

海外社会保障研究

WINTER 2005

No. 153

特集：中南米の社会保障

- 特集の趣旨 本田 達郎 2
- 転換期にあるアルゼンチンの社会保障制度 宇佐見 耕一 4
- ブラジル連邦共和国憲法および普通立法における社会保障制度の変遷 二宮 正人 15
- コスタリカの社会保障改革
— 医療と年金の課題、市場主義、労働運動 — 丸岡 泰 26
- メキシコの社会保障制度 — その特徴と90年代の改革 — 畑 恵子 40
- ニカラグアの社会保障
— 最貧困国のゆらぐ政治と社会保障改革 — 高木 史江・小松 隆一 51
- 転機む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 64

動 向

- 日本のOECD基準による社会支出2002(平成14)年度更新について
— 平成15年度社会保障給付費公表、独自推計の背景と方法 —
..... 国立社会保障・人口問題研究所 企画部 76

書 評

- 小玉徹・中村健吾・都留民子・平川茂編著『欧米のホームレス問題(上)：実態と政策』
中村健吾・中山徹・岡本祥浩・都留民子・平川茂編著
『欧米のホームレス問題(下)：支援の実例』 阿部 彩 84

海外社会保障研究

WINTER 2005 No. 153

国立社会保障・人口問題研究所

特集：中南米の社会保障 趣 旨

中南米は日本から最も地理的に遠い地域であるが、100年以上の友好の歴史がある。約140万人ともいわれる日系人が在住するブラジルやわが国初の平等条約を1888年に締結したメキシコなど、日本との関係は決して浅くない。最近では、中南米諸国は1980年代の低成長、超高率インフレ等の経済的低迷から脱しており、また、従来から不安とされていた治安面でも、大規模テロもなく、他の地域と比べて相対的に安定しているとも言える。

このような状況を考えれば、中南米について改めて日本との関係を重視する動きが出てきても不思議はない。例えば、社会保障の分野では、ブラジルとの社会保障協定が議論の俎上に上っている。しかし、中南米の社会保障を巡る情勢については、欧米諸国やアジア諸国に比べると紹介される機会は少ない。

そこで、海外社会保障研究としては初めて、中南米諸国における社会経済情勢等の変化とそれを踏まえた社会保障制度の動向を取り上げ、概観することとした。これが本特集の趣旨である。

特集の構成としては、中南米の中の地域性や国の人口・経済規模を勘案して、中米からメキシコ、コスタリカ、ニカラグアを、南米からブラジル、アルゼンチン、ペルーを取り上げた。また、各国の社会保障制度について執筆するに当たっては、①各国の社会経済情勢の特徴を踏まえた社会保障制度の沿革や特徴、②1990年代以降を中心とした、年金制度や医療制度に係る改革の動向と課題、③(紙幅の制限や実際の各国の改革動向等を踏まえ可能であれば)年金・医療以外の社会保障制度(例えば、公的扶助制度等)に係る改革の動向と課題、④まとめ、という構成を基本とした。

いずれの国においても、1930年代から1940年代にかけて、現在の社会保障制度の原型となる制度が、公務員あるいはそれ以外の雇用労働者を中心に構築され始めている。そして、政治的には第二次世界大戦後、ポピュリスト政権が成立し、1980年代になると軍事政権から民主化への移行、経済的には輸入代替工業化の動きの中で、累積債務問題に端を発する「失われた10年」と言われる1980年代の経済危機を経て、1990年代には、市場主義の導入と既得権益を擁護する動きとのせめぎ合いの下で、社会保障制度の諸改革が行われている。

各国に共通する特徴としては、①わが国とは現時点において高齢者の割合も合計特殊出生率も大きく異なり、少子高齢化がまだ進んでいない(しかし、例えばメキシコの人口動態予測では、2030年には合計特殊出生率が1.48にまで落ち込み、65歳以上人口比率が10%にまで上昇するなど、今後の懸念材料となっている)。その結果もあって、介護対策や家族支援政策は社会保障分野として十分に確立したものとなっていない、②社会保険制度で対応できない部分が未だ大きく、各種社会扶助プログラムも質・量ともにニーズを満たしていない状況にある、③従来の社会保障制度に自由化や市場主義をどのように取り入れるかについては各国ともに試行錯誤の状態にあることなどがあげられる。

この特集における各論文では、前述したような構成を目指したが、中南米の中でも国によって社会保障制度について著しい多様性があることや、各執筆者の専門分野や分析手法が必ずしも同じでないことから、

各論文において記述している論点や問題の捉え方に差異がある点については、ご了解をいただきたい。ただし、90年代以降の中南米諸国の社会保障制度改革の動向の中でそれなりに興味深い分析がされていると考えられる。例えば、本特集の「転換期にあるアルゼンチンの社会保障制度」においては、次のような年金改革の顛末が取り上げられている。

アルゼンチンで1993年に成立した年金制度改革法においては、賦課方式の共通基礎年金および補償年金(所得比例部分)のほかに付加年金が導入され、この付加年金については公的賦課方式と民間積立方式の選択制とされた。そして、多数の国民が民間積立方式を選んだが、(i) 賦課方式から積立方式の移行期におけるいわゆる「二重の負担」を国家財政が負担したため、財政負担が急増し、(ii) 積立方式により給付と負担の関係が明確化し未納率が低下すると期待されたが、それは実現しなかった。また、民間年金基金運用会社の営業コスト等が莫大なもの(拠出金の33%)となり、(iii) 積立方式により造成された基金の市場における運用先の大部分を国債が占め、この国債が2001年末の経済危機により債務不履行に陥っている。

こうした年金改革の結果は、賦課方式から積立方式に移行する場合に一般に起こり得ることである。わが国でも、人口構造や社会経済情勢の影響を受けやすい賦課方式から、積立方式に改めるべきと主張する者は少なくないが、このような主張を考える場合に、アルゼンチンの年金改革の経験は留意に値するものといえるであろう。

中南米の社会保障事情について、6カ国について取り上げた意味は小さくないと思う。また、この特集を機会として、執筆者によるワークショップを開催して、意見交換ができたことは、中南米諸国についてこのような議論をする場が少ないことを考えれば大変有意義であったといえる。この特集を読まれる方が日本あるいは諸外国の社会保障事情を考察する上で参考となれば幸いである。

(本田達郎 国立社会保障・人口問題研究所企画部長)

転換期にあるアルゼンチンの社会保障制度

宇佐見 耕一

■ 要約

アルゼンチンでは第二次世界大戦後に成立したペロン政権以来、フォーマルセクターを対象とした社会保険を中心とした社会保障制度が整備されてきた。それは、輸入代替工業化や国家の肥大化によるフォーマルセクターへの賃金・雇用保障と併せて、正規の労働に対して社会権を付与するという性格の社会保障制度であった。しかし、「失われた10年」と呼ばれる1980年代経済危機を経て成立したメネム・ペロン党により、1990年代に市場機能を重視した経済・社会保障制度改革が実施された。社会保険では、雇用関係柔軟化に併せて失業保険が導入され、賦課方式年金制度は一部が民間積立方式を選択できることとなった。また、医療保険も被保険者が保険者を選択でき、保険者間・医療サービス提供機関間の競争を促す改革がなされた。他方、1990年代から2000年代にかけて失業率や人口に占める貧困者の比率が上昇し、社会扶助の重要性が上昇している。また、社会扶助を求める社会運動も活発化している。

■ キーワード

ペロン政権、メネム・ペロン党政権、ネオ・リベラル改革、賦課方式、民間積立方式、社会扶助、社会運動

はじめに

アルゼンチンの社会保障制度改革は、1990年代のカルロス・メネム・ペロン党政権下の一連のネオ・リベラル改革の中で実行された。それは、市場原理を一部取り入れた社会保険改革と雇用関係の柔軟化を可能とする労働法の改正、というものであった。しかし、1990年代には、経済の安定化が達成される反面、大量失業の常態化の現象が見られ、90年代末からは経済の停滞と2001年経済危機により貧困層が飛躍的に増大し、従来の社会保険中心のシステムでは新たなニーズに対応不可能な社会的状況が発生した。本章では、まずアルゼンチンの社会保障制度の成立を歴史的に概観し、次に1990年代に行われた社会保障制度改革の政治経済的背景を記し、続いて年金制度改革、医

療制度改革、そして重要性を増した社会扶助制度の特色を述べたい。

I アルゼンチンの社会保障制度の発展

1980年代以前のアルゼンチンの社会保障モデルは、第二次世界大戦以降に成立したペロン政権期に確立されたフォーマル部門の労働者を対象とした労災、年金、医療、家族手当といった社会保険を中心に発展してきた(宇佐見, 2001a)。このうち全ての国民を対象とした社会保険は年金制度のみで、その他の医療保険等は雇用労働者が対象であった。また、失業保険は輸入代替工業化による産業保護と労働法による雇用保障が存在するという前提で、1990年代になるまで事実上存在しなかった。こうした社会保険では対応しきれない貧

困問題等の社会的リスクに対しては、税等を財源とする社会扶助制度により対応されてきた。しかし、拠出制の社会保険と比べて社会扶助の現金および現物での給付水準は低く、また全てのニーズに対応しきれていたとは言い難い状況にあった。さらに高齢者・障害者・幼児等への公的な対人サービスは、極めて限られたものしかなく、ケアの主要な供給者は家族であった。しかも、中・高所得層は低所得層出身の家事サービス人を雇用し、家庭内ケアのかなりの部分を任せることが多く、その意味でアルゼンチンのケアは、階層的家族主義的制度であったといえる。

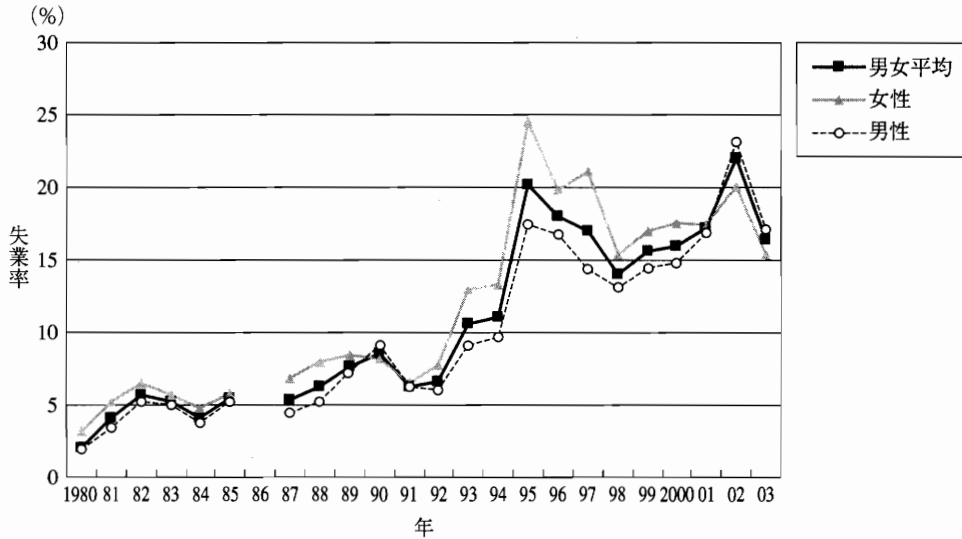
他方、1980年代までアルゼンチンの経済発展モデルは、輸入代替工業化を基軸としたものであり、輸入代替工業化の推進によりフォーマルセクターの雇用労働者が拡大し、ひいては社会保険のカバー率が拡大して国民の大部分が社会保険によりカバーされることがアルゼンチンの目指してきた社会保障モデルであった。輸入代替工業化の下では、工業部門労働者は輸入代替工業化の産業保護政策によりその雇用と賃金が保障され、また同政策により国家の経済過程に対する介入が拡大し、国営部門の拡大による国営部門雇用労働者も増大した。その結果、フォーマル部門の労働者は、輸入代替工業化政策と国家の肥大化により雇用と賃金が保障され、しかも労働法・社会保障制度による保護を受けるといふ二重の保護を享受していた。その背景として、アルゼンチンでは輸入代替工業化と国家の肥大化により拡大したフォーマルセクターの労働者は産業別労働組合に組織化され、彼らは相対的に強い発言力を持ってきたという状況があったことが指摘できる。こうした労働組合はペロン政権の支持基盤に、国家コーポラティズム的に編入されたが、その後ペロン党への支持関係を保ちつつも自律性を増していった。

その反面、輸入代替工業化の継続によるフォーマルセクターの拡大と社会保険のカバー率拡大と

いう目標は達成されることはなく、年金のカバー率の60%台が最高で、それ以上の拡大は見られなかった。他方、社会保険にカバーされないインフォーマルセクターは、かなりの規模で社会に存在し続けた。こうした1980年代までのアルゼンチンの社会保障レジームをエスピン・アンデルセンの三つのレジームに当てはめると(Esping-Andersen, 1990)、職域連動型社会保険が中心的地位を占め、ケアの家族主義的性格などの特色から保守主義レジームに近いと判断される。しかし、その対象がフォーマルセクターに限定され、広汎なインフォーマルセクターが除外されていたことから限定的保守主義レジームといえるものであった。

II 1990年代のネオ・リベラル改革

1980年代のアルゼンチンは、他のラテンアメリカ諸国同様、累積債務問題に端を発する深刻な経済危機を経験し、社会保障改革を含めた諸改革を推進することになったカルロス・メネム・ペロン党政権も約5000%近いハイパーインフレの最中の1989年に成立した。メネム政権がそれまでの産業保護と比較的タイトな雇用関係を規定する労働法といった政策とは正反対のネオ・リベラル改革を実行できた背景には、以下の諸要因があると考えられる。第1はグローバル化の進展という世界的状況が、内外の競争を激化させ規制緩和を推進させる要因として働いたことは指摘するまでもない。第2にメネム政権成立時の最大の政治課題は経済の安定化であり、そのためには多少の犠牲も国民には受け入れようとする素地が存在していた。事実、メネム政権成立直後それまで政治的理由から値上げができず財政赤字の原因の一つとなっていた低水準の公共料金を大幅に引き上げたが、それまでのような労働組合によるゼネストや民衆の抗議はあまり見られず、ほかに代替案がないという反応が国民の間では多かつたように見



出所：INDEC[2003], “Mercado de trabajo: Principales indicadores del aglomerado Gran Buenos Aires, mayo 2003”, Buenos Aires: INDEC, p.12.

図1 大ブエノスアイレス圏の失業率

受けられる。

第3に労働組合の弱体化、あるいは雇用不安による労働組合の要求事項の変容が指摘できる。もともとアルゼンチンの労働組合は労働総同盟(CGT)を唯一のナショナルセンターとし、その下に産業別労働組合が存在し、ペロン党の最大の支持団体であり強い政治的影響力を持ってきた。メネム政権の前のアルフォンシン急進党政権時代、労働総同盟はゼネラルストを幾度となく繰り返し、賃上げ等の要求を勝ち取るのみならずアルフォンシン政権自体にも打撃を与える存在となっていた。そのような強力な労働組合が1990年代になると組織化率が低下し¹⁾、失業率の増大を前に雇用確保を優先する姿勢を示すようになった。

第4に1980年代の経済危機による輸入代替工業化戦略への失望に、ソ連・東欧圏崩壊による計画経済への失望が重なり、市場機能を重視するネオ・リベラル的思想がアルゼンチンにおいて優勢になっていた。当時フランス人社会学者ギ・ソルマンの著書『自由主義による解決』は版を重ねて国

民により購読されていた(Sorman, 1984)。

このような状況の下、メネム政権では貿易自由化、金融自由化、国内の規制緩和、公営企業の民営化など市場機能を重視した政策が次々としかも大規模に実施されていった。こうした経済の自由化や国営企業の民営化は、それまでの雇用労働者が享受してきた産業保護政策と肥大化した国家による雇用と賃金の保障を弱体化させる働きをした。

他方、自由化の波は労働市場や社会保障部門にまで及んだ。1980年代までのアルゼンチンの雇用契約は全日・無期限が原則であり、会社理由による解雇に際しては就労年数に応じて解雇補償金を支払うことが労働契約法で定められており、こうした労働法の規定が雇用労働者の雇用の安定を確保していた。しかし、内外の自由化が進み、競争が激化するにつれこうした雇用関係は硬直的でアルゼンチン産業の競争力を阻害し、また新規雇用の創出にも悪影響があるとの批判が産業界から出されてきた²⁾。そうした要請に応じて1991年と1994年に雇用関係の柔軟化を進める法律が可決

された。それによると、従来認められてこなかった期限付き雇用契約、パートタイム雇用契約、使用期間の延長等柔軟な雇用形態が公式の労働契約として認められることとなった(Font, 1997)。また、経済自由化や雇用関係柔軟化は失業の機会増大を意味しており、そのため1991年雇用関係柔軟化を定めた法律の中で失業保険制度が導入された。

このようなメネム政権による一連の経済自由化と安定化政策を背景に1990年代のアルゼンチン経済は、メキシコ経済危機の影響を受けた1995年を除いて98年までプラス成長を維持した。しかし、雇用は経済成長に比して伸びず、1980年代の失業率が5%前後であったものが、1990年代は15%前後の高い失業率が続き、雇用なき経済成長または大量失業の常態化という状況が見られるようになった(図1参照)。同時に以前の安定的な雇用に代わり、柔軟な雇用、雇用労働者側から見ると不安定な雇用が増大しつつある。さらに、1990年代中頃まで低下していた貧困人口の比率も、それ以降上昇に転じ、2001-2年経済危機を経た2002年10月の大ブエノスアイレス圏における貧困人口および最貧困人口の比率は、各々42.3%と16.9%の高率に達した(INDEC, 2003)。

III 年金制度改革

1. 1980年代までの年金制度

アルゼンチンの年金制度は19世紀の教員・軍人年金までその起源をさかのぼることができ、20世紀に入り鉄道、電力、電話など公共サービス部門の労働者を対象とした産業別の年金制度が設立されていった。現在のように全国民を対象にした年金制度が確立したのは、ペロンが軍事政権下で労働・社会保障庁長官に就任して以降のことであった。1944年にペロン労働・社会保障長官の下、商業労働者向け年金制度が設立され、ペロン政権が成立した1946年には工業労働者向け年金制度

が、1954年には自営業者と農業労働者向け年金制度が設立され、これにより家事サービス労働者を除いた全ての労働者が年金制度によりカバーされることになった(Feldman, Golbert y Isuani, 1986, p.16)。

ペロン政権期に全ての労働者を対象とした年金制度が確立し、加入者は大幅に拡大したが、それは職域別に拠出率や給付額・条件が異なるいくつかの制度が分立するものであった。それを1967年にオンガニア軍事政権は、国家公務員年金制度、雇用労働者年金制度、自営業者年金制度の3種類に整理し、支給条件や拠出率などを統一した³⁾。財政方式は、ペロン政権末期以来の賦課方式を踏襲し、給付額は、退職前の10年間の最高賃金3カ年の平均額に対して70%水準という年金受給者にとって有利なものであった。一般に軍事政権は労働組合に対して対決姿勢を示し、その点オンガニア軍事政権も同じであったが、後の医療保険制度制定に見られるように、労働者対策として社会保障制度の整備を進めた事例も見られた。

2. 年金制度改革

こうした賦課方式による年金制度は1980年代より財政的問題を孕むようになり、規定どおりの支給をできない場合や、支給の遅延といった問題が発生した。また、拠出金の未納問題や、拠出額が退職前の10年間の最高賃金3カ年の平均額に対して70%水準ということから、それ以前の賃金を過少申告するという問題も見られた。特に自営業者の拠出金未納は、75%に達する深刻なものであった。そのため、1990年代になると年金制度改革の議論が活発化してきた。

アルゼンチンの年金制度改革に影響を与えたのは、隣国チリにおける成功事例である。チリは、ピノチェ軍事政権下に職域別に分立していた賦課方式の年金制度を民間積立方式に改め、それは年金制度改革の成功例としてアルゼンチンに紹介

されていた。年金改革案として、アルゼンチン工業連盟に近いシンクタンクから賦課方式、強制加入積立方式、任意加入の3本柱からなる世銀の提言と同じ案が提起された。また、アルゼンチン銀行協会も積立方式の強制加入基礎年金と任意付加年金の2階建て案を提案した。これに対して年金生活者団体、労働総同盟、与党ペロン党下院議員団は従来の賦課方式の部分修正案を提出した(Isuani y San Martino, 1993, pp.43-64)。

1993年に成立した年金制度改革法は、賦課方式論者と積立方式論者双方の意見を取り入れた妥協の産物であった。それは混合方式と呼ばれるもので、まず全労働者は、公的賦課方式の共通基礎年金と補償年金に加入することになる。両者とも30年の拠出金支払い義務を果たし、男性65歳以上、女性60歳以上から給付が受けられる。補償年金は賦課方式の所得比例年金であり、雇用労働者の場合保険料支払期間35年を限度として一定の所得比例年金を認めることとなった。

これに対して、付加年金は社会保障庁(ANSES)の運営する公的賦課方式付加年金制度か年金基金運営会社(AFJP)が運営する民間積立年金制度を選択できることとなった。民間積立年金制度を選択したものは、年金基金運用会社も自由選択できるようになった。民間積立方式では、各年基金積立会社に積み立てた個人積立金から、退職後年金を受給することになる。受給は積立金を平均寿命で割った額を受給する計画年金と、保険会社と再契約し終身支給される終身年金の2種類がある。拠出金は労働者が賃金の16%、使用者が11%を支払い、全て公的賦課方式にしたものは両者が社会保障庁の賦課年金の財源となる。付加年金に関し民間積立方式を選択したものは、使用者負担分が賦課方式の財源となり、労働者負担分は年金基金運用会社の個人口座に積み立てられることとなった(Wassner, 1994)。

3. 改革の結果

民間積立方式の導入を主張した多くの論者は、民間積立方式の方が公的賦課方式より拠出と給付の関係が明確になり未納者が減少する、個人口座のため転職に伴う年金の移動も問題がなくなる、積立金が資本市場を活性化させ経済成長に貢献する、効率性があがる等の利点を主張していた。実際、年金制度改革後に設立された年金基金運用会社の活発な宣伝活動や、民間積立方式に有利な制度選択ルールが定められたため⁴⁾、制度設立の1994年で付加年金部分の公的賦課方式を選択したものは全加入者の33%、民間積立方式を選択したものは53%と後者が前者を上まわっていたが、2004年には各々18.4%と79.7%と民間積立方式の選択者が圧倒的多数となった(SAFJPおよびANSESのウェブサイトより)。

このように多数のものが民間積立方式付加年金を選択したが、果たして民間積立方式年金制度は当初その導入論者が主張していた目的を達成することができたのであろうか。まず未納率は積立方式導入により減少したであろうかという問いに関して、答えは否である。2003年の民間積立方式加入者920万人の三分の二が拠出金未納者となっている(SAFJP, 2003, p.4)。そこには失業の拡大や不安定雇用の拡大といった、社会保険料を支払うことのできる職が減少しているという問題が横たわっていると考えられる。また、効率に関する問題にも民間積立方式は肯定的答えを出せないでいる。年金基金運営会社が顧客獲得のため、全国に支店網を張り巡らし、宣伝広告活動を常に行わなければならない、拠出金に占める運営コストの割合は2002年で33%に達している(SAFJP, 2002, p.120, 123)。

次に、資本市場の活性化という点では、積立額が年々上昇し、その対GDP比は1995年の0.5%から2002年には10.5%に達するに至った(SAFJP, 2002, p.188)。また、その株式市場に対する投資も

表1 年金基金運用会社による積立金運用先

年・月	95.6	96.6	97.6	98.6	99.6	00.6	01.6	02.6
流動性資金	2.27	2.24	1.38	1.37	1.92	1.10	0.72	2.35
公債	54.87	54.11	50.61	46.03	52.85	54.43	54.74	78.83
信託			3.06	3.00	2.74	2.73	9.11	0.40
株式・私債	8.74	24.16	26.63	23.33	19.87	19.22	14.01	9.07
定期預金	27.07	17.57	16.42	22.96	18.15	15.24	15.44	2.08
外国公債	2.84	0.45	0.44	0.40	0.23	4.36	3.37	5.62
その他	6.48	3.70	2.85	4.28	6.17	4.02	3.33	3.35

出所：Superintendencia de Administración de Fondos de Jubilaciones y Pensiones 2003, p.188.

1997年で26.6%に達するなどこの時点までは、民間積立方式が資本市場の活性化に資していたといっただけであろう。しかし、財政赤字の拡大により2001年より対政府貸し付け金の国債転換や、満期定期貯金の強制国債転換の措置が採られたため、民間基金運用会社の資産に占める国債比率が2002年には78.8%にまで増大した。そしてそのかなりの割合がドルを中心とした外国通貨建て国債であった。このアルゼンチン国債は、2001年末の経済危機により債務不履行状態に陥ってしまった。

ここには次元の異なる二つの問題が隠されている。その一つは、賦課方式の年金制度を民間積立方式に転換する際の制度移行コストの問題である。それは賦課方式から積立方式に拠出金を支払っている被保険者が移行した場合、それまで彼らが負担していた賦課方式による年金給付の財源を国家が負担しなければならないという問題である。公的賦課方式に対する財政の負担比率は、1994年の39.1%から2000年には69.9%に上昇している⁵⁾。また、不況対策として1999年以降使用者の年金拠出金比率を賃金の11%から5%に引き下げたことも、公的年金制度への国庫負担率を上昇させる要因となっている。いずれにせよ、積立方式導入は財政負担の拡大を不可避とさせるということに留意しなければならない。

第二は、高齢者の経済生活を市場に委ねてよい

かという問題である。2001年経済危機の背景は複雑で、ここでその詳細を述べる余裕はないが、そもそも積立方式を選択して年金基金を市場で運用せず、現役世代の拠出金が退職者の受給する年金の財源となる賦課方式のままであったのなら、このような問題は起こらなかったわけである。しかも、アルゼンチンが債務不履行を起こしたのは今回が初めてではなく、1980年代の累積債務危機のときすでに経験してきたことであった。今回の危機は、アルゼンチンのように周期的に経済危機に陥った経験を持つ国で、市場に依存する積立方式が正しい選択であったか改めて再考させられる契機となった⁶⁾。

IV 医療制度改革

1. 医療制度の整備過程

年金制度同様、アルゼンチンにおける公的医療保険の起源は、19世紀中葉の移民グループ別、あるいは職域別の互助会(mutuales)にまでさかのぼることができる。現在見られる職域別の医療保険の直接的な起源は、第二次世界大戦前に設立された鉄道労働組合互助会等の労働組合の互助会制度であったとされる(Belmartino, 1996, pp.229-236)。こうした職域別医療保険が拡大したのが、ペロンが労働・社会保険庁長官に就任した1944

医 療 財 政

公的財政支出			社会医療保険 (本人と雇用者の保険料)		個人支払い		
国	州	市			民間医療保険		自由診療
国立病院	州立病院	市立病院	社会医療 保険独自の 医療施設	契約医療施設	契約 医療施設	独自施設	自由診療
公立病院			民間医療機関				

医 療 供 給

出所：宇佐見，2001，269.

図 2 アルゼンチンの医療制度

年以降のことであった。その後ペロン政権下で船員、ガラス労働者、銀行員、軍人、国家公務員等職域別に医療保険制度が制定されていった。

ペロン政権下では、こうした職域と連動した医療保険制度の発達と並行して、全国民を対象とした原則無料の公立病院が整備されていった。そのため、医療に関しては極めて普遍主義的な公立病院制度と職域連動の医療保険制度が併存する状況となった。こうした状況が変化したのは、1970年のオンガニア軍事政権下のことであった。同政権は社会事業法を制定し、全ての職域ごとに医療保険制度を設立させたため、正規の雇用労働者のほとんどは職域別の医療保険にカバーされることになった。社会事業法で特徴的なのは、医療保険の運営を政府や国営企業とともに労働組合にも認めたことで、その後アルゼンチンの医療保険の多くは労働組合が運営することとなった。オンガニア軍事政権が医療保険を整備し、労働組合にその運営権を委ねたのは、同軍事政権のコーポラティズム志向と労働組合の懐柔のためであったと言われている (Golbert, 1988, p.43; Isuani y Mercer, 1986, p.26)。

社会事業法が制定された1970年以降のアルゼンチンの医療制度は、社会階層別に分かれた複数

の制度が入り交じった図2に示したような複雑な制度となった。まず、財政で賄われる公立病院制度は、医療保険を持たない低所得者向けの制度であるとの性格が強まってきた。フォーマルセクターの雇用労働者は職域別の医療保険に加入し、医療保険独自の病院か医療保険が契約した民間医療機関から医療サービスを受けることになった。フォーマルセクターの中・高所得層自営業者は、民間医療保険に加入し、民間医療保険独自の病院かそれと契約した民間医療機関から医療サービスを受けることになった。公立病院制度は、常に財政的問題がつきまとい、長い待ち時間、薬剤の不足や設備の老朽化など諸々の問題が指摘されている。他方職域別医療保険は、制度成立翌年の1971年には人口に対する加入率が67.0%を記録した後、加入率は低下し続け、1996年には44.8%と過半数を割り込む状況になった (Grassi, Hintze y Neufeld, 1994, p.135)。また高齢者に関しては、本人、現役労働者、使用者負担による高齢者医療保険制度 (通称PAMI) が存在する。しかし、同制度も公立病院と同様、常に財政問題が存在し、それはしばしば医療サービス提供者の診療拒否や薬剤提供拒否という事態にまで発展することもある。

2. 医療保険制度改革

1990年代になると、主として労働組合が運営する医療保険に対する改革の要求が提案されるようになった。現行制度に対する批判者は、アメリカで考案された管理競争の概念を取り入れ、批判を展開した。すなわち、現行制度では過剰診療に対する歯止めがなく、保険料率の引き上げが定期的に繰り返されている。事実、1970年における賃金に対する保険料率は、労働者が1%（既婚者2%）使用者2%であったものが、1989年には労働者3%、使用者6%に上昇している。また、医療保険間に競争がなく、医療サービス向上へのインセンティブに欠け、医療保険間の再配分システムも有効に機能していないとそれまでの制度を批判する（Panadeiros, 1991, pp.12-27）。

こうした問題を解決させるために情報を有する保険者間の競争を促す必要があり、そのために被保険者が保険者を自由に選択できるようにすべきであるとの提案が、ネオ・リベラル改革を推進する経済官僚により立案された。これに対して既得権益を脅かされ、また労働組合の凝集性を維持する上で重要な医療保険制度から組合員が離れることが懸念される労働組合、およびそれに支持されるペロン党議員が反対した（Belmartino, 1995, p.21）。このように医療保険改革は、与党ペロン党の支持基盤である労働組合の利益と直接対立するため、年金改革と比べ成立が遅れ、自由選択の範囲内に民間医療保険は認めないという条件の下1997年より自由選択制が導入されることとなった。

新たに制定された医療保険自由選択制は、次のとおりである。まず対象者は、1年以上同一職場で働き一定以上の賃金を得たもので、この条件を満たしていれば家族単位で1年に1回医療保険を移動できることとなった。移行者が希望する医療保険は、移行希望者を受け入れねばならず、移行者に対して義務的医療プログラムを提供することが義務づけられた。義務的医療プログラムを超え

る医療を提供する場合は、別途料金を利用者が支払うこととなった。高齢者に関して、PAMIか高齢者医療システムに登録された医療保険のみ選択可能となった。自由選択制が発足した当初は、医療保険の変更を希望するものは極めて少なかったが、その後次第に移行希望者は増大していった。2005年4月の医療保険加入者は、833万人（家族を含めると1439万人）である。これに対して1998年5月から2005年1月までに医療保険を移動した者の累積は137万人に達している⁷⁾。

このような改革が医療費抑制やサービスの向上につながったのかという問題は、これからの検討課題である。しかしそれより医療制度にとって本質的問題なのは、失業や不安定雇用の増大により、医療保険未加入者が拡大していることである。2004年には国民の55%が社会医療保険にも民間医療保険にも未加入であるとの調査が示された（La Nación 15 de agosto de 2004）。医療保険未加入の低所得者は、公立病院を利用する以外に選択肢がないが、公立病院は前述した問題が解決されていない。もちろん、公立病院の方も改革が続けられている。改革の核心は分権化であり、それまで国立であった公立病院は、現在ほとんどが州政府に管轄が移管されている。さらに公立病院ごとの自主運営制度も一部導入され、各病院に大幅な裁量権が与えられるケースも出現した。しかし、医療保険のカバー率低下により、公立病院への依存の度合いが強まる状況下、全般的財源難という公立病院制度の根本的問題は解決されていない。

V 貧困の拡大と社会扶助

1. 食糧扶助・非抛出制年金・失業世帯主プログラム

1980年代まで輸入代替工業化の推進によりインフォーマルセクターを解消し、社会保険中心の社会保障制度を目指してきたアルゼンチンにとって、

社会扶助は残余的性格を持ち続けてきた。しかし、1990年代のネオ・リベラル政策により、経済政策や労働法制による雇用と賃金保障は弱まり、また大量失業や雇用の不安定化の現象のもとで社会保険の限界が露呈されるようになった。そのため1990年代以降、主として財政から支出される最低生活保障システムとしての社会扶助の役割が増大し、この傾向は2001-2年経済危機による貧困人口の飛躍的拡大をとおして一層顕著となった(宇佐見, 2005)。

主要な社会扶助政策として、第1に食糧扶助がある。食糧扶助プログラムはペロン政権以降の歴代の政権で行われ、貧困層を対象とした比較的普遍性の強い社会扶助政策として知られている。現キルチネル・ペロン党政権では、食糧保障プランという名のプログラムが実行されている。このプログラムの対象者は、貧困ライン以下の14歳以下の児童、妊婦、障害者、70歳以上の高齢者で、給付は食糧パッケージや食糧チケットまた学校給食、児童食堂や地域食堂をとおしての食糧支給である。プログラムは連邦政府のものであるが、実施は分権化され市レベルで地域の実情に併せて実施されている⁸⁾。また、食糧扶助プログラムは州レベルでも行われており、その最大のもはブエノスアイレス州の実施している、生活プランである。それはブエノスアイレス州政府が貧困地区を指定し、女性センターや教会等の組織が4ブロックごとに女性責任者を指定し、この組織をとおして食糧を妊婦や子どもに給付するものであった。資料のある1996年の受益者は60万人で、予算は38万5千ペソであった(Clarín 27 de enero de 1997)⁹⁾。また、同プログラムの最高責任者には、当時の州知事夫人が就任していた。

第2は非拠出制年金制度であり、それには扶助年金と議会で認められた年金等の特別年金がある。扶助年金には、老齢年金、障害年金、多子手当がある。扶助年金の条件としては、基礎的ニ-

ズの欠乏する貧困者で、他のいかなる社会扶助も受給していないこととなっている。老齢年金は、同条件を満たし70歳以上で扶養する者がいない、障害年金は、同様に76%以上の機能障害があること、多子手当は同様に7人以上の子どもがいることである¹⁰⁾。

第3は2001年経済危機による貧困人口の急増に対処するために、2002年ドウアルデ・ペロン党政権により実施された失業世帯主プログラムである。同プログラムの対象者は18歳以下の子どもを一人以上持っている現在失業中の貧困状態にある世帯主で、子どもの修学や予防接種義務を果たしていることが条件となる。対象者は、1日4時間以上6時間以下の社会的に有益な仕事や生産的な仕事に従事し、月に150ペソの現金による給付を受けることになる。食糧扶助プログラムや非拠出制年金が救済的プログラムとしての性格が強いものに対して、失業世帯主プログラムは、プログラムの制定過程においてヨーロッパで提唱されているベーシックインカムから示唆を受けているとされるものの、実際にはワークフェア的性格を強く持ったプログラムであるといえる。

2. 市民社会の参加・社会運動

社会扶助の実施には市民社会の参加が政策的に組み込まれており、実際の社会扶助実施には多くの市民社会組織が参加している。社会扶助に関係する市民社会組織は、中流層が組織する市民社会組織と、低所得者自身が組織する住民組織に分類することができる。ブエノスアイレス市内の低所得地域では、地域食堂の運営を市民社会組織が行ったり、また住民が組織する場合でも市当局との交渉や食堂の運営に市民社会組織がアドバイスをしたりしている。社会扶助プログラムは、いくつか組み合わせられて実施されており、地域食堂で働く者のうち条件に合う者は、失業世帯主プログラムの適用を受ける。また、地域食堂は低所得地

区の児童施設を兼ねる場合があり、その建設に従事する者も失業世帯主プログラムの適用を受ける場合が多い。児童施設で保育に当たる仕事をする女性は、ブエノスアイレス市の保育ママプログラムの適用を受ける。市民社会組織は、そうした社会扶助プログラムの運営や申請に関わっている。また、独自の資金を併せ、公的な社会扶助プログラムを補完するプログラムを実施している市民社会組織もある¹¹⁾。

1990年代末からピケテロと呼ばれる道路封鎖を行い、社会扶助を要求する社会運動が脚光を浴びるようになった。ピケテロは2001年末経済危機に翻弄された当時のデ・ラ・ルーア連合政権を崩壊させるまでに影響力を強めるようになった。その後、ピケテロは幾つものグループに分かれ、政府支持を表明しより多くの社会扶助を獲得しようとするグループや、労働組合と連携して自己のグループの要求を実現させようとするグループなどが出現している。ピケテロ以外にも各種の社会扶助政策を提言している市民社会組織は存在し、ベーシックインカムを考えを普及させようとする社会政策学者たちのアドボカシー活動は、失業世帯主プログラムや非拠出制老齢年金の制定に間接的な影響を与えている。このように、1990年代より市民社会は社会扶助の実施のみならず、社会運動をとおして政策の形成に間接的に影響を与えるようになった。

おわりに

「失われた10年」と呼ばれた深刻な経済危機に見舞われた1980年代までのアルゼンチンの社会保障制度は、第二次世界大戦後にペロン政権下に成立したフォーマルセクター労働者を対象とした社会保険中心の制度であった。ペロン政権以降1980年代までフォーマルセクターの労働者は、輸入代替工業化による産業保護政策と国家の肥大に

よりその雇用と賃金が保障され、さらに整備された労働法と社会保険制度による保護という二重の保護を享受していた。フォーマルセクターの雇用労働者は、労働組合を組織し、ペロン政権下では与党支持勢力として、また軍政下では抵抗勢力として社会政策上特別の恩恵を与えられてきた。それに対して、インフォーマルセクターに対する社会扶助は、残余的性格を持つものであった。

1990年代のメネム・ペロン党政権によるネオ・リベラル経済・社会改革は、こうしたアルゼンチンの社会保障制度の性格を一変させた。貿易自由化や国営企業民営化、また雇用関係の柔軟化により、それまでフォーマルセクター労働者の享受していた二重の保護は事実上消滅した。さらに、社会保険に市場原理を導入しようとする試みがなされたが、選択的民間積立方式を取り入れた新年金制度は、経済危機により大きくダメージを受けた¹²⁾。1990年代の大量失業や雇用関係の不安定化という事態を前に、社会保険による生活保障制度はその効力が弱まり、社会扶助へのニーズが高まっている。他方、それまでの社会保障制度を支えた労働組合の影響力が相対的に弱まり、階級横断的かつイシューごとに結集する市民社会の影響力が強まりつつあり、社会保障をめぐる環境は大きな変化の中にある(宇佐見, 2001a, b, 2003)。

注

- 1) 労働組合の組織化率についてはその低下を指摘する研究者と、現状維持と見る研究者がいる。しかし、労働組合出身国会議員の現象など、その影響力低下を示す根拠も存在する。
- 2) アルゼンチン工業連盟労務担当理事Daniel Fuenes de Riojaとのインタビュー記事。ERGO, vol.1 no.1 1994, p.26.
- 3) この3種類の年金制の他に、軍や各州は独自の年金制度を持っていた。
- 4) 公的賦課方式選択者は無制限に民間積立方式に移行できるのに対して、民間積立方式を選択したものは1996年7月までに1回の移動しか認めなかった。
- 5) アルゼンチン労働社会保障省社会保障局内部資料。
- 6) 年金基金運用会社の保有する債務不履行に陥って

いた外貨建て国債は、2004年10月にペソ化し、金利にインフレ率を加算することで一応の解決が図られた。

- 7) <http://www.sssalud.gov.ar/> 2005年7月6日閲覧
- 8) <http://www.desarrollosocial.gov.ar/> 2004年10月12日閲覧
- 9) 当時の為替レートは1ドル=1ペソ
- 10) <http://desarrollosocial.gov.ar/> 2003年11月26日閲覧
- 11) 2003年8月および2004年8月の現地調査に基づく。
- 12) 2004年10月に政府と年金基金運用会社は、後者の保有する外貨建て国債のペソ建て国債への置き換えに合意した。

参考文献

- Belmartino, Susana. 1995. "Estado y Obras Sociales: Desregulación y Reversión del Sistema", *Cuadernos Médico Sociales*, núm.72.
- Belmartino, Susana. 1996. "Las Obras Públicas : Continuidad o Ruptura", María Zaida Lobato ed., *Política, Médico y Enfermedades*, Buenos Aires: Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Esping-Andersen, Gøsta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press. (岡沢憲美・宮本太郎監訳 2001『福祉資本主義三つの世界』ミネルヴァ書房) エスピン・アンデルセン, イエスタ 2001 岡沢憲美・宮本太郎監訳『福祉資本主義三つの世界』ミネルヴァ書房
- Feldman, Jorge, Laura Golbert y Ernesto Isuani. 1986. "Maduración y crisis del sistema provisional argentino", *Boletín Informativo Techint*, núm.240.
- Font, Miguel Angel. 1997. *Compendio de leyes laborales*, Buenos Aires: Editorial Estudio.
- Golbert, Laura S. 1988. "El envejecimiento de la población y seguridad social", *Boletín Informativo Techint*, núm.251.
- Grassi, Estela, Susana Hintze y María Rosa Neufeld. 1994. *Políticas Sociales: Crisis y ajuste estructural*, Buenos Aires: Espacio.
- INDEC. 2003. "Incidencia de la pobreza y de la indigencia en Gran Buenos Aires mayo 2003", Buenos Aires: INDEC.
- Isuani, Ernesto y Hugo Mercer. 1986. "¿La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina?", *Boletín Informativo Techint*, núm.244.
- Isuani, Ernesto y Jorge San Martino. 1993. *La reforma previsional argentina, opciones y riesgos*, Buenos Aires: CIEPP.
- Panadeiros, Mónica. 1991. *El Sistema de Obras sociales en la Argentina : Diagnóstico y Propuesta de Reforma*, Buenos Aires: FIEL.
- SAFJP. 2002. El régimen de capitalización a 8 años de la reforma previsional 1994-2002, Buenos Aires, SAFJP.
- SAFJP. 2003. *Boletín estadístico mensual*, abril de 2003.
- Sorman, Guy. 1984. *La solución liberal*, Buenos Aires: Atlantida.
- Wassner, Roberto. 1994. *La reforma del sistema previsional*, Buenos Aires: Abeledo-Perrot.
- 宇佐見耕一 2001a「アルゼンチンにおける福祉国家の形成：ペロン政権期の社会保障政策」『アジア経済』第42巻第3号
- 宇佐見耕一 2001b「アルゼンチンにおける社会医療保険改革」同編著『ラテンアメリカ福祉国家論序説』アジア経済研究所
- 宇佐見耕一 2003「アルゼンチンにおける福祉国家の変容と連続」同編著『新興福祉国家論：アジアとラテンアメリカの比較研究』アジア経済研究所
- 宇佐見耕一 2005「アルゼンチンにおける社会扶助政策と社会運動」同編著『新興工業国の社会福祉：最低生活保障と家族福祉』アジア経済研究所
- (うさみ・こういち ジェトロ・アジア経済研究所
地域研究センターラテンアメリカ研究グループ長)

ブラジル連邦共和国憲法および普通立法における 社会保障制度の変遷

二宮 正人

■ 要約

ブラジルにおいては1934年以来、社会保障制度に関する枠組みを憲法の条文に取り入れた上で、さらに普通立法においてより詳細な規定を設けている。特に21年に及んだ軍事政権の後、民主政治の再建を図る目的で制憲議会が2年間の審議の上で採択した1988年現行憲法は、単なる枠組みを超えた詳細な規定を置いている。本稿では、現行憲法を含む歴代憲法における社会保障制度の紹介を行った後、同憲法の規定を具体化した一連の普通法、就中1991年法律8212号(所謂社会保険組織法)および1991年法律8213号(所謂社会保険給付法)等の主な規定、特に社会保険の組織および財源、被保険者の分類、被扶養者、社会保障負担金納入と給付(廃疾退職、定年退職、依願退職、特別退職による年金、疾病、家族、出産、労働災害による手当)、労働災害、社会保障政策の範囲、失業保険、民間社会保険等について概説する。

■ キーワード

1988年ブラジル連邦共和国憲法、1991年社会保険組織法、1991年社会保険給付法、国家社会保険院(INSS)、公的医療(SUS)

はじめに

ブラジルは、独立以来、1988年現行憲法に至るまで7回にわたって憲法を制定してきた。本稿では、このような憲法制定の動きを社会保障の重要な法源として捉え、社会保障と重要な関係を持つ労働権に関する動向も踏まえ、同国の社会保障の変遷を法学的観点を中心に明らかにするとともに、同国における現行社会保障制度の根拠となっている1991年に制定された法律の内容を中心に分析する。これらの分析に当たっては、憲法とそれを受けて制定された実定法の内容を中心に行うため、社会経済学的見地からの検討が不十分となる点についてはご容赦いただきたい。

なお、比較法的に見て、多くの国の憲法は社会保障についても原理原則のみを定め、具体的な細

則は普通法の規定によらしめているが、ブラジルの場合は一応そのような方式を採用しつつも、案件によってはかなり詳細な部分まで憲法の条文で定めている場合も見られる。本稿で扱う社会保障に関する規定もその一つであると言える。

I ブラジルの社会保障制度の沿革と特徴

1. ブラジルの社会保障制度の黎明期

ブラジルの憲法において最初に社会政策的な規定が置かれたのは、独立直後の1824年帝政憲法であり、その第VIII編に、職業の自由、初等教育の義務化とともに国家による救済の保障が謳われた。次にアメリカ合衆国憲法を模して作成された1891年共和国憲法では、社会保障に関する明確な規定は置かれなかった。しかし、同憲法第75

条には「国家に対する役務遂行中の事故によって健康を損ねた公務員のみが恩給を受領する資格を有する」という1799年フランス憲法の影響を受けた規定が置かれ、限定的な意味であるが、社会保障のさきがけとなった規定として、また、当時の社会保障に関する発想が公務員を中心に考慮されていたことを示すものとして注目される。

ブラジルの実定法において社会保障が本格的に立法化されたのは第一次世界大戦以降であったが、その主役となったのは、1872年から1929年までの間に登録された67の相互扶助団体であり、医療および施業役務、疾病、失業、身体障害および葬儀の際の扶助を行っていた。都市部における社会保障の嚆矢は、企業に対して労働災害のための民間保険への加入を義務付けた1919年1月15日付法律3724号および半官半民の退職・年金積立公庫設置法である1923年1月24日付立法院命令第4682号(所謂エロイ・シャベス法)であった。同公庫への積立は、当初において企業および労働者のみが行い、国家予算の投入が実現するのは、1934年憲法においてその規定が置かれてからであった。

2. 1934年憲法および1937年憲法

1920年に約21万5000人であった工場労働者数は1930年には約45万人となり、資本家と労働者の対立も先鋭化し、それまではあまり省みられることがなかった社会問題が台頭してきたのである。ヴァルガス政権の労働問題対策としては、1930年には商工省との兼務で初めて労働省が設置され、労使双方の組合の設立が認可された。

ブラジルにおける初めての疾病、失業、労災による身体障害・死亡に対する包括的な解決策は、1931年にデシオ・コウチニョによって提出された「国立一般積立金庫」制度であったが、当時は企業別の小規模の積立金庫が数多く存在し、実際には機能しないことが危惧されていた。そして、多くの労働者が社会保障の枠外に置かれていた。そこ

で行われた抜本的な改革としては、一定職種を包括し、加入を義務付けた、国立の「退職・年金院」の設立であった。発想としては、国家の主要なインフラ業務であり、輸出業務に重要な鉄道、港湾、海運等の従業員が網羅され、さらに公務員、商業における従業員、銀行員等の職務が重要とされたが、まず最初に1933年6月29日付政令第22872号によって「海員退職・年金院」が設立された。

1934年憲法においては、社会保障について、国家と労使双方の三者が、社会福祉院を設立して、労働者の高齢化、身体障害、出産、労働災害および死亡に備えなければならない、としていた(第12条補項1“h”)。本規定を実現させるものとしては、1935年法律第159号が挙げられるが、結局は連邦政府が社会福祉院が必要とする予算を他に流用したことで、三者の資金拠出のうち、国家の分担金拠出については実現されなかったのである。

1937年憲法においては、個人の権利が大幅に制限されたが、経済もコーポラティヴィズム形式に組織されなければならないとしていた。労働組合活動の自由は保障されていたが、政府公認の一職種一組合のみが合法とされた。社会保障については労働権とともに規定された(第137条“l, m, n”項)。例えば、妊婦に対しては、産前産後に一定期間の有給休暇が保障され、高齢者、身体障害、生命、労働災害に関する保険も制定された。ヴァルガスは、政権末期の1945年5月7日に全ての退職・年金院を統合してInstituto de Serviços Sociais do Brasil (ISSB) —「ブラジル社会サービス院」—を設立する大統領令第7526号に署名したが、政情不安定のため、細則が定められるに至らず、発効しなかったが、このことによってブラジルの社会保障制度の発展は20年間遅延したと述べる者もいる。

3. 1946年憲法

全体主義に対する戦争に民主主義陣営が勝利した直後であったため、社会権、特に社会正義の

原則を確立することが急務とされた。また、連邦が社会保障に関する立法を行うことが初めて規定された(第5条XV項“b”)。なお、州や市郡も自らの公務員に対して独自の社会保障法を制定することが認められ、今日に至っている。

なお、妊婦に対する産前産後の有給休暇および復帰後の職の保障、失業者への援護、疾病、高齢化、身体障害および死亡に対する対策が採られ(第157条X, XV, XVI項)、労働災害に対する保障は、使用者の負担の下に行われる、と規定された(第157条XVII項)。第VII編において、公務員の身体障害および定年退職のほか、35年間継続勤務後の自発的退職に関する規定も設けられた(第191条補項1)。なお、連邦、州、市郡の公務員の勤務年限の合算も認められるようになったが、その実現は1960年、1968年、1975年と段階的に行われた。

農村労働者に対する社会保障の実施はさらに遅れ、1963年3月2日付法律第4214号(Estatuto do Trabalhador Rural - 農村労働者法-)においてようやく実現したのであるが、その適用は今日においても十分とは言い難い面がある。そして、権威主義政権の下で、かねてより懸案であった「退職・年金院」の統合が若干の例外を除いて実現の運びとなり、1966年法律第72号によって現行INSS - Instituto Nacional de Previdência Social - (国家社会保障院)が設立された。

4. 1967年憲法および1969年憲法補足令

第一号

1964年クーデターによって樹立された軍事政権において、労働権については、多くの制限が加えられたものの、社会保障については1946年憲法で認められていた諸権利のほか、1919年以来、民間保険業者の圧力によって、公的社会保障の枠外に置かれていた労働災害が1967年法律第5316号および1969年憲法補足令第一号によって、国家社

会保障院の業務の対象とされるに至った。

公務員の勤務年限は、定年退官の場合は70歳とされ、依願退官の場合は男性35年、女性30年間勤務した場合に、退官時の給与が100%支給され、現役勤務者に併せて毎年調整される。勤務年限未満で退官した場合は、勤務年限に比例した額が支給される。公務執行中に生じた要因(法律によって定めのある事故、疾病、職業病等)で廃疾者となった場合も給与の100%支給で退官が認められた。また、それまでは一定の企業に連続10年勤務した労働者は、特別の理由がない限り解雇できなかったところ、労働組合の弱体化を目的として、同制度は廃止された。その代替案として採用されたのがFGTS - Fundo de Garantia de Tempo de Serviço - (勤務年限保障基金)であった。同制度は労使双方が、給与額の8%を毎月積み立てるものであって、勤務先が変わってもFGTSは変わらず、正当な理由無く解雇された場合、マイホームを購入する場合等、また、女性が婚姻する場合に積立金を引き出すことができるものとされた。なお、従来裁判官の退官年齢は35年とされていたが、1981年憲法補足令第18号により、30年に引き下げられた。また教師についても、公立学校であると私立学校であるとの区別なく、退職年限を男性30年、女性25年とした点も注目される。

いずれにせよ、1980年代のハイパーインフレが年金生活者の収入に与えた影響は深刻なものであり、自由業に従事する者も、定年退職時に最低給与20か月分を受け取るべくその金額に比例した掛け金を35年間納めた場合であっても、実際の退職時にはその半分以下の年金しか受け取れないという事態となった。

特に上記ハイパーインフレが医療に与えた影響は顕著なものであった。インフレにより診療報酬の価値が短期間に減少するため、民間医療機関が既約の給付や公的医療制度を取り扱わなくなる傾向が強くなった。このため、公的医療制度から支払

われ、一般労働者が当人負担のない公的医療 (Sistema Unificado de Saúde - SUS) に頼ろうとする場合、公立病院あるいは私立の慈善病院において多大な待ち時間を費やさなければならない。医療を必要とするすべての人々が診療治療を受けられるわけではなく、財政的に少しでも余裕のある者は、民間の保険に加入することによって、公立病院の待ち時間から解放されることになる。アメリカなどでは公的機関による診療は、必要とする人々の20%に対して行われていると言われているが、ブラジルの場合はその逆であり、80%が公的医療機関に頼らざるを得ない状態である。

5. 現行1988年連邦憲法について

21年にわたる軍事政権の後に選出されたサルネイ大統領の下で制憲議会が招集され、2年以上にわたって審議が行われた結果、「市民の憲法」と呼ばれている1988年連邦憲法が公布された。ここでは「基本的権利と保障について」と題された第II編が設けられ、その第2章は「社会権について」の規定であるが、ここでは教育、保健、労働、余暇、安全、社会保障、母性および幼児保護、貧困者保護を社会的権利とする明文の規定が置かれた(1988年連邦憲法第6条)。また、労働者の社会的条件の改善を目的とする他の権利のほか、都市および農村労働者の社会的権利として、全34項に上る規定が設けられた(同憲法第7条)。さらに、同業組合、労働組合の結社の自由(同憲法第8条)、同盟罷業の権利(同憲法第9条)等が規定されたのである。なお、第VIII編は「社会秩序について」に関する規定が置かれ、その第2章は「社会保障について」である(同憲法第194条ないし204条)。

また、定年による退職年金の支払いも法律によって保障され、その給付額は、毎月、通貨価値修正が行われる負担基準賃金の最終36か月分の平均に基づいて計算され、その上で実質額を維持する方式も再調整されるが、以下の条件を充足し

なければならない。年齢については、男子65歳、女子60歳。ただし、農村労働者、農業生産者、鉱物採掘人、無資格の漁師等の家族労働に従事している者については、年齢制限を5歳引き下げる；依願退職のための勤続勤務年限は男性35年、女性30年となったが、健康または身体の完全性を害する旨法律で定められている、特別の労働については、さらに短縮される；また、そのほか、裁判官および教員についても特別勤続勤務年限が定められており、引き続き男性30年、女性25年とされた(同憲法第202条)。

なお、社会扶助の目的については、家族、母性、幼児、青年および老人、貧困児童の保護；労働市場への統合の促進；身体障害者の能力付与および機能回復ならびに社会生活への統合促進；生計手段を有せず、家族からの支給を得られない身体障害者と老人に対する最低給与1か月分の月額手当の保障が挙げられている(同憲法第203条IないしV項)。

II ブラジル現行法における社会保障規定について

1988年連邦憲法における上記規定のほか、ブラジルにおける社会保険、社会保障および保険給付は、1990年失業保険法(Lei do Seguro-Desemprego - LSEG - Lei n. 7998/90)、1990年統合保険システム法(Lei do Sistema Unificado de Assistência a Saúde - Lei n. 8080/90)、1991年社会保険組織法(Lei Orgânica da Seguridade Social - LOSS - Lei n. 8212/91)、1991年社会保険給付法(Lei de Benefícios da Previdência Social - LBPS - Lei n. 8213/91)、1993年社会福祉法(Lei da Assistência Social - LAS - Lei n. 8742/93)、2001年憲法補足法第108および109号(Leis Complementares ns. 108 e 109 de 2001)、1999年社会保険法細則(Decreto n. 3048/99)等に立脚している。また、最近制定され

た法律としては、所謂「老人法」と呼ばれる2003年10月1日付法律第10741号がある。

本稿では主として1991年社会保険組織法(以下LOSS法という)および1991年社会保険給付法(以下LBPS法という)の規定に基づいて、ブラジル社会保障規定の枠組みについて説明する。LBPS法第2条は、社会保険の原則と目的について、内国人、外国人を問わない、加入の普遍性;都市部・農村部を問わない、統一かつ均等性のある役務提供と給付;低所得者を優先した、給付の選択性およびその配分性;負担金に通貨価値修正制度を適用して計算した給付額の決定;購買力維持の原則に基づく給付額の減価保護;最低給料を下限とする被保険者の月間給付額;負担金の追加納入による任意の補足年金加入;政府および現役就労者、雇用主ならびに退職・年金給付者の代表四者が参加して行われる民主的な地方分権的管理運営が謳われている。

そしてLBPS法第3条は、国家社会保障審議会の設置を規定しているが、その目的とするところは社会保険に関する政策、指針、計画、予算提案、法律適用の監視、会計報告ならびに関連事業に関わる規則の制定を行うものである。国家社会保障審議会は四者構成で機能する社会保障省における合議機関である。大統領によって任命される15名の委員で構成され、そのうち6名は連邦政府各省の代表および9名の民間代表からなり、3名が退職・年金給付者、3名が現役就労者、3名が雇用主を代表するが、それぞれが労組、経営者団体から推薦される。また、地方分権の見地から国家社会保障審議会の決定を実行・監理するため、州社会保障審議会、市郡社会保障審議会の設置も認められている。

1. 社会保険の組織および財源について

LOSS法第3条によれば、社会保障とは、就労不能者、高齢者、勤務年限満期退職者、解雇によ

る失業者、扶養者の死亡または服役により家族の生活を維持するために不可欠の給付を保障することを目的とする。

社会保険制度の財源の一部は、年度ごとに設定される国家予算および企業の負担金である(LOSS法第11, 16, 22条)。そのうち主なものは、従業員であると否とに拘らず、企業が個人に支払う合計賃金の20%;協同役務提供組合が企業に提供する役務費用の15%;金融機関および民間保険会社は、従業員および役務提供者に対して支払っている金額の2.5%を追加負担金として納める;売り上げおよび利益を基礎とした負担金、すなわち月ごと粗収入の2%および法人税支払いのための純利益に対する8%;個人の農村雇用主は、農作物売り上げの2%を負担金として、さらに0.1%を労働災害保険の掛け金として収める;家庭労働者の雇用主の負担金は、労働者負担金の12%とされている。

労働者もまた社会保険制度の財源の一部を給料から差し引かれる負担金によって負担している。LOSS法第20条の規定によれば、労働者の給料の額によって7.65%から11%に至る4段階の負担金が設定されており、下限は月ごとの最低給料である。なお、他の3段階の限度額については、年度ごとにインフレ率によって調整が行われる。

負担金の納入は、基本的には企業によって行われるが、個人の被保険者は、特定の用紙に基づいて納入する(LOSS法第30条)。企業および個人からの納入金の履行を監督する権限を有するのは国家社会保険院(Instituto Nacional de Seguro Social - INSS)であり、連邦国税庁(Secretaria da Receita Federal - SRF)は企業収益を基礎にして、負担金納入を監督する。なお、負担金の滞納は、通貨価値修正、延滞利息、過料徴収の対象となり、取立て訴訟の執行終了まで、法人、自然人を問わず、国家社会保険院の滞納者名簿に確定債務者として登録されることになり、公共事業における入札不参

加、政府金融機関からの融資不能等、一定の制裁の対象となり、社会生活上一定の不都合に直面する。なお、社会保険関係の債権債務の時効は10年間である(LOSS法第45条)。

2. 被保険者の分類について

社会保障計画は公務員および軍人に適用される「特別社会保障制度」と本稿の対象である、一般労働者に適用される「一般社会保障制度」(1988年連邦憲法第201条補項1)に分けられる。LOSS法第12条によれば、社会保障計画の義務的被保険者は、従業員、家庭労働者、個人被保険者、臨時雇い労働者、特別被保険者、任意被保険者である。以下、これら義務的被保険者について紹介する。

- (1) 従業員 - 雇用主の指揮命令下に置かれ、労務提供に対する報酬を規則的に受ける者であり、次の者もこの範疇に包括される。特定の社会保障制度に属さない公職に選任された者、特定の社会保障制度に属さない在ブラジル国際機関または外国政府機関の職員、ブラジル資本が議決権の過半数を有する在外ブラジル企業で勤務するためにブラジルで契約された従業員、および雇用契約に基づいて役務提供を行う会社役員である。
- (2) 家庭労働者 - 利益追求を目的としない継続的な家庭労務を家族およびその構成員に対して提供する者(LOSS法第12条II項およびLBPS法第11条II項)。
- (3) 個人被保険者 - 雇用契約を有しない労働者で、その主なものは、宗教団体のメンバーとして、その保護の下にあり、他の分類に属さず、他の役務に就いていない者、個人事業主、雇用契約に基づかない会社役員、株式会社の経営審議会のメンバー、有限会社の出資者にして会社に対する役務提供を行っている者、都会において利益追求のために働く自営業者である。

(4) 臨時雇い労働者 - 例えば、港湾労働者のように、雇用契約無しで、複数の企業に対して労務を提供する者。

(5) 特別被保険者 - 家族全員が共同で労務に従事し、これが生活を維持する唯一の方法である場合。例えば、原則として妻子のみの協力の下で、手仕事の漁業を自前の船で行う漁師、借地農、共同生産、歩合作者、小作者、貴金属採掘業者が挙げられる。特別被保険者としては、本人とともに家族単位の規模で生活を維持していることを証明できる配偶者、内縁配偶者ならびに14歳以上の子女およびこれらに準ずる者が含まれる。

(6) 任意被保険者 - 義務的被保険者の範疇に包括されず、負担金を支払って社会保険に加入する14歳以上の者。個別的に社会保険に加入する主婦の場合がその一例として挙げられる。

なお、複数の社会保険制度に規制されている経済活動を同時に行っている者は、それぞれの活動分野で加入が義務付けられる。また、一般社会保険制度の適用を受けて退職した受益者が、同制度によって規制された職業に就いているか、復職した場合は、LOSS法の規定に従って、その活動に関連して社会保険維持費の納入が義務付けられる。

3. 被扶養者について

LBPS法の規定によれば、一般社会保障制度における被保険者の被扶養者とは、配偶者、所謂「安定した結合」に基づく内縁の配偶者および21歳未満または廃疾者の子女およびこれに準ずる者、直系尊属および21歳未満または廃疾者の兄弟姉妹とされている。

上記規定のうち、所謂「安定した結合」とは、1988年連邦憲法第226条補項3に家族団体として認められた内縁関係を指しており、子女およびこれに準ずる者とは、配偶者または内縁の配偶者の

子女、あるいは裁判所の命令により後見、監護の下にある子女を指す。なお、2003年連邦高等裁判所判決(STJ, RESP n. 528.987, DJ06.11.03, p.327)によれば、祖父によって養育された孫の死亡に際して、祖父を年金給付者に定めたケースが見られる。なお、内縁の配偶者については、同性の者で良いか否かについて、かねてより議論が行われてきた。従来の多数説は、同性の者を、憲法が定める家族団体の構成員ではないとし、LBPS法第16条補項3の規定も被保険者の死亡に際して、年金受領者の資格につき、内縁者の性別は男女のいずれかであるとしていたが、2000年にポルトアレグレ連邦第一審裁判所第3社会保障部が下した公衆民事訴訟2000.71.07.00.009347-0号は、LBPS法第16条補項3の規定を1988年連邦憲法が定める基本的人権における人間の尊厳(第1条III項)および出自、人種、性別、皮膚の色、年齢に関する偏見および他のあらゆる形態の差別なしに、全ての者の福祉を促進するという規定(第3条IV項)に反することから違憲であるとした。そして、同判決は第2審である、第4地区連邦地域裁判所が全員一致で支持し、さらに連邦最高裁判所によっても上告第1499号において支持されるに至った。その結果、国家社会保険院は、2000年6月7日付規範指令第25号をもって、社会保障給付者につき、同性の内縁配偶者に関する規則を定めたのである。

4. 社会保障の負担金と給付について

LBPS法第18条は、一般社会保障制度において、被保険者、被保険者の被扶養者および両者がどのような給付の対象となるかを規定している。

(1) 被保険者に対しては、

a. 廃疾退職による年金 — 据え置き期間が免除され、疾病手当の受給中であっても付与され、生活を保障する職に復帰不能と判断された場合にその対象となる。診断は国家社会保険院の医師によって行われる。月ごとの給付

額は納入負担金に対する給付額の100%であり、介護者を常時必要とする場合には、25%増しになる。この年金は被保険者がこの状態にある期間を通じて支給される(LBPS法第42, 44, 45条)。

- b. 定年退職による年金 — 180か月間の据え置き期間における社会保障負担金を納入した後、男子65歳、女子60歳に達した場合に権利が発生する。農村労働者の場合は、男子60歳、女子55歳とされる。また、定年退職による年金は、企業によっても申請されうるが、その条件としては、被保険者が据え置き期間を達成しており、男子70歳、女子65歳に達した場合に強制的に行われる。月ごとの支給額は負担金納入に対する給付額の70%とし、納入金が12か月増えるごとに、1%ずつ加算されるが、受益額の100%を超えてはならない、とされている(LOSS法第25条II項、第48, 50, 51条)。
- c. 依願退職による年金 — 180か月間の据え置き期間における社会保障負担金を納入した後、男子30年、女子25年勤続の被保険者に支給される。この場合の月ごと支給額は納入金負担に対する受益額の70%であり、勤続年数が1年増すごとに6%加算され、男子35年、女子30年を達成した段階で負担金納入に対する給付額の100%の支給が受けられる。教員の場合は、特例的に男子30年、女子25年で100%の支給が受けられる。
- d. 特別退職による年金 — 180か月の据え置き期間における社会保険維持費を納入した場合であって、被保険者が不衛生または身体にとって危険な環境において、関連法令の規定に従い、15、20または25年間勤務した場合に付与される。この場合、被保険者は、法律の定める上記期間中、連続してこれらの環境の下で勤務したことを国家社会保険院に対し

て立証しなければならない。この場合、月ごとの年金額は負担金納入に対する給付額の100%である(LBPS法第25, 57条)。

- e. 疾病手当 — 12か月間の据え置き期間における社会保障負担金を納入した後に、発病または怪我、あるいはこれらの症状の悪化によって、連続して15日以上にわたって労務または通常の活動が不可能になった場合に支給される。被保険者が労働者である場合、疾病手当は、本人が労務を提供できなくなってから16日目に、雇用契約の停止とともに支給される。その他の被保険者は、活動不能に陥った時点からその状態が継続する期間中、疾病手当が支給される。疾病手当は、負担金納入に対する給付額の91%である。疾病手当の受給者が完全回復が見込めず、通常の職務に復帰できない場合、他の職種に就くための職業リハビリを行わなければならない(LBPS法第25条I項、第59, 60, 61, 62条)。
- f. 家族手当 — 家庭労働者と臨時雇い労働者を除き、邦貨に換算して約3万円を上限とする収入を得ている労働者に対し、子女、継子女、後見対象の子女の人数に応じて支給される。本給付に対する据え置き期間は存在しない。廃疾または定年退職者、もしくは男子65歳、女子60歳以上の他の退職者も家族手当をあわせて受給する権利を有する。14歳未満の子女または廃疾者たる子女については年齢制限を設けず、1人当たりの手当は邦貨に換算して約800円ないし1000円である。企業が家族手当を支払う場合は、月ごとの給与とともに払い、支払われた金額は、企業が負担する社会保障負担金の納入に際して相殺する(PBPS法第65, 68条)。
- g. 出産手当 — 本手当は女性被保険者に対して120日間支給されるものであり、出産日の28日前から起算され、国家社会保険院が直接

支払う。個人被保険者、特別被保険者(農村労働者を除く)、任意被保険者は、本手当の支給に関する権利を得るためには、最低10か月間の社会保障負担金の納入を証明しなければならない。また、本手当は養子縁組または養子縁組のための裁判所命令を得た女性被保険者にも適用される。なお、女性従業員、女性臨時雇い労働者に対する出産手当は、それぞれの給与に相当する金額が毎月支給されるが、他の被保険者に対する金額は一定していない。そして、男性に対しては、所謂「父親休暇」と呼ばれる5日間の休暇が存在するが、これは子が出生した際、父親が新生児とその母親とともに過ごすための休暇を認めたものであるが、社会保障制度とは無関係である(1988年連邦憲法第7条XVIII項およびXIX項、LBPS法第86条)。

- h. 労働災害手当 — 本手当に対する据え置き期間は存在せず、被保険者に対する疾病手当が打ち切られた段階で、国家社会保険院の医師の判断により、通常労務能力が減退したと判断された時点で支給を受ける権利が生じる。本手当は負担金納入による給付額の50%相当額である。被保険者が受領することになる何らかの年金受給開始の前日または本人死亡の日まで支給される(LBPS法第86条)。
- (2) 被保険者の被扶養者に対しては、
- a. 死亡による年金 — 現役または年金受給者たる被保険者が死亡した場合、その被扶養者に対して支給されるものであり、据え置き期間はない。月ごとの支給額は、被保険者が受給していた年金額100%、または死亡時に廃疾者として退職していたならば受領できていた金額であり、対象者が複数の場合は、全員で同等に分ち合う(LBPS法第74, 75, 76条)。
 - b. 受刑手当 — いかなる給付または収入のない受刑者たる被保険者が死亡した場合、死亡

による年金と同条件で、その被扶養者に対して支給される(LBPS法第80条)。

- (3) 被保険者とその被扶養者の両者に対しては、
- a. 社会福祉 および
 - b. 職業リハビリ が行われる。

上記両給付は、被保険者に対して労働市場への復帰および社会生活を営むための教育または職業的再訓練を施すものである。ブラジルにおいて従業員を100名以上有する企業は、従業員数の2%ないし5%を職業リハビリを受けた者または身体障害者のために充てなければならない(LBPS法第89条および第93条)。

国家社会保険院からの複数の給付は若干の事例に制限される。例えば、失業保険と国家社会保険院からの継続的ないかなる給付も重複して受領することは禁じられているが、死亡による年金、または労働災害手当は例外とされている(LBPS法第124条)。

被保険者およびその被扶養者は、年度内に疾病手当、労働災害手当または退職年金、死亡による年金あるいは受刑手当を受けた場合は、12月に支払われる受益分に相当するボーナスを受け取る権利を有する(LBPS法第40条)。

社会保険のいかなる給付もその最低額は、最低給料1か月分である(1988年現行連邦憲法第201条補項2)。月ごとの給付は、扶養家族手当と出産手当を除いて、社会保障負担金の納入額に基づいて計算される(LBPS法第29条)。

5. 労働災害について

1988年連邦憲法は労働者の基本的権利の一つとして労働災害保険に関する規定を置いている(憲法第7条XXVIII項)。本保険は国家社会保険院が管理し、企業の負担金によって運営されている。その負担金は、それぞれの企業の業務におけるリスクの度合いによって、労働者に対して支払われる給与または役務提供者に対する報酬の合計

額の1%ないし3%である。上記リスクについては、法律に別途規定されている。

LBPS法によれば、労働災害とは企業内における業務執行、またはこれに準ずる行為において死亡の原因となる身体障害、器官疾患、あるいは永続的または一時的な労働能力の喪失もしくは低下と定義されている(LBPS法第19条)。

法律は企業に対し、労働者の安全・衛生につき、個別的あるいは集団的な措置を採ることを義務付けている。安全・衛生に関する措置を怠った企業は軽犯罪法による処罰の対象となり、立証された場合、科料の支払いを命ぜられる。また、企業は業務執行および自らが扱う原料、製品等について、詳細な情報提供を行う義務を負う。

労働組合および経営者団体は法律の規定を忠実に遵守する義務を負い、労働・雇用省はそれを監督する立場にあり、比較法的に見て遜色はないが、統計的に見るならば、ブラジルにおける労働災害の発生率は非常に高いものとされている。2003年度において合計390,180件の労働災害手当が支給されている。所謂典型的な労働災害はそのうち82%を占め、通勤中または帰宅途中の事故は12.6%、労働疾病が5.4%であった。給付者の77.6%が男性であり、職業病の給付申請者については、女性が49.3%を占めた。年齢的には20代が37%で、20代と30代を加算するならば、67.5%となる。

労働災害の発生を職能別に分布するならば、農業関係が7.9%、工業関係が36.1%、サービス業界が38.4%である。ただし、典型的な労働災害は農業関係に最も多く(9%)、次いで衛生、サービス関係(6.5%)であった。通勤途上の災害はサービス業者に最も多く(11.2%)、次いで小売業界(10.3%)であった。職業病については、サービス業界に多く(8.8%)、次いで金融関係者(8.3%)であった。

2003年度における労働災害の平均値は1000人

中 16.8 人であり、業界として最も多かったのは、基礎冶金 (1000 人中 36.4 人)、自動車組み立て (1000 人中 33.1 人) であり、主な事故は手首、手および指の怪我と骨折 (68,197 件) であった。

6. 社会保障政策の範囲について

LOSS 法第 4 条は、国家社会保障政策につき、納入金負担如何に拘らず、家族、出産、幼児、青少年、高齢者、身体障害者の基本的なニーズを保障しなければならない、としている。連邦政府はこの目的を達成するため、公的な給付を維持し、民間社会福祉事業に対しては、資金のおよび技術的支援を行うものとする。

社会福祉団体は、利益追求を目的としてはならず、その管理運営については事前に所在地の社会保障審議会に登録を義務付けられる (LAS 法第 3 条および第 9 条)。

国家社会保障政策が保障する給付は以下のとおりである。

- a. 「継続的給付提供」については、本人または家族に生活維持能力が無いことを証明できる身体障害者および 70 歳以上の高齢者に対し、月ごとに最低給与 1 か月分の支給を保障する (LAS 法第 20 条)。
- b. 「偶発的給付」として、1 人当たりの月収が最低給与 4 分の 1 以下の者に、出産時および死亡時に給付を行う (LAS 法第 22 条)。

なお、このほかにも社会福祉および貧困者減少計画の実施が予定されている (LAS 法第 23 条および第 39 条)。

7. 失業保険について

1990 年法律第 7998 号は、理由なき解雇および間接的解雇ならびに強制労働から解放された労働者に対して、暫定的に資金援助を行うことを目的とした失業保険を制定した (所謂失業保健法、以下 LSAG 法という)。

労働者は以下に掲げる場合において、失業保険を請求する権利を有する。

- a. 解雇される前の 6 か月間に給与を受け取っていた者。
- b. 給付を申請する前の 24 か月のうち、最低 15 か月間雇用されていた者、または自由業に従事していた者。
- c. 一部の例外を除き、社会保険の給付を受けていない者。
- d. 本人および家族の生活を維持するための如何なる収入も有しない者 (LSAG 法第 3 条)。

失業保険の給付は継続的または断続的に 4 か月にわたって行われる (LSAG 法第 4 条)。給付の額は解雇前 3 か月間の給与の平均額を基礎とし、通貨価値修正が行われるが、最低給与 1 か月分を下回ってはならない (LSAG 法第 5 条)。

なお、連邦政府の特定社会福祉計画に登録されてから 5 年以上経過し、最低給与 2 か月分までの月収を得ている者に対し、最低給与 1 か月分をボーナスとして給与支払日に支給する (LSAG 法第 5 条)。

8. 民間社会保険について

公共社会保険制度と並行して民間社会保険制度の設立も認められおり、連邦憲法はそれを公共保険制度の補足システムと定義している (1988 年連邦憲法第 199 条)。すなわち、労働者は公共社会保険制度に加入が義務付けられているが、民間社会保険には任意であり、希望者の自由な加入・契約を基本にしている。民間社会保険に慈善団体および非営利団体に優先権が付与され、営利目的を有する者に公的資金を割り当てることは禁止される (同憲法第 199 条 1 項および 2 項)。ただし、公的機関、公共認可会社、公共事業への役務提供企業は、それぞれの職員を民間社会保険制度に加入させるための協力を行うことは妨げられない。この場合、公的機関等の職金最高額は、これら社

会保険加入者の醸金総額を上回ってはならないものとされている。また、法律に定める場合を除き、外国企業または外国資本の直接・間接の参入は、認められていない(同条3項)。

民間社会保険は、上記憲法によって規定されるほか、2001年5月29日付憲法補足法第108号および第109号によって定められている。すなわち、公共社会保険とは財政的にも独立しており、独自の積立金および給付計画を有している。したがって、加入者の労働契約や給与にも関与できないことになっている。

III 結びにかえて

本稿では、ブラジルの社会保障制度について、1990年以前の動向を歴代憲法の変遷とともに概観するとともに、1988年連邦憲法およびそれを受けて1991年に制定された社会保障に関する一連の実定法の内容を紹介したが、新たな機会に、より深い分析を行う所存である。

ブラジルの社会保障制度は次のような大きな問題を抱えていると言える。

- ① 農村労働者への社会保障の適用はいまだに不十分であり、その適用の拡大のための具体的な道筋が見つかっていないこと、
- ② 医療サービスについて、社会保障制度を利用したアクセスが制限されていること、

- ③ 年金制度については、欧米諸国や日本に比べて、人口構造が若年層によって占められているにも拘らず、財政状況が非常に悪く、公務員に関する年金制度については一定の改革が行われたが、今後も更に抜本的な改革を行う必要があると考えられる。

これらの課題については、理想論的解決ではなく、現実的ではあるが、中長期的に着実に実施されていく改革ビジョンをブラジル国民に示しながら、今後の社会保障改革を行っていくことが肝要である。

参考文献

- BARBISAN FORTES, Simone e PAULSEN, Leandro
Direito da Seguridade Social Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2005.
- MACHADO DA ROCHA, Daniel *O Direito Fundamental a Previdência Social* Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.
- MACHADO DA ROCHA, Daniel e BALTAZAR JÚNIOR, José Paulo *Comentários a Lei de Benefícios da Previdência Social* Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 5a. edição, 2005.
- OLIVEIRA, Aristeu de, *Manual Prático de Previdência Social*, São Paulo: Atlas, 8a. edição 2000.
- SABATOVSKI, Emilio e FONTOURA, Iara P. *Legislação Previdenciária*, Curitiba: Jurua, 2001.
- 1988年ブラジル連邦共和国憲法の条文については、<http://senado.gov.br>参照。なお、邦訳については矢谷道朗編訳「ブラジル連邦共和国憲法1988年」アジア経済研究所1991年を参考にした。
- (にのみや・まさと サンパウロ大学博士教授)

コスタリカの社会保障改革

—医療と年金の課題、市場主義、労働運動—

丸岡 泰

■ 要約

コスタリカは社会民主主義の影響下での福祉国家的国づくりの結果、社会保障制度の普及度は高い。今日、医療の課題は患者当たりコストの上昇、専門医療の長い待機期間である。年金の課題は、財政破綻の回避である。80年代以降市場主義の影響を受けた改革が試みられたが、両分野とも労働運動の抵抗を受けた。経済危機の中、医師の労働組合はストにより給料等の改善要求を認めさせ、さらに社会保険公庫との交渉で時間当たり外来診察数削減を認めさせた。医療部門の経営契約は労働運動の抵抗が少なかったが、幹部の反対で骨抜きとなった。社会保険公庫の年金制度では、世界銀行の提言に近い改革が進んだ。が、教員年金の抑制のための1995年の法律がその後のストと約10年間の緊張関係の原因となった。医療・年金分野の改革の方向性は課題と市場主義により定まったが、労働運動と職員の意向がそれを拒否・修正した。彼らの説得が今後重要である。

■ キーワード

医療改革、年金改革、市場主義、労働運動、世界銀行

はじめに

コスタリカは、1949年制定の現行憲法第12条による常備軍廃止、半世紀あまり続いている民主主義的政権交代という政治的特徴とともに、ラテンアメリカ地域において高い人間開発指数の福祉国家として個性的位置づけを有している。

ドレーズとセンは、所得水準に比べ出生時平均余命が長いという成果に注目し、コスタリカを直接支援による生活保障例とした(Drèze and Sen 1989)。事実、貧困者や地方にも保健医療の恩恵が及んでおり、軍事支出がなく社会支出の比率が高い。一般政府総支出に占める健康支出の比率は国際比較の上で際立って高く、出生時平均余命は78歳である(表1)。高齢化社会を支える一般的年金制度も半世紀の歴史を持つ。

本稿は、コスタリカの社会保障制度の特徴を示

し、近年の医療・年金改革の政治経済的背景を明らかにする。その際、改革の方向性を定めた要因として筆者が念頭に置くのは、医療・年金制度の課題、市場主義の影響、国内各部門の労働運動、の3つである。本稿の目的は、改革におけるこれら3要因の役割を明確化することである。

まず、医療の代表的課題は、公共医療施設において患者1人当たりの費用が増加傾向にあり、専門外来に長い待機期間が存在することである。次に、年金の課題は、国民の多数を対象とする年金制度と過度に給付条件の寛大な特別年金制度の格差、および各制度の成熟と少子高齢化の進展による財政の維持の困難化である(表2)。

一方、近年の改革は世界銀行に代表される市場主義¹⁾の影響を受けた。公的医療部門においては各種の改革とともに、擬似市場という方法論が試みられた。年金制度改革においては特別年

表 1 主要経済社会指標

1人当たりGDP	4,329ドル	乳児死亡率	11/1000*
人間開発指数順位	43位*	合計特殊出生率	2.3**
出生時平均余命	78.0年*	GDP比健康支出総額	9.3%*
成人識字率(15歳以上)	95.8%*	平均為替レート換算	250米ドル*
完全失業率	6.5%	一人当たり政府健康支出	
収入の判明した全世帯	960,637(100%)	政府健康支出/ 国民健康支出総額	65.4%*
貧困世帯	208,680(21.7%)	政府健康支出/ 一般政府総支出	24.4%*
非貧困世帯	751,957(78.3%)		
ジニ係数(所得)	0.43**		

注：* = 2002年 ** = 2003年 無印 = 2004年

出所：MIDEPLAN (HP)；UNDP (HP)；WHO (HP)

表 2 世代別人口分布

センサス年	0-14歳(%)	15-59歳(%)	60歳以上(%)	合計(%)	人口(人)
1973	44.0	50.4	5.6	100.0	1,871,780
1984	36.6	56.9	6.5	100.0	2,416,809
2000	31.9	60.2	7.9	100.0	3,810,179

出所：Salazar 2003; Centro Centroamericano de Población (HP)

金制度が原則的に廃止され新たな4本柱へ再編された。

が、当然ながらこれらの改革は、公共部門に形成された圧力集団や職員との間に小さくない摩擦を引き起こした。医療部門の労働組合と年金受益者集団は、いずれも組織化された運動を展開しており、改革の方向性に強く影響を及ぼしている。

市場経済の影響について、しばしば行われる新古典派経済学とその批判者との間での理論上の議論とは別に、経済思想と既得権益の保持者が発展途上国の改革に影響を及ぼす程度を明らかにする必要がある。本稿が明らかにするのは、改革の方向性を定める上での市場主義と労働運動との相互作用の過程である。

今日、コスタリカの政治的位置づけは社会民主主義から市場主義への接近途上にあると考えられる。このような政治環境にかかわらず、市場主義で進められた社会保障改革の方向性には圧力集団と職員の意向が修正を加えてきた、というのが

本稿の立場である。以下、これを念頭において、社会保障制度の発展と医療・年金改革の過程を振り返ることとする。

I 社会保障制度の普及

1970年代の末までに、コスタリカは福祉国家的な特徴を備えていた。当時すでに、保健省の公衆衛生活動の恩恵は国の隅々に達し、健康保険医療の受益者も人口の8割を超えた。今日の高い出生時平均余命は、これらの政策の結果と考えられる。

福祉国家への道は、40年代を起源とする。それは、世界大不況下、労働運動が活発化する中で、自然な選択肢だった。医師出身の大統領カルデロン・グアルディアにより社会保障制度が導入された。彼は医学習得のためベルギー等への留学経験があり、社会保障制度研究のため部下をチリへ派遣した。社会保険公庫(CCSS)が設立され、医

表3 社会保険加入比率の推移(経済活動人口に占める%)

年	健康保険	IVM年金保険	年	健康保険	IVM年金保険
1950	21.9	4.3	1980	67.2	47.8
1960	25.2	5.8	1990	64.8	43.2
1970	37.7	23.4	2000	64.6	45.0

出所: CCSS (HP) *Posibilidad de Aumentar la Cobertura Contributiva en IVM*

表4 社会保険への拠出比率(給料に対する%) 2001年

部門	健康保険			IVM年金保険		
	労働者	雇用主	国家	労働者	雇用主	国家
給与所得者	5.50	9.25	0.25	2.50	4.75	0.25
自己勘定労働者	5.25	—	2.75	7.25	—	0.25
年金生活者	5.00	8.75	0.25	—	—	—
国家勘定の加入者	—	—	14.0	—	—	—

出所: CCSS (HP) *Posibilidad de Aumentar la Cobertura Contributiva en IVM*

療保険、年金保険が発足した。制度発足時期は、ラテンアメリカ諸国の中で中位を占める。

社会保障制度は1980年には医療保険で経済活動人口の約3分の2、年金保険で同約半数を加入者とするまでに普及していた(表3)。発展途上国の中では、短期間に高い普及度が達成された点を特徴として指摘できる。社会保険の医療に受益者負担はなく、給与所得者の場合、労働者、雇用主、国庫の3者の拠出合計は70年代に11%という高負担だった²⁾。

一方、年金制度は、この社会保障制度の下で作られたCCSSの障害・老齢・死亡(IVM)年金制度が今日まで存続している。財政方式は積み立てと賦課の折衷で、資金運用も行っており、今日まで収支は黒字を維持してきた。発足直後の年金制度では受益者が少なく拠出者が増えたため、財政問題は生じなかった。医療保険同様な年金保険でも、給与所得者の場合、労働者、雇用主、国家の3者から拠出を行う仕組みを維持してきた(表4)。

ただし、これに平行して特定の職業小集団に多くの恩恵を約束する特別年金制度がある。その制度数は80年代に18に及んだ。受益者数の上で大

きな制度は教員年金制度、司法府年金制度、大蔵省年金制度である³⁾。特別年金制度は特権的性格が強く、50歳での年金受給開始が可能であったり、退職後の年金受給額が就労時の給料の100%であったり、年金額の調整が現役職員の給料にリンクされたりしていた。その財政は経済原則に基づいておらず、賦課方式で、主財源は中央政府予算だった。その恩恵の縮小が財政上必要な課題だった。

社会保障を取り巻く政治環境は恵まれていた。1948年の内戦によっても福祉国家への方針は変わらなかった。内戦以降民主主義的政権交代が定着する中で、政界で主流の位置づけを占めた国民解放党(PLN)が社会民主主義(social democracia)の位置を占め、社会保障制度の存廃は大きな争点とならなかった。歴代政府は資本主義経済を基本としながら、社会保障や教育を国の役割として重視した。PLNに対立した勢力も、この点に異議申し立てを行ってこなかった。また、80年代以降、紛争に明け暮れた中米諸国の中であって、コスタリカは例外的に政治的安定を保った。

この政治環境の中で、当初都市部に限られてい

表5 CCSS主要保険財政のGDP比率

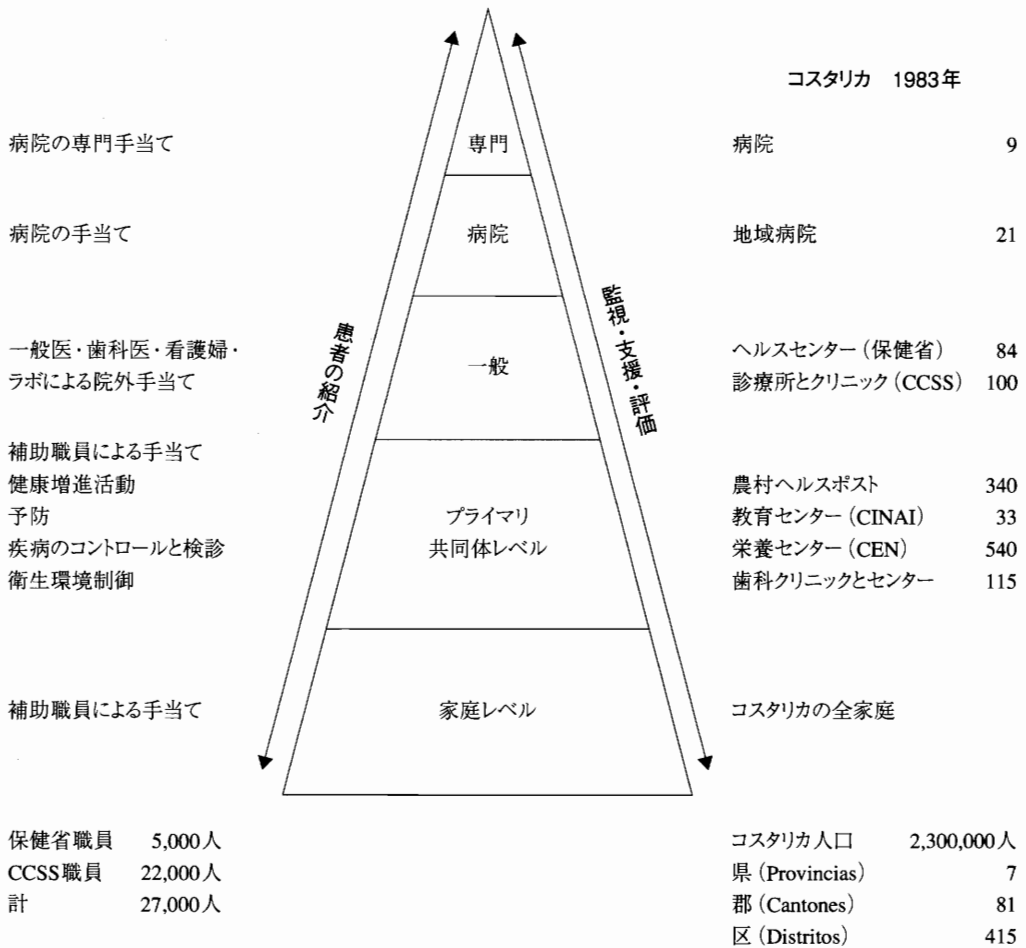
(%)

年	疾病母性保険			IVM保険		
	収入*	支出	収入-支出	収入*	支出	収入-支出
1980	4.3	5.5	-1.2	2.3	1.0	1.2
1990	5.9	5.8	0.2	3.2	1.9	1.2
2000	4.8	4.4	0.4	2.4	1.6	0.9

* 政府から移転されなかった規則上の収入を含まない実質収入。

出所：CCSS (各年版, HP) *Anuario...* ; CCSS (HP) *Indicadores...* より作成。

図 保健省-CCSSの保健医療ケアの体系



出所：Jaramillo 1984: 71

た医療保険は全国的な制度に拡大された。61年の法律によりその後10年間で社会保障の普遍化が目標とされた。高額所得者は当初社会保険加入の義務を免除されていたが、70年代には加入が義務付けられた。年金保険の経済活動人口に占める加入者比率も、80年には約半数に達した。

特に、70年代に2期続いたPLN政権が、福祉国家の特徴を強めた。この時期を社会政策の研究者は「黄金の十年」と呼ぶ。まず、フィゲレス・フェレル大統領が「悲惨さとの戦い」を掲げ、福祉国家充実への道を開いた。71年に初めての全国保健医療計画が作成された。70年代末までに医療施設のCCSSへの一元化が進められ、大きな財源のCCSSを中心とする今日の保健医療システムの原型が作られた(表5・図)。

1974年の法により設立された社会開発家族給付基金(FODESAF)は貧困者への年金、地方や都市貧困層への保健サービス、学校給食等に用いられた。社会保険による医療保険拠出を行っていない貧困者への医療サービス提供が開始された。

ただし、この時期の福祉国家拡大への道は、外国資金により投資と成長を維持した福祉国家肥大化への道でもあった。まもなく対外債務返済不能に陥り、1982年に成長率-7.3%、失業率9.4%、消費者物価上昇率81.7%という経済危機に陥った。保険加入者からの拠出が減り、為替レート切り下げにより外国製医療用品購買力が低下した。IVM保険の実質運用成績が悪化した。続いてIMFの経済安定化政策と世界銀行の構造調整融資が行われた。

80年代には市場主義的な方向への経済の舵取りが行われるとともに、政治の座標軸もその方向に修正された。まず、輸入代替工業化戦略は輸出指向の開発戦略へと転換され、国营企業の一部が民営化された。PLNは社会民主主義から市場主義へ軌道修正し、さらに、市場主義的傾向のキリスト教社会連合党(PUSC)が2大政党の一翼に

育った。

その一方、社会保障制度においては、財源・供給ともに公共部門に属する医療体制が定着しており、人的資源配置を通じて福祉国家の中に強い圧力団体を生んだ。すなわち、1961年にコスタリカ大学医学部が医師育成を始めると、多くの医師が同大学を出てCCSSの医療施設で研修を行い、CCSSに就職するという経歴を経た⁴⁾。この特徴は、経済危機を経てもなら修正を受けていない。

多くの医師の出身大学と就職先が同一であり、その職業が経験と知識を要するため、CCSSでの人間関係は上下関係の明確な階層的なものとなった。このことは、医師集団に強い団結力を与えたと考えられる。さらに、医療現場では職務分担が細分化されており、それぞれの役割が明確なため、専門的職業の集団の罷業は公共部門の医療の即時停止を意味する。これらの要因が医療専門職員に拒否権と呼べる強い交渉力を与えてきた。

II 保健医療部門の改革

1. 経済危機後の労働運動

公的保健医療部門における労働運動は活発である⁵⁾。初期の労働運動では医療部門の職員の勤務時間や待遇に関する規則形成を目指したが、徐々にその運動は医療専門職員の過度の恩恵獲得のための運動に変化した。1980年、部門には大小39の労働組合が存在した。同年時点での最大団体は全国社会保険職員組合(UNDECA)で、組合員4,303名を数えた。このほかに全国医師組合(Unión Médica Nacional)、CCSS医学専門職員組合(SIPROCIMECA)などは、多くの医師の加入団体で、今日でも有力である。これらの団体の共通の主張は、雇用の不安定化を理由とする、医療民営化への抵抗である⁶⁾。

医師の労働運動とCCSSの官僚機構とは、ストの際の外見ほどの対立関係にはない。かつて労

働組合を指導した医師の多くは、のちにCCSSの官僚機構や医療施設で幹部の地位を占めている。つまり、労働組合活動はCCSS高級官僚への登竜門ともなりうる。反面、CCSS総裁ら医師出身官僚は、専門的知識と情報へのアクセスにおいて政治家や官僚・患者に比べ圧倒的優位にある医師団体の運動を抑制しうる、数少ない有力者である。

公務員のストは法律上禁じられているが、給料等を争点としたストは何度も行われた。医療部門最大のストは、インフレによる医療部門の実質賃金水準の下落を背景に、給料・手当で体系の改革を求めて行われた1982年4～6月のそれである。このストにおいて公的医療機関は救急医療など一部の例外を除き40余日間麻痺した。経済危機に際し、どの職業でも実質賃金は下落したが、医療部門は強い労働運動により他部門よりも先に実質所得を回復した。もともと他の職業に比べ恵まれている医師の待遇改善要求に世間の反応は冷やかかだったが、医療部門職員のほか、医学生たちはこれを支持した⁷⁾。

この労働運動の主な成果は、1982年12月22日承認の法律第6836号「医学専門職員へのインセンティブ法」に反映されている。まず、上記の法律によりインフレで目減りした医師たちの給料の実質額が底上げされ、年功手当など各種の手当てが定められた(Ley 6836 1982)。現存するこの法律の制定以降、CCSSの医師の多くは給料体系、手当で体系に満足感を持っている。また、人件費はCCSS支出の約半分を占めるため、CCSS財政健全化の観点からはこの法律が構造的障害となっている。

80年代の労働運動の成果はこれにとどまらない。スト後も続けられた労働組合とCCSSとの交渉の結果、和解協定が締結され、時間当たりの外来患者診察数規制が一般医6名、専門医4名から、1987年以降、それぞれ5名と4名へと削減された(CCSS-Unión Médica Nacional 1987)。医師は1日8時間の勤務時間単位でCCSSと契約を結ぶにも

かかわらず、午前中に担当患者の診察を終えて帰宅し、民間診療所で診療を行う場合が少なくない。その正統化の根拠がこの時間当たり診察数の制限である⁸⁾。この制限も生産性向上を課題とするCCSSの医療にとって障害である。

労働組合と比べると、組織化されていない一般の保険加入者は圧力団体として機能せず、財界も保険料引き上げに強い抵抗を示さない。1982年の経済危機の最中、財政上の必要からミランダCCSS総裁は財界団体を訪問して保険料引き上げへの理解を求めた(Güendel y Trejos 1994)。このとき、給与所得者医療保険の3者拠出合計は、それまでの11%から81年14%、82年16%へと引き上げられた。うち労働者拠出は5%から6.75%、9.25%へとという大幅の引き上げだった⁹⁾。CCSS財政維持のため、未組織の多数の負担者にしわ寄せがなされたのである。が、これに強い抵抗は見られなかった。

2. 市場主義的改革の試み

拠出引き上げによりCCSSの当面の財政危機は克服されたが、80年代以降、医療では患者一人当たりのコストに趨勢的な上昇傾向があり、また、医療の専門分野によっては長い患者の待機期間が存在した¹⁰⁾ (Ickis *et al.* 1997)。これらは、医療部門の効率化と医療サービス生産の増加の必要性を訴えていた。

一方、90年代、冷戦の終焉後、世界市場の規模が拡大し世界各地で市場主義の影響力が高まったが、開発の世界では社会部門への関心が高まった。90年、UNDPの「人間開発」概念が登場した。世界銀行は93年の『世界開発報告』で「健康への投資」をテーマとした。94年に世界人口会議、95年に社会開発サミットが相次いで開催された。また、先進国をも含め、世界各地で保健医療部門の改革が進められた(長谷川他 1998)。

80年代以降試みられたコスタリカの医療改革で

は、概して、医療部門職員の抵抗の少ない改革が進み、労働組合の抵抗を受ける改革は進まなかったと言える。まず、医療供給体制の体系化が進められた。その狙いは、供給体制の重複を除き無駄を省くとともに、保健省の役割を部門の指導に限定し、一次ケア網をCCSSの下に再編することだった。この改革は保健省からCCSSへの職員移籍を伴ったが、CCSSの給料・手当での待遇が若干良いことが知られていたため、労働組合等からの強い抵抗を受けなかった。

さらに、この時期には企業での診察を行う「企業医」制度やイギリスのNHSの検討、協同組合への経営委託など、新モデルの試みも行われた。しかし、民営化の可能性を感じさせるプロジェクトには組合が抵抗した。実際に民営化が具体的な政治日程に乗ったことはない。診療モデル自体の変更により大幅な効率化を進めることはできなかった。90年代にも、医療の財源・供給体制とも公共部門が主の保健医療部門が維持された。

90年代、医療保険改革の中で「経営契約 (compromiso de gestión)」と呼ばれる制度が、世界銀行の融資に伴い導入された (Ley 7441 1994)。経営契約とは、分権化を進め各医療施設の自律性を高め、経営目標を設定する擬似契約をCCSS購買局との間に結ばせ、生産性に応じた予算配分を行う仕組みである。まず、各保健医療施設は、各期首にサービス生産目標についてCCSS購買局との間に擬似契約を結ぶ。各期末にはサービス生産高が契約された値に達したかを測定し、その成果を次期の予算配分に反映させる。公共部門内で、市場で民間企業が結ぶのと類似の契約を交わすことにより、保健医療施設の契約履行努力を期待する方法であり、擬似市場とも呼ばれる (CCSS 1997)。

この方法採用のもう一つの理由は、医療部門における医師の不正多発である¹¹⁾。不正には薬剤・機材の盗み、民間患者の診察・治療のための

CCSS施設使用¹²⁾、補助金の不正使用、医師の欠勤などがある。民間診療を行う医師が、個人診療所の患者の治療にCCSSを悪用することが少なくない。経営契約は各病院の医療サービス情報の生産・公開を義務付けるため、不正抑制の方法としても期待されたのである。

経営契約導入に直接的な役割を果たしたのは、世界銀行の推薦を受けコスタリカとの契約を結んだ医療コンサルティング会社である¹³⁾。指導的役割を果たしたのは米国の大学院で経済学の訓練を受けた元世界銀行スタッフやスペイン、チリのコンサルティング会社である。この市場主義を強く反映する方法は、公共部門効率化のため諸外国で試みられた後、コスタリカにも持ち込まれたのである。

労働組合はこの方法論に比較的寛容である。なぜなら、労働組合の抵抗の強い部分はその対象から外れていたためである。つまり、経営契約は民営化ではなく職の不安定につながらなかった。職員の目的意識を高め、資源配分を改善し、生産性を高める効果を狙っていたが、給料・手当への影響はなく、外来の時間当たり診察件数規制も温存されたため、部門の構造上、劇的な生産性向上やコストの削減は期待できなかった。また、制度導入のため1997年前後、CCSS総裁は医療職員と約270回の会合を持ち、理解を求めた¹⁴⁾。このような努力により、市場主義の試みが可能となったのである。

しかし、最終的には、この方法論は当初想定されたとおりに適用されなかった。実験プロジェクトの初年度に当たる1997年、大病院の院長が自分の組織の実績不良を知ると、当初の計画通りの資源配分メカニズム導入を拒否し¹⁵⁾、その結果、生産性に応じた予算配分は実施されなかった。つまり、公共部門を市場に近づけるという目標は、十分に達成されなかった。ここでは、幹部職員が市場主義による改革への拒否権を行使したのである。

実際、市場主義は部門の職員から、満場一致の

歓迎を受けているわけではない。首都の総合病院職員を主な対象とした2001年の筆者の面談およびアンケート調査の範囲では、院長や診療科長、看護婦長など、管理職的な立場にある職員の間ではこの方法論は管理向上への期待を集めている。その一方、2004年の筆者の小規模の調査では、管理される専門医の間でこの方法論が不評であるという傾向が示された¹⁶⁾。

現時点での成果は、アカウントビリティの向上である。まず、情報の生産と公開が定期的に行われるようになった。つまり、診療科別の待機リストの長さやサービスの生産量という基礎情報が、経営契約の評価とともに公開されている点を成果と見ることができる¹⁷⁾。

医療部門における労働運動は今日でも活発である。2000年の全国的ストの際には、公共部門に属する主要病院が救急サービスを除いて10日間閉鎖された。今日においても、医師その他保健医療部門の労働組合はその既得権益を損ねる医療改革に、拒否権を持っている。そのことがこの部門の抜本的改革が進まない大きな原因である。医療部門の課題を市場主義によって克服する試みは、部門職員の抵抗により、不完全にしか適用されていない。

III 年金制度改革

1. CCSSのIVM年金制度改革

医療改革に見られた、(1)部門の課題、(2)市場

主義、(3)労働運動、という三要素が改革の方針を定める構図は、年金制度改革においてもあてはまった。

80年代には年金制度の受給者数の増加、平均寿命の伸び、少子高齢化により、各年金制度の維持が困難になった。IVM年金においても拠出者増の頭打ちと高齢化進展により、制度の修正が課題だった(表6)¹⁸⁾。また、年金制度とは別個に徴収される退職金、職業訓練所、強制貯蓄、保険公社へ拠出された資金の運用改善が、潜在的な課題だった。

改革への国民の合意を形成するため、ロドリゲス政権は、1998年7月、「国民協約公開討論会(Foro de Concertación Nacional)」を開始した¹⁹⁾。参加者は政府やギルド等30団体の代表で、意思決定方法は原則全会一致だった。汚職、退職金、保険・電気通信市場開放など10課題が取り上げられ、その中に年金も含まれていた(PEN 1998)。

この公開討論会の年金委員会において政府は、今後の年金財政の予測とともに3つの選択肢を示した。第1案はIVM制度の拠出・給付条件の改正、第2案はIVM年金に加え、強制貯蓄制度と自発的年金制度という2本柱の新設、第3案は、公的制度を放棄し個人の積み立て制度に移行するというものだった²⁰⁾(Costa Rica 14-7-1998)。公開討論では、このうち、第1、第3案よりもIVM、強制貯蓄、自発的年金からなる第2案が望ましい、との結論が出された(Noguera 29-8-1998)。年金委員会の最終報告書では、既存のIVMと非拠出年金、新設

表6 障害・老齢・死亡(IVM)年金保険制度内の従属人口比

年	①障害・老齢・死亡年金受給者数(人)	②①のうち老齢年金(人)	③直接加入者数(人)	④従属人口比	
				①/③(%)	②/③(%)
1972	6,227	985	188,404	3.3	0.5
1980	22,783	5,196	377,948	6.0	1.4
1990	62,601	21,542	499,890	12.5	4.3
2000	112,195	37,288	771,979	14.5	4.8

出所: CCSS (HP) (各年版) *Anuario Estadístico* より作成。

の強制貯蓄と自発的貯蓄の4本柱が示された(Foro 25-9-1998)。

2000年制定の「労働者保護法」は、この公開討論会の成果を法律化したものである(Ley 7983 2000)。同法律により元の負担水準を維持して、年金制度は再編された。第1の柱はIVM年金制度もしくは相当の他制度、第4の柱は貧困者への年金制度であり、いずれも既存制度に若干の修正を加えたものである。第2の柱は補完年金義務制度である。在来の退職金、職業訓練所、強制貯蓄、保険公社への拠出を再編成して基金が設けられ、これが退職金や労働者貯蓄の源泉となる。複数の資金運用団体が設けられSUPENがこれらを監視し、保険加入者はそのうち一つを選択できる。第3の柱は自主年金制度である。これは労働者が自主加入する民間の確定拠出型年金であり、これもSUPENの監視を受ける。

このような複数の柱を持つ年金制度は、世界銀行が1994年に『高齢化の危機を避ける』で示した安定的制度をコスタリカに適用したものである。この報告書では公的統一的制度、義務的補完制度、任意の年金制度という3本柱の年金制度が提唱された(World Bank 1994)。これに、既存の第4の柱を加えたものが公開討論会の結論である。よって、公開討論会の政府案と労働者保護法は、当時の世界銀行の考えを濃厚に反映したものである。

主要団体との直接対話による合意形成という政府の手法は、巧みだったと言える。政治的には、既存の諸制度への拠出の大きさを変更せず再編成したため、関係諸団体からの強い抵抗は起こらなかった。国民的合意の体裁を保ったために、圧力団体からのスト等による抵抗の可能性も減じたと言える。経済面では、市場主義的手法を取り入れ成長への資本形成を促す仕組みを作り、財政維持とリスク管理のための経済的合理性の制度化を進めた。

2. 教員年金制度の改革

経済安定化策と構造調整策の中での財政再建の必要性が、80年代から90年代、中央政府支出の多くの支出を占める特別年金制度の再検討を促した。中央政府の総支出の10%余りが一部特権的集団の年金に当てられているのは、何よりも財政上問題だった。経済的合理性を制度化する改革が必要だったのである²¹⁾。政府と国会は改革への強い方針を持っているが、これに対する教員の抵抗が10余年間続いているのである²²⁾。

教育部門の労働運動も活発である²³⁾。ストで主な役割を演じるのは、全国教員協会(Asociación Nacional de Educadores: ANDE)、中等教育教員協会(Asociación de Profesores de la Segunda Enseñanza: APSE)、コスタリカ教育労働者組合(Sindicato de Trabajadores de la Educación Costarricense: SEC)である。ANDEとSECは、希望教員すべてを、APSEは中等教育の教員をその構成員としている²⁴⁾。

公共部門の初等から高等教育の教員と事務職員の年金制度を定めたのは、1958年の法律第2248号である。これはその後一部集団の利益や選挙上の目的で改正された。年金額計算基準は、加入者の最後5年間の月給のうち最善のもので、年金額はその100%とされた。教育以外の活動の給料を基準に、同額の年金受給が可能だった。拠出期間でなく勤務年数が参照され、長期受給が可能だった。年金額再評価の際、現役労働者の給料・手当てが参照された。配偶者や子供による年金の相続も可能だった(Costa Rica 1998)。高拠出の見返りに高年金額が保障されており、独立の資金運用機関が資金の管理を行っていた。

この寛大な恩恵を維持するには、1990年において、給料の78%相当の拠出が必要と試算されていたが、実際の拠出は同15%に過ぎず、国家が財政支出の約6%を年金支払いに向けねばならなかった。年金受給者数は1986年の約7,200人から91年の17,000人へ急増していた。拠出者1人に対

する年金受給者数の比率も長期的上昇傾向にあり、長期的赤字が予想されたため、改革は不可欠だった(Costa Rica 1998)。

1992年、特別年金制度に関し法律第7302号「国家予算負担年金一般法」いわゆる「年金枠組み法」が制定された(Ley 7302 1992)。同法は、特別年金制度の寛大な給付の抑制を図るものだった。受給資格が60歳で30年間の勤務と拠出、もしくは65歳で20年間の勤務と拠出とされ(第2条)、年金額計算基準が明示され(第5条)、受給額も公務員基本給料の最高4倍と制限された(第6条)。しかし、この法では、教員年金法は司法府年金制度と並んで適用の対象外とされていた。

1995年、カルデロン・フルニエル(PUSC)からフィゲレス・オルセン²⁵⁾(PLN)への政権交代の際に、教員年金制度改革の合意がなされ、法案の検討が始まった。これに反応して、3月、公共部門の教員による国会前での行進と集会が行われた。4月から、教員労働組合と政府の間で年金制度改革の交渉が行われたが合意のないまま、7月初め、政府は制度改革の法案を国会に提出した。国会開催中にも、教員による行進と集会、一部でハンストが行われたが、7月9日、教員年金改革法案は国会を通過した²⁶⁾。

1995年7月13日付法律第7531号「全国教員年金恩給システムの総合的改革」は教員年金の合理化を図った(Ley 7531 1995)。改革の要点は次の3つだった。第1に、システムを新たに賦課方式と積み立て方式の基金に分割した。賦課方式の基金は年金受給期に近い加入者を、積み立て方式は受給期に遠い加入者を対象とした。第2に、拠出と恩恵との関係を改善した。積み立て制度では3者の拠出と投資収益により財政運営がなされ、賦課制度では不足資金を国が補填し続ける。第3に、教員たちは教員年金制度にとどまるかCCSSのIVM保険に移籍するか選択し、移籍者は教員年金制度への拠出分をIVM制度へ移管できる。

政府は、この改革は財政支出を大幅に減少させた、とする(Costa Rica 1998)。

しかし、法律第7531号に反対する教員は、1995年7月17日からストに訴えた。ストを支持する教員団体は33にのぼり、国会に同法の廃止を求めた。行政府は、憲法・労働法の公務員スト禁止規定を挙げ、休業分の給料不払いを宣言した。中止された授業の補講が検討された(Matute y Ramírez 14-7-1995)。教員団体による短時間の幹線道路封鎖も行われた。

政府と労働組合の交渉が続いたが、政府は法律改正を約束しなかった。組合側も法律廃止を求めないことに方針転換し、8月18日には、教員の72%が授業を再開した(Mora y Alvarez 18-8-1995)。スト参加教員は4万7千人とされる(Herrera 20-8-1995)。この後、多数の教員が教員年金制度よりも拠出率の低いIVM制度へ自主的に移籍した²⁷⁾。

しかし、年金をめぐる法律解釈の問題が続いた。争点は、コスタリカが調印済みの国際労働機構(ILO)条約第102条にある、年金受給者の「居住地(residencia)」の解釈だった。同条約は20年間同一居住地にある者の権利を規定している。1999年に憲法法廷²⁸⁾はこれを「年金制度」と誤解し、93年まで20年間同一年金制度に所属した教員は、旧法律に基づき、勤務30年、最後5年の最善の給料の100%または82%という好条件での受給を可とした。

一方、2003年4月28日、法制局²⁹⁾は居住地を地理的な意味に解釈し、受給条件を抑制した。その判断では、拠出400回(33.3年)で年金受給権が生まれ、額は最後5年間の最善32回の給料の平均の63%となる(Gólicher 13-6-2003; 8-7-2003)。すなわち、受給者にとって、法制局の解釈は憲法法廷の解釈よりも悪条件である。

年金をめぐる政府・国会と教員団体との緊張感が高まった。2003年、前年度末から発生した教員の給料支払い遅延の問題から発生したストは、5

月末から6月にはその主な争点を年金問題に移した。5月23日からAPSEとSECによるストが始まり、6月2日にANDEが加わった(Loaiza y Murillo 5-6-2003)。

政府側は、法制局が上記の解釈を示した4月28日までに年金を申請した教員は、憲法法廷の解釈による退職を可とする提案をした。この提案で約2000名の教員に恩恵が及ぶと見られたが、組合側はさらに多くの教員への恩恵を望み、その受け入れを拒んだ(Gólcher 15-6-2003)。

最終的には、2003年6月26日、教員年金制度改革のため国会内に特別委員会を設置するとの合意が政府・労働組合間で行われ、ストは終わった(Gólcher y Venegas 27-6-2003)。が、その後も、財政支出抑制を必要と考える政府・国会と年金恩恵の維持を望む教員との間の緊張は解かれていない³⁰⁾。

結び

70年代まで福祉国家的国づくりを進めたコスタリカは、近年、各部門の課題克服のため医療・年金改革を試みてきた。医療の課題は患者当たりコストの上昇、長い待機リストであり、年金の課題は財政上持続可能な制度への接近である。両部門は、80年代以降、市場主義の強い影響の中にあるが、各分野には労働組合と職員の強い抵抗があり、改革は拒否権の行使や修正を受けながら、きわめてゆっくりと進められている。

市場主義が政治的優位を得つつあることは間違いない。社会民主主義を基盤としてきたPLNが80年代以降市場主義的方向に軌道修正する反面、2大政党のもう一翼でありもともと市場主義的傾向を持っていたPUSCが史上初めて、1998年以降2期連続の政権運営を進めている。このような政治環境は、安易な負担増による財政再建という政府肥大化への選択肢を未然に防ぎ、改革の方向付けを

していると言える。

医療部門において、患者当たりコストと患者の待機期間の削減という課題克服の障害となったのは、労働運動と既得権益を有する有力職員の意向である。まず、経済危機の際、医師の労働組合が実質賃金水準の確保に成功したのに対し、一般加入者は拠出の引き上げを強いられた。さらに、労働組合は時間当たり外来診察数の制限を強める交渉を行い、部門改善への構造的障害が強化された。

その後進んだ保健医療部門改革においても労働運動や職員の意向が改革の行方に影響を及ぼした。職員の所得改善につながるCCSSへの供給体制一元化は問題なく進んだ。しかし、民営化的プロジェクトへの反対は強かった。世界銀行の融資による経営契約導入の試みは市場主義の影響と考えてよいが、それが労働組合の利権を脅かさない方法だったことと、有力幹部の反対により適用は部分的にとどまったことにも注意を要する。

維持可能な財政制度確立を課題とした年金改革でも、世界銀行の思想がコスタリカで具体化された。その舞台は、1998年の国民協定公開討論会である。これにより従来の負担水準を維持しつつ、安定的な制度設計が行われた。企業や組合の参加を得て開催された公開討論により合意を形成し、国会での法律制定を進めるという方法は、活発な組合活動を考慮すると、強い抗議行動の予防という意味で合理的だったと思われる。

教員年金制度改革では過度の給付の抑制と、経済的合理性の制度化が課題だった。年金抑制法案の国会通過には議員間に合意があったが、組織化された教員の抵抗は制度の見直しを迫った。教員年金をめぐる緊張関係は、10余年の経緯を経てなお現在進行形である。

以上の通り、本稿で検討した医療・年金改革の範囲では、現存する各部門の課題に加え、市場主義と労働組合等の強い抵抗が、社会保障改革の

方針決定に強い影響を及ぼした。現存する課題への処方箋としては、市場主義もしくは経済的合理性が政府部門を中心に同意を得ているが、公共部門の強い労働組合や一部職員は、その受入に否定的なのである。

今後、経済的合理性を備えた社会保障制度構築のために、彼らの説得が重要な論点である。市場主義に基づく改革方針がこれらの集団や職員による拒否や修正を受けてきたことを考えると、これは容易ではない。が、経済危機の際のCCSS総裁による拠出引き上げのための財界団体巡回、経営契約の導入の際に繰り返された職員への説明会、年金制度改革をテーマの一つとした国民協定公開討論会など、対話による事態好転の例は存在しており、説得が不可能とも言い切れない。ともかく、それぞれの課題が深刻化する前に、改革方針について合意の可能性を探ることが必要である。

注

- 1) 本稿では市場の活力を利用して問題を解決する姿勢をさす。次を参照。伊藤 2000。
- 2) 社会保障のほかに、保健省も税金を財源とする受益者負担のない保健医療施設を有した。また慈善団体が宝くじを財源として病院経営を行った。
- 3) 受益者数は、1987年時、教員 63,759 人、司法 4,658 人、大蔵 4,468 人。
- 4) 1970年代には私立大学による医師育成が開始された。
- 5) 70年代までの労働運動については次を参照。Ramírez y Rojas 1981
- 6) CCSSの医師は民間部門の医師を兼ねる場合が少なくない。その場合、CCSSの公的医療施設での勤務は民間の顧客を確保するためとの見方がある。
- 7) スト後、職員の動機付けの調査が行われた。CCSS. Dirección de Recursos Humanos 1982
- 8) この規制正統化の論拠は医療の質を保つことだが、506件をサンプルとした調査によると一般医診察所要時間は平均4.3分であるため、その説得力は乏しい。Miranda 1990: 100
- 9) 82年の拠出引き上げはIMFのコンディショナリティに従っていた。
- 10) 手術、外来の待機期間が3ヶ月を超える診療科が少なくない。1991年の人口千人当たり医師数は1.1だ

- が、長期的傾向は一般医過剰、専門医不足と指摘されている。
- 11) 不正実態の調査として、次を参照。Cercone *et al.* 2000
 - 12) 患者の待機期間が長いことがこの種の不正を行う医師による患者の誘導を容易にする。
 - 13) 筆者の聞き取りによる。また、次を参照。Sojo 1998
 - 14) 筆者の聞き取りによる。
 - 15) 筆者の聞き取りによる。また、CCSSの購買局から各医療施設に目標が押し付けられることへの不満が医療関係者の間にある。
 - 16) ある有力な医師団体の会長は、2004年の筆者との面談において、この方法論は医師の注意を患者の手当てから管理へ向けており望ましくない、という趣旨の見解を述べた。
 - 17) 情報の正確さに疑問を持つ職員もあるため、改善の余地はある。
 - 18) 給付条件悪化への抵抗も強かった。IVM年金の給付条件引き下げに反対するグループがCCSS本部の占拠事件を起こした。Martínez y Mesa-Lago 2003
 - 19) ロドリゲス大統領自身、アメリカの大学院で博士号を取得した経済学者である。
 - 20) 改革を行わないという第4案も示された。
 - 21) 今日でも、特別年金制度は政府からの補填により維持されている。特別年金制度の受益者数は2004年に54,000人、年金支出総額は同年2,337億コロン、現役・年金生活者から徴収される拠出は281億コロン、赤字が2,056億コロンであり、政府は同年、税收の20%を特別年金制度に支出せねばならない。Obiedo 26-1-2004
 - 22) 教員の待遇は決して悪くはない。その給料・手当ての総額はCCSSのIVM保険加入者の給料平均を上回る。Gólcher 12-9-2005
 - 23) 本稿では年金改革期に当たる1990年代半ば以降を記述の対象とする。
 - 24) 2003年における会員数はANDEが最大で約45,000人、APSE約15,000人、SEC約20,000人である。La Nación 30-5-2003
 - 25) カルデロン・フルニエルはカルデロン・グアルディアの、フィゲレス・オルセンはフィゲレス・フェレールのそれぞれ実子。
 - 26) 国会でこの法案が支持された背景は、教員年金制度が1995年に380億コロン(同年中央政府支出の約11%相当)という多額の赤字を生んでいたためである。
 - 27) のちに、この移籍した教員にも教員年金制度への復帰を認めるか否かが争点となった。
 - 28) Sala Constitucional。「最高裁第4法廷」とも呼ばれ、違憲の訴訟を扱う。

- 29) Procuraduría General de la República. 政府の弁護士としての機能を有する。
- 30) 2003年のストを受け、2時点までに20年間勤務した教員7,662人の年金条件改善の法案が、2005年の国会で審議され、承認された。が、これは政府の財政負担を高めるため、中央銀行総裁と大蔵大臣は大統領の法案拒否を求めた。Gólcher y Venegas 7-4-2005

参考文献

- CCSS (各年版, HP) *Anuario Estadístico* <http://www.ccss.sa.cr/actuarial/anuarios.htm>
- CCSS (HP) *Indicadores de Seguridad Social* <http://www.ccss.sa.cr/actuarial/indieco.htm>
- CCSS (HP) *Posibilidad de Aumentar la Cobertura Contributiva en IVM* <http://admsjoweb10.ccss.sa.cr/pensiones/cobertura.htm>
- CCSS. Dirección de Recursos Humanos. 1982. *Nuevas Políticas en el Area de Recursos Humanos* (Costa Rica: CCSS)
- CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social, Proyecto de Modernización. 1997. *Hacia un Nuevo Sistema de Asignación de Recursos* (San José, Costa Rica: CCSS)
- CCSS-Unión Médica Nacional. 1987. *Arreglo Conciliatorio entre la Caja Costarricense de Seguro Social y la Unión Médica Nacional* (San José, Costa Rica: CCSS)
- Centro Centroamericano de Población (HP) *Consulta a censos y grandes bases de datos estadísticas* <http://ccp.ucr.ac.cr/>
- Cercone, James Anthony, Durán Valverde, Fabio. Muñoz Vargas, Erlend. 2000. "Compromisos de Gestión, Rendición de Cuentas y Corrupción en los Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social," (Banco Interamericano de Desarrollo, Red de Centros de Investigación, Research Network Working paper #R-418)
- Costa Rica. Ministerio de la Presidencia. Segunda Vicepresidencia de la República. 1998. *Programa Reforma Integral de Pensiones Síntesis ejecutiva: Reforma de Pensiones del Magisterio Nacional* (San José, Costa Rica: Ministerio de Información y Comunicación)
- Costa Rica. Presidencia de la República. Mideplan. 14-7-1998. "Propuesta del Gobierno para el proceso Concertación Nacional: Foro Nacional de la Concertación," http://www.mideplan.go.cr/Concertacion/pensiones/propuesta_pensiones.htm
- Drèze, Jean. Sen, Amartya. 1989. *Hunger and Public Action* (Oxford, New York; Oxford University Press)
- Fernández, Milena. 21-10-1995. "21 artículos polémicos: Gobierno no reformará ley de pensiones," *La Nación*
- Foro de Concertación Nacional. Comisión sobre Pensiones. 25-9-1998. "Informe Final" http://www.mideplan.go.cr/Concertacion/pensiones/informe_final-pensiones.thm
- Gólcher, Raquel. 13-6-2003. "Mediadores hacen propuesta: Difícil solución a huelga de educadores," *La Nación*
- Gólcher, Raquel. 15-6-2003. "Huelga continúa: Roto diálogo Gobierno-educadores," *La Nación*
- Gólcher, Raquel. 8-7-2003. "Rechazo a pensiones de docentes," *La Nación*
- Gólcher, Raquel. 12-9-2005. "Representan el 24% del presupuesto del MEP: Incentivos hacen competitivos salarios de educadores" *La Nación*
- Gólcher, Raquel. Venegas, Ismael. 27-6-2003. "Bases deciden hoy y mañana: Acuerdo preliminar para fin de la huelga de educadores," *La Nación*
- Gólcher, Raquel. Venegas, Ismael. 7-4-2005. "Proyecto de Ley para jubilar a 7662 docentes: Hacienda solicita vetar plan de pensiones de educadores" *La Nación*
- Güendel G., Ludwig, Trejos S., Juan Diego. 1994. "Reformas Recientes en el Sector Salud de Costa Rica," Naciones Unidas, CEPAL, Santiago de Chile.
- Guevara M., José David. 23-7-1998. "Hoy instalan comisiones de Concertación: Foro verá edad de retiro," *La Nación*
- 長谷川敏彦, 竹内百恵, 井上肇, 北島勉, 竹直樹, インデラモハン・ナルーラ, 清滝裕美 1998 「ヘルスセクターリフォームの国際動向1～8」『公衆衛生』Vol. 62, No. 1～12
- Herrera, Mauricio. 20-8-1995. "Tras movimiento del Magisterio: Horizonte de reformas y conflictos," *La Nación*
- Ickis, John C., Sevilla, Carlos. Íñiguez, Miguel R. 1997. "Estudio del Sector Salud de Costa Rica" (Alajuela, Costa Rica)
- 伊藤元重 2000 『市場主義』日本経済新聞社
- Jaramillo Antillón, Juan. 1984. *Los Problemas de la Salud en Costa Rica: Políticas y Estrategias* (San José, Costa Rica: Organización Panamericana de Salud)
- Ley 6836. 22-12-1982. *Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas*
- Ley 7302. 8-7-1992. *Régimen General con Cargo al Presupuesto Nacional*
- Ley 7441. 25-10-1994. *Ley Préstamo del BIRF para Proyecto Reforma del Sector Salud*
- Ley 7531. 13-7-1995. *Reforma Integral de Sistema de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio*
- Ley 7852. 30-11-1998. *Ley de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social*
- Ley 7983. 16-02-2000. *Ley de Protección al Trabajador*

- Loaiza N., Vanessa. Murillo M., Alvaro. 5-6-2003. "Maestros mantienen huelga: Duro diálogo entre Magisterio y Gobierno" *La Nación*
- Martínez Franzoni, Juliana. Mesa-Lago, Carmelo. 2003. *Las Reformas Inconclusas: Pensiones y Salud en Costa Rica* (San José, Costa Rica: Fundación Friedrich Ebert)
- Matute, Rónald. 1-8-1995. "Varias vías obstruidas ayer por unas horas: Gobierno no tolerará bloqueos" *La Nación*
- Matute, Rónald. Ramírez, Alexánd. 14-7-1995. "Sindicatos responderán hoy: Gobierno llama al diálogo," *La Nación*
- Mesa-Lago, Carmelo. 1988. *Análisis Económico de los Sistemas de Pensiones en Costa Rica y Recomendaciones para su Reforma* (Development Technologies, INC.)
- MIDEPLAN (HP) <http://www.mideplan.go.cr/>
- Miranda Gutiérrez, Guido. 1990. "Medicina Institucional," Piza Escalante, Manuel E. et al. *Evaluación de los Servicios en Costa Rica* (San José, Costa Rica: Unión Médica Nacional, EDNASSS-CCSS)
- Mora, Emilia. Alvarez, Arturo. 18-8-1995. "Desde hoy: De nuevo a clases!" *La Nación*
- Noguera, Yanancy C. 29-8-1998. "Comisión de foro de Concertación: Acuerdo parcial en pensiones," *La Nación*
- Obiedo, Esteban. 26-1-2004. "Contraloría teme colapso en pensiones públicas" *La Nación*
- PEN: Proyecto Estado de la Nación. 1999. *Estado de la Nación en el Desarrollo Humano Sostenible 5 1998* (San José: CONARE, La Defensoría de los Habitantes, PNUD, Unión Europea)
- Procuraduría General de la República (HP) Sistema Costarricense de Información Jurídica <http://www.pgr.go.cr/scij>
- Ramírez Amador, Guadalupe. Rojas Corrales, Humberto. 1981. "Las Huelgas en el Seguro Social" (Heredia, Costa Rica: Universidad Nacional)
- Salazar Figueroa, Virginia. abril 2003. "Envejecimiento de la Población Costarricense," CCSS (HP) <http://admijoweb10.ccss.sa.cr/pensiones/envejecimiento.htm>
- Sojo, Ana. 1998. "Los Compromisos de Gestión en Salud de Costa Rica con una perspectiva comparativa," *Revista de la CEPAL*, 66, diciembre.
- UNDP (HP) <http://hdr.undp.org/reports/global/2004>
- World Bank. 1994. *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth* (Washington, D.C.: World Bank)
- WHO (HP) <http://www.who.int/whr/2005>
- (注) 新聞は電子版を含む。日付は「日-月-年」。
HP = ホームページは2005年8～9月参照。
(まるおか・やすし 石巻専修大学助教授)

メキシコの社会保障制度

— その特徴と90年代の改革 —

畑 恵子

■ 要約

メキシコでは民間組織労働者を対象とするIMSS(メキシコ社会保険公社)とISSSTE(国家公務員社会保障公社)が、公的社会保険の中心機関として、労災、年金、医療、保育所などの保険を扱ってきた。だが、社会保険加入者は国民の6割にすぎない。非加入者の多くは農民、都市インフォーマルセクター従事者であり、彼らには年金や医療保険が適用されないが、公的医療サービスが保健省およびIMSS-SOLIDARIDADによって、僅少なながら提供されてきた。社会保険医療と医療扶助の間には大きな質の差があるものの、2000年には人口のほぼ100%が医療制度にカバーされるようになった。また、1990年代後半にはIMSS年金制度や保健省に対して抜本的な改革が実施され、効率化、分権化が進んだ。しかし、それは社会保障制度の分断化—保険加入者と非加入者—に変更を加えるものではない。なんの保障もないに等しい多数の非加入者の存在は、社会の高齢化が予測されるなかで、大きな不安要因となっている。

■ キーワード

年金改革、医療制度、新自由主義経済、メキシコ社会保険公社(IMSS)

はじめに

メキシコの1917年憲法123条29項には、制定時にすでに、「障害、死亡、失業、労災、その他同様の目的を有する諸保険の基金を確立することは社会的に有用と考えられる。よって連邦政府および州政府は人々への保障を導入し確たるものにするべく、この種の制度の組織化を促進せねばならない」(Ruiz Moreno, p.89)と記され、社会保険制度を構築する必要性が謳われていた。本格的な制度の整備が始まるのは1940年代のことであるが、国民に等しく最小限の保障を約束するという普遍主義ではなく、職能集団の政治経済的重要性に準じて制度が導入された。そのため、公務員、基幹産業労働者は社会保険によって保護されるが、都市インフォーマルセクターおよび農民層は社会保険ではなく、社会扶助を給付されるという二重構造

ができあがった。それは、1930年代末に形成された国家コーポラティスト的政治体制と第2次世界大戦後に主流となった輸入代替工業化政策が、制度形成に多大な影響を及ぼした結果でもあった。現在にいたるまでメキシコの社会保障制度は分断、排除、不平等を特徴としている。

1980年代の経済危機以降、新自由主義経済政策が主流となり、それまで国家によって比較的手厚い保護を受けてきたフォーマルセクターの社会保険制度にも、改革の波が及んだ。だが改革は社会保険制度にとどまり、社会保障制度の分断化や不平等の是正に直接繋がるものではなかった。現在の制度のあり方は、高齢化社会の到来が予測されるなか、将来に不安を残している。本稿では制度の分断化・不平等性に焦点を当てて、メキシコの社会保険制度と医療制度を考察する。まずその形成過程と制度の特徴を政治体制、開発戦略と関

連づけながら概観し、続いて1990年代後半の社会保険改革(年金および医療保険)、保健省改革および保険非加入者に対する医療政策に言及する。

I 社会保障制度の構築

1. 社会保険制度

メキシコの社会保険制度は、政治経済的重要性と強い交渉力をもつ職能集団から順次、整備された。革命の動乱がほぼ終息し、新しい体制基盤の強化が図られた1920年代には、連邦公務員(1925年)、軍(1926年)、教職員(1928年)に対して、続いて労働組織の力が強まり、主要基幹産業国有化の気運が高まる30年代には、石油産業(1935年)、鉄道(1938年)に、さらに1941年には電力部門に、年金・労災などの社会保険が適用された(谷 a, p.357)。

1943年は現在の社会保障制度の起点となる年である。初めて社会保険法(Ley de Seguro Social)が制定され、それにもとづいて民間組織労働者を対象としたメキシコ社会保険公社(Instituto Mexicano de Seguro Social: IMSS)が発足し、保健福祉省(Secretaría de Salubridad y Asistencia: SSA)、メキシコ児童病院(Hospital Infantil de México)も設立された(Frenk et al., p.199)。社会保険制度から排除された貧困層に社会扶助を給付する中心的役割を担ったのは、保健福祉省(のちに保健省 Secretaría de Saludに再編)である。IMSSは独立財政公社で、当初、労働災害、医療、年金(障害・老齢・死亡)の3分野の強制加入部門の組織化・運営を担当したが、のちに託児所・余暇施設の運営にもあたることになった。

1961年にはメキシコ軍社会保障公社(Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas: ISSFAM)が、1963年には国家公務員社会保障公社(Instituto de Seguridad Social al Servicios de los Trabajadores del Estado: ISSSTE)が発足した。軍人、国家公務員に関しては1920年代

にいち早く社会保険制度が確立されたが、これら新機関の設立によって、より充実したサービス提供が可能になった。こうして現在までIMSSとISSSTEが社会保険制度の中心的機関として、労災、年金、医療保険などを扱っている。その他、軍だけでなく、メキシコ石油公社(PEMEX)、連邦電力委員会(CFE)などの公営基幹産業にも独自の社会保険制度がある。

つまり、メキシコの社会保険制度には、制度への加入と排除という国民の二分化に加えて、統合・調整機能を欠いた複数の下位制度の並立という特徴がある。それは、2000年まで71年にわたり政権を独占し、国家とほぼ一体化した制度的革命党(Partido Revolucionario Institucional: PRI)体制と工業化政策の所産でもある。

PRIは農民、労働者、一般(公務員・教職員)の3セクターを大衆基盤として包摂し、組織票と実利分配の交換を軸に長期政権を存続させてきた。コーポラティズムとクライエンテリズムに依拠するPRI体制にとって、社会保障制度の拡充は実利分配の重要な部分を成していた。1929年に各地の革命指導者を糾合して組織された国民革命党(Partido Nacional Revolucionario: PNR)は、1938年に農民組織、労働組織、一般組織(公務員など)、軍を個別に統合し、それら4セクターを党の下部基盤とするメキシコ革命党(Partido de Revolución Mexicana: PRM)に再編された。さらに1949年の改革によって軍セクターが廃止され、現在のPRIが誕生した。各セクターは地域、州、全国の3レベルで垂直的に統合されているが、水平的には分断され、セクター間に協力関係はない。それぞれの利益は、党中枢と各セクター指導者の垂直的繋がりをとおして、政治的支持と引き換えに実現されてきた。

この3セクターのうち、農民セクターはPRI最大の支持基盤であったにもかかわらず、現在もその大半の構成員は社会保険制度に加わっていない。

その理由は、農民セクターが農地改革によって土地分配を受けた小農民、零細農民から構成されていたため、統制が容易だったこと、そして農民には農産物保証価格、農業信用などの形で保護が与えられてきたことにある。またその多くが貧困線上にあるため、保険分担金の支払い能力はない。それとは対照的に、労働、一般両セクターには交渉力と開発戦略上の重要性があった。メキシコでは1940年代から輸入代替工業化政策が本格化し、40年代後半から60年代にかけて、メキシコの奇跡と称されるインフレなき高度成長を実現した。成長の担い手である組織労働者に対する保護は、最優先政策の一つであり、IMSSはこうした背景のなかで創設された。

1950年代から、それまで大都市の正規被雇用者に限定されていたIMSSへの加入が農村人口にも開放された。IMSS加入者数は漸次増加し、2000年の加入率は家族も含めて人口の48%となった。しかし加入者の地域分布は都市部96.4%、農村部3.4%と、都市への偏りが顕著である。また産業別には、労働人口構成が農業24%、工業21%、サービス業55%(1997年)であるのに対して、加入率は農牧業2.6%、工業36.2%、サービス業43.6%、その他17.7%で、工業部門の加入率

の高さが際立っている(畑 a, pp.484-485)。IMSS、ISSSTEなどをあわせた社会保険加入率は、1950年4.3%、60年11.5%、70年25.3%、80年46.0%、90年59.1%、95年50.1%、2000年60.8%と増加傾向にある(村井, p.119)。だが、むしろ注目すべきは、非加入者が人口の39%に及び、しかもその大多数が貧困人口¹⁾であるという事実であろう。

2. 社会扶助・貧困削減政策

貧困層に対しては、従来のマラリア、天然痘撲滅などの公衆衛生計画やミルク、学校給食などの食料給付に加えて、1970年代からは大規模な貧困削減プロジェクトが始まった。ところが、貧困削減政策のほとんどは財政基盤や中長期展望を欠いた政治色の強い政策で、政権発足とともに策定され、政権終了とともに成果がないまま消滅するというサイクルを繰り返してきた。そうしたなかで唯一、医療サービス拡充だけが、70年代以降のすべての政権において継続的に実施され、不十分ながらそれなりの実績を残してきた。表1は貧困削減に関連する開発計画をまとめたものである。過去35年間の流れをみておこう。

エcheベリア政権(Luis Echeverría)は、68年ラテロルコ事件²⁾で失墜したPRI体制の正統性を

表1 貧困削減に関する開発計画

政権	計画名	主な内容
エcheベリア 1970-1976	農村開発投資計画 PIDER 社会連帯国家計画	農村雇用創出、インフラ整備 インフラ整備、社会保障・IMSSへの統合
ロベス・ポルティエーリョ 1976-1982	貧困地区・周縁集団のための国家計画 調整事業 COPLAMAR メキシコ食料計画 SAM PIDER 第2段階	食料・保険・教育・住宅支援、雇用拡大 天水農地生産性向上、食料支援 保険・教育・福祉の平等分配、農業生産性の向上、資源の合理的利用
デラマドリ 1982-1988	全計画の打ち切り	
サリーナス 1988-1994	国民連帯計画 PRONASOL	社会インフラ整備、コミュニティ開発
セディージョ 1994-2000	教育・保健・栄養計画 PROGRESA	極貧層支援、人的資源開発
フォックス 2000-2006	オボルトゥニダ計画	PROGRESA とほぼ同じ

出所：筆者作成

回復するために、貧困層・労働者向けの社会支出を拡大し、メキシコ初の対貧困政策を発表した。1973年には社会保険法を改正し、IMSSへの任意加入や保育所運営を新たに認め、保険分担金を負担できない周縁人口も含めた「総合的社会保障」(seguridad social integral)の確立に向けての指針を示した(Ruiz Moreno, p.117, IMSS)。しかし税制改革に失敗したため十分な財源を確保できず、これらの政策に進展はなかった。

ロバス・ポルティエーリョ政権(José López Portillo)は財政破綻、国家・企業家間の決裂という厳しい状況下で発足した。しかし就任演説では、周縁層支援、前政権の福祉国家主義の継続を宣言し(Brachet-Márquez & Sherraden, p.1298)、前政権から引き継いだPIDERのほかに、COPLAMAR、SAMを新たに実施した。このなかで注目すべきは、IMSS-COPLAMAR計画である。それは連邦政府予算で初期治療を中心とする診療所などを農村部に建設し、IMSSがその医療活動にあたるというもので、1989年にIMSS-SOLIDARIDADと名称を変えて、今日まで遠隔地の医療扶助サービスを担当してきた。他方大都市部でも、1981年に保健省によってインフォーマルセクターの社会保険非加入者に対する医療サービス拡大計画(Programa de Extensión de Servicios de Salud en las Grandes Urbes)が始まった。COPLAMAR、SAM、PIDERは、70年代末からの潤沢な石油収入に支えられ、順調に進捗するかにみえた。しかし1982年に対外債務による財政悪化で頓挫し、IMSS-COPLAMARを除くすべての計画が打ち切られた。

1982年末に始まるデラマドリ政権(Miguel de la Madrid)は債務危機に対応すべく、それまでの国家主導の開発から構造調整へと経済政策を転換した。以後、メキシコでは新自由主義が経済政策の主流となる。社会政策も見直しをせまられ、経済危機下で貧困が拡大したにもかかわらず、1人当りの社会福祉予算は1980年から1986年に32%

減となった。だが医療に関しては、1983年に「すべての国民に医療ケアの権利を」を掛け声に、一般医療法(Ley de Salud General)が制定され、翌年には憲法第4条ですべての国民に健康を守る権利が認められた。医療保険およびそれ以外の医療扶助を合わせた公的医療制度のカバレッジは1973年63%、82年80%、90年94%と拡大した。しかし1983年から87年の間に低出生体重児の比率は12%から15%に増加し、同時期に乳児死亡率も1000人当たり47人と横ばいで、(Brachet-Márquez & Sherraden, pp.1298-1299, 1302-1303)、経済危機の前では医療の拡大も非力であった。

大不況のなか、1988年に50.36%というきわどい得票率で大統領となったサリーナス(Carlos Salinas de Gortari)は、就任直後に「国民連帯計画」(Programa Nacional de Solidaridad: PRONASOL)を打ち出した。その目的は、国民の48%に相当する貧困人口(極貧人口は19%)を対象として、構造調整政策の社会コストを補償することにより、経済自由化を推進し、政権の正統性を回復することにあった。PRONASOLは世界銀行の融資と国営企業売却収入を充当した大規模計画であり、農村低所得層の保健医療に従事するIMSS-SOLIDARIDADはそのなかに含まれていた。政権6年間にIMSS-SOLIDARIDADと保健省は1100万人に基礎的な予防医療を提供した(Trejo & Jones, p.83)。

セデーロ政権(Ernesto Zedillo)は通貨危機の只中に発足した。その貧困削減政策PROGRESAは、教育、保健、栄養摂取支援をとおした極貧層家族の生活条件の改善を目的とし、能力開発重視の姿勢と、対象の絞込みと客観的な選出方法を特徴とした。この時期から、受益者の厳密なターゲティングはあらゆる社会政策に適用されてきたが、それは支援の効率性を高める一方で、そこから漏れる層が拡大するという負の効果も併せ持つ。また同政権期には、後述のとおり、IMSS改革、保健

省改革をととして社会保障制度の見直しを図るとともに、医療サービスの拡充にも力が注がれた。

2000年の選挙でPRIは敗北を喫し、その長期政権に幕を下ろした。こうして国民行動党 (Partido Acción Nacional: PAN) に政権は移行したが、貧困政策に関しては、前政権のPROGRESAを継承したオポルトゥニダ(機会の意味)計画が実施されている。

3. 医療制度

以上のように、1970年代から保健省およびIMSS-SOLIDARIDADは、社会保険で保護されない貧困層に医療サービスを提供する主要な機関として、活動を続けてきた。表2はメキシコの医療制度をまとめたものである。それは、

- ① IMSS、ISSSTEの社会保険で保護される官民の正規被雇用者とその家族、
 - ② 保健省およびIMSS-COPLAMARによって無料ないしわずかな支払いでサービスを受ける貧困層と失業者、
 - ③ 民間医療保険に加入し、民間医療機関を利用する高所得層、
- という所得に応じた3つの下位システムから構成される。1995年には国民の半数が医療保険に加入し、②とあわせると人口の9割が医療制度に組み入れられていたが、他方で1000万人もの人々

がまったくサービスを利用できない状況に置かれていた。

医療制度には現在まで続くさまざまな問題がある。まず、利用できる医療施設、受けられる治療レベルにおいて、下位システム間に大きな格差があることである。1994年のヘルスケア支出はGDP比4.7%で、その内訳は2.7%が公的支出、2.1%が民間支出であった。公的医療保険に加入していても、23%が外来では民間医療施設を利用していることから、民間医療利用者は高所得層に限定されるわけでないが、国民の大半が公的医療機関を利用している事実を照らして、この数値は公的医療の質の低さを示唆するものである。同様に公的機関の間にも格差があった。1人当りの支出は、PEMEXの400ドル強に対して保健省では19ドルで20倍以上の差があり、同体重の新生児を比べても、生後7日までの死亡率が保健省の病院ではIMSS病院の3倍にのぼった。また、予防医療軽視、治療重視の傾向が顕著で、公的支出に占める比率は前者が10%以下、後者が70%であった(Gómez-Dántes, pp.130-131, 134)。貧困層の保健にとって効果の高い予防医療は、メキシコのように大きな貧困人口をもつ社会では、もっと重視されるべきであろう。

このように、地域、階層間の格差、資金配分の非効率性など、多くの問題を抱えながらも、70年

表2 メキシコの医療制度(1995年)

所得水準	医療保険		コスト負担者	人口 (百万人)	構成比 (%)
高	加入	民間保険	企業・被雇用者/利用者	2	2.2
中		社会保険 IMSS ISSSTE, ISSFAM等	企業・被雇用者・連邦政府 被雇用者・連邦政府	45	48.9
低	非加入	保健省	連邦政府・利用者(小額)	26	28.2
		IMSS-SOLIDARIDAD アクセスできず	連邦政府・利用者(労働)	9	9.8
				10	10.9

出所：González Rosetti, p.70にもとづき筆者作成

代以降の政府の努力は平均寿命の伸びや乳児死亡率の低下³⁾として結実した。ところがそれが近年、都市化、女性の教育・労働参加、家族計画の普及などによる出生率の低下とあいまって高齢化を助長し、新たな対応を迫るようになっていく。

II 新自由主義政策と社会保障制度改革

1. 失われた10年と社会保障制度

メキシコは1982年の対外債務危機を機に、未曾有の経済不況とインフレに見舞われた。大統領をはじめ主要ポストを占めた経済テクノクラートは、それまでの政府主導の開発政策から構造調整政策へと転換し、市場原理を重んじて、財政赤字削減のための補助金や優遇政策の廃止、国营企業の民営化、貿易・資本の自由化、輸出促進などを押し進めた。こうした政策が功を奏し、経済成長

率は80年代末からプラスに転じたが、失われた10年と称されるとおり、1980年代には実質賃金が低下し、失業、貧困が蔓延した。

PRI体制下での政府のパトロネージに代わって、競争力と効率性の追求が優先されるなか、IMSSのずさんな運営と年金基金の枯渇が「IMSS問題」として認識され、改革への動きが始まった。だが、それは運営の効率化と年金基金の財政再建だけを狙いとしたのではない。経済の自由化を進める経済官僚の間には、経済開発にとって国内貯蓄率を上げることが不可欠であるとの認識があり、年金改革はそのための重要な手段とみなされたのである(Bertranou, p.90)。

IMSS年金基金の財政は1980年代に急速に悪化した。それは、①それまでの運営上の問題、②80年代のインフレと経済危機の影響、③保険加入者が退職年齢に達したこと、に起因する。IMSS

表3 非農業人口のインフォーマルセクター比率

(%)

	インフォーマルセクター				フォーマルセクター		
	自営	家事労働	零細企業	計	公的部門	民間部門	計
1980	18.0	6.2	24.9	49.1	21.8	29.1	50.9
1985	23.5	6.4	21.4	51.3	25.5	23.2	48.7
1990	30.4	5.6	19.5	55.5	25.0	19.6	44.6
1992	30.5	5.5	20.0	56.0	24.5	19.5	44.0

出所：Thomas, p.46.

表4 人口動態予測

	総人口 (千人)	0-14歳人口 構成比(%)	15-64歳人口 構成比(%)	65歳以上人口 構成比(%)	65歳以上人口 /EAP(%)	平均余命 (歳)	合計 特殊出生率
1970	48,225	46.2	50.1	3.7	7.39	61.5	6.35
1980	66,847	43.1	53.1	3.8	7.16	64.8	4.65
1990	83,488	39.0	57.3	3.8	6.66	69.2	3.32
1995	91,606	35.8	60.0	4.2	7.0	70.8	2.84
2000	98,787	33.8	61.9	4.3	6.95	71.9	2.49
2010	114,020	28.1	66.6	5.3	7.96	74.4	2.08
2020	128,455	24.1	68.7	7.2	10.48	75.6	1.90
2030	142,234	22.5	67.5	10.0	14.81	76.5	1.48

出所：Solís Soberón y Villagómez, p.129.

は労災、医療、年金(障害・高齢・高齢失業・死亡)、保育所の4部門の保険を扱ってきた。年金は賦課方式で、最低500週の分担金支払いによって65歳から受給資格が発生し、受給額は退職前5年間の平均賃金にもとづいて算出された(Solís Soberón y Villagómez, p.114)。緩やかな受給条件にもかかわらず、70年代までは黒字で、余剰金は加入者家族へのサービス拡充や医療施設の建設・整備などから生じた医療部門の赤字補填に充てられていた。すなわち、年金基金の積み立てが十分に行われていなかったのである。

そこに未曾有の経済危機が襲った。80年代の高インフレによって運用基金は目減りし、年金給付額も大幅減となった。年金受給者は受給引き上げを求めて抗議行動に訴えた。そうした圧力を受けて、サリーナス政権は年金の最低保障額を最低賃金の40%から100%に引き上げた。また後述するように、失敗に終わったものの年金制度改革も試みた。経済危機とその後の新自由主義経済政策は、柔軟化や第三次産業化などの労働再編を伴い、表3のようにインフォーマルセクターの拡大を招いた。フォーマルセクターの縮小は、IMSS加入者の減少と財政基盤の弱体化を意味した。ところがその一方で、IMSS設立から30年以上が経過し、年金受給者が増え始めた。こうして受給者に対する分担者の比率は1960年の1:20から、1983年1:11、1980年末には1:7に下がり(Bertranou, pp.87-88)、年金基金の負担・受給の均衡が崩れていった。

表4はメキシコの人口動態を示す。まだ急を要する段階ではないが、高齢化の進行は予想以上に速く、その影響が懸念されている。それは年金基金や医療保険に負担をしいるだけでなく、社会保険制度でカバーされない高齢者の保護という新たな課題をも浮上させる。1990年代後半の抜本的なIMSS年金改革の直接の引き金は、IMSS財政の逼迫にあったが、高齢化予測を踏まえた中期的視点からも不可避の対応であった。

2. IMSS年金改革

1990年にサリーナス政権は年金安定化計画を発足し、90年末に最初の提案をまとめた。それはIMSSの公的年金を補完する、民間によって運営される新たな年金制度を創設し、漸次IMSS年金を新制度に統合し、最終的には民営化を目指すものであった。だが、労働組織、企業家組織との交渉過程で、特に前者から強い抵抗を受け、譲歩を余儀なくされた。最終的には1992年にIMSS年金には手をつけない形で、新たな退職貯蓄制度(Sistema de Ahorro para el Retiro: SAR)が事業者負担によって発足するとともに、労働者住宅基金(Instituto Nacional de Fondo de Vivienda para Trabajadores: INFONAVIT)の事業者負担分の運営を民間に任せることが認められた(Bertranou, pp.90-100)。これは、IMSS年金の改革、民営化を断念してでも、国内貯蓄の促進と民間金融制度の強化をできるだけ進めようとした政府の妥協の結果であった。こうして実質的に改革が先送りされるなか、回復基調にあったメキシコ経済が1994年末に通貨危機に見舞われた。そして1995年1月、IMSSは、2002年には財政が破綻し、その後2年で基金は枯渇するとの予測を公にした(Bertranou, pp.103-104)。実際に、この経済危機の影響を受けて、社会保険加入者数は90年から95年の間に230万人減となった(村井, p.119)。

1994年12月に発足したセディージョ政権は、すぐさまIMSS改革に着手し、1995年12月には社会保険法を改正し、1997年7月には改革を実施した。IMSS保険制度全体に関わる改革としては、保険部門の細分化と独立化、連邦政府拠出の拡大がある。IMSSが担当する保険は、①労災保険、②医療、③年金受給者医療、④障害・生命、⑤退職・高齢失業・死亡、⑥保育所・社会給付の6部門に再編され、各部門は独立会計となった。それまで医療部門の赤字が年金基金で補填され、それが年金財政悪化の一因となっていた。部門間の資

金流用禁止にはそれを防ぐ意図があった(谷 b, p.183)。また、連邦政府の拠出率がそれまでの4%から39%に引き上げられ、被雇用者負担は20%から9%へ、事業者負担は76%から52%に引き下げられた。政府拠出金の62%は年金部門に、38%は医療など他の部門に充当された。その結果、政府の対IMSS支出は実勢レートで1997年の235億ペソから2000年の513億ペソへと、2.2倍増となった(Poder Ejecutivo Federal, pp.243-245)。

最も重要かつ抜本的な改革は、年金部門(退職・高齢失業・死亡保険)で行われた。新制度では賦課方式から個人ベースの積み立て方式へと完全に移行した。加入者は13の年金基金運営会社(Administradora de Fondos para el Retiro: Afore)の中から1社を選んで個人口座を開き、そこに労使拠出金、連邦政府の拠出金および社会拠出金、基金運営収益が積み立てられる。新たに導入された社会拠出金は連邦区最低賃金の5.5%に相当し、これによって連邦政府負担は大幅増となった。積立金は年金基金専門投資会社をとおして運用される。年金受給の方法は加入者が選択でき、計画払い戻し金の場合はAforeの個人口座から期間を定めて年金を引き出し、終身保険の場合には口座積立金で保険会社と契約を結び、年金を受け取る。また、年金受給のための拠出期間は従来の500週から1250週へと大幅に引き上げられた。新制度でIMSSは労使拠出金、連邦拠出金、社会拠出金の受け入れと、Afore個人口座への振り込み業務を担っている。制度全体の監督には大蔵省所轄の年金貯蓄制度委員会(Comisión Nacional de Sistema de Ahorro para el Retiro)があたり、委員会には許認可権、制裁・指導権、裁量権が与えられている(谷 b, pp.183-191)。

この改革は政府資金の投入による年金基金の破綻回避だけでなく、資金流入による金融市場の活性化をもたらした。しかし改革に関しては、連邦

政府の負担増や、最低拠出期間延長によって受給資格に満たない加入者が増えることへの懸念、あるいは公的年金制度に市場原理が持ち込まれ、年金が個人責任に委ねられたことへの疑問なども出ている。また、高齢化が進んだときにどこまで制度を維持できるかを、危ぶむ声もある。さらに言うまでもないが、これはあくまでも人口の5割に満たないIMSS年金加入者を対象とした改革であり、社会保険制度から排除された人口の4割の状況に、なら改善をもたらすものではない。

3. 医療制度改革

セディージョ政権の改革は医療分野にも及んだ。就任直後に「医療部門改革計画1995-2000」(Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000)を発表し、サービス拡大、質的改善、州へのサービス業務の分権化を目標に掲げたことは、その意欲の現われであった。また任期中に医療・保健部門への連邦支出は41.7%増となった(Poder Ejecutivo Federal, p.217)。

まずIMSSの医療改革についてみてみよう。IMSS改革で部門間の資金流用が不可能になったことは、年金部門からの補填に依存してきた医療保険部門を改革する好機となった。だが、年金改革がほぼ政府案どおりに短期間で実現されたのとは対照的に、医療部門改革はIMSS組合の抵抗に押し切られた形となった。

政府案には①財政再建と連邦政府拠出の増加、②医療サービスの分権化、③患者が医師を選ぶ権利、④インフォーマルセクターへの保険制度の拡大、⑤事業者がIMSS以外の機関と契約する自由(opt-out option)の5項目が含まれていた。①④は財政基盤の安定化に、②③⑤は効率化に関わる項目である。④は今後、正規雇用が伸び悩むとの予測にたって、保険料支払い能力のある自営業者などを家族のための医療保険(Seguro de Salud para la Familia)に任意加入させることを目的とした。

③の狙いは、初期治療において患者には医師を選ぶ権利を与え、医師には実績に応じた報酬を保障して、医療の質を向上することにあった。競争原理の導入を図る⑤には、従来、大企業では一般的だったIMSSと民間医療機関への二重加入による企業負担を減ずる意図もあった(González Rosetti, pp.77-78)。

IMSS労組からとりわけ強い反対を受けたのは⑤である。セディージョは労組の反応をみるや否や社会保険法改正案からそれを削除して、組合に譲歩した(González Rosetti, pp.82-82)。年金改革はセディージョおよび経済官僚にとって、民間金融機関の活性化をとおした経済再建の要であったが、医療改革のマクロ経済への効果は小さい。医療改革案での譲歩は、年金改革実現を優先するがゆえの政治判断であった。

だがIMSSの医療改革にまったく意味がなかったわけではない。連邦政府拠出率の引き上げ(4%から33%へ)および連邦支出の拡大によって財政は改善し(Gómez-Dántes, p.135)、家族のための医療保険の加入者は、2000年に家族を含めて59万6000人に達した(IMSS)。IMSS保険制度への加入率は同年、人口の46.1%であり、IMSS-Solidaridadを含めると国民の57%がIMSSにカバーされていたことになる(Poder Ejecutivo Federal, p.244)。また、政権は新連邦主義を掲げ、教育・医療分野での分権化を推進したが、IMSS医療においても、地域のニーズに適したサービスを効率的に提供するために、1から3の病院およびいくつかのクリニックを一つの単位とする、分権的経営の医療地区(Areas Médicas de Gestión Desconcentrada)が設置された。1998年からは131の地区単位ごとに、地区人口構成を考慮した予算配分も始まった(Gómez-Dántes, p.137, Poder Ejecutivo Federal, p.222)。

社会保険非加入者を対象とする医療政策では、全国民を医療制度に組み入れること、すなわち、

1995年の時点で基礎的医療サービスを享受できない状態にあった遠隔地に住む1000万人に医療サービスへのアクセスを保障することが、最優先課題とされた。1996年にはカバレッジ拡大計画(Programa de Ampliación de Cobertura: PAC)が始まり、衛生、予防、一般的な疾病の治療などの13項目からなる保健・医療基礎サービスパッケージ(Paquete Básica de Servicios de Salud: PABSS)⁴⁾戦略が、移動医療チームあるいは対象地域出身のヘルスケアワーカーの手で実施された。(Gómez-Dántes, pp.139-140)。また、任期中に192の病院、3693の診療所・保健センターが新たに建設された。積極的な取り組みは連邦支出にも示されている。1995年から2000年の間に、医療・保健部門への連邦支出が41.7%増、そのうちの対保険加入者支出が30.3%増であったに対して、非加入者向け支出は83%の伸びを示し、それが全体に占める比率も1994年の20%から2000年には28%へと増加した。こうした努力が実って、2000年の大統領教書では、推定ながら2000年に人口の99.5%が基礎医療サービスにアクセスできるようになったことが報告された(Poder Ejecutivo Federal, pp.217-219)。

保健省改革をとおして、非保険加入者医療においても分権化が進んだ。保健省管轄の病院、職員が州政府の管轄に移行し、1999年には予算の53%が州に配賦された。また予算配分に際しては、人口、疾病の特性と地域ニーズが考慮され、高所得州に傾斜した従来の配分が是正された。十分な予算と能力をもたない州政府に1000万人もの周縁人口に医療サービスへのアクセスを確保することは困難とみる論者もいたが、実際には目標をほぼ達成するに到った(Trejo & Jones, p.84, González Rosetti, p.86)。しかし、政府発表の数値をそのまま認めるとしても、99.5%というカバー率と現実には乖離があることを認識しておく必要があろう。というのは、アクセス可能といっても、す

すべての国民が必要時に必要な医療を利用できるわけではなく、多くの貧困層が、依然として、予防医療とプライマリーケアさえも十分に保障されない環境にあることに変わりないからである。

むすびにかえて

メキシコでは1990年代後半に年金、医療制度の改革が行われた。年金改革は年金基金の破綻を回避し、国内金融市場の活性化に寄与した。また医療の地方分権は、地域ニーズにあった効率的なサービス提供を可能とした。メキシコの社会保障制度は所得と職域によって分断され、社会集団が享受できる保障の質に大きな格差があるだけでなく、多くの貧困層が保険制度の外におかれたままである。貧困層が人口の半数近くを占めることを考慮すると、制度の一元化は不可能であり、その間の格差是正もきわめて難しい。そのため、これまで社会保障制度全体の根幹に関わる改革は一切、行われてこなかった。しかし、現状のままではよいわけではない。メキシコに生活保護制度はない。現物給付を含めた社会扶助も、近年、受給資格が厳密に絞りこまれ、極貧層に集中する傾向がある。また、家族扶助にも限界が見え始めている(畑b)。新自由主義経済政策の下で非正規雇用のさらなる増加と人口の高齢化が予測されるなかであって、IMSS加入者に対しては連邦支出によって保険制度の安定化をはかり、彼らの現在そして将来の生活を保障した。しかし他方で、非加入者に対する保障はあまりに小さく、彼らはほとんど無防備な状態にあると言ってもよい。今、連邦政府に求められるのは、効率主義や競争原理に拘泥することなく、非加入人口を広く網羅するセイフティネットを用意することではないだろうか。

注

- 1) 1999年に人口の46.9%が貧困状態(極貧状態は18.5%)にあった(CEPAL, pp.44-45)。

- 2) 1968年10月、オリンピック開催を直前にしたメキシコシティのトラテロルコ広場で、学生たちが開催したPRIに民主化、分配重視の経済政策を求める大規模な抗議集会に、政府は軍を派遣し、多数の死傷者、行方不明者を出した事件。
- 3) 平均余命は表4を参照されたい。1000人当りの乳児死亡率は1970年79.0, 80年53.0, 90年36.6, 94年31.4, 2000年13.0人と低下した(村井, p.143, INEGIホームページ)。
- 4) 13項目には、家族衛生、家族計画、産前・産後のケア、下痢・寄生虫病・感染症治療、高血圧・糖尿病・結核予防、事故予防と初期対応、健康増進のためのコミュニティ訓練などが含まれ、公衆衛生、予防を重視する内容となっている(Gómez-Dántes, p.139)。

参考文献

- Bertranou, Julián. 1998. "Mexico: The Politics of the System for Retirement Pensions." In *Do Options Exist? : The Reform of Pension and Health Care System in Latin America*, edited by Maria Amparo Cruz-Saco & Carmelo Mesa-Lago. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Brachet-Marquez, Vivianne & Margaret Sherrard Sherraden. 1994. "Political Change and the Welfare State: The Case of Health and Food Politics in Mexico (1970-93)" *World Development*, Vol.22, No.9, 1295-1312.
- CEPAL. 2001. *Panorama social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Ed. SISTA.
- Frenk, Julio, Miguel A. González Block, Felicia Knaul y Rafael Lozano. 1999. "La seguridad social en salud." En *La seguridad social en México*, comps. por Fernando Solís Soberón y F. Alejandro Villagómez. México: CIDE, CONSAR, Fondo de Cultura Económica, 35-102.
- Gómez-Dántes, Octavio. 2000. "Health Reform and Policies for the Poor in Mexico." In *Health Care Reform and Poverty in Latin America*, edited by Peter Lloyd-Sherlock. London: Institute of Latin American Studies, University of London, 128-142.
- González Rossetti, Alejandra. 2004. "Change Teams and Vested Interests: Social Security Health Reform in Mexico." In *Crucial Needs, Week Incentives: Social Sector Reform, Democratization, and Globalization in Latin America*, edited by Robert R. Kaufman and Joan M. Nelson. Washington: Woodrow Wilson Center Press, 65-92.
- 畑恵子 a 2001「メキシコ」仲村優一他編『世界の社会福

- 社年鑑2001』旬報社 480-489
- 畑恵子 b 2005「メキシコの社会扶助」宇佐見耕一編『新興工業国の社会扶助』アジア経済研究所 353-387
- IMSS <http://www.imss.gob.mx>
- INEGI <http://www.inegi.gob.mx>
- 村井友子 2002「メキシコ」宇佐見耕一編『新興工業国の社会保障制度・資料編』アジア経済研究所 103-151
- Poder Ejecutivo Federal. 2000. *El sexto informe de gobierno de Ernesto Zedillo*. (<http://www.presidencia.gob.mx>)
- Ruiz Moreno, Angel Guillermo. 2003. *Nuevo derecho de la seguridad social*. México: Porrúa.
- 谷洋之 a 1997「メキシコ」田中浩編『現代世界と福祉国家—国際比較研究』お茶の水書房 355-369
- 谷洋之 b 2001「メキシコ社会保険公社 (IMSS) 改革一年金制度を中心に」宇佐見耕一編『ラテンアメリカ福祉国家序説』アジア経済研究所 182-208
- Solís Soberón, Fernando y F. Alejandro Villagómez. “Las pensiones.” En *La seguridad social en México*, comps. por Fernando Solís Soberón y F. Alejandro Villagómez. México: CIDE, CONSAR, Fondo de Cultura Económica, 103-159.
- Thomas, J.J. 1995. *Surviving in the City: The Urban Informal Sector in Latin America*. London: Pluto Press.
- Trejo, Guillermo & Claudio Jones. 1998. “Political Dilemmas of Welfare Reform: Poverty and Inequality in Mexico.” In *Mexico under Zedillo*, edited by Susan Kaufman Purcell & Luis Rubio. Boulder: Lynne Rienner, 67-99.

(はた・けいこ 早稲田大学教授)

ニカラグアの社会保障

—最貧困国のゆらぐ政治と社会保障改革—

高木 史江

小松 隆一

■ 要約

ニカラグアでは1955年以降、ニカラグア社会保険庁(INSS)が公的機関として、疾病、母性、障害、老齢、死亡と遺族、労働のリスクに関する社会保険を提供してきた。1980年代には、福祉の機能を併せ持ったものの、内戦のため国は疲弊し、この制度を維持できず、福祉の部分は切り離された。1990年に内戦が終了し、新政権は、民主化、経済自由化、全方位外交を展開した。IMF/世銀の融資を受け、引き換えに構造調整プログラムを受け入れ、さまざまな改革を実施している。社会保障においても、年金制度では、民間機関による積立方式に移行する法律を制定したが、負のインパクトが大きいと判断され、実施直前に中止された。医療保険では、保障医療企業(EMP)を介してサービスを提供することになった。しかし、INSSへの加入状況は、経済活動人口の16.5%、全人口の6.2%にすぎず、国民の多くはこの制度の外におかれたままである。最貧国という制約のなか、社会経済状況にふさわしい社会保障制度を整備していくことが求められている。

■ キーワード

内戦、重債務貧困国(HIPCs)、成長強化・貧困削減戦略(SGPRS)、ニカラグア社会保険庁(INSS)、年金制度民営化の中断、保障医療企業(EMP)

はじめに

ニカラグア共和国(以下ニカラグア)は1970年代までかなりの経済成長を遂げていた。しかし、1970年代後半の政情不安、1979年のサンディニスタ民族解放戦線の革命、1980年代の内戦、さらに、度重なる自然災害の被害のために、現在では、ラテン・アメリカ、カリブ地域ではハイチに次ぐ最貧国である。内戦終了後、新政権は他の多くのラテン・アメリカ諸国と同様、経済再建のためにIMF/世銀の融資を受け入れた。融資の条件として受け入れなければならなかった構造調整プログラムの下、現在も進められている諸々の改革の一つに社会保障改革がある。

本章では、社会保障の中でも、年金制度と医療

制度を中心に記述する。社会保障に関連したニカラグアの背景を説明したのち、社会保障制度の成立と変遷を概観し、現在の社会保障制度の動向と課題を述べる。そして、国民の約半数が貧困層に属しているニカラグアにおいて、これらの社会保障制度によってどれほどの国民が裨益しているのか、これらの制度にカバーされない人々にはどのような支援が行われているのか、について言及する¹⁾。

I ニカラグアの社会経済・政治状況と人口動向

ニカラグアは中米に位置し、面積13万km²、中米5カ国では最も広い国である。行政単位では15の県と2つの自治区に分けられている。湖や火山

の多い太平洋岸（国土の15%）、中央山岳部（30%）、広大な熱帯雨林を有するカリブ海低地（55%）に分かれ、バラエティに富んだ自然環境を有している。2004年の人口は560万人、15歳未満人口割合41.2%、65歳以上人口割合3.1%と推計されている。人口分布は太平洋岸56%、中央山岳部31%、カリブ海低地13%と、太平洋側に偏在している。都市部の人口は59%で、太平洋岸では7割を超える。民族構成はメスティソ74%、白人16%、黒人9%、インディオ1%で、黒人とインディオの多くはカリブ海低地に生活する。公用語はスペイン語、主な宗教はカソリックである。主な産業はコーヒー、牛肉などの農牧業で、1人当たり国民総生産（GDP）は750ドル（US\$）前後と、ラテン・アメリカ、カリブ地域ではハイチに次ぐ最貧国である。

1. 政治・経済・外交の変遷

ニカラグアは1838年の独立後、覇権争いによる内戦、米英の侵略と政治的経済的支配が続いた。米国の保護の下、1937年にソモサ政権が発足し独裁の時代となる。1979年サンディニスタ民族解放戦線（el Frente Sandinista de Liberación Nacional: FSLN）の革命によりソモサ政権が崩壊し、サンディニスタ政権が樹立した。これに対して中米・カリブ地域の社会主義圏排除を意図する米国は、政治的経済的な圧力を加え、隣国ホンジュラスを拠点に反サンディニスタ抵抗ゲリラ「コントラ」を支援し内戦をあおった。そのため、長期再建計画で経済の回復に効果をあげたのは最初の数年のみで、間もなく行き詰まり、優先課題としていた教育の普及や保健医療の充実も立ち遅れてしまった。

1990年に国連監視の下、民主的な大統領選挙を実施し、親米保守派の国民野党連合（UNO）のチャモロ候補が、前大統領であるオルテガFSLN書記長を破り、勝利した。同年コントラの武装解除・解体完了の宣言とサンディニスタ人民軍の縮

小をもって、10年近く続いた内戦は終了した。チャモロ政権は、戦争から平和へ、社会主義から民主主義へ、統制経済から自由市場経済へという大変革に挑戦した。外交においては、サンディニスタ政権時代は、キューバ、旧ソ連および東欧等社会主義諸国との関係を強化したため、対米関係は著しく冷却化したが、チャモロ政権は米国および西側諸国との関係を修復し、全方位外交を展開した。その後2度の大統領選挙を経ている。1997年に発足したアレマン立憲自由党党首を大統領とするアレマン政権は、チャモロ政権の路線を継承しつつも右派系の独自の路線を採った。民主主義体制と自由主義経済の強化のための政策を更に推進させる政策を採用し、国家の近代化に努力した。2002年に発足したボラーニョス現政権も立憲自由党（PLC）が与党、FSLNが野党第一党の政治体制である。ボラーニョス大統領は、アレマン政権時代の汚職を積極的に追求しつつも、民主化、経済自由化、全方位外交の路線を継承している。

内戦だけでなく、1932年と1972年のマナグア大地震、1998年のハリケーン・ミッチで知られているように、地震、ハリケーン、津波、豪雨、洪水、火山噴火、地滑りなどの自然災害も、ニカラグアの経済、内政、保健に影響を及ぼしてきた。

ニカラグアは、ソモサ時代には中米で最も高いGDPを誇るまでに経済発展したが、内戦や自然災害で疲弊し、大きな対外債務を抱えることになった。1990年のインフレ率は13490%に達した。チャモロ政権の最も大きな課題は経済再建であった。通貨安定のために為替レートにクローリングベッグを取り入れ、年の変動幅を固定させた。IMF/世銀から融資を受けるために、これらが提示する構造調整プログラム（Enhanced Structural Adjustment Facility: ESAF）を受け入れた。ESAFは1994年に開始された後、いったん中断したが、アレマン政権発足後、所有権法の可決、税制改革法の成立等の努力が功を奏し、1998年3月に再開

が承認された。その後も公的部門改革、国営企業の民営化、金融システム改革、社会保障改革が進められている。

GDP年間成長率は1993年以降マイナスからプラスに転じたものの、債務は2000年には67億米ドルに達していた。ニカラグアはIMF/世銀の重債務貧困国(Heavily Indebted Poor Countries: HIPC)イニシアティブ対象国に認定されている。ニカラグア国政府は2001年に成長強化・貧困削減戦略(Strengthened Growth and Poverty Reduction Strategy: SGPRS)を策定し、重要な国家戦略として位置づけた。SGPRSでは、(1)農村開発に伴う雇用の創出による経済成長と構造改革、(2)貧困層の人的資源への投資と教育の普及、(3)自然災害、身体的、家庭の問題からの社会的弱者層の保護、(4)グッド・ガバナンスと行政組織強化を基本戦略に、経済発展と貧困削減を図ることを目指している。SGPRPに基づき国家開発計画が策定され、この下に個々の分野の中長期の政策や計画を策定し、開発や貧困削減に取り組んできた。2004年1月には世銀・IMFが求める諸条件を満たした結果、コンプレッション・ポイント(完了時点)に到達し、対外債務が大幅に削減されることになった²⁾。

2. ニカラグアの人口の動向

国勢調査が実施されたのは1990年代においては、1906年、1920年、1940年、1950年、1963年、1971年、1995年で、2000年に入ってから、2005年に実施された。1950年以後の4回の国勢調査によれば、65歳人口割合は2.8%、2.9%、3.0%、3.5%と徐々に増加している。年平均人口増加率は1920-1940年で1.4%とゆるやかであったが、その後加速し1971-1995年は3.5%となった。近年減少傾向にあるといわれ、2000-2005年の増加率は推計2.6%である。

他の途上国同様、ニカラグアでは出生と死亡の登録や移動届のような人口動態統計は不完全な

め、人口の変動を把握することは容易でないが、近年、多産多死の状況は急速に変化してきている。死亡率は1950-1955年の人口千対22.7から1990-1995年の6.8に減少した。合計特殊出生率(TFR)も、1950-1955年の7.3から1990-1995年の5.0に減少した。1998年と2001年の比較でも3.6から3.2と減少を認めている。乳児死亡率は、1950-55年で167(出生千対)であったものが、1990-1995年の50、1996-2001年では31と著明な改善を認めている。乳幼児死亡の予防の成功に伴い、出生時平均余命も改善した。1950-55年で42歳(男性41、女性44)であったものが、1990-1995年には67歳(男性65、女性69)となった。主要死因は1970年代の感染症から慢性疾患に変わりつつある。しかし、慢性疾患の正確な罹患状況は把握されておらず、保健対策は確立していない。2002年の主要死因とその割合は、虚血性心疾患11.2%、脳血管疾患7.6%、糖尿病5.8%、周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害5.6%、不慮の損傷およびその他の外因5.3%、消化器の悪性新生物4.2%、腎不全3.9%、肝疾患3.9%、インフルエンザおよび肺炎3.7%、交通事故3.1%であった。

2001年生活水準全国調査(EMNV 2001)によれば、国内移動者人口割合、国外移動者人口割合³⁾は、それぞれ18.3%、18.3%であった。EMNV1993の調査結果に比して、それぞれ5.3%の増加を認めた。男女別にみると、男性は、国内移動17.5%、国外移動17.4%、女性はそれぞれ19.1%、19.1%であった。地域別では、国内移動は、首都マナグア(25.8%)とカリブ海低地(21.9%)が主な移動先になっている。国外移動は、マナグアを除く太平洋岸地域(22.5%)と中央山岳地域(24.0%)から移動していく者が多い。国外移動者の年齢構成は、20歳未満は21.3%、20-34歳が47.2%、35-49歳が24.6%、50-64歳が5.0%、65歳以上が1.9%と、若い世代が多く国外に移動している。15歳以上の国外移動者を、就学経験で

みると、就学経験なし6.6%、初等教育1-3年8.9%、初等教育4-6年29.2%、中等教育46.1%、大学9.2%と、中等教育修了者が約半数を占めた。国外の移動先は、コスタリカ58.9%、米国28.7%と、この2カ国で約9割になる。

内戦中は16から25歳の若者を中心に徴兵忌避のため、その後は、ハリケーン等に伴う経済事由の流出が多かったといわれている。コスタリカには、約25万人のニカラグア人が滞在資格を持って長期滞在・永住し、さらに6.5万から10万人が季節労働に従事していると推計され、コスタリカ人口の8~9%を占めると推定されている(The State of the Nation Project 2001)。

3. ニカラグア国民の社会経済状況

<家族構成>

2001年人口保健全国調査(ENDESA 2001)によれば、1世帯あたりの平均世帯人員は5.3人、女性が世帯主の割合は31%である。15歳以上において、パートナーを持つものは53%だが、結婚している者と結婚していないが事実上の配偶関係を持つ者の割合に大きな差を認めない。15歳未満の子どものうち、両親と生活しているのは62%、両親不在は9%である。

EMNV 2001によれば、調査世帯の11.9%が、世帯に国外移住者を有していた。その平均人数は世帯あたり1.7人であった。移動の理由の多くは経済的理由で、残された家族へ仕送りをしている場合もある。国外から仕送りを受けている世帯は19.2%であった(国内からのみの仕送り24.4%、国外からのみ14.1%、国内および国外から5.1%)。

<産業と労働>

ニカラグアでは、社会経済状況の実勢に鑑み、経済人口を10歳以上の人口としている。2004年の全人口に対する経済活動人口は、37.5%と推定されている。EMNV 2001によれば、経済活動人口

(población económicamente activa: PEA)57.5%、経済非活動人口(población económicamente inactiva: PEI)42.5%であった。PEAのうち就業者は88.7%である。PEIの約半数は学生・未成年者、約3分の1は自家の家事のみに従事している者である。10歳以上人口における職業カテゴリーでは、被雇用者が40.5%、自営業者は28.0%である。就業者が従事する産業をみると、第三次産業が約半数を占める。勤務先の属性としては、民間が90.7%、政府関連が6.8%である。労働省の調査によれば、都市部8市の就業者のうち、インフォーマル・セクターに属する者は2002年で57.5%であった。

<貧困>

EMNV 2001によれば、国民の45.8%が貧困層に属し、極貧層は15.1%であった。1993年、1998年の同調査と比較して、高度の貧困の割合は改善しているものの、貧困者数は増加している。農村部の貧困人口の割合は都市部の5倍以上である。より貧困な20%の人々が消費しているのは国全体の消費の5.6%のみであり、より富裕な20%の人々の消費は国全体の49.2%を占めていた。他方で、貧困対策に関連した事業は、1998年に比して2001年は減少していた。

II ニカラグアの社会保障制度の変遷

ニカラグアの社会保障制度の起源は、1930年代の教職員のための恩給制度の創設に由来する。1940年代には、いくつかの職種で、労働者、被雇用者に対する恩給・年金・補助金制度の導入や年金と貯蓄の基金の創設などが行われた。

1950年代に入り、労働者の保護のために、三者間で出資される社会保障の国家組織を設立することが政治的な急務となった。1955年の法律で公的サービスの性格を有する社会保障制度を設立

し、公的な自治機関としてニカラグア社会保険庁 (Instituto Nicaragüense de Seguridad Social: INSS) を創設した。INSSは、あらゆる職種の賃金労働者を、疾病 (Enfermedad)、母性 (Maternidad)、障害 (Invalidez)、老齢 (Vejez)、死亡と遺族 (Muerte y Sobrevivientes)、労働のリスク (Riesgos de Trabajo) から保護することを目指した。1957年には、被保険者のために「疾病と母性 (Enfermedad y Maternidad: EM)」と「職業のリスク (Riesgos Profesionales: RP)」に対応するための社会保障独自の医療施設が設置された。

1979年までは、ニカラグアの保健システムの発展は病院ケアに偏っていた。しかし、1979年の革命によって成立した新政府は、アルマ・アタ宣言とプライマリー・ヘルス・ケア (PHC) の理念に基づき保健システムの改革を行った⁴⁾。保健統一国家システム (Sistema Nacional Único de Salud: SNUS) が定められ、保健省の責任の下、予防的および治療的医療サービスがすべての人々に提供されることになった。これによって、社会保障の医療サービスの提供を指示されていた医療機関は、政府の所有の下、保健省の管理下におかれ、SNUSのサービスを無料で提供することになった。INSSは保健省に、保険に加入している労働者の給料の9%にあたる徴収金額を毎月納めた。これは、「疾病と母性 (EM)」と「職業のリスク (RP)」に対するサービス提供の技術料や補助金にあてられた。

SNUSを設立したことで、社会保障の権限は年金 (障害 (Invalidez)、老齢 (Vejez)、死亡 (Muerte)、

労働のリスク (Riesgos de Trabajo)) に限定された。さらに、政府は、保険の対象となっていなかったいくつかのセクターを保護する機能を付加し、これらの人々が、補助金、年金、補装具などの社会保障を享受できるように一連の法や政令を整備した。具体的には、FSLNの戦士や1979年の革命以前の被災者や戦死者の家族へのサービスの提供、保険未加入鉱山労働者への障害・老齢年金の提供、孤児の保護、60歳以上のサーカス労働者の年金、全国識字運動従事者、革命警備員、民衆教育のプロモーターや責任者、農業生産開拓者、軍隊職員、兵役の若者に対するサービスの提供などがあつた。

1980年代に入り、社会保障の新しい法律が定められた。1982年の政令によって、社会保障は再構成された。これまでの従属労働者の古典的な概念を超え、年齢、国籍、家族関係、労働場所の制限を取り払い、さらに、任意保険を設けた。また、1982年の政令によって社会保障に社会福祉省の権限を付加し、社会保険福祉庁 (Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar: INSSBI) に改編した。社会福祉においては、被保険者でない人々の家族の保護、リハビリテーション、社会復帰のニーズに対応するさまざまなプログラムを行った。これらの社会福祉プログラムの資金は、国家宝くじであった。

1983年から1990年の期間、社会保障は危機にあった。政府は保健省を介して社会保障医療病院施設においてSNUSを実施した。これによって、被保険者が受ける医療サービスの質は低下し、不十

表 1 INSS への三者の拠出の変遷

(%)

	1956年	1959年	1982年	1984年	2000年
雇用者	8.0	7.5	11.0	12.5	15.0
労働者	4.0	3.0	4.0	4.0	6.25
政府	4.0	3.0	0.5	0.5	0.25
合計	16.0	13.5	15.5	17.0	21.5

出典：INSS

分なケアや検査、薬剤の不足、設備や機材の不十分な維持管理などの問題が生じた。これに対して、自分たちが出資しているのに、法律で定められたサービスを受けられないことに対して、労働者や雇用者の抗議が生じた。また、内戦によって、障害者や死者、被災者や戦死者の家族が増加し、年金受給者は3万以上となった。超インフレや貨幣価値の暴落によって、新通貨の政令が発令された。内戦は不況と財政負債をもたらし、政府は公的支出を削減した。雇用者、労働者、政府の三者間の拋出割合の推移をみても(表1)、政府負担の減少、雇用者負担の増加が認められる。財政引き締めプランも実施し、被雇用者や労働者を削減した。しかし、全体として、社会保障の資金は枯渇して

いった。

1990年に内戦が終了し、チャモロ新政権のもと、社会政治経済の大きな変化の中で、年金制度、保健医療制度の改革が実施された。

III 1990年以降の社会保障制度

INSSBIから社会福祉を分離し、改めてINSSに改編し、社会保障プログラムの提供のみをすることになった。

社会保障制度は、医療保険に相当する「疾病と母性(EM)」、年金制度に相当する「障害、老齡、死亡(IVM)」（ただし「老齡」には「老人保健」を含む）、労災保険(年金)に相当する「職業のリスク

表2 ニカラグアの社会保障制度

		Enfermedad y Maternidad EM 疾病と母性	Invalidez, Vejez, Muerte IVM 障害、老齡、死亡	Riesgos Profesionales RP 職業のリスク
給付内容	医療給付	予防や治療の外来および入院医療サービス、診断のための検査、医薬品、手術、妊婦ケア・分娩・産後ケア(ただし、労働事故に関連した保健問題はEMではカバーされない)	「老齡」にのみ「老人保健」が含まれる 「老人保健」が対象になるのは、現在、首都マナグアに限定されている 生活習慣病、高齢者にありふれた疾患、手術、診断のための検査、医薬品	労働事故に関連した保健問題のみを対象とする 治療のための外来および入院医療サービス、診断のための検査、医薬品、手術、完全回復までのリハビリテーション、歯科治療 予防活動として、研修、技術支援、監督を行う
	医療提供施設	保障医療企業(Empresas Médicas Previsionales: EMP)の保健医療施設	保障医療企業(Empresas Médicas Previsionales: EMP)の保健医療施設	社会保障指定保健施設(USAs: Unidades de Salud Acreditadas)
	現物給付	ミルク(生後6ヶ月まで)	最低必需品、葬式サービス、老人介護支援など	人工装具、車椅子、松葉杖、杖、義歯など
	現金給付	補助金	年金、補助金、公共料金の割引、葬式代など	年金、補助金
給付対象		被保険者 妊娠している配偶者 6歳未満の子息	被保険者 被保険者が面倒を見ている人々	労働事故を被った被保険者 年金は被保険者が面倒を見ている人々も含む
条件等			老齡または死亡によって、それまでの仕事を継続できなくなったとき	回復まで給付に上限なし

出典：INSS

(RP)」で構成されている。それぞれの概要を表2にまとめた。

これら3つの組み合わせで保険加入パッケージが用意されている。これには、被雇用者を対象とした「統合EM-RP-IVM」「IVM-RP」、自営業者や被雇用者以外で加入を希望する者を対象とした「任意EM-IVM」「任意IVM」の計4種類がある。

IVMの年金は、障害(部分)、障害(完全)、老齢、寡婦、遺児、遺族に分類される。老齢年金は、終身年金で、給付資格は職域によって異なる。例えば、一般には60歳750週納付完了で給付資格を満たすが、教職の場合は55歳1500週納付完了(ただし、女性教員の納付期間は別基準が設けられている)、鉱山労働者の場合は55歳15年以上納付となっている。

IV 年金制度に係る改革の動向と課題

2000年4月に「年金のための貯蓄制度 Sistema Ahorro para Pensiones (Lay 340)」の法律が承認された。民間機関が運営し、拠出金を事前に確定し、積立方式を導入しようとした。しかし、短期的中期的には、新しい年金制度への移行のコストなどの問題等が存在していた。この制度は2004年8月に導入される予定であったが、実施されなかった。その理由は、財政の視点からは実現性のないものであり、強行に実施すれば、公的負債の増大と、それがもたらしうるマクロ経済の安定性と国家の支払い能力の危機、それに引き続く負のインパクトの増加をもたらすと判断されたためである。政府は改革を中断し、幅広い代表性を持つ委員会を作り、財政的社会的に実現可能な代替制度案を検討している。

V 1990年以降の保健医療制度

1990年の内戦終結以後、政府は社会経済の復

興と国民の健康水準の向上を目的として、保健省組織の改革や保健サービスの地方分権化を含む保健セクターの改革を行っている。

保健セクターは、大きく公的セクターと民間セクターに分けられる。民間セクターには、民間医療機関、医療保険会社やNGOによって運営されている医療機関が含まれる(表3)。1997年から2000年の一次ケアレベルにおいて、各ネットワークがカバーしている割合は、公的ネットワーク60%、民間ネットワーク20%、INSSネットワーク10%、その他のネットワーク10%と推定されている。

公的保健セクターの中でも、保健省は最大の保健サービス提供機関である。2004年に保健省が管轄していた公的保健医療施設の数合計1,070施設であった(表4)。このうち、一次保健医療施設(保健所および保健支所)は1037で、管轄する地域の平均面積は115.6km²、平均カバー人口は5,426人である。

保健省は地方分権化を進めるために、全国を17の保健行政地域(Sistema Local de Atención Integral a la Salud: SILAIS⁵⁾)に区分し、それぞれに保健省の地域支局である県保健局事務所(SILAIS)を設置した。県保健局は、管轄地域の市および病院に対して技術指導と管理を行う。しかし、主要なプログラム、人事、医薬消耗品、予算等に関する重要な意思決定の権限は委譲されていない。各市には市保健課が設置され、保健所、保健支所を通して予防・治療・リハビリテーション等を統合した保健医療活動を実施している。管轄地域は行政区分の「県・自治区」「市」にはほぼ対応しているが、一般行政には統合されていない。保健省が提供する保健医療サービスは基本的に無料である。しかし、保健省が管理・提供する医薬品、検査試薬等は十分ではなく、しばしば患者は私費で、民間薬局で医薬品を購入し、民間の検査センターで検査を受けている。

表3 保健セクターの構成(1990年以降)

機能レベル	公的セクター		民間セクター	
	保健セクターの組織	保健に関連を持つ その他の政府組織	非営利団体	営利団体
中央	保健省 INSS	軍の医療団体 内務省の保健局 法医学機関	専門職同業者組合 国際赤十字ニカラグア 事務所	
管理監督	SILAIS			
実施	保健支所 保健所(有床, 無床) ポリクリニック 病院(急性・慢性) 保健省のEMP 保健省の整形技工所 INSSの一般薬局・ 眼鏡店	軍病院 軍の医師駐在所 内務省の病院 上下水道企業の地域 事務所 公立および私立の大学 地方自治体	宗教関連非営利保健 組織 国際赤十字の医師駐 在所 バプテスト派協会病院	病院 診療所 診断センター (検査, 画像) 歯科治療所 眼科 臨床検査所 薬局 医薬品輸入民間団体 医薬品産業 EMP

出典: "Nicaragua: el desarrollo del sistema de salud: desde mediados del siglo XX hasta nuestros días, 2003"

表4 ニカラグアの保健省管轄の保健施設(2004年6月時点)

二次医療レベル			一次医療レベル			合計
病院		ポリクリニック	保健所		保健支所	
急性	慢性		有床	無床		
28	4	1	25	150	862	1,070

出典: 保健省

民間セクターの状況を正確に把握するシステムはないが、2001年に、203の民間保健施設について調査が行われ、66%はマナグアに偏在していることが明らかになった。また、保健省に登録されている保健医療分野のNGOは90にのぼる(MINSA 2003)。

VI 医療保険制度に係る改革の動向と課題

被保険者の保健サービスが保健省の管轄に移行して、その保健サービスの質について不満が絶えなかった。保健施設において、被保険者はそうでない人々と同様に、医薬品の不足や飽和状態の

医療サービスを受け入れなければならなかった。

世銀と米州開発銀行の資金援助をうけ、保健セクター改革の一環として、1993年にINSSは、被保険者の「疾病と母性(EM)」に対応する保健サービスを提供する新しいモデルを打ち出した。それは、INSSが、公的または民間の医療サービス提供機関に疾病と母性のサービスの提供を委託するという方法であった。保障医療企業(Empresas Médicas Previsionales: EMP)が創設され、INSSの被保険者に医療サービスを提供し利益を得る許可が与えられた。INSSの基準を満たした医療機関のみがEMPとしてINSSと契約をすることができた。EMPは会社や企業と契約し、その雇用者

が保険加入者となる。INSSはこのEMP医療機関に対して、会社や企業の被雇用者(被保険者)数によって所定の額を毎月支給する。被保険者の基本ケアと、その配偶者の妊婦ケア・分娩・産後ケア、6歳未満の子息への保健の統合ケアがカバーされ、無料でサービスを受けることができる。2005年時点で、INSSは62のEMP医療機関を介して医療サービスを提供している。EMPの導入によって、民間セクターのマーケットは拡大した。しかし、INSSとEMPの間の契約条件の曖昧さ、管理システム、管理コストなどの課題が残されている。例えば、保険加入者の増加にEMPが追いつかず、医療施設のキャパシティを超えてしまう現象が生じている。

VII 社会保障制度の国民への裨益

1. INSS 加入状況

INSSの社会保障制度への加入は、創設当初、PEAの6%にすぎなかったが、1970年から継続的に増加し、1977年には21%になった。1980年代には、戦争の被災者や、農村部における恒常的および一時的労働者に対する特別なプログラムを制度に含めたことで、加入者の数はさらに増加し、1985年には30%に達した。その後、失業率の上昇、実質賃金の低下、インフォーマル市場への労働力の移動のために、カバー率は低下した。1995年には14.3%となったが、近年、改善の傾向を認めている。

2004年はPEAの16.5%、全人口の6.2%がINSSに加入していた。EM保険加入は全人口の5.3%であった。

2004年において、保険料を納付した被保険者数(年間平均)は348,251人。保険の種類ごとに見ると、統合EM-RP-IVM 85.7%、IVM-RP 13.8%、任意0.5%であった。また、保険に加入している雇用者数は12,825。保険の種類ごとに見ると、統合

EM-RP-IVM 80.9%、IVM-RP 19.1%であった。

2. 年金給付状況(IVM保険)

2004年に、70,516人に対して、合計1,278,472,179.72コルドバ⁶⁾が給付された。IVMの分類ごとにみると、障害(部分):3,397人52,482千コルドバ、障害(完全):8,340人185,848千コルドバ、寡婦:12,008人105,542千コルドバ、遺児:6,993人32,606千コルドバ、老齢:39,191人893,472千コルドバ、遺族:587人8,522千コルドバであった。

老齢年金給付者39,191人の年齢構成は、55-59歳2.2%、60-64歳22.3%、65-69歳24.7%、70-74歳20.6%、75-79歳15.6%、80-84歳8.7%、85歳以上5.9%であった(2004年12月)。

3. 医療保険加入状況

ENDESA 2001によれば、何らかの医療保険にカバーされているのは9.3%にすぎず、その約9割はINSSであった。全体の90%は、いずれの保険にもカバーされていない。加入状況に大きな性差は認めないが、就学経験をみると、初等教育を終了していないグループでは90%以上が保険未加入だが、他方、高等教育終了以上のグループでは保険未加入は55%と大きな格差を認める。年齢では、5歳から19歳の年齢層の未加入率が、95%以上と極めて高い。(表5)

4. 医療機関利用状況

このような医療保険の加入状況は、医療機関の利用にも影響していると思われる。EMNV 2001によれば、同調査の前1ヶ月間に、病気になって医療機関を受診したものは、病気になったと答えた者のうち約5割であった。受診しなかった理由の主なものは、「病気のことを理解していた」46%、「病気が軽かった」21%であるが、その後、「お金がなかった」16%、「医療サービスの質が悪い」

表5 医療保険の加入状況

(%)

	INSS 社会保険	民間の保険に 加入	どの保険にも カバーされていない	わからない
全体	8.5	0.8	90.1	0.3
性				
男性	8.8	0.8	89.7	0.4
女性	8.2	0.8	90.5	0.3
地域				
都市部	12.9	1.3	85.1	0.4
農村部	2.7	0.2	96.7	0.2
年齢				
<5	10.7	0.7	88.0	0.2
5-9	3.8	0.8	95.0	0.2
10-14	1.7	0.8	97.2	0.1
15-19	2.8	0.4	96.2	0.4
20-24	10.3	0.7	88.4	0.4
25-29	14.7	0.8	83.8	0.6
30-34	17.3	1.9	80.4	0.3
35-39	17.1	1.5	80.4	0.6
40-44	13.4	0.6	84.7	1.0
45-49	12.6	1.0	85.9	0.2
50+	9.5	0.8	89.2	0.4
就学経験				
就学経験なし	5.6	0.4	93.4	0.3
初等教育1-3年	2.7	0.5	96.4	0.2
初等教育4-6年	5.7	0.7	93.2	0.3
中等教育	15.1	1.3	83.0	0.4
それ以上	39.3	3.5	55.6	1.0
不明・情報なし	5.1	3.0	82.2	5.4

出典：ENDESA2001

9%と続いている。病気のとときに医療機関を受診した割合は農村部で低く(都市部54%、農村部45%)、その理由も都市部とは傾向が異なり、経済的理由(都市部13%、農村部19%)や医療機関が遠いこと(都市部1%、農村部11%)を挙げるものが多かった。(表6)

ニカラグアの社会保険は普及度が低い。また、貧困層に対する公的扶助の制度はない。家族省が年金制度でカバーされない高齢者の生活支援

のために、プログラムを提供しているが、予算と活動の規模は極めて限られている。保健医療に関しては公的な保健医療サービスは基本的に無料となっているものの、施設、人材、医薬品などが十分に配置、提供されているとは言いがたい。このニーズを満たすために、NGOや宗教関連団体が、質のよい医療サービスを低料金で提供したり、地域に根ざしたさまざまな活動を展開したりしている。

表6 医療機関の受診

(%)

	全体	性		地域	
		男性	女性	都市部	農村部
医療機関の受診状況					
この一ヶ月間に病気にかかった(a)	38.1	35.8	40.4	37.0	39.7
この健康問題で医療機関を受診した(b)	18.9	16.4	21.4	19.8	17.7
(b/a×100)*	(49.6)	(45.8)	(53.0)	(53.5)	(44.6)
医療機関を受診しなかった理由					
病気が軽かった	20.9	22.0	19.9	23.8	17.8
医療機関が遠い	5.8	5.3	6.2	1.0	10.9
医療サービスの質が悪い	9.1	9.3	8.8	8.4	9.8
お金がなかった	15.9	14.5	17.3	12.9	19.1
病気を理解していた	46.2	46.3	46.1	51.4	40.5
その他	2.1	2.5	1.8	2.5	1.8

* 出典の数値から算出

出典：EMNV 2001

おわりに

巨額の債務を持つ貧困国のニカラグアに対して、構造調整プログラムが1990年以降の社会保障改革に関しても大きな影響を及ぼしていることは否定できない。

保健分野において、妊産婦死亡、周産期死亡、感染症のコントロールにプライオリティーが置かれていることは、HIPC*s* イニシアティブとも関係がある。対外債務削減に至る過程でニカラグア政府はPRSPを策定し、保健分野でもSGPRSに従い、妊産婦死亡率と子どもの死亡率の減少、家族計画、栄養失調について、1999年から2005年までの目標値を設定し取り組んできた。これらの目標は達成されつつあるが、疾病・死亡構造は急速な転換の過程にあり、中高年の医療費の増加や社会保障のニーズに応える制度の整備、改善が急務である。

着実に進行している高齢化については、年金制度においても、高齢化社会における医療福祉対策においても、十分とは言いがたい。NGOの活動は、

女性、子ども、障害者にフォーカスが当てられていることが多く、地域社会の取り組みとしても高齢者に対する関心度はまだ低い。「年老いた親の世話は子どもが看るもの」という風潮があるものの、小さい家族になる傾向、必ずしも安定していない配偶者や親子の関係、社会問題化している家庭内暴力、若い世代の国外への移動の増加などの要因が、近い将来、家族機能の変化をもたらすことは避けられないであろう。さらに、貧困層においては、家計を助けるために国外へ出稼ぎに行くことさえ難しい状況ではないかと推測される。

ニカラグアは国民の約半数が貧困層に属している。そのため、現行の保険制度でカバーされる国民は極めて限られている。農村部の労働者や、都市部インフォーマル・セクターの労働者の多くは、保険制度の外にある。エスニック・グループが偏在し、極貧層が多いカリブ海低地地域には、特別の配慮が必要である。SGPRSには、「社会的弱者の保護」、「経済発展と貧困削減」がうたわれている。ニカラグア政府は、「近代化」を推し進めながら、社会的弱者をどのように支援するのか、外か

らの課題をとりこみつつ、経済的にも持続発展性のある政策をうちださねばならない。まずは基本統計の充実が不可欠であり、データに基づき、転換しつつある人口構造と疾病構造に対応する社会保障を設計する必要がある。最貧国という制約のなか、社会経済状況にふさわしい社会保障制度を整備していくことが要求されている。保険制度とは別に、非加入人口の基本的な人権を保障するしくみを整備することが、政府に求められているのではない。また、地方分権化を進める過程において、地域社会の相互扶助のしくみを活性化する政策、戦略を明確にすることも必要であろう。

2004年の全国市長選挙では、FSLNが擁立した候補者が軒並み勝利しており、2006年11月に実施される大統領選挙では、政権交代の可能性もある。いずれにしても、その結果は、国際社会からの支援や国内政策の動向、社会保障制度の改革の動向に影響するであろう。

注

- 1) 記述にあたり、情報元として、制度等については主にニカラグア社会保険庁のウェブ・サイトを参照した。そのほかに、政府および政府関連機関のウェブ・サイト、公式データ、報告書等の出版物、および、2000年以降に政府、政府関連機関、国連機関、国際機関、援助団体等が実施した全国規模のサンプリング調査の結果や、学術論文等を用いた。
- 2) 重債務貧困国 (Heavily Indebted Poor Countries: HIPC) イニシアティブの実施手順として、この支援を要請する国は、決定時点 (decision point) までに、広範な参加型プロセスを通じて「貧困削減戦略ペーパー (PRSP)」を採択していること、そして完了時点 (completion point) までに、同戦略を最低1年間実施していること、の2つの条件を満たすことが求められている。
重債務貧困国 (HIPC) に対するイニシアティブ (ファクトシート) : <http://www.imf.org/external/np/ext/facts/jpn/hipcj.htm>
- 3) 国内移動の場合は移動先の地域の人口を母数に、国外移動の場合は出生地の人口を母数にしている。
- 4) 1978年9月、旧ソ連のカザフ共和国の首都アルマ・アタに、世界140カ国以上の代表がWHOとユニセフの

呼びかけで集まり、国際会議が開催された。この会議で、「西暦2000年までにすべての人に健康を」という目標を定め、そのための世界戦略として、プライマリー・ヘルス・ケア (PHC) という理念を打ち出した。

- 5) SILAISは、地域統合保健サービス・システムと訳されるが、このように仕組み全体を意味するだけでなく、文脈によっては、管轄地域 (県)、県保健局事務所を示すこともある多義語である。
- 6) 2004年の年平均為替率1US\$=15.9コルドバ。

参考文献

- BCN 2004, Informe Anual del Banco Central de Nicaragua 2003, Managua, BCN.
- BCN 2005, Informe Anual del Banco Central de Nicaragua 2004, Managua, BCN.
- BCN [Banco Central de Nicaragua] (HP), <http://www.bcn.gob.ni/>
- INEC, MINSA 2002, Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001, Managua, INEC.
- INEC [Instituto Nacional de Estadística y Censos] (HP), <http://www.inec.gob.ni/>
- INSS 2005, Anuario Estadístico 2004, División de Planificación, Managua, INSS.
- INSS [Instituto Nicaragüense de Seguridad Social] (HP), <http://www.inss.org.ni/>
- Jaime 2003, Nicaragua: el desarrollo del sistema de salud: desde mediados del siglo XX hasta nuestros días, 2003, Managua: Fundación Friedrich Ebert.
- MINSA 2003, Análisis de Situación del Sector Salud (Segundo Documento Borrador para Consulta: MINSA, Comité Asesor PNS, CNS y Mesa Sectorial), Managua: MINSA.
- MINSA 2005, Indicadores Básicos de Salud 2004, Managua, MINSA.
- MINSA [Ministerio de Salud] (HP), <http://www.minsa.gob.ni/>
- Olimpia Torres, Milagros Barahona. 2004, Las migraciones de nicaragüenses al exterior: un análisis desde la perspectiva de género: SECEP, UNFPA, OIT.
- Pan American Health Organization 2002, Health in the Americas - 2002 Edition, Volumes II, Washington D.C., PAHO.
- Programa MECOVI 2003, Perfil Comparativo de la Pobreza en Nicaragua (Encuesta Nacional de Hogares sobre Medicion de Nivel de Vida) 1993-1998-2001, Managua, INEC.
- Proyecto MECOVI: Indicadores Básicos—Encuesta National Medicion de Nivel de Vida 2001, Managua, INEC.

Proyecto MECOVI, Informe General Encuesta Nacional sobre Medicion de Nivel de Vida, 2001, Managua, INEC.

The State of the Nation Project, 2001, A binational study: The state of migration flows between Costa Rica and Nicaragua. An analysis of the economic and social implications for both countries, Geneva, Switzerland, IOM.

外務省 (HP) 各国・地域情報 ニカラグア共和国

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/nicaragua/data.html>

国際協力事業団 2001, 『貧困削減に関する基礎研究』

高木史江 2005, 「第IV部 国際保健医療の現状と課題」
ニカラグア, 日本国際保健医療学会編『国際保健医療学第2版』, 杏林書院, pp.286-290

(たかぎ・ふみえ 東京大学医学系研究科客員研究員/
元JICA専門家(ニカラグア国グラナダ地域保健強化プロジェクト))
(こまつ・りゅういち 世界保健機構)

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¹⁾。

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²⁾、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³⁾。

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)⁴⁾。

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⁵⁾、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⁶⁾、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)⁷⁾。

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 (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)⁸⁾。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)⁹⁾。

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¹⁰⁾。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)¹¹⁾。

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¹²⁾。

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)

日本のOECD基準による社会支出2002(平成14)年度更新について

—平成15年度社会保障給付費公表、独自推計の背景と方法—

国立社会保障・人口問題研究所 企画部

はじめに

国立社会保障・人口問題研究所が毎年公表する社会保障給付費では平成14年度分から【付録】国際比較として、従来のILO基準に加えてOECD基準による社会支出を掲載するようにした。また平成17年9月に公表した平成15年度社会保障給付費からは、データの更新が滞っているILO基準の掲載を止め、OECD基準だけを掲載することにした。OECDのデータは直近で2001年最新だったが、平成15年度日本については独自推計を行い参考表1として日本の社会支出の推移を1995年度から2002年度まで公表した。日本の独自推計とOECDの公表推計との間には推計値の相違による違いがある。以下では、その相違について背景と推計方法を説明する。

平成15年度社会保障給付費の【付録】について

平成15年度社会保障給付費の【付録】OECD基準による我が国の社会支出の推計結果では、「参考表1日本の社会支出の推移」を1995～2002年度の8年分公表した。【付録】の表紙下の囲みの中で、OECD基準だけを掲載している理由と独自推計であることの意味を次のように説明した。

我が国の社会保障給付費は、従来からILO基準でとりまとめられており、過去からの推移をみる上では重要な指標であるが、同

基準の諸外国のデータが1996年以降更新されず、今後も更新される見込みがない。

一方、やや範囲が異なるがOECD基準の社会支出は比較的新しい年次まで諸外国のデータが公表されており、昨年度から本報告書においても、OECDの推計結果を掲載しているところである。

OECD基準の社会支出は、ILO基準に比べて範囲が広く、施設整備費などの直接個人に移転されない費用も計上されている。

本年度においては、OECD基準の社会支出の推計方法の詳細を調査した上で、我が国のデータを精査し、過去に遡って本研究所が推計を行った。推計方法の詳細については、「政策分野別社会支出の項目説明」(P.41)を参照。なお、国際比較における日本以外の諸外国のデータは、OECDによる推計結果である。

独自推計について

国際比較データをILO基準からOECD基準に変更したのは、ILO基準データの更新の目的がたたないという理由である。また、OECD基準だけを掲載するにあたっては、国立社会保障・人口問題研究所がOECD基準の社会支出の推計方法の詳細を調査した上で「独自推計」を行い、直近の年

次もOECDの公表に先立って、出来る限り新しい年次の数値を提供することとした。参考表1(平成15年度社会保障給付費p.37)はOECDが公表しているSocial Expenditure Database, 2004 Editionの日本の数値と異なっているので以下「独自推計」と呼ぶが、「独自推計」は、2つの側面でOECD公表資料と違っている。ひとつはOECDより1年最近の2002年度までのデータを提供していること、もうひとつは、政策分野別で「保健」「積極的労働政策」「失業」の3分野について数値が異なっていることである。この3分野で数値が異なっている結果、総額も異なっている。

独自推計の背景と方法について

表1では、「保健」「積極的労働政策」「失業」の3分野について、OECDの2004 Editionの数値を比較のために各政策分野の下に英語表記“HEALTH”、“ACTIVE LABOUR MARKET PROGRAMMES”、“UNEMPLOYMENT”として掲載した。「保健」については、1999年度までは独自推計の方が大きく、2000年度以降は独自推計の方が小さくなっている。「積極的労働政策」については独自推計の方が常に下回っている。「失業」については、1995～96年度は独自推計の方が下回っていたが、1997～99年度は独自推計の方が上回

表1 日本の社会支出の推移

(億円)

	1995年度	1996年度	1997年度	1998年度	1999年度	2000年度	2001年度	2002年度	対前年度 伸び率(%)
高齢	275,584 (39.2)	289,109 (39.5)	305,240 (40.7)	324,115 (41.7)	334,781 (41.9)	373,474 (44.7)	396,779 (45.4)	419,951 (47.0)	5.8
遺族	53,598 (7.6)	55,004 (7.5)	54,971 (7.3)	56,708 (7.3)	58,423 (7.3)	59,814 (7.2)	61,129 (7.0)	61,947 (6.9)	1.3
障害、業務災害、 傷病	31,864 (4.5)	32,290 (4.4)	33,116 (4.4)	33,253 (4.3)	31,689 (4.0)	33,050 (4.0)	33,470 (3.8)	33,869 (3.8)	1.2
保健	281,679 (40.1)	293,891 (40.2)	293,264 (39.1)	296,885 (38.2)	304,066 (38.0)	297,657 (35.6)	305,259 (34.9)	299,071 (33.5)	△ 2.0
HEALTH	265,696	275,380	275,215	283,977	296,706	307,105	316,039		
家族	21,548 (3.1)	23,742 (3.2)	23,403 (3.1)	24,137 (3.1)	25,107 (3.1)	27,548 (3.3)	30,269 (3.5)	31,657 (3.5)	4.6
積極的労働政策	10,517 (1.5)	10,072 (1.4)	9,371 (1.3)	9,033 (1.2)	9,911 (1.2)	10,459 (1.3)	11,384 (1.3)	11,206 (1.3)	△ 1.6
ACTIVE LABOUR MARKET PROGRAMMES	15,572	16,174	15,639	13,207	14,732	14,653	14,416		
失業	19,005 (2.7)	20,017 (2.7)	21,769 (2.9)	25,580 (3.3)	26,193 (3.3)	24,563 (2.9)	25,070 (2.9)	23,957 (2.7)	△ 4.4
UNEMPLOYMENT	19,242	20,639	21,255	23,995	25,884	28,176	23,132		
住宅	— (—)	— (—)	— (—)	— (—)	— (—)	— (—)	— (—)	— (—)	—
生活保護その他	9,158 (1.3)	7,490 (1.0)	8,082 (1.1)	8,495 (1.1)	9,173 (1.1)	9,792 (1.2)	10,375 (1.2)	11,360 (1.3)	9.5
合計	702,954 (100.0)	731,614 (100.0)	749,216 (100.0)	778,206 (100.0)	799,342 (100.0)	836,356 (100.0)	873,733 (100.0)	893,019 (100.0)	2.2
国民所得比	18.8%	18.9%	19.1%	20.5%	21.4%	22.1%	23.7%	24.7%	0.94
国内総生産比	14.1%	14.2%	14.4%	15.2%	15.7%	16.3%	17.4%	18.0%	0.52

注：1) ()内は構成割合である。

2) 国民所得比と国内総生産比の対前年度伸び率欄は、対前年度増加分(単位：%ポイント)である。

3) HEALTH, ACTIVE LABOUR MARKET PROGRAMMES, UNEMPLOYMENTはOECD SOCX 2004 Editionに公表されている数値である。

り、2000年度は逆に急激に独自推計が下回り、2001年度は再度独自推計が上回るという、不規則な動きになっている。このような数値の違いは次に述べるように、OECDが社会支出データベースの構築に、当初よりこれらのデータについて異なる統計を援用してきたことが理由である。

OECDの社会支出は、1992年第2回OECD社会保障担当大臣会議において提案されたことが契機となり加盟各国政府の協力のもと集計が始まった。¹⁾電子媒体(CD-ROM)による販売が1999年2月に始まり、その後2000年に2nd Editionが2001年に3rd Editionが販売された。2004年には2004 Editionが出されたが、このときより電子媒体の販売ではなく、OECDのホームページから無料ダウンロードできるようになった。現時点で直近は2004 Editionであり、直近年は2001年度が記録されている。

OECDの社会支出データベースに関しては、旧厚生省政策課の委託で旧社会保障研究所がとりまとめ案の作成にあたった。厚生労働省に再編された現在では、国立社会保障・人口問題研究所が大蔵官房国際課を通じてOECDから依頼を受けて推計値を提供している。データベースの創設当初1999年より社会支出に計上されているすべての政策分野についてデータを提供することをOECDが加盟国に求めなかった。つまり、今回独自推計を行った「保健」「積極的労働政策」「失業」の3分野については、OECDが別途構築していた統計よりデータを使うことで今日まで集計されているのである。新しいデータベースの構築には、多くの労力と時間がかかるため、なるべく既存のデータを利用することが加盟国政府関係者から求められる。当時OECDが新しく社会支出データベース(以下SOCXと呼ぶ)を構築するに当たっても同じ議論が行われた。特にEU(当時EC)の諸国については、EUROSTAT(欧州連合統計局)がすでに先行してESSPROS(European System of integrated Social PROtection Statistics: 欧州統合社会保護統計制

度)を1970年代に創設し、その後改訂を加えて定期的に公表していた事情があった。ほとんどのEC加盟国がOECDに加盟していることから、2つのデータベースのために類似データを個別に提供する労力と意味が問われ、OECD事務局はEU加盟国についてはESSPROSに基づいてEUROSTATに提出されたデータをEUROSTATがOECD社会支出形式に組み直して提出することを妥協案として認めることになったのである。2001年に出されたSOCX, 3rd EditionまではESSPROSとSOCXは政策分野の分類においてかなり異なっていたが、2004 Editionからは、政策分野別区分がESSPROSとの対応を意識して改訂された。²⁾OECD政策分野区分の変更については、国立社会保障・人口問題研究所(2004)³⁾に詳しくまとめられているが、この変更もOECD加盟国に占めるEU諸国の増加に伴いEUROSTATとOECDの間で、SOCXをまとめるにあたっての作業効率を向上させることがひとつの目的であったと考えられる。

OECDがすでに構築していた他のデータベースからの数値の援用された政策分野では、「保健」と「積極的労働政策」「失業」がある。

「保健」については、OECD Health Data File(ヘルスデータファイル)のデータを、「積極的労働政策」「失業」についてはOECD Employment Outlook(エンプロイメントアウトック)のデータを利用している。OECD Health Data Fileの集計は、(財)医療経済研究機構が現在行っている。OECD Employment Outlookへの当該データの提供は、厚生労働省の職業安定局他が行っている。

独自推計「保健」について

「保健」とは、社会支出の定義上は医療の現物給付(治療にかかる費用であって、傷病手当金などの現金給付を含まない)を計上することになっているが、社会保障給付費の医療の現物給付としての3区分の「医療」を上回る額になっており、その

表2 OECD社会支出における「保健」独自推計値

(億円)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
推計値「保健」=①-②-③	281,679	293,891	293,264	296,885	304,066	297,657	305,259	299,071
① Public expenditure	281,905	294,141	293,542	297,188	304,394	314,356	322,728	318,962
公的経常保健医療支出	260,813	274,363	274,386	277,702	288,496	300,396	309,791	308,328
医療設備への公的投資	21,092	19,778	19,155	19,487	15,898	13,960	12,938	10,634
② 介護保険医療系サービス	—	—	—	—	—	16,388	17,160	19,566
③ 補装具(HC.5.2.2×HF.1)	226	250	277	304	329	311	310	325

出所：①はOECD Healthdata file 2005

②③は(財)医療経済研究機構による。

差は年々大きくなっている。OECD Health Data FileではPublic Health Expenditure(公的保健支出)の総額を「保健」の額として援用している。Public Health Expenditure(公的保健支出)はPublic current expenditure(公的経常保健医療支出)とPublic investment on medical facilities(医療設備への公的投資)の合計で定義されており、このそれぞれの支出に何が含まれているかを調べた結果、介護保険における医療系サービス給付が「高齢」と、補装具に係る給付が「障害、業務災害、傷病」と二重計上になっていることがわかった。そこで、「独自推計」では、OECDのPublic Health Expenditure(公的保健支出)より、これら二重計上になっている額を控除することにした。控除額は(財)医療経済研究機構の協力により、Health Data Fileで積算している実際の額を入手し控除した。表1の「保健」は表2のように算出された。

2000年度、公的介護保険の導入を機に独自推計がOECD 2004 Editionに掲載されている数値を下回るようになっているのは、介護保険医療系サービスをSOCXの定義に沿って「高齢」に位置づけるために「保健」より控除しているからである。

独自推計「積極的労働政策」「失業」について

「積極的労働政策」「失業」については、OECD Employment Outlookの巻末付録に毎回とりまとめ

られている公的支出の表で「積極的政策」とされているものを「積極的労働政策」に「対処的政策」とされているものを「失業」に当てはめている。表3は現状で最も新しいEmployment Outlook(2005年刊行)に掲載されている表の一部抜粋と翻訳である。このデータは対GDP比率で公表されており、実額は明示されていない。独自推計を行うにあたり、国立社会保障・人口問題研究所では、厚生労働省内のデータ提供元に協力を得て、OECDのSOCX基準に基づいてデータの精査を行った。

今回の調査の結果、Employment Outlookの当該データは厚生労働省の職業安定局・職業能力開発局・労働基準局の3つの局より集められた数値から集計されていることがわかった。また、各局より集計された数値を国立社会保障・人口問題研究所で整備しているデータとの比較でみると、2つの側面で費用を対応させることが難しいことも判明した。まず、国立社会保障・人口問題研究所が整備している社会保障費用では、雇用保険特別会計に計上されている費用および船員保険特別会計に計上されている費用が、当該政策区分(「積極的労働政策」「失業」)に相当するのに対して、Employment Outlookでは集計方法を調べた結果、一般会計からの繰り入れも含む費用で構成されている点が違った。次に、社会保障費用では決算値を用いて集計しているのに対して、Employment

表3 エンプロイメントアウトックにおける労働関係の公的支出

Table H. Public expenditure and participant inflows in labour market programmes in OECD countries

原文(英語)	日本語訳(仮)	日本	
		公的支出の対GDP比(%)	
Programme categories and sub-categories	制度区分とその内訳	2002-2003	2003-2004
1. PES AND ADMINISTRATION	1. 公共職業サービスと管理	0.25	0.26
1. 1 Placement and related services	1. 1 求職者のためのサービス	..	..
1. 2 Benefit administration	1. 2 給付管理	..	..
2. TRAINING	2. 訓練	0.04	0.04
2. 1 Institutional training	2. 1 公共施設での訓練	0.04	0.04
2. 2 Workplace training	2. 2 職場での訓練	—	—
2. 3 Integrated training	2. 3 集約的訓練	—	—
2. 4 Special support for apprenticeship	2. 4 見習いのための特別支援	—	—
4. EMPLOYMENT INCENTIVES	4. 雇用インセンティブ	0.02	0.02
4. 1 Recruitment incentives	4. 1 採用インセンティブ	0.01	0.01
4. 2 Employment maintenance incentives	4. 2 雇用維持インセンティブ	0.01	0.01
5. INTEGRATION OF THE DISABLED	5. 障害者のための措置	0.01	0.01
5. 1 Regular employment	5. 1 通常の雇用	..	..
5. 2 Sheltered employment	5. 2 保護された雇用	..	..
5. 3 Other rehabilitation and training	5. 3 その他のリハビリテーションと職業訓練	—	..
6. DIRECT JOB CREATION	6. 直接的な仕事の創出	—	—
7. START-UP INCENTIVES	7. 仕事を始めるインセンティブ	—	—
8. OUT-OF-WORK INCOME MAINTENANCE AND SUPPORT	8. 仕事以外の収入の維持と支援	0.48	0.46
8. 1 Full unemployment benefits	8. 1 すべてが失業給付の場合	..	..
8. 1. 1 Unemployment insurance	8. 1. 1 失業保険	..	..
8. 1. 2 Unemployment assistance	8. 1. 2 失業支援	..	..
8. 2-3 Partial and part-time unemployment benefits	8. 2-3 部分的パートタイム的な失業給付	..	..
8. 4-5 Redundancy and bankruptcy compensation	8. 4-5 追加的な破産的な補償	—	0.01
9. EARLY RETIREMENT	9. 早期退職	—	—
TOTAL	合計(1~9)	0.79	0.79
TOTAL ACTIVE MEASURES (1-7)	[積極的政策](1~7)	0.31	0.32
TOTAL PASSIVE MEASURES (8-9)	[対処的政策](8+9)	0.48	0.46

Source: Employment Outlook 2005, p268, OECD

出所: Employment Outlook 2005の巻末表Hより日本部分についての抜粋(和訳は仮訳)

Outlookでは予算をベースとしているが、局によっては決算も使用している点が違うのである。

具体的な相違点は、Employment Outlookが「失業」として、船員保険の求職者給付を計上していないことである。求職者給付とはいわゆる失業者への給付である。日本において求職者給付を受けることができるのは、雇用保険加入者と船員保険加入者である。⁴⁾

次の相違点は、Employment Outlookでは雇用保険特別会計以外の一般会計からの費用が含まれていることである。調査の結果、表3で「積極的

政策1~7]の部分では雇用保険を財源とする費用と一般会計を財源とする費用が混在していることがわかった。1~7とは、1. 公共職業サービスと管理、2. 訓練、3. ジョブローテーションとジョブシェアリング⁵⁾、4. 雇用インセンティブ、5. 障害者のための措置、6. 直接的な仕事の創出、7. 仕事を始めるインセンティブ、が該当する。特に1. 公共職業サービスと管理、4. 雇用インセンティブ、5. 障害者のための措置、7. 仕事を始めるインセンティブに、財源を一般会計に求めている費用があることがわかった。しかしそれらの根拠となっているのは予

算値であり、決算における費用との対応関係が必ずしも明らかではなかった。一般会計が含まれるというものの、4. 雇用インセンティブなどには雇用保険を財源とする「雇用保険三事業」⁶⁾に分類される給付も含まれているため、会計種別に4. 雇用インセンティブを分離することはできなかった。

先に述べたように、Employment Outlookの当該データは厚生労働省の職業安定局・職業能力開発局・労働基準局の3つの局から提供されているデータによって構成されているが、その多くが職業安定局の管轄する費用であることがわかっている。さらに職業安定局が提供しているデータは「職業安定行政関係主要予算」を基礎としている。この資料は次年度の予算について広報を目的に部局単位で作成するものである。したがって、決算資料のように細目は無く、当該年度によって特に重点的に予算が組まれた政策についてわかるように示されている。「職業安定行政関係主要予算」は一般会計と雇用保険特別会計から構成されているが、平成15年度の資料を例にすると、5,721億円が一般会計であり、3兆2,223億円が雇用保険特別会計となっている。つまり、そのほとんどが雇用保険特別会計で成り立っていることになる。

職業能力開発局が提供しているデータは、調査の結果、訓練と障害者に対する政策にまたがっており、会計上も特別会計と一般会計の両方であることが判明した。労働基準局分は表3の「8. 4.5 追加的な破産的な補償」であり、一般会計を財源としていた。

国立社会保障・人口問題研究所の社会保障費データベースにおける失業給付は雇用保険特別会計の決算数値で失業等給付金の額だが、失業等給付金にはSOCXで「家族政策」に分類される育児休業給付と介護休業給付が含まれている。そこで、SOCXでの二重計上を防ぐためには、育児休業給付と介護休業給付を控除した額を「8. 仕事以外の収入の維持と支援」に計上する必要があるこ

とが判明した。

以上の調査結果をもとに、独自推計においては以下のように数値を推計することとした。

「積極的労働政策＝積極的政策(Active measures)」の推計方法は、国立社会保障・人口問題研究所の社会保障費データより、雇用保険制度の支出総額から、「失業」に分類する現金給付(求職者給付+就職促進給付+教育訓練給付+雇用継続給付)を控除した部分と職業安定局の「職業安定行政関係主要予算」で一般会計分とされた部分の合計とする。この一般会計は予算額であるが、該当する一般会計の決算値が無いために使わざるをえない。この一般会計予算の内容を精査すると毎年決まって支出される費用(＝義務的経費)の占める割合が大きいので、決算値と大きな乖離はないものと仮定し決算値の代わりに用いることにした。

「失業＝対処的政策(Passive measures)」の推計方法は、決算資料である国立社会保障・人口問題研究所の社会保障費データより、雇用保険制度の現金給付からSOCXにおいて「家族政策」に計上している費用の控除、すなわち育児休業給付と介護休業給付を二重計上を防ぐために控除した額とする。そして、Employment Outlookで含めていなかった船員保険の失業者対象の給付費を追加した。

残された課題「住宅」の推計について

「住宅」については、新ILO基準(機能別社会保障給付費⁷⁾)では生活保護制度における住宅扶助の額を計上しているが、OECDにおいては現在まで適当なデータが得られないとして計上してこなかった。直接個人に帰着する給付に限っているILOに比べてOECDのSOCXの定義自体は施設整備費など間接的な費用も含む点で広いという前提に立つと、たとえ日本について住宅扶助のデータが入手可能であるからといって、それを日本の「住宅政策」の代表としてここに計上することは、国際

比較を見る者に日本の住宅政策の規模について間違っただけの印象を与える危惧をもつ。住宅に係る政策費用については、過去に調査を行い、平成8年に公営住宅法の抜本改正が行われたことが報告されている。改正前の制度においては公営住宅は地方公共団体の直接建設による供給方式のみであったが、新たに民間住宅の借り上げ、買い取り方式を導入するとともに、公営住宅の種別区分(第1種、第2種)の廃止が行われた結果、住宅政策費用としての把握がさらに困難になった。⁸⁾

SOCXがターゲットにしている費用は、所得の再分配機能を目的とした「社会支出」の規模の把握であるが、社会的に再分配を必要とする対象者として例えば、低所得者や特別な設備を必要とするような障害者・高齢者が日本でどのような住宅給付を受けているかを総合的に把握するデータは無い。介護保険ではバリアフリー化のための住宅改修に現金給付を行っているが、これはSOCXでは「高齢」に計上されている。

住宅扶助のほかに考えられる給付としては、市営・都営・県営などに居住する人の家賃補助額であるが、多くの場合「家賃免除」や「家賃減額」部分は、支出行為が行われなためデータが無い。民間住宅の借り上げや家賃補助については支出行為があるが、これも各自治体の独自政策であるため全国的なデータは無い。また、雇用促進住宅という雇用保険特別会計を財源として雇用促進事業団(現独立行政法人雇用・能力開発機構)が整備を行ってきた住宅がある。これらは、地域において公営住宅として勤労者に良質で廉価な住居を提供してきた。これらの費用についても考慮するべきであろう。

まとめ

独自推計では「保健」「積極的労働政策」「失業」の3分野について、OECDのSOCXの基準に沿って推計を行った。独自推計を行うにあたって調査

した結果、異なるデータベースからの援用による集計は、二重計上を回避する配慮を必要とすることが判明した。この問題については、次回データ更新時に研究所として意見を添えて出す必要があるだろう。EUROSTATなどのように、統一基準ですべてのデータを加盟国より収集することが理想ではあるが、OECDのSOCXの置かれた状況はそれを容易に許すものではないことも理解できる。すくなくとも、日本のデータについてはSOCXの構成費用について正確な情報を提供できるように整備が必要であり、独自推計はその意味で中身のわかるデータとして意味がある。

本資料に関する問い合わせは、企画部第3室長勝又幸子が受ける。

[謝辞]「保健」の重複計上の部分は、佐藤雅代氏(元企画部研究員・現北海道大学公共政策大学院特任助教授)の詳細な比較によって解明された。

注

- 1) 勝又・森田(1999)p.113
- 2) 浅野仁子(2001)p.96
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所(2004)p.81
- 4) 船員保険とは政府を保険者とし船員を対象とする社会保険である。設立当初は年金・医療・雇用・労災のすべての給付を行っていたが、年金部門は厚生年金に統合されたため、現在は医療・雇用・労災の給付を行っている。戦後まもなくの日本では海運業や遠洋漁業が盛んであったため船員が多かったが、航空貨物時代と200海里時代の到来で産業構造が転換した結果、現在では雇用保険被保険者で約5万2千人(2004年)と少数になった。被保険者が激減したとはいえ、年間約46億円(2003年度)の求職者給付を支給している。
- 5) 3のジョブローテーションとジョブシェアリングは2005年のOECD Employment Outlookの当該表では省略されている。
- 6) 雇用保険三事業とは、雇用保険の財源において事業主負担の財源のみを使った三つの事業で、雇用安定事業、能力開発事業、雇用福祉事業の三つの事業を含む。
- 7) 平成15年度社会保障給付費 表4機能別社会保障給

付費 p.4

8) 岡田太造(1999)p.110

参考文献

岡田太造 1999「分担研究3. 社会保障給付費の規模及び負担の評価に関する研究」『平成10年度厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業 研究代表 尾形裕也：我が国社会保障の水準に関する総合的研究』
国立社会保障・人口問題研究所 2004「動向 社会保障費用の国際統計の動向—ILO, OECD, EUROSTATを中心として—」海外社会保障研究 No.146

国立社会保障・人口問題研究所 2005「平成15年度社会保障給付費」

浅野仁子 2001「動向 社会保障費の国際比較—基礎統計の解説と分析—」海外社会保障研究 No.134

勝又幸子・森田陽子 1999「動向 社会保障費 国際比較基礎データ—財源の国際比較分析と解説—」海外社会保障研究 No.128

OECD, 2005 “Employment Outlook 2005”

(ほんだ・たつお 企画部長)

(かつまた・ゆきこ 企画部第3室長)

(よねやま・まさとし 企画部第1室長)

小玉徹・中村健吾・都留民子・平川茂編著『欧米のホームレス問題(上):実態と政策』
 中村健吾・中山徹・岡本祥浩・都留民子・平川茂編著『欧米のホームレス問題(下):支援の実例』
 (法律文化社、2003年(上)、2004年(下))

阿部 彩

本書は、イギリス、ドイツ、フランス、アメリカの4カ国におけるホームレス対策を政策と実践の両面から論じるものである。本書は、上下2巻から構成されており、上巻は、それぞれの国におけるホームレス問題の実態と政策を分析し、下巻はボランティア団体などホームレス支援団体による具体的な支援策を紹介している。10名からなる執筆陣は、国内におけるホームレス問題にも詳しい専門家であり、他の先進諸国におけるホームレス対策に関する情報の多さと日本のホームレス政策を念頭においた分析的的確さにおいては本書の右に出るものはないといってもよいであろう。上巻では、各国の政策の展開を、第二次世界大戦以前のいわゆる放浪者対策から、ヨーロッパ3カ国については欧州委員会によってその策定が義務付けられた「貧困ならびに社会的排除と闘うためのナショナル・アクション・プラン」、アメリカにおいては1987年のマッキニー・ホームレス支援法の90年代の展開まで、分析されている。下巻は、各国それぞれ2、3の市における公私団体(自治体、NPOなど)による支援対策の紹介、また、ボランティア・セクターに公的資金が流れ込むことによる公的機関と私的機関の微妙な関係が描き出されている。本書で論じられる4カ国は、欧州3カ国とアメリカという対照的なコントラストが目立つが、欧州3カ国の中でも、特に野宿者(または路上生活者、以下、本稿では野宿者で統一)の減少を大きな柱としたイギリス、多彩な社会保障のセーフティ・ネットを

張り巡らせてホームレス状態の予防を目指すドイツ、「反排除」を旗印とし積極的な雇用と住宅対策を打ち出すフランスと多様であり、我が国の野宿者行政に大きな示唆を与えるものである。また、下巻は、都市と団体を絞って調査しており、それぞれの支援活動が具体的に描写されているので、社会政策研究者のみならず、福祉行政官、民間支援団体の読者にもリアル感のあふれる実例を提示している。

一方で、本書を読み進むうちに、日本とこれら4カ国の政策と現状の違いが際立ち、4カ国からの経験が日本に適用できるのか疑問がわいてくるのも事実である。本書がまず指摘する違いは、ホームレスの定義の違いである。ヨーロッパ、特にEUによるホームレスの概念は、住居を持たない人々(親戚や友人の家などに仮に居住する人も含める)、福祉施設に滞在する人、低価の民間の宿に泊まり続ける人(日本でいえばドヤなど)、劣悪な住宅環境にある人々、また、住宅を失う危険性が高い人々などの住居弱者一般をさし、日本でホームレスと呼ばれることが多くなった野宿者(公園や路上などに寝泊りする人々)はこれら住居弱者の極端な一例に過ぎない(上, p.19, 下, p.ii)。しかし、ヨーロッパ諸国にても、このように野宿者問題を広義のホームレス(住宅)問題の一部と捉え、「かれらの問題」から「われわれの問題」へと発想の転換(上, p.35)に至るまでに、長い年月がかかっている。日本においてもこのような発想転換が求められ

るようになることも十分考えられる。

第二の違いは、野宿者の属性である。日本の野宿者は、大多数が50歳以上の単身男性であるが、唯一野宿者の統計があるイギリスでは25～44歳が過半数を占めている(上, p.92)。他の3カ国については、上記の広義のホームレス概念による統計であるが、そこでも、ホームレスの過半数が日本の野宿者よりも若い層である。これらの統計は、定義、調査方法などに左右されるため単純比較が難しいが、日本の野宿者の年齢構成が他国とは異なっていることは確かである。日本の現状は、現在の4カ国の野宿者の現状というよりも、むしろ、アメリカの1920年代から50年代のスキッド・ロウに似ており(上, p.309～314)、日本の野宿者の発生要因と4カ国における発生要因は構造的に異なるのではないかという疑問を生じる。なお、スキッド・ロウは、1920年代以降、農業が機械化され、大規模公共事業が減少して移動労働者の需要が減るとともに消滅していった(上, p.313)。日本で野宿者が可視化した理由の一つは、社会の底辺の受け皿となっていた寄せ場の機能低下が挙げられ、寄せ場が今後スキッド・ロウの衰退と同じ道をたどるのか、そうであれば、新しい受け皿をどう構築していくのが緊急の課題である。すなわち、日本の野宿者政策において、欧米諸国の経験が役立つとすれば、それは、野宿状態に陥ってしまったからの支援策というよりも、陥る前に機能する受け皿の構築にあるのではないか。受け皿が市場で提供されないのであれば、これは、社会保障制度や住宅制度によるホームレス予防策(あるいはセーフティ・ネットと呼んでもよい)、ドイツで「第二労働市場」と呼ばれる公的資金が投入されることで雇用が成り立つ就労セクター(上, p.174)の構築を意味する。

第三の違いは、ボランティア・セクターの規模と資源力である(下, p.vi)。本書で取り上げられた4カ国では、ボランティア組織がホームレスおよび野

宿者への支援策の担い手として大きな役割を果たしている。下巻で紹介されている事例の多くもこれらボランティア組織によるものである。ボランティア組織の多くは公的機関から資金を受託して運営されているが、独自の財源・人的資源も豊富であり、日本の野宿者支援団体と比べると、その規模には圧倒される。日本においても、野宿者支援分野において公的機関から委託業務を請け負うNPO法人が出始めているが、まだまだ先駆的であり、ほとんどの支援団体は大規模な事業を展開するほどの財力はない。また、人的資源にしても、専属スタッフを雇える団体は数少ない。このような日本の支援団体の実情を考えると、本書で紹介されるボランティア組織の活動の多くは「夢のまた夢」であり、実現不可能のように思える。しかし、一方で、日本の支援団体も悲観的な要素ばかりではない。日本においても、野宿者が多く存在する多くの都市(大阪、東京23区、川崎、広島、仙台、京都など)で、規模の大小はあるものの、支援団体が存在しており、イギリスの野宿者優先プログラム(Rough Sleepers Initiative、後に野宿者対策室)やフランスの「極限的排除と闘う委員会」が行っているようなアウトリーチ活動を通して野宿者との信頼関係を長年にわたって築いてきている。この信頼関係とアウトリーチのノウハウの蓄積は、野宿者支援を行う上での最大の資源であり、公的な支援を行う際にも活用すべきである。

このように、日本と4カ国の野宿者の現状には大きな違いが見られるものの、野宿者問題を一部の個人の問題に帰着するものとするのではなく、社会一般の経済市場および住宅市場の失敗から波及する問題と捉えて、ホームレス状態の予防を目的とする諸制度を構築しようとする各国の姿勢は、大いに学ぶものがある。

ここで、本書でカバーされる内容について、軽く触れておこう。上巻第I編は、EUにおける社会的排除に対する取り組みと、「ホームレス状態」の

定義を説明している。第II編から第V編は、イギリス、ドイツ、フランス、アメリカのホームレス支援策を論じており、それぞれホームレス生活者支援策の歴史、ホームレス生活者の現状、支援策の諸制度、「貧困ならびに社会的排除と闘うためのナショナル・アクション・プラン」の説明が含まれているが、国によって、その構成は若干異なる。論じられる支援策は、いわゆる野宿者対策のみならず、住宅政策、雇用(就労支援)、所得保障と、多岐にわたっている。本書の特に優れている点は、上記に挙げられるような野宿者の「社会的包摂」を目的とする政策ばかりではなく、「社会的排除」ともとれる政策・制度も分析の対象に含めている点である。「野宿者対策」には、たいてい二つの目的が含意されている。その一つは、住居を持つことができない人々の健康や福祉が十分に満たされていない状況を危惧する見方であり、もう一つは、公園や道路・駅・河川敷などに彼らが存在することで他の住民がそれら施設を使用することを躊躇しなければならない状態を問題視する見方である。「野宿者問題」の解決を目指すにあたって、この二つの目的は必ずしも矛盾するものではないが、常にせめぎ合っており、その対策は必ずしも同方向を向いていない。一方で、野宿者に手厚い支援策を講じていても、もう一方では公共施設等からの追い出しが行われている場合も多々ある。本書においては、特にドイツにおける「排除」から「包摂」への政策の変容のプロセスの記述が興味深い。ドイツでは、物乞いや放浪を違法とする刑法典361条が1974年に改正され、野宿者対策が「秩序法ないし警察法にもとづくアプローチから、社会保障政策と住宅政策を重視するアプローチへ」と移行した(上, p.144)。しかし、単身ホームレスについては、「依然と秩序法・警察法にもとづく施設収容措置がとられる」など、その変容は普遍的なものではなかった。このように野宿者対策は、常に「光」と「陰」の部分があり、その両面を知らな

ければ、その国の野宿者が置かれている本当の立場がわからないのである。

最後に、本書に書き加える点があるとすれば、以下の三点を提案したい。一点は、下巻において紹介される支援組織を財政面から分析することである。公的財源と独自財源の内訳、独自財源の調達方法、資金の透明性の確保、独立性の確保などは、日本の支援団体の運営および公的セクターとの連携を考えていく上で重要な観点である。また、どのような慈善的観点から行う事業であっても、公的資金の流入は、事業のビジネス化や公的資金の濫用の可能性を生み出す。本書においても、アメリカやイギリスにおける「ホームレス支援の産業化」(上, p.271)や、「コントラクト・カルチャー」(下, p.35)を問題として取り上げているが、入札制度や委託契約の内容も含め、これらを克服、または回避する対策を、もう一步踏み込んで論じれば、さらに実践に役立つ内容となったと思われる。本書に加えて欲しいもう一点は、日本のホームレス政策およびNPOなどボランティア・セクターによる野宿者支援の実践と公営住宅を含む低所得者に対する住宅政策の分析である。本書を手取る人は、ある程度は日本の野宿者政策や住宅政策に通じている人であると思われるが、そうでない人も読者に想定することによって、日本と諸外国との比較がより鮮明になるとと思われる。

三点目は、住宅市場がすべての人に適切な住居を供給できない場合において、公的セクターがどのように介入するのが効果的なのか、国境を越えた分析が望まれる。本書で取り上げた4カ国では公的セクターによる住宅供給または住宅補助が行われているが、その形態はさまざまである。例えば、イギリスでは、大々的な公的住居の建設から一転し、公的住居の売却および住宅給付(住宅扶助)を行っている(上, p.46)。ドイツでは、「特別な場合の生活扶助」として家賃肩代わり措置(上, p.163)、借家人、家賃への一定の拘束を条件とし

た住宅建設補助(社会住宅)(上, p.170)、家賃・収入制限はあるが普遍的な住宅手当(上, p.171)が整備されている。アメリカにおいても、建設を伴う住宅供給から、現在は、住宅チョイス・バウチャー(旧セクション8)と呼ばれるバウチャー制度へほぼ全面的に移行した。これらの国では、公的(社会的)住宅から家賃補助へ、換言すると「物への助成」から「人への助成」へ(上, p.46)、政策の焦点がシフトしつつある。しかし、いくら家賃補助がなされていても市場が住居弱者に対する住宅供給を十分になさなければ住宅の確保に結びつかない。実際に、アメリカでは発行されたバウチャーを使用することができる割合が減少しており、1990年代から2000年代にかけて81%から69%まで落ち込んでいる(阿部・後藤2003)。最終的な住居の供給を市場に委ねる場合、このような市場の失敗を

どのように克服していくのが各国共通の課題であり、本書で取り上げられた4カ国についても、住宅市場への介入・規制について、より詳細な記述が望まれた。日本の野宿者のコンテキストにおいては、身よりもない高齢者に対する民間賃貸住宅の供給が問題であり、なんらかの公的介入が必要であると考えられる。一部の地域では元野宿者がアパートを借りる際に保証人になるなどの取り組みが行われているが、このような取り組みが全国的に広がることを期待したい。

参考文献

阿部彩・後藤玲子 2003「アメリカ合衆国」『世界の社会福祉年鑑2003』旬報社

(あべ・あや 国立社会保障・人口問題研究所
国際関係部第2室長)

『海外社会保障研究』執筆要領

1. 執筆枚数

原稿の字数は以下の限度内とします。

- (1) 論文：16,000字(図表を含む)
本文のほかに要約文(400字以内)およびキーワード(3～5語)を添付。
- (2) 研究ノート：12,000字(図表を含む)
- (3) 動向：8,000字(図表を含む)
- (4) 書評：6,000字

2. 原稿の構成

必要に応じて、I II III…→1 2 3…→(1) (2) (3)…→①②③…→の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書の文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a) (b) (c)または・で始めてください。完成原稿は横書きとし、各ページに通し番号をふってください。

3. 引用

本文中の引用の際は、出典(発行所、発行年)を明記してください。

4. 年号

西暦を用いてください。元号が必要なときには、西暦の後に()入りで元号を記してください。ただし、年代の表記については、西暦なしで元号を用いてもかまいません。

5. 図表

図表はそれぞれ通し番号をふり、表題を付けてください。1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を論文中に指定してください。なお、出所は必ず明記してください。

6. 注

注を付す語の右肩に1) 2) …の注番号を入れ、論文末まで通し番号とし、論文末に注の文を一括して掲げてください。

7. 参考文献

文献リストは、以下の例を参考に論文の最後に付けてください。

(例)

馬場義久 1997「企業内福祉と課税の中立性—退職金課税について」藤田至孝・塩野谷祐一編『企業内福祉と社会保障』東京大学出版会

Ashford, Douglas E. 1986. *The Emergence of the Welfare State*. Basil Blackwell.

Heidenheimer, A. 1981. "Education and Social Entitlements in Europe and America." In *The Development of Welfare State*, edited by P. Flora and H. Heidenheimer. Transaction Books.

Beattie, Roger. 1998. "Pension Systems and Prospects in Asia and the Pacific." *International Social Security Review* 58(3): 63-87.

檜原朗 1998「イギリスにおける就労促進政策と社会保障」『海外社会保障研究』第125号 pp. 56-72

新藤宗幸 1998「地域保健システムの改革と残されている課題」『季刊社会保障研究』第34巻第3号 pp. 260-267

海外社会保障研究

第154号 2006年3月発行予定 特集：介護と障害者施策の関係を巡る国際的動向

バックナンバー（在庫あり）

- 第152号 2005年9月発行……特集：住宅政策と社会保障
- 第151号 2005年6月発行……特集：企業年金の国際的潮流
- 第150号 2005年3月発行……特集：成長するアジアの社会保障
- 第149号 2004年12月発行……特集：OECD諸国における医療改革の流れと今後の方向性
- 第148号 2004年9月発行……特集：海外社会保障研究の展望
- 第147号 2004年6月発行……特集：ワークフェアの概念と実践
- 第146号 2004年3月発行……特集：IMF体制後の韓国の社会政策
- 第145号 2003年12月発行……特集：社会保険医療制度の国際比較：日、独、仏、蘭、加5カ国の医療保険制度
度改革の動向
- 第144号 2003年9月発行……特集：ロシア・東欧における社会保障の動向
- 第143号 2003年6月発行……特集：第7回厚生政策セミナー「子ども、家族、社会—少子社会の政策選択—」
- 第142号 2003年3月発行……特集：転換期における福祉国家の国際比較研究
- 第141号 2002年12月発行……特集：社会的排除—概念と各国の動き—
- 第140号 2002年9月発行……特集：先進諸国の所得保障政策における障害給付の変化とその背景
- 第139号 2002年6月発行……特集：日本とカナダの社会保障—加日社会保障政策研究円卓会議の成果—
- 第138号 2002年3月発行……特集：現代の規範理論と社会保障
- 第137号 2001年12月発行……特集：国際機関における年金政策論
- 第136号 2001年9月発行……特集：保険者機能から見た欧米諸国の医療制度改革と国際比較
- 第135号 2001年6月発行……特集：第5回厚生政策セミナー「アジアと社会保障」
- 第134号 2001年3月発行……特集：グローバル化と社会保障
- 第133号 2000年12月発行……特集：社会保障と情報化
- 第132号 2000年9月発行……特集：中国の社会保障改革と企業行動
- 第131号 2000年6月発行……特集：介護保険の国際的動向
- 第130号 2000年3月発行……特集：社会保障給付費の国際比較研究
- 第129号 1999年12月発行……特集：医療サービスの質の確保をめぐる諸問題
- 第128号 1999年9月発行……特集：EUの社会保障政策の展開
- 第127号 1999年6月発行……特集1：福祉施策の国際比較
特集2：OECD社会保障大臣会議
- 第126号 1999年3月発行……特集：各国の年金改革
- 第125号 1998年12月発行……特集：就労インセンティブと社会保障

※ バックナンバーの詳しい内容をインターネットでご紹介しております。<http://www.infoasia.co.jp>をご覧ください。

海外社会保障研究 投稿規程

1. 投稿は、「論文」、「研究ノート」、及び「動向」の3種類です。投稿者の学問分野は問いません。どなたでも投稿できます。ただし、本誌に投稿する論文等はいずれも他に未投稿・未発表のものに限りません。
2. 投稿者は、審査用原稿2部を送付して下さい。採用の決まったものは、フロッピーディスクも提出していただきます。
3. 投稿原稿のうち、「論文」及び「研究ノート」の掲載の採否については、指名されたレフェリーの意見に基づき編集委員会において決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。
4. 投稿のうち、「動向」の掲載の採否については、編集委員会において決定します。
5. 執筆に当たっては、『海外社会保障研究』執筆要領に従ってください。なお、原稿は採否に関わらず返却致しません。
6. 原稿の送り先、問い合わせ先 〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号
日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係
Tel: 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

編集委員長

京極 高宣 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

高橋 紘士 (立教大学教授)

岡 伸一 (明治学院大学教授)

尾形 裕也 (九州大学教授)

沙 銀華 (ニッセイ基礎研究所主任研究員)

武川 正吾 (東京大学教授)

高橋 重郷 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)

島崎 謙治 (同研究所・政策研究調整官)

本田 達郎 (国立社会保障・人口問題研究所企画部長)

小島 宏 (同研究所・国際関係部長)

府川 哲夫 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

金子 能宏 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

米山 正敏 (同研究所・企画部第1室長)

阿部 彩 (同研究所・国際関係部第2室長)

山本 克也 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第4室長)

菊地 英明 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

佐藤 格 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

海外社会保障研究 No. 153

平成17年12月25日発行

ISBN 4-900849-82-0

編集 国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

Tel: 03-3595-2984

homepage: <http://www.ipss.go.jp>

製作 株式会社アーバン・コネクションズ

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷3丁目27番11号

祐真ビル新館12階

Tel: 03-5467-4721 Fax: 03-5467-4722

e-mail: books@infoasia.co.jp

homepage: <http://www.infoasia.co.jp>

ISSN 1344-3062

THE REVIEW OF COMPARATIVE SOCIAL SECURITY RESEARCH (KAIGAI SHAKAI HOSHO KENKYU)

Winter 2005 No. 153

Special Issue: Social Security in Latin America

- Foreword..... Tatsuo Honda
- The Argentine Social Security System in Transformation..... Koichi Usami
- Changes in the Social Security System under the Constitutions
and Ordinary Legislation of the Federative Republic of Brazil..... Masato Ninomiya
- Social Security Reforms in Costa Rica: Problems of the Medical
and Pension Systems, Marketism, and Labour Issues..... Yasushi Maruoka
- Social Security in Mexico: Its Characteristics and Reform in the 1990s..... Keiko Hata
- The Social Security System in Nicaragua: Political Instability in the Poorest Country
and Reform of the Social Security System..... Fumie Takagi, Ryuich Komatsu
- Peru's Social Security System at the Cross Road: Towards Universal Coverage..... Shigeo Osonoi

Report and Statistics

- Updated estimates of Japan's Social Expenditure for FY2002
: Appendix of the Cost of Social Security in Japan for FY2003
..... National Institute of Population and Social Security Research

Book Review

- Toru Kodama, Kengo Nakamura, Tamiko Tsuru and Shigeru Hirakawa (eds.)
Homelessness in Europe and the USA Volume 1: Realities and Policy Responses
- Kengo Nakamura, Tohru Nakayama, Yoshihiro Okamoto, Tamiko Tsuru and Shigeru Hirakawa (eds.)
Homelessness in Europe and the USA Volume 2: Examples of Supporting Practice..... Aya Abe
-