



# インドにおける 「プレミアムサービスとして の在宅医療」事業普及 プロジェクト報告書

コンソーシアム名	インドにおける「プレミアムサービスとしての在宅医療」事業普及コンソーシアム
代表団体	株式会社ヒューマンライフ・マネジメント
参加団体	株式会社アレナビオ

# 活動のアウトライン

---

- 事業名：インドにおける「プレミアムサービスとしての在宅医療」事業普及プロジェクト
  
- インドにおける「プレミアムサービスとしての在宅医療」事業普及コンソーシアム
  - 代表団体 株式会社ヒューマンライフ・マネジメント
  - 参加団体 株式会社アレナビオ
  - 協力団体 医療法人社団悠翔会、Care24、  
レキオ・パワー・テクノロジー株式会社
  
- 事業概要等
  - ▶既にムンバイやデリーにおいて在宅介護サービスを展開している現地企業Care24と、ヒューマンライフ・マネジメントで合併会社 Japan Medical Technology : JMT(仮称)を設立し、インドで在宅医療サービスを普及するための実証を行う。
  - ▶具体的には、**2021年6月の合併会社設立**に向けた準備のため、市場および法規制の調査、競合分析、現地人医師の採用、必要なIT要件などの調査等を行う。

# 目次

## Contents

## Page

---

全体要旨

---

I.	コンソーシアムの展開予定事業の全体像	4
II.	当事業にて期待されるアウトプット（効果）	15
III.	本年度補助事業・活動内容	19
IV.	補助事業活動の成果	30
V.	今後の展望	51
VI.	全体考察	71
VII.	調査結果詳細	76
VIII.	Appendix -その他附録資料	235

---

1.

# コンソーシアム 展開予定事業の 全体像



# 全体要旨

---

- 在宅介護・看護サービスに医療サービスを付加する合弁会社を現地企業と設立する。
- インドのデリー・ムンバイなど大都市部にて、訪問看護師と連携した日本式の在宅医療サービスを提供する。
- 在宅患者の医学的管理を効率的に行うため遠隔診療を活用する。
- 退院後の患者の約半数が医師の診察を受けていない。痛み止め薬だけで過ごし、体力も低下していることが判明した。
- コロナ禍の影響で病院を避ける患者が多く、遠隔診療や在宅医療への関心が高まっている好機である。
- 医師の関心も高く、合弁会社を2021年6月に設立し、デリーから医療サービスを提供する。
- 医師の採用、ITシステムの整備により順次拡大していく。

## 事業背景、対象国の課題・ニーズ

---

- インドの高齢者人口比は**9%**だが、高齢者人口は既に日本の**2倍**
- 富裕層の寿命は日本と大差ない。
- 大都市では交通事情が悪いため、高齢者の通院は困難。
- 家政婦や在宅介護は普及しているものの、在宅医療はまだ未成熟。
- 介護施設は日本ほど普及していない。
- 入院費が高額である。
- 新型コロナの影響で
  - ▶ 感染を恐れて通院を避ける傾向にある。
  - ▶ 家族と面会できないため入院を避ける傾向にある。
  - ▶ 病院は感染患者に病床を使う傾向にある。

## 事業の目的

---

- インドでの退院後の在宅患者の医療ニーズに応える。
- 通院や入院で高齢者の慢性疾患に対応すると高額となる。低コストで入院リスクを抑える在宅医療を普及させる。
- コロナ感染を恐れて通院を控えたため悪化し、入院に至るリスクを抑える。
- 低コスト化のため遠隔診療を取り入れつつも、情報機器に不慣れな高齢患者・家族をサポートするため、看護師と連携した在宅医療サービスとする。
- 広範な知識と多面的な判断が必要となるため、在宅医療の経験が浅い現地医師を日本から支援するビジネスモデルを確立する。
- 高齢患者が自宅で最期を迎えることができるよう、全人格的支援を行う医療法人社団悠翔会の医師のノウハウを活用する。

## ターゲット分野

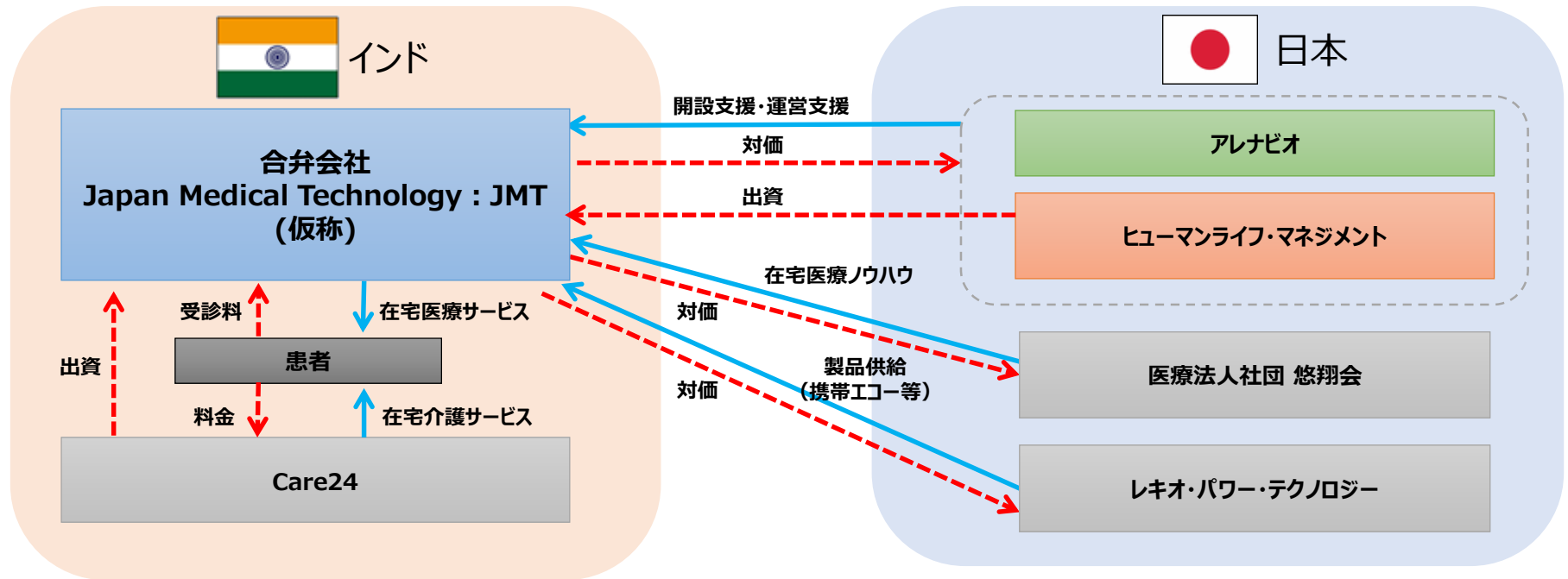
看護サービスを受けているCare24の利用者に在宅医療を提供する。  
看護師・介護士との連携を特長とする。  
これは日本では当然だが、インドでは組織的に行われていない。

日本での分類	家政婦	在宅介護	在宅看護	在宅医療
Care24が現在提供中のサービス	△	◎	○	—
合弁会社JMTが提供を計画しているサービス		連携	連携	◎

註：インドには保険制度はないが、日本の基準に当てはめた。

# 事業スキーム

合弁会社 2021年6月設立に向けて



- 【図の凡例】
- 1. 矢印
    - (blue solid) : ヒト・モノ・サービス・情報の流れ
    - (red dashed) : お金の流れ
  - 2. ボックス
    - (red) : 代表団体又はコンソーシアム
    - (orange) : 参加団体
    - (green) : 協力団体
    - (blue) : 拠点施設
    - (grey) : その他

# 設立する合併会社の事業内容

---

- Care24がムンバイ・デリーですでに提供している在宅介護、在宅看護サービスに医療を付加する。
- ヒューマンライフ・マネジメントとCare24で合併会社 Japan Medical Technology : JMT (仮称) を2021年6月頃設立し、JMTの医師がCare24の在宅患者を診療する。
- 医療社団法人悠翔会の医師が、JMTが契約する現地インド人医師を指導する。
- JMTの医師はCare24の患者に、介護にプラスしたプレミアムサービスとして在宅医療を提供する。ムンバイから始め、デリーなどインド全国10都市に展開する計画である。当面はCare24と共に地域・患者を拡大していくが、将来はCare24以外のルートでも集客する。

## 各団体の役割 (1/2)

---

- (株) ヒューマンライフ・マネジメント  
在宅医療のクリニック開業支援から、開業後の経営管理（総務、人事、代金回収、財務、経理など）を受託する一方で、日本国内での在宅医療普及のための勉強会（在宅医療カレッジ）や海外から日本への医療ツーリズムなども行ってきた。在宅医療向け電子カルテHOMISの開発実績もある。本年度事業では、日本での在宅医療運営ノウハウをインドに展開する。
- (株) アレナビオ  
日本の大学発の新技术を海外と共同で事業化してきており、JICAからの受託、海外での合弁会社設立の経験もある。本年度事業では、インドでの市場調査、合弁会社設立のための規制や法律の調査を担当する。
- 医療法人社団悠翔会  
首都圏で1万人近い患者に在宅医療サービスを提供している。本年度事業では、インド人医師の研修、トライアル診療の支援を担当する。また、合弁会社設立後も引き続き研修と診療支援を行う。なお、ヒューマンライフ・マネジメントは、悠翔会から医師・看護師等による直接医療行為以外の全ての会社機能を業務受託している。

## 各団体の役割 (2/2)

---

- Care24 (現地企業)  
デリー、ムンバイで在宅介護を6年手がけている。ヒューマンライフ・マネジメントはCare24に出資しており、合弁会社設立を目指すパートナーである。本年度事業では、調査情報収集、合弁会社設立準備、サービスメニューの検討、システム要件の検討、インド人医師の選考、研修の運営、トライアル診療の実施を担当する。
- レキオ・パワー・テクノロジー (株)  
携帯型の超音波診断装置 (携帯エコー) のメーカーであり、アフリカへの輸出実績がある。本年度事業では、日本の在宅医療で胃瘻カテーテル交換確認時に活用されている携帯エコーを研修で活用するなど、インドでの活用可能性を検討する。
- Corporate Catalyst India Pvt Ltd (現地企業)  
大手の調査会社で、規制や法律に関する日本企業からの調査依頼も多数の実績がある。病院や薬局などの分野は、CCI社の下でKadence社が調査を行った。



# 体制

## 役割分担

		調査情報収集	合弁会社準備	メニュー選定	システム要件	現地医師選考	日本での研修	インドでの研修	トライアル	報告書作成
コンソ ーシア ム	(株) ヒューマンライフ・マネジメント	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	◎
	(株) アレナビオ	◎	◎	○			○	○		○
医療法人社団悠翔会							◎	◎	○	
Care24 (インド)		○	○	○	○	◎	○	○	◎	
レキオ・パワー・テクノロジー (株)							○	○		
現地専門コンサルタント		○	○	○		◎		○		

[凡例] ◎ : 主担当、○ : 担当

# 事業化までのスケジュール

合併会社設立2021年6月頃

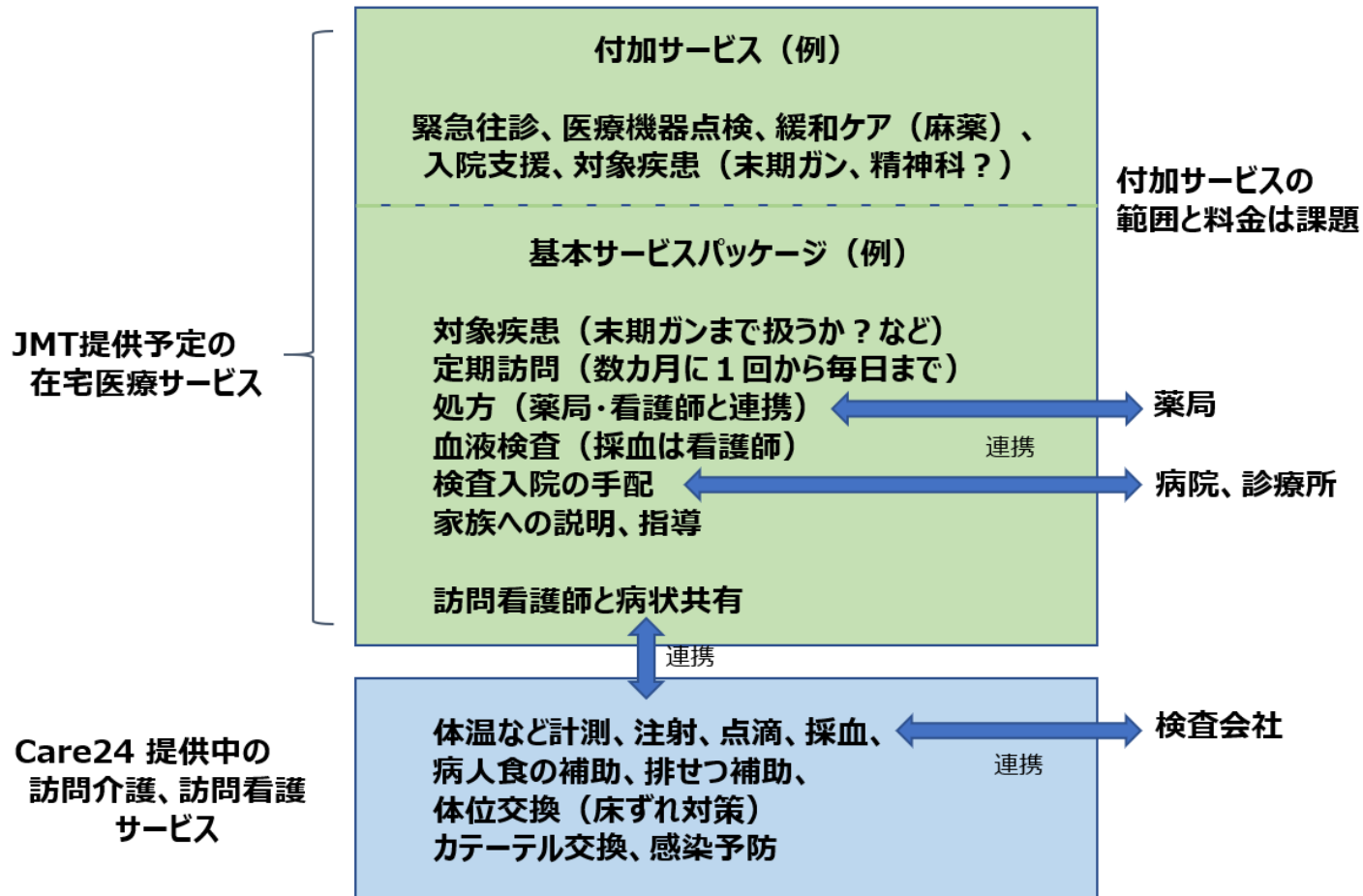
- インドで医療サービスを行うのにクリニック設立の必要はなく、医師を採用すれば開始できる。本事業でのトライアル診療に応募してきた医師の中から正式採用する。
- 合併会社を2021年6月に設立し、Care24に所属する看護師と連携した医療サービスを提供しながら、ITシステムを強化していく。
- 当初はCare24の既存システムと電子カルテHOMISの一部を使ってサービスを開始する。
- Care24の既存顧客のうち、退院後自宅療養中の患者の約半数が定期診療のための通院をしていない（できない）。これらを中心に訪問診療を開始する。
- 2021年度はマーケットトライアルの位置づけで、患者30名程度から開始する。本格拡大は2022年度以降。

II.

当事業にて  
期待されるアウト  
プット（効果）

# 日本式の在宅医療サービスを普及する (1/2)

Care24が手がけている既存の在宅介護サービス、在宅看護サービスに医療を付加する。



## 日本式の在宅医療サービスを普及する (2/2)

---

- 日本では「病院は治療、在宅は療養」と目的を明確にし、入院を減らすことで、病院が急性期患者に集中できるよう、在宅医療制度を進化させてきた。
- 在宅患者に医療を単独提供するのとは異なり、介護・看護と連携して患者の生活をトータルに支える全人格的ケアを特徴とする。
- 日本ではすでに一般的となっている医師・看護師・介護士の連携（いわゆる「多職種連携」）をインドで普及させる。
- 民間の医療保険に日本式の在宅医療を前提とした商品を追加し、通院の負担軽減、入院費の軽減を図る。
- 小型超音波については、インドでの男女産み分け問題に抵触し、導入を見送ったが、日本で普及しつつあるデジタル聴診器やタブレット対応の電子カルテ、看護計画の立案支援システムなど、インド市場へ積極的に導入を検討していく。

## 実施相手国の裨益

- 慢性疾患の高齢者の入院日数を減らし、病院の病床を急性期の患者に割り振ることができる。
- 退院患者の自宅での安定した療養により、再入院を減らす。通院・入院は患者のみならず家族にも大きな負担である。
- インドでも老々介護、独居高齢者、昼間は高齢者だけの家庭が増えている。高齢者が安全に療養できれば、働き手の若い世代の負担も軽減される。
- 人口当たりの医師数が日本の1/3に満たないインドで、現状の「良心的・献身的医師による在宅医療」では、今後の高齢化に対応できない。日本式チーム医療・多職種連携を、日本以上にITを活用して、効率的な在宅医療を実現する。
- 介護・看護・医療の垣根が低いインドで、安全で効率的な在宅ケアサービスの仕組みを構築すれば、そのソフトウェアとITシステムは海外に展開できる。

III.

# 本年度補助事業 活動内容

## 本年度補助事業の実施内容 (1/6)

	実施内容	コロナ禍での工夫
<p>1. 現地在宅医療 の現状及び ニーズ 調査</p>	<p>患者のニーズ調査</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 高額入院費（年平均<b>200</b>万円）</li><li>● コロナ感染に怯える</li><li>● 退院患者の半数が受診していない</li></ul> <p>市場・競合調査</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● 看護師と連携した在宅医療は、インドではまだ行われていない</li></ul>	<p>コールセンタの空き時間にアンケート調査を行う計画であったが、患者家族の反応が思わしくなく、退院患者<b>200</b>人に縮小し、簡易な一次調査と医師による詳細調査の2段階とした。</p>
<p>2. 合併会社設立 の準備（医療 サービスに関 わる法律・規 制の調査）</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>● 外資との合併設立に対する規制は緩い。</li><li>● 医療サービス提供に関する規制もない。</li><li>● クリニックとしなくても、医療サービスを提供可能。</li><li>● クリニックには税制面の優遇があるが、州毎に規制が異なる。</li><li>● 薬局や検査会社には、クリニックとしなくても対応してもらえることが確認できた。</li></ul>	



## 本年度補助事業の実施内容 (2/6)

### 実施内容

### コロナ禍での工夫

- 患者ニーズ調査が遅れたが、医師は欧米の家庭医や総合医の知識があり、在宅医療をすぐに理解してくれた。
- 患者家族が日々困る症状に対応することが普及につながるとの結論となった。
- 入院費が高額であることが判明し、入院リスク低減をセールスポイントとすることとした。
- インドでは遠隔診療が急速に普及しており、患者からも医師からも要望が大きかった。

医師との遠隔面談で得られた情報は多かった。

各地の医師と面談したことで地域性にも気づかされた。

### 3. 在宅医療サー ビスメニュー の選定

## 本年度補助事業の実施内容 (3/6)

実施内容	コロナ禍での工夫
<p>4. 在宅介護に医療を追加するためのITシステム要件洗い出し</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>● 日本では電子カルテなどの医療情報システムに対して厚労省が<b>160</b>頁もの「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を出しているが、インドではネット販売などの規制と、薬剤に関する法律が適用されるだけであった。</li><li>● <b>Care24</b>の既存システムを調査し、最小の改造と電子カルテ<b>HOMIS</b>の一部を利用する方法で十分実用性があることが判明した。</li><li>● 処方箋の薬剤名の日印対応表が必要となり、在宅医療でよく使われる約<b>700</b>種類について作成。</li></ul>

## 本年度補助事業の実施内容 (4/6)

	実施内容	コロナ禍での工夫
5. 現地医師の 採用	<ul style="list-style-type: none"><li>● コロナの先行きが見えない中、設立していない合弁会社のために転職を希望する医師はいない。</li><li>● 関心はあり、合弁会社設立後、働きたい希望者はいて、面談を行った。なお、面談から得られた情報は多い。</li></ul>	病院勤務医の応募が多く、面談は勤務が終わる <b>18時</b> 過ぎとなるため、日本時間は <b>21時半</b> 過ぎの遠隔会議となった。
6. 日本での研 修	現地の医師・看護師を日本に招聘し、チーム医療や多職種連携を実地に見聞してもらう計画だったが、実現できなかった。	代わりに訪問診療の様子を撮影したビデオに英語字幕をつけて教材とした。

## 本年度補助事業の実施内容 (5/6)

	実施内容	コロナ禍での工夫
7. インドでの研修	<ul style="list-style-type: none"><li>● インドに渡航する計画もコロナ感染の急拡大で頓挫した。</li><li>● 一方、インド人医師は総合診療に対する理解度が高く、モチベーションもあった。</li></ul>	遠隔会議であっても、複数の勤務医の時間を合わせることは難しく、個別会議となった。
8. インドでのトリアル診療	<ul style="list-style-type: none"><li>● 日印間の遠隔会議は深夜になる。また通信が切れたり、乱れることがあり、医師同士の遠隔会議は非効率と判断した。</li><li>● 診療や看護の個々の質は高く、英語でなら報告・指導も可能と分かった。</li><li>● チーム医療や多職種連携については、現地の人間関係や文化的背景にも立ち入るため、今後の課題。</li></ul>	英語レポートだけでは状況把握が困難と考え、ビデオ撮影を依頼した。  患者や家族との会話は英語でないことが多く、英語字幕を付けてもらった。

## 本年度補助事業の実施内容 (6/6)

---

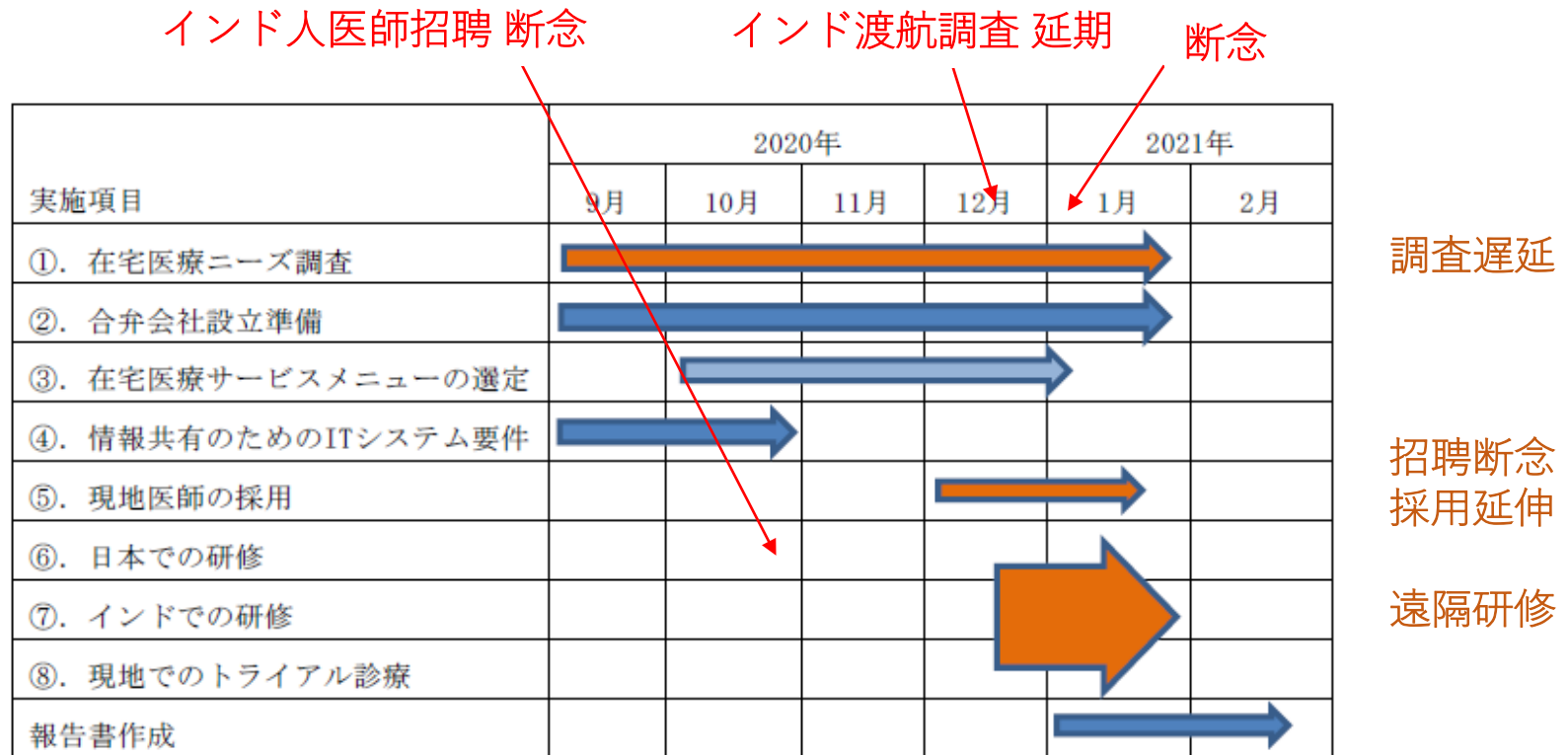
- コロナの影響で、当初計画から大きな変更を余儀なくされた。日本での研修、インドでの研修、どちらかは実施したかったが、結局どちらも遠隔となった。
- コロナの先行きが見えぬ中、医師たちは合併会社の新規事業に容易には参画してくれなかった。現状の勤務が大変なこともあり、面談も病院の休憩室から行う例もあった。
- 当初は医師をフルタイム採用する計画だったが、本事業にパートタイムでも参加してもらうため、患者の詳細調査をトライアル診療として医師に依頼することとした。患者には実質、無償診療となる。
- 研修と調査を合体したトライアルは、患者家族への在宅医療のプロモーションともなった。結果、9割の家族が通院は恐い、在宅医療や遠隔診療を頼みたいと回答した。

# 当初スケジュール

実施項目	2020年				2021年	
	9月	10月	11月	12月	1月	2月
①. 在宅医療ニーズ調査	→					
②. 合弁会社設立準備	→					
③. 在宅医療サービスメニューの選定		→				
④. 情報共有のためのITシステム要件	→					
⑤. 現地医師の採用		→				
⑥. 日本での研修		→				
⑦. インドでの研修			→			
⑧. 現地でのトライアル診療					→	
報告書作成					→	

当初は、①在宅医療ニーズ調査後に③メニューを決め、それに合わせて⑤医師を採用し、研修して⑧トライアル診療する計画だったが、コロナ禍により調査が進まず、計画変更を余儀なくされた。(次頁)

# 実際のスケジュール



代替策の詳細は、VII章 調査結果詳細編にて

# 日印コロナ感染者の推移

本事業スタート時点でインドは感染爆発していたが、秋には終息し、インドに渡航して調査できるのではないかと期待していた。

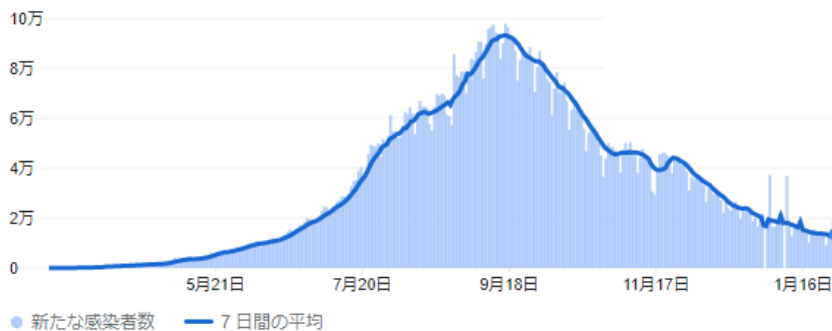
本事業スタート

1日あたりの推移

新たな感染者数

インド

全期間



「各日」は前日以降に新たに報告された感染者数を表します・2日前以内の最新情報・  
データ提供元: [JHU CSSE COVID-19 Data](#) · [このデータについて](#)

1日あたりの推移

新たな感染者数

日本

全期間



「各日」は前日以降に新たに報告された感染者数を表します・2日前以内の最新情報・  
データ提供元: [JHU CSSE COVID-19 Data](#) · [このデータについて](#)



# コロナ感染の経緯

---

2020年3月、インド 21日間全土ロックダウン

2020年4月、日本全国に非常事態宣言

2020年5月、北海道・東京・埼玉・千葉・神奈川・大阪・京都・  
兵庫を除いて解除。

2020年6月、インドではロックダウンを段階的に解除。

2020年9月、本事業スタート時の週平均感染者数は日本5百人。  
インドは8万7千人。

2020年10月、日本航空と全日空が再開を発表 インド人医師招聘断念

2020年11月、週平均感染者数、インド4万人、日本7百人

2020年12月、週平均感染者数、インド4万人、日本2千人 インド渡航延期

2021年1月10日、週平均感染者数、インド1万8千人、日本6千人 渡航断念

# IV.

## 補助事業活動の成果

# 目次

---

患者の現状	32
病院の現状	34
医師の現状	35
在宅ケア事業者の現状	36
訪問看護師へのヒアリング結果	37
患者向け民間保険の現状	38
医師・看護師向け保険の現状	39
薬局・検査会社・医療機器会社の現状	40
合弁会社設立	41
在宅医療サービスメニューの選定	42
在宅医療のためのITシステム要件	43
日印薬剤名対応表	44
現地医師の採用	45
中間報告会でのフィードバックに対する対応	46
活動を踏まえた課題や考察	48
他事業者に向けた示唆	50

## 患者の現状 (1/2)

---

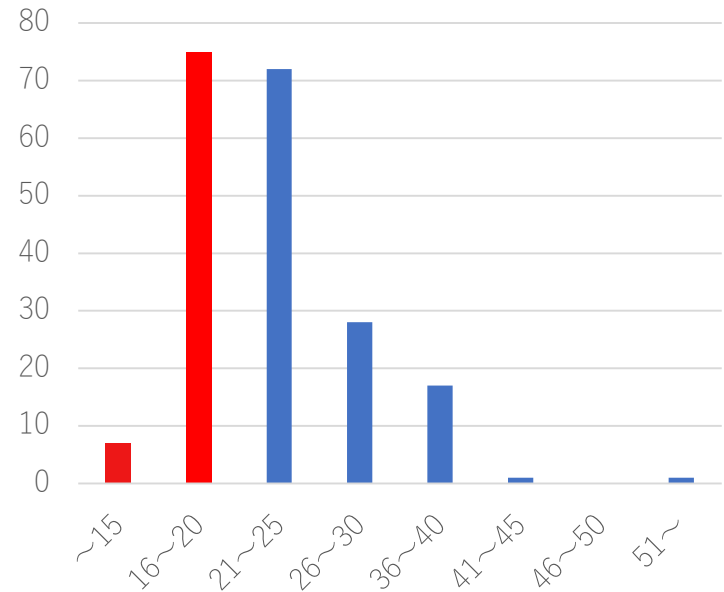
- 訪問介護・訪問看護サービスを利用しているインドの富裕層でも入院すると平均年215万円の費用は大きい。  
(参考：大卒プログラムの初任給が年 20万円程度)
- 国の保険制度はなく、医療も介護もすべて自費のインドで、富裕層の多くは民間の医療保険に加入しているが、保険で入院費をすべてカバーできた家族は半数程度。
- 高齢者は完治しない慢性疾患を抱えており、経済的リスクとなる再入院は患者本人にも家族にも大きな負担である。
- 病院の退院支援、退院後の支援が十分ではなく、在宅の退院患者を医師が定期的に診療することで、再入院回数と日数を削減できる。  
(参考：悠翔会患者の2020年の入院日数 12.5日)
- 感染の恐怖と入院費の恐怖から、退院患者が通院を避けると、悪化して再入院となり、かえって入院費がかさむことになる。
- 入院リスクを低減できれば、保険料も抑えることができる可能性がある。

## 患者の現状 (2/2)

調査実施は2020年12月、2021年1月

- 低栄養と診断されるBMI 20以下の患者が 41%
- 過去6カ月間に体重が減少した患者が 30%
- 体重が減少かつ医師が介入していない患者 (18%) がターゲットになりうる。

- 栄養状態が悪いと体力が低下し、肺炎、転倒・骨折、褥瘡などを起こす。
- 体力低下→食欲低下の悪循環で、栄養状態はますます悪化する。
- 嚥下、服薬、睡眠なども食欲低下を招く可能性がある。
- 医師が改善の選択肢を見出してやる必要がある。介護士や看護師では難しい。



## 病院の現状

---

- 入院費はすべて自費、自由診療であり、富裕層が利用する病棟のベッドは1日1万円～3万円と、一般病棟に比べ高額である。入院費の1日平均は6～7万円である。在宅で医師の診療を定期的に行うことで、入院回数・日数を削減できれば、患者家族に大きなアピールとなる。
- 患者に近いクリニックのかかりつけ医と病院との連携は多少見られ、かかりつけ医から病院へ情報提供することはあるものの、逆は少ない。
- 調査会社によると、ムンバイは金融の中心地であり、病院もビジネスライクで合理的である一方、デリーの病院は人間関係を重視する文化があり、ムンバイに比べて人道的考え方が見られる。そのため外部との連携もデリーの方が多い。
- 大手の病院の中には、在宅医療のための別会社を設立し、退院後の患者のフォローを行うところも出現している。そのような会社の下請けとして、JMTがITシステムを提供するビジネスモデルも検討する必要がある。

## 医師の現状

---

- ムンバイの開業医105名へのインタビューの結果、在宅医療サービスを提供している医師は1割のみ。
- 他方、遠隔診療は8割の開業医が実施している。コロナ禍で来院患者が減少したが、遠隔診療でカバーしている。
- 7割以上の医師が、今後、在宅医療は必要と考えている。
- JMTと連携したいと回答した医師は5割にとどまる。主な理由は、訪問診療をやる時間がない、患者にとって高価すぎる、まだ立ち上がっていない会社は信頼できない。
- 関心がある医師と事業を開始し、徐々に理解を得ていく必要がある。

## 在宅ケア事業者の現状

---

- 在宅ケア事業者は多いが、介護・看護サービスがメインであり、医師による在宅医療に注力している事業者はまだ少ない。
- 大手病院の中には在宅医療を提供する別会社を設立する事例も出現している。そのような会社との連携も JMT のビジネスモデルとして考慮する必要がある。
- ただし、在宅ケア事業の内、在宅医療が占める割合は少なく、組織だった質の高い在宅医療サービスはほとんど行われていないことが推測されるため、今後は実態を直接確認し、JMTのサービスの価値をどこに見出せるか確認した上で、病院連携の進め方を検討する。



## 訪問看護師へのヒアリング結果

---

Care24 のシニアナースに60項目以上の詳細なヒアリングを遠隔で実施した。

- 病院から患者家族に提供される「退院サマリー」に、多くの看護師は情報不足を感じ、積極的な看護師は独自に主治医に問い合わせている。
- 看護師は患者の急変時、家族への連絡、病院への連絡、救急車の手配などについて研修を受けている。しかし、日本の「診療情報提供書」のような標準書式はなく、看護師の属人スキルに頼っている。
- 日本での「ケアプラン」「介護記録」「看護記録」「訪問看護指示書」「訪問看護報告書」「訪問看護計画書」に相当する標準の書類もなく、大半が口頭での伝言である。
- 病院の医師も、電話相談はボランティアであり、指示のフォーマットも記録もない。良心的・献身的医師に依存している。
- 病院の主治医は数年で転勤してしまうため、途方に暮れることもある。
- 医療・介護提供側の記録不足・連携不足は、患者家族が努力でカバーしているのが実態。

## 患者向け民間保険の現状

---

- インドには国の保険制度はなく、富裕層は民間の医療保険に加入しているが、高額な医療費をカバーするため、保険料も高額になる。在宅医療により入院日数を削減できれば、保険料も低減できる。
- インドの民間の医療保険を調査したところ、在宅医療サービスを補償範囲に含む商品は存在していた。ただし、大半は、①入院を含む治療の延長線上の治療のみをカバーするもの、②通院困難あるいはベッド不足で入院できない場合（やむを得ず在宅で行われる治療）のみを対象とする商品であった。
- 今後、在宅医療により入院日数削減が図れることを実績からアピールし、在宅医療を前提とした保険商品を保険会社とタイアップして展開することで、在宅医療の普及を促進できる可能性がある。

## 医師・看護師向け保険の現状

---

- 日本では、患者からの訴訟に対応するため、医師・看護師の保険加入が一般的である。
- インドで高い品質の医療サービスを提供するうえで、サービス提供者を守るため、いずれは日本と同様に保険加入が必要になると想定される。
- 医師・看護師向けの保険商品をインドの保険会社も扱っていることは、今回確認できた。
- 今後さらに、医療訴訟に対するインド富裕層の意識、医師・看護師の意識、保険加入の効用を調査し、合併会社の参加する医師・看護師の保険加入を検討する。

## 薬局・検査会社・医療機器会社の現状

- 日本では、これら業種が医師の指示で動く仕組みが完成している。本格的な在宅医療の実現には、インドにおいてもこれら業種との連携が必須である。
- 在宅医療がまだ一般に普及していないインドにおいて、これら業種が対応してくれるのか、少ないサンプルだが、ムンバイにおいて調査した。
- 結論は、JMTとの連携に興味ありと前向きな回答だった。
- 日本ではクリニックとの連携が前提で、そのためにJMTをクリニックとする必要があるのではないかと当初考えたが、医療保険制度がないインドでは、医師の指示さえあれば、JMTがクリニックである必要はなく、各業種それぞれ柔軟に対応してもらえることが確認できた。
- ただし、日本では当然のことがインドでは行われていない事例もあった。たとえば、薬の粉碎・一包化は、日本では当たり前に行われているが、インドの薬局では全く対応していない。高齢化先進国である日本から学ぶことは、各業種にある。

# 合併会社設立

- 外資であるヒューマンライフ・マネジメントと現地企業Care24の共同出資の合併会社で医療行為を行うことができる。
- クリニックとしなくても医療行為や報酬請求が可能である。

日本では、在宅医療はクリニックしか行えず、  
クリニックには外来診療が義務付けられているため、設備コストがかかる。

- クリニックには優遇税制があるが、クリニックの設立には州毎に異なる法規制がある。
- ムンバイとデリーを調査してみたところ、ベッド数などの施設基準、勤務スタッフの条件等が細かく規定されており、会社設立当初からクリニック登録を目指すのは現実的ではないと判断した。
- クリニック登録により消費税(GST)の18%が免じられる効用と設立コストを天秤にかけ、将来的にクリニック登録を検討する。

# 在宅医療サービスメニューの選定

- 日本の在宅医療では、広範囲の診療科をカバーしている。消化器疾患、泌尿器疾患、循環器疾患、呼吸器疾患、眼疾患、神経疾患、精神疾患、運動器疾患、造血器疾患、皮膚疾患など
- 退院後の在宅患者が、どの診療科にかかっているか、かかるべきか調査したところ、日本同様の広がりを確認した。
- しかし、Care24既存メニューに追加するという視点からは、患者家族がいま直接困っている症状に対応するメニュー選定が重要との結論に至った。
  - 経管栄養などのチューブ挿入患者
  - 麻痺や障害が残っている患者  
脳梗塞心筋梗塞の経験者、慢性肺炎、パーキンソン、認知症など
  - 再発リスクのある患者  
糖尿病、終末期ガンなど

患者200人の複数選択

診療科	患者数
内科	179
精神科	58
手術退院後	15
整形外科	55
脳精神外科	22
皮膚科	1
泌尿器科	17
眼科	3
耳鼻咽喉科	4
リハビリ	24
歯科	2
Covid 19 後	18

# 在宅医療のためのITシステム要件

---

- 24時間365日の在宅医療は、一人の医師だけでは継続困難である。チームで対応できるよう、ITシステムが欠かせない。
- Care24 は介護サービスの運営にITシステムを自社開発し、コールセンターも自社で運営している。
- Care24 既存のITシステムに医療サービスを追加するにあたって必要となる要件を洗い出した。日本式の特長となる「チーム医療」「多職種連携」については、多少の改造が必要となる。
- 日本製電子カルテは日本の保険制度を前提にしており、インドに持ち込める部分は検査履歴や入院履歴くらいである。また、インド製の電子カルテをいくつか調査したが、チーム医療や多職種連携に対応していなかった。
- Care24 既存ITシステムの改造を最小限にとどめ、合併会社を立ち上げることは可能と判明したが、患者拡大と差別化のためIT開発投資が必要である。看護師との連携による在宅医療を高い品質で、標準化して提供することをねらい、ヒューマンライフマネジメントが開発中の電子カルテHOMISの看護計画立案を支援する知識ベースの応用を図る。

## 日印薬剤名対応表

---

- インド現地での医療に対して日本の悠翔会の医師が指導・アドバイスすることを想定している。
- 日印の医師が会話するうえで、処方箋の薬剤名が問題となる。
- 処方せんに記載する薬剤名は「商品名」であり、同じ効用でも商品名は日本とインドで異なる。
- 1つの薬にも多数の商品名が存在する。(例えばジェネリック)
- 薬剤名の日印をまたぐ辞書は存在しない。
- 日本の厚労省が認可した内服薬・外用薬は約1万1千種あるが、在宅医療ですべての薬を用いるわけではない。
- インドで在宅患者に対してよく処方されている薬を調査することは困難なので、日本で在宅患者によく処方されている薬(約千種類)を基に対応表を作成した。



## 現地医師の採用

---

- 日本では医師の募集に苦勞するが、インドでは比較的容易と聞いていた。実際、応募してくる医師は多かった。医師免許**MBBS**を取得してから4～5年の実務経験がある医師を対象に募集したが、研修医から15年の経験者の応募までであった。
- 在宅医療への関心は高く、また日本企業との合弁への関心も高い。
- 大半が病院勤務医の応募だった。新型コロナの影響で患者が減った開業医の応募を期待していたが、ほとんどなかった。  
(開業医は遠隔診療へシフトしたものと見られる)
- 交通事情が悪いインドでは訪問は効率が悪い。多くの医師が遠隔診療を希望した。しかし、高齢患者が遠隔診療に対応するのは難しい。患者宅に**Care24**の介護士や看護師が居て連携するビジネスモデルは、医師を安心させた。

# 中間報告会でのフィードバックに対する対応 (最終報告会に向けたご対応依頼事項)

1/2

- 今回ターゲットとする患者数・利用頻度・価格想定等、サービス内容を具体的に落とし込み、最終報告時にご報告いただきたい。特に、在宅介護に在宅医療を付加する形であり、両者のターゲットがどこまで重なっているのかという点を整理していただきたい。
  - ▶ Care24の患者は退院後半数が生活障害を抱えている。定期診療を受けていない患者が24%、体重が減少し、弱っているにも関わらず、定期診療を受けていない患者は18%、これらが有力なターゲット。
  - ▶ 1日6～7万円と入院費が高額。退院患者の年平均入院費は200万円を超えていることから、入院リスク低減が訴求ポイントになる。
  - ▶ 月2万円、年24万円は入院4日分に相当する言わば保険料。医療保険の会社との連携も模索中。
  - ▶ サービス内容については「今後の展望」を参照。
- 高額な入院費を払ってくれる患者の退院を遂進する貴社サービスは、現地医療機関にとって競合になることも想定される。退院患者のフォローアップ等、インド国内の病院との連携・関係性について整理していただきたい。
  - ▶ 退院後のフォローを謳う病院もあるが、他では善意の医師のボランティアに依存している。退院患者が繰り返し再入院する現状を問題視する病院の医師にも会った。
  - ▶ 病院と競合する必要はなく、JMTが病院の在宅医療を支える仕組み（ソフトウェア）を提供するビジネスモデルもありうる。
- 現地パートナーとの関係性について、リスクは誰がとるのか、利益配分の比率、定量 or 定額など、事業構造をご検討の上、最終報告に反映いただきたい。
  - ▶ 投資家間で調整中

# 中間報告会でのフィードバックに対する対応 (最終報告会に向けたご対応依頼事項)

2/2

- 民間保険会社からの保険商品として在宅+入院をセットで検討し始めているとのことであるが、最終報告には具体的な検討結果をご教示いただきたい。
  - ▶ 中間報告後、追加調査を行った結果、民間の医療保険の中に在宅医療が含まれている商品がすでにあることが判明した。通院が困難、事情により入院できない等の条件に限ってだが、診断、処方、看護・介護、理学療法、血液検査などを対象に認めている。
  - ▶ 高齢者が加入している保険商品の対象疾患は、呼吸器疾患、糖尿病、認知症、関節炎、パーキンソン病などで、在宅医療のメインターゲット患者と重なっている。
- インドという新たな高齢者マーケットにおいて、高齢者向け事業としての意義、現地への貢献（将来のサービス展開や保険設計など）、市場規模（高齢者人口は世界2位）等、リサーチ結果を報告書に記載していただけると、他事業者に対する有益な示唆となると考える。
  - ▶ 調査結果詳細編を参照ください。  
なお、インドは広大で多様、全国平均での議論は危険である。ムンバイだけでも東京と横浜を合わせた規模があり、貧富の差が大きい。全国の平均寿命は67歳だが、富裕層の高齢者は慢性疾患を抱えつつも平均年齢75歳で、日本の在宅患者と大差ない。

## 活動を踏まえた課題や考察 (1/2)

事業のスムーズな立ち上げには

- 当初は患者数が少なく、分散すると想定される。急速に普及しつつある遠隔診療を積極的に導入

競合との差別化

- 競合の遠隔診療との差別化が必要である。そのため「仮想診察室」(P.57参照)など運用効率化を図る

医師の雇用と品質管理

- インドではパートタイム医師の募集は容易であるが、診療品質の管理が重要である

高齢者へのケア

- 老々介護や独居高齢者は情報端末の操作が困難である。患者宅に看護師を派遣する等の対応が必要

民間保険

- 在宅医療を根付かせるためには在宅医療をカバーする民間保険とのタイアップが必要

## 活動を踏まえた課題や考察 (2/2)

日本の仕組みを  
現地に導入

- 看護師と連携した在宅医療はインドではユニークで、**Care24**との合併の親和性がある。今後、日本のチーム医療や多職種連携という考え方をインドでどのように根付かせるかが課題

在宅医療と  
病院との連携

- 病院は富裕層に入院してほしいが、病院の医師の中には、退院後の患者フォローを強化すべきと考え、フォローをボランティアでやる医師もいる。在宅医療と病院が連携する文化をどのように醸成していくかが課題

死生観  
グリーフケア

- 日本では「最期まで自宅で」「できれば自宅で看取りたい」が根底にあるが、インド人の死生観まで今回調査できなかった。また、遺族のグリーフケアも在宅医療での今後の課題である。

## 他事業者に向けた示唆

コロナ禍  
における  
医療事業

- 患者や家族の反応は日本と同様に、通院を敬遠し、在宅医療を望んでいる。
- インドではコロナ禍を契機に、遠隔診療や薬の通信販売を国が推奨するようになった。

インドの法規制

- 法規制は最小・最低線を定めるのみで、富裕層レベルのサービスではほぼ関わらない。
- 医療や介護の質は日本では国が定めているが、インドでは患者家族の選択に係っている。

在宅医療に  
関わるインフラ  
環境

- 市中の開業医、薬局、検査会社は零細で、IT構築やビジネスプロセス改革の余力はない。安価で簡便なツールで連携・協力関係を構築する必要がある。

# V.

## 今後の展望

## 今後の展望

日本の在宅医療をインドで展開  
日本にはないサービスを実証 (将来日本にFB)

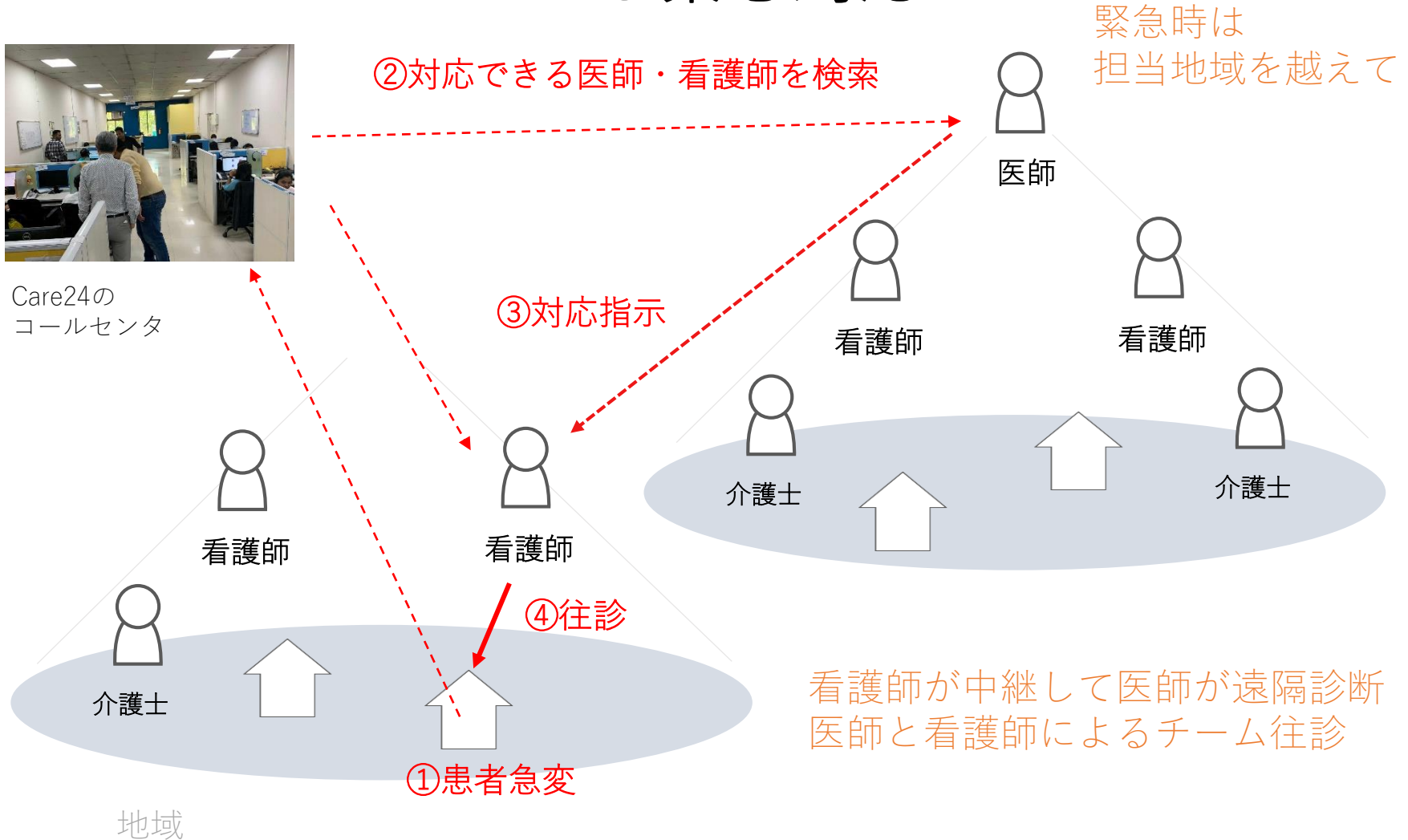
	実施内容	ねらい・位置づけ
24時間	日本の在宅医療では当然だが、インドでは普及していない	既存顧客、差別化
低コスト	訪問看護と遠隔診療の融合	既存顧客、差別化、先行実験
高品質化	電話の記録、訪問の記録 患者にセンサ接続	既存顧客、差別化、先行実験
定期健診	高齢者在宅定期健診	新規顧客獲得
入退院支援	入院判断、退院時手配	新規顧客獲得
保険見直し	在宅医療で入院日数削減	新規顧客獲得



# コールセンターによる緊急対応

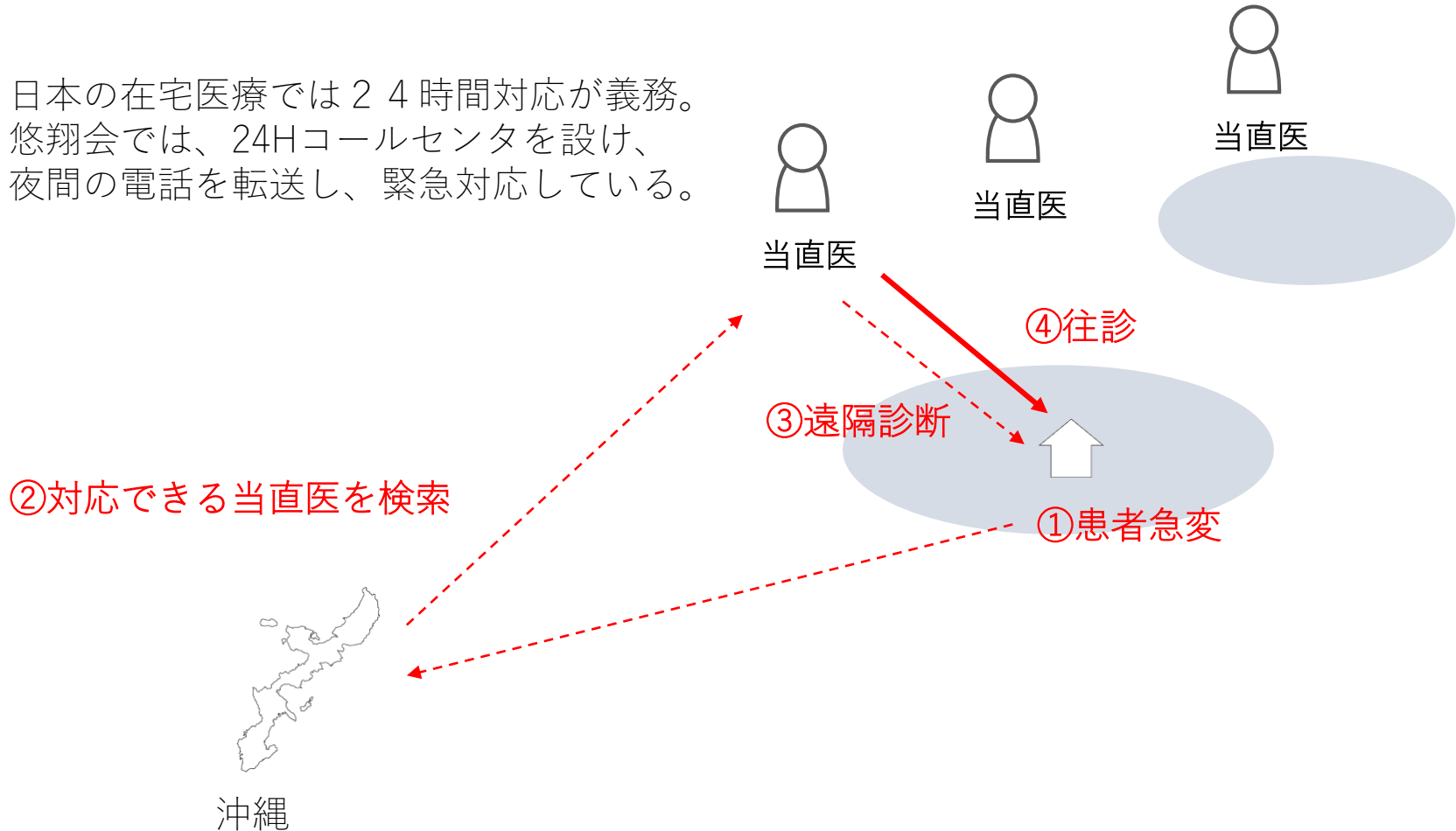


Care24の  
コールセンター



## (参考) 悠翔会の沖縄24Hコールセンタ

日本の在宅医療では24時間対応が義務。  
悠翔会では、24Hコールセンタを設け、  
夜間の電話を転送し、緊急対応している。



# 低コスト化

高給の管理医は、より多くの患者を効率的に診る。



管理医

経験の浅い医師は担当地域をパートタイムで診る。



医師

スキルある看護師は重症患者を支援する。



看護師

経験の浅い看護師は地域の患者を担当。



介護士

地域の患者を担当。

# IT化による低コスト化と高品質化

バイタル情報を監視



Care24 試作中の  
遠隔モニタリングシステム



遠隔モニタリングによる  
低コスト化



管理医



医師

遠隔診療による  
低コスト化

患者の状況を記録



看護師

訪問看護師による  
低コスト化



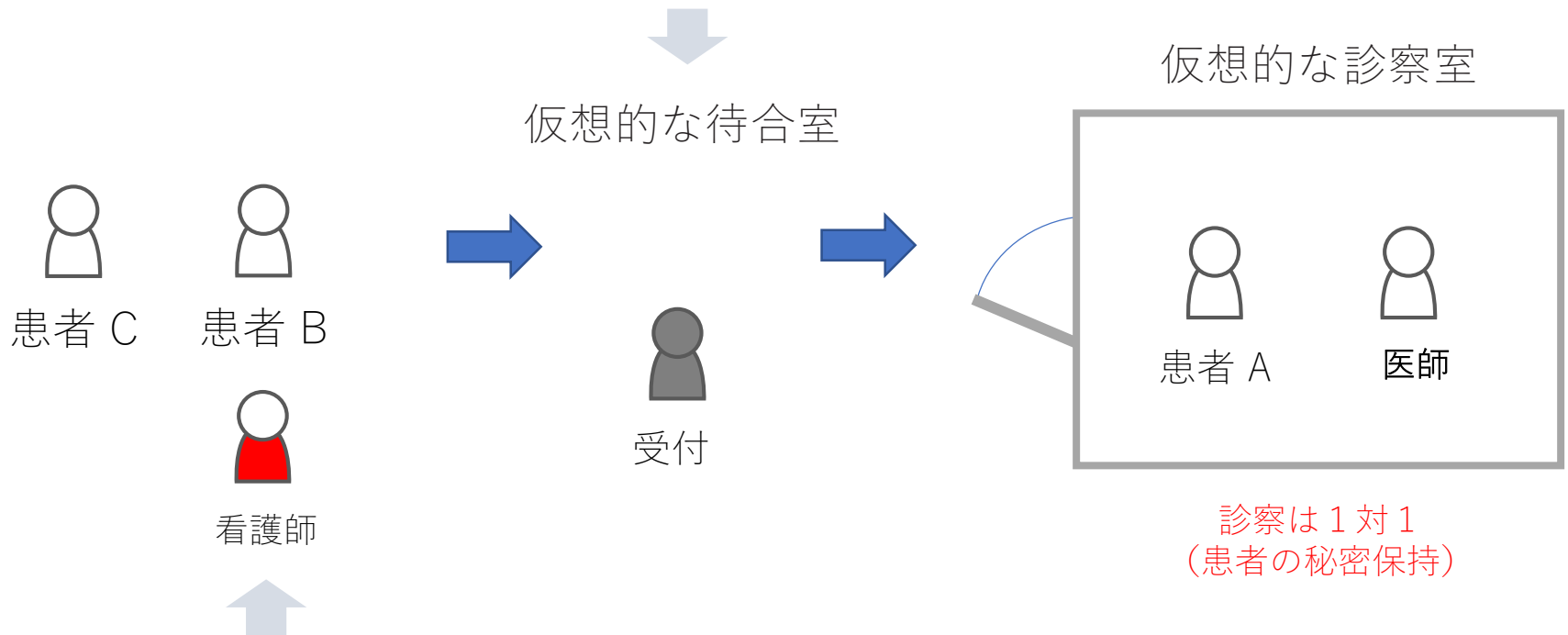
患者

訪問時記録による  
高信頼化

電話対応記録による  
高品質化

# 遠隔診療の効率運用

予約時刻を守らない患者を待つロスタイムを無くすため、待合室で少し待ってもらった現実のクリニックに似た運用を遠隔診療においても導入する。

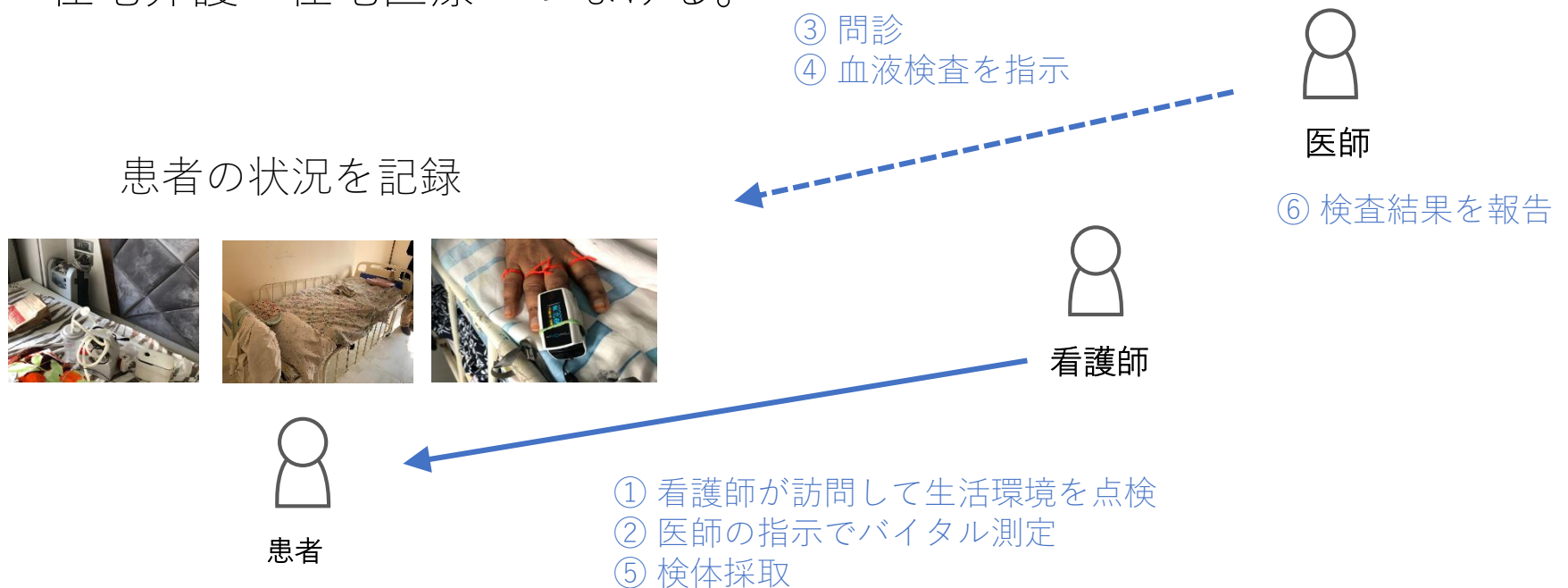


情報機器に不慣れな高齢家族を看護師が患者宅でサポート

# 定期健診

インドでは定期検診が普及していない。  
高齢者は検診に行くことが困難。  
自宅で検診を受けるサービスを入口に  
在宅介護・在宅医療へつなげる。

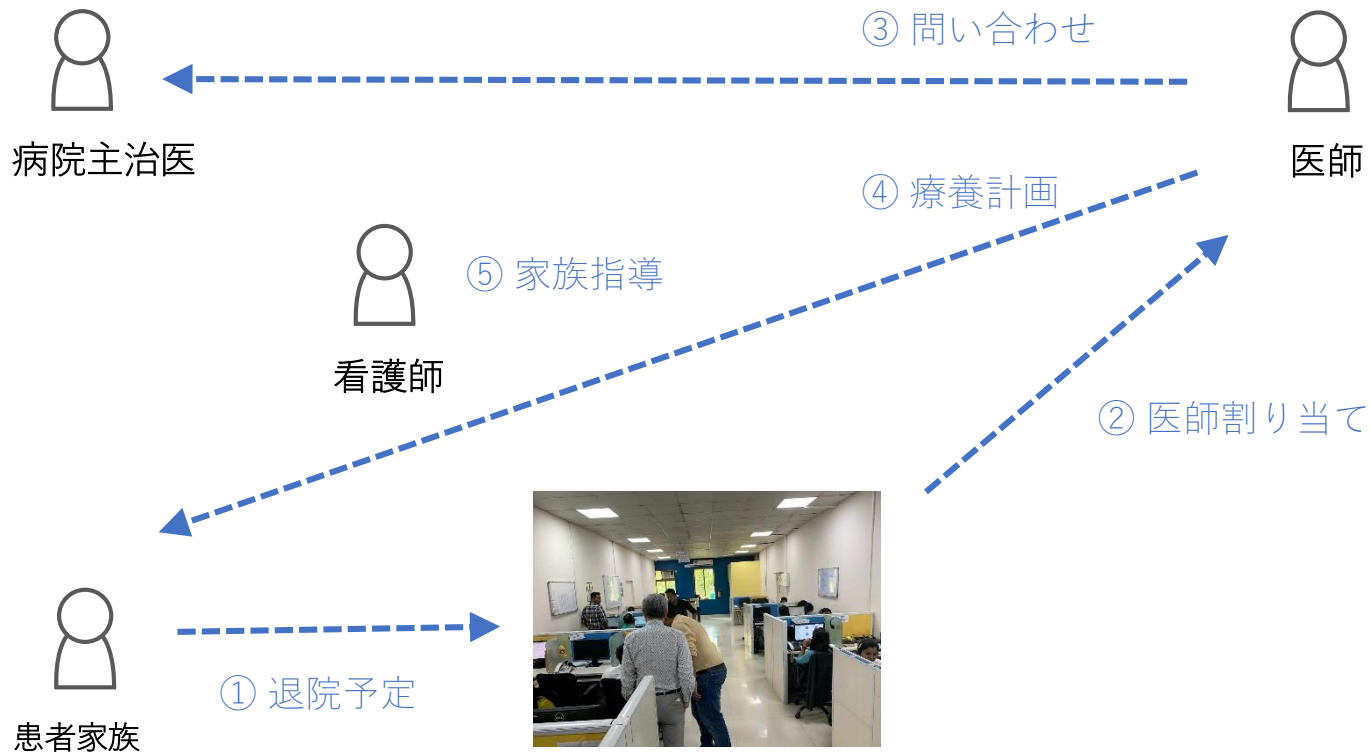
営業活動と位置づけ、  
看護師の費用を医師がもつ



# 退院支援

医師が退院後の療養計画を作成し、  
用意すべき機器、器材、物品をアドバイス④

看護師が看護について指導⑤



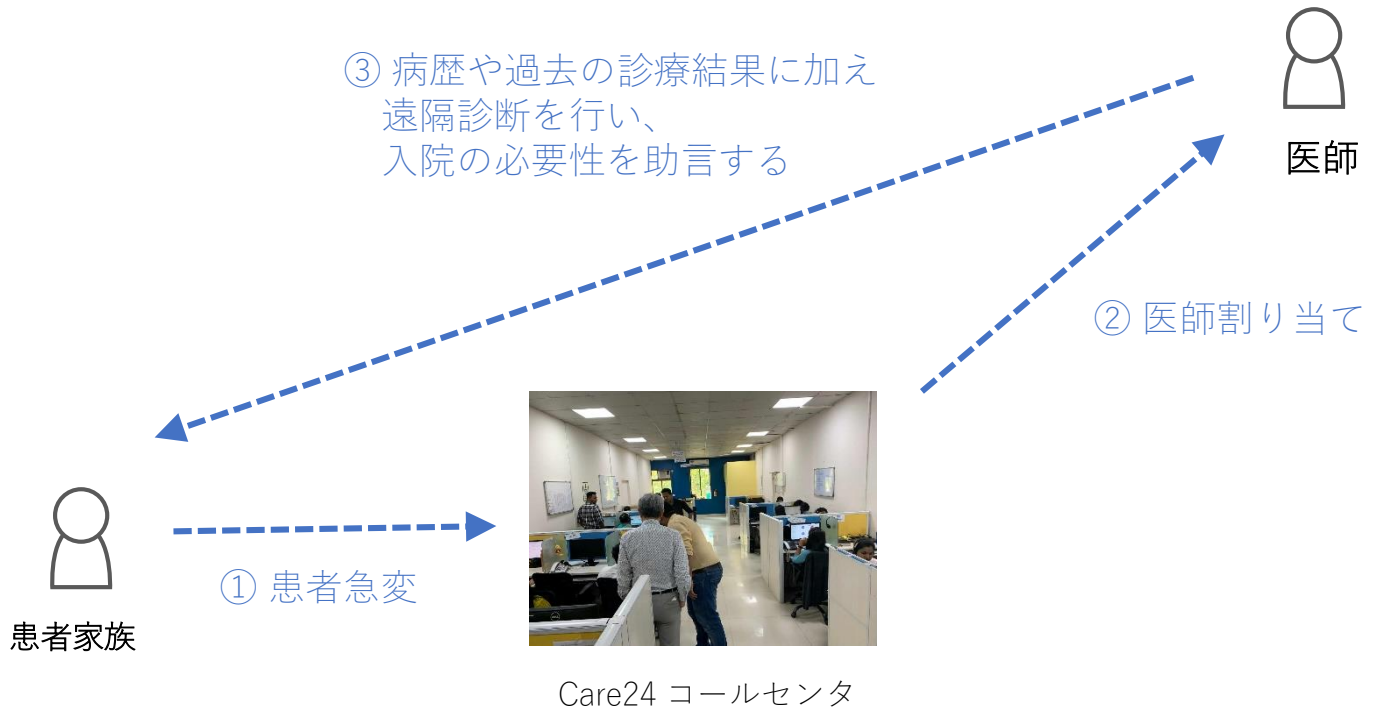
Care24 コールセンター

# 入院支援

日本の在宅医療では、在宅医が入院を判断する。

救急車を呼ぶ前に病院以外の医師に相談することで、  
無用な入院を抑える。

また、必要な入院を躊躇することを防ぐ。(インドでは救急車も有償)



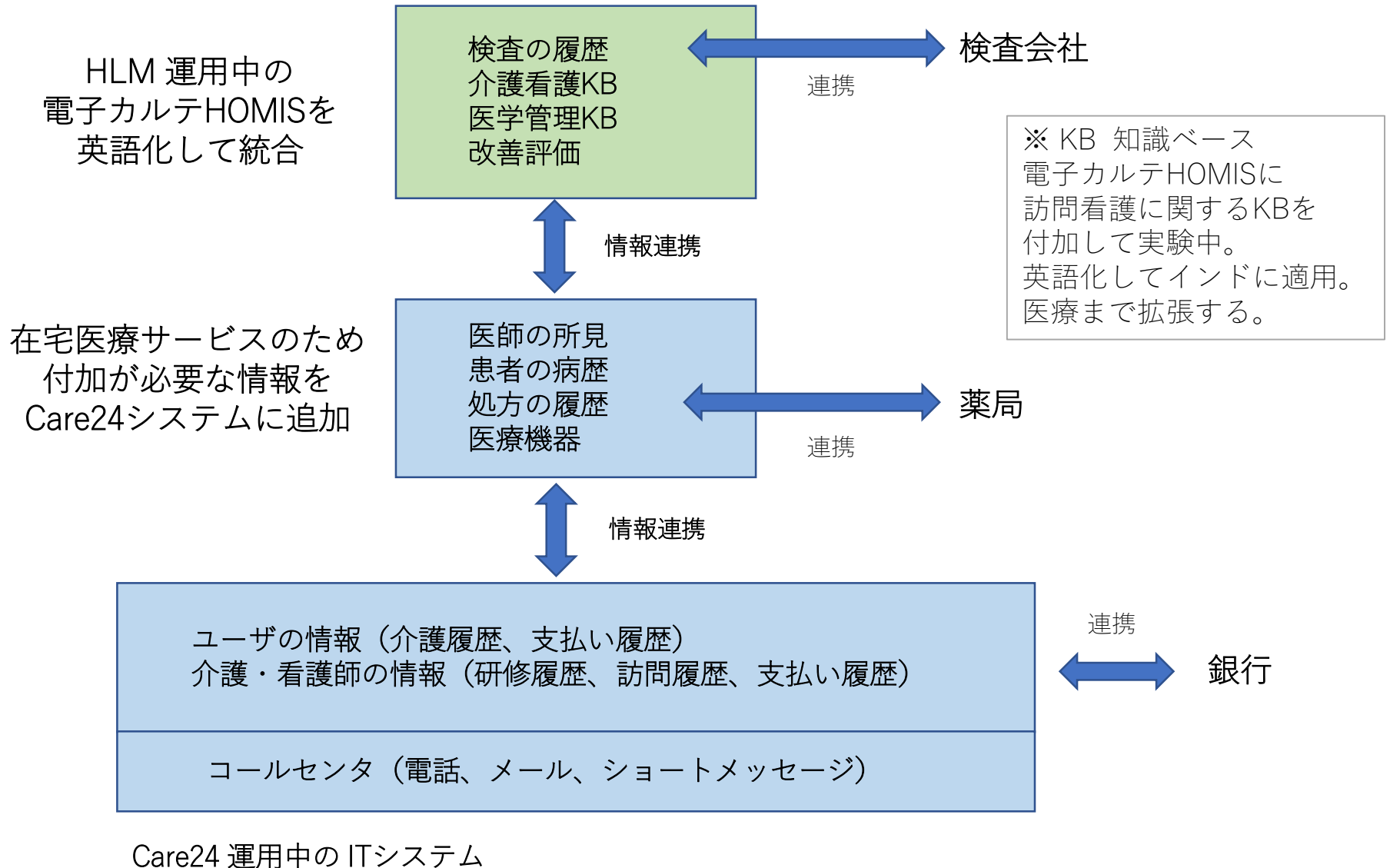


# 医療介護スキルの体系化

	実施内容	ねらい・位置づけ
カルテ導入	電子カルテHOMISを導入	在宅検査から差別化
介護看護	電子カルテHOMISの介護看護KBを英語化	職員教育、品質改善
改善評価	電子カルテHOMISの介護看護の評価システムを英語化	差別化、標準化
医療KB	医療KBを開発	差別化、標準化

※ Knowledge Base: 患者の病気や障害に応じた対処案を提示する知識ベース。  
候補を選択することで介護計画、看護計画、療養計画を作成することで、  
経験が浅い者の考慮漏れを撲滅し、計画の根拠が明確になる。

今後の展望



# KBによるケアの標準化

② 療養計画をレビューし、担当医師・看護師を決定



管理医

① 初診は訪問し、  
知識ベースを利用して療養計画策定



医師

③ 計画に従い診察

⑤ 報告を点検  
計画を見直す

③ 計画に従い看護



看護師

④ 看護結果を報告

③ 計画に従い介護

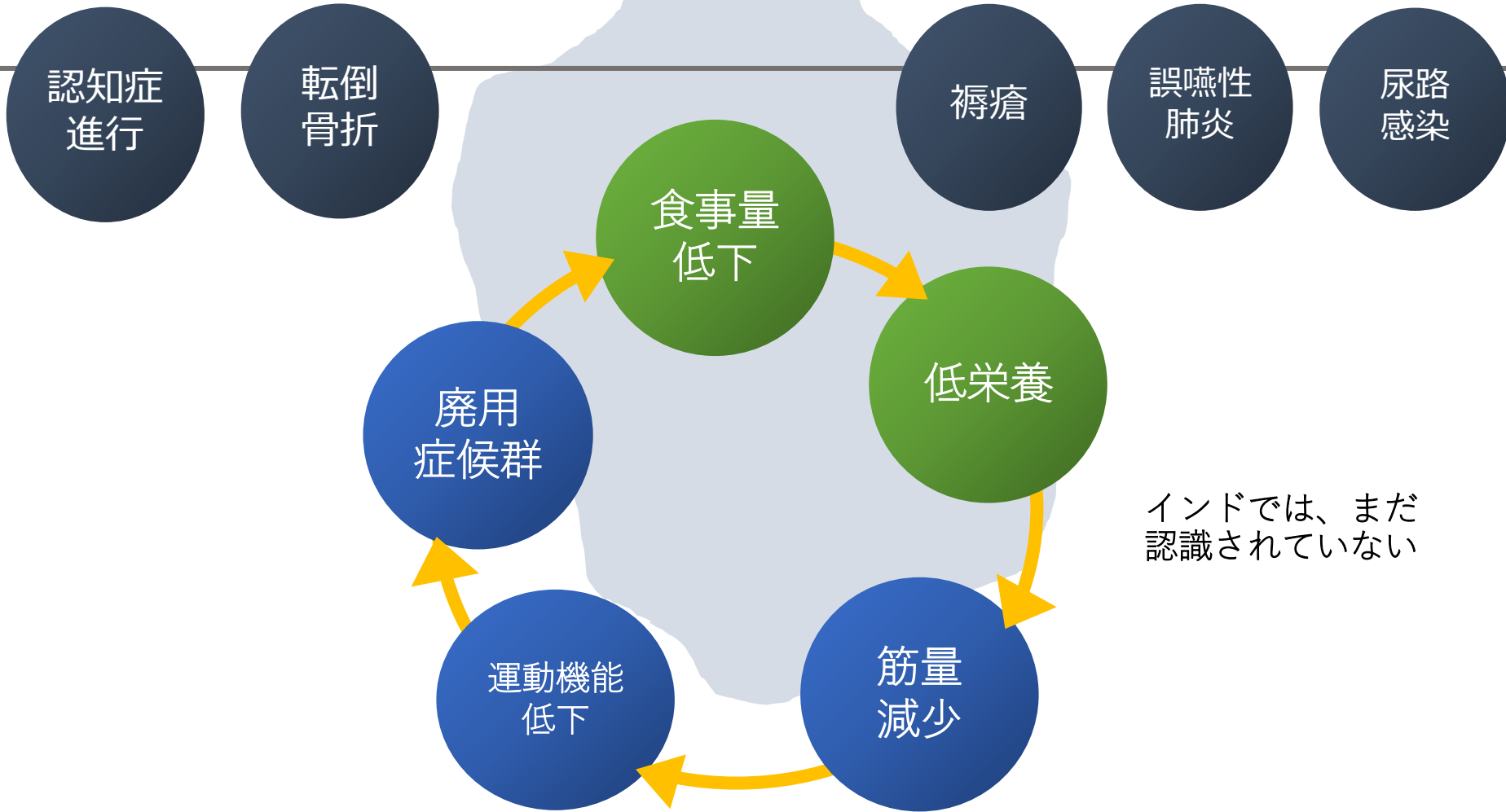


介護士

④ 介護結果を報告

# 慢性疾患の背景

様々な症状の原因は  
水面下にある



# 患者のかかえる問題を包括的に把握

病院の医師は、生理学的問題の治療に専念。  
しかし、慢性疾患の在宅療養では広い視野が必要。

## □ HOMISの知識ベースが現在カバーしている問題領域

生理学的問題（眼、耳、口、認知、皮膚、呼吸、消化、排泄・・・）  
のみならず、生活習慣、家族環境、経済環境、社会環境までカバー

## □ 各領域への対策

相談、教育、指導、治療、ケアマネージメント、モニタリング

医療法人社団悠翔会では、治療以外の対策を講じることで、  
平均入院回数、入院日数を年々低下させてきた実績がある。

# 看護計画立案イメージ

短期的対処と中長期の改善を立案

生理的要因	
<input type="checkbox"/> 19:聴覚	▼
耳からの音の知覚。	
<input type="checkbox"/> 20:視覚	▼
目を使う活動あるいは目で見る力。	
<input type="checkbox"/> 21:会話と言語	▼
コミュニケーションのための明瞭な音声、表象、記号または身ぶりの使用。	
<input type="checkbox"/> 22:口腔衛生	▼
口と歯肉の状態と歯の数、種類、歯列。	
<input type="checkbox"/> 23:認知	▼
情報を考え、活用する能力。	
<input type="checkbox"/> 24:痛み	▼
実際の、または潜在的な組織の損傷に伴う不快な感覚的、感情的経験。	
<input type="checkbox"/> 25:意識	▼
刺激や周囲に対する覚知（気づき）や反応。	
<input checked="" type="checkbox"/> 26:皮膚	▼
身体の自然の覆い。	
<input type="checkbox"/> 27:神経 - 筋 - 骨格系の機能	▼
特定の運動、感覚または調節を行ったり、調整するための神経、筋肉、骨の能力。	
<input type="checkbox"/> 28:呼吸	▼
身体への空気の吸入と呼出および酸素交換。	
<input type="checkbox"/> 29:循環	▼
適切な量および圧で全身に血液を拍出すること。	
<input type="checkbox"/> 30:消化 - 水分の吸収	▼

1	2	3	4	5																						
✓	✓	3	4	5																						
症状兆候	修飾因子	KBS	計画介入	確認																						
<input checked="" type="checkbox"/> KBS入力 優先度、知識(K)、行動(B)、状態(S)を入力してください。																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">知識(K)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/> 1:</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">例) 損傷の原因、重症度、治療法が述べられない</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/> 2:</td> <td>褥瘡の重症度は知っているが、原因や治療法については知らない</td> </tr> <tr> <td colspan="2">例) 損傷の重症度は知っているが、原因や治療法については知らない</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 3:</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">例) 損傷の重症度、治療法については知っているが、原因や治療段階については知らない</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 4:</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">例) 損傷の原因、重症度、治療法、治療段階について部分的に正しく述べることができる</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 5:</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">例) 正確に、損傷の原因や重症度、治療法、治療段階について述べるができる</td> </tr> </tbody> </table>					知識(K)		<input type="radio"/> 1:	_____	例) 損傷の原因、重症度、治療法が述べられない		<input checked="" type="radio"/> 2:	褥瘡の重症度は知っているが、原因や治療法については知らない	例) 損傷の重症度は知っているが、原因や治療法については知らない		<input type="radio"/> 3:	_____	例) 損傷の重症度、治療法については知っているが、原因や治療段階については知らない		<input type="radio"/> 4:	_____	例) 損傷の原因、重症度、治療法、治療段階について部分的に正しく述べることができる		<input type="radio"/> 5:	_____	例) 正確に、損傷の原因や重症度、治療法、治療段階について述べるができる	
知識(K)																										
<input type="radio"/> 1:	_____																									
例) 損傷の原因、重症度、治療法が述べられない																										
<input checked="" type="radio"/> 2:	褥瘡の重症度は知っているが、原因や治療法については知らない																									
例) 損傷の重症度は知っているが、原因や治療法については知らない																										
<input type="radio"/> 3:	_____																									
例) 損傷の重症度、治療法については知っているが、原因や治療段階については知らない																										
<input type="radio"/> 4:	_____																									
例) 損傷の原因、重症度、治療法、治療段階について部分的に正しく述べることができる																										
<input type="radio"/> 5:	_____																									
例) 正確に、損傷の原因や重症度、治療法、治療段階について述べるができる																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">行動(B)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/> 1:</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">例) 外科的切開部へのケアをしたがらない</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/> 2:</td> <td>褥瘡の注意点について学ぼうとする。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">例) 外科的切開部へのケアについて学ぼうとする</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 3:</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">例) 外科的切開部の手当をしようとするが、方法がしばしば不適切である</td> </tr> </tbody> </table>					行動(B)		<input type="radio"/> 1:	_____	例) 外科的切開部へのケアをしたがらない		<input checked="" type="radio"/> 2:	褥瘡の注意点について学ぼうとする。	例) 外科的切開部へのケアについて学ぼうとする		<input type="radio"/> 3:	_____	例) 外科的切開部の手当をしようとするが、方法がしばしば不適切である									
行動(B)																										
<input type="radio"/> 1:	_____																									
例) 外科的切開部へのケアをしたがらない																										
<input checked="" type="radio"/> 2:	褥瘡の注意点について学ぼうとする。																									
例) 外科的切開部へのケアについて学ぼうとする																										
<input type="radio"/> 3:	_____																									
例) 外科的切開部の手当をしようとするが、方法がしばしば不適切である																										

## HOMISとCare24のITシステム連携

- 医師・看護師・介護士がチームで連携する。

生理学的（医学的）治療については電子カルテ HOMIS を利用する。  
介護・看護の計画立案KBを医療に拡張する。  
患者管理、集金管理などは Care24 の既存システムを利用する。

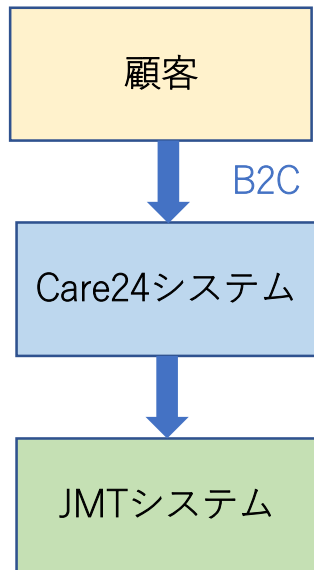
- システムとチームによる24時間ケアの品質で、患者を囲い込

訪問介護、訪問看護、訪問医療は独立が容易なため、患者と直接契約してしまうのを防止することが肝要。

HOMIS はヒューマンライフ・マネジメントが開発している在宅医療向け電子カルテで、患者8万人以上の実績がある。

# ビジネスモデル

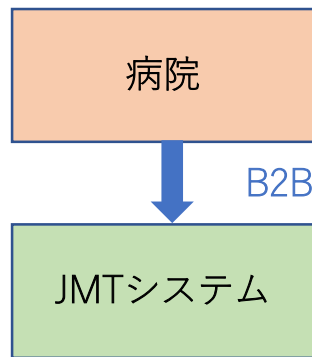
(A) 介護に医療をプラス



JMTの役割

- 電子カルテHOMIS (医療介護KB)
- 悠翔会医師の支援
- 予約管理
- 医療品質管理

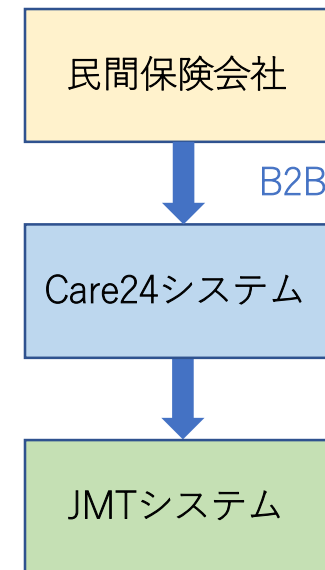
(B) 退院患者フォローを支援



JMTの役割

- 電子カルテHOMIS (医療介護KB)
- 予約管理
- 医療品質管理

(C) 保険とタイアップ



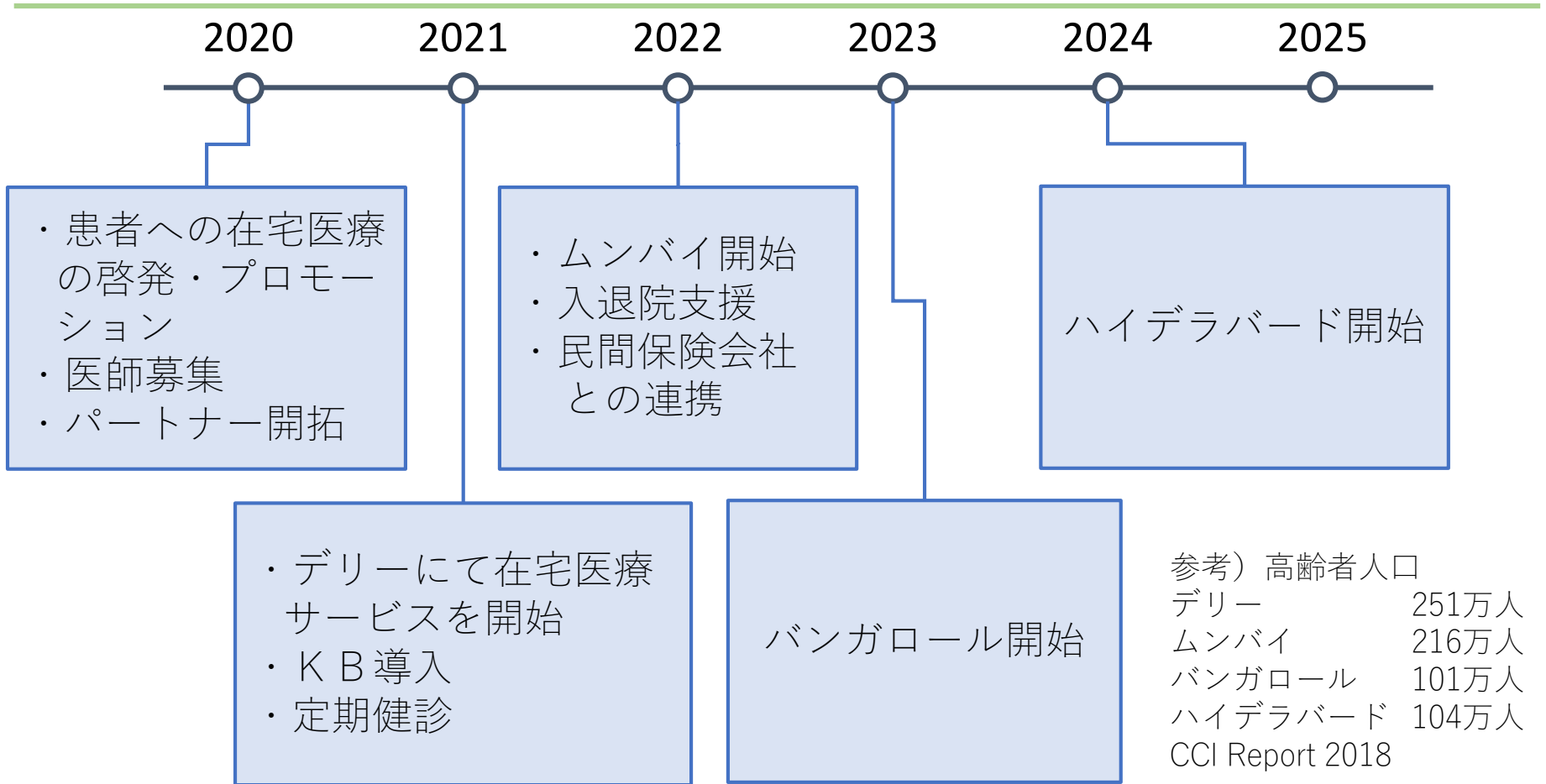
JMTの役割

- 電子カルテHOMIS (医療介護KB)
- 悠翔会医師の支援
- 予約管理
- 医療品質管理

※ KB: Knowledge Base



# 今後 3 - 5 年の展開



# 補助事業で設立した 合併会社の収支計画 (3-5年)

年	総患者数	デリー	ムンバイ	バンガロール	ハイデラバード	コルカタ	売上 (万円)	利益 (万円)
2021	50	50					1,200	60
2022	200	100	100				4,800	240
2023	700	300	300	100			16,800	840
2024	1600	600	600	300	100		38,400	1,920
2025	3000	1000	1000	600	300	100	72,000	3,600

主なコストとして、

- Care24 のITシステム使用料、コールセンタへの委託費、集金代行
- 看護師による医師支援の経費
- 医師の採用費、研修費、品質管理のコスト、訴訟対応コスト
- 広告宣伝費

# VI.

## 全体考察

# インドでの在宅医療の可能性

---

- 市場調査時期がコロナ感染のピークと重なり、苦労はあったが、市場が在宅ケアに急速に転換する絶好のタイミングであった。
- 日本では医療介護の統計があるが、保険制度のないインドでは、高齢者の健康状態に関する公式統計が存在しない。
- ムンバイとデリーの60歳以上の人口50万人のうち、今回調査した在宅高齢患者は200人に過ぎないが、医師に調査してもらったことで貴重なデータとなった。
- 調査期間中もコロナの状況が変化し、患者や家族の意識も変化していった。遠隔診療が急速に広がるなど、医師も看護師も、病院も薬局も、ニューノーマルを模索している。
- 調査した医師105人の8割が遠隔診療を始めており、7割が在宅医療に関心ありと回答した。

## 現地医師事情

---

- 現地医師の多くは、日本の在宅医療制度を英国のGP制度に類似したものと認識しており、あまり違和感がない。
- 在宅医療の資格取得を希望する医師が多い。現地医師の中には海外の資格（例えば英国の救急救命MRCP）を取得している医師も多く、キャリアパスとして資格を重視している。
- 医師間で情報提供する文化がない。患者は退院後も病院の主治医に頼るしかない。しかし、退院患者からの電話に対応するのは医師のボランティア。在宅医や訪問看護師との連携は今後の課題。
- 訪問診療は、交通事情が悪いため非効率と、圧倒的に否定的な意見が多かった。
- インド政府が遠隔診療を認可したため、電話やビデオでの診療が急速に普及しているが、現状は多忙な若者の軽症に対応し、処方せんを発行するのみで、インドの遠隔診療においては多様な慢性疾患をかかえた高齢患者への対応には課題がある。

## 副産物

---

- 医師への調査は、合弁会社のPRにもなった。病院勤務の合間に遠隔診療のバイトをしたいという医師は容易に募集できる感触を得た。
- 薬局、検査会社、医療機器業者への調査により、在宅医療に協力的であることが分った。
- 医師・看護師の研修のため、在宅医療に関する英語版テキストと英語字幕付きビデオを作成した。合弁会社の設立後、スタッフ募集に役立つ。
- インド人の医師を日本人の医師が日本から支援する構想だが、処方薬の薬剤名を日印翻訳する必要があることに気づき、在宅医療でよく使われる約700種類の薬剤について対応表を作成した。

## 事業全体に係る感触

---

- インド人の富裕層の平均寿命は日本と大差がないが、健康状態は日本より悪い。インドでは60歳以上が高齢者と定義され、富裕層ならでの生活習慣病などが多い。
- 高額入院費に対応して多額の医療保険をかけているが、コロナ感染を恐れ、通院・入院を避けるようになった。健診の習慣のない高齢者は慢性疾患が悪化して入院することとなることから、在宅高齢患者は自宅での定期診療を望む声は多い。
- 看護師や介護士が患者宅を訪問し、医師の遠隔診療を助けることで、情報機器操作に不慣れな高齢者の医療と介護を総合的・定期的に診るモデルに手ごたえを感じた。
- 合併会社設立後、需要急増に応えるよう、Care24のコールセンタとITシステムを最大限活用するとともに、その先の差別化の施策についても議論し、成果があった。

# VII.

## 調査結果詳細



## 目次 (1/2)

---

7.1 インドにおける在宅ケア市場	79
7.2 在宅患者の現状	87
7.3 病院の現状	95
7.4 医師の現状	106
7.5 在宅ケア事業者の現状	116
7.6 訪問看護師の現状	127
7.7 薬局の現状	135
7.8 検査会社の現状	140
7.9 医療機器販売店の現状	143
7.10 患者向け民間保険	146
7.11 医師・看護師向け民間保険	158

---

## 目次 (2/2)

---

7.12 合併会社設立の準備	164
7.13 在宅医療サービスメニューの選定	193
7.14 在宅介護に医療を追加するためのITシステム要件洗い出し	203
7.15 現地医師の採用	219
7.16 現地医師の研修・トライアル診療	224

---

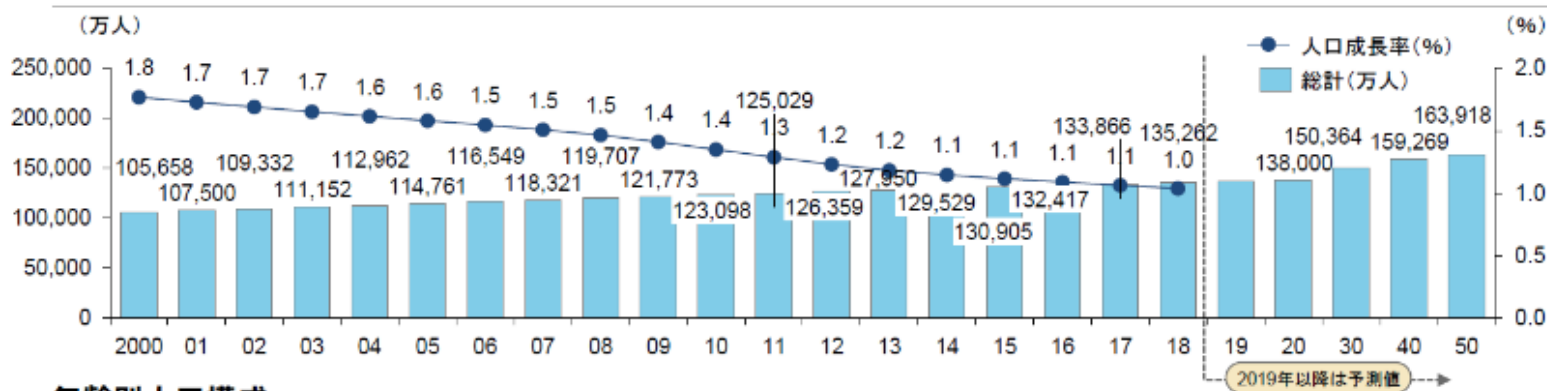
## 7.1. インドにおける在宅ケア市場

# インドの人口増加率

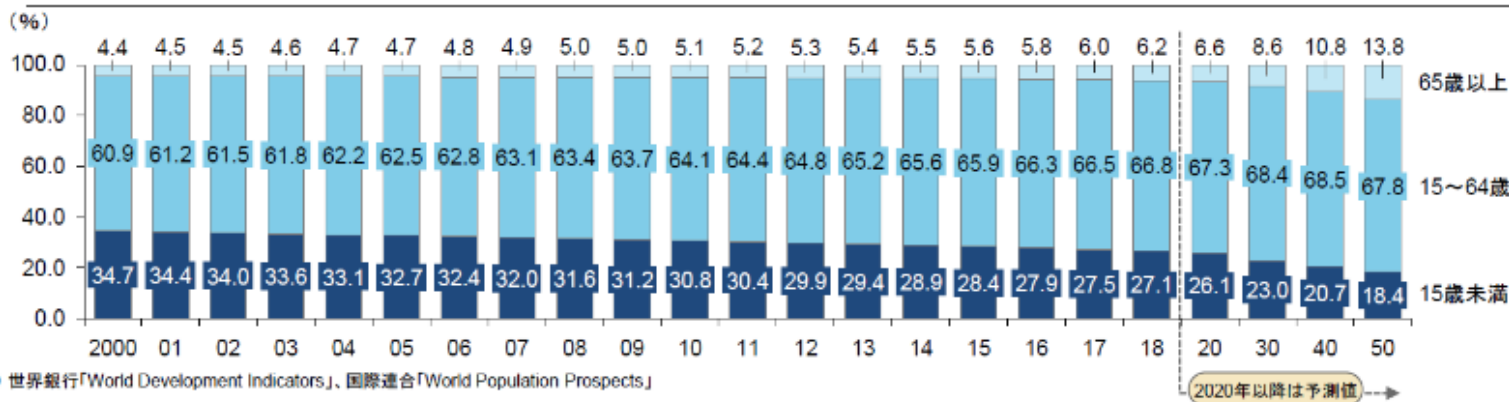
- 2018年の人口 13.5億人、人口増加率 1.0%
- 平均寿命 67歳

- 65歳以上は 6.2% (2050年には 13.8%と予想)
- 60歳以上は 9% (インドでは60歳以上を高齢者と定義)
- つまり高齢者が1.2億人

## 人口動態、および人口成長率



## 年齢別人口構成



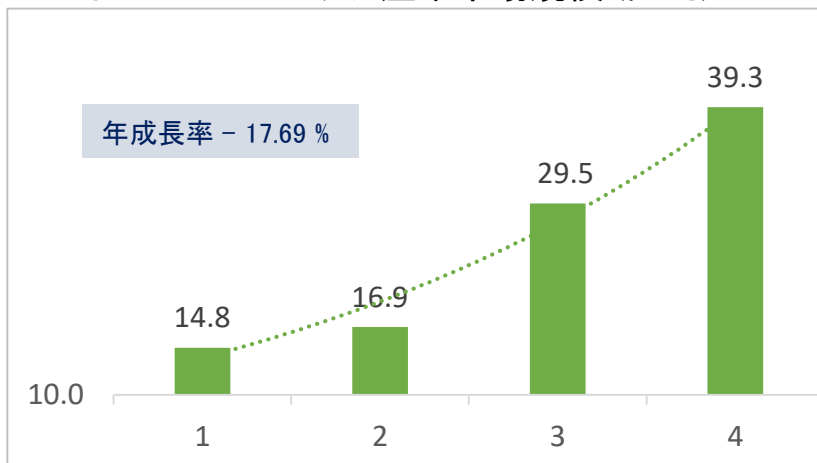
インドでは  
60歳以上を  
高齢者と定義

所) 世界銀行「World Development Indicators」、国際連合「World Population Prospects」

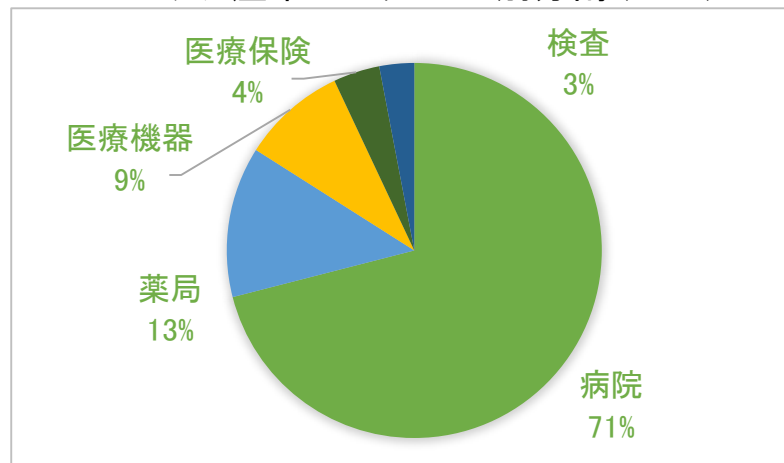
# インドにおけるヘルスケア産業

- 2017年の市場規模は16.9兆円で今後3～5年の年成長率は 17.69%
- 2021年の推定値は34.7兆円、そのうち在宅医療(home medical care)は3.6%

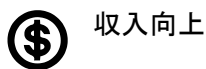
インドのヘルスケア産業市場規模 (兆円)



ヘルスケア産業のセグメント別分割 (2019)



主な成長要因



収入向上



政府の医療保健分野への支出はGDPの1.6%増



医療保険の普及率向上



政府が2025年までに保健分野予算を2.5%に引き上げる計画

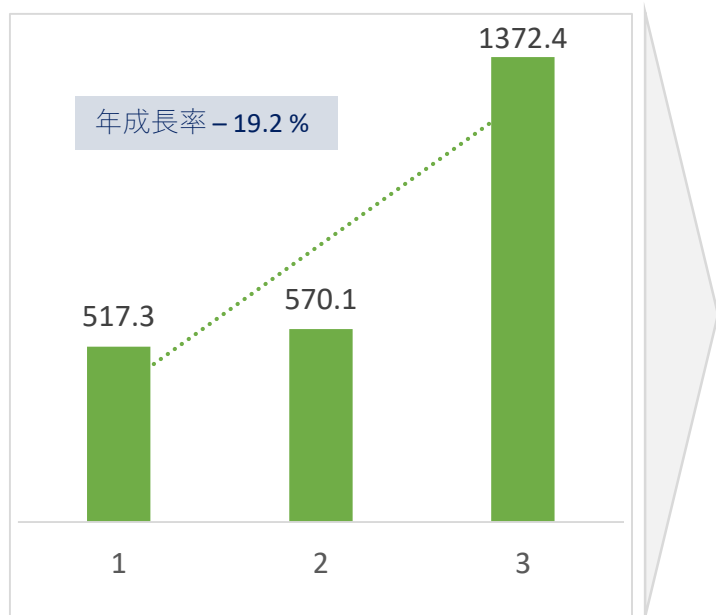
インドにおける在宅ケアはヘルスケア産業市場の約3.6%を占める (2019年)

出典：CCIおよびKadence (現地コンサル) による調査結果

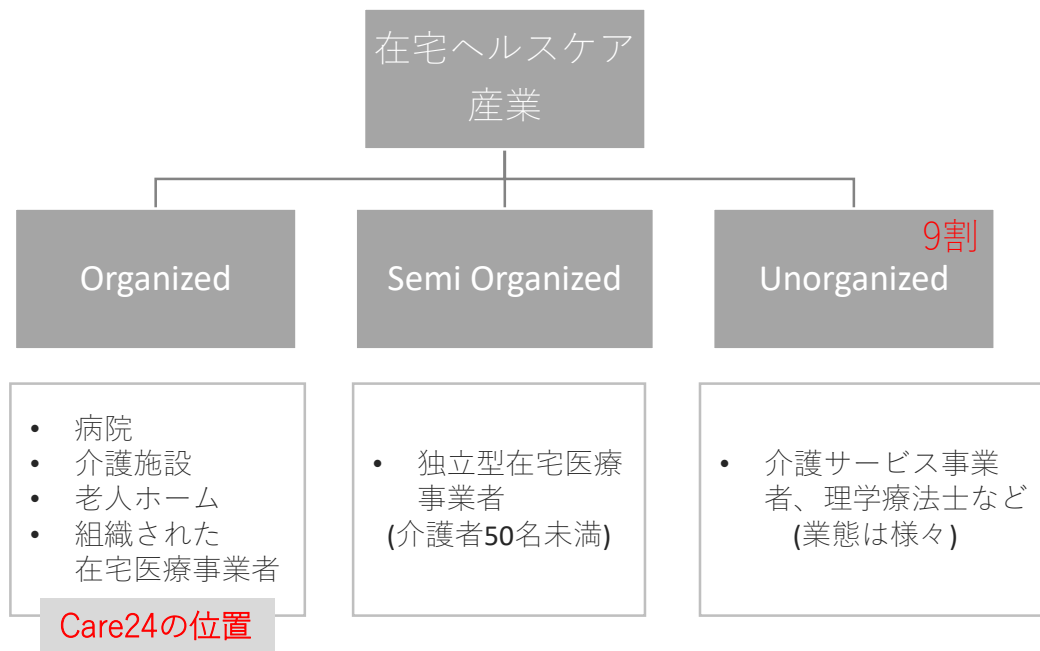
# インドにおける在宅ケア産業

- 事業者数 100以上、市場規模 5173億円（2019年）
- 年成長率 19.2%、2025年には市場規模 1.3兆円になる見込み
- 事業者を Organized、Semi-organized、Unorganized に分類すると、9割が Unorganized

在宅ケア産業の市場規模 (10億円)



在宅ケア産業のセグメント



出典：CCIおよびKadence（現地コンサル）による調査結果

## ヘルスケア産業各国比較表

- 2019年、金額ではインドのヘルスケア市場は日本より小さいが、高齢者数は日本の3倍、在宅ケア利用者も日本と同等数。

※2019年時点

	日本	中国	インド	アメリカ
ヘルスケア市場サイズ(\$ bn)	25	3	3.8	100
一人当たりヘルスケア利用額(\$)	3,703	420	70	9,403
ヘルスケア産業における在宅医療の割合(%)	5%	1%	4%	3%
医師数/人口1000人	2.29	1.5	0.72	3
看護師/人口1000人	11.5	1.9	1.7	9.8
高齢者数(百万人)	35	200	100	46.2
ホームケア利用者数(百万人)	5		5	12
在宅ケア事業所数	6,293		5,000	33,000
デイケア利用料(\$/日)	150-200 \$	100-150 \$	15-30 \$	150-200 \$

出所：Care24による調査結果

## 在宅ケア産業の成長要因

- 産業規模は小さいが、  
高齢者の増加、慢性疾患の発症率の増加などの要因により、非常に高い成長分野

主な成長要因：



インドでは、**60歳以上の高齢者が全体の人口増加を上回るペースで増加**しており、2015年の総人口の8%から2050年には19%に移行すると予測されている。



**慢性疾患の増加**



**手頃な価格と意識向上**が術後ケアの必要性を後押ししている。



**ストレス、社会的孤立**、ワークライフバランスの欠如、家族介護者の心理的な負の影響がより高くなっている。



**核家族化**が進んでおり、インフォーマルな支援体制では、術後の患者や慢性患者、高齢者のケアの需要を十分に満たすことができなくなっている。

出所：CCIおよびKadence（現地コンサル）による調査結果



## インドの主要都市における在宅医療潜在市場

- 在宅ケア事業所は既に存在しているが、多くは介護がメイン。医療を必要とする潜在患者数は多く、日本式在宅医療サービスの展開余地はあると判断される。
- インドの在宅医療市場の総市場規模に占める Tier1 都市（人口400万人以上の都市：デリー/NCR、ムンバイ、チェンナイ、バンガロール、ハイデラバード、アーメダバード、コルカタ、ブネー）のシェアが非常に高い。在宅での高齢者ケア、理学療法、脳卒中リハビリテーション、創傷ケア、出生時ケアの需要が増加している。

※2019年時点

	ムンバイ	デリー	上位10都市合計
在宅ケア市場サイズ(\$ mn)	267	325	1,780
在宅ケア事業所数	1200 (※稼働しているのは500程度)	400	4,000
在宅ケア専門人員数(人)	75,000	100,000	800,000
寝たきり患者数(人)	80,000	120,000	700,000
癌患者数(人)	65,000	100,000	1,500,000
脳卒中数(人)	54,000	60,000	1,000,000
アルツハイマー型認知症数(人)	40,000	65,000	400,000
パーキンソン病患者数(人)	20,000	25,000	120,000
心臓病疾患患者数(人)	550,000	800,000	5,000,000
在宅ケア対象患者数(人)	>1,000,000	>1,500,000	>10,000,000

出所：Care24による調査結果

## インドの在宅医療への主な投資事例

- インドにおける主な在宅医療投資事例は以下の通り。

	会社	投資家	所在地	投資額	投資日	取引方法
1	VITAS Healthcare	Chemed Corp. Home Healthcare Services	Cincinnati , USA	\$ 0.40 Bn	2004年	Acquisition
2	CURO Health Services	Humana and TPG Capital and Welsh, Carson, Anderson & Stowe	USA	\$ 1.40 Bn	2010年	Acquisition
3	Indian Home Healthcare	Bayada, USA	India	\$ 0.38 Bn	2013年	25.09%
4	Kindred Healthcare Inc	Humana Inc (40%), TPG Capital and Welsh, Carson, Anderson & Stowe	Louisville, USA	\$ 4.10 Bn	2018年7月	Buyout
5	Portea Medical	IFC, Accel India, Sabre Capital (N), Qualcomm Ventures, Accel USA (N), CDC-MEMG (N), etc.	India	\$ 0.025 Bn	2019年1月	成長投資
6	Hospice Campassus	Towerbrook Capital Partners and Ascension Health	Nashville, USA	\$ 1.00 Bn	2020年1月	Buyout

出所：Care24による調査結果

## 7.2. 在宅患者の現状

## 在宅患者の調査方法

- ムンバイ、デリーで訪問介護、訪問看護サービスを実施しているCare24の利用者の中で、医療サービスの必要性があると思われる利用者をピックアップし、電話により一次調査を実施した。
- 一般に患者に関する調査は困難だが、現地パートナーのCare24が数万人の顧客データを持っており、また自社でコールセンタを運営していることから、対象者を効率的に発見することができた。
- 一次調査は、コールセンタからの顧客アンケートであるため、専門的な質問は難しく、大雑把なニーズ把握に留まった。病名などの医学的質問はコールセンタスタッフには難しいこと、顧客が長時間のアンケートを好まないことから、入院費などに関する質問にとどめた。
- 二次調査では、病歴や日常（食事、睡眠、歩行、精神状態、家族関係など）の状況まで情報収集したいが、センシティブな個人情報でもあり、許諾しない家族も多かった。そこで、医師に調査を委託することとした。無償診察という特典付きの調査としたことで、200サンプルを確保した。

## 在宅患者の調査（在宅患者の現状・一次調査結果）

- 年間入院日数 34日、入院費 215万円、薬や検査など加えた医療費の合計は290万円
- 高額入院費を削減できるなら在宅医療に関心あると回答。

（入院費を民間の医療保険でカバーできた患者は約半数）

入院は2019年～2020年

単位（¥）	平均	最小	最大
入院費用（年間）	2,158,000	-	7,107,000
患者年齢(年)	71	17	90
薬購入費（年間）	332,000	11,000	1,706,000
検査費用の平均（年間）	191,000	6,000	1,706,000
消耗品・医療機器購入費(年間)	132,000	14,000	384,000
栄養剤・サプリメント購入費(年間)	95,000	7,000	341,000
平均入院日数	34	-	150
入院費が割安になることに興味がない	54%		
医療保険加入率（%）	51%		

出所：Care24による調査結果(2020年10月実施)

単位（¥）換算率 1INR=1.42円、100の位以下四捨五入

### 参考（厚労省）

- 日本の高齢者（65歳以上）の医療費は年間54万円
- 日本の一般病床の平均は17日
- 日本の高齢者一人当たりの薬代は年間13万円

## 在宅患者の調査（在宅患者の現状・二次調査結果）

男性 115人（57%）、女性 87人（43%）、平均年齢 75歳  
訪問介護サービス中 75%、訪問看護サービス中 22%  
かかりつけ医あり 36%、在宅医 24%、どちらもなし 50%

- Care24の訪問介護または訪問看護の利用者
- 72% が1年以内に入退院を経験
- **退院後、医師が介入していない患者 50% はターゲットとなりうる。**

複数選択

コロナ感染が恐くて通院できない	29%	} 在宅医療に関心あり 90%
医師か看護師が来てくれたら安心	52%	
遠隔診療を選ぶ	49%	

出典：Care24による調査結果(2020年12月-2021年1月実施)

## 在宅患者の調査（在宅患者の現状）

- 右は、本来なら受診すべき想定も含めた集計（複数選択）
- 手術退院後は、病院から指示された術後処置を行っているケース。定期的に通院しているケースもあるが、介護士が実施している例もあった。
- BMIの大きい患者は、関節痛、骨折、人口関節など、整形外科が多かった。
- 認知症やうつ症状の患者では、フレイルが原因と推測される低栄養の患者も多い。
- リハビリ中の患者は多いが、インドでは高齢者の低栄養問題にはまだあまり関心がないようである。
- Covid 19 感染者は富裕層高齢者では多くない。
- 診療科の広がりには日本の高齢者と同様。

診療科	患者数
内科	179
精神科	58
手術退院後	15
整形外科	55
脳神経外科	22
皮膚科	1
泌尿器科	17
眼科	3
耳鼻咽喉科	4
リハビリ	24
歯科	2
Covid 19 後	18

出典：Care24による調査結果(2020年12月-2021年1月実施)

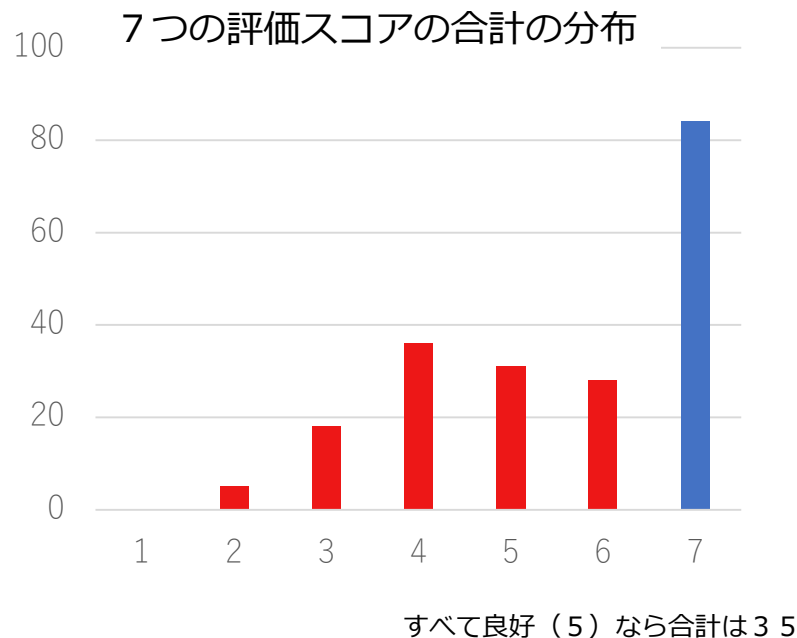
## 在宅患者の調査（在宅患者の現状・生活障害評価）

「医師意見書」では生活障害評価について5段階で医師の意見を求めている。

**合計30未満（45%）**でかつ医師がいない患者（24%）がターゲットになりうる。

参考）「医師意見書」の生活障害評価項目

1. 食事
2. 生活リズム（睡眠）
3. 保清（清潔を保つ）
4. 金銭管理（認知）
5. 服薬管理
6. 対人関係
7. 社会的適応を妨げる行動



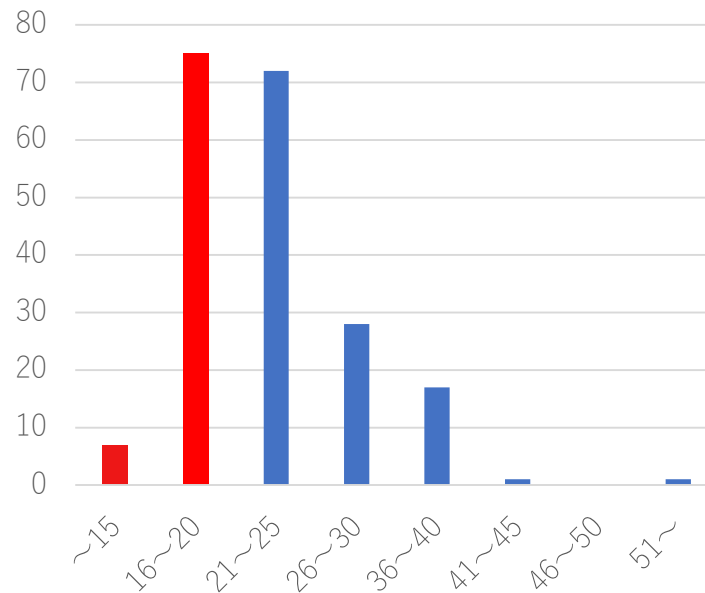
出典：Care24による調査結果(2020年12月-2021年1月実施)



## 在宅患者の調査（在宅患者の現状・栄養状態）

- 低栄養と診断されるBMI 20以下の患者が 41%
- 過去6カ月間に体重が減少した患者が 30%
- **体重が減少かつ医師が介入していない患者（18%）がターゲットになりうる。**

- 栄養状態が悪いと体力が低下し、肺炎、転倒・骨折、褥瘡などを起こす。
- 体力低下→食欲低下の悪循環で、栄養状態はますます悪化する。
- 嚥下、服薬、睡眠なども食欲低下を招く可能性がある。
- 医師が改善の選択肢を見出す必要がある。介護士や看護師では難しい。



出典：Care24による調査結果(2020年12月-2021年1月実施)

## 独居・老々介護

- 在宅高齢者の多くは家族と暮らしているが、家族全員が就業しており、日中一人となる患者も多く、Care24の介護士や看護師を契約している。
- 調査した202人中、独居の高齢患者が 5例あった。
- 老々介護（夫を妻が介護、妻が夫を介護、兄弟が介護）が 22例。
- 富裕層の中には子供たちが海外に働きに行っている家族も多く、またインドでも少子化が進行しており、老々介護や独居となるケースが今後増えていくものと考えられる。

## 7.3. 病院の現状

## 病院の現状・ムンバイの主要病院の病室料金

- 以下の料金は病室・ベッド料金のみで、その他治療費や食費などは含まない料金。
- 一般病棟は比較的安価だが、富裕層向け病棟は一日1万円を超えるところも多い。
- インドの大卒プログラムの年収が20万円程度であることを考えると高額。



### 病室/ベッド料金

- ・ スイート - 28,000円
- ・ デラックス - 14,000円
- ・ スペシャル - 13,000円
- ・ 一般 A - 6500円
- ・ 一般 B - 4700円
- ・ 一般 - 3600円



### 病室/ベッド料金

- ・ エコノミー - 2400円
- ・ エコノミープラス - 3800円
- ・ 共同部屋ツイン - 4500円
- ・ デラックス - 11,000円
- ・ プレミアム・デラックス - 13,000円
- ・ ジュニア・スイート - 16,000円
- ・ グランド・スイート - 21,000円



### 病室/ベッド料金

- ・ 一般 - 1200円
- ・ セミプライベート - 2500円
- ・ デラックスプライベート - 3800円
- ・ スーパー・デラックス - 6400円
- ・ ICU - 5000円



MULTI SPECIALITY HOSPITAL & RESEARCH CENTRE

### 病室/ベッド料金

- ・ 一般 - 700円
- ・ セミプライベート - 1300円
- ・ プライベート - 2800円
- ・ デラックスプライベート - 3500円
- ・ ICU - 7100円



### 病室/ベッド料金

- ・ 一般 - 1400円
- ・ セミプライベート(4人部屋) - 1800円
- ・ セミプライベート(2人部屋) - 3200円
- ・ スイート - 10,000円
- ・ プライベート - 4900円
- ・ ICU - 43,000円



### 病室/ベッド料金

- ・ 一般(2人部屋) - 4200円
- ・ セミプライベート - 5700円
- ・ デラックス - 9600円
- ・ スイート - 18,000円
- ・ プライベート - 5500円
- ・ ICU - 11,000円



### 病室/ベッド料金

- ・ 一般 - 2100円
- ・ セミプライベート - 4100円
- ・ スーパー・デラックス - 9200円
- ・ スイート - 10,000円
- ・ エグゼクティブ - 8500円
- ・ スーパー・デラックス・プライベート - 8800円
- ・ ICU - 9200円



### 病室/ベッド料金

- ・ 一般 - 1300円
- ・ エコノミー - 5000円
- ・ エコノミー(3人部屋) - 4300円
- ・ スーパー・デラックス - 21,000円
- ・ プライベート - 5500円
- ・ スイート - 3100円
- ・ プライベート - 9200円
- ・ デラックス・プライベート - 11,000円
- ・ スーパー・デラックス - 21,000円

出典：CCIおよびKadence（現地コンサル）による調査結果

# 病院の現状・ムンバイの主要病院の手術別治療費

■ 特定手術の基本価格（一般病棟の入院費も含む）。

単位（¥）換算率 1INR=1.42円、100あるいは10の位以下四捨五入



## 心臓の開腹手術

- Hinduja – 327,000円
- Harkisandas – 178,000円
- Jaslok – 256,000円
- Lilavati- 284,000円
- Seven Hills- 327,000円
- Nanavati – 327,000円



## 血管形成術

- Hinduja – 455,000円
- Harkisandas – 128,000円
- Nanavati – 199,000円
- S.L. Raheja – 111,000円
- Godrej – 320,000円
- Criticare – 355,000円



## 透析

- Hinduja – 2800円
- Nanavati – 2000円
- S.L. Raheja- 2000円
- Asian heart – 2500円
- Jaslok – 3400円



## 心臓弁置換術

- Nanavati- 569,000円
- Harkisandas – 427,000円
- Kohinorr- 256,000円
- Lilavati – 462,000円
- Sterling- 418,000円
- Cardinal – 391,000円



## 脳腫瘍

- Hinduja – 156,000円
- Kokilaben Dhirubhai Ambani Hospital – 171,000円
- Jaslok – 156,000円
- Lilavati- 284,000円
- Seven Hills- 256,000円



## 化学療法

- Hinduja – 7100円
- Jaslok – 5700円
- Seven Hills- 7100円
- Kohinoor Hospital-4300円
- Sushrut Hospital- 7100円
- Kokilaben Dhirubhai Ambani Hospital- 7100円



## 白内障

- Surana Hospital- 36,000円
- MPCT Hospital- 36,000円
- Kohinoor Hospital- 27,000円
- Contacare Hospital- 36,000円
- Insure Eye Institute: 11,000円
- Proscan EyeCare: 26,000円
- Dr. Gadgil Eye Clinic: 21,000円



## 腎臓移植

- Nanavati- 924,000円
- Jaslok – 995,000円
- Kohinoor- 583,000円
- Seven Hills- 853,000円
- S.L. Raheja – 853,000円
- Godrej – 853,000円

## 病院の現状・退院患者のサポート状況

- 9割の病院が退院患者にリモート診療を提供しており、約5割が在宅診療も行っている。

病院が退院患者に提供する支援			
調査母数（11病院）			
		%	
	合計（11）	ムンバイ（6）	デリー（5）
遠隔診療を提供している	91	83	100
在宅サービス（医師・看護師）を提供している	45	50	40
在宅医療サービス事業者と提携している	45	33	60

在宅ケア事業者と提携するデリーの3病院は、退院患者の病状等を共有するため、事業者と毎回打ち合わせを行うと回答。

出典：CCIおよびKadence（現地コンサル）による調査結果

## 病院の現状・患者の退院日数削減の可能性

- 「質の良い在宅医療サービスが利用できる場合、患者を早期に退院させることは可能か」という質問については、デリーの病院は8割が患者/病気によっては可能と回答し、ムンバイは全ての病院がNoと回答。

### 良質な在宅医療サービスが利用できる場合、患者を早期退院させることは可能か

調査母数 (11病院)			
	%		
	合計 (11)	ムンバイ (6)	デリー (5)
Yes	36	-	80
No	64	100	20

#### 早期退院が可能な患者

- 慢性呼吸器疾患/BIPAP治療で入院日数が増えて不必要に費用がかさむ患者
- 看護/理学療法/リハビリ/軽度の医療支援を必要とする患者
- 状態が安定しており、本質的な治療を終えた患者
- 外傷・整形外科手術後のリハビリを行う患者

ムンバイの医師は、患者は必要な日数入院しており、削減はできないと回答。

出典：CCIおよびKadence（現地コンサル）による調査結果

## 病院の現状・病院とかかりつけ医の連携

- デリーは全ての病院が患者のかかりつけ医から患者情報（病状、病歴、服薬情報、等）を提供してもらうことはあると回答。ムンバイは半数のみが有と回答。

かかりつけ医から患者の病歴等の情報を提供してもらうことはあるか			
調査母数（11病院）			
		%	
	合計（11）	ムンバイ（6）	デリー（5）
有	73	50	100
無	27	50	-

- 他方で、ムンバイでは病院からかかりつけ医に情報を提供することはない。デリーの病院は、4/5の病院がリクエストがあれば情報共有すると回答。

病院は退院患者のかかりつけ医に情報を共有することはあるか			
調査母数（11病院）			
		%	
	合計（11）	ムンバイ（6）	デリー（5）
有	36	-	80
無	64	100	20



## 病院の現状・病院におけるコロナの影響

- 外来患者は軒並み減少しているが、調査対象の10病院の内9病院がコロナ治療を提供しており、ムンバイでは入院患者数、検査数は増加している。デリーではほとんど全ての項目で減少との回答。

### コロナによる来院者数への影響

	合計 (10病院)				ムンバイ (5)				デリー (5)			
	%				%				%			
	増加	変化なし	減少	未提供	増加	変化なし	減少	未提供	増加	変化なし	減少	未提供
外来	-	10	90	-	-	20	80	-	-	-	100	-
入院患者	20	20	60	-	40	40	20	-	-	-	100	-
手術	20	10	70	-	40	20	40	-	-	-	100	-
検査	40	10	50	-	80	-	20	-	-	20	80	-
リモート診療	40	-	30	30	40	-	-	60	40	-	60	-
救急医療	50	10	40	-	80	20	-	-	20	-	80	-
重症患者の治療	50	10	40	-	60	40	-	-	20	-	80	-
コロナ治療	80	-	-	20	80	-	-	20	100	-	-	-

出典：CCIおよびKadence（現地コンサル）による調査結果

# 病院の現状・参考：デリーの病院の写真 1/2

Apollo Hospital



Fortis Hospital



Max Hospital



# 病院の現状・参考：デリーの病院の写真 2/2

CritiCare Hospital



SevenHills Hospital



Zen Hospital



# 病院の現状・参考：ムンバイの病院の写真 1/2

Fortis Hospital



Godrej Memorial Hospital



Sushrut Hospital



# 病院の現状・参考：ムンバイの病院の写真 2/2

BLK Hospital



Sir Ganga Ram Hospital



Sir Ganga Ram Hospital

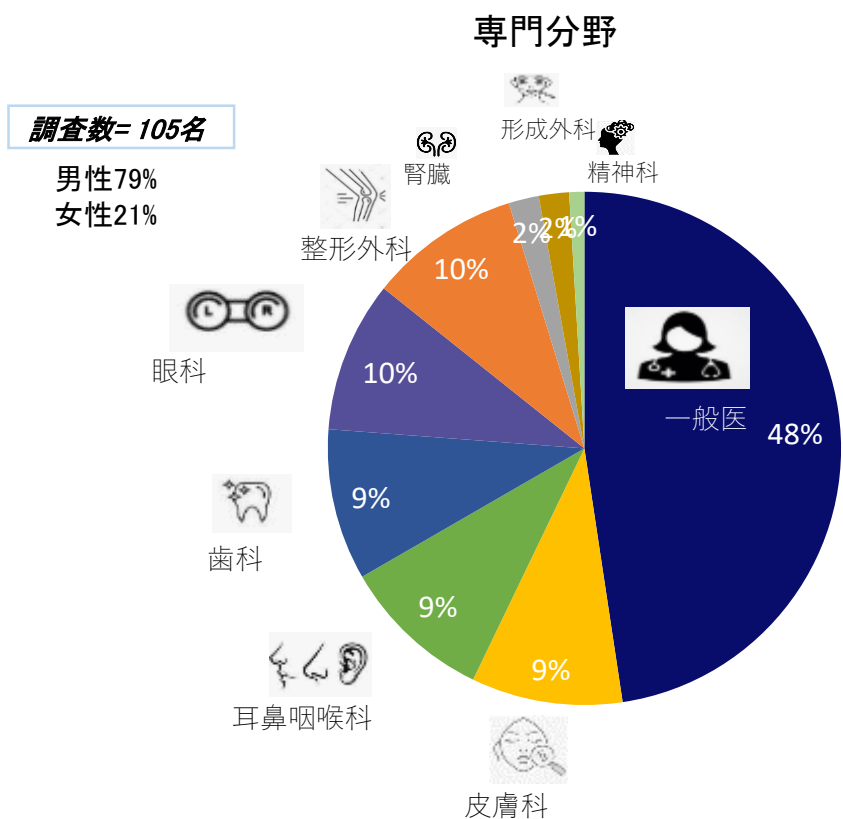


## 7.4. 医師の現状

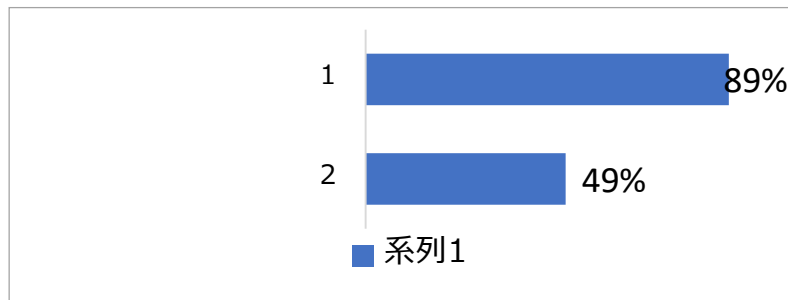


# 医師の現状・調査した医師のプロフィール

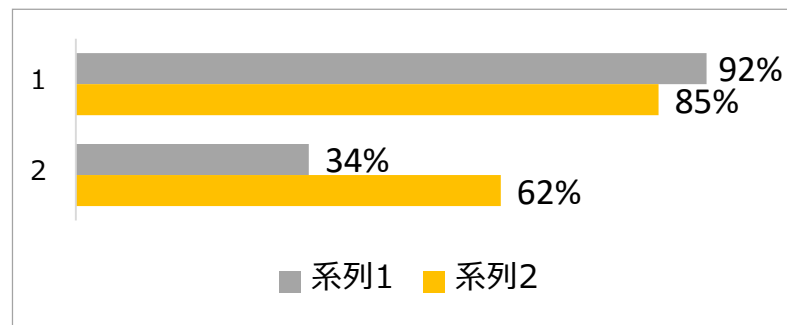
■ 在宅医療に関連する分野を下記の割合で分散させて調査した。



母数= 105名

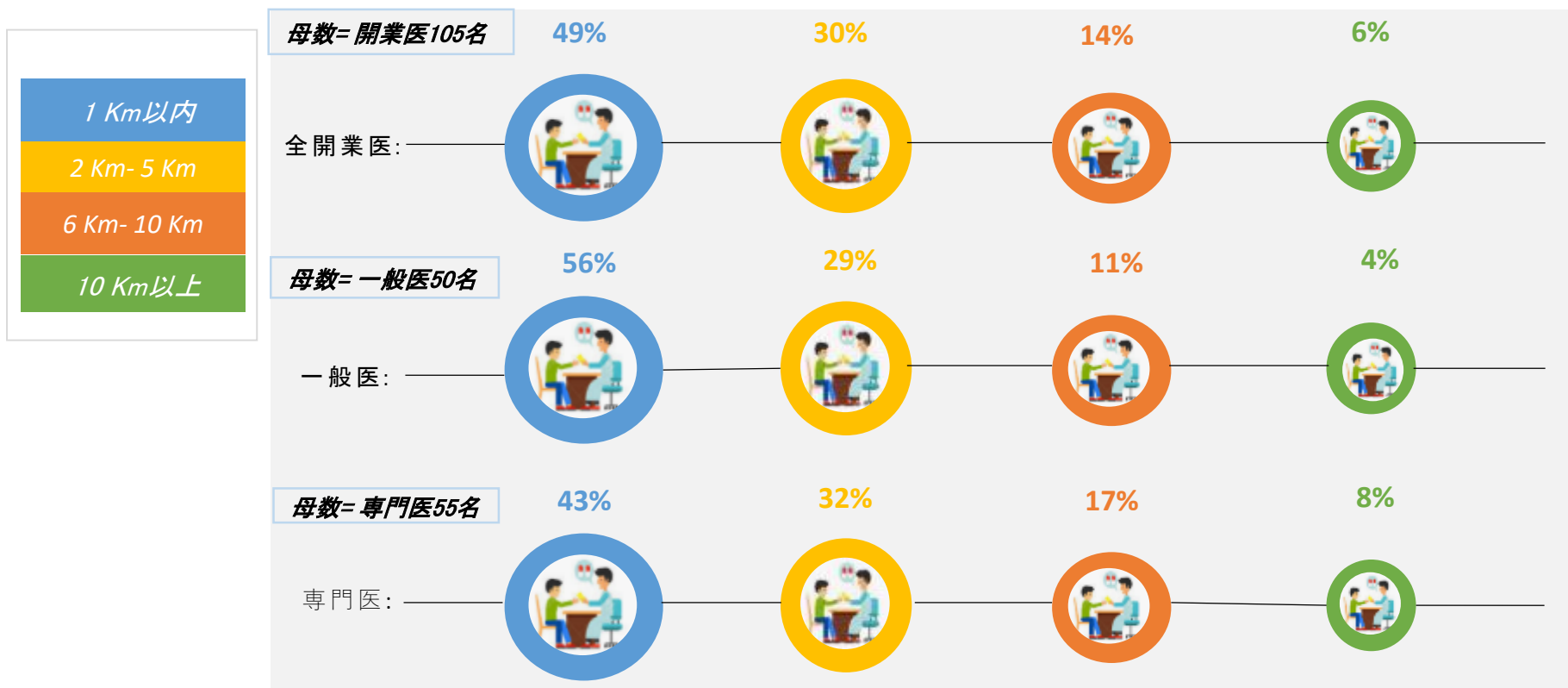


母数: 一般医=50名, 専門医=55名



## 医師の現状・患者の通院距離

- 患者の半数が1km圏内に在住。特に一般医については近くで探す傾向がある。
- 距離が遠くて通院できなくなる高齢者はほとんどいないという回答が大半であるが、頻繁にあるという回答も7%あった。





## 医師の現状・コロナの影響

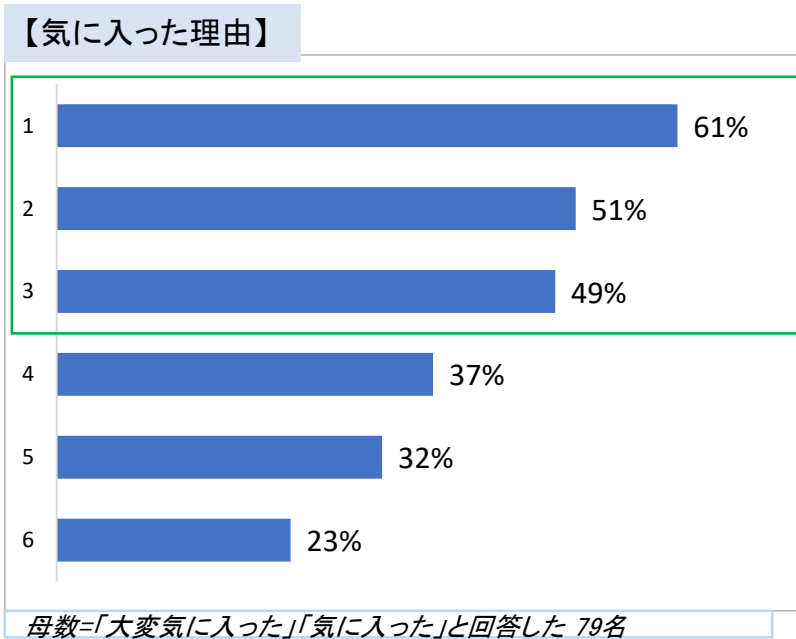
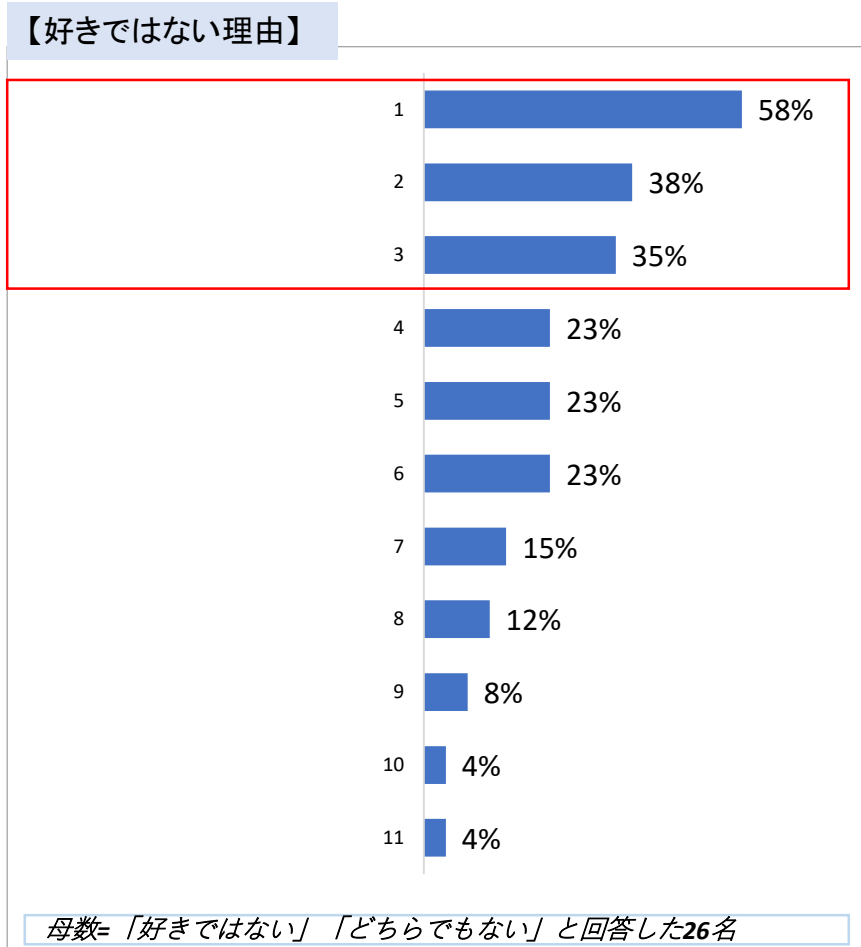
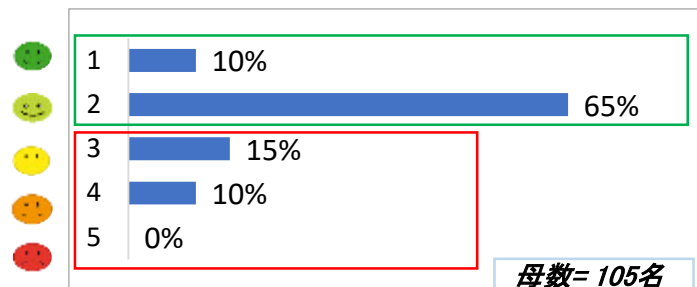
- 7割の医師が患者数減少と回答。
- 8割以上が遠隔診療を実施していると回答。
- 9割が在宅診療（訪問診療）は提供していないと回答。

### 開業医へのコロナの影響

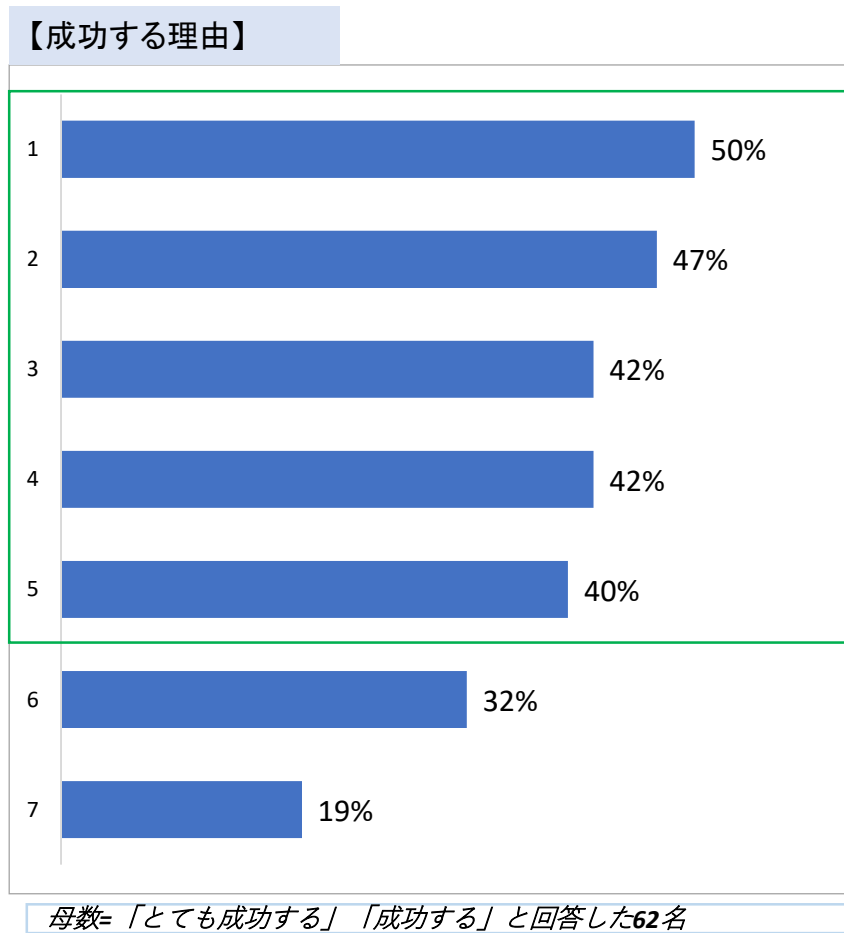
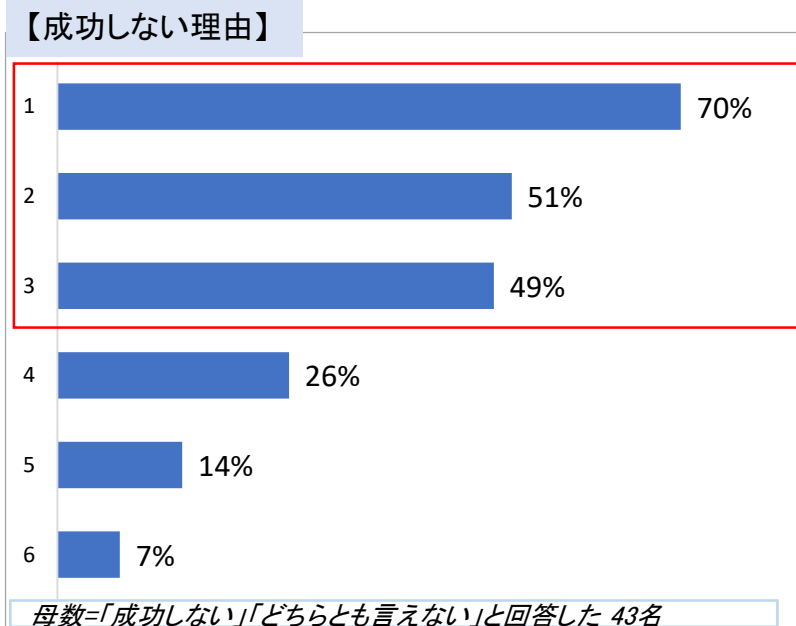
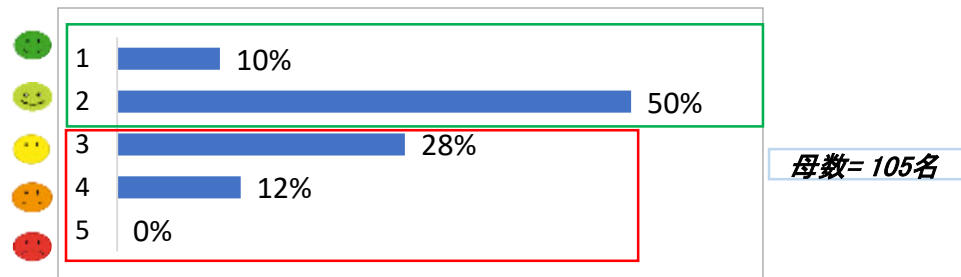
	全開業医(母数= 105名)				一般医(母数= 50名)				専門医(母数= 55名)			
	増加	変化なし	減少	未提供	増加	変化なし	減少	未提供	増加	変化なし	減少	未提供
患者数	11	15	73	-	14	16	70	-	19	15	76	-
リモート診察 (状況確認のみ)	64	19	-	17	76	14	-	10	53	24	-	24
リモート診療 (治療あり)	30	19	2	49	18	30	2	50	42	9	2	47
在宅訪問	2	2	6	90	2	4	10	84	2	-	2	96

出典：CCIおよびKadence（現地コンサル）による調査結果（※2020年10月-11月実施）

# 医師の現状・7割の医師が在宅医療に関心あり

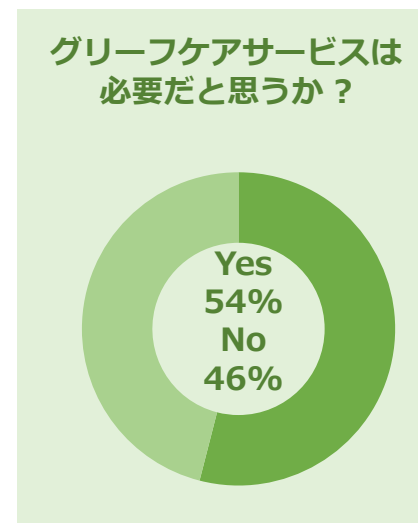
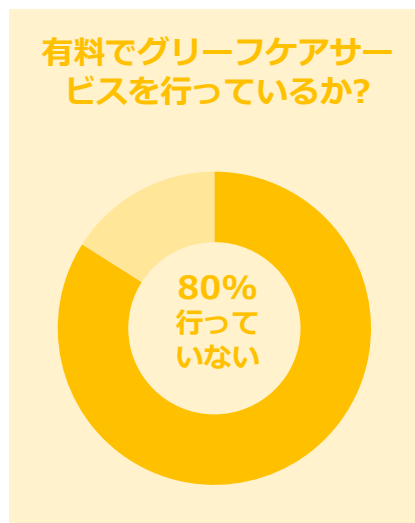
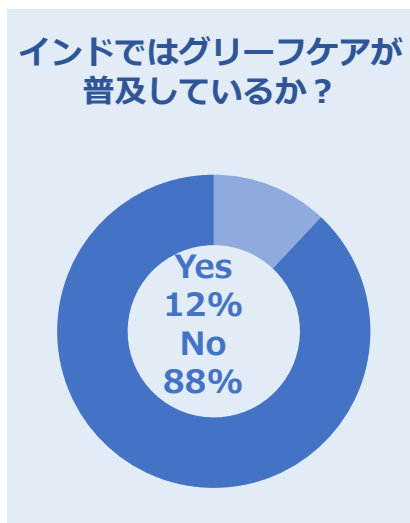


# 医師の現状・在宅医療への期待



## 医師の現状・インドにおけるグリーンケア

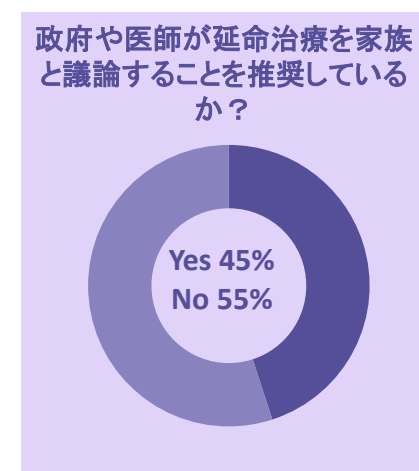
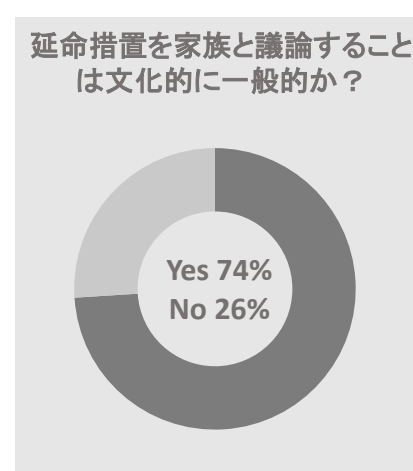
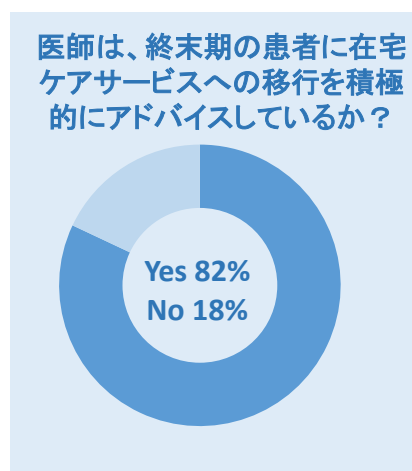
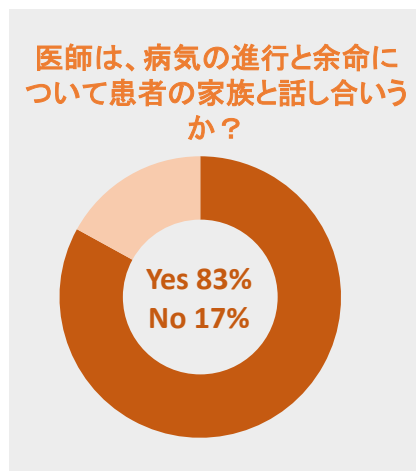
- インドでは、グリーンケアはまだほとんど行われていない。また、5割が必要ないと回答。



母数 = 開業医105名

## 医師の現状・インドにおける延命治療

- 延命治療について家族と話す環境が、ある程度は整っている。



母数= 開業医105名

# 医師の現状・参考：インドの個人開業クリニック 1/2



## 医師の現状・参考：インドの個人開業クリニック 2/2



## 7.5. 在宅ケア事業者の現状



## 在宅ケア事業者の現状 主な在宅ケア事業者 1 / 3

- HCAH (HealthCare At Home)、Portea、Nightingales (現Medwell)、Care24、Apollo Homecare は、インドの大手在宅医療機関である。
- MaxやApolloなど大手の病院が、Max@HomeやApollo Homecareという在宅医療を提供する別会社を設立しているケースがみられる。

在宅ケア産業の主な事業者：

<p>主な事業者</p>	
<p>その他事業者</p>	

出典：CCIおよびKadence（現地コンサル）による調査結果

## 在宅ケア事業者の現状 主な在宅ケア事業者 2/3



Care24は、IITの卒業生であるVipin Pathak、Abhishek Tiwari、Garima TripathiおよびPranshu Sharmaによって2014年12月に設立され、看護師、理学療法士、付添人による在宅訪問などのサービスを提供している。このムンバイを拠点とするヘルスケアのスタートアップは、シリーズAの資金調達でSAIFパートナーから400万ドルを調達。その前に、シード投資家であるインディアクオイメントが同社に35万ドルを投資した。Care24を運営するAegis Care Advisors Private Limitedは、在宅介護分野でインドで最初のスタートアップの1つである。



1996年に設立された同社（当時名ナイチンゲール）は、慢性疾患の治療、高齢者医療および術後リハビリテーションの専門知識を持つ専門の在宅医療会社に成長した。同社は、バンガロール、チェンナイ、ハイデラバード、ムンバイ、プネで事業を展開しており、10大都市に展開予定。2014年にMedwell Venturesによって買収され、2015年5月にEight Roads VenturesからシリーズAの融資1,000万ドルを獲得後、Mahindra Groupのプライベートエクイティ部門であるMahindra Partnersが主導するシリーズBの資金調達が最近2,100万ドル調達された。



Healthvista India Pvt. Ltdが所有し、K GaneshとMeena Ganeshが設立したバンガロールを拠点とするPortea Medicalは、既存の投資家Accel PartnersとIFCが主導するシリーズBラウンドで3750万ドルを調達。その後、Sabre PartnersとMEMG CDC Venturesが主導するシリーズCの資金2600万ドルを調達した。2013年に設立されたPortea at Homeは、慢性疾患管理、術後ケア、癌治療、老人医療、整形外科医療などのサービスを自宅を提供している。20都市に5000人のケアワーカーがおり、2025年までに15,000人に達すると予測されている。

## 在宅ケア事業者の現状 主な在宅ケア事業者 3/3



ヘルスケアに特化したプライベートエクイティ企業であるQuadria Capital Advisors Pvt. Ltdは、バーマン家系が支援する在宅ケアプロバイダーである同社Health Care at Home(HCAH)への最大4,000万ドルの投資を約束している。HCAHは、インドの40を超える都市をカバーし、1500人以上のケアワーカーを擁し、インド全土で400万人を超える患者に対応している。



Critical Care Unifiedは2016年にニューデリーで設立された。熟練した医師や医療従事者がおり、主に重症患者に高品質のサービス提供を行う。同社は2017-2018年に約7100万円の収入を得た。デリーでは、450人以上の重症患者にサービスを提供している。CCUは、今後パンジャブ、ハリヤナ、ムンバイと西アジア諸国にも拡大する予定。



2009年にV.Thiyagarajanによって設立されたインドホームヘルスケア (IHHC) は、インドのチェンナイ、ベンガロール、ハイデラバード、プネ&ムンバイで在宅医療と在宅看護サービスを提供しており、看護師、準看護師、医療従事者を800名雇用している。2013年7月、米国のBAYADA在宅医療は、インドホームヘルスケアの26%の株式を取得し、インドで質の高い在宅医療を確保するためにパートナー契約を締結。Bayadaは、米国とインドの250のオフィスに18,000人以上の看護サポートスタッフを雇用している。バヤダとIHHCは1000万ドルの投資を発表しており、2016年時点で3000人の介護士と1,200万ドルの収益で、インド全体に存在感を出している。



創設チームのトモジットドゥッタは、その他立ち上げメンバー4名とともに、2013年にコルカタでTriBeCa Careを設立した。2014年の創業以来、5,000を超える顧客にサービスを提供し、200,000を超える在宅訪問を提供してきた。コルカタだけでも、毎月500人以上のケアワーカーを雇用し、全国に本社を含め3つのオフィスを展開している。

## 在宅ケア事業者の従業員数

- 在宅医療サービス事業者の従業員数はインド全土で平均約440人、ムンバイでは約290人。
- 医師の人数が比較的少ないことから、介護及び看護が主要サービスとなっていることが推察される。
- 調査対象5社のうち専属医師の平均人数は1名のみ。その他の医師は全て非常勤の契約。

従業員数		
調査母数 (5社)		
	%	
従業員数	インド全土	ムンバイのみ
200人以下	-	20
200-400人	40	40
400-600人	40	40
600人以上	20	-

インド全体の平均従業員数は440名

ムンバイの平均従業員数は290名

ムンバイのスタッフ数			
調査母数 (5社)			
	平均スタッフ数		
	合計	専属	非常勤
看護師/ 介護士	208	40	168
セラピスト	16	0	16
医師(一般医)	8	1	7
コンサルタント(カウンセリング、リハビリ、管理栄養士等)	6	2	4
医師(専門医)	4	0	4
検査スタッフ	0	0	0
その他サポートスタッフ	71	27	44

## 在宅ケア事業者の提供サービス

- 調査対象5社全てが医師による在宅診察、看護師・介護サービス、医療機器レンタルサービスを提供している。ただし、前頁の医師数を鑑みると、在宅診療を行っているとはうたっているものの、それに注力している会社は少ないとみられる。
- 救急サービスや薬の配達を行う事業者は少なく、薬については第三者の薬局と提携する事業者1社（5社の内）のみが実施している。

在宅ケア事業者の提供サービス	
調査母数 (5社)	
	%
医師による在宅診察	100
在宅看護・介護サービス	100
慢性疾患回復後のケア	100
医療機器レンタル	100
自宅での理学療法	80
在宅ICU	80
リハビリ	80
検査(血液、レントゲン等)	80
在宅での調査・診断	60
在宅での人工透析	60
ヘルプライン設備	60
遠隔健康モニタリング	60
緊急時の救急車サービス	40
薬の配達	20

## 在宅ケアにおける高齢者

- 在宅ケアサービスを利用する高齢者の内、医療サービス（医師あるいは医師の指示を受けた看護師によるサービス）を利用する割合は20%のみ。大半は介護、看護、付添人サービスのみを利用。

1日の利用者数における高齢者の割合	
調査母数（5社）	
	%
50%以下	-
50%- 70%	-
70%- 90%	80
90%以上	20

以下のサービスを受けている高齢者の割合:	
調査母数（5社）	
	%
介護士／看護師／付添人サービス	80
医療サービス(医師の指示をうけた看護師によるサービスも含む)	20

サービスを利用する高齢者の性別比率	
調査母数（5社）	
	%
女性	60
男性	40

高齢者介護患者の年齢別内訳	
調査母数（5社）	
	%
60歳- 70歳	40
71歳 -80歳	40
81歳以上	20

## 在宅ケアにおける高齢者の主な疾患

- 高齢者の上位疾患は、アルツハイマー型認知症、パーキンソン病、神経疾患、緩和ケア、整形外科疾患、呼吸器疾患、高血圧

高齢者向けに在宅医療がカバーする疾患	
調査母数 (5社)	
	%
心疾患	100
脳梗塞	100
緩和ケア	100
関節炎	100
糖尿病	100
変形性関節症	100
整形外科疾患	100
アルツハイマー型認知症	80
パーキンソン病	80
呼吸器疾患	80
メンタルヘルス	80
高血圧症	80
悪性腫瘍	80
神経疾患	80
その他一救急治療	20

サービスを利用する高齢者の疾患上位5位	
調査母数 (5社)	
	%
アルツハイマー型認知症	80
パーキンソン病	80
神経疾患	80
緩和ケア	40
整形外科疾患	40
呼吸器疾患	40
高血圧症	40
心疾患	20
糖尿病	20
その他一救急治療	20
メンタルヘルス	-
脳梗塞	-
関節炎	-
変形性関節症	-
悪性腫瘍	-

## 高齢者が在宅サービスを選ぶ理由

- 調査対象5社のインタビュー結果によると、高齢者が在宅サービスを選択する理由は、通院時間の節約、費用対効果の高さ、自宅で高齢者の世話をする人がいないことなどが挙げられている。

高齢者が在宅医療サービスを選ぶ理由トップ5	
調査母数 (5社)	
	%
通院にかかる時間とコストを節約	100
費用対効果の高い術後ケア	100
より速い回復	80
自宅で高齢者を見守る人がいない	80
自宅で快適にケアを受けられる	80
治癒を促進し、感染症からの安全性を高める	40
通院が困難(例:寝たきり、身体が動かない等)	40
再入院を減らすため	40
移動中の事故や感染症のリスクを低減	40
服薬・食生活の改善	20
慢性疾患のよりよい医療管理	20



## 在宅サービスの価格帯

- 保険制度がなく、サービスの境界は曖昧。看護師が一日付き添い、介護士の役割を担うことも多い。

基本料金(円)	HCAH	BHN	AAJI	IHHC	SIDRAH
調査母数 (5社)					
単位(¥)換算率 1INR=1.42円、10の位以下四捨五入					
医師訪問診察 (／1回)	2100 - 3500円/-	-	1400- 3500/-	1400- 3500/-	2100- 3500/-
介護士／患者付き 添いサービス (／日)	700 - 6400円/-	-	1400- 3200/-	2100/-	700 - 1400/-
看護師(／日)	700 - 6400円/-	-	1300- 3200/-	3500/-	2800- 3500/-
セラピスト (／日)	1400円/-	-	1100/-	1400/-	800 - 1700/-

介護士・患者付き添いサービスには以下のものが含まれる。

- 3時間の付き添いサービス：**600円/-**から
- 手術後の付き添い：**1100円/日-**

主な看護サービスは以下の通り。

- 創傷の看護：**700円/日**から。
- 週7日・24時間の看護サービス：**1400円/日**から
- 在宅看護：**1800円/日**から
- 長期看護：**2300円/日**から

セラピスト訪問

- 理学療法士のベーシックサービス：**800円/日-**から
- 鍼治療、指圧、オピオイド管理、神経ブロック、椎間関節などのサービス：**1100円/日-**から

- 在宅医療サービスの価格は、病気の重症度によって異なる。
- 事業者は患者のニーズに応じてパッケージをカスタマイズする。
- AAJIケアとSIDRAHケア月額基本パッケージは99,000円(70,000ルピー)から始まる。

## 在宅ケア事業におけるコロナの影響

- コロナ初期の影響は大きかったが、調査した2020年10月には回復し、需要は増加していた。
- むしろ通院を恐れ、遠隔診療や訪問診療の需要が増えた可能性がある。

コロナ患者向けサービスの有無		在宅ケア事業におけるコロナの影響				
		調査母数 (5社)				
調査母数 (5社)		%				
	%		増加	変化なし	減少	未提供
有	100	患者からの問い合わせ (電話)	100	-	-	-
無	-	リモート診療 (治療も含む)	80	20	-	-
		看護師の要望	80	-	20	-
		在宅での利用の要望	80	-	20	-
		リモート診察 (状況把握のみ)	60	20	-	20
		医師による在宅診療	60	20	-	20
		セラピストの要望	60	40	-	-
		在宅医療センターを訪れる患者	60	20	20	-
		患者数	40	20	40	-
		医療機器のレンタルサービス	40	60	-	-
		薬の宅配	20	20	-	60

※2020年10月～11月にかけて実施した調査結果

## 7.6. 訪問看護師の現状

## 日本とインドの高齢者医療の現状

**【日本】** 高齢者の入院日数が減っている。

**在宅医療・看護・介護による包括サービスがシステムとして確立している。**  
→**高齢者の退院後も自宅で継続的にケアを受けることができる。**

1. 病院と在宅医師が連携し、在宅医師へ患者の病気の管理が引き継がれる。
2. 在宅医医師による診療計画をもとに、看護に定期的かつ継続的に指示が出される。
3. 看護は、医療・介護と連携し高齢者の生活を支えている。

**【インド】** 高齢者が短期間に入退院を繰り返している。

**在宅医療・看護・介護がバラバラである。**  
→**高齢者は、退院後のケアは家族が対応している。**

1. 病院と在宅医の連携がシステムとして確立していない。
2. 緊急時もしくは状態が悪化した際に、家族もしくは家族が用意した看護師が病院に連絡する。
3. 医療・看護・介護サービスは存在するが、連携していない。

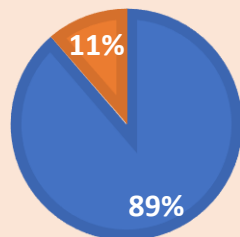
## 訪問看護師へのヒアリング結果

- Care24 のシニアナースに60項目以上の詳細なヒアリングを遠隔で実施した。
- 病院からは「退院サマリー」が提供されるが、多くの看護師は情報不足を感じている。
- 良心的な看護師は独自に主治医に問い合わせている。
- 退院サマリーに書かれていない、たとえばアレルギー等を問い合わせ、9割の看護師が把握していた。
- 看護師は患者の急変時、家族への連絡、病院への連絡、救急車の手配などについて研修を受けている。しかし、標準フォーマットは規定されておらず、属人スキルに頼っている。
- 介護記録、看護記録に関しても標準フォーマットはなく、各人のスキルや判断に依存している。
- 病院の医師も、電話相談はボランティアであり、指示のフォーマットも記録もない。良心的な医師の対応に依存している。
- 病院の医師は数年で転属・転勤してしまうため、途方に暮れることもある。

## Care24看護師実態調査

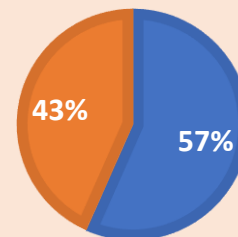
患者が入院していた病院の医師に  
相談したか？

■ 1 ■ 2



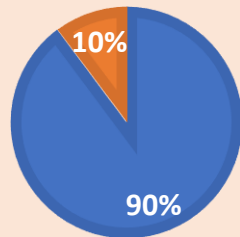
患者の退院時に情報が不足していると感じたことがありますか？

■ はい ■ いいえ



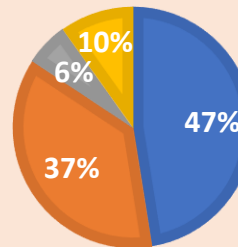
患者のアレルギー、病歴、内服薬の詳細を把握していますか？

■ 1 ■ 2



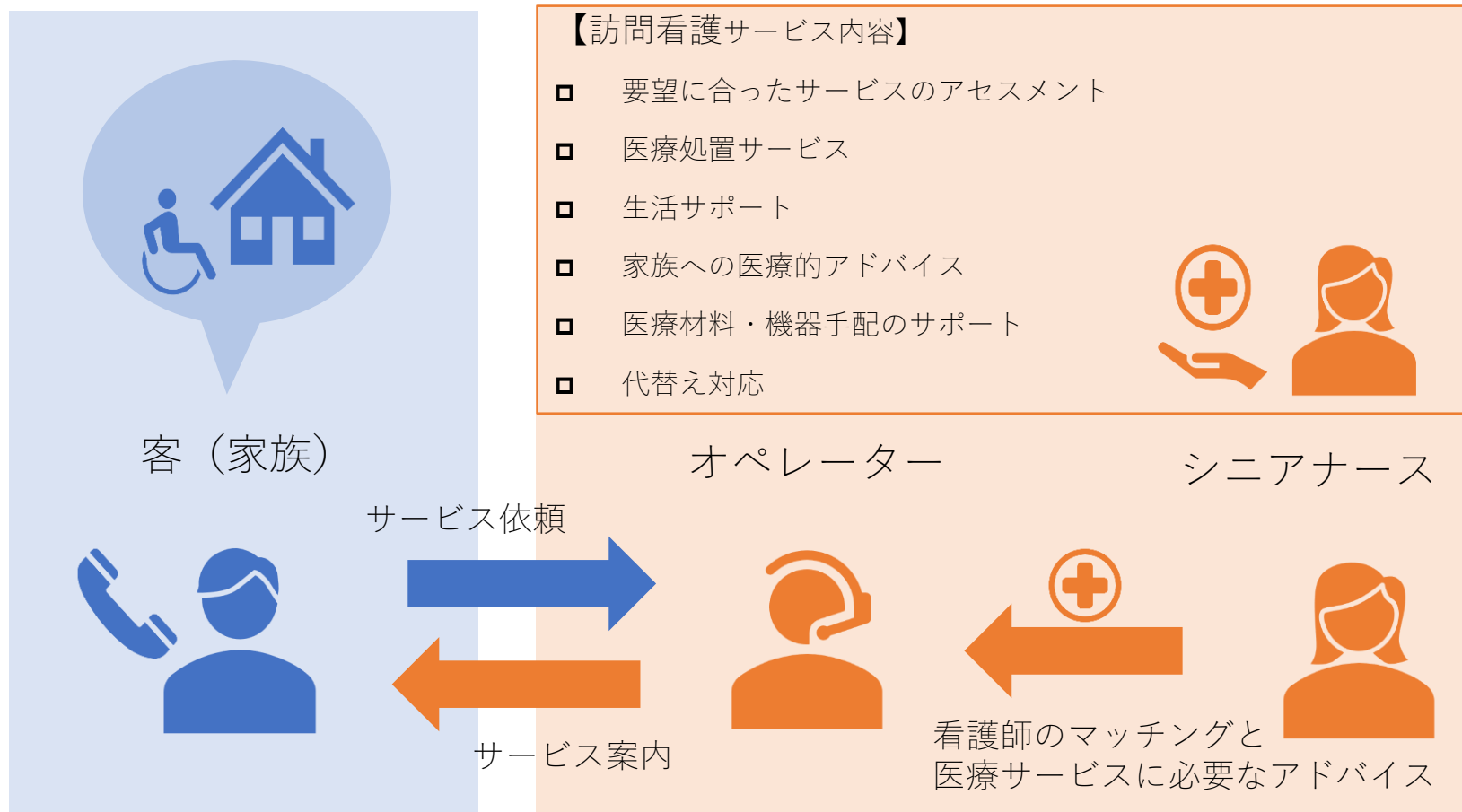
患者に必要な医療情報をどのように入手しますか？

■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4



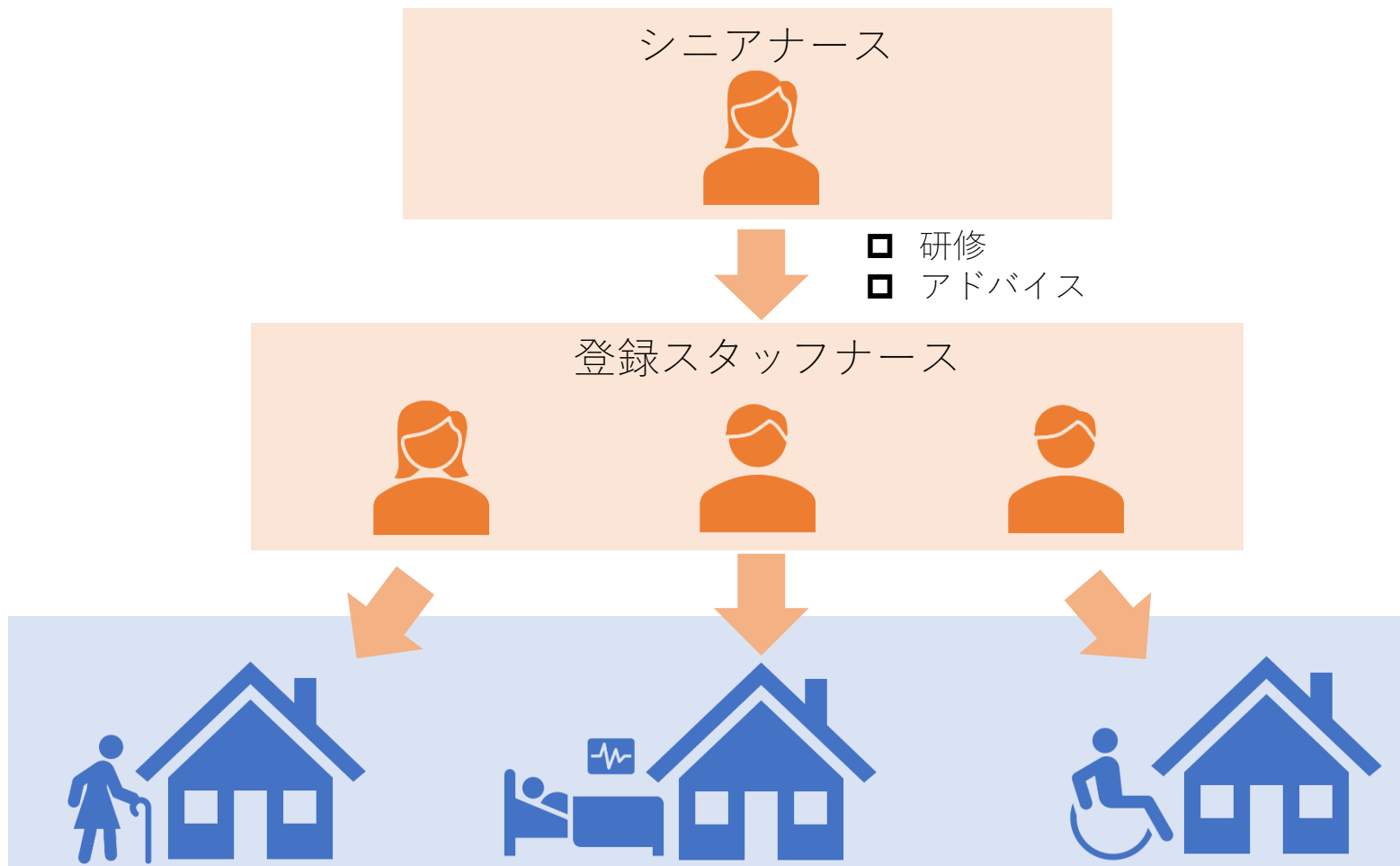
# Care24の訪問看護サービス 1/4

高齢者の親をもつ家族からの依頼が多い。



## Care24の訪問看護サービス 2/4

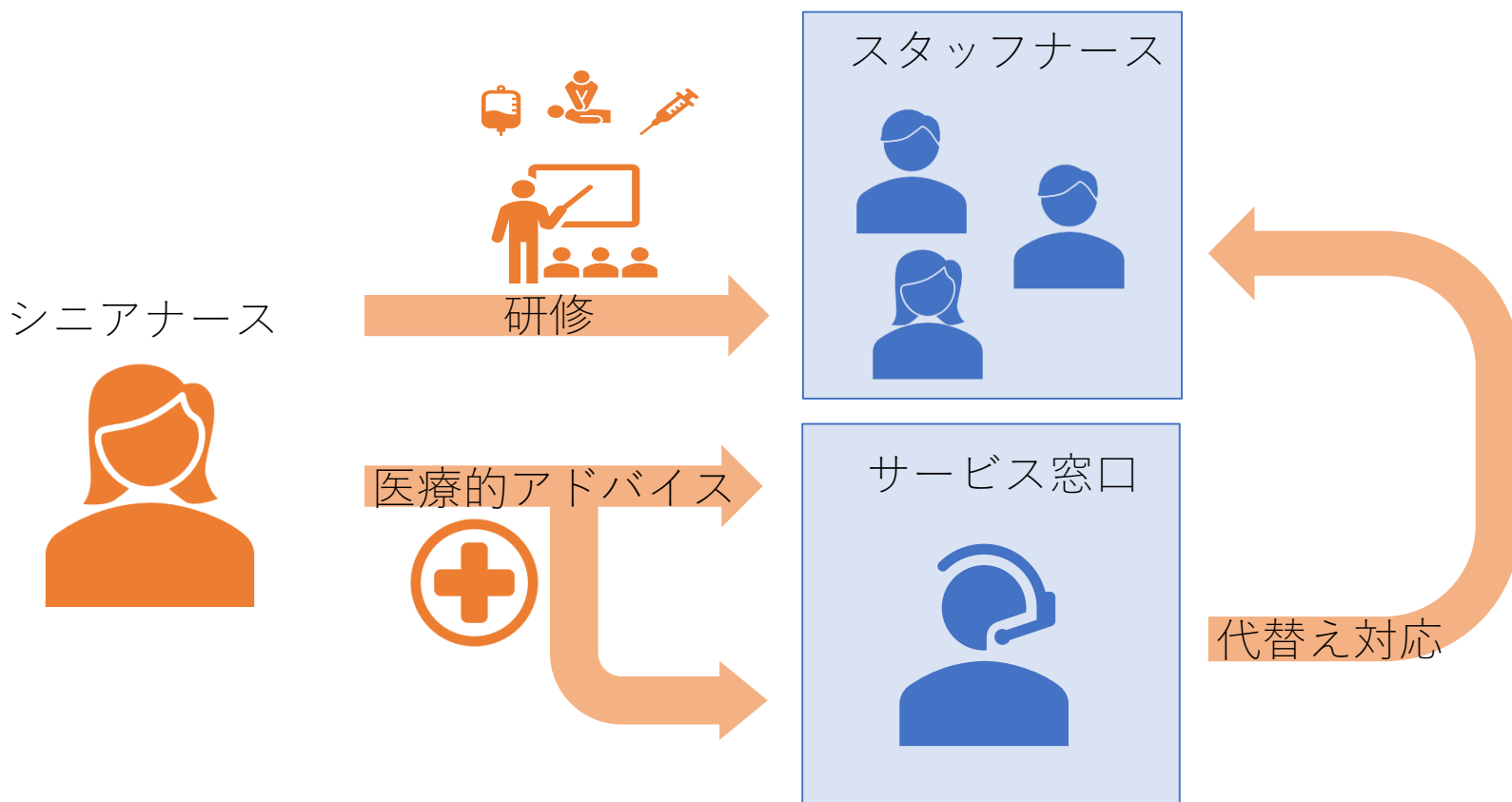
専任の看護師が自宅に訪問し、医療処置もしくは生活サポートを行う。



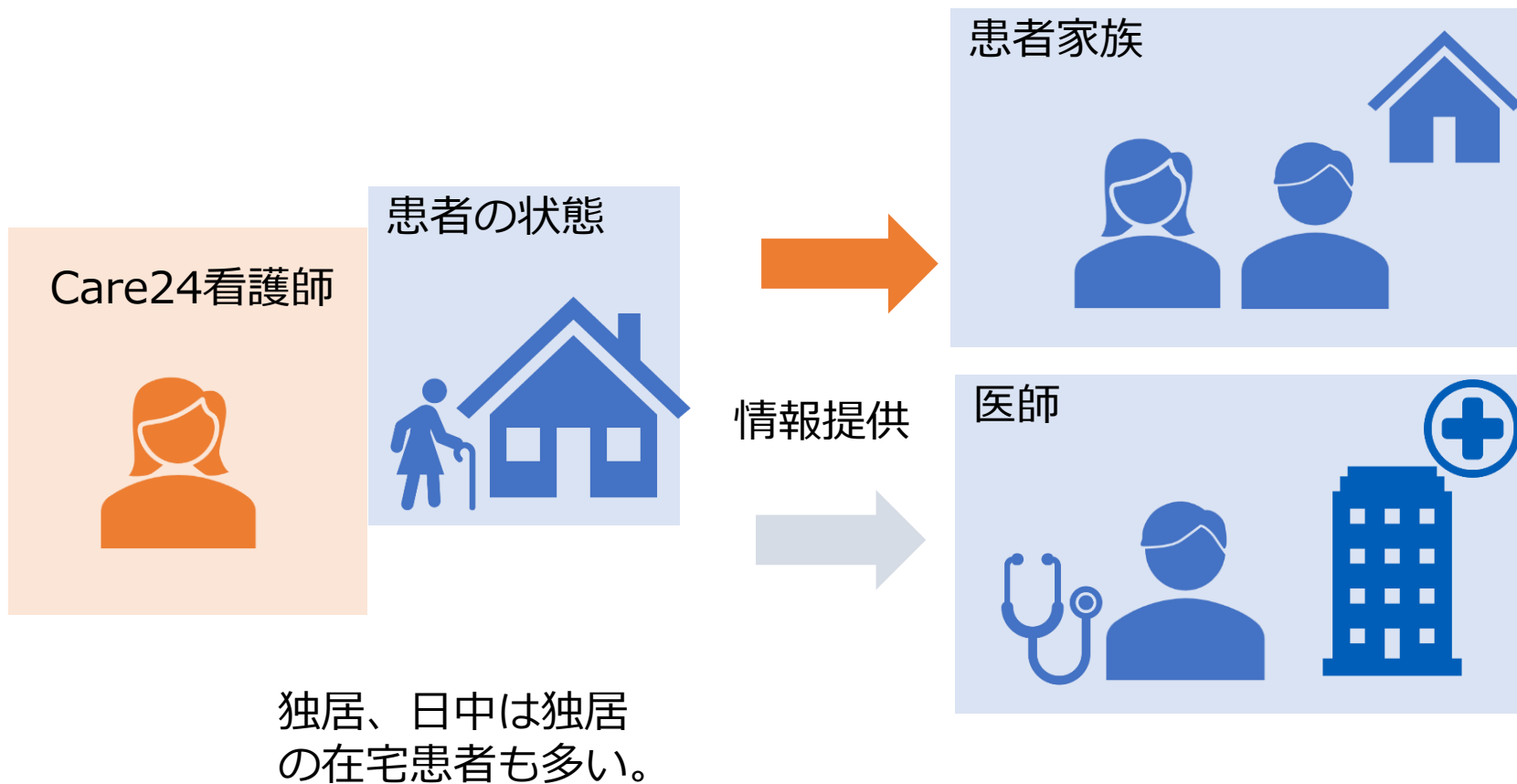


## Care24の訪問看護サービス 3/4

Care24訪問看護サービスにおける品質管理は、スタッフ看護師に研修や医療的アドバイスの提供、クレーム・欠員などの代替え対応を行っている。



# Care24の訪問看護サービス 4/4



## 7.7. 薬局の現状

### 調査対象

Hira Chemist 社  
Hayaat Chemist 社  
J.J Medical 社

### 調査内容

1. 配送サービス
2. 投薬指導の状況
3. オンライン処方
4. 麻薬の取扱い

## 薬局・検査会社・医療機器会社のまとめ

- 本格的な在宅医療の実現には、これら業種との連携が必須である。少ないサンプルだが、全社がJMTとの連携に興味ありとの反応だった。
- 日本の各業種はクリニックとの連携が前提で、JMTをクリニックする必要があるのではないかと当初考えたのも、これら各業種との連携のためだった。
- 医療保険制度がないインドでは、医師の指示さえあれば、JMTがクリニックである必要はなく、柔軟に対応してもらえることが確認できた。
- ただし、日本では当然のことがインドでは行われていない事例もあった。たとえば、薬の粉碎・一包化は、日本では当たり前に行われているが、インドの薬局では全く対応していない。高齢化先進国である日本から学ぶことは、各業種にあると思われる。

## 薬局によるサービス

- 処方せんの統一書式が存在しない。また医師が電話で指示しても処方せんとして認められる。
- インドも医薬分業だが、服薬指導は不十分。  
(服薬指導には対価がない)
- 粉砕・一包化には対応していない。  
(要望がないからとの回答)
- 薬の配達は無償で対応。(在宅医療には特に重要)
- 24時間対応は2薬局が対応。(在宅医療では重要)
- 「お薬手帳」のような制度はない。  
(顧客の既往歴を管理していたのは2薬局)
- FAXでの処方せん受付、メールでの受付を行う薬局はなかったが、馴染みの顧客からのWhatsappでの処方せんは受付ている。

服薬指導 (3 薬局)	
投与量	3/3
薬の効力と効果	2/3
薬の取扱い	2/3
同時服用の注意	2/3
副作用	1/3

## 医療麻薬の取扱い

- 麻薬による疼痛緩和は在宅医療に欠かせない。（痛みを伴う慢性疾患、末期ガン患者など）
- すべての薬局が医療麻薬を扱っていたが、店舗で保管しているのは、睡眠薬など低リスクの医療麻薬のみ。（日本でも特定の医療麻薬を扱う薬局店舗は限定されている）
- 麻薬を提供する際には、薬局は処方せんに特別なスタンプを押し、一般の処方せんとは別に管理するルールがある。
- なお、モルヒネのような特定の医療麻薬には特別な許可が必要で、市中の薬局では一般に扱っていない。病院の薬局にはあるので、在宅医療で必要な場合、病院薬局と連携することになる。

## 院内処方に関する調査

- 薬局が患者宅に薬を届けてくれないなら、JMTが薬を販売する必要があるかもしれないと考え、院内処方についても調査した。
- 日本ではクリニックに院内処方が認められているが、インドでは別途販売許可を取得する必要がある。
- 医師による調剤も一部認められているらしいが、薬局がない地方のための制度のようである。
- 外資のクリニックが薬局機能を持つ場合、multi brand retail trading 規制の対象となり、外資持分比率51%までに限定される。
- 在宅医療に最低限必要な対応は、市中の薬局が担ってくれることが分り、JMTのクリニック化・院内処方は不要と判断した。

## 7.8. 検査会社の現状

調査対象

Path Lab 社

Sahar Diagnostic centre 社

Gurukrupa Diagnostic 社

調査内容

1. 検体の取扱い
2. 検体の輸送方法
3. 検査結果の日数
4. 検査結果の報告方法



## 市中の検査会社の対応

- 在宅医療では、検体を取りに来てくれる検査会社が必須である。特にJMTをクリニックとしなかった場合、医師や看護師が検体を検査会社まで届けるのは非効率で、実用にならない。
- 市中の検査会社は従業員十人程度の中小企業だが、柔軟に対応してくれることが分った。具体的には、

- 検体運搬に使用する保冷バッグと保冷剤を患者宅に届ける。
- 検体を引き取りに患者宅に出向く。
- 緊急検査にも対応する。
- 12時間以内に結果を報告する。
- 結果は通常、患者宅への郵送だが、WhatsAppでの報告も可。

## 在宅医療に必要な検査項目に対応

- 市中の小規模な検査会社3社を調査したところ、在宅医療で必要な項目は概ねカバーしていた。

検査項目に対応可能な会社			
採血	3	IGE検査	3
尿検査	3	高血圧	3
CRP血液検査	3	肝機能検査 (LFT)	3
コレステロール検査	3	ビタミン・ミネラルチェック	3
腎機能検査	3	心電図	3
FBS	3	X線	2
食後血糖値(PPBS)	3		
甲状腺検査 (T3、T4 および TSH)	3	COVID検査	3
マラリア検査	3	腎臓検査	3
ウイルスマーカー検査	3	がん検査	1
HIV予防検査	3	デング熱検査	1
STI 検出	2	ICG	1
アレルギー検査	3	IGM	1
貧血検査	3		

## 7.9. 医療機器業者の現状

調査対象

Avishkar 社

Jaydeep Corporation 社

Silver Signature Surgical 社

調査内容

1. 取扱い商品
2. 酸素の取扱い
3. レンタルの取扱い
4. 備蓄・運搬の規制

## 医療機器業者の取扱商品

- 日本では医療用機器、介護用機器の両方を扱う業者は稀だが、ワンストップで扱っている。
- 病院やクリニックだけでなく、個人向けにも対応している。
- 運搬、レンタルにも対応。
- 酸素については業者が認可を取得する必要がある。また、在庫についても証明書が必要。

提供でき機器	
患者用ベッド/Patient beds	噴霧器/Nebulizer
歩行補助具・車椅子/ Walking Aids・Wheelchairs	酸素濃縮器 Oxygen Concentrator
心臓モニター/ Cardiac Monitor	酸素シリンダー Oxygen Cylinder
バスルーム/トイレエイド	人工呼吸器
DVT防止範囲 DVT Prevention Range	BiPAP機器
車いす、リクライニングチェア Wheelchair, Recliners	携帯用酸素濃縮器
患者移動器具 Patient transfer products	CPAP
副木/Brace/Splints	パルスオキシメータ
シリンジポンプ Syringe Pump	吸引装置 Suction Apparatus

## 備蓄・運搬に関する規制

- 備蓄、患者宅への医療機器の運搬について特に規制はない。
- 次の15種類には医師の指示（医療機器に対する処方せん）が必要。

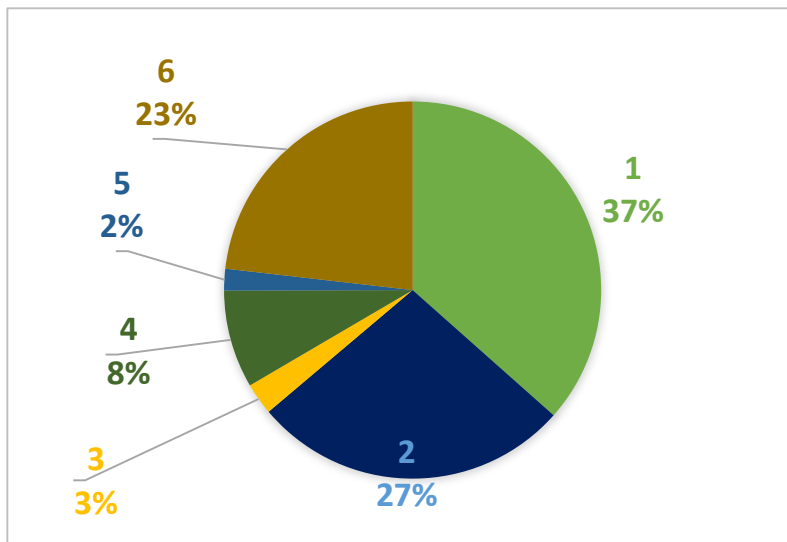
1. 使い捨て皮下注射器/ Disposable Hypodermic Syringes	9. 留置針/I.V. Cannulae
2. 使い捨て皮下注射針 Disposable Hypodermic Needles	10. 骨用セメント/Bone Cements
3. 使い捨て血液灌流用装置 Disposable Perfusion	11. 心臓弁/Heart Valves
4. HIV, HBsAg and HCV向け体外用医薬品 In vitro Diagnostic Devices for HIV, HBsAg and HCV	12. 頭皮からの薬剤注入セット Scalp Vein Set
5. 心臓用ステント/Cardiac stents	13. 整形外科用インプラント Orthopedic Implants
6. 薬物溶出性ステント/Drug Eluting Stents	14. 人工弁置換術 Internal Prosthetic Replacements
7. カテーテル/Catheters	15. 切除装置 Ablation Devices
8. 眼内レンズ/Intra Ocular Lenses	

## 7.10. 患者向けの民間保険

# インドの医療保険産業

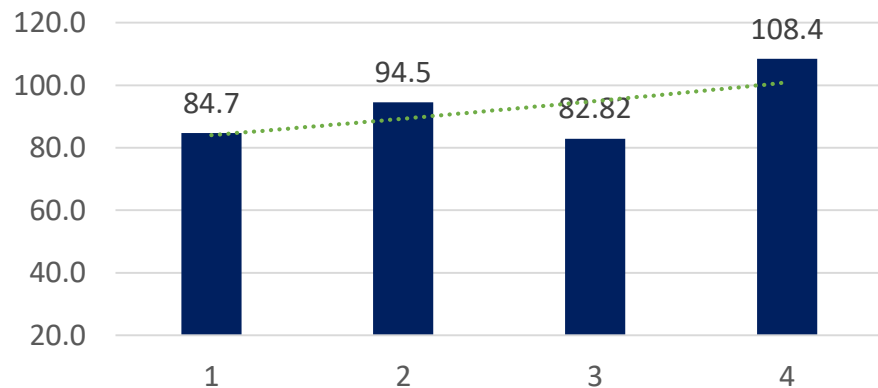
■ インドの2020年の医療保険市場総収入は1,084億ドル（約11.4兆円）。徐々に成長している。

損害・医療保険業界のセグメント別売上割合（2019年）



※生命保険は含まない

インドにおける保険料総収入額（USD Bn）



成長要因



強固な需要



金融業界の成長



競争



特定セグメントでの成長



政府が開始した  
フラッグシップ・スキーム

出典：CCIおよびKadence（現地コンサル）による調査結果

# インドの医療保険産業の成長要因

## 強固な需要

- インドの堅調な経済は、保険産業の伸びを維持すると予想されている。
- 所得向上が、家計貯蓄の増加につながり、保険や年金などのさまざまな金融貯蓄手段に回されると考えられている。
- インドの一人当たりGDPは2018年の2135米ドルから2023年には3274米ドルに達する見込み。

## 金融業界の成長

- 高所得労働人口が増加している
- 保険を含む金融商品に対する意識が高まっている

## 競争

- 競争力のある価格で様々な商品を持つ保険会社が増加している。
- 業界の成長を助長する規制の存在。

## 特定セグメントの成長

- 政府が金融包摂に力を入れるようになったことによるマイクロ保険の増加。
- ヘルスケアの改善に力を入れているため、医療保険が増加。
- 団体保険も、国内の保険成長の大きな原動力となっている。

## 政府が開始したフラッグシップ・スキーム

- PMJSBY (Pradhan Mantri Jan Suraksha Bima Yojana)
- PMJJBY (Pradhan Mantri Jeevan Jyoti Bima Yojana)
- Atal Pension Yojana
- Ayushman Bharat Yojana



## 医療保険の主要プレイヤー 1/2

- インドの医療保険分野のプレイヤーには政府系と民間保険会社が存在するが、政府系の保険には加入条件があり、誰でも加入できるわけではない。条件は州によって異なる。
- ただし、政府系の会社の方が、保険料が安いというメリットがある。

	政府系	民間プレイヤー
<div data-bbox="112 511 417 879"> <p>主要 プレイヤー</p> </div>	<div data-bbox="446 518 1070 855"> </div>	<div data-bbox="1078 518 1698 855"> </div>
	<p>民間プレイヤー</p>	
<div data-bbox="112 936 407 1255"> <p>その他キー プレイヤー</p> </div>	<div data-bbox="446 955 1698 1242"> </div>	

## 医療保険の主要プレイヤー 2/2

	New India (政府系)	United India (政府系)	National Insurance (政府系)	Oriental Insurance (政府系)	Bajaj Allianz	ICICI Lombard	HDFC ERGO	Max Bupa Health Insurance	SBI General Insurance (政府系)
設立年	1919	1938	1906	1947	2001	2001	2002	2008	2009
本社	Mumbai	Chennai	Kolkata	New Delhi	Pune	Mumbai	Mumbai	New Delhi	Mumbai
2020年売上 (USD)	3.9 Bn	2.3 Bn (2019)	2.0 Bn	58 Mn	1.7 Bn	1.6 Bn	790 Mn	NA	NA
従業員数	16,506	14,322	13,440	12,544	3,500	10,682	3,899	365	21,000

## 医療保険の補償内容と保険料

- どの保険会社も在宅医療をカバーする保険プランを提供しているが、入院を含む治療の延長線上の治療のみをカバーするものが大半である。

### 各保険会社が保険プランで提供している補償内容

調査母数 (6社)	
	%
入院前治療	100
入院後治療	100
デイケアの施術	100
在宅治療	100
高齢者の介護	100
キャッシュレス医療	100
予防健康診断	100

### 契約者一人当たりの年間保険料支払額

調査母数 (6社)	
	(%)
7,100円以下	19
8,500 – 14,200円	28
15,000 – 21,300円	20
22,700 – 28,400円	22
28,400円以上	11

単位 (¥) 換算率 1INR=1.42円、10の位以下四捨五入

## 医療保険の補償内容と保険料

- すべての保険会社が、在宅医療・介護など大半の在宅ケアサービスを補償範囲としているが、健康状態が悪く通院困難な場合や病室が足りずに入院できない場合に限り補償されるプランが多い。

### 在宅ケアの 카테고리：

#### 在宅治療

- 健康状態が悪く通院困難な場合や、病室が足りない場合に、自宅療養が補償される

#### 入院前・後 治療

- 大半の保険会社は、入院前30日、入院後60日の補償を提供している

#### 外来診療と デイケア診療

- 一般的な治療法としては、化学療法、放射線治療、血液透析、介護、診断検査、理学療法などがある

### 提供される補償範囲

#### 調査母数 (6社)

	%
	<i>在宅医療保険プランの補償範囲</i>
在宅での診断	100
在宅での薬処方	100
在宅医師訪問	100
在宅看護師／介護士	100
在宅での理学療法	100
慢性疾患回復後のケア	100
遠隔モニタリング	100
検査（血液、レントゲンなど）	100
在宅でのICU	50
在宅での透析	50
緊急時の救急車サービス	50
ヘルプライン設備	50
リハビリサービス	33
医療機器のレンタル	-

## 医療保険の補償内容と保険料

■ 高齢の加入者に多い疾患は、呼吸器疾患、糖尿病、認知症、等

疾病補償範囲		
調査母数 (6社)		
	%	
	補償範囲の疾病	高齢加入者の疾病の割合
心臓疾患	100	6%
脳梗塞	100	-
緩和ケア	100	8%
関節炎	100	9%
糖尿病	100	19%
アルツハイマー型認知症	100	11%
パーキンソン病	100	9%
呼吸器疾患	100	31%
精神疾患	100	2%
高血圧	100	1%
変形性関節症	100	1%
悪性腫瘍	100	1%
整形外科疾患	100	2%
神経疾患	83	1%

- 在宅医療プランの対象となっている疾患は64以上ある
- ただし、加入者は保険会社に相談して事前に承認を受ける必要がある。補償範囲に記載されている場合であっても、保険会社に事前承認が必要。

## 補償される入院日数

- 30日から60日分の入院費用が補償される。

1日あたりに認められる費用の限度額は、保険金額によって異なり、保険会社によっても異なる。

### 補償対象となる入院日数

“補償される日数は、加入者が選択したプランによって異なる。  
30日から60日程度が一般的”



### 1日あたりの補償費用限度額:

“1日あたりの入院補償限度額は、個々の契約・プランにより異なる。1日700円から7000円程度までの範囲”

## 在宅医療保険の保険料や補償上限額

- 在宅医療の補償日数は年間20日～24日とする保険会社が多い。  
(180日まで補償するプランを提供する会社もあった)

### 在宅医療保険の年間補償日数

“加入プランにより異なるが、20～45日とする保険会社から180日まで補償するプランを出す会社まである”

### 高齢加入者の1日あたりの費用負担額

“プランによって異なるが、1400円～7100円が一般的”



### 高齢者加入者の各種費用の補償上限

“高齢者加入者の各種費用に上限がない”と回答したのは6社中3社。

保険会社によっては、70%の費用が在宅医療保険によってカバーされ、30%を加入者負担とする等、上限を設けている”

## 医療保険料の引き下げは可能

- 「良質な在宅医療によって入院日数が削減されることが分かれば、保険料を引き下げることは可能か」という質問に対し、すべての保険会社が「可能」と回答した。

医療保険料の引き下げの可能性	
調査母数 (6社)	
	%
Yes	100
No	-



### 保険会社の意見:

「一般的に、入院日数が少なくなれば、保険料の引き下げは可能。

しかし、在宅医療では、自宅で医療機器の設置が必要になった場合の賠償責任が大きくなる。そうすると費用がかさむ。」



# 参考) 医療法人社団 悠翔会での実績

## 診療成績

在宅患者さんとご家族にとって「安心できる生活」「納得できる人生」とは何でしょうか？

それは「予期せぬ体調変化を恐れることなく、望む場所で最期まで穏やかに生活が継続できること」だと考えます。なるべく急変せず、なるべく入院せず、できれば自宅で最期まで過ごせる、結果として自宅で看取られる。そんな療養生活の支援こそがわたしたちの社会的責任です。わたしたちは、自らの診療成績(Quality Indicator)として、「急変を減らす」、「入院を減らす」、「自宅(施設)で最期まで過ごせる」の3つを設定し、継続的な診療の質の改善を目指しています。

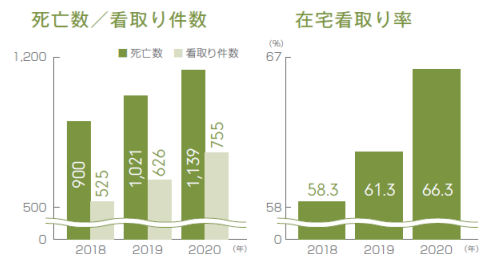
### 01 急変を減らす

老衰や治らない病気の進行を止めることはできません。しかし、今後の体調変化や症状の出現を予測し、それに備えることは可能です。在宅医療における医学管理とは、日々の健康管理を通じて、急変のリスクを最小限に抑えるとともに、予期されるリスクに十分な備えをしておくこと。2020年は、患者さん1人あたりの急変(電話再診・緊急往診)の発生をさらに減らすことができました。



### 03 自宅(施設)で最期まで過ごせる

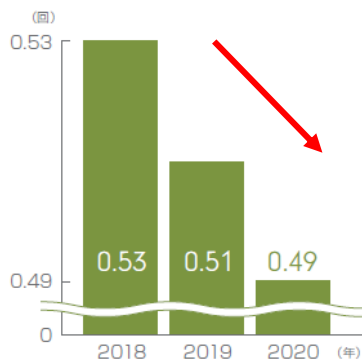
「看取る」とは、最期まで穏やかな生活を継続できるよう支援すること。ご本人・ご家族が変化していく状況と上手に向き合えるよう、地域や施設での多職種連携と包括的支援が必要になります。自宅での死亡診断は結果であって目的ではありません。看取り率を100%に近づけるのではなく、患者さんにとって最適な場所で最期まで過ごせる状況を作ることこそ重要であると考えます。なお、悠翔会は法人別看取り数の集計で、全国1位※となっています。



入院の削減は、患者1万人以上に対するこれまでの取り組みの成果

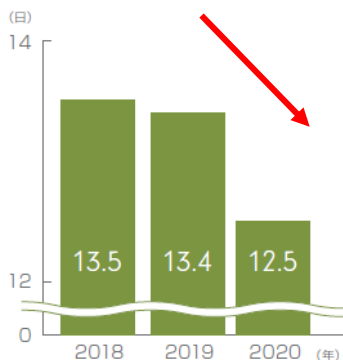
### 入院回数

※患者1人あたり年間平均



### 入院日数

※患者1人あたり年間平均



### 02 入院を減らす

入院治療の侵襲や入院による環境変化のストレスは、在宅患者の身体機能・認知機能を低下させるリスクもあります。予防的な医学管理を通じて、入院が必要な事態を最小限に抑えること、そして入院になったら1日も早く退院できるように支援すること。これは在宅医療の主たる使命の1つだと考えます。2020年は患者数の増加により総入院回数・日数は増加したものの、一人あたりでの入院依存度は大きく低下しました。

## 7.11. 医師・看護師向けの民間保険

## 医師・看護師向け保険を提供している主要保険会社

- 医師および看護師向けの保険プランを提供する主要保険会社は以下の通り。

### 民間プレイヤー



### 民間プレイヤー

### 政府系プレイヤー



## 医者・看護師向け保険プランの補償範囲

■ 医師・看護師向けの保険プランの概要は以下の通り。

### 医師向け損害保険を提供する主要保険会社

- Bajaj Allianz General Insurance Co. Ltd
- HDFC ERGO General Insurance
- Aditya Birla Capital
- Future Generali
- Chola MS
- Bharti AXA
- Manipalcigna
- ICICI Lombard
- Navi Insurance
- Iffco-Tokio General Insurance

### 補償範囲:

- 被保険者が提供した、または被保険者が提供すべき専門的なサービスにおける過失や不作為によって引き起こされた、またはそのように主張されている患者の身体的な傷害および/または死亡。
- 弁護士および訴訟経費

### 補償額:

保険会社は、次の2つの補償限度額を設定する必要がある。

- **Any One Accident(AOA) : 1事故あたり**
- **Any One Year(AOY) : 1年あたり**  
保険料は、AOAとAOYの比率によって異なる

### 重要な除外事項:

- 犯罪行為
- 酩酊・麻薬の影響下での行為
- 軽量化
- 形成外科
- HIV/エイズ
- 法定の規定を遵守していない場合
- 懲罰的損害賠償
- 放射能
- 血液バンク

## 保険に加入する医師の専門分野

- 調査対象6社すべてが、専門分野を問わず全ての医師に保険を提供している。
- 加入医師のうち、リスクの高い手術を行う医師が60%以上を占めている。

医師の分野の中での賠償責任保険請求の発生率

調査母数 (6社)		
	%	
	損害保険が提供される医師の専門分野	保険に加入する医師の割合
医師	100	15%
専門医・コンサルタント（非外科系）	100	23%
形成外科専門医を除く外科医	100	37%
外科医-形成外科医と麻酔科	100	25%

## 医師向け保険プランの保険料

- 分野によりリスクが異なるため、補償額や保険料は大きく異なる。

医師向け保険料	
調査母数 (6社)	
	%
	保険料別の加入率
14,000円以下	22%
14,000 – 21,000円	15%
21,000 – 28,000円	28%
28,000 – 36,000円	22%
36,000円以上	14%

- 通常、医師向け保険の保険料は、補償総額の0.3%～1%程度。
- 整形外科、循環器科など、リスクの高い専門分野の医師や、複雑なリスクに対処しなければならない開業医などは、高い保険料を支払う傾向がある。

## 医師向け保険プランの保険料

- 複数の医師へのインタビューによる損害保険の具体例は以下の通り。

医師の専門分野	保険期間	保険料 (円)	補償額(円)
小児科医	1年	4,900	284千円
麻酔科医	1年	13,500	710千円
麻酔科医	1年	17,000	14,203千円
循環器専門医	1年	21,300	21,305千円
一般外科医	1年	28,400	28,406千円

補償限度額の比率は、1年あたり（AOY）に対する1事故あたり（AOA）の比率が1:4を超えてはならないという規定がある。

## 7.12. 合併会社設立の準備

- (a) 会社設立関連
- (b) クリニック設立関連
- (c) デリーでのクリニック設立
- (d) ムンバイでのクリニック設立
- (e) クリニック運営のその他の規制
- (f) 死亡診断に係る規定



## 参考：関連略語

AOA	Article of Association	基本規約
CEA	The Clinical Establishments (Registration and Regulation) Act	臨床施設（登録および規制）法 ※インドの特定の州（アルナーチャルプラデーシュ州、シッキム州、アッサム州、ハリヤーナ州、ミゾラム州、ヒマーチャルプラデーシュ州、ウッタルプラデーシュ州、ビハール州、ラジャスタン州、ジャールカンド州、ウッタラーカンド州、およびデリー）を除くすべての連邦直轄領にのみ適用される
DCA	The Drugs and Cosmetics Act	医薬品および化粧品法
DPCC	Delhi Pollution Control Committee	デリー廃棄物管理委員会
FDI	Foreign Direct Investment	外国直接投資
MBRT	Multi Brand Retail Trading	マルチブランド小売取引
MOA	Memorandum of Association	定款
Nazool Land	Nazool Land	1956年ヒンドゥー継承法第29条に基づいて州政府に移譲された土地
NMC Act	The National Medical Commission Act	国家医療委員会法
NOC	Non Objection Certificate	非該当証明として使用される。
PAN	Permanent Accounting Number	納税者識別ナンバー
RBD	the Registration of Births and Deaths Act	出生および死亡登録に関する法律
RMO	Resident Medical Officer	代表医師
RMP	registered medical practitioner	登録医師

# (a) 会社設立関連

## 会社の株主総会と実務

- 非公開株式会社は、株主が2人以上、取締役は2人以上必要。取締役2人のうち、1人はインドに居住の取締役である必要がある。
- 会社設立に向けて、3段階の手続きが必要になる（管理認識番号の取得→会社名の承認→会社設立証明書の取得）。
- インドでは特別決議は75%の賛成が必要。

	インド	日本
通常決議	50%以上	50%以上
特別決議	75%以上	66.6%以上
株主総会招集通知	21日前まで	14日前まで
紙媒体での招集通知	可能	可能
電子媒体での招集通知	メールアドレスが提供されていれば可能	可能
電子投票プロセス	可能。トップ500社の上場企業が利用する	外国人投資家や機関投資家にのみ適用される。400社以上の上場企業が利用する

出典：<http://www.ingovern.com/wp-content/uploads/2015/03/Shareholder-Meeting-and-Practices.pdf>

## クリニック運営において支障となりうる点

### ① クリニック設立に関しての行政窓口が統一されていない

- ✓ X線機器、医療廃棄物処理、医薬品販売許可等、クリニック設立に関しての行政窓口が統一されていないため、手続きが煩雑になっている

### ② 医療職の保護が不十分

- ✓ 医療訴訟等に関して、医療職への保護が行き届いていない。デリーでは医療従事者への苦情取扱いに関する規定が制定されているが、それ以外の州では、消費者救済措置に準ずるとだけ決められている状況である。

### ③ クリニックの設置に関する不動産の問題

- ✓ 医療スタッフと患者にとってアクセスが容易で、長期使用に適した場所を見つけることが困難。さらに、不動産家主が適切な肩書と権限を持ち、土地利用の変更、防火対策、環境クリアランスなどの政府の承認を得ていることを確認するのが難しいため注意が必要。

## (b) クリニック設立関連

## クリニック運営にかかる税制（法人税）

- インドでは病院に対する特別な法人税率はない。2020-21年度の国内企業は、売上高に応じて以下の税率が適用されている。

条項		法人税率	課徴金
第115BA条	2019-20年度の売上高が40億ルピー <u>以下</u> の内 国法人	25%	7% / 12%*
	2019-20年度の売上高が40億ルピー <u>以上</u> の内 国法人	30%	
第115BAA条 / 第115BAB条	2019年度から全ての企業が適応可能な新たな税率。ただし、この税率を選択する場合、一部の税額控除は受けられないこともある。	22%	10%
	2019年10月1日以降に設立/登記され、2023年3月31日までに事業運営を開始した新設製造会社	15%	

(\*) 税金は割増税を加算となる

- ✓ 総売上が10百万ルピーを超え、100百万ルピーを超えない場合は25%にさらに7%を課税。

- ✓ 総売上の合計が100百万ルピーを超える場合は25%にさらに12%を課税。

## クリニック運営にかかる税制（GST付加価値税）

- 一般的には、病院で提供される医療サービスや登録医師によって提供される医療サービスはGSTの課税対象外となる。但し、すべての医療プロセスが免除対象ではなく、またすべての治療法が免除されるわけでもない。例えば、認知症ケアの訓練を受けた職員による在宅での認知症ケアは非課税とはならない。
- 医薬品の販売は、IPDの一部でない限り課税対象となる。
- 検査サービスや医療機器販売が単独で提供されている場合は、それらがGSTの課税対象となる可能性が高い。
- また、新会社が2017年6月28日付けのNotification No.12/2017 - Central Tax (Rate)で定義されている「臨床施設」にあたるかどうか、また、新会社が2020年の臨床施設（登録・規制）法に基づいて登録されるかどうかにもよっても異なる。医師による診療、検査、医療機器販売の3つのサービス（医薬品の販売を除く）がセットで提供され、これらサービスの主要な構成要素が医師の診察・診療と治療である場合には、すべてのサービスがGSTを免除されることもありうる。
- サービス内容によって課税の有無が変わるため、実際に会社を設立する際に、専門家の見解を仰ぐ必要あり。

## 外資によるクリニック設立は可能

- インド政府商工省産業内貿易振興局が策定した2020年の統合外国直接投資政策（「FDI政策2020」）によると、**外資比率100%でもクリニック経営が可能**。
- クリニック設立に関する事項は州の管轄であるため、州ごとに設立の規制が異なる。

### インドのクリニック経営に関連する「主な規制法」：

- 2019年国家医療委員会法（「NMC法」）
- 2010年臨床施設（登録および規制）法（「CEAのみ」）：国内の臨床施設（クリニックも含む）の登録および規制を規定。**CEAとは、インドの特定の州（アルナーチャルプラデーシュ州、シッキム州、アッサム州、ハリヤーナ州、ミゾラム州、ヒマーチャルプラデーシュ州、ウッタルプラデーシュ州、ビハール州、ラジャスタン州、ジャールカンド州、ウッタラーカンド州、およびデリー）を除くすべての連邦直轄領**。それ以外の他には、クリニックの設立と登録に関する独自の規制がある
- 1940年医薬品および化粧品法（「DCA」）：インドにおける医薬品の輸入、製造、流通、および販売を規制
- 1948年薬局法：インドの薬局の職業を規制



## クリニック開設に関する規制 (1/3)

調査項目	内容
1) 病院やクリニックに所属していない医師が治療を行い、患者に請求することは合法か	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Registered medical practitioner (RMP) として登録された医師は、病院やクリニックに属さなくとも、診断・治療費請求が可能である。</li> </ul>
2) 「外資系クリニック」に所属する医師の診療に制限はあるか	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ ない</li> </ul>
3) クリニックが医療を提供できる活動地域に制限はあるか	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 活動範囲についてRMPである限り特に制限はない</li> <li>□ CEAが適用される管轄区域に設立されたクリニックについてはCEAの範囲内で制限はない</li> <li>□ ただし、CEA管轄内のクリニック経営者がCEA範囲外でクリニック経営を行う場合には、各地域の規制に基づいて設立手続きを行う必要がある</li> </ul>

- CEA範囲外では、それぞれの州における設立手続きを確認する必要がある。  
デリーでは、Delhi Nursing homes registration act、  
ムンバイでは、Bombay nursing homes registration actが適用されている。

## クリニック開設に関する規制 (2/3)

	デリー	ムンバイ
<b>1) クリニック 設立要件</b>	規定の申請書に必要事項を記入し、開業1カ月前に当局に申請。 申請書以外に定められたチェックリストの提出が義務となっている。	規定の申請書に必要事項を記入し、開業1カ月前に当局に申請。 (オンライン申請が可能)
<b>2) 設立費用</b>	病床数 2-10 : 2100ルピー 11-30 : 3100ルピー 以降1床追加100ルピー	病床数 10以下 : 100ルピー 10以上 : 200ルピー
<b>3) 認可</b>	申請に問題がない場合、当局より登録証が発行される。 <u>3年ごとの更新が必要</u> 。	申請に問題がない場合、当局より登録証が発行される。 <u>毎年更新が必要</u> 。
<b>4) 却下事由</b>	以下の事例の当てはまる場合は却下 <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医師の監督下でない</li> <li>✓ 看護師の配置が定員以下である</li> <li>✓ 設備や人員が適切でない</li> </ul>	以下の事例の当てはまる場合は却下 <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医師の監督下でない</li> <li>✓ 看護師の配置が定員以下である</li> <li>✓ 設備や人員が適切でない</li> <li>✓ 診療範囲やベッド数が申請より少ない</li> <li>✓ 政府関係者が代表者である</li> </ul>

## クリニック開設に関する規制 (3/3)

	デリー	ムンバイ
5) 届出について	住所、医師、看護師、助産師の登録数に変更があった場合、3日以内に届け出	住所、医師、看護師、助産師の登録数に変更があった場合、3日以内に届け出
6) 情報の保管義務	来院患者情報、ABC順の患者リスト、妊婦・乳幼児の死亡件数	来院患者情報、ABC順の患者リスト、妊婦・乳幼児の死亡件数
7) 死亡の報告義務	規定時間内の当局への報告	24時間以内の当局への報告
8) 捜査等	当局からの指示により、いかなる捜査も実施されることがある。	当局からの指示により、いかなる捜査も実施されることがある。
9) 罰則規定等	特に定めはないが、違反に対して <u>100ルピー</u> 、継続的な違反状態には <u>一日当たり25ルピー程度の罰金</u> が課せられる。	特に定めはないが、違反に対して <u>5000ルピー程度までの罰金</u> 、継続的な違反状態には <u>一日当たり50ルピー程度の罰金</u> が課せられる。

## (c) デリーでのクリニック設立

## クリニック設立に必要な書類（デリー） 1/5

Delhi Nursing Homes Registration Act に規定されるムンバイでのクリニック設立に必要な書類

1	所有権に関する書類	9	施設・サービス概要
2	地権等に関する書類	10	デリー廃棄物取扱い条例に関する書類
3	火器取扱いに関するNOA	11	各種宣誓供述書
4	レイアウトプラン	12	政府特区以外での建設の場合に必要な宣誓供述書
5	ベッドの配置等の詳細	13	各種誓約書
6	常勤医	14	その他サービスに関する情報
7	医師	15	レターヘッド、直近の登録証
8	看護師		

## クリニック設立に必要な書類（デリー） 2/5

### 1) 所有権 ※PANカード：インドで生涯有効な納税者番号

個人経営	宣誓供述書、納税者PANカード
共同経営	共同経営覚書、各代表者のNOC（非該当証明）、納税者カード
組合等	登録証明書、組合員名簿、定款及び規定規約、納税者カード
会社	取締役会名簿、定款及び規定規約、定款、納税者カード

### 2) 地権等

個人所有	売買契約書
賃貸	最低5年間の賃貸借契約書、
政府機関等からの間借り	リース契約書、割当通知状、宣誓供述書

### 3) 火気取扱い

入院病棟が1階のみの場合	100ルピー印紙を貼った取扱い遵守宣誓書及び建物内部写真
2階以上にも入院病棟がある場合	設計書、Delhi Fire Serviceに対するNOC（非該当証明）

### 4) レイアウト

建築士が作成した各部屋の間取り

## クリニック設立に必要な書類（デリー） 3/5

### 5) ベッド等の配置

- |    |                                     |
|----|-------------------------------------|
| a) | 各種ベッドの配置数（ICUベッド、通常ベッド等）            |
| b) | 部屋数（シングル、ダブル等）                      |
| c) | 受付、待合室の間取り、椅子の配置                    |
| d) | 受付近辺の施設・機器詳細                        |
| e) | フロア間取り（一床に対し2.25坪、一床増床@1.68坪を満たすこと） |
| f) | 各階に看護ステーション、処置室の配備                  |

### 医療従事者

#### 6) RMO（代表医師）

デリー医師会による医師登録証（ICUの場合は修士号以上の経歴証明）  
 ※修士号のない医師については10床以上のクリニックでの1年以上の経験が必要。

#### 7) コンサルタント

常勤・非常勤先リスト及びデリー医師会による医師登録証

#### 8) 看護師

所属看護師リスト及び、デリー看護協会による看護師登録証

- 各病棟の看護師配置数
- 救急病棟がある場合には救急病棟経験が1年以上ある看護師数
- 救急病棟の看護師配置数
- 救急病棟の看護助手の配置数

## クリニック設立に必要な書類（デリー） 4/5

### 9) サービス

提供するサービス内容を記載

### 10) DPCC（デリー廃棄物管理委員会）

DPCC加盟の業者との契約書

医療廃棄物の廃棄に関する取り決め

### 11) 法令遵守に関する宣誓供述書(以下の内容を含む)

a) デリーマスタープラン2021に上げられる環境整備等	g)患者受入拒否の禁止
b) 清潔な水場の整備	h)緊急時の行政協力
c) 営業時間の掲示	I) 地域医師会に登録されていない医師の医療サービス提供の禁止
d) 医療従事者が適切な免許を保持していること	j) スタッフへの清潔な制服の提供
e) 入職時の身体検査義務	k) 職員へのワクチン接種
f) 最低賃金の補償	l) その他一切の関連法令



## クリニック設立に必要な書類（デリー） 5/5

### 12) 非Nazool landでの営業に関する宣誓供述書

※州政府特区に位置しない場合に必要

### 13) 誓約書（以下の内容につき）

a) 医薬品の正当な取り扱い	e) パラメディカル職が適当な人員であること
b) 正当なクリーニングを行う	f) 空調設備の適切な配備
c) クリニック所有の救急車両の届け出	g) オペ室の消毒スケジュール管理
d) 治験に関する説明責任	h) 代替電源の確保

### 14) その他のサービスを提供する場合の情報提供

放射線、検査室、胎児取扱い、薬局等

### 15) コピーの提出

クリニックのレターヘッド、  
最新のクリニック登録証明書

## (d) ムンバイでのクリニック設立

## クリニック設立に必要な書類（ムンバイ）

- Bombay Nursing Homes Registration Actに規定されるムンバイでのクリニック設立に係る必要書類は以下。

1	申込用紙のコピー	5	マハラシュトラ州看護協会発行の看護師登録証
2	地権に関する書類 a) 売買契約書 b) リース契約書 c) 賃貸借契約書 d) 自治体等との賃借契約書	6	マハラシュトラ州廃棄物処理規約に対する登録証
3	法令遵守に関するNOA	7	火気取扱いに関する規定の遵守した上で、100ルピー印紙を貼った賠償契約書
4	マハラシュトラ州医師会発行の医師登録証		

# (e) クリニック運営のその他の規制

# 院内処方に関する規制 (1/2)

## 調査項目

1) クリニックの中で  
薬局機能を持つこと  
を許可されているか

## 内容

- 現在の法制度ではこの点に関して明確な制限がないが、以下のライセンス/承認があれば、薬を調剤する薬局を持つことが可能。
  - ✓ 1948年の薬事法（「薬局法」）のセクション19に基づいて設立された州薬局評議会から取得した**薬局ライセンス**。
  - ✓ 1940年の医薬品化粧品法（「DCA」）に基づいて医薬品管理者から取得した**医薬品の小売りのライセンス**。
  - ✓ 1985年の麻薬および向精神薬規則および関連する州の法律に基づく**麻薬管理者からの特別承認**。これによりモルヒネ等の必須の麻薬を注射、錠剤またはパッチの形で調剤できる。
  - ✓ 1948年薬事法（「薬事法」）およびDC規則では、登録された**薬剤師**（薬局法に基づいて登録された薬剤師）のみが調剤できることに注意。
- ただし、登録医師RMPは、上記の法律に基づいて医薬品を調剤することも許可される場合がある（オープンショップをもたない、カウンターで販売しない、輸入や医薬品の製造、流通・販売に従事していない等の特定の条件を満たすことが条件）
- 外国直接投資のクリニック内で薬局を運営する場合、マルチブランド小売取引（「MBRT」）を管理する外国為替規制が適用される場合がある。

注：MBRTでのFDIは、FDIポリシー2020に基づき、政府ルートで最大51%まで許可される。政府の承認には、最低投資レベル、eコマース小売取引の禁止などの特定の条件に従う必要がある。

## 院内処方に関する規制 (2/2)

調査項目	内容
2) クリニックで薬のストック、患者宅へのデリバリーは可能か	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 1940年の医薬品化粧品法（「DCA」）に基づいて適切なライセンスを保持している人は、処方箋で販売されている薬を患者宅に届けることができる（麻薬、規制薬物等を除く）</li> </ul>
3) 24時間対応の薬局はあるか	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ ある。大半は病院内の薬局</li> </ul>
4) E薬局（オンライン薬局）はあるか	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ ある。E-薬局はインドに存在するが、現在規制されていない。政府はE-薬局の規制案を提出したが、まだガイドラインは行使されていない</li> <li>□ 現時点では、E薬局は、1940年の薬物および化粧品法（「DCA」）、1945年の薬物および化粧品規則、1948年の薬局法、1956年のインド医療法、1985年の麻薬および向精神薬法、2000年の情報技術法に厳密に準拠するものとして</li> </ul>

## 医療機器取扱に関する規制

### 調査項目

### 内容

1)医療機器のストックは可能か

- CEA適用州では、クリニック開設の最低基準として、聴診器、体温計（デジタル）、ランプ、懐中電灯、血圧計（BP装置）、体重計および緊急装置（蘇生装置、アンプバッグ/エアウェイ、酸素濃縮器/シリンダー（ポータブル）、消火器、クリニックに保管）などの必須機器を備えていることが定められている。
- また、サービスの範囲に応じた他の機器も利用可能であり、機器および医薬品を保管するための十分なスペースが提供され、利用可能な環境にある場合、メーカーのガイドラインに従って保管可能。
- CEAで指定された必須/オプションのアイテムに加えて、クリニックは他の医療機器を自由に保管できる。保管には制限がない。ただし、CEA適用外の週は個別調査が必要。

2)酸素ボンベのストックも可能か

- 可能。CEA基準の下で「緊急装置」と見なされるため、クリニックに酸素ボンベをストックすることは可能。

## クリニック運営において支障となりうる点

### ① クリニック設立に関しての行政窓口が統一されていない

- ✓ X線機器、医療廃棄物処理、医薬品販売許可等、クリニック設立に関しての行政窓口が統一されていないため、手続きが煩雑になっている

### ② 医療職の保護が不十分

- ✓ 医療訴訟等に関して、医療職への保護が行き届いていない。デリーでは医療従事者への苦情取扱いに関する規定が制定されているが、それ以外の州では、消費者救済措置に準ずるとだけ決められている状況である。

### ③ クリニックの設置に関する不動産の問題

- ✓ 医療スタッフと患者にとってアクセスが容易で、長期使用に適した場所を見つけることが困難。さらに、不動産家主が適切な肩書と権限を持ち、土地利用の変更、防火対策、環境クリアランスなどの政府の承認を得ていることを確認するのが難しいため注意が必要。

### ④ e-pharmacyに対する規制の未整備

- ✓ Covid-19の影響で急速に増加しているe-pharmacyに対する規制が制定されておらず、通常の薬局と同様の運用と見なされている状況であり、先行きが不透明である。



## (f) 死亡診断に係る規定

# インドでの死亡診断 1/2

## 【主な調査項目と背景】

- 日本では24時間以内に医師が死亡診断書を書く必要があるが、インドでは規定があるのか。
- 日本では、定期診療していた主治医か、主治医と情報を共有している同僚医師のみが死亡診断書を書けるが、インドではどうか。（上記条件を満たさなかった場合、事件性が疑われて検死となるため、家族は主治医の往診を希望する）
- 日本では、患者の死亡に立ち会うには、医師は夜間でも往診しなければならない。また、早く死亡診断を行うには、診療予定を変更して訪問する必要がある。そのため、在宅医療の運営上で、死亡診断は日本では重要であるが、インドではどうか。

# インドでの死亡診断 2/2

調査項目	内容
死亡届のプロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 1969年制定の出生および死亡登録に関する法律（RBD法）により、すべての死亡を発生から<b>21日以内</b>に決められた地方自治体／登録官に届け出し、登録することが義務付けられている。</li> <li>□ 死亡届は所定の様式（州によって異なる）で報告する必要があり、<b>医師が発行した死亡診断書</b>やその他裏付けとなる書類を添付しなければならない。</li> </ul>
死亡診断書の発行者	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 死亡診断書を発行できるのは以下の医師と決められている。             <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 施設外での死亡の場合：死亡者を最後に診察した医師（RMP）（所定の様式）</li> <li>b. 施設死の場合：当該病院の担当医（所定の様式）</li> </ul> </li> </ul>
死亡診断書の発行期限	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 死亡診断書の発行期限は定められていない。</li> <li>□ 死亡届を21日以内に出さなければならないことから、21日以内には記述されなければならないことが推測される。</li> </ul>

## インドでのグリーフケアについて

- インドではグリーフケアに関する規制はない。  
ただし、2002年のIndian Medical Council (Professional Conduct, Etiquette and Ethics) 規則では、主に患者の秘密等に関し、医療専門家が遵守する必要がある基準を定め、患者の予後に関する情報を提供している。インドの救命救急医学会 (ISCCM) とインド緩和ケア協会が共同で発行した「終末期ケア方針：死にゆく統合ケア計画」など、この側面に関してインドで発行された特定のガイドラインがある。(IAPC)。
- これらとはとりわけ、不適切な治療的医学的介入を制限するための実践的な手順ガイドラインを定め、思いやりのある緩和ケアと家族の適切な支援により、死にゆく人々のケアの質を確保するための倫理的枠組みを提供する。

## 7.13. 在宅医療サービスメニューの選定

## 在宅医療サービスメニューの選定

- 日本の在宅医療では、広範囲の診療科をカバーしている。  
消化器疾患、泌尿器疾患、循環器疾患、呼吸器疾患、眼疾患、神経疾患、精神疾患、運動器疾患、造血器疾患、皮膚疾患など
- インドでは、どの診療科にニーズがあるか、調査結果を見てメニューを決定する計画を立てた。
- 患者や家族の要望は、診療科ではなく、いま困っている症状。
  - 経管栄養などのチューブ挿入患者
  - 麻痺や障害が残っている（脳梗塞心筋梗塞の経験者、慢性肺炎、パーキンソン、認知症など）
  - 再発リスクのある患者（糖尿病、終末期ガンなど）
- 医師による定期診療サービスの有力ターゲットであり、入院リスク低減を主眼として、内科医による服薬見直しや栄養管理指導により転倒骨折や肺炎の予防を行うことを検討中。

# 診療科とプライマリケア

## 診療科

### 病院での区分

消化器科

泌尿器科

循環器科

呼吸器科

糖尿病科

腎臓科

整形外科

皮膚科

神経内科

眼科

医療技術の進歩などにより、診療科を統合する動きにある。

## プライマリケア

### WHO

救急医学

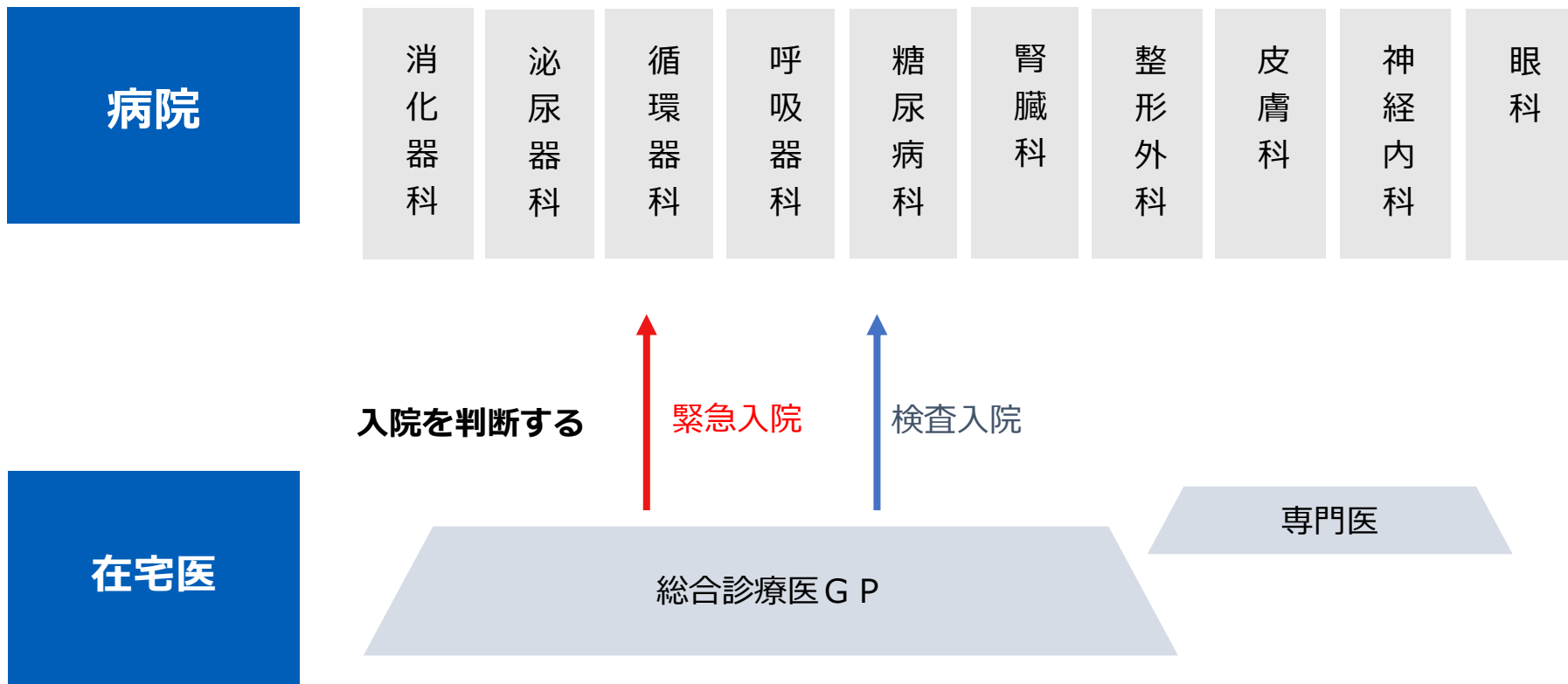
精神医学

総合診療医 G P (イギリス)  
家庭医 (アメリカ)

Bachelor of Medicine, Bachelor of Surgery

インドはイギリスの影響を強く受けているが、G Pの制度はない。  
日本では「総合診療専門医」が新設されたのは2018年

# 在宅医療はプライマリケア



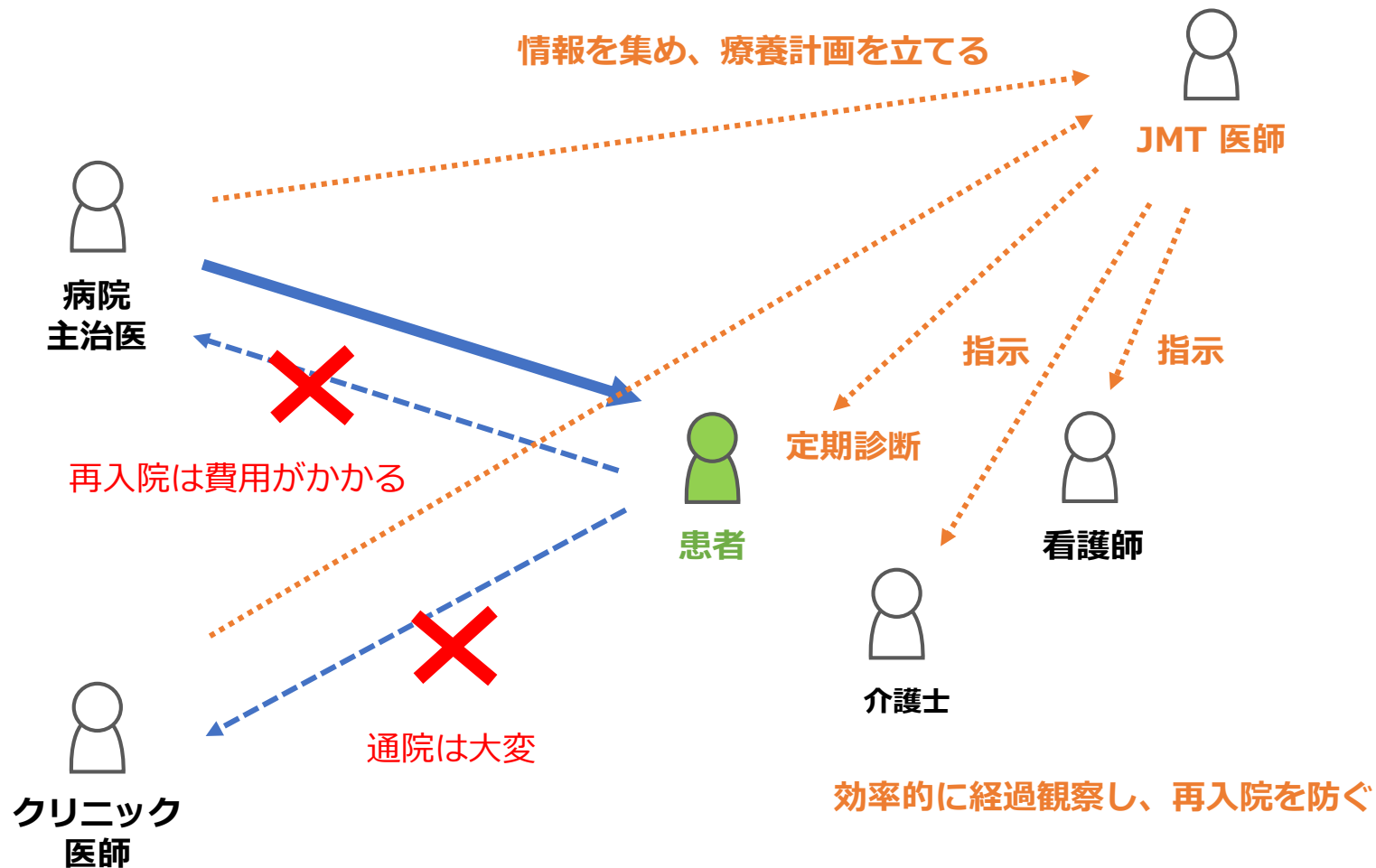
患者本人・家族に進行を説明し、準備をする

必要に応じて専門医と連携する

急変リスクを予見し、予防を指導する



## 退院後、放置されている患者



## 退院後

- 高齢者の場合、入院治療で完治することは少ない。また、入院の原因となった病気は治癒しても、入院により他を併発することが多い。
- 病院が発行する退院サマリーは、病院が病院で何を行ったかを説明するだけで、自宅でどういふ介護・看護が必要か、何に注意すべきか、という観点では書かれていない。
- 退院後も定期的に診察し、早期に対処すべきだが、通院は大きな障壁である。通院・診察を怠るために多くがこじらせての再入院となっている。
- 診察や検査を在宅で行い、こじらせる前に対処することで、再入院の機会も日数も減らすことができる。

### 参考)

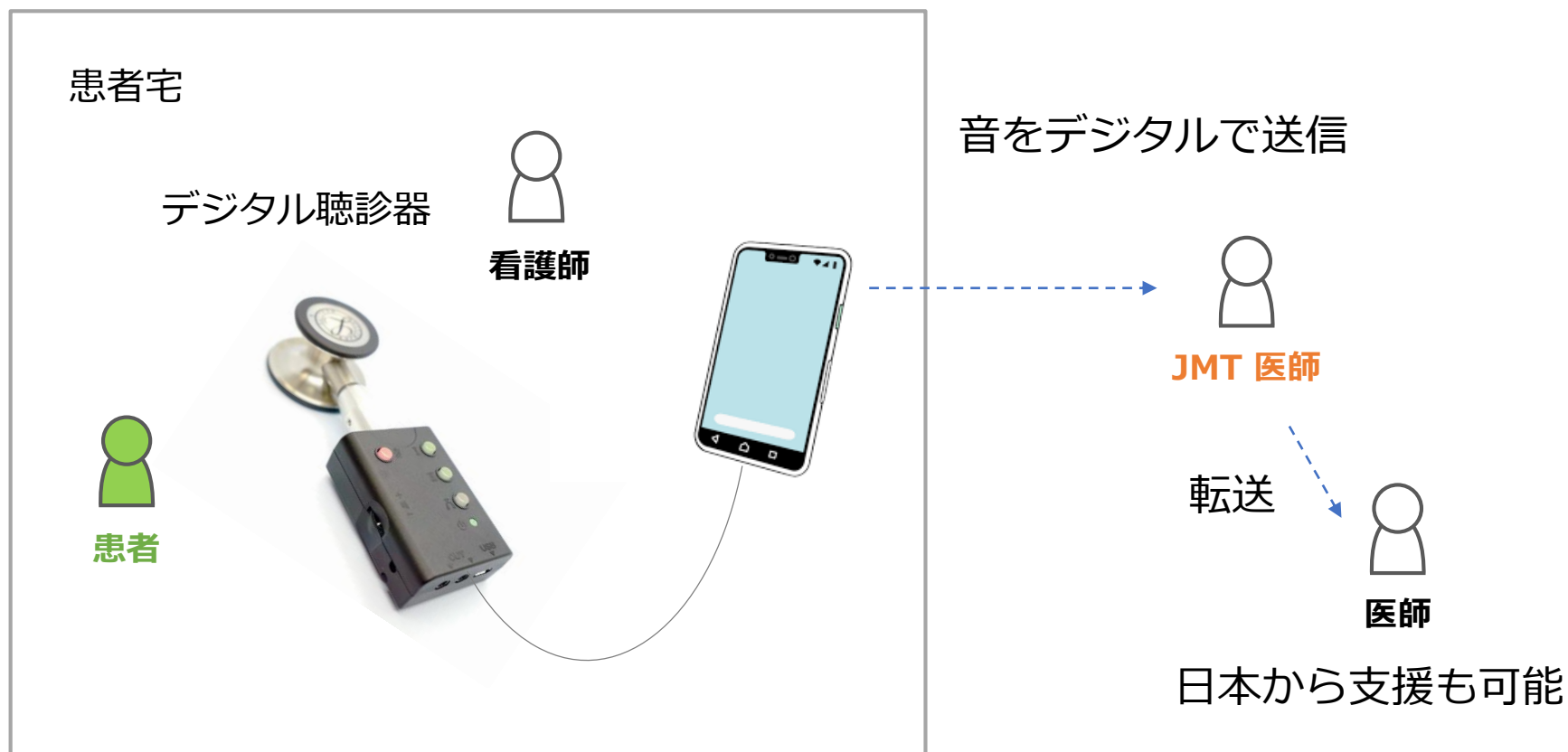
日本では、病院の主医師と在宅医がケアマネージャ向けに「退院時共同指導・介護支援連携指導説明書」を書く制度が2018年にできた。

## 遠隔診療

- インドでは、新型コロナにより国が正式に遠隔診療を認可した。
- 診療費は医師が自由に決められる。スマホから予約し、簡単に遠隔診療を受けられることから急速に普及している。
- 電話やビデオ通話で診断し、処方するだけで、若い人が対象と思われる。開業医の調査結果では、60歳以下の患者が6割を占める。Care24の患者調査でも、遠隔診療を利用しているとの回答は極少なかった。
- 風邪などは問診だけで済むが、高齢患者の診察には問診に加えて視診、触診、打診、聴診、臨床検査が必要となる。視診はビデオ通話である程度代替できる。検査は検査会社に委託するが、残りはやはり医師が訪問するか、看護師に代替してもらう必要がある。
- Care24 看護師と連携した遠隔診療は差別化になる。

## 遠隔診療用ITの例

看護師が聴診器を医師の指示で患者の部位にあてる。



参考) 写真はシェアメディカル社のデジタル聴診器

## 医療介護の総合管理（1/2）

- インドには介護保険制度がない。ケア提供者と家族が相談して自由に行われている。
- 日本では、要介護認定に医師も関わる。（主治医の意見書を添付して申請する）家族と医師とケア提供者の三者をつなぎ、調整するケアマネージャの制度もある。
- 制度のないインドでは、関係者の気働きや家族の努力にかかっている。しかし、健康寿命から平均寿命までの約十年は慢性疾患をかかえ、患者にも家族にも総合的なケアのマネジメントが必要となる。
- 電話相談のような一見のサービスでは、患者の要望や家族の事情まで配慮した回答はできない。すでにCare24の介護士や看護師が訪問している家庭に医療面から助言するレベルのサービスもありうる。（日本の三者面談やケアプランに相当）

## 医療介護の総合管理（2/2）

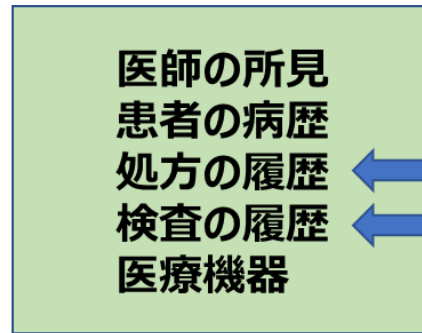
日本では、要介護→通院困難→在宅医療の構図ができているが、インドでどうするか

入口メニュー	内容
<p style="text-align: center;"><b>健康診断</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Care24 の既存顧客に対して健康診断を行う。</li> <li>□ 通院困難からしばらく診察を受けていない高齢者に定期健康診断を勧める。</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>入院支援</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 入院すべきか患者家族の相談に乗る。</li> <li>□ 定期健康診断で病歴や服薬状況を把握しており、不要な入院を回避できる。</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>退院後支援</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 退院後、数週間から数カ月間隔の経過観察を要するケースが多い。</li> <li>□ 通院しての診察や検査を在宅医療で代替する。</li> </ul>

## 7.14. 在宅介護に医療を追加する ためのITシステム要件洗い出し

# IT要件、IT要件の全体像

在宅医療サービスのため  
付加が必要な情報  
(電子カルテ)



連携

薬局

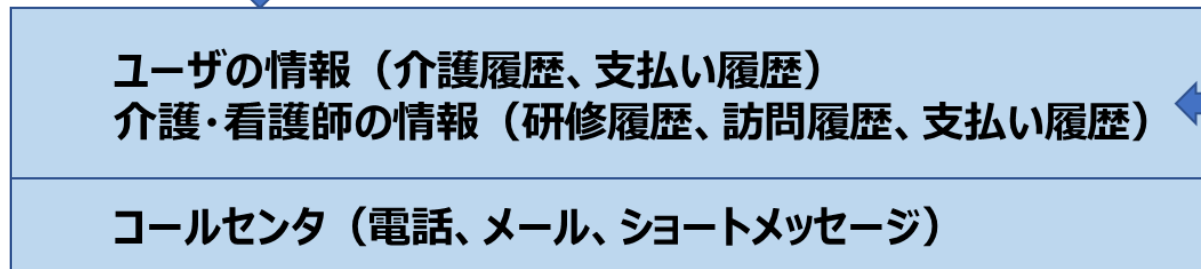
連携

検査会社



情報連携

Care24 運用中の  
ITシステム



連携

銀行



## IT要件、Care24 既存 IT システム①

課題	内容
システムインフラ	<ul style="list-style-type: none"><li>□ クラウドサービス AWS を利用しており、拡張性や機能追加性を有している。</li></ul>
ユーザの情報	<ul style="list-style-type: none"><li>□ 介護サービスを受けている利用者の住所などの基本情報や履歴はシステム化されている。</li></ul>
介護・看護師の情報	<ul style="list-style-type: none"><li>□ 研修履歴、訪問実績、スキルなどはシステム化されている。</li></ul>
コールセンタ	<ul style="list-style-type: none"><li>□ 患者家族や看護師は P C やスマホを所有できても、介護士は旧式の携帯電話しか持てないのが実態で、連絡は主に電話である。</li><li>□ コールセンタが一元管理している。</li></ul>

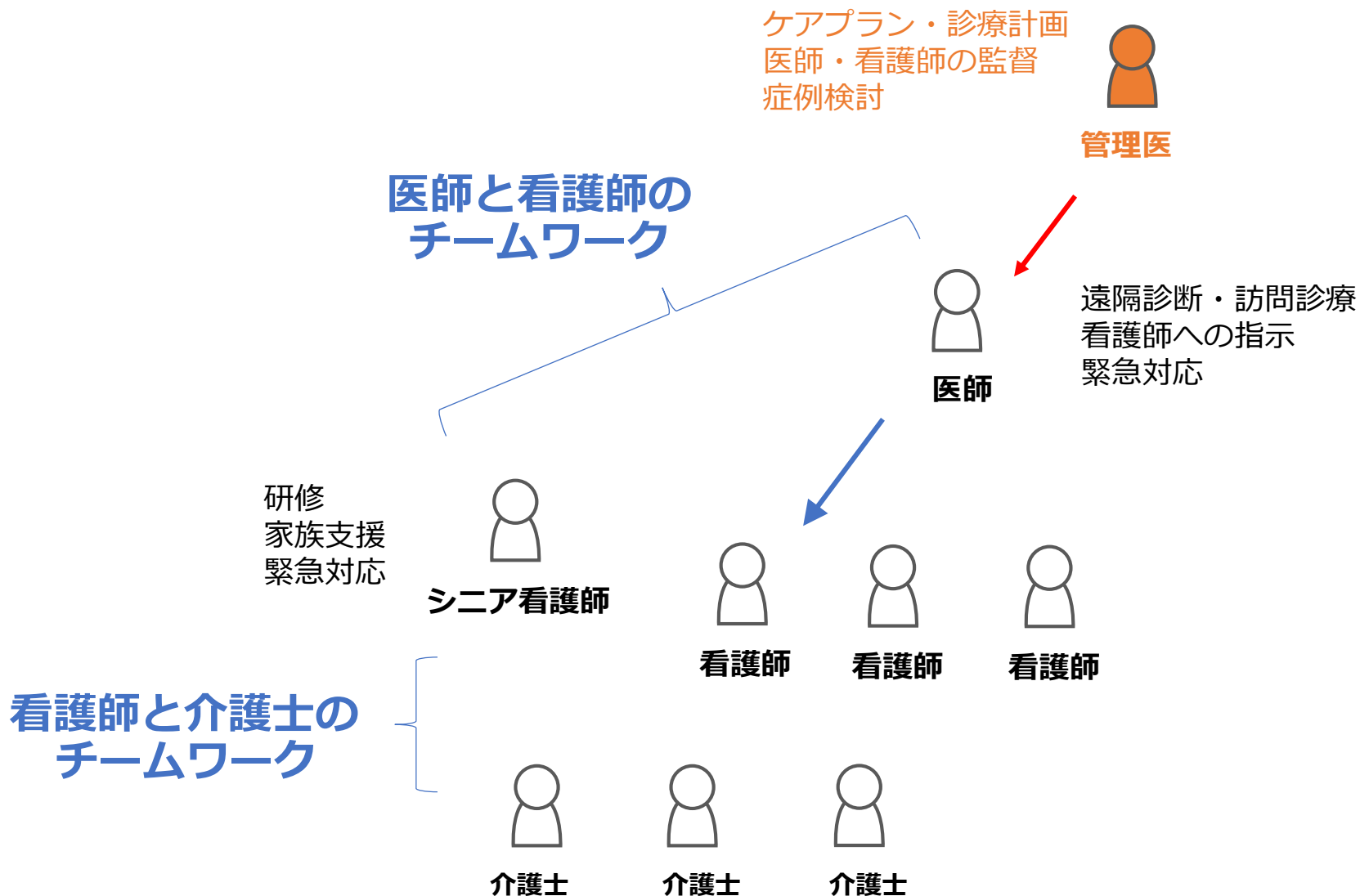
## IT要件、IT要件の調査結果と対応①

課題	内容
カルテ記載	<ul style="list-style-type: none"><li>□ カルテの書式については、日印共に詳細な定めはない。</li><li>□ 昨今は病院で利用する医療機器を在宅でも利用するため、本来は病院並みの記載が必要。</li><li>□ 医師の所見、患者の病歴、医療機器についてはテキストで記載する。</li></ul>
処方履歴	<ul style="list-style-type: none"><li>□ インドでは処方せんの書式が定められていない。</li><li>□ 日本では保険適用の薬剤を国が定め、コードを付与しているが、インドには医療保険制度がない。</li><li>□ 医師は処方をテキストで記載している。</li></ul>

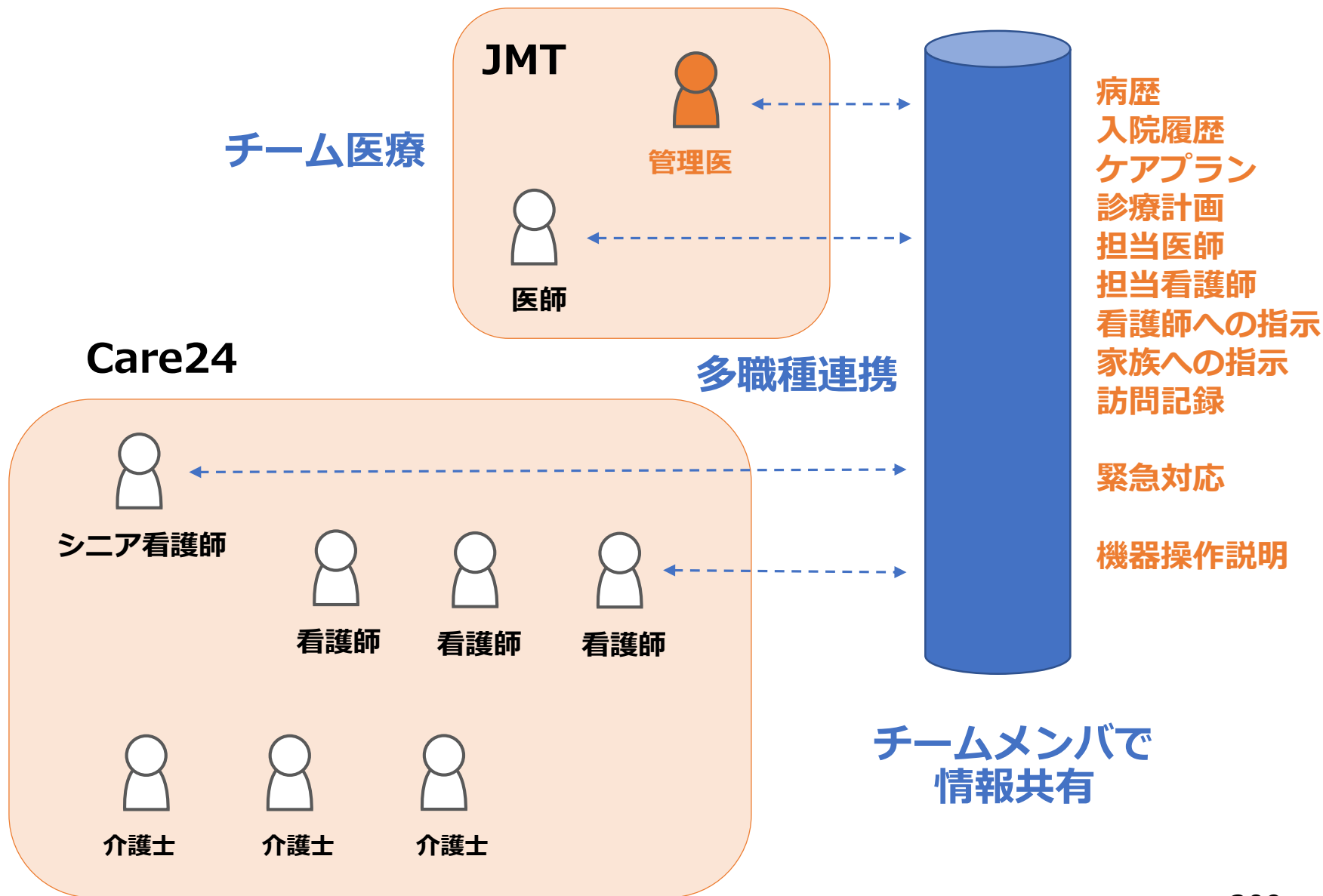
## IT要件、IT要件の調査結果と対応②

課題	内容
検査の履歴	<ul style="list-style-type: none"><li>□ 検査項目のコードは検査会社毎に異なり、日本でも標準化できていない。</li><li>□ 検査履歴を時系列に表示する機能は、HLM製の電子カルテシステムHOMISの利用を検討する。</li></ul>
病院・診療所とのインタフェース	<ul style="list-style-type: none"><li>□ インドでも日本同様の退院サマリーがある。</li><li>□ 在宅患者を病院や診療所に紹介する場合、日本では診療情報提供書として書式が定められているが、インドでは定めがない。</li></ul>
銀行とのインタフェース	<ul style="list-style-type: none"><li>□ インドでは国への保険請求はなく、すべて患者との銀行決済または電子マネーでの決済である。</li></ul>

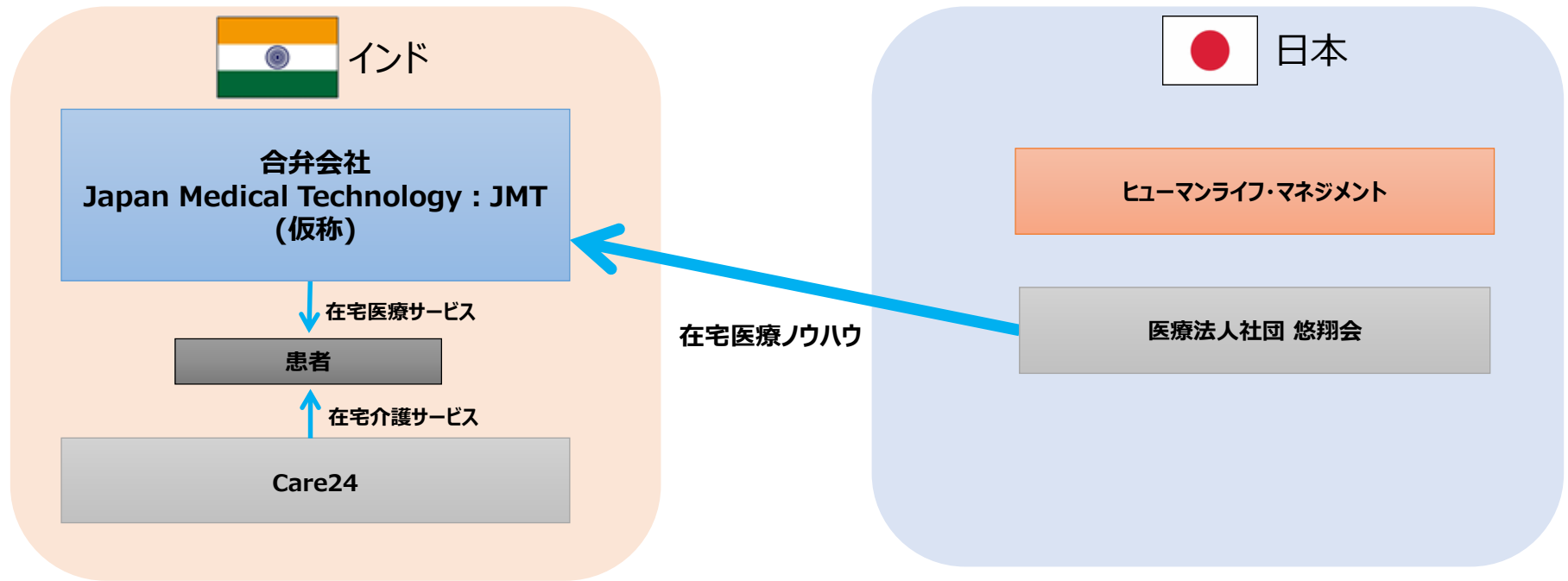
# IT要件、在宅医療における多職種連携のピラミッド体制



# IT要件、チーム医療・多職種連携のための IT基盤

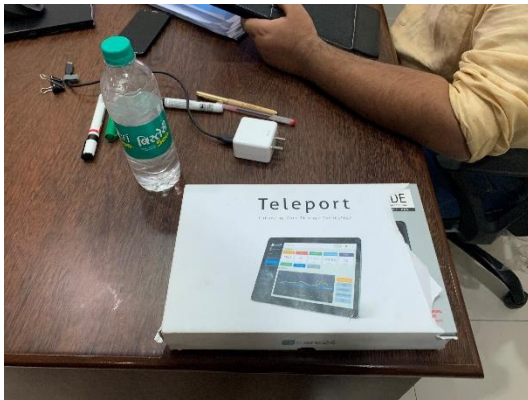


## IT要件、日本の医師が JMT 経由で現地医師を支援



- 現地医師を悠翔会の医師が支援する上で、処方箋の翻訳が課題。
- 医師は薬を製品名で記憶している。日印の薬剤名の対応表を用意することとした。

# IT要件、Care24 社の遠隔モニタリングアプリ TELEPORT



- 患者宅に設置したAndroidタブレットに搭載される遠隔モニタリングアプリを、Care24 はすでに開発済である。
- 通話、撮影、バイタルの記録、タスク実施の記録などを行うことができる。



## 遠隔医療にかかるインド政府の動き

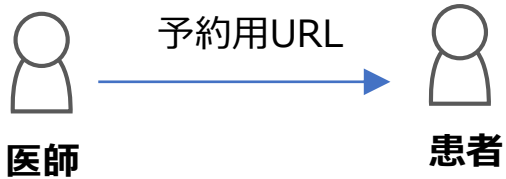
- 3月下旬、ロックダウンの第一段階で、保健家族福祉省は遠隔医療の必要性を認識し実践を進めた。インド政府のシンクタンクであるNiti Aayogと協力し、**全国の遠隔医療実践のための公式ガイドライン**を発表している。
- このガイドラインは、**医療従事者が電話やオンラインプラットフォームを介して遠隔医療サービスを提供するための枠組み**を示すために策定されている。ガイドラインでは、すべての相談の機密保持と文書化が保証されている。違反があった場合は、患者が適切な対策を講じることができるよう、電話窓口も設置されている。このガイドラインの制定により、インド医療評議会（MCI）が提供するサービスに代わるものとして、登録開業医が遠隔サービスを提供することが許可された形である。
- **コロナの影響が長期化する中、在宅医療分野は大きな成長と需要の増加を続けている。**企業も、在宅化学療法サービス、在宅スクリーニング装置「COVID-19」、WhatsAppを介して操作するチャットボット「Cobot-19」などの取り組みを既に始めている。



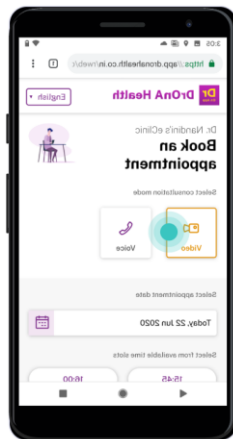
## インドにおける遠隔診療用システム

- 既存の電話またはテレビ電話を活用し、チャットと予約機能を付加しただけの簡易なシステムで行われている。
- インドで普及しているWhatsappの機能だけで診療している医師もいる。（日本のLINEに類似）
- 日本では診療報酬請求の機能が大きいが、インドはすべてが自由診療であるため、診療前に医師が料金を提示し、前払いとしている。
- 日本の電子カルテでは必須の診療記録（カルテ）、過去カルテや処方箋の検索、検査の管理などの機能はない。
- 処方せん作成や診療記録は別システムを利用している。
- すでに実績のある DrOnA Health、DocsApp の概要を紹介する。

# スマホだけの簡単遠隔診療サービス例 DrOnA Health 1/2

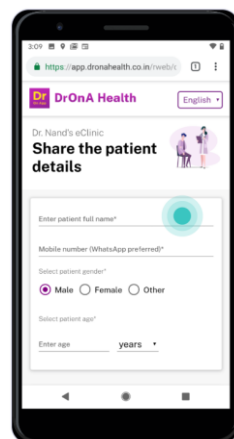


電話また動画を選択



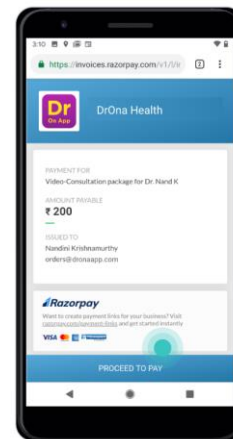
希望日時

診察料を送金

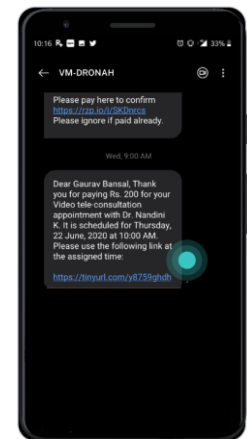


個人情報を入力

予約内容

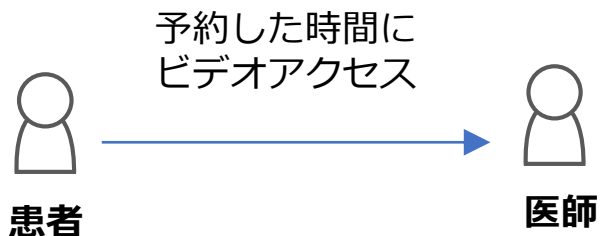


クレジット  
または電子マネー



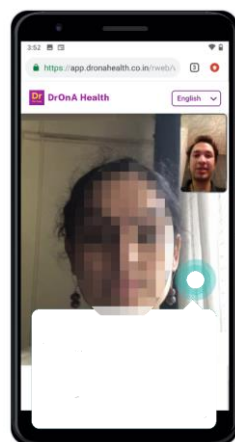
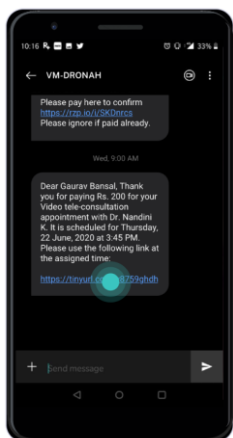
ビデオ診察用URL

# スマホだけの簡単遠隔診療サービス例 DrOnA Health 2/2

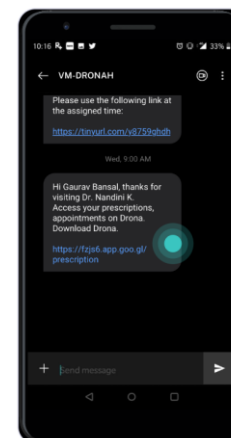


医師が処方

患者は処方せんを  
指定URLから画像でダウンロード

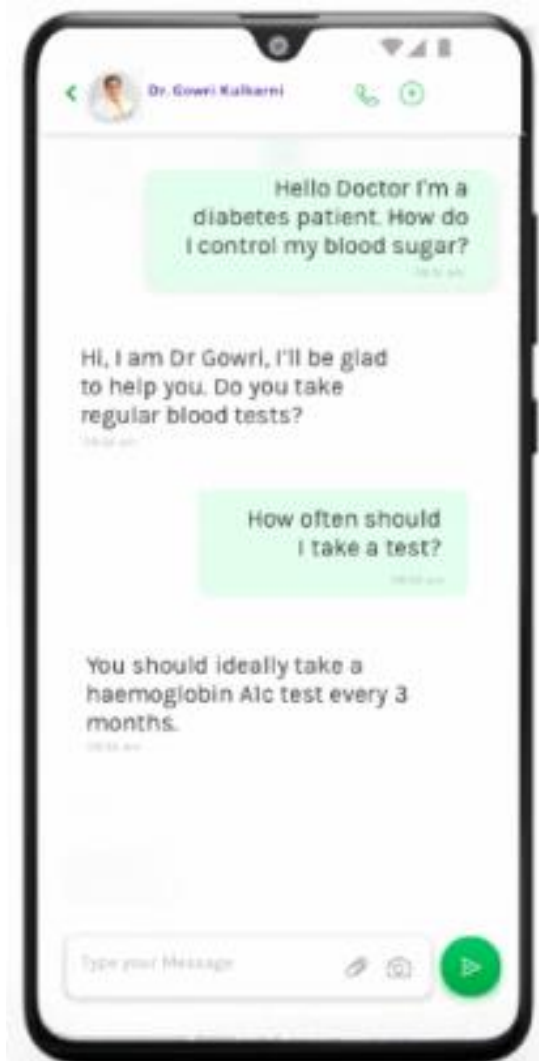


医師の画面



## スマホ簡単遠隔診療サービス例 DocsApp

### 薬・検査まで対応する遠隔診療サービス



- クリニックの遠隔診療サイトとしてサービスを展開  
(DocsAppサイトの中にクリニックが紹介されている)  
(Dr OnA Health は主に医師が個人で展開)
- 対象患者は、無医村地域、深夜、セカンドオピニオンなど
- **医師とのチャット形式 (左図)**
- 検査会社にオーダし、自宅で検査キットを送る機能
- 処方せんに基づき薬を購入し、配達してもらう機能
- 電子マネーまたはクレジットカードで支払い

## 参考) 遠隔診療システムに関連する法律

- the Indian Contract Act, 1872 (“**Contract Act**”);
- the (Indian) Information Technology Act, 2000 (“**IT Act**”) and the rules, regulations, guidelines and clarifications framed thereunder, including the (Indian) Information Technology (Reasonable Security Practices and Procedures and Sensitive Personal Information) Rules, 2011, and the (Indian) Information Technology (Intermediaries Guidelines) Rules, 2011 (“**IG Guidelines**”);
- the Drugs and Cosmetic Act, 1940 (“**Drugs Act**”), read with the Drugs and Cosmetics Rules, 1945 (“**Drugs Rules**”);
- the Drugs and Magic Remedies (Objectionable Advertisements) Act, 1954 (“**Drugs and Magic Act**”);
- The Indian Medical Council Act, 1956 read with the Indian Medical Council Rules, 1957, Medical Council of India Rules and Guidelines and the Telemedicine Guidelines etc;
- Pharmacy Act, 1948 (“**Pharmacy Act**”) and
- the Consumer Protection Act, 1986.

## 小型超音波の問題

- インドでは、男女産み分が倫理的問題となっていることが判明し、当面見送ることとした。
- 超音波診断により胎児が女子と判ると墮胎してしまう。墮胎を助長することがないように、医師も指導されている。
- 病院や診療所での超音波診断では、性別判定を行わないこととしているが、医師が患者宅を訪問する形態では、家族に懇願されて判定してしまう危険もある。
- 小型超音波の機器が悪用される恐れもあり、パートナーである Care24 と議論のうえ、倫理的な風評を恐れ、小型超音波の使用は断念した。



参考) 写真は USB 接続できるレキオ・パワー・テクノロジー社の小型超音波

## 7.15. 現地医師の採用

## 現地医師採用の目的

- 合併会社において在宅医療を推進する中核要員として、現地医師を合併会社に移籍する条件で準備段階から雇用し、日本に招聘、日本の在宅医療を知ってもらい、インドでの在宅医療立ち上げを担ってもらう計画だった。
- 当初は Care24 がフルタイムで採用する計画だったが、新型コロナウイルスは Care24 の既存介護サービスにも影響し、フルタイムでの採用は難しくなり、パートタイムとすることとした。
- さらに日本招聘を断念したため、医師へのインセンティブとして、日本視察の渡航費を在宅患者調査の委託に替えることとした。
- 調査は、実質的には在宅患者の診断であり、医師の見識を見ることにもなる。
- 在宅医療に関心を持つ医師を Care24 と合同で遠隔面接し、調査を委託すると同時に、合併会社への関心についても問うた。



## 参考) 現地医師との遠隔面談模様



Web会議による医師との面談の様子  
(インド 18:00以降は日本 21:30以降となる)



## 現地医師の採用、面談から分かったこと

- 日本では医師の募集に苦労するが、インドでは比較的容易と聞いていた。実際、応募してくる医師は多い。
- 医師免許MBBSを取得してから4～5年の実務経験がある医師を対象に募集したが、10～15年の経験者も応募してきた。在宅医療への関心は高く、また日本企業との合併への関心も高い。
- 大半が病院勤務医の応募だった。新型コロナの影響で患者が減った開業医の応募を期待していたが、ほとんどなかった。（開業医は遠隔診療へシフトしたものと見られる）
- 交通事情が悪いインドでは訪問は効率が悪い。多くの医師が遠隔診療を希望した。しかし、高齢患者が遠隔診療に対応するのは難しい。患者宅にCare24の介護士や看護師が居て連携するビジネスモデルは、医師たちを安心させた。

## 医師の資格と給与相場

インドでは、MBBS (Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery) を取得することで、医師の資格を得る。

MBBSは、4年半の授業と1年半の病院でのインターン(Resident)の計6年。実際には、このあと後期研修医 (Senior Resident) として数年病院で働くことが多いが、パートタイム応募には後期研修医が多かった。

後期研修医の月給相場 \$1000～\$1200

医学博士 MD (Medical Doctor) の取得にはさらに2年は要し、給与も上がる。

3～4年の実務経験のある MD の月給相場 \$1800～\$2000

## 7.16. 現地医師の 研修・トライアル診療

## 現地医師の研修、日本での研修

- インド現地医師と Care24 の看護師に日本の在宅医療を理解してもらうため、日本に招聘し、医療法人社団 悠翔会を視察、日本で研修する計画だったが、新型コロナウイルスにより断念した。
- 日本視察を少しでも代替するため、ビデオ教材を作成した。外国人医師の患者訪問は、今後とも困難が予想されるため、英語字幕のビデオは今後とも有用である。
- 日本で行われている在宅医療を定量的に理解してもらうため、各種の統計データをテキスト教材とした。日本では在宅医療を国主導で組織的に行っていることも説明した。
- 病院での「治療」と大きく異なる在宅での「療養」について、テキストで解説した。
- 治らない慢性疾患を多数かかえた患者に医師は何ができるか、終末期の在宅患者に対する医療の考え方を解説した。

## 現地医師の研修、作成した医師研修教材

課題	内容
ビデオ教材	<ul style="list-style-type: none"><li>□ 医療法人社団悠翔会 佐々木理事長へのインタビュー（どうして在宅医療に進んだか）</li><li>□ 診療サンプル風景、持参していく機器・物品</li></ul>
テキスト教材	<ul style="list-style-type: none"><li>□ 日本の在宅医療の概要、ポリファーマシー問題、入院予防、看取りなど計165頁（英語版）</li><li>□ 医療法人社団 悠翔会の概要、患者数、看取り件数、入院日数などの統計</li></ul>
患者総合診察	<ul style="list-style-type: none"><li>□ インド現地の在宅患者の詳細調査も兼ねて、患者を総合的に診てレポートしてもらう。</li><li>□ 日本で要介護判定に用いる「医師意見書」をベースに英語版の調査票を作成。</li></ul>



# 現地医師の研修、研修ビデオ（英語字幕付き30分）

朝、車中風景



在宅医療に進んだ背景



医師・看護師のバックの中身



患者宅訪問



気管切開チューブの交換



車載バックの中身



## 現地医師の研修、患者調査の実施

### 【医師による患者調査実施の方法】

- インドには介護保険制度はなく、要介護認定もないため、**患者の状態を総合的に評価する尺度がない**。そこで、日本の「医師意見書」を英訳し、これを基に現地医師に調査してもらうこととした。
- 医師意見書は、要介護の審査判定の資料の一つであり、疾病だけでなく障害や老化による日常生活の状況、身体の状態、歩行、栄養、認知、精神、感染症など、広範な所見を医師に求めている。
- **現地医師は疾病診断のスキルはあるが、「医師意見書」の広い視野を持つ医師は少なかった**。何人も記入していくうちに記入項目が増えていき、視野が広がったことをうかがわせた。
- 医師には患者宅を訪問して調査（診察）してもらいたかったが、コロナ禍の最中であり、多くの家族が訪問を拒否し、電話にならざるを得なかった。
- 二次調査は計画より遅れ、2020年12月からになったが、その間にインドでは遠隔診療が急速に普及し、多くの病院やクリニックも遠隔診療に切り替えていたから、患者家族側も電話による診察に慣れていた。



## 「医師意見書」を利用したメリット

- 記入欄が「傷病に関する意見」「身体の状態に関する意見」「行動および精神等の状態に関する意見」「定期的あるいは頻回に受けている医療」「介護サービス利用に関する意見」と明解に分類されている。
- 「身体の状態に関する意見」では、障害部位を具体的に記入する。
- 「行動および精神等の状態に関する意見」では、精神症状や生活の障害度を定量的に評価する形式となっており、インドでの在宅患者の状態を客観的に把握し、ターゲット市場を定量化するうえで役立った。
- 「定期的あるいは頻回に受けている医療」の選択候補は、インドでもよく行われている医療処置（点滴、透析、気管切開、吸引など）が列挙されている。
- 「介護サービス利用に関する意見」に「発生の可能性が高い病態」がある。（失禁、転倒・骨折、徘徊、褥瘡、感染、脱水など）これらは在宅医療においても注意している問題であり、入院回避の予防にもなる。医師の予防意識を問う設問でもある。

# 参考) 医師意見書

## 医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒 -
	明・大・昭・平 年 月 日生( 歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として本意見書がサービス等利用計画の作成に当たって利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名		電話 ( )	
医療機関名		FAX ( )	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

### 1. 傷病に関する意見

(1) 診断名(障害の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日

1. \_\_\_\_\_ 発症年月日(昭和・平成 年 月 日頃)

2. \_\_\_\_\_ 発症年月日(昭和・平成 年 月 日頃)

3. \_\_\_\_\_ 発症年月日(昭和・平成 年 月 日頃)

入院歴(直近の入院歴を記入)

1. 昭和・平成 年 月～ 年 月(傷病名: \_\_\_\_\_)

2. 昭和・平成 年 月～ 年 月(傷病名: \_\_\_\_\_)

(2) 症状としての安定性 不安定である場合、具体的な状況を記入。  
特に精神疾患・難病については症状の変動についてわかるように記入。

(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容

### 2. 身体の状態に関する意見

(1) 身体情報 利き腕( 右 左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

(2) 四肢欠損 (部位: \_\_\_\_\_)

(3) 麻痺 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)  
右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)  
その他 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

(4) 筋力の低下 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)  
(過去6ヶ月の症状の変動 改善 維持 増悪)

(5) 関節の拘縮 肩関節 右(程度: 軽 中 重) 左(程度: 軽 中 重)  
肘関節 右(程度: 軽 中 重) 左(程度: 軽 中 重)  
股関節 右(程度: 軽 中 重) 左(程度: 軽 中 重)  
膝関節 右(程度: 軽 中 重) 左(程度: 軽 中 重)  
その他 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

(6) 関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)  
(過去6ヶ月の症状の変動 改善 維持 増悪)

(7) 失調・不随意運動 上肢 右(程度: 軽 中 重) 左(程度: 軽 中 重)  
体幹 (程度: 軽 中 重)  
下肢 右(程度: 軽 中 重) 左(程度: 軽 中 重)

(8) 褥瘡 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

(9) その他の皮膚疾患 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

### 3. 行動及び精神等の状態に関する意見

(1) 行動上の障害 昼夜逆転 暴言 自傷 他害 支援への抵抗 徘徊  
危険の認識が困難 不潔行為 異食 性的逸脱行動 その他 ( )

(2) 精神症状・能力障害二軸評価 (判定時期 平成 年 月)

精神症状評価 1 2 3 4 5 6

能力障害評価 1 2 3 4 5

(3) 生活障害評価 (判断時期 平成 年 月)

食事 1 2 3 4 5 生活リズム 1 2 3 4 5

保清 1 2 3 4 5 金銭管理 1 2 3 4 5

服薬管理 1 2 3 4 5 対人関係 1 2 3 4 5

社会的適応を妨げる行動 1 2 3 4 5

(4) 精神・神経症状 意識障害 記憶障害 注意障害 逆行機能障害  
社会的行動障害 その他の認知機能障害 気分障害(抑うつ気分、軽躁/躁状態)  
睡眠障害 幻覚 妄想 その他 ( )

専門科受診の有無 有 ( ) 無

(5) てんかん 週1回以上 月1回以上 年1回以上

### 4. 特別な医療(現在、定期的あるいは頻回に受けている医療)

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置  
酸素療法 レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の管理  
経管栄養(胃ろう) 喀痰吸引処置(回数 回/日) 間歇的導尿

特別な対応 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置

禁禁への対応 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

### 5. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞  
易感染性 心肺機能の低下 疼痛 脱水 行動障害 精神症状の増悪  
けいれん発作 その他 ( )

→ 対処方針 ( )

(2) 障害福祉サービスの利用時に関する医学的観点からの留意事項

血圧について ( )

嚥下について ( )

摂食について ( )

移動について ( )

行動障害について ( )

精神症状について ( )

その他 ( )

(3) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入)

有 ( ) 無 不明

### 6. その他特記すべき事項

障害支援区分の認定やサービス等利用計画の作成に必要な医学的なご意見等をご記載してください。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載してください。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

## トライアル診療のねらい

- 現地医師によって退院患者200人を調査してもらい、患者の状況については詳細に把握できたが、患者の生活環境、医師・看護師・介護士との人間関係など「医師意見書」からは把握できなかった。
- Care24の顧客のニーズは、日本から見れば家政婦に近い内容から、介護・看護まで幅が広い。その中で医療ニーズの高い患者がどれだけ居るのか、症状や処置内容など「医師意見書」の統計では今一つ把握できなかった。
- 現地に出張し、トライアル診療に同行させてもらうことを計画したが、コロナ感染の急拡大により断念せざるを得なかった。
- そこで、患者宅の様子をビデオ撮影してもらうことで代替えとすることとし、患者20人の訪問を撮影してもらうこととした。

# トライアル診療の様相 (1/2)



処置・器材は日本と大差ない



# トライアル診療の様相 (2/2)

1 リハビリ



2 スキンケア



3 褥瘡予防



4 食事介助



5 術後リハビリ



6 術後リハビリ



7 歩行介助



8 リハビリ指導



9 清拭介助



10 術後リハビリ



11 経腸栄養



リハビリ中の患者から、  
終末期の寝たきりまで  
多様な在宅高齢者を  
ご家族の協力を得て  
撮影させていただいた。

左から右へ  
在宅高齢者のおおよその  
病状進行に配置した。

## トライアル診療で分かったこと

- 看護師、介護士は患者宅に1日滞在が基本。そのためか患者との人間関係は良好のようである。
- 個々の看護スキル、介護スキルは高い。日本と同レベルである。（本ビデオは研修目的でもあるので、スキルの高いスタッフが選ばれていると思われるが）
- 医師の定期診療が必須と考えられる末期ガン患者などもおり、今後、患者家族に定期診療の有用性を理解してもらう工夫が必要である。
- 日本ではケアマネジャーがアドバイスするが、インドの病院は在宅医療を勧めることはないので、高価な診療を頼むかどうかは、家族の判断に委ねられている。
- 日本とは異なり、医師への報告義務がない。医師の指示も義務ではなく、善意により属人的。退院後の患者は変化が大きいので、日本から見ると不安になるが、現地では医師と連携した経験がないため、不安は感じていないようである。
- 現地医師には、患者を全人格的に診て、家族にアドバイスする訓練がなされていない。

## VIII. Appendix 日印薬剤名対応表 (説明)

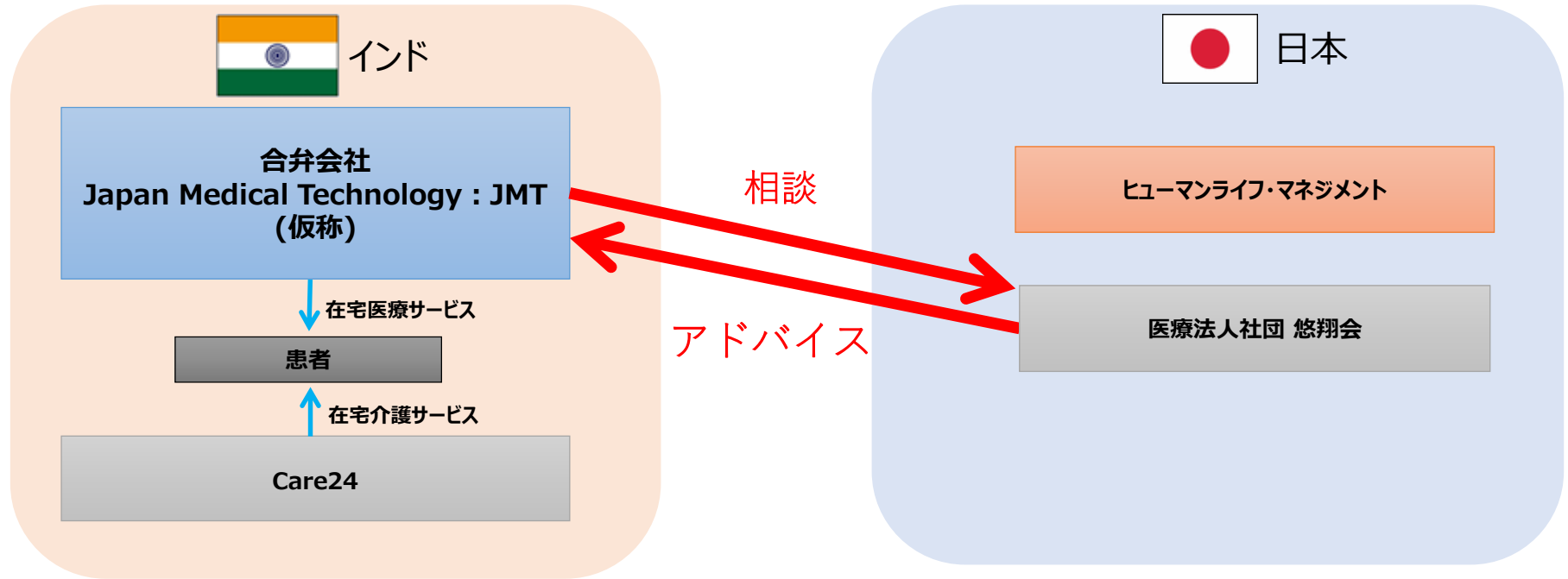
## 日印薬剤名対応表が必要な理由

---

- インド現地での医療に対して日本の医師が指導、アドバイスするうえで、処方箋の薬剤名が問題となる。
- 処方せんに記載する薬剤名は「商品名」であり、同じ効用でも商品名は日本とインドで異なる。
- 1つの薬にも多数の商品名が存在する。(例えばジェネリック)
- 薬剤名の日印をまたぐ辞書は存在しない。
- 日本の厚労省が認可した内服薬・外用薬は約1万1千種あるが、在宅医療ですべての薬を用いるわけではない。
- インドで在宅患者に対してよく処方されている薬を調査することは困難なので、日本で在宅患者によく処方されている薬(約千種類)を基に対応表を作成することとした。



# 日本からの支援がJMTの特長



- 現地医師を悠翔会の医師が支援する上で、処方書の翻訳が課題。
- 医師は薬を一般名で記憶している。日印の薬剤名の対応表を用意することとした。

# 問題 1 薬を商品名で記憶している（一般名で記憶している医師も）

一つの薬に対して

一般名：アセトアミノフェン

商品名：カロナール  
アセトアミノフェン  
コカール  
etc.



その他に、成分名、化学物質 etc.

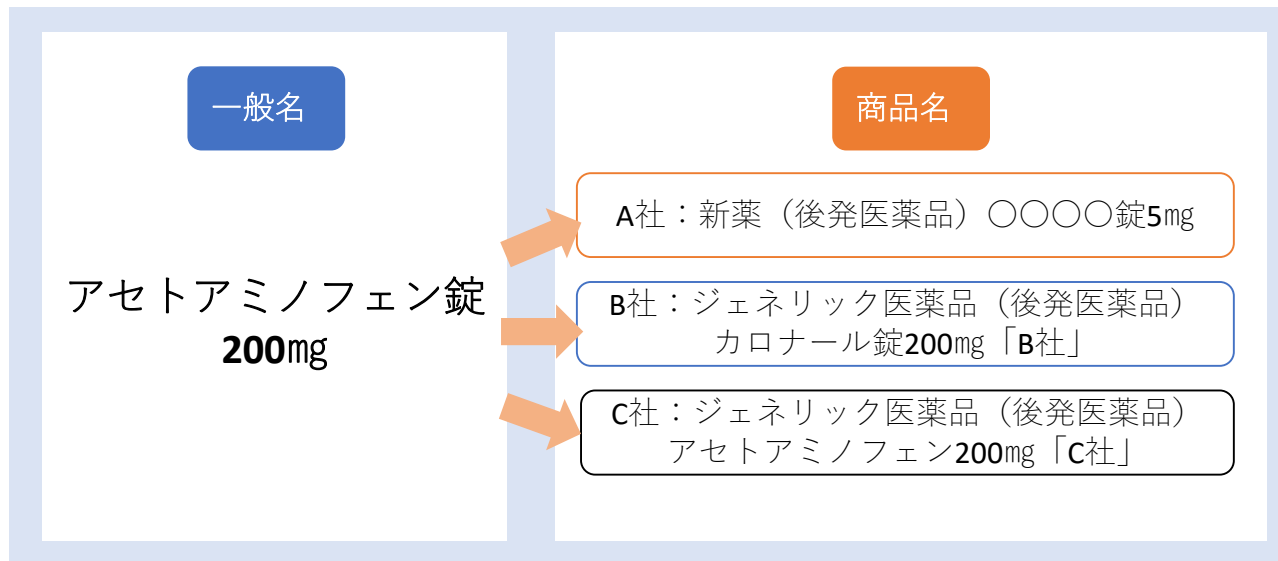


◆ 医師により薬名の記憶が異なる。

## 問題 2

一つの薬に名前がいくつもある

**一般名** . . . 薬の有効成分につけられる共通の名まえ  
**商品名** . . . 販売会社がつける名まえ



同じ薬に . . .

- ◆ 複数の名前がある
- ◆ 並売品やジェネリックなど種類が増える

## 問題 3

### 国際一般名（世界共通）と各国一般名がある

国際一般名と各国の一般名	
国際一般名（INN）	paracetamol
英国一般名（BAN）	paracetamol
米国一般名（USAN）	acetaminophen
日本一般名（JAN）	アセトアミノフェン
中国一般名（CADN）	对乙酰氨基酚



◆ 同じ薬に対して、各国で呼び方が異なる。

# 日印薬剤名対応表

同じ薬に対して

医師や各国で呼び方  
が異なる



数多くの薬の中から

日本の在宅医療で  
実績ある薬を抽出



在宅医療で  
よく使われている薬  
の  
対応表



# 日印薬剤名対応表 (エクセル) のイメージ

頻度	日本商品名	欧文商品名	日本一般名	欧文一般名	日本薬効分類名	欧文薬効分類名	印商品名
71	アセトアミノフェン	ACETAMINOPHEN	アセトアミノフェン	Acetaminophen	解熱鎮痛剤	Antipyretic analgesic	Dolo
91	コカール	ACETAMINOPHEN	アセトアミノフェン	Acetaminophen	解熱鎮痛剤	Antipyretic analgesic	Dolo
70	アルピニー	ALPINY	アセトアミノフェン	Acetaminophen	小児用解熱鎮痛剤	Pediatric antipyretic analgesics	Dolo
1124	アンヒバ	Anhiba	アセトアミノフェン	Acetaminophen	小児用解熱鎮痛剤	Pediatric antipyretic analgesics	Dolo
242	カロナール	CALONAL	アセトアミノフェン	Acetaminophen	解熱鎮痛剤	Antipyretic analgesic	Dolo
160	ダイアモックス	DIAMOX	アセタゾラミド	Acetazolamide	炭酸脱水酵素抑制剤	Carbonic anhydrase inhibitor	Acetamide
258	アコファイド	Acofide	アコチアミド塩酸塩水和物	Acotiamide Hydrochloride Hydrate Acotiamide	機能性ディスぺプシア (FD) 治療剤	Functional dyspepsia (FD) therapeutic agent	Acogut

他の商品名が見つければ随時追加していく。



## VIII. Appendix 日印薬剤名対応表（エクセル）

別途、エクセル形式で公開します。

# IX.

## 本報告書の 二次利用について





**END**