

厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）

統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究

分担報告書

### インドにおける統合医療の現状調査研究

分担研究者 坂巻 弘之（名城大学薬学部 教授）

研究協力者 小野 直哉（同志社大学感情ストレス健康研究センター）

#### 研究要旨

目的：インドにおける統合医療や相補・代替医療の概念や種類、範囲の把握、及び保険上の位置付け、現行及び今後の規制に関する状況を把握し、インドにおける統合医療や相補・代替医療の現状を検討すること。方法：における統合医療や相補・代替医療の概念や種類、範囲に関連する既存データや文献等の情報、及び保険上の位置付け、現行及び今後の規制に関する状況を、インターネット調査、及び現地の政府や民間の統合医療や相補・代替医療関連機関への訪問調査を通して、体系的に情報を収集した。結果：インドの医療体系は西洋医学とインドの伝統医学の二本立ての体制で、正規の医師として、西洋医師とインドの伝統医師が存在する。インドの伝統医学は西洋医学と同様に5.5年間の大学教育と研修医制度をとっている。また、日本の保健機能食品制度と同様の制度は現在のところ存在しない。しかし、インド政府はインドの伝統医学を用いた健康関連産業を積極的に支援しており、インドの伝統医学を用いた健康関連産業が盛んであり、多くのインド国民に利用されている。考察：インドでは、日本では見られない、伝統医学を取り入れた正規の医療システムが、西洋医学と共存している。西洋医学とインドの伝統医学を併用した統合医療モデルが試みられようとしており、医療サービスの提供と共に、大学や研究機関におけるインドの伝統医学由来の製薬の研究開発等、産業の創出も試みており、学術及び産業界のみならず、国策としての動向が伺える。結論：インドにおける統合医療や相補・代替医療は、医療及び産業において、特にインドの伝統医学は、インド国民の福祉と経済発展のためのインド独自の資源として、医療資源及び知財産資源の両側面から注目され、積極的に活用されている。

#### A. 研究目的

インドにおける統合医療や相補・代替医療（特に伝統医学及び健康食品等）の概念や種類、範囲の把握、及びインドにおける統合医療や相補・代替医療（特に伝統医学及び健康食品等）に関する保険上の位置付け（公的保険、私的保険の償還の現状等）、現行及び今後の規制（制度上、正規の医療

システムに含まれるか否か等）に関する状況を把握し、インドにおける統合医療や相補・代替医療（特に伝統医学及び健康食品等）の現状を検討すること。

#### B. 研究方法

インドにおける統合医療や相補・代替医療（特に伝統医学及び健康食品等）の概念

や種類、範囲に関連する既存データや文献等の情報、及び統合医療や相補・代替医療（特に伝統医学及び健康食品等）に関する保険上の位置付け（公的保険、私的保険の償還の現状等）、現行及び今後の規制（制度上、正規の医療システムに含まれるか否か等）に関する状況を、インターネット調査、及び現地の政府や民間の統合医療や相補・代替医療（特に伝統医学及び健康食品等）関連機関への質問項目を用いての訪問調査を通して、体系的に情報を収集した。

（倫理面への配慮）

文献調査を基本としており、倫理面への配慮は必要ない。

## C. 研究結果

### インドの社会状況

#### 人口

インドは中国に続いて世界第二位の人口を有する国として知られる。全人口は1,028,610,328人となっているが、2004年の時点で1,079,721,000人としている調査もある。2050年には、世界第一位の人口大国になることが推測される。人口を年齢別にみると、0-15歳人口が32%、15-64歳人口が63%、65歳以上が5%となっており、高齢化はまだ喫緊の課題とはなっていない。むしろ、爆発的に増加し続ける人口を、どう安定的に増加させるかに政策的な関心が置かれている。人口増加率は、1993~2003年間で1.7%である。また、少数民族も数多くあり84,326,240人と総人口の8.2%を占めている。話される言語も多様であり、ヒンドゥー語が公用語とされているが、その他にも17の言語がそれぞれの州で公認

されている。

#### 宗教

歴史的にも、仏教、ジャイナ教(ジナ教)が生まれた地域であり、いろいろな宗教の教徒がいる。日本の外務省ホームページによれば、ヒンドゥー教徒82.7%、イスラム教徒11.2%、キリスト教徒2.6%、シク教徒1.9%、仏教徒0.7%、ジャイナ教徒0.5%となっている。

#### 政治体制・行政制度

政治体制には共和制を採用している。国家元首は大統領で2006年2月現在、アブドゥル・カラームが大統領である。議会は二院制で上院に245議席、下院に545議席があり、2004年の下院選挙では कांग्रेस党(国民会議派)が第一党となり、96年以来インド人民党(BJP)に譲っていた政権の座を奪還し連立政権を運営している。インドの大統領は、アメリカ型の行政府の長としてではなく、ドイツ型の形式的な元首であり、行政府の長は議会から選ばれた首相が担当しており実際は議院内閣制といってよいだろう。現在の首相は、第一党 कांग्रेस党のマンモハン・シンである。中央政府の行政組織の数は46であり、保健医療行政は Ministry of Health & Family Welfare(MoFHW)が担当している。同省は3つの部局からなり、Department of Health、Department of Family Welfare、そして、インドでは西洋医学とともに、伝統医療も盛んに行われていることを反映して Department of Ayurveda, Yoga-Naturopathy, Unani, Siddha & Homoeopathy (AYUSH)が設けられている。統

治体制では連邦制を採用している。全国は34の州から構成されるが、首都デリーは特例的に州扱いされ、統計などでも州とともに記載されている。

### 経済(産業、所得)

インドでは、近年英語を話せる人材の多さと、IT関連の教育水準高さ、そして先進国にとっては魅力的な賃金水準などで外国からの投資や事業の進出が増えている。ソフト関連の事業などIT産業が世界的にも注目され、コールセンターなどサービス業の有力なアウトソーシング先としても先進国からの受注を受け急成長している。マクロ経済指標ではGDPの成長率が03~04年で8.5%、04~05年では気候不順による農業部門への影響もあり6.9%に留まったが、1995~2005年の間の平均成長率は、実に6.2%と高い成長を続けている。旧来は農業部門、工業部門といった資源に頼る産業を中心としてきたが、近年ではそこから脱却し、IT産業が経済成長のエンジンとなっている。事実、GDPの産業別構成を見ると、2003-04年の速報値では輸送・通信・商業が第一位に躍進している。いわゆるBRICsとして中国などと共に今後の世界経済において、経済成長が期待できる国のひとつとして先進国の投資を集めている。

その一方で、地域格差、所得格差が大きいことに留意しなくてはならない。国民の多くは貧困層であり、1日1ドル以下で過ごす人口は、97年では44.2%であり、2ドル以下では86.2%だったが、2000年にはそれぞれ35.3%、80.6%と減少している。また、国全体での貧困ライン以下の人口は28.6%であるが、郊外と農村についてその

人口割合をみると、それぞれ30.2%、24.7%となっており、地域間格差がみられる。また、後述するように医療サービスにおいても同様に地域間の格差が指摘されている。

### 国民の健康状況

主な保健指標(単位、データ発表年)

- 0歳平均余命(年、2004) 男78、女83
- 健康寿命(HALE)(年、2002) 男72、女75
- 15-60歳死亡率(人口千対、2004) 男82、女51
- 5歳以下死亡率(出生千対、2004) 4
- 乳児死亡率(出生千対、2004) 3
- 新生児死亡率(出生千対、2000) 2
- 妊産婦死亡率(出生十万対、2000) 8
- 年齢調整死亡率/がん(人口十万対、2002) 176
- 年齢調整死亡率/循環器疾患(人口十万対、2002) 116
- 年齢調整死亡率/事故(人口十万対、2002) 30

(出典: World Health Organization 2006)

出生率は2002年に2.92、2003年には2.86となっている(WHOでは2003年は3.0)。0歳平均余命はWHOによれば2003年が62.0年となっている。死亡率は2003年で15-59歳で1,000人あたり男性が283人、女性が213人である。乳幼児死亡率は2003年で出産1,000件あたり63人、5歳未満の幼児死亡率は1,000人あたり87人であった。

インドは人口が多く、また統計制度が整備されていないため詳細なデータを入手することが難しい。死因についても詳細なデータは不明だが、他の途上国同様

にマラリア、フィラリア、日本脳炎、デング熱などの感染症によるものが多いとされる。マラリアによる2003年の死者は1,006人と報告されている。また、マラリア感染者の10%は都市部で発生しており、全国的な課題となっている。旧来の感染症の他にもHIV/AIDSの増加も課題となっている。2003年でHIV感染者は510万人いると推計され、AIDS患者数は2005年1月末で97,780人がNational AIDS Control Organizationに報告されている。また、インドにおいては、貧しい州において特に喫煙率が高いこともあり、発展途上国よりも高齢化した先進国で問題となるような心疾患やがんの多さも深刻な問題となっている。特に、がんについては、2,000万から2,500万の患者がいると推測されている<sup>11</sup>。今後は、経済成長とともに特に都市部では先進国が苦しんでいるような生活習慣病の対策にも重点が置かれていくことになるだろう。

### 保健・医療システム

インドの医療資源については96年に15,097の病院があり、病床数は623,819であった。医療機関には、公立と民間があり、推計で病院の93%、病床数の64%、医師の80-85%が民間セクターに属するとされている。主に提供しているサービスは、それぞれ異なっており公立では予防接種、周産期医療が提供され、民間では外来診療、入院医療と事実上分担されている。

しかし、利用者は提供している医療サービスにより公立か民間を選ぶのではなく、所得により受療行動が違ふことが明らかである。端的に言えば、富裕層ほど民間病院

を選び、貧困層は公立病院を選ぶ傾向がある。インドでは、後述のように人口の10%程度しか保険でカバーされていない。そのため、基本的に無料で受けられる公立医療機関(二次医療、三次医療を中心として本人負担を求めているが、州によりその割合にはばらつきがあることを指摘されている。Kerara州では本人負担の医療費に占める割合が15.86%だが、Himachal Pradesh州では0.67%と格差がみられる)に貧困層は通う。つまり、公立病院は一般にサービスの質が低く、財政的にも脆弱である。一方、民間病院はサービスの質も高く、先進国からも患者が治療を受けに来るほど施設環境、医療水準が高い。自己負担額も当然増えるが、富裕層の多くは民間病院を利用している。

### 国、地方の行政組織と役割

中央ではMoHFWが担当している。しかし連邦制であるため基本的には州が中心となって医療政策は実施される。財源についても州が基本的に負担する。当然、州の財政力によって支出額は異なるので、州間での支出可能な額、それを反映する形で医療体制にも格差が存在している。そこで、2002年からのNational Health Policy 2002(後述)の中では、中央地方政府関係の見直しについて触れ、公衆衛生、保健医療は飽くまで州の責任であるとしているが、財政的な事情から貧困層への対応などに関しては中央政府が直接的に取り組むべき必要があるとしている。中央政府の役割としては、今後全国的な診療、治療に関する情報の管理が期待されている。

## 医療保険制度

インドにおける保険制度は以下に挙げるように5つに分けられる。5つのうち、公的保険としてCGHS(Central Government Health Scheme)とESIS(Employee State Insurance Scheme)が存在する。これらはそれぞれ、中央政府の官僚、傷病を負う危険性が高い工場労働者を対象としているが、両者を併せても90年代後半で4,000万人程度に過ぎず、全人口のほとんどは保険によってカバーされていない。一方、残りの3つは民間保険であり、公的保険に加入できない人々を補完することが期待されているが、それでも合計しても人口の10%程度しかカバーされていない。また、給付されるサービスが魅力に乏しいことなどから制度の見直しが求められている。

### Central Government Health Scheme (CGHS)

政府関係者、及びその家族を対象として1954年からデリーで開始した。被保険者は、中央政府の行政官、元議員、退職した政府被用者、旧軍人などが含まれ、1996年では440万人がカバーされており、現在では23都市にまでCGHSの枠組みは拡大している。主な財源は中央政府から拠出されるが、被保険者も15ルピー（1ルピー=約2.5円）から150ルピーを所得に応じて毎月支払っている。中央政府の医療費への支出が少ない一方で、このCGHSに対する支出が過大であるとの批判的な意見がみられる。

### Employee State Insurance Scheme (ESIS)

月給6,500ルピー以下の工場労働者が加入する保険である。被保険者の扶養家族もカバーされる。1998年で約3,530万人が加

入している。現物給付、現金給付、さらに予防ケアや健康教育も給付している。所得から一定割合を保険料として納付する。CGHSが中央政府からの支援を受けているのに対して、ESISは州政府から資金を得ているが、CGHSと同様に公的保険の性質を有する。

### Voluntary Health Insurance Scheme

これは、政府が独占所有しているGeneral Insurance Corporationを通じた保険である。5-75歳の人を対象となっているが、3ヶ月から5歳までの間の子供は親が加入している場合にはカバーされる。入院医療、追加料金を支払うことで出産時のサービスも受けられる。保険料は年齢と給付のレベルによって決定される。しかし、僅か170万人しか加入しておらず、近い将来には保険市場の自由化によって民間保険会社の参入に取って代わられる可能性が指摘されている。

### Employer-based Scheme

公的、民間問わず企業の使用者が運営する組織を通じて、従業員に一時金、被用者が支払った医療費の補償などを行う。日本の健康保険組合のように企業ごとに設立されている。2000年において、3,000万人が加入していると推定されている。

### Community-based Insurance Scheme

NGOなどにより運営される。財源は患者からの支出金や、政府からの補助金、寄付金である。また、保険料は定率であったり収入によって決まったりと様々である。3,000万人が加入しているとされる。

いずれにしても、保険料を支払い保険に加入できるほどに所得のある層は限られている。現在、保健医療政策が優先的にアプローチしなくてはならないのは貧困層であり、貧富の格差を解消するために平等な保険システムの導入が多くの論者から求められている。

#### マンパワー(西洋医学)

人材のデータについても乏しいが、98年の人口10,000人あたり医師数は51.2557人、看護職の数は61.7811人となっていた。しかし、医師数については民間で無資格のまま診療所を開いている者も多く、これらの無資格医師の数は把握されていない。実際にはもっと多くの医師が存在していることとなるが、彼らの多くは貧困層に対するサービスを提供していると考えられ医療の質の問題がある。また、公立病院の医師が勤務を終えた後に、民間病院でコンサルタントなどとして勤務している医師が多いとされる。

法律では、各医療職の専門性の確保について Council が、医師、看護師、薬剤師の職種ごとに設けられている。人材の育成の拠点として、インドは229もの医科大学を有している。そのうち125が政府により設立された大学である。定員は全ての大学の合計で25,600人である。私立大学については、中央政府からの補助金がある。

#### 保健政策

インドでは National Health Policy が、保健医療政策全般の方向付けをしている。また、他の個別の問題についても様々なプログラムによって対応されている。以下に

主な政策、プログラムを挙げる。

#### NPH-2002(National Health Policy 2002)

インド政府は、NHP を数度にわたって行っている。だが、前回目標とした「2000年までに全ての人々に健康を」というスローガンを達成が不十分であり、その原因として行政の能力や、財政があまりに不足していたこと(特に州政府)、疾病構造など環境が大きく変わっていること、都市部の州と農村部の州の間の格差問題をふまえて、新たな NHP-2002 が策定された。インドの保健医療政策における最も基本の政策である。

今回の主な論点として、①中央地方関係の枠組みの見直し、②取り組むべき問題に優先順位をつける発想の重要性、③各セクターの協働による政策実施が挙げられよう。①では、他の途上国に比べて公的支出が少ないことからその拡大、中央政府による地方への資金支援の必要性を明記している。さらに、政策の実施は州で行うことが望ましいが、州レベルでは資源、財源が不足しており中央政府による支出の拡大が特に主張されている。この点に関しては、2004年の選挙後成立した連立政権による同年の National Common Minimum Programme の中で、「今後5年以内にプライマリアケアを対象として GDP 比少なくとも2-3%増加させる」と具体的に明記され、04-05年の公的支出は、当初の1,800千万ルピーから2,208千万ルピーに引き上げられた。②に関しては、旧来の感染症(結核、マラリアなど)の他に HIV/AIDS の新たな感染症に取り組むべきとしている。また、様々な目標について達成年度を明記している。例えば、「フィラリア撲滅」は2015年、「HIV/AIDS の増

加をゼロにする」のが 2007 年となっている。さらに、これら成果関連目標だけではなく、医療システムに関する目標もあり、先述の①に関連する「中央政府からの補助金を医療分野支出の最低 25%に引き上げる」のが 2010 年、「公立医療機関の利用を 20%から 75%に引き上げる」も 2010 年となっている。③では、特に一次予防については州政府だけではなく、NGO や市民社会の活動にも期待を寄せ、安全な飲料水の確保、栄養などの生活環境の整備を重要視している。また、特に人口の安定化を課題としてあげている。中央政府と地方政府の役割分担については、中央政府の役割は基本的には過大なものとなっているとの認識だが、プライマリケア、HIV/AIDS 対策において、特に貧しい地方の州では中央政府の直接的な介入も必要であるとしている。

#### National Rural Health Mission

NRHM は、特に農村部の貧困層、女性、子供といった社会的弱者の救済を目指して、2005-2012 年を期間として実施されている。Arunachal Pradesh, Assam, Bihar, Chhattisgarh, Himachal Pradesh, Jharkhand, Jammu & Kashmir, Manipur, Mizoram, Meghalaya, Madhya Pradesh, Nagaland, Orissa, Rajasthan, Sikkim, Tripura, Uttaranchal and Uttar Pradesh の 18 州を対象としている。アプローチとして synergistic approach を採り、栄養や公衆衛生、飲料水といった他の分野との協調によるタテ割りを廃した政策となっている。乳幼児死亡率の減少、公衆衛生への社会的弱者のアクセスの確保、性別や地理的なバランスのとれた人口の安定化、

健康なライフスタイルの促進を目標としている。中には、ヨガやアーユルヴェーダなど民間療法の再生も目標として挙げられている。NRHM は、10 のコンポーネントから成る。

#### National Vector Borne Diseases Control Programme

依然として多い、感染症について動物による感染を防ぐためのプログラムである。州政府が中心となって、プログラムの計画、実施、評価を行う。中央政府は背面から技術支援や殺虫剤の提供を行いサポートする。例えば、マラリアについては都市部での感染症対策で、州政府は殺虫剤散布のための人件費を含めて、実施過程の責任を有し財政負担をしている。中央政府は、彼らの要請により殺虫剤を提供している。

#### National Cancer Control Programme

経済発展とともに増加するがんに対するプログラムである。1975 年から始められ、1984-85 年に改正を経て、健康教育による一次予防、早期発見、診断など二次予防、緩和ケアを含めた医療機関の包括的なサービスの提供が目標とされている。2004-05 年に、このプログラムによる実施の枠組みが変更された。三次レベルで困難とされた患者の受け入れなど「地域がんセンターの充実」、がん研究の発展に基づき中央政府が医療機器を購入し、州政府が人材の確保をするための「がん研究の進展」、州政府の支援による「地区レベルでのがんコントロールプログラム」、健康教育、早期発見を担う「ボランティア組織への援助」、喫煙に関する啓蒙活動を行う「中央政府による

Information Education  
Communication(IEC)活動]、「調査と人材育成」から構成されている。

### 3. インドの伝統医学、相補代替医療、統合医療の概要

インドの統合医療はインドの伝統医学を用いた統合医薬品の製薬開発の分野で主に行われている。統合医薬品の開発過程は、生薬学、分析化学、植物化学、薬理学の分野で実践されている。

インドでの統合医療は、製薬などの物理的な側面だけで行われていだけで、西洋医学と伝統医学が同じ建物にあっても、お互いが連携して統合医療のサービスを行っている事例は少ない。

また、インドには政府が規定した健康食品、機能性食品の概念は今のところ存在しない。

#### 伝統医療

インドでは、西洋医学による医療だけではなく、伝統医療の診療所も多数あり、貧困層の多くが通っている。イギリスによる植民地支配の際に西洋医学がインドにもたらされたが、それ以前から今日では伝統医療といわれる様々な医療が行われていた。

現在でもこれらの療法はインドにおいて根強い支持があり、盛んに行われている。

#### 伝統医学の種類

アーユルヴェーダ、ヨガ、ナチュロパシー、ユナニ、シッダ、アムチ(ソワ・リグパ)[Amchi(Sowa-Rigpa)]などが存在する。

#### 資格

- アーユルヴェーダ医師 339,233 名 (2005 年)
- ヨガ・ナチュロパシー医師名 (2005 年)
- ユナニ医師 22,241 名 (2005 年)
- シッダ医師 4,963 名 (2005 年)
- ホメオパシー医師 150,267 名 (2005 年)

伝統医学関連では、他に、パンチャカルマ・テクニシャン(アーユルヴェーダ医師の指示の下、オイルマッサージ等のアーユルヴェーダ手技を行う職種)などが存在する。

アムチはチベット族の伝統医学(チベット医学)の一種で、インド国内には 250 人ほどのアムチ医師が存在しているが、インドにおける民族構成上、少数派のため、インド政府による近代的資格制度及び教育機関の整備、伝統知の保存等は未だ行われていない。

#### 主な伝統医療

##### アーユルヴェーダ (Ayurveda)

歴史は古く、紀元前 5000 年頃の Rigveda、Atharvaveda にまで遡る。2002 年では、医師 430,263 人、病院 2,957、病床数 43,555、診療所 14,755 を数える。薬剤や診療に関する費用は、一般的に西洋医学による診療、治療費に比べて安価であり、特に貧困層にとっては病気になった際、最初に通うところとなっている。治療の方法としては、浄化療法、緩和療法、病原の回避、食事・運動、心理療法、免疫・再活性化薬の使用に大別される。アーユルヴェーダでは、宇宙、そして肉体など万物は Panchamahabhutas と呼ばれる 5 つの要素(真空、空気、火、水、地)から構成されると考えている。また、人

間は3つの気質、7つの組織、排泄物からなると考えている。肉体の機能、構造により求められる Panchamahabhutas の比率は異なり、適切な食事(これもやはり Panchamahabhutas から成ると考えられている)の摂取によって健康を保つことができると考えている。

アーユルヴェーダの医師は3種類いる。師匠のもとで徒弟として活動していた1970年の IMCC 法 (Indian Medicine Central Council Act) までに登録された医師、4年から5年半の期間活動する資格を有する制度的に教育を受けた医師、アーユルヴェーダの M.D.、または Ph.D. を持つ専門家である。また、アーユルヴェーダの医師はしばしばコミュニティの社会的、経済的、政治的リーダーでもある。

#### ユナニ (Unani)

ユナニは、古代ギリシアの「医学の父」と称されるヒポクラテスのギリシア医学に源流を持つ。ギリシア医学がアラブ世界で発展した後、インドに流入してきた。治療に効果があるとアラブの医学者が記した薬草がインドで多く見つかったことで、ユナニは特別な注目を受けるようになった。ユナニでは肉体の構成を空気、地、火、水から成ると考え、これらの要素のバランスが全体の体質に影響すると考えている。治療法には、統制療法、食事療法、薬剤療法、手術(ただし現在ではほとんど行われていない)がある。2001年時点で、登録医師数は43,108人、病院は16州に312あり、病床数は5,128、診療所は958を数える。

#### ホメオパシー (Homoepathy)

これもユナニ同様にヒポクラテスのギリシア医学を源流とする。だが、これを大成させたのは18世紀のドイツ人医師ハーネマンである。そして、彼からホメオパシーを学んだホーニベルガーがインドを訪れ広めた。

人間の持つ病気を克服する潜在力を重視し、その抵抗力を高めることで病気を克服させようとする治療法である。治療は、類似の法則、治癒の方向の法則、単一治療法の法則、最小限の投薬の原則に基づいてなされる。患者の持つ「病気」を対象として治療法を検討する西洋医学とは違い、体調だけではなく精神面、個々の特質など総合的に「症状」をとらえることを特徴としている。その症状と同様の症状を引き起こす効果を持つ薬品(最小限のもの)を処方することで、抵抗力を刺激し、引き出すことで治療を目指すものである。資格認定医は128,142人、病院は307、病床数は13,694、診療所は7,411である。

#### シッダ (Siddha)

インドでも最古の治療法のひとつである。シッダ (Siddha) は成就という意味であり、Siddhars は聖人という意味がある。関連文書はタミル語で書かれていた。インドだけではなく、スリランカやシンガポール、マレーシアにも存在している。人間の体は96の tatwas と、72,000の血管、1,300の神経、10の主な動脈、10の活力に満ちた気、10の自然機能があると考えられている。その他の原理や原則については、基本的にアーユルヴェーダと同じである。治療法ではアーユルヴェーダの3つの気質のバランスを等しくするために、嘔吐、排便、浣腸、点

媚薬などの処方が行われる。大体 16,600 人の医師がいると考えられ、資格の認定を受けているのは 4,381 人、世襲の医師が 12,218 人である。病院は 225、病床数は 1,911、診療所は 363 である。

#### ヨガ&ナチュロパシー

ヨガは、数千年前から聖人たちによって基礎がつくられ、行われてきた。最近では、一般の人々も行うようになってきている。ヨガは自己認識(self-realization)に達するための方法である。サンスクリット語で「結合」の意味を持ち、様々なポーズをすることで神と結合する方法である。Japa Yoga、Karma Yoga、Gyana Yoga、Hatha Yoga、Bhakti Yoga、Raja Yoga の種類があり、健康にも効果があるとされ、背中痛み、鬱、高血圧などに効果があるとされている。現在、8つの病院と、42 の診療所がある。Naturopathy には、水療法、空気療法、火療法、空間療法、泥療法、食物療法、マッサージ、圧力療法、磁力療法、色彩療法がある。

#### 伝統医療の行政組織

MoHFW のトップである Secretary の下に Commissioner / Director が置かれる。Commissioner はアーユルヴェーダ、ホメオパシーの病院をそれぞれ 6 病院、ユナニの 5 病院その下には Additional Director がアーユルヴェーダ、ホメオパシー、ユナニ各 1 名ずつが置かれ、他に Accounts Officer、Administrative Officer や、Deputy Director が置かれる。Deputy Director は、6 地域ごとに置かれ、国内 23 地区を統括し、550 のアーユルヴェーダ、193 のホメオパシ

一、283 のユナニの診療所を統括している。都市診療所、地区レベルの診療所は Senior Medical Officer が統括し、村レベルでは Junior Medical Officer が統括している。その下にさらに大学、薬草園、病院、調査研究部署、薬局が置かれている。なお、州レベルでの組織は各州によって多様であるため割愛する。その他の政府組織として以下のようなものがある。

#### 伝統医療薬

インドではアーユルヴェーダで 7,000 種、ユナニで 700 種、シッダで 600 種、近代医療にも 30 種、全体で約 15,000 種の植物が医療に用いられている。また、薬用植物は治療だけではなく、薬用植物の国際市場は年間 620 億イギリスドルの規模となり、年 7%以上の成長率で伸びており、重要な輸出産業品でもある。インド政府は、このセクターの育成、商取引や貿易の組織化、各利害関係者の調整などのために、中央レベルで Medicinal Plants Board を 2000 年 12 月に立ち上げた。具体的な活動として、市場の動向の把握、生産者の認証、生產品の宣伝などを担っている。2003 年時点では、治療のために需要の高い植物として 32 の植物を指定している。

#### 伝統医療の教育と研究

1970 年の Indian Medicine Central Council Act により設置された Central Council of Indian Medicine が教育政策の立案を担当している。活動として、教育の最低限の水準の確保、医療に関する記録の保持、政府への医療資格に関するアドバイス、職業倫理の規定を行っている。研究に

関しては、Central Council for Research が AYUSH の下に独立した組織として、各伝統医療ごとに設置されている。政府からの資金提供受け、研究所、医療機関の協働により科学的な研究を行っている。

#### 伝統医学医師の養成機関

- アーユルヴェーダ医師養成機関 (2005年)

大学学部 5.5 年制、学位 BAMS (Bachelor of Ayurvedic Medicine and Surgery)

大学院修士課程 3 年制、学位 MD/MS (Ay.)

大学院博士課程最低 2 年制、学位 Ph. D. (Ay.)

大学学部: 219 校 (国立 54 校、私立 165 校)、学部学生: 9,865 人

大学院: 57 校、大学院生: 905 人

上級大学院: 2 校、上級大学院生: 40 人

グジャラート・アーユルヴェーダ大学 (ジャムナガル、グジャラート州)、ジョドプール・アーユルヴェーダ大学 (ジョドプール、ラジスタン州)、国立アーユルヴェーダ研究所 (ジャイプール、ラジスタン州)、バナラス・ヒンドゥー大学医科学研究所アーユルヴェーダ学部 (バナラシ、ウッタラ・プラデッシュ州)、Rastriya Ayurved Vidyapeeth (ニュー・デリー) 等。

- シッダ医師養成機関 (2005年)

国立シッダ研究所 (バナラシ、タミル・ナド州)

大学学部 5.5 年制、学位 BSMS (Bachelor of Siddha Medicine and Surgery)

大学院修士課程 3 年制、学位 MD/MS (Siddha)

大学院博士課程最低 2 年制、学位 Ph. D.

(Siddha)

大学学部: 6 校 (国立 4 校、私立 2 校)、学部学生: 320 人

大学院: 3 校、大学院生: 110 人

上級大学院: 1 校、上級大学院生: 30 人

- ホメオパシー医師養成機関

大学学部 5.5 年制、学位 BHMS (Bachelor of Homoeopathic Medicine and Surgery)

大学院修士課程 3 年制、学位 MD (Hom.)

大学院博士課程最低 2 年制、学位 Ph. D. (Hom.)

大学学部: 178 校 (国立 31 校、私立 147 校)、学部学生: 12,785 人 (国立 1,065 人、私立 11,720 人)

大学院: 31 校 (国立 5 校、私立 26 校)、大学院生: 1,040 人 (国立 108 人、私立 932 人)

他に、薬剤師に対するホメオパシーの教育施設が存在する。

施設: 9 施設

学生: 390 人

- ユナニ医師養成機関

大学学部 5.5 年制、学位 BUMS (Bachelor of Unani Medicine and Surgery)

大学院修士課程 3 年制、学位 MD/MS (Unani)

大学院博士課程最低 2 年制、学位 Ph. D. (Unani)

- ナチュロパシー・ヨガ医師養成機関

大学学部 5.5 年制、学位 BNYS (Bachelor of Naturopathy and Yogic Science)

伝統医学提供機関

● アーユルヴェーダ (2005年)

病院：753院  
病床：35,182床  
医院：15,193院

● シッダ (2005年)

病院：276院  
病床：2,386床  
医院：444院

● ホメオパシー (2005年)

病院：223院 (国立86院、公立2院、私立135院)  
病床：11,205床 (国立2,675床、公立170床、私立8,370床)  
医院：5,826院 (国立4,799院、省庁立192院、公立774院、私立61院)  
薬局：659件 (国立18件、非国立634件)

2007年のデータ及びユナニ、ヨガ、ナチュロパシーについての詳細は、表3、表4を参照。

適応範囲

アーユルヴェーダ、シッダ、ユナニ、ホメオパシー、ナチュロパシーはこれまで慢性疾患に多く用いられていたが、近年、メタボリックや生活習慣、多因子疾患の管理に用いられるようになっていく。

ヨガは、肥満及び循環器系疾患の予防と手術後の予後のサポート、ストレスの緩和に用いられている。

保険適応の現状

幾つかの民間保険会社が、アーユルヴェーダやシッダの治療をカバーしている。

伝統医学を規制する法律

The Central Council for Indian Medicine, New Delhi.

- The Indian Medicine Central Council Act, 1970.
- The Drugs and Cosmetics Act, 1940.

政府管轄機関

- Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy (AYUSH), Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

(<http://www.indianmedicine.nic.in/index.asp>)

- スタッフ91名
- AYUSH (Ayurveda, Yoga, Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy) 局は、1995年3月に、インドの伝統医学システムと Homoeopathy の部署、ISM & Hとしてインド政府保健家族福祉省に設立され、2003年11月にAYUSH局と改名された。インドにおける伝統医学に関わる教育、臨床、管理全てを統括しているインドの政府の公的機関である。

研究機関

RESEARCH COUNCILS

- Central Council for Research in Ayurveda & Siddha (CCRAS)
- Central Council for Research in Unani Medicine (CCRUM)
- Central Council for Research in Homoeopathy (CCRH)
- Central Council for Research in Yoga

& Naturopathy (CCRYN)

EDUCATIONAL INSTITUTES

- National Institute of Ayurveda, Jaipur (NIA)
- National Institute of Siddha, Chennai (NIS)
- National Institute of Homoeopathy, Kolkata (NIH)
- National Institute of Naturopathy, Pune (NIN)
- National Institute of Unani Medicine, Bangalore (NIUM)
- Institute of Post Graduate Teaching and Research in Ayurveda, Jamnagar, Gujarat (IPGTR)
- Rashtriya Ayurveda Vidyapeeth, New Delhi (RAV)
- Morarji Desai National Institute of Yoga, New Delhi (MDNIY)

STATUTORY COUNCILS

- Central Council for Indian Medicine (CCIM)
- Central Council for Homoeopathy (CCH)

NATIONAL MEDICINAL PLANTS BOARD (NMPB)

- State Level Medicinal Plants Boards
- 29

PUBLIC SECTOR UNDERTAKING (PSU)

- Indian Medicine Pharmaceutical Corporation Limited (IMPCL), Mohan, Uttaranchal
- 他に、表 5 参照。

市場規模

インドと EU の間で行われた調査によれば、アーユルヴェーダ関連商品のインド国内の市場規模は、約 1100 万ユーロ。海外 130 ヶ国へのアーユルヴェーダ関連商品の輸出額は約 3 億～4 億ユーロである。2004 年～2005 年にかけての EU への輸出額は約 9000 万ユーロであり、これらには補助食品や中間物、医薬品が含まれている。

学会 (学術団体)

アーユルヴェーダ

1. All India Ayurvedic specialist (PG) Association
2. National Integrative Medical Association (NIMA)
3. Ayurved Mahasammelan

学会誌 (学術雑誌)

アーユルヴェーダ

- Ayurved Mahasammelan Patrika, etc.

業団

アーユルヴェーダ関連 (2005 年)

- 製薬部門 (製薬企業) : 7997 社
- シッダ関連 (2005 年)
- 製薬部門 (製薬企業) : 446 社

情報提供機関

表 6 参照。

伝統医療の費用対効果

殆どのインドの伝統医学において、費用対効果に関する本格的な研究は余りされていないのが現状である。しかし、2005 年に

ホメオパシーの分野において、“ Cost Effectiveness and Efficacy of Homeopathy in Primary Health Care Units of Government of Delhi-A study ” のタイトルで、プライマリー・ヘルスケアにおけるホメオパシーの費用対効果に関する先駆的な研究が試みられている。

#### 伝統医学を医療政策に用いている理由

インド独自の伝統医学は、多様な形態でインド国民に実践されている。インドの伝統医学の幾つかの原理や実践は日常生活習慣の一部であり、食習慣や生活習慣、社会の慣例に影響を与えている。また、救急医療や抗生物質、外科手術、麻酔等の点から、西洋医学の人気が増しているが、地方人工の約70%は伝統医学を利用している。インドの伝統医学は、慢性疾患において、費用対効果的で有益である場合が多く、勿論予防医学の分野において有用である。今日、劇的な変化が伝統医学に起こっており、メタボリックや生活習慣、多因子疾患病の管理への効果、そして、生活の質を高めることが求められている。

#### インドの統合医療モデル

長年、西洋医学の医師とインドの伝統医学の医師は相互に余り交流をすることがなく、其々が別個に臨床に当たっていた。

一方、近年、欧米先進工業国で受けられる殆どの西洋医学の治療を、インドにおいて欧米の6割から7割の費用だが、欧米と同等の質で高度な医療を受けることができるメディカルツーリズムが盛んである。1日に100件の心臓の冠状動脈バイパス手術を処理できる機能と規模の医療機関が、イ

ンドの主要都市に建設され、年間少なくとも年間15万人とも言われる海外からの患者を盛んに受け入れている。

Dr. Naresh Trehan は、循環器系疾患領域において名実共にインドで最も有名な Escorts Heart Institute and Research Centre において長年、循環器系疾患の外科手術に携わり、インドにおける最新の循環器系疾患の外科手術の技能を持つ草分け的な存在であり、今日のインドにおけるメディカルツーリズムの立役者として、現在もインドのメディカルツーリズムの代名詞である Apollo Hospital において臨床にも当たっている。Dr. Naresh Trehan は、循環器系疾患の外科医として、長年インドにおいて、循環器系疾患の外科手術に携わって来たが、年々増大する循環器系疾患を目の当たりにし、数年前からインド政府健康家族福祉省の一部門 AYUSH (The Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy) 直属のインド国立ヨガ研究所と共同研究を行い、循環器系疾患の予防と予後に対するヨガの効果を検証して来た。そこで得た知見から、Dr. Naresh Trehan はインドの伝統医学であるアーユルヴェーダ医師らと協力し、西洋医学の最先端の技術とインドの(伝統的)医療資源の知見を用いた臨床の実践と研究開発を行う Medicity のプロジェクトを進めている。

Medicity は、州政府や市の支援を受け、米国の医療機器メーカー及び投資ファンドから約35億円の資金を得て遂行されているプロジェクトである。1500を超える臨床ベッドを有し、西洋医学の医師1000名、伝統医学の医師50名、看護師2000名、循環

器系の専門科を含む 20 の特別専門科と 45 の手術室を完備した最新鋭の臨床施設兼研究機関であり、医療滞在型の宿泊施設や医科大学、コメディカル大学などの教育機関も併設した、西洋医学とインドの伝統的医療資源による統合的治療の実践と研究開発を行う、インド最大の西洋医学とインドの伝統的医療資源による統合的な臨床と研究を行う大規模複合型臨床サービス・研究開発拠点であり、インドの伝統的医療資源の科学的評価手法の確立と統合医療推進の中核拠点としての役割を担っている。

Medicity は循環器系疾患の部門において、循環器疾患の予防・診断分野における先進医工学とインドの伝統医学の統合医療的アプローチの研究をすすめようとしている。先端技術である生体機能計測法などを活用するとともに、ストレスによる脳・循環器系疾患の予防と予後のためのインドの伝統医学（ヨガやアーユルヴェーダなど）の科学的効能のエビデンスの収集と分析を計画している。さらにアーユルヴェーダ医学独特の身体観に基づく診断理論（ヴァータ、ピッタ、カッパのトリドーシャ論）による診断治療法を循環器系疾患の予防及び治療、予後に融合させることにより、インド独自の、先端技術と伝統的医療資源を統合させた循環器系疾患の予防・予後医療の方法論を構築しようとしている。また、インドの（伝統的）医療資源の 1 つであるヨガなどはストレスによる精神的・身体的異常に対して優れた臨床効果があるとの学術論文による報告もあり、それらの有効性のメカニズムを明らかにすることにより先端医療との融合を図ろうとしている。

Medicity は、インド独自の伝統的医療資

源を用いて、インドにおける統合医療のモデルの構築を目指している。

#### 4. 伝統医学と産業

##### 伝統医療を活用したスパビジネス

公式な医療としての伝統医療（アーユルヴェーダ、ホメオパシー、ユナニ、ヨガ）の一方で、これらをリゾート化、スパ化したビジネスが展開されている。公的な伝統医療としては、インドには西洋医学の病院に並んで多くの伝統医療の病院がある。例えばアーユルヴェーダ病院であれば、その医師は正規のアーユルヴェーダ医師としての大学教育を受け、資格をもったれっきとした医師である。一般のインド国民にとっては、公的医療機関は無料であるし、有料の開業医、民間病院に行く場合は西洋医学よりもアーユルヴェーダの方が安いので、貧困層や中産階級の下の方はアーユルヴェーダ医学を日常の医学として利用している。一方で近年では、アーユルヴェーダが西洋医学に比べて、予防、健康管理により力を入れた医学であることから世界的な健康ブームと結びついて、健康増進のためのサービスとしてビジネスモデルが成立しつつある。外国人向けの健康増進サービスとして展開する場合、いわゆる病院のようなファシリティよりも、ホテルやスパのような位置づけでサービスを提供した方がなじみやすいということで、アーユルヴェーダを用いた健康増進サービスとしてのビジネスモデルが近年多く展開しはじめたものである。

都市部郊外のスパ、アーユルヴェーダリゾートは、中産・上流のインド人の保養地として機能しており、利用者の半数以上が

インド人であるのに対し、ケララ州など南部のリゾート地は、主に外国人向けのリゾートとなっており、都市部郊外のスパとリゾート地でのスパでは利用者層が異なる。

ケララ州は、その高い識字率、保健指標から、「国際保健活動の奇跡」と称されるほどのインド有数の美しい都市であるが、アーユルヴェーダ特有のマッサージ療法が生まれた地であるとも言われ、ケララ州としてアーユルヴェーダ観光に力を入れるという戦略を以前から取ってきた。現在は、インド観光局が国レベルでウェルネスツーリズムを宣伝する中で、特に海外に向けてもケララのウェルネスツーリズム、アーユルヴェーダリゾートが紹介されている。ケララ州アーユルヴェーダリゾートの利用者は、主に、ドイツ、オーストラリア、イギリスなどヨーロッパからの利用者であり、日本人利用者はまだほとんどいないといわれている。というのも、これらのウェルネスサービスは、1、2日で終わるものでなく、7日から3週間ほどに上るプログラムであるため、長期休暇の制度をもたない日本人にはなじみにくいという問題があるようである。

#### アーユルヴェーダリゾートやスパに関する法的な規制

病院以外でのアーユルヴェーダ診療や治療、具体的にはスパやリゾートの形態のアーユルヴェーダ診療や治療の場は最近増えたものの、特にリゾートやスパに限定した規制は国家レベルでは存在しない。しかし、リゾートやスパの形態をとっても、アーユルヴェーダ医師として診断したり処方したりする場合には、その教育制度や資格制度

としては病院や診療所におけるアーユルヴェーダ医師と同じものがあてはまる。

しかし、リゾート化されたアーユルヴェーダの提供が盛んになるにつれ、粗悪なサービスを防止する規制、質による選別が現実には必要になってきた。上述のように、国全体としては、リゾート型、スパ型のアーユルヴェーダセンターの質の保証についての統一的な法律や規制はまだないが、アーユルヴェーダツーリズムに力を入れるケララ州は、SCHEME FOR CLASSIFICATION OF AYURVEDA CENTRES によって州としてリゾート型アーユルヴェーダ施設の質の評価と認定を始めた。Green Leaf と Olive Leaf と二つのクラスの認定があり、Green Leaf は最高級の認定、Olive Leaf はそれに準ずるクラスとしての認定となっている。認定基準の内容は、テクニカルスタッフ（施術者）に関する規定、医療や健康増進プログラムの質、器材設置基準、施設設置基準に及ぶ。各施設は、一定の手順にのっとり、認定をケララ州観光局に申請することができ、認定を受けた施設だけが観光局による広告・宣伝に掲載してもらえ、また10%の補助金等を申請する権利が与えられる。認定は永久的ではなく3年毎に受けなおさねばならない。

#### ITを活用したウェルネス分野

ウェルネス分野では、海外在住者に対するアーユルヴェーダ医師によるウェブを解した健康相談なども、リゾート型のアーユルヴェーダスパなどでは行われている。しかし、現時点では、これは独立したビジネスとして成立しているというよりは、顧客獲得や海外在住患者の事後ケアのための無

料サービスとして行われているケースが多い。

### フィットネスとしてのヨガ

フィットネスに関連が深い分野でインド伝統のものとして、ヨガがある。ヨガは、世界の健康ブームの中で大きなトレンドとなっている。アメリカの Yoga Journal によれば、アメリカでは人口の 5% にあたる 1500 万人がヨガを行っており、人口の 16% が今後ヨガをやってみたいと答えているとされている。インドでは、中産層も含めて多くの人々がヨガの教室・道場（アシュラム）に通っており、文化として生活の中に根付いたものである。インドの公的機関、民間機関では、上記のような世界の健康ブーム、ヨガブームを受け、海外の健康市場へのトレーナーの派遣や連携ビジネスを行っている。また、アメリカ等からインドのアシュラムに修行に来る者も少なくない。ヨガに関する国立研究所（Morarji Desai National Institute of Yoga (MDNIY) <http://mdniy.nic.in/>) では、ヨガに関する研究や教育、普及活動を行っており、海外への指導者の派遣も行っている。

Sivananda Yoga Vedanta Nataraja (<http://www.sivananda.org/>) はヨガの普及やトレーニングを行う国際 NPO 組織であり、世界中に都市型ヨガセンター（ヨガクラブ）と、自然の中にあるアシュラムをもつ。都市型ヨガセンターは、インド国内では、ニューデリー、チェンナイ、マデュライ、トリヴァンドラムにあり、インド以外では、北米 6 都市（アメリカ 2 都市、カナダ 2 都市）、ヨーロッパ 8 都市（ドイツ、イギリスなど）、南米 2 都市、中東 2 都市にあ

る。アシュラムは、北米、ヨーロッパ、インド国内など世界 9 箇所があり、インド以外のアシュラムは、自然の中でヨガ・ヴァケーションサービスを提供する場となっている。

### メディカルツーリズム

民間病院の高い医療水準とそれに比して安い医療費を受け、海外からの患者の受け入れを、インド政府観光局等が中心となって国家レベルで産業として振興している。インド政府観光局によれば、昨年 1 年間に、約 15 万人がインドをメディカルツーリズム（医療旅行）の目的で訪問したと発表されている。分野は、心疾患、歯科治療、骨関節、美容整形等が多い。医療水準が最高レベルの民間病院の 5~20% が外国人の患者という状況で、インド最大のアポロ病院では、外国人患者向けの窓口「プラチナオフィス」を設けるなど、受け入れ態勢が整っている。

患者は主にイギリス、オーストラリア、ドイツ等ヨーロッパ圏、バングラディシュ、ブータンなど近隣諸国からなどからであるが、国によってまた疾患によってインドに医療を受けにくる理由は異なっている。近隣諸国からは、自国よりも質の高い医療を求めてインドに来る人が多い。それに対して、イギリスからの患者はイギリスでの待ち時間の長さに耐えかねてくるケースも多い（心疾患など）。また、歯科診療や美容整形に来る患者は、自国でも保険適用外の治療であるため、同じ自己負担ならば、インドの方が値段が安くすむためにやってくる。インドにおいて世界でも最高水準の医療が受けられ、しかも料金的には、国際線の航

空料金、滞在費、医療費を含めても費用面が欧米諸国の医療費の50%程度に抑えられる、とインド政府観光局はうたっているが、多くのメディカルツアー代理店の発表では、おおよそ3分の2程度とされているところが多い。

インド政府観光局のウェブサイトでは、心疾患、美容整形外科、透析と腎臓移植といった医学分野ごとにインド医療の強みが紹介されているほか、メディカルツーリズムを受け入れるに足る最高レベルの病院が掲載されている。また、メディカルツーリズムを扱う民間会社（メディカルツーリズム代理店）がウェブサイト等を通じて、施術ごとにアメリカやイギリス等西欧諸国をいくらかの値段が違ふかを掲載し宣伝している。治療を望む患者は、それらの会社を通じて診療を申し込んだり、直接病院に申し込んだりすることができる。

インドで治療を受けたついでに、インドでのアーユルヴェーダやヨガ指導など伝統医療やウェルネスサービスを受けて帰る患者も少なからずいるが、現在はそれ自体を目的にくる患者は少ない。しかし、先に述べたインドにおける統合医療のモデル構築を目指している Medicity では、海外からのメディカルツーリズムの患者も重要なターゲットとしている。インドのメディカルツーリズムの強みは、インドの医療従事者を含めた、安い労働力による安い治療費である。しかし、インドの発展と共に、インドの人件費は高くなり、行く行くは治療費の価格差だけでは、タイやシンガポール、マレーシアなどのメディカルツーリズムの競争相手と争うことが出来なくなることを Medicity では見越しており、他国には決して

真似できない自国独特の伝統的医療資源と西洋医学の知識と技術を用いた、新たな医療サービスを研究開発し、メディカルツーリズムでの重要なサービスとして、海外からのメディカルツーリズムの患者に提供していくことを計画している。

#### アーユルヴェーダ関連商品

現在、世界のハーブ市場は800億ドルほどでそのうちアーユルヴェーダ関連商品は1.5~2%と推定されており、現時点ではそのうち9割が国内市場である。しかし、国外市場の伸びは大きく5年で3倍以上見込が見込まれている。アーユルヴェーダの古来の経典にのっとった処方により健康食品、化粧品として商品を開発している。

現在力を入れられているのがクリニカルトライアル（臨床試験）である。特に海外進出が始まってから、アーユルヴェーダ製品の有効性安全性を確認する必要が出てきた。アーユルヴェーダ製品や製薬会社が病院を所有している場合には、そこを用いて活発に臨床試験が行われている。臨床試験については、政府も支援をしており、伝統医療製薬の臨床試験に対する補助金制度がある。

国内外含めてアーユルヴェーダ製品に関してもっとも大きなシェアを占めるのは、Himaraya 社、2位がダブ社、3位が Emami 社である。Emami グループでは、アーユルヴェーダ化粧品の開発と販売だけでなく、アーユルヴェーダスパをドバイに展開している。国際的な観光拠点であるドバイに自社のアーユルヴェーダリゾートを持つことで、製品の海外市場へのプロモーションとしている。

アーユルヴェーダ、シッダ、ユナニ関連の商品（薬品や化粧品等）に関する法律としては、1940年に制定された Drugs & Cosmetics Act、1945年に制定された Drugs & Cosmetics Rulesがある。第4章Aにアーユルヴェーダ、シッダ、ユナニ医学について定められている。

#### D. 考察

人口 10 億 2,874 万人、国土面積 3,287,263km<sup>2</sup> を有するインドは、今経済界で最も注目される国の一つである。実際、日本でも、2005 年度にビジネスマンが現在もっとも関心のある国第1位に選ばれた。1人あたり GDP620 ドル（日本の 60 分の 1）と 1 人当たりで見ると未だ発展途上の国であるが、03～04 年の GDP の成長率は 8.5%、1995-2005 年間の平均成長率は 6.2%、PPP 換算後の GDP 国際比較ではアメリカ、中国、日本について 4 位とその経済発展のスピードには凄まじいものがある。

また、インドでは、GDP の 5.3% が医療を含む人々の健康へ投資されている。現在、インドの中流層人口は約 3 億人で、経済の自由化と共に、生活習慣が欧米化してきており、生活習慣病が増加しており、中流層の 45% が生活習慣病と言われている。

インドは、世界第 2 位の大きな人口と 1995-2005 年間の GDP 平均成長率が 6.2% という急激な経済成長を背景に今後市場としても大きく伸び行くことが期待されている点と、多くの先進諸国で健康関連産業、健康商品としてブームとなっているインドの伝統医学アーユルヴェーダやヨガの国として、統合医療を考える際、相補・代替医療が関わっている健康関連産業を考

える上で、欠くべからざる国と考えられる。

インドでは、インドの伝統医学や伝統文化であるアーユルヴェーダやヨガを題材とした多様なビジネスの発展がある。アメリカでは人口の 5% がヨガを行っていると言われ、推計されており、アーユルヴェーダは日本ではまだそれほど普及していないが欧米諸国ではそれを生かしたスパマッサージなどがトレンドの主流の一つとなっている。インドは、その欧米市場にヨガやアーユルヴェーダの知識、人材を輸出し、インド国内でもリゾート化して欧米からの観光客を呼び寄せている。

また、インドの伝統医学由来の健康食品や化粧品等の開発も盛んであり、インドの統合医療はインドの伝統医学を用いた統合医薬品の製薬開発の分野で主に行われている。例えば、国立の研究機関である Central Council for Research in Ayurveda & Siddha (CCRAS) では、アーユルヴェーダを用いた統合医薬品の研究開発において特許を複数取得しており、他のインドの伝統医学に関する国立の研究機関でも同様で、学術発展及び産業振興の側面から、欧米の大学や研究機関、製薬や食品企業と連携し、共同研究を積極的に行っている。

インド健康家族福祉省 (Ministry of Health & Family Welfare) は、インドの伝統医学担当部局である AYUSH とインド商工会議所連合会の共催で、伝統医学の研究開発及び産業振興を目的に、7 年前からインドの伝統医学由来製品の見本市 (Arogya National Healthcare Exhibition) を毎年定期的に開催している。

また、近年の動きとして極めて興味深い

のは、メディカルツーリズム(医療観光)のメッカとしてのインドである。インドの庶民向けの公的病院の状態は劣悪であるが、最先端の民間病院は先進国のそれと比べても全く遜色はない。しかし、医療費は先進諸国の3分の2ほど(保険適用なしに換算して)であり、それを生かして、インドで最先端の治療をうけるためのメディカルツーリズム(医療観光)がインド政府観光局を中心にプロモートされている。自国で手術の待ち時間に耐えかねてインドで治療を受ける患者、自国で保険が利かない手術なので安くインドで受ける患者、また自国よりも高い医療技術を求めて治療を受ける患者が年間約15万人ほどインドにやってくる。今までは西洋医学の治療がメインでメディカルツーリズムは行われてきたが、Medicityの出現により、今後は西洋医学の治療と共にメディカルツーリズムのサービスにインドの伝統医学による治療が加わって行くと考えられる。

インドでは、日本では見られない、伝統医学を取り入れた正規の医療システムが、西洋医学と共存している。西洋医学とインドの伝統医学を併用した統合医療モデルが試みられようとしており、医療サービスの提供と共に、大学や研究機関におけるインドの伝統医学由来の製薬の研究開発等、産業の創出も試みており、学術及び産業界のみならず、国策としての動向が伺える。

#### E. 結論

インドにおける統合医療や相補・代替医療は、医療及び産業において、日本以上に活用されており、特にインドの伝統医学は、インド国民の福祉と経済発展のためのイン

ド独自の資源として、医療資源及び知財産資源の両面から活用されている。日本とは医療体制の違いはあるが、伝統医学の活用及び統合医療モデルは日本においても参考になる部分が多いと考えられる。

#### F. 謝辞

本調査に当たり、インタビューに快くご協力頂いた、Ministry of Health & Family WelfareのDr. Vinayak M. Prasad始め、AYUSH関連の方々ならびに、MedicityのDr. Naresh Trehan、Dr. G. Geetha Krishnan、そして情報収集のご協力を頂きました、在日インド総領事館のOm Prakash 総領事、在日インド総領事館の南波亘子氏、グジャラート・アーユルヴェーダ大学元大学院学長のH. S. Sharma博士、大阪アーユルヴェーダ研究所所長の稲村晃江博士には大変お世話になりました。謹んで感謝いたします。ありがとうございました。

#### G. 文献

- 1) 日本国政府外務省海外ホームページ各国・地域情勢(インド・基礎データ)  
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/india/index.html>
- 2) 2001年インド国勢調査
- 3) World Bank, World Development Indicator Online.
- 4) 外務省(日本)ホームページ(<http://www.mofa.go.jp/mofaj/>)
- 5) アジア産業研究所『インド経済・産業データハンドブック2005年版』2005.
- 6) WHO 東南アジア地域事務局ホームページ(<http://www.searo.who.int/>)
- 7) MoHFW, Annual Report, 04-05, 2005.