

厚生科学研究研究費補助金

## 社会保障国際協力推進研究事業

# 包括的社会保障制度に係る国際比較と 国際協力戦略に関する研究

平成13年度 総括・分担研究報告書

平成14年3月

主任研究者 川口 雄次

## 目 次

### I. 総括研究報告

包括的社会保障制度に係わる国際比較と国際協力戦略に関する研究 .....	1
包括的社会保障システムの開発	
川口 雄次	

### II. 分担研究報告

1. 包括的社会保障制度に係わる国際比較と国際協力戦略に関する研究 .....	7
包括的社会保障システムの開発	
渡邊 一平	
2. 医療保険制度に係る国際比較と国際協力に関する研究 .....	15
西村 周三	
3. 疾病予防/健康増進施策に係る国際比較と国際協力に関する研究 .....	26
石井 敏弘	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	49

# I 総括研究報告

平成 13 年度厚生科学研究費補助金  
(社会保障国際協力推進研究事業)

総括研究報告書

包括的社会保障制度に係わる国際比較と国際協力戦略に関する研究

主任研究者 川口雄次 WHO 健康開発総合研究センター所長

研究要旨

世界規模での社会経済の変動が起こる現在において、従来の社会保障に対する考えでは対応できなくなってきたという認識を踏まえて、国際協力戦略としての包括的社会保障制度(システム)について検討する。本研究での包括的社会保障とは、長寿化した生涯の中でより良い人生(well being)を実現するために、必要にしてあるべき生存条件を保障することを指している。そして、今後の世界的連携の環境下において、その実現を考える時、その保障制度は「共生」と「相互扶助体制」を原則としなければならない。その保障領域は①年金、②保健医療、③福祉、④雇用、⑤教育、⑥環境の 6 つから構成される。更に「21 世紀に適応する最適な包括社会保障システム」の構築は、①Basic Human Needs (Essential Human Needs)、②人間を中心とする開発、③人間の安全保障のグローバル化、の三要素を基本に行わなければならない。

分担研究者氏名:

渡邊 一平	広島国際大学 医療福祉学部 医療経営学科 助教授
西村 周三	京都大学大学院 経済学研究科 教授
石井 敏弘	国立公衆衛生院 主任研究官

の変化が進むにつれて、医療・福祉・年金・公衆衛生・雇用・教育対策などを含めた社会保障体制は再構築の必要性と直面している。Joint sustenance partnership 及び相乗効果を含めた戦略的・効果的国際協力の必要性について、先進国の社会保障制度改革の動向を検討した事例は現在まで数多くあるが、中進国(中所得国)の動向を検討した事例は少なく、その実態が明確には把握されていない。アジア NIES やラテンアメリカの特徴ある社会保障制度改革の動向を検討・評価することは、21 世紀における日本の社会保障制度改革を円滑に実現する上でも極めて有効な研究である。特に各国の知恵と経験を共有し、それを相互活用することにより、各国において推進中の制度改革をより確実な方向へ導くものと考えられる。

A. 研究目的

本研究の目的は、アジア NIES やアセアン諸国などの法律・制度の実状を把握・比較・整理することを通じ、包括的社会保障制度(社会保障制度のグローバルカバー)を検討することである。日本からの有効な支援を模索し、各国が直面している社会保障制度改革の実態を検証することで、改革を積極的に考えている国や地域に対して連携の在り方を検討し、提案することを目指す。

日本でも急速な人口の高齢化・疾病構造

今後の我が国の政策立案にとっても、多大な貢献が期待されると同時に、各国の保健・医療・福祉の向上、統合を目指すことを通じて、世界の貧困問題に光明をもたらし、

改善に貢献することが可能となり、諸外国との連携により世界平和の実現が期待される。

## B. 研究方法

WHO 健康開発総合研究センターは、開発途上国の健康施策の課題と方向性について、健康と福祉の重要性に鑑み、一人一人が自分の健康管理の重要性を認識し、未来の世代に向けて健康と安全性を確保するために様々な活動を提案し、実践してきた。過去2回のグローバルシンポジウムにおいて、21世紀型の保健医療と健康づくり体制構築を支援する世界的なネットワーク構築を目指す中で、各国の地域住民に対する健康維持増進、疾病予防、診断、治療、リハビリテーションおよび介護、福祉サービスのシステム化に向けての成果を検証し、いくつかの提言を行ってきた。これらの成果を各国、各地域の代表は持ち帰り、更により良い施策として実践することを模索している。

従来、開発途上国の発展に重要視されてきたのは、産業・商業の育成が中心の施策であった。しかし、今日の開発途上国は、地球規模での経済、社会、自然環境に亘る大きな変化の影響下にある。そのため、社会の安定性や民力の確保の点から、国民の健康維持増進が重要な課題となってきた。

開発途上国の健康施策の課題と方向性について包括的社会保障システム構築を通じて移転可能なシステムを国際協力プログラムのあり方と併せて検討した。

## C. 研究結果

石井は、“疾病”と“貧困”の2つが困窮の代表であり、人々の健康状態の水準を高めると共に“疾病”を予防し健康増進を図ることは、社会保障制度の運用に大きく関わっているとの見解を示した。先進諸国においては、高齢者の高い有病率のため現行の社会保障制度が財政面で危機に直面している。また多くの発展途上国においては、

感染症の脅威に加えて、経済発展と相前後して進む人口の高齢化という2つの問題(double-burden)に悩まされており、これらの解決が危急の課題となっている。世界銀行、世界保健機関などの国際機関が公表する国別データを用いて、健康状態と公衆衛生、社会保障に係る指標との関係を分析した結果、男性平均寿命、傷害調整平均余命などの健康水準指標は、水道利用人口割合、必須医薬品を入手できる者の割合、医師数(人口10万対)、保健医療費といった公衆衛生に係る指標と正の相関にあることが認められた。社会保障費についても正の相関であった。本分担研究の結果から、疾病予防/健康増進に関わる公衆衛生施策が、集団の健康水準の向上に寄与している可能性が示された。社会保障費については、集団の健康水準が高くなるのが費用の増加をもたらしていると考えられる。

西村は過去の統計データの解析に基づいて、日本の経験から得られるものを利用した国際協力の可能性について、日本の過去の制度の功罪を踏まえて、過去30年間の日本の医療保障制度の発展の経験を、主に中進国への適用可能性について検討した。日本の国民健康保険制度の発展過程を概観し、相互扶助システムとしての「社会保険制度」の役割を見直し、日本の「健康保険制度」は予防・保健に重点をおくというよりも、疾病の治療を重視するという形で発展し、(1)公的保障でもなく、また市場に委ねた健康増進や医療保障でもない「相互扶助」システムの意義と限界、(2)都市部と農村部における公的部門の保健・医療保障の役割の差異、について検討を行った。保健財源の確保の点では、保健婦、国民健康保険料収納担当者の形成したノウハウなどを国際協力に活かす手法について検討した。日本の保健政策においては、税財源を中心とし、政府(地方政府)の責任に属するものという理念のもとで諸活動が行われてきたことから、その分離政策が、健康増進に関して地域ごとにきわめて大きな格差を生む要因となった。地方自治体の予防へ

の熱意、地域コミュニティの形成密度などにおける格差が、地域住民の健康水準に大きな差をもたらすこと、また健康水準が高い地域ほど、国民健康保険の保険料の納付率が高いことが明らかとなった。日本での保健増進政策と疾病治療保障との関連に関する財源調達メカニズムの関連に関する経験は、諸外国における保健政策での地方分権のあり方や地域コミュニティ維持の方法に数多くの示唆を与えるものと思われる。具体的な国際協力のあり方として、(1)経験豊富な保健先進地域の保健婦、(2)保険料納付率の高い地域の国保収納担当者、による指導を通じた協力が検討されるべきであることを示した。

川口、渡邊は包括的社会保障制度(システム)として、国際協力戦略としての包括的社会保障制度について検討した。包括的社会保障とは、長寿化した生涯の中でより良い人生(well being)を実現するために、必要にしてあるべき生存条件を保障することを指している。今後の世界的連携の環境下においてその実現を考える時、その保障制度は「共生」と「相互扶助体制」を原則としなければならない。その際、保障領域は①年金、②保健医療、③福祉、④雇用、⑤教育、⑥環境、の6つから構成される。更に「21世紀に適応する最適な包括社会保障システム」の構築には、下記の三要素を基本に行わなければならない。① Basic Human Needs(Essential Human Needs)、②人間を中心とする開発および③人間の安全保障、のグローバル化である。

加えて、研究班会議の検討成果として、日本の包括的社会保障制度に係わる国際協力戦略としての対象分野と対象地域・対象国についてまとめた。

疾病負荷の増大として、疾病は開発途上国にとって以前にも増して大きな負担となっている。HIV/AIDSのような新興感染症の横行に加え、マラリアのような古典的感染症の驚異も止んではいない。疾病構造についても、先進国では、約100年をかけて逐次体験してきた疾病構造の変化の過程が、人の

移動が経済活動の拡大とともに急速に広がったことから、開発途上国では時間軸を圧縮した形で進行している。そのため、感染症の驚異が抑制しきれないうちに、高齢化が進行しはじめ、生活習慣病対策も迫られるという多重構造を生じさせている。そういった中で、援助政策の透明性を確保することの重要性が増している。透明性を確保することで、内外に健康問題の存在を認知させることができ、適切な国際援助の確保と国民に対する効果的な健康プロモーションを可能にするとの観点から、被援助国では、健康政策に関する政策の透明性を情報の評価と併せて推し量ることに意義があると考ええる。近年の携帯電話の普及、インターネットの普及の状況に鑑み、オンラインの情報提供をもって、情報化の推進を考察する事が可能になってきた。地球規模の自然変化と経済変化のもと、新旧流行病が時代と場所を越えて突如として猛威を振るう危惧がある。HIV/AIDS 関連新薬の価格と特許が先進国と開発途上国との間に2極問題化したことや、炭そ菌による細菌テロなどによどのように対応するかについて、一種のリスクマネジメントの考え方を導入することが国際保健にも求められる。

包括的社会保障は、困窮原因の明確化、貧困の改善、脱却を目指すものであり、「共生」と「相互扶助」を掲げた、人間として生きるために必要な保障に繋がる社会保障システムである。

協力推進が望まれる対象部門・分野に関しては、対象国の開発状況により優先すべき順位は変わりうるが、二国間国際協力を行う場合に望ましい協力対象として、感染症対策などの医療・保健部門、環境保全、生活衛生(上下水道、廃棄物処理、食品衛生)および教育、雇用、年金が挙げられる。年金は経済体制がある程度整備されない限り、運営は困難であると思われる。

協力の対象国・地域は、その開発状況、経済発展の度合いによって、重点の置きかたが異なる。対象・地域を以下に大別する。

①経済発展を十分に遂げた国、地域：最先端の医療技術(薬剤を含む)を安価で国民に提供できるため、制度の整備に重点を置ける国である。--韓国、シンガポールである。

②保健医療制度の基盤は成立しており、各種プログラムも施行され、インフラ整備も確立しているが、質の保障が十分ではない国である。公的医療保険制度の更なる整備発展を目指す国(保険料徴収技術)--中国、タイ、マレーシア、フィリピンなどである。

③保健医療制度は存在するが、かなり不十分である。プログラムも財源・人材不足で困難である。インフラも協力活動を機能させるには脆弱である(期間は5から10年)。--インドネシア、ベトナム、ミクロネシア、ニュージーランドおよびオーストラリアを除くオセアニア地域、ブラジルを除く中南米地域が含まれる。

④最貧国：保健衛生分野の協力および医療における適正技術の普及方法などが考えられる(期間は10年以上の長期にわたる)。--ラオス、ミャンマー、カンボジア、バングラデシュ、東チモール、パプア・ニューギニア、ネパール、中央アジア、サハラ以南のアフリカ地域が想定される。

対象とするコミュニティ(地域共同体)或いは行政単位については、保健衛生、医療保障の普及は、地域住民の教育水準と極めて密接な対応関係があり、また地域においてリーダーシップをとりうる保健従事者の存在がその成否を決めるので、初等教育(小学校)レベルで、あまねく有能な保健師、看護師、医師などを配置できる体制の整備が必要である。運営主体の大きさは、地域を基盤として計画の実効性を考慮すると、コスタリカのコミュニティをベースとした3極協力体制(村落共同体、地方自治体、公的研究機関)のように、地域住民に最も近い所でサービス提供ができる組織単位で、村落または市町村規模までの最小行政単位が望ましい。

中進国(中所得国)として注目されるのは

コスタリカである。世界銀行による分類では中所得国であるが、国連開発計画(UNDP)の人間開発指標:Human Development Index(HDI)では、上位国に含まれている。特筆すべきは、コミュニティ(住民)、地方政府、国および地域の研究機関との連携により、三者による協力体制(Solidarity Triangle: ST)を構築し、コミュニティを基盤とする保健福祉サービスの提供を確立したことである。STは前述の3者の連携により、最少の資源、最適なプロセス、効果的な便益を三者が享受できること主眼に発足し、その導入により期待される効果は、迅速化、適材適所、最適化により、絶対的な人的資源が少なくなったにもかかわらず、活動率(activity rate)が高くなり、performance すなわち成果は向上していることに示される。これは、資本コスト(capital cost)が従来よりも下がるのに対して運用コストが上がり、固定費から変動費に性格が変わることを通じて、生産カーブを恒に上げることとなり、それを分配することにより施設の稼働率が上がり、すなわち利用率の向上へと繋がることによる。

開発途上国(低所得国)としてタイがあげられる。タイでは、健康とは幸福であり、苦痛からの解放を意味している。タイ南部と北部とでは生活格差が大きく、それは都市部と農村部との格差でもある。

一人当たりGDPが\$2,000と低く、また保険料の徴収が安定しないため、従来は一部を除いて、公的健康保険制度の普及には困難が伴っていた。現在のように、関係省庁として保健省をはじめとし、財務省、商務省、労働社会福祉省が別個に関与しており、国民への平等な医療サービスを提供する見込みがなかった。ところが貧困層(医療保険、医療扶助を受けていない人口のおよそ40%、約2400万人)を対象とする低額医療制度が2001年10月から開始された。1回30バーツ(約87円)のみ支払うと、傷病名に関わらず受診できるシステムである。保健所で登録すると予め決められた病院で予防接種、歯科治療、透析以外の治療なら診

療と投薬、必要ならば入院のサービスを受けることが可能である。

#### D. 考察

社会保障における各国の共通認識

- (1) 先進国では、多様であり、社会基盤の整備状況により、個人主導型、国家主導型、地域型に分かれる。
- (2) 開発途上国では、開発途上国においては飢餓・貧困の救済、および特定階層（軍人、官吏など）への保障を中心に構築されていった。
- (3) 地球規模での社会保障相互扶助の動向として、先進国、途上国のそれぞれの歴史的な経過を経て、今日、社会保障に対する地球規模での共通認識と理解は、国の障壁を越えて、相互に維持しあえる社会保障体制を望むようになってきた。

それらの起因は環境、貿易、市場、金融、資源、生活移動（移民・移住）などの活動が活発かつ多様化されてきたためである。その具体的現象が、開発途上国から先進国への大量の人口移動であり、世界規模での人口の都市への集中、資源の共有である。また、東西の軍事力による均衡が崩れ、経済力による国家の再秩序化、温暖化による生存条件（健康条件の変化）の激変などである。それらは経済圏の再統合（APEC、NAFTA、EU、NIES など）に如実に現れている。今日既に、新しい地域経済圏での生活と移動には、共通した条件での社会保障の受益が保障されつつある。

ドイツは 1994 年に年金においても国を越えた（across the boarder）提携がスタートしている。今後の生存条件に対応できる本来あるべき社会保障の論理とは、国民が受けるべき保障の側面から再考すると、長寿化・国際化した生涯環境と生活条件下における健康や暮らしの上での不安の緩和に備え、苦境に直面した際の個々の必要度に応じた救済を可能とする、社会的な仕組みを基本とすることである。

多国間において国民が不安なく保障を享

受できる体制を築くには、多国間における相互扶助契約の締結が欠かせない。その契約に基づいて、各国がパートナーとして相互にサービスのアクセス条件と財政補助・保険体制を整えることを責務とすることの重要性が増している。

社会保障システム構築の形態と構成一包括化の必要性

成熟社会の社会保障体制の構成については、既に大きく多様化している国々もある一方で、保障範囲を限定して保障している国々が存在するため、多国間または地域間で相互扶助できる保障体制を組むには、必要な保障項目を確定する必要性が生じる。地球規模での調査結果によると、それら保障項目は、年金・医療・福祉・雇用・教育・環境に代表される。そこにそれらを包括すべき重要な事由が存在してくる。

#### E. 結論

新しい社会保障制度構築の基本構想の策定および運営方法に対する提言として、21 世紀に適応する最適な社会保障制度を構築するためには、グローバルリスクの原因となる貧困を含むリスクの要素の克服に繋がる Basic Human Needs、人間中心の開発、および安全保障のグローバル化を取り入れることが重要である。包括的社会保障制度は、その状況の下に構築されるべきであり、同時に、人間の生存を脅かす全ての環境条件から人間を守るための制度でなければならない。その制度は相互に扶助しなければならない保障であるとし、その保障領域としての、年金・医療・福祉・雇用・教育・環境の6領域において、国際比較・国際戦略を模索すべきである。これらの領域における相互扶助の試みが、国を越えた連携として展開され、共生としての統合化の可能性を追求することが今後とも求められる。



## II 分担研究報告

平成 13 年度厚生科学研究費補助金  
(社会保障国際協力推進研究事業)

分担研究報告書

包括的社会保障制度に係わる国際比較と国際協力戦略に関する研究  
包括的社会保障システムの開発

分担研究者 渡邊一平 広島国際大学 医療福祉学部 医療経営学科 助教授

1. 概要

本研究での包括的社会保障とは、長寿化した生涯の中でより良い人生 (well being) を実現するために、必要にしてあるべき生存条件を保障することを指している。そして、今後の地球連携の環境下において、その実現を考える時、その保障制度は「共生」と「相互扶助体制」を原則としなければならない。

さらに、21 世紀に適応する最適な包括社会保障システムの構築には下記の三要素を基本に行わなければならない。① Basic Human Needs (Essential Human Needs)、②人間を中心とする開発および③人間の安全保障のグローバル化である。それらは次の6つの保障領域①年金、②保健医療、③福祉、④雇用、⑤教育、⑥環境から構成される。

2. 研究の必要性

従来の画一的な価値観によるのではなく、一人一人の国民が持つ多様な価値観に対して、多様な選択肢が用意できる社会こそが今求められており、この多様な価値を尊重し、受容できる社会を構築することが現在、求められている。

21 世紀情報化社会の到来は、従来の政治経済の主導による地理的格差から時間距離を越えた情報ネットワークによる格差に移行しつつある。これは哲学においては「競争」から「共生」へという変化を指摘できる。

日本の国自体も一国主義への固執は、

もはや功をなさず、EU の形成にみられるように国家の壁を越えて複数の国が一定の条件の元に連携して、一つの地域連合が生み出されてきた。21 世紀の社会で求められる地域連合間の連携による「共生」(mutual support) による新しい価値の創造が必要になってくる。

EU にみられるアジア諸国との「共生」は、日本にとっても共有できるものであり、従来のわが国とアジア NIES やアセアン諸国との経済的な連携のみならず、その他の分野における共有を通して、アジア地域の政治経済、治安維持に大きな貢献をするものである。

日本がアジア諸国との「共生」を更に効果的に進めるためには、各国の社会基盤ともいえる社会保障制度の整備・充実が重要な条件となる。各国の実状に応じた、または場合によっては共通の社会保障制度を整えることにより、人材の流動性を促し、国際交流の活発化を期待できる。

3. 研究目的

アジア NIES やアセアン諸国などの法律・制度の実状を把握・比較・整理し、包括的社会保障制度(社会保障制度のグローバルカバー)を検討し、日本からの有効な支援を模索し、各国が直面している社会保障制度改革の実態を検証し、改革を積極的に考えている国や地域に対して連携の在り方を検討し、提案することが本研究の目的である。

日本でも急速な人口の高齢化・疾病構

造の変化が進んでおり、医療・福祉・年金・公衆衛生・雇用・教育対策などを含めた社会保障体制の再構築に直面している。中進国(中所得国)の社会保障動向を検討した事例は少なく、その実態が明確には把握されていないので、今回、アジア NIES やアセアン諸国(などの)の社会保障制度改革の動向を検討・評価することは 21 世紀における日本の社会保障制度改革を円滑に実現する上でも極めて有効な研究である。特に各国の知恵と経験を共有し、それを相互活用することにより、各国において推進中の制度改革をより確実な方向へ導くものと考えられる。

今後の我が国の政策立案にとっても、多大な貢献が期待できる。また各国の保健・医療・福祉の向上、統合を目指すことにより、世界の貧困問題に光明をもたらし、改善することが可能になり、諸外国との連携により世界平和の実現が期待される。

#### 4. 社会保障制度の国際的実態と傾向

幾つかの国の社会保障制度を概括的に纏め、開発国から途上国へ、途上国から開発国へ相互扶助、共用可能な領域について記述する。WHO 神戸センター(WKC)の年次レポート等から各国の体系、特徴、移転可能性について次のように記している。

開発レベルのグループ分類<sup>1)</sup>は1995年の1人当たり GNP を用いた世界銀行アトラスによる所得分類から、低所得＝US\$765、中所得{(低位中所得＝US\$766から US\$3035)と上位中所得＝US\$3035から US\$9385}}、高所得＝US\$9386 以上とした。

##### 4-1 開発国(高所得国)

###### 4-1-1 日本

日本の社会保障概念は、憲法第 25 条で「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」とされ、生存権を規定し「生活保護法」で「最低限度の生活を保障すること」を規定している。

具体的には、社会保障は公衆衛生、社会福祉の向上により、健康で文化的な最低限度の生活を保障することをいい、疾病・負傷・分娩・廃疾・死亡・老齢・多子その他困窮の原因に対して、社会保険や公的扶助などによる所得保障・医療保障を中心とする制度を意味する。

社会福祉とは、障害を持った人々の自立を手助けするものをいい、教育・所得保障・保健・医療・雇用・住宅・児童福祉・老人福祉・障害者福祉・地域福祉などを指す。昭和 25 年の社会保障制度審議会の勧告では、「社会福祉とは国家扶助の適応を受けている者・身体障害者・児童・その他の援護育成を要する者が、自立してその能力を発揮できるよう、必要な生活指導、更正補導、その他の援護育成を行うことをいう。」とされている。しかし、近年の人口の少子高齢化、景気の停滞・後退により、国民皆医療保険、国民皆年金システムの改良が求められている。

###### 4-1-2 ドイツ

ドイツでは、既に多くのライフラインを社会保障制度システムで包括している。児童扶養補助、リハビリテーション、医療保険、年金、児童福祉、養育補助、保育施設、雇用促進、資産形成など多岐にわたっている。世界でも最も効率の良い包括的社会保障サービスを提供している。人材の流動性は地球規模で複合化し、近接し、相互干渉、相互関与、介入、移転、移行および転嫁が容易に拡大している。たとえば EU 域内での医療、年金サービスを国内同様に受けることが可能である。

生存・生活環境下での 21 世紀の社会保障制度は、単純に迅速な変化(高齢化・都市化・生活様式の変化・就業形態の変化、気候変化、経済変化・国家秩序の安定)に適応できる体制では持続が保障される根拠が強固であるとは言えない。

###### 4-2 中進国(中所得国)

#### 4-2-1 コスタリカ

世界銀行による分類では中所得国であるが、国連開発（UNDP）の人間開発指標：Human Development Index(HDI)では、上位国に入っている。過去50年以上に亘り軍隊を持たず、国興しとしてエコツーリズムによる自然環境の保存による観光開発立国として国際的に注目されている。先進国の債務を環境スワッピングとして放棄してもらい代わりに、債務の返済に充てていた資金を環境保護や国家の経済再建のために使用することにより、債権国が間接的にコスタリカを支援することになる。コスタリカが保健福祉システム開発においても、その恩恵を受けており、ユニークであるのはコミュニティ（住民）、地方政府、国または地域の研究機関との連携により、コミュニティを基盤とする保健福祉サービスの提供を確立したことである。コスタリカではこの三者による協力体制（Solidarity Triangle:ST）を構築している。STはコミュニティ、村落および政府研究機関の三者の連携により、最少の資源、最適なプロセス、効果的な便益を三者が享受できることで発足した。

基本的には、三者それぞれが自己責任において効率、効果をだせる部分を担い、自己責任で運営するには非効率な部分をお互いに分担しあって、初めてこのシステムが効果を発揮することになっている。コミュニティは、異業種が集合化し、それが目的に沿って、市民のイニシアティブ（主導）で、自己管理する体制になっており、協力者全員で地域開発計画を立てることを目指している。

村落は地域に根ざした機能を強化するために、地域内で調達可能な資源を有効に活用できる条件を整えている。行政機関は三者の連携役を果たしながら行政の担うべき法的整備、支援、手続き、許認可などを迅速かつ効率的に行う役を担っている。STは機能として整備され、動き始めると次のような便益が発生すると考えられる。迅速にして正確に業務を進捗し、顧客

の満足を高度に維持できる能力が具備されてくるので、その波及で市場開発が迅速かつ活発に行われるようになる。なお、STの健全な運用にあたっては次の9項目が重要である。

①調和、②民主的な参加、③分散化、④戦略、⑤証明・分析の技術（SWOT：力、弱点、機会、恐れ）、⑥社会開発指標、⑦手法の課程、⑧協働、⑨継続性である。

#### 4-3 開発途上国（低所得国）

##### 4-3-1 タイ

タイでは、健康とは幸福であり、苦痛からの解放を意味している。タイ南部と北部とでは生活格差が大きく、都市部と農村部との格差としても述べられる。

一人当たりGDPが\$2,000と低くため、保険料の徴収が安定しないため、一部を除いて、公的健康保険制度の普及は困難が伴っていた。現在のように、関係省庁としても保健省をはじめとして財務省、商務省、労働社会福祉省が別個に関与しており、国民への平等な医療サービスを提供する見込みがなかった。

ところが貧困層（人口のおよそ40%、約2400万人は医療保険、医療扶助を受けていない。）を対象とする低額医療制度が2001年10月から開始された。1回30バーツ（約87円）のみ支払うと、傷病名に関わらず受診できるシステムである。保健所で登録すると、予め決められた病院で予防接種、歯科治療、透析以外の治療なら診療と投薬、必要ならば入院のサービスを受けることが可能である。医療機関収入は、登録している人数におうじて一人足り1200バーツの予算補助金がプールされており、それが財源となる。人頭制による一種のマネイジド・ケアである。一人当たり予算額を越えた診療費が要する場合は、そのプールされている中から支出される。受給対象者が全員一度に受診すると財源がすぐに枯渇する恐れがある。一定額のため、医療機関が高額医療を避けるため、粗診粗療になる危惧がある。しかし、広く

住民に受療機会が与えられたことは、疾病の早期発見、早期治療につながり、軽症での治療は、総医療費の節約に繋がり、国民の信頼を得ることになる。今後は日本のような皆保険化に向けて、行政改革が必要とされている。

## 5. 新しい社会保障制度構築の基本構想の策定および運営方法の提言

### 5-1 社会保障における各国の共通認識

#### (1) 開発国

多様であり、社会基盤の整備状況により、個人型主導型、国家主導型、地域型に分かれる。

#### (2) 途上国

途上国においては飢餓・貧困の救済、および特定階層（軍人、官吏など）への保障を中心に構築されていった。

#### (3) 地球規模での社会保障相互扶助の動向

開発国、途上国のそれぞれの歴史的な経過を経て、今日、社会保障に対する地球規模での共通認識と理解は、国の障壁を越えて、相互に維持しあえる社会保障体制を望むようになってきた。

それらの起因は環境・貿易、市場・金融・資源・生活移動（移民・移住）などの活動が活発かつ多様化されてきたためである。その具体的現象が、途上国からは大量の人口の開発国への移動であり、世界規模での人口の都市への集中、資源の共有である。東西の軍事力による均衡が崩れ、経済力による国家の再秩序化、温暖化による生存条件（健康条件の変化）の激変などである。

それらは経済圏の再統合（APEC、NAFTA、EU、NIES など）に如実に現れている。

今日既に、新しい地域経済圏での生活と移動は共通した条件で社会保障の受益が保障されつつある。

ドイツは 1994 年に年金においても国を越えた（across the boarder）提携がスター

トしている。ビスマルクの社会保障論理とは別に、今後の生存条件に対応できる本来あるべき社会保障の論理とは、国民の受くべき保障の側面から再考すると、今後あるべき社会保障は長寿化・国際化した生涯環境と生活条件下における健康や暮らしの上での不安の緩和に備え、苦境に直面した際には、個々の必要度に応じて救済できる社会的な仕組みを基本とすることである。

#### 5-2 相互責務

多国間において、国民が不安なく保障が享受できる体制を築くには多国間における相互扶助契約の締結が欠かせない。その契約に基づいて各国はパートナーとして相互にサービスのアクセス条件と財政補助・保険体制を整えることを責務とすることである。

#### 5-3 社会保障システム構築の形態と構成一包括化の必要性

成熟社会の社会保障体制の構成は、既に大きく多様化している国々もあるが、一方では保障範囲を限定して保障している国々が存在するため、多国間または地域間で相互扶助できる保障体制を組むには、必要な保障項目を確定しなければならない。地球規模での調査結果によると、それらは、年金・医療・福祉・雇用・教育・環境で代表されている。そこにそれらを含めべき重要な事由が存在してくる。

#### 5-4 年金

##### 5-4-1 年金受給者の負荷と負担

生涯を通じて就労した職種・職益の障壁を設けず多国間で合意された基準に基づき、所得の生ずる年齢までは負担義務（保険料または出資の形態）を負う。雇用者及び合意によって設立された運営母体（社会保障システム運用部隊：多国間の合意に基づいて各国に設立された機関）が基金の運営に当たる。

さて、年金の負荷は、年金受給年齢に

達した際に、受給額は最終受給地(国)における貨幣価値で換算されるが、当初、加入者によって設定された受給基準によって加給される。その際、経済格差のある地域の移動があった場合でも負担金は通算されるので通貨差による減額を生じない。

#### 5-4-2 年金の運営体制とシステム

システムの運用に当たっては、事前に全参加国で合意した基準に基づいて、各国が自主的に運営する。年齢階級別人口構成はこの運用体制に大きな影響をあたえる要因である。

#### 5-4-3 年金の持続維持管理システム

受給者の希望と意思を尊重し、生涯を通じて公平に受給できるよう各国が相互に財源・政策・運用の支援をし合う。

### 5-5 社会保障資源

#### 5-5-1 サービス

所属団体・国の障壁を越えて均質で安全なサービスが得られるよう各国が協調してサービスの向上に努める。

#### 5-5-2 年金財源

基本財源の構成は受給者の出資及び公的財源および第三者出資によって構成されるが、特定の地域に財源不足を予防するためにあらゆる財源確保、手段を創造する。

公的財源の確保は GDP および公的資産の増加、または成長率に基づいて計画準備金体制を敷き、財源不足が生じたときは(特に中進国において)多国間の協力で必要財源の拠出または共同責任で国際機関から財源を創出する。

#### 5-5-3 再生産と循環

経常的財源確保に加えて、よりよい人生の実現(well being life)の促進手段として生涯学習、生涯就業体制を社会生存基盤として確立させ、収入機会を拡大して

年金財源の創出を図り、サービスの再生産に充てると同時に財源の循環原資とする。

### 6. 新しい社会保障制度構築の基本構想の策定および運営方法の提言

#### 6-1 社会保障についての共通認識・共通理解

21 世紀に適応する最適な社会保障制度を模索するためには次の 3 点も加えた検討が必要である。① Basic Human Needs (Essential Human Needs)。②人間中心の開発。③安全保障のグローバル化である。

これらを踏まえた相互扶助すべき必須の社会保障である。「地球規模で複合化し、近接し、相互干渉、相互関与・介入・移転・移行・転嫁が容易であり、拡大している生存・生活環境下での 21 世紀の社会保障制度は、単純に迅速な変化(高齢化・都市化・生活様式の変化・就業形態の変化、気候変化、経済変化・国家秩序の安定)に適応できる体制だけでは、持続が保障される根拠が強固であるとは言えない。

Basic Human Needs、人間中心の開発および安全保障のグローバル化は、グローバル リスクの克服に繋がる重要な考えである。さらに、リスクの要素として自然災害、流行病、疾病、障害、傷害、加齢、死亡、廃失、失業、貧困、教育などがある。

#### 6-2 包括的社会保障システム

包括的社会保障とは、人間の生存を脅かす全ての環境条件から人間を守るための制度である。この制度は相互に扶助しなければならない保障である。そして次の 6 つが領域として捉えるべきである。この 6 点について国際比較・国際戦略を考えるべきである。

相互扶助すべき 6 項目とは年金・医療・福祉・雇用・教育・環境である。負荷と負担について記す。

##### 6-2-1 年金

共生と相互扶助の精神にもとづいて、連携可能な年金システムの開発を目指すことにより、地球規模で複合化し、近接し、相互干渉、相互関与・介入・移転・移行・転嫁が容易であり、21世紀の年金制度は、単純に迅速な変化(高齢化・都市化・生活様式の変化・就業形態の変化、気候変化、経済変化・国家秩序の安定)に適應できる体制だけでは、持続が保障される根拠が強固であるとは言えない。

## 6-2-2 医療福祉(保健福祉)

### 6-2-2-1 保健福祉システムの開発

WHO 神戸センター(WKC)は、21世紀の保健福祉システムのあり方として、個人がシステムに依存する状態から、人々とそのコミュニティの連携の強化に基づく状態へと移行していくことを予想し、人々を基本とする健康改善のためのシステム全体におよぶ戦略は、それらが強力な実証的住民志向型システムの一部であれば、更に大きなもっと持続可能な影響力を持つことになることを提言している。

WKCは2000年度の提言として、統合された保健福祉システムのあり方を改善する理想的な単一モデルは存在しないことを認識する。各国毎に保健福祉システムの開発を成し遂げるために戦略ビジョンを作成する。保健福祉システムは国民のニーズを最も満足させるものでなければならない。システム改善は効率とサービスの公平な利用を目的として、それぞれの活動を調整する必要がある。保健福祉サービスの監視、評価、改善のために、有効かつ信頼できる手段を開発する。総合的保健福祉情報システムを強化または開発する。保健福祉の専門的サービスのための教育プログラムを統合する。これにしたがって遠隔教育方法も統合化してコミュニティ、家庭、個人に便益を与える。学界や実践単位の資源の補足的性質を活用して、すべての人々にとってより良い保健福祉の共通ビジョンを達成する。保健福祉の開発を確実にするためには、コミュニテ

ィの参加とその強化(エンパワーメント)が必須である。コミュニティに対しては、地方レベルでの資源結集が必要である。さらに、2000年に続き2001年11月に「21世紀の保健福祉システム開発への課題と題する第2回グローバルシンポジウムを開催してきた。

そのねらいは「世界の多くの国々は、国民のひとりひとりに平等な保健・福祉サービスを提供する上で多くの困難に直面しています。近年の経済発展や目覚ましい技術の進歩にもかかわらず、保健・福祉の分野における格差はより一層広がっており、世界の人口の多くは保健・福祉サービスを楽しむことができない状態にあります。今日、保健・福祉が他の分野における政策に大きく左右されるということは広く理解されていません。

経済、環境、教育、農業、交通、生活環境、職場環境などの他分野における活動は人々の健康と福利に様々な影響をもたらします。そのため、保健・福祉システムの開発には一体化したアプローチが必要となります。その実現には、行政と保健・福祉との間に密接な係わりがある国家、および市民社会、民間セクター、学術機関、NGO、コミュニティなどをはじめとして保健・福祉の分野に今日携わる者と、今後この分野を担ってゆく者との協力の下に取り組んでゆくことが求められている。

2001年の第2回グローバルシンポジウムの提言は以下のとおりである。

「21世紀の保健福祉システム開発における最大の課題のひとつは、最も必要とする人々を含む全ての人々に総括的かつ包括的な保健福祉を提供することである。その達成を目的とし、シンポジウム参加者により15の提言が成された。」このシンポジウムに参加し、その成果を共有する機会に恵まれた国、都市、地域、コミュニティはグローバルネットワークを形成しており、共通のプラットフォームを基に、各団体、各組織が置かれている状況にふさわしい形での試行錯誤が可能となる。

世界の異なる地域における保健福祉システム開発および各国からの報告に基づく保健福祉システム開発の成功例の検証を目的としたこのシンポジウムには、国政を担う政府行政担当官、保健福祉政策立案者、保健分野の専門家および中央・地方政府、二国間・国際援助機関、NGO の代表者を含まれている。既に、いくつかの社会戦略が開発され、移転化に向けた実験が試行されている。

### 6-2-3 雇用・教育

この研究の注目すべき点は、共生、包括的社会保障制度、相互依存である。

包括的社会保障制度としての年金、雇用及び教育について述べる。包括的社会保障制度のなかで、保健、福祉とどのように繋がるのか。年金は わが国の年金制度においても 401k 方式(投資自己選択、自己責任運用方式)という欧米式の年金が開始されることになった。従来 of 報酬制がなくなり、流動性に移行した。この 401k 方式の選択を誤ると医療福祉の自己負担分が保障されなくなるので well-being の達成が困難になる。雇用は保健福祉にどのように繋がるのか。老後の生活費を確保する安定した就労関係が持続しなければ、better living、well-living を達成できない。

教育では、社会保障に教育が組み込まれると、教育の整備に伴って、識字率の向上が進み、self-awareness(自己認識)が高まり、母子保健対策、感染症対策としての予防接種の接種率の向上に繋がり、予防医療が進んで、疾病の発生が減少することが期待できる。

従って、年金、雇用、教育は包括的社会保障制度として、あるべき社会保障には不可欠である。

### 6-2-4 環境

従来は、環境は生物に与えられた天賦の条件であり、人為的に加えられた影響が環境の汚染や環境破壊によって変えられるものではないと考えられていた。地球

環境、自然環境は、自然の摂理にのみ従うのであり、大自然の大きい自然浄作用により自然に蘇るものであると認識されていた。しかし、経済・科学技術の著しい進展は、その自然回復力にまで大きな影響をもたらし始めており、人体への様々な影響を無視できなくなっている。健全な環境の基に生活することは、人体にとって最も重要な生活要件である。生活環境をめぐる問題として、オゾン層破壊による皮膚ガンの増加、二酸化炭素による温室効果は気温上昇と天候異変を招いており、これによる砂漠化、干ばつ、洪水、海面上昇が問題にされ始めている。化学物質、放射能物質による汚染。NOx、SOx、環境汚染(土壌、大気、河川、海洋、湖沼、室内)による問題、食品・薬物汚染(抗生物質、添加物など)、振動、騒音などがある。地球規模での大気汚染はもはや一国の対応では限界がある。環境問題は宇宙から個人の健康問題まで極めて広範なシステム問題を含んでおり、その対応を誤ると影響は極めて大きい。環境問題は政治とは関係ないように考えられていた。たとえば、従来の難民は飢餓、戦争難民が主であったが、これからは環境問題が原因となる環境難民の増加が危惧される。そのため、エコロジー対策として安全で健全な環境を維持発展させるための支援体制が望まれる。利便性、価格性、安易性をのみでは良好な環境を維持発展させることはおぼつかない。安全な上水の確保。確実な下水処理による水循環システムの確立。人の安全保障として環境問題が社会保障に組み込まれようとしており、無関心でありつつづけるならば、地球全体の環境に大きな影響を与えはじめるであろう。

## 7. 結論

新しい社会保障制度構築の基本構想の策定および運営方法の提言として、21 世紀に適応する最適な社会保障制度を構築するためには、グローバル リスクの原因となる貧困を含むリスクの要素の克服に



繋がる Basic Human Needs、人間中心の開発と安全保障のグローバル化を取り入れることが重要である。

この状況の下に、包括的社会保障システムが構築されなければならない。包括的社会保障は、人間の生存を脅かす全ての環境条件から人間を守るための制度である。この制度は相互に扶助しなければ

ならない保障である。そして次の6つが領域として捉えるべきである。この6点について国際比較・国際戦略を考えるべきである。相互扶助すべき6項目として年金・医療・福祉・雇用・教育・環境が国を越えた連携として展開され、共生として統合化の可能性を検討することが求められる。

平成 13 年度厚生科学研究費補助金  
(社会保障国際協力推進研究事業)

分担研究報告書

医療保険制度に係る国際比較と国際協力に関する研究

分担研究者 西村周三 京都大学大学院 経済学研究科 教授

研究要旨:

本年度は研究の最終年度であり、過去の統計データの解析に基づいて、日本の経験から得られるものを利用した国際協力の可能性について、日本の過去の制度の功罪を踏まえて、検討を行った。その過程で浮かび上がったいくつかの協力の方法について、再び統計データによる裏付けを行い、保健婦、国民健康保険保険料収納担当者の形成したノウハウなどを、何らかの形で国際協力に活かす手法について検討を加えた。

A. 研究目的

過去2年間の本研究においては、主に統計データに基づく国際比較を行い、医療保障と健康水準との関連を検討してきたが、その過程で、必ずしも統計データでは把握できない社会的諸要因が、健康水準や医療保障制度の維持に重要な役割を果たすことが推測できた。そこで、本年度研究では、以下のようなテーマを設定し、過去30年間の日本の医療保障制度の発展の経験の、主に中進国への適用可能性について検討する。(1)公的保障でもなく、また市場に委ねた健康増進や医療保障でもない「相互扶助」システムの意義と限界、(2)都市部と農村部における公的部門の保健・医療保障の役割の差異について。

B. 研究方法

日本の国民健康保険制度の発展過程を概観し、相互扶助システムとしての「社会保険制度」の役割を見直し、その中で、諸外国に輸出可能なものは、どのようなものがあるかをブレインストーミングによって洗い出し、それを裏付ける統計データの解析を行う。

C. 研究結果

日本においては、「健康保険制度」は予防・保健に重点をおくというよりも、疾病の治療を重視するという形で発展してきた。他方で、保健政策は、税財源を中心とし、政府(地方政府)の責任に属するものという理念のもとで諸活動が行われてきた。このような分離政策は、健康増進に関しては、地域ごとにきわめて大きな格差が生むことになった。その要因を探ると、地方自治体の予防への熱意、地域コミュニティの形成密度などの差が地域住民の健康水準に大きな差をもたらすことが明らかとなった。また健康水準が高い地域ほど、国民健康保険の保険料の納付率が高いことも明らかとなった。これらの結果は、今後より詳細なケーススタディが必要ではあるが、コミュニティの形成が保健政策に重要な役割を果たすことを示唆している。

E. 結論

日本での保健増進政策と疾病治療保障との関連に関する財源調達メカニズムの関連に関する経験は、諸外国における保健政策での地方分権のあり方や地域コミュニティ維持の方法に数多くの示唆を与えるものと思われる。具体的な国際協力のあり方として、(1)経験豊富な保健先進地

域の保健婦、(2)保険料納付率の高い地域の国保収納担当者による指導などを通じた協力も、今後検討されてよい。

## 日本の国民健康保険制度の発展と中進国への示唆

西村 周三（京都大学大学院）

## 1. はじめに

日本は1961年に国民皆保険を実現した。当時の1人あたりGDPは約17万円、ドル換算では500ドル弱であった。当時の経済的状况を現在の国際水準で比較することは、容易なことではないが、実質水準で比較した場合、現在の日本はほぼ8倍の1人あたりGDPであり、現在の中進国といわれている国々のそれが日本のほぼ半分から8分の1程度であることを考えると、いわゆる中進国 (Medium Human Development を遂げた国) に位置すると考えることができよう。(現在、中進国に位置すると思われる国は、国連の分類に従って、付属資料1に示している。)

この意味で、皆保険を実現した頃から現在に至るまでに、日本が経験した経済活動の変化や、それが行ってきた保健政策・医療保険制度の推移を、現在の中進国の状況と比較し、何らかの示唆を得ようとする試みは意義のあることであると思われる。

とはいえ、この種の作業は、上記のような明確な問題意識のある、なしを問わなければ、数多くの研究の蓄積がある。そこで本論文では、これまでの成果を踏まえて、特に中進国が行うべき保健政策、医療保険制度のあり方という観点から、焦点を絞り議論を進めることとする。

## 2. 日本の政策の回顧—中進国への示唆という視点から—

1960年代の日本は、急速な経済発展の途上にあったものの、必ずしも医療提供体制が整備されているとはいえない状況で、国民皆保険が実現された。そしてそのような状況が、その後の日本の保健・医療状況を大きく左右することになる。その特徴としては、少なくとも次のような点があげられる。(1)世界的に見て、もともと容易な医療機関へ受診機会の実現、(2)民間主導による病院・診療所の整備、(3)治療重視の医療保険制度の実現と、公費(税)を主財源とする予防・保健政策の分離、(4)地域格差を生み出す、地方自治体主導保健・予防政策の実施。

このうち(1)(2)に関しては、すでに日本国内だけでなく、国際的にも認知された特徴であるが、(3)(4)に関しては、これまでに必ずしも、公刊された著作・論文などでは明らかにされていない。そこでこの節では、この(3)(4)に論点を絞って、過去の推移を概観することにする。

以下では、まず都道府県別データに基づき、(1)医療保険制度が地域ごとの寿命の伸びに、どのように寄与したか？(2)医療保険制度以外のどのような要因が健康水準に寄与したかを検討する。さらにこれを前提として、(3)統計データでは明らかにならない、きめの細かい保健政策がどのように推移してきたかを、ケーススタディによって明らかにする。

## 3. 寿命の伸びへの貢献