

# メキシコにおける将来的な 介護制度の構築について

小林尚行<sup>1</sup>

<sup>1</sup>正会員 共栄大学教授 国際経営学部国際経営学科 (〒344-0051埼玉県春日部市内牧4158)

E-mail:n-kobayashi@kyoei.ac.jp

メキシコは65歳以上の人口が8.25%、SDGsの目標年次にあたる2030年には10%、2050年には17%を超えて高齢社会になることが予想されている。このような中、メキシコ政府は将来的に介護制度を構築すべく海外から情報を収集しており、日本に対しても技術協力を要請し、2021年より独立行政法人国際協力機構を通じて支援が行われているところである。

本稿では、日本からの技術協力も得て既に介護制度構築に取り組んでいるタイの事例との比較により、今後、メキシコが介護制度を構築するにあたり検討すべき課題を抽出することを目的とする。介護の担い手としての社会資源の特定化、公的制度外に置かれる場合の民間セクターの介護事業者に関する規制、そして予算確保に関する政治的なリーダーシップの必要性、の3点を指摘する。

**Key Words :** Mexico, aging, universal coverage

## 1. 序

メキシコの人口は年々増加を続け、現在の人口は1.26億人を超えている。同時に高齢者の人口割合も増加してきており、2024年の65歳以上の人口割合（推計値）は8.25%で「高齢化社会」を迎えている。さらに2030年には10.04%、2050年には16.96%との推計値<sup>1)</sup>がでており、将来、「高齢社会」に突入することになる。

これに対し、メキシコでは、高齢者に対する生活支援や介護は、通常、高齢者の子どもや配偶者が行っているのが現状である。日本におけるような公的介護制度は未だ存在していない。

これまで、MDGsからSDGsを通して、保健分野では、母子保健、感染症対策、非感染性疾患対策、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage: UHC）に向けた制度構築などの取り組みがグローバルに行われてきているが、メキシコを含め開発途上国の多くは今後、高齢化社会に向けた対策を検討する必要が生じるものと考えられる。2016年5月にG7伊勢志摩サミットが開催された折には、その首脳宣言においてUHCとの関係性において高齢者への支援を行うことにコミットし、同年9月のG7神戸保健大臣会合においては、UHCの一環として高齢化に備えた保健システムを確立していくことが「神戸コミュニケ」にまとめられている。2019年の国連

総会においてはUHCに関するハイレベル会合の政治宣言が決議として採択されているが、ここでもUHCの取り組みとして高齢者の保健と介護に取り組むことが示されている。このようにUHCの一環として高齢化支援をしていくことが国際的な認識となってきた。

このような背景の中、日本政府は国際協力機構（Japan International Cooperation Agency: JICA）を通して高齢化対策に関する支援を複数国に対し行ってきた。特にタイでは、2007年から2022年まで3期に渡り技術協力を実施してきた。メキシコに対しては2021年度から2024年度まで技術協力を現在実施中である。

本稿では、タイの先行事例を参考に両国の現在の医療保障制度と介護に関する比較を行うことで、メキシコにおける将来の介護制度を構築する上で検討が必要となる課題を抽出することを目的とする。

## 2. 研究方法

本稿では、第1にタイ及びメキシコの両国の医療保障制度と介護に関する既存文献（学術論文およびグレイリテラチャー）のレビューを行い、制度に関する比較を行った。第2に、メキシコに対する技術協力の対象地域での進捗状況と課題を確認するために、2022年1月26日にメキシコ政府とJICAの共催で開催された現地ワークショ

ップの結果共有会議、および2024年7月18日に開催されたJICA調査団の調査報告会議（いずれもオンライン開催）に出席し情報を収集した。

### 3. メキシコの医療保障制度と介護分野の現状

メキシコの医療保障制度は近年の政権交代により流動的な状況が続いている。メキシコにおいてはフォーマルセクターの被用者向けの公的医療保険として、1943年に設置された「メキシコ社会保険公社」（*Instituto Mexicano del Seguro Social: IMSS*）、1959年に設置された連邦政府職員及び一部の州政府職員を対象とした「政府職員社会保障サービス公社」（*Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado: ISSSTE*）に加えて、インフォーマル・セクターを対象として、2003年に「民衆医療保険」（*Seguro Popular: SP*）を設置することでUHC達成に向けた制度づくりを行ってきた。

しかし、SPについては保健サービスを提供する医療施設での待ち時間が長いことや質の問題などがあり、ある調査では、調査対象地域のSP加入者の40%がSPによる保健サービスを利用せず公的保険対象外の民間医療を利用するような状況が生じていた<sup>2)</sup>。このような状況からメキシコの医療費に関する自己負担割合は国全体の保健支出の40%以上と非常に高くなっている（2021年の日本の自己負担割合は12%、タイは9%）<sup>3)</sup>。またSPの加入を任意加入としたことで、加入率が100%を達成することはなかった。

こういった問題から、2018年に大統領選挙に当選したオプラドール前大統領は、2020年1月にSPを廃止し、公的医療施設において無料で全ての人びとに医療サービスを提供することを約束し、「ウェルネスのための健康公社」（*Instituto de Salud para el Bienestar: INSABI*）を新設し、その後の制度変更でIMSS Bienestarと名称を変えた。

2024年6月に与党のシャインバウム氏が大統領に当選し、オプラドール大統領の政策を継続することが見込まれているが、前大統領と同様に公的部門に民間セクターが参入することについては制限を課すことが予想されており、IMSS Bienestarによる保健サービスも従来どおり公的な保健医療施設から提供される可能性が高い。他方で、対GDP政府保健予算割合（2021年は3.05%、日本は9.17%、タイは3.63%<sup>4)</sup>）が低く留まる中、現状の政策によって十分な保健サービスが行き渡るのかが疑問視されている<sup>5)</sup>ところもあるが、タイとの比較では同割合において大差は無いことから、予算配分の増加に加え、現状の保健サービスの資源配分についても検討する必要があるのではないかと推察される。

介護分野に関しては、国立高齢者機構（*Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores: INAPAM*）が6つの

介護施設を有する他、「家族統合開発システム」（*Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia: SNDIF*）が身寄りの無い高齢者などを対象とした4つの施設を有しており、またいくつかの地方自治体では高齢者向けのリクリエーションを目的とした施設を有しているが<sup>6)</sup>、国全体としては非常に数が少ない状況である。また民間による高齢者向け住宅が1,020戸あるとのことであるが、その75%が非営利組織による運営となっている<sup>7)</sup>。

### 4. タイとの比較

タイの医療保障制度はメキシコと同様に対象人口別に保険者が分かれており、1980年に国家公務員向けに制定された「国家公務員医療給付計画」（*Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS*）、1990年にフォーマルセクターの被用者向けに用意された「社会医療保険」（*Social Health Insurance: SHI*）、そしてインフォーマル・セクターを対象として2002年に設立されたユニバーサル・カバレッジ計画（*Universal Coverage Scheme: UCS*）の3つの制度が存在する。UCSは税制により無料で保健サービスを提供するもので、メキシコより1年早い2002年に、UHC達成にむけてこの制度がつくられた。

メキシコがSPを設立してもサービス提供面、特に地域レベルでのPHC（*Primary Health Care*）が弱く課題が残されていたのに対し、タイ公衆衛生省（*Ministry of Public Health: MOPH*）はUCSが設立される前の1997年より農村部において保健ボランティア制度を構築しており、UCSの設立後も保健サービスが行き渡るように、2012年には各地域の郡病院と郡内に所在する10から15の保健所が「郡保健システム」（*District Health System*）と呼ばれるネットワークを構築していた。UCSによる保健サービスはこれらの保健所を通じて提供される基盤ができていたと言える。

介護分野においては、2003年に「高齢市民法」が制定されると、同年に社会開発・人間の安全保障省（*Ministry of Social Development and Human Security: MSDHS*）は8つの県において高齢者在宅支援ボランティア制度（*elderly home volunteers*）を構築し、2005年にはこの制度を全国レベルに拡大した。

2015年にはUCSの保険者である「国家医療保障事務局」（*National Health Security Office: NHSO*）がコミュニティーレベルで在宅介護のパイロットプロジェクトを実施するために6億バーツを捻出し、ケア・マネジメントを取り入れ、在宅介護ボランティアには70時間の専門研修を実施<sup>8)</sup>するとともに、2020年までに全国の90%以上の区域において、このケア・マネジメントに基づくサービスを実施できる基準をクリアさせた<sup>9)</sup>。

メキシコとタイの介護分野における取り組みを比較し

てみると、メキシコにおいては公的な介護施設の設立に留まり、その数も限定的であるのに対し、タイにおいては、特に農村部におけるインフォーマル・セクターを対象として郡レベルでの保健サービスの提供に力を入れてきたこと、そして、それを基盤にしなが、コミュニティ・レベルで高齢者の生活支援などを行うボランティア制度を確立した後に、より専門的な介護ができるように、UCSの予算を用いてケア・マネジメントのシステムを取り入れた在宅介護サービスへの展開を試みてきた。ここが両国の取り組みにおける差である。

## 5. JICAによる介護制度構築に関する技術協力の取り組み

### (1) タイでの技術協力と今後の課題

タイにおけるコミュニティ・レベルの介護制度に関するプロジェクトは、タイ政府がそのプロジェクト策定以前の国内における様々な実施事例を参考に作り上げてきたものであるが、JICAの技術協力はその一役を担っている<sup>10)</sup>。

タイ政府による2007年の第2次国家高齢者介護計画(Second National Long-term Plan for Older Persons)策定と時を同じくして、JICAはタイ政府の要請に基づき、2007年からコミュニティ・レベルでの保健サービスと社会福祉サービスを高齢者を中心に統合化していくための技術協力を開始し、2011年まで実施した。2013年から2017年の間においては、日本で確立されたケア・マネジメント(高齢者の状況を評価した上で、ケア・マネジャーがケア・プランを作成し、そのプランに基づき専門的な在宅介護サービスを実施する内容)の経験を基に、タイにおけるケア・マネジメントの導入と、ケア・マネジャーおよび介護人材の育成をおこなった。また2017年から2022年にかけて高齢者に対するリハビリテーションの強化により保健サービス提供の段階から生活支援の段階まで間断無くサービスが提供できることを目指した技術協力が行われてきた。

他方で、タイの公的在宅介護サービスは主に農村地域の高齢者在宅支援ボランティアにより実施されていることから、首都バンコクのような都市部ではコミュニティのつながりが弱くなっていることもあり、ボランティアの代わりに民間介護サービス機関がそのギャップを埋めるようになってきている。

日本の場合、介護保険法の下に介護サービスの内容と価格が規定された中で、民間事業者が介護サービスの事業運営を行っていることから、全国を通してサービスの内容、質、そして価格が概ね一律に保たれている。一方、タイの場合は、公的制度の仕組みにおいて民間事業者をサービス提供機関として指定していない。そのため、介

護とは言えないような質的に問題のあるサービスを提供する民間機関が乱立している<sup>11)</sup>。これに対し、タイ政府では民間事業者を規制する動きがあるが、他方で、質の高い介護サービス提供に関する取り締まりが厳格に行われると、サービス提供価格を上昇せざるをえなくなり、サービスの提供者、利用者ともに立ちゆかなくなるという点も指摘されている。

### (2) メキシコでの技術協力の実施状況

JICAは2021年度から2024年度までメキシコの国立老年医学研究所(INGER)、国立高齢者機構(INAPAM)、家族統合開発システム(SNDIF)と協働し、ハリスコ州グアダラハラ市とメキシコ市を対象地域とした「コミュニティを基盤とした高齢者の包括介護プロジェクト」を実施している。このプロジェクトの目的とするところは、介護サービス、健康増進・介護予防を推進する人材の能力強化を行うことを通じて、コミュニティを基盤とする高齢者の包括介護サービス体制を構築することである。これまでプロジェクトの活動として、メキシコ政府関係者向けに日本の公的介護制度についての研修実施や、グアダラハラ市とメキシコ市における介護者に対する現地での研修などが行われてきた。

筆者は、プロジェクト開始後、2022年の1月に開催されたグアダラハラ市とメキシコ市における現地関係者によるワークショップの報告会に出席した。メキシコ側関係者から説明された両市における共通課題は、保健サービスへのアクセスが無いこと、そして社会的連帯が欠如しているという点であった。また、メキシコ市からの発表者からは、政府機関の下に、実際に利用できるデイ・センター、在宅サービス、オンライン診察、家族介護者に対する研修の必要性が訴えられた。

オブラドール前大統領によって導入されたINSABIは当初、具体的な計画が示されずに無料の保健サービスの提供が宣言されており、2020年の時点においてそのための予算も確保されていなかったことが指摘されている<sup>12)</sup>。メキシコでは地域レベルにおいて保健サービスに容易にアクセスできないということが課題となっており、特に高齢者は長距離の移動が困難なことを考慮すれば、今後、介護制度を構築するにあたり、まずは地域レベルでの保健サービスへのアクセスを改善していくことが重要である。

プロジェクト実施の最終段階を迎える2024年に入り、JICAは調査団を派遣し現地での評価を実施した。2024年の8月にこの調査報告会が行われ、筆者はこれに出席した。なお評価(定性的評価)はJICAの高齢化対策を担当されている中村信太郎国際協力専門員と順天堂大学のMyo Nyein Aung准教授によって行われている。同調査団の評価によれば、プロジェクトの実施により、現地レベ

ルでメキシコ政府機関であるINAPAMや保健省などの異なる専門領域における専門家が、このプロジェクトの実施を通して、はじめて高齢者介護を中心に協働することになったことがあげられている。また、家族介護者に対する現地の研修を通じて、孤立した家族介護者が悩みを共にする他の家族介護者と共感し、つながりを持てたことの意義について研修参加者から発言がなされていることから、家族介護者の精神的な負担面への配慮の必要性と家族介護者への研修の重要性が再確認されたとのことであった。

## 6. メキシコにおける将来の介護制度を構築する上で検討が必要となる課題

タイと異なり、メキシコは今後の公的介護制度について模索している段階にあり、具体的な制度のあり方を検討するのは現時点では時期尚早であると考えられる。具体的な制度を検討するにあたっては、メキシコ政府が他国からの教訓を学びつつ、現場での実施経験を重ねながら、自国で最も適した制度を模索し、形作っていくプロセスが必要となるであろう。

本稿では、タイにおけるこれまでの介護制度構築に関する事例から、メキシコが将来の介護制度を構築する上で検討が必要となるであろう課題について抽出することとしたい。

第1に介護サービスの担い手を将来的にどのようなかという検討課題である。タイでは経済発展に伴い労働人口が都市部に移住するなどにより、60歳以上の高齢者がその子ども世帯と同居する割合は1986年の77%から2017年には50%となり減少してきており<sup>15</sup>家族ケアの負担が増加する中で高齢者在宅支援ボランティアが家族介護をサポートする仕組みとして構築されていった。メキシコにおいてはこれまでは家族介護が主流となっているが、同様に家族介護の負担は今後増すことが予想され、家族介護を支援する仕組みをどのようにするのかを検討する必要がある。タイの場合はボランティア制度を採用しているが、メキシコにおいては社会的連帯が薄いことが指摘されている。他方で、メキシコにはAyuda Muturalと呼ばれるNCDsに関してコミュニティーと保健所をつなぐ支援グループが存在するとのことであり、なんらかの仕組みづくりをする可能性はあるものと思われる。家族介護を支援する仕組みを検討するにあたり、社会資源の特定化をしていくことが必要である。

第2に公的介護制度の中に将来的に介護サービスの担い手として民間事業者を含めるか、否かである。日本の場合は公的介護保険制度を通して民間事業者をサービス提供者とすることで比較的短い期間において全国にサービスを展開するための体制を整えた経緯がある。タイの

場合はボランティアと、政府予算により運営されているUCSからの予算と地域で用意される基金から成り立っており、民間事業者はこの制度外に置かれている。そのため、都市部において民間事業者の介護サービスの質に問題が出ている状況である。

メキシコの場合も、現政権下では公的サービスの中に民間事業者を参入させる予定はなさそうである。その場合、今後公的介護制度を構築するにあたり、タイのように民間事業者の課題に直面する可能性が無いとは言えない。そのため、制度設計を行う初期の段階で、民間事業者の位置づけや介護サービスに関する基準づくりなど、関係省庁と連携しながら検討を進めることが必要となるであろう。

第3に財政上の課題である。日本の場合は公的介護保険制度を構築し、介護サービスの予算の半分をこの保険料で賄っている（残りの半分は国税と地方税から予算が配分されている）。タイの場合は前述のとおり主にボランティアからなり、その他NHSOと地域から予算が配分されている。メキシコにおいては、全国の高齢者を対象として公的介護サービスを将来的に展開する場合には、言わずもがなではあるが、予算の捻出方法をいかにするかを検討しなければならない。現在のメキシコにおける政府予算の保健セクターへの配分が低く、かつタイに較べインフォーマル・セクターに対する保健サービス提供の取り組みが十分に行われていないような状況下では、公的介護制度を構築することは難しい。保健のみならず、公的介護制度を構築するには、それに向けた予算の効果的な配分と増加のための政治レベルの解決、そして、そのための政治的なリーダーシップが必要とされる。

## 7. まとめ

メキシコでは、UHC達成に向けて様々な取り組みがなされてきたものの、インフォーマル・セクターの保健サービスへのアクセスには課題があり、医療費の個人負担も非常に高くなっている。このような状況において、現時点で公的介護制度の内容を具体的に検討する段階には至ってはいないが、将来的な制度構築に向けて、タイにおける先行事例が参考となる。特に介護サービスの担い手ををどのようにするか、公的介護サービスに民間事業者を参入させない場合には、予め民間サービスのあり方をどのようにするのか、介護サービスに必要な予算はどのように確保するのか、について時間をかけて検討をしていくことが必要となる。

## 参考文献

- [1] Agren, D. Health under Mexico's new President. *Lancet*, 403. p.2681, 2024.
- [2] B., G. Increasing the responsiveness of health services in Mexico's Seguro

Popular: three policy proposals for voice and power. *Health Systems & Reform*, 1(3), pp.235-245. 2015.

[3] World Health Organization. Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure (CHE) (%). n.d. (Retrieved Aug. 13, 2024, <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GHEDOOPSCHESHA2011v?lang=en>)

[4] World Health Organization. Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of gross domestic product(GDP) (%). n.d. (Retrieved Aug. 13, 2024, <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GHEDGGHEDGDPSHA2011v?lang=en>)

[5] Agren, D. Health under Mexico's new President. *Lancet*, 403. 2024.

[6] González-Bautista, E., Gutiérrez-Robledo, L. M., López-Ortega, M., & Sosa-Tinoco, E. Towards a long-term care system in Mexico. In *The Future of Long-Term Care*. Nova Science Publishers, pp. 173-215. 2021.

[7] González-Bautista, E., Gutiérrez-Robledo, L. M., López-Ortega, M., & Sosa-Tinoco, E. Towards a long-term care system in Mexico. In *The Future of Long-Term Care*. Nova Science Publishers, pp. 173-215. 2021.

[8] Asian Development Bank. Country diagnostic study on long-term care in Thailand. Manila: Asian Development Bank. 2021. (Retrieved Mar. 9, 2021, [https://www.adb.org/publications/thailand-country-diagnostic-study-long-term-](https://www.adb.org/publications/thailand-country-diagnostic-study-long-term-care)

care)

[9] Asian SEED. Kingdom of Thailand: Research on the international cooperation projects for response to population ageing in Thailand: final report. 2022. Japan International Cooperation Agency.

[10] Asian SEED. Kingdom of Thailand: Research on the international cooperation projects for response to population ageing in Thailand: final report. Japan International Cooperation Agency. 2022.

[11] Lloyd-Sherlock, P. G., Sasat, S., Sane, A., Miyoshi, Y., & Lee, S. The rapid expansion of residential long-term care services in Bangkok: a challenge for regulation. *Journal of Public Health and Development*, 19(2). 2021. (Retrieved Mar. 9, 2021, <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/aihd-mu/article/view/246485>)

[12] Reich, M. R. Restructuring health reform, Mexican style. *Health Systems & Reform*, 6(1). 2020.

[13] HelpAge International Asia Pacific Regional Office. Thailand's older persons and their well-being: an update based on the 2017 survey of older persons in Thailand. HelpAge International. 2019.

2024年?月?日 受稿

2024年?月?日 受理

## CONSIDERATION FOR ESTABLISHING LONG-TERM CARE SYSTEM IN THE FUTURE IN MEXICO

Naoyuki KOBAYASHI

Mexico is an aging society, with 8.25% of its population aged 65 years and over. The proportion of the population is expected to go over 10% in 2030 and then 17% in 2050, making Mexico an aged society. With this background, Mexico has begun to collect information on good practices from overseas to build its own long-term care system in the future. Based on the request from the government of Mexico, Japan has been executing a technical cooperation program through the Japan International Cooperation Agency.

The aim of this article is to extract issues that Mexico should consider in building a long-term care system in the future through making a comparison with the case of Thailand where a long-term care system is already in place with technical cooperation from Japan. I point out the necessity of : (1) identifying social resources to support long-term care, (2) regulations for the private sector in case it is not designated as care providers in a public system, and (3) political leadership for securing financial resources for building a public long-term care system.