

メキシコの社会保障制度

— その特徴と90年代の改革 —

畑 恵子

■ 要約

メキシコでは民間組織労働者を対象とするIMSS(メキシコ社会保険公社)とISSSTE(国家公務員社会保険公社)が、公的社会保険の中心機関として、労災、年金、医療、保育所などの保険を扱ってきた。だが、社会保険加入者は国民の6割にすぎない。非加入者の多くは農民、都市インフォーマルセクター従事者であり、彼らには年金や医療保険が適用されないが、公的医療サービスが保健省およびIMSS-SOLIDARIDADによって、僅少なながら提供されてきた。社会保険医療と医療扶助の間には大きな質の差があるものの、2000年には人口のほぼ100%が医療制度にカバーされるようになった。また、1990年代後半にはIMSS年金制度や保健省に対して抜本的な改革が実施され、効率化、分権化が進んだ。しかし、それは社会保障制度の分断化—保険加入者と非加入者—に変更を加えるものではない。なんの保障もないに等しい多数の非加入者の存在は、社会の高齢化が予測されるなかで、大きな不安要因となっている。

■ キーワード

年金改革、医療制度、新自由主義経済、メキシコ社会保険公社(IMSS)

はじめに

メキシコの1917年憲法123条29項には、制定時にすでに、「障害、死亡、失業、労災、その他同様の目的を有する諸保険の基金を確立することは社会的に有用と考えられる。よって連邦政府および州政府は人々への保障を導入し確たるものにするべく、この種の制度の組織化を促進せねばならない」(Ruiz Moreno, p.89)と記され、社会保険制度を構築する必要性が謳われていた。本格的な制度の整備が始まるのは1940年代のことであるが、国民に等しく最小限の保障を約束するという普遍主義ではなく、職能集団の政治経済的重要性に準じて制度が導入された。そのため、公務員、基幹産業労働者は社会保険によって保護されるが、都市インフォーマルセクターおよび農民層は社会保険ではなく、社会扶助を給付されるという二重構造

ができあがった。それは、1930年代末に形成された国家コーポラティスト的政治体制と第2次世界大戦後に主流となった輸入代替工業化政策が、制度形成に多大な影響を及ぼした結果でもあった。現在にいたるまでメキシコの社会保障制度は分断、排除、不平等を特徴としている。

1980年代の経済危機以降、新自由主義経済政策が主流となり、それまで国家によって比較的手厚い保護を受けてきたフォーマルセクターの社会保険制度にも、改革の波が及んだ。だが改革は社会保険制度にとどまり、社会保障制度の分断化や不平等の是正に直接繋がるものではなかった。現在の制度のあり方は、高齢化社会の到来が予測されるなか、将来に不安を残している。本稿では制度の分断化・不平等性に焦点を当てて、メキシコの社会保険制度と医療制度を考察する。まずその形成過程と制度の特徴を政治体制、開発戦略と関

連づけながら概観し、続いて1990年代後半の社会保険改革(年金および医療保険)、保健省改革および保険非加入者に対する医療政策に言及する。

I 社会保障制度の構築

1. 社会保険制度

メキシコの社会保険制度は、政治経済的重要性と強い交渉力をもつ職能集団から順次、整備された。革命の動乱がほぼ終息し、新しい体制基盤の強化が図られた1920年代には、連邦公務員(1925年)、軍(1926年)、教職員(1928年)に対して、続いて労働組織の力が強まり、主要基幹産業国有化の気運が高まる30年代には、石油産業(1935年)、鉄道(1938年)に、さらに1941年には電力部門に、年金・労災などの社会保険が適用された(谷 a, p.357)。

1943年は現在の社会保障制度の起点となる年である。初めて社会保険法(Ley de Seguro Social)が制定され、それにもとづいて民間組織労働者を対象としたメキシコ社会保険公社(Instituto Mexicano de Seguro Social: IMSS)が発足し、保健福祉省(Secretaría de Salubridad y Asistencia: SSA)、メキシコ児童病院(Hospital Infantil de México)も設立された(Frenk et al., p.199)。社会保険制度から排除された貧困層に社会扶助を給付する中心的役割を担ったのは、保健福祉省(のちに保健省 Secretaría de Saludに再編)である。IMSSは独立財政公社で、当初、労働災害、医療、年金(障害・老齢・死亡)の3分野の強制加入部門の組織化・運営を担当したが、のちに託児所・余暇施設の運営にもあたることになった。

1961年にはメキシコ軍社会保険公社(Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas: ISSFAM)が、1963年には国家公務員社会保険公社(Instituto de Seguridad Social al Servicios de los Trabajadores del Estado: ISSSTE)が発足した。軍人、国家公務員に関しては1920年代

にいち早く社会保険制度が確立されたが、これら新機関の設立によって、より充実したサービス提供が可能になった。こうして現在までIMSSとISSSTEが社会保険制度の中心的機関として、労災、年金、医療保険などを扱っている。その他、軍だけでなく、メキシコ石油公社(PEMEX)、連邦電力委員会(CFE)などの公営基幹産業にも独自の社会保険制度がある。

つまり、メキシコの社会保険制度には、制度への加入と排除という国民の二分化に加えて、統合・調整機能を欠いた複数の下位制度の並立という特徴がある。それは、2000年まで71年にわたり政権を独占し、国家とほぼ一体化した制度的革命党(Partido Revolucionario Institucional: PRI)体制と工業化政策の所産でもある。

PRIは農民、労働者、一般(公務員・教職員)の3セクターを大衆基盤として包摂し、組織票と実利分配の交換を軸に長期政権を存続させてきた。コーポラティズムとクライエンテリズムに依拠するPRI体制にとって、社会保障制度の拡充は実利分配の重要な部分を成していた。1929年に各地の革命指導者を糾合して組織された国民革命党(Partido Nacional Revolucionario: PNR)は、1938年に農民組織、労働組織、一般組織(公務員など)、軍を個別に統合し、それら4セクターを党の下部基盤とするメキシコ革命党(Partido de Revolución Mexicana: PRM)に再編された。さらに1949年の改革によって軍セクターが廃止され、現在のPRIが誕生した。各セクターは地域、州、全国の3レベルで垂直的に統合されているが、水平的には分断され、セクター間に協力関係はない。それぞれの利益は、党中枢と各セクター指導者の垂直的繋がりをとおして、政治的支持と引き換えに実現されてきた。

この3セクターのうち、農民セクターはPRI最大の支持基盤であったにもかかわらず、現在もその大半の構成員は社会保険制度に加わっていない。

その理由は、農民セクターが農地改革によって土地分配を受けた小農民、零細農民から構成されていたため、統制が容易だったこと、そして農民には農産物保証価格、農業信用などの形で保護が与えられてきたことにある。またその多くが貧困線上にあるため、保険分担金の支払い能力はない。それとは対照的に、労働、一般両セクターには交渉力と開発戦略上の重要性があった。メキシコでは1940年代から輸入代替工業化政策が本格化し、40年代後半から60年代にかけて、メキシコの奇跡と称されるインフレなき高度成長を実現した。成長の担い手である組織労働者に対する保護は、最優先政策の一つであり、IMSSはこうした背景のなかで創設された。

1950年代から、それまで大都市の正規被雇用者に限定されていたIMSSへの加入が農村人口にも開放された。IMSS加入者数は漸次増加し、2000年の加入率は家族も含めて人口の48%となった。しかし加入者の地域分布は都市部96.4%、農村部3.4%と、都市への偏りが顕著である。また産業別には、労働人口構成が農業24%、工業21%、サービス業55%(1997年)であるのに対して、加入率は農牧業2.6%、工業36.2%、サービス業43.6%、その他17.7%で、工業部門の加入率

の高さが際立っている(畑 a, pp.484-485)。IMSS、ISSSTEなどをあわせた社会保険加入率は、1950年4.3%、60年11.5%、70年25.3%、80年46.0%、90年59.1%、95年50.1%、2000年60.8%と増加傾向にある(村井, p.119)。だが、むしろ注目すべきは、非加入者が人口の39%に及び、しかもその大多数が貧困人口¹⁾であるという事実であろう。

2. 社会扶助・貧困削減政策

貧困層に対しては、従来のマラリア、天然痘撲滅などの公衆衛生計画やミルク、学校給食などの食料給付に加えて、1970年代からは大規模な貧困削減プロジェクトが始まった。ところが、貧困削減政策のほとんどは財政基盤や中長期展望を欠いた政治色の強い政策で、政権発足とともに策定され、政権終了とともに成果がないまま消滅するというサイクルを繰り返してきた。そうしたなかで唯一、医療サービス拡充だけが、70年代以降のすべての政権において継続的に実施され、不十分ながらそれなりの実績を残してきた。表1は貧困削減に関連する開発計画をまとめたものである。過去35年間の流れをみておこう。

エcheベリア政権(Luis Echeverría)は、68年ラテロルコ事件²⁾で失墜したPRI体制の正統性を

表1 貧困削減に関する開発計画

政権	計画名	主な内容
エcheベリア 1970-1976	農村開発投資計画 PIDER 社会連帯国家計画	農村雇用創出、インフラ整備 インフラ整備、社会保障・IMSSへの統合
ロベス・ポルティエーリョ 1976-1982	貧困地区・周縁集団のための国家計画 調整事業 COPLAMAR メキシコ食料計画 SAM PIDER 第2段階	食料・保険・教育・住宅支援、雇用拡大 天水農地生産性向上、食料支援 保険・教育・福祉の平等分配、農業生産性の向上、資源の合理的利用
デラマドリ 1982-1988	全計画の打ち切り	
サリーナス 1988-1994	国民連帯計画 PRONASOL	社会インフラ整備、コミュニティ開発
セディージョ 1994-2000	教育・保健・栄養計画 PROGRESA	極貧層支援、人的資源開発
フォックス 2000-2006	オボルトゥニダ計画	PROGRESA とほぼ同じ

出所：筆者作成

回復するために、貧困層・労働者向けの社会支出を拡大し、メキシコ初の対貧困政策を発表した。1973年には社会保険法を改正し、IMSSへの任意加入や保育所運営を新たに認め、保険分担金を負担できない周縁人口も含めた「総合的社会保障」(seguridad social integral)の確立に向けての指針を示した(Ruiz Moreno, p.117, IMSS)。しかし税制改革に失敗したため十分な財源を確保できず、これらの政策に進展はなかった。

ロバス・ポルティエリヨ政権(José López Portillo)は財政破綻、国家・企業家間の決裂という厳しい状況下で発足した。しかし就任演説では、周縁層支援、前政権の福祉国家主義の継続を宣言し(Brachet-Márquez & Sherraden, p.1298)、前政権から引き継いだPIDERのほかに、COPLAMAR、SAMを新たに実施した。このなかで注目すべきは、IMSS-COPLAMAR計画である。それは連邦政府予算で初期治療を中心とする診療所などを農村部に建設し、IMSSがその医療活動にあたるというもので、1989年にIMSS-SOLIDARIDADと名称を変えて、今日まで遠隔地の医療扶助サービスを担当してきた。他方大都市部でも、1981年に保健省によってインフォーマルセクターの社会保険非加入者に対する医療サービス拡大計画(Programa de Extensión de Servicios de Salud en las Grandes Urbes)が始まった。COPLAMAR、SAM、PIDERは、70年代末からの潤沢な石油収入に支えられ、順調に進捗するかにみえた。しかし1982年に対外債務による財政悪化で頓挫し、IMSS-COPLAMARを除くすべての計画が打ち切られた。

1982年末に始まるデラマドリ政権(Miguel de la Madrid)は債務危機に対応すべく、それまでの国家主導の開発から構造調整へと経済政策を転換した。以後、メキシコでは新自由主義が経済政策の主流となる。社会政策も見直しをせまられ、経済危機下で貧困が拡大したにもかかわらず、1人当りの社会福祉予算は1980年から1986年に32%

減となった。だが医療に関しては、1983年に「すべての国民に医療ケアの権利を」を掛け声に、一般医療法(Ley de Salud General)が制定され、翌年には憲法第4条ですべての国民に健康を守る権利が認められた。医療保険およびそれ以外の医療扶助を合わせた公的医療制度のカバレッジは1973年63%、82年80%、90年94%と拡大した。しかし1983年から87年の間に低出生体重児の比率は12%から15%に増加し、同時期に乳児死亡率も1000人当たり47人と横ばいで、(Brachet-Márquez & Sherraden, pp.1298-1299, 1302-1303)、経済危機の前では医療の拡大も非力であった。

大不況のなか、1988年に50.36%というきわどい得票率で大統領となったサリーナス(Carlos Salinas de Gortari)は、就任直後に「国民連帯計画」(Programa Nacional de Solidaridad: PRONASOL)を打ち出した。その目的は、国民の48%に相当する貧困人口(極貧人口は19%)を対象として、構造調整政策の社会コストを補償することにより、経済自由化を推進し、政権の正統性を回復することにあった。PRONASOLは世界銀行の融資と国営企業売却収入を充当した大規模計画であり、農村低所得層の保健医療に従事するIMSS-SOLIDARIDADはそのなかに含まれていた。政権6年間にIMSS-SOLIDARIDADと保健省は1100万人に基礎的な予防医療を提供した(Trejo & Jones, p.83)。

セデーロ政権(Ernesto Zedillo)は通貨危機の只中に発足した。その貧困削減政策PROGRESAは、教育、保健、栄養摂取支援をとおした極貧層家族の生活条件の改善を目的とし、能力開発重視の姿勢と、対象の絞込みと客観的な選出方法を特徴とした。この時期から、受益者の厳密なターゲティングはあらゆる社会政策に適用されてきたが、それは支援の効率性を高める一方で、そこから漏れる層が拡大するという負の効果も併せ持つ。また同政権期には、後述のとおり、IMSS改革、保健

省改革をとおして社会保障制度の見直しを図るとともに、医療サービスの拡充にも力が注がれた。

2000年の選挙でPRIは敗北を喫し、その長期政権に幕を下ろした。こうして国民行動党 (Partido Acción Nacional: PAN) に政権は移行したが、貧困政策に関しては、前政権のPROGRESAを継承したオポルトゥニダ(機会の意味)計画が実施されている。

3. 医療制度

以上のように、1970年代から保健省およびIMSS-SOLIDARIDADは、社会保険で保護されない貧困層に医療サービスを提供する主要な機関として、活動を続けてきた。表2はメキシコの医療制度をまとめたものである。それは、

- ① IMSS、ISSSTEの社会保険で保護される官民の正規被雇用者とその家族、
 - ② 保健省およびIMSS-COPLAMARによって無料ないしわずかな支払いでサービスを受ける貧困層と失業者、
 - ③ 民間医療保険に加入し、民間医療機関を利用する高所得層、
- という所得に応じた3つの下位システムから構成される。1995年には国民の半数が医療保険に加入し、②とあわせると人口の9割が医療制度に組み入れられていたが、他方で1000万人もの人々

がまったくサービスを利用できない状況に置かれていた。

医療制度には現在まで続くさまざまな問題がある。まず、利用できる医療施設、受けられる治療レベルにおいて、下位システム間に大きな格差があることである。1994年のヘルスケア支出はGDP比4.7%で、その内訳は2.7%が公的支出、2.1%が民間支出であった。公的医療保険に加入していても、23%が外来では民間医療施設を利用していることから、民間医療利用者は高所得層に限定されるわけでないが、国民の大半が公的医療機関を利用している事実を照らして、この数値は公的医療の質の低さを示唆するものである。同様に公的機関の間にも格差があった。1人当りの支出は、PEMEXの400ドル強に対して保健省では19ドルで20倍以上の差があり、同体重の新生児を比べても、生後7日までの死亡率が保健省の病院ではIMSS病院の3倍にのぼった。また、予防医療軽視、治療重視の傾向が顕著で、公的支出に占める比率は前者が10%以下、後者が70%であった(Gómez-Dántes, pp.130-131, 134)。貧困層の保健にとって効果の高い予防医療は、メキシコのように大きな貧困人口をもつ社会では、もっと重視されるべきであろう。

このように、地域、階層間の格差、資金配分の非効率性など、多くの問題を抱えながらも、70年

表2 メキシコの医療制度(1995年)

所得水準	医療保険		コスト負担者	人口 (百万人)	構成比 (%)
高	加入	民間保険	企業・被雇用者/利用者	2	2.2
中		社会保険 IMSS ISSSTE, ISSFAM等	企業・被雇用者・連邦政府 被雇用者・連邦政府	45	48.9
低	非加入	保健省	連邦政府・利用者(小額)	26	28.2
		IMSS-SOLIDARIDAD アクセスできず	連邦政府・利用者(労働)	9	9.8
				10	10.9

出所: González Rosetti, p.70にもとづき筆者作成

代以降の政府の努力は平均寿命の伸びや乳児死亡率の低下³⁾として結実した。ところがそれが近年、都市化、女性の教育・労働参加、家族計画の普及などによる出生率の低下とあいまって高齢化を助長し、新たな対応を迫るようになっていく。

II 新自由主義政策と社会保障制度改革

1. 失われた10年と社会保障制度

メキシコは1982年の対外債務危機を機に、未曾有の経済不況とインフレに見舞われた。大統領をはじめ主要ポストを占めた経済テクノクラートは、それまでの政府主導の開発政策から構造調整政策へと転換し、市場原理を重んじて、財政赤字削減のための補助金や優遇政策の廃止、国营企業の民営化、貿易・資本の自由化、輸出促進などを推し進めた。こうした政策が功を奏し、経済成長

率は80年代末からプラスに転じたが、失われた10年と称されるとおり、1980年代には実質賃金が低下し、失業、貧困が蔓延した。

PRI体制下での政府のパトロネージに代わって、競争力と効率性の追求が優先されるなか、IMSSのずさんな運営と年金基金の枯渇が「IMSS問題」として認識され、改革への動きが始まった。だが、それは運営の効率化と年金基金の財政再建だけを狙いとしたのではない。経済の自由化を進める経済官僚の間には、経済開発にとって国内貯蓄率を上げることが不可欠であるとの認識があり、年金改革はそのための重要な手段とみなされたのである(Bertranou, p.90)。

IMSS年金基金の財政は1980年代に急速に悪化した。それは、①それまでの運営上の問題、②80年代のインフレと経済危機の影響、③保険加入者が退職年齢に達したこと、に起因する。IMSS

表3 非農業人口のインフォーマルセクター比率

(%)

	インフォーマルセクター				フォーマルセクター		
	自営	家事労働	零細企業	計	公的部門	民間部門	計
1980	18.0	6.2	24.9	49.1	21.8	29.1	50.9
1985	23.5	6.4	21.4	51.3	25.5	23.2	48.7
1990	30.4	5.6	19.5	55.5	25.0	19.6	44.6
1992	30.5	5.5	20.0	56.0	24.5	19.5	44.0

出所：Thomas, p.46.

表4 人口動態予測

	総人口 (千人)	0-14歳人口 構成比(%)	15-64歳人口 構成比(%)	65歳以上人口 構成比(%)	65歳以上人口 /EAP(%)	平均余命 (歳)	合計 特殊出生率
1970	48,225	46.2	50.1	3.7	7.39	61.5	6.35
1980	66,847	43.1	53.1	3.8	7.16	64.8	4.65
1990	83,488	39.0	57.3	3.8	6.66	69.2	3.32
1995	91,606	35.8	60.0	4.2	7.0	70.8	2.84
2000	98,787	33.8	61.9	4.3	6.95	71.9	2.49
2010	114,020	28.1	66.6	5.3	7.96	74.4	2.08
2020	128,455	24.1	68.7	7.2	10.48	75.6	1.90
2030	142,234	22.5	67.5	10.0	14.81	76.5	1.48

出所：Solís Soberón y Villagómez, p.129.

は労災、医療、年金(障害・高齢・高齢失業・死亡)、保育所の4部門の保険を扱ってきた。年金は賦課方式で、最低500週 of 分担金支払いによって65歳から受給資格が発生し、受給額は退職前5年間の平均賃金にもとづいて算出された(Solís Soberón y Villagómez, p.114)。緩やかな受給条件にもかかわらず、70年代までは黒字で、余剰金は加入者家族へのサービス拡充や医療施設の建設・整備などから生じた医療部門の赤字補填に充てられていた。すなわち、年金基金の積み立てが十分に行われていなかったのである。

そこに未曾有の経済危機が襲った。80年代の高インフレによって運用基金は目減りし、年金給付額も大幅減となった。年金受給者は受給引き上げを求めて抗議行動に訴えた。そうした圧力を受けて、サリーナス政権は年金の最低保障額を最低賃金の40%から100%に引き上げた。また後述するように、失敗に終わったものの年金制度改革も試みた。経済危機とその後の新自由主義経済政策は、柔軟化や第三次産業化などの労働再編を伴い、表3のようにインフォーマルセクターの拡大を招いた。フォーマルセクターの縮小は、IMSS加入者の減少と財政基盤の弱体化を意味した。ところがその一方で、IMSS設立から30年以上が経過し、年金受給者が増え始めた。こうして受給者に対する分担者の比率は1960年の1:20から、1983年1:11、1980年末には1:7に下がり(Bertranou, pp.87-88)、年金基金の負担・受給の均衡が崩れていった。

表4はメキシコの人口動態を示す。まだ急を要する段階ではないが、高齢化の進行は予想以上に速く、その影響が懸念されている。それは年金基金や医療保険に負担をしいるだけでなく、社会保険制度でカバーされない高齢者の保護という新たな課題をも浮上させる。1990年代後半の抜本的なIMSS年金改革の直接の引き金は、IMSS財政の逼迫にあったが、高齢化予測を踏まえた中期的視点からも不可避の対応であった。

2. IMSS年金改革

1990年にサリーナス政権は年金安定化計画を発足し、90年末に最初の提案をまとめた。それはIMSSの公的年金を補完する、民間によって運営される新たな年金制度を創設し、漸次IMSS年金を新制度に統合し、最終的には民営化を目指すものであった。だが、労働組織、企業家組織との交渉過程で、特に前者から強い抵抗を受け、譲歩を余儀なくされた。最終的には1992年にIMSS年金には手をつけない形で、新たな退職貯蓄制度(Sistema de Ahorro para el Retiro: SAR)が事業者負担によって発足するとともに、労働者住宅基金(Instituto Nacional de Fondo de Vivienda para Trabajadores: INFONAVIT)の事業者負担分の運営を民間に任せることが認められた(Bertranou, pp.90-100)。これは、IMSS年金の改革、民営化を断念してでも、国内貯蓄の促進と民間金融制度の強化をできるだけ進めようとした政府の妥協の結果であった。こうして実質的に改革が先送りされるなか、回復基調にあったメキシコ経済が1994年末に通貨危機に見舞われた。そして1995年1月、IMSSは、2002年には財政が破綻し、その後2年で基金は枯渇するとの予測を公にした(Bertranou, pp.103-104)。実際に、この経済危機の影響を受けて、社会保険加入者数は90年から95年の間に230万人減となった(村井, p.119)。

1994年12月に発足したセディージョ政権は、すぐさまIMSS改革に着手し、1995年12月には社会保険法を改正し、1997年7月には改革を実施した。IMSS保険制度全体に関わる改革としては、保険部門の細分化と独立化、連邦政府拠出の拡大がある。IMSSが担当する保険は、① 労災保険、② 医療、③ 年金受給者医療、④ 障害・生命、⑤ 退職・高齢失業・死亡、⑥ 保育所・社会給付の6部門に再編され、各部門は独立会計となった。それまで医療部門の赤字が年金基金で補填され、それが年金財政悪化の一因となっていた。部門間の資

金流用禁止にはそれを防ぐ意図があった(谷 b, p.183)。また、連邦政府の拠出率がそれまでの4%から39%に引き上げられ、被雇用者負担は20%から9%へ、事業者負担は76%から52%に引き下げられた。政府拠出金の62%は年金部門に、38%は医療など他の部門に充当された。その結果、政府の対IMSS支出は実勢レートで1997年の235億ペソから2000年の513億ペソへと、2.2倍増となった(Poder Ejecutivo Federal, pp.243-245)。

最も重要かつ抜本的な改革は、年金部門(退職・高齢失業・死亡保険)で行われた。新制度では賦課方式から個人ベースの積み立て方式へと完全に移行した。加入者は13の年金基金運営会社(Administradora de Fondos para el Retiro: Afore)の中から1社を選んで個人口座を開き、そこに労使拠出金、連邦政府の拠出金および社会拠出金、基金運営収益が積み立てられる。新たに導入された社会拠出金は連邦区最低賃金の5.5%に相当し、これによって連邦政府負担は大幅増となった。積立金は年金基金専門投資会社をとおして運用される。年金受給の方法は加入者が選択でき、計画払い戻し金の場合はAforeの個人口座から期間を定めて年金を引き出し、終身保険の場合には口座積立金で保険会社と契約を結び、年金を受け取る。また、年金受給のための拠出期間は従来の500週から1250週へと大幅に引き上げられた。新制度でIMSSは労使拠出金、連邦拠出金、社会拠出金の受け入れと、Afore個人口座への振り込み業務を担っている。制度全体の監督には大蔵省所轄の年金貯蓄制度委員会(Comisión Nacional de Sistema de Ahorro para el Retiro)があたり、委員会には許認可権、制裁・指導権、裁量権が与えられている(谷 b, pp.183-191)。

この改革は政府資金の投入による年金基金の破綻回避だけでなく、資金流入による金融市場の活性化をもたらした。しかし改革に関しては、連邦

政府の負担増や、最低拠出期間延長によって受給資格に満たない加入者が増えることへの懸念、あるいは公的年金制度に市場原理が持ち込まれ、年金が個人責任に委ねられたことへの疑問なども出ている。また、高齢化が進んだときにどこまで制度を維持できるかを、危ぶむ声もある。さらに言うまでもないが、これはあくまでも人口の5割に満たないIMSS年金加入者を対象とした改革であり、社会保険制度から排除された人口の4割の状況に、なんら改善をもたらすものではない。

3. 医療制度改革

セディージョ政権の改革は医療分野にも及んだ。就任直後に「医療部門改革計画1995-2000」(Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000)を発表し、サービス拡大、質的改善、州へのサービス業務の分権化を目標に掲げたことは、その意欲の現われであった。また任期中に医療・保健部門への連邦支出は41.7%増となった(Poder Ejecutivo Federal, p.217)。

まずIMSSの医療改革についてみてみよう。IMSS改革で部門間の資金流用が不可能になったことは、年金部門からの補填に依存してきた医療保険部門を改革する好機となった。だが、年金改革がほぼ政府案どおりに短期間で実現されたのとは対照的に、医療部門改革はIMSS組合の抵抗に押し切られた形となった。

政府案には①財政再建と連邦政府拠出の増加、②医療サービスの分権化、③患者が医師を選ぶ権利、④インフォーマルセクターへの保険制度の拡大、⑤事業者がIMSS以外の機関と契約する自由(opt-out option)の5項目が含まれていた。①④は財政基盤の安定化に、②③⑤は効率化に関わる項目である。④は今後、正規雇用が伸び悩むとの予測にたって、保険料支払い能力のある自営業者などを家族のための医療保険(Seguro de Salud para la Familia)に任意加入させることを目的とした。

③の狙いは、初期治療において患者には医師を選ぶ権利を与え、医師には実績に応じた報酬を保障して、医療の質を向上することにあった。競争原理の導入を図る⑤には、従来、大企業では一般的だったIMSSと民間医療機関への二重加入による企業負担を減ずる意図もあった(González Rosetti, pp.77-78)。

IMSS労組からとりわけ強い反対を受けたのは⑤である。セディージョは労組の反応をみるや否や社会保険法改正案からそれを削除して、組合に譲歩した(González Rosetti, pp.82-82)。年金改革はセディージョおよび経済官僚にとって、民間金融機関の活性化をとおした経済再建の要であったが、医療改革のマクロ経済への効果は小さい。医療改革案での譲歩は、年金改革実現を優先するがゆえの政治判断であった。

だがIMSSの医療改革にまったく意味がなかったわけではない。連邦政府拠出率の引き上げ(4%から33%へ)および連邦支出の拡大によって財政は改善し(Gómez-Dántes, p.135)、家族のための医療保険の加入者は、2000年に家族を含めて59万6000人に達した(IMSS)。IMSS保険制度への加入率は同年、人口の46.1%であり、IMSS-Solidaridadを含めると国民の57%がIMSSにカバーされていたことになる(Poder Ejecutivo Federal, p.244)。また、政権は新連邦主義を掲げ、教育・医療分野での分権化を推進したが、IMSS医療においても、地域のニーズに適したサービスを効率的に提供するために、1から3の病院およびいくつかのクリニックを一つの単位とする、分権的経営の医療地区(Areas Médicas de Gestión Desconcentrada)が設置された。1998年からは131の地区単位ごとに、地区人口構成を考慮した予算配分も始まった(Gómez-Dántes, p.137, Poder Ejecutivo Federal, p.222)。

社会保険非加入者を対象とする医療政策では、全国民を医療制度に組み入れること、すなわち、

1995年の時点で基礎的医療サービスを享受できない状態にあった遠隔地に住む1000万人に医療サービスへのアクセスを保障することが、最優先課題とされた。1996年にはカバレッジ拡大計画(Programa de Ampliación de Cobertura: PAC)が始まり、衛生、予防、一般的な疾病の治療などの13項目からなる保健・医療基礎サービスパッケージ(Paquete Básica de Servicios de Salud: PABSS)⁴⁾戦略が、移動医療チームあるいは対象地域出身のヘルスケアワーカーの手で実施された。(Gómez-Dántes, pp.139-140)。また、任期中に192の病院、3693の診療所・保健センターが新たに建設された。積極的な取り組みは連邦支出にも示されている。1995年から2000年の間に、医療・保健部門への連邦支出が41.7%増、そのうちの対保険加入者支出が30.3%増であったに対して、非加入者向け支出は83%の伸びを示し、それが全体に占める比率も1994年の20%から2000年には28%へと増加した。こうした努力が実って、2000年の大統領教書では、推定ながら2000年に人口の99.5%が基礎医療サービスにアクセスできるようになったことが報告された(Poder Ejecutivo Federal, pp.217-219)。

保健省改革をとおして、非保険加入者医療においても分権化が進んだ。保健省管轄の病院、職員が州政府の管轄に移行し、1999年には予算の53%が州に配賦された。また予算配分に際しては、人口、疾病の特性と地域ニーズが考慮され、高所得州に傾斜した従来の配分が是正された。十分な予算と能力をもたない州政府に1000万人もの周縁人口に医療サービスへのアクセスを確保することは困難とみる論者もいたが、実際には目標をほぼ達成するに到った(Trejo & Jones, p.84, González Rosetti, p.86)。しかし、政府発表の数値をそのまま認めるとしても、99.5%というカバー率と現実には乖離があることを認識しておく必要がある。というのは、アクセス可能といっても、す

すべての国民が必要時に必要な医療を利用できるわけではなく、多くの貧困層が、依然として、予防医療とプライマリーケアさえも十分に保障されない環境にあることに変わりないからである。

むすびにかえて

メキシコでは1990年代後半に年金、医療制度の改革が行われた。年金改革は年金基金の破綻を回避し、国内金融市場の活性化に寄与した。また医療の地方分権は、地域ニーズにあった効率的なサービス提供を可能とした。メキシコの社会保障制度は所得と職域によって分断され、社会集団が享受できる保障の質に大きな格差があるだけでなく、多くの貧困層が保険制度の外におかれたままである。貧困層が人口の半数近くを占めることを考慮すると、制度の一元化は不可能であり、その間の格差是正もきわめて難しい。そのため、これまで社会保障制度全体の根幹に関わる改革は一切、行われてこなかった。しかし、現状のままではよいわけではない。メキシコに生活保護制度はない。現物給付を含めた社会扶助も、近年、受給資格が厳密に絞りこまれ、極貧層に集中する傾向がある。また、家族扶助にも限界が見え始めている(畑b)。新自由主義経済政策の下で非正規雇用のさらなる増加と人口の高齢化が予測されるなかであって、IMSS加入者に対しては連邦支出によって保険制度の安定化をはかり、彼らの現在そして将来の生活を保障した。しかし他方で、非加入者に対する保障はあまりに小さく、彼らはほとんど無防備な状態にあると言ってもよい。今、連邦政府に求められるのは、効率主義や競争原理に拘泥することなく、非加入人口を広く網羅するセイフティネットを用意することではないだろうか。

注

- 1) 1999年に人口の46.9%が貧困状態(極貧状態は18.5%)にあった(CEPAL, pp.44-45)。

- 2) 1968年10月、オリンピック開催を直前にしたメキシコシティのトラテロルコ広場で、学生たちが開催したPRIに民主化、分配重視の経済政策を求める大規模な抗議集会に、政府は軍を派遣し、多数の死傷者、行方不明者を出した事件。
- 3) 平均余命は表4を参照されたい。1000人当りの乳児死亡率は1970年79.0, 80年53.0, 90年36.6, 94年31.4, 2000年13.0人と低下した(村井, p.143, INEGIホームページ)。
- 4) 13項目には、家族衛生、家族計画、産前・産後のケア、下痢・寄生虫病・感染症治療、高血圧・糖尿病・結核予防、事故予防と初期対応、健康増進のためのコミュニティ訓練などが含まれ、公衆衛生、予防を重視する内容となっている(Gómez-Dántes, p.139)。

参考文献

- Bertranou, Julián. 1998. "Mexico: The Politics of the System for Retirement Pensions." In *Do Options Exist? : The Reform of Pension and Health Care System in Latin America*, edited by Maria Amparo Cruz-Saco & Carmelo Mesa-Lago. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Brachet-Marquez, Vivianne & Margaret Sherrard Sherraden. 1994. "Political Change and the Welfare State: The Case of Health and Food Politics in Mexico (1970-93)" *World Development*, Vol.22, No.9, 1295-1312.
- CEPAL. 2001. *Panorama social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Ed. SISTA.
- Frenk, Julio, Miguel A. González Block, Felicia Knaul y Rafael Lozano. 1999. "La seguridad social en salud." En *La seguridad social en México*, comps. por Fernando Solís Soberón y F. Alejandro Villagómez. México: CIDE, CONSAR, Fondo de Cultura Económica, 35-102.
- Gómez-Dántes, Octavio. 2000. "Health Reform and Policies for the Poor in Mexico." In *Health Care Reform and Poverty in Latin America*, edited by Peter Lloyd-Sherlock. London: Institute of Latin American Studies, University of London, 128-142.
- González Rossetti, Alejandra. 2004. "Change Teams and Vested Interests: Social Security Health Reform in Mexico." In *Crucial Needs, Week Incentives: Social Sector Reform, Democratization, and Globalization in Latin America*, edited by Robert R. Kaufman and Joan M. Nelson. Washington: Woodrow Wilson Center Press, 65-92.
- 畑恵子 a 2001「メキシコ」仲村優一他編『世界の社会福

- 社年鑑2001』旬報社 480-489
- 畑恵子 b 2005「メキシコの世界扶助」宇佐見耕一編『新興工業国の社会扶助』アジア経済研究所 353-387
- IMSS <http://www.imss.gob.mx>
- INEGI <http://www.inegi.gob.mx>
- 村井友子 2002「メキシコ」宇佐見耕一編『新興工業国の社会保障制度・資料編』アジア経済研究所 103-151
- Poder Ejecutivo Federal. 2000. *El sexto informe de gobierno de Ernesto Zedillo*. (<http://www.presidencia.gob.mx>)
- Ruiz Moreno, Angel Guillermo. 2003. *Nuevo derecho de la seguridad social*. México: Porrúa.
- 谷洋之 a 1997「メキシコ」田中浩編『現代世界と福祉国家—国際比較研究』お茶の水書房 355-369
- 谷洋之 b 2001「メキシコ社会保険公社 (IMSS) 改革一年金制度を中心に」宇佐見耕一編『ラテンアメリカ福祉国家序説』アジア経済研究所 182-208
- Solís Soberón, Fernando y F. Alejandro Villagómez. "Las pensiones." En *La seguridad social en México*, comps. por Fernando Solís Soberón y F. Alejandro Villagómez. México: CIDE, CONSAR, Fondo de Cultura Económica, 103-159.
- Thomas, J.J. 1995. *Surviving in the City: The Urban Informal Sector in Latin America*. London: Pluto Press.
- Trejo, Guillermo & Claudio Jones. 1998. "Political Dilemmas of Welfare Reform: Poverty and Inequality in Mexico." In *Mexico under Zedillo*, edited by Susan Kaufman Purcell & Luis Rubio. Boulder: Lynne Rienner, 67-99.

(はた・けいこ 早稲田大学教授)