

中央アジアの社会保障：カザフスタンの社会保険と 公的扶助

李，一清

九州大学比較社会文化学府准教授 | 九州大学言語文化研究院准教授 | 九州大学アジア総合政策センター
協力教員

稲葉，美由紀

九州大学言語文化研究院准教授 | 九州大学アジア総合政策センター協力教員

<https://doi.org/10.15017/13320>

出版情報：九州大学アジア総合政策センター紀要. 2, pp.17-34, 2007-09-28. 九州大学アジア総合政策
センター

バージョン：

権利関係：

中央アジアの社会保障 — カザフスタンの社会保険と公的扶助

Social Security in Central Asia: Social Insurance and Public Assistance System in the Republic of Kazakhstan

李 一清

(九州大学言語文化研究院、比較社会文化学府准教授、九州大学アジア総合政策センター協力教員)

稲葉 美由紀

(九州大学言語文化研究院准教授、九州大学アジア総合政策センター協力教員)

Ilcheong Yi

(Associate Professor, Faculty of Languages and Cultures, Graduate School of Social and Cultural Studies, Kyushu University)

INABA, Miyuki

(Associate Professor, Faculty of Languages and Cultures, Kyushu University)

Abstract

Searching for the model of simultaneous development in both economic and social sphere is one of the major tasks for the scholars involved in the development studies since the development of one sphere is not easily convertible to that of the other. The case of the Republic of Kazakhstan, the best performer in terms of Human Development Index in Central Asia provides us with a good testing case for the mechanism of both economic and social development. Examining the performance in economic and social fields through the main indicators, the paper found that Kazakhstan has not fared in social sphere compared to its rapid growth of economy in terms of GDP. It argues that one of the major problem lies in the increasing gap between the rural and urban areas in both terms of economic growth and social well-being.

Key words : Developmental Welfare Model, Kazakhstan, Social Security, Health Insurance, National Pension, Public Assistance, Social Work

要約

経済と社会分野の同時的発展が可能なモデルの探索は、開発学分野の学者たちには非常に重要な課題であろう。これは一つ分野の発展が、他の分野の発展に繋がらないためである。中央アジアで人間開発指数がもっとも高いカザフスタンのケースは、我々に経済・社会の同時発展のメカニズムを分析するのに非常に興味深いケースを提供してくれる。重要な指数を通じて、カザフスタンの経済と社会分野の発展を分析し、本稿は、カザフスタンの社会分野は急速な経済成長より発展しなかったことを発見した。こうした相対的に低い社会発展の主な原因は、徐々に広がっている都市とルーラルの地域格差であることが明らかになった。

キーワード：開発型福祉モデル、カザフスタン、社会保障、健康保険、年金、公的扶助、社会福祉サービス

はじめに：経済と社会の同時発展モデルとしての「開発型福祉モデル」

急速なグローバル化は、世界経済の成長や生活水準の向上を確実に促したが、その一方で国

家間、また国内における貧富の格差を拡大させる要因にもなった。特に、最貧国また発展途上国は貧困問題のみならず、紛争、地雷、HIV/AIDSなどの感染症といった人間の生存や尊厳

を脅かす問題にも直面している。こうした最貧国また発展途上国が抱えている貧困と社会的問題に対して、国際社会は、人間一人ひとりの生命、尊厳を守る「人間の安全保障」の視点に立った支援を続けてきた (UNDP, 2006)。国際支援の流れは、国連のミレニアム開発目標にも反映され、貧困、初等教育、ジェンダー、幼児の健康、妊産婦の健康、HIV/AIDS、環境、開発のグローバル・パートナーシップ等の経済・社会的問題を含む総合的な開発が、国際社会の開発の観点として定着されつつある。

しかし、2006年 UNDP の人間開発レポート (UNDP, 2006) を見ると、世界的な経済成長と国際社会による支援努力にもかかわらず、最貧国また発展途上国の発展は不均等に行われたことが見受けられる。一般的に世界の物質的富は増大し、発展途上国のうちいくつかの国は急速な成長を成し遂げたが (中国とインドなど)、それ以外の発展途上国の経済の成長は見られなかった。一般的に経済的発展のレベルは、教育、健康等の社会的発展指標と密接な関係を有するため、多くの人々にとって経済成長の不均等は、非常に大きな問題として見なされている。

しかし、経済・社会的な発展レベルは常に肯定的な比例関係にあるとは言えない。例えば、ベトナムは経済的な発展レベルより人間開発指数の方が高く、逆にバーレーンの場合、所得はチリの約 2 倍であるが、人間開発指数はチリより低い。このような事実は、物質的な富を獲得したからといってそれが必ずしも社会的な発展につながるとは言えないことを裏付けている。つまり、物質的な富を社会的な発展へと転換させる能力が国家によって異なるということを示している (UNDP, 2006, 264)。

本論文では、中央アジア¹ の貧困国の一つであるカザフスタン² を事例に経済と社会発展の状況を説明しながらカザフスタンには経済発展が

社会発展にいかに関与を及ぼしたかを究明したい。

第 1 章では、カザフスタンの政治・経済的な現状を概括的に説明する。第 2 章では、カザフスタンの社会保険体制の制度と実施過程を説明し、人間の安全保障に対するカザフスタンの社会保険体制の効果について述べる。第 3 章では、カザフスタンの公的扶助の制度を全国レベルと地域レベルに分けて検討する。その中で特に、カザフスタンの最貧州の一つであるクジルオルダをケースとして取り上げ、カザフスタンの地域レベルの福祉体制を分析する。結論では、上述した内容をまとめ、カザフスタンの福祉体制を「開発型福祉モデル」の観点から総合的に評価する。

1. 社会経済発展の歴史的背景 — 転換期

中央アジアは、転換期経済・アジアとヨーロッパ的な文化の混在、多民族国家、豊かな天然資源、深刻な環境問題など多様な特徴を持つ地域である。そのうち、旧ソ連の解体とともに1991年に独立したカザフスタンは、国の規模や豊かな天然資源、急速な経済成長率などの結果、中央アジアの国々の中で最も注目を浴びている。

1990年、農業分野が国民総生産の1/3を占めるほど²、農業中心国家だったカザフスタンの国民総生産は、1998年マイナス1.7%成長から2000年9.8%へと急速な成長を達成した後、2000年から2006年まで平均10.2%の国民総生産率を記録している (EBRD, 2007)。1998年から2002年まで8.5%に上昇したインフレも2003年以後5.5%水準を維持、負債利子償還率も1998年から2002年の間に年平均26.7%から2005年には3.2%まで下がったのである。一人当たり国民総生産は2000年1,231米ドルから2005年には3,714米ドルを記録、2006年には5,112米ドルと推算され³、2003年の世界銀行の基準⁴ に

1 学界と国際機関で、「中央アジア」はカザフスタン共和国、ウズベキスタン共和国、キルギスタン共和国、タジキスタン共和国、トルクメニスタンを示す。日本ではあまり知られていない中央アジア地域をイメージする際、しばしば「シルクロード」という表現をする。1992年渡辺副総理のキルギスタンとカザフスタンの訪問から活発に始まった日本の対中央アジアの外交が新聞や放送で使われた表現として代表的な言い方が「シルクロード外交」であった。十分な分析のないジャーナリスティックな使い方の傾向は1960年代、一部の安易な中央アジア歴史学者たちから始まったといえる。(その安易な傾向に関する批判に対しては宇山知彦「中央アジアを知るための60章史」の第2章「中央アジア＝シルクロードか？」を参照すること。) 十九世紀、ドイツの地理学者リヒトホーフ (Richthofen) により初めて使われた「シルクロード」という概念はヨーロッパとアジアの様々な交易路の総称であり、「シルクロード」という言葉は中央アジア地域を表す表現としてはそもそも不適切だと思われる。

2 1990年の国民総生産の中、農業生産額の比率は27%だった。World Bank (2002)。

3 European Bank for Reconstruction and Development (2007) Selected Economic Indicators <http://www.ebrd.com/country/sector/econo/stats/index.htm>

表1 部門別経済活動による生産額 (%)

	2000	2001	2002	2003
農業、林業、狩猟	7.3	7.9	7.5	7.6
漁業水産養殖業	0.2	0.2	0.2	0.1
鉱業	17.7	14.9	16.7	17.2
製造業	21.5	19.9	18.8	18.5
電力・ガス・水道業	3.2	3.1	3.2	3.2
卸売・自動車・機械修理・家具製造業	14.2	13.4	11.6	10.6
飲食店・ホテル	0.6	0.6	0.6	0.7
運輸・通信業	10.3	13.2	12.7	13.2
金融活動	1.9	2.3	2.3	2.3
不動産業	9.1	9.4	10.2	11.3
行政サービス	2.0	2.1	2.2	2.1
教育	2.6	2.7	2.5	2.5
保健・社会サービス	1.7	2.0	2.0	1.9
その他公共・社会・個人サービス	2.2	2.0	2.2	2.2
家庭サービス	0.0	0.2	0.2	0.1
合計	100	100.0	100.0	100.0

出所：Agency on Statistics of the Republic of Kazakhstan (2006) Statistical Yearbook of Kazakhstan, Almaty, pp.155-158. の資料を筆者が整理したもの。

よれば、低中所得国の所得基準を大きく上回る国の一つである。こうした急速な経済成長の背景には、何より石油などの天然資源が存在したからであり、カザフスタン政府の統計によると(表1) 鉱業の国民総生産額は製造業に続いて第二の重要産業だったのである。

急速な経済成長により自信に満ちたカザフスタンの大統領ナザルバイエフ (Nazarbayev) は2006年3月、カザフスタンが競争力のある世界50ヶ国に入る為、政治・経済・社会部分における大改革を闡明した。特に、社会分野の改革に対してナザルバイエフ大統領は「カザフスタン国民の社会的生活の質を向上し、競争力のある国のレベルに達するまで持続的に改善する努力を指標とし、また、国家の経済の発展を支え、社会的弱者を保護する社会政策」の重要性を強調した (UNCT Kazakhstan, 2007)。これが発表された後、カザフスタンの社会はこれまでの変化より一層早いスピードで変化し始めた。そして、最近では2030年までの国家戦略として「カザフスタン2030 (Kazakhstan-2030) と2015年までの「産業と改革プログラム (Strategiya Industrialno-innovacionnogo Razvitiya)」も、経済成長・貧困削減を含む一般的な社会開発を目指すものとして制定された。では、貧困国が

ら急速な経済成長を達成しているカザフスタンが果たして経済発展の利益を社会発展へとつなげることができるのだろうか。

2. カザフスタンの社会状況

セン (A. Sen) は、所得貧困だけでは人間能力の損失 (deprivation of capability) を説明することはできないと述べた (Sen, 1999, Chapter 4)。「能力アプローチ (Capability Approach)」は UNDP の人間開発指数 (HDI) とミレニアム開発目標にも反映されているが、貧困の総合的判断においてよく使われる。このような賃金所得貧困 (income poverty) と非賃金所得貧困 (non-income poverty or capability deprivation) は転換期経済を説明する際、特に有意義である。それは、転換期経済において急速な経済成長を達成することによって貨幣として計算された一人当たり総所得が増加されたことにもかかわらず、旧ソ連時代において相対的に高いレベルの社会サービス (教育と健康など) とインフラ (暖房など) になれていた国民は、逆に政府による社会サービスの削減と民営化などによるサービスの量的・質的減少に激しい剥奪感を感じルコトとなった。

本章ではこうした観点からカザフスタンの貧

4 2002年の世界銀行の低中所得国の基準は1,240米ドルである。

困と社会開発の状況を説明した上、貧困を含む様々な社会問題を解決するための同国での社会福祉体制を分析することにした。

2 - 1. 貧困

他の転換期経済と同様にカザフスタンも、転換期初期において深刻な経済危機と生活の質の低下を経験した。国民総生産について1990年から1995年までの平均を見ると、旧ソ連時代に比べ50%減少し、貿易は40%の減少(1993)を見せ、また、インフレは2,169%(1993)という驚くほどにまで増加したのである(UNDP et al., 2003, 9)。こうした経済状況の中、貧困率は徐々に上がったが、1998年からようやく減少し始め、政府の公式発表によると、2004年に貧困率は16.1%に下がった⁵。しかし、所得貧困

率は過少評価された側面があると言っても過言ではない。カザフスタンの貧困率は、最低生計費(Prozhitochnii Minimum)の40%にも満たない所得を有する世帯の比率である。この最低生計費には住居に係る費用を含んでないため、実際にかかる生活費より低いという批判が多くなされている(UNDP et. al. 2003, 2)。以下の表を見ると平均名目賃金に対する最低生計費の比率が急激に下がったことがわかる。

急速な経済成長、特に、都市地域の経済成長によって貧困率は上々に下がったが、ルーラル(rural)地域の貧困率はまだ高いといえる。政府の統計からすると、ルーラル地域の貧困層は都市地域の貧困層の二倍(2001年)から三倍近く増えたのである(Agency on Statistics of Kazakhstan and the Expanded UN Theme

表2 都市地域とルーラル(rural)地域の貧困層の推移

	2001	2002	2003	2004
都市地域 (%)	20	15.6	10.8	9.2
ルーラル(rural)地域 (%)	38.5	34.7	30.9	24.8
合計 (%)	28.4	24.2	19.8	16.1

出所: Agency on Statistics of Kazakhstan and the Expanded UN Theme Group on Poverty Alleviation, Employment and Social Safety, 2005, 21ページの図から筆者が整理したもの。

表3 賃金・年金・最低賃金・最低生計費とその比率

	2000	2001	2002	2003	2004
最低生計費(テンゲ)	4,407	4,596	4,761	5,128	5,427
平均名目賃金(テンゲ)	14,374	17,373	20,323	23,218	28,329
最低賃金(テンゲ)	2,680	3,484	4,181	5,000	6,600
平均年金(テンゲ)	4,462	4,949	5,818	8,193	8,628
最低年金(テンゲ)	3,500	4,000	4,336	5,500	5,800
最低生計費/平均名目賃金(%)	30.7	26.4	23.4	22.1	19.2
最低生計費/最低賃金(%)	164.4	131.9	113.9	102.6	82.2
最低生計費/平均年金(%)	98.8	92.9	81.8	62.6	62.9
最低生計費/最低年金(%)	125.9	114.9	109.8	93.2	93.6

出所: Agency on Statistics of Kazakhstan and the Expanded UN Theme Group on Poverty Alleviation, Employment and Social Safety, 2005, 22ページの図から筆者が整理したもの。

表4 中央アジアの重要医療状況の変化(1990 - 1998)

	カザフスタン 共和国	キルギス 共和国	タジキスタン 共和国	トルクメニスタン 共和国	ウズベキスタン 共和国
医師(変化率%)	- 20.0%	- 4.6%	- 8.4%	+ 6.0%	+ 6.0%
看護婦(変化率%)	- 34.0%	- 11.0%	- 30.0%	- 12.0%	+ 13.0%

出所: Muller (2003), 26ページから筆者が整理したもの。

5 カザフスタンの貧困線は地域別に決定される最低生計費の40%で設定されている。(UNDP, 2003, 1)

表5 カザフスタンの重要医療状況

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
医療施設 (病院など)	1,518	938	981	1,005	1,029	1,042
10,000当たりベット数	123.0	72.1	74.4	75.3	76.8	77.4
外来患者診療能力 (10,000当たり患者訪問数)	212	170	166	168.5	134.6	132.4
10,000当たり専門医数	38.3	33.0	34.6	36.1	36.5	36.3
10,000当たり准医療人力数	107	72	74	76	76.9	77.6

出所：Agency on Statistics of Kazakhstan and the Expanded UN Theme Group on Poverty Alleviation, Employment and Social Safety (2005), 26ページ。

表6 都市とルーラル (rural) の就学率比較

		1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
6 - 24歳の就学率 (%)	総計	65.6	67.9	68.9	70.7	72.5	75.4	76.9	78.7
	都市		75.4	77.9	81.5	85.8	90.9	94.9	99.2
	ルーラル (rural)		59.4	58.9	58.8	57.8	58.4	57.3	56.3

出所：Agency on Statistics of Kazakhstan and the Expanded UN Theme Group on Poverty Alleviation, Employment and Social Safety (2005), 50ページから筆者が整理したもの。

Group on Poverty Alleviation, Employment and Social Safety, 2005, 21)。

ルーラル地域の貧困は様々な原因があるが、まず、ルーラルの賃金が都市地域より低いこと、ルーラルの家族人数が多いことがその理由として挙げられる。

しかし、最低賃金を労働市場の平均賃金水準と平均年金水準のレベルまで上げた政府の政策は、貧困層の減少に寄与したと言える。例えば、最低賃金は2003年から最低生計費を上回る水準になった。

2 - 2. 健康

カザフスタンの経済発展レベルに比べて国民の平均寿命 (Life Expectancy) は非常に低い。それは、中年、特に男性の死亡率が高いためであると言われている (Muller, 2003, 24; UNICEF, 2001, 138)。このような状況に対して様々な理由が挙げられるが、最も重要な理由は独立以後、医療界の人員と施設が減少したことである。ウズベキスタン以外の中央アジア国における医療施設や人員の減少は一般的な現状であったが、カザフスタンはその中でもかなり深刻な状況であった。1999年から2004年の統計をみると、入院患者と外来患者を診療するキャ

パシティーと准医療人員が大きく減少したことがわかる。2004年から本格的に始まった医療改革の結果、医療施設の数は確かに増えたと言えるが、それでも1999年のレベルの68.6%に過ぎない。さらに、医療装備の老朽化も一つの深刻的な問題として残っている。特に、医療装備の老朽化は地方でさらに深刻であるといわれている⁶ (草間, 2006, 13)

2 - 3. 教育

教育部門は旧ソ連時代において大きな発展があったと言える。教育部門が他の社会部門より発展したことは、旧社会主義国で見られる一つの特徴である。1926年のセンサスによると、当時カザフ人の識字率は7%しかなかったが、1955年には大半の子供たちが7年間である最低限の義務教育をうけるようになった (Muller, 2003, 13)。国際児童基金の統計によると2005年カザフスタンの識字率は100%に近い (UNICEF, 2007)。高い識字率と就学率はカザフスタンの人間開発指数を上げることに役立っていたといえる。しかし、その一方で教育部門においても地域格差が非常に大きいことがわかる。以下の表からもわかるように都市の場合、大半の子供が学校教育を受けているが、ルーラ

6 医療装備の老朽化と激し地域格差は筆者たちの2006年のカザフスタン・アラリスクの現場調査によっても確認された。

表7 失業率の変化推移

		1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
失 業 率 (%)	総計	11.0	13.1	13.5	12.8	10.4	9.3	8.8	8.4
	都市	10.7	12.6	13.0	12.3	12.6	10.9	10.0	9.4
	ルーラル (rural)	11.4	13.9	14.2	13.5	7.8	7.4	7.1	7.1
	男	n.a	n.a	n.a	n.a	8.9	7.5	7.2	7.0
	女	n.a	n.a	n.a	n.a	12.0	11.2	10.4	9.8
若者失業率	総計	n.a	n.a	n.a	n.a	19.1	17.3	14.5	14.3
	都市	n.a	n.a	n.a	n.a	23.6	20.8	17.2	17.2
	ルーラル (rural)	n.a	n.a	n.a	n.a	15.1	14.3	12.2	11.8
	男	n.a	n.a	n.a	n.a	17.4	15.7	12.9	13.1
	女	n.a	n.a	n.a	n.a	21.1	19.3	16.4	15.7

表8 都市別大気汚染指数

	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2004 - 1995
アスタナ(Astana)	2.4	n.a	n.a	2.7	1.3	2.6	3.9	3.1	0.7
アルマチ(Almaty)	12.3	9.8	n.a	9.9	13.1	11.7	11.3	15.0	2.7
アクトベ(Aktobe)	8.6	n.a	n.a	10.0	8.5	9.5	9.0	9.6	1
ウスト カメノゴルスク (Ust-Kamenogorsk)	8.0	14.1	n.a	17.8	14.2	16.0	8.9	7.0	- 1
リデル(Ridder)	15.7	18.1	n.a	10.0	10.3	11.3	8.3	7.4	- 8.3
アチラウ(Atyrau)	1.0	2.6	n.a	2.5	1.8	2.0	1.2	1.9	0.9
アクタウ(Aktau)	7.5	n.a	4.4	4.6	4.4	4.8	5.4	4.4	- 3.1
タラズ(Taraz)	4.5	7.45	7.2	7.8	6.7	7.3	7.2		- 4.5
ジェズカズガン(Jezkazgan)	4.9	n.a	n.a	7.5	7.9	6.8	5.1	5.0	0.1
バルクハシュ(Balkhash)	3.6	n.a	n.a	3.3	2.2	2.4	2.7	3.8	0.2
カラガンヂ(Karagandy)	4.4	n.a	n.a	4.6	4.6	6.5	11.8	12.5	8.1
テミルタウ(Temirtau)	5.4	n.a	n.a	6.9	7.8	8.8	7.3	7.4	2
コスタナイ(Kostanai)	1.9	4.3	n.a	2.9	3.2	3.4	3.6	3.5	1.6
パブロダル(Pavlodar)	2.1	2.7	n.a	2.5	2.3	2.7	1.5	1.3	- 0.8
エキバスツズ(Ekibastuz)	2.1	1.3	1.2	1.7	1.4	1.9	1.9	1.3	- 0.8
ベツロパブロヴスク (Petropavlovsk)	3.9	6.2	n.a	6.8	5.1	3.4	3.9	4.5	0.6
セミパラチンスク (Semipalantinsk)	6.3	n.a	n.a	4.0	3.3	2.6	3.6	4.1	- 2.2
ウラルスク(Uralsk)	2.5	n.a	n.a	1.2	1.2	1.2	0.7	1.2	- 1.3
シムケント(Shymkent)	6.1	n.a	9.0	1.0	11.8	9.5	13.6	15.1	9

Agency on Statistics of Kazakhstan and the Expanded UN Theme Group on Poverty Alleviation, Employment and Social Safety (2005) 52-53ページを参照して筆者が整理したもの。

ル (rural) の場合、就学率はその半分しかない。

2 - 4. 失業

もう一つの深刻な社会的問題は高い失業率である。1999年13.5%まで上がった失業率は経済成長とともにいったん下がったが、2005年には

再び8.1%という高い失業率を見せたのである (EBRD, 2007)。正常的に機能する失業保険、または失業扶助が不十分な現状では、別度の所得源がない失業者は自動的に「ターゲット方式社会扶助制度 (Systema Adresnoj Sosialnoi Pomoshi)」の受給者になる。しかし、「ター

表9 カザフスタン 人間開発指数

	1990	1995	2004	1995 - 1990	2004 - 1995	2004 - 1990
平均寿命 (年)	68.1	63.5	66.2	- 4.6	+ 2.7	- 1.9
識字率 (%)	97.7	98.7	99.5	+ 1.0	+ 0.8	+ 1.8
就学率 (%)	80.0	73.0	84.0	- 7.0	+ 11.0	+ 4.0
一人当 GDP (購買評価値米ドル (USD at PPP))	6,283	4,508	7,260	- 1,776	+ 2,752	+ 977
平均寿命指数	0.718	0.642	0.686	- 0.077	+ 0.044	- 0.032
教育指数	0.918	0.901	0.943	- 0.017	+ 0.042	+ 0.025
所得指数	0.691	0.636	0.715	- 0.055	+ 0.079	+ 0.024
人間開発指数	0.776	0.726	0.782	- 0.050	+ 0.056	+ 0.006

出所: Agency on Statistics of Kazakhstan and the Expanded UN Theme Group on Poverty Alleviation, Employment and Social Safety (2005), ページ10の表から筆者作成。

ゲット方式社会扶助制度」には職業訓練などの再就業プログラムが不十分なため、受給者の再就職は厳しく、長期的な貧困層になる可能性が高くなっている。

注目すべきことは、2001年から都市地域の失業率がルーラルより高くなったこと、若者の失業率が平均より高いこと、女性の失業率が高いことなどだ。都市地域の急速な発展を考えると、都市地域の高い失業率は、就職のためにルーラルから上京した人々、特に、都市へ移住する若者の増加がその理由として推測される。こうした都市地域への移住は発展途上国の典型的な現象であるが、これはルーラル地域の所得が移住の費用を上回る水準まで続くといわれている。

2 - 5. 環境

カザフスタンのような急速に経済が成長する国において都市化と産業の急速な進展による環境崩壊の憂慮が高まる⁷。カザフスタンの環境問題は大きく二つに分けることができる。第一にソ連時代の政策遺産としての環境問題である。セミパラチンスクとアラル海などの問題がその例である⁸。こうした問題は現在、国際的な支援や国内政策によってその改善がなされているが、その地域と周辺地域との間に環境問題を巡

る対策面での調整がうまくいかないように見える(野村, 2005)。第二は、急速な都市化による都市の大気と水質汚染問題が挙げられる。特に、シムケントとカラガンチの場合は大気汚染が非常に深刻な状況であるといえる。

結論的に言えば、カザフスタンの貧困・社会状況には二つの特徴があるといえる。一つ目は、急速な経済成長に相当するほどの社会開発発展はなかったこと。この特徴は、人間開発指数の推移を見ると、より明確である。平均寿命・児童死亡率・成人識字率・基礎教育率・貧困率等の指数を利用し、健康・教育・所得の面の総合的発展の程度を評価する人間開発指数からすると、カザフスタンは1990年の0.776から2004年の0.782のわずかな発展をみせただけであった⁹(Agency on Statistics of Kazakhstan and the Expanded UN Theme Group on Poverty Alleviation, Employment and Social Safety, 2005, 10)。急速な経済成長による所得上昇を考えると、社会的な発展はあまり大きくなかったと言っても過言ではない。

3. 社会保障体制

カザフスタンの社会保障体制は大きく見ると社会保険と公的扶助の二種類に分けられる。こ

7 環境問題は、それ自身が社会問題であり、貧困・健康などの社会的問題に直接影響を与える分野でもある。しかし、これまでの社会政策分野、特に、福祉政策を研究する学者たちの環境分野に対する関心、言い換えれば、環境と生活の質の関係を福祉政策の観点から研究する試みは少なかった。そのような傾向の例外としては Tang (1998) を参照すること。

8 アラル海問題に関する概括的な歴史と現地住民の認識に対しては Danish Society For A Living Sea (2003) と石田など (2005) を参照すること。アラル海周辺の環境と健康問題に関しては千葉 (2005) を参照すること。

9 2006年の UNDP 人間開発報告書はカザフスタンの人間開発指数が1990年の0.768から2004年の0.774への増加したことを報告している。本研究で使用された指数との違いは方法論の違い、例えば児童死亡率の WHO 基準適用などによって発生したものだ。(UNDP, 2006, 289) しかし時系列的な指数の差は両方とも0.006として同じである。

の章では、前述した社会問題に対して社会保険と公的扶助がどのように対応してきたのかを歴史的に説明する。

3 - 1. 社会保険 — 年金保険と健康保険

カザフスタン共和国の社会保険制度は、現在年金保険の一つしかない。しかし、カザフスタンでも1996年から1998年までという短い期間ではあるが、健康保険を採用した経験を持っている。現在、カザフスタンでは健康保険は存在しないが、健康保険はカザフスタンの保険制度の発展において重要な役割を示したため、この章においては、年金制度とともに論じることにする。

カザフスタンは転換期経済、特に独立国家共同体 (CIS) 諸国の中、最も積極的に年金改革を行った国である。高い賃金代替率、給料の25.5%を占める高い年金保険料、拠出基盤の急激な減少などといった問題を抱えている上で、カザフスタンの賦課方式 (pay-as-you-go method) の年金制度は、国家の財政に重い負担を加重したり、年金支給を遅延したりした。こうした問題はまた保険料の滞納や未納につながるといった悪循環に陥ることとなった (杉浦, 2000, 335; Seitenova and Becker, 2003, 26)。もう一つの問題は、カザフスタンが高齢化社会へと進んでいることだった。Becker, Seitenova and Urzhumova の研究によると、カザフスタンの将来人口動向は、出産率が徐々に低くなり、2050年になると年金生活者を支える経済活動人口の比率は1999年の5.4から2.5になると見込んでいる (Becker, Seitenova, and Urzhumova, 2000)。このような人口構成と賦課方式の未来は暗くなるという意識が拡散された。このような問題に直面したカザフスタン政府は1998年からアジア開発銀行 (ADB)・世界銀行 (World Bank)・国際通貨基金 (IMF)・

米国国際開発庁 (USAID) 等の支援を受けながら年金改革を行ったが、それは、1980年代のチリ年金スタイルの積立方式 (funded system) を導入し、新たな年金制度を実施することであった。このチリスタイルの積立方式を選択したのは、前述した問題を解決しようとする目的が重要な役割をしたが、その上、国家経済発展のための資本市場を発展させる目的も大きな影響を与えたと言える (Hinz, Zvinienne, Vilamovska, 2005, 4)。

新たな年金制度では給料生活をする人々がその対象になり、毎月給料の10%が自動的に自分の年金口座に積み立てられるようになった¹⁰。1998年1月以後、年金受給資格¹¹をもった年金受給者は、自分の労働期間によって調整されていた旧制度による年金と新たな年金制度による、つまり、自分が積み立てた年金をもらうようになった。そして1998年以後、新たな年金制度の下で働き始めた人は、新たな年金制度から年金を受け取るようになった。2005年6月カザフスタンはまた進歩的な年金制度を制定した。「社会年金 (Sociálnaya Pensiya)」と呼ばれるこの年金は、年金を受け取ることができる年齢に達すると働いた経験や保険料の支払いとは関係なく、最低生計費の40%に該当する年金を受給することができるのである¹²。

進歩的な年金制度を定着させているカザフスタン政府の一番大きな課題は、新たな年金制度に当てる行政管理能力強化と労働市場管理であるだろう¹³。1996年、旧制度によって年金制度に加入していた人数は、全体労働者780万人の中で500万人であったが、新たな制度によって作られた個人口座は300万個しかなかった。こうした急激な減少の一つの原因は新たな年金制度や社会勤労所得税の管理を引き受ける「国家年金支払いセンター (Gosudarstvennij Centr po Viplate Pensij)」の行政能力の不足が挙げ

10 健康保険制度が廃止されたなくなった1999年1月から旧制度下の年金財源・様々な公的扶助年金手当 (障害者・遺族・高齢者扶助年金手当)・失業・健康対策のために付加された「社会勤労所得税 (Sociálnij Nalog, social payroll tax)」は給料の21%になった。この21%に加え、給料の10%を新たな積立方式の年金保険料として納付する給料生活者には実際31%の税金負担がかかる。様々な英語論文では社会勤労所得税が social tax, social insurance tax, payroll tax などで翻訳されるが筆者は保険を含む様々な扶助にもこの税金が使われていることを表すため「社会勤労所得税 (Sociálnij Nalog, social payroll tax)」という名称で使う。カザフスタン議会は2006年7月6日、現行の最大21%の「社会勤労所得税 (Sociálnij Nalog, social payroll tax)」を2008年1月から13%に下げる法案を通過させた。Legislative Alert (2006)。

11 2001年現在年金受給資格は男性63歳、女性58歳である。男女平均寿命が10年以上の差があることを考えると5年の格差は男性に不利になるだろう。

12 この年金は概念的には公的扶助に近い。

13 筆者が本稿を執筆している時、日本にも前代未聞の50万件的「消えた年金」事件が起きた。行政管理能力の重要性とその難しさを示唆しているように思われる。

られるが、より深刻な原因は、相対的に高い税金率や所得不申告と非公式労働市場に流出された人が多いためである。このような重い税金負担は、新たな年金制度に加入した人の大半が都市の高い賃金所得者であること、反対にルーラル (rural) の農業従事者、小規模自営業者、短期失業者の加入の比率が少ないことからよるものである。(Hinz, Zviniene, Vilamovska, 2005, 67)。この問題は2008年の「社会勤労所得税 (Socialnij Nalog, social payroll tax)」の比率が21%から13%に削減されることによってある程度解決されると思われる。しかし、この社会勤労所得税が様々な公的扶助年金手当 (障害者・遺族・高齢者扶助年金手当) の財源であるため、貧困層に対する別度の対策がない限り、公的扶助の質と量は下がる恐れがある。

旧ソ連の枠組を継承したカザフスタンの保険制度は1996年政府が強制健康保険制度を制定し、「強制健康保険基金 (Fond Objazatelnogo Medicinskogo Straxovanija)」が設立される

ことによって大きな変化を見せた。保険原則に基づいた制度は、旧ソ連時代の保険原則であった「国民全員に医療サービスを無償で無限に提供する」ということから大きく異なるものであった。まず、対象と関連するルールをみると、新たな保険制度はその対象として医療保険を持っている軍人以外の国民を対象としたのである。企業の運営者は労働給料の3%を保険料として納付し、自営業者は自分の保険料を支払い、オブラスト政府は社会的弱者、つまり、児童、学生、失業者、引退者のための保険料を支払うことになった。しかし、実際の運営は旧制度とそれほど変わらなかった。その理由は実行段階で医療機関が非被保険者と被保険者とを区別しなかったため、国民は旧制度のまま医療サービスを受けられると感じたからである。この制度では二種類の医療サービス、すなわち、「保障型 (Guaranteed)」と「基本型 (Basic)」がある。「保障型 (Guaranteed)」サービスは、保険の加入とは関係なく、国民に提供されるも

表10 医療関係重要指標 (1980 - 2005)

	1980	1983	1986	1989	1992	1995	1998	2001	2004	2005
A. 出生時平均余命 (歳)	66.95 (1981)	n.a	68.94	68.78	68.24	64.65	65	65.89	66.21	65.89
B. 65歳以前の死亡による寿命の減少 (年)	13.5 (1981)	13.2 (1982)	11.29	11.16	11.46	13.67	13.21	12.37	12.18	12.45
C. 100,000当たり結核感染者	22.3	n.a	16	13.38	15.55	32.06	46.92	27.99	25	26.36
D. 100,000当たりHIV数	n.a	n.a	n.a	0.0242	0.0059	0.0302	1.98	7.91	4.66	6.36
E. 100,000当たりAIDS数	n.a	n.a	n.a	n.a	0.0058 (1993)	0.0181	0.0597	0.1211	0.4862	0.6668
F. 患者入院率	22.86	23.75	24.84	24.13	21.99	17.08	15.56	15.52	18.21	18.12
G. 平均入院期間	17		16.5	16	16.3	17.1	15.9	14.1	12.9	12.8
H. 年間一人当たり受診数	8.3	8.9	9.6	8.5	8.1	7.1	5.7	5.7	6.7	6.6
I. 年間1人当たり医療費总支出 (ppp / 米ドル)	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	196	243	393	n.a
J. 全体医療費用支出のうち公的部門の比率	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	55.1	56.4	62.4	n.a

出所: European Health for All Database, World Health Organization Regional Office for Europe のオンラインデータベースのデータを筆者が整理したもの。

のである。このサービスは応急治療、輸血、癌、精神病治療、結核などの感染症、障害者、戦争被害軍人、児童、年金生活者などのケア、免疫サービスを含む。「基本型」サービスは被保険者向けのサービスで、入院サービスが含まれている (European Observatory on Health Care Systems, 1999, 19)。

しかし、国民を対象とした大胆な保険制度は二年も経たないうちに深刻な財政問題に直面した。上述したようにサービスの利用に変化がなかったため、財政源は大幅減少された。まず、対象の約25%は自営業者 (大半が農業を営んでいる) として登録されているが、この自営業者は強制的な徴収が難しいため、その大部分が保険料を納付しなかった。それに加えて、企業の大半は経営悪化のため、保険料を支払うことができなかった。漸増する失業者による国家の負担が増えたため、オブラスト政府の中でも

支払いできないものが徐々に増えてきた¹⁴ (European Observatory on Health Care Systems, 1999, 18 19)。このような深刻な財政問題を打破するため、1999年政府は、保険制度から1996年以前の税金ベース枠組へと戻り、新たな「医療サービス支払いセンター (Centre Oplati Medicinskih Uslug)」が医療サービスの財政運営を引き受けることになった。この変化によって保険料は21%の社会税金の一部として拠出され、政府の予算として管理されるようになった。この変化とともに1999年からの医療サービスの財政源泉は政府の予算と利用者が支払う部分の二つで成り立つようになった。それゆえに、財政面を見ると、利用者が支払った分に加え、公立医療機関は政府から予算支援を受けて、私立医療機関は「医療サービス支払いセンター」との契約によって自分のサービス費用を受けるようになった。統計がないためその規

表11 2002年の主な公的扶助プログラムの概要

社会保護	内容	財源
ターゲット方式社会扶助 (Adresnoj Socialnoi Pomoshi)	2002年1月から施行。個人及び家族を対象とする現金給付。各オブラスト政府が定めた「貧困線」以下の人を対象。極貧困層を対象とする貧困削減プログラム。資力調査有り。	オブラスト政府
住宅扶助	低所得者及び社会的弱者対象。住宅維持、光熱費、家賃への扶助。資力調査有り。	オブラスト政府
オブラスト社会扶助 障害手当 遺族手当 老齢手当	障害を抱える期間の間、障害者手当として毎月支給。年金を受給出来る人は、年金受給開始時で障害手当は停止。毎月の支給額は障害の重さにより決定。 世帯主を無くした家族へ、残された家族が就労出来るまでもしくは定年退職年齢まで (男性63歳、女性58歳)。年金の受給資格がない高齢者もしくは収入が最低年金額に達しない高齢者を対象に最低年金額の差額を扶助。	中央政府およびオブラスト政府
特別オブラスト手当	1999年までの特別オブラスト手当は現金もしくは現物配給により住居維持、光熱費、燃料、電話、薬、眼がね、交通費などの支援を社会的弱者を対象に実施。現在は、現金給付のみで対象は世界大戦参戦障害軍人、障害者、チェルノブリ災害、戦争で亡くなった人々の家族、政治的抑圧を受けた犠牲者、子どもが多い母親など。	中央政府およびオブラスト政府
就労プログラム	オブラストが失業者に行う特別支援で、仕事探し、専門職訓練、公共事業など。	オブラスト政府 (専門訓練は中央政府・オブラスト政府)

(出所: World Bank, 2004, p.31 を筆者が加筆・整理)

14 政府は当初徴収することができる保険料が健康予算の25%を上回ると予想したが、実際1996年全体健康予算の中、徴収された保険料の割合は15%しかなかった (European Observatory on Health Care Systems, 1999, 18)。

模はわからないが、理論的に地方のオブラスト政府は地方税の半分までは地方の医療機関に交付することができる。しかし財政不足問題を抱えているため、地方政府の支援はほとんどなく、医療機関は深刻な予算不足の問題を抱えていると見受けられる (European Observatory on Health Care Systems, 1999, 18)。新たな制度の中、相対的に一人当たりの費用が大きく、重い疾患向けの「基本型」のサービスの財源はオブラスト、市、レイオン (Rayon) などが担当するようになったため、こうした地方政府の予算不足状態は国民、特に、地方に住んでいる住民の健康に大きな危険要素になるだろう。これは以下の統計にも見受けられる。国民の健康状態を表す A・B・C・D・E の指標を見ると、HIV と AIDS のケース以外、全般的に独立前の状況よりはよくないが、独立直前または90年代前半よりは良くなっていることがわかる。診療状況を見ても、結核感染者の数が一番多かった1998年のもっとも改善された診療状況 (低い入院率と受診率) に比べ良くなっていることがわかる。しかし、入院率・入院期間・受診率な

どの医療サービスの量が増加することとともに患者の負担も増加したことがわかる。特に2003年から2004年まで患者の負担は61.7%増加したが、政府の負担の増加率は6%だけである。こうした状態は一件当たり医療費の増加にもかかわらず政府の予算は不足の状態になったため、結果てきにカザフスタン国民の医療費負担がさらに増える可能性を示している。勿論、このような医療状況は貧困層と社会的弱者により大きな影響を与えるであろう。

3 - 2 . 公的扶助

2000年に策定された国連開発ミレニアムの目標1は、極度の貧困と飢餓の撲滅を目標としている。この目標についてカザフスタンの状況を見ると、ターゲット1¹⁵とターゲット2¹⁶に関してほぼ達成可能であると報告されている (UNDP, 2005c)。確かにカザフスタンの貧困率を見ると、1996年の35%の貧困率は2004年には16.1%まで低下している。しかし、貧困率の範囲は都市部の20.4%からルーラルの38.0%までと都市部とルーラルを比較すると格差が大き

表12 ターゲット方式社会扶助受給者の属性 (2003年1月1日)

州	合計 (1,000単位)	子ども (%)	学生 (%)	就労不能者 (%)	年金受給者 (%)	失業者 (%)	低所得者 (%)	その他 (%)
Akmola Oblast	42.7	47.3	1.4	1.4	1.2	28.1	8.7	11.9
Aktyubinsk	92.5	53.1	1.8	1.3	2.7	22.8	7.9	10.5
Almaty	132.5	55.6	1.3	1.3	1.3	15.6	7.5	17.4
Atyrau	82.8	55.1	1.3	1.3	4.2	20.9	10.4	6.8
East-Kazakhstan	129.6	63.0	1.0	1.4	1.8	14.0	7.9	10.9
Zhambyl	82.8	61.8	1.0	1.6	1.4	13.6	5.9	14.6
West-Kazakhstan	56.4	56.2	0.7	0.8	3.7	14.0	9.6	13.3
Karaganda	90.8	52.0	1.7	2.4	2.5	10.8	9.1	21.6
Kostanai	31.6	50.0	2.8	0.9	1.3	32.6	6.6	6.0
Kyzylorda	130.6	53.4	1.3	2.1	2.5	22.0	5.8	12.9
Mangistau	32.1	55.5	2.5	2.2	2.2	22.1	7.2	8.1
Pavlodar	55.7	51.0	1.1	1.6	1.8	34.5	5.6	4.7
North-Kazakhstan	37.1	57.1	1.1	1.6	1.6	15.1	9.7	13.7
South-Kazakhstan	164.6	63.8	0.9	2.1	2.1	10.4	3.6	17.1
Almaty city	18.8	45.7	3.7	2.1	1.6	39.4	3.2	4.3
Astana city	2.9	51.7	2.4	3.4	1.4	13.8	6.9	20.7
カザフスタン全体	1184	56.5	1.3	1.7	2.2	18.1	7.1	13.1

(出所 : UNDP, Ministry of Labour and Social Protection of Population of the Republic of Kazakhstan, International Labor Organization Subregional Office for Eastern Europe and Central Asia, 2003, p.89 より筆者必要箇所抜粋・整理したもの)

15 2015年までに、1日1ドル未満で生活する人口の割合を1990年の水準の半分に減少させる。

16 2015年までに、飢餓に苦しむ人口の割合を1990年の水準の半分に減少させる。

いことが指摘される。さらに、オブラスト間の格差も著しく、その例として2001年のマンガスタウオブラストにおけるルーラル住民のほとんどが最低生計費以下の生活を送っている状況である (UNDP, 2005c)。カザフスタンの貧困問題は「地域格差」が深刻な課題として指摘できる。このような「格差」および「貧困」を緩和するため、現在カザフスタン政府は以下のような公的扶助プログラムを実施している (UNPFA and UNDP, 2005)。

3 - 2 - 1. 貧困問題と社会福祉サービス

1996年に全国的な規模で実施されたカザフスタン生活水準調査 (Kazakhstan Living Standards Survey: KLSS) の分析から、カザフスタンの地域格差が非常に大きいこと、

総人口の35%が貧困ライン以下の生活をしていること、貧困と家族数に深い関係があること、インフォーマルセクターでの就労が拡大している点などが明らかになった。

このような状況を改善するために、ターゲットとなる貧困層への貧困削減を目的とする「社会扶助法 (Zakon ob Adresnoj Socialnoi Pomoshi)」が施行された (UNDP, Ministry of Labour and Social Protection, ILO (2003), UNDP (2005)。それまでの公的扶助は18歳以下の子どものみを対象としたが、この「ターゲット方式社会扶助」プログラムの導入により、「貧困線」以下の成人へも受給資格が拡大された点は注目すべき取り組みであろう。さらに、2000年から各オブラストは地域における消費者物価を反映させるため最低生計費を設定出来るようになってきている。

現在、ターゲット方式社会扶助受給するための基準収入は、最低生計費の40%で設定されている。ターゲット方式社会扶助の費用は、オブラスト政府の財源から支出されている。オブラスト政府は、扶助受給者の決定及び実施を行っており、その対象単位は個人および世帯である。申請資格者には、カザフスタン国民、難民、永住権を持った外国人も含まれている (ILO and UNDP, 2003)。受給者は、毎月現金で給付を受けるが、継続するために3ヶ月に一度ターゲット方式社会扶助の受給資格の見直しが行なわれる。

2003年の統計によると、ターゲット方式社会扶助の受給者の57%は子ども、次に失業者が18%、低所得者7%、その他が13%で、学生、就労不能者および年金受給者がほぼ同じ割合で受給を受けていると以下の表のように報告している。受給者数から、アルマトィ、西カザフスタン、クジルオルダ、南カザフスタンの受給者数が他オブラストと比較して、極めて多いことが明らかであり、子どもの受給者が半数以上を占めている。

こうした貧困削減を目的にしたターゲット方式社会扶助には、いくつかの問題点があげられる。第一に、ターゲット方式社会扶助は貧困層と見られる所得下位25%の中30%の対照にしか届いていない点が指摘されており、本来の目的である貧困削減の効果は弱いと言っても過言ではない (World Bank, 2004, UNDP; Ministry of Labour and Social Protection, and ILO, 2003)。

第二には、ターゲット方式社会扶助の費用はオブラスト政府の負担であることから、オブラスト政府の財政力によりターゲット方式社会扶助のカバーできる対象者数に大きな格差が生じるといえる。事実、早く受給資格を得た者からオブラスト予算は支出されるため、実際に資格が認められた受給者でも予算不足が原因で給付を受けることが出来なかったという事例もでている¹⁷。したがって、ターゲット方式社会扶助が貧困層への「セーフティネット」としての機能を果たせるかどうかは、オブラスト財政に大きく左右されると考えられる。言い換えれば、財政力の弱い州のルーラルに住んでいる貧困者にとって、ターゲット方式社会扶助はあまり期待のできる公的扶助とは言い難いであろう。

第三に、事務的手続きの点があげられている。カラガンディオブラストでは、2003年1月に、住民登録書 (Propiska) 無し、パスポートもしくはIDの紛失、遠隔地のため手続きが困難などの理由で受給資格のある2,000人が受給できなかったと報告されている。最後に、このようなプログラムを実施するためにはオブラスト政府の運営、管理能力が必要である。たとえば、受給資格の3ヶ月に1度の見直し、需給者の属

17 World Bank, 2004, UNDP, Ministry of Labour and Social Protection, & ILO, 2003, p.61.を参照。
この報告書は、Zhambyl州では4期目のTSA予算が足りず支給されなかったと報告している。

性、期間などのモニタリングなども必要である。果たして、多くのオブラスト政府がそのキャパシティを備えているかは大きな疑問である。また住居扶助は、低所得者および社会的弱者を対象に、住宅維持、光熱費などを補助している。(UNDP, 2005b, pp. 42 & 71)。

3 - 2 - 2. 児童問題と社会福祉サービス

カザフスタンの18歳未満の児童数は569万人で、1,512万人の総人口の37.6%を占める。近年、特に問題となっているのは乳児のネグレクト(育児放棄・怠慢)の増加であり児童養護施設不足が指摘されている。国内には、8万8千人の孤児がいると推測され、その70%は両親のネグレクトによるものだといわれている。1998年には新たに2,630人が孤児となり、その数は2001年に4,098人と急増している現状である。保護された子どもたちへ保護施設から独立するための住宅支援や就労支援、さらには大学への進学などの多様面における支援を実施している。この背景には、家族の崩壊や両親のネグレクトなどの問題が存在している。そこで、政府は2000年5月に家族に関わる決議案を採択し、両親不在の子どもへの保護への施策を進めている(UNICER, 2000, p.12.)。

2000年の9ヶ月間における青少年の犯罪も前年に比べ、5.7%増加しており、多くはアルコール中毒や薬物中毒が原因であったと報告されているこのような結果を受けて政府は「道徳・倫理」教育研究所を設置し教育プログラムの実施に取り組んでいる。児童や青少年の多くは、地域内にスポーツや余暇を過ごす施設不足や両親

のネグレクトが原因で、放浪生活やアルコール・薬物依存へと走るハイリスクのグループである。ユニセフのレポートは、過去3年間において薬物利用の青少年が4倍になったと報告している(Musabekov, 2000, pp.20 21)。また、深刻な環境問題地域であるアラル海周辺¹⁸や放射能汚染地域のセミパラチンスクなどの地域を対象に、子どもの健全な成長や発達を促進する家庭・生活環境を築くための児童保護の措置が展開されている。

3 - 2 - 3. 障害者問題と社会福祉サービス

カザフスタンには障害者が39万人いるといわれており、そのうちの4万9千人(総人口の約3.5%)が子どもであると推定されている(Zakiyeva, 2003)。現在は、1991年「障害者社会保護法」¹⁹および「障害者リハビリテーションプログラム 2002 2005」の採択のもと、障害者の自由と権利、予防のための措置、健全者と共同で生きる社会の構築を目指している。「障害者リハビリテーションプログラム2006 - 2008」では、高齢者と障害者に関わる組織の見直し、ネットワーク化、オブラスト政府の社会サービスの基準の検討、ホスピスの建設なども含んでいる(UNFPA and UNDP, 2005, p.56)。

さらに、障害児を持つ家族へは毎月2,175テンゲのオブラスト手当(障害手当)と652.5テンゲの特別オブラスト社会手当が支給されており、現在49,161人が受給している(UNICEF, 2000, p.13)。また障害者の雇用促進のために、税金控除の措置を設けている。例えば、51%以上の障害者が雇用されている事業体は、税金控

表13 年齢別カザフスタンの人口の推移、2003 - 2030

年齢	2003	2005	2010	2015	2020	2025	2030
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0 - 14	25.7	24.5	24.5	27.2	28.9	27.2	24.4
15 - 34	34.4	35.1	34.6	31.6	28.6	27.7	28.8
35 - 59	28.8	30.0	30.6	30.1	29.9	30.7	31.2
60 - 64	3.8	2.7	3.1	3.9	4.4	4.7	4.2
65 +	7.3	7.8	7.2	7.2	8.2	9.7	11.5

(出所：UNFPA & UNDP, 2005, p.104のテーブルから筆者必要箇所抜粋)

18 ここで、アラル海の教育現場の実態に少し触れる。アラリスク市にある1906年に設立した歴史深い6歳から16歳までが通う学校を訪問した。全校生徒数の608人のうち80人の生徒の両親は二人とも失業、15人は両親がいないということであった。学習環境は、パソコン等を含むマルチメディア、暖房、運動場の問題など施設の老朽化が特に目立っていた。

19 Zakiyevaによると、2003年12月に新しい「カザフスタン共和国における障害者保護法」が採択される予定である。その内容は、高等教育機関・職業訓練学校への奨学金の障害者枠、公共施設へのアクセス、障害者の労働権利、障害者への公的扶助、障害者へのリハビリテーション、予防などを含む。

除の対象となる (UNDP, 2005b, p.71)。しかし、障害児への教育体制、障害者と健常児の「総合教育」「インクルーシブ教育」の体制は整っていないため障害者にとり就職は大きな壁となっている。障害者はカザフスタン社会の中で脆弱性の高いグループであり、今後、教育、医療、就労、交通、アクセス、市民への障害に関する理解を向上させる啓蒙活動など多方面での取り組みが必要である。現時点では、カザフスタン政府は2006年12月に国連総会で採択された「国連障害者権利条約」にまだ署名していない²⁰。

3 - 2 - 4. 母子・女性問題と社会福祉サービス

2003年1月より母親の出産及びこどもの養育を支援するために出産育児一時金が支給されている。この給付金は一度に限定されており15MUR (monthly unit rate)²¹、2004年には919テンゲが支払われている (UNDP, 2005b)。支給要件には、世帯の資力調査は伴わず、全ての女性を対象としているため社会保障の性格が強いといえる。

女性の健康指標は30%と低く、地域の中でも東カザフスタン、アクモラ、クジルオルダ、南クジルオルダなどの地域でカザフスタン政府から重度環境破壊地域と指定されているオブラストでは更に低く20%である。妊産婦の60%以上が環境汚染、経済社会問題、医療施設の数と質、医療機関へのアクセスの問題、健康意識の低さ等が原因で貧血症状があるといわれている。母親の健康状態は直接子どもの健康状態と大きく関わっているため、政府の母子保健に関わる積極的な施策と医療施設の整備が必要である。

次に女性への暴力について見ると、懲役している30%の男性は女性へのセクシュアル・アブ्यूズ及び家庭暴力によるものとされ、女性への殺人、暴行の順で犯罪率が高くなっている (UNDP, 2005b)。2002年には、3,125件の殺人事件が発生しているが、その中の2,783人は家庭暴力によって殺害された女性である。また、2003年に報告された118,000件の犯罪のうち、女性に対するものは25,000件に達している。その内容は、殺人 (501件)、重傷 (326件)、レイプ (1,200件であるが、実際は10倍の数はある

と専門家は指摘している)、暴力と拷問 (1,400件) である (UNDP, 2005c, p.34)。電話によるホットラインへの相談および問い合わせ件数は27,000件であった。その内容は、23%が身体への虐待、22%が精神的な虐待に関するものであった。このような状況を受けて国内には38ヶ所の女性と子どものためのクライシスセンターが存在する。さらに国内における法律相談、精神的サポートセンターは国際機関からの資金負担で運営されている。カザフスタン政府は、「女性に対する暴力撤廃宣言」に署名し、近年、急増する女性に対する暴力、家庭暴力、虐待に対応するため、2003年に犯罪・犯罪施行刑法の見直しを行った。目的は、女性に対する暴力に関する犯罪の刑罰および法律施行機関と他の関連機関との連携を強化することであった。その結果特に、暴行に関する刑罰が重くなっている。しかし、カザフスタン政府が女性の保護・暴力撤廃に積極的に取り組んできたとは言い難く、表面的な支援に終わっているという批判も聞かれている。最近「ドメスティック・バイオレンス防止法」の草案が検討されているが、いまだ施行されていない。

3 - 2 - 5. 高齢者問題と社会福祉サービス

国連では、65歳以上の人口の国全体の人口に占める割合が7%になった段階から「高齢化社会」のスタートとし、その割合が14%の「高齢社会」になるまでに要する年月を高齢化社会の速度としている。このように、人口高齢化が進みつつある社会を高齢化社会という。カザフスタンの高齢化の状況をみると、65歳以上の総人口に対する割合は2005年に7.8%、2020年には8.2%そして2030年には11.5%まで上昇すると推測されている。

オブラスト政府の社会扶助で、高齢者を対象とするものとして老齢手当がある。給付対象は、退職年齢 (男性63歳、女性58歳) に達しているが、年金制度へ拠出金を払っていない者や拠出したが何らかの理由で最低年金額以下の者が対象である。最低年金額との差額が手当として扶助される。

2001年の貧困層の70%は高齢女性であったと

20 2007年5月23日の時点で、95カ国が署名している。政府の不十分な政策に比べて、NGOの活動は注目を浴びている。カザフスタンの障害に関わるNGOは、カザフ聴覚障害者協会、障害者ボランティア連盟、カザフ視覚障害者連盟、女性障害者“Shyrak”、障害者権利擁護団体“Zhan”などがある。

21 社会扶助を受給するときに使用される社会指標

いう報告があり、原因のひとつとして男女賃金の格差を指摘している。平均して女性の賃金は全てのセクターにおいて低く、女性は低賃金のサービスセクターで就労している。1990年代には男性賃金の約70%であったのが、2003年には60.7%と悪化している (UNDP, 2005b)。男性年金受給額に対する女性年金額を比較すると、1995年が82.4%、2000年には下がって77.2%、2003年は80.2%とだいたい一定している。今後高齢者女性は、年金額および他の収入源に制限があるなど、「貧困の女性化」の傾向が予測される (UNDP, 2000a)。

次に高齢者とその介護の関連について少し見てみたい。カザフスタンでは、伝統的に末息子が同居して両親の面倒を見て、祖父母が孫の面倒を見るのが一般的である (藤本透子、2002, p.133)。しかし、ルーラル地域では若い世代が子どもを祖父母に預け、都市へ出稼ぎに行く傾向や核家族化の増加傾向がみられる。このため、高齢者世帯の経済的な負担が増している状況が推測される。このような問題は他の発展途上国でも指摘されているが、ルーラルから都市部への稼働年齢層の移動とルーラル地域での高齢化が今後さらに進むとカザフスタンにおいても「介護」の問題が深刻化すると考えられる²²。

終わりに

中央アジアでもっとも早い経済成長率を見せているカザフスタンも、転換期初期には旧ソ連経済圏との生産リンクの断絶による生産の減少、高いインフレによる実質賃金の低下等の深刻な経済危機を経験した。しかし天然資源を中心とした経済復興が本格化された1998年から貧困率は徐々に下げ始めた。国民医療体制の改革、年金改革、ターゲット方式社会扶助等の導入など一連の社会政策部門の改革も効果を見せているため、健康、教育、雇用、環境等の分野で注目すべき発展があったと言っても過言ではない。しかし前述した分析でも明確になったように、貧困を含む社会政策全ての分野で見える漸増する都市とルーラル地域間の格差はカザフスタンの発展政策に大きな課題を投げかけている。こうした都市とルーラルの地域格差は、本稿では実証的検証は明らかにできなかったが、経済成

長に並ぶほどの社会分野の成長が達成されていない一つの重要な原因であろう。

国民総生産面で急速な経済成長を達し、注目されるカザフスタンが今後いかに持続的な発展をすることができるのか、その可能性を今判断することはまだ時期尚早であろう。しかしカザフスタンがいかなる持続的な発展の戦略を持って実践し、どういう結果を導くのかの問題は開発における経済と社会要因の相補的役割 (complementary role) に関心がある開発分野の学者や専門家たちに非常に面白いケースになるだろう。

謝辞

本論文の作成にあつたては、2006年度平和中島財団のアジア地域重点学術研究助成を受け、2006年8月から9月にかけて3週間の貧困と社会開発に関する調査 (アルマティ市、クジルオルダ市、アラリスク市、漁村への訪問) が可能になったものです。現地調査にあたり、出発前から大変お世話になった京都学園大学・市民環境研究所の石田紀郎教授、九州国際大学の野村政修教授、国際医療福祉大学の千葉百子教授、また現地でご協力いただいたローマン氏、アスカロフ氏、アリク氏、キム先生、谷口由加子さん、クテイヤロフ副学長、ボタ先生、キムバスターにお礼申しあげます。アルマティでは、在カザフスタン日本国大使館瀬尾政嗣参事官、JICA佐藤忠所長からのご協力に深く感謝申しあげます。とくに現地で研究補助員として活躍し、今、九州大学で研究生として勉強しているリヤイリヤ・ヌグリバイエバ君に心からの深い感謝と激励申しあげます。

参考文献

- Agency on Statistics of Kazakhstan and the Expanded UN Theme Group on Poverty Alleviation, Employment and Social Safety. (2005). *Living Standards And Poverty in Kazakhstan: Statistics Monitoring*, Almaty, Agency on Statistics of Kazakhstan and the Expanded UN Theme Group on Poverty Alleviation, Employment and Social Safety
- Ahusupov, B. (2000). *Women, Youth, and HIV/AIDS in Kazakhstan*, paper presented at the Expert Group Meeting on 'The HIV/AIDS Pandemic and its Gender Implications', Windhoek, Namibia (13-17 November).

22 UNFPA & UNDP, 2005, 詳細に関しては第2章 (高齢者の貧困と収入) 参照。

- Andrews, E. S. (2001) "Kazakhstan: An Ambitious Pension Reform", *Social Protection Discussion Paper Series*, Social Protection Unit, Human Development Network, the World Bank.
- Becker, C. M. Seitenova, A. S. and Urzhumova, D.S. (2000) *Adequacy of Pensions for Different Groups of Employees and Recommendations for Action Necessities to Adequately Address Identified Retirement Income Deficiencies*. Astana, Kazakhstan: Ministry of Labour and Social Protection, Second Annual Report to the World Bank in fulfillment of a conditionality for the continued disbursement of a PRIL (pension reform implementation) loan.
- Columbia University School of Social Work, American International Health Alliance (AIHA), Agency for International Development (UNAIID). *Train the trainer: Workshop in Social Work Theory & Social Work Practice Principles*. (2005).
- Committee on the Rights of the Child. (April, 2003). Written replies by the Government of Kazakhstan concerning the list of issues (CRC/C/Q/KAZ/1) received by the Committee on the Rights of the Child relating to the consideration of the initial Report of Kazakhstan (CRC/C/41/Add.13). (CRC/C/RESP/27)
- Danish Society For A Living Sea (2003) *Setting the Course for the Northern Aral Sea Fishery*, Denmark, Danish Society For A Living Sea.
- European Bank for Reconstruction and Development (2007) Selected Economic Indicators
- European Health For All Database
<http://www.euro.who.int/hfad>
- European Observatory on Health Care Systems (1999) *Health Care Systems in Transition Kazakhstan*, European Observatory on Health Care Systems.
- Fedullo, Emily. (2005). AIHA Hosts Social Work Training Seminar, Moves Forward with Plans to Replicate Successful Community-oriented Primary Care Model throughout Kazakhstan, American International Health Alliance.
<http://www.who.int/aiha.com/printversion.jsp?t=1179184324648> (2007年 5月20日検索)
- Healy, J. (2002) Health Care Systems in Transition, in M.McKee, J. Healy, J. Falkingham (eds.) *Health Care in Central Asia*, Buckingham and Philadelphia, pp.179-193.
- Heleniak, T. (2001). 'Dramatic Population Trends in Countries of the FAU', *Transition Newsletter*.
<http://www.worldbank.org/transitionnewsletter> (2007年 5月20日検索)
- Hinz, R. P., Zviniene, A. and Vilamovska, A. (2005) *The New Pensions in Kazakhstan: Challenges in Making the Transition*, SP Discussion Paper, No.0537, Social Protection Unit, World Bank.
- ILO Subregional Office for Eastern Europe and Central Asia. (2003). *The Republic of Kazakhstan: Assessment of Targeted Social Assistance Scheme, Final Report Decent Work: Integrated Approach to Social Sphere in Kazakhstan*. Astana: ILO.
- ILO and UNDP (2003) *The Republic of Kazakhstan, Inception Report on Targeted Social Assistance Scheme*, ILO Subregional Office for Eastern Europe and Central Asia and UNDE Office in the Republic of Kazakhstan.
- Legislative Alert (18, July, 2006) by Ernest and Young
- Midgley, J. (2001) "South Africa: the Challenge of Social Development", *International Journal of Social Welfare*, Vol. 10, 267-275.
- Muller, K. (2003). "Poverty and Social Policy in the Central Asian Transition Countries", *Reports and Working Papers 2/2003*, German Development Institute.
- Musabekov, E. (2000). *Child and Family Welfare: Trends and Indicators in the Republic of Kazakhstan. Background paper prepared for the Regional Monitoring Report No.8: A Decade of Transition*. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre.
- Musabekov, E. (2001). *Poverty and Welfare Trends in Kazakhstan over the 1990s*. Background paper prepared for the Social Monitor. Background paper prepared for the Regional Monitoring Report No.8: A Decade of Transition. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre.
- RK Statistics Agency and the UN Theme Group on Poverty Alleviation, Employment and Social Safety. (2005). *Living Standards and*

- Poverty in Kazakhstan, Statistical monitoring.* Almaty: Authors.
- Rurda, N. (2004) Openness, Welfare Spending, and Inequality in the Developing World, *International Studies Quarterly*, Vol.48, 683 709.
- Seitenova, A. S. and Becker, C. M (2003). *Kazakhstan's Pension System: Pressures for Change And Dramatic Reforms*, Presentation at the Workshop on Pension Reform in Transition Economies, at Institute of Economic Research Hitotsubashi University, Tokyo, Japan.
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*, Oxford and New York, Oxford University Press.
- Tang, K. (1998). *East Asian Newly Industrializing Countries: Economic Growth and Quality of Life*, Social Indicators Research vol. 43. 69 96.
- UN. (2006). *Poverty and the Informal Sector, Role of the Informal Sector in Poverty Reduction.* (E/ESCAP/CPR(3)/1, Committee on Poverty Reduction, Third Session, 29 November-1 December 2006, Bangkok. DMR: A2006-000268 011106
- UNCT Kazakhstan (2007) *Introductory Letter, 2005 UNCT Annual Report Kazakhstan*,
- UNDP. (2005d). *Living Standards and Poverty in Kazakhstan (Statistical Monitoring)*. Almaty: UNDP.
- UNDP. (2006) *Human Development Report 2006*, New York, UNDP.
- UNDP Country Office in the Republic of Kazakhstan, Ministry of Labour and Social Protection of Population of the Republic of Kazakhstan and ILO Subregional Office for Eastern Europe and Central Asia (2003) *The Republic of Kazakhstan: Assessment of Targeted Social Assistance Scheme* (Astana, UNDP, MOLSP, and ILO).
- UNDP Kazakhstan
http://www.undp.kz/script_site1.html?id=159 (2007年5月20日検索)
- UNDP, Ministry of Labour and Social Protection of Population of the Republic of Kazakhstan,
- UNDP. (2005a). *Human Development Report Kazakhstan 2005.* Almaty: UNDP Kazakhstan.
- UNDP. (2005b). *Gender Equality and the Status of Women in Kazakhstan.* Almaty: UNDP Kazakhstan.
- UNDP. (2005c). *Millennium Development Goals in Kazakhstan.* Almaty: UNDP.
http://www.undp.kz/script_site1.html?id=190 (2007年6月1日検索)
- UNFPA & UNDP. (2005). *Living Standards and Poverty in Kazakhstan Statistical Monitoring.* Almaty: UNFPA & UNDP.
- UNICEF. (2001) *A Decade of Transition. The MONEE Project CEE/CIS/Baltics, Regional Monitoring Report No.8*, Florence.
- UNICEF. (2007) *Kazakhstan Statistics*
http://www.unicef.org/infobycountry/kazakhstan_statistics.html#24 (2007年5月20日検索)
- World Bank. (1998). *Kazakhstan Living Standards During the Transition.* (Report No. 17520-KZ) Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. (2002). *World Development Indicators 2002*, Washington D.C.: World Bank.
- World Bank. (2004). *Kazakhstan Dimensions of Poverty in Kazakhstan Volume I: Policy Briefing.* Washington, D.C.: World Bank..
- World Health Organization Regional Office for Europe (2007) *European Health for All Database.*
- Zakiyeva, Z. (2003). *Disability Rights: the View from Kazakhstan.*
http://www.disabilityworld.org/11-12_03/gov/kazakhstan.shtml (2007年5月22日検索)
<http://www.ebrd.com/country/sector/econo/stats/index.htm> (2007年5月20日検索)
<http://www.unctdatabase.undg.org/index.cfm?module=AnnualReport&page=GetDocumentFile&AnnualReportDocumentID=92>. (2007年5月20日検索)
- 国際協力事業団 (2001) 『中央アジア (ウズベキスタン、カザフスタン、キルギズ) 援助研究会報告書. 現状分析編. 国際協力事業団.
- 社会政策学会編 (2006) 『東アジアにおける社会政策学の展開. 法律文化社
- 杉浦史和 (2000) 『旧ソ連諸国における年金制度改革 — カザフスタンを中心に —』 『日本大学経済科学研究所紀要』 29巻、333 341項。
- 石田紀郎・堀川真弘・藤本菜保・谷口由加子・橋爪真弘 (2005) 『アラル海縮小以前の漁業』 日

-
- 本カザフ研究会編 『日本カザフ研究会調査報告書』 No.12、1 20項。
- 宇山知彦編著 (2003) 『中央アジアを知るための60章』 明石書店。
- 千葉百子 (2005) 「アラル海東側に住む小児の健康調査と国際シンポジウム」 日本カザフ研究会編 『日本カザフ研究会調査報告書』 No.12、85 106項。
- 草間朋子 (2006) 『JICA プロジェクト カザフスタン・セミパラチンスク地域医療改善計画(2000年6月から2005年5月)を終えて』 大分県JICA 派遣専門家連絡会会報 第10号
- 藤本透子 (2002) 「アラル海の周りでの生活と声」 『中央アジア乾燥地における大規模灌漑農業の生態環境と社会経済に与える影響 — 2001年調査報告書』 日本カザフ研究会、97 113項。
- 楠美順理 (2005) 「アラル海の周りでの生活と声」 『中央アジア乾燥地における大規模灌漑農業の生態環境と社会経済に与える影響 — 2001年調査報告書』 日本カザフ研究会、129 151項。
- 野村政修 (2005) 「クジルオルダ州民はどのような環境再生策を望んでいるのか」 日本カザフ研究会編 『日本カザフ研究会調査報告書』 NO.12、45 58項。