第２章　社会保障施策の概要と最近の動向

第９節　インド（India）

毎年約 7%の経済成長が見込まれ、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シュマン・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。その後、デジタル化の推進などアユシュマン・バラットは、着実に進展している。

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医療は 10 人以上、年金は 20 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。

10 年に一度実施される国勢調査[1]によると、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] 2011 年に実施。2021 年の調査については、新型コロナウイルス感染症の影響もあり延期されている。

（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)、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 日より日・インド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。

（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 2019 年 2 月からは、18 歳から 40 歳の非組織部門労働者を対象とした年金制度である PM-SYM が開始されている。

なお、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。

[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。

表 2-9-1 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)	非組織労働者向け年金制度(PM-SYM)
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 6 月より導入。	― ※　2019 年 2 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)		労働・雇用省
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 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。 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	18 歳から 40 歳の者で、銀行口座を持っている者が任意加入できる。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。	18 歳から 40 歳の者で、従業員退職準備基金制度(EPF)などに加入していない非組織部門に属し、月収入が 15,000 ルピー以下かつ所得税が非課税の者が任意加入できる。

			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。		
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 75 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。	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。	20 年以上加入すること。
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（2018 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し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し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×35 回分最大 70 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。	月額 3,000 ルピー。物価スライドは行わない。

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 年繰り上げるごとに年金額が 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 年繰り下げるごとに年金額が 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。	60 歳前でも引き出し可能だが、本人が納付した保険料及びその利息のみが対象となる。
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%（EPF：3.67 %、EPS：8.33%）。 （2023 年 1 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 EPFO 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、労働者は賃金＋各種手当の 10%、使用者としての政府が同 14%(中央政府)又は 10%(州政府)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	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。	保険料は加入時の年齢により異なる（月 55 ルピー(18 歳で加入)～月 200 ルピー(40 歳で加入)）。

			残高要件は 2016 年 8 月 9 日に撤廃された。		
	公費負担	中央政府が従業員年金スキーム（EPS）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。	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。	本人負担分と同額を中央政府が拠出。
その他の給付（障害、遺族等）	障害年金	あり。	なし。	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。	配偶者のみ可。

資料出所：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）
ウェブサイト（https://www.pfrda.org.in/）等より引用

（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（2019 年）を見ると、多い順に①循環器系疾患（34.0%）、②感染症及び寄生虫症（10.4%）、③呼吸器疾患（9.2%）、④新生物＜腫瘍＞（6.4%）、⑤周産期に発生した病態（5.8%）⑥損傷、中毒及びその他の外因の影響（5.8%）、⑦消化器系疾患（5.3%）である。なお、これら医学的に確認されたものは登録死亡者数の 20.7%に過ぎない。医学的確認がされる死亡の割合は州によって大きな差があることが課題となっている。

表 2-9-2 基礎統計

平均寿命（歳、2019 年）		70.8
	男性	69.5
	女性	72.2
新生児死亡率（1000 出生当たり、人、2021 年）		19
5 歳以下死亡率（1000 出生当たり、人、2021 年）		31
妊産婦死亡率（10 万出生当たり、人、2020 年）		103

資料出所：WHO "World Health Statistics 2023"

衛生状態について見ると、World Health Statistics によれば、2017 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 91%、都市部約 96%、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 56%（都市部はデータなし）となっていた。これに関し、2019 年 8 月に開始された JAL JEEVAN（水・生活）ミッションにより、以降 2022 年 1 月までに農村部だけで新たに約 5,600 万世帯に安全な飲料水供給を行えるようになったと発表している。しかし、上水道の未整備の地域は依然として多く、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、かねてより感染症の原因となる野外排せつが大きな問題となっており、2014 年にモディ首相が「クリーン・インディア・ミッション」を発表して以降、政府はピットトイレ等の設置等を進めてきた。この結果、「敷地内でトイレを利用できる世帯割合」は、2014 年 10 月の 38.7%から、2019-2020 年には 100%に達したと政府は公表した。

（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。

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、医療従事者の多くは都市部で働くことを望み、地方のサブ・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）ロ参照）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、現在、健康・保健センター（Health and Wellness Centre: HWC。後述）への移行を進めている。一方、新型コロナウイルスの影響により進捗は遅れている。

長寿化インド計画の下、現行の約 16 万のサブ・センターは、健康・保健センター（HWC）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。

ロ　医療従事者

医師数及び医療従事者数に関する統計データがなく、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　三か年行動計画

これまで長期予算計画は、計画委員会が五か年計画を策定してきたが、モディ首相の就任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 Agenda）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）が盛り込まれた。現在のところ、後続となる計画等は策定されていない。

ロ　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。

①　健康・保健センター（HWC）

約 16 万か所のサブ・センターの再整備による地域保健・一次医療機能の強化。

②　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（ESI）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、公的医療制度の対象が従業員国家保険（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 5 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。

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。

制度の基本的枠組みは以下のとおり。

- 1 億 760 万世帯（約 5 億人）を対象世帯とした。対象者の抽出は、SECC（Social-Economic Caste Census 2011）を基に実施。2021 年 7 月時点で約 1 億 3,440 万世帯（6.5 億人）が対象となっているとインド政府は説明している。
- 二次医療及び三次医療を受けた際、1 世帯年間上限 50 万ルピーまで支給。
- 州政府指定の公立病院又は私立病院での受診が対象。医療機関の指定は、各医療機

関の申請に基づき、州の指定委員会によって行われる（卓越した三次医療を行う医療機関は国家保健庁（National Health Authority: NHA）が直接指定を行う。）。

- 24 診療科、1,929 項目に給付が適用され、その価格は NHA で決定される。
- 給付費は原則、中央政府 60%、州政府 40%で負担（連邦直轄領では 100%、その他一部の州では 90%が中央負担）。本人負担はなし。
- サービスは、キャッシュレス、ペーパーレスで提供されることとなっており、e カード（ID）が対象者に配布。

表 2-9-3 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 3 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)の下の国家保健庁（National Health Authority)が制度の設計、管理等を実施。
被保険者資格	36 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(マハーラーシュトラ州、チャンディガル連邦直轄領では 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 -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。（2023 年時点ではデリー準州、オディッシャ州、西ベンガル州は再開予定、テランガナ州は未参加。）
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。	・現物給付 登録された公立病院及び民間病院での入院医療に支給（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。 ・3 日間の入院前医療、１5 日間の入院後医療や医薬品などを含め、二次医療、三次医療に係る 24 診療科、1,929 項目の医療が対象。

		・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。	
本人負担割合等		なし	なし
財源	保険料	医療給付などと合わせた従業員国家保険制度全体として保険料が徴収されている。保険料は事業主が賃金の 3.25%、労働者本人が 0.75%。(2019 年 7 月～) ・労働者の賃金が日額 137 ルピー以下の場合、労働者本人の負担は免除される。 ・新規適用地域に所在する事業所においては、当初 2 年間事業主 3%、労働者本人 1%。	なし
	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 3,000 ルピーが上限。 ※　民間企業における障害者の定着を促進するため、月額賃金 25,000 ルピー以下の障害者を雇用する場合に中央政府が 3 年間、事業主の保険料を負担。	60%を中央政府が、40%を州政府が負担。ただし北東州と 3 つのヒマラヤ周辺部州（ジャンムカシミール、ヒマチャルプラデシュ、ウッタラーカンド）では、中央政府が 90%、州政府が 10%、インド政府直轄領は 100%の負担割合。

資料出所：保健家族福祉省(Ministry of Health and Family Welfare)ウェブサイト（https://www.mohfw.gov.in/）、国家健康庁（National Health Authority）ウェブサイト（https://www.pmjay.gov.in/）等

（5）医療保護（coverage）の課題

インド行政委員会（NITI Aayog）によれば、アユシュマン・バラットの進展により、公的な医療保護スキームや民間医療保険等により何らかの医療保護を受けられる割合は、インド全国民の 7 割に達しているとの見方を示している[3]。一方、残る 3 割（4 億人超）が保護されていない状況を政府は懸念しており、公的保険の対象とならない中間所得層（missing middle）の医療保険加入への機運醸成、的確な対象者の抽出、高所得者向け商品が中心となっている民間保険会社の更なる対象者拡大、加入しやすい保険料設定、保険財政安定化のための逆選択が起きないための仕組みづくりなどの必要性を提言している。

また、2020 年にインド保険規制開発局（Insurance Regulatory Development Authority）が発表した Aarogya Sanjeevani（民間保険会社による低廉な医療保険サービス）につき、給付査定期間を短縮する等により、より利便性を向上させることにより民間保険サービスを利用しやすいことの重要性についても提言している。

[3] Health Insurance for India's Missing Middle（2021 年 10 月）

（6）アユシュマン・バラット・ヘルスケアアカウント（デジタル・ヘルス ID）の創設

2021 年 9 月、モディ首相はアユシュマン・バラット・デジタルミッションの開始を宣言した。本デジタルミッションは、インド国内の各医療機関の患者データを一意に特定し、個人単位で紐づけ、参照できるようにすることとし、そのためにヘルス ID を個人単位で振り出すというもの。

医療機関におけるこのヘルス ID の使用（過去の診療歴の閲覧等）に当たっては、本人同意が前提とされている。医療機関が本人同意の下に参照できる情報は、検査歴、疾病歴、医療機関受診歴、診断結果、投薬記録等となっている。本 ID は、アダール番号（個人識別番号）又は携帯電話番号を基に振り出される。

第一期はパイロット実施として、 6 連邦直轄領で先行実施し、その後、ヘルス ID はアユシュマン・バラット・ヘルスケアアカウントとされ運用が開始された。

（7）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。

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 150 万ルピーを助成。州ごとにファンドを設立する。

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(HMCPF)）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。

ハ　州が運営する医療保障制度

州によって独自の医療保障制度を運営する場合がある。これら州独自の制度は、アユシュマン・バラットによる PM-JAY が施行されて以降も PM-JAY と共存することが認められている。また、32 の州・連邦直轄領において中央政府が規定する対象者を拡大し、地方財源による給付を実施している。

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プ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。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。

（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。

（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。

（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。

（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 10 kg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

世界銀行のデータによれば、全人口約 14 億 0,756 万人（2021 年）のうち、65 歳以上の

人口は、約 9,574 万人であり、対人口比は約 6.8%となっている（2021 年）。現状の高齢化率はそれほど高くないが、年々上昇しており、今後もこの傾向は続くと見込まれる。

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（2021 年の 15-64 歳人口は 9 億 5,025 万人（約 68%））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 6 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。障害種別にみると、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、2018 年 7～12 月に実施された政府のサンプル調査（NSS）によると、7 歳以上の障害者の識字率は 52.2%（都市部：65.5%、農村部 47.2%）で、全体の 74.0%（都市部：87.7%、農村部：73.5%。2017 年 7 月～2018 年 8 月の同サンプル調査（NSS））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。

6　コロナ禍に見られたインド独自の特徴的対策

インドにおける新型コロナウイルス感染は，2019 年の 9 月に「第一波」が、2020 年 4～5 月には、デルタ株による「第二波」と呼ばれる激しい感染拡大がインド各地で発生し，ピーク時の 1 日当たり新規陽性者数は約 41 万件（陽性率は 20%超え）となった。その後，2022 年 1 月にはオミクロン株による感染が拡大し，ピーク時には約 35 万件の 1 日当たり新規陽性者数が観測された。

インドにおける感染対策は、世界一厳しいとも言われたロックダウンをはじめとする人流抑制政策にはじまったが、すぐに失業率の高騰など雇用問題を含む経済への影響が極めて大きな社会課題となり、それ以降、感染症対策と経済のバランスを重視する方向に転換した。2020 年 4～5 月には、デルタ株による「第二波」と呼ばれる激しい感染拡大がインド各地で発生、医療機関に入院できない患者、治療を受けられない患者が多く発生し、医療用酸素も各地で不足した。これを受け、欧米諸国や日本をはじめ多くの国が人工呼吸器や酸素発生器をインドに供与する等の動きも見られた。インドではそもそも人口が約 14 億人と巨大である上、貧困層が非常に大きく、感染予防に効果的なマスクや消毒設備の確保が困難な者が多い。また、狭隘な住居に多人数・複数世帯で居住する、トイレや水道を多くの世帯で共有するような環境に居住する者も一定数いること、そもそも手指消毒や日々の体温測定などの基礎的な衛生観念を持つ者が少ないこと等からも、社会全体として感染予防を徹底することは難しく、一度新たな感染症が拡大した場合に効果的に封じ込めを行うことは困難であった。結果、例えば、2021 年 9 月に首都デリー準州で行われた大規模抗体調査では、9 割以上の検体から抗体が検出されるなど、デルタ株による新型コロナウイルスの広がりが非常に広範なものとなったことをうかがわせる。なお、前述の抗体調査の結果等、当地の状況にかんがみれば、捕捉された陽性者は感染者の氷山の一角に過ぎないと推定される。また、2022 年 1 月、オミクロン株による感染再拡大が顕著となると、インド政府は検査基準を改定し、無症状者には検査を行わないことを原則とする方針とした。このように、その時々の新型コロナウイルスの株の特徴を踏まえつつ、限りある資源をどのように優先付けして活用するかという視点が非常に明快であり、こうした点もインドの新型コロナウイルス対応の特徴を如実に表している。一方、ワクチンについては、2021 年 1 月には自国生産のワクチン 1 種を緊急承認し、2022 年 2 月 1 日までに延べ約 17 億回の接種を国内で行うとともに、海外に対しても約 1.5 億回分を供給するなど、ワクチン製造国としての一面も国際社会に強くアピールしてきた。また、ワクチン接種の

予約や証明書の発行、政府や医療機関での在庫や流通管理、接種の実績管理にいたるまで、インド政府が UNDP と連携して開発したポータルサイト「CO-WIN」で一元的に実施されている。このようにインドでは、その多様で複雑な社会構造ゆえに、新型コロナウイルスの封じ込めには画一的・教科書的な対応を当てはめることが難しく、2020 年 4～5 月の第二波をはじめ、厳しい状況に置かれることも多いが、その多様かつ複雑な社会構造の中でも、優れた科学技術も十分に活用しつつ、感染症対策と経済との両立という基本的な考え方の中で、合理的な手法をとってきたといえる。

（資料出所）

- 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 Authority）https://www.pmjay.gov.in/
- 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)http://www.pfrda.org.in/
- 農村開発省(Ministry of Rural Development)　https://rural.nic.in/en
- 女性子ども開発省(Ministry of Women & Child Development) http://www.wcd.nic.in/