

インドにおける高齢者の健康状態とケアシステム

西 川 由比子

1. はじめに

国連推計 (*World Population Prospects 2019*) によれば、2020 年におけるインド人口はおよそ 13 億 8000 万人であり、インドにおける高齢者の基準年齢である 60 歳以上人口⁽¹⁾ は総人口のおよそ 10% - 1 億 3000 万人に達している。さらに 2050 年までに 60 歳以上人口は人口のおよそ 19.7% - 3 億 2000 万人に増加すると予測されている (United Nations, <https://population.un.org/wpp/>)。インドが直面する人口高齢化の課題はその人口規模が大きく、高齢化の状況が地域および社会階層により多様なことである。

高齢化は人口転換過程に伴って進行する。人口転換過程における死亡率の変動過程は死因構造の変動も含めた疫学的転換として示されている。オムラン (Abdel R. Omran) による疫学的転換 (Epidemiological Transition) モデルは、その転換過程を伝染病と飢饉の時代、流行病減退期前期、流行病減退期後期および成人病と人為的疾患の時代の 4 段階に区分し、各死亡関連指標の変動、死因・疾病構造の変化をまとめている (Omran, 1971)。さらに、オムランの論文以降に生じた医学の進歩は、疫学的転換が一層進行することを示唆している。新しい局面においては、例えば成人病に関する有効な治療法の発見等を通して、中高年齢層における死亡率が低下し、死亡率に関して若年から老年への再配分が行われる。この段階では年齢別にみた死亡率は、そのピークがより高年齢層へシフトする傾向がみられる (Olshansky & Ault, 1986, pp. 360-361)。

世界銀行の『世界開発報告 1993』では、疫学的転換と人口転換の関連を 2 段階に分けて次のように述べている。第 1 段階においては伝染病による死亡率が低下し、一部はその結果として、出生率も同様に低下する。第 2 段階は疫学的転換すなわち疾病構造を含めた転換過程であるが、社会経済発展の進行の中で死因別に死亡率が順次低下し、その低下過程で出生率も低下する (世界銀行, 1993 年, p. 30)。すなわち疫学的転換過程を出生率と死亡率がともに低下する過程としてとらえている。この分類をオムランの疫学的段階にあてはめて再考すると、第 1 の段階は伝染病と飢饉の時代から流行病減退期に相当している。すなわち、この時期においては伝染病が死亡率の主要な決定要因であり、死亡率の変化が人口変動の決定において重要な役割を果たしている。

さらに流行病減退期においては、各年齢層における死亡率の総体的低下が進み、とくに感染症に関して影響を受けやすい乳幼児死亡率が改善されるプロセスとして、位置付けることができる。第2の段階は疫学的転換における成人病と人為的疾患の時代、すなわち感染症以外の病気に関するコントロールが進む局面である。換言すれば、疫学的転換における死亡率転換は、死亡指標に関する2つの変動局面としてとらえなおすことができる。第一は疾病構造の変動であり、基本的には感染症から成人病と人為的疾患の時代への移行を示している。第二は年齢別にみた死亡率改善のプロセスである。まず、伝染病と飢饉の時代ではすべての年齢層において高水準の死亡率がみられるが、自然環境要因に左右される疾病による死亡率の低下にしたがって、死亡率が安定的に推移する流行病減退期前期へと移行する。さらに流行病減退期後期に移行するにつれて、乳幼児死亡率が改善される。成人病と人為的疾患の時代以降は、医学が進歩することにより、高年齢層における死亡水準の低下が促進される。この段階においては、高年齢層における死亡は、総人口の死亡水準と連動するようになる。以上のように、疫学的転換の全過程を通してみると、年齢別の死亡構造の変化を伴うことは明らかである。したがって出生率低下と平均寿命の伸長により高齢人口比率は上昇し、高齢化は疫学的転換過程の進行とともに顕著となる。

インドにおける疫学的転換過程は死亡率指標からみると成人病と人為的疾患の時代への移行期にあると考えられる。しかしながら、疾病構造からみると依然として感染症の対策も必要とされており、これに加えて成人病疾患の発症増加という二重の疾病対策が必要とされている。本稿においては、インドにおける疫学的段階を検証し、高齢者の疾病を含めた健康状態および高齢者の健康を支援するシステムについて考察することとする。

2. 疾病構造の変化

インドにおける疾病構造を検討するに際してインドの死亡統計および死因統計に関する問題点を指摘しておく必要がある。第一の問題は届け出システムに関して、正確な死因を報告できる医療に関する有資格者が不足していること、第二は報告義務が徹底していないことである。こうした死亡に関するデータシステム上の問題は死因統計を不完全なものとしている。インドにおける住民登録制度（CRS: Civil Registration System）は19世紀半ばから実施されている。イギリス植民地であった1886年に人口動態統計の基礎となる出生、死亡および婚姻に関する登録法が公布され、インド全土で自発的な登録が行われた。独立後、1969年に人口動態統計整備のため、出生と死亡の登録法（the Registration of Births and Death Act）が制定された（https://www.censusindia.gov.in/vital_statistics/crs/crs_division.htm）。法律の制定により出生、死亡の登録が義務付けられ、法令は州政府単位で実施される運びとなった。法令による義務付けが行われているにもかかわらず、出生と死亡の届け出率は低く、これを補うため標本調査（SRS:

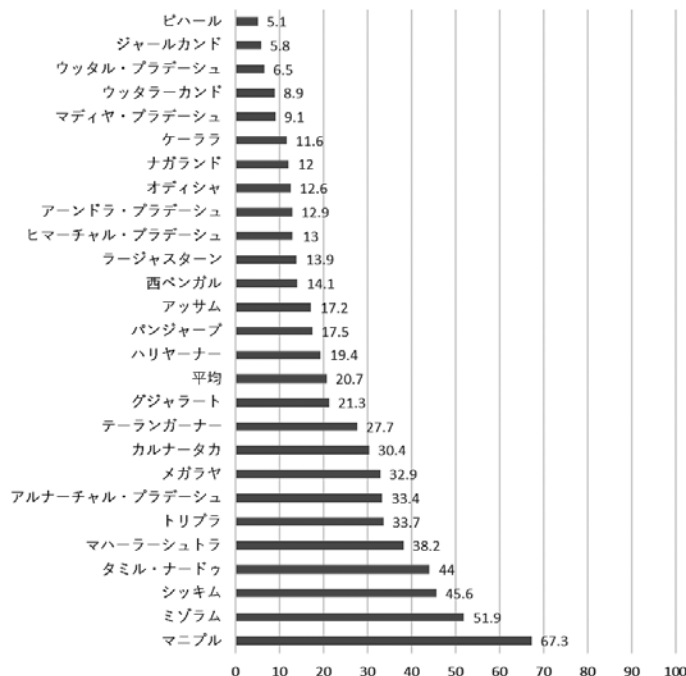


図1 主要州における死亡診断書付き死亡登録比率 (%), 2019年
資料: Govt. of India, 2019 (Report on Medical Certificate of Cause of Death)

Sample Registration System) による人口動態統計の整備が行われている。1969年に制定された出生・死亡登録法に基づいて死因に関する統計が提供されているが、死因証明を発行できる医療従事者の不足により、死亡診断書が添付された死亡登録の絶対数は増加しているものの、その比率は死亡数全体の20%前後で推移している (Govt. of India 2021, p. 15)。さらに申告状況には地域差がある。図1は主要州における死亡診断書付き死亡登録比率であるが、連邦直轄地も含めたインド全国の平均は20.7%、その分布はマニプル州67.3%からビハール州5.3%まで広範にわたっている。

統計データに問題を残しているが、各行政地域から報告された死亡診断書 (MCCD: Medical Certification of Cause of Death) は国際疾病分類 (ICD: International Classification of Diseases) にしたがって集計されている。死因統計は性・年齢別に集計されており、これによりインドにおける疾病構造をみることができる。表1は死亡登録を男女別、年齢別に示したものである。年齢別死亡届出率は45歳以上から上昇し、70歳以上の比率が最も高くなっている。老年期における死亡率が高いこともあるが、死亡診断書が医療機関医療従事者によって作成されることから、終末期医療に関して病院あるいは医療従事者による医療行為を受ける高齢者比率が高いと推察される。死亡診断書が添付された死亡届一すなわち医療従事者立会による死亡は圧倒的に男性の方が

表1 年齢別男女別死因証明書付き死亡届, 2019年

	年齢別死因証明書付死亡届比率 (%)			性比
	男	女	合計	
1歳未満	7.3	8.0	7.6	149.9
1-4	1.0	1.3	1.1	128.4
5-14	1.4	1.8	1.6	129.6
15-24	3.6	4.6	4.0	127.9
25-34	6.3	5.6	6.0	184.3
35-44	9.7	7.5	8.9	213.4
45-54	14.9	12.1	13.8	202.7
55-64	18.8	16.6	18.0	186.4
65-69	10.5	10.7	10.6	161.4
70歳以上	24.6	30.3	26.7	133.7
年齢不詳	1.7	1.4	1.6	200.3
合計	100.0	100.0	100.0	164.4

資料：Govt. of India, 2019 (*Report on Medical Certificate of Cause of Death*)

多い点が注目される。この特徴は、高年齢層に限らず、すべての年齢層に共通してみられる。

2000年から2019年に至る3時点のMCCD添付死亡届による疾病比率の変化は図2に示すとおりである。この20年間に増加した死因は循環器系疾患、呼吸器系疾患、新生物、内分泌・栄養・代謝疾患である。一方、低下した死因は感染症および寄生虫症、周産期に発生した病態である。周産期に発生した病態の罹患率低下は乳幼児死亡率の低下につながるものであり、平均寿命伸長への貢献が大きい。死因構造の変化から、死亡の比重は乳幼児からより高年齢の人口へ移行していることは明らかである。このような疾病構造の変化を疫学的転換過程に照応すると、インドにおけるステージは伝染病と飢饉の時代から流行病減退期にあることを示しており、新生物、内分泌・栄養・代謝疾患に含まれる成人病と人為的疾患の時代への移行がみられる。しかしながら、これらの疾病は混在しており、依然として感染症による死因比率は高い状態が続いている。さらに分類不能な死因比率が死亡届全体の10%以上のシェアを占めている。これらからインドにおける公衆衛生システムはその体制に深刻な課題を抱えており、患者への医療体制の拡充を含めて、感染症と成人病に対する同時並行的対応が必要とされている。

図3は2019年における55~64歳、65~69歳、70歳以上について死因の上位を占める5つの疾病に関する死因を特化係数により示したものである。図が示すように、高齢期の死因としては内分泌・栄養・代謝疾患および循環器系疾患による死因が高くなっており、特化係数は年齢階級が高くなるにつれて上昇している。内分泌、栄養および代謝疾患は腎不全、心臓病、脳卒中等の

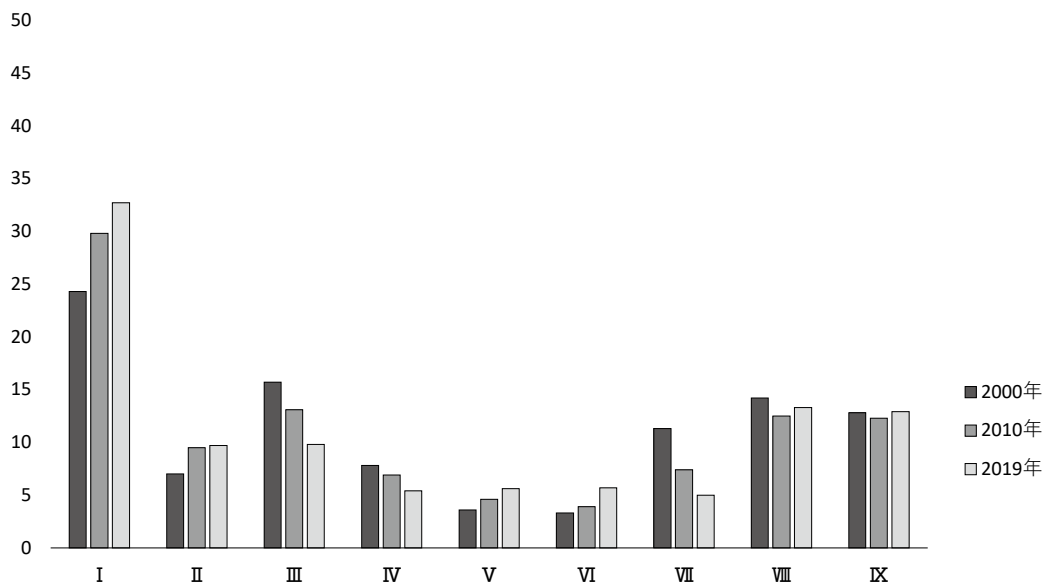


図2 主な死因比率の推移, 2000年, 2010年, 2019年

注: I. 循環器系疾患, II. 呼吸器系疾患, III. 感染症および寄生虫症, IV. 周産期に発生した病態, V. 新生物, VI. 内分泌・栄養・代謝疾患, VII. 損傷, 中毒およびその他の外因の影響, VIII. 症状, 徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの, IX. その他

資料: Govt. of India, 2019 (Report on Medical Certificate of Cause of Death)

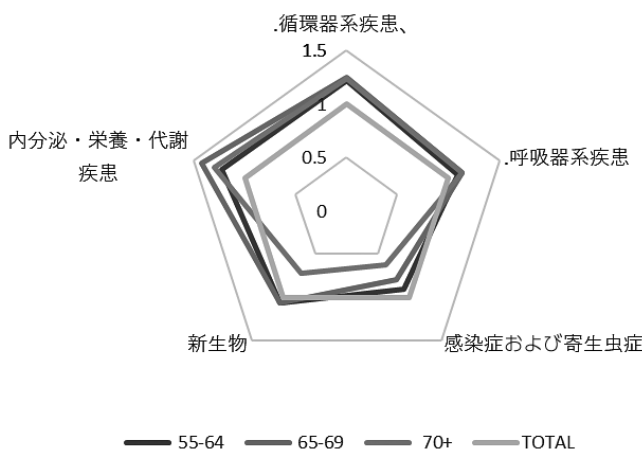


図3 高齢期における死因構造, 2019年

資料: Govt. of India, 2019 (Report on Medical Certificate of Cause of Death)

合併症を引き起こす疾病でもある。この疾病群に含まれる糖尿病による死亡は45歳以上に集中しており、このうち70歳以上の死亡比率は全体の36.3%と報告されている (Govt. of India, 2020, p. 33)。次いで高齢期に特徴的な死因は循環器系疾患であるが、この死因比率は図2に示したように最も高く、死因全体のおよそ3分の1を占めている。循環器系疾患は脳血管疾患およ

び高血圧性疾患を含んでおり、この原因群における年齢分布は、年齢に伴って上昇している。新生物に関する死因比率は全年齢では5.6%であるが、年齢階級としては中高年に集中している。最も高い年齢階級は55~64歳であり、この年齢における死因の24.3%を占めている。死亡の約89.6%が成人期以降に集中している (Govt. of India, 2020, p. 37)。

高齢者の疾病構造の変化はインドにおける疫学的段階が第2段階から第3段階である成人病と人為的疾患の時代への移行期にあることを示している。しかしながら、図1に示したように死亡診断書付きの死亡届の提出には地域差があり、地域における医療環境の差が統計にも表れている。罹患率の増加は非感染性疾患および感染性疾患による疾病を含んでいるが、罹患率に関しては死亡率が最も低いケーララ州では高く、死亡率の高いジャールカンド州では低いことが立証されている (Yadav & Arokiasamy, p. 2)。罹患率は医療インフラの整備状況および医療機関の利用率を反映している。換言すれば、州における医療体制が機能していることが、医療機関の利用につながり、罹患率の上昇がみられる死亡率の低下に貢献していると考えられる。

3. 高齢者における医療サービス受容

WHO (世界保健機関) は *World Report on Ageing and Health* において高齢者の主な死因は非感染性疾患であるが、これらの発症は所得水準別国家群によって異なっており、低所得国および中所得国において早期に発生する傾向があることを指摘している。これは予防医学に関する対策プログラムおよび疾病に関連する知識の有無が発症率と連動しているためと考えられる。低所得国においては非感染症と感染症両者の割合が高まっており、その対応は先進諸国の対策経験をそのまま適用することを難しくしている (WHO, p. 45)。開発途上地域においても高齢化が進んでおり、この過程において中・高齢層に特有な非感染性疾患の罹患率は上昇する一方、自然条件を含めた感染症を誘発する環境は依然として改善を要する状態にある。すなわち、感染性・非感染性疾患の双方の罹患率が高いという状況になっている。

表2はWHO報告書による所得水準別に分類されたグループ別の医療行為を受けなかった理由を示している。この回答結果から高所得国と低所得国間の医療体制、医療需要に関する意識の差および医療にアクセスするための環境の相違を読み取ることができる。所得水準別の差が顕著に示されているのは経済状況である。金銭的余裕がないために医療を受けなかった比率は高所得国15.7%に対して低所得国60.2%となっている。さらに交通機関利用に関しても経済的理由による差 (交通機関利用に関する金銭的余裕度) が大きくなっている。これらのことは世帯における経済水準による差だけではなく、医療における保障体制がどのようになっているか、またその利用に関する情報提供、利用についての知識などにも関わる問題であると考えられる。また、交通インフラに関して、交通手段およびその利用法についても差が表れており、医療を含めた生活に関

表2 所得類型別医療行為を受けなかった理由

医療行為を受けなかった理由	所得水準別分類 (%)			
	高所得国	高位中所得国	低位州所得国	低所得国
金銭的余裕なし	15.7	30.9	60.9	60.2
交通手段なし	12.1	19.3	20.7	29.1
交通手段を利用する余裕なし	8.7	12.9	28.1	33.0
医療用機器の不足	11.2	10.5	14.1	16.7
医療従事者の医療スキル不足	19.0	8.3	7.8	13.1
過去の不適切な治療経験	23.8	8.7	7.9	8.3
行くべき医療機関が分からない	12.2	9.7	9.8	7.8
病状が悪化してなかった	21.5	31.8	27.3	25.8
受診を頃込田が拒否	20.0	16.2	8.3	8.5
その他	43.8	22.5	23.5	13.9

出所：WHO, p. 91

わるインフラ整備の差および医療機関の立地状況が医療機関利用に影響を与えている。また、都市部に医療サービスが集中することが多いことから、農村に居住する高齢者にとって医療機関の受診が困難となっている。これとは対照的に高所得国における最大の障壁は、医療従事者から受けた過去の経験あるいは高齢者が健康管理に関する知識を有して、受診選択をしていることから、医療の質および医療・疾病に関する知識が医療機関の利用度の差につながっていると考えられる。

WHOによる所得グループ別医療受診の差異は、医療サービス提供側および需要側の問題点を提示しており、所得を含む高齢者の社会的属性が医療サービス利用に与える影響は大きい。インドにおいて高齢人口の急速な増加に伴い高齢者に関する研究が行われている。包括的な調査として45歳以上人口を対象とした縦断的高齢化研究(LASI: Longitudinal Ageing Study in India)⁽²⁾は2016年に開始された45歳以上人口を対象とした隔年パネル調査である。表3は第1回目の調査結果による属性別の慢性疾患治療率についてまとめたものである。高齢者に多い疾患である高血圧、慢性心疾患、脳卒中、および糖尿病の治療率を回答者の属性にしたがって提示しているが、調査対象人口の4分の3以上が、高血圧症(72%)、慢性心臓病(73%)、糖尿病(82%)として診断された疾患の治療を受けている。これに対し、脳卒中と診断された高齢者の治療率は58%である。表2において示された診療機関の立地に関しては、都市・農村の居住地別に示したが、すべての疾患について農村部の治療率は低い。また、病気に関する知識および情報入手については教育水準の差が影響していると考えられるが、10年以上の就学経験がある回答者の治療率がそれぞれの疾患において最も高くなっている。表1において医療従事者立会による死亡は

表3 属性別、慢性疾患別受診率（%），2017～2018年

回答者の属性	高血圧症	慢性心疾患	脳卒中	糖尿病
居住地				
農村	64.7	64.4	49.9	76.2
都市	81.1	82	71.1	87.6
性別				
男性	71.6	73.4	60.9	61.5
女性	71.8	71.8	52.6	83.5
教育水準				
就学歴なし	66.9	68.9	52.9	78.2
就学年数5年未満	73.6	69.9	56.1	78.9
5～9年	73.1	67.7	62.4	85.4
10年以上	79.3	82.6	64.3	85.8
所得階層（五分位）				
第1五分位	52	64.8	40.7	78.2
第2五分位	57.5	72.4	51.7	76.9
第3五分位	64.4	68.9	61.1	79.3
第4五分位	64.8	65.8	64.2	84.6
第5五分位	75.4	82.6	65.2	87.8

資料：Govt. of India *LASI*, p.192 表から作成。

圧倒的に男性の方が多いことを指摘したが、治療率においては男女間に有為な差はみられない。治療に関しては先進国型の西洋医学に加えてアーユルヴェーダなどインド固有の医療サービスも提供されており、治療に関する選択肢は多様である⁽³⁾。慢性心疾患および脳卒中の治療率は、女性に比べて男性の方が高く、糖尿病に関しては男性よりも女性の方が高い。また高血圧の治療率は男女間の差異が少ない。所得階層別にみると最も富裕な階層—第5五分位の治療率が最も高くなっている。一方、糖尿病を除き最貧困層—第1五分位の治療率が最も低くなっている。高齢者対象のみならず医療全体の問題であると考えられるが、医療機関の立地状況、医療に関する知識・情報伝達、所得の高低が、医療サービス受容に影響を与えている。

4. 高齢者を支える医療制度

インドの医療制度は政府が主導する医療システム（公共部門）と民間で実施されている医療システム（民間部門）で構成されている。また、一部の私立病院においては慈善病院として無料または低額のサービスを提供している事例もみられる。病院セクターに関する構造は図4のように

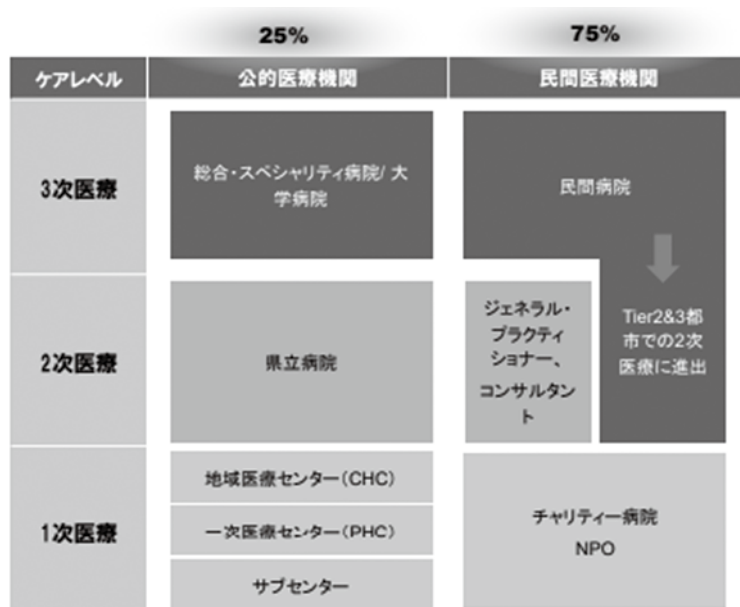


図4 インドにおける病院セクターの構造
出所：経済産業省，p. 21

まとめられる。図に示されたとおり，民間医療機関が全医療機関数の約75%を占めている。医療施設の入院に関して必要とされる費用であるが，出産を除く1症例当たり公的医療機関における平均費用は4,452Rs.，民間医療施設は31,845Rs.であり，民間病院の費用は公的医療機関の7倍に及んでいる（Govt. of India 2020b, p. 135）。しかしながら，より低額の費用負担で受診できる公的医療機関は全体の4分の1に過ぎない状態である。

所得階層得階層別にみた入院症例の比率は図5に示すとおりである。最低所得階層と最高所得階層を比較すると都市，農村，性別の属性を問わず，最も所得が高い階層における入院比率が高くなっており，経済的問題が医療サービス利用に影響を与えている。健康生活の安定を支える健康保険制度であるが，国民皆保険制度は導入されておらず，健康保険への加入者は，インド全人口の約25%しかカバーされていない（経済産業省，p. 31）。LASIの調査結果によれば45歳以上の健康保険の加入率はおよそ5分の1である（Govt. of India, 2020a, p. 476）。

インドにおける公的医療保障制度は公務員やフォーマルセクターの企業従業者，貧困者（貧困線以下人口）などその対象は限定的である。医療費負担を軽減する医療保険制度は（1）公務員を対象とする中央政府医療制度（CGHS：Central Government Health Scheme）と，（2）一部の民間企業の職員および家族を対象とする雇用者州保険制度（ESIS：Employees' State Insurance Scheme）の2つがある。さらに（3）国家健康保険制度（RSBY：Rashtriya Swasthya Bima Yojana）は，公的保険制度と民間医療保険に加入できない貧困層が政府支援を受けて民間保険へ

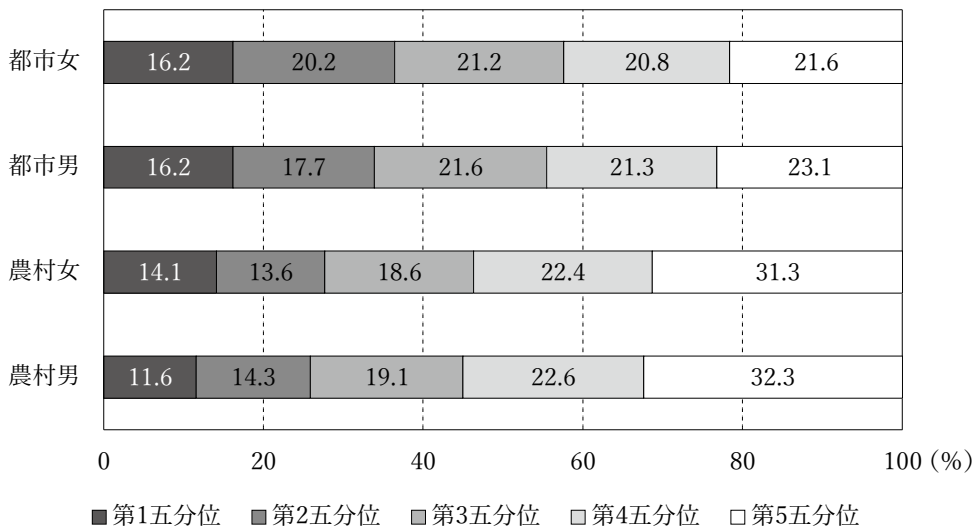


図5 所得階級別にみた入院症例*比率(%)，2017-2018年

*：出産症例を除く。

資料：Govt. of India, 2020b, p. 153

表4 所得階層別，医療保険事業による医療費支出助成比率(%)，2017-2018年

	農村			都市		
	医療保険対象外	政府保険事業	その他	医療保険対象外	政府保険事業	その他
第1五分位	89.8	9.9	0.3	90.2	7.5	2.2
第2五分位	90.6	9.0	0.4	86.0	10.7	3.4
第3五分位	87.1	12.1	0.7	81.8	11.6	6.4
第4五分位	84.0	15.1	0.8	79.6	9.0	11.4
第5五分位	78.1	18.4	3.5	67.0	5.5	27.6
全世帯	85.9	12.9	1.2	80.9	8.9	10.2

資料：Govt. of India, 2020b, p. 159

加入できる制度であり，団体健康保険（政府管轄以外），個人健康保険に分類されている（斎藤，p. 4）。表4は所得階層別にみた医療費支出における助成比率を示しており，高所得層において保険対象外比率が低くなっている。所得の比較的高い階層はフォーマル部門の就業者および年金受給退職者，公務員あるいは雇用保険の適応を受けている階層であり，医療保険加入率は高くなっている。

表5はLASIによる属性別にみた45歳以上の高齢者の健康保険（公的または私的）加入率を示したものである。調査対象年齢に関する保険加入率は，45～59歳が23%であるのに対し60

表5 属性別健康保険加入率(%)，2017～2018年

回答者の属性	45～59歳	60歳以上	調査対象全年齢
居住地			
農村	23.7	18.6	21.3
都市	21.0	17.3	19.4
性別			
男性	23.7	19.7	21.6
女性	22.3	16.9	20.1
就業状態			
現在就業	25.8	21.2	24.4
かつて就業	21.9	19.5	20.1
就業経験なし	17.0	12.8	15.2
所得階層(5五分位)			
第1五分位	20.2	18.5	19.4
第2五分位	21.3	17.7	19.6
第3五分位	22.9	19.4	21.3
第4五分位	25.4	18.2	22.2
第5五分位	24.4	17.2	21.4

資料：Govt. of India, 2020a, p. 477 より作成

歳以上は18%であり、より高年齢の年齢階級において低くなっており、健康保険への加入は若年層において進んできていると推測される。男女間の比較をすると男性の加入率が女性より高く、農村部は都市部よりも加入率が高い。都市部の貧困層には農村からの流入人口が含まれており、多くの場合政府による給付制度を利用するための適格性を証明するドキュメントを持っていないため、加入率が低くなっている (JICA, p. 48)。加入率の差が顕著に表れているのは就業状態、過去の就業経験による差である。調査時に働いていた都市部45歳以上人口の24%は加入しており、就業経験がある高齢者の20%が加入しているのに対し、就業経験が無い場合の加入率は15%にとどまっている。すでに示したように健康保険は公務員を対象、民間企業の職員および家族を対象、民間保険に分類されるが、フォーマルセクターにおける就業の有無が保険の加入率に影響していると考えられる。所得水準別にみた加入率は低所得階層において低い。中央政府は貧困線以下の貧困層向け保障制度RSBYを導入しているが、インフォーマル部門の労働者が多い状況から、労働者の大半はまだ社会保障の適用外にある。これらの労働者に社会保障を提供する必要性から導入された制度により、所得の低い階層における医療保障改善が期待されている。

5. おわりに

人口転換過程で生じる人口構造の変化は乳幼児死亡率の低下と出生力低下が進む結果、若年人口比率は低下し、これと対照的に老年人口比率が増加している。急速に進む高齢化は積み残された課題に加えて新たな課題への政策対応の必要性を高めている。疫学的転換に伴う疾病構造の変化に関しては感染性疾患と非感染性疾患—例えば成人病疾患対策が必要とされている。疫学的転換の進行に伴って疾病構造は変化してきている。例えば非感染性疾患である成人病対策が必要とされている反面、感染症対策は依然として公衆衛生システム上の課題である。

2016-17年度のインドの総医療費は、5兆8102万Rs.であり、GDPの3.8%を占めている。一人当たりの医療費はRs.4381と推定されている（Govt. of India, 2020b, p.210）。インドの公的医療機関では医薬品や検査を除き、無料で受診することができる。したがって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ある。しかしながら、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、有料でも設備が整ったアクセスの良い民間医療機関を選択する傾向がある（斎藤誠, p.3）。医療財源は公的支出に加えて自己負担額およびその他援助などにより構成されているが、州政府医療体制によっても州間格差が生じている。自己負担額は医療費総支出額の58.7%であるが、州別医療費自己負担比率はビハール州において最も高い77.6%であり、最も低いジャンム・カシミール州は38.8%である（Govt. of India, 2020b, p.213）。このような地域による医療費支援の差は、医療サービス受容に影響を及ぼしている。

医療費負担を軽減する医療保険制度は存在しているが、保険制度を利用できる社会階層は限定的であり、国民皆保険には至っていない。モディ政権下において貧困層に対する福祉政策がすすめられている。医療保険に関しては貧困線以下人口に対する助成が行われており、雇用者を対象とした保険あるいは富裕層が加入可能な民間保険に加入できない階層への支援が行われている。しかしながら貧困線以下の所得ではないが、所得が低い階層に対する保障は依然として保険対象から除外されている状態にある。このような階級には高齢者も含まれているが、高齢者の保険加入率は低く、経済的には家族支援に依存している状況である。医療支援に差が生じているが、今後の課題として、貧困線以下人口から現行では支援対象外となっているより低い所得階層へも支援システムを拡大していくことが必要とされている。

《注》

- (1) 日本をはじめとする先進諸国における高齢者（老年人口）の基準は65歳以上が採用されている。しかしながら、インドの場合は平均寿命を考慮し、現行では60歳以上を老年人口として区分してい

る。

- (2) LASIは2016年に開始された隔年パネル調査である。インドの45歳以上の成人70,000人以上を対象とした全国的縦断調査であり、ハーバード大学 T.H. チャン公衆衛生大学院、インド・ムンバイの国際人口学研究所 (IIPS)、南カリフォルニア大学 (USC) の共同研究により実施されている。インドには現在、高齢化過程における健康、経済的、社会的、心理的側面を理解するために必要な包括的かつ国際比較が可能な全国調査データがないため、LASIはこの不足を補完するように設計されている (<https://lasi-india.org/>)。
- (3) 保健・家族福祉省においては疾病治療に関して医療サービスを政府・公営病院、慈善病院・NGO経営病院、民間病院、民間クリニック、インフォーマル医療提供者に分類している。利用率が高いのは農村部においては政府・公営病院39%、都市部の場合は民間クリニック44%である。またインフォーマル医療提供者に関しては農村4%、都市1%となっている (Govt. of India, 2020b, pp. 129-131)。

参考文献

- Govt. of India, 2019, *Key Indicators of Social Consumption in India: Health, NSS 75th Round (JULY 2017 – JUNE 2018)*.
- Govt. of India 2020a, *Longitudinal Ageing Study in India (LASI) Wave-1 India Executive Summary*.
- Govt. of India 2020b, *Health and Family Welfare Statistics in India 2019-20*.
- Govt. of India, 2021a, *Report on Medical Certification of Cause of Death 2019*.
- Govt. of India, 2021b, *Elderly in India 2021*.
- Govt. of India Census of India (https://www.censusindia.gov.in/vital_statistics/crs/crs_division.htm) (2021年11月確認)
- Govt. of India (Center for Health Information) <https://www.nhp.gov.in/> (2021年12月確認)
- India State-Level Disease Burden Initiative Collaborators, 2017, "Nations within a Nation: Variations in Epidemiological Transition across the States of India, 1990-2016 in the Global Burden of Disease Study", *Lancet* (London, England), vol. 390, pp. 2437-2460.
- Insurance Regulatory and Development Authority of India, 2019, *Annual Report*.
- Lee, Jinkook et. al., 2015, "Education, gender, and state-level disparities in the health of older Indians: Evidence from biomarker data", *Economic and Human Biology*, vol. 19, pp. 145-156.
- Olshansky S J, A B Ault, 1986, "The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition: the Age of Delayed Degenerative Diseases", *The Milbank Quarterly*, Vol. 64, No. 3, pp. 355-391.
- Omran, Abdel R., 1971, "The Epidemiologic Transition. A Theory of the Epidemiology of Population Change", *The Milbank Quarterly* vol. 49, No. 4, pp. 509-538.
- Ranjan, Alok, Vr Muraleedharan, 2020, "Higher Disease Burden in India's Elderly" *Economic and Political Weekly*, vol. 55, No. 35, pp. 13-16.
- World Health Organization, 2015, *World Report on Ageing and Health*.
- Yadav, Suryakant, Perianayagam Arokiasamy, 2014, "Understanding Epidemiological Transition in India", *Global Health Action*, 7.
(<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3402/2021年10月確認>)
- 世界銀行, 1993, 『世界開発報告 1993』
- 久保研介, 2014, 「インドの保健医療政策に関する論点整理——ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現に向けて——」, 佐藤創編『インドの経済社会に関する論点整理』, アジア経済研究所。
- 経済産業省, 2021, 『医療国際展開カントリーレポート：新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報：インド編』
(https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryoudownloadfiles/pdf/)

countryreport_India.pdf (2021年12月確認)

国際協力機構 (JICA), 2014, 『インド：保健医療セクターに関わる情報収集, 確認調査報告書』

齊藤 誠, 2018, 『インド医療事情と医療保険制度～モディケアとは何か』 (<https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id> 2021年12月確認)

福岡藤乃, 2011, インドの民間医療保険の動向 『保険学雑誌』, 第615号, pp.185-203。

Health Status and Care System of the Elderly in India

Yuiko NISHIKAWA

Abstract

Demographic Transition process in India is proceeding rapidly. Changes in the population structure that occurred during the demographic transition have resulted in a decline in infant mortality and fertility. The ratio of younger population decreases, and in contrast the proportion of the elderly population is increasing. The problems of ageing in India are its large population size and the rapid aging of the population, and these need to respond to new challenges in addition to the remaining challenges.

On the change of the disease structure with epidemiological transition, measures to infectious diseases and non-infectious diseases are required. While infectious and acute diseases are decreasing, chronic and degenerative diseases are emerging as new diseases, but measures against infectious diseases and parasitic diseases remain a public health system challenge.

Public medical institutions can receive medical examinations free of charge, except for medicines and tests. but the supply of public medical institutions is limited, and doctors and facilities are insufficient. In addition, differences in medical care support by local communities are affecting the acceptance of medical services. Although the health insurance system reduces the burden of medical expenses, the social stratification level in which the insurance system can be used is limited, and it has not reached the national insurance. Subsidies are provided for people below the poverty line, and insurance for employers or private insurance that the wealthy can join is provided. However, coverage for the population of lower income class remains excluded from insurance. It is necessary to expand the support system from the population below the poverty line to the lower income class that is currently not eligible for support.