

本編

第7章 国際社会への貢献

第1節 進む我が国の国際化

(経済社会の国際化)

今日、資源・エネルギー、食糧、人口問題等世界共通の課題が顕在化する中で、我が国の経済規模は全世界の約10%(人口は3%、面積は0.3%)を占めるに至り、我が国の貿易依存度も13%前後に達しており、国際化の進展は、我が国の経済、社会が直面している大きな潮流の一つである。人的交流もこの10年間に大幅に拡大した(第7-1表)。また、通信手段の進歩によって国際間の情報交流も活発になり、体外受精や後天性免疫不全症候群(AIDS)などの例にみられるように、人々は海外での出来事にも無関心ではいられなくなっている。

第7-1表 経済社会の国際化

	昭和35年	45	55	57
世界のGNPに占める日本のシェア(%)	2.9	6.0	9.0
日本人の海外旅行者数(万人)	8	66	391	409
訪日した外国人旅行者数(万人)	21	85	132	179
海外在留邦人数(万人)	24	27	45	45(注)
登録外国人人数(万人)	65	71	78	80
貿易依存度(対GNP)輸出(%)	9.4	9.8	12.6	13.4
輸入(%)	10.4	9.6	13.6	12.7

資料：総理府「日本統計年鑑」、通産省「通商白書」等
 (注) 昭和56年10月1日現在

(国際化への対応)

このような背景のもとで、厚生行政においても従来からの国際検疫や麻薬取締りだけでなく、行政全般にわたって国際化への対応が迫られてきた。

難民の地位に関する条約及び議定書への加入(昭和57年1月我が国について発効)に伴って、国民年金、児童関係諸手当等、それまで適用を田本国民に限定していた制度の国籍要件が撤廃され(昭和57年1月から施行)、これによって、我が国の社会保障制度は在日外国人にも平等に適用されるようになった。

一方、在留邦人の増加に伴って、その海外生活期間中の保健医療年金などの問題への対策も進められている。健康保険法の改正(昭和55年)によって、海外被保険者にも医療給付が行われるようになった。また、現在、日米間においては、両国の年金制度の期間通算等を内容とする協定の締結に向けて協議が進められている。

非関税障壁をめぐる欧米の対日批判に対して、我が国は一連の市場開放対策を講じてきたが、その一環として厚生省の関係でも薬事法等が改正され(昭和58年5月)、食品や医薬品等の基準・認証制度の改善が図られた。(第3章、指標編参照)

(国際社会における我が国の責任)

以上の例にみられるような国際化への対応は、経済、社会の国際化が進むにつれ、さらに広範なものが要求されていくであろう。しかし、このようないわば受身のみの対応で国際社会における我が国の責任が果たせるであろうか。厚生行政の分野においても、今後、積極的に世界的な視野に立った国際協力を進めていく必要がある。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

本編

第7章 国際社会への貢献

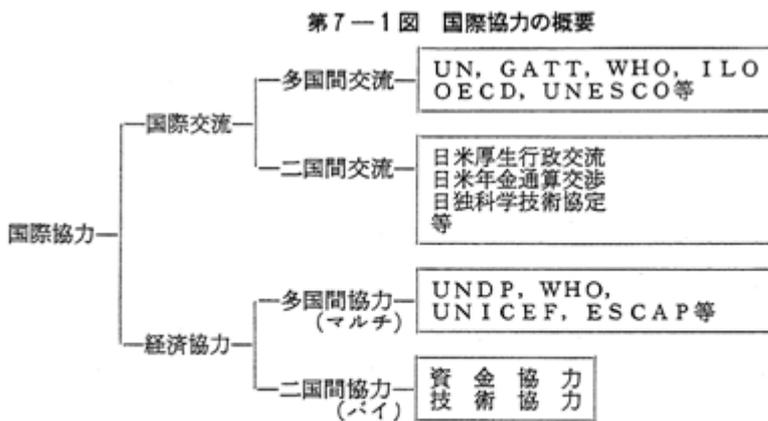
第2節 保健福祉における国際協力

1 国際交流

我が国が国際社会の一員として発展を続けるためには、種々の面において国際協調を進めていくことが強く望まれており、厚生行政の各分野においても国際機関を通じ(多国間交流),あるいは二国間で交流が進められている(第7-1図)。次に、多国間交流の例として国際連合との協調及び経済協力開発機構(OECD)(注1)を通じた交流について述べる。

(注1) OECDは経済成長の維持、開発途上国援助、貿易の拡大を三大目的とした西側先進24か国の組織で昭和36年に発足し、我が国は昭和39年に加盟した。

第7-1図 国際協力の概要



(注1) OECDは経済成長の維持、開発途上国援助、貿易の拡大を三大目的とした西側先進24か国の組織で昭和36年に発足し、我が国は昭和39年に加盟した。

(国際連合)

国際連合は、世界的規模で対応すべき諸問題に次々と取り組み(最近の例は下記のとおり),我が国もこれに積極的に参画している。

1974年(昭和49年)世界人口会議(ブカレスト)

1975年(昭和50年)国際婦人年世界会議(メキシコシティ)

1979年(昭和54年)国際児童年

1980年(昭和55年)国連婦人の10年中間年世界会議(コペンハーゲン)

1981年(昭和56年)国際障害者年

1982年(昭和57年)高齢者問題世界会議(ウィーン)

一例として障害者問題についてみてみよう。国連は設立当初からこの問題に関して種々の決議や宣言を行い、昭和50年にはこれらの集大成ともいべき「障害者の権利宣言」を採択した。昭和56年には「完全参加と平等」というテーマで国際障害者年が実施され、我が国においても国際障害者年推進本部が総理府に設置されたのをはじめ、国内各地でシンポジウムや会議が開かれ、海外との交流も活発に行われた。さらに、世界各国の活動を集大成する形で、昭和57年12月の国連総会では「障害者に関する世界行動計画」が採択された。国際障害者年を契機に、障害者問題に対する国内の関心が高まり、施策の一層の推進が図られている。(第6章参照)

(経済協力開発機構－OECD)

OECDの労働力社会問題委員会においても社会政策社会保障の問題に取り組んでおり、我が国も職員の派遣などでOECDの活動に参加し協力している。

「1980年代の社会政策に関する会議」(昭和55年10月、閣僚級の行政官、研究者の会議で我が国からも参加)では、困難な経済社会情勢の下での1980年代の社会政策の在り方が討議された。これを受けて、現在OECDでは次の二つのテーマのもとに包括的な分析が行われている。

- 1) 社会支出(社会政策に関連する公共支出)の抑制策
- 2) 保健医療、年金、失業保険の各制度における改革

特に、医療問題に関しては、昭和52年と昭和57年に専門家会議が開かれ(我が国も参加)、先進国に共通の悩みである医療費増加の対応策が論議された。(第4章参照)

本編

第7章 国際社会への貢献

第2節 保健福祉における国際協力

2 経済協力

我が国の国際的地位の向上に伴って、経済協力について開発途上国から我が国に寄せられる期待はますます高まっている。我が国としても、新中期目標のもとで、今後とも経済協力を積極的に推進していく姿勢を内外に示している。

昭和57年における我が国の政府開発援助(ODA)総額は約7,500億円であり、そのうち国際機関を通じたものが22%、二国間ODAが78%(この約7割がアジア向け)である。また、二国間の技術協力はODA総額の13%(欧米諸国の平均は約20%)となっている。

本編

第7章 国際社会への貢献

第2節 保健福祉における国際協力

2 経済協力

(1) 保健福祉協力の意義

(基礎生活援助)

開発途上国(中国を含む)は現在,世界の人口の75%を占めているが,多くの開発途上国において,劣悪な衛生状態の下で高い死亡率,高い出生率,栄養不足の悪循環が繰り返されている。このような現状の下で経済協力の目標として,近年,開発途上国の人々の「基礎生活援助(注2)」ということが重要視されるようになってきた(例えば,昭和52年のOECD閣僚理事会で指摘されている)。保健福祉の分野における協力は,この要請に合致するものが多く含まれるものであり,開発途上国の最も切実なニーズに対応するものとして,経済協力の重要な分野を占めるものである。

(注2) 衛生,給水,食糧,住居など人々の生存に直結する需要(basic human needs)に対する援助

本編

第7章 国際社会への貢献

第2節 保健福祉における国際協力

2 経済協力

(2) 保健福祉協力の形態

保健福祉分野における多国間協力の典型的な例としては世界保健機関(注3)(WHO)を通じた協力があげられる(第7-1図)。政府ベースの二国間協力には無償資金協力,有償資金協力及び技術協力がある。

(注3) 昭和23年に設立された国連の専門機関の一つ

本編

第7章 国際社会への貢献

第2節 保健福祉における国際協力

2 経済協力

(3) 世界保健機関(WHO)

我が国はWHOを通じて保健医療の分野でがん研究等の国際交流を行うとともに,WHOの行う開発途上国への技術協力にも協力している。WHOに対して今日我が国は,加盟国中アメリカ,ソ連に次いで第3位の分担金を拠出している(昭和58年度分担金52.5億円,分担率9.42%,主要国の分担率の推移は指標編参照)。

WHOは昭和52年の第30回総会において「2,000年までにすべての人々に健康を」という目標を決議した。これを受けて,この世界的戦略を展開するために必須のプライマリー・ヘルス・ケアに関する国際会議がWHO及び国連児童基金(UNICEF)の共催で,昭和53年にソ連のアルマ・アタで開かれた(注4)。WHOでは現在,プライマリー・ヘルス・ケア事業を中核とする「2,000年健康戦略」を展開している。

(注4) この会議で全世界的にプライマリー・ヘルス・ケアを前進させていこうとするいわゆる「アルマ・アタ宣言」が採択された。この中でプライマリー・ヘルス・ケアとは,「地域社会及び国が,自助と自決の精神に則り,開発の程度に応じて負担可能な費用で賄え,地域社会の個人または家族の十分な参加を通じて彼らが普遍的に利用できるようになった実用的で科学的に適正でかつ社会的に受け入れられる手法と技術に基づく必須の保健医療のことである」と述べられている。

WHOの第36回総会は昭和58年5月にジュネーブで開催され,我が国からは林厚生大臣が日本を代表して参加し,次のような趣旨の演説を行った。「2,000年までにすべての人々に健康という世界人類共通の目標を実現するのはプライマリー・ヘルス・ケアである。我が国が結核対策に成功したのもこれによる。その経験とノウハウを,まだ結核に悩む諸国に提供したい。その他の疾病に対しても,開発途上国に対する経済的,技術的協力の必要性を強く感じている。・・・最近の科学技術の発達は目覚ましいものがあり,その先進技術を駆使し,各国との協力によって,早期にがんの征服ができるように研究開発を行いたい。成功すれば,広く世界に開放し,人類の健康に役立てたい。・・・日本はこれからもWHOに最大限の協力を約束し,2,000年の目標に向かって努力することを誓う。」

本編

第7章 国際社会への貢献

第2節 保健福祉における国際協力

2 経済協力

(4) 技術協力の現状

(保健医療)

厚生省は昭和57年度において、開発途上国の看護指導者及び結核専門医等の研修を、それぞれ財団法人国際看護交流協会及び財団法人結核予防会の結核研究所に委託実施した。また、開発途上国へ派遣される医療協力専門家の熱帯病に関する研修を財団法人日本熱帯医学協会に委託実施した。

国際協力事業団(JICA)の実施している政府ベース技術協力としての保健医療協力も年々増加している(第7-2表)。JICAのプロジェクト方式技術協力は昭和56年度末で133件であり、うち保健医療協力は、昭和57年度末現在、フィリピン熱帯医学研究所、タイのプライマリー・ヘルス・ケア訓練センター、中日友好病院等36件である。(指標編参照)我が国の保健医療協力は昭和33年に始まって以来、今日まで25年の歴史があり、その間に数々の成果を収めている(20年近く続いているガーナへの医療協力、フィリピンでのコレラ、小児麻痺、日本住血吸虫対策等)。今後も高級な医療機器の十分な利用を図る等一層の効果的な援助を行っていく必要がある。

第7-2表 JICAによる保健医療分野の技術協力

	昭和45年度	昭和56年度
専門家派遣(人)	173	741
研修員受け入れ(人)	407
プロジェクト数	27	35

資料：JICA年次報告書

(注) プロジェクト方式技術協力とは、専門家派遣、研修員受け入れ、機材供与等技術協力の三つの基本的な要素を組み合わせて、技術協力計画の立案から実施まで一貫して総合的な技術協力を行うものである。

なお、WHOとの関係では、現在我が国に25か所のWHO協力センター(病院や研究所)があり、WHOの行う技術協力を支援している。

西部地域公衆衛生対策(ネパール)



西部地域公衆衛生対策(ネパール) JICA提供

(医薬品)

ワクチン等の医薬品が不足している開発途上国では、先進国でほとんど見られない伝染病等が根強くまん延しており、これが高い死亡率の直接的な原因をなしている。このため、WHOでは、いずれの国においても確保されるべき基本的医薬品を必須医薬品としてリストアップするとともに、これらの品質確保、分配及び適切な使用等に関し、開発途上国の機能を強化するための方策を明らかにしている。また、我が国からの医薬品関連の技術協力としては、ビルマ、ブラジル、インド、インドネシア等に対するものがある。

(水道・その他の環境衛生)

開発途上国では人口の5分の3は清浄な飲料水に恵まれず、4分の3は衛生処理の恩恵を受けていないといわれている。また、WHOによれば、あらゆる疾病の約80%は非衛生的な水と衛生処理の不備が原因となっている。このため国連では昭和56年から65年を「国際飲料水供給と衛生の10年」として、開発途上国の環境衛生の向上に対して積極的な援助を呼びかけている。JICAによる技術協力で現在、インドネシア、エジプトで開発調査が進行中であり、また、タイ、インドネシア、ケニアに専門家が長期派遣されている。

本編

第7章 国際社会への貢献

第3節 世界的な視野に立って

1 今後の国際交流

(新たな段階)

我が国はこれまで社会保障の分野で欧米諸国の知識、経験から多くを学んできた。しかしながら、今日における我が国の社会保障は先進諸国の先例を範とする時代を終え、欧米諸国とともに、共通の問題に直面している。このような状況の下では、各国との間で情報交換をより密接に行っていくとともに、我が国独自の創意に基づく新しい福祉社会の建設をめざしていくことも必要である。

(我が国の実情の紹介)

先進諸国を目標とする時代が続いたため、今日まで我が国は情報の流通面で大幅な入超である。社会保障の分野でも同様に、我が国の実情は海外諸国に十分知られていない(日本人は「仕事中毒のエコノミック・アニマル」であり、社会保障を充実させず「ソーシャル・ダンピング」を行って公正な競争をしていない、という先進国からの批難もまだ根強い)。他方、我が国の医療の効率のよさや高齢化への対応の仕方について、先進諸国の関心が高まりつつあるのも事実である。したがって、我が国の実情を諸外国に提供する努力がますます必要となっている。

本編

第7章 国際社会への貢献

第3節 世界的な視野に立って

2 今後の技術協力

相手国に役立つ技術協力を効率的に行うためには、次のような点で改善を図ることが必要である。

- 1) プロジェクトの発展・選定の適正化を図るため、プライマリー・ヘルス・ケアの観点から開発途上国における真のニーズを的確に把握すること
- 2) 開発途上国の発展段階や文化にあった適正な水準の技術移転を行うこと
- 3) 開発途上国において地域の経済社会開発に役立つような総合的なプロジェクト協力を進めること

また、今後は保健医療分野だけでなく、環境衛生の分野の協力を拡大し、さらに社会福祉分野における技術協力を推進するなど、開発途上国が抱えている多様なニーズに即した協力を行う必要があり、そのためには専門家の養成確保や帰国後の処遇など国内体制の整備が不可欠である。

本編

第7章 国際社会への貢献

第3節 世界的な視野に立って

3 「南の国」に対する我が国の役割

保健福祉の分野における国際協力は、人類の保健福祉水準向上のために積極的に推進されることが望まれる。

開発途上国、特に我が国と関連の深い東南アジア地域には、現在なお伝染病のまん延、必要な医薬品の不足、清浄な飲料水の不足などの深刻な問題が未解決のまま残っており、人口の半分以上は適切な保健医療の恩恵を受けていない。こうした地域に対する保健福祉協力は、その基礎生活援助に合致するものであり、これらの地域が経済的、技術的に自立するために必須のものである。

一方開発途上国においては、民生安定のため社会制度の整備定着に重点を置いているが、文化、家族構造、生活形態等に多くの共通点を有するアジア諸国を中心に、我が国の社会保障制度に対する関心が高い。

戦後我が国は、欧米諸国からの技術導入によって経済発展を遂げ、国民の保健福祉の拡充を図ってきた。国際社会の一員として、今後我が国はその成果を世界へ還元する立場にある。

ケニア共和国イタンガ地区水道竣工式



ケニア共和国イタンガ地区水道竣工式

おわりに

我が国の社会保障制度は、戦後着実に拡充されてきた。社会保障制度をこのように拡充できた要因は二つある。一つは、経済の発展が続いたことであり、二つは、欧米先進国を一つのモデルとして「福祉国家」をめざすことについて、社会全体としての合意があったことである。

社会保障制度は、国民の生活設計に深く組み込まれ、生活の安定のために欠かせないものである。その規模

も年間30兆円に近いものとなり、国民経済上もそれぞれの家計においても大きな位置を占めている(第1章)。

他方、社会保障制度の拡充を支えてきた基盤は変貌している。経済の成長により、国民の生活水準が向上し、多くの人々が、生活のゆとりをもつことができるようになってきている。人々の意識や価値観はますます个性的となり、自分が真に必要なものだけを追い求めるようになってきた。

このような時代の変化を背景に、社会保障制度に対する考え方も多様化してきた。社会保障は遅れているという認識に立って給付の拡充だけを目標とする考え方から、欧米先進国における長期にわたる経済の停滞を目のあたりにして、社会保障の現状と将来を懸念する声も出ている。

社会保障制度のこれからの進路は、豊かな社会という経済社会の新しい流れを踏まえて、将来にわたりゆるぎない活力あふれる福祉社会の建設をめざす必要がある。今回の白書では、このような問題意識から、社会保障制度の各分野について、今後の方向を整理してみた。

新しい時代の流れに応じ日本の将来にふさわしい社会保障制度の在り方を考える際には、次の諸点を念頭におく必要がある。

第1に、社会保障制度の受け持つべき範囲を明確にしておく必要がある。多様化する国民のニーズに対し、社会保障制度のみを用意することは不適切であり、かえって個性化を深めつつある国民の行動様式に逆行したものとすらなりかねない。例えば、老後の所得保障については、公的年金を基盤としつつ、その補足として各人のニーズに応じて、私的な保障手段を組み合わせることが望ましい(第5章)。また、高度な福祉ニーズに対しては、民間部門の創意工夫を生かすことにより、きめ細かく対応できるようにならう(第6章)。

第2に、社会保障制度の安定した機能を維持していくためには、必要度の低い給付の見直しを思い切って進めねばならない。豊かな社会の実現は、社会保障給付のこのような見直しを可能とする条件となっていよう。

第3に、社会的公平にかなった適切な給付・負担の水準を設定しなければならない。この観点から、年金制度では、保険料を負担する現役の勤労者と年金受給者の生活水準のバランスを考慮して、将来の給付水準

の適正化を図ることを一つの柱とする制度改革が進められている(第5章)。また、社会福祉サービスにおいては、負担能力の向上に伴い、能力に応じた適切な費用負担制度が導入されている(第6章)。さらに、老人保健制度にみられるように増大する老人医療費を医療保険各制度で共同して負担するといった新しい費用負担の考え方も実施に移されている(第4章)。

このように、すでに社会保障制度の各分野において見直しが進められている。

この見直しに際しては、個人の自助努力を前提とした上で、国民の連帯による相互扶助を組織化して社会の安定を図るという社会保障の原則ともいえるべき考え方に立ちかえる必要があろう。

社会保障制度を支えるのは、国民一人一人であって、このためにも制度の現状について十分理解を深めていくことがますます重要となつてこよう。今回の白書も、これからの社会保障制度の在り方に関する議論の一つの素材となれば幸いである。