

第 9 章

ラテンアメリカの 社会保障

格差を反映した保障



(写真) 年金制度の改善などをアピールするために集まった年金団体の高齢者たち
(2008年, 近田亮平撮影)

ラテンアメリカの社会保障

格差を反映した保障

■ 学ぶポイント

- ・ラテンアメリカの社会保障制度の特色をその欠点も含めて理解する。
- ・ラテンアメリカで行われた年金改革から日本の年金制度改革について学ぶ。

■ キーワード

社会保険 社会扶助 社会保障 家族主義 ウエルフェア・ミックス

はじめに

ラテンアメリカは、世界的にみて経済・社会の格差が大きく、貧困層やインフォーマル・セクターの比率が高い。同地域の市民の生活を保障する社会保障制度も、経済・社会の格差を反映して一国内でも格差は大きく、また社会保障制度が比較的整備されている先行国と、その整備が遅れている後進国との格差も大きい。他方、公的社会保障とともに、家族や民間部門も市民の生活保障に貢献している。本章は、こうしたラテンアメリカにおける社会保障制度の特徴を明らかにすることを目的とする。

1 アルゼンチンとハイチでの医療格差の体験

アルゼンチンの医療制度は、全市民を対象とした公立病院制度、フォーマル・セクター労働者を対象とした社会保険制度、主として中所得以上が対象の民間医療保険制度からなっている。ラテンアメリカは世界的にも格差が大きい社会であるが、それが社会保障にも反映されていることを現地滞在中に身をもって体験した。

1990年代末から2000年代初頭に、アルゼンチンの首都ブエノスアイレスに滞在した筆者は、筆者自身が病気のときや妻の出産時、現地の水準では料金の高い設備の充実した民間の病院を利用した。そこは先端的医療技術をもち、外来は予約制であり、入院となった場合も個室が一般的である。現地の知人が入院した民間病院を見舞いに訪れた際、病室までウェ이터がコーヒーをもってきてくれたことには驚かされた。その反面、利用料金は高く、血液検査代が日本の基準からみるとあまりに高額であったことを記憶している。また、民間医療保険はその提供する医療サービスにより差があるが、一般に社会保険料よりは高額である。

他方、公立病院制度は第二次世界大戦後に設立され、当初は一般国民が満足する状況であった。筆者が学生時代の1970年代のことと思うが、日本は医療費が高いので在日アルゼンチン人は手術をするために帰国する、との記事が新聞にあったのを記憶している。その後アルゼンチンでは、フォーマル・セクターを対象とした社会医療保険制度（健康保険）の整備が進んだ一方、周期的に経済危機と財政難に襲われ、公立病院制度の質は低下していった。

現状では、公立病院は主として、インフォーマル・セクター（『ラテンアメリカ経済入門』第4章〈インフォーマル〉どうしてインフォーマル経済はなくなるのか」参照）を対象とした制度となっている。その病院設備は古いものが多く、予算が限定されていることから1日に診察できる患者数が限定され、初診は午前3時頃から順番待ちをする場合がある、と公立病院に勤務する医師から聞いたこともある。また、予算の制限から無料薬剤は予算年度前半でなくなり、貧

困層は診察を受けても処方箋をもらうのみの場合も多いといわれている。知り合いの公立病院利用者が、公立病院に行っても処方箋をもらうだけで薬が買えないため、病気になっても病院に行かないといていたことが印象に残っている。

しかし、これはアルゼンチン国内での格差であるが、ラテンアメリカ域内での格差も大きいことを体験した。これもアルゼンチンのマスコミや関係者で話題になったことであるが、隣国パラグアイの医療はアルゼンチンと比べて劣っており、パラグアイでの病人がアルゼンチンの無料の公立病院を利用するバスツアーがあったといわれていた。アルゼンチンでは、貧困層でも少なくとも公立病院へ行く機会があることは事実である。

また筆者は2000年代初め、カリブ地域のハイチとドミニカ共和国を調査で訪れた際、域内最貧国のハイチで罹病してしまった。ハイチには全般的に高水準の医療設備も不足しているため、隣国のドミニカ共和国の首都サントドミンゴにある設備の整った民間病院に入院し、そこで治療を受け無事帰国することができた。ハイチでは、近代的医療施設が絶対的に不足しており、一般庶民は「国境なき医師団」等の国際NGOか、あるいは現地の薬草と祈祷などに依存せざるを得ない状況である。このように、ラテンアメリカ域内でもアルゼンチンとハイチでは大きな医療格差が存在することを体験した。

2 ラテンアメリカの社会保障制度

2-1. 社会保険の特色

「社会保障」とは、一般に「社会保険」と「公的扶助」(社会扶助)により構成されるとされる(隅谷 1992, 21)。社会保障をスペイン語でいうと「Seguridad Social」となるが、スペイン語圏ではしばしば、「Seguridad Social」を社会保険としてとらえる場合があることに注意しなければならない。本章では、「社会保障」を「社会保険」と「公的扶助」をあわせたものとして議論する。

「社会保険」とは、法律により制定された強制加入の保険で、社会内での相

互扶助機能があるとされる。これに対して「民間保険」は、保険原理を原則としている。すなわち、民間保険ではリスクに対応して保険料や加入条件が決定されることになる（石畑・牧野 2014, 136-137）。しかし、ラテンアメリカでは労働市場に大きな割合を占めるインフォーマル・セクターがあり、その労働者は社会保険にカバーされない。逆に社会保険にカバーされないことが、インフォーマル・セクターの定義のひとつでもある。ここでは社会保険の例として制度の整備が域内で早期になされ、適用範囲も比較的広いアルゼンチンの「年金制度」と「医療制度」を事例として試みる。

(1) アルゼンチンの年金制度

2023年の日本の全人口に占める65歳以上の高齢化率は、29.1%と世界的に最も高齢化した社会である¹⁾。しかし、開発途上地域も先進国より低位であるものの、確実に高齢化が進んでいる。アルゼンチンも例外ではなく、1869年の全人口に占める65歳以上高齢者の割合は2.3%であったのに対して、2019年には16.3%になっており²⁾、高齢者の生活保障が社会保障のひとつの中心課題となっている。

その高齢者の生活保障の核となる制度が、年金制度である。まず年金がなぜ保険かという点、高齢になり労働ができなくなり所得が得られないことをリスクととらえ、それを保障するための制度だからである。ちなみに年金は、老齢年金のほかに、障害者を対象とした障害年金も含まれている。

年金制度には、「賦課方式」と「積立て方式」という2つの種類がある。「賦課方式」とは、現役の労働者等が支払う年金保険料が、現在の高齢者が受け取る年金の原資となる方式で、世代間扶助の原理がその根底にある³⁾。一般に賦課方式は、現役労働者の支払う保険料が原資となっているため、景気変動に伴う原資の目減りのリスクがない。その反面、高齢化に伴う現役労働者の減少と

1) 内閣府「令和6年版 高齢社会白書」。

2) Lucas Dimaro, Federico Dayan and Elizabeth Carpinetti 2021. “Poblacion de Buenos Aires.”

3) 厚生労働省「いっしょに検証！ 公的年金——年金の仕組みと将来」[第5話 賦課方式と積立方式]。

年金受給者の増加というアンバランスが拡大すると、支払う年金の原資が相対的に減少するという欠点をもっている。多くの先進国では、賦課方式が主流となっている。

これに対して「積立て方式」は、本人の支払う年金保険料は本人の口座に積み立てられ、それを公的機関か民間保険会社が運用して増加させ、本人が退職したらその口座から年金を受け取る方式である。積立て方式の方が高齢化に対処しやすく、また保険料支払いが直接本人の年金受給に結びついているため、保険料未納の減少が期待されると主張する論者もいる。

1980年代までのアルゼンチンの年金方式は、職域に分かれた賦課方式であり、その公的年金にカバーされているのが、労働人口の60%であったといわれている。1990年代になりラテンアメリカでは、それまでの国家主導の経済発展が破綻し、市場原理を重視する新自由主義と呼ばれる経済政策が広範に導入された。その新自由主義を支持する政治家・官僚は、公的賦課方式の年金方式は、保険料納付と年金受給が結びついていないため、年金保険料未払いが増大し、それが財政赤字の一因であると批判した。そのため、1994年に基礎年金を公的賦課方式として残し、報酬比例部分について、公的賦課方式または民間積立て方式のどちらかを選択できる制度に改革がなされた。

民間積立て方式を選択した人は、年金運用会社も自由に選択できることとなった。すなわち、積立て方式により年金保険料支払い者が、自分の口座から将来年金を受け取るため、支払いと受給の関係が明確となり、年金保険料未払いの減少が期待された。他方、積立て方式の選択制は年金という社会保険に競争原理を導入して、年金制度の効率化を図ろうとしたのである。もっとも、その対象はあくまでも年金保険料を支払うフォーマル・セクターであり、インフォーマル・セクターに対する制度は限定的なものであった。

ところが、積立て方式導入にもかかわらず年金未納者はかえって増大してしまった。その要因は年金制度に包摂されないインフォーマル・セクターが雇用において大きな比重を占めているためである(宇佐見 1999, 27)。この事例からわかることは、年金を含む社会保険の保険料未納率を低下させるためには、正規雇用を増やす必要があるということである。

他方、貧困層が対象の税を財源とする公的扶助⁴⁾は、その多くが社会保険にカバーされないインフォーマル・セクターの人々が対象である。しかし、公的扶助は、社会保険に比べて量的にも質的にも見劣りする状況であった。こうした状況がアルゼンチンでは、20世紀末まで続いた。21世紀になると、1990年代に実施された新自由主義改革によりマクロ経済指標は改善されたが、改善されない格差や貧困に関する問題がいつそう注目されるようになった。

そのようななかで、左派系の政権が成立し、そのもとでインフォーマル・セクターに対する「社会保障＝社会扶助」が拡大することになった。後に詳しく述べるが、賦課方式の社会保険年金に対して、年金保険料を支払っていないインフォーマル・セクター向けの年金制度が整備され、両者をあわせると高齢者の年金カバー率は100%近くになったとされる。また、一部民間積立て方式に改革された年金制度は、左派政権により2008年に再び公的賦課方式に戻されている。なお、アルゼンチンの社会保険を管理・運営する機関として「国家社会保険局」(ANSES)がある。

(2) アルゼンチンの医療制度

アルゼンチンの医療制度は、高所得者向けの民間保険・民間医療、フォーマル・セクター労働者向けの社会保険である「社会事業」(Obras Sociales)と呼ばれる実質的な社会医療保険、そして全市民を対象としているが、実質的にはインフォーマル・セクターの貧困者を対象とした、無料の公立病院制度がある。社会事業は、医療保険・医療サービス提供のほかに、レクリレーション・サービス等も提供しているが、その中心は医療保険・医療サービスである。

社会医療保険のひとつの特色は、職域別に社会医療保険が設立されており、料金と提供される医療サービスに格差があるということである。各社会医療保険は、独自の病院や診療所をもっているほかに、民間の医療機関と契約を行っており、被保険者は独自の医療機関か契約医療機関でしか原則として受診できない。あなたがもし教員であれば、教員労働者組合が運営する医療保険に加入

4) アルゼンチンなどでは「社会扶助」(Asistencia Social)と呼ばれている。

し、他方あなたが正規雇用の商業従事者であれば、商業労働者労働組合の運営する医療保険に加入することになる。両者は、受診できる医療機関や医療サービスに差がある。このようにアルゼンチンの社会医療保険は、多くの職域別に設立され、社会医療保険間で医療サービスに差がある点がその特色のひとつである。

このように職域別に社会保険制度が並立し、料金や提供するサービスが異なるということを「社会保障制度に階層性が存在する」という。アルゼンチンでは年金制度にも職域別に複数の制度が並立しており、そこには階層性がみられるが、医療保険制度においてはその階層性がより顕著となっている。こうした階層性が大きい社会保障制度は、階層性が顕著な大陸ヨーロッパの社会保障制度（エスピン＝アンデルセン 2001）との類似性を指摘することができる。他方、日本の健康保険も職域別の制度となっているが、料金や受けられる医療サービスはどの保険でも同じであり、この場合階層性は低いといえる。

アルゼンチンにおける社会医療保険のもうひとつの特色は、その多くが職域別の労働組合により運営されている点である。ブエノスアイレスの中心部には、大規模な労働組合の本部建物があり、同じ市内に職域別の病院や診療所が点在している。たとえば、商業労働者組合本部の近くには、商業労働者医療社会保険病院がある。筆者は、知人が教員組合病院に入院していたときに見舞いに行ったが、建物の感じは私立民間病院と公立病院の間くらいであるとの印象もった。

アルゼンチンの労働組合は、労働法により労使の社会協約を結ぶときに国から認可された労働組合のみに社会協約を結ぶ権限が与えられ、労働社会保障省（当時）の認可が必要とされる。こうしたコーポラティズムの労働法制が、労働組合の力のひとつの源泉であると考えられる。労働組合が社会医療保険を運営していることも、アルゼンチンにおける労働組合のもうひとつの力の源泉であると考えられる。

第二次世界大戦後、民主主義国家におけるコーポラティズムは、「社会コーポラティズム」とも「ネオ・コーポラティズム」とも呼ばれている。その意味は、社会において自発的に集団が職域別に組織化し、その組織内でも下から上

への組織化が行われ、その職域を代表する団体が社会の側から、いわば下から国家との協調関係を結ぶ政治的・経済的体制を指す（桐谷 1989, 97）。アルゼンチンにおいては、主要政策決定の際にしばしば政労使の社会協議がもたれている。

こうした職域別で、その多くが労働組合の運営する社会医療保険制度は、1990年代の新自由主義改革時に社会医療保険間の格差が大きく、しかも被保険者が社会医療保険を選択できないために、競争原理が働かず非効率的であると批判された。その代案として、社会医療保険の被保険者による自由選択制度が提起されたが、労働組合の反対は強く、改革は不十分なままであった。

他方、2023年末に成立したミレイ（Javier Milei）右派政権は、国家の役割を小さくしてなるべく市場機能を生かした経済体制に改革しようとしている。中流以上が利用している民間医療保険の保険料も、ミレイ政権が成立するまでは国の監督下におかれていた。ミレイ政権は、市場機能を重視の観点から、民間保険料をいったん自由化した。その結果、民間医療保険の保険料は急激に上昇し、国家は再びそれを規制することとなった。

このことにより、民間とはいえ、中流以上の人々が利用している民間医療保険制度にも国家の監督・規制が必要なことが明らかとなった。中流以上の階層の人々は、フォーマル・セクターで労働しているため、自らは利用しない社会医療保険料を支払い、それとは別途自らが利用する民間医療保険料を支払っている。こうした中流層以上の医療保険料の二重払いは、アルゼンチン以外にもメキシコをはじめとした他のラテンアメリカ諸国でもみられる現象である。

他方、公立病院制度は保険料ではなく税を原資として運営されている。公立病院制度は、全市民を対象に無料の医療サービスを提供するという点において、普遍的制度であるといえる。しかし、実際には予算の制約からその提供する医療サービスは、量的にも質的にも他の制度と比して見劣りし、実際の利用者はインフォーマル・セクターの貧困者が中心となっている。小児科専門の公立病院で翌日の診察を受けるために寒い冬空の下、前日午後6時から病院の玄関前に列をつくる人々の姿がテレビで報道され、問題視されている。

これは、フォーマル・セクターの労働者は、社会医療保険を利用するため公

立病院を利用せず、中流以上の層は、公立病院の提供する医療サービスには満足できず、各自所得に応じた民間の医療保険を利用するようになったためでもある。フォーマル・セクターの人々は利用せず、さらに財政危機が続くアルゼンチンでは、税を財源とした公立病院に割り当てられる予算も限定され、提供する医療サービスも大きく予算的制約の影響を受けるに至った。

アルゼンチンの医療制度をみると、所得に対応して社会保障制度が異なっている状況にある。そこには二重の階層性がみられる。まずインフォーマル・セクターの人々が利用する公立病院、フォーマル・セクター労働者が利用する社会保険・医療サービス、中流以上が利用する民間医療保険・医療サービス間の階層性である。つぎに社会医療保険内での職域別に料金とサービスが異なるという社会医療保険内の階層性である。それは社会保障制度にも大きな経済格差が反映されているともいえる。

ラテンアメリカの社会保障研究の代表的な研究者であるメッサラーゴ (Mesa-Lago 1978) は、筆者にラテンアメリカでは富裕な人がより多くの保障を受け、社会的保障が必要な貧しい人がより少ない保障しか受けられないと話していたが、アルゼンチンの医療制度はまさにその言葉どおりとなっている。またメッサラーゴは、ラテンアメリカの社会保障制度の形成において、利益グループあるいは圧力グループが国家に影響を与え、その結果として各グループ別に階層化された社会保障制度が形成されたと論じている。

2-2. 拡大する社会扶助・家族に依存するケア

アルゼンチンにおける税を財源とした「社会扶助」は、21世紀に入り急速に拡大し、全世代を包含する制度となった。それらには、主としてインフォーマル・セクターの貧困層の子どもを対象とした「普遍的子ども手当」(AUH)、就労年齢の失業者や低所得層を対象とした各種の社会プラン (Planes Sociales) と呼ばれる現金給付、そして公的年金未受給者をおもな対象とした「普遍的高齢者手当」(PUAM) がある。普遍的子ども手当は、典型的な条件付現金給付政策である (第10章「ラテンアメリカの社会扶助「条件付現金給付」政策」を参照)。

21世紀における社会扶助の拡大は、これまで顧みられなかったインフォーマル・セクター、貧困層にも社会保障が行きわたった点で評価してよいであろう。年金は「普遍的高齢者手当」の導入により、ほぼすべての高齢者が年金制度でカバーされるようになった。普遍的小子ども手当に関しては、それまでの子ども手当が社会保険であったために、インフォーマル・セクターの子どもは恩恵を受けられず、同制度導入によりほぼすべての子どもが手当支給の対象となった。各種社会プランが導入されるまでは、インフォーマル・セクターの貧困者や失業者へ対する手当は限定的であった。同制度の大幅な拡充により、これまで顧みられなかったインフォーマル・セクターの貧困や失業問題に関しても、手当が支給されるようになった。

その反面、こうした社会扶助の大幅拡充には財源が必要であり、21世紀の初頭の資源ブームが終了すると、それらが財政赤字の原因となり、その結果インフレ率が上昇し、社会的脆弱層の生活に打撃を与えることとなった。また、社会扶助の支出にはしばしばブローカーと呼ばれる政治的仲介者が介在し、社会扶助受給者をブローカーが支持する政党へ投票させる関係ができあがり、社会扶助が公正なルールに基づき支出されていないという問題が顕著となってきた (Auyero 2023)。他方、条件付現金給付は、現金を給付することにより現在の貧困を緩和させる効果をもっていることは確かであるが、さらに人的資本に投資して貧困の世代間連鎖を断ち切るという目標ももっている。しかし、教育の質が担保されていないために、人的資本に投資し貧困の世代間連鎖を断ち切るという目標を達成しているとは言い難い側面がある。

ケアに関しては、基本的に家族が高齢者のケアの責任を担う、家族の役割が重視される「家族主義」の傾向が強い。1948年のペロン大統領夫人 (Eva Perón) により出された「高齢者の権利宣言」(Eva Perón n.d., 226-228) は、その翌年の「ペロン憲法」のなかに取り込まれた。そこにはまず、高齢者は家族による統合的な保護を受ける権利を有すると記され、高齢者の保護は家族が第一義的に担うものであることが表明されている。

そのような家族の保護がない場合に、国家あるいは高齢者保護を目的に設立された施設が任に当たることが記されている。そこには、高齢者の保護はまず

家族が責任を負うべきであるとする家族主義と、それが不可能な場合に国家や諸施設がそれを補完するという補完性の原理が示されている。補完性の原理とは、カトリシズムにある「家族の相互扶助能力が不可能になった場合にかぎって、より大規模な高次の社会集合体が介入できるという思想」(エスピン＝アンデルセン 2001, 69) である。この場合高齢者の生活保障の権利は、就労と結びつかないが家族にかわって国家により保障されることになる。そのために、国家は非拠出制年金、食料扶助、住宅扶助、老人ホーム等さまざまな扶助施設やプログラムを作成している。

たとえば、現在ブエノスアイレス市には4カ所の市営老人ホームがあり、その入居条件は以下のとおりである。ブエノスアイレスに居住あるいは居住実態がある、住居がなく、社会保険にカバーされておらず、家族の支援がない、生活するために十分な財産や所得がない、といった場合である。そして申請後に、申請者がこうした条件に該当しているのかが入居に際して詳細に審査される⁵⁾。すなわち、入居者は社会的脆弱層であり、家族の支援がないという場合においてのみ市政府の支援を受けられる、という補完性の原理をここにみることができる。

1990年代頃より、公的なデイ・ケアセンターや公的な在宅介護制度が制定されている。現在ブエノスアイレス市内には約30のデイ・ケアセンターがあり、レクリエーションや運動等のサービスを月曜から金曜日、9時から16時まで無料で提供している (Findling et.al. 2018)。この他にアルゼンチンの高齢者ケアには、社会保険から給付を受けられる民間の高齢者施設が多い。通常の医療保険と結びついた高齢者施設は、老年科の医師が経営者である小規模施設が多く、また部屋も相部屋であることが多い。他方、高所得者向けの広い庭を備えた豪華な民間施設も存在している。

しかし、こうした高齢者向け各種施設が存在しているとはいえ、これら高齢者施設に入居する高齢者は、少数派であり、通常介護が必要な高齢者も自宅で家族の支援を受けて過ごすことが多い。中・高所得層の場合は、労働市場から一般に女性家事労働者を雇用し、家事と介護を任せている場合が極めて多いと

5) Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, “Hogares de residencia permanente.”

いってよい。家事労働者は、貧困層の女性であり、その雇用契約も口約束である場合が多く、インフォーマル・セクター労働者に分類される。このような中・高所得者が労働市場から女性家事労働者を雇用し、高齢者の介護を委ねることを「市場化された家族主義」と呼ぶこともできる。

3 21世紀におけるアルゼンチン社会保障の特色

今までみてきたアルゼンチンの社会保障制度の特色は、第一に、フォーマル・セクターを対象とした社会保険の整備が先行しているということである。これに対して、インフォーマル・セクターに対する社会保障制度は、質と量両面でフォーマル・セクターのそれに対して劣っており、その意味で社会・経済的格差が社会保障制度にも反映されている。

第二に、そうした社会保障における格差は、単に公的な社会保障のみに存在しているわけでない点である。医療面でみると高額所得層は、高度な医療が受けられ、高額な薬剤の使用ができる民間医療保険に加入し、病気になったときには設備の整った民間病院に入院している。それは、高齢者ケアに関しても同様のことがいえる。すなわち、市民の生活保障には公的部門だけではなく、民間部門も参入している。さらに後に述べるように、ケア面では家族の果たす役割も大きい。これらでカバーできない保障には、各種市民社会組織も重要な生活保障の供給源となっている。このように、市民の生活保障には、公的セクター、民間部門・営利企業、家族そして市民社会やコミュニティが参画して成立している。こうした市民の生活保障源が、多元的である状態を「ウエルフェア・ミックス」(福祉多元主義)と呼ぶ(ジョンソン 1993, 59)。ラテンアメリカの社会保障もまさに、ウエルフェア・ミックスの状況にある。

ウエルフェア・ミックスに関して多様な意見があり、どのような形が適切であるのかは立場によって異なる。ニューライトあるいは新保守主義と呼ばれる政治的に右派の人々の立場では、国家の役割は縮小し、民間部門の役割を重視する。また、家族の負担もこの立場では重要となり、女性が家庭にとどまる

ことが期待される。福祉ボランティアはそれらを補完する役割が期待されている。ウエルフェア・ミックス主義者は、各地域のニーズにあわせて各部門が最適のサービスを提供できるようにバランスをとるべきという立場である。また、福祉ボランティアや家族、すなわち女性のケア面での役割が期待されている。

上述したコーポラティズムの立場からは、スウェーデンやオーストリアで福祉国家が成功したのは、コーポラティズム的の制度の存在が重要であるとする。しかし、コーポラティズムの制度に編入されない人々のニーズは、無視されるという欠点をもつ。社会主義者の立場のうち、ファビアン主義と呼ばれる穏健な立場の人々は分権化、女性・マイノリティーへの分配の強化、資源の公平な分配等が主張され、分権化や女性に対してより重点がおかれている。社会主義のうち急進的なマルクス主義の人々は、社会主義のもとではより多くの資源が福祉に分配されるであろうとしている（ジョンソン 1993, 185-205）。

ラテンアメリカの社会保障は、ウエルフェア・ミックスのもとにあり、フォーマル・セクターにおいては20世紀まではコーポラティズムの立場に近い。また、近年の新自由主義政策のもとでは、政治的右派の新保守主義の立場に近い政策もみられる。ウエルフェア・ミックスをもとにラテンアメリカの社会保障制度を考えると、フォーマル・セクターの労働者に対しては国家が重要であり、高所得層は民間部門からの福祉供給に依存しているといえよう。また、ケアやインフォーマル・セクターの保障に関しては家族の役割が大きい。

第三の特色としては、ウエルフェア・ミックスで言及したように、保障の供給源として家族の役割が重要な点である。「家族主義」とは、福祉において家族の果たす役割が重要であるとする立場である。それでは、つぎに家族のなかで誰が福祉を供給するのかという問題が提起される。

保守主義的な立場の人々を中心として、家族のなかで男性が家の外で労働して所得を得ることが期待され、家族のケアは女性がその任に当たることが期待されている。すなわち家族主義にあつては、事実上女性が家にとどまり家族のケアを行うことが想定されているのである。このように男性が外で働き所得を得て家族を支え、女性は家にとどまりケアを提供して家族を支えるモデルを男性稼得者モデルと呼ぶ。

また、ラテンアメリカの中流以上の家庭では、女性家事労働者を労働市場で雇用し、家族のケアを女性家事労働者にその一部、またはほとんどすべてを任せることが広範に観察される。このような、女性家事労働者を雇用し家族のケアを任せることを「市場化された家族主義」と呼ぶことが可能であろう。こうしたケアにおける家族主義や「市場化された家族主義」は、21世紀の現在に至るまで続いている。その際、忘れてはならないことは、中・上流層家庭でその家族のケアを任されている家事労働者のほとんどが、貧困層の女性であることである。しかも、家事労働の契約のほとんどが、いわゆる口約束にとどまる、正規労働契約でないインフォーマルな雇用であることである。

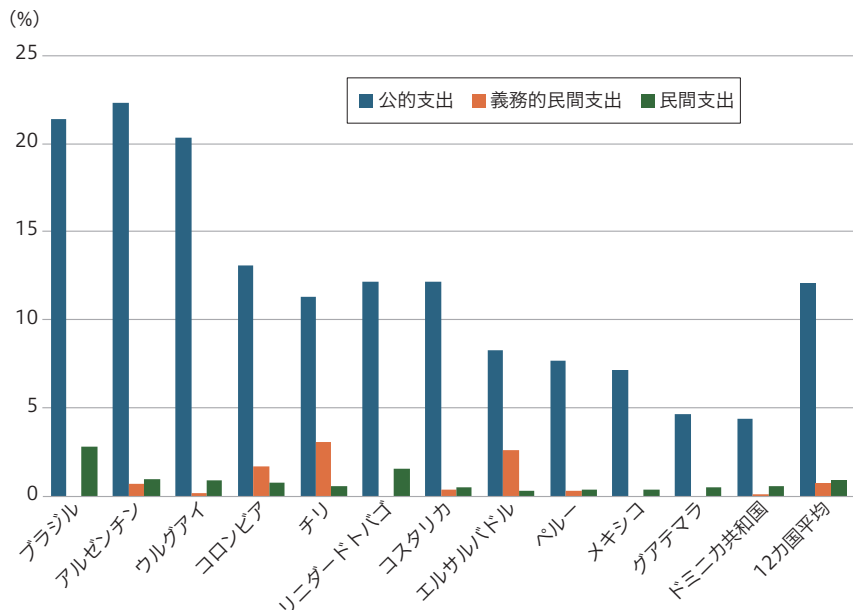
4 ラテンアメリカ全体の概観と変容

このようにアルゼンチンを事例としてみた社会保障は、経済的格差を反映した格差があり、高・中所得層には公的・私的福祉の供給が豊富で、低所得層はそれが相対的に乏しい。こうした社会保障に格差がある状況は、他のラテンアメリカ諸国にも該当する。また、社会保障における格差は、一国内にとどまらず域内諸国間の格差も大きい。

図9-1は、2018年におけるラテンアメリカ12カ国の社会支出を公的、義務的民間、民間支出に分類し、それぞれの支出の対GDP比を示したものである。まず、対象12カ国で社会支出が最高のブラジルは24.2%、2位のアルゼンチンは24.0%であるのに対して、最下位のドミニカ共和国は5.1%、最下位から2番目のグアテマラは5.2%である。上位2カ国と下位2カ国では、約4倍の差異がみられ、それは域内での社会保障の格差を反映したものとなっている。

地域的には、南米南部諸国（ブラジル、アルゼンチン、ウルグアイ）が高く、アンデス地域・中米・メキシコが低くなっている。とくに、域内大国のメキシコの社会支出の対GDP比は7.7%で、他の域内大国のブラジルとアルゼンチンと比べて低いことが注目される。ブラジルとアルゼンチンの社会支出の対GDP比が高いのは、都市化率の高さや、農業部門において大規模農業が主流

図9-1 2018年におけるラテンアメリカ諸国の部門別社会支出の対GDP比



(注) 本文で言及した「社会支出」とは、公的・義務的民間・民間の部門別社会支出を足し合わせたものである。

(出所) [Podestá\(2023, 58\)](#)のデータをもとに筆者作成。

であるために、農村部が小さいことがその理由と思われる。メキシコも、都市部フォーマル・セクターに対する社会保障は制度的革命党政権下に拡充されてきた。しかし、メキシコは歴史的に大きな農村部を有し、農村部に対する社会保障は従前から脆弱であった。それに加えて、メキシコでは歴史的にインフォーマル・セクターが大きく、これも同国の社会支出の対GDP比を低位にさせている理由と考えられる。[世界銀行のデータ](#)による都市化率(2023年)は、アルゼンチン92%、ブラジル88%に対して、メキシコ82%、ペルー79%、ドミニカ共和国84%となっている⁶⁾。

6) [世界銀行サイト](#)の「Indicator:」「Urban population(% of total population)」参照。

つぎに、「国連ラテンアメリカ・カリブ経済委員会」(ECLAC/CEPAL)⁷⁾のデータをもとに、域内格差を域内社会保障先進国のアルゼンチンと、域内最貧困国で社会保障後進国のハイチを比較してみる。まず、アルゼンチンの場合、平均余命が78歳(2024年)、1000人当たりの乳幼児死亡率が8.39(2022年)、15~24歳の識字率が98.9%(2022年)、中央政府の社会支出対GDP比が12.6%である。一方のハイチは、平均余命が65歳(2024年)、1000人当たりの乳幼児死亡率が43.96(2022年)、15~24歳の識字率が83.0%(2016年)、中央政府の社会支出の対GDP比が3.0%(2014年)であった。

このように域内社会保障先進国のアルゼンチンと比べると、平均余命等の社会指標でハイチは著しく劣っている。その背後には、公的社会支出を示すひとつの指標である中央政府の社会支出の対GDP比が、アルゼンチン12.6%であるのに対して、ハイチでは3.0%と著しく低位であることが指摘できる。

アルゼンチンとハイチに関して、平均余命の差異の要因である医療制度を比較してみると、アルゼンチンにはフォーマル・セクター向けの社会医療保険、低所得者向けの公立病院制度、また民間部門の医療制度も整っている。これに対してハイチは、すべての面で劣っており、公的部門が医療サービスに占める割合は33%にすぎないとの推計もある(Gilbert 2004, 16-17)。その間隙を埋めるのが、「国境なき医師団」に代表される国際NGOであり、また、多くの国民が利用している伝統医療である(宇佐見 2018, 120-125)。アルゼンチンはいろいろと問題があるものの、全国民が公的医療にアクセスできるのに対して、ハイチでは公的医療へのアクセスが限定的であり、それを国際NGOと伝統医療が補完しているのが現状である。

このような域内における社会保障の格差は、21世紀になっても続いている。しかし、ラテンアメリカ全域をみると、21世紀になってからのラテンアメリカの社会保障の新たな特色は、それまでフォーマル・セクターが中心であった社会保障制度が、インフォーマル・セクターにも拡大しつつあることである。

7) ECLACは英語表記「Economic Commission for Latin America and the Caribbean」、CEPALはスペイン語(ポルトガル語)表記「Comisión Económica para América Latina y el Caribe」の略。

もちろん、フォーマル・セクター向けの制度は社会保険が中心であり、その主要財源は利用者が支払う社会保険料である。

これに対して、インフォーマル・セクター向けの社会保障制度は、税を財源とした社会扶助制度である。21世紀に入りインフォーマル・セクター向けの社会扶助の財源の裏づけとして、21世紀初頭の中国の台頭に伴う資源ブームがあったことは、多くの論者が指摘するところである。この資源ブームが終息すると、拡大した社会扶助支出を補うために財政赤字が拡大した諸国がみられた。インフォーマル・セクターへの社会保障の拡大には、財源の確保が課題となっている。

■ おわりに

——ラテンアメリカからの日本への提言——

今までみてきたようにラテンアメリカの社会保障は、国内のみならず域内国間でも大きな経済・社会的格差を有していることが特徴である。公的保障制度はフォーマル・セクターに厚く、インフォーマル・セクターに薄い。高齢者や子どものケアに関しては、家族の果たす役割が大きい家族主義がみられることも、その特色といつてよいであろう。

このようなラテンアメリカの社会保障制度は、1990年代に新自由主義改革の影響を受けて、社会保障制度の改革が行われた。1990年代の社会保障制度改革の中心となったのが、年金制度である。賦課年金制度から民間積立て方式への転換が、多くの国で試みられた。ラテンアメリカ諸国でも、緩やかではあるが高齢化が進行している。その際、現役労働者の保険料を自己の口座に積み立て、そこから退職後に年金を受給する積立て方式の方が、現役労働者の支払う保険料が現在の年金受給者の年金の原資となる賦課方式より、高齢化に対応しやすい点が指摘されていた。また、賦課方式のもとでは保険料支払いと年金受給が切り離されていることが保険料未払いの要因とされ、保険料支払いと将来の年金受給が結びついている積立て方式への転換を促す理由のひとつにもされた。

しかし、年金制度を賦課方式から積立て方式に転換すると、それまでの年金受給者が受け取っていた年金の原資である年金保険料が、現役労働者の口座に積み立てられてしまうため、財政がその分を負担することになる。これを賦課年金債務と呼ぶ。事実アルゼンチンでは、賦課年金債務の拡大が財政赤字増大の大きな要因となり、その後の経済危機の一因となっている。

日本においても高齢化に対応して、賦課方式から積立て方式に転換した方がよいとの意見が出ている。ただし、その際賦課年金債務の大きさを考慮することが必要である。アルゼンチンでは、積立て方式になっても年金保険料未払い率は低下しなかった。その理由は、新自由主義改革によりフォーマル・セクターは拡大せず、大きなインフォーマル・セクターが存在したままになっていたためである。年金保険料未払い率を低下させるためには、正規雇用を増やすことが不可欠であることが、ラテンアメリカからの教訓である。

【参考文献】

〈日本語文献〉

- 石畑良太郎・牧野富夫編著 2014.『よくわかる社会政策——雇用と社会保障（第2版）』ミネルヴァ書房.
- 宇佐見耕一 1999.「アルゼンチンにおける年金制度改革」『ラテンアメリカ・レポート』16 (1): 18-28.
- 2018.「社会政策——人々の暮らしと保障」山岡加奈子編『ハイチとドミニカ共和国——ひとつの島に共存するカリブ二国の発展と今』アジア経済研究所.
- エスピン＝アンデルセン, G. 2001. 岡沢憲英・宮本太郎監訳『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 (Gøsta Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton: Princeton University Press, 1990) .
- 桐谷仁 1989.「ネオ・コーポラティズム論と比較政治分析」『法政論叢』25: 86-96.
- ジョンソン, ノーマン 1993. 青木郁夫・山本隆共訳『福祉国家のゆくえ, 福祉多元主義の諸問題』法律文化社 (Norman Johnson, *The Welfare State in Transition: The Theory and Practice of Welfare Pluralism*, Brighton: Wheatsheaf Books, 1987) .
- 隅谷三喜男 1992.「社会保障の理論形成」社会保障研究所編『リーディングス日本の社会保障 (1) ——総論』有斐閣.

〈外国語文献〉

- Auyero, Javier y Sofía Servián 2023. *Cómo hacen los pobres para sobrevivir*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Eva Perón n.d. *La palabra, el pensamiento y la acción de Eva Perón*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación.
- Findling, Liliana, Estefanía Cirino y Laura Champalbert 2018. “Políticas de cuidados hacia adultos mayores en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina: el Programa Centros de Día.” In *Comunicación y salud*, edited by M. Petracci y P. G. Rodríguez Zoya. Buenos Aires: Teseo.
- Gilbert, Randolph 2004. *Haiti, antecedentes económicos y sociales*. México D.F.: CEPAL.
- Mesa-Lago, C. 1978. *Social Security in Latin America, Pressure Groups, Stratification, and Inequality*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Podestá, Andrea 2023. *Gasto público en América Latina y el Caribe Sistemas de clasificación para analizar la asignación de recursos*. Santiago de Chile: CEPAL.

▶▶ 学んでみよう

- ・ラテンアメリカにおける貧困問題に関する政策とその効果を調べて考察しよう。
- ・日本とラテンアメリカの高齢者の生活と社会保障制度の類似点と差異を考えてみよう。

■ 「社会保障」をさらに学べる文献紹介

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。

ラテンアメリカ諸国の社会保障制度・雇用制度を福祉国家論の視点から分析したもので、このような視点はそれまであまりなかった。

宇佐見耕一編 2003.『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。

ラテンアメリカを含めてアジアやアフリカの新興諸国の社会保障制度・雇用制度を福祉国家論の視点から分析した論文集である。

宇佐見耕一編著 2020.『新 世界の社会福祉 中南米 (第10巻)』旬報社.

世界の社会福祉制度をまとめた全12巻の第10巻がラテンアメリカ諸国に関しての書である。ラテンアメリカ各国の社会保障・福祉の制度とその特色について詳しく書かれている。

丸岡泰 2008.『コスタリカの保健医療政策形成——公共部門における人的資源管理の市場主義的改革』専修大学出版局.

コスタリカは中米の福祉国家といわれる国で、中米5カ国のなかでは例外的に社会保障制度の整備が進んでいる。その医療制度に関して社会保険公社の運営する病院に市場原理を導入する改革を中心に同国の社会保障制度を検討している。

村上薫編 2002.『後発工業国における女性労働と社会政策』アジア経済研究所.

アジア・アフリカ・ラテンアメリカにおける新興工業国の女性労働の状況と女性労働に関する社会政策を検討した論文集である。

(宇佐見耕一)

©IDE-JETRO 2026

本書は「クリエイティブ・コモンズ・ライセンス表示4.0国際」の下で提供されています。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ja>



