

栄養プロフィール インド

2020年10月31日更新

栄養分野国家政策/計画

栄養関連政策・制度・規制

タイトル	位置付け	要旨
National Multisectoral Action Plan for Prevention and Control of Common Noncommunicable Diseases, 2017-2022	非感染性疾病対策に係る国家マルチセクトラル行動計画 2017-2022 [保健・家族福祉省]	<p>インドにおいて、社会経済・文化的に、あるいは保健システム上、大きな負荷となりつつある非感染性疾病（NCD）について、国家としての明確な方向性を示すために策定された。「健康を選ぶことを促進し、予防可能な疾患への罹患、避けられる障害やNCDによる早期死亡を減少させる」ことを目標に掲げている。また、戦略的行動の分野として、以下4点を挙げている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①統合されたマルチセクトラルな調整メカニズム ②ヘルスプロモーション ③保健システム強化 ④サーベイランス・モニタリング・評価・研究
National Nutrition Strategy 2017	国家栄養戦略 [NITI Aayog]	<p>2022年に向けてのビジョンとして、「すべての子ども、思春期の女子、女性が適切な栄養状態でいられるようにすること」を掲げ、2022年までに達成すべき数値目標を立てている。行動の原則として、以下10点を挙げている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①ライフサイクルアプローチ ②早期の予防策 ③インクルージョンとジェンダーへの配慮 ④コミュニティエンパワメントとオーナーシップ ⑤Anganwadiワーカーやヘルパー、ASHAsの貢献に対する評価・認識の向上・強化 ⑥分権化と柔軟性 ⑦基礎自治体のオーナーシップ ⑧イノベーションの促進 ⑨科学的根拠に基づいた戦略 ⑩利害の対立がないこと

栄養関連分野国家政策/計画

栄養関連政策 ・制度 ・規制

タイトル	位置付け	要旨
National framework for joint TB-Diabetes collaborative activities	結核・糖尿病の協働活動のための国家枠組み [保健家族福祉省]	インドの結核症例数は世界で最も多く、同時に、生活習慣の変化や高齢化、社会経済的な背景から糖尿病の罹患率も高い現状にある。結核と糖尿病を併存するケースも多いことから、これを減らすため、結核対策プログラム（RNTCP）と非感染性疾患対策プログラム（NPCDCS）の共同活動に係る国家戦略を明示することを目的として策定された。「結核と糖尿病の予防、早期発・早期治療により、これらの罹患率及び死亡率を減らす」を目標としている。
National Health Policy, 2017	国家保健政策 [保健家族福祉省]	<p>予防的ケア・健康増進活動と、すべての人々が質の高い保健医療サービスを受けることができるユニバーサルアクセスの実現により、すべての年代の人々が最高レベルの健康と幸福を得られることを目標としている。政策の主眼として、以下3点が示されている。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①適切な投資の確保：保健支出の引き上げ ②予防医療と健康増進：社会的動員、健康的な食事と定期的な運動、たばこ・アルコール・薬物乱用対策、交通事故対策、性暴力への対策、労働環境改善、大気汚染対策 ③公的医療機関のサービス提供：一次医療における包括的ケア、二次・三次医療における専門的ケア、すべての人々が利用できる公的医療サービス、施設整備・人材開発、都市保健、国家保健プログラム
Operational Guidelines on School Health Programme under Ayushman Bharat, 2018	学校保健プログラムに係る実施要領 [保健家族福祉省・人材開発省]	保健家族福祉省、人材開発省、教育・識字局の共同イニシアチブとして「学校保健プログラム」が展開され、実施要領が整備されている。プログラムの目的には「年齢に応じた、健康と栄養に係る情報を提供する」「栄養失調や貧血の子どもを早期に特定し治療する」「子どもの保健、健康、栄養に関する研究を推進する」など、栄養に関連する事項も含まれる。栄養に係るヘルスプロモーション活動は、初等・中等・高等教育のすべてにおいて実施することが推進されている。

栄養関連分野国家政策/計画

栄養関連政策・制度・規制

タイトル	位置付け	要旨
National Nutrition Policy, 1993	国家栄養政策 [人材開発省]	<p>栄養はマルチセクトラルな課題であり、様々なレベルでの介入が必要であることが戦略として述べられている。直接的・間接的な介入それぞれについて、以下のような方策が示されている。</p> <p>【直接的介入】</p> <p>1) 脆弱層への栄養介入、2) 主要食品の栄養価の強化、3) 安価で栄養価の高い食品の普及、4) 脆弱層における微量栄養素欠乏の予防対策</p> <p>【間接的介入】</p> <p>1) 食料安全保障、2) 食事パターンの改善、3) 所得再分配に係る政策、4) 土地改革、5) 健康と家族福祉、6) 保健・栄養の基礎知識、7) 食品の異物混入防止、8) 栄養サーベイランス、9) 栄養プログラムのモニタリング、10) 研究、11) 男女の報酬の公平化、12) コミュニケーション、13) 最低賃金の保障、14) コミュニティ参加、15) 教育・識字、16) 女性の地位向上</p>
National Food Security Act (NFSA), 2013	食料安全保障に係る規制	<p>最も脆弱な人々の食料・栄養保障を目的とし、法的権利をもって、十分な量の質の高い、経済的に入手可能な食料へのアクセスを確保する。</p>

基本データ： 栄養状況

栄養を取り巻く状況・課題

栄養指標	数値	解説	調査名/出典
こども¹の低栄養 発育障害(慢性栄養不良)(2015) 都市部 農村部 消耗症(急性栄養不良)(2015) 都市部 農村部	平均37.9% 30.6% 40.7% 平均20.8% 19.9% 21.1%	<ul style="list-style-type: none"> 発育障害の割合は、2006年(平均47.8%)から減少傾向にある。 農村部のほうが都市部より発育障害の割合が高い。 消耗症の状況は、2006年(平均20.0%)からほとんど変化なし。 	GNR 2020
こども¹の栄養過多(過体重)(2015) 都市部 農村部	平均2.4% 3.2% 2.1%	<ul style="list-style-type: none"> 過体重の割合は、2006年(平均1.9%)から0.5%の増加。 都市部のほうが農村部より過体重の割合が高い。 	
青少年²の低栄養(低体重)(2016)	女子: 50.1% 男子: 58.1%	<ul style="list-style-type: none"> 男女とも栄養過多(肥満・過体重)よりも低体重の問題を抱えている。 男女で比較すると、男子のほうが肥満・過体重・低体重いずれの割合も高い。 	
青少年の栄養過多(2016) 肥満 過体重	女子: 1.6% 男子: 2.4% 女子: 6.1% 男子: 7.5%		
大人³の低栄養(低体重)⁴(2015-16) 都市部 農村部	女性: 22.9% 男性: 20.2% 女性: 15.5% 男性: 15.5% 女性: 26.8% 男性: 23.0%	<ul style="list-style-type: none"> 若干、女性のほうが男性より有症率が高い。 農村部のほうが都市部より有症率が高い。 	National Family Health Survey 2015-2016, India
大人³の栄養過多(2015-16) 肥満 都市部 農村部 過体重 都市部 農村部	女性: 5.1% 男性: 3.0% 女性: 9.1% 男性: 4.7% 女性: 3.1% 男性: 2.0% 女性: 15.5% 男性: 15.9% 女性: 22.2% 男性: 21.9% 女性: 12.0% 男性: 12.3%	<ul style="list-style-type: none"> 肥満について、女性のほうが男性より有症率が高い。 肥満・過体重いずれも、都市部のほうが農村部より有症率が高い。 	

注1) 5歳未満児 注2) 15-19歳 注3) 15-49歳 注4) 低体重 (BMI<18.5)

基本データ： 栄養状況（微量栄養素）

栄養を取り巻く状況・課題

栄養指標	数値	解説	調査名/出典
こども ¹ の微量栄養素欠乏 貧血 (2015-16年) 都市部 農村部 6-8カ月児 9-11カ月児 12-17カ月児 18-23カ月児 24-35カ月児 36-47カ月児 48-59カ月児	平均58.5% 56.0% 59.5% 68.4% 68.6% 71.2% 69.9% 62.3% 52.3% 44.7%	<ul style="list-style-type: none"> 公衆衛生上「深刻」なレベル²。 農村部のほうが都市部より有症率が高い。 月齢で見ると、特に2歳未満のこどもの貧血の割合が高い。 男女差はほとんどみられない(女兒: 58.7%、男児: 58.4%)。 2005-06年 (平均69.5%) からは改善傾向にある。 	National Family Health Survey 2015-2016, India
鉄欠乏 亜鉛欠乏 ビタミンA欠乏	31.9% 19.0% 18.0%	<ul style="list-style-type: none"> こどものおよそ3分の1が鉄欠乏の状態にある。 	Comprehensive National Nutrition Survey 2016-2018, India
女性の微量栄養素欠乏 貧血 (2015-16年) 15-19歳女性 20-29歳女性 30-39歳女性 40-49歳女性	平均53.1% 54.1% 53.1% 52.5% 53.0%	<ul style="list-style-type: none"> ほぼすべての年齢層において、公衆衛生上「深刻」なレベル²にある。 2005-06年 (平均55.3%) からは若干の改善傾向にある。 	National Family Health Survey 2015-2016, India
鉄欠乏 ビタミンA欠乏 亜鉛欠乏 葉酸欠乏	No data		
大人 ³ の糖尿病 (2014) 高血圧 (2015) 塩分摂取量(2017) (g/日)	女性: 8.3% 男性: 9.1% 女性: 24.7% 男性: 26.6% 女性: 3.6 男性: 4.3	<ul style="list-style-type: none"> 女性より男性のほうが糖尿病・高血圧いずれの有症率も高く、塩分摂取量も多い。 	GNR 2020

注1) 5歳未満児

注2) WHOは、貧血有症率によって、<5%=公衆衛生上の問題ではない; 5-19.9%=軽度の問題(mild); 20-39.9%=中程度の問題(moderate); ≥40%=重度の問題(severe) と定義づけている。

(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960_eng.pdf)

注3) 18歳以上

基本データ： 栄養・食事摂取関連行動

栄養を取り巻く状況・課題

栄養指標	数値	解説	調査名/出典
生後6ヵ月の完全母乳育児率(2015年)	54.9%	<ul style="list-style-type: none"> 2005年(46.4%)からは増加している。 農村部(55.9%)のほうが都市部(52.1%)より完全母乳育児率が高い。 	GNR 2020
最低食事水準 ¹ を満たす子ども ² の割合 (2015-16年) 6-8ヵ月児 9-11ヵ月児 12-17ヵ月児 18-23ヵ月児 都市部 農村部	平均9.6% 4.8% 5.7% 10.1% 13.8% 11.6% 8.8%	<ul style="list-style-type: none"> 月齢で見ると、特に1歳までの子どもについて、最低食事水準を満たす割合が低い。月齢とともに徐々に改善している。 男女差はほとんどみられない(女児: 9.4%、男児: 9.7%)。 母親の教育レベルが低いほど、数値が低い。 	National Family Health Survey 2015-2016, India
鉄分が豊富な食材を食べているこども ² の割合(2015-16年) 都市部 農村部	平均17.9% 21.7% 16.4%	<ul style="list-style-type: none"> 都市部のほうが農村部より、鉄分が豊富な食材を食べている割合が高い。 	
ビタミンAが豊富な食材を食べているこども ² の割合(2015-16年) 都市部 農村部	平均44.1% 47.6% 42.7%	<ul style="list-style-type: none"> 鉄分と同様、都市部のほうが農村部より割合が高い。 	
ヨードを添加している塩を使用している世帯の割合	平均93%	<ul style="list-style-type: none"> 農村部(91.6%)のほうが都市部(96.6%)よりもヨード添加塩を使用する割合が低い。 	

注1) 最低食事水準=Minimum Acceptable Diet: WHO/UNICEFが定義する一日の食事回数と摂取食品多様性の最低基準を両方満たしているこども。

注2) 6-23ヵ月児

基本データ： 食物消費・食料安全保障

栄養を取り巻く状況 ・課題

指標	数値	解説	調査名/出典
世界飢餓指数 ¹ (Global Hanger Index : GHI) (2019年)	30.3点 (117カ国中 102位)	<ul style="list-style-type: none"> 2005年までは38.9点で「警告レベル」にあったが、2010年には32.0点の「深刻レベル」に改善した。 	https://www.globalhungerindex.org/results.html
世界食料安全保障指数 (Global Food Security Index : GFSI) (2019年)	58.9点 (113カ国中 72位)	<ul style="list-style-type: none"> 食料の購買可能性 (affordability)、入手可能性 (availability) はほぼ世界の平均に近いスコアを示している。安全性・質 (quality/safety) については平均を下回り、113カ国中85位である。 	http://foodsecurityindex.eiu.com/
1人1日あたりのエネルギー消費量 (2006-08年)	2,360Kcal/日/人	<ul style="list-style-type: none"> 2000-02年 (2,260Kcal/日/人) から増加が見られている。 	FAOSTAT
非主食 ² からのエネルギー摂取の割合 (2012年)	43%	<ul style="list-style-type: none"> 2000年 (37%) からは年々増加傾向にあるが、エネルギー摂取の半分以上を主食に頼っている。 	GNR 2020
食事エネルギー供給量充足度 (2011-2013年)	109%	<ul style="list-style-type: none"> 1999年よりすでに100%以上を示しており、食料の供給量は平均食事エネルギー要求量を満たしている。 	FAOSTAT
たんぱく質摂取量中の動物性たんぱく源の割合 (2011-2013年)	20%	<ul style="list-style-type: none"> たんぱく質摂取量59.7g/日のうち、動物性たんぱく源は12g/日。1999-2001年は16%であり、年々増加傾向にあるが、摂取量は非常に少ない。 	FAOSTAT

注1：エネルギー摂取量や栄養状態を複合的に指数化し、飢餓 (hunger) の程度を提示・比較する。指数50点以上を「重大な警告レベル (extremely alarming)」、35-39点を「警告レベル (alarming)」、20-34.9点を「深刻 (serious)なレベル」、10-19.9点を「深刻でないレベル (moderate)」、0-9.9点を「低いレベル (low)」と定義づけている。

注2) 非主食とは、穀物、塊茎、根菜の炭水化物以外のすべての食べ物。

基本データ： 関連セクターの状況（教育、水衛生）等

栄養を取り巻く状況・課題

栄養指標	数値	解説	調査名/出典
安全な水へのアクセス ¹ (2017年)	No data (都市部: —, 農村部: 56%)		WHO/UNICEF JMP (https://washdata.org/)
安全な衛生設備(トイレ)へのアクセス (2017年)	No data (都市部: —, 農村部: 39%)	• 農村部においては野外排泄の割合が高く、改善が必要である。	
野外排泄 (2017年)	26% (都市部5%, 農村部36%)		
基本的な手洗い設備 ²	60% (都市部80%, 農村部49%)	• 水または石けんがない手洗い設備が都市部20%、農村部51%と改善の必要がある。	
学校での安全な水へのアクセス (2016年)	69% (小学校68%, 中学校75%)	• 中学校より小学校のほうが安全な水へのアクセスの割合が低く、改善が求められる。	UNESCO Institute of Statistics (http://data.uis.unesco.org/)
学校のトイレ整備率(2016年)	73% (小学校72%, 中学校79%)	• 中学校より小学校のほうが整備率が低く、いずれも2割以上の学校で全く設備がない。	
小学校純就学率 (2013年)	92.3% (女子93.0%, 男子91.6%)	• 小学校純就学率の水準は高く、女子のほうが男子よりも就学率が高い。	
中学校純就学率 (2013年)	61.6% (女子62.4%, 男子60.9%)	• 中学校純就学率は小学校と比べると低くなる。男女差はほとんどみられず、女子のほうが男子よりも就学率が高い。	
識字率 (2018年) 15-24歳 15歳以上 65歳以上	91.7% (女性90.2%, 男性93.0%) 74.4% (女性65.8%, 男性82.4%) 45.4% (女性30.3%, 男性61.7%)	• 15-24歳の若い世代では男女差はほとんどないが、65歳以上の年齢層またはその年齢層を含めた場合、男女で大きな開きがある。	

注1：安全な水=安全に管理された設備からの飲水

注2：自宅に石けんと水を備えた手洗い用の設備があること。

栄養を取り巻く状況・課題

栄養不良に関連する主要な課題

課題	解説
こどもの低栄養	<ul style="list-style-type: none"> インドにおける発育阻害・消耗症のこどもの割合はいずれも、開発途上国の平均を大きく上回っている。 発育阻害については、開発途上国の平均25%に対し、インドは37.9%。 消耗症については、開発途上国の平均8.9%に対し、インドは20.8%。
こどもの過栄養	<ul style="list-style-type: none"> 過体重のこどもの割合は、年々増加傾向にある。2006年には1.9%であったところ、2015年には2.4%に増加した。
微量栄養素欠乏	<ul style="list-style-type: none"> こどもの貧血の割合は58.5%、女性の貧血の割合は53.1%で、有症率が非常に高い。特に2歳未満のこどもに顕著で、12-17カ月児の71.2%が貧血の状態にある。 こどもの微量栄養素欠乏について、鉄・亜鉛・ビタミンAのうち、特に鉄欠乏の割合が高い。
最低食事水準の充足	<ul style="list-style-type: none"> 最低食事水準を満たすこどもの割合は、わずか9.6%であり非常に低い。特に1歳未満児において深刻であり、最低食事水準を満たすのは6-8カ月児で4.8%、9-11カ月児で5.7%である。

その他、インドの特徴

特徴	
水衛生設備	<ul style="list-style-type: none"> 特に農村部において衛生設備(トイレ)が整備されていない。農村部で36%、都市部でも5%の世帯に衛生設備がなく、野外排泄を行っている状況である。
男女格差	<ul style="list-style-type: none"> 小学校・中学校ともに就学率は女子のほうが男子を上回っており、男女同等の教育機会が得られているとみられる。 識字率については、15-24歳の年齢層において男性93.0%に対し女性90.2%で、女性が男性を下回っている。65歳以上の年齢層においては、女性の識字率は男性の半分以下である。
都市-農村格差	<ul style="list-style-type: none"> 低栄養については、こども・大人いずれも農村部のほうが都市部より有症率が高い。 栄養過多については、こども・大人いずれも都市部のほうが農村部より有症率が高い。

既存の栄養関連データベース・情報源

栄養を取り巻く状況・課題を
知るためのデータソース

調査・データベース名	解説	出典
食料・栄養保障分析 (Food and Nutrition Security Analysis, 2019)	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養に関連する問題を適切に理解するためのベースラインを確立することを目的として実施された。 	統計・計画実行省およびWFP
国家家族健康調査(第4版) (National Family Health Survey 2015-16)	<ul style="list-style-type: none"> ・標本調査(sample survey)形式の全国調査。 ・第5回調査(2019-20年)が実施中。 	保健家族福祉省
子どもに係る統計的評価 (Children in India – A Statistical Appraisal) 2008年、2012年、2018年に発行	<ul style="list-style-type: none"> ・統計・計画実行省が実施した各種調査のデータに基づき、インドにおける子どもの健康、栄養、教育、労働、犯罪等の状況について評価分析している。 	統計・計画実行省
飲料水・トイレ・衛生・住居に係る調査 (NSS 76 th Round: Drinking Water, Sanitation, Hygiene and Housing Condition in India, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> ・統計・計画実行省および国家統計局がテーマ別に定期的に実施する調査の一つ。同テーマについては2012年にも実施されている。 ・住居における飲料水・トイレ・ごみ処理等に係る設備やアクセスについてデータをまとめている。 	統計・計画実行省および国家統計局
農業センサス (Agricultural Census 2015-16 (Phase-I))	<ul style="list-style-type: none"> ・5年ごとに実施。2015-16年版は第10回目の調査。 ・土地記録を有する州については、土地記録をもとに情報収集を行い、土地記録を持たない州については標本調査により情報収集する。 ・フェーズ1~3に分けて実施されており、フェーズ1では土地記録を有する全ての州と土地記録を持たない州の20%を対象としている。 	農業・農民福祉省

国家栄養事業実施体制・調整組織

体制 マルチセクター 栄養改善実施

組織/委員会	概要・状況
国家栄養任務運営グループ (National Nutrition Mission Steering Group (NNMSG))	<ul style="list-style-type: none">• NNMのもと、様々な栄養プログラムを実施するための国家レベルの主要組織。• 女性子ども開発大臣を議長とし、保健家族福祉省、農村開発省、飲料水衛生省等の関連機関がメンバーに含まれる。
国家栄養任務総局 (National Nutrition Mission Directorate)	<ul style="list-style-type: none">• NNMの実施機関として、栄養関連活動の計画・実施・モニタリング、関連機関との調整・連携強化、人材育成を担う。
村落保健衛生栄養委員会 (Village Health Sanitation and Nutrition Committee (VHSNC))	<ul style="list-style-type: none">• コミュニティレベルの栄養活動調整組織。• コミュニティの保健行政を担い、保健・衛生・栄養に係る問題解決のためのプラットフォームの役割を果たす。
アングンワディ・センター (Anganwadi Centres)	<ul style="list-style-type: none">• 集落において、母子保健、栄養、その他開発活動の拠点であり、保健・水・衛生サービスの連携を促すために重要な役割を果たす。
インドの栄養問題に関する国家栄養評議会 (National Nutrition Council on India's Nutrition Challenges)	<ul style="list-style-type: none">• 女性子ども開発省により編成され、栄養プログラム実施に係る省庁間の連携に向けて調整を行う。
国家栄養委員会 (National Technical Board of Nutrition)	<ul style="list-style-type: none">• 女性子ども開発省により編成される。• 女性と子どもの栄養に関する政策立案に向けた提言、他のセクターや機関等により提案される栄養調査の設計について、技術的な助言を行う。

栄養関連の主なマルチセクター事業例

主なマルチセクター栄養事業

事業	事業概要/現況	実施体制
Promoting Nutrition Education and Communication in India (栄養・農業)	①飢餓、食料不足、栄養不良の撲滅、②包括的かつ効率的な農業・食料システムの実現を目的としたイニシアチブ。主にメディアによる介入を通じて、より多くの人々の農業と栄養に対する意識・行動の変容を促すことを目指している。	FAO
Partnership for Water Sanitation and Hygiene (栄養・水衛生)	インド政府が実施する「Clean India」ミッション(5年間)をUSAIDが支援している。水衛生問題に係る啓発と、水衛生設備の整備を進めている。これにより、17.5万人以上が安全な水へのアクセスを確保し、また、30万人以上が各世帯にトイレ設備を保有し、2.5万のコミュニティで野外排泄がなくなった。	USAIDおよびインド政府