

フランスの社会保障制度における国と地方の関係

伊奈川 秀和

■ 要約

本稿では、フランスの社会保障と地方分権の関係に焦点を当て、特に社会保障分野別の縦系と行政主体別の横系を組み合わせることで近年の動向を分析した。社会扶助を中心に県への権限移譲が進む一方、社会保険とも関係を有する医療については、州レベルの国の機関への権限集約が見られる等、地方分権一辺倒ではない動きが見られる。

■ キーワード

地方分権、地方分散、自由な行政の原則、補完性の原則、権能ブロック、州医療庁

I はじめに

フランスは「不可分の... 共和国」(憲法1条)であって連邦国家ではない。ただ同時に「地方分権的に組織される」ことが規定されており、憲法上も地域の多様性が承認されている¹⁾。さらに、憲法(72条)は、地域共同体(地方公共団体)として、市町村、県、州及び特別の地位を有する地域共同体、並びに海外共同体を規定するほか、法律により、これらの共同体に代替する共同体を創設することを許容している²⁾。

地域共同体の中核は、州(région=26)、県(département =101)、市町村(commune = 36,786)である。このほか、広域行政の共同処理のための特別な地域共同体として、市町村事務組合(syndicat intercommunal)、混合組合(syndicat mixte)が存在する。さらに、独自財源を保有する特別な地域共同体として、都市圏連合(communauté urbaine)、都市近郊圏連合(communauté d'agglomération)、市町村圏連合

(communauté de communes)、新興近郊圏組合(syndicat d'agglomération nouvelle)、大都市共同体(métropole)等が存在する³⁾。

県と市町村の原型は、フランス革命に遡る。このうち県は、県庁所在地まで馬で1日で往復できるよう人為的に区画された共同体である。これに対して、歴史的な地域共同体を基礎とする市町村は、愛郷心(esprit de clocher)も手伝って、その数にほとんど変化がない⁴⁾。このため、フランスの市町村数の多さは、他の欧州諸国と比較しても際立っている⁵⁾。これは小規模市町村の存在を意味しており、実に四分の一が二千人未満(最小はロシュフルシャで登録人口1人)である。

県や市町村と異なり、州の歴史は浅い。1972年に国土・経済開発のための公施設法人として州が創設された後、憲法上も地域共同体として位置付けられたのは2003年になってからであった。

II 地方分権と社会保障

1 地方分権の概観

(1) 地方分権の流れ (図1参照)

まず地方分権に関連する概念を整理する。フランスにおける地方分権 (décentralisation) とは、利益共同体又は公役務活動の主体として法人格が付与され、決定権限が純粋な適法性統制を別とすれば自らの機関により執行されるような行政の構造改革を意味する⁶⁾。具体的には、中央政府から独立・自律した地域共同体に権能を付与することが地方分権であり、この結果として中央政府は、全国的な国法の統一的な実施に必要な限度において、適法性の統制権限を留保するのみとなる⁷⁾。対概念は中央集権 (centralisation) であり、フランスが中央集権国家と言われてきただけに、地方分権の持つ意味は大きい。

地方分権の近接概念に地方分散 (déconcentration) がある。こちらは、同一主体の内部において下部機関に権能を委任・付与する

ことを意味しており、人事上も活動の面でも上部機関の統制権限に服することになる⁸⁾。換言すれば、地方分散とは国の地方支分部局への事務分散であるが、現実には地方分権と同時に地方分散も進められてきた⁹⁾。

1982年から翌年にかけての3本の地方分権関係法により、県知事 (官選) の権能が分割され、地域共同体の執行機関としての権能は県議会議長に移譲されたほか、国による事前的合法性の監督制度から行政裁判所を通じた事後的な違法性は正制度への転換が図られた。

この地方分権改革の第一幕に続き、2003年からは改革の第二幕 (L'acte II) が開始された。改革では、「補完性 (subsidiarité) の原則」を念頭に置いた地方分権化を憲法上も位置付けるとともに、地域共同体の財政自主権が強化された。

さらに2009年には、バラデュール元首相から地

年	地方行政	社会保障
1982 ～ 1984	①市町村・県・州の権利及び自由に関する法律 ②市町村・県・州・国の権限配分に関する法律 ③地方公務員の身分に関する法律	
1984		地方分権に伴う社会扶助等の地方移譲
1989		最低所得保障制度 (RMI) の創設
1992	国家機関の地域分散憲章に関する政令	
1997		特定介護給付 (PSD) の創設
2000		普遍的疾病給付 (CMU) 創設による医療扶助の廃止
2002		個別自律手当 (APA) の創設
2003	地方分権化に関する憲法改正	
2004	①地域共同体の財政的自律に関する憲法72-2条の実施に関する組織法律 ②地方の自由及び責任に関する法律	最低所得保障制度 (RMI) の管理の地方移譲 (自立支援のみならず給付も県に一元化)
2006		障害補償給付 (PCH) の創設
2007		児童福祉制度の改革
2008	総合的公共政策改革 (RGPP) に関する方針の発出	積極的連帯所得制度 (RSA) の試行
2009		①病院改革及び患者・保険・地域に関する法律 (loi HPST) の制定 ②積極的連帯所得制度の実施
2010	①州議会及び県議会の同時再編に関する法律 ②地域共同体の改革に関する法律	

図1 地方分権を巡る動き

域共同体の権能や体制の整理再編等の20の提言から成る報告書が提出された¹⁰⁾。その翌年には、①地域共同体間の権能の重複の整理再編、②協約による地域共同体の委任制度の一般化、③地域議会 (conseillers territoriaux) の創設による州と県の議員の融合等、改革の第三幕 (L'acte III) が開始された¹¹⁾。

(2) 国・地方関係の原則

地方行政の基本原則は、地域共同体の「自由な行政 (libre administration) の原則」である。同原則は、憲法上も「法律は... 地域共同体の自由な行政の基本原則を規定する」(34条) といった形で暗に言及されている。また、憲法院及び国務院も、この原則 (国務院は基本的自由に含まれると明言) を過去の判例を通じて承認している (Décision n° 2010-12 QPC du 2 juillet 2010 ; CE du 18 janvier 2001, n° 229247) ¹²⁾。

自由な行政の原則は、国による地方への過剰介入を禁止する。逆に言えば、この原則を歪めない限りにおいて、法律により地方行政の在り方を規定することが許容される。憲法34条との関係では、公民権、国籍、民事・刑事制度のほか、労働権や社会保障の基本原則を法律事項として議会の権能として留保していることから、むしろ、これらの権能を地域共同体に移譲することは禁じられると解することができる¹³⁾。何れにせよ国に留保された権能を放棄しない限りにおいて、国は国・地方関係を如何に規定するか広範な裁量が存在する。

(3) 地方財政

地域共同体の自由な行政の実効性を担保する上では、量・質の両面での地方への財源保障が重要である。憲法72-2条も、自由な行政の保障に不可欠な租税等の自主財源が歳入全体の中で決定的な割合を占めるべきことを規定している。さらに、

同条は地域共同体の活動に必要な財源保障、すなわち権限移譲に伴う地方の負担増についての財源移譲の随伴という意味での「権限補償の原則 (principe de la compensation des compétences)」を規定している¹⁴⁾。また、同条は、地域共同体間の財政力格差を是正するための均衡策 (dispositifs de péréquation) の実施を法律に委任している。

国・地方関係については、両者の権限を明確に区分するという権限ブロックの原則がある。これとの関係で問題となったのは、

- ①分権改革前に一般的であった国・地方が負担を
持ち合う交差財政 (financement croisé)
- ②複数の国・地方の協調による取組である横断的
政策

であった。このうち、権限の重複の財政面での反映である交差財政は、財政面での共同負担を通じた国による政策協調や脆弱な地方の財政基盤への支援 (個別補助金等) とも捉えることもできる。しかし、一面では、交差財政は負担関係の錯綜や複雑化を招くとともに、財政を通じた国の地方への間接的な後見であったとも評価できる¹⁵⁾。これに対して地方分権改革は、権限ブロックの原則に則った行財政制度への転換を推し進めた。

整理すると、権限委譲に伴う地方財源は、

- ①自主財源としての地方税及び国からの譲与税
- ②使途を制限しない自由度の高い国からの交付金
(dotation)

等を通じて確保されることになる¹⁶⁾。

地方財政の問題は、詰まるところ財政力格差の是正と財政自治を如何に実現するかにある。そのための手段としては、①国による地方向けの垂直的均衡策と②地方間の水平的均衡策が存在する¹⁷⁾。このうち、①は国からの運営交付金 (DGF) であり、中でも都市部連帯・社会的統合交付金 (DGU)、郡部連帯交付金 (DGR)、均衡化全国交付金 (DGP) 等が重要である。これに対して、②は税財源をプールし地域内で分配するものであ

り、職業税均衡化県基金（FDPTP）、イル・ド・フランス地方連帯基金（FSRIF）及び付加的譲渡税均衡化県基金が存在していた。なお、職業税均衡化県基金は、職業税の廃止に伴い順次廃止され、2012年からは新たに4種類の基金が導入された。

憲法上も規定された財政的自律性の原則は、2004年法が具体的な算定方法を規定しており、地域共同体ごとに自主財源の割合が2003年水準を下回らないことを義務付けている（2009年の自主財源割合は、州62.3%、県65.5%、市町村54.0%）¹⁸⁾。

(4) 地方分権の評価

共和国の一体性との関係で、地方分権はもろ手を挙げて支持を得ているわけではない。

また、地方分権の進展はあったものの、フランスは依然として単一の共和国である。その点では、地域共同体の自由な行政も、以下のような限界を有する¹⁹⁾。

- ①地域共同体の権能には、内容的（国からの授権の範囲）、地理的（法律で規定された行政区画の範囲）及び時間的（法律による将来的な変更可能性）な限界があること。
- ②自由な行政は絶対的な自由ではなく、法律に基づく義務的経費に対する支出義務がある一方で、地方税には法律の縛りがあり地域共同体の課税自主権は完全ではないなど、財源保障は十分ではないこと。
- ③地域共同体は、その決定の事前承認等の事前統制は原則として廃止されたものの、適法性や会計の適正執行等の観点から国の事後的統制に服すること。

2 社会保障と地方分権

(1) 社会保障の主体としての地方

県を例にとると歳出の6割が福祉等の社会保障関係費であり、地方行政の中でもその比重は高い

²⁰⁾。背景には、国家レベルでの国民連帯（solidarité nationale）に対して、地方分権が近接地域連帯（solidarité de proximité）の理念に即して進められ、福祉等はその典型であったことがある²¹⁾。

ただし、社会保障全体では、金庫等が運営する社会保険関係支出の比重が高く、その規模は国全体の支出を上回る。また、分野別に見ると、福祉等と異なり、公衆衛生・医療や社会保険の場合には国や金庫の比重が高い。とりわけ公衆衛生・医療分野は、疾病対策に関する全国的取組の必要性、財政面での疾病保険への依存といった事情もあり、一般的な地方分権の流れに反して、むしろ中央集権化に向かったとも評価されている²²⁾。

地域共同体の経常支出1,487億ユーロ（2010年）のうち4割相当の599億ユーロが政策的経費に充当されており、しかも県の支出割合が地方全体の6割弱を占める。このことが象徴するように、地方の政策的経費の相当部分は社会的な給付（APA、RSA、PCH等）として家計に移転する経費である²³⁾。県について言えば、累次にわたる権限移譲により社会事業関係支出は1985年から2008年にかけて4倍（63億→262億ユーロ）となり、経常支出の55%を占めるようになった²⁴⁾。

(2) 国と地方公共団体の役割²⁵⁾（図2参照）

① 国

社会保障の所管省は、時の政権によって変わる。これは、省の編成が政令事項であることのほか、政権が重視する政策分野や担当大臣の政治的力量などによって、省の大小が変わることが影響している²⁶⁾。具体的には、労働、社会保険、公衆衛生、社会扶助・社会事業の4分野の組合せが政権ごとに変わる（現在は、社会問題・保健省（Ministère des affaires sociales et de la santé））。

これに対して内部部局は、比較的安定的である。ただし、地方分権化や行政改革の一環としてのエージェンシー化（独立性の高い庁（agence）の創

設)が進められることも多く、それは必然的に関係部局の力を弱めることになる²⁷⁾。

なお、警察も含めた地方行政を所管する内務省の下に、州知事と県知事が置かれている。両者は2010年の総合的公共政策改革 (RGPP) の結果として対等ではなくなり、警察権等を除き州知事が県知事の上級官庁として指揮権、代執行権等を有することになった²⁸⁾。

また、上記改革は、施策の均霑化^{てん}に重要な役割を果たしてきた各省出先機関の再編統合も内包するものであった。社会保障分野の出先機関には州保健社会問題局 (DRASS) と県保健社会問題局 (DDASS) があったが、この改革に伴い他の出先機関とともに共同機関 (県で2~3局、州で6局+大学区長+州医療庁に集約) の中の一部門に集約化された。具体的には、州の州若者・スポーツ・社会統合局 (DRJSCS)、県の県住民保護局 (DDPP) 又は県社会統合局 (DDSS) が社会保障分野を担うことになった。

さらに、出先機関は、地方分権のみならず社会保障改革の面からも改組された。例えば、1996年の病院改革の結果、州病院庁 (Agence régionale de l'hospitalisation) が創設され、DRASSの担務から病院行政が抜けるとともに、社会扶助等の事務の県への移譲に伴い、出先機関が業務・人員面で縮小してきた。さらに2009年の病院・患者・保険・地域に関する法律 (loi HPST) による改革では、医療政策の指導的役割を州に担わせるとの思想の下、州病院庁に代えて州医療庁 (Agence régionale de santé) が創設され、開業医、介護等の医療福祉施設等も含めた権限の一層の拡大・集約化が図られた。現在、州医療庁は、医療機関設立、医療機器設置等に係る許認可のみならず、その前提となる医療供給体制の在り方やその実現方策等を盛り込んだ州医療組織計画 (SROS) やその前提となる戦略的州医療計画 (Plan stratégique régional de santé) を策定するなど、州段階の保健医療行

政の中核となっている²⁹⁾。その一方で、地域共同体との関係は十分整理されておらず、地域共同体間及び地域共同体・国間の権能が並列する状態が残っている³⁰⁾。

② 州 (地方)

国の出先機関としても、EUレベルでの政策との関係でも、州の重要性は増しているものの、公衆衛生分野も含めた社会保障に関する限り、州の役割は乏しい³¹⁾。数少ない社会保障関係の権能は、2004年に移管された福祉関係職種の養成である (CASF.L.451-1 et s.)³²⁾。これとも関係するが、州が担う行政は、職業訓練のように地域経済やその開発に関連する分野である。その点で、専門性の原則 (principe de la spécialisation) 及び近接性の原則 (principe de proximité) に則り、福祉行政が権能ブロック (blocs de compétences) として県に寄せられる一方、より広域性を有する行政分野は州に集約化されてきている³³⁾。

③ 県

県にとって社会保障分野は、伝統的に重要な位置を占める。福祉関係では、社会扶助の大半 (児童・家庭、高齢者) は、1983年の地方分権法により県の権限とされた。さらに、その後最低所得保障制度も、県に権限が移譲されている。この累次の権限移譲は、いわば福祉の県単位化 (départementalisation) の過程であった³⁴⁾。それを象徴するように2004年の法改正では、「県は、... 社会事業政策を決定し実施する。県は、その圏域において協力を得ながら展開される活動を調整する。」 (CASF.L.121-1) とされた。ここにおいて、県は身近な行政である社会事業のリーダー (chef de file) としての地位を付与されることになった³⁵⁾。

福祉施設関係でも県の果たす役割は大きいのが、2009年の改革で医療的社会施設に関する限り州医

療の権限が強化されている。これは、州単位での権限の国への回帰である³⁶⁾。このため、福祉関係の施設の許認可は、県議会議長（社会扶助が費用を負担する児童、高齢者、障害者等の福祉施設）、州医療庁長官（障害者のリハビリ、訓練等の施設、アルコール・薬物中毒治療施設、疾病保険が費用を負担する福祉施設）、県知事（児童・成人の保護施設、亡命者向け施設）に分散することになり、権限が跨る場合は関係機関による共同認可となる³⁷⁾。

2004年法により県の公衆衛生の権能の一部（結核・ハンセン病・性病、ガン対策）が再度国に戻されたこともあり、福祉と比べて公衆衛生分野で県が有する権限は限定的である³⁸⁾。ただし、国との協定により、県が国の権能（ガン対策等）を実施することも可能である（CSP.L.1423-2）。かかる留保付きではあるが、現在県が有する権能としては、人工妊娠中絶以外の母子保健（健診等）が代表的である（CSP.L.1423-1, L.2111-1 et s.）。

④ 市町村

小規模市町村が多いフランスにあっては、市町村が福祉等の中核的役割を担っているとは言い切れない。市町村は、社会福祉事務所に相当する公施設法人である市町村社会事業センター（CCAS）を設置し、更に任意的な社会事業を展開する場合も多いが、法定の社会扶助については經由機関としての役割に止まる。ただし、県と協約を締結した場合には、その権能の一部を執行することができる（CASF.L.121-6）。もちろん、社会事業について県が指導的役割を担うとしても、任意的な事業である限り、市町村が実施することに特段の制限があるわけではなく、その創意工夫に委ねられている³⁹⁾。さらに、行政基盤の脆弱性の補完手段として、複数市町村による市町村協力公施設法人（EPCI）の設立、事務組合等の設立など、市町村行政の共同化（mutualisation）が社会事業分野でも活用されている⁴⁰⁾。

これに対して公衆衛生の関係では、市町村は

	行政機関	社会保障金庫（一般制度関係）					
中央	社会問題・保健省	全国疾病保険金庫連合会 (UNCAM)	全国疾病保険金庫 (CNAM)	全国老齢保険金庫 (CNAV)	全国家族手当金庫 (CNAF)	社会保障機関中央機構 (ACOSS)	全国社会保障金庫連合会 (UCANSS)
州	州知事 州若者・スポーツ・社会統合局 州医療庁 (ARS)	老齢保険・労働保健金庫 (CARSAT)					
県	県知事 県社会統合局	初級疾病保健金庫 (CPAM)	家族手当金庫 (CAF)			社会保険・家族手当保険料徴収連合会 (URSSAF)	
市町村	市町村長 市町村社会事業センター (CCAS)						

図2 社会保障の行政組織

一般的警察権を有しており、衛生警察 (police sanitaire) としての墓地埋葬、水質保全等の規制行政を担っているほか、水道、一般廃棄物処理等の公役務を遂行している (CGCTL.2212-1 et s.)。また、市町村は消毒及び保健衛生の権能を有しており、その一環として予防接種や消毒を実施することができる (CSA.L.1422-1)。さらに医療供給という点では、公立病院の多くは市町村立 (理事長が市町村長) であり、市町村によっては診療所、老人ホーム等を設置している場合もある⁴¹⁾。

(3) 社会保障金庫等との関係

フランスでは政府管掌の社会保険はなく、制度別・部門別の金庫が運営の担い手となっている。代表的な一般制度の場合、国レベルの全国疾病保険金庫 (CNAMTS)、全国老齢保険金庫 (CNAV)、全国家族手当金庫 (CNAF) 等のほか、州レベルでの年金保険・労働衛生金庫 (CARSAT)、県レベルでの初級疾病保険金庫 (CPAM) や家族手当金庫 (CAF) 等が存在する。なお、疾病保険に関しては、自営業者及び農業者関係の金庫とともに、医療関係者との交渉機関として全国疾病保険金庫連合 (UNCAM) が設置されている⁴²⁾。

近年の傾向としては、一般社会拠出金 (CSG) 等の特定財源の受皿又は特定の支出目的のための基金が創設されることが多い。1993年の老齢連帯基金 (FSV)、1996年の社会債務償却金庫 (CADES)、2000年の社会保障事業主保険料改革財政基金 (FOREC) 等が代表的である。地方との関係では、2004年創設の全国自律連帯金庫 (CNSA) は、要介護高齢者及び障害者のための給付に必要な財源を地方に補給するための基金としての性格を有する。2009年から実施された積極的連帯所得制度 (RSA) は、最低所得保障としての基本的部分 (RSA-socle) を県が、就労関連の補足的所得としての積極的部分 (RSA-activité) を国が負担する構造になっているが、国からの財源投入の仕組みとして全国積極的自律基金

(FNSA) が設けられている。また、地域医療の面では、疾病保険からの拠出による公私医療施設近代化基金 (FMESPP) が病院施設整備の費用を支援している⁴³⁾。

このような基金制度拡大の潮流はあるものの、社会保険の地方行政との結びつきは総じて強くない。例外は、各種金庫による任意的な保健・福祉事業である。中でも家族手当金庫は地方との関係が深く、県と連携したソーシャルワーカーによる取組み、市町村との協定による保育所等の整備、児童施設等の運営など多様な活動を展開している⁴⁴⁾。また、老齢保険部門も、ホームヘルパーの派遣 (個別自律手当創設後は補完的)、老人ホーム等の施設整備等を実施しており、サービス・施設の主体としての地域共同体とも連携・協力関係が必要に応じて構築されることになる⁴⁵⁾。

Ⅲ 地方分権と主な社会保障行政

(1) 社会扶助・社会事業

社会扶助は、歴史的に地方分権の影響を最も受けた分野である⁴⁶⁾。フランス革命後、社会扶助に関する国家責任が承認されたものの、実際に全国的制度が登場するのは、19世紀末であり、それが20世紀後半に再び分権化することになった。

しかも、社会扶助・社会事業は、医療政策との関係でも影響を受ける。1975年法により福祉施設及び医療的福祉施設が規律されて以来、医療的福祉施設分野は福祉行政の一環として実施されてきた。これに対して病院は、1959年及び1970年の制度改正により別途の規整枠組みが設けられ、しかも病院による医療的福祉施設の運営も禁止されるなど、医療と福祉を明確に区分する政策選択がなされてきた⁴⁷⁾。しかし、2009年法により州医療庁が創設され、要介護高齢者や障害者等を対象とする医療的福祉施設は、その医療的性格 (疾病保険からの財源投入) にも鑑み、同庁の管轄となっ

た。ここにおいて、福祉は依然として県の管轄であるのに対して、医療的福祉施設は、より広域的な州レベルで、かつ、国の医療行政を担う州医療庁の下で公衆衛生法典を中心に規律されることになり、福祉行政に二重の意味での亀裂が生じることになった⁴⁸⁾。また、福祉施設等の許認可の面でも、国と地域共同体の二系列の権限が県と州の二層で絡み合うため、この間の分権化や州医療庁創設等の政策が制度の複雑化を招いたとの指摘もある⁴⁹⁾。

(2) 社会保険

社会保険と地方分権を考える重要な視点は、社会保障の一般化（*généralisation*）である。この我が国の皆保険・皆年金に相当する戦後社会保障の基本理念は、1999年の改革による普遍的疾病給付（CMU）創設により一応の実現をみた。この結果、医療扶助は原則廃止され、その限りでは地方分権とは別の方向で改革は進んだ。州医療庁の創設と合わせて考えるなら、フランスにおいて医療は、医療関係の計画等を通じた地域間・階層間の医療格差の是正も含め、国が主導的役割を担う傾向がみられる。

また、地域保険という視点も重要である。伝統的に地域保険が存在しないフランスにあっては、地域共同体が保険者になることは想定しにくい。第5のリスクとしての介護保険創設を巡る議論においても、社会扶助から地域保険としての社会保険への転換には多くのハードルがある⁵⁰⁾。そもそも既存の個別自律手当は、所得要件・扶養義務を前提としない普遍的な給付である点で伝統的な社会扶助とは異なるが、県により実施される制度である点では、社会扶助と社会保障（社会保険）の混合形態であるともされる⁵¹⁾。これを社会保険化する場合には、運営面のみならず必要な追加財源を如何に確保するかといった問題も加わり、これまでも結論が先送りされてきた経緯がある。

(3) 公衆衛生

2004年の地域の自由及び責任に関する法律より以前は、県が結核、ハンセン病及び性病の対策やガン検診を担う一方で、エイズ対策やガン対策の一部は国の権限であるなど、公衆衛生行政はパッチワークのように入り組んでいた⁵²⁾。同法は、ガンと同様に感染症対策も国の所管として、県は母子保健を所管するほか、ガン検診等についても国と協力していくこととされた⁵³⁾。

衛生警察は伝統的に市町村の事務とされてきているが、緊急時には国による特別措置の実施を認めるなど、公衆衛生法典を通じた規整が増大している⁵⁴⁾。また、2004年改革により、医療に関する基本政策の決定は国の責任であることが公衆衛生法典上も明記された（CSP.L.1411-1）。

このような近年の改革や州医療庁の創設等の動きに照らすと、公衆衛生行政における国の比重は高まっているとも言える。

IV フランスの特徴

最後にフランスの国と地方の関係について、その特徴をまとめることにしたい。

① 県の役割の大きさ

州、県、市町村の関係を見ると、社会保障分野に関する限り、福祉を中心に県が果たす役割が大きい。これは、日本において国から都道府県へ、更に市町村へという流れがあるのと異なる。この背景には、フランスの場合には、県や市町村の人口規模が日本より小さく、財政能力が低い小規模自治体が多いことも関係している。ただし、医療行政を中心に州への集約化の動きも見られる。

② 権限と財政の一体性

日本のように実施主体が市町村であっても、都道府県や国が財政面で重層的に支援することが多いのと異なり、地方分権の一環として権限移譲が財政面の負担も随伴する形で行われることが多

い。ただし、施設等には複数の主体から財源が投入され、そこに社会保険各部門の財源も混入することから、地方分権の理念にもかかわらず実際の財源構成は単純ではない⁵⁵⁾。

③社会保険における地方公共団体比重の低さ

社会保険が金庫によって運営されている関係から、国のみならず地方公共団体が社会保険に果たす役割は少ない。これは、我が国において、国民健康保険の市町村公営主義に見られるように、行政が果たす役割が大きかったのと異なる。

④医療における国の比重の大きさ

医療の特徴として、医療供給体制も疾病保険の影響を受けるなど、国、地方、金庫等の多様な主体が関わることが挙げられる。このことは、医療に関する限り単線的な地方分権ではなく、州医療庁の創設に見られるように、国が中心となって金庫も巻き込む形で州レベルでの地域化 (territorialisation) が進められることに反映している⁵⁶⁾。

注

- 1) J. Baguenard, *La décentralisation*, PUF, 2006, p.18
- 2) 地域共同体は、①公法人としての法人格、②法律によって付与された固有の権能、③選挙によって選出された議会の存在が共通点となっている (M. Thoumelou, *Collectivités territoriales, quel avenir ?*, La documentation française, 2011, p.21)
- 3) これらの地域共同体は、独自の予算、組織等を持つ市町村間協力公施設法人 (établissements publics de coopération intercommunale) と総称される (地域共同体一般法典L.5210-1-1A)。事務組合が自らの税財源を持たないのに対して、それ以外の市町村間協力公施設法人は自ら地方税を賦課することができる。いずれも市町村が小規模で事務処理能力が高くない点を補う効果を有する。詳細は、M. Thoumelou, *op. cit.*, pp.173-190 ; Comité pour la réforme des collectivités locales, << Il est temps de décider >>, *Rapport au Président de la République*, La documentation française, 2009, pp.40-45
- 4) M. Verpeaux, *Les collectivités territoriales en France*, Dalloz, 2011, p.154
- 5) M. Thoumelou, *op. cit.*, p.17 ; Comité pour la réforme des collectivités locales, *op. cit.*, p.40

- 6) G. Cornu, *Vocabulaire juridique*, Quadrige/PUF, 2001, p.249
- 7) M. Thoumelou, *op. cit.*, p.24
- 8) G. Cornu, *op. cit.*, p.255 ; M. Thoumelou, *op. cit.*, pp.23-24 ; 1992年法 (loi ATR) に基づく地方分散憲章 (Charte de la déconcentration) 1条によれば、「地方分散は、国家の民政に関する異なる階層間の権能及び手段の配分に関する一般的規整である」。
- 9) M. Verpeau et C. Rimbault, *Les collectivités territoriales et la décentralisation*, La documentation française, 2011, p.33
- 10) Comité pour la réforme des collectivités locales, *op. cit.*
- 11) 2014年に予定されている地域議会の創設は、地域共同体としての県と州との関係に変化 (県の州化又は州の県化) をもたらす可能性のある改革であり、大都市共同体 (métropole) の創設も含めて考えると、県の弱体化を招く可能性もある (R. Lafore, << Les << territoires >> de l'action sociale : l'effacement du modèle << départementaliste >>? >>, in *RDSS*, N° 1/2011, pp.14-16)。
- 12) M. Thoumelou, *op. cit.*, p.31
- 13) *ibid.*, p.40
- 14) *ibid.*, p.56
- 15) *ibid.*, pp.126-128
- 16) M. Verpeau et C. Rimbault, *op. cit.*, p.92
- 17) M. Thoumelou, *op. cit.*, pp.158-159
- 18) Observatoire des finances locales, *Rapport de l'Observatoire des finances locales, Les finances des collectivités locales en 2011*, pp.29-30
- 19) M. Thoumelou, *op. cit.*, pp.59-70
- 20) 社会保障各制度の動向については、過去の海外社会保障研究の論文を参照。
- 21) M. Borgetto et R. Lafore, *Droit de l'aide sociale et de l'action sociale*, Montchrestien, 2011, pp.194-196
- 22) D. Truchet, *Droit de la santé publique*, Dalloz, 2009, p.35 et p.52
- 23) Observatoire des finances locales, *op. cit.*, p.14
- 24) DEXIA Crédit Local, *L'action sociale dans les finances des départements, Synthèse et rapport*, 2009, p.3
- 25) J.-P. Hardy et al., *L'aide sociale aujourd'hui*, ESF, 2010, pp.103-142
- 26) M. Borgetto et R. Lafore, *Droit de l'aide et de l'action sociale*, Montchrestien, 2004, pp.102-103
- 27) D. Cristol, << La réorganisation des services de l'Etat en matière sociale >>, in *RDSS*, N° 1/2011, pp.32-34
- 28) 1992年の地方分散憲章により州知事重視の流れが始まったが、州知事が県知事の上位に立つことにより、第三共和政以来の県中心の伝統は転換することになった (R. Lafore, << Les << territoires >> de

- l'action sociale. . . , *op. cit.* , p.8)。
- 29) D. Cristol , *op. cit.* , p.27 et s. ; B. de Lard et H. Tanguy , << Le nouveau pilotage régional du système de santé par les agences régionales de santé >> in *RDSS* , N° 1/2009 , p.845 et s. ; F. Bourdillon , << Les territoires de santé : un outil de planification en santé >> , in *RDSS* , Numéro hors-série 2009 , p.28 et s.
- 30) P. Villeneuve , << Les compétences des collectivités territoriales >> , in *RDSS* , Numéro hors-série 2009 , pp.86-87.
- 31) Comité pour la réforme des collectivités locales , *op. cit.* , p.47 ; D. Tabuteau , << Politiques de santé et territoire >> , in *RDSS* , Numéro hors-série 2009 , pp.13-15
- 32) 医療関係職種の資格・養成等の企画立案は国の権能とされており、州の権能はコメディカル養成施設の許認可に止まる (CSP.L.4151-9等)。
- 33) Entretien avec Dominique Perben , << Une plus grande souplesse dans la répartition des compétences >> , in *Réforme des collectivités locales : quel bilan ? Regards sur l'actualité* , N° 369 mars 2011 , pp.30-37
- 34) R. Lafore , << Les << territoires >> . . . , *op. cit.* , p.6
- 35) D. Cristol , *op. cit.* , pp.29-32 ; J. Bagueard , *op. cit.* , pp.42-43
- 36) R. Lafore , << Les << territoires >> . . . >> , *op. cit.* , p.7
- 37) D. Truchet , *op. cit.* , pp.55-56
- 38) P. Villeneuve , *op. cit.* , pp.90-92
- 39) M. Long , << Vers un << Acte III de la décentralisation >> ? >> , in *RDSS* , N° 1/2011 , p.21
- 40) *ibid.* , pp.22-26
- 41) 従前は一定規模 (2万人) の市町村は保健所の設置が義務付けられていたが、2002年の法律で義務的設置は廃止された。
- 42) 開業医との協約を通じて、疾病保険は医療格差の是正にも影響を有する。医療の自由との関係から強制的な医師の配置はできないが、医療過疎地域での開業医について診療報酬上の優遇措置 (年間診療報酬の加算等) といったソフトな手法により、医療格差是正のための誘導策を講じている (R. Pellet , << Assurance maladie et territoires >> , in *RDSS* , Numéro hors-série 2009 , p.38 et s.)。これに対して看護師の場合には、過疎地域向けの優遇措置に
加え、過剰地域での開業に関して協約の締結拒否制度 (医師については、強制的な需給調整制度はインターンの反対により頓挫) も導入されている (*ibid.*)。
- 43) R. Pellet , *op. cit.* , pp.47-48
- 44) J.-J. Dupeyroux , *Droit de la securite sociale* , Dalloz , 2011 , pp.738-744
- 45) *ibid.* , pp.744-746
- 46) J. Bagueard , *op. cit.* , p.32
- 47) R. Lafore , << La loi HPST et les établissements et services sociaux et médico-sociaux >> , in *RDSS* , No 5 / 2009 , pp.858-860
- 48) *ibid.* , pp.861-862 ; R. Lafore , << Les << territoires >> . . . >> , *op. cit.* , pp.13-16
- 49) A. Vinsonneau , << La régulation du secteur social et médico-social après la loi HPST : des réglees de plus en plus complexes >> , in *RDSS* , N° 1/2011 , p.41 et s.
- 50) 個別自律手当 (APA) は、一部負担 (応能負担) はあるものの所得要件を課さず、要介護に着目した給付が行われる。また、伝統的社会扶助にみられる遺族への求償等はない (E. Alfandari et F. Tourette , *Action et aide sociales* , Dalloz , 2011 , pp.556-256 ; M.Borgetto et R. Lafore , *op. cit.* , pp.349-365)。この独自性を有する制度は、法的には国民的利益の要請に応えるための社会扶助とされる (Decision n° 2001-447 DC du 18 juillet 2001)。
- 51) M.Borgetto et R. Lafore , *op. cit.* , p.362
- 52) D. Tabuteau , << Politiques de santé et territoire >> , in *RDSS* , Numéro hors-série 2009 , p.10
- 53) *ibid.*
- 54) *ibid.*
- 55) R. Lafore , << La loi HPST . . . >> , *op. cit.* , p.859
- 56) D. Truchet , *op. cit.* , pp.62-65

参考文献

- P. Tronquoy (dir.) , *Les collectivités territoriales : trente ans de décentralisation* , La documentation française , 2011
- J. Ferstenbert et al. , *Droit des collectivités territoriales* , Dalloz , 2009
- (いなかわ・ひでかず 内閣府大臣官房少子化・青少年対策審議官)