

第1節 インド (India)

社会保障施策

毎年約7%の経済成長を続け、経済規模が拡大していく中、国民の活力を下支えする保健衛生機能の強化や医療サービスへのアクセスの改善などが大きな課題となっている。

2018年9月、モディ首相は、疾病予防から一次・二次・三次医療を包括的・戦略的に強化することを目的としたアユushman・バラット（長寿化インド）計画の開始を宣言し、保健・一次医療施設の抜本的強化、貧困層向け新医療保険制度の創設に向けた取組が開始された。

1 概要

医療については、重い医療負担が大きな社会問題となっている。インド政府は、質の高い医療に手頃な値段でアクセスできるよう、公立病院の強化、医療価格の抑制、貧困層を中心とする医療制度の拡大等の施策に取り組んでいる。

医療、年金など社会保険制度の適用は、労働者が属する部門（組織部門（organised sector）か非組織部門（unorganised sector）か）により、また、組織部門に属する場合には賃金水準によって異なる。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の労働者に対しては医療・年金等の社会保険が強制適用され、退職、死亡、障害等の生計リスクがカバーされる。一方で、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は社会保険の適用がなく一部任意加入の仕組みが存在するにとどまる。

労働者のうち非組織部門に属するものは82.7%（2011～12年）であり、また、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から、社会保障制度の対象は限定的

であり、主に生計リスクは伝統的な家族観を背景とした家族の支え合いによって賄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。

救貧施策については、貧困層向け医療制度の他、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。

2 社会保険制度

(1) 概要

労働者向けの社会保険として、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: ESI）¹、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）等がある。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。

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: NPS）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。

なお、2016年10月1日より社会保障協定が発効した（署名：2012年11月）。以前は、日本（国民年金、厚生年金）とインド（EPF、EPS等）両方の年金制度に加入する必要があり、保険料の二重払いや最低加入期間を満たさず給付に結びつかない等の問題が存在した。協定の発効により、5年未満の派遣は例外的に派遣元国の制度のみへ加入することや、受給資格要件を満たすための派遣国の年金保険期間の通算等が可能となり、更なる日印間の人的・経済的交流に資することが期待されている。

■ 1) 労働施策2 (9)、3 (5) も参照のこと。

表6-1-16 公的年金制度

名称		従業員退職準備基金制度 (EPF)、従業員年金制度 (EPS) 及び預託保険制度 (EDLI)	国家年金制度 (National Pension System: NPS)	保証年金制度 (Atal Pension Yojana: APY)
根拠法		従業員退職準備基金及び種々の準備金法 (Employees' Provident Funds 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)	— ※2015年5月より導入。
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		190の産業・業種に属する20人以上の労働者を有する事業所が対象（ただしジャンム・カシミール州の事業所を除く）。ただし、対象外となる事業所も使用者と労働者の過半数が合意すれば対象となりうる。 - 賃金が月15,000ルピー未満の労働者が対象（加入後、賃金が15,000ルピーを超えても脱退せず）。ただし、賃金が月15,000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。 「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。ただし、賃金が月15,000ルピー以上の労働者は従業員退職準備基金 (EPF) のみに加入する。「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。 - 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。	- 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65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。 - 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 (unorganised 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。 ※NPS Liteの加入者は、自動的にAPYに移行するが、希望により NPS Liteにとどまることも可能。	18歳から40歳のもので、銀行口座を持っている者。組織部門の労働者もインド国民であれば加入は可能であるが、中央政府からの補助は受けられない。
年金受給要件	支給開始年齢	EPF: 55歳から引き出し可能。 EPS: 58歳。 EDLI: 被保険者の死亡により家族への一時金が支払われる。	一階部分は60歳（ただし70歳まで延期することが可能）で一時金として引き出す。が、口座の残高の一定部分（最低40%、60歳前の脱退の場合は最低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。 税の優遇措置のない2階部分は任意に引き出し可能。 死亡の場合は、指名された人又は相続人に残高全額が支払われる。	60歳になること。
	最低加入期間	EPF、EDLI: 特になし。 EPS: 10年以上。	なし。	20年以上加入すること。
	その他	—	—	—
給付水準		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（2017年度は8.55%）を加算する。 EPS: 月払いの年金 退職前の60か月間の平均賃金（基本給＋物価手当、但し月15,000ルピーを上回る場合には15,000ルピー）×加入年数÷70に相当する額が支給される。ただし、1,000ルピー以下の額となる者については、最低年金として月額1,000ルピーが保証される。 ※繰上受給をした場合には繰り上げた年数に応じて支給額が減額され、繰下支給をした場合には繰り下げた年数に応じて支給額が増額される。 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。 EDLI: 過去12ヶ月の平均賃金×20回分（最大60万ルピー）の一時金	確定拠出型の年金（一時金）なので、拠出と運用結果による。	月額1,000ルピー、2,000ルピー、3,000ルピー、4,000ルピー、5,000ルピーのいずれかで、被保険者が決める。物価スライドは行わない。

[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）]

繰上（早期）支給制度・繰下支給制度		【繰上支給】 EPF：結婚、医療、教育、不動産購入、退職等の場合に引き出すことができる。支給開始年齢到達前に退職した場合は、労働者の支払った保険料及び利子のみ引き出すことが可能。 EPS：50歳以上で、10年以上加入している場合に可能。1年繰り上げることに年金額が4%減額される。 【繰下支給】 EPS：支給開始を60歳まで繰り下げることが可能。1年繰り下げること年金額が4%増額される。	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。	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。
財源	保険料	原則、 ・事業主は賃金（基本給＋各種手当）の13%（EPF：3.67%、EPS：8.33%、EDLI：0.5%、EPFの運営費：0.5%） ・労働者は同12%。（2018年6月現在） ※PMRPYスキーム（2016年8月開始） 組織部門における新規雇用を促進するため、新規でEPF0に登録される労働者（月額15,000ルピー以下の者に限る。）のEPSの保険料（8.33%）を中央政府が3年間負担する仕組み。繊維（衣料品）部門においては、EPFの保険料（3.67%）についても中央政府が負担。なお、2018年4月以降は部門を問わず、EPS・EPFの保険料を中央政府が3年間負担することとされた。	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%を拠出。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1,000ルピー（2016年8月9日に6,000ルピーから緩和）。年間の拠出回数は任意だが最低1回必要である。 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。 c 2階部分 口座開設時の最低拠出額は、1,000ルピー。拠出要件及び残高要件は2016年8月9日に撤廃された。	保険料は給付水準と加入時の年齢により異なる（月42ルピー（18歳で加入、月1,000ルピーの年金）～月1,454ルピー（40歳で加入、月5,000ルピーの年金））。公費負担を受けられる場合には保険料と公費負担分の差額が実際の負担額となる。
	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1,000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。	強制加入の社会保障制度の対象者でなく、かつ所得税非課税者である者については、2015年中に加入した場合、中央政府が保険料の一部を加入から5年間（年間1,000ルピー又は保険料の半額のいずれか低い額）負担する。
その他の給付（障害、遺族等）	障害年金	あり。	なし。	なし。
	遺族年金	あり。	なし。（ただし、口座の残高全額を遺族が受け取る）	保険料納付実績に基づき遺族の受給可。
実績	加入者数/受給者数	口座数 1億9,339万口座（2017年3月末）、保険料納付者 4,611万人（2018年4月） 受給者数 538万5,000人（2015年度）	加入者数 1,543万9,013人（2017年3月末現在） うち、NPS Lite 442万9,342人 APY 486万3,699人	
	支給総額	EPS 1,354億5,170万ルピー（2015年度） EPF 3,583億8,110万ルピー（2015年度） EDLI 25億3,340万ルピー（2015年度）	—	—
	基金残高等	EPS 2兆7,708億ルピー（2016年3月末）	1兆7,267.6億ルピー（うち、NPS Liteは、211.9億ルピー。2017年3月末現在） 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。	188.5億ルピー（2017年3月末現在） 財務省の指示に基づき年金基金規制開発機構（PFRDA）が運用。

(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。

非組織部門労働者の年金制度加入促進を図るための施策の一環として、2015年6月から確定給付方式の保証年金制度 (Atal Pension Yojana: APY) が新設された。任意加入の制度であり、18歳から40歳の者で、銀行口座を持っている者を対象としている。²

さらに、2016年8月からは、従業員年金スキーム (EPS) において組織部門における新規雇用を促進するため、3年間、一定の保険料を政府が負担する改正が、国家年金制度 (NPS) においては加入の裾野を広げる観点から、拠出要件の緩和が行われている。

(3) 医療保険制度

3 (4) を参照。

3 医療制度

(1) 健康・衛生状態

国民の健康状態については、下の表のとおりである。主な死因となっている疾患等 (2015年) を見ると、多い順に①循環器系疾患 (33.2%)、②感染症及び寄生虫症 (11.0%)、③呼吸器疾患 (9.0%)、④周産期に発生した病態 (6.6%) ⑤損傷、中毒及びその他の外因の影響 (6.2%)、⑥新生物＜腫瘍＞ (5.3%)、⑦消化器系疾患 (4.4%) (※ 全死亡者数の22%についての分析) である。

表6-1-17 基礎統計

平均寿命 (歳、2016年)	68.8
男性	67.4
女性	70.3
新生児死亡率 (1000出生当たり、人、2016年)	25.4
5歳以下死亡率 (1000出生当たり、人、2016年)	43
妊産婦死亡率 (10万出生当たり、人、2015年)	174

資料出所：WHO "World Health Statistics 2018"

■ 2) 18歳から40歳のNPS Liteの加入者は自動的に保証年金制度に移行するが、被保険者は選択により引き続き現行制度に残ることも可能となっている。

■ 3) インド保健家族福祉省 "National Health Profile 2018"

衛生状態について見ると、World Health Statistics 2018によれば、2015年時点で基本的な飲料水サービスを利用できる割合は農村部約85%、都市部約93%、糞便汚染や化学汚染のない飲料サービスを利用できる割合は、農村部で49% (都市部はデータなし) となっている。上水道の未整備の地域が多く、また実際に都市部でも24時間給水が実現できている都市は少ないなど脆弱である。

また、基本的な衛生サービス (下水施設に接続された洗面所・トイレ、ピット・トイレなど) を利用している人の割合は農村部で約34%、都市部で約65%であり、さらに、野外排泄をしている人の割合が農村部で約56%、都市部で約7%となっている。衛生関連のインフラの整備や衛生意識の定着が課題である。

(2) 医療資源

イ 医療機関

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 (Sub-Centre) 及びプライマリー・ヘルスセンター (Primary Health Centre) のほか、二次医療機関としてのコミュニティー・ヘルスセンター (Community Health Centre)、三次医療機関としての準地域病院 (Sub-divisional Hospitals)、地域病院 (Districts Hospitals) がある。23,582カ所の病院が710,761床を有している (一部コミュニティー・ヘルスセンターの数を含む。) が、これは、一床当たり1,844人となる。地域で見ると、約7割の人口を有する農村部では19,810病院279,588床であるのに対し、都市部は3,772病院431,173床となっており、圧倒的に都市部に集中していることがわかる。保健・一次医療を担当する公立医療機関を見てみると、サブ・センター156,231カ所、プライマリー・ヘルスセンター25,650カ所、コミュニティー・ヘルスセンター5,510カ所を設置している。³ (いずれの数字も2017年3月末現在)。

現行の公立病院は、医師・看護師の数の少なさや施設・機器の不足・老朽化等が問題となっており、十分な役割を果たしているとはいえない。特に、サブ・セン

ターにおいては、医療専門職のいないセンターが多いとの指摘がある。

こうした状況に対応するため、国家保健施策2017（(3)口参照）及び長寿化インド計画（(3)ハ参照）では、公立病院の機能強化のための予算の割り当てとサブ・センターの強化を打ち出した。

長寿化インド計画の下、現行の約15万のサブ・センターは、健康・保健センター（Health and Wellness Centre）として、医療専門職の配置や必須医薬品の提供や臨床診断を実施するよう強化される予定である。2018年4月にチャティスガル州の第一号を皮切りに、各地で同センターの設置が進められている。

□ 医療従事者

2017年度までに登録された医師は、アロパシー（いわゆる西洋医学）医師1,041,395人、アユシュ（インド伝統医学）医師773,668人となっているが、登録者の累計に過ぎず、現在の医師数を把握することは困難である。

他の医療従事者を見てみると、2016年末時点で正看護師・助産師が1,980,536人、補助看護師・助産師が821,147人、2017年11月13日時点で薬剤師が907,132人登録されているが、医師数同様に現在の数を把握することは困難である。

医療従事者の増加・育成や、優秀な医師が公立病院から、賃金が高く医療設備も充実している都市部の富裕層向けの私立病院へ流出するといった医療従事者の偏在が課題として指摘されている。

(3) 基本的な保健医療関連施策

イ 三カ年行動計画

これまで長期予算計画は、計画委員会が五カ年計画を策定してきたが、政権交代とともにその機能はモディ首相を議長とするインド行政委員会（NITI Aayog）に引き継がれた。2017年に公表された三年間の行動計画（Three Year Action Plan）では、保健予算を2015年度の約3千億ルピー（政府支出の1.7%）から2019年度には1兆ルピー（政府支出の3.6%）に増額することや個別分野における政策方針（予防医療の強化、非感染性疾患への対策強化、医療関係者の質・量の強化、公立

病院の調達効率化や質の向上など）が盛り込まれている。

□ 国家保健施策2017

2017年3月、保健医療施策の強化を目的とした国家保健施策2017（National Health Policy 2017）が閣議決定された。この中では、予防的、促進的ヘルスケア施策を通じて、誰もが財政上の困難に直面することなく、最も高いレベルの健康状態を達成することが目的として掲げられた他、公的保健関連支出を対GDP比2.5%（2016年度は1.4%）に引き上げることや、全ての公立病院の診療や薬剤費、救急サービスを無料で提供すること、民間部門との連携強化、プライマリーケアへの資源の重点配分（高齢者医療、緩和医療等を含む包括的な医療を提供する）、ヘルス・ウェルネスセンターの設置などが盛り込まれた。

ハ アユシュマン・バラット（長寿化インド）計画

長寿化インド計画は、国家保健施策2017とともに、保健（健康管理・疾病予防）・一次医療・二次医療・三次医療に包括的にアプローチすることにより保健医療の質を高めるとともに、国民が質の高い医療サービスにアクセスできることを目的として、2018年2月の財務大臣による予算演説で発表された。具体的には、以下の二施策（詳細は各項目参照）が柱となっている。

(イ) 健康・保健センター（HWC）

15万ヶ所のサブ・センターの再整備による地域保健・一次医療機能の強化。

(ロ) 国家国民医療制度（PM-JAY）

これまでの国家医療制度（RSBY）の対象者、給付額等の拡大によるユニバーサル・ヘルスカバレッジ実現への挑戦（(4)参照）。

(4) 主要な医療制度

中央政府関係者を対象とした医療保険（Central Government Health Scheme：CGHS）の他、組織部門の低所得の労働者を対象とした従業員国家保険がある。また2018年9月23日に貧困ライン以下の層を対

象とした国家医療制度（RSBY）に替わり、国家国民医療制度（PM-JAY）が創設された。

民間部門で働く労働者については、ESIの対象組織部門の一定所得以下で働く者に限られており、これ以外の労働者は、企業又は個人で民間医療保険に加入していなければ重い医療負担に苦しむ可能性がある。

貧困層については、これまで入院医療を含む二次・三

次医療に係るRSBYがあったが、対象者が限定されており（一世帯五人まで）、支給額上限が低く、十分な医療が受けられなかった。

インド政府は、人口の62.5%がいかなる医療制度の対象となっておらず、重い医療負担により人口の4.6%が貧困ライン以下に落ちていると指摘しており、社会的弱者への医療の経済負担の軽減と質の高い医療サービス

表6-1-18 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: ESI）	国家国民医療制度（Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana: PM-JAY）
根拠法	1948年従業員国家保険法（The Employees' State Insurance Act, 1948）	根拠法はなし。2018年5月21日閣議決定。2018年9月23日開始。 旧国家医療保険制度（RSBY）は本制度に統合。
運営主体	従業員国家保険公社（Employees' State Insurance Corporation: ESIC）	保健家族福祉省（Ministry of Health and Family Welfare）の下で国家保健庁（National Health Agency）が制度の設計、管理等を実施。 実際の運営は、国ガイドラインに基づいて州政府が実施。州により、以下のいずれかの方式で支払い。①自前の信託組織（17州）、②民間保険会社に委託（7州）、③5万ルピー以下を民間保険会社で、それよりも大きな額は自前の信託組織（9州）
被保険者資格	34の州・連邦直轄領の適用地域に所在し、以下のいずれかに該当する事業所で働く月収21,000ルピー以下（障害者は同25,000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10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 ※マハーラーシュトラ州、チャンディガル直轄領では20人以上。 －建設業	2011年社会経済カースト調査（SECC）による貧困家庭、農村部の貧困家庭、都市部の定められた職業に就いている労働者とその家庭、RSBYの対象者（世帯人数や構成員の年齢等の制限なし） 33の州又は政府直轄領で実施。（2018年11月時点ではデリー準州、テランガナ州、オディシャ州は自前の医療制度の実施を理由に参加していない。）
給付対象	・被保険者及びその家族 ・年間120ルピーを拠出する、退職者及び障害者並びにこれらの配偶者	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、26週間賃金の100%が支給される。 ※医療関連給付以外に、以下の給付がある。 ・労災による障害や死亡（遺族年金）について賃金の90%の年金給付。 ・失業保険（最長2年間。失業時の無料職業訓練を含む。）（RGSKY）。 ・葬祭費（10,000ルピー）、出産費用の支給。	・現物給付 公立病院及び登録された民間病院で外来受診・入院可能（給付上限は一家族年間50万ルピー）。州をまたいで受診することも可能。（登録病院数14,020（2018年10月1日現在）） ・入院前、入院後、診断、医薬品など二次医療、三次医療に係る約1,350の医療が対象。
本人負担割合等	なし	なし
財源	保険料	なし
	公費負担	60%を中央政府が、40%を州政府が負担。ただし北東州とヒマラヤ周辺部各州では、中央政府が90%、州政府が10%、インド政府直轄領（デリー準州、ポンディシェリは除く。）は100%の負担割合。
実績	加入者数	対象家族数 1億740万家族（対象者約5億人） ※全家族数 2億4,490万家族
	支払総額	医療給付支出額：625億6,570万ルピー（2016～17年度） 17億2,000万ルピー（2018年10月1日現在）

へのアクセスを実現することが喫緊の課題となっている。

こうした状況に対し、2018年8月にインド長寿化計画の下、RSBYの対象者を大幅に拡大し、給付内容が強化された国家国民医療制度（PM-JAY）が創設された。完全に実施されると、人口の40%をカバーすることとなる。2018年11月現在、33の州及び政府直轄地域で制度が実施され、民間病院の登録や病院、州政府担当者の研修、対象者の登録などが進められている。十分な予算の確保、当該制度の全インドでの実施（実施責任は州政府）、民間病院での円滑な実施など、大きな課題が山積しており、今後の動きが注目される。

（5）その他の医療助成制度

上記以外の主な医療助成制度として、以下のようなものがある。

イ 保健大臣裁量助成制度

(Health Minister's Discretionary Grant)

公立病院にて、生命の危機に瀕するような重大な病気（心臓病、がん、腎疾患、脳腫瘍など）のため、入院又は治療を受けている貧困層の人々に対する助成。助成上限は12万5千ルピー。2016年度は343人に対し2,886万4千ルピーが支払われた。

ロ 国家治療基金（Rashtriya Arogya Nidhi: RAN）

公立病院で治療を受ける貧困ライン以下の人々に対し、上限15万ルピーを助成。州ごとにファンドを設立する。2016年度は、465人に対し2億772万9千ルピーが支払われた。

なお、国家治療基金の枠組みの下で、保健大臣がん患者基金（Health Minister's Cancer Patient Fund (HMC PF)）が27の地区がんセンターにおいて設けられ、各センターに最大500万ルピーが割り当てられている。各センターは、がん患者への助成（最大20万ルピー。ただし、保健家族福祉省の承認により上限を超えて助成も可。）を行う。2016年度には、地区がんセンターに対し9,200万ルピーを助成するとともに、227人に対し1億1,070万ルピーを助成。

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、これに基づき救貧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ブルナというスキームを導入し、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。

（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)

貧困ライン以下の世帯の60歳以上の高齢者に対し、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。州政府は中央政府と少なくとも同額以上の拠出をすることが推奨されている。受給者数は、1,780万人（2017年12月現在）。

（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)

貧困ライン以下の世帯の40歳以上の寡婦に対して、月額300ルピーの寡婦年金が支給される。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。州政府は中央政府と少なくとも同額以上の拠出をすることが推奨されている。受給者数は、460万人（2017年12月現在）。

(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)

貧困ライン以下の世帯の18歳から79歳までの重度又は複数の障害を持つ者に対して、月額300ルピーの障害年金が支給される。また、80歳以上の障害者に対しては、500ルピーに増額される。州政府は中央政府と同額の拠出をすることが推奨されている。受給者数は70万人（2017年12月現在）。

(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59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20,000ルピーが支給される。

受給者数は27万2千人（2017年12月現在）。

(5) アナプルナ・スキーム (Annapurna 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60歳以上の高齢者に対して、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、全人口12億1,085万4,977人のうち、60歳以上の人口は1億385万人、65歳以上の人口は6,618万人であり、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の世代からの援助によって賄われているのが現状である。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

イ 現状

2011年の国勢調査によると、障害者は2,681万557人であり、対人口比は2.1%となっている。障害種別に見ると、視覚障害503万2,463人、言語障害199万8,535人、聴覚障害507万1,007人、運動機能障害543万6,604人、精神障害222万8,450人、複数の障害を持つ者211万6,487人となっている。

なお、障害者の識字率は54.5%で、全体の識字率（74.0%）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。

ロ 対策

障害者福祉に関する主な法律は、①2016年障害者の権利法（Rights of Persons with Disability Act, 2016）、②1999年自閉症、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（National Trust for Welfare of Persons with Autism, Cerebral Palsy, Mental Retardation and Multiple Disability Act, 1999）、③1992年インド・リハビリテーション評議会法（Rehabilitation Council of India Act, 1992）の3つである。

2016年障害者の権利法は、国連の障害者権利条約の批准を受けて1995年障害者（機会平等、権利保障および完全参加）法を全面改正した法律であり、2016年12月に成立した。対象となる障害は、1995年法で対象となっていた全盲、聴覚障害などに加え、筋ジストロフィーなどの疾病など21の障害種別である。主な内容は、①選挙へのアクセス、司法へのアクセス、公共の建築物・公共交通機関のバリアフリー化など障害者に対するアクセシビリティの確保、②高等教育や公務員の採用における留保枠の設定、③一定の障害がある6～18歳の児童・生徒に対し、教育を受ける権利を付与するとともに障害のない児童・生徒との統合教育の推進等である。

また、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。

そのほか、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。

(3) 児童健全育成施策

インドの18歳未満人口は約4.4億人である。このうち、約1.7億人（約4割）が経済的、社会的に困難な立場にあると推定されている。こうしたことに対し、女性子ども開発省及び保健家族福祉省を中心に児童の基本的人権を守るための施策が行われているが、積極的な福祉施策には至っていない。

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、貧困家庭の働く母親や病弱な母親の0歳から6歳までの子を対象としている。保育所は全国で2万3,293施設であり、利用者数は58万8,000人とどまり、カバーされていない地域も多い（2014年度）。

2009年に導入された「統合児童保護スキーム（Integrated Child Protection Scheme）」により、地方政府やNGOを通じて、家や家族のつながりのない子たちに対して、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。

（参考）

- 保健家族福祉省（Ministry of Health and Family Welfare） <https://www.mohfw.gov.in/>
- 従業員国家保険公社（Employees' State Insurance Corporation: ESIC） <http://www.esic.nic.in/>
- 国家健康庁（National Health Agency） <https://www.pmjay.gov.in/>
- 従業員退職準備基金機関（Employees' Provident Fund Organisation: EPFO） http://www.epfindia.com/site_en/
- 年金基金規制開発機構（Pension Fund Regulatory and Development Authority: PFRDA） <http://www.pfrda.org.in/>
- 農村開発省（Ministry of Rural Development） <http://rural.nic.in/>
- 女性子ども開発省（Ministry of Women & Child Development） <http://www.wcd.nic.in/>