

第一部 総論

第三章 社会保障の国際的動向

変動しつつあるのはひとりわが国のみではない。この変動そのものは国際的規模を持っているのである。幾多の後進地域において依然として不安定な状態が続いているが、国際的にはその安定のために各国が政治的にも経済的にも一体となつた広範な活動を展開している。これはいかなる国も他国の貧困によつて利益するところがないからである。このような活動の一面としてこの章ではまず最近における各国の社会保障制度の発展の動向を述べるとともに、わが国の社会保障の水準が世界各国と比較してどのような位置にあるかを明らかにし、次にILOとWHOの二つの国際機関の活動を通じて国際社会保障成立への動きをみることにし、最後に近年とみに活発となつてきた低開発国に対する経済協力の一環としてわが国が現に行なっている東南アジアなどに対する医療協力の状況について述べてみよう。

第一部 総論

第三章 社会保障の国際的動向

第一節 最近における諸外国の社会保障制度の発展

社会保障制度は戦前からの各種の制度の長い歴史のうえになり立っているものであるが、福祉国家の理念と結びついて著しい発展を遂げたのは、主として戦後のことであることはいうまでもない。

もちろん制度の形態およびその発展の過程は、国によつて異なる。しかしながら年金制度、疾病給付、公的扶助、失業給付、家族手当などの制度がその基本的形態となつていことはいずれの国の場合たもほとんど同じであり、その発展の過程は、公的扶助や年金保険、疾病保険などの社会保険が比較的古い沿革を持つものに対し、家族手当は比較的最近各国で取り上げられるに至つたものであること、制度の適用対象についてみれば、国民の一部の階層、具体的には多くの場合被用者から自営業者、農民、無業者を含む全国民に拡大されていつていること、保障される事故の範囲がしだいに広範になつていことなどが基本的な傾向であることが指摘できるのである。このような結果一般的にいつていまやイギリス、西ドイツ、フランス、スエーデンその他の北欧諸国など経済的にも社会的にも先進国といわれている国が、社会保障制度についてもほぼ完成された状態にあるのに対し、東南アジア、アフリカ、中南米などいわゆる低開発国においては、最近におけるその発展に目ざましいものがあるにしても、なおじゅうぶんとはいえない段階にある。ここでは、右のような各国のそれぞれについて制度のしくみなり内容を紹介することが目的ではないので、ここ数年間における基本的動向を明らかにするとどめる。

ここ数年間における諸外国における社会保障制度の発展の基本的動向は、各制度を通じて、適用範囲の拡大、支給要件の緩和、給付水準の引き上げ、各種制度間の調整、機構の改革などが行なわれたことである。これらのうちいわゆる先進国における基本的動向は給付水準の引き上げであり、低開発国におけるそれは各種制度の創設とその適用範囲の拡大である。

これを制度の種類別にみれば、年金制度の分野における発展が目だつており、多くの国において給付水準の引き上げのための現行制度の改正や適用対象を拡大するための新制度の創設などが行なわれた。給付水準の引き上げは、一九五八年および一九六一年におけるイギリス、一九五八年におけるアメリカ、一九五七年および一九五九年における西ドイツなどきわめて多くの国で行なわれた。しかもこれらがいずれも年金額を経済の発展に伴う生活水準や物価の上昇と調整するためのものであつた。このような年金額の経済発展に伴う生活水準の上昇などとの調整は、社会保障としての年金制度の必須条件と考えられるに至つているが、その方法としては必要に応じて立法によつて行なう方法、スライド制による自動的方法などがあり、さきにあげたイギリス、アメリカ、西ドイツなどは前者によつていながら、フランス、ベルギー、スエーデンなどは後者によつていながら。オーストリア、スイスなどでは後者の方法が研究されている。適用対象の拡大については、一九五八年にはオーストリアで、一九六〇年にはベルギーおよびルクセンブルグでそれぞれ自営業者のための年金制度が始められた。

年金制度に関するここ数年間の大きな動きの一つとしてスエーデン(一九六〇年)およびイギリス(一九六一年)における所得比例年金制度の創設をあげなければならない。周知のごとくこの両国はフラット制年金制度の長い歴史を有しているものであるが、新たに創設された所得比例年金制度は、高齢者に対しその所得に応じて有業期間中と同程度の生活水準を維持しうるような年金を支給するため、現行制度の付加的制度としてつくられたものであり、先進国における年金制度の新しい方向として注目に値しよう。その他アイルランドでは一九六〇年に一九〇八年以来の無拠出制年金を補完するものとして、フラット制の拠出年金制度が採用され、ノルウエーにおいては一九五九年から資産調査なしに七〇歳以上の者に対して基本老齢年金を支給する制度がつくられた。またスイス(一九六〇年)、ノルウエー(一九六一年)において新しい障害年金制度が始められ、一九五九年にはオランダで全国民を対象とする遺族年金制度

がつくられた。

医療および疾病保険の分野における発展も著しい。まず米国においては、社会保障の他の分野における相当程度の整備にもかかわらず、従来全国民的疾病保険を有しないという欠陥を持っていたが、このほど連邦政府公務員に対する疾病保険制度が制定された。最近アメリカにおいて醸成されつつあるといわれる疾病保険の成立を期待する気運の一つの現われとみることができよう。本年二月にケネディ大統領が議会に送った保健と医療に関する教書においても、六五歳以上の市民全部を対象とする健康保険制度の実施が提案されている。フランスにおいては一九六一年から農民のための強制的疾病障害保険制度がつくれ、デンマークにおいては一九六一年から疾病保険についての重要な改正が行なわれ、被用者については従来の任意適用から強制適用と改正された。イタリアにおいては多くの部門に分かれている疾病保険の再統合が図られた。西ドイツでも疾病保険の改正につき検討されているが、まだ結論に到達していない。疾病保険について最近各国に共通してみられる傾向は医療技術の進歩や給付内容の向上に伴う医療費の増加であり、各国においてその保険財政面での対策が真剣に検討されている。

児童手当制度などの家族手当制度は、戦後社会保障制度の一環として急激に発達したものであるが、一九四六年に発足したイギリス、一九五四年に発足した西ドイツなどを始めとし、現在すでに四〇か国余りがこれを実施している。最近においてはギリシヤが一九六〇年から新家族手当制度を発足させた。またオランダにおいても現在全国民に対する家族手当制度が準備されている。

このように年金制度や疾病保険などの制度の普及およびその給付水準の向上に伴い、社会保障制度のうち公的扶助の占める比重はしだいに低下しつつある。特にアメリカにおいてそうである。

さて最近においては、従来あまり取り上げられていなかった社会保障の新しい分野における幾つかの注目すべき動向をみいだすことができる。第一は身体障害者に対する医学的、職能的リハビリテーションの制度の拡充である。スイスやノルウエーにおいて最近新しい障害年金制度がつくられたことはすでに述べたが、これらはいずれも身体障害者に対するリハビリテーション制度と密接な関連を持っている。デンマークや西ドイツ、フランス、カナダなどでも活発なリハビリテーション活動が行なわれており、身体障害者に対し、アフターケア、職業紹介、職業訓練などの組織的なサービスが提供されている。今後におけるこの分野の制度の発達が期待されるのである。

第二に住宅問題が社会保障の問題の一つとして取り上げられ、住宅に関する給付が社会保障給付の一部門として開始される動きがみられる。これまでもスエーデンの老齢年金には地方公共団体により住宅手当が加給されていたが、一九五九年からニュージーランドで住宅資金を家族手当の一括前渡しという方法で支給する制度が始められた。今後の動きが注目されるのである。

さて以上のような世界各国における社会保障制度の動向にてらし、現在のわが国の社会保障制度はこれらの各国に比較してどのような水準にあるのであろうか。社会保障の構造は各国の経済構造や社会構造の差異に応じて差異があり、その必要性もそれぞれの国のおかれている経済的社会的条件によつて異なる。したがつて社会保障の水準の国際的比較はきわめて困難であるが、一般的には、各種の制度がいかなる範囲と規模において行なわれているか、およびその給付内容の水準いかにによつて判断することができる。このような観点からわが国の社会保障をみれば、まだ家族手当制度の発足はみていないが、すでに社会保障の基本的な柱である年金制度と疾病保険は全国民に網の目がかぶせられ、公的扶助としての生活保護がこれを補完しており、体系的には先進国とほぼ同様の水準にまで整備されたといえよう。したがつて問題は給付水準にあるわけである。給付水準の国際比較は厳密には不可能であるが、その一つの指標としてよく用いられる国民所得のうちに占める社会保障給付費の割合からまずみてみよう。これはILOの各国の社会保障費(一九六一年版)によつたものであるが、付表一二の示すように国民所得に対する社会保障給付費の割合が最も高いのは西ドイツであり、一九五七年において遂に二〇%に達しており、フランス、オーストリア、ルクセンブルク、ベルギー、イタリア、ニュージーランド、スエーデン、デンマーク、フィンランド、イギリス、オランダの諸国がいずれも一〇%を越えている。これに対しわが国においては五・三%程度となつている。次に総消費支出(個人消費および政府消費の合計)のうちに占める社会保障給付に基づく支出の割合をみると、付表一三に示すようにこれについても西ドイツが二一・〇%と最も高く、ルクセンブルグ、オーストリア、フランス、スエーデンなどがこれに次ぎ、日本は六・四%程度である。また西ドイツ、フランス、イタリア、イギリス、スエーデン、日本の六か国について一九五三年から一九五七年までの四年間の国民所得と社会保障給付費の年平均増加率を比較してみると、付表一四に示すごとく、わが国は国民所得の伸びは西ドイツよりやや下回るが、社会

保障給付費の伸びは最も高いのに対し、一九五五年から一九五七年までの後半二年間についてみると、わが国の国民所得の伸びは最も高いが、社会保障給付費の伸びは非常に低い。

社会保障はよくいわれるように所得の再配分によつて国民に等しく豊かな生活を保障し、福祉国家の理想の実現を図ろうとする制度であり、社会保障すなわち所得の再配分の必要性はその国の経済構造や社会構造によつて相当程度の相異があると考えてよい。しかも所得の再配分は租税その他の制度によつてもある程度可能である。したがつて問題は国民すべてが結果としてどの程度の生活を保障されているかにあり、国民所得や消費支出に対する社会保障給付支出の割合が高ければ高いほど望ましいという性質のものではないが、二重構造といわゆる特殊の経済構造を有しているわが国においては、前記の数字は先進諸外国に比して相当低いといわざるをえないであろう。もとより社会保障に多くの経費を振り向けるためにはもとになる国民所得自体の増加が不可欠の前提である。この点他国に例をみない程高い成長率をもつて経済が発展しつつあるわが国においては、今後国民所得のうちに占める社会保障給付費の割合を漸次引き上げることは是非とも必要である。われわれがさきに世に問うた厚生行政の長期計画の基本構想は、このような見地に立つて一〇年後におけるわが国の経済が西欧の先進国なみの水準に達するのに対応して、社会保障の水準についても同様の水準に引き上げようとしているものである。

第一部 総論

第三章 社会保障の国際的動向

第二節 国際社会保障への動き

戦後の世界各国における社会保障制度の発展は、二つの意味において国際的背景を持つている。一つは一九四四年ILO(国際労働機関)第二六回総会で採択されたILOの目的に関する宣言(いわゆるフィラデルフィア宣言)や一九四八年の国際連合総会で採択された世界人権宣言などに共通の思想的基盤を有するという意味においてであり、他はILO条約その他社会保障に関する二国間または多国間の国際協約などによつてその発展が促された面が少なくないという意味においてである。そしていずれの意味においても戦後の世界各国における社会保障制度の発展はILOやWHOなどの国際機関の活動に負うところが少なくない。そこでここではILOとWHOの最近の活動を紹介し、社会保障の国際的動きともいうべきものを明らかにしてみよう。

ILOの活動は、条約や勧告を採択することによつて労働条件や社会保障に関する国際基準を設定するための国際立法活動と、調査出版活動および後進諸国への技術援助活動の三つの部門に分かれる。このうちなんといつても第一の国際立法活動がILO活動の中心であり、今日までに一一五の国際労働条約と一一五の勧告が採択された。そしてこのILO条約は加盟国の批准によつて法的な拘束力を持つものであるから、条約の批准はきわめて重要な意味を持つている。わが国は一一五の条約のうち戦前に一四、戦後に一〇合わせて二四の条約を批准しており、フランス七三、イタリア五九、イギリス五八、西ドイツ三六、インド二七、カナダ九、ソ連一八、中華民国一六、アメリカ七などに比べ条約批准数としてはおおむね中位にある。

社会保障の部門については一九一九年の第一回会議で失業に対する条約第二号を採択してから一九五二年の母性保護に関する条約までおよそ二四の条約を採択し、加盟各国に社会保障の基準を示すとともに、社会保障の国際的協力の促進のために広範な活動を展開してきた。これらのうち一九五二年ジュネーブの第三五回総会で採択された社会保障の最低基準に関する条約第一〇二号は、社会保障の各部門すなわち医療、疾病給付、失業給付、老齢給付、産業災害給付、家族給付、母性給付、廃疾給付および遺族給付の九部門について、適用、支給要件、給付水準などについての最低基準を定め、加盟各国の社会保障制度の統一化を図るとともに、社会保障の未発達な諸国に対してできる限りすみやかに到達すべき社会保障の最低基準を示したものであつて、社会保障に関する条約のうち最も重要なものである。この条約を批准するためには、右の各部門のうち失業給付、老齢給付、産業災害給付、廃疾給付および遺族給付のいずれか一つを含む三つの部門についてこの最低基準に達していなければならない。この条約は一九五三年にまずスエーデンが批准し、現在までにイギリス、ノルウエー、ユーゴスラビア、ギリシヤ、デンマーク、イスラエル、イタリア、西ドイツ、ベルギー、アイスランド、ペルーの一二か国が批准している(第七五表参照)。なおこのうち九部門全部を批准したのは西ドイツとベルギーのみである。わが国についてみれば、一方において各部門の一部に関する限り最低基準を上回っているものが相当あるにもかかわらず、全部について最低基準に達していると認められるのは失業給付と疾病給付のみであり、その他の給付については基準を満たさない点があるので、まだ批准の域に至っていない。

第75表 ILOの社会保障の最低基準に関する条約第102号の批准国

第75表 ILOの社会保障の最低基準に関する条約第102号の批准国

順 位	国	批准年月日	批准した給付
		年 月 日	
1	スエーデン	1953 8 12	4, 6, 7
2	イギリス	1954 4 27	2, 3, 4, 5, 7, 10
3	ノルウェー	1954 9 29	2, 3, 4, 5, 6, 7
4	ユーゴスラビア	1954 12 20	2, 3, 4, 5, 6, 8, 10
5	ギリシヤ	1955 6 16	2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10
6	デンマーク	1955 8 16	2, 4, 5, 9
7	イスラエル	1955 12 16	5, 6, 10
8	イタリア	1956 6 8	5, 7, 8
9	西ドイツ	1958 2 21	2~10 (9部門全部)
10	ベルギー	1959 11 26	2~10 (9部門全部)
11	アイスランド	1961 2 20	5, 7, 9
12	ベルー	1961 8 23	2, 3, 5, 8, 9

(注) 1 一般規定 2 医療 3 疾病 4 失業
5 老 齢 6 産業災害 7 家族 8 出産
9 廃 疾 10 遺 族

この条約の批准国は、現在やつと一二か国にすぎないが、この条約の持つ意義およびこれが加盟各国に与えた影響は少なくない。現にここ数年来アジアや中南米、アフリカなどこれまで比較的社会保障制度の遅れていた諸国では、事情の許す限りこの基準に近い社会保障制度をつくろうと努力している。他方ヨーロッパでは、この条約における最低基準は、基準がつくられた当時から比較すると経済的社会的条件がかなり変化しており、かつ、その基準は今日においてはむしろ低きにすぎるので、今日の経済社会に適合したより高い基準を設けようとする動きがでてきている。わが国においてもこれらの動きにじゅうぶん注意を払い、できるかぎり早くこの条約を批准できるよう今後引き続き努力すべきであろう。社会保障に関する他のILO条約の批准状況は付表一五のとおりである。

社会保障に関するILOの最近の動きで注目されるのは、内外人の均等待遇の問題である。内外人の均等待遇とは、社会保障の適用や給付などについて内外人を均等に取り扱おうとするものであり、特に国相互の間における資格期間の通算の問題を含んでいる。これについては先の最低基準に関する条約でもある程度触れられていたが、それだけではじゅうぶんではないので、今年の六月に開かれた第四五回ILO総会において議題の一つとして取り上げられ、明年の総会でこれに関する条約または勧告が採択されることとされた。わが国もこの問題については基本的には賛成の態度を表明している。

なお、ISSA(国際社会保障協会)は、各国の社会保障に関する問題の調査、研究および情報の交換などの活動を行なっている。現在わが国の厚生省保険局を含めて七八か国の一八一団体がこれに加入している。

WHO(世界保健機関)は、世界のすべての国民の健康の増進のための国際協力機関として一九四八年につくられた国際連合の専門機関である。現在までに一〇九か国がこれに加盟しており、わが国も一九五一年正式に加盟した。

WHOは世界の保健衛生の向上のために広範な活動を行なっているが、その中心的な活動は国際間の伝染病などの疾病対策や衛生統計などの基準の作成に関する活動である。疾病には国境がないといわれており、国際間の目まぐるしい交通の発展に伴い、ペスト、コレラ、痘そうなどの恐ろしい伝染病が各国に伝ばし易いので、その対策として、WHOはすべての陸海空の交通に適用する国際衛生規則(WHO規則第二号)を定め、各国の検疫に関する規則や措置を調整するほか、国際間の旅行者に対する必要な予防接種を行なわせたり、また全世界にまたがる無線放送網を利用して、各国政府に対し疫病を防ぐための情報について通報している。また麻薬について国連経済社会理事会の麻薬関係委員会に対して麻薬の習慣性に関する医学的な諮問機能を果たしている。

世界各国の保健衛生の水準の向上を図るためには、世界の疾病や死因の統計的把握のための統一された分類方法を制度化することや重要医薬品についてその純度と効能との国際的基準を定めることが必要である。このような観点からWHOは一九四八年WHO規則第一号として「国際疾病傷害死因統計分類規則」(一九五八年に一部改正)を採用し、各国からの統計資料によりその保健状態を正しく比較評価し、それに

よつて世界的な保健衛生計画をたてている。また現在ペニシリン、ストレプトマイシン、ワクチン類など八〇余種の生物学的製剤の国際的基準を定め、さらに世界各国に共通して用いられる最初の国際薬局方を完成した。

各国の保健衛生に関する研究調査やそれに基づく情報の交換または刊行物の出版などおよび比較的保健衛生に関する水準の低い国に対する技術援助活動もWHOの活動の一部門である。技術援助活動は、これらの国の要請に応じて公衆衛生、環境衛生、母子衛生、精神衛生、栄養、看護、医療、伝染病対策といった分野で専門家を派遣して指導にあたりせたり、奨学金制度によつて各国の若い技術者に海外研究の便を与え、専門家派遣に伴い、必要な器材、文献図書などの供給を行なつている。また災害時には医療班を組織して現地に派遣し、災害時に起こり易い伝染病を防止したりしている。

全般的にいつてWHOの活動の最近の傾向は、従来の疾病対策から疾病根絶へとその狙いを転換したことにある。現在世界的規模で展開されているマラリヤ根絶運動、痘そう根絶運動などがそれである。さらにWHOは一地域にしようけつをきわめる流行病その他の緊急事態にもすみやかに手をうつている。古くは一九四七年にエジプトに起こつたコレラに対し、最近ではコンゴの医療問題に国際的な援助活動を指導した。

世界のすべての人が最高の健康の水準を保ち、もつて世界平和の基礎としようというWHOの遠大な理想は、今後とも数多くの活動の源となり、また真に人類のための貢献をしていくであろう。わが国も加盟国としてWHOに対して多くの寄与をし、他方WHOからわが国に与えられた援助なども少なくないが、今後のWHO活動におけるわが国の果たすべき役割はますます大きくなるであろう。

社会保障に関する国際協約は、関係国間において他国民に対しても自国の同一または類似の社会保障制度を相互に適用しようとするものであり、二国間協約または多国間協約によるほか、通商航海条約などに含めて行なわれている。このような社会保障に関する国際協約は、主としてヨーロッパを中心に発達したものであり、現在ではイギリス、フランス、西ドイツ、イタリア、北欧諸国などヨーロッパのほとんどすべての国が二国間または多国間の国際協約を結んでいる。

二国間協約は、イギリスとフランス、アイルランド、イタリア、スイス、オランダ、オーストリア、西ドイツ、スウェーデン、ノールウェー、デンマーク、ユーゴスラビアなど、フランスとスペイン、ポルトガル、スイス、イタリア、ベルギー、西ドイツ、ポーランドなど、そのほかオランダとスイス、西ドイツとベルギー、ベルギーとルクセンブルグなどきわめて多くの国の間で締結されており、戦後だけでも一五〇以上にものぼつている。しかもその適用範囲は人についてみれば移民労働者や鉱山労働者などの一部の者から国民一般に、また、制度についてみれば失業保険や労働災害補償、疾病保険から老齢保険や廃疾保険、遺族保険、家族手当を含む社会保障制度全般にそれぞれ拡大されてきている。最近においては、一九六〇年一月に東ドイツとハンガリーの間で、同年三月にイギリスとアイルランドの間で二国間協約が結ばれている。

多国間協約は、二国間協約ほど数が多いが、二国間協約をもととしてこれが漸次多国間協約に発展する傾向にある。一九五五年にデンマーク、フィンランド、アイルランド、ノルウェー、スウェーデンの北欧五か国で結ばれた社会保障協約は、それぞれの国の社会保障のほとんどすべての給付を国籍の差別なく平等に支給しようとするものであるが、それまでに一部の国の間で一部の給付について結ばれてきた協約を基礎としてこれを包括的なものに発展させたものである。多国間協約としては、このほか、OECE(ヨーロッパ経済協力機構)の外国人職員に対しフランスの社会保障を適用するためのフランスとOECE加盟国(イギリス、フランス、西ドイツ、オーストリア、ベルギー、デンマーク、エール、ギリシャ、アイルランド、イタリア、ルクセンブルグ、オランダ、ノールウェー、ポルトガル、スウェーデン、スイス、トルコ)間の協約(一九四九年)、ブラッセル条約加盟国(ベルギー、フランス、ルクセンブルグ、オランダ、イギリス)間の協約(一九四九年)、ライン河を航行する船舶乗組員のためのベルギー、フランス、西ドイツ、オランダ、スイス間の協約(一九五〇年)、ヨーロッパ会議加盟国(ベルギー、デンマーク、フランス、西ドイツ、ギリシャ、アイスランド、アイルランド、イタリア、ルクセンブルグ、オランダ、ノルウェー、ザール、スウェーデン、トルコ、イギリス)間の協約(一九五三年)、ヨーロッパ国際運輸労働者のためのヨーロッパ二か国(ベルギー、フランス、西ドイツ、ハンガリー、イタリア、ルクセンブルグ、オランダ、ポーランド、スペイン、スイス、トルコ、ユーゴスラビア)間の協約(一九五六年)、移住労働者のためのヨーロッパ石炭鉄鋼共同体加盟国(ベルギー、フランス、西ドイツ、イタリア、ルクセンブルグ、オランダ)間の協約(一九五七年)などが有名である。

友好通商航海条約による社会保障に関する協約は、主してアメリカとイタリア、ギリシャ、アイルランド、デンマーク、西ドイツなどの間で結ばれており、労働者災害補償その他の制度の相互適用を目的とするものである。わが国も一九五三年にアメリカ合衆国との間で社会保障に関する協約を含む友好通商航海条約を締結しており、業務上の疾病、負傷、死亡による給付および老齢、失業、疾病、障害、死亡に関する強制的社会保障制度について、相互に内国民待遇を与えることとしている。

以上述べたところによつて明らかなごとく、社会保障に関する国際協約は、社会保障制度の国籍による差別待遇を撤廃し、内外人を問わず、等しくその社会保障に対する権利を保障しようとするものであるが、これは一方において各国における社会保障の水準の向上に著しく貢献したのみならず、他方において移民ないし労働力の国際的移動の円滑化を図る役割を果たした。あるいはむしろ移民労働者に対する権利の保障と継続(資格期間の通算)の必要性がこのような協約を締結させる大きな要因となつたといつても過言ではない。ヨーロッパ石炭鉄鋼共同体加盟国による移住労働者のための協約は明らかにこのような目的でできたものである。さらにまた社会保障の一定水準の保持が賃金水準などとともに国際貿易の公正な競争を確保するための一つの前提条件とも考えられるのであり、このような意味においても国際的関心事となりうることである。社会保障に関する国際協約がヨーロッパを中心に発展してきたのは、その背景にこれらの事情があることを見のがしてはならない。

さて以上ここで述べたことからわれわれは何を知りうるであろうか。社会保障は一つの集団(国)を単位として一つの制度がこれに対応関係をもつて成立する。そしてその集団が大きくなりあるいは二以上の集団が互いに密接な交渉を持つてくるとなると、これに伴つて社会保障制度も大きくなり、また、一つの制度に融合する傾向を持つている。このように考えれば、最近における社会保障の国際的動向は、各国が政治的にも経済的にもしだいに密接な関係を有するようになり、一つの集団の様相を呈していくに伴つて、社会保障の分野においても、国単位の制度をこえた一つの国際社会保障制度とでもいふべきものが成立しつつあることを物語っているのではなからうか。その前提条件が各国の社会保障の水準の平準化とその国境をこえた適用である。最近における社会保障に関する国際的な個々の動きは、すべてこれを指向しているといつてよい。これまでのわが国はこのような動きに比較的無関心でありえた。しかしこのような動きが今後ますます大きくかつ強くなることは必至である。わが国がひとりこれからのがれうるものではない。特に現在、国際貿易の進展に伴い、わが国の貿易自由化の速度は急速に増しつつあり、今後わが国の労働条件などの国際的均等化への要請は一層高まってくるものと思われる。さきの日米箱根会談(日米貿易経済合同委員会)においてもアメリカは日本の賃金水準や生活水準に深い関心を示した。端的にいつてわが国の社会保障の整備とその水準の向上は、いろいろな意味において、単に国内的要請にとどまらず、国際的要請になりつつあるということができよう。

第一部 総論

第三章 社会保障の国際的動向

第三節 東南アジアなどに対する医療協力

最後に先進国の低開発国に対する経済協力の一環として行なわれているわが国の東南アジアなどに対する医療協力について触れておこう。なぜならこれも広い意味で、各国の社会保障制度発展のための国際的活動-各国の社会保障の水準の平準化運動-の一つの態様と考えることができるからである。

最近工業国の低開発国に対する経済協力が急速にクローズアップされ、世界経済の新しい課題となった。これは国際関係の安定のためには南北(南の低開発諸国と北の先進工業国)間における富の格差の緩和が欠くべからざるものであり、このためには先進工業諸国がその力を結集して低開発諸国の貧困からの脱却を援助しなくてはならないとの認識が各国の間に一段と深まつてきた結果であるといわれている。

経済協力の形態にはいろいろなものがあるが、その基本は資本援助と技術援助である。このうち低開発国に対する経済協力を促進し、その開発を有効に実施するためには広範な投資前の技術援助の重要性が最近特に認識されるに至っている。このような技術援助はコロンボ計画(南および南東アジア共同開発のための計画で、これらの諸国(台湾を除く。)ならびに日本、アメリカ、カナダ、オーストラリア、ニュージーランドおよびイギリスが加入している。)、中近東アフリカ技術協力計画、日米合同第三国訓練計画(アメリカ政府がその経費を負担し、第三国の研修生をして日本で研修させる計画)、国連その他の一般諸計画などによって行なわれている。

わが国の東南アジア、中近東、アフリカなどの諸国に対する医療協力も、このような技術援助の一環として行なわれているものである。東南アジアなどの諸国の保健衛生は、急性伝染病、結核、らいなどの疾病がまんえんしている状態にあり、その対策が最も緊急を要するところであるにかかわらず、これらの地域の医療技術、医療従事者、資金などの不足のため、早急に改善することが困難である経済、協力の究極の目標が低開発国の経済の開発を通じて国民の生活水準と福祉の向上を図ることにある。以上保健衛生に関するこのような問題を解決するための医療協力は経済開発の前提条件として、それに先行して実施されるべきものであり、かつ、わが国の経済協力が真に人類愛と国際親善に基づくものとなりうるものであるという意味において、わが国が供与すべき協力のうち最も適切なものである。このような趣旨から医療協力は、わが国と東南アジアなどの諸国との間の医療および保健に関する協力を推進し、これらの諸国の保健衛生の向上を図り、わが国の一般的経済および技術協力の達成を側面から強力に援助することを目的として昭和三四年ごろから行なわれているものである。

医療協力は、東南アジアなどの諸国の医療面における自立を促進するため、各国の医療関係技術者の養成に主眼をおき、医療技術および施設の提供は相手国の要請に基づき漸進的に実施することを基本方針としている。このため各国に対してわが国の医学や医術の水準について啓発を図るための広報宣伝活動や、医師などの医療関係技術者のわが国からの派遣およびそれらの国における医療技術者のわが国の教育機関での養成、医療機械器具、医薬品などの提供などの事業が計画実施されている。

現在までの東南アジアなどの諸国に対する医療協力の実績は、第七六表のとおりであり、ラオス、タイ、セイロン、シンガポール、インドネシア、インド、アラブ連合、ガーナ、サウジアラビア、コンゴなどに、医師、歯科医師、診療エックス線技師、看護婦などの医療技術者が派遣され、タイ、ラオス、サラワク、ベトナム、中華民国、インドネシアなどから医師、看護婦などの医療技術者の研修の受け入れが行なわれたほか、ラオス、タイ、ビルマ、ネパール、セイロンなどに医薬品、医療品、巡回診療自動車、歯科診療機械、エックス線発生装置などが無償供与された。

第76表 東南アジア諸国などに対する医療協力実績(36年11月1日現在)

第 76 表 東南アジア諸国などに対する医療協力実績 (36年11月1日現在)				
	対象国	延件数	人 員	備 考
医療技術者などの派遣	14	31	49	医師、歯科医師、診療エツクス線技師、看護婦などを派遣
研 修 受 け 入 れ	8	29	59	医師、薬剤師、看護婦などを受け入れ
医療用機械器具、医療薬品の供与	9	15	-	
厚生省医務局調				

なお、沖縄に対しても同様の方法により医療援助が行なわれている(第七七表参照)。

第77表 沖縄に対する医療援助実績(36年11月1日現在)

第 77 表 沖縄に対する医療援助実績 (36年11月1日現在)			
	延件数	人 員	備 考
医療技術者などの派遣	8	30	医師、歯科医師などを派遣
研 修 受 け 入 れ	3	5	看護婦を受け入れ
医 薬 品 の 供 与	1	-	治療薬を供与
厚生省医務局調			