

## 第1節 インド（India）

## 社会保障施策

今回からインドについて定例報告で取り上げる。前回の特集から、公衆衛生施策及び公的扶助制度、社会福祉施策について新規に加筆を行っている。2013年9月には、国家年金制度の根拠法となる年金基金規制開発機構法が成立したほか、国民の3分の2（約8億人）に低額で穀物を供給する食糧安全保障法が成立するなど、社会保障制度の拡大が図られている。

## 1 概要

適用される各種制度は、労働者が組織部門(organized sector)と非組織部門(unorganised sector)のどちらに属するか、組織部門に属する場合には賃金水準によって大きく異なる。組織部門は、一般に中央政府・地方政府や公社等の公的部門の労働者や工場を中心とする一定規模（制度や州により異なるが概ね10人以上の労働者を雇用する企業）の民間企業を指し、これらの部門に属する一定水準以下の賃金水準の労働者に対しては各種社会保険が強制適用され、退職、死亡、障害等の生計リスクをカバーしている。一方、非組織部門に属する労働者、及び賃金が一定水準を超える組織部門に属する労働者には、社会保険は強制適用されず、一部任意加入の仕組みが存在するにとどまる。また、貧困層向けに医療給付や食糧給付、高齢者、障害者、寡婦への現金給付等の仕組みが存在する。

インドの労働者の9割以上は非組織部門に属するとされ、また、日本にもあるような各種社会保険が強制適用されるのは組織部門の労働者のうち一定賃金以下の労働者にとどまることを考えると、社会保険制度の対象は非常に限定的であり、主に生計リスクはインドの伝統的な家族観を背景とした高い家族の支え合いによってまかなわれているのが現状である。社会保障制度の非組織部門への対象拡大が課題となっている。

また、医療についても欧米並みの設備と技術を備えた民間病院がある一方、公立病院を中心とした貧困層がアクセスできる医療は限定的であり、かつ、都市と農村部での格差が大きい。

## 2 社会保険制度等

## (1) 概要

民間労働者の社会保険としては、失業保険・医療保険・労働災害補償・出産給付等をカバーする従業員国家保険（Employees' State Insurance）、退職給付をカバーする一時金の従業員退職準備基金（Employees' Provident Fund：EPF）及び月次の年金を支給する従業員年金スキーム（Employees' Pension Scheme：EPS）がある。これらの制度は一定規模（概ね10人以上）の従業員数を持つ工場等や政府機関などで働く、組織部門の労働者（organised worker）を対象に強制適用されている。このほか、任意加入（公的部門は強制加入）であるが国家年金制度（National Pension System）という確定拠出型の個人口座で管理される年金制度も存在する。これらは原則として一定の賃金水準以下の労働者が対象であり、高所得者はカバーされていない。

## (2) 年金制度

公的年金制度では積立方式が多数を占め、退職時の一時金を支払う方式が一般的である。強制適用されるのは基本的には公務員と組織部門の一定の賃金水準以下の労働者である。

## (3) 医療保障等

組織部門の労働者を対象とした従業員国家保険（Employees' State Insurance）による制度と、貧困層を対象とした国家医療保険制度（Rashtriya Swasthya Bima Yojana）がある。これらの制度の加入者は登録された医療機関において無料で医療を受けることができるが、その対象は前述のとおり限定的であり、国民皆保険ではない。また、公的制度ではないが、一部の企業は民間保険会社の医療保険に加入し、労働者は全額使用者負担であらゆる医療機関で医療が受けられる一方、いずれの医療保険にもカバーされず自己負担で医療を受ける者も多く、医療サービスのアクセスには大きな格差が存在する。

表 6-1-12 年金制度

名称	従業員退職準備基金 (EPF) 及び従業員年金スキーム (EPS)	国家年金制度 (National Pension System : NPS)	
根拠法	1952年従業員退職準備基金及び種々の準備金法 (The Employees' Provident Fund and Miscellaneous Provisions Act, 1952)	年金基金規制開発機構法 (The Pension Fund Regulatory and Development Authority Act, 2013)	
制度体系			
運営主体	労働・雇用省下の従業員退職準備基金機関 (Employees' Provident Fund Organisation : EPFO)	年金基金規制開発機構 (Pension Fund Regulatory and Development Authority : PFRDA)	
被保険者資格	<p>対象となる事業所は187の産業・業種に属する20人以上の労働者を有する事業所 (ただしジャンムー・カシュミール州の事業所は適用されない)。対象となる労働者は賃金が月6,500ルピー未満の労働者である (加入後、賃金が6,500ルピーを超えても脱退せず)。賃金が6,500ルピー以上の労働者は事業主の承認のもと、任意加入が可能。</p> <p>「外国人労働者」(international workers) に関しては賃金の額に関わらず適用対象となり、全ての賃金を対象として保険料が課せられる。「外国人労働者」には、インドで働く外国人労働者のほか、インドと社会保障協定を結んでいる国で働くインド人労働者が含まれる。</p> <p>また、法定より労働者に対する給付条件等を優遇する企業に対しては、自ら信託を作り準備基金を運用することを認めている。</p>	<p>a 1階部分 中央政府の公務員 (軍人を除く) で、2004年1月以降に新規採用された者は強制加入。18歳以上60歳未満のインド国民は誰でも任意加入することができる。</p> <p>b 2階部分 1階部分の口座を開設している者。 c NPS Lite (一定期間政府から拠出の補助あり) 18歳以上60歳未満のインド国民で、非組織部門 (unorganized sector) の構成員であって以下の条件を満たす者。 ・中央・州政府あるいは公的セクターで政府による年金への財政支援がある機関の正規職員でないこと。 ・従業員退職準備基金制度などの年金制度の被保険者でないこと。</p>	
年金受給要件	支給開始年齢	従業員退職準備基金 (EPF) : 55歳から引き出し可能。 従業員年金スキーム (EPS) : 58歳。	
	最低加入期間	従業員退職準備基金 (EPF) : 特になし。 従業員年金スキーム (EPS) : 10年以上。	
	その他	なし。	
給付水準	<p>・従業員退職準備基金 (EPF) : 一時金 基金残高は加入者ごとに積み立てられる。労使による拠出額に、中央評議会の提言を受けて政府が毎年決定する基金の運用利回り (2012-13は8.5%) を加算する。</p> <p>・従業員年金スキーム (EPS) : 月払いの年金 退職前の12か月間の平均賃金 (基本給+物価手当、但し月6,500ルピーを上回る場合には6,500ルピー) × 加入年数 ÷ 70 に相当する額が支給される。</p> <p>繰上げ受給をした場合には繰上した年数に応じて支給額から減額される。物価スライドはないが、政府が財政検証の結果に応じて年金額の改定を行っている。</p>	確定拠出型の年金 (一時金) なので、拠出と運用結果による。	
繰上 (早期) 支給制度	従業員退職準備基金 (EPF) : 結婚、医療、教育、不動産購入等の場合に引き出すことができる。 従業員年金スキーム (EPS) : 50歳以上で、10年以上加入している場合に可能。	60歳前でも、退職した場合は引き出すことが可能。ただし、最低80%を年金基金規制開発機構の登録を受けた生命保険会社からの月払いの年金保険の購入資金に充てなければならない。	
年金受給中の就労	—	—	
財源	保険料	従業員退職準備基金 (EPF) と従業員年金スキーム (EPS) を合わせて事業主は賃金 (基本給+各種手当) の13.1% (従業員退職準備基金の運営費1.1%を含む) ・労働者は同12%。	<p>a 1階部分 中央政府、州政府の公務員の場合、労働者と使用者としての政府がそれぞれ賃金+各種手当の10%。 それ以外の者は原則全額自己負担であるが会社が任意でマッチング拠出を行うことも可能 (この場合会社は税の優遇を受けられる)。口座開設時の最低拠出額は500ルピー。1回当たりの拠出額は500ルピー。年間の最低拠出額は6,000ルピー。年間の拠出回数は任意だが最低1回必要である。</p> <p>b 非組織部門の労働者を対象とするNPS Liteの場合、口座開設時の最低拠出額は100ルピー。年間最低拠出額はないが1,000ルピー以上が推奨される。拠出限度額は年間12,000ルピー。</p> <p>c 2階部分 口座開設時の最低拠出額は、1,000ルピー。1回当たりの拠出額は250ルピー。年間最低1回の拠出が必要。年度末の残高は2,000ルピー以上必要。</p>
	公費負担	中央政府が従業員年金スキームに対して、賃金 (基本給+物価手当) の1.16%を拠出する。	NPS Liteの対象者 (年間1000ルピーから12,000ルピー拠出する者に限る) の口座には、2016~17年度まで政府から年1,000ルピーが1階部分に拠出される。

(社会保障施策)  
インド  
オーストラリア

第6章

[南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向（インド）]

その他の給付 (障害、遺族等)	障害年金	あり。	なし。
	遺族年金	あり。	なし。
実績	受給者数	—	—
	支給総額	—	—
	基金 残高等	運用については、 ・株式（E型） ・中央・州政府発行の国債、公債（G型） ・その他確定利付証券（C型） の3つがあり、加入者はどのようなスキームの組み合わせで運用するか各自決めることができる（ただしE型は最大でも50%）。スキームを自ら選択しない加入者は、「自動選択」として年齢に応じた既定の組み合わせで運用される。この場合、18歳から36歳到達までは、E型：50%、C型：30%、G型：20%。36歳以降は、EとCの割合が年齢とともに減少し、最終的に55歳以降は、E型：10%、C型：10%、G型80%となる。 また、年金基金規制開発機構が指定する8機関のファンドマネージャーから加入者は委託先を選択する。	

表 6-1-13 医療制度

概要	従業員国家保険による制度と、貧困層を対象とした国家医療保険制度がある。		
名称	従業員国家保険（The Employees' State Insurance）	国家医療保険制度（Rashtriya Swasthya Bima Yojana：RSBY）	
根拠法	1948年従業員国家保険法（The Employees' State Insurance Act, 1948）		
運営主体	従業員国家保険公社（Employees' State Insurance Corporation：ESIC）	労働・雇用省（Ministry of Labour and Employment）のガイドラインに基づいて州政府が運営	
被保険者資格	以下のいずれかの事業所で働く月収15,000ルピー以下の者（就労が年7か月未満の季節労働者を除く）。 ・労働者数10人以上の工場 ・労働者数20人以上の店舗・ホテル・レストラン・映画館・自動車運送業・新聞・民営の教育施設及び医療施設の事業所 ※10人以上を対象とする州もあり。  ただし、マニプール、シッキム、アルナチャル・プラデシュ、ミゾランの4州、デリー、チャンディガルを除く連邦直轄地は対象外。	貧困層（政府が定める貧困ライン以下（BPL：Below Poverty Line）の世帯に属する者。ただし、世帯主含めて5人まで）。	
給付対象	・被保険者及びその家族 ・年間120ルピーを抛出する退職者及びその配偶者	上に同じ。	
給付の種類	・現物給付 従業員国家保険が運営する病院で無償で外来受診・入院可能（上限なし。医薬品含む）。 ・現金給付（傷病手当） 過去6か月のうちに78日以上保険料の納付実績がある場合、認定された病気にかかった期間（年間最大91日）、賃金の70%が給付される。悪性の長期疾患の場合は最大2年間、賃金の80%が給付される。避妊手術について、男性の場合7日・女性の場合14日間賃金の100%が支給される。出産・妊娠について、3か月（医師の助言により1か月延長あり）賃金の100%が支給される。 ※医療関連給付以外に、労災による障害や死亡（遺族年金）についても賃金の90%が給付されるほか、工場閉鎖やリストラ、恒久的障害等による失業の場合は賃金の50%の給付（最大1年間）や、無料の職業訓練が受けられる。	・登録された医療機関において無料で手術を受けるための入院（周産期、新生児を含み、入院前1日、退院後5日の通院を含む。）が受けられる。世帯年間30,000ルピーが上限。 ・入院1回当たり100ルピーの交通費が支給される。年間1,000ルピーが上限。 ・スクリーニングやモニタリングのための通院費も支給される。	
本人負担割合等	なし。		
財源	保険料	失業保険、労災保険などを含む従業員国家保険制度全体の保険料は事業主が賃金の4.75%、労働者本人が1.75%（賃金日額100ルピー以下の労働者は免除）。	保険料の自己負担はない。被保険者は、登録料として1世帯当たり30ルピーを負担する。
	公費負担	州政府は医療給付に要した費用の12.5%を負担。ただし、被保険者1人当たり年間1,500ルピーが上限。	中央政府が全保険料の75%、州政府が25%をそれぞれ負担する。ただし北東部州とジャンム・カシミール州では、中央政府が90%、州政府が10%の負担。
実績	加入者数	1,603万人（被保険者本人、2012年3月末）	3,568万世帯（2013年7月）
	支払総額	不明。	不明。

### 3 公衆衛生施策

#### (1) 保健医療施策

死因となっている疾患は、多い順に①循環器系、②感染症・寄生虫、③呼吸器系、④周産期、⑤呼吸器感染症となっている。循環器系疾患は予防医療や食生活、運動に関する健康増進の取組によってある程度予防可能であるが、インドでは予防医療への投資が少なく、衛生インフラが劣悪で特に保健知識の乏しい貧困層において、多くの患者が発生している。

表 6-1-14 死因別死者数 (2008年)

	10万人当たり死者数 (人)	
		比率 (%)
合計	837.5	100.0
I 伝染病・栄養失調等	310.9	37.1
A 感染性・寄生虫性	181.9	21.7
B 呼吸器感染症	57.6	6.9
C 妊産婦死亡	5.3	0.6
D 周産期死亡	61.5	7.3
E 栄養失調	4.6	0.5
II 非伝染病	443.7	53.0
A 悪性新生物	53.7	6.4
B その他新生物	1.1	0.1
C 糖尿病	15.0	1.8
D 内分泌疾患	3.4	0.4
E 神経精神疾患	12.1	1.4
F 感覚器官疾患	0.0	0.0
G 循環器系疾患	197.5	23.6
H 呼吸器疾患	92.3	11.0
I 消化器疾患	40.7	4.9
J 泌尿生殖器疾患	19.2	2.3
K 皮膚病	0.9	0.1
L 筋骨格系疾患	2.1	0.3
M 先天性異常	5.6	0.7
N 口腔疾患	0.0	0.0
III 怪我	83.0	9.9
A 過失	59.7	7.1
B 故意	23.2	2.8

資料出所：WHO "Disease and injury country estimates, 2008"

表 6-1-15 基礎統計 (2011年)

平均寿命 (歳)	65
男性	64
女性	67
新生児死亡率 (1000 出生当たり、人)	32
乳児死亡率 (1000 出生当たり、人)	47
5歳以下死亡率 (1000 出生当たり、人)	61
妊産婦死亡率 (10 万出生当たり、人)	200

資料出所：WHO "World Health Statistics 2013"

注：妊産婦死亡率は 2010 年の数値。

保健医療行政については、中央政府が疾病監視、教育、研究開発、各種基準設定を担い、州政府は実際の医療サービスの提供を担っており、提供される医療サービスの質・量は州によって、また都市部か農村部かによって大きな差がある。貧困層による質の高い医療サービスへのアクセスは極めて限られており、公立病院の医療費は国家医療保険制度により無料であるものの、医療サービスの供給不足から診察待ちが常態化している。一方、先進国並みの設備と技術を備えた一部の私立病院が存在しており、富裕層や欧米・中東から医療ツーリズムとして来訪した患者が利用しているがこれらの多くは大都市に集中している。

#### (2) 医療施設

公立医療機関には、一次医療機関として地域医療を支えるサブセンター、二次医療機関としてのプライマリー・ヘルスセンター、三次医療機関としてのコミュニティ・ヘルスセンターの三種がある。また、一般に30床以上の私立病院は、1万1,000程度存在すると推計されている。1970年代には、病床数の公私比率はおおよそ7:3であったが、その後公的医療支出が伸び悩む中、私立部門が病床数を伸ばし、現在ではその比率は2:8となっている。

#### (3) 医療従事者

特に農村部で不足しており、人口1万人当たりの人数は、医師6.5人、看護師10.0人、歯科医師0.8人 (2005～2012年) であり、医療従事者の増加・育成が課題である。また、優秀な医師が公立病院から都市部の富裕層向けの私立病院へ集中するといった医療従事者の偏在も課題である。

### 4 公的扶助制度

憲法第41条において、州政府は開発や経済的能力の範囲内で失業、老齢、疾病、障害その他不当な困窮に対する公的扶助を受ける権利を確保するための効果的な対策をとることが義務付けられており、これに基づき救済対策がとられている。

中央政府は、貧困層への老齢、世帯主の死亡、妊娠等に対する給付を内容とする国家社会扶助プログラム (National Social Assistance Programme) を1995

年に導入し、また2000年に国家社会扶助プログラムに基づく老齢年金を受給していない貧困の高齢者向けに食糧を支給するアナプルナというスキームを導入し、中央政府が直接運営してきたが、現在は州政府へ制度導入・運営の権限が移管されており、中央政府の農村開発省が策定するガイドラインと財務省の財政援助に基づいて州政府が制度を運営している。なお、以下は中央政府の財政支出とガイドラインに基づく給付内容を記載するが、州政府の独自の予算により上乘せがなされる仕組みとなっており、実際の給付は州によって異なる。

#### (1) インディラ・ガンディ国家老齢年金スキーム (Indira Gandhi National Old Age Pension Scheme)

貧困ライン以下の60歳以上の高齢者に対して、月額200ルピーの年金が支給される。また、80歳以上の高齢者に対しては、月額500ルピーに増額される。さらに、州政府は中央政府と同額の拠出をすることが求められており、この場合は上記の額はそれぞれ400ルピー、1000ルピーに増額される。

#### (2) インディラ・ガンディ国家寡婦年金スキーム (Indira Gandhi National Widow Pension Scheme)

貧困ライン以下の40歳から59歳までの寡婦に対して、月額200ルピーの寡婦年金が支給される。

#### (3) インディラ・ガンディ国家障害年金スキーム (Indira Gandhi National Disability Pension Scheme)

貧困ライン以下の18歳から59歳までの重度又は複数の障害を持つ者に対して、月額200ルピーの障害年金が支給される。

#### (4) 国家家族給付スキーム (National Family Benefit Scheme)

貧困ライン以下の世帯における18歳から64歳までの主たる生計を支える者の死亡について、一時金として10,000ルピーが支給される。

#### (5) アナプルナ・スキーム (Annapuruna scheme)

インディラ・ガンディ国家老齢年金スキームの受給資格はあるが、受給していない高齢者に対して、毎月10kgの穀物（米・小麦）が無料で支給される。

### 5 社会福祉施策

#### (1) 高齢者福祉施策

2011年の国勢調査によれば、60歳以上の人口は1億3084万人、65歳以上の人口は6618万人であり、対人口比はそれぞれ8.6%、5.5%となっている。現状の高齢化率はそれほど高くないが、WHOは2025年にインドの60歳以上人口比率は、12.6%に達すると見込んでいる。

ほとんどの高齢者の生活は子ども世代からの援助によって賄われているのが現状である。インドの人口構成はピラミッド型であり、増加する生産年齢人口に対する雇用の確保が大きな政策課題であるが、今後増加する高齢者への政策も課題である。

特に、医療機関や介護施設の多くが都市部に集中しており、人口の7割を占める農村部ではこれらの社会資源が不足している一方で、都市部への労働者人口の流入により、農村部に残された高齢者に対する家族のサポートの減少も懸念されている。

#### (2) 障害者福祉施策

##### ア 現状

2001年の国勢調査によると、全人口10億2861万328人のうち、障害者は2190万6769人であり、その比率は2.1%となっている。障害種別に見ると、視覚障害1063万4881人、言語障害164万868人、聴覚障害126万1722人、運動機能障害610万5477人、精神障害226万3821人となっている。

政府による2002年のサンプル調査によれば、障害者のうち75%が農村部で生活しており、識字率は49%であり2001年の一般の識字率は65%に比べて低く、生活のケアに加えて教育や雇用の機会確保が課題である。

##### イ 対策

障害者福祉に関する主な法律は、①障害者（機会平等、権利保障および完全参加）法（1995年）、②自閉症、脳性麻痺、知的障害及び重複障害者の福祉のための国家信

託法(1999年)、③インド・リハビリテーション評議会法(1992年)の3つである。

障害者法により、国・州・地域の各レベルにおいて障害者施策を検討するための委員会の設置、教育、雇用機会、リハビリテーションセンターの提供などの福祉サービス、住宅、公的施設へのアクセス、バリアフリーの推進、障害児に対する無償かつ適切な教育の提供、普通学校への統合教育の強調、特殊教育学校の設立、公的機関における3%の障害者雇用率義務付け、民間企業の障害者雇用率向上のためのインセンティブ付与(従業員国家保険制度における障害者である労働者について3年間社会保険料の使用者負担を政府が肩代わりするなど)の施策の政府に対する義務付け、障害の早期発見・介入のための啓発、障害者の社会統合・雇用機会増加等のための技術開発への資金援助などの措置がとられている。

自閉症、脳性麻痺、知的障害及び重度障害者の福祉のための国家信託法により、障害者支援のための信託が創設され、障害者が家族とともに生活できるような支援や、家族の支援が得られない時に支援団体から支援を得られる措置、保護者死亡時の支援等が実施されている。

インド・リハビリテーション評議会法により、リハビリテーション評議会が設置され、リハビリテーションの専門職の養成や認定がなされている。

そのほか以下のような支援策が講じられている。障害者購入支援スキームにより、月の収入が6,500ルピー以下の障害者には家電購入の全額が、6,501ルピーから10,000ルピーまでの障害者には家電購入費の50%が補助される。障害者に対して、リハビリ、教育、職業訓練、車やコンピューター購入支援などの様々な支援を担うNGOに対して、費用の90%を中央政府が助成している。障害者のエンパワメントに対する全国表彰制度(The National Award for the Empowerment of Persons with Disabilities)があり、

- ・ 障害者である労働者
- ・ 障害者を雇用する雇用主、職業紹介機関・職員
- ・ 障害者のために活動している個人、研究所
- ・ ロールモデルとなる障害者、クリエイティブな障害者
- ・ バリアフリー環境を整えた公的機関・民間企業

などが表彰される。障害者国家奨学金スキームにより、月収15,000ルピー以下の世帯に属する障害程度40%以

上の障害のある生徒を対象として、資格取得のための就学について、通学の場合月700ルピー、寄宿舎制の場合月1000ルピーが支給されるほか、年間10,000ルピーを上限として授業料が還付される。

なお、インドは2007年10月1日に、障害者権利条約を批准している。

### (3) 児童健全育児施策

女性子ども開発省及び保健省を中心に、近年対策が強化されているが、積極的な福祉政策というよりも児童の基本的な人権を守るための施策が中心である。主な政策課題は、①乳児死亡率の低減、②児童の死亡率の低減、③妊産婦死亡率の低減、④安全な飲用水や下水設備へのアクセス、⑤児童婚姻の廃止、⑥ポリオ撲滅、⑦乳幼児のHIV感染の防止、といったものである。

保育サービスは、働いている母親や病弱な母親の0歳から6歳までの子どもを対象としているが、一月の収入が12,000ルピー以下という基準があり、保育所は全国で25,605(2006年)であり、カバーされていない地域も残されている。

「ストリートチルドレンのための統合プログラム」により、NGOを通じて、家や家族のつながりのない子どもたちに対して、教育、シェルター、職業訓練、栄養、医療、飲用水や下水等の衛生環境の整備、虐待や搾取からの保護策を講じている。

また、政府の支援によりチャイルドライン財団が設立され、174の市や県で通話料無料の24時間電話相談が実施されている。

2009年度から統合児童保護スキームにより、孤児や貧困児童、虐待、育児放棄、搾取、親から隔離された子ども等のための養子縁組の促進や孤児院への財政支援も行っている。2011年度時点では、802の保護施設、195の専門養子縁組機関、121のシェルターに支援をしている。

2005年に「子どもの人権保護委員会法」が制定され、国レベルと州レベルに子どもの人権に関する調査や政府への提言等を行う「子どもの人権保護委員会」が設立されている。

## 6 近年の動き・課題等……………

貧困層への救貧対策と一部の組織部門の労働者を対象とした社会保険が中心の社会保障制度について、非組織部門の労働者への拡大の取組が進められている。非組織労働者社会保障法が2008年に成立し、国家社会保障委員会と州社会保障委員会による非組織労働者への社会保障制度の適用拡大に向けて提案をする体制が整備されている。

既存の社会保険制度について中央・州それぞれのレベルで業種や事業所の規模の適用範囲を拡大しているほか、任意加入ではあるが非組織労働者も対象とした国家年金制度（National Pension System）の導入などの取組がなされている。2013年9月には、国家年金制度の根拠法となる年金基金規制開発機構法（Pension Fund Regulatory and Development Authority Act2013）が成立したほか、国民の3分の2（約8億人）に低額で穀物を供給する食糧安全保障法（National Food Security Act）が成立するなど、社会保障制度の拡大が図られている。