

## 第2部 各論

### 南アフリカ共和国の財政地方分権化

# 1. 理論的枠組み

## 1-1 問題の所在

財政地方分権化<sup>1</sup>が進むと、基礎公共サービス供給における「社会的公正<sup>2</sup>」は拡大するのだろうか。上位政府から下位政府へ財政移転が行われ、それに伴い公的支出に関する意思決定権が移譲されると、それは社会の「持つもの」と「持たざるもの」との間に存在する格差改善のための有効な政策手段となりうるのだろうか。これが本論文における筆者の問題意識である。

以下この問題意識をより具体的な研究課題として位置付け、関連する文献レビューを織り込みながら研究方法、研究の範囲と限界、並びに研究目的について説明する。最後に本論文の構成について簡単にふれる。

## 1-2 研究課題

### 1-2-1 財政地方分権化

本論文の焦点となる財政地方分権化が、基礎公共サービス供給の観点において潜在的効果を持ち得る場合には、大きく分けて以下の4つがあると言われている。まず1つは効率性の向上 (Efficiency)、2つ目は資源動員力の向上 (Resource Mobilisation)、3つ目が政策対応の柔軟化 (Responsiveness)そして4つ目が公正の拡大 (Equity)<sup>3</sup>である。第1点目が限られた財源の中で公共サービス供給の質的・量的生産性をいかに向上させていくことができるかという点を問題にしているのに対して、第2点目は財源の量的な拡大方法の模索を主な関心事としている。そして第3点では、財政政策が基礎公共サービス供給における社会のニーズをどこまで忠実に反映してゆくのかという「参加」の概念を扱っている。これまでの財政地方分権化の研究では、特に最初の2点に多くの注目が集まってきた。しかしながら上記の4つの潜在的効果は、それぞれが財政地方分権化によって自動的に成立するわけではなく、結局は既存の政治環境や組織間調和の状況などに大きく左右されるという点は、多くの研究が指摘している<sup>4</sup>。

---

<sup>1</sup> 地方分権化とは「中央政府が政策立案・管理・資源動員とその配分における権限を、ア) 中央省庁からの出先機関、イ) 下位政府、ウ) 外郭団体、エ) 地域事務所、オ) NGO や企業などの市民組織、に移譲すること」と定義付けられる。そしてこの定義によると地方分権化は具体的に4つの形になって現れてくる。すなわち分散 (deconcentration) にはじまり、委任 (delegation)、移譲 (devolution) へと発展してゆくものを指している。規制緩和・民営化 (privatisation) である。

Cheema, Rondinelli, and Nellis (1983)

Rondinelli and Cheema (1983), JICA (1997) pp.19-21

<sup>2</sup> 公正は「公平」や「貧困」が実効的な用語であるのに対して、規範的な性格を有している。よってその定義づけは社会正義 (Social Justice) やフェア (Fairness) といった概念に基づいて派生してくる。

<sup>3</sup> Rondinelli (1984)

<sup>4</sup> 例えば、McGinn and Street (1986)

本論文においては第4点の公正について検証する。分権化推進派によると、中央集権的財政下では中央は周辺地域での状況を正確に把握できず、さらに地方が創意工夫を生かして活用できる予算を制限してしまい、現実の社会格差に対応していくための有効な財政政策が行われないと主張されている<sup>5</sup>。一方で集権派は、下位政府の予算制約はソフトである場合が多いので、上位政府から下位へ財政移転<sup>6</sup>された予算が公正に分配されるかどうかは必ずしも明確ではないと反論する。そして下位政府のモラルハザードを抑え、たとえばナショナルミニマムの達成を図るときなどには、中央政府によるモニタリングが作動するような、集権がより効果的であるというのである<sup>7</sup>。

## 1-2-2 公正の種類

こうした議論を踏まえた上で、本論文は財政地方分権化と公正<sup>8</sup>の関係性について検証していく。この場合公正は2つの側面からアプローチすることができる。垂直的公正と水平的公正である。前者が垂直的な階層間での公正を扱うのに対して、後者は水平的な異なる社会グループ間の公正を問題にしている。両者いずれについても、どの文脈でどういった観点からある事象を判断するのかという目的によって、「公正」は様々な捉え方ができる。一般的に前者においては組織的階層間の公正を、そして後者においては、地域的なグループ（例えば都市-農村や行政区域間など）間の公正、人種別、性別、年齢別の公正などを意味することが多い。しかしながら、どの種類の公正についてどのような側面から検討するのかという問題は、研究者や政策立案者の関心領域、研究目的や対象となる国・地域それぞれの実情によって大きく異なってくる。本論文において筆者は社会の「持つもの」と「持たざるもの」との間の格差は正に最も関心があると冒頭で述べたが、これを基礎公共サービス供給を含む公的予算配分における水平的公正という観点から捉えることにした。

---

<sup>5</sup> 例えば Schneider (1999)

<sup>6</sup> 中央政府からの財政移転には、使途の限定されない交付金的なもの (Equitable Share Transfer) と政策的な意図に基づき使途を限定した補助金 (Conditional Grants) とがある。

<sup>7</sup> JICA p.3

<sup>8</sup> 様々な研究で公正の定義付けが試みられているが、現在までのところ決まった定義は確立されていない。先行研究で重要なものとしては、Rawls (1971)、Sen (1992)、Whitehead (1991) がある。どの定義についても、公正は公平とは異なり社会規範的性質を持っていること、そして異なる個人・グループの間で「フェア (Fair)」な資源配分が成立している状態を指している点では一致している。本論文では個人あるいはグループ間で資源が公平な需要に基づいて分配されている状態を指す。WHO p.1 参照。

## 1-3 研究の範囲と限界

### 1-3-1 国の選定

本論文においては南アフリカ共和国（以下南ア）の事例を分析した。その理由としてはまずこの国で、近年積極的な財政地方分権化が試みられてきたことが挙げられる。一方でこの国では資源分配における社会的不公正が歴史上システマティックに展開されてきたこと<sup>9</sup>、そしてその克服が国の優先課題の一つとして注目されている点も考慮に入れた。さらにデータに関して言えば、財政地方分権化に関する統計が比較的入手しやすくまたよく整理されていたという点も動機となった<sup>10</sup>。

### 1-3-2 部門の選定

本論文では、主な基礎公共サービス部門のうち、南アで国家予算の12分の1を占める保健部門に焦点を絞った。南アの州レベル保健部門は、教育など他部門と異なりその財源の大半を中央からの財政移転に依存している。つまり、財政地方分権化によって予算配分のパターンがどのような影響を受けたのかという問題がわかりやすいという想定に基づいているのである。加えて、南アの保健部門はGDPの8.5%を占めており、その支出額は他の開発途上国と比べても極めて高い水準にあるが、一方で同程度の保健部門拠出額を有する他の国々と比べると、南アの保健指標（予防可能な死亡率・疾病率）に見るパフォーマンスは極めて悪い（表1-1参照）。この要因の1つとして考えられるのは、保健部門の資源配分が偏在していることである。以上の理由から特に保健部門の予算配分の公正について取り上げ、財政地方分権化との関連性の解明を試みることにした。

表1-1 南アフリカ共和国の主な保健指標

	南アフリカ共和国の指標 (1993-1995)
幼児死亡率 (1992) (千人当たり)	40.2
5歳以下幼児死亡率 (千人当たり)	52
結核疾病率 (1990) (千人当たり)	225.8
6歳以下幼児の栄養状態	24.8
はしか予防接種普及率	73.1
保健部門公共支出 (GDPに占める割合)	90.29US\$ (3.2%)

出所：Health Expenditures, Services, and Outcomes in Africa. The World Bank. より作成。

<sup>9</sup> 南アのジニ係数は0.58で長い間世界で最も不平等・不公正な国であった。現在もなおブラジルに次いで高いジニ係数を維持している。UNDP (1998) に負う。

<sup>10</sup> 南アメリカや東南・南アジア地域を対象としたものに偏っている。これはアフリカ地域で一般に地方分権化が観察される国々は1990年代に入って特に増加してきたものの、旧態依然として実質的な政策転換を伴うものでない場合が多かったり、またそのため分権化によって何がどう変化してきたのかという点において質・量とも十分なデータが存在する国はかなり限定されている。また時系列的に統計をとることも、地方分権化の導入から歴史が浅いため、非常に困難である。

### 1-3-3 財政地方分権化の程度と政府間関係

財政地方分権化によって基礎公共サービスにおける予算配分の公正がどのように変化してきたのかを測定するためには、まず予算配分プロセスにおいて公正に対する配慮が誰によってどのような形で、どの程度組み込まれ、整備されてきたのかを明らかにする必要がある。これは、財政地方分権化と政府間関係<sup>11</sup>の問題と言いかえることができる。なぜならこれは、予算配分過程で上位政府から下位政府に何がどれだけ移譲されたのかという点を把握し、その際公正に対する責任の帰属先がどの政府階層に属するのかという問題を解明することだからである。この点について本論文では、州の財政能力における変化、州間予算配分公正に関する意思決定機関の変化、予算配分公正の法的根拠とモニタリング機関、予算配分公正の決定基準、そして州予算部門間配分における州政府の実質的裁量度における変化という5つの側面から検証し、南アの財政地方分権化の実態を予算配分公正への取り組みというアプローチから把握する。

### 1-3-4 公正の測定指標の選定

公正には一般に垂直的公正と水平的公正とがあることは先に述べた。本論文の研究範囲において垂直的公正とは具体的に、異なる政府階層間での公正、異なる部門間での公正、そして異なる保健医療レベル間（初等・中等・高等保健医療間）での公正を指すことになる。しかし本論文において、これらを垂直的公正の見地から分析することは研究対象から除外した。しかしいずれの指標も、先に述べた「財政地方分権化における予算配分公正への取り組み」について把握するために重要な示唆を提供している。言い換えると、中央政府—州政府—地方政府の間にどの程度の財政移転が成立すれば公正であると判断できるか、あるいは教育、保健、社会保障等の異なる部門間、または異なる保健医療レベル間においてどのような配分パターンが最も公正であるかといった議論は含まないが、州政府財政地方分権化の過程で裁量権をどの程度獲得してきたのかという点はその後の議論展開の重要な基盤となるので、材料として取り上げることにした。

本論文の焦点は水平的公正に当てられる。この点について、まず第1に分権化導入の前後における中央政府から州政府への財政移転のプロセス変化が、州政府間の全体の予算配分の公正にどのような影響を及ぼしたのかという点から分析する。次にこれを土台として、財政地方分権化によって生じた予算配分パターンの変化が、基礎公共サービス部門における現実の格差を反映し、公正拡大につながるものであったのかという点を検証する。このようにまず地域間公正という側面に限定して分析された結果を基に、さらに人種間公正という第2の水平的公正の側面に考察範囲を拡大する。これは分析の結果、財政地方分権化が地域的公正拡大に貢献するような有効な政策手段として機能していない場合に、その原因を探るための1つの手がかりとなっている。

最後に、公正をどのような基準を基に測定するのかという問題については、図1-1のように設定し

---

<sup>11</sup> この際本論文において、異なる政府間階層のうち焦点となるのは中間政府（南アの場合は9つの州政府）で、これは南アにおける財政地方分権化政策導入前後において、予算配分をめぐる裁量の拡大が特に州政府レベルにおいて顕著であったという事実によった。

た。Aの社会経済指標では、州別の人口、貧困率、従属率、1人当たり所得、そして人間開発指標（HDI）を選択した。これらの各指標について9つの州のパフォーマンスをランク化し、最後に5つの指標を統合した全体ランクを算出して、経済社会指標全体における州間格差を概観するための基準とした。そしてこの全体ランクは、各州における財政地方分権化前後の州予算配分がどの程度公正であったかという点を分析する材料となっている。これらの選出した指標は、州間の格差を表す最も基本的な指標であるばかりでなく、後の保健部門予算の公正を測るための土台にもなっている。

保健部門指標に関しては性質の相違によって3つの区分されたグループから選択した。まず最初の保健ステータス指標（B-1）としては、WHOが主要指標として掲げる6つのうち、5つを選んだ。これは乳幼児死亡率、乳幼児栄養失調率、出生時の平均寿命、主要死亡原因病の疾病率（マラリア、結核、腸チフス、はしか）の4つの指標を指している<sup>12</sup>。

安全な水道水へのアクセス、食糧供給、居住環境、教育達成度等も貧困指標と同様に重要な要素として考慮すべきだという勧告がWHOから出ているが、便宜上本論文では貧困指標を取り上げた。

2つ目の保健関連指標となるのは、保健医療資源配分指標（B-2）である。この内容は、保健部門の人的資源配分と、保健関連施設配分の2つの要素から成り立っている。前者は1人当たりの医者、看護婦、薬剤師等の数を指し、後者は1人当たりクリニック数、ベッド数、外来回数等を指している。保健関連資源としては、例えば世界銀行<sup>13</sup>やWHO等における報告書では水・衛生環境や居住状況についての指標を含める場合が多いが、本論文では特に保健部門予算で賄われるべき保健医療設備を対象としたため、他部門予算に含まれることの多いこれらの指標は除外した。

最後の保健部門関連指標としては、保健医療施設の利用状況を示す2つの指標を取り上げた。1つは予防接種の普及率、そしてもう1つが保健医療設備への地理的アクセス指標である。本論文では、特に「持つもの」と「持たざるもの」との格差を表す指標として「経済的貧困」に注目しているが、貧困層にとって特に重要な保健部門サービスとは、基礎レベルでの保健医療サービスである<sup>14</sup>。このため本論文では、保健医療設備のうち、特に基礎保健医療サービスへのアクセス状況についても、同資源分配状況と同様に注目している。

これら3分野から選択された保健部門関連指標についても、社会経済指標と同様にそれぞれランク化し、さらにこれら各指標におけるランク平均値を統合して全体ランクを算出している。そしてその結果を、州間保健部門予算配分公正が財政地方分権化とともにどのように変化してきたのかを測る場合に、各州の保健部門の実情を知るための手がかりとした。

---

<sup>12</sup> WHO（1997）p.23 参照。5つ目の指標はタバコの喫煙率に見るリスク・ファクターだが、本論文で考える公正においてはその関連性が薄いことから排除することにした。また6つ目の指標である妊婦死亡率に関しては、データ不足からこれを除いた。

<sup>13</sup> また、保健医療資源配分の公正を測るためには、一戸家庭の収入に占める保健医療サービスへの支払い負担度が重要な指標となってくると世界銀行は報告している（World Bank,1999）。しかしデータの入手が不可能だったため、この指標はここには含まれていない。

<sup>14</sup> 世界銀行は、収入から見た貧困層は疾病率が高く、医療機関での治療への依存率が低く、予防接種の終了率は低く、保健のリスク・ファクターである水・衛生環境が悪い場合が多いと報告している（World Bank, 1999, p.61）。



### 1-3-5 研究方法

以上からわかるように、本論文においては統計分析を方法論として用いた。予算配分に関するデータは主に南アフリカ共和国政府財務省及び保健省の公式文書等から析出した。また前節で示したランキング手法のほかに、予算配分公正の測定方法として国内平均からの偏差を割り出し、その変動パターンを抽出し解釈するという方法を採用した。

### 1-3-6 研究の限界

本論文においては財政地方分権化と公正拡大との間にいかなる相関関係が成立しているのかを、南アの事例を使って検証していくが、このようにタイムフレームが十分ではないといった問題は南アにおいても例外ではない。そのゆえ、財政地方分権化が実施されたことによる社会的公正の変化のパターンを分析するのではなく、財政地方分権化政策そのものが、既存の社会格差を改善できるような方向性をもって立案されているのかという点に焦点を絞っている。

## 1-4 研究目的

本論文では、南アの財政地方分権化は公正拡大の観点から有効な政策であったか、という問題の解明を取り上げ、時系列的に生ずるパターンの解明に焦点を当てた。ここではこの問題について考えることが、どういう文脈で重要性を持つのかという点について、国内的圧力並びに国際的圧力の2つの点に結びつけて説明しておくことにする。

### 1-4-1 国内的圧力

開発途上国では政府主導型経済から市場経済へと移り変わる中で、人口が農村地域から都市へと大量に長期にわたって移動することになった。こうした現象は都市における犯罪の増加を引き起こし、基礎公共サービス供給の質・量の低下や貧困問題の悪化を招き、農村部においては、従来の都市-農村間の格差を打開するための具体的な糸口がみつからないまま停滞しているといった状況をもたらしている。本論文で取り上げた南アでは、従来アパルトヘイト<sup>15</sup>下において都市部周辺地域ひいては農村地域へ押しやられてきた社会の貧困層が、様々な人種差別関連法の撤廃を受けて都市部に大量に流入してきており、都市の人口は現在 55%を超え、その人口のうち 24.4%が貧困層に属していると報告されている<sup>16</sup>。さらに詳しく見ると、大都市部の人口においては 15.4%が、副都市については 26.7%、そして小規模都市においてはその人口の 35.1%が貧困層に属している<sup>17</sup>。また翻って農村地域を見る

---

<sup>15</sup> 1949年の「雑婚禁止法」成立をはじめとし、「背徳法」、「人口登録法」、「集団地域法」、「共産主義弾圧法」、「バンツール統治機構法」等 1994年国民統合政府が発足するまで行われた人種差別政策を指す。

<sup>16</sup> UNDP (1998) p.6 に負う。

<sup>17</sup> *Ibid.* p.6



と脱貧困の可能性は都市部の貧困層と比べた場合農村部の貧困層のほうがはるかに低い。また 45%の農村人口のうち 3分の2 が貧困層に区分されるといわれている。そしてこのような社会現象が、結果的に途上国地方政府の行財政能力の欠如を著しく露呈することになったのである<sup>18</sup>。特に基礎公共サービス供給における地方政府の役割拡大に伴って地方政府の行財政能力向上のスピードが上がらないため、既存の格差が悪化しているといった状態を招いているのである<sup>19</sup>。

さらに、1990年代発展途上国の多くの国が大規模な政治的変革を経験した。具体的には、例えばアフリカ地域ではその 3分の2以上の国々が複数政党制を採用するようになり<sup>20</sup>、市民組織が急激に活発化してきたことを指している<sup>21</sup>。こうした状況の中で、南アのような多民族複合国家<sup>22</sup>において、異なる社会的グループが協調・対話の路線を踏襲しつつ国家統合を進めていくための政策手段として地方分権化は注目をあびるようになってきた<sup>23</sup>。つまり財政地方分権化も突き進めると政治的圧力の緩和剤として、限られた資源をめぐる異なるグループ間の競争に一つの妥協点を見出そうとする試みでもあるのである。

以上2つの現象において、財政地方分権化と公正との関連性の問題が現実的重要性を帯びてくるのである。

#### 1-4-2 国際的圧力

一方で地方分権化は、国際的圧力に後押しされる形で進められてきたという点も見逃すことはできない。今日発展途上国で試みられている大規模な経済改革、政治改革、行財政改革は、世界的に観察されるグローバリゼーションの3つの効果、すなわち市場指向型経済への移行、多元主義化、そして民主主義の発展という国際的潮流の影響を受けて推進されてきた。そしてこれらの改革がかなりの割合で地方分権化の方向へ進んでいるのである<sup>24</sup>。

こうした国際的潮流の背景にあるのは、専ら 1990年代に入って先進国や国際援助機関の間に次のような認識が広まったことが強く影響している。つまり援助効果を効率的に発現し、人権の擁護や民主化を促進するためには、途上国の政治体制にまで積極的に関与する必要があるという議論である。ドナー諸国側が「国家の基本的あり方」を提言するという姿勢は、少なくとも 1980年代後半以前は内政干渉とみなされていた。しかしながら急激な冷戦の終焉に伴い、産業諸国にとって新しい政治的イデオロギーと、それに並行する形で新しい援助戦略を発信する必要性が生じてきた。「国家の基本的あり方」という命題は、開発分野においては特に「良い統治とは何か」というテーゼに置き換えら

<sup>18</sup> McCarney (1997) p.11 に負う。また、これは財政基盤だけでなく、行政システム、プロ意識の高い公務員等の要素が極めて脆弱であるという事実を指している (Bangura, 1999)。

<sup>19</sup> Diamond (1997)、Beyene and Otobo (1994) に負う。

<sup>20</sup> ザンビア、レソト、ボツワナ、ナミビア、タンザニア、ジンバブエ等を指す (林、1997)。

<sup>21</sup> UNDP (1995)、World Bank (1995)、Olowu (1998) 参照。

<sup>22</sup> 一つの民族が国内人口の 50%以上を占めている国は、わずかに、レソト、スワジランド、ソマリア、ブルンディ、ルワンダ、ボツワナ、そしてジンバブエのみである。

<sup>23</sup> Horowitz (1991) に負う。

<sup>24</sup> Dillinger によれば、現在 500 万人以上の人口を持つ世界の 75 の開発途上国のうち、少なくとも 60 を超える国々で何らかの形での地方分権化が試みられているという (World Bank, 1999)。

れ、国家体制の正統性、責任性や、人権の保障、法の支配、軍事セクターにおける文民統制といったような要素がさかんに議論されるようになってきている<sup>25</sup>。

また、「良い統治」については、「国家の基本的あり方」とともに、「社会的能力の高い政府・行政・財政機能のあり方」とは何かという問いにも注目が集まってきた。具体的に言うと、国家の法体制、政治制度、行財政管理運営能力とその透明性、責任明確性、公平性等がどの程度整備されているのか、ということへの関心の高さである<sup>26</sup>。この背景には、1950年代からのドナーによる様々な開発戦略の展開が、所得格差や地域格差またジェンダー間の格差の是正や、貧困問題の解決に必ずしも貢献してこなかったという反省がある。この点において、貧困、基礎教育、保健医療、環境等の分野は特に地方での展開が不可欠であり、そのためには地方政府の行財政計画・実施能力<sup>27</sup>を向上させることが非常に重要であるという認識が急速に強まっていった<sup>28</sup>。

以上2点について、開発における「政府の役割」を模索する中に財政地方分権化推進の論拠を見出してきた。これに対し、サービスを受ける側、つまり国民あるいは地域住民が主体的に政治・経済・社会活動に参加し、自らのニーズを実現するために積極的に働きかけるという「参加型開発・エンパワーメント」の概念が著しく浸透してきたことによって財政地方分権化と公正の問題が注目を浴びてきたという点も忘れてはならない。こうした考え方は、1960年代の経済成長戦略、1970年代の成長と再分配・BHN戦略、そして1980年代後半からの構造調整を経て持続可能な開発戦略へと過去50年の開発戦略が変遷する大きな流れの中で作り出されてきた。この参加型開発を考える上では、自由主義市場経済のもとではすべての個人が経済活動主体であり、貧困問題に代表されるような開発の抱える諸問題に、個々人ひいては各地域住民団体が第1次的な責任を有するのが当然だという考えが前提にある。さらにそうした市民社会全体の参加は、地域・人種・ジェンダー・年齢間等、異なる社会グループ間の公正をできるだけ促進するようなメカニズムを内包しているという期待があるのである。このように地方分権化が国際開発援助の分野で重要な政策課題として浮上してくるのは、政治思想的なもの、公共財・サービスデリバリーの改善という2つの主な文脈においてである<sup>29</sup>。

財政地方分権化が内外からの圧力によって推進されてきたという現実に対して、実際にそれが途上国の社会経済開発にどのようなインパクトを与えたのか、またそのメカニズムの解明についての研究はまだ十分に進んでいない。つまり、地方分権化はそれ自体が目標ではなく、開発目標を達成するための政策手段<sup>30</sup>であると考えられている点が挙げられる。それゆえ地方分権化によって何を指すのかという目標が常に明確でなければならない。地方分権化がどのように行財政組織の効率性を引き上

---

<sup>25</sup> JICA (1995a) に負う。

<sup>26</sup> Dia (1993)、Olowu (1999)、World Bank (1997) に負う。

<sup>27</sup> その中でも特に財政的側面においては、長期重債務問題に苦しむ発展途上国中央政府に対して世界銀行と国際通貨基金という2つの巨大マルチラテラルなドナーは、1980年代後半から構造調整政策 (Structural Adjustment Programmes: SAPs) を導入している。これは、金融自由化、国営企業民営化、貿易自由化、価格管理や補助金の排除等を条件とする大規模なマクロ経済安定政策である。また並行して政府機能における行財政改革もコンディショナリティの1つとして付随してくる場合がほとんどである。そしてこの行財政改革というのは、地方分権化と民営化という形になって現れてくるのである。従来中央政府が担っていた役割や行政機能を地方に移すことで中央政府の負担を軽くするのに、有効な政策だからである。

<sup>28</sup> JICA (1997) に負う。

<sup>29</sup> Prud'homme (1995) に負う。

<sup>30</sup> 例えば、World Bank (1999)、(2000)、Mutizwa and Conyers (1996) など参照。

げ、人々の「参加」を促進し、社会の中の特に貧しいグループの生活向上に貢献しうるのかといったメカニズムが解明されていないのである<sup>31</sup>。主な理由の1つとして、多くの途上国において財政地方分権化は本格的な導入から長くてまだ約10年程度、またはそれ以下であるため、分権化によるインパクトを測るにはタイムフレームが十分でないという点が指摘できる<sup>32</sup>。この文脈における本論文の貢献は、財政地方分権化のメカニズムの解明の前段階として、地方分権化の立案段階がそもそも公正に対する配慮をどのように政策に取り込んでいるのかといったことを解明することにある。

## 1-5 本論文の構成と視点

以上理論的枠組みに第2部第1章を当て、次章からは以下のように構成した。まず第2章では南アの財政地方分権化政策における公正への取り組みについて把握するため、予算配分プロセスにおいて、公正面に対する配慮がどのように、どの程度、誰によって政策化され整備されてきたのかについて政府間関係の解明を含みながら検証する。第3章では実際の予算配分パターンにおける地域間公正の変動について分析を試みる。そして第4章では、第3章で明らかになった財政地方分権化と地域間予算配分パターンとの相関性がなぜ生ずるかといった問題について、第2章での発見を土台に人種間公正というアプローチから考察を行う。第5章では、政策提言と当課題における将来的研究展望について述べる。

---

<sup>31</sup> 世銀は地方分権化と社会的公正や効率性の向上との間にどのような因果関係が成立するのか証明できていない要因について、財政地方分権化は社会経済的に様々な要素変革を伴うため、これらの複雑に絡み合っている変革における因果関係の発見は容易ではないと述べている (World Bank, 1999)。

<sup>32</sup> 因果関係解明のためには十分なタイムフレームが必要であることは世銀も述べている (World Bank, 1999, p.83)。

## 2. 財政地方分権化の程度と政府間関係

本論文では、財政地方分権化の過程で、予算配分の公正に対する配慮がどのように政策に組み込まれてきたのかという点について把握する。このため、州の財政能力における変化、州間予算配分公正に関する意思決定機関の変化、予算配分公正の法的枠組みとモニタリング機関の整備、予算配分公正の決定基準の内容、そして州予算部門間配分における州政府の実質的裁量度における変化という5つの側面から検証する。

### 2-1 政府間関係と州政府の財政能力における変化

財政地方分権化における主要なアクターのうち、特に州政府に本論文の焦点が当てられていることは第1章で述べた。ここではまず州政府の実際の財政能力が財政地方分権化に伴ってどのような変化を示しているのかを観察し、財政地方分権化がどの程度進行しているのかという度合いを測る指標とする。

図2-1は1999年度予算における南アの政府階層間の予算配分を表したものである。これによると国家予算全体の内訳は44%が中央政府の各省庁へ、54%が州政府へ、そして1.3%が地方政府へ配分されている。この垂直的予算配分の基準は、憲法<sup>33</sup>で謳われている各政府階層の役割配分に依拠して行われている。州政府への予算配分が中央政府に比して多くなっているのは、同じく憲法明記されている州政府の教育、保健、社会保障をはじめとする主な基礎公共サービス供給における責任能力を保障するためである。

また表2-1では州政府はその歳入の約95%以上を毎年中央からの財政移転に依存していることがわかる<sup>34</sup>。例えば1995年度予算では州政府全体予算が7720万ランドで、このうち7290万ランドが国家歳入からの財政移転となり、その割合は94.4%となっている。2001年度予算までこの割合は少しずつ上昇しながら概ね一定に保たれている。このように州政府歳入が大部分を中央政府の財政移転に依存することができるのも、憲法にその権利が明確に規定<sup>35</sup>されているためであると同時に、憲法上では州政府の課税徴収権がかなり限定されていることにも起因している。この意味では、州政府の歳入確保は非常に中央集権的な方法で行われている。

表2-2は政府階層間の予算配分とともに、州政府予算における交付金と補助金の実質額を示している。この政府階層間の予算配分は、財政的側面における中央-州の実質的政治競争力を示すという意味で重要な指標となる。この表2-2によると、州政府への財政移転額が国家歳入に占める割合は、1998年度予算から2001年度予算の間に2.2%増加しているが、中央政府予算では3%減少している。一方で中央政府予算配分のうち、州・地方政府への補助金が占める割合が、13.7%から9.8%まで減少して

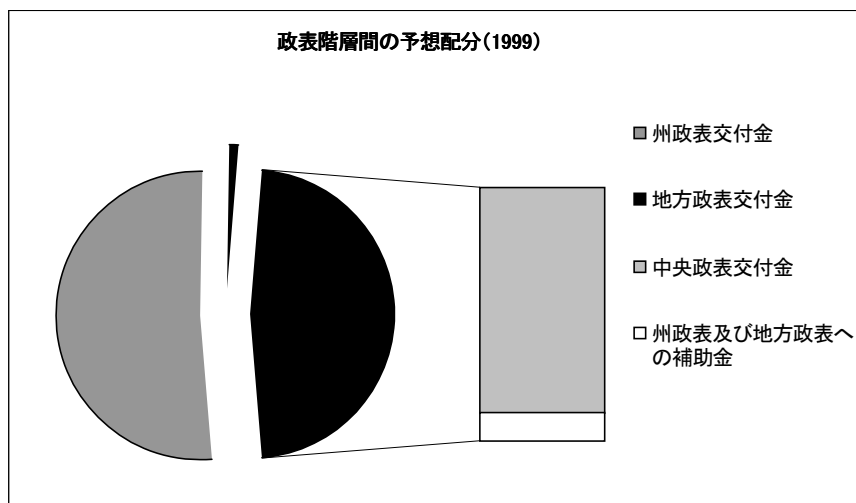
<sup>33</sup> 基本的に中央政府の州政府に対する優位性は憲法において保障されている（第108条）。各州は州憲法や法案を可決する権利を保障されているが、国家法規に対しての優位性は持っていない（第104条1項及び2項）。

<sup>34</sup> 州政府独自の財源による歳入は、平均で全体の4%程度にすぎない。

<sup>35</sup> 憲法は「すべての政府階層は国家歳入における交付金の配分について等しい権利を有する」と定められている。

いる。支出内容が決定している補助金が減少し、支出内訳決定権が州政府に帰属する交付金が増加していることから、中央—州政府間の予算配分は、実質額の側面において州政府の財政能力を拡大する方向に進んでいるといえる。そしてこのように州政府の実質的財政能力が中央政府のそれに匹敵し、法的な枠組みも伴っている場合にはじめて、州政府予算が水平的公正に配分されているかという問題がより重要な政策課題となってくるのである。

図 2-1 政府階層間の予算配分 (1999)



出所：Department of Finance (1999a) より作成。

表 2-1 州政府予算 (R millions)

	1995/96	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02
財政移転実質額	72.9	84.7	86	91.7	94.3	99.4	104
%	94.4	95.3	96.2	96.5	96.1	96.0	96.1
州の歳入	4.3	4.2	3.5	3.3	3.7	4.0	4.2
州政府予算	77.2	88.9	89.4	95	98.1	103.5	108.2
増加率		15.10%	0.60%	6.20%	3.30%	5.50%	4.60%

出所：Department of Finance (1999a) より作成。

表 2-2 政府階層間の予算配分 (R millions)

	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02
中央政府予算配分	78273	78733	81100	84489
<b>全体予算における割合 (%)</b>	<b>48.9</b>	<b>47.2</b>	<b>46.2</b>	<b>45.9</b>
(内訳)				
中央政府予算配分	67573	69972	72739	76232
州・地方政府への補助金	10700	8761	8361	8257
<b>中央政府予算配分における割合 (%)</b>	<b>13.7</b>	<b>11.1</b>	<b>10.3</b>	<b>9.8</b>
州政府交付金	80931	86302	92071	96822
<b>全体予算における割合 (%)</b>	<b>50.5</b>	<b>51.8</b>	<b>52.4</b>	<b>52.7</b>
地方政府交付金	1024	1673	2480	2580
<b>全体予算における割合 (%)</b>	<b>0.6</b>	<b>1.0</b>	<b>1.4</b>	<b>1.4</b>

出所 : Department of Finance (1999a) より作成。

## 2-2 州間予算配分公正に関する意思決定機関への州政府の参加

前節でわかったことが、財政地方分権化が州政府の「財政能力」という観点から州政府の裁量を拡大してきたことだとすると、本節では「意思決定機関への参加」という観点から州政府裁量の度合いを判断することに注目する。まず予算配分の公正に関する責任の帰属先は、予算配分プロセスにおける主要なアクター<sup>36</sup>すべてに等しく分配されている。この主なアクターとは最も基本的な予算編成における意思決定機関は、中央政府内閣と各州政府内閣、そして財務省、財政局であり、国会と州議会で承認を得る。

1996 年度には、予算委員会 (Budget Council) が発足し、予算配分過程の合意到達において中心的な調整役を果たすように位置づけられた (表 2-3 参照)。この委員会は財務相をはじめとし、中央予算局、中央財政局の各事務局長らから構成されている。さらに各州からの代表として州財務局のトップもこの委員会のメンバーとして含まれるようになった<sup>37</sup>。つまり前年度までの予算過程とは異なり、各州の代表者も中央レベルで予算配分過程における意思決定に組み込まれ、州の立場がより反映される機会が与えられたということになる<sup>38</sup>。

州政府の全体予算がこの予算委員会で配分される一方、教育、保健など州政府レベルにおける各部

<sup>36</sup> 南アの予算編成プロセスにおける基本的アクターは、国会、内閣、州議会、州内閣、予算委員会、財政金融委員会、予算諮問委員会 (Minister's Committee on the Budget)、Budget Forum、公務員 (Civil Servants)、National Portfolio Committees and Provincial Standing Committees である。

<sup>37</sup> もちろん厳密には、メンバーの一員というだけでは、当意思決定機関において州政府の意見がどの程度実質的圧力を伴うものであるかは、一概に決定できない。しかしこうした州政府による予算交渉過程への参加の拡大が、どの程度実質的な交渉力の拡大につながっているのかについては、残念ながら本論文では検証できなかった。

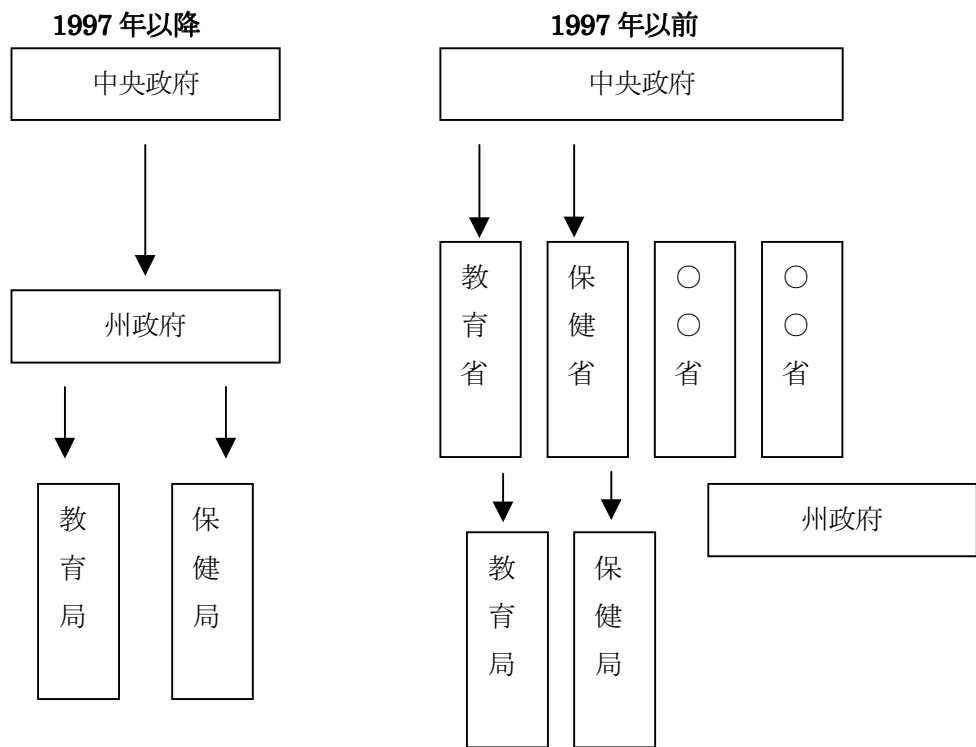
<sup>38</sup> 1994 年度予算までは、国家予算の配分過程からホームランド (黒人居住区) は完全に除外されていた。1995 年度予算から、地方制度の改正を受けてホームランドは南アフリカ共和国に統合され、公的予算配分の対象として加えられるようになったが、中央レベルの予算交渉における州の代表制はまだ整備されていなかった。9 つの州とは、東ケープ州 (Eastern Cape: EC)、自由州 (Free State: FS)、ハウテン州 (Gauteng: G)、クワズールー・ナタール州 (以下ではナタール州と略記) (Kwazulu-Natal: KZN)、ムプマランガ州 (Mpumalanga: M)、北ケープ州 (Northern Cape: NC)、北部州 (Northern Province: NP)、北西州 (North West: NW)、西ケープ州 (Western Cape: WC) で、このうち旧黒人居住区を統合することになった州は、東ケープ州、ナタール州、ムプマランガ州、北部州、北西州の 5 つであった。

門の予算については、中央の部門別委員会（Function Committee）によって配分される。この部門委員会の構成メンバーは、保健部門では、9つの州保健局の代表、中央財務局（Department of Finance : DoF）、中央国家支出局（Department of State Expenditure: DSE）、復興開発計画事務局（Reconstruction and Development Programme Office: RDP Office）からの代表そして、財政金融委員会（Fiscal Financial Committee: FFC）とで成り立っていた。この部門ごとの予算配分プロセスにおいても各州政府の参加が保障されていたことがわかる。しかし部門ごとの州間予算配分は、異なる部門間の予算配分と全く異なる次元で成立していたことになる。つまり、州間保健予算配分における意思決定過程に参加する権限を有する決定者と、教育や社会保障などの他部門との間の配分比率の決定者が全く異なっていたということである。

このような予算配分過程は、しかしながら1997年前後において劇的に変化した。同年発効した新憲法の理念に基づき、包括的財政移転方式（Global Budget）が導入されたのである。この変化を図式で示した図2-2によると、この変化は州レベルでの部門間予算配分における意思決定権が中央政府から州政府へと移譲されたことを意味している。すなわち、中央政府から州政府に予算が全額移転され、支出内訳についても州政府が独自に決定できるようになったという点で、州政府の裁量権拡大に大きな意味合いを持っている。中央レベルでは予算委員会を含めた財務省予算局が、引き続き予算配分プロセスにおける意思決定機関ではあるが、この方式の導入によりその権限は州間の全体予算の配分決定までにとどまることになった（表2-3）。

1997年度の包括的予算方式導入を受けて部門間予算配分権限が州政府に帰属するようになってからは、特に部門間の州間公正という課題が異なる意味を持つてくることに注意しなければならない。つまり、保健部門予算配分における州間の水平的公正について、1995年度及び1996年度のように中央レベルで決定されていた場合は、その責任も中央レベルに一元的に集約されていた。ところが、1997年以降では、州政府に責任が帰属する場合と、中央政府に帰属する場合とがあり、責任の所在がより複雑になるのである。要するに、州間の保健部門予算配分に不公正があるとすれば、州への全体予算の配分が少ないことによって生じたものか、あるいは州政府内において部門ごとの政策優先順位の相違に起因するものかという、責任の二元化が生ずるのである。このように財政地方分権化は、複数のアクターが関係することによって責任の不明確性を生んでいるともいえる。

図 2-2 財政地方分権化前後における予算配分の意思決定者の変化



注：矢印は予算の流れを示す。

筆者作成。

### 2-3 予算配分公正の法的論拠とモニタリング機関

公正な予算配分の保障は、憲法において明記された権利である。前節で見たように財政地方分権化が州政府による予算配分における意思決定機関への参加を伴ってきたのに対して、予算配分の公正についてモニタリングを行う機関も多様化し、その法的枠組みも整備されてきた。まず 1996 年度から先述の FFC (The Financial and Fiscal Committee) が憲法に明記された独立機関として発足し、国家一州間の予算配分の公正についての助言や、財政・予算に関する州法規の見直勧告などの役目を担うようになった。この機関は法的強制力は持たず、予算委員会での立場はオブザーバーであるものの、「政府間協力の原則」において特に重要な役割を担っている<sup>39</sup>。言い換えるなら、一般的に異なる政府階層間における予算をめぐる競合が激しくなる財政地方分権化において、一種の調停機能的な役目を付与されているのである。FFC は、予算プロセスにおいて実際的な提言を中立的な立場から行うことができ、FFC の提言を通じて州政府の政策優先事項が中央予算配分過程において汲み上げられる場

<sup>39</sup> UNDP (1997)



合も生じている<sup>40</sup>。しかしながら一方で、FFC から提出される予算配分の公正に関する提言を、実質的な意思決定機関である内閣や財務省がどの程度受け入れていくのかといった点については、特に基準も規定も設定されていないため、予算配分過程の不透明性解消に必ずしも貢献しているとはいえないとの見方もできる。

公正に対する政策的なコミットメントは、中央政府が 1997 年に打ち出した「成長・雇用・再分配戦略 (Growth, Employment And Redistribution: GEAR) <sup>41</sup>」においても明記された。ここでは予算改革を通じて国内における資源再分配の公正を拡大してゆくことが、政策優先目標の 1 つとして掲げられたのである<sup>42</sup>。

さらに、1998 年度に発足した<sup>43</sup>中期支出計画委員会 (The Medium Term Expenditure Framework Committee: MTEF Committee) も公正な予算配分について責任を有するべく設置されている。具体的にはこの委員会は各省庁間の予算配分の割合についての意見交換と調整および合意到達のための責任を担っており、構成メンバーは財務大臣、財務局長、国庫財務局事務局長、そしてこれらの機関からのスタッフから成る。さらに MTEF は各部門ごとにタスクフォースが設置され、保健部門 MTEF では各州の保健部門の代表者も参加資格を有している。MTEF はとりわけ州予算の部門間配分に関して、公正の側面からのモニタリングを担っている<sup>44</sup>が、具体的な政策提言をこれまでのところ打ち出していない点で FFC と異なっている。

以上の点から、財政地方分権化の過程において、州間の全体予算配分における公正が、憲法と政府の GEAR 戦略に論拠を見出し、FFC や、MTEF によるモニタリング機構が制度上整備されてきたことがわかった。

また、保健部門における予算配分の公正については、憲法に法的論拠を見出せる。1997 年新憲法第 27 条 1 項において、すべての国民の保健医療へのアクセスが基本的人権の根幹を成すものであり、同条第 2 項においてこうした保健機会の均等なアクセスを達成するための資源の公正な配分を促すような合理的立法を確立することが国家の役割であることが明記されている。さらに、憲法発効に即して 1997 年に保健部門改革のための白書<sup>45</sup>が出され、この中でも保健部門資源配分の公正拡大へのコミットメントと具体的政策<sup>46</sup>が打ち出された。この中で、保健部門における公正拡大のための優先事項として、予算などの資源配分における地域的公正の拡大、基礎保健サービス利用機会の増加、他レベルから基礎保健レベルへの移行、基礎保健医療サービス機会の不公正是正などが骨子として掲げられている。

このような論拠に基づいて、実際の保健部門予算配分の州間公正についてモニタリングを行うことを期待されているのは、予算諮問委員会 (The Minister's Committee on the Budget : Mincombud)

---

<sup>40</sup> 憲法 214 条では、予算配分が行われる過程では、すべての政府階層が諮問を受ける権利を保障している。

<sup>41</sup> この戦略の骨子はマクロ経済の安定を損なわずに経済成長を高めて雇用の創出を図ることである。

<sup>42</sup> 南アフリカ地域開発行政セミナー (1999) に負う。

<sup>43</sup> 1998 年度からは 3 ヶ年予算方式 (Rolling Budget) と補助金制度 (Conditional Grants) が導入された。

<sup>44</sup> Department of Finance (1997) に負う。

<sup>45</sup> The White Paper for The Transformation of The Health System in South Africa: Government Gazette No 17910, 16 April 1997

<sup>46</sup> 包括的な国民保健システム (National Health System) の立ち上げと普及による、国民の保健サービスへのアクセス向上等。

である。これは公共サービスに関する各部門間の予算配分について、優先順位を決定する権限を有している中央レベルの機関である。この構成メンバーは財務大臣、貿易工業相、芸術文化科学技術相、保健相、教育相から成り立っており、決定された事柄は財務相を通じて国会に提出されることになっている。

国会もまた、予算配分公正のモニタリングという側面において重要な役割を担っている。その役目は、憲法において、「国会は予算の公正な配分を決定づけるような法令を可決することができる（第214条）」と明記されている。

このように見てくると、財政地方分権化が実行された前後において、公正な予算配分についてモニタリングを行うのはすべて中央レベルの独立機関あるいは諮問機関であり、これらの機関の構成員に州政府の代表者が含まれていない点は注目に値する。

表 2-3 南アフリカ共和国財政分権化の動き

予算年度	1994/1995	1995/1996	1996/1997	1997/1998	1998/1999
影響を与えた出来事	総選挙実施以前の、旧政権下の予算編成	マンデラ政権誕生後初の予算編成（ホームランド統合・9つの州誕生）	予算評議会の発足	新憲法に基づく初の予算編成（GEARモデルの導入）	均等配分方式の導入（Equitable Share Formula）
包括的予算編成における予算配分ガイドラインの設定	DSE <sup>47</sup> DoF <sup>48</sup> CEAS <sup>49</sup>	DSE DoF 内閣	DSE DoF <u>III. 予算委員会</u> 中央内閣	DoF 予算委員会 DSE 中央内閣	DoF 予算委員会 DSE 中央内閣
中央での保健部門予算編成過程	保健分科委員会 - 保健省（国家保健省、 <u>4つの州代表</u> 、SGTs <sup>50</sup> 代表） - DSE、DoF、CEAS	保健分科委員会 - 保健省（国家保健省、 <u>9つの州代表</u> 、SGTs代表） - DSE、DoF、RDP office <sup>51</sup> 、FFC <sup>52</sup>	保健分科委員会 - 保健省（国家保健省、9つの州代表、SGTs代表） - DSE、DoF、RDP office、FFC	中央政府から州政府へ「州予算」として財源移譲 部門別予算配分は各州の財務省が担当	MTEF タスクチームの結成
予算配分式の有無・内容	無	保健部門向けの予算配分式設定（Needs-Based Formula）	前年度に基づく保健部門向けの予算配分式設定	FFC 式の部分的導入	<u>DoF 式の導入</u>
垂直的公正					トップ・スライス方式の導入

<sup>47</sup> Department of State Expenditure

<sup>48</sup> Department of Finance

<sup>49</sup> Central Economic Advisory Service

<sup>50</sup> “Self-Governing Territories”

<sup>51</sup> Reconstruction and Development Programme

<sup>52</sup> Financial Fiscal Committee (Advisory board to Budget Council)

## 2-4 予算配分公正に関する決定基準における変化

以上のように、州政府の裁量が予算額の側面から拡大し、それに伴って予算配分の公正拡大へのコミットメントが、法的、政策的、組織的側面から政策化されその「枠組み」が整備されてきたことがわかった。ここでは、その「枠組み」の内容を具体的に見る方法として、予算配分の公正が具体的にどのように算定され、またそれらの実質的な算定基準が財政地方分権化の過程でどのように変化してきたのかという点について検証することにする。

旧政権下の予算編成枠組みに基づいた 1994 年度予算までは、州間の全体予算配分の比率は前年度の割合に若干訂正を加えたものにすぎず、公正面から予算配分を算定する方式は存在しなかった。これに対して、1995 年度から、人口、1 人当たり収入における州間格差等を考慮に入れた「Needs-Based Formula」が部門別予算委員会によって導入され、予算配分における水平的公正に配慮した実質的算定が試みられた（表 2-5 参照）。この背景にはこれより先 5 ヶ年をもって、1 人当たり保健予算額における州間格差を緩和していこうという公正に対する政治的コミットメントが存在していた。

先にも述べたように、1995 年から 1996 年度予算においては、州政府への財政移転は各部門ごとに行われていたので、予算配分の公正に関する算定式の導入も各部門ごとに行われていた。しかしながら 1997 年度の包括的予算方式が導入されたことで、予算配分の公正は部門予算の枠組みから州全体予算の枠組みにまで拡大されることになった。この州政府の全体予算配分を決定する基準となるのは、「均等予算配分式 (Equitable Share Formula)」と呼ばれる。導入当初の 1997 年には、この算定式は人口のみを指標として採用しており、人口以外の社会経済的指標に見る既存の州間格差を全く考慮していないという点で、公正拡大の観点からは欠陥を伴ったものであった。つまり人口比に基づいた予算配分は、「公平」の域を出ないものであり、「公正」な予算配分には貢献しないという批判が強まっていった。

これを受けて翌年 1998 年の算定式では質的改善が試みられ、いくつかの社会経済的指標が州間予算配分公正を決定するための指標として含まれるようになった。これは様々な要素が絡み合って歴史的に育まれてきた既存の州間格差について数値化できる指標に置き換え、そこから算定される基準に従って予算を配分していこうという試みであるという点で非常に重要な意味を持っている（表 2-8 参照）。この算定式は、財務省財務局によって作られたもので、6 つの要素から成り立っている。例えば、41%の比重を与えられている教育部門の州間配分は、6 歳から 17 歳までの学齢人口をベースに算出されている。保健部門（比重 19%）では医療保険へのアクセスを持たない人口をベースに、社会保障部門（比重 17%）では、社会保障費支給の対象となる人口と収入から算出された貧困指標に基づいている。教育、保健、社会保障以外の要素では、基礎均等比（比重 7%）が各州の人口をベースに、経済比（比重 8%）が賃金の州間配分をベースに、そして組織運営比（比重 11.1%）では、組織運営にかかるコストの州間の相違が基盤になっている。このように部門ごとに異なる州間の格差を反映するのに最も適していると思われる指標を取り入れることで、州予算全体の配分が州間で水平的公正に近づき、各州における公共サービスに対する需要状況の相違を中央レベルの予算配分で反映しようとした。

均等配分算定式は予算配分を公正に行うことを目指しているが、一方でこの算定式の作成プロセス

が中央一州政府、あるいは異なる州政府間における政治的利害関係や力関係によって影響を受けていることは否めない。1998年の算定式の本格的導入に続いて、1999年には改めて内容に修正が加えられている。例えば、従来式に使用されていた人口データが古すぎるため、人口増加率が比較的高い州にとって不利な配分になっているという観点から、1999年には1996年に行われた国勢調査の結果人口統計に生じた変化が考慮されるようになっている表2-6からは、この新人口統計結果導入によって最も大きい影響を受けているのが、北西州（対前年度+1.2%）、ハウテン州（+0.9%）、そして西ケープ州（-1.2%）であることがわかる。

また、1998年度の予算配分方式による保健部門の指標では、医療保険でカバーされていない人口のみをベースとして、さらに医療機関への需要が必然的に増す要素となる従属率の高さも比重化され、算定式に包含されていた（表2-5DoF方式参照）。しかし1999年度からは、このような医療保険対象人口と対象外人口との区別が廃止され（表2-8参照）、保健医療サービス供給と密接な関係を有する人口従属率に対しても、その比重化が廃止された。この背景には、この指標の挿入によって実質的な基礎公共サービスに対する各州の需要度が歪曲されて算定されるという批判が強まったことがあげられる。具体的には特に都市人口率をランキングした結果1位と2位（表2-7）であったハウテン州及び西ケープ州においては、隣接する他州からの農村人口が大量に流入し、実質的な両州の公共サービス供給に対する需要が急激に高まっているという実情がある。にもかかわらず、農村人口比に基づいて予算配分の多少を決定することは、農村地域を多く抱える州に有利で主にこの両州にとって不利になるのである。この文脈において、異なる利害関係に基づく外部圧力が算定式の設定に与える影響を見て取ることができる<sup>53</sup>。

1999年からの2つの指標の包含廃止が、比較的富裕な州に優位に働く一方で、低開発州に有利となるような指標が新しく導入されている。具体的には、表2-9が示しているように、1999年度予算から農村地域におけるインフラ整備と保健・教育関連施設の整備立ち遅れ度合いなどに基づいて「Backlog」指標として全体の3%の比重が与えられるようになった。これによると、同予算年度における保健部門予算配分割合は、最も多い州と少ない州との比率差が21.7%（ナタール州）と2%（北ケープ州）の19.7%であるのに対して、低開発指標に基づく配分比率は、最も多い州の23%（ナタール州）、最も少ないのが1.3%（北ケープ州）で21.7%となり、州間の格差是正に対して各指標ごとに異なる数値化がみられることがわかる。

先にも述べたように、どの算定式を導入するかで各州の受け取る州政府への交付金全体の額が変わってくるため、この利害関係に関わってくるそれぞれのグループの代表者間で、政治的駆け引きが起きる。保健部門の予算算定に加える指標としては1999年の変更以降一旦落ち着いているように見られるが、人種構成、保健ステータス指標<sup>54</sup>（Health Status）、人口密度、州間の人口移動や都市化の傾向、また民間の保健部門へのアクセス機会等について、より公正な算定式の作成に向けての議論は軟着陸先を未だ見出せずききており、この過程でどのような政治・行政的駆け引きが行われているのかについては、今後も観察していく必要がある<sup>55</sup>。それゆえ前節で述べた公正な予算配分を算

<sup>53</sup> Budget Information Service（1998）に負う。

<sup>54</sup> 疾病率、平均寿命、死亡率等、保健分野のパフォーマンスに関する指標を指す。

<sup>55</sup> Health Systems Trust（1996）参照。

定できる公平なモニタリング組織と法的枠組みの整備が、特に中央政府のレベルで必要になってくると思われる。

算定式そのものが公正であるか、また逆に「公正な算定式」とはいかなる指標をどのような比率で挿入したものかといった問題は、本論文アプローチとはまた別の検証を必要とする<sup>56</sup>。よって本論文では、財政地方分権化過程が既存の地域間格差解消を目指し予算配分の公正についての算定方法を模索しながら進められてきたこと、そしてその過程で利害をめぐる政治的・行政能力の競合が起こり、そうした圧力が高まる中でいかに公正な判断を行う中立な機関を制度化していくかということが重要な課題となっているという点を確認するにとどめておく。

表 2-4 予算配分算定方式における変化

予算年度	1994/1995	1995/1996	1996/1997	1997/1998	1998/1999	1999/2000
全体予算・保健予算配分水平的公正に関する算定基準	過去の配分比率を踏襲	ニーズ・ベース算定式	1995 に同様	均等配分算定式 (FFC 算定方式)	均等配分算定式 (DoF 算定方式)	均等配分算定式 (人口データの改訂、その他)

筆者作成。

表 2-5 均等予算配分比率式の構成要素の変遷

FFC 方式 (諮問委員会)	DoF 方式 (中央政府財務局)
教育・保健サービスを提供するためにかかる費用	公共サービス依存人口を全体の人口と区別
補助金 (Spillover Grant)	保健部門補助金 (Conditional health grant)
基礎補助金 農村人口に 25% の比重	基礎補助金 農村人口に 50% の比重
各州の独自歳入確保能力による	国内 GDP への貢献度による



出所：Health Systems Trust (1998) より作成。

<sup>56</sup> 第 3 章で予算配分公正を検証する歳、社会経済的指標及び保健関連指標を筆者の判断で選出している。この点について、第 2 部第 1 章の理論的枠組みを参照。

表 2-6 州別人口統計における修正（1996 国勢調査に基づく）

州名	1998 年度まで (%)	1999 年度から (%)
EC	15.5	15.5
FS	6.5	6.5
G	18.9	18.1 (-0.9)
KZN	20.3	20.7 (+0.4)
M	7.0	6.9 (-0.1)
NC	2.0	2.1 (+0.1)
NP	10.9	12.1 (+1.2)
NW	8.0	8.3 (+0.3)
WC	10.9	9.7 (-1.2)

出所：Health Systems Trust（1999）より作成。

表 2-7 都市人口率に見る州間の相違

	都市人口割合	ランク
EC	36.6	7
FS	68.6	4
G	97	1
KZN	43.1	5
M	39.1	6
NC	70.1	3
NP	11	9
NW	34.9	8
WC	88.9	2
国内平均	53.7	

出所：Health Systems Trust（1998）より作成。

表 2-8 州別医療保健対象人口

	4 歳未満の幼児人口	男性 65 歳以上、女性 60 以上の高齢人口	15-59 歳の女性
EC	17.1	19.1	14.6
FS	5.7	6.2	6.6
G	14.7	15.7	19.4
KZN	21.7	19.8	21.0
M	7.3	5.9	6.8
NC	2	2.1	2.0
NP	14.6	13.0	11.3
NW	8.5	7.8	8.2
WC	8.6	10.4	10.2

出所：Health Systems Trust（1999）より作成。

表 2-9 均等予算配分比率 (1999)

	教育	保健	社会保障	基礎	低開発	経済	組織	比重
EC	18.5	17.0	19.6	15.5	20.7	5.9	11.1	16.8
FS	6.3	6.5	7.1	6.5	5.6	5.1	11.1	6.6
G	12.3	14.7	13.9	18.1	5.0	43.2	11.1	15.7
KZN	22.1	21.7	19.6	20.7	23.0	18.9	11.1	20.7
M	7.3	7.2	6.5	6.9	8.5	4.7	11.1	7.1
NC	1.9	2.0	2.2	2.1	1.3	1.6	11.1	2.4
NP	15.7	13.7	13.7	12.1	22.9	1.7	11.1	13.5
NW	8.0	8.7	8.7	8.3	9.5	5.1	11.1	8.2
WC	7.9	8.8	8.8	9.7	3.6	13.7	11.1	8.9

出所：Department of Finance, Republic of South Africa より作成。

## 2-5 州予算部門間配分における州政府の実質的裁量権における変化

ここまでの節で州政府の財政能力、意思決定機関への参加、公正に対する政策的コミットメントと算定基準の設置が、財政地方分権化によってどのように変化してきたのかを確認した。本節では州政府の裁量権が財政地方分権化によって実質的にはどの程度保障されているものなのかといった点について検証する。この問題に取り組むために、1997年の包括的財政移転方式導入によって州政府における部門別予算配分パターンがどのように変わってきたのかという側面から分析する。この前提には、財政地方分権化によって州政府が垂直的な予算配分パターンをどのように変化させてきたのかという点を観察することで、州政府に移譲された裁量の程度を測ることができるという想定がある。1997年前後で決定的に異なるのは全体予算における部門間配分を州政府が決定できるようになったことであるが、仮にこの前後で配分パターンが変化していなければ、財政地方分権化によって行われた意思決定権の移譲は実質的な裁量権の拡大にはつながっていないとすることができる。逆に変化が見られ、その変化が各州によって異なるパターンを示しているとするれば、州政府に移譲された意思決定の裁量の実質的に機能していることがわかる。

よって以下からは垂直的な予算配分パターンについて、部門間公正、異なる保健医療レベル間公正の2つの側面から検証する。

### 2-5-1 部門間予算配分の垂直的公正に見る州政府の裁量

1997年の部門間予算配分意思決定権移譲によって、州政府はその歳出の内訳を決定できる裁量を得るようになった。しかし一方で、州予算の85%は社会部門（教育・保健・社会保障）に割り当てなければならないという規定が中央政府によって設置されており、この基準は各州政府によって厳しく守られている（表 2-10 参照）。これは社会指標における国家一体となった開発を図るための政策であるというプラスの見方ができる一方で、州政府独自の特徴ある部門間予算配分を阻害しているという弊

害もある<sup>57</sup>。

表 2-11 は、各州予算全体に占める主要社会部門予算割合について、予算年度ごとの変化をみるために前年度からの差異を割り出したものである。まず保健部門予算配分割合の前年度差異を見ると、1996 年から 1997 年度において最も大きい変化を示しているのが全 9 州のうち 5 州（自由州、ハウテン州、ナタール州、ムプマランガ州、北西州）ある（図 2-3 参照）。特にハウテン州、ナタール州、ムプマランガ州においても共通にその動きが顕著に見て取れる。同様に、図からは、教育部門ではどの州においても大きい変化が観察できるのは、1996 年から 1997 年度の間であり、その後の変化は州によって大きくばらついてきていることが見て取れる（図 2-4 参照）。同様のことは図の社会保障部門においても言える（図 2-5 参照）。つまり、州政府は 1997 年の一括財政移転方式の導入後、州予算に占める主要社会部門の配分割合を一斉にしかも大幅に変化させたが、その後は各州によってそれぞれ異なる配分割合に落ち着いてきている。

こうした部門間配分の違いは主に、各州の経済社会指標や、人口構図、行政能力の違い、国内全体を対象としたサービス提供の有無等から生じてくると考えられる。例えば、人口統計における相違や収入格差等によって、州ごとの支出内容は大きく異なってくる。北部州、ナタール州など農村人口率が極めて高い州では、学齢人口が非常に高くなっており、結果的に教育支出が高くなっている（表 2-4 参照）。同じく子供や老人の従属人口率が高い地域では、保健医療サービスへの需要が高くなるはずだが、最も保健部門支出が多くなっているのは、国内全体を対象として医療サービスを提供する学術病院を有するハウテン州と、西ケープ州となっている。社会保障支出では、主に年金受給者と支払能力のない子供が多い州で、しかも 1 人当たり所得が少ない場合に政府による社会保障費の割合は高くなっている。以上の結果から、中央政府のコントロールの枠組み内ではあるものの、州政府予算の部門間配分パターンが州ごとに変化してきているのがわかった。

しかし部門間の予算配分が変化していることが、財政地方分権化と直接どのように、またどの程度結びついているのかという問題については、更なる検証が必要となる。なぜなら、財政地方分権化の前後において州政府の部門間予算配分が変化していることが、そのまま州政府の裁量権拡大に起因するものであるとは必ずしも言いきれないからである。これは、中央政府が州政府の予算配分における意思決定権を実質的には制限してしまう場合を指している。例えば公務員給与支出について、これは実際中央政府レベルの賃金交渉や法令によって公務員給与レベルが規定されてしまっていることが多くあり、一般的に州政府は前年度予算の配分を維持する以上の実質的な裁量は非常に限られたものになってしまう。また、中央政府は補助金の配分によって、各州政府予算内における予算配分割合を変化させることもできる。

ここで挙げた第 1 の中央政府介入側面である公務員給与については、1996 年中央政府によって基準が設定されており州政府はこれに従う義務を有している<sup>58</sup>。こうした中央集権的基準の設定によっ

---

<sup>57</sup> 実際、部門間配分を決定するにあたって、州政府が中央から州レベルでの開発計画を規定するようないかなる法的枠組みも存在していないという点が問題として挙げられる。つまり各州政府は予算編成にあたって、それぞれの開発計画が相互補完的で一貫していて効率的なものでなければならないという枠組みが存在しない（UNDP (1998) Part 2, p.2）。

<sup>58</sup> The Personnel Expenditure Review



て最も影響を受けるのは、基本的に貧しい州政府である<sup>59</sup>。なぜなら公務員の数は、拡大する州政府の責任業務の遂行のためには増加こそすれ、減少していくことは困難であるため、州全体予算における公務員給与支出の占める割合は、全体予算が実質額として伸びていかない限り拡大する一方となるからである。この場合、州予算総額に占める公務員給与支出の比率は、貧しい州において高く富裕な州において低くなり、公共サービス供給自体に支出できる予算額が州によって大きく異なる要因となるからである（例えば図 2-7 参照）。

後者の補助金を通じての中央政府の介入という側面については、表 2-10 を参照していただきたい。これによると、中央政府は各部門間への補助金割合を大幅に変化させていることがわかる。例えば、1998 年度予算では 47%程度であった全補助金額に占める保健部門補助金割合が、2001 年には 71.5%まで伸びている。一方で州政府の債務返済に当てられていた補助金は大幅に減少してきている。

このように補助金を通じて、中央政府がどのように州政府予算配分に間接的影響力を持つかということを確認するため、保健部門補助金を詳しく見ることにする。図 2-9 は各州予算に占める保健部門予算の割合を時系列変化で表したものである。同部門の州ごとの動きを観察すると、ハウテン州では 35%前後を一貫して維持しているのに対して、北部州、北西州、ムプマランガ州、東ケープ州、北ケープ州は概ね 15%から 20%の間を維持しており、大きな格差があることが確認できる。この違いは特に、ハウテン州以外では自由州、ナタール州、西ケープ州での学術病院<sup>60</sup>へ、中央から補助金が拠出されていることによる。全州合わせて見ると、1997 年度予算において保健部門支出は最も大幅な伸び率（5.72%）を示しており、特にハウテン州、東ケープ州、そして西ケープ州において増加傾向にある。ハウテン州、ナタール州、そして西ケープ州は保健部門への補助金の主な受給州で、主な用途としては学術病院の建設や研修病院の運営費などに当てられている（表 2-13 及び 2-14 参照）。つまり、1997 年度予算において大幅増加している 3 州の保健部門予算は、その大部分を中央からの補助金によっていたことが判明する。

よって、この 2 つの側面からの中央政府の介入を考慮に入れた場合、州政府の予算配分における裁量の自由が、実際はかなり限られたものとなっていることが判明した。そしてこのことが、公正な予算配分について誰が責任を持つべきかという議論に後つながっていく。

---

<sup>59</sup> Budget IDASA, 25 Feb 2000 Poor Provinces remain in the cold.

<sup>60</sup> この 4 つの州に学術病院が設立されたのは、旧州制度ではこの 4 つの州のみが存在していたからである。

図 2-3 各州予算に占める保健部門予算割合における前年度差異

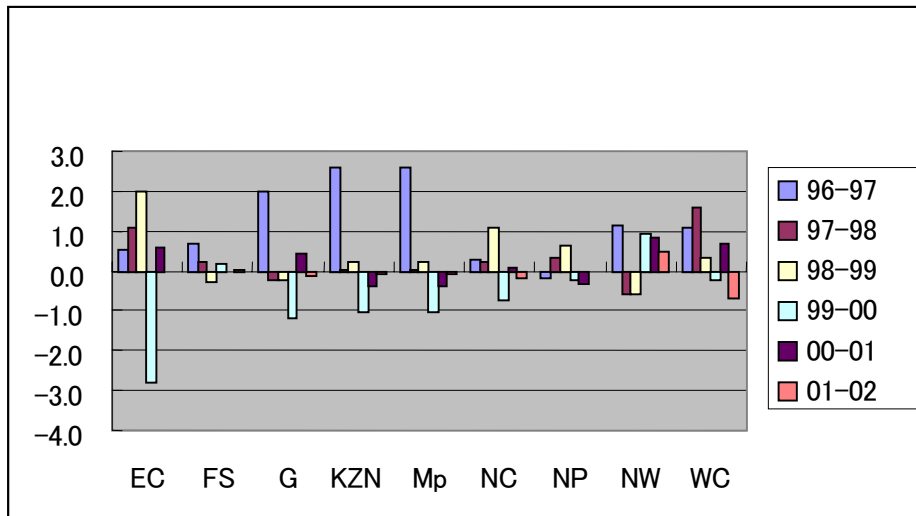


図 2-4 各州予算に占める教育部門予算割合における前年度差異

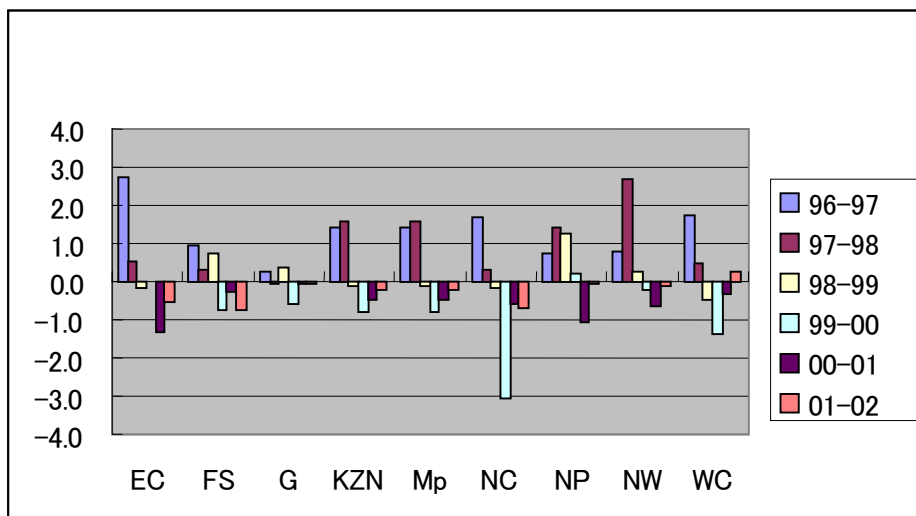


図2-5 各州予算に占める社会保障部門予算割合における前年度差異

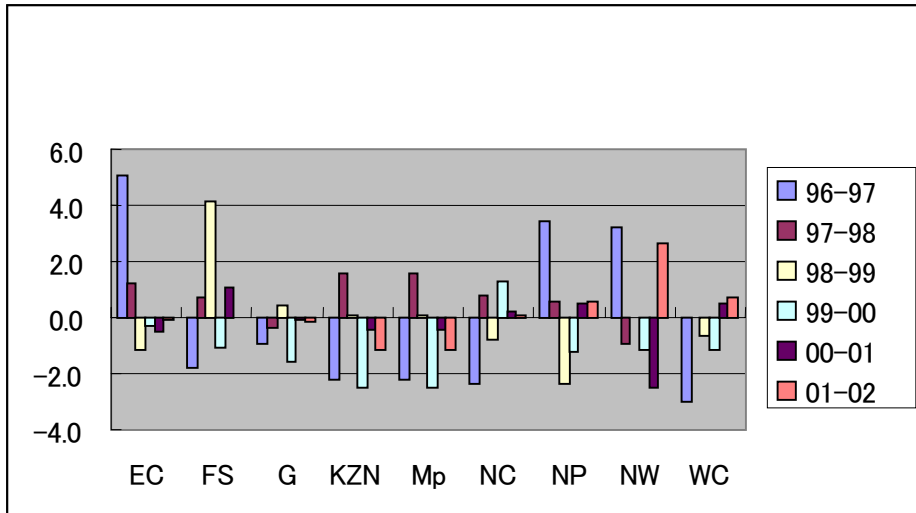


図2-6 保健部門予算に占める公務員給与の割合

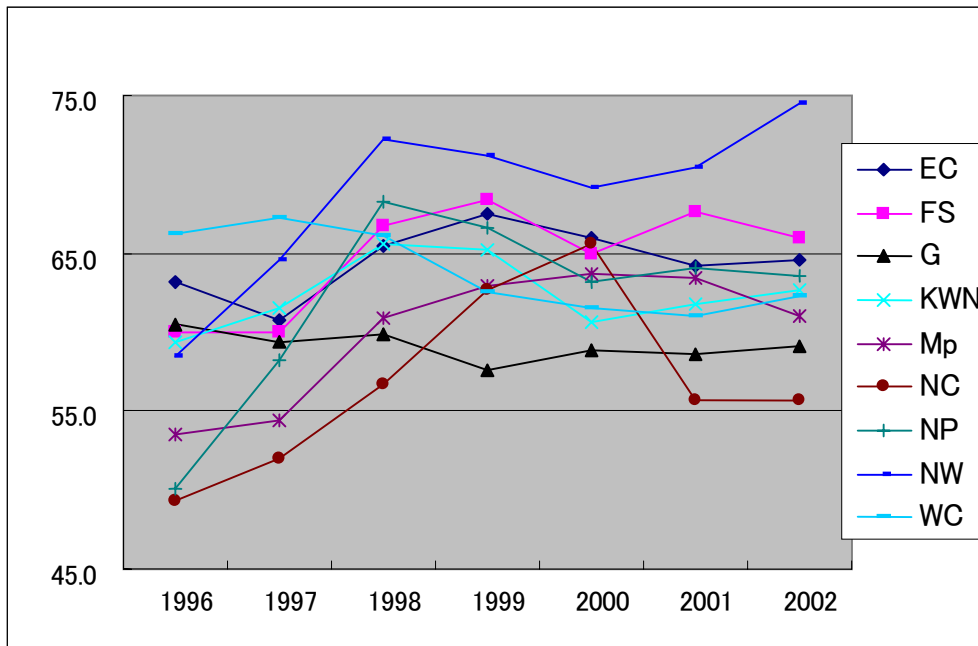


図2-7 州別予算に占める保健部門予算割合の変遷

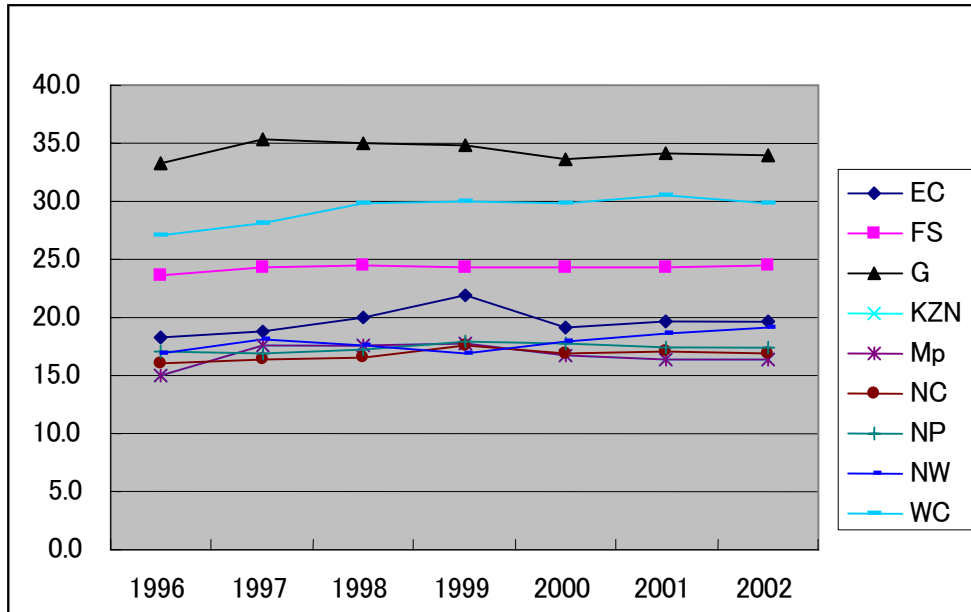


表 2-10 各州政府予算における主要社会部門予算配分 (%)

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
EC	教育	36.9	42.0	43.2	42.1	41.8	41.2	41.1
EC	保健	18.3	18.9	20.0	21.9	19.1	19.7	19.7
EC	社会保障	20.6	23.3	23.9	23.7	23.7	22.4	21.9
FS	教育	39.0	37.2	37.9	42.1	41.0	42.1	42.1
FS	保健	23.6	24.3	24.5	24.2	24.4	24.4	24.4
FS	社会保障	15.5	16.5	16.8	17.6	16.8	16.6	15.9
G	教育	40.0	39.1	38.7	39.2	37.6	37.5	37.4
G	保健	33.3	35.3	35.1	34.8	33.7	34.1	34.0
G	社会保障	14.5	14.8	14.7	15.1	14.5	14.4	14.3
KZN	教育	44.3	42.1	43.7	43.7	41.2	40.7	39.6
KZN	保健	15.0	17.6	17.6	17.8	16.8	16.4	16.4
KZN	社会保障	15.1	16.5	18.1	18.0	17.2	16.7	16.5
Mp	教育	44.3	42.1	43.7	43.7	41.2	40.7	39.6
Mp	保健	15.0	17.6	17.6	17.8	16.8	16.4	16.4
Mp	社会保障	15.1	16.5	18.1	18.0	17.2	16.7	16.5
NC	教育	39.2	36.8	37.6	36.8	38.1	38.3	38.4
NC	保健	16.0	16.3	16.6	17.6	16.9	17.0	16.8
NC	社会保障	26.5	28.2	28.5	28.3	25.3	24.7	24.0
NP	教育	44.7	48.2	48.8	46.4	45.2	45.7	46.3
NP	保健	17.1	17.0	17.3	17.9	17.7	17.3	17.3
NP	社会保障	14.9	15.7	17.1	18.4	18.6	17.5	17.5
NW	教育	39.3	42.6	41.6	41.6	40.4	37.9	40.5
NW	保健	16.9	18.1	17.5	16.9	17.9	18.7	19.2
NW	社会保障	13.4	14.2	16.9	17.2	16.9	16.3	16.2
WC	教育	40.6	37.5	37.5	36.9	35.7	36.2	36.9
WC	保健	27.1	28.2	29.7	30.1	29.8	30.5	29.9
WC	社会保障	19.5	21.2	21.7	21.2	19.9	19.5	19.8

表 2-11 各州予算に占める主要社会部門の割合における前年度差異 (%)

		1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
EC	教育	5.1	1.2	-1.2	-0.3	-0.5	-0.1
	保健	0.6	1.1	2.0	-2.8	0.6	0.0
	社会保障	2.7	0.5	-0.1	0.0	-1.3	-0.5
FS	教育	-1.8	0.7	4.2	-1.1	1.1	0.0
	保健	0.7	0.2	-0.3	0.2	0.0	0.0
	社会保障	0.9	0.3	0.8	-0.7	-0.3	-0.7
G	教育	-0.9	-0.4	0.5	-1.6	-0.1	-0.2
	保健	2.0	-0.2	-0.2	-1.2	0.4	-0.1
	社会保障	0.3	-0.1	0.4	-0.6	-0.1	-0.1
KZN	教育	-2.2	1.6	0.0	-2.5	-0.4	-1.1
	保健	2.6	0.0	0.2	-1.1	-0.4	0.0
	社会保障	1.4	1.6	-0.1	-0.8	-0.5	-0.2
M	教育	-2.2	1.6	0.0	-2.5	-0.4	-1.1
	保健	2.6	0.0	0.2	-1.1	-0.4	0.0
	社会保障	1.4	1.6	-0.1	-0.8	-0.5	-0.2
NC	教育	-2.3	0.8	-0.8	1.3	0.2	0.1
	保健	0.3	0.3	1.1	-0.7	0.1	-0.2
	社会保障	1.7	0.3	-0.2	-3.1	-0.6	-0.7
NP	教育	3.4	0.6	-2.3	-1.2	0.5	0.6
	保健	-0.2	0.3	0.6	-0.2	-0.3	0.0
	社会保障	0.7	1.4	1.3	0.2	-1.1	0.0
NW	教育	3.2	-1.0	0.0	-1.2	-2.5	2.6
	保健	1.1	-0.6	-0.6	0.9	0.8	0.5
	社会保障	0.8	2.7	0.3	-0.2	-0.6	-0.1
WC	教育	-3.0	0.0	-0.6	-1.2	0.5	0.7
	保健	1.1	1.6	0.3	-0.2	0.7	-0.7
	社会保障	1.7	0.5	-0.5	-1.4	-0.3	0.2

出所：Department of Finance, Republic of South Africa より作成。

表 2-12 補助金の部門別配分

	1998	%	1999	%	2000	%	2001	%
保健	4960	52.47	5371	66.33	5717	69.20	5824	71.75
債務	3800	40.20	2500	30.87	2212	26.78	2000	24.64
教育	531	5.62	111	1.37	272	3.29	283	3.49
住居	10	0.11	10	0.12	10	0.12	10	0.12
社会保障	100	1.06	50	0.62	50	0.61	—	—
雇用	52	0.55	56	0.69	—	—	—	—
補助金総額	9453	100.00	8098	100.00	8261	100.00	8117	100.00

出所：Department of Finance, *Budget Review 1999*, Republic of South Africa

表 2-13 保健部門用途限定補助金の内容

➤ 中央学術病院：ハウテン州、西ケープ州、ナタール州と自由州の4つの州へ移譲される
➤ 保健医療の人材育成費：全州対象としているが、特に上記の4つの州へ多く配分される
➤ 初等教育栄養計画（The Primary School Nutrition Programme: PSNP）：全州が対象となっているが、特に東ケープ州とナタール州、そして北部州へ配分される
➤ 病院復興再建設
➤ ダーバン学術病院およびウマタタ地方病院への特別資金援助

出所：Department of Finance (2000).

表 2-14 プログラム別保健部門補助金額の変遷（R millions, %）

	1998	%	1999	%	2000	%	2001	%
中央病院	3021	60.9	3075	57.3	3112	54.4	3221	55.3
研修及び研究	1060	21.4	1118	20.8	1174	20.5	1215	20.9
専門保健医療	53	1.1	112	2.1	176	3.1	182	3.1
病院再建復興	—	—	200	3.7	400	7.0	500	8.6
ダーバン学術病院	200	4.0	247	4.6	273	4.8	103	1.8
ウマタタ学術病院	100	2.0	64	1.2	—	—	—	—
小学校給食	526	10.6	555	10.3	582	10.2	603	10.4
全体	4960	100	5371	100	5717	100	5824	100

出所：Department of Finance, *Budget Review 1999*, Republic of South Africa より作成。

## 2-5-2 保健医療レベル間の予算配分の垂直的公正に見る州政府の裁量

前節では州政府の部門間配分が財政地方分権化前後においてどのように変化したのかを分析することで、州政府の裁量権実質的には中央政府のコントロールを受け一定の制約を受けたものであることが判明した。本節では保健部門予算において、異なる保健医療レベル間の配分に財政地方分権化がどのようなインパクトを及ぼしているのかを観察する。

表 2-15 から表 2-23 は、1996 年から 2002 年度予算までの間<sup>61</sup>に、9 つの各州における保健部門支出内訳割合にどのような変化があったのかを示したものである。このうち特に異なる保健医療レベル間の垂直的配分に注目して図に示したものが図 2-8 から図 2-16 である。ムプマランガ州の例外を除いて、どの州についても共通にいえることは、クリニックレベルでのネットワーク<sup>62</sup>によって基礎保健のアクセスを拡大する DHS（地域保健プログラム）支出の全体保健部門支出に占める割合が、程度の差はあるものの確実に増加してきているということである。特に DHS 支出割合が大きく伸びているのが、1999 年度予算以降である州が多い（ハウテン州、ナタール州、北西州、西ケープ州）。それ以外の州では、自由州、北ケープ州で DHS 支出の割合は財政地方分権化前後においてほぼ安定して

<sup>61</sup> 1996 年以前の州別保健部門支出内訳のデータは入手できなかった。しかし 1992 年度予算においては、保健部門支出のうち 76%が救急医療に、そして全体の 44%が学術高等医療に注がれているのに対して、11%程度のみが基礎保健医療に費やされていたという（South African Health Review に負う）。

<sup>62</sup> HFA（Health care to all and free health care to pregnant women and children under 6 years of age）国家復興開発計画の一部を成す。

おり、また北部州と東ケープ州では、1997年の包括財政移転方式導入とともに、DHS支出が大幅に伸びている。これは、先にも述べたように、公正な予算配分に対する政策コミットメントが整い、国家政策が中等保健や高等保健から、初等保健へと移行したことが主要な要因の1つであると考えられる<sup>63</sup>。先述の公正モニタリング機関でもあるMTEFは、各州政府に保健部門予算配分において基礎医療サービスを年率9%で増加していくこと、そして学術病院、州立病院、地方病院をそれぞれ1.3%、2.1%、そして3%の割合で伸ばしていくよう通達しているが、この2州における1997年後の明らかなDHS支出割合の伸びは、中央政府の統一的政策が財政地方分権化実施後でも州政府レベルに浸透しやすいことを示している。

しかしながら一方で注意を要するのは、高等保健医療レベルも依然として高い水準を維持しているという点である。西ケープ州では1996年度には高等医療サービス支出が41.7%であったのが、2000年度には37.4%と減少してきているものの、このため1999年度予算以降はDHS支出が逆に減少していることがわかる(図2-16参照)。さらに、ナタール州の場合には、1996年のDHS支出39.4%から2000年度は49.4%まで大幅に伸びているものの、高等医療支出も11から12%前後を一定して維持している(図2-12)。つまり、DHSの伸びは高等保健支出以外のプログラムにおける支出の削減によるものであることがわかる。そしてこのしわ寄せは、地域特殊病院への予算配分が1996年度の28.7%から2000年度の24.5%に減少するという形等で表れている。

以上本節では、水平的公正から一旦視点を変え、予算配分の垂直的公正の動きを観察することで、財政地方分権化を中央政府が州政府に移譲した裁量の程度を測る材料とした。分析によると、まず部門間配分の動きからは、財政地方分権化が州政府に移譲した部門間配分意思決定権は、ある程度の多様性を州政府間にもたらしたが、一方で公務員給与基準や補助金などを通じて中央政府による介入可能性の余地が多くあることがわかった。さらに、保健医療レベル間の予算配分については、中央政府による国家政策が州政府の予算配分に反映される可能性を示すことになった。そしてこうした州政府の裁量の制限は、水平的公正な配分にどのような意味合いを持つのかということについては第3章で述べることにする。

---

<sup>63</sup> Budget Brief 19: Quarterly Sectoral Reports: Health, South Africa Budget Information Service.



図2-8 東ケーブ州保健部門予算における各保健医療レベルの支出割合

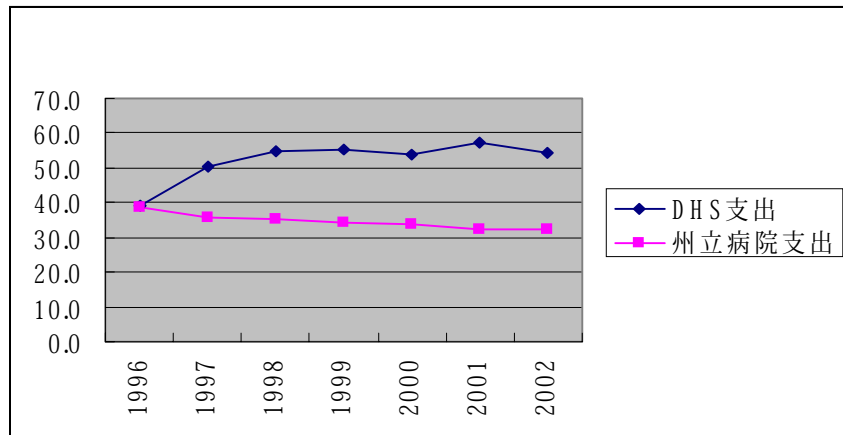


図2-9 自由州保健部門予算における各保健医療レベルの支出割合

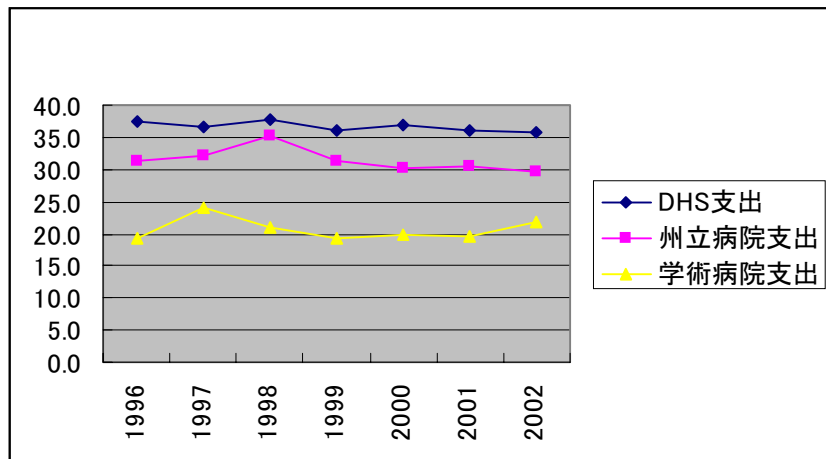


図2-10 ハウテン州保健部門予算における各保健医療レベルの支出割合

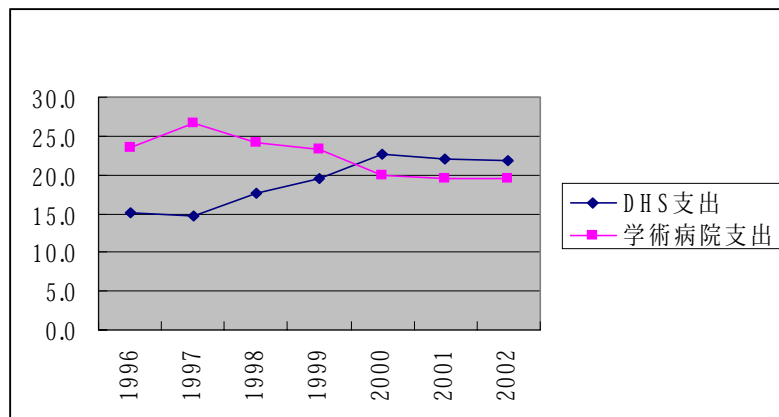


図 2-11 ナタール州保健部門予算における各保健医療レベルの支出割合

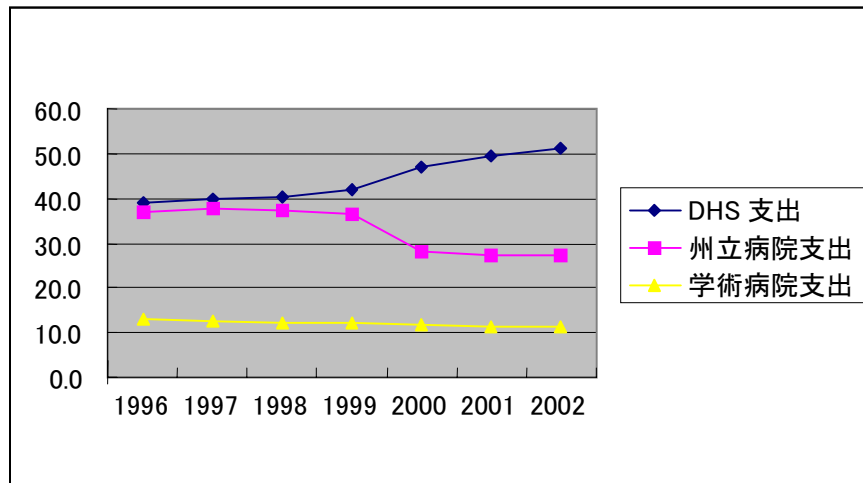


図 2-12 ムプマランガ州保健部門予算における各保健医療レベルの支出割合

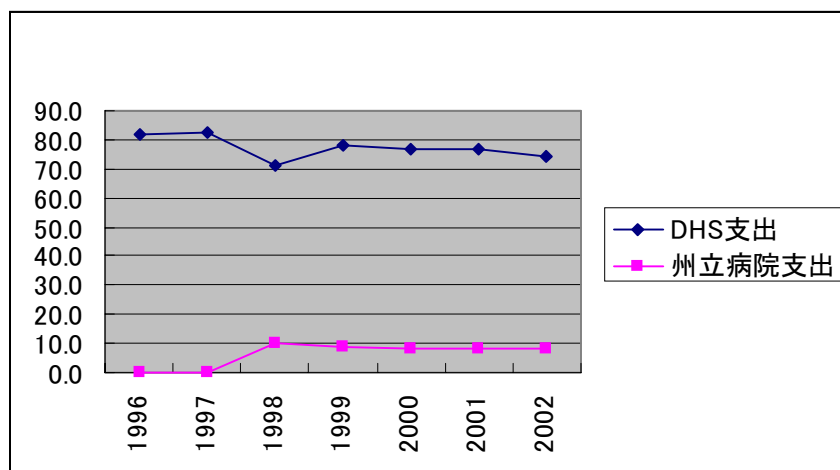


図 2-13 北ケープ州保健部門予算における各保健医療レベルの支出割合

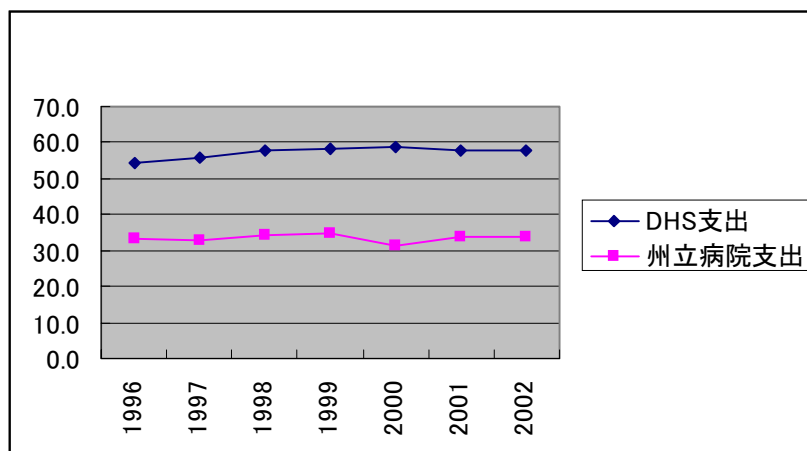


図2-14 北部州保健部門予算における各保健医療レベルの支出割合

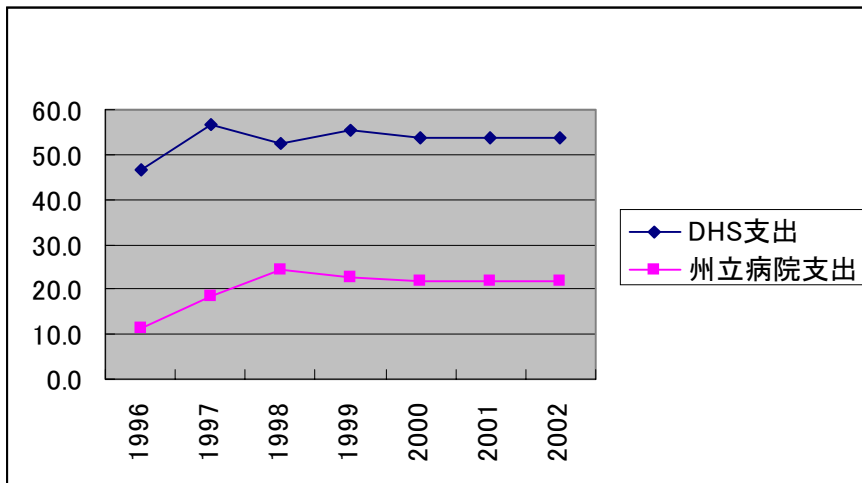


図2-15 北西州保健部門予算における各保健医療レベルの支出割合

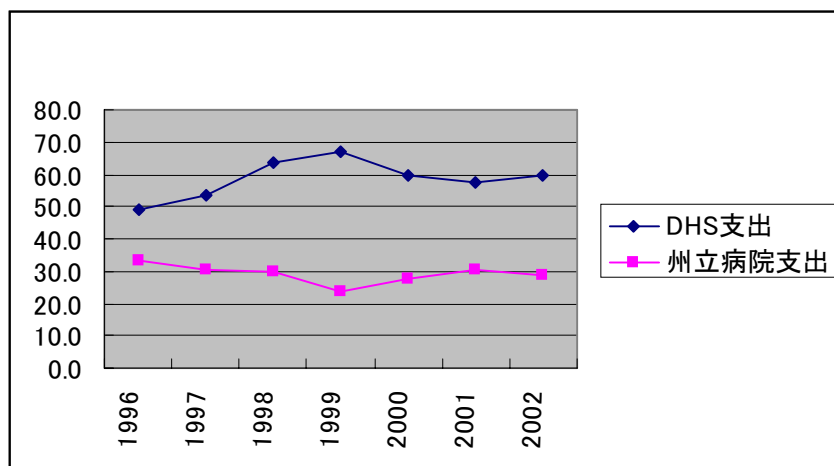


図2-16 西ケープ州保健部門予算における各保健医療レベルの支出割合

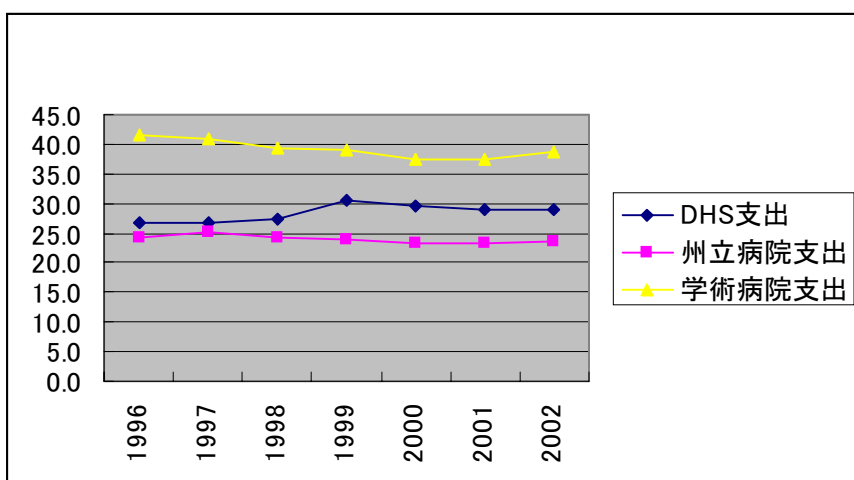


表 2-15 東ケープ州保健部門歳出内訳 (%)

	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03
管理事務費	13.4	5.8	4.4	4.8	5.3	3.7	3.7
DHS 支出	39.2	50.3	54.7	55.4	53.8	57.4	54.4
州立病院支出	38.8	35.6	35.4	34.2	34.0	32.2	32.3
ヘルス・ケアサポート支出	4.7	0.7	0.6	1.1	1.6	1.5	1.5
設備維持費	1.3	1.5	1.5	1.3	1.5	1.4	1.4
ジェンダープログラム	0.5	0.9	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4
人的資源開発費	2.1	5.1	3.0	2.7	3.4	3.3	6.2
全体	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：Department of Finance (2000) より作成。

表 2-16 自由州保健部門歳出内訳 (%)

	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03
管理事務費	7.4	2.7	2.7	3.5	3.5	3.8	3.8
DHS 支出	37.6	36.8	37.9	36.2	36.9	36.1	35.7
州立病院支出	31.4	32.3	35.1	31.4	30.1	30.4	29.7
学術病院支出	19.4	24.0	21.0	19.2	19.7	19.6	21.7
保健科学費	3.0	3.1	2.9	2.7	3.5	3.6	3.5
ヘルス・ケアサポート支出	1.9	2.3	1.7	1.1	0.4	0.3	0.5
設備維持費	0.0	0.0	0.0	5.9	4.2	5.3	4.2
全体	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：Department of Finance (2000) より作成。

表 2-17 ハウテン州保健部門歳出内訳 (%)

	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03
管理事務費	4.8	1.4	2.4	3.8	4.3	4.1	3.9
DHS 支出	15.0	14.6	17.7	19.5	22.6	22.1	21.8
学術病院支出	23.5	26.7	24.1	23.2	19.8	19.5	19.5
保健科学費	54.8	55.4	54.0	51.9	48.0	47.0	46.8
ヘルス・ケアサポート支出	1.0	0.9	0.9	0.8	0.9	0.9	0.9
設備維持費	1.3	1.3	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
全体	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：Department of Finance (2000) より作成。

表 2-18 ナタール州保健部門歳出内訳 (%)

	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03
管理事務費	2.0	1.7	2.1	2.0	1.8	1.9	1.9
DHS 支出	39.0	39.8	40.3	41.9	47.2	49.4	51.0
州立病院支出	36.9	37.7	37.3	36.6	28.1	27.4	27.3
学術病院支出	12.8	12.8	12.2	12.0	11.6	11.4	11.3
保健科学費	2.3	2.7	2.5	2.6	2.7	2.7	2.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：Department of Finance (2000) より作成。

表 2-19 ムプマランガ州保健部門歳出内訳 (%)

	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03
管理事務費	17.9	17.8	7.6	8.5	8.2	8.1	9.7
DHS 支出	82.1	82.2	71.0	78.2	76.7	76.8	74.3
州立病院支出	0.0	0.0	9.9	8.6	8.3	8.1	8.0
ヘルス・ケアサポート支出	0.0	0.0	0.3	0.4	1.1	1.1	1.1
設備維持費	0.0	0.0	9.0	2.0	3.4	3.9	4.7
ジェンダー	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
人的資源開発費	0.0	0.0	2.1	2.3	2.2	2.1	2.2
全体	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：Department of Finance (2000) より作成。

表 2-20 北ケープ州保健部門歳出内訳 (%)

	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03
管理事務費	9.6	8.5	4.2	4.4	4.6	4.7	4.7
DHS 支出	54.5	55.7	57.8	58.4	58.6	57.8	57.6
州立病院支出	33.2	32.6	34.5	34.6	31.2	33.9	33.8
保健科学費	1.7	1.6	1.5	1.2	1.2	1.2	1.2
全体	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：Department of Finance (2000) より作成。

表 2-21 北部州保健部門歳出内訳 (%)

	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03
管理事務費	14.8	7.0	7.6	6.4	7.9	7.8	7.8
DHS 支出	46.8	56.6	52.4	55.2	53.7	53.7	53.7
州立病院支出	11.5	18.5	24.3	22.7	21.7	21.7	21.7
保健科学費	0.3	1.3	2.8	2.0	3.9	3.9	3.9
ヘルス・ケアサポート支出	9.4	6.9	6.4	6.4	6.5	6.6	6.6
設備維持費	17.3	9.7	6.5	7.3	6.3	6.4	6.4
全体	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：Department of Finance (2000) より作成。

表 2-22 北西州保健部門歳出内訳 (%)

	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03
管理事務費	2.9	6.3	2.8	2.8	3.1	3.2	3.1
DHS 支出	48.9	53.8	63.5	67.0	59.7	57.6	60.0
州立病院支出	33.2	30.4	29.7	23.4	27.7	30.4	28.5
保健科学費	1.8	1.6	2.2	1.9	2.5	2.5	2.5
開発維持費	2.2	4.0	0.0	0.3	2.9	2.9	2.7
ヘルス・ケアサポート支出	2.5	1.5	1.8	4.7	4.1	3.4	3.3
メディア費	5.8	2.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
RDP	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
全体	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：Department of Finance (2000) より作成。

表 2-23 西ケープ州保健部門歳出内訳 (%)

	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03
管理事務費	2.2	2.0	3.3	2.4	4.1	4.1	4.2
<b>DHS 支出</b>	<b>26.6</b>	<b>26.7</b>	<b>27.4</b>	<b>30.6</b>	<b>29.6</b>	<b>28.8</b>	<b>28.9</b>
州立病院支出	24.3	25.2	24.2	23.8	23.2	23.1	23.7
学術病院支出	41.7	41.0	39.3	38.9	37.4	37.5	38.6
保健科学費	2.2	2.1	2.0	1.7	1.7	1.7	1.7
ヘルス・ケアサポート支出	3.0	1.9	1.8	1.7	1.7	1.7	1.8
復興費	0.0	0.0	1.5	0.2	0.0	0.0	0.0
全体	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：Department of Finance (2000) より作成。

## 2-6 まとめ

本章では第1節から第5節まで、州政府の財政能力、予算配分意思決定機関への参加、法的枠組みとモニタリング組織の整備、予算配分比率の決定式、そして州政府による実質的裁量の度合いという5つの側面から、南アの財政地方分権化の実態を探ってきた。これらの検証の結果から、南アの財政地方分権化が、実際に州政府の財政能力を拡大し、中央政府—州政府への予算配分過程における参加を促進し、また公正な予算配分に向けての制度化が進む中で、さらに州政府の予算配分における意思決定権という裁量の拡大を伴うものであることがわかった<sup>64</sup>。

しかしながら一方で、こうした州政府の責任能力の拡大は、中央政府による一定のコントロール下にあり、実質的な自治裁量権はかなり限られたものであるということも判明した。この制約された裁量の中で尚且つ拡大する責任をどのように果たすのかという点が、州政府にとっての最も大きな課題である。一方中央政府は、既存の州政府行政能力の差異によって、予算配分の公正に対するコミットメント能力が異なってくるという点に留意しなければならない。つまり、財政地方分権化が公正を促進するためには、中央政府、州政府それぞれの役割や責任にも、そのための変革が必要であると主張できる。

この点については第4章、第5章で検討していくこととして、次章では財政地方分権化のこうした実態が、予算配分の公正とどのような関係性を有しているのかという点について分析を行うことにする。

---

<sup>64</sup> 第2部第1章における Rondinelli の定義に基づくと、この場合の財政地方分権化の種類は Devolution (移譲) である。

### 3. 財政地方分権化と予算配分の地域間公正

本章では、地域間予算配分の水平的公正について、州間全体予算、州間保健部門予算、州内保健部門予算の3つの観点から、予算配分の変動と財政地方分権化との相関性について分析する。その際、第2部第1章の理論的枠組みにおいて列挙した社会経済指標及び保健関連指標を基に、予算配分パターンがこれらの指標における水平的格差の解消に寄与するものであるかといった点について考察する。

#### 3-1 州予算配分変動に見る水平的公正の動向

##### 3-1-1 経済社会指標における州間格差

南アの9つの州間にどのような地域的格差が存在しているのかといった出発点を明らかにするために、第1章でいくつかの指標を選定した。まず州間の格差を見る場合の基本となる州別貧困指標<sup>65</sup>を比較すると、最も貧しい東ケープ州で71%であるのに対して、最も富裕なハウテン州では17%となっており、貧困に見る社会的不公正の度合いが非常に強いことがわかる。その他の州では、自由州、北西州、北部州、ムプマランガ州がそれぞれ、63%、62%、59%、そして57%とほぼ同程度に集中しており、西ケープ州で28%と低くなっている。また、各州における貧困<sup>66</sup>人口の割合は、ナタール州(19.2%)と東ケープ州(18.4%)で最も高く、次いでハウテン州(16%)、北部州(14.4%)、自由州(7.6%)、ムプマランガ州(7.3%)、北西州(8.3%)、西ケープ州(6.7%)、北ケープ州(2.0%)となっている。

加えて、その他の経済社会指標についても州間格差を示すため、表3-1で州内貧困人口の割合、GDP貢献度、1人当たり所得、従属率、そしてHDIについて、それぞれ9つの州に順位をつけ、その平均値をとって全体順位として表した。これによると、経済社会指標におけるパフォーマンスの良い州から順に、西ケープ州、ハウテン州、北ケープ州、自由州、ムプマランガ州、北西州、ナタール州となり、最も悪いのは北部州と東ケープ州であった。

##### 3-1-2 交付金予算配分における州間の水平的公正

この点を踏まえた上で、次に財政地方分権化の導入によって1人当たりの州政府予算交付金額にどのような変化が生じているのかという点について検証してみる。中央政府からの財政移転のうち補助金は地域ごとに異なる需要、異なる事情に応じてあらかじめ使途が限定されているため、予算配分公正の指標からは除外した。表3-3は1人当たり交付金の国内平均を0と設定した場合の各州の偏差を示したものである。これによると、経済社会指標のパフォーマンスで2位であったハウテン州は国内

<sup>65</sup> 世界銀行による。

<sup>66</sup> この場合の貧困は年収が1万2000ランド以下と定義されている。UNDP(1997)



平均を 20%程度平均して下回っているのに対し、同 8 位及び 9 位であった東ケープ州と北部州ではそれぞれ、10%、5%ほど国内平均を上回っている。このことは中央政府から州政府への交付金配分が、既存の社会経済的州間格差の是正を考慮に入れた一定の算定式に基づいて行われていることをよく示している（第 2 章参照）。

しかしながらそれ以外の州について懸念が残るのは、同経済社会指標で 7 位であったナタール州の州政府交付金が、国内平均の 5%から 10%も下回っているという点である。同様に、経済社会指標 6 位の北西州でも国内平均を若干下回るようになってきており、現在までの均等算定式では、経済社会指標に見る既存の州間格差を十分に反映しきれていないということがわかる。

さらにこの動きを時系列的に分析していくと、財政地方分権化との関連性が読み取れる。表 3-3 は、1 人当たり州政府交付金の国内平均からの格差の指標を前年度との差異をとって表したものである。1997 年の包括財政移転方式の導入は、財政地方分権化の観点からは大転換点であったことは前章でも繰り返し述べてきた。そこで 1996 年度から 1997 年度の間に観察できる目立った変化として、比較的豊かな州であるハウテン州の 1 人当たり州政府交付金額が急激に伸び、逆に最も貧しい州のひとつである東ケープ州では急激に落ち込んでいる。これは財政地方分権化導入の初年度であったため、公正に対する配慮が未だ予算プロセスにおいて組み込まれていなかったということと関係があると思われる。このことが示唆しているのは、財政地方分権化は、立案過程においてそれ自体公正を促進するメカニズムを自動的に兼ね備えているわけではないということである。

1997/1998 年度間の変動から気づく主な点は、前年度に観察された変動パターンの全く逆で、ハウテン州で大幅な下降が、東ケープ州で上昇傾向が観察されるということである。第 2 章で述べたように、1998 年には均等予算配分方式が州間公正の観点から再考され、予算配分プロセスが資源の再分配機能の役割を果たすための具体的な政策コミットメントとして定着している。そしてこのことから、財政地方分権化が公正を促進するかどうかは、予算配分プロセスにおいてどのような基準が設定され、それが誰の責任に属し、どれだけ透明性の高い予算配分の判定を行うことができるかといったことが非常に重要であると主張できるのである。

また、1996 年から 2002 年までの時系列で見た場合には、1996~1998 年の変動パターンがどの州においても不安定であったのに対して、1998 年以降はそれが安定してきており若干の例外を除いていづれの州でも国内平均からの偏差における上昇幅も下降幅も縮まってきていることが見て取れる。これは先にも述べたように 1998 年における均等予算配分方式が定着したということと同時に、同年より予算の 3 ヶ年方式 (Rolling Budget)<sup>67</sup>が導入されたことが主な原因である。もちろん、この間若干の変化があったことは第 2 章でも述べた。例えば 1998-1999 年度の間の変化は、均等配分方式のベースとなる人口統計が見直されたことによる。北部州においてこの年国内平均からの偏差が 5%程度伸びているのはこのためである。

全体を通じて言えることは、自由州、北西州、北部州では最も国内平均からの格差が少なく、しかも財政地方分権化導入の前後において変動が少ない。プラスの大きな変動が観察されるのは、ムプマランガ州とナタール州で、1996-1997 年度では国内平均を大きく下回っていたのが、1998 年から予

---

<sup>67</sup> 3 年ごとを 1 単位として初年度の予算立案時に向こう 3 年分の予算を計画するという方式。

算年度ごとに着実に平均に近づいていることがわかる。逆にマイナスに大きい変動を示しているのは西ケープ州である。1人当たりの州政府交付金の額が従来国内平均を15%以上上回っていたところが、1996年から1998年の間に一気に平均まで落ち込み、さらに2002年度予算まで毎年着実に減少している。北ケープ州と東ケープ州では、1997年前後において多少の変動があったものの、国内平均をそれぞれ20%、10%程度上回るレベルに1人当たり交付金額が保たれているのに対して、逆にハウテン州は1997年前後に大きな変動があったものの、1998年以降は-20%程度で安定している。東ケープ州においては、1996年度には国内平均(0)との偏差が18.2%であったのに対して、1997年度は7.09まで落ち込みその後は10%前後で安定している。もう1つの貧しい州である北部州は、国内平均からの偏差を高い水準で保っている。これは算定式においてその広大な州面積、過疎人口、そして高い社会保障予算比率が考慮されたことによっている。

図3-4によると、1997年の包括的財政移転方式導入の前後において、州間の水平的公正への動きは激しい変動を見せており、その後徐々に落ち着いてきている。つまり南アの財政地方分権化の導入は一時的に州予算配分に非常に大きな変動をもたらしたが、その後の政策努力、すなわち均等予算配分方式の開発・導入によって安定し、公正の拡大に向けて徐々に進行中である点が評価できる。つまり、財政地方分権化は、それ自体公正を促進するわけではないということである。さらなる課題としては、州間予算配分が一定比率で安定してきても、それが既存の社会経済的州間格差を十分に反映しきれていない部分が今後の課題として残る。

表3-1 州間の経済社会指標に見る格差

	貧困 割合	ランク 1	GDP 貢献度	1人当 りGDP 貢献度	ランク 2	1人 当たり 収入額	ランク 3	従属率	ランク 4	HDI	ランク 5	平均 ランク	全体 ランク
EC	18.4	8	7.5	0.46	8	1,358	8	3.7	8	0.48	8	8	8
FS	7.6	4	7.1	1.03	5	2,419	4	1.4	3	0.66	4	4	4
G	16.0	7	36.9	2.21	1	4,992	1	0.9	1	0.71	3	2.6	2
KZN	19.2	9	14.7	0.70	7	1,910	6	2.3	7	0.58	6	7	7
M	7.3	3	8.3	1.21	4	2,164	5	2.1	6	0.61	5	4.6	5
NC	14.4	6	2.2	1.28	3	2,865	3	1.6	4	0.73	2	3.6	3
NP	8.3	5	3.1	0.25	9	725	9	4.8	9	0.4	9	8.2	9
NW	2.0	1	6.9	0.80	6	1,789	7	1.6	4	0.57	7	5	6
WC	6.7	2	13.2	1.49	2	4,188	2	1.2	2	0.76	1	1.8	1
国内平均	11.1		100	1		2,566		1.9		0.69			

出所：South African Health Review より筆者作成。

表3-2 州別1人当たり交付金 (R)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
EC	2381.8	2186.0	2233.8	2245.4	2492.7	2618.2	2720.7
FS	2049.8	2108.3	2089.3	2126.8	2373.2	2500.1	2605.9
G	1562.6	1765.8	1602.9	1611.9	1825.0	1954.4	2070.7
KZN	1800.8	1859.2	1846.2	1877.1	2123.0	2273.3	2408.5
M	1692.5	1717.6	1861.9	1881.9	2141.1	2310.4	2466.1
NC	2391.5	2347.9	2338.3	2394.9	2645.6	2799.6	2931.3
NP	1994.9	2111.4	2127.4	2102.6	2382.2	2542.6	2685.1
NW	1955.7	2022.7	2071.9	2061.0	2288.3	2407.8	2506.6
WC	2333.5	2252.2	2042.2	2018.1	2209.5	2290.2	2347.4
総額	1949.3	1983.9	1953.5	1958.2	2195.5	2329.5	2445.5
国内平均	1085.1	1104.3	1087.4	1090.8	1223.0	1297.6	1362.3

出所：Department of Finance (2000) より作成。

表3-3 州別1人当たり交付金における国内平均からの偏差

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
EC	18.02	7.09	10.38	10.31	9.54	8.60	7.67
FS	1.57	3.29	3.24	4.48	4.29	3.71	3.13
G	-22.57	-13.49	-20.80	-20.81	-19.80	-18.93	-18.05
KZN	-10.77	-8.92	-8.78	-7.78	-6.71	-5.70	-4.69
M	-16.14	-15.85	-8.00	-7.55	-5.91	-4.16	-2.41
NC	18.50	15.02	15.54	17.65	16.26	16.13	16.00
NP	-1.15	3.44	5.12	3.30	4.68	5.47	6.26
NW	-3.09	-0.91	2.38	1.25	0.56	-0.12	-0.80
WC	15.63	10.34	0.91	-0.86	-2.90	-5.00	-7.10
国内平均	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

出所：Department of Finance (2000) より作成。

表3-4 州別1人当たり州政府交付金額における国内平均からの偏差 前年度差異

	1996-97	1997-98	1999-00	2000	2001	2002
EC	-10.9	3.3	-0.1	-0.8	-0.9	-0.9
FS	1.7	0.0	1.2	-0.2	-0.6	-0.6
G	9.1	-7.3	0.0	1.0	0.9	0.9
KZN	1.8	0.1	1.0	1.1	1.0	1.0
M	0.3	7.9	0.4	1.6	1.7	1.8
NC	-3.5	0.5	2.1	-1.4	-0.1	-0.1
NP	4.6	1.7	-1.8	1.4	0.8	0.8
NW	2.2	3.3	-1.1	-0.7	-0.7	-0.7
WC	-5.3	-9.4	-1.8	-2.0	-2.1	-2.1
総額	0.6	-0.7	-0.3	0.3	0.1	0.1
国内平均	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

出所：Department of Finance (2000) より作成。

図3-1 州別1人当たり交付金（1996-2002）

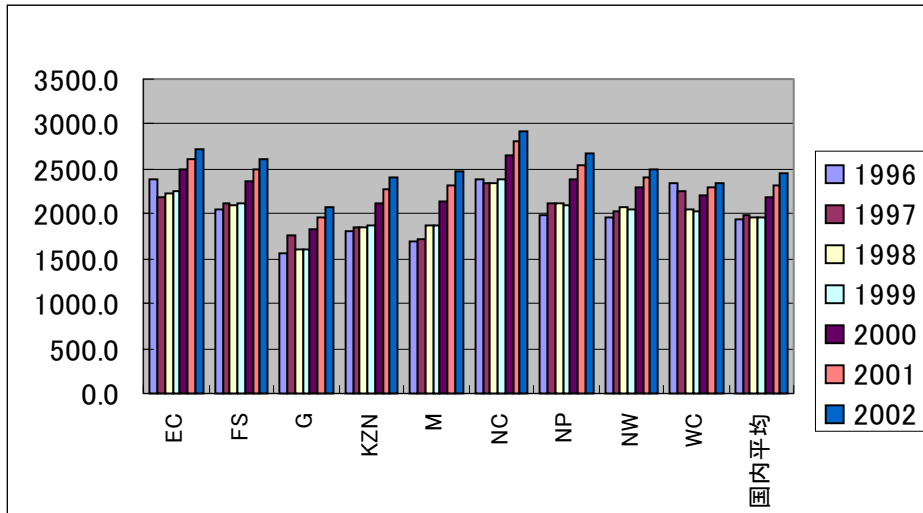


図3-2 州別1人当たり交付金に見る国内平均からの偏差

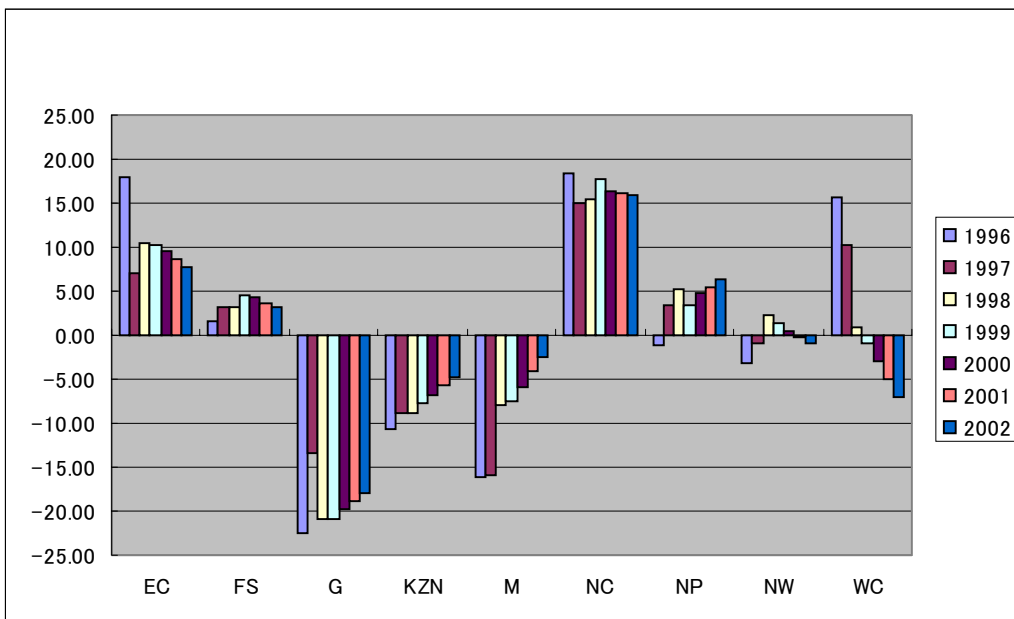


図3-3 州別1人当たり政府交付金額における国内平均からの偏差の変動

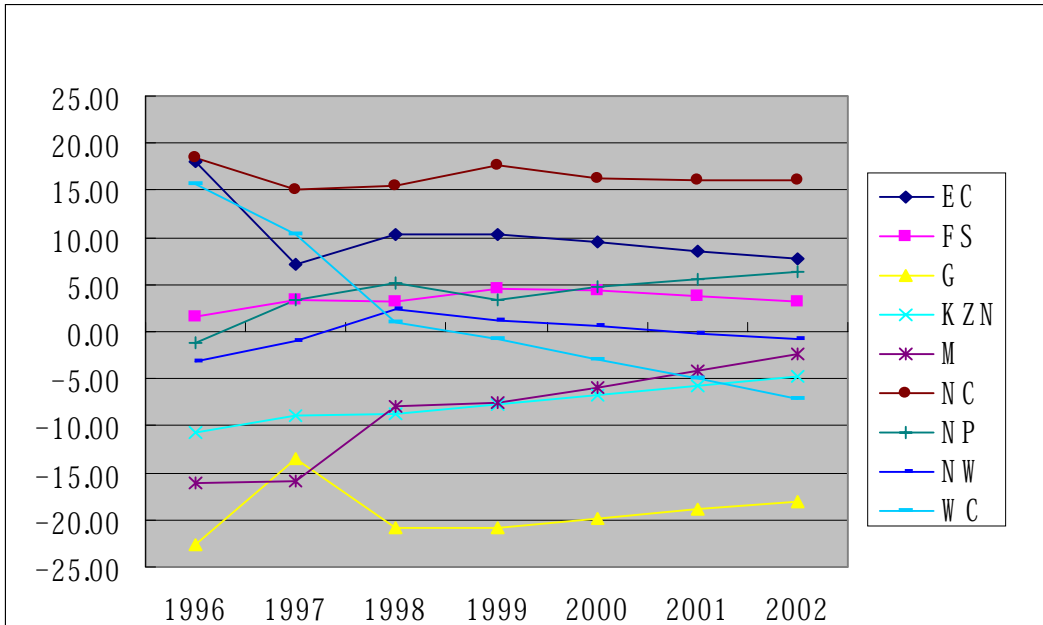
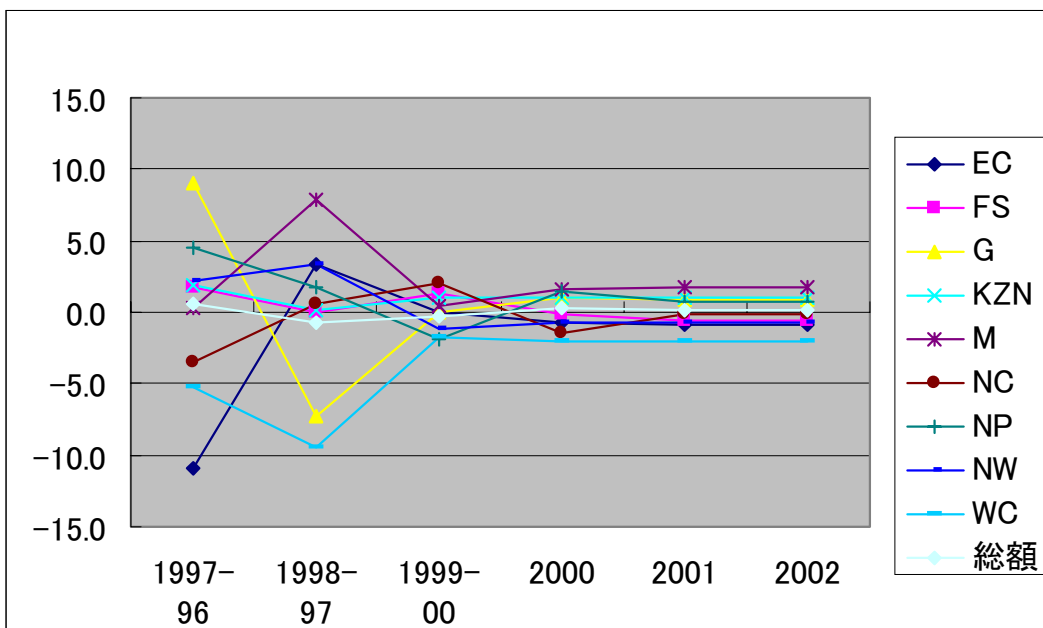


図3-4 州別1人当たり政府交付金額における国内平均からの偏差に見る前年度差異



### 3-2 州間保健予算配分変動に見る水平的公正の動向

本節では同様の方法に基づいて<sup>68</sup>州別 1 人当たり保健予算の変動に見る水平的公正のパターンについて検証を行う。

#### 3-2-1 保健関連指標に見る州間格差

第 1 章で選出したすべての保健部門指標についてランキング化し（表 3-6 から表 3-13 参照）、それらの要素を統合して全体ランクを析出したものが表 3-5 である。表からは保健ステータス指標（B-1）、保健医療資源配分指標（B-2）、保健医療施設利用指標（B-3）の 3 種すべての指標グループについて最も高い順位を出したのは西ケープ州で、この州が保健部門資源に恵まれており、それゆえ比較的高い健康水準を維持していることがわかる。ハウテン州（2 位）では、健康水準を示す保健ステータス指標では 1 位を、また保健医療資源配分指標でも 2 位を示しているのに比べて、保健医療施設利用指標では 5 位となっている。この 3 番目の指標について詳しく観察すると、同州における予防接種普及率が大変低くなっているため、全体順位の低下を招いていることがわかる。その他に表 3-5 で目立つ特徴としては、ムプマランガ州（3 位）は特に保健部門資源配分状況が悪くなっている。そこで表 3-10 及び 3-11 を見ると、同州においては人的資源も医療施設も他州と比較すると非常に貧しい状況にあることが見て取れる。逆に北部州（3 位）では健康水準が低く、保健資源配分状況も貧しいにもかかわらず、保健医療設備の利用指標で 1 位を記録している。これは当州が特に基礎保健医療レベルに対する投資を増加させ、基本的な医療サービスに対するアクセス指標を引き上げようとしている努力の表れであるといえる（第 2 章図 2-15 参照）。最も低いランクに収まったのは、東ケープ州（8 位）と、自由州（9 位）、次いでナタール州（7 位）であった。

表 3-5 保健指標全体ランキング（B-1+B-2+B-3）

	B-1	B-2	B-3	ランク平均値	全体ランク
EC	7	4	8	6.3	8
FS	8	5	7	6.7	9
G	1	2	5	2.7	2
KZN	6	3	9	6.0	7
M	3	8	3	4.7	3
NC	9	5	3	5.7	6
NP	5	8	1	4.7	3
NW	4	7	5	5.3	5
WC	2	1	1	1.3	1

出所：表 3-6 から 3-13 までを基に作成。

<sup>68</sup> 第 1 章参照。

表3-6 州別乳幼児死亡率

	5歳未満幼児死亡率	ランク 1	乳児死亡率	ランク 2	ランク平均値	全体ランク
EC	19.4	6	58.2	9	7.5	8
FS	23.3	8	45.4	7	7.5	8
G	13.1	3	35.2	3	3	2
KZN	14.3	4	44.7	6	5	6
M	14.8	5	41.2	4	4.5	3
NC	19.6	7	31.5	2	4.5	3
NP	8.3	1	57.0	8	4.5	3
NW	24.7	9	43.3	5	7	7
WC	12.3	2	28.6	1	1.5	1
国内平均	16.3		41.8			

出所：Health Systems Trust（1995）より作成。

表3-7 州別主要病疾病率

	結核 (1993)	ランク 1	はしか (1992)	ランク 2	マラリア (1993)	ランク 3	腸チフス (1994)	ランク 4	HIV (1994)	ランク 5	ランク 平均値	全体 ランク
EC	280.6	6	51.7	5	0.1	1	1.3	5	4.5	4	4.2	3
FS	472.0	8	105.5	8	0.5	2	0.5	3	9.2	7	5.6	6
G	191.9	5	69	6	9.0	6	1.5	7	6.4	5	5.8	7
KZN	115.3	4	44.5	3	45.1	8	1.4	6	14.4	9	6	8
M	84.2	3	93.4	7	131.0	9	9.6	9	12.2	8	7.2	9
NC	417.2	7	115.5	9	2.9	4	0.0	1	1.8	2	4.6	4
NP	53.2	1	47.8	4	42.7	7	3.7	8	3.0	3	4.6	4
NW	83.0	2	27.8	1	4.4	5	0.3	2	6.7	6	3.2	1
WC	702.6	9	40.2	2	0.5	2	0.6	4	1.2	1	3.6	2
国内平均	224.9		57.2		27.5		2.0		7.6			

出所：Health Systems Trust（1995）より作成。

表3-8 州別平均寿命

	M	ランク 1	F	ランク 2	ランク平均値	全体ランク
EC	61	7	68	5	6	7
FS	61	7	66	8	7.5	8
G	63	2	69	2	2	2
KZN	62	5	69	2	3.5	4
M	63	2	69	2	2	2
NC	60	9	65	9	9	9
NP	62	5	68	5	5	6
NW	64	1	70	1	1	1
WC	63	2	68	5	3.5	4
国内平均	62	5	68	5	5	6

出所：Health Systems Trust（1995）より作成。

表3-9 州間保健ステータス指標全体ランキング B-1<sup>69</sup>

	乳幼児死亡率	栄養失調率	疾病率	平均寿命	ランク平均値	全体ランク
EC	8	5	3	7	5.75	7
FS	8	2	6	8	6	8
G	2	1	7	2	3	1
KZN	6	4	8	4	5.5	6
M	3	2	9	2	4	3
NC	3	9	4	9	6.25	9
NP	3	5	4	6	4.5	5
NW	7	8	1	1	4.25	4
WC	1	7	2	4	3.5	2

出所：表3-6から3-8より筆者作成。

表3-10 州別保健部門の人的資源配分（1992）（10万人当たり）

	医師	ランク1	看護婦	ランク2	薬剤師	ランク3	ランク平均値	全体ランク
EC	30.7	6	321.3	6	20.1	8	6.7	6
FS	46.5	4	382.3	5	38.8	3	4.0	4
G	127.4	2	618.4	2	109.8	1	1.7	2
KZN	53.5	3	431.9	4	28.7	4	3.7	3
M	28.3	7	265.8	9	23.1	6	7.3	7
NC	37.6	5	432.3	3	28.5	5	4.3	5
NP	15.5	9	293.2	7	7.8	9	8.3	9
NW	22.7	8	273.5	8	22.8	7	7.7	8
WC	143.8	1	686.3	1	79.8	2	1.3	1

出所：McIntyre, Bloom, Doherty and Brijlal（1995）より作成。

表3-11 州別保健医療施設普及度

	産婦人科設備に おけるベッド数	ランク 1	病院 ベッド	ランク 2	1外来施設当たり 患者数（千人）	ランク 3	1人当たり 外来診療回数	ランク 4	ランク 平均値	全体 ランク
EC	554	2	3.5	6	10.2	5	1.2	5	4.5	4
FS	97	8	4.1	3	9.7	3	0.8	9	5.8	7
G	252	5	6	1	13.9	8	2.5	1	3.8	2
KZN	637	1	3.8	5	20.4	9	2.4	2	4.3	3
M	149	7	2.1	9	12.5	6	1.1	7	7.3	9
NC	84	9	4	4	4.9	1	0.9	8	5.5	6
NP	550	3	2.5	8	12.9	7	1.2	5	5.8	7
NW	337	4	3.3	7	9.8	4	1.9	4	4.8	5
WC	165	6	5.4	2	7	2	2.4	2	3.0	1
	2825				11.6		1.8			

出所：McIntyre, Bloom, Doherty and Brijlal（1995）より作成。

<sup>69</sup> 本報告書第1章 p.42 参照。



表 3-12 保健医療資源配分指標ランキング B-2

	人的資源ランキング	保健医療設備利用	ランク平均値	全体ランク
EC	6	4	5	4
FS	4	7	5.5	5
G	2	2	2	2
KWN	3	3	3	3
M	7	9	8	8
NC	5	6	5.5	5
NP	9	7	8	8
NW	8	5	6.5	7
WC	1	1	1	1

出所：表 3-9 及び 3-10 を基に筆者作成。

表 3-13 保健医療施設利用指標ランキング B-3

	予防接種普及率 12-23 歳	ランク 1	基礎保健医療設備までの アクセス 5km 以内の戸数割合	ランク 2	ランク 平均値	全体 ランク
EC	56.8	9	63.2	6	7.5	8
FS	72.7	6	63	7	6.5	7
G	65.1	8	70	3	5.5	5
KWN	70.7	7	54.3	9	8	9
M	73.8	5	64.3	4	4.5	3
NC	80.6	4	63.3	5	4.5	3
NP	84.4	2	86.4	1	1.5	1
NW	82	3	60.3	8	5.5	5
WC	88.4	1	77.9	2	1.5	1
国内平均	74.7		62.2			

出所：Health Systems Trust (1995) より筆者作成。

### 3-2-2 保健予算配分における州間の水平的公正

以上、筆者が選択した保健関連指標におけるそれぞれのパフォーマンスを、9 つの州において順位づけ、これによって既存の州間格差が明らかになった。その上で、州間の 1 人当たり保健予算配分における財政地方分権化前後の変動パターンについて検証する。表 3-14 は各州における 1 人当たり保健予算を示したものである。さらに、表 3-15 は 1992 年度～2001 年度予算における州別 1 人当たり保健支出<sup>70</sup>の国内平均からの偏差を示したものである。これによると、1994 年度から 1996 年度予算の間には州間の予算配分における不公正改善に向けて格段の進歩があったことがわかる。特に国内平均に近づいている州としては、ムプマランガ州、西ケープ州、そしてナタール州が挙げられる。つま

<sup>70</sup> 公正を検証する際、保健支出と保健予算の配分を本論文においては便宜上同義としてとらえた。これはデータの面で制約があったことが主な理由である。しかし、西ケープ州やハウテン州では、大幅な予算削減によって州は赤字を余儀なくされていることに注意しなければならない。このことが意味しているのは、たとえ予算面で一定の削減が測られても、実際の支出面で前年度と同レベルの支出があれば、1 人当たり予算で見ると州間公正と 1 人当たり支出で見ると州間公正は構図が異なってくる場合もあるということである。

り、従来1人当たり保健部門予算が国内平均を大幅に上回っていた西ケープ州などでは、より国内平均へ近づく形で減少し、東ケープ州やムプマランガ州など国内平均を大幅に下回っていた州では、徐々に平均に近づく形で増加してきた(図3-7参照)。また、1995年度から1996年度の間は、州間の1人当たり保健予算の格差が明らかに、全体的に縮小に向かっているのがわかる。例えば、1995年度予算において、西ケープ州とムプマランガ州との保健部門1人当たり予算には153%の格差があったのに対して、1996年度予算においては、115%まで減少している。

しかしこのように1996年まで見られた予算公正拡大の動きは、1997年度に包括予算方式が導入されるようになってからは州によっては著しく停滞してきているのである。この動きは、図3-7にはっきりと見て取れる。例えばハウテン州の変動ラインは1997年以降、州間の不公正を示す方向へはっきりと進んでいるのがみてとれる。一方州間経済社会指標のパフォーマンスで9位だった北部州については、1996年まで縮小してきた国内平均との格差が1997年以降はマイナス方向に拡大していることがわかる。ナタール州、自由州の変動ラインはほぼ一定であるが、これらの州は高等医療サービス用の補助金を受け取っているため、既存の社会経済指標や保健指標を考慮した場合の公正と比較することができない。また、ハウテン州西ケープ州いずれにおいても1人当たり保健部門予算配分は国内平均を大きく上回っている。これが高等学術病院への支出によるものであるとすると、その支出を差し引いた額で国内偏差を出す必要がある。

このため、学術病院支出を除く保健部門予算で国内平均からの偏差を見てみることにする(図3-10)。この場合でもハウテン州と北部州の不公正への動きは変わっていないことがわかる。その他の州に関しても、1996年から1997年までの格差縮小の動きが活発であるのに対して、1997年以降は西ケープ州を除くどの州においても変動ラインは水平に近くなり、少しずつ公正へ近づいている州はあるものの、そのペースは非常にゆるやかなものになっている。

こういった動きはどのような要因によって生じているのだろうか。まず、州全体の1人当たり予算配分で国内平均を上回っているハウテン州、ナタール州、ムプマランガ州では、当然保健部門の1人当たり予算を高い水準で確保することが比較的易しい。これに対して、東ケープ州のように、前節で見たように1人当たり州予算が急激に減少している場合、保健部門の1人当たり予算もつられて国内平均からのマイナス偏差が拡大してしまう。東ケープ州と北部州では、全体予算の中で保健支出の割合が高いにもかかわらず、1人当たり保健支出は他州に比べて低くなっている。ここからこの2州については特に中央政府からの財政移転に問題があるという結論に到達できる。そのうえこうした州においては必ず従属率、農村人口率が高くなっており、保健指標も芳しくない。こうした要素を仮に含んで公正を考えた場合、予算プロセスにおいて想定されている均等予算配分方式ではカバーしきれていない部分の不公正が明らかになることになる。

つまりある州における1人当たり保健支出の国内平均からの格差は、中央政府からの財政移転が公正でないからではなく、むしろ州政府による部門間予算配分における優先順位の相違によって生ずる場合と、州全体予算配分の不公正に起因するものがある。この関連で、保健部門予算が州予算に占める割合の変遷と見比べながら、この1人当たり保健部門予算の州間格差を読む必要があるということが言える(図2-7)。

このように、部門間で1人当たり予算配分パターンの公正を観察した場合、州全体予算の公正では

見えなかった「財政地方分権化による不公正の拡大あるいは公正の遅滞」が見えてくる。1997年のグローバル予算方式の導入によって、州の裁量権は拡大したけれども州間の不公正も拡大していることを説明する要因となる。こうした各州の保健部門予算の伸びがグローバル予算の導入による州内部門間の予算折衝において、保健局が強い交渉力を発揮したことによるものか、あるいは全体として州に割り当てられた予算が伸びたからなのかは注意を要するということを指摘しておく。

表3-14 州別1人当たり保健予算

	1992	1995	1996	1997	1998	1999	2000
EC	227	388	497	433	404	435	442
FS	266	538	539	536	525	514	504
G	382	895	966	912	903	952	912
KZN	237	460	554	470	456	455	462
M	137	290	322	308	303	310	324
NC	221	405	452	429	412	412	398
NP	164	229	437	398	349	332	330
NW	179	351	377	355	336	333	351
WC	491	919	1012	846	734	712	711
国内平均	256.0	497.2	572.9	520.8	491.3	495.0	492.7

出所：Health Systems Trust (1995) 及び Equity in Public Sector Health Care Financing and Expenditure in South Africa, 2000 より作成。

表3-15 州別1人当たり保健予算配分における国内平均からの偏差

	1992	1995	1996	1997	1998	1999	2000
EC	-13.6	-22.0	-13.2	-16.9	-17.8	-12.1	-10.3
FS	1.5	8.2	-5.9	2.9	6.9	3.8	2.3
G	45.3	80.0	68.6	75.1	83.8	92.3	85.1
KZN	-9.8	-7.5	-3.3	-9.8	-7.2	-8.1	-6.2
M	-48.0	-41.7	-43.8	-40.9	-38.3	-37.4	-34.2
NC	-15.8	-18.5	-21.1	-17.6	-16.1	-16.8	-19.2
NP	-37.5	-53.9	-23.7	-23.6	-29.0	-32.9	-33.0
NW	-31.9	-29.4	-34.2	-31.8	-31.6	-32.7	-28.8
WC	87.0	84.8	76.6	62.4	49.4	43.8	44.3
国内平均	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

出所：Equity in Public Sector Health Care Financing and Expenditure in South Africa, 2000 より作成。

表 3-16 州別 1 人当たり保健予算配分の国内平均からの偏差 前年度差異

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
EC	-8.4	8.7	-3.6	-0.9	5.7	1.8
FS	6.7	-14.1	8.8	3.9	-3.0	-1.5
G	34.7	-11.4	6.5	8.7	8.5	-7.2
KZN	2.3	4.2	-6.5	2.6	-0.9	1.9
M	6.3	-2.1	2.9	2.5	1.0	3.1
NC	-2.8	-2.6	3.5	1.5	-0.6	-2.4
NP	-16.4	30.2	0.1	-5.4	-4.0	-0.1
NW	2.5	-4.8	2.4	0.2	-1.1	4.0
WC	-2.2	-8.2	-14.2	-13.1	-5.6	0.5
国内平均	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

出所：Health Systems Trust (1995) 及び Equity in Public Sector Health Care Financing and Expenditure in South Africa, 2000 より作成。

図 3-5 州別 1 人当たり保健予算

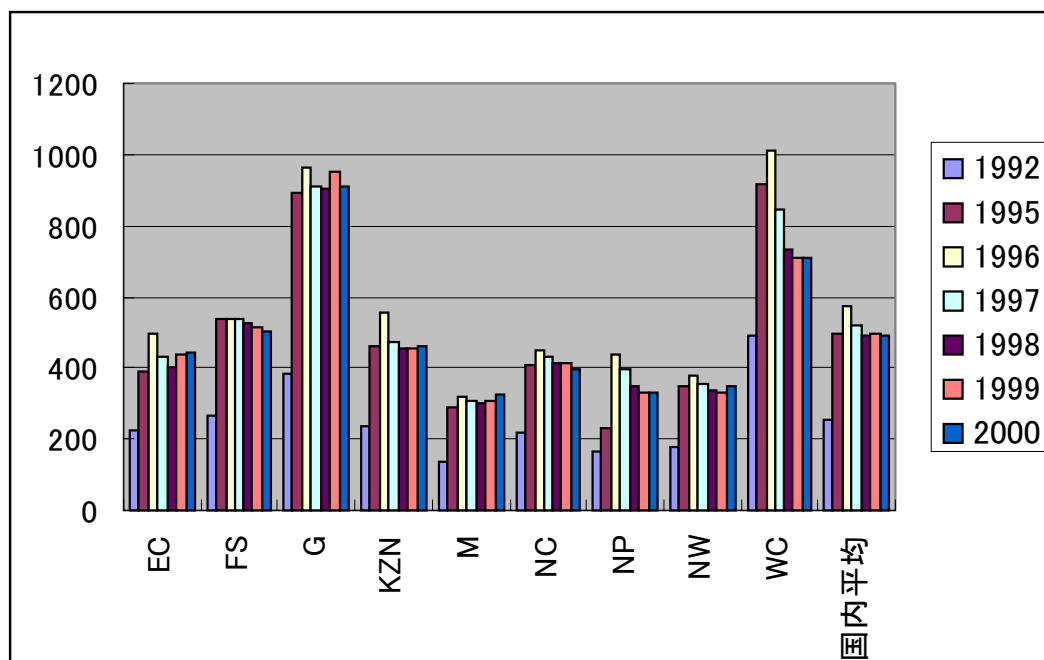


図3-6 州別1人当たり保健予算配分における国内平均からの偏差

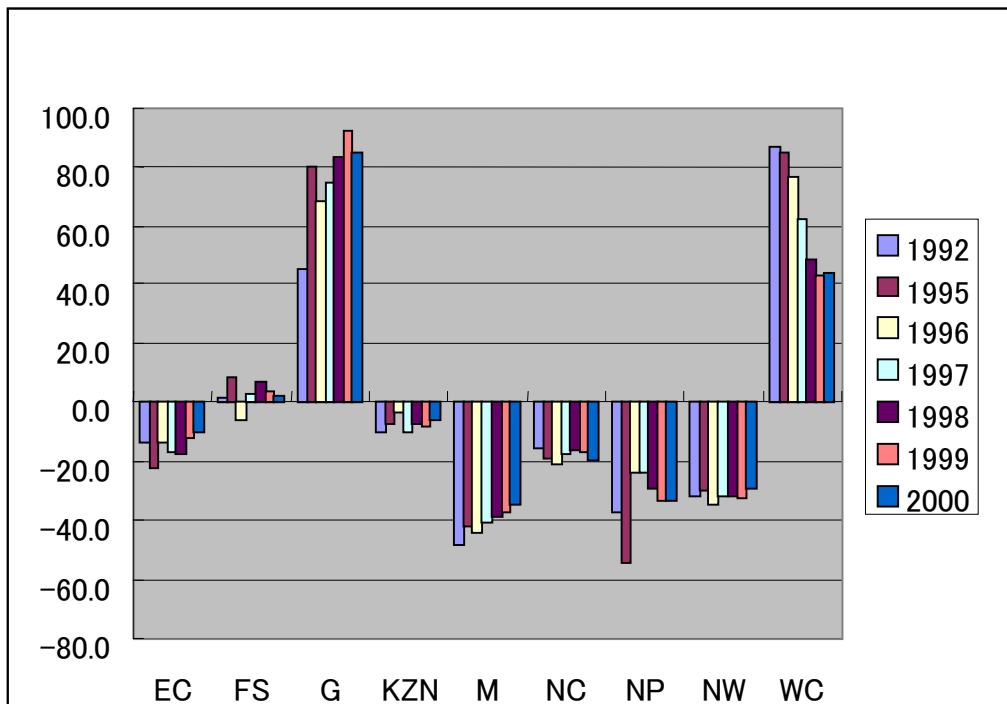


図3-7 州別1人当たり保健予算配分の国内平均からの偏差の変動 前年度差異

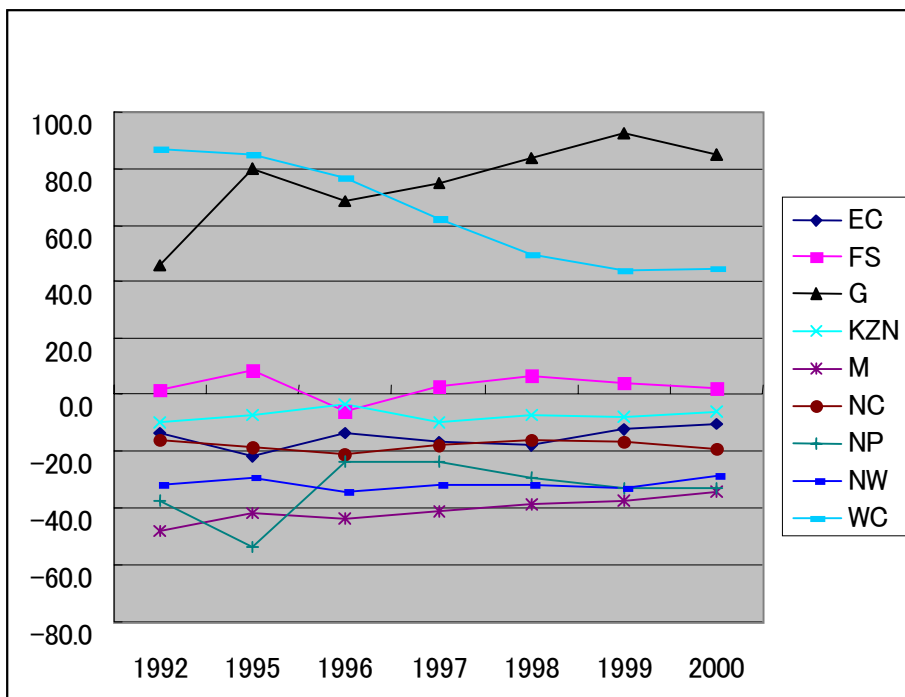


図3-8 州別1人当たり保健予算配分の国内平均からの偏差の変動 前年度差異

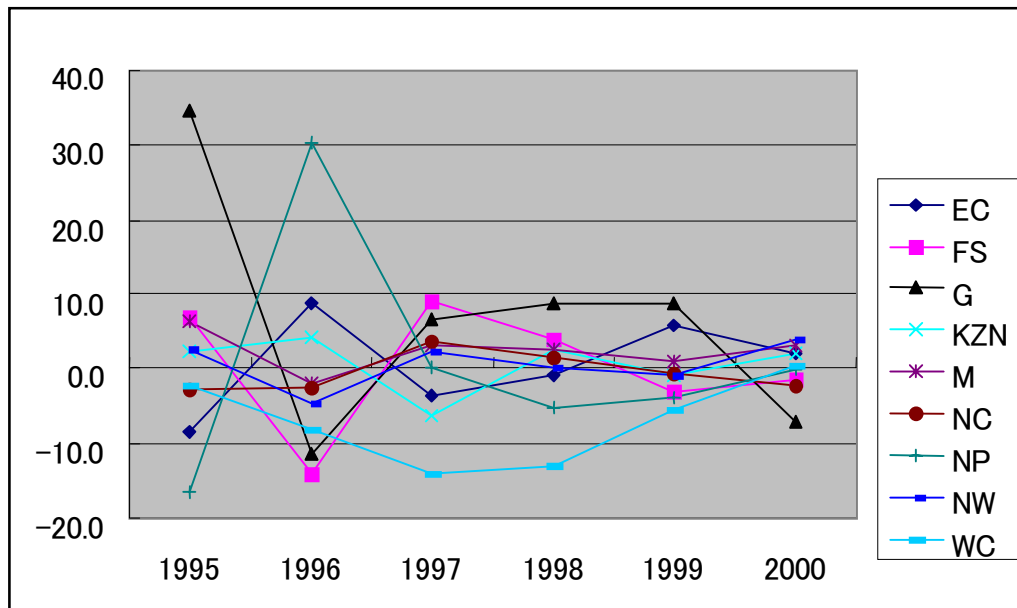


表3-17 州別1人当たり保健部門予算（学術高等病院予算を除く）

	1996	1997	1998	1999	2000
EC	497	418	384	414	419
FS	436	426	412	402	395
G	602	484	480	516	502
KZN	499	416	400	401	410
M	322	308	303	310	324
NW	377	355	336	333	351
NC	452	429	412	412	398
NP	437	397	349	332	330
WC	686	576	513	494	496
国内平均	490	424	399	405	408

出所：Equity in Public Sector Health Care Financing and Expenditure in South Africa, 2000

表3-18 州別1人当たり保健部門予算（学術高等病院予算を除く）における国内平均からの偏差

	1996	1997	1998	1999	2000
EC	1.43	-1.42	-3.76	2.22	2.70
FS	-11.02	0.47	3.26	-0.74	-3.19
G	22.86	14.15	20.30	27.41	23.04
KZN	1.84	-1.89	0.25	-0.99	0.49
M	-34.29	-27.36	-24.06	-23.46	-20.59
NW	-23.06	-16.27	-15.79	-17.78	-13.97
NC	-7.76	1.18	3.26	1.73	-2.45
NP	-10.82	-6.37	-12.53	-18.02	-19.12
WC	40.00	35.85	28.57	21.98	21.57
国内平均	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

出所：Equity in Public Sector Health Care Financing and Expenditure in South Africa, 2000 より作成。

表3-19 州別1人当たり保健部門予算（学術高等病院予算を除く）における国内平均からの  
偏差 前年度差異

	1997	1998	1999	2000
EC	-2.84	-2.34	5.98	0.47
FS	11.49	2.79	-4.00	-2.45
G	-8.71	6.15	7.11	-4.37
KZN	-3.72	2.14	-1.24	1.48
M	6.93	3.30	0.60	2.87
NW	6.79	0.48	-1.99	3.81
NC	8.93	2.08	-1.53	-4.18
NP	4.45	-6.16	-5.49	-1.09
WC	-4.15	-7.28	-6.60	-0.41

出所：Equity in Public Sector Health Care Financing and Expenditure in South Africa, 2000 より作成。

図3-9 州別1人当たり保健部門予算（学術高等病院予算を除く）における国内平均からの偏差

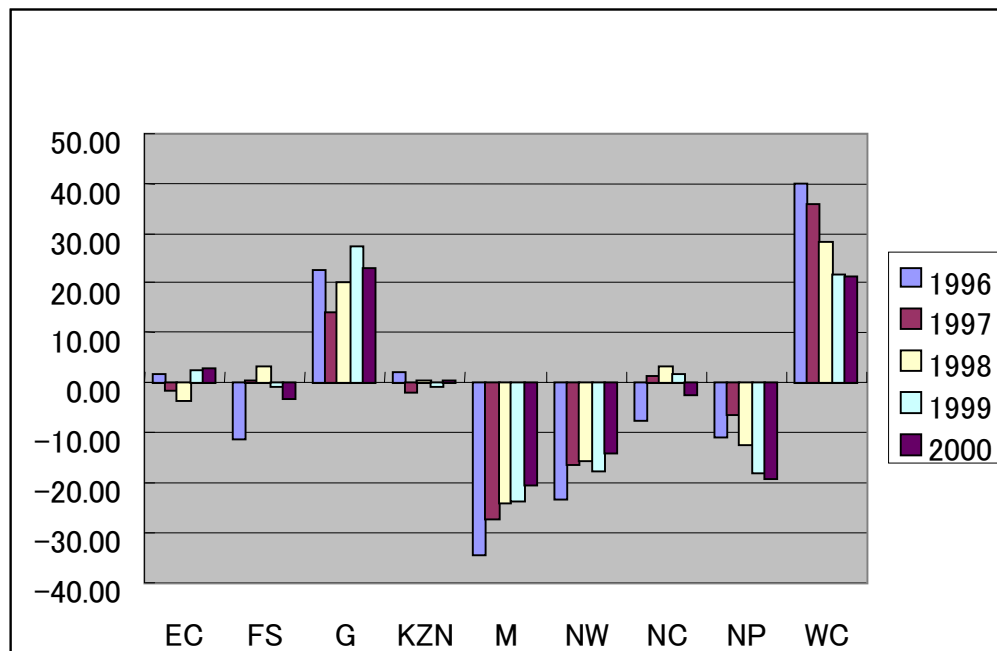


図3-10 州別1人当たり保健部門予算（学術高等病院予算を除く）における国内平均からの偏差の変動

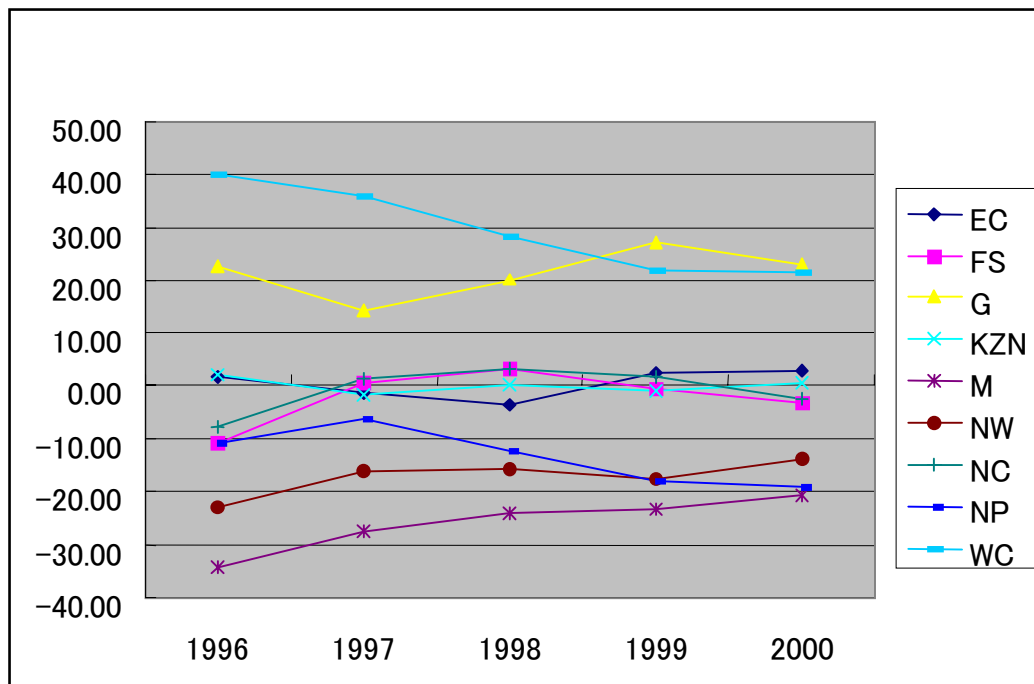
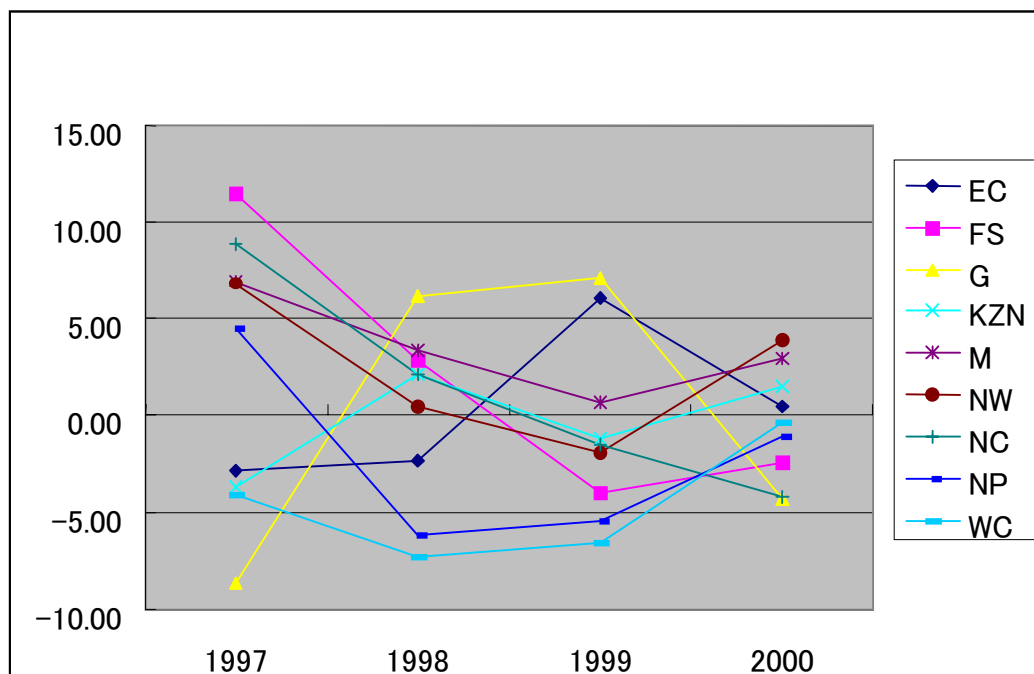


図3-11 州別1人当たり保健部門予算（学術高等病院予算を除く）における国内平均からの偏差 前年度差異





### 3-2-3 基礎保健医療予算配分における州間の水平的公正

一般に貧困層にとって主要な負担となる疾病は、基礎保健医療へのアクセス機会の増大や質改善によって防げる潜在的可能性が高いといわれている<sup>71</sup>。保健部門の予算配分の中でも特に貧困層にとって便益が高い基礎保健医療に絞って州間格差を観察してみる。表 3-20 は各州における基礎保健医療サービスとして、クリニック、基礎保健医療病院、地元医師、そして移動クリニックの4つの医療サービス普及状況を示したものである。これらの指標における州間ランキングによると、東ケープ州が9つの州のうち最も基礎保健医療サービス設備が普及しており、逆に最も遅れているのが西ケープ州であることがわかる。また表 3-22 では基礎保健医療設備までのアクセス距離が5 km以内である戸数の割合が示されている。これによると、北部州、西ケープ州、ハウテン州では70%を超えてアクセス機会が高くなっているのに対して、ナタール州では54.3%と非常に低く、残りの東ケープ州、自由州、ムプマランガ州、北ケープ州、北西州の5つの州においても60%弱に留まっている。

このように基礎保健医療サービス普及状況における州間格差を踏まえた上で、州別の予算配分の公正について検証してみることにする。表 3-23 は各州における地域保健医療サービス (District Health Service: DHS) の1人当たり予算額を示したものである。第2章においても述べたように、中央政府保健省によるDHS強化の政策推進によって、9つのいずれの州においてもDHS予算は1996年度から毎年拡大の傾向にあることが見て取れる。つまり財政地方分権化導入以後も、保健部門における重点課題としての基礎保健医療サービスの普及への政策努力は、州間の相違なく行われたということである(表 3-24 及び図 3-12)。

また、図 3-13 によると、財政地方分権化導入以降、1人当たりDHS予算額における国内平均からの偏差の変動パターンが安定化してきていることがわかる。このことが意味しているのは、財政地方分権化によって予算配分意思決定権が州政府へ移譲されても、主な基礎保健医療サービスプログラムであるDHSの支出額には大きな変化がもたらされてこなかったということである。言い換えるなら、財政地方分権化は地方独自の状況に見合う、効率的で生産的な予算配分を可能にするという財政地方分権化のメリットが成立していないことになる。

---

<sup>71</sup> もちろん一方で伝染病の蔓延など、基礎保健医療のネットワークのみでは対応不可能なものも、貧困層に打撃を与える可能性は十分にある。

表3-20 州別基礎保健医療設備普及

	クリ ニック	ランク 1	基礎保 健病院	ランク 2	地区 医師	ランク 3	移動 クリニック	ランク 4	ランク 平均値	全体 ランク
EC	584	1	69	1	47	3	143	3	2	1
FS	259	7	31	8	70	1	120	5	5.25	5
G	460	3	33	5	27	6	228	1	3.75	3
KZN	367	4	52	2	45	4	24	9	4.75	4
M	209	8	24	9	39	5	158	2	6	7
NC	124	9	32	6	13	9	69	8	8	9
NP	355	5	42	4	21	8	111	6	5.75	6
NW	319	6	32	6	27	6	77	7	6.25	8
WC	464	2	50	3	54	2	123	4	2.75	2
全体	3141		365		343		1053			

出所：McIntyre, Bloom, Doherty and Brijlal (1995) より作成。

表3-21 基礎保健医療施設普及における各州の国内平均からの偏差

	クリ ニック	基礎保 健病院	地区 医師	移動 クリニック	産婦人科設備に おけるベッド数	1 外来施設 当たり患者数 (千人)	1 人当たり 外来診療回数
EC	67.3	70.1	23.3	22.2	76.5	-9.4	-25.0
FS	-25.8	-23.6	83.7	2.6	-69.1	-13.8	-50.0
G	31.8	-18.6	-29.2	94.9	-19.7	23.5	56.3
KZN	5.2	28.2	18.1	-79.5	102.9	81.2	50.0
M	-40.1	-40.8	2.3	35.0	-52.5	11.1	-31.3
NC	-64.5	-21.1	-65.9	-41.0	-73.2	-56.5	-43.8
NP	1.7	3.6	-44.9	-5.1	75.2	14.6	-25.0
NW	-8.6	-21.1	-29.2	-34.2	7.4	-12.9	18.8
WC	33.0	23.3	41.7	5.1	-47.4	-37.8	50.0
国内平均	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

出所：McIntyre, Bloom, Doherty and Brijlal (1995) より作成。

表3-22 基礎保健医療設備までのアクセスが5km以内の戸数割合 (1993)

	%	偏差
EC	63.2	1.61
FS	63.0	1.29
G	70.0	12.54
KWN	54.3	-12.70
M	64.3	3.38
NC	63.3	1.77
NP	86.4	38.91
NW	60.3	-3.05
WC	77.9	25.24
国内平均	62.2	0.00

出所：South African Health Review より作成。

表3-23 州別1人当たり<sup>72</sup>DHS予算額(ランド)

	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03
EC	190.9	242.8	264.1	299.4	275.4	317.1	313.4
FS	212.5	234.6	250.1	214.7	249.6	254.0	262.9
G	95.5	106.0	132.6	139.9	177.3	185.6	194.6
KWN	196.5	227.5	233.6	240.6	302.9	330.0	357.1
M	239.3	307.3	268.3	299.0	303.5	320.1	329.5
NC	214.3	249.4	266.0	288.2	288.1	298.8	309.6
NP	190.8	225.5	220.1	235.3	245.9	255.6	269.9
NW	189.3	224.1	259.0	265.6	273.2	288.3	320.2
WC	189.9	200.9	213.1	233.4	245.5	252.5	254.1
国内平均	179.1	210.4	221.8	234.2	255.7	274.0	286.6

出所：Department of Finance (2000) より作成。

表3-24 州別1人当たりDHS予算額に見る各州の国内平均からの偏差

	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03
EC	6.6	15.4	19.1	27.8	7.7	15.7	9.4
FS	18.6	11.5	12.8	-8.3	-2.4	-7.3	-8.3
G	-46.7	-49.6	-40.2	-40.3	-30.7	-32.3	-32.1
KWN	9.7	8.1	5.3	2.7	18.4	20.4	24.6
M	33.6	46.0	21.0	27.7	18.7	16.8	15.0
NC	19.6	18.5	19.9	23.0	12.6	9.0	8.0
NP	6.5	7.2	-0.8	0.5	-3.8	-6.7	-5.8
NW	5.7	6.5	16.8	13.4	6.8	5.2	11.7
WC	6.0	-4.5	-3.9	-0.3	-4.0	-7.8	-11.3
国内平均	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

出所：Department of Finance (2000) より作成。

<sup>72</sup> 1996年から1998年までは1996年の人口統計を、1999年以降は1999年の人口統計を使用した。

図3-12 州別1人当たりDHS予算額に占めるDHS支出の割合に見る国内平均からの差異

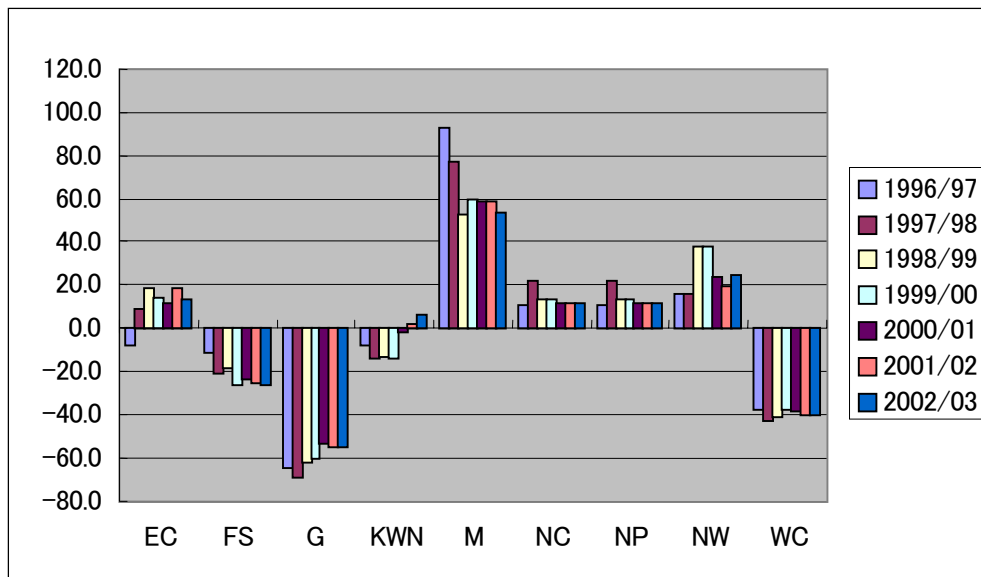
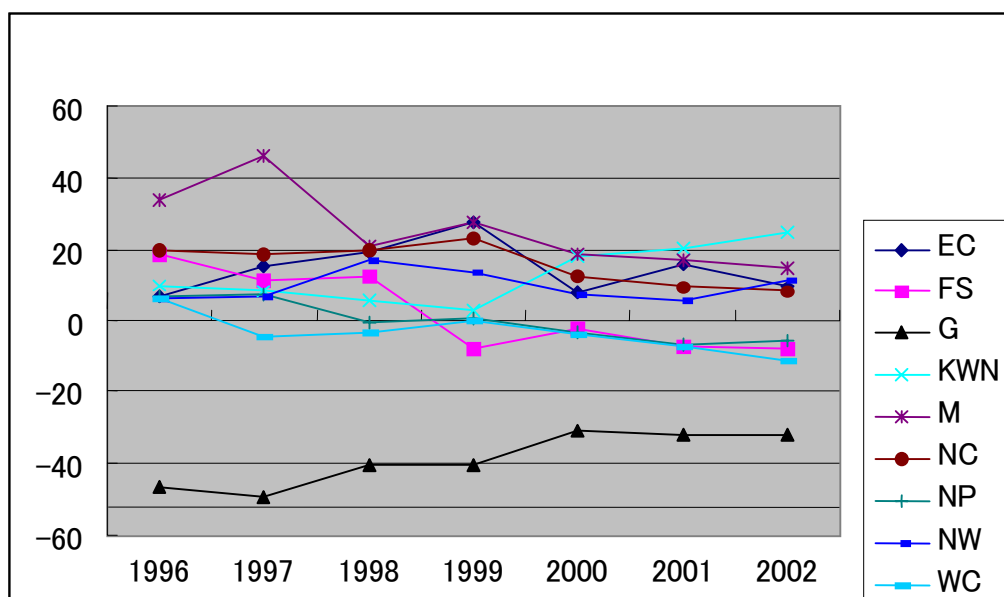


図3-13 州別1人当たりDHS予算額における国内平均からの格差の変動



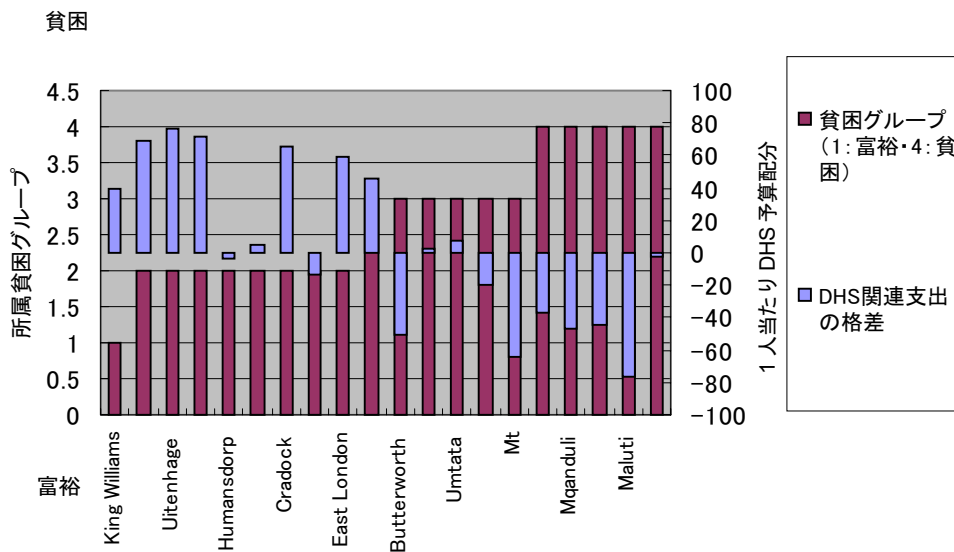
### 3-3 州内保健予算配分変動に見る水平的公正

前節では、予算配分における意思決定権が州政府に移譲されると、州間の保健部門予算配分における水平的公正拡大のペースが減退し、しかしながらも徐々に公正ラインに近づいていることがわかった。そこで本節では州政府が州予算の部門間配分における裁量権だけでなく、州内の地域間配分においても意思決定権を有していることに注目する。この関連で財政地方分権化が州内の予算配分における地域間公正にどのような影響を及ぼしているのかという点について検証する。この際、各州内にある350を超える地方公共団体間のすべてについて予算配分データを入手することは不可能であったため、西ケープ州を例として取り上げ、同州内においてデータが存在するいくつかの地方公共団体を選出し州内の保健部門予算配分の公正について観察する。

西ケープ州は経済社会指標におけるパフォーマンスが最も優れており、このため州全体の予算においても、保健部門予算においても、財政地方分権化の過程で中央からの1人当たり財政移転額が他州との比較において減少している。このように豊かな州での予算額減少幅が貧しい他州へ配分されることで州間水平的公正が促進されたとしても、今度は同州内において予算額減少の犠牲になっているのが貧しいグループであるとすれば、社会全体の水平的公正は拡大しないばかりでなく逆に悪化する場合も出てくる。

残念ながら州内の地方公共団体間の1人当たり保健部門予算額について、時系列的に観察することはデータの制約上無理となった。このため、州内の水平的公正について財政地方分権化との関連性を説明することは難しい。しかし、図に見られる州内の1人当たり保健部門予算額の格差は州間のそれより激しいことがみてとれる。さらに図からは貧しい地方公共団体では1人当たり保健予算額が少なく、豊かな地区では逆にそれが多くなっている。こうした反比例のパターンは州間のレベルでは見られなかった動きである。ここから、少なくとも州間の配分は州内の配分より公正に向かっていることがわかる。これは中央政府—州政府間の財政移転の場合に主体となっている中央政府が、州政府—地方間の財政移転の場合の主体となる州政府よりも、公正という問題意識に対する政策的コミットメントが強く、公正な予算配分プロセスを整備してきているという相違から生じていると考えられる。

図3-14 西ケープ州内のDHS保健部門予算配分における地域間格差



### 3-4 分析結果のまとめと考察

本章では、財政分権化によって予算配分の地域間公正がどのように変化してきたのかを検証した。州全体予算、州保健部門予算、いずれにおいても州間の公正は財政地方分権化の過程において全体的に拡大傾向にあることがわかった。しかしながら州全体予算の場合は特に財政地方分権化の導入によって州間の水平的公正はプラスの影響を受けているが、州保健部門予算についてはマイナスの影響を受けている場合も多いことがわかった。これは前者の場合について、予算配分の公正に関する最終的意思決定者が中央政府レベルの財務省（予算委員会）と中央内閣に所属しており、尚且つ各州政府の代表者が当意思決定機関に参加する権利を担っていることと関係している。一方後者の場合には、部門間配分に関する裁量権が州政府レベルに移譲されており、このため保健部門の予算配分における州間格差はある時期には拡大し、そうでない場合には格差減少の動きが非常に遅滞している。加えて、前者の場合には前年度との差異という観点から分析した場合、9つの全州が概ね同様の動きを見せているのに対して、後者の場合には9つの州の動きに大きなばらつきが出ている（図3-8及び図3-11）。

もちろん、こうした地域間の相違が、それぞれの現状を反映したものであれば望ましい形での財政地方分権化であると主張することもできる。しかし州間の水平的公正という観点に絞って結果をまとめると、財政地方分権化は水平的公正に負の影響を及ぼすか、あるいは財政地方分権化の進展と水平的公正の拡大との間に、直接的且つ密接な関係性が存在しているとは言えないと結論づけることができる。

それでは、なぜ保健部門予算配分において公正面での格差が生ずるのだろうか。州間の格差が拡大するのは、各州における各保健局によって、州内の予算折衝において効果を持つ交渉能力、行政能力がそれぞれ異なっているからという点が挙げられる。これは、北部州が全体の州予算において国内平

均からのマイナス格差が大きくなっているにもかかわらず、保健部門予算配分で見ると他州との比較において格差が小さくなっていることからわかる。つまり、北部州保健局が、北部州財務局における予算折衝において他部門との競合の中で予算交渉に成功していることが、要因の1つとして考えられるのである。このことは、1997年の包括的財政移転方式の導入を境に、州内の異なる部門間で予算配分をめぐる交渉能力がより重要性を増し、限られた予算をめぐる競合が激しくなったことを示唆しているといえる。特に、州政府は前章で述べたように歳入拡大の実質的裁量権を有していないので、この競合は激しさを増す一方で解消に向かう可能性は極めて低いと思われる。そしてこの競合に勝ち残るのは、行財政能力、経済能力においてより優れた側ということになり、実質的な格差は拡大すると思われる。

最後に、州内における地方公共団体間の予算配分の水平的公正と財政地方分権化との関連性は今後解明されていくべき問題であることを指摘しておく。

## 4. 財政地方分権化と予算配分の人種間公正

第2章では予算配分プロセスにおいて、公正面に対する配慮がどのように、どの程度、誰によって政策化され整備されてきたのかについて検証し、第3章では実際の予算配分パターンにおける地域間公正の変動について分析した。本章では、第3章で明らかになった財政地方分権化と地域間予算配分パターンとの相関性がなぜ生ずるかといった問題について、第2章での発見を土台に人種間公正というアプローチから考察を行う。

### 4-1 地域間格差、所得間格差、及び人種間格差の相関性

表4-1は人種構成と貧困割合との相関性を表したものである。各州における非白人対白人の割合を比較し1から9までの順位をつけると、国内貧困人口の州間配分に順位をつけたものと大部分が重なっていることがわかる。一方で、表4-2からは、貧困率が最も高くなっているのは、アフリカ系黒人で61%、次いでカラードが38%となっており、インド系と白人グループではそれぞれ5%、1%と、わずかに過ぎないことがわかる。また、黒人においては、全黒人人口の45%が低所得者層に、41%が中所得者層に属しているのに対して、白人とインド人は各人口全体のうち95%、81%がそれぞれ高所得者層に属している<sup>73</sup>。

この人種間水平的公正—地域間水平的公正の連動性は、保健部門指標においても同様に観察できる。まず表4-3からは、幼児死亡率が黒人で50%前後であるのに比べて、ハウテン州や西ケープ州の白人では、わずかに7~8%程度に留まっている。平均寿命では白人が70歳（男性）、78歳（女性）となっているのに対して、黒人では60歳（男性）、65歳（女性）と大きな格差があることがわかる（表4-4）。いずれの保健指標をとっても、白人が国内平均を大きく上回り、逆に黒人では大きく下回っている。

つまり経済社会指標における州間の格差は、つきつめてゆくと人種間の格差に由来するものであり、州間の格差は各州内における人種構成と関連しているということが言える。この状況を最も雄弁に語っているのはハウテン州である。同州は国内全GDPの37%を担っておりこの指標においては他州と比較しても第1位となっている<sup>74</sup>。しかし同時に同州における貧困人口の割合を見ると、第7位にまで落ち込んでいる。このことは州内における資源の配分状況が非常に偏在的であり、さらにその偏在パターンが州内の人種構成と密接な関係を有しているということを示唆しているのである。また、第3章においてランク化した保健部門指標においても、ハウテン州の全体ランクづけは2位と高かったのに対し、主要疾病率や予防接種普及率、1外来病院設備当たりの患者数などの指標においては、その順位はかなり低くなっていた。保健医療レベル間の予算配分垂直的公正についても、特にこの州では高等医療レベルと基礎保健医療レベルとの予算配分の格差が激しくなっており、この事実もまた州

<sup>73</sup> The World Bank (1995) に負う。

<sup>74</sup> 表3-1参照。



内の最も恵まれた層と、貧困層との格差が激しいことを示す1つの材料となる。こうした事実が伝えられていることは、アパートヘイト政策という歴史の負の遺産として、社会経済指標（主にここでは所得間格差）や保健関連指標に見る地域間格差が、各州の人種間構成における相違と連動している場合が想定されるということである<sup>75</sup>。このように仮定すると、州間の格差の是正を伴う財政地方分権化が、人種間の水平的公正についてはどのようなインパクトを与えてきたのかという問題意識が意味をなす。

表4-1で示された非白人/白人比率に基づいて州ごとにランクづけしたものと、州間の予算配分がどのような相関性を持っているのかという疑問を提示する。

表4-1 各州における人種構成と国内貧困人口の州間配分との相関性

	黒人	カラード	インド人	白人	非白人 /白人	ランク 1	貧困州 間配分	ランク 2
EC	87.3	6.9	0.0	5.8	16.2	8	24.0	9
FS	84.0	2.7	0.0	13.3	6.5	4	9.0	4
G	62.7	4.1	2.2	31.1	2.2	1	6.0	3
KZN	82.1	1.2	9.5	7.2	12.9	7	21.0	8
M	88.9	0.5	0.4	10.2	8.8	5	9.0	4
NC	31.7	51.9	0.0	16.2	5.2	3	1.0	1
NP	97.0	0.1	0.1	2.8	34.7	9	18.0	7
NW	90.7	1.4	0.0	7.9	11.7	6	9.0	4
WC	17.4	57.8	0.8	24.0	3.2	2	4.0	2

出所：Health Systems Trust（1995）より作成。

表4-2 貧困割合に見る人種間格差

	アフリカ系	カラード	インド系	白人
貧困人口の割合	60.6	27.5	2	0.7
貧困家庭の割合	48.2	23	1.2	0.3

出所：The World Bank（1995）

表4-3 州別に見る人種別幼児死亡率（1990）%

	アフリカ系	カラード	インド系	白人	全体
EC	49.3	33.4	17.9	9.0	44.7
FS	51.1	44.9	13.0	10.7	45.8
G	42.6	15.9	7.6	7.2	32.3
KZN	52.0	9.1	14.4	6.5	44.9
M	51.9	22.2	12.5	7.1	45.1
NC	45.3	21.0	52.0	6.0	42.9
NP	54.3	23.0	18.0	6.2	52.9
NW	45.3	31.3	17.0	7.0	40.1
WC	42.8	25.9	21.3	6.8	24.4
国内平均	48.3	28.6	15.9	7.4	40.2

出所：Health Systems Trust（1998）

<sup>75</sup> 例えば、林（1998）、堀江（1995）、Horowitz（1991）

表 4-4 各州における人種別平均寿命

	アフリカ系		カラード		インド系		白人	
	M	F	M	F	M	F	M	F
EC	59	64	55	62	61	74	68	76
FS	60	65	69	61			69	75
G	64	69	59	66	67	72	69	75
KZN	61	66	62	70	63	69	70	76
M	61	66	62	70	63	69	68	77
NC	60	65	57	61	56	59	69	76
NP	59	64	62	70	62	69	70	77
NW	63	68	63	65	65	70	68	76
WC	60	65	59	66	62	64	70	78
国内平均	60	67	59	65	64	70	69	76

出所：Health Systems Trust (1995) より作成。

表 4-5 人種別 乳幼児死亡率及び疾病率 (%)

	乳幼児死亡率 (1990)	結核	はしか	マラリア	腸チフス
	アフリカ人	54.7	180	7.2	16.8
インド人	36.3	726	11.1	0.3	0.3
カラード	9.9	43	5.7	0.4	0.2
白人	7.3	17	9.6	8.2	0.3
		205	7.9	13.4	2.1

出所：Yach and Harrison D (1994)

表 4-6 人種別全人口に占める医療保健対象人口の割合 (%)

アフリカ人	77
インド人	23
カラード	31
白人	11

出所：Equity Gauge, Republic of South Africa

表 4-7 人種別全人口に占める保健医療設備へのアクセスが1時間以上の人口割合 (%)

	一般保健設備	基礎保健医療設備
アフリカ人	22	18
インド人	18	13
カラード	10	9
白人	15	3

出所：Equity Gauge, Republic of South Africa

表 4-8 保健設備配分における所得グループ間の公正 (1992/93) (10 万人当たり)

	臨床医	専門医	登録 看護婦	その他 の看護婦	Health Inspectors	薬剤師	救急病院 ベッド数	公的医療機 関ベッド数
Q1	5.1	0.4	78.7	109.4	1.1	0.5	1.8	2.1
Q2	9.4	1.8	90.9	119.2	2.2	1.1	2.2	2.5
低所得層平均	7.3	1.1	84.8	114.3	1.7	0.8	2.0	2.3
Q3	15.8	3.2	128.4	137.1	4.3	2.5	2.4	2.8
Q4	13.5	1.8	128.2	131.5	7.6	4.0	2.8	3.6
Q5	23.3	12.3	189.9	185.4	6.7	5.4	3	3.8
高所得層平均	17.5	5.8	148.8	151.3	6.2	4.0	2.7	3.4
全体平均	14.1	5.4	129.5	143.1	4.1	2.8	2.4	3

出所 : McIntyre, Bloom, Doherty and Brijlal (1995)

表 4-9 各所得別行政区域における基礎保健医療サービスへのアクセス

	PHC 設備 1 単位当たりの人口	1 人当たり外来回数	1 人当たり支出
Q1	14.7	1	122
Q2	14.6	1.4	175
Q3	8.3	1.8	213
Q4	6.1	2	212
Q5	11.4	2.6	437
Average	11.6	1.8	263

出所 : McIntyre, Bloom, Doherty and Brijlal (1995)

## 4-2 財政地方分権化と人種間の水平的公正

人種間格差と州間格差の間に極めて高い連動性があると想定した場合、第 3 章で明らかになった州間水平的公正の観点からの分析結果を、人種間の水平的公正という観点に拡大して考察を加えることが重要な意味を持つことを証明した。冒頭において筆者の問題意識が「持つもの」と「持たざるもの」との社会的公正と財政地方分権化との相関性の解明にあると述べたが、州間の格差が究極的には人種間格差に源を發したものであるとすると、本質的な社会的公正の改善は人種間格差の改善ということになるからである。

財政地方分権化が人種間の予算配分公正にどのような影響を及ぼしたのかを、十分な時系列をもって直接的に測ることのできる指標は入手できなかった。しかしながら、人種間格差と所得間格差についても密接な相関性があるという前節の証明に基づいて、異なる所得グループ間における予算配分の公正が財政地方分権化によっていかなる影響を受けているのかといった点を明らかにすると、そのまま異なる人種間における予算配分の公正が財政地方分権化によって受けてきたインパクトについて分析することと同義と捉えることにする。

表 4-10 は各州における人種構成と予算配分公正との間の関連性を見出す目的で作成した。まず人種指標は、非白人人口 : 白人人口の割合を示している (表 4-1 参照)。経済社会指標は、第 3 章の表 3-1 における全体ランクから採用した。そして 1 人当たり交付金、1 人当たり保健部門予算については、それぞれ表 3-2 及び 3-17 の州別 1 人当たり交付金 1996 年度~2002 年度と州別 1 人当たり保健部門

予算 1992 年度～2001 年度の平均値を算出し、全体のランクを作成した。

この表においては、各州における人種指標ランクと経済社会指標ランクがほとんど一致しているのに比べて、人種指標ランクと、1 人当たり交付金ランク及び 1 人当たり保健予算額におけるランクとの間に非常に低い相関性しか読み取れない。この事実から人種間に見る保健関連指標において明らかな人種間格差が存在しているにもかかわらず（表 4-1 から表 4-8 参照）、州予算配分、また保健予算の配分においては必ずしも、各州の人種間構成が中央からの財政移転の公正と関連性を持っているわけではないことがわかる。つまり、この事実が意味しているのは、人種隔離が厳しく行われたことによって、現在もなお人種間の差別が厳然として存在し、白人が意思決定権を握っている場合は、州内の人種公正割合にかかわらず予算交渉において有利な結果をもたらしているという点である。この仮説をさらに具体的に言い換えると、南アの財政地方分権化政策が州間格差の是正には一定の努力を払ってきたことが前章までで判明したが、だからといって社会の不公正が是正されたことには必ずしもつながってこなかったということが主張できる。つまり、財政地方分権化が地域間の水平的公正拡大にとって有効な政策手段となっているか否かという問題に対するコミットメントは、それが人種間の水平的公正拡大にとって有効な政策手段であるかという問いを考察しなおす必要があると思われる。

表 4-10 州別人種及び予算配分指標におけるランキング比較

	人種指標	経済社会指標	1 人当たり交付金	1 人当たり保健予算
EC	8	8	2	5
FS	4	4	4	3
G	1	2	9	1
KZN	7	7	8	4
M	5	5	7	9
NC	3	6	1	6
NP	9	3	3	8
NW	6	9	5	7
WC	2	1	6	2

筆者作成。

### 4-3 意思決定過程における人種間公正

南アの地方分権化政策が地域間の水平的公正を拡大したとしても、それが人種間の水平的不公正を現存維持していく上での隠れ蓑として機能していると仮定してみる。地域間の不公正については各地域からの代表者（ここでは各州の財務大臣などをす）の予算配分プロセスへの参加を通じて意思決定権を行使し住民の意見を代弁することが一つの解消策となる。それでは人種間の水平的不公正については、誰が代弁しているのだろうか。あるいは、その意思決定機会自体において既に人種間の格差が存在しているのだろうか。

この問題を考えるためには、予算配分プロセスに関わっているすべての意思決定者の人種構成や、支持政党などのデータを入手し、そのメンバー内容によって予算配分がどのように変化しているかを検証することが最も有効であると思われる。特に南アのように、人種・民族のアイデンティティの強

い国では、各民族のリーダーがそのグループ全体の利益を意思決定過程に反映しようと試みるものであると言われている。よって予算配分プロセスにおける意思決定機関の人種構成を観察することが重要性を増してくる。また同じ文脈では、黒人人口が州内で何%占めているのかが決定要因になっているのではなく、非白人によって構成される貧しい地方政府がいくつ集まっているのかが、より重要な決定要因となっている場合があり得る。

たしかに、南アの意味決定機関における人種構成割合は急激に変化してきている。1994年の総選挙以前は、中央保健省の管理職における人種構成は90.2%が白人であった。しかし、表4-9に見るように、1995年にはこうした人種の偏りが大幅に見なおされている。さらに、12ある上級管理職のポストのうち、9つが黒人によって占められるようになった。

財政地方分権化の下では、限られた予算をめぐる州間、ひいては異なる人種間の競争は激しくなる。例えば、西ケープ州の極端な予算削減は、政治的な理由によるものだという批判があがっている<sup>76</sup>。西ケープ州は、9つの州における州議会の中で唯一国民党（NP）が主導権を握っており、これがアフリカ民族会議（ANC）主導の中央政府と対立の構図を深めている。この場合、州政府の立場から見ると、州間予算配分が州政府からの意見をほとんど取り入れることなしに決定されており、責任が明確で透明性の高い民主的な予算配分プロセスの設置が急務であるという主張になる。一方中央政府の立場からは、限られた予算をめぐる州政府同士の利害関係が衝突するのは当然であり、中央政府はこの衝突を緩和しながらも、より貧しい州に有利で公正な予算配分を行うことが求められているとなる。

表4-11 財務省のポスト別人種構成

	アフリカ系	白人	カラード	インド系	全体
事務局長	1	0	0	0	1
事務局長代理	5	3	1	2	11
主局長	10	12	3	3	28
局長	61	49	9	12	131

出所：Department of Finance, Republic of South Africa

表4-12 中央保健省における人種構成（1995）

	白人	カラード	インド系	アフリカ系
男	16	1	3	5
女	2	2	1	7
%	48	8	11	32

出所：Health Systems Trust（1996）

<sup>76</sup> Budget Information Service（1998）, Republic of South Africa

## 5. 政策提言と研究展望：多元的社会における財政地方分権化政策と公正

多元的社会における財政地方分権化は、国内統合のための有効な政策手段となる。しかしながら一方では、限りある資源をめぐる異なる利害関係を有する社会グループ間の競争が拡大し、そのために既存の格差がより拡大していく可能性を孕んでいる。財政地方分権化が予算配分の意味決定権移譲を通じて周辺の自治を拡大し、なおかつ公正な社会づくりに貢献していくためには、どのような政策努力が必要になってくるのだろうか。本章では、第2章から第4章までの検証結果を基に、公正を高める政策手段の1つとして財政地方分権化が機能するための中央政府、州政府それぞれに求められる役割という点に的を絞って政策提言を行う。同時に他の開発途上国への応用可能性と、当課題におけるこれからの研究展望について述べ、本論文を締めくくりにする。

### 5-1 政策提言

財政地方分権化によって州政府財政能力は拡大傾向にあるが、予算配分における意思決定権の自由は、補助金や国家政策との一致等を通じて中央政府からの一定のコントロールを受けていることが判明した。この制約された裁量の中で、しかしながら州政府の担うべき役割は特に基礎公共サービスの側面で急激に拡大してきている。このことは、公正な予算配分の重要性が一層切実性を増してきたことを意味している。また中央政府は、各州政府の行政能力の差異が地域間格差の解消を妨げる1つの要因になっていることを認識し、財政面以外の他の行政能力を向上していくための支援を積極的に行うことが求められている。つまり、財政地方分権化が公正促進を伴うためには、中央政府、州政府それぞれの役割や責任も財政地方分権化に伴って変化していく必要があるのである。

#### 5-1-1 中央政府

##### (1) 公正な均等予算配分方式の開発

第2章、第3章における分析結果から、財政地方分権化政策はそれ自体が公正を促進するものではなく、その他の政策努力が伴うことで周辺政府の自治拡大とともに社会の水平的公正が拡大される可能性が指摘された。この「政策努力」とは、南アの財政地方分権化の場合、具体的には均等予算配分方式のことを指している。この方式がいかに既存の社会格差を指標化し、予算配分プロセスに活かしていくかということが、州間の予算配分の公正に大きな影響力を持っていることが判明した。またそれゆえ、この方式の決定が政治的利害から不可避であることも述べてきた。

財政地方分権化が公正を促進するかどうかは、予算配分プロセスにおいてどのような基準が設定され、それが誰の責任に属し、どれだけ透明性の高い予算配分の判定を行うことができるかといったことが非常に重要であるとするなら、公平な均等予算配分方式の開発は中央政府が責任をもって今後も実施してゆかなければならない。そのためには各利害関係者の意見を取り込みながら、中立でなおかつ地域間格差の解消に寄与できるような算定式の開発を行う専門機関の設置が必要である。つまり、

中央政府はこの算定式の開発とモニタリングを支持し、この分野の中立的な専門機関を設置する必要があるのである。

#### (2) 予算配分プロセスの透明化・責任明確化

しかしながら、こうしたモニタリング機関の設置も、実際の予算プロセスが不透明で責任の所在が不明確である場合はあまり効果的な政策にはならない。このため、中立・公平な諮問機関により権限を付与し、尚且つ予算配分意思決定機関がどの程度提言を汲み上げていかなければならないかという基準の設定も必要になってくる。中央政府はそのための法的枠組みを整え、基準設定と基礎公共サービス供給が公正な予算配分の下に行われるような環境整備に努めることを求められている。また、南アの歴史的事情に鑑みると、民主的な予算プロセスを可能にするためには、メンバーの人種構成に特別な配慮が払われなければならない。予算配分をめぐる政治的利害関係の衝突は行政機関同士という枠組みを超えて人種間の問題となりうるからである。中央政府はこうした摩擦を緩和するためにも、予算配分意思決定機関内の人種構成が公平なものとなり、特定の団体が予算配分の過程で利益を不当に受けることがないように監視していく必要がある。

#### (3) 州政府に対する行政能力向上の支援

財政地方分権化を境に予算配分における州政府の責任が拡大してきたことは、異なる州政府間で予算配分をめぐる交渉能力がより重要性を増し、限られた予算をめぐる競争が激しくなっていることを示唆しているといえる。特に、州政府は歳入拡大のための課税権等を有していないので、この競争は激しさを増す一方で解消に向かう可能性は極めて低いと思われる。そしてこの競争に勝ち残るのは、行財政能力、経済能力においてより優れた側ということになり、既存の格差が結果的に増大していくことが予想される。よって中央政府は、開発の遅れている州政府に対して行政能力向上の特別なプログラムや助成金を通じて、それらの行政能力向上を図ることに責任を有しているということを認識しなければならない。

#### (4) 国を挙げての公正に対するコミットメントの増加

第2章の分析では、州政府移譲される権限が実質的には限られたものであり、中央政府による間接的介入の影響を様々に受けることがわかった。国家を挙げて推進してゆくべき優先政策課題については、中央政府は自治を損なわない程度にこの間接的介入を利用し、財政地方分権化を多元的社会における国家統一の有効な政策手段とする能力が求められている。

このようにみえてくると、中央政府に求められる役割は増大してくるというパラドックスがここで証明されたことになる。中央から地方へ意思決定権を移譲する場合、逆説的ながらも財政地方分権化が中央政府に以上のような役割をもたらすのは、それが元来非常に政治性の強い政策であることによっていると考えられる。すなわち、財政地方分権化は、社会の不満分子をなだめ、政治的分極化を防ぎつつ、支配的グループが既得権益を維持しつづけるための政策装置となる場合がある。また中央政府の側も、財政地方分権化によって社会との間に下位政府階層をはさみ、異なる社会グループ間の軋轢

に対して直接的な責任を追究されないように自己防衛装置として活用する場合もある<sup>77</sup>。このように、財政地方分権化政策の裏側には、単なるテクニカルな問題のみではなく、政治的な要素が色濃くなっていることに十分留意しておくことが、その公正への影響を考える上で重要になってくる。

## 5-1-2 州政府

### (1) 上級管理職による予算交渉力の向上

第2章で検証したように、財政地方分権化は交渉能力・行政能力の高い州政府とそうでない政府との間に格差を生み出している。このため、特に予算配分過程に携わる上級管理職員の予算交渉能力の向上が貧しい州政府にとっての重要課題となる。

### (2) 公正関連データの集積と予算配分への応用

均等配分方式に採用される指標は、現在までのところ限られた州間格差のみ考慮に入れて指標化し予算配分に反映されてきた。限られた指標とは各州人口や、州面積等がふくまれているが、これらの指標は必ずしも実質的州間格差を映し出すには十分ではない。こうした格差を証明するためにはより詳細なデータが必要となるが、このデータ収集能力においても州間で大きな格差が存在していることが障害となっているのである。州政府レベルでのデータ蓄積が公平な均等配分方式導入の基礎となることを認識しなければならないのである。

### (3) 予算委員会の他にモニタリングできる委員会を州レベルでも設置

州全体予算、州保健部門予算、いずれにおいても州間の公正は財政地方分権化の過程において全体的に拡大傾向にあることが第3章の検証から判明した。しかしながら、州全体予算の場合は特に財政地方分権化の導入によって州間の水平的公正はプラスの影響を受けているが、州保健部門予算についてはマイナスの影響を受けている場合も多い。これは前者の場合について、予算配分の公正に関する最終的意思決定者が中央政府レベルの財務省（予算委員会）と中央内閣に帰属しており、尚且つ各州政府の代表者が意思決定機関に参加する権利を担っていることと関係している。一方後者の場合には、部門間配分に関する裁量権が州政府レベルに移譲されており、このため保健部門の予算配分における州間格差はある時期には拡大し、そうでない場合には格差減少の動きが非常に遅滞しているのである。このように既存の公正への政策コミットメントは主に中央政府主導で進んできているが、このため公正をモニタリングするための管理能力も中央政府レベルでしか存在していないことが問題となっているのである。よって、州政府レベルでも予算配分の公正をモニタリングできるような機関の設置と、その管理能力の開発が求められる。

---

<sup>77</sup> Odora (1992) p.81, Lauglo (1995) p.8, Turner and Hulme (1997) 等。



## 5-2 研究展望

本論文は特に州政府間の予算配分公正に焦点を当てたため、さらに下位政府である地方政府における財政地方分権化との関連性については、今後解明されていくべき問題として指摘されなければならない。地方政府レベルでの財政地方分権化は、中央—地方、及び州—地方という2つの分権化過程を含むものであり、州政府への財政地方分権化よりさらに複雑で全体的実像がわかりにくくなっている。その一方で、第3章でも検証されたように、地域間格差の問題は州政府レベルよりも地方政府レベルでのほうが、より深刻な問題となっているのである。つまり、真の「持てるもの」と「持たざるもの」との間の社会的公正と財政地方分権化との相関性の解明のためには、地方政府レベル、ひいてはさらに小さいコミュニティレベルに視点を置いた研究が不可欠であることをここで確認しておく。

また、本論文においては、財政地方分権化が人種間の予算配分公正にどのような影響を及ぼしてきたのかという点については、十分な時系列をもって直接的に測ることはできなかった。これはデータが不十分であったことが主な理由である。この人種間格差については、意思決定機関における人種構成と予算配分過程における意思決定とがどのようにかかわっているのかという点についても、更なる検証が望まれる。

## 5-3 結論

財政地方分権化はそれ自体公正な予算配分を促進するわけではない。そこには特定の政策装置と社会的公正の実現に対する強いコミットメントが必要となる。国内全体の利益としての社会的公正の拡大は、伝統的に中央政府の役割であった。しかしながら予算配分における意思決定権の地方分権化は、同時に公正に対する責任の帰属先を分散化させる結果となった。

本論文の検証からは、財政地方分権化が地方独自の特色ある予算配分を可能にするのは、中央政府の一定のコントロール内においてであり、さらに財政地方分権化が進むことで、地域間の予算配分公正拡大の動きが減退してしまうことが判明した。この事実が示唆しているのは、周辺では財政能力と州政府の担うべき役割が増大する一方で、行政能力の拡大がそのスピードに追いつかず、公正な予算配分を行うための行政環境の未整備が深刻な問題となりうるということである。

財政地方分権化は、政治思想に関するものと、公共財・サービスデリバリーに関するものとの内外双方からの圧力を受けて、世界的に推進されてきている。その際唱えられる財政地方分権化の潜在的効果については、必ずしも財政地方分権化との相関関係が解明されているわけではない。本論文では、この潜在的効果のうち、特に公正に絞って検証を試みたが、今後も加速してゆくと思われる財政地方分権化が地域間格差の解消及び地域の発展に貢献してゆくためにも、また財政地方分権化の他のメリットと公正の共生のために、それぞれのレベルの政府に役割と責任能力の変革が求められているのである。

## 参考文献

- 斎藤友之（1997）「途上国における中央—地方関係」「地域の発展と政府の役割」国際協力事業団
- 林晃史（1999）『南部アフリカ政治経済論』アジア経済研究所
- 堀江浩一郎（1995）『南アフリカ：現代政治史の鳥瞰図』国際書院
- 国際協力事業団（1992）「Good Governance と参加型開発」
- 国際協力事業団（1994）「南部アフリカ地域援助研究会報告書」
- 国際協力事業団（1995a）「参加型開発と良い統治分野別援助研究会報告書（現状分析資料）」
- 国際協力事業団（1995b）「参加型開発と良い統治分野別援助研究会報告書（分野別援助研究会報告書）」
- 国際協力事業団（1997a）「地域の発展と政府の役割（分野別援助研究会報告書）」
- 国際協力事業団（1997b）「地域の発展と政府の役割（現状分析編）」
- 国際協力事業団（1998）「地域の発展と政府の役割：援助の新しい視点セミナー（JICA Internal Seminar on Local Development and the Role of Government: New Perspectives on Development Assistance）」国際協力事業団
- 山下茂・谷聖美・川村毅著（1992）『比較地方自治：諸外国の地方自治制度』第一法規
- Bangura, Y. (2000) *Public Sector Restructuring, Geneva 2000 Occasional Paper 3*. United Nations Research Institute for Social Development: Geneva.
- Bahl, R. (1995a) “Fiscal Decentralization: Lessons for South Africa, World Bank”, *Policy Research Center Working Paper*, Georgia State University.
- (1995b) “Worldwide Trends in Fiscal Decentralization”, *Policy Research Center Working Paper*, Georgia State University.
- (1999) *World Development Report 1999/2000: The Gate into the 21<sup>st</sup> Century*. Oxford University Press: Oxford.
- Beattie, A., J. Doherty, L. Gilson, E Lambo, and P. Shaw (1998) *Sustainable Health Care Financing in Southern Africa: Papers from an EDI Health Policy Seminar held in Johannesburg, South Africa, June 1996*. Economic Development Institute of the World Bank: Washington D.C.
- Buchert, L. (ed.) (1992) *Education and Training in the Third World: The Local Dimension*. Center for Study of Education in Developing Countries: Hague.
- Cheema, G.S. and Rondinelli, D.A. (eds.) (1983) *Decentralisation and Development: Policy Implementation in Developing Countries*, Sage: Beverly Hills.
- Department of Finance (1999) *Budget Review*, Republic of South Africa.
- (1999) *National Expenditure Survey*, Republic of South Africa.
- (2000) *Intergovernmental Fiscal Review*, Republic of South Africa.
- Gwatkin, D. (1997) *Reducing Health Inequalities in Developing Countries*, Oxford Textbook of Public Health.
- (2000) *Reducing Health Inequalities in Developing Countries*, Oxford Textbook of Public Health.
- Health Systems Trust (1995) *South African Health Review*, Health Systems Trust.
- (1996) *South African Health Review*, Health Systems Trust.

- (1997) *South African Health Review*, Health Systems Trust.
- (1998) *South African Health Review*, Health Systems Trust.
- (1999) *South African Health Review*, Health Systems Trust.
- Horowitz, D. (1991) *A Democratic South Africa? Constitutional Engineering in a Divided Society*, University of California Press, Los Angeles.
- Hutchinson, P. (1999) "Health Care Uganda: Selected Issues", *World Bank Discussion Paper*, No. 404, The World Bank, Washington D.C.
- Huther, J., and A.Shah, (1998) "Applying a Simple Measure of Good Governance to the Debate on Fiscal Decentralization", World Bank.
- Lauglo, J. (1995) "Forms of Decentralisation and Their Implications for Education", *Comparative Education*, Vol 31, No. 1, 1995, pp.5-29.
- McIntyre, D., G. Bloom, J. Doherty, and P. Brijlal (1995) *Health Expenditure and Finance in South Africa*, Health Systems Trust and the World Bank.
- Ministry of Finance (1998) Medium Term Budget Policy Statement, Republic of South Africa.
- Mkandawire, T. and C.C Soludo, (1999) *Our Continent Our Future: African Perspectives on Structural Adjustment*. Africa World Press.
- Odora, C.A. (1992) "Decentralisation and the re-validation of the indigenous learning systems"
- Peters, D., K. Kandola, E. Elmendorf, and G. Chellaraj (1999) *Health Expenditure, Services, and Outcomes in Africa: Basic Data and Cross-National Comparisons, 1990-1996*, The World Bank, Health, Nutrition, and Population Series. Washington D.C.
- Prud'homme, R. (1998) "The Danger of Decentralization", *The International Journal of Technical Cooperation*, Vol.4, No.1, pp.1-19.
- Putnam, R., R. Leonardi and R. Nanetti(1993) *Making Democracy Work:Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton University Press:Princeton.
- Sewell, D.O. (1995) "The Danger of Decentralization' According to Prud'homme: Some Further Aspects", *The International Journal of Technical Cooperation*, Vol.10, No. 2, pp.201-220.
- Schneider, H. (1999) *Participatory Governance: The Missing Link for Poverty Reduction*, OECD Policy Brief. No. 17. OECD Development Center.
- South African Embassy in Tokyo, 南アフリカ共和国憲法要約  
(<http://sunsite.sut.ac.jp/embassy/jasonet/safrica/const-summj.htm>)
- Tendler, J. (1995) *Good Government in Tropics*. The Johns Hopkins University Press: London.
- Therkildsen, O. (2000) *Elusive Public Sector Reform in East and Southern Africa*. United Nations Research Institute for Social Development: Geneva.
- Tordoff, W. (1994) "Decentralisation: Comparative Experience in Commonwealth Africa", *The Journal of Modern African Studies*, Vol. 32, No. 4, pp.555-580.
- (1997) *Government and Politics in Africa*, Indiana University Press:Bloomington.
- UNDP (1997) *Decentralised Governance Programme, Strengthening Capacity for People - Centered Development*.

- (1998) *Poverty and Inequality in South Africa: Report Prepared for the Office of the Executive Deputy President and the Inter-Ministerial Committee for Poverty and Inequality.*
- Turner, M. and D. Hulme (1997) *Governance, Administration and Development.* Macmillan Press:London.
- World Bank (1993) *World Development Report 1993: Investing in Health,* World Bank, Washington D.C.
- (1995) *The Composition and Persistence of Poverty in Rural South Africa, An Entitlement Approach to Poverty. Data Research Africa 1995.* The World Bank.
- (2000a) *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty,* Oxford University Press: Oxford.
- (2000b) *Can Africa Claim the 21<sup>st</sup> Century?,* Oxford University Press: Oxford.
- World Health Organisation (1999) *Principles and Basic Concepts of Equity and Health.*
- (1997) *Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low and Middle-Income Countries,* WHO: Geneva.
- Yach, D. and D. Harrison(1994) *Public Health in North-South Perspective 1994.*
- Development Bank of Southern Africa in Race Relations Survey, 1993/94. SAIRR, Johannesburg.