

特集：福祉国家の多様性：比較福祉レジーム論の射程

メキシコの福祉制度

— 新たな社会扶助政策と社会権の確立 —

畑 恵子

■要約

メキシコの福祉制度の特徴は雇用形態に基づく分断化された二重構造にある。社会保障制度にはフォーマル部門（公務員・民間企業就業者）のみが包摂され、都市インフォーマル部門（都市の低生産性部門従事者）および農業従事者は制度の枠外に置かれてきた。後者は公的社会扶助の対象とされたが、十分な支援策が講じられたことはなかった。1980年代以降の経済の自由化のなかで社会保障制度改革が実施されたが、この分断化された構造は変わることなく現在まで維持されている。しかし1990年代以降、教育、医療等の分野において、貧困層支援・貧困削減を目的とするプログラムや補完的新制度が始まり、社会保障から排除された国民の多くがその受益者となっている。また2000年代からは「社会権」確立に弾みがつき、それが公的社会扶助政策の根拠になりつつある。だが、最近の社会扶助政策や新制度がメキシコの福祉の在り方に与える影響は、現在のところ限定的である。

■キーワード

メキシコ、社会扶助政策、社会権、普遍主義、民衆保険

I. はじめに

メキシコは福祉国家であろうか。一般的に福祉国家は「国民の福祉の増進を最優先しようとする国家」を意味し、福祉には、国民が健康で文化的な生活を営むために必要な教育、ヘルスケア、雇用、社会保障などへの支援が含まれる。新川は福祉国家の第一の特徴は、社会保障が施しや恵みではなく社会権として確立していることであると、それを保障するためには自由民主主義の存在が不可欠であると述べる。なぜならば、社会権は市民としての自由と政治的権利の発展の上に築かれるものであるからである。また、新川は資本主義経済の導入が福祉国家への第一歩であるとす。資本主義は労働力の商品化のうえに成り立つ

経済であり、それができなくなったときの生存権の保障として、社会保障制度が必要とされるからである（新川pp.6-7）。

このように福祉国家の成立要件が自由民主主義と資本主義経済にあるとするならば、政治的に、メキシコがその要件をかりうじて満たしたのは1990年代のことである。メキシコでは1930年代以降文民統治が続き、定期的に選挙が実施されてきたが、1929年から2000年まで続いた制度的革命党（PRI）長期政権には、政治的多元性が欠けていた。そればかりか、人権や社会権の法的整備が遅れ、国民にも政府にも権利と義務に関する意識が乏しかった。PRI統治は権威主義的なコーポラティスト体制であり、PRIによる労働団体等への利益分配が体制を支えていた。そしてその実利の一つが社会保障制度であった。その加入資格は継

統的な拠出が可能な公務員・教員、一般民間企業従業員に限られ、社会保障制度は組織労働者を体制維持に強固につなぎとめる役割を果たしてきた。

経済危機のなかで、1980年代後半に経済自由化と政治的民主化が始まった。PRIの支持率が低落する一方で、野党国民行動党（PAN）、民主革命党（PRD）が勢力を伸ばし、2000年12月の政権交代をもって71年に及ぶPRI支配は幕を閉じた。経済的には、再建に向けて80年代からPRI政権は国営企業の民営化、労働改革、年金の民営化等を実施し、危機以前の国家主導の政策を新自由主義的なそれに代替した。2000年から2012年までの2期にわたるPAN政権も同じ路線を継承し、経済の自由化・市場化を進めた。

1990年代以降、社会福祉に関して3つの変化が生じた。フォーマル部門では年金の民営化、医療の分権化と一部自由化が行われ、インフォーマル部門¹⁾では積極的な社会扶助政策が始まり、そして「社会権」に関する立法化が進んだ。新たな社会扶助政策は、オポルトゥニダデス人間開発計画（Programa Nacional de Desarrollo Humano Oportunidades、以下オポルトゥニダデスと表記）、民衆保険制度（Seguro Popular）、高齢者支援（70 y Más、70歳以上の意味）に代表される。貧困層を直接支援するこれらの政策は、既存の社会保障制度それ自体を変革するものではない。しかし社会保障から排除された国民全体を射程にいれて、扶助政策が社会権と関連づけて捉えられるようになってきたことは、根幹にかかわる変化でもある。本稿では90年代後半以降の政府の直接的な支援策と社会権の確立に焦点をあてて、それがメキシコの福祉制度にどのような意味をもつのかを考察する。

II. メキシコの社会福祉とレジーム類型

メキシコでは1943年の連邦社会保険法の制定および民間組織労働者を対象とするメキシコ社会保険公社（IMSS）の創設、そして63年の国家公務員社会保障公社（ISSSTE）の発足により、両者を主要な機関とする現在の公的制度が出来上がった²⁾。その下では労災、医療、年金（障がい・老齢・死亡）が保障される。他方、都市インフォーマル部門や農民には社会保障制度への加入権はなく、公的扶助を管轄する「保健省」が1943年に創設されたものの、支援はほとんど期待できないなか、頼れるものは自らの労働と家族や地域コミュニティだけという状況が続いた。だが、家族福祉への依存という点では社会保障制度加入者も同じである。加入者およびその家族に医療、年金等の権利は保障されるが、制度は男性稼得者を前提としており、育児・高齢者介護などは家族の領域、女性の責任とみなされてきたからである。

エスピン＝アンデルセンは、福祉の生産が国家と市場と家庭の間に振り分けられる、その仕方を「レジーム」と定義して、脱商品化の程度、階層化の様式あるいは連帯の様式によって、自由主義的、社会民主主義的、保守主義的という3つのレジームの類型化を行った（エスピン＝アンデルセンp.116）。欧米諸国を念頭においた類型であるが、メキシコにあてはめるならば保守主義ということになる。地位の分断に基づく社会保障制度と家族主義という特徴が（エスピン＝アンデルセンpp.125-127）、コーポラティズムの区分に基づくメキシコの制度と一致するからである。

新川はエスピン＝アンデルセンの類型を修正し、脱家族化と脱商品化の高低により、先の3類型に、脱家族化・脱商品化ともに低いレジームとして家族主義を加えた4類型を提示した。保守主義と家族主義の違いは、前者では脱家族化の傾向は

抑制されているが脱商品化政策が発展しているのに対して、後者では概して保障のレベルが低く、社会サービスが発展していない点にある（新川 pp.16-18）。その点で公的社会サービスが不足しているメキシコは、保守主義というよりも家族主義レジームに近い。

またラテンアメリカを含む途上地域について、国家や労働市場ではなく、家族やコミュニティが福祉を生産していることに着目して、その状況を「インフォーマル・レジーム」として類型化する研究者もいる（例えば、Gough, Wood et al.など）。ただ、ラテンアメリカ諸国の場合は社会保障制度がないわけではなく、フォーマル部門では年金の民営化などの改革も実施されている。そのため、Barrientosは1980年代のラテンアメリカにおける福祉政策の転換を、「保守主義的／インフォーマル」から「自由主義的／インフォーマル」へのレジーム移行として整理している（Barrientos 2004、畑2015）。

どのような類型化を適用するにしても、メキシコの特徴は社会保障制度に包摂された部門とそれから排除された部門が切り離されており、しかも国民が人口的にも二つの部門にはほぼ半々に分断されていることにある。変化はそれぞれの部門内で捉えられがちであるが、両部門をあわせた全体的な視点も必要である。本稿ではまず最近の社会扶助政策の特徴等を検討したうえで、再度レジーム類型に照らして、90年代以降の新しい動きを福祉全体のなかで、評価したい。

III. 新しい社会扶助政策

1 転換点としての1990年代

1990年代は社会扶助政策の転換点であり、それ以降、現金給付型、非拠出型といった新しいコンセプトに基づくプログラムが、継続的にかつ大規模に行われるようになる。もちろん、それ以前に

も公的社会扶助政策がなかったわけではなく、ミルクやトルティーヤなどの食料補助、小農民を対象とした農村開発支援などが実施されてきた。しかしその多くはアドホックで、対象範囲も限定的であった。なかには70年代初頭に始まった医療ケア支援のように今日まで続く長期的な政策もあるが、同一の政策でもその理念や方向性は変化している。すなわち1990年代を境として、それ以前は残余的、パターンリズム的であった政策が、それ以降には普遍主義指向、権利としての支援という新たな特徴を持つようになってきているのである。

新しい社会扶助政策にはオポルトゥニダデス、非拠出型年金、民衆保険制度などがある。これらはすべて貧困層への支援策である。メキシコの最貧率、貧困率は低下しているとはいえ、2010年の時点でも最貧率は総世帯数の9.8%、人口の13.3%、貧困率（最貧層を含む）はそれぞれ29.3%、36.3%を占めていた（ECLAC p.92）。貧困政策は喫緊の課題の一つなのである。オポルトゥニダデスと年金は現金給付型支援、年金と民衆保険はフォーマル部門の保険制度に対応する非拠出型の対制度として分類できる。ただ、非拠出型年金はフォーマル部門の年金とは異なり、単なる生活補助にすぎない。ここでは民衆保険を中心にその特徴と成果・課題を考察するが、まず二つの条件付き現金給付政策について概要をまとめる。

2 条件付き現金給付（CCT）プログラム

最貧層を対象とするオポルトゥニダデスはCCTの先駆的な試みである。すでにいくつかの研究もあるため（例えば、畑2014）、ここでは1997年の開始以来、受益家族数が230万（1998年）から585万（2012年）に増加し、今や人口の4分の1をカバーしていること、そのような急速な拡大は対象地域の拡張（農村部のみから都市部まで）、奨学金給付年齢の延長（小中学校のみから高校まで）、そして新プログラムの追加（高齢者支援、3～9歳までの児

童支援)によるところが大きいこと、貧困率や就学率における大きな改善が内外で高評価を得ている一方で、集票のためのバラマキという政治手段化を批判する意見もあることだけを、指摘しておきたい。

高齢者支援はCCTと非拠出型の両者にまたがる施策である。メキシコでは90年代末から制度構築やプログラム策定が始まり、2002年の高齢者権利法制定によって、高齢者(60歳以上)に保健、教育、家族、労働、社会扶助などの権利行使を保障すること、国家にはそれらを提供する義務があることが定められた。

高齢者への現金給付は2000年から連邦区(メキシコシティ)ですすでに行われており、オポルトゥニダデスでも2003年から高齢者支援が始まっていた。そして連邦政府が2006年に、人口3万人未満の町村に居住し、老齢年金やその他の公的支援を受けていない70歳以上の高齢者に新規の現金給付を開始した。2012年には対象地域が都市部にも拡大され、翌2013年11月には受給開始年齢が65歳に引き下げられた。開始から6年のうちに、65歳以上で、25年以上国内に居住し、所得が月額64ドル以下であるという条件を満たす全員を有資格者とする、普遍主義的な生活支援へと移行したのである。受給者数は2011年200万人、2012年300万人、2014年570万人(65歳以上人口の66%)と増加した。だが、2006年、12年、13年という大統領選挙の前後に対象拡大が図られたことから、選挙対策としての利用を批判する向きもある。

このように、二つの条件付き現金給付プログラムは捕捉範囲が広く、貧困者を包摂する生活支援策としては実績を評価されるべきであろう。しかし、そこで実践されているのは貧困者支援という枠組み内での限定的な普遍主義であり、その給付月額もオポルトゥニダデスでは最低賃金の約14日分、高齢者補助では約10日分と少額で、それだけでは生活できない補助的水準にとどめられてい

る。

3 民衆保険と医療サービスの普遍化

医療部門では、1983年には「すべての国民に医療ケアの権利を」を掛け声に、一般保健法が制定され、憲法4条に全国民に健康を守る権利が保障された。これは法的な社会権確立の先駆けである。そして2003年に保健における社会支援システム(Sistema de protección social en salud: SPSS)が組織され、民衆保険制度が始まった。その結果、現在ではほぼ国民全員が、民衆保険も含めて、なんらかの公的医療保険に加入するに至っている。

政府発表によれば、1990年代末に国民の90%以上が医療ケアを受けられる状況にあったが、そこにはさまざまな格差・不平等があった。まず、IMSS、ISSSTE等の医療保険に加入しているか否かで、受けられるケア・サービスの質は大きく異なっていた。ちなみに民衆保険発足以前の医療保険非加入者は約5000万人で、人口の半数を占めた。加えてメキシコでは医療保険制度ごとに利用可能な施設が決まっているため、質の差は保険加入者の間(例えばIMSSとISSSTEの間)にもある。不平等は政府の医療支援においてもみられる。IMSS、ISSSTEは加入者(被雇用者)、雇用者、政府の拠出によって運用されるため、加入者1人当りの公的医療費支援は、非加入者の約2倍であった。その一方で、非加入者が集中する貧困層ほど現金での治療・医薬品の支払いが多くなり、毎年200万から400万家族が医療費支出による破綻・貧困に苦しんでいることも判明した。保険加入率の低さを反映して、2000年には医療支出総額の51%が現金で支払われていた。さらに連邦予算の州への配分は前年度実績ベースであったため、政府支援の多寡には6倍もの開きがあった。医療施設・スタッフの充実した豊かな州には、より多くの配分がなされていたのである。このような不正のために、WHOの医療の公正さランキングでメキ

シコは191か国中144位であった（Bosch et al. p.4, Bonilla-Chacín et al. p.4）

2003年の一般保健法の改正および保健における社会支援システム（SPSS）の開始は、このような格差の是正と国民全員に対する健康の権利の保障を目的としていた。SPSSは民衆保険、家計破綻防止基金（FPGC）：高度治療やHIV、薬物中毒治療などへの支援基金、新世代のための医療保険（SMNG）：5歳以下の子どもの治療で民衆保険やFPGCが適用されないサービス保障、安全な妊娠のためのプログラムなどから構成される。

SPSSの柱である民衆保険は2年間の試行期間を経て2003年から正式に始まった。連邦および州の保健省が管轄する任意加入の公的制度で、加入資格要件は国内に居住し、他の社会医療保険に加入していないという2点のみで、加入・更新が容易である。所得別に定められた保険料の支払いが必要だが、所得階層下位20%に講じられていた免除措置が2010年までには所得階層下位40%、および妊婦あるいは5歳未満の子供のいる家庭にまで広がられたため、2010年には実に加入者の64%が拠出を免除されていた（Valencia Lomeli et al. p.31）。

民衆保険加入者数は統計によって異なる。もともと数値の大きい健康保障国家委員会のデータに

よれば、2004年の530万人から2010年4350万人、2011年5180万人と増加し（Bonilla-Chacín et al. p.11）、2014年には5700万人を超えた。医療保険別の加入率（表1）をみると、民衆保険加入率はIMSSに並ぶまでになっており、非加入率は大きく低下している。家計調査に基づくデータでは非加入率が32%に達しており、他のデータと大きく乖離している。しかし全体的にみれば、民衆保険の創設と拡充によって、国民の大半が医療保険制度に包摂され、指定の医療機関で現金を支払う必要もなくサービスを受けられる状態になっている。

では、どのような医療サービスを受けられるのだろうか。民衆保険では普遍的保健サービス一覧（Catálogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES）と称される、284種の一次診療・二次医療および522の医薬品が利用できる。CAUSESの決定は健康保障国家委員会が中心となって行うが、その際には費用対効果、入手可能性、財政的安定性等が考慮されねばならず、予算枠を超えることはできないため、パッケージの内容は必要に応じて見直される（Bonilla-Chacín et al. pp.7,9）。また、医療サービス提供機関には認可制が適用される。このような柔軟で合理的かつ厳格な管理・運用によ

表1 医療保険別加入比率（%）

	メキシコ統計局データ				管轄機関データ***		全国家計調査データ****	
	2000	2005	2010	2013	2008	2010	2008	2010
IMSS	46.2	43.1	46.6	50.7	44.6	46.5	30.5	28.8
ISSSTE	10.5	10.3	10.7	10.8	10.3	10.7	6.5	6.9
その他*	2.7	2.2	3.5	2.3	1.2	1.3	2.9	2.0
小計**	59.4	55.6	60.8	63.8	56.1	58.5	39.9	37.7
民衆保険	NA	11.0	38.7	47.4	24.8	38.7	19.3	30.5
加入者総計	59.4	66.6	99.5	112.2	80.9	97.2	59.2	68.2
非加入者比率	40.6	33.4	0.5	NA	19.1	2.0	40.8	31.8

*メキシコ石油公社等、IMSS、ISSSTE以外の保険

**フォーマル部門の保険加入率

***各保険機関のデータ

****Ecueta Nacional de Gastos de los Hogares

（出所）メキシコ統計局データ INEGIホームページより筆者作成（2015年11月22日閲覧）。

その他はValencia Lomeli p.31.

て、他の医療保険で受けられるサービスとの質的差は縮小しつつあるという (Bosch et al. p.7)。

民衆保険制度はその財源を連邦政府・州政府の歳入に依存するため、財政安定化を図りながら持続可能な運営ができるよう、資源配分は一般保健法で細かに定められている。例えば、連邦政府と州政府の拠出比率を2.5、0.5とし、そのうち89%が民衆保険に、8%が次世代支援に、2%がインフラ基金に、1%が予備費に充当される。州への割り当て資金(全体の89%)の使途も、給与が40%以下、CAUSESおよびFPGCが30%以下、活動推進、予防・防止活動が20%以上と、費目ごとに支出枠が定められている。また、州間の不均衡が是正されるよう配分調整も行われている (Bonilla-Chacín et al. pp.4-7)。このような資源分配の結果、表2が示すように、州の間の不均衡、公的社会保障加入者と非加入者間の公的支援の不均衡は是正されつつあり、医療費現金払いの比率も低下している。

CCTプログラムには支持獲得のための政治利用という否定的な見方が付きまどっている。民主的政治文化が十分に根付いていない環境下で政党間競争が激しさを増していることを考えれば、現金給付策の政治利用を回避するのは難しい。対照的に、民衆保険制度においては法的にポピュリスト的運用に歯止めをかけることによって、合理的・効率的な資源配分が追求されている。だが、民衆保険に問題がないわけではない。その一つは政府の全面的な財源負担に関するもので、当初、改革の目的の一つとされた「共同負担 (co-payment)」

の文化が定着していないことである。ちなみに2010年の被保険者による拠出は民衆保険支出の0.5%以下であった (Bosch et al. pp.7,10)。しかし、民衆保険への政府予算の対GDP比はわずか0.3%にすぎず (Velencia Lomeli et al. p.32)、決して重すぎる負担とはいえない。

もう一つの懸念は、少ない拠出で、さほど劣らないサービスを受けられる民衆保険がもたらす労働市場への影響である。メキシコではフォーマル／インフォーマルの境界が流動的で、毎年、フォーマル部門の労働者の25%がインフォーマルあるいは非就業となる。ゆえに拠出負担を考慮すると、境界に位置する労働者にとっては、従来の医療保険よりも民衆保険のほうが好ましく、また企業にとっても労働者とインフォーマルな契約を結ぶことにより、余剰の確保が可能となる。IMSSから民衆保険へと加入者の移動が増えれば、労働者にとって、医療は保障されても年金の受給資格を失う可能性が出てくるだけでなく³⁾、経済全体のインフォーマル化を促進し、生産性や税収にも悪影響をもたらしかねない。Boschらはさまざまな調査結果をまとめて、2002～10年の間にインフォーマル雇用は0.4～1.0ポイント増(16万～40万職増)となり、それは同時期のフォーマル部門の雇用創出の8～20%に相当したと分析している (Bosch et al.pp.1,13-15)。

このように、条件付き現金給付型あるいは非拠出型の貧困層支援策として、とりわけ2000年以降、大規模かつ積極的にプログラムが実行され、

表2 医療支出の対GDP比

	2000	2004	2010
医療支出/GDP (%)	5.1%	6.0%	6.3%
医療への公的支出/GDP (%)	2.4%	2.7%	(2009) 3.1%
総支出に占める現金支払い (%)	50.9%	51.7%	47.1%
1人当たりの公的支出 社会保障加入者と非加入者比較	2.1 : 1.0	2.1 : 1.0	1.2 : 1.0
1人当たりの公的支出 最も多い州と少ない州の比較	6.1 : 1.0	4.3 : 1.0	3.0 : 1.0

Bonilla-Chacín et al. p.11, Knaul et al. p.1267.

制度化が進んでいる。そこには深刻な貧困問題に立ち向かわざるをえないという厳しい現実がある。そしてそれを後押ししているのが、貧困問題の国際的なアジェンダ化と、メキシコ国内における社会権・人権意識の高まりである。次節では近年の社会権に関する法的制度化過程をまとめる。

IV. 社会権・人権の法的保障

1917年に制定された現行憲法⁴⁾は、土地・資源の国家への帰属を定めた第27条、8時間労働、同一労働同一賃金、スト権などの労働者の権利を認めた第123条など、当時の最先端の内容を含んでいたといわれる。しかし、国民の権利としての教育、医療、社会保障、労働などが憲法で認められるのは、1970年代以降のことである。

第123条では制定当初から、社会保障制度に関して、障がい・生命・失業・事故等の保障制度の確立が社会的に有用であり、連邦政府および州政府は組織化に努めるべきと定められていたが、IMSSとISSSTEという具体的な機関の設置と前後して、1960年に社会保障法に関連する内容が条項に追加された。1974年12月の改正では、社会保障に高齢保障、および保育所、保護、労働者・農民・非給与者とその家族のための安寧の提供が含まれる。さらに1978年12月には、前文に「すべての個人に尊厳があり、社会的に有用な労働の権利がある。そのために、法律に準じて、雇用と労働のための社会組織の創出が準備されねばならない」と明記され、労働の権利が確立した。

第4条はもともと職業の自由を保障する条項であったが、1983年以降、社会権に該当する諸権利が盛り込まれてきた。すべての家族がふさわしい住居をもつ権利（1983年1月）、すべての人が健康を維持する権利（1983年2月）、先住民族が多様な文化を保護・推進する権利（1992年1月）、健全な環境を享受する権利（1999年6月）、必要な栄養・

保健・教育・娯楽を充足される子どもの権利（2000年4月）などである。

教育に関しては、1917年の時点から第3条で教育が無料であること、世俗的であるべきことなどが定められていたが、1993年3月4日の全面改正によって、教育をうける国民の権利と教育を提供する国家の義務が規定された。さらに2011年には、人権に関する改正をうけて、教育が涵養すべきものとして、祖国愛や国際的な連帯に人権尊重が加えられた。

2011年6月の人権に関する改正は最も意義のある改革の一つであり、それは11条に及んだ。本稿との関連では、「人権およびその保障について」と新たに題された第1条が重要である。5段落から成るその内容は以下の通りである。

第1段落：すべての個人は本憲法およびメキシコが加盟する国際条約で認められた人権およびその保護の保障を享受する。

第2段落：人権に関する規範は、本憲法および国際条約に準じて解釈され、いかなる場合もより広範な保護を個人に提供する。

第3段落：すべての公的機関（*autoridades*）は、その権限の範囲内で、普遍性・相互依存・不可分性・漸進性の原則に則り、人権を促進・尊重・保護・保障する義務を負う。国家には人権侵害を予防、調査、処罰、補償する責任がある。

第4段落：省略（奴隷の禁止について）

第5段落：エスニシティ、国籍、ジェンダー、年齢、障がい、社会的状況、健康状態、宗教、意見、性的指向、結婚の有無等による差別、あるいは人間の尊厳を攻撃したり、個人の諸権利や自由を踏みにじったりする、その他のいかなる差別も禁じる。

この改正により、人権は第2段落に記されているように、*pro homine principle*と国際的な標準に照らして擁護されることになった（Colli Ek p.7）。

Pro homine principleとは、解釈の余地なく、すべての個人にその属性にかかわらず最も有利な法が適応されることを意味する (Vázquez)。憲法には社会権という表現は使用されていないものの、このような改正を経て、現在ではより広い人権概念の中で個人の権利と国家の義務が規定されており、一般的に社会権として理解される教育・労働・保健・住居・社会保障等の権利が保障されている。

メキシコで初めて社会権ということばが用いられたのは2004年の「社会開発一般法」(Ley general de desarrollo social)である。その目的は、憲法で認められた社会権の行使を保障すること、すべての国民の社会開発へのアクセスを保障すること、政府の義務を定め、社会開発に責任をもつ機関(国家社会開発システム、Sistema Nacional de Desarrollo Social)を設置し、国家社会開発計画が準ずべき原則・指針を示すことにある(第1条)とし、憲法で保障されているのが社会権であることを明示した。また社会開発プログラムが提供する財・サービスにおいてはいかなる差別も禁止される(第2条)とし、社会開発の権利とは、教育、保健、食料、住居、健全な環境、労働、社会保障、差別のないことである(第6条)と定義される。また第20条では、社会支出の連邦予算について、実勢ベースで前年度予算を下回ってはならず、少なくともGDP成長率を上回らねばならないと定められ、権利の実現に向けた積極性をみることが出来る。しかし現実には、社会支出の対GDP比率において、メキシコはラテンアメリカ諸国のなかでも最も低いグループに属している。

メキシコは法律があっても実行が伴わない国であり、その乖離が常態化していても問題視されることは稀であった。だが、そのような姿勢にも90年代から変化が生じ、とりわけ1994年のOECD加盟、北米自由貿易協定(NAFTA)締結以降、政府は国際社会の視線に敏感になっている。憲法改正

および社会開発一般法制定にも、国際社会標準に収斂させようとする政府の強い意思が感じられる。社会扶助政策の推進と社会権確立の直接的な関連性を実証するのは難しいが、オポルトゥニダスは教育の権利、子どもの権利の実現であり、民衆保険は健康を維持する権利の保障そのものである。そして、『国家開発計画2012-2018』には、「国家の活動は国民による社会権の行使に集中せねばならない。社会権の行使は基礎的サービス、すなわち水道、衛生、電気、社会保障、教育、食料、住居などへのアクセスをとおして実現される」(Gobierno de la República)と記されているように、政府も社会権を意識するようになっていく。社会権や人権の保障が単なる法的理念にとどまるのか、実効性をもつのかは予断できないが、法的整備が新たな直接支援型のプログラムや制度に社会権という絶対的な大義を付与し、その推進力になっていると考えられる。

V. むすび

社会権、人権の法的な確立によって、メキシコは福祉国家に一歩近づいた。しかし、CCTプログラムに見られるように、現実にはパターンリズムやクライエンテリズムを脱却できているとはいえない。民衆保険に関しては、その発足をもって医療サービスの普遍的カバレッジに向けて大きく前進した(Knaul et al. p.1259)、あるいはヘルスケアが社会権になる条件が整った(Frenk et al. p.466)と、好意的評価が多い。民衆保険の導入によって、医療においてはすべての個人が何らかの保険制度に加入することが可能となっただけでなく、フォーマル部門の保険制度の対となる制度が初めてインフォーマル部門に設置されたことの意味も大きい。だが、それはメキシコの世界福祉の在り方、すなわち福祉レジームを根本的に変えるものではない。二重構造は維持されたまま、別の

基準で機能する新制度が並置されただけであり、しかもそれは社会保険間のサービスの質の差と財政的な制約を前提として運営されているからである。既存の枠組みを崩さないという方針は、オポルトゥニダデスおよび非拠出型年金についても当てはまる。新たな政策のカバレッジの広さはメキシコの福祉政策の変化を想起させるが、貧困政策という範疇で指向される普遍主義に他ならず、構造に与える影響は小さいといえよう。

新しい扶助政策は射程が広い。しかしメキシコの公的社會支出は驚くほど少ない。要するに、浅く広くという支援なのである。メキシコの公的社會支出の対GDP比は、2000年8.2%、2005年9.4%、2010年11.3%、2012年10.3%と推移しているが、ラテンアメリカ16か国の平均19.0%（2012年）を大きく下回っていた（ECLAC p.254, Valencia Lomeli et al. p.13）。保健への社會支出も、2000年1.9%から2010年2.7%に上昇したが、やはり地域の平均3.7%よりも低い。民衆保険の予算は0.3%、CCTプログラム予算は0.5%にすぎなかった（Valencia Lomeli et al.p.32）。

階層化された福祉制度、抑制された公的支出、そして本稿では触れられなかったが、社會サービスの不足、すなわち家族福祉への依存は、新しい扶助政策にも引き継がれている。だがそのことは、貧困家庭、貧困高齢者、貧困児童に対して民衆保険や現金給付政策が果たしている役割を否定するものではない。おそらくメキシコは、政策の効率性を重視する、新自由主義と親和性の高い社會扶助政策を今後も続けることになり、レジーム移行の可能性は低いであろう。しかし、社會権・人権保障の権利と國家の義務が法的に定められたことにより、政府はこれまで以上に國民の権利を考慮せねばならず、それが福祉政策にも反映されていくことになろう。

注

- 1) 具体的には5人未満の零細企業従事者、非熟練自営業者。
- 2) IMSS、ISSSTEのほかにもメキシコ石油公社、連邦電力委員会などの国営産業が独自の保険制度をもっている。
- 3) 90年代後半の改革でIMSSの医療保険には自営業者等でも拠出支払い能力があれば加入が認められることになったが、加入者は増えなかった。またIMSS老齡年金は、2000年の年金改革により老齡年金を全額受け取るための拠出期間が500週から1250週に延長された。そのため、老齡年金の満額受給は被雇用者にとって難しくなっている。
- 4) ここでは2014年版の憲法を参照する。参照資料には巻末pp.367-606に全修正が一覧として掲載されている。

参考文献

- エスピノ＝アンデルセン,G. 2000 [渡辺雅男・渡辺景子訳]『福祉資本主義の三つの世界』桜井書房。
- 新川敏光編2011『福祉レジームの収斂と分岐』ミネルヴァ書房。
- 畑恵子 2014「メキシコの条件付き現金給付政策」『ワールド・トレンド』No.229,pp.8-12。
- 2015「メキシコの福祉レジーム」新川敏光編『福祉レジーム』ミネルヴァ書房pp.167-179。
- Barrientos, Armando 2004 “Latin America: Towards a Liberal-informal Welfare Regime.” In *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America*, edited by I. Gough, G. Wood et al. Cambridge University Press.
- Bonilla-Chacín, M. E. and Nelly Aguilera. 2013. “The Mexican Social Protection System in Health.” UNICO Studies Series No.1, The World Bank.
- Bosch, Mariano, M. Belen Cobacho and C. Pages. 2012. “Taking Stock of Nine Years of Implementation of Seguro Social in Mexico.” Technical Notes No. IDB-TN-442, Labor Markets and Social Security Unit (SCL/LMK) Inter-American Development Bank. May.
- Colli Ek, Víctor Manuel 2012 “Improving Human Rights in Mexico.” *Human Rights Brief 20. No. 1* <https://www.wcl.american.edu/hrbrief/20/1ek.pdf> (2015年11月22日最終閲覧)。
- ECLAC (Economic Commission for Latin America and the Caribbean), *Social Panorama of Latin America 2014* <http://www.cepal.cl>.
- Frenk, J. and O. Gómez-Dantes. 2009. “The Democratization

- of Health in Mexico: Extending the Right to Health Care.” In *Realizing the Right to Health*, edited by A. Clapham. Zürich: Rüffer & Rub. pp. 463-471.
- Gobierno de la República. 2013. *Plan nacional de desarrollo 2013-2018*.
- Juárez González, L. and Tobias Pfitze. 2014. “The Effects of a Non-contributory Pension Program on Labor Force Participation : The Case of 70 y Más in Mexico. ” Working Paper No. 2014-12. Banco de México.
- Knaul, Felicia Marie et al. 2012 “The Quest for Universal Health Coverage: Achieving Social Protection for All in Mexico.” *Health Policy* Vol. 380, October, pp.1259-1279. www.thelancet.com (2015年11月15日最終閲覧)
- Ley General de Desarrollo Social.<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/264.pdf> (2015年11月15日最終閲覧).
- Secretaría de Gobernación. 2014. *Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos*. http://www.dof.gob.mx/constitucion/marzo_2014_constitucion.pdf (2015年11月15日最終閲覧).
- Valencia Lomeli, E., D. Foust Rodríguez, and D. Tetreault Weber. 2012. “Social Protection Systems in Latin America and the Caribbean: Mexico.” Project Document. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. <http://www.cepal.cl> (2015年11月22日最終閲覧).
- Vázquez, Yuri. 2014. “Applying the Principle of Pro Homine.” *World Intellectual Property Review*. September 29. <http://www.worldipreview.com> (2016年1月6日最終閲覧).
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) <http://www.inegi.gob.mx>.
- (はた・けいこ 早稲田大学社会科学総合学術院)