

解説

第102号条約

ILO東京支局次長 高橋 武



はしがき

ILOの第102号条約は、1952年の第35回国際労働総会で採択されたもので、正式には1952年の「社会保障の最低基準に関する条約」(第102号)と称され、また略して「社会保障(最低基準)条約」といわれる。社会保障といわれるものの内容なり範囲は、今でも、国によって少なからず差異がある。しかしこの条約ができたおかげで、国際的に通用する社会保障の概念は、今日ではコンセンサスが得られるようになった。そればかりでなく、この条約は、世界の社会保障の歴史において、一時期を画するものである。そこで少しく条約制定の前史をふりかえってみよう。

周知のように、社会保障の先史は、一方で

は1880年代にドイツに始った社会保険と、他方では16世紀乃至17世紀に成立した救貧法とが、第1次大戦後の社会政策への関心の高まりの後に、1930年代の世界恐慌期にアメリカで1935年の社会保障法に収斂したのであった。また1942年のベバリッジ報告とILOの『社会保障への途』は、「社会保障」という新しい概念を世界に普及させることに大いに役立った。

1944年のILO総会(フィラデルフィア)は、戦後世界の復興と新しい出発を目前にして、「所得保障勧告」(第67号)と「医療勧告」(第69号)を採択した。その実績にかんがみて、ILOでは社会保障専門家委員会による技術的準備をへて、1951年の総会が社会保障の最低基準案を審議し(第1次討議)、翌1952年総会が

(第2次討議)この条約を採択したのである。

この条約は、社会保障をもって大きく一つの体系(system)と考え、重要な給付部門をすべて、一つの条約の中で採上げた点に、何よりも特徴がある。しかし社会保障はすぐれて技術的な仕組(組織化)を必要とするため、具体的にどのように組み立っているか、つまり社会保障の保護組織や保護方法の点では、国によっては永い沿革があって相当の違いがあった。そのためこの条約は、こうした組織化の面では単一のアプローチをとることはしなかった。いわゆる社会保険や社会扶助といわれるものも、理論的には社会保障の組織化の方法であるが、その中味は時々刻々(例えば毎年の法改正で)内容がかわりつつあるし、したがって性質も変ってくるからである。

このような配慮もあって、この条約の全文は15部87条、付属規定という長大なものになった。そればかりでなく、選択規定も多くあって、内容は甚だ複雑である。

とにかくこの条約が「社会保障の国際法典」として唯一のものであることは、ヨーロッパ会議(The Council of Europe)加盟国が

1964年に「ヨーロッパ社会保障法典」と同議定書を採択した際に、この条約の規定を殆んどそのまま採用したことからわかる。

社会保障の9部門

この条約は、社会保障の給付部門として9つを定めた(表1「各給付部門の概要」をみよ)。もっとも社会保障の全部門を網羅したわけではなく、主要な給付、それも医療給付と定期的支払金とを採上げたため、死亡に伴う埋葬の如き一時金給付は、採上げられていない。前記のヨーロッパ社会保障法典と同議定書は「社会保障の高度な基準」と目されるもので、こうした欠陥を補っている。

条約の第2—10部の各部では、(1)適用すべき事故(contingency)の定義、(2)その事故につき保護すべき者(被保護者と称される)の範囲と、この条約の批准にあたって達成すべき保護の割合、(3)給付の型体、(4)受給のための資格取得期間または要件、(5)給付期間、がそれぞれ定められる。

そのうちの(2)被保護者の範囲と達成すべき保護割合に関する各条は、その適用を被用者

にするか、就業者にするか、又は全住民とするかは、加盟国が選択してよい。この選択規定は、社会保障を実際に組織化するにあつて、実際問題として被用者保険にするか、就業者保険にするか、それとも国民保険(又は公的サービスあるいは社会扶助)にするかという問題に関係がある。注意すべきことは、こうした表現はこの条約には全く出ていない。上述のように、例えば社会保険という概念とその性質は、国によってまた時代によって相当に違って来るからである。

もう一つ注意すべきことは「全住民」への適用については、第1に、「国民」という語が使われていないことである。これは社会保障の内外人平等の原則(第12部、第68条)が謳われるからである。第2に、第2部医療については、社会扶助(ミーンズ・テストを伴う)という手段だけでこの条約を批准することは認めない。従って「国民」保険か「公的サービス」を採用することが必要になる。

なおこの条約では、第6部業務災害給付、第7部家族給付、第8部出産給付(ただし休業補償)を除く他の給付部門では、法令で強

制的なものとしていない保険、つまり任意的保険によって実施してもよいとされる。もっともそのための要件として、(1)公の機関の監督または労使共同経営のもの、(2)熟練労働者の所得を超えない大部分の労働者に適用されるもの、(3)適当な場合には他の保護形式と組合せて、この条約の規定を満すことが要求される。この規定は、例えば労働協約による産業別年金制度の発達を考慮したものであつて、いわゆる「非法定社会保障」という概念がそれである。

医療給付

この条約は、第2部医療で病気に対する医療と出産の場合の医療とを定め、第6部業務災害給付で業務災害と職業病の場合の医療を定め、更に第8部出産給付で被用者または就業者たる婦人について出産の場合の医療を扱う(その内容は前記第2部の場合と同じ)。これからすると、この条約は社会保障医療として、(1)病気医療、(2)出産医療、(3)業務災害医療の3種類を定めたことになる。

こうして定められたものが「医療給付」

表1 各給付部門の概要

給付部門名	部 (条)	適用事故対象の内容	被保護者の範囲※1 (達成すべき割合)	給付の型体	資格取得の期間または要件	給付期間
医療	2(7-12)	あらゆる病的状態(原因を問わない)と妊娠、分娩およびそれらの結果	1.被用者(全被用者の50%以上たること)とその妻子 2.就業者(全住民の20%以上たること)とその妻子 3.住民(全住民の50%以上たること)	医療の供与(現物給付でも医療費の支給でもよい)	濫用防止に必要な期間を設けてよい	病気の場合は1件につき26週、但し疾病給付の支給がある限り停止してはならない、長期療養の規定を設けること
疾病給付	3(13-18)	病気による労働不能で所得停止を伴う場合	1.被用者(全被用者の50%以上たること) 2.就業者(全住民の20%以上たること) 3.全住民、但しミーンズテストを伴う	定期的支払金	(同上)	待期3日で、1件につき26週
失業給付	4(19-24)	労働能力あり且つその意思のある被保護者にして、適当な雇用口を取得できないことによる所得の停止	1.被用者(全被用者の50%以上たること) 2.全住民、但しミーンズテストを伴う	(同上)	(同上)	被用者の場合は1年につき13週(離出期間又は過去の給付による差をつける場合は、平均13週)、全住民の場合は1年につき26週、いずれも待期7日とする
老令給付	5(25-30)	一定年令以上の生存、有償労働からの退職を条件にできる	(第3部に同じ)	(同上)	a(完全年金)、離出または雇用30年、あるいは居住20年、就業者に対する制度では所定の離出期間と所定の年平均回数に達したことを支払ったこと b(減額年金)、離出または雇用15年、または居住5年	(事故の全期間)
業務災害給付	6(31-38)	就業に伴う事故または所定の職業病に起因する次の場合 (1)病的状態 (2)この種の事情による労働不能で所得停止を伴うもの (3)所得能力の全部喪失または所定程度を越える一部喪失で永久的なもの、あるいはそれ相当の身体機能の喪失 (4)扶養責任者の死亡による妻子の喪失(寡婦給付は国内法規に従い自活不能と見做される場合に限ってよい)	1.被用者(全被用者の50%以上たること) 2.遺族給付に関しては被用者の妻子	医療の供与(現物給付でも医療費の支給でもよい)と定期的支払金	事故又は職業病発生の当時に国内で雇用されていたこと	労働不能に対しては1件につき待期3日

(medical benefit)ということになるが、それは、医療という形による「直接給付」でも、また「関係者が負担した費用の償還」という形の「間接給付」でもよい(第1条2項)。なおわが国では、後者の「間接給付」のことを「現金給付」という人が多いが、ILOで

「現金給付」という用語は、専ら所得保障に限って使われる。

まず「病気医療」の場合の医療給付としては、次の内容が定められる。(1)一般医の診療(往診を含む)、(2)病院における(また利用できるところでは病院外での)専門医の診療、(3)

欠くことのできない薬剤、(4)必要がある場合の入院。こうした病気の治療は、被保護者とその家族に等しく(何らの差別もなしに)与えられるものであって、「過重にならない費用分担」を要求してよいものである。

「出産医療」については、(1)医師または有

家族給付	7(39-45)	子女の生活をみる責任	(第3部に同じ) ※2	定期的支払金または(および)子女のための食事・衣服・収容施設・休暇または家事手伝いの供与	離出または雇用3ヵ月あるいは居住1ヵ年	(事故の全期間)
出産給付	8(46-52)	妊娠・分娩およびそれらの結果と右による所得の停止	1.被用者(全被用者の50%以上たること)たる婦人、出産医療給付については被用者の妻を含む 2.就業者(全住民の20%以上たること)たる婦人、出産医療給付については就業者の妻を含む	医療の供与と定期的支払金	(第2部に同じ)	12週とす、但し長期療養を要した場合は認められた場合を除く
廃疾給付	9(53-58)	所定の程度の有償労働に従事し得ないこと、この労働不能は永久的なものか、あるいは疾病給付の終了後も引続いたものなること	(第3部に同じ)	定期的支払金	a(完全年金)、離出または雇用10年、あるいは居住5年、全就業者またはその妻子に対する制度では本人または扶養責任者が3年間に所定の年平均回数離出を支払ったこと b(減額年金)、離出・雇用または居住5年	(事故の全期間)
遺族給付	10(59-64)	生計扶養者の死亡による妻の蒙る扶養喪失(寡婦の場合は国内法規に従い自活不能と見做される場合に限ってよい)	1.被用者(全被用者の50%以上たること)たる生計扶養者の妻子 2.就業者(全住民の20%以上たること)たる生計扶養者の妻子 3.扶養を失った住民(但しミーンズテストを伴う)たるすべての妻子	定期的支払金	(同上)	(事故の全期間)

※1 これは選択規定である。

※2 但しこの家族給付の「ミーンズ・テストを伴う全住民」は、第3部疾病給付の「ミーンズ・テストを伴う全住民」と同じ表現であるが、家族給付の性質上、ミーンズ・テストの内容を異にする。(備考)後進国に対しては、適用範囲の確保、医療給付の内容と期間等の点で暫定的例外規定がある。

資格助産婦による分娩の介助と産前産後の手当、(2)必要がある場合の入院が定められる。特に注目すべきことは、費用分担を許す規定がないことである。このため間接給付の形をとる場合でも、全額償還が原則になることであらう。

「業務災害医療」は、前記の「病氣医療」とは違って、歯科診療、家庭・病院その他の医療施設での看護、サナトリウムなどでの療養、補装具などと眼鏡の支給、関連職業(パ

ラメディカル)の者による治療も含まれていて、「完全な医療給付」が意図される。なお身体障害者の職業更生については、関係施設との協力が謳われるだけである(第35条)。

以上の医療給付を受ける権利は、この条約では既述のように、ミーンズ・テストを条件とする社会扶助(わが国の生活保護法)を認めていないところから、いわゆる社会保険、国民保険または国民保健サービス(例えばイギリス)によらねばならない。もっともこの権

利は、その事故が刑事上の罪、故意、非行などに起因したものである場合には、給付を停止してよいとされる(第69条)。

現金給付

この条約では、医療給付を別にすれば、給付の型体は原則として「定期的支払金」である。一時金という形の現金給付は、第6部業務災害給付で、一定の条件下に定期的支払金を一時金に振り替えてよいことが認められる

だけである。これらの定期的支払金の給付水準は、第11部「定期的支払金の計算」(第65~67条)で一括して支出される(第2表参照)。

ただし第7部「家族給付」では「定期的支払金」または「子女のための食事、衣服、収容施設、休暇または家事手伝いの供与」となっているため、第2表には出ていない。しかも家族給付は、個々の具体的な給付額ではなしに、全体として家族給付部門に「加盟国が」支弁すべき総額の形で出されている。このような規定の仕方は、1つには家族給付の扱う「事故」の性質が「失った所得を補填すること」(つまり所得補償)ではないことによる。そればかりでなく、いわゆる家族手当が社会保障として確立した国は当時としては必ずしも多くなかったことや、ことに開発途上国では児童福祉の側面が重視される傾向も関係しているといつてよい。

ところで表2の給付水準をみる際に、3注意しておくべきことがある。

第1に、この表の給付水準は、一定の家族構成をもつ「標準的受給者」に対するものであって、それ以外の受給者については、これ

と均衡の保った給付水準を国内法で定めるべきものとされる。

第2に、ここにあげた給付水準は、給付額そのものではなく、家族手当がある場合にはそれを含んだ水準である。例えば、

$$\text{疾病給付} 45\% \leq \frac{\text{給付額} + \text{家族手当}}{\text{賃金(給与)} + \text{家族手当}}$$

表2 給付水準(条約第11部の付表)

(事 故)	(標準的受給者)	給付水準 (%)※
疾 病	妻と2子をもつ男子	45
失 業	同	45
老 令	年金年令の妻をもつ男子	40
業務災害 労働不能 療 疾	妻と2子をもつ男子	50
	同	50
遺 族	2子をもつ寡婦	40
出 産	女 子	45
療 疾	妻と2子をもつ男子	40
遺 族	2子をもつ寡婦	40

※ 例えば疾病給付は、次の如きものでなければならない

$$45\% \leq \frac{\text{給付額} + \text{家族手当}}{\text{賃 金} + \text{家族手当}}$$

なお「賃金」については、本文を参照。

であるから、実際の給付額は、45%という価値よりも低くなる。

第3に、現金給付の決め方として、この条

約は、給与比例制(第65条)、均一給付制(第66条)、社会扶助制(第67条)の3つのうち、加盟国はどれを選んでもよい(ただし社会扶助は業務災害給付、出産給付には許されない)。そのため表2の給付水準は、給与比例制と均一給付制の双方に関するものである。そこで注意すべきことは、均一給付制の場合にも、「賃金」が算定基礎になっていることである。

ところで給与比例制は、いうまでもなく「本人の給与」に比例した給付額であるが、この場合によく問題になることがある。それは高額所得者の存在を口実にして、「基礎とすべき給与」が往々にして不当に低目に決められることである。ことに毎年の賃金上昇が常態になった今日では、「上限賃金」の扱いはデリケートな問題になる。この条約はこの点を配慮して、「賃金の上限」は熟練男子成年労働者の賃金(つまり熟練賃金)とし、その確定のために詳しい規定を定める。換言すれば、標準的受給者と等しい家族構成の熟練労働者の場合には、「常に」本人の給与にほぼ正比例した給付(賃金等級で表示してよいた

め文字通りの正比例にはならないこともある)が得られねばならないという考え方である。

他方、均一給付制の場合には、給付額は各人共通であるが、この場合にも上述のように給付額の算定基礎は賃金である。この場合もとより「本人の賃金」ではなく、いわば「賃金相場」が使われる。すなわち代表的な普通男子成年労務者の賃金(いわゆる非熟練賃金)が基礎にされる。ここでもそれを確定するために、詳しい規定が定められる。注意すべきことは、いわゆる最低賃金が採上げられるのではなく、非熟練労働者が多くいる(経済活動)中部門の実勢賃金(生きた賃金)が採上げられる点である。

他方、社会扶助の場合には、補足性の原則があるため(第67条b項)、実際には支給される給付額は、ケースごとに違ってくる。この条約では、「完全給付額」(受給者に資産が全くない場合)は、右の均一給付制下の給付額に少なくとも等しくなければならないとされる。もっとも他に選択規定もある。

以上のうち給与比例制と均一給付制については、いわゆる長期給付(年金)の場合には

「生計費の相当な変動によって、一般の所得水準に相当な変動があった場合には」給付額に検討を加えることが要求される(第65条10項、第66条8項)。これは給付調整(いわゆるスライド)規定である。右の「給付額の検討」を確保するためには、批准国がILOに毎回提出する適用報告には、過去1カ年間における生計費の変動、賃金の一般水準の変動、年金額の変動に関する統計数値の提出が求められてきた。ILOとしてこの三者間の動きを比較検照するためである。

社会保障の組織原則

この条約では、被保護者が受給資格要件を満たした場合には、給付への権利があるものとの考え方に立つ。そのため給付の停止は、厳密に限られた期間とケースにしか認められていない。また給付を拒否された場合の権利救済機構も定められる。

社会保障の財源については、第1に、保険拠出金または課税によって「集团的に負担されねばならない」こと、この場合「小資産者の過重な負担を避けること」が要求され

る。これからすれば、例えば労災の場合によくある「傭主責任法による直接給付」は、ここにいう社会保障にははまらないことになる。

第2に、被用者が負担する保険拠出金は、彼らとその家族に割当てられる給付総額の50%を超えてはならないとして、被用者負担の限界が明らかにされる。この50%という限界の確定にあたっては、家族給付と業務災害給付(それが特別部門である場合)の2つを除いて、全部門を合算して判定してよい。

社会保障の管理について、一定の場合に被保護者代表の参加が要求される。また管理と給付の支払[確保]については「国家の一般的責任」が要求される。つまり社会保障に対する国家の究極的責任という原則である。

結び

この条約の批准国は表3の通りである。ILO条約勧告適用専門家委員会は、1961年に理事会の決定に基づき、全加盟国におけるこの条約の適用状況を全面的に検討した。その結論では、現行法のまま、または若干の手直

して批准ができる国として、日本のほか18カ国があがっていた。またこの条約の暫定的例外規定（いわゆる後進国規定）を利用すれば、批准可能の国が10カ国あった。

専門家委員会が日本の当時の現行法でこの条約の水準に達したものとみていた部門は、医療、疾病給付、失業給付、老齢給付、出産給付、廃疾給付、遺族給付である。つまり業務災害給付と家族給付の2部門は、当時とし

ては不適合とされていたのである。この専門家委員会の検討は加盟国政府からの報告に基づいたものであるため、細部の点は留保していた。わが国の社会保障をもって大筋では条約の線に近いとみたのは正しいが、二、三の点で重要な問題がないわけではなかった。

その1つは、「出産医療」である。この概念自体がわが国の社会保障では成立していない。また「無料の出産」は健保にもない

（上述のようにここでは生活保護法は援用できない）。第2に、遺族給付の給付水準は条約の線に達しない。第3に、老齢給付や廃疾給付についても、批准によって毎年の給付額の調整というが必要になってくる。

この条約に盛り込まれている原則や技法を理解することは、今後の社会保障の発展にとって大切である。第1に、社会保障という概念や用法がそうである。第2に、医療については、出産医療を教えられる。病気医療では費用分担の限度の問題がある。上記のヨーロッパ社会保障法典と同議定書は、この点を具体的に打出していた。第3に、現金給付が均一給付制の場合にも、一般の賃金水準を基礎にしていることは教訓的である。例えば、今後の福祉年金の改善を考えるに当たって、大いに参考になろう。第4に、「上限賃金」の毎年の改訂という問題についても、この条約の考え方は参考になる。

わが国がこの条約を批准することになれば、こうした考え方や仕組みが日本の社会保障の体質の中に取り入れられることになる。

表3 第102号条約の批准状況（1971. 1. 1現在）

国名	批准年月日	(×印)は批准に当り採用した部門										計
		2部 医療	3部 疾病給付	※4部 失業給付	※5部 老齢給付	※6部 業務災害給付	7部 家族給付	8部 出産給付	※9部 廃疾給付	※10部 遺族給付		
オーストリア	69. 11. 4	×	—	—	×	—	×	×	—	—	4 9 5 9 8	
ベルギー	59. 11. 26	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
デンマーク	55. 8. 15	×	—	×	×	×	—	—	×	×		
西ドイツ	58. 2. 21	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
ギリシャ	55. 6. 16	×	×	×	×	×	—	×	×	×		
アイスランド	61. 2. 20	—	—	—	×	—	×	—	×	—	3 3 3 9	
アイルランド	68. 6. 17	—	×	×	—	—	—	—	—	×		
イスラエル	55. 12. 16	—	—	—	×	×	—	—	—	×		
イタリア	56. 6. 8	—	—	—	×	—	×	×	—	—		
ルクセンブルグ	64. 8. 31	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
モリタニア	68. 7. 15	—	—	—	×	×	×	—	×	×	5 7 9 4 6	
メキシコ	61. 10. 12	×	×	—	×	×	—	×	×	×		
オランダ	62. 10. 11	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
ニュージーランド	66. 8. 9	—	—	—	×	×	×	×	—	—		
ノルウェー	54. 9. 30	×	×	×	×	×	×	×	—	—		
ポルトガル	61. 8. 23	×	×	—	×	—	—	×	×	—	5 3 6 6 7	
スペイン	62. 10. 22	—	—	—	—	×	×	×	—	—		
スウェーデン	53. 8. 12	×	×	×	—	×	×	×	—	—		
英国	54. 4. 27	×	×	×	×	×	×	—	—	×		
ユーゴスラビア	54. 12. 20	×	×	×	×	×	—	×	—	×		
計		13	12	11	17	14	13	13	10	11	114	

※ 条約の規定によっては、批准に当ってこのうちどれか1つを採用しなければならない部門である。