

## 第4章

# 社会政策

——人々の暮らしと保障——

宇佐見 耕一



ハイチ・コミュニティ病院 (Hôpital de la Communauté Haïtienne) (2015年9月3日, 山岡加奈子撮影)

## はじめに

本書では、第1章においてドミニカ共和国とハイチの歴史的な発展の軌跡をたどり、第3章において停滞するハイチ経済と経済成長がみられるドミニカ共和国の現状を分析した。本章では、そうした両国における経済的な発展の相違と対応関係にある、人々の生活水準や社会政策の差異について検討する。2014年におけるハイチとドミニカ共和国に住む人々の生活水準を比較すると、所得ではハイチは世界の最貧国のひとつであり、ドミニカ共和国は中所得国に位置づけられる。また、多面的に人々の開発状況を比較した人間開発指数でもハイチは163位と最下位に近く、ドミニカ共和国は101位と高人間開発指数国のなかに位置づけられており、人々の暮らしには大きな差異が認められる。さらに、人々の暮らしを保障するさまざまな制度も、ハイチでは国家の機能が著しく低く、外国や国際機関の援助や市民社会組織の支援に依存している。これに対してドミニカ共和国では、フォーマルセクターを対象とした社会保険に加えて、各種の社会扶助制度が存在し、民間機関、市民社会組織や家族とあわせてウエルフェア・ミックスを形成している。

ウエルフェア・ミックスとは、福祉の供給主体が必ずしも国家が中心ではなく、公的部門、家族・コミュニティ、民間部門および市民社会部門などの諸部門が福祉を供給するという考えに基づき、その組み合わせがどのようなものであるのかについて明らかにする、社会保障を分析するひとつの視点である (Johnson 1987)。もともと、こうした考え方は、欧米先進国の社会保障制度を分析する枠組みとして考案されたものである。しかし、ウエルフェア・ミックスが想定している各福祉供給主体は、開発途上国や中進国にも存在し、それらがどのような組み合わせにあるのかを分析することにより、ウエルフェア・ミックスの分析視角を先進国以外の生活保障制度の分析にも援用可能である。それらの福祉供給主体の組み合わせがどのような構成になっているのかを示すことにより、その国の生活保障制度の性格を明確にすることができる。

このように同じイスパニョーラ島にありながら、両国の人々の生活水準とそれを補う保障制度には大きな差異が認められる。そこで本章の目的は、第1に両国の人々の生活水準に関して、各種統計を用いて比較し、人々がどのような暮らしをしているのかを描き出すことである。第2は、そうした人々の暮らしを保障する制度が、ハイチとドミニカ共和国ではどのような特色をもっているのかを、暮らしを保障する制度全般、対貧困政策および医療制度に注目してウエルフェアー・ミックスの考えを参考に検討することである。

## 第1節 ハイチとドミニカ共和国の人々の暮らし

### 1. 人口構成

表4-1は、ハイチとドミニカ共和国、隣国キューバ、およびラテンアメリカ主要国の人口に関する指標である。それによると、2014年におけるハイチとドミニカ共和国の人口は、それぞれ1000万人強であり、これはカリブ海諸国ではキューバとほぼ同じ規模である。カリブ海地域ではこの3カ国が1000万人以上の人口を有し、4位の300万人台のプエルトリコや200万人台のジャマイカを大きく引き離し、ハイチとドミニカ共和国はカリブ海の人口大国であるといえる。2015年の人口密度の推計は、ハイチが1平方キロメートル当たり378.7人であるのに対し、ドミニカ共和国は217.2人と低い。とはいえ、両国とも隣国のキューバの101.8人や中米5カ国平均の99.6人と比較すると2倍以上の人口密度をもっており、とくにハイチの人口密度の高さは中米・カリブ地域の中規模国以上のなかではエルサルバドルとともに高い水準にある(CEPAL 2015a, 16)。こうしたハイチの高い人口密度は、のちに述べる同国の農村部人口の比率の高さからみて、同国国民の暮らしを困窮させる一因となっていると考えられる。

また、2014年における都市化率でみると、ドミニカ共和国は78.8パーセントとメキシコと同じ程度であるのに対して、ハイチは52.0パーセン

表 4-1 人口に関する指標

|         | 人口<br>(1,000人)<br>2014年 | 増加率<br>(%)<br>2014年 | 15歳以下<br>人口率<br>(%)<br>2015年 | 65歳以上<br>人口率<br>(%)<br>2015年 | 従属<br>人口率<br>(%)<br>2015年 | 都市化率<br>(%)<br>2015年 |
|---------|-------------------------|---------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|----------------------|
| アルゼンチン  | 42,874                  | 1.4                 | 25.1                         | 11.0                         | 56.4                      | 91.8                 |
| ブラジル    | 205,960                 | 0.9                 | 23.3                         | 7.9                          | 45.4                      | 85.7                 |
| メキシコ    | 122,978                 | 1.3                 | 27.7                         | 6.5                          | 51.9                      | 77.3                 |
| ハイチ     | 10,608                  | 1.4                 | 33.9                         | 4.6                          | 62.4                      | 52.0                 |
| ドミニカ共和国 | 10,408                  | 1.2                 | 30.0                         | 6.7                          | 57.8                      | 78.8                 |
| キューバ    | 11,411                  | 0.2                 | 16.4                         | 13.9                         | 43.5                      | 77.0                 |

(出所) CEPAL 2015a 各ページより筆者作成。

トと低く、同国においてはいまだ多くの人口が農村部に居住しており、国民の生活状況をみるうえで農村部の状況把握が重要であることがわかる。中米5カ国の平均都市化率は61.5パーセントであり、メキシコのそれは79.4パーセントである。域内他国と比べると、ドミニカ共和国の都市化率は、中米5カ国平均を上回り、ラテンアメリカの大国であるメキシコのそれに近い。これに対してハイチの都市化率は、中米5カ国の平均を下回っている(CEPAL 2015a, 28)。他方首都圏への人口集中度をみると、2000年においてハイチの首都ポルトープランス地域には37.0パーセント、ドミニカの首都サントドミンゴ地域には31.9パーセントの人口が集中している。ラテンアメリカ全体をみると、首都に40パーセント以上の人口が集中している国はアルゼンチン、ウルグアイ、パナマおよびチリと4カ国あり、ハイチとドミニカ共和国はその次のグループに属する(CEPAL 2009, 15)。このようにハイチは、農村部の人口が多く、同時に人口密度も高い社会である。これに対してドミニカ共和国は、都市化率と人口密度が高く、都市部に人口が集中する社会である。

2014年における人口増加率は、ハイチが1.4パーセント、ドミニカ共和国が1.2パーセントであり、これはメキシコとほぼ同じであり、両国とも人口増加は緩やかになりつつある。とはいえ、15歳以下の人口の比率は、ハイチが33.9パーセント、ドミニカ共和国が30.0パーセントと、域内主

要国のアルゼンチン、メキシコ、ブラジルより高い。他方、2015年における65歳以上の人口比率は低く、ハイチが4.6パーセント、ドミニカ共和国が6.7パーセントである。両国の、15歳以下の若年人口比率の高さが、従属人口比率の高さの要因となっている。従属人口比率とは、15歳から64歳までの労働可能人口に対する0歳から14歳の若年人口と65歳以上の高齢人口の比率である。一般に従属人口率が高いと、労働可能人口が相対的に少なくなり経済成長に不利になる。逆に従属人口比率が低いと労働可能人口が相対的に多くなり、経済成長に有利となる。この従属人口比率は、ハイチが62.4パーセント、ドミニカ共和国が57.8パーセントであり、ブラジルやメキシコより高位にあるが、それは若年人口の比率の高さに負っており、両国は相対的に若年人口が多い国に分類される。これに対してブラジルの従属人口比率は45.4パーセントと低く（CEPAL 2015a）、同国は労働可能人口の比率の高い人口ボーナスを享受していることがわかる。人口ボーナスとは、従属人口の比率が低く労働可能人口が相対的に多くなった状況を示し、経済成長にとって有利な状態にある。ハイチとドミニカ共和国は、そうした人口ボーナスを享受する以前の状況にあることがうかがえる。しかしながら、人口増加率の低下により、両国の人口ピラミッドは、1980年にはピラミッド型であったものが、2014年には釣鐘型に移行しつつある。

人口が集中するハイチの首都のポルトープランスとドミニカ共和国の首都サントドミンゴの中心部の景観は、極めて対照的である。ポルトープランスではインフラが貧弱で、公共交通機関や上下水道などの不備を目の当たりにすることができる。そこには、電柱が建ち並び、歩道には露天が連なっている。PKOでハイチに派遣された自衛隊員の報告によると、水道水は飲料に適さず、通常ボトルに入った水を購入し、電力不足のために停電が頻繁にあり、公共サービスが不足しているためであろうか路上にゴミがあふれ、ゴミは川にも投棄されてゴミ捨て場と化している<sup>(1)</sup>という環境のなかで人々の生活が営まれている。他方、サントドミンゴの中心街は、写真にもあるように近代的な概観を呈しており、地下鉄も2路線運行されている。そこには高層建築物が建ち、電柱は地下埋設されており、路



写真4-1 ポルトープランスの中心街 高い建物がなく、奥の山に貧困層居住地域がみえる（2015年9月4日筆者撮影）。



写真4-2 サントドミンゴの中心街 高層ビルがあり、近代的様相を示している（2015年9月7日筆者撮影）。



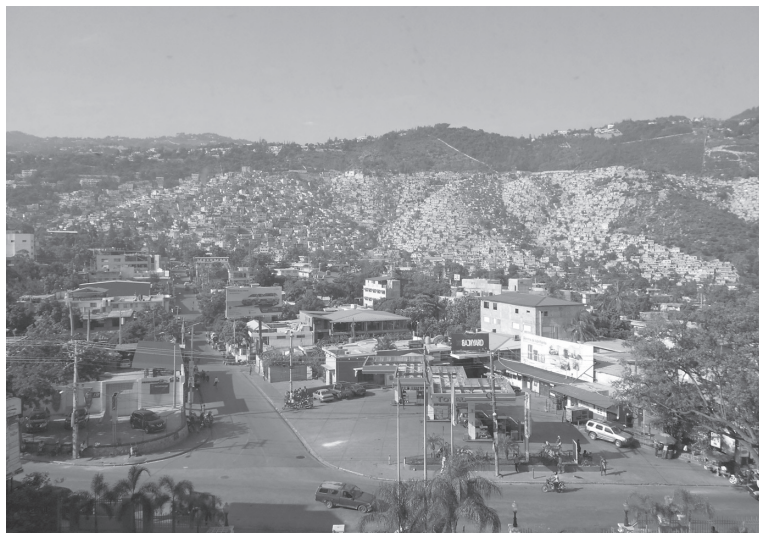


写真4-3 ポルトープランス隣接地区の高級ホテルから撮影 高級ホテルの面前の山に低所得層の住宅が密集している（2015年9月3日筆者撮影）。

上に露天はみられない。また、ハイチで清潔な水を利用している人口の比率は58パーセントと低く、人口の4割強が清潔な水にアクセスできない生活を強いられている。これに対してドミニカ共和国では、85パーセントの住民が清潔な水にアクセスできる状況にある（CEPAL 2015b）。

もちろん、両都市とも高額所得者の居住区と低所得者居住区はそれぞれ別の場所にある。インフォーマル労働の比率などの統計の欠如により正確な比較はできないが、前述した清潔な水を利用できる人口の比率の差異より推測すると、ドミニカ共和国よりハイチのほうが都市をとりまくスラム街の占める割合が高く、またその住環境も劣悪ではないかと思われる。上の写真4-3は、ポルトープランスに隣接する高級ホテルの窓から外を撮った写真である。このように、首都をとり囲む山地はスラム街となっており、それが高級ホテルに隣接していることがわかる。

## 2. 貧困の状況

つぎに、ハイチとドミニカ共和国における貧困の状況をみてみよう。貧困状況を示す指標は、所得以外にも居住環境や教育を含めたものがあり多様であるが、まず所得貧困の状況から検討する。所得貧困とは、最低限の食料と生活資料を購入するために必要な所得を貧困ラインと呼び、それ以下の所得しか得られない人または世帯を貧困と規定するものである。貧困ラインは、各国・地域の標準的な生活状況に対応したものであり、その水準は、国や地域により異なる。その意味で、所得による貧困の測定も相対的なものである。

表4-2は、経年変化が比較可能な国連ラテンアメリカ経済委員会による中米・カリブ諸国の所得貧困を示したものである。残念ながらこれには、ハイチの所得貧困を示した統計はないので掲載されていない。中米・カリブ地域では、コスタリカとパナマの所得貧困率が低く、ニカラグアとホンジュラスのそれは高い。ドミニカ共和国の2010年における所得貧困率は41.4パーセントであり、域内では中位の所得貧困国に属する。ハイチに関して入手可能な所得貧困を表す統計は、国連の貧困ラインに基づくものがある。国連の統計は、国により統計をとった年の差異が大きいが、そこにはハイチが含まれており、これを用いてハイチの貧困を域内他国の貧困とのおおよその比較をすることが可能となる。それによると、2012年のハイチの貧困人口の比率は58.5パーセントである。これに対して同じく国連の統計によると、ドミニカ共和国の2000年における貧困人口の比率は32.0パーセントであり、また2015年のそれは32.4パーセントとなっており<sup>(2)</sup>、ハイチより20パーセント以上低くなっている。1日1.25ドル以下の所得で生活する人の2001年の人口比を示した資料があり、そのハイチの数値は32.3パーセントである。これに対してドミニカ共和国のそれは1.0パーセントであり(CEPAL 2015b, 56)、両国の所得貧困の水準に大きな差があることがわかる。所得貧困を測定する貧困線は、上述したように各国の生活水準を反映した相対的なものである。そのため、1日1.25



表4-2 中米・カリブ諸国の所得貧困

|         | (%)   |       |       |
|---------|-------|-------|-------|
|         | 2002年 | 2006年 | 2010年 |
| コスタリカ   | 20.3  | 19.0  | 18.5  |
| ホンジュラス  | 77.3  | 71.5  | 69.2  |
| エルサルバドル | 48.9  | 47.5  | 46.6  |
| ニカラグア   | 69.4  | 61.9  | 58.3  |
| パナマ     | 36.9  | 29.9  | 25.7  |
| ドミニカ共和国 | 47.1  | 44.5  | 41.4  |
| メキシコ    | 39.4  | 31.7  | 36.3  |

(出所) CEPAL 2015b p.49 より抜粋。

(注) エルサルバドル 2002年の統計は2001年、2006年は2009年のもの。ニカラグア 2002年の統計は2001年、2006年は2005年、2010年は2009年のもの。

ドルと固定された貧困ラインは、ハイチなどの最貧国の貧困を測定するのに適しているが、ドミニカ共和国などの中進国における貧困は、この統計ではほとんど検出されないことがわかる。所得貧困は、ハイチとドミニカ共和国では水準が異なり、国連の貧困ラインによる統計では20パーセント以上の差が推定され、また1日1.25ドルの固定された貧困線でみるとハイチの貧困率がドミニカ共和国に比して極めて高いことがわかった。

それでは、両国の所得分配における不平等度にどのようなちがいがあるのかをみてみよう。所得分配の不平等度をみる指標としてジニ係数が用いられる。ジニ係数は1から0までのあいだで表され、その数値が0であれば完全平等、その数値が1であれば完全不平等を示す。ジニ係数を百分率に指数化したものがジニ指数である。国連の貧困データベースにはハイチも含めたジニ指数 (Gini index) が掲載されている。国連の貧困データベースにおける2012年の域内中規模国のジニ指数は、エルサルバドルが41.80で最も低く、ハイチが60.79と最も高い。これに対してドミニカ共和国のそれは45.68と低く、この数値は中米の福祉国家とも呼ばれることのあるコスタリカの48.61よりも低い<sup>(3)</sup>。ハイチの所得分配はドミニカ共和国よりも不平等であり、中米・カリブ域内でも不平等度が最も大きいこ

とが推定される。ドミニカ共和国の所得分配が域内では相対的に平等であるということは、同国には一定の中間層が存在していることを示している。ラテンアメリカは世界的にみて所得格差が大きく、不平等度が高い社会であり、両国の不平等度は高いが、ハイチはそのなかでもとくに格差が大きく不平等な社会であるといえる。

農村部の貧困に関して2010年のドミニカ共和国における所得貧困を都市と農村に分けてみると、都市部の貧困率が20.9パーセントであるのに対して農村部の貧困率は45.2パーセントであり、所得貧困の問題は農村部でより深刻であることがわかる（CEPAL 2015b, 51-52）。しかしこの傾向は、ドミニカ共和国に特有のものではなく、中米・カリブ地域、あるいはラテンアメリカ全体をみても同様である。他方、ハイチでは農村部に居住する人口の比率が高いことはすでに述べたが、同国における農村部の貧困が首都圏や都市部より深刻な点が指摘されている。2001年に実施された調査によると、1日2ドル以下の所得しか得られない貧困人口の比率は、首都圏では45パーセントであるのに対して、首都圏以外の都市部では76パーセント、農村部では88パーセントに達する。また、貧困者の所得がどのくらい貧困ラインを下回っているのかという貧困の深刻度を示す貧困ギャップ比率も、首都圏では0.10であるのに対して、首都圏以外の都市部では0.33、農村部では0.37と高くなっている（Sletten and Egset 2004, 10-11）。ハイチ中央高原にあるカンジュ（Cange）という農村を訪れた米国人ジャーナリストは、その模様をつぎのように記している。大多数の住居は、むき出しの土の床に、粗末な木でつくった、一方に傾斜のある屋根をもつものであった。屋根はバナナの樹皮で覆われ、ぼろ布で穴がふさがれており、雨漏りがするのは明らかであった。大多数の住人は明らかに病気であったが、医療施設は皆無であった（Kidder 2003, 77）。そこには単なる所得貧困だけでなく、後述する生活水準全般にわたる貧困の有様が述べられている。すなわち、両国とも貧困問題は都市よりも農村部のほうが深刻であるが、その度合いはハイチにおいてより顕著となっている。

所得に続いて、教育、医療、住居の水準からみた貧困の様相を中米・カリブ海の中規模国と比較しつつ、ハイチとドミニカ共和国の状況をみてみ

表4-3 2015年における中米・カリブ主要国の基礎教育・医療・住居状況

|         | 識字率*<br>(%) | 乳幼児<br>死亡率**<br>(%) | 清潔な水を利用して<br>いる人口の比率 (%) | 清潔なトイレを利用<br>できる人口比率 (%) |
|---------|-------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| コスタリカ   | 97.8        | 10.7                | 98.0                     | 95.0                     |
| エルサルバドル | 88.0        | 23.7                | 94.0                     | 75.0                     |
| グアテマラ   | 81.5        | 31.4                | 93.0                     | 64.0                     |
| ホンジュラス  | 88.5        | 37.0                | 91.0                     | 83.0                     |
| ニカラグア   | 82.8        | 21.7                | 87.0                     | 68.0                     |
| パナマ     | 95.0        | 20.8                | 95.0                     | 75.0                     |
| キューバ    | 99.8        | 6.9                 | 95.0                     | 93.0                     |
| ハイチ     | 60.7        | 63.6                | 58.0                     | 28.0                     |
| ドミニカ共和国 | 91.8        | 28.1                | 85.0                     | 84.0                     |
| メキシコ    | 95.1        | 16.8                | 96.0                     | 85.0                     |

(出所) CEPAL 2015b 各ページより抜粋。

(注) \* 15歳以上の人口に対する比率。

\*\* 2010～2015年にかけて5歳以下1,000人に対する比率。

よう。教育、医療、住居等からみた貧困は、所得貧困では表すことのできない生活水準全体を反映した生活状況と、その欠如としての貧困状況を表すもので、基礎的ニーズの欠乏による貧困と呼ばれるものである。表4-3は、2015年における中米・カリブ主要国の基礎教育・医療・住居状況を示したものである。基礎教育の普及は識字率で、医療の普及は乳幼児死亡率で、また居住環境の比較可能な指標として、清潔な水を利用できる人口の比率と清潔なトイレを利用できる人口の比率で代替している。まず識字率をみると、ドミニカ共和国は91.8パーセントであり、中米・カリブ主要国では80パーセント以上で初等教育がほぼ普及していることがわかる。例外はハイチで、2015年時点で60.7パーセントである。これは同国において初等教育の普及の必要性があることを示唆していると同時に、現在成人の非識字人口に対する教育の必要性があることを示している。

医療水準をみる指標としての乳幼児死亡率（乳幼児1000人当たり）は、社会主義国のキューバと中米の福祉国家と呼ばれるコスタリカで低く、両国における医療制度の充実度がわかる。これに対してドミニカ共和国のそれは28.1（‰——パーミル）であり、中米・カリブ主要国のなかでは高い

ほうの国に属する。とはいえ、ドミニカ共和国と比べてハイチの乳幼児死亡率は63.6%と飛び抜けて高く、同国で近代的な医療制度の整備が極めて不十分であり、住民が近代的な医療制度を利用できない状況にあることがわかる。

居住環境をみる指標として、ここでは清潔な水を利用できる人口の比率と清潔なトイレを利用できる人口の比率でそれを代替している。清潔な水を利用できる人口比率は、中米・カリブ主要国では80パーセント以上であるが、ドミニカ共和国は85パーセントでハイチに次いで低い。しかし、ハイチのそれは58パーセントと域内では飛び抜けて低い。中米・カリブ主要国で清潔な水を利用できる人口の比率はハイチを除き高いのに対して、清潔なトイレを利用できる人口の比率は、いくつかの国では低くなっている。コスタリカやキューバは両者とも高い水準にあるが、エルサルバドル、グアテマラ、ニカラグア、メキシコは清潔な水の供給が普及しているのに対して、清潔なトイレを利用できる人口の比率は低くなっている。これに対してドミニカ共和国は前者が85パーセント、後者が84パーセントと両者とも高いが、約15パーセントの人口が両者とも利用できない衛生環境にあり、それは居住環境の劣悪さも同時に示している。他方ハイチは、域内で両者とも他を引き離して低い水準にある。とくに清潔なトイレを利用できる人口の比率は28.0パーセントにすぎず、ハイチの人口の大部分が問題のある衛生環境と居住環境にあるといえる。

総じて教育・医療・居住環境からみた住民の生活状況は、ドミニカ共和国は域内主要国の平均に近く、居住環境からみると約15パーセントの人口が、問題のある居住環境にある。これに対してハイチは、域内において教育・医療・居住環境のすべてにおいて飛び抜けて状況が悪く、基礎的ニーズからみた貧困の観点からも、大多数の国民が基礎的ニーズの欠如した貧困状況にあると判断される。

多次元的貧困指数 (multidimensional poverty index) は、そうした従来からある基礎的ニーズの欠乏による貧困の測定の延長線上にあるものであり、それをより正確に数値化したものである。多次元的貧困指数では、教育、医療、生活水準の部門別に各部門でのニーズの未充足度を示す剥奪度を測

表4-4 多次元的貧困指数

|         | 多次元的<br>貧困指数 | 貧困者の平均<br>剥奪度 (%) | 貧困への寄与度 (%) |      |      |
|---------|--------------|-------------------|-------------|------|------|
|         |              |                   | 教育          | 医療   | 生活水準 |
| ドミニカ共和国 | 5.1          | 41.6              | 28.4        | 39.6 | 32.0 |
| ハイチ     | 49.4         | 48.1              | 24.8        | 23.4 | 58.5 |

(出所) UNDP (2015, 228) より抜粋。

(注) ハイチについては2012年、ドミニカ共和国については2013年度。

定し、それを加重平均したものが33パーセントを超えると貧困とされる。そうして表示された多次元的貧困指数への寄与度が、教育、医療、生活水準別に示される。表4-4は、2012年のハイチと2013年のドミニカ共和国における多次元的貧困指数を示したものである。表4-2に示した2010年におけるドミニカ共和国の所得貧困人口比率は41.4パーセントと高率であるのに対して、多次元的貧困指数は5.1パーセントと低く、教育・医療・生活水準を考慮した最低限の生活水準に達していない人口の比率は少ないことがわかる。これに対してハイチは、多次元的貧困指数が49.4パーセントに達し、最低限の生活水準に達していない人口がほぼ半数を占めていることがわかる。このことによりドミニカ共和国は、所得貧困の比率が高いとはいえ、最低限の生活水準を満たしていない貧困者の比率は低く、他方、ハイチでは所得貧困率が高いのに加えて教育、医療、生活水準などの生活状況全般において、基礎的ニーズに欠ける貧困が多数であることがわかった。また、所得貧困でも1日1.25ドル以下の所得しか得られない貧困者の比率は、ハイチでは高かったが、ドミニカで共和国ではほとんど検出されなかった。その意味で両国の貧困の質が根本的に異なっていると見える。

最後に両国の人間開発指数を、ほかのラテンアメリカ諸国のなかで確認し、その特徴をみてみよう(表4-5)。国連開発計画(UNDP)が公表している人間開発指数とは、主として人間の開発度合いを健康、教育と適切な生活水準をもとに測定し、各国の人間開発の状況を示すものである。その指数をもとに人間開発の国際順位を付け、指数の高い順に最高位、高位、中位および低位人間開発国に区分している。まず、ハイチとドミニカ共和

表 4-5 2014 年の人間開発指数

|         | 国際順位 | 人間開発指数 | 出生時平均余命 | 予測就学率 | 平均就学年数 | 1人当たりGNI* |
|---------|------|--------|---------|-------|--------|-----------|
| アルゼンチン  | 40   | 0.836  | 76.3    | 17.9  | 9.8    | 22,050    |
| パナマ     | 60   | 0.780  | 77.6    | 13.3  | 9.3    | 18,192    |
| キューバ    | 67   | 0.769  | 79.4    | 18.3  | 11.5   | 7,301     |
| コスタリカ   | 69   | 0.766  | 79.4    | 13.9  | 8.4    | 13,413    |
| メキシコ    | 74   | 0.756  | 76.8    | 13.1  | 8.5    | 16,056    |
| ブラジル    | 75   | 0.755  | 74.5    | 15.2  | 7.7    | 15,175    |
| ジャマイカ   | 99   | 0.702  | 75.7    | 12.4  | 9.7    | 7,415     |
| ドミニカ共和国 | 101  | 0.715  | 73.5    | 13.1  | 7.6    | 11,883    |
| エルサルバドル | 116  | 0.666  | 73.0    | 12.3  | 6.5    | 7,349     |
| ニカラグア   | 125  | 0.631  | 74.9    | 11.5  | 6.0    | 4,457     |
| グアテマラ   | 128  | 0.627  | 71.8    | 10.7  | 5.6    | 6,929     |
| ホンジュラス  | 131  | 0.606  | 73.1    | 11.1  | 5.5    | 3,938     |
| ハイチ     | 163  | 0.483  | 62.8    | 8.7   | 4.6    | 1,669     |

(出所) UNDP (2015, 208-210) より抜粋。

(注) \* 2001 年価格購買力平価 (US ドル)。

国の人間開発指数の国際順位は、ハイチが 163 位で人間開発低位国に属し、ドミニカ共和国は 101 位で人間開発最高位諸国に次ぐ人間開発高位諸国のなかの下位に位置している。両者のあいだには、中位人間開発諸国群がある。ラテンアメリカのなかでもハイチは最下位に、ドミニカ共和国は分類上では人間開発高位諸国分類されるものの、実質的には全対象国の中位に位置している。人間開発指数は、出生時平均余命、予測就学年数、平均就学年数、および 1 人当たり GNI により構成されているが、いずれの指標においてもハイチはドミニカ共和国を下回っている。とくに差が大きいのは 1 人当たり GNI で、ハイチが 1669 ドルであるのに対して、ドミニカ共和国は 1 万 1883 ドル (2001 年価値) となっている。

その他の社会的な指数をみると、ドミニカ共和国のほうがハイチよりも劣っている場合がある。たとえば 2012 年の人口 1 万人当たりの殺人率をみると、ハイチが 10.2 人であるのに対して、ドミニカ共和国は 22.1 人と高く (UNDP 2015, 259-260)、統計上の治安状況は必ずしもハイチのほうがドミニカ共和国に比べて悪いとは言い難い。しかし、外務省の海外安全



ホームページに掲載されている危険情報では、ハイチがレベル2の不要不急の渡航の中止が勧告されているのに対して、ドミニカ共和国はレベル1の十分な注意喚起にとどまっており、ハイチよりドミニカ共和国のほうが危険度が低いとされる<sup>(4)</sup>。そのため、この統計上の殺人率が必ずしも治安の実態を表しているとは言い難い。このように例外はあるものの、社会指数を比較すると、ハイチのほうがドミニカ共和国よりも全般的に状況が悪いことが示されている。とくに貧困に関しては、ハイチの貧困とドミニカ共和国の貧困は位相が相違していることがわかる。すなわちドミニカ共和国の貧困は、相対的な所得貧困が中心であるのに対して、ハイチでは絶対的な所得水準が低く、しかも生活状況も全般的に劣悪な貧困が中心となっている。

## 第2節 ハイチの人々の暮らしの保障

### 1. ハイチの人々の暮らしを保障する制度

ハイチの人々の暮らしを保障する制度は、基本的に他の諸国と同じく、公的部門、家族・コミュニティ、民間部門および市民社会部門からなるウェルフェア・ミックスを構成している。そこで、ここではその構成が最貧国のハイチではどのような特性をもっているのかを検討し、次の第3節でドミニカ共和国の人々の暮らしの保障を概観し、最後に両者の比較を試みることでまとめとしたい。ハイチの人々暮らしの保障の特徴は、世界的にみて最貧困国という低開発状況であるうえに政治的不安定性により、人々のニーズに対して国家の果たせる役割が小さく、弱く、かつ非効率であることである。それを補うものとしてNGOなどの市民社会組織や海外援助が重要な役割を果たしているとされる (IDB 2011, 3)。2004年のハイチのGDPに占める援助の割合は6.9パーセントであり、これはラテンアメリカ諸国平均の0.3パーセントや開発途上国平均の0.5パーセントを大きく上回っているが、後発開発途上国平均の9.6パーセントに近く、ハイ

チの人々の暮らしの保障が外国援助に大きく依存し、最後発発展途上国としての性格をもっていることが示されている (Buss 2008, 98)。

さまざまな要素で構成されている生活保障制度のなかで、問題とされている公的制度からみしてみる。通常、公的な生活保障制度は社会保険に代表される拠出制度と、社会扶助のような税などを財源とする非拠出制度に分けることができる。ラモート＝プリソンによると、ハイチの公的社会保障において拠出型保険制度を担当する部門としては、社会・労働省 (Ministère de Affaires Sociales et du Travail: MAST) 管轄下の老齢年金事務所 (Office National Vieillesse: ONA) および、労働災害・疾病・出産保険事務所 (Office Assurance du Travail Maladie et Maternité: OFATMA) がある。老齢年金事務所は、民間部門労働者の年金を、労働災害・疾病・出産保険事務所は、民間部門労働者に労働災害保険、医療サービス、および出産に関するサービスを提供してきた。公務員と軍人の年金は、社会・労働省の管轄であり、公務員とその退職者の医療は、2000年より民間企業に業務を委託している (Lamaute-Brisson 2013, 13)。しかし、公的拠出制制度にカバーされる人々は、少数のフォーマル部門労働者に限られ、老齢年金事務所への拠出金支払い者は、2011年で約26万人にすぎず、受給平均年金も月額73ドルから97ドルである (Lamaute-Brisson 2013, 22)。公的社会保障へのアクセスは人口の3パーセントにすぎないとの報告もあり (Gilbert 2004, 17)、拠出制の公的社会保障制度は国民の極めてわずかな部分しかカバーしていない。

他方、国民の大多数であるインフォーマル部門を主要な対象とした、税や援助を財源とした非拠出型公的社会保障制度は、社会・労働省をはじめ、財務省や教育省等各省管轄下に各種の組織とプログラムが存在する。たとえば現金給付に関しては、社会・労働省管轄下に社会扶助金庫 (Caisse d'Assistance Sociales) がある一方で、経済・財政省管轄下で経済・社会扶助基金 (Fondo de Asistencia Económica y Social: FAES) と開発支援資金事務所 (BMPAD: Oficina de Monetización de los Programas de Ayuda al Desarrollo: BMPAD) が存在する。同様に、食料プログラム、医療プログラムなどにそれぞれの組織があり、雇用プログラムなども各省に分散して

プログラムが存在する。ラモート＝ブリソンは、このような公的非拠出制制度を異質なものが分散して存在する状況（Lamaute-Brisson 2013, 13）と評価している。このように公的制度自体の構造に問題があるばかりでなく、公的制度の運営面においてもハイチ国家が自立的にプログラムの内容や運営の仕方を決定するという主体的な決定が限定されているという問題がある。その原因としてまず、公的制度の運営が2カ国間、あるいは多国間の外国援助に依存している点がある。また、政府はその構造的問題を回避するために、社会保障の民間委託を進めている。そのようななかで、多くの市民社会組織 NGO が政府の事業を実施するうえで中心的な役割を果たしていると指摘されている（Lamaute-Brisson 2013, 17）。

前述したようにハイチ国家は、国民の暮らしを保障するうえで極めて非効率であり、かつ脆弱である。たとえば、教育部門における公的部門の比率は25パーセント、医療部門では33パーセントであるとの報告がある。そのため、生活保障は、家族ならびに市民社会組織や伝統的コミュニティに、その他の生存手段を求めざるを得ない状況にある。そのなかで中心的役割を果たしているのが NGO などの市民組織や民間部門である（Gilbert 2004, 16-17）。しかし、そうした市民社会組織や民間部門による支援が必ずしも当初の目的を達成しているとは言い難い場合がある。教育を例にとると、上述したように公的部門が占める割合は25パーセントにすぎず、大部分が民間部門に依存している。その民間教育部門自体について規制が不十分であり、教育の質の管理などに対しては、極めてわずかな予算しか向けられていなかった（IDB 2012, 41）。そのため、ハイチの教育において大きな位置を占めている民間部門の教育の質に関して行政があまりコミットしておらず、したがって民間教育システムの効率性や質は保たれているとは言い難い状況にある。

ハイチの人々の暮らしを保障するうえで特色的なのが外国援助への依存であることは、本節の冒頭部分で指摘したが、以下でその内容を検討してみよう。外国からの支援には、欧米各国からの支援と、世界銀行・米州開発銀行（IDB）などの国際機関からのものがある。援助部門は治安維持、行政部門整備、人間への投資、経済成長、人道支援など多彩であるが、最

大の援助国の米国の事例をみると、人間への投資が最大の項目となっている。人間への投資とは、食糧支援などの直接的に貧困に対処するのではなく、貧困者の教育や医療へ投資を通じて長期的に貧困を解消しようとする考えに基づく支援である。そのなかで、後述するが現金給付のように人間への投資を促すような貧困者への給付プログラムもある。2008年の米国の対ハイチ援助をみると、人間への投資が全体の55.2パーセントを占め、2位の治安の20パーセントを大きく上回っている（Buss 2008, 84）。

とはいえ、こうした外国からの支援がハイチ国民の生活を保障しているとは言い難い。世界銀行による対ハイチ援助報告書によると、同国の状況は「失業・不平等・困窮が無法と暴力を導くという悪循環に囚われており、それが経済成長と雇用創出を妨げ、さらなる失業と不平等をはびこらせている」（World Bank 2002, 3）というものである。また、震災後の米州開発銀行の国別プログラム評価書によると、「インフラストラクチャーの再建や経済の諸制度を再構築するには外国援助は、効率的であるといえない。…（中略）…難民キャンプに居住する人口は50パーセント減少したとはいえ、それは強制されたものであり、人口の多くは安全とはいえない家屋に戻ったにすぎない」（IDB 2012, 13）。こうした外国援助の非実効性の原因に関してバスは、世界銀行の報告書に依拠して援助を受け入れて調整する政府の能力（ownership）の欠如にあるとしている。政府は主要省庁や政策決定者間でのコンセンサスをつくる能力を有さず、また援助プログラムに対して、適切な時期に行動する能力を有していないと続けている（Buss 2008, 95）。このように外国からの支援に関しても、ハイチ政府の機能不全がその効率的運営の障害となっていることがわかる。

前述したように、国際機関・外国政府の資金援助による支援の実施主体はNGOである場合が多い。世界銀行の報告書にも「ハイチの困難な（援助実施）環境のなかでNGOや自律的な組織を利用してサービスや資金を分配することが相対的に効率的である」（World Bank 2002, 13）と述べられている。しかし、こうした手法はあくまでも短期的手法であり、長期的にはハイチ国家の制度を強化する必要があると主張されている（World Bank 2002, 13）。世界銀行の報告書によると、2012年時点で非拠出制制度

のカバー率は人口の8パーセントにすぎない。このうち、事実上貧困人口が受益者である社会保護・社会扶助は13パーセントをカバーしている。ただし、このなかにはNGOなどの市民社会組織による支援は含まれておらず、NGOによる支援のカバー率は5.5パーセント、および宗教組織による支援のカバー率は0.8パーセントと推定されている（World Bank and NPES 2014, 152）。すなわち、公的な非拠出制度やNGOなどの市民社会組織の支援のカバー率も限定的なのである。

外国の援助や市民社会組織の支援に加えて、ハイチ国民の生活の支えとなっているのが、海外または国内で移住した親族からの送金である。海外移民の出国先としては米国が最大で、2010年において約100万人の海外居住者の半数が米国に在住しているという。また、国内移住の場合は、首都ポルトープランス首都圏への移住が多く、2012年において首都圏人口の半数以上が他県出身者である。これら海外および国内移住者からの送金は、都市部世帯の35パーセント、農村部世帯の20パーセントが受給している。こうした送金は、貧困緩和にも資している。貧困世帯または最貧困世帯の60パーセントが内外送金を受給しており、こうした送金がない場合、必要最低限の食料を購入する所得も得られない最貧困層の比率は、23.8パーセントから28.9パーセントへ、必要最低限の食料購入費に生活費を加えた所得を得られていない貧困層の比率は58.5パーセントから63.0パーセントに増大するであろうと推計されている（World Bank and NPES 2014, 71-76）。このように国内外へ移住した親族からの送金という家族内部での扶助は、ハイチ国民が生活を維持してゆくうえで重要な役割を果たしている。

## 2. 対貧困政策

ハイチにおける現在の公的対貧困政策の中心は、2012年に開始された大統領夫人が統括する「貧困削減——Aba Grangou」プログラムである。同プログラムは、①学校食堂の設置を核とした食料保障への監視、②地域でのヨード塩製造を含む農業への投資、③脆弱層の基礎的サービス、とく

に食料と医療へのアクセスの拡大、の3つの柱から構成されている。このほかに首相府の下におかれた省（人権と最貧困への戦い省）が管轄する「人民救済—Ede Pèp」プログラムがある。同プログラムは、①社会扶助を内容とする社会的包摂、②人的資源の開発、③経済的包摂、の3本柱からなる。①には条件付き、あるいは無条件の現金・現物の給付、②には就学の向上と職業訓練への支援、③には、雇用創出と小企業・零細企業への支援が行われる（Lamaute-Brisson 2014, 17-18）。

それでは、こうした対貧困政策が実際にどのように運用されているのかを、学校食堂プログラムと現金給付プログラムを例にみてみよう。学校食堂プログラムは1997年に開始されたものであり、それが2012年に「貧困削減」プログラムに統合された。1997年当初は教育・職業訓練省管轄の国家学校食堂プログラム（Programme National des Cantines Scolaires）により運営管理されてきた。プログラムの運営資金はハイチの国庫からの支出に加えて、世界銀行などの外部資金が充当された。また、そうした外部資金により支えられ、実際の運用はNGOが行う場合も多い。2012年で同プログラムは3200の学校で、110万人の生徒に給食を提供している。このため、国家学校食堂プログラムの役割は、公立学校の学校食堂を運営する一方で、外部資金提供者やNGOとの調整および、それらに規制を行うこと、となっている（Lamaute-Brisson 2013, 28）。このことから、食料プログラムにおいては外国援助と実施主体としてのNGOの重要性が確認され、さらにそれらを調整・規制するハイチ国家がどの程度効率的に機能しているのか、という点が問題とされる。

現金給付プログラムとしては、2010年にそれまでの食料支援に代わり、「公共事業等へ就労することにより現金を支給する（Cash for Work）プログラム」が開始された。同プログラムは、食料・非食料のパウチャーおよび現金の直接給付を条件付き、または条件なしに行うプログラムであり、震災対応プログラムとして始まった。同プログラムが開始された2010年の受益者は約50万人である<sup>(5)</sup>。

そのなかで現金給付プログラムは、実際には国連が主導したプログラムであり、半日の労働に対して150グールド（約4ドル）を支払うものであ



る。国連の文書によると、プログラムには二重の役割があり、そのひとつは現金を支給することにより受給者が現在のニーズへ対処できる点。もうひとつは、ハイチ政府が提供不能になっている公共サービス、たとえば瓦礫や残骸を道路から取り除き、道路に積み上がったゴミを除去することが可能となることである。また、対象者は女性世帯主、家屋が損壊した人、および家族の中に死者がいる人を優先している<sup>(6)</sup>。このように「公共事業等へ就労することにより現金を支給するプログラム」は、国連主導のプログラムであり、実施主体は各種 NGO が中心である。一例を挙げると、1979年にカンボジア難民救済を目的に創設されたメルシー組合 (Mercy Corp' s) は「公共事業等へ就労することにより現金を支給するプログラム」に基づき、ポルトープランスや中部平原の農村コミュニティにおいて約2万8000人を雇用している。同 NGO が実施したプログラムに関する調査によると、支給した現金の用途は、食料32パーセント、水20パーセント、調理用燃料29パーセント、医療品3パーセント、および教育5パーセントと<sup>(7)</sup>、圧倒的に飲食が中心で、受給者の生存のために使用されていることがわかる。しかし、問題点としては受給者が本当の困窮者であるのかなど、実際にニーズがある対象者選択の困難性や、実施機関の NGO のなかには現金給付の経験に乏しく、十分な準備なく現金支給を行っている場合があることが指摘されている<sup>(8)</sup>。これは、後述するボランティアの失敗に該当する。

また、各種プログラムのカバー率や支給水準が低い点も問題である。全社会扶助を受給している比率は、最貧困層で10.5パーセント、貧困層で10.5パーセント、および非貧困層で5.6パーセントという調査もある (World Bank and NPES 2014, 155)。全社会扶助の家計支出に占める割合は、最貧困層で10.5パーセント、貧困層で7.2パーセントおよび非貧困層で5.8パーセントである (World Bank and NPES 2014, 159)。このようにハイチでは、貧困者を主要対象とした国家による各種の社会扶助プログラムが存在していることは確かである。しかし、その資金源の多くが国際機関や外国援助に依存し、その実施機関は各種の市民社会組織となっている場合が多い。

前述した世界銀行の報告書によると、こうした状況は短期的であるべきであり、長期的にはハイチ国家の制度的確立が必要であるとしているが、外国援助依存や市民社会組織依存の状況に大きな変化はみられない。しかも、市民社会組織には、受給者と身近に接しその状況をよく理解しておりプログラムを効率的に運営することが期待されている。しかし、すべての市民社会組織が適切に運営されているかというと、経験不足による未熟な運営を行っている例も報告されている。このような事例は、サラモンの指摘したボランティアの失敗の事例に該当する。ボランティアの失敗には、資金力の不足、対象が特定の人に限られる、決定権が資金提供者に握られ、手法としてアマチュアリズムの対応がなされるというものである (Salamon 1995, 40-49)。ハイチの事例では、NGOの一部にはアマチュアリズムの弊害、すなわち経験不足による非効率な運営の事例があることが観察された。さらに、こうした外国の支援と市民社会組織に依存した対貧困政策も、全体としてみればそのカバー率は低く、給付の水準も低く、貧困層のニーズを満たす水準からは大きくかけ離れている状況である。

### 3. 医療制度

2010年にポルトープランスを中心に起きた震災は、ハイチの政府の諸制度に大打撃を与えた。しかし、ハイチ政府の諸制度は震災以前から脆弱であり、医療制度もその例外でないことが指摘されている (U.N. 2012, 14)。ハイチにおける医療制度は、次の3段階に分かれている。まず、1次診療は600の診療所と45の地域病院 (hôpital communautaire de référence) がある。2次医療は10ある県にひとつずつある県病院 (hôpital de département) によりまかなわれている。3次医療はポルトープランスにある6大学病院 (hôpital universitaire) から構成されている。こうしたシステムは、地域単位に地域医療単位 (Unité Communautaire de Santé: UCS) を構成することになっているが、実際にそれが機能しているのはNGOの支援を受けている数件であるとされる。この地域医療単位が存在しない場合、医療省の地域局が調整に当たることになっている。とはいえ、医療面

においても公的部門の役割は脆弱であり、医療サービスの75パーセントがNGOや、しばしば基準を満たしていない宗教組織により供給されていると推定されている。医療支出面でみても1995年から2008年の平均で、71.5パーセントが民間部門でのサービス提供に支払われている(Lamaute-Brisson 2013, 39-40)。繰り返し述べてきているように、ハイチにおける政府の社会保障制度は極めて脆弱であり、公的サービスの供給不足は、NGOや民間部門により補われている。ギルバート(Gilbert)の推計によると、ハイチで公的部門が医療サービス供給に占める割合は33パーセントであるとの推計もある(Gilbert 2004, 16-17)。

公的医療保険としては、本節冒頭で紹介した社会・労働省管轄下にある労働災害・医療・出産保険事務所が、民間企業の雇用者を対象とした医療保険を提供している。同保険の加入者は増加傾向にあるものの、2012年時点で9万6000人にすぎず、そのうち1万7000人がマキラドーラと呼ばれる保税加工区にある工場の従業員である。他方、民間やNGOが提供する医療保険もあり、マキラドーラの従業員の2万人が「ハイチにおける医療活動の発展」(Développement des activités de santé en Haïti)というNGOの運営する医療保険に加入している(Lamaute-Brisson 2013, 23-25)。いずれにせよ、公的医療保険のカバー率は極めて小さい。またNGOを含む民間の医療保険に関しては、統計がないためそのカバー率は不明であるが、雇用の多くがインフォーマル部門であり、NGOの活動も限定的であることを考えると、そのカバー率も限定的であると推定される。

2015年9月に筆者がポルトープランスの「国境なき医師団」事務所で行った外国人スタッフへのインタビューによると、ハイチにおいて保健省を中心とした医療面における公的部門の役割は脆弱であり、保健省へ配分された国家予算の多くが人件費に費やされてしまう。同スタッフの印象によると、資金面でみたハイチの医療は、約75パーセントが外国からの資金、約20パーセントが家族自身による資金、そして国家予算は約5パーセントを占めるにすぎないという<sup>(9)</sup>。これらの報告書や証言から、ハイチの医療におけるハイチ国家の果たしている役割は極めて限定的であり、大部分は外国政府、国際機関、およびNGOに依存していることがわかる。

ハイチにおける医療は、脆弱な公的部門に代わり、外国援助や NGO に依存していることは明らかであるが、上述したようにその一部は民間部門もそれを担っている。ただし、民間部門という場合、西洋近代医療とハイチの伝統的民間医療に分けることができる。高所得層は、民間の西洋医療サービスの提供を受けているが、低所得層はホーガン (hougan) と呼ばれる伝統的民間医療からサービスを受ける場合が多い。ホーガンは、ハーブや祈禱などを内容とする伝統的な民間療法である<sup>(10)</sup>。世界保健機構 (WHO) の報告書においても、低所得の西洋医療へのアクセスの不足により、伝統的医療はハイチにおける最大の医療サービス提供源であり、国民の 80 パーセントがそれを利用している (PAHO 2012, 404) との報告もある。

このようにハイチの医療サービス・保険の提供において、公的部門の割合が小さく、その制度の脆弱性が指摘されている。その実態を、長年同国で医療サービスの提供と支援を行ってきた、米国系援助市民組織の中心人物であるポール・ファーマー医師は、おおよそ次のように述べている。ハイチの医療制度は予算が不足しており、医療制度の中心である病院の状況は凄惨であった。病院が機能していない原因は、予算の不足と人口の大部分を占める貧困層である国において「医療サービス提供に応じて料金を払うモデル」を無理に制定したことによる。また、3次医療機関として大学病院があり、その主要な役割のひとつに医師を養成することがある。しかし、病院の全般的予算不足や、労働者に給料も支払えない状況はそれを困難にしている (Farmer 2011, 9) としている。

このようにハイチの医療は、公的部門が制度的また財政的に十分な機能を果たせないなか、海外からの援助や、海外に本拠をもつ市民社会組織の役割が重要となる。そこで、外国に本拠をもつ市民社会組織のハイチにおける活動の事例をみてみよう。まず、「国境なき医師団」のハイチにおける活動をみてみよう。「国境なき医師団」2014年の年次報告によると、同医師団では同年、ハイチにおいて2159人のスタッフが活動しており、その予算は3500万ユーロであった。同医師団は首都ポルトープランス市とその周辺地域にて、4つの病院を経営している。ドルイヤール (Drouillard) 病院は、主として火傷を扱うハイチで唯一の専門病院として機能しており、

35 病床をもつ。マリソン (Marissant) 救急・安定センターは、2014 年に 4 万 5000 人の救急患者を受け入れた。同病院は 8 病床をもち、ほかの適切な病院への転院を行う救急サービスも行っている。ナップ・ケンベ (Nap Kenbe) センターは 121 病床、3 手術室、および集中治療室を備えている。同病院のスタッフは、2014 年に約 1 万人の救急患者を受け入れ、4200 件の手術を行った。震災で 80 パーセントが破壊されたレオガン (Léogane) 地区にはコンテナの診療所を運営し、主として難しい出産や交通事故に対処している。シャトレ (Chatuley) 病院は 2015 年に閉鎖予定であるため、2013 年から活動を縮小させたが、2014 年には 6800 人の患者を受け入れた<sup>(11)</sup>。

つぎに、先に引用したポール・ファーナーが中心的な役割を果たしてきた米国の市民社会組織であるパートナーズ・イン・ヘルス (Partners in Health) はボストンに本拠をおく非営利医療専門の団体で、1987 年にハイチの医療支援のために設立された。現在では世界各地の貧困国で活動している。同団体のウェブサイトによると、パートナーズ・イン・ヘルスはハイチにおける最大の医療 NGO である。同団体はハイチの最貧困地域において 12 の診療所と病院を運営し、通算 160 万人の患者を受け入れている。ミルバレ (Mirebalais) 地区では 300 病床の大学病院を開設し、高い水準の医療を住民に提供していると同時に、次世代の医療スタッフの養成を行っている。2010 年の震災以降に流行したコレラに対応して、大規模な地域医療を実施し、2 万人の患者を受け入れ、政府や他の NGO との協力のもとに 10 万人へのワクチン接種を行った。また 1998 年以降、HIV や結核患者に対応するために、コミュニティ医療専門家 (community health workers, accompagnateurs) を活用している<sup>(12)</sup>。このようにパートナーズ・イン・ヘルスはハイチの最貧困地域において地域医療から高度医療までを担い、さらに医療スタッフの養成を含めて、医療活動の中心的役割を担っている。

国際機関の事例として、WHO の米国事務所のケースをみてみよう。同事務所は、ハイチにおける医療制度が極めて脆弱であるとの判断のもとに、震災以前からさまざまな活動を行っている。まず、同国で行われている各

種医療プログラムと各種の医療実施機関等の多様な医療活動を調整し、医療活動のモニタリングを行っている。同時に、実際の医療活動としては、基礎的な薬剤や医療用品を輸入し、低コストで公的機関や NGO に供給している。その受益者は 350 万人の社会的最脆弱層であり、あらゆる団体や NGO と協力して、公的サービスへのアクセスを確保することを目的として活動している。このように WHO の活動は、NGO らと協力しつつ公的制度の整備・拡充を目的としていた<sup>(13)</sup>。

日本も同国に対する支援の一環として、医療面での公的支援を行っている。日本の医療面での海外援助として、震災で甚大な被害を受けた南東県にあるジャクメル病院の復興・拡充に対する援助を行っている。同病院における周産期、中央診療棟の建設、および医療器材の整備事業を支援している。また公衆衛生の観点から、同じく震災で甚大な被害を受けたレオガン市の給水システム復旧計画への支援を行っている。日本の支援で一部の配水管の復旧がなされたものの、2013 年における同市の水道普及率は 2.8 パーセントにすぎなかった。日本は ODA により同市の水源、水道網を含む水道施設の復旧計画を支援している<sup>(14)</sup>。

こうした活発な海外の援助や市民社会組織の支援にもかかわらず、全体的にみると同国の近代的医療制度のカバー率は低く、そのことは乳幼児死亡率の高さや平均余命の短さといった社会指標にも表れている。また医療制度の脆弱性は、感染性の疾病の流行をもたらしている。2010 年の震災前には HIV/AIDS が流行し、世界的に高い罹病率を示す国のひとつに数えられていた。WHO の報告書によると、2005 年の 15 歳から 49 歳までの成人人口で HIV 保持者は推定 3.8 パーセント（2.2 パーセントから 5.4 パーセント）であり、同年の AIDS による死亡者は、約 18 万人であった（WHO et.al. 2008, 6）。このような HIV/AIDS の流行に対処したのは、米国のコーネル大学の医学部であるウエイル・コーネル記念医学部（Weill Cornell Medical College）がハイチに設立したゲスキオ（Groupe Haitien d' Etude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes: GHESKIO）や、前述のパートナーズ・イン・ヘルスなどの非営利医療団体と WHO などの国際機関であった。このうち GHESKIO は、HIV/AIDS の治療と予防に関する



統合的なモデルを開発している。医療機関として GHESKIO は、年間 10 万人の患者を受け入れ、診察と薬剤の頒布は無料で実施されている<sup>(15)</sup>。

また、震災後はコレラの流行が問題となっている。震災後のコレラの流行は、国連の平和維持活動 (PKO) 部隊がハイチにコレラ菌をもち込んだものであると確認されている<sup>(16)</sup>。2016 年のハリケーンによる被害後にコレラが流行し、その後、断続的にコレラに流行がみられる。2012 年 3 月には約 53 万人のコレラ罹病者と、約 7000 人の死者が保健省に報告されている (WHO 2012, 402)。2010 年 10 月にコレラの流行が始まってから、2015 年 12 月までにコレラの患者は 75 万 4972 人が報告され、8863 人の死者を出した<sup>(17)</sup>。こうしたコレラの流行に対して、WHO、赤十字社、その他多くの国際機関や市民社会組織の協力により、72 万 9000 人が対コレラワクチンを接種し、2 県のコレラの流行地では人口の 90 パーセントがワクチンを接種したことが報告されている<sup>(18)</sup>。

以上のことをウエルフェア・ミックスの観点からみると、ハイチの人々の暮らしを保障する制度として、国家は極めて脆弱であり、その多くを外国援助や市民社会組織に依存している。外国援助の実施機関が市民社会組織である場合が多く、ハイチの人々の生活保障に貢献しているが、国民のニーズを十分にカバーしているとはいえず、ボランティアの失敗の事例もみられる。医療に限ると、高所得者は民間機関を利用することが多く、低所得層は伝統医療を利用するが多い。また、生活を維持するうえで内外に移住した親族からの送金も大きな役割を果たしており、ハイチの人々の暮らしの保障上、家族あるいは拡大家族の役割は依然として大きい。

### 第3節 ドミニカ共和国の人々の暮らしの保障

#### 1. ドミニカ共和国の人々の暮らしを保障する制度

2015 年のドミニカ共和国の 1 人当たり GDP は 6468 ドルであり、中米・カリブ地域ではメキシコ (9005 ドル) やコスタリカ (11 万 260 ドル) より

低いものの、ホンジュラス（2529ドル）、エルサルバドル（4219ドル）、グアテマラ（3904ドル）やニカラグア（2087ドル）より上位に位置している<sup>(19)</sup>。他方、2008～2009年にかけてのドミニカ共和国の公的社会支出の対GDP比は、8.1パーセントである。同じ年の中米・カリブ地域の公的社会支出の対GDP比は、中米の福祉国家といわれるコスタリカ（20.9パーセント）と社会主義国のキューバ（40.7パーセント）を除くと全般的に低く、メキシコ（10.6パーセント）からエルサルバドル（7.5パーセント）となっており、ドミニカ共和国もそのなかに位置づけられる。これは、ラテンアメリカの南部諸国であるアルゼンチン（26.0パーセント）、ブラジル（25.7パーセント）やウルグアイ（23.5パーセント）（CEPAL 2014）と比較すると、極めて低位にあるといえる。とはいえ、公的な暮らしの保障制度が機能していないハイチと比較すると、ドミニカ共和国は公的な社会保険制度や社会扶助制度の整備が相対的に進んでいる。

2001年の改革以降ドミニカ共和国の公的社会保障制度は、次の3種類に類別できるとする研究がある。それによると、①公的・民間両部門の被雇用者を対象とした拠出制制度、②所得が不安定で最低賃金以下の自営業者、あるいは失業者、障がい者、最貧困層を対象とした国家が財政負担する非拠出制制度、③専門職、技術者、あるいは所得が最低賃金以上の自営業者を対象とした拠出制と非拠出制混合制度である。この混合制度は、被保険者は本人の社会保険料を支払い、国家は雇用者分に相当する保険料を支払う制度である（Godinez y Máttar 2009, 247）。

ドミニカ共和国における公的年金制度は、トルヒージョ時代に所得に対応した拠出制の社会保険として成立した。それが2001年に国家労働庁（Secretaría de estado de Trabajo）の監督下において、ドミニカ社会保障システム（SDSS: Sistema Dominicano de Seguridad Social）として上述した3つの制度に改革された。提供される保険は、3制度共通のものとして、年金、障害、遺族、家族医療保険がある。これらに加えて、公的・民間両部門の被雇用者を対象とした拠出制制度には、労働災害保険が加えられている（Lavigne y Vargas 2013, 13-14）。

このように、社会保険は制度的には全国民をカバーしたものとなってい

る。しかし、実際には年金制度への実質的加入率は、低水準である。2012年に3制度の対象者で（拠出型）年金制度への加入率は25.5パーセントであり、しかも、そのなかで保険料を支払っている人の比率は48.2パーセントにすぎない。こうした実質的な低い保険料支払い率は、労働市場における高いインフォーマル性と雇用の不安定性に帰するとされる。2007年の調査では、中・高生産性部門における労働者の保険料支払い率が77.2パーセントであるのに対して、低生産性部門の労働者のそれは1.4パーセントにすぎなかった（Lavigne y Vargas 2013, 15-16）。ただし、貧困層を対象とした非拠出制年金は税や宝くじなどを財源としており、最低賃金の60パーセントに1カ月分のクリスマス・ボーナス年金が支給されることになっている<sup>(20)</sup>。非拠出制年金の対象者は、障がい者、最低限のニーズすら満たせない収入しかない60歳以上の人、および最低限のニーズを満たす収入がないシングルマザーである（Secretaría de Estado de Trabajo 2001, 29）。このように、ドミニカ共和国の社会保険制度（一部非拠出制を含む）は、制度的には拠出制制度と非拠出制制度をあわせて全国民をカバーする普遍主義的な制度になっている。しかし実際には、拠出制度の保険はフォーマル部門の一部をカバーし、他方、非拠出制の年金は主として最貧困層が対象であり、それ以外は公的年金にカバーされていないのが実態である。こうした広範な年金未受給高齢層は、基本的に家族により扶養されているとみられる。

こうした社会保険のほかに、次項で述べるように副大統領や大統領夫人事務所が管轄する貧困層やシングルマザーなどの社会的脆弱層を対象とした条件付現金給付プログラムがある。また対人サービスについて、保育サービスを事例としてみると、前述のドミニカ社会保障システムは、同システム直営、業務委託または共同経営の保育所を運営している。保育所の対象者はフォーマル部門の労働者の子どもでもあり、2014年の統計では、1万3000人の乳幼児を保育している。他方、貧困層と社会的脆弱層を対象とした保育所が国家乳幼児ケア局（INAIFI: Instituto Nacional de Protección y Atención a la Primera Infancia）の下に設置されている。しかし、2016年までに250の保育所と1000カ所のコミュニティーセンターが建設される

計画であったが、2015年になり、ようやく諸施設の建設が始まるというように計画は遅れている（フローレス 2015, 124-135）。このように、保育サービスという対人サービスの面においても、フォーマル部門の労働者は優遇されており、社会的脆弱層は育児を家族が担うという状況が続いている。ただし、公的社会支出の対 GDP 比が中米諸国と同程度ということもあり、後述するように公的制度は名目的には存在するものの、その実質的整備は進んでおらず、中間層も民間の施設を利用しがちであることが指摘されている（Sánchez and Senderowitsch 2012, 2）。

## 2. 対貧困政策

冒頭で記したように、ドミニカ共和国とハイチの貧困はその性格が異なっており、生活水準全体からみた貧困は、ドミニカ共和国のほうが大幅に低位にあるといえる。とはいえ、所得貧困でみると2015年のそれは32.4パーセントとなっており<sup>(21)</sup>、ドミニカ共和国の人々の暮らしを保障するうえで、対貧困政策は最重要の課題となっている。ドミニカ共和国では、貧困世帯は統一受給者システム（SIUBEN: Sistema Único de Beneficiarios）のセンサスにより抽出され、貧困世帯には扶助カードが支給される。この扶助カードをとおして、各種の社会扶助プログラムの援助が支給されるシステムになっている<sup>(22)</sup>。対貧困政策で中心的な位置を占めているのは、副大統領府が管轄する社会扶助局（Administradora de Subsidios Sociales: ADESS）の各種条件付現金給付プログラムである。条件付現金給付は、主として教育と健康への人的投資をとおして短期的かつ長期的貧困を削減することを目的としており、貧困世帯に対する現金給付に際して、子どもや青年の人的資本の蓄積を促し、貧困の世代間連鎖を断ち切り、家族が教育、栄養や健康に投資することを促す条件が付される（Villatoro 2005, 98）。この条件付現金給付プログラムは、21世紀にラテンアメリカにおける貧困対策プログラムとして広く普及し、ドミニカ共和国もその例外ではない。

ドミニカ共和国における条件付現金給付プログラムの特徴は、妊婦・乳

幼児、小学生、中等学校生、および大学生と対象ごとにプログラムが分かれている点である。給付金額は、学歴が上がるほど高くなっており、それは児童や青年の就労の機会費用が上昇することに対応し、就学を促進するねらいがあるとみられる。このほか無条件の現金給付として、65歳以上の無年金かつ非就労貧困高齢者を対象に、月額400ペソの年金を支給するプログラムがある<sup>(23)</sup>。これは上述した最貧困層高齢者を対象とした年金である。

社会扶助局のウェブサイトには、社会扶助の受給者が2016年5月までに107万2296人であり、給付総額は約928億ペソに達するとの記述がある<sup>(24)</sup>。しかし、ドミニカ共和国の人口は約1000万人強であり、貧困率が30パーセント強とすると300万人以上の貧困人口がいることになる。したがって、条件付きあるいは無条件の現金給付プログラムによる延べ約100万人の給付人口では、多めに見積もっても貧困者の3分の1しかカバーされていないことになる。また、給付水準も低く、65歳以上の貧困者に支給する月額400ペソの非拠出型年金は約9ドルにすぎない<sup>(25)</sup>。このように、貧困政策は、条件付現金給付政策を中心に整備されつつあるが、カバー率や給付水準が低く、フォーマル部門への社会保障制度と比較すると大きく見劣りする。

海外からの支援は、一定程度公的制度が整備され、中所得国であるドミニカ共和国においてはハイチと比べてその役割は小さい。とはいえ、条件付現金給付政策の財源は、ドミニカ共和国の国庫と米州開発銀行の融資である。米州開発銀行は、条件付現金給付プログラムに2009年から13年かけて3億6600万ドルを融資し、社会扶助制度の強化やその評価に約1億ドルを融資している（IDB 2013）。また国際機関のユニセフもドミニカ共和国に事務所を設置し、子どもの権利とその保護に関して同国といくつかの協同プログラムを実施している<sup>(26)</sup>。このように、貧困政策では海外からの支援も重要な役割を果たしている。また、こうした貧困層への公的な対策の不十分性を補完するものとして、一般には市民社会組織の活動が期待されている。前述したユニセフのドミニカ共和国事務所も、協力者（aliados）として多数の市民社会組織の名を挙げている。そのなかには、

子どもの性的虐待防止を目的とした世界9カ国に展開するECPAT (End Child Prostitution in Asian Tourism) といった国際的なNGOや、子どもの教育を目的としたドミニカ人による「ドン・ボスコと子どもたち」(Muchachos y muchachas con Don Bosco) といった現地のNGOも存在している<sup>(27)</sup>。このように中進国であるドミニカ共和国の対貧困政策は、国家主導のもとに整備が進められてきた。もちろん、そこには海外からの支援や市民社会組織が加わっているが、ハイチと比べると国家の果たす役割は相対的に大きい。しかし、貧困層を対象とした非拠出制の諸制度は、そのカバー率はそれほど高くなく、また給付水準は低いのが実態である。

### 3. 医療制度

メッサ＝ラゴによると、ドミニカ共和国の医療システムは、以下の3種類の部門からなっているとす。①貧困層を対象とする国・県・市のプログラムからなる公的制度、②被雇用者と年金受給者をカバーする社会保険制度、③民間医療保険のほか、NGO、赤十字社、低所得層を対象としたインフォーマル部門からなる民間部門である (Mesa-Lago 2005, 53)。2001年に実施された医療制度改革では、財政方式として拠出制、公的補助金制度、および拠出・補助金混合制度からなる制度に整備された。このように同国の医療制度は、制度的には高所得者層から低所得層までをカバーし、「普遍的で義務的」(Lavigne y Vargas 2013, 16)なものとなっている。そのなかでも家族健康保険は、全制度に共通な強制加入で普遍主義的なものであり、その中心が基礎医療プラン (Plan Básico de salud) である。それは、予防、外来、救急、外科、歯科、リハビリテーション等幅広い分野からなっている (Mesa-Lago 2005, 53)。すなわち、ドミニカ共和国の医療制度は、公的部門、民間部門、市民社会部門などからなるウエルフェア・ミックスを構成し、2001年の改革では制度的には全人口をカバーする普遍的な制度となっている。

しかし、ドミニカ共和国の医療の実態は、実際に医療サービスにアクセスできる人が限定的であり、また階層化したものとなっている。まず、



2011年において家族保険プランの加入者は約442万人であり、全人口の63.9パーセントをカバーしている。その加入者は、2007年から2011年にかけて166パーセントと大幅に増大したにもかかわらず、同年において35パーセント以上の人々が未加入の状況にいる。また財政方式別では、加入者の45.5パーセントが公的補助制度の加入者で、残りの54.5パーセントが拠出制の加入者である。さらに、2001年改革で成立した自営業者等を対象とした混合方式制度は、2013年時点でいまだ制度として運営がなされておらず、自営業者を中心に人口の多くの部分が実質的に公的医療制度に包摂されていない(Lavigne y Vargas 2013, 16)。また医療サービス面でも、拠出制度は公的補助金制度よりも良質のサービスを提供している(Lavigne y Vargas 2013, 16)。このようにドミニカ共和国の医療制度は、公的部門、民間部門、市民社会部門などからなるウェルフェア・ミックスを構成し、制度的には全国民をカバーしたものになっているが、実際には多くの人々が公的制度にカバーされておらず、普遍的な運用にはなっていない。また、自営業者が包摂されていないなど、カバー率でも階層的であるばかりでなく、提供される医療サービスにも階層格差がみられる。

以上みてきたように、ドミニカ共和国の公的な暮らしの保障制度は、ハイチと比べると相対的に整備が進んでおり、そのぶん海外からの支援への依存度は低い。とはいえ、同国の公的な暮らしの保障制度全体をみるとフォーマル部門に手厚く、インフォーマル部門への手当は薄い。これは金銭的給付のみならず、対人サービスについても同様で、インフォーマル部門の人々の暮らしの保障は、よりいっそう家族に依存していることになる。また、フォーマル部門は、比較的手厚い保護を受けているが、公的社会支出の対GDP比をみると、域内先進国の南部諸国、アルゼンチン、ブラジルやウルグアイと比べると低位にあり、中米・カリブ地域でも社会主義キューバとコスタリカより低位にある。そのため、国民の暮らしを保障する公的制度は名目上整備されていても、そのカバー率や給付水準は低位にあり、中間層や高所得層は民間制度を利用する度合いが多い。

## おわりに

イスパニョーラ島にある2カ国、ハイチとドミニカ共和国両国は1000万人以上の人口を抱え、カリブ海諸国のなかでは人口大国である。両国とも若年人口が多いため、従属人口比率が高くなっているが、出生率は低下しつつあり、やがて人口ボーナス期を迎えることとなることが推定される。他方、都市化率をみると、ハイチは農村部人口の比率が依然高く、これに対してドミニカ共和国は都市化率が中米諸国の平均を上回り、都市化が進んだ社会となっている。

両国の貧困についてみると、国連の所得貧困統計では、統計年に相違があるが2012年のハイチが58.5パーセントであるのに対して2000年のドミニカ共和国は32.0パーセントと低くなっている<sup>(28)</sup>。しかし、貧困を生活の質全体からみた多次元的貧困指数では、ハイチが49.4パーセント(2012年)であるのに対してドミニカ共和国は5.1パーセント(2013年)にすぎない。また、人々の生活水準を知ることができる人間開発指数においては、2014年時点でハイチは163位と最下位に近く、ドミニカ共和国は101位と全体の中位に位置する。農村部の貧困も農村部人口比率の高いハイチがドミニカ共和国より深刻であり、ハイチの農村部では所得に限らず住居や医療全般にわたって極度の欠乏状況が報告されている。このように、両国の貧困の質には大きな差異があり、ドミニカ共和国は、所得貧困率は高いものの生活水準全般にわたる貧困は、ハイチと比べて格段に低い。他方、ハイチでは教育、医療や生活水準全般にわたって剥奪度が高く、生活水準全般にわたって貧困が深刻であることがわかる。

このような状況に対して、両国の人々の暮らしを保障する制度にも大きなちがいがみられる。ハイチでは国家が福祉の供給者としても、また諸組織の調整者としての機能が弱く、その不足分を外国に本拠をおく市民社会組織や外国援助に大きく依存している。しかし、そうした市民社会組織や外国援助も一定の成果を挙げているとはいえ、ハイチ国民のニーズを十分に満たしているとはいえない。また、多くの国民が公的制度や市民社会組

織・外国援助に包摂されていない。そのため、多くの国民は家族内部で生存を図るほか、その生活を維持する手段は見当たらない。そうしたなかで、親族から送金は生活を維持するうえで重要な収入源となっている。

他方、ドミニカ共和国では公的な国民の暮らしを保障する制度はひとつおり存在し、名目的には全国民がそれによりカバーされている。また、ハイチと比べるとドミニカ共和国は、国家が福祉供給者や諸組織との調整者として果たす役割は大きい。しかし、実際には、2012年の国民の生活を保障する公的制度のカバー率は限定的で、(拠出型)年金制度への加入率は、25.5パーセントであり、2011年において家族保険プランは全人口の63.9パーセントをカバーしている(Lavigne y Vargas 2013, 15-16)にすぎない。しかも、制度のカバー率とサービス内容に関して階層により格差があり、フォーマル部門の社会保険への加入率は高く、そのサービスも貧困層向けのものよりもよい。

とはいえ、同国の公的社會支出の対GDP比は、ラテンアメリカ域内では低い諸国のなかに含まれている。そのため、名目的に存在する諸制度により十分な福祉供給は行えず、またそのサービスの水準も低いことが推定される。その結果、ドミニカ共和国に存在する中間層は高所得層と並び、公的制度による福祉供給が不十分なために民間の制度を利用する傾向にあるという(Sánchez and Senderowitsch 2012, 2)。すなわち同国では、フォーマル部門を構成する中間層は拠出制制度によりカバーされているものの、制度の不備により民間の制度が利用される場合が多く、高所得層は民間部門を利用する傾向にある。他方、低所得層向け公的制度のカバー率は不十分であり、その支給水準も低く、そこに市民社会組織の参加がみられるという、階層的な国民の生活を保障する制度が形成されている。こうしたドミニカ共和国の国民の暮らしを保障する制度の構成は、キューバなどの社会保障先進国を除いたラテンアメリカ域内中進諸国との共通性がみられる(宇佐見編 2003)。

【注】

(1) PKO 派遣部隊 ([http://www.pko.go.jp/pko\\_j/liaison/liaison13.html](http://www.pko.go.jp/pko_j/liaison/liaison13.html) 2017年4

- 月 14 日閲覧)。
- (2) 世界銀行 (<http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.NAHC> 2016 年 12 月 28 日閲覧)。
  - (3) 国連貧困データベース (<http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/povOnDemand.aspx> 2016 年 11 月 12 日アクセス)。
  - (4) 外務省 (<http://www.anzen.mofa.go.jp/riskmap/index.html> 2017 年 4 月 8 日閲覧)。
  - (5) Urgent Réhabilitation Développement (<http://www.urd.org/The-central-role-of-cash-transfer> 2016 年 12 月 9 日アクセス)。
  - (6) Urgent Réhabilitation Développement ([http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=33589#.WEz5amD\\_p2s](http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=33589#.WEz5amD_p2s) 2016 年 12 月 11 日アクセス)。
  - (7) Mercy Corps (<https://www.mercycorps.org/articles/haiti/assessing-mercy-corps-cash-work-program-haiti> 2016 年 12 月 11 日アクセス)。
  - (8) Urgent Réhabilitation Développement (<http://www.urd.org/The-central-role-of-cash-transfer> 2016 年 12 月 11 日アクセス)。
  - (9) 2015 年 9 月 4 日, ポルトープランスの国境なき医師団事務所における外国人スタッフへのインタビューによる。
  - (10) 2015 年 9 月 1 日, ポルトープランスの世界の医療団事務所における外国人スタッフへのインタビューによる。
  - (11) Pan American Health Organization ([http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_content&view=article&id=935:situation-in-haiti&Itemid=0&lang=es](http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=935:situation-in-haiti&Itemid=0&lang=es) 2016 年 2 月 18 日閲覧)。
  - (12) パートナーズ・イン・ヘルス (<http://www.pih.org/country/haiti> 2016 年 2 月 18 日閲覧)。
  - (13) Pan American Health Organization ([http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_content&view=article&id=935:situation-in-haiti&Itemid=0&lang=es](http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=935:situation-in-haiti&Itemid=0&lang=es) 2016 年 2 月 18 日閲覧)。
  - (14) JICA (<http://www.jica.go.jp/haiti/index.html> 2016 年 2 月 18 日閲覧)。
  - (15) Weill Cornell Medicine (<http://weill.cornell.edu/globalhealth/major-initiatives/haiti/> 2016 年 2 月 29 日閲覧)。
  - (16) AFP 通信 (<http://www.afpbb.com/articles/-/3098043> 2017 年 2 月 4 日閲覧)。
  - (17) WHO (<http://www.who.int/cholera/statistics/en/> 2016 年 12 月 22 日閲覧)。
  - (18) WHO (<http://www.who.int/features/2016/haiti-cholera-vaccination/en/> 2016 年 12 月 22 日閲覧)。
  - (19) 世界銀行データベース (<http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD> 2017 年 1 月 5 日閲覧)。
  - (20) <http://www.monografias.com/trabajos59/sistema-dominicano-seguridad/sistema-dominicano-seguridad.shtml> (2017 年 1 月 6 日閲覧)。
  - (21) 世界銀行データベース (<http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.NAHC> 2016 年 12 月 28 日閲覧)。
  - (22) ドミニカ共和国社会保険局 ([http://www.adess.gov.do/v2/P\\_SoloTexto](http://www.adess.gov.do/v2/P_SoloTexto)。

- aspx?EntId=205 2017年1月7日閲覧)。
- ②3 Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (<http://plataformacelac.org/programa/859> 2017年1月7日閲覧)。
- ②4 ドミニカ共和国社会保険局 ([http://www.adess.gov.do/v2/P\\_SoloTexto.aspx?EntId=229](http://www.adess.gov.do/v2/P_SoloTexto.aspx?EntId=229) 2017年1月9日閲覧)。
- ②5 ドミニカ共和国社会保険局 ([http://www.adess.gov.do/v2/P\\_SoloTexto.aspx?EntId=229](http://www.adess.gov.do/v2/P_SoloTexto.aspx?EntId=229) 2017年1月9日閲覧)。
- ②6 UNICEF ([https://www.unicef.org/republicadominicana/overview\\_7885.html](https://www.unicef.org/republicadominicana/overview_7885.html) 2017年1月9日閲覧)。
- ②7 UNICEF ([https://www.unicef.org/republicadominicana/overview\\_7885.html](https://www.unicef.org/republicadominicana/overview_7885.html) 2017年1月9日閲覧)。
- ②8 世界銀行データベース (<http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.NAHC> 2016年12月28日閲覧)。

## 〔参考文献〕

## &lt;日本語文献&gt;

- 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。
- ラウラ・フローレス・メンデス 2015.「ラテンアメリカ諸国における保育制度——ドミニカ共和国を中心に——」宇佐見耕一ほか編『2015世界の社会福祉年鑑』旬報社。

## &lt;外国語文献&gt;

- Buss, Terry F. with Adam Gardner. 2008. *Haiti in the Balance, Why Foreign Aid Has Failed and What We Can Do About It*. Washington, D.C.: Brookings Institution Press.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina) 2014. *Panorama social de América Latina 2014*. Santiago de Chile: CEPAL.
- 2015a *Proyecciones de población 2014*. Santiago de Chile: CEPAL. (<http://www.cepal.org/es/publicaciones/selecciones/poblacion-y-desarrollo> 2016年10月28日アクセス)。
- 2015b *Indicadores sociales básicos de la subregión de América Latina y el Caribe*. México D.F.: CEPAL. ([http://www.cepal.org/es/publicaciones/list/?search\\_fulltext=Indicadores+sociales+b%C3%A1sicos+de+la+subregi%C3%B3n+de+Am%C3%A9rica+Latina+y+el+Caribe&=Buscar](http://www.cepal.org/es/publicaciones/list/?search_fulltext=Indicadores+sociales+b%C3%A1sicos+de+la+subregi%C3%B3n+de+Am%C3%A9rica+Latina+y+el+Caribe&=Buscar) 2016年10月29日アクセス)。
- 2009. *Urbanización en perspectiva*. Santiago de Chile: CEPAL. (<http://www.cepal.org/es/publicaciones/selecciones/poblacion-y-desarrollo> 2016年10月28日アクセス)。

- Farmer, Paul. 2011. *Haiti after Earthquake*. New York: Public Affairs. (岩田健太郎訳 『復興するハイチ, 震災から, そして貧困から, 医師たちの戦いの記録 2010-11』 みすず書房 2014年).
- Gilbert, Randolph. 2004. *Haiti: antecedentes económicos y sociales*. México D.F.: CEPAL.
- Godínez, Víctor y Jorge Máttar. 2009. *La República Dominicana en 2030: hacia una nación cohesionada*. México D.F.: CEPAL.
- IDB 2012. *Haiti: 2007-2011, Country Program Evaluation*. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank (IDB).
- 2013. *Country Program Evaluation: Dominican Republic (2009-2013)*. Washington, D.C.: IDB.
- Johnson, Norman. 1987. *Welfare State in Transition: The Theory and Practice of welfare Pluralism*. Brighton: Harvester Wheatsheaf. (青木郁夫・山本隆訳『福祉国家のゆくえ——福祉多元主義の諸問題——』法律文化社 1993年).
- Kidder, Tracy. 2003. *Mountains Beyond Mountains: The Quest of Dr. Paul Farmer, A Man Who Would Cure the World*. Toronto: Random House. (竹迫仁子訳『国境を越えた医師』小学館プロダクション 2004年).
- Lamaute-Brisson, Nathalie. 2013. *Sistemas de protección social de América Latina y el Caribe: Haití*. Santiago de Chile: CEPAL.
- 2014. *Promoción y protección social de la infancia y adolescencia en Haití*. Santiago de Chile: CEPAL y UNICEF.
- Lavigne, Milena y Luis Hernán Vargas. 2013. *Sistema de protección social en América Latina y el Caribe: República Dominicana*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Mesa-Lago, Carmelo. 2005. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago de Chile: CEPAL.
- PAHO. 2012. *Health in the Americas, 2012 Edition*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization (PAHO).
- Salamon, Lester M. 1995. *Partners in Public Service*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Sánchez, Miguel Eduardo and Roby Senderowitsch. 2012. “The Political Economy of the Middle Class in the Dominican Republic: Individualization of Public Goods, Lack of Institutional Trust and Weak Collective Action.” Santo Domingo: World Bank.
- Secretaría de Estado de Trabajo. 2001. *Ley No.87-01 que crea El sistema dominicano de Seguridad Social*. Santo Domingo: Secretaría de Estado de Trabajo.
- Sletten, Pål and Willy Egset. 2004. *Poverty in Haiti*. Rome: Fao (<http://www.fao.org/about/en/> 2016年12月11日アクセス).
- United Nations. 2012. *Haiti Moving Forward Step by Step 2012*. New York: U.N.
- UNDP. 2015. *Human Development Report 2015*. New York: United Nations Development Programme.
- Villatoro, Pablo. 2005. “Programas de transferencias monetarias condicionadas:

- experiencias en América Latina.” *Revista de la CEPAL* (86) Agost: 87-101.
- World Bank. 2002. *Haiti: Country Assistance Evaluation*. Washington, D.C.: The World Bank.
- World Bank and NPES. 2014. *Investing in People to Fight Poverty in Haiti*. Washington, D.C.: World Bank.



