

# 公衆衛生対策と社会保障計画

—1969年1月国際社会保障協会  
円卓会議討議資料を中心に—

前田 信雄  
(国立公衆衛生院)



## 1 はじめに

工業化の進展の遅いアジア・アフリカ諸国などでは、こんにちでもマラリアと赤痢、結核などの脅威にさらされており、これに立ちむかうべき経済力、社会的施設などが大きく

不足している。社会保障制度の普及も緒につきはじめたばかりである。いわゆる先進国においても、病気の多くは、心臓病とか循環器のようななかなか治りにくいもの、ガン、精神病、あるいは交通災害や「公害」による傷病によって占められるようになった。いずれ

の国においても、病気の発生を未然に防ぎ、病気にかかったら発病や症状悪化と他の病気の併発を防ぐ手だてが社会的に必要である。広い意味の公衆衛生対策の強化が求められている。いっぽう、医学と関連諸科学の発展に応じて診療技術がすすみ、それをうけるためと、そのさいの所得保障のための社会保障が各国で大きくとり上げられるようになってきた。しかし、それぞれめざす課題は大きく、また、健康で良好な生活の維持増進という点では公衆衛生と社会保障ともに同じ目的をめざすものである。

国際社会保障協会の円卓会議の資料をもちいて、国際的にみて公衆衛生対策と社会保障計画とはいかなるかわりあいをもつのか、の点を解説することとしたい。なお、この円卓会議では、公衆衛生対策への社会保障の貢献はいかなるものか、を中心に論じたものである。

## 2 デジャーダン報告の概要

「社会保障政策についての序論的報告」と題する国際社会保障協会医療社会常任委員会

議長 J. Dejardin 博士（ベルギー）の報告は次のようなものである。

過去25年間の科学ならびに医学の発達は、いろいろな病気を防げるようにした。しかし、これが本当に効果を発揮し役だったためには、コミュニティの組織化が必要である。新しい手術方法や新しい薬が開発されても、それが実際に使えなければその効果はでてこない。人間の生きるうえでの権利実現のさいのこういった格差をなくし是正することがコミュニティに課せられているが、格差は大きく、その解消はひとり限られたコミュニティだけではなしえない。そこでつかえる諸手段は制約されている。そのことから、病気をなくし治すためには、社会のなかにある各種の制度、諸機関や施設、専門従事者などの提げいがどうしても必要になってくる。

#### 〔社会保障計画と公衆衛生〕

社会保障計画は、拠出制と所得の再分配によって多数の人口集団が医療を受ける権利を保障する最も今日的方法の一つである。このなかには社会連帯性が貫ぬいており、したがって、提供される医療サービスの内容は、個

々人の拠出額の程度にかかわってくる。

公衆衛生は、多少とも国の責任ですすめられるものである。必要不可欠な医療に接することを保証する手段の一つである。その国でどれだけの公衆衛生をやれるのか、それを決めるのは、その国の経済発展の度合ならびにその国で疾病対策にむけられる財源である。

この二つは矛盾するものではなく、たがいに補完しあい、協調することによってよりいっそうの成果をあげうるものである。

#### 〔各種国際会議でとり上げられたこと〕

1944年の国際労働機構 ILO 総会（フィラデルフィア会議）での「医療にかんする勧告」Recommendation on the Medical Care では、医療施設の発展、健康教育の普及、栄養と住宅の改良などを通じて人民の健康を改善することの必要性が強調された。1961年のアメリカ諸国機関 Organization of American States の集まりでは、国民の健康と一国の経済発展との関係に論議の焦点がしぼられ、公衆衛生の10カ年計画がたてられた。世界保健機構の地域組織である汎アメリカ保健機構では、1964年にメキシコで会議をもち、公衆衛

生サービスと医療計画との結びつきを検討すべきことを勧告した。そのさい、社会保障は全国民にたいし責任をもつ疾病予防対策の確立をめざす方向に歩調をあわせて各種施設の活動をすべきだ、と位置づけられた。

#### 〔社会保障の発展過程と公衆衛生の役割〕

成立当初、社会保障は、なにはさておき、一定人口にたいし基本的に必要な診療をうけさせるためのものであった。その後だんだん各階層にたいしてそれを拡充してきた。サービスの質と内容をたかめる段になると、そのサービス実施上の優先性と使用可能財源とを勘案して、社会保障拡充計画をたてる必要がでてくる。と同時に、社会保障計画拡大と全国民への公衆衛生対策とを一体化させること、社会保障施策を国と地方自治体さらには各種機関の活動とよく結びつける課題に当面する。

社会保障は、もともと貧困な病人にたいする公的医療扶助から出発したものであるが、しだいにそれをうけることが個人の権利とみなされるようになってきた。時代とともにその見方は変り、ある社会が福祉と経済発展の

両方を保つに必要な健康確保のための手段と考えられるようになった。

しかし、社会保障がいかに発展しても、だからといって、公衆衛生当局のなすべき責務がなくなるものではない。公衆衛生は、疾病金庫とか健康保険などからもれた人たちにサービスし、それらではなしえない部門をうけもたねばならない。たとえば、環境衛生、伝染病予防、大気汚染対策、栄養、病院の施設と機能充実、医療関係者の教育と訓練などである。社会保障と公衆衛生は、実際には重複の問題がおこることがある。ある仕事にたいしていずれが責任をもっているものかをはっきりさせておくことが必要である。

#### 〔疾病予防と財政問題〕

医療の発展は費用の増加をもたらすが、予防、患者追跡、病気の早期診断は、これを相対的に節減する作用を及ぼすと考えられる。もっとも社会全体の医療費用が減少するのを見るためには、予防活動は国民全体に働きかけなければならない。いっぽう、社会に危害をおよぼす病気の追跡とその管理は公衆衛生の責任である。

しかし、かりに各人がかなり良い環境条件のもとで生活できるようになったとしても、社会保障には、特異な病気治療だけでなく発病前の病的状態に事前に働きかける医療を個々に提供する特別の役割もある。個人レベルでの予防といったものは、地域対象の集団検診のようなものでは必ずしもいきとどくものではないからである。この個人予防は、医療というものの一構成部分となることが多い。

疾病対策にあたっては財政問題が重要である。これはその国の経済発達との関連が強い。

先進国では、国民の大多数が社会保険計画に加入しており収入の途をもたない少数のものをこの制度の中に入れることが可能である。それは、国民のなかに、社会連帯感をつよくするうえで一定の意味をもつし、行政当局も財源にそうこと欠かないので、そういった社会の少数グループの人たちの医療費負担は不可能ではない。

そういった国のばあい、行政当局が自ら行政的技術的サービスをもつのではなく、それは社会保障組織に任せる、つまり、行政と個別の医療制度づくりがのぞまれる。国の介入

はあくまで財政援助にかぎられる。

工業化のおくれている開発途上国では、社会保険計画に加わる人口は少ないので、事情は大きく異なる。

ここでは、もしも、少数の基幹的労働者の加入する社会保険の財源を他の多数の国民への給付にまで広げたとなるとたちまち財政破たんにおいやられる。行政当局の財源もきわめて限られているから、そのむけ先はもっぱら農村人口になる。したがって、この種の国で保健サービスを普及させるためには、財源をもっとも効果的につかうための計画的対処がより必要である。

社会保障拡充にあたって、先進国では貧困者の医療無料化もしくはかれらの保険料減免といった方向にむかう。その先、給付内容の質的均等化をめざして組織の統合にすすむのが常であると考えられる。それよりややおくれた工業化の過程にある国でも、稼働人口の拠出をもって低所得者グループの最低必要給付を支払うことがやられるであろう。

こういったことは、経済発展の低い国および医療そのものがない国ではあてはまらな

い。もっとも、そうはいっても、これらの国でも限られた財源ではあるが大多数の国民の最低必要なサービスを用意すべきであると考えねばならない。基幹的産業の労働者には若干の付加的給付が与えられる。行政当局に一定資金があるばあいには、それはさしあたり求められている緊急的医療にふりむけられるとよい。

#### 〔保険と医療〕

公衆衛生対策の確立にたいする社会保障の貢献については別に留意しておかねばならない側面がある。

医療費負担の可能性が医療の進歩と有効性の発揮を左右する。つまり、社会保障がどんな医療の給付方式をとるのか、そのサービスの性質によって、診療の方向がきめられてくる。

疾病保険計画の進みぐあいによっては、医療が保険計画の線にそったものばかりになる。限られた診療しかうけられなくなり、ひいては医療そのものの沈滞と荒廃をもたらしかねない。その事前の防止に留意しなければならない。

社会保障制度の存在は、病院、外来診療所

および保健センターの管理と運営のうえで、保健行政当局に心配ないように十分なる財政確保を保証することが大事である。社会保障制度の存在は保健行政当局に医療機関などの財政基盤をかためるように働らくものであるとよい。

### 3 各国の実情と問題点——参加者の主な発言から——

#### 〔アフリカ〕

アフリカ諸国については、これらの国の保健従事者の著しい不足状況、限られた一部の労働者への社会保険適用などの実情が紹介された。社会保障以前の諸問題、つまり緊急な伝染病対策と衣食住など最低生活条件の確保などの必要性が強調された。「マリの国民社会保険施設と保健省の共同」では特定疾病ぼくめつキャンペーンとして展開されている住民の健康教育の実情が紹介された。チュニジアには、植民地支配の変化にともなうところの複雑な各種医療施策や社会保険の存在がのべられた。

アフリカ諸国では、総じてみると、公衆衛

生と社会保障の区別・分化はなく、保健と福祉が一語になって、公的サービスとして提供されているが、多くの国では、社会保障機関の参加をともなって予防活動が展開されているのが実情である。サービスの量的拡大・能率向上が課題である。

#### 〔アジア〕

アジア諸国のうちインドについても医師、パラメディカルスタッフおよび病床不足が焦びの問題である。社会保障の未発達と国民保健事業の欠如の下で、都市部の市民は私的病院を利用するか、地方自治体の外来診療所にかかるかである。農村部ではそれさえもない。国の第一の義務は、栄養と生活水準の向上、公衆衛生の改善である。インド憲法によれば、公衆衛生や病院・外来診療所をそなえることは、国の課題だとされているが、その実行には多くの困難と遅れがみられる。「雇用者国家保険制度」はインドの工業労働者にだけに適用されているものだが、さいきんになってようやく、予防事業たとえば健康教育と家族計画にとりかかるようになった。伝染病流行時には、この保険制度下の医師が、予防

接種に参加する。

#### 〔西ドイツ〕

西ドイツにおいては、疾病保険はもっぱら診断と治療あるいは薬剤投与などにかぎられ、予防活動は公的サービスとしてなされる。Dejardin 博士の予防活動と治療との連けいにかんする理論は、このようなドイツの実情を勘案するとき、実行がなかなか難しい。

#### 〔ラテンアメリカ〕

ラテンアメリカでは、1969年1月に第1回汎アメリカ社会保障医療にかんする総会がひらかれ、そこで若干の準備的な保健と社会保障にかんする概念整理がなされた。しかし、ラテンアメリカ各国では、工業化の進ちよくは遅々としている。社会保障にカバーされている人々は、労働人口の29%でしかない。各国とも経済発展が当面の課題であるが、社会と経済、技術と行政との間の協調・連らくにかんするいろんな努力がなされている。たとえば、社会保障機関と保健省間合同委員会、予防と治療の共同計画（結核・母性死亡などへの）、国家病院建設基金の設置などである。

#### 〔イタリア〕

イタリアの疾病保険制度は非常に複雑である。そのうち、最も多くの被保険者をカバーしているのが国家疾病保険 National Sickness Insurance Institute (INAM) である。これは、全国一本化され、労働者とその家族にたいし現金ならびに現物給付をするものである。この制度は、さいきんもいくつかの改正をへているが、五カ年計画によると、保健のうえでの施策は、予防、治療、リハビリテーションとにわけられている。医療については、イギリスのような国民保険事業の組織化が提案されている。予防にかんしては、予防と社会衛生および健康教育をおこなう 1,113カ所の地方保健地区 local health unit から構成される特別の組織が計画されている。イタリア人の約8割が疾病保険に入っているので、社会保険をとうしての健康保護は大きく発展できる段階にある。

#### 〔世界保健機関〕

世界保健機関の L. Bravo 博士からは、さいきんまでの WHO の活動の実情と彼の考えとがのべられた。

1954年の総会では、病院治療と社会保障との問題討議がされ、あわせて保健衛生費の国際比較研究がなされた。その後、汎アメリカ保健機関では、医療こそ基礎的な保健サービスの一つであるという規定がなされた。公衆衛生対策については、WHO は次の六つのサービスを基礎的なものと確認している。すなわち、環境衛生、疾病の追放、保健統計づくりと分析、母子福祉、健康教育、および医療である。WHO は、これらのサービスはその国に最低必要なものとする。

Dejardin 博士の主張のとおり、社会保障機関はすでに予防活動をやりだしている。古いよそおいを感ずる「疾病保険」という言葉は「健康保険」とよばれるように、変容が求められている。これは社会保障にとってきわめて大きな変革となる。

保健対策の実行の条件について重要なことの第一は、統合化されるためには計画が大事だということである。第二には、予防と治療はバラバラでなく、これまた一体化さるべきだということである。第三は実現性、第四は、サービスをうけるコミュニティの参加である。

#### 4 公衆衛生対策にたいする社会保障 計画の貢献についての勧告 (抜粋)

こんどのILOの会議において最終的に確認され、勧告として声明されたことは、以下のようなことである。

##### <確認されたこと>

1. 社会保障計画は、広い保健政策の諸目的実現を可能とするものであること。
2. 人間生活全体の保護の方向に向っての社会保障施設の発展は、保健面で大きく役だち、国民を直接の医療を用意することになったこと。
3. 社会保障における社会連帯性の機構は医療の質をたかめることに寄与すること。
4. 社会保障はこんにちでも保健衛生の標準をあげるようにしなければならないこと。

##### <声明>

1. 公衆衛生サービスと社会保障機関との共同システムをつくること
2. 保健計画策定へ社会保障機関が参画すること

3. 目的達成のため社会保障は、物的技術的的人的資源を適当なところに配置すべきこと
4. 全国民への予防医学を普及すること
5. 職員の養成と再教育につとめること

#### 6. 医師との協調 (以下略)

Round Table on the Contribution of Social Security Schemes to Public Health Programmes: *International Social Security Review* Year XXII, No. 3, 1969.

#### 社会保障こぼれ話

##### バーミュダーの社会保障

ここに社会保障制度を導入する試みは、第2次世界大戦直後の1948年より続けられたが、制度の導入を実現するために、具体的な動きが現われて、委員会が設けられたのは、1962年であった。その後、1965年には、まず労働災害補償にかんする法律が採用され、また、1968年8月から、その他の制度も実施されることになった。

1968年から実施された社会保障制度は、義務教育終了(16歳)以上から年金年齢(65歳)までの稼得活動に従事する者を、すべて強制適用の対象としている。約5万人がこの制度で保護を受けているといわれ、約2,700人には、経過措置による無拠出の老齢年金の受給資格が、すでに与え

られているといわれる。

給付には、老齢年金と遺族年金が含まれており、前者は拠出制と無拠出制の2本建てで、無拠出制はとくに経過措置の役割を果たしている。年金は定額方式とされ、65歳より支給される老齢年金には、年金年齢以後の就労に増額年金が支給され、寡婦年金には、16歳未満の子女1人毎に、定額給付が加算される。

制度の財源は、スタンプ方式(郵便局が販売)を用い、労使双方が定額の拠出を行ない、自営業者は労使双方の負担分を支払う。

なお、この国の社会保障制度は、また給付活動の範囲も狭く、また経験も浅いが、今後の発達が企図されており、病院保険の採用も、検討されている。

(社会保障研究所 平石 長久)