

第 5 章

インドの高齢者と生活保障システム

政府の取り組みと公的年金を中心に

太田 仁志

要約：

本稿では、インドにおける高齢者研究、高齢化の状況、そして政府の取り組みとして、高齢者政策と公的年金を中心に取上げた。インドの高齢化の特徴として、(1) 高齢者の大多数が農村部に居住、(2) 高齢者人口の女性化、(3) 80 歳以上の高齢者の増加、そして (4) 貧困線以下の高齢者が多い、といった点を指摘できる。インド政府が高齢者対策に本格的に力を入れはじめたのはこの 3～4 年、せいぜい 5 年のことである。年金については、これまでさまざまな制度の導入が試みられているが、カバーされるのは 1 割程度に過ぎない。また貧困層にない人びとに関する取り組みと、貧困層への取り組みとの間にはある種の断絶をみることができる。インドの高齢者の生活状況や生活保障システムの検討には男女間の違いや健康状態についての視点が重要で、またそれらは社会制度や文化などの諸要因の影響を受けるものであり、分析には動態的な視点が必要となる。

キーワード：

インド、高齢者、貧困層、高齢者政策、年金

はじめに

先進諸国に比較すれば、今日においてもインドは依然としてきれいなピラミッド型の人口構成を維持している。しかしインドでもゆっくりとした速さではあるものの、高齢化は着実に進んでおり、11 億人以上という人口規模のゆえに、本格的な高齢化社会を迎える前の現段階においても、高齢化はないがしろにすることのできない重要な問題である。インド政府が高齢者政策に力を入れはじめたのは近年になってからであるが、それはインドでは高齢者の生活保障は、伝統的には家庭やコミュニティの問題として捉えられていたこと、

また、平均寿命が必ずしも長くなかったため注目されることもなかったといったことが背景にあった。今日、インドの高齢化はどのような状況にあり、また政府はどのような対策を講じているのであろうか。以下では、第 1 節においてインドの高齢者に関する先行研究を概観する。第 2 節では高齢化の状況を統計資料を用いて明らかにし、続く第 3 節では、政府の高齢者政策と、公的年金制度についてまとめる。

第 1 節 インドでの高齢者に関する研究

日本からはアクセスに制約があるが、高齢者に関するインドでの研究は、他の領域とたがわずそれなりの蓄積がある。Ramamurti [2003]によると一般にインドでの高齢者研究はここ数十年程度の歴史で、本論考の脱稿時現在、査読誌で 1000 以上の論文が発表されているという。この数が多いのか少ないのか判断は難しいが、インドの高齢問題に焦点を当てる専門誌・学術誌は多くないという指摘もある (Prakash [2001])。いずれにしても、1990 年代～2004 年に発表されたインドの高齢者研究約 350 本の論考等のサマリー (Prakash [2001; 2004]) をみれば、インドでは多様な関心のもとで高齢者研究が行われていることだけは間違いないだろう。¹

インドでは高齢者に関する研究は、医学や生物学の領域よりも、心理学や社会学、ソーシャル・ワーク、人類学など、社会科学系の領域のほうが多いという。後者について個別の研究領域・イシューとしては、高齢者の適応の問題、退職・引退、生活満足や生活の質、家族の中の高齢者の位置づけ、ケアの給付、社会的援助、態度、世代間交流などは、これまでの研究で十分または適度にカバーされている。余暇活用の役割、技術・社会的変化と家族、下位文化におけるケア、人口動態の変化の影響、寡婦問題についても同様である。しかし高齢者に関する次の論点については、今後研究を進めていく必要があると指摘されている (Ramamurti [2003: 36-37])。

- ・ 経済的状況 ・ 心理社会的、経済的、その他のニーズ
- ・ 健康問題 ・ 障害 ・ メンタル・ヘルス、フラストレーション、忍耐力
- ・ 住居ニーズや生活環境 ・ 長寿化に関連する諸変数
- ・ 資源としての高齢者および人的資源開発 ・ 認知・記憶 (力)
- ・ 高齢者の虐待 ・ 家族の絆、孤独 ・ 個性
- ・ 人生の意味や価値 ・ 動機付け ・ 安楽死

論者が明示的にその立場を表明するか否かに関わらず、² インドでも批判的社会老年学が重視する視点の意義は認識されている。たとえば Ramamurti [2003: 38]はとくに先行研究を引用するでもなく、高齢期の状況がそれまでのライフコースに根を持つことを指摘し、

高齢者に関わる事象をよりよく理解しまた効果的に働きかけるためには、それがどのように生起し、時間とともにどのように変化し、そして現状のようになったのかを知る必要があると注意を促している。また、高齢者の健康状態について議論する際には累積的優位・劣位論の視点が暗黙のうちに視野に入っているし（たとえば Kumar [2003]）、高齢障害者についての理解を深めるのにも長期的な視点が必要である（Prakash [2003]）。Joshi ed. [2006] に所収されるいくつかの論考では、高齢化における社会システムの構造を議論の視野に入れている。Shankardass [2004]は Walker [1981]などを引用しながら、アプローチとしての高齢化の政治経済学を紹介している。独自の哲学の発祥の地でありまた多宗教国家であるインドでは、それらの思想・教義との関連で高齢化を議論し、今日の含意を探るような研究もある（Chatterjee et al. ed. [2008]）。

ところで、インドでは世帯や労働者の経済社会状況を把握すべく、全国標本調査（National Sample Survey、NSS）が毎年異なるテーマで実施されている。1986/87 年、1995/96 年、2004 年の NSS では高齢者の経済社会状況に関して尋ねており、有料で公開されている個票データを利用した高齢者の生活状況に関する研究も出はじめている（たとえば Rajan and Mathew [2008]）。³ 本稿でも次節で直近 2004 年の NSS の集計結果を用いているが、NSS データを用いれば高齢者の所得や健康状態、また他者への依存状況などの関係を検討することができる。Moneer [2006]はその 1995/96 年の NSS データ、そして独自にデリー市で実施した標本調査より、高齢者の経済社会状況と健康状態等との関係を中心に分析し、次の諸点を見出した。高齢者の大多数が食事や入浴、着がえ、歩行、起立、階段の上り下りなどの身体的能力および視聴覚の減退に悩みを感じている。その結果、日常生活において何らかの助力に頼らざるを得ない状況にあった。このような非力化の問題はとくに低所得者層で顕著で、また女性については、子からのサポートがより少ないためいっそうの困難に直面している。また、機能障害と依存状況の程度に影響を与えるものとして、所得水準、性別、高齢期の健康に影響を与えるような若年期の健康状態、そして常習的な生活習慣を挙げている。

高齢者の健康状態と経済状況との関係は、Raju [2002]もムンバイで実施した標本調査を用いて検討している。それによると、教育水準や経済的状況、年齢、既婚か否か、生活状況に関する認識、常習的習慣の有無、無為感や不安・心配感の大きさなどといった要因が高齢者の健康状態の差に関連している。またこれらは男女間でも違いがある。

Moneer [2006]や Raju [2002]などの研究を批判的社会老年学のそれと捉えるかどうかは別として、インドにおける高齢者の生活状況や生活保障システムの検討には、両者が明らかにしているように男女間の違いに注目することは不可欠であろう。これには社会制度や慣習、文化的要因が影響を与えている。また、高齢者の生活状況に影響を与える健康状態を視点として取り入れることも重要である。健康状態を含め、高齢期の生活状況はそれまでの積み重ねに大きく依存するものであり、個人のライフコースを分析の視野に入れ、

またライフコースに影響を与える社会的要因を明らかにするような動態的な視点が必要となろう。

第2節 高齢化の状況

インドでは60歳以上が高齢者と定義される。インドで高齢者政策を主管する社会正義・エンパワメント省によると、インドにおける高齢化の特徴として、(1)高齢者の大多数が農村部に居住、(2)高齢者人口の女性化(feminization)、(3)80歳以上の高齢者(older-old persons)の増加、そして(4)貧困線以下の高齢者が多い(30%)と指摘する。⁴ただし(4)の貧困高齢者については、8000万人の高齢者のうち5100万人は貧困線以下という指摘もあり(*Hindu Business Line*, October 2, 2007)。主管省庁ですらも十分に把握できていない(あるいは正確な数値の公開を控えている)。なお、今日のインドでは、60歳の平均余命は15年以上である(Government of India [2007a: 27])。

表1は60歳以上の人口構成比を、10年に1度実施される国勢調査および2004年に実施された全国標本調査(NSS)より農村部と都市部に分けてまとめている。⁵60歳以上の人口構成比は1981年には男女計で農村部が6.8%、都市部が5.4%であったのに対し、2001年には順に7.7%、6.7%と、いずれも20年間でその構成比が高くなっている。ただし構成比上昇の趨勢は農村部よりも都市部でのほうが若干速く、男女別では女子の高齢者比率の上昇のほうが男子よりも速い。上昇のスピードとしては都市部女子、農村部女子、都市部男子、そして農村部男子の順となっている。

表1 60歳以上人口の構成比

	農村部			都市部		
	男子	女子	全体	男子	女子	全体
1981年国勢調査	6.8%	6.8%	6.8%	5.1%	5.8%	5.4%
1991年国勢調査	7.8%	7.4%	7.6%	6.2%	6.6%	6.3%
2001年国勢調査	7.4%	8.1%	7.7%	6.2%	7.2%	6.7%
2004年NSS	7.0%	7.1%	7.0%	6.2%	7.1%	6.6%

出所) Government of India [2006b]

注) NSSは全国標本調査で、2004年NSSの報告書がGovernment of India (2006b)である。

15～59歳の人口に対する、60歳以上の高齢者の比率である高齢者従属人口指数(表2)からも、同様にこの20年間で高齢化が進んでいることが確認できる。同指数は都市部よりも農村部での上昇のほうが速い。この背景にあるのはこの間の農村から都市への(労働)移動・移住(マイグレーション)の進展で、都市へのマイグレーションは農村部における高齢化(の問題)をいっそう顕在化させている。

表2 高齢者従属人口指数
(60歳以上高齢者 ÷ 15～59歳人口)

	農村部	都市部	全国
1981年国勢調査	9.4%	7.1%	8.9%
1991年国勢調査	12.3%	9.6%	11.8%
2001年国勢調査	14.1%	10.7%	13.1%
2004年NSS	12.5%	10.3%	11.9%

出所) 表1と同じ。

注) 表1と同じ。

表3 60歳以上人口の性比
(男子1000人に対する女子の人数)

	農村部	都市部	全国
1981年国勢調査	954人	986人	960人
1991年国勢調査	922人	960人	930人
2001年国勢調査	1026人	1038人	1029人
2004年NSS	985人	1046人	999人

出所) 表1と同じ。

注) 表1と同じ。

また表3より、都市部では農村部よりも60歳以上の女性比率が大きいことがわかる。高齢者性比は国勢調査では2001年には都市部・農村部ともに1991年から逆転して男性よりも女性のほうが高くなっている。2001年のインド全人口の性比は男性1000人に対して女性933人であったので、高齢者の女性比率の拡大をあらためて確認することができる。

表4と表5は60歳以上人口の将来の推計をまとめたものである。男女ともに2001年から2026年の25年間で5000万人の増加が予測され(男女計で1億人以上の増加)、また2001年に総人口の6.9%を占める60歳以上人口比は2026年には12.4%に上昇する。

表4 60歳以上人口の将来予測 (100万人)

	男子	女子	全人口
2001年	34.94	35.75	70.69
2006年	40.75	42.83	83.58
2011年	48.14	50.33	98.47
2016年	58.11	59.99	118.1
2021年	70.60	72.65	143.24
2026年	84.62	88.56	173.18

表5 60歳以上人口構成比の将来予測

	男子	女子	全人口
2001年	6.6%	7.1%	6.9%
2006年	7.1%	8.0%	7.5%
2011年	7.7%	8.7%	8.3%
2016年	8.7%	9.8%	9.3%
2021年	10.2%	11.3%	10.7%
2026年	11.8%	13.1%	12.4%

出所) 社会正義・エンパワメント省ホームページより(<http://socialjustice.nic.in/faqs2.html#q1>、2009年2月27日アクセス)。元の数値の出所はOffice of the Registrar General of India。

高齢者の就労について、年齢階層別人口を分母として算出した労働力率の推移をみると次のようになっている。60歳以上人口の労働力率は、都市部では、男子が1987/88年に48.2%であったのが2004/05年には36.6%に、女子は同12.3%から10.0%に、また農村では、男子が同67.0%から64.5%に、女子は22.0%から25.4%になっている(IAMR [1999: 148-149]; Government of India [2006a])。高齢者の労働力率は都市部よりも農村部で、また女子よりも男子でのほうが高い。とりわけ都市部での60歳以上男子の労働力率の低下が目立つが、これは都市部における男子の雇用の進展と人事管理としての定年退職制度の存在が背景にある。このほか、都市部では農村部よりも自営(農業も含む)より雇用による就業が相対的に多く、都市部での高齢者の就業機会は農村部よりも限定的であるのも要因である。また自営業者がたんに引退・退職を選ばないということにもよるが、引退を老後の備えにある程度のめどが立っていることによる行為と解釈すれば、世帯間および生涯所得間の都市・農村格差の現われとみることもできる(太田[2006: 134-136])。

表 6 より高齢者の経済依存状況についてみてみよう。地域別では依存度にほとんど違いは認められないが、男女別では、女性が男性よりもはるかに依存度が高いことがわかる。依存状況にある高齢者を誰が支えるかをみたのが表 7 であるが、都市・農村ともに自分の子供への依存が 4 分の 3 を占め、ついで配偶者の順となっている。ただし男女別に見ると、配偶者への依存は女子のほうが比率が高い。

表6 高齢者の経済的依存状況

農村部

	依存していない	部分的に依存	完全に依存	無回答	計	N
男子	51.3%	15.2%	32.0%	1.5%	100.0%	11,528
女子	13.9%	12.4%	72.0%	1.7%	100.0%	10,737
全体	32.7%	13.8%	51.9%	1.6%	100.0%	22,265

都市部

	依存していない	部分的に依存	完全に依存	無回答	計	N
男子	55.5%	13.4%	30.1%	1.0%	100.0%	6,222
女子	17.0%	9.5%	72.1%	1.4%	100.0%	6,344
全体	35.9%	11.4%	51.6%	1.1%	100.0%	12,566

出所) 表1に同じ。

表7 依存状況にある高齢者を支える人

農村部

	配偶者	自分の子供	孫	その他	計	N
男子	7.0%	85.0%	2.2%	5.7%	100.0%	5,472
女子	15.9%	74.6%	3.1%	6.3%	100.0%	9,110
全体	12.7%	78.4%	2.8%	6.1%	100.0%	14,582

都市部

	配偶者	自分の子供	孫	その他	計	N
男子	6.0%	86.5%	1.8%	5.7%	100.0%	2,637
女子	19.2%	71.0%	3.0%	6.8%	100.0%	5,210
全体	14.8%	76.2%	2.6%	6.4%	100.0%	7,847

出所) 表1に同じ。

表 8 は高齢者の居住状況についてみたものである。農村・都市ともにもっとも多いのが配偶者との居住であるが、男女で大きな違いがある。男子については配偶者およびその他家族との居住がもっとも多いのに対して、女子については子供との居住がほぼ半分に上る。この男女の違いはインドの次のような高齢者に関する社会的な状況が背景にある。すなわち、第 1 に、インドでの男女の平均的な結婚年齢は男子のほうが女子よりも高いこと、また平均寿命は女子のほうが長いこともあり、夫婦でも女子のほうが長生きをすること、第 2 に、離別（死別・離婚）ののち、男子とは異なり女子は再婚を控える社会的な風潮・規範があること、である。このようなこともあって 1 人での居住やその他親戚または他人との居住も、若干ながら女子のほうが高くなっている。

表8 居住状況

		1人で 居住	配偶者と居住			子供と 居住	その他親 戚または 他人と居 住	不明	全体
			(a) 配偶 者のみ	(b) 配偶者 およびその 他家族	(a)+(b) 配偶者と 居住 計				
農村部	男子	2.8%	16.2%	59.7%	75.9%	16.8%	2.7%	1.8%	100.0%
	女子	7.6%	8.7%	28.4%	37.1%	47.5%	5.6%	2.2%	100.0%
	全体	5.3%	12.5%	44.2%	56.7%	32.0%	4.2%	1.8%	100.0%
都市部	男子	2.1%	13.3%	64.9%	78.2%	15.4%	2.9%	1.4%	100.0%
	女子	6.5%	7.5%	29.4%	36.9%	48.2%	6.7%	1.7%	100.0%
	全体	4.3%	10.4%	46.8%	57.2%	32.2%	4.9%	1.4%	100.0%

出所) 表1に同じ。

最後に、貧困高齢者に関する指標として、健康状態をみよう。表9は貧困層と非貧困層別に疾病状況と現在の健康状態の認識をまとめている。⁶ 同表では月額支出額 (pcme) が農村部で 380 ルピー、都市部で 525 ルピーを基準に二分したが、これは月額支出額による 2004/05 年の貧困線が農村部 356.30 ルピー、都市部 538.60 ルピー (Government of India [2007b]) であったからである。したがってそれ以下の基準がおおむね貧困層であると考えることができる。本回答は主観であり解釈には注意が必要となるが、注目されるのは、現在の健康状態が悪いと答える比率は貧困層のほうが高い点であろう。

表9 1人当たり月額支出額 (pcme) および健康状態別にみた、高齢者の健康状態に関する認識

農村部 男子											
pcme	疾病 率	病気を患っている。現在の健康状態は...					健康。現在の健康状態は...				
		非常によい	よい・まあまあ	悪い	無回答	計	非常によい	よい・まあまあ	悪い	無回答	計
~ Rs. 380	23.2%	0.3%	52.0%	45.4%	2.4%	100.0%	6.1%	69.9%	17.4%	6.6%	100.0%
Rs. 380 ~	31.9%	2.4%	58.6%	37.3%	1.7%	100.0%	8.5%	74.7%	12.2%	4.6%	100.0%
農村部 女子											
pcme	疾病 率	病気を患っている。現在の健康状態は...					健康。現在の健康状態は...				
		非常によい	よい・まあまあ	悪い	無回答	計	非常によい	よい・まあまあ	悪い	無回答	計
~ Rs. 380	24.1%	1.9%	43.3%	52.1%	2.7%	100.0%	2.5%	71.7%	19.6%	6.3%	100.0%
Rs. 380 ~	30.8%	1.4%	51.4%	44.6%	2.6%	100.0%	4.1%	73.1%	17.7%	5.1%	100.0%
都市部 男子											
pcme	疾病 率	病気を患っている。現在の健康状態は...					健康。現在の健康状態は...				
		非常によい	よい・まあまあ	悪い	無回答	計	非常によい	よい・まあまあ	悪い	無回答	計
~ Rs. 525	30.7%	1.5%	55.2%	41.7%	1.6%	100.0%	8.2%	75.1%	12.9%	3.9%	100.0%
Rs. 525 ~	40.1%	4.3%	69.9%	25.1%	0.7%	100.0%	14.5%	74.2%	8.1%	3.3%	100.0%
都市部 女子											
pcme	疾病 率	病気を患っている。現在の健康状態は...					健康。現在の健康状態は...				
		非常によい	よい・まあまあ	悪い	無回答	計	非常によい	よい・まあまあ	悪い	無回答	計
~ Rs. 525	33.9%	1.4%	55.7%	41.2%	1.7%	100.0%	5.4%	74.4%	16.0%	4.3%	100.0%
Rs. 525 ~	45.6%	2.3%	66.1%	30.3%	1.3%	100.0%	9.1%	76.7%	11.7%	2.6%	100.0%

出所) Government of India [2006b: A336-A354]をもとに、筆者算出。

以上、統計を用いて検討したインドの高齢化状況に関する論点はいくつかあるが、前節でも触れたように、とりわけインドにおける高齢者 (問題) の女性化と、高齢女子の経済面の相対的な脆弱性の一側面が浮き彫りになった点は重要であろう。

第3節 高齢者への生活保障システム

社会保障の領域は、インドでは中央および州政府の共通管轄事項として州が（一定範囲内で）独自の取り組みを行うことが可能である。結果として州ごとに取り組みに差が生ずることになる。社会保障に関するケーララ州での取り組みが他州よりも相対的に充実しているのはその一例である。他方で、インドでは皆年金も皆保険も実現できておらず、その見通しすらない。

このような状況にあるインドの高齢者への生活保障システムは、次のような構図として描くことができるだろう。年金にしても医療や保険、またケアサービスや高齢者施設にしても、国が取り組んでいるものがある。しかしそれがおよぶ範囲はきわめて限定的で、（医療を別として）おそらくは人口のせいぜい1～2割程度をカバーしているに過ぎない。国の取り組みを補完（あるいは代替）するように、準公共的な制度（たとえば職域共済など）や慈善団体・NGO・NPO等の活動がある。慈善団体等の活動は必ずしも貧困層を対象にしたものだけではなく、富裕層を対象とするものもあるが、しかしそれらの組織による活動も、すべての国民をカバーするには到底およばない。また先進国におけるように、企業の営利活動も高齢者の生活保障システムの一翼を担う。これは民間企業だけでなく、公企業も年金や医療保険などでさまざまなスキームを提供している。しかしそれらのスキームの購入には一定の所得が必要という点で、これらも限定的である。残された部分は家族、あるいはコミュニティが担うか、自己責任である（自己責任は「生活保障システム」とは考えづらい）。コミュニティでどの程度高齢者の支援が行われているのかを示す統計はないが、それらの中でもっとも比重が大きいのは家族によるサポートであろう。

こうして、インドの高齢者の生活保障システムすべてを網羅的に扱うことはできないし、一様に扱うこともできない。もとより共通の制度の下での皆年金や皆保険の実現が目指されていたわけでもないので、できるところから取り組むという形で、国の取り組み自体にも多様なものがある。紙幅の制約もあり、本節では中央政府の取り組みについて、その高齢者政策と公的年金を中心にまとめる。⁷

1. 政府のスタンスと高齢者政策

インドでは憲法で国家政策の指導原則を定めており、第41条で「国はその経済力および経済発展の段階に応じて、労働および教育の権利ならびに失業、老齢、疾病、身体障害またはその他の不当な困窮状態にあるものの公的扶助に対する権利を保障するのに有効な規定を設けなければならない」としている。高齢者への公的扶助は国の義務であるが、政府が高齢者に関する取り組みに力を入れはじめたのは、ここ3～4年、せいぜい5年くらいのことというのがインドの実務家・専門家の共通の認識である。また、年金・退職準備基金は1950～60年代に法律が制定されるようになるが、少なくとも70年代あたりまでは、

国は高齢者を年金や国が提供する住居の受益者と位置づけ、資源としてや自らの開発と福祉プランニングへの積極的参加者とはみなしていなかった（Sujaya [2000]）。

インド政府が高齢者政策に力を入れはじめたのは近年になってからであるが、それは第1に、インドでは高齢者の生活保障は伝統的には家庭やコミュニティの問題として捉えられていたこと、⁸ そして第2に、以前はインド人の平均寿命が今日ほど長くなく、人口に占める高齢者の比率という意味でプレゼンスが大きくなりはじめたのは1970～80年代あたりであったこと、といった要因がある。両者を勘案すると、こと高齢者の貧困に関する政策は、伝統的にはインドでは高齢者の問題というよりも、貧困・開発の問題として捉えられていたのではないかとみることもできだろう。後者の観点からは、対応は貧困層全体へのそれが中心となり、意識的に認識されなければ貧困対策における高齢者への配慮は相対的に小さくなる。誤解を恐れず極論すれば、政府の財政制約を前提とすると、現役期に貧困状態にない人びとの退職・引退にともなう貧困への転落を避ける政策のほうが、高齢者になった後の貧困層の脱貧困化政策よりも、政府の政策としてはプロージブルだったのではないだろうか。このように考えると、今日のインドの高齢者への生活保障システムは、大きくは、（1）貧困状態にはない、あるいは日々の生活には困っていない人たちへの生活保障システムと、（2）以前には高齢者という括りで捉えていなかった、貧困層にかかわる高齢者生活保障システム、の2つに分けられそうである。イメージとして、（1）については、皆年金を実現している先進諸国の平均的なサラリーマン世帯と通ずるものがあるといった感と捉えることができそうである。政策的には、現役時代より生活水準が過度に悪化しないような施策が目指されることになる。本人たちも、企業が提供する年金保険や医療保険などに自ら加入する。（2）については貧困対策の色彩はぬぐえないだろう。もともとの生活水準が低位の人たちへのサポートと、中・高位の人たちへのサポートを同一とすることができないという点で、両者には断絶がある。

ここで、生活保障システムの柱である公的年金／退職準備基金は、インドでは歴史的にまず被用者をカバーするような形で導入されている。そこで生活保障システムを労働市場と重ね合わせて、上記（1）は主として組織部門に、また（2）は主として非組織部門に関連するものと分類することもできるだろう。⁹ 非組織部門から組織部門に自助努力によって移行する限りにおいて、組織部門での生活保障システムの恩恵の享受は妨げられていないし、その門戸は形式的にはたえず開いている。しかし高齢時のイシューはそれまでの人生・キャリアの延長・結果としてのものであると捉えれば、政策面での断絶と同様に、労働市場の観点から見ても、高齢者への生活保障システムには今日、多くの人びとには超えがたい断絶が存在しているというのが現実である。

現在、インドで高齢者政策を主管した省庁間コーディネーションを担う省庁は社会正義・エンパワメント省である。¹⁰ しかし名称からも推測できるように、本省は広く社会的不平等、搾取、差別、不正を受ける人びとの公正の実現を目指しており、所管するのは高

齢者だけでなく、指定カースト（SC）、その他後進階級（OBC）、そして障害者の福祉・エンパワメントである。省内の部局としては、SC、OBC、障害者それぞれの福祉等とならんで、「社会防衛」(social defence)がある。社会防衛局の具体的な担当は、社会で相手にされなかったり軽んじられる人たち、身寄りのない貧困者、社会からのサポートを必要とする若年者(少年非行等)、薬物やアルコール等の乱用者・被害者、そして高齢者である。薬物等の乱用と高齢者が同じ部局内に位置づけられているのに違和感を持つのは筆者だけではないと思われる。ともあれ、独立後インドで高齢者に関する国の総合的政策として打ち出されたのは1999年の「全国高齢者政策」(National Policy on Older Persons, NPOP)のみで、本政策は社会正義・エンパワメント省の下で取りまとめられている。

インドで高齢者が国の政策として議論に上るのは1980年代に入ってからである。これは1982年にウィーンで開催された「高齢化世界会議」(World Assembly on Ageing)を契機としており、1987～88年には政策作成を目的として省庁横断の委員会が作られた。しかし全国高齢者政策の策定に向けて大きく動き出すのは、その2年前の1997年になってからである(Sujaya [2000])。また1998年8月には、すでに財政の行き詰まりを露呈しつつあった年金諸制度の改革を目指して、また、進行する高齢化、核家族化や価値観の変化、さらには教育水準や健康状態の向上にともなう考え方の変化、といった取り巻く環境の変化に高齢者の社会・所得保障を対応させるべく、社会正義・エンパワメント省の所管で「高齢者社会所得保障」(Old Age Social and Income Security, OASIS)プロジェクト(専門化委員会)が設けられた。次項で触れるようにOASIS委員会は2000年1月の最終報告書で「新年金計画」(New Pension Scheme, NPS)を提案している。¹¹

1999年1月に策定された全国高齢者政策では、高齢者への経済保障面での支援、医療や栄養面での支援、住まいや情報ニーズ、公共機関の利用の際の割引等の供与などに関する政府の取り組みについてまとめている。また、とくに生命や財産などの法律上の権利の保護に力点が置かれている。高齢者自身による老後の備えの自覚とともに、家族による高齢家族員のケアを促進すること目指し、また家族によるケアを補うように、ボランティア団体やNGOへのサポートなどについても政策を打ち出している。同年5月には全国高齢者政策に基づき、高齢者全国評議会(National Council for Older Persons, NCOP)が設置された。本評議会は高齢者福祉に関する政策とプログラムの策定および実施に関し政府への助言とともに調整を行う機関である(2005年に再編成されている)。このほか、全国高齢者政策の効果的な実施や全国高齢者評議会の提言を実行するために、省庁間委員会(IMC)も設置されている。

しかし全国高齢者政策が策定された1999年以降、しばらくは高齢者に関する取り組みは前進しなかった。それは社会正義・エンパワメント省がインドではより関心の高いSCや指定部族(ST)、またOBCにかかわる政策・業務を主として担っていたため、高齢者問題に大きな関心が向かなかったことが背景にある(*India Together*, 2003年10月)。¹²

その後、2004 年 5 月に国民会議派を中心とする統一進歩連合（UPA）政権が誕生するが、直後に公表した「全国共通最小限綱領」では高齢者については積極的には言及されていない。ただし、政府が高齢者に関する取り組みに力を入れはじめた時期は UPA 政権の誕生に重なっているようである。また、2006 年 12 月の第 11 次 5 カ年計画のアプローチ・ペーパー「Towards Faster and More Inclusive Growth: An Approach to the 11th Five Year Plan (2007-2012)」では、貧困との関連で高齢者への対応に触れている。そこでは高齢者は、包括的成長との関連で社会的弱者と位置づけられ、全国農村保健ミッション（NRHM）による貧困層への医療サービスの拡充や、次項でみるインディラ・ガンディー全国高齢者年金計画（Indira Gandhi National Old Age Pension Schemes、IGNOAPS）にも言及がなされている。

近年の動向で注目されるのは、2007 年に成立した「親および高齢者の扶養と福祉法」（Maintenance and Welfare of Parents and Senior Citizens Act, 2007）である。本法律における親（あるいは祖父母）からの資産の相続に関する規定では、相続する子にその扶養義務を課し、義務を果たさない場合は最大で禁固 3 ヶ月・5000 ルピーの罰金を定めている。本法は 1996 年ヒマーチャル・プラデーシュ州で導入された同様の法律が基になっているが（Thakur [2008]）、資力のない親が子供のサポートを受ける権利は、1973 年の刑事訴訟法（Code of Criminal Procedure）125 条（1）（d）と 1956 年の養子・扶養ヒンドゥー法（Hindu Adoption and Maintenance Act）20 条（3）でも規定されている。とくに家族の絆の強いインドにおいて親が実際に自分の子供を訴えることができるかなど、実効性には疑問が呈されることもあるが、このような法制も広い意味での高齢者の生活保障システムの一部である。いずれにしても、高齢者の扶養に家族を重視するという政府のスタンスはうかがうことができるだろう。

もちろん家族だけでなく、ボランティア団体・NGO に対する期待も大きい。2008 年 4 月に改訂された高齢者総合プログラム（Integrated Programme for Older Persons）では、インドの合同家族制（joint family system）の侵食と社会保障が十分ではない中で高齢者が大きな問題に直面すること、また、高齢者の経済的ニーズ、医療ニーズに対応し、さらに感情面でのニーズの助けになりかつそのニーズに敏感な社会環境をつくる必要があるという政府の認識を示し、高齢者ホーム、デイケア・センター、移動型医療ユニットの設置・維持や、制度化されていない高齢者へのサービスを提供する NGO に対する財政支援の給付を打ち出している（2006 年度の予算は 2 億 8000 万ルピー / 6 億円弱）。また、高齢者ホームや高齢者への複合サービスセンターの建設への支援として、それらを行うパンチャーヤト制度、ボランティア団体、自助組織への一時金の給付に関するスキームもある。¹³

2．高齢者への生活保障としての公的年金

インドで高齢者への生活保障システムの柱となるのは年金・退職準備基金であるが、そ

の恩恵を受けるのは4億2500万人の労働者の12%程度に過ぎない(Hatton et al. [2007])、

¹⁴ 人口の大部分は年金制度にカバーされていないのがインドの現状である。

年金関連制度の主要なものとしては、1952 年従業員退職準備基金及び関連諸法 (Employees' Provident Funds and Miscellaneous Provisions Act, 1952、EPF) を挙げることができる。EPF は主として退職金給付に重点を置き、また死亡によって残された家族の生活保障のために、労働者と使用者の拠出による積立方式を一般企業に強制するものである。本法は 1952 年の従業員退職準備基金計画 (EPFS)、1976 年の従業員預金付帯保険計画 (Employees' Deposit-Linked Insurance Scheme、EDLIS)、1995 年の従業員年金計画 (Employees' Pension Scheme、EPS) の 3 つからなる。法定の拠出額は労使ともに従業員の賃金 (通常は基本給 + 物価手当) の 10% だが、中央政府の通達により使用者の拠出額は現在ほとんどの産業・業種で 12% である。使用者の拠出金の 12% は、3.67% は退職準備基金計画に、8.33% は従業員年金計画に振り分けられる。EPF は 182 の産業・業種における、基本的には 20 人以上を雇用する事業所に適用される。適用資格は月収 6500 ルピー以下の労働者であるが、月収 6500 ルピーを上回るものも任意で加入することができる。2007 年 3 月 31 日現在、EPF に加入する事業所・工場数は 41 万 1678 組織、また加入者数は約 4440.4 万人であった。

EPS の受給には通常、最低 20 年間の加入が必要で支給開始年齢は 58 歳である。50 ~ 58 歳での減額受給には 10 年間の加入が必要である。10 年未満の加入でも一時金の給付がある。使用者からの 8.33% の拠出額に加えて中央政府も 1.16% を拠出する。EPS は 1971 年家族年金計画 (Employees' Family Pension Scheme, 1971) を引き継ぐ形で導入されたもので、当該従業員が亡くなった後にも遺族に一定の給付がなされる。2007 年 3 月 31 日現在の加入者は、加入者本人が 1592.9 万人、配偶者 55.1 万人、子弟 48.4 万人、孤児約 1 万 1900 人、その他相続者 7114 人であった。2007 年度の総支給額は 232.4 億ルピー (約 450 億円) であったが、実際には期待された機能を果たしていないとの指摘もある。EDLIS は従業員が死亡した場合に預金残高に応じて給付がなされるもので、従業員の生命保険としての性格がある (Government of India [2008: 64-67]; Taxman [2008])。

任意加入の準備基金としては 1969 年に EPF にカバーされない労働者への適用を目指して導入された公共退職準備基金計画 (Public Provident Fund Scheme、PPFS) がある。また年金ではないが、1972 年退職一時金支払法 (Payment of Gratuity Act, 1972) は、最低 5 年の継続的就業により、労働者は定年や退職後に勤務年数 1 年につき就業最終月の賃金の 15 日分が退職一時金として支給されることを規定している。一時金の最高額は 10 万ルピーである。本人が死亡した場合は、5 年間の継続的就業がなくとも相続人にこの退職一時金が支給される。

公務員に関しては、2003 年 12 月以前に就業を開始した公務員にのみ適用される年金制度がある。その主要なものが公務員年金計画 (Government Employees' Pension Scheme、

GEPS)である。これは定年あるいは公務員の死亡にともない支給されるもので、加入者は拠出の必要のない、国の予算から直接の支給となる確定給付型年金である。加入期間は最長 33 年で、その場合退職前 10 ヶ月の平均賃金の 50%が支給されるが、月額支給額に上限がある(2000 年現在の上限は 1 万 5000 ルピー。ただし物価調整あり)。また中央政府公務員については、上記の退職一時金支払法とは別に、確定拠出型の一般退職準備基金 (General Provident Fund、GPF)がある。こと中央政府公務員に関しては、さまざまな恩給をすべて合わせると退職後の収入は現役時の 100%に近くなる (Hatton et al. [2008: 41-68])。

この中央政府公務員の年金は、2004 年 1 月 1 日以降の採用者(軍人を除く)には確定拠出型の新年金計画 (NPS)が適用される。これは先に触れた OASIS 委員会の提言が形になったもので、NPS は 2008 年 4 月から年金基金運用者によって、政府のガイドラインに従って市場運用されている。現在、22 州・連邦直轄地が新規採用者への NPS の適用を中央政府に届け出ており、2009 年 4 月からはボランティアベースで一般にも門戸を広げる予定である。¹⁵ OASIS 委員会による最終報告書では、この NPS の枠組みによって公務員や被用者に限定されない、定期的収入のない人びとをも含む幅広い層をカバーする年金制度を目指すとしている。

以上は主として組織部門を対象とした年金関連制度である。それに対して非組織部門や貧困層を対象とした年金としては、1995 年全国高齢者年金計画 (National Old Age Pension Scheme、NOAPS)がある。NOAPS は、1995 年 8 月に開始された全国社会支援プログラム (NSAP)の 3 つの柱のうちの 1 つで、65 歳以上の貧困層個人を対象に月額 75 ルピーが中央政府から支給されることを定めている。これとは別に州政府が 25 ルピーの支給を行う。NOAPS の適用資格を有していながらもカバーされない貧困高齢者に対しては、2000 年 1 月にはじまったアナプルナ計画 (Annapurna Scheme)の下で、月 10 キロの穀物の無償支給が開始されている。¹⁶ 言うまでもないが、アナプルナ計画の導入は NOAPS の履行が不十分であることを明確に示すものであり、仕組みはあっても、インドではこのような貧困層を対象とした社会保障制度の履行はまったく満足のいくものではない。

その後、第 11 次 5 カ年計画のアプローチ・ペーパーにおいて言及され、2007 年 11 月に NOAPS を引き継ぐ形でインディラ・ガンディー全国高齢者年金計画 (IGNOAPS)が開始された。IGNOAPS も NOAPS と同じく受給者による拠出はなく、貧困線以下の家族の 65 歳以上の高齢者を対象に中央政府が 200 ルピーを支給するものである。州政府にも同額の支給が期待されているが、2007 年 11 月現在、11 州のみでしか実現されていない (*Hindu Business Line*、2007 年 11 月 20 日)。

最後に、紆余曲折を経て 2008 年 12 月に議会を通過した非組織部門労働者社会保障法 (Unorganised Sector Workers' Social Security Act)は、文字通り非組織部門の労働者に

社会保障を提供する野心的な取り組みである。¹⁷ 今後 5 年間で 3 億 4000 万人の労働者のカバーを目指している。就労する貧困層の多くはこの非組織部門での就労で、本法によって貧困層に対する総合的な社会保障の枠組みが、一応は形作られることになった。その年金については、IGNOAPS を本法の中に位置づけており、また IGNOAPS だけでなく、政府からの委託で生命保険公社（LIC）が運用する拠出型の生命保険「Aam Admi Bima Yojana」（対象は農村の土地なし世帯、2007 年 10 月導入）や、貧困線以下の世帯を対象とする医療保険「Rashtriya Swasthya Bima Yojana」（2008 年 4 月開始）も、非組織部門労働者社会保障法の枠内に位置づけられている。

本項では公的年金を中心にみたが、以下の点を指摘することができるだろう。第 1 に、さまざまな年金関連制度の導入を政府は試みてきたが、それらにカバーされるのは 1 割程度に過ぎないことは十分に認識する必要がある。第 2 に、貧困層にない人びとに関する取り組みと、貧困層への取り組みとの間にはある種の断絶がある。第 3 に、すでに指摘したように年金制度は単一のものではなく、制度間で給付水準等に格差がある。しかし第 4 に、それでもその差や違いをもたらしている制度自体は、貧困層対象の無拠出でないものについては、NPS に収斂されようとする方向にあるようである。そして第 5 に、貧困層の多くが属する非組織部門の労働者に関する社会保障については、非組織部門労働者社会保障法の下で年金や医療保険、また生命保険をはじめとする既存のスキームを取り込むような形ではじめられており、個別のスキームが今後どのような力学で改善・策定されていくのか注目される。

おわりに

本稿では、インドにおける高齢者研究、高齢化の状況、そして政府の取り組みとして、高齢者政策と公的年金を取り上げた。高齢者研究からは、インドの高齢者の生活状況や生活保障システムの検討には男女別の違いや健康状態についての視点が重要であること、またそれらは社会制度や文化などの諸要因の影響を受けるものであり、分析には動態的な視点が重要であることを指摘した。統計資料を用いた高齢化の検討からも、高齢者（問題）の女性化と、高齢女子の経済面の相対的な脆弱性の一側面が浮き彫りになっている。

国の政策としてインドで高齢者政策が策定されたのは 1999 年になってからで、しかし高齢者の取り組みに本格的に力を入れはじめたのはせいぜいこの 5 年程度のことである。生活保障システムの柱である年金については、インドでは皆年金は未達成であるし、現時点で何らかの年金制度にカバーされるのは 1 割程度と、その見通しもない。財政制約のため取り組みは選択的にならざるを得ず、結果としてさまざまなスキームが存在するが、貧困層対象の無拠出でないものについては、NPS に収斂される方向にあるようである。

依然としてきれいなピラミッド型の人口構成を維持しているこの段階で、高齢者問題の

重要性をインドが認識している点は幸いなことといえるだろう。時間的なゆとりがまだ残されている中で、インドでの高齢者問題への対応は、政府の財政制約と、本稿では触れていないボランティア団体や NGO 等の組織による発意、また経済発展と国際化の進展を背景とする社会と価値観の変化が交差するところで進行している。

注

¹ 30 章からなる Dey ed. [2003]はインドの高齢化に関連する諸側面を包括的かつ手際よくまとめている。

² ただし、インドで「批判的社会老年学」としてどの程度意識的に議論されているかは不明である。

³ 年次によって若干サンプリング方法が異なっているようである。なお 1995/96 年のデータには、直近の 2004 年との比較が難しいほどの問題があるかもしれない。

⁴ 社会正義・エンパワメント省ホームページ (<http://socialjustice.nic.in/faqs2.html#q1>) より (2009 年 2 月 27 日アクセス)。30%はインド全体の貧困比率に近い数値である。

⁵ 国勢調査と 2004 年 NSS の数値が若干異なるのは、標本調査である後者の標本誤差をより小さくするために採用されたサンプル・デザインに起因している。

⁶ ここ (および表 9) での疾病・病気は「ailment」で、「illness」と「injury」からなる。身体的・精神的な健康 (well-being) からのいかなる逸脱も含む。

⁷ 年金以外の生活保障システムとして重要な医療や家族によるケアなどについては、たとえば Bose [2006]を参照。

⁸ これは他国でも見られる考えであろう。しかしインドでは、紀元前のダルマ・シャーストラ (法典) によって組織化された、典型的なインド人のライフスタイルとして人生に 4 つの経過時期を設定する「アーシュラマ (四往期)」説があり (川島[1993: 69-71])、その 3 番目の段階である「ヴァナプラスタ」(Vanaprastha、林棲者) が引退 (retirement) の時期である。今日のインドにおいてこの考えが支配的であるとか、人びとがこれを実践しているなどと述べているのでは決してない。「人には引退期が必ず来るのでそれに備える」という考え方が古来より明確に認識されていたこと、また、その備えは為政者がなさずとも、家族やコミュニティが担うまたは担うべきという社会的な規範の拠り所が、古来の考えにまでさかのぼるという点は、今日のインド高齢者の生活保障システムを考えるに当たり重要ではないだろうか。

⁹ 組織部門は公共部門と、非農業の従業員規模 25 人以上の組織を指す。非農業の組織は、自己申請ベースで規模 10~24 人の組織も組織部門に含まれる。非組織部門は組織部門ではない組織である。

¹⁰ 社会正義・エンパワメント省や同省が主導する取り組みについては、同省のホームページ (<http://socialjustice.nic.in/>) を参照している。

¹¹ <http://www.socialjustice.nic.in/social/pocr.htm> (2009 年 3 月 2 日アクセス)。

¹² <http://www.indiatogether.com/2003/oct/hrt-ageing.htm> (2009 年 1 月 27 日アクセス)。

¹³ 紙幅の都合のため別の機会に譲るが、2008 年 11 月に筆者がインドで実施した NGO 等への聞き取り調査では、政府は積極的にそれらの組織のイニシアティブを利用し、またそこから学ぼうとしているようであった。

¹⁴ 筆者は直接は確認できていないが、政府の高齢者社会・所得保障に関する報告書によると、全労働者の 89.2%が退職後の保障計画を有していない (*Hindu*, June 6, 2007)。

¹⁵ <http://www.pfrda.org.in/indexmain.asp?linkid=100> (2009 年 1 月 29 日アクセス)。なお、インドの年金を管轄する年金基金規制開発機関 (Pension Fund Regulatory and

Development Authority、PFRDA) が新たに組織されているが、PFRDA の設立を目指した 2005 年 PFRDA 法案は議会でいまだに可決されておらず、現在は政府の 2003 年 8 月の行政命令をその根拠法としている。

¹⁶ NOAP やアナプルナ計画については農村開発省のホームページ (<http://www.rural.nic.in/>) 参照。

¹⁷ 非組織部門労働者に関する社会保障は、年金と医療保険が 2004 年 1 月より試験的に、限定的に試みられているが、その後立ち消え状態になっていた。2008 年末に議会を通過した本法は、2009 年に入り大統領による承認が待たれている。なお、当初の政府法案が上院に上程されたのは 2007 年 9 月で、インド労働・雇用省で確認できるのはこの法案である (<http://labour.nic.in/>、2009 年 3 月 2 日現在)。しかし本法案は上院上程後、労働に関する議会常設委員会での検討など、現在の形になるまでに修正が加えられている。本稿での記述は上院に上程された法案に基づくものである。

参考文献

日本語文献

- 太田仁志[2006]「インドの労働経済と労働改革のダイナミズム」(内川秀二編『躍動するインド経済 - 光と陰』アジア経済研究所)。
- 川島信定[1993]『インドの思想』放送大学教育振興会。

外国語文献

- Bose, A. B. [2006] *Social Security for the Old: Myth and Reality*, New Delhi: Concept Publishing Company.
- Chatterjee, Suhita Chopra, Priyadarshi Patnaik, and Vijayaraghavan M. Chariar ed. [2008] *Discourses on Aging and Dying*, New Delhi: Sage Publications.
- Dey, A. B. ed. [2003] *Ageing in India: Situation Analysis and Planning for the Future*, New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.
- Government of India [2006a] *Employment and Unemployment Situation in India 2004-05*, National Sample Survey Organization, Ministry of Statistics and Programme Implementation.
- Government of India [2006b] *Morbidity, Health Care and the Conditions of the Aged, NSS 60th round (January-June 2004)*, National Sample Survey Organization, Ministry of Statistics and Programme Implementation.
- Government of India [2007a] *Statistical Abstract India (combined issue 2005 & 2006)*, Central Statistical Organisation, Ministry of Statistics & Programme Implementation, New Delhi.
- Government of India [2007b] *Poverty Estimates for 2004-05*, Press Information Bureau, New Delhi (<http://planningcommission.nic.in/news/prmar07.pdf>、2009年2月28日アクセス)。
- Government of India [2008] *Annual Report 2007-08*, Ministry of Labour and Employment, New Delhi (<http://labour.nic.in/annrep/annrep2007.htm>、2009年3月3日アクセス)。
- Hatton, David J. W., Naren N. Joshi, Fang Li, R. Vaidyanathan, S. Jyothilakshmi, Shubhabrata Das, and Sankarshan Basu [2007] *Facing the Future: Indian Pension Systems*, New Delhi: Tata McGraw-Hill Publishing Company Limited.
- IAMR (Institute of Applied Manpower Research) [1999] *Manpower Profile India Yearbook 1999*, New Delhi: Gyan Publishing House.
- Joshi, Arvind K. [2006] *Older Persons in India*, New Delhi: Serial Publications.
- Kumar, Vinod [2003] “Health Status and Health Care Services among Older Persons in India,” in Liebig, Phoebe S. and S. Irudaya Rajan ed., *An Aging India: Perspectives, Prospects, and Policies*, Jaipur: Rawat Publications (Indian Reprint in 2005), pp. 67-83.
- Moneer, Alam [2006] *Ageing in India: Socio-Economic and Health Dimension*, New Delhi:

Academic Foundation.

Prakash, Indira Jai [2001] *Aging: The Indian Experience*, Bangalore: Bangalore University.

Prakash, Indira Jai [2003] "Aging, Disability, and Disabled Older People in India," in Liebig, Phoebe S. and S. Irudaya Rajan ed., *An Aging India: Perspectives, Prospects, and Policies*, Jaipur: Rawat Publications (Indian Reprint in 2005), pp. 85-108.

Prakash, Indira Jai [2004] *Aging: Search for New Paradigms*, Bangalore: Bangalore University.

Ramamurti, P. V. [2003] "Perspectives of Research on Aging in India," in Liebig, Phoebe S. and S. Irudaya Rajan ed., *An Aging India: Perspectives, Prospects, and Policies*, Jaipur: Rawat Publications (Indian Reprint in 2005), pp. 32-43.

Rajan, S. Irudaya, and E. T. Mathew [2008] "India," in S. Irudaya Rajan ed., *Social Security for the Elderly: Experiences from South Asia*, New Delhi: Routledge, pp. 39-106.

Raju, S. Siva [2002] *Health Status of the Urban Elderly: a Medico-Social Study*, Delhi: B. R. Publishing Corporation.

Shankardass, Mala Kapur [2004] "The Study of Ageing," in Bose, Ashish and Mala Kapur Shankardass ed., *Growing Old in India: Voices Reveal, Statistics Speak*, Delhi: B. R. Publishing Corporation, pp. 14-31.

Sujaya, C. P. [2000] "National Policy on Older Persons," in *Ageing: a symposium on the greying of our society*, April (<http://www.india-seminar.com/2000/488/488%20sujaya.htm>, 2009 年 1 月 28 日アクセス).

Taxmann [2008] *Taxmann's Labour Law*, New Delhi: Taxmann.

Thakur, Anuradha [2008] "Care of Senior Citizens and the Role of the State," *Economic and Political Weekly*, April 26, pp. 11-13.

Walker, Alan [1981] "Towards a Political Economy of Aging," *Ageing and Society*, Vol. 1, No. 1, pp. 73-94.