

欧州の医療保険制度に関する国際比較研究

報告書

平成 18 年 10 月

健康保険組合連合会

はじめに

わが国の医療保険制度は、少子高齢化の急速な進行、低成長経済を背景とする雇用の悪化や就業構造の変化などにより、医療財政は悪化傾向にあることから、社会経済の変化に対応した持続可能な医療保険制度の構築が課題となっている。

このような状況のなか、今年 6 月 14 日、▽医療費適正化、▽新たな高齢者医療制度の創設、▽保険者の再編・統合―を柱とする医療制度改革関連法が成立した。今回の改革関連法は、保険者に対し、生活習慣病予防に着目した 40 歳以上加入者を対象とする特定健診・保健指導が義務化するなど保険者機能の強化を求める一方、高齢者医療制度の費用負担の仕組みや運営面で多くの問題を残している。また、「皆保険の堅持」や「社会保険方式の維持」を求める意見が多いなか、社会保険方式そのものについて十分な議論が行われたかどうか疑問である。

このため、健保連では医療保険の意義やあり方について議論を深めたいという問題意識から、医療保険制度における「連帯」と「自治」の位置づけと財源政策をテーマとする研究事業「欧州の医療保険制度に関する国際比較研究」を実施した。本調査研究では、わが国と同様の社会保険方式によって医療保障を行っているドイツ、フランスを中心に、政策課題に関連する医療保険制度の根拠法、関連法令、判例の翻訳および医療保険制度に関する報告書・論文等の文献調査、現地調査、有識者による両国の最新動向に関する調査を行い、このたび報告書を取りまとめた。社会保険の意義や保険者の役割など、わが国における医療保険制度改革に多くの示唆を与えるものと確信している。

研究を進めるにあたり、検討委員会の座長を務めていただいた藤田伍一先生（東京福祉大学大学院教授）をはじめ、本研究に協力をいただいた検討委員会の委員の方々、研究を委託した三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社に感謝申し上げる次第である。

平成 18 年 10 月
健康保険組合連合会

研究体制

検討委員（○は座長。五十音順、敬称略）

稲垣 恵正 新日本製鐵健康保険組合 常務理事

稲森 公嘉 京都大学大学院法学研究科 助教授

加藤 智章 新潟大学大学院実務法学研究科 教授

倉田 聡 北海道大学大学院法学研究科 教授

○ 藤田 伍一 東京福祉大学大学院社会福祉学研究科
社会福祉学専攻 教授

（2006年3月まで 一橋大学大学院社会学研究科 教授）

委託先

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社（旧UFJ総合研究所）

野口 正人 公共経営・公共政策部 主任研究員

田極 春美 経済・社会政策部 主任研究員

岩名 礼介 公共経営・公共政策部 研究員

小川 美帆 公共経営・公共政策部 研究員

【目 次】

I. 研究の概要	1
1. 研究の背景と目的	1
2. 研究の進め方	2
II. 本編	5
第1部 ドイツ	7
第1章 ドイツ疾病保険制度の概要	7
1. 歴史的沿革	7
2. 疾病保険制度の概要	8
3. 財政システムとその改革	10
4. GSGと競争の導入	13
5. 保険料率水準の収斂	16
第2章 金庫選択の自由化における連帯・自治への影響	18
1. 疾病金庫の合併と適正規模	18
2. 金庫選択権と金庫の開放	20
3. 金庫選択権と疾病金庫の自治	25
4. 金庫選択の自由が「連帯」に与えた影響	28
第3章 リスク構造調整に対する評価と今後の動向	30
1. リスク構造調整に対する利害関係者の評価	30
2. 有病率指向型リスク構造調整	31
第4章 疾病保険改革の動向	35
1. 疾病保険現代化法（GMG）	35
2. リュルップ委員会	39
3. 疾病保険制度における代替案	40
4. 代替モデルをめぐる論点	42
第2部 フランス	47
第1章 フランス医療保険制度の概要	47
1. 医療保険制度における「連帯」の概念	47
2. 医療保険制度の全体	49
第2章 医療保険制度の財源政策	58
1. 一般社会拠出金（CSG）の導入による租税代替化の進展	58
2. 社会保障財政法律の成立による議会の関与	62
第3章 2004年医療保険改革について	65
1. 背景と目的	65
2. 医療保険改革の内容	69

第3部 法理論における医療保険の「連帯」と「自治」	81
【ドイツ】法理論における「自治」と「連帯」	倉田 聡 .. 81
1. ドイツにおける理論状況の整理	81
2. 1993年GSGによる自治と連帯の変容	90
3. 小括	96
【フランス】租税代替化に伴う自律性原則と連帯概念の変容	加藤 智章 .. 99
1. 普遍性原理と租税代替化の推移	100
2. 租税代替化の進行要因と職域連帯	104
3. 当事者参加原則の変容	109
4. 連帯概念の変容 —むすびにかえて—	116
補論Ⅰ 2004年医療保険改革に伴う組織の改編と保険者自治	119
1. 管理運営体制の概観	119
2. 保険者の位置づけ—2004年8月13日法に基づく組織改編	123
補論Ⅱ 財源論	133
1. 憲法改正と社会保障財政法律	133
2. 社会保障財源の概要：保険料とCSG	134
3. CSG及び保険料の法的性格	139
4. 社会保障財源の流れ	140
第4部 医療保険制度における「自治」と「連帯」、財源政策	145
1. 医療保険制度における「自治」	145
2. 医療保険制度における「連帯」	149
3. 財源政策と「自治」及び「連帯」	151
調査研究報告にあたり若干の補足と示唆	藤田 伍一 .. 154
Ⅲ. 参考資料	159
ドイツ疾病保険制度をめぐる最新動向（2005年3月）	倉田 聡 .. 159
1. 疾病保険現代化法（GMG）の制定経過とその背景	159
2. GMGの目的とその主要内容	160
3. その後の状況—剰余金の発生と保険料引下げ問題—	164
4. 今後の検討課題の整理	168
ドイツ疾病保険制度をめぐる最新動向（2006年3月）	倉田 聡 .. 173
1. リスク構造調整の合憲性に関する連邦憲法裁判所の決定	173
2. 連邦憲法裁判所決定の意義；連帯と自治の変容を容認	174
3. 深刻化する金庫間の政治対立	176
4. 疾病保険財政をめぐる全体の動き	177
フランス医療保険制度の最新動向（2005年3月）	
—2004年8月13日法に基づく医療保険改革を中心に—	加藤 智章 .. 179
1. フランス社会保障制度の歴史的概観	179
2. 医療保障体制の概観	180

3. 近年の動向	183
4. 最新動向に関する関係者の評価と政策課題	191
フランス医療保険制度の最新動向（2006年3月）	加藤 智章 ..196
1. 2005年8月2日の社会保障財政法律に関する組織法律	197
2. 社会保障財政法律の制定過程	203
3. 2006年社会保障財政法律	205

I. 研究の概要

1. 研究の背景と目的

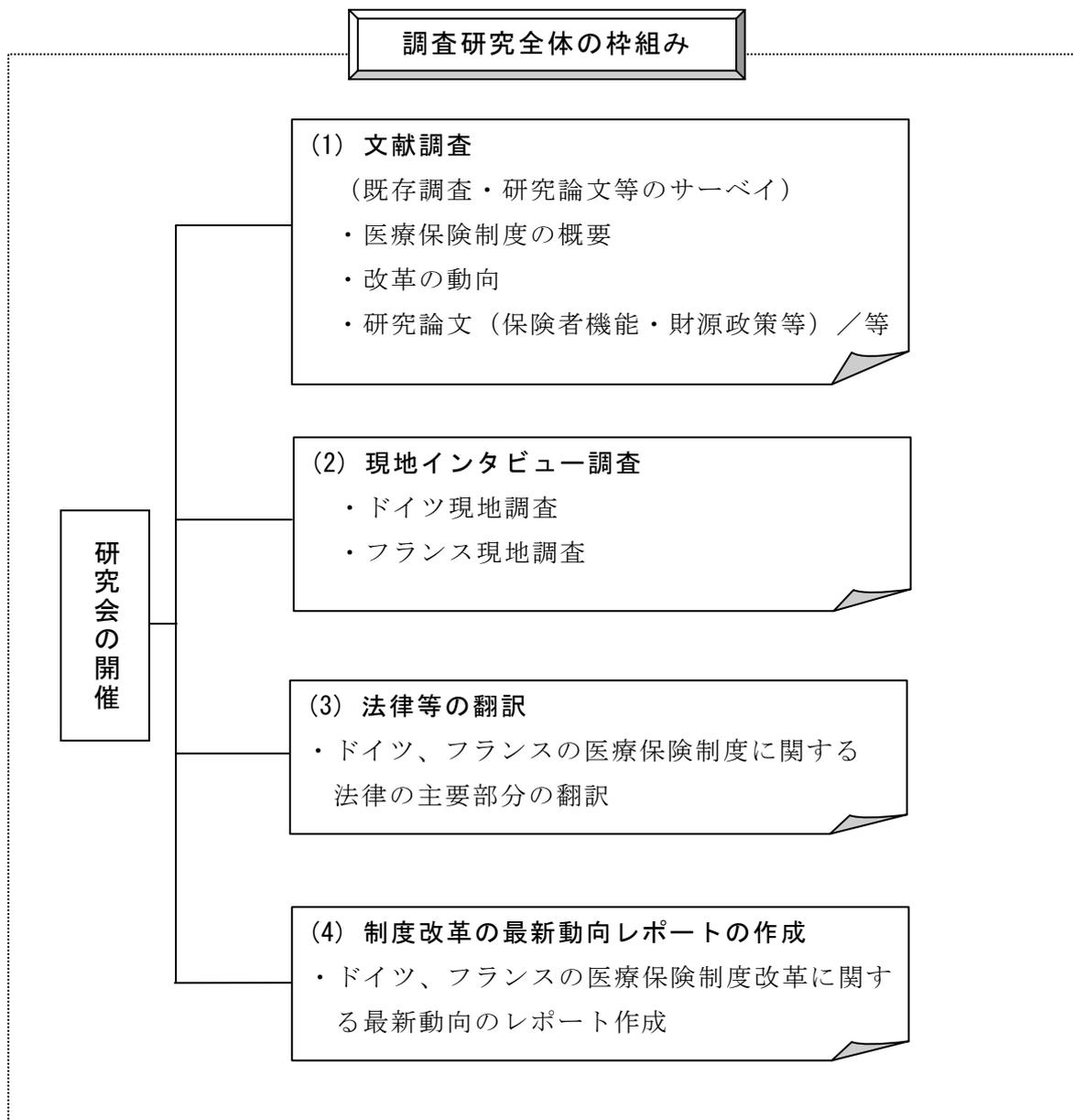
近年のわが国の医療保険財政の危機を背景として、平成 15 年 3 月 28 日には「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」が閣議決定された。この「基本方針」では、今後の改革の基本的な方向として、安定的で持続可能な制度を構築し将来にわたり国民皆保険制度を堅持すること、保険者の自立性・自主性を尊重した上で医療保険制度を通じた給付の平等、負担の公平を図ること、良質かつ効率的な医療を確保することなどが示されると同時に、高齢者医療制度について、老人保健制度と退職者医療制度を廃止すること、新たに別建てに後期高齢者医療制度を創設し、被用者保険や国保からの社会連帯的な保険料による支援を行うといったことなどが示された。その後、この基本方針の具体化に向けた社会保障審議会医療保険部会での議論においても、保険者の「自治」や医療保険制度における「連帯」といった制度の根幹ともいえるべき事項について法理上の整理・検討が十分に行われないうまま、17 年 10 月に厚生労働省から「医療制度構造改革試案」が示され、同試案における問題点を是正することなく、政府・与党による「医療制度改革大綱」がとりまとめられた。

一方、わが国と同様に、社会保険方式による医療保険制度を運営しているドイツ、フランスにおいても、医療費の増大や保険財政の悪化など共通の課題を抱えており、これまでも制度改正が頻繁に行われてきた。例えば、ドイツにおける保険者の再編・統合やリスク構造調整、フランスにおける税財源（一般社会拠出金：CSG）の導入、議会による医療費予算目標額の決定など、わが国でもその内容はいろいろと紹介されている。しかしながら、両国における医療保険制度運営の底流にある保険者の「自治」や「連帯」といった基本原則や、その新たな改革法との整合性についての検証・考察は必ずしも十分にされておらず、医療保険財政再建策といったツールにのみ焦点が置かれているのではないかと考える。

このため、本調査研究では、ドイツ及びフランスの医療保険制度の法体系や制度運営についての法律規定等を整理・分析し、医療保険制度における「自治」と「連帯」の概念の変化や医療保険の財源政策といった観点を中心に分析を行うとともに、制度改革に関する最新の動向や関係議論を把握・整理することによって、わが国の医療保険制度改革を検討する上での基礎資料とすることを目的とする。

2. 研究の進め方

本研究では、欧州、特にドイツとフランス両国の医療保険制度について、(1) 文献調査及び(2) 現地インタビュー調査のほか、(3) 関係する法律等の主要部分の翻訳、(4) 有識者による、制度改革の最新動向に関するレポート作成を行った。



(1) 文献調査

本研究では、欧州の医療保険制度に関する制度改革や制度の国際比較研究を行う上での関連情報、既存の調査研究報告書や研究論文等について文献調査を行った。

(2) 現地インタビュー調査

以下の内容を把握するために、ドイツ、フランスの現地において、政府機関や関係者、有識者に対するインタビュー調査を実施した。

【調査内容】

・ 医療保険改革の最新動向
・ 保険者の「自治」についての見解、具体例
・ 医療保険制度における「連帯」
・ 保険者の再編・統合の影響
・ 疾病金庫選択自由化の影響
・ リスク構造調整に対する評価
・ 医療保険財政に税を投入する根拠

／等

① ドイツ現地調査

- ・ 調査実施時期：2005年4月29日（金）～5月6日（金）
- ・ 調査対象機関（訪問日順）

調査対象機関	機関の概要
エッソ企業疾病金庫	開放型疾病金庫
ドイツ使用者団体連邦協会（BDA）	経済団体
ドイツ労働総同盟（DGB）	労働組合
連邦保健・社会保障省（BMGS）	医療保険の所轄官庁
企業疾病金庫連邦連合会	被用者保険連合会
バイエル企業疾病金庫	開放型疾病金庫
ベルント・マイデル教授	マックスプランク国際社会法研究所 前所長
ドイツ銀行企業疾病金庫	閉鎖型疾病金庫

注）連邦保健・社会保障省は、2005年11月より連邦保健省と連邦労働・社会省の2省に改組された。このうち、疾病保険を管轄するのは連邦保健省である。

② フランス現地調査

- ・ 調査実施時期：2005年4月25日（月）～4月28日（木）
- ・ 調査対象機関（訪問日順）

調査対象機関	機関の概要
労働者の力（FO）	労働組合
フランス企業運動（MEDEF）	経済団体
保健省	医療保険の所轄官庁

全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）	保険者組織
労働総同盟（CGT）	労働組合
全国フランス共済組合連合（FNMF）	共済組合連合会
ジャン・ピエール・ショシャール教授	有識者／ナント大学教授

(3) 法律等の翻訳

本研究に関わる医療保険制度の法律等の主要部分について、有識者による選定の上、翻訳を行った。

【対象範囲】

ドイツ：社会法典、金庫規約等

フランス：社会保障法典、公衆衛生法典、デクレ¹等

(4) 制度改革の最新動向レポートの作成

ドイツ及びフランスの医療保険制度改革の最新動向について、情報収集及びレポート作成を行った。

¹ 共和国大統領または首相によって署名された、一般的効力を有するまたは個別的効力を有する執行的決定（中村絃一・新倉修・今関源成監訳，Terms juridiques研究会訳『フランス法律用語辞典』三省堂）。

Ⅱ. 本編

本調査研究では、社会保険方式を採用してきたドイツ、フランスの両国について、医療保険制度における「自治」と「連帯」や「財源政策」といった観点を中心に、制度の概要や改革の動向等について研究を行った。

ドイツの社会保障は「連帯と自己責任」を原理とする保険運営を原則としており、国家による介入や公費の投入を原則的には行わない制度として運営されている。さらに疾病保険制度の保険者である保険担当機関は疾病金庫であり²、「自治を備えた公法上の権利能力ある社団」と定義されている。そのため、疾病保険制度は、財政責任を国家以外の保険者が負うものとされ、自治の原則が守られていると評価されている³。

一方、フランスの社会保障は、国家とは一線を画する自律的な社会保障制度の構築にその基本理念を置くものとして、管理運営主体による財源の自律性原則、全国社会保障金庫を頂点とする一元的組織機構による単一金庫原則、及びすべての国民に適用範囲を拡大する一般化原則という 3 原則（ラロックプラン）が適用されるとされている⁴。しかし、すでに戦前から職域単位で発展していた共済制度を基礎とする医療保険制度を有していた国营企業の労働組合による抵抗もあって、「国民連帯」に代わって「職域連帯」を基盤とする制度構築によって発展していったという歴史的経緯がある。

このように、ドイツ及びフランスの医療保障は社会保険方式で運営されてきたが、両国ともに医療費支出の増加が次第に深刻な問題となり、特に 1990 年代以降、医療費抑制のための改革が次々と進められている。

ドイツでは、1993 年に成立した「疾病保険構造法（Gesundheitsstrukturgesetz : GSG）⁵」により、疾病保険の効率的運営を促し、保険料率を抑制することを目的として、被保険者が保険者である疾病金庫を選択できる仕組みが設けられた。また、年齢・性別・所得等の保険リスクの構造的格差を埋めるために「リスク構造調整（Risikostrukturausgleich : RSA）」の仕組みが設けられ、疾病金庫間の公正な競争のための条件が整備された。1996 年、1997 年に被保険者の疾病金庫選択権が大幅に拡大されたことに伴い、疾病金庫間で被保険者獲得をめぐる競争が盛んとなった。こうした環境下で、財政基盤の安定化や管理運営の効率化を目指し、疾病金庫の合併が急速に進んだ。2001 年には「疾病金庫間のリスク構造調整の改革に関する法律（以下、リスク構造調整改革法）」が成立し、高額医療費に対するリスクプール制やディジーズマネジメントプログラムが導入された。また、この法律により、

² 連邦鉱山労働者疾病保険の保険者は、厳密に言えば疾病金庫ではない。法律では、「連邦鉱山労働者疾病保険は、ドイツ年金保険・鉱夫・鉄道・海洋（Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See）によって、鉱夫組合（Knappschaft）の名のもとに実施される。これには法定疾病保険の規定が適用される（社会法典第 5 編第 167 条）」とある。

³ 倉田聡（1997）「医療保険の基本構造—ドイツ疾病保険制度史研究」，北海道大学図書刊行会。

⁴ 加藤智章（2003）「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。

⁵ 「保健制度構造法」「医療保障構造法」と訳すこともある。

従来の性別や年齢等の間接的なリスク指標による調整から直接的な有病率⁶を指標とするリスク調整に根本的に改めることとし、2007年からの全面切替を目指すことが定められた。しかし、その是非をめぐる議論が現在も活発に行われている。2004年には、新たな費用負担ルールの導入と新たな医療提供システムに向けての試みを図る「疾病保険現代化法（Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung：GMG）」⁷が成立した。

フランスでは、1995年に社会保障制度全般にわたって改革案を提起したジュペ（Juppé）首相による「ジュペプラン」が、後のフランス医療費抑制政策の方向性を明確にしたとされている。計画の内容は、従来の改革案を体系的にまとめあげたものといわれているが、「社会連帯の原則のもとでの関係者の責任の明確化と契約主義の徹底」という理念に基づいたものとして、社会保障財政に関する議会権限の強化、国と社会保障機関との関係の契約化等の内容を含む広範なものとなっている⁸。フランスでは、1997年から毎年、社会保障の収入と支出の均衡を盛り込んだ「社会保障予算法」が国の予算と同様、国会の議決対象となり、医療保険支出全国目標（Objectif National de Dépenses d'Assurance-Maladie：ONDAM）として、医療費の全国目標額が設定されるようになった。しかしながら、ONDAMが遵守されたのは最初の年だけであり、1998年以降は実績がONDAMを超過し、目標設定による医療費抑制策は成功に至らなかった⁹。1997年には医療保険財政に一般社会拠出金（CSG）が導入された。しかしながら、その後も財政が逼迫し、医療保険の再建の緊急性が高まったことを受けて、2004年には、医療保険組織の改革、医療保険財政の再建、医療費抑制を柱とした2004年8月13日法¹⁰が成立した。これにより、保険者である全国被用者疾病保険金庫（CNAMTS）の権限が強化される一方、医療財政再建のために税財源等が増額されるなど、保険者の財政的な自律性は弱まったとされる。

こうしたドイツとフランスにおける一連の医療保険改革をみると、医療費抑制という政策課題へ対応するために、ドイツとフランスでは異なるアプローチをとっているといえる。すなわち、ドイツでは、公的保険に競争を導入することによって制度運営の効率化を図っているのに対し、フランスでは、中央集権的な仕組みを構築し国家介入を強化することによって医療保険財政をコントロールしようとしているとみることができる。両国は異なるアプローチをとっているものの、保険者のあり方や機能が政策課題を解決する上での重要な要素となっているという点は共通している。本研究では、両国における保険者の「自治」や医療保険制度における「連帯」が改革の中でどのように位置づけられてきたか、また、どのように「財源政策」が進められてきたか、最新の改革の内容を紹介しながら整理した。

⁶ 「罹患率」と訳すこともある。本研究では「有病率」で統一した。

⁷ 「医療保険近代化法」と訳すこともある。

⁸ 医療経済研究機構「フランス医療関連データ集2002年版」より。

⁹ 稲森公嘉（2003）「フランスの医療保険制度改革」（海外社会保障研究No.145,2003）より。

¹⁰ 2004年8月13日の医療保険に関する法律（Loi No.2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie（JO.17 août 2004））。この法律による改革を本報告書では「2004年改革」とした。

第1部 ドイツ

第1章 ドイツ疾病保険制度の概要

1. 歴史的沿革

(1) ドイツの疾病保険制度の起源

ドイツの疾病保険は、医療保障を社会保険方式で運営する制度としては、世界で最初の制度として誕生した。労働者組織が当時のドイツ帝国（1871年に成立）の体制維持において将来的な脅威となる可能性を憂慮したビスマルクが、社会主義運動から労働者階級を分離させ、体制の中に組み込むことを狙いとして、1883年に主に労働者を対象とした疾病保険制度¹¹を成立させたことは、よく知られているところである。

この新たに創設された疾病保険を実際に構成したのは、それ以前の中世より発展してきた共済金庫であった。すなわち、1883年の疾病保険制度は、職人や鉱夫、工場労働者、手工業者などの特定業種によって形成されていた既存の共済金庫に法人格を付与することによって社会保険としての制度化を行った。疾病金庫が自治的性格を持つ組織であることは、こうした歴史的背景にもよっている。

制度が創設された当時は、人口の約1割のみが加入有資格者であったが、今日までに制度は拡大と給付の総合化を進め、現在は国民の87.9%を法定疾病保険がカバーするまでに成長した。

(2) 疾病保険の法的位置づけ

1883年当時の疾病保険制度は「労働者の疾病保険に関する法律」として制定されたが、その後、相次いで整備された「労災保険」と「障害及び老齢年金（年金保険）」を含む3つの社会保険制度を包括的に規定するものとして1911年に「ライヒ保険法」が制定された。ライヒ保険法は、その後、ナチス政権下における弾圧を経て¹²、長年にわたって、ドイツ疾病保険における最も基本的な法律として機能した。

最終的には、1989年の「疾病保険改革法（GRG）」によって、疾病保険はライヒ保険法から分離され、予防やリハビリテーション給付などと統合された制度として、1970年より編纂が進められてきた「社会法典」の第5編に組み込まれることとなり、現在に至る。

¹¹ 労働者の疾病保険に関する法律。

¹² ナチスによる独裁的な指導者原理に基づき、いわゆる疾病金庫の自主的管理は廃止された。戦後、1952年に自主管理法が制定されるまでの間、疾病金庫の自主管理権は制限された。松本勝明（2003）『ドイツ社会保障論Ⅰ－医療保険－』信山社、p19-p21。

2. 疾病保険制度の概要

(1) 被保険者

ドイツの疾病保険制度は、日本のようないわゆる国民皆保険を採用していない。すなわち、法定疾病金庫に加入している国民は 87.9%（2003 年 5 月）であり、国民の 11.9%は民間の医療保険またはその他の医療保障制度によって医療サービスを利用している¹³。

法定疾病金庫の加入者は、強制加入者と任意加入者に分けられる。強制加入者は、保険料算定報酬限度額を超えない収入を得ている被用者が対象となる¹⁴。一方、任意被保険者は主として保険料算定限度額を超える収入を得ている被用者と自営業者、公務員が対象となる。また退職後についても、引き続き疾病保険に加入することが求められる。加入する疾病金庫は在職中と同じ金庫を選択することが可能である。

(2) 疾病金庫の組織と自治

① 疾病金庫の機能

法定疾病保険を実務面で運営しているのが「疾病金庫」である。疾病金庫は、法的には、連邦政府や州政府、自治体からは独立した「自治を備えた公法上の権利能力のある社団」として社会法典第 5 編第 4 条に位置づけられている。疾病金庫は、当該金庫の被保険者に対する保険給付の種類や範囲について自ら決定する権限が付与され、また、金庫の運営の原資となる保険料についても、その料率や支払期日などについて独自に決定することができる。

実際の金庫運営においては、疾病金庫における自治の形態は必ずしも個別の金庫によって行使されるばかりではない。病院や保険医との契約交渉については、それぞれの金庫が単独に行うのではなく、金庫種別毎に州単位で連合会を形成し、州の病院協会や保険医協会と団体交渉を行う。

② 疾病金庫の組織と運営

疾病金庫には、創設当初より「代議員総会 (Generalversammlung)」と「理事会 (Vorstand)」を通じて加入者みずからの意思決定を行う自主管理が認められていた。代議員総会も理事会もともに被保険者、使用者側から同数の代表者で構成され、代議員総会から選出された者で構成された理事会（メンバーは名誉職）が、金庫の管理運営と重要案件の審議を行ってきた。しかし、こうした伝統的な方法は、1993 年の GSG によって変更されることとなった。

GSG 以降は、代議員総会と理事会の機能を統合して「管理委員会 (Verwaltungsrat)」を設置することとなった。また、従来の理事会とは別に、日常的な金庫の運営に直接携わる数人の専従職員によって構成させる新しい「理事会」を設置している。「運営委員会」は、

¹³ 無保険者は総人口の 0.2%程度である。

¹⁴ 2004 年の保険料算定限度額は年額 46,350 ユーロ、月額 3,862 ユーロとなっている。

代替金庫及び連邦鉱夫組合を例外として、被保険者数に応じて、労使同数の代表者が参加して理事の任用や業務の監査、合併などの重要事項の決定を行っている。

こうした運営形態の改編について、当事者による「自治」という観点からみると、労使同数の代表者で構成される旧来の理事会による「共同運営」的な形式から、専門知識を持つ運営の専従職員である新しい理事会に「経営」を委ねる形式に転換したとみることできる¹⁵。一方で、管理委員会が従来と同様に労使代表による名誉職的な任命によって構成されている点や、事務面での実務職を名誉職で構成される管理委員会で任命するといった形式においては、従来の伝統的な被保険者自治の主要な部分が継承されているとする見解もある¹⁶。

(3) 疾病金庫の数

すでに触れたとおり、疾病金庫は、もともと存在した共済金庫を制度の中に取り込む形で成立したという歴史的背景を有する。そのため制度開始段階より、多数の疾病金庫が並立することとなり、1885年の段階では1万9,000もの疾病金庫が存在した。

現在、疾病金庫は、その種類によって8つに分類され、それぞれの金庫が州連合会、連邦連合会を設置している。8つの疾病金庫は、地区疾病金庫(AOK)、企業疾病金庫(BKK)、同業疾病金庫(IKK)、農業疾病金庫(LKK)、連邦鉱夫組合(BKN)、海員疾病金庫(SEEKK)、労働者代替金庫(EAR)、職員代替金庫(EAN)である。1990年代初頭には約1,200の疾病金庫が全ドイツに存在したが、後述するとおり、疾病金庫の合併が相次ぎ、2005年2月現在、疾病金庫数は266まで減少した。現在も合併は続いている¹⁷。

図表1 疾病金庫の種類（2005年2月現在）

金庫種別	金庫数	監督機関
地区疾病金庫(AOK)	17	上級保険局(州に1か所)
企業疾病金庫(BKK)	210	上級保険局(州に1か所)
同業疾病金庫(IKK)	19	上級保険局(州に1か所)
農業疾病金庫(LKK)	8	上級保険局(州に1か所)
連邦鉱夫組合(BKN)	1	連邦保険局
海員疾病金庫(SEEKK)	1	連邦保険局
労働者代替金庫(EAR)	3	連邦保険局
職員代替金庫(EAN)	7	連邦保険局
合計	266	

出典) 連邦保健・社会保障省資料。

¹⁵ 土田武史(1999)「医療保険」『先進諸国の社会保障4:ドイツ』, p.214.

¹⁶ 倉田聡(1997)『医療保険の基本構造—ドイツ疾病保険制度史研究』, p.291.

¹⁷ 2004年1月の段階の金庫数は292であり、2005年2月までの間にさらに26の金庫が合併等により消滅したことになる。

(4) 政府機関の役割

全国統一的な疾病保険としての法的枠組みは、連邦保健・社会保障省の提案に基づく連邦議会の承認を得る必要がある。また連邦保健・社会保障省は、連邦保険医協会、疾病金庫の監督権限を持つほか、保険給付の支払方式や医療従事者等について権限を有している。さらに、産業保健や患者の保護、医薬品業界に対する規制を行っている。

連邦政府が法的な枠組みや制度の基本原則等についての規制権限を持つ一方、州政府は、より実務的な制度の運用面に関して大きな権限を有している。地域レベルの 23 の保険医協会、州の疾病金庫連合会を管理しているのも州政府である。さらに、州政府は、域内の公立病院の資本投資を含む体制整備に関する責任と権限を有し、あわせて体制整備のための地域医療計画の策定も行っている。

ただし、日本との比較においては、必ずしもドイツの連邦政府の影響力を大きく評価することはできない。日本の医療保険制度に比して、ドイツでは疾病保険の運用における政府の権限が限定的であることが特徴である。日本の医療制度は、中央政府が保険事業者としても関与し（政管健保）、医療サービスの給付の実施についても、統一的な権限を行使しているほか、医療保険制度における国庫負担を通じて強力な統制力を発揮している¹⁸。

3. 財政システムとその改革

(1) 財政システムの基本的特徴

ドイツの疾病保険における財政システムの最も大きな特徴は、金庫財政に対する公費負担がなく、すべてについて保険料で運営されている点である。税による公費投入が期待できないシステムにおいては、したがって、疾病金庫の自治・運営責任は、保険料の管理・安定化と密接である。また、医療分野における支出の増大は、常に保険料率に直接的な影響を与えることとなることから、いかにして医療費を抑制するかが改革の焦点となりやすい。

(2) ドイツ型費用抑制策

費用抑制策は様々な手法が検討されてきたが、その特徴のひとつは、「収入準拠型の支出方針」である¹⁹。すなわち、保険料の安定を確保するために、収入に応じた支出を決定する設計がしばしば採用される。可能な限り支出にシーリングを設けることにより、予想外に保険料が上昇することを抑制することができる。実際、これまでの費用抑制関連の施策においては、次のような特徴がみられる。

第一に、部門別の固定予算と支出上限、第二に、外来診療と病院医療の部門における定

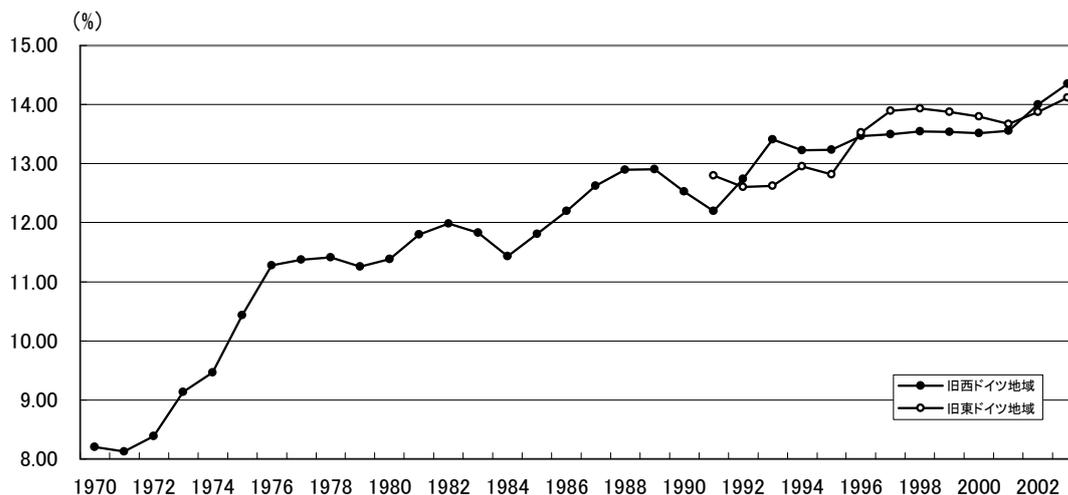
¹⁸ 倉田聡（1997）『医療保険の基本構造—ドイツ疾病保険制度史研究』, p.5.

¹⁹ Busse, R., Weinbrenner, S., Riesberg, A., and Burger, S. (2006) 「ドイツにおける医療保険制度に関する戦略」『持続可能な医療保険制度をめざして』, 医療経済研究機構, 健康保険組合連合会編, ISSAイニシアティブ日本プロジェクト, 法研, p299.

(3) 医療費の増大と改革

1969年に成立したヴィリーブランドを首班とする社民・自民連立政権以降、疾病保険の加入者範囲の拡大と給付の充実は一層推進されていった²¹。こうした疾病保険の拡大路線は、1970年代半ばより、疾病保険給付費の急速な増大を招き、最終的に保険料の急伸へと結びついた。1970年において8.20%であった法定疾病金庫の年間平均保険料率が1976年には11.28%まで上昇した。

図表3 法定疾病金庫の年間平均保険料率の推移



出典) Bundesministerium fuer Gesundheit, Statisches Taschenbuch, Gesundheit 2002. 及び連邦保健・社会保障省説明資料.

こうした保険料率の急伸を受けて1970年代後半から1980年代前半にかけて、「疾病保険費用抑制法(1977年)」をはじめ、「オペレーション1982(1982年節約作戦)」として「費用抑制保管法(1981年)」、「病院費用抑制法(1981年)」が相次いで打ち出された。その後、1982年に誕生したキリスト教民主同盟・社会同盟・自民党による保守・リベラル連立政権下においても1983年、1984年にそれぞれ予算随伴法が制定された。また、個別法としても「病院財政再編法(1984年)」などが制定された。こうした一連の費用抑制策は、保険料率の急速な上昇を食い止めるという初期の目的に対しては一時的に成果をみせたものの、1980年代後半から再び保険料率の上昇は激しくなり、保険料率の長期にわたる安定性は確保されなかった²²。

(4) 1988年GRG

単なる費用抑制策に基づく改革ではなく、医療供給構造の根幹部分にかかる改革にまで踏み込まない限り、安定的な保険料率の確保は困難であるとの認識から、1988年にGRGが成立した。

²¹ 例えば、1972年の農業経営者の疾病保険に関する法律、1973年の医療保険給付改善法などが挙げられる。

²² 一連の費用抑制策に関する記述は、松本勝明(2003)『ドイツ社会保障論I－医療保険－』, 信山社, 第二章によっている。

GRG は、全体としては、費用抑制のための従来どおりの手法が踏襲された部分が多かったが、保険料の安定の観点から、州内の同種疾病金庫間の高額医療における財政調整の仕組みが法律的に義務づけられたほか、AOK の合併を容易にするための法改正が含まれていた。

このGRGにおける疾病金庫に対する財政調整及び合併に関する改革は、あくまで限定的なものであった。州内の同種疾病金庫間の財政調整は、年金受給者たる高年齢層を対象としたものに限定されており、それ以外の要素には着眼していない。また、合併に関する改革は、一定の進捗は認められるものの、この段階においては疾病金庫間の競争が発生するような改革は行われていない。また、このGRGは疾病保険における「連帯原則」、「自主管理原則」、「分立した保険者」などの基本原則を廃止するようなものではなかった²³。

4. GSGと競争の導入

1993年に施行されたGSGは、本研究で中心的に取り上げている「金庫選択権」の拡大と「リスク構造調整」の導入という点で重要な改革である。1989年に施行されたGRGでは、保険料率の安定化という目的が十分に達成できなかった反省から、従来の単なる費用抑制策を超える改革の必要性が高まった。

GSGは、従来型の費用抑制策を盛り込む一方で、外来診療、入院療養、薬剤支給等において予算制が導入された。したがって、保険料率の安定化は、予算制によって法的にも拘束力を持つことになる。ただし、具体的な予算額については、疾病金庫側と保険医協会、病院との交渉によって決定されるため、保険料率の決定という疾病金庫の自治は毀損されていない。

そして、最大の構造的な改革は、疾病金庫の選択権の拡大とリスク構造調整の本格的な導入である。被保険者の勤務する企業や職業によって、加入する疾病金庫の種別はほぼ決定されていたが、選択権をより拡大することにより、金庫間に競争を発生させ、金庫の経営努力を引き出そうとしたものである。

(1) 疾病金庫の選択権拡大

疾病金庫の選択権は、形式的には代替金庫という形でGSG以前より認められていたが、実際には、代替金庫の定款において加入対象者について職業上の制約が課せられていた。GSGでは、こうした制約を撤廃し、すべての労働者及び職員がAOK、代替金庫を選択できるよう改正された。また、BKK及びIKKについても、定款において勤務先の疾病金庫に加入することが規定されている場合でも、その他の金庫を選択できることとなった。これがいわゆる「金庫選択権の拡大」であり、この改革によって、新規の加入者を受け入れる決定を行った疾病金庫が「開放型疾病金庫」と呼ばれる。金庫選択権の拡大により、各

²³ 松本勝明（2003）『ドイツ社会保障論 I - 医療保険 -』信山社，p.32.

疾病金庫は、加入者の確保と金庫規模の維持のために様々なレベルで競争を行うこととなった。

通常、一度金庫に加入すると、18カ月の拘束期間が生じ、その期間の経過後でなければ金庫選択権を行使することができない。金庫の脱退時期については、当初は年末に限られていたが、2002年1月からは、脱退の意思表示を行った翌々の経過後に脱退することが可能となった。ただし、加入している金庫の保険料が引上げられた場合には、保険料引上げの発効の翌月の経過後までに当該金庫を脱退できる。

【社会法典第5編（SGBV）における開放型疾病金庫の規定】（BKKに関する規定）

- * 閉鎖型 BKK については、使用者が自己の費用で、業務の遂行のために必要な人物を任用することができるが、開放型 BKK にはこれはあてはまらない（SGBV 第 147 条第 2 項）。
- * 閉鎖型 BKK は、運営委員会が投票権を有する構成員の 4 分の 3 以上の同意を得た場合には、使用者の申請により解散することができるが、開放型 BKK にはこれはあてはまらない（SGBV 第 152 条）。
- * 閉鎖型 BKK は、設立元の企業が閉鎖された場合は、監督行政庁によって閉鎖されるが、開放型 BKK にはこれはあてはまらない（SGBV 第 153 条）。
- * 閉鎖型 BKK が解散又は閉鎖する際に、その財産が債権者への弁済に不足する場合には、使用者が弁済義務を履行しなければならない。複数の使用者が関与している場合には、彼らは連帯債務者（Gesamtschuldner）として責任を負う。使用者の財産が債権者への弁済に不足する場合には、BKK の州連合会が弁済義務を履行しなければならない。
- * 開放型 BKK が閉鎖される場合には、これらの規定は適用されず、州連合会が直ちに弁済義務を履行しなければならない。州連合会が存在しない場合、又は BKK が州連合会に所属していない場合には、連邦連合会が弁済義務を履行しなければならない（SGBV 第 155 条第 4 項）。

(2) リスク構造調整の歴史

リスク構造調整は、金庫選択権の拡大に伴い発生する競争を、より公正に実現することを目的として導入された。当時、各疾病金庫の保険料率の幅は 8% 台～16% 台まで拡大していた。これらの格差は、各疾病金庫の経営努力の差の結果として発生しているものというよりは、年齢構成や性別、家族被保険者の割合、所得水準などによる差分であった。これを予め財政的に調整し、公正な競争環境を整備する目的で導入された²⁴。

リスク構造調整は、1978 年から実施されていた年金受給者疾病保険の財政調整が起源とされる。すでにそれ以前にも、同種・同一州内の金庫間では財政窮迫金庫に対する財政調

²⁴ 実際、GSGの導入によって金庫間の競争が発生し、またリスク構造調整によって保険料率の安定化が図られたのは事実であるが、これによって疾病金庫の財政的な自律性や独立性がどの程度変質したのかについては、議論のポイントになる点であり、本研究のひとつの視点でもある。次節以降において、金庫選択権の拡大（金庫の開放）とリスク構造調整について、より詳細に整理する。

整が義務付けられており、高額給付に関する財政調整も任意で実施されていた。しかし、従来の財政調整は、結果としての医療費を基準として調整を算定するため、各疾病金庫の医療費削減の努力が反映されず問題が指摘されていた。

1993年1月のGSGによって、金庫選択制の拡大とリスク構造調整が導入され、1994年1月より、従来の年金受給者疾病保険の財政調整と並行して、一般疾病保険のリスク構造調整が行われることとなった。低所得者の多いAOKが大半を交付され、所得の高いBKKや職員代替金庫が拠出した。1995年には、年金受給者疾病保険の財政調整も、リスク構造調整に統合された。1997年には、家族被保険者もリスク構造調整の対象となった。

1998年から1999年にかけては、リスク構造調整の限界が露呈する。小規模のBKKを中心にリスク選別が活発化し、その結果、保険料率の格差の拡大とさらなる被保険者の金庫移動が加速した。それによりAOKや職員代替金庫が大幅に被保険者を失う一方、BKKは被保険者を大量に獲得した。また、この時期は、リスク構造調整の「地域化 (Regionalisierung)」をめぐる議論も活発化した。例えば1999年から予定されていた旧東独地域へのリスク構造調整の拡大について、バイエルンやバーデン・ビュルテンベルク州が、これを3年間の時限措置とし、2002年からリスク構造調整の範囲を各連邦州内に制限するよう提案を行ったが、多数の反論があった。

そのような中、1998年3月には、「GKV 財政強化法 (GKV-Finanzstaerkungsgesetz)」により、全ドイツレベルでのリスク構造調整を1999年から2001年まで導入することが規定された。また、1998年12月には、「GKV 連帯強化法 (GKV-Solidaritaetsstaerkungsgesetz)」により、2001年までという期限が撤廃された。さらに2000年1月の「GKV 権利調整法 (GKV-Rechtsangleichungsgesetz)」では、全国レベルでの完全なリスク構造調整を2007年までに導入することが決定された。

2001年11月には、金庫移動の沈静化を図るべく、1年の議論を経た末に「リスク構造調整改革法」が成立し、①高額医療費に対するリスクプールの導入、②ディジーズマネジメント (疾病管理) プログラム (DMP) の導入、③有病率を指標とするリスク構造調整の2007年からの実施、が決定された。

2002年には、有病率リスク構造調整導入に向けて、慢性病患者が特定のDMPに登録した場合には、リスク構造調整において特別に考慮されるようになった。特に費用のかかる給付事例に対しては、GKVのさらなるリスクプールが用いられるようになった。現在は、有病率リスク構造調整を2007年より導入すべく検討が進められているが、BKKをはじめ、この新しいリスク構造調整に反対も強く、予定どおり導入されるかについては、予断を許さない状況である。

図表4 リスク構造調整の歴史的展開

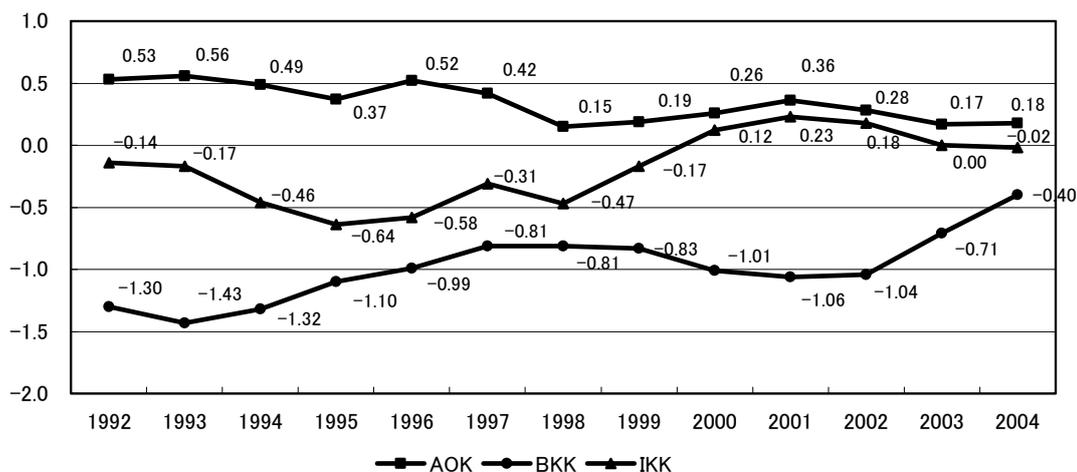
年 月	できごと
1978 年	前年制定された疾病保険費用抑制法に基づき、年金受給者の疾病保険財政調整の開始（リスク構造調整の起源）。
1993 年 1 月	GSG 施行：金庫選択制とリスク構造調整の導入。
1994 年 1 月	従来の年金受給者疾病保険における財政調整と並行して、一般疾病保険のリスク構造調整を実施。
1995 年 1 月	年金受給者の疾病保険財政調整をリスク構造調整に統合。
1997 年	家族被保険者もリスク構造調整の対象となる。
1998 年～ 1999 年	リスク構造調整の限界が露呈（小規模の BKK を中心にリスク選別が活発化。保険料率の格差が拡大し、被保険者の金庫移動も加速）→AOK や職員代替金庫が大幅に被保険者を失う一方、BKK は被保険者を大幅に獲得。 リスク構造調整の「地域化」をめぐる議論の活発化。
1998 年 3 月	GKV 財政強化法：旧東独地域を含む全ドイツレベルでのリスク構造調整を 1999 年から 2001 年まで導入することを規定。
1998 年 12 月	GKV 連帯強化法：2001 年までの期限付きで行われてきた全ドイツレベルでのリスク構造調整の期限を撤廃。
2000 年 1 月	GKV 権利調整法：全ドイツレベルでの完全なリスク構造調整を 2007 年までに導入することを決定。
2001 年 11 月	リスク構造調整改革法：高額医療費に対するリスクプールの導入、ディージェズマネジメント（疾病管理）、有病率を指標とするリスク構造調整。
2002 年	有病率リスク構造調整導入に向け、慢性病患者が特定の DMP に登録した場合には、リスク構造調整において特別に考慮されるようになった。特に費用のかかる給付事例に対しては、GKV のさらなるリスクプールが用いられるようになった。
2007 年	有病率リスク構造調整導入予定。

5. 保険料率水準の収斂

疾病金庫間における保険料率水準を比較することにより、リスク構造調整の影響をみるることができる。リスク構造調整が導入された 1993 年以降の保険料率の変化をみると、1993 年時点で保険料率が最も高水準であった AOK の全国平均保険料率が 13.76%であったのに対し、BKK の全国平均保険料率は 11.77%で、その差は 1.99 ポイントであったが、2004 年には AOK が 14.45%に対して BKK は 13.87%と、その差は 0.58 ポイントに縮まっている。

保険料率格差が縮小した理由は、競争の前提となっているリスク構造調整によるところが大きい。金庫選択が自由化され、多くの加入者を新たに獲得し若年者を取り込んだ BKK もみられたが、一方でリスク構造調整に拠出する負担も急速に増大した。例えば、1995 年と 2004 年を比較すると、被保険者数では 2 倍未満の伸びになっているものの、リスク構造調整の負担金は 12 倍以上にふくれあがっている。

図表5 各疾病金庫の平均保険料率と法定疾病金庫全体の平均保険料率との格差



出典) 連邦保健・社会保障省資料より作成.

図表6 疾病金庫の保険料率の推移 (各年1月のデータ)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
AOK BUND (西)	13.17	14.07	13.87	13.50	13.85	13.67	13.66	13.65	13.74	13.86	14.32	14.62	14.60
AOK BUND (東)	12.80	12.96	13.40	13.42	14.17	14.29	14.29	14.37	14.22	14.06	14.10	13.88	13.80
AOK BUND	13.06	13.76	13.75	13.48	13.92	13.80	13.79	13.79	13.84	13.90	14.28	14.49	14.45
BKK BUND (西)	11.04	11.77	11.98	12.1	12.41	12.56	12.82	12.73	12.55	12.48	12.95	13.60	13.88
BKK BUND (東)	11.95	11.73	11.77	11.46	12.38	12.56	12.97	13.01	12.66	12.46	12.99	13.69	13.80
BKK BUND	11.23	11.77	11.94	12.01	12.41	12.57	12.83	12.77	12.57	12.48	12.96	13.61	13.87
IKK BUND (西)	12.33	13.28	13.07	12.68	12.96	12.97	12.97	13.32	13.66	13.73	14.25	14.45	14.43
IKK BUND (東)	12.68	12.20	12.00	11.91	12.47	13.33	13.65	13.72	13.81	13.88	13.98	13.95	13.78
IKK BUND	12.39	13.03	12.80	12.47	12.82	13.07	13.17	13.43	13.70	13.77	14.18	14.32	14.25
SEEKK (西)	11.90	13.10	13.10	13.10	13.10	12.70	13.40	13.40	13.40	13.20	13.20	12.90	12.90
SEEKK (東)	12.80	11.90	9.90	9.90	9.90	9.50	9.50	9.50	11.50	13.20	13.20	12.90	12.90
SEEKK (BUND)	12.07	12.89	12.33	12.61	12.64	12.24	12.86	12.73	13.04	13.20	13.20	12.90	12.90
BKN BKN(西)	13.90	13.90	13.90	13.90	13.90	14.00	14.50	13.80	13.50	13.10	12.90	12.90	12.60
BKN BKN (東)	12.80	12.80	12.80	11.80	11.80	11.40	14.20	13.80	13.50	13.10	12.90	12.90	12.60
BKN BKN (BUND)	13.36	13.41	13.44	13.10	13.16	13.15	14.41	13.80	13.50	13.10	12.90	12.90	12.60
EAR BUND (西)	11.06	12.40	12.46	12.57	13.01	12.92	13.05	13.01	13.63	13.65	13.95	13.96	13.95
EAR BUND (東)	12.80	11.88	11.85	11.28	11.61	12.53	12.98	12.99	13.65	13.66	13.95	13.95	13.94
EAR BUND	11.19	12.36	12.41	12.46	12.88	12.86	13.04	13.01	13.63	13.65	13.95	13.96	13.95
EAN BUND (西)	12.04	13.19	13.31	13.30	13.40	13.23	13.90	13.78	13.71	13.70	14.30	14.67	14.45
EAN BUND (東)	12.80	12.17	12.89	12.66	12.62	13.56	13.95	13.85	13.79	13.79	14.40	14.82	14.58
EAN BUND	12.23	12.94	13.21	13.16	13.24	13.30	13.91	13.79	13.73	13.72	14.32	14.70	14.47
GKV BUND(西)	12.46	13.42	13.35	13.18	13.43	13.29	13.56	13.52	13.52	13.50	13.99	14.35	14.32
GKV BUND(東)	12.73	12.54	12.97	12.84	13.28	13.73	13.95	13.92	13.81	13.67	14.00	14.18	14.04
GKV BUND	12.53	13.20	13.26	13.11	13.40	13.38	13.64	13.60	13.58	13.54	14.00	14.32	14.27

注) AOK : 地区疾病金庫, BKK : 企業疾病金庫, IKK : 同業疾病金庫, SEEKK : 海員疾病金庫, BKN : 連邦鉱夫組合, EAR : 労働者代替金庫, EAN : 職員代替金庫, GKV : 法定疾病金庫 (合計), BUND : 連邦, (西) : 旧西ドイツ地域, (東) : 旧東ドイツ地域.

出典) 連邦保健・社会保障省資料.

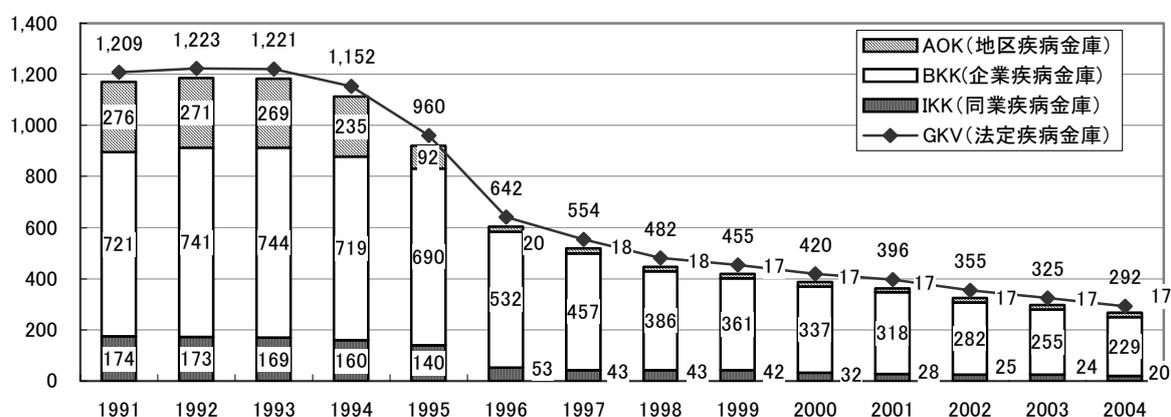
第2章 金庫選択の自由化における連帯・自治への影響

1. 疾病金庫の合併と適正規模

(1) 疾病金庫数の減少

疾病金庫の合併は、被保険者の疾病金庫選択権の自由化と並んで、近年の疾病金庫におけるトレンドのひとつである。すでに前章でみたように、疾病金庫は1990年代より合併を繰り返し、その数は年々減少し、2005年2月時点でBKKが210金庫、法定疾病金庫全体でも266金庫となっている。最終的な金庫数がどの程度に落ち着くかについては、複数の関係者から約50程度という意見も聞かれたが、具体的な根拠のある見込みは現在のところたっていない。後述するとおり、疾病金庫種別を越えた合併が認められれば、一層合併が進むものと思われる。

図表7 疾病金庫数の推移



出典) 連邦保健・社会保障省.

(2) 疾病金庫の適正規模と合併

疾病金庫の合併は、合理的な経済性を担保できる規模において実施されれば、財政的な無駄を省き、効率的な運営を実現することが可能になる。しかし、必ずしも大規模な疾病金庫が安定をもたらすとはいえない。合併そのものに対する反対が明確に示されるわけではないが、多くのBKK関係者が疾病金庫の合併に必ずしも積極的な姿勢をみせていない²⁵。

BKK 連邦連合会は、合併をことさら追求する必要はなく、むしろ「BKK の多様性というのは AOK に対する優位性」であり、「小規模の方が機動性を発揮でき、加入者に対して迅速な対応が可能になる」と指摘する。管理運営の面からみると、大規模な疾病金庫は様々なプログラム等を展開する上で、必ずしも優位性があるとはいえないという主張は、バイエル BKK などでも聞かれた。また、財政難に陥った疾病金庫が財政の安定化を目的に合併するケースについて、「病気の者同士が合併して、改善されるわけがない」と、安易な合

²⁵ 例えば、エッソBKKは「合併の多くがトップの私的なプライドや虚栄心によるものであったり、金庫内の問題を一定期間隠すための方策であったりすることがほとんどである」と批判的にみている。

併についても複数の疾病金庫が批判的である。

一方、金庫のマネジメント効率を高めるためには、一定の規模を保持することが有効であるとする意見もみられる。特に、金庫医師協会²⁶や病院協会といった診療側の団体と、契約をめぐる団体交渉で渡り合うためには、金庫内に専属の医師を抱えるなどの方法で、疾病金庫としての対抗策を持つことも重要となってくる。また、保険財務や統計などの専門家を雇い入れ、情報の分析を精緻化することにより、理論武装することも必要である。こうした特殊な技能を持つ職員を確保するためには、疾病金庫が一定程度の規模であることが不可欠であるという意見が聞かれた²⁷。

(3) 金庫種別を越えた合併

現行の「疾病金庫組織法 (Organisationsrecht der Krankenkassen)」においては、異なる金庫種別間での合併については規定されておらず、社会法典第 5 編第 6 章においても、疾病金庫の合併は単一の金庫種別内に限定されており、種別を越えた合併は規定されていない。また、AOK については連邦州の承認なく、他州の疾病金庫と合併することはできない。

AOK はこうした制約が競争における不利な要因となっていることを指摘しており、疾病金庫の種別を越えた合併を認めるべきであるとの主張を行っている。

「連帯システムを実現するチャンスとしての競争」(AOK 連邦連合会のリーフレット)

疾病金庫組織法においては、現在もなお、異なる種類の金庫同士の合併については規定されていない。むしろ、社会法典第 5 編 (SGBV) では、疾病金庫の統合はひとつの金庫種類内に制限されている。このことから、代替金庫や BKK、IKK の方が、AOK よりも、より競争的な環境を創出し得るといえる。AOK 同士の合併が、新たな地域的境界を形成するだけであるのに比べ、代替金庫同士の合併は、金庫同士の競争においてますます戦略的な意味を持つからである。AOK 同士の合併とは異なり、代替金庫同士が統合する際には、それは競争に晒されることになる。同じことが BKK や IKK にもあてはまる。これに対して、AOK は連邦州の承認なしには合併できない。AOK にしてみれば、金庫の種類を越えた合併が実現可能となれば、自己の行動範囲を他種類の金庫のそれに合わせて広くし得る。

出典) www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/dieaok/aok_standp_wettbew.pdf

金庫種別を越えた合併に対する要望は、すでに 1990 年代初頭より AOK などから提示されており、昨今の議論ではない²⁸。近年になってからは、シュミット連邦保健大臣が 2003 年 4 月 29 日の段階で、「金庫医師協会の契約独占を回避し、異なる種類の金庫間の合併を可能にしたいと考えている」と発言しているように、異なる金庫種別間の合併に向けた大きな流れは、10 年以上にわたる議論の中ですでに存在していた。しかし同時に、「解決の

²⁶ Kassenärztliche Vereinigung. 「保険医協会」とも訳す。

²⁷ BKK 連邦連合会では、こうした職員を確保できない小規模な金庫に対する支援も行っているという (BKK 連邦連合会インタビューより)。

²⁸ Heitzer (1993)。

大変困難な実地的及び専門的諸問題と関係して」おり、法的問題にも関連するとも述べている。

BKK連邦連合会は、実地的な問題のひとつとして、これまでの疾病金庫間に形成されてきた相互扶助的な枠組みを指摘している。現行の法的枠組みにおいて疾病金庫が財政的に困難な状況に陥った場合は、州内の同一種別の疾病金庫間で相互に支援することが法的に定められており²⁹、金庫の経営破綻は、同じ州の中に存在する疾病金庫の負担となる。したがって、疾病金庫が金庫種別を越えて合併した場合は、従来の金庫種別内における相互扶助的な積立金システムについて見直しを行う必要が出てくるということである。

2. 金庫選択権と金庫の開放

1993年のGSG及び1996年の法改正は、法定疾病保険の加入者に金庫選択の自由を本格的に付与することとなった。ただし、すべての疾病金庫を自由に選択できるようになったわけではない。例えば、BKKの場合、疾病金庫が自企業の従業員以外へ開放するかどうかは、それぞれの疾病金庫が選択することになっている。その結果、疾病保険の加入者を特定の企業の従業員に限定する「閉鎖型疾病金庫（伝統型）」と、職業や所属団体等にかかわらず、すべての人に加入を認める「開放型疾病金庫」の、大きく2種類の疾病金庫が誕生することになった。

開放型疾病金庫を規定する「開放条項」は社会法典第5編第173条の「一般選択権」に定められており、第2項で「保険加入義務者及び保険加入資格者は、次の各号に掲げる疾病金庫の中から自らの所属する金庫を選択することができる」とし、開放型疾病金庫が規定されている。

金庫選択の自由が認められた背景には、加入者の移動の自由が加入者確保のための積極的な競争を金庫間に促し、医療サービスの質の向上、保険料率格差の縮小をもたらすのではないかという狙いがあった。

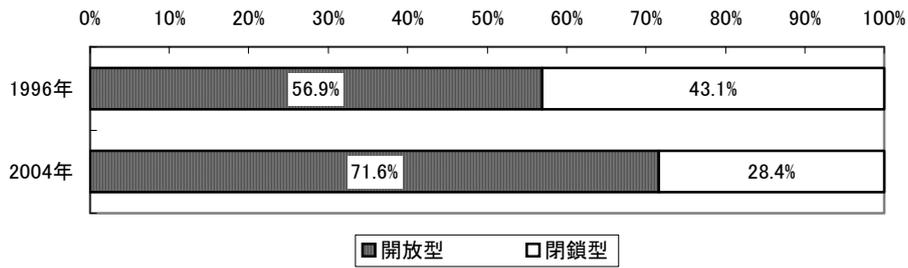
(1) 開放型疾病金庫の選択

疾病金庫の開放は、すべてのBKKにとって魅力的な選択肢であったわけではない。実際、閉鎖型を選択している疾病金庫は現在もBKKの約3割を占めている。開放型を選択した疾病金庫であっても、当初の目算がはずれ、失敗であったと回顧する疾病金庫もある。また、開放型としてスタートした疾病金庫が数年で経営破綻するという例もみられたのである。

以下、本調査で把握されたBKKの事例を中心に、金庫選択権の自由化による競争が疾病金庫に与えた影響について様々な観点から検討してみた。

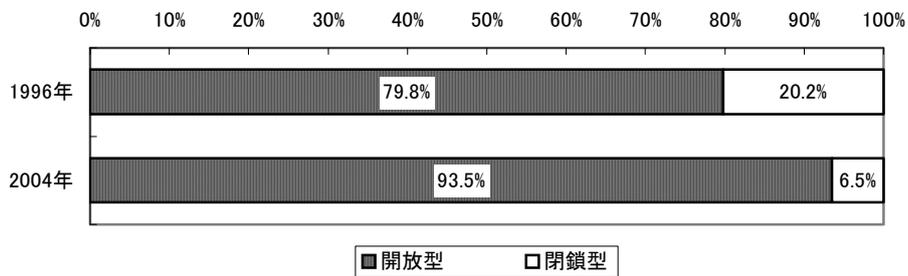
²⁹ 社会法典第5編第262条における合計積立金（Gesamtrücklage）により、各疾病金庫が自らの積立金（Rücklage）を使い果たした場合に、州の合計積立金を取り崩して財政の維持に当てることが定められている。

図表8 疾病金庫における開放型と閉鎖型の割合（金庫数ベース）



出典) BKK (2005) Die BKK, p.112.

図表9 疾病金庫における開放型と閉鎖型の割合（加入者ベース）



出典) BKK (2005) Die BKK, p.112.

(2) 疾病金庫側からみた金庫開放の目的と狙い

BKKの多くは、1996年に疾病金庫が開放された際に、多くの新規加入者がより保険料率の低いBKKに流入することを歓迎していたといわれる³⁰。

① 疾病金庫における高齢化防止の観点

例えばエッソBKKの場合、開放型を選択した背景として、単純に加入者を増やすというのではなく、若年層を中心に取り込むことによって、高齢化していた加入者構成の若返りを図るという意図があった。ベビーブーマー世代が退職していくなかで、若年者の採用が制限されてきた近年の傾向から、疾病金庫における被保険者の人口構造が高齢化し、将来の財政上の大きな負担となることが予想されていた³¹。こうした状況を改善する上で、開放選択を好機ととらえていた。

エッソ BKK では、インターネットで簡単に加入できることも若年層にはアピールになると考え、また、高齢者は従来加入してきた保険者に残ることを想定して金庫を開放したという。しかし、インターネットでの情報を利用して、多くの高齢者も流入したため、結果的には保険料の引上げが必要となり、当初の目的は果たせなかった。

³⁰ エッソBKKのインタビューより。

³¹ ドイツの疾病保険は、いわゆる「突き抜け方式」を採用していることから、疾病金庫の加入者構成の高齢化は、財政に大きな負担となる。

1996年の開放当初は、比較的順調に開放が進んでいたと認識されていたが、2000年から2001年頃にはそれが誤解であったと認めざるを得なくなったという。つまり、多くのBKKの加入者層が社会全体のリスク構造に平準化されていった反面、低い保険料を維持していたため、大きな赤字を抱えることとなった。また、加入者の流動性が高まったことで数年経過した後に実施されるリスク構造調整による財政調整の規模も拡大し、将来的な赤字予測を極端に困難なものにしたという。

② 母体企業の効率化

疾病金庫の開放には、母体企業の事情も大きく影響したのではないかと考えられている。通常、閉鎖型金庫は、母体企業の人事部の1セクションとして位置づけられていることが多い。したがって、疾病金庫は私企業とは異なり、営利を目的としていない公法人であるが、閉鎖型金庫は母体企業から職員が派遣され、金庫運営の財政的な支援も受けている。このような閉鎖型金庫においては、疾病金庫の管理運営コストがどの程度かかっているのかを正確に把握していない疾病金庫もあるようである³²。

しかし、開放型を選択することで、こうした人的コストを母体企業が負担しなくてもよいことから、人的コストを削減したい企業が積極的に自企業の疾病金庫を開放型に移行させたという事情があるという。

③ 消極的開放策

法律上は、一部の企業や家族などに限定した疾病金庫の開放を認めていないため、疾病金庫はいったん開放型を選択すると、すべての疾病金庫加入者の加入希望に応じる必要があり、また、金庫自体も閉鎖型に戻ることは許されていない。

しかし実際には、広報活動を控え、開放したという事実を積極的に公表しないという方法で事実上の部分的開放を狙った金庫もあるという。バイエルBKKは当初から、新規の加入者獲得に積極的であったわけではなく、バイエルBKKの職員の被扶養者ではない家族の取り込みを検討する程度の開放を想定していたという。また、エッソBKKも開放型に移行することで、グループ会社であるエクソンモービルのガソリンスタンドに勤務する若年者やその家族を取り込み、人口構造の若年化を図るとというのが当初の開放の狙いであったという。

ただし、エッソBKKやバイエルBKKのこうした考え方は、必ずしも思惑どおりとならなかったという。1996年頃のインターネットの影響は金庫関係者の想像以上に大きく、エッソBKKでは、特別な広報活動を一切行わなかったにもかかわらず、南ドイツの新聞にエッソBKKが開放型に移行したことが伝えられ、多くの新規加入者がインターネットを通じて手続きを行うということもあったという³³。

³² 例えば、現在も閉鎖型を維持するドイツ銀行BKKの管理運営コストは、本社と一体的にみているため、正確には把握できていないという。

³³ エッソBKKはドイツ北部のハンブルグに拠点を持つ疾病金庫。

金庫選択権は、疾病金庫間の競争を促進することが目的のひとつとして付与されたため、加入者の獲得を目指すことが想定されたが、一方で、開放した側の疾病金庫では、積極的なマーケティング営業の展開をせず、内部の年齢構成の調整や母体企業の財政的な負担の軽減という本来とは異なる目的での開放も存在したという点は、注目に値するだろう。

(3) 開放型疾病金庫の急成長の問題点

① 疾病金庫の成長とリスク構造調整

疾病金庫の開放は、金庫の規模の拡大に道を開くこととなった。今回のインタビューで複数の金庫関係者から得られた指摘は、急速な規模の拡大が金庫の経営を圧迫するという問題であった。

次項では、金庫選択の自由が付与されると同時に設立された医療関係職 BKK が、急速に拡大し、最終的には支払不能状態に陥り、事実上の破綻に追い込まれた事例について紹介する。こうした事例は稀なケースではあるものの、加入者の急激な増加に警鐘を鳴らすものとして紹介されている。

急速に拡大する疾病金庫が破綻に追い込まれるひとつの原因は、事務処理能力やマネジメントが成長に追いつかないことにより、脱退者が増大することである。また、加入者の出入りが頻繁に発生する疾病金庫は、リスク構造調整のための拠出を行う段階になって加入者数がリスク査定時よりも減少または変化していることがあり、リスク構造調整の拠出分を正確に見積ることができず、結果的に赤字計上せざるを得なくなることにもあるという。リスク構造調整の計算は複雑であり、リスクの査定が行われてから実際に拠出が行われるまでの間に、数年のタイムラグが発生するために、査定と支払能力の間に差が生じることになる。エッソ BKK もこうした問題のために、加入者数の変化が激しい段階にあっては赤字を計上したという。

② 金庫の拡大と破綻【事例：医療関係職BKK（BKK für Helberufe）】

1) 設立－急成長

医療関係職BKKは、1996年に開放型金庫として新たに設立されたBKKである。医療関係職BKKは医師や看護師ではなく、薬局の販売員や鍼灸師、マッサージ師などを中心としたBKKを想定して設立された³⁴。しかし、設立当初から開放型金庫としてスタートしているため、実際には医療関係職ではない人々も加入することが可能であった³⁵。

設立当初は 5,000 人の被保険者でスタートした医療関係職 BKK であったが、2001 年には被保険者数が 52 万 5,000 人、家族構成員も含めると約 70 万人というドイツで最大規模の巨大疾病金庫に急成長した。設立当初、4 人であった金庫事務職員も、2000 年には 1,100

³⁴ 看護師や薬剤師はIKKが対応しておりBKKは対応していない。

³⁵ 連邦保健・社会保障省のインタビューでは、実名を出さなかったものの特定の職種のみを想定するような疾病金庫が存在することは、被保険者を意図的に一部の者に絞りこむという点で逆選択にあたるのではないかとする見解も省内にあるということであった。

人となった。

インターネットの普及により加入の手続きが容易になったことや、疾病金庫の開放政策が実施されたと同時に設立され、金庫の移動が比較的頻繁に行われた時期と一致していることなどが、急激に加入者が増大した要因として考えられるが、最も大きな要因は、当時、全国での最低水準となる 11.9%の保険料率を提示していたことであった。

2) 支払不能申請

医療関係職 BKK は、事務処理能力の観点からもキャパシティーを遙かに超えて加入者が増大したことや、十分な裏付けもなく保険料率を低く設定したために、2003年には3億6,000万ユーロの債務を背負って支払不能状態に陥った。

3) 再建－維持

2003年3月に医療関係職 BKK は BKK 整理統合の第1号として、バイエル BKK の経営陣による再建が開始された。バイエル BKK の経営陣の派遣については、BKK の州連合会が仲介に入り、再建を依頼した。医療関係職 BKK は破産ではなく支払不能であるため、裁判所の許可を得て更生手続きに持ち込まれた。2003年4月よりバイエル BKK の役員全員が医療関係職 BKK の役員を兼任し、新しい中央管理本部を立ち上げた。金庫運営に関係している8つの部門の責任者は全員解雇され、新体制のもとで再建を図った。

システムの統合を進め効率的な運営を行ったほか、経費の節減、人件費の削減を進め、経営破綻の元凶となった保険料を約1年半かけて徐々に引上げ、2003年4月には14.8%とした。これに伴い、加入者は急速に脱退し始め、約半数の加入者が医療関係職 BKK を後にした。2005年現在では、約29万人の被保険者（家族構成員を含めると40万人）に減少した。支払不能時には月間5,000人程度が脱退した。現在も月間3,500人程度が脱退しているという。

(4) 閉鎖型疾病金庫の競争

1996年以降に新規に開設される疾病金庫については、すべて開放型とすることが定められた一方で、閉鎖型の疾病金庫が現在も残っている。

疾病金庫が閉鎖型を選択する上での明らかなメリットは、財政面における企業からのサポートである。疾病金庫職員の人件費だけでなく、疾病金庫が法定給付以外に提供する健康増進活動のためのパッケージなどに関する費用を、企業側が共同負担するなどの例がある。開放型に移行すると、これらの費用負担はすべて疾病金庫の会計の中で確保されなければならないため、そのコストが保険料率に反映されることになる³⁶。

一方、デメリットとしては、企業の従業員数を増加させない限り、規模縮小のリスクがあるという点である。閉鎖型疾病金庫の加入者の金庫選択権は、閉鎖型選択の後も守られるため、加入者が希望すれば、外部の開放型疾病金庫に移動することも可能である。一方

³⁶ 保険料率への影響は0.4～0.5%程度であるといわれている(ドイツ銀行BKKのインタビューによる)。

で閉鎖型の疾病金庫は、外部からの加入者を受け入れることは、当該企業の従業員になる場合を除いて認められない。したがって、流出の可能性はあっても、外部からの流入がないことから、理論的には規模縮小のリスクがあることになる。

こうした理由から、閉鎖型疾病金庫では規模を維持する上で、加入者をつなぎとめるために加入者のニーズに適応したサービスを提供することが重要と考えている。例えば、ドイツ銀行 BKK では、健康増進活動や予防活動に重点を置いており、従業員に対する健康に関するアンケートを実施し、ストレスや栄養問題、運動不足などが優先的な課題であることを把握した。その上で、社内の医療サービスセクションと共同でストレス対策に取り組んだほか、運動不足についても特別なプログラムを開発し、従業員に提供している。

(5) 開放型疾病金庫と閉鎖型疾病金庫の競争の違い

開放型疾病金庫は、金庫選択の自由化により、若年の加入者を他の疾病金庫から獲得し、現在の加入者が脱退しないようにつなぎとめておく必要がある。一方で、閉鎖型疾病金庫は、他の疾病金庫から加入者を得ることはできないため、現在の加入者が流出しないようにサービスの向上に努める必要がある。

したがって、競争原理が開放型疾病金庫だけに適用され、閉鎖型疾病金庫はその影響を回避できるというのではなく、開放型・閉鎖型の双方に影響を与えるということができる。ただし、開放型と閉鎖型の競争は、閉鎖型が他の疾病金庫からの加入者の獲得を行わないという意味において、同じ種類の競争であるとはいえない。

3. 金庫選択権と疾病金庫の自治

(1) 疾病金庫の自治のとりえ方

ドイツの社会法典第 5 編第 4 条には、疾病金庫が公法上の団体であること、また、団体は自治及び自己責任の原則に基づく存在であることが明示されている。また、連邦保健・社会保障省の発行する「法定疾病保険の手引き」においても、疾病保険における自治について言及しており、「自治」はドイツ疾病保険におけるひとつの重要な特色となっている。

■自治 (Selbstverwaltung) ■

法定疾病保険は、自治の原則に基づいている。疾病金庫及び医師 (Ärzteschaft) は、ドイツにおける診療を整備する権限を、国家から付与されている。〔そして〕これらの公法人は、国家の監督の下で、法定された任務を民主的な自治及び自己責任という基本原則に基づいて遂行する。患者の利益は、患者があらゆる重要な委員会 (Gremien) に参加することによって保障される。

出典) 法定疾病保険の手引き (Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung) p.20.

しかしながら、疾病金庫の活動は公法人として厳しく法律で定められており、文字どおりの自由な活動としての自治が認められているわけではない。今回実施した現地インタビュー

ュー調査でも、多くの金庫関係者が「疾病金庫業務の95%は法定のため、疾病金庫の自主的な決定はできない」と発言している。残り5%の自治の代表的なものは、保険料率の決定であり、この点における競争が行われたのが、1996年の金庫選択の自由化以降の大きな自治をめぐる動向であった。また、疾病金庫の実施する各種健康プログラムなども、この5%の裁量に含まれる。

こうした「残りの5%」の裁量をもって、事実上、疾病金庫が「行政の代行機関」であると考えるか、その5%こそが疾病金庫の自治であると捉えるかは、疾病金庫の職員の考え方によって大きく異なる。こうした認識の違いは、具体的な裁量権の範囲に関する見解の相違というよりは、具体的な裁量権に対する評価の違いから生じていることがわかる。

現地インタビュー調査においても、例えばエッソ BKK の場合、疾病金庫は実態として「行政の代行機関とみてもよい」とし、自治が形式的なものであり、裁量権が実際にはないことを指摘している。多くが法律の枠に縛り付けられていることの例として、広報活動にかかる予算の設定についても、自主的に疾病金庫が決定することができないことを指摘する。また、経済団体であるドイツ使用者団体連邦協会（BDA）も「給付面の95%以上は法律で定められているので、保険料率決定の裁量の余地はあまり大きくない。現在の自治はおしゃべり会のようなもので、何も決定できないのが現状」としている。

一方でバイエル BKK は、独自の規約の作成、モデル計画、ボーナスプログラムの設計、統合診療の契約、アドミニストレーションコストの管理といった側面で、十分な自治があり、これを活かすことによって、独自性を打ち出すことができるとしている。また、「公法人であるが、自治組織であり、政府の代弁者とは思っていない」と明言している。

(2) 保険料率の設定における自由度

保険料率の設定は、疾病金庫の自治において最も重要な裁量権のひとつである。保険給付の内容が法定であるなかで、保険料率の設定が他の疾病金庫との差別化を提示する上で最も効果的なツールとなる。とりわけ、金庫選択の自由化が導入された1996年段階においては、保険料率による競争が一時的に発生したという。前述の医療関係職 BKK はまさに低い保険料率の設定により加入者の獲得を急速に進めた例であった。

もともと保険料率を低く設定していた BKK では、1996年の開放型選択時に保険料率を据え置いたまま、開放を進めたところが多数あったようである。特にリスク構造調整の査定がどの程度になるのかは数年後でなければ確定しないことから、開放した疾病金庫の中には、保険料率を低く設定しすぎたため、結果的に赤字となったケースがみられたという。

こうした保険料率により加入者を引きつける手法は、現在ではほとんど行われていないという³⁷。実際、保険料率の金庫間格差は年々縮小しており、また、医療関係職 BKK のように極端に低い保険料率を設定する疾病金庫の破綻を目の当たりし、低い保険料率を設定

³⁷ 連邦保健・社会保障省、バイエル BKK、エッソ BKK などへのインタビューによる。

する金庫に対する被保険者側の信頼が薄れているという背景もあるといわれる。

(3) プログラム提供における裁量

保険料率の設定による加入者獲得が収束すると、今度は、金庫が加入者に提供する各種ボーナスプログラムなどにおいて差別化が図られるようになった。疾病金庫が提供するプログラムは、被保険者の運動プログラムや検診などへの参加を通じて、疾病予防を促進する目的で展開されている。こうした独自のプログラムに参加すると、加入者にはポイントが与えられ、これを貯めると景品と交換ができるといった取組みである。また、プログラムに参加することで、保険料を還元するプログラムも登場した。

しかしながら、こうしたプログラムの多くは、すでにほとんどの疾病金庫で実施されており、プログラムの内容そのものにユニークさはなく、他の疾病金庫との差別化に大きな役割を果たしているとはいえない。すでに保険料率そのものに差がみられず、ボーナスプログラムにおいても明確な差別化ができないことから、疾病金庫における「5%の自治」は、その限界をみせているといえよう。

(4) 金庫マネジメントの進展

一方で、疾病金庫の自治の展開については、単に加入者に対するサービスやインセンティブの付与という形だけではなく、内部的なマネジメントにおける自律的な取組みもみられるようになってきた。まさに自治と呼ぶにふさわしい取組みであり、管理コストの削減や効果的な組織運営などを目指す取組みである。

エッソ BKK の理事は「疾病金庫は従来、行政官庁と同じようなところがあり、被保険者をお客様ではなく、単なる申請者といった形でとらえていたが、現在では、マーケティング活動やサービス概念を重視する必要性が出てきている」と、マネジメントの重要性を認めている。

実際、BKK連邦連合会では、そうしたマネジメントのためのツールの開発や、統計的な分析などを自力で開発できない疾病金庫には技術的な支援も行っているという。また、ヘッドハンティングも行われており、まったく別の企業から経営陣を迎え入れることもある

³⁸。

³⁸ 本報告書p24 3) 再建－維持を参照。

4. 金庫選択の自由が「連帯」に与えた影響

(1) 疾病保険における連帯

連邦保健・社会保障省が発行する「法定疾病保険の手引き」では、①労使間の保険料折半、②健康な者と疾病にかかった者、③所得の高い者と低い者、④若年者と高齢者、⑤独身者と家族といった社会の異なる構成単位間の「連帯的調整」であるとしている。

■連 帯■

疾病保険による保護に対する保険料は、被保険者の財政上の負担能力に応じたものである。これらの保険料は、対等に支払われる。すなわち、それらは原則として、労働者とその使用者によって、折半で支払われる。〔そして〕すべての被保険者は、支払われた保険料の額に関わらず、医療上必要な給付を受ける。したがって法定疾病保険の基本原則とは、健康な者と疾病にかかった者、所得の多い者とそれほど所得の多くない者、若年者と高齢者、及び独身者と家族との間の連帯的調整（Solidarausgleich）なのである。

出典）法定疾病保険の手引き（Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung）p.20.

(2) 金庫間の連帯³⁹

前出の医療関係職 BKK の問題は、疾病金庫間の連帯にも影響を与えている。現在の法律下では、州内の疾病金庫が財政破綻した場合は、同一種別金庫間における互助が義務づけられている。この互助を同一種別金庫間の連帯性の現れであると考えれば、各疾病金庫は互いに「競争」関係にありながら、同時に互助的な「連帯」の関係性の中に位置づけられているという逆説的な状況が存在することになる。

したがって、州内の BKK において、新規加入者獲得競争のために保険料率を大幅に引下げ、財政難に陥った金庫を救済することへの反発や疑問が生じることは避けがたいことである。

さらに金庫の合併が同一種別金庫間に制限されている現在の規定を、将来的に異なる金庫間にも拡大した場合は、こうした互助的な連帯性を担保するメカニズムは変更を余儀なくされる可能性が高いと考えられる⁴⁰。

(3) 金庫内における世代間連帯－金庫ホッパー

マックスプランク国際社会法研究所前所長であるベルント・マイデル教授や閉鎖型のドイツ銀行 BKK などは、金庫選択の自由という被保険者による選択が、「世代間連帯」に影響を与えていると指摘する。

³⁹ ただし、金庫間のこうした相互扶助的な機能を連帯的な関係性でとらえる考え方は、論者によって大きく異なっており、共通認識として共有されているものでは必ずしもない。連邦保健・社会保障省のパンフレット等をもみても、疾病金庫間の連帯という言葉は登場しない。一方で、AOKや労働組合などは、疾病金庫間の関係について連帯という言葉を用いている。

⁴⁰ すでに異なる金庫間の合併については、AOKなどからも要望が出され、検討の俎上に上がっており、近い将来に実現する可能性も否定できない。

現行制度においては、開放型疾病金庫は加入を希望する者を拒否することは認められておらず、また、いったん加入した場合の最低加入期間なども短く設定されている（18カ月）ため、より低い保険料率を設定する疾病金庫を狙って金庫を転々とする「金庫ホッパー」（疾病金庫間を「飛び回る」人の意）が出現している。

通常、高齢者は、保険料率の比較といった情報へのアクセスが困難な場合が多いため、長期間にわたり同じ金庫に留まることが多いと考えられている。これに対し、インターネット等を通して、より低い保険料率を設定している疾病金庫を把握しやすい環境にある若年者が、保険料率だけを理由に金庫を移動するというケースが出ている。こうした保険料率のみに着目した金庫選択が繰り返されることは、長期にわたり同じ金庫の中で世代を超えて支え合うという疾病金庫内における「世代間連帯」の意識を薄めることになるという指摘がある。

(4) 金庫加入者間における連帯

最後に、加入者個人レベルにおける連帯への影響である。

すでに触れた「ボーナスプログラム」は、競争における疾病金庫の差別化のための重要なツールのひとつであるが、ドイツ銀行 BKK は、ボーナスプログラムの一環としての特定の要件を満たした場合の保険料還付なども、「連帯」の概念に反する行為であると指摘する。保険料還付のような考え方は、個々人の持っている疾病のリスクに応じて保険料に差をつけるというものであり、個人と保険会社との間の契約で成り立つ民間の疾病保険では成立する考え方であっても、「連帯」を基礎とする公的な疾病保険においては、そぐわないと指摘している。

元来、BKK は特定企業の従業員で構成される疾病金庫であったため、金庫内の加入者間における連帯が想定されるのは自然なことであった。逆に、金庫選択権によって様々な職種の人々が BKK のような特定の職業従事者集団の疾病金庫に入ってきた場合、従来のような連帯が維持されると考えるのは容易ではない。

マイデル教授は「BKK のメリットは、疾病金庫と企業が密接に結びつき、従業員との調和、団結に影響を与えるということにあるが、その企業に勤めていない非従業員が加入してきて、その数が多くなってくれば、もはや BKK ではない」と指摘している。

また、閉鎖型を維持しているドイツ銀行 BKK も「(他の疾病金庫と) 加入者を奪い合うような競争は、連帯のもとでは理解されない」と指摘している。

第3章 リスク構造調整に対する評価と今後の動向

1. リスク構造調整に対する利害関係者の評価

リスク構造調整への拠出が、特に負担をしている側のBKKにおけるリスク構造調整に対する大きな不満となっている⁴¹。

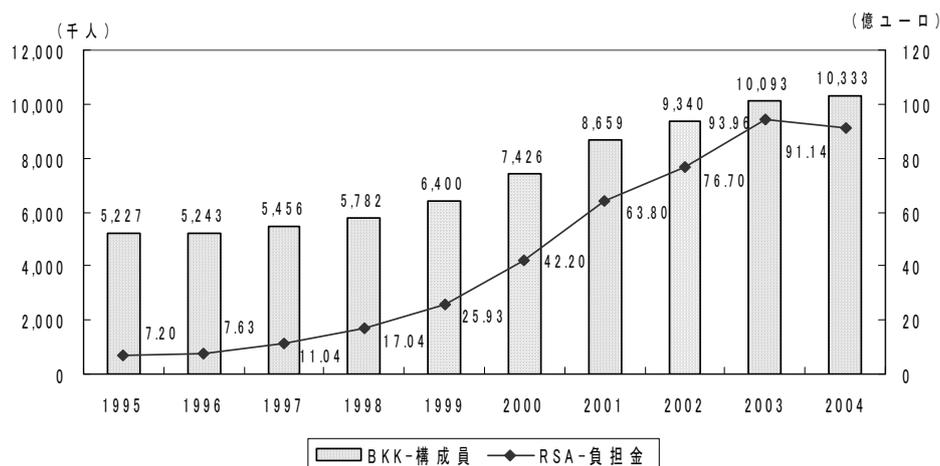
逆に、受け取り側になっているAOKは、この制度の恩恵を大いに受けている側として、賛成している。また、労働組合は今回のインタビューにおいても、リスク構造調整を「連帯で財政をまかなう制度」とであると指摘し、その重要性を主張する。

しかし、実際のリスク構造調整は法律上に明記されているとおり、競争を公平に実施するためのものであり、決して連帯的な制度ではない。この点は、BKK連邦連合会だけでなく、マイデル教授も明確に指摘するところである。

リスク構造調整の拡大解釈的な理解が広まることに懸念を示しているのは、BKKを中心とした疾病金庫である。BKKは疾病保険における連帯性を否定しているのではなく、「リスク構造調整＝連帯性の担保」という構図を批判している。ドイツ銀行BKKは、「リスク構造調整を政治的に拡大するために、連帯を持ち出して正当化し、制限のない調整を行おうとしている勢力が存在する」と厳しく指摘している。

実際には、疾病金庫の連帯性は前章でも確認したとおり、疾病金庫内の加入者間、あるいは金庫内の世代間に認められるものであり、仮に疾病金庫間に相互扶助的な連帯性が存在するとしても、それはリスク構造調整によるものではなく、同一種別金庫間の財政の保護に関する規定に依拠している⁴²。

図表10 BKKにおける加入者とリスク構造調整負担金の推移



出典) BKK連邦連合会資料。

⁴¹ 注意が必要なのは、リスク構造調整は、総体としてはBKKが拠出する側、AOKが受け取る側という構図があるものの、具体的な状況をみれば、例えばBKKの中にももっぱら受け取り側となっている疾病金庫が多数あるといわれる。したがってBKKといえども内部的に利害が一致しているわけではない。

⁴² この点については、前章参照のこと。

2. 有病率指向型リスク構造調整

(1) リスク構造調整改革法

リスク構造調整の見直しに関する議論は、2001年に約1年間をかけて行われ、その結果は2002年1月1日に施行された「リスク構造調整改革法」に集約された。この中では、①高額医療費に対するリスクプールの導入、②疾病管理プログラムの導入、③新しいリスク構造調整として、これまで性別や年齢といった間接的な説明変数で調整を行ってきた仕組みを「有病率」という直接的な説明変数によって調整する方式に改めること、④これを2007年までに全面的に導入することが決定された。

(2) 有病率指向型リスク構造調整

有病率指向型リスク構造調整（Morbi-RSA）は、従来のリスク構造調整とは異なり、新たに慢性疾患患者を指標として疾病金庫間で調整を行うというものである。従来のリスク構造調整では、性別、年齢、所得水準、扶養率によって調整が行われていたが、有病率指向型リスク構造調整では、加入者における特定疾患患者数に応じて調整を行うというものである。

金庫選択権導入後の問題として、疾病金庫が積極的に慢性疾患の患者を取り込む努力をしなくなっているという点が挙げられる。現行の規定では、疾病金庫は加入希望者の加入を拒否することはできない。したがって、あからさまな逆選択や加入拒否はほぼ発生していないといっている状況にある⁴³。

ただし、連邦保健・社会保障省が問題視していることとして、第一に、現行のシステムにおいては、疾病金庫が積極的に慢性疾患の患者を金庫内に取り込もうとするインセンティブが全くない、第二に、暗に特定の低リスク層しか加入できないような印象を与える広報活動等を行っている疾病金庫が存在するという2点がある。疾病金庫の名称に、特定の職業の者しか加入できないと誤解させるような名称を付けている疾病金庫が存在していることは事実だが、こうした状況を疾病金庫の逆選択ととらえるのは、やや事実を歪めているといえる。しかし、有病率指向型リスク構造調整の導入の背景に、連邦保健・社会保障省が指摘するような「消極的な逆選択」ともいえる加入者選択に対する問題意識があることもここでは指摘しておきたい⁴⁴。

(3) 各団体の見解－有病率指向型リスク構造調整を巡る議論

有病率指向型リスク構造調整にいち早く反対を表明したのが、BKK 連邦連合会である。BKK 連邦連合会は、従来よりリスク構造調整における最大の拠出側団体として、リスク構造調整に反対の態度を示してきた。今回の有病率指向型リスク構造調整に対して、BKK 連

⁴³ 日本国内の論文等では、リスク構造調整において疾病金庫が高リスクの被保険者の加入を回避しようとするいわゆる逆選択が問題となっている点を指摘しているが、倉田（2005年3月レポート）が指摘しているように、この理解は誤解を招く可能性が高い。逆選択が存在する場合は、社会裁判所に持ち込むことになる。連邦保健・社会保障省へのインタビューでも、こうしたあからさまな逆選択は発生していないことが確認されている。

⁴⁴ 連邦保健・社会保障省へのインタビューによる。

邦連合会は、2004年8月5日に発表したプレスリリースの中で批判している。

その主張は、有病率指向型リスク構造調整は結果的に医療費の増大を抑制するのではなく、かえって増大させるのではないかというものである。有病率指向型リスク構造調整において指標とする患者数は、医師の診断や薬剤投与の量などから間接的に判断することになっている。したがって、実際に存在する患者数は医師の裁量によって変化する可能性が高い。そのため、BKK連邦連合会は「実際の診療から実際の有病率を推論することは、一方で過剰診療が存在し、他方で給付提供者が常に有病率指向の報酬システムを強化させ、有病率の増大によって直接的に利益を得るという場合には『費用増大の罟』に陥ってしまう」と批判している。特に、従来の費用抑制のための様々な試みとは逆方向の行動を助長することになるという点を指摘している。有病率に基づくリスク構造調整が行われ、自金庫に資金が流入する仕組みにより、各金庫は疾病を抱える加入者を囲い込む可能性がある。DRGにおけるアップコーディングと同様の結果が発生することで費用は高騰し、保険料率は上昇するだろうと批判している。これと関連して、すでに進められている外来手術や統合ケアの促進といった、これまでの政策を推進してきた疾病金庫がコストのかかる方針転換をしなければならなくなるとも主張している⁴⁵。

現地インタビュー調査でも、エッソ BKK は「有病率指向型リスク構造調整は、疾病保険制度を経済的に運営することをまったく考慮していない制度であり、このまま導入まで進むとは思っていない」と指摘するなど、導入は困難ではないかとする意見も聞かれた。こうした動きへの警戒感からか、一方では有病率指向型リスク構造調整を支持する AOK 連合会、連邦金庫医師協会、バーマー疾病金庫が、2005年5月12日付けで共同プレスリリースを発表し、この中で当初の日程どおりの導入を改めて主張している。

AOK 連邦連合会、連邦金庫医師協会、バーマー疾病金庫の3団体はアンドレアス・ケーラー氏の発言を引用しつつ、「有病率指向型リスク構造調整が無ければ、他の金庫に比べて平均的に明らかに多くの病人が加入している金庫は、有病率指向型の医師報酬を支払うことができないだろうということである。それだけでなく、有病率指向型リスク構造調整は同時に、すべてのサービスセクターにおいてできる限り経済的なサービスを提供するための動機を高める。そのため、有病率指向型リスク構造調整で重要なのは、患者が利益を得る健康政策的な進路を決定することである」とし、サービスの質の向上において、有病率指向型リスク構造調整の早期導入が重要であると指摘している。

⁴⁵ BKK連邦連合会のホームページに掲載されたBKKの意見書より。
<http://www.bkk.de/bkk/content/powerslave.id,1000000180,nodeid,600.html>

「有病率指向型リスク構造調整が保険料率を上げる」(BKK 連邦連合会より一部抜粋)

予定されているリスク構造調整は、誤ったインセンティブによって医療制度にかかる費用を高騰させ、医薬産業、病院及び医師を有利とし、保険料率の引下げや疾病金庫間の競争を妨げてしまう。

法定疾病保険におけるリスク構造調整改革の目的は明らかである。すなわち、リスク構造調整をより公正で単純で透明性のあるものにしようとするのが意図されている。法定疾病保険における連帯的な競争秩序の要素として、リスク構造調整は支払い可能な疾病保険の維持及び、診療の質の改善に貢献しなければならない。連邦保健・社会保障省の委託によって作成された「有病率指向型リスク構造調整」は、このような目的の達成には適していない。このモデルが実現されれば、法定疾病保険は高額なものとなり、責任ある行動は不利となり、官僚的かつ硬直的な支出が増大してしまうだろう。

理論上のモデル…

専門家委員会の意図するところによれば、疾病金庫間の様々な疾病負担は、病院における診断や薬剤処方を基盤とした被保険者の有病率に従って調整されなければならない。しかし、実際の診療から実際の有病率を推論することは、一方で過剰診療が存在し、他方で給付提供者が常に有病率指向の報酬システムを強化させ、有病率の増大によって直接的に利益を得るという場合には、「費用増大の罟」に陥ってしまう。これでは、「客観的な」診療ニーズ(疾病)と実質的になされている治療支出との関係について批判的に議論することが不可能になってしまうだろう。医療制度において、供給によって需要状況が導出されているという点から考えると、このようなことは医療上も経済学上も、疑問の余地が残るところである。例えば、様々な金庫医師協会間で被保険者1人当たりの薬剤処方の費用を比較すると、連邦全体で30%以上もの格差が存在している。そのような事態の発生に関して、納得いくような疾病状況の相違などが存在していないにもかかわらず、である。

「患者、医師及び掛金支払者⁴⁶の利益のため有病率指向型リスク構造調整(Morbi-RSA)を予定どおり導入」(共同プレスリリース)

連邦金庫医師協会 AOK BARMER (ドイツ最大の疾病金庫)

ベルリン 2005年5月12日付け。

AOK、BARMER及び連邦金庫医師協会は、有病率指向型リスク構造調整を予定どおりに導入することを支持する。これは、患者、医師及び掛金支払者の利益のために緊急に必要である、と本日ベルリンで行われた共同記者会見で AOK 連邦連合会の代表取締役 Dr.ハンス・ユルゲン・アーレンス氏、BARMER の代表取締役 Dr.エックハート・フィードラー氏、連邦金庫医師協会の代表取締役 Dr.アンドレアス・ケーラー氏が表明した。リスク構造調整のさらなる発展、それに加えて疾病保険加入者の有病率指向は、すでに2001年以来法律に定められている、と3者は強調した。また、法律に定められている有病率指向型リスク構造調整を導入するうえで必要な手続規律を遅滞なくスムーズに可決することが連邦及び州に要求された。このような手続規律の可決によって、予定の2007年に施行となるであろうし、また、有病率指向型リスク構造調整を予定どおり導入することで、患者の健康福祉のための金庫の競争体制が最善の状態になるのである。この結果、患者を効率的にケアすることが将来的に医師及び疾病金庫の中心的な競争目的となる。したがって、代表取締役らは、法規令が間もなく準備されることを連邦保健・社会保障大臣ウラ・シュミットが明らかにしたことを歓迎した。有病率指向型リスク構造調整は、立法により定められたように2007年1月1日以降施行されなければならない。というのも、有病率に依存した医師の診療報酬は有病率指向型リスク構造調整が安定した基盤の上に構築することができるからである。

Dr.アンドレアス・ケーラー氏は、「連邦金庫医師協会の第一の関心事は、患者がより良くケアされるように、患者の医学的需要指向型の医師報酬を実現させることである。この目的は、

⁴⁶ 被保険者を指す。

現行の報酬システムよりも、立法により 2007 年以降と定められた開業医の有病率指向型通常給付量によってはるかに効果的に実現される。」と述べた。ケーラー氏は続けて、「疾病保険加入者の有病率リスクが疾病金庫に不均衡に割振られていることも周知のとおりである。」と述べた。このような不均衡な事実がもたらす論理的結果は、将来の医師報酬が有病率リスクに従って機能することができるということであり、それも疾病金庫の収入が有病率リスクに従う場合のみである。そのため、有病率指向型リスク構造調整の導入が、医学的ケアの改善のための必要条件である。現在のリスク構造調整は、疾病金庫が病気を持つ加入者ではなく健全な加入者のケアをするように強制している。

Dr. ハンス・ユルゲン・アーレンス氏は次のように述べた。「有病率指向型報酬は、需要に応じた患者のケアにとって将来においても不可欠である。そのために有病率指向型のリスク構造調整は、決定的な条件を形成する。つまり、有病率指向型リスク構造調整が無ければ、他の金庫に比べて平均的に明らかに多くの病人が加入している金庫は、有病率指向型の医師報酬を支払うことができないだろうということである。それだけでなく、有病率指向型リスク構造調整は、同時に、すべてのサービスセクターにおいてできる限り経済的なサービスを提供するための動機を高める。そのため、有病率指向型リスク構造調整で重要なのは、患者が利益を得る健康政策的な進路を決定することである。他の諸国における大規模な適用経験により、有病率指向型リスク構造調整の実用性が証明されている。アメリカ合衆国とオランダは、有病率指向型の調整システムが実行可能であることを示している。あとはこのシステムを導入しなければならないだけだ。」

アーレンス氏は続けて、「法的に 2007 年以降と定められている有病率指向型リスク構造調整を予定どおりに実行に移すため、連邦保健・社会保障省の未解決の法規令は—2001 年の原則決定のときのように一連邦及び州からの幅広い支援を必要としている。」と述べた。AOK、BARMER 及び連邦金庫医師協会は、政治及びメディアとの意見交換においてこのことを明らかにするとともに賛成を得る意向である。

Dr. エックアート・フィードラー氏は、費用負担者及びサービス提供者⁴⁷側に、費用のかかる症例を「生産する」という、利害関係者側から表明された非難を厳しく拒絶した。「有病率指向型リスク構造調整は、全費用の調整ではなく、ある 1 つの病気にかかる平均費用のみを考慮するものである。その結果、費用を平均以下に保つ疾病金庫のみが競争の中で持ちこたえることができるのである。」と、フィードラー氏は述べる。さらに、研究者らが提案したこの見込みある方法は、不正操作を防止する。この方法に従うと、その年に実際に発生する病気費用が調整されるのではなく、その病気が次の年に引き起こす費用のみが調整されるのである。その限りでは、例えば外来手術は疾病金庫にとって有利なままである。

医師と共同して医学的ケアの品質を改善すれば疾病金庫は競争において成功を収めることができるように、法的疾病金庫間の競争が有病率指向型リスク構造調整によって調整される。この結果、健康で収入の高い者に代わって、病人が中心課題となる。これまで金庫は、被保険者が健康であるのか、あるいは一例例えばリウマチのように一慢性的疾患があるのかどうかに関係なく、自らの被保険者に対する財政調整から、同額のクレジット (Gutschriften) を獲得してきた。これにより今日では、金庫が給付支出全体のたった 3% しか生じさせていない被保険者の 4 分の 3 に対して、リスク構造調整のクレジットの 60% を獲得している。これは、平均より少ない病人数の保険保証をしている金庫は利益を得ているということである。その限りでは、「適当な保険料率」が特別なマネジメント成果を表現するものではなく、病人と健康者の異なる分配が個々の金庫に反映しているだけである。それに対し、有病率指向型リスク構造調整は、財政トレードにおいて疾病の難易度及び期間を考慮するものである。この際、重要なのは、平均費用のみが調整されることで健康者をめぐる競争のための浪費が促進されるのではなく、医学的ケアの品質及び経済性をめぐる競争のための真の動機が促進されるということである。

⁴⁷ 医師、歯科医師、病院、薬局や健康面でのサービスを法定疾病保険の枠内で提供する者をサービス提供者 (Leistungserbringer) と呼ぶ。

第4章 疾病保険改革の動向

1. 疾病保険現代化法（GMG）⁴⁸

疾病保険の平均保険料率は、1989年以降の度重なる制度改革にもかかわらず、2002年に初めて14%の大台を突破した。そこで、2002年の総選挙後も引き続き政権を維持することができた社会民主党（SPD）と連帯/90緑の党は、①2003年の保険料率を2002年の保険料率に固定し、それと同時に、②医師及び歯科医師の診療報酬のゼロシーリング（Nullrunde）、③疾病金庫が薬の製造業者及び卸売業者に支払う対価の減額、④高額所得被用者が民間疾病保険に移行しないことを狙った保険加入義務の上限の引上げなどを内容とした「保険料安定化法（Beitragssicherungsgesetz）」を2002年12月23日に制定し、2003年1月1日より施行した。

この法律は、単年度の保険料率を安定化させるための緊急措置法であり、2003年中に新たな改革法を制定するというのが連立与党の真の狙いであった。この改革法の立案にあたっては、これまで重視されてきた医療保険財政の安定化だけではなく、医療サービスの提供にかかる構造の改革が強く意識された。

また、2003年4月11日には「第12次医療保険改革法」が制定され、①2003年に疾病金庫の管理費に対してゼロシーリングを実施すること、②被保険者数を、疾病金庫の1人当たり管理支出の基準とする（家族被保険者数の多い疾病金庫に有利）、③2,000超ある病院の半数に1件当たり包括払いを適用、④特許で保護された高額薬剤（いわゆるアナログブレパレート）の価格高騰作用を制限するための規定が策定された。この制度も保険料安定化法と同様に、短期的財政的余裕を獲得する目的で制定されたものである。

連邦政府は、5月28日に新たな改革に関する法案を閣議決定し、6月には法案を連邦議会に提出した。その後、連邦議会の審議中に、連立与党と野党との間で当初法案を審議するのではなく、改革プランを共同で練り上げるという合意が成立し、7月中旬の2週間にわたる秘密折衝で与野党共同の改革法案を完成させた。そして、2003年9月26日に同法案は連邦議会でも可決され、翌10月17日の連邦参議院でも可決された（ただし、野党のドイツ自由民主党（FDP）だけは同調しなかった）。これが「疾病保険現代化法（GMG）」であり、一部を除いて、2004年1月1日より施行された。

(1) 改革の概要

① 被保険者による疾病コストへの適切な関与（患者負担の引上げ）

今回の改革の目的のひとつは、「すべての制度関係者が節約措置に適度に引き込まれること」であり、より具体的には、「社会的な利害を顧慮できるだけの、被保険者自身による疾病コストへの適切な関与」であるとしている。これは、患者が適切な水準において診療

⁴⁸ GMGに関する記述は、土田武史「ドイツの「医療保険近代化法」－医療保険財政の安定、保険料率の抑制をめざして」共済新報45巻2号、2004年、倉田聡「ドイツ疾病保険制度をめぐる最新動向（2005年3月）」（本報告書参考資料）によっている。

のコストをより多く負担するということを意味している。

具体的には、この改革により患者は1回の外来診療につき10ユーロの診察料を窓口で支払うこととなった。同一の疾病について四半期毎に窓口で支払うことが求められることから、初診料とは位置づけられない。ドイツでは従来、金庫医師を受診した場合の自己負担が課せられていなかったため、こうした負担金の導入は初めての試みとなる。また、診察料は、最初に受診した医師に支払い、転医する場合は、「転医証明」を持って専門医等を受診することで、再度の負担は免除される。ただし、転医証明なしで専門医を直接受診する場合は、10ユーロの支払いが発生することから、はしご受診の抑制を目的としていると同時に、後述するように、家庭医に基づく医療提供体制の構築を目指す方向性とも一致する⁴⁹。

② 薬剤・補助具の自己負担

薬剤、補助具についても自己負担の方法が改められた。薬剤については、従来3種類の定額制を採ってきたが、GMGにより、最低5ユーロ最高10ユーロの限度額付き定率負担に改められた。また補助具（おむつ、包帯など）についても、月額10ユーロを上限とする1割の定率負担となった⁵⁰。

このほか、訪問看護や療養体操、作業療法、マッサージ等の療養、家事援助についても費用負担方式が改められた。これらの改革により、患者の費用負担は従来よりも増加する傾向にある。

③ 患者主権の強化の導入

こうした患者の費用負担が増大する諸改革の一方で、疾病保険への患者の参加を促進させる「患者主権（Patientensouveränität）」が強化された。具体的には連邦共同委員会への患者団体（難病患者の当事者団体など）の参加が認められるようになった⁵¹。また、患者には疾病金庫の財務状況に関する情報の取得に関する権限が与えられるほか、医師、歯科医師、病院に対して費用や給付に関する詳細情報の開示を求めることができるようになった。

④ 提供構造の改革

医療サービスの提供に関する基本原則として、家庭医を中心とした仕組みについての合意を、総契約上の取り決めとして疾病金庫と金庫医師協会との間で締結することが義務づけられた。この取り決めにより、疾病金庫は金庫医師協会との総契約上の規律の枠内で、家庭医中心の医療提供形式に関する契約を家庭医と締結しなければならない。しかし、被保険者がこの形式によるかどうかは、被保険者により自主的に選択されるものであり、疾病金庫はこれを強制することはできない。一方で、被保険者はいったん家庭医を決定すると、最低でも1年間は重大な理由が提示されない限り、同じ家庭医を選択しなければなら

⁴⁹ 社会法典第5編第61条：追加負担。

⁵⁰ 社会法典第5編第61条及び第33条：補助具。

⁵¹ 社会法典第5編第140条：患者の利益代表の関与。

ない⁵²。ただし、家庭医による医療サービスの提供を選択した場合、被保険者に特別なボーナスを付加することを規約に定めることが認められている。従来、疾病金庫は金庫医師協会とのみ契約を締結することが認められていたが、今回の改正による家庭医制度の導入で、疾病金庫と医師の間の直接契約の道が開かれた。

また、2000年より実施されてきた統合診療形態による契約についても、推進していく方向が確認されている。統合診療は、専門科目を越えた医療機関のグループをサービス単位として、別途サービス提供委託契約を締結するものである。グループ化された医療機関は、ひとつの病院と同等の機能を持つものとして捉えられる。

⑤ 国税の投入

本来の保険原則にそぐわない給付の財源を国税に切り替えることとなった。対象となったのは、母性保護給付、出産手当金、子供が病気の場合の傷病手当金などである⁵³。連邦政府が疾病金庫から給付を「購入」する形式とし、連邦政府はたばこ税の増税分を財源として、これを疾病金庫に支払うこととした。

また、2006年からは傷病手当金給付にかかる財源が疾病保険給付会計から分離され、被保険者側のみが拠出する保険料が新たに投入されることとなった。

⑥ 疾病金庫の赤字体質からの脱却

GMGは増大し続ける疾病金庫の借入金の返済と財務状態の改善を各疾病金庫に求めた。2003年12月31日までに予算調整のために貸付金を引き受けた疾病金庫は、当該債務を毎年最低でも4分の1削減し、遅くとも2007年12月31日までに完済することが求められた。また、疾病金庫は2003年12月31日以降に貸付金を引き受けることは認められなくなった。

(2) 改革の成果と評価

① 財政状況改善とその要因

GMGの施行により、疾病金庫は2004年に約40億2,200万ユーロの黒字を計上した。この財政の改善は、疾病保険における収入の増加と支出の削減の双方に起因している。収入の面では、GMGにより導入された患者の診察料（一部負担金）による収入増加が貢献している。支出の面では図表11のとおり、医師や病院での診察費用については減少していないものの、薬剤、補助具、義歯などの支出、及び疾病給付金の削減が財政改善に大きな影響を与えている。

⁵² 社会法典第5編第73条b：家庭医中心の診療。

⁵³ 疾病保険制度における税の投入という観点でとらえられる可能性もあるが、金庫関係者の見方としては、本来国が税財源で負担すべき性格のものを疾病金庫が代行しているという考え方なので、母性保護給付への税財源の投入が、保険原理で運営されるドイツの法定疾病保険に与える原理上の影響はほとんどないとの見方が支配的であった（インタビュー調査）。

図表11 法定疾病保険の収支

(単位：10 億ユーロ)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004(p)
収入合計	92.1	102.8	113.6	118.8	120.4	124.4	126.2	127.7	131.2	133.8	135.8	139.7	140.8	142.2
保険料合計	88.5	99.1	109.8	114.8	115.9	120.0	122.4	124.3	127.5	130.1	131.9	136.2	137.5	138.2
支出合計	93.6	107.6	108.3	117.4	124.0	127.9	125.3	127.5	130.9	133.8	138.8	143.0	145.1	139.9
内訳														
給付合計	88.7	102.0	102.3	111.1	117.0	120.9	118.3	120.1	123.2	125.9	130.6	134.3	136.2	131.1
医師の診察	15.4	17.1	17.9	18.9	19.7	20.1	20.5	20.8	21.2	21.5	21.9	22.3	22.9	23.0
歯科医の診察 (*)	5.5	6.4	6.6	6.9	7.0	7.6	7.6	7.9	7.7	7.7	7.9	8.0	8.0	7.7
義歯	3.5	4.9	3.1	3.6	3.8	4.2	4.3	3.0	3.3	3.5	3.7	3.5	3.8	3.6
薬剤	14.6	16.6	14.2	15.2	16.4	17.5	16.8	17.7	19.2	20.1	22.3	23.5	24.2	21.8
補助具	2.9	3.5	3.5	4.0	4.3	4.8	4.5	4.4	4.6	4.8	4.9	5.1	5.4	4.5
治療薬	1.9	2.2	2.1	2.5	2.8	3.0	2.8	3.1	3.1	3.0	3.2	3.7	3.9	3.6
病院での診察	30.0	33.8	36.0	39.1	40.7	41.3	42.3	43.6	43.7	44.5	45.0	46.3	46.8	47.6
疾病給付金	6.4	7.2	7.4	8.1	9.4	9.3	7.4	7.0	7.1	7.1	7.7	7.6	7.0	6.4
移送費	1.1	1.3	1.5	1.8	2.0	2.1	2.1	2.2	2.4	2.5	2.6	2.8	2.9	2.6
予防・リハビリ給付	1.5	1.8	1.8	2.2	2.6	2.7	2.2	2.4	2.6	2.7	2.7	2.7	2.6	2.4
社会サービス/疾病予防	0.3	0.4	0.6	0.8	1.0	1.1	0.7	0.7	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0	1.1
妊娠/母性	1.9	2.0	2.1	2.1	2.2	2.6	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.8	3.0
在宅看護	0.6	0.9	1.1	1.4	1.7	1.9	1.7	1.6	1.6	1.6	1.6	1.7	1.7	1.8
純管理費用	4.70	5.40	5.68	5.99	6.14	6.55	6.45	6.82	7.17	7.30	7.64	8.02	8.21	8.02
収入超過	-1.40	-4.78	5.32	1.11	-3.55	-3.47	0.55	0.61	-0.08	0.10	-2.69	-3.41	-3.62	4.02

注) (p) = 法定疾病保険統計「KV45」に基づく暫定的な計算結果。

*義歯を除く。

出典) 連邦保健・社会保障省資料。

② 剰余金の保険料への還元をめぐる議論

GMG は、その立法の目的の柱が金庫財政の安定化と保険料率の抑制であったことから、こうした財政状況の改善を受けて、ウラ・シュミット連邦保健・社会保障大臣は、改革によって発生した剰余金を各疾病金庫の保険料引下げに投入すべきと主張した。当初、連邦保健・社会保障省は今回の改革により保険料率の平均額が 14.3% から 13.0% 程度まで引下げられると予想していたが、結果的には 14.2% に留まった。

一方、疾病金庫は 40 億ユーロ以上の黒字を計上しつつも、ほとんどの疾病金庫が保険料水準を高いまま保持し、引下げの判断を 2006 年 4 月まで引きのばしたい意向を示している。保健・社会保障大臣の指摘に対して、各関係団体は反論している。各疾病金庫が、GMG の規定に基づき 2003 年 12 月 31 日までに引き受けた借入金の返済義務について、毎年借入

金の4分の1を返済していくと仮定すると、保険料の引下げを行った場合、来年度以降の返済が滞る可能性がある」と主張している。

経済団体であるドイツ使用者団体連邦協会（BDA）は、これまで事実上法律違反⁵⁴となっていた80億ユーロあまりの赤字（借入金）の返済を優先し、疾病金庫が保険料を下げずに借入金の返済に充当したことを支持している。雇用主側にとっても疾病金庫の借入金は、利払いを増加させ企業側の負担を大きくすることから、まずは借入金の返済を優先すべきだと考えている。

③ 今後の展望

1) 抜本的改革の必要性

今回の改革による疾病保険財政の黒字化は、これまで悪化の一途を辿り続けていた疾病保険財政に一定の影響を与えたといえる。しかし、連邦保健・社会保障省も今回の改正が持続性のある疾病保険制度を維持するための解決法を提示したものではないとしている。財政的に持続性のある仕組みを構築するという点においては、年金保険や介護保険においても同様の課題が提示されており、こうした課題は、リユルupp報告書において、市民保険や人頭割保険といった代替的な疾病保険制度という形で選択肢が示されているところである。

政府としては市民保険制度の導入などにより、連帯の基盤となるものを広げていきたいという意向を持っている⁵⁵。一方、キリスト教民主同盟（CDU）や経済団体であるBDAからは、フラットレートの保険料負担を基本とする人頭割保険を導入し、低所得者に別途補助を与えるような制度の構想も提示されている。BDAは、すでに人頭割保険料に関する基本的な考え方の検討に入っている。

2) 医療提供部門における競争の必要性

こうした抜本的な改革の構想が議論される一方、保険制度以外の例えば医療提供体制の改革についても、各団体から意見が提示されている。労働組合であるドイツ労働総同盟（DGB）は、GMGの議論においては、特に医療提供面での構造改革について、外来診療において競争原理と診療内容の透明性を高めるべきであるとし、団体契約制度から個別契約制度に移行することを提言している。

2. リユルupp委員会

シュミット連邦保健・社会保障大臣は、ダルムシュタット大学教授であるリユルupp氏を委員長に起用してリユルupp委員会を立ち上げ、年金保険、疾病保険、介護保険分野において、財政的に持続性のある制度構築のための抜本的な改革に向けた検討を開始した。

2003年8月28日に提出されたリユルupp委員会の報告書「社会保障システム財政の持

⁵⁴ 社会法典第5編第222条第5項による。

⁵⁵ 連邦保健・社会保障省インタビューによる。

「持続可能性」は、年々進む高齢化に社会保障制度がどのように対応していくのかという点について、主に財政面から社会保険制度の財政的持続性を維持する上での障害を明らかにし、今後の選択肢を提示している。

(1) 賃金と連動しない保険料拠出

報告書は、年金、疾病、介護それぞれの保険制度改革について共通して要請される課題に最初に言及している。まず、「社会保障の歳入が労働コストに強く関連付けられている現在の状況が緩和されなければならない」⁵⁶としている。すでに失業率が高まり、固定化されている現状においては、賃金に関連付けられた保険料拠出の手法が限界にきているとし、この改善にプライオリティーを置いた。賃金に関連付けられた保険料拠出制度の問題点は、高齢化に伴う被扶養者層の増大が現役労働者世代の保険料を引上げ、高い労働コストをもたらす結果、雇用の創出を困難にするという考え方である。したがって報告書で示される方向性は、将来的に社会保障費用が増大した場合であっても、労働コストが増大しない仕組みを持つものになっているとしている。

(2) 世代間連帯と所得再分配効果

報告書では、「新たな社会保障制度の改革は、世代間の連帯を強化するものでなければならない」としている。ある特定の制度における給付と拠出の関係性が、一方的に若年世代の損失に繋がるような形の構造をつくり出してはならないとし、今後進行する高齢化の負担を若年者層にのみ押しつけるのではなく、若年層やまだ生まれていないコーホートに有利な形でバランスを取り直す必要があると指摘する。人口構成の変化に対応しながら、システムを維持しつつ、世代間平等（＝世代間連帯）の原則を尊重する必要があるとしている。

また、疾病保険の所得再配分効果についても言及しており、現行の疾病保険制度の枠組みにおいては、民間保険に加入している人々多くは平均よりも高い所得層が所得再配分機能を持つ拠出制の法定疾病保険に加入していないことを指摘している。高所得者層がより多くの保険料を拠出し、低所得者層の保険料負担を軽減することが意図されており、これもひとつの連帯の形として考えられる。

3. 疾病保険制度における代替案

前述のような基本的な原則に立ち、報告書が疾病保険の代替モデルとして提示したのが「市民保険」と「人頭割保険」である。以下、両モデルの基本的な枠組みを概観する。

(1) 市民保険

① 概要

市民保険構想は、主に SPD と緑の党が支持しており、保険財政の安定化と被保険者範囲及び保険料算定の対象となる所得の拡大を求めている。

⁵⁶ Federal Ministry of Health and Social Security (2003), Achieving Financial Sustainability for the Social Security Report p.2.

市民保険構想の基本的な原則は、医療システム内における個人間の所得再配分原則を包括的に現実化するためのものである。すなわち、被保険者の対象者をすべての国民に拡大し、保険料算定のための基準となる収入の範囲を資本や資産も含めたすべての収入源に拡大することとしている。より具体的には、給与所得だけでなく家賃や利子収入、資本収入も保険料算定基礎の対象とし、保険料算定上限額を 5,100 ユーロに引上げることで、より公平な保険料設定とし、保険料収入の増大と安定化を目指すものである。ただし、労使による保険料の折半による拠出については、現状のままとする。

② 民間保険のあり方

市民保険において、長期的には、生命維持にかかわるような医療サービスは法定疾病保険（市民保険）でカバーし、それ以外の部分は補足的な保険として民間保険を活用するという考え方である。ただし、こうした考え方の問題のひとつは、民間疾病保険会社が、市民保険の枠組みの中で商品を提供できるのかといった点が十分に検討されていないということである。

③ 保険料試算

リュルupp報告書は、この市民保険が導入された場合、短期的には 14.4%の保険料率を 13.1%まで引下げることが可能とし、さらに長期的には、すべての市民が法定疾病金庫に加入した場合、さらに 0.7 ポイント保険料率を引下げることが可能と試算している⁵⁷。また、保険料率の変化による可処分所得への影響についても試算している。年収が 4 万ユーロ未満の世帯においては、制度を導入すれば、可処分所得に対する保険料負担が 0.2 ポイント程度、また長期的には 0.5%程度低下する見込みであり、一方、年収 11 万ユーロまでの世帯は、短期的には 1.1%、長期的には 2.2%程度の負担増になると試算している。11 万ユーロを超える高所得者層についての相対的な追加負担は、再び減少するとみられている。

(2) 人頭割保険構想

① 概要

一方、CDU や経済団体である BDA が支持するのが、「人頭割保険」（健康保険料（Gesundheitsprämie; Gesundheitsbeitrag）ともいう）である。

人頭割保険は、所得に応じた保険料算定を廃止し、等価原則（Äquivalenzprinzip）を志向する保険料体制を構築しようとするものである。すなわち、所得や資産に関係なく、一定額の保険料が徴収される。保険料算定が労働所得から分離されるため、疾病保険の保険料の引上げが雇用コストに影響を与えることはなくなる。保険料負担が相対的に多くなる低所得者層に対しては、税移転システムによって補助を付与することで対応する。

② 民間保険のあり方

民間保険は、より厳しい競争にさらされることになるものの、従来どおりフルパッケージ

⁵⁷ Federal Ministry of Health and Social Security (2003), Achieving Financial Sustainability for the Social Security Report p.12.

ジの疾病保険を提供することができる。この競争は、民間市場と法定疾病金庫の間におけるポータビリティの確保によって実現する。すなわち、人頭割保険が長期的に目指している点は、法定疾病金庫と民間保険会社の間で共通の枠組みを構築することであるといえる。

③ 保険料試算

リユルupp委員会の保険料試算によると、大人の被保険者1人当たり概ね210ユーロ程度になると見込まれている。これは、サラリーマンの平均収入の9.5%に相当する。この金額がどの程度の負担になるかは、税財源による補助をどの程度受け取るかによって変化することになる。

年収1万ユーロまでの世帯をモデルに考えると、保険料は現在よりもやや減額されることになる。年収1万~4万ユーロの世帯では、従来よりも可処分所得の最大で0.5%、平均で0.3%程度の増額となると見込まれている。4万~11万5,000ユーロの世帯は現状よりも支払額が減少することになる。7万ユーロの世帯が最も恩恵を受けることになり、世帯可処分所得の1.3%を得ることになる。11万5,000ユーロ以上については、累進性をもって負担が増加するように設計されている。

4. 代替モデルをめぐる論点

(1) 再分配の実効性

リユルupp報告書は、両制度の選択は、「医療政策上の判断ではなく、また疾病保険制度のカバーする範囲や質に関する議論でもなければ、社会的平等へのニーズに関する議論でもない」とし、むしろ問題は、「成長及び雇用の拡大（配分=allocation）と社会的平等（分配=distribution）をどのような形で、どの範囲で実現するか、そしてこれによって誰が影響を受けるのか」ということであると指摘している⁵⁸。

市民保険と人頭割保険の最大の論点のひとつは、疾病保険そのものに所得再分配機能を求めるのかどうかという点である。この問いに対して、市民保険派と人頭割保険派は、それぞれの立場から回答を提示している。

社会的平等という観点において、市民保険は疾病保険制度の保険料の設定そのものによって所得再分配を行い、社会的平等の機能を果たすことを目指している。一方、人頭割保険の底流にある考え方は、社会的平等は国税及びその移転システムにおける正確性の追求を通じて達成され、疾病保険は所得再分配とは無関係の存在とすることが必要だというものである。つまり、社会的平等が疾病保険制度によって達成されるのか、税移転システムで実現されるのかの手段の違いはあっても、いずれの代替モデルも社会的平等の追求という目的では両者は一致している。

⁵⁸ Federal Ministry of Health and Social Security (2003), Achieving Financial Sustainability for the Social Security Report, p.14.

人頭割保険も、税移転システムを通じて所得再分配が行われるため、理論上は低所得者層の保全が行われる点で市民保険と同様の効果が得られる。しかし、労使の関係から人頭割保険をみると、市民保険は労使折半での保険料拠出という点で従来と変更はないが、人頭割保険は事業主の負担が従来よりも大幅に縮小されることが想定されている。事業主負担の縮小分は賃金に上乗せされるとのことであるが、反対派からは事業主の負担回避であると指摘されている⁵⁹。

リユルップ報告書は、原則として両制度について客観的な情報を提供しているだけで、優劣の評価は下していないが、税移転システムによる所得再分配効果については、問題点も指摘している。当然のことながら、税移転システムによる再配分調整は、新たな財源を必要とすることになる。したがって、公的な財源の確保においては、それ相当の摩擦が生じることは想像に難くない。市民保険派の SPD も前述の選挙用チラシの中で「僅少稼得者と高額所得者との間に必要な調整の財源を確保することが困難」と人頭割保険を批判している。

また、労働組合の GDB は、先の事業主負担の回避の問題に触れながら、将来的に被保険者に負担増のしわ寄せがいくか、あるいは法定疾病保険の給付項目が縮小され、多くの給付が民間保険から供給されることとなり、高額所得者しか十分な医療を受けられなくなるのではないかと懸念を表明している。

(2) 国民的連帯の可能性

市民保険派、人頭割保険派の双方が議論している社会的平等は、言い換えれば、「連帯」であるといえる。例えば、市民保険を支持する労働組合や、推進する側の立場に置かれている連邦保健・社会保障省は、こうした疾病保険制度の範囲の拡大と保険料賦課対象の拡大、これに伴う公平な保険料負担によって「国民的な連帯」が導かれると発言している⁶⁰。

また、2005年の総選挙で配布された SPD の選挙用チラシでは、高額所得者の負担が軽減され、また低額所得者への税財源による補助が増税につながるという意味で、人頭割保険は「非連带的」として批判している。これに対して人頭割保険の賛成派は、疾病保険に所得再分配機能を持たせるのではなく、税財源による補助的な給付制度を用いることで、国民全体の「連帯性」は保持されると主張している。

市民保険派、人頭割保険派の双方が、疾病保険における「連帯」について言及し、またこれを反対勢力に対する攻撃材料としている。しかしながら、ここで言及される「連帯」の概念は、本報告書で言及しているような疾病金庫間における連帯や疾病金庫の加入者間における連帯、世代間の連帯とは異なる概念であることがわかる。

両者が言及する連帯は、「国民的な連帯」である。しかしながら、市民保険制度の想定

⁵⁹ BDAインタビューによる。

⁶⁰ 連邦保健・社会保障省インタビューによる。

する法定疾病保険単独による国民的連帯の達成と⁶¹、人頭割保険のように民間保険と法定疾病保険の間の競争に基づく税移転システムによる連帯の形成は、いずれにせよ、異なる文脈を含むものであるといえる。

また、市民保険の議論は、合併による金庫数の減少やリスク構造調整による保険料率格差の縮小など、全体的な方向性として全国統一的な疾病保険を志向しているようにみえるが、マイデル教授が指摘するように、「市民保険は、必ずしも疾病保険制度における連帯の概念から出てきた議論ではなく、極めて財政論的な観点から議論されている問題」であり、国民連帯という概念の達成のために、こうした議論が行われているわけではない。

「国民的な連帯」というキーワードを持ち出す労働組合（市民保険派）にしても、被保険者が保険者を選択できる多元的な環境、そして、そのための競争が存在していることについては積極的に評価している。したがって、市民保険を統一的な保険者の構築に向けた布石ととらえるような徴候は現在のところみられない。

図表12 人頭割保険と市民保険の比較（人頭割保険支持の立場からの比較）

	人頭割保険	市民保険
	<ul style="list-style-type: none"> 現時点では、法定疾病金庫に加入するすべての成人に対して約210ユーロの月額保険料を想定。 低所得の家計に対して、保険料割引のための税財源の補助金を給付。 保険料割引の主な財源は、課税対象となる使用者側からの支払い。 	<ul style="list-style-type: none"> すべての市民を強制的に法定疾病保険に加入させる。 すべての所得種類を保険料算定基礎に算入する。 保険料算定限度額を50%引上げ、年金保険における水準と同様にする。
労働費用	<ul style="list-style-type: none"> 医療費の財政は、労働関係から完全に切り離される。 追加的な人件費から解放され、雇用にプラスの影響を与える。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療費は依然として、主に労働所得から賄われる。 追加的な人件費がかかるため、雇用にマイナスの影響を与える。
人口	<ul style="list-style-type: none"> 人口学上の追加負担が減少する。 年金年齢に達しても疾病金庫の保険料収入は減少しない。 民間の積立方式の疾病保険は維持される。 	<ul style="list-style-type: none"> 人口学上の追加負担が増大する。 年金年齢に達すると疾病金庫の保険料収入が減少する。 民間の積立方式の疾病保険は廃止される。
保険料算定	<ul style="list-style-type: none"> すべての所得及び資産が算定対象。 ヤミ労働からの所得も対象となる。 税財源での保険料割引によって、連帯性原則は保たれる。 	<ul style="list-style-type: none"> 依然として主に労働所得が算定対象。 保険料算定限度額の引上げは、あたかも懲罰税のように作用する。 連帯性原則は全市民の強制加入及び保険料の引上げによって酷使される。
競争	<ul style="list-style-type: none"> 民間保険は完全保険をめぐる競争相手であり続ける。 疾病金庫間及び法定疾病保険と民間保険との間の価格競争や質の競争が強化される。 被保険者は、金庫転換による保険料の利点を享受できる。 	<ul style="list-style-type: none"> 民間保険は追加保険のみを提供する。 法定疾病保険及び民間保険との間の価格及び質の競争はなくなる。 被保険者は、金庫転換による保険料の利点を半分しか享受できない。

⁶¹ ただし、市民保険が「国民的連帯」という側面を強調したとしても、それは全国統一的な疾病保険制度を構築することを意味しているわけではない。この点は、今回のインタビューだけでなく、例えば市民保険派のDGBのパフレットなどにおいても明示されているところである。

負担	<ul style="list-style-type: none"> 全体的な保険料負担は、支出を金庫加入者に割り当てることで不変となる。 再分配は、よりよく接合された税システムと移転システムとによって担われる。 再分配の規模は、低所得家計に制限されることで縮小する。 家族負担調整の対象は子を有する被保険者のみに制限される。 	<ul style="list-style-type: none"> 全体的な保険料負担は、保険料算定限度額の引上げと保険料算定基礎の拡大によって上昇する。 再分配は、保険料財源の疾病保険システムに制限される。 再分配の規模は、全市民に保険加入義務を拡大することで増大する。 家族負担調整の対象には引き続き、就業していない配偶者が含まれる。
法律上の問題	<ul style="list-style-type: none"> 憲法上もヨーロッパ法上も競争法上も何ら問題はない。 法定疾病保険及び民間保険との間の競争は保たれる。 ドイツ疾病保険市場は外国からの提供者にも開放される。 	<ul style="list-style-type: none"> 憲法上もヨーロッパ法上も競争法上も問題がある。 法定疾病保険による保険の独占は、基本法の過剰禁止条項に違反する。 ドイツ疾病保険市場は外国からの提供者に対して閉鎖される。
保険料の公正	<ul style="list-style-type: none"> 同じ保険料拠出には同じ給付請求権が対応。 片働き・共働きの間の保険料法上の取扱の不公平は解消される。 財政上の過大要求は、税財源による保険料割引によって回避される。 	<ul style="list-style-type: none"> 同じ保険料拠出に異なる給付請求権が対応。 片働き・共働きの間の保険料法上の取扱の不公平が保持される。 高い保険料又は保険料の上昇による財政上の過大要求が、常に可能である。
負担限度	<ul style="list-style-type: none"> 所得増が保険料上昇につながらず、その意味において強制保険料負担は増大しない。 特に労働所得増は保険料支払いの増加につながらない。 	<ul style="list-style-type: none"> 所得増によって、劇的に上昇した保険料算定限度額分まで強制保険料負担が増大する。 労働所得増は、劇的に上昇した保険料算定限度額分まで追加的な保険料負担増を引き起こし、追加的な人件費を増大させる。
制度転換の可能性	<ul style="list-style-type: none"> 民間保険が維持されるので、移行期間なしでの転換が可能である。 企業は疾病金庫に対する管理費用や保険料の算定、保持、支払いといった事務から解放される。 疾病金庫は保険料を直接、被保険者からのみ徴収する。 保険料割引に対する国庫補助金は、請求資格の証明を前提とする。 	<ul style="list-style-type: none"> 民間保険の被保険者に対する財産保護規定により、10年単位での移行期間を前提とする。 疾病金庫に対する管理費用や保険料の算定、保持、支払いといった事務による高い企業負担が維持される。 疾病金庫は企業のみならず、被保険者から直接、保険料を徴収する。 疾病金庫は被保険者個々人の全体所得を確定しなければならない。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 法定疾病保険におけるリスク構造調整は大幅に制限される。 	<ul style="list-style-type: none"> 法定疾病保険におけるリスク構造調整は大幅に拡大される。

出典) BDA ホームページ.

[http://www.bda-online.de/www/bdaonline.nsf/id/PROPauschalpraemieundCONTRABue/\\$file/PauschalraemiestattBuegerversicherung.pdf](http://www.bda-online.de/www/bdaonline.nsf/id/PROPauschalpraemieundCONTRABue/$file/PauschalraemiestattBuegerversicherung.pdf)

参考文献

(書籍)

- Busse, R and Reisberg, A.(2003) *Health Care Systems in Transition Profile Germany*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Busse, R., Weinbrenner, S., Riesberg, A., and Burger, S. (2006) 「ドイツにおける医療保険制度に関する戦略」『持続可能な医療保険制度をめざして』、医療経済研究機構、健康保険組合連合会編、ISSA イニシアティブ日本プロジェクト、法研
- 倉田聡 (1997) 「医療保険の基本構造ードイツ疾病保険制度史研究」、北海道大学図書刊行会
- 土田武史 (1999) 「医療保険」古瀬徹・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障4：ドイツ』東京大学出版会
- 松本勝明 (2003) 「ドイツ社会保障論 Iー医療保険ー」、信山社

(論文)

- 倉田聡 (2005) 「社会保障における個人の選択と連帯」『週刊社会保障』9月26日
- 土田武史 (2004) 「ドイツの「医療保険近代化法」ー医療保険財政の安定、保険料率の抑制をめざして」『共済新報』、45巻2号
- ベルント・バロン・フォン・マイデル (2005) 「ドイツ法に対するヨーロッパ法および国際法の影響」本沢巳代子訳『社会保障法』、第20号、

(報告書)

- Federal Ministry of Health and Social Security (2003) *Achieving Financial Sustainability for the Social Security Report*
- ドイツ医療保障制度に関する研究会編 (2004) 『ドイツ医療関連データ集【2003年版】』財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会、平成16年3月
- ドイツ医療保障制度に関する研究会編 (2005) 『ドイツ医療関連データ集【2004年版】』財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会、平成17年3月

第2部 フランス

第1章 フランス医療保険制度の概要

1. 医療保険制度における「連帯」の概念

(1) 「国民連帯」と「職域連帯」「職域間連帯」

フランスの医療保険制度は、ビスマルク型社会保険方式の下、19世紀後半から20世紀前半に職域をベースとして発達したものであるが、現在の医療保険制度の原型がつけられた1945年当時に想定されていたのは、「国民連帯」の理念に基づく全国民を対象とした普遍的なシステムであった。しかし、保険料(cotisations)の負担が高くなるのを恐れた自営業者等の抵抗によって、普遍的なシステムをつくることはできず、労使の自治による「職域連帯」や「職域間連帯」の理念に基づく運営が存続することになった。

しかし、その後、就業構造の変化、すなわち被用者化の進行により、一般の被用者を対象とする一般制度の被保険者数が増大した。その結果、現在では一般制度が国民の84.1%をカバーするまでになり、普遍的なシステムに近づきつつある。そして、「普遍的医療給付(Couverture Maladie universelle : CMU)法」の成立(1999年7月27日)・施行(2000年1月1日)により、低所得者に対する医療が保障されるようになったことで、1945年以来存在していた「国民連帯」の理念が具現化されたといわれている。

そのため、今回の調査では、どのインタビュー先においても、この「国民連帯」の理念が関係者の間で共有されていることを強く印象付けられた。例えば、1945年時点で職域連帯、あるいは職域間連帯に基づく制度が残存したことについての質問に対して、「職域連帯や職域間連帯の上位概念として『国民連帯』があった」とする保健省のコメントからも窺い知ることができよう。ショジャール教授は、この国民連帯のあり方について、「一般制度では『被用者同士の連帯』、農業制度では『農業従事者同士の連帯』があり、ここに1945年当時の『国民連帯』とは異なる『職域連帯』の存在があった。そして、1974年の財政調整法により、制度間の資金移転が可能となったことから、『職域間連帯』が現れた」との見解を示した。

「国民連帯」の理念により、フランスの医療保険制度は政府による中央集権的な性格が強く、特に近年その傾向が強まっているが、現在においても一般制度、自営業者制度、農業制度は別々の制度となっている。また、1945年以降、政府は特別制度と一般制度の統合を進めてきたが、現在でもわずかながら職業別に形成された特別制度が残っており、一般制度と農業制度、特別制度との間で行われている財政調整⁶²には「職域間連帯」の考え方が反映されている。

⁶² 例えば、オペラ座団員のための特別制度には、一般制度による財政調整が行われている。オペラ座団員は入団・退団の年齢が非常に早いため、その制度は極めて特殊な構造になっている(FOインタビューによる)。

なお、今後、3つの制度（一般制度、自営業者制度、農業制度）⁶³が統合される可能性があるかどうかについて2つの労働組合に尋ねたところ、両者の見解はやや異なっていた。FOは、農業制度のうち農業被用者を一般制度に統合していくのは当然であるが、農業経営者についてはその妥当性に議論の余地があるという見解を持っていた。一方、CGTは、重要なのは3つの制度の間で同程度の給付がなされていることであり、それが行われている限り、制度が並存していることに問題はないと考えていた。

(2) 「世代間連帯」について

フランス医療保険制度は、いわゆる「突き抜け方式」を採用しており、わが国のように高齢者のための独立した高齢者医療制度を設けてはいない。高齢者は各制度の被保険者とされ、若年者と同様に保険料を負担している。

そのため、今回のインタビュー調査において、特に高齢者医療を取り出して議論がなされることはなく、若年者と高齢者の間の「世代間連帯」が特別に意識されていることはなかった。ショシャール教授によれば、「世代間連帯」は主に年金の分野で意識される概念であるとのことだった。

一方、保健省は最近の「世代間連帯」の例として、高齢者や身体障害者に関する政策の財源を生み出すため、労働者が無給で労働力を提供する「連帯の日」を設けたことを挙げた。2003年夏の猛暑の影響により、約1万5,000人の高齢者が死亡したことを契機として、原則年に1日を「連帯の日」として定める法律が2004年6月17日に成立し、翌2005年7月1日に施行されている。具体的には、これまで祝日であった「聖霊降臨祭の翌日の月曜日」を「連帯の日」と定め、労働者はこの日、無償で労働活動を行う一方、企業側も企業活動で生じた付加価値について税金を納めるというものであり、政府はこれにより年間20億ユーロの増収を見込んでいたと伝えられる。この「連帯の日」に対する国民の反応は賛否両論であり、その評価はここではひとまず置くにしても、少なくとも法律制定に至る契機・経緯をみる限り、ここで用いられている「連帯」には、確かに「世代間連帯」の意味が込められていると考えることができよう。

なお、文献によれば⁶⁴、これに対して労働組合はいずれも反発し、激しく政府を批判したようである。FOは「聖霊降臨明けの月曜日に就労することは受け入れられない。社会的弱者に関連する費用は、別の方法で財源を確保すべきである。」と主張した。また、CGTは傘下の鉄鋼産業系労働組合にストライキを呼びかけ、「勤労者は黙っているのではなく、無報酬での労働を強いられるこの「連帯の日」を廃止するために、必要であればストライキに訴えなくてはならない。」と訴えかけた。結局のところ、政府と労働組合との対立は解決せず、2005年5月16日には公務員を中心とした多くの労働者が出勤を拒否したとのことだった。

⁶³ 特別制度については、すでに一般制度への統合が徐々に進められてきた。

⁶⁴ 独立行政法人労働政策研究・研修機構 最近の海外労働情報 フランス「1.無給労働日の「連帯の日」の混乱とEU憲法拒否の関係」2005年6月。

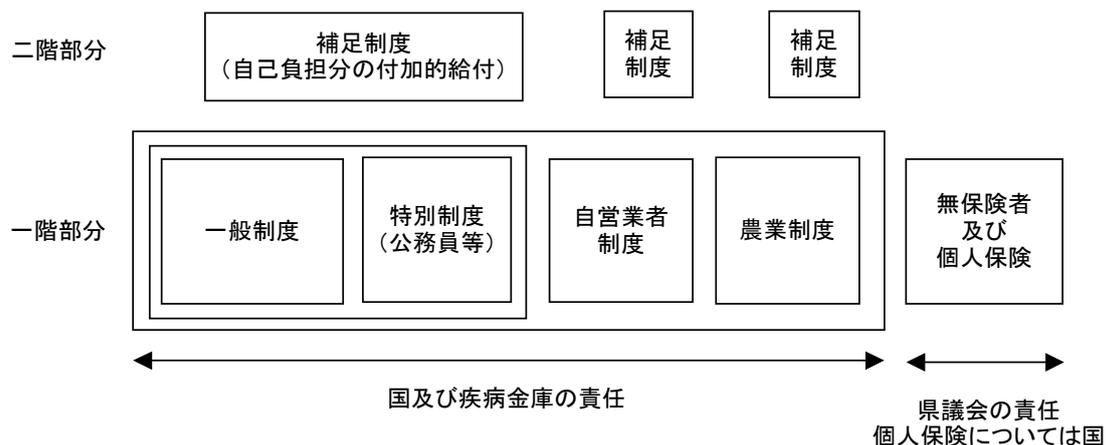
2. 医療保険制度の全体

(1) 2階建て構造の制度と普遍的医療給付の導入

フランス医療保険制度は、「法定医療保険制度（以下、「法定医療保険」）」と法定医療保険で償還されない部分を「補足医療保険制度（以下、「補足医療保険」）」でカバーする、2階建ての構造になっている。法定医療保険からの償還率が疾病、薬剤の種類ごとに定められているが、法定医療保険で償還されない部分についても、それをカバーする補足医療保険が発達している。医療費全体に占める内訳をみると、75.7%が法定医療保険から、12.3%が補足医療保険から支払われ、11.0%が患者の自己負担となっている（2002年）⁶⁵。

ところで、法定医療保険に加入できない無保険者への医療サービスの提供については、1999年までは県の責任により医療扶助として行われていた。また、低所得者層の中には補足医療保険に加入できない者も存在していた。

図表13 フランスにおける医療保険制度の概要（～1999年末）



出典）フランス医療保障制度に関する研究会編「フランス医療関連データ集【2004年版】」
財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会，平成17年3月。

しかし、県単位の医療扶助は、徐々に県の財政負担が重くなってきたことやその水準に地域間格差があったこと、補足医療保険は加入できる者とできない者との間でアクセスできる医療サービス（特に歯科医療等）の水準が異なっていたことなどが「国民連帯」及び公平性の観点から問題となった。そのため、CMU法により、法定医療保険の部分は「基礎的CMU (La couverture maladie universelle de base)」で、補足医療保険の部分は「付加的CMU (La couverture maladie universelle complémentaire)」でカバーされることになった。

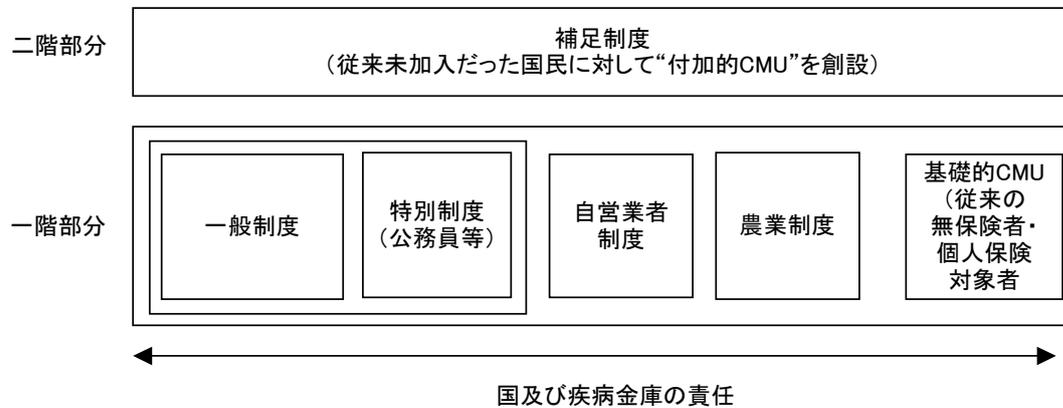
その結果、現在ではフランス国民の99%⁶⁶が医療保険を享受できるようになった。なお、

⁶⁵ 保健省 医療保険改革に関するホームページ (<http://www.assurancemaladie.sante.gouv.fr/>)，「医療保険の将来に関する高等評議会報告書」2004年1月23日。

⁶⁶ 残りの1%はホームレスなど医療機関に行きたくない、治療を受けない人達、自己負担分を払うことができない人達、不法滞在の外国人など（有識者インタビューによる）。

現在、付加的CMUの受給者数は 430 万人以上であり、そのうち約 112 万人は基礎的CMUと付加的CMUの両方を受給している。

図表14 フランスにおける医療保険制度の概要（2000年～）



出典) フランス医療保障制度に関する研究会編「フランス医療関連データ集【2004年版】」
財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会，平成17年3月。

図表15 CMUの概要

- ・ 基礎的 CMU：安定的な正規フランス居住者（原則として3か月以上の居住で判断）でありながら法定医療保険の給付を受けられない者、及び個人保険の加入者は、一般制度に加入し基礎的 CMU を受けることができる。ちなみに、この給付の対象となる無保険者とは、離婚した女性、寡婦で子供が3人以上いない者（3人以上いれば法定医療保険の対象）、資産はあるが働いていない者、社会保障給付を受給しない者などとなっている。
- ・ 付加的 CMU：正規居住者でありながら、補足的医療保険制度の給付を受けられない者は、この制度により付加的 CMU が保障される。医療扶助及び社会参入最低所得制度（Revenu Minimum d'Insertion：RMI）の受給者は自動的に付加的 CMU の対象者となるが、それ以外の場合には世帯類型別の所得制限がある。

出典) フランス医療保障制度に関する研究会編「フランス医療関連データ集【2004年版】」
財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会，平成17年3月。

(2) 法定医療保険

① 複数制度の存在

法定医療保険には、「一般制度」、「特別制度」、農業以外の自営業者のための「自営業者制度 (Régimes des travailleurs non salariés)」、農業に従事する者を対象とする「農業制度 (Régimes agricoles)」があり、複数の制度による運営が行われている。根拠法は、一般制度、特別制度、自営業者制度は「社会保障法典 (Code de la sécurité sociale)」、農業制度は「農事法典 (Code rural)」となっている。

これを加入者の割合別にみると、一般制度 84.1%、農業制度 7.1%、自営業者制度 4.9%、特別制度 3.9%となっている (2001 年 12 月 31 日現在)。

図表16 社会保障制度別の加入者構成比

制度類型	個別制度名	被保険者		被扶養者		所属人数	構成比	
		合計	うち年金受給者数	配偶者	子			合計
一般制度	一般制度	31,643,339	6,012,234	5,161,820	12,637,558	17,799,378	49,442,717	84.13
農業制度	農業経営者	1,633,757	1,007,410	294,863	294,208	589,071	2,222,828	3.78
	農業被用者	1,355,622	660,149	191,367	382,897	574,264	1,929,886	3.28
	小計	2,989,379	1,667,559	486,230	677,105	1,163,335	4,152,714	7.06
自治制度	自営業者医療保険	1,910,055	663,612	490,158	464,046	954,204	2,864,259	4.87
特別制度	海員	91,764	52,877	15,821	38,734	54,555	146,319	0.25
	パリ交通営団	70,911	28,147	6,094	25,122	31,216	102,127	0.17
	フランス銀行	27,631	12,473	2,488	13,966	16,454	44,085	0.08
	鉱山	188,655	168,837	61,677	28,785	90,462	279,117	0.47
	フランス軍	560,317	191,604	107,408	269,441	376,849	937,166	1.59
	公証人被用者	67,496	20,891	2,810	28,473	31,283	98,779	0.17
	フランス国有鉄道	408,338	231,763	61,883	167,041	228,924	637,262	1.08
	聖職者	38,712	24,782	914	2,476	3,390	42,102	0.07
		小計	1,453,824	731,374	259,095	574,038	833,133	2,286,957
その他	国民議会	---	---	---	---	---	10,993	0.02
	商業会議所	---	---	---	---	---	8,402	0.01
	ボルドー自治港湾	---	---	---	---	---	735	0.00
未分類	---	---	---	---	---	20,130	-	
合計 (未分類を除く)							58,766,777	100.00

出典) CNAMTS : DIRECTION DES STATISTIQUES ET DES ETUDES, octobre 2003.

1) 一般制度

法定医療保険の管理運営は、制度ごとに設けられた複数の医療保険金庫 (caisse) によって行われている。

一般制度の管理運営を行う組織としては、全国組織の「全国被用者医療保険金庫 (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés : CNAMTS)」1 か所、CNAMTS の下級機関で、地方組織の「地域圏医療保険金庫 (Caisse régionale d'assurance maladie : CRAM)」16 か所、「初級医療保険金庫 (Caisse primaire d'assurance maladie : CPAM)」128 か所が設けられている。

各組織の業務内容をみると、CNAMTSは、医療保険及び労働災害の保険財政の管理、CRAM等の監督のほか、保健福祉活動の実施、医療審査の指揮監督等を行う。CRAMは、CPAMの管理に共通の事項、特に労災関係の業務等を行う。CPAMは、管轄区域内の医療保

険及び労災保険の管理、被保険者の登録、給付等を業務とする⁶⁷とされている。

なお、フランスの医療保険制度は、保険の給付と徴収で担当組織が分かれており、県単位で行う保険料の徴収は「社会保障・家族手当保険料徴収連合（Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales : URSSAF）」が、税務管理は「社会保障組織中央財務管理機構（Agence centrale des organismes de sécurité sociale : ACOSS）」が行っている。

2) 特別制度

特別制度には、公務員、船員、炭鉱員、フランス国有鉄道、フランス国有鉄道以外の鉄道関係、電気・ガス関係、フランス銀行、パリのオペラ座及びコメディ・フランセーズに属する被用者のための個別の制度があり⁶⁸、それぞれ独自の管理運営組織が設けられている。

3) 自営業者制度

自営業者制度は「全国自営業者医療保険金庫（Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes : CANAM）」、農業制度は「中央農業共済金庫（Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole : CCMSA）」、「農業共済保険組織（assurances mutuelles agricoles）」等⁶⁹が管理運営を行っている⁷⁰。

② 医療保険制度における金庫の位置づけ

社会保障法典L.221-2条により、CNAMTSは「行政的性格を有する（à caractère administratif）国の公的機関であり⁷¹、法律上の人格と財政上の独立採算制（autonomie financière）を享有している。また、国の所管庁の監督下にある。」とされている。

そのため、CNAMTSは保険料、財源、給付等に関するいかなる決定についても政府の意向に反することはできず、新たな給付、給付水準の変更・廃止等には立法行為が必要とされている。また、CNAMTSの事務総長の任命権は政府にあり、事務総長の行う法律行為や契約行為は主務大臣が後見することが定められている。

したがって、その意味では財政面において、法律上、独立採算制を有してはいるものの、実質的には、必ずしも自律性を有しているとはいえない側面もある⁷²。しかし、日常的な管理監督、特に制度運用に関わる管理コストを労使により決定できるほか、政府の方針の範囲内においては、CRAMやCPAMに対する調整機能や監督権を行使することができる。

⁶⁷ 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、p.210参照。

⁶⁸ 社会保障法典R.711-1条 Décret n 91-489 du 14 mai 1991 art. 1.

⁶⁹ 農業制度では農事法典第1106号9により、管理運営組織選択の自由が認められている。

⁷⁰ 加藤智章『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 p.9参照。

⁷¹ 地方金庫は、私法人とされている。

⁷² CNAMTSの下級機関であるCRAMやCPAMは、当然のことながら保険料率の設定や給付水準の範囲について決定権を有していない。

また、2004年医療保険改革（以下、「2004年改革⁷³」）では、CNAMTSにより多くの当事者能力が付与され、「政策策定への参加の可能性」が認められることになった。

この点に関して、保健省は「労使が実際の制度運営に参加しているのは望ましいことであるが、国民に社会保障制度を保証する役割を果たすのは政府であり、金庫は政府と議会で決めた社会保障政策を執行する『政策代行機関』である。」と述べている。その背景には、社会保障制度のように、非常に財政規模が大きく、国民全体を対象としている制度については、政府が最終的な責任を持つこと、民意を代表する国会が政策を決めていくことは当然であるという考えがある。

しかし、1945年当時の段階では普遍的な制度をつくることはできず、労使による制度運営が存続したこと、2004年改革の前まではCNAMTSの代表である理事長を輩出してきたことから、労働組合の当事者意識は高い。そのため、労働組合では、医療保険制度はあくまでも労使で運営していくべきものであると考えている。

図表17 CNAMTSの役割

【社会保障法典（Code de la sécurité sociale）】

L.221-1 条（CNAMTSの役割）

- 1° 国の計画に基づき、その運営を別とする疾病・出産・障害・死亡保険と労災・職業病について、財政を保障し、それぞれの財政的均衡を維持すること。
- 2° 労災・職業病の予防措置を決定、実施し、本編（第2編）第4部第1章及び第2章に定められた規定に従い、労災・職業病部門の財政的均衡を維持するために必要な財源の決定に取り組むこと。
- 3° 加入者の健康状態を向上させる予防・教育・情報提供活動を促進し、公衆衛生法典 L.1417-1 条の適用により定められ、本法典（社会保障法典）L.227-1 条に定められた協定により明らかにされる（déclinés）全国優先プログラムの枠の中で、このために CRAM 及び CPAM が行う活動を調整すること。
- 4° 保健衛生活動及び社会的活動を行い、CRAM 及び CPAM の保健衛生活動及び社会的活動について調整を行うこと。
- 5° 医療に関するコントロールを体系化し、指導すること。
- 6° CRAM 及び CPAM の不動産取引、及びその不動産資産を管理すること。
- 7° 協約で定められた活動を実施すること。
- 8° CPAM、CRAM、社会保障一般金庫、及びこれら金庫の連合体の活動全体—ここには、第三者のための活動が含まれる—を中央に集め、現行の法規定、及び、L.123-1 条及び L.123-2 条により定められ国の所管庁により承認された協約の条項に従って、一般制度に属する組織への活動の移転、あるいは、このために指名された組織への支払いを保証すること。全国金庫は、上記の権限において、CRAM 及び CPAM に対する監督権を行使する。

⁷³ 2004年8月13日の医療保険に関する法律に基づく医療保険改革。

(3) 補足医療保険

① 運営主体

補足医療保険の運営主体には、非営利の法人である共済組合（*mutuelles*）、相互扶助組織（*prévoyance*）、営利を目的とした民間保険会社の3つがある。各主体の根拠法は、それぞれ「共済組合法典（*Code de la mutualité*）」、「社会保障法典」、「保険法典（*Code des assurances*）」となっている。また、共済組合と相互扶助組織の監督官庁は、雇用連帯省（*Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité*）となっている。

補足医療保険が設立された当初は、共済組合が補足医療保険の独占的な運営主体であったが、1990年代に市場開放が行われ、その後相互扶助組織と民間保険会社が参入することとなった。しかし、共済組合、相互扶助組織、民間保険会社の間では、保険契約への課税、法人への課税において様々な違いがあり、それがしばしば民間保険会社の反発を招いている。例えば、共済組合が取り扱う契約には保険料税が課税されていないなど、民間保険会社側にとって不利な取り扱い上の違いがある。そのため、今回の2004年改革では、補足医療保険のすべての運営主体が責任契約（*contrat responsable*）を締結することと引き換えに、民間保険会社も税金の免除を受けられることになった。

1) 共済組合

共済組合はフランス革命期、結社の自由が制限され労働者組織が非合法化された状況において、例外的に認められた職業別の互助組織を起源とする非営利団体で、現在のフランス医療保険制度の歴史はこの共済組合の保険給付活動から始まっているともいわれる。

共済組合法典の規定によれば、共済組合は加入者及びその家族のために福祉、連帯、共済の活動を行う非営利団体であり、その目的は人に関連する社会危険の予防及びその補償（保険業務）を担い、出産の奨励、幼児・家族・高齢者または身体障害者の保護という社会活動を推進し、かつ加入者の文化的、道徳的、知的及び身体的発展と生活条件の改善を保障することにあるとされている（共済組合法典 L.111-1 条）。

現在、共済組合に加入するには、個人加入と企業による団体契約との2つの方法があるが、後者の場合、多くの企業が事業主として保険料の何割かを負担している。その割合は企業によって異なっているが、概ね保険料の40～55%ということだった。

共済組合の事業者団体は「全国フランス共済組合連合（*Fédération Nationale de la Mutualité Française : FNMF*）」である。FNMFの加入組合数は共済組合全体の95%にあたる約3,000団体、加入者数は約1,600万人、家族契約を含めた保障対象者は約3,800万人となっている。

2) 相互扶助組織

相互扶助組織は、現在のフランス社会保障制度を創設した 1945 年 10 月 4 日のオルドナンスによって初めて社会保障法典 L.4 条に規定された非営利団体で、企業や産業別の職域のなかで、保険に関する補足的保障（年金保険、医療保険）を運営することが役割であるとされている。

フランス年金制度は、法定基礎制度、補足退職年金制度、再補足退職年金制度⁷⁴の「3 階建て構造」となっているが、もともと相互扶助組織の業務は「2 階部分」にあたる補足退職年金制度の運営から始まり、現在では、補足退職年金制度及び再補足退職年金制度の運営が主な業務となっている。また、年金だけでなく、死亡、出産、就労不能、障害などのリスクをカバーする補足医療保険についても取り扱うこととされており（社会保障法典 L.111-1 条）、主に企業との団体契約によりサービスの提供を行っている。

相互扶助組織の主な事業者団体は「相互扶助組織技術センター（Centre technique des institutions de prévoyance : CTIP）」である。CTIP には 73 団体の相互扶助組織が加入しており、加入企業数は約 190 万社となっている（2003 年）。

② 保険料と償還率の設定

補足医療保険は民間の組織によって運営されているため、保障の対象、保険料、各診療行為に関する償還等は自由に設定できることになっている。つまり、個人もしくは企業がどの補足医療保険に加入しているかによって、保険料や保障内容が異なる。ただし、補足医療保険はあくまでも法定医療保険を基にしたものであるため、法定医療保険が 7 割を償還している診療行為については、補足医療保険は最低でも 3 割を償還しなければならないことが定められている。

③ 具体的な償還手続

補足医療保険の加入者が医療費の償還を受けたい場合、まず法定医療保険の金庫に書類を提出し、償還を受ける。その後、自らの所属する共済組合等に残額分を請求すると支払いを受けることができる。ただし、医療機関や薬局が医療保険金庫と契約を締結している場合には、法定医療保険部分については第三者支払が可能となり、加入者は残額分のみ共済組合等に請求する形となる。また、さらに共済組合等が契約を締結している医療機関や薬局、あるいは直接提供している医療サービス機関においては、残額分についても第三者支払が可能となり、原則として個人の窓口負担は不要となる仕組みをとっている。例えば、FNMF では、残額分について第三者支払が可能な施設やサービスの提供先として、共済組合法典 L.111-1 条の規定に基づき、全国にある 2,000 か所の医療・パラメディカル・社会福

⁷⁴ 補足退職年金制度は、個別企業独自に、あるいは一定の職種や業種別に、さらには職種などの枠を超えた範囲で設立される退職年金機構の総体を指すものであり、労働協約に基づくものの、拡張適用という手法によって強制加入とされている点に特徴がある。また、再補足退職年金制度は、補足退職年金制度をさらに補うものであり、税制上の優遇措置を利用した労働者個人に対する福利厚生という側面が強い制度となっている（藤井良治・塩野谷祐一編『先進国の社会保障⑥フランス』東京大学出版会 第 6 章「年金制度」p137）。

社に関する施設やサービスとの連携を図っている。

図表18 FNMF が連携している施設数

<ul style="list-style-type: none">・眼科（540 か所）・歯科（400 か所）・高齢者（介護）施設とサービス（300 か所）・補聴のための施設（160 か所）・レジャー施設とサービス（93 か所）・医療看護センター（77 か所）・短中期滞在の病院と精神病院（75 か所）・障害者施設とサービス（70 か所）・薬局（70 か所）・歯科装置研究所（63 か所）・乳幼児施設とサービス（61 か所）

出典) FNMF パンフレット。

④ 職域関連団体による最近の試み

補足医療保険制度の運営主体のうち、共済組合と相互扶助組織は企業や職域と密接な関わりを持っており、労働組合（FO）が積極的に運営に関わっている。

共済組合、相互扶助組織、民間保険会社は互いに競争関係にあるが、最近では、共済組合と相互扶助組織が一緒になって、企業に年金・医療・介護のトータルパッケージ商品の提案をすることがあるという。年金・医療・介護のトータルパッケージとは、近年の高齢化の進展にあわせて、医療だけでなく、高齢・障害に伴う介護リスクに対応する必要性が高まっていることから生まれた商品である。

共済組合と相互扶助組織が提携した背景には、両者とも非営利団体として非常に近い存在であり、今後の成長のためには、競争よりもパートナーシップを築くことが不可欠であるという判断があったと思われる。また、業務提携により両者の垣根がなくなれば、共済組合側には、新たな開拓領域となる企業との団体契約の締結の促進、一方の相互扶助組織側にも個人に対する加入促進に向けた活動の展開など、両者の事業展開を図るうえで、より現実的な目的やメリットがあるのではないかということだった。

⑤ 法定医療保険制度と補足医療保険制度の関係

年々医療費が増大していくなか、補足医療保険の重要性が高まっていることについては、どのインタビュー先においても、認識が一致していた。特に、FNMF 自身は「現在の医療保険制度は補足医療保険がなければ医療費の償還が不可能であり、国民は医療へのアクセスができない。今後も償還率でいうと、補足医療保険の割合が高くなるだろう。」という考えを持っていた。

しかし、法定医療保険と補足医療保険の関係、医療保険制度における補足医療保険の位置づけの問題になると、補足医療保険はあくまでも法定医療保険の「補足」であるべきと

いう意見が2つの労働組合（FO、CGT）から出された。

すなわち、労働組合（FO、CGT）は、法定医療保険制度の充実を図ることを基本的な立場としている。そのため、法定医療保険の償還比率を落とし、その分を補足医療保険に移すという最近の動きや、法定医療保険では償還対象とされていない医療行為について、補足医療保険が払い戻しをすることには反対の立場をとっている。

第2章 医療保険制度の財源政策

1. 一般社会拠出金（CSG）の導入による租税代替化の進展

フランス医療保険制度を財源政策の面からみると、労使の拠出による保険料だけで賅われていた医療保険財源に、1997年に一般社会拠出金（Contribution sociale généralisée : CSG）が導入されて以降、租税代替化（fiscalisation）が進んでいるのが特徴である。

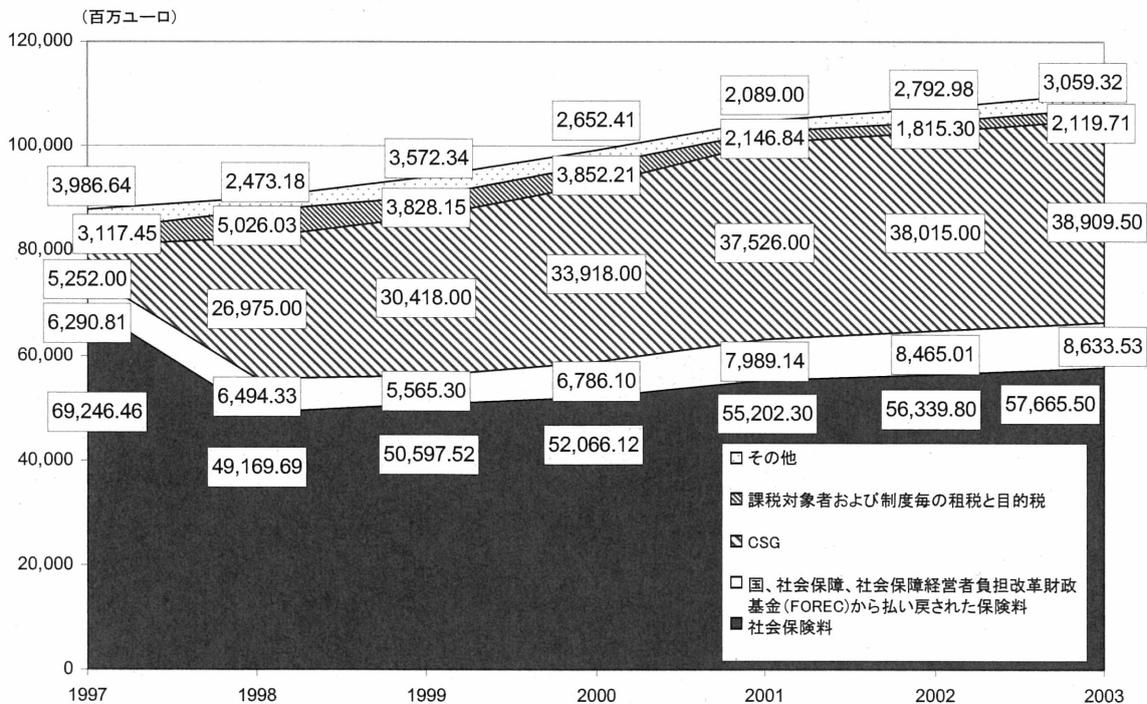
シヨシャル教授によれば、医療保険財政に税であるCSGが導入されたことは、医療保険制度が「国民連帯」の性格を強めたエポックメイキングな出来事であったとのことである。そして、1999年にCMUが導入されたことによって、「国民連帯」がさらに強く意識されることとなった。

(1) CNAMTS の収入の構造

現在、CNAMTS の医療部門の収入は、主に保険料とCSGから成り立っている。

最近の収入の内訳をみると、保険料の金額は1997年が692億4,646億ユーロ、1998年が491億6,969億ユーロとCSGの導入に伴い減少し、その後は毎年微増している。CSGの金額は1997年当時には52億5,200万ユーロに過ぎなかったが、翌年には約5倍の269億7,500万ユーロになり、その後は毎年増え続けている。2003年には、保険料が576億6,550万ユーロ、CSGが389億950万ユーロと、収益全体に占める割合はそれぞれ52.2%、35.2%となっている。

図表19 CNAMTS の収入の内訳（医療部門）



出典) CNAMTS 資料。

図表20 CNAMTS（医療部門）の収入に占める保険料、CSGの割合

（単位：百万ユーロ）

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
保険料	69,246.46	49,169.69	50,597.52	52,066.12	55,202.30	56,339.80	57,665.50
	78.78%	54.55%	53.84%	52.45%	52.60%	52.44%	52.24%
CSG	5,252.00	26,975.00	30,418.00	33,918.00	37,526.00	38,015.00	38,909.50
	5.98%	29.93%	32.37%	34.17%	35.75%	35.39%	35.25%
その他	13,394.90	13,993.54	12,965.79	13,290.72	12,224.98	13,073.29	13,812.56
	15.24%	15.52%	13.80%	13.39%	11.65%	12.17%	12.51%
収入全体	87,893.36	90,138.23	93,981.31	99,274.84	104,953.28	107,428.09	110,387.56
	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

出典) CNAMTS 資料より作成.

また、CSGの制度別の金額をみると、一般制度では397億8,890万ユーロ、農業制度では19億4,200万ユーロ、特別制度では16億9,420万ユーロ、自営業者制度では25億9,540万ユーロとなっている。これらのことから、現在のフランス医療保険制度は租税代替化が進み、当初の社会保険方式とは性格の違うシステムとなっているといえる。

図表21 制度別 CSG の金額（2004年）

（単位：百万ユーロ）

制度	CSG
一般制度	39,788.9
CNAM	39,788.9
農業制度	1,942.0
農業被用者制度	1,052.2
農業経営者制度	889.8
特別制度	1,694.2
CNMSS（軍人）	741.9
MINES（鉱山）	165.9
SNCF	496.0
RATP	88.7
ENIM（船員）	69.0
CRPCEN	87.4
Banque de France（フランス銀行）	37.7
Port autonome de Bordeaux（ボルドー港湾施設）	0.7
CCIP（フランス商工会議所）	6.9
自営業者制度	2,595.4
CANAM	2,566.6
CAVIAC	28.8
全体	46,020.5

出典)「社会保障会計委員会レポート」2004年9月(Rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale -CCSS, septembre 2004) p.45 Tableau 2, p.47 Tableau 3.

① 保険料

租税代替化が進んでいるものの、CNAMTSの収入の最も大きな財源は、現在でも労使が

拠出する保険料である。このため、労働組合は制度運営のイニシアティブを労使が握ることを主張しており、FO では「財源の手当をしない政府が給付の範囲や適用方法を決めてしまうので、誰もお金の動きを把握できなくなっている。」という発言があった。

ところで、フランス医療保険制度の保険料率はわが国のような労使折半ではなく、賃金や現物給付など保険料の算定基礎となる報酬に対して、被用者 0.75%、事業主 12.80% (2005 年現在) と事業主の負担が非常に重くなっている⁷⁵。それに対して、被用者の保険料率は 1997 年の CSG 導入、翌年の CSG 課税率の大幅な引上げと引き換えに、6.80% から 5.50% (1997 年)、5.50% から 0.75% (1998 年) と段階的に引下げられている。

図表22 一般制度（医療部門）の保険料率

(単位：%)

	被用者	事業主
1986.8.1～	5.50	12.60
1987.7.1～	5.90	12.60
1991.7.1～	6.80	12.60
1992.1.1～	6.80	12.80
1997.1.1～	5.50	12.80
1998.1.1～	0.75	12.80

事業主の保険料率が高いことについて MEDEF に意見を求めたところ、「12.8%の保険料は一種の税金 (prélèvement publique) のようなものである。保険料の使い方は政府が決めるべき事柄であり、事業主がそれを支払うからといって何も権限が与えられるものではない。」と非常に消極的な反応であり、労働組合とは立場が大きく異なっていた。

この点について CNAMTS では、「MEDEF の関心があるのは眼鏡や歯科関連など、あまり多くの費用をかけず、大きなビジネスにつなげることができる分野で、法定医療保険には関心を持っていない。」という指摘があった。

② CSG

CSGは当初、医療保険ではなく、「家族給付」の財源として、1991年財政法律（1990年12月29日法）によって導入された。その後、1993年7月22日法により、「家族給付」に加えて「老人連帯基金⁷⁶」の財源にも充当されることになった。その後、1996年のジュペプランにより、社会保障財政の均衡を図ることを目的とした「社会保障財政法律」が毎年制定されることになり、同年12月に成立した、初の社会保障財政法律となる「1997年社会保障財政法律」に基づき、CSG課税率の引上げ分が医療保険財源に充当されることになった。また、1998年社会保障財政法律では課税率の大幅な引上げが行われ、その分は医療保険の財源とすることになった。

⁷⁵ フランスの企業は、医療保険のほか、年金保険、家族手当、労働災害の保険料も支払うため、労働者を雇用するための人件費負担が重く、このことが雇用を抑制するひとつの要因となっている。

⁷⁶ 低額の年金を補う無拠出制の老齢給付。

「家族給付」の財源として、使用者が拠出する保険料⁷⁷に加えてCSGが導入されることになった理由は、1975年7月4日法により、家族給付支給に際しての就業要件が撤廃され、居住要件のみで給付が受けられるようになったことによって、「家族給付」の性格が変化したことにある。また、1998年社会保障財政法律で課税率を上げる議論がなされた時も、同時期に、就業の有無にかかわらず給付が受けられるCMUの導入が検討されていたことが大きな影響を与えている。

図表23 CSGの賦課率の推移

	1991年 財政法律	1993年 7月22日法	1997年 社会保障財政法律	1998年 社会保障財政法律	2001年 社会保障財政法律	2004年 8月13日法
賦課率	1.1%	2.4%	3.4%	①7.5% ②6.2%	①2.4%、5.1%(*) ②2.4%、3.8%(*)	①稼働7.5%(**) 資産・投資8.2% 賭博9.5% ②退職・障害6.6% 失業手当・日額手当 6.2%(**)
充当 範囲	家族：1.1%	家族：1.1% 老齢：1.3%	家族：1.1% 老齢：1.3% 疾病：1.0%	家族：1.1% 老齢：1.3% 疾病：5.1%	家族：1.1% 老齢：1.15% 疾病：5.25%	家族：1.08% 老齢：1.13% 疾病：5.29%、

注1) ①稼働所得、資産所得、投資益、賭博益、②代替所得。

注2)(*)印は税額控除前賃金額の95%に対して課税、(**)印は税額控除前賃金額の97%に対して課税、その他は税額控除前賃金全額に対して課税。

出典) フランス医療保障制度に関する研究会編「フランス医療関連データ集【2003年版】」

財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会、平成16年3月

本報告書第3部 加藤智章「租税代替化に伴う自律性原則と連帯概念の変容」をもとに作成。

CNAMTS 収益全体に占める CSG の割合は、最初の年を除き、30%から35%程度となっており、その重要性は高まっている。今後さらに割合が高まる可能性については、保健省からは「保険料と税のバランスをとることが大事である」と明確なコメントは得られなかったが、労働組合は自身の主張とは裏腹に「政府の立場にたってみると、CSGは効率よく財源を確保できる手段なので、今後増えざるを得ないだろう。」(FO)、「すでにCSGは収入の40%近くを占めており、社会保険にこだわることは現実的でない部分もある。」という予測を持っていた。ただし、ショシャール教授によれば、今後CSGの割合が高くなりつづけ、ついには保険料がゼロになる可能性については、そのような議論はあるものの税制を変えるには長い時間がかかるので、今のところ考えられないということだった。

(2) 社会債務償還拠出金 (CRDS) の導入とその影響

租税代替化を進めるもうひとつの要因としては、1996年1月24日のオルドナンス (オルドナンス第96-50号) によって導入された「社会債務償還拠出金 (Contribution au remboursement de la dette sociale : CRDS)」がある。CRDSは医療保険制度、年金保険制度、及び家族手当制度の赤字に対応して発行された公債を返済するために創設された税で、CSGと同じ範囲の所得に対して0.5%の課税率で徴収される。当初は2009年1月31日ま

⁷⁷ 家族給付の財源は自営業者の場合を除き、使用者のみが負担していた。

での時限的措置とされていたが、1998年社会保障財政法律により、2014年1月31日まで延長されることになっている。

(3) 社会保険か税か

これまで述べたように、医療給付は保険料とCSG（税）で賄われているが、わが国の傷病手当金に該当する日額手当金を除く医療サービス（現物給付）は、労働により得られる賃金と直接には関係がない。そのため、FOやMEDEFは、財源と給付の関係性の明確化、社会保険と税の役割分担を図ることを主張している。

FOは、「国民連帯に基づく給付」は税で、それ以外の「一般制度でカバーすべきリスクに関わる給付」は保険料で賄うことにより、給付に関する財源の出所、一般制度で保障する必要がある給付内容を明確にすべきだとしている。「国民連帯に基づく給付」とは、効果が現れるまでに時間を要する予防給付、公衆衛生、CMUを指しており、「一般制度でカバーすべきリスクに関わる給付」とは労働災害、職業病などを指している。

一方、MEDEFは、「職業に関する給付」は保険料で、「全国民を対象とする再分配給付」はCSG（税）で賄われるべきだと主張している。「職業に関する給付」とは老齢年金、失業保険、労災保険を指しており、「全国民を対象とする再分配給付」とは医療保険、家族給付を指している。

このように、医療保険制度において果たすべき責任の範囲については、労使の間で意見が異なるところではあるが、財源と給付の関係性の明確化を図ることは今後の議論が期待される課題である。

2. 社会保障財政法律の成立による議会の関与

(1) 医療保険支出全国目標（ONDAM）の導入

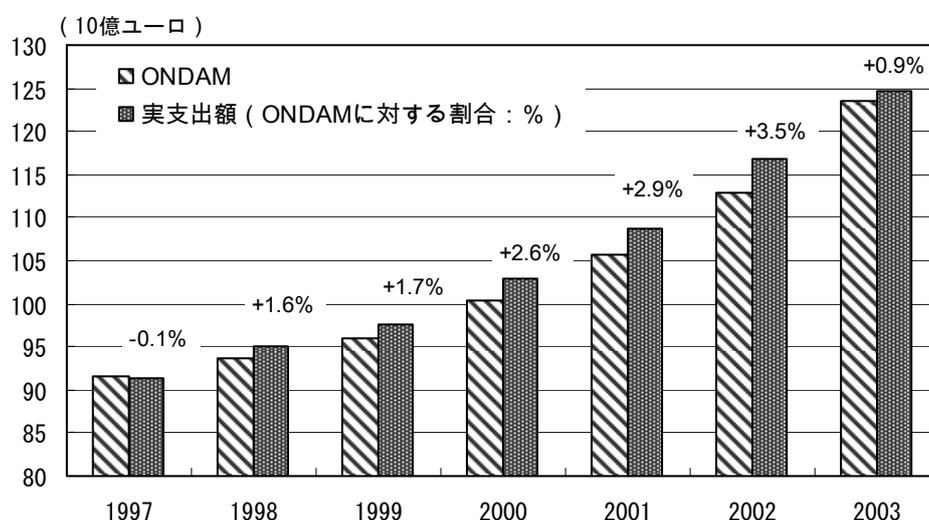
1995年11月に当時のジュペ首相が国民議会で発表したジュペプランにおける「財政均衡の確立」と「責任体制の明確化」の方針を背景として、「社会保障財政法律（*lois de financement de la sécurité sociale : LFSS*）」が導入されることになった。1996年2月22日の憲法法律による憲法47条の1の新設、同年7月22日の憲法付属法による具体的規律の制定を経て、1996年12月27日に、「1997年社会保障財政法律」が成立し、議会が社会保障財政に対するイニシアティブを握ることになった。保健省によれば、毎年国会に社会保障の状況を報告することは、シモーヌ・ヴェイク厚生大臣の時代にすでに慣行として始められていたが、その慣行が立法措置として公式化されたのが社会保障財政法律であるということだった。

この社会保障財政法律によって、医療保険制度についてはその後毎年制定される社会保障財政法律のなかで、支出額に関するすべての制度を対象とした全国目標額である「医療保険支出全国目標（*Objectif National d'évolution des Dépenses de l'Assurance Maladie : ONDAM*）」が定められることになった。ONDAMは、全国金庫と政府の間で締結される目

標・管理協約の追加文書で、開業医医療費推移目標として明記され、さらに医療協約における付属文書に医療費推移予測目標が設定される。これらの追加文書や付属文書は、毎年付加されることになっている。

しかし、ONDAM と実際の支出額の推移をみると、導入初年の 1997 年こそ ONDAM の範囲内で支出が収まったが、それ以降は毎年 ONDAM 以上の支出が行われている。CNAMTS によれば、不足分については政府系金融機関である預託供託公庫（Caisse des dépôts et consignations : CDC）を通して、国内外の市場で借入を行っているとのことだった。そのため、2005 年 8 月 22 日の「社会保障財政法律に関する組織法律」では、ONDAM を達成するための監視委員会が設けられるなどの措置が講じられている。

図表24 医療保険支出全国目標 (ONDAM) と実支出額の推移



出典) CNAMTS 資料.

(2) 最近の社会保障財政法律の動向

① 2004 年社会保障財政法律

2004 年社会保障財政法律は、2003 年 12 月 18 日に成立した。2004 年社会保障財政法律では、「病院 2007 計画」に基づき、公的病院の支払方法について、1984 年から導入されていた病院ごとの総枠予算制から、診断群分類に基づく 1 件当たり包括払い (DRG/PPS 方式) に移行することになった。総枠予算制をやめた理由としては、総枠予算制は一度予算を支給してしまうと、病院内でどのように予算が使われているか分からないため、結局、無駄遣いを誘発してしまうということが挙げられている。

② 2005 年社会保障財政法律

2005 年社会保障財政法律は、2004 年 12 月 20 日に成立した。まず、2005 年度の社会保障財政全体の収入予測を 3,505 億ユーロ、支出目標を 3,617 億ユーロとした上で、ONDAM を 1,349 億ユーロ (対前年比 +3.2%) と設定した。

2004年8月13日法との関係では、まず同法により導入された定額負担金制度を、公務員やフランス国有鉄道などの職員などを対象とする特別制度に適用することを定めた。かかりつけ医や個人診療情報記録（Dossier Médical Personnel : DMP）などを導入する前提として、医師を特定する個人識別番号を付与することになった。また、VITALEカード（carte vitale）⁷⁸の不正使用を防止するため、使用中のカード及び紛失・盗難のため無効となったカードのリストを作成することになった。

⁷⁸ フランスのICカード式の健康保険証で、保険金の償還手続きのオンライン化に伴い、1998年から導入されている。カードには被保険者を識別するための15桁のID番号、カード保持者の氏名等のデータが含まれており、医療情報は含まれていない。

第3章 2004年医療保険改革について

1. 背景と目的

(1) 2004年以前の改革

フランスの医療費は他の西欧諸国に比べて高く、これまでに何度も医療費抑制の試みが行われてきた。経済環境等の変化により、1970年代半ばから社会保障財政の赤字が問題となり、それに伴う医療保険財政の改革が行われてきたが、1996年のジュペプランまでに行われた改革はみな、保険料の引上げという需要サイドに注目した改革であった。

ところが、ジュペプランでは先に述べた社会保障財政法律による ONDAM の導入等により、供給サイドに着目した改革が行われた。目標の実効性を確保するため、1996年4月24日のオルドナンスでは、開業医医療費推移予測目標の目標額を達成した場合にのみ財源の範囲内で診療報酬の上乗せを行う一方、目標額を超過した場合には協約締結医全体に対してその超過額を負担させる規定を設けたが、失敗に終わった。

また、1999年社会保障財政法律では ONDAM を超過した場合、協約の適用を受ける一般医及び専門医が収入に応じた拠出金を負担することとしたが、憲法院において違憲の判断がなされ、供給サイドに着目した医療費抑制策は後退しつつあった。

(2) 「医療保険の将来に関する高等評議会」報告書

最近の一般制度の収支状況をみると、好景気に伴い、1995年から赤字幅が縮小し、1999年から2001年の3年間は黒字となったが、2002年以降は再び赤字となっている。部門別の収支状況をみると、医療部門の赤字が突出した形になっている。

このような医療保険制度の持続性を保証するのが困難であるともいわれる財政状況のなか、医療保険制度のシステムを評価するため、2003年10月7日のデクレによって、「医療保険の将来に関する高等評議会（高等評議会）」が首相の諮問機関として設置された。高等評議会が2004年1月23日に出した報告書では、医療保険の再建の緊急性が述べられている。

図表25 高等評議会の概要

【設置期間】

- ・ 3年間

【ミッション】

- ・ 医療保険の制度とその変遷の評価
- ・ 医療保険制度の財政状況と見通しの書き出し
- ・ 質の高い医療へのアクセスの公平性、適正かつ公正な財政の観点からの医療保険の監視等

【構成委員】

53名

①被保険者と使用者または医療保険制度の代表者：15名

労働総同盟 (Confédération générale du travail : CGT)、フランス民主労働総同盟 (Confédération française démocratique du travail : CFDT)、労働総同盟－労働者の力 (Confédération Générale du Travail - Force Ouvrière : CGT-FO)、フランス企業運動 (Mouvement des Entreprises de France : MEDEF) から各2名。フランスキリスト教労働者総同盟 (Confédération française des travailleurs chrétiens : CFTC)、幹部職員総同盟 (Confédération française de l'encadrement - confédération générale des cadres : CFE-CGC)、中小企業総連盟 (Confédération générale des petites et moyennes entreprises : CGPME)、手工業者連合 (Union professionnelle artisanale : UPA)、全国農業経営者組合連盟 (Fédération Nationale des Syndicats d'Exploitants Agricoles : FNSEA)、全国自由業連合 (Union Nationale des Professions Libérales : UNAPL)、全国独立系組合連合 (Union nationale des syndicats autonomes : UNSA) から各1名。

②国民議会と上院議会から各3名。

③国 (政府) の代表者5名。計画特任長官、社会保障の局長、入院と医療提供の局長、経済予測の局長、予算の局長。

④CNAMTS、CANAM、CCMSA から各1名。

⑤補足医療保険をカバーする組織から3名。全国フランス共済組合連合 (Fédération Nationale de la Mutualité Française : FNMF)、相互扶助組織技術センター (Centre technique des institutions de prévoyance : CTIP)、フランス保険会社協会 (Fédération française des sociétés d'assurances : FFSA) から各1名。

⑥自由医業からの代表者5名。うち少なくとも2医師はCNPS (医療従事者全国センター) の任命。

⑦医療施設からの代表者5名。フランス病院連盟 (Fédération hospitalière de France : FHF)、非営利の私的病院・支援施設連盟 (Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucrative : FEHAP)、私的病院連盟 (Fédération de l'Hospitalisation Privée : FHP) から各1名。

その他2名は大学病院センター、病院センター、専門病院センターの医療委員会の長の協議会の共同任命による。

⑧保健担当大臣が任命する利用者の代表者3名。

⑨保健と医療保険の担当大臣に共同で指名された学識経験者8名。

保健と医療保険の担当大臣は⑨の構成委員から、議長と副議長を共同で任命する。

出典)「医療保険の将来に関する高等評議会」報告書 2004年1月23日。

図表26 医療保険の再建の緊急性についての意見

【医療保険のガバナンス】

1. 高等評議会は、管轄の混乱がシステムの漂流の原因であると推測している
高等評議会は、医療保険システムが複雑なシステムであるが故に複数の決定者がおり、政府と医療保険機関との間の権限の分割があるのは避けられないと認識してはいるが、今日の権限の分割は複雑すぎて非効率性の最大の原因となっていることに注目している。
2. 高等評議会は、システムの「運営」ツールにおける大きな欠如を認めている
高等評議会は、医療の質と効率性の向上のツールの欠如に注目している。これは、任命された唯一の責任者がいないこと、または役割の正確な分担がないことによって説明される。これらの理由から、医療適正行為が浸透していないと同時に、法定医療保険と補足医療保険の連携、またはリスク管理への医療従事者の積極的な参加が見受けられない。
3. 高等評議会は、制度に関する進化が不可欠であり、管轄の移転と責任の移転を結びつけなければならないと考えている
結論として、高等評議会は多くの制度的な機能不全が、医療システムと償還システムに深刻な影響を与えていると考えている。よって、権限と責任をうまく配分する、明確な基盤に基づいて権限の境界線を定着させる、運営者の観点からあらゆる段階の権限の譲渡・委譲・責任化の形を確立する。様々な医療保険の「ガバナンス」のスキームが考えられるが、高等評議会は以下の2点に集約される。
 - ・そのスキームは全体的な権限の委譲による一当事者によって進められなければならない。
 - ・この権限の委譲により権限を与えられた者は、求められた結果を出すにあたって全面的な責任を負わなければならない。

出典)「医療保険の将来に関する高等評議会」報告書 2004年1月23日。

(3) 改革過程における意見書の提出⁷⁹

高等評議会の報告書に盛り込まれた意見等をふまえ、医療保険改革に臨むことになった保健大臣は、経営者団体、労働組合、補足医療保険制度の保険者、医療関係者団体、患者・市民団体等に対して、①どのようにすれば医療保険の機関における機能の不完全性を改善できるか、②どのようにすれば「国民連帯」を実行する上で医療保険の公的財源の割当をよりよく保障できるかについて、意見の提出を求めた(図表27)。

この時、MEDEFは「経営者には医療保険政策に対する責任はない」という理由から、改革に対する提言をしていない。このことから、MEDEFの医療保険政策に対する消極的な姿勢をうかがうことができる。

⁷⁹ <http://www.assurancemaladie.sante.gouv.fr/>

図表27 主な関係者の意見

1. 労働総同盟 (CGT)

- ・ 社会保障の補足制度への移行に反対。しかし、補完性のある分野について、補足制度と社会保障の連携を創り出すための条件を検討する必要はある
- ・ CSG は医療保障の衰退の解決にはならない
- ・ 労使代表が一般制度の運営に適している

2. 労働者の力 (FO)

- ・ FO は労使代表が運営し、連帯の原則に則った社会保護制度を引き続き支持する
- ・ 具体的な提案：
 - － 財政法を透明性があり民主的なものにする
 - 4 部門（医療保険、労災、老齢、家族手当）の予算と支出の自立性を保障することを含む
 - － ONDAM の医学的適正化の目標化
 - － 医療保険における労使同数の経営の原則の明確化
 - － 協約政策の改革、医療人口展開コントロールの政策
 - － 医療保険の県レベルでの分権化
 - － 一般社会保障制度と国から分権化されたサービスの間の責任の明確化

3. 全国フランス共済組合連合 (FNMF)

- ・ 保険政策と社会保護の一層の一貫性と有効性
- ・ 保険制度における各ステークホルダーの責任の強化
- ・ 被保険者に対する医療の質の向上

4. 全国共済組合職業間連盟 (FNIM)

- ・ 医療保険の運営における労使同数決定主義 (paritarisme) の重要性
- ・ 義務的制度と補足制度の役割の明確なすみ分け
- ・ 補足的 CMU を個人保健給付制度 (Allocation Personnalisée Santé : APS) で代替

5. フランス保険会社協会 (FFSA)

- ・ 医療保険の機関の問題についての提案
 - ① 組織に関する提言：
 - － 法定医療保険制度と補足医療保険制度の干渉の割り当てを担当する「調整局」の創設
 - － より地方分権化されたなかで保健分野における財源の分配をよりよくし、活動のよりよい調整を保証する地方保健局の「全国評議会」の創設
 - ② 技術的な提案：
 - － 医療従事者の報酬体系と病院の財政の見直し
- ・ 財源に関する問題についての提案：
 - ① 補足医療保険制度に一層の助力を求める
(国民連帯と個人の選択の区別、民間保険会社の役割の増大)
 - ② 補足医療保険から得られるもの、国民連帯でカバーされていない分野や給付、すでにノウハウを持っている分野についての補足医療保険への移行

出典) 保健省 医療保険改革に関するホームページ (<http://www.assurancemaladie.sante.gouv.fr/>) .

2. 医療保険改革の内容

このような背景のもと、フランスでは 2004 年 8 月 13 日法によって、過去 30 年で最大の改革ともいわれる大規模な医療保険改革が行われた。

2004 年改革の目的は、「医療の受診が全く自由であるというフランスの被保険者の行動を変えること」にある⁸⁰とされ、医療の需要抑制に着目した改革であることが特徴となっている。2004 年改革で行われた主な内容は、「医療保険組織の改革」、「医療保険財源の再建」のほか、「医療費をコントロールするための施策」となっている。

(1) 医療保険組織の改革

① CNAMTSの当事者能力の向上

1) 2004 年改革以前のCNAMTS

2004 年改革の前は、CNAMTS は理事会 (conseil d'administration) により運営され、その統括は CNAMTS の「理事長 (président)」が行っていた。

理事会の構成は 1996 年 4 月 24 日のオルドナンスにより、「労使自治」すなわち「労使同数主義による管理」が定められているため、労働組合から 13 名、経営者団体 (MEDEF) から 13 名で構成されていた。理事長は労使から選出されることになっていたが、歴史的な経緯から、これまで長く理事長を務めてきたのは「労働者の力 (FO)」、「フランス民主労働総同盟 (Confédération française démocratique du travail : CFDT)」といった労働組合であった。2004 年改革以前の CNAMTS の理事長は重要なポジションであったことから、労使の立場を主張できる一方、監督官庁である保健省との間で議論が絶えなかった。

2) 2004 年改革によるCNAMTSの権限強化

CNAMTS と保健省の間の争いがもたらす不都合を重くみて、2004 年改革において、CNAMTS の統括は「事務総長 (Directeur général)⁸¹」が行うこととなった。初代の事務総長は、理工科学校 (Ecole polytechnique) の卒業生で、ジュペプランの策定メンバーであったフレデリック・ヴァン・ロッケゲム氏が務めている。

2004 年改革によって、事務総長は制度を指揮し、地方と地域の金庫に権限を持つ者として、大臣と同等の非常に強大かつ広範な権限を持つようになった。事務総長は CNAMTS 及び CRAM、CPAM の運営に必要なすべての決定を行い、議会で定められた支出目標の遵守を監視する役割を担う。また、CNAMTS の職員の採用の権限、CRAM や CPAM の長の任命権を持つ。さらに、事務総長はデクレによって 5 年間の任期で任命され、評議会 (conseil : 理事会から名称変更 (後述)) の 3 分の 2 以上の多数意見がなければ、任期終了前にその機能を終わらせることはできないことになっている (L.221-3-1 条)。

⁸⁰ 有識者インタビューによる。

⁸¹ 従来の事務局長 (directeur) から名称変更された。

一方、事務総長に権限が与えられたことに伴い、これまで理事会を統括していた理事長は意見具申をするのみで、CNAMTS の運営はしないことになった。理事会 (conseil d'administration) という名称についても、今後は「管理 (administration) をしない」という理由から、単なる「評議会 (conseil)」と称されるようになった。

また、最近の補足医療保険の重要性を反映し、評議会のメンバーとして新たに民間保険業界、共済関係者 (9 名) が参加することになった。FNMF としては、新たに評議会に加わって、今後どのような機能を果たしていくか、医療従事者とどのように交渉していくかということが最も大きな課題であるといえよう。

図表28 CNAMTS 評議会の構成

【社会保障法典 (Code de la sécurité sociale)】

L.221-3 条 (CNAMTS 評議会の構成)

評議会は、以下の者で構成される：

- 1° 労働法典 (Code du travail、以下 Ctrav. と略す) L.133-2 条の意味における全国レベルの代表的被用者組合が指名する被保険者と全国レベルの代表的使用者組合が指名する使用者の同数からなる代表
- 2° フランス共済組合連合の代表
- 3° 疾病保険分野に介入する国により指定された機関の代表

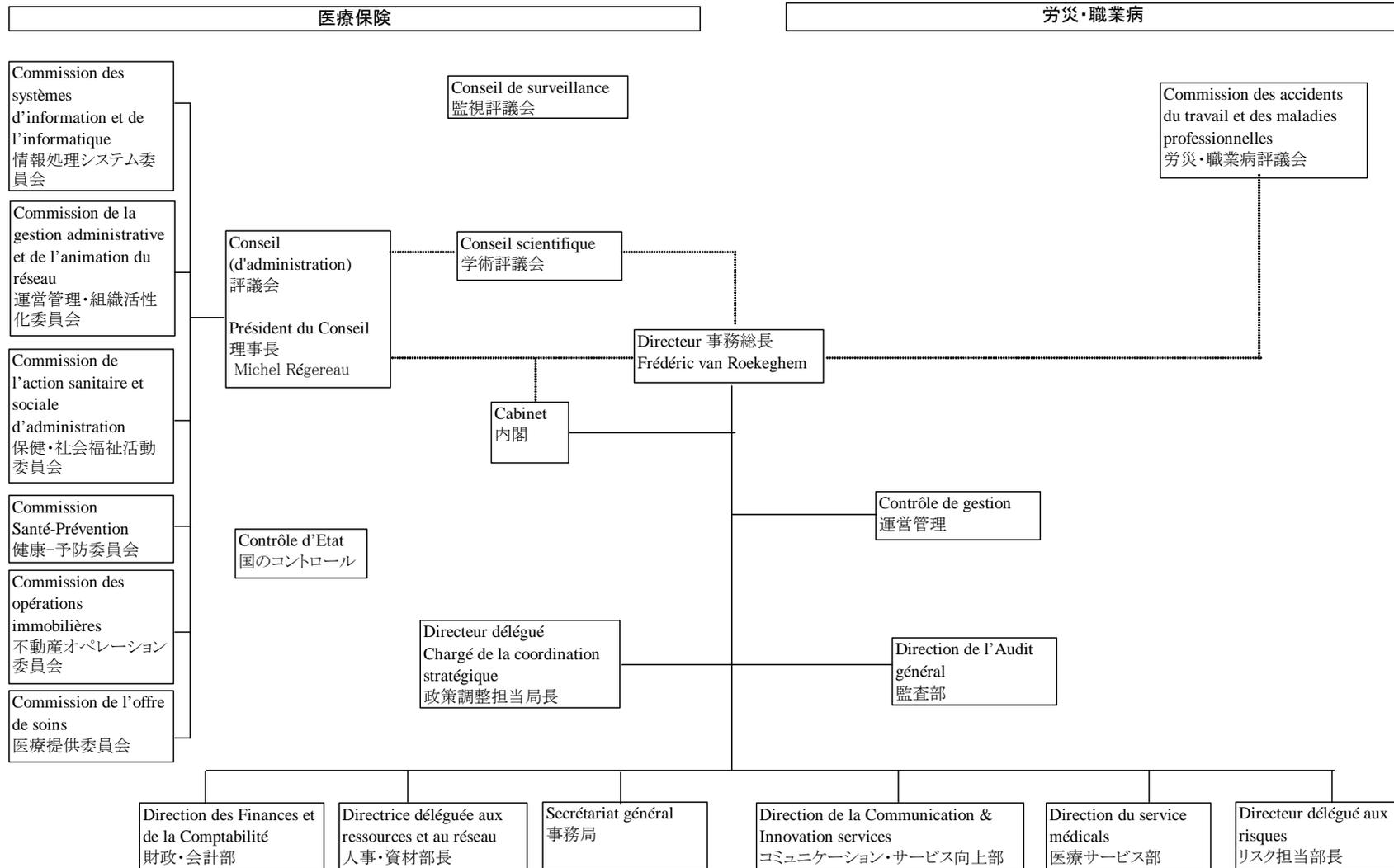
3) MEDEFのCNAMTS脱退、復帰が意味すること

2004 年以前、CNAMTS の理事会には労使の代表者が参加することになっていたが、MEDEF は 2001 年 10 月から 2005 年 1 月までの間、理事会への参加を拒否していた。その理由は、保険料を含む医療保険財源の使い方は政府が責任を持って決めるべきであること、新たな財源を求める以前にまず支出抑制を図るべきであることを MEDEF は主張していたが、2004 年以前の CNAMTS ではそれらが実現されないためであった。MEDEF 側からは、「CNAMTS の理事会は何も有益な仕事をしていなかった」というコメントがあった⁸²。しかし、2004 年改革では、CNAMTS の事務総長に強力な権限が付与され、CNAMTS にこれまでより多くの当事者能力が与えられたこと、医療費をコントロールし抑制する考え方が取り入れられたことに賛同し、2005 年 1 月から評議会に復帰した。

評議会においては、MEDEF の復帰、補足医療保険制度の保険者の参加によってメンバーが増え、それぞれが異なる立場にあるために意見の一致が難しくなったとの見方もあるが、「労使自治」を重んじる FO は、まずは MEDEF を議論の場に呼び戻すことができたことと評価している。ただし、FO と CGT は、財源の手当をしない、つまり、保険料を負担しているわけではない政府が給付の内容・範囲について決定権を持っていること、それによって完全な「労使自治」が実現されていないことには非常に強い問題意識を持っている。この点では、高い保険料を負担しながらも、発言権を得ようとは考えていない MEDEF の姿勢とは一致していない。

⁸² ショシャール教授は、当時、MEDEF が「週 35 時間労働制」に反対していたことが理由であると指摘している。

図表29 CNAMTS の組織図 (2004年10月現在)



4) CNAMTSの人材育成

このような状況の中、CNAMTSでは保険者としての機能を果たしていくため、国立社会保障上級学校（Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale：en3s）と国立公衆衛生学校（Ecole Nationale de la Santé Publique：ENSP）という2つの高等専門学校（grandes écoles）において、幹部となる人材の育成に努めている。en3sは社会保障関連の組織の人材育成を行うため、1960年5月12日のデクレによって設立された学校で、ENSPは病院長のための学校である。en3sはサンテティエンヌ（St-Etienne）、ENSPはレンヌ（Rennes）に設けられており、CNAMTSによれば、その学生数や教育システム等は両者とも似通ったものとなっているということだった。

またen3sは、以前は社会保障上級研究センター（Centre d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale：CNESSS）といわれていたが、2004年改革において現在の名称に変更されている。CNAMTSによれば、国立社会保障上級学校には毎年150名程度の学生が入学し、その他海外からの留学生も受け入れている。入学のためには、法学、経済学、情報処理学等の分野の修士号を取得した後、選抜試験に合格する必要がある、入学後は給与をもらいながら2年間の教育を受けることができる。卒業後は、CNAMTSの経理担当や経営関連部局のスタッフ（attaché direction）となり、将来は部局長（directeur）に抜擢されることもあるという。例えば、現在のCNAMTSの管理職のうち、8割程度が国立社会保障上級学校の前身である社会保障上級センター（CNESSS）で教育を受けているとのことだった。

なお、数年前には、主に財務管理、統計、情報処理の分野において、民間企業勤務経験者の積極的な採用も進められたということだった。

図表30 全国社会保障上級学校について

<p>1. 名称、所在地等</p> <p>Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale（略称：en3s）</p> <p>住所：27 rue des Docteurs Charcot - 42031 St-Etienne Cedex 2</p> <p>連絡先：0477811515（tel）、0477811500（fax）、en3s@en3s.fr（e-mail）</p> <p>2. 仕事の内容</p> <ul style="list-style-type: none">・社会保障制度に関わる将来の幹部候補生を選抜試験によって採用し、訓練すること。・社会保障関連の組織に所属している幹部や管理職層への継続教育を提案すること。・教育訓練課程を組織し、社会保護関連の組織や制度とパートナーシップを結ぶことによって、フランスの社会保護システムを海外に知らせること。
--

出典）全国社会保障上級学校ホームページ（<http://www.en3s.fr/>）。

② 新たな組織の創設

2004年改革では、抜本的な組織の再編成が行われ、新たな組織がいくつか創設された。新たに設置された主な機関には次のようなものがある。

- 全国医療保険金庫連合（Union nationale des caisses d'assurance maladie : UNCAM）
- 全国補足医療保険組織連合（Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire : UNOAMC）
- 高等保健機構（Haute autorité de santé : HAS）
- 医療保険支出警告評価委員会（Comité d'alerte sur l'évaluation des dépenses d'assurance maladie）

1) 全国医療保険金庫連合（UNCAM）

UNCAMは、CNAMTSのほか、農業従事者のための中央農業共済金庫（CCMSA）、農業以外の自営業者のための全国自営業者医療保険金庫（CANAM）の上位機関として位置づけられる機関である。UNCAMはこれらの全国金庫の活動を調整すること、医療関係者との交渉やUNOAMC（下記の2）を参照）との連携を行うことを役割としている。

具体的には、医療団体との合意や協約に関する交渉・署名、医療保険で償還対象となる医療行為や処方に関する政府への提案、政府の定める条件の範囲内における償還率の決定等を行う。フランスでは、開業医部門と公立病院部門で診療報酬の算定方法が異なっているが、開業医については、3つの主要制度の全国金庫（CNAMTS、CANAM、CCMSA）の上位機関である「全国医療保険金庫連合（Union nationale des caisses d'assurance maladie : UNCAM）」⁸³の事務総長（Directeur général）と医師組合⁸⁴の間で締結される全国医療協約により決定されることになっている。

現在のところ、UNCAMの事務総長はCNAMTSの事務総長が兼任しており、UNCAMの会議はCNAMTS内で行われるなど、3つの全国金庫間のイニシアティブはCNAMTSが握っている。CNAMTSでは、UNCAMの創設により、今後は異なる3つの制度（一般制度、自営業者制度、農業制度）に対して共通の政策が実施されるようになると考えられている。

2) 全国補足医療保険組織連合（UNOAMC）

UNOAMCは、医療保険制度において補足医療保険が果たす役割が大きくなってきたことを背景に、補足医療保険が、法定医療保険と医療従事者の交渉に参加するために設立された機関である。今後、UNCAMとの連携を図りながら、活動していくこととなっている。

⁸³ 2004年改革によって新設された。それまで、全国医療協約は、3つの全国金庫と医師組合の間で締結され、金庫側の交渉当事者はCNAMTSの理事長であった。

⁸⁴ 主な医師組合は、「フランス医師組合同盟（Confédération des syndicats médicaux français : CSMF）」、「フランス医師連合（Fédération des médecins de France : FMF）」、「自由医師組合（Syndicat des médecins libéraux : SML）」、「フランス一般医組合（Fédération française des médecins généralistes : MG France）」となっている。

UNOAMC の構成メンバーは、全国フランス共済組合連合（Fédération Nationale de la Mutualité Française : FNMF）から 17 名、フランス保険会社協会（Fédération française des sociétés d'assurances : FFSA）から 8 名、相互扶助組織（prévoyance）から 7 名、アルザス・ロレーヌ地方から 1 名となっており、議長は FNMF 出身のメンバーが務めている。

FNMF によれば、UNOAMC は 2005 年 2 月に活動を開催し、2 週間に 1 回程度のペースで会議を開催している。現在の主な議題は医療費の償還範囲や償還率に関することであり、CRAM や医療従事者の組合との交渉を行っているということだった。

医療費の償還範囲や償還率に関する議論では、特に、協定料金を超過する費用に対する償還の取り扱いが焦点となっているようだ。これまで被保険者が主治医の紹介で専門医を受診し、協定料金を超える費用を請求された場合、その差額（超過）分は補足医療保険制度によって償還されてきた。しかし、共済組合側は、①協定料金を超える費用の請求についてはその差額分の償還を行わない、②法定医療保険で償還対象とならない診療行為についても償還を行わないとする方針を決め、相互扶助組織や民間保険会社に同様の方針を採るよう要請した。しかし、この要請に対して UNOAMC 内部では意見が分かれており、民間保険会社は、専門医による協定料金を超過する請求に対しても引き続き償還を行っていく考えを示している。

3) 高等保健機構（HAS）

HAS は「医療の質」を確保するための中心的な役割を担う独立行政法人（autorité publique indépendante）であり、独立採算制（autonomie financière）によって運営される。具体的な業務内容は、医薬品、診療行為及び給付に関する定期的な評価を行い、医療保険の負担割合や長期疾病（affections de longue durée）患者に関する負担条件の決定過程において意見を具申するほか、あるべき診療のガイドラインを作成し、その推奨・普及に努めるとともに、医療従事者や国民に対する情報提供を行う。また、医療施設における診療内容や安全性に関する評価を行うことになっている。

HAS は、ジュペプランのもとで設立された全国医療評価認証機構（Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé : ANAES）の後継組織と位置づけられ、また、フランス医薬品安全保障機構（Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé : AFSSAPS）が有する権限の一部も取り込むこととされている。

HAS には、統括委員会（collège）と専門委員会が置かれることになっている。統括委員会は 8 名から構成され、大統領・国民議会議長・元老院議長・経済社会評議会議長がそれぞれ学識経験者を 2 名指名する。委員の任期は 6 年で、3 年ごとに半数が改選され、委員長は委員の互選で選任される。一方、専門委員会は委員の 1 人が主宰する。薬品透明性委員会と医薬品評価委員会という 2 つの常設専門委員会が設けられるほか、必要に応じてアドホックに専門委員会を設置することが認められている（社会保障法典 L.161-37 条以下）。

HASの設立については、「科学的見地からの最高の権威を持った組織⁸⁵」であるという位置づけから、CGTやFNMFからは積極的に評価する姿勢がみられた。ただし、CGTは、統括委員会のメンバーが大統領等による指名の委員で構成されていること、実際に指名されたメンバーが税吏官など医療関係者ではないことには不満があるということだった。

4) 医療保険支出警告評価委員会

医療保険支出警告評価委員会 (Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie) は、医療保険支出が議会により可決された ONDAM に見合っていないと評価された場合に、議会、政府及び全国医療保険金庫に対し、警告を行う任を負うことになっている。医療保険支出警告評価委員会は社会保障会計委員会の事務局長 (secrétaire général)、国立統計経済研究所 (Institut National de la Statistique et des Études Économiques : INSEE) の総長 (directeur général)、経済社会評議会の議長により指名された有識者によって構成され、社会保障会計委員会の中に設置される。

具体的には、毎年、遅くとも 6 月 1 日までに実行中の ONDAM の遵守に関して意見を提出する。この医療保険支出警告評価委員会は、特に協定による諸措置の影響や医療保険支出の経済的かつ構造的決定因子の影響について分析を行うことになっている。

医療保険支出がデクレで超えてはならないと定められた 1%以上 ONDAM を超過しており、重大なリスクが存在していると医療保険支出警告評価委員会が判断した場合、同委員会は議会、政府及び全国医療保険金庫に対して警告を行う。これを受け、全国医療保険金庫は、再建のための手段を提案し、医療保険支出警告評価委員会は提案された再建策について、国の講じる諸施策を含め、財政上の影響について意見を提出することになっている (社会保障法典 L.114-4-1 条)。

⁸⁵ FNMFの表現による。

(2) 医療費をコントロールするための施策

医療費をコントロールするための施策として主なものには、「かかりつけ医制度の導入」、「個人診療情報記録（(Dossier Médical Personnel : DMP) の交付)」、「1 ユーロ定額負担金の導入」、「日額手当金の規制強化」がある。

① かかりつけ医制度の導入

2004 年改革では、16 歳以上の被保険者及び被扶養者に主治医を選択することを求める「かかりつけ医制度」を導入することとなった。被保険者及び被扶養者は、「かかりつけ医」を選び、署名をもらって、自らの所属する医療保険金庫に通知する。その際、選択する「かかりつけ医」は、一般医でも専門医でもよい。「かかりつけ医」を指定すると、その後は必ずその医師の診察を受けることになる。「かかりつけ医」を指定しない場合、あるいは「かかりつけ医」以外の医師の診察を受けた場合には一部負担金 (ticket modérateur) が増額されることになっている。

保健省によれば、「制度導入のねらいは、医療の品質を向上すると同時に、一般医がどのような専門医に患者を導いていくかを判断することによって、治療を効率化し、コストを維持または圧縮することにある。この制度が成功するためには、一般医が十分な責任感を持って、『かかりつけ医』としての機能を果たすことが前提となっている。」ということだった。

なお、この「かかりつけ医制度」と類似の仕組みは 1996 年のジュペ改革でも導入された経緯がある。ただし、ジュペ改革の時は対象者が慢性疾患を有する者に限定されており、また、1、2 の県を対象とした実験的な試みであったのに対して、今回は強制ではないものの極めて強いインセンティブのもと、全国的に導入された点に大きな違いがある。

② 個人診療情報記録 (DMP) の交付

2007 年 7 月 1 日から、16 歳以上の被保険者及び被扶養者に対して、診断情報や治療記録が入った「個人診療情報記録 (DMP)」が交付されることになった。

従来、患者の医療情報を文書や資料などにデータとして記載する場合には、その内容について、記載してよい、あるいは記載したくないというように、患者が選択できる制度となっていたが、今後、患者は、法律上の償還水準で給付を受けるために、自らのデータに医師がアクセスし、このデータを補完することに同意しなければならないことになった(社会保障法 L.162-36-2 条)。それに伴い、受診の際に DMP を提示しない場合は、一部負担金が増額される等の措置が図られることになった。

③ 1 ユーロ定額負担金の導入

患者の医療費抑制に対する意識を高めるため、2005 年 1 月 1 日以降、一部負担金に加えて、診療所や保健施設で受ける診療行為ごとに 1 ユーロの定額負担金を支払うことになった。この定額負担金は、①入院中の医療行為、②未成年者に対する医療行為、③普遍的医

療給付（CMU）の受給者、④妊娠 6 カ月以上の女性及び出産後の女性に対する医療については適用除外とするほか、原則として、補足医療保険によってカバーされないことになっている。

④ 日額手当金の規制強化

わが国の傷病手当金に相当する「日額手当金」は、原則として、保険料賦課算定上限額の範囲内で基礎日額賃金の 50%が、連続する 3 年間のうち 360 日間支給されることになっている。フランスでは、この日額手当金が安易に使用される傾向にあるため、被保険者と医師に対する規制が強化された。

日額手当金を受給する被保険者は、医療保険金庫審査医の監督に服することが義務づけられる。また、医師については、頻繁に日額手当金の支給を認める医師に対する監督が強化される。

⑤ 関係者の評価

これらの施策のうち、「かかりつけ医制度」の導入については、医療保険制度にリスク管理の概念が導入されたという観点から、FO や MEDEF、FNMF からは積極的な評価のコメントが得られた。ただし、インタビューの時点ではまだ制度が始まったばかりであったため、その効果についてはまだ測りかねるということだった。

一方、貧富の差にかかわらず全員から 1 ユーロを徴収する「定額負担金」の導入については、FO と CGT は反対の立場をとっている。

(3) 医療保険財源の再建

① CSGによる医療保険財源の増加

社会保障会計委員会（La commission des comptes de la Sécurité sociale : CCSS）のレポートによれば、2004 年改革では以下 2 つの側面から、医療保険財源の増加を見込んでいる。

- ・ 給与所得者と失業者に対する CSG の特別控除割合の引下げ
- ・ CSG の課税率の改定

前者については、2005 年 1 月 1 日より経費（または求職に関わる費用）の特別控除が現在の 5%から 3%に引下げられることになった。これまでは税額控除前賃金額の 95%に対して課税されていたものが、今後は 97%に対して課税されることになる。また、後者については、所得課税対象者の年金手当と退職前年金手当に対する課税率が 0.4%（6.2%→6.6%）、資産所得と投資による利益に対する課税率が 0.7%（7.5%→8.2%）、賭博に対する課税率が 2%（7.5%→9.5%）引上げられることになった。

② CNAMTSの収入増加

CSG の引上げをはじめとする諸施策の結果、2005 年の CNAMTS の収入は 50 億ユーロ増加するとされている。増加分 50 億ユーロの内訳は下記のとおりとなっている。

- ・ CSG による増加：22 億ユーロ
- ・ たばこ税の一部を国から CNAMTS に移管：10 億ユーロ
- ・ 会社組織連帯社会拠出金（contribution sociale de solidarité des sociétés：C3S）に 0.03% の新たな拠出金を創設：8 億ユーロ
- ・ 2004 年社会保障財政法律によって創設された製薬会社の拠出金（contribution à la charge des laboratoires pharmaceutiques）の継続と増額：2 億ユーロ

図表32 医療保険に対する CSG 比率の変更

	変更前		変更後			
	率(%)	割当(ポイント)	率(%)	割当(ポイント)		
稼働所得に対する CSG						
給与所得	7.50	CNAF	1.10	7.50	CNAF	1.08
		FSV	1.05		FSV	1.03
		FFAPA	0.10		FFAPA	0.10
		医療制度	5.25		医療制度	5.29
非給与所得	7.50	CNAF	1.10	7.50	CNAF	1.10
		FSV	1.05		FSV	1.05
		FFAPA	0.10		FFAPA	0.10
		医療制度	5.25		医療制度	5.25
代替所得に対する CSG						
所得課税の対象となる人						
失業手当と日当	6.20	CNAF	1.10	6.20	CNAF	1.10
		FSV	1.05		FSV	1.05
		FFAPA	0.10		FFAPA	0.10
		医療制度	3.95		医療制度	3.95
年金手当と退職前年金手当	6.20	CNAF	1.10	6.60	CNAF	1.10
		FSV	1.05		FSV	1.05
		FFAPA	0.10		FFAPA	0.10
		医療制度	3.95		医療制度	4.35
居住税の課税対象とはなるが所得課税の対象にはならない人	3.80		3.80	3.80		3.80
資産所得と投資による利益に対する CSG	7.50	CNAF	1.10	8.20	CNAF	1.10
		FSV	1.05		FSV	1.05
		FFAPA	0.10		FFAPA	0.10
		医療制度	5.25		医療制度	5.95
賭博に対する CSG	7.50	CNAF	1.10	9.50	CNAF	1.10
		FSV	1.05		FSV	1.05
		FFAPA	0.10		FFAPA	0.10
		医療制度	5.25		医療制度	7.25

注) 全国家族手当金庫（Caisse Nationale des Allocations familiales：CNAF）、
 老齢連帯基金（Fonds de Solidarité Vieillesse：FSV）、
 自立高齢者手当財政基金（Fonds de Financement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie：FFAPA）
 出典）Rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale - CCSS, septembre 2004
 社会保障会計委員会（CCSS）レポート，2004年9月をもとに作成。2004年改革により変更が
 なされた CSG 比率について下線をつけている。

参考文献

(書籍)

- ・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
- ・樋口陽一・吉田善明編 (2001) 『解説 世界憲法集 第4版』、三省堂
- ・藤井良治・塩野谷祐一編 (1999) 『先進国の社会保障⑥フランス』、東京大学出版会

(論文)

- ・稲森公嘉 (2003) 「フランスの医療保険制度改革」『海外社会保障研究』第145号、Winter
- ・加藤智章 (2000) 「フランス社会保障制度における財源と給付の構造」『海外社会保障研究』第130号、Spring
- ・柴田洋二郎 (2002) 「フランス社会保障制度における財源政策 — 租税代替化 (fiscalisation) と CSG —」『法学』第66巻、2002
- ・ブリュノ・パリエ著、伊奈川秀和訳 (2001) 「1945年以降のフランス社会保障」『海外社会保障研究』第134号、Spring 2001

(報告書)

- ・フランス医療保障制度に関する研究会編 (2004) 『フランス医療関連データ集【2003年版】』財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会、平成16年3月
- ・フランス医療保障制度に関する研究会編 (2005) 『フランス医療関連データ集【2004年版】』財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会、平成17年3月
- ・財団法人損害保険事業総合研究所研究部 (2004) 『主要国における共済制度の現状と方向性について』2004年9月

第3部 法理論における医療保険の「連帯」と「自治」

【ドイツ】法理論における「自治」と「連帯」

北海道大学大学院法学研究科 倉田聡

1. ドイツにおける理論状況の整理

(1) はじめに

ドイツでは、2000年から2001年の間に、四本の教授資格論文（Habilitation）が公刊された⁸⁶。これらは、いずれも「社会保険（Sozialversicherung）」概念の内容とともに、その形成にかかる憲法上の正当性を詳細に論じている。以下では、これらの論文を手がかりに、「社会保険」概念をめぐるドイツ法の理論状況を概観する⁸⁷。

ドイツ法における「社会保険」概念のありようとその分析に関しては、すでに太田匡彦による優れた先行業績が存在している⁸⁸。にもかかわらず、敢えてこの問題を扱うのは、「社会保険」概念をめぐるドイツの環境が相次ぐ実定法制度の改正によって大きな変容を示したからである。特に、疾病保険に関しては、次で取り扱う1993年の「保健制度構造法（Gesundheitsstrukturgesetz, 以下「GSG」という）」の制定を契機に、被保険者の金庫選択の自由やリスク構造調整の導入など、伝統的な社会保険の理解にしたがえば、その根幹や本質を揺るがすような制度改正が実現された。また、1995年に制定された介護保険（Pflegeversicherung）法に関しては、新しい社会保険部門を設けることの意義やその保険料負担のあり方をめぐって憲法論が戦わされてきた。

これらの四論文は、その発表時期や内容から、このような実定法制度の動向を強く意識したことが窺われる。また、その内容を紹介し、検討する作業は、現在のドイツ法における「社会保険」論の正確な理解に必要不可欠なものと考えられる。

(2) 「社会保険」概念の伝統的な理解とその変遷

上記の四論文によれば、「社会保険（Sozialversicherung）」概念をめぐる問題は、つぎの2つの領域に分けることができる。ひとつは、社会保険が私保険（Privatversicherung）との関係でどのように異なっているのかという問題であり、いまひとつは、社会保険の形成が憲法規範のうえでどのように正当化されるかという問題である。

⁸⁶ 具体的には、Christian Rolfs, *Das Versicherungsprinzip im Sozialversicherungsrecht*, 2000; Friedhelm Hase, *Versicherungsprinzip und sozialer Ausgleich*, 2000; Joachim Becker, *Transferechtigkeit und Verfassung*, 2001; Hermann Butzer, *Fremdlasten in der Sozialversicherung*, 2001.の4論文である。

⁸⁷ 上記の4論文の紹介・分析は、Hanno Kube, “Aequivalenz und Solidarität im Sozialversicherungsrecht”, *Der Staat* 2002, S.452ff. と Karl-Juergen Biebeck, “Begriff und verfassungsrechtliche Legitimation von Sozialversicherung”, *VSSR* 2003, S.1ff.に依拠している。

⁸⁸ 太田匡彦「社会保険における保険性の在処をめぐって—ドイツを手掛かりとした基礎的考察」*社会保険法*一3号（1998年）72頁。

このうち、前者の問題設定は、伝統的なものである。これは、太田が紹介する⁸⁹ように、「社会保険は法的な意味においても保険か」という問いとして、ビスマルク労働者保険の発足当初から継続的に議論されてきた。そこでは、①社会保険という実定法制度の形成・発展過程において、「給付反対給付均等の原則」に代表される、私保険からの逸脱を正当化する必要がある、そのために第2帝政期とワイマール期の双方を通じて、社会保険の私保険的性格を否定する「扶助説」が通説的地位を占めてきたこと、そして②第2次世界大戦以後は保険者自治との関連で「同種の危険に曝された者の共同体への結合」が強調され、保険給付請求権の財産権保障という問題設定の脈絡では「拋出と給付の個別的な連関を見出す努力」が続けられたことにより、今度は逆に「保険説」が有力になったこと、が紹介される。

このようなドイツ法の展開は、日本法の問題意識からすると、やや異質なものと理解されがちである。なぜなら、日本の社会保障法学の問題関心は、社会保険という仕組みのなかから「給付反対給付均等の原則」に代表される、私保険的な性格を奪い去り、そのことによって保険給付の権利性を高めようとすることに向けられていたからである⁹⁰。それゆえ、ドイツにおける「扶助説」から「保険説」への転換は、「保険原理を扶助原理で修正した」というわが国の「社会保険」理解⁹¹に逆行するのではないかという印象を与えかねない。また、「ドイツでは、等価性の強い制度設計のもとで、年金保険の受給権・期待権は基本法14条に基づく財産権保護の下に置かれる旨の連邦憲法裁判所の判例が確立している」といった紹介のされ方⁹²は、ドイツの社会保険がわが国の社会保険と異なり、現在もなお私保険的な性格を持ち続けているのではないかという誤解を誘導する。

しかし、このような印象や理解は、ドイツの「社会保険」像を正確に反映しているとはいえない。社会保険の保険性を主張する学説も、また財産権保障を肯定する連邦憲法裁判所の裁判例も、社会保険では保険料と給付の間に個別的な等価ないし対価性が成立していないことを前提にしているからである。それゆえ、ドイツの「社会保険」理解は、「給付反対給付均等の原則」の不成立という、わが国の「社会保険」理解の根幹部分と決して相容れないものではない⁹³。むしろ、ドイツもわが国と同様に、世代間契約を基本とする賦課方式の年金制度を採用し（1957年）、1980年代以降の少子高齢化による世代間格差の是正が非常に大きな政策課題になっている。ここでは、わが国の2004年改正と同様に、実定法改正による給付の不利益変更が数度にわたって実施されており、そのような立法者の政策変更に一定の限界を画するという問題意識がより強く現れている。その結果、他の税財源に基づく社会給付には存在しない、個々の被保険者による保険料拋出という事実に着目

⁸⁹ 前掲74頁。

⁹⁰ その代表的な見解として、西原道雄「社会保険における拋出」契約法大系刊行委員会編『契約法大系V（特殊の契約1）』（有斐閣、1963年）322頁。

⁹¹ その淵源は、ピエール・ラロックの提唱した「社会保険から社会保障へ」というスローガンの受容とそれに対する誤解ないし誤認にあると思われる。

⁹² 田中耕太郎「ドイツの年金改革」社会保障法20号（2005年）25頁。

⁹³ これは、太田・前掲74頁がいみじくも指摘するように、ドイツ法では「保険（Versicherung）」の概念が統一的に定義されていないことによるものと考えられる。

し、そこに信頼保護原則や財産権保障の考え方を緩やかに介在させることで、立法による年金給付の下方修正に歯止めをかけるという法理が生み出されるに至った⁹⁴、と理解すべきであろう。

太田によれば、ドイツでは年金等の社会保険受給権について財産権保障が及ぶとはいうものの、実際に違憲判決が出されることは少ない⁹⁵。それは、「社会保障受給権の財産権保障を過度に機能させると、将来の立法者の決定余地と社会経済状況の変化に対する柔軟な反応とを犠牲にしてしまう」と考えられているからであり、このことは、社会保険における「抛出と給付の連関が弱いものに止ま」っているという「社会保険」の一般的な受け止め方とも符合している。それゆえ、これらを前提とすれば、社会保険が「保険」であることのメルクマールは、保険料と給付の有償性ないし対価性以外の要素に求められることになろう。実際に、税財源に基づく国家の給付制度と社会保険の違いに関していえば、保険者における人的結合（共同体）性が強調され、そのような保険者が中間団体として国家以外の「小さな」政治システムとして積極的に機能する点、すなわち「自治 (Selbstverwaltung)」に研究者の関心が集められるようになった⁹⁶。つまり、ここでいう「保険」性とは、税財源に基づく他の社会給付制度と社会保険制度の違いを示すという脈絡で用いられているのであり、わが国で一般に理解されているところの、私保险的な性格という意味で用いられていない点に十分な注意を払わなければならない⁹⁷。

(3) 社会保険の中核概念としての「自治」

社会保険における「自治」は、クライス⁹⁸やゲマンインデ⁹⁹について形成・発展させられてきた法概念としてのそれを、学説上も実定法上も公法上の法人と性格づけられる社会保険の保険者に適用したものである¹⁰⁰。ドイツ公法学は、周知のように、分権的な統治構造のなかで、中間団体による公共的任務の履行と中間団体の自治ないし自律を伝統的に尊重してきたという歴史と特徴をもつ。特に、社会保険に関しては、①19世紀末に成立したビスマルク労働者保険以来、保険事業を官庁組織による直営ではなく、被保険者の社团的性格を色濃く残す共同体的な中間団体に委ねてきたこと、②歴史的な変遷はあるものの、中間団体の保険者には実定法上も学説上も自治ないし自律権を認め、それを尊重する態度を示してきたこと、及び③社会実態のうえでも労使双方の代表が重層的に社会保険運営に関与し、それが一般的な政治システムとは別個の存在意義をもつと認められてきたことから、保険者「自治」が社会保険の中核的要素と理解されるようになった¹⁰¹。そして、この

⁹⁴ 詳細は、太田匡彦「「社会保障受給権の基本権保障」が意味するもの」法学教室 242号（2000年）115頁を参照。

⁹⁵ 太田・前掲 119頁。

⁹⁶ 太田・前掲 78頁，太田・前掲 120頁。

⁹⁷ 田中・前掲の誤解もここに端を発する。

⁹⁸ わが国の「郡」に相当。

⁹⁹ わが国の「市町村」に相当。

¹⁰⁰ 詳細は、拙著『医療保険の基本構造—ドイツ疾病保険制度史研究』（北海道大学図書刊行会，1997年）20頁以下を参照。

¹⁰¹ 前掲拙著。

ことは、1977年からスタートした、社会法典の編纂作業において実定法の指導理念に高められ、一応の完成をみた¹⁰²。

しかし、これらは、あくまで実定法制度を支える理念にとどまる点に留意しなければならない。ドイツ憲法典としてのボン基本法は、連邦と州の権限について規定する条文において、「社会保険」という文言を用い、その担当主体を「公法上の法人」と規定する¹⁰³ものの、このような規定から直ちに立法者への拘束、すなわち社会保険にかかる組織形態についての拘束を導き出すことができないと考えられているからである¹⁰⁴。それゆえ、実定法の解釈適用に関しては、保険者の自治ないし自律を尊重した態度が連邦社会裁判所等に多く見られるのに対して、保険者の存続に関しては基本法の保護の対象とはならない¹⁰⁵。むしろ、保険者の組織形態や編成のあり方については、立法者に広い裁量が認められ、場合によっては「公法上の法人という形式を維持していれば、すべての保険者をひとつに統合しても基本法に違反しない」という考え方も1980年代には理論的可能性として一般に容認されていた¹⁰⁶。

その結果、社会保険の「自治」に関する研究者の視点も大きく変わることとなった¹⁰⁷。それ以前であれば、既存の実定法制度によって長い間、基本原理として採用・維持してきたという歴史的事実が当然に「自治」原則の存在やその正統性を示すと考えられてきた。これに対し、1990年代後半以降は、これを実定法制度の基本原則として維持することが社会保険の目的や機能との関係で本当に優位性ないし有効性を持ちうるのかという点に問題関心が移行したのである。これは、伝統的な疾病金庫の組織構造を維持したままでは、医療にかかる効率的かつ公平な資源配分という政策目的の達成が難しいのではないかという、1993年法の立法動機と密接な関連性をもっている。特に、疾病金庫の間に「競争(Wettbewerb)」概念を導入するという政策アイデアは、被保険者にかかる保険加入強制のあり方を見直し、結果的に被保険者個人の選択権を社会保険におけるより重要な価値として再認識させることとなった。

(4) ドグマ的把握の終焉と機能的分析の登場

このような問題意識に最も的確な対応を示したのは、マックス・プランク国際社会法・外国社会法研究所所長のウルリッヒ・ベッカー教授である。ベッカーは、その教授資格論文¹⁰⁸において、法学研究者が社会給付法における国家と自治権をもった担当主体との協働

¹⁰² 社会法典第4編29条1項は、「社会保険の担当主体は、自治を備えた公法上の権利能力ある法人である (Die Träger der Sozialversicherung sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.)」と規定する。

¹⁰³ 基本法74条1項12号、87条2項。

¹⁰⁴ この点に関しては、前掲拙著254頁以下に詳細な検討がある。

¹⁰⁵ 著名な連邦憲法裁判所の判決として、1975年4月9日の「AOK判決」がある。前掲拙著257頁。

¹⁰⁶ 結果から見ると、このような連邦憲法裁判所の態度は、後に1993年のGSGによる疾病保険の大胆な再編成とその組織原理の変容を可能にしたといえる。

¹⁰⁷ 因みに、前掲拙著は、1993年法の直前までの学説及び判例のフォローと、1993年法の具体的な内容を紹介するところまでを対象としている。それゆえ、以下の叙述は、前掲拙著の発表以降の変化を示すものである。

¹⁰⁸ Ulrich Becker, Staat und autonome Träger im Sozialleistungsrecht, 1996.

を研究テーマとするにあたっては、つぎの2つの仮定がその根底にあるという。ひとつは、社会給付のありようとその運営組織のありようが何らかの関係性を有し、そのことが給付請求権にとって重要な意義を有しているという仮定であり、いまひとつは、自治権をもった担当主体の関与が歴史的展開や社会国家形成との関係でプラスに評価できるという仮定である。しかし、これらの仮定は、ドイツ法的な視点や価値判断の下では必ずしも十分な検証を行えないから、この問題を純粋に機能的な観点から分析するには、私法学において確立されている比較法の研究手法が欠かせない¹⁰⁹、とする。そして、彼は、このような立場からEU加盟国において比較可能な法制度をもつドイツ・フランス・イギリス・イタリアの四カ国について詳細な検討を行った¹¹⁰。そのうえで、つぎのような結論に達した。

社会給付法において国家からの独立性を備えた法主体ないし機関を設置し、そこに一定程度の「アウトノミー (Autonomie)」を付与することは、形態や対象などに大きな違いがあるにしても、これらの四カ国に共通の現象である。例えば、イギリス憲法は、この問題を完全に立法者の裁量に委ねるし¹¹¹、フランス憲法典もほぼ同様の状況にある¹¹²。他方、イタリアの憲法典38条は、豊富な社会権規定をもち、その実現のためには国家が必要な機関や施設を設置し、これらを援助しなければならないと規定する。しかし、そのためにどのような組織形態を採用するかは、国家の十分な影響力の下にある限りは、公法上のものであっても私法上のものであっても構わないという点で立法裁量がかかなり広範である¹¹³。また、ドイツのボン基本法は、すでに述べたように、社会保険の保険者を独立の公法上の法人とする規定をもつものの、それ以外の点¹¹⁴においてはやはり立法者の広い裁量に委ねられるとしている。そのため、保険者（ないし給付提供者）に対するアウトノミーの付与が憲法に根拠をもつものではなく、それが立法者によって創造されたとする点で、四カ国に大きな違いを見出すことはできない¹¹⁵。

いずれの国においても、保険者（ないし給付提供者）に対するアウトノミーの付与が最終的に国家による操縦可能性の欠如と結びつくことから、このような存在を実定法制はなぜ許すのかという点についての正当化を立法者は提示しなければならない。実際に、すべての国の実定法に規定されている監督法制は、アウトノミーを付与された主体間について不完全な調整しか果たしていない¹¹⁶。また、アウトノミーを付与することの正当化は、その範囲をどこまで許容するかという問題や個々の法主体をどのように構成するかという問

¹⁰⁹ Ebenda, S.33.

¹¹⁰ これは、「社会保険」に限定されるものではない。社会給付の提供によってあらかじめ備えられているリスクから国民を保護するための法制度、すなわち「リスク保護システム (Risikoabsicherungssysteme, ebenda, S.111)」。

¹¹¹ イギリスは不文憲法であると同時に、立法優位の原則をとることで有名。例えば、イギリスのNHSなども比較法研究のうえでは同等の仕組みと捉える。

¹¹² ただしフランスの憲法制定権者がこの問題に無関心であったわけではなく、1946年の憲法草案では公法上の担当主体という文言が残されていた。

¹¹³ Ebenda, S.314f.

¹¹⁴ 例えば、統一化するか、多元的なままとするかの選択など。

¹¹⁵ Ebenda, S.445.

¹¹⁶ 具体的には、財政調整の必要性が生じる実態を指す。

題と密接に関連する。

このような諸問題を度外視して、「市民に身近な存在（Buergernaeche）」という観点を強調することで、アウトノミーの付与を一方的に正当化すべきではない。行政直営システムのNHSであっても、近年は、患者憲章の制定によって利用者主権の実現を図っている。また、ドイツ・フランス・イタリアの3国は、保険者自治システムを採用するものの、その内実は管理運営責任者の選挙権にとどまっているのであり、直接参加的要素は望むべくもない。市民に身近な存在であることとの関係でいえば、それは、ある特定の方のシステムを採用したかどうかにかかわらず左右されるのではなく、むしろそれぞれの国における行政文化やそれに対応した政治に依存する¹¹⁷。それゆえ、保険者ないし給付提供者に対するアウトノミーの付与を正当化するのは、民主主義という観点からではなく、それが社会給付の目的達成との関連で果たす「機能（Funktion）」から適正かつ厳密になされなければならないのである。

この点から正当に評価されるべきなのは、保険者（ないし給付提供者）が財政自律性を国家に対して主張できるという点であり、これは、保険料という自主財源をもつことに結びつく。ただし、このことは、中央政府としての国家が社会給付にかかる責任から逃れることを意味しない。特別会計の存在は、当該会計での収支相等や効率性を目指す個々の法主体の活動によって社会給付の目的達成にプラスの効果をもたらすものの、その一方で公平ないし公正の観点から大きな格差への調整が国家には求められる。また、アウトノミーの付与による分権的な制度運営は、特定の利害関係者の参加を促すものの、それがコーポラティズム的な悪弊を呼び込むことにも配慮しなければならない。むしろ、狭い同質的な連帯共同体からスタートしたとしても、連帯の対象をより広範なものにしていくことが結果的には求められているのであり、歴史的・沿革的なグループ分けに対しては各国とも厳しい見直しが進められている。このほかにも、労使の利害や意向を強く反映させるという機能は、社会保険料が賃金や労務コストと密接に関連することから必要不可欠であるが、これを保険者ないし給付提供者のアウトノミーにおいて行うか、より一般的な政治システムの中で行うかは各国の歴史的沿革によるところであり、両者の間には本質的な差異が存在しない。

このように、ベッカーの分析は、保険者自治の問題を民主主義や労使共同決定の尊重といったドグマ的な把握から解放し、社会給付法の目的に対応する「機能」という観点からその正当化を試みるものである。従来の研究が歴史分析を通して保険者自治とその存在意義の正当化を試みてきたことと比較すると、その独自性は極めて高い。彼の機能的な分析は、憲法規範による審査、とりわけ個々人の基本権による審査へと進んでいき、最終的には基本法3条の平等原則が最も重要とされる¹¹⁸。平等原則は、アウトノミーを付与された分権的な制度においても、中央政府による一元的な制度においても、同じような審査基準

¹¹⁷ Ebenda, S.490f.

¹¹⁸ Ebenda, S.495f.

として機能するから、結局、憲法はアウトノミーの付与に関しては中立的である、と結論づけられる。この結論は、ボン基本法の権限規定を手がかりに保険者自治に憲法上の価値づけを与えようとした、従来の研究とは極めて対照的なものに映る。しかし、彼は、保険者自治の存在を必ずしも否定的に捉えてはいない。「機能」という観点からその正当化を積極的に行い、平等原則を中心とした基本権の枠づけに耐えられる、立法のあり方を探ろうとする点で、なおも保険者自治に肯定的であるとみるべきであろう¹¹⁹。

(5) 社会保険に許される「社会的調整」の限界

ベッカーの画期的な研究業績は、社会保険の「保険性」を「自治」に結びつける、戦後の「社会保険」理解にも大きな変更を迫るものであった。ベッカーの立論は、社会給付法における「自治」の存在意義を、制度外の政治過程をも視野に入れることで、完全に相対化し、社会保険と「自治」の関係を極めて政策技術的なものと結論づけたからである。つまり、この主張を推し進めると、保険者にアウトノミーを付与するか、またそれをどの程度に設定するかの問題は、個々の社会給付法がめざす政策目的との関係で機能的に決せられるから、社会保険という法技術に「自治」が不可欠とまではいえないことになる。むしろ、社会保険の組織問題について基本法3条の平等原則を重視する彼の立場からいえば、ある給付を獲得するための負担が、所属する保険者ごとに大きく異なること自体の正当性が厳しく問われるのであり、この正当化が失敗に終われば、結果的に保険者のアウトノミーが縮小させられることも視野に入れなければならない。

それゆえ、社会保険の「保険性」の検討は、再び、拠出（保険料）と給付の関係性に向けられることになる。このことは、すでに(2)の部分で検討したように、保険給付請求権やその期待権に財産権保障を及ぼし、年金給付の不利益変更にかかる立法裁量に一定の制約を課そうとする学説や憲法裁判所の判例と密接な関係をもつ。社会保険における拠出（保険料）と給付の間に緩やかであっても「等価性」や「双務性」を肯定する考え方は、これを給付の不利益変更に対する制約原理として用いるだけではなく、拠出（保険料）との「等価性」や「双務性」を完全に欠いた給付や一方的な所得移転に用いられる拠出（保険料）に対してもその見直しを迫るからである。つまり、実定法制度としての社会保険が取り入れている「社会的調整 (soziale Ausgleich)」のなかには、すでに「社会保険」の考え方から逸脱したと評価できるものが含まれているのではないかという問題意識である。

この問題意識は、1980年代後半に展開された、憲法上の財政構造にかかる一連の連邦憲法裁判所の判例を背景として、税財源によって実現されるべき国家の任務と社会保険によるそれとの関係性を理論的に整理していこうとする試みに結びついていった。ボン基本法

¹¹⁹ 従来の研究が歴史的沿革に依拠したドグマの展開にやや偏りがちであり、その結果、保険者自治の問題に必ずしも適切な位置を与えられなかったことを考えれば、彼の研究意図が、保険者自治や保険者の組織問題をドイツ公法学のスタンダードな基本権論に即したものに整理するという点に向けられていることは明らかである。このことは、1993年以降、市場原理的な志向を示しつつある疾病保険の改革動向等に対し、彼のその後の研究が極めて価値中立的なスタンスを維持していることから後づけられる。

は、連邦と州の権限配分を規定する条項のなかで、社会保険を連邦の権限とするが¹²⁰、その一方で国家（連邦と州）の財源調達的方式については租税以外の公租賦課を厳格に制限している。にもかかわらず、連邦の権限である商工業にかかる「経済法（基本法 74 条 11 号）」の政策や「農林業生産の促進、食糧の確保、農林業生産物の輸出入（同条 17 号）」等の政策に関しては、特定業界の利益を促進するための強制加入団体の結成とそれにとりまう強制徴収金を必要とすることがあり、このような強制徴収金の賦課・徴収が基本法の許容する財源調達であるかどうか問われていた¹²¹。この問題には、性質上、何が一般的な公共利益で、何が業界の集团的利益であるかという非常にデリケートな価値判断が含まれており、その解答は容易ではない。そこで、連邦憲法裁判所は、強制徴収金の根拠となる強制加入団体が「均質な集団」であるかどうかという点をまず判断したうえで、それが「均質」であれば、その団体に関わる問題は一般的な公共利益とは分離可能であるとして、例外的に強制徴収金の賦課を認めるという考え方を提示した¹²²。これは、何が公共利益と集团的利益の区別という困難な問題を回避し、強制徴収金の根拠団体が「均質な集団」であるか否かという非常に形式的な観点から問題の処理を済ませるものである。

つまり、税以外に強制徴収金が許されるのは、これを賦課する強制加入団体が「均質な集団」である場合に限られる。これは、この強制徴収金をもたらす負担とそこから賄われる助成措置（受益）の間に実際的な結びつきがあり、それが「他者利益」的でなければ許されないことを意味する。また、その集団利益的な利用においては、それは大筋で集団全体の利益のために用いられているので問題はない¹²³、という。では、この考え方は、社会保険にも妥当するのであろうか。

連邦憲法裁判所は、1981 年 7 月 27 日に制定された芸術家社会保険に関し、社会保険が基本法 74 条 12 号に明記された仕組みであることを根拠に、先の特別徴収金にかかる厳格な基準を社会保険については用いず、保険者組織が均質なリスク集団ではないことを前提に社会保険に固有な一方的所得移転の存在を容認した¹²⁴。しかし、この決定は、社会保険

¹²⁰ 基本法 74 条 12 号。

¹²¹ わが国の場合、このような政策の実施にあたっては、一般的な公共利益のために徴収した税金を補助金として用いることに何の障壁もないが、ドイツでは税金を特定業界や集団の利益のために支出することは許されないと考えられている。そのため、特定業界や集団の利益にかかわる政策の実現に際しては、強制加入の公法上の中間団体を設立し、そこで集めた特別徴収金を通じて行われる。しかし、政府がこのような政策を採るのは、ある業界の利益のみを重視してのことではなく、このような政策の実施が究極的には国民生活の安定や向上というより一般的な公共利益のためになるとの判断に基づいているから、業界の中には公共利益のためになぜ自分たちだけが特別の強制徴収金を税金のほかに賦課されなければならないのかという不服が生じる。わが国では、一般公共利益のための税金が特定業界の利益のために費消されることの不当性が問われているのとは、逆の現象であるが、これは、ドイツのこの種の政策が伝統的にこのような手法で実現されてきたという歴史的な事情に因るものである。

¹²² 例えば、1990 年 5 月 31 日の連邦憲法裁判所の決定は、特定の利害を共有する均質な共同体のみを対象にその利害を左右する政策目的のもとで、税とは別の公租賦課が可能であると判示した。その詳細は、ドイツ憲法判例研究会編『ドイツの最新憲法判例』（信山社、1999 年）388 頁以下〔清野幾久子執筆〕を参照。

¹²³ 前掲連邦憲法裁判所決定。

¹²⁴ 詳細は、ドイツ憲法判例研究会編『ドイツの最新憲法判例』（信山社、1999 年）266 頁以下〔倉田原志執筆〕を参照。

における一方的な所得移転すなわち「社会的調整」の存在を無条件で認めるものではない。少なくとも保険料が他者への一方的移転を前提に賦課されるものである場合には、これを「社会保険の外側にある (sozialversicherungsfremd)」と捉え、憲法 3 条の平等原則との関連でより厳格な正当化が必要であると判示した。

これが、いわゆる「外在的負担 (Fremdlast)」の議論であり¹²⁵、本節の冒頭で紹介した四つの教授資格論文に共通する問題意識である。すなわち、社会保険においても、当該制度の外側にあるとみなされるべき負担が存在し、それは社会保険の「保険性」に反するものとして、また負担の平等にかかる基本法 3 条に違反するものとして無効であるという主張である。しかし、どのような給付またはどのような保険料負担のあり方が社会保険という仕組みの外側にある (つまり、Fremdである) かを判定する基準は、津田が指摘しているように、かなりのバリエーションがある¹²⁶。それゆえ、この概念の定義については、現在でもなお明確な了解が成立しておらず、具体の立法実務においてこの概念が積極的に用いられることもない。

しかし、どの程度まで許容されるかという点に争いが残るものの、社会保険料を通じて行われる所得移転、すなわち「社会的調整」が無制限に許されるものではないという点は、すでに共通の了解が成立しつつあるとあってよい。このことは、上記の四論文が「社会的調整」の存在を「社会保険」のメルクマールとして肯定的に扱いながら、それがどの範囲まで認められるかという問題を基本権とりわけ 3 条の平等原則との関連において検証しているという事実からも明らかであろう¹²⁷。

彼らは、「社会的調整」の大部分を「保険外在的 (versicherungsfremd)」と評価するものの、それらは「社会保険」に与えられた責務との関連において問題ないとする。検討されるべきなのは「社会保険外在的 (sozialversicherungsfremd)」であるかどうかなのである。例えば、同じ給付を保障し、その一方で保険料を負担能力に応じて徴収することは、基本法 3 条 1 項の平等原則に適合する¹²⁸。これに対し、保険集団の外側にいる人たちに及ぶ「社会的調整」、例えば、国民という資格ですべての者に保障されるべき家族給付やドイツ統一後に実施された西側から東側への調整的給付などは、「社会保険外在的」であるから、「社会保険」ではなく、すべての国民を対象とした税財源から補填されねばならないと主張される。

¹²⁵ この問題を紹介した先行研究に、津田小百合「ドイツ社会保険法制における財政負担に関する法的問題」京都大学社会システム研究四号 (2001 年) 247 頁がある。

¹²⁶ 前掲 248 頁。津田は、上記 4 論文のうち、最も発表が早かったロルフスを紹介している。

¹²⁷ なお、ここでいま一度、確認しなければならないのは、これらの議論は、社会保険における負担の限界を私保険での「給付反対給付均等の原則」に立ち戻って批判するという性格を持っていないということである。確かに、1990 年代中頃までに「外在的負担」を論じたものの中には、私保険と同様の対価性ないし有償性を社会保険に取り戻そうとする説が存在する。しかし、2000 年を境に展開された、これらの 4 論文は、いずれも私保険と同等の「給付反対給付均等の原則」が社会保険と相容れないことを前提にしており、わが国の規制改革総合会議や経済財政諮問会議が主張する「社会保険を私保険原理に回帰させよ」との考えはまったく見られない。

¹²⁸ 今日では、税システムを通じて行う方が社会保険によって行うよりも適切であるとされているが、どちらを選択しなければならないかという点は憲法の関知するところではない。

この点で、特に論争の対象とされたのは、「家族負担調整 (Familienlastenausgleich)」である。これは、被用者保険において、家族給付を附加的な保険料なしで行うことを指す¹²⁹。年金保険に象徴されるように、「世代間扶養」の賦課方式を採用する社会保険では、家族が次世代を養育することが制度の安定的継続の前提であるから、子どもを養育する被保険者や家族の保険料負担を軽減することは、社会一般の公共利益を増進すると同時に、保険集団の共同利益をも促進することになる。それゆえ、この両面をもつ「家族負担調整」に関しては、これを「社会保険」で実施することを完全に排除するものではない。ただし、ここまでが「社会保険」に許される「社会的調整」の限界であり、この点で四論文の結論は一致する¹³⁰。

このように、ドイツでは、「社会保険」に拠出と給付の緩やかな有償性の存在を認めることで、その「保険性」が肯定される。しかし、これは、所得移転としての「社会的調整」を排除するものではない。むしろ、「社会的調整」が「連帯調整 (Solidarausgleich)」すなわち保険共同体における調整にとどまるのであれば、被保険者個人にかかる「給付反対給付均等の原則」が修正され、これが社会保険の特徴とされる。ただし、「社会保険」における「社会的調整」は、「社会保険」という制度が国民一般ではなく、それより小さい範囲の人的集団を前提にする以上、それがその範囲を超えることは許されない。一般的な公共利益に資する「社会的調整」は税財源によって行われるべきであり、保険共同体の利益が多少とも関わってくる場合はともかく、それがまったくない場合には許されない。

以上が、最近の研究による「社会保険」概念の最大公約数的な理解である。つぎに、これを疾病保険の保険者再編から、もう少し具体的に検討することにしてよう。

2. 1993年GSGによる自治と連帯の変容

(1) 疾病保険における保険者の再編

ドイツの「疾病保険」、とりわけ「社会保険としての疾病保険」は、現在、大きな変容の渦中にあると理解されている。その一方で、わが国は、「社会保険も保険である」という観点から、実定法制度への見直し提案が繰り返され、それがいわゆる「改革」の方向性を大きくリードしている。確かに、社会保険も大数法則を利用した仕組みである以上、保険事故によって生じる経済的なマイナス（損失）をより多くの人的集団によって分担させること、すなわち「リスク分散」を目的としていることは否定できない。それゆえ、その効率性を追求するのであれば、やはり保険者の規模をより大きなものにしていく必要がある。また、独立した法人格と特別会計をもつ保険者が複数存在する制度では、ベッカーが指摘するように、保険者の多元性を正当化しなければならないが、仮にその必要性が保険者間にある種の「競争」をもたらし、そのことが制度全体の効率的運営に貢献することにある

¹²⁹ 被保険者の負担能力が同じであれば、家族の少ない被保険者が家族の多い被保険者を財政的に一方的に支援することになる。

¹³⁰ 介護保険料の賦課において子どもの養育を考慮にいれなかったことが違憲であるとした、2001年4月3日の連邦憲法裁判所の決定（西村健一郎・岩村正彦・菊池馨実『社会保障法 Cases and Materials』（有斐閣、2005年）546頁以下）を参照。

のだとすれば、実定法に規定された保険者組織のありようがそのような仕組みにきちんと対応したものであるかどうかは問われなければならない。

ドイツの疾病保険では、ここ 10 年ほどの間に保険者組織の再編・統合がドラスティックに進められ、内外の注目を集めた。これは、1993 年 GSG によってもたらされたものである¹³¹。この法律が被保険者に保険者の選択権を広く認め、その結果、1998 年頃から被保険者の移籍が活発になったという事情は、すでに多くの先行研究を通じて、わが国でもよく知られるようになった。しかし、これらの事実がドイツ疾病保険の基本的な原理¹³²にとってどのような意味をもつのかという点は、これまできちんと論じられてはいない。以下では、この点を意識しつつ、ドイツの保険者再編とその行方について、簡単な検討を行う。

もともとドイツには、疾病保険の保険者組織について画一的な規格が存在しない。確かに、保険者は、公法人としての「疾病金庫 (Krankenkasse)」とされ、その運営に関する法制度や法理論も 20 世紀初頭には統一化された。しかし、金庫構成員の資格や範囲については、金庫ごとの多様性が認められてきたため、「疾病金庫」というカテゴリーの中には複数の種別が残された¹³³。

法律に基づいて加入義務が発生する金庫（以下「強制加入金庫」という）は、企業単位で設立される BKK、中世からのマイスター制度に由来する IKK、そしてそのいずれにも所属しない地域の被用者を組織する AOK である。これらは、一般的な事業に従事する被用者を対象とする。しかし、BKK がわが国の健保組合に相当するほかは、わが国に他の保険者に相当する組織は存在しない。また、ドイツでは、「非」被用者を対象とする地域保険¹³⁴も存在しない。これは、①年金受給者がそれまで被用者として所属していた疾病金庫に残ること、②農業については特別の金庫が対応すること、③わが国では自営業者のカテゴリーに相当する人たちの多くが IKK でカバーされること¹³⁵という事情によるものである。

それゆえ、ドイツでは、実定法制度のうえでもまた法理論のうえでも、被用者保険以外の社会保険が存在しないことがわかる。つまり、「社会保険」イコール「被用者保険」である。被用者¹³⁶を使用する事業者が保険料を拠出し、労働と資本という関係性¹³⁷に由来する立場の違いを反映させた制度構造が社会保険の根幹をなすというのがドイツの理解である¹³⁸。それゆえ、年金受給者やマイスターのように使用者をもたない者が社会保険の被保

¹³¹ 同法の制定過程とその背景については、拙著前掲 272 頁以下を参照。

¹³² それが 2 で検討した「社会保険」と性格付けられることに由来する原理。

¹³³ それゆえ、ドイツ語ではこのシステムを説明する際に「複数の構成要素から成り立つ (gegliedert)」という意味の形容詞が用いられる。

¹³⁴ わが国の市町村国保に相当する医療保険制度。

¹³⁵ なお、同業組合が組織されていない新しい業種・業態の自営業者には AOK への任意加入の途が開かれている。

¹³⁶ ドイツでは「労働者 (Arbeiter)」と「職員 (Angestellte)」の双方を含む。

¹³⁷ これが「社会 (Sozial)」関係という語のもともとの意味である。

¹³⁸ つまり、この文脈では、「社会保険」を「公的扶助」と並ぶ給付の仕組みとして技術的に把握するという視点はあまり重視されないことに留意されたい。

険者になった場合でも、使用者に準じるもの¹³⁹に保険料を拠出させることによって「労働と資本」に準じた構造が制度の中で維持される¹⁴⁰。

(2) 金庫への加入強制と「代位金庫」の存在

ドイツでは、社団の性格をもつ金庫の強制設立・強制加入が自由権侵害を意味する「結社強制」と理解されてきた。それゆえ、疾病保険における加入義務のかけ方も、任意設立金庫に加入する労働者に対しては、強制設立金庫への加入を免除する仕組みが維持されてきた。この点は、関係当事者のイニシアティブや選択を重視するドイツ法の特色であり、国家のイニシアティブを過剰に優先する傾向をもつ日本法とは非常に対照的である。

このようなドイツ法の特徴を端的に示すのがいわゆる「代位 (Ersatz) 金庫」の存在である。これは、ビスマルク社会保険立法以前の共済金庫法に基づいて設立されたものであり、もともとは被用者のみを構成員とする私法上の社団であった。使用者は、この金庫が社会保険の法定給付と同等の給付を保障する場合に限り、これに加入する被用者について保険料の半分を負担する義務を負う。これと同時に、被用者も強制加入金庫への加入義務を免除される。その数は、20世紀の初頭に1,300金庫余りであった。

代位金庫は、小規模零細金庫の濫立による金庫運営の不安定化を防止する目的で、1911年に新規設立が禁止され、構成員1,000名以上のものだけが存続を許された¹⁴¹。そして、現在でも著名なバルマー (Barmar) やDAK (ドイツ職員金庫)、TK (技術者金庫) など、10個の大規模金庫が存続し、被保険者の3割近くがこれに加入している。

代位金庫は、1911年のライヒ保険法 (Reichsversicherungsordnung) 制定により私法上の相互保険会社と位置づけられ、保険法の規制下におかれたものの、1937年には公法人の地位が付与され、この時点で保険法の規制から完全に社会保険法の規制の下に移された。代位金庫は、被用者の任意結社としてスタートしたことから、その構成員資格は規約によって自由に設定でき、新規設立が禁止された後も資格制限はそのまま残された。その結果、労働者を対象とする代位金庫は、構成員資格が特定の職域に制限される一方、職員を対象とする代位金庫は、存続した金庫のすべてが構成員資格を職員一般と規定していた¹⁴²。

それゆえ、職員には代位金庫と強制加入金庫の選択可能性が残される一方、労働者については特定の職域の者にしか代位金庫の選択が許されなかった。この状態は、1993年GSGが制定されるまで継続し、疾病保険の強制加入がすべての被保険者に代位金庫の選択権を留保するという法構造をとっていたにもかかわらず、その受け皿となるべき代位金庫の方

¹³⁹ 例えば、年金保険の保険者や同業組合。

¹⁴⁰ 近年、ドイツでも「社会保険」の危機が叫ばれているが、それはあくまでも上記のような被用者保険の形態が維持できなくなるということへの懸念であり、給付技術としての「公的扶助」ないし「社会手当」と「社会保険」の優劣を問うというわが国の政策論とは視点を大きく異にすることにも注意しなければならない。

¹⁴¹ この時点で、その数は65金庫に整理された。

¹⁴² これは、疾病保険の対象が労働者に限定されていた19世紀末に、職員のみを対象とした代位金庫が多く設立された事情に由来する。

が構成員資格の制限を維持することで、その選択権が狭められていたことを意味する¹⁴³。つぎに、GSGがこれをどのように変えたのかを見ていくことにしよう。

(3) 金庫選択の法構造と「競争」概念の導入

1993年GSGは、すべての被保険者に代位金庫の加入権を留保するという従来の法構造を前提に、代位金庫側の構成員資格制限条項を撤廃するという方法によって、この時点で存続していた16の代位金庫すべてに加入できる可能性を開いたのである。これは、職員にしか認められていなかった代位金庫の選択可能性を労働者にも開放したという点で、1980年代末に展開された職員と労働者の同権化政策に合致する¹⁴⁴。

しかし、GSGのユニークな点は、金庫選択権の問題を職員と労働者の同権化という脈絡にとどめることなく、それをさらにもう一步踏み込んだところにある。それは、BKKとIKKについても、代位金庫と同様に加入資格の制限を撤廃する可能性を認めた点に現れている。すなわち、これらの金庫がその自治的判断に基づいて企業での就業または同業組合への加入を構成員の資格要件としなければ、被保険者がこれらの金庫への加入を自由に選択できるようになったのである¹⁴⁵。

また、代位金庫の地域管轄が連邦の全域であるのに対し、強制加入金庫の地域管轄は、市町村ないし郡単位でしかなかった。そのため、代位金庫と強制加入金庫との間には、構成員数の規模という点においても大きな格差があり、これを是正するためにはAOKとIKKは、州単位での統合を進めざるをえなかった¹⁴⁶。

GSGは、以上の施策を体系的に説明する際、金庫間の「競争 (Wettbewerb)」という概念を積極的に用いた。そこでは、被保険者に保険者選択の可能性を広く認めることにより疑似市場を成立させ、そのことが疾病金庫全体に経済効率性の向上をもたらすと説明されたのである。この説明は、疾病金庫が自律した財政主体であることを前提とするため、伝統的な金庫自治とりわけ「財政自立権 (Finanzhoheit)」の尊重という考え方とも親和的であった。その結果、従来ならば財政責任の不明確化を招き、金庫自治を侵害するものと理解されてきた包括的な財政調整制度も、金庫間競争の前提条件を整備する仕組みと位置づけることによってはじめてその導入が可能になったのである¹⁴⁷。

これらの施策は、官僚主義的な疾病金庫に民間サービス事業者のエトスをもたらすと同時に、1990年代前半に問題視されていた2倍以上の保険料率格差を解消させた。しかし、保険料率の違いを理由とする被保険者の急激かつ大量の金庫間移動は、保険運営を不安定

¹⁴³ それゆえ、ドイツ語では、この法状態を「制限的な (beschränkt)」金庫選択権といい、GSG以降の「包括的な (umfassend)」金庫選択権と区別する。

¹⁴⁴ 例えば、疾病保険の分野では、1989年の保健制度改革法が職員にしか認められていなかった、相対的高所得者の保険加入義務の免除＝民間疾病保険の選択可能性を労働者に拡張した。

¹⁴⁵ これは、BKKと同業組合金庫の新規設立がAOKから低リスク・高所得の被保険者を流出させ、その限りでは代位金庫への任意加入と同じ結果をもたらすことを理由とする。

¹⁴⁶ 法制度上は、金庫の合併要件を従来よりも緩和することによって合併への自治的決定を促進している。

¹⁴⁷ この新しい財政調整制度が「リスク構造調整 (Risikostrukturausgleich)」である。

なものとし、リスク構造調整による大量の財源移転は、後に述べるように、かえって保険者間の利害対立を深刻化させてしまった。また、当事者の自治意識も、2005年6月の保険者役員選挙¹⁴⁸のほとんどが組織の大規模化・広域化によるコスト増を理由に無投票のまま終了したことからもわかるように、かなり希薄なものとなりつつある。

それゆえ、ドイツの疾病保険がGSG以降の10年間でその伝統的なものの多くを喪失したという評価は、大きくは外れていないといえる。しかし、以上の事実をもって、連帯を基調とした社会保険としての疾病保険が原理的な転換を余儀なくされ、結果的には私保険に限りなく近づいてしまったといえるだろうか。最後に、この点を検証しよう。

(4) 被保険者の選択による「競争」の内実

ここで検討されなければならないのは、GSGの導入した「競争」概念がどのようなものであるかという点である。わが国では、これを通常の市場原理におけるそれと同じものと捉える向きがある¹⁴⁹。確かに、ドイツでは、被保険者の広範な選択権行使が開始された1996年以降、一部の保険者が低リスクかつ高所得の被保険者獲得に向けて不法な行為を行った事実がある。また、2002年のリスク構造調整改正法の準備段階で作成された報告書も、その時点で低リスクかつ高所得の被保険者がBKKに多数に加入していた事実をもってBKKの「一人勝ち」と表現している。それゆえ、疾病金庫が私保険の保険者と同様に被保険者の獲得競争を主体的に行っているという見方もまったく成り立たないわけではない。

しかし、これは正しい理解とはいえない。なぜなら、疾病金庫には被保険者の加入を拒むことが法的に許されていないからである。確かに、虚偽広告や事前相談などの行為を通じて、被保険者の選択意思を保険者に有利な方向へ誘導することは事実上可能である。しかし、法律上は被保険者が金庫に対して加入の意思表示をなした時点で、保険者の意思とは無関係に保険関係が一方的に成立する¹⁵⁰。この点は、私保険市場の競争が経済合理的な行動としての保険者によるリスク選別を前提とし、これを契約自由原則として認めていることとは大きく異なる。

それゆえ、疾病金庫にはリスク選別への誘因があっても、その行為を実行に移すことは法的に許されない。実際に、1998年3月31日の連邦社会裁判所判決（SGb 1999, S.365ff.）は、虚偽広告によって被保険者の選択を誤らせた代位金庫に不法行為の成立を認め損害賠償の支払を命じた。しかも、この判決は、不法行為の成否に関し、EU競争法の適用を否定し、虚偽広告による誘導がGSGという社会保険立法において設定された秩序に違反するという論理を用いている。これは、GSGの「競争」が一般の市場におけるそれとは異なる

¹⁴⁸ 6年ごとに実施される。通称「社会選挙（Sozialwahl）」。

¹⁴⁹ 代表的な見解に、田中耕太郎「ドイツの医療保険制度改革」海外社会保障研究 145号（2003年）14頁がある。田中は、「私見によれば、リスク選別は競争下に置かれた保険者にとって極めて合理的な経済行動であり、他方、医療リスクをどれだけ精緻に類型化しても7,000万人もの対象者についてリスク選別を意味無からしめるような指標の開発は困難であると予測されるため、この制度枠組みでは限りなく連帯の解体へと向かうことになるのではないかと危惧して」としている。

¹⁵⁰ 社会法典第5編 175条 1項 2文。

ということを前提とし、そこに何らかの特殊性を認めたことを意味する。

GSGの「競争」とは、被保険者の一方的選択行為によってもたらされるものであり、その基準はもっぱら保険料率という形式で表示される「価格」である。金庫による被保険者サービスの質や量も選択基準の一部となりうるが、マクロ的に見ればやはり保険料率の高い金庫から低い金庫に被保険者が大量に移動するからである。しかし、この保険料率もリスク構造調整という包括的な財政調整制度を通じて変動を余儀なくされる。実際に、金庫間移動を繰り返すのは、低リスク・高所得の被保険者であるが、彼らの移動は結果的にリスク構造調整にかかる拠出金の増額をもたらすため、移動先金庫の保険料率は移動前よりも高めに設定されることになる。それゆえ、より安い保険料を求めるという経済合理的な選択行動は、この制度のもとでは必ずしも成功しないと考えられる。

事実、リスク構造調整による財政調整効果は、非常に高く、2004年の段階では保険料率の差が1%程度に収まっている。にもかかわらず、2002年のリスク構造調整改革法は、この差を限りなくゼロに近づけるべく、被保険者の有病率指標を新たな財政調整係数として導入しようとしている¹⁵¹。これは、保険料率の格差に基づく被保険者の選択行動を無意味化するとともに、GSGにおける「競争」の対象に変容を迫るものといえる。だが、それが何の競争を意味するかは、現時点では不明である¹⁵²。

ただし、ひとつだけはっきりしていることがある。それは、金庫の選択可能性が広がっても、私保険におけるのと同様の経済合理的選択行動を社会保険としての疾病保険は容認しないということである。リスク構造調整による保険料率の調整効果が高まれば高まるほど、低リスク・高所得の被保険者による経済合理的選択行動すなわち他者への移転を伴う保険料拠出の削減は、その実効性を失う。つまり、金庫の選択権があったとしても、負担すべき保険料額に選択の余地がないとすれば、それは経済的に不合理な選択を被保険者に強制するのと同じことになる。

ドイツの疾病保険では、1.で検討した、保険共同体である疾病金庫の「連帯調整」すなわち「社会的調整」が許されている。これは、疾病保険が同じ水準の医療給付を保障し、その財源に所得比例の保険料を充てていることによって生じる、高所得者から低所得者への財の移転、または附加的保険料を附加することなく家族への医療給付を保障することによって生じる、子どものいない家族から子どもを養育する家族への財の移転などを指す。このような「社会的調整」は、経済合理人の選択行動では成立しない。しかし、これを公法的規律のもとで市民に強制することは、ある種の共同体すなわち同質の集団による中間団体において許される。これがドイツ法の伝統であり、その最も典型的な形態が「社会保険」であることは1.で検討したところである。

では、このような制度のもとで、ひとりひとりの被保険者すなわち個人に保険者である

¹⁵¹ これは2007年導入予定であるが、2005年時点でも技術的な問題や導入コストの問題が蒸し返され、その先行きが不安視されている。

¹⁵² この新しい財政調整制度が「リスク構造調整 (Risikostrukturausgleich)」である。

疾病金庫の選択権を認めることの意味は、いったいどこにあるのだろうか。最後に、この点を検討し、そこから日本法への示唆を探ることにしたい。

3. 小括

ここまで、ドイツ法における「社会保険」概念の変遷と、疾病保険における「自治」ないし「連帯」の変容を検討してきた。ここでは、わが国の先行研究においてとかく私保险的な性格を強調されがちであったドイツの社会保険が「給付反対給付均等の原則」をはじめとする私保険からは大きく逸脱する仕組みとして認識されてきたこと、そして、現在ではそのことを前提に、他の税財源に基づく社会給付と「社会保険」を区別するという観点からその独自性ないし限界が議論され、その脈絡においてのみ「保険性」が問われてきたことが確認された。確かに、ドイツの社会保険は、わが国のそれと異なり、国庫依存が極端に少なく、国家からの自治ないし自律が制度の明確な原則をなしてきた。それゆえ、ドイツの社会保険が一わが国との比較において一国家扶助的な要素をあまりもたないこと、そしてこの点を捉えて「より私保险的である」という表現を用いることは、やむを得ないといえなくもない。

しかし、ここからさらに踏み込んで、ドイツの社会保険を本来的に私保険に近いものと理解することは、その根本を見失うおそれがある。特に、1993年GSG以来のドイツ法の歩みは、私保険中心のアメリカ医療において発展してきたHMOやマネジド・ケアに近いとの印象を与えがちである。これは、ドイツの医療保険改革がアメリカの医療経済学の知見に多くの示唆ないし影響を受けていることからみて、当然のことといえるかもしれない。しかし、ここまで検討したように、当事者であるドイツがなおも「連帯」や「社会的調整」という概念を用い、さらに「社会保険」を「保険」とは異なるものとして扱いつつあることから明らかなように、これを私保険と同じものと理解することには非常に大きな危険が伴う¹⁵³。

この点で、「連帯原則に基づく公的医療保険の枠組みの中においても、競争などの市場経済の要素が有効に機能する場面は存在する」が、「競争は、それ自体が政策目的ではなく、あくまでも…手段にすぎない。したがって、仮に、経済性・効率性を高める手段としての競争の導入が、社会政策上の目的に反する結果をもたらすのであれば、そのような政策は意味がないことになる」という指摘¹⁵⁴がドイツの政策実態を最も的確に示す。つまり、1993年GSG及びその後の動向によっても、疾病保険における「連帯」すなわちそれを根拠にした「社会的調整」は、失われることはないのである。しかし、そのもう一方で、つぎのような問題が生じる。1993年GSGが導入した「リスク構造調整」は、疾病金庫間の「競争」条件を整えるものと説明されていたが、実質的には疾病金庫という共同体に許されていた

¹⁵³ わが国では、前掲田中をはじめ、これに依拠した、島崎謙治「健康保険組合と企業との関係」社会保険法 20号(2005年)182頁のように、1993年GSG以降の動向を社会保険の私保険への回帰と理解し、結果的に社会保険の前提となる「連帯」を解体しつつあるという評価が定着しつつあるが、その理解は実態と大きく乖離しているように思われる。

¹⁵⁴ 松本勝明『ドイツ社会保障論 I—医療保険—』(信山社, 2003年)210頁。

はずの「社会的調整」をすべての疾病金庫を対象に行っている。それゆえ、2.で検討したように、「リスク構造調整」が競争条件の整備という名目で、その財政調整効果を高めれば高めるほど、共同体としての疾病金庫の存在意義は低下することになる。

「リスク構造調整」に関しては、1993年GSGの制定当初、財政の結果を調整するのではなく、リスクファクターを事前に調整するという点が強調されていたことから、その後生じた保険料率の差は、金庫自治による成果として正当化されうる可能性を指摘したことがある¹⁵⁵。しかし、その後の状況は、「リスク構造調整」によっても調整されないリスクファクターの存在¹⁵⁶が指摘され、さらに調整を進める方向に法改正が進みつつある。また、2004年に制定された「疾病保険現代化法（以下、GMGとする）」は、開放型のBKKにおける競争上の優位を削減するために、企業による運営経費への優遇措置の廃止を決定するなど、従来の「連帯」の基盤であった企業や同業組合といった色彩をより一般的なものに向けて変更させようとしている。それゆえ、財政面では、個々の疾病金庫の独自性ないし自律性を発揮する余地が大きく減じられようとしている¹⁵⁷。

その結果、ドイツの疾病保険は、「リスク構造調整」の登場とその改善により、個々の疾病金庫を単位とした「社会的調整」からすべての疾病金庫の被保険者を対象とした「社会的調整」へとその「連帯」の構造を大きく変容させつつあるとあってよい。つまり、ドイツの疾病保険は、金庫という単位の「連帯」ではなく、被用者保険加入者という単位のより大きな「連帯」へと転換されていく過程にあると考えるべきである。そして、以上のような把握ないし理解は、1.で検討した、ドイツ法における「社会保険」概念の変容とそこで展開された問題意識ともほぼ整合していくことになる。

では、今後、疾病金庫という単位には、どのような位置づけが与えられるか。仮に「リスク構造調整」による「競争条件の整備」が完全に実現されたと想定すると、その後生じる差は、やはり個々の疾病金庫の自治による成果とみなされる可能性があるといえる。このことは、2005年GMGが医療提供主体（病院や個々の医師等）との関係においてより多様な供給体制の形成可能性を疾病金庫に与えたこと、疾病管理計画の実施による医療費抑制に一定の可能性が予測できることなどから、現在とはまったく将来的にはまったく可能性が失われているとはいえない。これは、今後も「金庫自治」の成果として、金庫構成員のみが享受できるということになろう。

最後に、共同体としての疾病金庫の根拠について論じる。

ここまでみてきたように、ドイツでは、1993年GSG以降、既存の社会関係に根拠をもつ疾病金庫組織を個々人の選択権に完全に置き換えるという政策を採用した。この政策は、

¹⁵⁵ 前掲拙著 290 頁。

¹⁵⁶ 2002年の改正法によれば、ガンや糖尿病などの「有病率」を指す。

¹⁵⁷ 前掲松本 211 頁は、「競争の導入に伴う各疾病金庫の努力を質と経済性の向上に向けさせるためには、必然的に、疾病金庫間のリスク構造の格差を是正し、リスク選別を競争上無意味な者にするための調整が必要になる」と指摘する。

「被保険者個人の選択に基づいた組織体こそが社会連帯を体現するという仕組みを新しく作り出した」ものであり、「そこには、既存の社会的なつながりとは別に、医療費をともに分かち合う利益共同体の結成という新しいかたちの社会連帯を見ることができる¹⁵⁸」。これは、疾病リスクという観点ではすでに均質な集団ではない疾病保険の被保険者を統合するための重要な結節点である、と考えられる。つまり、被用者という大きな単位で「包括的な」集団を策定するものの、それ以下の細かい共同体についてはやはり個々人の意思を媒介にするしかないという考え方を示すものであり、今後の社会保険における「連帯」と「選択」の関係性を規定するものである¹⁵⁹。

¹⁵⁸ 前掲拙著 327 頁。

¹⁵⁹ 前掲松本 214 頁は、これを「連帯」と「競争」の調和とする。なお、丸山亜子「ドイツ疾病保険における金庫選択権拡大とリスク構造調整」大阪市立大学法学雑誌 50 巻 3 号（2004 年）620 頁は、前掲拙著が金庫選択権について「新しいかたちの社会連帯」という表現を用いたことに対して「積極的に評価」していると述べる。しかし、前掲拙著は、もしこの制度を連帯とするならば敢えてこのような表現をとるしかないという程度のものであり、さほど意味をもたない。間違った「深読み」である。むしろ、前掲拙著は、ドイツの自治が徐々に国家によって浸食される過程を紹介し、1993 年 GSG の段階でもドイツがなおも分権的な保険者組織構造に何らかの政策的意義を見出そうとしている点を取り出して、そこから日本法への示唆をニュートラルに抜き出したものである。この点に関して、前掲松本 212 頁も「疾病金庫が分立していること自体に意味が付与された」としており、拙著と基本的には同じ認識を示す。

【フランス】租税代替化に伴う自律性原則と連帯概念の変容

新潟大学大学院実務法学研究科 加藤智章

はじめにー1990年代以降におけるフランス社会保障制度の概観ー

フランス社会保障制度は、制度発足当初、国民連帯を標榜したにもかかわらず、自営業者を中心とする非被傭者の反発により、職域連帯に基づく制度構築を余儀なくされ、その後の高度経済成長と産業構造・就業構造の変化に伴う職域間連帯の時代を経て、1990年代に突入した。

1990年代以降におけるフランス社会保障制度の動向に決定的な影響を及ぼしたのは、一般社会拠出金（*Contribution sociale généralisée : CSG*）を導入した1990年12月29日の法律¹⁶⁰である。社会保障における新たな財源として導入されたCSGは、後に検討するように普遍性原理に基づき、国民連帯と職域連帯との分離・併存状態を出現させ、これに伴い社会保障組織の管理運営についても、社会保障財政法律の審議を通じて議会の関与を強め、相対的に当事者参加原則を後退させることとなった。そして、CSGの導入とその後の料率引上げによる租税代替化の進行は、1995年に明らかにされたジュペプラン¹⁶¹によって、フランス社会保障制度全体の構造改革として結実し、その流れは2004年8月13日の医療保険に関する法律¹⁶²によって確立したといえることができる。

このように本稿では、1990年代以降のフランス社会保障制度を、普遍性原理に基づく国民連帯と職域連帯との分離・併存過程であると同時に、当事者参加原則と保険料を財源とする財政的自律原則の相対的後退過程ととらえたい。

本稿での検討は、先にあげた1990年12月29日法、ジュペプラン及び2004年8月13日法の内容を前提として進める。まず最初に、普遍性の原理と租税代替化の推移（1.）を分析した後、租税代替化の進行要因と職域連帯（2.）の問題を取り上げる。租税代替化は1990年代を通じた動向であり、2.における分析は1980年代の分析である。時系列でいえば逆転しているが、これは3.で考察する当事者参加原則の変容との接続性を重視したからである。最後に、連帯概念の変容（4.）を検討する。

¹⁶⁰ Loi No.90-1169 du 29 décembre pour finances rectificative pour 1990. なお、本稿で引用する法律については、基本的に<http://www.legifrance.gouv.fr>から参照することができる。

¹⁶¹ ジュペプランは、1995年11月15日、国民議会において当時の首相アラン・ジュペ（Alain Juppé）により明らかにされた。その骨格は、1995年月日の授權法（No.95-1348）、1996年2月22日の憲法法律、1996年7月22日の社会保障財政法律に関する組織法律（No.96-138）のほか、1996年4月24日における社会保障組織に関する方法及び診療費の医学的抑制に関する2つのオールドナンス（Ord.No.96-344 et No.96-345）などから構成される。これらについては、拙稿「一九九五年フランス社会保障改革の動き」（週刊社会保障 1893号 22頁以下）のほか、焦点レポート「診療報酬の見直し等で医療費を削減ーフランスにおける社会保障改革の動向をみるー」（週刊社会保障 1866号 6頁以下）等参照。

¹⁶² Loi No.2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie（JO.17 août 2004）。

1. 普遍性原理と租税代替化の推移

ここでは、現在のフランス社会保障制度に関する重要なキーワードのひとつである“普遍性”概念を軸に、財源構造を大きく転換した CSG の導入及びその後の推移を概観する。

(1) 普遍性原理

ここでいう普遍性とは、すべての人にあまねく起こりうることを意味する。この普遍性原理が現在のフランス社会保障制度にとって重要なのは、社会保障給付の対象となる保険事故ないし事象の性格に基づいて、制度構造の分化が行われていると考えられるからである。すなわち、社会保障制度の人的適用範囲に関する一般化が進展したことによって社会保障制度の必要性が再認識され、その再認識を通じて制度構造が変質を遂げるための正当化根拠あるいは説明概念といえることができる。次のように言い換えることもできる。ラロックプランにおける法理念としての一般化の標榜は、単純に社会保障制度の人的適用範囲の拡大を意味していた。そしてこの一般化原則は、その後の制度の進展・定着により概ね達成された。しかし社会保障制度のさらなる進展は、社会保障制度の必要性に関する再認識を通じて、人的適用範囲の拡大から受給権レベルでの一般化・実質論としての一般化を実現することを求めるようになった。この変化に伴い、政策課題を支える原則も、機会均等という意味での平等原則から負担及び給付の側面における公平原則に変化する。このような人的適用範囲の拡大を標榜する一般化原則から、受給権レベルでの一般化原則に移行するベクトルとして機能するのが、普遍性原理である。

(2) CSGの導入とその引上げの推移

1990年12月29日法（Loi No.90-1169）に基づくCSGは、当初、家族給付部門に対する財源に充当するため料率1.1%として導入された。その後、CSGの料率は、老齢連帯基金（Fonds de solidarité vieillesse : FSV）の財源や医療保険財源の確保・充当を理由に、漸次引上げられ、1998年1月1日以降、7.5%となっている¹⁶³。

¹⁶³ 1991年以降のCSGの動向は以下のとおりである。

料率の推移を概観すると、まず、1993年7月22日の法律により設立されたFSVの財源を確保するため、その料率を1.1%から1.3%引上げ2.4%とした。その後、はじめての社会保障財政法律である1996年12月27日の法律（Loi No.96-1160）において医療保険財源に充当するため、1997年1月1日からその料率を1%引上げ3.4%とされた。さらに1997年12月19日に成立した1998年社会保障財政法律において医療保険財源に充当するために、その料率をさらに4.1%引上げ7.5%となった。1998年の大幅な引上げは、その代償として医療保険部門における労働者の保険料を5.5%から0.75%に引下げる結果となった。この間、2001年以降、稼働所得と代替所得について、所得全額を対象とする部分と所得のうち必要経費5%を控除した95%の所得に課税される部分との2段課税方式であったが、2004年8月13日法により、税額控除前賃金（salaire brut）額の97%に対する課税に一本化された。

ここでまず注目されるのは、家族給付部門に充当された理由である。一般制度における給付部門は、医療、年金、労働災害及び家族給付から構成される。このうち、家族給付部門だけは、民間労働者、自営業者の別なく全国家族手当金庫を頂点とする管理運営組織によって運営されていた。特に1975年7月4日法(Loi No.75-574)によって、1978年1月1日から、国籍要件を問わず居住要件のみで家族手当等を支給することとされた結果、家族給付部門は、フランスに居住し、児童を扶養する者すべてを対象に所得保障を行う制度として機能してきた。こうした所得保障機能の普遍性を根拠にCSGが導入された。

また、FSVは、国民連帯基金を改組して、それまで一般制度などが肩代わりしていた老齢被傭者手当や老齢非被傭者手当の財源を手当てするとともに、一般制度が抱えていた累積赤字を返済するために設けられた¹⁶⁴。老齢被傭者手当や老齢非被傭者手当は老齢者最低所得保障給付(minimum vieillesse)と総称され、障害や失業のために保険料の拠出期間が存在しないか不十分なため、低額の拠出性年金しか受給し得ない者を対象に一定の所得保障を行うための給付である¹⁶⁵。民間被傭者を被保険者とする一般制度による肩代わりを解消して、老齢者最低所得保障給付の財源を国民一般に求めることにしたという意味で、ここでも普遍性の原理がCSGの料率を引上げる論理として機能している。

さらに、1998年社会保障財政法律に基づくCSGの引上げは、普遍的な医療保険(assurance maladie universelle)制度の導入を前提としていた。普遍的医療保険制度は、現実には普遍的医療給付(couverture maladie universelle: CMU)として、1999年7月27日の法律(Loi No.99-641)により制定された。この1999年7月27日法の提案理由において、普遍的医療給付制度を制定する理由を、やや長い引用となるが次のように説明している。「疾病の予防及び治療に関する不平等は、最も明白な不公正(injustices)のひとつである。必要な医療

	稼働所得	代替所得		資産所得	投資益	賭博益	充当範囲(充当料率)
1991/1	1.1	1.1		1.1	1.1	・・	家族手当(1.1)
1993/7	2.4	2.4		2.4	2.4	・・	家族手当(1.1)老齢部門(1.3)
1997/1	3.4	3.4		3.4	3.4	3.4	家族手当(1.1)老齢部門(1.3)疾病部門(1.0)
1998/1	7.5	6.2		7.5	7.5	7.5	家族手当(1.1)老齢部門(1.3)疾病部門(5.1)
2001/1	2.4* 5.1**	2.4* 3.8**		7.5	7.5	7.5	家族手当(1.1)老齢部門(1.15)疾病部門(5.25)
2005/1	7.5***	6.6 ①	6.2 ②	8.2	8.2	9.5	家族手当(1.08)老齢部門(1.13)疾病部門(5.29)

*: 税額控除前賃金(salaire brut)額全額に課税

**: 税額控除前賃金額の95%に対して課税

***: 税額控除前賃金額の97%に対して課税

①: 退職年金・障害年金所得

②: 失業手当・日額手当金所得(税額控除前賃金(salaire brut)額の97%に対して課税)

¹⁶⁴ <http://www.fsv.fr/>

¹⁶⁵ 老齢者最低所得保障給付は、複数の手当の総称であったが、2004年6月24日のオールドナンス(Ord.No.2004-605)により、2006年1月1日から高齢者連帯手当(allocation de solidarité aux personnes âgées)に一本化される。支給要件に変更はなく、65歳以上(労働不能の場合には60歳以上)でフランスに居住している者に支給される(Css.L815-1 et s.)。

なお、URL:<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat73.pdf> 参照。

をその子供に与えることができないことは受け容れることのできないことである。病気や痛みを訴えていながら、所得水準が差別を助長しているという事実は見過ごすことができない。・・・本法案は、強制医療保険制度の保障をすべての人に享受させることを目的としている。・・・自己負担の軽減については、医療扶助制度が存在するものの、実施主体が県にあるため、フランス全体で医療扶助に関する平等が確保されているとは言い難い。したがって、本法案は、自己負担分に関する補足給付についても、支給の対象とする。」と¹⁶⁶。

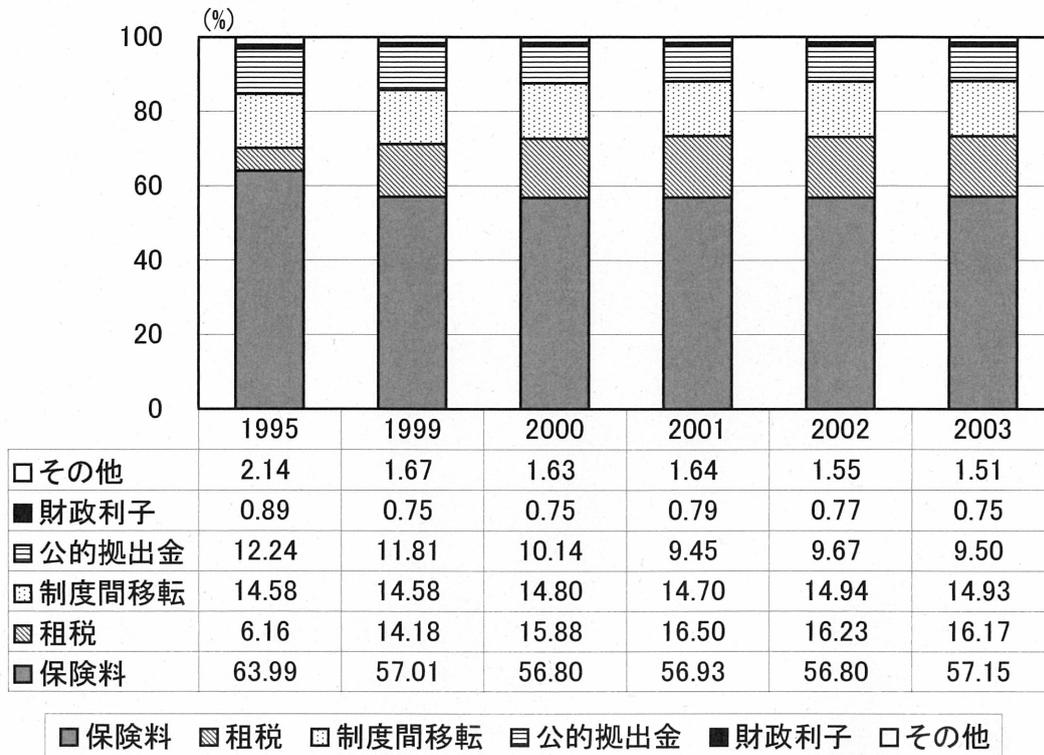
このCMUにおいて注目すべき点は、強制医療保険ばかりでなく、自己負担分の軽減のために、いわゆる補足給付をも行う点にある。すなわち、フランス領土に安定的かつ適法に居住するすべての人は、いかなる医療保険制度及び出産保険制度に関する現物給付の受給権を有しないとき、一般制度に所属したうえで、さらに補足給付を受けるようにしたため医療費の無料化を実現した¹⁶⁷。ここでは、医療給付の普遍的な必要性に基づいて、CMUの導入が正当化され、その財源を確保するため、CSGの引上げが承認された。

以上のような租税代替化の推移の結果、社会保障財源に占める租税の割合は、1995年の6.16%から2003年には16.17%に達し、この間ほぼ10ポイントの上昇を見せている。

¹⁶⁶ Loi no 99-641. (Assemblée nationale : Projet de loi No. 1419)
<http://www.assemblee-nationale.fr/11/projets/pl1419.asp>

¹⁶⁷ CMUに関する提案理由によれば、「今日、70万人が、伝統的な職域に基づく加入基準による強制制度に加入できないでいる。このうち55万人は個人保険等により何らかの保障を受けているが、なお15万人の人々は無保険状態に置かれている。・・・事実、医療保険制度は、療養に要する費用の3割について自己負担を求めている。このため、国民の84%が何らかの補足給付制度を利用しているが、この数字は、月収2,000フラン以下の階層では45%となっている。・・・したがって、本法案は、自己負担分に関する補足給付についても、支給の対象とする。受給者は、その加入する組織を選択することができる。こうして、約600万人がこの保障を享受することになると予想される。」

図表33 社会保護収入に占める保険料等の構成比



注) 公的拠出金とは国庫補助金として国家予算から支出される費目であり、制度間移転とは制度間で行われる財政調整を示し、租税には CSG が含まれる。

出典) INSEE, Annuaire statistique de la France 2005 p.139 に基づき筆者作成。

(3) 租税代替化と普遍性原理

以上のような租税代替化の推移を概観すると、その背景には保険料財源の逼迫という事情が隠されているにせよ、いずれも国家ないしは社会全体で取り組むべき事案に対応することを正当化の根拠としていた。

国家ないしは社会全体で取り組むべき事案とされたのは、家族給付、高齢者の最低所得保障及び医療アクセスの保障である。租税代替化の進展は、ある意味では、財源を確保するためのリクツとして、社会保障政策における優先課題をあぶり出した結果、国家ないしは社会全体で取り組むべき事案とそれ以外の事案との差別化が図られたと言い換えることができる。特に、1990年12月29日法により最初に CSG を導入する対象となった家族給付部門は、被保険者類型に応じて複数の制度が併存する医療保険や年金保険部門とは異なり、居住要件のもとで全国家族手当金庫により管理運営されていた。このため、租税代替化の端緒とするには格好の対象であった。また、高齢者の最低所得保障、CMUによる医療アクセスの保障という場面では、制度構築に関する法理念として、受給権レベルないし実質論としての一般化 (généralisation)、すなわち人間の生存に欠くことのできないシステムを構築するという要請から、CSGの料率の引上げが承認されたといえる。

このように、国家ないしは社会全体で取り組むべき事案に対応するために、社会保障政策における優先課題をあぶり出し、その財源を確保するためのリクツとして用いられたのが普遍性原理であった。このことは、一面では被保険者の範囲を一定の類型に応じて組織する社会保険システムがその使命を終えたことを意味し、脱被傭者化の進行に対応する新たな制度枠組の構築を志向しているといえよう。

2. 租税代替化の進行要因と職域連帯

ここでは、租税代替化がなぜ進行したか、そしてこれらの要因が職域保険ひいては職域連帯といかなる関係に立つのかを検討する。CSGの導入の理由あるいは背景を検討するという意味では、1990年代以前における制度状況の分析である。

(1) CSG導入の背景

新たな社会保障財源としてCSGを導入した背景には、保険料率の問題があげられる。社会保障制度の定着・浸透によって、社会保障の財政規模は必然的に拡大する。そして、社会保険をベースにした制度では、財政規模の拡大に対して、保険料率を上げるか、給付水準を引下げるかといった2つの方法しかない。1980年代までは、この2つの解決策が繰り返し採用されてきた。一方、産業構造の高度化・就業構造の変化により、財政基盤の脆弱化した制度が現れ、これらの制度を救済・支援するため、財政調整の手法が1970年代後半から導入されていた。

CSGの導入は、社会保障給付の上昇傾向に対して、保険料率の引上げによる対応が限界に達したことを示している。財政調整の負担を抱えながら、保険料率を引上げることは、企業の人件費を増加させ国際競争力の低下を招く一方、人件費の増加が高い失業率を持続させ、失業期間の長期化に結びつき、それがひるがえって保険料収入の減少につながるという悪循環に陥ったからである。

こうして保険料以外の財源としてCSGが導入され、社会保障財源における租税代替化が進行することとなる。この租税代替化に関連して、先に紹介した1998年社会保障財政法律に併記されている報告は、いわゆる租税代替化(fiscalisation)を推進する理由について言及している¹⁶⁸。そこでは、財源としての保険料の脆弱性として、被保険者の賃金にその算定基礎をおく保険料が景気の動向に影響を受けやすいことを、また給付との関連性について保険料収入が医療費の上昇傾向とリンクしないことを指摘している。いずれも簡単な言及ではあるが、引上げ幅の大きさから、景気の低迷による保険料の財源不足にもかかわらず、医療費の上昇傾向に歯止めがかからないいだちを読み取ることができる。さらに、租税代替化の議論に関連して重要なのは、家族給付と医療の分野は、すべての居住者を対象とするものであって、保険料というシステムが制度構造と結びついていないとの言及が見られ、普遍的な医療保険(assurance maladie universelle)、すなわち1999年7月27日法により制定される普遍的医療給付制度の成立を当然の前提としていることである。

¹⁶⁸ 1998年社会保障財政法律及びそこに併記されている報告については、<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=636739&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1> 参照。

(2) 財政規模の拡大要因

ここで検討すべきことは、何故、財政規模の拡大が生じたのかということである。端的に言えば、それは、租税代替化の進行を促進する普遍性原理が妥当する領域ないし土壌が1990年代以前に形成されていたからである。ここで普遍性原理が妥当する領域として注目すべきは家族給付と老齢被傭者手当である。そして、これらの給付に関連して居住要件、無拋出給付及び社会保険と社会扶助との表裏一体関係について考察する。

① 居住要件

社会保障制度の人的適用範囲を拡大しつつ、管理運営組織の重複を回避するために、ロックプランでは、一般化原則とならんで単一金庫原則が制度構築のために打ち出された。しかし、医療保険や年金保険を中心とする社会保険制度においては、職域保険が複数併存する事態となり、管理運営組織が鼎立することとなった。このような状況の例外と位置づけられるのが、家族給付制度である。なぜならば家族給付は第二次世界大戦前から、被傭者だけにとどまらず自営業者をも対象としており¹⁶⁹、全国家族手当金庫を頂点とする一元的な制度運営を実現していたからである。

このような状況のもとで、家族給付制度の支給要件は2度にわたる大きな改正を経て現在に至っている。第一は、1974年12月24日法¹⁷⁰に基づき、1978年1月1日から、職業要件が撤廃され居住要件が導入された。第二は、1986年12月29日法¹⁷¹に基づく改正で、同法により、外国人に対しても居住要件が適用されることになり、ここに家族給付は国籍を問わず、フランス領土に居住することのみを要件に支給されることとなった。

このように就業要件から居住要件、さらに国籍要件をも撤廃して居住要件のみに支給要件を限定することは、家族給付制度の性格が次のように変化したととらえることができる。

家族給付が支給の対象とする扶養、そして端的に子の扶養という点に着目すれば、家族給付の特徴は可処分所得の減少と扶養に要する支出の増大が直結していることである。支出の増大即所得の減少という特徴である。傷病という保険事故も、賃金の喪失という所得の減少と診療費用の支出をもたらす点で扶養と類似する。しかし、傷病の場合には所得の減少と支出の増大が異なる次元で発生するのに対して、扶養の場合、所得は減少しないものの扶養のための支出が増大する結果、可処分所得が減少するという違いがある。

このような扶養の特徴を前提として、支給要件の存在を理論的に説明するとすれば、それは、就業者という属性すなわち財源負担能力の存在を前提とした所得保障から、支出の増大に重点を移行する給付目的の変質ととらえられる。家族給付制度は被傭者の保険料負担が存在しないことにもひとつの特徴があるが、就業要件は財源を確保するための根拠として機能していたと考えられる。しかし、給付の定着による支給目的の変化、すなわち可

¹⁶⁹ 1939年11月29日のデクレ・ロワにより、自営業者等にも給付受給権を拡大した。

¹⁷⁰ Loi No.74-1094 du 24 déc. 1974 relative à la protection sociale commune à tous les Français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale obligatoires.

¹⁷¹ Loi No.86-1307 du 29 déc. 1986 relative à la famille.

処分所得の減少から扶養のための支出の増大を重視した結果、先に述べたような支給要件の変更が正当化されたといえる。

② 無拠出給付

社会保険制度では本来、財源を負担する被保険者＝給付を受けることのできる受給権者という図式が成立する¹⁷²。一定の拠出を前提に給付が認められるため、このような給付を拠出性給付ということがある。これに対して、給付の必要性に基づき所得保障機能を優先する結果、拠出と給付との関連性を希薄化する場合がある。このような給付を無拠出給付ということがある。ここでは、所得保障機能を優先するため、支給要件としての保険料拠出要件は相対的に後退し、それを補うものとして居住要件が設定される場合がある。このような無拠出給付の支給要件に居住要件を設定する事例として、ここでは老齢被傭者手当を取り上げる。

老齢被傭者手当は比較的歴史の古い給付で第二次世界大戦以前から存在し、戦後直後の1945年2月2日のオルドナンス（Ord. No.45-170）によって創設された。

制定当初の老齢被傭者手当は、65歳以上の者を対象に、受給権者が50歳に達した以降5年間、被傭者として就労していたことを要件に支給される。ここでさらに注目すべきことは、保険料の拠出を支給要件としていないことである。このように無拠出給付が採用された背景には、老齢者の生活状況が逼迫していたこととあわせて、老齢年金の支給要件との関係で保険料の拠出が不十分であったからである。

老齢被傭者手当は経過的措置として発足した制度であるが、現在も存在している。現在の老齢被傭者手当は、基本的に65歳以上のフランス在住者に、一定の所得要件と就労期間に関する要件のもとで、二人世帯の場合、最高で年額1万3,137.69ユーロが支給されている（2006年1月1日現在）¹⁷³。

③ 社会保険と社会扶助との表裏一体関係

フランスにおける社会保険制度は、繰り返し言及しているように職域保険である。わが国の国民健康保険や昭和60年以前の国民年金制度のように、地域住民であることに着目して被保険者資格を付与する地域保険は存在しない。

職域保険は、一定の業種や職種で就労することに着目して被保険者資格を付与するシステムである。このため、就労年齢前に障害者となり職業活動に従事しえない者は、そもそも職域保険の被保険者資格を取得する可能性が極めて低い。また、職域保険に加入した後

¹⁷² ここで問題となるのは、被扶養者の存在をどのように評価するかである。社会保険における拠出性原則のもとでは、保険料を負担する被保険者だけでなく、その被保険者に扶養されている配偶者ないし子供は被扶養者としての地位を与えられ、一定の要件で保険給付の受給権を取得する。これは、社会保険の目的が所得保障にあり、被保険者と生計を一にする被扶養者にも受給権を認めなければ、社会保険制度としての実質を確保できないこと、そしてこのことと密接に関連して、この実質的な所得保障機能を担保しなければ、加入を強制することの正当性が失われることになるからと考えられる。

¹⁷³ <http://www.fsv.fr>

に障害者になった場合、当該職域保険の支給要件に基づいて一定の保険給付を受給しうるが、給付額が低いケースや支給要件を満たさないために受給権が発生しないケースもある。このような職域保険における所得保障機能の限界を補完するものとして、社会扶助制度が存在する。

“社会保険から社会保障へ”という定式からも明らかなように、フランス社会保障制度も制度発足当時から、職域保険制度と社会扶助制度とが、いわば車の両輪として、社会保障制度の骨格を形成してきた。

そして1970年代までに職域保険制度の大きな枠組が完成・定着し、栄光の30年といわれる時代が終止符を打つ1980年代になると、特に社会扶助制度において、失業者、障害者あるいは移民を中心とする社会的参入（insertion）の困難な者に対する取組が大きな政策課題となった。いっこうに改善されない失業率の高さと失業期間の長期化、そしてその最大の被害者である移民を中心に、最低限の所得保障を保障するものとして社会参入最低保障給付（revenu minimum d'insertion : RMI）¹⁷⁴が創設された。

(3) 職域保険の限界

このRMIに象徴される社会扶助制度における様々な給付の底上げが社会保険すなわち職域保険制度にも大きな影響を及ぼした。職域保険の限界を露呈したということもできる。ここでは職域保険＝職域連帯という図式にしたがって、失業問題を糸口として、職域保険すなわち職域連帯の限界を考察する¹⁷⁵。それは以下の3点に集約される。

第一は、職域連帯の機能に関する限界である。ラロックは、過去に深刻な失業問題に直面した経験がないことから、失業保険制度の導入には消極的であった。このような背景から、フランスの失業保障は労働協約に基づく失業保険制度と社会扶助に端を発する連帯制

¹⁷⁴ Loi No.88-1088 du 1 déc. 1988 relative au revenu minimum d'insertion.

¹⁷⁵ 職域保険の複数併存体制において、注目すべき検討対象のひとつは失業者や年金受給者の扱いである。失業や退職による職域保険からの離脱は、理論的には被保険者資格を喪失させる可能性を有するため、失業者や年金受給者をどのように取り扱うかは、人的適用範囲の減少を抑制するためのシステムとしかえることもできる。しかし、フランスでは以下に述べる2つの理由から、失業や退職により被保険者資格を喪失するという取扱いはなされなかった。

ひとつは、失業者や退職者もまた被保険者資格を継続させることこそが、職域保険制度の趣旨と考えられたことである。社会保険は、健常者と患者、現役労働者と退職労働者等々の間の相互扶助システムであり、まさに職域連帯の機能として、失業者や退職者もまた被保険者資格を継続し、給付受給権を保持し続けることが当然とされた。

いまひとつは、失業に関する認識に起因する。ラロックが社会保障制度を構想している段階では、イギリスとの違いを強調するねらいもあり、「フランスには深刻な失業問題を経験したことがない」と認識されていた。失業者の存在は一時的な問題に過ぎず、やがて失業前と同じ職種や業種に再就職することを当然の前提としていた。このため、社会保険制度における失業期間の取扱いは、医療保険において保険料率を引下げる対応をしていたのみである。年金保険においては、保険料納付期間が短くなると同時に平均賃金額が低くなる不利益を受ける。これに対する対応策は後に検討する老齢被備者手当が存在した。

また、職業生活から引退し年金生活に移行した年金生活者に関する医療保険は、現役当時に所属していた医療保険にそのまま被保険者としてとどまるものの、保険料率は、失業者と同様に、現役被保険者に比べて低く抑えられていた。しかし、CSGの導入以降は、代替所得に関するCSGからの源泉徴収システムが採用されている。

度という二重構造となっている。このように、そもそも失業保険と連帯制度という二重構造のあり方自体、職域連帯における所得保障機能の限界を示している。さらに、失業率が高い水準で長期的に推移する状況のなかで、長期失業者も支給対象とする RMI が導入されたことは、職域保険すなわち職域連帯による所得保障機能が、長期失業者に対する救済には不十分であったことを意味する。

第二は、職域連帯の存在意義ともいえるべき限界である。長期失業という事態を想定していなかったことに起因する。長期にわたる所得保障としては身体的危険に属する老齢や障害は保険事故とされていたものの、経済的危険に分類される失業が 1 年以上の長期に及ぶことは想定外であった。景気の低迷とそれに伴う深刻な失業問題に、職域保険が十分に機能しないことが明らかになったことである。1980 年代以降のダイナミックな社会問題に十分に対応できないため、相対的に社会扶助制度の存在意義が高まった反面、職域連帯はその限界を露呈した。

第三は、職域連帯の範囲に関する限界である。職域連帯の機能に関する限界とも密接に関連する。所得保障機能の限界とは、長期失業者の所得保障において職域連帯だけでは支えきれなくなったことを意味すると同時に、租税を財源とする給付が行われるようになったということができる。このことは同じ職域に所属していたという職域連帯の側面からではなく、長期間にわたる失業のために十分な所得のない居住者としての資格から、受給権が付与されることを意味する。一定の職域における救済ではなく、職域の範囲を超えた居住者という資格に基づいて救済が行われる結果となった。こうした居住要件に基づく給付の創設は、所得保障の必要性が社会構成員として居住者全体の問題として普遍的な問題と認識されたことを意味する。そして同時に、このことは連帯の範囲が職域連帯から国民連帯へ移行したことを象徴している。

もしも CSG が、景気の低迷による保険料財源の縮小と一定の給付水準を維持していかざるを得ないという財政上のジレンマを解決するためだけに導入されたのであれば、景気の回復によって租税代替化とは逆の動きがあってもおかしくはない。しかし、CSG が導入された 1990 年代以降、保険料中心主義に立ち返るような動きは見られない。このことは、1970 年代を通じて行われた財政調整に関する職域間連帯が、相対的にその使命を終え、1980 年代における無拠出給付や社会扶助給付の進展を通じて、普遍性原理を引き出す土壌が形成されていたことを意味する。そして 1990 年代に入り、財源確保という要請ともあいまって、普遍性原理に基づく租税代替化が進行した。この結果、職域間連帯は国民連帯へとシフトし、社会保障制度の枠組のなかで職域連帯は相対的にその地位を減少させ、その結果として職域連帯と国民連帯との併存状況を作り出したということができる。

このことは同時に、1990 年代に明確になる非典型的雇用形態の増大、長期失業者や若年失業者の増大すなわち脱被傭者化の進行により、職域に基づく社会保険制度の存立基盤に大きな地殻変動が生じていることを意味する。

3. 当事者参加原則の変容

ここでは、租税代替化の進展がフランス社会保障制度の枠組にいかなる変更を及ぼしたか、という視点から、当事者参加原則について検討したい。具体的には、租税代替化の進展に歩調を合わせるかのように進行した労使自治に対する見直しと社会保障財政法律について考察する。検討の対象となる時期は1990年代が中心である。

(1) 当事者参加原則に対する見直しの機運

ラロックが国家とは一線を画する社会保障制度の構築を標榜し、社会保障制度の管理運営を、保険料を負担する当事者すなわち被傭者と使用者に委ねたときから、労使双方と国家との緊張関係が形成された。この緊張関係は、国家、特に行政の権限を拡大しようという動きに対して、労使が一致してそれを阻むという図式で展開されてきた。

この緊張関係に最初のくさびを打ち込んだのが、1958年に制定された第5共和国憲法である。周知のように、第5共和国憲法は法律事項とデクレ事項とを明確に分離した。この法律事項とデクレ事項との分離は、ただちに国家と労使双方との緊張関係に影響を及ぼすものではなかったが、デクレ事項に基づき行政が手に入れた権限、例えば給付水準の設定や保険料率の決定等を通じて、ラロックプランにおいて示された当事者参加原則はいわば形式論理としての原則に過ぎなくなった。けれども、表面的には1980年代を通じて、当事者参加原則はなお、その実質はさておき形式論理としての地位を保持していた。

しかし、1980年代後半から1990年代前半にかけて、当事者参加原則の帰趨を左右する動きが出てきた。第一は金庫理事会の管理運営能力に対する不信ともいえるべき評価である。第二は使用者側の方針転換、第三は金庫理事会の形骸化である。

① 管理運営能力に対する不信

形式論理とはいえ、その命脈を保ってきた当事者参加原則は、以下に述べる3つの理由から大きく見直されることになった。ひとつは財政問題に関連して、労使双方が抵抗勢力として大きな影響を及ぼしたことである。この抵抗勢力としての存在とも密接に関連するいまひとつ問題は、政策推進力ともいえるべき問題である。3つ目は、財政的自律原則にも関連する金庫資金の不正流用問題である。

第一の財政問題に関するここでの焦点は、社会保障制度の管理運営を担う労使代表が保険料率の引上げや給付水準の引下げに対する抵抗勢力として、行政に立ちはだかったことである¹⁷⁶。保険料率の引上げや給付水準の引下げが行政の専権で定められるデクレ事項に該当するとはいえ、金庫理事会の反対を押し切るためには、相当の理由が必要である。ここに、CSGを導入する際の論理として普遍性原理が持ち出された理由を見出すことができる。しかし、行政にとって、形式に過ぎないとはいえ、金庫理事会の存在は政策形成のための重大な足かせと認識されるようになった。

¹⁷⁶ Bruno Palier, "Gouverner la sécurité sociale", puf, 2002, p.353.

このことと密接に関連して、当事者参加原則が見直されることになった第二の理由は、政策推進力に関する議論である。保健・連帯省（Ministère de la Santé et des Solidarités：日本における厚生労働省に相当）は経済・財政・産業省（Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie：財務省に相当）のほかに、社会保障制度の運営を担う当事者との調整のうえに社会保障政策を決定しなければならないため、政策立案に多大の時間を要するとともに有効な施策を採用しがたいとの議論が活発となった。これらの議論は政府高官から発信されたものであり、行政府のいらだちともいえる。しかし、社会保障制度が定着浸透し、その財政規模が大きな比重を占めるようになればなるほど、有機的かつ効果的な政策の立案とその遂行が求められる。このような要請が高まれば高まるほど、当事者参加原則のもとでは、こうした有機的・効果的な政策の立案・遂行は無理であるとの認識が醸成されていった。そしてこのことは、ジュペプランにおいて責任の明確化が打ち出された背景のひとつとなった。

第三は、金庫資金の不正流用問題である。1990年6月、会計院（Cour des comptes）は全国被傭者医療保険金庫（CNAMTS）に関する報告書のなかで、金庫資金の不正流用問題を明らかにした。会計院は、CNAMTS 理事会会長の浪費（frais abusives）と労働組合に対する資金流用を指摘した。特に後者は、金庫理事会の理事ポストを口実に所属組合に金庫資金を充当するものであった。この資金流用は会計院の報告書が公にされた後にも継続し、1991年から1994年まで、CNAMTS から労働組合及び使用者側に1,817万フランが支払われたと報道されている。この金庫資金の不正流用問題は、金庫理事会の機能不全を国民の前により一層明白にするとともに、当事者参加原則と財政的自律原則の双方に対する抜きがたい不信を与えることになった。

以上のような当事者参加原則を見直そうとする機運は、ジュペプランの延長線上に位置する2004年8月13日の法律として結実した。そこに示されているように、金庫理事会に代表される当事者参加原則に対する不信は、社会保障費が国内総生産の伸び率を上回る勢いで上昇するなか、突出した伸び率を示しながら、何ら有効な対策をとることのできなかったCNAMTSの理事会に向けられた。

② 使用者側の方針転換

フランスの経営者団体は、国家とは一線を画する社会保障制度を構築するという点では、労働組合と共同歩調をとってきた。全国金庫を3分割した1967年改革においても、そしてまた財政基盤の弱体化した個別制度を制度間連帯によって救済する財政調整を導入した1974年法においても、国家から自律した社会保障制度の構築及び維持・継続を被傭者側と一致して主張してきた。

しかし、このような使用者側の態度にも変化の兆しがみられるようになった。当事者参加原則の存在意義を再検討すべきであるとの主張である。フランス企業運動（Mouvement des Entreprises de France：MEDEF）の前身であるフランス経営者団体（Conseil National du Patronat Français：CNPFP）は、1995年1月25日に「労使同数管理（Paritarisme）：条件と機

能」と題する重要な報告書を公刊した¹⁷⁷。この報告書は、労使同数管理の有効性について正面から疑問を表明し、現在の金庫理事会・評議会の役割にも影響を与えたと思われる。労使のバランスが均衡を欠いていること、有識者の影響力 (*présence de personnes qualifiées*) 及び政策決定における政府の基本的な役割という 3 点から、労使同数管理 (*paritarisme*) はその信頼性を失っているとし、管理運営に関する参加から商法上の監査役会 (*conseil de surveillance*) のような政策方針への労使同数管理 (*paritarisme d'orientation*) を提言している¹⁷⁸。

まずここで留意しておくべきことは、この報告書が公にされた時点において、金庫理事会の構成は被保険者代表が優位な状況であったことである。したがって、労使同数制のもとでも、このような主張がなされたことについては割り引いて考える必要がある。とはいえ、有識者の発言力が増し、政府が政策の立案・遂行において決定的な役割を果たしているという認識は、国家の介入を極力排除しようとしてきた当事者としては重大な状況判断ということができる。

このような判断がなされた背景には、負担のしわ寄せが制度発足当初から使用者側に重く、かつまた度重なる料率の引上げに対して、金庫理事会がそれを抑制する歯止めの役目を全く果たしてこなかったという歴史的状況判断と、その結果として保険料率が限界に達しているとの現状認識があったものと推測される。そして、この判断に基づき、使用者側は、管理運営に対する参加から後退して政策方針への参加に移行すべきことを提言した。この提言の方向性は、ジュペプランと軌を一にするものであり、行政府が社会保障制度に関する管理運営の前面に登場することを側面から支持することとなった。このことは、当事者参加原則からいえば、管理運営に関する参加原則の戦線を縮小するという譲歩を意味する。しかし、この譲歩は社会保障制度すべてにおける管理運営からの撤退ではなく、失業保険や補足制度については、なお当事者参加原則を放棄するものではない。言葉を換えれば、失業保険や補足制度を除く医療保険や年金保険における管理運営については、保険料率のこれ以上の引上げを回避する代償として、管理運営に関する関与から方針策定への関与に方向転換することを示している。理念論、運動論として当事者参加原則に固執する労働組合との比較からいえば、実体的かつ実利的な判断ということができる。

③ 金庫理事会の形骸化

当事者参加原則に対して、使用者側がその再検討を表明したのに対して、被保険者を代表する被傭者側は、社会保障に対する国家の介入を嫌悪し、あいもかわらず当事者参加原則を維持する立場を崩していなかった。しかし、被傭者側すなわち労働組合の主張とは裏腹に、金庫理事会の形骸化を象徴する事態が発生していた。それは被傭者理事の選出方法に関連する。

¹⁷⁷ 原題「Paritarisme: conditions et enjeux」. 要約については、<http://www.institut-entreprise.fr>参照. なお, Bruno Palier, op.cit., p.358 et s.

¹⁷⁸ Bruno Palier, op.cit., p.358 et s.

1967年に行われた全国金庫の3分割にあわせて、金庫理事会は労使同数原則が採用されていた。しかし、ミッテランが大統領に選出されたのちその選挙公約に従い、1982年12月17日の法律(Loi No.82-1061)により、金庫理事会は再び被傭者理事が優位を占めると同時に、被傭者理事の選出方法は被保険者による選挙方式に変更された¹⁷⁹。ところが、最も代表的な全国組織による指名方式から被保険者による選挙方式への変更は、現実には1983年に一度実施されただけであった。1983年に被傭者理事が選出された後、1989年7月10日の法律(No.89-474)が金庫理事会の理事の任期を5年から6年に延長した。これに続き、1990年11月28日法(No.90-1068)が選挙方式の廃止を決めると同時に、理事の任期を暫定的にさらに3年延長した。その後、1994年1月18日法(No.94-43)がこの暫定的な任期を4年とし、同年7月25日法(No.94-637)がこれを4年から5年に引き延ばした¹⁸⁰。

本来であれば1988年に予定されていた被傭者理事を選出する選挙が行われなかった事情は不明である。しかし、従来から選挙方式について時間と費用の無駄であるとの根強い議論が存在していたことも、その一因と思われる。そして、1990年の段階で再度選挙方式から指名方式への転換が決定したにもかかわらず、理事の任期を延長する措置が度重なった。このことは、被傭者側の指名方式に対する抵抗が強かったことを推測させる。ミッテラン大統領のもとで実現した被傭者優位体制と選挙方式という労働組合の既得権に対する固執の強さともいえる。けれども、選挙方式から指名方式への転換が最終的に1996年に実施され、1983年から1996年まで選挙が実施されなかったという事実は、労働組合が抵抗すればするほど、選挙方式の非合理性を明らかにした。1983年から1996年までの13年間、金庫理事会の理事はその任期を幾度となく延長されながら、大きな支障もなく一般制度が運営されたからである。そして同時にこのことは、金庫理事会の存在意義に対する不信を強めたといえることができる。理事の顔ぶれに変更がないまま、任期の延長を繰り返しながらも制度運営に大きな支障がなかったことは、制度運営に対する金庫理事会の存在意義が希薄であることを物語るからである。

こうした状況のもと、労働組合にとってはジュペ首相に足元をすくわれる形で、1996年1月24日のオルドナンス(No.96-51)が制定された。このオルドナンスは、理事の任期をさらに6カ月延長したうえ、選挙方式から指名方式への再転換を実現した。ジュペプランに対する抗議行動は、1968年におけるいわゆる5月革命以来の全国規模のものとして展開されるが、最終的には国民の支持を得られることなく収束した¹⁸¹。これは、選挙方式に固執する労働組合の主張が国民には受け入れられなかったと同時に、金庫理事会における当

¹⁷⁹ 非被傭者制度や特別制度における金庫理事会は被傭者代表が優位を占めていること、保険料はいずれにしても間接賃金であり被傭者に帰属すべきものであることを論拠に、金庫理事会の構成を被傭者すなわち被保険者代表の優位に転換した。また、代表の選出方法も、関係当事者が代表を自由に選択するためには選挙が自然であるとして、選挙方式を採用した。

¹⁸⁰ J.-J.Dupeyroux, M.Borgetto, R.Lafore et R.Ruellan, "Droit de la sécurité sociale", 15 ed. p766.参照。

¹⁸¹ ジュペプランにつき、公共部門を中心とする全国争議の結果、その改革案は撤回に追い込まれた、と評価するものとして、松村文人「フランスにおける労使関係と労働組合の変化」(大原社会問題研究所雑誌549号, 2004年8月, 12頁以下: oohara.mt.tama.hosei.ac.jp/oz/549/549-02.pdf) 27頁がある。

事者参加原則の帰趨も国民の注目を集めることができなかったことを示している。

このような選挙方式から指名方式への転換はまた、金庫理事会の会長職に関する労働組合の主導権争いにも影響を与えた。労働者の力 (FO) からフランス民主労働総同盟 (CFDT) への転換である。特に、1967 年以降、CNAMTS 理事会の会長職は FO が独占しており、CNAMTS は FO の牙城 (fief) ともいわれた¹⁸²。しかし、FO から選出された最後の CNAMTS 会長であるジャン・クロード・マレは、ジュペプランの内容を事前に知らされることもないまま、発表当日を迎えた。このことが端的に示すように、指名方式に転換した 1996 年 7 月以降、CFDT の指名した理事が 2 代続けて会長職に就任しており、現在に至っている。そして、CFDT は使用者側と協力して、社会保障制度の改革に取り組んでおり、社会保障組織における主導的な地位を固めつつあるといわれている^{183、184}。

(2) 社会保障財政法律の制定とその意義

① 社会保障財政法律

普遍性原理に基づく租税代替化の進展、管理運営能力に対する不信とも密接に関連して、社会保障制度をめぐる関係当事者の緊張関係に大きな変更を迫ったのは、社会保障財政法律の制定である。

社会保障財政法律は、ジュペプランの一環として、憲法を改正して制定されることとなった。ジュペプランは、社会保障制度をより公正なものとするため、関連するすべての組織の責任を強化し、あわせて社会保障の負債を早急に解消し、21 世紀を担う次世代のための社会保障制度を構築することを骨子とする。そして、改革の理念として「公正 (justice) の確保」、改革の方針としての「責任 (responsabilité) の強化」、改革の条件として「迅速性 (urgence)」を柱とする。こうして社会保障財政法律の制定は、公正の確保と責任の強化に関連して、社会保障財政に関する議会の責任を強化するために打ち出された。

周知のように、第 5 共和国憲法は、議会の立法権限を制限していることを大きな特徴のひとつとする。議会が法律で定める法律事項 (matière législative) は憲法第 34 条において限定列挙され、それ以外の事項は第 37 条によって行政立法としての命令事項 (matière réglementaire) とされた。そして社会保障については、第 34 条 4 項 5 号において「社会保障の基本原則 (principes fondamentaux) はこれを法律で定める」と規定するのみであった。このため、社会保障の基本原則に該当する場合には法律により、そうでない場合には命令事項として行政立法により規範を定立することとされていた。すなわち、社会保障の財政運営のために必要とされる給付水準の設定、支給開始年齢などの年齢要件、保険料率、支

¹⁸² CNAMTS 理事会の会長職は、ジャン・クロード・マレ氏 (FO) のあと、ジャン・マリー・スパース氏 (1996 年 7 月～2004 年 10 月 27 日)、ミッシェル・レジェロー氏 (2004 年 10 月 28 日から現在まで) と 2 代続けて CFDT 指名の理事が就任している。

¹⁸³ なお、使用者側の理事を指名する MEDEF は、2001 年 9 月からいわゆる 35 時間法に抗議する形で、理事の更新手続きをとらなかったため、金庫理事会に一部の使用者側理事が存在しないという空白期間が生じた。

¹⁸⁴ Bruno Palier, op.cit.p.384.

給要件としての加入期間の設定などは、政府の専権事項である命令事項とされていた¹⁸⁵。

このような立法権限を限定する態度は、それ以前、具体的には 1988 年の憲法院の決定にも反映されていた。社会財政法律として議会による社会保障財政への統制を意図した 1988 年の組織法律に対して、憲法院は「これら（組織法律）の規定は法律事項の決定を目的とするものではなく、立法手続に属するものであり、憲法第 34 条 7 項に定める組織法律の権限を逸脱する」ことを理由に違憲と判断した¹⁸⁶。このため、社会保障財政に関する議会の統制を可能とするためには、憲法そのものを改正する必要がある¹⁸⁷。

こうして、1996 年 2 月 22 日の憲法法律（Loi No.96-138）¹⁸⁸に基づき憲法第 34 条、第 39 条に新たな 1 項を設け、さらに第 47 条の 1 を挿入した。この憲法改正に基づき、同年 7 月 22 日に社会保障財政法律に関する組織法律¹⁸⁹が制定され、同年 12 月 27 日の法律¹⁹⁰により、最初の社会保障財政法律である 1997 年社会保障財政法律が成立した。

② 議会関与の意義

議会の立法権限が憲法により厳しく制限されていたとはいえ、社会保障に関する責任を強化するという改革の方針がこの時期に打ち出されたことは、日本の制度体系になじんだ目からみればやや奇異に映る。ここでは責任の強化として、なぜ議会による社会保障財政に関する統制が強められたのかを検討したい。

ジュペ首相が 1995 年 11 月 15 日に国民議会で明らかにした改革案では、社会保障制度の日常的な管理運営における「責任」を強化するため、診療体系における新たな管理体制を整えるとともに、新しい責任体制の構築が提案された。そして、責任体制の構築に関連して、議会の関与、目標管理契約及び社会保障金庫の組織改革が取り上げられている¹⁹¹。

このうち、議会については、「民主主義（en démocratie）のもとでは、まず第一に議会が決定を下す責任を負う」として、後に社会保障財政法律の審議事項となる社会保護制度の一般的指針や政策目標、租税財源などに関する決定に関与するとされている¹⁹²。ここで重要なのは租税財源に関する決定に議会が関与することであるが、それ以上の言及はない。また 1996 年 2 月 22 日の憲法法律の提案理由においても、「民主主義において、経済・社会問題の重大な選択の責任は第一に議会にある。」と述べるにとどまる¹⁹³。そして、やや詳しく解説するものでも、「経済、保健医療及び社会問題の相互依存が、社会保障に関する政

¹⁸⁵ Dupeyroux, 14ed.p.385 et s.

¹⁸⁶ Décision No.87-234 DC du 7 janvier 1988 (<http://www.conseil-constitutionnel.fr/>) .

¹⁸⁷ X.Roques,"Le Parlement et le contrôle des finances de la Sécurité sociale", Dr. Soc., N0.3 1996 p.290 et s. また、蒿さやか『年金制度と国家の役割』（東京大学出版会、2006 年）275 頁以下参照。

¹⁸⁸ Loi constitutionnelle No 96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale.

¹⁸⁹ Loi organique No 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

¹⁹⁰ Loi no 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997.

¹⁹¹ これらの組織改革は、監視委員会（conseil de surveillance）の設置なども含めて 1996 年 4 月 24 日のオールドナンス（Ord.No.96-345）により具体化された。

¹⁹² "Intervention du Premier ministre Alan Juppé sur la réforme de la protection sociale, Assemblée Nationale 15 novembre 1995", Dr. Soc., No.3, 1996, p.221 et s.

¹⁹³ Projet de loi constitutionnelle No.2455.

策選択における国家責任の再定義を強く求めることとなった」という文脈のなかで議会の責任強化を説明するにすぎない¹⁹⁴。

それでは議会の統制強化は何故、必要であったのであろうか。

キーワードとなるのは、本稿 1. で検討した社会保障財源における租税代替化の進行である。租税代替化は、いうまでもなく財源に占める保険料の比重が相対的に低下する一方、租税の比重が増加することを意味する。そして、この財源構成の変化は、1990 年代を通じて普遍性の原理に基づいて正当化され、推進されてきたものである。

このような財源構成の変化は、ラロックプラン以降 1980 年代までのフランス社会保障制度における特徴のひとつであった自律性原則にも大きな影響を与えることとなった。

繰り返し述べるように、自律性原則は、当事者の負担する保険料を財源とする財政的自律原則と管理運営の側面における当事者参加原則とに分解することができる。財政的自律原則は、租税代替化の進行により、相対的にその原則としての地位は後退を余儀なくされた。他方、財政的自律原則の相対的な地位の後退に伴い、当事者参加原則についても、その形式論理としての地位が大きく縮減された。すなわち、ジュペプランに基づく議会による統制の強化は、財源を負担する者が納税者としての国民にシフトすることに対応して、財源の帰趨を判断する主体を、それまでの保険料負担者であった当事者すなわち労使代表から国民代表へ転換することを意味する。端的に述べるならば、議会による統制の強化は、社会保障財政に関する当事者代表から国民代表への統制システムの変更であり、ジュペプランは、形式論理として存続していた当事者参加原則に終止符を打ち、国民代表による財政統制に大きな方向転換を図ったと評価することができる。もっとも、ジュペプランが当事者参加原則を完全に排除したわけではないことに留意しなければならない。社会保障財政法律の導入以後も、全国金庫や下級金庫における理事会の構成は、なお当事者参加原則に基づくものといえるからである。しかし、2004 年 8 月 13 日の医療保険に関する法律（以下、2004 年 8 月 13 日法）による医療保険全国金庫の理事会から評議会への名称変更とその権限の改正は、ジュペプランの示した方向転換によって初めて可能となった。この意味で、現在のフランス社会保障制度ないしは社会保障政策が志向するのはジュペプランに示された方向性の延長線上にあるといえよう。

さらにここで留意しておかなければならないことは、ジュペプランによる議会の統制強化は、直ちに行政権限の縮小を意味しないことである。繰り返しにはなるが、フランス第 5 共和国憲法は、立法事項とデクレ事項を峻別し、議会の立法権限を制限している。ジュペプランに基づく議会の統制強化は、立法事項として社会保障財政法律の審議・採決を付け加えたけれども、そのことが直ちにデクレ事項すなわち行政府の裁量権を縮小させることを意味するものではない。国家とは一線を画する社会保障制度の運営というラロックの意図になぞらえれば、むしろ国家という枠組が立法府と行政府とに分解されたことを意味

¹⁹⁴ R.Ruellan, "Clarification des pouvoirs et rénovation du système", Dr. Soc. No.9/10, 1996.

する。したがって、国家対社会保障組織の緊張関係は、ジュペプラン以降、立法府、行政府及び社会保障組織という3当事者間の緊張関係に移行したといえる。

4. 連帯概念の変容 —むすびにかえて—

(1) 国民連帯と職域連帯の分立・併存

ラロックプランは、国民連帯を制度構築の理念とし、一般化原則、単一金庫原則及び自律性原則という3原則に基づいて具体的な制度設計を行った。それは、すべての人が所得保障の必要性に関して同一の状況に置かれている以上、人的適用範囲は一般化されなければならない、効率的な組織運営を実現するために一元化された管理運営組織において、関係当事者が連帯して管理運営に参加する社会保障制度である。年齢、性別、職業、所得あるいはその健康状態の如何を問わず、すべての者が連帯して社会保障制度の構築にあたるというものであった。

この国民連帯の考え方は、制度構築の理念として、いわば立法者意思として継受され、社会保障法典に明文化された。しかし、その明文化は、社会保障法典が制定された時点ではなく、1978年1月2日法(Loi No.78-2)¹⁹⁵による。これ以降、1985年の社会保障法典の大改正の前後を通じて、社会保障法典は一貫してその冒頭、現行法典上ではL.111-1条第1文において「社会保障組織は、国民連帯の原則に立脚する。」と定めている¹⁹⁶、¹⁹⁷。

社会保障法典に「国民連帯」という文言を挿入した1978年法は社会保障の一般化、特に医療保険制度における個人保険制度の導入を目的としていた。かくして、この時点にお

¹⁹⁵ Loi No.78-2 du 2 janv. 1978 relative à la généralisation de la sécurité sociale.

¹⁹⁶ 社会保障法典(Css : Code de la sécurité sociale)は、1956年12月10日のデクレ(Décr.No.56-1279 du 10 déc.1956 portant codification des textes législatifs concernant la sécurité sociale)により制定され、その後、1985年12月17日の2つのデクレ(Décr.No.85-1353,N085-1354)によって現在の形式に整えられた。

現行社会保障法典は、以下の9巻(livre)構成である。

第1巻 総則—基礎制度の全部または一部に共通する規定

第2巻 一般制度に関する組織、金庫の予防、社会及び衛生活動

第3巻 社会保険、一般制度に関連する人々の諸領域に関する規定

第4巻 労働災害及び職業病(本則及び他部門に共通する規定)

第5巻 家族給付及び関連(類似)規定

第6巻 非被傭労働者諸制度

第7巻 その他の諸制度—雑則

第8巻 高齢者諸手当—障害者手当—社会住宅手当—乳幼児を監護する者のための雇用援助—旅行病人に対する扶助—保健医療に関する補足的保護

第9巻 被傭者に関する補足的保護及び労使同数制に基づく組織に関する規定

に分かれる。なお、条文は、法律規定(L : lois)、コンセイユ・デタ経由デクレ規定(R : décrets en Conseil d'État)、単純デクレ規定(D : décrets simples)からなる。

¹⁹⁷ 社会保障法典L.111-1条全文は以下のとおりである。

「社会保障組織は、国民連帯の原則に立脚する。

それ(社会保障組織)は、労働者及びその家族に対し、その稼得能力を減少し喪失させるすべての危険を保障する。それは同時に、母性、父性に関する負担及び家族の負担を保障する。

社会保障組織は、フランス領土に居住する労働者以外の人及びその家族に、疾病、母性・父性に関する負担及び家族の負担に対する給付を保障する。

この保障は、当事者及びその被扶養者が所属する法定制度によって行われる。

社会保障組織は、本法典の定める規定により、社会保険、労働災害・職業病、老齢手当に関する給付を保障するとともに、家族給付の業務を行う。」

ける国民連帯とは、抽象的にはすべての者が連帯して社会保障制度の構築にあたることを標榜する理念であるが、財政基盤の弱い個別制度を他の個別制度全体で財政支援する財政調整が行われていたことから、実際には職域間連帯と評価することができる。

それでは、ここまで検討してきたことを通じて、1990年代以降のフランス社会保障制度において、連帯の理念はどのように機能しているといえるだろうか。

結論からいえば、本稿冒頭で述べたとおり、連帯の理念は二極分解している。普遍性原理に基づく国民連帯の理念と業種や職種を同じくする者で組織される職域連帯の理念である。換言すれば、現在のフランス社会保障制度は、国民連帯と職域連帯とが分離して、併存状態にあるといえることができる。ある論者によれば、前者すなわち国民連帯を所属による連帯 (*solidarité d'appartenance*)、後者すなわち職域連帯を参加による連帯 (*solidarité de participation*) とに分化した過程に移行したと論じている¹⁹⁸。

繰り返し述べてきたように、ここにいう国民連帯とは、租税代替化の正当化理念として機能している。すべての人にあまねく起こりうる事象に対して、所得水準の違いを排除して、等しく保障を与えるという普遍性原理に基づき、その財源を確保するための論理だからである。普遍性原理に基づくため、その給付は拠出を要件としない無拠出給付であり、居住要件をもとに支給される。財源はCSGであり、負担者は社会構成員としての国民ないしは市民である。かくして、支給要件や財源構成のあり方から、社会に帰属することを通じて給付・負担関係が発生することに着目した、所属による連帯といえることができる。そして、このような国民連帯の理念が妥当する領域は、医療保障、家族給付、自立高齢者手当 (*Allocation personnalisée d'autonomie : APA*) 及びRMIに代表される社会参入部門である。

これに対して、職域連帯は自律性原則を維持する理念として機能している。一定の社会集団を対象に、その集団の所得水準に応じて、負担に比例した給付を保障するための論理である。ここでは、当事者の負担する保険料を財源とし、保険料負担者が管理運営にも参加するという財政的自律原則と当事者参加原則、すなわち自律性原則が依然として維持されている。財源が報酬に比例する保険料であることとの関係で、給付も保険料の負担に比例する。かくして、保険料を負担する当事者が管理運営にも参加することから参加による連帯といえることができ、これが妥当する領域は失業保険、補足制度を含めた年金部門及び補足医療給付部門であり、論者によってはこれに労働災害部門を加える場合もある¹⁹⁹。

(2) 今後の展望

CSGを導入した1990年12月29日の法律を突破口に、フランスは租税代替化に方向転換した。この社会保障財源における租税代替化の進展は、社会保障制度の構造自体にも大きな影響を及ぼし、フランス社会保障制度全体の構造改革として結実した。1995年末のジュペプランである。ジュペプランは、社会保障財法律の審議を通じて、国民を代表する

¹⁹⁸ M.Borgetto, "Logique assistancielle et logique assurancielle dans le système français de protection sociale: le nouveaux avatars d'un vieux débat", Dr.soc., No.1 janv.2003 pp115 et s.

¹⁹⁹ M.Borgetto, op.cit., p120.

議会の関与を強化し、フランス社会保障制度の特徴のひとつであった当事者参加原則を相対的に後退させることになった。このジュペプランの延長線上に、2004年8月13日の医療保険に関する法律が位置し、そこではCNAMTSにおける理事会の評議会への名称変更とその権限の縮小がもたらされた。

以上のような動向のなかで、国家主導化（étatisation）とでも訳すべきテーマのもとで活発に展開されている議論は、立法府、行政府及び社会保障組織という3者の緊張関係を前提に、これら3者間でいかなる権限配分を行うべきかなどフランス社会保障制度の今後のあり方を問うものである²⁰⁰。

今後の動向を占う上でひとつ注目したいのは、医療保険における使用者の保険料率の高さである。3の(1)②使用者側の方針転換で述べたように、当事者参加原則の見直しに関連して、使用者側は政策方針への労使同数管理を主張し、その方向でCNAMTSにおける理事会から評議会への名称変更がなされた。このように使用者側の志向する方針が採用されたことも反映して、いままでのところ、使用者側は医療保険料率について別段の異議を唱えてはいない²⁰¹。けれども、医療保障が国民連帯の範疇に組み込まれるのであれば、そして国民連帯と職域連帯との棲み分けを明確にするならば、その財源もまた保険料から租税に転換されるべきである。しかし、使用者の負担する保険料に見合う財源をどのように捻出するかという問題が残されている。したがって、国民連帯と職域連帯との分立・併存過程は、使用者の保険料負担に代わる財源をいかなるリクツにより導き出すかが合意されない限り、存続するものと考えられる。

こうした国民連帯と職域連帯との分立・併存過程は同時に、普遍性原理に基づく一定水準の保障と職域連帯に基づく上乘せ・補足給付としての機能の分化を明確にするとともに、就労形態の多様化による脱被傭者化の帰趨によって制度構造の重心が変化することになる。

²⁰⁰ R.Ruellan,"Qui est responsable de la sécurité sociale?",Dr.soc.,1995,p.718, et "Clarification des pouvoirs et renovation du système",Dr.soc.,1996,9.779,M.Blondel,"L'étatisation, antichambre de la privatisation", Dr.Soc., 1996,p.241,R.Pellet,"Étatisation, fiscalisation et bugétisation de la sécurité sociale?",Dr.soc.,1995,p.296. 等参照.

²⁰¹ <http://www.medef.fr>

補論 I 2004 年医療保険改革に伴う組織の改編と保険者自治

フランスの社会保障制度は、ピエール・ラロックの策定したラロックプランに基づく1945年10月4日及び10月19日のオルドナンスを出発点とする。そこでは、制度構築の理念として国民連帯を掲げ、一般化原則、単一金庫原則及び自律性原則という三原則に基づいて、国家とは一線を画する社会保障制度を構想した。一定の保険事故に対する所得保障を目的に、最終的にはすべての国民を対象とし、全国社会保障金庫を頂点とする一元化された管理運営組織のもと、被保険者や使用者等の負担する保険料を唯一の財源として、関係当事者自らが直接制度の管理運営に関与するという社会保障制度である。

ラロックは、国民すべてが等しく社会保障を必要とする状況にあるという認識のもとで、社会保障計画を立案した。社会危険に対する所得保障の必要性が一定の階層に特定できない状況においては、新たに構築される社会保障制度はすべての国民を対象とするものでなければならないとした。制度構築の理念としての国民連帯の標榜であり、一般化原則の定立である。これに対して、単一金庫原則は制度構築における管理運営組織の具体的な設定方法と一般化原則の具体策を提示した。管理運営組織と人的適用範囲の拡大との関係を規律しているからである。また、社会保障制度の管理運営に関する当事者参加原則と社会保障財政に関する国家からの自律からなる自律性原則は、国民連帯の理念に基づく制度構築のあり方を示す原則といえることができる。これらラロックプランにおける3原則のなかでフランス社会保障制度を特徴づけるものは何よりも、自律性原則に求められる。したがって、フランス社会保障制度の展開過程は、自律した制度の構築を目指す社会保障制度と国家との緊張関係の過程と言い換えることも可能である。

ここでは、自律性原則の帰趨を検討するうえで重要な課題である管理運営組織の変遷を管理運営体制の枠組、金庫理事会の構成を考察し(1.)、次に医療保険を中心とする大きな改革を行った2004年8月13日法による管理運営組織の改編を検討する(2.)。これらは、管理運営組織のあり方に焦点をあてた社会保障制度と国家との緊張関係の検討であり、保険者自治に関する検討素材を提供するものである。

1. 管理運営体制の概観

ここでは、2004年8月13日法に基づく管理運営組織の改編を検討する前提として、管理運営組織と金庫理事会の理事の構成に関する変遷を中心に管理運営体制を概観する。

(1) 管理運営組織の変遷

国民連帯の理念に基づき一般化原則を標榜したラロックプランは、論理必然的に単一金庫原則の構築を意図した。これは管理運営の効率化にとどまらず、すべての国民が等しく社会保障を必要とする状況にあるという認識からの帰結であった。そこで想定されたのは、全国社会保障金庫を頂点とする組織網である。

しかし、この構想は比較的早い時期に頓挫する。それは、外的要因と内的要因とによる。第一の外的要因とは、非被傭者との関係である。すなわち、自営業者を中心とする反対に

遭遇して老齢保険制度の一般化に失敗し、自営業者等のための「老齢非被傭者手当の創設」に関する 1948 年 1 月 18 日法が制定されたからである。この結果、すべての国民を対象に社会保障制度の管理運営を行うという全国社会保障金庫構想は頓挫した。手工業、商工業及び自由業に属する人々に対する老齢保険制度は、1950 年 1 月 1 日から、それぞれ全国手工業者老齢保険調整自治金庫、全国商工業自営業者自治組織調整金庫、全国自由業者金庫が設立され、農業経営者に関する老齢保険制度は 1952 年 7 月 10 日法により、その枠組が示された。これらの金庫が組織されたことにより、全国社会保障金庫は民間労働者を中心とする一般制度の管理運営組織としての性格を強めることになった。

第二の内的要因とは、全国社会保障金庫を頂点とする管理運営システムのなかで、県レベルではあるが、家族手当金庫の設立が認められたことである。1949 年 2 月 21 日の法律による。この結果、県レベルでは、初級医療保険金庫と家族手当金庫が併存することになった。

次の大きな管理運営組織の改編は、1967 年 8 月 12 日のオルドナンスに基づく全国社会保障金庫の分割である。社会保障制度を歴史叙述の対象として 2005 年の状況からふりかえると、1967 年改革もまた、ジュペプランあるいは 2004 年 8 月 13 日法と同様に、医療保険財政の均衡を確保するという観点から行われた改革である。

この 1967 年改革では、まず、全国社会保障金庫を、医療保険、老齢保険及び家族手当に分割し、さらに保険料徴収の全国組織を設けた。全国被傭者医療保険金庫 (CNAMTS)、全国被傭者老齢保険金庫 (CNAVTS) 及び全国家族手当金庫 (CNAF)、そして社会保障組織中央財務管理機構 (ACOSS) である。

管理運営組織に関する 1967 年改革の意義は、管理運営業務に関する機能分化の徹底と職域保険制度の複数併存体制の承認という 2 点に集約される。

第一の管理運営業務に関する機能分化は、保険給付部門に関する 3 つの全国金庫のほかに、保険料徴収部門の全国組織を設けたことである。給付業務と徴収業務の分業体制を確立し、給付部門については保険事故の性格に応じた組織の分割を行った。

第二の複数併存体制の承認は、給付部門の全国金庫の名称に端的に示されている。医療保険と年金給付を扱う 2 つの全国金庫には、それぞれ被傭者という語句が付された。このことは、ラロックが将来的にはすべての国民を対象とする社会保障制度と位置づけた一般制度が、民間企業を中心とする「被傭者」のための組織とされたことを示している。しかし、歴史の神様がいたら、その神様が我々に暗示してくれたとも思われるように、家族手当部門については「被傭者」なる語句は使用されていない。これは、その歴史的経緯から家族給付部門が被傭者・非被傭者の垣根を取り払っていたことと密接に関連する。ある意味では、1967 年以降の、ということは現在においてということでもあるが、時代の変遷に伴う事情の変化に対応する布石ないし可能性が、全国家族手当金庫という名称に示されているということが出来る。結論を先に急げば、普遍的医療給付 (CMU) の導入や一

般社会拠出金（CSG）引上げの原動力となった医療保障の普遍性は、社会保険システムを維持するか否かを含めて、「被傭者」という語句への執着が希薄化しているといえるからである。

この1967年改革に次ぐ大きな組織改編は、2004年8月13日法に基づく全国医療保険金庫連合（Union nationale des caisses d'assurance maladie : UNCAM）の創設である。これについては、保険者の位置づけ（2.）で検討する。

（2）金庫理事会の構成

社会保障制度の管理運営と財政に関する国家からの自律とともに、自律性原則の一翼を担う当事者参加原則の変遷もまた、国家との緊張関係を示す大きな指標となる。

一般制度に関する金庫理事会の構成については、保険料を負担する労使がともに理事会に参加する点では変更はないものの、理事会の構成について、これまでに大きく4度の変更があった。そして現在、CNAMTS及び初級医療保険金庫の理事会は、2004年8月13日法に基づき、評議会にその名称を変更した。

1945年10月4日のオールドナンスは、被傭者代表が優位を占める当事者参加原則を採用した。全国金庫は関係官庁の代表も参加し、家族手当金庫はその人的適用範囲の関係から非被傭者代表も存在するなどやや事情を異にするものの、初級医療保険金庫と地域圏医療保険金庫理事会では被傭者代表が優位を占めていた。そして、被傭者代表理事の選出方法について、1945年10月4日オールドナンスは、最も代表的な労働組合組織の指名としていたが、翌1946年10月30日法により、被保険者による直接選挙方式に変更された。何故、被傭者代表が優位を占めていたかについては、社会保険における使用者負担は実質的に被保険者すなわち被傭者の賃金であるとする古典的な考え方が根強かったことと、対独協力に関する懲罰的な措置といわれている。

理事会の構成は、その後、被傭者代表の優位と労使同数制との間で、3度の変更があった。最初の揺り戻しは、1967年8月12日のオールドナンスによる労使同数制の採用である。先に述べたように、この修正は全国金庫の3分割と同時になされた。1967年改正は、使用者側が保険料の負担割合に見合った発言力の付与を求めた結果であり、その背景には補足制度における労使同数管理の実績があった。また同時に、被傭者代表の選出方法も改正され、最も代表的な労働組合組織による指名とされた。

2度目の変更は1982年12月17日の法律による。この変更は、ミッテラン大統領が大統領選挙における左翼陣営の選挙公約を実現したものとされている。非被傭者制度や特別制度における金庫理事会は被傭者代表が優位を占めていること、保険料はいずれにしても間接賃金であり被傭者に帰属すべきものであることを論拠として、金庫理事会の構成を被傭者すなわち被保険者代表の優位に再度転換した。また、代表の選出方法も、関係当事者が代表を自由に選択するためには選挙が自然であるとして、最も代表的な全国組織の指名

から被保険者による選挙方式に変更した²⁰²。

これを再び労使同数制及び指名方式に変更したのは、ジュペプランに基づく 1996 年 4 月 24 日のオルドナンス (Ord.No.96-51) である。ジュペプランに基づく理事会構成の改正は、3 点に要約できる。第一は選挙方式の廃止と指名方式の採用である。第二は労使同数制の採用であり、第三に關係部門を管轄する大臣の指名する有識者の拡大である。

このジュペプランに続いて 2004 年 8 月 13 日法は、CNAMTS 及び初級医療保険金庫における理事会の名称を評議会に変更し、評議員構成の点でも有識者の人数を 4 名から 6 名に増員した。一般制度の各金庫における評議会・理事会の構成は以下のとおりである。

	全国被傭者医療 保険金庫 CNAMTS	全国被傭者老齡 保険金庫 CNAVTS	全国家族 手当金庫 CNAF	社会保障組織中央 財務管理機構 ACOSS
名称	評議会	理事会		
使用者代表	13	13	10	10
自営業者代表			3	3
被保険者代表	13	13	13	13
有識者	6	4	4	4
その他*1	3 (FNMF)		5 (UNAF)	
総数	35	30	35	30

<諮問権者> 従業員代表 UNAF	3	3 1	3	3

	初級医療保険 金庫 CPAM	地域圏医療 保険金庫 CRAM	家族手当 金庫 CAF	社会保障・家族手 当保険料徴収連合 URSSAF
名称	評議会	理事会		
使用者代表	8	8	5	5
自営業者代表			3	3
被保険者代表	8	8	8	8
有識者	5	4	4	4
その他	2 (FNMF)	1 (FNMF)	4 (UNAF)	
総数	23	21	24	20

<諮問権者> 従業員代表 UNAF	3 1	3 1	3	3

注) その他*1 に含まれるのは、全国フランス共済組合連合 (Fédération Nationale de la Mutualité Française : FNMF) 及び全国家族協会連合会 (Unions Nationales des Associations Familiales : UNAF) である。

出典) J.-J.Dupeyroux M.Borgetto R.Lafore R.Ruellan,"Droit de la sécurité sociale",15ed.p1072 に基づき筆者作成。

²⁰² このように指名方式から転換された選挙方式は、しかし現実には 1983 年に 1 度実施されたに過ぎない。1989 年 7 月 10 日の法律が金庫理事会の理事の任期を 5 年から 6 年に延長したのに続いて、1990 年 11 月 28 日法が選挙方式の廃止を決めると同時に、理事の任期を暫定的にさらに 3 年延長した。その後、1994 年 1 月 18 日法がこの暫定的な任期を 4 年とし、同年 7 月 25 日法が 5 年と引き延ばした。さらに、1996 年 1 月 24 日のオルドナンスがその任期を 6 カ月延長したうえで、選挙方式から指名方式への再々転換がようやく実現した。J.-J.Dupeyroux,M.Borgetto,R.Lafore R.Ruellan,"Droit de la sécurité sociale", 15ed.p766.参照。

2. 保険者の位置づけ—2004年8月13日法に基づく組織改編

フランス医療保険制度における保険者の位置づけを検討するうえで重要な動向として、2004年8月13日の医療保険に関する法律（以下、2004年8月13日法という）の制定²⁰³があげられる。

2004年8月13日法は76カ条から構成され、社会保障法典や公衆衛生法典（以下、それぞれCss.、Csp.と略す）の多くの条文を改正し、改革の内容は多岐にわたる。2004年8月13日法による改革の焦点は、表面的には医療需要に対する規制の強化ということになる。定額負担金やかかりつけ医制度の導入、個人診療情報記録（DMP）の明文化及び傷病手当金に該当する日額手当金に関する規制強化を打ち出しているからである²⁰⁴。

しかし、改革の核心は何よりも、CNAMTSの事務局長を事務総長に格上げし、同時に新たに創設されたUNCAMの事務総長を兼務させ、償還率の引上げや医療協約の交渉締結権限を与えたことであろう。ある意味では、事務総長の独裁体制の確立であり、その反動として、CNAMTSの組織²⁰⁵を改編し、金庫理事会の権限を縮小したといえる。

ここでは、保険者の位置づけを考察するうえで重要と思われる CNAMTS の組織改編を初級医療保険金庫もあわせて検討し、新たに創設された UNCAM の権限を考察する。また、保険者とは直接関係しないが、保険者機能を検討する際の重要な存在と考える警告委員会

²⁰³ 2004年8月13日法、特に需要サイドに着目した医療費抑制策については、拙稿「フランスにおける医療費抑制策の変遷—2004年8月13日の医療保険に関する法律をめぐって—」社会保険旬報2272号（2006年）18頁以下参照。

²⁰⁴ 健康保険法における傷病手当金に相当する日額手当金は、原則として、保険料賦課算定上限額の範囲内の基礎日額賃金の50%が連続する3年間のうち360日支給される。

社会保障総監察局（IGAS）の統計によれば、被保険者の25%が、少なくとも1度、日額手当金を利用しており、1997年から2002年の5年間にその支給額がほぼ50%増加しており、2004年8月13日法は被保険者と医療従事者双方に関する規制を強化した。

まず、日額手当金の支給要件として、以下の4点が明記された（Css.L.323-6）。①医師示した処方箋の遵守、②医療審査機関による監督、③医師に認められた外出時間の遵守、④認められていない活動の禁止である。すなわち、日額手当金を受給している被保険者については、医療保険金庫審査医の監督に服する義務を負い、その監督に従わない場合には日額手当金を減額するか、その支給を停止することができる（Css.L.324-1）。また、日額手当金を受給しようとする被保険者は、労働を中断する旨の医師の診断書を48時間以内に、支給を担当する医療保険金庫に通知しなければならない（Css.L.321-2）。この通知を怠った場合、金庫事務局長は制裁措置を定めることができる。さらに、労働の中断が3カ月を超えるときは、医療保険金庫の審査医が、患者の属する企業の産業医に対して、労働再開の条件及び方法を準備するよう、あるいは被保険者の利益になる訓練等を考慮するよう求めることができる。

他方、医師に対しては、医療審査機関との事前協定を取り交わしていることを条件に、日額手当金・移送費の処方箋を出すことができる（Css.L.162-1-15）。この協定を通じて、他の医師と比較して、労務の中断に関する処方頻度や中断期間が長期に及ぶ医師に対する監督を強化することとされた。また、労務の中断期間を延長するには、最初に処方を出した医師が診断する場合にしか認められないこととされた。

²⁰⁵ フランスの医療保険制度、特に民間労働者を中心に国民の約84%を組織する一般制度において、一部に、その保険者を初級医療保険金庫とする誤解がみられる。これは、ひとつにはCNAMTSが公施設法人であるのに対して、初級医療保険金庫が共済組合法典に基づく私法上の組織とされていたためである（旧Css.L216-1）。しかしこの規定は、2005年7月18日のオールドナンス（No.2005-804）により、「aux prescriptions du Code de la mutualité, sous réserve des」の部分が削除され、現在では社会保障法典に基づく私法上の組織となっている。2005年オールドナンス以前における、法人の種別の違いは職員に適用される法律が公務員法か労働法かという違いには反映されるが、医療保険制度の管理運営には影響しない。初級医療保険金庫は、医療保険制度の管理運営の側面では、全国金庫の下級機関に過ぎず、医療保険の管理運営の主体は全国金庫であり、この点から全国金庫が一般制度の保険者ということになる。

(Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie) と高等保健機構 (Haute autorité de santé : HAS) についても検討を加えておきたい。警告委員会と HAS は、2004 年 8 月 13 日法に基づき新設された組織であり、医療保険支出全国目標 (objectif national de dépenses d'assurance maladie : ONDAM) の実効化に向けた布石と評価されるべき組織であるため、後に検討する保険者機能論とも密接に関連するからである。

(1) 全国被傭者医療保険金庫及び下級金庫の組織改編 (Css.L.221-1 条 et s.)

CNAMTS は、一般制度といわれる民間労働者を対象に組織される医療保険制度の管理運営組織である。この一般制度は、最も被保険者数の多い医療保険制度であるため、医師組合との医療協約の交渉の中心となり、医療政策等の決定に対して大きな影響力を持ってきた。

2004 年 8 月 13 日法は、CNAMTS の意思決定機関であった理事会 (conseil d'administration) を評議会 (conseil) に、また事務局長 (directeur) を事務総長 (directeur général) に名称を変更した。事務総長の権限を強化した結果、相対的に評議会の役割は縮小したといえることができる。理事会から評議会への名称変更は、初級医療保険金庫においても実施された。

① 理事会から評議会へ

まず、理事会についてはその名称を評議会 (conseil) に変更したうえ、全国金庫の任務を定める条文 (Css.L.221-1 条) の字句を修正し²⁰⁶、評議会の構成と審議事項に関する規定を設けた (Css.L.221-3 条)。

評議会の構成は、それまで理事会の構成を定めていた条文 (Css.L.221-3 条) を全面的に修正した。労使同数制の枠組には変更はないものの、構成人数が 33 名から 35 名に増員された。被保険者代表として労働者代表と使用者代表、全国フランス共済組合連合 (FNMF) の指名する代表の人数に変更はなく、それぞれ各 13 名と 3 名である。これに社会保障担当大臣が指名する有識者代表が 4 名から 6 名に増員された²⁰⁷。

また、評議会の審議事項が明記された (Css.L.221-3 条)²⁰⁸。保健医療政策の実施、医療施設を含めた診療体制の組織化及び予防ないし診療の有効活用に関連する医療保険の協力に関する指針を審議するなど、9 項目に及ぶ²⁰⁹。全体的な傾向としては、具体的項目に関

²⁰⁶ 全国金庫の任務に関する Css.L.221-1 条における字句の修正は、3 カ所である。このうち、同条第 1 項 3 号及び 7 号は、2004 年 8 月 13 日法による公衆衛生法典の改正に伴うものと、1996 年 4 月 24 日のオールドナンス (Ord.No.96-345) により削除された条文の引用を正すものである。いまひとつは第 4 号で、社会衛生活動 (action sanitaire et sociale) に関連して、「理事会の意見を徴した後、大臣アレテにより定めるプログラムの枠組において」という部分が削除された。

²⁰⁷ Css.L.221-3 条,R.221-2 条.このほか議決権は有さないものの、諮問委員として、金庫従業員代表 3 名が評議会に加わる。

²⁰⁸ 2004 年 8 月 13 日法以前には、理事会の審議事項は特に社会保障法典には明記されていなかった。

²⁰⁹ 評議会は、以下の事項を決定することを任務とする (Css.L.221-3 条)。

- ①保健医療政策の実施、医療施設を含めた診療体制の組織化及び予防ないし診療の有効活用に関連する医療保険の協力に関する指針
- ②リスク管理政策の指針及びその実施のための目標の設定
- ③議会に提出する収支状況の提案

する指針、方針などの抽象的総体的な事項にとどまり、後に検討する事務総長の権限と比較すると、その存在感は薄いといえる。

② 事務局長から事務総長へ

次に、事務総長についてである。先に述べたように、それまでの事務局長は名称を変更し、事務総長とされた。そして、CNAMTS の事務総長は、次に検討する UNCAM の事務総長も兼務するため、非常に大きな権限を与えられている。

事務総長職について、2004年8月13日法は新たな規定(Css.L.221-3-1条)を設けた²¹⁰。この規定は、事務総長の任命手続、その権限及び下級金庫の事務長等に関する人事権に大別される。

第一は任命手続である。事務総長は、5年の任期でデクレに基づいて任命される²¹¹。この任命に際して、社会保障担当大臣は評議会に打診することとされているが、評議会は3分の2以上の反対がなければ、大臣の提案に反対できない。解任についても同様に、同じく評議員の3分の2以上の賛成がなければならない。従来は、理事会会長の意見を徴したうえで、社会保障担当大臣が任命するとされていただけであり(Css.L.226-1条)、評議会の関与が明文化されたことに対しては評価しうるが、3分の2以上の同意という要件は実質的に大臣が直接指名することと異ならない²¹²。

第二は、事務総長の権限である。評議会が全国金庫の指針や方針など抽象的総体的な事項を決定するのに対して、事務総長は具体的な問題についての決定権限を有する²¹³。

④政府との間に締結される複数年目標管理協定の方向性

⑤監督及び予防活動、濫用及び過誤に対する取組に関する原則の決定

⑥利用者に提供されるサービスの改善に関する目標

⑦高等保健機構(HAS)の定める治療の有効活用に関するガイドラインを前提にした被保険者と医療従事者とのコミュニケーションに関する方針

⑧地域圏、地方及び連合体組織の組織化に関する方針

⑨全国予算の管理及び執行

²¹⁰ 従来の事務局長については、Css.224-3条が法律上、金庫を代表し、市民生活上の行為を代表するとの規定が存在しただけで、CNAMTSの任務等を規定する第2編第2部第1章には、事務局長に関する規定は存在しなかった。なお、Css.L.224-3条は2004年8月13日法後もそのまま存続している。

²¹¹ 従来の事務局長についてもデクレによる任命である(Css.R.224-6条)。

²¹² Css.L.226-1条の基本的な内容は、2004年8月13日法の前後で変更はない。しかし、2004年8月13日法により、「L.222-3-1条第1項第2項に定める留保のもとで」という文言が挿入されたが、2005年版社会保障法典(Dalloz)及び<http://www.legifrance.gouv.fr/>にも、L.222-3-1条に該当する条文は存在しない。ただし、条文番号から推測すれば、この条文は全国老齢保険金庫に関する条文である。

²¹³ 事務総長は、Css.L.221-3-1条によれば、本文で紹介する以外に、概ね以下のような諸権限を有する。なお()は条文の項目番号を示している。

金庫を統括し、地域圏・地方金庫網を管理掌握する。健全な職務遂行に責任を持つ。このため、必要なすべての決定を行い、他の機関に付与されていないすべての権限を行使する(第3項)。

政府との間で締結される目標管理協定及び複数年目標管理協定の交渉を行い、調印する(第4項)。

全国金庫、地域圏・地方金庫網及びその連合体の管理について、特に以下の事項を処理する(第5項)として、以下の4項目を定めている。①全国金庫における業務、不動産管理や公債の発行を含む財務など、組織及び職務全般にわたる決定とその遂行、②全国金庫に関わる運営予算や基金予算の作成とその執行、金庫の名で締結される協定の締結とその適正な執行、③一般制度に関する金庫網の運営に必要な措置の採用、及び④医療費抑制のために講じられる情報化システムの確保である。

特に、2004年8月13日法に基づき事務総長に認められた重要な権限は、社会保障財政法律によって定められるONDAMを遵守するために必要なすべての措置を講じることを決定する権限（Css.L.221-3-1条第6項）と下級金庫の事務長に関する人事権（Css.L.217-3-1条）である。

後に検討する警告委員会と関連して、事務総長はONDAMによる目標値を実現するため、医療保険の償還の対象となる診療行為の範囲を定め、被保険者の負担割合を決定する権限が認められた²¹⁴。また、目標を超える可能性について、適切な期間に関係諸機関に対し情報を提供すること、及びONDAM等の規定を無視する下級金庫の決定等を停止ないし取り消すことができるとされている²¹⁵。

第三は人事権である。人事権に関して2004年8月13日法は、事務総長に地域圏医療保険金庫や初級医療保険金庫の事務長及び会計責任者を任命する権限を認めた（Css.L.217-3-1条）。それまでは、事務局長がコンセイユ・デタの政令で定める事務長職の有資格者リストから3名を各金庫の理事会に提案し、理事会がそれに基づいて事務長を選任する方式であった（Css.L.217-3条）。これを、あらかじめ地域圏医療保険金庫及び初級医療保険金庫の評議会に打診したうえで、評議会の3分の2以上の反対がなければ、事務総長の指名する事務長候補者が事務長に選任される方式に変更された。事務総長の人事権を強化する改正ということができる。

③ 初級医療保険金庫

初級医療保険金庫についても全国金庫同様、理事会が評議会に変更されたほか、事務長の設置が法律事項となった²¹⁶。

新旧の社会保障法典の比較から大きく変更された点は、評議会の任務に関する規定である（Css.L.211-2-1条）。そこでは、評議会の任務として4項目が明記された。評議会は、事務長の提案に基づき、①全国金庫と初級医療保険金庫との間で締結される複数年目標・管理契約の方針、②利用者に提供されるサービスの質の改善に関する目標、③利用者に関するコミュニケーション対策に関する指針、④UNCAMとURCAMとの間で締結される複数年目標管理契約の適用に関するリスク管理対策の指針について、決定することとされた。

また、事務長の提案する予算管理及びその執行を承認し、以下の5項目について審議する。①全国金庫の定めた枠組のなかで当該金庫が行う社会衛生活動の内容、②利用者からの異議申立ないし苦情に対する取組、特にこのために設けられた特別委員会の取組、③金庫の不動産管理及び資産管理、④贈与・遺贈の受け入れ又は拒否、⑤関係諸機関に送り込

²¹⁴ P-L.BRAS, "Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné?", Dr. Soc., No.11.2004.p967 et s.).

²¹⁵ 事務局長に関する職務内容についてはCss.R224-7に規定が存在するが、2004年8月13日法の前後で変更はない。

²¹⁶ 2004年8月13日法により、社会保障法典L.211条の2に「各初級医療保険金庫に評議会と事務長を置く」旨が明記された。それ以前にも事務長職は存在したが、初級医療保険金庫理事会の任務規定（旧Css.L.211-2-1条）のなかに「事務長の提案に基づき」という表現が用いられているだけであった。なお、地域圏医療保険金庫の理事会については、従来どおりで2004年8月13日法による改正はなかった。

むべき金庫の代表、についてである。あわせて、決定事項の①複数年目標・管理契約についても審議事項とされるほか、評議会の3分の2以上の賛成に基づき、評議員の任務の遂行に関わる必要なすべての業務（Contrôle）を督励することができる。

④ 目標管理協定

CNAMTS 及び下級金庫の位置づけを考えるうえで重要なのは、目標管理協定（Conventions d'objectifs et de gestion）と複数年管理契約（contrat pluriannuels de gestion）である（Css.L.227-1 et s.）。保険者ともいいかえることのできる全国金庫の行動に一定の枠組をはめるからである。目標管理協定は政府と全国金庫との間で締結され、これに基づき全国金庫とその下級金庫との間で複数年管理契約が締結される。

社会保障財政法律に基づき、CNAMTS、CNAVTS、CNAF 及び ACOSS は政府と目標管理協定を締結する。この契約は、医療、労災、老齢及び家族という4つの給付部門と徴収部門ごとに、複数年にわたる管理運営に関する目標、その目標を達成するための方法及び具体的に実施される活動を定める。

目標管理協定は、以下の6項目を明らかにする。i) 保険事故の管理、保険給付の支給あるいは保険料等の徴収を定める法令の適用に関する目標、ii) 利用者に対するサービスの質の改善に関する目標、iii) 組織の地域管轄及び組織網の効率の改善に関する目標、iv) 社会的排除（障害）に関する社会活動、予防活動に関する目標、v) 管理運営予算の推移及び算定根拠、ないしは医療監視、社会衛生活動及び予防活動予算の推移及び算定根拠、vi) 下級組織に関する組織構成の条件あるいは改善の条件及び組織網の進展状況、である。

これらの項目について、必要に応じて、目標の内容に伴う量的・質的指標を定める。また、社会保障財政法律との関係、あるいは法令の枠組に関する変更により組織の業務内容に大きな修正がある場合に備えて、契約執行年度における追加文書（avenants）の締結条件、及び設定された目標についての成果に関する評価手続もあわせて定められる。

以上が、政府と社会保障全国組織との間の目標管理協定に関する規定である。医療保険部門については、このほか、以下のような独立の項目が定められている。

すなわち、CNAMTS との医療保険部門との目標管理協定では、公衆衛生、医療従事者数、薬剤及び医療アクセスに関する排除（障害）対策という各領域について、政府の複数年にわたる政策方針（orientations pluriannuelles de l'action du Gouvernement）との整合性に言及することが明記されている。また、目標管理協定の各年度追加文書には、ONDAM と関連して、開業医医療費予測目標（l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville）、診療連携網及び委任費用目標（l'objectif de dépenses déléguées）を定めることとされている。このうち、開業医医療費予測目標は、医療職、医療関連職種を行う診療行為に対する報酬、処方箋費用及び現金給付から構成される。また、委任費用目標には診療報酬と移送費から構成される（Css.L.227-1 条II）。

この目標管理協定は、4カ年を最低期間として締結され、議会代表、地方公共団体代表等で構成される監視委員会に提出される（Css.L.228-1条）。また、この契約及び追加文書は国民議会及び元老院の関係委員会にも送付される（Css.L.227-1条Ⅲ）。

目標管理協定を具体化するために、全国金庫とその系列下の下級金庫との間で複数年管理契約（*contrat pluriannuels de gestion*）が締結される。この複数年管理契約は、それが全国組織の会計に関わる場合には、評議会ないし理事会会長と事務総長ないし事務局長との間で調印され、地域圏あるいは県レベルの会計に関わる場合には、評議会ないし理事会会長と関係組織の事務長との間で調印される。しかし、地域圏医療保険金庫を除く医療部門にあっては、CNAMTS事務総長と関係組織の事務長との間で調印される（Css.L.227-3条）²¹⁷。

(2) 全国医療保険金庫連合（UNCAM）の創設（Css.L.182-2条 et s.）

UNCAMの創設は、CNAMTSの組織改編と表裏の関係にあり、そこに付与された権限は医療保険体制の今後の方向性を示唆している。このため、ここでは、UNCAMの組織構造を紹介した後、UNCAMに与えられた権限について検討する。

① UNCAMの組織構成

UNCAMは、法定基礎制度における3つの全国金庫すなわちCNAMTS、CANAM及びCCMSAの上位に立つ組織と位置づけられる行政的公施設である（Css.L.182-2条）。

UNCAMには、評議会と事務総長のほか、事務局長会（*collège des directeurs*）が置かれる。評議会は、CNAMTSの評議会が指名する12名、CANAM及びCCMSAの理事会が指名する各3名、合計18名のメンバーから構成される（Css.L.182-2-2条）。評議会はUNCAMの一般的な方針を定める機関であり、方針の原案を作成するのは、連合を構成する3全国金庫の事務総長及び事務局長から構成される事務局長会である。CNAMTSの事務総長はUNCAMの事務総長を兼任し、この事務局長会においても2票の投票権を持つものとされている。この意味で、UNCAMの実質的な運営は事務局長会、とりわけCNAMTSの事務総長に委ねられることになる。

② 全国医療保険金庫連合の権限

UNCAMは、以下の5項目にわたる権限を有する（Css.L.182-2条）。i）医療従事者等との枠組協定、協約、追加協定・附属協定等の交渉及び締結、ii）医療保険の対象となる診療行為等のリスト登載に関する決定、iii）一部負担金・定額負担金等の負担割合や負担額の決定、iv）法定基礎制度と全国補足医療保険組織との関係調整及びv）医療保険に関連する法案等に対する修正意見や見解の表明、である。このうちi）からiii）が重要であり、特に医療協約の交渉締結権を与えられた点は注目される。

まず、i）医療協約等の交渉締結権についてである。これはさらに、交渉締結主体と交

²¹⁷ 全国金庫と下級金庫との間で締結される複数年管理契約について、その達成度は賃金報酬と連動するとのことである。

渉締結権者の問題に分解できる。2004年8月13日法に基づき、UNCAMは医療従事者等との枠組協定、協約等の交渉及び締結を行うものとされた（Css.L.182-2条）。そして、それまでは、「CNAMTSと少なくとも一つの全国医療保険金庫（au moins une autre Caisse nationale）」すなわちCANAMあるいはCCMSAのいずれか、とされていた保険者側の交渉締結主体を「UNCAM」とした（Css.L.162-5条）。

また、交渉締結権者は、事務局長会の委任を受けた事務総長であることが明記された（Css.L.182-2-4条）。2004年8月13日法以前の交渉締結権者に関する具体的な規定を見出すことはできなかったが、1998年11月26日に締結された医療協約の金庫側締結権者は、CNAMTS及びCCMSAの理事会会長であることから、2004年8月13日法による交渉締結主体の変更は同時に交渉締結権者の変更でもあった。そして、この規定に従い2005年1月12日に、新たな医療協約が締結された²¹⁸。

以上のことをCNAMTS理事会ないし評議会に限定してとらえると、医療協約の交渉締結権限を取り上げられたうえに、交渉締結権者もそれまでの理事会会長からCNAMTS事務総長の兼務するUNCAMの事務総長に移行したことを意味する。この点で、2004年8月13日法以前との比較でいえばCNAMTSの金庫理事会の権限は大きく後退し、相対的に事務総長の権限が強化されたといえることができる。

次に、ii) 医療保険の対象となる診療行為等のリスト登載に関する決定権限である（Css.L.162-1-7条）。改正前は比較的短い条文により、全国医療評価認証機構（ANAES）の意見を徴した後に作成されるリストに登載されることによって医療保険による償還及び患者負担の対象となるすべての診療行為ないし給付が決定されることを定めていた。

2004年8月13日法は、この規定を大幅に変更し、いわゆる保険診療の対象となる診療行為の決定手続を詳細に定めることとした。まず、ANAESが、その後継組織であるHASに変更された。また、UNCAMと協約を締結する各医療職ごとに組織される委員会が作成したルールを尊重して、診療行為等の格付け（hiérarchisation）がなされる。

診療行為あるいは給付の登載条件、登載ないし削除は、UNCAMがHAS及び全国補足医療保険組織連合（Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire : UNOAMC）の意見を徴したうえで決定する。そして、このUNCAMの決定は、保健担当及び社会保障担当大臣の異議がない限り承認されたものとみなされる。

このような条文の内容に関する変更とともに重要なのは、従来、デクレによって診療行為への登載が決定されていたのに対して、改正規定はUNCAMに決定権限を与えたことである。この手法は、一部負担金等の負担割合の決定においても同様である。

第三は、iii) 一部負担金（participation）・定額負担金（participation forfaitaire）等の負担

²¹⁸ この規定（Css.L.182-2条）に従い、UNCAMは一般医については、フランス医師組合同盟（CSMF）及び自由医師組合（SML）と、専門医についてはCSMF、SML及びフランス開業医組合連盟（Alliance）との間で、2005年1月12日、全国医療協約を締結した（<http://www.ameli.fr>/参照）。

割合や負担額の決定権限についてである（Css.L.322-2 条及び L.322-3 条）。

これらの負担割合や負担額について、それまで単にデクレにより決定するとされていたが、UNCAM の創設に伴い、UNCAM の決定に従いデクレにより決定するものとされた。このように、UNCAM の関与が明文化されたことは、ONDAM の実効化のため、CNAMTS 事務総長に認められた償還率や保険給付の引下げに関する権限と連動しているといえることができる。

しかし、ここで注目されるのは、CNAMTS 事務総長としては償還率等の変更権限を認められるが、UNCAM では評議会の審議事項とされていることである。繰り返し言及するが、CNAMTS 事務総長は UNCAM の事務総長も兼務し、全国金庫連合評議会の審議事項は事務総長が主宰する事務局長会により作成される。ONDAM の実効化を優先するのであれば、このような償還率等の変更権限の枠組は、迂遠であるとの印象を免れない。UNCAM の評議会が事務総長のイニシアティブのもとにあるとしても、償還率の引下げを求める提案に対して評議会が反対する可能性が理論的に残されているし、CNAMTS 事務総長の判断を実現するために一定の時間が必要となるからである。もっとも、UNCAM は、2004 年 10 月 8 日に設置された組織であり、2005 年段階ではこのような変更権限の行使は行われていない²¹⁹。このため、具体的な運用における問題については、今後の推移が注目される。

最後に、iv) は 2004 年 8 月 13 日法により新設された UNOAMC との関係を、UNCAM が法定基礎制度を代表して調整するものであり、v) については、従来、3 つの全国金庫が行っていたことを UNCAM に集約したものと推測される。

(3) 警告委員会

警告委員会（Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie）は、社会保障会計委員会事務局長、国立統計経済研究所事務局長及び経済社会委員会会長の指名する有識者から構成され、社会保障会計委員会のもとに置かれ（Css.L.114-4-1 条）、社会保障会計委員会事務局長がその業務を組織する（Css.D.114-4-0-7）。

警告委員会は、医療保険費用の推移がONDAMを上回ると判断した場合に、議会、政府及び医療保険全国金庫に、その旨を警告する任務を負う（Css.L.114-4-1 条）。具体的には、毎年遅くとも 6 月 1 日までの段階でONDAMの推移に関する意見書（avis）を提出する²²⁰。特に、意見書を提出する段階で、ONDAMの目標値を 0.75% 上回る（Css.D.114-4-0-7）と判断したときには、議会、政府及び医療保険全国金庫（caisses nationales d'assurance maladie）に、その旨を通知する。この通知を受けた各医療保険全国金庫は、1 カ月以内に、ONDAM の範囲内に収めるための必要な是正措置（mesures de redressement）を提案する（proposent）こととされ、その内容は再度、警告委員会に送付される。そして送付後 15 日以内に、警告

²¹⁹ 2004 年 11 月 21 日のデクレ（Décr.No.271-2004）が、CNAMTS 事務総長のフレデリック・ヴァン・ロッケゲム氏をUNCAM事務総長に任命した（<http://www.legifrance.gouv.fr>/参照）。

²²⁰ 条文上 6 月 1 日まで（Css.L.114-4-1 条）とされているが、J.-J.Dupeyroux, M. Borgetto, R. Lafore, R. Ruellon, "Droit de la sécurité sociale", Dalloz 15ed. p542. によれば 6 月 30 日までとされている。

委員会が最終的な措置内容を定めるものとされている (Css.D.114-4-0-7)。

以上のような任務を遂行する警告委員会の創設は、単なる努力目標としてしか機能しなかった ONDAM を、具体的に実現させるべき数値目標として位置づけることを意味している。フランスの会計年度は1月1日から開始されるので、会計年度開始から5カ月を経過した時点で、ONDAM の推移を検討し、目標値の0.75%を超えると判断された場合、必要な是正措置が講じられることになる。具体的な措置内容については、警告委員会の通知を受けて、各医療保険全国金庫の事務総長ないし事務局長が提案する。

ここで重要と思われるのは、警告委員会が最終的な ONDAM 遵守措置を決定した後の手続規定が存在しないことと、遵守措置の内容につき、医療保険全国金庫 (caisses nationales d'assurance maladie) として複数形で定めるとされていることである。

ONDAM遵守措置の決定について、警告委員会が定めた後の手続規定が存在しないことは、形式的には、議会の関与ないし政府の承認を必要としないことを意味する。このことは逆に、CNAMTSの例でいえば、事務総長が具体的なONDAMを遵守するための是正措置を決定することができることを意味する (Css.L.221-3-1 条)。したがって、形式論理としては、ONDAMを遵守するために必要な是正措置の実施は、保険者に委ねられていることを意味する。このような理解は、措置内容の提案主体について、UNCAMではなく医療保険全国金庫とされていることによっても補強される。ONDAMを遵守するための措置は整合性が求められるから、各全国金庫によって措置内容が異なることは理論上不可能であろう。しかし、条文のうえでは各全国金庫はその存在を尊重されているということが出来る²²¹。

以上のような形式論理には、2つの問題が存在する。ひとつは、警告委員会が設立されたばかりであることから、立法の整備が不十分であるといえることである。1997年以降の推移から明らかのように、ONDAM が目標値をクリアする可能性は極めて低いため、2006年6月段階で初めて警告委員会の警告システムが発動する蓋然性が高い。その段階で政府、議会及び全国金庫3者による是正措置実現に向けた“せめぎ合い”が行われ、それらの経験をふまえて手続規定が整備されていくと考えられる。いまひとつは、実質論である。形式的には議会の関与ないし政府の承認を必要とする旨の規定は存在しないとしても、実質的には議会での検討や政府による政策決定が不可欠である。特に、ONDAM を遵守するための是正措置との関係では、料率や給付償還率の変更がデクレ事項として行政府に委ねられていることが重要である。2006年6月における警告委員会をめぐる動向は、CNAMTS事務総長の提案内容と政府の政策決定とがどのような関係になるのかも含めて、この点からも極めて注目される。

²²¹ 今後の方向性としては、ONDAMを遵守するための是正措置に関する提案を含めて、UNCAMに集約される可能性もある。

(4) 高等保健機構 (HAS)

HAS は医療の質を確保するための中心的組織と位置づけられるもので、科学的性格を有する独立行政法人 (Css.L.161-37 条) で、独立採算制で運営される (Css.L.161-45 条)。

HAS には、統括委員会 (collège)、複数の専門委員会 (commissions spécialisées) 及び事務局長 (directeur) が置かれる。統括委員会は 8 名の委員から構成され、大統領・国民議会議長・元老院議長・経済社会評議会 (CES) 議長がそれぞれ学識経験者を 2 名指名する。理事の任期は 6 年で 3 年ごとに半数が改選され、理事長は理事の互選で選任される (Css.L.161-42 条)。専門委員会は、理事の 1 人が主宰する。薬品透明性委員会と医薬品評価委員会という 2 つの常設専門委員会が設けられるほか、アドホックに設立される専門委員会を設置することが認められている (Css.L.161-41 条)。事務局長は、統括委員会の意見を徴したうえで、統括委員会委員長が指名する (Css.L.161-43 条)。

先に述べたように、HAS は医療の質を確保するための中心的組織と位置づけられる。具体的には、以下の項目が HAS の任務とされる (Css.L.161-37 条)。①医薬品、診療行為及び給付に関する定期的な評価を行うとともに、医薬品等に関わる処方、償還及び被保険者負担、あるいは長期疾病患者に関する負担条件を定める決定過程に意見を表明する。このため、処方の条件や診療行為、医薬品及び給付の採択の可否、医療技術の評価に関する研究の実施とその有効性に関して意見を表明する。②あるべき診療のガイドラインを作成し、その推奨・普及に努めるとともに、医療従事者や国民に対する情報提供を行う。③各医療職種における業務内容の評価手法を確立し、それを実施する。また、医療職種及び医療機器の認証手法 (Csp.1414-3-3 条) を確立し、それを実施する。④医療施設の適格証書手続 (Csp. L. 6113-3 条 及び L.6113-4 条) を確立し、実施する。⑤医療システムにおける国民に提供される医療の質に関する評価の進展に寄与する。

これらの任務を遂行するため、HAS は、フランス医薬品安全保障機構 (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé: AFSSAPS)、健康監視機構 (Institut de veille sanitaire) 及びフランス食品安全保障機構 (Agence française de sécurité sanitaire des aliments) と連携し、必要に応じて同一の立ち入り調査等を行うことができる。このほか、Csp.L.1411-2 条に規定されている保健医療政策に関する複数年目標を検討するとともに、前掲②に関連して実施された公法活動と専門委員会の成果について、毎年、政府及び議会に年間活動報告書として提出すべきこととされている。また、前掲③については、従前、ANAES が行っていた任務であり、この点で HAS は、ANAES の後継組織と位置づけられる。

さらに、HAS は、①各医療職種の業務内容に関する評価活動への関与、②各医療職種の組織化の方法及び業務内容 (Csp.L.1413-14 条) の分析、③予防活動、予防計画、保健医療教育、診断あるいは治療の質及び有効性に関する評価を行うこととされている (Css.L.161-40 条)。

補論Ⅱ 財源論

はじめに

国家とは一線を画する制度の構築を目指したフランス社会保障制度は、その財源をもっぱら保険料に求めてきた。社会保障制度の管理運営を行う全国金庫を3つに分割して各給付部門における独立採算制を打ち出した1967年7月21日のオールドナンスにおいても、この保険料中心主義に変更はなかった。しかし1970年代以降、鮮明となった産業構造の高度化、就業構造の変化に伴い、社会保障制度を構成する個別制度のなかには財政基盤が弱体化する制度も見られるようになった。また、1980年代を通じて高失業率に悩まされたすえ、制度間連帯の象徴であった財政調整も限界に達し、1991年に一般社会拠出金（CSG）が導入された。さらに、医療保険の恒常的な赤字体質の脱却を意図したアラン・ジュペ首相によって行われたジュペプランの結果、憲法を改正したうえで、1997年度から社会保障財政法律（LFSS）が制定されることになった。これは、社会保障に関する責任の所在を明らかにするというジュペプランの方針に基づき、議会もまた社会保障制度の財政運営に一定の責任を持つことの具体化ということができる

こうして、フランスの社会保障制度における財源は、大きくいえば1970年代までの保険料中心主義から、1970年代、1980年代における制度間連帯としての財政調整、そしてCSGが導入された1990年以降の租税代替化への傾斜という流れの中にある。

1. 憲法改正と社会保障財政法律

保険料及びCSGの概要を説明する前に、社会保障財政法律の制定に関して、何故、憲法改正が必要であったかを検討する。この検討が保険料及びCSGのあり方とも密接に関連するからである。

ジュペプランは、社会保護制度を破滅から守ること、子供たちのために21世紀の社会保障を構築すること、そして保障と社会連帯との間に新たな契約を考案することを目的に、要請（*exigence*）としての公平性（*justice*）を実現し、責任の明確化を原則とし、緊急性（*urgence*）という制約条件のなかで実現されるべき改革である。公平性とは、医療保険の普遍化、特別制度における年金改革、家族給付部門の財源に関する所得税への移行、CSGに関する課税範囲の拡大と料率の引上げに関する原則であり、責任の明確化とは、議会、政府及び社会保障金庫の責任をより明確にするための機構改革を目指すものであった。そして、緊急性とは社会保障がかかえる負債の解消と社会保障を構成する各部門の財政均衡の確立に関わる。この緊急性という制約条件には、直接の言及はないが、EUの通貨統合に関する条件のクリアーが念頭にあったと推測される。

社会保障財政法律の導入は、第三の責任の明確化と密接に関連する。ここでいう責任の明確化とは、それまで社会保障に関する制度運営の担い手と位置づけられていた労使代表がその責任を果たしていないという認識のもと、社会保障財政の決定過程に議会を巻き込むことを意味していた。しかし、社会保障財政の決定に議会が関与するには、憲法の改正

が必要であった。それは何故か。

第 5 共和国憲法の大きな特徴のひとつは、議会の立法権限を制限していることである。議会が法律で定める法律事項 (*matière législative*) は憲法第 34 条において限定列挙され、それ以外の事項は第 37 条によって行政立法としての命令事項 (*matière réglementaire*) とされる。社会保障については、第 34 条 4 項 5 号において「社会保障の基本原則 (*principes fondamentaux*) はこれを法律で定める」と規定するのみである。ここで社会保障の基本原則とは、憲法院の判例を通してその具体的内容が確定されてきた。いかなる制度を社会保障の範囲に含めるかという社会保障の定義、給付に関連する規定すなわち各種給付の定義とその創設、給付に関する受給要件、支給対象者及び保険料負担者の範囲、さらには公衆衛生及び社会事業に関する社会保障組織の役割などである。これらの社会保障に関する基本原則は法律事項として、議会の関与が認められてきた。これに対して、社会保障の財政運営のために必要とされる給付水準の設定、支給開始年齢などの年齢要件、保険料率、支給要件としての加入期間の設定などは、政府の専権事項である命令事項とされてきた²²²。

このような状況のなかで、1988 年 1 月 7 日における憲法院の判決 (*décision*) は、毎年度、議会が社会保障基礎制度に関する会計見通しを定める社会財政法律 (*loi sur les finances sociales*) の議決を予定した組織法律を違憲と判断した。この組織法律の規定は、「法律事項の決定を目的とするものではなく、立法手続 (*procédure législative*) に属するものである。すなわち、これらの規定は組織法律に認められた権限を逸脱している」とした²²³。

この判決から、2 つの示唆を得ることができる。ひとつは、社会保障財政法律が制定される以前に、社会保障財政法律と同種の法案が 1988 年段階で策定されようとしていたことであり、いまひとつは第 5 共和国憲法の規定からいって、社会保障財政に関する議会の責任を強化する場合には、憲法を改正する必要があることである。かくして、1996 年 2 月 22 日の憲法法律 (*Loi constitutionnelle No.96-138*) により、憲法第 34 条に「社会保障財政法律は、組織法律に定める条件と留保のもと、社会保障に関する財政均衡の一般条件を定め、かつ収入見通しを考慮してその支出目標を定める」との一文が挿入された。この憲法改正に続いて、1996 年 7 月 22 日に社会保障財政法律に関する組織法律²²⁴ (*Loi organique No.96-646*) が制定された。この結果、議会は 1997 年度から、毎年、社会保障財政法律を制定することを通じて、社会保障財政に関する枠組決定について関与することが可能となった。

2. 社会保障財源の概要：保険料と CSG

ここでは、社会保障財源の大きな柱である保険料と CSG の概要について論じる。保険料については、その概要と保険料の減免とに分けて考察する。なお、保険料と CSG の法的性

²²² Dupeyroux, 14ed.p.385 et s.

²²³ Dupeyroux, 14ed.p.385 et s.

²²⁴ 組織法律とは、第 5 共和制において公権力の組織と運営の態様を定める法律をいい、憲法の規定する事項について、特別の採択手続と憲法院の合憲性審査手続により制定される。憲法法律と通常法律の中間に位置づけられる。

格については、概要を論じた後であらためて検討する。

(1) 保険料

基本的に民間企業の労働者を対象とする一般制度における保険料は、医療、年金、家族給付及び労働災害の4部門において徴収される。また、フランスではいわゆる突き抜け方式を採用しているため、企業を退職し老齢年金を受給している者や失業者もまた医療保険の保険料を負担している（Css.L.241-2 条第1文1)及び2)）。

ナント大学のショシャール教授によれば、一般制度における保険料には4つの原則が存在する。報酬比例原則、労使負担原則、画一性原則及び法定義務である。以下、この4原則に基づいて一般制度における保険料のあり方を検討する。

第一の報酬比例原則とは、被保険者である労働者の賃金額に応じて保険料が算定されることを意味する（Css.L.241-1 条）。すなわち、具体的な保険料は、当該被保険者の賃金に一定の保険料率を乗じて算定される²²⁵。ここで賃金の範囲が問題となるが、これについては、その名目を問わず、労働の対償としてあるいは労働を契機として（*en contrepartie ou à l'occasion du travail*）労働者に支払われるものをいう（Css.L.242-1 条）。ただし、賃金額が全職域成長最低賃金（SMIC）以下の者は保険料免除の対象となる一方、保険料算定上限額（*Plafond*）を超える賃金部分は保険料の算定対象とされない。しかしこの保険料算定上限額は、現在では年金保険料の算定についてだけ機能している。

第二は労使負担原則である（Css.L.241-2 条第3文）。ここで留意すべきことは、労使折半原則ではなく労使負担原則にとどまっていることである。フランスでは、労使の保険料率が異なるからである。また、家族手当と労働災害は歴史的沿革及び給付の性格から全額、使用者が負担するものとされている。したがって、労使負担原則が妥当するのは医療と年金の領域である。

医療保険の保険料は、報酬全額に対して、使用者 12.8%、労働者 0.75%とされている。

²²⁵ 1990年以降の保険料率の変遷は以下のとおりである。ここでは、労働災害の保険料率は職種、企業規模に応じて異なるため掲げていない。

	医療保険		年金保険		家族手当 使用者
	使用者	労働者	使用者	労働者	
1990/1/1	12.6	5.9	8.2	7.6	7
1991/2/1	同上	同上	8.2*	6.55*	5.4
			1.6**		
1991/7/1	12.6	6.8	同上		同上
1993/7/1	12.8	同上	同上		同上
1997/1/1	同上	5.5	同上		同上
1998/1/1	同上	0.75	同上		同上
2006/1/1 以降	同上	同上	8.3*	6.65*	同上
			1.6**	0.1**	

注）*：保険料算定上限額の範囲内：月額 14,470 フラン（1999/1）、14,700 フラン（2000/1）、14,950 フラン（2001/1）、2,352 ユーロ（2002/1）、2,516 ユーロ（2005）、2,589 ユーロ（2006）。

**：保険料算定上限額なし＝報酬全額に対する料率。

出典）*liaisons sociales, légis. soc.*, No.8652.等に基づき筆者作成。

ここで注目されるのは労働者の保険料率が極端に低いことである。これは1998年に、医療保険の普遍化を実現する前提として、CSGが医療部門の財源にも充当されることになった結果、CSGの引上げと同時に労働者の保険料率が5.5%から0.75%に引下げられたためである。この0.75%という数字は、わが国の傷病手当金に該当する日額手当金のための保険料と説明されている。このように、医療保険における労働者の保険料はほぼ皆無といってもいい状況になったといえる。しかし、使用者の負担は依然として12.8%である。このため、医療保険の財源構成を考える際には、CSGとあわせて保険料を検討する必要があると残されている。

年金保険の保険料算定においては、先に述べた保険料算定上限額が機能しており、その意味では2段階の算定ということになる。この保険料算定上限額は、2005年については月額2,516ユーロ、年額3万192ユーロとされている。保険料率は、保険料算定上限額の範囲で使用者8.2%労働者6.55%、そして保険料算定上限額に関わりなく賃金全額に関しては使用者が1.6%の料率を乗じて保険料を負担する。賃金全額に関する保険料に関して、労働者は保険料を負担しない²²⁶。

また家族給付については、使用者が労働者の賃金全額に5.4%を乗じた保険料を負担する。労働者は保険料を負担しない。労働災害についても使用者だけが保険料を負担し、日本と同様、メリットシステムが採用されているため、企業に応じて保険料率が異なる。

第三の画一性原則とは定率負担原則と言い換えることができ、被保険者の特性に応じて保険料率が同一であることを明らかにしたものである。しかし、先に述べたように、労働災害の場合には、災害防止努力の評価という観点からメリット制が採用されている。

第四の法定義務については、負担義務と納付義務に分かれる。被保険者である労働者は、賃金が支払われるたびに、賃金から源泉控除される形式で保険料負担義務を履行する(Css.L.243-1条)。使用者は保険料負担義務を負うとともに、労働者の保険料と使用者の負担する保険料とを保険料徴収機関に納付する義務を負う(Css.R.243-6)。ここにいう保険料徴収機関とは、一般制度の場合、「社会保障・家族手当保険料徴収連合(URSSAF)」のことである。なお、保険料と稼働所得と代替所得にかかるCSGに関する訴訟管轄は共通し、社会保障事件裁判所(Tribunal des affaires de sécurité sociale)である²²⁷。

²²⁶ 例えば月額3,000ユーロの賃金を得ている労働者の場合には、以下の算定方法により年金保険の保険料負担額が定まる。

保険料算定上限額の範囲：使用者負担分=2,516ユーロ×8.2%=206.312ユーロ
労働者負担分=2,516×6.55%=164.798ユーロ
小計=371.108ユーロ
賃金全額の範囲：使用者負担分=3,000ユーロ×1.6%=48ユーロ
合計=419.108ユーロ

²²⁷ 図表34で示すとおり、CSGにおいても、資産所得、投資益、賭博益に関する抛出金に関する訴訟は行政裁判所が管轄する。

図表34 保険料とCSGの比較

	保険料 (cotisation)	一般社会拠出金 (contribution sociale généralisée)		
法的性格	公的負担 (charge publique) 一種独特の拠出金 (contribution sui generis)	各種の賦課 (impositions de toutes natures)		
根拠規定	人権宣言 13・14 条	憲法第 34 条 2 項 4 号		
課税主体	社会保障組織		国	
課税対象	賃金	稼働所得・代替所得	資産所得・投資益・賭博益	
徴収方法	源泉徴収		申告納税	
徴収主体	URSSAF		税務当局	
料率	医療：労＝0.75%使 12.8%	7.5%	6.6%・6.2%	8.2% 8.2% 9.5%
消滅時効	3 年 (Css.L.244-3 条)		4 年 (Loi No.68-1250)	
不服申立	社会保障事件裁判所		行政裁判所	

(2) 保険料の減免

保険料に関する法定義務に関連して注目されるのは、保険料の全部または一部の免除規定が存在することである。これらの規定は、保険料の負担を軽減することによって雇用を促進するという雇用政策からの要請に応える措置といえる。

保険料の減額及び免除に関する措置は、大きく 3 つに分類される²²⁸。①2003 年 1 月 17 日の法律（いわゆるフィヨン法 (loi Fillon)）に基づく一般的な減額 (réduction) 措置、②雇用を促進するための免除 (exonération) 措置、③対象となる人を特定した措置である。

①一般的な減額措置は、雇用を促進するための労働時間短縮政策とも密接に関連し、雇用喪失に関する保険 (Assurance contre le risque de privation d'emploi)、いわゆる失業保険の加入義務を負う民間部門のすべての使用者を対象に、保険料の減額が行われる。減額の対象となるのは、社会保険、労災及び家族給付の使用者負担分であり、毎月、一定の算定方法により、各被保険者に対応する使用者負担分が減額される (Css.L.241-13 条)。

②雇用促進のための免除措置は、いくつかの類型に分けることができる。若年者あるいは中高年者の雇用促進、長期失業者の雇用促進及び特定の地域を対象とする免除措置である。若年者等の雇用促進に関しては、すべての企業を対象に、徒弟契約 (Contrat d'apprentissage) を締結している労働者について、社会保険保険料を労使双方の負担分とも免除される (Ctrav.L.118-6 条)。また、26 歳未満ないし 45 歳以上の就職希望者を採用した企業に対して、社会保険、労災及び家族給付の使用者負担分の保険料が免除される

²²⁸ J.J.Dupeyroux, M.Borgetto, R.Lafore, R.Ruellan, "Droit de la sécurité sociale". 第 14 版では、①低賃金に関する軽減措置、②特定の人々や企業を対象とする雇用促進措置、③短時間労働の促進あるいは労働時間短縮のための措置、④対象となる人を特定した措置、という 4 分類説を採用していた。第 15 版では 3 分類としている。15ed.Dalloz 2005.p.820-821.

(Ctrav.L.981-6条)。長期失業者の雇用促進については、労働契約の契約類型等により、免除の対象となる保険料の範囲や免除期間が異なる (Ctrav.L.322-4-7条、L.322-4-10条、L.351-24条)。特定の地域や企業を対象とする免除措置についても多くの種類が見られる。これは地域振興とも関連して、過疎地域や地域活性化地域に指定された地域の企業に対して、企業規模に応じて保険料の免除を行うもので、個別法によって定められている。

③対象となる人を特定した措置については、家内労働者 (Css.L.241-9条)、児童の監護や高齢者・障害者の介助を行う労働者を採用する使用者の保険料を全額免除する措置 (Css.L.241-10条) などがある。このほか、低賃金に関する軽減措置として、ホテル、カフェ及びレストランの使用者は、全職域成長最低賃金 (SMIC) に該当する労働者に関する使用負担分の保険料を減額される (Css.L.241-14条、D.241-14)。

(3) 一般社会拠出金 (CSG)

CSGは、1991年財政法律によって導入されたが、社会保障財源に対する租税の投入はそれ以前からも存在した。古くは1967年に自動車保険の保険料に上乘せする形での拠出金が導入されているし、製薬企業拠出金 (Css.L.245-1条) やアルコール飲料用瓶に関する拠出金 (Css.L.245-7条) などが社会保障財源に組み入れられている²²⁹。しかし、財源に占める比重の大きさからいって、CSGは、フランス社会保障制度にとってますます大きな存在となっている。

このCSGは、1990年12月29日の1991年財政法律によって、家族給付部門の財源に充当するために制定された。当初、CSGは、フランスに居住する租税法上の自然人を対象に、労働者の賃金や自営業者等の収入に対応する稼働所得 (revenus d'activité)、退職年金や失業手当などの代替所得 (revenus du remplacement)、不動産収入や権利譲渡収入による資産所得 (revenus du patrimoine) 及び有価証券や国債などによる投資益 (produits de placement) を対象に、料率1.1%として導入された。稼働所得や代替所得は源泉徴収の方法で「社会保障・家族手当保険料徴収連合 (URSSAF)」が徴収し (Css.L.136-5条)、資産所得や投資益にかかる拠出金は申告納税の方法で税務当局が徴収する (Css.L.136-6条)。

その後、CSGは、1993年7月22日の法律により設立された老齢連帯基金の財源を確保するため、その料率を1.1%から1.3%引上げ2.4%とし、1997年1月からは医療保険財源への充当のためさらに1%の料率引上げを行った。そして、はじめての社会保障財政法律である1996年12月27日の法律 (Loi No.96-1160) により医療保険財源に充当するため、料率を1%引上げ、3.4%とした。さらに、1997年12月19日に成立した1998年社会保障財政法律では医療保険財源に充当するために、さらにその料率を4.1%に引上げた。この1998年の大幅な引上げは、その代償として医療保険部門における労働者保険料を5.5%から0.75%に引下げる結果となったが、CSGは稼働所得に関しては現在7.5%に達している。

²²⁹ これ以外に社会保障法典には、薬剤以外の医療材料等の生産業者・販売業者にかかる拠出金 (Css.L.245-5-1条)、会社組織連帯社会拠出金 (C3S : Contribution sociale de solidarité des sociétés) (Css.L.245-13条)、資産所得及び投資益に関する拠出金 (Css.L.245-14条) が規定されている。

3. CSG及び保険料の法的性格

次に、CSGと保険料の法的性格について、フランスではいかなる議論がなされているかを概観する。

先に述べたように、一般制度の医療保険では、わが国の傷病手当金に相当する日額手当金の財源に充てるため、被保険者の保険料率は0.75%であるに過ぎない。大胆に言えば、現物給付に相当する財源はCSGによって賄われているということが出来る。しかし、依然として使用者の保険料率は12.8%であるため、医療保険の財源がすべて租税代替化されたとはいえない。このため、なおCSGと保険料の法的性格を論じる必要が残されている。

(1) CSGの性格

まずここで想起されるのは、社会保障財政法律の導入に憲法改正が必要であったのに、CSGの導入について、憲法上の問題は生じなかったのかということである。これについては、CSGを最初に定めた1991年財政法律に関して憲法院の判断が示されている。それは、CSGは、社会徴収金（*prélèvement social*）に該当するから財政法律でその導入を定めることは違憲であるとの主張に対し、CSGは憲法第34条2項4号にいう「各種の賦課」に該当するとして合憲の決定が下されている²³⁰。第34条2項4号は、議会の定める法律事項として「各種の賦課の課税基礎、税率及び徴収方式（*l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement des impositions de toutes natures*）」を明記しており、憲法院はCSGをこの各種の賦課（*impositions de toutes natures*）に該当すると判断した。しかし、この憲法院の判決では、何故、CSGが各種の賦課に該当するののかにつき、具体的な説示はされていない。また、1997年社会保障財政法律に関する憲法院判決も、結論に至る理由を特に示さずに各種の賦課に該当するとの判断を示している²³¹。コンセイユ・デタも憲法院と同様にCSGを「各種の賦課」に該当するとの判断を示しており²³²、学説も特に異論は見られないようである²³³。

ただし、ヨーロッパ共同体法院（CJCE）は、共同体法の枠組ではCSGも社会保障に「直接かつ十分な関連性（*direct et suffisamment perinent*）」という意味で、保険料と同視しうるとの見解をとっている²³⁴。

²³⁰ Décision No.90-285 du 28 déc. 1990. (<http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1990/90285dc.htm>).

²³¹ 1996年12月19日判決：Décision No.96-384 du 19 déc.1996. (<http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1996/96384dc.htm>).

²³² CE,4 nov.1996,RJS,1/97,89.

²³³ CSGの法的性格に関する邦語文献として、嵩さやか「年金制度と国家の役割」法学協会雑誌119巻12号～121巻8号があり、特に121巻7号1012頁以下参照。

²³⁴ フランスに居住するものの国境を越えた他国で就労し、そこで賃金を得ているようないわゆる国境労働者に対してCSG及び社会債務償還拠出金（CRDS）を課すことが争われた事案で、ヨーロッパ共同体法院は、適用立法の単一性原則（*principe d'unicité de législation applicable*）に反するとした（*Arrêt de la Cour du 15 fev.2000 C-169/98 C-34/98* : <http://curia.eu.int/fr/>）。

これに対応して、2001年5月2日のオルドナンスにより、稼働所得及び代替所得に関するCSG及びCRDSは、租税法上フランス国内に居住していることと、いかなる資格であれ、フランスの法定医療保険制度の適用を受けること、すなわち保険料等の負担をしているという2つの要件を満たす者に課されることとされた（*Css.L.136-1*条）。

(2) 保険料の性格

次に、保険料の法的性格についてである。ここでは、まず憲法との関係で、保険料がどのような位置づけを与えられているかを検討する必要がある。社会保障財政法律及びCSGとの関係でいえば、保険料については命令事項に該当するとされ、行政府がこれを定めてきた²³⁵。この意味では、憲法第34条2項4号に定める「各種の賦課」には該当しないこととなる。

かくして、ある論者は、本質的かつ現実的に、保険料と所得税とに差異はないとしながら、一般租税、提供されるサービスに対する手数料 (*redevances pour service rendu*) 及び各種の賦課のいずれにも該当せず、1789年人権宣言13条、14条及び憲法40条に基づく拠出金ないしは公的負担 (*charge publique*) であるとしている²³⁶。人権宣言13条、14条は、一般には租税に関する根拠規定として理解されている。しかし、保険料に関するこの文脈では、価値中立的な意味での拠出金負担の根拠ということができ、憲法40条も、立法府による議決だけが公的負担 (*charge publique*) の創設を認められる、という規定からすると、租税 (*impôt*) でもなく「各種の賦課」にも該当しない、まさに保険料としか説明のつかない性格のものという理解であると思われる。これに関連して、保険料を「一種独特の拠出金 (*contribution sui generis*)」とし、保険料のこのような不確定性 (*incertitude*) は、「1945年以来、フランス社会保障システムを特徴づけてきた曖昧さの反映でしかない」と評する論者もいる²³⁷。

4. 社会保障財源の流れ

ここでは、社会保障制度に関連する重要な財政政策のひとつである財政調整に言及した後、社会保障財政法律の制定過程を含めて社会保障財源のフローについて検討する。

(1) 財政調整

1970年代から1980年代末まで、すなわちCSGの導入による租税代替化が進展するまでは、制度間の財政調整がフランス社会保障制度における主要な財政政策であった。租税代替化の進行している現在にあっても、その比重は低下したというものの、財政調整はなお存続している。このような財政調整は、4種類に大別できる。①会計の統合 (*intégrations financières*)、②制度間財政調整 (*compensations bilatérales*)、③人口構造に基づく一般的財政調整 (*compensation démographique généralisée*)、及び④特別制度間の財政調整 (*surcompensation entre les régimes spéciaux*) である。

²³⁵ 保険料に関する料率等の制定が命令事項であることは、1960年12月20日の憲法院判決によって確立している (<http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1960/60101.htm>)。

²³⁶ J.J.Dupeyroux, M.Borgetto, R.Lafore, R.Ruellan, "Droit de la sécurité sociale", 15ed. Dalloz 2005.p.820-821.

²³⁷ X.Prétot, "La notion de cotisation sociale", Dr.soc., juin 1993.p517 et p527.

なお、保険料の法的性格に関する文献としては、X.Prétot, *La sécurité sociale et les finances publiques*, RFFP, 1995, P.Durand, *La politique contemporaine...*, S.David, "La nature juridique ces cotisations de sécurité sociale", Dr.soc., 1952, p.174, J.Bing, *Nouvelles controverses sur la nature juridique des cotisations de sécurité sociale*, Quest.séc.so., 1961 等がある。

①会計の統合とは、一般制度の会計に以下の制度が組み込まれていることを意味する。すなわち、学生のための医療制度、農業被傭者の老齢・医療、鉱山労働者の労働災害、聖職者の医療・退職、及び軍人に関する医療である。これらの制度については、個別の管理運営組織の存在にもかかわらず、当事者の意識としては、一般制度に所属しているといわれる²³⁸。

②制度間財政調整は、医療・出産保険の現物給付について、一般制度と6つの特別制度との間で行われている。6つの特別制度とは、フランス国有鉄道（SNCF）、鉱山、海員、パリ交通公団（RATP）、フランス銀行、公証人補の各制度である。これらの特別制度の医療保険及び出産保険においては、一般制度の規定が適用され、その結果、個別の特別制度に赤字が発生した場合には一般制度が補填し、収入が超過した場合には一般制度に超過分を支払うという調整を行う。

③人口構造に基づく一般的財政調整は、医療・出産保険の現物給付と老齢保険を対象に、現役被保険者及び年金受給者を含めて2万人以上を組織する制度間での財政調整である。

医療・出産保険の現物給付に関する財政調整は、非被傭者非農業制度における給付額を基準に対象となる制度すべての保険料を算定して一定の架空制度を想定し、この架空制度との差額から調整額を導き出す。また、老齢保険に関する財政調整は、まず、農業被傭者制度を基準に被傭者制度間の財政調整額を割り出し、そのうえで被傭者制度全体と非被傭者制度全体とで調整を行う。2003年度、前者の医療保険等の財政調整額は141億4,000ユーロ、後者の老齢保険の財政調整額は841億ユーロであった。

この人口構造に基づく一般的財政調整の算定方法については議論のあるところであり、1945年当時における一般制度への加入拒否という経緯から、非被傭者制度と被傭者制度との調整については疑問視する見解もみられる²³⁹。

④特別制度間の財政調整は、国庫負担金の削減を目的に1985年から導入され、人口構造と経済要因を加味して調整される。例年、国家公務員、地方公務員及びフランス電力ガス公社が支払い側、海員、鉱山及びフランス国有鉄道が受け取り側となり、2003年度には261億6,000ユーロが計上された。しかし、この財政調整は、2003年8月21日の年金改革に関する法律により、2012年に終了することが決定された。

(2) 社会保障財務と資金フロー

フランスの社会保障制度は、わが国と異なり、給付部門と徴収部門とが独立している。徴収部門の全国組織は社会保障組織中央財務管理機構（ACOSS）で、県単位に社会保障・家族手当保険料徴収連合（URSSAF）が設置されている（なお、海外県では4つの社会保

²³⁸ J.J.Dupeyroux,M.Borgetto,R.Lafore,R.Ruellan,"Droit de la sécurité sociale",15ed.Dalloz 2005.p.338.

²³⁹ *ibid.*,p.339.

障一般金庫（caisses générales de sécurité sociale : CFSS）が徴収事務を行う）。

中央財務管理機構は、徴収部門の全国金庫として、全国家族手当金庫、全国被傭者医療保険金庫、全国被傭者老齢保険金庫が管理する部門の資金管理を行い、一般制度の管理運営を明確にするため各部門の独立会計を確保することを任務とする（Css.L.225-1 条）。また、徴収組織によって徴収される保険料及び拠出金に関する法令の統一ある適用を確保し、徴収組合に対する指揮監督権を行使する（Css.L.225-1-1 条）。徴収組合は、使用者がその被用者のために負担すべき社会保険、労働災害、家族手当の保険料等、使用者及び自営業者が負担すべき家族手当の保険料（cotisations）、さらには Css.L.136-1 条以下に基づく CSG の徴収をその任務とする。

これら中央財務管理機構と徴収組合以外に重要な機能を果たすのが、預託供託金庫（Caisse des dépôts et consignations : CDC）である。中央財務管理機構は、預託供託金庫にその名義で口座を開設する。この口座には徴収した保険料や CSG が振り込まれると同時に、医療保険金庫などの給付機関が被保険者等に支給すべき保険給付は、この口座から被保険者の銀行口座や郵便振替口座を通じて、被保険者に支給される。

本稿末尾に示した図表 35 は、ACOSS のホームページ²⁴⁰を参照して、中央財務管理機構を中心とする保険料や CSG などのカネの動きを示したものである。

これによると、徴収組合だけでなく中央財務管理機構も一定の財源の徴収を行っている。管理機構が徴収する財源は 3 つに大別される。第一は、申告収入（recette dites déclaratives）といわれる薬剤調合所や自動車保険にかかる拠出金である。第二は、財政収入の移転（transfert de recette fiscales）で、資産所得、投資益及び賭博益に関する CSG やアルコール・タバコに関する消費税の国庫からの移転収入である。第三は、国庫拠出金あるいは国庫返済金で、前者は退職国家公務員や聖職者に関する保険料など、後者は CRDS のうちの一部である。また徴収組合は、保険料と賃金および稼得活動に基づく一般社会拠出金のほか、特定保険料（cotisations spécifiques）という名称のもと CSG と CRDS を徴収する。このように、CRDS については、中央財務管理機構と徴収組合とが徴収業務を分担していることがわかる。

2004 年度に徴収されたこれら保険料及び CSG 等の総額は 2,868 億ユーロであり、このうち 2,069 億ユーロが徴収組合により、799 億ユーロが管理機構により徴収された²⁴¹。徴収組合が徴収した 2,069 億ユーロのうち 1,799 億ユーロが一般制度に配分され、残りの 270 億ユーロは老齢連帯基金（FSV）などに充てられた。一般制度への 1,799 億ユーロは、医療、労災、老齢及び家族の 4 部門にそれぞれ 891 億ユーロ、68 億ユーロ、523 億ユーロ及び 317 億ユーロ充当されている。医療と労災は CNAMTS に配分されるため、3 つの全国金

²⁴⁰ <http://www.acoss.fr/>

²⁴¹ この数字は ACOSS STAT, No28（juillet 2005）。

（http://www.acoss.fr/data/publ/chif/pdf/AcossStat_N28.pdf）による。

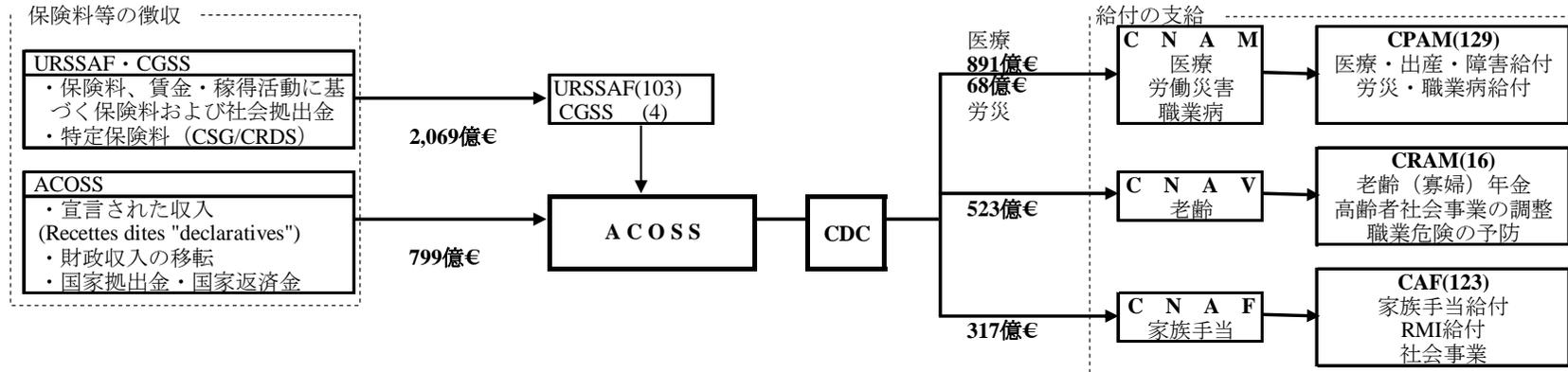
庫に配分される額は 959 億ユーロ、523 億ユーロ、317 億ユーロとなる²⁴²。

²⁴² この数字は、ACOSS STAT No24 (mai 2005) .

(http://www.acoss.fr/data/publ/chif/pdf/AcossStat_N24.pdf) による.

脚注 241 で示した管理機構徴収分の 799 億ユーロについては、ここでは言及されていない.

図表35 保険料やCSGなどの資金の動き



15の基金（一般制度との関係：2004年度）	
総収入	370億€
URSSAF・ACOSSによる徴収分	: 160億€
一般制度による負担分	: 70億€
医療関係：4	
CMU	= 2.8億€
公立・私立病院の近代化	= 4.2億€
医療の質の改善と開業医診療費の連携	= 1.0億€
協約医医療保険代替分	= 0.8億€
労働災害関係：3	
塵肺被災労働者早期引退関連費用	= 5億€
塵肺被害補償費用	= 1億€
制度改正前の労災年金受給者関連費用	= 0.6億€
年金関係：2	
国民連帯非拠出老齢給付関連費用	= 102.6億€
年金制度継続のための留保資金	= 9.5億€
社会扶助関係：4	
障害追加手当費用	= 2.5億€
社会的性格を有する住宅手当および 臨時住宅手当費用	= 16.6億€
住宅に関する個人扶助費用	= 32.3億€
APA(5億€) および 自立連帯手当 (8.5億)	= 13.5億€
社会債務返済関係	= 43.1億€
保険料免除関係費用	= 3億€

出典) ACOSS STAT, No24 et No28 及び http://www.acoss.fr/site/acoss/banque_mediaflash.php に基づき筆者作成.

第4部 医療保険制度における「自治」と「連帯」、財源政策

本報告書では、ドイツ及びフランスの医療保険制度における「自治」と「連帯」の位置づけや財源政策を中心に、第1部と第2部では、関係者へのインタビュー結果を交えながら、制度の概要や関係者の意識、改革の動向等を、第3部では、法理論における「自治」と「連帯」、財源政策の歴史的変遷等を述べてきた。

ここでは、両国における「自治」と「連帯」、財源政策の概要を再整理・比較した上で、わが国の政策課題について考察を行うこととする。なお、ここでのドイツ及びフランスの記述部分は、第1部から第3部の内容を要約、再整理したものであることから、詳細については各部を参照されたい。

1. 医療保険制度における「自治」

医療保険制度において「自治」という言葉はしばしば用いられるが、国によって、あるいは目的によって、また発言者によって、「自治」という言葉の意味する内容が異なることに留意する必要がある。例えば、国家との関係における保険者の法的位置づけや保険者の裁量権、保険者機能、財政的自律性、意思決定における当事者の参加など様々である。

(1) ドイツにおける「自治」

ドイツの医療保険である「疾病保険」は、社会法典第5編（以下、SGBV）で規定されている。SGBV第4条では、疾病保険の「保険担当機関」は連邦鉱夫組合を除き、そのすべてが「疾病金庫」であり、疾病金庫の法的な性格については「自治を備えた公法上の権利能力ある社団」と定義している。つまり、社会法典には、疾病金庫に公法上の法人格が付与されていることと、金庫自身が自治組織であることが明記されている²⁴³。この点のみてもわかるように、ドイツ疾病保険においては保険者の「自治」が中核的な要素となっており、基本原理として採用、維持されてきたといえる。このように保険者の自治が維持されてきた背景について本報告書第3部の倉田によると、「ドイツ公法学では、分権的な統治構造の中で中間団体による公共的任務の履行と中間団体の自治ないし自律を伝統的に尊重してきたという歴史を持つこと」、特に社会保険については、「①19世紀末に成立したビスマルク労働者保険以来、保険事業を官庁組織による直営ではなく、被保険者の社団的性格を色濃く残す共同体的な中間団体に委ねてきたこと、②歴史的な変遷はあるものの、中間団体の保険者には実定法上も学説上も自治ないし自律権を認め、それを尊重する態度を示してきたこと、及び③社会実態のうえでも労使双方の代表が重層的に社会保険運営に関与し、それが一般的な政治システムとは別個の存在意義をもつと認められてきたこと」が挙げられた。ドイツでは、実定法である社会法典において疾病金庫の自治を認めていることは明らかであるが、一方で、憲法であるボン基本法では「社会保険」の担当主体を「公法上の法人」と規定しているに過ぎないと倉田は指摘している。したがって、立法者の裁量が広く、保険者と国家とは常に緊張関係に

²⁴³ 詳しくは、倉田 聡著「医療保険の基本構造—ドイツ疾病保険制度史研究」（北海道大学図書刊行会、1997年）p.19を参照。

あるといえる。

現在、連邦保健・社会保障省が発行している「法定疾病保険の手引き」では、「法定疾病保険は、自治の原則に基づいている。疾病金庫及び医師は、ドイツにおける診療を整備する権限を国家から付与されている。そしてこれらの公法人は、国家の監督の下で、法定された任務を民主的な自治及び自己原則という基本原則に基づいて遂行する。」と記述している。つまり、疾病金庫の活動は公法人として法律で定められている。我々が行った現地インタビュー調査においては、このような点を指して、多くの疾病金庫関係者から「疾病金庫業務の95%は法定のため、疾病金庫の自治は限られている」という不満の意見が聞かれた。裁量が認められる5%の業務の中には、保険料率や各種健康プログラムに関する決定が含まれている。この5%の裁量を指して「裁量権がなく、国の代行機関である」とする意見と、「裁量権のある、自治組織である」とする意見があり、疾病金庫によって評価が分かれた。ドイツは皆保険ではなく、疾病金庫は民間保険との対比を意識せざるを得ないこと、1993年のGSGで競争原理が導入されたことに伴い、疾病金庫がマネジメントを意識するようになったこと等から、裁量権の拡大に対する要望が強まっているのではないかと思われる。この裁量の範囲を広いとみるか、狭いとみるかは何を基準にしてみるのかによって異なることに留意する必要がある。

「自治」を保険者機能として捉えた場合、近年、自治は強化されてきているといえる。統合診療における直接的な診療契約の締結や疾病管理プログラムへの関与、被保険者獲得のための広報活動などからみても、わが国と比べて強いといえる。被保険者の金庫選択自由化により、各疾病金庫は保険料率の設定や被保険者向けボーナスプログラムの提供、IT化による管理コストの削減等を通じて他金庫との差別化を図りながら、競争力の強化を進めている。被保険者の金庫選択自由化が開始した直後は、保険料率の設定での差別化が競争の主眼であったが、金庫間の保険料率の格差が縮小してきた現在は、各種プログラム提供や効率的なマネジメント体制の確立にその主眼は移ってきている。このため、保険者機能を強化するべく疾病金庫では、財務や統計、営業、広報など様々な専門家の確保・養成が必要とされている。

次に財政的自律性という観点からみた場合、2004年のGMGで出産手当等の保険になじまない給付への連邦租税財源の投入が定められたものの、疾病保険については原則として労使折半の保険料がその財源となっている。各疾病金庫は自治及び自己責任原則のもと、法律で定められている一定範囲内であれば保険料率を独自に決定することができる。つまり、疾病金庫は財政責任を自らが負う組織であり、財政自律性を確保できるよう自らが保険料率を設定する仕組みとなっている。したがって、この財政自律性と自治とは裏腹の関係にあるといえる。

最後に、当事者参加としての自治についてみると、GSG以降、そのあり方も大きく変容している。従来、疾病金庫の意思決定機関は「代議員総会」と「理事会」があり、どちらも労使同数のメンバーで構成され、いわば共同運営を行ってきた。GSGでは、この代議員総会と

理事会が統合され「管理委員会」となった。また、これとは別に常勤職の「理事会」が設置された。管理委員会は被保険者数に応じて労使同数の非常勤の管理委員で構成されており、理事の任用や金庫業務の監査及び監督、金庫の合併・解散等に関して決定を行う。理事会の理事は、従来の名誉職とは異なり、常勤職として金庫運営の責任を負う。このような理事を設けたことにより、疾病金庫ではトップダウン型の意味決定が可能となった。これをもって、労使による共同運営形式から経営者によるマネジメント形式への移行と捉え、当事者参加が後退したとみることもできる。また、疾病金庫の統廃合により、民主的な意思集約が困難になってきたともいわれる²⁴⁴。こうしたことから、当事者参加の後退が危惧されるものの、理事を採用する管理委員会には労使同数自治の仕組みが依然として留保されている。

(2) フランスにおける「自治」

フランスの社会保障制度は戦後のラロックプランを出発点とする。基本理念として「国民連帯」を掲げ、一般化原則、単一金庫制度及び自律性原則という3原則に基づく²⁴⁵が、中でも「自律性原則」を重視し、国の干渉をできるだけ排除する制度の構築を目標とするものであった。すなわち、一定の保険事故に対する所得保障を目的とし、最終的にはすべての国民を対象とし、全国社会保障金庫を頂点とする一元化された管理運営組織のもと、被保険者や使用者等の負担する保険料を唯一の財源とし、関係当事者自らが直接制度の管理運営に関与するという社会保障制度であった。しかし、すべての国民を対象とする制度の構築は、自営業者を中心とする老齢保険制度の一般化への反対に遭遇し、結果的に断念した。このような経緯があり、全国社会保障金庫は民間労働者、被用者を中心とする一般制度の管理運営組織としての性格を強めた。

1967年8月12日のオルドナンスでは、この全国社会保障金庫を医療保険、老齢保険及び家族手当に分割し、さらに保険料徴収の全国組織を設けた。全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）、全国被用者老齢保険金庫（CNAVTS）及び全国家族手当金庫（CNAF）、社会保障組織中央財務管理機構（ACOSS）である。この結果、管理運營業務に関する機能分化の徹底と職域保険制度の複数併存体制となった。

一般制度の金庫理事会については、保険料を負担する労使がともに参加する形式となっている。この理事会への労使の参加であるが、労使同数主義を採用していた時期もあれば、被用者代表優位を採用していた時期もある。1967年8月12日のオルドナンスで労使同数が採用された後、ミッテラン政権下の1982年12月17日の法律では被用者代表優位主義が採用され、その選出方法も指名方式から選挙方式へと変更された。その後、ジュペプランに基づく1996年4月24日のオルドナンスで再び労使同数主義が採用され、代表の指名方式が復活した。この金庫理事会は2004年8月13日法により評議会と名称が変更されている²⁴⁶。しかし、より大きな変更は、CNAMTSの事務局長を事務総長に格上げし、同時に新たに創設された全

²⁴⁴ 倉田聡「ドイツ医療保険の現状と課題（最新動向レポート）」（2005.3.24）。

²⁴⁵ 加藤智章「医療保険と年金保険」北海道大学図書刊行。

²⁴⁶ 加藤智章「フランス医療保険制度の最新動向－2004年8月13日法に基づく疾病保険改革を中心に－」。

国医療保険金庫連合（UNCAM）の事務総長を兼務させ、その権限を強化する一方で、金庫理事会の権限を縮小した。事務総長に付与された権限としては、ONDAMを遵守するために必要なすべての措置を講じることを決定する権限であり、具体的には償還率の引上げや医療協約の交渉締結の権限等である。このほか、地域圏医療保険金庫や初級医療保険金庫の事務長及び会計責任者を任命する人事権が事務総長に認められた。それまでは、事務局長が政令で定める事務長職の有資格者リストから3名を各金庫の理事会に提案し、理事会がそれに基づいて事務長を選任する方式であったが、これをあらかじめ各金庫の評議会に打診した上で、評議会の3分の2以上の反対がなければ、事務総長の指名する者が事務長に選任される方式に変更となった。

このように、フランス医療保障の保険者組織については、当事者参加による自治から中央集権化と事務総長の権限強化による組織運営に大きく変容したとみることができる。なお、この事務総長は5年の任期でデクレに基づいて任命される。この任命に際して、社会保障担当大臣は評議会に打診することとされているが、評議会は3分の2以上の反対がなければ、大臣の提案に反対できないため、実質的には大臣の直接指名と大差はない。したがって、保険組織運営における国家の介入が高まっているとみられることもできる。

この背景としては、医療財政の悪化と保険運営上の意思決定の遅れがある。すなわち、自律性原則の中核的な要素である財政自律性が崩れながらも、それを解決する適切な手段を持たないまま、意思決定が遅れ、ますます深刻な財政悪化を招いたことに起因するものと思われる。医療保障の財源については、自律性原則に従い、もともとは租税に基づくものではなく、被保険者や使用者が拠出する保険料に依拠していた。保険料は年金、失業保険料等とまとめて保険金庫とは別の機関であるURSSAFを通じて徴収された後、ACOSSに集約され、ACOSSからCNAMTS、CNAVTS、CNAFに配分されるという仕組みであった。一般制度はひとつの保険者であることから、このような一般制度内の保険料の分配は保険者間の財政調整とは異なる。しかしながら、金庫では、医療費の増大に歯止めをかける有効な手段を持たなかったことから、結果として財政赤字が増大することとなった。

こうしたことから、医療財政の再建を目的として、医療財源に占める税財源であるCSGの割合の増加と国家関与が強化されてきている。国家関与の強化の流れはジュペ改革から始まっており、その最大の目的は医療費抑制であったといえる。ジュペ改革では社会保障財政法律によって議会が社会保障全体について責任を有することが明確に示され、ONDAMを定めることとなった。ONDAMは、全国金庫と政府との間で締結される目標・管理協約の追加文書で開業医療費推移目標として明記され、さらに医療協約における附属文書に医療費推移予測目標が設定される。これらの追加文書や附属文書は毎年付加されるが、1997年度を除き、ONDAMが達成されたことはなかった。このため、2005年8月22日の「社会保障財政法律に関する組織法律」により、ONDAMを達成するための監視委員会が設けられるなどの措置が講じられている。現在では、保険金庫は執行機関であり、財政的に自立していないと政府からは指摘されている。

2. 医療保険制度における「連帯」

医療保険制度において「連帯」は重要な言葉である。ドイツ、フランスともに、労使の拠出による社会保険方式を採用した当初から、職域連帯、保険集団内の連帯という理念があった。しかしながら、社会保障制度の一般化や一連の改革のなかで、この「連帯」の概念が変化してきている。

(1) ドイツにおける「連帯」

ドイツ疾病保険運営の原則は「連帯」と「自己責任」である。疾病金庫では、自らの財政責任については自らが負う「自己責任原則」のもと、金庫の必要給付費総額を賄うのに必要な保険料を算出し、所得をベースに同一の保険料率が適用される。ここでは、民間保険での「給付反対給付均等の原則」が適用されることはない。疾病金庫の保険料算出基準は疾病リスクに応じたものではなく、同一の金庫内では同じ所得であれば同じ保険料となる。この結果、疾病金庫内においては、疾病リスクの低い被保険者が疾病リスクの高い被保険者のリスクを引き受けていることになる。この関係の基礎には「社会連帯」という概念がある。この社会連帯という考え方は、倉田によると、疾病金庫内での経済的な意味での財貨の移転のみならず、そもそも労働組合のように「特定のカテゴリーに属する人たちの団結、結社を前提にした²⁴⁷」ものとしている。

ところで、ドイツでは、わが国の市町村国保に相当する地域保険は存在しない。つまり、被用者保険以外の公的保険、広義の「社会保険」は存在せず、「社会保険」は「被用者保険」と同義になることに留意する必要がある。

1993年のGSGによりリスク構造調整が導入され、1996年の法改正で被保険者による金庫選択の本格的な自由化が開始した結果、従来の社会連帯の概念が変容している。リスク構造調整については後述の財源政策で触れるが、リスク構造調整の導入の結果、「金庫内での連帯」から「被用者保険内の連帯」へと変化しつつある。また、被保険者が自らの加入する疾病金庫を選択できるようになった結果、「既存の社会的なつながりとは別に、医療費をともに分かち合う利益共同体の結成という新しい形の社会連帯」に変容している。このことから、1993年のGSGを契機に、社会連帯の基盤であった企業や同業組合というものの意義が薄れ、個人の選択を尊重した新たな共同体に変わりつつあること、同時に疾病金庫内の連帯からより広い被用者保険内の連帯概念が強まりつつあることがわかる。しかしながら、先にも述べたように、ドイツでは「社会保険」という言葉は被用者保険を指しているように、国民全般を対象にした「国民連帯」という発想は今のところ議論されていない。

次に、わが国で議論になる「世代間連帯」について触れてみたい。ドイツでは、公的年金受給者はそれまで被保険者として所属していた疾病金庫に退職後もそのまま被保険者として加入しており、退職を理由に他の疾病金庫への移動することや子の扶養家族になることはな

²⁴⁷ 倉田 聡著「医療保険の基本構造—ドイツ疾病保険制度史研究」(北海道大学図書刊行会, 1997年) p.318を参照。

い。わが国のような老人保健制度は存在しない。したがって、高齢者医療の財源問題という点で議論をされることはあまりなかった。しかし、近年、ドイツでは、労働所得に基づく保険料算出がそのまま労働コストの増加に繋がり、企業側の雇用を阻害し、失業率の改善が図られないとの認識が高まっていることから、「世代間連帯をより強化するために、現役世代への一方的な負担の増加ではなく、世代間平等を実現しよう」という改革案が提示されている。改革のリュルupp報告書では、「社会保障制度の改革は、世代間の連帯を強化するものでなければならない」としつつ、「今後進行する高齢化の負担を若年層にのみ押し付けるのではなく、人口の構成の変化に対応しながら、システムを維持しつつ、世代間平等の原則を尊重する必要がある」としている。この改革案については財源政策のところで触れたいと考えているが、改革案では「市民保険」と「人頭割保険」の2つの代替案が提示されている。いずれにせよ、世代間連帯を強化するためには世代間平等を実現しようという点、その世代間平等を実現するために労働コストに直結しない保険料賦課を図ろうとしていることに注目したい。

(2) フランスにおける「連帯」

フランスの医療保険制度は、先にも述べたように制度構築当初には「国民連帯」を基本理念に掲げながらも、自営業者等の反対により、「職域連帯」に基づく制度構築を余儀なくされたという経緯がある。制度設立当初は「職域連帯」の色合いが強かったが、それが「職域間連帯」へと変容し、制度が一般化するのに伴い「国民連帯」の概念が強化されたとみることができる。なお、フランスについても、ドイツと同様に、わが国の市町村国保に当たる地域保険は存在しないことに留意する必要がある。職域保険に基づく社会保険制度を補完する制度として社会扶助制度が存在する。職域連帯の概念が弱まった背景については本報告書第3部で加藤が詳述しているが、長期にわたる失業問題の対応力において職域保険の限界が露呈されたことによる。1980年代以降の不況による失業問題に十分に対応できなかったことから、相対的に社会扶助制度の存在意義が高まった。この間、無拠出給付や社会扶助給付の進展を通じて、「普遍性原理」を導き出す土壌が形成され、1990年代に入り、一般社会拠出金(CSG)を導入する普遍性原理が浸透し、租税代替化が進んだ。この結果、職域連帯の意義が薄れ、国民連帯の意義が高まるようになった。

このように、職域連帯から国民連帯へと連帯概念が変容している理由は、財源政策と密接に結びついている。CSGは1991年の導入当初は家族給付のための目的税であったが、ジュペ改革によって医療保険財源へも充当されるようになった。一般制度の被用者負担保険料率は、CSGによる代替によって1998年に0.75%にまで低下しており、被用者による保険料拠出はわずかなものになっている。そもそもCSGは社会保険による職域連帯から社会保障による全体的連帯への移行による諸問題、加えて収入源の多様化に対応して導入されたものであった。CSGは労働収入だけではなく、資産収入などより広い範囲を賦課対象としており、保険料と比較すると職業間、世代間の連帯の公平性に資している可能性がある。

こうして、法定保険における職域連帯の概念は租税代替化によって弱まりつつあるとみることができるが、その一方で補足制度においては、なおも職域連帯が維持されているとみる

こともできる。近年の医療費抑制策のもとでは、この補足制度の存在意義が高まりつつある。補足制度の役割増加は職域外との財政調整がないという点で、職域連帯が強まったという見方もできる。ただし、補足制度は企業としては契約しないことも可能であり、社会保障というよりは企業福祉的な面があるのではないのかとも思われる。

次に、「世代間連帯」であるが、フランスもドイツと同様に、退職後も退職前に所属していた制度の加入者であり、独立した高齢者医療保険制度は存在しない。また、老齢年金からもCSGが課税されているように、高齢者も被保険者として保険料やCSGを負担していること、基本理念が「国民連帯」という幅広い連帯を掲げていることなどから、医療保険制度における世代間連帯について議論されることが少ないと思われる。

3. 財源政策と「自治」及び「連帯」

財源政策は、「自治」と「連帯」のあり方と切り離すことはできない。そのため、前述した医療保険制度における「自治」及び「連帯」の議論と重複する内容もあるが、財源政策を中心にしつつ、自治と連帯との関係について触れてみたい。

(1) ドイツにおける財源政策

ドイツでは保険者が財政責任を負うという自己責任原則のもと、労使折半の拠出に基づく保険料で医療保険財源が賄われてきた。ここでは、民間保険とは異なり、「給付反対給付均等原則」は適用されず、疾病金庫は自らの必要な給付費総額から所要保険料額を算出し、被保険者は疾病リスクとは関係なく、同一の保険料率で保険料を負担する仕組みが採られてきた。この結果、疾病金庫内では、低リスク被保険者から高リスク被保険者への所得移転が行われていることになる。このような社会的調整が認められる基礎として、疾病金庫の被保険者間での「社会連帯」がある。疾病金庫の自己責任原則と同一金庫内における社会連帯概念のもと、医療保険運営が行われてきた。

これを大きく変容させたのが、1993年のGSGであった。GSGでは、上昇する保険料率を抑制する手段として、被保険者に疾病金庫選択権を認め、疾病金庫間の競争を促すこととした。また、この疾病金庫間での公正な競争を促進するための前提条件として「リスク構造調整」が導入された。これは、各疾病金庫の保険料率格差を無条件に解消するのではなく、保険者の努力とは無関係に保険料率格差を生み出す可能性のある不公平な要因（加入者の年齢・性別・障害の有無など）をあらかじめ調整しておくという「事前調整的」な機能を持ち、わが国の老人保健拠出金制度のような他制度への事後調整的な財政補填ではない。このリスク構造調整は疾病金庫間での所得移転といえるが、連邦憲法裁判所ではこれを社会保険としての疾病保険において許容される「社会的調整」と位置づけた。このことは、連帯やそれに基づく社会的調整が金庫内に限定されるものではなく、金庫間の連帯として捉えられるようになったことを意味する。しかし、ドイツの疾病保険は全国民を対象にしているわけではなく、あくまでも疾病保険加入者間での連帯であることに留意する必要がある。

リスク構造調整により、疾病金庫間の保険料率の大きな格差は解消したものの、リスク調整が十分ではないとの指摘により、2001年改革法では、一定以上の高額な支出を事後的に財政調整するためのリスクプール制度が導入された。また、2007年に有病率指標を取り入れたリスク構造調整を導入することが決まった。これについては、BKKとAOKとの対立が深くなる傾向にあるとされている。

このように、ドイツでは、近年、連帯の範囲が金庫を越えた金庫間連帯にまで広がり、疾病金庫間での社会的調整が行われている。しかしながら、あくまでも、ドイツの連帯の範囲は国民一般を対象とするものではなく、社会保険加入者間での連帯であること、疾病金庫間での社会的調整はあるものの、国庫負担を投入しない疾病保険内での自己責任原則が貫かれていることは留意しておく必要がある。

2003年8月28日にリユルupp委員会報告書「社会保障システム財政の持続可能性」が発表となった。これは、シュミット連邦保健・社会保障大臣が、年金保険、医療保険、介護保険分野において、財政的に持続性のある制度構築のための抜本的な改革に向けて立ち上げた委員会である。この中では、賃金に関連づけられた保険料賦課の手法が限界にきていること、高齢化への対応には「世代間連帯」の強化が必要であること、世代間連帯の強化には若年層や将来世代に過剰な負担をさせないという「世代間平等」の原則が必要なことといった基本的な考え方が示された。この基本的な考え方に従い、「市民保険」と「人頭割保険」という2つの構想が提示された。「市民保険」構想は、被保険者の対象者をすべての国民に拡大し、保険料算出の基準とする収入の範囲を資本や資産も含めたすべての収入源に拡大しようとするものである。また、給付範囲としては、長期的には生命維持に関わるような医療サービスについては法定疾病保険でカバーし、それ以外の部分については民間保険を補完的な保険として活用するという構想である。一方、「人頭割保険」は、「等価原則」のもと、所得や資産に関係なく、一定の保険料とするものである。保険料負担が相対的に重くなる低所得者に対しては税により補填することを予定している。市民保険構想は、保険料賦課において所得再分配を機能させようとしているが、人頭割保険構想は疾病保険のなかでの所得再分配は行わず、その外部において低所得者への税財源の投入を行うことによって、社会的平等を達成しようとしている。

このように、ドイツでは世代間連帯の観点から保険料賦課のあり方の議論が盛んになされているところであるが、高齢者医療を独立した制度とするという考え方はないこと、現役世代への負担を軽減するような保険料賦課とすることによって世代間平等を実現し、雇用環境の改善を図ろうとしていることが特徴として挙げられる。

(2) フランスにおける財源政策

フランスでは前述のように、制度発足当初は「国民連帯」を標榜したものの、自営業者等による反発により、制度が分立した「職域連帯」を基本理念においた運営が行われてきた。財源政策については、労使の拠出による保険料がその財源であった。しかし、1970年代以降、

産業構造の変化や就業構造の変化に伴い、財政基盤が弱体化する制度が現れるようになり、一般制度と6つの特別制度の間で財政調整が行われるようになった。1970年代、1980年代は制度間連帯としての財政調整時代といえる。

その後、1980年代を通じて高失業率に悩まされたフランスでは、この財政調整も限界に達し、1991年には家族手当に一般社会拠出金（CSG）が投入されることとなった。この背景としては、保険料率を引上げることは、企業の人件費負担を増加させ国際競争力を招くことに加えて、人件費の増加が失業率の改善を妨げ、失業期間の長期化により保険料収入を減少させるという悪循環に陥ったことが指摘されている。その後、1997年1月に医療保険にこのCSGが投入されることとなった。1992年1月以降、一般制度の保険料率は被用者が6.8%、事業主が12.8%であったが、CSGが投入された1997年1月には事業主の保険料率は変わらないが、被用者は5.5%に低下した。翌1998年1月には被用者の保険料率は0.75%と大きく減少している。一方でCSGの医療財政に占める割合は増加し、租税代替化が進んでいる。

CSGは、1990年12月29日の1991年財政法律によって制定されたものであるが、その対象者はフランスに居住する者であり、稼働所得のほか、退職年金や失業手当などの代替所得、不動産収入をはじめとする資産所得、投資益など広範囲にわたる収入について賦課される。CSGの法律上の性格としては、フランス憲法院の判決では憲法第34条2項4号に定める「各種の賦課」と位置づけているが、ヨーロッパ共同体法院は、共同体法の枠組みではCSGは社会保障に「直接かつ十分な関連性」があるという点で、「保険料」と同視しうるとの見解である。

フランスの財源政策として保険料中心主義から租税代替化へ移行した背景には、前述の保険料及び財政調整の限界のほか、CSG導入の理由付けとして「普遍性原理」が用いられた。これは、家族給付や高齢者の最低所得保障に次いで、医療アクセスの保障も国家ないし社会全体で取り組むべき事案とされたことによる。1999年7月27日法では、従来、県の医療扶助対象者であった者を中心に、拠出ではなく居住を要件とする「普遍的医療給付制度（CMU）」を導入した。この結果、「国民連帯」「一般化」の概念を強化した制度が構築された。

2005年には、CSGの課税率の改定分やたばこ税の一部を医療保険部門（主にCNAMTS）に移管、会社組織連帯社会拠出金（C3S）に0.03%の新たな拠出金を創設、製薬会社からの拠出金の継続と増額が行われた。フランスの医療財源政策は、このように様々な財源の確保、課税率・拠出率の変更等に依拠している。したがって、保険者は財政的自律性の点において、国の代行機関と政府からは指摘されている。保険料と税財源が混在している状況について、経済団体は「職業に関する給付（老齢保険、年金保険、失業保険、労災保険）は保険料で、全国民を対象とする再分配的給付（医療給付、家族給付）はCSGで賄うべきである」と主張し、一方、労働組合は「国民連帯に基づく給付（予防、公衆衛生、CMU等）は税で、一般制度でカバーするリスクに関わる給付は保険料で賄うことにより、財源の道筋を明確にすべきである」と主張しており、意見が分かれている。

調査研究報告にあたり若干の補足と示唆

検討委員会座長 藤田 伍一

(東京福祉大学大学院社会福祉学研究所)

本報告書はドイツとフランスの「疾病金庫」について法理的側面を中心に、2年有余にわたる研究成果をまとめている。一連の調査研究を通じて新たな法理的関係も掘り起こされており、わが国の「健保組合」との異同も明瞭となってきた。

特に本調査研究では、両国における「疾病金庫」の構造と機能について、「自治」と「連帯」の観点から取り上げて、それを規定する法理的な側面に検討を加えてきた。また、その枠組みのなかで「疾病金庫」の組織運営の実態や問題点などを把握するために現地での聞き取り調査も行った。

本報告では法理的な考察を中心に実態調査を加えて、総合的に両国の「疾病金庫」の構造を分析してきたが、以下では、これまでの研究成果を集約するにあたって、政策類型の視点を追加・補足することで、わが国の「健保組合」に対する若干の示唆にも触れておきたい。

(1) ドイツにおける医療保険政策

ドイツにおける公的な医療保障の歴史は19世紀のビスマルク社会保険の成立まで遡ることができる。1871年に成立したドイツ帝国(第二帝政)は、早くも1873年から世界的な「大不況」に見舞われることになった。宰相ビスマルクはユンカー(封建的土地勢力)の農業生産物を保護するとともに工業製品の輸出増加によって大不況の克服を考え、世界戦略の要として攻撃的な「保護関税立法」の制定を図ることにした。だが、保護関税の導入は物価を押し上げるため、労働者や消費者が一斉に反対したため、1878年の皇帝狙撃事件を口実に「社会主義者鎮圧法」を制定して、反体制運動を強力に取り締まることにした。事実、社会民主党(SPD)とともに、自由貿易主義を標榜する進歩党(FP)が標的とされ、選挙で大幅に議席を失うことになった。そして重工業とユンカーの間の、いわゆる「鉄と穀物の同盟」によって「1879年保護関税法」が制定され、ドイツ帝国主義の基本的方向が規定されたのであった。

しかし、社会主義者鎮圧法の導入によって社会民主党系の労働運動は後退しなかった。その意味では社会主義者鎮圧法は失敗であった。ヨーロッパ系の労働組合では、共済機能として「失業給付」を支給してきたが、疾病に関しては労働組合とは別個に「疾病・死亡金庫」を設立して「疾病給付」等を与えるのが一般的であった。例えば、イギリスでは「友愛組合(Friendly Society)」がこれに該当する。

ドイツでも、すでにこの時期には、労働者は職種毎に任意の「共済金庫(Hilfskasse)」を設立して疾病・死亡給付を実施していた。社会主義鎮圧法は反体制的な労働運動の拠点として「政治団体」である労働組合を禁圧したが、代わって労働運動の拠点となったのがこの「共

済金庫」であった。社会主義者鎮圧法の第3条が取締りの対象から「経済団体」を除くとしたため、政治団体ではない「共済金庫」は取締りの対象から除かれたのである。労働組合を解散させられた労働者は「共済金庫」に結集して反体制運動を継続しえたのである。

そのためビスマルク政府は労働者の自主的な経済活動としての「共済金庫」を体制内に取り込む必要を感じ、公的な疾病保険制度の一環に位置づける構想を具体化していくのである。

ドイツ社会政策の古典的定式といわれる「ムチ」と「アメ」は、この「社会主義者鎮圧法」を「ムチ」として、「社会保険」を「アメ」と理解するものであるが、政治的内実としては、社会保険はむしろ「ムチ」政策を補完するものとして位置づけられるのである。

1883年の疾病保険法は災害保険との一体的構造化による資本救済的な色彩が強く、保険者としての「疾病金庫（Krankenkasse）」に「共済金庫」を取り込み、「代位金庫」としてその階級的政治性を脱色せしめた点に政策的意義があったのである。

ビスマルク疾病保険の保険者には、その他、「企業疾病金庫（BKK）」を含む自主的な金庫制度がそのまま採用された。また従来金庫に加入していない労働者には「地区疾病金庫（AOK）」が新設されることになった。

こうして、ビスマルク疾病保険の開始にあたって「共済金庫」は経済団体としての「自治」が認められることになった。また弾圧下の抵抗拠点であった経緯から対内的には「連帯」が強調・宣伝されることになった。

その後、労働者の主要タイプが家具職工、印刷工など熟練を要する旧型の労働者から不熟練中心の工場労働者に移っていくにつれて、「共済金庫（代位金庫）」の退潮と「企業疾病金庫」の隆盛がみられることとなる。しかし、疾病保険の開設時における「自治」と「連帯」の理念はその後ドイツ疾病金庫制度の基本性格を規定したものであるといえる。

本報告書でも取り上げた1993年のGSG、および1996年の法改正は、「疾病金庫」とその加入者に「金庫選択の自由」を付与したものである。すなわち、加入資格を（例えば従業員に）限定する「閉鎖型疾病金庫」にするか、加入資格を問わない「開放型疾病金庫」にするかは各疾病金庫に「選択」権を与え、また被保険者にも開放型金庫に限定してではあるが、自由選択を認めたのである。

「金庫選択の自由」が認められた背景には、加入者の移動の自由を保障することで、金庫に加入者確保のための競争を促し、保険料の低下を競わせる狙いがあったと考えられるが、その原則自体は「いずれかの疾病金庫に所属させる」というビスマルク疾病保険の「加入強制の原則」への回帰とみることもできるのである。

(2) フランスにおける医療保険の特性

フランスにおいても労働者階級の成長と労働運動の高まりに合わせて19世紀後半には疾病金庫を含む労働者による相互扶助組織が発達しており、ドイツにおけるビスマルク社会保険の導入はフランスの金庫制度にも強い影響を与えた。特にドイツに併合されていたアルザス・ロレーヌ地方ではドイツ疾病保険が適用されていたため、ドイツ敗戦による同地方のフランス返還（1919年）に伴って社会保険の扱いが問題となった。これがひとつの契機となっ

てフランス全土に社会保険が導入されることになった。すなわち、1928年法及び1930年の立法措置によって、一定所得以下の労働者を被保険者として疾病、出産、障害、老齢および死亡を保険事故とする社会保険制度が設立されたのである。そして保険者である金庫制度については設立の自由を与え、また被保険者に選択の自由を認めることになった。

ヒットラー・ドイツの崩壊によるヨーロッパ戦線が終結した直後の1945年6月には社会保障計画として有名な「ラロックプラン」が提出された。これは大戦中のイギリスにおけるベヴァリッジプランに触発されたともみられるが、戦後フランスの国民生活の復興と安定のために3つの基本原則を盛り込んだものであった。すなわち、①社会保障の全国民への拡大を謳った「一般化原則」、②社会保障を組織的に単一化しようとする「単一金庫原則」、③労使による自主的な金庫管理と保険料方式による財政規律を訴えた「自律性（自治）原則」、の3つである。

上記原則の①と②はまとめて「国民連帯原則」と呼ぶことができるかもしれない。だが、この原則から離脱するかのように、統合されていた全国社会保障金庫は1960年代後半に疾病、老齢、家族のカテゴリー別に3分割された。そして分割運営の補完措置として、いわゆる財政調整方式が導入されることになった。しかしながら「ラロックプラン」に代わって1995年に「ジュペプラン」が採択されるまでは、「自治」と「連帯」の金庫理念は広く国民に支持されていたのである。

さて理念とは別に、フランスの医療保険の構造をみる場合には、次の2点に留意しておく必要がある。ひとつは、医療保険が医療供給体制と密接な関連を持つのは当然であるが、フランスでは自由診療の理念が強いことから「償還方式」の医療保険が採用されている。すなわち、原則として医療機関での支払いはひとまず患者が負担しておき、後にその負担額の65～70%を保険基金から償還する方式である。ドイツと同じ社会保険方式を採るとはいえ、フランスの場合には「償還方式」を採用することで医療機関は基本的に社会保険関係の外部に置かれている。すなわちフランスの場合には、国家と患者の2者関係で医療保険が成立していることになる。「償還方式」のもとでは、患者サイドの一時負担は重く、また国家、患者、医療機関の3者間の「社会的連帯」は希薄化せざるを得ないであろう。

もうひとつは、医療保険と労災保険、すなわち業務外疾病を扱う医療保険と業務上災害を扱う労災保険が疾病保険金庫によって一体的に運営されていることである。ビスマルク社会保険ではこの2つを直列的に接続させ、保険料も一体的に構造化したことで厳しい批判を受けることになった。フランスでは保険料割合で事業主負担を大きくしてはいるが、典型的にはビスマルク社会保険の構造を踏襲しているといえるのである。

(3) 若干の示唆

最後に、両国の疾病金庫がわが国に示唆するところを若干触れておこう。

ドイツとフランスの疾病金庫は労働者の自主的な金庫活動に支えられて発達してきた。それも、労働運動の高まりを背景にして、対外的に「自治」を獲得し、対内的に「連帯」を強化してきたのである。したがって、両国の「疾病金庫」とわが国の「健保組合」では組織成

立の沿革も組織機能も大きく異なるといわなければならない。わが国では労働運動の背景はほとんど無いに等しく、大企業の労務管理の一環として機能した企業福利制度を健康保険に吸収・活用したものが多く、その意味で「自治」と「連帯」のキーワードに関していえば、組織原理からみて「自治」にはほど遠いといわなければならない。いうなれば、健康保険の管理体制の一分枝として位置づけられるとともに企業にとっては同業的経営機能や労務管理機能をも果たす装置として期待されたのである。

だが、「連帯」については評価すべき面がみられる。日本的経営における労使間および従業員間の「連帯」意識の醸成には大いに貢献してきたからである。従業員重視の経営スタイルとして知られる日本的経営については、平成18年度経済財政白書では高く評価しており、非正規雇用から正規雇用への復帰を唱え、日本的経営への回帰を訴えている。今後、長期雇用を軸とする展開を想定するならば、職域を主体とする組合内部の「連帯」を確保しつつ、健保組合の保険者機能を強化して組合「自治」を順次拡大していくことが課題となるだろうが、そのフィージビリティは高いと思われる。

結びにあたり、ドイツとフランスの疾病金庫からわが国が学べることとして以下の3点を指摘しておきたい。

1つは「加入強制の原則」と「強制加入の原則」の違いについてである。両国の「疾病金庫」では、被保険者には金庫を選択できるが、必ずいずれかに加入しなければならないとする「加入強制の原則」が適用されている。ドイツでは民間保険の加入も一部で許されている。それに対して、わが国では国民皆保険体制の実現を前提にして、被保険者に保険者を選択する自由は与えられておらず、特定の保険者への加入を強制する「強制加入の原則」が採用されている。そして、その範囲内で資格があると認められた一部のケースについて、組合方式を認めてきたのである。この「加入強制」と「強制加入」の政策的な差異について十分な検討を進めるべきであろう。

2つには、疾病金庫における「開放型」と「閉鎖型」の違いについてである。ドイツの「開放型疾病金庫」における「加入選択（移動）の自由」は競争を促すポイントと評されているが、中長期的には低コスト競争のメリットは逆選択によって相殺されるであろう。さらに「構造的リスク調整」を併用すれば、競争条件の均等化が働き、むしろ競争のメリット、つまり競争する意味まで奪うことになると懸念される。

これに対して、「閉鎖型」は人事・労務管理とタイアップして運用できるタイプであって、特に長期雇用や特殊職域に適している。

わが国の「健保組合」は典型的にこの「閉鎖型疾病金庫」と同種であることから、「閉鎖型」の動向は多くの点でわが国に示唆を与えることになるだろう。

例えば、ドイツ銀行のBKKで認められるように、同一職場を単位とする特性から疾病管理を行うことが比較的容易である。人間関係の安定や職場士気の向上も期待できるし、費用対効果の面からも積極的な意味を持つものと考えられる。

3つ目には、ドイツとフランスの疾病金庫では、高齢者医療において、いわゆる「突き抜け方式」を採用していることである。その意味で両国では高齢者医療のあり方について本格

的な議論を要しなかったのであるが、これは「世代間連帯」の表れというよりも、「職域連帯」の絆が退職後も維持されているとみるべきであろう。「職域連帯」の絆は「日本的経営」にも通じるものであって、わが国でも制度全体を議論する際に「突き抜け方式」を改めて検討してみてもよいように思われる。

Ⅲ. 参考資料

ドイツ疾病保険制度をめぐる最新動向（2005年3月）

北海道大学大学院法学研究科 倉田 聡

1. 疾病保険現代化法（GMG）の制定経過とその背景

疾病保険の平均保険料率は、1989年以降の度重なる制度改正にもかかわらず、2002年にはじめて14%の大台を突破した。そこで、2002年の総選挙後も引き続き政権を維持することができたSPDと連帯/90緑の党は、①2003年の保険料率を2002年の保険料率に固定させ、それと同時に、②医師及び歯科医師の診療報酬のゼロシーリング（Nullrunde）、③疾病金庫が薬の製造業者及び卸売業者に支払う対価の減額、④高額所得被用者が民間疾病保険に移行しないことをねらった保険加入義務の上限の引上げなどを内容とした「保険料安定化法（Beitragssicherungsgesetz）」を2002年12月23日に制定し、2003年1月1日より施行した（BGBl. I S.4637）。

この法律は、単年度の保険料率を安定化させるための緊急措置法であり、2003年中に新たな改革法を制定するというのが連立与党の真のねらいであった。この改革法の立案にあたっては、これまで重視されてきた疾病保険財政の安定化だけではなく、医療サービスの供給にかかる構造の改革が強く意識された。

連邦政府は、5月28日に新たな改革に関する法案を閣議決定し、6月には法案を連邦議会に提出した。その後、連邦議会の審議中に、連立与党と野党との間で当初法案を審議するのではなく、改革プランを共同で練り上げるという合意が成立し、7月中旬の2週間にわたる秘密折衝で与野党共同の改革法案を完成させた。そして、2003年9月26日に同法案は連邦議会で可決され、翌10月17日の連邦参議院でも可決された（ただし、野党のFDPだけは同調しなかった）。これが、「疾病保険現代化法（GKV-Modernisierungsgesetz・以下「GMG」と略）」であり、一部を除いて、2004年1月1日より施行された。

同法案の審議が順調に進んだのは、この法案の内容による。つまり、連立与党が2000年の疾病保険改革法を制定する際に廃止した前コール政権の政策を復活させたことが、野党とりわけCDU/CSUと協力を呼び込んだと考えられるからである（同種の指摘は、田中・後掲論文にもみられる）。しかし、この事態をとらえて、「政策の選択肢の幅は収斂しつつあり、改革の方向性は相当に明確になってきた」、「企業の賃金追加コストである社会保険料負担の軽減をなりふり構わず最優先する、という認識が与野党問わず共有され、労働組合を基礎に持つSPDの現政権においてもこの方針が明確に打ち出されたことの意義は大きい（以上、田中・後掲論文19頁）」と断定するのはやや早計にすぎる。

もともとシュレーダー首相自身が伝統的な SPD の政策体系に批判的であり、彼と党との結合が政権奪取という極めてプラクティカルな政治的理由により維持されていること、彼の政策決定プロセスが一著名なハルツ法の制定・施行のプロセスや後述するリユールupp委員会のあり方がはからずも示したように一党の外側に設置した彼直属の専門家集団による提案をもとに党とりわけ左派との妥協を政治的に図るという「やや特殊な」ものであることを考えれば、党内野党である SPD 左派や労組幹部がこのような疾病保険改革を積極的に支持しているとみるべきではない（むしろ、連立与党内における政策合意が現状に対応するための「一時的な」ものであるという見方も成り立ちうる）。

2. GMGの目的とその主要内容

この法律の目的は、疾病保険制度を現在のドイツの現状に適合させることである（原語の *Modernisierung* が意味するところはこれである。わが国に定着しつつある「近代化」という訳語は、独和辞典から直接もってきたものと推測される。しかし、これでは従来の疾病保険制度が前近代的であるという価値判断を強く含むため、適切ではない。少なくとも当のドイツ人が自らの疾病保険制度を「前近代的」と認識しているとは考えられない）。その際、連帯（*Solidarität*）、補足性（*Subsidiarität*）及び自治（*Selbstverwaltung*）という基本原理は維持される。また、疾病保険においては、すべての被保険者が年齢、性別及び所得に関係なく必要な医療サービスを同等に受ける権利をもつことも確認される。

そのうえで、改革の主要目的は、供給構造の改革を通じて医療サービスの効率性と質の双方を改善し、同時にすべての制度関係者が節約措置に適度に引き込まれることにおかれている。とりわけ後者の点に関しては、社会的な利害を顧慮できるだけの、被保険者自身による疾病コストへの適切な関与（原語は *angemessene Beteiligung der Versicherten an ihren Krankheitskosten* である。具体的には患者自己負担の導入等を指す）が、連立与党と野党の共通理解に基づいて導入されたことが含まれる（この考え方に対しては、かつての野党であった SPD が 1997 年の第 2 次疾病保険新秩序法の制定時に強硬に反対、1998 年の政権交代時にはその撤廃を公約し、2000 年の保健制度改革法の制定時にいったんは廃止してきたという経緯があることに留意されたい）。具体的な内容を以下に示す（なお、GMG の概要を紹介した邦語文献に、土田武史「ドイツの「医療保険近代化法」—医療保険財政の安定、保険料率の抑制をめざして」共済新報 45 巻 2 号（2004 年）2 頁、須田俊孝「ドイツの「医療保険近代化法」—2004 年 1 月 1 日施行される」社会保険 55 巻 1 号（2004 年）8 頁があるが、詳細まで紹介したものはまだ公刊されていない）。

(1) 患者主権（*Patientensouveränität*）の強化に関する措置

患者の権利を擁護し、患者の利益を世間に伝える伝声管の役割を担う、いわゆる「患者の代理人（*Patientenbeauftragten*）」制度を疾病保険制度のなかに設けた（ここでは「患者＝被保険者」でないことに注意）。疾病保険にかかる共同自治システム（費用負担者である保険者側の団体と医師・歯科医師・病院・薬剤師など供給側の団体との間で展開されている労働協

約類似の疾病保険給付に関する決定システムを指す) のなかに、患者団体 (おそらく慢性疾患や難病) の意見を反映させる仕組み、例えば、連邦共同委員会にこれらの団体の共同審議権 (Mitberatungsrecht) を認めている。

疾病保険に関する (給付内容や費用、質の確保措置など) の透明性 (Transparenz) の確保が患者主権をより強化することは自明である。それゆえ、被保険者には、今後、その求めに応じて、医師・歯科医師・病院などから費用や給付に関する情報を獲得することができるようになると同時に、疾病金庫に対しても財政状況とりわけ運営経費や人事経費にかかる詳細も獲得することができるようになった。また、2006年からは、従来の疾病保険カードに代えて、さまざまな情報や知識が搭載された新方式の「賢い」保健カード (intelligente Gesundheitskarte・電子データ搭載のクレジットカード型のもの) が導入される。

現物給付から費用償還給付を選択する可能性の導入 (Einführung der Wahlmöglichkeit zur Kostenerstattung) も患者主権の強化に資するものと説明される。すべての被保険者に選択可能性が開かれると同時に、一度、費用償還給付を選択すると、その決定に自らは1年間、拘束される。疾病金庫は、この選択決定の前に被保険者の相談に応じることが義務づけられる。費用償還は、現物給付に用いられている報酬規律を使用するが、その際には金庫側の審査支払事務費用が必要なくなることや患者自己負担が含まれることを考慮しなければならないとされる。また、EU域内の他の国々で医療給付を受けた場合、費用償還給付が受けられるようになった (入院治療のみはあらかじめ金庫の承認が必要)。さらに例外的な場合にも一定の要件の下で費用償還給付が可能になった (従来の療養費給付とは異なる形式のもの)。

加えて、保険の範囲や財源調達に関して被保険者にはより広範な決定余地ないし形成可能性が生まれたとされる。これには、疾病金庫があらかじめ規定した予防措置、産業保健の促進措置、家庭医形式の医療サービスなどを受けた場合の財政的ボーナス (Bonus) が該当する。さらに、疾病金庫には、法定給付を補充するための諸給付の実現にあたって、被保険者に民間疾病保険契約の締結をアドバイスしたり、この問題に関して特定の民間保険会社と協力することができるようになった (すべて規約上のものであり、認可制)。

(2) 患者サービスの質の改善に関する措置

ここでは、疾病金庫と医療供給側の団体に対して、保健制度における質と経済性に関する独立の機関 (ein unabhängiges Institut) をおくことが挙げられる。この機関は、給付の質や経済性に関する共同自治システムの業務に関わるだけでなく、被保険者や患者からの求めに基づく情報提供事務にも従事する。また、すべての医師及び医療関係職に対して定期的な継続教育を義務づけた。

(3) 供給構造のさらなる改善

ここでは、病院と医師との境界を克服することが問題となる。自由業活動の医師と勤務医がともに活動する医療サービスセンター (medizinische Versorgungszentren) が将来的に許可されるようになった。その目的は、各診療科目を超えた医師もしくは非医師の専門職の協働

を可能にすることである。

疾病金庫は、家庭医中心の医療供給形式（**hausärztlich zentrierte Versorgungsformen**）を提供しなければならない。これは、金庫医師協会との総契約上の規律の枠内で、疾病金庫がこれに関する契約を家庭医と締結しなければならない。被保険者がこの形式によるかどうかは、任意であり、金庫は強制できない。ただし、経済的な誘導措置として、この形式を選択した被保険者にボーナス給付をする規律を規約に設けることが可能である。またこれと同様に、総契約の枠内で、個別の医師と契約医の供給契約を取り結ぶことも可能になった（これまで疾病金庫は外来診療について金庫医師協会としか保険診療の取り扱いに関する契約を締結することができなかった。要するに、クローズドショップの労働協約と同じ形式である。これは、医師と疾病金庫との長い歴史的な争いと妥協によって徐々に形成され制度化された仕組みであるが、ここに至って再び例外を認めることになった）。

2000年の保健制度改革によって導入されたものの、その後、実務的にはほとんど実施に移されてこなかった「統合サービス（**integrierte Versorgung**）」を再び活性化させることも今回の改革において合意された事項である。これは、個々の医師や病院、医療専門職のグループをひとつのサービス単位と認め、そこと特別の供給委託契約を結ぶもの（病院療養に関しては外来診療とは別に、病院ごとまたは病院団体ごとの供給委託契約の締結が可能であったが、これは、病院という枠組みにとらわれずに、ひとつの供給グループを病院と同格の取り扱いとするものである）である。病院予算及び金庫医師協会との総契約にかかる支出から1%分を、2004年から2006年までの3年間、このサービスの普及に充当することが決定された。また、統合サービスの参入規制をより緩和し、上述の医療サービスセンターにもこの種のサービスの実施が可能となった。

さらに、高度先進医療や重症患者に関しては、病院が外来診療に従事することを一部認める措置がとられ、これは、疾病金庫との病院との契約により可能となった。

(4) 外来診療の報酬に関する新しいルール

疾病金庫州連合会と金庫医師協会との間で締結されてきた総契約では、外来診療に従事する金庫医師の報酬を、被保険者1人あたり定額を基礎に、しかも労働者の基本賃金と同様の形式で定めてきた（より具体的にいうと、疾病金庫州連合会から金庫医師協会にすべての金庫医師にかかる外来診療報酬を総報酬という形式で一括して支払い、協会がこの総報酬を加入する個々の金庫医師に配分するというものである。わが国の診療報酬制度とかなり異なっている）。これを2007年から廃止し、新たな報酬システムが導入される。

いわゆる「総量制限付き1件あたり定額制（**Regelleistungsvolumina**）」と呼ばれるこの方式は、内科専門医、心臓病科専門医、精神療法専門医、家庭医などの専門診療科ごとに診療1件あたりの定額報酬を設定する。この定額報酬は、金庫医師協会の地域管轄（州）における疾病金庫州連合会所属の被保険者の有病構造（**Morbiditätsstruktur**）に基づいて設定される治療ニーズ（**Behandlungsbedarf**）から専門診療科ごとの給付上限額を算出した後に、そこから

1 件あたり単価として得られた定額 (Regelleistung) である。各診療科の給付実績がこの給付上限額の範囲内であれば、給付実績に比例した報酬が金庫医師協会に支払われる。また、この給付上限額を超える給付については、疾病金庫州連合会から原則として報酬が支払われない。ただし、総契約においてあらかじめ上限額を超える給付について、上限内給付の 10% までであれば別途報酬を支払う協定を結ぶことができる。なお報酬の支払いは、これまでと同様に、疾病金庫州連合会から金庫医師協会に一括してなされ、それを金庫医師協会に配分することになる (GMG では、すでに述べたように、協会に所属しない医師等とも供給委託契約を個別に結ぶことも可能になったが、この場合であっても報酬に関する取り決めは、このシステムと同じものを採用しなければならない)。

この仕組みは、2007 年から施行される、有病率に基づいたリスク構造調整に対応したものである。従来、疾病金庫側は、総報酬の配分にかかる問題についてまったく関与できなかった (つまり金庫医師協会の自治にもっぱら委ねられていた) が、この仕組みが導入されたことにより、外来診療における配分システムに支払者側である疾病金庫がより具体的に関与できるようになったことが最も大きな変更点である (この点にかかる、土田・前掲論文 5 頁以下は、上記とはまったく異なった仕組みを想起させる叙述となっている)。

(5) 薬剤・補助具の供給に関する新しいルール

これについては、まず定額負担ルール (Festbetragsregelung) の改善が挙げられる。これによれば評価に値する治療上の改善が現れないが、パテントの保護された薬剤もまた今後は定額負担の対象とすることになった。また、処方箋なしで購入できる薬剤については、一部の例外を除いて、保険給付の対象から除外することとなった。さらに、薬剤に関する患者自己負担は、原則 1 割負担であるが、薬剤の種類ごとに最低 5 ユーロから最高 10 ユーロまでの範囲内と定められる。

(6) 組織構造の改革

まず疾病金庫の組織に関しては、すべての金庫種別における合併が管轄行政庁の同意を要するようになった。また、開放型を選択した企業疾病金庫と同業組合疾病金庫は、当分の間、開放型を継続しなければならない。さらに開放型の企業疾病金庫にあっては、これまで企業が負担していた人件費等を保険料のなかに盛り込まなければならない。企業または同業組合との関係を失った企業疾病金庫と同業組合疾病金庫は、2007 年 1 月 1 日まで設立猶予に服する。

金庫医師協会の組織構造も修正され、専従の理事の設置が義務づけられた。1 つの州において構成員の医師が 1 万人以下の金庫医師協会が複数ある場合、合併が義務づけられる。ただし、2 万人以上の構成員を擁する場合は、存続を許される (この立法措置により、23 ある協会は、17 か 18 にまで減少する)。また協会は、その財務状況について、構成員に対し公表することが義務づけられる。

疾病金庫の運営費用は、2007 年までは保険加入義務の対象収入の伸びに結びつけられてい

た。しかし、平均運営費用の10%を超過する疾病金庫にあっては、その運営費用を2007年のそれに固定する措置がとられている。

(7) 歯科補綴にかかる保険の取扱い

この分野の医療費に関しては、すべての疾病金庫で統一の保険料を設定し、これを被保険者単独で負担する仕組みが採用された。疾病金庫は、規約における義務的給付として歯科補綴に関する定額保険を被保険者に提供しなければならなくなった。被保険者は、疾病金庫が提供する、この歯科補綴保険に代えて、同程度の給付を保障する民間疾病保険に加入することも許される（選択可能性あり）。この定額保険のもとで、これまでの定率補助だった歯科補綴の保険給付が2005年に廃止され、1件あたり定額給付が実施される。

(8) 財政における新たな方策

タバコ税を段階的に1箱ごとに1ユーロだけ引上げ、そこから連邦補助金として疾病金庫財政に充当する。年金保険と異なり、税財源がまったく投入されることのなかった疾病保険財政にはじめて保険料以外の財源が投入されることになった。

2006年から疾病手当金給付部分が通常の疾病保険給付会計から分離され、そこに被保険者のみが負担する保険料が投入されることになった。

3. その後の状況—剰余金の発生と保険料引下げ問題—

さて、2004年1月1日より施行されたGMGの諸施策は、医療費支出の著しい減少というかたちで予想以上の成果を挙げた（2004年上半期の段階でこの状況を紹介したものとして、大江秀一「海外の医療改革動向・ドイツ、保険財政が好転—保険料の引下げへ」厚生福祉2004年11月26日号6頁がある）。以下の新聞記事にもあるように、2004年全体では、公式のデータで約40億ユーロ（1ユーロ＝140円換算で5,600億円）の剰余金が疾病金庫に発生した。この剰余金については、当然、2005年保険料の引下げというかたちで還元されるであろうという観測が生まれ（前掲・大江論文もそういう期待がドイツにあると指摘している）、政府もついにウラ・シュミット（Ulla Schmidt）保健相自らが2005年3月2日、疾病金庫が平均で0.2%の保険料引下げに応じるようにとの声明を出している²⁴⁸。

また同じ日に、同法にかかる与野党共同の政策合意案づくりにおいてCDU/CSU側の担当者であったホルスト・ゼーホーファー（Horst Seehofer）前保健相もMünchner Merkur紙に対して、GMGが予定どおりの成果を挙げていること、そしてその成果は保険料の引下げの余地を発生させたこと、さらにいまの仕組みを今後も維持すべきとの談話を出している²⁴⁹。

担当大臣が具体的な数値を挙げてまで保険料の引下げを迫ったというやや異常な事態に対して、疾病保険側は、以下の記事に見られるように、いっせいに反発した。少なくとも保険料の引下げ論については、2005年の下半期の財政状況を見てからにはじめて検討する（シュ

²⁴⁸ http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/aktuelles/pm/bmgs05/6620_6892.php

²⁴⁹ <http://www.merkur-online.de/nachrichten/politik/aktuell/art297,373266.html>

ミット保健相は、いまの時点から引下げを検討し、7月1日の下半期から引下げを実現するよう要請した」という慎重な態度を堅持している。

※南ドイツ新聞 (Süddeutsche Zeitung) 2005年3月3日第1面 (翻訳; 倉田)

シュミット保健相の要請を抑えて

【金庫は、保険料を高め保持】

40億ユーロの黒字にもかかわらず法律上の疾病保険の保険者は目下のところ保険料の引下げに反抗中

ベルリン—疾病金庫は、その保険料を速やかにかつ大幅に引下げるようとアピールした保健相ウラ・シュミット (SPD) に抵抗している。だが、同保健相は、2004年に40億ユーロの余剰金 (Überschuss) を獲得した金庫が自分のアピールに応じるのはいまや義務になったと主張する。被保険者は、負担の軽減 (Entlastung) を後回しにされないという権利を持っているはずである。しかしながら、法律上の疾病保険の被保険者は、その多くが自らの保険料を早くも5月に引下げることにについてためらいがある。その根拠は、今年の経済成長が不確実であることと薬剤費が上昇することである。

10億単位の高額な余剰金が生じるだろうと示唆されてから、すでに久しい。にもかかわらず、金庫が昨年うちに40億2,200万ユーロの黒字をうまく計上したことには、まさに驚きを隠せない。この額は、シュミット保健相のもとで担当官よりすでに昨年12月末に示されたものの、これにはかなり懐疑的な見方が強かった。この時点で金庫は、保健制度改革 (Gesundheitsreform) の結果がかなり弱いものになるであろうと指摘していた。1月はじめに費用は、さらに上昇した。2003年末に法律上の疾病保険は、まだ35億ユーロの赤字を記録していた。

【“決定の余地 (Spielräume) をつかう”】

2004年の高額な余剰金については、さまざまな理由がある。例えば、医師及び歯科医師の診療に対する支出は急激に減少したし、薬剤、移送、松葉杖のような補助器具そして疾病手当金について金庫は前年より少ない支払いですんだ。ただし、これらの負担減部分については、市民自らが例えば、診療報酬 (Praxisgebühr) や医薬品に対する追加払いの総額という形式で負担しなければならない。製薬産業の値引き合戦もまたプラスに作用した。金庫の運営費用はそのまま維持されたのに対して、金庫の収入は増額された。特に2004年の第4四半期にあっては、金庫が予想したよりも収入が多くなったといわれている。企業は、懸念されていたほどにクリスマス手当 (Weihnachtsgeld) を切りつめなかったようだ。金庫の歳入は、全体で1,422億ユーロに達した。

高額な余剰金について、シュミット保健相は、金庫が保険料を下げなければならないのは明白であると改めて要求した。金庫は、その決定の余地を利用しなければならないと。また金庫は、平均で0.2%まで料率を下げるができるはずであると、シュミット保健相は言

明した。同様の議論は、ゲルハルト・シュレーダー首相も展開している；「賃金付随コスト（Lohnnebenkosten）を下げるチャンスがうまれた、これは、事業者にとって競争条件の改善を意味する」。これに対して、疾病金庫は、本紙の世論調査と同様に、政治からのアピールにためらいがちな反応を示す。大多数の金庫は、春が来るのを待ちたいという。そのときにはじめて、例えば医薬品における新しい負担がどのような費用抑制効果を示すかということが明らかになる。

そうでなくても7月には、市民が疾病手当金及び歯科補綴について特別保険料を支払うことを理由に、保険料を0.9%下げなければならない。全体としてみると、0.45%の余分な負担が生じる。もともとシュミット保健相は、改革によって平均保険料が総報酬の14.3%から13.6%に下がるものと予測していた。しかし、実際の料率は、いま14.2%である。シュミット保健相は、84億ユーロにのぼる金庫の債務が想定よりも高かったことにその理由を求めている。景気もまた、各政党が2003年の夏に保健制度改革の審議において想定していたものよりもかなり厳しい展開を見せている。

法律上の疾病金庫に生じた10億単位の余剰金は、さまざまに異なった評価を生んでいる。例えば、改革をシュミットと共同で成し遂げたかつての保健相ホルスト・ゼーホーファー氏（CSU）は、これを肯定しているようである。氏は、「われわれは疾病保険においてシステムの転換（Systemwechsel）を必要としない」と本紙記者に述べている。定額保険料（Kopfpauschale）を導入することよりも重要なのは、氏は、CDU/CSUのプランを引き合いに出しながら、「システムのかさぶた（Verkrustungen）」を取り除くことと主張する。このような主張は最新の改革ではCDU/CSUでも通用しない。これに対して、CDUの社会政策専門家であるアンネット・ヴィドマン・マウツとアンドレアス・シュトルムは、「多幸症に理由はない」と主張する。保険料は、予告されたものよりもそんなに低く下らない。開業医団体であるマールブルグ連盟は指摘する、費用削減はもっぱら「患者を搾取している（Patienten abgepresst）」と。

（アンドレアス・ホフマン／マルティン・ライム）

疾病金庫側の反発は、政府の要請が改革の成果をアピールしたいという非常に政治的な理由に基づくものであることに向けられている。また、記事にもあるように、被保険者のみが負担しなければならない保険料が新たに登場したことや患者一部負担が従前よりも大規模に導入されたことなどから、このうえさらに保険料の引下げに応じることは、医療費負担における事業者責任のみを軽減し、そのツケを被保険者にのみ負わせるという結果に拍車をかけることにもなる。そもそも疾病金庫の運営にあっては、労使同数の自治機関が存在するが、伝統的に労組すなわちDGBの発言権が大きいこともあって、事業主負担さえ軽減されればそれでよいという行動原理は存在しない。おそらく議会政治のレベルでは妥協が成立しても、金庫の自治機関ではまだまだGMGについての反発が残っているのであろう。被保険者＝労

働者側の負担で妥協できるところまで妥協したのに、さらに政策成果をアピールするために事業主負担を軽くする必要はない、という意識がないとはいえないのである（上記記事も疾病金庫側の慎重論を支持しているように思われる）。

国内経済的に見ても、疾病金庫側の態度には肯定的な評価を与える余地がある。少なくとも2005年のドイツ経済はかなり見通しが暗い（上半期のマイナス成長はほぼ確実といわれている）。例えば、決済通貨としてのドルが世界的に弱くなり、諸外国の中央銀行の多くが外貨準備をドル一辺倒からドルとユーロの併用へと移行しはじめている。そのため、ユーロ高が進行し、これがドイツの輸出産業にマイナスの影響を与えている。また2005年1月1日からハルツ第4法が施行され、社会扶助受給者の一部が統計上も失業者と認定されるようになったが、2005年1月と2月の失業者数は、統計上の数値変更の予想範囲にとどまらなかった（結局、520～540万人の失業者を抱えることになった）。このような経済状況を前提にすれば、保険料率の引下げによる歳入欠損のリスクは、（わが国よりも準備金保有高が大きくない）ドイツの疾病金庫にとって無視できないものとなるだろう。

ハルツ第4法の施行による技術的なものであれ、失業者がドイツではじめて500万人の上台を超え、しかもそれが想定された以上の伸びであったこと、同じEU域内でも経済状況が堅調なフランスに対して2005年のドイツ経済がマイナス成長を覚悟しなければならなくなったことなど、翌年に選挙を控えたシュレーダー現連立政権の経済政策は、非常に困難な状況に直面している。「アジェンダ2010」に示された諸政策をほぼすべて実現したにもかかわらず、経済状況に明るい見通しはない。現政権は、この状況に対して、あくまでも企業への社会的負担を減少させていくという政策を貫徹する方針であり、2005年3月17日には、法人税率（国税）を現行の25%から19%まで6%引下げる提案を連邦議会に行った²⁵⁰。その際、シュレーダー首相自身もGMGの成果を強調し、疾病保険の保険料引下げを重ねて強く要請している²⁵¹。

しかし、疾病金庫がこの要請に応じる見込みは、限りなく低く、また世論もこれを容認するように思われる。2005年7月1日からは、被保険者のみが負担する保険料（疾病手当金と歯科補綴の給付費にかかるもの）徴収がスタートし、この時点で労使折半の保険料は、料率にして0.9%減少するからであり、これ以上に労使折半の保険料を引下げることについては、市民レベルでもかなり大きな批判が出てくる可能性がある。実際に、2005年3月18日と19日にタバルツ（Tabarz）市で開催された大会では、チューリンゲン州AOKの被保険者代表がこの0.9%の保険料引下げ措置のことを、シュミット保健相の行った「まやかし包装（Mogelpackung）」と手厳しく批判し、失業の増加・賃金の減少・年金受給者の増加といった事実に対応することのできる別の選択肢（後述のリュールupp委員会が提示した「市民保険（Bürgerversicherung）」案を指す）によるしか妥当な解決がないというまでになっている²⁵²。

²⁵⁰ <http://www.nikkei.co.jp/news/main/20050317AT2M1702O17032005.html>

²⁵¹ <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=19535>

²⁵² <http://www.regioweb.de/newsitem+M5e058c99937.html>

上記南ドイツ新聞の記事が指摘するように、2005年のドイツ経済のもとでは、保険料引下げという点でGMGの成果がさほど大きく現れない可能性が高い。そうしたときに、ドイツの疾病保険制度が今後どのような途に進むのかについては、これまで見向きもされなかった改革提案に大きな注目が集まるようになった今日、まったく予断を許さない。

4. 今後の検討課題の整理

(1) 抜本的な改革提案と法治国家原理 (Rechtsstaatlichkeitsprinzip)

ここまで紹介してきたように、ドイツの疾病保険制度改革は、2005年の経済状況とそれに基づく政治動向（最近のテレビニュースを見る限り、失業問題や社会保障は、今後も大きく政局を動かす問題になりそうである）、そしてそれらが2006年の総選挙に与える影響いかによっては、より大きな動きの可能性をはらんでいる。そして、この可能性と大きく関係するのがリユールップ委員会の提案とヘルツオーク委員会の提案である。

リユールップ委員会は、連邦保健相が2002年9月に設置したもので、ベルト・リユールップ (Bert Rürup) が委員長を務めた「社会保障システムの持続性に関する委員会」を指す。同委員会は、翌2003年9月に提出した最終報告書において2つの異なる方向性を提示した。ひとつは、「市民保険 (Bürgerversicherung)」構想といわれ、①従来の保険加入義務の限界を廃止して官吏及び自営業者を含むすべての国民に法律上の疾病保険の加入義務を課すこと、②保険料の算定基礎に家賃・利子など資産から得られる収入を含め、さらに算定限度額をこれらの収入を含めた総所得をもとに年5,100ユーロとすることを内容とするものである。また、いまひとつは、「人頭割健康保険料モデル (das Modell pauschaler Gesundheitsprämien)」と呼ばれ、つぎのような内容をもつ。まず(1)所得比例型の保険料を止め、定額保険料とする；つまり「すべての成人の被保険者は、同一の疾病金庫のすべての被保険者について同一の額の健康保険料を支払う²⁵³」。均一保険料のすべての金庫にかかる平均は、210ユーロとする。従来の事業主拠出分は、賃金のなかに含ませることによって、労使折半保険料システムを完全に廃止すること、(2)これまで疾病保険の特徴とされてきた連帯的調整 (Solidarausgleich) すなわち保険料を通じた所得再分配は税財源の補助金を通じて行うこととする。そして、その代わりにこの種の再分配機能を持たない民間疾病保険を維持する、というものである。

また、ヘルツオーク委員会は、CDUが2003年2月に設置した「社会保障」委員会のことであり、こちらはローマン・ヘルツオーク (Roman Herzog) が委員長を務めている。この委員会では、リユールップ委員会における後者の提案に近いものが採択された。ただし、疾病手当金と歯科補綴にかかる費用については、疾病保険の保護から外し（つまりGMGと同じ）、疾病手当金は賃金支払継続として全面的に事業者負担とする。なお、この委員会の試算として出された人頭割健康保険料は、264ユーロである。

この2つの提案は、GMGの成立によってもその存在意義を失っていない。確かに、2004

²⁵³ Jeder erwachsene Versicherten zahlt eine Gesundheitsprämie, die für alle Versicherten derselben Krankenkasse gleich hoch ist

年2月のCSUとDGBの論議では、市民保険構想はまったく話題にならなかった。しかし、SPDの一部と連帯90/緑の党には、この構想について支持する動きがある（例えば、最近でも連帯90/緑の党は、民間疾病保険をこの構想に矛盾なく組み込む方策を発表している²⁵⁴）。

しかし、「市民保険」構想に関しては、法学者からその違憲性を指摘する論文が発表されている²⁵⁵。確かに、1972年のいわゆるAOK判決（詳細は、拙著『医療保険の基本構造』（北大図書刊行会、1997年）を参照）が傍論部分ですべての社会保険者を統合しても合憲であると述べていることから、「市民保険」構想を保険者組織の再編問題と捉える限りは、憲法上の問題が生じる可能性は低い。しかし、ドイツの疾病保険が被保険者の結社の自由と一定の距離を保ちながら、その強制のあり方がやや自由主義的に展開されてきたこと、そしてその前提として民間疾病保険と社会保険との併存体制が許容されてきたこと、さらには1993年GSG以降、個人の選択権を重視する施策が採用され、それが憲法学上も一定の評価を得てきたことなどを考え合わせると、「市民保険」構想には法学とりわけ憲法学から相当の抵抗が生じると思われる。

因みに、抽象的違憲審査制度のあるドイツでは、社会保障立法といえども立法行為に自由裁量が認められないし、実際に具体の立法行為にあたっては、憲法すなわち基本法の各種規定が立法裁量をかなり制約している（憲法適合性の問題が厚生労働省の立法担当者と内閣法制局との密室のやり取りで終了してしまうわが国と状況がかなり異なることに留意されたい）。そこでは、既存秩序の大幅な変更に対する抵抗という側面だけが強調されがちであるが、法治国家原理の貫徹するドイツでは、これらの抵抗に絶えうるだけの論理を構築した場合にだけ立法が新たなパラダイムを展開できるという、国民全体ひいては民主主義国家にとって非常に重要な利点が確保される。確かに、社会保険というシステムが単に経済的な意味だけではなく、さまざまな利害関係者の社会的な地位や利益を形成しているという事実は、ドイツ法のこの種の議論において必ず考慮され、このことが大胆な改革を阻む大きな要因となってきたことは否定できない。しかし、社会保険を含む社会保障制度の改革がこの種の考慮を抜きにして実現されることもまたあり得ないことを考えれば、特にこの種の論理に一日の長があるドイツに学ばなければならないことは数限りなくあるとあってよく、本委託研究の独自の存在意義もここにあると思料される。

ただし、先に述べた抵抗は、法学ないし憲法学が一体となっていくものではない。昨年秋に来日されたマイデル前マックスプランク国際社会法研究所所長は、前項で述べたゼーホーファー前保健相と同様に、現在のシステムの基本を維持することが可能であり、また維持すべきであるという主張を展開されていた。それゆえ、この種の基本的な立場をとる法学研究

²⁵⁴ <http://www.handelsblatt.com/pshb/fn/reihbi/sfn/buildhbi/artpage/0/cn/GoArt!200013,200050,874768/SH/0/depot/0/>

²⁵⁵ 例えば、Stefan Muckel, Verfassungsrechtliche Grenzen der Reformvorschläge zur Krankenversicherung (Teil I) und (Teil II und Schluss), SGB 51/10, S.583 u. 51/11, S.670.は、従来加入義務がなかった層について人格の自由な発展を保障した基本法2条1項に、また民間保険事業者については職業活動の自由を保障した基本法12条1項にそれぞれ違反すると主張する。

者は、先に述べた抜本改革には基本法を根拠にさまざまな抵抗論を展開するであろう。しかし、これに対して、もはや既存の社会保険（ここでは被用者保険のみを指す）では、現在の状況乗り越えることができないと考える法学者の一団がいることもまた事実である。むしろ、1993年GSG以降、国家法より小さい単位の社会集団に合理的な価値決定（ここでは結果的に経済合理性が優先される）ができないのではないかという危機感を強くもった法学研究者が登場し、彼らからは国家法の介入による経済合理的な処理が可能な「新」システムを擁護する議論が展開される可能性が高い（例えば、現マックスプランク国際社会法研究所所長のベッカー教授は、これまでの著作を見る限り、こちらの立場に近いように思われる。なお、この点については、詳細な文献研究の必要があり、いまだ十分な作業に至っていない現段階では、あくまでも筆者の仮説にすぎない）。

したがって、ドイツの現状を正確に把握するには、当たり前のことではあるが、個々の論者の傾向や基本的立場をこれまで以上にきちんと抑える必要がある。

(2) 被保険者の金庫選択権とリスク構造調整

本レポートの主な対象である2004年GMGは、基本的に被用者である患者及び被保険者に対する経済的負担を大幅に増やし、事業主の賃金付随コストを引下げ、その代償措置として伝統的な社会構造に規定された医療供給体制をより「患者本位」に変更していくというものであったと総括することができる。特に、後者の代償措置に関しては、これまで躊躇され、また導入されたとしても実施に至らなかった大きなシステム変更を含むものであり、今後の展開が（おそらく5年ないし10年単位で）注目される²⁵⁶。この分野は、20世紀初頭に形成された疾病金庫と供給者側との伝統的な共同自治システムがあらゆるものを規定したが、これがほぼ1世紀ぶりに金庫に有利な方向で変更されたことも重要である。この間の医療供給者側の抵抗がなぜ押し切られたのかという背景事情も含めて、詳細に検証する必要がある。

なお、このシステム変更との関係においては、疾病金庫側の自治とりわけ被保険者の民主的な参加が医療提供者側との交渉や契約締結にどの程度反映されるのか、といった点が非常に重要となる。おそらく1993年GSGが金庫の自治機関をトップダウン型の意思決定が可能な仕組みへと変更したこと、金庫の統廃合により民主的な意思集約が技術的に困難になってきたことなどが、特に考慮されねばならない（今後の課題）。

また、リスク構造調整に関して、GMGは、まったく変更を加えていない。2001年の法改正のままであり、従来の方針が2007年まで本当に実現可能であるかが今後の焦点になるろう。

最後に、金庫選択権とリスク構造調整に関しては、わが国に先行研究がすでに存在し、それらがすでにこれらの制度に対する大きな共通理解を形成しつつある。なかでも代表的なものを以下に掲げる。

²⁵⁶ すでにドイツのテレビニュース等では経営困難な公立病院の閉鎖、民間経営への転換がさまざまなケースについて報じられている。

丸山亜子「ドイツ疾病保険における金庫選択権拡大とリスク構造調整」大阪市立大学法学雑誌 50 卷 3 号 (2004 年) 600 頁

「リスク構造のゆがみは、年を追うごとにむしろ強まり、その結果、金庫選択権に基づき被保険者側がどの金庫に加入するかを選択するのではなく、逆に疾病金庫側が、慢性疾患にかかっている被保険者を金庫から排除しようとする、疾病金庫からの「逆選択」に拍車をかける結果となったのである (617 頁)」。

「連帯原則がドイツ疾病保険の根幹をなす重要な理念であることには、依然として変わりはないものの、この理念のみをもって、リスク構造調整によるいかなる負担をも疾病金庫が甘受しなければならないというわけではないことも、明らかである。そこで、どのように負担の限界を画するかであるが、基本法 3 条 1 項に基づき、金庫における歳入の適切な配分については平等原則が妥当するため、この原則に反しない範囲であれば、疾病金庫の負担が正当化されることになる (619 頁)」。

「倉田助教は、金庫選択権が、「被保険者個人の選択に基づいた組織体こそが社会連帯を体现するという仕組みを新しく作り出した」ものであり、「そこには、既存の社会的なつながりとは別に、医療費をともに分かち合う利益共同体の結成という新しいかたちの社会連帯を見ることができる」として、積極的な評価をされているが、果たしてこのような評価が妥当かどうかは、今後、さらに検証していく必要があると思われる (620 頁)」。

田中耕太郎「ドイツの医療保険制度改革」海外社会保障研究 145 号 (2003 年) 14 頁

「私見によれば、リスク選別は競争下に置かれた保険者にとって極めて合理的な経済行動であり、他方、医療リスクをどれだけ精緻に類型化しても 7,000 万人もの対象者についてリスク選別を意味無からしめるような指標の開発は困難であると予測されるため、この制度枠組みでは限りなく連帯の解体へと向かうことになるのではないかと危惧しており、今後数年間の展開にはとりわけ注視したい (21 頁)」。

これらの論文に共通しているのは、金庫選択権とリスク構造調整というシステムが結局のところドイツ疾病保険の連帯を解体する機能を果たしているという見方である (昨年秋の日本社会保障法学会において島崎謙治国立社会保障人口問題研究所副所長も同様の見解を表明された)。そこでは、この施策が「リスクの深掘り (保険者による高リスク者の回避すなわち逆選択行動のことを指すと思われる。島崎・前掲報告の用語)」を帰結するという認識から、社会保険を民間保険と同等の仕組みに回帰させるものであり、結局のところ強制的な財の移転 (ここでは所得再分配的機能を意味すると思われる) すなわち連帯を解体させるという理解が語られている。

しかし、このような理解は、誤解に基づいている可能性が高い。

まず第一は、「連帯」という語の意味内容である。ドイツ語の *Solidarität* は、確かに社会保険の所得再分配的機能を指す語として用いられることもあるが、それはこの語の部分的な意

味であって、その本質ではない。このことは、GMG に至ってもなおドイツ人がこの語を制度の基本原則として用いていることから明らかであろう。比較制度研究において重要なのは、当該概念が当該国ないし地域においてどのような意味合いで用いられているかを解明することであって、日本流の「連帯」理解をドイツ法の制度研究のなかに安易に持ち込むべきではない。とりわけ短期保険としての疾病保険では、金庫選択権を行使した後の金庫において自らのリスクと無関係な保険料負担を一定期間つまり1年ないし1年半受忍しなければならない。ドイツでは、そうした疾病保険の基本的な仕組みを語る言葉ないし概念として *Solidarität* が用いられており、この文脈では解体に向かっていない。

つぎに、「リスクの深掘り」に関しては、そのような事実があったのか否かが判然としない。少なくとも法制度上は、疾病金庫に選択権行使を拒否する権限が認められておらず（社会法典第5編第175条第1項第2文）、どのような仕組みで金庫によるリスク選別が可能なのか理解に苦しむところである（前掲・丸山論文は、そのような事実を指摘したドイツ語論文を1本だけ引用しているので、これからそれを追加確認しなければならない）。前掲・拙著において1993年GSGの紹介をした際には、疾病金庫には公法上の法人として私法人とは異なった行動原理が求められ、金庫選択権の行使に対する拒絶権が認められないがゆえに抜本的な調整措置すなわちリスク構造調整が必要になったと説明されていた。これが2001年の改正法まで間にどのように変更されたのか、それを支える法理論的な根拠がどのようなものであるかは、いま一度、原典等にあたって確認しなければならない（丸山・前掲論文は、法学論文として2001年法改正を正確に紹介しているが、表面的な分析にとどまっており、この改正のもつ内在的な論理の抽出に成功しているとはいえない）。

1. リスク構造調整の合憲性に関する連邦憲法裁判所の決定

2001年12月10日のリスク構造調整改革法（BGBl. I S.3465）は、2007年から有病率指標を取り入れた「新しい」リスク構造調整の導入を規定した。だが、残り1年を切っているにもかかわらず、現時点（2006年5月）でもなお施行に必要な法規命令の改正が実現していない。これは、端的に言って、2007年の新しいリスク構造調整の実現が難しくなったことを示すものである。本来であれば、2004年以内に終了していなければならない法規命令の制定について、昨年のほぼ同じ時期にシュミット保健相がその早期制定を明言し、AOK連邦連合会、連邦金庫医師協会、代位金庫最大手のバルマーが5月12日付の共同ステイメントで政府に大きな期待感を示していた。しかし、この1年間、事態は、大きな進展をみせなかった。

その一方で、連邦憲法裁判所は、昨年7月18日にリスク構造調整が基本法に違反しないこと、及び改革法によって導入される新たなリスク構造調整も合憲との判断を下した。その判旨は、以下のとおりである。

※連邦憲法裁判所 2005年7月18日決定²⁵⁷の判旨；

1. 連邦の財政構造規定は、法律上の疾病保険におけるリスク構造調整を妨げない。
2. 基本法120条1項4文（「連邦は、失業保険を含む社会保険の負担及び失業扶助の負担に対する補助金を負担する。」）は、純粹の管轄規定である。同規定からは、社会保険における財政困難に際し、個々の担当主体に対する税財源の補助金支給が望ましいことを理由に、担当主体間で行われる財政調整手続の法規を連邦に義務づけることはない。
3. a) 法律上の疾病保険は、社会的な保護の必要性があるとされた被保険者を疾病罹患時の経済的な危険から守ることに資するものである。この点に関し、立法者は、保険加入義務者の範囲を、連帯共同体の給付能力を確立し、これを維持するのに必要な水準で画することができる。
b) リスク構造調整は、疾病保険における社会的調整を、金庫を超えてしかも連邦規模で行うものであり、基本法3条1項の一般平等原則に一致する。旧東独の被保険者を法律上の疾病保険の全ドイツ的連帯に引き入れることも、疾病保険の特色とされる社会的調整の実現に資するものである。

リスク構造調整の実施に関しては、2001年8月24日にバイエルン州、バーデン・ヴュルテンベルグ州、ヘッセン州が連邦憲法裁判所に抽象的規範統制の申し立てを行っていた。これは、1999年の疾病保険同権化法の制定に伴い、旧東側の疾病金庫に対する旧西側の疾病金

²⁵⁷ BverfG, 2 BvF 2/01 vom 18.7.2005. URL:http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20050718_2bvf000201.html

庫へのリスク構造調整が実施されたことに起因する。経済状況の良好なこれら3州の疾病金庫は、この措置によって従来よりも多く調整金を負担しなければならなくなったからである。その後、2001年12月10日に先の改革法が成立し、有病率指標の導入でさらに調整の範囲が拡大したことから、同法も抽象的規範統制の対象に加えられた。この申立に対して明確な回答を与えたのが、上記の連邦憲法裁判所の決定である（なお、これ以前にリスク構造調整の合憲性が争われたものに、連邦憲法裁判所2004年6月9日決定²⁵⁸がある。この事件は、2つの閉鎖型企業疾病金庫が1997年になされたリスク構造調整金の賦課処分について取消訴訟を提起し、そこでリスク構造調整の違憲性等を主張したところ、連邦社会裁判所が2003年1月24日の判決で金庫側の主張を退けたため、金庫がこの判決の違憲性を訴えて憲法訴願を申し立てたものである。しかし、この決定は、1974年のAOK判決によって確立した判例法理に従い、2つの企業疾病金庫には憲法訴願を提起する資格がないとして、訴願自体を不適法却下とした。それゆえ、この決定では、リスク構造調整の合憲性に関する実体判断が下されていない）。

2. 連邦憲法裁判所決定の意義；連帯と自治の変容を容認

この決定は、リスク構造調整を社会保険としての疾病保険において許容される「社会的調整」と位置づけると同時に、それが従来の連邦憲法裁判所決定によって形成された憲法上の財政原理に違反しないことを明言したものである。その基本的な判断枠組みは、実定法制度としての社会保険で行われる社会的調整の内容が「社会保険外在的（sozialversicherungsfremd）」であるか否かを検討した、最近の学説と同じである。これは、学説が憲法上の財政構造にかかる連邦憲法裁判所の諸決定の存在を前提に、それぞれの理論を構築しているためである。例えば、社会保険外在的な所得移転は税財源によるものが望ましいという認識は、この決定でも共有されている。しかし、保険料財源によることがまったく許されないかという点に関しては、その制度が「社会保険（Sozialversicherung）」であれば、他の特別賦課金とは異なり、立法裁量をより広範に認めるルールが適用されるため、違憲の可能性はかなり低いということになる。

問題は、この基本的な判断枠組みが社会保険の保険者間で実施される財政調整、より具体的にいえば、1994年から実施されているリスク構造調整にも適用できるかどうかという点にある（因みに、この問題設定は、社会保険の性格を論じた学説の問題意識から外れたものである）。それゆえ、この決定のもつ第一の意義は、立法者によって「金庫間競争の条件整備」と位置づけられながらも、その本質はまさに金庫間の財政調整制度であったリスク構造調整を、社会保険に許される「社会的調整」と定義した点にある。

この決定は、旧西側金庫から旧東側金庫への所得移転を含み込んだリスク構造調整について、これを社会保険において許容される社会的調整であると判示した。その根拠は、基本法が社会保険における社会的調整の限界を疾病金庫内に止めるよう立法者に求めているとの

²⁵⁸ BVerfG, 2 BvR 1248/03 vom 9.6.2004. URL:http://www.bverfg.de/entscheidungen/rk20040609_2bvr124803.html

見解を、連邦憲法裁判所が採用した点にある。金庫内で実施される負担能力の高い者から低い者への所得移転は、社会保険としての疾病保険の特色であるが、このような社会的調整は、疾病保険が目的とする業務外傷病時の保護を実効性の高いものとして行うために必要不可欠であるから、旧西側の疾病金庫と旧東側の疾病金庫の構成員間にも援用できる、と判示した。それゆえ、金庫を超えた社会的調整は、いわゆる「外在的負担 (Fremdlasten)」にあたらぬ。むしろ、リスク構造調整は、「連帯思想 (Solidargedanken)」を、州を超えたかたちで実現するものであり、その基本的なあり方は基本法 3 条の一般平等原則に最も合致する、ということになる。

つまり、連邦憲法裁判所によれば、もともと社会保険において許される社会的調整であれば、これを金庫を超えて調整することも基本法に適うものとして許容される。例えば、負担能力の多い者から少ない者への調整や現役労働者から高齢者への調整、単身者から家族扶養者への調整である。問題は、健康者から病気に罹った者への社会的調整についてである。これを年齢・性別・障害というリスクファクターのみの調整で十分といえるかどうかは、検討の余地がある。ただし、この種の政策判断は、立法裁量に委ねられており、年齢・性別・障害以外のリスクファクターを調整しないことから直ちに違憲との評価を導くことはできない。さらに地域の特性を考慮しないことについても立法裁量の範囲内にあると評価できるが、東西格差を考慮することは、先に述べた負担能力にかかる社会的調整として積極的に評価できる（これによって旧東側金庫に黒字が生まれたことが指摘されるが、それは、医療従事者の人件費が旧西側よりも低いという事情によるものであり、この違いは最近徐々に少なくなってきた。また、これにかかる旧西側金庫の負担は、保険料率にして 0.15% にすぎない）。このほか、2001 年改革法に関しては、有病率指標の導入が健康な者から病気に罹った者への社会的調整をより適正なものにする可能性をもつこと、リスクプールは実支出額を対象にした調整ではあるものの、リスク構造調整による社会的調整の効果を補完するものとして許容できること、疾病管理計画の導入も医療給付の質や効率性の向上に資するという点で適切と評価できることから違憲の疑いはないと判断している。

以上のように、この決定は、疾病保険の自治や連帯に大きな変容をもたらした 1993 年 GSG について、連邦憲法裁判所がその支持を改めて表明したことを意味する。特に、社会的調整の範囲が個々の金庫にとどまらず、リスク構造調整によって金庫の枠を超えたことに対して、憲法上の疑義がもはや生じえない（場合によっては基本法 3 条の平等原則に合致する）と判示した点は、連帯やそれに基づく社会的調整の範囲を金庫内に限定しようとした伝統的理解を明確に否定するものといえる。それゆえ、1993 年 GSG 以降の疾病保険における連帯とは、金庫内のそれはもとより、かつては否定的に捉えられてきた金庫間連帯を積極的に含んだものと理解しなければならない。また、この決定における連邦憲法裁判所の評価を見る限り、今後はさらに後者の金庫間連帯に比重をおいた制度設計が基本法 3 条の平等原則からみてより憲法適合的と評価される可能性が示された（ただし、ここでいう金庫間連帯は、すべての国民を対象としない点に留意しなければならない。これは、あくまでも被用者保険としての

性格を維持し続けている、疾病保険加入者間の連帯という意味であり、圧倒的多数でもすべての国民を包摂していないからである。このことは、介護保険の導入を合憲とした1999年の連邦憲法裁判所の決定²⁵⁹が社会保険としての介護保険を「国民保険 (Volkversicherung)」と表現せず、これを敢えて「生業活動者 (Erwerbsbevölkerung)」の保険としたことから明らかである²⁶⁰。

しかし、この決定がそのもう一方で疾病金庫の自治や金庫内連帯にも一定の価値を認めていることも注目される。連邦憲法裁判所は、1993年GMGが多様な金庫の存続を認めるという点で、伝統的な疾病保険の組織構造を今後も維持し、「統一疾病金庫 (Einheitskrankenkasse)」に移行するものではないと判示する。なぜなら、リスク構造調整は、すべての金庫のリスク構造を均質化するものではなく、実支出を対象としない調整を事前に行うことによって決算段階における保険料率の差を容認するからである。それゆえ、リスク構造調整が金庫間の差異を完全に否定するとみるべきではない。むしろ、金庫の自治に基づく競争条件を整備するという点で、結果の平等ではなく、機会の平等が強く意識された制度と理解しなければならない。

3. 深刻化する金庫間の政治対立

このようにして、連邦憲法裁判所は、リスク構造調整に対する憲法上の正当化を行い、1993年GSG以降の実定法制度を(2001年改革法も含めて)積極的に容認した。この決定は、結局、疾病保険にかかる立法裁量を広範に認め、かねてから学説で議論されてきた「外在的負担」を含む立法裁量への制約をかなり低いものとしたといえる。それゆえ、連邦憲法裁判所は、現行の実定法制度のありようを追認しただけではなく、被保険者の範囲や保険料負担の程度に関する将来的な政策変更(ここには、すべての国民を対象とした「市民保険 (Bürgerversicherung)」構想が含まれる)についてもかなりのフリーハンドを立法者に認めたという見方もある²⁶¹。

他方、この決定に対する関係諸団体、とりわけ各種疾病金庫連合会の態度は、おおむね好意的であり、リスク構造調整への有病率指標導入に反対する企業疾病金庫も、バイエルン州連合会が制度に対する「法的安定性」が確保されたとコメントするにとどめ、批判しなかった²⁶²。この決定は、ここまで検討してきたように、リスク構造調整という仕組みの存在を正当化するものの、どのようなリスクファクターの調整が望ましいかという点に関しては、立法者に広範な裁量を認めるものであった。それゆえ、有病率指標に関しては、導入してもしなくても憲法上の評価に影響を与えないという態度を示すにとどまる。これは、リスク構造調整の存在自体は法的評価になじむが、その具体的内容はもっぱら政治的決定に属するというベッカーの見解と一致する (Ebenda, S.293ff.)。しかし、その意味するところは、有病率指

²⁵⁹ BVerfGE 103, S.197ff.

²⁶⁰ なお、これと同様の指摘は、マックスプランク国際社会法・外国社会法研究所所長のベッカー教授も、すでにUlrich Becker, "Rechtliche Fragen im Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich", VSSR 2001, S.286ff.で行っている。

²⁶¹ <http://www.arztrecht-aktuell.de/23/index.html>

²⁶² <http://www.aerzte-zeitung.de/docs/2005/09/02/155a0603.asp>

標の導入をめぐる対立の政治問題化であり、この決定以降は疾病金庫間の政治的対立、とりわけ企業疾病金庫とその他の疾病金庫（特にAOKと一部の代位金庫との連携）との対立がより深くなる傾向にある。

実際に、昨年1年間で149億ユーロをリスク構造調整を通じて他の疾病金庫に支払っている、企業疾病金庫は、今年5月17日の連邦連合会において、新しいリスク構造調整と高齢者診療報酬の導入を提案している²⁶³。これは、2007年からリスク構造調整に有病率指標を導入することと連動して、金庫医師協会に支払われる診療報酬にも有病率による修正を加える（従来は被保険者人頭割定額の診療報酬だったのが、被保険者の有病率に併せて個別に診療報酬定額を変更する。なお、この措置は、2004年の疾病保険現代化法に基づく）ことに対抗するものである。有病率指標の導入に反対する企業疾病金庫は、従来のシステムが被保険者人頭割定額の診療報酬と連動しない点を捉え、年齢指標による診療報酬定額の変更新たにを主張することで、従来どおりのリスク構造調整の維持を狙う²⁶⁴。しかし、有病率指標の導入に積極的な代位金庫大手のバルマーは、即日、企業疾病金庫の提案が「反競争主義的な保護障壁 (wettbewerbsfeindliche Schutzzaeune)」であると批判する強烈なコメントを提示しており²⁶⁵、金庫間の対立はさらに深刻の度を増している。

また、これとほぼ同じ時期の5月13日には、雑誌FOCUS誌上で2008年にハンブルグAOK、ラインラントAOK及びヴェストファーレン・リッペAOKとバルマーが合併するという秘密計画がスクープされた。現行の実定法上は、種別の異なる金庫同士の合併は認められていない。しかし、この計画では、2007年中に上記の3つのAOKが先に合併し、2008年にバルマーと合流することになっていた。同誌によれば、連邦保健省もこれを支持するかのような態度を見せたとされている。バルマーでは、2007年に現在の社長が交代する予定であり、それをにらんだ政党間の政治的駆け引きの側面も否定できない。現在、バルマーも連邦保健省もともにこの秘密計画の存在を否定するコメントを発表したが²⁶⁶、バルマーは、この間、有病率指標のリスク構造調整の導入をめぐる、AOK連邦連合会と間で何かと共同歩調をとることが多く、法改正に向けた政治的駆け引きを含んだ今後の成り行きが注目される。

4. 疾病保険財政をめぐる全体の動き

2004年の疾病保険現代化法が施行されてから3年目を迎える今年は、昨年・一昨年の黒字財政を受けて、その動向が大きく注目されていた。しかし、その財政抑制効果は、患者負担増による医療費抑制策の通例とされる、2~3年とほぼ同じ様相を示しつつある。この5月には、2006年第1四半期（1~3月）の決算が多くの疾病金庫から発表されたが、以下のロイタ

²⁶³ <http://www.verbaende.com/News.php4?m=38470>

²⁶⁴ <http://www.welt.de/data/2006/05/18/888571.html>

²⁶⁵ <http://www.campus-med.de/index.php?module=myDPANews&func=content&file=2006-05-17/na00824392&quelle=news+aktuell>

²⁶⁶ http://focus.msn.de/finanzen/news/geheimer-plan_nid_28914.html,
<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=24190>

一電からも明らかなように赤字基調に移行しつつある²⁶⁷。

2006年5月22日ベルリン（ロイター）—法律上の疾病金庫が再び赤字を記録。

AOK 連邦連合会のスポークスマンであるウッド・バルスケ氏は、この月曜日に17の地区疾病金庫が今年の第1四半期に4億4,400万ユーロのマイナスを計上するだろうと発言した。とりわけ以前から歯止めのきかない薬剤費支出には、懸念が表明されていた。今期、薬剤費支出は、2004年の第1四半期との比較で11%の増加があった。昨年の第1四半期でも医薬品支出は、すでにものすごい勢いで加速していた。2004年全体では、前年比16%増を記録していた。

「ハンデルスブラット」と「フランクフルターアルゲマイネツァイトング」が真っ先にその火曜版において報じたように、疾病金庫最大手のバルマー、DAK及び技術者疾病金庫を要する代位金庫でも、2006年第1四半期は、赤字に転落した。支出は、5億8,100万ユーロの収入を超える見込み。財政のマイナス展開の理由は、構成員あたり代位金庫では4.6%、地区疾病金庫では5.5%増となるであろう給付費の増大といえる。同時に今年は昨年の苦しい収入状況が継続する。地区疾病金庫と代位金庫は、双方で7,000万人いる被保険者のうちその3分の2の保険を担当する。

AOK 連邦連合会のスポークスマンであるバルスケ氏は、医療費増大のサイクルに入るといふ見込みが現実化したという。もしこのサイクルが始動すれば、すべての法律上の疾病金庫は今年推計で約10億ユーロの歳入不足に陥り、2005年に出した17億ユーロが失われる。とはいふものの、第1四半期の支払いは、大げさな評価という側面ももつ。今年は、連邦から金庫にタバコ税財源からの負担があるからである。15の同業組合金庫は、まだまだ黒字を続けている。IKK 連邦連合会のスポークスマンが述べるように、同業組合疾病金庫は、この第1四半期に約4,700万ユーロの剰余金を達成した。

²⁶⁷ http://de.today.reuters.com/news/newsArticle.aspx?type=domesticNews&storyID=2006-05-22T175631Z_01_HAG264579_RTRDEOC_0_DEUTSCHLAND-GESUNDHEIT-KRANKENKASSEN-DEFIZIT.xml

フランス医療保険制度の最新動向（2005年3月）

－2004年8月13日法に基づく医療保険改革を中心に－

新潟大学大学院実務法学研究科 加藤 智章

報告者に課せられた課題は、以下の3点である。

- ①最近の改革の主な内容と実施状況、関係者の評価
- ②今後の課題とそれに関する議論・動向
- ③研究テーマ（連帯と自治、財源政策）に関連する事項

本報告書では、このうち特に①について、ここ30年で最大の改革とも評される2004年8月13日法²⁶⁸を中心にその概要を検討する。本報告書の性格から、フランス社会保障制度及び医療保障体制の概観は最低限にとどめ、近年の動向として、2004年8月13日法、2005年社会保障財政法律、2005年1月12日の全国医療協約について検討する。上記②及び③については、最後の部分であわせて論じることとする。

1. フランス社会保障制度の歴史的概観

第二次世界大戦後、フランスの社会保障制度は、国家とは一線を画する制度構築という設計理念のもと、自律性、一般化、単一金庫という3原則を標榜して1945年にスタートを切った。すべての国民を、単一の管理運営組織のもと結集するという一般化原則、単一金庫原則は、特に自営業者層の強い反対により、早くも1940年代後半に挫折し、職域保険制度の複数併存体制に移行した。その後、1960年代における産業構造の変化すなわちスクラップアンドビルド政策の進展により、財政基盤の脆弱な個別制度を救済するために、個別制度相互間での財政調整の手法が導入された。しかし、高失業率の継続が社会保障財政にも深刻な影響を及ぼし、保険料率の引上げ、給付水準の引下げでは財政問題を根本的に改善するには至らなかった。こうして、1990年代に入ると、いわゆる福祉目的税というべき一般社会拠出金（Contribution sociale généralisée : CSG）が導入された。財政的にも国家に依存しないという自律性原則の一端が大きく修正されたといえることができる。当初は、家族給付制度への財源として1.1%の料率で出発したCSGは、その後、漸次、老齢年金・疾病保険部門の財源としても投入されることになり、現在では7.5%となっている。この間、EU統合に向けた国家財政の健全化が要請されたこともCSG料率を引上げる要因となった。

このCSGの導入はフランスの社会保障制度にとって、そのあり方に見直し、時代の要請に応じた政策を推進する大きな原動力となった。それは、課税範囲の普遍性から導き出される普遍的な政策実現への要請である。すなわち、1990年代までのフランス社会保障制度は、職域制度の併存体制ということから、ややもすれば職域内部での閉じられた社会保障制度の集合体、あるいは財政調整という職域間連帯に限定されていた。いずれの個別制度にも加入し

²⁶⁸ 2004年医療保険法ともいう。

ていない人々が少なからず存在しており、その意味では皆年金皆保険体制は実現していなかった。しかし、CSGが、当初、家族給付制度に対する財源として利用されたことに端的に表れているように、国民すべてに対する保障のための施策が求められるようになる。家族給付制度は、フランス社会保障制度を構成する3部門（社会保険・労災補償・家族給付）のうち、唯一、労働者・自営業者等の区別なく、単一の管理運営組織のもとで一元的に管理運営されていた制度であった。そして、その後のCSG料率の引上げはいずれも、高齢者に対する所得保障や医療保険に関する皆保険体制の実現を施行するものであった。

2. 医療保障体制の概観

国民に対してどのように医療の提供を保障するかという医療保障体制を概観するには、さしあたり需要と供給の側面に分類することが有益であろう。

(1) 医療需要

医療需要の側面から、フランス医療保障体制の全体像をみると、その中核は医療保険制度である。この医療保険制度のほか、1999年7月27日の法律により導入された普遍的医療給付（CMU）が重要である。しかし、わが国の老人保健制度に相当する制度あるいは高齢者のみを対象とする医療保険制度は存在しない。年金世代といわれる高齢者は、現役世代に所属していた医療保険制度に退職後も所属する突抜方式を採用している（1945年10月19日のオールドナンス72条及びC_{ss}.L.311-9条）。このため、高齢者医療費という概念はない。また、介護保険制度も存在しない。けれども、わが国の介護保険給付に相当するものとして自立高齢者手当（APA）が存在する。これは、2001年7月20日法に基づいて制定され、社会活動・家族法典（Code de l'action sociale et des familles）232条以下に規定されている²⁶⁹。

医療保険制度は、民間労働者を対象とする一般制度、フランス国有鉄道の職員など固有の職種を対象に組織される特別制度、自営業者や手工業者を対象に組織される自治制度及び農業経営者と農業労働者を対象とする農業制度に分かれる。これらの医療保険制度は、農事法典（Code rural）に根拠をおく農業制度を除き、いずれも社会保障法典（Code de la sécurité sociale）に規定されている。これらの制度は、後に紹介する補足制度と対比する意味で基礎制度（régimes de base）といわれることがある。

医療保険に基づく保険給付については、外来診療が償還払方式、入院診療は第三者支払方式を採用している。また、傷病手当金に相当する日額手当金が支給される。

CMUは、職域保険制度の弊害ともいふべき無保険者を解消するとともに、医療保険分野における補足制度の充実を意図したものであり、社会保障法典L.162-2-1条以下に規定されている。また、CMUによっても医療の提供を受けられない人々に対しては、社会活動・家族法典第2編第5部L.251-1条以下の適用を受けることとなる。

²⁶⁹ 1997年1月24日法により設けられた介護特別給付（Prestation Spécifique Dépendance : PSD）に代わるものである。

(2) 医療供給

フランスの医療供給体制は、基本的に、公衆衛生法典（Code de la santé publique）に基づいている。すなわち、わが国における医療法、医師法や保健師・助産師・看護師法などの医療従事者に関する法規制などがこの法典に集約されているといえる。

フランスには、わが国における保険医療機関・保険医という概念は存在しない。これに関連して、医療施設、医師の順で概説する。

まず、医療施設である。医療施設については、いくつかの基準により分類することができるが、わが国の医療法のように、病床数に応じて病院と診療所を区別することはない。法的地位でみると、医療施設は公立病院（établissements publics de santé）、非営利私立病院（établissements de santé privés à but non lucratif）及び営利私立病院（établissements de santé privés à but lucratif）とに大別することができる²⁷⁰。また、施設と医療保険との関係でみると、医療保険に関する診療の提供を担う公的病院サービス参加施設（établissements participant au service public hospitalier : PSPH）とそれ以外の施設、さらに施設予算の形式から見ると、総枠予算制（Dotation globale）のもとに置かれる医療施設と全国量目標（OQN）の適用を受ける医療施設とに分かれる。

医療施設の予算は、医療費の総額規制という観点から、社会保障財政法律に基づき医療保険支出全国目標（ONDAM）が定められる。この支出目標は、さらに社会医療、公的病院サービス、私立病院及び開業医の4部門に細分され、それぞれの部門に応じて予算総額が決定される。このうち、公的病院サービス参加施設に対する予算は、国の決定する公的病院サービス部門の総枠予算総額が地域圏病院庁（ARH）²⁷¹を通じて配分される。また、公的病院サ

²⁷⁰ フランスの医療体制に関する文献として、原田啓一郎「フランスにおける医療提供体制の形成——一九七〇年病院改革法と病院公役務を中心として——」九大法学79号2000年2月、稲森公嘉「フランスにおける開業医の医業遂行への諸規律（一）～（六）完」法学論叢一五一巻一号～六号2002年4月を参照。

施設分類	公立病院				私立病院	
	地域圏センター病院	センター病院	精神専門センター病院	地域病院	総枠予算制	全国量目標
					短期診療施設 継続・リハビリ診療施設 長期診療施設 精神・麻薬中毒・アル中施設 在宅診療救急透析施設	
法的地位	公的部門				私的部門	
					非営利部門	営利部門
財源配分	年間総枠予算				給付表	
	地域圏病院庁の認可した予算				Tarif des prestations	

出典) J-J.Dupeyroux,M.Borgetto,R.Lafore,R.Ruellan,"Droit de la sécurité sociale",p.546.

²⁷¹ 地域圏病院庁は、ジュペプランに基づき1996年に設けられた。政府とCRAMなど社会保障組織とが設立する公益団体（groupements d'intérêts publics）であり、複数の県にまたがる全国24の地方を管轄する。行政改革と地方分権という2つの要請を実現するこれまでにない形態の組織で、連合型の公役務法人とみなされる。地域圏知事や関係大臣の監督を受けるほか、その予算については公衆衛生、社会保障及び財政担当

ービスに参加しない私立病院の予算は、国と私立病院組合の代表者によって決定される全国量目標総額を地域圏病院庁を通じて、個別の医療施設に配分される。

次に、医師についてである。フランスの医師は、大学医学部の卒業資格である医学国家博士号（Diplôme d'Etat de docteur en médecine）を取得した後、インターン試験により、かかりつけ医としての役割を担う一般医と専門的な医療を担う専門医への養成過程にふり分けられる。医師が医業を行うためには、実際に医業を行う県医師会の評議会に登録しなければならない（公衆衛生法典L.4112-1条）。この登録は、勤務医であると開業医であるとを問わない。開業医の診療報酬については、まず先に述べたONDAMにおける開業医部門の目標額が決定される。この目標額に基づき、一般医と専門医とにそれぞれ適用される全国協約が締結される。これらの全国協約は、一般医、専門医の全国組合²⁷²と医療保険全国金庫との間で締結される。

全国協約と医師との関係については、まず協約の適用を受ける協約医と非協約医に分かれる。次に、協約医はさらに、診療報酬の請求につき、全国協約に定める料金表の適用を受ける医師と協約に定める料金を超える報酬を請求できる医師とに分かれる。前者をセクター1、後者をセクター2という。

(3) 医療費抑制策の概略

1980年代まで、フランスの医療費問題、特に財源対策は、保険料の引上げか保険給付の保障水準を引下げることにより対応してきたといえる。いわば、医療需要の側面に着目した医療保険制度による対応である。しかし、1990年代に入ると、高失業率の長期継続傾向やEU統合に向けた抜本的解決を迫られた。これは、保険料率や償還率が限界に達していたことにも起因する。このため、2つの方策が採用された。ひとつは、医療供給の側面に着目した医療費抑制策の推進である。いまひとつは、福祉目的税たる一般社会拠出金の導入である。前者については、ジュペプランに基づく社会保障財政法律の導入以後、医療費の全国目標値を

大臣の監督に服する。

地域圏病院庁には、執行委員会が設けられるほか、大きな権限を有する局長が閣議により任命される。執行委員会は局長が主宰し、公衆衛生及び社会保障担当大臣により指名された政府代表委員と社会保障組織により任命された委員それぞれ同数の委員から構成される。委員会は、医療施設の開設、拡張、診療科の統廃合に関する許可、高額医療機器の導入や施設の大規模な改修等に関する許可、医療施設との間で締結される医療費目標額等に関する複数年契約などにつき審議する。複数年契約とは、地域圏病院庁とその管轄地に所在するすべての医療施設との間で、個別に締結される。公的病院サービスに参加するか否かを問わない。管轄する地方の状況に応じて、高額医療機器、救急医療体制あるいは病床数などについて、地域的な偏在や施設間の格差を解消するため、財政上の目標額と格差解消のための様々な手段を設定するものである。執行委員会が基本的に審議機関と位置づけられるのに対して、局長は単独で多くの権限を有しており、公衆衛生部門に関する知事ともいわれる。局長は、政府の名において、医療地図に基づく病床数の制限や地方医療計画の策定、公立病院に対する総枠予算の配分、私立病院に対する地域圏レベルでの財政計画の実施、病院システムが良好に機能しているかの監視などを行う。

²⁷² フランスにおいては、医師会と医師組合とが存在する。医師会は専門職同業団体として、対外的には医師として職業利益を代表する一方、対内的には懲戒権限を有する。これに対して、医師組合は職業的地役を代表する任意団体であり、診療報酬に関して医療保険金庫との交渉団体とされている。主要な医師組合としては、フランス医師組合同盟（CSMF）、フランス医師連合（FMF）、自由医師組合（SML）、フランス一般医組合（MG France）、フランス開業医組合連盟（Alliance）以下がある。

定めるなどの総枠規制に乗り出した。後者の一般社会拠出金は当初 1.1%の料率であったものが、現在では 7.5%となっている。一般社会拠出金は福祉目的税という性格から、家族給付、老齢年金及び医療保険の各部門における普遍的な政策を実現した。医療保険部門でいえば、CMU の導入である。

3. 近年の動向

ここでは、最近のフランス医療保険制度を取り巻く改革として、2004 年 8 月 13 日法、2005 年社会保障財政法、2005 年 1 月 12 日の全国医療協約について検討する。

(1) 2004 年 8 月 13 日法²⁷³に基づく改革

本法に基づく改革は多岐にわたるが、医療需要に対する規制を鮮明に打ち出している点にその特徴を求めることができる。すなわち、1990 年代において供給サイドに着目した医療費抑制策が採用されてきた方向を再び需要サイドにおける抑制に転換したと評価されている。

一般制度における財政状況の報告²⁷⁴によると、医療、労災、老齢及び家族給付の 4 部門のうち、医療保険だけが一貫して赤字を計上しており、その額は 2002 年 61 億ユーロ、2003 年 111 億ユーロであった。また、2004 年には 132 億ユーロ、2005 年でも 79 億ユーロの赤字がでるものと推計されている。このような赤字基調は、ONDAM の推移をみても明かである。1998 年以降、1999 年の対前年比 2.9% が最も低く 2000 年以降対前年比 5% 台から 7% 台の上昇率である。このような ONDAM の増加もあり、フランスの医療費は以下の 3 点で大きな伸びを示しているといわれる。第一に、開業医の診療報酬が病院診療に比較して大きな伸びを示していること、第二に高齢者に集中して医療需要が発生していること、第三にわが国の傷病手当金に相当する日額手当金の支給額が増加している、という 3 点である。そして、このような医療費の上昇をもたらす原因として、責任の所在の不明確さと医療費抑制メカニズムの欠如が指摘されている。

かくして、2004 年 8 月 13 日法は以下の 3 点を柱とする改革を行った。①給付の普遍性を前提としたうえで、真に科学的な基準に基づいた医療保険に関する選択の必要性、②医療体制の再編成、及び③医療保険の財政再建である。

²⁷³ Loi No.2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie(JO.17 août 2004).

²⁷⁴ Liaisons Sociales,"Les comptes du régime général de la sécurité sociale",No.44/2004.

① 医療費の抑制と医療の質の確保

1) 医療費の抑制²⁷⁵

医療需要の側面に着目して医療費を抑制する試みとして注目されるのは、以下の4点である。第一は定額負担金 (participation forfaitaire) の導入であり、第二にかかりつけ医 (médecin traitant) の指定、第三に個人診療情報記録 (Dossier Médical Personnel : DMP) の作成、最後に日額手当金に対する規制強化である。

第一に、定額負担金が導入された。対象となる医療行為は、開業医あるいは保健施設において行われる診察・治療・検査である。しかし、入院期間中に行われる治療行為等は対象外である。負担者は、医療保険の被保険者及びその被扶養者と労災保険の受給者である。しかし、未成年の被扶養者と補足普遍的医療給付の受給者には適用されない。負担額は、1回の診療につき1ユーロであり、一部負担金に上乗せするかたちで負担することになる。フランスの外来診療は償還払方式を採用していることから、保険給付として支給される金額から1ユーロを控除する形式で、定額負担金を負担することとなるものと思われる。しかし、上限額が50ユーロとされているため、単純に言えば、50回を超えて外来診療を受ける場合には、50回目以降は定額負担金は負担されない。

第二に、かかりつけ医の指定についてである²⁷⁶。16歳以上の被保険者及び被扶養者は、その所属する医療保険金庫に、医師との合意を条件に、かかりつけ医を通知しなければならない (16歳未満の被扶養者に関するかかりつけ医の選択は、両親の一方あるいは親権者と医師との合意による)。医師は、一般医・専門医、開業医・勤務医のいずれでもかまわない。

かかりつけ医を指名していない被保険者あるいはかかりつけ医以外の医師に診療を受けた場合には一部負担金が増額される。ただし、この増額は緊急の場合と居住地以外で診療を受けた場合には適用されない。なお、2004年6月17日のデクレにより、小児科医、眼科医及び婦人科医の場合には、一部負担金の増額措置をとらないこととした。

第三に、個人診療情報記録 (DMP) についてである²⁷⁷。DMPは、健康手帳 (Carnet de santé) 及びビタルカード (carte Vitale) に代わり、2007年7月1日から (ただし、2005年から試行的に実施される) すべての16歳以上の被保険者及び被扶養者を対象に交付される予定である。

²⁷⁵ Rémi Pellet, "L'équilibre financier de l'assurance maladie après la loi du 13 août 2004", Dr.Soc., No.11.2004, p982.によれば、医療費の抑制効果は以下のように算定されている。
個人診療情報記録、かかりつけ医制度、診療標準の遵守による節約額：35億ユーロ
ジェネリック薬剤の普及、定額負担金の導入：23億ユーロ
病院管理の合理化等：16億ユーロ
労働停止に関する監督強化：8億ユーロ
医療保険組織の合理化等：5億ユーロ
入院滞在費等の見直し等：10億ユーロ
合計：97億ユーロ

²⁷⁶ かかりつけ医については、ジュペプランに関連して、1996年4月24日のオルドナンス (No.96-345)においてMédecin référentとして導入された。

²⁷⁷ Y.Saint-Jours, "L'assurance maladie resituée dans une logique libérale", R.D.No.39.2004, pp2795 et s.によれば、DMPは“壊滅状態にある健康手帳の灰から”よみがえったと評価している。

DMPは、患者の責任を明確にするという観点から、受診の回数や継続性などにつき費用対効果の関係を明らかにすることを目的とする。またビタルカードに代わることから、電子化された被保険者証という性格を持つものと考えられる。DMPには、診断情報や治療記録などが記録されることとなる。

被保険者は、診療を受ける際、DMPを提示しなければ、一部負担金等について増額などの不利益を被ることになる。

DMPは個人情報、特に健康情報にアクセスできるという性格から、厳密な個人情報保護の条件のもと、患者との取り決めに基づいて、開業医、病院医及び救急サービスの医師は、この記録にアクセスすることができる。他方、契約当事者の一方に関する健康状態の評価にかかわる契約、医療保険の補足制度に加入する際の契約あるいは労働契約を締結する場合については、いついかなる場合であっても、DMPへのアクセスが禁じられる。産業医もまた、DMPにアクセスできない。

第四は、日額手当金に対する規制強化についてである。繰り返しになるが、日額手当金は、健康保険法における傷病手当金に相当する。日額手当金は原則として、保険料賦課算定上限額の範囲内の基礎日額賃金の50%が連続する3年間のうち360日支給される。

社会保障総監察局（IGAS）の統計によれば、被保険者の25%が、少なくとも1度、日額手当金を利用しており、1997年から2002年の5年間にその支給額がほぼ50%増加しているといわれる。このため、被保険者と医療従事者双方に関する規制を強化した。

まず、日額手当金の支給要件として、以下の4点が明記された（L.323-6条）。①医師示した処方への遵守、②医療審査機関による監督、③医師に認められた外出時間の遵守、④認められていない活動の禁止である。すなわち、日額手当金を受給している被保険者については、疾病保険金庫審査医の監督に服する義務を負い、その監督に従わない場合には日額手当金を減額するか、その支給を停止することができる（L.324-1条）。また、日額手当金を受給しようとする被保険者は、労働を中断する旨の医師の診断書を48時間以内に、支給を担当する疾病保険金庫に通知しなければならない（L.321-2条）。この通知を怠った場合、金庫事務長は制裁措置を定めることができる。さらに、労働の中断が3カ月を超えるときは、疾病保険金庫の審査医が、患者の属する企業の産業医に対して、労働再開の条件及び方法を準備するよう、あるいは被保険者の利益になる訓練等を考慮するよう求めることができる。

他方、医師に対しては、医療審査機関との事前協定を取り交わしていることを条件に、日額手当金・移送費の処方を出すことができる（L.162-1-15条）。この協定を通じて、他の医師と比較して、労務の中断に関する処方頻度や中断期間が長期に及ぶ医師に対する監督を強化することとされた。また、労務の中断期間を延長するには、最初に処方を出した医師が診断する場合にしか認められない。

2) 医療の質の確保

医療の質を確保する施策は、次の医療保険体制の再編成と密接に関連する。そのうち特に、後に検討する高等保健機構（HAS）なる機関が設けられ、医師及び医療機器の認証を行う。また、補足制度の管理運営組織と医療保険地域圏金庫連合（URCAM）との間で、疾病保険の協約締結医ネットワークに関する協定を締結することができることとなった。さらに、医療事故、医原病、院内感染に関するデータ及び賠償金に関するデータを保健当局・職業団体に通報しなければならないこととされた。

② 医療保険体制の再編成

医療保険体制の再編成は抜本的な改革とも評価しうるものであり、権限を拡大したうえでより効率的な組織運営を実現するための組織再編、財政運用の合理化、協約制度の刷新を柱とする。かなり大きな改正であり関連する条文も多数にのぼるため、ここでは全国医療保険金庫連合（UNCAM）と HAS の概要を紹介する。なお、2004年8月13日法に基づく医療保険体制の再編成全体を俯瞰した図表 36 を参照されたい。

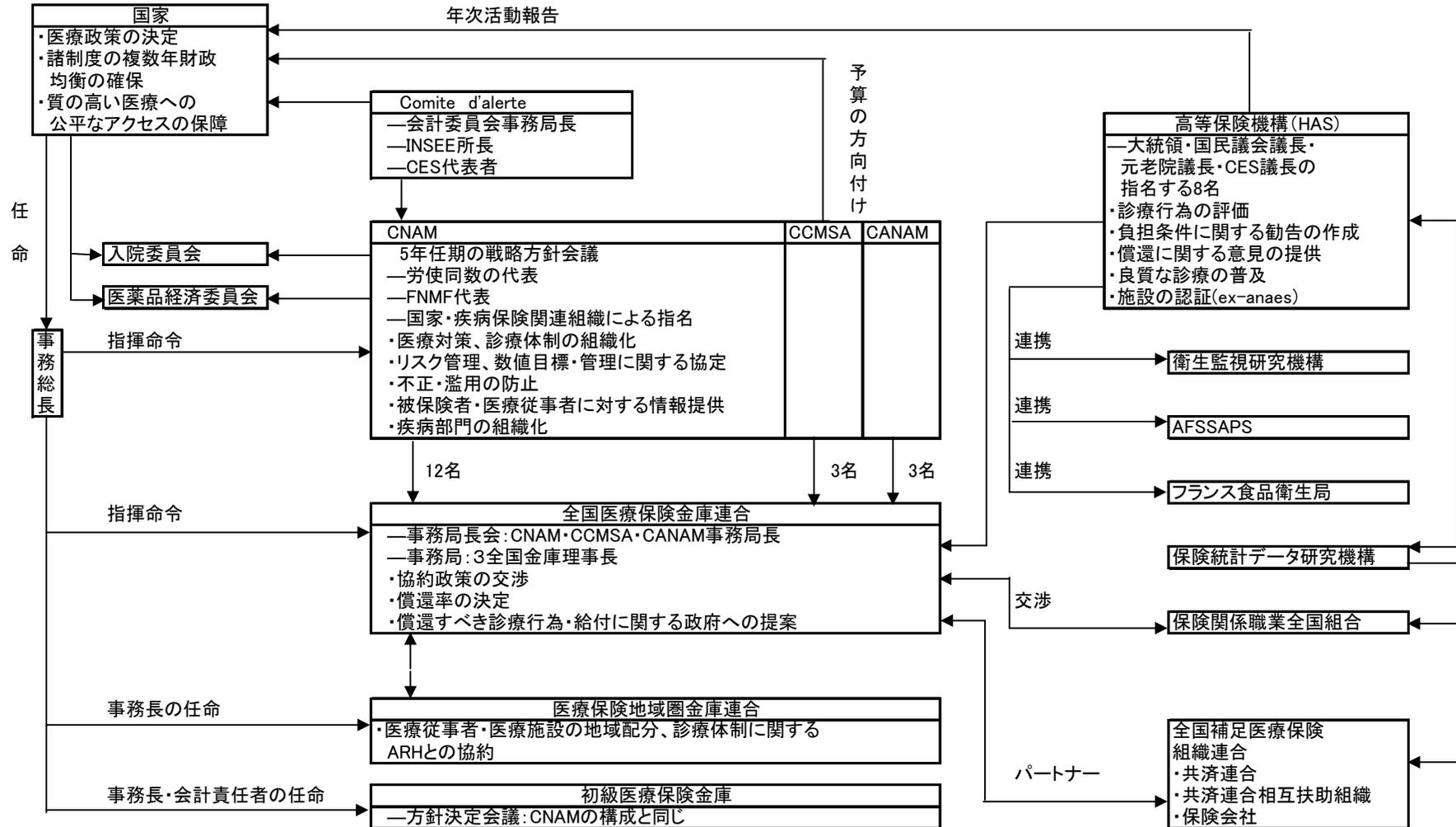
UNCAM²⁷⁸は、法定基礎制度における3つの全国金庫すなわちCNAMTS、CCMSA及びCANAMの上位に立つ組織と位置づけられる行政的公施設である。UNCAMは、これら全国金庫の名のもとに、医療関係者の全国団体との間で枠組協定、協約、追加協定・附属協定名に関する交渉を行い、署名を行う。また、医療保険において償還の対象となる給付や診療行為を定める診療行為集への登載、被保険者の定額負担金額、あるいは薬剤や保険給付の償還率に関する決定権などを有する。医療保険にかかわる管理運営組織の連携を強化する観点から、UNCAMとは別に組織される全国補足医療保険組織連合（UNOAMC）と連携を密にする。さらに、地域圏レベルでは、医療保険地域圏金庫連合（URCAM）の権限が強化され、UNCAMとの間で制度間目標量・管理契約を締結することとされた。

次に、HASについてである。HASは医療の質を確保するための中心的組織と位置づけられるもので、財政的自律性を認められる独立行政法人である²⁷⁹。HASの果たすべき役割も多岐にわたる。まず、医薬品や医療機器、診療行為及び保健給付に関する定期的な評価を行う。また、医療の質を確保するための診療マニュアルやあるべき処方に関するガイドラインを作成する。さらに、医療施設の認証を行う。このため、全国医療評価認証機構（ANAES）の後継組織と位置づけられる。

²⁷⁸ UNCAMには、評議会（conseil）、事務局長会議（collège des directeurs）が設けられ、評議会はCNAMTS、CCMSA及びCANAMからそれぞれ12名、3名及び3名の計18名から指名委員から構成され、UNCAMの決定権限の範囲内でその全体的な方針を決定する。このうち、各全国金庫の理事長3名が評議会執行部を形成する。また、事務局長会議は、3名の全国金庫事務局長から構成され、評議会での議決事項などの調整を行う。そして、CNAMTSの事務局長がUNCAMの事務局長（directeur général）を兼務する。

²⁷⁹ HASには、理事会（collège）と専門委員会が置かれる。理事会は8名から構成され、大統領・国民議会議長・元老院議長・経済社会評議会（CES）議長がそれぞれ学識経験者を2名指名する。理事の任期は6年で、3年ごとに半数が改選され、理事長は理事の互選で選任される。専門委員会は、理事の1人が主宰する。薬品透明性委員会と医薬品評価委員会という2つの常設専門委員会が設けられるほか、アドホックに設立される専門委員会を設置することが認められている。

図表36 2004年8月13日法に基づく医療保険体制の再編成全体図



出典) liaisons sociales, Législation Sociale, No. 8514, p10.

③ 医療保険の財政再建

医療保険の財政再建のため、CSGの算定基礎を拡大するとともに料率の引上げが実施された²⁸⁰。稼働所得に対するCSGは、2001年から稼働所得の全額に対して2.4%の料率を乗じ、稼働所得の95%に対して料率5.1%を乗じて算定されていた。このような2段階の算定をやめ、稼働所得の97%に料率7.5%をかけて算定されることとなった。また、退職年金などの代替所得に対するCSGは1998年から料率6.2%と他の所得より低めに設定されていたが、これをさらに退職年金・障害年金所得と失業手当・日額手当金による所得に分けたうえで、前者に乘じられる料率を0.4%引上げて6.6%とした。さらに、資産所得、投資益に対する料率を0.7%、賭博益に関する料率を2%引上げ、それぞれ8.2%と9.5%に引上げた。これら算定基礎の拡大と料率の引上げにより23億ユーロの増収が見込まれている²⁸¹。

また、社会債務償還拠出金（Contribution au remboursement de la dette sociale : CRDS）²⁸²の算定基礎も、稼働所得に対して97%に引上げられたほか、2014年1月末までとされていた拠出金の徴収期間が、社会債務の返済を完了するまで延長されることとなった。

さらに、自治制度に属する諸制度に配分される会社組織連帯社会拠出金（C3S）²⁸³の料率について、取引額（chiffre d'affaires）が76万ユーロを超える企業に対して付加拠出金として料率0.03%を加えることとされた。この引上げによる増収は9億ユーロとされている²⁸⁴。

²⁸⁰ 一般社会拠出金（CSG）の動向

（単位：％）

	稼働所得	代替所得	資産所得	投資益	賭博益	充当範囲（充当料率）
1991/1	1.1	1.1	1.1	1.1	・ ・	家族手当（1.1）
1993/7	2.4	2.4	2.4	2.4	・ ・	家族手当（1.1） 老齢部門（1.3）
1997/1	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	家族手当（1.1） 老齢部門（1.3） 疾病部門（1.0）
1998/1	7.5	6.2	7.5	7.5	7.5	家族手当（1.1） 老齢部門（1.3） 疾病部門（5.1）
2001/1	2.4* 5.1**	2.4* 3.8**	7.5	7.5	7.5	家族手当（1.1） 老齢部門（1.15） 疾病部門（5.25）
2005/1	7.5***	①6.6 ②6.2	8.2	8.2	9.5	家族手当（1.08） 老齢部門（1.13） 疾病部門（5.29）

*：税額控除前賃金(salaire brut)額全額に課税

**：税額控除前賃金額の95%に対して課税

***：税額控除前賃金額の97%に対して課税

①：退職年金・障害年金所得

②：失業手当・日額手当金所得（税額控除前賃金(salaire brut)額の97%に対して課税）

²⁸¹ Rémi Pellet, "L'équilibre financier de l'assurance maladie après la loi du 13 août 2004", Dr.Soc., No.11.2004, p.982.

²⁸² CRDSは、1996年1月24日のオールドナンスにより、EUの統一通貨への参加条件とされた財政赤字を国内総生産の3%以下に抑えるため、1995年末までの社会保障制度に関する累積赤字を償還することを目的として創設された。当初、2008年までの13年間で償還することを予定していたが、1998年社会保障財政法律により2014年1月末まで拠出金の徴収を延長することとされていた。CSG同様、租税に分類され、徴収対象はCSGと類似する。料率は0.5%である。

²⁸³ 0.16%（C.s.s.L651-1 et s.）。

²⁸⁴ Rémi Pellet, op.cit., p.982.

(2) 2005 年社会保障財政法律 (Loi No.2004-1370)

2005 年度の社会保障財政法律 (LFSS) が 2004 年 12 月 20 日に成立した。本法は 2005 年度の収入予測を 3,505 億ユーロ、支出目標 3,617 億ユーロとしたうえで、ONDAM を 1,349 億ユーロ (対前年比+3.2%) と設定した²⁸⁵。先行した 2004 年 8 月 13 日法との関係でいえば、かろうじて実質的な受け皿を提供したに過ぎないとの評価を受けているようである²⁸⁶。

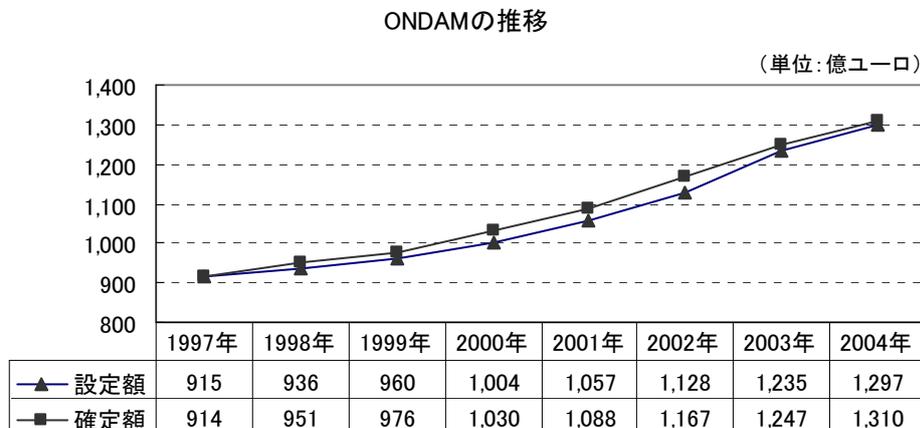
2004 年 8 月 13 日法との関連では、まず同法により導入された定額負担金制度を、公務員やフランス国有鉄道の職員などを対象とする特別制度に適用することを定めた (Art.40.Css.L.711-7)。また、かかりつけ医や個人診療情報記録などを導入する前提として、医師の特定が必要となる。しかし、これまで病院やその他の医療施設の勤務医を特定することが困難であった。このため、これらの勤務医等を特定するための個人識別番号を付与することとなった (Art.16.Css.L.162-2-15 条)。さらに、ビタルカードの不正防止のため、使用中のカード及び紛失・盗難のため無効となったカードの照合リストを作成することとされたが、具体的な細則は全国協約で定められる (Art.35.Css.L.161-31 条)。

このほか、公私立保健施設合理化基金 (Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés : FMESPP) は、良質の医療協定の適用によって捻出された費用の運用を行うものであるが、2005 年には、Mayotte 病院と Saint-Pierre-et-Miquelon 病院に 4,050 万ユーロが計上されている。

(3) 2005 年 1 月 12 日の全国医療協約

2005 年 1 月 12 日、UNCAM と CSMF、SML 及び Alliance の間で、一般医及び専門医全国医療協約が締結された。この全国協約は 5 年間有効で、2010 年 1 月 11 日まで適用されることとなる。しかし、この協約は締結後大きな批判にさらされている。なぜなら、協約締結の翌日に開催された UNCAM の理事会では、締結された協約の承認に関して、動議が

²⁸⁵ なお 2005 年社会保障財政法律は、2004 年度の収入予測額を 3,333 億ユーロと修正した。また、ONDAM の推移は以下のようなものである。



出典) <http://www.senat.fr/rap/104-057-1/104-057-16.html#toc189>

²⁸⁶ Lisons sociales, "législation sociale", No.8563.

出されたうえに、労働総同盟（CGT）と幹部職員総同盟（CFE-CGC）が投票を拒否し、18票中16票で採択された。また、医師組合のうち、MG-FranceとFMFはそれぞれ98%、82%の圧倒的多数が協約締結に反対した。マスコミの論調も概ね否定的である。

否定的な論調が多いとはいえ、この全国協約は、かかりつけ医制度を具体化するための診療報酬の枠組を定めた点で重要である。2004年8月13日法では、被保険者が単にかかりつけ医を選任することが定められていたが、本協約ではかかりつけ医以外に、協力医（médecin correspondant）も選任することとされている。基本的に、被保険者はかかりつけ医で受診することになるが、病状等に応じて協力医の診察・治療を受けることができる。この協力医は、かかりつけ医同様、被保険者が選任するが、一般医でも専門医でもよいとされる。この協力医の診察・治療を受ける場合は、一時的に診察等を受ける場合と、継続的に治療を受ける場合とに二分される。このほか、全国協約との関係で、協約の定める診療報酬の規定に拘束されるセクター1に属する医師と、協約の適用を受けるものの自由料金を請求できるセクター2に属する医師とが存在する。セクター1・セクター2は一般医・専門医の別なく適用される。このため、本協約の診療報酬は、一般医・専門医、セクター1・セクター2及びかかりつけ医・協力医の3分類に応じて決定される。この診療報酬は2005年7月1日から適用され、かかりつけ医の診療報酬は一般医の場合20ユーロ、専門医25ユーロとされる。具体的な報酬額は図表37に示すとおりであり、いずれも医療保険からの償還率は70%である。

図表37 医師の診療報酬

(単位：ユーロ)

	かかりつけ医		協力医			
	一般医	専門医	一時的診察		継続的治療等	
			一般医	専門医	一般医	専門医
セクター1	20	25	20	40	22	27
セクター2	20	23	20	40	22	27

4. 最新動向に関する関係者の評価と政策課題

以下では、特に2004年8月13日法を中心に、その評価とそれに関連する政策課題について検討する。政策課題に関してはややまとまりに欠ける形になるが、日本における議論も意識しつつ、残された検討課題や今後の研究テーマにも言及する形で論じていきたい。

(1) 2004年8月13日法に関する評価

ある論者によれば、2004年8月13日法に基づく医療保険改革は、ここ30年間の間にもたらされた最大の改革と評されている²⁸⁷。このような改革が求められた背景には、いくつかの事情が存在すると思われるが、高齢化の進行及びそれに伴う生活習慣病が医療費の高騰に大きく貢献しているとの認識が存在する²⁸⁸。このため、いわば濫療を抑制するためにかかりつけ医制度の導入が図られたといえる。これと関連して、2004年8月13日法の主眼は医療需要の抑制にあり、財源対策は二次的な位置づけとされている。しかし、かかりつけ医制度の帰趨によっては、新たな財源対策を採らざるを得ない。需要の抑制に大きな成功を収められないとすれば、医療費を誰がどのように負担するかという問題に帰着するからである。この意味で、7月1日から実施される、かかりつけ医制度が医療需要の抑制に成功するかが注目される。

また、2004年8月13日法を評して、法定医療保険と補足医療保険との役割分担を公式化したとする者もいる²⁸⁹。すなわち、法定医療保険は保険料に加えて租税財源を投入することにより最低限の医療を提供し、補足医療保険は共済組合、相互扶助組織あるいは保険会社により医療費負担の軽減を担うという役割分担である。

(2) 今後の政策課題

このような法定医療保険制度と補足医療保険制度との守備範囲の明確化という枠組については、医療保障の側面からCMUが注目される。特に、補足的医療給付の領域は、法定医療保険に基づく償還率でカバーされない部分を補うものとして機能している。先の医療協約による診療報酬体系でいえば、かかりつけ医である一般医を受診した場合、20ユーロの7割が償還されるため、患者の一部負担金は20ユーロの3割に相当する6ユーロとなる。わが国における高額療養費制度を持たないフランスにおいて、1回の診療に1,000円（1ユーロ＝140円換算した場合）の一部負担金を軽減しうる補足医療保険制度の存在は、2つの意味で重要である。ひとつは、ある意味では医療需要の抑制効果を希薄化する機能を果たす。一部負担金を実質的に減額する制度として機能する補足医療保険制度の存在は、立法者が意図するような需要抑制効果を薄めてしまうからである。いまひとつは、補足医療保険制度の存在が、法定医療保険制度の償還率を引下げる可能性を担保していることで

²⁸⁷ 東京大学におけるジャン・ピエール・ショシャールの講演による。

²⁸⁸ Jean-Pierre Chauchard, op.cit.によれば、60歳以上の人々は、医療保障に関する対象者の16%を占めるに過ぎないが、医療費の半分を消費している。また、患者の5%に当たる人々が医療費の51%を消費し、償還費用の60%を生み出している。ガンや糖尿病などの長期疾病者は一般制度の対象となる人口の12%を占めるに過ぎないが、医療費の48%を消費している一方で、医療費の70%は死亡前6カ月の診療等により発生している。

²⁸⁹ Y.Saint-Jours, "L'assurance maladie resituée dans une logique libérale", R.D.No.39.2004, pp2795 et s.

ある。補足医療保険制度が法定医療保険制度の補完機能を有しているのであれば、法定医療保険の償還率を引下げることが可能となる。医療費の高騰が継続するとしても、補足医療保険制度によって、医療費の負担能力が限界に達していないと考えられるのであれば、補足医療保険制度の存在は法定制度に代わって医療費の伸びを吸収する機能を果たすこととなる。

このような機能に着目すれば、2004年8月13日法の主眼が財源対策ではないとの評価もそれなりの説得力を持つ。それは同時に、今後のフランスにおける医療保障体制のなかで、補足医療保険制度が比重を増すことを示唆する。この点から、今後、補足医療制度が実際にどのように機能しているかの研究が不可欠となろう。

次に、補足医療制度に関する考察とやや矛盾するが、財源対策に関連して、医療保険分野における租税代替化の不十分であるとされている。2004年8月13日法における一般社会拠出金の算定基礎の拡大及び料率の引上げは、専ら被保険者を対象とするものであった。このような引上げを可能としたのは、やや逆説的ながら、1998年にCSGの料率を大幅に引上げ、その代償として一般制度における被保険者の保険料率を大幅に引下げた結果といえることができる。保険料の大幅な引下げが、CSGの負担能力の源泉とみなされ、そのためにCSGの算定基礎や料率の引上げに対する論理的な抵抗力を弱める機能を果たしているからである²⁹⁰。次のターゲットは使用者負担である。一般制度における保険料の負担率は、被保険者すなわち労働者が0.75%であるのに対して、使用者は12.8%である。保険料1%の収入は40億ユーロと推定されており、使用者の保険料全体では510億ユーロをまかなっていることになる。財源確保のため、租税代替化を促進する論調が強まるなか、どのような形で使用者負担にメスを入れるのかが、今後の大きな課題のひとつとなることは明らかであろう²⁹¹。

このような租税代替化に関する議論に関連して注目されるのは、一般制度以外の自治制度や特別制度などの動向である。フランスの社会保障制度は、医療保険制度においても妥当なことであるが、民間被用者を中心として組織される一般制度と、自営業者や国家公務員など職域ごとに組織される自治制度・特別制度等からなる職域保険制度の併存体制のもとで成立している。いわば、一般制度をガリバーとし、それ以外の弱小制度からなる世界である。法定医療保険制度における租税代替化が不可逆的な流れであるとしても、自治制度などの弱小制度がその存在意義をどのように保持してゆこうとしているのかが注目される。このことは、国家とは一線を画する社会保障制度の構築を希求してきたフランス社会保障制度にとって、組織の結集基盤である職域連帯がどのように推移するのか、連帯基盤の解消に向かうのか、あるいは連帯を基盤とする自治機能を法定医療保険制度の枠組とは別の次元で保持しようとするのか、が明らかになると考えられるからである。このことはおそらく、いまだちに明らかになる問題ではないけれども、10年のスパンで考えれば、

²⁹⁰ 本報告書p.135 脚注 225 を参照。

²⁹¹ Rémi Pellet, op.cit., p.982.

我々は時代の節目に立っていることがあとから理解される、そのような問題であると考え
る。

そして、この問題は医療保険制度の一元化が俎上にのぼっているわが国にとっても、2
つの点で貴重な示唆を与えるものと考え。第一は、制度一元化の可否に関する検討材料
を提供することに通じるからである。フランスの場合、一般制度における被保険者の保険
料率は、すでに 0.75% である。この料率は、日額手当金の財源ともいわれており、そう
あるならば、一般制度の医療保険は医療給付に関してはその存在意義を喪失しているとも
いえる。そして、このことは、制度一元化の過程についてフランスは日本よりも一歩先を
歩んでいることを意味する。次のステップは、自治制度などの弱小制度をどのように取り
組むかであり、そこでいかなる議論がなされるかが注目される。

第二は、法定医療保険制度と補足医療保険制度との棲み分けである。日本は従来から、
国家対国民という二項対立のなかで社会保障を論じてきた。しかし、国家とは一線を画す
る社会保障というフランスの社会保障像は、国家・社会・国民というトライアングルの中
で理解されるべきものである。多様でややもすれば複雑な保障システムを構築してきたフ
ランスから学ぶべきことは、いわば自助努力の社会化をどのように実現してきたかである。
先に述べたことの繰り返しになるが、補足医療保険制度のあり方を検討する必要がある。

最後に、2004 年 8 月 13 日法の実現可能性という点は、すでに実施されている領域もあ
れば、この 7 月から実施されるものもあり、今回の改革の成否を判断するにはいまさら
く時間が必要である。しかし、DMP の実施には、医療保険電子カードとも関連して、プ
ライバシー保護をどのように徹底させるかという問題をはらんでおり、あるいはその実施に
手間取ることも予想される。

<略語表>

- CSG：一般社会拠出金（Contribution Sociale Généralisée）
CMU：普遍的医療給付（Couverture Maladie Universelle）
APA：自立高齢者手当（Allocation Personnalisée d'Autonomie）
PSD：介護特別給付（Prestation Spécifique Dépendance）
PSPH：公的病院サービス参加施設（établissements participant au service public hospitalier）
OQN：全国量目標（Objectif Quantité National）
ONDAM：医療保険支出全国目標（objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie）
ARH：地域圏病院庁（Agence Régional de l'Hospitalisation）
CSMF：フランス医師組合同盟（Confédération des syndicats médicaux français）
FMF：フランス医師連合（Fédération des médecins de France）
SML：自由医師組合（Syndicat des médecins libéraux）
MG France：フランス一般医組合（Fédération française des médecins généralistes）
Alliance：フランス開業医組合連盟（Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France）
DMP：個人診療情報記録（Dossier Médical Personnel）
HAS：高等保健機構（Haute Autorité de Santé）
UNCAM：全国医療保険金庫連合（Union nationale des caisses d'assurance maladie）
UNOAMC：全国補足医療保険組織連合（Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire）
URCAM：医療保険地域圏金庫連合（Union régionale des caisses d'assurance maladie）
CRDS：社会債務償還拠出金（Contribution au remboursement de la dette sociale）
C3S：会社組織連帯社会拠出金（contribution sociale de solidarité des sociétés）
ANAES：全国医療評価認証機構（Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé）
FMESPP：公私立保健施設合理化基金（Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés）
- 社会活動・家族法典（Code de l'action sociale et des familles）
農事法典(Code rural)
社会保障法典(Code de la sécurité sociale)
基礎制度(régimes de base)
公衆衛生法典（Code de la santé publique）
公立病院（établissements publics de santé）
非営利私立病院（établissements de santé privés à but non lucratif）
営利私立病院（établissements de santé privés à but lucratif）
総枠予算制（Dotation globale）
医学国家博士号（Diplôme d'Etat de docteur en médecine）

公益団体 (groupements d'intérêts publics)

かかりつけ医 (médecin traitant)

健康手帳(Carnet de santé)

フランス医療保険制度の最新動向（2006年3月）

新潟大学大学院実務法学研究科 加藤 智章

はじめに

2005年5月、フランスは国民投票の結果、EU憲法への批准を拒否した。シラク大統領は、ドゥビルパン（de Villepin）を首相に任命し、“雇用のための闘い”を掲げ積極的な雇用改善策を打ち出した。しかし、若者雇用促進策「初期雇用契約」（Contrat première embauche : CPE）の撤廃を迫られ、2007年に予定されている大統領選挙に向け、政局は混迷している。国内総生産（PIB）は対2004年度比1.4%の増加の1兆6,894億ユーロとされているが²⁹²、政局の混迷同様、失業率も改善の兆しはみられず2005年12月現在で9.5%である²⁹³。また、2004年の数字であるが、総医療消費（Consommation Médicale Totale）は1,476億ユーロであり、対国内総生産比9%である²⁹⁴。

このような状況において最近の動向として注目されるのは、社会保障財政法律に関する組織法律の改正とそれに基づく2006年社会保障財政法律の制定である。

社会民主主義から議会制民主主義への回帰をスローガンに、議会の関与を打ち出したジュペランにより、社会保障財政法律が導入された。1996年12月27日に制定された1997年社会保障財政法律を嚆矢として、2005年12月19日に成立した2006年社会保障財政法律で10年目を迎える。そして、10年という節目にあわせるようにその枠組に修正が加えられることとなった。2004年8月13日の医療保険に関する法律（Loi No.2004-810：以下、2004年8月13日法という²⁹⁵）における憲法院判決が、組織法律の改正が必要であると判断したからである。こうして、2005年8月2日に社会保障財政法律に関する組織法律（Loi organique No.2005-881：以下、2005年組織法という）が制定された。2006年社会保障財政法律（Loi No.2005-1579）は、2005年組織法に基づく最初の社会保障財政法律として、2005年12月19日に成立した。

ここでは、2005年組織法、社会保障財政法律の制定過程及び2006年社会保障財政法律を検討する。2005年組織法については、その契機となった憲法院判決をまず検討したあと、2005年組織法の枠組を紹介し、最後に制定時の議論から明らかになった社会保障財政法律の問題点を検討する。次に、社会保障財政法律の制定過程では、社会保障財政法律のあり方、あるいは予算法律（Loi de finance）²⁹⁶との異同を考察するための基本的な検討を行う。

²⁹² <http://www.nathan.fr/ecodroit/viewDocFrames.asp?id=1533>

²⁹³ Liaisons sociales, Documents No.12/2006, p.1.

²⁹⁴ <http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat84.pdf>

²⁹⁵ 2004年8月13日法については、拙稿「フランスにおける医療費抑制策の変遷」社会保険旬報2272号18頁以下参照。

²⁹⁶ Loi de financeについては、「財政法律」という訳語も見られるが、本稿では社会保障財政法律との違

最後に、2006年社会保障財政法律が医療保険に関連していかなる政策を採用したかを中心に検討する。

1. 2005年8月2日の社会保障財政法律に関する組織法律

先に述べたように、2005年組織法は、2004年8月13日法における憲法院判決を契機に制定され、これまでの社会保障財政法律の枠組を大きく変更した。そして、この組織法の議論を通じて、社会保障財政法律のあり方に関する重要な議論が展開された。ここでは2005年組織法の契機となった憲法院判決を検討したあと、2005年組織法の枠組を紹介し、最後に社会保障財政法律の問題点を検討する。

(1) 2004年8月12日の憲法院判決と2005年組織法の位置づけ

2004年8月12日、憲法院は2004年8月13日法第39条すなわち社会保障法典L.111-11条の規定について、社会保障財政法律に関する組織法律の改正を示唆した²⁹⁷。

2004年8月13日法第39条は、「医療保険の各全国金庫は、毎年6月30日前までに、社会保障担当大臣及び議会に対し、複数年のうちに収支を均衡させるために必要な手段を講じた翌年度のための各金庫の負担と収入 (ses charges et ses produits) の推移に関する提案を提出しなければならない」と規定していた。

憲法院は、2つの点からこの条文を問題とした。ひとつは、法律の発議権 (droit d'initiative) は首相と議員に認められるところ、公権力とはいえない全国金庫にそれを認めるかのような規定になっていることである。いまひとつは、全国金庫が「複数年における財政枠組 (cadrage financier pluriannuel)」に関する提案をすることは、社会保障財政法律の内容を規定する1996年7月22日の組織法律 (Loi organique No.96-646 : 以下、1996年組織法という) の範囲を超えていると判断した。憲法院は結論としてこの条文を憲法には反しないものの、その規定内容を維持しようとするれば1996年組織法の改正が必要であることを示した。

このような憲法院の判断を受け、そしてまた9年間の実績に基づく反省をふまえて、政府は社会保障財政法律に関する組織法律を改正することとし、2005年組織法が2005年8月2日に成立した²⁹⁸。

この組織法は、以下の3つの側面から位置づけることができる。第一は、先に述べた憲法院判決を受け、はじめて社会保障財政法律を導入するために制定された1996年組織法を改正するという意義である。第二は、2004年8月13日法をより実効あるものとする意義をもつ。これは、医療保険支出全国目標 (objectif national de dépenses d'assurance maladie : ONDAM) の細分化に象徴される。第三は、2005年組織法が2001年8月1日に成立した予

いを強調するため、予算法律という訳語をあてる。予算法律という訳語を用いるものとして、滝沢正「フランス法第2版」(三省堂、2002年)141頁。

²⁹⁷ DC.No.2004-504.

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2004/2004504/2004504dc.htm>

²⁹⁸ Loi organique No.2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

算法律に関する組織法（Loi organique No.2001-692：以下、2001年LOLF法という）の影響を強く受けていることである²⁹⁹。予算法律との関係性を鮮明に打ち出しており、社会保障財政の今後のあり方にも密接に関連する点で重要である。制定過程に若干の時間的ずれはあるものの、社会保障財政法律を予算法律と一体として審議・採択することは、ジュペプランの打ち出した議会制民主主義の強化を一層促進すると思われるからである。事実、2005年2月23日の大臣会議（Conseil des ministres）では、2005年組織法は、医療保険改革と2001年LOLF法の延長線上に位置づけられている³⁰⁰。

(2) 2005年組織法の枠組

この2005年組織法は、大きく3つの柱から構成されている。第一は、予算法律との整合性を図るための新しい枠組の採用である。第二は適用対象の拡大であり、第三はONDAMの2段階による制定である。

① 新しい枠組の採用

2005年組織法は、2001年LOLF法を強く意識しながら、社会保障財政法律の枠組を刷新した。それは、議会の審議事項を詳細に定めることと予算法律との整合性を確保するという側面に分けることができる。

まず社会保障財政法律の対象年度を2カ年度から3カ年度に拡大した。前年度、当該年度及び翌年度であり、翌年度の部分についてはさらに2つに分かれる。ひとつは収入と収支バランス（*équilibre général*）に関する部分であり、いまひとつは支出に関する部分である。

2006年社会保障財政法律の場合、2005年12月末日までに成立する必要があるから、ここで前年度とは2004年度を対象とし、当該年度は2005年度、そして翌年度は2006年度を意味する。2005年社会保障財政法律までは、当該年度すなわち2004年度については推計値に基づく決算という形式をとっており、2003年度については審議の対象となっていなかった。2006年社会保障財政法律からは、前年度すなわち2004年度の財政運営に関して、確定値に基づく収支バランスすなわち決算が可能となったのである。そして、当該年度すなわち2005年度については、法律を審議している段階における最新の推計値に基づく修正を行う。さらに社会保障財政法律の核心部分となる翌年度すなわち2006年度については、これを収入部門と支出部門とに2分して審議事項を詳細に定めることとなった。翌年度の社会保障財政を収入部門と支出部門の2つに分ける方法は、予算法律の方法を踏襲したものである。

なお、社会保障制度を、医療、老齢、家族及び労働災害・職業病という4部門（*partie*）に区別する方法はこれまでと同様である。また、審議の対象となる制度については、すべての法定基礎制度に拡大されたが、これについては次項で詳しく検討する。

²⁹⁹ 2001年8月1日に成立した予算法律に関する組織法については、木村琢磨「フランスの二〇〇一年「財政憲法」改正について」自治研究 76巻9号57頁以下参照。

³⁰⁰ http://www.assemblee-nationale.fr/12/dossiers/lois_financement_secsoc.asp

このような対象年度の拡大と詳細化にあわせて、また審議対象の拡大と密接に関連して、各年度、各部門に応じて、収入見通しと支出目標に基づく収支のバランスシート (tableaux d'équilibre) ともいふべき収支一覧表 (solde) の採決が可能となった。

次に、予算法律との整合性を確保するという点では、まず 2001 年 LOLF 法と同様、会計上の原則として、真実性の原則に関連する一文が挿入された。すなわち、Css.LO.111-3 条 VII 項は「社会保障制度及び組織の会計は適法 (régulières) かつ真実 (sincères) であり、その財産と財政状況を忠実に反映したものでなければならない」と定めている。これは、2001 年 LOLF 法第 27 条の規定を社会保障制度に置き換えた条文である³⁰¹。

また、財源の性格から、社会保障制度に関連するにもかかわらず予算法律でのみ審議されていた費目が存在した。農業非被傭者社会給付資金調達基金 (FFIPSA)³⁰²、自律連帯全国金庫 (CNSA)³⁰³ である。前者については 2005 年組織法第 16 条により、後者については社会保障法典 LO.111-4 条に基づく会計院報告書を通じて、社会保障財政法律においても審議が可能となった。これと似たような事情にあったのが、社会債務償還拠出金 (CRDS) である。従来、CRDS の料率については、社会保障財政法律とは切り離されて審議されていた。これについても、2005 年組織法第 20 条は CRDS の根拠法令である 1996 年 1 月 24 日のオールドナンス (Ord.No.96-50) を修正する形で、2007 年度から社会保障財政法律による審議事項とすることにした。

② 適用対象の拡大

適用対象の拡大は、対象制度の拡大と複数年度の収入・支出目標という 2 つの側面に分かれる。

第一は、審議対象となる制度の拡大である。これまでの社会保障財政法律は、被保険者及び年金受給者を含めて 2 万人以上の法定基礎制度だけを対象としていた。このため、法定基礎制度のすべてを対象とするのではなく、いわばピントのずれたぼやけた全体像を描き出していたに過ぎない。2005 年組織法はこれをすべての法定基礎制度 (régimes obligatoires de base de sécurité sociale : ROBSS) に拡大した結果、法定基礎制度の全体像に関する財政状況の審議が可能となった。

第二は、複数年度にわたる収入見通し及び支出目標 (prévisions de recettes et les objectifs de dépenses) に関する報告書の提出である。複数年度にわたる収支見通しに関する条文の問題が、憲法院により組織法改正の引き金となったことは先に紹介した。このため、2005

³⁰¹ 2001 年 LOLF 法における真実性の原則について、前掲木村論文参照。

³⁰² 2004 年度予算法律第 40 条は、農業社会給付附属予算 (budget annexe des prestations sociales agricoles : BAPSA) に代え、2005 年 1 月 1 日から農業非被傭者社会給付資金調達基金 (Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles : FFIPSA) を設けることとした。

³⁰³ 自律連帯全国金庫 (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : CNSA) は、2004 年 6 月 30 日の高齢者及び障害者の自立のための連帯に関する法律 (Loi No.2004-626) により設けられ、2005 年 2 月 11 日の障害者の機会、社会参加及び市民としての平等に関する法律 (Loi No.2005-102) により補完された基金である。

年組織法は、新しい LO.111-4 条として、政府が議会に提出すべき報告書のひとつに、4 年間にわたる収支見通しを加えることを定めた。具体的には、①収入見通し、②すべての法定基礎制度及び一般制度を対象とする各部門ごとの支出目標、③上記制度の財政に関連する組織の収支見通し、④ONDAM である (Css.LO.111-4 条 I)。

このような複数年にわたる収支見通しを明らかにすることは、EU 共同体との関係でもフランス政府に求められていたことであった。それは、成長安定協定 (Pacte de stabilité et de croissance)³⁰⁴ との関係で国家財政の状況を明らかにする必要があるからである³⁰⁵。また、収入が超過した場合あるいは赤字が出た場合の財源措置に関する報告書もあわせて議会に提出すべきこととされた³⁰⁶。これら 2 つの報告書を通じて、政府は、議会及び EU 共同体の構成国に対して、フランスの社会保障政策のグランドデザインを示すとともに、ONDAM も含めた社会保障収支の複数年にわたる見通しを示すこととなり、議会はそれをもとに社会保障財政法律案の審議を行うこととなった (Css.LO.111-5-3 条)。

③ ONDAM の 2 段階による制定

社会保障財政法律の大きな問題は、予算法律と異なり、その羈束性に乏しいことであった。その端的な事例が ONDAM である。社会保障財政法律がはじめて制定された 1997 年度こそ、実際の数値が ONDAM の目標値を下回ったものの、その後は、目標値は実現されることはなかった。この目標と現実の乖離が社会保障財政法律の信頼性を大きく損ねているとの認識から、2005 年組織法は ONDAM を全体目標 (objectifs) と下位目標の 2 段階で制定することとし、下位目標については少なくとも 5 分割することとした³⁰⁷。

2005 年段階では、下位目標は開業医部門、公立病院部門、私立医療施設部門、社会医療部門及び日額手当部門に細分化するとされていたが、後に紹介するように 2006 年社会保障

³⁰⁴ 成長安定協定は、マーストリヒト条約で定められた過剰な財政赤字に関する是正手続の実質的な適用を図るために、1997 年 6 月、アムステルダム欧州理事会において採択された。この協定は 2 つの規則から成り立っている。全加盟国に適用される第一の規則は、中期的に財政均衡ないし黒字を達成するという目標を設定し、いかなる逸脱であれ早期に発見し、是正するという早期警戒システムを規定している。第二の規則は、過剰な財政赤字を解消できない加盟国に対する制裁措置のスケジュールとその詳細を記している。制裁措置はユーロ圏参加国のみ適用され、赤字が収斂基準の 3% を超えた度合いに応じて GDP の 0.2% から 0.5% までの制裁措置が科される。当初は無利子の預託金という形をとり、2 年たっても状況が是正されない場合には罰金に切り替えられる。

³⁰⁵ Rapport de M. Alain Vasselle, No. 252 (2004-2005), Sénat, p. 19. なお, Jean-Luc Matt, "Les lois de financement de la Sécurité sociale: vers une intégration dans le budget de l'État?", Réform des finances publiques démocratie et bonne gouvernance, LGDJ, 2004, p. 251 et s. 参照。

³⁰⁶ 2005 年組織法は、社会保障財政法律案とともに提出される付属文書 (annexes) のなかに、各部門及び組織ごとの収支に関する質と有効性の確保に関するプログラムを示すこととした (Css.LO.111-4 条)。2 つの報告書とともに提出される付属文書は、以下の 8 つである。すなわち、①社会保障組織の管理運営とそれを具体化する方法に関する複数年の目標、②当該年度の予算法律に関する規定と財源の徴収と給付の管理について当該年度に実施される簡素化の方法、③社会保障財政法律の対象となる制度全体における各部門ごとの収入評価とそのリスト、④保険料及び拠出金の減免の全体像、⑤社会保障の各領域に対する国家及び地方公共団体の介入手段、⑥ONDAM に関する関連情報と下位目標に関する分析、⑦各組織と各基金に関する当該年度の法律案に示された会計見通しと決算 (compte définitif)、⑧期限付きで一定財源の徴収を認められた制度及び組織の財務状況である。

³⁰⁷ 下位目標の設定は政府の発議によるものとされ、下位目標として何を盛り込むかの検討委員会が設けられている (Css.LO.111-3 条 I D3o)。

財政法律では、6 分割されている³⁰⁸。このようなONDAMの細分化は、それ自体がただちに医療保険における支出を抑制する効果を期待されているものではなく、支出超過を繰り返す医療保険部門において、いかなる領域が赤字の根源になっているのか問題の焦点を絞り込むためのシステムということができる。

図表38 社会保障財政法律における ONDAM の推移

(単位：10 億ユーロ)

年度	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ONDAM 目標額	91.5	93.6	96.0	100.4	105.7	112.8	123.5	129.7	134.5	140.7
ONDAM 修正額	91.4	95.1	97.6	103.0	108.8	116.7	124.7	131.0	134.9	—

出典) <http://www.senat.fr/rap/105-073-2/105-073-25.html>

また、ONDAMに関連して注目されるのは、2004年8月13日法により設けられた“医療保険費用の推移に関する警告委員会”(Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie：以下、単に警告委員会という)である³⁰⁹。

警告委員会は、毎年遅くとも6月1日までの段階でONDAMの推移に関する意見書を提出することとされており、医療保険費用の推移がONDAMの目標値を0.75%上回ると判断したときには、ONDAMの範囲内に収めるために必要な措置の提言を含めて、議会、政府及び医療保険全国金庫に、その旨を警告する任務を負う³¹⁰。この通知を受けた医療保険全国金庫は、1カ月以内に、ONDAMの範囲内に収めるための必要な措置を講じることとされ、その内容は再度、警告委員会に送付される。そして送付後15日以内に、警告委員会が最終的な措置内容を定めるものとされている³¹¹。

警告委員会の意見書はこれまで2回提出されている。第1回は2005年5月31日、2回目は2006年5月31日である。いずれも、目標値の0.75%を上回る可能性はないとして、具体的な是正措置に関する提言は行われなかった³¹²。

④ 2005年組織法に関する憲法院判決

このような2005年組織法について、憲法院は基本的に合憲との判断を下した³¹³。しかし、「政府が議会に財政均衡を確保する措置を通知する」との社会保障法典LO.111-3条VI項第2文について、今後の通常法律の適用方法を拘束する原則的規定を設けることになるとして違憲と判断した。

³⁰⁸ Liaisons sociales, législation sociale No.8616 (le 12 août 2005) .

³⁰⁹ 警告委員会は、社会保障会計委員会事務局長、国立統計経済研究所事務局長及び経済社会委員会会長の指名する有識者から構成され、社会保障会計委員会のもとに置かれる (Css.L.114-4-1条)。社会保障会計委員会事務局長がその業務を組織する (Css.D.114-4-0-7)。

³¹⁰ Css.L.114-4-1条 et Css.D.114-4-0-7.

³¹¹ Css.D.114-4-0-7.

³¹² 警告委員会の意見については、<http://www.securite-sociale.fr/secu/finances/comalerteam/avis2.pdf>により参照することができる。

³¹³ Décision No. 2005-519 DC du 29 juillet 2005.

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2005/2005519> 参照。

また、一部の条文については組織法の領域には含まれない（étrangères）として、通常法律に格下げした。通常法律に格下げされた規定には、社会保障財政法律及び同修正法律だけが社会保障財政法律としての性格を有するとした社会保障法典 LO.111-3 条第Ⅱ項、予算の割り当て（affectation）と保険料の減免について社会保障財政法律だけが定めることができるとした社会保障法典 LO.111-3 条Ⅲ項、FFIPSA に関する 2005 年組織法第 16 条などがある。逆に、通常法律として社会保障法典の L 条項に該当することが予定されていたふたつの規定が、組織法律条項とされた。議会への半期ごとの収支状況に関する報告書と議会委員会の作成した報告書の提出に関する規定であり、それぞれ社会保障法典 LO.111-10-1 条及び同 LO.111-10-2 条とされた。

(3) 2005 年組織法に対する評価

2005 年組織法に関連して注目されるのは、議会報告書における議論である。そこでは、社会保障財政法律の本質論、いますこし焦点を絞れば医療保険制度の財政均衡を確保するための問題点が指摘されている。

2005 年組織法による改正について、ある元老院報告書のように、2001 年 LOLF 法と平仄を合わせるものであり、＜目標と結果（objectifs-résultats）＞の対応関係がより鮮明になるとして積極的に評価するものもある³¹⁴。他方、国民議会の報告書は、社会保障財政法律の今後を占ううえでも重要な問題提起をしている³¹⁵。問題提起の核心は、予算法律との比較対照から社会保障財政法律の規範性（normativité）をどのように確保するかである。

ここでいう規範性の問題とは、予算編成と比較することによって理解することができる。予算法律における予算、特に支出項目は支出予算額を超過することは許されない。100 メートルの道路建設に 100 万ユーロが計上されているときに、80 メートル建設した時点で予算を消化した場合には当該年度の道路建設は、その時点で予算の裏打ちがない以上、終了せざるを得ない。これに対して、社会保障財政法律における支出額はあくまでも目標額に過ぎず、目標額の超過が明らかであっても、予算の場合と同じように、給付の支給を停止することはできない。しかし、社会保障財政法律という以上、予想される収入見込額と目標とされる支出額が少しでもその範囲内に納まるような実効性をどのように確保できるか、という問題がここでいう規範性の問題といえる。社会保障費用の抑制を達成できるか否かの実効性といいかえることもできる。

このような社会保障財政法律の規範性を問題とする背景には、繰り返される赤字の出現は社会保障を弱体化させるとの認識があり、支出の超過を見過ごすことは、社会保障負担

³¹⁴ Rapport de M. Alain Vasselle, No. 252 (2004-2005), Sénat. しかし、この報告書では、FFIPSA や CNSA など予算法律と社会保障財政法律とで審議対象が重複していること、あるいは予算措置とは無関係な全国商工業雇用協会（UNEDIC）の予算について削除すべきことなどの問題点が指摘されている。

³¹⁵ Rapport de M. Jean-Luc Warsmann, No. 2246, A.N. ここでは、手続論として、i 拡大とみるべきか限定とみるべきか（補足制度の存在）、ii 情報の合理化（過度な情報の氾濫）、iii 修正法律の意義、iv 予算法律との関係、また実質論として、i 依然不十分な規範性、ii 真実性原則（リアリズムの欠如＝単なる目標の設定）、iii 制度の将来像、iv 良好な管理運営、という項目のもとで詳細な検討が展開されている。

を次世代に先送りすることを極力避けようとの判断がある。すなわち、次世代に負担を先送りせざるを得ないような現行システムは、その限りで根本的な再検討の対象となるという認識である³¹⁶。

次に注目されるのは、当該年度に発生する赤字を押さえ込むために必要な措置をオールドナンスによって講じることを授権する可能性を検討している点である。そして、国民議会報告書は、議会の権限を奪うものではないと判断している点も注目される。議会により採択された収支バランスを尊重するためにだけ採用される授権であること、授権を認めるか否かの最終的な判断権者は議会であること、授権されたオールドナンスの追認（*ratification*）が直近の社会保障財政法律でなされることがその理由である³¹⁷。

ここで論じられている政府の講じる必要な措置の内容は必ずしも明らかではない。当該年度の収支バランスを維持することに重点を置くなれば、当該年度に限定される年度途中での保険料率の引上げや償還率の引下げということになる。このような授権規定が提案され採択されるかは今後の問題である。しかし、授権規定を審議する可能性が議論されること自体、先に検討した社会保障財政法律の規範性に対する要請が極めて高いことを示唆している。また、国民議会総体の意思ではなく一報告書に過ぎないけれども、法律事項とデクレ事項に関する議会と政府との緊張関係が、こと社会保障財政法律についてはオールドナンスへの授権を認めてまでも収支バランスの実現を優先する姿勢が示されていることも注目される。この点からも、2006年6月時点での警告委員会の対応がフランス社会保障制度の今後を見通す意味で重要な鍵を握るといえることができる。

2. 社会保障財政法律の制定過程

ここでは、議会の関与がどのような意義を有するのかを検討する前提作業として、政府、議会、及び全国被傭者医療保険金庫がどのような関わりのなかで、社会保障財政法律が制定されるのかを考察する。社会保障法典の規定に基づき、1年間の時系列にしたがって、各当事者の関与のあり方をみていくこととする（なお、図表41を参照）。

まず、1月末日までに、政府は議会に対し、法定基礎制度に関する半期分の状況を報告しなければならない（*Css.LO.111-10-1*条）。次に、社会保障会計委員会（*commission des comptes de la sécurité sociale : CCSS*）が、4月15日から6月15日の間に1度、一般制度の会計状況に関する会合を開催する（*Css.D.114-3*）。また、2004年8月13日法によって創設された警告委員会は、遅くとも6月1日までに、必要に応じて、*ONDAM*の推移状況についての見解を決定する。警告委員会は、*ONDAM*が当初見込額を0.75%以上上回ると判断したときは、その旨を議会、政府及び各全国金庫に通知する（*Css.L.114-4-1*条）。

社会保障会計委員会の会合にあわせるかのように6月15日までに、各全国医療保険金庫（*CNAMTS*、*CCMSA*、*CANAM*）は社会保障担当大臣及び議会に対して、翌年度の収支

³¹⁶ Rapport de M.Jean-Luc Warsmann, No.2246, A.N.p45.

³¹⁷ op.cit., p49.

状況、複数年の財政枠組の中で収支均衡を達成するために必要な対策に関する提案を行う。特に全国被傭者医療保険金庫（CNAMTS）の提案は、あらかじめその内容について監視委員会の意見にしたがったものでなければならない（Css.L.111-11条）とされている。また、政府は議会に対し、7月末までに再度、法定基礎制度に関する半期分の状況を報告しなければならない。

各全国医療保険金庫の提案を受ける形で、国民議会と元老院の関係委員会はそれぞれ、7月10日までに、社会保障財政法律の適用に関する質問趣意書を政府に提出し、政府はこれに対して10月8日までに返答しなければならない（Css.LO.111-8条）。この10月8日に前後する形で、社会保障会計委員会が2回目の会合を9月15日から10月15日までの間に開催する。第1回目の会合は一般制度に限定されていたが、ここでは社会保障法定制度全体の会計状況について検討される（Css.D.114-3）。

これらの動向をふまえて、政府は次年度の社会保障財政法律案を報告書、付属文書とともに、遅くとも10月15日までに国民議会事務局に提出しなければならない（Css.LO.111-6条）。国民議会は、社会保障財政法律案の提出から20日以内に第一読会を開催しなければならない。元老院は国民議会からの法案の送付から15日以内に、同じく第一読会を開催しなければならない。国民議会が20日以内に社会保障財政法律案に関する第一読会を開催しない場合には、政府は法律案を元老院に送付する。ここで元老院が15日以内に第一読会を開催しない場合には、政府は再度国民議会に法案を送付する。これらの手続が履行されない場合には、憲法第45条に定める手続によって、両院の同数の議員からなる合同委員会において法案の審議を行う（Css.LO.111-7条）。

一般制度の医療保険、老齢保険及び家族手当の各全国金庫は、社会保障財政法律案が議会に提出される10月15日から約2週間後の10月31日までに、医療、労災、老齢及び家族の4部門に関する支出見通しを中央財務管理機構（ACOSS）に通知し、これを受けて管理機構は11月30日までに、各部門の支出と収入見通しをつきあわせて、各部門の財務通常推移報告書（*état prévisionnel quotidien de la trésorerie*）を作成し、これを12月5日までに各全国金庫に通知する。管理機構からの財務通常推移報告書を収受した全国金庫は、評議会あるいは理事会において、継続的な債務超過のための措置（*placement des excédents durables prévisionnels de trésorerie*）を行うか否かを12月31日までに決定する（Css.R.255-1）。

以上が、社会保障財政法律案の審議過程である。最後に、予算法律との関係について述べておきたい。審議過程に関連して重要なことは、予算法律案の審議が開始されてから、社会保障財政法律案が政府から提出され、社会保障財政法律が成立した後に予算法律が成立することである。予算法律の審議過程のなかに、社会保障財政法律の審議が包摂されている。これら2つの法律の具体的な審議過程は、両院の関係委員会が政府に対して質問趣意書を提出することから開始される。この質問趣意書の提出期限は、予算法律、社会保障

財政法律ともに7月10日とされている³¹⁸。しかし、政府が予算法律案を国民議会に提出するのは10月第1火曜日とされており³¹⁹、社会保障財政法律の10月15日に先行する。また、予算法律の質問趣意書に対する政府の回答は、予算法律案提出後の満8日以内とされており、社会保障財政法律に関する政府の回答が法律案提出前の10月8日までとされている点で異なる³²⁰。さらに、2つの法律は会計年度との関係で12月31日までに成立しなければならないが、予算法律の場合、第一読会を開催する期限が国民議会では40日、元老院で20日とされているため、社会保障財政法律案に関する審議が終了した後、予算法律案が成立することとなる³²¹。

3. 2006年社会保障財政法律

2006年社会保障財政法律は、2005年12月19日に成立した³²²。同法は4部95ヶ条からなる。第1部は2004年度、第2部は2005年度の収支に関する規定であり、第3部は第9条から第33条まで、2006年度の収入と収支バランスについて規定する。第34条以下の第4部は2006年度の支出に関する規定である。

ここでは、2006年社会保障財政法律について、まずその全体像を概観した後、医療保険部門に関する政策動向として注目される入院時定額負担金と責任契約について検討し、最後に細分化されたONDAMについて紹介する。

(1) 全体像

2006年社会保障財政法律は、繰り返し述べてきたように、3カ年度を対象とする。2004年度については決算として、2005年度については修正予算として位置づけられ、2006年度については社会保障予算ということになる（図表39参照）。

図表39に示したように、2006年度の収入見通し総計3,636億ユーロに対し、支出目標は3,737億ユーロである。

2006年度の収入に関連する改正は以下のとおりである。まず、労働契約の破棄手当（*indemnités de rupture du contrat de travail*）や退職手当（*indemnités de mise à la retraite*）等に関する保険料免除の基準額（*plafond*）を引下げ（13条）、短時間労働（*travail à temps partiel*）に関する使用者保険料率の3割減額措置を廃止する（11条）。また、C3S（*contribution de solidarité des sociétés*）の適用範囲を公益団体（*groupement d'intérêt public*）などにも拡大し（19条）、製薬企業に対する拠出金の料率を上げる（21条）とともに医薬品の販売促進

³¹⁸ Loi organique No.2001-692.Art.49.

³¹⁹ *ibid.*,Art.39.

³²⁰ *ibid.*,Art.49.同条によれば、政府の返答期限は、予算法律案の提出期限である10月第1火曜日から満8日以内に文書で回答することとされている。

³²¹ *ibid.*,Art.40.なお、La protection sociale en France,Documentation Française,p.98参照。

³²² Loi No.2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

<http://www.legifrance.gouv.fr>, JO du 20 déc.2005 No.295. 同法に関する憲法院判決。

Décision No.528 DC du 15 décembre 2005.

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2005/2005528> 参照。なお、2006年度予算法律は、予算規模2兆3,385億8,400万ユーロとして、2005年12月30日（Loi No.2005-1719）に成立した。

費用に関する税金の算定基礎額を引下げた（21条）。さらに、2003年8月21日の年金に関する法律に基づき、2006年1月1日から老齢保険の保険料率が0.2ポイント引上げられたほか、労災保険の保険料率が0.1ポイント引上げられた。このほか、実務上、紛争の種となっていた労働時間の概念を明確にした（14条）。これは、法解釈上、不明確であった実労働時間（heures de travail effectif）の概念を、「いかなる性格であれ報酬の対象となるとなる時間（heures rémunérées quelle qu'en soit la nature）」との文言を新たに設ける社会保障法典 L.241-15 条に挿入することにした。

図表39 2006年社会保障財政法律における収支状況

（単位：億ユーロ）

	2004年度			2005年度			2006年度		
	収入	支出	収支	収入	支出	収支	収入	支出	収支
医療	1,334	1,450	-117	1,403	1,497	-94	1,464	1,534	-70
老齢	1,479	1,473	6	1,531	1,552	-21	1,591	1,610	-18
家族	487	490	-3	502	512	-10	522	533	-11
労災・職業病	101	101	-1	103	107	-4	110	111	-1
全部門	3,353	3,468	-115	3,492	3,621	-129	3,636	3,737	-101

出典）JO du 20 déc.2005 No.295 に基づき筆者作成。

収入に関連する措置としてやや注目されるのは、経済成長と家計消費を促すために、一定の条件を満たす企業の被傭者に対して、1,000ユーロを最高額とするボーナスの支給が認められたことである（17条）。しかし、このボーナスは被傭者に現金給付として支給されるのではなく、被傭者の保険料負担を免除するという間接的な手法がとられる。ただし、CSG 及び CRDS は対象外である。ある意味では、政策的な保険料免除措置ということができる。基本的に、2005年1月1日から2006年6月15日までの間に、2006年度に適用される賃金に関する団体協定を締結した企業の被傭者が対象となる。

次に、社会保障制度の具体的な制度運用に関連して、第3部第2節で不法就労（travail dissimulé）に関する戦いに関する規定が注目される。ここで問題とされる不法就労とは、事前の申請を経ずに保険料の減免を行っている就労形態と、商取引の指定された本拠地（domiciliation commerciale）以外での営業活動である。前者は保険料の減免措置が申請手続を経ることなく横行していることを示唆している。後者について、立法理由では商取引の指定本拠地の違法な運用が不法就労の温床になっていると指摘している。2006年社会保障財政法律は、立入調査に関する妨害行為に対する罰則規定を強化したほか、社会保障関係機関等への通報義務を定めた（25条）。

最後に、医療保険部門を除く給付部門の政策動向についてである。まず、家族部門については、家族生活と職業生活の両立を容易にするという視点から、就労選択手当（Complément de libre choix d'activité : CLCA）ともいべき手当が新たに設けられた。この手当は、これまで第2子の誕生以降、最長3年間月額513ユーロを支給していた手当を廃止し、第3子誕生以降、最長1年間月額750ユーロを支給する手当を設けた（86条）。

老齢保険部門では、先に言及したように保険料率を上げたほか、高齢者最低所得保障（*minimum vieillesse*）の見直しや自由業者の老齢保険制度に関する規定の改正を行った。さらに、労災・職業病部門では、保険料の算定方法に関する改革が行われるまでの時限立法として、保険料率を0.1%引上げることとした。

(2) 医療保険に関する事項

2006年社会保障財政法律は、医療保険部門に関して、2004年8月13日法を具体化する法律と位置づけられる。この2004年8月13日法との関連で重要なのは、入院時定額負担金制度の導入と責任契約に関する規定の制定である。なお、ONDAMについては③で検討する。

① 入院時定額負担金の導入

2004年8月13日法により導入された定額負担金が外来診療を対象とするのに対して、2006年社会保障財政法律はその第56条において、入院時定額負担金（*forfait journalier*）を規定する社会保障法典L.174-1条の一部を修正した。その名称から明らかなように、入院時の診療行為の費用が91ユーロを超えた場合に、その超過額にかかわらず定額の18€を患者が負担するものである。ただし、生物学的検査や画像診断に関する費用は診療行為の費用には含まれない。また、妊婦、新生児、労災年金及び障害年金受給者、特定長期疾病患者は、この入院時定額負担金を免除される。そして、この入院時定額負担金は、補足制度での充当が可能であり、補足制度に加入していない場合には、普遍的医療給付における補足給付の支給対象となるため、患者が実際に負担する事例は少ないと思われる³²³。以上のような入院時定額負担金のほか、いわゆるホテル・フィーに該当する入院滞在費（*forfait hospitalier*）は、2006年1月1日から1日15ユーロとされた。

② 責任契約に関する規定

責任契約とは、2004年8月13日法によって制定され、2006年社会保障財政法律により、2006年1月1日から実施されるものである。周知のように2004年8月13日法は、かかりつけ医制度や外来時定額負担金制度を導入して医療需要の抑制を意図した³²⁴。責任契約は、補足制度の側面からも受診行動の合理化を推進するための規制である。すなわち、かかりつけ医を指定しない被保険者が受診した場合やかかりつけ医以外の医師に受診した場合には補足給付を支給しないことや、外来時定額負担金（1ユーロ）は補足給付の対象としないことなどを契約内容としなければならない。これらの契約は、補足制度を構成する共済組合、相互扶助組織及び保険会社の契約に適用される。その一方で、責任契約を普及させる目的から契約締結者には税制上の優遇措置が適用される。

(3) ONDAM

2006年社会保障財政法律第67条は、医療、出産、障害及び死亡保険の部門における支

³²³ *liaisons sociales*(*législation*),No.8650.p.7.によれば、1億ユーロ（そのうち一般制度については8,400万ユーロ）の医療費抑制効果があるとされている。

³²⁴ 2004年8月13日法については、前掲拙稿参照。

出目標を法定基礎制度全体で 1,534 億ユーロ、そのうち一般制度について 1,319 億ユーロと定めた。そして、ONDAMについては全体の目標額を 1,407 億ユーロとし、6つの下位目標額を下表のように定めた³²⁵。2005 年組織法の審議を通じて、下位目標は開業医部門、公立病院部門、私立医療施設部門、社会医療部門及び日額手当部門という 5 部門に細分化されるとの見通しが示されていた。しかし病院制度改革の影響もあり、最終的には表に示したように、一部名称を変更したほか 6 項目に細分化された。名称を変更したのは医療施設関係である。公立病院部門に相当する料金設定医療施設関連費用、私立医療施設部門に相当するその他の医療施設関連費用である。また社会医療部門は、その対象者により、高齢者関連費用と障害者関連費用に分けられた。さらに、日額手当部門はその他の費用に含めることとされた³²⁶。

図表40 2006年度 ONDAM

(単位：億ユーロ)

開業医費用	653
料金設定医療施設関連費用	458
その他の医療施設関連費用	179
高齢者関連費用	43
障害者関連費用	66
その他の費用	7

むすびにかえて

以上、2005 年組織法及び 2006 年社会保障財政法律を中心に検討してきた。

社会保障財政法律に関連して最も注目されるのは、ONDAM の推移をめぐる警告委員会の動向である。警告委員会が設置されたあとの 2005 年度と 2006 年度については警告は出されなかった。

先に検討したとおり、警告委員会は、ONDAMが当初見込額を 0.75%以上上回ると判断したときは、その旨を議会、政府及び各全国金庫に通知する。この警告委員会の通知を受けて、各医療保険全国金庫の事務総長ないし事務局長が具体的な措置内容に決定し (C.s.s.L.221-3-1 条)、各全国医療保険金庫は社会保障担当大臣及び議会に対して、翌年度の収支状況、複数年の財政枠組の中で収支均衡を達成するために必要な対策に関する提案を行う。特にCNAMTSの提案は、あらかじめその内容について監視委員会の意見にしたが

³²⁵ LFSS.2006.art.66 et art.67.

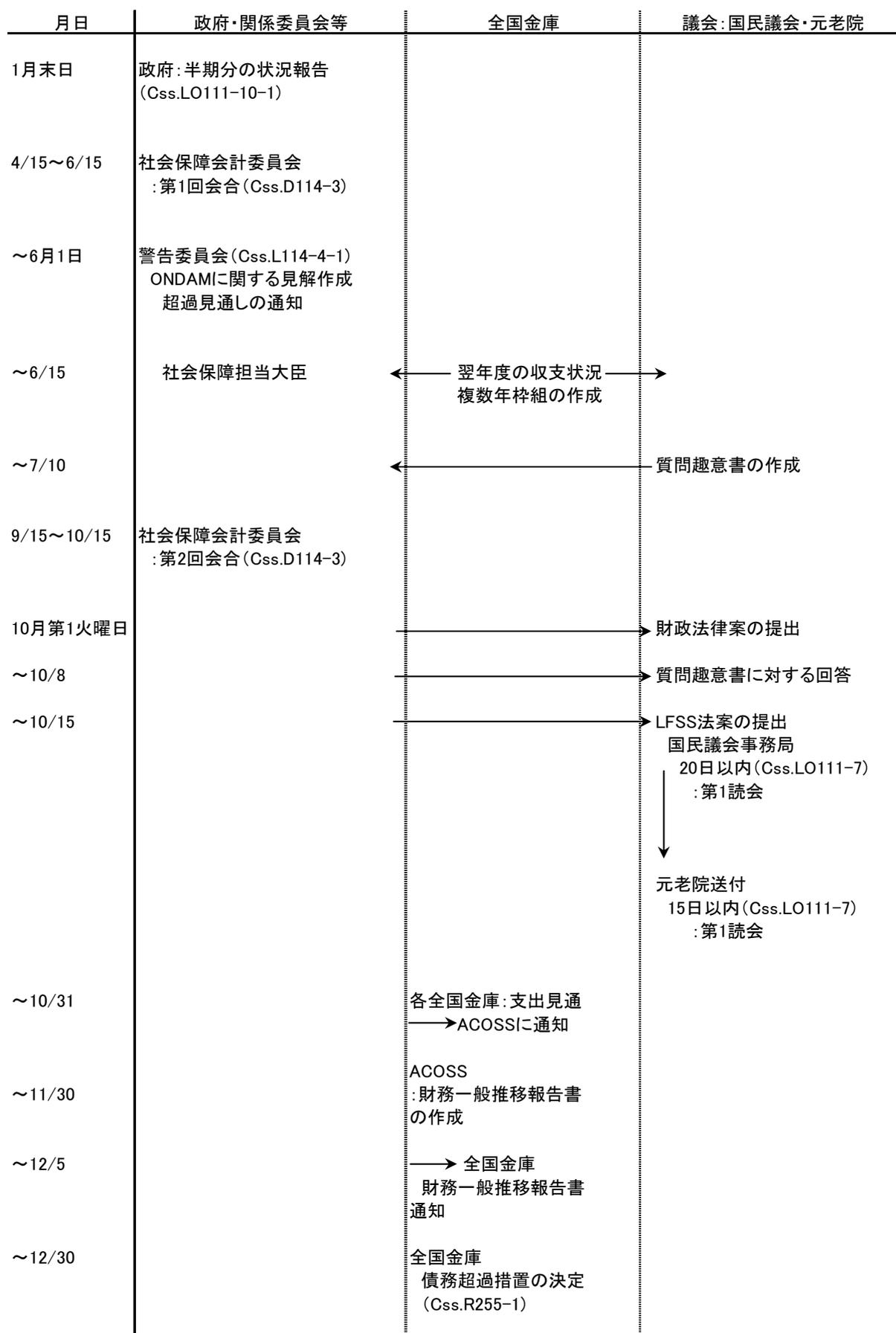
³²⁶ 開業医費用 (Dépenses de soins de ville), 料金設定医療施設関連費用 (Dépenses relatives aux établissements de santé tarifiés à l'activité), その他の医療施設関連費用 (Autres dépenses relatives aux établissements de santé), 高齢者関連費用 (Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées), 障害者関連費用 (Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées), その他の費用 (Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge). なお, Ordonnance No.2005-406 du 2 mai 2005 及び Ordonnance No.2005-1112 du 1 septembre 2005 参照.

ったものでなければならないとされている。しかし、事務総長等が定めた措置内容について、警告委員会が再度、修正ないし変更を求めることができるのかは条文からは明らかではない。かくして、2004年8月13日法により創設された警告委員会が警告を出すような事態になれば、その時点での各関係機関の対応は極めて注目される³²⁷。

総医療消費が国内総生産比の10%という大台にのり、医療費を抑制しなければならないとする危機意識は政府内部では相当強いと推測される。このため、医療費抑制という政策課題について、2004年8月13日法が一定の方向性を示した。そこで示されたかかりつけ医制度や定額負担金制度はひとまず、その導入に成功したということができる。しかし、個人診療情報記録(DMP)の導入は2006年度に議論がどこまで前進するかによって、2007年実施の成否が決定される。また、新たな病院制度網の整備や、開業医と病院施設に共通する診療報酬システムの導入もいまだ道半ばの状態にある。これら医療供給システムと医療需要サイドの政策連携がどこまで成功するかが、フランス医療保障制度に対する検討課題ということができる。これに加えて、警告委員会の警告が出されたとき、政府、議会及び全国金庫間でいかなるやりとりが行われるか、どのような是正措置がとられるかは、今後のフランス社会保障制度における権限枠組を見通すうえで大変重要な素材を提供するものということができる。

³²⁷ Rapport de M.Jean-Luc Warsmann, No.2246, A.N.p48.

図表41 社会保障財政法律の制定スケジュール



欧州の医療保険制度に関する国際比較研究報告書

平成 18 年 10 月

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山 1 丁目 24 番 4 号

TEL : 03-3403-0928