

モンゴルの市場経済への移行と社会保障

駿河 輝和

■ 要約

モンゴルはソ連の崩壊とともに、市場経済へと移行をはじめ、急速な市場経済化政策を採った。移行とともに民間経済のウエイトが高くなり、中央集権的に実施されてきた社会保障制度も変化することを迫られた。しかし、社会保障制度の変化はゆっくりとしたものであった。現在は、健康保険基金、年金基金などの5つの基金の下で、社会保障は実施されている。健康保険に関して弱者グループ(子供、年金受給者、障害者など)は国から保険料が支払われ、弱者には比較的手厚いシステムである。医療サービス体制もプライマリー医療に重点を移しながら、人口密度の低さの中で公平にサービスがいきわたるような制度を構築しようとしている。しかし、社会保障の基金は、自営業者や牧民などの加入比率が低く、財政基盤は弱い。また徐々に高齢化しており基金の持続性の面でも問題がある。医療サービスも民間に比重が移動するにつれて、ウランバートルに偏ってきている。

■ キーワード

移行経済、医療サービス、健康保険、年金

I はじめに

モンゴルはソ連に次いで2番目に社会主義政権になった国で、一党独裁の下で中央集権的経済体制を採っていた。1990年に、モンゴルは一党独裁から複数政党制へと変化し、経済体制も市場経済へと移行を開始した。国名もモンゴル人民共和国からモンゴル国へと変わった。モンゴルは急進的な移行政策を採用し、財政、金融、貿易、民営化、私有化など多方面で移行政策を実施した。国民すべてにバウチャーを配布し、企業、商店、家畜の民営化をおこなっている。農牧畜業は集団化されて家畜も公有であったが、バウチャーや現金での私有化が認められると、急速にほとんどすべての家畜が私有へと変わった。また青色バウチャーにより大企業の株式購入に使用することができ、大企業の民営化も行われた。急進的移行

政策は、マイナス成長、激しい物価高、急激な製造業の縮小など大きなショックを社会に与えた。

こういった激しい経済社会構造の変化に対して、人々は出生率の低下、牧畜業への流入、都市インフォーマル部門への流入、海外への出稼ぎなどの行動によって対応していった。これに対し、社会保障システムの変化は緩やかであった。しかし、徐々に社会主義の下で中央集権的に作られていた社会保障システムも、民間部門を中心とした経済体制へと変化するとともに、限られた予算の中で人々の要求を満たすために変化する必要に迫られた。医療システムは、プライマリー医療に重点を置くようになり、一部自己負担も導入された。医療保険、年金保険、一時支給、労働災害、失業保険の5つの基金が作られ、保険金や掛け金を集めるシステムを形成しつつある。

II 経済構造と就業構造の変化

中央集権的な経済体制下では、牧畜や農業の生産物は大規模な工場に送られて順次加工され製品となり、商店で販売されたり、ソ連・東欧諸国に輸出されていた。急速な市場移行政策の一貫として、流通システムを形成していた国家調達システムは廃止され、企業は新たに原材料の調達と製品の販売ルートを形成する必要に迫られた。また、コメコン体制の崩壊により輸出先を失い、安価で良質な輸入品の流入により国内でのシェアも減少した。こういった混乱の中で、製造業はその生産を大幅に縮小し、従業員も職を失って行った。マクロ経済的には、表1の主要な指標から分かるように4年間続いたマイナス成長、1997年ごろまで続く激しいインフレ率、1991年の急激な貿易量の減少、為替レートの急激な減価となって表れた。

国家調達システムの崩壊後、新たな流通経路が徐々に形成されるとともに、経済社会も徐々に安定し始めた。1994年には成長率はプラスへと転換し、それ以降、2000年より3年続けて雪害により牧畜部門が激しいダメージを受けながらもプラス成長率を続けている。その結果、実質国内総生産(GDP)は、移行を始める水準をうわまわった。表1のように、インフレも1997年以降収まり、2002年1.6%、2003年4.7%と低い水準を保っている。為替レートも安定した推移を見せている。

従来集団化されていた農牧畜業も、牧畜業組合組織は解体して家畜は私有化となり、縮小する製造業部門で仕事を失った人たちが牧畜部門に流入した。土地は公有であり、参入コストが低かったために牧畜業部門は、雇用の受け皿となったのである。ヤギの梳いた毛からとれるカシミヤが高く売れたことからヤギを中心に、家畜の総数(モンゴルの主な家畜は羊、ヤギ、牛、馬、ラクダ)は順調に増え続け1999年末には1989年末の36%増にまで増加していた。しかし、1999年から2000年

にかけての冬の雪害から始まり、3年連続の雪害に干害も加わって、2002年末には1989年末の家畜数を下回るまで減少した(表1)。就業者の割合で見ると、社会主義の下での工業化により農牧畜部門の従事者は1960年の60.8%から1990年には33%にまで減っていたが、その後増加を続け、1998年には49.7%にまで上昇する。その後雪害などの影響により減少し、2003年には41.8%にまで減っている。全家計に占める牧民家計の割合で見ると、1990年には16.6%であったものが、増加を続けて1999年には35.1%にまでなるが、その後減少し2004年には29.4%となっている。医療体制や社会保障システムは、この牧民家計をどう取り込んでいくのかという問題が常について回ってくる。

上述したように、多くの人が牧畜業へと流入し、都市化と逆の流れが生じたが、他方で首都であるウランバートルには人口の流入が一貫して続いている。2003年においてモンゴルの総人口は250万人、統計局の発表ではそのうち89万人がウランバートルに住んでいる。約36%が首都に住んでいることになる。1989年時点で総人口は210万人、社会主義時代は人口の移動は制限されておりウランバートルの人口は56万7千人であった。これは総人口の27%に当たる。したがって、この14年間で首都への集中が高まったことが分る。しかし、ウランバートルには登録をせずに住んでいる人がおり、実際の人口はもっと多いということが常に言われている。重要な機能はほとんどがウランバートルに集中し、教育、医療といった面でも、首都とその他の地方では格差が広がっている。都市で製造業などの職を失った人々、地方からの流入者、年金生活者などは、インフォーマル部門で収入を得ざるを得なかった。また、市場経済化とともに多様な需要が生じ、そこに多くのビジネスの機会が生まれた。したがって、高収入の機会を求めてインフォーマル部門で仕事を始めた意欲的な人も存在している。インフォーマル部門は、活動の性格上

売り上げや仕入れなどの記録を保持していないものがほとんどで、一定額の税金を払うだけで所得を基にした税金を払っていない。また、年金や健康保険といった社会保険の加入率も低い。モンゴルのインフォーマル部門の実態については駿河(2003)参照。このインフォーマル部門は年々拡大を続けている。インフォーマル部門を社会保障体制の中にどのように取り込むかという問題が生じるとともに、社会保障面での充実がウランバートルに偏り、地方が置き去りにされる危険性が生じてきている。

III 人口構造の変化

先述したようにモンゴルの人口は、2003年において250万人、国土面積は156万平方キロメートルで日本の約4倍、人口密度は1平方キロメートル当たり1.58人で、極めて人口密度が低い。国土が広いために舗装道を張り巡らすことは困難で、実際舗装された道は極めて限られている。その上、冬の寒さは厳しく舗装道を維持管理するのに高いコストがかかる。ウランバートルの1月の平均気温はマイナス20度ぐらいである。人口密度が低く、道路の設備が整っていないために医療サービスを隅々までいきわたらせるには困難さが付きまとうことが理解できるだろう。

人口センサスが行われた年である1979年と1989年間の平均年人口増加率は2.51%であったが、1989年と2000年間の人口増加率は1.40%にまで低下している。2003年の人口増加率は1.3%である。民主化以降、急激に人口増加率が低下したことが分る。社会主義時代は人口増加政策が採られて、4人以上子供を産んだ女性は50歳で年金が出る(通常の女性は55歳)、手当てが出るといった優遇策があった。その上に、避妊器具、墮胎手術といったものは厳しく禁止されていた。避妊器具使用、墮胎手術の解禁、たくさん子供を

産んだ女性への優遇措置がなくなるとともに、市場経済化に伴う収入、雇用への不確実性の増加が出生率の低下をもたらした。表2に人口関連の出生率や死亡率関連の統計をまとめている。粗出生率と粗死亡率は人口1000人当たりの数字であり、乳幼児死亡率は1000人の出生当たりの数字で、結婚は18歳以上人口1000人当たりの数字である。合計特殊出生率は1984年から1989年にかけて平均5.4であったものが、1990年には4.5、1993年には早くも2.5になり、2003年には2.0にまで減少している。結婚率は低下し、初婚年齢も高くなっている。

表2のように人口1000人当たりの死亡率は、1984年から1989年の平均が9.8、1989年は8.1であり、市場移行への混乱の中で、1991年には8.7に上がるが、2003年には6.4にまで下がっている。しかし、表3の人口1000人当たり年齢別死亡率を見ると、改善されたのは乳幼児や20歳未満の年齢層で中高年齢層は1989年時点より上昇していることが分る。0～4歳までの死亡率は2003年において1989年の31.7%になっているが、45～49歳層で31.4%増加、50～54歳層で22.6%増加している。移行経済への適応の困難さが中高年齢層に打撃を与えたことと医療制度の後退がその要因として考えられる。ただし、中高年齢層の死亡率も傾向としては減少してきており、社会が徐々に落ち着きを取り戻していることを示している。出生1000人当たり乳児死亡率は大幅な改善を示し、1989年の64.1から2003年には23.0にまで減少した。出生時の平均寿命は、1984年から1989年までの平均は、男性58.5歳、女性62.4歳であったが、2003年にはそれぞれ60.8歳、66.5歳となり男性で2.3歳、女性で4.1歳伸びている。しかし、乳児死亡率の大幅な改善にもかかわらず、中高年の死亡率が高くなっているため、平均寿命はそれほど改善していない。

出生率の低下のためにやや高齢化傾向が見ら

表1 モンゴルの主要経済指標の推移

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
人口 (千人, 年末)	2099.1	2153.4	2177.2	2158.4	2171.9	2206.9	2243.0	2276.0	2307.5	2340.1	2373.5	2407.5	2442.5	2475.4	2504.0
実質GDP成長率 (%)	4.2	-2.5	-9.2	-9.5	-3.0	2.3	6.3	2.4	4.0	3.5	3.2	1.1	1.0	4.0	5.5
消費者物価上昇率 (%)	—	—	52.7	325.5	183.0	66.3	53.1	44.6	20.5	6.0	10.0	8.1	8.0	1.6	4.7
名目GDP (10億トグリグ)	10.7	10.5	18.9	47.3	194.8	324.4	550.3	646.6	832.6	817.4	925.3	1018.9	1115.6	1240.8	1362.5
国家歳入 (10億トグリグ)	5.2	5.3	6.5	11.9	54.8	85.5	140.9	160.0	212.0	225.5	254.8	351.1	439.3	477.0	535.8
国家歳出 (10億トグリグ)	7.1	6.5	8.7	12.0	61.6	98.9	149.3	176.6	287.6	342.2	361.7	429.7	489.7	548.6	616.5
財政収支 (10億トグリグ)	-1.9	-1.2	-2.2	-0.1	-6.8	-13.4	-8.4	-16.6	-75.6	-116.7	-106.9	-78.6	-50.4	-71.6	-80.7
輸出 (100万US\$)	721.5	660.7	348.0	388.4	382.6	356.1	473.3	424.3	568.5	462.3	454.2	535.8	521.5	524.0	615.9
輸入 (100万US\$)	963.0	924.0	360.9	418.3	379.0	258.4	415.3	450.9	468.3	503.3	512.8	614.5	637.7	690.8	801.0
貿易収支 (100万US\$)	-241.5	-263.3	-12.9	-29.9	3.6	97.7	58.0	-26.6	100.2	-41.0	-58.6	-78.7	-116.2	-166.8	-185.1
農牧業就業比率 (%)	—	33.0	—	36.5	39.5	44.7	46.1	46.5	48.9	49.7	49.5	48.6	48.3	44.9	41.8
都市化比率 (%)	57.2	54.6	56.3	54.0	53.8	52.4	51.6	52.9	52.7	53.1	56.6	57.2	57.2	57.4	58.4
総家畜数 (千頭)	24675.0	25857.0	25528.0	25694.0	25175.0	26808.0	28572.0	29300.0	31292.0	32898.0	33569.0	30228.0	26075.0	23898.0	25428.0
為替レート (1US\$=トグリグ, 年末) (2000以降は年平均)	—	5.5	40.0	150.0	396.5	413.5	473.8	693.4	813.2	902.0	1070.8	1077.7	1097.6	1110.4	1146.5

出所: National Statistical Office Mongolia (2004a) (2004b)

表2 人口関係統計の推移

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
人口増加率 (%)	—	2.59	1.11	-0.86	0.63	1.61	1.64	1.47	1.38	1.41	1.43	1.43	1.45	1.35	1.16
粗出生率 (人口千人当たり)	35.5	34.4	32.4	29.2	22.1	24.2	24.4	22.9	21.6	21.2	21.0	20.4	20.5	19.1	18.4
合計特殊出生率	4.6	4.5	4.0	3.5	2.5	2.7	2.8	2.5	2.4	2.3	2.3	2.2	2.2	2.1	2.0
粗死亡率 (人口千人当たり)	8.2	8.3	8.7	8.4	8.1	7.6	7.5	7.8	7.4	6.8	6.8	6.5	6.6	6.4	6.4
乳児死亡率 (出生1000人当たり)	64.1	64.4	62.6	59.5	61.2	48.0	44.4	40.0	39.6	35.3	37.3	32.8	29.5	29.6	23.0
結婚率 (18歳以上人口1000人当たり)	14.9	16.6	19.6	15.9	11.8	13.2	12.2	11.1	11.0	10.3	10.1	9.0	8.6	9.2	9.6

出所: National Statistical Office Mongolia (2004a) (2004b)

表3 年齢別死亡率の推移
(人口1000人当たり)

	1989	1992	1995	1998	2000	2003
0-4	20.2	17.4	13.2	10.3	9.4	6.4
5-9	0.9	0.9	0.9	0.5	0.5	0.4
10-14	0.6	0.8	0.6	0.5	0.4	0.4
15-19	0.8	1.2	1.1	0.9	0.7	0.7
20-24	0.0	0.0	2.0	0.0	1.3	1.3
25-29	1.8	2.1	2.4	2.1	2.1	2.1
30-34	2.1	3.1	2.9	2.9	3.1	2.8
35-39	3.5	3.5	3.5	4.2	4.0	4.0
40-44	4.9	6.3	6.4	5.5	6.0	6.3
45-49	7.0	8.7	10.0	9.6	8.7	9.2
50-54	10.6	12.9	15.4	14.7	13.9	13.0
55-59	16.6	19.9	21.2	20.1	18.6	18.7
60-64	27.1	29.3	31.9	31.2	28.2	29.2
65-69	40.5	53.0	51.0	45.2	42.9	40.7
70+	70.7	85.7	83.1	80.6	93.5	83.5

出所：National Statistical Office Mongolia (2004a) (2004b)

れるが、人口の年齢構成はまだ若い。2003年における人口の年齢構成は、14歳以下が32.45%を占め、15～64歳までが63.59%、65歳以上が3.96%となっている。29歳以下が63.54%である。老齢年金の対象となる年齢は、男性60歳以上、女性55歳以上であるが、60歳以上の層は6.6%、これに55～59歳の女性を加えると7.8%程度になる。中位年齢は23歳であるが、1994年には19.4歳であったことを考えると高齢化している。人口分布は1989年にはピラミッド型の年齢分布をしていたが、ピラミッド型の年齢分布はもはやくずれ、最も多い年齢層は10～14歳層でそれより高齢層はピラミッド型であるが、5～9歳層はその85.5%、0-4歳層は73.5%となり、徐々に減少している。このように、人口構成の面でも民主化、市場経済化以降、大きな構造変化が生じていることが分る。

2010-2015年までの人口政策の目標は、年平均人口増加率を1.8%以上に保てるための基盤を整えることである。この目標を、5歳以下の乳幼児死亡率の減少、妊産婦死亡率の削減、平均寿命を長くする

といった目標の追求によって達成しようとしている。¹⁾

IV 社会保障システムの枠組み

社会主義時代において社会保障システムはソ連の支援の下に発達し、多くの種類の年金や一時金が一定の資格を満たすと支給されていた。民主化、市場経済化以降、社会経済システムは急激に変化し、そこから生じた必要性を満たすために新しい社会セーフティネットの構築が求められるようになった。政府の財政的な基盤も変化し、社会保障以外にも社会基盤形成のために多くの要求にこたえる必要があるとともに、国際的な監視の中で限度を越えた大きな財政赤字を長期に出すことは許されない状況となっている。モンゴルは、多くの制約の下で、新しい社会経済環境に適応した社会保障システムの構築を迫られている。

社会保障ネットワークと社会保障基金は国家の一般予算から切り離されて、国家社会保障事務所(the State Social Insurance General Office)の下に5つの基金が組織された。すなわち、年金基金、一時給付保険基金、健康保険基金、労働災害基金、失業保険基金の5基金である。モンゴルの地方行政単位は21県と首都ウランバートルからなり、ウランバートルは9地区に分かれている。したがって、国家社会保障事務所は県と首都に合計30箇所支所がある。Oyungerel(2004)によると、システムに課された主な変更点は、全員に公平な便益を保障するシステムから高齢者、障害者、貧困者をターゲットとするシステムへと転換することであった。また、失業者の増加する環境下で、失業者をどのように救済するかが緊急の課題となった。

V 医療体制

1990年までモンゴルの医療システムはソ連により支援され、感染症の急速な広がりを減らすこと

に重点を置いて発展した。医療部門の財政は主に国家予算によりまかなわれていた。医療関連設備やサービスは国家予算により設置されて維持管理され、またソ連やコメコンメンバーにより支援されていた。医療サービスの計画と管理は中央集権化し、ソ連の医療サービス供給のモデルを基礎にしていた。すなわち、すべての国民は無料で医療サービスを受けることができたのである。ソ連がペレストロイカにより変化するにつれて、この支援は減少し始めた。したがって、医療セクターの改革を試みる必要ができた。この変革にあたり2つのコンセンサスがあった。一つは、国家予算や個人は現行の医療支出に耐えることはできない。もう一つは、医療に支出される予算により、できるだけ多くの人の健康を最小の費用で守ろうというものであった。したがって、病気の治療より予防に重点が置かれることとなった。²⁾

現在、モンゴルの医療システムは3段階に分かれている。第一段階は、一般的な専門医療で、バグの医師補³⁾、家庭医、ホローヤソムあるいはソムにまたがった病院によって行われている。なお、県の下の行政単位がソムであり、ソム下の行政単位がバグである。ウランバートルは、地区があり、その下の行政単位がホローとなっている。第二段階は、専門化した医療で、地区病院、ソム間病院、県病院により提供される。第三段階は、高度専門化医療で、特別病院により提供されている。1990年より第一次医療段階に重点をおく政策を採っている。⁴⁾

表4に医療関係の機関および従業員の推移がまとめられている。これはモンゴル統計局の統計年報より発表されているデータである。これをみると、国立病院の数にそれほど大きな変動はなく、第三段階に当たる特別専門病院の数が減っているが、第二段階の県や地区の一般病院やソム間病院の数は増加している。市場経済化の影響を受けて、民間病院、民間ファミリー病院、民間薬局の数が

急速に増加している。第一段階の医療は民間の比重が高くなっていることがわかる。政策が第一段階の医療に重点を置いていることを反映して病院のベッドの数は減少している。2003年では1990年に比べてベッド数は31%減少している。人口1000人当たりのベッド数は、1990年には12.3であったものが、2003年には7.3にまで減少し、41%減少したことになる。民間のベッド数は増加傾向であるのに対し、公立病院のベッド数は減少する傾向にある。しかし、2002年において民間病院のベッド数は全ベッド数の10%に満たない。病院のベッド使用率は2002年で90.36%、平均入院日数は10.6日である。データからも、高度な医療からプライマリー医療へと重点が移っていることが分る。これは人口密度の低い中、すべての人がプライマリー医療にアクセスできる必要性のためである。しかし、反面、高度医療が手薄になり、治療費用の出せる人は海外で高度医療を受けることになり、高度医療の海外依存へとおちいる危険性をもっている。

2003年において医療関係機関の従業員数は3万2478人で1990年の4万7205人から31%減少している。従業員のうち女性が2万7345人を数え、84%を占めている。従業員のうち医者は6637人、これは1990年の6180人より7%ほど増加している。医者のうち5299人(80%)は女性であり、モンゴルでは医者は女性の職業となっているようだ。医者の数は1995年まで減る傾向にあったが、その後は増加している。一般には、医者の給料は非常に低いといわれている。⁵⁾ 医者の数そのものは市場経済化前より増加したが、2002年時点で15県の44ソムは医者がいない、また19県の80ソムが医者不足である。なお、全国にソムと地区を合わせると340の行政単位がある。したがって、13%の地域に医者がおらず、23.5%の地域が医者不足であることになる。地方における医師不足が表面化しつつある。

表4 病院数、医療関係人員数の推移

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
(国立医療関係機関)															
特別専門病院	—	—	—	30	30	28	24	14	21	23	19	19	17	17	19
県・地区一般病院	—	—	—	18	18	21	22	21	21	21	30	30	33	33	45
ソム間病院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	13	13	19	31
ソム病院	—	294	298	311	314	320	384	359	340	345	334	334	310	304	290
薬局	485	483	457	477	454	451	380	515	366	401	355	298	347	364	—
(民間医療関係機関)															
民間病院	—	—	—	—	—	—	238	231	318	276	448	466	480	536	611
ファミリー病院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	99	178	233	231
薬局	—	—	—	—	—	—	66	100	185	203	273	321	374	406	—
薬局(国立と民間合計)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	724
人口1万人当たり医者数	28	29	28	28	26	26	25	26	25	24	26	27	27	28	27
人口1万人当たり中級医療員数	88	92	87	77	70	64	59	60	58	55	56	56	56	57	57
病院のベッド数	24160	26427	26017	24225	23445	22939	22246	23082	18436	17896	17877	17974	18090	18616	18180
人口千人当たりベッド数	11.8	12.3	12.1	11	10.4	10.1	10	9.9	7.8	7.5	7.6	7.5	7.5	7.6	7.3
健康関連機関従業員数	43817	47205	45861	41738	37287	35951	32445	32634	30240	30303	29997	31507	32077	33273	32478
(うち女性)		37482	36355	33032	30488	26944	26079	26336	25109	24201	25031	25284	26059	27384	27345
医師数	5715	6180	6132	6053	5911	5848	5682	5987	5918	5831	6162	6498	6639	6823	6637
(うち女性)	4129	4406	4522	4509	4418	4334	4198	4715	4198	4412	4733	4999	5141	5296	5299
薬剤師	441	452	375	382	348	323	318	423	435	413	491	648	654	788	821
看護婦数	10415	11296	11155	10278	9183	8628	8015	7923	7546	7363	7336	7389	7595	7802	7734
医師当たり人数	379	335	368	403	376	386	393	389	399	411	383	368	365	360	375
看護婦当たり人数	194	183	201	217	242	262	279	294	313	325	322	324	319	315	322

出所：National Statistical Office Mongolia (2004a) (2004b)

薬剤師の数は1995年以降急速に増加して、2003年には821人になっており、これは1990年より81.6%増加している。看護師は減少傾向にあり、2003年で7734人、1990年の1万1296人と比べると31.5%の減少である。看護師が海外へ流出している可能性も考えられる。医者一人当たりの人数は375人で市場経済化以前に比べて悪化しているわけではないが、地域的な偏在は起こっている。看護師一人当たりの人数は322人で、1990年の183人と比べると大幅な悪化が生じている。

Oyungerel (2004)によると、保健関係の支出は4つの財源からなっている。すなわち、国家および地方政府の予算、社会保障基金、海外パートナーの資金、自己負担などである。海外で受けた治療費用を除くと保健関係の総支出は98.7百万米ドル(1160億トグリグ)と述べている。これは、GDPの7.7%、一人当たり費用は39米ドル(4万6000トグリグ)になっている。保健関係の支出は、公的医療機関への自己負担金を含めた政府部門が67%、民間部門への個人の支払いが24%、海外のドナーが9%を占めている。民間部門のウエイトは近年急速に伸びてきている。

2004年の政府部門の保健関係支出予算の資金調達率は政府支出70.8%、健康保険基金25.5%、自己負担3.7%という構成となっている。この構成比率は近年安定的に推移している。政府部門の保健関係支出は政府総支出の10%程度で、GDPの5%程度を占めている。2004年度の予算案では、保健関係支出はそのウエイトが上昇する傾向にある。⁶⁾

国際協力銀行(2001)は、貧困層の医療訪問回数の減少を指摘している。一般的な要因としては、一部自己負担の導入などによる医療費の高騰である。また、牧民家計に関して、貧困層は労働力が不足気味であることと移動手段に乏しいことを要因として挙げている。MLSW他(2004)はウランバートルに関する調査であるが、仕事量の多さの

ために家庭医は各自の患者を頻繁には訪問していないことを指摘している。加えて、高齢者や貧困者は民間病院にバスで行く必要があるがバス代を払うことができないため病院に行くことが困難となっている。

VI 健康保険・年金・失業保険などのシステム

1994年1月に健康保険法は施行されている。この健康保険システムの目指すものは、次のような4点であった。1)健康状態への個人責任の上昇。2)より安定した財政基盤の形成。3)質の高い医療への公平なアクセスを保ちながら、地方当局の医療システムの管理責任の増加。4)医療従事者の収入向上。⁷⁾

健康保険は強制加入グループと任意加入グループとからなっている。子供、年金生活者、高齢者、障害者などは弱者グループとみなされ政府が保険料を支払っている。以前はこの弱者グループの中に専門訓練機関の学生や自営の牧民も入っていた。しかし、1999年からこの2つのグループは弱者から除外され任意加入で保険料も自己負担となった。政府機関勤務者や登録された企業に勤務している正社員は、強制加入グループで

表5 健康保険基金収入内訳

(百万トグリグ)

	弱者 グループ	経済 単位	任意 加入者	学生・ 牧民	合計
1994	2508.2	2194.8	176.5	—	4879.5
1995	2878.5	4176.0	433.3	—	7487.8
1996	3360.1	6020.7	480.0	—	9860.8
1997	3894.2	7214.9	418.6	—	11527.7
1998	6063.8	7563.5	500.0	—	14127.3
1999	4857.2	8929.4	599.8	—	14386.4
2000	4856.6	12046.6	566.5	647.8	18117.5
2001	4856.6	13906.6	486.7	551.7	19802.6
2002	4856.6	16261.3	496.3	574.3	22191.2

出所：Oyungerel (2004)

使用者と被雇用者が給料の6%を折半して保険料を支払っている。こういった負担の折半制度は、1995年の社会保障法の施行により実施され、それ以前はすべて使用者側が支払っていた。その他の、自営業者、牧民、インフォーマル部門で働く人などは、一定金額の保険料を支払って加入することができる。高所得家計と低所得家計の識別が困難という理由で、高所得者の家庭の子供の保険料も政府が支払っている点に問題が指摘されている。各グループの健康保険基金収入への貢献の割合は表5にまとめられている。⁸⁾

1991年に、診断のための検査を含む特定のサービスに対して自己負担を導入した。1997年に健康保険に加入している患者の治療費の10%の自己負担を課せられることになった。しかし、子供、障害者、年金生活者は自己負担を免除された。新しい健康保険法により、一律10%の自己負担は、第一次段階の治療が5%、第二次段階が10%、第三次段階が15%と変更されている。

年金基金は、健康保険と同じように強制加入グループと任意加入グループとからなっている。男性は60歳から女性は55歳から支給されるが、20年以上掛け金を払っている必要がある。支給額は、

勤めた年数と、勤務中の給料により決まる。別の収入があっても、年金支給金額を減額したり、支給が停止になることはない。表6に国家統計局による年金の受給人数と支給金額合計がまとめられている。2003年には軍人年金の項目が上がっているが、この項目が以前はどのように処理されているのか不明である。高齢年金を受領している人の数は、年齢別人口から採った60歳以上の男性と55歳以上の女性の合計をかなり上回っている。例えば、1996年では老齢年金受給対象者は155.6万人であるのに対し、実際の受給者は222.6万人で大きな隔たりがある。2003年では、受給対象者167.3万人に対し実際の受給者は174.3万人とかなり近くなっている。考えられることは、以前は子供を4人以上産んだ女性には50歳から年金を支給していたことであるが、この措置がいつまで有効であったのか不明である。少なくとも1990年までに4人産み終えていた人は対象になっていると予想される。いずれにせよ、老齢年金の対象としている範囲はかなり広いことが分る。

一人当たり支給金額を単純に支給総額を支給人数で割って計算してみると、2003年で高齢年金の場合、一人当たり31万7500トグリグとなる。軍

表6 社会保障基金から支払われた年金とその人数

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
年金受給者数合計(千人, 年末)	287.2	237.9	242.1	245.0	254.4	259.6	262.9	262.2
高齢年金	222.6	174.3	173.8	173.9	179.7	181.4	182.1	174.3
障害者年金	27.8	24.4	28.3	31.2	33.2	35.6	38.0	41.5
扶養者を失った人年金	36.7	34.5	34.9	34.6	35.8	36.6	36.6	35.1
労働災害年金	—	4.7	5.1	5.3	5.7	6.0	6.2	—
軍人年金	—	—	—	—	—	—	—	11.3
年金受給額合計(百万トグリグ)	22764.6	29274.7	37021.7	39909.4	55593.1	60661.2	68962.5	79176.0
高齢年金	18166.0	22417.4	28201.6	30087.5	41605.2	45263.0	50812.0	55345.2
障害者年金	2003.6	2489.2	3325	3885.9	5630.2	6324.5	7612.9	9472.2
扶養者を失った人年金	2595.0	3652.2	4571.2	4826.3	6496.3	7006.1	8110.4	9023.4
労働災害年金	—	715.9	923.9	1109.7	1861.4	2067.6	2427.2	—
軍人年金	—	—	—	—	—	—	—	5335.2

出所：National Statistical Office Mongolia (2004a) (2004b)

人年金が最も高く47万トグリグ、労働災害年金も高齢者年金よりも高いが、他の年金は老齢年金より低額である。年度途中で年金受給者になったり、受給者でなくなる人がいるので実際の平均はこの金額より多少高くなると考えられる。貧困線は成人1日当たり2100カロリーを保障する食料費と非食品支出からなるが、国家統計局の発表では2003年におけるウランバートルの貧困線は1人当たり1ヶ月2万5300トグリグ(22米ドル)となっている。したがって、1年では30万3600トグリグとなる。他地域の貧困線は、2万トグリグ前後であり、年間にすると24万トグリグである。老齢年金の平均は、地方の貧困線は上回っているが、ウランバートルの貧困線をかろうじて上回る水準で、貧困線以下のケースも相当割合ある可能性がある。なお、統計年報によると、2003年における平均給与は月8万1500トグリグ、年収にすると97万8000トグリグで老齢年金の単純平均はその3分の1にあたる。勤労者の場合、年金のための掛け金は給料の19%、使用者が13.5%、被雇用者が5.5%負担する。自営業者の掛け金は収入の9.5%となっている。

失業保険は、2000年春に保健・社会保障省での聞き取りの情報によれば、24ヶ月以上働き、そのうち9ヶ月間以上は連続して働いた人で、職業紹介所に登録している人が受給対象となっている。給付額は、働いた年数と給与額に依存している。例えば、勤続5年未満で過去3ヶ月の平均給料の45%が支給され、勤続15年以上で平均給与額の70%が支給される。支給期間は一律、75日間(2ヶ月半)となっていて、かなり短期間である。掛け金は、給料の1%で使用者と被雇用者間で折半して、すなわち0.5%ずつ支払っている。失業保険は、職業訓練や職業資格コースのためにも使用されている。

一時給付金は、死亡、疾病、出産などの給付金からなっている。掛け金は、給料の2%で使用者側、被雇用者側が半分ずつを負担している。労働

災害保険は、使用者側だけが掛け金を負担しているが、危険性の度合いに応じて給料の1%から3%までの幅がある。自営業者は収入の1%である。したがって、フォーマル部門で働く人の場合、社会保障負担は合計使用者側の負担が19%から21%で、被雇用者の負担は10%である。

国際協力銀行(2001)が論述しているように、貧困層の現金収入に特徴的なのは、インフォーマルな贈与の存在である。貧困層の支出のうち19%は親戚などからのインフォーマルな収入に支えられており、教育費、事業資金、医療費、緊急支出などにあてられている。このインフォーマルな収入がないと貧困率は相当上昇するとされており、実質的に重要なソーシャル・セーフティ・ネットとして機能していると指摘している。

VII 個人調査から見た保険加入状況

Anderson(1998)は、1997年前半にウランバートルの770のインフォーマル事業者に対してサーベイ調査を行った。内容については、駿河(2003)でも紹介している。この調査によると、年金の加入率は、白タク運転手40%、キオスク従業員34%、靴の修理13%、中古の部品・器具の野外市場での販売18%、タバコ・ソフトドリンク・チューインガムの路上販売5%となっている。健康保険の加入率は、白タク運転手51%、キオスク従業員53%、靴の修理36%、中古の部品・器具販売61%、タバコ等販売40%となっている。ただし、2つの職を持つ人は数字から除かれている。

次にモンゴル労働厚生省(MLSW)他(2004)による「都市の貧困と流入」サーベイは、2003年11月にウランバートルにおいて1500家計に関して調査が行われている。調査の対象となった15歳以上の人数は5053人、そのうち42.9%が就業しており、就業している人のうち67.9%がフォーマル部門で働いていた。14歳以下の子供も含めた6842

人のうち健康保険に加入しているのは82.6%であり、ゲル地区居住者が78%、アパート居住者が86%の加入率となっている。加入者のうち74%は、国や企業などの機関によって支払われており、26%は個人加入となっている。ゲル地域は子供の数が多く、子供は国によって支払われているため、ゲル地帯の方が国や機関によって支払われている比率が高い。男性の加入率が80%に対し女性は84.9%で女性の方が加入率が高い。大きな差があるのは、フォーマル部門とインフォーマル部門間の差で、フォーマル部門に働いている人の88%が加入しているのに対し、インフォーマル部門で仕事をしている人は56.4%と大幅に低くなる。この数字は先のAnderson(1998)の数字と非常に近い。所得階層別に見ると次のようになっている。高所得層87.1%、中所得層85.8%、低所得層(貧困線以上)80.1%、貧困線を下まわが貧困線の60%以上の層80.1%、貧困線の60%未満68.6%となっていて超低所得層において保険加入率が極端に低くなっていることが分る。健康保険に入っていない主な理由は次のようなものである。「お金がない」32.7%、「仕事がない」24.0%、「市役所に登録していない」18.7%、「保険の必要がない」13.4%、「興味がない」8.5%。

この調査は、自宅とファミリー病院との距離に関しても聞いている。病院までの距離が3キロメートル以上離れている人は、全体で12.3%である。ゲル地帯居住者では15%、住環境が不利と考えられる最近5年間にウランバートルへ移住してきた人は28%にも及んでいる。

VIII おわりに

モンゴルはソ連の崩壊とともに、市場経済へと移行をはじめ、急速な市場経済化政策を採った。そのため、初期のころの混乱は激しくマイナス成長や激しいインフレに直面したが、徐々に落ち着

きを取り戻しプラス成長になりインフレも収まっている。家畜の私有化、国有企業の民営化を通じて、民間経済のウエイトが高くなり、中央集権的に実施されてきた社会保障制度も社会や経済システムの変化にあわせて変化することを迫られた。しかし、社会保障制度の変化はゆっくりとしたものであった。現在は、健康保険基金、年金基金、一時給付基金、労働災害基金、失業保険基金の5つの基金の下で、社会保障は実施されている。健康保険に関して弱者グループ(子供、年金受給者、障害者など)は国から保険料が支払われ、弱者には比較的手厚いシステムである。医療サービス体制もプライマリー医療に重点を移しながら、人口密度の低さの中で公平にサービスがいきわたるような制度を構築しようとしている。しかし、社会保障の基金は、自営業者や牧民などの任意加入グループを保険料や掛け金の支払い者として取り込めていないため、財政基盤は弱い。また徐々に高齢化しており基金の持続性の面でも問題がある。医療サービスも民間に比重が移動するにつれて、ウランバートルに偏ってきており、地方における医療が将来ますます手薄になってくる可能性が高い。

注

- 1) 人口政策目標は、Oyungerel(2004)によっている。
- 2) この部分の論述は、Oyungerel(2004)によっている。
- 3) 正規の医師は6年間の医学教育を受けているのに対し、医師補は4年間の医学教育を受けた補助医師である。竹内(1999)によると、医学教育制度の改革により医師補資格は廃止されている。
- 4) Oyungerel(2004)と国際協力銀行(2001)によっている。
- 5) 竹内(1999)も医療関係者の低賃金を指摘している。
- 6) Oyungerel(2004)による。
- 7) Oyungerel(2004)および竹内(1999)による。
- 8) 各保険制度の負担率や制度の説明は、Morris(2001)、MLSW他(2004)、Oyungerel(2004)、国際協力銀行(2001)および筆者による2000年の保健・社会保障省での聞き取りによっている。

参考文献

Anderson, J. 1998. "Reaction to Crisis, Response to Policy: An Analysis of the Size, Origins, and Character of

- Mongolia's Informal Sector," Mimeo.
Ministry of Labour and Social Welfare, UNDP and Population Teaching and Research Center. 2004. *Urban Poverty and In-migration: Survey Report*, Ulaanbaatar: UNDP.
- Morris, E. 2001. "The Informal Sector in Mongolia: Profiles, Needs, and Strategies," International Labour Office, Bangkok.
- National Statistical Office of Mongolia. 2004a. "Mongolia in a Market System" *Statistical Yearbook*, Ulaanbaatar.
- National Statistical Office of Mongolia. 2004b. *Mongolian Statistical Yearbook 2003*, Ulaanbaatar.
- Oyungerel, N. 2004. "Country Report on Health Insurance System: Mongolia," *The Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators: Country Report*, MHLW, JICA and JICWELS, 47-64.
- UNDP. 2003. *Human Development Report 2003*, Ulaanbaatar: UNDP.
- 国際協力銀行 2001「貧困プロフィール モンゴル国」国際協力銀行
- 駿河輝和 2003「移行経済下の混乱と人々の対応：モンゴル国のケース」『世界経済評論』47巻9号, 25-34
- 竹内百恵 1999「モンゴルの保健医療—近代医療と伝統医療の狭間で—」島崎美代子・長沢孝司編『モンゴルの家族とコミュニティ開発』
(するが・てるかず 神戸大学教授)