

## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

---

#### 国際保険医療協力



国際保健医療協力（タイ・カンボジア国境における難民の検診）

---

## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第1節 国際化時代の厚生行政の課題

今日、世界貿易の拡大や交通手段、通信技術等の発達によって、世界はますます狭くなりつつあり、もはや、地球上のいずれの国民も他の国民と無縁の存在ではあり得ない。戦後、未曾有の発展を遂げてきた我が国は、現在では世界のGNPの1割を占める経済大国となり、このような発展を基礎として福祉国家を築いてきた。今や、世界における相互依存の深化と我が国の国際的地位の高まりを自覚し、それにふさわしい役割を国際社会で果たしていかなければならない。厚生行政の分野においても、社会保障先進国として、世界的な視野に立って施策を展開していく必要がある。

世界の人口は、50億人を超えようとしており、その4分の3は開発途上国に属している(第6-1表参照)。開発途上国では、多くの人々が、低い生活水準、劣悪な生活環境、不十分な保健医療サービスの下で、生命や健康を脅かされており、これらの国々が社会開発を行い、民生の向上を図っていくに当たって、我が国に寄せる期待は、ますます高まっている。このような期待にこたえて積極的な支援を行っていくことは、経済大国あるいは社会保障先進国としての我が国に課せられた重大な責務であり、短期間のうちに国民の健康を世界的水準にまで引き上げ、豊かな社会を築いてきたという経験を十分生かして、国際協力を推進していく必要がある。

第6-1表 主要地域別人口、健康等に関する指標

第6-1表 主要地域別人口、健康等に関する指標

地 域	年次推計人口(100万人) (1985年を100とした場合)			平均寿命(歳) (1980~85年)	普通出生率‰ (1980~85年)	乳児死亡率‰ (1980~85年)	普通死亡率‰ (1980~85年)
	1985年 (昭和60)	2000年 (昭和75)	2025年 (昭和100)				
世界全域	4,837 (100)	6,122 (127)	8,206 (170)	男 58.2 女 60.9	27.1	78	10.5
先進地域	1,174 (100)	1,277 (109)	1,396 (119)	男 69.5 女 76.9	15.5	16	9.6
開発途上地域	3,663 (100)	4,845 (132)	6,809 (186)	男 56.3 女 58.3	31.0	88	10.8
日 本	121 (100)	131 (108)	135 (112)	男 74.8 女 80.5 (1985)	11.9 (1985)	5.5 (1985)	6.3 (1986)

注：先進地域はヨーロッパ、北部アメリカ(アメリカ合衆国とカナダ)、ソビエト連邦、日本、オーストラリア及びニュージーランド、開発途上地域はそれ以外の地域。

資料：UN「DEMOGRAPHIC INDICATORS BY COUNTRIES AS ASSESSED IN 1984」、厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口(昭和61年12月推計)」他

一方、先進諸国においては、人口の高齢化の進展と経済成長の鈍化の下で、保健医療、年金を始めとする社会保障支出が増大を続け、それにいかに対処していくかが、各国に共通の悩みとなっている。さらに、核家族化、国民意識の変化等様々な要因により家族とコミュニティの機能が低下し、この面からも福祉国家は重大な対応を迫られている。このような課題に対処するため、相互に情報を交換し、各国の英知を集めて改革の方向を探っていくことが、以前にも増して重要となっている。今後21世紀へ向けて、世界に類を見ない速さで高齢化が進む中で社会保障制度の長期的安定を図っていかなければならない我が国はこのような国際

的活動に積極的に参画し,活力ある福祉社会の実現に努めていかなければならない。

市場開放を推進していくことも,我が国に課せられた国際的責務である。経常収支はかつてない黒字を続け,国際社会において我が国が果たすべき役割について諸外国から様々な批判,問いかけがなされている。我が国の発展は,自由貿易体制によるところが大きく,世界経済の調和ある発展を図っていくことは,我が国の責務であるとともに繁栄の基礎ともなるものである。国際的に開かれた日本に向けて,市場アクセスの改善等様々な努力が重ねられているが,厚生行政の分野においても,国民の健康・安全の確保を大前提として,外国製品が容易に我が国市場へ参入することが可能となるよう努めていく必要がある。

---

---

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第2節 国際協力の推進

我が国は、人道的配慮と国際経済社会の調和ある発展という基本理念の下に開発途上国に対する援助を行ってきた。近年、自由世界第2位の経済力を有する我が国の責を果たしていくという見地から、政府開発援助(ODA)(注1)について二度にわたる中期目標を設定し、その拡大を図っており、昭和60年のODA総額は38億ドル(GNPの0.29%)に達した(注2)。また、厚生省所管のODA予算も55年度には約22億円であったものが、60年度には約50億円と倍以上の伸びを示している。

(注1) ODA(Official Development Assistance)、二国間協力としての無償資金協力、技術協力、政府借款と国際機関に対する出資へ拠出で構成されている。このうち、無償資金協力、技術協力、国際機関に対する出資で拠出を贈与と呼び、贈与の割合及び借款の条件(利率、返済期間)等がその国のODAの質を表すものとされている。

(注2) 昭和60年におけるODAのうち、二国間ODAが67%、国際機関を通じたものが33%となっている。また、二国間のODAを対象地域別で見ると、3分の2がアジア地域で、残りが中近東、アフリカ及び中南米の3地域におおむね均等に分布している。

ODAについて我が国は、新たに第3次中期目標を設定し、61年から67年の実績総額を400億ドル以上とすることをめざし、67年の援助実績を60年実績の倍とするよう努めるとともに、質の面でも可能な限りの改善に努めることを内外に示している。

## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第2節 国際協力の推進

##### 1 保障福祉協力の重要性

世界の人口の4分の3を有する開発途上国,特にLLDC諸国(Least Less Developed Countries)においては低い生活水準,劣悪な生活環境,不十分な保健医療サービスの下で,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おり(第6-1表参照),保健衛生,給水,など人々の生存に直結する需要(Basic HimanNeeds)に対す援助等を求めている。保健福祉分野における協力は,まさにこの需要に合致するものとして,開発途上国の社会開発にとって必須のものとなっている。

戦後我が国の健康水準は著しく改善され,現在では,乳児死亡率は世界で最も低く,世界有数の長寿国となった。この背景としては,経済発展に伴う生活水準や栄養水準の著しい改善,医学医術の進歩や保健医療施策の充実,国民皆保険を始めとする社会保険制度の拡充,上下水道の普及等生活環境の整備などがある。この間,我が国は保健福祉分野で高い水準の技術やノウハウを蓄積しており,今やこれらの蓄積を開発途上国に提供し,国際社会に貢献していくことが我が国の責務となっている。

## 第1編

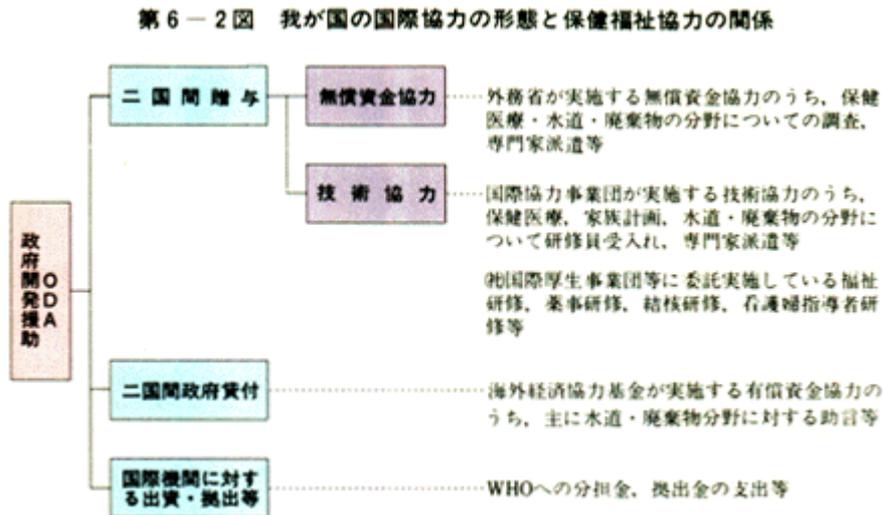
### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第2節 国際協力の推進

##### 2 保健福祉協力の現状

保健福祉協力は、世界保健機関(WHO)などの国際機関を通じ(多国間協力),あるいは相手国に対して直接に(二国間協力)行われている(第6-2図参照)。

第6-2図 我が国の国際協力の形態と保健福祉協力の関係



---

## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第2節 国際協力の推進

##### 2 保健福祉協力の現状

###### (1) WHOの活動と我が国の貢献

---

開発途上国では毎年、破傷風、麻しん、百日ぜき、ジフテリア、小児麻ひ、結核の6つの感染症で約500万人もの子供が死亡し、同じく約500万人の子供が後遺症のため身体障害に陥っているとWHOは報告している。これらの疾病は、ワクチンによりそのほとんどが予防できるものであるが、現在予防接種を受けることができるのは開発途上国の子供の2割にすぎない。このように、開発途上国においては、高度な先端医療以前に、より基礎的な保健医療の確保が必要とされている。そこで、WHOは、昭和52年の第30回総会において「2000年までにすべての人々に健康を」という目標を決議し、以来、プライマリー・ヘルス・ケア普及の考え方にのっとり「2000年健康戦略」を展開している。

WHOに対して、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(62年度分担金2614万ドル、分担率10.64%)。また、この分担金の他に、プライマリー・ヘルス・ケア事業、熱帯病対策等を推進するために任意拠出金を拠出している(61年度は270万ドル(5億6,400万円))。特に、プライマリー・ヘルス・ケア事業に対する拠出金については、我が国が属する西太平洋地域における活動の充実を図るため大幅な増額を行ったところである。

---

## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第2節 国際協力の推進

##### 2 保健福祉協力の現状

###### (2) 二国間の保健福祉協力

開発途上国に対する二国間協力は、資金協力と技術協力に大別できる。資金協力は、返済を要しない無償資金協力と緩和された条件で資金を貸し付ける政府借款の二通りがある。技術の移転を通じて途上国の人づくり、国づくりに貢献する技術協力は、我が国からの専門家の派遣、必要な機材の供与、開発途上国からの研修員の受入れ等を通じて行われるが、近年では、技術移転を推進するため、これらの三要素等を有機的に組み合わせたプロジェクト方式のウエートが高まっている。さらに、技術協力と資金協力とを組み合わせた総合的なプロジェクトも増加している。

厚生省は、これらの外務省や国際協力事業団(JICA)等が実施する国際協力事業のうち、保健医療、水道廃棄物の分野におけ専門家派遣、研修等について協力するほか、WHOや民間関係機関を通じ、保健、福祉面の国際協力を実施している。

###### (保健医療)

JICAが実施している政府ベース技術協力のうち、保健医療協力事業はおおむね2割を占めている。

例えば、フィリピンでは、感染症、寄生虫病対策の中心的研究機関として、マニラ市郊外に無償資金協力により熱帯医学研究所を建設し、現地に、日本人専門家を派遣して実施に指導するとともに、フィリピン側専門家を我が国に受け入れて研修を行っている。また、ビルマでは、製剤技術及び品質管理技術を習得するための技術センターの機能と製薬工場としての機能を併せ持った製薬研究開発センターを無償資金協力により建設し、技術援助を行った。中国では、日中友好のシンボルとして北京市に中日友好病院を無償資金協力により建設し、59年10月の開院後は、医師、看護婦に対する研修や近代的病院の管理運営を行うための要員の養成を行っている。

国際協力は、開発途上国が自らの手で国づくりをしていくことができるように必要な援助を行うものである。この意味で、技術移転、人づくりのために開発途上国の技術者や行政官等を我が国に受け入れ、研修を行っていくことは重要である。厚生省では、国立がんセンター、国立循環器病センター及び国立病院等において、JICA、WHOを通じて研修員を積極的に受け入れているほか、東南アジア諸国の結核専門医、看護婦指導者、薬事行政専門家の研修事業を、(財)国際看護交流協会及び(社)国際厚生事業団に委託して実施している。

###### (人口、家族計画)

世界の人口は48億人を数え、このうち37億人が開発途上国に属している。今後、世界の人口は、開発途上国を中心に更に増加し、昭和100(2025)年には82億人にも達するものと見込まれている。特に、開発途上国の人口増加は、経済成長を上回り、深刻な事態が生じるものと憂慮される。このような人口爆発に対処するためには、開発途上国の人口構造を多産多死型から少産少死型に転換していく必要があり、このため、保健福祉水準の向上とあわせて、人口・家族計画を推進していくことが不可欠となっている。

こうした背景の下で、国連によって昭和49年ルーマニアで開催された第3回世界人口会議において「世界人口行動計画」が採択され、人口問題に対する地球規模での取組が開始された。59年にはメキシコで第4回が開催されている。我が国においても、JICAを中心に、最も多くの人口を抱えているアジア地域の一員と

してこの問題に取り組んでおり、現在、フィリピン、タイ、ネパール、中国、メキシコ及びコロンビアの6ヶ国に対して家族計画の啓蒙教育の普及等の協力を行っている。このうち、タイ、ネパール及びコロンビアでは、母子保健も含めた総合的なプロジェクトを推進している。

#### (水道・廃棄物)

国連は、衛生的な飲料水供給が得られないなどのため、開発途上国において、一日平均25,000人以上の人々が死亡し、何百万人もの人々が衰弱した状態におかれていると報告している。このため、国連では、昭和56(1981)年から65(1990)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おり、我が国も、高い水準にある技術と戦後の飛躍的な整備実績に裏付けられた経験をいかした援助活動を行っている。

この分野での技術協力は、プロジェクトの発掘、基本計画の策定等の開発調査を資金協力による実際の施設整備に着実に結びつけることが重要である。例えば、インドネシアでは、ジャカルタ市の昭和65(1990)年の水需要に見合った水道水を供給するため、JICAベースで開発調査を行い、これに基づき海外経済協力基金(OECF)の有償資金協力によって取水、浄水、配水施設を整備する水道整備事業が行われている。開発調査は現在、タイ、フィリピンの地方都市水道、インドネシアのジャカルタ市都市廃棄物処理について実施されている。また、環境衛生施設の整備には、計画の立案から施設管理・運営に至る広範囲の技術者を必要とするため実際の施設で技術移転を行っていくことが極めて重要である。このため、タイでは現地に無償資金協力により水道技術訓練センターを設置し技術者の養成を行うこととしている。

#### (福祉行政)

開発途上国においては、民生安定のため、保健医療の充実と並んで社会福祉制度の整備に努めているが、アジア諸国を中心に、飛躍的な発展を遂げた我が国に対する関心が高まっている。厚生省では、我が国の社会福祉制度を広く紹介し、その経験をこれらの諸国の社会開発に役立てるため、アジア諸国の社会福祉制度を企画・立案する立場にある行政官を我が国に招き、社会福祉に関する講義、関係施設の視察、実習等を(社)国際厚生事業団に委託して実施している。

## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第2節 国際協力の推進

##### 3 今後の国際協力

---

厚生省は、省内に「保健医療分野における国際協力委員会」を設置し、今後の保健医療協力の在り方について検討を進め、次のような基本的考え方をとりまとめた。今後は、これに沿った施策を講ずることとしている。

---

## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第2節 国際協力の推進

##### 3 今後の国際協力

###### 1) 重点的に援助を行うべき分野

---

保健医療分野の国際協力については、相手国の要請、実情を踏まえプライマリー・ヘルス・ケアを推進するため、その中核となる感染症対策及び環境衛生施設の整備をできる限り優先すべきである。

感染症対策は、費用対効果の面で優れているワクチン接種を主体とした協力を重点を置いて進めるべきであり、その際には、予防接種を開発途上国が自らの手で行うことができるよう予防接種計画の作成から実施、ワクチン製造に至るまでの一貫した体制づくりに協力していくことが必要である。特に、結核対策は、患者の早期発見から治療に至るまでの総合的対策を行っていく必要があるため、相手国における保健医療体制の整備状況に応じた協力を進めていくべきである。

また、環境衛生施設の整備に当たっては、開発途上国の技術水準や運営体制を踏まえ、地域の条件に合致した適正技術を用いて、例えば都市部では水道やごみ、し尿処理施設の整備を、農村部では井戸掘りや共同便所の整備を進めていく必要がある。

---

## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第2節 国際協力の推進

##### 3 今後の国際協力

##### 2) 国際協力推進体制の整備

---

技術移転を通じた「人づくり」に寄せる開発途上国の我が国への期待は大きく、これにこたえていくため、専門家の養成・確保及び組織化に努める必要がある。このため、国立病院医療センターに、他の国立医療機関、結核研究所等との連携による人材バンクを創設する等保健医療に係る国際協力の推進を図ることとしている。(61年10月、国立病院医療センターに国際医療協力部を設置し、保健医療に係る国際協力体制の充実強化を行ったところである。)。さらに将来は、保健医療協力の中核施設となるナショナルセンターとして、国立病院医療センターの組織、機能の一層の拡充を図っていく必要がある。

また、現在は、海外からの研修医は研修においても診療行為が行えないという制約があるが、研修医の医療技術の向上という観点からは配慮が必要である(このため、患者の安全を第一としつつ、一定の条件の下で研修に最低限必要な診療行為を認める法的措置について準備を進めている。)

---

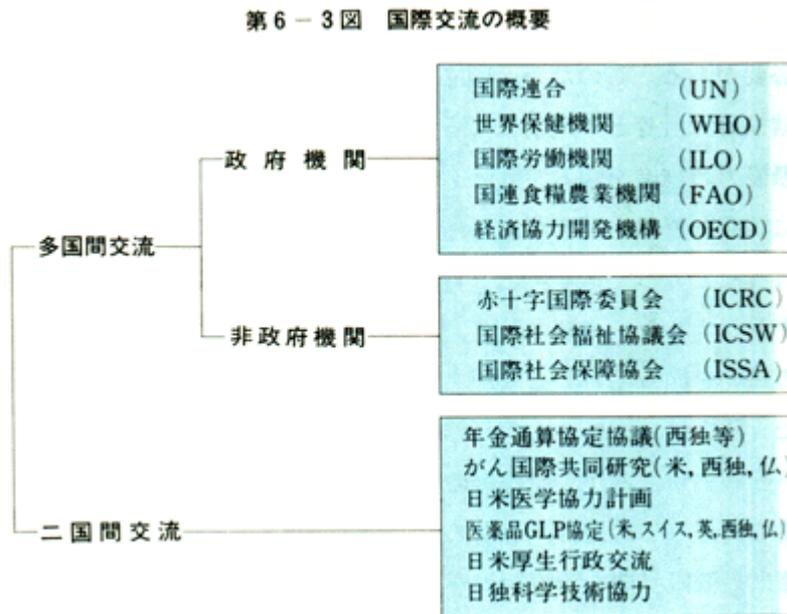
## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第3節 国際交流の拡大

経済的社会的な相互依存の深まり,通信メディアの発達等により世界はますます狭くなりつつある。各国が協力して共通の課題の解決に当たったり,各国の政策を調整していくことが以前にも増して必要となっている。厚生行政の分野でも様々な形で国際交流が行われている(第6-3図参照)。

第6-3図 国際交流の概要



## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第3節 国際交流の拡大

##### 1 経済協力開発機構(OECD)社会政策作業部会の取組

###### (1) 先進諸国における医療保障と年金政策の動向

福祉国家は、人口の高齢化の進展と経済成長の鈍化という困難に直面している。制度の拡充と高齢化によって、国民経済に占める社会保障の規模は急速に拡大しているが、一方、近年の2度にわたる石油危機に伴う経済状態の悪化等を契機として、各国の社会保障政策も転換しつつある。

例えば、イギリスにおいては、国民保健サービス(NHS)の改革が進められている。1982年には、NHSの行政機構を簡素化するとともに、病院経費を中心とした財政支出の削減、薬剤に対する自己負担の引上げ、民間保険による診療の拡大が図られた。さらに1986年4月には、家庭医制度を充実し、NHSの効率化を図ることを提言したグリーンペーパーが公表され、公開の討論に付されている。また、年金制度については、所得比例年金の給付費総額を大幅に抑制するとともに、所得比例年金に代えて企業年金、個人年金への加入の促進を図ること等を内容とした改正法案が1986年7月成立し、1987年4月から実施されることとなった。

西ドイツにおいては、1977年に第1次疾病保険費用抑制法、1981年に第2次疾病保険費用抑制法、1982年に病院医療費抑制法が制定され、これらの法律に基づいて患者負担の引上げ、かぜ薬等軽微な医薬品の保険給付からの適用除外(全額自己負担)、高額医療機器の導入規制等が行われた。また、1983年の年金制度の改正によって、賃金スライドの6ヶ月延長、年金スライド方式の変更、保険料率の引上げ等が行われた。

フランスにおいては、伸び率の高い病院支出を抑制するため、一種の地域医療計画である医療地図により、病床の増設や医療機器の導入が規制されている。医療保険制度については1982年よりビタミン剤等1,200種の薬剤費について自己負担を引き上げるとともに、1983年の社会保障財政再建法により入院時の自己負担が導入された。年金制度については、1983年の改正により、若年労働者の雇用確保の観点から、年金支給開始年齢が65歳から60歳に引き下げられたが、あわせて保険料率が1984年から引き上げられている(129/1000 右矢印 139/1000)。

アメリカにおいては、メディケア(高齢者・障害者を対象とした医療保障)の入院サービスについて、1983年より、467の診断群(DRG)ごとに支払額を固定する新しい診療報酬支払方式(PPS)が導入され、また患者負担の引上げも行われた(直近では1985年)。さらに、年金制度についても、1983年に社会保障法が改正され、社会保障税率の引上げ、物価スライドの6ヶ月延長、支給開始年齢の引上げ(65歳 右矢印 67歳、2003年から段階的に実施)等の対策が講じられた。

このような対策にもかかわらず、各国の保健医療及び年金に関する公的支出の増大圧力は高齢化の進展等により依然として続いており、制度の合理化、効率化をさらに図っていくことが、先進諸国に共通の大きな課題となっている。

## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第3節 国際交流の拡大

##### 1 経済協力開発機構(OECD)社会政策作業部会の取組

##### (2) OECD社会政策作業部会の設置

---

このような背景の下に西側先進24ヶ国を加盟国とするOECDでは,昭和58年末,労働力社会問題委員会の下に社会政策作業部会を設け,社会保障を含む社会政策について,施策の有効性や改革の方向性について本格的な検討を開始した。我が国は,先進諸国間で意見交換,情報交換を行い,検討を進めていくことは極めて重要であるとの認識のもとに同部会の設置を強く主張してきたところであり,同部会の活動に積極的に参画している。

---

---

---

## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第3節 国際交流の拡大

##### 1 経済協力開発機構(OECD)社会政策作業部会の取組

###### (3) 日本・OECD合同ハイレベル専門家会議

---

OECD社会政策作業部会の活動の一環として、昭和60年11月、我が国とOECDとの共催によって「保健医療及び年金政策に関する日本・OECD合同ハイレベル専門家会議」が東京で開かれた。同会議では、OECD加盟13ヶ国の専門家と中国、韓国、シンガポールからのオブザーバー参加を得て、人口の高齢化と低経済成長という制約条件の下での保健医療及び年金政策について活発な議論が交された。

保健医療については、高度な医療を保障すると同時に、医療の効率化と医療費の適正化をもたらすような制度改革が必要であるということで各国の専門家の意見が一致した。

年金制度については、各国から、年金が勤労世代に求める負担と、それが経済活動に与える影響について懸念が表明され、世代内及び世代間の公平の確保を図っていく必要があるということで一致した。また、会議では、近年我が国が行った健康保険及び年金の改革が各国から注目を集め、特に年金改革については勇気ある決断との評価を得た。

さらに各国の専門家は、社会保障制度改革に当たっては、今後とも、高度の政治レベルにおいて国際的な意見交換を行っていく必要があるという共通認識に達した。これを踏まえ、我が国は、OECDにおいて社会保障担当大臣会議を開催するよう各国に働きかけているところである。

---

## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第3節 国際交流の拡大

##### 2 国際社会福祉会議

---

世界83ヶ国から約2,500名の社会福祉従事者,社会福祉教育者,行政関係者などの参加を得て,「1986年国際社会福祉会議」が全国社会福祉協議会など民間団体の主催によって,昭和61年8月27日から9月5日まで東京において開催された。

この会議に並行して8月下旬には保健医療福祉分野で我が国初めての展示会である「国際保健福祉機器展・開発普及フォーラム'86」が,この会議終了後,全国10カ所で1986年国際社会福祉会議地方集会在それぞれ開催され,社会福祉分野における大規模な国際交流が図られた。

今回の国際社会福祉会議のメインテーマは,「家族とコミュニティの強化—福祉社会の実現をめざして」である。このテーマは,先進国,発展途上国を問わず,家族やコミュニティという社会福祉の基盤が弱体化あるいは崩壊しかけており,福祉社会実現のためには,これらを強化していくことが必要であるという認識の下で設定されたものである。

この会議では先進国と発展途上国との間の家族やコミュニティの役割の相違や文化の異質性等を認識した上で,政府は,家族やコミュニティの基盤形成に力を注ぐべきであること,先進諸国の共通課題として在宅サービスの総合的展開が不可避であること,発展途上国に対する社会開発への援助に際してはその自主性を損なわない対応が必要であること等について各国から意見があった。

---

## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第3節 国際交流の拡大

##### 3 社会保障制度の国際化

---

人的交流の拡大に伴い、社会保障制度をこれに合わせて改正したり、外国の制度との調整を行ったりすることが必要となっている。我が国では、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、児童手当等の国籍要件が撤廃され、さらに61年4月から国民健康保険が全ての在日外国人に適用されることによって、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こととなった。

一方、在留邦人の増加に伴って、その海外生活期間の医療・年金保障対策が進められている。健康保険法の改正によって、海外被保険者にも医療給付が行われるようになった(56年3月から)。また、年金制度の改革の一環として、61年4月から日本人の外国滞在期間を資格期間に算入し、海外生活を送っても年金の受給権を失わないようにした。さらに、現在、我が国と西ドイツ等との間において年金の二重適用が生じないように、年金通算に関する問題につき協議が行われている。

---

## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第4節 市場開放の推進

自由貿易体制の維持・強化を図り、貿易の拡大を通じて調和ある世界経済秩序を形成するため主導的役割を果たしていくことは、自由主義国第2の経済力を有する我が国に課せられた重要な責務であり、また、そうした過程を通じて通商国家としての我が国の基盤も維持することが可能となる。そのためにも、我が国市場を世界に開いていくための積極的な措置を講じていくことが必要である。厚生省としても、国民の健康、安全の確保を大前提として、外国製品が容易に我が国市場へ参入することが可能となるよう努めている。

##### (基準・認証制度の改善)

国は、安全の確保等のため各種産品について様々な規格や基準を定めており、こうした規格・基準に適合しているかどうかを検査した上認可等を与えている。このような制度が、いわゆる基準・認証制度である。世界貿易が拡大し、産品の移動が激しくなるのに伴い、基準・認証制度がいわゆる非関税障壁として不必要に貿易の障害となることを防ぐため、規格・基準の国際化を図り、認証制度の内外平等を確保することを目的としたガット・スタンダード協定が昭和55年に締結された。

この精神にのっとり、58年には外国の製造業者が直接申請を行えるよう我が国の基準・認証制度を改善し、その一環として、医薬品等の承認についても外国製造業者がこれを直接取得する道が開かれた。

医薬品は、国民の生命・健康に直接関連するものであり、その有効性と安全性について万全の管理を行うことが要請される。このため、医薬品の審査データの信頼性を確保するため、動物実験による安全性試験の実施にあたって遵守すべき基準(医薬品GLP)を定めているが、この医薬品GLPは外国試験データにも適用され、我が国のGLPに適合していることが求められるとともに、我が国の医薬品を輸出する場合にも、外国のGLP等への適合が求められる。しかし、このような仕組みの下では、二重に試験を行う必要が生じたり、輸入手続が複雑になるという問題が生じるため、医薬品GLP協定を締結し、データの相互受入れを図ることが必要となっている。

我が国は、58年にアメリカと医薬品GLP協定を締結したのを手始めとして、その後、スイス、イギリス、西ドイツ及びフランスとも同様の協定を結んでいる。

##### (アクション・プログラムの策定)

60年7月、政府・与党対外経済対策推進本部は、「市場アクセス改善のためのアクション・プログラムの骨格」を決定し、内外に公表した。これは、我が国が世界に率先して経済・社会の国際化、開放化を図ることを目的として、積極的かつ総合的に、3年間にわたる行動計画を取りまとめたものである。

厚生行政の分野においても、これに基づき、1)医薬品等の承認審査に必要な臨床試験データについて原則として外国データを受け入れる、2)医薬品等の承認手続に標準的事務処理期間を設ける、3)医療用具の承認や化粧品の許可の手続を簡素化する、4)食品、医薬品等の輸入手続を簡素化する、等の措置を講じている。

##### (医療機器、医薬品に関する日米協議等)

貿易摩擦を解消するための交渉も行われている。60年1月の日米首脳会議を受けて、通商上の問題を包括的に討議するため、電気通信、エレクトロニクス、林産物の分野と並んで、医療機器、医薬品の分野について市場指向型・分野別協議(MOSS(Market-Oriented, Sector-Selective)協議)を行った。この協議で外国臨床試

験データの受入れのほか、医薬品等の製造業者が変わった場合の承認許可手続の簡素化等14項目について改善措置を取ることで合意した。現在、MOSS協議は合意事項の実施状況のフォローアップの段階に移行している。

また、日本・EC貿易拡大委員会において、医薬品、医療機器、化粧品、食品添加物に関する問題が取り上げられた。これらの問題については、アクション・プログラムの実施や定期的な協議によって解決を図っている。

---

---

## 第1編

### 第6章 積極的な国際的貢献への展望

#### 第5節 中国残留日本人孤児対策

先の大戦後既に40年余りを経過した現在、戦争の傷跡は今なお深く残されている。なかでも、終戦前後の混乱期の中国(主として東北地方)で幼くして肉親と離別し、身元を知らないまま成長した中国残留日本人孤児の問題は重要であり、その解決は緊急を要する課題となっている。

##### (孤児の肉親捜し)

昭和47年の日中国交正常化は、日中友好の時代の幕明けであったが、中国に残留していた日本人にとっても新たな時代を画するものであり、これを契機として中国に残された孤児から身元調査の依頼が寄せられることとなった。現在(61年11月1日)までに確認されている中国残留日本人孤児は2,135人であり、そのうち1,098名の身元が判明している。これには、56年から実施している訪日調査が大きな役割を果たしている。しかし、既に在日親族等関係者が高齢化しており、孤児の肉親捜しは早急に完了する必要があるため、厚生省では、61年度中に未だ訪日していない700人の孤児全員を日本に招き、訪日調査を概了することとしている。

また孤児が帰国し、日本に永住していくためには、様々な困難な問題を解決していかなければならない。

##### (養父母等に対する扶養費の支払)

第一に、孤児の帰国により中国に残された養父母等の扶養の問題がある。これについては、59年3月に日中両国政府間で口上書を交換し、日本に永住帰国した孤児が負担すべき養父母等の扶養費については、その1/2を日本政府が援助することとした。扶養費の額等詳細については、引き続き両国間で協議が続けられ、61年5月、双方の最終的な意向を確認した上で口上書を交換した。これにより帰国孤児1人当たり被扶養者数1人月額60元、支払い期間15年として扶養費を一括して送金することとし、8月にはその第1回の送金を行った。

##### (帰国孤児の受入体制の整備)

第二に、日本へ永住帰国する孤児及びその家族の日本社会への定着、自立の問題がある。孤児等は、中国で長い年月を過ごしてきたため、日本に永住帰国した場合、言葉、生活習慣の違いから様々な困難に直面することになる。

厚生省では、59年2月に中国帰国孤児定着促進センターを設立し、帰国孤児世帯に日本語教育や生活指導を行ってきたが、61年度からは、センターでの研修中から労働省の協力の下に就職相談・指導を行い、センターと落ち着き先の公共職業安定所を結んだ一貫した就職対策を講じる等、センターの機能を充実・強化させている。また、訪日調査で身元の判明しなかった孤児にも日本へ永住帰国する道が開かれたこと等に伴い、今後、孤児が大量に帰国する時代を迎えるため、61年度にセンターの受入能力を倍増した。帰国希望者の早期受入れを図るため、今後、民間施設を活用して新たな受入施設を設置する等、受入体制の整備を一層図っていく必要がある。

##### (定着促進対策の充実強化)

帰国孤児世帯の落ち着き先での円滑な定着自立を図るため、孤児家庭等に生活指導員を派遣してきたが、定着自立促進のためには、日本語指導も強化する必要があるため、61年度からは、生活指導員の派遣回数を大幅

に増加し,日本語指導も行うこととした。

(孤児問題の解決に向けて)

帰国した孤児等が日本社会に定着し,自立していくためには,自らが努力して困難を克服していかなければならないことはもちろんであるが,受け入れる側においては孤児等が中国で成長し,中国の文化を身につけているという事実を十分認識していかなければならない。孤児問題は,我が国にとって異文化との交流という側面があるのである。

厚生省としては,61年度で肉親捜しのための訪日調査が一区切りを迎えるため,今後は,大量に帰国する孤児の早期受入れと定着自立を重要な課題となると考えており,「孤児問題の解決は国民的課題」という認識のもとに,中国残留日本人孤児問題の早期解決に取り組む考えである。

---

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare