今後、経済成長とともに、中間層が増える事が予測される中で、民間保険が大きな影響力を持つようになりそうです。

# インドの主要な死亡要因

感染症  
伝染病  
栄養不全  
周産期死亡

減少傾向

生活習慣病  
悪性腫瘍  
循環器疾患  
交通事故

増加傾向



農村部は依然として多い



都市部はこっちに移行

HIV感染者も約200万人と少なくなく、政府としても対策をしている。

悪性腫瘍の罹患患者は114万人。こちらも増加傾向にある。

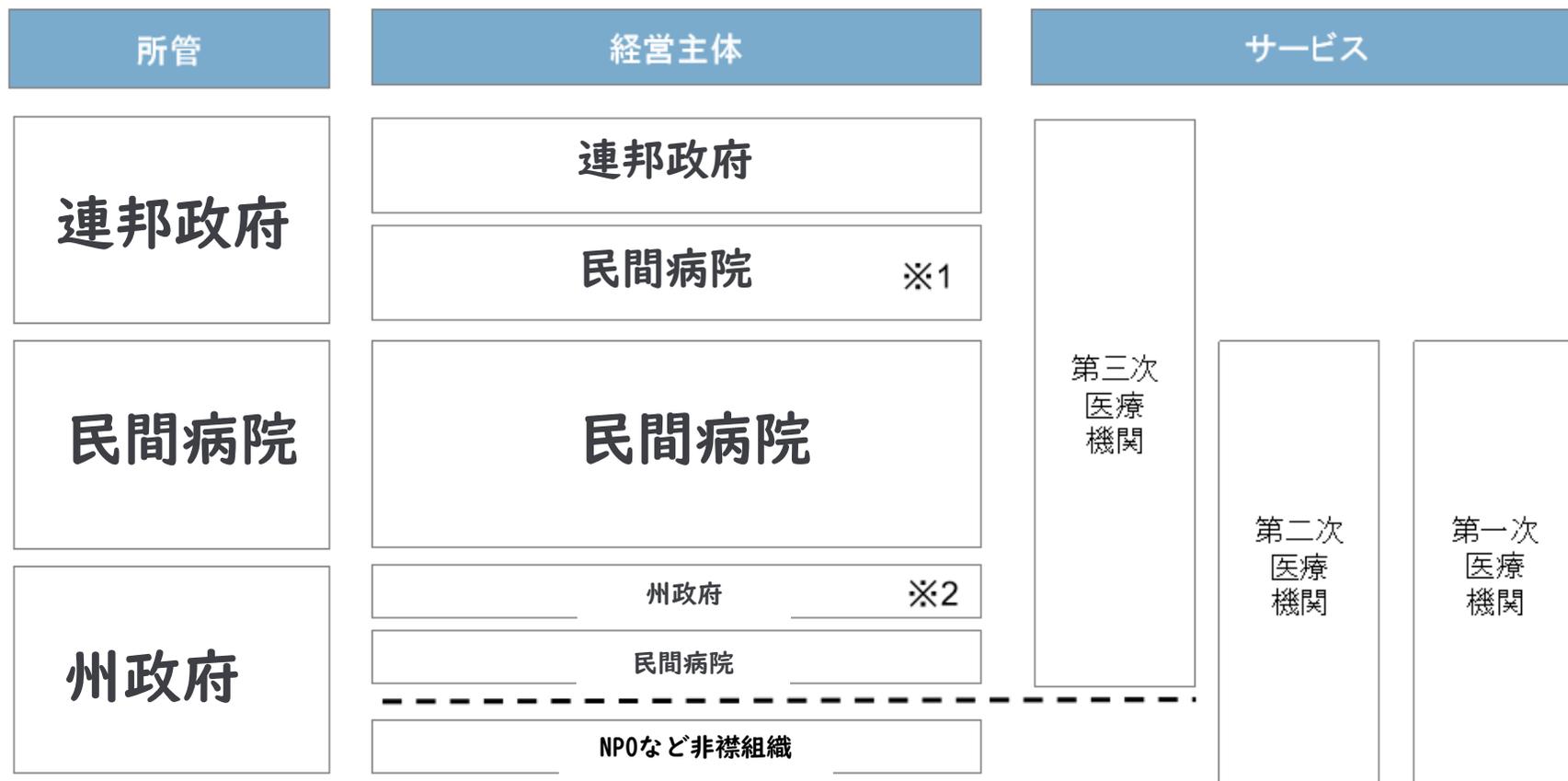
# 死因割合の推移

インドにおける主な死因割合の推移

	2000年	2005年	2010年	2015年
1位	伝染病、寄生虫病 (21.6%)	心血管疾患 (21.0%)	心血管疾患 (23.9%)	心血管疾患 (25.9%)
2位	心血管疾患 (18.8%)	伝染病、寄生虫病 (20.2%)	伝染病、寄生虫病 (16.6%)	伝染病、寄生虫病 (13.8%)
3位	周産期死亡 (11.5%)	周産期死亡 (9.7%)	呼吸器疾患 (10.0%)	呼吸器疾患 (10.9%)
4位	呼吸器疾患 (10.0%)	呼吸器疾患 (9.6%)	周産期死亡 (8.0%)	過失事故 (8.3%)
5位	呼吸器感染症 (8.8%)	呼吸器感染症 (8.2%)	過失事故 (8.0%)	悪性新生物 (8.1%)
6位	過失事故 (7.5%)	過失事故 (7.7%)	呼吸器感染症 (7.4%)	呼吸器感染症 (6.8%)
7位	悪性新生物 (5.7%)	悪性新生物 (6.5%)	悪性新生物 (7.3%)	周産期死亡 (6.3%)
8位	消化器疾患 (3.9%)	消化器疾患 (4.3%)	消化器疾患 (4.9%)	消化器疾患 (5.3%)
9位	故意の事故 (2.7%)	故意の事故 (2.7%)	故意の事故 (2.8%)	糖尿病 (3.1%)
10位	泌尿器、生殖器疾患 (2.1%)	泌尿器、生殖器疾患 (2.4%)	泌尿器、生殖器疾患 (2.8%)	泌尿器、生殖器疾患 (3.1%)

(注) 網掛けは死因の大枠の分類を表す。黄色が「伝染病、周産期など」、赤色が「非伝染病」、灰色が「外傷」を示している。  
(資料) WHO

# 3つの病院経営と三段階の医療機関



# 1 ~ 3 次までの医療機関

カテゴリー	医療機関	所在地
第一次医療 (農村対象)	Sub centers	村 - 人口3千人から5千人につき1sub centre
	↓	
	Primary Health Centers (PHC)	村、町 - 人口2万人から3万人につき1PHC
第二次医療	↓	
	Community Health Centers (CHC)	村、町、都市 - 人口8万人から12万人につき1 CHC
第三次医療	↓	
	District & Sub divisional Hospitals	各地区に最低1病院
	↓	
第三次医療	州立医科大学病院	州内の大都市
	中央政府管轄の第三次医療病院	中枢都市

# インドの医療体制の概要

---

インドの医療は様々である。

病院は三種類。

富裕層向け私立病院。

中間層向け私立病院。

貧困層向け公立病院。

特に富裕層向け私立病院に関しては、欧米に比べて10分の1から5分の1程度の医療費で治療を受ける事が出来る為、メディカルツーリズムが非常に活発であり、様々な言語を習得したコンシェルジュが常勤している。

インドとしても国策としてこうした医療を重点産業の一つとして位置づけ奨励したことも、医療技術とサービスの向上につながっている。

公的医療機関では私立病院と違い、薬剤費を除いた診療費が無料である。

そのため常に混雑しており、病院の庭などで泊まり入院できるのを待つ患者も少なくない。実は勤務している医者にもイギリスやアメリカで研修を受けた医師が少なからずおり高度な医療も提供できるようだが、どちらかといえばインドの医療のセーフティーネットを担う役割が大きいとされる。

ちなみに、国民の公立病院の信頼は非常に低い。

# インドの医療提供体制（公的）

三次

マルチ・サブスペシャリティ・ホスピタル

主要都市

二次

ディストリクト・ホスピタル

県に1つくらい

二次

サブディストリクト・ホスピタル

上記の小規模版

一次

コミュニティ・ヘルス・センター

群に1つ

一次

プライマリー・ヘルス・センター

町くらい

一次

サブ・センター

農村部

# 基本的な医療提供体制

日本と同じく、インドの医療提供体制も一次～三次に分かれています。  
特徴は一次医療が3つに分かれている部分です。

- ◇サブ・センター  × 6 施設
- ◇プライマリー・センター・センター  × 4 施設
- ◇コミュニティ・ヘルス・センター 
- ◇ディトリクトホスピタル  × 3 施設

上記に加えて、農村部に関しては、移動医療ユニットと呼ばれる、大型医療車両があり定期的に農村部を巡回している、とのこと。  
提供体制こそ日本と同じですが、その役割やありかたが大きく異なるのが特徴です。

# インドの一次医療：サブセンター

施設数：152, 326施設

カバー人口：3,000～5,000名

平均カバー：5,473名

タイプA：女性保健医療従事者（補助看護助産婦）1名  
男性保健医療従事者1名

タイプB：女性保健医療従事者（補助看護助産婦）2名  
男性保健医療従事者1名

女性保健訪問員 1名／6ユニット

出産件数が20件／月の施設は公衆衛生員を配置

任意でボランティアワーカー1名

I P H Sの推奨

タイプA：+補助看護助産婦1名

タイプB：+看護師、または補助看護助産婦1名

役割：

母子保健、出産、予防接種、家族福祉、下痢症などの感染症管理  
栄養指導、生活習慣病指導、最小限の薬剤提供など。

出産対応ができないと「タイプA」

# インドの一次医療：プライマリーヘルスセンター

---

施設数：25,020施設

カバー人口：2~30,000名

平均カバー：33,323名

タイプA：医務官1名、薬剤師1名、看護師3名

そのほかパラメディカル8名

タイプB：医務官1名、薬剤師1名、看護師4名

そのほかパラメディカル8名

IPHSの推奨

タイプA：+各職種1名、パラメディカル2名

タイプB：上記に加え、医務官のうち1人は女性が望ましい、+清掃員2名

役割：

SCs 6施設からの紹介を受ける。

予防、治療、メンタルヘルス教育と啓発、家族の健康予防などの医療サービスを提供（4~6床）

SCsで取り扱う薬剤に加え、救急医療や伝統的医療薬品を提供。

24時間体制。（大きい施設は救急医療にも対応）

## インドの一次医療：コミュニティヘルスセンター

---

施設数：5, 363施設

カバー人口：8~120,000名

平均カバー：155,463名

人員配置：管理医師1名、外科、内科、産科、小児科の専門医、麻酔科医、公衆衛生医、歯科医師、伝統医療医務官が各1名。

医務官2名、薬剤師、伝統医薬薬剤師が各1名。公衆衛生看護師1名。

看護師10名、ラボワーカー2名、そのほかパラメディカル20名。

I P H S の推奨

薬剤師、公衆衛生看護師、リハビリ士、栄養士を+1名。運転士+3名。

役割：

PCs 4施設から紹介を受ける。

郡レベルでの健康管理組織として、内科、外科、産婦人科、小児科の専門医療に加え、歯科や伝統医療を提供（30床）

CHCは5施設に1施設は必ず眼科医療を提供。

より上位の医療機関に対するゲートキーパー機能を有する。

# インドの二次医療：サブディレクトリトホスピタル

---

施設数：約1, 200施設

カバー人口：50～60万人

平均カバー：？

人員配置：

カテゴリー1：管理医師1名、各専門医9名、医務官7名（うち3名は女性）、歯科医、伝統医療医務官、公衆衛生専門医を各1名。薬剤師3名。

看護師18名、ラボワーカー4名、そのほかパラメディカル20名

カテゴリー2：上記に加え、専門医+1名、医務官+2名（女性は4名）

+病理医1名、薬剤師+1名、看護師+12名、ラボワーカー+1名

+会計士5名、+女性カウンセラー1名、そのほかパラメディカル+8名

IPHSの推奨

カテゴリー1：皮膚科or性病科医、薬物治療専門医、産婦人科医、栄養士が+各1名、看護師が+2名。

カテゴリー2：栄養士、男性カウンセラー1名

# インドの二次医療：サブディレクトリトホスピタル

---

二次医療レベルの総合的な医療サービスの提供。

妊産婦、新生児医療、家族計画、理学療法、リハビリ、高齢者医療、事故や心的外傷のケアを行う施設。

特に妊産婦および新生児の救急医療としての機能は重要で、分娩後や中絶、予防接種ができることが望ましい。

カテゴリー1：31～50床

カテゴリー2：51～100床

# インドの二次医療：ディレクトリトホスピタル

---

施設数：605施設（目標は640施設）

カバー人口：各ディレクトリトに1施設

平均カバー：

人員配置：

グレード1：管理医師を含む医務官29名、看護師45名、パラメディカル31名、その他12名

グレード2：医師34、看護90、パラ42、その他15

グレード3：医師50、看護135、パラ66、その他21

グレード4：医師58、看護180、パラ81、その他26

グレード5：医師68、看護225、パラ100、その他29

IPHSの推奨

それぞれの郡で必要な人員を追加する。

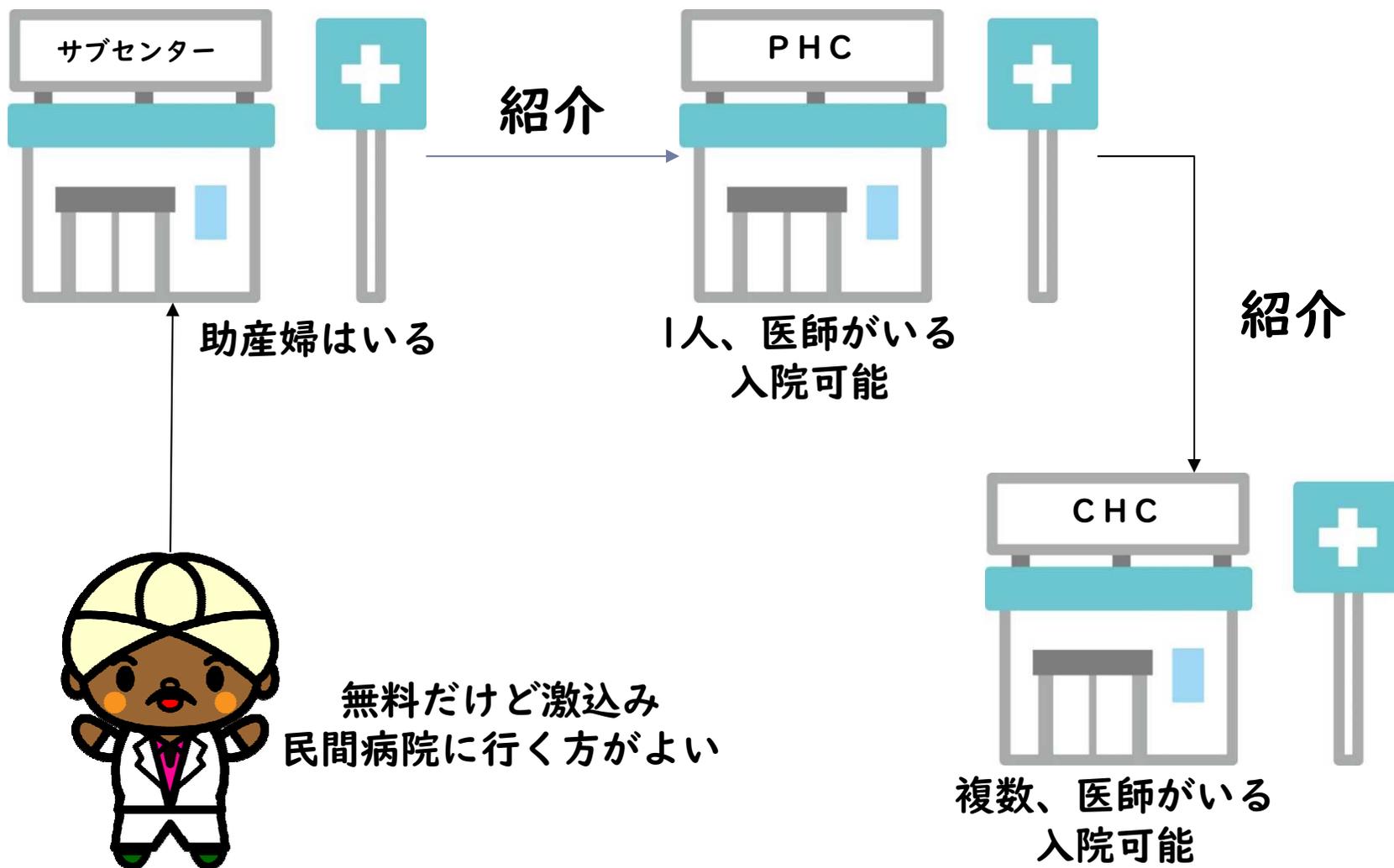
# インドの二次医療：ディレクトリトホスピタル

---

二次医療レベルの総合的な専門医療、手術および紹介サービスに加え、慈善団体や民間医療組織とのインターフェース構築を担う。  
下位医療機関のサポート及び教育。

グレード1：500床～  
グレード2：601床～  
グレード3：701床～  
グレード4：801床～  
グレード5：901～1000床

# インドのプライマリーケア



# インドのプライマリーケア施設

	サブセンター				プライマリーヘルスセンター				コミュニティーヘルスセンター			
	必要数	実数	不足数	不足率	必要数	実数	不足数	不足率	必要数	実数	不足数	不足率
<b>インド共和国</b>	<b>179,240</b>	<b>152,326</b>	<b>30,346</b>	<b>20.3</b>	<b>29,337</b>	<b>25,020</b>	<b>6,700</b>	<b>22.8</b>	<b>7,322</b>	<b>5,363</b>	<b>2,350</b>	<b>32.1</b>
アンドラ・プラデーシュ州	11,969	12,522	-	-	1,965	1,709	256	13.0	491	292	199	40.5
アルナーチャル・プラデーシュ州	318	286	32	10.1	48	117	-	-	12	52	-	-
アッサム州	5,850	4,621	1,229	21.0	954	1,014	-	-	238	151	87	36.6
ビハール州	18,637	9,729	8,908	47.8	3,099	1,883	1,216	39.2	774	70	704	91.0
チャットティースガル州	4,885	5,161	-	-	774	783	-	-	193	157	36	18.7
ゴア州	122	207	-	-	19	21	-	-	4	4	0	0.0
ウジャラート州	8,008	7,274	734	9.2	1,290	1,158	132	10.2	322	300	22	6.8
ハリヤーナ州	3,301	2,542	759	23.0	550	454	96	17.5	137	109	28	20.4
ヒマチャル・プラデーシュ州	1,285	2,068	-	-	212	489	-	-	53	78	-	-
ジャンム・カシミール州	2,009	2,265	-	-	327	637	-	-	81	84	-	-
ジャールカンド州	6,060	3,958	2,102	34.7	966	330	636	65.8	241	188	53	22.0
カルナータカ州	7,951	9,264	-	-	1,306	2,233	-	-	326	193	133	40.8
ケララ州	3,551	4,575	-	-	589	829	-	-	147	224	-	-
マディヤ・プラデーシュ州	12,415	8,764	3,651	29.4	1,989	1,157	832	41.8	497	334	163	32.8
マハラシュトラ州	13,512	10,580	2,932	21.7	2,201	1,811	390	17.7	550	360	190	34.5
マニプル州	509	421	88	17.3	80	85	-	-	20	17	3	15.0
メーガーラヤ州	759	422	337	44.4	114	108	6	5.3	28	27	1	3.6
ミゾラム州	172	370	-	-	25	57	-	-	6	9	-	-
ナガランド州	455	396	59	13.0	68	126	-	-	17	21	-	-
オリッサ州	8,193	6,688	1,505	18.4	1,315	1,305	10	0.8	328	377	-	-
パンジャブ州	3,468	2,951	517	14.9	578	427	151	26.1	144	150	-	-
ラージャスターン州	11,459	14,407	-	-	1,861	2,082	-	-	485	567	-	-
シッキム州	113	147	-	-	18	24	-	-	4	2	2	50.0
タミル・ナードゥ州	7,533	8,706	-	-	1,251	1,369	-	-	312	385	-	-
トリプラ州	691	972	-	-	109	84	25	22.9	27	18	9	33.3
ウッタール・プラデーシュ州	1,442	1,847	-	-	238	257	-	-	59	59	0	0.0
ウッタラANCHAL州	31,200	20,521	10,679	34.2	5,194	3,497	1,697	32.7	1,298	773	525	40.4
西ベンガル州	13,083	10,356	2,727	20.8	2,153	909	1,244	57.8	538	347	191	35.5
<b>連邦直轄地</b>												
アンダマン・ニコバル諸島	50	119	-	-	8	22	-	-	2	4	-	-
チャンディーガル	5	16	-	-	0	0	-	-	0	2	-	-
ダールダー及びナガル・ハーヴェリー	56	51	5	8.9	8	7	1	12.5	2	1	1	50.0
ダマン・ディウ	13	26	-	-	2	3	-	-	0	2	-	-
デリー首都圏	83	27	56	67.5	13	5	8	61.5	3	0	3	100.0
ラクシャディープ	4	14	-	-	0	4	-	-	0	3	-	-
ポンディシェリ	79	53	26	32.9	13	24	-	-	3	3	0	0.0

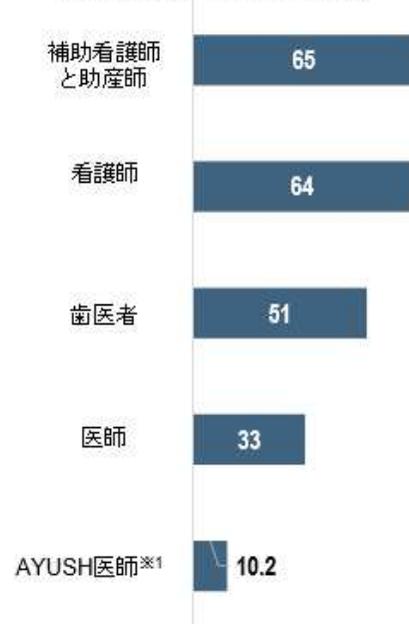
# インドの医療従事者数（プライマリーケア）

	PHCにおける医師数			CHCにおける専門医数 (外科、内科、産婦人科、小児科)		
	必要数	実数	不足率	必要数	実数	不足率
<b>インド共和国</b>	<b>25,020</b>	<b>27,355</b>	<b>11.6</b>	<b>21,452</b>	<b>4,091</b>	<b>81.0</b>
アンドラ・プラデシュ州	1,709	3,118	-	1,168	275	76.5
アルナーチャル・プラデーシュ州	117	92	21.4	208	1	99.5
アッサム州	1,014	1,355	-	604	121	80.0
ビハール州	1,883	2,521	-	280	69	75.4
チャットティースガル州	783	383	51.1	628	80	87.3
ゴア州	21	56	-	16	5	68.8
ウジャラート州	1,158	889	23.2	1,200	74	93.8
ハリヤナ州	454	395	13.0	436	29	93.3
ヒマチャル・プラデーシュ州	489	571	-	312	8	97.4
ジャンム・カシミール州	637	1,224	-	336	176	47.6
ジャールカンド州	330	372	-	752	114	84.8
カルナータカ州	2,233	2,155	78	772	495	35.9
ケララ州	829	1,168	-	896	39	95.6
マディヤ・プラデーシュ州	1,157	999	158	1,336	263	80.3
マハラシュトラ州	1,811	2,506	-	1,440	462	67.9
マニプル州	85	199	-	68	3	95.6
メーガーラヤ州	108	114	-	108	3	97.2
ミゾラム州	57	49	8	36	0	100.0
ナガランド州	126	126	0	84	5	94.0
オリッサ州	1,305	973	332	1,508	346	77.1
パンジャブ州	427	441	-	600	202	66.3
ラージャスターン州	2,082	2,111	-	2,268	651	71.3
シッキム州	24	38	-	8	0	100.0
タミル・ナードゥ州	1,369	2,139	-	1,540	0	100.0
トリプラ州	84	160	-	72	0	100.0
ウッタール・プラデーシュ州	257	160	97	236	49	79.2
ウッタラANCHAL州	3,497	2,209	1,288	3,092	484	84.3
西ベンガル州	909	711	198	1,388	115	91.7
<b>連邦直轄地</b>						
アンドマン・ニコバル諸島	22	42	-	16	0	100.0
チャンディガール	0	0	-	8	18	-
ダールダー及びナガル・ハーベリー	7	7	0	4	0	100.0
ダマン・ディウ	3	5	-	8	1	87.5
デリー首都圏	5	20	-	0	0	-
ラクシャティープ	4	9	-	12	0	100.0
ポンドイチェリ	24	38	-	12	3	75.0

出所： Rural Health Statistics 2013-2014, Statistics Division, Ministry of Health & Family Welfare より作成

## インドにおける基礎医療提供環境の不足※

### 人的資源の不足率(%)



※1: AYUSHとは、下記5つの自然医学の略語で、インドでは医療として政府からも認可を受けAYUSHYU局の基、実践されている。

A: Ayurveda アーユルヴェーダ

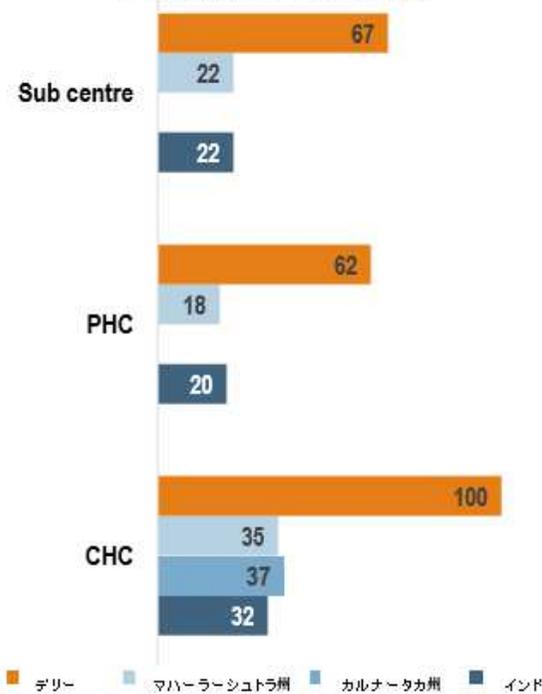
Y: Yoga & Naturopathy ヨガとナチュロパシー

U: Unani ユナニ医学

S: Siddha シッドダ医学

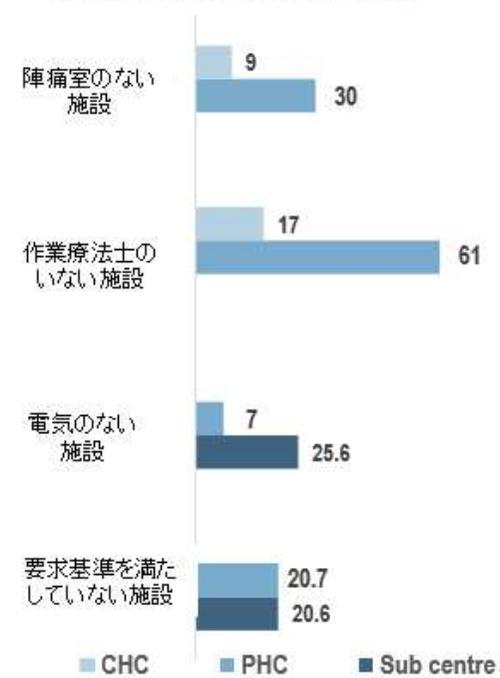
H: Homeopathy ホメオパシー

### 医療機関の不足率(%)



カルナータカ州ではPHC・Sub centreレベルでの不足はない

### 設備不足のある施設数(%)



Sub Centres では、作業療法士や陣痛室を提供していない。

# インドの病院紹介

# インドの病院グループ

S. No	病院名	所在地(市と町)	総合/専門
1	Apollo Hospitals	アフマダバード、バンガロール、チェンナイ、デリー(NCR)、ハイデラバード、コルカタ、ムンバイ	総合
2	Fortis Healthcare	デリー(NCR)、アムリトサル、コルカタ、ムンバイ、モハリ、	
3	Glocal Hospitals	コルカタ、ダブラージプール、カーグラム、ソナムキ、バーハ ンポール	
4	Sterling Hospitals.	アフマダバード、ヴァドーダラー、ラージコート、ガンジードム	
5	Manipal Hospitals	バンガロール、ヴィンチャーカパトナム、ヴィンジャヤワータ、ゴ ア、マンガロール、セイラム	
6	Columbia Asia Hospital	バンガロール、マイソール、コルカタ、マハーラーシュトラ、ア フマダバード、ガーズィヤーバード、グルガオン、デリー (NCR)、パティヤール	
7	Global Hospital	ハイデラバード、バンガロール、チェンナイ、ムンバイ	
8	Narayana Health	バンガロール、コルカタ、アフマダバード、ジャイプル、グワー ハーティ、マイソール、ジャムシェードプル	眼科
9	Dr. Agarwal Eye Hospital	チェンナイ、バンガロール、ハイデラバード、ヴィンチャーカパト ナム、ジャイプル、コルカタ、ポートブレア、オリッサ州	
10	Vasan Healthcare	チェンナイ、様々な都市にある170を超える眼科病院	

買収  
IHHヘルスケア

総合

眼科

# アポロホスピタルグループ

チェンマイに本拠地を置く、インド最大の病院グループ。

7,000名以上の医師が在籍している。

70にのぼる病院に延べ1万床のベッドを擁し、3,600の薬局、172のクリニック（検査・初期医療に対応）を傘下に収める医療グループ。インド以外にも、世界13カ国に148の遠隔医療施設も展開している。

またメディカルツーリズムにも積極的で、世界的にも知られている。

インドで治療を受ける最大の魅力は医療費の安さにある。たとえば、インドでの心臓バイパス手術の費用は、付き添い1人との個室での滞在費を含め、8,500ドル（約70万円）程度である。これが米国でなら約10万ドル以上になる。

平均するとインドでの医療費は米国の10～20%で済むと言われている。アポロ病院グループでは、150種ほどの典型的な疾患別に手術の難易度に応じた手術・入院費用を包括的に定めた料金表を事前に患者に提示しているが、平均すると5,000ドル内外、最高の移植手術でも30,000ドルとなっている。

医療の質の面では、医師の多くは米国での経験も積んでおり、米国に比べても遜色ないと言われている。そもそも、世界的に見てもインド人医師の水準は高く、外国で活躍するインド人医師の数は6万人に上っている。英国では外科医の40%がインド人医師で占められており、米国においても10%を超える外科医がインド出身者である。

# 医療の輪



# フォルティス・ヘルスケア

---

2018年、マレーシアのIHHヘルスケアに、フォルティス・ヘルスケアが買収され、インド医療界に衝撃が走りました。

フォルティス・ヘルスケアはインドで2番目に大きな民間病院チェーンです。37の病院、合計5,400床数以上の病院施設の経営権がIHHに移りました。

中間層が増加し経済成長に伴って拡大するインド国内の医療サービス需要を取り込むことを目的しているそうです。

IHHヘルスケアは、インド国内に買収前より、6つの病院と3つの医療センターで1,600床数を運営しており、43病院7000床以上の運営をすることになります。ほか、インド以外にも9か国で展開しマレーシア、シンガポール、中国、ブルネイ、アラブ首長国連邦、トルコ、ブルガリア、マケドニア、イラクの21病院ヘルスケアサービスを提供しています。

# フォルティス・ヘルスケアのサイトはいい

Here is a quick search for you to...

Find a Doctor    Find a Hospital    Find a Speciality    Search Q

**Unsure of the speciality?**

Highlight the concern area to be guided to the right speciality for you.

For other problem areas, [Click Here](#)

<https://www.fortishealthcare.com/>

# ナラヤナ・フルダヤラヤ心臓病院

ナラヤナ・フルダヤラヤは、サンスクリット語で神の慈愛に満ちた家を意味する。ナラヤナ・フルダヤラヤ心臓病院 (NarayanaHrudayalayaHeartHospital) はインドのシリコンバレーと呼ばれるカルナタカ州の州都バンガロールに位置し、建物、設備、医師、看護師、患者の手術・治療に至るまでの全てがユニークである。病院の待合室への入口には、円形状のチャペルがあり、四つの独立した四分円形に分かれている。インドには9つの宗教があり、その中でもバンガロール地域の患者の多くが信仰する主な4種類の宗教（ヒンズー教、イスラム教、キリスト教、シーク教）の祈りと瞑想の場所が病院内に設置されている。

ナラヤナ病院は2001年に創設された比較的新しい病院だが、心臓外科の世界のみならず、今はビジネスの世界にもその名前が轟いている。

ビジネスモデルは、ヘンリー・フォードが富裕層の贅沢品であった自家用車を大衆化させる際に考案したフォード・システムである。

具体的には、心臓手術の効率化とコスト削減に同様の発想を持ち込んだ。このモデルの導入によって、外科手術の中で最も難易度が高いとされる心臓手術をインドの一般的な病院の半額で多くの貧困層患者に対して提供している。

ナラヤナ病院では、高度な心臓手術の価格が、日本円にしてわずか14万円で提供されている。先進国では数百万から1千万円以上かかるとされている。

# ナラヤナ・フルダヤラヤ心臓病院

---

## ◆提供するもの

カルナ・フルダヤと呼ばれる仕組みを提供。この仕組みは、資金的に苦しい患者がOHS（開胸手術）1件あたり6万5000ルピー（US\$1400）を支払い、その残りをNH（ナラヤナ・フルダヤラヤ）が残りの費用を負担。

フルダヤラヤ・トラスト（病院内の慈善団体）が、一般基金か、個人や、組織から特別に寄付を仰ぎ、資金を用意する支援システム。

専門的スキルを反復させることにより、医療スタッフの専門的スキルが向上する。その結果、サービスの質を向上させ、大量の処理を可能にし、個々の患者に合ったケアを提供するという感覚を育てる。

遠隔治療施設の提供:シェティ博士の野望による心臓病治療の農村地域の貧困者への提供。九つの冠動脈治療部局（CCU）をインド全域に設置。

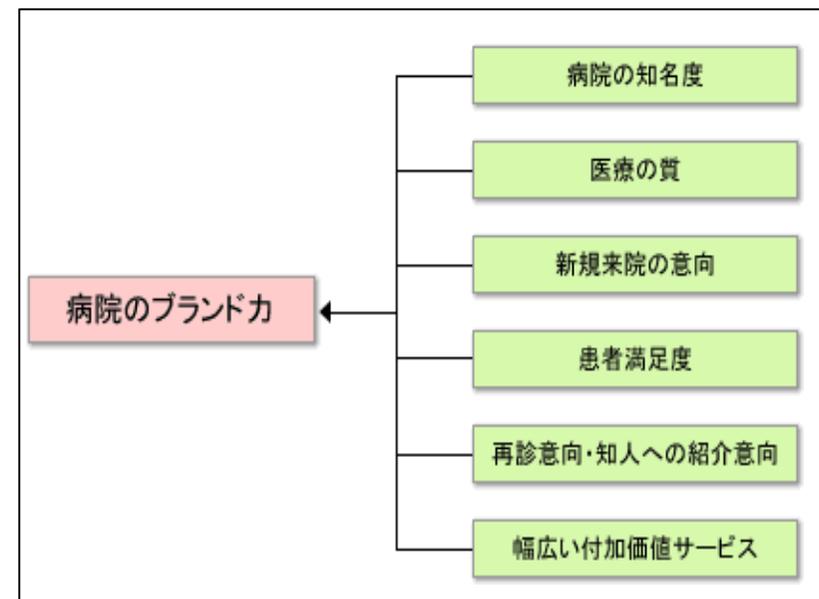
これらは、ナラヤナ・フルダヤラヤ（NH）カラビンドラナート・タゴール心臓科学研究所と連携。個々のCCUは、ベッド、薬剤、コンピューター、心電図（ECG）装置、ビデオ会議設備を完備しており、その設備を操作する訓練を受けた技術スタッフが配備されている。更にNHは、CCUで患者の診断を行い、処置を施す為の訓練を開業医に対しても実施。

# ナラヤナ・フルダヤラヤ心臓病院

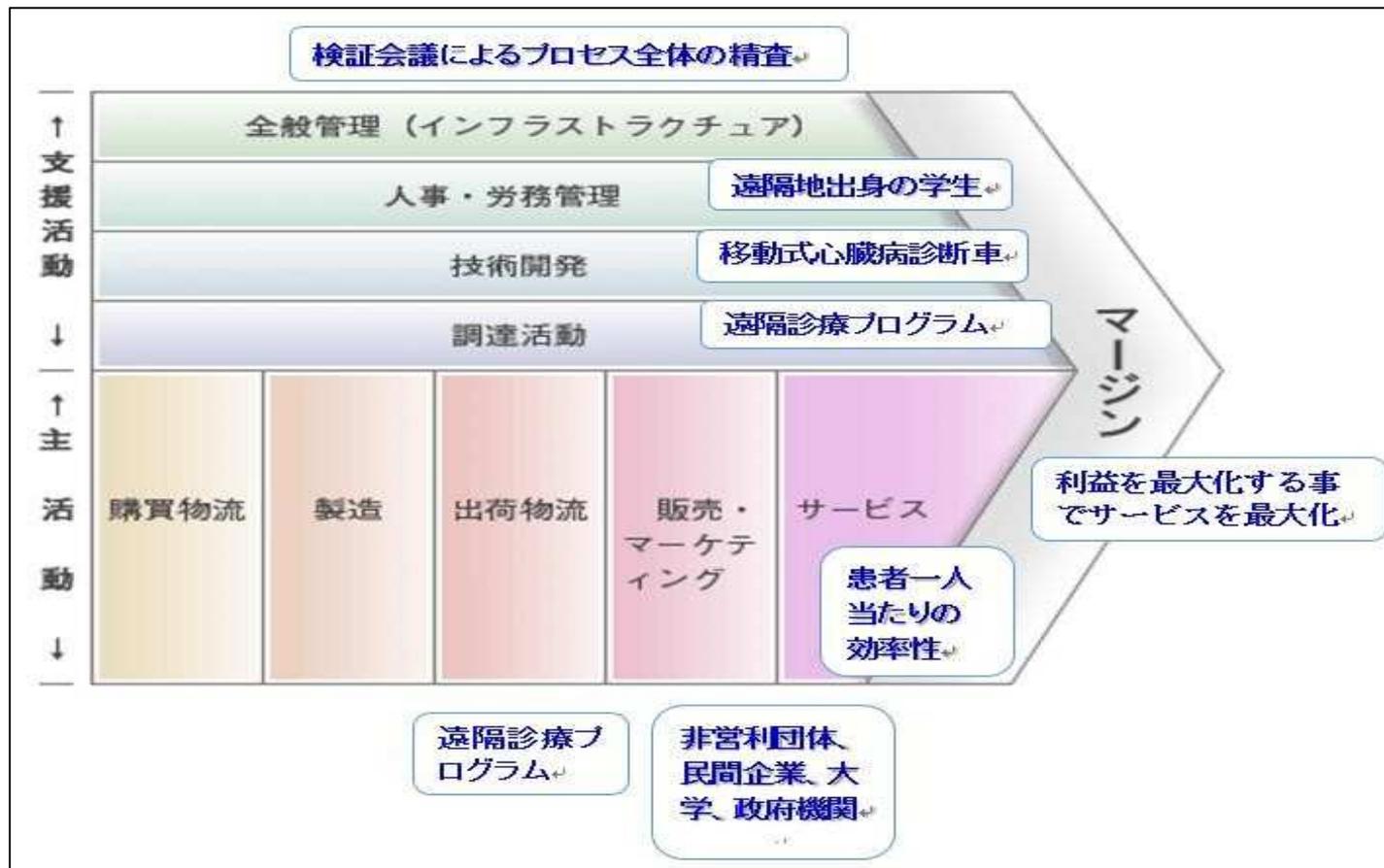
サービススキーム：NHとRTIは、心臓病の診断と治療の為の出張キャンプ（移動式心臓病診断車）を組織。毎週末、2台のバスがバンガロールやカルカッタの病院から800キロ以内にある農村地域にまで巡回する。

各バスは少なくとも3人の医師が同乗。可能な限りの最高の診断を現地で行う為に、心エコー装置、トレッドミル、除細動器、ECG機器、緊急蘇生に必要な設備、機器を動かす為の発動機が装備されている。

出張キャンプは、地方の団体（ライオンズ・クラブ、ロータリー・クラブ）によって組織。平均して各キャンプは、1日当たり400人を検診。病院や運営者への支払は、誰にも要求されない。



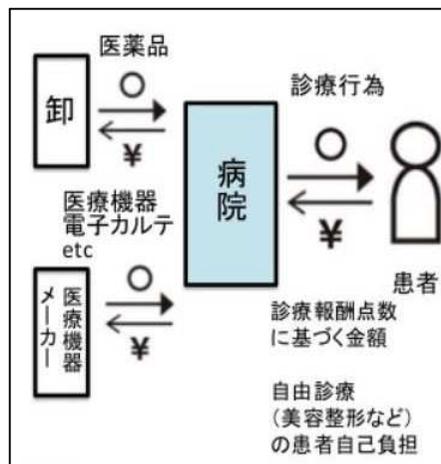
# ナラヤナ・フルダヤラヤ心臓病院



# ナラヤナ・フルダヤラヤ心臓病院

## 日本の一般的な病院のビジネススキーム

- ① 診療行為というサービスに対して、患者から対価を頂くビジネスである。
- ② 利益率は殆どない
- ③ 収入 = 「診療単価」 × 「患者数」
- ④ 診療単価を上げる為には、手術件数の増化、平均在院日数の短縮、救急医療の充実を図る必要がある。
- ⑤ 患者数を増やすには、紹介・逆紹介（患者の紹介元であった医療機関へ再び紹介すること）患者を増やすこと。
- ⑥ なので、患者満足度の向上が重要である。



# アラビンド眼科病院

AravindEyeHospitalはインドの南部に10の病院・診療所を持つ眼科専門病院です。2013年には、年間37万例もの手術を行い、診察人数は310万人にも上っており、年間の手術数は世界一です。

メインの5病院で平均一日1,700人を診察、200例の眼科手術をしている計算になります。

## 避けうる失明をなくす

これがAravindEyeCareHospitalの理念です。インドでは、2010年時点で、100万人当たり全く目が見えない人が8000人、弱視は55,000人、視力障害は63,000人となっており、これは他の途上国と比べても高い数値となっています。しかもその人たちの8割近くが、きちんとした治療（日本などで受けられるケア）によって避けることができる原因によるものだといわれています。

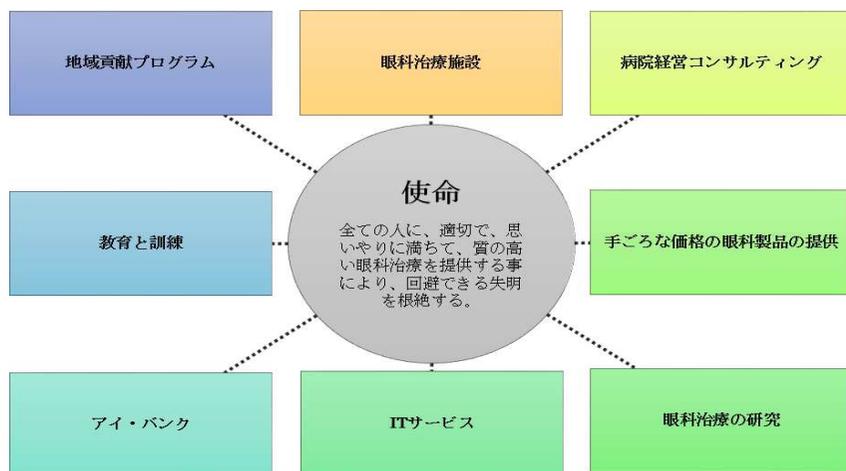
創設者の故[Dr. G. Venkataswamy](#)が立ち上げたのがAravindEyeHospitalです。医療サービスは、お金を払えば質の高いものを受けられます。裏を返すと、お金のない人たちはロクな医療サービスを受けることはできません。このような状態に対し、貧困層にまで質の高い医療を届けるのが、AravindEyeHospitalです。

。

# アラビンド眼科病院

AravindEyeHospitalの目指すのは、「マクドナルド式」の医療サービス。どこでも、すぐに、同じ質の医療が受けられるという意味です。そこで削ったのは、手術と手術の合間の無駄な時間と動き。手術は準備などを含め開始までに1時間ほどかかるといわれていますが、AravindEyeHospitalでは5分しかかかりません。

また、手術室には数個のベッドが並んでおり、医師は次から次へ流れ作業的に手術をしていきます。この徹底的な効率化が、一日200例の手術数を可能にしています。これだけで、院内感染やトラブルの可能性は先進国と変わらない程度に抑えられています。



# アラビンド眼科病院

---

## ◆AravindEyeHospitalの治療費

インドにおける眼科の手術費用（白内障）は、大体100ドルくらいといわれています（アメリカでは数千ドル-数十倍です）。

それでも、手術費用を完全に負担できた患者数は全体の47%で、残りは何と手術料ゼロです。そのうち、100ドルは払えないが、少しでも払える患者は、手術そのものは無料だが、人工レンズの購入費用として約10ドルだけを支払います。こうした患者は全体の26%に当たるようです。

残りの27%の人たちは、慈善団体や病院の負担により費用が賄われて、完全無料での手術になっています。こういう人々に対しては、週末に「フリーキャンプ」と呼ぶ診察イベントを実施し、無料で診察やメガネの作成を行っているとの事。

## ◆内製化によるコストカット

このようなシステムを可能にしているのが、「内製化」です。

AravindEyeHospitalでは、手術に使うメスなどの手術器具と、目薬や人工レンズなどの医薬品を内製化しています。内製化によって、人工レンズはアメリカ製の1枚60~150ドルするものから、2ドルにまで引き下げました。ほかの器具・薬品も、引き下げに成功しています。

# アラビンド眼科病院

---

## ◆基本方針

有料・無料・公的補助を支給されている患者にも、共通して大量、高品質、手ごろなコストでサービスを提供。加えて、有料も無料も区別せず、両方のサービスを同じ場所で提供。眼科手術のオペレーションを徹底的に追求することで、独自のビジネスモデルを構築。

具体的には、個々の患者の所得に応じて料金に差を設ける。また、優秀な医療従事者を揃えることで、個々の技術力を高め能力を最大限に高める。専門的スキルを反復させることにより、医療スタッフの専門的スキルが向上。その結果、サービスの質を向上させ、大量の処理を可能にし、個々の患者に合ったケアを提供するという感覚を育てる。

サービススキーム：バスを改装した移動検診車が都市周辺地域や農村部を巡回し、眼科治療を行う。また、検査データは衛星通信を使いアラヴィンドの分析センターに送られたのち、専門医らにより糖尿病性網膜炎および他の眼病を確認した上で治療方法が決定される。

# アラビンド眼科病院

---

## ■ 人材

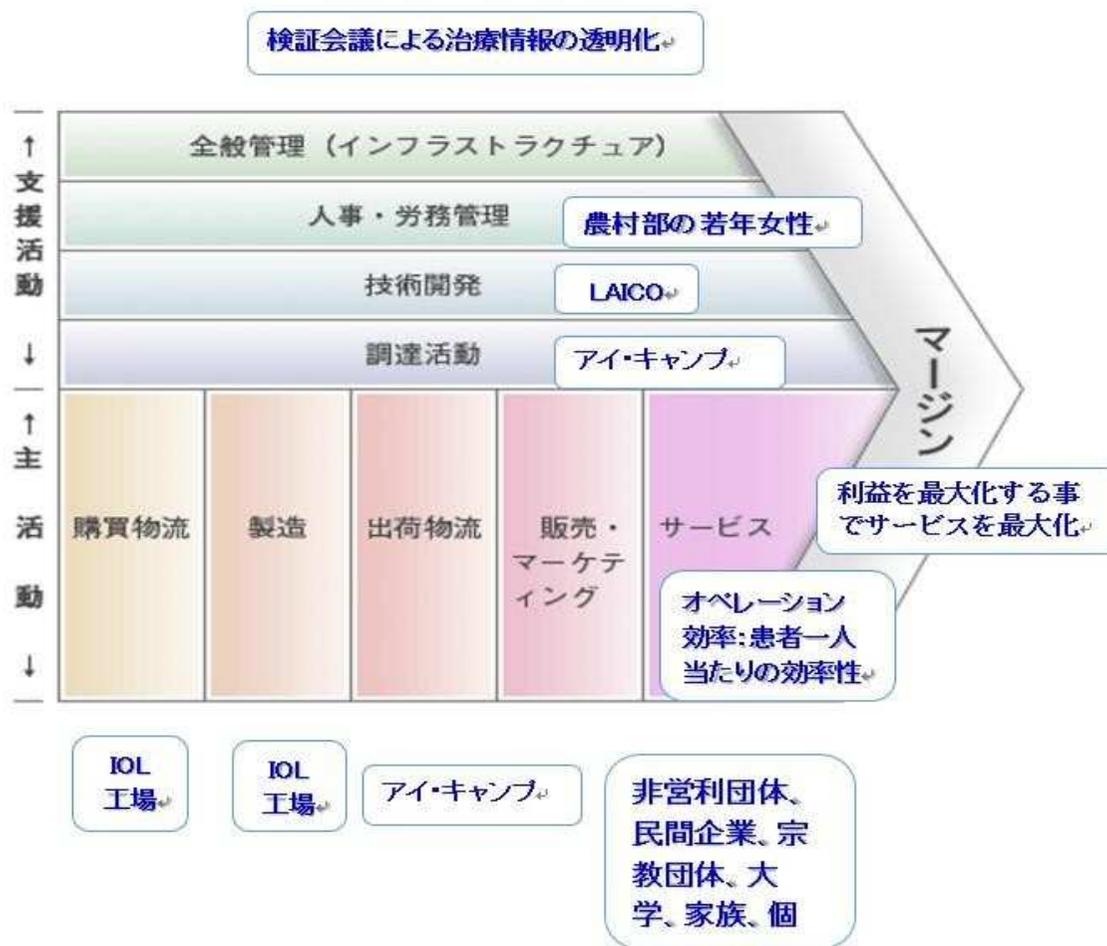
眼科医、視力検査士、医療補助員、衛星通信担当技術者。

特徴は「眼科ケア技術者」：個々の医師につき、手術室で医師の訓練を必要としない無数の仕事を行う、アラビンドによって勧誘された若い女性スタッフ。  
☆医師はインドの全国平均の約5倍のパフォーマンスを誇る。

## ◆地域プログラム

アラビンドは地域貢献プログラムを改良。キャンプで無料の検査を行うだけでなく、病院までの交通費を肩代わりして、手術はもちろん入院費、食費、術後の薬代、帰りの交通費、経過観察のための往診も、全て無料。  
当然ながら、病院の支出は増えたが、それ以上に重要なのは、キャンプのあとに手術を受ける人が、約5%から約80%に急増している。

# アラビンド眼科病院



# サクラ・ワールドホスピタル

i 概要		i 重点領域	
<b>地域</b>	バンガロール (カルナタカ州)	<b>病床数</b>	294
<b>株主</b>	セコム医療システム 豊田通商 JBIC	<b>人員</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医師 - 約100人</li> <li>■ その他 - 約900人</li> </ul>
<b>部門</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 心臓・循環器</li> <li>■ 脳疾患</li> <li>■ 消化器</li> <li>■ 整形外科</li> <li>■ 救命救急</li> <li>■ 産婦人科</li> <li>■ 泌尿器科 等</li> </ul>	<b>外来患者数</b>	~670人/日
<b>今後の拡大領域</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 消化器センター新設</li> <li>■ 腎移植、肝移植の開始</li> </ul>	<b>平均病床占有率</b>	70%
		<b>主要な医療機器企業</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Philips, Maquet, Medtronic, B Braun, Drager, GE, Boston Scientific, Beckton Dickson, Olympus, Nihon Khoden, Nipro, Terumo and Fuji Films</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 「Voice of Customers Programme」を通して、利用者のFBを毎日収集</li> <li>■ 看護婦やパラメディカルスタッフの訓練に注力</li> <li>■ メディアを通してブランド価値の向上</li> <li>■ 一般的な病気の治療は、競争力のある価格で実施</li> </ul>

# 総括

---

インドの医療制度はともかくとして、低コスト型病院は、非常に面白い。  
ナラヤナ・フルダヤラヤ心臓病院に、アラビンド眼科病院は、でもインドの医療制度があるからこそ、誕生したと言える。

そして、慈善事業ではなく、ビジネスとして成立させている点も評価したい。  
日本の医療機関は「高付加価値型」と呼ばれるビジネスモデルだが、成功しているとは言い難く、今後、人口減少などで経営がかなり厳しくなっていくと思われる。

そういう意味ではマーケティング等の観点で見ても、この2病院の取組は非常に参考になる。もうちょっと勉強したいものである。

モディケアも、こうした低コスト型病院を推進する取組といえる。

21世紀の真ん中くらいまでに、インドは中間層が増え、世界屈指の消費大国になる事が予測される中で、まだ粗い制度設計、準備不足とあっては、ビジネスチャンスしかないのが、インドの医療・ヘルスケアではないかと思います。  
今後は、民間保険も増えていきますが、それでもアメリカのようにならずに、独自の医療体系を構築するのではないかと思います。

# 参考文献

---

## 医療関連データの国際比較

－社会保障の給付と負担、医療費、医療提供体制－（日医総研ワーキングペーパー）

2016年インド保健・医療・介護・福祉視察研修（公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議）

介護保障システムと家族支援に関する総合的研究－日・独・英における国際比較の視点－（宮本恭子）

「インドの介護保障制度」『レファレンス』2016。（大森正博）

「インドの長期療養・介護制度改革」『健保連海外医療保障』No.107, 2015。（大森正博）

『インドから見える日本の明日』2016年。（大槻紀夫）

「医療保険制度改革と管理競争：インドの経験に学ぶ」『会計検査研究』No.36, 2007。（佐藤主光）

『認知症の人が安楽死する国』2012年。（後藤猛）

『海外の介護保障を学ぶ』2015。（成清美治）

『インド流ワーク・ライフ・バランス』2015。（中谷文美）

『反転する福祉国家』2013。（水島治朗）