

第8章

ペルーの社会保障体制と新自由主義

——制度変化と持続性——

はじめに

1990年代はラテンアメリカにとって、国家による国民的な経済発展と社会公正を実現しようとした国家中心の時代の終焉とともに、市場を中心とする新自由主義への移行を画した開発パラダイムの転換期であった(遅野井 [1999 a])。

開発パラダイムの転換は、社会保障、社会政策におけるパラダイム転換を促した。ペルーでは1993年、従来の世代間、社会間の連帯に基づく公的な国民年金制度(SNP)と並行して、個人積立方式に基づく私的年金制度(SPP)が発足した。医療保険にも民営化スキームが導入され、1997年には社会保険庁(IPSS)の医療サービスの独占が崩れている。また社会保険で保護されない層を対象とする厚生省の医療サービス体制も、競争原理の導入、分権化、受益層のターゲットの絞り込み(focalización)など、社会政策についての新たな思想が反映された「静かな改革」(Arroyo [2000])が進められている。

こうした制度改革と、フジモリ政権下の経済安定化にともなう財政好転と社会支出の増加とがあいまって、ペルーの社会保障は全体として1980年代末から1990年代初めにみられた危機的状況を脱したが、中長期的に制度変化が十分な成果をあげるには、持続的な経済成長や雇用の伸び、資本市場の発展、財政の展望、行政の効率化と能力向上などの諸条件が不可欠であり、現実との対応のなかで制度自体の手直しや改善も必要となろう。

ペルーの社会保障制度において注目すべきは、理想的な福祉国家の樹立を謳い上げた国家中心の時代においても、社会保険（年金、医療）は人口の30%もカバーできず、常に膨大な層を取り残してきたという事実である。医療分野で見れば、生活のリスクを、社会保険に依拠する中間層とフォーマルセクターの労働者、そもそも社会保険に加入しないか、保険料を払いながらも社会保険を当てにせず水準と効率の高い民間医療に頼る高所得層と上中間層、国庫負担による厚生省主体の医療サービスに頼らざるをえない低所得層、さらにそうした政府の医療サービスにもアクセスできない層が存在したのである。ペルーの社会保障は階層的でセグメンタリーな構造が特徴的である。

新自由主義下の社会保障制度改革は、これまでの階層的でセグメンタリーな構造のもとでの改善と効率化を目指しているといっても過言ではない。つまり新自由主義下の改革も、既存の社会保障構造の垣根を超えることのない改革という特色を強く残しているのである。膨大なインフォーマルセクターが存在する現状において、月収に対する定率を基礎とするかぎり、制度変化によっても社会保険制度の限定的性格は変わらず、また財政規律と債務支払いを至上命令とされた新自由主義の時代において、財政も硬直的で、税による社会保障の急速な充実も期待できないであろう。

本章では、ペルーの社会保障体制の展開をたどり、その特徴を分析するとともに、新自由主義下における制度変化を明らかにし、社会保障構造の持続性を検討する⁽¹⁾。

第1節 社会保障政策の展開

ペルーの社会保障は、他のラテンアメリカ諸国と同じく職能別の拡大に特徴がある（Mesa Lago [1978]）。19世紀中頃に軍人と役人を対象とする恩給制度が始まったが、社会連帯を加味した本格的な社会保障制度の導入は1930年代に入ってからである（表1）。1936年のブルーカラーを対象とした強制加入

表1 ペルーにおける社会保障制度の変遷

年	制度	対象、内容
1911	労災保険	工場労働者
1936	社会保険 (SSO)	ブルーカラー：健康保険，強制加入
1948	社会保険 (SSE)	ホワイトカラー・公務員：健康保険
1961	労働者退職基金	ブルーカラー：年金
	社会保険 (SSE)	ホワイトカラー・公務員：年金
1973	国民年金制度 (SNPSS)	支給年齢60歳 (女性55歳)
	社会保険の統合化	SSOとSSEの統合，社会保険庁
1974	拠出制度の確立	月収の9% (事業主6%，被保険者3%)，年金も同等
1980	ペルー社会保険庁 (IPSS)	独立保持されず
1985	社会保険の家族への拡大	
1991	私的保険制度 (SPS)	実施されず
	私的年金制度 (SPP)	支給年齢65歳 (女性60歳)，月収の14.6%
1992	私的年金基金運用制度 (AFP)	国民年金は94年，年金基準局 (ONP) の管理へ
1995	年金制度，保険料の平等化	いずれも11%へ
1997	社会保険近代化	保健サービス機関EPS，IPSSに補充
1998	無償学校保険制度 (SEG)	3～17歳の国立学校児童生徒
1999	Essalud (社会保障医療)	IPSSに代替 (健康保険) 保険料9% (事業主負担)
	母子保険制度 (SMI)	3歳未満の幼児と母対象

(出所) Mesa Lago [1978], Verdera [1997], Arroyo [2000]などを参考に筆者作成。

に基づく社会保険制度 (SSO) につづき，1948年に民間ホワイトカラーを対象とする社会保険制度 (SSE) が発足した。1959年には団結権など労働権の保護を規定したILO規約第87号が批准されている。1960年代に入り，1961年に年金制度とともに1カ月の労働休暇制度が，翌年には最低賃金制度が確立した。ホワイトカラーとブルーカラーに分けられてきた社会保険制度 (SSOとSSE) は1969年に統合され，年金も1973年社会保険庁を通じて国家が管理する国民年金制度 (SNPSS) として一本化された (Mesa Lago [1978], Verdera [1997], Figueroa, Altamirano y Súlmon [1996])。

ラテンアメリカ地域では，一次産品輸出経済モデルに基づく初期近代化の

結果、労働運動が登場するが、社会保障制度は、それにとまって発生したいわゆる社会問題に対応する社会政策の一環として導入された。ペルーでは、すでに1911年初めのゼネストが発生した段階で、ラテンアメリカで初の労災保険が工場労働者に導入され、1918年には8時間労働が法制化されている。ラテンアメリカの現代政治において、20世紀初頭の民衆の登場は、それに積極的に対応して権力を握ろうとする新興エリートはいうまでもなく、保守層にも対応をせまった(遅野井 [2001])。多くの諸国で1920年代、1930年代に制定された憲法に、労働者保護や社会保障に関わる制度が言及され、社会政策に国家が積極的にコミットすることがうたわれたのはそのためである(Malloy [1979])。

工業化が進んだ国では、ポピュリズム型体制のもとで、社会保障制度は輸入代替工業化を推進するための企業家層、中間層と組織労働者による政治連携構築のための重要な柱であった。国家中心的な開発体制の確立プロセスにおいて、社会保障政策は、マロイの言葉を借りれば、労組などの新興諸集団の「統制的編入の基本メカニズム」として機能することになり(Malloy [1979: 154])、多元主義的というよりは権威主義的で、労働関係における国家コーポラティズムの基盤を作り出した⁽²⁾。

この文脈においてペルーに特徴的なことは、伝統的支配層の力が強く、労働者保護をうたったポピュリズム運動が改革に失敗した事実であろう。ポピュリズム運動の先駆、G・ビリングルス政権(1912~14年)は、労働者保護政策を打ち出して都市労働者の支持を得ようとしたが、オリガルキー支配の議会の反対で失敗し軍のクーデターで倒れている。都市と農村の組織労働者を動員し典型的なポピュリズム運動として1930年から登場するアブラ党は、軍の庇護下のオリガルキーによる抵抗で政権につけず、また1945年連立に参加したプスタマンテ政権も3年後クーデターで倒れた。

社会保障政策は、社会問題の勃興するなかで独裁政権や伝統勢力が、台頭するポピュリスト的新興勢力に対抗する形で、中間層や労働運動を、政治的クライアンテリズムを介しつつ支配体制に編入するメカニズムとして用

いられてきた。1930年代以降、国家が自らの手で社会保障、社会政策を推進する傾向が強まるが、1950年代まではポピュリスト勢力による国家を通じたより体系的な社会政策の導入の企図に対し、伝統的勢力による予防的・限定的な社会政策が拮抗して進んだのである (Arroyo [2000])。主要ラテンアメリカ諸国と異なり、ペルーでは1950年代末まで自由主義的な輸出経済体制が引き延ばされたのであり、輸入代替工業化に向けた階層連携といった動機づけは1960年代までは希薄だったといえる。都市中間層に支持を広げた新興オリガルキーのレギーア政権 (1908~12, 1919~30年)、アブラを抑え込んだベナビデス將軍 (1933~39年)、急速な都市化にともなって生じた諸問題に対しポピュリズム型社会政策をとったオドリーア將軍 (1948~56年)、こうした文民ないし軍人の独裁者の時代、さらに最後のオリガルキー支配でアブラを内に取り込んだブラド政権 (1956~62年) によって制度が拡充したのは偶然ではない。

国家を通じたより体系的な社会政策は1960年代のベラウンデ政権 (1963~68年) に始まるが、とりわけ広範な構造改革を行い輸入代替工業化を推進し、国家中心的な開発体制を完結させたのはベラスコ軍政 (1968~75年) である。国有化や農地改革などを通じて、公的社会的部門の飛躍的拡大により社会保障の受益層を拡大するとともに、新たな労働運動を認可し、労働共同体の導入、労働安定法の施行など労働者保護政策を強化した。またホワイトカラー、ブルーカラーに分化した社会保障制度を一本化している。住宅、保健、教育、貧困などに対処するための社会政策全般を視野に入れば、1960年代からベラスコ將軍の時代ほど社会政策の翼が広げられた時代はなかったといえよう。

政治的、市民的な諸権利の拡大とともに、ペルーの社会政策は、公務員など中間層に広がり、組織労働者に拡大し、都市低所得層に広がったが、諸権利は北欧諸国の「社会民主主義的福祉体制」(Esping-Andersen [1999]) にみられるような普遍的な適用・普及というよりは、明らかに、コントロールがその古典的論文で「断片的編入」(incorporación segmentaria) と規定した社会支

配の基本メカニズム (Cotler [1968]) の一端を担う形で広がってきたといえる。

本章では踏み込まないが、そこにはまた、カトリック社会思想の影響に基づく伝統的な階層社会の特徴、オリガルキー時代の慈善協会の役割、家族、擬制家族にはじまり個人的なネットワークに依拠する保障の文化といった伝統的な保護と保障の制度が投影されていることは明らかである。

第2節 福祉国家の理想と現実との乖離

ペルーの社会保障は法的権利に込められた普遍性と、現実の受益層との間の乖離に特徴がある。フォーマルな制度的規制と現実との大きな乖離は、ペルーおよびラテンアメリカにおいて、社会保障にかぎらず、市民的権利を含むあらゆる分野における特徴であるが、この原則や理論上の権利と実際上の権利、その間に生じた乖離の大きさが、社会保障制度においては、とくに顕著であった (Figuroa, Altamirano y Súlmon [1996], Foweraker and Landman [1997], Méndez, O'Donnell and Pinheiro [1999])。

1. 憲法での規定

すでにレギーア時代の1920年憲法で社会保障について言及されているが (第56条)、労働者の諸権利とともに社会保障制度の導入を規定し、国家による社会政策の推進を方向づけたのは1933年憲法である (第42～52条)。そのもとで1935年には、厚生・労働・社会福祉省が設立され、先に述べたような一連の制度が拡充されていく。

理想的な福祉国家の建設を高らかにうたいあげたのは1979年憲法である。1979年憲法は、1980年の民政移管を前にモラレス軍政が1978年に召集した憲法制定議会において起草された。ベラスコ軍政の構造改革をうけ、また同議

会で多数を占めたアブラ党の影響のもとに起草されたため、社会民主主義的理念が色濃く投影された。政治的民主化という点でも読み書き能力を問わない18歳以上のすべての国民に選挙権を付与した画期的な憲法であるが、農地改革、混合経済体制、経済民族主義、社会公正の原理など国家中心型のパラダイムが広範かつ体系的に規定されている(遅野井[1994])。

社会保障・社会福祉について個別の章を設け(第三章, 第12~20条), 「国家は社会保障についての国民のあらゆる権利を保障する」と明記し, 独立機関としての社会保険庁を軸とする社会保障制度を規定した(第14条)。また同憲法によれば, 国民は健康の維持と増進の権利をもつこと, 国家はそれを保障し, 食糧, 住宅など国民の基本ニーズを優先的に確保するとした(第18条)。とくに医療については社会保険の枠外にある国民をも想定して, 適切な質を保ち無償化をめざすとともに, 政府の直接的医療サービスに, 国民すべてが平等にアクセスできるようにすることを国家の責任としたのである(第16条)。

つまり1979年憲法によって国家には社会保障の推進において大きな責任が課せられたわけである。だが憲法が公布された1980年以降, 国際的にも福祉国家の再検討が始まり, ペルー国内でも先進工業国型の福祉国家実現の可能性はもとよりなく, まして政府が大幅な財政出動能力を備える状況にもなかった。むしろ1975年以降始まる経済危機から1980年代前半の債務危機, 後半の経済破綻を経るなかで, 二つの政権は憲法でうたった理想的な福祉国家樹立の理念を現実に移す能力も手段ももちえなかったのである。

2. 低いカバレッジ

メサ・ラゴの調査によると, 経済活動人口比でみたペルーの社会保険加入者人口は, 1961年24.8%, 1969年35.6%, 1980年37.4%と拡大したが, 1988年には32.0%のカバー率にとどまっている。総人口比でみると, それぞれ8.5%, 12.3%, 15.7%, 22.2%に拡大したにすぎない。1980年代に人口比

で拡大したのは、家族まで扶養範囲が広がったためである。人口比で80%前後をカバーするチリ、ウルグアイ、アルゼンチン、ブラジルなどの域内福祉先発国、100%の実績をもつ社会主義キューバはもとより、メサ・ラゴが「中間グループ」と分類したコスタリカと比較しても低い数値である。ボリビア、コロンビア、エクアドルなど他の「中間グループ」に属する国々と同水準にある (Mesa Lago [1978: 134] [1994: 22])。

この低いカバレッジをもたらした要因としては次のことが考えられる。まず、いわゆるビスマルク・モデルに立つ社会保険方式では、賃金労働者の拡大と社会保険のカバレッジの増大が密接に関連している。賃金労働者の増大にともない保険加入者が増えることで国民に広く社会保障が及ぶ福祉国家の建設が想定されたわけだが、賃金労働者の強制加入を原則とする社会保険は、当然のことながら公的部門を含む組織労働者、フォーマルな近代セクターの労働者を対象とせざるをえない。失業者はいうまでもなく、自営業、小零細企業の労働者、農民、季節労働者など、給与が一定でない多くの層を、結果として排除することになる (Mesa Lago [1994: 19-23])。次に輸入代替に基づく都市工業化の限界とその限られた雇用創出能力である。また逆説的だが1970年代にベラスコ政権下で導入された労働安定法は、硬直的な労働市場の形成につながり、フォーマルセクターの新規雇用を相対的に狭める結果をまねいた。さらに1975年に始まる長期的な経済危機という制約のもとで、フォーマルセクターは停滞・縮小した。こうして、総人口の約4人に3人が社会保険で保護されない状況が生まれたのであり、政府が税によって行う医療サービスや公的扶助を含め、きわめて限定的な社会保障の実態を呈するに至ったのである。

3. 社会保障の後退

とくに1980年代には社会保障の全般的後退を経験した。それは、インフォーマルセクターの拡大に加え、経済危機にともなう財政破綻と社会保障分野に

おける行政能力の減退、社会保険庁の独立性の弱さと管理運営能力の低下によって説明されよう。都市の過剰労働人口の膨張は、新規雇用吸収能力が停滞するなかで、露天商や小零細企業などいわゆる「自己雇用」や自営業主の人口比率を著しく高めた。都市インフォーマルセクターは1980年代末に加速的に増大し、その割合は労働時間と賃金の双方で勘案して1990年には経済活動人口全体の60%に達した。また1980年代末の経済財政破綻によって、政府の公共サービスは著しく低下した。人口増による負担増が求められるなかであって、財政に占める社会支出の割合は逆に10年間で3分の1に縮小するなど、社会保障分野から政府は著しく後退したのである(Figueroa, Altamirano y Súlmon [1996], Hall [1994])。

他方、社会保険庁は政府、雇用者、労働者の代表からなる独立機関としての機能を果たせず、社会保険の機能と効率を著しく低めた。国家中心パラダイムのもとで公的部門の拡大にともない保険加入者人口は大幅に増大したが、財政危機のなかで政府が保険庁に納めるべき加入者の保険料が滞り、経済危機のもとで膨らむ民間事業主の負債とともに保険財政を悪化させた。加えて、政府の借入、高齢化の進展などが社会保険財政を悪化させた要因である⁽³⁾。政治的パトロネジの役割は、社会保険庁自身も担わされ、政府の雇用対策のために利用された。1990年、医師・看護婦を含む社会保険庁の職員数は5年前と比べ1万人増加し、4万人を超えたが、うち管理部門の職員数が8割に、予算上も人件費が52%に達し、多額の負債をかかえ、事実上の破産状態にあった(Ausejo [1995])。適切なインデクセーション政策をもたないなかで生じたハイパーインフレによって、年金などの保障も極度に悪化し加入者の貧困化も進んだ(Verdera [1997: 29])。保険医療サービスを独占する社会保険庁管轄の病院では、医師、看護婦の手当てもままならないまま、早朝から病院に長い列を作る光景が日常化した。薬や器具などの調達にも事欠き、施設など劣悪な環境は目を覆うものがあった。

保険医療の枠外にある患者を対象とする国立の医療機関において事態はさらに深刻であった。1978年3万4871人であった厚生省の職員数は1985年には

6万2805人、1990年には7万552人と約10年間で倍増した。とくに1980年代の民主政権のもとで、厚生省の医療支出がGDP比で3分の1に減少する厳しい財政状況のなかであって、政治基準に基づくポストや雇用が増え、医師・看護婦などの技術専門職の割合が低下、公的医療サービスの能力は極度に落ち込んだ (Arroyo [2000: 128-137])。約24万人の患者を出した1991年のコレラ発生をみるまでもなく、このようななかで、ペルーにおける公衆衛生の実態はきわめて悲惨なものとなったのである。1991年の家計調査によれば、病気やけがで診察を必要とした人のうち、保険医療を含めて、実際に医療サービスにアクセスできた人は50%であり、農村では34%にすぎなかった (Pollarolo [2000: 299])。

4. 一定の所得再分配機能

このように国民全体からみれば限定的であったが、社会保険は、雇用者、労働者、政府の拠出に基づく社会連帯の思想を含んでおり、年金については世代間、階層間の所得の再分配機能が働いたことは確認しておく必要がある。医療保険でも、ペルーのように所得格差が大きな国では、一部の高所得層あるいは上中間層は、非効率で質の低いサービスしか提供できない保険医療を避け、民間の医療施設を利用する機会を増やすことになる。それによってフォーマルセクター内の相対的低所得層が、結果的に社会保険によって恩恵を受ける。高所得の加入者が低所得の加入者の医療を下支えしている側面が強いのである。もっともこの再分配機能はフォーマルセクターの勤労者のなかでのみ生起するのであって、そこから外れる人口の4分の3は、社会保険による所得再分配とは何ら関係ないことになる。

高所得層の保険加入者は保険料に見合うサービスを受けない、言い換えれば保険料の掛け捨てといった状況が続いてきたわけであり、経済危機にともなって保険医療サービスが質と効率を落とすほど、こうした状況は強まった。ここから高所得層の公的保険からの離脱願望、つまりギデンズのいう社会的

連帯からの「自発的な排除」(Giddens [1998: 105])の傾向が生まれることになる。私的な医療サービス機関の設立・導入による保険医療の民営化への支持がこうして強まることになるが、それが進めば、フォーマルセクター内の再分配機能も失われることになる。

第3節 社会保障制度改革

1. 制度改革——新しい社会政策パラダイム

1990年代に入りラテンアメリカ地域を席卷した新自由主義的構造改革は、国内的には国家中心的な開発パラダイムの破綻に、またモデルとしての社会主義や社会民主主義の挫折や信頼の低下、市場のグローバル化の流れに対応する形で展開された。いうまでもなく国際競争力強化の観点から労働市場の柔軟化や経済構造の効率化の促進という要請を背景に行われたものである。保護主義に基づく輸入代替工業化路線が全面的に放擲され、保護を失った製造業部門が縮小し、それにともない労働関係も柔軟化され転換した。

市場改革は1992年4月5日の「自主クーデター」(アウトゴルペ)の結果、フジモリ政権が非常国家再建政府を樹立して全権を掌握することにより徹底されていく。フジモリ政権下の社会政策と社会保障制度改革は、初期の構造調整や民営化、あるいはその後の「第2世代の制度改革」と同じように、政策決定過程への関連団体の参加が極力抑えられ、大統領令ないし非常国家再建政府のもとでのデクレト・レイ(政令)を通じて、あるいは1993年以降は、与党支配の議会において十分審議されることなく法律制定が行われたところに主な特色がある(Ewing [2000])。

制度改革が社会保障においても不可避というコンセンサスが一般的に存在したことは疑いないとしても、旧来の制度について問題の所在の検討に基づき、旧制度の効率化や新制度導入など改革オプションを俎上に載せ、広く議

論を経た結果として着手されたのではない。新たな制度は、国際機関の知的・財政支援に基づき、少数のテクノクラートによって立案され、大統領の支持をうけて上から導入されたのである。後述する私的医療保険制度の導入のように、実施が見送られた例外的な改革もあったが、ほとんどが反発も少なく進められた⁽⁴⁾。しかし改革の方式とプロセスが、新たな制度に対する関係者の信頼感や参加意欲の増大と関係することは明らかである。こうした政策決定のあり方が、「第2世代の改革」に要請される民主主義の制度的発展を阻害したことは明らかで、新たな社会保障制度に対する信頼感を国民の間に広く醸成し、制度の定着発展を促すうえで、大きな課題を残したことはいうまでもない (Ewing [2000], 遅野井 [1999b])⁽⁵⁾。

社会保障のパラダイム転換は、1993年新憲法において明示されている。新憲法は「自主クーデター」の後、フジモリ与党が主導権を握った民主制憲議会(CCD)によって起草され、翌年、僅差ながらも国民投票を経て成立した。それは禁止されていた連続再選の容認や一院制導入などの重要な政治改革をとまとうとともに、旧来の開発パラダイムを放棄し、「小さな国家」、個人の自由と責任を基調とする経済自由主義体制を規定する新自由主義的な性格をもつ (遅野井 [1994])。

新憲法は、社会保険について、国家は「漸進的に普遍的権利を認める」(第10条)と表現する現実的な表現にとどめ、「国民のすべての権利を保障する」とした前憲法と比べると大きな隔たりを示している。第11条では「公的ないし民間機関、混合の機関を通じて国家は医療と年金に対する自由なアクセスを保障する」として、年金、医療における社会保険庁の独占を排し、民間の参入を明記した。社会保険に関する政府のコミットメントは後退したが、逆に年金基金は加入者のものであり、政府といえども流用などをしてはならないと、その不可侵性を保障している (第12条)。政府が促進を図る分野として「雇用、保健、教育、基本サービス、インフラ」をあげるが、政府は社会保障全体の促進に責任をもつにすぎない。健康の維持と増進については「すべての個人、家族やコミュニティーが権利と義務をもつ」と規定し (第7条)、

国家のみが責任を負うのではなく、自己責任とともに社会が共同責任を負うことが示された⁽⁶⁾。

この社会保障についての憲法規定は、社会政策におけるパラダイム転換として、その後の年金改革、保険医療改革、厚生省の医療行政改革に明確に反映されていく。つまり、国家の独占の排除と民間の参入による競争原理の導入、分権化による社会との協力関係の推進、国家の役割の限定と、保護を必要としている貧困層に受益者を絞り込んだ補助金の使い方といった基本原則である⁽⁷⁾。

2. 年金改革

社会保険庁が一元的に管理してきた公的年金、国民年金制度の枠組みは、1992年12月非常国家再建政府による私的年金制度の創設によって崩れた（政令25,897号）。新規加入者は公的年金制度か私的年金制度のいずれかを任意で選択する。また公的年金加入者も新制度に移行することが可能となったが、私的年金に移行する加入者はそれまで賦課方式により公的年金制度のもとで支払った保険料を、政府が認証する債権（BR）の形で移動し、それを退職時に返還されることになった。具体的に基金を管理運用する年金基金運用機関（AFP）が発足し、8社が運営を開始、その後、統合を重ね、執筆時点の2000年8月において4社が運営を行っている。

ベルーの年金制度は、改革によって公的、私的年金が並立することになったわけであり、私的年金に一本化されたわけではない。既存の公的年金は1994年、社会保険庁の手を離れ、新たに設立された年金基準局（ONP）の管理するところとなった。私的年金制度において各運用機関（AFPs）が加入者を求めて競争する一方で、理論的には私的年金と公的年金の間でも競争が生まれることになったわけであり、加入者の選択権を広げた。新制度発足当初は、公的年金制度に対する連帯拠出など、私的年金加入者の保険料負担が大きかったが、1995年の改革で保険料などの平等化（14.6%から11.4%へ、公的年金は9

%から11%へ)が行われ、その後の移行奨励策ともあいまって、私的年金への加入者は増大した。1995年までに公的年金加入者の約半数が私的年金制度に移行し、とくに20代から30代の若手加入者を中心に比重は私的年金制度に移った。なお自営業者も私的年金制度に任意に加入可能となったが、軍・警察は私的年金への移行を認められていない。

私的年金制度への加入者にとって、運用によるリスクはともなうものの、年金の安定的確保が従前と比較して保障されたことは明らかで、制度に対する信頼感も徐々に生まれている。若年層で相対的に高所得層にとっては、世代間、階層間の社会連帯に関わることなく、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、支持が高まった。掛け金は個人年金口座(CIC)に積み立てられ、市場で運用されて貯蓄の対象となる。積み立てと運用実績を知らせるステートメントが4カ月ごと運用機関から送られ、加入者は任意で掛け金の上乗せも可能である。私的年金制度発足にともない受給年齢は65歳に引き上げられた。また傷害年金は標準月収の70%が、遺族年金は妻に月収の35%が、18歳未満の子どもに14%がそれぞれ給付される。

ペルーの私的年金制度は、保険料の支払いは全額労働者の負担となり(2000年から給与の10%)、またアルゼンチンなどと異なり、政府による年金の最低保障や企業による基礎年金にあたるものをもっていない。もっとも雇用者側は、健康保険を全額負担(9%)するほか、社会支援プログラムの一環である住宅基金(FONAVI、その後の連帯基金として給与の5%)も全額負担するなど、必ずしも年金改革によって労働コストが軽減されたということにはならない。私的年金制度における政府の役割は、監督庁(SAFP)を通じて、運用のポートフォリオをはじめとする私的年金基金運用機関に対する監督機能を強化することにある。2000年7月監督庁は銀行保険監督局と統合された。

1993年に開始された私的年金制度への加入者数は1995年には113万人、1996年155万人、1997年173万人、1998年には198万人、1999年には222万人に増加した(BCRP [1997] [1998] [1999])。2000年7月末には235万人と経済活動人口800万人の約30%に近づきつつある。基金はGDP比の4.7%、約25億ドルに

達した (BCRP [1999: 122])。

しかしこれまで私的年金制度は、既存の公的年金受給者の移行を中心にして伸びてきたが、移行が一段落し、頭打ちの傾向を示している。最低年金の保障など公的年金に残留するメリットは消えておらず、2000年7月末時点において、公的制度に新規に加入したり残留する年金受給者は約80万人と、全体の約4分の1を占めている⁽⁸⁾。実質運用率も1996年6%、1997年11%と上昇したが、国際金融危機の影響で1998年は発足後初めてマイナス(-4.8%)となった。1999年には18%に回復したものの (BCRP [1999: 122])、反対にAFPに対する支払い滞納額は2000年8月現在で8520の事業所、2億3100万ドルにのぼっている⁽⁹⁾。私的年金制度は、年金それ自体の安定的確保や政府の将来的な財政負担の軽減のみならず、国内貯蓄率の向上や資本市場の拡大に貢献することが期待されているが、発足当初の期待感はここにきてやや薄らいでいるといえよう。

私的年金の加入者を増やすためには、チリのように新規加入者が公的年金を選択するのを廃止するか、すべてを私的制度に一本化し、政府は教育、保健などの基本サービスに徹すべきとの意見も根強い。だが、それ以前に、私的年金制度をより魅力的なものとするには、最低年金保障など公的年金制度との間に存在する格差の是正、またラテンアメリカの他の国々と比較して高い手数料など運用コストの高さの改善も不可欠である⁽¹⁰⁾。

根本的ネックは、加入者が月収の定率を保険料として支払うことが可能なフォーマルセクターの勤労者に事実上限られている制度自体にあるといえる。前述のように経済活動人口約800万のうち、私的年金加入者230万人、公的年金にとどまる者80万人という現状である。持続的な経済成長とともに労働市場が順調に拡大することが求められるが、中期的にフォーマルセクターが急速に拡大する展望のないことを考慮すれば、労働市場の半数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、いかに私的制度に取り込んでいけるかに制度発展の将来がかかっているといえよう (1999年の都市部完全失業率は7.7%、時間と収入でみた不完全就業率は43.4%で、

合わせて51.1%に達する〈BCRP [1999: 42]〉)。現在、自営業者の場合は年間推定所得を基礎に月収を割り出し、その8%とコミッションを保険料として徴収する仕組みだが、将来の受給年金の規模に応じた、より柔軟で多様な枠組みの考案が求められている (Muñoz [2000: 446-468])。その意味でグラハムの指摘するように、制度への参加において市場インセンティブのみに委ねておくのでは明らかに不十分である。コスト負担の大きさ、男子の平均寿命が66歳(1998年)の状況下で65歳以上の年金生活そのものに対する展望の無さ、適切な情報の供与、こうした形態の貯蓄に対する経験や信頼感の不足など、非市場的な障害を考慮した工夫が必要である (Graham [1998: 122-124])。さもなければ、私的年金制度はフォーマルセクターの一部の労働者のみに与えられる特権であるといった不平等感を社会に残しながら、展望を欠いた制度にとどまらざるをえないであろう。

3. 医療保険改革

1990年以降フジモリ政権下において、社会保険庁の合理化と改革がカスタニェーダ新総裁によって行われ、職員数の半減、サービスの委託化などを通じて保険医療サービスは改善された (Ausejo [1995])。政府は、ポローニャ経済大臣の提案で早い段階から保険医療の民営化方針を打ち出し、1991年11月委任行政立法718号により私的医療保険制度 (SPS) の設立を定めた。保険加入者はチリと同じように、新たな私的医療保険と、社会保険庁を通じた従来の公的医療保険 (SNS) を選択的に利用できることとなった。だが、上述のように医療保険制度は所得再分配機能をもっており、かりに高所得層が私的医療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った。それだけに医療関係者の反対が強く、結局施行細則は出されず、私的保険医療を運用する保健サービス機関 (OSS) も設立されなかった。

医療保険制度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26,790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、新たに民間の医療サービス機関 (EPS) が参入し、加入者は医療機関を自由に選択することができるようになった。1998年下半期からEPS 3社が事業を開始した。だが医療保険における民営化スキームは1991年の案と比べると限定的で、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については、自前の医療設備をもつ企業や事業所は、保険庁の認可に基づいてそれを使用し、またもたない場合には従業員の総意をうけてEPSを選択して実施できることとなったが (個人の選択も可能)、費用の上限が保険金総額の25%に設定されているからである。つまり基礎医療では、社会保険庁の医療機関、民間医療サービス機関、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、複雑かつ高度な医療技術を要する検査や治療は、従来どおり、社会保険庁の病院が継続して担うことになった。1999年1月、社会保険庁IPSSは社会保険医療Essaludに変更された。加入者の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%)、また失業した場合でも、加入期間によって6カ月から12カ月の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 (Presidencia [1997])。

4. 医療行政改革

他方、医療保険ではカバーされない公的医療分野の危機は、1990年代前半には改善をみせた。経済安定化の要請が最優先されているため財政は依然厳しいものの、1992年以降、財政の好転により厚生部門への公的支出は4年間で倍増した。医療強化プログラム (PFSS) が米州開発銀行 (BID) と日本の資金援助で行われ、それにともない行政改革が進められた。勸奨制度で退職した職員数は3年間で8400人にのぼり、新たに4年間で8000人の医師を契約雇用した。施設数も50%の増加となるなど、厚生省による医療サービスは1980年代末からの最悪期を脱したのである (Arroyo [2000], Pollarolo [2000])。

同時に医療行政改革が着手されたが、「千年紀の変化への挑戦：公正、効

率、質をともなう保健セクター」と題された保健政策の方針(MINSA[1996])が公になり、パラダイム転換が明示されたのは2期目フジモリ政権発足の後である。1997年、前述の医療社会保険近代化法が公布され、同年7月保健基本法が制定された⁽¹¹⁾。1993年憲法に沿った基本原則は、(1)公共財としての公衆衛生は一義的に政府が責任をもつ。個人の健康の維持増進は個人の責任であるとともに、その責任は社会、国家によって共有される。(2)国家は普遍的かつ漸進的な社会保険を推進する。(3)国家の資金は、公衆衛生の増進に優先的に振り向けられるとともに、社会保険など他の医療サービスではカバーされない貧困層に対し補助金として向けられる。(4)政府は住民に適切に医療が施されるような条件整備に責任を負う。(5)医療セクターの効率化と近代化の推進、などである(MINSA [1996], Pollarolo [2000: 325-326])⁽¹²⁾。

すでに1992年、相対的に所得の高い層にまで補助金が向けられることは見直され、厚生省は医療サービスについて貧困地区を含めすべて有料化した。あわせて各医療機関の運営の裁量権を強めるとともに、医療機関の費用対効果策の強化を同時に進めた。料金は統一されておらず、各医療施設の判断に委ねられたため、独自の収入に基づき医師などに対する追加報酬の支払いが可能となり、サービスは向上した。他面で企業家的な経営が優先されすぎるため、サービスを必要とする低所得層を経済的に国立の医療施設から遠ざけ、反対に相対的に貧しくない層を税金で優遇するといった矛盾した状況を生み出す傾向があると指摘されている(Pollarolo [2000: 320-321])。

分権化の発想は、医療サービス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、地方および貧困区を中心に地域保健行政委員会(Comités Locales de Administración de Salud: CLAS)が発足し、地域社会との医療行政の共有を目的とする医療施設が設立された。アフリカのマリにおける医療経験をもとにUNICEFとUSAIDの知的支援に基づいて実施に移されたプログラムである(Ewing [2000: 498-499])。厚生省との協定(「行政分担契約」<administración compartida>)に基づく民間の非営利団体として構成され(コミュニティ代表3名、病院長推薦3名、病院長の

7名から成る)、厚生省は医師などの任命職員の給与支払いや薬の供給などに要する事業予算をつけて医療施設の運営を委託する。CLASは、独自の診療報酬の設定、また追加の医師・技師などの職員の契約など、地域の実情に合った弾力的な経営が可能となった。CLASの医療施設数は1999年の1255から2000年5月には1900に拡大している(Mendoza [2000])。厚生省は、契約に基づき、こうした医療施設の評価と監督の役割を担うことになるが、CLASに参加する人材の能力開発や訓練に要する高い行政コストをとまなうことが指摘されている(Pollarolo [2000: 319])。またこのプログラムは地方コミュニティの高いイニシアティブを引き出し実績を上げる結果となっているが、本来、受け皿となりうる地方自治体は外されている。ラテンアメリカで最も中央集権的と評価されたフジモリ政権だが、公的医療における分権化の試みにおいても、直接、地方組織との関係を強めながらも、地方自治体を弱体化する結果をもたらしたとする指摘もある(Graham [1998: 113])。

貧困層にターゲットを絞った無償医療サービスの拡充策は、1990年代の構造調整の推進を補完するセイフティーネットとして、対外援助を交え、大統領府が所管する社会開発関連機関を中心に推進された。医療施設の建設では国家開発補償基金(FONCODES)による拡充が重要である。厚生省独自でも、テロで機能を停止した地方郡部貧困地区の医療施設を再開し拡充するプログラムを1994年に開始し、その延長で1995年には貧困層にターゲットを絞った「全国基本医療計画」(PSBT)を発足させた。さらに1997年、国立の学校に通う児童生徒(3歳から17歳)600万人を対象に、就学を条件とする無償学校保険制度(SEG)を発足させた。同様の計画は国立の大学生を対象に拡充されつつある。1999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)がスタートした。貧困層にターゲットを絞った社会支援計画は、保健サービスの範囲を低所得層に著しく広げたことは疑いなく、無償学校保健制度では1999年までの3年間で1170万件の診療実績をあげている(Mendoza [2000])。

もっとも無償学校保険や母子保険制度は、あまりに範囲が広すぎ、そもそも指向しているはずのコストと効果、ターゲットの絞り込み、本当に必要と

する者に対する補助金の供与といった、社会政策の新パラダイムからは逸脱している面も少なくない。貧困層にターゲットを絞った社会支援策は、1995年選挙でのフジモリ再選以来、政治支持獲得との関係が指摘され(Kay[1996/97])、またネオ・ポピュリズムとの鋭い批判もある(Roberts[1995])。たしかに2期目において目標とされた政府予算の4割に達する社会支出の額の大きさに比して、貧困層の割合が減少せず、むしろ直近の家計調査に基づく結果では、増加傾向を示していることからみても、その非効率さは指摘するまでもないだろう⁽¹³⁾。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、それを執行する公制度の弱さと執行機関の重複、またプログラムの政治化、さらには受益層の援助慣れ(asistencialismo)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る。この点においては行政機構の一段の改革とともに、資金が限られているなかで質を高めるために、社会政策の刷新が求められている。

第4節 社会保障構造：「階層化」ないし「断片化」

上に述べたように、社会保険は一部のセクターを対象とした制度にとどまっている。本節では、ペルーの社会保障の全体像を把握するため、医療分野を例に整理し、「階層化」(stratification) (Mesa Lago [1978])、あるいは「断片化」(fragmentation) (IDB[1996])と形容された社会保障構造の特徴を概観する。

医療サービスの実施主体は、基本的に厚生省、社会保険、民間の3セクターに主に分かれている。1996年の医療統計では、医療費別にみると、厚生省34.2%、社会保険25.6%、民間13.6%、薬局26.6%となっている(Petrera y Cordero [1999: 215])。

1. 民間

富裕層ないし上中間層は都市部の質の高い民間の医療機関のサービスを利用するのが一般的である。前述のように社会保険加入者でも上中間層は、社会保険庁管轄の医療施設での低水準で効率の悪い保険医療サービスを避け、民間の医療施設を利用する例が多く、その割合は保険加入者の8%に相当する(Pollarolo [2000: 322])。多くが、労働報酬の一部として事業主の配慮により補填され、あるいは自主的に生命保険のような私的な保障に加入している。企業によっては、独自の医療サービス機関をもつところもある。これらは相対的に高額な料金体系のもとで実施されるシステムである。また民間の医療サービスは地域差が著しく、質の高い民間の医療機関や医師は首都圏に集中している。

対照的に、質を問わなければ医療機関を私的に利用することは伝統的な民間療法にいたるまで、階層を横断して行われている。あるいは医薬分業が進み、薬局が一定の治療までを行う権限をもつペルーのような国では、薬局自体が医療サービスを代替するという傾向があることも無視できない。

2. 社会保険

登録された事業体あるいは協同組合で働く労働者は、政府、民間を問わず社会保険への加入が義務づけられている。保険加入者であっても高所得層は、保険庁所管の医療施設を避け、民間の質の高い効率的な医療サービスを利用する傾向を強めた。民間の医療機関で治療を受け、医療費を保険庁に請求する方式も認められたが、医療保険会計の破綻から医療費が固定され名目的なものとなった。医療保険制度の改革以降は、Essalud(社会保険医療)と民間医療サービス機関が並存する形となっている。

1985年の社会保険加入者人口は経済活動人口比で33%、総人口比に対する

保障人口は23%、1991年には保険加入者人口は234万人、経済活動人口比で37.5%、扶養家族を含むと640万人、総人口比で29%まで保障人口は拡大した (Verdera[1997: 37])。その後の民営化などによる失業率の増大があり、1999年でも1991年の水準を回復するに至っていない。医療保険に民営化スキームが導入された1997年の加入者数は266万人、その扶養家族を含めた保障人口は647万人、総人口の26%を (Presidencia [1998: 909])、また1999年の保障人口は692万人で総人口の27%をカバーするにすぎない (Cortez [2000: 240])。

家内労働者や主婦、自営業、農民など非賃金労働者で任意の加入者数も1984年から1992年までの間に30万人増加して44万人、非賃金労働者の12%が加入するに至った (Verdera [1997: 37])。自営業、農民、大学生を対象とした特別保険制度、モトタクシー (二輪車タクシー) の運転手、漁民、コメドール・ポピュラルの女性に対するマイクロ保険制度が近年導入されたが、1999年には11万人規模と、むしろ非賃金労働者の保険への任意加入人口は低下傾向にあるとみられる (Cortez [2000: 240])。

社会保険庁とは別に、軍と警察は独自の医療保険制度をもっており、それに応じた一級の医療機関をもち手厚いサービスを行っている。このほかに軍・警察はクラブや保養施設、パザールなどを有している⁽¹⁴⁾。

3. 厚生省

社会保険で保護されない層、ないし民間での費用負担が不可能なその他の低所得層は、厚生省が管轄する医療施設でサービスを受けることになる。オリガルキー支配の時代には慈善協会 (Sociedades de Beneficencia) が中心となって無償に近いサービスを提供してきたが、1970年代半ばまでに経営危機に陥った慈善協会の医療施設は厚生省の管理下に統合された (Arroyo [2000])。税金を中心に国庫でまかなわれる医療サービスであり、社会保険が限定的な状況下では、社会保障の観点から最も拡充が求められるセクターである。すでにみたように利用頻度が最も高いセクターとなっている。1990年代に保健

分野の近代化が進められたが、社会保障の主役を担うべきこの分野での予算の拡大とともに、効率化と質の向上には課題が大きい。

民営化や雇用流動化が進むなかで、職を失い自営業に転じた社会保険加入者が、社会保険から離れ、こうした厚生省所管の医療施設を利用する傾向が生まれている。基本的にすべての国民が対象で、アクセスが容易なため、利用者の13%が社会保険加入者というのが現実である (MINSA [1996: 24])。被保険者が厚生省の病院で診療を受けた際の費用を保険医療会計から徴収する有効なメカニズムが求められている。他方、低所得層は医療行政改革により有料化が進むなかで、アクセス自体が不可能となったり、あるいは他の質の劣る診療施設や薬局でのサービス、民間医療に切り替える傾向がある。

医療行政改革による改善にもかかわらず、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いまだ限定的であり、地域的な偏在と格差も著しい。高地、セルバ地域においては、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、状況はさらに悪化する。また分権化で施設が増設され、アクセスが可能となったとしても、低所得層にとって一定額の支払いを要求されるサービスの利用は限られることになる。こうした貧困層に対しては、公衆衛生上の医療はもとより、ターゲットを絞った形での無償の医療サービスによって補完することが想定されている。

4. NGO, コミュニティー

このほかに、広義には民間であるが、カトリック教会など宗教関連、あるいは国際的な団体の支援に基づく内外のNGOによる医療活動があり、公共機関との関連をもつ傾向がある。カトリックによる社会活動では教区の診療所などで活動する医療関係者は、全国で8000人にのぼると推定されている (Arroyo [2000: 151-152])。1996年に登録された開発関連のNGO738団体のうち、保健厚生分野で活動するNGOの数は264団体と教育分野 (309) に次ぐ大きなセクターである (Noriega [1997: 37-39])。その受け皿として、プエプロ

ス・ホベネスにおける地域コミュニティーを通じたさまざまな保護と保障の枠組みも無視できない。コミュニティー・レベルではPolladaのような相互扶助制度がある。また移民の国として、イタリア系社会、日系社会において指摘できるように、それぞれの民族系コミュニティーは独自の相互扶助制度や医療機関、介護施設を設け、慈善事業を実施している⁽¹⁵⁾。

5. その他

さらに、こうしたいずれの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も受けていないと推定される。1997年の家計調査によれば、調査に先立つ4週間の間に病気やケガをして診察が必要と感じた人で、実際に診察を受けた人は73.5%とほぼ4人に3人であるが、それらの人々の利用機関は、厚生省施設34%、軍警察を含む社会保険関連の施設14.3%、民間施設10.9%、その他、薬局10.3%などであった(Petrera y Cordero [1999: 217])。1994年の家計調査に基づくと、病気で診察を受けた人口のうち貧困層は39%、非貧困層は61%となっており、人口の半数に達する貧困層ほど医療機会に恵まれていないことがわかる。また地域差が著しく、病気で薬を購入した人は、リマ首都圏では83%に達するが、高地農村部で53%にすぎない(Cuánto/UNICEF [1995: 118, 126])。

おわりに——新自由主義体制下の課題

以上みたように、新自由主義体制のもとで年金改革、医療保険改革が進行し、とくに年金制度では運用会社の選択など個人の自己責任を強調し、保障のコンセプトは、社会連帯から個人保障へと明らかに変化しつつある。

社会保険改革の成否は、持続的成長と雇用の拡大に依存しているが、民営化や雇用の流動化の進展で、短期的には完全失業率が増加しており、私的年

金制度への加入者も今後しだいに頭打ちとなることが予想される。また同様に社会保険の加入者も著しく増えることは期待できない。医療保険の加入者の割合は1997年の時点で、1980年代半ばの水準を回復しておらず、逆に扶養家族の割合が6割に達している (Presidencia [1997: 909])。

年金、医療にみられるような社会保険制度は、改革されたとしても、一部の近代セクターの勤労者、扶養家族を含めた、人口にして25%を事実上の対象としている限定的な制度であることに変わりはない。現在、自営業者やインフォーマルな各職能に対しても任意加入による特別体制がとられており、また社会保険の普遍化については大統領選挙での共通の争点となっているが、コストの高さ、将来の保障に対する展望のなさなどからして、加入者が急速に増加するとは考えにくい。他方で、かつて特権的ともいえた一部の中間層や組織労働者にも階層分化が生じ、新たな貧困層への没落現象も生じている (Verdera [1997], Tokman and O'Donnell [1998])。民営化スキームの導入による改革を通じて社会保険における所得再分配的な機能が低下する一方で、グローバル化に対応して成長するサービス部門など、一部企業の勤労者、とくに高等教育を受け技術・能力を身につけた若い世代の勤労者は、運用会社の選択しだいというリスクを自己責任で負うことにはなるが、所得の伸びに応じて、ますます保障の度合いを強めていくことになる。

他方、経済改革の成果として社会支出が急速に拡大され、公的医療サービスを中心とした他の社会保障は大幅に改善された。しかし、社会支出は人口1人当たりの額、あるいはGDP比に占める比率でも、ペルーはラテンアメリカ諸国のなかでいまだ最低の水準にあり⁽¹⁶⁾、公的医療分野などの社会支出をいかに持続的に増加していくかが課題となる。民営化や雇用の流動化が進むなかで、社会保険から離脱し、政府の保健サービスに依拠する層が膨らむことが予想される。だが、財政赤字の削減が恒常的な課題となり、年間20億ドルに達する債務支払いを余儀なくされる厳しい財政事情のもとで、税を基礎とした社会保障の充実が急速な展望を見いだすことも困難である。

むしろ本論でみたように、社会保険を除く公的医療体制において、効率化

や、コストと効果、分権化を重視する政策がとられた結果、サービスの内容自体は改善されたものの、公的医療サービスから貧困層を相対的に遠ざける傾向を生み出している。その矛盾を少しでも埋めるのが貧困層にターゲットを絞った社会政策であるが、効果を上げたことは明らかなものの、ターゲットの拡散を避けるとともに、実施体制の効率化や政治性の回避、また持続的な生産や雇用との連携を図ることによる貧困層の自立化の要請が加味されるべき段階にきている。

いずれにせよ新自由主義体制下の社会保障改革は、ペルーの階層的、断片的な社会保障構造に基本的に変化を引き起こすものではなかった。社会保険とはもともと無縁で、自らの手で生活のリスクをとる少数の富裕層が存在し、社会保険に依拠して保護される下中間層と賃金労働者は人口比にして4分の1であり、その一方で、たまたまフォーマルセクターで雇用されないために社会保険から排除された膨大な層、非賃金労働者が存在する。さらに政府の限界的な保健サービスやセイフティーネット、あるいは家族、共同体、NGOなどの保護に依拠する層、さらにそうしたカテゴリーにもアクセスできない層が存在するのである。こうした分断化された社会保障構造がこれからも維持されていくことになるだろう。

こうしたなかで、社会的排除の問題にどう立ち向かうかを検討することが重要となってくる。多数のインフォーマルセクターの労働者が社会保険から除外され続け、また雇用の流動化や民営化などの結果、新たに社会保険から脱落して同セクターに参入する層が増える。その一方で、高所得層の自発的な排除の傾向、つまり自ら公的分野から退避し、社会福祉や教育などへの連帯を拒否する傾向が強まるのである⁽¹⁷⁾。競争と自己責任を強調する新自由主義（ネオ・リベラリズム）は、明らかに社会的連帯感を希薄にする傾向をもつからである。たとえばそれは生活空間のあり方にもすでに顕著に現れている。多くの低所得層が都市の周辺にスラムを形成して拡大するのに対し、少数の富裕層は職場や居住区をより安全な場所に移し、周囲に高い壁を張り巡らし、

逆ゲッターともいえる要塞コミュニティを作り出し、自衛して、公的空間すら私有化していく傾向がみられるのである。

最低限の社会秩序を保ち、民主主義の実質を高めるために社会保障の拡充が避けられないとすれば、いかに富裕層の社会的関与を確保し、公的空間を広げ、社会的連帯や合意を育むかということが、次代の国家や社会に突きつけられた課題となろう。医療保険では、すでにビスマルク・モデルの限界が明白になった現在、これまでのように社会保障制度の垣根のなかでそれぞれの効率を高めるのか、あるいは垣根を横断ないし取り除くことによって制度の統合化を図るのか、つまり社会保障の断片化の維持発展か、再度、社会保障の普遍化への取り組みを模索するののかについて、検討すべき段階に至っているといえよう（たとえばFrancke [1999]）。

[注]

- (1) 本章では、社会保障を、社会保険（医療、年金）と公的医療や扶助、教育、住宅などの総合的な福祉サービスを含むもの捉えているが、検討の対象は社会保険（医療、年金）と公的医療および扶助に絞っている。
- (2) エスピン＝アンデルセンの分類からすれば、ラテンアメリカの社会保障は、明らかに「保守的な福祉体制」ということになる（Esping-Andersen[1999]）。
- (3) 1980年には18人の被保険者で1人の受給者を支えていたが、1989年には11人に1人になった（Verdera [1997: 32]）。
- (4) 1980年代の経済危機によるインフォーマルセクターの膨張と組織化率の低下は労働組合の力をそぐ結果となり、加えて民営化や合理化などによる失業の恐怖、さらにテロリズムの猛威のなかで、労組の反対も限られた。フジモリ政権による構造改革の1990年代に、ストライキの件数はほぼ10分の1まで減少した（INEI）。
- (5) こうした改革スタイルは、ペルー・フジモリ政権のみならず、G・オドネルの類型化する委任型民主主義（delegative democracies）下にある他の政権の制度改革にも共通している。制度構築と委任型民主主義については、遅野井 [1997] を参照されたい。
- (6) 実行されないような開発計画を立案する意味がないとして、国家企画庁（INP）それ自体を解体したように、新憲法には社会政策の理念上の変化もさることながら、フジモリ政権全体を支配したプラグマティズムが投影されている。社会保障においても、理想主義を掲げることを避け、より現実に沿っ

- たミニマムな規定となったといえよう (遅野井 [1994])。
- (7) 社会政策の新しいパラダイムについては, Parodi[1999: 28-34]。パロディは, 旧パラダイムと対置させて, 社会政策について7項目の新パラダイムをあげている(かっこ内が旧来のもの)。
- ①自由主義的規制的国家(介入主義的国家),
 - ②分権化(中央集権化),
 - ③資金の拠出を社会と共有(国家による資金拠出),
 - ④需要に対する補助金(供給に対する補助金),
 - ⑤受益者のターゲットィング(普遍性重視),
 - ⑥民間による公的サービスの供与(政府による供与),
 - ⑦社会政策の評価における費用対効果の重視(社会支出額で評価)。
- (8) *El Comercio*, 17 de agosto de 2000.
- (9) 同上
- (10) 月収の3.8%, コロンビア3.5%, チリ2.9%, ウルグアイは2.6%。またペルーの私的年金制度では, 手数料に対する月収の上限が設けられていないのも特徴である (Muñoz [2000: 468-473])。
- (11) いわば改革の集大成として基本法が姿を現したのであり, アロヨはこの改革のプロセスを「静かな改革」と呼んでいる (Arroyo [2000: Ch.1])。
- (12) 社会政策の新しいパラダイムについては, 注(7)参照。
- (13) 2000年家計調査によると貧困層の割合は, 前回調査の3年前と比べ3.4ポイント増加して人口の54%に, また最貧困層も0.1ポイント増加し, 14.8%となった。とくにリマ首都圏の増加ぶりが顕著である。クアント社発表, *El Comercio*, 1 de setiembre de 2000。
- (14) 軍警察の総数は32万人であり, 被保険者は家族を含め60万人に達する (AL [1994])。
- (15) エスピン=アンデルセンの分類による「保守的な福祉体制」において, 家族の役割の大きさが特徴であり, ラテンアメリカにおいても伝統的な大家族や擬制的親族関係を含む家族がさまざまな保障と生活の安定を支える機能をもってきた。
- (16) 1996/97年におけるペルーの1人当たりの社会支出額は76ドルであり(ボリビア119ドル, 高支出国は500ドルを超える。アルゼンチンは1570ドル), GDP比は6%とボリビアの半分にすぎない (Stallings and Peres [2000: 66])
- (17) ギデンズの議論を参照 (Giddens [1998: Ch.4])。

〔参考文献〕

〈日本語文献〉

- 遅野井茂雄[1994]「ペルーの93年憲法とフジモリ体制」(『立教大学ラテンアメリカ研究所報30周年記念号』)。
- [1997]「新自由主義下の国家・社会関係—制度構築の課題—」(小池洋一・西島章次編『市場と政府—ラテンアメリカの新たな開発枠組み—』アジア経済研究所)。
- [1999a]「南米・新自由主義革命」(加茂雄三ほか『ラテンアメリカ』自由国民社)。
- [1999b]「ペルーにおける制度改革の試み—その可能性と限界—」(『アカデミア』人文社会科学編第70号, 南山大学, 9月)。
- [2001]「民衆の帰依と裏切り—20世紀フォローアップの政治学—」(遅野井茂雄・志柿光浩・田島久歳・田中高編『ラテンアメリカ世界を生きる』新評論)。
- 北島啓治[1999]「ラテンアメリカの年金民営化—市場原理は働いているか—」(『イペロアメリカ研究』XXI-1)。
- 田中浩編 [1997]『現代世界と福祉国家—国際比較研究—』お茶の水書房。

〈外国語文献〉

- AL (*Análisis Laboral*) [1994] (La reforma del sector salud en América Latina), No.201 (marzo), Lima.
- Arroyo, J. [2000] *Salud: la reforma silenciosa, políticas sociales y de salud en el Perú de los 90*, Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Ausejo, F. [1995] “La reforma del Instituto Peruano de Seguridad Social,” en A. Alvarez ed., *Implementación de Políticas Públicas en el Perú*, Lima: Apoyo.
- BCRP [1997] *Memoria 1997*.
- [1998] *Memoria 1998*.
- [1999] *Memoria 1999*.
- Collier, R. B. and D. Collier [1991] *Shaping the Political Arena*, Princeton: Princeton University Press.
- Cortez, R. [2000] “Situación del sector salud,” *Situación económica y social del Perú*, Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, mimeo.

- Cotler, J. [1968] "La mecánica de la dominación tradicional y del cambio social en el Perú," *Perú Problema 1*, Lima: IEP.
- Cuánto/UNICEF [1995] *Retrato de la familia peruana: Niveles de vida, 1994*, Lima: Instituto Cuánto.
- Esping-Andersen, G. [1999] *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford: Oxford University Press.
- Ewing, C. [2000] "Democracia diferida: un análisis del proceso de reformas en el sector salud," en Portocarrero ed. [2000].
- Figueroa, A., T. Altamirano y D. Súlmon [1996] *Social Exclusion and Inequality in Peru*, Geneva: ILO (International Institute for Labor Studies).
- Foweraker, J. and T. Landman [1997] *Citizenship Rights and Social Movements: A Comparative and Statistical Analysis*, Oxford: Oxford University Press.
- Francke, P. [1999] "Universar la seguridad social de salud: claro, pero ¿cómo?" *Quehacer*, No. 117 (marzo-abril).
- Giddens, A. [1998] *The Third Way: The Renewal of Social Democracy*, London: Polity Press (佐和隆光訳『第三の道』日本経済新聞社, 1999年).
- Graham, C. [1998] "Social Services, Social Security, and Privatization in Peru," in C.Graham, *Private Markets for Public Goods*, Washington, D.C.: Brookings Institution.
- Hall, G. [1994] "El bienestar social en Lima: cambios en la estructura de acceso y uso de los servicios públicos, 1985-86 a 1990," en Gilberto Moncada y Richard Webb eds., *¿Cómo estamos? Analisis de la Encuesta de Niveles de Vida*, Lima: Instituto Cuánto, Uniceff.
- IDB [1996] *Economic and Social Progress in Latin America 1996 Report, Special Section: Making Social Services Work*, Washington, D. C.
- [2000] *Development Beyond Economics, Economic and Social Progress in Latin America 2000 Report*, Washington, D.C.
- Kay, Bruce [1996/97] "'Fujimorismo' and the Liberal State in Peru, 1990-1995," *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*, 38.4 (winter).
- Malloy, J.M. [1979] *The Politics of Social Security in Brazil*, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Mendoza, P. [2000] *Reforma del sector salud en Perú*, Lima: MINSA.
- Méndez, J.E, G. O'Donnell and P. S. Pinheiro [1999] *The (Un) Rule of Law & the Underprivileged in Latin America*, Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Mesa-Lago, C. [1978] *Social Security in Latin America: Pressure Groups*,

- Stratification, and Inequality*, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- [1994] *Changing Social Security in Latin America*, Boulder: Lynne Rienner Publishers.
- MINSA (Ministerio de Salud) [1996] *Lineamientos de política de salud, 1995-2000: el desafío del cambio de milenio, un sector salud con equidad, eficiencia y calidad*, Lima.
- Noriega, J. [1997] *Perú: las organizaciones no gubernamentales de desarrollo (ONGD)*, Lima: Desco.
- Muñoz, I. [2000] “La reforma del sistema privado de pensiones,” en R. Abusada et al. eds., *La reforma incompleta, (Tomo I)*, Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico y IPE.
- Parodi, C. [1999], *Economía de las políticas sociales*, Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- [2000] *Perú 1960-2000: políticas económicas y sociales en entornos cambiantes*, Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- Petrrera, M. y L.Cordero [1999] “El aseguramiento público en salud y la elección de Proveedor,” en Webb y Ventocilla eds. [1999].
- Pollarolo, P. [2000] “La reforma del sector salud,” R. Abusada et al. eds., *La reforma incompleta, (Tomo II)*, Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico y IPE.
- Portocarrero, F. ed. [2000] *Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes*, Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.
- Portocarrero, F. et al. [2000] *Gestión pública y políticas alimentarias en el Perú*, Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- Presidencia de la República [1997] *Memoria Annual 1997*.
- [1998] *Memoria Annual 1998*.
- [1999] *Memoria Annual 1999*.
- Raczynski, D. [1998] “The Crisis of Old Models of Social Protection in Latin America: New Alternatives for Dealing with Poverty,” in Tokman and O'Donnell eds. [1998].
- Roberts, K. [1995] “Neoliberalism and the Transformation of Neopopulism in Latin America: The Peruvian Case,” *World Politics*, 48.1, October.
- Roberts, K. and M.Arce [1998] “Neoliberalism and Lower-Class Voting Behavior in Peru,” *Comparative Politics*, 31.2, April.
- SAFP [1999] *Siete Años del Sistema Privado de Pensiones*, <http://www.safp.gob.pe/prensa29.htm>

- Stallings, B. and W. Peres [2000] *Growth, Employment, and Equity: The Impact of the Economic Reforms in Latin America and the Caribbean*, Washington, D. C.: Brookings Institution.
- Tokman, V. E. and G. O'Donnell eds. [1998] *Poverty and Inequality in Latin America: Issues and New Challenges*, Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Ugarte, O. y J. A. Monje [2000] "Equidad y reforma en el sector salud," en Portocarrero ed. [2000] .
- Verdera, F. [1997] "Seguridad Social y pobreza en el Perú una aproximación," *Documento de Trabajo*, No.84, Lima: IEP.
- Webb, R. y M.Ventocilla eds. [1999] *Pobreza y economía social, Análisis de una encuesta ENNIV-1997*, Lima: Instituto Cuánto, Unicef, USAID.