

## 転機をかえるペルーの社会保障制度

— 多層・分断型からユニバーサル化への要請 —

遅野井 茂雄

### ■ 要約

ペルーの社会保障制度は植民地以来の階層的・エリート主義的な社会構造と不均衡な近代化の特徴を反映して、分断的かつ、階層の上方に偏する限定的・選別的な特徴をもち、家族によって補完されるものであった。1970年代までに年金、医療等社会保険が整備されたものの、その範囲は公務員や近代部門の雇用労働者に限定され、経済活動人口の約30%をカバーしたにすぎず、農村や都市のインフォーマルセクターなど膨大な層を取り残した。この制度的特徴は、輸入代替工業化による正規雇用の創出の限界と1980年代の深刻な経済危機によって一層顕著となったが、90年代に年金等に民営化が導入されるなど社会政策のパラダイム転換を伴った新自由主義的な体制下でも変わっていない。むしろインフォーマルセクターの拡大と貧困人口の増大する中で、社会保険への加入率は年々低下傾向を示している。導入された積み立て方式の年金制度への加入者は未納率が高く、また並立となった従来の賦課方式の年金制度は国庫負担を増大させ、必要な社会支出を圧迫している。医療においては保健省等の公的医療の比重が高まっており、これまでの多層・分断モデル(民間保険、社会保険(EsSalud)、軍・警察保険、保健省の公的医療、無償保険など公的扶助、民間の扶助(NGO)、いずれにもアクセスできない層(25%)の存在)の見直しと、保健省や公的扶助等の公的医療を中心とする社会保障制度のユニバーサル化を求める声が高まっている。

### ■ キーワード

労働市場、インフォーマルセクター、国庫負担、年金の民営化、社会政策

### I はじめに

アンデス山脈を擁す険しい地勢、征服と300年に及ぶ植民地の歴史、資源開発に基づく産業化の結果、ペルーはさまざまな面で著しい格差を抱え、国民国家形成に大きな課題を残してきた。人口の半数を越す貧困層、特にスペイン語の識字能力をもたない先住民の多くを社会の底辺に押しとどめ、市民的諸権利(citizenship)から事実上排除してきたのである<sup>1)</sup>。

鉱業など資源採掘型産業の発展は、外資参入により国際市場と結びついた近代部門を発展させる一方で、伝統部門との間に二重構造を形成した。

第二次大戦後、急速な人口増と都市化が進み<sup>2)</sup>、1970年代にかけ政府部門の拡大により中間層が増大、輸入代替工業化政策が推進され組織労働者層が拡大した。しかし農村からの移住により急激に膨らんだ都市余剰人口は工業部門に吸収されず、自ら雇用を生み出すインフォーマルセクターを拡大させた。都市貧困層、農民、先住民など人口の6割に上る最下層・アンダークラスは、資産・教育、厚生等の面で、上・中間層、雇用労働者との間に大きな隔たりを生んだのである。

伝統的に大農園で小作たちは生まれて死ぬまで働き、家族全体が農園主の庇護と強制の下で生活を送った。旧家は下層出身の多くの使用人を抱

え、さまざまな家事労働につかせて家族の一員として保護するのが一般的で、この特徴は今日でも残されている。歴史的に福祉は、カトリックの社会思想とその儀礼から生まれた擬制的親族関係と大家族に支えられ、教会や慈善団体によって担われてきたと言える。20世紀前半に組織労働者を対象に導入された社会保障制度は、1970年代の改革主義的軍事政権の下で整備され、都市貧困層にも公的扶助が上げられたが、年金、医療保険は、公務員と近代部門の雇用労働者に限定され、経済活動人口の約30%をカバーしたにすぎず、農村や都市インフォーマルセクターなど膨大な層を取り残した。エスピ＝アンデルセンの福祉体制の分類からすれば、雇用と拠出に基づき一定の社会保障が整備されたものの家族が重要な役割を占める保守主義的体制にペルーの福祉体制は分類されよう(エスピ＝アンデルセン, 2001; Barrientos, 2004)。

ペルーの社会保障制度は社会経済構造を反映して細分化され分断的である。その性格は、1990年代に転換した自由主義的な福祉体制の下でも変わることはない。むしろ新自由主義体制の下でインフォーマルセクターが拡大、貧困人口が増大する中で、社会保険加入率は低化しており、分断的な社会保障制度も転機をむかえていると言える。医療面で概観すれば、水準の高い民間医療にたよる上・中間層、社会保険に依拠するフォーマルセクターの雇用労働者、厚生省の公的医療にたよる低所得層、公的扶助にたよる貧困層、それ以外という、制度の分断・多層モデルにも変化が迫られている。

小論では、ペルーの社会保障制度について、年金、医療、公的扶助を中心に、その沿革と特徴、改革の現状、そして課題を総括し、今後のありようを展望することにする<sup>3)</sup>。

### 1. 社会保障制度の転換

ペルーの社会保障制度は、他の中南米諸国と

同じく、ポピュリズム期に登場した組織的な労働運動に対し、それを抑制しつつ、国家に統制されたコーポラティズム体制に編入する機能を帯びたと言える(Malloy, 1979; Oxhorn, 2003)。1930年代、民族主義改革政党で最大の組織労働者を傘下におさめたアブラ運動を弾圧しながらも、新たに登場した社会勢力の懐柔を余儀なくされた独裁政権や寡頭支配体制の下で、社会統制のメカニズムとして導入された。その結果として、未組織の膨大な社会部門は排除されたのであり、組織労働者は社会保障の受益者として、特にインフォーマルセクターが拡大する労働市場において特権的な地位を獲得することになった。

本格的な社会保障制度は1930年代に導入され、36年ブルーカラーを、47年には民間のホワイトカラーを対象とする健康保険制度が発足した。61年、1ヶ月の労働休暇制度とともに年金制度が発足、翌年には最低賃金制度が導入された。ホワイトカラーとブルーカラーに分けられた健康保険制度は、軍事ポピュリズム体制とも形容されるベラスコ軍政(1968-75年)下の69年に統合され、年金も73年社会保険庁(INSS)を通じて国民年金制度(SNP)に一元化された。なお軍、警察は三軍(国防省)と内務省の管理下で独自の制度を維持してきた。

軍政による改革と民主化の過程で制定された1979年憲法において、福祉国家の建設が謳われた。外資国有化、農地改革、工業化を進めた軍政の改革を反映し、混合経済体制、経済民族主義、社会公正の実現を軸とする国家主導の開発パラダイムに対応したものである。国家は、国民の社会保障の維持・増進の権利を保障し、医療の無償化を目指し、食糧・住宅など国民の基本ニーズを優先的に充足するとするなど、社会保障における国家の責任と役割が強調されている。

しかし、雇用増大に伴い国民に広く社会保障が及ぶとする想定は、輸入代替に基づく工業化が雇

用創出において限定的であることに加え、1975年以降、長期的な経済危機に突入する中で打ち碎かれることになる。非効率な年金基金の運営、政府による基金の無責任な流用と相まって、80年代末の経済破綻は社会保険財政を破綻に陥れた。大規模なインフォーマルセクターが生み出され、小零細の自営業者、農民、季節労働者など、人口の4人に3人は社会保険から排除されていく。80年代に政府財政に占める社会支出は3分の1に縮小、政府は社会保障を担う能力を完全に失ったのであり、財政に依拠した福祉国家建設の構図もその中で崩れた。

経済破綻と財政の破産は、国家主導の開発体制の見直しを迫り、市場原理に基づく新自由主義の方向へと転換を促したが、パラダイム転換は社会保障・社会政策全般にも反映された。市場のグローバル化に対応し、国際機関の影響下において、国際競争力強化の観点から労働関係の柔軟化や経済構造の効率化促進という要請を背景に行われたものである。深刻な危機の中でアウトサイダーとして1990年に登場したフジモリ大統領の下で、圧力団体の抵抗を抗して行われた転換であり、同政権(1990-2000年)の下で、経済安定化に伴う財政の好転により社会保障は危機状況を脱するとともに、さまざまな制度改革が進められた。

フジモリ政権下で制定された1993年憲法に社会保障のパラダイム転換は明示されている。社会保障の供与において、国家独占の排除とその役割の縮小、競争原理の導入、分権化による社会との協力関係の推進、貧困層に受益者を絞り込んだ補助金の活用(focalización)などの原則に基づくものである。政府が促進する分野として「雇用、保健、教育、基本サービス、インフラ」をあげるが、健康の維持・増進は「すべての個人、家族、コミュニティーが権利と義務をもつ」と規定し、国家のみの責任ではなく、自己責任であると同時に社会の共同責任であることが示された。年金制度では積み

立て方式に基づく新制度が発足し、社会保険庁が独占していた保険医療分野にも民間の保健機関が参入した。社会保険で保護されない層を対象とする保健省の公的医療、セイフティーネットや貧困対策など社会プログラムを含む社会政策全般において、新たな基準が導入された(遅野井 2001a)。

## 2. 年金制度改革

国民年金制度(SNP)の下で社会保険庁が一元的に管理してきた公的年金制度は、1992年、個人積み立て方式に基づく民間年金制度の導入(政令25897号)によって変化を遂げた。同年4月議会を閉鎖し全権を掌握したフジモリ政権によって行われた経済改革の一環であり、中南米ではチリに次ぐ年金制度への民営化の導入であった。

改革により、公的年金制度として、新規加入者は賦課方式に基づく従来の国民年金制度か、個人積み立て方式による新たな民間年金制度(SPP)を選択することが義務づけられた。コロンビアと並び新規加入者に対し賦課方式が残されたのが特徴である(Gill, Packard, and Yermo, 2004: 29)。また賦課方式への加入者も積み立て方式への移行が可能となり、加入者は、旧制度の下で拠出した保険料を政府認証の債権(BR)により保障された。なお軍・警察は従来通りの独自の制度を保持し、漁業労働者も特別制度が維持されている。

従来の国民年金は1994年、社会保険庁から経済省の年金基準局(ONP)の管理下での運用に移行した。民間年金は、基金を運用する民間の機関(AFP)にその運用が委ねられた。当初8社あった運用機関は、その後統合を重ね、2005年時点で5社となっている。加入者は運用機関を選択し、機関の間の移動も可能である。支払った保険料は個人年金口座に積み立てられ、運用され貯蓄の対象となる。加入者は任意で掛け金の上乗せも可能である。積み立てと運用実績を知らせるステートメントが4ヶ月ごと、運用機関から送られてくる。運

用機関は、運用実績、手数料等を基に加入者を獲得する競争を行うことになるが、監督庁(SAFP)により、運用のポートフォリオをはじめとする各種の規制・監督が行われている(同監督庁は2000年7月、銀行保険監督庁(SBS)と統合された)<sup>4)</sup>。

新制度発足当初は、国民年金制度への連帯拠出など民間年金制度加入者の保険料負担が大きかったが、その後の保険料率の平等化<sup>5)</sup>、賦課方式から積み立て方式への移行奨励策に伴い、民間年金制度への加入者は増大した。その段階で受給年齢は、新旧制度いずれも男女とも65歳に引き上げられた。1995年までに国民年金加入者の約半数が民間年金に移行し、その後、加入者の比重は積み立て方式による民間年金制度に移った。民間年金制度において保険料の支払いは、給与に上乘せさせる形で全額労働者の負担となっている。自営業者も自ら掛け金を支払うことで民間年金制度に任意加入することが可能となった。

旧来の制度からの移行に伴う財政負担、またアルゼンチンでみられたように国債への基金の集中的運用と財政破綻による基金自体の破綻の可能性など、運用によるリスクから免れるわけではないが、積み立て方式の民間年金制度は本来的に財政上より自律的な年金制度である。加入者にとって運用によるリスクは生ずるものの、年金の安定的確保が従前に増して高まったことも事実である。世代間、階層間の連帯に係わらないことの是非はともかく、積立方式による個人年金としての排他的な給付が確保されるわけであり、特に若年層で相対的に高所得層には支持が高まっていると言えよう。経済省によれば、民間年金制度の加入者は平均年齢30～35歳で、45歳以下が80%を占めている(MEF, 2004: 42)。

1993年62万人であった民間年金制度への加入者数は、95年113万人と約倍増し、さらに2000年には247万人、2005年6月末現在で351万人となっている(SBS)。運用収益率の高さが特徴であ

り、経済省によれば、98年の経済危機で初めてマイナスに落ち込んだものの、93年の導入から10年間の平均運用率は実質で年率7.95%となった。その結果、10年間で基金は、GDP比9.5%と、50%を超えるチリに比べ規模は小さいものの、国内貯蓄率では57%と大きく貢献している(MEF, 2004: 39, 59)。

問題は民間年金制度への加入率の展望である。既存の国民年金加入者の移行やフォーマルセクターの雇用労働者の加入を中心に伸びてきたものの、加入率の伸び率は頭打ちの傾向にある。その上、注視すべきは中南米でも最低水準にある未納率の高さである(Morón-Carranza, 2004: 83)。積み立て方式への加入率は経済活動人口比で24%(2003年末)となっているが、そのうち、実際拠出を続けている者の割合は40%にすぎず、実質の加入率は同人口比で10%となる低い水準である(MEF, 2004: 58)。

ペルーの民間年金制度の問題点の一つは、最低保障の基礎年金に当たる制度を欠いていることであろう。2002年7月、1945年までに生まれた加入者に対し最低年金が保障されたものの、他の中南米諸国と比べ最低保障や社会扶助的な給付を欠く極めて例外的な制度であることが知られている(Gill, Packard, and Yermo, 2004: 179)。将来の財政負担に対する配慮も働いていると思われるが<sup>6)</sup>、低所得層の加入者には、最低年金が保障されている賦課方式への加入・残留のメリットは消えていない。また1996年以降の優遇措置もあり、国民年金制度加入者は、経済省によれば経済活動人口の10%、年金加入者の約3割を占める状況となっている(MEF, 2004: 57-58)<sup>7)</sup>。

また他国と比較して高い運用機関の手数料など管理・運用コストの改善が急務とされてきたが、この点では、2005年に入り、手数料を削減して加入者を取り込もうとする競争が運用機関の間で激化し、運用会社を渡り歩く加入者の数も増えている。

根本的問題は労働市場との関係である。月収の定率を保険料として拠出することが可能なフォーマルセクターの勤労者に加入が事実上限られる制度であるからである。持続的な経済成長に伴い正規雇用が拡大することが必要であるが、ペルーの問題点は中南米諸国の中でもインフォーマルセクターの割合が極めて高い点にある。2003年の家計調査によると、経済活動人口1330万人のうち、35%は小零細の自営業、23.2%は家族経営の労働者であり、総計58%がインフォーマルセクターに属している(Durán, 2005: 25)。ペルーは2002年から4年以上に及ぶ空前の経済拡張期にあるが、鉱業・エネルギー部門に成長が牽引されているだけに、雇用の創出は極めて限定的である。中・長期的に雇用労働者が拡大する展望が薄いことを考えれば、労働市場の半数以上を占め基本月収が保障されない自営業者やインフォーマルセクターの労働者を、インセンティブを付与しつつ、いかに民間年金制度に取り込めるかに制度発展の将来がかかっていると見える。2003年の民間年金への加入者のうち、自営業は35%にすぎない(MEF, 2004: 42)。

ペルーの人口動態からすれば、2040年には60歳人口が22%になると推定されている(Morón-Carranza, 2004: prólogo)。歴代政府が民間年金制度の普及によほどの努力を払い続けなければ、将来的に人口の7割以上の層が老後の備えのない貧しい状況を強いられることは明らかである。その中で民間年金制度は、一部の高所得層にのみ老後の年金が確保される特権的な制度として認知され、社会全体の信頼を失いかねない。もっとも、長期にわたる貯蓄型の年金が文化として定着しているか、現時点で判断するのは時期尚早である。

他方、既存の国民年金制度の財政不均衡と国庫負担の増大に警鐘が鳴らされている。旧来の国民年金加入者は2003年時点で132万人、70%が現役世代であるが、年金財政はすでに大幅な赤字構造となっている。経済省の試算によれば、平均

給付の58%が国庫負担であり、2003年の負担額は予算全体の5%となった。保険料徴収は年率6.3%、加入者は5%とそれぞれ減少傾向にあり、給付拡大につれ財政の不均衡は一層拡大することが予想される(MEF, 2004: 10)。新規加入者の民間年金制度への一本化に本格的に取り組めない理由は、圧力団体としての教員など公務員の反対に加え、こうした旧制度の年金会計の赤字構造にも一因があると考えられよう。

また国民年金制度には、公務員や公社職員、国会議員を対象にした、極めて優遇された政令20530号体制化の特別制度が存在している(表1参照)。19世紀からの恩給制度に端を発した制度であるが、政治的支持を確保するための雇用の創出機関としての政府の肥大を招いたポピュリスト期の遺産でもある。この特別優遇制度(いわゆる *cédula viva*)は、15年勤務すれば給付が開始され、20年勤務すれば退職後も、勤務を続けていたのと同等の賃金水準に対応した年金が自動的に給付される仕組みである。経済省の試算によれば、この制度の平均給付の85%が国庫負担であり、2003年予算の11%が、この赤字補填に当てられた。この制度は閉じられ新規加入はないものの立法府の対応しだいでは再開される可能性がある。現状においても今後予想される国の負担は総額で2003年予算総額の2倍に相当し、負担のピークは2011年で15億ドルに達するとみられる。またある例では、被保険者本人が死亡しても、その遺された子供が女性で未婚で仕事を持たない場合、その女性には死亡するまで被保険者本人と同等の年金が給付され続ける。不公平感の大きなこの制度の改正は、年金制度改革の大きなテーマとなってきたが、改正は政治的に困難であるだけでなく、憲法上の障害もあり、これまでのところ保険料率の段階的な上昇を除けば、効果的な改革は実現していないのが現状である(MEF, 2004)。

いずれにせよ、比較的少数の中間層、雇用労働

表 1 ヘルーの公的年金制度：改革後の概要

|                  | DL19990                   | DL20530                           | DL25897                           |
|------------------|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
|                  | SNP：賦課方式                  |                                   | SPP：積み立て方式                        |
| 給付年齢             | 65歳(最低20年間の拠出)            | 男性15年、女性12.5年の勤務後                 | 65歳*                              |
| 保険料              | 13%                       | 13%(2003年以前は6%)                   | 8%(保険会社へ0.92%、手数料平均2.27%、計11.19%) |
| 給付額              | 拠出年数に応じ退職月前の36,48,60ヶ月の平均 | 20年在職の後、平準化の権利。30年在職した労働者は最終賃金と同額 | 未確定                               |
| 最低保障             | 415ソル(最低賃金)               | なし                                | 1945年生まれまで。SNPを含め、20年の拠出条件(415ソル) |
| 平均               | 507ソル                     | 1267ソル                            |                                   |
| 支給額上限            | 857.36ソル                  | 30,000ソル                          | なし                                |
| 遺族年金             | 配偶者50%、遺児、父母20%           | 配偶者、遺児、父母とも被保険者の100%              | 配偶者(子供の有無で35%、42%)、遺児、親とも14%      |
| 加入者数             | 132万人(受給者40万1276人)        | 2万2775人(受給者29万5331人)              | 319万人(受給者1万5008人)                 |
| 加入率<br>(経済活動人口比) | 10.04%                    |                                   | 24.36%(拠出者数は9.77%)                |

注：標準型の制度の概観。数字は2003年。1ドル＝約3.3ソル。

\* 民間年金制度(SPP)ではリスクの高い職種を対象にした早期退職制度を設けている。2002年には新たに55歳以上の失業者を対象に特別退職制度(REJAD)を設けた。直近の5年間に30%以上を拠出した失業者を対象とする時限立法で、2005年に2年間更新された。

出所：MEF, 2004により筆者作成。

者を対象とした年金給付に伴う国庫負担率は、3節(2)で示すように1990年代末に公的社会支出の4割を超える水準に達しており、今後給付拡大に伴い一層増大することが予想されるが、大多数が社会保険の枠外にとどまるペルーのような国において社会保障上必要とされる公的医療や公的扶助の支出を益々圧迫することは疑いないところである。

### 3. 医療制度改革

#### (1) 社会保険改革

フジモリ政権下において、社会保険庁の合理化と改革が行われ、職員数の半減、業務の外部委託などを通じて保険医療サービスは改善された。フジモリ政権は早くから社会保険医療の民営化方針を打ち出し、1991年11月、民間保険制度(SPS)の

導入を進めようとしたが、高所得層が民間制度に移行すれば社会保険会計が行き詰まる可能性があるため反対が強く、施行細則は出されなかった。

社会保険庁管轄の医療保険に民営化スキームが導入されたのは、6年後の1997年5月、医療社会保険近代化法(法律26790号)の施行による。社会保険庁が独占していた保険医療サービスに新たに民間医療機関(EPS)が参入、加入者は医療機関を選択可能となった。98年下半年からESP3社が事業を開始した。民営化スキームは91年案と比べ限定的で、社会保険庁の役割は大きく残されている。健康診断や予防など基礎医療は、自前の医療設備を持つ企業・事業所は保険庁の認可に基づきそれを使うことが可能となり、持たない場合には従業員の総意でEPSを選択できるようになっ

表2 経済活動人口(PEA)に占める社会保険の加入率

| 年    | 総人口        | PEA        | 人口比  | 被保険者      | PEA比率 |
|------|------------|------------|------|-----------|-------|
| 1994 | 23,421,000 | 8,682,009  | 37.1 | 2,203,276 | 25.4  |
| 1997 | 24,681,000 | 9,498,495  | 38.5 | 2,059,504 | 21.7  |
| 2000 | 25,661,690 | 10,387,225 | 40.5 | 2,029,871 | 19.5  |
| 2003 | 27,687,839 | 13,305,569 | 48.1 | 2,259,041 | 17.0  |

出所：EsSalud, 家計調査に基づく(Durán, 2005: 45).

たが、費用の上限は保険料総額の25%に限定されている。基礎医療では、社会保険庁の医療機関、EPS、事業体の医療施設との間に競争原理が働くことになったが、高度な医療技術を要する検査や治療は、社会保険庁傘下の医療機関が継続して担うことになった。1999年1月、社会保険庁IPSSは社会健康保険EsSaludと変更された。保険料は全額事業主負担となり給与の9%(年金受給者は4%)、失業した場合も、加入期間により6ヶ月から12ヶ月間サービスを受けられる。EPSを監督規制する監督庁(SEPS)が設置されている。

社会健康保険は、加入者の91%を占める標準的保険のほかに、農業従事者、特別制度に細分化されており、保険料も例えば農業従事者は4%と優遇された状態が続いている。加入者は全体でこの10年間で漸減傾向にあり、経済活動人口比でみると被保険者は10年間で25%から17%まで落ち込んでいる(表2)。民営化等構造改革による失業率の増大、柔軟化に伴う多様な雇用形態の導入、自営業等インフォーマルセクターの拡大によるものと考えられる。つまり正規雇用者の拠出に依拠するビスマルク方式の社会保険は、労働市場との関係で年金と同じ問題におつかるわけであり、加入率を高めるためには労働市場における正規雇用のダイナミックな創出が求められてくる。だが家計調査に基づくILO報告によれば、雇用労働者の保険加入率(2003年)は経済活動人口比の30.7%と、平均65.9%の中南米諸国の中でも最も低く、公的部門でも72.2%、民間部門に至っては

23.4%にすぎない。民間部門では当然ながら、中小企業ほど加入率は低く、大企業ほど高い比率になっているが、正規雇用者の保険加入率も極めて低いのが特徴である(Durán, 2005: 50-53)。

この結果、扶養家族を含めても社会保険でカバーされる人口は、2003年709万人で、総人口の26%と4分の1にすぎない(Durán, 2005: 35)。インフォーマルセクターを含めた加入率の向上が急務である。なおインフォーマルセクターの労働者の加入率は7.3%であるが、保健省による公的医療の存在が、拠出能力をもつ同セクターの労働者の社会健康保険への加入を抑える条件となっている。このような加入率の低下を受け、EsSaludによって担われる社会保険事業の運営と財政不均衡について2005年、ILOによる厳しい見通しと改善勧告がなされている(Durán, 2005)。

## (2) 保健省(MINSA)による公的医療

社会保険でカバーされず、なおかつ民間の保険を含め独自でリスクをカバーできる上・中間層を除いた層を対象とすると想定されるのが保健省による公的医療である。

1990年代前半の合理化等の改革により公的医療の運営は改善され、80年代末の最悪期を脱した。しかし1990-91年、3.3%であったGDP比に占める公的な社会支出額は、10年後(1998-99年)6.8%に倍増したものの、中南米諸国(平均13.1%)の中ではなお最低水準にとどまっている。医療および食糧補助の分野でも、公的支出は同時期

0.7%から1.3%と増加したが、同じく地域平均(2.9%)の半分以下で最低の水準にある(Cepal, 2001: 24, 26)<sup>8)</sup>。また年金や社会保険など社会保障費は2.8%と公的社会支出の41%を占めており、社会保障制度の中では相対的に特権的な位置にある中間層と雇用労働者に公的社会支出が大幅に割かれ、大多数の貧困層や低所得層に必要とされる公的医療やその他の公的扶助への予算を大きく圧迫しているのが現状である。格差が大きく貧困人口が半数を越すペルーのような国では、社会支出、特に医療分野への公的支出をいかに持続的に増加していくかが最大の課題である。

2期目フジモリ政権発足の後、「千年紀の変化への挑戦：公正、効率、質を伴う保健セクター」と題された医療保健政策の全容が公になり、1997年には、それに基づき医療社会保険近代化法と保健基本法が制定された。

保健省傘下の医療機関の運営は料金等を含め、各施設の裁量権を強め、費用対効果の強化を進めた。独自収入に基づき医師等に対する追加報酬の支払いが可能となりサービスを向上させたが、企業の経営が優先された結果、低所得層を公立の病院や診療所から遠ざけ、反対に支払い能力がありながら社会保険に加入しない層が税金で優遇されるといった矛盾も指摘されている(Pollarolo, 2000: 320-321)。民営化や雇用流動化が進む中で、職を失い自営業に転じた元社会保険加入者が、公的な医療施設を利用する傾向が生まれている。

分権化思想は、医療行政における地域コミュニティとの責任の共有という点に反映されている。1994年UNICEFとUSAIDの支援を受け、地域社会と医療行政の共有を目的に、地方および貧困区を中心に地域保健行政委員会(CLAS)が発足した。保健省との協定に基づく民間の非営利団体として構成され、保健省は医師等の任命職員の給与や薬などに要する事業予算をつけて施設の運営を

CLASに委託する。独自の診療報酬の設定、追加の医師・技師等職員の契約など、医療機関は地域の実情に合った弾力的な経営が可能となった。契約に基づき保健省は医療施設の評価と監督責任を担うが、CLASに参加する人材の育成や能力開発に要する高いコストを伴うことが指摘されている(Pollarolo, 2000: 319)。

他方、社会保険の枠外にあって5割を越す貧困層は、無償の医療サービスによって補完されることが想定された。貧困マップに基づき貧困層にターゲットを絞った無償医療は、構造調整を補完するセイフティーネットとして開始されたが、97年には、公立学校に通う児童生徒(3歳から17歳)約600万人を対象に、就学を条件とする無償学校保険制度(SEG)が発足、99年には妊婦と3歳未満の幼児を対象とする母子保険制度(SMI)が発足した。この2つの無償健康保険制度は、2001年トレド政権の下で統合され、総合健康保険(SIS)として動き始めた。これにより貧困層向け医療は相対的に改善され、人口比でみた受益人口は20%に達しているとの報告がある(Durán, 2005)。もともと無償学校保険や母子保険制度は適用範囲が広く、後に指摘する社会支援プログラムと同様に、コストと効果、ターゲットの絞り込み等において、問題は少なくない。

### (3) 比重下がる民間の役割

社会保険の枠外にある雇用主など富裕層は、民間の医療保険に加入し、都市部にある質の高い民間の医療施設を利用するのが一般的で、また社会保険に加入する上層中間層も、時間のコストや質の面で社会保険庁所管の医療施設を利用せず、民間のクリニック等を利用してきた。いわば保険料を掛け捨ての状態にすることによって所得の再分配が事実上なされてきたのである。

保健省の資料によれば2000年の医療費の出所は、36.9%が家庭、企業(社会保険)33.5%、政府



25%であり、家庭が最も大きな割合を占めているが、家庭のうち、薬局への支払いが18.1%、民間医療機関が11.9%、保健省が4.1%、EPSが1.2%等となっている(ForoSalud, 2005: 67-68)。薬局は薬の販売のみならず、医療行為が認められており、制度外の医療サービスの実施機関としての役割を強めている。

他方、家計調査によると所得分位上位20%の診療機関としては従来、民間、保健省、EsSalud、その他(薬局等)がほぼ拮抗し、それぞれ25%前後で推移していたが、2000年には保健省42.1%、EsSalud 21.2%と、保健省の医療施設をたよる人の割合が上昇しており、民間は18.5%と低下している。全体でも保健省が57.3%、EsSaludが16.6%、民間が9.6%と、保健省の比重が高まっている(ForoSalud, 2005: 71)。1988年以降の不況や新自由主義下の階層分化の進展による中間層の二極化の影響と考えられるが、すでにみたように、中間層の規模の縮小が医療機関としての保健省の比重を高めていると言える。

#### (4) NGO(非政府組織)、コミュニティの補完的役割

医療行政改革による改善にもかかわらず、特に公的医療においては、病院施設や、医師・看護婦の手当て、薬や器材などインフラ面で十分ではなく、地域的な偏在と格差も極めて著しいものがある。医師の60%が首都圏に集中している。特に高地、セルバ地域では、保健インフラはさらに限られ、先住民を含む伝統的な農村部において、状況は一層悪化する。アクセスが困難なため、無償医療にもアクセスできない貧困層が存在する。

こうした限定的な社会保障を補完するのが広義のNGOによるサービスである。カトリック教会など宗教関連や、国際的団体の支援に基づく内外のNGOによる医療活動がある。宗教団体による社会活動にたずさわる医療関係者は、全国で8000人

に上ると推定される(Arroyo, 2000: 151-152)。1996年に登録された開発関連の738団体のうち、保健厚生分野で活動するNGOは264と教育分野に次ぐ規模である(Noriega, 1997: 37-39)。その受け皿として、低所得層居住区における地域コミュニティを通じた保護と保障の枠組みなど、相互扶助制度も無視できない。また移民の国として、イタリア系、日系社会のように、民族系コミュニティは独自の相互扶助や医療・介護施設を設け、慈善事業を実施している。

だが、こうしたサービスからも排除される人々が存在し、国民の25%が何らの医療サービスからも排除されていると推定される(ForoSalud, 2005: 221)<sup>9)</sup>。

#### 4. 社会支援プログラム

フジモリ政権の経済改革に合わせ、国際協力を受けて、大統領府が所管する社会開発関連諸機関によって貧困対策等の社会プログラムが推進された。医療施設の建設などインフラを担った国家開発補償基金(FONCODES)、「国家食糧支援計画」(PRONAA)、民衆食堂(comedores populares)、一杯のミルク(vaso de leche)などの食糧支援プログラムを通じて支援が強化された。2004年12月の家計調査によると、今日でも何らかの食糧支援を受けている家庭は全国で43.2%に上っている(www.inei.gov.pe)。

貧困層を対象とした社会支援策は、ペルーにおいては歴代政権による政治支持獲得の手段として利用されてきた。特にフジモリ政権下では、各種プログラムは重複するところが多い上に、1995年選挙でのフジモリ再選以来2000年の三選に向けて、政権の支持獲得戦略とプログラムとの一体的関係は揺るぎ無いものとなった。二期目において政府予算の4割が社会支出に向けられたが、貧困人口の割合は減少せず、むしろ2000年の調査では増加傾向を示しており(人口比54%)、その非効率率は指摘するまでもない。費用対効果に配慮し、

ターゲットを絞った新しい社会政策は、それを執行する制度の弱さと執行機関の重複性、また票や政治支持の獲得を狙ったプログラムの政治化(クライアンテリズム)、さらには受益層の援助慣れによる惰性によって、効果を低下させたことは明らかであった(遅野井、2005: 135-137)。1998年の家計調査に基づく研究によれば、プログラムの受益層の42%が非貧困層の家庭であった(Rebosio y Rodríguez, 2001: 36-39)。

このためフジモリ政権後に、プログラムの脱政治化と質の向上を目指し、プログラムの内容と実施体制全体の大幅な刷新が求められた。2001年発足したトレド政権下において、改革は左派系無党派のテクノクラートの手に託されたが、政権の支持率が低下し、地方分権化の結果実施された地域政府の選挙を控える中で、支持回復の観点から党派的な圧力が増すに伴い、改革の流れは短期間でくつがえされた。フジモリ時代の政治的な観点からする効果的な運用とは対照的に、トレド政権の社会プログラムは政治的な要素も払拭できないばかりか、より非効率な体制にとどまったままである(Franke, 2005)。2003年から始まった地方分権化の過程で社会プログラムは、05年から地方自治体への移管が決定していたが、社会支援策が政治的な支持獲得の重要なテコとなるだけに、地方自治体での基盤を欠く政権にとって、地方政府への移管についての意思決定は遅れることになった。

こうした文脈の中で、2005年の9月トレド政権は、社会支援プログラムに補完する形で、最貧層に対する直接的な所得補助計画(月額100ソル、約30ドル)、「フントス(juntos、共に)」に着手した。初年度は政治暴力で影響を受けた貧困区を中心に最貧層12万8000家族を対象に実施される予定で、25年前のテロ活動の発生地として象徴的な存在であるアヤクチャのチュスチから開始された。貧困家庭の家計を補助し、既存のプログラムと補完することで基本的な市民権へのアクセスを貧困層に

保障するとともに、ミレニウム開発目標年である2015年までに、貧困層人口を26%までに半減しようとする計画である<sup>10)</sup>。最貧層に直接現金を供与する貧困対策は、メキシコ(Oportunidades)やブラジル(BolsaFamilia)などでの例にみられるように、新たな社会支援アプローチとしてその効果が評価されている(例えばRawlins, 2005; World Bank, 2004: 268-280)。しかし、大統領選挙を来年に控えたタイミングと実施体制の不備、適用範囲の不明確さなどの点から、その効果については専門家の間でも疑問視されている。

## 5. 結び

以上みてきたように、ペルーでは経済活動人口の約4分の1を占める雇用労働者層に年金、医療など社会保障が整備されたものの、多くの農業従事者や都市の膨大なインフォーマルセクターは取り残されてきた。この基本的な特徴は、新自由主義的な福祉体制に向けた社会保障制度改革によっても変わるところがない。むしろインフォーマルセクターが増加する中で、年金、医療など社会保険とも加入率は低下傾向にあり、制度の問題点は一層明らかになっているとも言えよう。中南米の中でも、ペルーのカバレッジ・ギャップは特に大きいものがある(Gill, Packard, Pugatch, and Yermo, 2005: 84)。

それを補完する公的な医療や公的扶助の役割がペルーの社会保障制度においては極めて重要となっているが、絶対的な予算面での制約に加え、相対的に少数の雇用労働者や中間層の社会保険のための財政負担がさらに公的社会支出を圧迫し、所得格差を固定化する要因となっている。また政治化など、公的扶助の実施体制にも大きな課題がある。

社会保障制度を立て直すには、フォーマルセクターの社会保険への加入を強制することが望まれるが、それはインフォーマルセクターに対する法的規制と同じく困難な作業である。次に労働市場に

おける正規雇用の増大とインフォーマルセクターの労働者の加入率の向上にその将来展望が委ねられてくる。

年金では、積み立て方式に基づく民間年金制度がいち早く導入されたが、ペルーの場合は最低年金が保障されていないだけでなく、高齢者に対する社会扶助的な年金制度を持たないのが特徴である。貧困高齢者を対象とした非拠出型の年金やボリビアのボノソル(BONOSOL)のような資本化(民営化)の政府保有株とリンクさせたユニバーサルな基本年金制度を持たない、極めて自由主義的、個人主義的な制度設計となっている。加入率の低下を前提にすれば、財政負担との関連に配慮しながらも、今後、こうした非拠出型の制度の導入を検討する必要性が出てくるであろう。

医療保険も加入率の漸減傾向は否めず、むしろ保健省の公的医療の比重が高まり、それゆえに社会保険への加入が抑制されている現状がある。保健省の公的医療を軸に、総合健康保険(SIS)と社会保険EsSaludの相互乗り入れや統合などを通じて、医療サービスの普遍的な提供を視野に入れた大幅な制度改革を検討すべきとの要請が高まっている(ForoSalud, 2005)<sup>11)</sup>。

そのためにもラテンアメリカ地域でも最低水準にとどまっている公的な医療支出の増大を図る努力が必要であることは言うまでもない。輸出ブームに沸き財政的余裕も生じている今日こそ、公的社会支出の拡大を図る好機であろう。同時に、社会保障全般を規制し、充実させる社会保障ガバナンスの向上が不可分である。ペルーの社会保障において大きな役割を果たすべき公的扶助は、その効率さと非政治化を保證する実施体制の構築が求められる。そのためにも細分化された制度や実施機関を整理するとともに、政府の総合的な社会保障政策の立案や体制の整備を見直すことが必要である。自由化によって保健分野での規制が過度に緩和され、人材の育成、薬剤・医療の質において

あまりの劣化ぶりが問題となっているからである。それは地方分権化の進展とあいまって、社会保障に係わる地方政府の行政能力の向上とも関連する難題である<sup>12)</sup>。

#### 注

- 1) 先住民人口の把握は困難だが、現在30%前後と推定される。
- 2) 1940年702万人であった人口は、2005年には2780万人(INEI推定)まで増大し、その間都市人口は、3人に1人から4人に3人まで拡大した。
- 3) 小論は、遅野井2001a; 2001bをベースとしながら、2005年8月の現地調査に基づいてその後のフォローを行い、議論を発展させたものである。
- 4) 運用投資先の制限は中央銀行により規制されており、2003年には政府国債、中央銀行発行の債券は合わせて40%までが上限であった。実績では政府系債券の比率は93年が32%と最大で、その後減少し98年以降増加し2002年にその比率は13%であった。また預金・株式など金融機関への投資が43%を占めている(Moron-Carranza, 2004: 52-53)。
- 5) 運用会社の手数料含む保険料は14.6%から11.4%へ、国民年金は9%から11%、その後13%へと引き上げられた。
- 6) 積み立て方式の先駆けで模範国でもあるチリでは、80%の拠出を満たせない加入者が約半数に達し(任意拠出の自営業の未納率は95%)、年金の受給を受けられず、月間150ドルの最低保障年金に依拠することになることが予想される。そのための財政負担が2030年にはGDPの1.2%に相当することになると指摘されている。“Pondering pensions,” *Economist*, Nov.10, 2005 (www.economist.com)。
- 7) この数字は、いわゆる幽霊加入者を反映している数字であるともみられ、家計調査に基づくモロンとサンチェスによれば、2000年の段階で、SNP加入率は経済活動人口の4.2%、年金受給者2.5%、SPP加入率18.1%と併せ全体で24.8%にすぎず、監督庁の数字とは大きな隔りがある。これによれば93年から2000年の間に未加入者は65%から75%へと拡大している。(Moron-Carranza, 2004: 82-83)
- 8) また医療費全体の割合は中南米全体でGDP比、7.67%であるところ、ペルーは4.5%と最低水準にある(ForoSalud, 2005: 26)。
- 9) 2004年12月の家計調査によれば、調査に先立つ4週間の間に何らかの不調を覚え診察の必要性を感じた者26.8%、病気やケガにあった者27.3%であったが、そのうち、26.5%が保健省、社会保険、軍等の公

的医療機関で治療を受け、4%が民間の医療機関で治療を受けたものの、69.8%は経済的理由(23.4%)、近くにいる・待たされる(12.6%)、家庭で治す(69.5%)等の理由で、何らかの診察治療を受けなかった(www.inei.gob.pe)。

- 10) “Programa nacional de apoyo directo a los mas pobres,” mimeo MIMDES (社会開発女性省)
- 11) 2006年4月の大統領選挙を前に、保守系の有力候補、国民統一党のフロレス候補も医療保険のユニバーサル化を公約に掲げている。
- 12) ガバナンスの問題については、遅野井2005で論じている。

#### 参考文献

- エスピンはアンデルセン, G. 2001『福祉資本主義の三つの世界 比較福祉国家の理論と動態』ミネルヴァ書房
- 宇佐見耕一編 2001『ラテンアメリカ福祉国家論序説』アジア経済研究所
- \_\_\_\_\_ 2003『新興福祉国家論』アジア経済研究所
- 遅野井茂雄 2001a「ペルーの社会保障体制と新自由主義—制度変化と持続性—」宇佐見編 2001, 235-266 ページ
- \_\_\_\_\_ 2001b「ペルー」仲村優一・阿部志郎・一番ヶ瀬康子編『社会福祉年鑑2001』旬報社 465-477 ページ
- \_\_\_\_\_ 2005「変動する社会における政治の変化と連続」遅野井茂雄・村上勇介編『現代ペルーの社会変動』JCAS 連携研究成果報告書7 地域研究企画交流センター
- Arroyo, Juan. 2000. *Salud: la reforma silenciosa, políticas sociales y de salud en el Perú de los 90*, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Barrientos, Armando. 2004. “Latin America: towards a liberal-informal welfare regime,” in *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America*, edited by I. Gough and G. Wood, Cambridge University Press, pp.121-168.
- Béjar, Hector. 2004. *Justicia social, política social*, Segunda edición, Lima, Cedep.
- Cepal. 2001. *Panorama social de América Latina 2000-2001*, Santiago.
- Durán, Fabio. 2005. *Estudio financiero-actuarial y de la gestión de EsSalud Perú: analisis y recomendaciones técnicas*, (Documento de Trabajo 195), Lima, OIT.
- ForoSalud, 2005. *Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud, II Conferencia Nacional de Salud*, Lima.
- Franke, Pedro. 2005. “Cambios institucionales en los programas sociales: Perú 1980-2005,” mimeo.
- Gill, I.S., Packard, T., and Yermo, J. 2004. *Keeping the Promise of Social Security in Latin America*, World Bank.
- Gill, I., T. Packard, T. Pugatch and J. Yermo, 2005. “Rethinking Social Security in Latin America.” *International Social Security Review*, Vol.58, No.2-3, April-September.
- Malloy, James. M. 1979. *The Politics of Social Security*, University of Pittsburgh Press.
- Morón, Eduardo—Carranza, Elena. 2004. *Diez años del sistema privado de pensiones: Avances, retos y reformas, 1992-2003*, Lima, CIUP.
- Norberto García et al. 2004., *Políticas de empleo en Perú, Tomo II*, Lima, Consorcio de Investigación Económica y Social.
- Noriega, J. 1997. *Perú: las organizaciones no gubernamentales de desarrollo (ONGD)*, Lima, Desco.
- MEF. 2004. “Los Sistemas de Pensiones en el Perú,” Dirección General de Asuntos Económicos y Sociales, Mayo, 72pp. (www.mef.gob.pe)
- Oxhorn, Philip. 2003. “Social Inequality, Civil Society, and the Limits of Citizenship in Latin America,” in *What Justice? Whose Justice?: Fighting for Fairness in Latin America*, edited by S. E. Eckstein and T. P. Wickham-Crowley, University of California Press.
- Rawlings, Laura B. 2005. “A New Approach to Social Assistance: Latin America’s Experience with Conditional Cash Transfer Programmes,” *International Social Security Review*, Vol.58, No.2-3, April-September.
- Rebosio, G. y Rodríguez, E. 2001. *Ingreso campesino y compras estatales de alimentos en el Perú*, Lima, Cedep.
- Pollarolo, Pierina. 2000. “La reforma del sector salud,” R. Abusada et al. eds., *La reforma incompleta*, (Tomo II), Lima, CIUP.
- World Bank 2004. *Inequality in Latin America: Breaking with History?* World Bank Latin American and Caribbean Studies.

(おそのい・しげお 筑波大学教授)