

ニカラグアの社会保障

—最貧困国のゆらぐ政治と社会保障改革—

高木 史江

小松 隆一

■ 要約

ニカラグアでは1955年以降、ニカラグア社会保険庁(INSS)が公的機関として、疾病、母性、障害、老齢、死亡と遺族、労働のリスクに関する社会保険を提供してきた。1980年代には、福祉の機能を併せ持ったものの、内戦のため国は疲弊し、この制度を維持できず、福祉の部分は切り離された。1990年に内戦が終了し、新政権は、民主化、経済自由化、全方位外交を展開した。IMF/世銀の融資を受け、引き換えに構造調整プログラムを受け入れ、さまざまな改革を実施している。社会保障においても、年金制度では、民間機関による積立方式に移行する法律を制定したが、負のインパクトが大きいと判断され、実施直前に中止された。医療保険では、保障医療企業(EMP)を介してサービスを提供することになった。しかし、INSSへの加入状況は、経済活動人口の16.5%、全人口の6.2%にすぎず、国民の多くはこの制度の外におかれたままである。最貧国という制約のなか、社会経済状況にふさわしい社会保障制度を整備していくことが求められている。

■ キーワード

内戦、重債務貧困国(HIPCs)、成長強化・貧困削減戦略(SGPRS)、ニカラグア社会保険庁(INSS)、年金制度民営化の中断、保障医療企業(EMP)

はじめに

ニカラグア共和国(以下ニカラグア)は1970年代までかなりの経済成長を遂げていた。しかし、1970年代後半の政情不安、1979年のサンディニスタ民族解放戦線の革命、1980年代の内戦、さらに、度重なる自然災害の被害のために、現在では、ラテン・アメリカ、カリブ地域ではハイチに次ぐ最貧国である。内戦終了後、新政権は他の多くのラテン・アメリカ諸国と同様、経済再建のためにIMF/世銀の融資を受け入れた。融資の条件として受け入れなければならなかった構造調整プログラムの下、現在も進められている諸々の改革の一つに社会保障改革がある。

本章では、社会保障の中でも、年金制度と医療

制度を中心に記述する。社会保障に関連したニカラグアの背景を説明したのち、社会保障制度の成立と変遷を概観し、現在の社会保障制度の動向と課題を述べる。そして、国民の約半数が貧困層に属しているニカラグアにおいて、これらの社会保障制度によってどれほどの国民が裨益しているのか、これらの制度にカバーされない人々にはどのような支援が行われているのか、について言及する¹⁾。

I ニカラグアの社会経済・政治状況と人口動向

ニカラグアは中米に位置し、面積13万km²、中米5カ国では最も広い国である。行政単位では15の県と2つの自治区に分けられている。湖や火山

の多い太平洋岸(国土の15%)、中央山岳部(30%)、広大な熱帯雨林を有するカリブ海低地(55%)に分かれ、バラエティに富んだ自然環境を有している。2004年の人口は560万人、15歳未満人口割合41.2%、65歳以上人口割合3.1%と推計されている。人口分布は太平洋岸56%、中央山岳部31%、カリブ海低地13%と、太平洋側に偏在している。都市部の人口は59%で、太平洋岸では7割を超える。民族構成はメスティソ74%、白人16%、黒人9%、インディオ1%で、黒人とインディオの多くはカリブ海低地に生活する。公用語はスペイン語、主な宗教はカソリックである。主な産業はコーヒー、牛肉などの農牧業で、1人当たり国民総生産(GDP)は750ドル(US\$)前後と、ラテン・アメリカ、カリブ地域ではハイチに次ぐ最貧国である。

1. 政治・経済・外交の変遷

ニカラグアは1838年の独立後、覇権争いによる内戦、米英の侵略と政治的経済的支配が続いた。米国の保護の下、1937年にソモサ政権が発足し独裁の時代となる。1979年サンディニスタ民族解放戦線(el Frente Sandinista de Liberación Nacional: FSLN)の革命によりソモサ政権が崩壊し、サンディニスタ政権が樹立した。これに対して中米・カリブ地域の社会主義圏排除を意図する米国は、政治的経済的な圧力を加え、隣国ホンジュラスを拠点に反サンディニスタ抵抗ゲリラ「コントラ」を支援し内戦をあおった。そのため、長期再建計画で経済の回復に効果をあげたのは最初の数年のみで、間もなく行き詰まり、優先課題としていた教育の普及や保健医療の充実も立ち遅れてしまった。

1990年に国連監視の下、民主的な大統領選挙を実施し、親米保守派の国民野党連合(UNO)のチャモロ候補が、前大統領であるオルテガFSLN書記長を破り、勝利した。同年コントラの武装解除・解体完了の宣言とサンディニスタ人民軍の縮

小をもって、10年近く続いた内戦は終了した。チャモロ政権は、戦争から平和へ、社会主義から民主主義へ、統制経済から自由市場経済へという大変革に挑戦した。外交においては、サンディニスタ政権時代は、キューバ、旧ソ連および東欧等社会主義諸国との関係を強化したため、対米関係は著しく冷却化したが、チャモロ政権は米国および西側諸国との関係を修復し、全方位外交を展開した。その後2度の大統領選挙を経ている。1997年に発足したアレマン立憲自由党党首を大統領とするアレマン政権は、チャモロ政権の路線を継承しつつも右派系の独自の路線を採った。民主主義体制と自由主義経済の強化のための政策を更に推進させる政策を採用し、国家の近代化に努力した。2002年に発足したボラーニョス現政権も立憲自由党(PLC)が与党、FSLNが野党第一党の政治体制である。ボラーニョス大統領は、アレマン政権時代の汚職を積極的に追求しつつも、民主化、経済自由化、全方位外交の路線を継承している。

内戦だけでなく、1932年と1972年のマナグア大地震、1998年のハリケーン・ミッチで知られているように、地震、ハリケーン、津波、豪雨、洪水、火山噴火、地滑りなどの自然災害も、ニカラグアの経済、内政、保健に影響を及ぼしてきた。

ニカラグアは、ソモサ時代には中米で最も高いGDPを誇るまでに経済発展したが、内戦や自然災害で疲弊し、大きな対外債務を抱えることになった。1990年のインフレ率は13490%に達した。チャモロ政権の最も大きな課題は経済再建であった。通貨安定のために為替レートにクローリングベッグを取り入れ、年の変動幅を固定させた。IMF/世銀から融資を受けるために、これらが提示する構造調整プログラム(Enhanced Structural Adjustment Facility: ESAF)を受け入れた。ESAFは1994年に開始された後、いったん中断したが、アレマン政権発足後、所有権法の可決、税制改革法の成立等の努力が功を奏し、1998年3月に再開

が承認された。その後も公的部門改革、国営企業の民営化、金融システム改革、社会保障改革が進められている。

GDP年間成長率は1993年以降マイナスからプラスに転じたものの、債務は2000年には67億米ドルに達していた。ニカラグアはIMF/世銀の重債務貧困国(Heavily Indebted Poor Countries: HIPC)イニシアティブ対象国に認定されている。ニカラグア国政府は2001年に成長強化・貧困削減戦略(Strengthened Growth and Poverty Reduction Strategy: SGPRS)を策定し、重要な国家戦略として位置づけた。SGPRSでは、(1)農村開発に伴う雇用の創出による経済成長と構造改革、(2)貧困層の人的資源への投資と教育の普及、(3)自然災害、身体的、家庭の問題からの社会的弱者層の保護、(4)グッド・ガバナンスと行政組織強化を基本戦略に、経済発展と貧困削減を図ることを目指している。SGPRSに基づき国家開発計画が策定され、この下に個々の分野の中長期の政策や計画を策定し、開発や貧困削減に取り組んできた。2004年1月には世銀・IMFが求める諸条件を満たした結果、コンプレッション・ポイント(完了時点)に到達し、対外債務が大幅に削減されることになった²⁾。

2. ニカラグアの人口の動向

国勢調査が実施されたのは1990年代においては、1906年、1920年、1940年、1950年、1963年、1971年、1995年で、2000年に入ってから、2005年に実施された。1950年以後の4回の国勢調査によれば、65歳人口割合は2.8%、2.9%、3.0%、3.5%と徐々に増加している。年平均人口増加率は1920-1940年で1.4%とゆるやかであったが、その後加速し1971-1995年は3.5%となった。近年減少傾向にあるといわれ、2000-2005年の増加率は推計2.6%である。

他の途上国同様、ニカラグアでは出生と死亡の登録や移動届のような人口動態統計は不完全な

め、人口の変動を把握することは容易でないが、近年、多産多死の状況は急速に変化してきている。死亡率は1950-1955年の人口千対22.7から1990-1995年の6.8に減少した。合計特殊出生率(TFR)も、1950-1955年の7.3から1990-1995年の5.0に減少した。1998年と2001年の比較でも3.6から3.2と減少を認めている。乳児死亡率は、1950-55年で167(出生千対)であったものが、1990-1995年の50、1996-2001年では31と著明な改善を認めている。乳幼児死亡の予防の成功に伴い、出生時平均余命も改善した。1950-55年で42歳(男性41、女性44)であったものが、1990-1995年には67歳(男性65、女性69)となった。主要死因は1970年代の感染症から慢性疾患に変わりつつある。しかし、慢性疾患の正確な罹患状況は把握されておらず、保健対策は確立していない。2002年の主要死因とその割合は、虚血性心疾患11.2%、脳血管疾患7.6%、糖尿病5.8%、周産期に特異的な呼吸障害および心血管障害5.6%、不慮の損傷およびその他の外因5.3%、消化器の悪性新生物4.2%、腎不全3.9%、肝疾患3.9%、インフルエンザおよび肺炎3.7%、交通事故3.1%であった。

2001年生活水準全国調査(EMNV 2001)によれば、国内移動者人口割合、国外移動者人口割合³⁾は、それぞれ18.3%、18.3%であった。EMNV1993の調査結果に比して、それぞれ5.3%の増加を認めた。男女別にみると、男性は、国内移動17.5%、国外移動17.4%、女性はそれぞれ19.1%、19.1%であった。地域別では、国内移動は、首都マナグア(25.8%)とカリブ海低地(21.9%)が主な移動先になっている。国外移動は、マナグアを除く太平洋岸地域(22.5%)と中央山岳地域(24.0%)から移動していく者が多い。国外移動者の年齢構成は、20歳未満は21.3%、20-34歳が47.2%、35-49歳が24.6%、50-64歳が5.0%、65歳以上が1.9%と、若い世代が多く国外に移動している。15歳以上の国外移動者を、就学経験で

みると、就学経験なし6.6%、初等教育1-3年8.9%、初等教育4-6年29.2%、中等教育46.1%、大学9.2%と、中等教育修了者が約半数を占めた。国外の移動先は、コスタリカ58.9%、米国28.7%と、この2カ国で約9割になる。

内戦中は16から25歳の若者を中心に徴兵忌避のため、その後は、ハリケーン等に伴う経済事由の流出が多かったといわれている。コスタリカには、約25万人のニカラグア人が滞在資格を持って長期滞在・永住し、さらに6.5万から10万人が季節労働に従事していると推計され、コスタリカ人口の8~9%を占めると推定されている(The State of the Nation Project 2001)。

3. ニカラグア国民の社会経済状況

<家族構成>

2001年人口保健全国調査(ENDESA 2001)によれば、1世帯あたりの平均世帯人員は5.3人、女性が世帯主の割合は31%である。15歳以上において、パートナーを持つものは53%だが、結婚している者と結婚していないが事実上の配偶関係を持つ者の割合に大きな差を認めない。15歳未満の子どものうち、両親と生活しているのは62%、両親不在は9%である。

EMNV 2001によれば、調査世帯の11.9%が、世帯に国外移住者を有していた。その平均人数は世帯あたり1.7人であった。移動の理由の多くは経済的理由で、残された家族へ仕送りをしている場合もある。国外から仕送りを受けている世帯は19.2%であった(国内からのみの仕送り24.4%、国外からのみ14.1%、国内および国外から5.1%)。

<産業と労働>

ニカラグアでは、社会経済状況の実勢に鑑み、経済人口を10歳以上の人口としている。2004年の全人口に対する経済活動人口は、37.5%と推定されている。EMNV 2001によれば、経済活動人口

(población económicamente activa: PEA)57.5%、経済非活動人口(población económicamente inactiva: PEI)42.5%であった。PEAのうち就業者は88.7%である。PEIの約半数は学生・未成年者、約3分の1は自家の家事のみに従事している者である。10歳以上人口における職業カテゴリーでは、被雇用者が40.5%、自営業者は28.0%である。就業者が従事する産業をみると、第三次産業が約半数を占める。勤務先の属性としては、民間が90.7%、政府関連が6.8%である。労働省の調査によれば、都市部8市の就業者のうち、インフォーマル・セクターに属する者は2002年で57.5%であった。

<貧困>

EMNV 2001によれば、国民の45.8%が貧困層に属し、極貧層は15.1%であった。1993年、1998年の同調査と比較して、高度の貧困の割合は改善しているものの、貧困者数は増加している。農村部の貧困人口の割合は都市部の5倍以上である。より貧困な20%の人々が消費しているのは国全体の消費の5.6%のみであり、より富裕な20%の人々の消費は国全体の49.2%を占めていた。他方で、貧困対策に関連した事業は、1998年に比して2001年は減少していた。

II ニカラグアの社会保障制度の変遷

ニカラグアの社会保障制度の起源は、1930年代の教職員のための恩給制度の創設に由来する。1940年代には、いくつかの職種で、労働者、被雇用者に対する恩給・年金・補助金制度の導入や年金と貯蓄の基金の創設などが行われた。

1950年代に入り、労働者の保護のために、三者間で出資される社会保障の国家組織を設立することが政治的な急務となった。1955年の法律で公的サービスの性格を有する社会保障制度を設立

し、公的な自治機関としてニカラグア社会保険庁 (Instituto Nicaragüense de Seguridad Social: INSS) を創設した。INSSは、あらゆる職種の賃金労働者を、疾病 (Enfermedad)、母性 (Maternidad)、障害 (Invalidez)、老齢 (Vejez)、死亡と遺族 (Muerte y Sobrevivientes)、労働のリスク (Riesgos de Trabajo) から保護することを目指した。1957年には、被保険者のために「疾病と母性 (Enfermedad y Maternidad: EM)」と「職業のリスク (Riesgos Profesionales: RP)」に対応するための社会保障独自の医療施設が設置された。

1979年までは、ニカラグアの保健システムの発展は病院ケアに偏っていた。しかし、1979年の革命によって成立した新政府は、アルマ・アタ宣言とプライマリー・ヘルス・ケア (PHC) の理念に基づき保健システムの改革を行った⁴⁾。保健統一国家システム (Sistema Nacional Único de Salud: SNUS) が定められ、保健省の責任の下、予防的および治療的医療サービスがすべての人々に提供されることになった。これによって、社会保障の医療サービスの提供を指示されていた医療機関は、政府の所有の下、保健省の管理下におかれ、SNUSのサービスを無料で提供することになった。INSSは保健省に、保険に加入している労働者の給料の9%にあたる徴収金額を毎月納めた。これは、「疾病と母性 (EM)」と「職業のリスク (RP)」に対するサービス提供の技術料や補助金にあてられた。

SNUSを設立したことで、社会保障の権限は年金 (障害 (Invalidez)、老齢 (Vejez)、死亡 (Muerte)、

労働のリスク (Riesgos de Trabajo)) に限定された。さらに、政府は、保険の対象となっていなかったいくつかのセクターを保護する機能を付加し、これらの人々が、補助金、年金、補装具などの社会保障を享受できるように一連の法や政令を整備した。具体的には、FSLNの戦士や1979年の革命以前の被災者や戦死者の家族へのサービスの提供、保険未加入鉱山労働者への障害・老齢年金の提供、孤児の保護、60歳以上のサーカス労働者の年金、全国識字運動従事者、革命警備員、民衆教育のプロモーターや責任者、農業生産開拓者、軍隊職員、兵役の若者に対するサービスの提供などがあつた。

1980年代に入り、社会保障の新しい法律が定められた。1982年の政令によって、社会保障は再構成された。これまでの従属労働者の古典的な概念を超え、年齢、国籍、家族関係、労働場所の制限を取り払い、さらに、任意保険を設けた。また、1982年の政令によって社会保障に社会福祉省の権限を付加し、社会保険福祉庁 (Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar: INSSBI) に改編した。社会福祉においては、被保険者でない人々の家族の保護、リハビリテーション、社会復帰のニーズに対応するさまざまなプログラムを行った。これらの社会福祉プログラムの資金は、国家宝くじであった。

1983年から1990年の期間、社会保障は危機にあった。政府は保健省を介して社会保障医療病院施設においてSNUSを実施した。これによって、被保険者が受ける医療サービスの質は低下し、不十

表 1 INSS への三者の拠出の変遷

(%)

	1956年	1959年	1982年	1984年	2000年
雇用者	8.0	7.5	11.0	12.5	15.0
労働者	4.0	3.0	4.0	4.0	6.25
政府	4.0	3.0	0.5	0.5	0.25
合計	16.0	13.5	15.5	17.0	21.5

出典：INSS

分なケアや検査、薬剤の不足、設備や機材の不十分な維持管理などの問題が生じた。これに対して、自分たちが出資しているのに、法律で定められたサービスを受けられないことに対して、労働者や雇用者の抗議が生じた。また、内戦によって、障害者や死者、被災者や戦死者の家族が増加し、年金受給者は3万以上となった。超インフレや貨幣価値の暴落によって、新通貨の政令が発令された。内戦は不況と財政負債をもたらし、政府は公的支出を削減した。雇用者、労働者、政府の三者間の拋出割合の推移をみても(表1)、政府負担の減少、雇用者負担の増加が認められる。財政引き締めプランも実施し、被雇用者や労働者を削減した。しかし、全体として、社会保障の資金は枯渇して

いった。

1990年に内戦が終了し、チャモロ新政権のもと、社会政治経済の大きな変化の中で、年金制度、保健医療制度の改革が実施された。

III 1990年以降の社会保障制度

INSSBIから社会福祉を分離し、改めてINSSに改編し、社会保障プログラムの提供のみをすることになった。

社会保障制度は、医療保険に相当する「疾病と母性(EM)」、年金制度に相当する「障害、老齡、死亡(IVM)」（ただし「老齡」には「老人保健」を含む）、労災保険(年金)に相当する「職業のリスク

表2 ニカラグアの社会保障制度

		Enfermedad y Maternidad EM 疾病と母性	Invalidez, Vejez, Muerte IVM 障害、老齡、死亡	Riesgos Profesionales RP 職業のリスク
給付内容	医療給付	予防や治療の外来および入院医療サービス、診断のための検査、医薬品、手術、妊婦ケア・分娩・産後ケア(ただし、労働事故に関連した保健問題はEMではカバーされない)	「老齡」にのみ「老人保健」が含まれる 「老人保健」が対象になるのは、現在、首都マナグアに限定されている 生活習慣病、高齢者にありふれた疾患、手術、診断のための検査、医薬品	労働事故に関連した保健問題のみを対象とする 治療のための外来および入院医療サービス、診断のための検査、医薬品、手術、完全回復までのリハビリテーション、歯科治療 予防活動として、研修、技術支援、監督を行う
	医療提供施設	保障医療企業(Empresas Médicas Previsionales: EMP)の保健医療施設	保障医療企業(Empresas Médicas Previsionales: EMP)の保健医療施設	社会保障指定保健施設(USAs: Unidades de Salud Acreditadas)
	現物給付	ミルク(生後6ヶ月まで)	最低必需品、葬式サービス、老人介護支援など	人工装具、車椅子、松葉杖、杖、義歯など
	現金給付	補助金	年金、補助金、公共料金の割引、葬式代など	年金、補助金
給付対象	被保険者 妊娠している配偶者 6歳未満の子息	被保険者 被保険者が面倒を見ている人々	労働事故を被った被保険者 年金は被保険者が面倒を見ている人々も含む	
条件等		老齡または死亡によって、それまでの仕事を継続できなくなったとき	回復まで給付に上限なし	

出典：INSS

(RP)」で構成されている。それぞれの概要を表2にまとめた。

これら3つの組み合わせで保険加入パッケージが用意されている。これには、被雇用者を対象とした「統合EM-RP-IVM」「IVM-RP」、自営業者や被雇用者以外で加入を希望する者を対象とした「任意EM-IVM」「任意IVM」の計4種類がある。

IVMの年金は、障害(部分)、障害(完全)、老齢、寡婦、遺児、遺族に分類される。老齢年金は、終身年金で、給付資格は職域によって異なる。例えば、一般には60歳750週納付完了で給付資格を満たすが、教職の場合は55歳1500週納付完了(ただし、女性教員の納付期間は別基準が設けられている)、鉱山労働者の場合は55歳15年以上納付となっている。

IV 年金制度に係る改革の動向と課題

2000年4月に「年金のための貯蓄制度 Sistema Ahorro para Pensiones (Lay 340)」の法律が承認された。民間機関が運営し、拠出金を事前に確定し、積立方式を導入しようとした。しかし、短期的中期的には、新しい年金制度への移行のコストなどの問題等が存在していた。この制度は2004年8月に導入される予定であったが、実施されなかった。その理由は、財政の視点からは実現性のないものであり、強行に実施すれば、公的負債の増大と、それがもたらしうるマクロ経済の安定性と国家の支払い能力の危機、それに引き続く負のインパクトの増加をもたらすと判断されたためである。政府は改革を中断し、幅広い代表性を持つ委員会を作り、財政的社会的に実現可能な代替制度案を検討している。

V 1990年以降の保健医療制度

1990年の内戦終結以後、政府は社会経済の復

興と国民の健康水準の向上を目的として、保健省組織の改革や保健サービスの地方分権化を含む保健セクターの改革を行っている。

保健セクターは、大きく公的セクターと民間セクターに分けられる。民間セクターには、民間医療機関、医療保険会社やNGOによって運営されている医療機関が含まれる(表3)。1997年から2000年の一次ケアレベルにおいて、各ネットワークがカバーしている割合は、公的ネットワーク60%、民間ネットワーク20%、INSSネットワーク10%、その他のネットワーク10%と推定されている。

公的保健セクターの中でも、保健省は最大の保健サービス提供機関である。2004年に保健省が管轄していた公的保健医療施設の数合計1,070施設であった(表4)。このうち、一次保健医療施設(保健所および保健支所)は1037で、管轄する地域の平均面積は115.6km²、平均カバー人口は5,426人である。

保健省は地方分権化を進めるために、全国を17の保健行政地域(Sistema Local de Atención Integral a la Salud: SILAIS⁵⁾)に区分し、それぞれに保健省の地域支局である県保健局事務所(SILAIS)を設置した。県保健局は、管轄地域の市および病院に対して技術指導と管理を行う。しかし、主要なプログラム、人事、医薬消耗品、予算等に関する重要な意思決定の権限は委譲されていない。各市には市保健課が設置され、保健所、保健支所を通して予防・治療・リハビリテーション等を統合した保健医療活動を実施している。管轄地域は行政区分の「県・自治区」「市」にはほぼ対応しているが、一般行政には統合されていない。保健省が提供する保健医療サービスは基本的に無料である。しかし、保健省が管理・提供する医薬品、検査試薬等は十分ではなく、しばしば患者は私費で、民間薬局で医薬品を購入し、民間の検査センターで検査を受けている。

表3 保健セクターの構成(1990年以降)

機能レベル	公的セクター		民間セクター	
	保健セクターの組織	保健に関連を持つ その他の政府組織	非営利団体	営利団体
中央	保健省 INSS	軍の医療団体 内務省の保健局 法医学機関	専門職同業者組合 国際赤十字ニカラグア 事務所	
管理監督	SILAIS			
実施	保健支所 保健所(有床, 無床) ポリクリニック 病院(急性・慢性) 保健省のEMP 保健省の整形技工所 INSSの一般薬局・ 眼鏡店	軍病院 軍の医師駐在所 内務省の病院 上下水道企業の地域 事務所 公立および私立の大学 地方自治体	宗教関連非営利保健 組織 国際赤十字の医師駐 在所 バプテスト派協会病院	病院 診療所 診断センター (検査, 画像) 歯科治療所 眼科 臨床検査所 薬局 医薬品輸入民間団体 医薬品産業 EMP

出典: "Nicaragua: el desarrollo del sistema de salud: desde mediados del siglo XX hasta nuestros días, 2003"

表4 ニカラグアの保健省管轄の保健施設(2004年6月時点)

二次医療レベル			一次医療レベル			合計
病院		ポリクリニック	保健所		保健支所	
急性	慢性		有床	無床		
28	4	1	25	150	862	1,070

出典: 保健省

民間セクターの状況を正確に把握するシステムはないが、2001年に、203の民間保健施設について調査が行われ、66%はマナグアに偏在していることが明らかになった。また、保健省に登録されている保健医療分野のNGOは90にのぼる(MINSA 2003)。

VI 医療保険制度に係る改革の動向と課題

被保険者の保健サービスが保健省の管轄に移行して、その保健サービスの質について不満が絶えなかった。保健施設において、被保険者はそうでない人々と同様に、医薬品の不足や飽和状態の

医療サービスを受け入れられなかった。

世銀と米州開発銀行の資金援助をうけ、保健セクター改革の一環として、1993年にINSSは、被保険者の「疾病と母性(EM)」に対応する保健サービスを提供する新しいモデルを打ち出した。それは、INSSが、公的または民間の医療サービス提供機関に疾病と母性のサービスの提供を委託するという方法であった。保障医療企業(Empresas Médicas Previsionales: EMP)が創設され、INSSの被保険者に医療サービスを提供し利益を得る許可が与えられた。INSSの基準を満たした医療機関のみがEMPとしてINSSと契約をすることができた。EMPは会社や企業と契約し、その雇用者

が保険加入者となる。INSSはこのEMP医療機関に対して、会社や企業の被雇用者(被保険者)数によって所定の額を毎月支給する。被保険者の基本ケアと、その配偶者の妊婦ケア・分娩・産後ケア、6歳未満の子息への保健の統合ケアがカバーされ、無料でサービスを受けることができる。2005年時点で、INSSは62のEMP医療機関を介して医療サービスを提供している。EMPの導入によって、民間セクターのマーケットは拡大した。しかし、INSSとEMPの間の契約条件の曖昧さ、管理システム、管理コストなどの課題が残されている。例えば、保険加入者の増加にEMPが追いつかず、医療施設のキャパシティを超えてしまう現象が生じている。

VII 社会保障制度の国民への裨益

1. INSS 加入状況

INSSの社会保障制度への加入は、創設当初、PEAの6%にすぎなかったが、1970年から継続的に増加し、1977年には21%になった。1980年代には、戦争の被災者や、農村部における恒常的および一時的労働者に対する特別なプログラムを制度に含めたことで、加入者の数はさらに増加し、1985年には30%に達した。その後、失業率の上昇、実質賃金の低下、インフォーマル市場への労働力の移動のために、カバー率は低下した。1995年には14.3%となったが、近年、改善の傾向を認めている。

2004年はPEAの16.5%、全人口の6.2%がINSSに加入していた。EM保険加入は全人口の5.3%であった。

2004年において、保険料を納付した被保険者数(年間平均)は348,251人。保険の種類ごとに見ると、統合EM-RP-IVM 85.7%、IVM-RP 13.8%、任意0.5%であった。また、保険に加入している雇用者数は12,825。保険の種類ごとに見ると、統合

EM-RP-IVM 80.9%、IVM-RP 19.1%であった。

2. 年金給付状況(IVM保険)

2004年に、70,516人に対して、合計1,278,472,179.72コルドバ⁶⁾が給付された。IVMの分類ごとにみると、障害(部分):3,397人52,482千コルドバ、障害(完全):8,340人185,848千コルドバ、寡婦:12,008人105,542千コルドバ、遺児:6,993人32,606千コルドバ、老齢:39,191人893,472千コルドバ、遺族:587人8,522千コルドバであった。

老齢年金給付者39,191人の年齢構成は、55-59歳2.2%、60-64歳22.3%、65-69歳24.7%、70-74歳20.6%、75-79歳15.6%、80-84歳8.7%、85歳以上5.9%であった(2004年12月)。

3. 医療保険加入状況

ENDESA 2001によれば、何らかの医療保険にカバーされているのは9.3%にすぎず、その約9割はINSSであった。全体の90%は、いずれの保険にもカバーされていない。加入状況に大きな性差は認めないが、就学経験をみると、初等教育を終了していないグループでは90%以上が保険未加入だが、他方、高等教育終了以上のグループでは保険未加入は55%と大きな格差を認める。年齢では、5歳から19歳の年齢層の未加入率が、95%以上と極めて高い。(表5)

4. 医療機関利用状況

このような医療保険の加入状況は、医療機関の利用にも影響していると思われる。EMNV 2001によれば、同調査の前1ヶ月間に、病気になって医療機関を受診したものは、病気になったと答えた者のうち約5割であった。受診しなかった理由の主なものは、「病気のことを理解していた」46%、「病気が軽かった」21%であるが、その後、「お金がなかった」16%、「医療サービスの質が悪い」

表5 医療保険の加入状況

(%)

	INSS 社会保険	民間の保険に 加入	どの保険にも カバーされていない	わからない
全体	8.5	0.8	90.1	0.3
性				
男性	8.8	0.8	89.7	0.4
女性	8.2	0.8	90.5	0.3
地域				
都市部	12.9	1.3	85.1	0.4
農村部	2.7	0.2	96.7	0.2
年齢				
<5	10.7	0.7	88.0	0.2
5-9	3.8	0.8	95.0	0.2
10-14	1.7	0.8	97.2	0.1
15-19	2.8	0.4	96.2	0.4
20-24	10.3	0.7	88.4	0.4
25-29	14.7	0.8	83.8	0.6
30-34	17.3	1.9	80.4	0.3
35-39	17.1	1.5	80.4	0.6
40-44	13.4	0.6	84.7	1.0
45-49	12.6	1.0	85.9	0.2
50+	9.5	0.8	89.2	0.4
就学経験				
就学経験なし	5.6	0.4	93.4	0.3
初等教育1-3年	2.7	0.5	96.4	0.2
初等教育4-6年	5.7	0.7	93.2	0.3
中等教育	15.1	1.3	83.0	0.4
それ以上	39.3	3.5	55.6	1.0
不明・情報なし	5.1	3.0	82.2	5.4

出典：ENDESA2001

9%と続いている。病気のとときに医療機関を受診した割合は農村部で低く(都市部54%、農村部45%)、その理由も都市部とは傾向が異なり、経済的理由(都市部13%、農村部19%)や医療機関が遠いこと(都市部1%、農村部11%)を挙げるものが多かった。(表6)

ニカラグアの社会保険は普及度が低い。また、貧困層に対する公的扶助の制度はない。家族省が年金制度でカバーされない高齢者の生活支援

のために、プログラムを提供しているが、予算と活動の規模は極めて限られている。保健医療に関しては公的な保健医療サービスは基本的に無料となっているものの、施設、人材、医薬品などが十分に配置、提供されているとは言いがたい。このニーズを満たすために、NGOや宗教関連団体が、質のよい医療サービスを低料金で提供したり、地域に根ざしたさまざまな活動を展開したりしている。

表6 医療機関の受診

(%)

	全体	性		地域	
		男性	女性	都市部	農村部
医療機関の受診状況					
この一ヶ月間に病気にかかった(a)	38.1	35.8	40.4	37.0	39.7
この健康問題で医療機関を受診した(b)	18.9	16.4	21.4	19.8	17.7
(b/a×100)*	(49.6)	(45.8)	(53.0)	(53.5)	(44.6)
医療機関を受診しなかった理由					
病気が軽かった	20.9	22.0	19.9	23.8	17.8
医療機関が遠い	5.8	5.3	6.2	1.0	10.9
医療サービスの質が悪い	9.1	9.3	8.8	8.4	9.8
お金がなかった	15.9	14.5	17.3	12.9	19.1
病気を理解していた	46.2	46.3	46.1	51.4	40.5
その他	2.1	2.5	1.8	2.5	1.8

* 出典の数値から算出

出典：EMNV 2001

おわりに

巨額の債務を持つ貧困国のニカラグアに対して、構造調整プログラムが1990年以降の社会保障改革に関しても大きな影響を及ぼしていることは否定できない。

保健分野において、妊産婦死亡、周産期死亡、感染症のコントロールにプライオリティーが置かれていることは、HIPC*s* イニシアティブとも関係がある。対外債務削減に至る過程でニカラグア政府はPRSPを策定し、保健分野でもSGPRSに従い、妊産婦死亡率と子どもの死亡率の減少、家族計画、栄養失調について、1999年から2005年までの目標値を設定し取り組んできた。これらの目標は達成されつつあるが、疾病・死亡構造は急速な転換の過程にあり、中高年の医療費の増加や社会保障のニーズに応える制度の整備、改善が急務である。

着実に進行している高齢化については、年金制度においても、高齢化社会における医療福祉対策においても、十分とは言いがたい。NGOの活動は、

女性、子ども、障害者にフォーカスが当てられていることが多く、地域社会の取り組みとしても高齢者に対する関心度はまだ低い。「年老いた親の世話は子どもが看るもの」という風潮があるものの、小さい家族になる傾向、必ずしも安定していない配偶者や親子の関係、社会問題化している家庭内暴力、若い世代の国外への移動の増加などの要因が、近い将来、家族機能の変化をもたらすことは避けられないであろう。さらに、貧困層においては、家計を助けるために国外へ出稼ぎに行くことさえ難しい状況ではないかと推測される。

ニカラグアは国民の約半数が貧困層に属している。そのため、現行の保険制度でカバーされる国民は極めて限られている。農村部の労働者や、都市部インフォーマル・セクターの労働者の多くは、保険制度の外にある。エスニック・グループが偏在し、極貧層が多いカリブ海低地地域には、特別の配慮が必要である。SGPRSには、「社会的弱者の保護」、「経済発展と貧困削減」がうたわれている。ニカラグア政府は、「近代化」を推し進めながら、社会的弱者をどのように支援するのか、外か

らの課題をとりこみつつ、経済的にも持続発展性のある政策をうちださねばならない。まずは基本統計の充実が不可欠であり、データに基づき、転換しつつある人口構造と疾病構造に対応する社会保障を設計する必要がある。最貧国という制約のなか、社会経済状況にふさわしい社会保障制度を整備していくことが要求されている。保険制度とは別に、非加入人口の基本的な人権を保障するしくみを整備することが、政府に求められているのではない。また、地方分権化を進める過程において、地域社会の相互扶助のしくみを活性化する政策、戦略を明確にすることも必要であろう。

2004年の全国市長選挙では、FSLNが擁立した候補者が軒並み勝利しており、2006年11月に実施される大統領選挙では、政権交代の可能性もある。いずれにしても、その結果は、国際社会からの支援や国内政策の動向、社会保障制度の改革の動向に影響するであろう。

注

- 1) 記述にあたり、情報元として、制度等については主にニカラグア社会保険庁のウェブ・サイトを参照した。そのほかに、政府および政府関連機関のウェブ・サイト、公式データ、報告書等の出版物、および、2000年以降に政府、政府関連機関、国連機関、国際機関、援助団体等が実施した全国規模のサンプリング調査の結果や、学術論文等を用いた。
- 2) 重債務貧困国 (Heavily Indebted Poor Countries: HIPC) イニシアティブの実施手順として、この支援を要請する国は、決定時点 (decision point) までに、広範な参加型プロセスを通じて「貧困削減戦略ペーパー (PRSP)」を採択していること、そして完了時点 (completion point) までに、同戦略を最低1年間実施していること、の2つの条件を満たすことが求められている。
重債務貧困国 (HIPC) に対するイニシアティブ (ファクトシート) : <http://www.imf.org/external/np/ext/facts/jpn/hipcj.htm>
- 3) 国内移動の場合は移動先の地域の人口を母数に、国外移動の場合は出生地の人口を母数にしている。
- 4) 1978年9月、旧ソ連のカザフ共和国の首都アルマ・アタに、世界140カ国以上の代表がWHOとユニセフの

- 呼びかけで集まり、国際会議が開催された。この会議で、「西暦2000年までにすべての人に健康を」という目標を定め、そのための世界戦略として、プライマリー・ヘルス・ケア (PHC) という理念を打ち出した。
- 5) SILAISは、地域統合保健サービス・システムと訳されるが、このように仕組み全体を意味するだけでなく、文脈によっては、管轄地域 (県)、県保健局事務所を示すこともある多義語である。
 - 6) 2004年の年平均為替率1US\$=15.9コルドバ。

参考文献

BCN 2004, Informe Anual del Banco Central de Nicaragua 2003, Managua, BCN.

BCN 2005, Informe Anual del Banco Central de Nicaragua 2004, Managua, BCN.

BCN [Banco Central de Nicaragua] (HP), <http://www.bcn.gob.ni/>

INEC, MINSA 2002, Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001, Managua, INEC.

INEC [Instituto Nacional de Estadística y Censos] (HP), <http://www.inec.gob.ni/>

INSS 2005, Anuario Estadístico 2004, División de Planificación, Managua, INSS.

INSS [Instituto Nicaragüense de Seguridad Social] (HP), <http://www.inss.org.ni/>

Jaime 2003, Nicaragua: el desarrollo del sistema de salud: desde mediados del siglo XX hasta nuestros días, 2003, Managua: Fundación Friedrich Ebert.

MINSA 2003, Análisis de Situación del Sector Salud (Segundo Documento Borrador para Consulta: MINSA, Comité Asesor PNS, CNS y Mesa Sectorial), Managua: MINSA.

MINSA 2005, Indicadores Básicos de Salud 2004, Managua, MINSA.

MINSA [Ministerio de Salud] (HP), <http://www.minsa.gob.ni/>

Olimpia Torres, Milagros Barahona. 2004, Las migraciones de nicaragüenses al exterior: un análisis desde la perspectiva de género: SECEP, UNFPA, OIT.

Pan American Health Organization 2002, Health in the Americas - 2002 Edition, Volumes II, Washington D.C., PAHO.

Programa MECOVI 2003, Perfil Comparativo de la Pobreza en Nicaragua (Encuesta Nacional de Hogares sobre Medicion de Nivel de Vida) 1993-1998-2001, Managua, INEC.

Proyecto MECOVI: Indicadores Básicos—Encuesta National Medicion de Nivel de Vida 2001, Managua, INEC.

Proyecto MECOVI, Informe General Encuesta Nacional sobre Medicion de Nivel de Vida, 2001, Managua, INEC.

The State of the Nation Project, 2001, A binational study: The state of migration flows between Costa Rica and Nicaragua. An analysis of the economic and social implications for both countries, Geneva, Switzerland, IOM.

外務省 (HP) 各国・地域情報 ニカラグア共和国

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/nicaragua/data.html>

国際協力事業団 2001, 『貧困削減に関する基礎研究』

高木史江 2005, 「第IV部 国際保健医療の現状と課題」ニカラグア, 日本国際保健医療学会編『国際保健医療学第2版』, 杏林書院, pp.286-290

(たかぎ・ふみえ 東京大学医学系研究科客員研究員/
元JICA専門家(ニカラグア国グラナダ地域保健強化プロジェクト))
(こまつ・りゅういち 世界保健機構)