

修士論文

ラテンアメリカにおける  
医療保険普及率格差の実証分析

2016年1月29日提出

神戸大学大学院  
国際協力研究科  
国際協力政策専攻

指導教員 高橋 百合子  
学籍番号 142I057I  
氏 名 和田 健太郎

## 論文要旨

本稿は「何がラテンアメリカにおける医療保険普及率格差を規定するか」というリサーチ・クエスチョンについて実証分析を試みる。政治学分野では社会保障支出に関する研究蓄積があるものの、それらは所得保障と医療保障を集約したデータを用いて規定要因を分析しており、それぞれの保障を規定する要因を明確に区別して特定するには至っていない。また、先行研究は「支出額」に着目するものが大半であり、「普及率」に関する研究は少ない。社会保障政策の効果を検証するためには、政策努力を表す「支出額」ではなく、政策効果を示す「普及率」の規定要因を分析することが重要である。このギャップを埋めるために本稿では、ラテンアメリカの社会保障制度の中でも医療保険制度の普及率格差に焦点を絞り、その規定要因を政治学的な視点から定量的に分析し、計量分析で明らかになった規定要因の因果メカニズムを事例分析で明らかにすることを試みる。本稿は医療保険普及率格差を規定する要因として、(1)経済発展、(2)民主主義、(3)左派政党、これら3つが重要であることを示す。

第1章では、ラテンアメリカの健康保健制度に着目し、一方で基礎医療サービスが全国民に普及してきたものの、他方で輸入代替工業化期にラテンアメリカの医療保険制度が階層的発展を遂げ、その階層的な制度発展はラテンアメリカの医療保険制度に重層的な格差構造を生み出したことを示す。そして、医療保険普及率格差の規定要因を分析する重要性を述べて締め括る。第2章では、経済的・政治的要因に関する先行研究を考察することを通して、医療保険普及率格差の規定要因に関する仮説を導く。そして、これらの仮説を実証的に検証する方法として、計量分析と事例分析を行うことを説明する。第3章では、計量分析のモデル設定を行った上で、線形回帰分析の分析結果の実質的な解釈を加えて仮説検証を行い、経済発展、民主主義、左派政党が、医療保険普及率格差を規定する重要な要因であることを示す。第4章では、コスタリカの事例分析を行い、計量分析で実証された諸仮説の因果メカニズムを確認する。具体的には、コスタリカの医療保険制度を3つの時期（創成期・発展期・転換期）に区分した上で、経済発展、民主主義、左派政党が、コスタリカにおける普遍主義的な医療保険制度の持続、即ち、低水準の医療保険普及率格差を説明することを論じる。

以上の分析によって、本稿はラテンアメリカの医療保険普及率格差の規定要因を政治学的に分析した先駆的な試みであり、医療保険普及率格差に関する研究の発展に貢献するものであると言える。

## 目次

序章 研究背景とリサーチ・クエスチョン	1
第1章 ラテンアメリカにおける医療保険の重層的格差構造	5
第1節 開発途上国における健康保健問題の重要性	5
第2節 ラテンアメリカにおける医療保険制度の階層的発展	8
第3節 基礎医療サービスの普及と医療保険普及率における格差	15
小括	19
第2章 医療保険普及率における重層的格差の分析枠組み	21
第1節 経済的要因に関する仮説	21
第2節 政治的要因に関する仮説	25
第3節 リサーチ・デザイン	28
小括	29
第3章 医療保険普及率格差の規定要因の計量分析	31
第1節 分析モデル	31
第2節 仮説検証	36
第3節 分析結果の考察	38
小括	40
第4章 コスタリカの事例分析	41
第1節 医療保険制度の創成期：独立から内戦	41
第2節 医療保険制度の発展期：内戦から新自由主義改革	44
第3節 医療保険制度の転換期：新自由主義改革から現在	47
小括	52
終章	53
参考文献	55

## 図表一覧

### 表

表 1-1	ラテンアメリカ16ヶ国における部門別医療保険普及率 . . . . .	17
表 1-2	ラテンアメリカ16ヶ国における所得階層別医療保険普及率 . . . . .	18
表 2-1	仮説の予測効果 . . . . .	30
表 3-1	大統領の党派性 . . . . .	33
表 3-2	説明変数間の相関係数 . . . . .	34
表 3-3	記述統計量 . . . . .	35
表 3-4	線形回帰分析の推定結果 . . . . .	37

### 図

図 1-1	ラテンアメリカと開発途上国における1,000人当たりの幼児死亡人数 . . . . .	6
図 1-2	ラテンアメリカと開発途上国における3種混合ワクチンの接種割合 . . . . .	7
図 1-3	部門別社会支出の推移 . . . . .	16
図 2-1	医療保険普及率と1人当たり国内総生産の関係性 . . . . .	22

## 序章 研究背景とリサーチ・クエスチョン

本稿は「何がラテンアメリカにおける医療保険普及率格差を規定するか」というリサーチ・クエスチョンについて実証分析を試みる。多数の民間人が犠牲となった第2次世界大戦以降、人々に最低限の生活水準を提供する社会保障制度の必要性が強く認識され始めた<sup>1</sup>。所得保障の役割を担う社会保障制度の整備は先進諸国で始まり、近年は経済成長を実現した開発途上国にも拡大し、所得保障が国民の権利として確立されつつある。社会保障制度は、社会保険 (social insurance) 制度と社会扶助制度 (social assistance) に大別される。まず、社会保険制度とは雇用者および被雇用者が支払う保険料を財源とする拠出型 (contributory) の制度であり、保険料を支払う人々だけが保障の対象となる。他方、社会扶助制度とは一般財源から成り立つ非拠出型 (non-contributory) の制度であり、あらゆる資産や能力、援助や給付を活用しても生活できない人々が扶助の対象となる (諒野・田中 2010: 229)<sup>2</sup>。そのため、社会扶助の給付には資力調査 (means test) が必須となっている。

現代の社会保障制度は医療分野にも拡大し、医療保障を担う制度は健康保健制度 (health care system) と呼ばれ、基礎医療サービス (basic health services) と医療保険 (health insurance) 制度の2つで構成される。まず、基礎医療サービスとは一般財源から成り立つ非拠出型の制度であり、発熱、風邪、頭痛などの病気に対する健康保健サービスである。そのため、基礎医療サービスは全国民に基礎的な医療サービスを安価で提供することを目的としている。他方、医療保険制度とは雇用者および被雇用者が支払う保険料を財源とする拠出型の制度であり、「同様な疾病リスクにさらされた多数の経済主体による、偶然な、しかし評価可能な金銭的入用の相互的充足」である (諒野 & 田中 2010: 218)。言い換えると、入院を伴う手術など高度な医療サービスを安価で受けられる制度である。

多くの先進国では国民に医療保険加入を義務付け、個々人の疾病リスクとは無関係に一定の保険料を徴収し、公共財として医療保障を実現する側面を持っている。例えば、日本の国民健康保険は保険料負担能力の低い低所得者や無職者に医療保障を提供

---

<sup>1</sup> 社会保障 (social security) は「失業、疾病もしくは災害によって収入が中断された場合にこれに代わるための、また老齢による退職や本人以外の者の死亡による扶養の喪失に備えるための、さらにまた出生、死亡および結婚などに関連する特別の支出を賄うための、所得の保障である」と定義される (ベヴァリッジ 2014)。

<sup>2</sup> 社会扶助は公的扶助や生活保護という名称で呼ばれることもある。

している<sup>3</sup>。その結果、国民健康保険は保険原理よりも扶助原理が強くなり、実質的には全国民が一定水準の医療保障を享受している<sup>4</sup>。

しかし、開発途上国では医療保険と基礎医療サービスが明確に区別され、医療保険未加入者に対して適切な医療サービスが提供されず、医療保障が国民の権利として成立していない場合が多い。詳細は後述するが、開発途上国の中でもラテンアメリカでは、医療保険制度が階層的発展を遂げたため、医療保険制度の対象者がフォーマル部門に限定されており、インフォーマル部門に従事する者は制度から排除されてきた。近年、ラテンアメリカにおいて基礎医療サービスが充実してきているが、医療保険制度が提供する医療保障と比べて医療サービスの質が低く、基礎医療サービスだけでは適切な医療保障が受けられないという問題がある。

医療保険制度は国によって多様であるが、一般的に、(1)医療保険普及率(coverage rate)、(2)医療アクセス(access)、(3)医療の質(quality)、という3つの側面に着目して評価が行われる(Mesa-Lago 2007: 167)。第1に、医療保険普及率とは医療保険に加入する国民の割合を示すものである。先述したように、多くのラテンアメリカ諸国では医療保険がフォーマル部門に限定されており、フォーマル部門とインフォーマル部門間に医療保険の普及率格差が生じている。第2に、医療アクセスとは物理的に医療サービスを受けられるか否かを示すものである。医療保険に加入していても、近くに病院が存在しなければ医療にアクセスできないため、適切な医療サービスを受けられない。第3に、医療の質とは医療サービスがどれだけ患者の容体改善に貢献するかを示すものである。医療保険加入者が病院の近くに住んでいても、医療の質が低ければ病気や怪我を治すことはできない。これら3つの要素はいずれも重要であるが、これらの中で最も重要なのは医療保険普及率である。なぜなら、医療保険に未加入であれば、居住地域周辺に病院が存在し、その病院が質の高い医療サービスを提供するとしても、医療保障を享受できないからである。また、医療保障政策の効果を検証するためには、政策努力を表す「支出額」ではなく、政策効果を示す「普及率」の規定要因を分析することが重要である。

このように、ラテンアメリカにおいて医療保険普及率格差は深刻な問題であるが、医療保険普及率格差はどのように研究されてきたのだろうか。政治学分野において、

---

<sup>3</sup> 日本の健康保健制度は、実質的に疾病リスクが低い人からそのリスクが高い人に所得移転しているため、所得再分配が行われている。一般的に、所得の高い人々ほど疾病リスクが低く、所得の低い人々ほど疾病リスクが高いと考えられる。

<sup>4</sup> そのため、国民健康保険に巨額の公的資金が投入されているため、国庫財政に多大な負担がかかっている。

社会保障に関する研究は先進民主主義諸国を対象にして始まった。1990年代には、社会保障制度を説明する代表的な理論として福祉レジーム論が登場した。福祉レジーム論は、福祉を生産・供給する主体として国家のみに着目するのではなく、市場や家族も福祉の生産・供給主体だと捉え、各主体の特徴や機能を踏まえながら福祉国家を類型化するものである(Esping-Andersen 1990)。その後、国家の福祉水準を定量的に分析するために、社会保障支出規模の規定要因に関する研究が行われてきた(Allan & Scruggs 2004; Avelino et al. 2005; Iversen & Soskice 2009; Lupu & Pontusson 2011)。社会保障支出規模に関する研究対象は開発途上国にも広がり、ラテンアメリカにおける社会保障支出規模の規定要因を分析した研究がある(Huber et al. 2008)。

しかしながら、先行研究では所得保障と医療保障を集約した「社会保障支出額」のデータを用いて規定要因を分析しており、それぞれの保障を規定する要因を明確に区別して特定するには至っていない。また、先行研究は政策努力を示す「支出額」に着目するものが大半であり、実質的な政策効果を表す「普及率」の規定要因に関する研究は比較的少なく、政策の効果を検証するためには「普及率」の規定要因を分析することが重要である<sup>5</sup>。そのため、本稿はラテンアメリカの医療保険普及率格差に着目し、その規定要因を政治学的な視点から定量的に分析する。そして、計量分析で明らかになった規定要因の因果メカニズムを事例分析で明らかにすることを試みる。

本稿では以下の構成に従って議論を展開する。第1章では、開発途上国の健康保健向上に関する歴史的経緯を記述した上で、ラテンアメリカの健康保健制度の問題を指摘する。まず、健康保健制度が基礎医療サービスと医療保険制度で構成されることを明示する。次に、一方で基礎医療サービスが全国民に普及してきたものの、他方で輸入代替工業化期にラテンアメリカの医療保険制度が階層的発展を遂げ、その階層的な制度発展はラテンアメリカの医療保険制度に重層的な格差構造を生み出したことを示す。そして、医療保険普及率格差の規定要因を分析する重要性を述べて締め括る。

第2章では、医療保険普及率格差の規定要因に関する仮説を導出する。まず、経済的要因に着目した研究を考察することを通じて、産業主義仮説とグローバル化仮説を提示する。同様に、政治的要因に関する研究を検討し、民主主義仮説と資源動員論仮説を導く。そして、これらの仮説を検証する方法として、本稿では計量分析と事例分析

---

<sup>5</sup> 普及率の規定要因を分析した研究が少ない理由として、国家間比較が可能な医療保険普及率の統計データが乏しいことが挙げられる。しかし、2014年に国連ラテンアメリカ経済委員会(Comisión Económica para América Latina y el Caribe、以下 CEPAL)は国家間比較が可能な医療保険普及率の統計データを公開し、計量分析が可能となった(CEPAL 2014)。

を行うことを説明する。計量分析で諸仮説が特定の事例だけではなく時間や空間を超えて普遍的に妥当するのかを検証した上で、計量分析で実証された仮説について、事例分析を行うことによって、その因果メカニズムを確認する。

第3章では、諸仮説の妥当性を検証するために計量分析を行う。まず、結果変数と説明変数の作業的な定義を行い、説明変数間の相関関係を確認して多重共線性を回避した上で、線形回帰分析によるモデル設定を行う。そして、線形回帰分析の分析結果を提示してから、実質的な解釈を加えて仮説検証を行い、経済発展、民主主義、左派政党が、医療保険普及率格差を規定する重要な要因であることを示す。

第4章では、コスタリカの事例分析を行うことによって、計量分析で実証された産業主義仮説、民主主義仮説、権力資源動員仮説の因果メカニズムを確認する。具体的には、(1)コスタリカの独立から内戦までの創成期、(2)内戦終結から新自由主義改革までの発展期、(3)新自由主義改革から現在までの転換期、以上3つの期間に分けた上で、経済発展、民主主義、左派政党が、どのようにコスタリカにおいて普遍主義的な医療保険制度の発展を促し、医療保険普及率格差を低水準にとどめたのかを説明する。

終章では、本論文で行った分析により、医療保険普及率格差を規定する要因として経済発展、民主主義、左派政党が、重要であるという結果が導かれたことを確認する。他方で、本稿の計量分析は観察数が極めて少ないため、説明変数が結果変数に本来は影響を与えるにもかかわらず、説明変数は結果変数に影響を与えないという帰無仮説を受諾している可能性があることを指摘する。また、コスタリカの単一事例分析は検証された仮説の因果メカニズムを解明したものの、厳密な因果推論を行うためには少なくとも2つ以上の観察をして共変関係を確認する比較事例研究が必要であり、より精緻に因果関係を分析する課題が残されていることを述べておく。このような限界はあるが、「経済成長、民主主義、および左派政党が、ラテンアメリカの医療保険普及率格差を規定する要因であった」ことを政治学的に実証した点において、医療保険普及率格差の研究に学術的貢献を与えたことを主張する。



## 第1章 ラテンアメリカにおける医療保険の重層的格差構造

本章では、ラテンアメリカにおける医療保険の重層的格差構造について考察する。第1節では、国際機関が開発途上国の健康保健向上に取り組んできた歴史的経緯を記述し、開発途上国の中でもラテンアメリカの階層的な医療保険制度が深刻な問題であることを示す。第2節では、健康保健制度を構成する基礎医療サービスと医療保険について、税源方式や目的が異なることを明確にする。そして、ラテンアメリカでは輸入代替工業化期に医療保険制度が階層的発展を遂げていき、新自由主義改革以降は国によって医療保険制度の普及率に変化が生じたこと示す。第3節では、ラテンアメリカにおいて基礎医療サービスが普及してきたの対して、医療保険の普及率については重層的格差が見られることを指摘する。

### 第1節 開発途上国における健康保健問題の重要性

第2次世界大戦後、開発途上国における国民の健康保健の充実が重要な政策課題として扱われてきた。そして、世界保健機関 (World Health Organization) や国際連合開発計画 (United Nations Development Programme) などの国際機関は、開発途上国において国民に対する健康保健の向上に取り組んできた<sup>6</sup>。1990年、インド人経済学者のアマルティア・セン (Amartya Sen) とパキスタン人経済学者のマブール・ハック (Mahbub ul Haq) は、開発成果を測る指標として人間開発指数を開発し、開発努力の成果を定量的に国家間比較することが可能となった<sup>7</sup>。2000年には、開発分野における国際社会共通の目標として、ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals) が設定され、開発途上国で大半を占める脆弱な低所得世帯に対する支援の重要性が国際社会で共有された。2015年までに達成すべき目標として、ミレニアム開発目標は8つの目標を掲げている。健康保健分野では、(1) 幼児死亡率の削減、(2) 妊産婦の健康改善、(3) HIV、エイズ、マラリア、その他疾病の蔓延防止、これら3つの目標が掲げられており、健康保健分野の向上に力を入れていることが分かる。

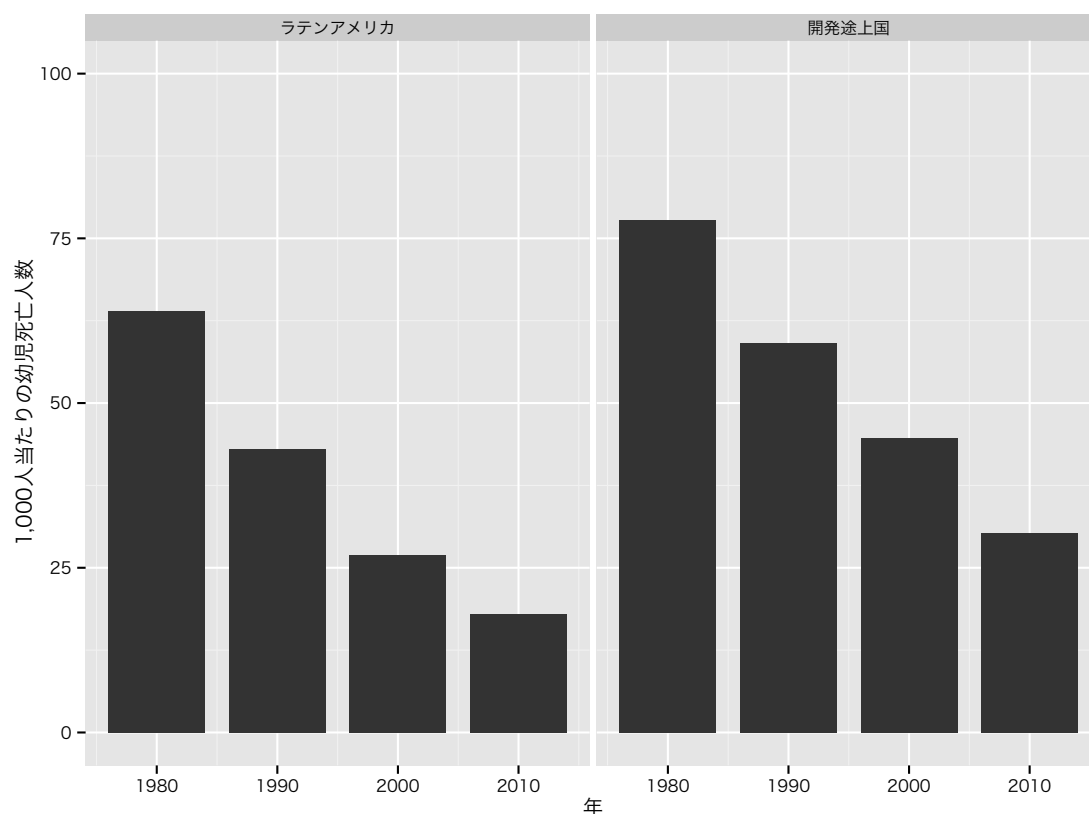
このように、開発途上国における国民の健康保健問題に対して継続的な取り組みがなされてきたが、開発途上国の国民の健康保健は改善しているのだろうか。この問い

---

<sup>6</sup> 開発途上国とは、開発援助委員会 (Development Assistance Committee) の援助対象となっているアジア、アフリカ、ラテンアメリカ地域の国々を指す。

<sup>7</sup> 人間開発指数 (Human Development Index) は、(1) 平均余命指数、(2) 成人識字指数、(3) 総就学指数、(4) 1人当たり指数の4つの指数を組み合わせで算出される。

図 1-1 ラテンアメリカと開発途上国における 1,000 人当たりの幼児死亡人数



出所：世界銀行のデータをもとに筆者作成。

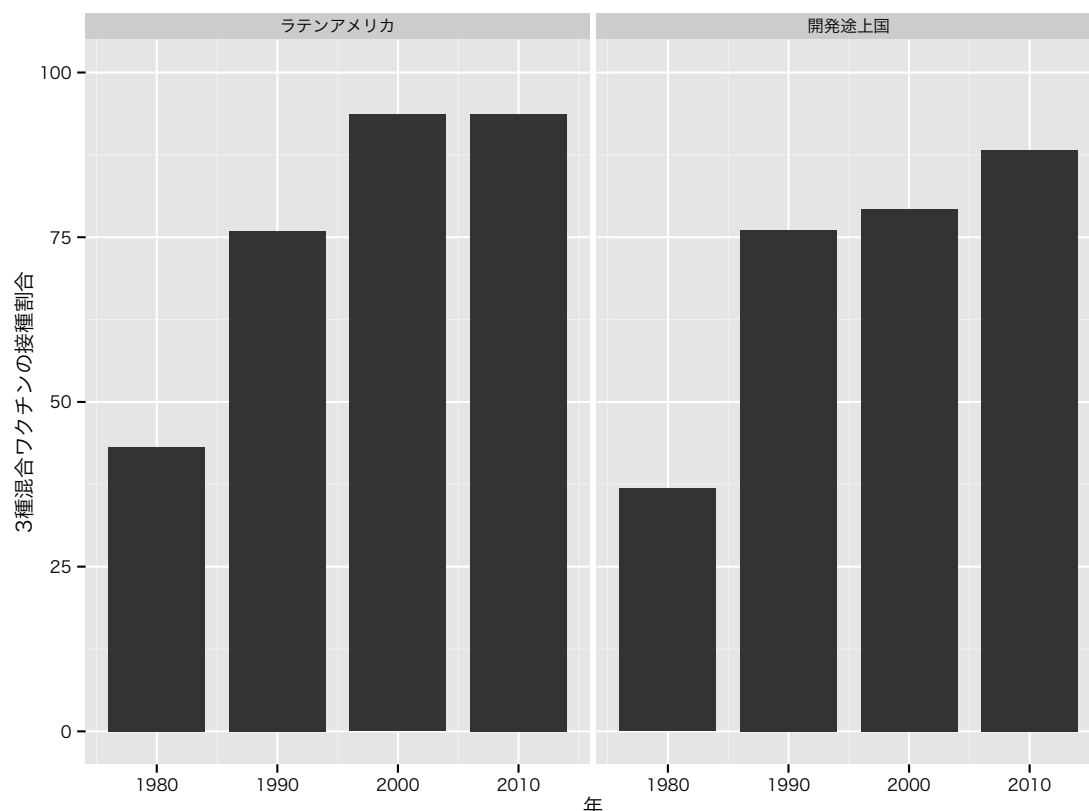
に答えるために、(1) 1,000 人当たりの幼児死亡人数と(2) 3 種混合ワクチンの接種割合に着目して、開発途上国における国民の健康保健状況を分析する<sup>8</sup>。特に、ラテンアメリカ諸国と開発途上国全域を比較することによって、本稿が分析の対象とするラテンアメリカの特徴を把握する。

図 1-1 は世界銀行のデータを用いて、1,000 人当たりの幼児死亡人数について、1980 年から 2010 年までのラテンアメリカ諸国の平均と開発途上国全域の平均を比較したものである<sup>9</sup>。開発途上国とは、(1) 中央ヨーロッパ・バルカン、(2) 東アジア・太平洋、(3) ラテンアメリカ、(4) 中東・北アフリカ、(5) 南アジア、これら 5 つの地域の国々を指している。両者とも幼児死亡人数が右肩下がり減少しており、幼児の健康保健状態は改善していることが確認できる。両者を比較すると、開発途上国全域よりもラテンアメリカ

<sup>8</sup> 先行研究では、熟練保健スタッフ立会いでの出産割合も使用しているが、開発途上国における熟練保健スタッフ立会いでの出産割合データの欠損が著しいため、本稿では用いない (Haggard & Kaufman 2008 : 33)。

<sup>9</sup> <http://data.worldbank.org/indicator> (最終アクセス日：2016 年 1 月 5 日)。

図 1-2 ラテンアメリカと開発途上国における 3 種混合ワクチンの接種割合



出所：世界銀行のデータをもとに筆者作成。

カ地域の方が幼児死亡人数が少なく、幼児の健康保健向上に成功していると言える。

図 1-2 は世界銀行のデータを用いて、3 種混合ワクチンの接種割合について、ラテンアメリカ諸国の平均と開発途上国全域の平均を比較したものである<sup>10</sup>。1980 年時点では、両者とも 3 種混合ワクチンの接種割合が 50% 未満に止まっているが、1990 年になると、両者とも 3 種混合ワクチンの接種割合が 75% に到達し、10 年間で 1.5 倍の改善が見られる。2010 年には、両者とも 3 種混合ワクチンの接種割合が 85% を超え、30 年間で 1.7 倍以上の改善を記録した。以上、2 つの健康保健指標を用いてラテンアメリカ地域と開発途上国全域における国民の健康保健を比較した結果、両者とも幼児の疾病対策が過去 30 年間で大幅に改善していることが分かった。そして、開発途上国全域と比べてラテンアメリカでは、健康保健の改善が進んでいることが確認された。

しかし、ラテンアメリカの健康保健制度は基礎医療サービスが国民に普及している

<sup>10</sup> <http://data.worldbank.org/indicator> (最終アクセス日：2016 年 1 月 5 日)。

一方で、医療保険制度の普及率には格差が見られる。詳細については後述するが、20世紀前半以降、ラテンアメリカ諸国は国家コーポラティズム体制を整備しつつ、輸入代替工業化（Import Substitute Industrialization）政策を進めてきた。その結果、都市部のフォーマル部門を優遇する職能別医療保険制度が確立し、インフォーマル部門に属する労働者は医療保険制度から排除された（Haggard & Kaufman 2008：4）<sup>11</sup>。また、ラテンアメリカでは民間医療保険が存在しないか未成熟なため、インフォーマル部門に対する医療保障が不十分である（CEPAL 2014：161）。さらに、ラテンアメリカでは質の高い医療が都市部に集中しているため、農村部では医療の質が低く人的資本も欠如している（Mesa-Lago 2007：10）。このように、幼児死亡人数や3種混合ワクチンの接種割合が改善しているものの、医療保険普及率の格差が原因となり、インフォーマル部門は十分な医療保障を受けられない状況が続いている。

## 第2節 ラテンアメリカにおける医療保険制度の階層的発展

前節では、開発途上国における国際機関の健康保健問題への取り組みを述べた上で、ラテンアメリカ地域と開発途上国全域における健康保健を比較し、ラテンアメリカではインフォーマル部門に従事する者が医療保険制度から排除されていることを指摘した。本節では、健康保健制度を構成する基礎医療サービスと医療保険について、税源方式や医療保障の種類が異なることを明確にする。次に、ラテンアメリカにおいて輸入代替工業化期に医療保険制度が階層的発展を遂げていき、そのことが医療保険普及率の重層的な格差構造を生み出していることを指摘する。そして、新自由主義改革以降、ブラジルなど一部の国では医療保険の普及率格差が改善されたものの、多くの国々では依然として医療保険普及率格差が存在することを示す。

### （1）基礎医療サービスと医療保険

前述したように、国際機関は開発途上国の健康保健向上に取り組んできたが、国民の医療保障を担うのは国家であり、各国には健康保健制度が存在する。健康保健制度とは、基礎医療サービスと医療保険の2つで構成される医療保障制度を指す。第1に、基礎医療サービスとは一般財源から成り立つ非拠出型の制度であり、発熱や風邪など

<sup>11</sup> フォーマル部門の労働者とは、公共部門で働く国家公務員や議員、そして6人以上の従業員を抱える企業に勤務する労働者を指す。対してインフォーマル部門の労働者とは、フォーマル部門の労働者を除く全ての労働者を指す。具体的には、6人未満の従業員を抱える企業に勤務する労働者や家事サービス従事者を指す（CEPAL 2014：174）。

の病気に対する健康保健サービスである。そのため、基礎医療サービスは全国民に基礎的な医療サービスを安価で提供することを目的としている。

第2に、医療保険とは雇用者および被雇用者が支払う保険料を財源とする拠出型の制度であり、入院を伴う手術など高度な医療サービスを安価で受けられるシステムである（諒野 & 田中 2010 : 218）。国家は国民に対して医療保険加入を義務付け、個々人の疾病リスクとは無関係に一定の保険料を徴収し、公共財として医療保障を実現する側面を持っている。そのため、所得の高い人ほど疾病リスクが低く、所得の低い人ほど疾病リスクが高い傾向を踏まえると、疾病リスクが低い人から高い人に所得移転する点で、所得再分配が実施されていることになる。

他方、民間企業が医療保険を商品として提供する場合もある。民間医療保険への加入は個々人の任意であり、個々人の疾病リスクに応じて保険料が徴収される仕組みとなっているため、疾病リスクに応じた保険料を支払えない人々は保険に加入できない。この事実を踏まえると、医療保険よりも民間医療保険の方が市場原理として合理的だと考えられる。しかし、民間医療保険は情報の非対称があるため市場の失敗が生じる。民間医療保険への加入希望者は、自身の健康状態を保険会社に伝える義務がある。ここで問題なのは、加入希望者が申告した健康状態について、保険会社が確証を持っていないことである。なぜなら、希望者が嘘の申告をしたとしても、その嘘を確実に見破ることは不可能だからである。このように、保険会社は個々人の疾病リスクを正確に把握できない情報の非対称性の問題を抱えている。

情報の非対称性が存在する状況において、保険会社は保険加入者の疾病リスクを多めに見積もり、平均的な保険料を高く設定することになる（堀 2004 : 166）。すると、本来の疾病リスクに見合わない保険料を請求される加入者は、合理的な選択をすると仮定するならば、民間医療保険から離脱する。残された加入者で形成される集団の疾病リスクは一段と高くなり、保険会社は保険料を引き上げる。このサイクルが繰り返されると、民間医療保険は最終的に成り立たなくなる。つまり、疾病リスクにかかわらず全ての国民が医療保障を享受するためには、公的機関が医療保障を担う必要がある。

## （2）輸入代替工業化期における健康保健制度

公的機関が医療保障を担う必要性を指摘したものの、実際には、国家によって医療保障の充実度は大きく異なっている。政治学分野では国家間の社会保障の充実度の違いを説明する方法として、比較福祉国家論の枠組みを用いて、先進国における医療保

障規模の規定要因の分析が行われてきた。比較福祉国家論は開発途上国における社会保障の成熟度についても説明を試みており、ラテンアメリカにおける医療保障の成熟度にもその分析枠組みを適応することが可能である。比較福祉国家論の代表的な研究者であるゲスタ・エスピン・アンデルセン (Gøsta Esping-Andersen) は、社会保障給付・サービスについて脱商品化 (de-commodification) と階層化 (hierarchy) の指標を用いて、福祉国家を社会民主主義レジーム、保守主義レジーム、自由主義レジームの3つに類型化した (Esping-Andersen 1990)<sup>12</sup>。エスピン・アンデルセンは3つの類型の特徴を以下のように説明している。

第1に、北欧諸国を典型例とする社会民主主義レジームは、最低限の福祉を基準とした平等ではなく、高水準の福祉を基準とした平等を市民に付与する。社会民主主義レジームは税方式を採用しており、福祉制度は普遍主義的性格を有しているため、1人当たりには占める社会支出割合が最も高く、全ての市民が福祉の恩恵を授かっている。

第2に、大陸ヨーロッパ諸国を典型例とする保守主義レジームは、職業別地位に連動して福祉権利を保障し、フォーマルな雇用契約以外の市民は社会保障制度から排除する。保守主義レジームは社会保険方式を採用しており、社会保険料を支払う人々だけが福祉制度に加入する階層的な性格を有しており、社会民主主義レジームに比べて、1人当たりには占める社会支出割合が低く福祉制度が未発達である。

第3に、米国や英国などのアングロサクソン諸国を典型例とする自由主義レジームは、福祉受給必要者に対して低水準の福祉を提供し、その他の市民に対しては財政能力に応じて市場から福祉を調達させる。自由主義レジームでは福祉供給の役割が市場に委ねられ、福祉制度は選別主義的性格をもつため、福祉供給において政府は重要な役割を果たさず、1人当たりには占める社会支出割合が最も低く抑えられている<sup>13</sup>。

一般的に、ラテンアメリカ諸国は階層的な社会保障制度を持つという点で保守主義レジームに分類されるが、どのような歴史的経緯を経てラテンアメリカの医療保険制度は階層的発展を遂げたのだろうか。19世紀末から1920年代までの期間、ラテンアメリカでは寡頭支配体制によって自由主義経済が導入されていた。寡頭勢力が一次産品中心の輸出経済によって経済成長を成し遂げるとともに、都市部で労働力に対する需要が高まると、労働者が地方から都市へと大量に流入した。しかし、労働力需要を供

<sup>12</sup> 脱商品化は、個人や家族が市場参加の有無にかかわらず、社会的に認められた一定水準の生活をどれだけ維持できるかを示し、階層化は、職種や社会的階層に応じて給付やサービスの差がどれだけあるかを表す (新川他 2004 : 186-187)。

<sup>13</sup> 選別主義的性格をもつ福祉制度とは、貧困層など特定の対象に社会保障給付のターゲットを絞った制度のことである。

給が上回ったために都市部の失業者が増加していくと、寡頭勢力に対する労働者の不満が高まっていった。そして、1929年の世界大恐慌を引き金に経済成長が停滞すると、政治的権利を制限されていた都市部の中間層と労働者が政治参加を求めるようになり、寡頭支配体制は崩壊した。

寡頭支配体制の崩壊後、ラテンアメリカでは決定的政治再編(critical political realignments)の時代を迎え、寡頭支配層に代わって、中間団体を媒介せずに国民と直接つながるポピュリストが政治の舞台に登場した(Haggard & Kaufman 2008 : 45)。ポピュリストは、寡頭支配体制時代に抑圧されていた都市部の労働組合などの圧力団体から社会保障の充実を求められる一方で、外国市場に依存しない国内市場向けの工業化政策を実行する必要に迫られた。そして、アルゼンチンのフアン・ドミンゴ・ペロン(Juan Domingo Perón)政権、ブラジルのジェトゥリオ・ドルネレス・ヴァルガス(Getúlio Dornelles Vargas)政権、メキシコのラサロ・カルデナス(Lázaro Cárdenas)政権などのポピュリスト政権は、自由主義経済に代わる新たな開発戦略として輸入代替工業化を採択し、都市部の労働者や中間層に職能別社会保険制度を提供することで支持基盤を確立する戦略を用いたのである(Haggard & Kaufman 2008 : 51)<sup>14</sup>。

ポピュリスト政権は極めて高い輸出入関税を設定し、職能別社会保険制度の財源として企業から社会保障税(payroll tax)を徴収することによって、安定した国庫収入を基盤とする社会保障を充実させた(Huber & Stephens 2012 : 74)<sup>15</sup>。社会保障税は企業の大きな負担となったが、ポピュリスト政権は見返りとして、輸入代替工業化の基幹産業に指定された企業に対して、補助金などの優遇政策を実施した(Haggard & Kaufman 2008 : 72)。また、一部の国内産業を保護して競争相手を排除し、企業の負担を消費者に転嫁する市場環境を整えた。ポピュリスト政権による社会保障制度の構築は決定的分岐点となり、社会保障税を納める企業や公務員に対して社会保障制度が整えられたが、それ以外の国民は社会保障制度から排除されたその帰結として、ラテンアメリカにおいては、階層的特徴を持つ保守主義的な社会保障制度が誕生したのであった。

しかし、輸入代替工業化に大きく依存する社会保障制度は本質的な問題を抱えていた。即ち、輸入代替工業化を成功させるためには、(1)工業化に必要な原料・中間財・資本財の提供が十分に行われ、(2)消費と投資を同時に上げるための資金が国内で調達

<sup>14</sup> その一方で、地方で地主に搾取されていた小作人には社会保険が普及しなかった。ポピュリストは地主と敵対関係を作るよりも協力関係を築き、伝統的なパトロン・クライアント関係によって支持基盤を磐石にする判断が下されたからである。

<sup>15</sup> この時期、輸出入関税と企業からの納税により国庫収入が安定していたため、所得税などの税制度が整備されなかった。

でき、(3)十分な生産規模を保障する国内市場が存在することが必要であった(細野&恒川1986:242)。1つ目の条件は、外国からの輸入に依存していたため、輸出部門の外貨獲得能力に左右された。2つ目の条件は、輸出部門や非輸出農業部門から賃金を吸い上げ、工業部門の投資と工業労働者の賃金に分配する必要に迫られた。3つ目の条件は、国内市場が小さい国は達成が不可能であった。3つの条件が満たされることはなく、輸入代替工業化が中・長期的に成功することはなかった。そして、社会保障制度の維持に必要な財源が不足するようになり、財政赤字が拡大していった。

財政健全化の手段として、ポピュリスト政権は国内資源に依存する輸入代替工業化を放棄し、積極的な外資導入を行う修正輸入代替工業化を導入した(細野&恒川1986:242)。修正輸入代替工業化は貿易収支を短期的に改善したが、長期的には利子・利潤の支払いが重い負担となり貿易収支が悪化した。最も、国際競争力のある製造業が勃興していれば、輸出増加によって貿易収支が継続的に悪化する事態を避けられたかもしれない。しかし、国内製造業部門の労働組合に過度な保護を与えたことで、国際競争力の高い産業が育たず、輸出による外貨獲得能力が伸びなかった。さらに、農業部門冷遇による食料生産の停滞によってインフレが発生し、国民の生活水準は悪化の一途を辿った。中間層や労働者から支持を繋ぎ止めるため必要性に迫られたポピュリスト政権は、財政支出を増加させて所得再分配を行い、対外債務が急速に拡大した。

ポピュリスト政権が経済政策に失敗し、国民の不満が高まってくると、軍部がクーデターによる政治介入を行い、1960年代になると、権威主義体制が多くのラテンアメリカ諸国で誕生した。軍事政権の担当者たちは政治的自由を制限することによって、安定した投資環境を確保すれば経済成長を達成できると主張したが、経済成長には国内の民間資本だけでは不十分であり、外国金融機関や国際通貨基金(International Monetary Fund)を高めることになった(細野&恒川1986:301)。しかも、軍事政権は経済政策に失敗して累積債務だけが増加していき、ラテンアメリカ諸国は社会保障の財源の大部分を国外に依存するようになった。1980年代になると軍事政権は、政治的自由の抑制と引き換えに経済成長を実現する約束を果たすことができなくなり、存在理由を正当化する後ろ盾を失い終焉を迎えたのであった。

以上述べてきたような政治経済的变化を背景として、都市部の労働者や中間層は社会保障制度に加入して福祉権利が保障された一方で、インフォーマル部門の労働者は社会保障制度から排除された。さらに、急激な都市化による労働力の過剰供給が原因



となり、遅れて都市に移住してきた人々は手に職を得られず、拡大するインフォーマル部門が深刻な問題となった (Portes & Schauffler 1993)。安定した収入を得られないインフォーマル部門の労働者は、フォーマル部門と比べて疾病リスクが高いにもかかわらず、医療保険制度に未加入のため、健康が悪化した場合でも適切な医療サービスを受けられなかった。このように、輸入代替工業化期にラテンアメリカの医療保険制度は部門間で階層的に発展し、フォーマル部門とインフォーマル部門の間に深刻な医療保険普及率格差が出現した。さらに、経済政策の中・長期的な失敗により社会保障制度を維持する財源を失い、社会保障制度の存続が危機的状況に陥ったのであった。

### (3) 新自由主義改革以降における健康保健制度

先述したように、ラテンアメリカでは輸入代替工業化期に社会保障制度が階層的に発展した。1980年代の新自由主義改革以降、いくつかの国では社会保障制度が普遍主義的性格を有する制度に改革されたものの、多くの国では社会保障制度の階層化が依然として深刻な問題になっていた。社会保障制度の改革が行われた背景には、1982年のメキシコ累積債務をきっかけにしてラテンアメリカに流入していた国際資本が急激に流出し、ラテンアメリカ諸国の国庫財政が崩壊したことが挙げられる。軍部から政権を引き継いだ文民政権は巨額の対外債務という負の遺産を抱え、累積債務の繰り延べや新しい借款の導入に取り組んだ。累積債務問題に対処するためには国際通貨基金からの経済的支援が不可欠であり、文民政権は国際通貨基金が要求する新自由主義政策を採択せざるを得ない立場にあった。しかも軍事政権時代とは異なり、文民政権は抑圧や強制によって国民に大きな困窮を強いることはできないため、交渉と妥協によって新自由主義政策を実施することを迫られたのである (細野 & 恒川 1986 : 178)。

新自由主義政策を実行することにより、閉鎖されていた国内市場が世界経済に開放され、輸入代替工業化期に過度な保護を受けていた国内製造業部門の国際競争力が向上し、債務返済に必要な外貨獲得能力の強化が期待された。また、階層化した社会保障制度を民営化することで、社会保険の負担が政府から個人へと転嫁された。そして、社会保険を担う民間企業の役割が大きくなり、政府の公共支出は貧困層をターゲットに定めて配分されるように変化した (Haggard & Kaufman 2008 : 181)。

財政負担が最も大きいのは賦課方式 (pay as you go) の年金制度であったが、医療保険制度も改革の対象となった。賦課方式とは、現役世代が納める保険料を財源とし、経済活動から退いた定年者の生活を保障する仕組みのことである。例えばチリでは、

医療保険に市場原理が導入され、民間企業が医療保障を担うようになった (Mesa-Lago 2007 : 162)。債務返済不能に陥ったメキシコでは緊縮財政政策として、ミゲル・デ・ラ・マドリ (Miguel de la Madrid) 政権下で国家公務員の解雇や、非能率的な公営企業の民営化などが断行された (細野 & 恒川 1986 : 330)。公営企業の民営化は医療保険の拠出金を支払えない多くの失業者を生み出し、医療保険制度から排除されるインフォーマル部門が拡大したことで、医療保険制度が階層的性格を強める結果となった。

同時期に、インフォーマル部門から医療保障を求める政治的圧力が高くなり、文民政権は財政負担の軽い医療扶助を充実させる政策を打ち出す必要に迫られ、厳しい財政制約の下で国民の医療保障実現を試みた (Haggard & Kaufman 2008 : 265)。例えばアルゼンチンでは、カルロス・メネム (Carlos Menem) 政権は労働組合が独占する健康保健組織を解体し、フォーマル部門の労働者だけが医療保険制度に加入できる仕組みを解体した (Haggard & Kaufman 2008 : 279)。メネム政権は医療保険制度を民営化して競争原理を導入し、費用対効果の高い医療保障の実現を目指したのである。労働組合は医療保険制度改革に反発したものの、メネム大統領は大統領令を発令し、労働者の給与引き下げや、労働者が加入する医療保険のサービス向上に必要な経済的援助を提供し、労働組合から妥協を取り付けた (Haggard & Kaufman 2008 : 280)。

他方、ブラジルでは1986年に民政移管が実現し、1988年には憲法改正が行われた。そして、憲法改正の一環として医療保険制度が階層的性格から普遍的性格へと改革された。医療保険制度を改革した背景には、1988年の制憲過程において「人民修正案」と呼ばれる憲法起草への市民の参加が許可され、社会保障の普遍化が理念的な目標として掲げられたことがあった (近田 2013 : 122-123)。ブラジルの普遍的な医療保険制度「保健医療統一システム (Sistema Único de Saúde)」は全国民に対して無償で基礎医療サービスを提供している (近田 2013 : 125)。医療保険の適用は基礎的な医療サービスに限定されるという限界があり、高度な医療サービスは受けるためには民間医療保険への加入が必要であるが、民間医療保険に加入しているブラジル人は全体の25%程度にとどまるといった課題も指摘されている (近田 2013 : 127)。しかし、医療保険制度に全ての国民が加入したことは、ラテンアメリカにおいて歴史的な偉業であると見なされている。また、コスタリカの医療保険制度は普遍的性格を持つ制度として発展したため、新自由主義改革以降もその普遍性を持続した数少ない事例である。

しかしながら、多くのラテンアメリカ諸国では医療保険を享受する都市部の労働者や中間層が既得権益を守るために政治的圧力を強めたため、医療保険制度の改革は成功したといえない結果に終わっている。既存の職能別医療保険制度は加入者に寛大な保障を与えており、依然として多くの国民は医療保険制度から排除されている。1990年代には、政府が中央集権化した公共部門を地方分権化しようと試みたが、医療分野に従事する公務員からの反対に直面し、改革は志半ばで頓挫して現在に至っている(Haggard & Kaufman 2008 : 200)。その結果、ラテンアメリカにおける医療保険制度は、依然として重層的な格差構造を抱えていることが示唆される。

### 第3節 基礎医療サービスの普及と医療保険普及率における格差

前節では、健康保健制度が基礎医療サービスと医療保険から成り立つことを示した上で、ラテンアメリカの医療保険制度が階層的に発展したことを明らかにした。本節では、ラテンアメリカでは基礎医療サービスを充実させる政策努力が継続しているものの、医療保険制度が階層的発展を遂げた帰結として、医療保険普及率が重層的格差構造の問題を抱えていることを示す。

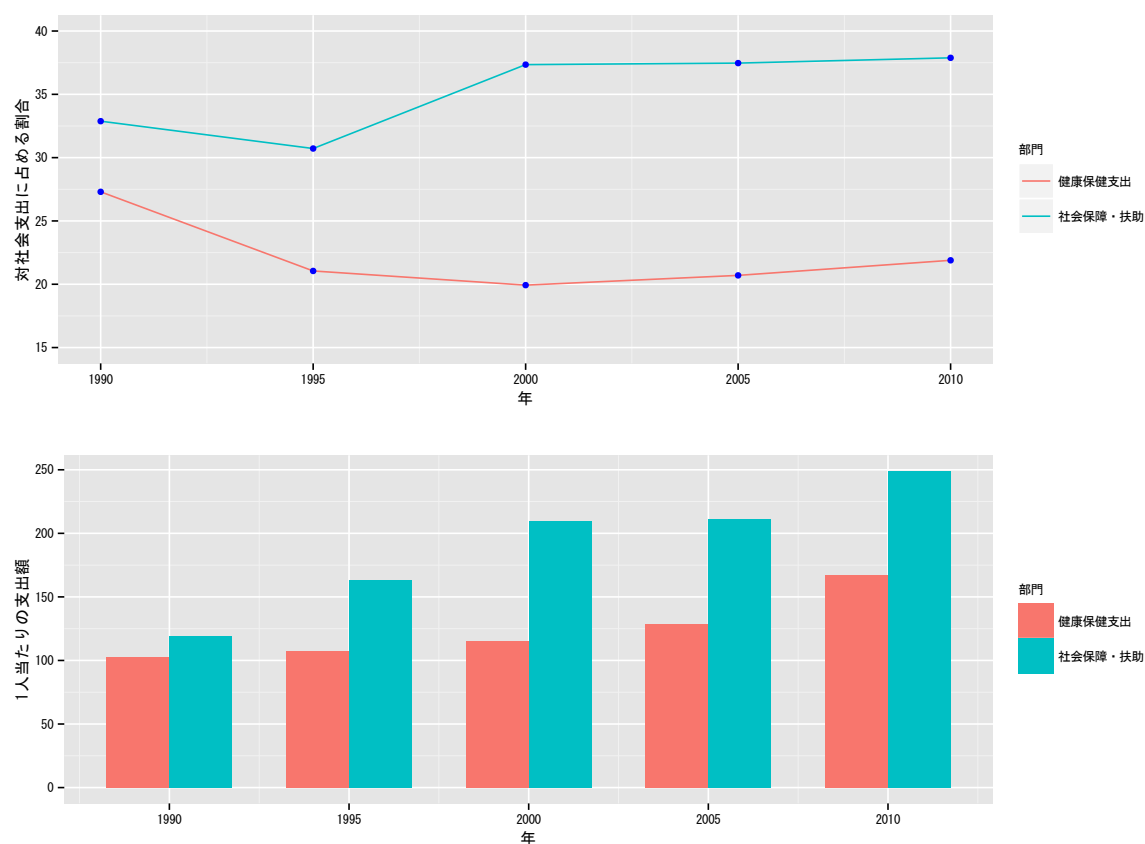
#### (1) 基礎医療サービスの普及

ラテンアメリカにおける基礎医療サービスは、医療保険に未加入のインフォーマル部門に対する医療保障の実現を目指している。一般的にラテンアメリカでは、厚生省がインフォーマル部門のケアを担当しているが、資金不足と政治的影響力の弱さにより、厚生省は本来の役割を果たせていないという指摘がある(Haggard & Kaufman 2008 : 32)。こうした状況に対応するために、ラテンアメリカ諸国は財政負担の小さい医療扶助に力を入れてきた。例えば、ペロン政権期のアルゼンチンでは公立病院制度が確立され、医療保険未加入者に対して医療保障の提供が行われてきた(宇佐見 2003 : 23)。こうした基礎医療サービスの取り組みを客観的に評価する方法の1つとして、健康保健分野に対する政府支出の変遷を見てみる。

図1-3は、CEPALのデータベースであるCEPALSTATのデータを用いて、ラテンアメリカ・カリブ地域の18ヶ国の社会支出を、部門別に時系列で比較したものである<sup>16</sup>。各部門の社会支出に対する割合の推移を比べるために、1990年から2010年までのデータ

<sup>16</sup> [http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/Portada.asp](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp) (最終アクセス日 : 2016年1月5日)

図 1-3 部門別社会支出の推移



出所：CEPALSTAT をもとに筆者作成。

を5年ごとに集計して比較している。まず、対社会支出額の割合を示す折れ線グラフを見ると、保健部門の支出は1990年にピークを迎え、2000年にかけて減少したが、2000年以降は再び支出額が微増していることが分かる。また、医療扶助が含まれる社会保障・社会扶助は1995年から増加傾向が続いている。次に、1人当たりの支出額を示す棒グラフを見ると、健康保健支出も社会保障・社会扶助支出ともに右肩上がりで増加していることが分かる。新自由主義政策以降、財政的制約が厳しい状況下で1人当たりの支出額が増えていることから、政府が健康保健支出と社会保障・社会扶助支出に力を入れており、基礎医療サービスにおける政策努力は向上していることが理解できる。

## (2) 医療保険普及率の重層的格差構造

次に、ラテンアメリカにおける医療保険普及率の問題点について考察する。表 1-1 は全国平均と部門別に見た医療保険普及率を示したものであり、表 1-2 は医療保険普及

表 1-1 ラテンアメリカ 16 ヶ国における部門別医療保険普及率

国名	年	1人当たり			フォーマル		インフォーマル	
		国内総生産	全国平均	公共部門	部門 A	部門 B	部門 C	部門 D
高保障国								
ウルグアイ	2011	13,961	98.60	99.90	99.10	96.40	95.10	98.00
チリ	2011	14,511	96.70	97.10	96.90	97.00	93.90	97.20
コスタリカ	2011	8,704	86.90	99.70	90.90	80.20	66.60	76.50
アルゼンチン	2011	14,680	77.70	95.20	83.40	80.40	50.80	45.60
高保障国平均		12,964	89.98	97.98	92.58	88.50	76.60	79.33
中保障国								
コロンビア	2011	7,125	91.90	100.00	95.60	86.30	82.30	88.30
パナマ	2011	8,895	80.10	97.00	88.20	71.20	32.00	47.60
ドミニカ共和国	2011	5,463	75.40	96.20	81.70	75.00	32.60	36.70
メキシコ	2010	8,921	71.80	NA	82.00	64.10	52.70	62.10
中保障国平均		7,601	79.80	97.73	86.88	74.15	49.90	58.68
低保障国								
エクアドル	2011	5,035	66.20	95.90	74.90	47.60	24.00	46.80
ペルー	2011	5,759	65.00	89.00	68.50	44.60	41.90	51.10
エルサルバドル	2010	3,444	48.90	94.90	65.90	43.20	8.70	7.40
グアテマラ	2006	2,241	44.50	86.20	60.00	42.90	9.70	8.30
ボリビア	2009	1,735	44.40	83.40	44.10	23.30	17.40	15.50
パラグアイ	2011	3,814	40.10	75.10	47.90	54.60	14.10	15.00
ホンジュラス	2010	2,078	37.20	66.00	61.50	22.30	1.70	3.10
ニカラグア	2005	804	36.30	79.60	47.60	14.80	3.10	2.30
低保障国平均		3,114	47.83	83.76	58.80	36.66	15.08	18.69
ラテンアメリカ平均		6,698	66.36	90.35	74.26	58.99	39.16	43.84

出所：CEPAL（2014：174）をもとに筆者作成。

註：ブラジルの医療保険制度は普遍主義のため記録がなく、ベネズエラはデータを公開していない。

率を所得階層別に比較したものである<sup>17</sup>。以下で説明するように、ラテンアメリカの医療保険普及率は、国家間、部門間、所得階層間のそれぞれにおいて格差が存在し、重層的格差といえる構造的問題を抱えていることが分かる。

第 1 に、医療保険普及率の国家間格差に着目する。医療保険普及率とは、医療保険に加入する 15 歳以上の国民割合を示すものである。なお、先行研究を踏まえてラテンアメリカ諸国を高保障国・中保障国・低保障国の 3 つのグループに分類し、各グループ

<sup>17</sup> フォーマル部門とインフォーマル部門を第 1 章の第 1 節で定義したように、表 1-1 において、部門 A は 6 人以上の従業員を抱える民間企業を、部門 B は専門職・技術職を、部門 C は 6 人未満の企業に勤める賃金労働者従業員を抱える雇用者を、部門 D は家事サービス従事者を意味する（CEPAL 2014：174）。

表 1-2 ラテンアメリカ 16 ヶ国における所得階層別医療保険普及率

国名	年	合計	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
高保障国							
ウルグアイ	2011	98.60	97.30	97.90	98.30	99.00	99.50
チリ	2011	96.70	97.40	96.90	96.60	95.90	97.30
コスタリカ	2011	86.90	68.00	78.20	85.70	89.50	95.70
アルゼンチン	2011	77.70	40.30	65.50	76.00	86.00	95.00
高保障国平均		89.98	75.75	84.63	89.15	92.60	96.88
中保障国							
コロンビア	2011	91.90	83.20	87.30	90.20	92.00	95.70
パナマ	2011	80.10	41.30	67.50	75.90	86.80	90.00
ドミニカ共和国	2011	75.40	58.10	69.90	72.70	81.20	84.40
メキシコ	2010	71.80	58.90	65.20	70.80	74.00	80.90
中保障国平均		79.80	60.38	72.48	77.40	83.50	87.75
低保障国							
エクアドル	2011	66.20	33.20	47.70	59.70	71.60	86.70
ペルー	2011	65.00	64.70	59.50	58.20	63.60	73.30
エルサルバドル	2010	48.90	8.80	22.60	38.30	52.90	75.80
グアテマラ	2006	44.50	9.10	21.00	36.00	49.60	69.20
ボリビア	2009	44.40	27.80	28.10	37.10	46.40	54.40
パラグアイ	2011	40.10	5.50	18.80	32.40	41.30	59.30
ホンジュラス	2010	37.20	1.20	8.50	22.00	41.40	59.50
ニカラグア	2005	36.30	9.40	15.90	28.00	40.40	57.30
低保障国平均		47.83	19.96	27.76	38.96	50.90	66.94
ラテンアメリカ平均		66.36	44.01	53.16	61.12	69.48	79.63

出所：CEPAL（2014：173）をもとに筆者作成。

註：ブラジルの医療保険制度は普遍主義のため記録がなく、ベネズエラはデータを公開していない。

の平均値を求めている（Mesa-Lago 2007）。3つのグループを比較すると、全国平均の医療保険普及率と1人当たり国内総生産は比例していることが分かる。例えば高保障国グループにおいて、1人当たり国内総生産は12,964ドルで全国平均の医療保険普及率は89.98%と非常に高い。しかし低保障国グループでは、1人当たり国内総生産が3,114ドルと高保障国グループの25%程度に止まっており、全国平均の医療保険普及率も47.83%と高保障国グループの50%程度になっている。このように、経済発展水準に応じて、医療保険普及率には国家間格差が存在することが確認できる。

第2に、医療保険普及率には部門間格差が見られることも指摘する。どのグループにおいても、公共部門、フォーマル部門、インフォーマル部門の順で医療保険普及率が

高いことが分かる。つまり、雇用が守られた人々ほど、医療保障を享受する機会に恵まれており、就業形態が不安定な人々ほど、疾病リスクに対する医療保障を得られていないのである。例えば高保障国グループに着目すると、フォーマル部門とインフォーマル部門の間の医療保険普及率格差は約1.2倍であるが、低保障国グループではその格差が約2.4倍となっており、低保障国グループの方が部門間格差が深刻であることが分かる。さらに、低保障国グループにおけるインフォーマル部門の医療保険普及率が20%未満であり、5人に4人は医療保障から排除されている。このように、医療保険普及率は部門間格差が存在し、低保障国グループでより顕著であることが確認できる。

第3に、医療保険普及率の所得階層間格差について見てみる。所得階層は所得順に並べた人口を5等分し、最も所得の低いグループをQ1、最も所得の高いグループをQ5と区分したものである。所得階層別に医療保険普及率を比較すると、ここでも格差が存在することが確認できる。ラテンアメリカ16ヶ国の平均に着目すると、所得が高くなるにつれて、医療保険普及率が増加していることが分かる。所得階層別に見ると、Q1では44.01%が医療保険に加入しているのに対して、Q5では79.63%が医療保険に加入しており、約1.8倍の格差が存在する。また、各グループを比較すると、高保障国ほど医療保険の所得格差が小さく、低保障国ほどそれが大きいことが確認できる。具体的には、高保障国グループのQ1とQ5の医療保険普及率格差が1.28倍、中保障国グループのQ1とQ5の医療保険普及率格差が1.45倍となっており、ラテンアメリカ16ヶ国平均の所得階層別格差よりも小さい。しかし、低保障国のQ1とQ5の医療保険普及率格差は3.35倍であり、低保障国における所得階層別格差は特に深刻であると言える。このように、医療保険普及率は所得階層間格差が存在することが分かる。

以上のように、ラテンアメリカにおける医療保険普及率について見てみると、国家間、部門間、所得階層間のそれぞれにおいて格差が存在するという点で、重層的格差構造の問題を抱えていることが明らかになった。

## 小括

第1章では、開発途上国における健康保健問題の重要性を指摘した上で、開発途上国全体とラテンアメリカの健康保健を比較し、開発途上国全体に比べてラテンアメリカの健康保健はより改善されてきたことを提示した。しかし、ラテンアメリカでは輸入代替工業化期に医療保険制度が階層的に発展し、インフォーマル部門に従事する者が

医療保険制度から排除された帰結として、医療保険普及率格差が深刻な問題になったことを指摘した。そして、1980年代前半からの新自由主義政策以降、ブラジルやコスタリカなど一部の国では普遍的な医療保険制度が整備されたが、多くのラテンアメリカ諸国においては、依然として階層的な医療保険制度が持続していることを示した。次章では、医療保険普及率格差を規定する要因を探る。



## 第2章 医療保険普及率における重層的格差の分析枠組み

本章では、医療保険普及率の格差を規定する要因について検討を行い、仮説を導く。第1節では、経済的な要因に着目する理論的背景を踏まえた上で、産業主義仮説とグローバル化仮説を導出する。第2節では、政治的な要因に焦点を合わせた理論を検討することを通じて、民主主義仮説と権力資源動員仮説を導く。第3節では、実証研究の分析手法として、仮説の因果効果を数量的に検証する計量分析に加えて、仮説の因果メカニズムを明らかにする事例分析を用いることを述べる。

### 第1節 経済的要因に関する仮説

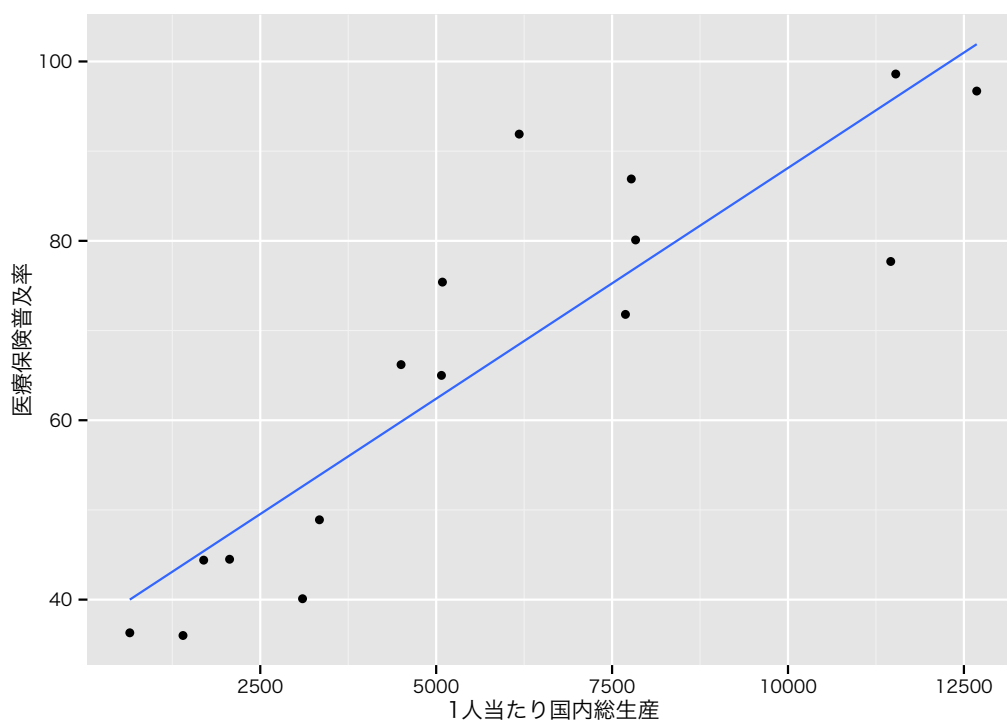
先進諸国における福祉国家形成の要因を政治経済的に分析した最初の試みは、1950年代から60年代にかけて主流を占めた産業主義理論であった(新川他2004:174)。産業主義理論は、経済が発展し、人口構造が変化し、政治的近代化が進む中で、必然的に福祉国家が形成され拡大していくと主張する(ピアソン1996)。近代化が進展する過程で地方から都市へ人口が流入し、政治的権利を獲得した都市部の労働者から福祉需要が増加すると、以前は家族や市民社会が果たしていた福祉供給機能を国家が代替する必要性に迫られ、福祉国家が自然と形成される因果メカニズムが想定されている<sup>18</sup>。産業主義理論の背景には、経済成長によって国が豊かになれば、その豊かさが富める者から貧しい者へと流れるトリクルダウン効果(trickle-down effect)が働く前提がある。産業主義理論がトリクルダウン効果を想定していることを踏まえると、経済水準が高い国ほど産業・所得階層間の福祉格差は小さくなる連関を示唆させる。

このような因果メカニズムを想定する産業主義理論は、ラテンアメリカにおける医療保険制度の文脈にも該当すると考えられる。輸入代替工業化は地方から都市へ賃金労働者を流入させ、急激な都市化によって労働組合は政治的影響力を獲得し、ポピュリスト政権はフォーマル部門に対して社会保障制度を充実させたからである。図2-1は2011年におけるラテンアメリカ16ヶ国の医療保険普及率と1人当たり国内総生産の関係を示した散布図である。両者の相関係数は0.894と強い正の相関関係があり、統計的指標からも産業主義理論がラテンアメリカにも該当することが分かる<sup>19</sup>。

<sup>18</sup> 因果メカニズムと因果連鎖は区別して認識する必要がある。因果連鎖は細かく分解された原因と結果の関係を表すミクロ的視点の因果関係を示すものであり、因果メカニズムは因果連鎖を統合したマクロ的視点の因果関係を意味する。

<sup>19</sup> データの制約上、グアテマラは2006年、ボリビアは2009年、エルサルバドルとメキシコは2010年のデータを使用した。また、ブラジルとベネズエラはデータが公開されていないため、分析対象から外した。

図 2-1 医療保険普及率と1人当たり国内総生産の関係性



出所：CEPAL（2014）をもとに筆者作成。

ラテンアメリカ諸国を分析対象とし、産業主義理論を実証的に分析した研究蓄積もある。エブリン・ヒューバー (Evelyne Huber) らは、ラテンアメリカにおける公共支出と経済発展水準の因果関係を分析し、社会保障支出と1人当たり国内総生産は5%水準で統計的有意が得られないことを実証した (Huber et al. 2008)。しかし、彼らの実証分析では年金保険と医療保険を集約した「社会保障」を結果変数に用いるため、年金保険と医療保険を区別して検証する課題が残っている。また、ラテンアメリカにおける医療保険制度は一方で公共部門やフォーマル部門に普及しているが、他方でインフォーマル部門には普及していない。即ち、国全体の医療保険普及率が増加することは、医療保険制度に未加入のインフォーマル部門に医療保険が普及することを意味する。よって、国全体の医療保険普及率が増加すれば、産業・所得階層間の医療保険普及率格差は縮小すると考えられる。以上の議論を踏まえ、ここでの仮説は以下ようになる。

仮説 1-1 1人当たり国内総生産が高いほど、国全体の医療保険普及率は高くなり、部門別・所得階層別の医療保険普及率格差は小さくなると予想される。

最も、産業主義理論の観察可能な含意 (observable implications) は1人当たり国内総生産だけではないという指摘もある。ハロルド・ウィレンスキー (Harold Wilensky) は、産業主義理論を実証的に分析し、(1)経済水準が福祉国家発展を規定し(2)経済水準は高齢者人口割合を媒介変数として福祉国家発展に影響を与えることを実証した(ウィレンスキー1984)。ウィレンスキーの分析結果を踏まえると、高齢者人口割合と福祉国家の発展水準は偽の相関関係だと解釈できる。しかし、高齢者は疾病リスクが増加し、入院を伴う手術など高度な医療サービスの需要が高まることが考えられる(Haggard & Kaffman 2008: 39)。そのため、高齢者人口割合が高いほど、所得にかかわらず医療保険の普及を求める政治的圧力が高まると考えるのが妥当である。また、仮説1-1導出の議論で説明したように、国全体の医療保険普及率が増加すれば、産業・所得階層間の医療保険普及率格差は縮小すると考えられる。よって、産業主義理論を検証する新たな仮説は以下ようになる。

仮説1-2 高齢者人口割合が高いほど、国全体の医療保険普及率は高くなり、部門別・所得階層別の医療保険普及率格差は小さくなると予想される。

このように、産業主義理論が国内経済水準に着目したのに対して、ソ連崩壊後の過去20年間、国外的要因であるグローバル化が福祉国家にもたらす影響を検証した研究も台頭した。資本の自由な移動をもたらすグローバル化が国家の福祉政策に与える影響について、効率性仮説 (efficiency hypothesis) を支持する学者と補償仮説 (compensation hypothesis) を支持する学者の間で意見が対立している (Avelino et al. 2005: 626)。

効率性仮説は、グローバル化が国家の政策自律性を著しく限定し、国家に対して財政コスト削減 (社会支出抑制) の圧力をかけると主張する。グローバル化の圧力に屈せず、政策自律性を維持して社会保障の充実を継続させる選択肢が国家には残されているものの、市場対抗的な政策を採択すれば、国際競争力の低下や資本の国外逃避 (capital flight) につながるため、国家は市場順応的政策を採択すると考えられる (新川2014: 109)。その結果、福祉政策を最低限に切り詰める「底辺への競争 (a race to the bottom)」が生じると予測される。事実、グローバル化によって産業構造が製造業からサービス産業へと変化し、福祉国家形成を推し進めてきた労働組合の組織化が困難になり、国境移動が容易な資本と比較して、国や地域に根付いた労働組合は相対的交渉力が低下している (新川他2004: 204)。

他方、補償仮説はグローバル化による社会不安や国際競争激化によって、失業や社会保障制度から排除された国民の社会的保護が不可欠になるため、政府は社会的保護を充実させると主張する (Avelino et al. 2005 : 626)。補償仮説は、グローバル化に対する国家の服従を政治的帰結として仮定する効率性仮説を批判する (新川 2014 : 110)。デビット・キャメロン (David Cameron) は開放経済と福祉国家規模の因果関係を論じ、国民経済が国際貿易に占める割合が大きいほど公共部門の規模が拡大すると主張している (Cameron 1978)。国民経済が国際貿易に開放されている国家において、国際競争に勝てない中小企業は淘汰され、国民経済は少数の独占・寡占的輸出企業によって支配される。その帰結として、技能や給与面で差の小さい同質的な労働力が生み出され、総合的な労働組合運動が形成されることを想定している。

ラテンアメリカの文脈では、補償仮説が該当すると考えられる。軍事政権下で生活水準が悪化していたラテンアメリカでは、1980年代前半に起こった民主化第3の波を受けて、文民政権が次々と誕生した。文民政権は巨額の対外債務という負の遺産を抱えており、新自由主義政策を採択せざるを得ない立場にあった。新自由主義政策は、国内産業保護を撤廃して国際的な競争原理を導入して企業活動の効率化・活性化を試みつつ、同時に、公的企業の民营化を推進して大規模な人員整理を断行した。ただし、キャメロンが想定する補償仮説の因果メカニズムとは異なり、ラテンアメリカではインフォーマル部門の増加や労働者の原子化 (atomization) が発生し、総合的な労働組合が形成されなかった。しかし、ラテンアメリカでは文民政権に対して社会的保護の要求が高まったため、新自由主義政策の持続が必要な文民政権が国民からの支持を獲得するために社会的保護を充実させることは、論理的帰結として妥当なはずである。

ラテンアメリカ諸国を対象にして補償仮説を検証した先行研究として、ジョージ・アベリーノ (George Avelino) らは、1980年から1999年を分析期間に設定し、グローバル化と社会支出の因果関係を分析している (Avelino et al. 2005)。彼らの研究では、国民の社会的保護を測る指標として社会支出を、グローバル化を測る指標として市場開放度 (trade openness) を用いて計量分析を行い、市場開放度が高いほど社会支出が増加することを実証した。即ち、1980年からの1999年のラテンアメリカにおいては、補償仮説が支持された。

補償仮説の因果メカニズムを踏まえると、グローバル化が進行するほど、健康保健分野の社会的保護を実現する医療保険普及率が拡大することが予測される。また、文

民政権は新自由主義政策を継続させるために、インフォーマル部門や貧困層に対して医療保険を普及させるという論理が働く。よって、産業・所得階層間の医療保険普及率格差は縮小すると考えられる。したがって、ここでの仮説は以下のようになる。

仮説2 市場開放度が高いほど、国全体の医療保険普及率は高くなり、部門別・所得階層別の医療保険普及率格差は小さくなると予想される。

## 第2節 政治的要因に関する仮説

政治学分野では、比較福祉国家論の議論が先進国を分析対象にして始まり、社会支出額や所得格差を結果変数として計量分析が行われてきた (Bradley et al. 2003; Allan & Scruggs 2004; Iverson et al. 2006)。しかし、分析対象の先進国は戦後から民主主義体制を維持しており、民主主義が分析の前提として成り立っているため、民主主義か権威主義かという政治体制のタイプが分析モデルに組み込まれることはなかった (Segura-Ubiergo 2007 : 105)。他方、ラテンアメリカにおいて戦後から民主主義体制が持続しているのはコスタリカなど一部の国であり、ブラジルやアルゼンチンなど軍事体制への移行を経験した国々や、ニカラグアやグアテマラなど内戦が長期間におよんだ国々のように、民主主義の歴史は国によって多様性がある。そのため、ラテンアメリカ諸国を分析する場合、民主主義は分析の前提として成立せず、福祉水準を規定する要因として分析モデルに含める必要がある。

民主主義と福祉水準の因果関係を考える上で、拠り所となる理論は合理的選択論である (Meltzer & Richard 1981)。合理的選択論では、有権者のイデオロギーは効用最大化に影響しないと仮定して上で、有権者が (1) 自分の所得を知り (2) 自分の効用を最大化する行動をとると仮定を置き、課税前所得が平均未満の有権者は再分配を求め、平均所得以上の有権者は再分配を望まないと予測する。空間競争モデルに従うならば、人々は自身の再分配選好と最も近い政党を選ぶため、中位投票者の再分配選好を政策にする政党が選挙で勝利する (ダウンス 1980)<sup>20</sup>。民主主義体制下では、特権階級に限定されていた選挙権が労働者階級に拡大し、中位投票者の課税前所得は平均所得より小さくなる。論理的な帰結として、権威主義体制と比較して民主主義体制は再分配機

---

<sup>20</sup> 空間競争モデルでは、政党の提示する政策が中位投票者の理想政策に収斂すると考える。

能をもつ社会支出規模が大きくなる<sup>21</sup>。

民主主義と医療保険普及率の因果関係を定量的に分析する場合、民主主義を操作化する方法は2つ考えられる。第1に、民主主義のレベルである。民主主義が制度として確立していることは、必ずしも、民主主義が実質的に機能することを約束しない。脆弱な民主主義では民主的な選挙が実施されるが、特定政党による政治支配によって政党間競争が成立せず、選挙で掲げた党綱領が政策に反映されないことがある。他方、強固な民主主義において、党綱領を政策に反映させないことは、有権者に説明責任を果たさないことを意味するので、政府は党綱領を忠実に政策化すると考えられる。第2に、民主主義の長さである。市民社会との関係性を構築する組織化された政党や、政治権力の監視を担う市民社会が形成されるためには、一過性ではなく持続的な民主主義が前提条件として必要である (Huber et al. 2008 : 421)。

民主主義体制下において、合理的選択論と空間競争モデルの議論を踏まえると、再分配機能を担う医療保険制度が国全体で普及することが予測される。また、インフォーマル部門の人々が医療保険普及の政治的圧力を強めると、政府はインフォーマル部門に医療保険を普及させる選択をするため、産業・所得階層間の医療保険普及率格差が縮小すると期待される。以上の議論を踏まえると、以下の仮説が導かれる。

仮説 3-1 民主主義のレベルが高いほど、国全体の医療保険普及率は高くなり、部門別・所得階層別の医療保険普及率格差は小さくなると予想される。

仮説 3-2 民主主義年数が長いほど、国全体の医療保険普及率は高くなり、部門別・所得階層別の医療保険普及率格差は小さくなると予想される。

また、福祉国家を政治学的に分析した代表的な理論の1つとして、権力資源動員論が挙げられる。権力資源動員論は、資本家階級と労働者階級には社会的亀裂 (social cleavage) が存在すると仮定した上で、労働者階級が多く権力資源を持ち、労働者階級の政治的要求を実現する左派政党による政権支配が強固であるほど、政府の政策は労働者階級の利益をより強く反映すると考える (Korpi 1978)。権力資源動員論は階級間の権力バランスに着目し、左派・労働勢力を福祉国家の支持者に、右派・ビジネス勢

---

<sup>21</sup> ダウンスが想定する空間競争モデルは民主主義を前提にしているが、ラテンアメリカ諸国は権威主義体制から民政移管した歴史的経緯がある。そのため、ラテンアメリカでは中位投票者の課税前所得と平均所得を比較するというよりも、民主主義体制下で投票できる国民の数が増えた結果として社会支出規模が大きくなると考えることも可能である。

力を福祉国家の敵対者と認識し、両者の権力バランスの差異が各国の福祉水準の差異を規定すると考える（鎮目&近藤2014:43）。言い換えると、権力資源動員論は、「労働者階級という社会レベルの利益が、左派勢力という政治アクターを通じて、政治領域でどのように反映されるのか」に着目する理論的枠組みである。

権力資源動員論は戦後社会民主主義の福祉国家論に近いが、産業主義理論が福祉国家形成の規定要因を経済的要因に求めたのに対して、権力資源動員論は政治的要因こそが福祉国家形成に影響を与えると主張する。権力資源動員論は、北欧の福祉国家発展や社会民主主義の成功を説明するモデルとして発展し、実証研究においても、社会支出と議会における左派政党の割合の相関関係は統計的に有意な結果が出ている（Huber & Stephens 2001）<sup>22</sup>。権力資源動員論が想定するように、経営者団体などを支持基盤とする右派政党は、成長重視の経済政策を実行するが、労働組合などを支持基盤とする左派政党は、分配重視の経済政策を実行するため、再配分機能をもつ大きな社会保障志向となる。即ち、左派政党は国全体で医療保険制度を普及させると想定される。また、左派政党は保険に加入する経済的余裕がない労働者階級や貧困層を代表するため、医療保険制度をそれらの階層に普及させることが合理的な選択であり、産業・所得階層間の医療保険普及率格差が縮小すると考えられる。したがって、ここでの仮説は以下になる。

仮説4-1 議会における左派政党の割合が増えると、国全体の医療保険普及率は高くなり、部門別・所得階層別の医療保険普及率格差は小さくなると予想される。

他方、権力資源動員論をラテンアメリカの文脈で考える場合、労働組合組織率や議会における左派政党の割合を数量的分析指標として用いることに懐疑的な見方もある。ラテンアメリカにおいて、福祉国家形成の段階で労働組合組織率が20%を超えることはなく、また、先進国と比べて左派政党は政治的影響力が弱かった。（Segura-Ubiergo 2007:117）。さらに、ラテンアメリカは大統領制を採用しているだけでなく、政府・労働者団体・経営者団体の頂上団体で構成される国家コーポラティズム体制が敷かれていたため、強力な権限が与えられた大統領が議회를迂回して政策を決めることができた。そのため、大統領の政治的イデオロギーが国の政策に大きな影響を与える

<sup>22</sup> 先進国を分析対象とする計量分析では、権力資源動員論を作業仮説に落とし込む際に、Ebbinghaus and Visser のデータを用いて労働組合組織率（加入率）を操作化しているが、ラテンアメリカ諸国を対象にした Social Policy in Latin America and the Caribbean Dataset では、労働組合組織率のデータに欠損値が多く分析に用いることができない。

のである。先行研究では、ラテンアメリカで権力資源動員論を検証する方法として、左派政党から選ばれた大統領か否かという2値変数を用いて計量分析を行っている (Segura-Ubiergo 2007: 119)<sup>23</sup>。したがって、ここでの仮説は以下のようになる。

仮説 4-2 左派イデオロギーをもつ大統領が選ばれた場合、国全体の医療保険普及率は高くなり、部門別・所得階層別の医療保険普及率格差は小さくなると予想される。

### 第3節 リサーチ・デザイン

本節では、医療保険普及率格差の規定要因を分析する方法として、2つの分析アプローチを用いることを説明する。第1に、諸仮説が特定の事例だけではなく、時間や空間を超えて普遍的に妥当するのかを、計量分析によって確かめる。具体的には、線形回帰分析 (linear regression analysis) を実行する。線形回帰分析とは、結果変数 (outcome variable) に影響を与えると理論的に考えられる他の諸条件を制御した上で、仮説を代理する説明変数 (explanatory variable) の影響を明らかにする手法である (多湖 2010: 56)。言い換えると、線形回帰分析は仮説の因果効果を数量的に検証できる利点を有している。また、線形回帰分析は仮説が観測データ以外の時間や空間でどれくらいの確実性を持つのか、経験的確率論に依拠しながら推論することが可能である (鈴木 1999: 117-137)。計量分析のもう1つの長所として、再現性のある研究 (reproducible research) を担保できることが挙げられる。科学的主張を研究成果として公表する際、データや分析に利用したコンピュータコードを一緒に公開することで、他人が研究内容を容易に検証できるのである。なお、本稿の線形回帰分析および図表作成に用いたデータセットとRコードは著者のGitHubからダウンロードが可能である<sup>24</sup>。

第2に、計量分析で実証された仮説について、その因果メカニズムを事例分析で確かめる。計量分析では因果効果を測定することができるものの、因果メカニズムを確認することはできない。例えば産業主義仮説が想定するように、産業化によって都市

<sup>23</sup> 具体的には、(1) アルゼンチンのペロン党 (Partido Peronista) やベネズエラの民主行動党 (Accion Democratica) など歴史的に労働組合と結びつきが強い政党から大統領が選ばれた場合、(2) コスタリカの国民解放党 (Partido Liberacion Nacional) やボリビアの民族革命運動党 (Movimiento Nacionalista Revolucionario) などプログラマティックに中間層から支持を得る政党から大統領が選ばれた場合、以上2つの場合に左派政党から選ばれた大統領と定義している。

<sup>24</sup> データセットとRコードは <https://github.com/KentaroWADA/Academic-Career> から入手可能であり、具体的なレプリケーションの手順は「master.thesis.replication.pdf」という名称のファイルに記載した。著者が作成したデータセットを使用して計量分析を行う場合、和田健太郎 (2016)「ラテンアメリカにおける医療保険普及率格差の実証分析」神戸大学国際協力研究科提出修士論文 (未刊行) と引用されたい。



部の労働者から福祉需要が増加し、福祉供給機能を国家が代替する必要性に迫られるという因果メカニズムを確認するためには、特定の事例を選択し過程追跡を行う必要がある。したがって、計量分析で因果効果を実証すると同時に、事例分析で因果メカニズムを確認することで、相互補完的に仮説の妥当性を検証できるのである。

結論を先取りして書くと、計量分析では医療保険普及率格差を説明する仮説として、産業主義仮説（仮説 1-1）、民主主義仮説（仮説 3-2）、資源動員論仮説（仮説 4-1）が支持された。計量分析の結果を踏まえると、（1）経済発展水準が高く、（2）民主主義の歴史も長く、（3）左派政党が大きな影響力をもつ国を選択し、医療保険が普及する因果メカニズムを特定することが適切だと考えられる。そして、これら 3 つの条件を満たす国としてコスタリカが挙げられる。

コスタリカにおいて、階層的な性格をもつ年金制度の普及率は高くないが、普遍主義的性格が強い医療保険の普及率は極めて高く、コスタリカの社会保障システムはラテンアメリカで最も包括的かつ普遍的であると評価されている（Segura-Ubiergo 2007 : 227）。コスタリカはケインズ主義的経済政策と中米共同市場（Mercado Común Centroamericano）を利用した工業化に成功し、経済成長を成し遂げている。また、コスタリカは 1948 年の内戦終結以降、軍事を放棄した平和国家として民主主義制度 65 年以上持続させており、ラテンアメリカの中でも民主主義の歴史が長い。さらに、左派政党の国民解放党が与党として政治権力を長期間掌握し、福祉国家形成に大きな影響力を行使してきた歴史がある。そして、コスタリカの 1 人当たり国内総生産は 2013 年に 10,000 ドルを超え、ラテンアメリカにおいて最も高い経済発展を成し遂げた国の 1 つになっている。本稿では、計量分析で実証された仮説の因果メカニズムを解明するために、典型的な事例（most likely case）としてコスタリカを扱う。

## 小括

第 2 章では、医療保険の重層的格差構造を規定する要因として経済的・政治的要因に着目し、産業主義仮説、グローバル化仮説、民主主義仮説、権力資源動員仮説を導出した。表 2-1 は導出した仮説の予測効果をまとめたものである。プラスの符号は仮説が結果変数に正の影響を与えることを予測し、マイナスの符号は仮説が結果変数に負の影響を与えることを予測する。導いた仮説を検証する分析方法として、本稿では計量分析と事例分析を行う。計量分析を行うことにより、仮説が特定の事例だけでなく時間

や空間を超えて普遍的に妥当するのかを検証するだけでなく、仮説の因果効果を数量的に実証する。事例分析では、仮説が想定する因果メカニズムを確認・解明し、仮説の妥当性を評価する。次章では、計量分析の手法を用いて仮説を検証する。

表 2-1 仮説の予測効果

	国家間格差 (医療保険普及率)	部門間格差 (部門間ジニ係数)	所得階層間格差 (所得階層間ジニ係数)
経済的要因に関する仮説			
仮説 1-1 (1人当たり国内総生産)	+	-	-
仮説 1-2 (高齢者人口割合)	+	-	-
仮説 2 (市場開放度)	+	-	-
政治的要因に関する仮説			
仮説 3-1 (民主主義水準)	+	-	-
仮説 3-2 (民主主義年数)	+	-	-
仮説 4-1 (左派政党割合)	+	-	-
仮説 4-2 (左派大統領)	+	-	-

### 第3章 医療保険普及率格差の規定要因の計量分析

本章では、第2章で導出した医療保険普及率格差の規定要因を説明する仮説について、仮説の検証と因果効果の測定をするために計量分析を行う。第1節では、分析に用いる変数を操作化し、多重共線性を避けるために説明変数間の相関関係を確認した上で、線形回帰分析のモデル設定を行う。第2節では、計量分析の推定結果に実質的な解釈を加えた上で仮説検証を行う。第3節では、推定結果と仮説検証の結果を踏まえて、どのような要因が医療保険普及率格差にどれだけの影響を与えるのか考察する。

#### 第1節 分析モデル

仮説検証に必要なデータセットは、世界銀行やCEPALの統計データをもとにして筆者が作成した。以下、分析に用いる変数についての記述を行う。

##### (1) 結果変数

本分析では結果変数が3つ存在する。第1に、国全体の医療保険普及率を用いることで、国家間の医療保険普及率格差を測定する。第2に、部門間ジニ係数である。部門別の医療保険普及率を用いて算出した部門間ジニ係数を結果変数に用いることで、部門間の医療保険普及率格差の推定を試みる<sup>25</sup>。第3に、所得階層間ジニ係数である。5分位数別所得の医療保険普及率を用いて導き出した所得階層間ジニ係数を結果変数に用いることで、所得階層間の医療保険普及率格差を計測する。ラテンアメリカにおける医療保険普及率のデータは、2000年前後および2010年前後に測定されたものだけが入手可能である。そのため本稿では、最新のデータに該当する2010年前後のデータを結果変数に用いる。データはCEPAL(2014)を使用した。

##### (2) 説明変数

前述したように、ラテンアメリカにおける医療保険普及率のデータは、2000年前後および2010年前後に測定されたものだけが入手可能である。因果的推論に必要な時間

<sup>25</sup> ジニ係数は相対平均格差(社会を構成する個人で作成可能なすべてのペアについて、二人の所得の差の絶対値を平均したもの)の2分の1なので、以下の数式で求まる。なお、部門間ジニ係数と所得階層間ジニ係数を求める手順(Rコード)は、<https://github.com/KentaroWADA/Academic-Career>の「master\_thesis\_replication.pdf」に記載した。

$$\text{ジニ係数} = \frac{\text{相対平均格差}}{2} = \frac{1}{2n^2\mu} \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |y_i - y_j|$$

的先行を満たすために、説明変数は最新の医療保険普及率の前年もしくは直近のデータを用いる（久米 2013：101-122）。例えば、アルゼンチンにおける医療保険普及率の最新データは 2011 年であるため、説明変数は 2010 年のデータを用いる。2010 年のデータが無い場合は 2009 年のデータを、2009 年のデータが無い場合は 2008 年のデータをという具合に、データがない場合は直近のデータを使用する。以下、仮説検証に用いる説明変数を説明する。

第 1 に、産業主義仮説検証に用いる説明変数について説明する。仮説 1-1 では、「1 人当たり国内総生産が高いほど、国全体の医療保険普及率は高くなり、部門別・所得別の医療保険普及率格差は小さくなる」と予測した。国内総生産とは、一定期間に国内で生産された財サービスの付加価値の合計で、国内の経済活動の水準を表す連続変数である。国内総生産を人口で除した値が 1 人当たり国内総生産であり、各国の生活水準を示す。本稿で分析に用いる説明変数は数値データと割合データが混在しており、1 人当たり国内総生産の標準偏差だけが突出して大きくなる問題がある（大村 2009：12）。そのため、1 人当たり国内総生産を対数変換したデータを分析に用いる<sup>26</sup>。仮説 1-2 では、「高齢者人口割合が高いほど、国全体の医療保険普及率は高くなり、部門別・所得別の医療保険普及率格差は小さくなる」と予想した。高齢者人口割合とは、65 歳以上人口が全人口に占める割合を意味する。産業主義仮説の検証に用いる説明変数のデータは世界銀行のデータベースから入手した<sup>27</sup>。

第 2 に、グローバル化仮説検証に用いる説明変数について説明する。仮説 2 では、「市場開放度が高いほど、医療保険普及率は高くなり、部門別・所得別の医療保険普及率格差は小さくなる」と予測した。市場開放度は貿易の輸出入額を 1 人当たり国内総生産で除した値である。グローバル化仮説の検証に用いる説明変数のデータは世界銀行のデータベースから入手した<sup>28</sup>。

第 3 に、民主主義仮説検証に用いる説明変数について説明する。仮説 3-1 では、「民主主義水準が高いほど、国全体の医療保険普及率は高くなり、部門別・所得別の医療保険普及率格差は小さくなる」と予測した。民主主義のレベルは Polity IV による民主主義評価指標を用いた<sup>29</sup>。仮説 3-2 では、「民主主義年数が長いほど、国全体の医療保険普及

<sup>26</sup> 対数変換の利点として、分析結果の解釈がより現実世界の説明に適合することが挙げられる。具体的には、説明変数が「1 パーセント」変化した場合に、結果変数がどれだけ変化するかを記述できる（森田 2014：49-52）。

<sup>27</sup> <http://data.worldbank.org/indicator>（最終アクセス日：2016 年 1 月 5 日）。

<sup>28</sup> <http://data.worldbank.org/indicator>（最終アクセス日：2016 年 1 月 5 日）。

<sup>29</sup> 民主主義評価指標は -10 から 10 の値を取る。<http://www.systemicpeace.org/inscr/p4manualv2013.pdf>

表 3-1 大統領の党派性

国名	年	大統領	党派性	政党名
Argentina	2010	Cristina Fernández	左派	Justicialist
Bolivia	2008	Evo Morales	左派	Movement for Socialism
Chile	2010	Sebastián Piñera	右派	National Renewal
Colombia	2010	Juan Manuel Santos	右派	Social Party of National Unity
Costa Rica	2010	Laura Chinchilla	左派	National Liberation Party
Dominican Republic	2010	Leonel Fernández	左派	Dominican Liberation Party
Ecuador	2010	Rafael Correa	左派	PAIS Alliance
El Salvador	2009	Mauricio Funes	左派	FMLN
Guatemala	2005	Óscar Berger	右派	Grand National Alliance
Honduras	2009	Roberto Micheletti	右派	Liberal Party of Honduras
Mexico	2009	Felipe Calderón	右派	National Action Party
Nicaragua	2004	Enrique Bolaños	右派	Alliance for the Republic
Panama	2010	Ricardo Martinelli	右派	Democratic Change
Paraguay	2010	Fernando Lugo	左派	Guasú Front
Peru	2010	Alan García	左派	APRA
Uruguay	2010	José Mujica	左派	Movement of Popular Participation

出所：各国大統領が所属する政党のホームページ、および Segura-Ubiergo (2007 : 120) をもとに著者作成。

率は高くなり、部門別・所得別の医療保険普及率格差は小さくなる」と予想した。民主主義年数は、Polity IV による民主主義評価指標のデータを元に、民主主義を示す6以上の値は「1」に、非民主主義を示す6未満の値は「0」に変換し、「1」の累積年を計算していき、1945年以降、民主主義が何年持続しているかを計算した。民主主義仮説の検証に用いる説明変数のデータはPolity IVのデータベースから入手した<sup>30</sup>。

第4に、権力資源動員仮説検証に用いる説明変数について説明する。仮説4-1では、「議会における左派政党の割合が増え、国全体の医療保険普及率は高くなり、部門別・所得別の医療保険普及率格差は小さくなる」と予測した。議会における左派政党の割合は、左派政党が獲得した議席数を総議席数で除した比率である。データはHuber and Stephens, Latin America and the Caribbean Political Dataset (2008) から入手した<sup>31</sup>。また仮説4-2では、「左派政党から大統領が選ばれた場合、国全体の医療保険普及率は高くなり、部門別・所得別の医療保険普及率格差は小さくなる」と予測した。表3-1は各国の大統領の党派性を示したものである。計量分析を実行する際、政党の党派性が左

<sup>30</sup> <http://www.systemicpeace.org/inscrdata.html> (最終アクセス日：2016年1月5日)。

<sup>31</sup> <http://www.unc.edu/jdsteph/common/data-common.html> (最終アクセス日：2016年1月5日)。データベースには、急進的な政党と穏健な政党を区別するために、議会における左派政党の割合と中道左派政党の割合のデータが存在するが、本稿では左派政党と中道左派政党の割合を合計した値を“左派政党”として操作化し、仮説検証を行う。

表 3-2 説明変数間の相関係数

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) 1人当たり国内総生産		0.73	-0.21	0.37	0.47	0.20	0.17
(2) 65歳以上人口割合	0.73		-0.30	0.48	0.45	0.23	0.36
(3) 市場開放度	-0.21	-0.30		0.20	-0.28	0.15	-0.21
(4) 民主主義水準	0.37	0.48	0.20		0.22	-0.02	0.08
(5) 民主主義年数	0.47	0.45	-0.28	0.22		0.08	0.30
(6) 左派政党	0.20	0.23	0.15	-0.02	0.08		0.25
(7) 大統領	0.17	0.36	-0.21	0.08	0.30	0.25	

派の場合は「1」を、右派の場合は「0」の値をとるダミー変数とした。

以上、分析に用いる説明変数を定義した上で、説明変数間に多重共線性の問題の有無を確認する。多重共線性とは、説明変数間に非常に強い相関や一次従属な変数関係がある場合に、解析が不可能になることや推定結果の信頼性が低くなることである。表3-2は説明変数間の相関関係を示しており、1人当たり国内総生産と65歳以上人口割合の相関係数が0.73であり、強い正の相関関係が確認できる。1人当たり国内総生産と65歳以上人口割合の相関関係について仮説検定を行うと、1%水準で統計的有意が得られたため、多重共線性を回避するために両者を別々のモデルで検証する。

### (3) 分析モデルの設定

本稿では、線形回帰分析によって仮説を検証する。第1章で説明したように、ラテンアメリカの医療保険制度は重層的格差構造になっており、3つの格差が存在する。それぞれの格差は連続変数で表現できるため、線形回帰分析を用いて、医療保険普及率格差が他の変数の関数としてどのように変化するかを検証する。線形回帰分析の推定では、以下5つの仮定が置かれている。

1. 推定しているモデルが妥当であること
2. 予測値は説明変数の線形関数であること
3. 誤差は独立であること： $\text{Cor}(\epsilon_i, \epsilon_j) = 0$  for all  $i \neq j$
4. 誤差の分散は均一であること： $\text{Var}(\epsilon_i) = \sigma^2$  for all  $i$
5. 誤差は正規分布に従うこと： $\epsilon \sim N(0, \sigma^2)$

一般的に、クロス・セクショナル・データを用いて分析する場合、分散不均一性 (heteroskedasticity) によって4番目の仮定を満たさないことがある。この問題に対処す

表 3-3 記述統計量

変数名	観測数	平均	標準偏差	最小値	最大値
結果変数					
国全体の医療保険普及率	16	66.36	21.87	36.30	98.60
医療保険普及率の部門間ジニ係数	16	23.08	17.12	0.56	54.03
医療保険普及率の所得階層間ジニ係数	16	16.38	14.22	0.31	45.10
経済的変数					
1人当たり国内総生産の自然対数	16	8.41	0.82	6.47	9.45
65歳以上人口割合	16	6.75	2.57	4.01	13.79
市場開放度	16	69.30	27.39	32.21	139.69
政治的変数					
民主主義水準	16	8.25	1.29	5.00	10.00
民主主義年数	16	29.8	14.5	13.0	65.0
議会における左派政党の割合	16	32.69	21.71	4.70	83.70
大統領ダミー	16	0.56	0.51	0.00	1.00

るために、本稿では最小二乗法 (ordinary least squares) と一般化最小二乗法 (generalized least squares) で分析し結果を比較する<sup>32</sup>。多重共線性を回避するためには、1人当たり国内総生産と65歳以上人口を異なる分析モデルで検証する必要があるため、分析モデルを2つ設定する<sup>33</sup>。モデルは以下のように表現される。ただし、 $\beta_0$  は定数、 $y_i =$  国 $_i$ における医療保険普及率格差、 $\epsilon \sim N(0, \sigma^2)$ 、分析単位 (unit of analysis) は国である。

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 \cdot 1人当たり国内総生産 (or 65歳以上割合) + \beta_2 \cdot 市場開放度 + \beta_3 \cdot 民主主義水準 + \beta_4 \cdot 民主主義年数 + \beta_5 \cdot 議会における左派政党の割合 + \beta_6 \cdot 大統領ダミー + \epsilon \quad (1)$$

モデル1では、産業主義仮説を検証する説明変数として1人当たり国内総生産を用い、モデル2では、65歳以上人口割合を用いる。本稿では、これらの2つモデルに3つの結果変数を当てはめることで、3つの格差を規定する要因をそれぞれ特定する。表3-3は線形回帰分析に用いる変数の記述統計量である<sup>34</sup>。

<sup>32</sup> 分散不均一性に対処する方法として重み付き最小二乗法 (weighted least squares) で分析する場合もある。例えば、説明変数  $x$  の残差が指数関数的に増加している傾向がある場合、説明変数  $x$  の逆数を重み付けし、重み付き最小二乗法を実行する。ただし、分散不均一性の形が確定できない場合、重み付け最小二乗法を用いることはできないため、一般化最小二乗法を利用する (森田 2014 : 118-127)。本稿の分析では、残差プロットで分散均一性を確認したものの、分散不均一性の形が確定できなかったため、一般化最小二乗法を用いた。

<sup>33</sup> 本来であれば、固定効果モデル (計量化が難しい各国固有の要因を推計するモデル) が望ましいが、国ごとのダミー変数を回帰式に投入すると、説明変数の数が観察数より多くなり、標準誤差が算出されないため、国ダミーは回帰式に含めない。

<sup>34</sup> ジニ係数を取りうる値は0から1であり、値が大きいほど格差が大きいことを示している。ただし、分析結果の解釈を容易にするために、0から100の範囲で示している (Cornia 2010)。

## 第2節 仮説検証

本節では分析結果を説明する。なお、2つのモデルに対して最小二乗法と一般化最小二乗法で分析を行ったが、推定結果が全く同じになったため、最小二乗法の結果のみ記載する。また、分析モデルの設定においてモデル1とモデル2を構築したが、異なる3つの結果変数で線形回帰分析を行うため、モデル1からモデル6という名称に変更することを予め断っておく。表3-4は線形回帰分析の推定結果を示したものである。以下、各モデルの推定結果と実質的解釈を説明する。

まず、国全体の医療保険普及率を結果変数にした分析結果を説明する。モデル1において、5%水準で統計的有意が得られた変数は、1人当たり国内総生産の自然対数、民主主義年数、左派政党の割合、大統領ダミーである。大統領ダミーは予想に反する結果が得られたが、仮説1-1、仮説3-2、仮説4-1が支持された。第1に、1人当たり国内総生産の自然対数が国全体の医療保険普及率に与える実質的効果は、1人当たり国内総生産が1%増えると、国全体の医療保険普及率は「平均して」0.173ポイント増えることが期待される<sup>35</sup>。第2に、民主主義年数が国全体の医療保険普及率に与える実質的効果は、民主主義の継続年数が1年増えると、医療保険普及率は「平均して」0.511ポイント増えることが期待される。第3に、左派政党の割合が国全体の医療保険普及率に与える実質的効果は、左派政党の割合が1ポイント増えると、医療保険普及率は「平均して」0.203ポイント増えることが期待される。第4に、大統領が国全体の医療保険普及率に与える実質的効果は、大統領のイデオロギーが左派の場合、医療保険普及率は「平均して」11.739ポイント減ることが期待される。モデル2において、5%水準で統計的有意が得られた変数は民主主義年数であり、仮説3-2が支持された。民主主義年数が国全体の医療保険普及率に与える実質的効果は、民主主義の継続年数が1年増えると、国全体の医療保険普及率は「平均して」0.707ポイント増えることが期待される。

次に、医療保険普及率の部門間ジニ係数を結果変数にした分析結果について記述する。モデル3において、5%水準で統計的有意が得られた変数は、1人当たり国内総生産の自然対数であり、仮説1-1が支持された。1人当たり国内総生産の自然対数が医療保険普及率に与える実質的効果は、1人当たり国内総生産が1%増えると、部門間ジニ係

<sup>35</sup> 自然対数を用いた変数を実質的に解釈する場合、「1人当たり国内総生産が1ドル増加した場合」ではなく、「1人当たり国内総生産が1%増加した場合」に結果変数がどれだけ変化するのかという解釈になる（森田2014：49-52）。



表 3-4 線形回帰分析の推定結果

	結果変数					
	国全体の医療保険普及率		医療保険普及率の部門間ジニ係数		医療保険普及率の所得階層間ジニ係数	
	モデル 1	モデル 2	モデル 3	モデル 4	モデル 5	モデル 6
1 人当たり国内総生産の自然対数	17.377*** (2.672)		-0.154*** (0.028)		-0.084* (0.042)	
65 歳以上人口割合		4.100* (1.946)		-0.023 (0.020)		-0.007 (0.019)
市場開放度	-0.145* (0.074)	-0.127 (0.156)	0.001 (0.001)	0.001 (0.002)	0.002 (0.001)	0.002 (0.001)
民主主義水準	1.991 (1.568)	1.752 (3.458)	-0.017 (0.017)	-0.028 (0.036)	-0.025 (0.024)	-0.037 (0.033)
民主主義年数	0.511*** (0.143)	0.707** (0.270)	-0.002 (0.002)	-0.004 (0.003)	-0.002 (0.002)	-0.003 (0.003)
左派政党の割合	20.264** (8.854)	23.765 (17.640)	-0.065 (0.094)	-0.136 (0.185)	-0.114 (0.138)	-0.170 (0.168)
大統領ダミー	-11.739** (3.740)	-16.150* (7.383)	0.049 (0.040)	0.080 (0.078)	0.032 (0.058)	0.046 (0.070)
定数項	-101.346*** (20.398)	13.261 (23.286)	1.646*** (0.217)	0.652** (0.245)	1.036*** (0.318)	0.500* (0.222)
観察数	16	16	16	16	16	16
自由度調整済み決定係数	0.906	0.641	0.826	0.354	0.461	0.228
F 検定	25.110***	5.470**	12.906***	2.368	3.137*	1.737
注	*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01; 括弧内は標準誤差を示す。					

数は「平均して」0.15ポイント減ることが期待される。モデル4において、5%水準で統計的有意が得られた変数はなく、全ての仮説が棄却された。また、F検定は10%水準で統計的有意が得られず、「モデルは成立しない」という帰無仮説が受諾された<sup>36</sup>。したがって、モデル4は成立しないことが分かった。

最後に、医療保険普及率の所得階層間ジニ係数を結果変数にした分析結果について述べる。モデル5において、5%水準で統計的有意が得られた変数はなく、全ての仮説が棄却された。F検定は5%水準で統計的有意が得られなかったものの、10%水準では統計的有意が得られたため、分析モデルとしては成立すると言える。モデル6において、5%水準で統計的有意が得られた変数はなく、全ての仮説が棄却された。F検定は10%水準で統計的有意が得られず、「モデルは成立しない」という帰無仮説が受諾された。したがって、モデル6は成立しないことが分かった。

### 第3節 分析結果の考察

本節では分析結果を踏まえて考察を行う。第1に、産業主義仮説はモデル1とモデル3で支持された。分析前に予測した通り、1人当たり国内総生産が高いほど、国全体の医療保険普及率は高くなり、部門別・所得階層別の医療保険普及率格差が小さくなった。例えばコロンビアでは、1999年から2011年にかけて、1人当たり国内総生産が2,197から7,125へと増加し、国全体の医療保険普及率も53.2%から91.9%へと増加した。また興味深いことに、結果変数の分析レベルが国家、部門、個人と小さくなるほど、1人当たり国内総生産の影響力が小さくなった。この結果は、個人間の医療保険普及率格差を規定する要因分析には、本稿で依拠した理論とは別に、新たな理論が必要であることを示唆する。

他方で、65歳以上人口割合は全てのモデルにおいて5%水準で統計的有意が得られなかった。最も、モデル2では10%水準で統計的有意が得られ、分析前に予測した通り、65歳以上人口割合が高いほど、国全体の医療保険普及率は高くなる結果が得られた。ただし、全ての結果変数において、1人当たり国内総生産を含んだモデルは、65歳以上人口割合を含んだモデルよりも自由度調整済み決定係数が高いことは注目に値する。例えば、モデル1とモデル2を比較すると、モデル1の自由度調整済み決定係数が0.265が

---

<sup>36</sup> モデルについての仮説検定をする場合、「この説明変数の組では応答変数は説明できない」という帰無仮説を立て、「少なくとも1つの説明変数で応答変数は説明できる」という対立仮説を立てる。

イント高く、モデルの当てはまりが良いことが分かる。この結果を踏まえると、経済水準は高齢者人口割合を媒介変数として福祉国家発展に影響を与えることを先行研究が指摘するように、高齢者人口割合はあくまで媒介変数であるため、産業主義仮説を検証するためには、65歳以上人口割合ではなく、1人当たり国内総生産を説明変数として用いることが適切だと言える。

第2に、グローバル化仮説はモデル1において10%水準で統計的有意が得られたものの、他のモデルでは棄却された。さらに、分析前の予測に反して、市場開放度が高いほど、国全体の医療保険普及率は低くなる推定結果が得られた。推定結果は効率性仮説がラテンアメリカに当てはまることを示唆しており、補償仮説がラテンアメリカに該当することを実証した既存研究の分析結果と異なる(Avelino et al. 2005)。1つの解釈として、既存研究は分析期間を1980年から1999年に設定し、パネルデータを用いて計量分析を実施したのに対して、本分析では1地点のクロスセクション分析を行っているために、グローバル化仮説の検証結果が異なるという説明である。今後、ラテンアメリカにおける医療保険普及率のデータが十分に確保され、パネルデータ分析を行えば異なる推定結果が得られる可能性があることを述べておく。

第3に、民主主義仮説はモデル1とモデル2で支持された。分析前に予測した通り、民主主義年数が長いほど、国全体の医療保険普及率は高くなり、部門別の医療保険普及率格差が小さくなった。民主主義年数が長いウルグアイやコスタリカにおいて、医療保険普及率が高いことや、民主主義年数が短いグアテマラやエルサルバドルにおいて、医療保険普及率が低いことから、この推定結果は説得的であると言える。

他方で、民主主義のレベルは全てのモデルにおいて5%水準で統計的有意が得られなかった。ここで、民主主義のレベルの操作化に改善の余地が残ることを説明する。本稿はPolity IVを用いての民主主義水準を操作化したため、民主主義水準を連続変数として扱っている。そのため、民主主義水準を質的変数として操作化して分析することで、異なる推定結果が得られる可能性があることを指摘しておく<sup>37</sup>。

第4に、権力資源動員仮説はモデル1で支持された。分析前に予測した通り、左派政党割合が高いほど、国全体の医療保険普及率は高くなる結果が得られた。ただし、左派政党割合が医療保険の普及率格差に与える因果効果は限定的である。例えばモデル1では、議会における左派政党の割合が1ポイント増加すると、国全体の医療保険普及率

---

<sup>37</sup> 例えば、「安定した民主主義」、「脆弱な民主主義」、「非民主主義」などが想定される。

は0.203ポイント上がることを意味している。言い換えると、左派政党が議会の過半数を占めたとしても、国全体の医療保険普及率は10ポイント程度の増加にとどまることが期待される。民主主義年数が50年の場合、国全体の医療保険普及率は25ポイントの増加が期待されることに比べると、左派政党の影響力が限定的であると考えられる。

他方で、左派政党出身の大統領ダミーはモデル1において5%水準で統計的有意が得られた、モデル2では10%水準で統計的有意が得られた。しかし、分析前の予想に反して、左派政党出身の大統領は国全体の医療保険普及率を低下させる結果が得られた。これは福祉国家論で有力仮説であった権力資源動員論が、ラテンアメリカの文脈には適合しないことを示す結果だと便宜的に解釈できるが、その真意は定かでない。考えられる1つの説明として、本稿の分析では観察数が16と非常に少なく、標準誤差が大きくなるため、統計的有意が得られにくいことが挙げられる。今後の研究課題として、観察数を増やしてパネルデータ分析を行うことを指摘しておく。

## 小括

第3章では、医療保険の重層的格差構造を規定する要因を特定するために計量分析を行った。第1に、国全体の医療保険普及率を結果変数に用いた分析では、産業主義仮説（仮説1-1）、民主主義仮説（仮説3-2）、権力資源動員仮説（仮説4-1）を支持する結果が得られたが、仮説4-2では予想と反する結果が得られた。即ち、（1）1人当たり国内総生産が高くなるほど医療保険普及率が増加し、（2）民主主義年数が長いほど医療保険が普及することが期待され、（3）議会に占める左派政党の割合が多いほど医療保険が国民全体に普及し、（4）大統領のイデオロギーが左派であれば医療保険普及率が減少することがわかった。第2に、部門間ジニ係数を結果変数に用いた分析では、産業主義仮説（仮説1-1）を支持する結果が得られ、1人当たり国内総生産が高くなるほど部門間の医療保険普及率格差が是正されることが実証された。第3に、所得階層間ジニ係数を結果変数に用いた分析では全ての仮説が棄却された。計量分析で検証された仮説の因果メカニズムを確認するためには、事例分析を行う必要がある。次章では、ケインズ主義的経済モデルによって経済成長を成し遂げ、軍隊廃止以降から現在に至るまで民主主義を持続させ、左派政党の国民解放党が高い医療保険普及率を維持してきたコスタリカを典型的な事例と位置付けて事例分析を行う。そして、経済成長、民主主義、左派政党が、医療保険普及に影響を及ぼす因果メカニズムを明らかにする。

## 第4章 コスタリカの事例分析

本章では、第3章の計量分析で実証された諸仮説が最も該当するコスタリカを取り上げ、各仮説と医療保険普及の因果メカニズムを詳細に観察することを試みる。第1節では、医療保険制度の創成期に着目し、1948年のコスタリカ内戦がテオドロ・ピカド (Teodoro Picado) 大統領の早期降伏によって収束したのち、現在まで継続する民主主義体制が確立されたことで、医療保険制度の整備に国家資源を投入する基盤が設立したことを示す。第2節では、医療保険制度の発展期に焦点を絞り、左派政党の国民解放党がケインズ主義的経済政策と中米共同市場を利用した工業化による経済成長を実現し、医療保険制度の拡大に必要な財源を確保したことを説明する。第3節では、医療保険制度の転換期を取り上げ、合意形成的な民主主義が浸透したコスタリカにおいて、福祉充実を政党理念に掲げた二大政党の国民解放党とキリスト教社会連合党が福祉充実を継続させ、国民が支持する普遍主義的な医療保険制度が持続したことを示す。

### 第1節 医療保険制度の創成期：独立から内戦

本節では、コスタリカにおける医療保険制度の創成期を取り上げて、民主主義体制の確立が医療保険制度の基盤整備に大きな影響を与えたことを説明する。まず、スペインから独立したコスタリカが19世紀から20世紀前半にかけて、寡頭支配勢力による自由主義政策によって経済成長を遂げたことを示す。次に、1929年の世界大恐慌以降、ポピュリスト政権によって医療保険制度の礎が築かれたことを説明する。そして、1948年のコスタリカ内戦終結以降、現在まで継続する民主主義体制が確立されたことで、医療保険制度の整備に国家資源を集中的に投入する基盤が設立したことを示す。

#### (1) 医療保険制度の礎

コスタリカは1838年に独立を成し遂げ、コーヒーやバナナなどの農産物を外国に輸出することで、19世紀後半に経済的繁栄を達成した。20世紀前半には、農産物を支配する「コーヒー生産者政権」と呼ばれる寡頭支配体制が崩れ始め、中間層や労働者からの政治参加が実現し、労働者の権利擁護を求める政治的圧力が強まった(山岡2014: 3-4)。1929年の世界大恐慌により、輸出の大部分を占めていたコーヒーとバナナの国際価格が急落し、コスタリカは深刻な経済不況に陥った。その結果、経済不況で失業した労働者は雇用改善や社会保障充実の政治的要求を急速に高めていった。

こうした政治的要求に応えたのがラファエル・カルデロン・グアルディア (Rafael Calderón Guardia) であった。裕福なコーヒー生産者の息子であったカルデロンは、保守的で自由主義的なイデオロギーをもつ国民共和党 (Partido Republicano Nacional) を設立し、労働運動や左派政党とも連携を深めるて国民から支持を得たことで、1940年にコスタリカの大統領に就任した (山岡 2014 : 4)。1941年には医療保険を管轄するコスタリカ社会保険公庫 (Caja Costarricense de Seguro Social) を創設し、都市部の工業労働者、ホワイトカラー、公務員に対して医療を提供した (Rosenberg 1981 : 286-287)。また1942年には、各州都の低所得労働者向けの医療保険である「疾病母性保険 (Seguro de Enfermedad y Maternidad)」が開始された (山岡 2014 : 116)。産業主義仮説が想定するように、経済発展により都市部の労働者が増加すると、労働者による福祉充実の要求に政府が応える、という因果メカニズムが確認できる<sup>38</sup>。

このように、カルデロン大統領はコスタリカにおける社会保険制度の礎を築いたが、寡頭勢力や中間層は労働者優遇政策に反発を示すようになった。こうした反発を抑えて選挙を有利に展開するために、カルデロン大統領は1943年から労働組合の多くを握っていた共産党に接近したが、寡頭勢力と中間層からより強い反発を受けることになった (細野 & 恒川 1986 : 222)。1944年の大統領選挙ではカルデロン派のピカドが大統領に就任し、カルデロンが推し進めていた社会保障制度の整備を継承した。しかし、第2次世界大戦の影響で欧米へのコーヒーとバナナの輸出額が激減すると、コスタリカ経済は再び不況に陥り国民の不満が高まっていった。こうした不満の受け皿として国家介入型の経済政策を掲げる政治グループが台頭し、1945年にホセ・フィゲーレス・フェレール (José Figueres Ferrer) を中心として社会民主党 (Partido Social Demócrata) が創設された。社会民主党は貧困層の生活水準を改善する社会政策を掲げ、カルデロンと政治的対立を深めていった (Segura-Ubiergo 2007 : 66)。

## (2) コスタリカ内戦

1948年の大統領選挙では、野党候補のオティリオ・ウラテ (Otilio Ulate) が勝利を収めたが、投票箱が燃やされるなどの不祥事が多発した事実を踏まえ、国会が開票結果の無効を宣言してカルデロンを大統領に指名した (山岡 2014 : 40-41)<sup>39</sup>。カルデロンの

<sup>38</sup> 最も、カルデロンは保守的で自由主義的なイデオロギーをもつ国民共和党に属していたことから、社会保障制度の整備は世界大恐慌に端を発した緊急的な危機への対応とも考えられる (Mesa-Lago 2000 : 402)。

<sup>39</sup> 野党統一候補を選ぶ予備選挙にはホセ・フィゲーレルも出馬したが、大差でウラテに敗れている。

当選宣言からわずか2時間後、ウラテ派に対する銃撃事件によって大混乱が生じると、フィゲールスは直ちに反政府勢力の「国民解放軍」を組織し、1948年3月12日に政府軍と国民解放軍との間で内戦が始まった（足立2009：23-25）。1948年の内戦では人口2000人が死亡し、コスタリカの歴史上はじめての大惨事となった。コスタリカ政府軍は戦闘経験に乏しく弱体化していたため内戦は40日間で終結し、ピカド大統領の降伏宣言によって国民解放軍が勝利した（細野&恒川1986：223）。

内戦終結後、フィゲールスとウラテは大統領の座を巡って争うことはせず、フィゲールス暫定政権が憲法を制定した後、ウラテに政権を引き渡す「ウラテ・フィゲールス協定」が締結された。協定締結の背景には国内に厭戦気分が万延していたことに加えて、国外亡命したカルデロンを保護していたニカラグアがコスタリカへの軍事侵攻を目論んでいたことがあった（足立2009：26）。フィゲールスが設立した暫定政権「第二共和制創設評議会（Junta Fundadora de la Segunda República）」では、最重要議題として国民解放軍も含めた軍隊廃止の手続きが進められた。

当時、軍隊廃止はフィゲールスにとってもウラテにとっても合理的な選択であったと考えられている。フィゲールスは内戦に敗れた旧政府軍を解体することで、武力を保持する対抗勢力を徹底的に叩き潰すことを目指しており、物理的暴力を持たないウラテは国民解放軍を解散することで、フィゲールス派による武装蜂起の芽を摘み取ることを画策していた（足立2009：32-35）。そして、1949年11月7日に新憲法が発表および施行され、第12条には「恒久的組織としての軍隊は禁止される」という条項が盛り込まれた（足立2009：29）。こうしてコスタリカは軍事を放棄した平和国家として、工業化や医療保険制度の整備に国家資源を投入する政治環境を整えたのである<sup>40</sup>。また、内戦の早期終結と軍部廃止を実現したことで、討論による妥協をもって民主的に物事を決める伝統が根付き、民主主義体制の確立と継続が実現したと考えられる。

他方で、憲法制定議会選挙で資本家層を支持基盤にもつウラテが圧勝したため、1949年憲法はウラテ派を中心に作成された（山岡2014：41）。その帰結として、暫定政権が実現できた産業構造改革は銀行の国有化、電力と通信の国有化、中央銀行創設に止まったが、フィゲールス暫定政権とウラテ派が支配する憲法制定議会のパワーバランスが保たれことで、資本家層と社会民主主義者たちの妥協が成立した（山岡2014：42）。こ

---

<sup>40</sup> マクロ経済学では生産可能性フロンティア（Production Possibility Curve）の概念を用いて軍事発展と市民生活発展がトレードオフの関係にあることを示している（Guns Versus Butter Model）。軍事放棄したコスタリカは国庫財源を産業設備に投資できたので、経済発展の実現は当然の帰結と言えるかもしれない。

れは資本家階級と労働者階級の政治的妥協によって社会の階層化が妨げられ、社会保障制度が普遍的に発展する契機になったと考えられる。

## 第2節 医療保険制度の発展期：内戦から新自由主義改革

本節では、1950年代から1970年代のコスタリカにおいて、左派政党の国民解放党が与党として影響力を行使し、医療保険制度が普遍的に発展したことを示す。まず、国民解放党がケインズ主義的経済政策と中米共同市場を利用した工業化による経済成長を実現し、医療保険制度の拡大に必要な財源を確保したことを説明する。そして、1970年代には国民解放党のフィゲーレス大統領とダニエル・オドゥベル・キロス(Daniel Oduber Quirós)大統領によって、コスタリカにおける医療保険普及率が8年間で1.6倍に拡大した経緯を明らかにする。

### (1) 医療保険制度の発展

1948年の内戦がピカド大統領の早期降伏によって収束したのち、民主主義体制のもとでコスタリカ政治が展開されていく。憲法制定議会選挙で敗北した社会民主党は1951年に国民解放党(Partido Liberación Nacional)と名称を改め、社会民主主義的なイデオロギーをもつ政党として政党の組織化と大衆化を推進した。国民解放党が社会民主主義的なイデオロギーを有することは、1952年5月に行われた同党政党登録の登録書のなかにあるドクトリン・プログラム(programa doctrinal)からも理解することができる。ドクトリン・プログラムの第4条では「全国民に福祉を提供する社会政策の整備」が同党の目標として掲げられており、第9条では「高い水準の公的医療と社会保険の達成」が明記されている(山岡2014:106)。また、国民解放党は労働組合との排他的関係をもたず、中間層や低所得者層を中心としつつも、幅広い層からの支持を獲得していった(山岡2014:107)。さらに、未使用農地や未開墾地を分配する農地改革を実行したことで、国民解放党が中間層や低所得者から継続的に支持を得られたと考えられる(細野&恒川1986:273)<sup>41</sup>。このように、権力資源動員論が想定するように、成長よりも分配を重視する左派政党の国民解放党が政治を牽引したことで、医療保険制度が普遍的に発展する下地が形成されたと考えられる<sup>42</sup>。

<sup>41</sup> 農地改革が成功した背景には、植民地時代に大地主所有制が発展せず比較的平等な社会が維持されたことが挙げられる。

<sup>42</sup> 事実、1953年の大統領選挙に出馬したフィゲーレスは圧勝し、議会でも国民解放党が過半数の議席を獲得して以降、国民解放党は1974年まで与党の座を守り抜き、医療保険制度の整備を推し進めるのである。



さらに、コスタリカにおける医療保険制度の整備が順調に進んだ理由として、有力な医師が政治や行政に積極的に参加したことが挙げられる。大統領、副大統領、国會議員、保健大臣、コスタリカ社会保険公庫総裁など、医師が政治的に重要な役職に就任して健康保健に関する意思決定を行ったのである（丸岡 2008 : 49）。その帰結として、コスタリカの医療保険制度に必要な財源を長期的に高い水準で維持することができたと考えられる。このことはコスタリカ特有の事情であるため、計量分析で実証した諸仮説の因果メカニズムを確認することには直結しないものの、コスタリカの医療保険普及率格差が小さい要因として重要であることを指摘しておく。

経済について見てみると、コスタリカにはアルゼンチンやブラジルのように巨大な国内市場が存在せず、チリやウルグアイほどには産業化が進んでいなかったため、市場を閉じた輸入代替工業化を採択することはなかった（Segura-Ubiergo 2007 : 65）。そのため、コスタリカではケインズ経済学（Keynesian Economics）の理論に基づいたインフラ・産業・農業分野への財政出動が行われ、公的需要の増加によって経済発展を遂げる好循環が確立された。1963年には中米共同市場に加入し、国の産業を農業から工業に移行する工業化に成功したことで、都市部における工業部門の雇用が拡大した。

経済成長に付随する都市部の雇用拡大によって、医療保険制度に加入する者が増加していった。与党の国民解放党は1961年に憲法を改正し、社会保険の普及化が制定され、コスタリカ社会保険公庫の保障対象が製造業労働者、商業労働者、建設労働者およびそれらの家族に拡大した（Mesa-Lago 2000 : 420）。その結果、1955年の12%から1960年の15%と微増に止まっていた医療保険普及率は、憲法改正後、1965年の30%そして1970年の46%と急速に上昇した（Rosenberg 1979 : 124）。このように、1960年代のコスタリカでは経済発展により都市部の労働者が増加し、労働者の福祉要求を受けた左派政党の国民が医療保険制度を普遍的に拡大していったのである。

## （2）医療保険制度の最盛期

1970年代になると、コスタリカ経済は保護主義的政策の帰結として貿易不均衡の問題に直面したが、1973年のオイルショック以降、先進国市場で投資機会を失った産油国から投機資金がラテンアメリカに流入し、医療保険制度に必要な財源を確保した。また、主要輸出品であるコーヒーの国際価格が高騰したことで、貿易不均衡が改善されていった（丸岡 2008 : 28）。1970年の選挙では国民解放党から出馬したフィゲーレスが2度目の大統領に就任し、議会においても国民解放党が過半数を獲得した。フィゲー

レス大統領は累進的性格をもつ所得税率の引上げや消費税の導入などの税制改革を実行し、福祉制度のさらなる充実に必要な財源を確保した (Segura-Ubiergo 2007 : 210)。新たな財源は独立機関の設立に用いられ、貧困者向けの社会扶助プログラムを管轄する社会扶助院 (Instituto Mixto de Ayuda Social) が 1971 年に設立された (Segura-Ubiergo 2007 : 211)。また、全国保健医療計画 (Plan Nacional de Salud) が 1971 年に策定され、保健省が予防を、コスタリカ社会保険公庫が治療を担当するという役割分担が明確になり、1977 年までに全国立病院が同公庫に移管され、コスタリカ社会保険公庫が一元的に医療サービスを提供する体制が整った (山岡 2014 : 116)。ここで特筆すべき点は、フィゲレス大統領が公共部門に集中していた医療サービスを問題視し、民間部門やインフォーマル部門にも医療サービスが普及する改革を行ったことである (Haggard & Kaufman 2008 : 92)。その結果、医療保険普及率は 1970 年の 46% から 1975 年には 65% へと 5 年間で約 20 ポイント上昇した (Rosenberg 1979 : 124)。

1974 年に大統領に就任した国民解放党出身のキロスモフィゲレス前大統領の社会保障改革を継承した。1974 年には社会保障税の増税を行い、自営業の労働者が社会保険制度に加入することが義務付けられた (Huber & Stephens 2012 : 92)。1975 年には社会開発家族給付基金 (Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares) が設立され、疾病予防とプライマリーケアが農村部にも普及した (丸岡 2008 : 27-40)<sup>43</sup>。1978 年には医療保険普及率が 74% に到達し、1970 年の 46% から約 1.6 倍増加した (Mesa-Lago 2000 : 419-443)。このように、1970 年代に民主主義体制下で国民から信任を得た国民解放党が福祉充実に着実に実施した帰結として、コスタリカの医療保険制度は普遍主義的性格を持つ制度として確立した。

しかしながら、1978 年の選挙では国民解放党政権時代に悪化した国庫財政の改善を有権者に訴えた連合 (Coalición Unidad) からロドリゴ・カルソ (Rodrigo Carzo) が大統領に選ばれ、議会でも連合が過半数の議席を獲得した。しかし、連合は深刻な景気後退に対処する必要に迫られ、結果的に財政支出は国民解放党時代よりも増加した。さらに、1982 年のメキシコ債務危機を境目にして、1973 年のオイルショック以降にラテンアメリカ諸国に流入していた国際投資マネーが流出し、コスタリカも資金繰りに困窮

<sup>43</sup> 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会では、米国国立科学アカデミーから引用してプライマリーケアの定義を記載している。「プライマリーケアとは、患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである。」<http://www.primary-care.or.jp/paramedic/> (最終アクセス日 : 2016 年 1 月 5 日)。

した。1982年には外国民間銀行への債務返済が不可能となり、債務不履行 (default) になったコスタリカは対外債務に対するモラトリアム宣言を発令した (Segura-Ubiergo 2007 : 212)。債務不履行の帰結としてカルソ政権は公共支出を削減したが、経済不況に苦しむ国民からは福祉充実の政治的要求が高まった。しかし、コスタリカの国庫財政は限界に達していただけでなく、国内産業を保護する輸入代替工業化政策によって国際競争力のある産業が育たず外貨獲得が望めないことから、コスタリカの福祉制度は曲がり角に立つことになる (Segura-Ubiergo 2007 : 213)。

### 第3節 医療保険制度の転換期：新自由主義改革から現在

本節では、コスタリカにおける医療保険制度の転換期である新自由主義改革期において、普遍主義的な医療保険制度が持続した理由として、二大政党の国民解放党とキリスト教社会連合党が福祉充実を政党理念として掲げていたことが決定的に重要であったことを論じる。そして、1990年代には医療サービス改善や財政赤字改善を目的として医療保険制度の改革が実行されたが、合意形成的な民主主義が浸透していたコスタリカでは、国民が支持する普遍主義的な医療保険制度が持続したことを示す。

#### (1) 累積債務危機の影響

累積債務危機により緊縮財政政策が必要となったコスタリカでは、財政負担の重い医療保険制度が改革の対象となったものの、合意形成的な性格をもつ民主主義や国外からの資金援助によって普遍主義的な医療保険制度が維持された。1982年に国民解放党から大統領に就任したルイス・アルベルト・モンヘ (Luis Alberto Monge) は、米州開発銀行 (Inter-American Development Bank) などの国際機関から融資を受ける条件として新自由主義政策の導入を義務付けられた (Segura-Ubiergo 2007 : 214)。新自由主義政策を導入することで、自由貿易促進により債務返済に必要な外貨を獲得するだけでなく、政府の財政赤字を改善することが期待された。

自由貿易促進の具体的施策として、輸出産業の振興と輸入関税撤廃が実施された。コスタリカでは輸出企業に対する法人税や輸出業務に付随する間接的または直接的な税金が免除されると同時に、通貨切り下げ (devaluation) によって輸出製品の国際競争力が強化された。また、輸入関税が段階的に撤廃されることで、国内産業の競争力が強化されるだけでなく、国民が安価な財・サービスを享受できる環境を整えた。こう

した新自由主義改革の帰結として、コスタリカの国内総生産に占める輸出入貿易割合は1986年の60%から1997年には90%へと増加した (Segura-Ubiergo 2007 : 219)。このように、コスタリカはケインズ主義的経済モデルの代替として、輸出産業が外貨を獲得する新しい経済モデルを確立し、経済発展によって普遍主義的な医療保険制度の持続に必要な財源を確保しようと試みた。

他方で、モンヘ大統領は急激な経済政策の転換は社会不安を引き起こすと理解しており、臨時雇用プログラムや失業手当の導入、そして食糧支援や最低賃金の引き上げを行い、国民からの理解を得ようと努めた (Huber 1996 : 175)。また、コスタリカ経済を担う存在として輸出企業が成長したのに対して、政府から保護されていた企業群はロビー活動を展開し、輸入関税撤廃と市場開放を段階的に実行することを要求し、失業者に対する金銭的補償や企業に対する補助金の提供といった妥協を引き出した (Segura-Ubiergo 2007 : 219)。1986年にモンヘから大統領を引き継いだ国民解放党出身のオスカル・アリアス (Óscar Arias) は、段階的な貿易自由化を引き継ぎつつも、コスタリカ社会保険公庫が管轄する病院の効率性改善を図るなどして、国庫財政の改善を試みた (Segura-Ubiergo 2007 : 215)。

多くのラテンアメリカ諸国では経済の構造改革が急速に実施されたのに対して、なぜコスタリカ経済の新自由主義改革は漸進的に実施されたのだろうか。考えられる1つの説明として、コスタリカの民主主義が効率よりも民主的な手続きを優先する合意形成的な性格をもつことが挙げられる。コスタリカでは司法独立性が極めて高く、国民は誰でも、どんな事柄についても、問題と思われた事柄を「憲法違反」として憲法裁判所 (La Sala Constitucional) に訴えることができる。例えば、自宅の前で始まった道路工事が近くの川を汚染する、として憲法裁判所に訴えることも可能であり、工事が本当に環境破壊をしているかどうかを憲法裁判所が審査している間、工事は中断される。憲法裁判所の裁決がなされるまで平均して2年近くかかるため、単純な工事ですら、完成までに年単位の時間がかかることは珍しくないのである (山岡 2014 : 14)。つまり、全ての決定に国民の異議申し立てを認め、合意形成を図りながら段階的に物事を進める伝統が根付いているのである。このような要因によって、コスタリカ経済の新自由主義改革は漸進的かつ合意形成的に進んだと考えられる。

コスタリカ経済の新自由主義改革が漸進的に実施されたのと同様に、医療保険制度の新自由主義改革は同部門で働く労働者に反対されない範囲で実施された (丸岡

2008 : 262)。財政健全化を達成するのであれば、医療部門の労働者の反対を無視して新自由主義改革を断行する必要があったはずである。なぜなら、累積債務危機が始まった1982年には医療保険普及率が77%に到達しており、医療保障分野への公的支出の拡大こそが深刻な財政悪化の原因だったからである (Segura-Ubiergo 2007 : 208)。しかし、財政負担軽減のためにコスタリカの医療保険制度が選別主義的制度に移行することはなく、保険料を引き上げて財政収入を増加させることで、医療保険制度の普及率格差が拡大しなかったのである (丸岡 2008 : 160-161)。では、なぜコスタリカの医療保険制度は普遍主義的な性格を維持できたのだろうか。この問いについては、以下に挙げる3つの要因が考えられる。

第1に、コスタリカの二大政党である国民解放党とキリスト教社会連合党が共に福祉充実を掲げていたことが挙げられる。国民解放党は1951年の結党から2001年までの期間、40%以上の議席を獲得し続けており、反国民解放党の野党連合として1983年に結党したキリスト教社会連合党も2001年までの期間、40%以上の議席を獲得し続けた。そして、社会民主主義を掲げる国民解放党はコスタリカの社会保険制度を発展させ、また、キリスト教社会連合党は社会保障制度の礎を築いたカルデロンが所属していた国民共和党の政治イデオロギーを継承し、福祉制度の充実を政党の目標に掲げていた (Segura-Ubiergo 2007 : 224)<sup>44</sup>。つまり、権力資源動員論が想定するように、労働者を代表して分配を重視する国民解放党とキリスト教社会連合党が政治権力を掌握し続けた結果、普遍主義的な医療保険制度が継続したのである。

第2に、コスタリカでは社会の大多数を占める中間層や労働者が医療保険制度に加入していたため、普遍主義的な医療保険制度を持続させる政治的圧力が働いたと考えられる<sup>45</sup>。また、コスタリカの選挙投票率は70%から80%で推移しており、1948年の内戦終結から民主主義が30年以上継続しているコスタリカにおいて、普遍主義的な医療保険制度を支持する中間層や労働者 (中位投票者) の政治的選好が政策に反映される伝統が根付いていた点は注目に値する (Segura-Ubiergo 2007 : 225)。民主主義仮説が想定するように、民主主義の持続年数が長いほど中位投票者の政治的選好が政策に反映

<sup>44</sup> 国民解放党とキリスト教社会連合党による政党間競争は、保健医療サービス提供への貢献を政党の人気に結びつけようとする好ましくない競争を生みだした、とも考えられる (丸岡 2008 : 48)。

<sup>45</sup> 他のラテンアメリカ諸国に比べて、コスタリカにおいては所得格差が小さいため、国民に占める中間層や労働者の割合が大きく、このことが普遍主義的制度の維持に寄与したと考えられる。即ち、所得再分配政策を支持しない特権階級に対して、所得再分配をもたらす普遍主義的制度から恩恵を受ける中間層や労働者が国民の大多数を占めるため、その政策選好である制度や政策が求められたと考えられる。

される政治環境が整っていたため、コスタリカでは普遍主義的な医療保険制度が維持されたと理解するのが妥当である。

第3に、コスタリカの医療保険を管轄するコスタリカ社会保険公庫が独立性の強い機関である点は見逃ごせない。同公庫のトップは大統領によって選ばれるが、任期が大統領よりも長いため、一度任命されると政府の影響力は極めて限定的である（山岡2014:38）。また、同公庫に関わる法律の改正には国会で3分の2以上の賛成が必要なため、与党だけで組織変更や政策変更を行うのは実質的に困難であった（山岡2014:39）。さらに、同公庫に所属する技術官僚は医療保険制度の運用に必要な多くの資源を保持しており、行政部からの医療保険の削減要求を拒否して、独自に医療保険制度を運用できたのである（Segura-Ubiergo 2007:226）<sup>46</sup>。専門性の高いコスタリカ社会保険公庫が独立性を維持できた背景には、1948年の内戦終結から民主主義が30年以上継続していたため、行政部が恣意的に政策や制度を変更できなかったことが指摘される。

これら3つの国内的要因に加えて、計量分析では取り上げなかったが、1983年から1990年にかけて米国国際開発庁（U.S. Agency for International Development）がコスタリカに総額10億ドル以上の資金を援助したため、普遍主義的な医療保険制度の持続に必要な財源を確保できたとも考えられる<sup>47</sup>。なぜなら、これらの資金提供は返済義務のある融資（loan）ではなく返済義務のない贈与（grant）であったため、モンヘ大統領は議会承認を迂回して援助金を自由に使用できたからである（Segura-Ubiergo 2007:223）<sup>48</sup>。1986年から1990年まで大統領を務めたアリアス大統領は米国と距離を置く外交戦略を採択したため、資金援助額は減少していったものの、1980年代を通して、国内総生産の3.6%に相当する資金援助を獲得し続けた（Clark 2001:47）。しかし、米国からの経済援助が医療保険制度の財源に使われた証拠はないため、米国からの経済援助は普遍主義的な医療保険制度の維持に貢献した可能性がある、という記述に止めておく。

<sup>46</sup> コスタリカ社会保険公庫の独立性の高さを示す具体例として、同公庫の職員が新自由主義改革に反対を訴えるストライキを1982年に決行し、行政府が要求する医療保険制度の改革を阻止したことが挙げられる。1982年のストライキはコスタリカ社会保険公庫によるストライキの中でも最も規模が大きいとされている。なぜなら、（1）43日間という長期間にわたり病院の業務が停止し、（2）医療サービスの核である医師の組合によるストライキであり、（3）ストライキの結果として医師の給料とそれ以外の手当に関する体面が作られたからである（丸岡2008:116）。

<sup>47</sup> 米国がコスタリカに莫大な資金援助を行った背景には、約半世紀続いたニカラグアのソモサ親米政権が共産主義を掲げるサンディニスタ民族解放戦線（FSLN）に打倒され、米国が中米における共産主義勢力の躍進を阻止する必要性に迫られたことがあった。モンヘ大統領は米国からの資金援助を受ける見返りとして、親ニカラグアの閣僚を辞任させ、反革命傭兵軍の訓練場として民間の農地を提供した（細野 & 恒川1986:333）。

<sup>48</sup> 融資ベースの財源配分は議会の承認が必要であったが、贈与ベースの財源配分は議会の承認が不要であった。

## (2) 医療保険制度の改革

先述したように、国民解放党政権下、1980代における医療保険制度の改革は極めて限定的であり、医療保険制度の普遍主義的な性格が維持された。しかし、1980年代の財政危機によって基礎的薬剤の不足や遅配、長い待ち時間、不適切な治療、ベッドの不足といった問題が顕在化した(山岡2014:118)。さらに、1990年にキリスト教社会連合党からカルデロン・フォルニエル(Calderón Fournier)が大統領に選出され、議会でもキリスト教社会連合党が過半数を獲得すると、カルデロン大統領は公共支出削減によって国際通貨基金からさらなる経済援助を引き出し、外国民間銀行への債務返済の早期完了を目指したが、医療保険普及率の低下といった問題を引き起こした(Segura-Ubiergo 2007:216)。これらの問題に対処するため、1994年に国民解放党出身から選出されたフィゲーレス・オルセン(Figueres Olsen)大統領は、医療サービス改善や財政赤字解消を目的とした医療保険制度の改革を実行していった。

第1に、医療サービス改善を目的として、(1)医療サービス提供者による医療サービスパッケージの標準化、(2)住民が同じ医療サービスを受けられる人員配置、(3)保健省とコスタリカ社会保険公庫の重複サービス部分の仕分け、これら3つの改革が実施された(山岡2014:118)。また、フィゲーレス大統領は公立病院の地方分権化を実行し、国民の居住地域にかかわらず医療サービスを受けられる体制構築に尽力し、農村部の診療所を増加させていった(Haggard & Kafuman 2008:293)。

第2に、財政赤字を改善するために経営契約(compromiso de gestión)と呼ばれる市場メカニズムが導入された。経営契約とは実績に応じた擬似契約を政府と公的医療機関との間に結ぶ手法であり、公共部門の経営改善のために開発された(丸岡2008:206)。より具体的に経営契約の仕組みを説明するならば、コスタリカ社会保険公庫が財源を拠出し、各医療機関はコスタリカ社会保険公庫と経営契約を結び、支払いを受け、固定経費に加えて一部はインセンティブ向上や固定経費を上回った場合に出費される(丸岡2008:208-271)。経営契約の導入の背景には、市場主義的な経済思想の影響があったと考えられており、人的資源管理面では、職員をルールと目標と目標達成時の報酬により強い動機づけを与えられる主体として想定されていた。経営契約の目標設定や評価については不平が少なくないものの、経営契約そのものについては好意的な意見が多く、医師や管理部門スタッフの仕事のやり方については、改善されたという意見が多くなっている(丸岡2008:255-256)。その結果、医療保険の財政赤字は徐々に改善され、

財政負担の重い普遍主義的な医療保険制度を持続させることが可能となったのである。経営契約方式はフィゲレス政権以降も継続しており、コスタリカの医療保険制度は普遍主義的な性格を現在まで継続させている（丸岡2008：194-199）。

## 小括

第4章ではコスタリカの事例分析を行うことによって、計量分析で実証された医療保険普及率格差を規定する要因に関する諸仮説について、それぞれの仮説と医療保険普及の因果メカニズムを確認した。1948年のコスタリカ内戦終結後に新憲法で軍部廃止が制定されたことは、民主主義体制が現在まで継続する大きな要因となった。そして、内戦終了後からは左派政党の国民解放党が与党の座を30年近く守り抜き、軍部廃止によって国家財源を市民生活の発展に集中投入できる政治環境を最大限に活用し、普遍主義的な医療保険制度を確立した。さらに、ケインズ主義的経済政策と国内産業保護を押し進めつつ、中米共同市場を利用した工業化によって経済発展を実現し、普遍主義的な医療保険制度の財源を獲得できたことも大きな要因となった。このように、コスタリカでは普遍的制度な医療保険制度が発達してきたが、累積債務危機にもかかわらず1980年代を通してその普遍性を維持できたのは、ラテンアメリカにおいて極めて異例であった。この背景には、(1)左派政党による二大政党制、(2)安定した合意形成的な民主主義、(3)政府から独立したコスタリカ社会保険公庫、これら3つの要因があった。そして、経営契約方式の導入により医療保険制度の財政赤字が徐々に改善され、コスタリカの医療保険制度は普遍主義的な性格を現在まで保ち続けている。



## 終章

本稿は「何がラテンアメリカにおける医療保険普及率格差を規定するか」というリサーチ・クエスチョンについて実証分析を試みた。計量分析の結果、(1)経済成長、(2)民主主義、(3)左派政党、これら3つの要因がラテンアメリカの医療保険普及率格差を規定することを明らかになった。コスタリカの事例分析では、仮説導出の際に想定していた因果メカニズムを順番に追跡し、仮説の因果効果だけでなく因果メカニズムを確認した。各章で展開した議論は以下のようにまとめられる。

第1章では、開発途上国における健康保健問題の重要性を指摘した上で、開発途上国全体とラテンアメリカの健康保健を比較し、開発途上国全体に比べてラテンアメリカの健康保健はより改善されてきたことを提示した。しかし、ラテンアメリカでは輸入代替工業化期に医療保険制度が階層的に発展し、インフォーマル部門が医療保険制度から排除された帰結として、医療保険普及率格差が深刻な問題になったことを指摘した。1980年代前半からの新自由主義政策以降、ブラジルやコスタリカなど一部の国では普遍的な医療保険制度が整備されたが、多くのラテンアメリカ諸国は依然として階層的な格差を生む医療保険制度が持続していることを示した。

第2章では、医療保険の重層的格差構造を規定する要因として経済的・政治的要因に着目し、産業主義仮説、グローバル化仮説、民主主義仮説、権力資源動員仮説を導出した。導いた仮説が特定の事例だけでなく時間や空間を超えて普遍的に妥当するのかを検証するために計量分析を行い、仮説の因果効果を数量的に実証できることを説明した。さらに、事例分析を行い仮説が想定する因果メカニズムを確認し解明することで、仮説の妥当性をより包括的に評価できることを指摘した。

第3章では、医療保険の普及率格差を規定する要因を特定するために計量分析を行った。国全体の医療保険普及率を結果変数にした分析では、産業主義仮説(仮説1-1)、民主主義仮説(仮説3-2)、権力資源動員仮説(仮説4-1)を支持する結果が得られたが、仮説4-2では予想と反する結果が得られた。即ち、(1)1人当たり国内総生産が高いほど医療保険普及率が増加し、(2)民主主義年数が長いほど医療保険が普及し、(3)議会に占める左派政党の割合が多いほど医療保険が国民全体に普及し、(4)大統領のイデオロギーが左派であれば医療保険普及率が減少する、という結果が得られた。他方、部門間ジニ係数を結果変数にした分析では産業主義仮説(仮説1-1)を支持する結果が得られ、所得階層間ジニ係数を結果変数にした分析では全ての仮説が棄却された。

第4章では、コスタリカの事例分析を行い、医療保険普及率格差を規定する要因を特定するための計量分析で実証された諸仮説について、それぞれの仮説と医療保険普及の因果メカニズムを確認した。1948年のコスタリカ内戦終結後に軍部廃止を新憲法で制定することに成功し、民主主義体制が現在まで継続する大きな要因となった。内戦終結に導いた左派政党の国民解放党が与党の座を30年近く守り抜き、軍部廃止によって国家財源を市民生活の発展に集中投入できる政治環境を最大限に活用し、普遍主義的な医療保険制度を確立できたのである。さらに、ケインズ主義的経済政策と国内産業保護を押し進めつつ、中米共同市場を利用した工業化によって経済発展を実現し、医療保険制度の財源を獲得できたことも大きな要因となった。

ただし、本稿の計量分析と事例分析には限界があることを指摘する。第1に、ラテンアメリカ諸国の医療保険普及率のデータが限られてるため、本稿の計量分析では観察数が極めて少ない。観察数の少なさは標準誤差を大きくさせるため、統計的有意が得られにくくなり、説明変数が結果変数に本来は影響を与えるにもかかわらず、説明変数は結果変数に影響を与えないという帰無仮説を受諾している可能性がある。そのため、観察数が十分に揃っているパネルデータを用い、国ダミーを含めた固定効果モデルを検証することを残された研究課題として指摘しておく。繰り返しになるが、計量分析で重要なのは有意水準を満たすか否かではなく、説明変数が結果変数に与える実質的效果を検証し解釈することと改めて強調しておく。

第2に、コスタリカの単一事例分析は検証された仮説の因果メカニズムを解明したものの、厳密な因果推論を行うためには少なくとも2つ以上の観察をして共変関係を確認する比較事例研究が必要である。多くの地域研究者が指摘するように、社会的・地域的文脈を十分に考慮せずに計量分析を行うことは誤った結論に辿り着く可能性があるため、特定の国について深く研究を進めた上で、差異法 (method of difference) を用いて因果関係を分析する課題が残されていることを述べておく。

以上説明したように、本稿の分析には限界があるものの、本稿は社会保障制度の中でも医療保険制度に焦点を絞り、医療保険普及率の規定要因を政治学的に分析した先駆的な試みであり、医療保険普及率を規定する要因に対する理解を深める上で、重要な知見を提供したと言える。今後の医療保険普及率の研究のさらなる発展に向けて、本稿の分析結果が有益な示唆を与えることを願いつつ、筆を置くことにする。

## 参考文献

### 日本語

- [1] 足立力也(2009)『丸腰国家—軍隊を放棄したコスタリカの平和戦略』扶桑社新書。
- [2] ウィレンスキー、ハロルド、下平好博訳(1984)『福祉国家と平等—公共支出の構造的・イデオロギー的起源』木鐸社。
- [3] 宇佐見耕一編(2003)『新興福祉国家論』アジア経済研究所。
- [4] 大村昌弘(2009)「DCA 諸国のODA支出とGDPなどの経済指標との相関・因果関係に関する分析：GDPはどこまでODA支出を説明できるか」『内閣府経済社会総合研究所』ESRI Discussion Paper Series No.223。
- [5] 久米郁男(2013)『原因を推論する』有斐閣。
- [6] 近田亮平(2013)『躍動するブラジル—新しい変容と挑戦』アジア経済研究所。
- [7] 鎮目真人・近藤正基編(2013)『比較福祉国家』ミネルヴァ書房。
- [8] 新川敏光・宮本太郎・真柄秀子・井戸正伸(2004)『比較政治経済学』有斐閣。
- [9] 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。
- [10] 新川敏光(2014)『福祉国家変革の理路』ミネルヴァ書房。
- [11] 鈴木基史(1999)「政治学における計量分析の問題と展望」日本政治学会編『20世紀の政治学・年報政治学1999』岩波書店。
- [12] ダウNZ、アンソニー、吉田精司訳(1980)『民主主義の経済理論』成文堂。
- [13] 多湖淳(2010)『武力行使の政治学』千倉書房。
- [14] ピアソン、クリストファー、田中浩・神谷直樹訳(1996)『曲がり角にきた福祉国家—福祉の新政治経済学』未来社。
- [15] ベヴァリッジ、ウィリアム、一圓光彌・吉田しおり・森田慎二郎・百瀬優・岩永理恵・田畑雄紀訳(2014)『ベヴァリッジ報告：社会保険および関連サービス』法律文化社。
- [16] 細野昭雄・恒川恵市(1986)『ラテンアメリカ危機の構図 累積債務と民主化のゆくえ』有斐閣。
- [17] 堀勝洋編(2004)『社会保障読本[第3版]』東洋経済新報社。
- [18] 丸岡泰(2008)『コスタリカの保健医療政策形成—公共部門における人的管理の市場主義改革』専修大学出版局。
- [19] 森田果(2014)『実証分析入門』日本評論社。

- [20] 山岡加奈子編(2014)『岐路に立つコスタリカ：新自由主義が社会民主主義か』アジア経済研究所。
- [21] 諒野美智子・田中耕太郎(2010)『はじめての社会保障』有斐閣。

## 外国語

- [1] Allan, James P. and Lyle Scruggs. 2004. "Political Partisanship and Welfare State Reform in Advanced Industrial Societies." *American Journal of Political Science* 48 (3): 496-512.
- [2] Avelino, George, David S. Brown and Wendy Hunter. 2005. "The Effects of Capital Mobility, Trade Openness, and Democracy on Social Spending in Latin America, 1980-1999." *American Journal of Political Science* 49 (3): 625-641.
- [3] Bradley, David, Evelyne Huber, Stephanie Moller, François Nielsen and John D. Stephens. 2003. "Distribution and Redistribution in Postindustrial Democracies." *World Politics* 55 (2): 193-228.
- [4] Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) . 2014. *Social Panorama of Latin America 2013*. Santiago, Chile: CEPAL.  
[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36736/S2013869\\_en.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36736/S2013869_en.pdf?sequence=1)  
 (最終アクセス日：2016年1月5日)
- [5] Clark, Mary A. 2001. *Gradual Economic Reform in Latin America: The Costa Rican Experience*. Albany: State University of New York Press.
- [6] Cornia, Giovanni Andrea. 2010. "Income Distribution under Latin America's New Left Regimes." *Journal of Human Development and Capabilities: A Multi-Disciplinary Journal for People-Centered Development* 11 (1): 85-114.
- [7] Esping-Andersen, Gøsta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- [8] Haggard, Stephan and Robert R. Kaufman. 2008. *Development, Democracy, and Welfare States: Latin America, East Asia, and Eastern Europe*. Princeton: Princeton University Press.
- [9] Huber, Evelyne. 1996. "Options for Social Policy in Latin America: Neoliberal versus Social Democratic Models," in Gøsta Esping-Andersen, ed., *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*. London: Sage Publications.

- [10] Huber, Evelyne and John D. Stephens. 2001. *Development and Crisis of the Welfare State: Praties and Policies in Global Markets*. Chicago: University of Chicago Press.
- [11] Huber, Evelyne, Thomas Mustillo and John D. Stephens. 2008. "Politics and Social Spending in Latin America." *Journal of Politics* 70 (2): 420-436.
- [12] Huber, Evelyne and John D. Stephens. 2012. *Democracy and the Left: Social Policy and Inequality in Latin America*. Chicago: University of Chicago Press.
- [13] Iversen, Torben and David Soskice. 2006. "Electoral Institutions and the Politics of Coalitions: Why Some Democracies Redistribute More Than Others." *American Political Science Review* 100 (2): 165-181.
- [14] Iversen, Torben and David Soskice. 2009. "Distribution and Redistribution: The Shadow of the Nineteenth Century." *World Politics* 61 (3): 438-86.
- [15] Korpi, Walter. 1978. *The Working Class in Welfare State Capitalism: Work, Unions, and Politics in Sweeden*. London: Routledge and Kegan Paul.
- [16] Lupu, Noah and Jonas Pontusson. 2011. "The Strcture of Inequality and the Politics of Redistribution." *American Political Science Review* 105 (2):316-336.
- [17] Meltzer, Allan and Scott F. Richard. 1981. "A Rational Theory of the Size of Government." *The Journal of Political Economy* 89 (5): 914-927.
- [18] Mesa-Lago, Carmelo. 2000. *Market, Socialist, and Mixed Economies, Comparative Policy and Performance: Chile, Cuba, and Costa Rica*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- [19] Mesa-Lago, Carmelo. 2007. *Reassembling Social Security: A Survey of Pensions and Health Care Reforms in Latin America*. New York: Oxford University Press.
- [20] Portes, Alejandro and Richard Schauffler. 1993. "Competing Perspectives on the Latin American Informal Sector." *Population and Development Review* 19 (1): 33-60.
- [21] Rosenberg, Mark B. 1979. "Social Security Policymaking in Costa Rica: A Research Report." *Latin America Rsearch Review* 14 (1): 116-133.
- [22] Rosenberg, Mark B. 1981. "Social Reform in Costa Rica: Social Security and the Presidency of Rafael Ángel Calderón." *Hispanic American Historical Review* 61 (2): 278-296.
- [23] Segura-Ubiergo, Alex. 2007. *The Political Economy of the Welfare State in Latin America: Globalization, Democracy, and Development*. Cambridge: Cambridge University Press.

## 謝辞

本稿の執筆過程において、指導教員である高橋百合子先生から常に鋭く的確な助言を賜りました。特に、社会保障制度の枠組みの中で医療保険制度をどのように位置付け、ラテンアメリカの歴史的背景を踏まえつつ、論文を論理的に構成するかについて丁寧なご指導を頂きました。そして何より、科学的な手順と方法に従って研究を行う重要性について、2年間にわたりご指導を受けました。厚く御礼を申し上げます。

また、これまでの研究過程で数々のご指導を頂きました。学部時代の指導教員である柴山太先生（関西学院大学総合政策学部教授）からは神戸大学国際協力研究科への進学について助言を賜り、大学院の研究テーマに関する的確なアドバイスも頂きました。多湖淳先生（神戸大学教授）と矢内勇生先生（神戸大学特命講師）には、統計学の基礎から応用までを指導して頂き、本稿で計量分析を行う上で大きな助けとなりました。高橋百合子ゼミの院生からは研究発表の場で様々なアドバイスを頂き、論文執筆を円滑に進めることができました。ご指導を頂いた皆様には心より感謝申し上げます。

そして、田崎奨学基金にも感謝の意を表します。田崎奨学金基金から経済的援助を受けられたことで、大学院生の本分である論文執筆への集中が可能となり、本稿を書き上げることができました。心からお礼を申し上げます。

最後に、著者を全面的に支援し続けてくれた家族に感謝の気持ちを付け加えることをお許し頂きたい。大学卒業後に就職する学生が大半を占める中、家族は著者が大学院で学びを深めることに理解を示してくれた。本当にありがとうございました。