

ILO条約・勧告における疾病・医療保障基準 とわが法制：ILO条約・勧告の体系とわが国 の対応に関する研究の一環として

TAKAFUJI, Akira / 高藤, 昭

(出版者 / Publisher)

法政大学社会学部学会

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

社会労働研究 / Society and labour

(巻 / Volume)

33

(号 / Number)

3・4

(開始ページ / Start Page)

71

(終了ページ / End Page)

104

(発行年 / Year)

1987-03

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00006774>

ILO条約・勧告における

疾病・医療保障基準とわが法制

——ILO条約・勧告の体系と

わが国の対応に関する研究の一環として——

高 藤 昭

はじめに

本稿は、世界における社会法推進の原動力的機能になうILO条約・勧告に示された基準の進展の軌跡、多かれ少なかれその基準にそつて展開をみせる各国の立法の進展、あるいはそのILO条約・勧告に対する対応状況をみ、これらとの関係におけるわが国の現状の確認、その現状がILO基準に達していない場合の原因の究明と評価を行ない、国際的基準（規範）との関係で内包するわが国の課題をあきらかにすることを目的とする研究の一環である。¹⁾

扱う分野は表題のとおり疾病給付部門と医療保障部門である。これをILO第一〇二号条約（社会保障の最低基準に関する条約）の体系にてらせば、第二部 医療、第三部 疾病給付の二部門である。前者は被保護者の状態が医療を要する場合における給付であり（第七条）、その給付の目的は「被保護者の健康、労働能力及び自己の用を弁ずる

ILO条約・勧告における疾病・医療保障基準とわが法制

能力を維持し、回復し、又は増進するため⁽²⁾（一〇条三項）のものである。後者は、被保護者の「病的状態に起因し、且つ、所得の停止を伴う労働不能」（一四条）について定期的支払金を支給すること、換言すれば病的状態による所得停止に対する所得保障を目的とする。同じく病気になるいは病的状態に起因する給付ではあるが、両者は性格は異なるものである。これをまとめてとりあげたのは、これに関する最初の条約である二四号条約（疾病保険条約）が、両者を含めて対象としていた——おそらく先進国の先例を受けたものとみられる——事情による。

また、この二つの給付制度の対象となる「医療」(Medical Care)、「疾病」(Sickness)の概念は、労働災害・疾病との関係も含め、それ自体興味ある変遷をたどってきているものである。

さて、この制度についての主要なILO条約・勧告はつぎのとおりである（年代順）

- (1) 工業及商業に於ける労働者並に家庭使用人の為の疾病保険に関する条約（一九二七年、条約二四号）
- (2) 農業労働者の為の疾病保険に関する条約（一九二七年、条約二五号）
- (3) 疾病保険の一般原則に関する勧告（一九二七年、勧告二九号）
- (4) 海員の疾病、傷痕又は死亡の場合に於ける船舶所有者の責任に関する条約（一九三六年、条約五五号）
- (5) 海員の為の疾病保険に関する条約（一九三六年、条約五六号）
- (6) 所得保障に関する勧告（一九四四年、勧告六七号）
- (7) 医的保護に関する勧告（一九四四年、勧告六九号）
- (8) 船員の被扶養者に対する医的保護に関する勧告（一九四六年、勧告七六号）
- (9) 社会保障の最低基準に関する条約（一九五二年、条約一〇二号）

(10) 医療及び疾病給付に関する条約（一九六九年、条約一三〇号）

(11) 医療及び疾病給付に関する勧告（一九六九年、勧告一三四号）

これらには農業労働者に関する(2)や船員に関する(4)、(5)、(8)のような特定の労働者についてのみのものを含んでいるが、ILOの採択した右の条約・勧告の流れのなかに医療・疾病給付に関する制度の発展をトレースすることができる。全体の動きを大まかにみれば、この保障分野についてのILOの最初の取組みの成果が二四、二五号条約であつて、一九二七年のことであつた。(4) その年、より進んだ内容をもつ疾病保険勧告（二九号）が出され、一九四四年になると、より社会保障の名にふさわしい綿密な二つの勧告が所得保障、医療保障両部門にわかれた形で採択される。これを受けて社会保障分野にわたる体系的社会保障構想と最低基準設定の形で示した(9)のなかに二つの部門、すなわち第二部（医療）、第三部（疾病給付）としてその位置をしめることになる。その後さらに医療・疾病給付部門が単独でとりあげられ、(9)より一段前進した条約(10)、勧告(11)が一九六九年に採択をみたわけである。

以下、まずこの六〇年にわたる医療・疾病給付をめぐるILO基準の具体的進展の軌跡を紙幅の許す範囲内でトレースする。この場合、前掲の条約・勧告のうち般員に関する(4)、(5)、(8)は特殊な労働者を対象とするものとして一応視野の外におく。条約と勧告とは、当事国の拘束力の点では前者がまさるが、後者は条約を補充し、またその先導的使命をもつところから、両者を同等に扱う。

つぎにILO条約の世界的批准状況を概観したのち、わが国の批准状況と、さらに現在の立法状況を述べ、ILO基準とわが国の現状との乖離の状態をあきらかにする。そして最後にILO基準との関係でわが国がかかえている問題を検討することとしたい。

- (1) 本研究は、昭和五九年度文部省科学研究費補助を受けた共同研究「ILO条約・勧告および基本政策の体系と日本の対応に関する実証的研究」(代表 秋田成就)の成果の一部である。
- (2) ILO条約・勧告の訳は、原則として労働省編「ILO条約・勧告集」(労務行政研究所)によるが、不適当な部分は私が独自に訳した。
- (3) (1)と(2)は同一内容のものであるが、(2)の農業労働者を対象とするものを切り離したのは、そうすることによって(1)の批准を増やそうとした配慮からである。船員に関しては、このほかにも「船員のための社会保障に関する条約」(一九四六、条約七〇号)や「船員の健康検査に関する条約」(同、条約七三号)などがある。
- (4) ILOがいつごろからこの分野の検討に入ったかはあきらかではないが、条約・勧告一般がそうであるように、その採択までにはかなりの年月が検討に費されている。疾病・医療給付部門でも、すでに一九二五年に、ILO事務局の研究成果が、“Studies and Reports”, Series M No. 4, “Sickness insurance”として出されている。

一 条約・勧告にあらわれたILO基準の軌跡

1 ILO疾病・医療保障に関する条約・勧告出現の背景と原型

前述のようにこの分野で最初にILO条約が登場するのは一九二七年であり、その検討がはじめられたのはそれ以前のことになる。この時点において、ILOをして条約を提案せしめたものにはいろいろの背景が存するであろうが、何といたってもその時点における先進各国における制度の整備の進展が大きな要因であったことは容易に理解できるであろう。

周知のごとく、国家的制度としての最初の疾病・医療給付制度は一八八三年、ビスマルク創設の疾病保険法であり、これが世界における社会保険そのものの第一号となった。しかし、これもその基礎となる先駆的の制度を受けたものであった。肉体的危険・すなわち疾病の結果に対し、これを集団的に保障しようとする発想そのものは、労働の分業と生産の唯一のファクターである労働力しかもたない者、すなわち労働者の発生とともに生じるが、それは遠く中世のギルドに起源をもつとされる。資本主義経済の発展と近代労働者階級の形成は労働者連帯組織の発達を促し、これに使用者の主導による制度の発生も加わる。このような自生的疾病保障制度に国家が加ったものがビスマルク疾病保険であった。

これを範とする国家的強制社会保険方式は、一八八八年のオーストリア、一八九一年のハンガリーをはじめ、第一次大戦終了前にすでに九ヶ国（右の三国のほか、ルクセンブルグ、ノルウェー、セルビア、ロシア、イギリス、ルーマニア）に達し、第一次戦後、二四・二五号条約採択までに、さらに六ヶ国（ブルガリア、ポルトガル、チェコスロバキア、ポーランド、ギリシャ、日本）が加わった。これに対し、一群の国、すなわちベルギー、フランス、スウェーデン、スイス、デンマークは相互共済組合を助成する形（“Subsidised Freedom”方式）をとっていた。以上の二つのグループに対する第三のグループとしては、アメリカ各州、オーストラリア、ニュージーランド、南アフリカなどのように、民間の共済組織を規制するだけで積極的助成までは行わないタイプがあった⁽¹⁾。

しかし右の第三のタイプの国といえども、集団的保障に絶対的な反感をもっていたわけではなく、国家的制度化を考慮していたのであり、ILO当局が二四、二五号条約、二九号勧告採択にむけての検討に乗り出したのは、右のような世界的状況を背景とするものであった⁽²⁾。

こうして出現した疾病・医療給付に関するILO最初の基準たる二四・二五号条約は、今後におけるこの部門についての原型を示すものとなるが、それは以下のような内容のものであった。(便宜上、二四号について説明する。)

(1) 保障方式 強制社会保険方式(一条)。財源は労使分担の保険料を原則とし、これに公的負担が加わることも認められる(七条)。

(2) 適用対象者 短期的・臨時的労働者など一定の除外はあるが、工業的・商業的企業に使用される筋肉・非筋肉労働者(徒弟を含む)、家内労働者、家事使用人を強制対象者とする。被扶養者に対する医療給付は任意(五条)。

(3) 保障内容・保障期間 (a)労働不能に対し、最低二六週の現金給付(Cash Benefit、三条一項)。ただし、その額については規定がない。(b)疾病給付支給の所定期間中、医療給付(Medical Benefit)として、(1)医師の治療、(4)薬剤、治療材料の支給がなされる(四条一項)。この場合被保険者の一部負担も認められる(同条二項)。

(4) 受給要件 一定の資格期間と待期間の設定は認められる(三条二項)。

(5) 管理 非営利の自治機関(被保険者の参加義務あり)によることを原則とし、国の直営は例外(六条)。

以上の二四号条約の特徴をあげれば、(1) 労使保険料負担の社会保険方式のみであること、(2) 現金給付の額については規定がないこと、(3) 医療給付の内容が抽象的であること、(4) 疾病給付(労働不能に対する現金給付)にウエイトが置かれ、医療給付はそれに付随する位置が与えられているにすぎないこと、(5) 労働者本人を原則の対象者とするが、医療については、被扶養者を対象とすることに配慮されていること、(6) 使用者の費用分担制がとられていること、(7) 運営は自治組織を原則とすること、などである。

2 勧告二十九号（疾病保険勧告、一九二七年）

条約二四号に対比した差異としては、つぎの諸点をあげることができる。

(1) 保障方法については、保険制度安定を確保するため、特殊事情に対応する準備基金の設置を義務づける（Ⅳ・15）。

(2) 適用対象者は、年齢、性別をとわず、「職業として且労務契約又は徒弟契約に基き、労働に従事する一切の者」（Ⅰ・1）として極力範囲を拡張しようとする。年齢制限または所得制限を設ける場合にも一定の制約を課している（Ⅰ・2）。

(3) 保障内容のうち、疾病給付（現金給付）については、(a) 被保険者ができるだけすみやかに健康回復可能なように「相当のもの」とすべきこと、また給付率は賃金比例を原則とし、家族に対する責任を考慮して相当大なる割合とすべきこと。均一額制（画一的給付率）は例外的に認められる（Ⅱ・A・3）。(b) 財政状態良好のときは給付率引上げ、給付期間延長ができるようにすること（Ⅱ・A・5）。(c) 給付期間は最低二六週であるが、危険で慢性的疾病の場合および疾病給付受給権消滅後廃疾給付を受けない者には、一年に延長すること、埋葬料支給制度（被保険者には義務的、被扶養者には任意的）の創設（Ⅱ・A・6）。

また医療給付（現物給付）については、(a) 地方的、財政的事情が許すかぎり、(i) 専門医師の診断、(ii) 歯科治療、(iii) 入院治療、の給付がなされるべきこと（Ⅱ・B・8）、(b) 医療給付は疾病の当初から健康状態が必要とする期間保障すべきこと（同7）、(c) 一定の範囲内で被保険者に医師の選択権を保障すること（同11）、(d) 疾病保険が、労働者

に対する衛生教育への協力、能うかぎり多数の者への予防手当の実施、疾病の蔓延防止、国民の健康増進への寄与をなすべきこと(Ⅱ・C・12)。

以上の二九号勧告の二四号条約に対する差異のうち注目すべきものはつぎの諸点である。

- (1) 疾病給付額が具体的に規定され、かつ所得比例制があらわれていること。
- (2) 医療給付の内容、給付期間とも充実されたこと。
- (3) 疾病の予防措置があらわれていること。
- (4) 埋葬料支給制度があらわれていること

3 勧告六七号(所得保障勧告、一九四四年)

つぎに述べる六九号勧告とともに、すでにベバリツジ構想も出された段階で、社会保障の名に値する内容をもった基準がうち出されたものである。疾病・医療部門のみではなく、全所得保障体系にかかわる勧告であるが、ここではこの部門にもかかわる共通的一般原則と本部門のみにかかわる事項をあげる。

- (1) 保障方式 原則的に強制社会保険方式であるが(②項)、これの適用のないニードに対しては社会扶助(Social Assistance)が整備されるべきである(③項)。

社会保険方式は、被保険者、使用者、納税者の三者負担で、使用者はとくに低賃金労働者の保険に補助金を出すこととして、被用者の全給付費の半額以上を負担し、また拠出金により支弁することができない給付費は社会が支弁する(二六項、付録(4)、(8)、(9))。

(2) 適用対象者

(a) 社会保険 全被用者、自立労働者 (Self-employed Person) およびこれらの被扶養者 (一七項)。被扶養者は稼得者の保険によって保護される (同項、付録(1))。自立労働者については、入院を要する疾病、長期的疾病、疾病に要する非常経費に対する保険が考慮されなければならない (二二項)。

(b) 社会扶助 (1) 被扶養者たる子女、(2) 社会保険の適用のない廃疾者、老齡者、寡婦で一定所得以下の者、(3) 窮乏し院内救済の不必要なすべての者 (二八〜三〇項)

(3) 保障内容 給付額に関し、(a) 再就労意欲を阻害せず、生産群に過負担を負わせることなく実行できる水準まで家族責任を考慮して損失所得を償うものでなければならぬ (二二項)、(b) 従前所得比例を原則とする (二三項)、(c) 均一給付制は任意保険等により付加的給付が受けられる国民に対しては認められる (二四項)、(d) 給付率は、未熟練労働者については、被扶養者不在のとき、四〇%、被扶養者たる妻、家政婦がいるときは六〇%、二人の子女に一人につき一〇%の付加金加算義務 (二四項、付録(1))。

以上の勧告案でとくに注目される点はつぎの諸点である。

- (1) 保障方式として社会扶助方式が登場したこと。
- (2) 自営業者 (自立労働者) も適用対象者に入れられたこと。
- (3) 社会保険における三者負担原則がかなり詳細に規定されるようになったこと。
- (4) 給付額は所得比例制の原則がとられ、その給付率が具体的に規定されたこと。

4 勧告六九号（医療保障勧告、一九四四年）

ニードあるすべての住民に対する、社会保障としてのあるべき医療保障体系を示したもので、詳細にして尨大な内容をもち、要点はつぎのようである。

(1) 保障方式 (a) 社会保険、(b) 社会扶助、(c) 公的医療サーヴィス (Public Medical Care Service) の三種の方式による医療サーヴィス⁽⁵⁾ (I・5、6、7)。サーヴィスの費用は社会保険拠出金、租税またはその両者の形をとる定期的支払金でまかなわれるが (I・4)、(a) は被保険者、その使用者からの拠出金と公的基金からの補助金によって (I・6・(c)、また(c) は医療サーヴィスのため特別に課された累進税が一般収入によって経理される (I・7 (b))。

(2) 適用対象者 「利益を挙げる職業に従事すると否とを問わず、社会のすべての構成員」 (II・8)。社会保険の加入者は右の(a)によるサーヴィスを受けるが (II・11)、未加入者で自費でサーヴィスを受けられない者については(b)のサーヴィスを受けとることになる (I・6・(b))。 (c) については、社会の構成員すべてがそのサーヴィスを受けける権利を有する (I・7・(a))。

(3) 保障内容 医療サーヴィス (Medical Care Service) の保障を目的とするが、これは機能上、(a) 治療的ケア (Curative Care) と、(b) 予防的ケア (Preventive Care) にわけられる。前者はすでに疾病にかかっている者の進行の防止、苦痛の緩和、健康の回復をねらいとし、後者は健康の保護と増進である (I・1)。そして、その具体的サーヴィス内容は、(a) 一般開業医および専門医サーヴィス (外来、入院、往診)、(b) 歯科診療、(c) 家庭、病院その他の医

療施設における看護、(d)資格ある助産婦による介助その他の家庭または病院における妊娠・出産サーヴィス (Maternity Service)、(e)病院、保養所、サナトリウムその他の医療施設の維持、(f)できるかぎりの歯科的、薬物的その他の内科的、外科的必需品(義肢を含む)の提供、(g)いつでも関連職業として法的に認められる職業による保護の七種である(Ⅲ・21)。

以上のようなサーヴィスは、「いかなる時及びいかなる場所においても、同一の条件で、且つ管理的、財政的、政治的の性質の障害若しくは障害もなく、又その他その健康状態に関係なく」受けることができる(Ⅱ・20)。医療が(1)(c)によって提供されるときは、租税の納入や資産調査などの資格条件を付してはならない(Ⅱ・18)。骨子右のような本勧告のなかで注目すべき点はつぎの諸点である。

- (1) すべての住民を対象としたこと。
- (2) 提供されるべき医療が治療的ケアと予防的ケアにわけられた上、その内容が詳細かつ具体的に明記されるにいたったこと。
- (3) 医療のなかに出産介助関係が含まれるにいたったこと(3)・(d)。

5 条約一〇二号(社会保障(最低基準)条約、一九五二年)

九部門にわたりその最低基準を設定した社会保障のもっとも基本的な条約である。本稿にかかわるのは第二部医療と第三部疾病給付である。

(1) 医療

ILO条約・勧告における疾病・医療保障基準とわが法制

(a) 保障方式 社会保険、公的サーヴィスのほか、一定の要件をみたす任意的保険もとり入れられる(六条)。財源は保険拠出金若しくは課税又はこの両者であるが(七一条一項)、被用者の保険拠出金の負担限度額は給付費用の五〇%とされる(同条二項)。また給付の正当な支給については国が責任主体となる(同条三項)

(b) 適用対象者 つぎの四類型のうちから各国が選択(九条)。(i)全被用者の五〇%以上と妻子、(ii)全住民の二〇%以上の経済的稼働人口とその妻子、(iii)全住民の五〇%以上の住民、(iv)後進国についての(i)の暫定的例外措置。なお、二四・五号条約のように、農業、非農業の区別はしていない。

(c) 保障内容 予防的、治療的医療提供であるが(七条)、適用を受ける事故としては、(i)原因のいかんを問わないすべての病的状態(Morbid Condition) および(ii)妊娠、分娩およびこれらの結果についてである(八条)。(i)は「原因のいかんを問わない」ため、業務上災害・疾病も入る。

(i)の内容は、(i)一般医の診療(往診を含む)、(ii)専門医の診療、(iii)薬剤支給、(iv)入院、の四。(ii)の内容は、(i)医師または助産婦による産前、分娩、産後の介助。(ii)必要がある場合の入院、である(二〇条一)。なお、病的状態の場合、被保険者に自己負担させることができる(二〇条二項)。

医療給付は現物による直接給付でも間接給付(費用償還方式)でもよい(二条二項)。

保障は全期間を原則とする。ただし病的状態の場合は二六週に制限することができるが、疾病給付が続く間は継続が必要であり、また長期療養を要する疾病については期間延長の必要がある(二二条一項)、給付に資格期間を設けることも認められる(二一条)。

以上の一〇二号条約中の医療部門で特徴的なことは、まず出産介助が一段と明確な形で医療のなかに位置づけられ

るといふ進歩があつた。自己負担禁止、全期間保障など、病的状態に比しより優越した扱いがなされている点に注目される。反面、適用対象、医療内容、保障期間などが限定的で、受給に資格期間をつけていることなどの面で六九号勧告より劣っている。

(2) 疾病給付

(a) 保障方式 強制社会保険方式、任意保険方式のほか、ミーンズ・テストつき社会扶助方式も予想されている(一五条(c)、一六条二項)。財源負担関係と国の責任主体性については医療の場合と同様である(七一条)。

(b) 適用対象者 つぎの四類型のうちから各国が選択するもの(一五条)。(i)全被用者の五〇%以上、(ii)全住民の二〇%以上の経済的稼働人口、(iii)一定の資産をこえない全住民、(iv)後進国における暫定的例外措置。農業、非農業の区別もない。

(c) 保障内容 「病的状態に起因し、且つ、所得の停止を伴う労働不能」(一四条)に対する定期的支払金(Redical Payment)の支給である。金額の算定方式として三類型の選択制が登場した(六五条、六六条、六七条各方式)。適用対象者の類型について右の(i)または(ii)がとられるときは六五条または六六条方式が、(iii)がとられるときは六七条方式が適用される。六五条方式は受給者の従前所得に対する、いわゆる所得比例制であるが、その給付率は、標準受給者(妻および二子を有する男子)について四五%である。六六条は普通成年男子労働者の賃金を標準とする均一制で、その成人男子労働者賃金に対する比率は四五%である。六七条はミーンズ・テストつき社会扶助方式で、その給付額は受給者の健康で相応な生活を保障する一定額とされる。^(g)

給付期間は事故の全期間が原則であるが、二六週に限定でき(一八条)、また受給に資格期間、待期間(三日)

ILO条約・勧告における疾病・医療保障基準とわが法制

八四

を設けることも許容されている（一七条、一八条）。

なお、産前、分娩、産後期間中の所得保障は第八部母性給付でもなされる。

以上の疾病給付について気づく点は、給付額が六七条方式を除き具体的に最低基準が示されたことは二四号条約に比し前進であるが、六七号勧告の期待には反している。適用対象者や保障期間、保障要件については同勧告の水準を下廻っている点は医療について述べたこととほぼ同様である。

6 条約一三〇号（医療・疾病給付条約、一九六九年）

一〇二号条約をふまえた戦前条約見直しのためのILO「社会保障専門家委員会」による第三段階の勧告にもとづくもので、二四・二五号条約の改正条約である（三五条）。本条約出現の背景は、この時点においては、世界的に強制保険方式のみでなく、全住民に適用される公的サーヴィス方式や公費援助による、任意保険方式その他多様な方式が発達をみせていたこと、旧条約が運営方式などあまりに厳格すぎたこと、適用範囲の家族への拡大、現金給付の最低水準設定の必要性が感ぜられたこと、などであった。⁽⁹⁾

要点はつぎのとおりである。

(1) 医療

(a) 保障方式 一定の要件をみたす任意保険が認められている（六条）が、これ以外に方式に関する規定はなく、いかなる形をとるのも加入国の自由ということになる。

(b) 適用対象者 次の三類型のうちから各国が選定（十条）。(i) 訓練生を含む全被用者とその妻子、(ii) 全経済活

動人口の七五%以上の人口とその妻子、(イ)全住民の七五%以上。

(c) 保障内容 治療および予防的医療であるが(九条)、一〇二号条約の医療内容(5・(1)・(c))に、(イ)歯科診療、(ロ)医療リハビリテーション(Medical Rehabilitation)の二項目が追加された(二三条)。

保障期間は事故の全期間を原則とするが、受給者が保護対象者でなくなるときは、二六週に限定できる。ただし、疾病給付が継続されているときは停止されない。また診療の延長の必要な疾病については延長しなければならぬ(一六条)。

各国の法令で受給者に一部負担金を負担させることが予想されている(一七条)。また各国の法令により、受給に資格期間を付することも認められている(一五条)。

(2) 疾病給付

(a) 保障方式 任意保険も認められること(六条)のほかとくに規定はない。ミーンズ・テストつき方式も予想されている(一九条(c))。

(b) 適用対象者 各国の選択するつぎの三類型の一(一九条)。(イ)訓練生を含む全被用者、(ロ)全経済活動人口の七五%以上の人口、(ハ)事故期間中の資格が二四条に規定する限度をこえないすべての住民。

(c) 保障内容 「疾病に起因し、かつ、所得の停止を伴う労働不能」(七条(b))に対する定期的支払金と受給者死亡の場合の葬祭給付の支給である。ここで疾病とは「原因のいかんを問わないすべての病的状態」である(一条(i))。一〇二号条約と同様、業務上災害・疾病も入るが、後述のごとく、ここではいわゆる「労災補償の社会保障化」の含みをもっていた。

定期的支払金は、一〇二号条約同様、三つの方式（二二条・二三条・二四条）が規定され、適用対象者が(i)または(ii)がとられたときは二三条（所得比例制）又は二三条（普通成年男子労働者賃金比例方式）が、(i)がとられたときは二四条方式（均一方式）が適用される。二二条、二三条の給付率は六〇％である。二四条方式による額は、健康で相応な生活を保障する一定額とされる。

給付期間は事故の全期間であるが、所定の各労働不能について五二週以上に制限することができる（二六条2）。各国の法令により待期間（二六条三項）、資格期間（二五条）を設けることが認められている。

葬祭給付（二七条一項）の額についてはとくに規定はない。

以上の一三〇号条約で、労災をも含めた点以外でとくに注目される点は以下のようである。

(1) 医療に關しては、一〇二号条約に比し、適用範囲が拡大されたこと、医療内容に歯科医療のほかりハビリテーションが加わり、医療における(a)予防、(b)治療、(c)リハビリテーションの三つの分野が体系化されたこと、保障期間の限定、資格期間設定の条件がきびしくなったことなどで大きな前進を示したこと。

(2) 疾病給付についても、適用対象者の範囲の拡大、給付率の引上げ、葬祭給付の新設、保障期間や受給要件改善などの前進が認められたこと。

7 勧告一三四号（医療・疾病給付勧告、一九六九年）

一三〇号条約の補足的性格の勧告である。

(a) 適用対象者

(イ) 医療 必要な場合、段階的に以下の者に拡張されるべきである（二二項）。
(i) 臨時的に雇用される者、
(ii) 使用者と同居する家族労働者、
(iii) すべての経済活動人口、
(iv) (i) から (iii) までの者の妻子、
(v) すべての居住者。

(ロ) 疾病給付 右と同様、右の (i) から (iii) に掲げられる者（一一項）。

(b) 保障内容

(イ) 医療には、(i) 眼鏡のような医療器具の供給、(ii) 回復期患者に対する便宜、を含むべきである（三三項）。

(ロ) 疾病給付 保護対象者がつぎのような理由で所得の喪失をともなう欠勤をするときにも支給されるべきである（八項）。
(i) 治療的・予防的医療を受ける必要があるため、
(ii) 検疫のため隔離されていること、
(iii) リハビリテーションのため医師の監督下にあること、
(iv) 回復期の休暇中であること。

(イ) 病気のため通常の労働が完全に不可能でない者には、正規の労働時間中医療を受けるための便宜が供与されるべきである（九項）。

(ニ) 被扶養者を看護しなければならない経済的活動従事者に適当な援助措置がとられるべきである（一〇項）。

(ホ) 疾病給付給付率はすくなくとも 6・% 引上げられるべきである（一一項）。

(ヘ) 現金給付は事故の全期間保障されるべきである（一二項）。

(ト) 医療の受給には資格期間を付してはならず（四項）、また一定の場合一部負担を課されるべきではない（七項）。

(1) 疾病についての集団的経済組織の沿革、二四、二五号条約採択までの各国の状況などについての本文の説明は、主として ILO, op. cit., p. 1 を参照した。††

(2) *ibid.* p. 6

ILO 条約・勧告における疾病・医療保障基準とわが法制

- (3) このほか、除外が認められる者としては、高賃金労働者、金銭賃金 (money wage) の支払を受けない労働者、普通の賃金労働者と同様の状態でない家内労働者、一定の年齢制限がある場合それ以下または以上の者、使用者の家に属する者、である (二条二項 (b) 及び (c))
- (4) 社会が負担する費用としては、(1) すでに高齢者である者の加入から生ずる不足金、(2) 廃疾、老齢、遺族、母性給付支給にともなう臨時的費用、(3) 過度の失業時の失業給付費、(4) 小額収入の自立労働者の保険に対する補助金、があげられている (26 項付録 (9))。
- (5) (a) と (c) の関係については、サーヴィスが一部住民や地域にかぎられている場合、または他の社会保険部門のために拠出機槽が整備されていて全住民を容易に保険制度に取り込むことができる場合には (a) が妥当であり (II・9) 全住民にサーヴィスが提供されており、かつ医療サーヴィスを一般的保健サーヴィスに統合することが望まれる場合には (c) が妥当である (II・10) とされている。
- (6) 要件とは、(1) 公の機関が監督し、又は所定の基準に従って使用者及び労働者が共同で運用し、(2) 熟練男子労働者の所得をこえない所得の大部分に適用され、かつ (3) 適当な場合には、他の形式の保護と組み合わせ、この条約の関係規定を実施するもの、とされる (六条)。
- (7) 経済及び医療施設が十分発達していない国は、宣言によって (三条一項)、本文 (f) の要件を被用者数二〇人以上の事業場の被用者の五〇%とすることが認められている (九条 (d))。
- (8) 三方式の意味や関係については、高橋武『国際社会保障法の研究』(昭和四三年、至誠堂) 三六二頁以下参照。
- (9) くむくは ILO, "Revision of Conventions Nos. 24 and 25 concerning Sickness Insurance", Report VI(1) International Labour Conference, 52th Session 1968 (Geneva ILO 1967) 樋口富男「社会保障の国際的動向」—医療疾病給付条約を中心として—(世界の労働一九卷八号) 九頁以下参照。この論文の指摘によれば、専門家委員会の戦前条約の見方は、(1) 戦後の新しい社会保障の展開の現実にそぐわない、(2) 詳細な規定が多すぎる、(3) 肝心の給付基準についての規定を欠く、(4) 戦後各国の制度は戦前想像もできなかった新しいタイプの給付を開始しており、これについても国際労働基準を設けるべきである、とするものである。

二 疾病・医療保障に関するILO基準の基本的動向

以上のILO条約・勧告の流れのなかからみいだされる制度の主要側面についての基本的動向は、つぎのようにとらえられる。

1 保障方式

二四・二五号条約にみられるように、当初は強制社会保険方式から出発する。財源的には労使による保険料負担に任意的に公的援助が加わる形が想定されていた。しかし勧告六七、六九号以降になると老齢者分のように拠出金で支できない費用は社会の負担とする思想のもと、社会扶助方式が登場する（六七号勧告）。医療については公の基金から支弁される公的医療サーヴィス方式も加わることになる（六九号勧告）。一〇二号条約では、社会保険方式における労働者負担限度が明定される反面、任意保険やミーンズ・テストつき社会扶助方式も認められ、方式としては多様化を示す。そして、ついに一三〇号条約においては任意保険方式が認められる規定は存するが、それ以外、とくに方式に関する規定が姿を消すことになった。戦後のイギリスのごとき国民保健サーヴィス方式（NHS方式）の登場がこの動向の背景となったことはあきらかである。^{（1）}

「強制方式」から「任意方式」への動向は、国家的制度としてみた場合、退歩としての印象がなくはない。しかし、

社会扶助方式や公的サーヴィス方式の登場による「保険方式」からの解放は、「保険」から「保障」への社会保障制度進展に対応するものとして、積極的に評価されるべきものである。とくに医療は後述されるように、予防からリハビリテーションまでを含んだ包括医療が理想であり、またひとの肉体的生存にかかわるものであるだけに全住民を対象とすることの要請が強いことは前述六九号勧告(Ⅱ・8)の規定となつてあらわれているとおりでである。そしてこれらに対応するには、イギリスのような国民保健サーヴィス方式が理想的な形となるのであり、このことも同勧告の指摘するところである(Ⅱ・10)。

2 適用対象者

二四号条約にみられるように、当初は雇用労働者本人を対象とし、しかも高賃金労働者等かなりの除外を認めていた。その家族については、医療給付の支給も任意的であつた。それが二九号勧告を経由して六七号勧告になると全被用者、自営業者、その被扶養者を対象とすることになる。自営業者にも保険制度創設が示唆されるのである。それが医療の六九号勧告になると社会のすべての構成員とされて、終着点に達する。ただし条約となるとその理想からかなりの距りをとる。一〇二号条約をみればあきらかであるが、それでも一三〇号は若干の進歩を示している。さらに一三四号勧告は、現実的な立場から、段階的に理想到達を図っている。

包括性(Comprehensiveness)は社会保障の基本理念の一であり、条約は遅々たる感があるものの、労働者↓自営業者↓これらの被扶養者↓全住民への方向をとっているものとみられる。この目的達成は、医療保障にとくに強く要請されるものと思われる。

3 保障内容、保障期間、保障要件

(1) 医療

原型の二四号条約では、疾病給付に従属して、ごく素朴な治療的医療しかも歯科医療を含まないものを規定したにすぎなかった。しかしこれと同会期に採択された二九号勸告では、すでに予防的医療の重要性を説き、その旨の規定を置いていたことは注目に値する。これが六九号勸告になると明確に医療の一分野としてその地位を確立し、一〇二号条約からさらに一三〇号条約へと引継がれることになる。

この医療の機能的拡張とバラレルに、医療の具体的内容も充実をみせる。歯科治療や入院は二九号勸告に補足的に勧告されており、六九号勸告ではさきに紹介したように、看護、療養、治療材料の支給などが加わって、もっとも充実した内容となっている（これが一〇二号条約の労災給付部門における医療内容となっている）。ただし、前述の予防的医療確立の観点からみた場合、それに対応する具体的医療内容が不明確なうらみは残っている。

一三〇号条約で注目されることは医療内容に医療リハビリテーションが入ったことである。これも、具体的にいかなるリハビリテーションを意味するかはあきらかにされていまいらみはあるが、ともかく觀念としても医療内容にこれが入ったことの意味は大きい。すなわち、医療は、前述の予防的医療、治療的医療、リハビリテーションの三要素がそろって、いわゆる包括医療(Comprehensive Medicine)の骨格が形づくられたわけである。

つぎに医療と出産サーヴィスの関係がある。出産サーヴィスが医療の一内容となって登場するのは六九号勸告であり、一〇二号条約では、病的状態と独立に「妊娠、分娩、分べん及びこれらの結果」として適用対象事故とされ、独自のサ

IUIS内容も規定された。後述のように、このことがわが国の一〇二号条約中医療部門を批准しえない大きな原因となるだけに、このことは重要である。

保障期間も原型は限定的であつた。しかし、二九号勧告では健康状態が必要とする期間となり、一〇二号条約では全期間保障が原則となつた。例外的に限定されることが認められているが、その例外の許容は一三〇号条約になると一段と狭くなる。

資格期間の設定も漸次許容がきびしくなる。一〇二号条約では認められていたが、一三〇号条約ではかなり限定的となつている。しかし全廃されるにはいたつていない。

以上が医療に関するILO基準の基本動向であつた。医療の機能的側面からは治療的医療からそれに予防的機能が付加され、さらにリハビリテーションが加えられる。対象事故の面では病氣(病的状態)に出生が加わる。これと平行して具体的医療内容も充実される。対象者は全住民を包摂し、方式は保険方式にこだわらず、公的サービスによって保障しようとする方向がみいだされる。これらは医療における「治療から健康保障へ」、「出産の対象化」、対象者における「被用者から全国民へ」、保障方式における「保険から保障へ」などの語で示すことができよう。

(2) 疾病給付

給付額については、二九号勧告ではその基準が示され、均一制は例外的に認められて賃金比例が原則とされた。六七号勧告ではこの原則が引き継がれるとともに、具体的な給付率として単身者、四〇%、家族もち六〇%とされる。

一〇二号条約ではこの算定方式が多様化され、所得(賃金)比例制のほか標準労働者賃金比例方式、均一方式の三方式の選択制となつた。所得比例方式における給付率は一〇二号条約では四五%、一三〇号条約では六〇%、一三四号

勧告では六六・％となる。

給付額については、このようにして、算定方式の多様化と、所得比例制（率そのものは標準労働者賃金比例方式も同様）における給付率の引上げの動向がみられるのである。

保障期間、保障要件とも医療に関して述べたこととほぼ同様で、要するに一三四号勧告に示されているように、病気の全期間なるべく無条件に受給できる方向をとっているといえる。

4 労災補償の社会保障化

医療・疾病給付の対象たる疾病に業務上災害疾病を取り込んだのは一〇二号条約で適用対象事故を「原因のいかんを問わない病的状態」と規定して以来である。この条約では別途「業務災害給付」（第六部）を置いていたためか、この取込みの意義についてはあまり意識され、議論されてこなかったようである。しかし、これを「疾病」の定義のなかに規定した一三〇号条約の場合は、その準備段階から一九六六年の業務上外の区別を撤廃したオランダの例、これと同様の結果となる一九六七年のニュージーランド王立調査委員会の勧告をふまえ、あきらかに労災補償の社会保障化が意識されたものであった。当初の事務局原案においては適用対象たる「疾病」は業務外のものに限られていたが、とくに労働側代表からの主張により訂正されたもので、それは「業務上外を区別しないで、どのような疾病状態であってもこの条約に規定する給付は適用されなければならないということ」⁽³⁾を趣旨とするものであった。これはまさに、給付における業務上、外の区別の廃止を指向する、わが国でいわれている「労災補償の社会保障化」の意識が根底に存在したものである。

しかし、本条約においては、底流としてこの意識が存したものの、必ず業務上、外で異った扱いをすることまでも禁止してはいない。したがって、この点ではわが国のような両者で異った内容の別途の制度であっても、それがそれぞれ基準をみたせば批准の障害にはならないと解される。

(1) ILO, Report VI (1) 1967 (op. cit.), p. 6 参照

(2) ILOにおけるこの議論の過程や重複の理由については、高橋武、前掲書一一三頁以下にくわしい。

(3) この経緯については、立案当局者の指摘として、樋口、前掲、一一頁。

三 疾病・医療保障に関するILO条約の批准状況とわが国の法制

批准国数を見ると、二四号条約二八箇国（二五号条約一七箇国）、一〇二号条約中医療部門は一九箇国、疾病部門は一八箇国、一三〇号条約は一三箇国である。⁽¹⁾

わが国は、このうち批准しているのは一〇二号条約中の疾病給付部門のみで、しかもそれは一九七六年になってからであった。一三〇号条約は世界的に批准数はいまだ少ないが、一〇二号条約中の医療部門はアメリカを除き主要先進国はすべて批准済みであり、わが国の遅れが目立つ。政府当局者の言動やわが法制の現状からみて、批准の障害はつぎの二点に認められる。⁽²⁾⁽³⁾

(a) わが法制上の医療には出産サービスが含まれていないこと。

わが法制上、医療、疾病給付の代表である健康保険法、国民健康保険法をみるに、前者では出産に関しては、現金

給付としての分娩費（標準報酬月額半額、最低額、二〇万円）、配偶者分娩費（二〇万円）——額としてかなり引き上げられてきているが、あらゆるケースにおいて出産費すべてをカバーするには不十分なものである——の制度はあるが（五〇条一項、五九条の四）、現物給付たる「産院への収容」は保険者の任意である（五一一条、現在ほとんど実施されていない）。また後者においても助産費の支給か助産の給付かは保険者の選択に委ねられている（五八条一項）のであって、現物給付を中心とする医療に対し、出産保障は一段劣位に置かれているのである。このことは、制定当初の健康保険法五二条が分娩に関する保険給付は分娩前の一定期間（実際には一八〇日以上）被保険者であった者に限定していたことに明示されているが、この点において、前述のように、一〇二号条約ではすでに出産を医療より優越化していることと対照的である。しかし健康保険法以来とられているこの伝統的な医療優先の体系を改めることは、現行医療保険法制の基本を根底から変革することにつながるのである。

(b) わが医療保険法制が疾病の予防に関してはまったくといってよいほど考慮を払っていないこと。

一九八二年施行の老人保健法は四〇歳以上の者を対象に、ヘルス・サーヴィス事業の一環として予防事業を行うこととしたものの、これだけでは一〇二号条約の予防を含めた医療部門を批准するには不十分である。

さかのぼって、二四号条約については、政府は、いまの時点では古い条約であり、より高度の一〇二号条約の批准によってカバーされると考えていたようであるが、事実一三〇号条約は二四・二五号条約の改正で条約の形をとって代替した（三五条）。

その一三〇号条約については、政府はほとんど未検討のごとくである。客観的な現行法制上の問題点としては、医療に関しては、一〇二号との関係で支障となった前述の二点が依然として存在しているほか、本条約独特の問題とし

てリハビリテーションの問題がある。この点もわが医療保険法制にとつてはまったく未知の問題だからである。

業務上災害・疾病を意識的に対象事故として取り込んだことにより、わが法制上は医療保険のみならず労災保障法制をも考慮しなければならなくなったことを意味するが、現に一〇二号条約中業務災害給付部門を批准していることから、直接的には本条約の批准の妨げにはならないであろう。したがって、一三〇号条約中の疾病給付部門にかぎればおおよそ現行法制をもって批准が可能であろう。ただ、適用対象者について一九条(a)項(訓練を含む全被用者)を選択する場合には、五人未満事業所を除外する現行健康保険法(国民健康保険法)上は疾病給付は任意的である。五八条二項)上問題があることになる。

(1) ILO, "List of Ratifications of Conventions (as at 31 Dec. 1982)." Report III (Part 5), International Labour Conference 69th Session 1983, p. 446.

(2) 一〇二号条約医療部門の批准国は、オーストリア、ベルギー、ボリビア、コスタリカ、デンマーク、フランス、西ドイツ、ギリシャ、メキシコ、ノルウェー、ペルー、スエーデン、トルコ、イギリス、ヴェネズエラ、ユーゴスラビアである。

(3) ILOに届けられたわが国の未批准の理由は、給付の範囲や水準がILO基準をみたさないことである。ILO "Summary of Report on unratified Convention", p. 100. 条約を批准しない場合、自国の法律および慣行の状況をILO事務総長に報告することになっているが、わが政府は基本一七条約以外は報告していない。

(4) 樋口、前掲、一四頁

四 わが国の課題

以上のように、医療に関する条約未批准にみられる、国際的規範としてのILO基準に対するわが医療保障法制の乖離、遅れはどうか理解すべきか、またなにゆえなのかを最初に論ぜられなければならない。この乖離は、批准障害となつている前述の二点、すなわち医療における予防、リハビリテーションの欠如、および出産保障の未成熟であるので、これに絞つて論ずることとする。

この場合、定立された国際的基準に到達できない側に多くの問題があることはいうまでもないが、他方、生活習慣や意識構造、経済発展段階、社会保障制度の進展度、さらに一国における経済力などについての各国の差を捨象して一律に基準を設定することから生ずる、各国による批准の困難さの方にも考慮がなされなければならないであらう。

(1) 予防およびリハビリテーションの欠如

ここでまず考えておかなければならないことは、治療をはさむこの二つが加わることの医療保障発展史上の意味である。この二つが「治療から健康保障へ」の動向の二大要素であることはさきにふれたとおりである。ではこの動向の根拠はなになのか。それは医療の中核であり、その端緒である治療（＝病気の回復）そのもののもつ内在的發展性の発現である。すなわち治療は、可能なかぎり傷病の初期に施すほど効果が大きく、（経済的にも）効率的であることは自明であるが、そうだとすれば、もう一步進んで傷病の発生をくいとめるところまで、すなわち予防にまでさかのぼらなければならない必然性がある。治療の対象となる傷病は、それ自体肉体的苦痛をとめない、労働能力を奪

い、要するに人の幸の根元を奪うものであるから、ないにこしたことはない。治療は当然に予防に進まなければならぬものをもつのである。

治療の発展性のもう一つの方向がリハビリテーションである。治療は単に肉体的な病的状態 (Morbid Condition) の解消に終ってはならず、より進んで全人的能力——日常生活能力、稼得能力、社会生活能力——の完全な回復によつてはじめて完成されるものである。このように治療はその前段階における予防、後段階におけるリハビリテーションに結びつく必然性があり、そのことと一体の関係で、医療はもはや病的状態の治癒にとどまらず、そこから人々の全人的能力保全としての健康保障の観念に発展するのである。

世界における医療 (疾病) 保険の現実の発展の流れもこれにそつたものとなる。初期の保険制度の主要目的は労働者に傷病によつて失なわれた賃金の補てんとその傷病の治癒施設の提供であり、後者は金銭給付によつても代替可能な性格のものであった。しかし後者の、とくに予防的措置の併用による大衆の健康増進機能が認識されるや、その目的ないし性格、用いられる手段に変化を生ずる。現金給付は徐々に影をひそめ、現物による医療給付は予防しえなかつた傷病の可及的速やかな回復を図る制度となる。同時に給付の対象も労働者本人だけでなく家族にも拡大され、制度は公衆の健康 (Public Health) 増進のための最大の機構となつた。それは第一次大戦後すでに認められていた動向であつた。この医療保険における現物給付の意味は、第二次大戦後において公的医療サーヴィス方式を含んだ国民保健サーヴィス方式出現につながり、社会保険方式の解消への方向を導いたものであつた。⁽¹⁾

といつてこの過程は決して平たんなものではなかつた。一三〇号条約批准の段階でも医療のなかに予防措置を含めることについては、使用者メンバー、政府メンバーから経費がかかることなどから反対意見が出された。⁽²⁾ここで一

の役割をはたしたのがWHO代表者である。彼は委員長長の招きに応じて発言し、予防的医療の低コスト性とともに、医療の現代的観念は予防と治療の総合を意味することを宣明し、これを社会保障制度にとり入れることを主張した。⁽³⁾

WHOはすでに一〇二号条約採択の際にもILOの要請で報告書を提出し、この点についての影響力を行使している。すなわち、保健サーヴィスには(イ)建設的サーヴィス(環境対策、健全な栄養など)、(ロ)個人的な予防サーヴィス(定期健康診断、健康相談など)、(ハ)治療的サーヴィス、(ニ)回復的サーヴィスの四つの側面が認められるべきことを勧告した⁽⁴⁾。WHOの立場上当然の勧告ととれるが、おおよそ人の健康な活動能力を社会的に維持するには、この四つは当然一体的、総合的に提供されるべきであり、どれひとつに偏ることも許されないのは常識的にも容易に理解される。そして制度は常に理想的状態に向って改善されなければならないとすれば、一步でもこの理想的状态に接近する必要があり、一〇二号条約における予防、一三〇号条約におけるリハビリテーションの登場は、この進歩の必然的な過程でのマイル・ストーンとみられるのである。⁽⁵⁾

では、わが国の一〇二号条約中医療部門、一三〇号条約批准の障害となつているこの部面での遅れはどのように理解するのであろうか。さきにも述べたように、わが国情の特殊性、とくに東洋的社会風土や国情がILO基準を受容できないというなら、それはILO基準の設定自体に問題があることになる。しかしILO基準の右にみた進展、すなわち予防、リハビリテーションの採用、治療から健康保障へ、保険から保障へ、国民保健サーヴィス方式の登場は、世界におけるあらゆる国に共通の医療進展の理想像ではなからうか。国によってはこのような進展を社会的、国家的に、すなわち社会保障によってなすことに原理的に抵抗し、あるいはためらう国があるかもしれない。しかし社会保障の進展はフライデルフィア宣言や世界人権宣言(二二条)によって国際的にも確立されたものとして、——ILO

の基準もここにある——今日の段階ではそれを拒否することは許されない。とすれば、社会保障制度中医療部門は、どの国にとつても妥当視されるILO基準の示すところにそつて進展させられなければならないのである。わが国の現状がこの基準に未到達であるということは、わが国の社会保障における医療部門の後進性を如実に示すものといわざるをえない。予防といひリハビリテーションといつてもILO条約はそれを具体的に示さないため不明確ならみはあるが、少なくとも一〇二号、一三〇号条約を批准できるほどのこの面での進展がなされるべきであり、わが国ではその努力が怠られているということになる。それにもかかわらず、沢内村のような自治体の場合を別として、国として、残念ながらこの努力が老人保健法の域にとどまっているのは、医療発展の意欲とともに、国際基準を遵守しようとする気構えのなさを疑われることにならう。経済的にも後進国であれば弁解も可能であるが、すでに経済大国である以上、医療面での福祉後進性の批判をそらすことはできない。

(2) 出産保障の未成熟

健康保険法制定以来、わが国は、出産に関しては、対象を前述のように一定の被保険者期間をもつ者に限定（昭和二三年まで）したうえ、金銭給付としての分娩費（二〇円、しかも女子被保険者のみを対象）を原則とし、保険者が必要と認めたとときのみ産院への収容、助産の手当をなしうるものとしていた（五一一条）。その理由としてあげられているのは、(1)分娩は傷病と異り、事故の発生が明白で、詐病を構える弊害のないこと、(2)産院その他助産の手当を今直に全国に完備することが困難であることである。わが健康保険法は、労働者の生活保障的観点からはまったく異ならないにもかかわらず、傷病に対する医療中心であり、出産をごく付随的な位置にしかおいてこなかったふしがあるが、当時の状況として、右の第二点目の理由があつたことも確かであろう。当時、というよりは第二次大戦前においては、

わが国の出産は助産婦（いわゆる「産婆」）の介助のもとに、一般に自宅で行われており、産院らしきもの自体が少なく、ここにわが国において出産に関する現物給付を困難にしていた特殊事情は存在する。またこの自宅内出産は出産経費自体を安価とし、それに対する社会的保護の必要性を低めていたことも容易に推測が可能である。そしてさらに、出産は病気にあらずとしてこれを軽視する考え方も存在した。このことは、前述出産給付の受給権を制限した（旧五二条）ことについて、政府当局者が「けだし分娩は傷病と異り人間生活自然の成行として生ずる事故であり、また一方から見ればこれによって生ずる保険者の負担は比較的大であります関係上、一定期間以上保険経済に醸出した者に非ざればこれに関する給付となさぬという制限を設けた次第であります」と説明していること⁽⁸⁾から雄弁に物語られている。

しかし、産院での出産が一般的な出産形態となる第二次大戦後においては、事情は大きく異なるはずである。それは現物による出産保障を可能とするともに、出産費の高額化をもたらし、この面での社会的保護必要性をも高めるにいたる。そしてなによりも国民のあらゆる生活障害を網羅しその保障をなそうとする（いわゆる「ゆり籠から墓場まで」）社会保障法原理⁽⁹⁾「生存権原理の進展は、要保障性の観点からの傷病と出産の同質性をいっそう自覚せしめたいと思われらる。」

昭和七年になり、現物給付たる「助産の給付」の安価性からそれが「健康保険産婆」制度として利用されたが、これは保険財政窮迫に対応する経費節減のためのものであった。⁽⁹⁾そしてこの制度自体、昭和一七年には廃止される。同年、勅令八二六号によって配偶者にも分娩費が支給されることとなった（法改正は昭和二三年）が、現金給付原則は戦後においても制定当初の原型がほぼそのまま保持されているのはどういふわけであろうか。前述のような、医療に

比し出産を軽視する考え方がもし現在でも残存しているとすれば、それは両者に関して生活保障的観点からの要保障性における同一性ばかりか、それがさきに述べた出産形態の変化により増大していることを認識して社会保障法的観点から解消されなければならないものである。国がとくにこの点で国際的基準と別個の制度をとらなければならない理由はもはやみあたらない。産院出産の完全な現物的保障は一見してぜいたくな出産保障のようにみえるが、それは十全な産後措置、とくに難産の場合における母体の保全措置や迅速な安全出産確保措置を容易ならしめて母体の側の出産事故や後遺症を防止し、またそのことをとおして健全な新生児——今後の高齡化社会を支える貴重な人材——の出産を確保するというきわめて優れた進歩的機能をもつこと、換言すれば一定額の出産費支給にはみいだしえない単なる経済的保障をこえた性格をもつことが重要視されなければならない。現物給付としての産院への收容は、単に現金給付にかえた保障措置ではなく、右のような意味をこめた「出産保障」として、その本質を異にするものであり、戦後においては政府当局者さえも「分娩に対する保険給付は、傷病に対する療養の給付と同様、産院收容による現物の助産給付をもって理想とされる」と述べている。⁽¹⁰⁾この点のおくれからILO基準を達成していないわが国の現状は、やはり(1)で述べたと同じ批判を受けなければならないものである。

(1) ILO, "Sickness Insurance" Studies and Reports, Series M (Social Insurance) No. 4 pp. 71—72. 一三〇号条約批准の時
其の6挿條の17に於て ILO, Report VI(1), 1967 (op. cit.) pp. 9—10.

(2) ILO, "Revision of Conventions Nos. 24 and 25 concerning Sickness Insurance", Report V(1), International
Labour Conference, 53 Session 1969 (Geneva ILO 1968) p. 10. したがって労働側は一〇二号条約を引合いに出して、経
済的効率性などから反論した。

(3) *ibid.* p. 10

(4) 高橋前掲書、三三七頁以下にくわし。

(5) この発展過程を概観したものとしては、ILO, Report VI(1), 1967. (op. cit.) pp. 3—8、高橋、前掲書、三〇五頁以下参照。

(6) 森莊三郎『健康保険法解説』大正一二年、有斐閣、一六五頁。

(7) 労働保険調査会第一回会議での農商務大臣山本達雄の健康保険法制定理由の一部ではつぎのように説明されている(森、同右、四頁以下から引用、傍点筆者)。

『茲に於て労働保険の制度を樹立し、以て公平なる負担の下に叙上の諸災厄に対する施設を写し即ち疾病又は負傷に付ては治療の途を容易にして労働力の恢復を迅速ならしめ、収入の途を喪いたる者に対しては生活費を補給して本人並其家族の生活に不安無からしめ、仍分娩、死亡、其の場合に付ても相当救助の途を講ずるは、労働能率を増進し、労資の乖離を防止し、産業の健全なる発達を期する上に於て頗る喫緊事たるのみならず、労働者に対する公平なる待遇を保障する方途として一日も忽にすべからざるものなりと信ず。』

(8) 厚生省保険局編『健康保険三十年史』(全国社会保険協会連合会、昭和三十三年)、上巻、二二七頁。

(9) 同右、下巻二二七頁以下

(10) 小山進次郎編『社会保障関係法Ⅰ』(日本評論新社、昭和二八年)一一七頁以下。

むすび

疾病給付に関してはともかく、ILO基準に反映されている医療・出産保障面における世界のめざましい発展に対し、わが法制はどう変化したであろうか、一九五七年の国民皆年金体制確立(国民健康保険法の全面改正)はもちろんだ大きな発展であった。また一九八二年の老人保健法が、その四〇歳以上の者を対象とするヘルス・サーヴィス事業

を開始したことは、たしかに一〇二号条約医療部門の批准障害の一である疾病予防に関して、健康教育、健康相談、健康診査の設定などひとつの進歩をとげたことは事実である。しかしその他の面では世界の進展の流れに逆行している印象が濃厚である。戦後、健康保険法の改正は何度か行われたが、とくに一九六〇年代以降は三Kの一としての同法の財政対策としてであり、また老人保健法による老人医療無料化の廃止や本人の給付費二割負担を中心とする一九八四年の法改正は国の財源節減をねらいとするものであったことに示されるように、当然に制度の後退とならざるをえなかった。

三Kの一という発想自体保険主義への固執を前提とするものであるが、この保険主義の墨守、国家財源投入の可及的縮減姿勢は「保険から保障へ」、「治療から健康保障へ」の世界的流れに逆行するわが国医療保障制度の象徴であり根源になっていると思われる。一〇二号条約医療部門、まして一三〇号条約の直接的な批准障害たる包括医療体制の欠如、出産保障の未成熟も、結局はこのわが国におけるこの医療・健康保障体制における消極性の一側面ととらえられる。

この医療保障の遅れはなぜなのか。所得保障たる疾病給付の面では基準に達しているだけに、不可解といわざるをえない。そしてここ十年間ばかりの間に顕著な国の財源難を理由とする社会保障後退の動向からみて、この遅れから立ちなおる見通しはまったくくない。