

[研究論文]

10億人の健康 — 将来、インドは国民の健康をどう再構築するのか —

宮原 辰夫

[Article]

Billions of Health How is India reshaping national health in future?

Tatsuo MIYAHARA

Abstract

Not only in advanced nations but also in developing countries, if we think from a viewpoint of distribution of wealth, national health will be a political subject. I want to consider how India will reshape national health and medical system in the future. In that case, I put emphasis on the comparison of each country based on the statistical materials, especially with China. This is because India and China are portrayed as rival in the race for global supremacy. In conclusion, I'd better to offer an opinion about how India should reshape national health as a system in the future.

はじめに

昨年、1年間（2008年4月～2009年3月）、筆者はインドのジャワハルラール・ネルー大学で在外研修を送った。滞在する前のインドは、ITを中心に経済成長が著しく、世界の注目を集めていた。しかし、滞在してみると、インドの光の部分だけでなく、影の部分も目に付くようになった。貧富の格差は激しく、交通インフラも遅れており、車の急増で都市の大気汚染はひどく（以前ほどではなくなったと言われる）、都市の河川は悪臭が漂い、また経済成長は食糧の高騰やエネルギー不足を生み出していた。急速な高度成長に伴う歪が表出していたのである。しかし、こうした状況は、インドに限らず日本も歩いてきた道である。交通インフラ、環境、エネルギー問題などはいずれ解決されていくだろうと楽観的に考えている。むしろ私が強い関心を持ったのは、インドの至る所で目にする太った人々である。確かに、インドは太っていることが豊かな象徴として肯定的に受け止められているのかもしれない。しかし、先進国では、太っていることはもはや豊かな象徴では、むしろ糖尿病や糖尿病による合併症として不健康で治療すべき対象となっている。

現在、インドは糖尿病患者が世界で最も多く、4,000万人を超えていると言われている。経済発展に伴い、ライフスタイルも急速に変化している。交通手段の発達やオフィスの軽減で運動量が減る一方で、ファストフードやジャンクフードなど高カロリーの食べ物の摂取で、食生活は変化し、肥満人口がさらに急増することが予想される。現在の状況を考えれば、インドもまた先進国同様、肥満対策を早急に講じ、国民の健康をどう守るかという課題に真剣に取り組む必要がある。なぜなら、肥満による糖尿病や糖尿病による合併症の治療には莫大な費用がかかるだけでなく、多くの死

亡の原因となっており、それに伴う人的・経済的な損失は計り知れないからである。現在、世界の糖尿病と糖尿病による合併症の治療費は年間 2,320 億ドルにも及んでいる。ちなみに、その 50% 以上を米国が占めている。

筆者は公衆衛生や保健・医療制度の専門家ではない。しかし、先進国限らず、発展している国においても、富の再分配、あるいは社会権・生存権という観点から見れば、国民の健康は大きな政治的課題でもある。本論文では、インド政府は国民の健康、すなわち保健・医療制度を今後どのように構築しようとしているかを考察する。この場合、統計資料に基づきながら、中国との比較やアジア諸国の中でのインドの位置づけを試み、今後インドの国民の健康を制度化する上で、参考になる提案を行いたい。

1. インドの人口動態

2006 年のインドの人口は 11 億 5175 万人と推計され、世界人口の約 17.5% を占めている。毎年、約 1.7% ずつ増加しているが、10 年前の約 2.1% と比較すると、約 0.4 ポイント低下している。合計特殊出生率 (Total fertility rate) は 1 人の女性当たり 2.9 で、1990 年の 4.0 に比べると約 25% 減少している。このまま減少を続ければ、2015 年頃には出生率は約 2.0 まで落ちることになる。しかし、現在の人口の特性がそのまま継続されると、2050 年頃には 15 億人を超える世界一人口の多い国家となる。人口構成 (表 1) の割合を見ると、年少人口 (Under 15) が 33%、老年人口 (Over 60) が 8%、労働力人口 (The Workforce) が 59% となっている。国連の統計 (表 2) によると、インドは 2030 ~ 35 年頃に労働力人口がピークを迎え、全体の約 64% を占めると予想される。2006 年のインドの平均寿命 (Life expectancy at birth) は 63 歳で、男女別で見ると、男性が 63 歳、女性が 64 歳となっている。1990 年には男女間に差が無く、男女とも 58 歳であった。2000 年には男性が 60 歳、女性が 62 歳で、女性の寿命が長くなった。一般に、女性の寿命は男性に比べて長く、先進国では男女間に 5 歳以上の開きが存在している。それに比べると、まだその差は小さいといえる。しかし今後、この差は次第に広がると予想される。

表 1 人口構成 (2006 年)

	人口 (千人)	中位年齢	15 歳以下 (%)	60 歳以上 (%)	年間成長率 (1996-2006)	出生率
インド	1,151,751	24	33	8	1.7	2.9
中国	1,328,474	33	21	11	0.8	1.7
日本	127,953	43	14	27	0.2	1.3

出所：World Health Statistics 2008, WHO

2006 年の中国の人口は 13 億 2837 万人で、世界人口の約 20% を占めている。毎年、約 0.8% ずつ増加しているが、10 年前の約 1.2% と比較すると、0.4 ポイント低下している。合計特殊出生率は 1.7 で、1990 年の 2.2 に比べると約 20% の減少となっている。しかし、2000 年と 2006 年には変化は見られず、今後緩やかに漸減していくのではないかと予想される。現在の人口の特性がそのまま継続されると、2050 年頃には 15 億人を下回り、インドに次いで世界第 2 位の人口大国となる。

人口構成の割合を見ると、年少人口が21%、老年人口が11%、労働力人口が68%となっている。国連の統計によると、中国の場合、全人口に占める労働力人口比率のピークは2010年に迎えると予想され、全体の約68%近くを占めることになる。2006年の中国の平均寿命は73歳で、男性が72歳、女性が75歳となっている。1990年には男性が68歳、女性が68歳で男女間には1歳の差しかなかったが、2006年には3歳の差が生じ、男性に比べて女性の寿命が延びていることがわかる。この傾向が継続されるとすれば、10数年後には、先進国同様、男女間に5歳以上の寿命の差が生じることが予想される。

表2 平均寿命

	平均寿命								
	男性			女性			男女		
	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006
インド	58	60	62	58	62	64	58	61	63
中国	68	70	72	69	72	75	68	71	73
日本	76	78	79	82	82	86	79	81	83

出所：World Health Statistics 2008, WHO

インドと中国を2006年時点で比較すると、明確に4つの点で違いがある。1つは、インドの人口増加率は平均1.7%で、中国の0.8%を2倍以上も上回っている点である。2つ目は、インドの合計特殊出生率は2.9で、中国の1.7に比べ1.7倍近くも上回っている点である。3つ目は、人口構成の割合から比較すると、インドの年少人口は全人口の33%で、中国の21%に比べて約1.6倍高い点である。反対に、老年人口は8%で、中国の11%に比べて0.73倍近くも低い点である。また、インドの労働力人口は2030年頃にピークを迎えるのに対して、中国は2010年頃にピークを迎える。4つ目は、インドの平均寿命は63歳で、中国の73歳よりも10歳少ない。日本に比べるとさらに20歳近く寿命が短い。2006年のインドの中央年齢値 (Median age) は24歳で、インドが若い国家であることがわかる。今後も人口が増え続ければ、インドは人口だけでなく労働力人口も世界一多い国家となる。しかし、先進国に比べて平均寿命が短く、今後、保健・医療の問題がインドの課題となろう。一方、中国は中央年齢値が33歳で、人生の最盛期にあるといえよう。労働力人口もここ2・3年でピークを迎える一方で、少子高齢化も進む、それが大きな社会問題となるのも時間の問題だといえる。

2. インドの死亡因と糖尿病

WHOの統計資料(表3)によると、インドの2002年の総人口は10億4955万人で、そのうちの1038万人(10%)が様々な理由で亡くなっている。病気が原因で亡くなる人が79.8%で、残りの20.2%が交通事故や自殺などの病気以外で亡くなる人である。病気による死因(00%)を多い順に見ると、心循環器疾患 (Cardiovascular disease) が30.1%、伝染病・寄生虫症 (Infectious and para-

sitic disease) が 22.2%、呼吸器感染・気道感染 (Respiratory infections) が 12%、周産期 (出産前後期) の病態 (Prenatal conditions) が 8.2%、悪性腫瘍 (Malignant neoplasm) が 8.0%、呼吸器 (系) 疾患 (Respiratory disease) が 6.5% となっている。

表 3 死因の各国比較

	インド	中国	アメリカ
人口 (千人)	1,049,550	1,302,307	291,038
病気で亡くなる人数	9,329.0 (00%)	8,141.3 (00%)	2,267.9 (00%)
1) 心循環器疾患	2,810.1 (30.1)	3,001.3 (36.9)	922.7 (40.7)
2) 伝染病・寄生虫症	2,071.1 (22.2)	507.3 (6.2)	64.4 (2.8)
3) 呼吸器感染・気道感染	1,123.1 (12.0)	291.8 (3.6)	60.1 (2.7)
4) 周産期の病態	762.1 (8.2)	272.7 (3.3)	15.9 (0.7)
5) 悪性腫瘍	744.7 (8.0)	1,738.1 (22.3)	558.6 (24.6)
6) 呼吸器 (系) 疾患	609.0 (6.5)	1,432.5 (17.6)	182.5 (8.0)
7) 真性糖尿病	156.2 (1.7)	125 (1.5)	76.8 (3.4)
8) その他	1,052.8 (11.3)	897.6 (11.0)	386.9 (17.1)

出所：WHO：Department of Measurement and Health Information, December 2004

一方、中国の 2002 年の総人口は 13 億 231 万人で、そのうちの 913 万人 (7%) が様々な理由で亡くなっている。病気が原因で亡くなる人が 80.9% で、残りの 19.1% が交通事故や自殺などの病気以外で亡くなっている。病気による死因 (00%) を多い順に見ると、心循環器疾患が 36.9%、悪性腫瘍が 21.3%、呼吸器 (系) 疾患が 17.6%、伝染病・寄生虫症が 6.2%、呼吸器感染・気道感染が 3.6%、周産期 (出産前後期) の病態が 3.3% となっている。

インドと中国を病気の死因別で比較して見ると、心循環器疾患はどちらも死因の一番多い病気である。ところが、2 位以下になると、両国で大きく異なる。インドは伝染病・寄生虫症が 2 位で、中国は悪性腫瘍が 2 位となっている。3 位は、インド呼吸器感染・気道感染で、中国は呼吸系疾患となっている。病気の死因別の特徴から言えることは、インドは先進国特有の慢性病疾患と途上国に特有の伝染病が共存しているのが特徴である。一方、中国は明らかに先進国同様の疾患で亡くなっており、急速に先進国に近づいているといえる。

国際糖尿病連合 (International Diabetes Federation) の統計 (表 4) によれば、2007 年の世界人口は約 66 億人で、そのうちの約 2 億 4600 万人が糖尿病を患っている。インドは約 4090 万人で、世界の糖尿病患者のうちの 16.6% を占めており、世界の糖尿病国家である。中国は約 3980 万人で世界の 16.2%、アメリカは約 1920 万人で世界の 7.8% を占めている。この 3 カ国だけで、世界の糖尿病患者の 40% 近くを占めていることになる。2025 年には、世界の人口が約 79 億人に増大し、そのうち約 3 億 8000 万人が糖尿病をなると予測されている。インドは依然世界一で 6990 万人、世界の 18.4% を占め、2 位は中国で 5930 万人、世界の 15.6% を占め、アメリカは 3 位で 2540 万人、世界の 6.7% を占めると予測されている。上位 3 カ国の順位は 2007 年とほとんど変わっていない。しかし、インドだけが糖尿病患者の割合が他の 2 カ国に比べて高くなっている。

表4 糖尿病患者数の各国比較と2025年の予測

2007	Persons (millions)	2025	Persons (millions)
インド	40.9	インド	69.9
中国	39.8	中国	59.3
アメリカ	19.2	アメリカ	25.4
ロシア	9.6	ロシア	17.6
ドイツ	7.4	ドイツ	11.5
日本	7	日本	10.8
パキスタン	6.9	パキスタン	10.3
ブラジル	6.9	ブラジル	8.1
メキシコ	6.1	メキシコ	7.6
エジプト	4.4	エジプト	7.4

出所：International Diabetes Federation, "DIABETES ATLAS 2007"

世界的に糖尿病で亡くなる人は極めて少なく、インド1.7%、中国1.5%、アメリカ3.4%である。問題なのは、糖尿病による合併症である。糖尿病は心循環器疾患（Cardiovascular disease）、腎障害（Nephropathy）、失明（Loss of eyesight）、神経症（Neuropathy）などの合併症を引き起こす原因となるために、治療を怠れば深刻な病気に発展すると言われている。とりわけ、糖尿病および合併症にかかる治療費は患者に大きな負担をかける。世界の糖尿病と糖尿病による合併症の医療費は年間で、約25～35兆円（約2,150～3,750億ドル）だが、年々その医療は増えて、20年後には、約27～48兆円（約2,340～4,110億ドル）を超えると予想される。世界の糖尿病の医療費の80%以上が先進国で占め、50%以上をアメリカが占めている。貧困層では、糖尿病の医療費の負担はより深刻で、インドでは貧しい糖尿病患者は収入の34%をその医療費にあてていると言われている。毎年380万人が糖尿病で亡くなっている。⁽¹⁾ この事実を知れば、糖尿病は富裕層だけが罹る病気ではないことも、また糖尿病は今やエイズに並ぶ、21世紀に早急に取り組むべき全世界的な課題だということがわかる。

3. 各国の医療関連支出の割合とインドの現状

各国の政府あるいは個人（民間）は年間にどのくらい医療関連費を支出しているのだろうか。医療関連支出と各国の福祉政策ないし社会保障政策の間にはどのような関連性があるのだろうか。ここでは、WHOの世界保健機構の統計に基づいて、医療関連支出の各国間比較の観点から、インドの位置づけを探る。しかし、医療関連支出の各国間比較だけでは、その位置づけが見えにくい。そこで、欧米の福祉国家モデルを参考にして、インドの位置づけを考察する。もちろん、これらのモデルを参照することが妥当なのかは議論しなければならない。しかし、分析された一定のモデルを通して見る方が、インドの位置づけがより明確になる場合もある。

比較福祉国家論に代表されるエスピン・アンデルセン（Esping-Andersen）は、欧米の福祉国家政

策ないし社会保障政策など、様々な指標を用いながら福祉国家（社会保障）を①自由主義的（アメリカに典型）、②コーポラティズムまたは保守主義的（ドイツ、フランスなどに典型）、③社会民主主義的（北欧に典型）の3つのモデルに分類している。⁽²⁾ 広井良典は、基本的にエスピン・アンデルセンのモデルを参考にしながら、表5に示すように、3つの類型に分類している。⁽³⁾ 欧米の福祉国家モデルを参考にしながら、このモデルの典型とされる国の医療関連支出を考察してみることにする。

表5

分類	特徴	例	基本となる原理
A. 普遍主義モデル	<ul style="list-style-type: none"> 大きな社会保障給付 全住民対象 財源は税中心 	北欧 イギリス (→Cに接近)	「公助」(公共性)
B. 社会保険モデル	<ul style="list-style-type: none"> 拠出に応じた給付 被雇用者中心 財源は社会保険料中心 	ドイツ フランスなど	「共助」 (相互扶助、共同体)
C. 市場型モデル	<ul style="list-style-type: none"> 最低限の公的介入 民間保険中心 自立自助やボランティア 	アメリカ	「自助」

出所：広井良典・駒村康平編『アジアの社会保障』東京大学出版会，2003，7頁

表6の「総医療費に占める政府支出」と「総医療費に占める民間支出」を欧米モデルを通して比較してみると、表5のA（普遍主義モデル）のデンマーク、スウェーデン、イギリスの「総医療費に占める政府支出」はそれぞれ84.1%、81.7%、87.1%で、平均すると84.3%となる。一方、「総医療費に占める民間支出」は、それぞれ15.9%、18.3%、12.9%で、平均すると15.7%になる。Aモデルは明らかに医療関連支出の面において公的な介入が大きいことがわかる。同様の方法で、B（社会保険モデル）モデルのドイツやフランスを比べると、「総医療費に占める政府支出」はそれぞれ76.9%、79.9%で、平均すると78.4%となる。一方、「総医療費に占める民間支出」は、それぞれ23.1%、20.1%で、平均すると21.6%になる。Aモデルほどではないが、Bモデルもまた医療関連支出において公的な介入が大きいことがわかる。

表6 医療関連支出（2005年）

	対GDP比医療 関連支出	総医療費に占 める政府支出	総医療費に占 める民間支出	政府予算に占め る医療関連支出	国民1人あたり医 療関連支出（\$）
デンマーク	9.1	84.1	15.9	14.4	3064
スウェーデン	9.2	81.7	18.3	13.6	3012
イギリス	8.2	87.1	12.9	16.2	2597
ドイツ	10.7	76.9	23.1	17.6	3250
フランス	11.2	79.9	20.1	16.6	3394
アメリカ	15.2	45.1	54.3	21.8	6350
インド	5.0	19.0	81.0	3.5	100
中国	4.7	38.8	61.2	1.0	315
日本	8.2	82.2	17.8	17.8	2498

出所：World Health Statistics 2008, WHO

最後に、C（市場型モデル）モデルのアメリカの医療関連支出を見てみよう。2005年のアメリカの「総医療費に占める政府支出」は45.1%で、一方「総医療費に占める民間支出」は54.97%である。民間支出が政府支出を上回っており、明らかに「市場」（民間）中心の考え方がうかがえる。しかし、「総医療費に占める政府支出」と「総医療費に占める民間支出」の割合の差を見ると、わずか10%程度に過ぎない。アメリカもまた、自由主義的な市場主義の立場を堅持しながらも、医療費に関してはかなりの公的資金を投入していることがわかる。しかも、表6の「政府予算に占める医療費関連支出」（2005）の割合を見れば、アメリカの21.8%は3つのモデルの国の中で一番割合が高い。もちろん、その内容について詳細に検討しなければならない。

以上のことから、次のような結論が導き出される。「欧米の福祉国家モデルとその国の医療関連支出との間には、一定の相関がある」。同様の方法で、インドの医療関連支出を見てみよう。2005年のインドの「総医療費に占める政府支出」は19.0%で、5年前よりも3.2ポイント減っている。反対に、「総医療費に占める民間支出」は81%であった。インドは民間支出が政府支出を大きく上回っている。また「政府予算に占める医療費関連支出」は3.5%と極めて少なく、5年間でわずか0.1ポイント増にとどまっている。欧米の福祉国家モデルを参考にインドの医療関連支出を見ると、インドの社会保障政策（医療制度）は、アメリカ以上に、民間（個人）に依存した「市場」中心の考え方に立っているように思われる。

欧米の先進国の福祉国家モデルと発展の途上にあるインドとの比較にどれほどの意味があるのか疑う識者もいるかもしれない。確かに、欧米とは歴史も経済発展をめぐる状況や政治的・文化的背景も異なることを考えれば、欧米の福祉国家モデルにおける比較は何の意味も持たないように思われる。しかし、およそ社会保障と呼ばれるシステムは、経済発展に伴う産業構造や就業構造、家族形態の変容や都市化の発展の度合い、ひいては人口構造や疾病構造などの変化に対応する形で整備されていくものであり、各国の政治状況や文化的相違などの相違を超えて、そこに何らかの普遍的なパターンを見出し、一定のグルーピングなどを行うことは一概に無意味なことではない。

4. アジアの社会保障の発展プロセス

アジア諸国における社会保障制度は、経済が発展しているにもかかわらず、欧米諸国に比較して遅れていると言われる。確かに、アジアの社会保障制度は遅れている。韓国で国民皆医療保険制度が整備されたのは1989年、国民皆年金制度が1999年で、台湾では国民皆医療保険制度は1995年、国民皆年金制度は2008年と、つい最近のことである。中国やアセアン4（ASEAN4）では、国民皆年金制度どころか、国民皆医療保険制度さえも完備していない状況である。

こうした背景には、アジアの多くの政府が「開発主義」と呼ばれる体制を志向してきたことが挙げられる。開発主義とは、国家の持つあらゆる資源を、工業化を通じた経済成長に集中的に動因し、国力の強化を図ろうとする考え方である。したがって、社会保障機能もっぱら家族や地域の相互扶助機能に委ねられることになる。経済発展に伴い、都市部の人口が増え、企業で働く労働者が増大する中で、従来のコミュニティの相互扶助機能が衰え、これに代替する制度を社会が必要とするようになった。近年、アジアで社会保障制度への関心が高まっているのは、経済発展に伴う社会構造の変容があるからである。

アジア諸国の社会保障制度は、その国の政治体制、経済構造、社会・文化的要因（旧宗主国の影響、民主化運動）に大きく依存している。もちろん、外部の政治・経済的な要因も無視することはでき

ない。1973年の第1次オイルショック、1979年の東西冷戦の終結、1997年のアジア通貨危機などは、アジア諸国に大きな影響を与えた。つまり、社会保障が整備・拡充される上で、最も重要な要因は経済の発展であるということである。経済が発展するためには、高い労働力人口比率、高い就業率、都市化・産業化の進展が不可欠であるが、同時に民主化などによる政治的安定もまた必要である。

表 7

		GDP (US\$) 2007	合計特殊出生率 (2006)	高齢化率 (2005)	都市化率 (2006)
I	シンガポール	35,162	1.3	8.5	100
	韓国	19,751	1.2	9.4	81
	台湾	16,606	1.4	9.6	—
II	マレーシア	6,947	2.7	4.6	68
	タイ	3,851	1.8	7.1	33
	インドネシア	1,842	2.2	5.5	49
	フィリピン	1,639	3.3	3.9	63
III	ベトナム	846	2.2	5.4	27
	ラオス	684	3.3	3.7	21
	カンボジア	597	3.3	2.9	20
IV	中国	2,461	1.7	7.5	42

出所：IMF；GDP 2007, WHO；World Health Statistics 2008,；高齢化率は国連の人口推計より算出。

アジアの社会保障制度について、経済発展の段階、社会構造の変容を軸に、大きく3つのグループに分類してみた。第Iグループは、すでに高い経済成長を遂げ、少子化が進み、高齢化社会へ移行直前の国家群である。シンガポール、韓国、台湾がこれに相当する。2007年の一人当たりのGDPが平均して1,500ドルを超え、産業構造は、第2次産業から第3次産業へシフトしサービス経済への移行期にある。人口動態面では、2006年の合計特殊出生率が平均して1.2を下回り、2005年の高齢化率（総人口に占める65歳以上の割合）は平均して8.7%まで上昇し、少子高齢化の傾向が顕著である。社会保障制度として国民皆医療保険制度と国民皆年金制度がほぼ整備されており、今後は、急速な高齢化に伴い持続可能な制度へどうシフトするかが課題となっている。

第IIグループは、経済発展の段階がまだ工業化の途上にある国々で、マレーシア、タイ、インドネシア、フィリピンがこれに当たる。2007年の一人当たりのGDPが1000ドル～7000ドルの範囲にある中進国で、産業構造は第2次産業が中心であるが、就業人口ではマレーシアを除き、農業部門が大きな比重を占めている。ただ、近年産業構造も展開されつつある。人口動態面では、2006年の合計特殊出生率は平均して2.5で、2005年の高齢化率は平均して5.2%で、まだ少子高齢化の傾向は顕著ではない。しかし、タイ・インドネシアでは少子高齢化の傾向が見受けられる。社会保障制度は、公務員や軍人、国営企業従業員など公的部門と、民間企業の被雇用者を中心としたもので、就業人口の大半を占める農業従事者や自営業者は対象の外に置かれている。まだ財政基盤が弱いために、社会保障制度の拡充は難しいのが現状である。

第Ⅲグループは、経済発展および工業化自体が初期段階にある国々で、ベトナム、ラオス、カンボジアがこれに相当する。2007年の一人当たりのGDPは平均して700ドルで、1000ドルにも満たない発展途上国で、産業構造は第1次産業が中心で、就業人口も主に農業部門に集中している。人口動態面では、ベトナムを除いて、2006年の合計特殊出生率は平均して3.3で、一方、高齢化率（2005年）は3～4%と低く、発展途上国の典型的な特徴をなしている。社会保障制度の対象は、公務員・軍人や国営企業従業員など公的部門に限定されている。当面は貧困政策が社会保障制度の中心を占めることになるが、今後は工業化や都市化に伴い民間企業従事者も増えることが予想されるために、都市部の民間の被雇用者を対象とした制度の整備が今後の課題となろう。

社会保障制度の役割は、所得の再分配と社会リスクの分散にあると言われる。所得の再分配は支配階級の有無と深くかかわっている。社会的リスクは経済発展の程度によって異なる。社会的リスクは短期リスクと長期リスクに分かることができる。短期リスクは景気変動による所得の減少リスクである。長期リスクは将来の人口高齢化に伴うリスクである。経済成長の高い第Ⅰグループでは、社会保障制度のあり方は異なるが、それぞれ景気変動（短期リスク）や人口高齢化（長期リスク）に対応する社会保障制度を完備している。経済成長の途上にある第Ⅱグループでは、必要な社会保障制度は当面短期リスクに対応するための失業保険であるが、現実ほとんど整備されていない。所得保障と医療保険はまだ不十分であるが、整備の途上にある。また、経済成長の低い第Ⅲグループでは、都市化が進んでおらず、従来からある家族、コミュニティによるインフォーマルな組織が短期的な所得の変動に対応している。これらの国にとって必要な社会保障制度は、失業保険（短期リスク）や所得保障（長期リスク）ではなく、公衆衛生、保健、基礎的医療サービスといった基礎的な社会インフラである。

表8 医療関連支出（2005年）

		対GDP比医療関連支出	総医療費に占める政府支出	総医療費に占める民間支出	政府予算に占める医療関連支出	国民1人あたり医療関連支出(\$)
I	シンガポール	3.5	31.9	68.1	5.6	1140
	韓国	5.9	53.0	47.0	10.9	1263
	台湾	—	—	—	—	—
II	マレーシア	4.2	44.8	55.2	7.0	454
	タイ	3.5	63.9	36.1	11.3	323
	インドネシア	2.1	46.6	53.4	5.1	78
	フィリピン	3.2	36.6	63.4	5.5	199
III	ベトナム	6.0	25.7	74.3	5.1	221
	ラオス	3.6	20.6	79.4	4.1	78
	カンボジア	6.4	24.2	75.8	12.0	167
IV	中国	4.7	38.8	61.2	1.0	315

出所：World Health Statistics 2008, WHO

アジア諸国では、経済発展の度合いや財政基盤の状況に見合った形で、社会保障の制度化が、不十分とはいえ、進められている。とくに、経済発展に伴い家族構造は大きく変貌し、核家族化が一

部の先進国の特徴とは言えなくなった。核家族化が進展すればするほど、一人暮らしや身寄りのない高齢者が増え、さらに伝統的な家族やコミュニティが衰退すればするほど、高齢者保護の問題が解決すべき政府の急務となる。もちろん、高齢者に対する保護（社会保障）をすべて政府が負うのは財政的に難しく、基本的に個人、家族、地域、企業、政府がそれぞれ負担すべきコストである。こうした社会保障（老齢年金）を誰がどうやって負うべきなのであるか。

世界銀行は開発途上国の老齢年金（所得保障）を、長年の経験から表9のように5つの軸に分類している。第0軸の「公的扶助」は、自立的な生活が困難な貧困高齢者に優先的に所得保障を行う必要性から生まれたもので、財源は税を中心とする。第1軸は公的年金制度の「賦課方式」であり、年金の原資は現役世代からの所得移転である。第2軸は、「強制積立方式」であり、加入者が勤労期に拠出・貯蓄し、それに応じた給付を受けるものである。財源となる基金は、企業（雇用主）と労働者（被雇用者）が共同で拠出するのが一般的である。例としては、シンガポールやマレーシアがこれに当たる。この方式は、人口構成の変化の影響は小さいが、物価や賃金の上昇など経済変動の影響を受けやすい。第3軸は、「任意積立方式」である。加入者が勤労期に自らの意思で拠出・貯蓄し、それに応じた給付を受ける。拠出金は債権・株式など価格が変動するリスクを伴う資産で運用されることが多い。第4軸の「家族と地域の支援」は、金銭面だけでなく、さまざまな地域活動を通して高齢者の生活支援を行うものである。

第0軸から第1、第2、第3、第4に向かうにしたがって、政府の役割は縮小し、反対に個人の責任、家族、地域社会の役割が増している。もちろん、各国がこの5つの層のいずれかを選択するというのではなく、各国が環境に合わせて組み合わせることが現実的な選択ではないかと思われる。いずれにせよ、アジア各国において、社会保障制度はもはや先進国に限られた問題ではなく、早急に検討して置くべき重要な課題であることが認識され始めている。

表9 年金制度の分類

軸	対象グループ			主要な基準		
	貧困層	インフォーマルセクター	フォーマルセクター	特徴	加入方法	財源
0	X	X	x	「公的扶助」（基礎年金、社会年金）、最低の生活保障	全員	財源は税中心
1			X	公的年金制度（賦課方式） （給付金、定められた分担金）	強制	分担金（一部金融積立金を含む）
2			X	職業人あるいは個人の年金制度 （全部積立金による給付金あるいは分担金）	強制	金融資産運用
3	x	xX	X	職業人あるいは個人の年金制度 （部分的か全部積立金による給付金か分担金）	任意	金融資産運用
4	x	X	X	インフォーマルな支援（家族）制度に依存 フォーマルな社会計画（健康管理）、 個人的な金融あるいは非金融資産 （住宅所有権）に依存	任意	金融あるいは非金融資産運用

出所：World Bank ; Final Revised Version, January 4, 2005-Old-Age Income Support in the 21st Century : The World Bank's Perspective on Pension Systems and Reform ; www.did-vorsorse.de/downloads/st000202.pdf

注：xとXは対象グループに対する各軸の重要性を示しており、大きいXの方が重要となる。

これまでアジア各国の社会保障の特徴を分析し、それぞれの分類化を試みてきた。こうし分類に照らし合わせると、現在のインドの社会保障はどの分類に当てはまるのであろう。次の章で、インドの位置づけを試みようと思う。

5. インドの社会保障

南アジアに位置するインドは、面積が328平方メートル、人口は約10億7,000万人(2007)を有するアジア最大の民主主義国家である。すなわち、インドは欧州に匹敵する規模の面積と欧州を凌駕する人口を有する大国である。平均人口伸び率は2%で、この傾向がこのまま続くと21世紀半ばには、インドは中国を抜いて世界第一の人口大国に躍り出る。2007年のインド1人当たりのGDPは978ドルで、アジアの中では第11位と決して高くない位置につけているが、経済成長は著しく、上位に位置づけるのは時間の問題だと思われる。

インドの社会保障制度は、全国民をカバーする国民皆保険制度のような医療保険は存在せず、国民の多くが民間医療サービスに依存している。ただし、公務員の一部は政府病院において無料で医療を受けることができる。しかし、多くの労働者は、医療費の援助を受けられない。また、年金制度も大企業の被用者や公務員、軍人だけがカバーされているに過ぎない。

インドの総人口は約10億7,000万人のうち3億3,000万人が労働人口とされており、そのうちの92%にあたる約3億360万が、いわゆるインフォーマル・セクターで働いている。しかも、そのほとんどが農業部門に従事し、彼らは年金、プロビデントファンド、ボーナス、医療サービスといったものがほとんど提供されていない。⁽⁴⁾

インドの年金制度は、公的部門と民間部門に大きく2つに分かれている。しかし、その両部門を合わせても、労働者人口の10%程度しかカバーしていないと言われている。公的部門は、中央政府と州政府の被用者と軍人を対象にした「給付金本位」の年金制度であったが、政府機関の新規採用職員は2004年1月から、新しい「拠出金本位」の年金(NPS)に切り替えられた。

民間部門の年金制度は、雇用者と被用者の双方からの拠出で成り立っている。具体的には、被用者年金制度(Employee's Pension Scheme, EPS)と被用者積立年金(Employee's Provident Fund, EPF)である。EPSは1995年に諸年金制度を統合する形で導入された、国が管理する唯一の年金制度である。対象者は20名以上を正規職員とする企業の被用者で、基本月給が6,500ルピー以下の者は強制加入で、それ以下の者は任意加入とする制度で、低賃金の労働者の定年後の収入を保証することを目的としている。掛け金は総給与の8.33%で、雇用主のみが支払う。定年後、積立金に応じて月々一定額が支払われる。

EPFは1952年に導入され、国が管理する退職金積立基金である。対象者はEPSと同じで、被用者も総給与の12%を支払う。雇用主は12%からEPSを差し引いた額に、諸手数料1~1.5%を上乗せして支払う。これとは別に、政府からも1.16%が積み立てられる。積立金に利子(現在8.5%)が加算された額が、退職後(55歳~)の一時金として被用者に払い戻される。EPSとEPFは翌月15日までに、一括して積立機構(EPFO)に支払われる。

2008年11月1日より、インドで働く外国人従業員に対し、EPSとEPFへの加入が義務付けられた。20名以上を雇用している全ての組織(支店、駐在事務所なども含まれる)、あるいは20名未満でもEPFに任意加入している組織に対して適用される。基本月給約6,500ルピー以上のインド人労働者の加入は任意だが、外国人の場合は6,500ルピー以上でも強制加入が義務付けられる。ただし、

母国とインドが互恵の社会保障協定を締結している場合（現在、ベルギー、フランス、ドイツ）は適用外となる。⁽⁵⁾

6. インドの位置づけ

アジアの社会保障制度については、すでに経済発展の段階と社会構造の変容を軸に大きく3つに分類してきた。しかし、インドは中国同様「超大国」として、この3つの分類に収まらない、第IVグループ（国家群）に置いた。もしこの3つのグループに分類する基準でインドを位置づけるとすれば、どのグループに入るのであろうか。それとも新しいグループを形成すべきであろうか。

インドの社会保障の問題点

(1) 医療保険制度について

インドでは、貧困家庭が質の高い医療サービスを利用しにくい大きな保健問題が存在している。インドは広大で多様な国土を持つために、農村・遠隔地に公立医療施設が未だに不足している。公立の医療施設があっても、医師や看護師の欠員や無断欠席でサービスをいつ受けられるか予測できず、しかも無料薬の在庫切れ、長い待ち時間、ぞんざいな接見態度、賄賂の横行などの問題もある。貧困家庭の医療保険を持たないので、多大な出費を要する私立病院は最終手段である。このため、貧困家庭を中心に医学知識を持たない無免許医や無免許薬局を利用する傾向がある。データによる検証でも、貧困層の利用は質が低いとされる公立病院が主で、利用日数も富裕層より少ない。⁽⁶⁾

公的医療サービスの質が低いのは、職員に適切な職務環境とインセンティブを政府が供与できていないためである。よって、施設を拡充しつつ、成果を人事評価に反映させる必要がある。同時に、病院経営の独立性を確保し、市町村自治体に監視を委ねる必要がある。公立だけでなく、私立病院を利用しやすくするために、国民皆保険制度やマイクロインシュアランスなどを通じた医療保険も整備すべきである。

(2) 民間保険の成長

インドの保険最大大手ユニテッド・インディアン保険（United India Insurance Co.）とインド商工会議所連合（The Associated Chambers of Commerce and Industry of India : ASSOCHAM）が行った共同調査によると、インドの保険料総額は今後5年間で20%の成長を続け、2015年までに1兆ルピー（約1兆8000億円）の大きさに達するという。調査によると、インドで、民間保険に対する関心が高まっているのは、全国民をカバーする医療保険が無く、国民は民間保険に頼らざるをえないからである。つまり、リスクを回避したい人にとって、予測不可能な巨額な医療費負担から自分を守る方法がないためである。⁽⁷⁾しかし、インドにおいて民間保険に依存する制度を導入するには、いくつかの問題点がある。

- ① インドでは、保険料を支払う能力を持たない人々が多い。これは単に貧困ライン以下の人々だけを指しているのではなく、社会人として職に就いたばかりの若者にとっても支払い能力を超えた保険料を支払うことはできない。このように保険料を支払うことのできない人口規模はかなり多い。
- ② 保険料によるカバレッジの対象となりにくい人口も多い。保険でカバーする範囲をどこまで定めるかは保険会社の判断によるが、企業行動としてリスクを最小化しようとするために、本当に必要とする人々（高齢者、糖尿病患者）は、たとえ保険料を支払う能力があったとしても

保険対象から外れてしまう事態に陥る。

- ③ 保険に加入しても、保険適用対象外の項目が多かったり、保険料が毎年上がったりする場合があります。
- ④ より多くの人々に保険加入を勧めるために、政府はしばしば企業の被用者を対象として医療保険への加入を義務付けるような法整備を行う場合がある。この場合、企業は適用対象を正規被用者に限定し、非正規労働者には適用しないという対応を取ることが予測される。

以上の点から民間保険では、多くの人々は依然として保険適用対象外に置かれ、最も必要とする人々に医療サービスが提供されない恐れがある。インドにおける研究成果では、家族が貧困ライン以下の状況に陥る要因として、医療費が最も致命的であることがわかっている。インドの家計の貯蓄の60%近くが医療関連の支出に使われていると言われている。この事実から考えると、政府は税収に基づく国民皆保険制度の実現に真剣に取り組むべき時期に来ているのではないか。

7. 社会保障制度の今後

インドの社会保障制度は、全国民をカバーする国民皆保険制度のような医療保険は存在せず、公務員の一部を除いて、国民の多くが民間医療サービスに依存している。また、年金制度も大企業の被用者や公務員、軍人しかカバーされていない。とくに、医療保険の改革は国民の生命にかかわる問題だけに急務といえる。現在、2つの州、タミル・ナドゥ州 (Tamil Nadu) とケーララ州 (Kerala) で、国民皆保険に向けた取り組みが始まっている。

「タミル・ナドゥ政府は貧困者や低所得者層が政府病院あるいは私立病院で最高の治療を受けることができる保険制度を開始する」とバルナラ知事は語った。もしそうならば、1千万の世帯がその利益に与ることになる。さらに、知事は「貧困者が病気に罹った場合、とくに悪性腫瘍、心臓病、腎臓損傷、脳や脊髄障害、生命にかかわる事故の場合、私立病院で治療費を払うことは不可能である」と述べた。新しい保険制度の導入により、貧困者は深刻な病気や慢性病の治療を私立病院だけでなく、政府病院でも受けることが可能になる。1ラク (lakh, 10ルピー) まで無料で治療が受けられるために貧困な家族にそれぞれ保険がかけられている。

ケーララ州のCPI-M-led LDF政府は30日、貧困層に医療制度を提供するプログラム (“Kerala Social Security Mission”) を開始した。このプログラムには、小児がん患者の無料の治療も含まれる。シュリーマティー厚相は、記者会見で、「われわれの事業計画の主な目的は極貧層の老人・子供・女性・がん患者などに医療制度を提供することだ。6億5000万ルピーのうち、1億5000万ルピーは小児がん患者の治療のために使われ、治療は公立病院で無料提供される。退院はしたものの、行く場所のない人の社会復帰を支援する制度を設ける計画もある。入院患者の付添にも1日2ルピーの昼食を提供する」と説明した。グルドサーン労働相は「インド政府支援の下、総合的な医療保険制度が10月2日から開始される。新制度のスローガンは『全ての人に健康を (Health of All)』だ。国家健康保険計画 (The Rashtriya Swasthya Beema Yojama) の下の制度は、貧困ライン以下の層には無料で医療保険を適用される唯一の制度である。それ以外の人々も、年間保険料と登録料を支払えば、新制度に加入できる」と語った。⁽⁸⁾

確かに、こうした新しい医療保険制度の導入は、生命にかかわる病気を持つ貧困層にとって大きな救いとなる。しかし、慢性病や伝染病の多くは、食生活習慣の改善や普段の健康管理によって防

げるものも少なくない。例えば、死因の最も多い心臓病は糖尿病による合併症に起因する 경우가少なくない。現在、インドの糖尿病患者は4000万人近くおり、世界の糖尿病国家であることはすでに指摘した。糖尿病の原因は過度の糖やカロリーの摂取によるが、多くが生活習慣病によるものである。また、死因の中で心臓病について多いのが伝染病で、これは明らかに公衆衛生の問題である。清潔な環境、安全な飲料水、バランスの取れた食事、休養や体操のための施設といったものが整備されれば、生活習慣による病気や伝染病は急速に減るはずである。インドは糖尿病という現代世界が抱える課題と同時に、国民の健康を守るという医療制度をどう構築するかという2つの課題に今直面している。ケーララ州のような国民皆保険の動きはあくまでも貧困層や低所得者を対象としており、厳密には全州民を対象とするものではない。これはアメリカのメディケイド (medicaid) に近いものといえる。アメリカの場合、公的医療保険として、貧困者・障害者向けのメディケイドと高齢者向けのメディケア (medicare) がある。つまり、インドはアメリカ型の医療保険 (メディケイド) の道を模索しているようにも見える。しかし、アメリカもオバマ政権になってから国民皆保険の道を選択しようとしている。インドもまたアジアの国々が培うてきた医療制度を研究し、インドに最も適した医療制度を構築することが急務なのではないか。

注

- (1) 糖尿病ネットワーク 2006, 9. 13 ; 2008, 2. 18, www.dm-net.co.jp
- (2) G.Esping-Anderson, “The Three Worlds of Welfare Capitalism, Polity Press,1990.
- (3) 広井は『アジアの社会保障制度』（東京大学出版会、2008）の中で、アジアの社会保障について、暫定的に4つのグループに大別している。①第1グループは、経済発展の度合いが日本を含む先進諸国に匹敵するかそれに準ずるレベルに達し、社会保障の面においても普遍的な給付 (universal coverage) ないしそれに近い制度が整備されつつあると同時に、とくに近年では人口の高齢化への対応や制度の効率化といった新たな課題に直面している国家群を指す。例としてはシンガポール、台湾、韓国。②第2グループは、産業化の途上にあり、被雇用者（サラリーマン、公務員）グループについては、一定の社会保障制度が整備される半面、なお人口の相当部分を占める農業従事者や自営業者などのインフォーマル・セクターについては、その大半について制度が未普及にとどまり、いわば「被保険前夜」とも呼ぶべきかそれに近い状況にある国家群を指す。例としてはマレーシア、タイ、フィリピン、インドネシア。③第3グループは、産業化の初期段階にあり、社会保障制度は主として一部の公務員・軍人などを対象とするものに限られ、医療保険の面では感染症に対する公衆衛生施策がなお中心を占めるような国家群を指す。例としてはベトナム、ラオス、カンボジア、ミャンマー。④第4グループは、いわば「超大国」として以上の3つの分類に収まらない国家群を指す。例としては中国、インド。
- (4) インドの労働事情 2008, 5. 21, 講演録, <http://www.jilaf.or.jp/rodojijyo/India.html>.
- (5) 通達
 - ① Ministry of Labour and Employment GSR705(E) & 706(E) (1st Oct. ‘08) <http://epfindid.nic.in/Circulars/notification-schemes.pdf>.
 - ② Ministry of Labour and Employment GSR688(E), 689(E), & 690(E) (26 Sept. ‘08) <http://epfindid.nic.in/Circulars/GN68890.pdf>.その他：詳細はインド積立基金機構 (EPFO) の以下ウェブサイトでも参照可能。 <http://epfindid.nic.in/>

- (6) Tarun Khnna, “Billions entrepreneurs” , Harvard University Press,2007 ; H.Narayanan, “Indian Insurance,” JAICO Publishing House, 2008 ; THE TIME OF INDIA, NEW DELHI, May 23, 2008.
- (7) Voice of India, Feb.10,2009.
- (8) THE HINDU Oct. 04, 2008. 伊藤成朗『インド』井伊雅子編『アジアの医療保障制度』東京大学出版会, 2009, 117-160 頁