

## 疾病保険に関する ILO 第 24 号および 25 号条約の改正について

宮 嶋 剛

本年 6 月 5 日から 27 日まで、ジュネーヴにおいて開催された ILO 第 52 回総会において、疾病保険に関する第 24 号および第 25 号条約の第 1 次改正討議が行われた。以下その概要について紹介したい。

### I ILO 第 24 号および第 25 号条約

まず、討議の対象とされた第 24 号および第 25 号条約の説明から始めよう。本条約は、1927 年、当時の段階において「強制的疾病保険はあらゆる国の社会法規においてますます重要な地位を占め、その原則は遂に国際的な地歩を固めた」という認識の下に、と時の総会において採択されたものである。その後約 40 年間今日まで、この条約は疾病保険に関する基本条約として、国際的な疾病保険制度の普及発展のため寄与して来たのである（今日第 24 号条約の批准国 22、第 25 号条約のそれは 17 を数える）。

第 24 号条約は、工業および商業的企業に使用される労働者、家内労働者および家庭使用人を対象とする疾病保険条約であり、第 25 号条約は、農業に使用される労働者を対象とする疾病保険条約であるが、両条約の内容は実質的に同じであり、条文は、いずれもわずかに 18 条あるいは 17 条というきわめて簡素なものである。

これらの条約は、強制疾病保険制度設定を義務づけ、その財源については、事業主と被保険者の財源分担の原則を打ち出し、その管理については、公の監督の下にある自治機関によることを原則とすることを規定し、さらに、給付については、まず現金疾病給付（傷病手当金）について 26 週以上の給付期間および 3 日を越えざる待期を規定し、医療給付について、本人については現金疾病給付支給期間内の無料給付と一部負担を規定し、家族については各国の法令等により支給のみちを開くことができる旨の規定をおいている。

### II 第 24 号条約および第 25 号条約改正のうごき

上述したように、これら条約の内容は、その制定時が医療保険の国際的揺籃期にあって、きわめて素朴かつ単

純なものであったのであるが、その後における世界各国の医療保障制度の進展とともに、この条約のみでは、各国のレベルの向上は期待できぬとして、ILO では、1944 年、所得保障に関する勧告（第 67 号）および医的保護に関する勧告（第 69 号）が採択され、疾病給付および医療給付面における推進が強く要請された。

1952 年、上記両勧告の趣旨をうけ、さらには、第 2 次大戦後の国際的な社会保障制度の前進、発展を背景として、社会保障最低基準条約（第 102 号）が制定され、医療および現金疾病給付についても、適用を受ける事故、被保護者の適用範囲、給付種類、給付期間、給付水準、受給資格、外国人の処遇等、規定の体系的具体化が図られ、その水準についても、第 24 号条約等に比し、大幅なレベル・アップが図られた。

1958 年に至り、ILO 理事会は、その下部組織の一つである社会保障専門家委員会に対し、社会保障に関する戦前条約の検討方を諮問した。同委員会は翌 1959 年、社会保障に関する諸戦前条約が陳腐化して早急な改正の必要があること、具体的には、業務上傷害給付、老齢廃疾遺族給付、失業給付と、それに医療関係給付に関する戦前条約を改正すべきことを答申した。

特に、第 24 号および第 25 号条約については、(a) これらの条約が強制保険のみを認めているが、税をもってまかなわれるサービス制度、あるいは国家の監督と補助をうける任意保険制度等を通じた現金疾病給付や医的保護が行われていること、(b) 運営の形式に関する規定が厳格に過ぎること、(c) 家族に対する医療給付規定が弱く、現金疾病給付の最低水準の規定がないこと、(d) 後進国の批准を促進するための、これらの国に対する一時的例外規定を欠いているなどの欠陥が強く指摘された。同時に、新条約については、社会保障最低基準条約の基準を参考としつつも、それが最低基準であることに着目し、一層の水準の向上が期待されたのである。

### III 第 1 次改正討議

1963 年第 47 回総会から始まった戦前条約改正審議は、

1964年の業務傷害給付条約(第 121 号)、1967年の老齢障害遺族年金条約(第 128 号)を産み出し、そして、1966 年 11 月の理事会決定により、1968年の第 52 回総会議題として「疾病保険に関する条約第 24 号および第 25 号の改正」を項目として取り上げることとなったのである。

ところで、ILO の総会議事規則では、条約審議について「2 回討議」の原則が規定されており、第 52 回総会においては第 1 回目の討議を行うこととなったものである。この第 1 次討議に引きつづき、次の総会(1969 年)において第 2 次討議が行われ、新条約が産み出される手筈となっているものである。

第 1 次討議は、ILO 事務局が事前に各国政府内意見を聞いた上作成した「結論案」をもとに審議されるが、この結論案は、わが国でいう改正法律案要綱といったようなもので、本総会における審議により、結論案を修正した形で纏め上げられた結論は、その後法律専門家の手により条約案として整備された上(各加盟国政府の意見を途中の段階で聞くこととされているが)、次の総会の第 2 次討議の素材として提案されることとなる。

第 24 号および第 25 号条約改正の審議は、総会の本会議において社会保障委員会に付託され、同委員会の審議結果は、総会最終日の本会議において総会によって採択された。

#### IV ILO 事務局の結論案

第 1 次討議の組上に乗せられた ILO 事務局作成にかかる結論案は三つの部分より成っている。一つは「文書の形式」、次に「条約」、そして「勧告」の三部門である。

文書の形式については、新たに採択されるべき文書は、勧告により補足された条約とするという案である。

条約の部門については、約 40 ポイント(項目)より成り、その中味は、総括部分、「保護される事故」、「被保護者」、「支給される給付」、「法律上、行政上および財政上の保障」および「雑則」の六つに分れている。

勧告は、約 10 ポイントより成り、条約で定められた諸基準をさらに上回った各般の措置について規定している。

この結論案からも判るように、ILO 事務局は、戦前条約の改正とあわせて、さらに国際的な医療保障の前進を図るため、勧告も同時に決定することを考えているのである。

まず、条約案の内容について説明しよう。

##### (1) 総括部分

まず非農業的職業から成る部門と農業的職業から成る部門について、別個に条約上の義務を受諾することを可能とする旨規定されている(第 2 ポイント)。

これは、一般に医療保障制度が非農業的職業部門に従事する労働者から始められ、農業的職業部門については、非農業的部門の制度の整備をみた上で制度化が行われるという各国の傾向であり、現に農業部門に対する制度が遅れている国が多いのであるが、農業非農業職業部門の区別なく一本にした取扱いとした場合、例えば後述するような被保護者の範囲(原則としてすべての被用者に適用するか、経済活動人口の 50% 以上に適用など)のような義務を課することとしたとき、多くの国が条約の基準を満し得ず、批准国は限られることになってしまうことを恐れて設けられたものである。

さらに第 3 ポイントに、後進国については批准時の宣言により、暫定的例外措置として、被保護者の範囲(適用率)について基準緩和措置が講ぜられる旨の規定がある。このような規定は社会保障最低基準条約にも見える(第 3 条)ところで、ILO 事務局のいうところによれば、「社会保障計画を始めようとする諸国に指導と奨励を与えるほどダイナミックなアプローチを行う」ために設けられたものである。

第 4 ポイントは、条約の要求する給付と同等以上の給付を行う特別制度をもつことを条件に船員および公務員をこの条約の適用除外とすることを認めている(船員については船員疾病保険条約が別にある)。

##### (2) 保護される事故(第 6 ポイント)

保護されるべき事故として、(a) 業務に起因しない病的状態の場合、(b) 国内法令に定める個人的予防措置(personal preventive medical care)を必要とする場合、(c) 国内法令に定める業務に起因しない病的状態(morbid condition)に基きかつ所得の停止を伴う労働不能の場合を規定している。

社会保障最低基準条約第 8 条および第 14 条(保護される事故)と比較すれば明らかであるが、ここで注目すべきことは、一つは妊娠、分娩を医療給付にかかる事故の中に取り入れなかったこと、そして一つは個人的予防措置があらたに事故として加えられたことである。

ILO 事務局は、妊娠、分娩が病気でないこと、そしてこれらに関しては、既に 1952 年の母性保護条約(第 103 号)があることを指摘している。

個人的予防措置については、社会保障最低基準条約第 7 条において「被保護者の状態が予防的または治療的性質の医療を要する場合には、その者に対して給付の支給

を確保しなければならない」としており、同条約第8条の適用事故規定との関連で、予防的性質の医療は、実質義務規定でなく道義的規定である（同条約では適用事故に対応して給付種類、給付期間、資格要件その他の実体条項がうごくこととなっている）としても、その重要性緊要性が既に国際的にも相当強く認識されつつあることを前提としつつ、その後における医療概念の進展、すなわちヴェネズエラ社会保障法における包括医療の規定、イギリス国民保健サービス法における総合的保健サービスにみるような *comprehensive medicine* の思想の下に、このような規定を設けたもののようである。

### （3）被保護者（第7～13ポイント）

病的状態および個人的予防措置を必要とする場合については、（a）加盟国が条約の義務を受諾した部門（農業、非農業）のすべての被用者とその妻および子、または、（b）条約受諾部門における全経済活動人口の50%以上の人口とその妻および子、または、（c）全住民の60%以上に対し、所定の保護を加えることが求められる。（a）（b）（c）いずれか一つの適用（保護）率を満すことが条約批准の要件とされるのである。

また、病的状態に基きかつ所得の停止を伴う労働不能の場合（現金疾病給付一傷病手当金該当）については、（a）条約受諾部門全被用者、（b）条約受諾部門全経済活動人口の50%以上、もしくは、（c）事故期間中の資産が国内法令によって規定される限界を越えない住民に対する保護が要請され、いずれかの要件を満すことが批准の条件とされる。

ただし、上記の医療および現金疾病給付にかかる適用率の要件のうち、被用者にかかる部分については、臨時的性格を有する被用者、家族構成員たる被用者およびこれらの者を除くその他の全被用者の10%以下のものならびに家内労働者（*outworkers*）が、この条約の適用から除外されうるという規定があるので、全被用者適用という規定も実質的にはおおむね90%適用といってもよい。

この適用（保護）率は、社会保障最低基準条約と比べると（例えば被用者でいく場合、同条約では全被用者の50%以上）、大幅に基準を引き上げていることが目につく。

### （4）支給される給付

支給すべき給付としては、前述の保護さるべき事故に対応し、病的状態に対する医療およびこれに関連する給付、個人的予防医療および現金疾病給付の三つが挙げられている（第14ポイント）。

医療およびこれに関連する給付としては、（a）往診を含む一般医の医療、（b）病院における専門医の入院患者および外来患者に対する診療ならびに病院外で行われる専門医の診療、（c）医師その他資格ある者が処方しに欠くことのできぬ薬剤支給、（d）必要な場合には入院、そして（e）国内法令に規定する歯科診療を含むべきこととされている。

個人的予防医療については、内容について具体的に触れずすべて国内法令に規定するところによることとされた（第15～16ポイント）。

社会保障最低基準条約と比較すると、一般医療給付に歯科診療が加えられたことがまず注目され、次に、個人的予防医療について、その内容がすべて各国の国内法令の定め委ねられている点が目につく。なお、ここで触れておくが、この条約という「国内法令」とは単に医療保険法令のみならず、他の分野の法令であっても、実質的にこの条約が要求する条件をカバーするもの一切を含むものであり、これら法令のすべてを援用して条約を批准することができるのである。

医療給付および個人的予防医療については、最低基準条約同様過度にわたらぬ一部負担金制度の設定あるいは濫用防止のための資格期間の設定を認める規定が設けられている。給付期間については、社会保障最低基準条約の26週以上（病的状態の場合）に対し事故の全期間与えるべきものとして大幅にレベル・アップすることとしている。のみならず、医療給付については、受給者が被保護者のカテゴリーに属さなくなった場合、そのカテゴリーに属していた間に開始された疾病については、その属さなくなった時から最低26週は給付を行うべきこととされた。

現金疾病給付については、支給期間（26週以上）、待期（3日間）、標準受給者など社会保障最低基準条約と同様の規定を設けているが、その所得に対する給付割合については最低基準条約の45%から50%に引き上げられている。

なお、第33ポイントに、社会保障最低基準条約同様外国人の処遇に関する規定が設けられているが、最低基準条約第68条に見られるような弾力的取扱い（被用者を保護する拠出制の社会保障制度においては、相互主義に基く2国間または多数国間協定の容認など）から一挙に飛躍して、無条件の均等待遇の確保を義務づけている。労働力の国際的流動のはげしいヨーロッパ、特にEEC諸国の意向が社会保障専門家委員会を通じ、ILO事務局に強く反映した結果と史料される。

## (5) 法律上、行政上および財政上の保障

給付にかかる訴の提起、管理組織等社会保障最低基準条約とおおむね同様の規定が設けられている。

## (6) 勸告

勸告においては、医療およびこれに関連する給付に補装具を含む器具および眼鏡の提供を含み、また医的リハビリテーションを含むべきこと、現金疾病給付の所得に対する給付水準を 66% まで引き上げることなどの項目が目につく。

## V 審議経緯

結論案を基礎とした疾病保険条約の改正に関する審議は、先にも述べた通り、社会保障委員会に付託され、実質的審議のすべてはこの委員会において行われたので、以下委員会の審議の模様およびその結論を紹介することとする。

個別審議に入る前に、同委員会において最初に行われた general discussion において、多くの政府側代表は、多数国による批准の可能性を高めるため条約案はできるだけ flexible なものにすることが必要であり、規定も basic principle の範囲にとどめるよう主張した。使用者側の主張も、同様趣旨に出、さきに述べたように第 24 号および第 25 号条約批准国がきわめて少く、同じように第 102 号条約批准国は 17 カ国、このうち医療および疾病現金給付批准国はわずかに 11 カ国に過ぎぬことが指摘され、ILO 条約の権威と指導性からもっと realistic なものでなければならず、高嶺の花を追うことを避けねばならぬと主張された（ちなみに ILO 加盟国数は約 120 カ国）。

これに対し、労働者側は、社会保障最低基準条約がその後さらに内容水準の向上引き上げを図るという了解の下に成立した経緯を指摘し、疾病保険制度の将来への発展のため最低基準条約の基準より全面的に内容を向上させることと、flexibility 強調が労働者の処遇基準のレベルダウンとなる危険を強調した。

このような各側（委員会は、政府、使用者側および労働者側の三者により構成され、各グループがそれぞれ同数の平等な投票数をもつこととされている。労使両側は一般にそのスポークスマンが代表発言し、政府側は中立的立場で各国代表がそれぞれ発言する。）の一般意見の表明に続いて、結論案の個別審議に入ったが、このような基本的姿勢の開きが、各ポイントの審議の随所で火花を散らすこととなる。

まず文書の形式についてはカナダより医療と現金疾病給付とに分けて条約をつくる案が出されたが、原案通り

決定した。

ついで条約部門について、主なものを述べる。

(1) 農業非農業部門の分離批准問題(第 2 ポイント)については、労働者側よりこのような分離批准を行うことは、農業労働者に対する差別待遇をもたらすこととなるのでこのポイントを削除し、一本批准を行うこととするよう修正することが強く主張された。

これに対し使用者側は反対し、政府側からもハンガリー、ベネズエラ、ナイゼリア、ザンビア等の発展途上国から強い反対が出された。しかしこの分離批准の問題については、さきに成立をみた新年金条約(第 128 号)において、ILO 事務当局の分離批准原案が労働者側の主張で修正され、批准の一本化を行うこととする、ただし条約の中に一条を設け、批准時に宣言を行い、農業部門労働者について一時適用除外を行うこととするということとで結着をみた経緯がある(第 128 号条約第 38 条参照)。このような経緯を踏まえ、オーストリアおよび西ドイツより、年金条約方式による妥協案が提案され、結局この線で落着をみることとなった。

(2) 保護すべき事故の範囲(第 6 ポイント)については大いに議論が沸騰した。

もともと原案の personal preventive medical care という用語については、各国がその解釈に戸惑い、ノルウェー、日本よりはその点について事前に指摘したところであり、アメリカはこれを広義に解し、健康人に対する健康診断のごときものまで実施を義務づけるとすれば、医師等関係専門家の不足、施設設備の不足、財政問題等からとても実施困難としていたものである。オーストリアその他政府代表より、概念の不明確が追究され、フランスはこの用語を狭く解したこともあって、病的状態に対する医療とこの予防医療を一本にすることを主張した。労働者側はヒューマニティの見地および経済効果(医療費節減)の面から原案を支持した。

この間 WHO の専門家が招聘され、personal preventive medicine と curative medicine との間に区別がつけがたいこと、今日の medical care programme においては単に病的状態(morbid condition)についてのみならず、よい健康状態にある者に対しても対策が講ぜられねばならぬとして、社会保障の体系の中に preventive medical care service をとり入れることが適当な旨の説明がなされた。

このような用語による予防医療が条約にとり入れられ、かつ広義に解された場合他の規定との関係、例えばこのような保護をうけるべき対象の範囲(適用率—原案では

被用者の全部等)や管理運営組織—実施機関(原案では公の機関か、その監督の下にある労働者参加の管理組織がこれに当ることとされている)との関係で大変なことになる。

このようなことで、working groupで妥協案をつくることとなったが、そのつくった案は「morbid condition or the possibility that might exist or arise のある場合」ということであった。これに対し、フランス代表は the need for preventive care when there was a possible morbid condition, under conditions prescribed by national legislation と訂正するよう提案し、字句についてはなお drafting committee において検討することとされ、その案は審議の最終日に出された。それは need for medical care of a curative or preventive nature というもので、さきの両案に比し、ふたたび予防医療に関する概念を広漠としたものとし、各国政府および使用者に大きい不満をかったが、時間が足らず、そのまま採択された。おそらく本ポイントについては、次期総会において大きい議論の対象となろう。

(3) 被保護者の範囲(適用率)もまた議論の多かった事項であるが、医療給付に関する適用率については、まず全被用者を対象とする方式については使用者側よりこれを50%にする案が出されたが否決された。第2ポイントの農業非農業分離批准の時の適用割合と、修正後の一本批准後における適用割合では、意味が違う。後者の場合同じ率でも、基準としてのきびしさはきわめてきつい。このようなこともあって、条件の緩和が使用者側より提案されたものと考えられるが、労働者側は逆に、経済活動人口による方式の50%という適用率を75%に高める提案を行った。実は新年金条約において、労働者側提案により、同じように原案の50%が75%に修正されたこともあり、労働者側の提案がなされたものであるが、年金の場合に比し、医療に関しては実施困難なりとして、政府側に反対もあり、使用者側も全面反対したが、票決の結果、労働者側修正案が僅差で通過した。

現金疾病給付にかかる適用率についても、特に経済活動人口中50%という事務局原案に対し、労働者側より75%案が提出されたが、経済活動人口中に含まれる自営業者については現金疾病給付を行うことは一般に適当でない(疾病に伴う所得停止が一般に少いこと、所得停止時点認定の困難性)ということで現金疾病支給を行わない国が多いことから、医療給付と同様75%に上げることは適当でないという政府側意見が多く、結局票決の結果多数差をもって、労働者側提案は否決された。

なお被保護者の範囲に関連し、適用除外を認めることとされていた特別の被用者のうち、家内労働者(out-workers)については、新年金条約の審議結果と同じように、労働者側およびアメリカの提案により、削られることとなった。

(4) 次に支給される給付については、さきに述べたように保護すべき事故の範囲についての審議の結果と軌を一にして病的状態に対する医療と個人的予防医療とが一本にされ、medical care of a curative or preventive nature, and allied benefits……とされた。

そしてその内容としては、原案の医療およびこれに関連する給付のところで説明した(a)から(e)までの項目のほかに、medical rehabilitationが1項目加えられた。これはオランダ、英国、カナダ等のmedical rehabilitationとmedical careは分離できないという意見、またISSAの担当者のこれを裏打ちする意見を反映し追加されたものである。

なお、このように医療の内容が高度化されたことに伴い、後進国に対する条約適用上の配慮の必要が論議され、歯科診療とmedical rehabilitationについては、開発途上国に対し、批准時宣言により条約適用除外のみちを開くこととする1ポイントが新設されることになった。

(5) 一部負担金については、社会保障最低基準条約と同じように、第18ポイントの第1項に「受給する給付を分担することを要求することができる」として第2項に「費用分担に関する規定は困難を避けるよう定められるべきである」という原案であったのであるが、労働者側は強くその削除を求め、オランダ、アメリカは濫用を防止し他の有用な給付に資産を使う必要ありとして反対、結局一部負担をかけるという直接的な規定は避け「一部負担を課す場合には困難を避けるとともに医学的社会的保護の効果を傷つけないようにしなければならない」という一部負担のかけ方に関する条文につくりかえるという妥協案が委員会で作くり上げられた。

なお医療給付に関する支給期間、現金疾病給付の待期に関する事務局原案は、いずれも最低基準条約と同様の規定のしかたであったが、この一部負担に関する修正の余波をうけ、いずれも同じような規定緩和の趣旨に出る修正が行われた。

(6) 現金疾病給付については労働者側から原案の所得に対する給付額の割合50%を75%に引き上げる案、カナダから新業務傷害給付条約(第121号)の傷害給付金と同様60%にすべしとの提案がなされたが、使用者側は反対し、それは政府側多数の反対もあって否決され、

原案が通過した。

(7) 第 33 ポイントの外国人の均等待遇については、レバノンより本案削除か、もしくはせいぜい互惠主義の原則に立った均等待遇条項にとどめるべきであるとの提案がなされた。外国人の待遇については社会保障最低基準条約にも規定され、また別に 1962 年、社会保障における内国民および非内国民の均等待遇に関する条約 (第 118 号) が制定されている。政府側の若干の国からは既にこのような外国人待遇に関する規定ないし条約が制定されていること、およびそれらの条約のレベルから一挙に引き上げて無条件の均等待遇を規定することが現実的でないことが強調された (第 118 号条約では社会保障各部門——医療、遺族年金等——ごとに批准国相互間の外国人均等待遇を規定)。同時に、新業務傷害給付条約に同趣旨の規定が入れられたが、これは対象者が被用者のみであることから可能であったものであり、被用者のみならず、他のカテゴリーのものも含めて規定した新年金条約には、かかる規定がないことを指摘し本条約についても同様にこのポイントを削ることが適当であると述べた。また国公費が多く投ぜられている制度の下では、無条件の均等待遇が問題であることも主張された。このような反対主張に対し、労働者側は、第 118 号条約は全社会保障に関する均等待遇条約であり、この条約とは背景を異にすること、新年金条約に外国人待遇に関する規定を欠くのは、年金については通算等技術的に難問題があるからであるとして反対。結局票決にもちこまれ、使用者側は修正に賛成、労働者側反対、政府側においては、各国間の労働力流動が盛んな EEC 諸国および労働力を出している後進国が賛成してその数多く、結局修正案は否決された。スカンジナビヤ諸国は棄権した。

なお、イギリスよりツーリストについては、均等待遇よりの除外が主張され、この意見は容れられた。

## VI 次期総会の展望

疾病保険に関する第 24 号および 25 号条約の改正は、このようにして第 1 次討議を終え、明年 6 月開かれる予定の第 53 回総会において最終的討議を迎えることとなる。

審議の経緯で述べた通り、そこには幾多の難関があり、紆余曲折があった。第 1 次討議は、いわば第 2 次討議において最終的に条約をつくり上げるための土俵づくりみたいなもので、本格的な論議を第 2 次討議にゆずりつつ、とにかく土俵だけはつくろうというお互いの互譲の精神がそこには貫いていた。終始、卓越した知識、熱意を

もって議長を補佐して各国代表を驚嘆せしめた ILO 事務局の Zelenka の手腕、労使両側の代表スポークスマンがともにオーストリア代表であったことなどが与って力があつたこともあろうが、国際的な疾病保護制度の水準の引き上げとその推進を希う各代表の良識によって、ようやく第 2 次討議のための基礎素材をつくり得たという感が深い。

審議経緯で述べたような問題点はいずれも、ふたたび議論がむしかえされ論戦が展開されると考えられるが、中でも、予防医療の問題、医療の内容項目、被保護者の範囲——適用率、外国人に対する処遇の項目については、その規定の適否——現実の国際水準との懸隔に伴う条約の非現実性という面から審議の紛糾が予想される。わが国は、これらの項目の中でも特に予防医療の問題、外国人処遇問題について強い関心をもっている。

以上で疾病保険に関する第 24 号および第 25 号条約の改正に関する ILO 総会の討議についての紹介を終るが、最後に、本改正問題を通じ筆者の感じた 2, 3 の点について述べ本稿を終ることとしたい。

その第 1 は、ILO 条約の存在意義についての所感である。今日まで採択された ILO 条約の数は 128 を数えるが、このうち必要な批准数を得て発効したもの 110 である。この発効している条約の 1 条約当り平均批准国数は 31 であるという。

ところで、いま疾病保護関係の条約批准状況をみると、基本条約たる疾病保険 (非農業) 条約批准国数 22、同 (農業条約) 17、船員のための疾病保険に関する条約 9、社会保障最低基準条約中医療部門 11、母性保護条約 10 というように、いずれもその数は平均批准数を下回り、きわめて少い。

もちろん ILO においては、各国から批准状況に関する報告、条約勧告の適用に関する総会委員会あるいは条約勧告適用専門家委員会の組織の活用等により条約批准の促進を行っており、今後の批准国の増加があることも予想されるが、それにしても疾病保護関係条約の批准状況はかんばしくない。

もちろん条約は批准国にとってのみ意味をもつものではない。未批准国に対し、あるべき国際的水準を示すことによって、未批准国の制度の向上を刺激し促進する効用も大きい。ILO 条約は、そのことも狙ってつくられている。

しかし、批准国が少いということは、結果として条約自体のもつ権威を失わせ、新興途上にある未批准国に対

する指導性を失わせる。

疾病保険関係条約についていえば、そのような傾向が既にみられるのではないだろうか。

理想的な、内容豊かな、立派な条約を多数つくるより、より現実性をもった実のある——そして結果的に多くの批准によって裏打ちされた権威ある、開発途上国に対し「ダイナミックなアプローチ」が行われ、そのような国にとって魅力ある条約をつくること——そのことについての真剣な討議は、残念ながら ILO の場では、まだあまりなされていないように思う。

この第 24 号および第 25 号条約の改正討議の経緯および結論をふり返るとき、ともすれば理想に走り、現実との遊離がみられたのではないかを案じる。ある人はいふ、後進国に対しては基準緩和の特例があるではないかと。新興の意気に燃える開発途上国が、あえて後進国宣言を発し特例条項援用のみちをとるだろうか。そのへんにも、現実遊離の甘さがあるのではなからうか。

次に、ILO における審議の限界といったような問題についてであるが、例えば疾病保護制度についていえば、従来は被用者に対する疾病保険ということで、まさに労働者の労働条件の改善を目途として設けられた ILO の使命にぴったり合っていたわけであるが、今日疾病保護制度は被用者の埒を越え、全住民を対象とし、医療制度、公衆衛生制度、社会福祉諸制度等との密接な連繋の下に進められる傾向が、国際的にも強くなって来た。

ILO の審議は政府側を中立的な立場において、労使間の論戦のうちに進められる。労使の間の労働条件改善に関する討議方式と、このような疾病保護制度の現実的広がりとはどうもそぐわないのではないだろうか。一般住民の健康を守り、疾病から保護するための施策の討議には、むしろ医療専門家、公衆衛生専門家、社会福祉専門家、それに行政の専門家を加えたような別のテーブルが用意されるべきではなからうか。

疾病保護制度の水準が高まるにつれ、そこには公衆衛生や社会福祉の問題が大きく絡んで来る。第 24 号および 25 号条約の改正討議において問題となった個人的予防医療の問題はその一つの例であり、これまでの紹介では省略したが、高齢者、廃疾者、遺族、失業者に対する医療保護確保の問題、検疫隔離中の者に対する所得補填の現金給付の問題等もその例である。このような面からも ILO の場のテーブルがどこかしっくりしない感じをもたらす。

このようなことから、さし当っての問題ではないにしても、保健衛生に WHO があるように、一般住民を対象とする民生関係の国際機関をつくることもぼつぼつ考えられてよいのではないだろうか。社会福祉、児童福祉、疾病保障などをまとめて所管する国際機関を考えることは、日本の行政組織に拘泥したあまりに日本的な夢物語であろうか。

#### 〔参 考〕

参考のために関係資料名を挙げておく。

#### 1) 第 52 回 ILO 総会報告書 VI(1)

「疾病保険に関する第 24 号及び第 25 号条約の改正」

和文は労働大臣官房国際労働課仮訳。ILO における疾病保護関係条約等の歴史的沿革と疾病保護制度に関する世界各国の現状分析が記述されている。特に後者については、疾病保険条約改正に関連する諸項目につき、具体的かつ詳細に各国の状況、国際的傾向を紹介している。

#### 2) 第 52 回総会報告書 VI(2)

第 24 号および第 25 号条約改正結論案を所載。

#### 3) Provisional Record, No. 28, International Labour Conference, 52nd Session,

社会保障委員会の審議経過の全貌および結論を所載。