

# メキシコ：セディジョ政権下の社会保障制度改革と今後

村井友子

## はじめに

今年に入ってメキシコの週刊誌『プロセソ』（2003年1月13日号）は、チアパス州コミタンの地方病院で32人にのぼる新生児が死亡していた事実を大きくとりあげた。同誌は、おりしもWHO総裁選に出馬中であった厚生大臣フリオ・フレンクのこの事態に対する関心の薄い態度を厳しく批判するとともに、近年の医療行政のあり方を疑問視している。

メキシコでは1990年代に市場機能を重視したネオリベラル経済政策が推進された。エルネスト・セディジョ政権（1995～2000年）は、この急速な経済再編のなかで、社会保障政策面でも、年金制度改革、社会政策の地方分権化、新しい貧困撲滅政策などの諸改革を次々と実施していった。現在のピセンテ・フォックス政権（2001年～）下で進められている社会保障制度改革は、基本的にこのセディジョ時代の改革路線に沿った形で実施されている。

本稿は、このセディジョ政権期の社会保障政策の実施体制と改革の全容およびその特徴と問題点について検討することを目的とする。また最後に今後のフォックス政権の社会保障制度改革の展望についても簡単に触れる。

## I 変容する財政支出構造と社会支出

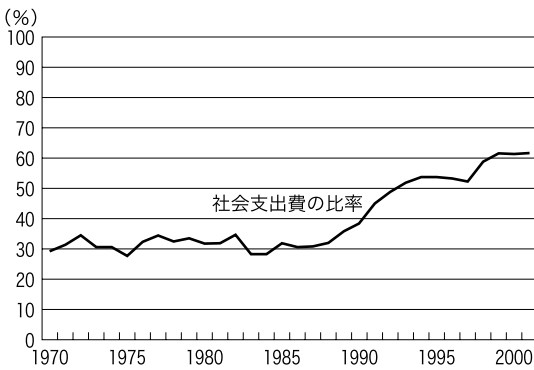
メキシコでは債務危機（1982年）後、多額の累積債務を抱え債務返済のリスケジュールリングを急務としたデ・ラ・マドリ政権によって構造調整政策が開始され、緊縮財政が敷かれるなかで社会支出が大幅に削減された。しかし1980年代の経済危機下に削減された社会支出もサリナス政権以降は拡大傾向に転じており（表1参照）、また90年代には連邦政府歳出の中で社会支出が占める比率が著しく拡大し、2001年までに輸入代替工業化時代と比べて2倍近くまで伸長した（図1参照）。この財政支出構造の変容は、構造調整実施の過程で民営化、政府補助金や公共投資の削減などが推進されたことで国家の財政支出規模が縮小していったこ

表1 社会支出の対GDP比の推移 (%)

	1981	1985	1990	1995	2000	2001	2002
対GDP比	9.2	6.9	6.1	8.5	9.5	10.1	10.4

(出所) 1981～85年：Instituto Nacional de Solidaridad, *Gráficas de política social*, México, D.F., 1996.  
 1990～2002年：Presidencia de la República, *2º informe del gobierno de Vicente Fox*. (<http://informe.presidencia.gob.mx/Informes/2002Fox2/website/cfm/index.cfm>——2002年9月10日)をもとに筆者作成。

図1 社会支出が連邦政府歳出に占める比率の推移 (1970～2001年)

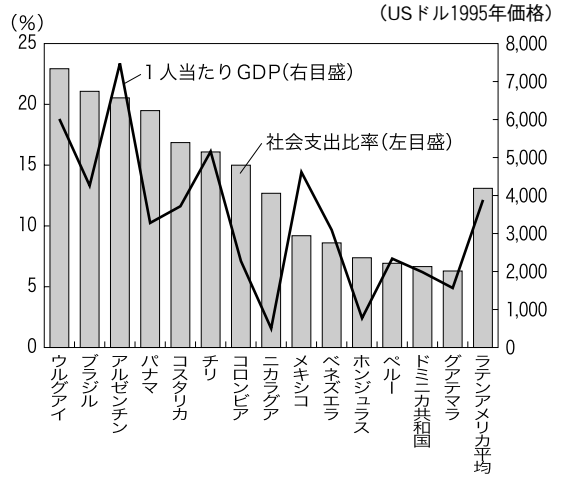


(出所) 1970～89：Instituto Nacional de Solidaridad, *Gráficas de política social*, México, D.F., 1996, p.44.  
 1990～2001年：Presidencia de la República, *2º informe del gobierno de Vicente Fox*. (<http://informe.presidencia.gob.mx/Informes/2002Fox2/website/cfm/index.cfm>——2002年9月10日)をもとに筆者作成。

とに加え、国家がスリム化したことによって生じた財政的余裕の一部が社会支出に充てられていったことが反映したものと考えられる。

しかしながら図2が示すとおり、メキシコは域内諸国の中で比較的高い経済発展水準にありながらその社会支出水準は低位に位置づけられている。その主な要因としては、この国が慢性的に抱えている社会保障制度の二重構造の問題と、貧困層に対する社会サービスの給付水準の低さが考えられ

図2 公的社会支出の対GDP比 (1998～99年) と 1人当たりGDP (1999年)



(出所) 1人当たりGDP：CEPAL, *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe=Statistical yearbook for Latin America and the Caribbean*, Santiago de Chile, 2001, p.201.

公的社会支出の対GDP比：CEPAL, *Panorama social de América Latina*, Santiago de Chile, 2001, p.24より筆者作成。

る。それではこの問題に留意しながら、まずセディジョ政権期に社会保障政策がどのような形で実施されていたのか概観してみよう。

## II セディジョ政権期の社会保障政策の実施体制

メキシコの社会保険制度は民間被用者を対象としたメキシコ社会保険公社 (Instituto Mexicano de Seguro Social: IMSS), 連邦政府職員を対象とする国家公務員社会保険公社 (Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado: ISSSTE) や石油公団 (Petróleo Mexicano: PEMEX), 軍関係者などを対象とした社会保険制度などが職域分立的に存在する。この中で最大の加入者を持つのがIMSSの社会保険制度で全公的社会保険制

メキシコ：セディジョ政権下の  
社会保障制度改革と今後

度加入者の約8割を占めている。しかし2000年センサスによると、メキシコで社会保険による医療サービスを受けているのは国民の約40.1%にすぎず、約57.8%が社会医療保険に未加入と回答している<sup>(1)</sup>。未加入者の中には民間の医療保険や医療サービスを利用する富裕層や中間層も含まれるが、その大部分は農村部や都市インフォーマルセクターの貧困層によって占められていると推察される。

それでは社会保障政策の重要な柱のひとつである公的医療サービスについて、社会保険の加入者と未加入者である貧困層がそれぞれどのようなサービスを受けているのか比較してみよう。まず社会保険医療の場合であるが、各社会保険公社が独自の医療施設を持ち、医療保険の加入者は疾患の際、帰属する社会保険制度の医療施設で診断、治療、外科手術、入院、医薬品等の給付を原則として無料で受けることができる。また被保険者が疾患により一時的に働くことが不可能になった場合や出産時には補助金が支給される。ちなみに職域分立化している社会保険制度の間には、給付水準や条件に少なからぬ格差が存在しており、それがメキシコの公的社会保険制度の一本化を阻む要因となっている<sup>(2)</sup>。

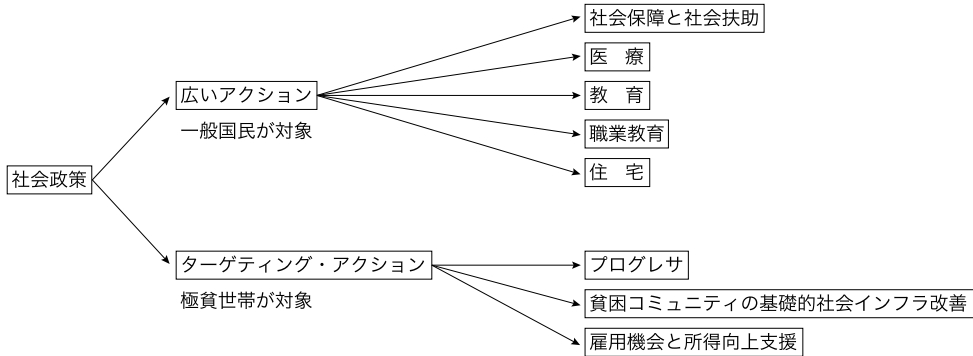
メキシコではこの公的医療保険制度と医療扶助制度をあわせた公的医療サービスを国民医療制度(Sistema Nacional de Salud)と称し、すべての国民が公的医療サービスにアクセスできるようにすることが目指されている。都市の貧困地域および貧しい農村部の住民は原則としてその居住区や近隣地区に設置されている厚生省(Secretaría de Salud)やIMSS-SOLIDARIDAD(IMSSの農村部を対象とした医療扶助サービスの名称)の医療出張所や州立病院で基礎医療パッケージ(Paquete básico del servicio de salud)に定められている基礎的な診療、

表2 国民医療システムの州別基礎指標(1999年)

州	1人当たりの公的医療支出*	1,000人当たりの医師数	1,000人当たりの看護婦数
全国平均	1,214.8	11.7	18.8
Aguascalientes	1,321.0	15.4	21.8
Baja California	1,302.7	11.4	18.0
Baja California Sur	2,299.2	22.7	35.1
Campeche	1,386.6	15.7	20.6
Coahuila	1,443.7	13.5	25.9
Colima	1,579.7	15.8	23.7
Chiapas	604.5	8.8	11.5
Chihuahua	1,201.0	10.3	17.7
Distrito Federal	4,314.2	25.7	46.5
Durango	1,123.4	13.0	20.7
Guanajuato	692.2	8.1	12.3
Guerrero	685.8	9.7	13.8
Hidalgo	793.6	0.0	14.6
Jalisco	1,002.7	11.4	19.0
México	611.5	7.5	11.2
Michoacán	622.9	8.9	11.6
Morelos	979.6	10.6	17.0
Nayarit	1,125.8	13.3	20.6
Nuevo León	1,465.3	12.3	24.3
Oaxaca	608.2	8.6	12.3
Puebla	664.0	8.2	13.1
Querétaro	928.8	11.9	17.4
Quintana Roo	1,392.7	13.0	19.9
San Luis Potosí	803.9	9.2	15.0
Sinaloa	1,069.0	11.6	19.7
Sonora	1,299.9	13.7	23.2
Tabasco	1,020.2	15.2	20.8
Tamaulipas	1,240.2	13.5	21.6
Tlaxcala	790.7	9.5	13.6
Veracruz	882.7	10.1	14.2
Yucatán	1,290.0	12.9	20.4
Zacatecas	759.3	9.7	13.8

(注) \*厚生省、IMSS-Solidaridad、IMSS、ISSSTE、PE MEXの実行予算の総額(メキシコ・ペソ実勢価格)。(出所) Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006: la democratización de la salud de México: hacia un sistema universal de salud, México, 2001, p.187より作成。

図3 セディジョ政権の社会政策の構成



(出所) Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, México: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1995, p.19より作成。

医薬品および予防接種などの医療サービスを無料で受給できている。しかし現実には、全国1万8220の農村に居住する12万7048戸の極貧世帯が、その地理的制約からサービスをまったく受けられない状態にあることが報告されている<sup>(3)</sup>。

この医療扶助サービスと専門医療を中心とする社会保険医療との間には大きな格差が存在しており、例えば1人当たりの医療費の全国平均が年間

180ドルから225ドルであるのに対し、医療扶助サービスを受けている貧困層の医療費の平均は年間19ドルから28ドルにすぎない<sup>(4)</sup>。また表2が示すとおり、州によって医療サービスや支出に大きな格差が存在しているのが現状である。この一連の事実から、メキシコの社会保障制度が深刻な階層間格差と地域間格差の問題を抱えていることがわかる。

次にセディジョ政権時代の社会政策の実施体制を概観してみよう。図3のとおり、一般国民を対象とする普遍的な社会政策と貧困層を対象とした貧困撲滅政策が分立的に実施されている。セディジョ政権の貧困撲滅政策は極貧層にターゲティングされ、農村部極貧世帯に対して基礎的社会サービスを実施するプログレサ<sup>(5)</sup> (Programa de Educación, Salud y Alimentación: 1997~2001年)、1996年から97年にかけて地方分権化された貧困コミュニティの基礎的社会インフラ整備、および極貧層の雇用機会拡大と所得向上支援の3事業で構成されていた。貧困撲滅政策の実施には、1992年に設立された社会開発省 (Secretaría de Desarrollo

表3 メキシコの公的社会支出の内訳 (1996~2001年) (%)

年	教育	医療	社会保険・労働	食糧援助・社会扶助	地域・都市開発
1996	44.5	24.7	15.8	4.8	10.3
1997	41.5	25.8	19.8	3.3	9.6
1998	42.7	25.4	18.6	2.8	10.4
1999	40.6	25.5	22.5	2.3	9.4
2000	39.9	23.6	24.2	2.1	10.2
2001	40.5	23.3	22.6	2.3	11.3

(出所) Presidencia de la República, 2<sup>o</sup> informe del gobierno de Vicente Fox. (<http://informe.presidencia.gob.mx/Informes/2002Fox2/website/cfm/index.cfm>—2002年9月10日)をもとに筆者作成。

## メキシコ：セディジョ政権下の 社会保障制度改革と今後

Social: SEDESOL)を中心に、IMSS, 厚生省, 国立先住民関係庁 (Instituto Nacional Indigenista: INI), 家族総合開発国家計画 (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia: DIF), 国立教育促進審議会 (Consejo Nacional de Fomento Educativo: CONAFE) などの機関があたっている。

表3はメキシコの社会支出の内訳を示しているが、メキシコの社会支出は教育が最も多く、これに医療と社会保険・労働関係の支出が続く、貧困層を対象とした食糧援助・社会扶助が占める割合は全体の2%台から4%台となっている。一方、これとは別にフォックス政権は第二回大統領教書の中で貧困撲滅政策関連の総支出が社会支出全体に占める割合の推移を明らかにしており、それによると1995年11.6%, 2000年10.3%, 2002年12.1%であった<sup>(6)</sup>。近年メキシコ政府は貧困問題を重視し始め、特にセディジョ政権からフォックス政権にかけて貧困撲滅関係の予算が顕著に引き上げられているが、この国の高い貧困人口比率と社会サービスの格差を考えると、貧困層に対する社会支出はまだ低い水準にあるといえよう。

### III セディジョ政権下の社会保障制度改革

冒頭で述べたとおり、メキシコではセディジョ政権期に社会保障制度改革が急速に進められた。この改革は1994年12月の金融危機後、同政権により経済安定化を最優先する政策が取られたことによっていったんは引き締められた社会支出が、経済が回復基調となった96年以降再び漸進的に拡大されてゆくなかで実施されたものであった。

一方、政治的には大統領候補ルイス・コロシオの暗殺をはじめとする一連の政治的不祥事と金融危機により、サリナス政権 (1989~94年) に対する国民の信頼が完全に失墜するとともに、制度的

革命党 (Partido Revolucionario Institucional: PRI) 内で分裂が起き、従来の強い大統領権力に基づいたPRI政権の権威主義的な体制が衰退してゆくなかで実施されたものであった。

改革が進展したもう一つの要因としては、セディジョ政権におけるテクノクラート官僚の影響力の拡大が指摘できる。ネオリベラルな経済思想を持つ優秀なテクノクラートたちは、欧米の有名大学の博士号取得者で政策立案能力にたけ、世界銀行などの国際機関に強いパイプをもっており、セディジョ大統領自身がこうしたテクノクラートのひとりであった。同大統領の支持を得たテクノクラートたちは、IMSS年金改革、社会政策の地方分権化、世銀型貧困撲滅モデルの導入と、世界銀行が提唱する構造調整の第二世代改革を推進していったのであった。それでは次にこの三つの社会保障制度改革の具体的な内容について検討を進めていこう。

#### 1. IMSS年金改革と家族健康保険

1994年末の金融危機とともに発足したセディジョ政権は、1年に満たないうちに社会保険法を改正 (1995年12月) し、97年7月よりIMSS社会保険制度改革を実施した<sup>(7)</sup>。改革ではまず業務部門を(1)労災保険、(2)医療保険、(3)障害・生命保険、(4)退職・高齢失業・老齢保険、(5)保育所・社会給付の五つに細分化した上で各部門を独立会計化し、保険料の使途が明確化された。その中で障害・老齢・高齢失業・死亡保険は、従来どおり賦課方式で運営される障害・生命保険と、完全積立方式に基づく退職・高齢失業・老齢保険とに分割され、これにより年金部門が賦課方式から個人積立金方式へと転換された。全加入者はAfore (Administradora de Fondos para el Retiro) と呼ばれる13の年金基金運営会社から1社を選択し、年金積み立てのための

個人口座を開設する。Aforeに集められた積立金はSieforeと呼ばれる積立金の運用を専門とする別会社、年金基金専門投資会社(Sociedad de Inversión Especializada de Fondos para el Retiro)によって運営されることが決定され、1999年までにIMSSの被保険者の年金がこの民間積立方式へ完全移行された。

この改革の背景には、第一にメキシコの急速な人口構造の変化により労働人口の高齢化にともなう将来的な年金財政の逼迫が予測されたこと、第二に2度にわたる経済危機(1982年と94年)と高インフレ、経済のインフォーマル化の拡大<sup>(8)</sup>と保険料不払い者の増加によって悪化したIMSS社会保険財政の立て直しを図る必要があったこと、第三に1994年末の金融危機とともに発足したセディジョ政権が外国投資や外国貯蓄に依存しすぎる経済体質を改善するため、国内貯蓄の拡大と金融市場の発展を重視していたことがあった<sup>(9)</sup>。

換言すれば国家の経済・金融戦略の一環としての性格が強く、社会保障サービスの拡充という動機は弱かったといえよう。例えば、今回の改革で医療保険部門の財政はかえって逼迫する結果となり、セディジョ政権時代にIMSS医療サービスや病院施設などの医療インフラの改善はほとんど手つかずの状態で行われている。その主な原因のひとつには、今回の改革で各保険部門が独立採算制となったために、慢性的な赤字を抱えてきた医療保険部門が他部門からの流用の道を断たれ財源を失ったことがあった<sup>(10)</sup>。

一方、今回の社会保険制度改革で、任意加入の医療保険である家族健康保険(Seguro de Salud para la Familia)が新設され、それまでIMSSの社会保険制度に未加入であったインフォーマルセクターの労働者や自営業者およびその家族が補助金支給を除くIMSSの社会保険医療サービス<sup>(11)</sup>を受給

する道が開かれた。ちなみにセディジョ政権は1997年の制度改革で連邦政府の財政負担を全般的に拡大したことと、この任意加入の家族健康保険の新設によって、都市部の社会保障サービスの拡充をはかったという見解を持っていた<sup>(12)</sup>。しかし実際には、公的医療保険の未加入者が全人口の57.8%という2000年センサスの結果をみても明らかかなように、この新保険の普及は期待どおりに進まなかった。ギハコによれば、その一番の原因は加入者の拠出が一律公定最低賃金の22.4%と高い設定となっていることにあり、これでは病気がちな家族を持ち、拠出金よりも医療費がかさむことが予想される世帯の加入は期待できるが、家族が健康で医療費がそれほどかからないと考える世帯の自発的な加入は見込めない<sup>(13)</sup>。またIMSSがこの新制度の普及活動を積極的に行なわなかったことも、加入が進まなかったもうひとつの原因であった<sup>(14)</sup>。

IMSSの社会保険制度の根幹は、依然として民間被用者を対象とした強制加入の社会保険にあり、そのカバー率の拡大は経済成長による労働者の雇用創出にかかっていると見てよい。しかし、経済のインフォーマル化や労働市場の柔軟化によって雇用条件の不安定化が進行しているのに加え、近年の製造業の不振により、カバー率の伸び悩みが続いている。

## 2. 新しい連邦主義と地方分権化

セディジョ政権は、1996年から97年にかけて、貧困地域の基礎的社会インフラ整備事業と医療扶助サービスの地方分権化を同時並行的に実施した。この二つの社会政策の地方分権化は、いずれも新しい連邦主義(Nuevo federalismo)の名のもとに進められた国家財政の地方分権化の一環として実施されたものであった。

## メキシコ：セディジョ政権下の 社会保障制度改革と今後

ところでセディジョ政権初期、政権内の内部分裂が進むなかで、新しい社会政策の方向性をめぐりテクノクラート・グループと社会改良派(reformistas sociales)と呼ばれるグループとの間で激しい対立があった。テクノクラート・グループは、世銀型の新しい貧困撲滅プログラムを発足させること、および前サリナス政権の貧困撲滅プログラム国民連帯計画(Programa Nacional de Solidaridad: PRONASOL)の連邦政府予算の3分の2を州政府に直接配分したうえで、貧困地域の基礎的社会インフラ整備事業の運営・実施を市町村自治体へ地方分権化することを主張しており、このグループの先鋒には当時の大蔵省歳出局長官サンチアゴ・レヴィやセディジョ大統領のチーフアドバイザーでサリナス政権期に農林省官僚として農業近代化政策を推進したルイス・テジェスらがいた。一方社会改良派の中心は、前サリナス大統領の右腕としてPRONASOLを指揮し、当時社会開発大臣に就任していたカルロス・ロハラで、PRONASOLの発展的な継続を主張していた<sup>(15)</sup>。

結局この内部対立はテクノクラートたちの勝利に終わり、地方分権化は1996年から97年にかけて実行され<sup>(16)</sup>、PRONASOLは一部の生産支援関係のサブプログラムを残して事実上廃止された。貧困撲滅政策の資源配分はPRI政権の歴代大統領によって大衆層の支持獲得のための政治的資源として利用されてきたという経緯を持つ。この地方分権化は強い大統領権力を求心力としたPRI体制の衰退と内部分裂後の世銀派テクノクラートの勢力拡大によって可能となったものといえよう。トレホとジョーンズは、この二つの政治的要因に加え、1980年以降進展してきた地方政治における野党勢力の拡大が社会福祉政策の地方分権化を促す外的圧力となったと指摘している<sup>(17)</sup>。

1998年に政府は社会インフラ整備市町村基金

(Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social Municipal, RAMO33)という予算枠を新設し、貧困インデックスや社会指標にある程度基づいた予算配分方式で、貧困地域のインフラ整備事業費が各市町村自治体に直接配分される制度を確立した。これにより貧困撲滅政策における資源配分の客観性と透明性が高められたことは評価すべきことであろう。しかしRAMO33を通じて行なわれる資源配分は、貧しい市町村の慢性的な財源不足問題を解決するには十分とはいえず、また市町村自治体の行政能力不足など新たな問題も指摘されている<sup>(18)</sup>。

一方医療扶助サービスの地方分権化は、デ・ラ・マドリ政権によって1985年に開始されメキシコ全32州のうち14州で実現されたが、それ以降中断していたという経緯を持つ。セディジョ政権はそれから10年後の1995年に総合医療法を改正し、96年8月、連邦政府、州政府および厚生省の職員組合の間で協定が締結された。この協定でそれまで厚生省に属していた病院は州立となり、医療サービスの予算<sup>(19)</sup>と人員がメキシコ全32州の州政府の管轄下に置かれることが決定し、州政府を中心とした医療扶助サービスの新しい実施体制が敷かれた。しかしすでに言及したとおり、この地方分権化によって貧困州の医療サービスが改善されているとはいい難く、医療の地域間格差は依然として解消されていないのが実情である(表2参照)。社会福祉行政の地方分権化が貧困層に対するサービスの実質的な改善に結びついてゆくためには、まだ多くの課題が残されているといえよう。

### 3. 「教育・保健・食糧計画」(Programa de Educación, Salud y Alimentación: Progresá)

セディジョ政権の社会保障改革のもうひとつの柱は貧困政策の極貧層へのターゲティングにあっ

た。政府は1997年に「貧困撲滅のためのプログラム 1995-2000」(Programa para Superar la Pobreza 1995-2000)を公表し、そこで一般補助金を削減するかわりに、その資金を農村部極貧層に対する直接的な支援にあてるという新しい指針を打ち出した。一方これに対し、極貧とみなされない貧困層に対する社会サービスは社会保険制度、教育、住宅政策、職業訓練などの一般的な社会政策で対応してゆくことを明らかにした<sup>(20)</sup>(図3参照)。

セディジョ政権の新しい貧困撲滅政策を立案したのは先述のレビであり、新指針の主旨はレビが自著の「メキシコの貧困」(La pobreza en México)という論文の中で述べている主張と完全に符号している。レビによれば貧困層の中でも緩やかな貧困層の問題は、経済発展と農業の近代化によって解決できる相対的なものにすぎず、これに対し極貧層とは絶対的貧困状況にあって公的な援助なしに自力で貧困状態から脱出できない人々であり、彼らこそが公的アクションの対象となるべきものである。またレビはメキシコの極貧層の約67%<sup>(21)</sup>が農村部に居住していると推計し、それを貧困撲滅政策の農村部極貧層へのターゲティングの根拠としてあげている。さらに農村部極貧層の中心の問題は栄養不良、低い就学率および多産にあり、これらの問題の悪循環が貧困の再生産を生んでいると述べ、農村部極貧層の人的資源への投資を中長期的視野にたって実施することの重要性を説いている<sup>(22)</sup>。Progresaではこの人的資源への投資が新しいアプローチとしてクローズ・アップされた。ちなみにこのアプローチが採用されたもうひとつの背景には、1990年代後半よりアマルティア・センの「潜在能力(capabilities)アプローチ」が人間開発理論として国際的に脚光を浴びていたことがある。

レビのチームは、Progresa導入にむけて世界銀

行のテクニカル・アシスタント・チームとの勉強会や、チリのターゲティング・プログラムをはじめとするラテンアメリカ諸国の貧困撲滅プログラムのケース・スタディを重ねていた<sup>(23)</sup>。それではセディジョ政権時代、このプログラムを通じて人的資源への投資がどのように実施されたのか概観してみよう。

#### (1) 支援の概要

Progresaは、農村部極貧世帯への教育、医療、栄養の三分野における基礎的社会サービスを供与することで中長期的な人的資源への投資を実施することを目的としたプログラムであった。したがって従来のメキシコの貧困撲滅プログラムの中心的事業であった貧困地域の基礎的社会インフラ整備や貧困層の小規模生産融資などの事業はProgresaとは別に分立的に実施されていた(図3参照)。

具体的には教育分野では小学校3年生から中学校3年までの子供に対し奨学金を交付し、極貧層の子供の就学を支援すること、医療分野では近隣の医療出張所における極貧世帯の子供の定期検診や予防接種を義務化することにより、極貧層の子供の健康状態を改善すること、栄養分野では子供と妊娠中または授乳期の女性に栄養補給剤を定期的に配布し、栄養状態を改善することや、食費補助を目的とした被援助世帯への直接的資金供与により、栄養摂取に最低限必要な食料の購入を保障することなどが実施された<sup>(24)</sup>。

#### (2) Progresaの成果と問題点

以上のようにProgresaでは、農村部極貧世帯に対する基礎的社会サービスの普及と実質的供与に重点が置かれた。具体的な成果としてはProgresaの実施により被援助世帯の子供の就学率が0.7年伸び、罹患率が12%減少し、また12カ月から36カ月の幼児の成長に顕著な改善がみられたことなど



表4 Oportunidades (Progresa) の内訳と推移 (1997～2002年)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
予 算 (100万ペソ)	465.8	3,398.6	6,890.1	9,586.9	12,393.8	18,415.5
被援助世帯数 (1,000世帯)	300.7	1,595.6	2,306.3	2,476.4	3,237.7	4,240.0
農 村 部	300.7	1,595.6	2,306.3	2,129.8	2,524.5	2,976.0
準 都 市 部				341.6	599.4	776.5
都 市 部				5.0	113.8	487.5

(注) 2002年は推定値。

(出所) 表3と同じ。

が報告されている<sup>(25)</sup>。また表4のとおり、現在のフォックス政権ではサービスの対象がさらに都市部や準都市部の極貧世帯まで拡張されており、セディジョ政権からフォックス政権にかけて極貧層への基礎的社会サービスの供与は着実に進んでいるといえよう。

しかしながら筆者は、その一方でこのプログラムは次のような問題を孕んでいると考える。

第一にProgresaはターゲティングによるミーンズテスト<sup>(26)</sup>型の社会扶助サービスであり、一般国民対象の社会保険制度とは分立的な実施体制にあることから社会保障制度の普遍化を促すというよりも二重構造を強化してゆくという性格を持っている。ターゲティング・プログラムの最大の問題点は、対象となる被援助世帯の基準が行政側の都合で決定され、貧困世帯の社会権に基づいた普遍的な選定方式になっていないことにある。さらに付け加えるならばProgresaでは、被援助者がプログラムで課せられている一定の義務を怠った場合、制裁措置として援助が一時中止される<sup>(27)</sup>。エスピノーサ＝アンデルセンはミーンズテストの社会扶助は階層化を目指したものであり受給者に制裁を加えスティグマ化することで、社会的な二重構造を拡大すると述べている<sup>(28)</sup>が、Progresaはこの種の社会扶助プログラムの典型といえよう。

第二にテクニカルなターゲティング方式によ

て厳密な選別化<sup>(29)</sup>を行ない、各世帯への直接的な資金移転<sup>(30)</sup>によって個別化した支援をおこなうこのプログラムは、同じ貧困コミュニティの住人を援助の対象世帯と非対象世帯に分断し、支援による新たな格差を生んでしまうという問題点を持つ。これについてはすでに具体的な事例がいくつも報告されている。

第三にセディジョ政権では、極貧とはいえないいわば緩やかな貧困層に対する社会サービスの拡充は、社会保険制度や国民全体に向けた社会サービスの範疇で実施するという新指針が打ち出された。しかしながらすでに言及したとおり、実際には都市部においても貧困層の社会保険制度への加入は進まず、彼らは社会保険制度と貧困撲滅政策の両方から疎外されることになった。つまりこの社会保障政策の実施体制には、緩やかな貧困層に対する社会サービスの給付が薄くなってしまいう問題点がある。

第四にProgresaの人的資源への投資によってせっかく農村部極貧層の若者の「雇用可能性」(employability)が拡大しても、農産物貿易の自由化の加速的進展により貧困農村の将来は暗く、今年になって事態は農民組織が北米自由貿易協定の農産物部門の見直し案をフォックス政権につきつけるというところまで進展している。他方都市部をみれば、インフォーマルセクターの拡大や労働者

の雇用条件の不安定化が進行している。また世界銀行は構造調整の第二世代改革のなかで国家の制度改革を重視しているが、貧困層や先住民に対する差別が根強く、階層分離が進んでいるメキシコ社会の現状が改善されなければ、人的資源の投資によって「可能性を再配分」され「潜在能力」を高めた貧困層の若者が公正な自由競争に参加するという構想は机上の空論に終わってしまいかねない。

### むすびにかえて

1997年は社会政策の地方分権化、IMSS年金改革、そして世銀型の新しい貧困撲滅プログラムProgresaの導入と、メキシコの社会保障制度改革の新たなレールが敷かれた年となり、この一連の改革によりメキシコの社会保障制度は自由主義的な性格を強めた。なかでも一番大きな変化はIMSS年金制度が民間積立方式となり年金勘定が個人化したことで、これにより労働人口が年金生活者を支えるという連帯主義に基づいた従来の社会保障制度が過去のものになった。この社会保障制度の転換とProgresaによる貧困撲滅政策の選別化および個別化の進展は偶然の一致でなく、双方の根本にはネオリベラルな経済発展戦略に対応した自由主義的な福祉国家思想があり、市場原理に基づく経済モデルとの整合性を高めようという政府の意図があったと考える。この一連の改革によって極貧層に対する基礎的社会サービスの実質的供与が進み、制度の透明性や効率性が高められるなど改善された面も多い。しかしそれは最初から社会保障政策の経済的・社会的格差を前提としたプラグマティックな改革であったといえよう。

筆者はこの自由主義的な福祉国家思想は現フォックス政権にも受継がれていると考えている。周

知のようにフォックスの属する国民行動党(Partido de Acción Nacional: PAN)は71年間続いたPRI一党支配体制を終結させ、2000年12月に政権の座に就いた。しかしいざ蓋を開けてみると、これまで打ち出されてきた政策の大半が前PRI政権時代のもの高い近似性を持つ結果となっている。またフォックス政権にはPRI政権時代の官僚も数多く登用されており、社会保障行政部門もその例外ではない。本稿で触れたとおり、現在のIMSS長官サンチアゴ・レビは、セディジョ政権時代に貧困撲滅政策の新指針を立案した人物であり、厚生大臣フリオ・フレンクは、年金貯蓄制度委員会(Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro: CONSAR)委員長としてIMSS年金改革で配を振るったソリス・ソベロンの側近で、ミゲル・デ・ラ・マドリ政権(1983~88年)時代より常に社会保障テクノクラートとして名を連ねてきた人物である。またフレンクはフォックス大統領就任当初に議論を呼んだ医薬品への付加価値税(IVA)導入を支持した大臣としても知られ<sup>31)</sup>、その事実からも彼が市場親和的な社会保障制度改革の推進論者であることは明らかであろう。

ところでフォックス政権の最初の一年は、セディジョ政権時代の社会保障政策の継続的实施で終始した感があるが、2002年以降ようやく新しい改革の動きも見え始めている。例えば2002年に厚生省のイニシアチブにより大衆健康保険(Seguro Popular de Salud)という新たな任意加入の保険が発足している。この制度の目的は社会保険に未加入の貧困層に対して新たな財政的支援を行なうことで、貧困層が受給できる医療サービスの質の向上をはかることにある。具体的には貧困層が州立病院などでより専門的治療を受ける際に必要となる出費や医薬品の支給が、この健康保険によってまかなわれることになる。この新保険はセディジョ

## メキシコ：セディジョ政権下の 社会保障制度改革と今後

ヨ政権時代に導入されたものの普及が進まなかったIMSS家族健康保険の改良版とも解釈でき、家族健康保険で一律であった加入者の拠出金が大衆健康保険では所得水準に応じた段階的な設定となり、拠出額も補助金により低く抑えられている。フォックス政権はこの保険をメキシコの都市部と準都市部に広く普及させてゆく構想を持っており、現在カンペチェ、タバスコ、ハリスコ、コリマ、アグアスカリエンテスの5州で試行段階にある。

フォックス政権は国家開発計画(2001~06年)のなかで、2025年までに雇用条件や拠出金の支払い能力に関係なくすべてのメキシコ国民が社会保険に加入でき、自助努力によって満足できる生活水準に到達できる社会の実現を謳っている<sup>(32)</sup>。しかし依然として分立化かつ階層化したままの社会保障制度を温存したまま、改良主義的な改革を推進してゆくだけでその達成は困難と考える。

### 注

- (1) 社会保険制度への未加入人口比約57.8%という数字は、INEGI, *Tabulados Básicos, Estados Unidos Mexicanos, Tomo II. XII Censo General de Población y Vivienda 2000*, Aguascalientes: INEGI, 2001, p.653. にもとづいたものである。一方メキシコの他の統計資料では、未加入人口比率は43%前後と報告されている場合が多い。ふたつの数字の乖離から、社会保険制度の加入者の中に実際には保険料を支払っていないため社会保険医療サービスを受給できない層がかなりの割合で存在することが推察される。
- (2) 厚生省の発表によれば、職域分立化している社会保険制度の間には、給付水準や条件に少なからぬ格差が存在している。例えば1人当たりの医療支出が最も高いのはPEMEXで、IMSSの2倍を上回っている。Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006: la democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de*

*salud*, México, Secretaría de Salud, 2001, pp.62-63.

- (3) Secretaría de Desarrollo Social(<http://www.sedesol.gob.mx>——2000年12月10日)。
- (4) James Cercone and Jean-Jacques de St. Antoine, “Reform of the Mexican Healthcare System,” in Marcelo M. Guigale, Olivier Lafourcade and Vinh H. Nguyen (eds.), *Mexico: a Comprehensive Development Agenda for the New Era*, Washington D.C.: World Bank, 2001, 414p.
- (5) Progresiaはフォックス政権下でも継続的に実施されており、2002年よりPrograma de Desarrollo Humano: Oportunidadesと名称が変更された。
- (6) Presidencia de la República, *2º informe del gobierno de Vicente Fox*. (<http://informe.presidencia.gob.mx/Informes/2002Fox2/website/cfm/index.cfm>——2002年9月10日)。
- (7) IMSS社会保険制度改革は、野党や一部の労働組合や研究者など、多方面から反対された改革であった。それにもかかわらず、セディジョ政権が高スピードで法案を可決できた理由としては、第一に反対派が抵抗勢力として結集できなかったこと、第二に1995年当時はまだ連邦政府議会の上下院ともにPRI議員が過半数を占めていたため、法案通過が比較的容易であったことが指摘できる。IMSS改革の詳しい経緯や内容については、谷洋之「メキシコ社会保険公社(IMSS)改革——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論序説』アジア経済研究所2001年)181~208ページを参照されたい。
- (8) ILOの試算によると都市部インフォーマル・セクター就業者の割合は、1980年には24.7%であったが、85年には39.9%、95年には48%に上昇しており、15年間で倍近く拡大している。Enrique Hernández Laos “Crecimiento económico, distribución del ingreso y pobreza en México,” *Comercio exterior*, Vol.50, No.10, 2000, p.865.
- (9) Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, México: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1995.
- (10) Guillermo Trejo and Claudio Jones, “Political Dilemmas of Welfare Reform: Poverty and In-

- quity in Mexico,” in Susan Kaufman Purcell and Luis Rubio, *Mexico under Zedillo*, Boulder: Lynne Rienner Pub., 1998, p.84.
- (11) IMSSの強制加入の医療保険では被保険者が疾患により一時的に働くことが不可能になった場合や出産時には補助金が支給されるが、家族健康保険ではこのような補助金の給付は行なわれない。
- (12) 大蔵省歳出局行政官デボラ・サラ氏への筆者のインタビューによる(2000年3月1日メキシコ・シティ、大蔵省にて)。当時デボラ氏は大蔵省歳出局で、社会政策の立案や社会開発プログラム関係の連邦政府予算編成の仕事に携わっていた。
- (13) 医療経済の研究者であるマイテ・ギハロへの筆者のインタビューによる(2002年1月18日メキシコ・シティ、Centro de Investigación y Docencia Económicas: CIDEにて)。
- (14) Enrique Dávila y Maite Guijarro, *Evolución y reforma del sistema de salud en México* (Proyecto CEPAL/GTZ Reforma de los sistemas de salud en América Latina), Santiago de Chile: CEPAL, 2000, p.37.
- (15) Gabriel Torres, “La redefinición de la política social: entre la política de Estado y la política desde la sociedad,” en Enrique Valencia Lomelí, *¿Devaluación de la política social?*, Guadalajara, Red Observatorio Social, 1996, pp.70-73, および Enrique Valencia Lomelí y Rodolfo Aguirre Rives, “Discursos, acciones y controversias de la política gubernamental frente a la pobreza,” en Rigoberto Gallardo y Joaquín Osorio (coords.), *Los rostros de la pobreza: el debate*, Tomo I, Guadalajara: ITESO-Universidad Iberoamericana, 1998, pp.82-85による。
- (16) BANAMEX, *México social 1996-1998*, México: BANAMEX, 1998, p.484.
- (17) Guillermo Trejo and Claudio Jones, “Political Dilemmas of Welfare Reform: Poverty and Inequity in Mexico,” in Susan Kaufman Purcell and Luis Rubio, *Mexico under Zedillo*, Boulder: Lynne Rienner Pub., 1998, p.76.
- (18) サリナス政権期にPRONASOLのハリスコ支部長を務めたホルヘ・デ・ソジャーノは「市長は3年ごとに改選され、市町村自治体の人事もそのたびに大幅に変わるため、資金運用や援助政策の立案・実施などの行政能力が不十分である場合が多い。また市長個人の業績誇示のためにインフラ整備事業が利用される事例も散見される」と述べ、RAMO33による貧困地域の社会インフラ整備事業の地方分権化が必ずしも順調に進んでいない実態を指摘している(筆者によるインタビュー: 2000年5月6日、ハリスコ州グアダハラ市)。
- (19) 1997年に医療サービス基金(Fondo de Aportaciones para los Servicios)という連邦政府予算枠が新たにつくられ、各州の医療施設規模・医療サービス人員数、死亡率、罹患者率、各地域の周縁化度、社会保険への未加入人口などの社会指標をもとに医療サービス予算が各州政府に直接配分される制度が定められた。
- (20) Poder Ejecutivo Federal, *Programa para Superar la Pobreza 1995-2000*, México: Poder Ejecutivo Federal, 1997.
- (21) この推計は1984年の全国家計調査(Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares)のデータに基づくものである。
- (22) Santiago Levy, “La pobreza en México,” en Félix Vélez, *La pobreza en México: causas y políticas para combatirla*, México: ITAM-FCE, 1994, pp.15-112.
- (23) 前出の大蔵省歳出局行政官デボラ・サラ氏への筆者のインタビューによる(2000年3月1日メキシコ・シティ大蔵省にて)。
- (24) メキシコ社会開発庁 (<http://www.sedesol.gob.mx>—2000年12月10日)。
- (25) 同上。
- (26) ミーンズテストとは所得や資産調査による受給者の限定を意味する。
- (27) 例えばProgresaの奨学金を受けている子供の学校での出席日数が足りない場合や、医療出張所で行なわれる定期検診の受診回数が規定に満たない場合などには、制裁措置として支援が一時的に停止される。
- (28) イエスタ・エスピノーザ＝アンデルセン(岡沢憲英・宮本太郎監訳)『福祉資本主義三つの世界』

メキシコ：セディジョ政権下の  
社会保障制度改革と今後

ミネルパ書房 2001年 21～25ページ。(Gøsta Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press, 1990)

- ㉑ Progresaのターゲティングでは、①国家人口委員会が1990年国勢調査を含む3種類の統計に共通する七つの指標をもとに算出したメキシコ全地域の周縁化インデックスの中で、「周縁化度がとても高い」、あるいは「高い」コミュニティを抽出したあと、②抽出されたコミュニティの全世帯に対し世帯別家計調査(Encuestas de Características Socioeconómicas de los Hogares: EN-CASEN)を実施し、そこから得た社会経済データに基づいて援助の対象となる極貧世帯を抽出するという2段階の選定方式を採用していた。
- ㉒ Progresaでは奨学金や食費などが直接被援助世帯へ所得移転される方式が採択されたことで、援助がより個別化した形で実施されるようになった。このターゲティングによる被援助世帯への

直接的な所得移転は、①極貧層に直接所得移転が行なわれるため所得の再配分効果が高い、②市場の自由な価格競争を疎外しない、③費用対効果が高いなどの理由から世界銀行なども有効な貧困撲滅アプローチのひとつにあげている。

- ㉓) Jesusa Cervantes, “Julio Frenk : la OMS bien vale Comitán,” *Proceso*, No.1369, 2003, pp.26-42.
- ㉔) フォックス政権のセクター別国家開発計画である Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006: la democratización de la salud de México: hacia un sistema universal de salud*, México, 2001, および Secretaría de Desarrollo Social, *Programa Nacional de Desarrollo Social, 2001-2006: superación de la pobreza una tarea Contigo*, México, 2001による。

(むらい・ともこ/図書館)