

# フランスにおける医療保険制度の動向

—近年の改革による一般化の実現—

柴田 洋二郎

## ■ 要約

フランスは医療保険制度の展開のなかで、①保険料に大きく依拠することから生じる財源問題と、②社会的に疎外されている者や低所得層に対する医療保障という2つの問題に直面することになった。これに対し、90年代後半に財源と給付の両面で抜本的な制度改革を行うことによってこれらの問題を克服する制度をつくりあげた。そこでは、制度創設以来志向されてきた医療保険の一般化（皆保険）の実現が念頭におかれ、これまで医療保険制度の適用対象外だった人口層を医療保険に加入させるとともに、広く国民を財源に関与させるために積極的に税財源を投入している。同時に、金銭的な問題を抱える低所得層に軽微な負担で医療を保障する制度が創設され、実質的にも全国民が医療保障を受給できるような仕組みを設けたのである。本稿では、このフランスの近年の改革の基軸となっているCSGとCMUを中心にフランス医療保険制度の財源改革と給付改革を考察する。

## ■ キーワード

医療保険の一般化（皆保険）、税財源の投入（fiscalisation）、CSG（一般化社会拠出金）、CMU（普遍的疾病保護）

## I はじめに

フランスの医療保険制度（assurance maladie<sup>1)</sup>）は職域を基準として複数の制度を併存させ<sup>2)</sup>、稼働所得に基づく保険料を制度ごとに設定して財源を確保する形で発展してきた<sup>3)</sup>。しかし、1970年代半ばから経済成長が停滞するなかで、「保険料を財源」として「職域を基盤」とする医療保険制度により全国民を保障しようとする手法の限界や欠点が明らかになった。そこで、1990年代以降財源と給付の性質を意識しながら、①保険料を引き下げて租税を投入する動き（fiscalisation）と、②職域保険では対象外となる者や低所得層にも医療を保障する一般化（皆保険：généralisation）を柱とした抜本的な改革を進めていった。それによって税財源を大きく取り込み、かつ全国民を対象とする医療保険制度を実現し、上記の欠点を大きく改善す

るに至っている。

フランスと類似する医療保険制度の構造（保険料を中心財源とした複数制度の併存による国民皆保険という特徴）をもつ日本は相次いで改革<sup>4)</sup>を行いながらも今なおあるべき制度像を模索している段階にある。近年の社会変化（経済の低成長や人口構造の少子高齢化等）のなかで、医療保険を全国民に拡大する過程に内在していた現実的・理論的な問題点（医療保険支出増への対応、度重なる医療保険料引き上げの是非等）が大きく顕在化するに至っているのである。このことからすると、抜本的でかつ論理的に一貫性をもった改革を行い一定の成果をあげているフランスの近年の動きは、日本の医療保険制度が現在直面している問題の根本的な解決策を考察していくうえで示唆に富むものと考えられる。

以下本稿では、フランスの近年の改革の鍵と

なっている財源改革と給付改革について検討する。まず、医療保険と社会保障制度の動向から改革の背景を明らかにする(II)。次に、医療保険財源に大きな影響を与えた一般化社会拠出金(Contribution Sociale Généralisée:以下、CSG)(III)と、医療保険の一般化を完成する普遍的疾病保護(Couvertures Maladie Universelle:以下、CMU)(IV)について、その意義と内容を考察する。最後に、以上のフランスの考察から明らかになる医療保険制度の動向を一般化を実現するための政策に着目して検討し、日本への示唆としたい(V)。

## II 医療保険改革の背景—— 人的対象の拡大と財源政策

医療保険給付の改革は、全国民を医療保険の適用対象とする(一般化)ために、医療保険制度に内在する2つの問題に取り組んできた。

第一に、医療保険の職域性と家族性である。これは医療保険が職域を基盤に組織され、当該職域の労働者とその家族を保障の対象とするため、併存する医療保険制度の間隙におかれる無保険の職域を生み出すという問題である。第二に、医療保険の保険原理である。医療保険は事前に一定額の保険料を支払っていることが医療給付の受給要件となる。そのため、保険料を拠出できない低所得層に対する医療保障が問題となる。

第一の問題に対しては、制度の新設や既存制度への包摂を行うとともに、①判例や立法による家族性の緩和<sup>5)</sup>、②個人加入保険制度(assurance personnelle)の創設<sup>6)</sup>による職域性の緩和を通じて解決が図られ、医療保険の人的対象は大幅に拡大された。

そして、第二の問題に対しては、医療保険から排除された低所得層に対し、保険料や医療費の支払いを求めずに医療給付を行う医療援助(aide médicale)制度が医療保険を補完する役割を担っ

てきた(保険原理の例外)<sup>7)</sup>。

しかし、個人加入保険と医療援助の制度上の欠点(制度への加入手続の複雑化や遅滞等)により、なお医療保障から排除される者(特に、失業者、被保険者と離婚あるいは死別した者、出所受刑者といった社会的疎外者(exclus))が存在していた。

さらに、人的対象とは別に給付水準も問題となった。医療保険制度は医療費の全額を保障するものではない(数度にわたり修正され、現在は一般制度で、外来医療につき3割、入院医療につき2割の自己負担が課される。入院の場合、1日ごとに定額入院費負担も課される)ため、より高水準の保障を求めて任意加入の補足医療保険制度が発展した。しかし、何らかの医療保険制度に加入していても、補足保険に加入するだけの所得がない低所得層は診療時に必要とされる患者負担を理由に受診や治療の継続を放棄・断念していたのである<sup>8)</sup>。

このように、個人的環境を理由に人的対象から排除され、所得水準を理由に医療を断念せざるをえない状況が社会的に問題とされていた。

他方で財源に目を向けると、フランスは伝統的に保険料に依拠した財源改革を行い、一般財源の投入は極力避けてきた。これは、社会保障制度が共済組合に起源をもつという歴史的経緯から、フランス国民が財政の自律性により社会保障を自律的に管理運営していこうとする考え方に強い愛着を抱いていたことに起因する。しかし、70年代半ばから経済成長が停滞すると保険料に強く依存した財源政策は雇用抑制的で社会的に不公正であるとして批判され(後述)、税財源の投入を主張する議論が活発になる。

しかし、とりわけ税財源投入の気運を高める契機になったのは、社会保障制度——特に家族手当——の人的対象の一般化が実現したことである。フランスの家族手当は扶養家族をもつ被用者に対する使用者の自発的恩恵的給付を起源とするが、やがて非被用者や非就労者にも受給権が拡大して

いった。そして、1978年から全国民が給付の対象となったにもかかわらず、その後も使用者や独立自営業者が稼働所得比例で支払う保険料で財源を賄う状態が続いていた。そのため、稼働所得を得ていない(つまり拠出をしていない)人口層に対する給付まで保険料で賄うこととなっており、財源(拠出)と給付の相関関係が欠如することになった。そこで、財源を職業活動と切り離し、すべての国民が関与する税財源を導入すべきであるとの主張がみられるようになったのである<sup>9)10)</sup>。

敷衍すれば、フランスでは社会保障財源の問題を、①喪失した稼働所得の補完・補償か、②社会的最低限の保障か という基準から給付の類型を2つに分けて検討すべきであるとされたのである。そのなかで、稼働所得に関連する給付(老齢年金や休業補償手当)は賃金比例の保険料を財源とするのが適当であるとされた。これに対し、稼働所得に比例するものではなく、また被用者だけに支給されるものでもない給付は、税財源化するのが論理的である(logique<sup>11)</sup>)と考えられた。全国民を対象に統一的な給付を行う場合には租税を財源とすることが望ましいとされたのである。

### III 被用者負担医療保険料の 税財源化——CSG

#### 1. 税財源投入の議論と帰結

税財源化を主張する議論の背景には、社会保障制度(特に家族手当)の給付と拠出の人的対象を一致させようとする動きに加え、保険料による財源政策の欠点がある。フランスの保険料は、①労使折半ではなく使用者の負担する割合が大きいため、フランス企業の国際競争力を阻害すること、②賃金のみを賦課基礎とするため、労働者を雇用することが保険料負担を増大させることになり雇用創出を阻害すること、③算定基礎上限額(plafond)が存在していたことにより、賃金が算定基礎上限額を超えた

場合には保険料額が頭打ちとなり、高所得者ほど実質保険料率が低くなるため、所得の再分配に反すること(ただし、現在では医療・労災・家族手当の保険料は算定基礎上限額が完全に撤廃され、賃金総額を基準に保険料額が算出されている)が問題とされた<sup>12)</sup>。したがって、企業競争力を損なわずに雇用を創出し、かつ所得の再分配に適う租税を選択することが必要となる。こうした視点から、はじめは所得税の一部を社会保障財源に充当しようとする主張が支持されていた<sup>13)</sup>。というのも、フランスでは税収に占める所得税の割合が低い(CSG創設直前で税収の約20%<sup>14)</sup>)ため税率を引き上げる余地が残されており、また、所得税は稼働所得以外の所得も課税対象とし、かつ累進税率であることから、納税者の拠出能力を反映するため公正性に優れているからである。さらに、所得税の増税が物価や賃金に与える影響も大きくないため、企業活動や雇用創出にも中立的であるといえる。

しかし、フランスの所得税は累進性が強く、また、非課税者が多いため(CSG創設直前で税法上の世帯の48%が非課税<sup>15)</sup>)、所得税が一部の納税者に集中し、高額化していることが問題になっていた。そのため、所得税を財源とする場合、前提条件として累進性の緩和と納税者の拡大に向けた所得税改革が必要であった。ところが、控除や税率軽減が入り組んだフランスの所得税は複雑なだけでなく不人気であり、即座には所得税改革が実施できなかったのである。そのため、次第に所得を課税基礎としながらも所得税とは異なる社会保障財源を創設することが提案されるようになっていった<sup>16)</sup>。

そして、91年財政法(Loi n° 90-1168)でCSGと呼ばれる比例税率の社会保障目的税を創設し、家族手当の財源とすることが提案された(したがって、当初CSGは医療保険と直接関係するものではなかった)。

しかし、この提案は以下の点で問題となった。

第一に、保険料と租税の法的性質の問題であ

表1 保険料と租税の比較

	徴収組織	収入の充当先	拠出と給付の相関性	法律事項(憲法第34条)
保険料	保険料徴収組合 (URSSAF) <sup>1)</sup>	社会保障中央財務管理 機構(ACOSS) <sup>2)</sup>	あり	基本原則
租 税	租税当局	一般財源 (特定割当の禁止) <sup>3)</sup>	なし	課税基礎, 税率, 徴収の態様

注: 1) URSSAFは労使の代表者により構成される理事会が管理運営を行う。

2) 保険料は全額ACOSSに帰属し, 各社会保障部門に分配される。

3) 税収は全額一般財源に帰属し, 各年の財政法により配分されるため, 国家政策の優先順位や経済情勢による影響を受けることになる。

出典: 参考文献[1] pp.819 et s.等を参考に筆者作成

る(表1参照)。特に、CSGが租税だとすれば、①拠出を強制されながら受給権を獲得できない人口層を生み出し(例えば、医療保険に所得条件を設定し、一定の所得額を超える場合は公的医療保険制度に加入できなくする等)、②自律性を原則としてきた社会保障制度に国家の介入を許すおそれがあることが問題となった。

第二に課税方式の問題である。CSGは累進税率ではなく比例税率であるため、租税等の公的な拠出金について「能力に応じて平等に分配されなければならない」と定めている人権宣言第13条との適合性が問題となるからである(人権宣言は憲法規範として位置づけられている)。

以上の2点を主たる理由として、91年財政法は法律の合憲性を審査する機関である憲法院(Conseil constitutionnel)に提訴された。憲法院は、まず、CSGの法的性質を租税であると判断している(n° 90-285 DC)<sup>17)18)</sup>。租税である以上、拠出に対して受給権を伴うものでなくても違憲とはならない。しかし、一般化を実現した家族手当に適切な財源を探求するなかで創設されたという経緯を反映して、実際にはCSG創設時に問題とされたように受給権を獲得できない人口層を生み出す結果とはなっていない(この点は医療保険へのCSG投入(後述)についてもあてはまる)<sup>19)</sup>。さらに、財源の自律性については、CSGを社会保障目的税とし、税収の用途を特定して

いることが注目される。目的税としたことでCSGは税収の分配について国家の介入を受けず、これによりフランスの社会保障制度における保険者<sup>20)</sup>の自律的な財源管理が維持されているからである。また、課税方式について、憲法院は、CSGの創設により保険料が軽減されること、CSGは保険料よりも課税基礎が広く徴収額が所得税の課税対象所得から控除されない点で保険料よりも公正に適うことを理由に、CSGは人権宣言に違反しないと判断している。

以上の議論を背景として91年にCSGが創設された。このCSGは以下の2点を特徴とする。第一に、稼働所得、代替所得、資産所得、投資益、競馬・くじ・カジノでの獲得金を課税基礎とし<sup>21)</sup>、どの所得類型においても所得税よりも広範な所得を課税基礎としていることである<sup>22)</sup>。これは稼働所得に偏っていたために拠出能力を正確に反映していなかった保険料の欠点に答えたものであり、賃金以外の所得(特に、資産所得や投資益)をもつ層(一般に高所得層が多い)に大きな税負担を課す結果となっている。第二に、税法上フランスに居住しているとされ、かつ強制加入の医療保険制度による保障を受ける者を賦課対象としうえで<sup>23)</sup>、所得税と住民税のいずれも非課税となる者のみCSGを免除するという人的対象の広さである。これは非課税者が多かったために負担が集中し、かつ高額化していた所得税の欠点に答えたものである。

2. ジュベ・プラン

CSGは家族手当保険料のみを代替するものとして創設されたが、93年に非拠出制年金の財源にも充当されるようになり<sup>24)</sup>、さらに97年以降医療保険にも充当されるようになった<sup>25)</sup>。CSGが医療保険に充当されるきっかけとなったのは、95年に発表された「ジュベ・プラン」である。同プランの中心は医療保険改革であり、平等で簡潔な医療保険制度の構築を目的に「普遍的医療保険制度 (régime universel d'assurance maladie)」と呼ばれる全国民を対象とする一本化した制度を創設することとあわせて、医療保険財源を保険料からCSGに移行する計画が発表された<sup>26)</sup>。この背景には前述した家族手当の変遷と類似する医療保険の変遷がある。医療保険はもともと被用者の疾病による休業時における喪失所得

の補償(金銭給付)を中心としていたが、次第に被用者とその家族に対する医療保障(現物給付)に中心が移っていった。そのなかで段階的に被用者以外の人口層にも適用対象が拡大していき、70年代にはほぼすべての国民が医療保険の適用を受けるに至っていた。しかし、家族手当と同様に、賃金のみを賦課基礎とする保険料では拠出と給付の人的対象が一致しないという状況が生じていた。そして、全国民に財源の拠出を求めるとすれば、なお医療保険の人的対象から漏れていたごくわずかな人口層を適用対象に取り込む必要があった。これらの問題に対処するため、ジュベ・プランにより、まず財源の改革に手がつけられたのである。こうして、数度にわたりCSGを引き上げて医療保険に充当すると同時に被用者負担の医療保険料が引き下げられ

表2 一般制度の医療保険料率

(%)

	91.7.1	93.7.1	97.1.1	98.1.1(現行)
被用者負担	6.8	6.8	5.5	0.75
使用者負担	12.6	12.8	12.8	12.8

注1：本表は紙幅との関係で近年の保険料率の変遷のみを掲載している。

2：医療保険料は84年に算定基礎上限額が撤廃され、賃金総額に課されている。

出典：参考文献 [1] p.827等を参考に筆者作成

表3 CSGと医療保険との関連

(%)

	稼働所得	代替所得	資産所得	投資益	競馬等の獲得金
1991.2.1		1.1			—
1993.7.1		2.4			—
1997.1.1		3.4 (1.0)			
1998.1.1	7.5 (5.1)	6.2 (3.8)	7.5 (5.1)		
2005.1.1	7.5 (5.29)	6.2 / 6.6 (3.95 / 4.35)	8.2 (5.95)		9.5 (7.25)

注1：( )のない数字が総CSG率、( )内が医療保険に充当されるCSG率を表す(97年までは医療保険への充当なし)。

2：代替所得にかかるCSGについては、老齢年金、早期退職手当、障害年金については6.6% (4.35%)、失業補償手当、休業補償手当については6.2% (3.95%) の税率が適用される。

出典：参考文献 [1] pp.864 et s.等を参考に筆者作成

表4 医療保険の財源構造

(%)

	1996	1997	1998		2003
保険料	93.34	85.76	62.21	保険料	56.52
租税 (含 CSG)	2.13	8.78	33.37	CSG	34.78
				タバコ税, アルコール税	1.22
その他	4.52	5.46	4.42	その他	7.48
合計	100	100	100	合計	100

出典：1996-1998年は、J.O. Rapport (par C. DESCOURS), Sénat n° 58 (1998-1999), tome I, p.79. 2003年は、J.O. Rapport (par J.-L. DEBRÉ), Ass. Nat. n° 1617, tome 1, p.125.

(表2、3参照)<sup>27)</sup>、医療保険に充当される税財源は顕著に増加している(表4参照)。

上述のように、CSGは被用者負担保険料に替わるにとどまり、使用者負担の医療保険料には変化はない。実際、使用者負担保険料は医療保険財源の50%以上を占めている<sup>28)</sup>。この点については被用者の医療保障に対する企業責任を示す歴史的経緯を残したものとしてその存在を正当化する意見がみられる<sup>29)</sup>。他方で、給付と拠出の対象との関係で論理的なつながりを欠くとの批判もみられ<sup>30)</sup>、使用者負担保険料の帰趨については今後の課題として残されている状態にあるといえる。

CSGとあわせてジュベ・プランで発表された普遍的医療保険制度は、一般制度よりも高水準の保障を受けていた国鉄職員等からの強い抵抗にあった。そのため、この構想はCSGと同時に実現せず、政権交代を経て一定の修正を加えた給付制度の改革を待たねばならなかった。こうして実現したのがCMUである。

#### IV 一般化の完成 —— CMU

CMUは1999年7月27日の法律(Loi n° 99-641：以下、CMU法)により創設された(施行は2000年)。このCMUは2つの目的をもち、それぞれに対応す

る2つの制度からなる。第一に、強制加入制度に関連し医療保険の一般化を完成する制度(基礎的CMU(CMU de base))であり、第二に、補足制度に関連し低所得層に対する医療給付を保障するための制度(補足的CMU(CMU complémentaire))である。後者はジュベ・プランでは検討されておらず、その意味で同プランよりも一歩踏み込んだ制度となっている。他方、ジュベ・プランに掲げられた医療保険制度の一本化は達成に至っておらず、今後に改革の余地を残すものとなっている。

##### 1. 医療保険の一般化 —— 基礎的CMU

医療保険の一般化は基礎的CMUの5つの原則を基盤とする<sup>31)</sup>。

第一に、普遍性の原則である。従来、医療給付は一定時間の労働や一定額の保険料納付を受給要件としてきた。しかし、基礎的CMUはこうした要件を満たさない者にも新たにフランスでの居住<sup>32)</sup>を要件として一般制度への加入と医療給付の受給権を認めている。ただし、職域を基準とする加入が優先され、いかなる資格(被保険者、被扶養者、権利継続被保険者<sup>33)</sup>)によっても医療保険に加入できない者だけが基礎的CMUに依拠する<sup>34)</sup>。したがって、居住に基づく一般制度への加入は補完的な加入基準であり、医療保険制度が併存する構造

は維持されている。職域と居住という2つの基準を組み合わせることですべての者を何らかの医療保険制度に加入させ、医療保険の一般化を完成しているのである。そのため、個人加入の医療保険制度は廃止され、医療援助もごく一部の例外を除き廃止されている。

第二、第三は即時性の原則と自動性の原則である。基礎的CMUにより、「医療保険の現物給付の受給権がないことを申告する者はすべて直ちに一般制度に加入」する<sup>35)36)</sup>。そして、この者には、この仕組みによる一般制度への加入によって自動的に医療給付の受給権が認められることになった。こうして、申請が受理された日から一般制度に加入し、かつ医療給付を受けることができるようになっていく。

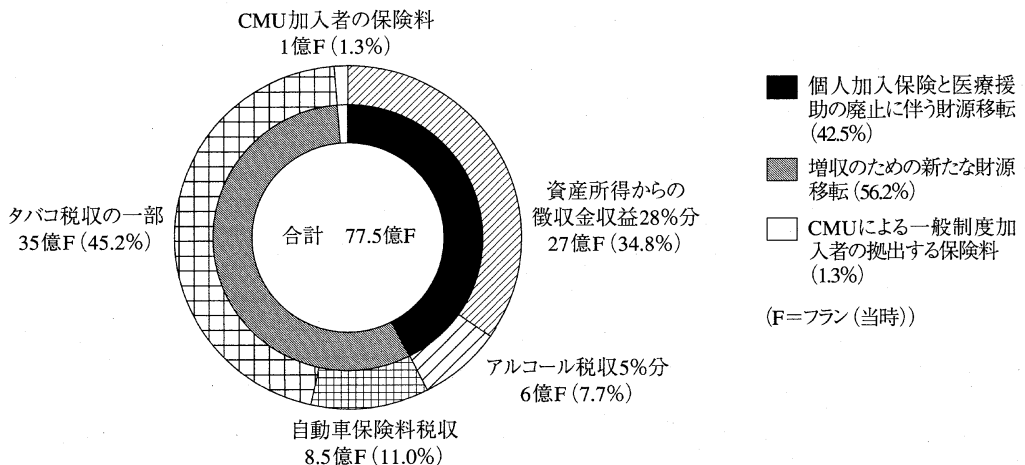
また、医療給付の受給権取得要件として事前に保険料を支払っていることを要求するCSS. L. 161-2条第3項がCMU法第6条により削除されたことが、これら2つの原則を補完するものとなっている<sup>37)</sup>。

第四は継続性の原則であり、受給権の喪失が「居住条件を満たさなくなるか、民法典第112条の定める生死不明(absence)の推定がなされる」場合

に限定されている<sup>38)</sup>。加入漏れや無保険期間が生じることで受給権が途切れないようにしているのである。

以上のように、医療保険の人的対象を拡大するだけでなく、医療給付の受給権取得要件を大きく緩和し、逆に受給権を喪失する要件を限定することで加入制度への帰属を強めていることが基礎的CMUの特徴である。

最後は無償性の原則である。基礎的CMUの財源は、①これまで個人加入保険と医療援助に充当されていた税金および徴収金の一部移転、②医療保険の財源に新たに税金を振り分けること、③CMUによって一般制度に加入する被保険者のうち一定額以上の所得保持者にのみ課される保険料により賄う(図参照。ただし、同図は職域に基づく一般制度加入者に関する医療保険の財源構成(表4)とは異なるものである<sup>39)</sup>)。CMUにも依然として保険原理が残っていることが③から確認できる。しかし、先述のように、CMUでは保険料の支払いが受給権の取得要件となっていないこと<sup>40)</sup>から保険原理(拠出と給付の相関性)が希薄化している。また、実際上も定められた所得額を超える者は少



注:自動車保険料徴収は現在では一般財源に充当されている。

出典: P. BEAU, « 30 questions. La CMU en application », Espace sociale européen, n° 477, p.19.を参考に筆者作成

図 基礎的CMUの財源構成(2000年CMU創設時)

ない(2002年で3.0%<sup>41)</sup>)。CMUによる一般制度加入者の大部分は保険料を支払うことなく一般制度に加入し、医療給付を受給しているのである。

## 2. 医療の実質的保障——補足的CMU

補足的CMUは無料で補足医療保険を保障するものである。基礎的CMUと同様の居住条件に加え、所得条件<sup>42)</sup>が付されており、一定の所得額(世帯構成に応じて異なる)に満たない世帯だけが受給対象者となる。また、所得条件を満たせば職域に基づく医療保険加入者でも受給対象となる<sup>43)</sup>。

補足的CMUの受給者は1年間(更新可)、保険料を支払わずに公的医療保険あるいは補足保険組織(共済組合、相互扶助組織、保険会社)を保険者として補足医療保険を受給することができ、自己負担分、定額入院費負担、アレテ(arrêté)に定める医療製品にかかる費用を保障される。さらに、フランスの医療保険では一般に償還払い方式(受診時にいったん医療費の全額を支払い、その後保険者からかかった医療費の一定割合の償還を受ける方式)が採用されているのに対し、補足的CMUでは例外的に第三者支払い方式(現物給付方式)が採用されているため、受診時点で医療費の支払いが免除されることになる。つまり、補足医療保険への加入保険料と受診時の費用負担という2つの局面で低所得層の金銭負担を大きく軽減し、財政的な問題を取り除くことによって医療を受けやすくしているのである。

なお、補足的CMUは、補足保険組織に課される補足医療保険関連売上高を徴収基礎とする拠出金(法的性質は租税)と、この拠出金では不足する部分に一般財源を投入して、収支の均衡を維持している<sup>44)</sup>。したがって、受給者には直接的な負担が一切課されていない。

## V おわりに

90年代に入りフランスの医療保険制度はジュベ・プランを基盤としてCSGとCMUという財源と給付の両面で重要な改革を行った。この背景には、医療保険の人的対象が大きく拡大したことをうけて、給付と拠出の人的対象を一致させようとする動き、具体的には、全国民を対象とする医療保険を全国民を対象とする財源で賄おうとする動きがある。

まず、フランスではこれまで医療保険財源を主として担ってきた保険料のうち被用者の負担する部分に、積極的に租税を投入する改革が行われた。この改革のなかで中心的な役割を果たしているCSGは所得課税であるが、所得税と比べ、①納税義務者を拡大して全国民を社会保障財源に関与させ、②より広範な所得を包括的に課税基礎として拠出能力に応じて負担を求めることに主眼がおかれている。さらに、③社会保障目的税とすることで保険者の自律的な財源管理を維持し、かつ安定的に財源を確保している。

医療保険へのCSGの投入に呼応するはずであった全国民を対象とする普遍的医療保険制度の創設は、ジュベ・プラン発表後の抵抗を前にCMUの創設という形に修正された。CMUは、職域によっては医療保険に加入できない者だけをフランスへの居住を基準に一般制度に加入させ、この仕組みによる加入者のうち十分な拠出能力をもたない者には保険料の拠出を求めずに医療給付の受給権を認めている(基礎的CMU)。また、低所得層に対しては補足医療保険の保険料負担と受診時の医療費負担を取り除くことで受診抑制の問題を解決している(補足的CMU)。

こうして、フランスはCSGとCMUにより拠出と給付の両面で全国民を対象とする医療保険制度を構築しているのである。その具体的な手法をみると、CSGという包括的な所得課税により全国民に拠出能力に応じた負担を求め、他方でCMUに



より職域以外の加入基準も設けたうえで低所得層に厚い保障(軽微な負担あるいは金銭負担なしでの医療保障)を行っている。この両改革には「保険料を財源」とする「職域を基盤」とした医療「保険」制度を修正する——保険原理(拠出と給付の相関性)を緩和する——ことで医療保障を医療保険に一本化し、民営化でも扶助制度化でもない方法で全国民に医療給付を保障しようとするフランスの一貫した試みが窺えるのである。

もともと、フランスの医療保険制度にも、①税財源投入の動きが進むなかで使用者負担の医療保険料を残すのか否か、②いったん挫折した全国民を対象とする統一的な医療保険制度の構想を再び進めるのか否か等の問題が残されていることを指摘しておく必要がある。これらの問題の帰趨を含めて今後も注意深くフランスの動向を見守る必要があるといえよう。

投稿受理(平成18年3月)

採用決定(平成18年5月)

注

- 1) 直訳すれば「疾病保険」となるが、業務外の傷病と出産を保険事故として一定の給付を行う社会保険制度であり、我が国の「医療保険」制度にあたるため、本稿では「医療保険」と訳す。
- 2) 職域とは業種や職種を指す概念である。フランスでは被用者、自営業者、農業従事者のための制度がそれぞれ存在するほか、国鉄職員や海員等に個別の制度が存在する。
- 3) フランスの医療保険制度の歴史や概要を紹介する邦語文献として、参考文献[7]～[9]等がある。
- 4) 近年だけでも1997年、2000年、2002年に健康保険法等の改正が行なわれた。それぞれ、安藤公一1997「健康保険法等の一部を改正する法律」『ジュリスト』第1119号p.33以下、吉田一生2001「健康保険法等の一部を改正する法律」『ジュリスト』第1195号p.71以下、島崎謙治2002「健康保険法等の一部を改正する法律」『ジュリスト』第1231号p.48以下を参照。
- 5) 被扶養者の範囲が拡大された。判例や立法の展開については、M. HARICHAUX 1996. « Réformes de l'assurance maladie et protection des assurés », *Revue de droit sanitaire et social*, 32 (4), pp.845 et s.

- 6) 医療保険の適用対象から漏れる者が任意的に一般制度(被用者が主たる加入者となり人口の8割以上が加入するフランス社会保障の中心的制度)に加入することを認める制度である。詳細は、Y. SAINT-JOURS 1980. « L'assurance personnelle en matière de maladie et de maternité ou l'assurance labyrinthe », *Revue de droit sanitaire et social*, 16 (4), pp.453 et s.
- 7) 医療援助制度については、参考文献[2] pp.540 et s.
- 8) CMU創設直前で、7人に1人が財政上の理由で治療を断念したことがあると答えている(A. BOCOGLANO (et al.) 1999. « Santé, soins et protection sociale en 1998 », *questions d'économie de la santé*, n° 24, p.2.)
- 9) こうした問題意識をもっとも早期にかつ鮮明に示したのは、J.-J. DUPEYROUX 1976. « Sécurité sociale: adapter la nature des ressources à celle des dépenses », *Le Monde* du 21 septembre, pp.21 et s.である。それを継受・発展させているものとして、A. EUZÉBY 1978. « Faut-il fiscaliser la sécurité sociale ? », *Droit social*, pp.181 et s.等がある。
- 10) 世帯所得に占める稼働所得の割合が低下し、代替所得(老齢年金や失業補償手当等の社会保障給付)や資産所得の割合が増加したことも一因である。80年代には、これら2つの所得類型が世帯所得の40%近くを占めるに至っていたが、これらは保険料の賦課基礎となっておらず、この点多様な所得を総合的に社会保障財源に関与させようとする改革を後押しすることとなった(参考文献[3] pp.13 et s.)
- 11) この表現は多くの論稿で用いられている。例えば、A. EUZÉBY, *op. cit.*, pp.187 et s.; 参考文献[1] pp.266 et s.
- 12) 以上は、A. EUZÉBY, *ibid.*, pp.181 et s.; A. EUZÉBY 1987. « Les cotisations sociales en France: problèmes et perspective », *Droit social*, pp.864 et s. なお、両論文では社会保険料批判に対する反論も行われている。
- 13) 例えば、76年の国立行政学院(ENA)の報告書である(1976. « Le financement du régime général de la Sécurité sociale », *Droit social*, pp.217 et s.)。また、フランスでは所得税のほか消費税(付加価値税: TVA)も有力な選択肢の1つとなっていたが、拠出能力を正確に反映するものではないため低所得層が重い負担を負う(逆進性)という理由からその選択肢はとられなかった。
- 14) 平石雄一郎1994。「フランスの最近の税制動向」『租税研究』第539号p.88。
- 15) J.O. 1990. *Doc. Administratifs*, n° 84, pp.317 et s.
- 16) 例えば、87年の賢人委員会報告書である(*Liaisons sociales* 1987, Documents n° 105/87.)。
- 17) 本判決の解説として、X. PRÉTOT 1991. « La conformité à la Constitution de la loi instituant la contribution sociale

- généralisée », *Droit social*, pp.338 et s.等がある。本判決に関する邦語文献として、加藤智章 1994「フランス社会保障制度における一般化社会拠出金の導入」『海外社会保障情報』第109号 p.36以下、上村政彦 1991「『総合福祉拠出金制度』の発足とその影響」『海外情報』第19号 p.25以下。
- 18) しかし、憲法院は租税と判断する際に明確な理由を述べていない。
  - 19) 一般化を達成した給付の受給権を制限しようとする動きには強い反発がみられる。例えば、98年に家族手当に所得条件が設定されたが強い批判を受け、翌年には所得条件が撤廃された。
  - 20) 例えば、一般制度では金庫 (caisse) と呼ばれる組織が保険者となる。金庫では労使代表者による方針決定が行われており、この点に管理面での自律性がみられる。
  - 21) CSGの徴収は、稼働所得および代替所得について、農業従事者に対しては農業共済組合金庫が行い、それ以外の者に対してはURSSAFが行う。他の所得類型については租税当局が徴収する。
  - 22) CSGと所得税の課税基礎の比較については、参考文献[4] p.48。
  - 23) 社会保障法典(以下、CSS.) L. 136-1条1°。
  - 24) CSGが充当される非拠出制年金は低所得高齢者に支給されるもので、所得条件が付されている。つまり、CSGは、①一般化を達成した給付の財源、②所得条件付で支給される社会的最低限保障給付の財源という2つの側面をもつ。
  - 25) CSGを医療保険財源に充当すべきとの意見は創設当初からみられていた(J. BICHOT 1991. « CSG: la solidarité professionnelle se meurt, vive la solidarité nationale! », *Droit social*, pp.76 et s.)。
  - 26) 1996. « Intervention du Premier ministre Alain Juppé sur la réforme de la protection sociale », *Droit social*, pp.221 et s.
  - 27) ジュベ・プランでは医療保険を中心とする社会保障の累積債務を返済するための財源とするため、社会保障債務償還拠出金(CRDS)が創設されている。CRDSの法的性質も租税であり、CSGよりもさらに広範な人的対象と課税基礎で0.5%の税率で課される。
  - 28) 被用者の負担として残されている0.75%の保険料は被用者の賃金に比例して支給される疾病休業補償手当の財源に充当される。
  - 29) P. VOLOVITCH 1999. « Égalité devant les soins, égalité devant la santé: quel rôle pour l'assurance-maladie ? », *Revue d'IRES*, n° 30, p.152.
  - 30) 例えば、R. PELLET 2004. « Le «bouclage» financier de la réforme », *Regards sur l'actualité*, n° 304, p.36.
  - 31) M. BORGETTO 2000. « Brèves réflexions sur les apports et les limites de la loi créant la CMU », *Droit social*, pp.31 et s.
  - 32) 居住要件は「安定的」かつ「合法的(外国人のみ)」にフランスに居住していることをもって満たされる。「安定的」とは3ヶ月以上連続して居住していることをいい、「合法的」とはフランスにおける外国人滞在に関する法律に照らして合法的な状況でフランスに居住していることをいう(CSS. R. 380-1条)。
  - 33) 被保険者または被扶養者としての強制加入制度加入適格を失った者は、他の制度に加入する場合を除き、4年間医療給付の受給権を継続する(CSS. L. 161-8条)。この仕組みの適用を受ける者を権利継続被保険者という。
  - 34) 職域を基準として一般制度に加入する者は約4850万人(2002年)であるのに対し、基礎的CMUに基づく加入者は約170万人(2005年)である(B. BOISGUÉRIN 2006. « Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2005 », *Études et Résultats*, n° 512, p.2.)。
  - 35) CSS. L. 161-2-1条第1項。
  - 36) 所属制度や管轄区域に誤りがあった場合でも、いったん申請を受理した制度に加入したうえで事後的に所属制度の変更が行われ、本来の加入制度の受入態勢が整うまでは申請を受理した制度が暫定的に給付責任を負う。
  - 37) 具体的な保険料額や労働時間数を定めるCSS. L. 313-1条やR. 313-2条は依然残されているが、これらは現在、ある者が職域に基づいて一般制度に加入するのか、居住に基づいて加入するのかを画定する機能を果たしているにすぎない(R. MARIÉ 2000. « La Couverture Maladie Universelle », *Droit social*, p.10.)。
  - 38) CSS. L. 161-15-1条。
  - 39) CSGとCMUの関係については、CSGがCMUの財源とはなっていないことに注意しなければならない。しかし、両改革にはフランスで長く維持されてきた伝統的な医療保険制度を大きく変容させているという共通点がある。この点は本稿のテーマともかかわる重要な部分のため、本稿の最後(V)で述べる。
- なお、図からは基礎的CMUの財源の大半は租税で賄っていることがわかり、また、後述のように補足的CMUの財源は全額を租税で賄っている。CMUは既存の医療保険料に影響を与えるものではない点でCSGと異なるが、租税により医療保険財源を賄おうとする点ではCSGと軌を一にするといえる。
- 40) ただし、被保険者の悪意の不払いの場合は受給権が中断されることがあり、また保険料の強制徴収手続が強化されている。
  - 41) 2003年12月のCMU評価報告書(CMU法第34条に基づき2年ごとに政府が議会に提出する)p.7。同報告書は<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports/index.html>から閲覧できる。

- 42) 課税申告上の所得以上に広範な所得が所得額算定の対象となる。また、非被用者には特別規定が設けられている。詳細は、参考文献[5] pp.65 et s.を参照。
- 43) 2005年末で、補足的CMUの受給者は470万人以上にのぼる(B. BOISGUÉRIN, *op. cit.*, p.2.)。
- 44) 補足的CMUの財源のおよそ80%は一般財源である(参考文献[6] pp.741 et s.)。

#### 参考文献

本文中に掲げたもののほか、

- [1] J.-J. DUPEYROUX (*et al.*) 2005. *Droit de la sécurité sociale*, 15<sup>e</sup> éd., Dalloz.
- [2] M. BORGETTO (*et al.*) 2004. *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 5<sup>e</sup> éd., Montchrestien.
- [3] CONSEIL DES IMPÔTS 1995. *La contribution sociale généralisée, 14<sup>e</sup> rapport*, Journaux officiels.
- [4] CONSEIL DES IMPÔTS 2000. *L'imposition des revenus, 18<sup>e</sup> rapport*, Journaux officiels.
- [5] S. JACQUOT 2000. *La couverture maladie universelle*, éditions ASH.
- [6] R. PELLET 2005. *Leçons de droit social*, Sirey.
- [7] 加藤智章 1995『医療保険と年金保険——フランス社会保障制度における自律と平等』北海道大学図書刊行会
- [8] 江口隆裕 1999「医療保険制度と医療供給体制」藤井良治・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障⑥ フランス』東京大学出版会
- [9] 週刊社会保障編集部編 2000『欧米諸国の医療保障〔第7版〕』法研  
(しばた・ようじろう 東北大学COEフェロー)