

健康保険制度における事業主の役割に関する調査研究
報告書

平成23年3月

健康保険組合連合会

はしがき

健康保険組合は事業主と被保険者によって構成される組織であり、健康保険組合における意思決定は労使対等原則が貫かれている。具体的にいえば、健康保険組合の議決機関である組合会の議員の構成および執行機関である役員の構成については労使同数とすることが健康保険法で規定されており、保険料についても原則として労使で折半負担することが法定されている。しかし、事業主負担については、直接の受益者ではない事業主がなぜ保険料の半分の負担しなければならないのか、事業主負担は実質的には誰が負担しているかなど、突き詰めて考えるとよく分からない点が少なくない。また、政策論としても、企業は福利厚生から撤退すべきであるといった意見がみられるほか、（その当否は別にして）医療保険制度の一元化の議論があるが、その場合、事業主負担をどのように取り扱うかは大きな論点である。

事業主負担が問題となっているのは日本に限ったことではない。たとえば、企業の国際競争力を確保するため、ドイツでは社会保険料と事業主負担の連動性を断ち切るべきだという議論がある。また、フランスでは社会保険料の「租税代替化」が進んでいる。一方、米国のオバマ大統領の医療制度改革では、むしろ事業主の責任を強化する方向が打ち出されている。韓国では医療保険制度は「見かけ上」一元化されたが、保険料の賦課は被用者保険と地域保険の二元的体系が維持されており事業主負担も存続している。

事業主負担は重要な問題でありながら、研究の蓄積は十分とはいえない。とりわけ諸外国における事業主負担をめぐる問題状況については、個別の国に関し考察した論文はあるものの、統一的な視点の下に調査研究したことはないと思われる。事業主負担の性格・規範性等について論じた拙稿（「健康保険の事業主負担の性格・規範性とそのあり方」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の制度分析』（東京大学出版会、2009年）所収）でも、言葉の障壁もあって比較法的な分析はまったく行っておらず、今後の課題とせざるを得なかった。これは、諸外国で事業主負担が議論となっていることはわかっているだけに、残念に思っていた。

そのような折に、健康保険組合連合会から、諸外国の医療保険制度における事業主負担と事業主の役割および日本への政策的示唆について調査研究してほしいとの依頼があった。これは私の問題関心と重なる。また、ドイツ、フランス、韓国、米国の4か国について、それぞれ新進気鋭の研究者の協力を得られる見通しも立ったため、調査研究をお引き受けすることとした。本報告書は「健康保険制度における事業主の役割に関する調査研究」と題しているが、「諸外国

の健康保険制度における事業主負担をめぐる問題状況と日本への示唆」とでもいうべき内容になっているのは、以上の理由による。

本報告書は 3 部で構成されている。 部では、問題の所在を明らかにした上で、本調査研究の目的・方法について述べている。 部は、ドイツ、フランス、韓国、米国の 4 か国における事業主負担をめぐる問題状況と日本への政策的示唆に関する考察であり、本報告書の中核を成す。 部では、各国の調査研究を総括した上で、日本の健康保険制度における事業主負担のあり方と事業主の役割について論じている。なお、調査研究は文献調査が主であるが、韓国については、一元化の議論の際、事業主負担についてどのような議論が行われたのかは日本にとって参考になると思われるため、昨年 8 月に私と分担研究者の 1 人である鄭在哲氏が現地へ赴き関係者からヒアリングを行った。その質疑の全文および事業主負担に関する韓国の国会議事録の抜粋を訳出したものも参考資料として掲載した。

本報告書は共同調査研究の成果であるが、各章ごとに執筆者を記名した。これは各分担研究者の学術上のオリジナリティを尊重するためであり、論文のスタイル等についても無理に統一することは行っていない。また、各分担研究者と私の見方が異なる部分が若干あるが、これについては 部の中で述べることにした。したがって、やや読みづらいきらいがあるが、上記の趣旨をご賢察の上ご容赦いただきたい。

事業主負担や保険者のガバナンスの問題は奥が深い。本報告書が健康保険組合はもとより研究者や各機関・団体の政策担当者の方々にご一読いただき、事業主負担や事業主の役割等に関する議論が深まることを願ってやまない。

平成 23 年 3 月

研究者を代表して 島崎謙治

調査研究体制

- 【総括】 島崎 謙治 政策研究大学院大学 教授
- 【分担】 藤本 健太郎 静岡県立大学経営情報学部 准教授
- 柴田 洋二郎 中京大学法学部 准教授
- 鄭 在哲 淑徳短期大学社会福祉学科 非常勤講師
- 石田 道彦 金沢大学人間社会学域法学類 教授

(敬称略 執筆順)

(事務局)

健康保険組合連合会 企画部 社会保障研究グループ

三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社

目 次

部 問題の所在と本調査研究の目的	島崎 謙治	1
1章 問題の所在		1
1. 健康保険制度における事業主負担をめぐる論点		1
2. 健保組合の事業主負担に関する認識		7
3. 事業主負担について論じることの今日的意義		9
2章 事業主負担に関する先行研究と本調査研究の目的・方法		12
1. 事業主負担に関する先行研究		12
2. 本調査研究の目的・方法		13
部 各国の事業主負担をめぐる問題状況とわが国への政策的示唆		16
3章 ドイツの健康保険制度における事業主の役割	藤本 健太郎 ...	16
はじめに		16
1. ドイツの健康保険制度の概要		16
2. 近年の改革の動向		24
3. 現政権の医療改革（2010年改革）		27
4. 健康保険の事業主負担を巡る議論		30
5. 人頭包括保険料の動向		34
4章 フランス医療保険制度における事業主の役割	柴田 洋二郎 ...	36
はじめに		36
1. フランス社会保障制度の歴史的経緯 戦後社会保障制度の成立まで		36
2. フランス医療保険制度の財源政策 自律的財政原則の変容		47
3. フランス医療保険制度の管理運営 自律的運営原則の変容		62
おわりに		68
5章 韓国の健康保険における事業主の役割の変化に関する研究	鄭 在哲	73
はじめに		73
1. 職場加入者における事業主負担の構造		73
2. 事業主負担の歴史		74
3. 「見かけ上」の一本化と事業主負担		76
4. 保険者のガバナンスの縮小		81
5. 雇用の流動化（非正規職）と事業主の役割		83
6. 示唆点		86
おわりに		86

6章 米国の医療制度改革と事業主の役割の位置づけ	島崎 謙治・石田道彦 ...	90
1. はじめに.....		90
2. 米国の医療保険制度の構造と沿革.....		90
3. 医療制度改革法の内容と今後の見通し.....		96
4. マサチューセッツ州医療改革法および今般の医療制度改革法における事業主の 役割.....		102
5. 考察 - わが国の医療政策への政策的示唆 -		106
部 日本の健康保険制度における事業主負担のあり方と事業主の役割	島崎 謙治	110
7章 各国の調査研究の総括		110
1. 各国の調査研究の要約.....		110
2. 各国の調査研究の横断的考察.....		115
8章 日本の健康保険制度における事業主負担のあり方と事業主の役割		119
1. 事業主負担の制定理由および基本的性格.....		119
2. 健康保険の事業主負担の意義.....		122
3. 健康保険制度における事業主の役割.....		125
【参考資料】		
1. 金 鐘大（キム・ゾンデ）保健福祉情報開発院 理事長.....		131
2. 李 浩盛（リ・ホソン） 韓国経営者総協会 常務理事.....		137
3. 李 奎植（リ・キュウシク）延世大学保健行政学科教授.....		144
4. 李 在勲（リ・ゼフン） 全国民主労働組合総連盟政策局政策部長.....		149
5. 国会会議録（事業主負担金を巡る議論） 翻訳（直訳）.....		154

部 問題の所在と本調査研究の目的

島崎 謙治

1章 問題の所在

1. 健康保険制度における事業主負担をめぐる論点

本調査研究は、事業主負担という「切り口」から健康保険制度における事業主の役割を論じるものである¹。そこでまず、事業主負担に関する健康保険法（以下「健保法」という）の規定を押さえておく²。

健康保険事業の主たる財源は保険料であり、保険者は健康保険事業に要する費用（療養の給付等の法定給付、前期高齢者納付金および後期高齢者支援金、保健事業等）に充てるため保険料を徴収する（健保法 155 条）。保険料率はこの健康保険事業に要する費用の見積り額（厳密にはそれから国庫補助額等を差し引いた額）を総賃金（報酬・賞与）で除することにより設定され（健保法 160 条）、各被保険者の保険料額は賃金（正確には標準報酬月額および標準賞与額）に保険料率を乗じて算出される（健保法 156 条）。そして、「被保険者及び被保険者を使用する事業主は、それぞれ保険料額の 2 分の 1 を負担する」（健保法 161 条 1 項）。事業主負担とは、この規定に基づき事業主が負担すべき保険料の折半負担部分を指す³。

事業主負担は健康保険制度固有のものではない。たとえば、厚生年金保険や介護保険（2 号保険料）でも保険料の負担は労使折半であり、労働者災害補償保険（以下「労災保険」という）では事業主が保険料の全額を負担する。わが国の社会保障制度は社会保険を中心に組み立てられており、事業主負担の規模は年々増大し、国立社会保障・人口問題研究所「平成 20 年度社会保障給付費」によれば、2008 年度では 27 兆 3,261 億円に達している。これは社会保障財源（101 兆 5,378 億円）の 26.9%を占める。また、事業主負担を法定福利費と同義とみなし、厚生労働省統計情報部「平成 18 年就労条件総合調査」を基に事業主負担の労働費用総額に占める割合を試算すれば約 1 割に達している。

このように事業主負担は社会保障制度や企業経営を論じる上で無視できないものとなっているが、事業主負担の問題は突き詰めるとよく分からない点が多い。以下では、議論が

¹ より正確に言えば、はしがきで述べたように、本調査研究の主眼は諸外国の事業主負担をめぐる問題状況と日本への政策的示唆にある。部および部の内容は、島崎謙治「健康保険の事業主負担の性格・規範性とそのあり方」、国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の制度分析』（東京大学出版会、2009 年）と重複する部分が多い。違いい方をすれば、本報告書の全体のフレームは基本的にこの論文に沿っており、本書の「付加価値」は部およびそれを踏まえた部の考察部分にある。

² 厳密には、介護保険料も健康保険料と併せて徴収されるなど、法の規定は非常に複雑である。本稿では、基本的な骨格が分かるよう細かい部分は捨象している。

³ 健保組合の場合には、規約で定めるところにより事業主負担割合を増やすことができる旨の特例規定が設けられている（健保法 162 条）。この折半を超える部分と折半部分の性格の異同は 1 つの論点であるが、本研究では深入りせず折半部分に絞って論じることにする。ちなみに、筆者は折半を超過する部分の性格は賃金だと考えている。これについては、通達および判例を含め、前掲論文（注 1）の中で論じたので参照されたい。

拡散しないよう健康保険制度における事業主負担に絞り議論を進めるが、直ちに思い浮かぶ疑問点だけでも次の5つが挙げられる。

第1は、事業主が保険料の費用負担すべき理由（正当性）である。一般に誰かに費用負担の義務を負わせることができるのは、その者が、責任を有するか、受益しているか、のいずれか（または双方）である。の責任論については、労災保険の場合には、業務上災害に関する使用者の補償責任を保険化したものであるという労災保険の性格により保険料の全額事業主負担の正当性は説明することができる。しかし、健康保険が対象とする保険事故は業務外の傷病であり、事業主が当然に責任を負うとはいいがたい。また、の受益論については、健康保険の給付を受けるのは労働者（被保険者）であって事業主ではない。したがって、事業主は少なくとも直接的な意味で健康保険制度の受益者であるとはいえない。

第2は、保険料を原則折半負担する理由である。仮に事業主が保険料の費用負担すべき理由があるにしても、そのことから直ちに負担割合が決まるわけではない。ちなみに、健康保険の折半規定に関しドイツの疾病保険法が労使折半であったためであるという説明がされている文献がみられるが、これは正しくない。ドイツの疾病保険の保険料負担が労使折半となったのは1949年に制定された「社会保険調整法」によるものであり、ドイツの疾病保険法上は1883年の創設以来1949年までは、保険料の負担割合は、労働者3分の2、事業主3分の1であったからである⁴。いずれにせよ、なぜ事業主は保険料の半分を負担しなければならないのかは自明のことではない。

第3は、事業主とは誰を指すのかということである。健保法は事業主の定義規定を特段置いていないが、健保法上の保険関係は人を使用することにより成立するという規定からみて、労働者を使用する者が事業主であることは明らかである。したがって、使用する者が個人であればその個人が事業主であり、使用する者が法人であれば当該法人が事業主である。問題は、事業主が法人の場合、自然人に分解すると誰が負担義務を負っているのかということである。これは会社とは何かという問題と関わるが、株主が負担義務を負っているのか、それとも役員等も負っているのだろうか。ちなみに、法人の役員は労働基準法や労災保険法では使用される者ではない（使用者に当たる）が、健保法上は法人に使用される者であり被保険者資格を有する（使用者ではない）⁵。そうすると（該当しそうな者を控除していくと）株主が事業主負担だということになりそうであるが、株主総会で健康保険の事業主負担が議論になったという話は聞かない。これは「自然人に分解する」という

⁴ Krauskopt., *Sozial Krankenversicherung Pflegeversicherung Kommentar*.2002 C.H.Beck の社会法典（SGB）5章 249条の解説部分参照。ちなみに、1934年までは、当時の保険料負担割合に対応して、疾病金庫の組織構成は被用者が3分の2を占めていた。松本勝明『ドイツ社会保障論 - 医療保険』（信山社、2003年）29頁（注11）を参照されたい。

⁵ 法人の役員が健保法上は法人に使用される者であり被保険者資格を有することについては、「健康保険法の適用については、法人から労務の対償として報酬を受けている者は、その法人に使用されるものとして被保険者の資格を取得する」（昭和24・7・28保発74号）という解釈通達が出されており、これは裁判例でも認められている（広島高岡山支判昭和38・9・23行集14巻9号1684頁）。

議論の設定自体が間違っているのだろうか⁶。

第 4 は、事業主負担は実際には誰が負担しているのかという問題がある。経済学でいう転嫁・帰着問題である。法律で負担義務の対象者を規定したとしても、実体経済の中で実質的な負担者は異なることは当然ありうる。たとえば、消費税は価格に転嫁され消費者が負担するのが建前であるが(税制改革法 11 条参照)競争が激しければ企業は消費者に価格転嫁できず、その分だけ賃金が抑制される、あるいは下請け企業に負担が転嫁されるといったことが起こる。健康保険料の事業主負担も同様であり、名目的負担者と実質的負担者は必ずしも一致しない。経済理論分析によれば、労働市場が競争的で、生産物価格など労働市場以外の経済的諸要因が一定の場合、事業主負担の帰着は労働需要と労働供給の賃金弾力性の大小にもっぱら依存する。したがって、法律で事業主負担割合(例:労使折半)を決めることは無意味であるという結論になる(詳しくは、下記の参考:「事業主負担の転嫁・帰着に関する経済学の議論」を参照されたい)。

第 5 は、事業主負担の識別性の問題である。事業主負担は法的には賃金ではないが、会計上は賃金とともに労務費(人件費)として経理される。多少粗雑ないい方をすれば、事業主負担は賃金と「紛れて」しまうのである。実際、有価証券報告書をもても、事業主負担は他と区分して記載することが求められておらず事業主負担の実額はわからない。また、製造(売上)原価明細書をもても、材料費、労務費、経費の 3 つに区分されているだけであり、事業主負担は労務費の内訳として明示されているわけではない⁷。事業主が保険料の半分を負担すべきだといっても、対象が他と識別できなければそれは曖昧模範なものとなる。ちなみに、事業主負担は労働分配率の計算上は分子(労働者に対する分配)にカウントされている。このことを理由に事業主負担は賃金だと論じることは正しくないが、事業主負担の帰属が曖昧であることを示す一例である。

⁶ 経済学者は担税力を有するのは個人のみであるという見解を採る者が多い。ちなみに、『2004 年米国経済白書』(週刊エコノミスト、2004 年 5 月 17 日号)には次のような記述がある。「もう 1 つ重要な原理は、人だけが税を払うことができるということである。企業その他の人工組織は、税を払うことはできない。法人所得税は、法人組織の企業に、法律上課せられるにもかかわらず、実際の税負担は、人にのみ おそらくは、企業オーナー、その雇用者、あるいはその顧客に 課せられるのであり、法人といった法律上の人工物に対してではないのである」(95 頁)。

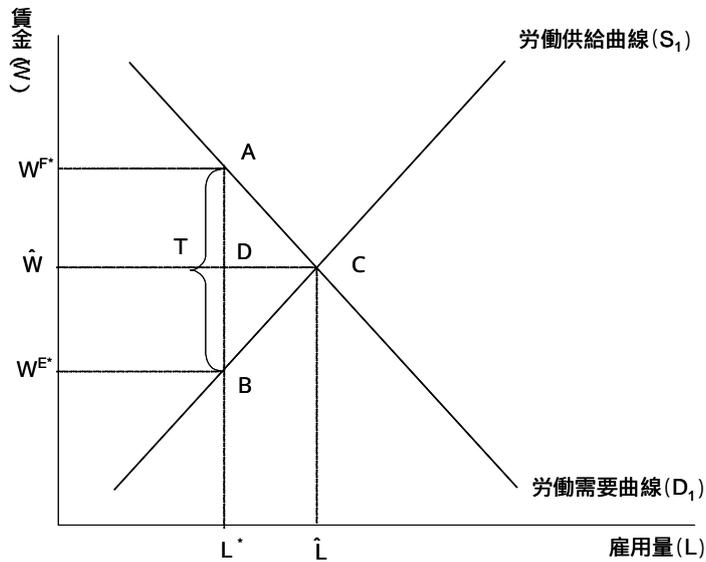
⁷ なお、有価証券報告書では「従業員の状況」の開示も求められているが、具体的な記載事項は、従業員数、平均年齢、平均勤続年数、平均年間給与(賞与を含む)だけである。なお、有価証券報告書の「従業員の状況」としてパート労働の従業員を掲記している企業もみられるが、雇用関係のない派遣労働者や製造請負は「従業員の状況」には記載されず労務費にも該当しない(派遣労働や製造請負の費用は委託費もしくは外注費として 3 区分上は経費に計上される)。

(参考) 事業主負担の転嫁・帰着に関する経済学の議論

わが国においては、法律上、労災保険の保険料は全額事業主が負担することとなっているが、他の社会保険（雇用保険、健康保険、厚生年金保険、介護保険）の保険料は、事業主と労働者が折半して負担することとなっている。しかし、この事業主負担については、実質的な負担者は誰かといった転嫁・帰着を巡る経済学上の議論がある。

経済学の理論上、競争的労働市場においては、生産物価格など労働市場以外の経済的諸要因が所与の場合、賃金と雇用量は次のような労働供給曲線と労働需要曲線によって決定される。つまり、労働者の賃金が低ければ低いほど、企業側の労働者（雇用）に対する需要量（雇用量）は増える（労働需要曲線上、右下の方に移動）。一方、労働者の賃金が高ければ高いほど、その企業で働こうとする労働者が増える、つまり供給量が増える（労働供給曲線上、右上の方に移動）。この結果、賃金と雇用量は、それぞれ、需要と供給が均衡する点（C）から水平に伸びた賃金額（ \hat{w} ）、垂直に降ろした雇用量（ \hat{L} ）に決定する。

図表 1-1 賃金と雇用量の決定



上記のような労働市場において、新たに社会保険料の事業主負担が追加された場合を考えてみる。このとき、

企業の1人当たり人件費（ W^F ）＝労働者の手取り賃金（ W^E ）＋1人当たり社会保険料（ T ）と表せる。

企業の労働需要量は1人当たり人件費（ W^F ）によって左右すると考えることが妥当であり、人件費が高い場合には雇用量を少なくしようとするため、人件費が高いほど労働需要量は小さくなる。一方、労働供給量は手取り賃金（ W^E ）が高くなるほど増加する。したがって、雇用量は W^F のもとでの労働需要量と W^E のもとでの労働供給量が一致するところで

定まる。この結果、新たな雇用量は L^* になる。つまり、社会保険料の事業主負担の追加により、企業の人件費は増加し(線分AD分)、労働者の手取り賃金は低下(線分BD分)し、雇用量は減少(線分CD分)する。

これをもとに社会保険料の実質的な事業主負担割合を表現すると、

$$\text{社会保険料の実質的な事業主負担割合} = \frac{\text{線分AD}}{\text{線分AB}}$$

と表すことができる。

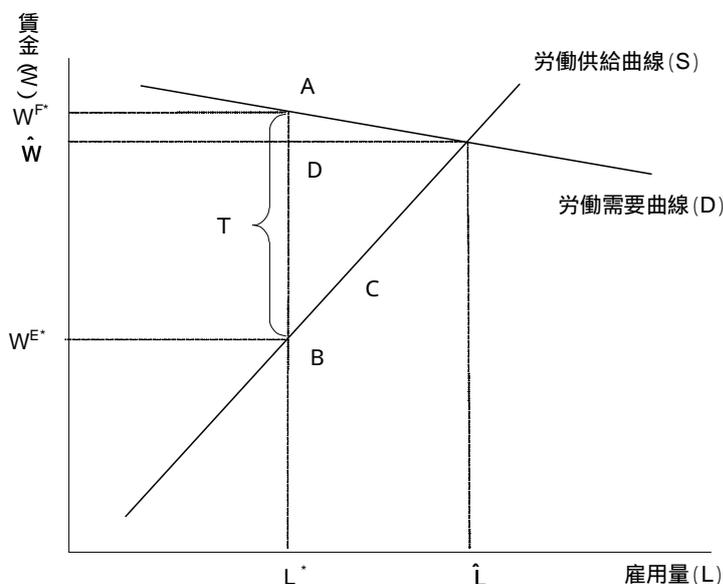
線分ABに比べて線分ADが大きければ、社会保険料の事業主負担が労働者負担に比べて重いことを意味し、逆に線分ADが小さければ労働者負担が重いことになる。

このことから、実質的な負担割合を決定するのは、労働需要曲線と労働供給曲線の「傾き」、つまり、「賃金弾力性」(賃金変化に対する労働需要・労働供給の弾力性)であることがわかる。

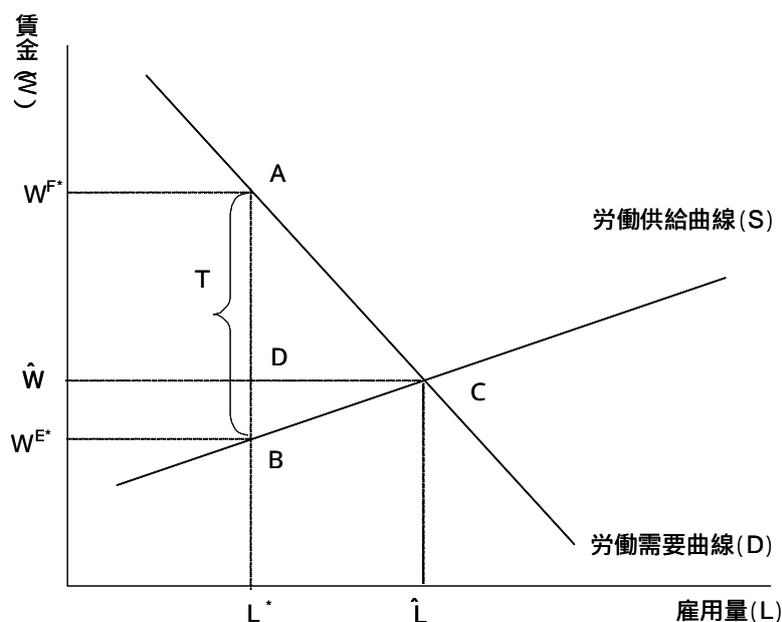
例えば、図表1-2は労働需要の賃金弾力性が高い場合(つまり、賃金の変化によって労働需要が大きく変わる場合)である。この場合は図表1-2からもわかるように、線分AB分に対する線分ADは小さい、つまり、企業側の負担が小さく、労働者側の負担が大きいということになる。

逆に、図表1-3は労働供給の賃金弾力性が高い場合(つまり、賃金の変化によって労働供給が大きく変わる場合)である。この場合は図表1-3からもわかるように、線分AB分に対する線分ADは大きい、つまり、企業側の負担が大きく、労働者側の負担が小さいということになる。

図表1-2 賃金と雇用量の決定(労働需要の賃金弾力性が高い場合)



図表 1-3 賃金と雇用量の決定（労働供給の賃金弾力性が高い場合）



このように、経済学の理論分析によれば、労働市場が競争的で、生産物価格など労働市場以外の経済的諸要因が一定の場合、事業主負担に関する法律上の規定（例：労使折半）は帰着の結果には影響を与えず、事業主負担の帰着は労働需要と労働供給の賃金弾力性の大小にもっぱら依存するとされる。労働供給の賃金弾力性が低い場合あるいは労働需要の賃金弾力性が高い場合には労働者に帰着する割合は高くなり、特に労働供給が完全に非弾力的な場合あるいは労働需要が完全に弾力的な場合といった極端なケースでは、事業主負担はすべて労働者に帰着することになる。

【参考文献】

N・グレゴリー・マンキュー著、足立英之ら訳「マンキュー経済学 ミクロ編〔第2版〕」
（東洋経済新報社、2005年9月）

大竹文雄「労働経済学入門」（日本経済新聞社、1998年4月）

太田聡一・橘木俊詔著「労働経済学入門」（有斐閣、2004年10月） / 他

2. 健保組合の事業主負担に関する認識

事業主負担をめぐる疑問点（論点）を5つばかり挙げたが、健保組合の関係者はこうした点についてどのように考えているのだろうか。筆者は、かつて複数の健保組合から、以上の諸点についてヒアリングを行ったことがある⁸。そのうち、大手電器機械製造業（以下「A社」という）および大手運送業（以下「B社」という）の健保組合の理事長・常務理事等の回答をまとめると下表のとおりである。限られた事例であるが、事業主負担に関する健保組合の事業主側の率直な認識が窺え興味深い。3つばかりコメントする。

第1に、2社とも事業主負担の相当部分が労働者の賃金に帰着・転嫁するという経済学の議論には反発を示している。しかし、一方で、A社は「企業は労務費の増大は極力労務費の枠内で『吸収』するという方針が採られる」と回答し、B社は「労務費の増大を抑制しようとするとともに労務費の固定費用化を極力避ける」と回答している。そうであれば、短期的か中長期的か、意識的か否かはともかく、事業主負担が労働者側に転嫁・帰着することは十分ありうると思われる。もっとも、両社の他の回答をみると、企業は賃金や雇用量の調整の他に、生産性の向上や高付加価値化、商品価格への転嫁、法定外福利費の見直しなど多くの調整手段（選択肢）を有しており、経営環境等を勘案し、それらの調整手段を組み合わせて対応する姿勢もみてとれる。したがって、事業主負担の転嫁の経路やメカニズムはそれほど単線的なものではなく、現実には相当複雑であると考えられる。

第2に、事業主とは具体的には（つまり自然人に分解するとすれば）誰か、株主と労働者の利潤の配分についてどのように考えているか、という質問に対しては、明確な回答はなく、使用者側（経営側）という程度の意味合いで捉えていることが窺える。事業主負担分は損益計算書上の費用であり、その分だけ利潤・配当原資が減るという意味では事業主負担は株主が負担しているという見方もありえようが、少なくとも健保組合関係者の間では事業主イコール株主だとは認識されていない。さらにいえば、B社の「外国人投資比率も上昇しており、株主重視の観点も一層求められると思われるが、株主の利益を重視するあまり、労働市場の中での相対的地位を考えずにいたずらに賃金を抑制すれば、優秀な人材が集まらなくなる」旨の回答も興味深い。

第3に、賃金付随コストとしての事業主負担が国際競争力に及ぼす影響についても尋ねているが、A社は「商品価格は競争環境をはじめ諸要因を勘案し経営判断として決定されるものであり、単純に価格に転嫁することは困難である」と述べた上で、輸出が大きな比重を占めているA社では為替の影響が甚大であることを強調している。また、人件費だけでなく「電力料金や輸送費等のコストも日本は高い」ということや「生産拠点の移転は人件費等のコストだけでなく様々な条件やリスクを比較した上で高度な経営判断の下に行われ

⁸ 論文等として取り上げることを了解が得られた2社に限っているが、労使交渉上のデリケートな質問も行ったため、了解を得られた内容しか掲載できないだけでなく実名を挙げることはできない。また、本来労働組合側の認識も載せるべきであろうが、同様の理由により掲載を見合わせた。なお、この2つの健保組合のヒアリング結果は、前掲論文（注1）に掲載していること、ヒアリングは国立社会保障・人口問題研究所の金子能広および酒井正と一緒に行ったものであること、を断っておく。

る」ことも指摘している。

図表 1-4 事業主負担に関する企業の認識

質 問	A社の回答	B社の回答
<p>1. 経済学的には、健康保険等の社会保険料に関する法律上の事業主負担割合は意味がなく、事業主負担の多くは労働者に帰着していると考えられるという見解があるが、どう思うか。</p>	<p>違和感がある。労務費は、賃金、法定福利費、法定外福利費の3つに分けられる。事業主負担（法定福利費）が上がったから賃金を下げるといった直接的な対応関係にはない。賃金や雇用量の決定過程は、労働組合との関係や内外競争等の諸要素を総合的に勘案し行われるものであり実際には複雑である。</p>	<p>必ずしも実務の実感に合っていない。労働組合との交渉等の問題を考えると、特に法定の事業主負担分は一方的に労働者の賃金に転嫁できるわけではない。</p>
<p>2. 労働組合との交渉などの際には、賃金本体と社会保険料の事業主負担等を別々に考えているのか。それとも両者の総額やバランスを意識しているのか。また、事業主負担割合が労使交渉のテーマとなることはあるのか。</p>	<p>賃金の引上げ交渉は、基本的に組合の要求に対して会社側が回答する形をとる。かつてはともかく最近の組合との交渉で、社会保険料の事業主負担割合の引上げ要求は出されていない。使用者側も他の交渉事項が多々ある中で、この問題のプライオリティはさほど高くはない。</p>	<p>社会保険料の負担割合は実質賃金に影響するため、春闘等の際には両者の総額やバランスはやはり意識する。企業としては、内外の厳しい競争環境の中で業績をいかに上げるか腐心している。現実問題としてサービス価格に転嫁するという選択は厳しい。生産性向上でカバーできるか、他の生産費用の縮減が可能か、といった選択肢を含め総合的に判断する。そうした中で賃金コストの抑制ということも検討の対象となる。</p>
<p>3. 「事業主」とは誰を指すのか。仮に事業主負担イコール株主の負担だという認識だとすれば、株主配当に影響し株主総会で議論されるのではないか。</p>	<p>事業主は「企業」という程度の認識であり、少なくとも事業主イコール株主だという意識はない。仮に事業主負担割合が高い（折半を超えている）ことの説明を求められれば、法律で許容されており、総労務コストの中の配分問題であるといった程度の説明にとどまるのではないか。</p>	<p>事業主は会社という程度の認識である。会社のステイクホルダーは株主だけではないが、外国人投資比率も上昇しており、株主重視の観点も一層求められると思われる。ただし、株主の利益を重視するあまり、労働市場の中での相対的地位を考えずにいたずらに賃金を抑制すれば、優秀な人材が集まらなくなるという観点も重要である。</p>
<p>4. 事業主負担を含め社会保険料は商品価格に転嫁</p>	<p>そのようなロジックはありうると思うが、実際には商品価格は</p>	<p>事業主負担を労働者の賃金や生産性向上等で「吸収」できなけれ</p>

<p>せざるをえず、そのことで企業の国際競争力の足を引っ張る要因になっていると主張されることがあるが、どう考えているか。</p>	<p>競争環境をはじめ諸要因を勘案し経営判断として決定されるものであり、単純に価格に転嫁することは困難である。当社は輸出が大きな比重を占めており為替の業績に及ぼす影響は甚大である。また、人件費のほか電力料金や輸送費等のコストも日本は高い。なお、生産拠点を移すことは、人件費等のコストだけでなくさまざまな条件やリスクを比較した上で高度な経営判断の下に行われる。</p>	<p>ば、商品・サービス価格引上げにより消費者に転嫁することも選択肢にはなる。ただし、国内外の競争が激化する中で商品・サービス価格引上げを行うことは現実には非常に難しい。</p>
<p>5. その他、この問題に関連し貴社および業界の特殊性など強調しておきたい点は何か。</p>	<p>内外の競争が激しい中で労務費の増大に対する危機感はある。他方、イノベーション産業であり技術開発のポテンシャルを高めないと競争に劣後する。人件費の固定費化を避けるとともに、社内カンパニー制、完全成果主義の導入、業績連動型の給与体系への移行を進め、生産性の向上や労働インセンティブの向上等に努めてきた。</p>	<p>運輸は競争が激しい業界であり、例えば対象となる製品の運送だけでなく品質管理などの付加価値をつけロジスティック産業化していかないと収益が上がらない。外国部門のウェイトも高い。運輸は一種の「受注産業」であり需要が他律的な面があり、人件費の固定費化は極力避けたい。また、景気の悪化の影響が一番先に現れ好景気の影響が最後に現れる産業であり、長期の景気低迷により徹底的なコスト削減と高付加価値化の努力が求められてきた業界である。</p>

3. 事業主負担について論じることの今日的意義

以上述べたように事業主負担をめぐる論じるべき点が数多くある。これらは学術上興味深いだけでなく今日的な政策論としても重要である。その理由は大別すれば2つある。

第1に、事業主負担が労働者の賃金の一部と捉えるか、文字どおり事業主が負担しているか考えるかは事業主負担の本質に関わるが、これは政策上の評価にも影響する。その典型例は公的年金の「損得論」(被保険者からみて公的年金に加入した方が得か損かという議論)である。国(厚生労働省)は事業主負担を労働者(被保険者)の掛金負担に含めず計算するのに対し、経済学者は事業主負担も賃金の一部であり事業主負担も労働者の実質的負担として計算するため、「損得」の評価はいわば「2倍異なる」ことになる。これと似たような議論は医療保険でも生じる。たとえば、国民健康保険(以下「国保」という)の被

保険者は事業主負担がある被用者保険の被保険者に比べ保険料負担が過重であるという議論があるが、仮に事業主負担分だけ賃金が目減りし被保険者が実質的に負担しているとすれば、「公平」の評価は異なることになる。このことは、(政策論の当否は別にして)医療保険制度を一元化するべきであるという議論がある中で看過できない問題でもある。ちなみに、年金に関してであるが、2011年2月2日の衆議院予算委員会において、公明党の石井啓一議員が「民主党のマニフェストには、年金の制度設計に関し同じ所得なら同じ保険料を負担すると書いてあるが、事業主負担分はどのように考えているのか」という趣旨の質問に対し、枝野幸男官房長官は「雇用(事業)主負担がある方に比べて倍納める考え方もあるし、事業主負担部分を何らかの形で補う考えもある」との答弁を行っている(下記の参考を参照)。この答弁の趣旨は必ずしも明確ではないが、いずれにせよ、国保と被用者保険の負担の公平や医療保険制度の一元化の議論を行う場合、所得捕捉率の相違という問題のほかに事業主負担の問題をいかに取り扱うかは重要な論点である。

第2に、経済界を中心に事業主負担に対する廃止論が存在することである。たとえば、2004年の年金制度改革においては、保険料水準固定方式(2017年以降、厚生年金の保険料率は18.3%で固定)が採られた。また、2006年の医療制度改革において経済界から保険料率の引上げの抑制が強く迫られた。その後、低医療費政策が医療崩壊を招いたという批判が高まり、民主党政権の下でこうした議論は下火になったように見えるが、経済界では事業主負担に対する忌避感、消費税率を引き上げ医療費の財源に投入することへの期待感が強い。ちなみに、経済界に限らず事業主負担廃止論に賛成する論者は少なくない。その理由としては、事業主負担が生産コストに跳ね返り国際競争力を減退させること、正社員(いわゆる「4分の3要件」を満たす被用者)とアルバイト等の非正規労働者の間で保険料の負担構造が異なることは、雇用調整や賃金調整など経済行動にバイアスをかけるため好ましくないこと、(事業主負担は負担の帰着が不明確であるのに対し)賃金だけに直接賦課する方が転嫁・帰着の議論が生じないため望ましいということ、が挙げられる。

(参考)年金制度を一元化した場合の事業主負担の取扱いに関する国会質疑(2011年2月2日衆議院予算委員会) - 抄 -

石井(啓)委員 この民主党の案は、Bの地点からは最低保障年金がもらえなくなりますね。所得比例だけになります。そうしますと、この所得比例の制度の設計の仕方によっては、Bより上の所得の方、中堅の所得の方は現行制度より年金受給額が少なくなる可能性がありますね。そういう問題点もあります。

もう一つ言いますと、一元化の方ですけれども、一元化もなかなかこれは難しい問題があります。自営業者等の所得をいかに把握するかという問題もありますが、ここで指摘したいのは、今まで国民年金に入っていた自営業者ですとかフリーターの方、そういった方の事業主負担というのはどうしたらいいのか。事業主負担ですよ。厚生年金とかあるいは共済年金は、事業主が保険料の半分を負担していますね。しかし、国民年金に入っている方の場合は、事業主に相当する方はいません。一元化した場合、国民年金に入っていた方々の事業主負担というのはどうするんですか、制度として。総理、お答えください。

枝野国務大臣 石井議員、かつて民主党が野党で国会に法案をお出ししたときの議論も御存じでお聞きいただいているんだと思いますが、そのグラフにあります A と B が変数であると同時に、これは現在保険料を既に納め終わっている方、あるいは既に相当程度納めている方をその制度に無理やり変えようという提案をしているわけではございませんので、財源が幾らかかるかというような話も、つまり、移行期間を二十年でとるのが、それとも四十年でとるのかということの変数で大きく変わってまいります。

その上で、お尋ねの自営業者等の雇用主負担相当分をどうするのかということについては、まさに我が党の案の、無謬などということを示しているつもりはございません。そのところについては考え方、両面あると思います。その分のところを、保険料を、勤労者、雇用主負担がある方に比べて倍納めていただくという考え方もあるでしょうし、あるいは逆に、その部分のところを何らかの形で補うという考え方もあると思います。そのところはいろいろな議論があり得るということで、従来からお示しをさせていただいています。

石井（啓）委員 今、枝野さん、保険料を倍にする案というのもあったけれども、民主党のマニフェストでは、同じ所得ならば同じ保険料を負担すると書いてあるんですよ。それは事業主負担がなかったら、もらえる年金は半分になってしまうじゃないですか。これが民主党の一元化の姿なんですよ。どうなんですか。

枝野国務大臣 これは石井議員も十分御承知だというふうに思いますが、勤労者の皆さんの保険料の半分以上を雇用主の側が負担をしていることの性格をどうとらえるのか。もちろん、ここで軽々なことを私は申し上げるべきでないというふうに思っておりますが、そうしたことの考え方なども踏まえながら考えていかなければならない。そういった意味では、大変重たい問題であるというふうな認識はいたしております。

御指摘の点もしっかりと受けとめながら、与謝野大臣のもとで、四月に向けて案をどうしていくのかということの参考にさせていただきたいと思っております。

石井（啓）委員 随分いいかげんなんだね、民主党の案というのは。重たい問題と言うけれども、二〇〇三年から七年間、民主党は何を議論してきたんですか。それは当初からわかっている問題でしょう。このことは、厚生労働省から数字をもらわなくても議論できる話じゃないですか。重たい課題だったから議論できなかったんでしょう。議論を避けていたんでしょう。そういうことじゃないですか。総理、どうですか。

菅内閣総理大臣 この一元化というものの難しさは私たちも認識をいたしております。これは、もう一つは、いわゆる公務員やいろいろな共済制度と今の厚生年金についても、たしかこれについては皆さん方も一元化という方向を、こちらの部分だけ、被用者保険については言われていると思いますが、それ自体もなかなか制度的な過去の経緯等で難航しておりますが、今も御指摘のありました自営業者を中心とした国民年金に入っている皆さんとの一元化というのは、おっしゃるとおり大変難しい問題を抱えております。

今、枝野官房長官からありましたように、これについては、一言で言えば、制度設計によっていろいろな選択肢があり得る。例えば、お医者さんとか弁護士さんとかそういう皆さんは、場合によれば、仕事をしている立場と雇っている立場が一体と見てそれを両方払う、そういう選択もありますし、いやいや、そうではなくて、やはり働いている立場ということだけを考えると、その分しか払わないという考え方もありますし、まさにそれは、さまざまな選択肢があるということの段階で、御指摘のとおり、その結論はこれまでのところまだ出しておりませんでした。

2 章 事業主負担に関する先行研究と本調査研究の目的・方法

島崎 謙治

1 . 事業主負担に関する先行研究

事業主負担に関する調査研究方法（アプローチの手法）はいろいろ考えられるが、大別すれば、A：法学的な観点から制度論・規範論的な手法、B：経済学的な観点からの理論分析・実証分析の2つがある。これはさらに次のように分けられる⁹。

(1) A：法学的な観点からの制度論・規範論的な手法

- A - 1：事業主負担の立法者意思および改正経緯を辿るという歴史分析
- A - 2：事業主負担に関するわが国の裁判例等を基にした法的分析
- A - 3：他国の事業主負担をめぐる法制的な論議と比較対照するという分析
- A - 4：事業主負担と健康保険制度のガバナンス構造との関係の分析

(2) B：経済学的な観点からの理論分析・実証分析

- B - 1：事業主負担の転嫁・帰着に関する理論的分析および実証的分析
- B - 2：事業主負担が企業の国際競争力に及ぼす影響に関する分析

これらの先行研究について概観すると、A - 1 および A - 3 に関しては、立法者意思等に関し詳細に検討した論文として、台豊（2007）「健康保険料事業主負担の転嫁に関する規範的考察」新潟大学法学会『法政理論』39 巻 3 号、荻野博司（2005）「企業と社会保険 - 『事業主負担』を考える」年金と経済、Vol. 24 . No2 がある。また、前掲論文（島崎謙治「健康保険の事業主負担の性格・規範性とそのあり方」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の制度分析』（東京大学出版会、2009 年））は A - 4 に主眼を置いた論文であるが、その中で A - 1 および A - 2 についてもかなり詳細に論じている。また、A - 3 としては、津田小百合「社会保険料の労使折半に関する比較法的考察 - ドイツにおける議論を例に - 」季刊社会保障研究、Vol. 42 . No3（2006 年）等があるものの、事業主負担に焦点を絞り正面から論じた文献は乏しい。

B - 1 の理論的分析については、年金や介護保険を含めれば、かなり古くから論じられており多数の文献がある。比較的最近のものとしても、太田聡一（2006）「社会保険料の事業主負担は本当に『事業主負担』なのか」日本労働研究雑誌、525 号、大野吉輝（2005）「年金保険料負担の企業活動への影響」年金と経済、Vol. 24 . No2 などがある。しかし、実際に誰にどの程度まで転嫁・帰着が行われているかは実証分析の範疇の問題である。これについては外国では以前から多くの論文が発表されており、日本でも近年、岩本康志・濱秋純哉「社会保険料の帰着分析」国立社会保障・人口問題研究所『社会保障財源の効果分析』

⁹ なお、これは主なものを例示したにすぎず網羅的なものではないことを断っておく。

(東京大学出版会、2009年)、酒井正(2009)「社会保険料の事業主負担と賃金・雇用の調整」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の効果分析』(東京大学出版会、2009年)などの論文が発表されている¹⁰。また、B-2については、OECDが加盟国の「税・社会保険料のくさび」(tax wedge)の計測等を行っており、これを基に内閣府が『平成16年度経済財政白書』の中で、わが国の税・社会保険料の負担が国際競争力にどの程度影響を及ぼしているか等について分析を行っている。

2. 本調査研究の目的・方法

事業主負担に関する先行研究は以上のとおりであるが、管見の限り、諸外国の事業主負担をめぐる論議を横断的に考察したものはない。本調査研究の主眼は、ドイツ、フランス、韓国、米国の4か国における事業主負担に関する動向・論議を調査研究し、それを踏まえわが国の健康保険事業における事業主の役割について再考することにある。2つ付言する。

第1に、本調査研究は法学的な観点からの制度論・規範論的なアプローチが主であり、経済学的な分析は行わない。これは経済学の転嫁・帰着の分析の重要性を否定するものではない。また、法律で規定すれば実態もそのようになる(あるいはそうなるべきである)と考えているわけでもない。法律で事業主負担の義務を課したとしても、実体経済の中でそれが労働者等に転嫁されることは当然ありうる。さらにいえば、事業主負担が誰にどの程度まで帰着しているのかは、法学あるいは制度論の立場からも重要である。法学者である太田匡彦が指摘するように、「名目的な費用負担のあり方にのみ目を奪われて不適切な正当化のロジックを試みる危険や不適切な帰結を導く危険性がある」(太田匡彦(2008)「リスク社会下の社会保障行政(上)」ジュリスト1356号、p.107、注37)からである。しかし、だからといって事業主負担に関する法律上の規定がまったく意味がないということにはならない。これについては 部の中で詳しく述べる。

第2に、「再考する」ということの意味である。事業主負担を健康保険制度のガバナンス構造との関係については、既に前掲論文(注1)で論じている。したがって、その意味では本調査研究の「付加価値」はさほど大きいとはいえない。しかし、そもそも事業主負担を健康保険制度のガバナンスと関連づけて捉える見方は、社会保険方式を採用する国において一般に妥当するのだろうか。また、日本とドイツ、フランス、韓国、米国の事業主負担をめぐる問題状況は同じなのだろうか。その異同を考察することは、事業主負担および健康保険制度における事業主の役割に関する議論を深めるのに資すると思われる。

そこで 部では、ドイツ、フランス、韓国、米国の4か国の事業主負担をめぐる問題状況について論じるが、この4か国を対象とした理由および問題関心を挙げれば次のとおりである。

第1は、ドイツである。疾病金庫の当事者自治原則を貫くため、ドイツでは、農業者疾

¹⁰ 主要な内外の文献のサーベイについては、岩本康志・濱秋純哉の論文等を参照されたい。

病金庫等を別にすれば国からの補助は排除してきた。しかし、近年、ドイツの社会保険料率は高く、企業の国際競争力の低下による失業の増加を防ぐため、事業主負担の抑制は与野党の共通認識となっている。このため、賃金連動性を切断するためフラット保険料にすべきだという提案もみられるが、その議論の動向はどうなっているのだろうか。これがドイツの関心事項の1つである。もう1つは、事業主負担を保険運営への関与との関係で説明できるのかということである。なぜなら、ドイツでは1990年代に被保険者による保険者選択制が採られたため、開放型の疾病金庫では事業主は保険運営に直接コミットすることができない。したがって、事業主負担は賃金税（payroll tax）のような位置づけとなっているように筆者には思われるが、このような議論はドイツでは生じていないのかということである。

第2は、フランスである。ドイツと同様、フランスの疾病金庫も医療保険の管理運営を自律的に行うという観点から、労使の当事者代表が構成員となる理事会によって運営され、その財源は労使の拠出する保険料が主とされてきた。しかし、フランスでは、近年、企業の国際競争力の維持や国内雇用の確保等の観点から、医療保険の財源に租税を導入する（租税化：fiscalisation）ことが進められている。フランスの調査研究の最大のポイントは、「租税化」に当たって、疾病金庫の自律性確保との関係についてどのような議論が行われているのか、ということにある。

第3は、韓国である。韓国では、1999年の地域保険と職場保険（被用者保険）を一元化（一本化）する法律が成立し、2000年に制度が一元化され、2003年には財政統合も行われたと紹介されることが多い。しかし、職場加入者と地域加入者の保険料賦課基準は一元化以前の二元体系が存続しており、保険会計も区分経理されている。したがって、一元化されているといっても、「見かけ上」の一元化であり、職場加入者の保険料は労使折半である。韓国に関する問題関心は、一元化に当たって、事業主負担の問題についてどのような検討や議論が行われたのか、ということである。これはわが国において医療保険制度の一元化の議論の参考になると考えられる。

第4は、米国である。米国はメディケアおよびメディケイド以外には公的医療費保障制度は存在せず民間医療保険が主流の国である。重要なことは、民間保険会社と団体契約を行い従業員のフリンジ・ベネフィットとして保険料の補助を行っている企業が少なくないことである。したがって、米国で無保険者の減少を図ろうとする場合、こうした実態を踏まえ、事業主に従業員への保険提供の義務づけ（employer mandate）を行うという議論がある。実際、オバマ大統領による医療改革法やそのモデルになったマサチューセッツ州医療改革法には、事業主の義務づけの規定が盛り込まれている。米国の調査研究のポイントは、これらの点を含め、統一的な医療費保障制度が存在しない状態において事業主はいかなる役割を果たしているのか、ということである。

最後に調査研究の研究体制および調査方法等について簡単に述べておく。本調査研究は全体の企画および取りまとめは筆者が行ったが、各対象国の医療制度については、それぞれ

れの国の医療制度に造詣の深い 4 人の新進気鋭の法学者（ドイツは藤本健太郎、フランスは柴田洋二郎、韓国は鄭在哲、米国は石田道彦）に分担研究者として加わっていただいた¹¹。調査研究の方法は文献調査によっているが、韓国については、昨年 8 月に筆者および鄭が渡韓し、「一元化」の際に事業主負担に関しどのような議論があったのか関係者からヒアリングを行った。その質疑記録は資料的価値が高いと思われるため全文を参考資料として掲載した。なお、本調査研究に当たっては研究者間で打ち合わせを行い問題意識を共有しているが、各国の事業主負担をめぐる問題状況等は異なるため、調査研究の具体的内容や論文のスタイル等については無理に統一していないことをあらかじめお断りしておく。

¹¹ ただし、 部の 6 章（米国）は筆者と石田との共同執筆である。

部 各国の事業主負担をめぐる問題状況とわが国への政策的示唆

3章 ドイツの健康保険制度における事業主の役割

藤本 健太郎

はじめに

1883年に制定された労働者医療保険法により、世界で最古の健康保険制度が創設されてから、ドイツの健康保険制度は100年以上の時を刻んできた。

この間、累次の改革が行われてきたが、連帯原則、自主管理原則、分立した保険者などの基本原理は確立され、維持されてきた。

しかし、2000年代に入り、慢性的な失業問題、合計で40%を超える社会保険料率の負担感の増大などを背景として、抜本的な改革が行われ、自主管理原則については揺らぎが生じている。事業主の役割についても、社会保険制度に共通する論点として、伝統的な保険料率の労使折半を維持すべきかどうか議論になっている。

また、事業主と公的な健康保険者である疾病金庫との関係は、被保険者による保険者選択制が導入されたことにより弱まっている。

近年の健康保険制度の改革では、事業主の負担を軽減するような配慮が行われてきており、2010年の医療制度改革では、伝統的な賃金に定率で賦課される保険料に代わり、保険料を賃金から切り離すための人頭保険料も一部導入され、健康保険制度における事業主の役割は変化しつつある。

1. ドイツの健康保険制度の概要

(1) 長い歴史を有する保険者

ドイツでは、労働者医療保険法によって公的な健康保険制度が創設される以前から、疾病、障害、老齢、貧困等に対して救済活動を行う共済金庫（Unterstützungskasse）が存在した。共済金庫は、その系譜を遡れば中世の手工業者によるツunft金庫（Zunftkasse）や鉱山労働者を対象とするクナップシャフト金庫（Knappschaftkasse）に行きつくことになるような歴史の古い組織である。

労働者医療保険法の制定時には、新たな保険者を設置するのではなく、既存の共済金庫を法定された保険者である疾病金庫（Krankenkasse）に衣替えすることが行われた。

このようにドイツの健康保険は、手工業者、鉱山労働者などの職種ごとに発達してきた歴史的経緯があり、公的な健康保険制度においても複数の種類の保険者が併存してきた。保険者である疾病金庫は、行政機関からは独立した非営利の団体である。

公的な健康保険者の種類は8種類であったが、保険者の統合が進む中で、現在では以下

の6種類に集約されている。

地域疾病金庫（AOK：Allgemeine Ortskrankenkasse）

ある地域住民を対象とする医療保険者である。他の疾病金庫に加入しない保険加入義務者が加入することから最も一般的な保険者だと認識されており、ドイツ語の名称には「一般（Allgemeine）」という言葉が入っている。直訳すれば一般地域疾病金庫だが、慣例に従い、地域疾病金庫と呼ぶこととする。

かつては最も加入者の多い疾病金庫であったが、保険者選択制の導入によって加入者が流出した結果、代替金庫に次いで加入者数が多い疾病金庫となっている¹²。

企業疾病金庫（Betriebskrankenkasse）

企業を単位として設立される医療保険者である。少なくとも1,000人以上の保険加入者を雇用するなど一定の要件を充たす場合に設立することができる。単独の大企業が設立するほかに、複数の企業が共同して設立する場合もある。わが国の健保組合に類似するが、ドイツでは州・市といった行政機関の疾病機関も含まれるなど、異なる点もある。

また、保険者の選択制が導入された際に、規約を改正すれば、設立事業所の従業員以外にも門戸を開くことが可能となった。

同業者疾病金庫（Innungskrankenkasse）

手工業者等の同業者組合ごとに設立される医療保険者である。少なくとも1,000人以上の保険加入義務者が常時いるなどの要件を充たし、職人委員会（Gesellenausschuss）の同意を得た場合、単独の同業者組合または複数の同業者組合が共同して設立することができる。

農業者疾病金庫（Landwirtschaftliche Krankenkasse）

自営農民とその家族従業員を対象とする医療保険者である。農業被用者は加入できない。他の法定保険者が基本的に加入者の保険料で運営されてきたのに対し、例外的に補助金も財源として運営されてきた。

鉱山・鉄道・船員保険（KBS：Knappschaft-Bahn-See-ein Verbundsystem）

鉱山労働者、鉄道労働者、船員を対象とする総合的な保険者。医療保険のほかに年金保険、介護保険なども提供している。

なお、従来は船員保険が独立していたが、2008年1月1日にKBSに統合された。

¹² 具体的な加入者数は図表3-3を参照されたい。

代替金庫（Ersatzkassen）

伝統的にホワイトカラーの労働者を主たる対象としてきた職員代替金庫（DAK：Deutsche Angestellten-Krankenkasse）、技術職を主たる対象としてきた技術者疾病金庫（Techniker Krankenkasse）など複数の代替金庫が並立してきた。

従来、ホワイトカラーを主な対象とする代替金庫と、ブルーカラーを主な対象とする代替金庫の二つに区分されていたが、1996年の医療制度改革によってホワイトカラーとブルーカラーの区別なく代替金庫に加入できるようになり、現在では一種類の代替金庫として分類されている。

これらの疾病金庫は、従来、種類ごとに全国団体である疾病金庫連合会を有していた。しかし、2007年の医療制度改革により、すべての種類の疾病金庫連合会は一つの連合会に統合された¹³。

（２）保険者の選択制と保険者の統合

ドイツには前述のとおり 6 種類の公的な健康保険者が存在するが、被保険者は複数の保険者の中から、どの保険者に加入するかを選択することができる。

従来からホワイトカラーの労働者は、居住地の地域疾病金庫のほかに、勤務先が企業疾病金庫の設立事業所であれば企業疾病金庫にも、さらにホワイトカラーを対象とする代替金庫にも加入することができた。これに対し、ブルーカラーの労働者には選択の余地が少ないことは法の下での平等という原則に反するのではないかという問題があり、訴訟も提起されたことから、1996年の医療制度改革において、代替金庫にはホワイトカラーもブルーカラーも区別無く加入できるようになり、さらに企業疾病金庫及び同業者疾病金庫についても、定款で定めれば、設立事業所以外の被保険者を加入させることが可能となった。

本格的な保険者の選択制が導入されたことから、公的保険者の間に、被保険者を選んでもらおうとする競争が生じ、事務費のコストダウンなどのために疾病金庫の統合が進んだ。

¹³ ドイツの 2007 年の医療制度改革の詳細については、拙稿（2007）を参照されたい。

図表 3- 1 種類別疾病金庫数の推移

旧西独						
	合計	地域疾病金庫	企業疾病金庫	同業者疾病金庫	農業者疾病金庫	代替金庫
1992年	1,123	259	680	148	19	15
1995年	875	84	633	122	19	15
2000年	393	12	324	25	18	12
2004年	259	12	214	13	8	10
旧東独						
	合計	地域疾病金庫	企業疾病金庫	同業者疾病金庫	農業者疾病金庫	代替金庫
1992年	100	12	61	25	2	0
1995年	85	8	57	18	2	0
2000年	27	5	13	7	2	0
2004年	21	5	8	6	1	1
ドイツ						
	合計	地域疾病金庫	企業疾病金庫	同業者疾病金庫	農業者疾病金庫	代替金庫
1992年	1,223	271	741	173	21	15
1995年	960	92	690	140	21	15
2000年	420	17	337	32	20	12
2004年	280	17	222	19	9	11

(資料) Gesundheitswesens 2009, BMG

特に、加入者に低所得者や高齢者が多く保険料率が高い傾向にあり、競争上不利と思われた地域疾病金庫の統合は劇的に進んだ。図表 3- 1 のとおり、地域疾病金庫は、1992 年にはドイツ全国で 271 金庫存在していたが、1996 年からの選択制の本格導入に備え、1995 年には 92 金庫にまで統合が進んだ。その後も統合は進み、2000 年には 17 金庫にまで集約されている。

疾病金庫全体でも、図表 3- 1 のとおり、1992 年にはドイツ全国で 1,223 の疾病金庫が存在していたが、1995 年には 1,000 の大台を割り込んで 960 金庫にまで減少し、2004 年には 280 金庫にまで集約されている。

その後、2007 年の医療制度改革によって、さらに種別を越えて疾病金庫が統合することも可能となった。この制度改革を受けて、船員保険が鉱山労働者保険に統合されるなど、さらに疾病金庫の統合は進行した。

図表 3- 2 ドイツの医療保険者の種類と数

	地域疾病金庫	企業疾病金庫	同業者疾病金庫	農業者疾病金庫	代替金庫	合計
2009年1月	15	155	14	9	8	202
2009年4月	15	149	14	9	8	196
2009年7月	15	141	13	9	8	187
2009年10月	15	138	13	9	8	184

(資料) BMG, Gesetzliche Krankenversicherung, Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand, Monatswerte Januar-Oktober 2009

図表 3- 2 は 2009 年における疾病金庫の種類別の数の推移を示したものであるが、2009 年 10 月現在では、疾病金庫の数はドイツ全国で 184 金庫にまで減少している。図表 3- 2 をみると、2009 年の 1 月から 10 月の間だけをみても疾病金庫の数は 18 減少しており、いかに急速に保険者の数が減少しているかが分かる。図表 3- 1 と比べてみると、1992 年には 741 金庫あった企業疾病金庫は 138 金庫にまで減少し、1992 年には 173 金庫あった同業者疾病金庫がわずか 13 金庫にまで減少しており、最初に地域疾病金庫の統合が進んだ後、他の種類の公的保険者においても統合が進んだことがうかがえる。

次に、疾病金庫の種類ごとの被保険者数をまとめると、図表 3- 3 のとおりである。

図表 3- 3 種類別疾病金庫の被保険者数

地域疾病金庫 (AOK)	企業疾病金庫 (BKK)	同業者疾病 金庫 (IKK)	農業者疾病金 庫 (LKK)	鉱山・鉄道・船 員保険 (KBS)	代替金庫連盟 (vdek)
23,673,261	13,323,224	5,515,276	822,993	1,679,342	24,739,012

(資料) Monatsstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung, Januar 2010, BMG

従来、最も被保険者数の多い疾病金庫は地域疾病金庫であったが、図表 3- 3 のとおり、2010 年 1 月現在で最も被保険者数の多いのは代替金庫である。保険者選択制導入の結果、他の種類の疾病金庫に比べて保険料率が高い地域疾病金庫から被保険者が流出したことがうかがえる。

2 番目に被保険者数が多いのは地域疾病金庫であり、3 番目に被保険者数の多い企業疾病金庫までが被保険者数が 1,000 万人を超える疾病金庫である。

(3) 被用者中心の保険から皆保険へ

ドイツの公的な健康保険制度においては、一般のサラリーマンは強制加入の対象とされてきたが、自営業者や高所得のサラリーマンは任意加入とされてきており、いわゆる皆保険ではなかった。

しかし、2007 年の医療制度改革により、2009 年 1 月から国民皆保険が実施された¹⁴。

具体的には、まず 2007 年に、かつて公的な健康保険に加入していた者は公的な健康保険への再加入が義務づけられ、かつて民間健康保険者に加入していた者は民間健康保険への再加入が義務づけられた。民間健康保険では、加入義務が課されることから、被保険者にとって公的健康保険と比べて不利にならないようにするため、標準タリフ (Standardtarif) を提供することが保険会社に義務づけられた。標準タリフの保険料は公的健康保険の平均最高保険料を超えてはならないこととされている。

そして、2009 年 1 月からは第二段階として、ドイツの全居住者に公的な健康保険あるい

¹⁴ 皆保険といっても、日本のようにすべての人が公的保険に加入義務を負うのではなく、民間健康保険も含めて何らかの健康保険に加入することを意味しており、日本の皆保険とは性格が異なる。

は民間健康保険に加入することが義務づけられた。この加入義務化にあわせて、民間健康保険は基本タリフ（Basistarif）を提供することが義務づけられた。基本タリフは公的な健康保険と同等な給付を行うプランであるとされている。

ドイツの健康保険制度は、歴史的経緯として、所得が高くない被用者や年金受給者を主たる対象として発達してきた。なぜ皆保険ではないのかということについては、相対的に社会的立場の弱い人を義務的に加入させることにより、医療保障の対象にしてきたと説明される。たとえば、ドイツの最高裁にあたる連邦憲法裁判所の判例をみると、「健康保険による重篤患者のための高額医療手術の償還費用」（2005年12月6日連邦憲法裁判所第一法廷決定）の判決において、「法定健康保険は、一方において、収入が平均的および低い被用者ならびに年金生活者を健康保険に加入することを義務づけ、他方において、病気のときは自己負担で治療すべきであるが、収入が低いために何らかの保護を必要とする者を対象とする。この保険方式により、収入の低い国民にとっても健康保険による完全な保障が僅かな保険料で実現される。」と述べられており¹⁵、社会的に弱い立場の人を中心にした制度として認識されていることが分かる。自営業者は公的な健康保険に任意で加入することができたが、制度の中心はあくまでも被用者であった¹⁶。

従来、公的な健康保険に任意加入とされていた所得の高い被用者や自営業者の多くは公的健康保険ではなく民間健康保険に加入しており、ドイツにおいては、無保険者はほとんどいないとされていた。しかし、近年、ドイツでは倒産等により保険料を支払うことができなくなった自営業者が無保険者となっている問題が認識されている¹⁷。

こうした自営業者の無保険者の問題も、国民皆保険導入の背景になったと考えられる。

なお、日本の健康保険制度においては、高齢者のみを対象として、税財源も相当程度投入され、現役世代の加入する健康保険から拠出金を集めて財源をまかなう特別な制度があるが、ドイツには日本のような高齢者を対象とする特別な健康保険制度は存在しない。ドイツでは、高齢者も所得に応じて現役世代と同一の保険料率によって算出された保険料を負担する。年金受給者からの保険料の徴収方法は、いわゆる年金からの天引きとなる¹⁸。

（４）統一された保険料率

ドイツでは健康保険の財源は原則的に保険料によってまかなわれており、保険料と税と

¹⁵ ドイツ憲法判例研究会（2008）p391

¹⁶ 国民健康保険中央会（2000）によれば、VdAK（職員代替金庫連合会）は、自営業者の所得が判明しないときや所得が少ないときに収入の最低見込みとしてみなし最低所得額が設定されているのは、本来被用者のための疾病金庫に自営業者が加入させてもらいたいのであれば、最低これだけは負担してもらおうという線を引く必要があるためであると認識している。

¹⁷ 健康保険組合連合会（2009）p24

¹⁸ ただし、年金生活者は雇用されていないことから、現役世代の労使折半を擬制し、使用者負担に該当する部分は年金保険者が負担する。

を組み合わせる財源としている日本とは異なる¹⁹。

保険料は日本と同様に、基本的に賃金に定率で賦課される。

ドイツの健康保険制度には、保険者の自治が尊重される伝統があり、その象徴の一つとして、保険料率は疾病金庫ごとに決定されていたため、疾病金庫ごとに保険料率は異なっていた。

しかし、2007年の医療保険制度改革によって統一保険料が導入されることとなり、2009年1月から15.5%²⁰に統一された。

その後、連邦政府からの補助の増額により、統一保険料率は2009年7月からいったん14.6%に引き下げられた²¹。そして、2010年の医療制度改革により、もとの15.5%に戻すこととされた。

健康保険料は、原則として労使折半で負担される。しかし、雇用問題への影響を避けるために社会保険料の事業主負担を軽減しようとする動きが生じている。まず、2003年の医療制度改革によって、現金給付である傷病手当金に相当する保険料は全額被用者負担の特別保険料（Sonderbeitrag）とされた。

さらに、2010年の医療制度改革により、保険料率に15.5%という上限が設定され、それでは疾病金庫の支出がまかなえない場合、追加保険料（Zusatzbeitrag）が徴収されることとなったが、この追加保険料は賃金との連結を断つために、被保険者に人頭割りで課され、事業主は負担しない。

健康保険における労使折半の揺らぎについては、後に詳述することとしたい。

（5）給付内容

ドイツの健康保険による給付は、日本と同様に現物給付が基本となっている。

給付率については、日本では当初から患者一部負担があるのに対し、ドイツでは入院費や薬剤費における一部自己負担はあったものの、外来診療については伝統的に10割給付が行われてきた。

しかし、健康保険料率の上昇を抑制しようとする改革の一環として、2003年の医療制度改革によって、外来診療にも患者自己負担による診察料（Praxisgebühr）が創設された。これにより、患者は外来診療時に10ユーロを診察料として診療機関の窓口で負担することとされた²²。

ドイツでは、医療保険制度が創設されて以来、外来診療については患者の自己負担を求めない長い伝統があったが、外来診療への診察料の創設により、外来診療における10割給

¹⁹ 2007年の医療制度改革により、本格的に税財源が投入されることにはなったが、保険外給付をまかなうためとされており、保険給付については依然として保険料が財源となっている。

²⁰ うち労使折半分が14.6%であり、被用者負担のみの特別保険料が0.9%である。

²¹ 連邦政府からの補助の増額は、リーマンショックによる経済危機への対策パッケージの一環として行われた。

²² 同一の疾病については3か月毎に10ユーロを負担することとされており、初診料とは性格が異なる。

付に終止符がうたれた。

医療保険の給付の種類としては、日本と同様に、傷病のために働けなくなった場合に支給される現金給付の傷病手当金もある。

(6) リスク構造調整

ドイツの健康保険制度では、1996年の医療制度改革により、本格的に保険者の選択制が導入された。しかし、保険者の自由選択を導入するにあたり、一方で給付内容はほぼ同一であるが、他方で保険料率にはかなりの違いがあるという状況にあった。その状態のままでは保険者選択制を実施すれば、保険料率が高い疾病金庫から低い疾病金庫へと雪崩を打って被保険者が移動するのではないかと懸念された。もし保険料率の違いが、各疾病金庫の運営の効率性などによって生じているのであれば、低い保険料率の保険者に被保険者が集中することは正当な競争の結果と言えるかもしれない。しかし、当時、保険料率の違いには、被保険者の年齢構成や収入の多寡など、保険者の経営努力の及ばない要素が大きく影響していることが、関係者間で共通認識となっていた。

このため、保険者選択制の本格導入に先立ち、各疾病金庫の保険集団の収入、性差及び年齢構成の違いについて財政調整を行う、リスク構造調整 (Risiko Struktur Ausgleich) と呼ばれる仕組みが導入された。リスク構造調整では、被保険者を年齢別、性別に分類してリスククラスを設定し、リスククラスごとに標準的収入及び標準的支出を算出し、各保険者の実際の収入及び支出との差額について財政調整が行われてきた²³。

(7) 健康保険制度における事業主の役割

ドイツの健康保険制度における事業主の役割は、原則として労使折半の保険料を負担するほかに、日本と同様に被保険者の保険料を納付する義務が課せられている。

なお、一定規模以上の事業主に義務を課している日本とは異なり、ドイツでは従業員が仮に1名でも事業主に疾病金庫への加入関係の届出と保険料納付の義務が課されており、日本よりも広範に負担が課されている²⁴。

事業主の定義については、ドイツの健康保険制度において事業主に相当する法律上の用語は「Arbeitgeber」であり、直訳すると「職を与えるもの」となり、使用者であることが用語の上からも明らかである。

なお、事業主が保険料を負担する根拠および負担割合に関する公定解釈に関しては、ドイツの健康保険の根拠法である社会法典においては、保険料率に関し、疾病金庫が必要な

²³ こうしたリスク構造調整によっても、保険者間の財政力格差は残り、相対的に若い加入者が多く保険料が安い保険者に被保険者が流入する流れが生じたため、2007年の医療制度改革によって、さらに罹患率まで加味したリスク構造調整が行われることとなる。

²⁴ 国民健康保険中央会(2000) p58

費用に応じて保険料を決定するという趣旨の規定があるのみである²⁵。事業主の保険料負担および負担割合に関する公定解釈は、連邦保健省が作成した「法定医療保険の手引き (Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung)」に示されており²⁶、医療基金が導入された 2009 年 1 月 1 日以降、一般保険料率は統一的に 14.9%とされたが、一般保険料率のうち 0.9%は例外的に医療保険加入者が負担するが、基本的には被保険者と事業主または年金保険者が半分ずつ同等に負担すると説明されている。

2 . 近年の改革の動向

ドイツにおいては、健康保険をはじめ、年金保険、介護保険などの社会保険制度は、賃金に定率で課される保険料が基本的な財源となっている。こうした社会保険料は、定額ではなく賃金に定率で賦課されることから「賃金付帯コスト (Lohnnebenkosten)」と呼ばれ、実質的な労働コストとして認識されている。

ドイツでは 10%前後で推移する失業問題が常に優先的な社会問題であり、合計すると 40%を超える社会保険料率がさらに大幅に上昇することは雇用への悪影響が大きいと避けなければならないことは、近年、与野党を通じた共通理解となっている。

しかし、平均寿命の伸長、医療技術の発達等に伴い健康保険の支出は自然に増加するため、保険料率に上昇圧力がかかる。

このため、ドイツの歴代政権は健康保険の保険料率の上昇を抑制するために、様々な改革を行ってきた。以下、その概要をみていくこととする。

(1) シュレーダー政権の改革

2003 年改革：公的医療保険近代化法

外来診療に患者自己負担が導入された。3 か月に 1 度 10 ユーロを窓口で支払うという、あまり高額ではない負担ではあるが、従来 10 割給付であった外来診療に患者自己負担が導入されたことは、大きな制度変更といえる。2004 年の外来診療費用が前年を下回っていることは、この制度変更が影響したものと考えられる。

また、事業主負担を軽くするため、健康保険からの給付のうち傷病手当金に相当する部分は全額被保険者負担とされた。さらに、医療保険の支出増大を抑えるため、保険給付の範囲が狭められ、死亡一時金や交通費などが保険給付から除外された。

公的医療保険近代化法は 2003 年 10 月に成立し、2004 年 1 月から施行されている。

2006 年改革：医薬品供給経済性改善法

医療費の中でも医薬品に対する支出は高い伸びを示している。このため、医療保険が

²⁵ 社会法典第 5 編第 4 条第 4 項

²⁶ BMG(2010) p21

らの医薬品に対する支出の増大を抑えるため、まず、時限措置として医薬品の価格が 2006 年 4 月から 2008 年 3 月までの間、凍結することとされた。

また、同様の薬効を持つ複数の薬がある場合、安い価格の医薬品が処方されることを促進するために、参照価格制度²⁷の改革が実施され、処方された薬が参照価格を 30% 以上下回っていれば、その薬にかかる患者負担が免除される仕組みが導入された。

医薬品供給経済性改善法は 2006 年 4 月に成立し、同年 5 月から施行されている。

(2) 第一次メルケル政権の改革

2007 年改革：公的医療保険競争強化法

1) 選挙戦における議論と連立協定

2006 年の選挙戦において、医療保険改革は争点の一つとなった。

シュレーダー首相（当時）の所属する社会民主党は、従来は加入義務を免除されていた自営業者、高所得のサラリーマンや公務員を含めて全国民を強制加入の対象とする国民保険の導入を唱えた。これに対し、メルケル首相を党首とするキリスト教民主・社会同盟は、人頭割の定額保険料である医療プレミアムの導入を主張した。

この背景には、2003 年のリユールップ委員会²⁸の報告書「社会保障システム財政の持続可能性」がある。リユールップ委員会は 2002 年 9 月にウラ＝シュミット保健相（当時）より諮問を受けて、健康保険に限らず社会保障制度全般について、将来にわたり持続可能な制度を構築するための検討を行った。

リユールップ委員会の報告書において、健康保険の将来像として、国民保険（Bürgerversicherung）と人頭割健康保険料モデル（Modell pauschaler Gesundheitsprämien）の 2 つの構想が示された。社会民主党および労働組合は前者を、キリスト教民主・社会同盟および経済界は後者を支持し、今日までの議論につながっている。

総選挙の結果、与野党両陣営²⁹ともに過半数を制することができず、様々な組み合わせの連立構想が浮上しては消えていった結果、キリスト教民主・社会同盟と社会民主党による大連立が成立した。首相にはキリスト教民主同盟の党首であるメルケル氏が選出され、ここに第一次メルケル政権が誕生した³⁰。

第一次メルケル政権を成立させるにあたり、キリスト教民主・社会同盟と社会民主党が結んだ連立協定においては、医療制度改革に関して、安定的な財政構造を保障することによって、持続可能な医療制度を築くという目標は書かれたものの、改革の具体的な

²⁷ 参照価格とは医療保険がカバーする上限を示すものであり、医薬品価格のうち参照価格を上回る部分は患者の自己負担となる。

²⁸ リユールップ委員会の正式名称は“Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme（社会保障システムの財政における持続可能性に関する委員会）”

²⁹ 与党側は社会民主党と緑の党、野党側はキリスト教民主・社会同盟と自由民主党。

³⁰ メルケル首相は、ドイツ政治上初の女性首相であると同時に、東西両ドイツ統合後初の旧東独出身の首相でもある。

内容は合意には至らず、両党が違うコンセプトを持っていることを認めただうえで、2006年中に成案を得たいと述べるにとどまっていた。

2) 公的医療保険競争強化法の制定

メルケル政権の発足後、医療保険改革については与党である二大政党の意見に相違が大きいことから、与党内の意見集約は容易ではなかったと思われるが、公的医療保険競争強化法(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)と名づけられた改革法案は2006年10月に閣議決定された。法案は、その後連邦議会において可決され、連邦参議院の同意も得て、2007年2月に成立した。

公的医療保険競争強化法の主なポイントは、以下のとおりである。

() 全ての人に医療保険を(皆保険の実現)

2009年1月1日以降、ドイツの全居住者は何らかの医療保険と契約しなければならない。それに先立ち、2007年4月1日以降、公的医療保険に組み込まれるべき被保険者³¹は保険加入義務があると認められる。

() 診療構造(Versorgungsstruktur)と保険者機構(Kassenorganisation)の改革

(疾病金庫、疾病金庫連合会の統合)

従来は7つあった疾病金庫連合会を一つに統合する。また、異なる種別の疾病金庫の統合を可能とする。

(病院における外来診療の一部解禁)

ドイツでは、従来、外来診療を行う開業医と入院治療を行う病院との役割分担が厳格であった。しかし、特別なケアを必要とする重病患者と希少疾病患者³²は、最良の治療を受けられるようにすべきであることから、病院において外来診療を受けられることとする。

(医師によるセカンドオピニオン)

高度に先進的な医薬品は高価であるばかりでなく、しばしばハイリスクでもある。したがって、患者保護のため、このような医薬品について、医師によるセカンドオピニオンを導入する。

(緩和医療の改善)

終末期の最重度患者は、尊厳をもって死を迎えられる(in Würde sterben können)べきであり、可能な限り痛みを軽減しなくてはならない。このために、医療と看護の専門家から成る、いわゆる「緩和ケアチーム(Palliativ Care Team)」を発足させる。

³¹ 無保険者及び以前に公的医療保険に加入していた者。

³² 例えばエイズ患者やがん患者。

() 財政規律 (Finanzierungsordnung) の改革

(保険料率の統一)

2009 年 1 月 1 日以降、医療基金 (Gesundheitsfond) の設立により、すべての疾病金庫の保険料率は統一される。

(人頭割の定額交付金とリスク構造調整)

各医療保険者は、被保険者一人につき定額の配分 (pauschale Zuweisung) を受け取る。同時に医療基金によって年金、性別、疾病要素が調整され、罹患率に基づいた (morbitätsorientierte) リスク構造調整が行われることとされた。

(税財源 (Steuermittel) の本格的な投入)

従来、健康保険の財源は農業者疾病金庫を除き、基本的に保険料によってまかなわれていた。しかし、保険料率の上昇圧力を緩和するために、税財源を医療財政の柱の一つに据えることとされた。

このため、2008 年には健康保険財政に対する税財源による補助として 25 億ユーロが支出される。その後、毎年 15 億ユーロずつ増額し、最終的には健康保険に投入される税財源は 140 億ユーロにまで増額されることとなった。

() 私的医療保険の改革

(私的医療保険への基本タリフ (Basistarif) の導入)

2009 年 1 月 1 日以降、私的医療保険は基本タリフを提供しなければならないこととされた。

基本料金表は、給付範囲と給付メニューにおいて、公的医療保険に相当しなければならず、公的医療保険の最高保険料を越えてはならないこととされた。

3 . 現政権の医療改革 (2010 年改革)

(1) 第二次メルケル政権の誕生

2009 年 9 月に行われた総選挙の結果、第一次メルケル政権の一翼を担っていた社会民主党は歴史的な大敗を喫し、大連立政権は終わりを迎えた。第一党の座を維持したメルケル首相のキリスト教民主・社会同盟は、躍進した自由民主党と連立政権を樹立し、コール政権時代以来の中道右派連立政権として第二次メルケル政権が発足した。

第二次メルケル政権における連立協定³³には、医療政策に関して予防医療の重視、医療保険における競争などが盛り込まれており、健康保険に関する内容のポイントは以下のとおりである。

³³ “Wachstum.Bildung.Zusammenhalt.” Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP

「医療ケアをすべての人へ」

将来にわたり、ドイツのすべての人が所得、年齢、社会的出自や健康上のリスクに関わりなく必要な医療ケアを得ることができ、医療の進歩を享受できることを望む。

「世代間の公平性」

医療の進歩や人口構造の変化に対して法定医療保険の構造、組織および財政は適合しなければならない。その際、ある世代の負担を他の世代に回すことは許されない。

「医療保険者の統一の否定」

医療保険者を統一し、国営の中央集権的医療システムを志向することは誤りである。

「マーケットとしての医療への期待」

医療マーケット（Gesundheitsmarkt）はドイツにおける重要な成長セクターであり、就労セクター（Beschäftigungssektor）である。

さらに、新連立協定の中では、医療保険に関する対策が短期的なものと長期的なものに分けて記述されている。まず、短期的な対策としては次の2つが挙げられている。

- 1) 危機をもたらす収入不足は被保険者だけが背負わされることは許されず、それゆえに危機を乗り越えるための政府全体による（gesamtstaatlich）補助策が講じられる。
- 2) 無駄な支出を避けること

そして、長期的な対策として、保険料自治（Beitragsautonomie）の強化、地域による違いを可能にすること、収入と関係ない被用者負担³⁴への移行を挙げている。その理由として、医療費負担を賃金付帯コスト（Lohnnebenkosten）から外すこと（Entkoppelung）を目指していると述べられている。

（2）健康保険財政の状況

ドイツの健康保険の財源は伝統的に保険料であったが、上述のとおり、2007年の改革によって税財源を本格的に投入することとされた。税財源による連邦政府からの補助によって、いわゆる保険外給付（versicherungsfremde Leistung）³⁵がまかなわれる。2011年には連邦政府からの補助は133億ユーロが支出された。

しかし、税財源の本格的な投入にも関わらず、公的な健康保険の財政状況は厳しい状況にある。

疾病金庫の財政状況は、連邦保健省によれば³⁶、2009年においては約14億ユーロの黒字であり、医療基金は約24億8千万ユーロの赤字であった。健康保険財政全体の財政状況は、疾病金庫の黒字と医療基金の赤字とを相殺すると、約14億ユーロの赤字であった。

このような健康保険制度の厳しい財政状況は、改革が必要とされる背景となっている。

³⁴ キリスト教民主・社会同盟が主張してきた人頭包括保険料のことを指す。

³⁵ たとえば母性保護や子の病気時の傷病手当金など。

³⁶ Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), 2011, BMG

(3) 公的医療保険財政法の概要

第二次メルケル政権は、公的医療保険財政法（GKV-Finanzierungsgesetz）と名づけられた改革法案をまとめ、同法案は2010年11月にドイツ連邦議会において可決され、2011年1月1日より施行されている。

連邦保健省は、公的医療保険財政法の必要性として、改革が行われなければ2011年の健康保険の財政赤字は約90億ユーロにのぼるおそれがあることを挙げている³⁷。

公的医療保険財政法のポイントは、連邦保健省によれば、次のとおりである。

収入安定化策

- ・保険料水準は元の15.5%に戻される。経済財政危機に対するパッケージの一環として一時的に引き下げられていた。
- ・保険料率は法律において15.5%に固定される。これによって、医療費の動向と労働コストの連動が解除される。
- ・更に支出が増大した場合、賃金と切り離された保険料によって支出される。このことは保険料の自律性を高め、価格シグナル（Preissignal）を通じて疾病金庫間の競争を強化する。

支出抑制策

- ・疾病金庫の事務費は、今後2年間は2010年よりも高くなることは許されない。
- ・病院への支出の増大および開業医への報酬の伸びは抑制される。
- ・特にダイナミックに増大する医薬品への支出については、公的医療保険財政法と連動して、医薬品市場新秩序法（Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz）により、コスト削減と競争を強化する効果的な政策が導入される。

このうち、収入安定化策の中で述べられている「賃金と切り離された保険料」は追加保険料（Zusatzbeitrag）と呼ばれる。追加保険料は、今回の改革の柱の一つである人頭包括保険料である³⁸。

健康保険加入者は、収入や健康状態に関わらず、定額の追加保険料を直接疾病金庫に対して支払うこととされている。なお、追加保険料は人頭割ではあるが、家族被保険者は負担しない。

追加保険料率を賦課するかどうか、また追加保険料をいくらにするかは疾病金庫によって異なることとされている。

連邦保健省は、専門家の試算（Einschätzung）によれば、2011年に追加保険料を徴収する疾病金庫はわずかであるとしている。しかし、将来的には多くの疾病金庫が追加保険料を徴収せざるをえないとしている。

³⁷ *ibid.*“perspektive für 2011”の記述による。

³⁸ 2010年改革によって導入された追加保険料の内容に関する記述は、“Der Zusatzbeitrag” 2011, BMG に拠っている。

なお、追加保険料が徴収されることとなった場合、被保険者は疾病金庫を解約する（kündigen）することができる。このため、他の多くの疾病金庫が追加保険料を徴収しない場合に追加保険料を徴収したり、他の疾病金庫よりも高い追加保険料を徴収した場合には、被保険者が流出することが懸念される。

公的医療保険財政法のポイントとして挙げられている価格シグナル（Preissignal）は、追加保険料のことを指しており、追加保険料の高低によって被保険者が疾病金庫を選択することは競争の強化であり、改革の狙いの一つであるとされている。

4．健康保険の事業主負担を巡る議論

（1）保険料の労使折半の揺らぎ

ドイツの健康保険の主たる財源である保険料は、賃金に定率で賦課されている。伝統的にはこれを労使折半で負担してきた。

しかし、近年、後述するように失業問題との関連で、事業主の保険料負担を軽減する動きが生じている。ドイツ連邦政府の公定解釈としては、従来どおり、医療保険料率は基本的に労使折半であるとされている。しかし、0.9%の特別保険料は被保険者のみの負担である。さらに、追加保険料も被保険者のみが負担することとされており、実質的には労使折半ではなくなっているという見方もある。以下、この論点について詳細に論じることとする。

（2）労働コストとしての健康保険料の認識

ドイツでは、賃金に定率で賦課される健康保険料は「賃金付随コスト（Lohnnebenkosten）」と呼ばれ、実質的な労働コストを引き上げるものとして認識されている。

このため、経済界は社会保険料率の上昇は国際競争力を弱め、雇用にも悪影響を及ぼすものとして、高齢化等による健康保険料率の上昇を抑制するよう強く求めてきた。これに対し、労働界は、社会保険料がある程度上昇しても、社会保障給付の水準を維持すべきであるというのが基本的立場ではある。

しかし、失業問題は、歴代ドイツ政権にとって最重要課題の一つであり、労働組合にとっても優先度の高い政策課題である。

図表 3- 4 ドイツにおける失業の状況の推移

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
失業者数(人)	4,280,630	4,100,499	3,889,695	3,852,564	4,061,345	4,376,795
うち高齢者(50～65歳)	1,366,844	1,360,672	1,259,168	1,163,490	1,097,597	1,094,268
うち若年者(15～25歳)	471,996	429,584	428,510	444,074	497,602	516,135
失業率(%)	11.1	10.5	9.6	9.4	9.8	10.5

	2004	2005	2006	2007	2008
失業者数(人)	4,381,281	4,860,880	4,487,225	3,776,509	3,267,907
うち高齢者(50～65歳)	1,079,967	1,210,115	1,161,277	987,381	860,671
うち若年者(15～25歳)	504,381	618,868	522,797	404,919	339,852
失業率(%)	10.5	11.7	10.8	9.0	7.8

(資料) Arbeitsmarkt 2008, Bundesagentur für Arbeit

図表 3- 4 のとおり、ドイツの失業率は 10%前後の高い水準で推移している。ドイツの社会保険料率を合計すると 40%を超えており、介護保険が定額であることから比較しにくいものの、社会保険料率の合計が 30%に達しないと考えられる日本よりもかなり高い負担が課されている。

経済のボーダーレス化が進み、国際競争が厳しさを増す中で、賃金に賦課される社会保険料の負担があまりに重いことで雇用問題への悪影響が及ぶことについては、ドイツ社会全体に広い合意がみられる。

たとえば、労働組合を支持基盤とする社会民主党が緑の党をパートナーとして樹立した第一次シュレーダー政権の連立協定においても、雇用の状況を改善するために、健康保険料や年金保険料など賃金に賦課される社会保険料率の合計を 40%以下にすることが目標として示されている。

(3) 健康保険における事業主負担軽減の配慮

雇用問題を改善するために、高齢化や医療技術の進歩により保険料上昇圧力にさらされる健康保険制度について、保険料の急激な上昇を避けようとする努力が行われてきた。そして、事業主負担を軽減するための制度改革が行われてきた。

少し健康保険の話からそれるが、賃金付随コストと言う意味では健康保険料と同じ性格を有する介護保険料について、介護保険創設時に、事業主の負担が増えることの是非が大きな論点となった。議論の結果として、1.7%の介護保険料率は労使折半となり、社会保険料における労使折半は維持された。しかし、介護保険料率の半分を事業主が負担するかわりに、事業主の負担増に配慮して、法定休日を 1 日減らすこととされた。しかし、ザクセン州では祝日が廃止されず、介護保険料率は労使折半ではなく、被用者が 1.35%を負担し、

使用者が 0.35%を負担した³⁹。このことから、実質的には介護保険料は労使折半の負担ではないとみることもできる。

健康保険においても、近年、事業主の負担を軽減しようとする動きがみられる。2006 年の医療制度改革において、現金給付に相当する 0.9%の特別保険料が被保険者のみの負担とされた。さらに 2007 年の医療制度改革においては、医療基金からの分配金では足りない場合の追加保険料が被保険者のみの負担とされた。

このため、ドイツの健康保険における伝統的な労使折半の原則はすでに崩れたという見方もある⁴⁰。

また、2007 年改革において、健康保険に税財源が本格的に投入されることとされたのも、健康保険料率の急激な上昇を抑え、事業主負担が強まることを防ぐためである。

さらに、健康保険料の事業主負担を軽減する根本的な対策として、2010 年改革では、人頭包括保険料の導入が柱の一つとして位置づけられた。

しかし、改革の内容をみると、健康保険の収入の柱は従来の労使折半の保険料であり、上限保険料率の 15.5%を超えて徴収される追加保険料のみが人頭割の保険料とされている。人頭包括保険料の導入は大きな改革であるが、保険料の基本的な部分は労使折半が維持されている。

以上のことから、健康保険の保険料に係る労使折半は、完全に崩れたとまでは言えないが、大きく揺らいでいると言える。

(4) 保険者間の競争導入による事業主の関与の希薄化

ドイツでは、上述したように、被保険者は複数の法定医療保険者のうちどれに加入するか選択することができる。BKK（企業疾病金庫）については、従来どおり同一企業の従業員のみで構成するか、従業員以外の加入も認めるかは疾病金庫の判断に委ねられた。その結果、広く門戸を開いた BKK については、同じ会社で働いている被用者のみが保険集団を構成するわけではなくなった。

また、保険者の選択制導入にあわせて、疾病金庫の内部組織も改革された。従来、疾病金庫を設立した事業所の労使双方から選出されていた代議員総会および理事会は管理委員会（Verwaltungsrat）に統合され、理事には社会保険経営の専門家が就任した。このため、被保険者側代表も事業主側代表も疾病金庫の管理運営に直接関与することがほとんどなくなり、事業主の関与は薄れた⁴¹。

ところで、疾病金庫に事業主が関与できないとすれば、そもそも事業主に社会保険料を課すことはどのような正当性によるのであろうか。

その点について、芸術家社会金庫（Künstlersozialkasse）をめぐる、事業主にどこまで社会

³⁹ 和田（2008）p163

⁴⁰ 土田・田中・府川（2008）p41

⁴¹ 保険者選択制の導入による疾病金庫の内部組織の改革および事業者関与の希薄化については、健康保険組合連合会（2009）が詳しい。

保険の負担を求めてよいか争われた訴訟の最高裁判決⁴²が参考になると思われる。

芸術家社会金庫は、1981年に制定された芸術家社会保険法（Künstlerversicherungsgesetz）によって、年金保険と健康保険を兼ねており、財源の半分は被保険者である自営芸術家およびジャーナリストの保険料（Beitrag）によってまかなわれ、半分は芸術家社会保険分担金（Künstlersozialabgabe）および連邦補助金によって調達される。

芸術・ジャーナリズムの利用者（Vermarkter）として芸術家社会保険分担金の支払義務を課された出版社、レコード会社等が、芸術家社会保険法は基本法違反であるとして訴訟を提起したものであるが、最高裁は芸術家社会保険法第52条5項に規定される利用者の補填義務を除き、合憲であるという判決をくださった。

その判旨の中で、その人自身が被保険者でない者を関係者に取り込むには、被保険者と分担金支払義務者との間に実質的な連結点を必要とするが、学説上唱えられている社会的な集団の同一性の主張は適切な連結ではないとされている。そして、租税に加えて課される分担金負担には特別の正当化が必要とされるが、そのような正当化は、支払い義務者と被保険者との間の特別な連帯関係ないしは責任関係から生じるとしている。

このように、社会保険料を課すことについての特別な正当性がいかなる場合に見出させるかについて、従来の学説においては、たとえばイーゼンゼーは法律上のグループ連帯の前提としての「グループ同質性」にその結合点を求めていたが⁴³、芸術家社会保険法決定の最高裁判決によって、集団の同一性は必ずしも前提とされないことが明らかとなった。

したがって、自社の従業員以外に門戸を開いたBKKにおいては、同一の企業で働いているという集団の同一性が失われるとしても、それによってただちに保険料としての性質を失うわけではないと解される。

しかし、内部組織の改革により、事業主と疾病金庫の関連が薄れており、開放型の企業疾病金庫では「わが社の疾病金庫」という意識を持たなくなったことは、疾病金庫における連帯の弱体化を招いたのではないかと考えられる。

⁴² 社会保険分担金の合憲性 芸術家社会保険法決定（1987年4月8日連邦憲法裁判所第2法廷決定）。詳細はドイツ憲法判例研究会（1999）pp266-271を参照されたい。

⁴³ ドイツの社会保険における財政負担に関するイーゼンゼーの学説等の詳細については、津田（2001）を参照されたい。

5 . 人頭包括保険料の動向

(1) 第二次メルケル政権による人頭包括保険料の導入

キリスト教民主・社会同盟は、高齢化等による社会保障の支出増大に伴う社会保険料率上昇が雇用に悪影響をもたらすことを根本的に防止するため、社会保険料と賃金との関係を断つべきであるとして、人頭包括保険料の導入を主張してきた。この主張は、上述したリュールupp委員会が提示した 2 つの選択肢のうちの人頭割健康保険料モデルを敷衍したものである。これに対し、ドイツにおける二大政党のもう一方である社会民主党が、リュールupp委員会が提示したもう 1 つの選択肢である国民保険構想を主張したことから、ドイツの健康保険における大きな路線闘争の感を呈してきた。

第一次メルケル政権はこの二大政党による大連立政権であり、どのような医療制度改革を行うのかが注目されたが、2007 年の医療制度改革では、皆保険の導入など、やや社会民主党の主張に近い内容が盛り込まれた。

第二次メルケル政権は、社会民主党の大敗を受けて、第一党の座を守ったキリスト教民主・社会同盟と自由民主党による中道右派政権であり、今度はキリスト教民主・社会同盟の主張が反映しやすい政権となった。

このため、第二次メルケル政権による 2010 年の医療制度改革では、人頭包括保険料の導入は柱の一つとされた。

導入された人頭包括保険料は、上述のとおり、従来の賃金に賦課される労使折半の保険料率に 15.5% という上限を設定し、15.5% の保険料でも足りない場合に徴収される追加保険料の形をとっている。

追加保険料は従来の定率の保険料と異なり、人頭割の定額の保険料である。このため、低所得者については負担軽減措置を講じることとされている。

(2) 経済界および労働界の反応

2010 年の医療改革で導入された人頭包括保険料に対し、予想されたとおり、労働界は反発している。ドイツ労働総同盟 (DGB) は 2010 年 12 月 13 日に「人頭包括保険料ではなく国民保険を」と題したプレスステートメント⁴⁴を発し、第二次メルケル政権による人頭包括保険料に反対し、将来の確固たる医療システムのためには野党の社会民主党が主張してきた国民保険の方向で医療改革は進むべきだとする姿勢を明示した。

ドイツ労働総同盟は、プレスステートメントの中で、人頭包括保険料は低所得者や年金生活者に負担を押し付けるものであり、キリスト教民主・社会同盟および自由民主党の考えによれば、事業主の負担を凍結して、法定医療保険において将来生じる負担増はすべて被保険者が負担しなければならないとして反対している。

これに対し、人頭包括保険料の導入について、経済界は歓迎しても良いように思われる。

⁴⁴ “ Bürgerversicherung statt Kopfpauschale ”, DGB, Press-statement, 13.Dezember2010

しかし、実際には、改革が不十分であるとして経済界は反発している。

ドイツ使用者団体連邦協会（BDA）は2010年10月18日に「疾病と労働コストの真の切り離しは行われていない」と題した声明⁴⁵を発し、健康保険財政の主な柱は依然として賃金に課される保険料であり、支出の伸びの一部のみが追加保険料によってまかなわれるに過ぎないと指摘している。

参考文献

- Die neue Gesundheitsversicherung, 2007, BMG
Gesetzliche Krankenversicherung, *Allgemeiner Beitragssatz 1991 bis 2007*, BMG, 2008
Daten des Gesundheitswesens 2009, BMG
Gesetzliche Krankenversicherung, *Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand*, 2009, BMG
Statistisches Jahrbuch, 2009, Statistisches Bundesamt
Monatsstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung, Januar 2010, BMG
Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung, 2010, BMG
クラウス・メックス、アンドレア・シュミット著 榎木真吉訳（1995）『ドイツ介護保険のすべて』筒井書房
健康保険組合連合会（2009）『ドイツの医療保険制度改革追跡調査』
国民健康保険中央会（2000）『ドイツ医療保険調査制度調査（第2次）』
国民健康保険中央会（2003）『ドイツ医療保険調査制度調査（第3次）』
国民健康保険中央会（2009）『ドイツ医療保険調査制度調査（最終版）』
島崎謙治（2009）「健康保険の事業主負担の性格・規範性とそのあり方」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保険財源の制度分析』東京大学出版会
土田武史・田中耕太郎・府川哲夫編著（2008）『社会保障改革』ミネルヴァ書房
津田小百合（2001）「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」『社会システム研究』No.4
ドイツ憲法判例研究会編 栗城壽夫・戸波江二・石村修編集代表（1999）『ドイツの憲法判例』信山社
ドイツ憲法判例研究会編 栗城壽夫・戸波江二・嶋崎健太郎編集代表（2008）『ドイツの憲法判例』信山社
松本勝明（2003）『ドイツ社会保障論』信山社
和田勝（2008）『介護保険制度の政策過程』東洋経済新報社
藤本健太郎（2006）「ドイツにおけるDRGシステムの導入状況」社会保険旬報 No.2277
藤本健太郎（2007）「ドイツにおける医療保険改革2007の動向」けんぼれん海外情報 No.74
藤本健太郎（2009）「ドイツの医療政策・健康政策の最近の動向」健保連海外医療保障 No.84

⁴⁵ “Echte Abkopplung der Krankheits- von den Arbeitskosten bleibt aus” BDA, 18. Oktober 2010

4章 フランス医療保険制度における事業主の役割

柴田 洋二郎

はじめに

本稿は、フランスの医療保険制度 (assurance maladie⁴⁶) における使用者負担保険料の位置づけとそれに関わる議論・改革を考察することにより、医療保険制度における事業主の役割とその変容を明らかにすることを目的とする。

以下、まず、1.として、現行のフランスの社会保障⁴⁷制度が基盤としている1945年の制度が構築されるまでの歴史を概観する。ここでは、医療保険に限定することなく、制度横断的に考察を行い、フランスの社会保障制度の特徴を明らかにする。

続く2つの節では、医療保険制度に焦点を絞って、1945年の制度がどのように変化していったのかをみる。2.では、医療保険制度の財源政策を、3.では、医療保険制度の管理運営のあり方を、それぞれ時系列的に考察する。フランスの医療保険料は労使分担という点で特徴的である。人口のおよそ8割をカバーしている一般制度 (régime général: 被用者の加入する医療保険制度であり、人的適用対象という点では我が国の健康保険制度に相当する) の医療保険料は、被用者負担 0.75%、使用者負担 12.8%と大きな差があるからである。これは、1990年代以降、フランスのような、労使の拠出する保険料を財源として給付を行う諸国では社会保障財源に占める租税比率が増加し、社会保険料比率は減少している傾向がみられるという指摘⁴⁸と無関係ではない。この興味深い傾向が医療保険に最も顕著に表れているのである。このように、医療保険財源の租税化 (fiscalisation) が進んでいることは、労使自治に拠ってきた管理運営のあり方を変化させることにつながっている。

最後に、「おわりに」として、以上の考察から明らかになる事業主の役割および財源面と管理運営面でみられる変化が事業主の役割に与える影響を踏まえて本稿のまとめを行う。

1. フランス社会保障制度の歴史的経緯 戦後社会保障制度の成立まで

本節では、フランス社会保障制度の歴史的展開について考察する。現在のフランスの社会保障制度は1945年に発表された報告書と、それを具体化した1945年10月4日のオールドナンス (n° 45-2250) をはじめとする諸法令を基盤としている。しかし、1945年に創設された制度自体が、それ以前にフランス社会に存在していた様々な形の保障制度に大きく影響を受けたものであるため、現在の制度を理解するうえでは、まず1945年の制度成立までの

⁴⁶ 直訳すれば「疾病保険」となるが、業務外の傷病と出産を保険事故として一定の給付を行う社会保険制度であり、我が国の「医療保険」制度にあたるため、本稿では「医療保険」と訳す。

⁴⁷ フランスの社会保障制度は複数の重層的な制度から構成されている。このうち、「社会保障」(sécurité sociale)と呼ばれているのは、社会保険(医療・出産・障害・死亡・老齢年金・遺族の各制度)、労災補償、家族手当である。失業保険や公的扶助を含むより広い意味(我が国の社会保障に相当する)の場合には、「社会的保護」(protection sociale)と呼ばれるが、本稿では両者を区別せず社会保障と呼ぶ。

⁴⁸ 片山信子「社会保障財政の国際比較 給付水準と財源構造」レファレンス平成20年10月号80頁以下を参照。

歴史的展開を考察することが重要となる。たしかに、本稿の関心は医療保険制度にあることからすれば、社会保障制度全体ではなく医療保険制度に限定して歴史的展開を追うことも考えられる。しかし、フランスの社会保障制度は医療保険部門を含む様々な部門が相互に関連しながら改革が行われているため、医療保険制度だけをみると限定的な考察となり、フランス社会保障制度のダイナミズムが十分に理解できない。

そこで、以下では医療保険制度にも触れながら、社会保障制度全体の歴史的展開を 1945 年の社会保障制度以前 ((1)) と、1945 年の社会保障制度の創設 ((2)) の 2 つに分けて概観した後、なぜ使用者は保険料を負担するのかについて考察を行い、1945 年時点での医療保険制度における事業主の役割を明らかにする ((3))。

(1) 1945 年以前 第 2 次世界大戦前の状況

フランスの現行医療保険制度は、1945 年 10 月 4 日のオルドナンスを基盤として創設された社会保障制度から発展していった制度である。もっとも、フランスにおいて社会保障制度を創設することが議論されることになったのは 1945 年が初めてではない。端的に言えば、19 世紀に発展・変容を遂げた扶助制度 (assistance) に、20 世紀初頭から第 2 次世界大戦前にかけて生成されていった社会保険制度が加わっていくという流れを汲んだものであるといえる。そして、これら 1945 年以前の扶助制度・社会保険制度は 1945 年に創設された社会保障制度の一般原則に大きな影響を与えただけでなく、それ以後の社会保障制度の展開にも大きな影響を与え、極めて複雑な社会保障制度を創りだす原因となっている。そこで以下では、1945 年以前のフランスにおける社会保障制度の展開をみる⁴⁹。

社会保障関係立法以前

19 世紀に進んだ産業化のなかで登場した労働者階層は、傷病、老齢、失業等により労働不能となるとその家族とともに直ちに貧困に陥るリスクを負う。このような不安定性 (insécurité) は労働者階層の特徴といえるが、労働法は労働関係の不平等を是正するために生成・発展してきたものであるため、上記のリスクには関知しなかった。そのため、不安定性から生じる貧困に対しては、「自助」 (prévoyance individuelle) 個人の貯蓄により備えるものとされた。ここにフランス革命以降受け継がれてきた個人主義的思想を 19 世紀の社会関係のなかにみることができる⁵⁰。

⁴⁹ 1945 年以前のフランスの社会保障については、M.-T. JOIN-LAMBERT, A. BOLOT- GITTELER, C. DANIEL, D. LENOIR et D. MÉDA, *Politiques sociales*, Presses de sciences PO et Dalloz, 2^e éd., 1997, pp.355 et s. を参照した。なお、邦語文献として、加藤智章「フランス社会保障制度の構造とその特徴 ラロックプランの成立まで」北大法学論集 35 巻 3 = 4 号 133 頁以下、藤井良治・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障 フランス』(東京大学出版会, 1999 年) 99 頁以下〔田端博邦執筆〕等がある。

⁵⁰ 逆に、貧困に対する保障を他者あるいは社会に委ねることは責任転嫁であって、社会に対する脅威であると考えられていた。

1) 共済組合

しかし、賃金が極めて低額だった労働者階層は貯蓄を中心とする自助によっては十分な保障を確保することはできず、保険の技術を利用した集団的保障が次第に発展していく（共済組合運動（mouvement mutualiste））。ところが、共済組合運動は厳しい警戒にあう。なぜなら、1791年6月14-17日の法律（通称 Le Chapelier 法）⁵¹の適用が続くなかで、労働者が自発的に創る団体や共済扶助組合（société de secours mutuel）は労働者の抵抗と団結の場になりうるとされ、職業を基盤とする団体を形成することが禁止されたからである。しかし、19世紀中盤以降、共済扶助組合を容認・奨励する立法がみられるようになり⁵²、19世紀後半になると共済組合に対し好意的な対応がされるようになる。それは、労働者階層を保護する手段として、義務的・強制加入の制度によるよりも、任意加入の共済組合による方が自由主義的概念に適うと考えられるようになったからである。こうして、共済組合は発展を遂げ、1889年には加入者が200万人を超えるに至った⁵³。そして、1898年4月1日の法律⁵⁴により共済組合は自立を獲得する。このような経緯を反映して、共済組合は後の強制的・一元的な社会保険制度に対し強い抵抗を示すことになる。

2) 使用者による保護措置（institutions patronales）

共済組合運動の発展と肩を並べて、使用者による労働者保護措置が行われるようになる。これは、一般的な人道主義的感情によるものであり、労働者の定着を狙い企業に対する忠誠度を高める手段として労働者保護を利用しようという2つの理由による⁵⁵。

こうして19世紀末には、労使共同あるいは使用者単独の財源による企業独自の使用者による保護措置や大企業の自律的金庫あるいは企業間金庫制度がみられるようになり、労働者に対する保護を行うようになっていった。

しかし、これら2つの手段はいずれも限界を露呈するようになる。共済組合については、その任意加入という性質のため、拠出金を負担することのできない所得の低い労働者階層をカバーすることができなかったことである。そして、使用者による保護措置は、一般的に保護水準の高い大企業とそれ以外の企業との間に不平等をもたらす原因となり⁵⁶、また、企業の経営状況に大きく左右されるため不確実だったのである。

こうした状況を受けて、労働者保護に国家が介入するようになる。

⁵¹ 同法第1条は「同一の身分および同一の職業の市民によるあらゆる同業組合を廃絶することはフランス憲法の根本的基礎の1つであり、いかなる口実およびいかなる形式のもとにも、それを事実上再建することは禁止される」と定めている。

⁵² 例えば、1850年7月15日の法律、1852年3月26日のデクレ。

⁵³ 以上は、M.-T. JOIN-LAMBERT (*et al.*), *op. cit.* note 49 p.365.; A. THÉVENET, *Les institutions sanitaires et sociales de la France*, PUF, 2004, p.10.

⁵⁴ 同法により共済組合は飛躍的に発展し、1939年には共済組合加入者が900万人を超えることになった(A. THÉVENET, *ibid.*)

⁵⁵ M.-T. JOIN-LAMBERT (*et al.*), *op. cit.* note 49, pp.365 et s.

⁵⁶ 19世紀末では、200事業所の10万人だけが使用者の老齢および扶助金庫の対象となっていた(*ibid.*, p.367)

国家の介入 1898年4月9日の法律と1910年4月5-6日の法律

国家はまず、労働災害と、老齢年金の分野で介入することになる。

労働災害については、1898年4月9日の法律により、使用者が無過失責任を負うことが定められた。これは、労働の成果から利益を享受している使用者が、労働から生じる危険も負担すべきであるという考え方による⁵⁷。このため、使用者は労働災害に備え、支払能力を担保するために保険をかけるようになっていき、同法を改正する1905年3月31日の法律で保険に加入することが義務づけられた。1898年の法律は従属労働者に強制適用される初めての社会保障法規であるばかりでなく、労働災害につき過失を必要とせずリスクに対する責任を負わせるという点で、その後老齢や傷病等に拡大されていく「社会的リスク」という概念を創りだしている点にもその意義を見出すことができる。

他方、老齢年金については、1910年4月5-6日の法律が被用者と農業従事者の老齢年金について定めている（同法で保険事故とされているのは老齢と障害であり、この時点では、まだフランスにおいて医療保険制度が登場するには至っていない）。同法は商工業被用者、農民をはじめとする一定のカテゴリーにつき強制加入保険制度を確立するものである。この老齢年金は労使双方が保険料を負担し（保険料は年額で、男性労働者に対しては労使が各9フラン、女性労働者に対しては労使が各6フランとされた）、積立方式で行われるものであった。また、自由主義的思想から、報酬年額が3,000フランを超える被用者については同法の適用範囲外としていた。これにより、報酬年額が加入を画する条件となる。そして、このことで国家の介入を最低限にとどめている点が特徴的である。

しかし、1910年の法律に対しては、そもそも極めて低額な賃金から保険料が源泉徴収されることに対して労働組合からの強い反対があったうえに、企業に対する労働者の忠誠を高める手段として利用してきた使用者による保護措置が国家の手にわたることで使用者からも反対に遭った⁵⁸。こうした労使の反対により、一連の破毀院判決⁵⁹によって1910年の法律は実質的に空文化するに至ったのである。

以上のような社会保険創設の試みとその失敗を経て、社会保険制度創設の議論は第1次世界大戦後に再開することになる。

1930年4月30日の法律（1930年法）

第1次世界大戦後に再開された社会保険制度を創設する議論はビスマルク・モデル⁶⁰の

⁵⁷ 藤井ほか編・前掲注49書106頁〔田端博邦執筆〕。

⁵⁸ M.-T. JOIN-LAMBERT (*et al.*), *op. cit.* note 49, pp.368 et s.

⁵⁹ 1911年11月12日、1912年6月22日、1913年2月6日の各判決。とりわけ、1911年12月11日判決は、使用者は被用者の意思に反して保険料を賃金から源泉徴収する権利を有しないとしたことによって（Cass. ch. civ., 11 décembre 1911, D.P. 1912, 1, pp.83 et s.）強制保険としての実質を完全に失うこととなった（加藤・前掲注49論文148頁、嵩さやか『年金制度と国家の役割 英仏の比較法的研究』（東京大学出版会、2006年）189頁以下）。

⁶⁰ 当時ドイツでは、ビスマルク（Bismarck）首相の主導のもと、賃金が一定額に満たない労働者を対象に、賃金比例保険料かつ保険料比例給付という保険技術を利用し、労使自身が管理運営を行う、強

影響を強く受け、議論と立法作業を重ねるなかで 1930 年法に結実する⁶¹。同法はフランスにおける初めての強制加入社会保険に関する法律であり、賃金が一定額に満たない商工業被用者に対し、老齢、傷病、出産、死亡、障害という 5 つのリスクについて保障を行うこととしている（したがって、労働災害と家族手当制度（後述 参照）は同法の適用範囲外である）。また、賃金にかかる保険料を財源とし、労使折半で負担するものとされた（保険料率は、労使それぞれ 4% ずつ、計 8%）。この 1930 年の法律にフランスにおける医療保険制度の起源をみることができる。

1930 年法は、商工業被用者に対する、強制加入の社会保険制度であり、賃金比例の保険料を財源としている点にビスマルク・モデルの影響をみることができる。しかし他方で、フランスの歴史的経緯を反映した特徴がみられている。それは被保険者が保険組織を自由に選択できる点である。政府が県金庫（caisse départementale）を創設する一方で、被保険者はそれ以外の保険組織を自由に選択できる⁶²。この点は、社会保険という形で国家が強制的に介入することに対し、従来の共済組合あるいは使用者による保護措置の枠組みを維持しようとして反対してきた共済組合や使用者の立場を考慮したものと見える。

このように、1930 年法はビスマルク・モデルに依拠しながらもフランスの歴史的経緯を反映して創設されたものといえる。もっとも、第 2 次世界大戦前の社会保障制度は、適用範囲が商工業被用者と農業従事者に限定されており、金庫設立の自由を承認したために、多様な管理体制を創りだすことになったという点で大きな問題を残していた⁶³。そのため、第 2 次世界大戦後あらためて検討されることになったフランスの社会保障制度は、19 世紀から同法に至るまでの歴史的・社会的状況や同法の枠組みと特徴に大きな影響を受けながら、1942 年に発表されたビヴァリッジ（Beveridge）報告書にも強い影響を受け、フランス独特の社会保障制度を創りだすことになる。

家族手当制度の展開

第 2 次世界大戦後の制度に進む前に家族手当が上記とは別に独自に展開していったことに触れておく（フランスの社会保障制度では、家族手当が重要な位置づけをされている）。それは、医療保険と家族手当には、企業の任意的恩恵的給付が出発点となっていること、第 2 次世界大戦後における人的適用範囲の拡大過程の 2 点で類似性が認められるため、これらの制度において使用者の果たす役割や位置づけにも類似性が認められるからである。

制加入の社会保険制度を採用する諸法律が制定されていた（1883 年に医療保険に関する法律、1884 年に労働災害に関する法律、1889 年に老齢および障害に関する法律）。

⁶¹ 1930 年法は、1928 年 4 月 5 日の法律を修正して成立したものである。1928 年の法律は成立後、様々な社会勢力からの批判を受けて修正・延期され、結局施行されることなく 1930 年法に代わられることになった。1928 年の法律が挫折するに至った経緯については、加藤・前掲注 49 論文 148 頁以下が詳しい。

⁶² 被保険者が明示的に県金庫を選択した場合、あるいは他のいずれの組織にも加入しない者は県金庫に所属する。

⁶³ 加藤・前掲注 49 論文 153 頁。

19世紀末に起源をもつ家族給付は、当初、家族の扶養負担を負っている労働者に対し、一部の使用者が恩恵的に賃金を補完するという形で、つまり、追加賃金（sursalaire）として支給したことを端緒とする。その後、こうした慣行が普及し、使用者の負担を均等化するために使用者間で平衡金庫（caisse de compensation）が創設されるようになった⁶⁴。そして、1932年3月11日の法律により、全ての被用者に家族給付の支給が義務付けられ、使用者には金庫への加入が義務付けられるという形で家族給付が拡大された。使用者の任意的恩恵的給付は、法律に基づく義務的給付へと移行し、使用者からではなく、家族手当補償金庫から労働者に対して支給されるに至ったのである。しかし、歴史的経緯から、被用者は家族給付財源を負担せず、使用者と独立自営業者が負担する保険料により賄われることとなった。

その後、1939年7月29日のデクレロワ（décret-loi）通称家族法典（Code de la Famille）は、被用者のみを対象としていた家族給付の人的対象を独立自営業者や自営農にまで拡大した。このことは、家族給付の受給条件が被用者としての就労から、被用者としてではなくても職業活動に従事している（有業である）ことに拡大されたことを意味する⁶⁵。

（2）1945年フランス社会保障計画 自律性原則を中心に

フランスに体系的な社会保障制度が登場したのは、1930年法を再検討し、より総合的統一的で調整のとれた社会保障制度を創設することになる1945年である。その準備作業はピエール・ラロック（Pierre Laroque）に委ねられた⁶⁶。

ビスマルク・モデルに大きく影響を受けた1930年法に対し、1945年に創設された社会保障制度は1942年に発表されたイギリスのビヴァリッジ報告書の影響⁶⁷も受けたものとなっている。もっとも、実際に提出された報告書「フランス社会保障計画」（Le plan français de sécurité sociale：通称ラロック・プラン⁶⁸）はフランス独特の歴史的経緯を理由に、様々な社会勢力、政治勢力からの抵抗・要求を受けての妥協、ビスマルク・モデルとビヴァリッジ・

⁶⁴ A. THÉVENET, *op. cit.* note 53, p.11.

⁶⁵ 家族手当制度の展開については、藤井ほか編・前掲注49書110頁以下〔田端博邦執筆〕および、同書163頁以下〔上村政彦執筆〕参照。

⁶⁶ 1945年の社会保障制度創設前の状況から、社会保障制度を再検討する必要性とその際の視点を示すものとして、P. LAROQUE, “De l’assurance sociale à la sécurité sociale”, *Revue internationale de travail*, vol.57 n°6, juin 1948, pp.621 et s.

⁶⁷ ビヴァリッジは社会保障制度の基盤を以下の3つの原則においている。普遍性（universalité）、統一性（unité）、単一性（uniformité）である（3U政策）。普遍性とは、社会保障の対象を全ての人々とするというものであり、統一性は運営機関の統一性を指す。そして、単一性とは単一保険料に基づく単一給付をいう（ビヴァリッジ・モデル）。これらはいずれも、労働者を対照し、多様な運営機関を認め、所得比例保険料と保険料比例給付を原則にしていたビスマルク・モデルと対照的であるといえよう。なお、ビヴァリッジ報告書が1945年のフランス社会保障計画に与えた影響については、N. KERSCHEN, “L’influence du rapport Beveridge sur le plan français de sécurité sociale de 1945”, *Revue française de science politique*, vol.45 n°4, août 1995, pp.570 et s.

⁶⁸ ラロック・プランにつき P. LAROQUE, “Le plan français de Sécurité sociale”, *Revue Française du Travail*, n°1, avril 1946, pp.9 et s. 邦語文献として加藤智章『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，1995年）1頁以下、加藤・前掲注49論文165頁以下等がある。

モデルという 2 大モデル間での妥協という妥協の産物として生まれた制度でもあった。しかし、ラロック・プランは、現在のフランス社会保障制度の基盤となっており、フランス社会保障制度の独自性を見出せるという点で今なお極めて重要な影響を与えている。

ここでは、ラロック・プランに示されたフランス社会保障制度の諸原則を概観した後、その 1 つである自律性原則が、実際に 1945 年の制度にどのように反映されているのかについて述べる。

原則

ラロック・プランを要約すれば、一般制度という単一の制度において全フランス人を人的適用対象とし（一般化：généralisation）、社会保障金庫という機関が一元的に管理運営を行う（統一化：unification）という形でフランスの社会保障制度を構築しようと試みるものである。また、社会保障制度の管理運営面について、そのような一元的な機関が当事者により管理運営されることを原則とした（自律的運営原則）。社会保障を実現するための財源については、国家予算に依存するのではなく、被用者と使用者の拠出する所得比例保険料により賄われるべきだとした（自律的財政原則）。そうすることで社会保障財源を政治的に中立におくことを目的としたのである。もっとも、これらは直ちにではなく、段階的に実現されるものとしている⁶⁹。

つまり、ラロック・プラン（およびそれを具体化した 1945 年の社会保障制度）は、全国民を人的適用対象にしようとしたという点ではベヴァリッジ・モデルに基づいており、他方で、給付は喪失所得に比例的なものとした点ではビスマルク・モデルに依拠したものと見える。そして、社会保障制度の財源・管理運営については「自律性」を原則とした点にフランス独自の特徴を見出せる。

自律性原則

以下では、フランスの社会保障制度の特徴である自律性原則 自律的運営原則と自律的財政原則 が実際の制度にどのように具体化されているのかをみておこう。自律性原則あるいは「自律」は、本稿のテーマである「医療保険制度における事業主の役割」とも関連するためである（後述（3）参照）。

1) 自律的運営原則

ラロックは、社会保障組織が当事者自身に委ねられることが望ましいと考えた（自律的運営原則）。その理由として、社会保障計画が労働者の物質的状況の改善のみを目的とするのではなく、労働者が完全な責任を負う新たな社会秩序を形成することを目的とするものだからであるとしている⁷⁰。

⁶⁹ 1945 年 10 月 4 日のオールドナンス（同オールドナンスはラロック・プランを具体化するものであり、社会保障制度の基本原則と実現方法が記されている）の提案理由書による。

⁷⁰ P. LAROQUE, *op. cit.* note 68, pp.12 et 13.

この点、1945年10月4日のオルドナンスは、社会保障制度の保険者となる金庫(*caisse*)の意思決定を行う理事会(*conseil d'administration*)に、労働者 被保険者 と使用者の代表が理事として参加するという形で関係当事者を関与させることで自律的運営原則を具体化している。ただし、理事会の構成について労働者代表理事が数的に優位する形をとっている(労働者代表の比率は3対1)⁷¹。労働者側に有利な理事の配分となった理由については、管理運営に対する関係当事者の参加という原則が、受給者たる被用者を中心に考えられていたこと、社会保険における使用者負担保険料は実質的には賃金であるとする古典的な考え方が根強かったこと、対独協力に関する懲罰的措置とされている⁷²。また、理事の選出方式について、1946年10月30日の法律(n° 46-2425)により、被保険者による直接選挙方式をとった。

2) 自律的財政原則

社会保障財源について、ラロックは国家予算(税収)に依拠するというやり方に難色を示した。それは2つの理由によるものであった。1つは国家予算に依拠することにより、必然的に社会政策が政治的理由や予算の事情に従属することになり、それでは社会的努力が抑えられる危険があると考えたからである⁷³。もう1つはラロックはこちらの理由を強調しているが、社会保障は当事者(被用者)自身の手により実現されなければならないと考えたことである。つまり、当事者の努力に基づく必要があるという。ただし、算定基礎上限額(*plafond*)によって給付の幅に制限を設け、算定基礎上限額を超える部分については当事者自身の自発的な努力により補われるべきであるとする⁷⁴。こうして、フランスの社会保障制度は、財源および給付につき、以下の3つの特徴をもつこととなった。財源が保険料により賄われること、保険料には一定の算定基礎上限額が設けられていること(1945年で、12万(旧)フラン)、算定基礎上限額の枠組みのなかで所得比例の給付が行われること(給付にも上限額が設定されること)である⁷⁵。

また、被用者だけでなく、使用者も保険料を負担するが、ラロックによれば、被用者負担保険料と使用者負担保険料とに根本的な違いは存在しない⁷⁶。使用者の拠出金は、事実上企業の拠出金であり、労働者が企業運営に携わる今日の経済的社会的状況からすれば、企業の金銭は同時に労働者の金銭でもある。したがって、企業の支払う拠出金はとりもなおさず労働者の支払う拠出金といえるからである。こうして、フランスにおいては社会保障を実現するにあたって、国家予算ではなく被保険者(被用者)と企業(使用

⁷¹ 具体的には、全国社会保障金庫の理事会は総数37名から構成されるが、このうち地方金庫の代表は16名であり、その内訳は労働者代表12名、使用者代表4名となっている。

⁷² 加藤・前掲注49論文178頁、健康保険組合連合会編『欧州の医療保険制度に関する国際比較研究報告書』(2006年)121頁〔加藤智章執筆〕参照。

⁷³ P. LAROQUE, *op. cit.* note 68, p.19.

⁷⁴ *ibid.*, p.16.

⁷⁵ したがって、報酬年額は加入を画する条件としての意味は失い、拠出(保険料額)の上限を画する基準としての意味をもつこととなった。

⁷⁶ P. LAROQUE, *op. cit.* note 68, p.19.

者)の拠出努力が求められていることとなった(自律的財政原則)。

なお、労使それぞれの保険料負担の配分について、1945年時点から使用者負担保険料の割合が著しく大きい(医療保険・老齢年金保険・家族手当の保険料を合算すると、被用者負担保険料は6%であるのに対し、使用者負担保険料は22%となる)。これは労働者代表理事が過半数を占めること(前述1)参照)によって労働者の発言力を強める制度的枠組みと、当事者による拠出とが合わさった結果であるとする指摘がみられる⁷⁷。

(3) なぜ使用者は保険料を負担するのか？

本稿のテーマである「医療保険制度における事業主の役割」は、以上に概観したフランス社会保障制度の歴史的経緯から明らかになる「使用者負担保険料が存在する理由」と関連づけて考えることができる。

結論からいえば、使用者が保険料を負担するのは、フランスの社会保障制度は使用者が自らの責任で自発的恩恵的に行っていた被用者に対する所得保障に起源をもち(理由)、そのことを反映して、当事者の自律を重視し被用者を保護する仕組みに国家が強制的に介入することを忌避するためである(理由)。

1945年以前の社会保険制度

1910年の法律および1930年法では、強制被保険者の範囲が賃金額を基準にして画定されており、これにより被用者の保護に対する国家の介入を最低限にとどめている(理由)。また、当時の制度において、すでに使用者も保険料を負担するとされている。これは、強制加入の対象となる低賃金被用者は、使用者拠出がなくては十分な拠出を行うことができないため、保険事故発生時に十分な給付を受けることができず(保険における拠出と給付の対価性・等価性を想起されたい)また、ある一定額の保険料を労使で分担せず被用者だけで拠出すれば手取り賃金はいっそう低額になり、そのことが貧困のリスクを生じさせることになるためである。逆に、十分な賃金額を得ている被用者は、使用者拠出により援助する理由がないと考えられた。つまり、使用者拠出は実際上の役割として、低賃金被用者への財政援助としての役割をも担っていたといえる(理由)⁷⁸。

1945年の社会保障制度

その後創設された1945年の社会保障制度は、給付のあり方について「賃金保険」(ビスマルク・モデル)としての側面を維持した。「賃金保険」とは、労働の中断から生じた喪失所得(の一部)を代替することを指しており、この点で、被用者に対する所得保障

⁷⁷ 藤井ほか編・前掲注49書116頁〔田端博邦執筆〕。

⁷⁸ 老齢年金制度における文脈であるが、嵩・前掲注59書188頁も参照されたい。同書は、さらに、老齢年金制度における使用者拠出義務の根拠として、生産への貢献による減衰からの回復・減衰に対する保障、老後の生活の糧の保障により退職を躊躇しなくなり労働力の入れ替わりが実現することから、年金保険は使用者の利益になることを指摘する(197頁)。

としての性格を残している（理由 ）。ただし、賃金額を（従前のような人的適用対象を画する基準としてではなく）保険料の基礎となる部分を画する基準（算定基礎上限額）として用いることで、算定基礎上限額の範囲内で所得に比例する給付を行うこととしている。また、管理運営については、労使の代表を意思決定に關与させることで国家から一線を画し、自律的な管理運営を志向している（理由 ）。

「賃金保険」であることは、医療保険では、一時的な労働の中断に対し休業補償手当（*indemnité journalière*）を支給するという形で現れる（これに対し、老齢年金保険は決定的な労働の中断を保障する保険といえよう）。重要なことは、当時、医療保険の主たる機能は、「国民」の「治療にかかった費用を補填する」ことではなく、「被用者」の「傷病時における所得を保障する」ことだったということである。

以下の2点がそのことを裏付ける。1点目は、医療保険の人的適用対象である。ラロック・プランは一般化（全国民への適用）を標榜していたが、それは段階的に実現されるとしていた。実際、医療保険は1946年時点で人口の50%をカバーしているにすぎず⁷⁹、その後、個別制度の創設、一般制度への統合という2つの方法で人的適用対象が拡大されていった。個別制度の創設として重要なのは、1961年1月25日の法律（n° 61-89）で農業経営者の医療保険制度が、1966年7月12日の法律（n° 66-509）で非被用非農業者（“non-salariés non agricoles”であることから、“non-non”と呼ばれる）の医療保険制度がそれぞれ創設されたことである。このことは、これらの法律以前は両カテゴリーに適用される医療保険制度が欠落していたことを意味する⁸⁰。また、一般制度への統合とは、職業に就いていないあるいは特殊な状況におかれた人々を適用対象とする法令により、こうした人々を一般制度に加入させるという方法である。例えば、学生（1948年9月23日の法律：n° 48-1473）、フリーランス（1949年7月21日の法律：n° 49-970）、職業軍人（1949年10月3日のデクレ：n° 49-1377）、戦争未亡人や戦災孤児（1950年7月29日の法律：n° 50-879）等である。さらに、失業者や職業訓練研修生を就労者とみなすことで一般制度に統合することも行われた⁸¹。これらの法律以前、上記カテゴリーには医療保険の適用はなかったのである。以上からは、1945年時点では、医療保険制度は被用者を主たる適用対象としていたことがわかる。2点目は、医療保険関連支出の内訳である。1950年代初頭では、医療保険関連支出の大部分は患者に対する代替所得の支給に充てられており、支出の大部分が医療保障費に向けられるようになったのは1970年代以降のことである⁸²。このような内訳となっていた理由として、医療保障はこれまで公衆衛生サービス（例えば、病院、無料診療所、被用者診療、学校診療）という形で、主として租税（国家予算

⁷⁹ M.-T. JOIN-LAMBERT (*et al.*), *op. cit.* note 49, p.424.

⁸⁰ 任意で私保険や共済組合に加入することはできたものの、それらによる医療保障は極めて不完全で高齢者や大家族、低所得層は保護を受けることができない状態にあった（M. GUILLAUME, “L'évolution de la Sécurité sociale période 1966-1970”, *Revue française des affaires sociales*, 25(2), avril-juin 1971, p.89.）。

⁸¹ 一般制度への統合過程については、X. PRÉTOT (dir.), *Juris-Classeur: Protection Sociale Traité*, Éditions du Juris-Classeur, vol.1, Fasc.205, pp.8 et s. なお、社会保障法典 L. 311-3 条も参照。

⁸² B. PALIER, *La réforme des systèmes de santé*, PUF, 5^e éd., 2010, p.24.

もしくは地方公共団体の予算)を財源として行われてきたこと⁸³、当時の医療水準を考慮すれば、医療保障は二次的な目的でしかなかったこと⁸⁴、当時の平均寿命が退職年齢とほぼ同じであり、退職後の余命期間が短かったため、高齢者に対する医療保障が大きな問題とならなかったこと⁸⁵が指摘されている。以上からは、1945年時点では、医療保険制度は代替所得の保障を中心としていたことがわかる。しかし、1945年の医療保険制度が開業医療や病院組織の行う医療保障も保険給付の対象としたことを契機に、以降医療保険は賃金保険としての役割から次第に「医療保障保険」(assurance de santé)としての役割へと変わっていくこととなる⁸⁶。

また、労使による自律的な管理運営を行おうとする際に、財源だけは国家に依存するという選択肢は考えられなかった。国家に「カネを出させて、クチは出させない」(労使からすれば「カネを出さずに、クチは出す」)ことはできないからである。こうして、管理運営において国家の介入をできる限り排除し、労使の自律を維持するためには、財源においても労使自らで負担する必要がある。

使用者負担保険料の存在理由からみる事業主の役割

歴史的経緯に垣間見ることができる医療保険料の一部が使用者が負担している理由との関連で、つまり、使用者の金銭的負担という観点から、本稿のテーマである「医療保険における事業主の役割」を考えてみよう。

まず、医療保険はまさに使用者の責任で行う給付を対象としていた(理由)。付言すれば、医療保険制度からの給付により被用者の生活条件や健康状態が改善されることで、労働の質や生産性の向上につながることから、使用者も医療保険の受益者とも考えられ、そうであれば負担を負うべきといえる⁸⁷。だとすれば、事業主は自らの雇用する被用者に対する保護を金銭的に援助する役割を担っているといえよう。

また、労使により医療保険の管理運営を行う 国家が管理運営に介入するのを排除することを正当化する理由として、財源も自らで賄う必要がある(理由)⁸⁸。このことから、事業主は医療保険に対する金銭的な負担を通じて、国家とは距離を置いた労使による自律的な管理運営を正当化する役割を担っているといえよう。

⁸³ R. PELLET et A. SKZRYERBAK, *Leçons de droit social et de droit de la santé*, Sirey, 2^e éd., 2008, pp.292 et s.

⁸⁴ B. PALIER, *op. cit.* note 82, p.20.

⁸⁵ P. VOLOVITCH, "Egalité devant les soins, égalité devant la santé: quel rôle pour l'assurance- maladie?" *Revue d'IRES*, n° 30,1999/2, pp.159 et s.

⁸⁶ R. PELLET, "La réforme des finances sociales: contribution au débat", *Revue de droit sanitaire et social*, 2009 n° 6, novembre-décembre 2009, pp.1133 et s.

⁸⁷ このことは、医療保険に限らず全ての部門に共通する使用者負担保険料の理由といえよう。さらに、特定の部門に固有の理由として、労災保険は、労働災害や職業病リスクの現実化における使用者の責任に照らして使用者のみが保険料を負担し、家族給付は、19世紀末に使用者が家庭負担を負う被用者に対して自発的に支給した追加賃金(「家庭的理由による追加賃金」)を起源とするという歴史的経緯により、保険料は全額使用者が負担する。以上については、A. EUZÉBY, "Les impôts et le financement de la protection sociale", *Cahiers français*, n° 274, janvier-février 1996, pp.44 et s.参照。

⁸⁸ 以上からすれば、被用者が保険料を負担するのは、まさに受給者本人が負担を負うべきであることと、管理運営に関与することを正当化する理由となることによる。

ここまで、1945年までの歴史的経緯を概観しながら使用者負担保険料の位置づけを明らかにし、そこから「医療保険制度における事業主の役割」を考察してきた。しかし、医療保険制度（広く社会保障制度）はその時々为社会経済状況の影響を受けて、絶えず変更・修正を繰り返すものである。それはフランスも例外でなく、とりわけ1967年の改革は1945年の制度を変化させた。そこで、次章以降では、1967年以降の医療保険制度の変遷を財源政策（2.）と管理運営（3.）とに分けて追うこととする。そして、それは使用者負担保険料の位置づけがひいては「医療保険制度における事業主の役割」が変容にさらされる過程を追うことにほかならない。

2. フランス医療保険制度の財源政策 自律的財政原則の変容

フランスでは、1970年代から現在もなお、長きにわたって使用者負担保険料の改革が議論され、実現されているものもある。その結果、医療保険に焦点を絞ってみても、1967年から2007年に財源構造が大きく変化している（下記図表4-1参照）。具体的には、総収入に占める保険料の割合は1960年代末には98%以上であり、1970年代でも97%を超えていたのが、その後租税の占める割合が大きくなるとともに大きく低下した。もっとも、労使の保険料の負担割合に注目すれば、被用者負担保険料の割合が1990年代半ばまで全体的に増大傾向にあるのに対し、使用者負担保険料は1980年代から一貫して割合が低下していることがわかる。

本節では、フランスの医療保険制度における財源政策のうち、使用者負担保険料に関わる改革や、実現には至っていないものなされている提案や議論を考察する。最初の大きな変化は、1967年から段階的に行われた算定基礎上限額の撤廃による賦課基礎の拡大である（（1））。また、1980年代から税財源が医療保険に充当されはじめるようになり、1990年代には、一般化社会拠出金（CSG）の大部分が医療保険に充当されることとなった（（2））。同じく1990年代以降、使用者の負担する医療保険料の減免と減免分を国家に負担させる政策が行われている（（3））。

図表 4-1 1968年から2007年の全国医療保険金庫（CNAM）の収入の構造（％）

	1968	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2007
社会保険料	98.4	98.8	97.1	97.1	94.5	94.2	92.4	53.4	48.5
うち使用者負担保険料				64.4	62.8	61.6	57.0	49.9	
うち被用者負担保険料				32.7	31.7	32.6	35.4	3.5	
CSG								34.6	36.9
他の租税	0.3	0.5	0.4	0.4	2.4	1.6	1.7	4.1	9.9
国家負担の社会保険料					0.1	0.5	1.2	1.2	1.2
FORECの保険料負担					0.0	0.0	0.0	3.8	0.0
公的拠出金					1.0	0.9	1.0	0.5	0.3
その他	1.3	0.7	2.5	2.5	2.0	2.8	3.7	2.4	3.2

（資料）A. GUBIAN, “ Quarante ans de financement de l’assurance maladie obligatoire”, in P.-L. BRAS, G. DE POURVOURVILLE, D. TABUTEAU, *Traité d’économie et de gestion de la santé*, Les Presses de Sciences Po., 2009, p.170.

（１）算定基礎上限額の撤廃 1967年から1984年

1945年から1967年までは、医療保険と老齢年金保険にかかる社会保険料は区別されておらず一体となっており、また、保険料の算定基礎となる賃金の上限額が設定されていた。算定基礎上限額が存在することにより、保険料負担は逆進的になる。被用者の賃金が高くなるほど（算定基礎上限額を上回るほど）実質保険料率は低くなるためである。算定基礎上限額があることにより、新規採用ではなく設備の充実を優先すること（労働から資本への代替）や超過勤務時間を助長すること、あるいは高賃金層の賃上げコストが相対的に小さくなる（算定基礎上限額を超える賃金部分には、使用者負担保険料がかからないため）ために、賃金格差が拡大することで社会的不平等を強めるものとして批判されてきた。

また、1960年代から1970年代を通じて、医療保険には大きく2つの変化がみられた。次第に被用者以外をも人的適用範囲に含むようになっていったこと⁸⁹と、医療保険の役割が喪失賃金の補償から医療保障へと中心を移したことである（いずれも、前述1.(3)参照）。被用者以外への人的適用範囲の拡大について、とりわけ注目されるのは、被保険者の配偶者（多くは非就労のため所得のない女性配偶者）、被保険者と離死別した被扶養者、年金受給者、失業者も医療保険の適用を受けるようになったことである。これらの者は保険料の賦課対象となる稼働所得を得ていない。したがって、医療保険の役割としても、そもそも補償すべき喪失賃金はなく、医療保障だけが求められ、また、保険料を納付していない。このように、一方で、職業活動と受給権との関係が弱まり（ ）他方で、納付し

⁸⁹ 1970年代中盤において、医療保険制度はすでに人口の98%以上をカバーするようになっていた（J. O. Avis et Rapport (par L. BOUTBIEN), Conseil économique et social, 1974 n° 26, p.1318.）

た保険料額と受給する給付額との関係が弱まった（ ）ことで、フランスの社会保障制度の「賃金保険」（労働の中断から生じた喪失所得（の一部）を代替する保険）としての特徴は次第に弱まっていった。

こうして、算定基礎上限額は不公正を生じさせるものとなっていた。しかし、算定基礎上限額を撤廃し、賃金全額を基準に保険料を算定すること（*déplafonnement*）は政治的に困難だった。医療保障給付は、喪失賃金の補償とは異なり、納付した保険料に応じて行われるわけではなく、被保険者（患者）のニーズによって行われる。また、保険料は稼働所得を賦課対象とするため、保険料を財源とすることが医療リスクからの保障と職業活動を結びつける要素だった。以上からすれば、医療給付に充てる財源は必ずしも（社会）保険という仕組みを利用し、職業活動と関連させて徴収する必要はなくなる。そして、このことをさらに進めて、算定基礎上限額の撤廃措置は保険料の収納を社会保障制度から租税当局へと移転する準備段階であるとして、一部の労働組合により非難された。つまり、算定基礎上限額を撤廃した延長線上には、社会保障制度の租税化があり、そのことが労使の自律を維持してきた医療保険に国家介入の強化をもたらす（*fiscalisation-étatisation*）として危惧されたのである。こうした考え方が根強いことはかつての経験が示している。1958年に家族手当保険料の賦課基礎における算定基礎上限額の設定を廃止したが、翌1959年に再び算定基礎上限額を設定する形に戻さなければならなかったことである⁹⁰。こうして、実際、労使は医療保険料の算定基礎上限額を撤廃することにも、医療保険財源を租税化することにも反対し、財源の改革は算定基礎上限額を維持したまま保険料率を引き上げるという方法がとられてきた。労働組合は社会的民主主義の名のもとに逆進的な、つまり、所得が大きくなるほど負担が小さくなる徴収方法を維持させ、その結果、算定基礎上限額の撤廃が遅れることとなった⁹¹。

しかし結局、算定基礎上限額の撤廃が行われることになったのは、以下の理由による。算定基礎上限額の撤廃とは保険料が賦課される賃金部分を拡大することであるが、それにより保険料率を変えずに保険料からの収入を引き上げることができる。そのため、熟練労働者の賃上げや超過勤務時間のコストは非熟練労働者の採用コストと比べて相対的に大きくなり、したがって、算定基礎上限額を撤廃することで、低賃金で多くの被用者を雇用する労働集約産業を相対的に援助することとなるためである。

こうして、1967年から医療保険料の賦課基礎に設定された算定基礎上限額を撤廃する作業に着手された。しかし、この作業は前述した国家介入に対する危惧のため、非常にゆっくりと、そして段階的に行われた。一般制度の医療保険における使用者負担保険料の算定基礎上限額が完全に撤廃されたのは1984年のことである。

⁹⁰ それぞれ、1958年12月30日のオルドナンス（n° 58-1374）1959年2月4日のオルドナンス（n° 59-246）による。

⁹¹ 以上については、R. PELLET (*et al.*), *op. cit.* note 83, p.294.を参照。

(2) 税財源の導入と拡大 1980年代から1990年代

税財源の導入に関する議論

1) なぜ租税化するのか？

() 保険料の問題点

算定基礎上限額が撤廃された後も、なお財源改革 とりわけ、税財源に依拠しようとする改革 が議論されてきた背景には、失業の増加や人口の高齢化のため、社会保障支出の方が保険料収入よりも急速に増大していることがある（もっとも、これはフランスに限られた傾向ではない）。フランスでは1970年代中盤に「栄光の30年」(Trente Glorieuses)と呼ばれる高度成長期(1945-1975年)が終わりを告げ、経済成長が停滞し始めた。当事者の自律を正当化するため社会保険料に強く依存してきたフランスでは、社会保障収入は経済状況および労働市場の状況に左右される。経済停滞は賃金の停滞、被保険者の減少、非就労者(inactifs)の増加を招くため、保険料収入を減少させる要因となるからである。他方、社会保障支出は人口構造の高齢化の進行、平均寿命の伸び、医療技術の進歩等のために増大しつづけた。このような社会保障財政の苦境に対応するため社会保障財源の改革が叫ばれるようになり、税財源に依拠することが主張された(財政的理由)。

しかし、より重要なのは保険料に対する批判から税財源に依拠することが主張されたことである。批判の出発点は、社会保険料が有業者の稼働所得⁹²だけを賦課対象としていることにあり、改革の方向性は、社会保障負担を「より雇用促進的」かつ「より公正」にすることに⁹³。

「より雇用促進的」とは、使用者負担保険料の大きさのため人件費が大きくなり、国際レベルでは、国際競争においてフランスの企業を不利にしていること、企業レベルでは、機械化されている企業よりも労働力を用いる企業が大きな負担を負うこと、個人レベルでは、雇用よりも設備の充実(労働から資本への代替)を促進させることに⁹⁴。税財源に依拠することで、使用者の社会保障負担を軽減することができ、それにより人件費を軽減し、競争力や雇用に好影響を与えると主張される(経済的理由)。

「より公正」とは、社会保険料が資産所得(賃貸借料や財政投資等による所得)は対象としていないことに⁹⁵。資産所得は、一般に高所得層に認められるため、拠出能力を反映する財源 高所得層に多くの負担を求める財源 に依拠するのがより公正だとされる(社会的公正(justice sociale)という理由)⁹⁵。このように「誰に」社会保

⁹² ここにいう「稼働所得」とは、被用者の場合は労務の対価をいい、独立自営業者の場合は事業から得られる所得という。

⁹³ 以下では、A. EUZÉBY, *op. cit.* note 87, pp.50 et s.を参照した。

⁹⁴ ただし、これらについてはそれぞれ、国際比較から、人件費が高いのは企業の社会保障負担が重い国ではないことが明らかになっている、機械化の進んだ企業は別の負担(機械の購入・維持・修繕にかかる費用、エネルギー費等)を負っている、労働から資本への代替は、技術進歩の影響や投資・近代化を奨励する国の政策の影響が大きく、人件費の影響は大きくないという反論がある(*ibid.*)。

⁹⁵ 同時に、世帯所得に占める稼働所得の割合が低下し、代替所得(社会保障給付)や資産所得の割合が増

障財源を負担させるのかと関連して、社会保障給付と財源との対応関係にも言及される。稼働所得を代替する給付 すなわち、傷病等により非就労となる期間に、稼働所得を補償する給付や支給額が稼働所得と関連する給付 の財源となる限りでは、稼働所得にかかる社会保険料により有業者のみが拠出することは論理的である。しかし、稼働所得の喪失を補償することを目的とするものではない給付の財源については、税財源に依拠することにより全国民が拠出することが論理的であると主張される（財源の整合性という理由）。そのような給付は2つある。1つは、いわゆる非拠出制給付 「連帯的性質の給付」(prestations de solidarité) である。つまり、給付の性質を財源の性質の一致させるために税財源に依拠すべきとされるのである。もう1つは、人的適用対象が全人口に及ぶ給付 一般化が達成された給付 である。これは給付の人的適用対象と財源の人的適用対象の一致させるために税財源に依拠すべきとされる。そして、これら2つの給付をフランスでは「国民連帯 (solidarité nationale) に属する給付」と呼ぶ。

() 医療保険の租税化

上記の主張からすれば、医療保険の租税化は、論理的には正当化されうる。なぜなら、医療保障は稼働所得とは無関係の給付であることと、医療保険の人的適用対象は一般化が達成されつつあることをあわせ考えれば、その財源は広く国民が負担すべきであり、稼働所得にかかる保険料という形で就労者だけが負担するのは不公正だからである⁹⁶。しかし、実際上は、医療保険財源を社会保険料から租税へと代えることに対しては、算定基礎上限額を撤廃する際になされたのと同様の主張により、医療保険を管理運営する金庫（保険者）の理事会を構成する労使から反対されることとなった。その主張を繰り返せば、医療保険財源を「租税化することにより、国の一般予算へ吸収され、国家の介入の強化を招く」(fiscalisation=budgétisation=étatisation) という等式が導かれ「社会的民主主義」を脅かすというものである。たしかに、金庫の理事会が拠出者（労使）の代表から構成されることは、「保険料は、追加賃金もしくは繰延賃金だから、労働契約の両当事者により共同で管理する」(cotisation=sur-salaire ou salaire différé=cogestion par les parties au contrat du travail) という等式があてはまる場合に限り正当化されよう⁹⁷。こうして、租税化は医療保険の管理運営において、国家代表者を優位させ労使代表者を劣後させることになることと危惧されたために批判されたのである（もちろん、労使の主張するこれらの等

加したことも指摘できよう。1980年代には代替所得と資産所得という2つの所得類型をあわせて世帯所得の40%近くを占めるに至っていた (E. SUARD, “Le financement de la protection sociale”, *Cahiers français*, n° 292, juillet-septembre 1999, p.46.; CONSEIL DES IMPÔTS, *La contribution sociale généralisée, Quatorzième rapport au Président de la République*. 1995, Direction des journaux officiels, 1995, pp.13 et s.)

⁹⁶ もっとも、1980年代に、保険料は就労者以外からも徴収されることになった。1980年から、老齢年金にかかる医療保険料が設けられた（基礎的の老齢年金について1.4%、補足的の老齢年金について2.4%）。また、1982年には、失業手当にかかる保険料（1.4%）と就労者と同じ率（5.5%）で早期退職にかかる保険料が設けられた。ただし、これらの保険料が財源に占める割合はごく限定的なものにとどまっていた（1982年でCNAMの収入の2%未満）。

⁹⁷ 以上については、R. PELLET (*et al.*), *op. cit.* note 83, pp.313 et s. 参照。

式が適切かどうかは議論の余地がある)

もっとも、医療保険の現物給付の人的適用範囲が拡大するなかで、職域を基準とした代表者（労使の代表者）のみが管理運営に携わることには正当な理由が求められる。この点について、労使は、稼働所得との関連をもたない給付にかかる負担については社会保障の範囲外とし、国家が負担すべきであると主張した。つまり、稼働所得との関連をもたない給付のための財源を労使が負わされている現状を、「不当な負担（charges indues）」であるとして批判したのである⁹⁸。

以上のように、医療保険財源の租税化に対しては、論理的正当性からは租税化が肯定され、他方で、管理運営面の自律という観点から労使は租税化を否定してきたが、最終的には論理的正当性が優先された。フランスでは、当該給付が稼働所得を補完することを目的としたものであるか否かに応じて、給付の種類を 2 つに峻別して社会保障財源を考えるのが適当であるとされたということである⁹⁹。それによれば、稼働所得を補完することを目的とした給付（保険料拠出と給付との間に明確な相関関係が認められる給付）は、稼働所得を賦課対象とする保険料によりその財源を賅うのが適当である。逆に、稼働所得の補完を目的とするものではない給付（国民連帯に属する給付）は租税を財源とすることが論理的に望ましい。こうした理由から、実際、家族手当や医療保険の現物給付については、国家が一般税収によってそれらの財源を保障しているヨーロッパ諸国も多い。付言すれば、租税化により保険料を引き上げることなく社会保障支出増に対応できる。だとすれば、社会保障財政の健全化にも適うものとなり、この点からも租税化は望ましいとされた。

2) どのように租税化するのか？

租税化が望ましいとしても、その方法 「どのように」租税化するのか が問題となる。従来の財源である社会保険料と租税との違いは、法律で定める事項（つまり、議会の関与の度合い）、収入の割当、権利性、賦課対象においてみられるが、「どのように」租税化するのかを考える際には、収入の割当の違い、賦課対象の違いが重要となる（これに対し、法律で定める事項、権利性は「なぜ」租税化するのかに関わる）。

（ ）租税化の方法の選択

租税化の方法を検討するにあたっては、収入の割当の違いが重要である。税収は特

⁹⁸ 「不当な負担」については、*J. O. Avis et Rapport* (par L. BOUTBIEN), *op. cit.* note 89, p.1319.; “Le financement du régime général de la Sécurité sociale”, *Droit social*, juin 1976, pp.218 et s.; F. MASNAGO, “Les charges indues”, *Droit social*, septembre-octobre 1978, pp.117 et s. これらによれば、非拠出制給付の財源、社会保障制度外の目的に充てられる給付の財源（例えば、公的医療設備費、研究費、医師の職業訓練費）、財政調整の財源が不当な負担として挙げられている。

⁹⁹ こうした主張を最も早期にかつ鮮明に主張したのが、J.-J. DUPEYROUX, “Sécurité sociale: adapter la nature des ressources à celle des dépenses”, *Le Monde* du 21 septembre 1976, pp.21 et s.である。

定支出に割り当てないという原則（principe de la non-affectation）があるのに対し、社会保険料収入は特定の社会保障制度・部門の財源に充当される。こうして、租税には総計予算の原則（principe de l'universalité）¹⁰⁰が適用されるが、社会保険料には適用されない。ただし、目的税は、税収が特定の支出に割り当てられる点で上記の例外をなす。

そこで、租税化にあたっては、租税化された給付の財源を一般予算によりカバーするのか（一般予算化：budgétisation）、目的税によりカバーするのか（目的税化：affectation）という2つの方法から選択を行う必要がある。

原則からすれば、ある社会保障給付の財源を全額もしくは部分的に税収により賄う場合、一般予算化によりこれを行い、当該給付を国家予算に計上すべきである。しかし、2つの理由から目的税化が支持される。1つは、一般予算化の場合、他の支出との競合が生じるため、その時々の方政策的な優先順位や税収の多寡に左右され、社会保障の財源が不安定となる恐れがあることである。もう1つは、目的税は税収の充当先と用途が明確であるため、納税者に受け入れられやすいことである¹⁰¹。

（ ）課税対象の選択

次に、課税対象を選択するにあたっては、すでに列挙した租税と社会保険料の違いのうち、賦課対象の違いをみる必要がある。租税 とりわけ所得税 は所得を包括的に課税対象とするのに対し、社会保険料は原則として稼働所得や稼働所得を代替する一定の社会保障給付（老齢年金や失業補償手当）だけが賦課対象となる。

一般的には、税制はできる限り、公平（équitable）かつ、経済的な方法で公共支出の財源を賄うことを役割としている。しかし、この2つの基準は国、時代、環境ごとに異なる政治的、経済的、社会的選択に影響される極めて相対的な基準である。こうして、公平の意味は、望ましい所得体系や所得再分配、社会的条件の不均衡の縮小に向けた仕組みの目的の選択により左右される面をもつ。また、経済的とは、激しい国際競争のなかで貿易や企業競争力を考慮したうえで、人件費や企業の自己投資能力（autofinancement）¹⁰²に影響するリスクがもっとも小さいことである¹⁰³。

租税化を進める際には、さまざまな租税の長所と短所を比較しながら、社会保険料とりわけ使用者負担保険料 を軽減し、公正かつ合理的な税財源を選択することが必要となる。フランスでは、租税化を実現するための課税対象の選択に関する議論は、付加価値税（TVA：Taxe sur la valeur ajoutée）を支持する者と所得税を支持する者との間で繰り広げられた。しかし、TVA に依拠すると、インフレを招きやすく、したがって個人消費を阻害する恐れがあること、ヨーロッパの税制調和という観点からすれば TVA は

¹⁰⁰ 「総計予算の原則」とは、国および地方自治体の歳入歳出がそれぞれ別個に予測され、収支間の相殺や差引をせず、そのすべてを予算に明らかにすることをいう。

¹⁰¹ A. EUZÉBY, *op. cit.* note 87, pp.52 et s.

¹⁰² 「自己投資能力」とは、配当可能利益の一定部分を留保して、投資のための資金を確保するという企業の財務政策をいう。

¹⁰³ A. EUZÉBY, *op. cit.* note 87, p.53.

逆に引き下げるべきものであること¹⁰⁴から強い反発に遭った。ところが、フランスの所得税は、累進性が非常に強く、課税対象が非常に狭いという欠点があった。これら2つの欠点のため、強い累進性にもかかわらず所得税からの収益はそれほど大きくない。同時に、所得税は一部の納税者に集中してかかる高額な税となる。所得税によって租税化を実現しようとするれば、著しい税率の引き上げが必要となり、その結果、所得税はますます一部の所得階層に集中することになる。したがって、所得税による租税化を実現する前提として、課税対象を拡大し、拡大された課税対象に対し弱い累進性でかかるような所得税改革が必要であった。ところが、フランスの所得税は多くの控除、様々な税率軽減措置の存在から非常に複雑なだけでなく、その結果不人気であり所得税改革も即座には実行できない状況にあった。

そこで、1980年代から、まず補助的な収入として税財源の導入が始まり、1990年代に一般的な収入として恒常的な税財源が導入されることとなった。

税財源の導入

1) 1980年代における税財源の導入 補助的収入

医療保険への税財源の導入は、1967年の自動車保険料税を端緒とする。これは、自動車の交通事故により一定の医療費が生じていることを考慮したものである¹⁰⁵。しかし、医療保険への税財源投入が進んだのは1980年代初頭からである。1983年1月19日の法律(n° 83-25)は医療保険に3つの拠出金を充当した。第一にアルコールにかかる拠出金、第二にタバコにかかる拠出金、第三に製薬企業にかかる拠出金である。前二者は、自動車保険料税と同様、アルコール製品やタバコにより一定の医療費が生じていることを考慮したものである。これに対し、製薬企業にかかる拠出金は医療保険から利益を得る製薬業界にも医療保険の財源を負担させるために創設された。いずれも、全国被用者医療保険金庫(CNAMTS)に充当されるが¹⁰⁶、あくまで補助的な財源でしかなく、これらの拠出金収入が医療保険財源に占める割合は極めて小さい。

2) 1990年代における税財源の導入 CSGの創設と医療保険への投入・拡大

1990年代に入ると、このような保険料収入を補助するための税財源ではなく、保険料の代わりとなる税財源が登場した。それが、一般化社会拠出金(CSG: Contribution sociale généralisée)である。CSGは、稼働所得、代替所得、資産所得、投資益、競馬・くじ・カジノでの獲得金を課税対象とし、いずれの所得類型においても所得税よりも広範な所

¹⁰⁴ ヨーロッパにおけるTVAの調和に関する議論については、栗原毅『ユーロ時代のフランス経済 経済通貨統合下の経済政策の枠組みと運営』(清文社、2005年)392頁以下に詳しい。

¹⁰⁵ 当初3%の税率で導入されたが、1978年に6%、1982年に12%、1985年に15%と段階的に引き上げられていった。

¹⁰⁶ なお、アルコールおよびタバコに対する課税は、しばしば医療保険以外の財源に充当しなおされることがあるが、課税自体はなお続いている。

得を課税対象とし(社会保障法典 L. 136-2 条以下)¹⁰⁷、税法上フランスに居住しているとされ、かつ強制加入の医療保険制度による保障を受ける者を賦課対象としたうえで(社会保障法典 L. 136-1 条 1°)、所得税と住民税のいずれも非課税となる者のみ CSG を免除するという広範な人的対象を有する、社会保障目的税である。課税対象については、稼働所得に偏っていたために拠出能力を正確に反映していなかった保険料の欠点に応えたものであり、賃金以外の所得(特に、資産所得や投資益)をもつ層(一般に高所得層が多い)に大きな税負担を課す結果となっている。人的対象の広さについては、非課税者が多かったために負担が集中し、かつ高額化していた所得税の欠点に応えたものである。そして、目的税であるために、税収の用途が特定され、CSG からの収益の分配について国家の介入を受けず、これによりフランスの社会保障制度における自律的な財源管理を維持している。

CSG は、1991 年から家族手当に、1993 年からは老齢年金に(低所得高齢者に支給される所得条件付非拠出制年金の財源を供給する基金に)充当されるようになった後、医療保険にも充当されることとなった。医療保険への CSG の充当は 2 段階で行われた。第一段階として、1997 年社会保障財政法(n° 96-1160)が被用者負担の医療保険料を 1.3 ポイント引き下げ、CSG 率を 1 ポイント引き上げた。この引き上げ分から得られる収益は医療保険制度に充当される。第二段階として、1998 年社会保障財政法(n° 97-1164)により、被用者の負担する医療保険料をほぼすべて CSG に代えることとなった。具体的には、CSG 率は稼働所得、資産所得、投資益について 4.1 ポイント引き上げられ、代替所得について 2.8 ポイント引き上げられた。他方で、被用者負担の医療保険料率は稼働所得について 4.75 ポイント、代替所得について 2.8 ポイント引き下げられた。

この 1998 年の改革以降、被用者の負担する医療保険料はわずか 0.75%のみとなっている。この 0.75%は、被用者のみが受給する代替手当(傷病および出産による休業補償手当)の財源となると考えられている。保険料が稼働所得に基づいて算定され、被用者のみが受給資格を有する賃金比例給付である休業補償手当の財源となるのは論理的であるといえよう¹⁰⁸(図表 4-2 参照)。

その後、2004 年には、あらためて CSG から得られる収入を増大する改革を行った。医療保険に生じた新たな赤字を解消するためである。CSG 収入の拡大は 2 つの方法で行われた。1 つは、稼働所得にかかる CSG の課税基礎を拡大したことである。1991 年に創設されて以来、稼働所得にかかる CSG は控除前賃金(salaire brut)の 95%を課税基礎としてきたが、これを 97%へと引き上げた(控除を 5%から 3%へと引き下げた)。もう 1 つは、CSG 率の引き上げである。具体的には、老齢年金、障害年金、早期退職手当にかかる CSG を 6.2%から 6.6%へと、資産所得および投資益にかかる CSG を 7.5%から 8.2%へ、

¹⁰⁷ CSG と所得税の課税対象の比較については、CONSEIL DES IMPÔTS, *L'imposition des revenus, Dix-huitième rapport au Président de la République*. 2000, Direction des journaux officiels, 2000, p.48.

¹⁰⁸ もっとも、休業補償手当には支給額の上限が設定されているのに対し、その財源となる保険料には算定基礎上限額がなく、賃金全額の 0.75%が保険料額となる点で、完全に論理一貫しているわけではない。

競馬・くじ・カジノでの獲得金にかかる CSG を 7.5% から 9.5% へ、それぞれ引き上げた (図表 4-3 参照)。

図表 4-2 一般制度の医療保険料率 (%)

	87.7.1	91.7.1	93.7.1	97.1.1	98.1.1 (現行)
被用者負担	5.9	6.8	6.8	5.5	0.75
使用者負担	12.6	12.6	12.8	12.8	12.8

注 1: 本表は近年の保険料率の変遷のみを掲載している。

注 2: 医療保険料は 84 年に算定基礎上限額が撤廃され、賃金総額に課されている。

(資料) J.-J. DUPEYROUX (et al.), *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 16^e éd., 2008, n° 1127.等を参考に筆者作成。

図表 4-3 CSG と医療保険との関連 (%)

	稼働所得	代替所得	資産所得	投資益	競馬等の 獲得金
91.2.1	1.1				
93.7.1	2.4				
97.1.1	3.4 (1.0)				
98.1.1	7.5 (5.1)	6.2 (3.8)	7.5 (5.1)		
2005.1.1	7.5 (5.29)	6.2 / 6.6 (3.95 / 4.35)	8.2 (5.95)		9.5 (7.25)

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

(資料) J.-J. DUPEYROUX (et al.), *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 16^e éd., 2008, n° 1186.等を参考に筆者作成。

重要なことは、CSG は無限定に充当範囲を広げているのではなく、一般化を達成した給付 (家族手当¹⁰⁹、医療保険の現物給付) の財源と、所得条件付で支給される非拠出制給付 (老齢年金の一部) の財源として充当されていることである。つまり、職業活動と受給権が結びついておらず、稼働所得を補償するという性質をもつものではない給付 (国民連帯に属する給付) の財源としてのみ充当されている点で、租税化を肯定する大きな理由となっていた論理的正当性が強く意識されているのである。

税財源導入後の使用者負担保険料に関する議論

CSG により被用者の負担する医療保険料を租税化したにもかかわらず、使用者の負担する医療保険料が依然として残されていることを給付と財源の対応関係の観点から問題視し、使用者負担保険料を廃止することを主張する論者もいる¹¹⁰。以下では、使用者負

¹⁰⁹ 家族手当はすでに 1939 年に給付対象が非被用者として職業活動を行っている者へと拡大されていたが (前述 1.(1) 参照) 1975 年 7 月 4 日の法律 (n° 75-574) により、1978 年 1 月 1 日以降は在外国人を含めて職業活動を行っていないカテゴリーにまで拡大された。

¹¹⁰ 例えば、R. PELLET, *op. cit.* note 86.; H. STERDYNIK, “Quel financement pour la protection sociale?”, *Cahiers français*, n° 343, mars-avril 2008, p.70. なお、医療保険と同じように、給付の人的適用範囲の一般化が

担保料の廃止により生じる減収に見合う財源をいかに確保すべきかについてなされている提案を考察する。

それらの提案に通底する問題意識は、賃金を基準に課される負担が大きいこと、SMIC（最低賃金）水準に近い賃金層の件費に大きく影響すること、企業間の負担配分に不均衡があることであり、これらを解決するために、より雇用促進的で、社会保障負担の賦課対象を多様化できるような財源を探求するという観点から検討が行われている¹¹¹。

1) 付加価値保険料（CVA：Cotisation sur la valeur ajoutée）

使用者にかかる社会保障負担を軽減するための改革として、企業の付加価値に保険料の賦課対象を拡大するという提案（したがって、この提案は厳密には使用者負担保険料を廃止するものではない）が、1970年代半ば以降複数の公式報告書でなされてきた¹¹²。徴収総額が同じだとすれば、保険料の一部を付加価値に移すことにより、人件費は引き下げられ、資本にかかる負担は引き上げられる。したがって、この措置は労働に代わり資本を用いること（雇用を控え、設備の充実を図ること）を抑えることになるため、雇用を促進する性質を有する。また、あくまで保険料の賦課対象にかかる提案であり、租税化を行うものではないため、労使の重視する制度の自律を維持することができる¹¹³。

しかし、CVAにはデメリットも存在する。1つは、CVAの適用により生じる企業間の負担の移転に関連する。CVAにより社会保障負担が大きくなる企業とは、資本への集約（付加価値に占める賃金総額の割合が小さいこと）が進んでいる企業である。このような企業は一般的に競争力も大きく、そのような企業の社会保障負担を増加させることは、経済の活性化を損なう恐れがある。もう1つは、CVAが提案する付加価値という賦課対象に関連する。まず、保険料の賦課対象となる付加価値を定義することが難しい¹¹⁴。また、付加価値は賃金総額よりも企業が操作しやすいため不正が行われやすく、海外に移転することもできる。そのため、社会保険料徴収機関あるいは租税当局による管理が難しく、また、期待されるほど増収や雇用創出に結びつかない可能性がある。

これらデメリットを理由に、1970年代は、CVAと同じメリット（保険料の賦課基礎を拡大すること、これまで保険料負担の少なかった企業により多くの負担をさせるこ

達成され、財源にCSGが導入されているにもかかわらず、使用者負担保険料が財源として残されている家族手当部門もあわせて議論の対象となっている。一般制度では、医療保険と家族手当をあわせて使用者負担保険料が18.2%残っている（うち12.8%は医療保険料、5.4%は家族手当保険料である）。これに対し、老齢年金保険に充当される使用者負担保険料（算定基礎上限額付で8.2%、算定基礎上限額なしで1.6%）は問題とならない。なぜなら、その保険料は稼働所得に比例する給付の財源となるからである。

¹¹¹ 以下では、A. GUBIAN, “Quarante ans de financement de l’assurance maladie obligatoire”, in P.-L. BRAS, G. DE POURVOURVILLE, D. TABUTEAU, *Traité d’économie et de gestion de la santé*, Les Presses de Sciences Po., 2009, pp.176 et s.; R. PELLET (et al.), *op. cit.* note 83, pp.318 et s.; H. STERDYNIAK, *ibid.*, pp.72 et s.を参照した。

¹¹² それぞれの報告書の具体的内容については、A. GUBIAN, “Réformer l’assiette des cotisations patronales. Un débat ancien toujours actualité”, *Revue Travail et Emploi*, n° 72, pp.11 et s.

¹¹³ *ibid.*

¹¹⁴ 例えば、生産勘定に基づいて売上高と中間消費との差額を用いることや、経営勘定に基づいて賃金総額と経営の粗利益（EBE：excédent brut d’exploitation）の合計額を用いることが考えられる。

と)を有しながら、デメリットのより小さい算定基礎上限額の撤廃が行われた。また、1980年代は保険料以外の財源を探求することに重点が置かれていた。そのため、CVAの提案が再度注目を集めることになったのは1995年のジュベ・プラン以降(後述3.(2)参照)である。もっとも、そこでもCVAの導入の是非については意見が分かれている。1997年に提出された報告書¹¹⁵では、使用者の負担する医療保険料について、段階的にCVAに移行するか、付加価値に占める賃金総額の割合に応じて保険料率を調整するかで選択の余地を残しているが、いずれにせよ付加価値を考慮して負担を課すことを支持している。これに対し、翌1998年に提出された報告書¹¹⁶では、CVAに対して否定的であり¹¹⁷、低賃金労働者にかかる使用者負担保険料を軽減することを支持している(実際に採用されたのは、このやり方である。後述(3)参照)。しかし、近年でもたびたび検討の対象となっていることから、CVAに対する関心は依然として高いことが窺える¹¹⁸。

2) 社会的 TVA (TVA sociale)

TVA率を引き上げて、使用者負担保険料に代えるという提案は、付加価値に関係する点でCVAと共通する(このように、TVAの引き上げを社会保障財源に充てる場合、「社会的TVA」といわれる)。しかし、CVAでは付加価値の定義が問題となるのに対し、TVAは課税基礎が明確である点で異なる。また、CVAが生産の段階で課される負担であるのに対し、TVAは消費の段階で課される負担である点も異なる。

社会的TVAがしばしば提案される理由は、1つは使用者負担保険料が廃止されることにより、人件費の引き下げが見込めるためであるが、それだけではない。もう1つは、フランス企業の国際的な競争力を高めるためである。これは、次のような考え方によっている¹¹⁹。TVAは輸出品に対しては課されないが、輸入品には課される。そのため、TVAを引き上げることで輸入品の価格は上昇する。これに対し、国産製品は、理論上、価格を引き下げることでTVAの引き上げを相殺するため、国内市場に出回る国産製品の価格は変わらず、輸出される国産製品の価格は下がる。以上から、使用者負担保険料とTVAを代替することにより、フランス企業の競争力が高まるというのである¹²⁰。

もっとも、長期的な影響は好ましいものではない。結局、使用者負担保険料とTVAとの代替は平価を切り下げた場合(dévaluation)と似た効果を有する。したがって、平価を切り下げた場合と同様にインフレを招来する。物価の上昇は賃上げやSMICの引き上げを

¹¹⁵ “Cotisations patronales de Sécurité sociale (Rapport Chadelat)”, *Liaisons sociales*, Documents n° 79/97.

¹¹⁶ その概要については、“Cotisations patronales de Sécurité sociale (Rapport Malinvaud)”, *Liaisons sociales*, Documents n° 70/98.参照。

¹¹⁷ その理由として、付加価値は変動が大きい要素であり、賃金の方が安定していること、雇用を促進する効果が生じるまでに時間がかかり、その効果も大きくないこと、起業家精神を損なうことを挙げている。

¹¹⁸ 例えば、Ministère de l'Économie et des finances, *Rapport du groupe de travail sur l'élargissement de l'assiette des cotisations employeurs de sécurité sociale*, 2006.

¹¹⁹ 以下については、とりわけ、H. STERDYNIAK, *op. cit.* note 110, pp.72 et s.を参照。

¹²⁰ また、TVAは企業の投資(設備の充実)に対しても課されないため、投資を促進することにより、企業の競争力が高まるとも指摘される。

生じさせるため（人件費の増大）競争力が向上するのは短期間である。長期間持続して競争力を向上させるには、賃上げやSMICの引き上げを抑えればよいが、それでは購買力や消費を低下させることになる¹²¹。加えて、TVAの引き上げは所得の低い者にとってより大きな負担増となる（逆進性を有する）ことが明らかになっている。これらの理由から、1990年代にはTVAの引き上げは公式報告書で薦められてこなかったが、近年、特に使用者代表の支持を得て、2007年に専門報告書の検討対象となった¹²²。

3) CSGの引き上げ

最も論理的なやり方は使用者負担保険料を廃止する代わりに、CSGを引き上げることだろう。これにより、使用者は将来も含めて保険料の上昇による人件費の増大を危惧せずに済むことになる。ただし、保険料は繰延賃金としての性質も有するため、賃金を引き上げる必要がある。このことは、世帯からみれば控除前賃金（salaire brut）が増大することになるが、稼働所得にかかるCSG率が上がるため手取り賃金（salaire net）が増大するわけではない。

結局、このやり方は社会保障負担を使用者から世帯へと移転することであり、企業競争力を引き上げることができるかもしれないが、購買力の低下を招き経済を停滞させる恐れがある¹²³。

以上、使用者の負担する医療保険料を廃止した場合に生じる財源の減少をカバーするための提案をみてきたが、いずれも実現には至っていない。その理由として共通しているのは「企業の競争力」という経済的な要素である。すなわち、雇用促進的であることは企業の競争力を高めることと両立しない恐れがあり（ ）、また、企業競争力と世帯の購買力とはトレード・オフの関係にあることである（ ・ ）。

ただ、看過してはならないのは、使用者負担保険料を廃止する改革は、社会保障の管理運営の方法 具体的には、労使による当事者参加 の見直しという根本的な問題を生じさせるため容易には実施できないとの理論的側面からの指摘であろう¹²⁴。

（3）使用者負担保険料の減免 1993年以降

時系列では前後するが、1993年から、低賃金労働者にかかる使用者負担保険料を全体的

¹²¹ また、平価の切り下げと同様の効果を有することはユーロ圏のヨーロッパ諸国との信頼関係を損なう可能性があること、ユーロ圏外の国との関係で競争力が高まることを保障するものではないことも指摘されている。

¹²² E. BESSON, *TVA sociale*, 2007.

¹²³ 稼働所得以外の所得にかかるCSGについて、年金（代替所得）にかかるCSGを引き上げることに対しては、近年、年金額を抑制する改革が行われたため年金受給者にかかる負担がさらに高まることを理由に、資産所得にかかるCSGを引き上げることに対しては、資本課税を高めることは資本の流出を招く危険があることを理由に、いずれも引き上げに否定的な意見がみられる（H. STERDYNIAK, *op. cit.* note 110, p.72）。

¹²⁴ A. GUBIAN, *op. cit.* note 111, p.175.

に減免する改革が行われるようになった¹²⁵・¹²⁶。この措置は、家族手当部門から始まったが、その後医療保険における使用者負担保険料にも適用されることとなった。

使用者負担保険料を軽減するという方法は、近隣諸国と比べて、フランスの雇用創出が（特に第3次産業部門で）弱いことへの対応策である。これは、SMIC水準に近い賃金層の person費水準が高いことが関連しており、その水準の労働者に対する保険料をもっと大きく軽減すべきであると指摘された¹²⁷。

具体的な減免策

1993年から、家族手当部門の使用者負担保険料（5.4%）はSMICの1倍から1.1倍の賃金については免除され、SMICの1.1倍から1.2倍の賃金については半分に軽減された。その後、1993年12月20日の法律（n°93-1313）は、使用者負担保険料の軽減が認められる賃金水準の境界を毎年引き上げ、1998年にはSMICの1.6倍の賃金にすることを決定した。1995年、SMICは4%引き上げられ、その決定による人件費にかかる影響を避けるため、政府は保険料免除をSMIC同様引き上げることになった。そのとき、使用者の負担する医療保険料の軽減策（*ristourne*）が設けられた。この軽減策は1993年から実施されている家族手当保険料の減免とあわせて実施され、賃金水準がSMICの1.2倍までの者が対象となり、賃金が高くなるにつれて逡減する。1996年には、これら2つの減免策が1つにまとめられた。賃金がSMIC水準の者にかかる医療保険および家族手当の使用者負担保険料（計18.2%）が免除され、SMICの1.33倍（1998年に1.3倍に変更）までの者については減額の対象となる。

2000年1月19日の法律（n°2000-37：通称Aubry法）は週労働時間35時間制に移行し、かつ雇用を増加もしくは維持する企業に諸社会保険料の減免を認めた。軽減率は、賃金がSMIC水準の者で26%になる。2003年には、労働時間に応じて新たに企業に諸社会保険料の減免が認められることとなった。軽減率は、賃金がSMIC水準の者で26%（被用者20人未満の企業では28.1%）、賃金水準がSMICの1.7倍（その後1.6倍に変更）までの者が対象となり、賃金が高くなるにつれて逡減する。

こうして、低賃金労働者に対する使用者負担の社会保険料の軽減策は、2007年で210億ユーロ（うち40%はCNAMTSの財源となる）という規模となっており、低賃金労働者の雇用を促進させるものとなっている¹²⁸。

¹²⁵ もっとも、特定の領域では、1970年代末からすでに、使用者負担保険料の免除措置が行われてきた。その目的は、雇用を促進し、失業を抑えることにあった。使用者負担保険料の免除措置はまず若者、高齢失業者、長期失業者を対象とする労働契約に適用されたが、家族雇用や起業といった一定の活動、さらには一定の地域圏についても行われるようになってきている。

¹²⁶ なお、2007年には、超過勤務時間にかかる保険料の減額が導入されたが（2007年8月21日の法律（n°2007-1223）による）、この減額は初めて被用者負担保険料（医療保険および老齢年金保険）を対象としたものであった。

¹²⁷ A. GUBIAN, *op. cit.* note 111, pp.173 et s.

¹²⁸ もっとも、15年間で10以上の改革が行われているため、不安定な仕組みであるとの評価もみられる（*ibid.*, p.174）。

使用者負担保険料の減免分を補填する財源

1994年7月25日の法律（n° 94-637：通称 Veil 法）の施行日以降に実施された保険料の減免については、国家予算 具体的には、予算交付金（dotations budgétaires）や税収の割当の見直し により補償される（社会保障法典 L. 131-7 条）¹²⁹。これについては、労使ともに異論はなかった。なぜなら、この措置は、社会保障制度の収入は国家の決定した雇用政策（政治的選択）に左右されないことを つまり、国家との関係で社会保障の財政的自律を 保障するものだからである¹³⁰。国家が、ある雇用類型については使用者負担保険料を軽減するとした場合、それにより社会保障制度が被る減収分は国家が負担しなければならないのである。

ところが、Aubry 法による時短支援措置が公共支出の負担となつてはならないと判断されたことを背景に、Veil 法は後法により例外が設けられた。こうして、週 35 時間労働制への移行から生まれた新規採用に関連して減免される使用者負担保険料は、国家予算によって肩代わりしないこととなった。そこで、2000 年社会保障財政法（n° 99-1140）は、時短を奨励するための使用者負担保険料の減免は、税収を財源とする特別の行政的公施設により補填するとし、Veil 法の定めた原則に対する重要な例外をつくりだした。それが使用者負担保険料改革財源基金（FOREC）であり、同基金は時短と関連する減免のほか、使用者負担保険料の全面的な減免のための財源を供給する（2002 年では、CNAMTS は FOREC から 63 億ユーロを受領）。

そして、タバコ税、アルコール税、自動車保険税といった従前医療保険に充当されていた税収が FOREC の財源とされた。つまり、医療保険の収入となっていた税財源は、国家の決定した雇用政策から生じる使用者負担保険料の減免措置の財源とすることを目的とする基金のため、割当が見直されることになったのである。また、FOREC には、上記のほか、会社の利益にかかる社会拠出金（CSB：法人税に上乗せ徴収される）や汚染活動にかかる一般税（TGAP）等、多様な税収が財源として割り当てられた。さらに、これら税収の割当は各社会保障制度の財政均衡を優先するという観点からたびたび変更された。

そのため、赤字が生じた社会保障制度における改革を奨励する意欲を失わせ、また、責任を不明確にすると批判された。結局、2004 年に FOREC は廃止された。その際、使用者負担保険料の全体的な減免から生じる減収は全額国家予算により補償することとされ、FOREC に充当されていた税収が国の一般予算に割当しなおされている¹³¹。

使用者負担保険料の減免からは、以下の 2 点を指摘できよう。1 点目は、使用者負担保険料の改革による賃金階層ごとの使用者の負担についての指摘である。使用者負担保険料に関わる一連の改革を振り返ってみると、戦前および 1945 年の制度では、算定基礎上

¹²⁹ ただし、それ以前の減免措置についてはすべてが補償されるわけではない。例えば、雇用促進連帯契約（CES）、初期被用者採用（embauche d'un premier salarié）、パートタイム雇用創出にかかる減免措置は国家予算により補償されない。

¹³⁰ R. PELLET (*et al.*), *op. cit.*, note 83, p.309.

¹³¹ また、現在では、一部の減免措置については社会保障制度に租税を充当することで補償されている（社会保障法典 L. 131-8 条）。

限額が設定されていたために、使用者負担保険料は逆進的で、低賃金階層ほど相対的に使用者の負担が大きくなっていった。しかし、1967年から算定基礎上限額が段階的に撤廃されていき、医療保険料については1984年に完全に算定基礎上限額が撤廃されてからは、使用者の負担は賃金比例的になった。さらに、1990年代からの低賃金労働者にかかる社会保険料を軽減する政策によって、使用者負担保険料を累進的にして、高賃金階層ほど使用者負担保険料が大きくなっている（同時に、低賃金階層の人件費を引き下げることができる）。使用者負担保険料の減免を社会保障財源の根本的な改革であるとして重要視する指摘がみられるのは、このように、賃金階層による使用者の負担の関係を修正するものであるためである¹³²。2点目は、使用者負担保険料の減免分を、減免対象となる労働者以外の労働者にかかる保険料の引き上げによってではなく、一般予算によって補填していることについての指摘である。フランスでは、一定の社会保障部門にCSGを充当するという直接的な税財源の導入に加えて、雇用政策の一環として使用者の負担する保険料の減免にかかるコストを国家予算に負担させることで間接的な租税化（fiscalisation indirecte）も行っているといえる¹³³。

3. フランス医療保険制度の管理運営 自律的運営原則の変容

本節では、フランスの医療保険制度の管理運営について、労使と国家との緊張関係 労使による管理と国家の介入との相克 に留意しながら考察を行う。1945年の制度は当事者自身に管理運営を委ねた。具体的には、医療保険の保険者である金庫の意思決定機関である理事会に、労使の代表を理事として参加させ、当事者による自律的運営を原則としたのである。この労使による当事者管理が強く維持されてきた1990年代までの主たる争点は、理事会における理事の労使構成比 さらにいえば、労働者代表理事の数的優位か、労使同数か である（1）。しかし、1990年代半ばから、社会保障財政法が毎年制定されることとなり、財政の管理において国家が医療保険に介入するようになる（2）。そして、2004年の法律では、金庫の意思決定を担う機関に変化がみられたことで、管理運営面において国家が医療保険に及ぼす影響が大きくなる改革が行われている（3）。

（1）金庫理事会の構成の変遷 1967年から1996年

医療保険の保険者である金庫の意思決定機関である理事会（2004年の改革により、評議会に名称変更（後述（3）参照））については、保険料を負担する労使の代表が構成員となっている。1945年に現行の社会保障制度の基盤が構築された段階では、理事の労使構成比について、労働者側に有利な理事の配分となっており、労働者代表理事の選出方法は被保険者による直接選挙制がとられていた（前述1.（2）1）参照）。しかし、理事の、 労

¹³² A. GUBIAN, *op. cit.* note 111, p.175.

¹³³ R. PELLET (*et al.*), *op. cit.* note 83, p.308.

使構成比と、選出方法について変遷がみられる。これらは医療保険の管理運営における当事者（労使）間および当事者と国家との間の緊張関係といった観点から、使用者の位置づけを浮かび上がらせる。そこで以下、1945年以後の変遷を簡潔にたどることとする¹³⁴。

1967年の改革

最初の変更は1967年に行われた。医療保険の支出を管理する必要性が高まったことを背景に、1967年から1968年にかけて社会保障の管理機構である金庫に対し大きな改革が行われたのである（当時の厚生大臣の名を取ってジャンネイ改革（réforme Jeanneney）と呼ばれる）。そのなかで、「労使により大きな責任を与えることで一般制度の財政均衡を保障」しようとするのが目指された。そのために、社会保障金庫の構造と、金庫の理事会に改革が行われている。

社会保障金庫の構造について、1945年以降は「社会保障金庫」と「家族手当金庫」の2本建ての金庫制度による運営が行われてきた¹³⁵。これに対し、1967-1968年の改革は「社会保障金庫」を「医療保険金庫」と「老齢保険金庫」とに分割し、これに伴い、これまで一本化されていた医療保険料と老齢保険料が区別されるようになった。従来から存在する「家族手当金庫」を加えた3本建ての金庫制度を作り上げた。これは各部門の会計をより明確にすることで、政府の監督のもとで3つの各全国金庫があらゆる適切な措置をとりながら部門ごとに収支の均衡を維持するようにさせることを目的とする。これにより、被保険者に問題を把握させ社会保障制度に対する積極的な参加を促すとともに、一般制度収支の長期安定化、さらには社会保障赤字の最大の要因となっている医療保険支出の合理化を図るというものである¹³⁶。実際、1967-1968年の改革により医療保険の全国金庫にはリスク管理に関する権限と下部金庫に対する監督規定がおかれている。このように全国金庫を部門ごとに分割したことは、ラロック・プランにおける統一化原則（前述1.(2)参照）が明確に破棄されたことを意味する。

また、金庫の理事会について、1967年8月21日のオルドナンス（n° 67-706）は理事の労使構成比を変更し、労使同数とした。労使同数制が導入された理由は2つ挙げられる。1つは、労働協約によって設けられ、労使同数代表制による管理運営が行われていた補足制度や失業保険制度が発展をみていたことである。もう1つは、財政悪化のなかで使用者負担保険料が段階的に引き上げられており、多くの財源を負担している使用者に

¹³⁴ 以下（1）での記述は、加藤・前掲注68書242頁以下・370頁以下、伊奈川秀和『フランスに学ぶ社会保障改革』（中央法規、2000年）93頁以下、健康保険組合連合会編・前掲注72報告書121頁以下〔加藤智章執筆〕に多くを依拠している。

¹³⁵ 当初、社会保障制度の管理運営については社会保障金庫が統一して行うものとされた。しかし、家族的利益（intérêts familiaux）が侵害されるとの抵抗が強かったため、1949年2月21日の法律（n° 49-229）により、家族手当部門の管理運営は社会保障金庫から分離・独立して家族手当金庫が行うこととされていた。（藤井ほか編・前掲注49書162頁〔上村政彦執筆〕）

¹³⁶ 医療保険赤字の原因として、医療保険の適用対象者が増加したこと、被保険者への医療給付に対する償還率が改善されたこと、医療サービスの価格自体が上昇したこと、医療消費が増加したことが挙げられている（R. JAUSSAUD, “La réforme et les problèmes de structures et de gestion financière de la sécurité sociale”, *Droit social*, janvier 1968, pp.22 et s.）。

被用者と同等の地位を認めて、発言力を高めようとしたことである。それにより、責任ある合理的な運営が行われることを期待したといえよう。同時に、理事の選出方法は指名制に変更された。こうして、使用者代表理事は代表的な使用者団体であるフランス経営者全国評議会（CNPF：現在は、フランス企業運動（MEDEF）に名称変更）労働者代表理事は代表的労働組合（当時、CGT、FO、CFDT、CFTC、CGC の 5 つ）により理事が指名されることになった。そして、労働者代表理事における労働組合間の議席配分は、国が行う。

以上からすれば、ジャヌネイ改革により、社会保障の管理運営について、使用者と国の立場が強くなり、他方で労働者の立場は弱くなったといえる。

1982 年の改革

しかし、社会党のミッテラン(Mitterrand)大統領による左翼政権誕生後の 1982 年には、労働者の利益に配慮した改革が行われた。社会保障の管理運営についても例外ではなく、ミッテラン陣営の選挙公約に基づいて、1982 年 12 月 17 日の法律（n° 82-1061）により以下の改革が行われた。まず、理事の労使構成比については労使同数制が放棄され、再び労働者側に有利な配分に戻された。その論拠は、一般制度以外の他の制度（非被用者の制度や公務員の制度）の理事会は労働者代表理事が優位を占めていること、社会保険料は間接賃金であり、使用者負担保険料も含めて実質的な負担者は労働者であることにある。また、理事の選出方法も労働者代表理事については選挙制に戻すこととなった（使用者代表理事については指名制を維持）。

1996 年の改革

1996 年 4 月 24 日のオルドナンス（n° 96-344）は、ジュベ・プランに基づいて理事会の構成について、以下の 3 点で改革を行った（ジュベ・プランの内容は多岐にわたり、より大きな改革も含まれるが、ここでは、金庫理事会の構成に関わる部分のみを取り上げる。それ以外の点については、後述（2）参照）。理事の労使構成比を再度労使同数に戻したこと¹³⁷、労働者代表理事も指名制としたこと、国が指名する有識者理事を構成員に加えたことである。とりわけ、有識者理事の参加については、これまでの理事会が労使二者管理だったのに対し、労使と有識者による三者管理へと転換する契機とも考えられる。これにより、労使による閉鎖的な管理運営から、開放的で透明性の高い管

¹³⁷ もっとも、その後 2001 年 9 月から MEDEF は理事会への参加を取りやめていた。その理由は週労働時間 35 時間制への反発に加え、社会保障に関わる理由として、週労働時間 35 時間制を導入した企業に対する諸社会保険料の減免の財源に社会保障機関が関与することになっていたこと、社会保障における責任の明確化を望んでいたことがある。特に、責任の明確化については、社会保険の性格を強く維持するもの（失業保険や補足老齢保険）は労使による管理を、国民連帯の性格を有するもの（医療保険の現物給付や家族手当、社会的排除に対する社会参入政策）は国家による管理を主張していた。その後、2005 年から医療保険の評議会（理事会から名称変更）に復帰したが、それはこの評議会は管理運営の責任を負う組織ではなく、方針決定を主たる役割とする組織だからである（後述（3）参照。以上は、B. PALIER, *Gouverner la sécurité sociale*, PUF, 1^{re} éd. “Quadrige”, 2005, pp.404 et s.）

理を行うことが狙いとされたのである。

このように、医療保険の管理運営については、時々为社会経済状況や政権に応じて理事の労使構成比と理事の選出方法について変遷がみられるものの、国家から法的に独立した機関において、労使当事者がその代表を通じて、制度の管理運営に関する諸決定に関与する点は堅持されてきた。しかし、ジュペ・プランは新たな責任体制（国家（議会）の役割を強化する体制）を構築した。

（２）国家介入の強化 1995年のジュペ・プラン

改革方針と概要

1995年11月15日、当時の首相アラン・ジュペ（Alain Juppé）は、1945年・1967年の社会保障改革と肩を並べる大改革と評される社会保障改革計画（通称ジュペ・プラン）を発表した。ジュペ・プランは、「公正」「責任」「緊急性」（それぞれ、justice、responsabilité、urgence）という三本柱からなっている。すなわち、社会保障制度を「公正」という理念のもとで改革することが要請されており、原則的な改革方針として「責任」を明確にしつつ、「緊急性」をもって改革を実施するというものである¹³⁸。

ジュペ・プランの内容のうち、医療保険に関わるものを挙げておこう。まず、「公平」のもとに、社会保障制度が全ての者に平等に保障されることが目指されており、具体的な施策として「普遍的医療保険制度（régime universel d'assurance maladie）の創設」と「社会保障財源の改革」が掲げられている¹³⁹。当時、およそ20の医療保険制度が並存しており、そのため、保障の「不平等」「複雑化」「高コスト化」を招いていることが批判されていた。そのため、フランスへの定住（résidence régulière）のみを加入要件とする簡潔さを特徴とした普遍的医療保険制度を創設する案とともに、医療保険財源を保険料からCSGに移行しようとする社会保障財源の改革案も打ち出されたのである¹⁴⁰。

「責任」に関連して、議会・政府・金庫間の責任の明確化が問題とされ、従来の体制を再検討するとともに、財源の改革との関連で憲法の改正が必要とされた。憲法の改正に関しては、「社会保障財政に関する議会の役割の強化」という観点から社会保障財政法が創設されることになった（後述）。

「緊急性」として、「負債の処遇」が挙げられる。社会保障から生じた負債の返済について、1996年1月24日のオルドナンス（n° 96-50）は、社会保障債務減債金庫（CADES）

¹³⁸ “Intervention du Premier ministre Alain Juppé sur la réforme de la protection sociale”, *Droit social*, mars 1996, pp.221 et s.

¹³⁹ 「公平」については、「退職年金の平等を進めること」「公正かつ効率的な家族政策の実施」も掲げられているが、本稿では触れない。

¹⁴⁰ 実際には、まず財源の改革に着手され、数度にわたりCSGを引き上げて医療保険に充当すると同時に、被用者負担の医療保険料が引き下げられた（前述2.(2)参照）。これに対し、普遍的医療保険制度を創設する案は、ジュペ・プランの構想通りには実現されなかった。それに代わり、職域保険の分立・併存という制度構造を残しつつ、いずれの職域制度にも加入できない者はフランスでの居住を条件に一般制度に加入させる普遍的疾病保護（CMU）という制度を創設する形で実現された。

を創設し、その主要な資金源は社会的負債に対する拠出金（社会保障債務償還拠出金（CRDS））によるものとした。CADES は 1995 年までの負債 2300 億フラン、1996 年に見込まれる社会保障赤字 170 億フラン これらは主として、医療保険部門の支出が過剰に増加したことが理由である に加えて、全国非農業非被用者医療保険金庫（CANAM）の赤字を加え 2500 億フランを引き受けるものとされ、また社会保障累積赤字を 13 年間にわたって返還するものとされた¹⁴¹。CRDS は、CADES の主要な資金源となり、債務償却期間につき例外的に課される拠出金である。CSG に類似するがさらに広い課税対象を有するため、低い税率で大きな収入を得ることができる。その税率は 0.5% であり、CSG と同じように徴収されるものとされた。時限的措置とはいえ、CRDS にもフランス社会保障制度の租税化の動きをみることができる。

以下では、責任の明確化と関連し、医療保険制度の管理運営のあり方に大きな影響を与える、社会保障財政法について説明する。

社会保障財政法の制定

社会保障財政法制定の背景には、議会の役割強化が求められたことがあるが、これは、CSG の創設等により財源の多様化が進んだことで負担と給付の関係が複雑化したため、国家が社会保障財源をコントロールする必要性が生じたためである。したがって、国の歳入・歳出を決める財政法とは別に社会保障財政法を創設し、社会保障会計の資金均衡の条件と歳出目標を定める必要性が高まったのである。社会保障財政法の創設にあたっては、第一段階として、1996 年 2 月 22 日の憲法的法律（n° 96-138）により憲法第 34 条および第 39 条が改正され、第 47-1 条が新設された。これにより、政府の専権事項と議会の立法権限との調整を行い、社会保障財政に対する議会の統制を可能とした。そして、第二段階として、社会保障財政法に関する 1996 年 7 月 22 日の組織法律（n° 96-646）により社会保障法典が改正された。これにより、「社会保障に関する財政的均衡の一般的条件を決定し、かつ、収入の見通しを勘案しその支出の目標を定める」ものである社会保障財政法を毎年定めることとされたのである（社会保障法典 LO. 111-3 条）。

特に、医療保険については、医療費の抑制を行うために社会保障財政法のなかで特別な手続が定められることになった。社会保障法典 LO. 111-3 条 は、毎年「社会保障財政法は医療政策の方針」と「全ての強制加入基礎制度における医療保険全国支出目標（ONDAM）を定める」と規定している。ONDAM は全ての基礎制度における傷病と労働災害の 2 部門における現物給付（開業医療費および入院医療費）と金銭給付（休業補償

¹⁴¹ したがって、その設置は 1996 年 1 月 1 日から 2009 年 1 月 31 日までの時限的なものと定められていた。しかし、1998 年社会保障財政法（n° 97-1164）により、CADES は新たに 97 年の債務と 98 年の予想債務を償還することとなったため、CRDS の徴収期間は 5 年間延長され、その終期は 2014 年の 1 月末となった。さらに 2004 年の改革（後述（3）参照）で、CADES は 98 年以降の社会保障債務と 2006 年までの医療保険の予想債務（2003 年と 2004 年として最大 350 億ユーロおよび 2005 年と 2006 年として最大 150 億ユーロ）を償還することとなったため、再び CRDS の徴収期間が延長され、2014 年以降も社会保障債務を完済するまで徴収されることになっている。

手当)に関わる。

ONDAM は医療保険支出の上限を定めるものではない。被保険者の権利には依然制限は課されておらず、また、医療保険給付は量的な制限を課されることなく行われるからである。したがって、ONDAM はそれ自体命令的な性質を有するものではないが、その後の予算枠設定的な性質を有する諸決定や、強制的な効力を有する事後的規制措置がONDAM に沿って行われるため、実質的には医療保険支出に大きな影響を与えている。

社会保障財政法の意義は、何よりも議会が社会保障財政に対するイニシアティブを手に入れた点に認められるが、同時に職域ごとに多元的に並存する個別的制度の枠を越え、社会保障制度財政を全体としてとらえ、その均衡を維持するための条件を決定することを可能にした点にもその意義が認められる。社会保障財政法はとりわけ財政面から社会保障における国家介入を強化する(étatisation)嚆矢となるものであるといえる。以上のように、労使により構成される医療保険金庫主導の管理運営から(社会的民主主義)議会による支出目標の設定に基づき金庫が運営を行う体制(議会民主主義)が指向されているのである¹⁴²。

(3) 管理運営組織の改革 2004年8月13日の法律

2004年8月13日の法律(n°2004-810:以下、2004年法とする)は医療保険改革に関する法律であり、医療供給の組織化と医療費の医学的抑制、医療保険の行政的組織化、医療保険財源の3つを軸として様々な改革を行い、医療保険の赤字問題に対処しようとしている。内容は多岐にわたるが、ここでは、本稿との関連で重要と思われる、医療保険の行政的組織化に関わる改革のうち、管理運営組織の改革(組織内部における権限分配の変更と組織構造の再構築)に絞って、内容を検討する(同法による医療保険財源に関する改革は、前述2.(2)参照)。

まず、金庫内部の組織に改革が行われている(2004年法第53条による社会保障法典L.221-3条およびL.221-3-1条)。具体的には、医療政策等の決定に大きな影響力をもつ一般制度の全国金庫であるCNAMTSには、理事会(conseil d'administration)に替わり評議会(conseil)が創設された。従前、理事会は労使同数の理事で構成され(前述(1)参照)金庫の意思決定を行う機関だったのに対し、評議会はあくまで政策的な指針や方針といった抽象的な事項の決定を行う役割を負うにすぎない¹⁴³。代わって、事務局長(directeur)から名称変更された事務総長(directeur général)に管理運営が委ねられ、評議会の定める政策方針の原案を作成し、評議会の定めた方針を具体的に実施する責任を担うこととなった。事務総長は社会保障担当大臣により5年任期で任命されるが、評議会は2/3以上の反対がなければ任命を阻止できず、解任も2/3以上の賛成がなければなしえない。

CNAMTS 内部の組織変更と並んで、併存する医療保険制度の保険者(金庫)間の連携を

¹⁴² B. PALIER, *op. cit.* note 137 p.396.

¹⁴³ 同様の名称変更および権限の変更は、医療保険初級金庫(CPAM)でも行われた。

高めるため、全国医療保険金庫連合（UNCAM）が創設された（2004年法第55条による社会保障法典L. 182-2条およびL. 182-2-2条）。UNCAMは、主たる医療保険制度の全国レベルの金庫であるCNAMTS、CANAM、農業共済組合中央金庫（CCMSA）を統轄する。UNCAMは、これら3つの全国金庫を代表して医療職従事者との関係を規制する協約およびその付属文書等について交渉を行い、締結する。これまでは、CNAMTSおよび1つ以上の他の全国金庫が協約の交渉・締結主体となっていたことからすれば、協約の交渉・締結権限をUNCAMに集約したことになる。また、被保険者の自己負担分や薬剤の償還率を定め、さらに償還可能な医療行為や医療給付について行為集への登録を決定する権限もUNCAMに移されている。UNCAMには、評議会、事務総長、事務局長会（collège des directeurs）が置かれる。UNCAMの実質的な運営は事務局長会が行うが、同会を構成するのは上記3つの全国金庫の事務総長および事務局長である。そして、UNCAMの事務総長はCNAMTSの事務総長が兼任し、事務局長会でも2票の投票権をもつ点で、CNAMTSの事務総長が大きな役割を果たすことになる。

以上から、2004年法による管理運営組織の改革により、さまざま権限がUNCAMに移されており、医療保険の保険者の権限の拡大が図られていることがわかる。そして、保険者内部では、管理運営における自律すなわち、当事者である労使が管理運営の関与することの象徴であった理事会の権限が縮小され、政府主導で任命される事務総長の権限が強化されているのである¹⁴⁴。

おわりに

以上みてきたように、フランスの医療保険制度における使用者負担保険料の位置づけは、フランス社会保障制度の歴史的経緯に大きく影響を受けているが、医療保険制度の改革とともに、使用者負担保険料の位置づけは変容のさなかにある。以下では、使用者が医療保険料を負担する理由を確認したうえで（（1））、医療保険制度の改革の背景と方向を整理し（（2））、それらを踏まえて「医療保険制度における事業主の役割」についてあらためて考察を加えて本稿を結ぶこととする（（3））。

（1）歴史的経緯にみる使用者負担保険料の位置づけ

フランスの現在の医療保険制度の母体となっている1945年の制度が創設されるまでの歴史的経緯に照らせば、使用者が医療保険料を負担する理由は大きく2点ある。1点目は、医療保険はもともと「被用者」に対する「賃金補償」としての機能が大きかったことである。フランスの医療保険は、広く「国民」に対して「医療保障」を行うことではなく、被用者自身の傷病を理由とする欠勤による喪失所得の補償を主眼とした、使用者（企業）の任意

¹⁴⁴ 加藤智章「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20頁。

的恩惠的給付を起源とする。そうしたなかには、使用者が費用の一部を負担することが被用者に対する責任であると考えられた。2点目は、社会保障を国家の手に委ねるのではなく、当事者自らで管理運営していくものと考えられたことである（自律性原則）。このため、医療保険についても、保険者たる金庫は労使という関係当事者の代表が構成員となる理事会によって運営され（自律的運営原則）、財源は労使の拠出する保険料によって賄ってきた（自律的財政原則）。つまり、保険料を通じて医療保険の費用を負担していることが、使用者（および被用者）の管理運営への参加を正当化する理由となったことである。とりわけ、この2点目から、フランスにおいて医療保険制度（広くは社会保障制度）の改革を行う際には、労使対立が焦点となるのではなく、労使と国家との緊張関係 労使の自律に対する国家の介入 が焦点となる。そして、この緊張関係は実際上、国家が自らの権限を拡大しようとするのに対し、労使がそれに抵抗する形で具体化されることになる。

しかし、1945年直後からみられるようになった医療保険制度の2つの大きな変化のなかで、使用者が医療保険料を負担する理由はいずれも妥当性を失いつつある。1つは、医療保険制度の主たる機能の変化である。すなわち、1945年の医療保険制度が多様な主体により供給される医療保障を広く保険給付の対象としたことにより、医療保険は賃金補償機能から医療保障機能を中心とする保険へと次第に変化していったことである。もう1つの変化

段階的で長期的な変化は、医療保険の人的適用対象が被用者以外の人口層へと徐々に拡大していったこと（一般化に向けた動き）である。こうして、被用者に対する使用者の責任という観点からの保険料負担の妥当性には以下の2点で疑問が生じる。医療保障は納付した保険料に応じてではなく患者のニーズによって行われるのに対し、使用者が被用者のための保険の一部を被用者の賃金に比例して負担することの論理的整合性は希薄化しており、医療保険の対象が被用者以外の層に拡大しているときに、被用者だけが金銭的負担の一部を使用者に負担してもらうことの論理的整合性も希薄化していることである。

また、2つめの変化である医療保険の一般化への動きは、使用者が医療保険料を負担するもう1つの理由である自律性原則にも関係するものであり、使用者負担保険料の位置づけにも大きな影響を与えている。そこで以下、この動きと自律性原則との関わりに留意しながら、財源と管理運営に分けて改革の背景と方向を整理する。

（2）改革の背景と方向

財源政策

フランスの医療保険制度は、労使の拠出する保険料を主たる財源とし、財源の改革も保険料に依拠した政策を中心としてきた（自律的財政原則）。具体的には、保険料率の度重なる引き上げや算定基礎上限額の撤廃である。

しかし、これら保険料に依拠した方法は1970年代中盤以降、内在的問題を露呈するに至った。それは、保険料は稼働所得に賦課されるため、経済停滞のなかで賃金と雇用が停滞するなかで、保険料収入が伸び悩んだことである。それにもかかわらず、医療の必

要性は経済状況とは無関係であり、依然として医療費は膨張し続けた。こうして、医療保険赤字は膨張し、その結果新たな保険料の引き上げが必要となる。保険料の引き上げは、保険料が稼働所得（賃金）を賦課対象とするため、雇用コストの増大を招き使用者の負担を大きくする。それにより、企業の国際的な競争力を損なうことで失業が増加し、さらに保険料収入が伸び悩むという悪循環を生じさせる。また、保険料が稼働所得を賦課対象とすることは、以下の2点で不公正な状況を生じさせる。1点目は、稼働所得以外の所得を対象としていないことである。とりわけ、一般に高所得層に認められる資産所得や投資益が賦課対象となっていないために、所得の再分配（垂直的公平）の点で問題があるとされた。2点目は、医療保険における財源の負担者（拠出者）と受給者の対応関係である。医療保険の一般化の達成に向けて人的適用対象が拡大するなかで、稼働所得を得ていない医療保険適用対象者（非就労者、失業者等）に対しても広く財源の負担を求めることが論理的であると考えられた。

こうして、雇用の創出・促進、企業競争力の強化、社会的公正という観点から医療保険財源の見直しが検討されることとなる。

こうした状況のなかで、フランスは医療保険の財源に租税を導入する改革（租税化）を実行した。租税化にあたっては、医療保険料率の引き下げを同時に行うことで雇用コストを軽減させている。また、租税化の中核をなしている CSG は、広範な所得を課税対象とし、広い人口層を対象とすることで社会的公正の問題にも応えている。しかし、保険料と比べると国家の介入の度合いが大きい税財源に依拠することで、自律的財政原則は希薄化している。もっとも、自律的財政原則の希薄化には一定の留保が必要である。それは、CSG が社会保障目的税であるためである。この特徴から、CSG は充当先が明確であり、国家の介入を受けることなく安定的な財源を自律的に管理することができる。付言すれば、医療保険料率の引き下げは被用者の負担する保険料だけを対象とするにとどまっており、使用者負担分の引き下げには着手されていない。そのため、医療保険財源に占める税の割合が大きくなっているなかで、なお最大の財源は保険料であることは看過できないだろう（前掲図表 4-1 参照）。ただし、使用者負担保険料が残存していることには、医療保険における給付と拠出の人的適用対象を一致させることに加え、雇用促進や経済競争の観点から疑問を呈する向きもある。そのため、使用者負担保険料を引き下げると同時に、付加価値税（TVA）あるいは CSG を引き上げるといった租税化のさらなる拡大や、賃金総額ではなく付加価値を基準に使用者負担保険料を決定する（CVA）といった保険料賦課対象の変更等のさまざまな提案がなされている。しかし、いずれも実現には至っておらず、なお議論が続いている。少なくとも現時点では、使用者負担の医療保険料を引き下げることよりも、低賃金労働者にかかる使用者負担保険料に限定して保険料を減免する措置を設ける。それにより、低賃金層の雇用促進を図る。改革が広く行われている状況にある。

管理運営方式

フランスの医療保険制度で管理運営の役割を担っているのは国家から自立した組織である金庫であり、金庫は基本的には労使が理事を構成する理事会により運営されてきた（自律的運営原則）。

しかし、自律的運営原則に対しては管理運営当事者の正当性（*légitimité*）が問題視されており、労使による自律的な運営に委ねる方法を抜本的に変えようとする改革がみられている。上記のように、これまでは労使から構成される金庫が医療保険制度を運営してきた。しかし、一般化に向けた動きのなかで、労使によっては代表されない人口層（例えば、失業者等の非就労者、非被用者）が増加し、また、医療保険財源として税 特に、労使以外も負担する CSG の占める割合が増大する（租税化）に伴い、労使代表による自律的運営が民主主義の観点から妥当か否かに疑問がもたれるようになったのである。

こうした背景から、フランスは医療保険の管理運営に国家を大きく関与させる体制を確立する2つの改革を行った。1つは、毎年議会が審議したうえで制定される社会保障財政法の創設である。同法には、社会保障の財政均衡の条件が定められるほか、とりわけ医療保険については全国レベルの支出目標が定められることになっている。これにより、議会のイニシアティブによって医療保険財政の目標と目標達成に向けた運営の方向が決定されることとなった。もう1つは、管理運営組織である金庫の組織改革（組織内部および組織構造の変更）である。組織内部では、国家が任命する者（事務総長）に金庫の管理運営が委ねられることとなった。それに伴い、労使代表により構成される機関の役割は金庫の意思決定を行うことから、政策的な指針や方針の決定を行うことへと変更された。これと並んで、組織構造については、被用者保険の保険者だけでなく、非被用者や農業関係者に対する医療保険の保険者との連携を高めるための連合組織が新設された。この連合組織にはさまざまな権限が委ねられているが、組織のなかで大きな役割を果たしているのはここでもやはり国家が任命する者（被用者保険の保険者の事務総長）である。こうして、管理運営に対する国家の介入の度合いは大きくなるとともに労使の役割は後退する傾向にあり、自律的運営原則もまた希薄化している。

（3）医療保険制度における事業主の役割の変容

フランスの医療保険で行われている諸改革の全体的方向として、従来の「労働（者）」を基盤として「自律」を重視した制度から、「国民全体」に対する「連帯」を重視した制度へ移行しているという流れをみることができる。医療保険は、傷病労働者に対する喪失賃金の補償から医療保障へと役割を移し、一般化に向けて人的適用対象を拡大するとともに、広く国民に医療保険財源を負担させるため租税化が進行した。また、一般化および租税化は労使の代表者のみが医療保険の管理運営に関与することの正当性を弱めることにもつながった。医療保険財源の租税化を進めることが表明されたのと時期を同じくして、社会保障財政法の制定により社会保障財政に対する国家の介入が強化されたことがそれを端的に

示している。その後、金庫の組織改革により労使の代表者の権限は弱まり、国家代表者の権限が大きくなったことでさらに国家の介入は強まる傾向にある。こうして、フランスでは財源の面でも、管理運営の面でも当事者の自律は後退している。

使用者が医療保険料を負担するのは使用者の責任と自律の維持を根拠としていたことからすれば、1945年以降の諸改革により、「医療保険制度における事業主の役割」は相対化している。そのため、医療保険に使用者負担保険料が残っていることに対して、「フランスの社会保障制度の歴史に基づく不当な遺産 (*héritage injustifié*)」であるとする指摘¹⁴⁵は、たしかに一面では正鵠を得ている。

しかし他方で、以下の点も考慮する必要がある。それは、管理運営について、労使代表は評議会の構成員として依然金庫に残っていることから、管理運営組織に労使当事者が参加するという枠組みは維持されていることである。この点に、国家の介入を強化した新しい責任体制のもとでも、制度や改革の円滑な運営・実施のためには、当事者を関与させることがなお不可欠であるとの認識をみてとれる。逆説的ではあるが、この当事者の関与を理論的に支えているのは租税化のなかにあって使用者の負担する医療保険料が残っていることである。つまり、医療保険制度が変容するなかで、事業主は医療保険の財源を負担することで、当事者が管理運営組織に自律という点で後退を強いられながらも関与することを正当化し、医療保険が国家の手に委ねられることに対する防波堤となる役割を残しているといえよう。とすれば、医療保険制度における事業主の役割の帰趨は、長きにわたって議論されながら今なお終着をみない使用者負担保険料の改革の展開にかかっている。したがって、今後も注意深く議論および改革の動向を見守る必要があるといえよう。

¹⁴⁵ H. STERDYNIAK, *op. cit.* note 110, p.71.

5章 韓国の健康保険における事業主の役割の変化に関する研究

鄭 在哲

はじめに

本稿では、韓国の健康保険制度の一本化を前後にして、事業主の役割がいかに変化したかを主にファイナンス（事業主負担）とガバナンス（保険者機能）という2つの側面を軸に考察する。周知のように、韓国では1999年2月に地域保険と職場保険を一本化する「国民健康保険法」が国会を通過し、2000年7月から制度が一本化され、その後、2回にわたる延期の末、ようやく政権交代後の2003年7月に財政が統合された。しかし、職場加入者と地域加入者の保険会計を区分経理している点や、保険料賦課基準も一本化以前の二元体系をとっているなど、「見かけ上」の一本化の状態のまま今日に至っている。

組合方式から一本化に転じる統合過程で議論の焦点になったのは、所得捕捉問題と職場組合の保有する積立金の処理を巡る問題の2つであった。まず、所得捕捉問題は、自営業者と被用者の所得捕捉の著しい差を無視して一本化すれば、所得に見合う保険料賦課ができず、その負担の多くを職場保険の被保険者が肩代わりするのではないかという懸念によるもので、大いに議論された。次に、積立金の処理を巡る議論は、職場保険の積立金を地域保険の財政と統合すれば、地域保険の財政赤字を多額の国庫負担を予定しなくても解決できると公約した当時の金大中政権に抵抗したもので、「積立金は誰のものか」が主に議論された。

しかし、一本化を巡る議論の中で大事な論点が抜け落ちていた。それは、これまで健康保険財政をファイナンスし、保険制度の運営における事業主の役割をいかに制度の中に取り入れるべきかに関する議論である。事業主の役割を事業主負担と保険者機能という「表裏一体」的な関係として捉えれば、制度の一本化は、健康保険制度における事業主の責任や関与に著しい制約を伴うものであり、事業主負担と制度一本化とをどのように関連付けるかの議論は重要な焦点となる。しかし、一本化を主導する政府や事業主、被用者、どちらもこの問題にあまり関心を注がなかった。

本稿の課題は、一本化の際に事業主負担についてどのような議論があったのか、また、それとの関係で現在の保険者機能はどのように変化したのかを事業主の役割の観点から検討することである。本稿の構成は、まず、1．職場加入者に対する事業主負担の構造を整理し、2．事業主負担の歴史を簡略に眺める。3．事業主負担の規範的性格を紹介し、国会の審議での議論を整理する。また、4．統合後のガバナンスおよび保険者機能の変化についても検討するとともに、5．雇用の流動化と健康保険制度の対応を検討し、最後に、評価と日本への示唆を述べる。

1．職場加入者における事業主負担の構造

健康保険法上の事業主の定義と負担構造について整理しておく。

(1) 事業主の定義

国民健康保険法上の使用者とは、勤労者が所属している事業所の事業主、公務員が所属している機関の長および教職員が所属している私立学校を設立・運営する者（法第3条）の、3つに区分して規定されている。ここでいう事業主とは、「当該事業に責任を持って経営する主体」であり、個人事業主の場合は事業主個人、法人の場合は法人（株式会社の場合は株式会社）そのものである。ただし、株式会社の代表理事や支配人などの事業経営担当者は事業主ではないため、勤労基準法上の使用者と異なる¹⁴⁶。また、国家や地方自治団体、または私立学校に雇用された勤労者の場合、当該勤労者の使用者は、国家・地方自治団体、または私立学校が使用者となる。

(2) 事業主負担の法的規定

国民健康保険法では事業主負担を次のように規定している。職場加入者の保険料は、職場加入者と次の各号の区分による者がそれぞれ保険料額の100分の50ずつ負担する。ただし、職場加入者が教職員の場合の保険料額は、その職場加入者が100分の50を、第3条2号八目に規定される者が100分の30を、国家が100分の20をそれぞれ負担する（法第67条）。使用者は職場加入者が納付すべきその月の保険料を報酬から除いて納付する（法第68条）。職場加入者の保険料は使用者が納付するが、事業所の使用者が2人以上の場合は、当該事業所の使用者は当該職場加入者の保険料を連帯して納付する（法第68条1項）。

2. 事業主負担の歴史

韓国の医療保険制度における事業主負担が初めて導入されたのは、1963年12月16日に制定された「医療保険法」からである。法律第45条同法施行令第38条（被保険者及び事業主の保険料分担）では、「保険料は被用者及びその被用者を使用する事業主がそれぞれ保険料の2分の1に該当する金額を保険料として負担する」と、事業主負担と保険料の労使折半に関する規定が定められている。しかし、この法は国会を解散し、その代わりに設置された「国家再建最高会議」という超憲法的な機関（内閣）によって提出されたものである。形式的な賛同を求める審議過程となっており、そのためか法案審議に関する記録も殆ど残されておらず、事業主負担の根拠に関する記述が見当たらない。

「医療保険法」は、この法が日本の健康保険法を参考にして作成されたため、事業主負担と労使折半の規定に対してあまり深く議論されることはなかったと思われる¹⁴⁷。ただし、「医療保険は時期尚早」という意見が支配的であったため、法案審議中に強制適用が任意適用となるなど、若干の修正が加わっている。任意加入に変更された理由は、「何より民生

¹⁴⁶ 勤労基準法第2条第2項の2では「使用者とは、事業主または、事業経営担当者、その他、勤労者に関する事項に対して事業主のために行為する者」と定義している。

¹⁴⁷ 孫ジュン奎（1981：23）によれば、医療保険法の試案であったのは、1961年の「健康保険制度試案」であり、日本の健康保険制度をモデルに作成したのは専門委員である孫昌達氏であったという。

苦を解決するのが急務であり、政府原案の強制規定のまま実施した場合、企業の負担が増えるのみならず、政府も保険経営事業費を負担しなければならず、任意加入にした¹⁴⁸という。その代わりに、業務上外の問題はあるが、医療保険法とほぼ同時に実施された労災保険法（従業員 300 人以上）では、負担能力のある大企業に強制適用しており、企業にとって医療保険は任意加入で、労災保険は強制加入であったため、あえて医療保険組合を設立する動機が低かった。事業主抛出のみからなる労災保険と二重負担として感じていた企業側は組合の設立に消極的であったのである。

こうした医療保険制度の「有名無実」の状態は 1976 年の医療保険法改正によって大きな転機を迎えることになった。この法のなかの事業主負担と労使折半の規定は、1963 年の医療保険法と殆ど類似している。では、1963 年の医療保険法はとまかく強制加入制度である 1976 年の法律にもなぜ事業主負担が存在し、保険料を労使折半としたのだろうか。この点は資料としては確認できなかったため、幾つかの推測を立ててみるにとどめざるを得ない。

第 1 に、公務員や軍人の医療支援はそれぞれの年金法に規定される総合保険であり、その負担方法は国が 50%、本人が 50%の分担方法をとっており、医療保険法改正法律案(1977 年 7 月 1 日)による職場医療保険制度を実施する際にもこうした負担割合が踏襲されたと考えられる。

第 2 に、1962 年の産業災害補償保険制度（労災保険）では保険料を使用者の 100%負担としていたため、業務外の疾病については労使折半の負担にしたとも考えられる。改正医療保険法と一緒に労働庁（現在の雇用労働省）から国会に提出された産業災害補償保険法の改正法律案では「業務上」を明確にすることと保険給付の制限規定の「本人の重大な過失」を施行規則から施行令に変更し、これまで曖昧になっていた業務上と業務外を明確にしようとした。

第 3 に、日本をはじめ、社会保険方式をとっている多くの先進諸国の労使折半抛出の現状に影響されたものと思われる。労働者のみの負担にすることに無理があるという現実的な判断に加え、労使折半による労使自治的保険運営に期待したためである¹⁴⁹。

第 4 に、国庫補助の問題である。事業主負担と労使折半の理由がうかがえる国会での保健社会部（当時）長官の答弁を紹介する。

申鉉礪（シン・ヒョンファク）保健社会部長官は、法案提出の理由を述べた後、保険料の負担について「保険料を被保険者の報酬の 1000 分の 30 から 1000 分の 80 の範囲内に定款で定めることにし、これを労使が 2 分の 1 ずつ分担することにした」と、保険料の水準と労使折半を説明した。これに対し、野党議員から「保険料率が日本のそれと同程度であるが、我が国の所得水準から見て多少高めに設定されてはいないか」、「保険料率を下げる代わりに国としての支援が必要ではないか」という質問があった。これに対し、申鉉礪長官は「これまで法律を制定したが、強制適用できなかった理由は事業運営費の補助や保険

¹⁴⁸ 孫ジュン奎、69 頁。

¹⁴⁹ 当時の保健社会部の保険管理課長であった金鐘大氏とのインタビュー（2010 年 8 月 11 日）。

給付費の国庫補助」と答弁した¹⁵⁰。

他方、保険者機能については、「組合保険方式は、組合が組合員から保険料を拠出してもらい自らが経理し、自ら管理する制度」であり、組合民主主義による組合の自律と自治を強調している¹⁵¹。つまり、国庫負担を入れることができないため、実施できなかったこれまでの経緯を説明し、多少保険料率を高め設定し、労使折半にすることで、労使間に保険料拠出の責任を持たせたいと考えたのではないかと思われる¹⁵²。

以上、事業主負担はどのように導入され、なぜ折半になったかについては不明な点が残るが、唯一言えるのは、1963年の医療保険法の制定が日本の健康保険法をモデルにし、医療保険事業の事務費すら支援がなかったことを考えれば、その後の1977年の改正医療保険法では、できるだけ労使が協力する仕組みを作ろうとし、そのためには運営委員会での同数参加の保障と保険料負担の折半が妥当と考えたのではないかというのが、現段階までの結論である。

3. 「見かけ上」の一本化と事業主負担

(1) 統合過程の概括

事業主負担について述べる前に韓国の医療保険制度の統合過程について簡単に述べておこう。医療保険統合は1998年10月から地域組合と公務員・教職員組合の組織統合から始まり、2000年7月には職場組合と統合され、組織は一本化され、健康保険となった。財政統合は職場組合と公務員・教職員組合間の保険料賦課基準と保険料率が異なったため、組織統合後の2001年1月から職場労働者と公務員・教職員間の保険料賦課基準を一つにし、保険料率も3.4%に統一した。一方、所得捕捉の異なる職場と地域の単一保険料賦課基準の実施を取りやめた政府は、地域保険と職場保険の財政を分離経理することにし、最終的な判断は次期政権に押し付けた結果、2003年7月になってようやく財政統合が完了した。

(2) 事業主負担の性格に関する見解

韓国では事業主負担の性格に対して2つの見解に分かれている。一つは「賃金説」で、いま一つは「経費説」である。経済学者らは前者の立場をとり、法学者や裁判所の判例は後者の立場をとっている。後ほど見るように、監査院（日本の会計検査院）の報告書では

¹⁵⁰ 第96回国会保健社会委員会第16回会議録（1976年11月9日、10頁）

¹⁵¹ 同前、9頁。

¹⁵² ちなみに、なぜ保険料率を高めにしたか。これは早めに保険給付1年分の法定積立金を組合に持たせれば、公衆衛生の未整備による予期せぬ伝染病や大型惨事による保険給付の急増に対応できるという目的があったからだと思われる。これらを総合的に考えれば、国庫負担を極力抑制し、国に頼ることなく、法定積立金を積み上げるためには、保険料負担を高めに設定せざるを得なかった。しかし、一方で50%以上の負担を労働者に求めることができず、ましてや全額負担させることは到底できなかったと考えられる。その代わりに国とは一定の距離を置きながら、「組合の自律的な保険運営原則を尊重するために、使用者と労働者が協議し合う相互合意の精神を培うため」（現、金鐘大 韓国保健福祉情報開発院理事長のインタビュー（2010年8月11日））、労使折半になったと解釈できる。

賃金説と福利厚生説、雇用税説の 3 つに分けているが、福利厚生説を主張する議論は見当たらず、また福利厚生説と雇用税説の両方を区別し論じることもないようであり、従って福利厚生説と雇用税説を「経費説」として扱う。

一本化を前後に単一保険料賦課基準や積立金の処理に議論が傾き、事業主負担の性格に関する議論があまり深く論じられなかった¹⁵³。財政統合の直前になって国会を中心に事業主負担の根拠と制度への取り組みに関する若干の議論が存在するだけであった。以下では、主に賃金説と経費説の主な主張について確認したうえで、裁判例と監査院（会計検査院）国会での議論を述べることにする。

賃金説

経済学者である延世大学の李奎植教授は「事業主負担は賃金の一部であり、社会保険料の負担割合を議論することはあまり意味がない」とする。事業主負担と被用者負担の性格の違いを認めないため、「労働者に事業主負担分を含めて全額賃金に上乗せして返し、事業主負担を廃止することがありうる」という立場をとる。ただし、実際問題として、「労働者は福利厚生と考えているため、現実的ではない」という¹⁵⁴。

ソウル大学保健大学の文玉綸教授は、医療保険制度改革に関する公聴会で統合に反対意見を述べながら「仮に医療保険制度が統合された後、地域医療保険の被保険者に対してのみ保険料の一部を支援する場合、賃金労働者は地域被保険者と同様に租税を負担する国民として国庫補助を求めるだろう。なぜならば、使用者負担の保険料は賃金説が通説となっているため、労組はこれを賃金としてみなし、都市自営業者より所得水準の低い賃金労働者は地域保険に対する国庫補助相当にまで事業主負担を少なくし、その代わりに賃金の引き上げを求めることが自明であるためである」と主張する¹⁵⁵。

勤労基準法第 2 条第 1 の 5 における賃金の定義は「使用者が勤労の対価として勤労者に支払う賃金、俸給、その他の名称のいかんによらず支払うすべてのもの」となっている。ここでいう「勤労の対価」は所定勤労または総勤労を意味し、その判断基準は支給規定の有無および継続性によって判断されるが、行政実務上の健康保険料は「賃金の対象から除外される金品」と解釈されている¹⁵⁶。

経費説

国民健康保険団体の職員で法学を専攻した鄭弘琪氏と法制処官僚である曹正燦氏は「勤労者個人が保険料を全額負担する場合、勤労者の生計に影響を及ぼすため、いち早く健康保険制度が発達したドイツなどから労組の闘争の産物または使用者自らの決断に

¹⁵³ 保健福祉部の企画管理室長（当時）であった金鐘大氏（現保健福祉情報開発院理事長）、統合論争の際に組合側の最前線に立っていた延世大学の李奎植教授、韓国経営者総協会の李浩盛常務の 3 人ともこの点を認めている。

¹⁵⁴ 李奎植教授とのインタビュー（2010 年 8 月 11 日）による。

¹⁵⁵ ただし、賃金説に立つ文玉綸教授の見解は、大法院の判決が出る前であったことに注意すべきである。医療保険制度改革に関する公聴会（1994 年 5 月 2 日、国会保健福祉委員会、57 頁）。

¹⁵⁶ ソウル地方労働庁「通常賃金等の判断基準の例示」（2008 年 6 月）。

よる勤労者保護および福祉増進の産物として使用者が保険料を分担するようになった」と、保険料の分担拠出の背景を説明する。韓国での保険料の労使折半の理由は「勤労者と使用者が保険料を共同で負担することで、労使間の共同利益の追求と保険管理運営の効率化を図るためである」と主張する¹⁵⁷。勤労者の健康は生産性と関係し、生産性は事業場の利潤と直結するため、事業主は「勤労者の健康維持および増進に關与する必要があり、さらに勤労者の健康を保護する責任がある。また、被扶養者の健康は扶養義務者たる職場加入者の責任であり、職場加入者のこのような責任は、結局、使用者の責任につながる」とする。

もっとも事業主負担の性格については、「使用者個人の資金から支出されるのではなく、健康保険制度が存在しなかったのであれば、使用者負担保険料は勤労者の報酬に上乗せして返されるため、これは勤労者の賃金に含まれるという見解があるが、厳格な意味から使用者負担保険料は勤労の対償ではなく、従って健康保険が存在しなかったとしても、これが直ちに勤労者の賃金に転換されるとは考えられないため、保険料は企業の経費と見るのが妥当である」¹⁵⁸と賃金説を否定している。

この主張は、大法院の判例を参考に、労働者を雇うことに伴う「給与税・賃金比例税」の立場をとっている。しかし、韓国では私立学校教職員たる職場加入者の保険料に使用者たる学校設立者や学校法人が30%、国が20%を負担することになっている。いくら韓国の特殊性を考慮したとしても、国は使用者でないため、経費として保険料を負担する根拠は希薄であるともいえる¹⁵⁹。

裁判例 - 大法院の判例（1994年7月29日、宣告92ダ30801）

事業主負担の法的性格について正面から論じたものとして、大法院の判例がある。原告は、亜州大学の教授に任用され勤務した後、退職したが、被告である亜州大学が退職金算定の際に医療保険料のなかで使用者負担分を賃金の範囲に算入しなかったことに対して裁判を起こした。これに対して大法院は「医療保険料の中で医療保険法（1994年1月7日法律第4728号の全文改正前のもの）第51条による使用者負担分は勤労者の勤労の対償として使用者から支払われた賃金に該当しない」と、勤労基準法上の賃金ではないという判決を下した。使用者の負担分は賃金ではないとして賃金説を否定している。

監査院の見解

ハンナラ党の主張における根拠になったのは監査院の報告書である。監査院は2001年

¹⁵⁷ 鄭弘琪（2004：694）。

¹⁵⁸ 同前、694～695頁。

¹⁵⁹ 私立学校教職員に対する保険料の20%国庫負担は、公務員・私立学校教職員医療保険制度を創設する際に、国家の教育政策に従い公務員の身分である公立学校の教職員と全く同じ仕事をしていたため、幾らかの国からの保険料補助が必要であったという。だが、国の政策から幾分自律性を保障された現在の私立学校の教職員を今後も保険料支援することの妥当性は薄れつつあるのではなかろうか。

4月9日から5月9日までに保健福祉部をはじめ、国民健康保険公団や健康保険審査評価院に対して特別監査を実施し、その結果を「国民健康保険財政運用の実態」と題する特別監査報告書にまとめ、2001年5月16日に公開した。

監査院は「地域加入者に対して行う国庫負担は租税収入によるものであるが、職場加入者に対する事業主負担は賃金説（労働者の報酬）、福利厚生説（経費）、雇用税説など、様々な意見がある」としたうえで、「保険料負担と給付の公平性、地域加入者の所得捕捉問題などを抱えたまま、財政統合する場合、事業主負担（50%）の根拠や名分がなくなる」と指摘した。その理由としては、「国民健康保険法第67条第1項の規定によれば、職場加入者の保険料の50%を雇用主が負担しているが、これは被用者の福利厚生のための雇用主の負担とみるべきである。従って、職場加入者の保険財政が地域加入者の保険財政と統合され、また地域加入者の保険財政の赤字を埋めるために使われるのであれば、事業主がこれを負担する理由が消滅する」ためであり、結局、「（赤字を埋めるための）追加的な保険料の引き上げは国庫負担の増額によって賄うべきである」¹⁶⁰とした。

監査院の事業主負担の根拠に対する立場は福利厚生説と捉えられ、そのため、被用者でない地域加入者に事業主負担分が使われることは、事業主負担の根拠を根底から否定するものであり、事業主負担をなくすべきと主張した。この点、判例や鄭弘琪の主張と大同小異である。ただし、これまで1994年の高額医療費の共同負担や1995年の65歳以上の老人医療費共同事業などにも事業主負担分が使われてきたことを考えると、単に事業主負担を福祉厚生費と割り切れるかは多少疑問である。

いずれにせよ、地域保険の慢性的赤字を職場保険の積立金で解消すれば、小額の国庫負担でも一本化が可能だとする政府の計画は暗礁に乗り上げた。多額の国庫補助を用意しなければならなくなると、一本化の実現そのものが危うくなりかねない。これは、一本化に反対であった野党ハンナラ党にとってこれ以上のない格好の攻撃材料となり、国会は紛糾した。

（3）国会での議論

野党の攻勢（ハンナラ党の攻勢）

繰り返し述べるように、制度一本化の焦点は保険料の引き上げと職場保険の積立金の減少への議論であり、医薬分業や診療報酬の大幅な引き上げによる財政破綻への対策が最大の関心事であった。しかし、保険財政が破綻し、財政健全化特別法を制定する等、その対策に追われた政府は、財政統合に向かうにつれて、当初政府の約束であった保険料賦課体系の単一化は不可能だと認めるようになった。政府は、予定通りの一本化計画は実施するが、保険財政は区分経理するという詭弁を弄した。これに対して財政統合に

¹⁶⁰ 第238回国会保健社会委員会第3次会議録（2003年4月21日、7頁）。

よる職場保険の積立金の地域保険財政の穴埋めを嫌う野党ハンナラ党は、事業主負担の問題を提起し始めた。ハンナラ党の主張を要約すれば、次の通りである。

- ・地域加入者に対する国庫補助（50％）は租税収入である。それに対して職場加入者は事業主負担が50％ある。事業主負担は賃金説（労働者の報酬）、福利厚生説（経費）、雇用税など、様々な意見がある。従って、財政統合した場合、事業主負担の根拠がなくなるという指摘がある。政府はどのような立場であるか。
- ・使用者が負担する事業主負担分が職場加入者ではなく他の職場、特に地域加入者のために使用されることに対して反対・拒否する場合、どうするつもりか。
- ・使用者負担というのは、結局労働者が受け取る賃金の半分を後で受け取るものである。使用者が受け取るのではなく労働者が受け取るため、賃金後払い説に該当する。
- ・年金制度の保険料の半分は事業主負担分である。この場合、年金保険料の事業主負担分は誰のものなのか。60歳になって事業主が事業主負担分を受け取るのか。労働者が受け取るようになっており、事業主負担は報酬の一部であり、賃金にほかならない。
- ・財政統合後にも使用者は引き続き50％を負担しなければならないか。いつまで負担しなければならないか。

事業主負担の取り扱いを議論するなかで、特にハンナラ党の沈在哲（シン・ゼチョル）議員は、事業主負担は賃金の一部であり、労働者のものであるという立場に立ち、財政統合に強く反対した。ただし、ハンナラ党も事業主負担をなくし、その分を賃金に上乘せして返すべきだとまでは主張しなかった。一部のハンナラ党議員からは使用者団体の事業主負担の廃止の要求への対策を政府に講じるよう求めていた。

政府の答弁

政府は、事業主負担の性格に対する立場を問うハンナラ党議員の攻勢に終始明確な答弁を避けていた。事業主負担分は「勤労者の勤労からきているものと主張する人もいれば、使用者が勤労者を使用しているため負担するという主張、この2つの主張があって、見方によって異なるため、なんともいえない」¹⁶¹とする立場を取り続けた。

事業主負担分が地域加入者の保険財政に使用されることによる使用者団体の保険料の納付を拒否する場合の対策を問われた政府は、「職場組合間の保険料負担対比給付が比較的均衡しているため、財政統合後の事業主負担は増えないと予想され、また事業主負担分が被用者やその家族のためではなく、一方的に地域加入者の保険給付に回されることは生じないと思われる。事業主が保険料の50％を負担するように法律で規定されており、財政統合と関連しては事業主団体の理解を求めていく」¹⁶²、「財政統合後も引き続き

¹⁶¹ 第238回国会保健福祉委員会第3次会議録（2003年4月21日、22～23頁）。

¹⁶² 同前、36頁。

職場加入者に対しては50%の事業主負担を存続させる」¹⁶³と答えている¹⁶⁴。

ハンナラ党の質問に対して曖昧な答弁に終始した政府の態度にはそれなりの事情があったのではないかと思われる。仮に、政府自ら事業主負担を賃金と認めれば、野党だけではなく、統合に反対する職場組合から「それを一旦返すべきだ」という反論が生じる。とはいえ、「事業主負担分は賃金ではない」という大法院の判例を持ち出し、経費説の立場に立てば、「では、なぜ労使折半でなければならないか」という反論を受けることになる。さらに、被用者の福利厚生のための事業主負担は被用者とその家族のためだけに限定すべきだという主張を認めれば、財政統合を取りやめることになり、「見かけ上の一本化」を政府自ら認めることになる。

このように、野党の質問攻勢に終始受け身だった政府であったが、事業主負担を存続させるため幾つかの対応策を講じていた。まず、職場加入者の適用事業所を5人未満の事業所にまで拡大する健康保険法を改正した。これにより多くの労働者が事業主負担の『恩恵』を受けることにし、財政統合を前に労働者間の不公平を是正することで、事業主負担の「存在感」を大きくした。さらに、当分の間は地域と職場とに会計を区分経理し、地域加入者に対する保険料収入の50%相当額の国庫補助を初めて法律に盛り込み、地域加入者に対する国庫補助と職場加入者の事業主負担分との見かけ上の均衡をはかった。所得捕捉率の差を縮小するために、地域加入者の保険料賦課基準を強化する一方、職場加入者の被扶養者の認定基準を緩和することで、地域だけの国庫補助支援に対する反発を抑えつつ、保険給付財政統合の大きな足かせとなった事業主負担を一本化した制度に取り入れることができたと思われる。

4．保険者のガバナンスの縮小

健康保険制度の一本化によって、事業主の組合を通じたガバナンスは大きく縮小した。2000年7月から登場した国民健康保険公団という単一の保険者組織が「形式上」の保険者となっている。これで労使同数によって構成されていた運営委員会は廃止され、その代わりに健康保険政策審議会と財政運営委員会の事業主団体の代表という資格で保険運営に参加している。ここでは、事業主団体が保険料水準の決定と国民健康保険制度の運営にどう関わっているかについて検討する。

¹⁶³ 第240回国会保健福祉委員会第1次会議録（2003年6月4日、15頁）。

¹⁶⁴ 財政統合の直前になって政府は「保険料賦課体系の単一化は不可能であり、あり得ない」と答弁するようになる。その代わりに「公平な保険料賦課体系」は可能であり、所得捕捉問題を補うために、財産や自動車などにも保険料を賦課していると説明している。しかし、これがかえって保険料負担の不公平性をもたらしている。ハンギョレ新聞は「保険料賦課算定基準を改善すべきである」という連載（2010年12月14日～16日）を載せ、地域の居住目的の財産を保有する低所得層に保険料負担が重くのしかかっていると指摘している。

(1) 健康保険政策審議委員会

健康保険政策審議委員会は、健康保険政策に関する以下のような事項を審議・議決するために保健福祉部長官の所属の下に置かれる委員会である（国民健康保険法第4条）。

主な審議対象は、療養給付の基準、療養給付費用に関する事項、職場加入者の保険料率、地域加入者の保険料賦課点数当たり金額、その他健康保険に関する主要事項として大統領の定める事項などである。また、療養給付費用の契約は国民健康保険公団の理事長と医薬系の代表の間の契約で決めることになっているが（国民健康保険法第42条1項）、契約が成立しなかった場合は、最終的にこの審議委員会で決定することになっている。

健康保険政策審議委員会の構成は、労働者団体及び使用者団体をそれぞれ代表する2人ずつと、市民団体や消費者団体、農漁業者団体及び自営業者団体からそれぞれ1人ずつで8人、医療界を代表する団体及び薬業界を代表する団体が推薦する8人、大統領が定める中央行政機関の公務員2人、国民健康保険公団の理事長及び健康保険審査評価院の院長がそれぞれ推薦する2人、健康保険に関する学識経験者4人で構成される。

健康保険政策審議委員会の委員長は、保健福祉部事務次官が務め、副委員長は委員の中で1人を委員長が指名することになっている。健康保険政策審議委員会、総勢25人の委員から構成される健康保険制度の最高審議・議決機関として位置づけられている。国家公務員の委員長を除けば、医薬界8人、加入者代表8人、公益代表8人と形式的な均衡が取れている。2010年12月現在、使用者団体の枠として韓国経営者総協会から1人と中小企業中央会から1人の計2人が委員として加わっている。

健康保険政策審議委員会の構成に関しては、負担者でない医薬界や公益代表が多く参加しており、負担者である事業主と被用者は8人しかおらず、職場加入者の保険料を決定する委員会としては相応しくないという指摘がある¹⁶⁵。だが、この委員会で職場加入者の保険料を最終的に決めていくわけではなく、この委員会の審議を経て大統領令で決めることになっており（国民健康保険法65条1項）、実際には政府が全てを決めているのが現状である¹⁶⁶。

(2) 財政運営委員会における使用者の役割

国民健康保険制度における使用者団体は、財政運営委員会という保険財政の運営に関する内容を審議・議決する。その主な内容は、療養給付費用の契約及び保険料の欠損処分など、保険財政と関連した事項を審議・議決するために公団に設置する（法第31条）。

¹⁶⁵ 鄭弘琪（2003：859）。

¹⁶⁶ 保険料等の保険財政を財政委員会で審議・議決することにした健康保険法第31条1項・2項、大統領令で決めることにした第64条1項が包括委任立法の禁止の原則に反するとした違憲審判訴訟で、憲法裁判所は、「第64条1項を大統領令で決めることにしたのは、国民健康保険法の全体的な体系と関連規定を総合すれば、その範囲と限界を客観的かつ十分に予測でき、また保険財政に関する事実関係は非常に多様で随時変化することが予測されるため、保険料率および（地域加入者）の等級区分・等級別金額の規律を大統領令に委任することは、委任立法の限界を超えたといえない」とした（憲法裁判所2003.10.30.宣告2000憲マ801）。

構成は、職場加入者を代表する委員として労働組合側及び使用者団体がそれぞれ推薦する 5 人ずつの委員、地域加入者は農漁業者団体、都市自営業者団体及び市民団体が推薦する者（計 10 人）、関係公務員及び学識経験者（計 10 人）からなる。

療養給付費用の契約は、国民健康保険公団の理事長と医薬界の代表間で決めることになっているが、その際に公団の理事長は必ず財政委員会の審議・議決を経ることになっており（法第 42 条 5 項）、保険者の裁量権や決定権は認められていないのが現状である。

以上、健康保険政策審議委員会や財政運営委員会での事業主の関与は非常に限定的なものとなっていることがわかる。一本化の前は、組合員の代表議決機関である運営委員会を通じて被保険者が直接制度運営に参加することで民主的運営が可能であったが、統合により、この機関が廃止され、「地方自治や市民民主主義の基本理念に反する」¹⁶⁷のみならず、運営委員会のような「中間組織」の不在は、保険料や給付水準を巡って毎年政府と国民の間に軋轢を生んでいる。

しかし、問題はそこでとどまらない。社会保険制度という枠組みで給付の拡大や付加給付の決定を行う道が閉ざされ、保険者のガバナンスや機能が実質上なくなった今日では、できるだけ健康保険料の引き上げを抑制し、その代わりに企業別の労働協約による自由度の高い「医療費支援制度」¹⁶⁸のような法定外給付を充実させることで、良い人材を確保する手段として活用する企業が増えており、雇用の流動化と相まって被用者間の格差が広がっている。

5．雇用の流動化（非正規職）と事業主の役割

国際競争が激しくなるなかで、韓国経営者総協会は「社会保険制度の拡大が企業の費用負担の増加を招き、我が国の経済成長の速度と企業成果に比べて過度になりつつある」とし、「企業の社会保険の費用負担は今後、急速な高齢者社会と社会保険制度の成熟化に伴って一層高まることが予測されるため、国家的な対応策が必要である」¹⁶⁹としている。

韓国の社会保険料の事業主負担は、国民年金 4.5%、健康保険 2.665%、雇用保険 0.7～1.3%、これに労災保険を加えると 7%を少し超える程度であり、決して高水準ではない。また、労働費用総額に占める事業主負担（法定福利費）の割合は 6.7%と、OECD の平均より低い。

¹⁶⁷ 医療保険制度改革に関する公聴会（1994 年 5 月 2 日、国会保健福祉委員会、60 頁）

¹⁶⁸ 保険者による自律や自治の代わりに登場したのは、国家による強い関与と財政統制、その反作用として「選択的福利厚生制度（カフェテリア・プラン）」の拡大のような法定外福利費用のなかで医療費補助は着実に増えており、これが正規職と非正規職の格差を広げる要因となっている。

¹⁶⁹ 韓国経営者総協会（2009）「最近における企業の社会保険負担の増加現況と政策課題」、1 頁。

図表 5-1 社会保険制度の事業主負担分 (単位：億ウォン)

	労災保険	健康保険	雇用保険	国民年金	長期療養 保険	合計
2003	24,651	35,918	17,865	62,206	-	140,640
2004	28,961	42,404	19,628	69,977	-	160,971
2005	31,822	48,555	21,635	77,030	-	179,042
2006	37,495	55,849	23,195	84,735	-	201,274
2007	43,200	66,612	24,735	92,699	-	227,245
2008	47,349	78,598	26,809	98,809	1,765	253,330
2009	46,276	83,721	28,428	102,645	4,528	265,598

(資料)勤労福祉管理公団(2010)『2009年度労災保険・雇用保険徴収実績分析』、国民健康保険公団(2010)『2009年度健康保険主要統計』、国民年金管理公団(2010)『2009国民年金統計年譜』、国民健康保険公団『2009年度長期療養保険主要統計』。

しかし、経営側は「法定退職金(総報酬の8.3%)を含めると決して低い方ではなく」、「今後も社会保険の急速な増加は正規職雇用を避ける原因となっており、雇用創出にマイナス影響をもたらしている」と主張している¹⁷⁰。

確かに、近年事業主負担は着実に増えている。図表 5-1 は、2003 年から 2009 年までの 5 つの社会保険制度における事業主負担分を示したもので、事業主負担が最も多いのは国民年金で、次に健康保険、労災保険、雇用保険の順となっている。国民年金の場合は、2006 年は保険料率を 9% (労使折半) に固定することが決まり、今後の増加は賃金上昇率に依存することになっている。問題は健康保険の事業主負担の増加である。2003 年には国民年金の半分強であった負担額が 2009 年にはその 8 割にまで達し、国民年金を抜く勢いである。今後医療費の増加に伴い、法定福利費のなかで健康保険の事業主負担は最も大きな負担になると予想される。

雇用の流動化に伴い、パートや派遣労働が増加するなか、こうした事業主負担の増加は企業行動に変化をもたらしている。企業は人件費の増大を抑制したいため、非正規労働者を増やしている。就業情報会社キャリアの調査によれば、300 人未満の中小企業の非正規職を雇用する理由として「福利厚生費などの経費を節約するため(26.3%)」(重複応答)と答えている¹⁷¹。

韓国政府は、健康保険法施行令(第 10 条)を改正し、処遇の低い非正規職労働者の保護を強化し、2010 年 9 月 17 日からは職場加入者の適用対象を「1 か月 80 時間以上」から「60 時間以上」労働する被用者に拡大した。しかし、こうした政府の対策はあまり効果をあげていないと言われる。図表 5-2 に示したように、10 人以下の小規模企業で働く労働者の半

¹⁷⁰ 同前、5~6 頁。

¹⁷¹ インターネット就業ポータルサイト <http://www.career.co.kr/>。

分以上が社会保険に加入していない。非正規職の多くが規模の小さいサービス業に従事しており、適用・徴収業務の困難さに加え、最近では偽装請負や日雇派遣などの雇用形態が増え、社会保険適用逃れが多発しているのが現状である。

こうした非正規職労働者の増加と、それによる対象となる被用者の減少によって本人と事業主のマッチング拠出方式への見直しが検討されている。韓国政府は、2009年の金融危機以降、法人税の減免や雇用支援金などを活用し、非正規職から正規職への転換を促してきたが、最近では非正規職の正規職への転換の際の事業主負担を国が肩代わりする政策を積極的に模索している。

事業主負担分を国が税金で肩代わりすれば、社会保険料の負担を回避するため非正規職労働者を雇用してきた企業にとっては、新たに正規職雇用を増やすインセンティブとなる。その結果、職場加入者の健康保険適用拡大に一定程度貢献するかもしれない。だが、肝心のその財源をどう賄うかは不明である。仮に企業側が付加価値税にその財源を求めるのであれば、最終的に消費者に転嫁されることになり、国民の同意が得られるかが問題となる。

図表 5-2 企業体規模と就業形態から見た社会保険の適用状況（単位：万人、％）

		全加入		2つ加入		1つ加入		全未加入	
賃金勤労者		9,153.7	(63.8)	496.4	(3.5)	260.2	(1.8)	4,430.5	(30.9)
企業 体 規模	1～4	686.8	(26.2)	61.6	(2.3)	52.7	(2.0)	1,824.0	(69.5)
	5～9	1,287.0	(50.1)	88.0	(3.4)	73.0	(2.8)	1,118.7	(43.6)
	10～29	2,288.0	(68.6)	136.6	(4.1)	63.5	(1.9)	848.4	(25.4)
	30～99	2,110.2	(77.5)	102.0	(3.7)	48.9	(1.8)	460.5	(16.9)
	100～299	1,266.9	(86.8)	65.0	(4.5)	17.1	(1.2)	111.3	(7.6)
	300～	1,514.8	(92.9)	43.2	(2.6)	4.9	(0.3)	67.5	(4.1)
雇用 形態	正規職	7,068.1	(74.9)	301.1	(3.2)	114.0	(1.2)	1,948.8	(20.7)
	非正規職	2,085.5	(42.5)	195.3	(4.0)	146.2	(3.0)	2,481.7	(50.6)
	期間制	1,879.1	(62.4)	175.3	(5.8)	82.7	(2.7)	874.6	(29.0)
	パート	91.7	(9.6)	10.7	(1.1)	18.0	(1.9)	833.9	(87.4)
	非典型	478.4	(24.3)	73.2	(3.7)	71.0	(3.6)	1,345.0	(68.4)

（資料）統計庁（2009）『経済活動人口の雇用形態別付加調査』（2009年8月）

6．示唆点

韓国の健康保険制度の一本化は先に制度の一本化が実現し、その3年後に財政の一本化が実現した。一本化の最大の課題は公平な保険料賦課をいかに実現するかであったため、制度の一本化の段階ではもっぱら所得捕捉問題と職場保険の積立金の処理問題が議論され、事業主負担の処理問題まで立ち上がった議論が加えられることはなかった。しかし、地域保険だけでなく、職場保険の多くも財政赤字に陥り、一本化の財政運営に焦点が移り始め、財政を一本化しようとする直前になって、これまで殆ど度外視していた事業主負担の処理問題が急浮上した。

これまで一本化に伴う問題の中に含まれなかった事業主負担の扱いについては一本化に積極的であった当時の政府与党や市民団体はもちろんのこと、一本化に反対であった経営側もそれほど注意を払っていなかった。一本化による負担と給付の公平性は叫ばれたが、実際に財政を一本化し、その中で事業主負担をいかに組み入れるかの問題は一度も具体的に議論されなかったのである。日本でも自営業者とサラリーマンでは所得捕捉の状況が異なる中で、国保と被用者保険では保険料の算定方法が異なり、これをどのように一元化するかの問題は議論されても、事業主負担をいかに処理すべきかについては、十分な議論が行われておらず、韓国のように財政統合の直前になってやっとその処理の仕方を議論しては韓国の二の舞を演じることになるだろう。一本化の議論では、所得捕捉問題ばかりが注目されがちだが、財政統合まで考えなければならないこと、さらに、財政統合の際には事業主負担をいかに処理すべきかを議論することが必要であろう。

また、一本化によって職場加入者に対する事業主負担の性格は福利厚生ではなく、労働者を雇用することに伴って自動的に負担するペイロールタックス（payroll tax）に近い性質を帯びるようになった。健康保険制度における事業主の責任と関与が脆弱化したことと相まって、高齢化や医療技術の進歩による医療費の増加に見合うだけの公的な保険料負担の引き上げと被保険者の利益のために医療供給者に対する交渉力を発揮することもできなくなったのである。このような一本化の先行きは、国家と国民が直接向き合わない「公的枠組み以外」の方法によって医療需要を満たすしかなく、「公平な」医療制度を目指した一本化がかえって「不公平な」医療制度になる恐れもあり、一本化は慎重に考えるべきであろう。

おわりに

これまで韓国の健康保険制度の一本化における事業主の役割を事業主負担と保険者機能の変化という2つの観点から検討してみた。まず、事業主負担をどのように処理し、制度に取り入れたかについてであるが、事業主負担の扱いは一本化の焦点にはなれなかった。主な関心は一本化による赤字財政の地域保険を救済するとともに、それによる国庫負担の軽減というもっぱら「保険財政の安定」であった。しかし、金大中政権から盧武鉉政権へ

交代後、財政統合まで後 2 か月ほど残された時期に、主として国会の保健福祉委員会の委員を中心に議論された。野党は、「被用者のもの」である事業主負担が地域保険の赤字の補てんに安易に使われることを警戒した。そのため、制度は一本化するが、財政は分離すべきだと言いつづけた。これに対し、与党は事業主負担の性格には直接的な言及を避け続けた。その代わりに国庫補助を増やし、保険財政の基盤を固めるとともに、職場加入者と地域加入者の保険会計の区分経理を約束した。財政安定を損ないかねない事業主負担の廃止には野党も消極的であったため、事業主負担を存続させ「見かけ上の一本化」は成立されたのである。

次に、保険者のガバナンスがどのように変化したかを論じた。健康保険制度における事業主負担の存在意義が「制度への関与と責任を明確にすること」¹⁷²であると捉えれば、保険者のガバナンスは、「見かけ上」の一本化によって殆どが消え去ったといえる。そのため、事業主には人を雇うことに伴う給与税（payroll tax）に近いものとして受け止められているのが現状である。保険者として健康保険制度への関与と従業員への医療給付の改善をはかることができないだけに法定負担の健康保険料は可能な限り低く抑えようとしており、これには民主労総などの一部を除いて労使の意見がほぼ一致している。ただし、民主労総では、国庫負担の投入による公的保険の給付拡大を主張しており、企業側が公的保険の守備範囲を抑えようとしているという点で、一枚岩とはなっていない。実際、大企業を中心に、健診などの予防事業も含んだ「医療費支援制度」のような自由度の高い法定外福利費を増やし、良い人材を集めるための一手段として活用が増えている。このことが急速な民間医療保険市場の拡大を促し、保険料の引き上げと給付拡大をさらに困難にする要因の 1 つと考えられる¹⁷³。

現在、韓国の健康保険制度が一本化されているとはいえ、未だに単一の保険料賦課基準は作られておらず、その意味で「違憲のまま」の状態には何の変わりもない。2008年12月29日に職場加入者らを請求人として憲法裁判所に違憲審査請求が行われ、現在再審中であり¹⁷⁴、その結果によらずとも、健康保険法に事業主負担が設けられている意義について今一度歴史的な経緯を含めて議論される必要があるように思われる。

¹⁷² 島崎謙治（2009：158）。

¹⁷³ 民間保険会社による医療費の「第三者支払制度」を盛り込んだ「民营医療保険支払いに関する法律案」が野党の民主党から国会に提出される見込みである。これは団体保険や第3保険の急増による消費者保護と保険者機能の強化を求める保険会社の要求への配慮によるものだが、これには未だに抵抗が強い。

¹⁷⁴ 2008年12月29日、職場加入者56人を請求人として「国民健康保険法の財政統合と関連する第33条（会計）第2項（公団は職場加入者と地域加入者の財政を統合して運営する）、第62条（保険料）第4項と同条第5項（職場加入者の月保険料額算定と地域加入者の保険料額算定）、第63条（職場加入者の報酬月額算定と地域加入者の保険料賦課点数）、第65条第3項（地域加入者の保険料賦課点数金額は審議委員会の議決を経て大統領令で定める）が違憲であるとし、「国民健康保険法に対する憲法訴訟願審判」を憲法裁判所に提起しており、現在審議中である。

参考文献

日本語

- 太田聡一（2004）「社会保険料の事業主負担は本当に「事業主負担」なのか」『日本労働研究雑誌』525号
- 太田匡彦（2008）「リスク社会下の社会保障行政（上）」『ジュリスト』No.1356
- 江口隆裕（1996）『社会保障の基本原則を考える』有斐閣
- 倉田原志（1999）「社会保険負担金の合憲性 - 芸術家社会保険法決定」『ドイツの最新憲法判例』信山社
- 権丈善一（2009）『社会保障の政策転換』慶応義塾大学出版会
- 酒井正（2009）「社会保険料の事業主負担と賃金・雇用の調整」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の効果分析』東京大学出版会
- 島崎謙治（2009）「健康保険の事業主負担の性格・規範性とそのあり方」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の制度分析』東京大学出版会
- ステイグリッツ / 藪下史郎訳（2004）『公共経済学（第2版）（下）』東洋経済新報社
- 台豊（2007）「健康保険料事業主負担の転嫁に関する規範的考察」『法政理論』第39巻第3号
- 津田小百合（2001）「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」『社会システム研究』No.4
- 中野妙子（2004）『疾病時所得保障制度の理念と構造』有斐閣
- 萩野博司（2005）「企業と社会保険 - 「事業主負担」を考える」『年金と経済』第24巻第2号
- 山崎泰彦・尾形裕也編著（2003）『医療保険改革と保険者機能』東洋経済新報社

韓国語

- 監査院社会・福祉監査局総括課（2004）『国民健康保険運営実態』監査院
- 国会保健社会委員会（1994）『医療保険制度改革に関する公聴会』国会事務処（1994年5月2日）
- キム・ピョンジュ（1999）『医療保険統合資料集』国民医療保険管理公団
- 大韓医師協会保険局編著（2009）『国民健康保険法令・判例解説』大韓医師協会
- 朴世鎮（パク・セジン）（2005）『社会保険料関連立法における憲法原則の適用に関する研究』韓国法制研究院
- ソン・ウォンイク（2010）『我が国の準租税実態および政策方向』韓国租税研究院
- 孫ジュン奎（ソン・ジュンギョ）（1981）『韓国の福祉政策決定過程に対する研究』ソウル大学博士論文
- アン・ジュウヨップ（2004）「非正規勤労に対する差別的待遇はどの程度か？」『毎月労働動向』韓国労働研究院

鄭弘琪（チョン・ホンギ）（2003）『国民健康保険法』韓国法制研究院
チェ・ビョンホ／シン・ヒョンウン（2001）『国民健康保険の財政危機に対する評価と財政管理方案』韓国保健社会研究院
チェ・ビョンホ他2人（1996）『医療保険の被保険者の便益増進のための保険者の役割に関する研究』韓国保健社会研究院
韓国経営者総協会（2004）『判例にみる賃金性の判断基準（政策調査資料）』韓国経営者総協会
韓国経営者総協会（2009）「最近における企業の社会保険負担の増加現況と政策課題」韓国経営者総協会
韓国開発研究院（KDI）／職業能力開発院／韓国雇用情報院（2010）『国家雇用戦略樹立のための討論会』（2010年6月18日、資料集）
韓国労働研究院（2005）『労働レビュー』12月号、韓国労働研究院
ホン・ソッピョ他3人（2004）『健康保険の統合管理運営体系の効率化方案』韓国保健社会研究院

6章 米国の医療制度改革と事業主の役割の位置づけ

島崎 謙治・石田道彦

1. はじめに

米国の医療費は先進諸国の中で突出して高いにもかかわらず、医療へのアクセスの格差が著しいなど多くの問題を抱えている。オバマ(Barack Obama)大統領が内政上の最重要課題として医療制度改革を取り上げたのもそのためであり、2010年3月30日、医療制度改革法(Patient Protection and Affordable Care Act)が成立した¹⁷⁵。本調査研究との関係で注目すべき点は、この法律においては、一定数以上の労働者を雇用する事業主に対して医療保険の提供や費用負担が義務付けられており、事業主も医療アクセスの改善に向けて責任の一端を担うことが求められていることである。

本章では、米国の医療制度の構造と沿革について概説し(2節)、医療制度改革法の概要および今後の見通しについて述べた上で(3節)、オバマ大統領の医療制度改革に大きな影響を与えた2006年のマサチューセッツ州医療改革法および今般の医療制度改革法における事業主の役割について述べる(4節)。そして、以上を基に日本の医療政策への示唆について考察する(5節)¹⁷⁶。

2. 米国の医療保険制度の構造と沿革

(1) 米国の医療保険制度の構造

米国の医療保険制度の構造は日本とは大きく異なっている。特に重要な点は次の3つである。

第1に、国民の多くをカバーする統一的な公的医療費保障制度を欠いている。正確に言えば、米国にも、メディケア(Medicare: 65歳以上の高齢者や障害年金受給者等を対象とする連邦政府のプログラム)、メディケイド(Medicaid: 低所得者を対象とする連邦と州の共同プログラム)、児童医療保険プログラム(Children's Health Insurance Program: 1997年の予算均衡予算法により設けられた児童を対象とするメディケイドの補完制度)等の公的プログラムが存在する¹⁷⁷。しかし、2008年の加入者数は、¹⁷⁷ が4,303万人、¹⁷⁷ が4,264万人、¹⁷⁷ が737万人であり、3つ合わせても米国民人口(3億148万人)の約3割をカバーして

¹⁷⁵ 法律名を直訳すると「患者保護および購入可能なケアに関する法律」であるが、その趣旨は、既往歴等により保険加入が拒否されることなく手頃な保険料で適切な医療を受けられるようにすることにある。なお、この法律は、上院案(2009年12月24日に上院で可決された案)をベースに下院案(2009年11月7日に下院で可決された案)の要素を一部盛り込んだものである。両案の一本化は難航したが、上院案が3月21日に下院で可決されたことにより改革法案の成立は事実上の決着をみた(大統領の署名は23日)。ただし、下院案の要素を盛り込むには上院案の一部を修正する必要があり、そのための予算調整法案が3月25日に上下両院で可決し3月30日に大統領が署名し成立した。

¹⁷⁶ なお、本章は共著論文であるが、4節は石田、それ以外は島崎が執筆したものである。また、島崎が執筆した部分は、島崎(2011)の5章と重複している部分が多いことを断っておく。

¹⁷⁷ この3つ以外に連邦または州が財源を負担するプログラムとしては、軍人(退役軍人および家族を含む。加入者は1,156万人)、公務員、先住民を対象とするプログラム等がある。

いるにすぎない¹⁷⁸。

第2に、民間医療保険が発達している。ただし、民間保険である以上加入は任意であり、給付内容や保険料等も契約により決められる¹⁷⁹。したがって、保険料が高いこともあって疾病リスクが低い若年成人は加入しない場合が多く、低所得者や病気がちの者など本来医療保険を最も必要とする者が現実には保険加入できない。2008年で約4,634万人（国民の15.4%）もの無保険者が生じる理由である。さらに、保険加入者でも保険の給付範囲が狭い（underinsurance）場合が少なくないほか、重篤な病気に罹れば保険の更新が拒否される（あるいは保険料が大幅に引き上げられる）など、リスクヘッジの機能を十分果たせていない。

第3に、企業（事業主）が従業員に保険を提供するのが一般的である¹⁸⁰。企業が保険提供する形態としては、自家保険もあるが、保険会社と団体保険契約を結び従業員がその中から選択する（加入しないという選択もある）のが一般的である。ただし、企業が保険提供している場合でも事業主負担の割合は異なる。また、従業員が200人以上の企業では保険提供をする割合は1999年で99%、2009年で98%と100%に近いのに対し、200人未満の企業ではそれぞれ65%、59%（とくに従業員3人から9人の企業では1999年が56%、2009年が46%）と低い（Kaiser Family Foundation 2009, p.5）。これは企業規模が小さいほど福利厚生支出の余裕がないこと、保険運営管理コストや仲介手数料が割高で保険会社に対する交渉力も弱いことによる¹⁸¹。

なお、大企業では一定の勤続を条件に退職後も保険提供する例も少なくないが、これは賃金の「後払い」（deferred pay）に当たるため、給付建ての企業年金と同様に退職給付会計の対象となる。具体的には、FAS（財務会計基準）158号に基づき、企業は医療費の長期的増加率等を基に所要給付額の見積りを行い、その見込額のうち既発生分（当期までの勤続期間に見合う分）を退職給付債務として貸借対照表に計上しなければならない。ちなみに、GMは多額の債務を負い経営破綻したが、その2008年決算では、年金給付債務の845億ドルより小さいとはいえ医療給付債務等も100億ドルの規模に達していた¹⁸²。

医療保険の提供が雇用と結びついているということは、失業すれば医療保険を喪失することを意味する。さらに、企業により保険提供の有無・内容等が異なることは、転職を躊躇させ雇用の流動性を阻害する要因となる（この現象はjob-lockと呼ばれる）。

¹⁷⁸ データの出所は、U.S. Census Bureau(2009)による。後述する無保険者数の出所も同じ。なお、Center for Medicare & Medicaid Services(2010)によれば、米国の総医療費の支払別内訳は、患者自己負担が11.9%、民間医療保険が33.5%、他の私的ファンドが7.3%、連邦が34.9%（メディケア20.1%）、州と連邦が12.4%（メディケイド14.7%）となっており、政府の医療支出の負担は決して小さいわけではない。

¹⁷⁹ ただし、全米保険監督官協会（NAIC）が1990年代初めにモデル法・規則を制定したこと等もあって、保険料率等の規制を行っている州は増加している（中浜2006を参照）。

¹⁸⁰ U.S. Census Bureau(2009)によれば、米国の民間保険加入者は2億100万人いるが、その内訳をみると、事業主提供のものが1億7,630万人となっており、個人の直接購入は2,680万人にすぎない。

¹⁸¹ 給付内容など他の条件が同じでも、従業員が9人以下の零細企業だと従業員1000人以上の企業に比べ、1人当たりの保険料は18%高づくという（Gabel *et al.* 2006, p.841）。

¹⁸² なお、日本の医療保険制度の下で同様の議論が生じる可能性の有無等については、島崎（2005b）を参照されたい。

(2) 米国の給与関係税 (payroll tax) の賦課・徴収等の仕組み

以上のとおり、米国ではメディケアおよびメディケイドを別にすれば公的医療費保障制度は存在せず、従業員に対し医療保険を提供するかどうかは労働契約ベースの問題であるが、メディケアを含む社会保障税(名目は税であるが、拠出と給付が結合しているためその本質は社会保険である)の賦課・徴収の仕組みについて、ここで簡単に触れておくことにする。これは、後述する「事業主の従業員に対する保険提供の義務づけ」の議論の前提となるからである。

米国で従業員 (employee) を雇う雇用者 (employer) は、従業員の給与 (賃金) に係る次の税金を徴収し負担する義務がある。これら給与に関する税金のことを、payroll tax あるいは employment tax と称している。主な payroll tax には、次の4つがある¹⁸³。

・連邦所得税(給与は課税所得として個人所得税申告書に含められなければならないが、給与から天引きされる源泉所得税はその前払いとなる。人によって他の所得や控除額、扶養控除も異なるので、従業員は雇用者に Form W-4 を雇用者に提出し雇用者にいくら源泉徴収してもらおうか雇用者に通知する)

・連邦社会保障税(年金分 12.4%、メディケア パート A 分 2.9%。従業員と雇用者で折半。保険料賦課ベースは給与(賃金)。保険料賦課上限額は 2006 年度ベースで 94,200 ドル)

・連邦失業保険税(雇用者だけが支払う。税率 6.2%。州失業保険税を支払っている場合には 5.4%まで軽減されるので実質 0.8%)

・州所得税(個人所得税を課している州で従業員が勤務する場合、雇用者は州の源泉所得税も連邦税と同様な手続により徴収する義務がある)

以上のうち、連邦所得税の賦課の対象となる「所得」には、源泉のいかんを問わずすべての収入が含まれる。なお、給与の場合、現金以外の経済的利益(例:社用車提供・社宅貸与も市場価格で評価)も含む。したがって調整総所得から控除額を差し引いたものが連邦所得税の課税ベースとなる。

連邦社会保障税の賦課ベースは、調整総所得ベースの給与収入である。つまり、金銭による賃金のほか現物支給による経済的利益を含むが、概算控除(又は実額控除)や人的控除前の給与収入である。なお、従業員が米国で労働(役務)を提供している限り、その対価として支払われる給与はすべて対象になる。したがって、例えば、日本の米国子会社に出向している駐在員に対して支払われる日本本社が支払う給与も対象になる。ちなみに、自営業者の場合には、事業活動から得られたすべての所得が連邦社会保障税の賦課ベースとなる。事業活動と関係ない不動産賃貸収入や株式の配当収入は含まない。なお、事業のために実際に支払われた賃金、継続的に使用される不動産賃貸料等は控除できる。

連邦社会保障税の納付および申告は次のとおりである。

¹⁸³ なお、そのほかに州失業保険税が徴収されることがある。

第 1 に、納付期限等であるが、雇用者は、源泉所得税と社会保障税を納付額の多寡に応じた基準期間 (look back period) に納付する。例えば、基準期間の納付額が 10 万ドル超の場合は給与支払日の翌銀行営業日に納付する。社会保障税については従業員分も含めて雇用者が一括納付する (Federal Insurance Contribution Act § 3401、§ 3402、§ 3411 等)。納付に関しては、電子連邦税納付システム、銀行の納税引落とし等がある。

第 2 に、各種申告・届出であるが、雇用者は、源泉所得税と社会保障税の納付状況を Form941 という書式により四半期ごとにまとめ内国歳入庁 (IRS) に提出する。また、雇用者は各従業員に支払った給与の年間合計額と源泉徴収された各税金を記載した FormW-2 (源泉徴収票) を 1 月末までにすべての従業員に交付するとともに FormW-2 の写しとその集計表である FormW-3 を 2 月末までに社会保険庁 (Social Security Administration) に提出する。社会保険庁は IRS にコピーを転送する。個人所得税の課税年度は暦年であるが、各従業員は個人所得税申告書である Form1040 により翌年 4 月 15 日までに納税申告するとともに納税するが、Form1040 には、FormW-2 (源泉徴収票) を添付する。つまり、これにより当該申告者 (従業員) の連邦社会保障税が源泉徴収されていることが証明できることになる。

(3) 米国の医療保険制度の沿革

(1) で米国の医療制度の基本構造の特徴として 3 つを挙げたが、当然のことながらこれらは相互に関連している。つまり、統一的な公的医療費保障制度を欠いているために、民間医療保険が発達し、事業主も従業員に保険提供していることになる。しかし、歴史的にみれば、大企業の従業員を対象とする民間団体医療保険がいわば「先占」したことが、今日に至るまで米国が統一的な公的医療費保障制度を欠いている理由であるという見方も可能である。以下、米国の医療制度の基本構造をより深く理解しオバマ大統領の改革の歴史的位相を明確化する意味からも、米国における医療保険制度および改革の歴史を振り返ることにする¹⁸⁴。

第 1 に、1910 年代に、「米国労働立法協会」が、労使折半の保険料と州政府の補助金を基に低賃金労働者を対象とする標準的健康保険法案の提案を行い、14 州ではこれに準拠した健康保険法案が議会に提出された。しかし、この取組みは結果的に失敗に終わった。その理由は、米国医師会は当初は賛成していたが途中から反対に回るなど関係団体が反対したこと、米国労働総同盟も政府による強制保険は労働組合の自律的役割を弱めるとして反対したこと、米国労働立法協会の運動を強く支持したセオドア・ルーズヴェルト (Theodore Roosevelt) が 1912 年の大統領選で敗北し強い後ろ盾を失ったこと等による。

第 2 に、1935 年にフランクリン・ルーズヴェルト (Franklin D. Roosevelt) 大統領の下で社会保障法が制定されたが、立案過程では、公的年金のほか公的医療保険の導入について

¹⁸⁴ これは、Starr (1982) および Laham (1993) を基にした島崎 (1994) (6 回・7 回分) を簡略化したものである。

も検討が行われた。しかし、米国医師会の強硬な反対があったこと等から、公的医療保険の導入を強行すれば社会保障法そのものの成立が危ぶまれ、結局、社会保障法は医療保険を除外し制定されることになった。

第3に、1945年から1949年にかけて、トルーマン（Harry S. Truman）大統領が、ワグナー・ミュレイ・ディンジェル（Wagner-Murray-Dingell）法案の成立に熱意を燃やした。この法案は、労使折半で保険料を拠出する強制的な健康保険制度を創設することを内容とするものであった。しかし、米国医師会が、「医療の社会化（socialized medicine）反対キャンペーン」を展開するなど猛烈に反対したこと、1940年から1950年の間に民間入院保険の加入率が9%から51%に急増したため（Laham1993, p.2）、中産階級を中心に公的医療保険の創設の切実性が乏しくなったこと等により、日の目を見ずに終わった。

第4に、ケネディ（John F. Kennedy）大統領の政策を継承したジョンソン（Lyndon B. Johnson）大統領の下で1965年にメディケア・メディケイドが誕生した。この制度創設に対する医療業界の反発は小さくなかったが、議会における民主党の圧倒的多数を背景に実現をみた。そして、この後、メディケア・メディケイドを拡大し国民皆保険を実現するための法案が数多く議会に提出された。しかし、医療保障の必要性の高い高齢者や低所得者に公的プログラムが設けられたことにより皆保険制度を創設する切実性が弱かった。また、メディケア・メディケイドは予想以上に受療率（特に入院）が上昇し医療費の膨張を招いたため、公的プログラムの拡大・創設することの足枷になった。

第5に、1970年代に国民皆保険をめぐる議論が盛り上がった。1969年、エドワード・ケネディ（Edward M. Kennedy）上院議員はグリフィス（Martha W. Griffiths）下院議員とともに、すべての公的および民間保険に代えて連邦政府による統一的な国民皆保険を創設する案を起草した。ニクソン（Richard M. Nixon）大統領は、これに対抗して、事業主に被用者に対する民間保険の提供の義務づけを骨格とする構想を打ち出した（1973年に包括的医療保障法案として議会に提出）。ケネディは自案に固執すると保険業界や医療団体は猛烈な反対に遭い頓挫するため、法案を成立させるためにニクソン案に歩み寄る修正も行った。しかし、結局は両案とも成立をみずに終わった。その主な要因としては、ウォーター・ゲート事件によりニクソン大統領が失脚したこと、民主党側もリベラル派と穏健派の間で意見の統一を図れなかったこと、第1次オイルショックが起こり医療のために多額の財政支出を行えることが困難になったこと等が挙げられる。

第6に、国民皆保険に向けた改革ではないが、ニクソン大統領の下で医療供給構造の改革が試みられた。たとえば、1973年のHMO法の制定（優良なHMO普及のために連邦政府が補助金支出を行う）、1972年のPSRO（Professional Standard Review Organization）と呼ばれる組織（メディケア・メディケイドの医療内容の必要性と適切性を審査するための組織）の州ごとの設置、1974年の国家医療計画・資源開発法の制定（人口50万人から300万人程度の圏域ごとに医療システム計画を策定するとともに、医療機関が病院の新設や高額な医療機器の購入等を行う場合には「必要証明」の取得を義務づける）が挙げられる。

しかし、こうした諸立法は、米国医師会の反対に遭い政府の強制的な権限が弱められるとともに、制定後も PSRO の合憲性をめぐる訴訟が相次いで提起され、レーガン (Ronald W. Reagan) 大統領には、市場原理に基づき競争を重視する観点からこうした医療供給規制の撤廃が行われた。

第 7 に、1993 年から 1994 年にかけてクリントン (Bill Clinton) 大統領が国民皆保険の実現に挑戦した。その構想は、「管理された競争」理論に基づき、質と価格による競争を喚起すること、被用者や個人は保険者に強制加入させるとともに事業主に従業員の保険料の原則 8 割の負担義務を課すこと等を内容とするものであった。失敗に終わった理由は、強制的要素を数多く含んだ案であり、保険会社、医療団体、企業や自営業団体等の猛烈な反対に遭ったこと、法案の作成に時間がかかりすぎ改革の機運を逸した上に、改革の内容が、理に走りすぎ難解、「八方美人」で複雑かつ一貫性を欠いていたこと、クリントン大統領やタスクフォースの長であるヒラリー (Hillary R. Clinton) が、議会や利益団体に対し硬直的な対応に終始し妥協や調整を排したこと等が挙げられる。

(4) オバマ大統領による改革の背景

米国では医療制度改革は関係者の利害やイデオロギーの対立が先鋭的に現れる問題であり、何人もの大統領がこれに挑戦しながら頓挫してきた歴史である。そして、その失敗が大統領の政治生命にさえ関わる。最近の例では、クリントン大統領の国民皆保険の失敗は政治的に大きな汚点となった。それでは、なぜオバマ大統領はこの難題にあえて挑戦したのか。その理由は大別すれば 2 つある。

第 1 は、医療費の高騰に歯止めをかける必要があるからである。米国の総医療費の対 GDP 比は、1980 年が 9.1%、1990 年が 12.3%、2000 年が 13.6%、2008 年が 16.2% と増加しており、2019 年には 19.3% に達すると見込まれている (Center for Medicare & Medicaid Services, 2010)¹⁸⁵。米国の医療費は先進諸国の中でも際立って高く、日本と比べると GDP 比で約 2 倍 (1 人当たり医療費では 3 倍弱) の規模に達している。このため、現状でも、家計、企業、政府のいずれの部門の負担は重いだが、今後さらに医療費が膨れ上がれば、家計における他の支出の圧迫、労働者の実質賃金の目減り、企業の国際競争力の低下、政府の財政赤字の拡大などを通じ、米国経済そのものが成り立たなくなる。一例だけ挙げれば、CBO (Congressional Budget Office: 議会予算局) の推計によれば、2009 年の個人消費支出の平均は 2 万 6,000 ドルであるが、そのうち 6,000 ドルは医療関連支出に充てられている。そして、2035 年には個人消費支出は 1 万 4,000 ドル増加するが、(何も有効な手を打たなければ) この増加分の 8 割以上は医療に費消されると見込まれている (CBO, 2009a, p.33)。

第 2 は、低・中所得者の医療のアクセスを改善するためである。高所得者は世界の最先

¹⁸⁵ 総医療費は対象範囲の取り方によって数字は異なる。たとえば、CBO (2009a) の総医療費は研究投資および施設・機器投資費用を除外しているため、Center for Medicare and Medicaid Services Office (2009) に比べ低くなる。

端の医療を受けることができる一方、国民の 6 人に 1 人が無保険者であることは医療政策の明らかな失敗である。無保険者というとホームレスや中高年の失業者をイメージしがちであるが、無保険者の典型は中小企業等で働く低所得の若年成人である¹⁸⁶。企業の規模が小さく保険を提供しなければ従業員は民間保険に加入するよりないが、米国の保険料は非常に高く低所得者が払える金額ではない¹⁸⁷。また、民間保険に加入している中産階級の者も安心できない。些細な既往歴の無申告を理由に保険の支払いが拒絶されるといったトラブルが頻発していることに加え、重篤な疾患に罹れば保険の更新ができず資産を使い尽くすことがあるからである。

いうまでもないが、以上の 2 つは別個の問題ではない。医療費が高騰すれば保険料が上昇し、事業主の保険提供や個人の保険購入が困難になり無保険者はさらに増える。無保険であれば医療のアクセスは制限される。米国でも無保険者は救急医療まで受けられないわけではないが、病院は未払費用分を他の患者の医療費の請求価格に転嫁するため、その費用の一部は保険料の引上げを通じ保険加入者（保険提供している企業を含む）の負担に跳ね返る¹⁸⁸。また、保険会社と医療機関や患者との支払をめぐるトラブルも日常茶飯事である。さらに、医療機関と患者の間の医療訴訟も頻発しており、これを避けるために過剰な検査・治療（defensive medicine）が行われ医療費増加の一因となっている。一言でいえば、米国の医療制度はシステム全体としてうまく機能していない。

3. 医療制度改革法の内容と今後の見通し

(1) 医療制度改革法の内容

医療制度改革法は大部な法律であるが、重要な点は次の 6 つである。なお、第 2 の「事業主の保険提供の義務づけ」については、本調査研究の目的と直接関わるので、次節で詳述する。

第 1 は、個人（米国籍を有する者および合法的居住者）に対する保険加入の義務づけ（individual mandate）であり、保険に未加入の場合には、確定申告の際、個人 695 ドル（世帯では 2,085 ドル）課税対象所得の 2.5%のいずれか高い方の額が追徴税として徴収される¹⁸⁹。ただし、保険料が所得の 8%を上回る場合や所得が課税最低限（2009 年では個人の

¹⁸⁶ 2008 年の保険未加入者のプロフィールをみると、18 歳から 34 歳までの者の未加入割合は 3 割弱と他の年齢層に比べ高く、無保険者の 4 割以上を占める。また、18 歳から 64 歳のフルタイム労働者でも 17.2%は無保険であり無保険者総数の 45%を占める。なお、世帯所得階級別にみると、2 万 5,000 ドル未満の未加入割合は 24.5%、2 万 5,000 ドルから 5 万ドル未満が 21.4%、5 万ドルから 7 万 5,000 ドル未満が 14.0%、7 万 5,000 ドル以上が 8.2%となっており、所得が低いほど無保険割合は大きい（U.S. Census Bureau, 2009）。

¹⁸⁷ Kaiser Family Foundation（2009）によれば、2009 年の企業が提供する団体医療保険の平均保険料は、単身で 4,824 ドル、4 人家族で 13,375 ドルである。保険の内容や年齢等によって異なるが、個人加入の保険料はこれよりもはるかに高くつく。

¹⁸⁸ 無保険者の未払医療費は決して無視できる金額ではない。たとえば、2008 年の総額は 560 億ドルに上るといふ試算がある（Hadley *et al.* 2008）。

¹⁸⁹ なお、不法入国者は、義務づけの対象外であるだけでなく、（連邦政府の補助を受けずに全額自費で保険料を負担できたとしても）医療保険エクスチェンジを通じて保険を購入することもできない。

場合年間 9,350 ドル)に満たない場合、 保険の未加入期間が 3 か月未満の場合、 宗教上の理由により保険加入を拒否する場合には適用されない。一方、中・低所得者に対する保険料負担の軽減措置も講じられており、連邦貧困水準 400% (4 人家族で 8 万 8,200 ドル) 未満の者が医療保険エクステンジ (後述する) で保険を購入する場合には、税制上の保険料控除 (控除額は所得水準に応じ段階的に設定) を受けることができる。

第 2 は、事業主の保険提供の義務づけ (employer mandate) である。フルタイムの従業員を 50 人以上雇用しており、そのうち医療保険料の税額控除を受ける従業員が 1 人でもいる事業主は、医療保険を提供しない場合にはフルタイムの従業員 1 人当たり 2,000 ドルの資金拠出が義務づけられる (ただし 30 人分までは拠出免除される)¹⁹⁰。また、連邦貧困水準 400% 未満であって、医療保険エクステンジで保険を購入することを選択しその保険料支出が収入の 8% から 9.8% に相当する従業員に対しては、事業主は保険料支出に充当可能なバウチャーを提供しなければならない。なお、従業員 25 人未満の小規模企業の事業主 (従業員の平均賃金 5 万ドル未満で、事業主が保険料の 50% 以上を負担している場合に限る) に対しては、保険料負担の税額控除 (従業員数・平均賃金に応じて段階的に設定され、2014 年以降は最大で 50%、控除の適用期間は 2 年間) を受けることができる。

第 3 は、「医療保険エクステンジ」(Health Insurance Exchange: エクステンジとは「取引所」という意味である) の創設である¹⁹¹。その主たる目的は、個人や中小企業事業主向けに購入可能な適格保険プラン (必須給付パッケージを給付内容とし給付率が 6 割以上のもの) を斡旋することであり、各州は 2014 年 1 月までにこれを創設しなければならない¹⁹²。なお、「パブリック・オプション」(医療保険エクステンジで提供される保険プランとして公的医療保険プランの選択肢を設けること) を導入するか否かは大きな争点であったが、結局これは見送られ、代わりに連邦人事管理局が民間保険会社と契約し医療保険エクステンジにおいて複数の保険プラン (うち 1 つは非営利保険) を提供することとされた¹⁹³。

第 4 は、民間医療保険に対する規制である。具体的には、 既往症による保険加入拒否の禁止、 保険料格差を設定できる場合を年齢 (ただし、高齢者の保険料は若年者の 3 倍未満でなければならない)・地域・家族数・喫煙に限定、 新規加入時の 90 日以上の待機期間設定の禁止、 生涯給付上限設定および年間給付上限設定の禁止、 保険免責額の制限 (例: 小規模団体保険では個人の場合 2,000 ドルが上限)、 保険料のうち給付への充当

¹⁹⁰ なお、事業主が医療保険を提供している場合でも、手薄い医療保険の提供により拠出義務を免れないようにするため、税額控除を受ける従業員 1 人につき 3,000 ドル、またはフルタイムの従業員 1 人につき 2,000 ドルのいずれか低い方の額の資金拠出が義務づけられる (ただし 30 人分までは拠出免除される)。

¹⁹¹ 医療保険エクステンジは、民間保険の購入を希望する個人や事業主に対して一定の条件を満たした医療保険プランを紹介する仕組みであり、これまでにマサチューセッツ州の医療制度改革や連邦公務員医療給付プログラムにおいて採用されてきた。この制度を通じて保険会社の運営コストを軽減し、個人や中小企業向けの医療保険の保険料を購入可能な水準に維持することが期待されている。また、事業主の登録、保険料の税額控除、自己負担額に対する補助なども医療保険エクステンジを通じて行われる。

¹⁹² なお、米国では中絶は大きな政治的論争点であるが、必須給付パッケージには中絶費用は含まれていない。

¹⁹³ なお、非営利の消費者運営・主導による保険プランの提供も、必須ではないが連邦補助金を用い推進されることとされている。

率の下限設定（例：団体保険の場合は充当率は 85%以上） 26 歳未満の者は親の保険の給付対象とする義務づけ等が行われる。なお、民間保険会社は医療保険エクステンジ以外で提供する団体保険や個人保険においても適格医療プランを組み入れなければならない。

第 5 は、メディケアの改善およびメディケイドの拡充である。既述したように、メディケア・パート D（外来薬剤給付）については、「ドーナツの穴」と呼ばれる全額自己負担の範囲があるが、これが段階的に縮小され 2020 年までに 75%の給付となる。また、メディケイドについては、所得が連邦貧困水準の 133%未満のすべての個人に対象拡大するとともに（受給者拡大分は連邦政府が 2014 年から 2016 年は 100%負担する）、児童医療保険プログラムは継続し 2015 年以降連邦の拠出を増額することとされている。

第 6 は、メディケアの効率化を図るために、「独立支払諮問委員会」(Independent Payment Advisory Board) が設置されることである。独立支払諮問委員会は、メディケアの支出が目標伸び率を超えると見込まれる場合には、その超過分を縮減する具体的方策（その内容は患者の負担増や保険料増加等であってはならないとの条件が規定されている）を大統領および議会に勧告する。この委員会の勧告は強い拘束力をもつ。すなわち、議会がこの勧告を上回る支出抑制策を立法化しない限り、この勧告は議会の同意なしに自動的に施行される¹⁹⁴。

医療制度改革法の主要事項は以上のとおりであるが、その所要財源および政策効果については、2010 年 3 月 20 日、CBO が上院を通過した法案および 2010 年予算調整法案を踏まえた審査結果を発表している（CBO,2010a）。その要点は次のとおりである。

第 1 は、改革に要する費用（グロス）は 10 年間で 9,380 億ドル（内訳は、メディケイド等の支出増 4,340 億ドル、医療保険エクステンジにおける保険料控除等で 4,640 億ドル、その他が 400 億ドル）と見込まれる。これから、個人や事業主からのペナルティ（追徴税）や年間保険料が 1 万 2,000 ドル以上（個人の場合）の保険プランに対する課税等を差し引いたネットの費用は 7,880 億ドルと見込まれる。

第 2 は、改革の財源としては、メディケアの効率化等で 4,550 億ドル、高所得者（年収が個人で 20 万ドル以上）の社会保障税（メディケア分）の税率引上げ（1.45%を 2.35%に引上げ）で 2,100 億ドル、ヘルスケア関連企業からの拠出で 1,070 億ドル等が見込まれ、2019 年時点で連邦政府の関連財政赤字は 1,240 億ドル削減される。

第 3 は、無保険者数は自然体では 2019 年に 5,500 万人まで増えるが、今般の改革により 3,200 万人減少し、無保険者は 2,300 万人（そのうち約 3 分の 1 は不法移民）となると見込まれる。ちなみに、65 歳未満人口の保険等によるカバー率は、2010 年から 2019 年にかけて 83%から 94%に（不法移民を含めると 81%から 92%に）上昇する。

¹⁹⁴ 勧告等のタイムテーブルは、メディケアの支出予測は単年度ではなく 5 年間（過去 2 年・当該年・今後 2 年） 目標伸び率は 2017 年までは都市の消費者物価指数、2018 年以降は GDP 伸び率プラス 1%、勧告は予測年の翌年、実施年は勧告年の翌年である。その他、独立支払諮問委員会の構成・勧告手続・権能等の詳細については、今般の改革法の § 3403 を参照（この規定により社会保障法（the Social Security Act）の 18 編の末尾に独立支払諮問委員会の規定が § 1899A として設けられている）

(2) オバマ大統領の改革の本質

医療制度改革法の概要等について述べたが、オバマ大統領の改革の本質は、1993年のクリントン大統領の医療保障法（Health Security Act）案と対比するとより明らかになる。

クリントン案の理論的支柱は「管理された競争」であった。これは、医療の質と価格を同じ土俵で比較できるように管理した上で、市場競争を促すものである。クリントン案に即していえば、共通の基礎的保険給付のパッケージ（標準給付）を設定し、個々の医療保険プラン（プランとは保険商品を意味するのではなく、保険機能と医療供給機能が結合した組織を指す）は標準給付の価格（毎年の契約保険料）とそのプランが提供する医療の質に関する情報を提示する。一方、地域ごと（州に最低1つは必置）に「地域医療組合（Regional Health Alliances）を設け、地域のすべての住民および企業の従業員はこれに加入する。なお、従業員5,000人以上の企業は「企業組合」（Corporate Alliances）を設けることができる（その場合には当該従業員は「企業組合」に加入する）。そして、各地域医療組合や企業組合は加入者のエージェントとして個々の医療保険プランと交渉し、その結果、医療保険プラン間で競争が喚起され、医療の質の低下を招くことなく医療費抑制が図られることになる。これがクリントン案の基本ロジックであるが、「管理された競争」理論の創始者であるエントーヴェンらからは、「この案はコスト抑制を市場競争ではなく政府の管理に委ねている」、「地域医療組合の規模が大きすぎるため需要独占が生じ、州単位で単一支払方式を採ると同じ結果を招く」といった批判が浴びせられた（Enthoven and Singer 1994）。この指摘は正しい。クリントン案は市場競争を基調にしているように見えながら、保険料が想定以上に上昇した場合の上限設定（premium cap）、事業主への保険提供の義務づけ（保険料の加重平均額の原則8割相当の負担義務。給与総額の7.9%が上限。零細企業の事業主については連邦補助あり）、住民や従業員に対する地域ヘルス連合へ加入の義務づけなど、強制・管理的な規定が数多く設けられており、国民皆保険を実現するために公的医療保険の色彩が濃いのである。また、だからこそ、保険業界、医療団体、産業界等の猛反発を招いたともいえる。それでは、オバマ大統領の医療制度改革法はどうか。重要な点は次の3つである。

第1に、今般の改革は公的医療保険を創設するものではない。たとえば、米国でも、単一支払方式（single-payer system：政府や準公的機関が保険の供給・支払を行う方式）は民主党のリベラル派や医療政策の専門家の間で根強い支持がある。しかし、オバマ大統領は、これは「ラディカルな改革であり現在の医療を壊しかねない。...新しい制度を一から構築することを試みるよりも、現在機能しているものは活かし、機能していなものは改める方が理にかなっている」（2009年9月9日の上下院合同本会議の演説）として斥けている。また、保険会社にとって脅威となる「パブリック・オプション」は下院案には入っていた（当然オバマもこれを支持していた）が、法案の一本化に当たって採用は見送られた。

第2に、オバマ大統領は国民皆保険の実現を目標とはしていない。端的にいえば、無保

険者が減少し結果的にそれに近づけばよいと考えている¹⁹⁵。それは法律の規定内容にも反映されている。たとえば、今般の改革法では、事業主の医療提供を直接義務づけるのではなく、提供しない場合には一定の資金を拠出させるという間接的な手法が採られるとともに、従業員 50 人未満の事業主は適用除外である。また、個人に対する保険加入の義務づけも弱い。保険料が所得の 8% を上回る場合をはじめ適用例外の範囲が広い上に、未加入の場合の追徴税は、(通常の前納とは異なり)支払わない者に対する刑事罰の適用はなく、内国歳入庁による差押も予定されていない(石田 2010.49 頁。医療制度改革法 § 5000A(g)(2) 参照)。

第 3 に、州の裁量や民間保険の規制に関しては、むしろ今般の医療制度改革法の方が強制・管理の要素が強い。クリントン案では州の裁量 (state flexibility) の範囲は広く州単位で単一支払方式を採用することも認めており、(既往症による保険加入拒否の禁止等は盛り込まれているものの)民間保険の給付設計に対する規制は緩やかであったのに比べ、今般の改革法では民間保険の給付設計に関する規制は統一的かつ詳細である。また、現状ではメディケイドの対象範囲は州によりまちまちであるが、今般の改革では、連邦貧困水準の 133% 未満のすべての個人はメディケイドの対象とすることとされている。

要するに、2 人の大統領の改革の重点の置き所は微妙に異なっているのである。クリントン大統領にとって国民皆保険の実現は公約であり、地域医療組合等への強制加入はゆるがせにできないことであった。一方、オバマ大統領にとっての最重要事項は、適格な民間医療保険を購入可能なものにする事や既往症等により保険加入が拒否されないことであり、国民皆保険の実現や公的保険の導入はそれに劣後する。もちろん、オバマ大統領がこうした方針を採ったのは、クリントンの失敗の轍を踏むことは許されず法案成立を最優先するという判断が働いていたことは間違いない。また、民間保険に対する統一的な規制を採った背景には、マサチューセッツ州の医療制度改革の成功事例が存在したことに加え、1996 年の HIPAA 法 (Health Insurance Portability and Accountability Act) にみられるように医療に関する連邦政府の権限が強められてきたという事情もある。ただし、改革内容や改革手法の差異はそれだけによるのではない。オバマ大統領とクリントン大統領 (というよりタスクフォースの長であったヒラリー・クリントン) の政策理念の違いという要素も決して無視できないように思われる¹⁹⁶。

(3) 医療制度改革の今後の見通し

米国の医療制度改革は歴代の何人もの大統領がチャレンジしながら失敗を重ねてきた歴史であり、今般の医療制度改革法の成立は画期的である。オバマ大統領の偉業と評しても

¹⁹⁵ 二木立が指摘するように、オバマは医療保険を購入可能 (affordable) なものにする事は強調しているが、国民皆保険 (universal coverage) という言葉の使用は当初から慎重に避けている(二木 2009, 11 - 13 頁)。

¹⁹⁶ たとえば、2007 年の民主党の大統領予備選挙では、オバマが漸進的改革を主張したのに対し、ヒラリーは相変わらず国民皆保険の実現を図ることを強調し、個人の強制加入義務と未加入者の罰則導入を提唱した。双方の主張の異同につきては、江藤 (2009) を参照されたい。

よい。ただし、既述したように、これにより国民皆保険が実現するわけではない。また、医療費の高騰に歯止めがかかるかどうかも予断を許さない。さらにいえば、医療制度改革法は成立したものの、改革が順調に進むかどうかは予断を許さない。

第 1 に、医療制度改革に対する反発は根強い。2010 年 3 月 21 日の下院の採決結果は、賛成 219、反対 212 と僅差（共和党は全員反対、民主党も 34 人が反対）であったが、世論も二分されている。たとえば、カイザー財団が医療制度改革法成立後に行った世論調査によれば、賛成（46%）、反対（40%）とほぼ拮抗している。また、支持党派による賛否の相違も顕著であり、民主党支持者では賛成（78%）・反対（13%）であるのに対し、共和党支持者では賛成（13%）・反対（78%）と正反対の数字となっている¹⁹⁷。

第 2 に、医療制度改革法の本格実施は 2014 年以降である。改革法の施行時期はまちまちであり、中小企業の保険料負担の補助（2010 年施行）やメディケア・パート D の給付改善（2011 年施行）など早くスタートする事項もある（改革の「飴」に相当するものが多い）。しかし、改革の骨格部分（例：個人の保険加入の義務づけ、事業主の保険提供の義務づけ、医療保険エクステンジの創設、メディケイドの拡充、保険契約の規制）の多くは 2014 年以降施行（2014 年までに創設すべきものを含む）となっている。この間には、2012 年秋の大統領選挙があり、反対勢力の巻返しを含め政治的な駆け引きは一層活発化するとと思われる。

第 3 に、州との関係がある。医療制度改革法には、医療保険エクステンジの創設やメディケイドの拡充など州がイニシアティブをとって実施すべき内容が数多く含まれている。各州の民間保険に関する規制や医療制度改革の取組みには温度差がある上、米国は連邦国家であり連邦と州の権限関係は微妙な問題を孕んでいる。実際、20 州の司法長官または州知事（1 人を除きすべて共和党員）が個人の保険加入の義務づけやメディケイドの拡充は州の権限を侵すものだとして訴訟を提起している¹⁹⁸。その帰趨はともかく、州が医療制度改革法の施行に消極的な姿勢をとれば各種の義務づけ等は形骸化し改革の実効は上がらない。

第 4 に、利益団体との緊張関係がある。保険業界や米国医師会など医療関係団体はクリントン大統領の構想には猛反発し改革を頓挫させたが、オバマ大統領の医療制度改革には絶対反対の立場をとらなかった。象徴的なのは、大統領の協力要請に応え、2009 年 6 月 1 日、医療関係 6 団体が大統領宛の連名の親書の中で「向こう 10 年間の医療費の年平均伸び率を 1.5% 抑制し 2 兆ドル以上を節減するというオバマ政権の目標の達成に協力することを約束する」旨を表明したことである¹⁹⁹。しかし、利益団体の行動原理は自らの利益の最大

¹⁹⁷ 出所は Kaiser Family Foundation, Health Tracking Poll (conducted April 9-14, 2010) である。なお、合計が 100% とならないのは、「分からない、回答拒否」があるためである。

¹⁹⁸ 20 州というのは、2010 年 5 月 24 日現在の数字である。なお、この問題を含め今般の改革をめぐる憲法上の論点と影響等については、石田（2010）の解説を参照されたい。

¹⁹⁹ 医療関係 6 団体とは、米国医師会（AMA）、米国病院協会（AHA）、先端医療技術協会（AdvaMed）、米国民間医療保険協会（AHIP）、米国医薬品研究・製薬工業会（PhRMA）、サービス業労働者組合（SEIU）である。なお、親書には各団体の医療費削減方策（ただし、当然のことながら具体性は乏しい）が添付されている（原文は各団体の HP から入手可能）。

化であり、この協力表明も業界に不利になる政府の規制・課税等を最小限に食い止めるには、全面対決するよりも条件闘争路線を採る方が賢明だという判断に基づくものと考えべきである²⁰⁰。換言すれば、医療制度改革法は政権と利益団体の妥協の上に成り立っており、改革が具体化する過程でこのバランスが崩れれば利益団体は反撃に転じる。

第5に、医療費の高騰を抑制できるかどうかは未知数である。1つの理由は、メディケアの効率化に関し独立支払諮問委員会が強い権限を有すると述べたが、利益団体の反発が強い中で（米国医師会はメディケアの診療報酬抑制には絶対反対、製薬企業関係団体もメディケアの薬剤費の節減を強く警戒している）、どこまで実効性のある内容を盛り込めるかは定かではない。2つ目は、メディケアは総医療費の約5分の1しか占めておらず、仮にメディケアの抑制に成功してもその分が他に転嫁されれば総医療費は増加する。3つ目は、オバマ政権は、医療費抑制方策として、治療効果に見合った支払い（たとえば、pay for performance）ITを活用したシステムの効率化、疾病予防・疾病管理の強化等を打ち出しているが、これらの医療費抑制効果に関して強いエビデンスがあるわけではない。オバマ大統領は「医療制度改革により10セントたりとも財政赤字は増やさない」（2009年9月9日の上下院合同本会議の演説）と豪語したが、仮に医療費の高騰に歯止めがかからず財政赤字の拡大を招けば、改革の正当性が問われ反対派を勢いづかせることになる。

4. マサチューセッツ州医療改革法および今般の医療制度改革法における事業主の役割

3節でも若干触れたが、オバマ大統領による医療制度改革法はマサチューセッツ州の医療改革法の成功を参考にした部分が多い。本節では、本調査研究の目的に密接に関係する事業主の保険提供の義務づけ（employer mandate）に焦点をあて、同州の医療改革法および今般の医療制度改革法の内容について詳しくみることにする。

（1）マサチューセッツ州医療改革法

マサチューセッツ州では2006年4月に医療アクセス法（Act Providing Access to Affordable, Quality, Accountable Health Care）が成立し、住民に対する医療保障のための各種の施策が実施されてきた。州民に対する保険加入の義務付け（下記）医療保険あっせん機関であるコネクターの創設（下記）など医療保険制度改革法の内容に大きな影響を与えた。

18歳以上の住民に対しては民間保険への加入が義務付けられた（Individual Mandate）。住民は所得税の申告時に医療保険の加入を証明しなければならず、未加入の場合、罰金（所得に応じて負担可能と判断された保険料の半額）を支払わなければならない。所得が連邦貧困水準の300%以下の者（メディケイド、メディケア受給者を除く）に対しては、州の制

²⁰⁰ 民間保険会社にとって医療費の高騰は保険離れに繋がるため好ましいことではない。ただし、既往歴があっても民間保険は加入拒否できない、保険償還率を一定以上にするといった規制は営利企業に対する強い規制であり、その利害得失は微妙である。

度（CommCare）から所得に応じて保険料補助が支給される。

医療保険の未加入者に対して民間保険を紹介するためにコネクター（Commonwealth Health Insurance Connector）と呼ばれる準公的組織が設立された。コネクターには、州内の民間保険が参加し、給付内容について一定の条件を満たした医療保険プランを提供する。

ちなみに、医療アクセス法の施行前には、マサチューセッツ州には約 605 万人の無保険者が存在していたが、2008 年には無保険者は 16 万 7300 人（州の人口の 2.6%）にまで減少した。同州は全米平均よりも無保険者の割合が少なく、従来から民間保険に対する各種の規制（給付内容の保障や保険料率の規制など）が行われていた。また、無保険者の救急医療について州内の事業主が共同で費用負担する仕組みが存在していた。こうした諸事情は、新たな費用負担や規制を伴う制度改革を進める上で有利に作用したと考えられている。

マサチューセッツ州医療改革法における事業主の役割についてみると、この法律では、フルタイムの被用者 11 人以上（またはそれ相当する人員の被用者）を雇用する事業主に対しては、被用者の加入する医療保険プランの保険料について「適正な拠出」を行う、または被用者 1 人につき年間で最大 295 ドルの拠出金（Fair Share Employer Contribution）を州が設立した基金（Commonwealth Care Trust Fund）に支払うことが義務づけられた（一般に“pay-or-play” arrangements と呼ばれる）。こうしたやや複雑な形が採られた理由は、連邦法である退職者給付保障法（Employee Retirement Income Security Act：ERISA）の先占規定に基づき、州法では被用者への医療保険の提供のみを事業主に対して義務付けることはできないためである²⁰¹。

以上につき若干補足すると、事業主が被用者の医療保険プランの費用負担を行う場合、事業主はフルタイムで雇用している被用者（週 35 時間以上労働）の 25% 以上に対して費用負担を行うか、あるいは被用者に提供する団体医療保険の保険料を 33% 以上負担している必要がある。また、州の基金に支払われる拠出金は、事業主の下で雇用されている被用者が州の医療制度から恩恵を受けることに対する費用補填としての意味をもつとされている。

事業主の拠出金制度の実効性を確保する主な手段が「フリーライダー」追徴金の仕組みである。たとえば、被用者が事業主から医療プランの提供を受けられないために 5 回以上無償医療の提供を受けるなど、州の提供する無償医療制度の「過剰な」利用が行われた場合には、事業主には追徴金の支払いが求められる。追徴金の額は、5 万ドル以上の無償医療の費用の額の 10% 以上とされ、実際の額を超えない範囲で定められる。

（２）医療制度改革法における事業主の役割

今般のオバマ大統領の医療制度改革法（以下「PPACA」と略す）では、一定数以上の労働者を雇用する事業主に対して医療保険の提供や費用負担が義務付けられており、事業主も医療アクセスの改善に向けて責任の一端を担うことが求められている。その具体的な内

²⁰¹ ERISA には、「この法律は従業員給付に関するいかなる州法にも優先する」（Sec.514 (a) 旨の包括的な先占規定（preemption）が設けられている。

容は次のとおりである（なお、以下の内容を整理した表を本節末尾に掲げるので適宜参照されたい）。

ア．医療給付プランへの自動的加入

200 人以上の被用者をフルタイムで雇用し、医療給付プランを被用者に提供する事業主（employer）は、新規に採用したフルタイム雇用の被用者を自らが提供する医療給付プランに自動的に加入させなければならない（PPACA § 1511）。ただし、被用者には自動的に加入した医療給付プランから脱退する機会が与えられなければならない。

イ．医療給付プランを提供しない事業主に対する加算税

「大規模」事業主（フルタイムで被用者を 50 人以上雇用）が、被用者に対して医療給付プランを提供しない場合、被用者に提供する医療給付プランが一定の条件を満たさない場合には、加算税の支払いが求められる（一般に“free rider surcharge”と呼ばれる）（PPACA § 1513、新法 § 4980H）。

加算税の負担が求められる事業主は「大規模」事業主である。したがって、「大規模」事業主の範囲が問題となる。PPACA では、前年に 50 人以上のフルタイムで働く労働者を雇用する事業主を「大規模」事業主としている。また、フルタイムの被用者とは、平均して週 30 時間以上働く者を指している。ただし、事業主が前年に 50 人以上のフルタイムの被用者を雇用した日数が 120 日以下である場合や、50 人を超えるフルタイムの被用者が「季節的労働者」である場合、事業主は「大規模」事業主に該当しない（以下の記述における「事業主」とは、この「大規模」事業主を指している）。

被用者に対して医療給付プランを提供しない場合、被用者に提供する医療給付プランが一定の条件を満たさない場合の加算税の支払い、の具体的内容は次のとおりである。

1) 被用者に対して医療給付プランを提供しない場合

事業主が被用者に対して医療給付プランを提供しておらず、フルタイムの被用者の中に医療保険エクステンジを通じて保険料の税額控除や自己負担金軽減制度を利用して医療保険を購入した者がいる場合、事業主は、（実際の税額控除対象者の人数に関わらず）フルタイムの被用者 1 人について年間 2,000 ドルの加算税を負担しなければならない（ただし、被用者 30 人分までは加算税の対象とされない）。

例えば、100 人の被用者を雇用する事業主 A が被用者に対して医療給付プランを提供しておらず、被用者のうち 10 人が医療保険エクステンジを通じて税額控除を受ける場合、事業主は合計で年間 14 万ドル（2,000 ドル×70 人 [100 人 - 30 人]）の加算税の負担が求められる。

2) 被用者に提供する医療給付プランが一定の条件を満たさない場合

事業主の提供する医療給付プランが一定の条件を満たしておらず（（ ）または（ ））、フルタイムの被用者の少なくとも 1 人が医療保険エクステンジを利用して税額控除または自己負担金の軽減を受ける場合、事業主には加算税を負担しなければならない。

（ ）事業主の提供する医療給付プラン（「最低必須給付」を提供）の保険料が「購入困難

な」額（＝保険料額が被用者世帯の所得の9.5%を上回る）である場合
（ ）医療給付プランの給付率が60%未満である場合

事業主が負担する加算税の額は、(a)実際に税額控除の対象となった被用者1人につき年間3,000ドルとされている。ただし、(b)フルタイムの被用者1人につき年間2,000ドルで計算された合計額（被用者30人分までは加算税の対象とされない）が事業主の負担の上限となる。事業主は(a)または(b)のいずれか低い方の額の加算税を負担しなければならない。

例えば、事業主Bがフルタイムで雇用する被用者50人のうち10人が保険料の税額控除を受けている場合、事業主Bが年間で負担する加算税の額は30,000ドル（(a)＝実際の税額控除対象者10人×3,000ドル）となる。事業主負担の上限額は40,000ドル（(b)＝フルタイムの被用者20人[50人-30人]×2,000ドル）であり、30,000ドルはこれを下回るためである。しかしながら、被用者50人のうち30人が税額控除を受ける場合、事業主Bの加算税の負担は40,000ドル(b)となる。実際の税額控除の対象者数に基づいて計算された加算税の額は90,000ドル（(a)＝実際の税額控除対象者30人×3,000ドル）となるためである。

ウ．医療保険購入バウチャーの提供

被用者世帯の所得が連邦貧困水準の400%未満であり、事業主が提供する医療給付プランの保険料が被用者世帯の所得の8~9.8%に相当するとき、被用者が州の医療保険エクステンジを通じて民間保険に加入することを選択した場合には、事業主は当該被用者に保険購入のためのバウチャー（“free choice” voucher）を提供することが求められる。バウチャーを提供する場合には、事業主には上述したイの加算税負担は免除される。

(参考)

図表 6-1 医療制度改革法における事業主に対する義務付け

「大規模」事業主以外：被用者が 50 人未満	「大規模」事業主：フルタイムの被用者を 50 人以上雇用			
	医療給付の提供なし		医療給付の提供あり	
	医療保険エクステンションを利用して保険料の税額控除を受ける被用者が存在しない	医療保険エクステンションを利用して保険料の税額控除を受ける被用者が存在する	医療保険エクステンションを利用して保険料の税額控除を受ける被用者が存在しない	医療保険エクステンションを利用して保険料の税額控除を受ける被用者が存在する
罰則なし	罰則なし	(フルタイムの被用者総数 - 30 人) × 2,000 ドル	罰則なし	次の(a)または(b)の低い方の額 (a) 実際に税額控除を受けた被用者の数 × 3,000 ドル (b) (フルタイムの被用者総数 - 30 人) × 2,000 ドル

(資料) Chaikind & Peterson (2010) を基に作成

5. 考察 - わが国の医療政策への政策的示唆 -

米国と日本の医療制度の基本構造は大きく異なっており、今般の医療制度改革の直接的な政策示唆は乏しい。しかし、統一的な公的医療保険制度がない、いわば「自然状態」の中で何が起るのか「観察」すると、日本の医療政策への示唆は決して小さくない。その意味は次のとおりである。

第 1 は、「事業主の保険提供の義務づけ」という考え方が生まれる理由である。米国でも公的医療保険制度を創設する運動が存在しなかったわけではない。実は米国でも 1910 年代には低賃金労働者を対象とする健康保険法を創設する運動が盛り上がったのである。しかし、この運動は頓挫した。この失敗がその後の医療制度改革に及ぼした影響は小さくない。利益団体が医療制度改革に影響力を行使する前例となるとともに、公的保険不在の「空白」を民間保険が埋めることになったからである。実際、戦後間もなくトルーマン大統領は健康保険創設構想を打ち出したが、それが失敗に終わった最大の理由は、米国医師会が強力な「反社会医療キャンペーン」を展開したこと、民間保険が中産階級の被用者等を中心に広がり公的医療保険の創設に対する欲求が乏しかったことにある。こうして、米国では被用者を対象とする公的医療保険が生まれることなく、1965 年に高齢者や低所得者を対象とする公的プログラムが創設されることとなった。そして、1970 年代にはこれを拡張し国民皆保険を実現するための法案が数多く議会に提出されたが、すべて日の目を見ずに終わった。民間保険が発達している領域（いわば「先占」している領域）に公的プログラムが

後から割り込むことは現実には難しいのである。そこで登場したのが、民間保険を否定するのではなく、事業主に従業員に対する保険提供を義務づけるとともに、それから漏れる者については保険料の一部を補助することによって国民皆保険に近づけるという考え方である。これを最初に打ち出したのはクソン大統領であるが、クリントン大統領の構想も今回のオバマ大統領の構想も基本的には同じ考え方に立っている（もっとも既述したようにオバマ案に比べクリントン案の方が強制の度合いは強い）のである。

第 2 は、国民皆保険の意義である。低・中所得層がセーフティネットから漏れており医療へのアクセスが阻害されている米国の実状をみると、「保険証一枚あれば安心して医療にかかれる」という国民皆保険の意義を再確認できる。さらに、医療制度の効率性を高めるという国民皆保険の二次的な意義も重要である。日本の公的医療保険は給付範囲・内容は保険種別にかかわらず同一である。診療報酬も全国统一単価であり、保険医療費の決済の仕組みも統一的に整備されており管理コストは低い。さらに、医療機関の経営原資の大半は診療報酬に依存しているため、診療報酬改定を通じ医療費のマクロ管理が可能であるとともに、医療供給制度を一定の方向に政策誘導することもできる。一方、米国では、保険会社は乱立しており顧客獲得のために広告宣伝をはじめマーケティング費用に多大な投資を必要とする。医師や医療機関は保険会社により異なるルールで診療報酬の請求をしなければならず、トラブルの対応も含め多大な管理コストがかかる²⁰²。これに加え、米国では医療全体のコストコントロールも難しい。保険の商品設計や請求システムが異なるとともに制度がモザイク状に入り組んでおり、ある部分を押さえ込んでも他に費用転嫁することを防ぐことが難しいからである。

第 3 は、オバマ大統領の「事業主の保険提供の義務づけ」は白紙に絵を描いたわけではなく、米国の事業主の多くは従業員に保険を提供していることである。大企業の中には退職後の医療保険の提供まで行っていることも少なくない。日本では事業主（企業）は福利厚生や社会保障から撤退すべきだという見解がみられるが、米国でも事業主は賃金だけ支払い従業員は個人で民間保険に加入しているわけではないこと、今般のオバマ大統領の医療制度改革では事業主の保険提供の義務づけが行われていること、日本の事業主は国民皆保険の恩恵を享受していることに留意すべきである。および について付言すれば、米国では従業員は解雇されると医療保険まで失うが、日本では国民健康保険という「受け皿」があることにより医療保険まで喪失することはない。また、第 2 で述べたように国民皆保険であることにより医療制度全体の効率性も高いのである。なお、および に関連していえば、米国の実態は、公的保険と民間保険が並存することの難しさも教えてくれる。メディケアには民間保険会社が政府に代わって行うメディケア・アドバンテージ・プラン（民間保険会社がメディケアのパート A、パート B、パート D のサービスを提供する）

²⁰² やや古いが、審査支払機関に運営費や公費負担の運営費等の直接的な管理コストだけでも米国は医療費の 5.4%（日本は 1.7%）を要している（医療経済研究機構（1999）を参照）。なお、これは直接経費だけの数字であり広告宣伝やマーケティング費用等を含めると、医療費の 25%がこれに費やされているとの指摘もある（U.S. Department of Commerce 1994 p.42-47）。

がある。これは、民間保険参入による経費節減効果や給付設計の多様性（例：上乘せ給付）等を期待し導入されたものである。しかし、現実には、同一の給付ベースで比較した加入者 1 人当たりの支払額は政府によるメディケアに比べ高くついており、米国では被保険者間の公平を損なう「過払い」であるとして今般の医療制度改革では削減の議論の対象となっている²⁰³。この「教訓」は、民間保険の参入が自動的に効率化に繋がるわけではないこと、仮に公的保険と民間保険を並存させる場合には価格規制（例：公定価格の使用の義務づけ）が必要になることの 2 つである。

参考文献

- Bianchi,Alden J.(2008) An Employer's Guide to the 2006 Massachusetts Health Care Reform Act, BNA Tax Management
- Bianchi,Alden J. (2010) “ The Impact of Federal Health Care Reform on Employers and Employer-Sponsored Group Health Plans : An Overview and Retrospective ” ,Tax Management Compensation Planning Journal, Vol. 38, No. 7 (July 2, 2010)
- CBO [Congressional Budget Office](2009) *The Long-Term Budget Outlook* .
- CBO [Congressional Budget Office](2010) Letter to the Honorable Nancy Pelosi “ Estimated Budgetary Impact of the Legislation ” , March 20 .
- Center for Medicare and Medicaid Services Office(2009)*The National Health Expenditure Accounts* .
- Center for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary (2010) , National Health Expenditure Projections 2009 - 2019
- Chaikind,Hinda & Peterson,Chris L. (2010) Summary of Potential Employer Penalties Under the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) , CRS Report for Congress
- Chirba-Martin, Mary Ann and Brennan, Troyen A. (1994)“ The Critical Role of ERISA in State Health Reform ” , *Health Affairs* . Vol.13 .No.1
- Enthoven, Alain C. and Singer, Sara J. (1994)“ A Single-Payer System in Jackson Hole Clothing ” , *Health Affairs* . Vol.13 .No.1
- Gabel,Jon *et al.* (2006)“ Generosity and Adjusted Premiums in Job-Based Insurance : Hawaii is Up, Wyoming is Down, ” , *Health Affairs*,Vol.25, No.3
- Hadley, Jack, et al.(2008) Covering the Uninsured in 2008 : Current Costs, Sources of Payment, and Incremental Costs ” , *Health Affairs Web Exclusive* . Vol.27 .No.3
- Laham, Nicholas (1993) *Why the United States Lacks a National Health insurance Program* . Westport : Greenwood Press
- Starr, Paul (1992) *The Logic of Health Care Reform* . New York : Penguin Books

²⁰³ メディケア・アドバンテージ・プランの創設の経緯や問題点について詳しくは、関（2010）を参照されたい。

- Starr, Paul (1982) *The Social Transformation of American Medicine* . New York : BasicBooks Press
- Kaiser Family Foundation (2009) *Employer Health Benefits 2009 Annual Survey*
- U.S. Census Bureau (2009) *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States : 2008*
- U.S. Department of Commerce (1994) *U.S. Industrial Outlook 1994*
- 石田道彦 (2009) 「州における医療制度改革の現況 - 自立社会アメリカにみる高齢者の法的保護のあり方」週刊社会保障 No.2537
- 石田道彦 (2010) 「アメリカ医療制度改革の法的論点」週刊社会保障 No.2577,
- 関ふ佐子 (2010) 「メディケア・アドバンテージにみる社会保険と私保険併存の模索」横浜国際経済法学 18 巻 3 号
- 江藤宗彦 (2009) 「米国の医療保険制度改革の動向」富士通総研経済研究所研究レポート No.351
- 岡部陽二 (2010) 「オバマ政権の医療改革 (4)」医療経済研究機構レターNo.186 号
- 医療経済研究機構 (1999) 『国内総医療費支出 (TDHE) の国際比較に関する研究報告書』
- 医療経済研究機構 (2010) 『アメリカ医療関係データ集 (2009 年版)』
- 島崎謙治 (1994) 「米国の医療保障制度改革の展望」週刊社会保障 , 1795 号から 1811 号 (16 回連載)
- 島崎謙治 (2005) 「健康保険組合と企業との関係 - 会計基準変更・企業再編の影響等を手がかりにして - 」社会保障法学会『年金改革とグローバル化(社会保障法第 20 号)』法律文化社
- 島崎謙治 (2011) 『日本の医療 - 制度と政策 - 』東京大学出版会
- 広井良典 (1992) 『アメリカの医療政策と日本』勁草書房
- 伊原和人・荒木謙 (2004) 『揺れ動く米国の医療』じほう
- 中浜隆 (2006) 『アメリカの民間医療保険 (アメリカの財政と福祉国家第 7 巻)』日本経済評論社
- 二木立 (2009) 『医療改革と財源選択』勁草書房
- ボーデンハイマー=グラムバツハ (2009) 『変わり行くアメリカの医療』西山正徳ほか訳 , 社会保険研究所

部 日本の健康保険制度における事業主負担のあり方と 事業主の役割

島崎 謙治

7章 各国の調査研究の総括

1. 各国の調査研究の要約

部では各国の事業主負担をめぐる議論の動向について詳述した。本章ではこれを横断的な観点から考察を行いわが国への政策的示唆を抽出するが、まず 2 節の議論の便宜のために 部の各論文の要旨を掲げておく²⁰⁴。

(1) ドイツ

3 章の「ドイツの健康保険制度における事業主の役割」(藤本健太郎執筆)の要旨は次のとおりである。

100 有余年の歴史を有するドイツの健康保険制度は、被用者を主たる対象として、労使の協力により運営されてきた。

しかし、近年、抜本的な医療制度改革が相次ぎ、統一保険料率の導入により自主管理原則は揺らぎ、事業主の役割についても、保険者選択制の導入により、事業主の保険者への関与も弱まっている。そして、雇用問題への影響を抑えるために保険料の事業主負担を減少しようとする動きが生じており、伝統的な保険料率の労使折半は揺らいでいる。

ドイツの公的な健康保険者は疾病金庫と呼ばれ、自主管理原則のもと、行政から独立して運営され、保険料率も個別に決定してきた。しかし、2007 年の医療制度改革によって統一保険料が導入され、個別に保険料率を決定することはできなくなった。

また、1996 年の医療制度改革による保険者の選択制導入の際に疾病金庫の内部組織も改革された。従来、疾病金庫は労使双方から選出された代議員の総会および理事会によって運営されていたが、これらは管理委員会 (Verwaltungsrat) に統合され、理事には社会保険経営の専門家が就任したため、事業主側は疾病金庫の管理運営に直接関与することがほとんどなくなった。

ドイツでは、健康保険料を含めた社会保険料は、賃金に定率で賦課されることから「賃金付随コスト (Lohnnebenkosten)」とも呼ばれており、実質的な労働コストを引き上げるものとして認識されている。

このため、経済界は社会保険料率の上昇は国際競争力を弱め、雇用にも悪影響を及ぼすものとして、高齢化等による健康保険料率の上昇を抑制するよう強く求めてきた。これに対し、労働界は、社会保障給付の水準を維持すべきであるというのが基本的立場ではある

²⁰⁴ 各論文の要約は、正確を期すため基本的に 部の各章の執筆者がまとめたものに基づいている。

が、失業問題も労働組合にとっても優先度の高い政策課題であるため、社会保険料率の大幅な上昇は避けたいとする共通理解がある。

このため、健康保険制度においては事業主の負担を軽減する動きがみられる。まず、2006年の医療制度改革において、現金給付の財源に相当する0.9%の特別保険料が被保険者のみの負担とされた。次に、ドイツの健康保険は基本的に保険料財源のみで運営されてきたが、2007年の医療制度改革によって、本格的に税財源が投入されることになった。これも保険料率の上昇を抑えるための措置であり、事業主の負担抑制につながる改革である。

そして、ドイツの健康保険制度の将来の方向性について、2003年のリュールupp委員会報告において、国民保険と人頭割健康保険料モデルの2つの方向性が示されたが、後者は賃金と健康保険料の関係を断つものであり、ドイツの二大政党の一角を占めるキリスト教民主・社会同盟はこれを支持した。2010年の医療制度改革において、賃金に賦課される労使折半の保険料率には15.5%の上限が設定され、それでは収入が足りない場合には追加保険料が徴収されることとなったが、この追加保険料は、キリスト教民主・社会同盟が主張してきた人頭包括保険料の性格を有している。このように、伝統的な労使折半には大きな揺らぎが生じている。

(2) フランス

4章の「フランス医療保険制度における事業主の役割」(柴田洋二郎執筆)の要旨は次のとおりである。

フランスの医療保険制度において、使用者が保険料を負担する理由を歴史的経緯から考察すると、以下の2点を挙げることができる。医療保険はもともと傷病により欠勤した被用者に喪失所得を補償する賃金補償機能を中心としていたこと、社会保障を国家の手に委ねるのではなく、当事者自らで管理運営していくものと考えられたことである(自律性原則)。この自律性原則のため、医療保険は、保険者たる金庫が労使という当事者の代表が構成員となる理事会によって運営され(自律的運営原則)、労使の拠出する保険料を財源としてきた(自律的財政原則)。以上からすれば、被用者に対する責任として費用の一部を負担すること()、保険料を通じて医療保険の財源を負担していることで、使用者(および被用者)の管理運営への参加を正当化すること()がフランス医療保険制度における事業主の役割といえる。

しかし、医療保険制度の2つの大きな変化に伴う制度改革とともに、使用者負担保険料の位置づけ それに伴う事業主の役割 は変容のさなかにある。2つの変化とは、1つは医療保険制度の主たる機能が賃金補償機能から医療保障機能へと変化したことである。もう1つは、医療保険の人的適用対象が被用者以外の人口層へと徐々に拡大していったこと(一般化: généralisation)である。こうして、医療保障は納付した保険料に応じてではなく患者のニーズによって行われるのに対し、被用者だけが医療保障にかかる金銭的負担の一部を賃金に比例して使用者に負担してもらうことの論理的整合性が疑問視されたのである。さ

らに、2つめの変化（一般化）は、使用者が医療保険料を負担する理由の1つである自律性原則にも関わるものであり、使用者負担保険料の位置づけにも大きな影響を与えることとなった。

財源を保険料に大きく依拠すること（自律的財政原則）は、1970年代中盤以降の経済停滞のなかで問題を露呈した。保険料は稼働所得に賦課されるため、賃金と雇用が停滞するなかで、保険料収入が伸び悩んだのである。それにもかかわらず、依然として医療費は膨張し続けた。その結果、医療保険赤字は膨張し、新たな保険料の引き上げが必要となり、それに伴う雇用コストの増大により失業が増加し、さらなる保険料収入の伸び悩みを招くという悪循環をもたらすことになった。また、稼働所得以外の所得とりわけ、一般に高所得層に認められる資産所得や投資益が賦課対象となっていないため、所得の再分配（垂直的公平）の点で問題があること、一般化が進行するなかで稼働所得を得ていない医療保険適用対象者（例えば、非就労者）に対しても広く財源の負担を求め、医療保険における財源の負担者（拠出者）と受給者を対応させることが必要とされた。

こうして、企業競争力の強化、雇用の創出・促進、社会的公正（justice sociale）という観点から医療保険財源の見直しが検討された。こうした状況のなかで、フランスのとった選択は医療保険の財源に租税を導入すること（租税化：fiscalisation）だった。しかし、保険料と比べて国家の介入の度合いが大きい税財源に依拠することで、自律的財政原則は希薄化している。

労使による自律的な運営に委ねる方法（自律的運営原則）もまた、一般化のなかで正当性（légitimité）が問題視されることになる。一般化により、労使によっては代表されない人口層（とりわけ、非就労者）が増加したためである。また、租税化により被用者の負担する医療保険料が大きく引き下げられたことにより、労使管理の正当性はいっそう弱まる。そして、社会保障財政法の制定により社会保障財政に対する国家の介入が強化され（étatisation）、医療保険改革に関する2004年法によって金庫の組織改革が行われて国家代表者の権限が大きくなったために、管理運営についても国家の介入は強まる傾向にある。

このように、財源の面でも、管理運営の面でも当事者の「自律」が後退するなかで、使用者が保険料を負担する理由はいまいなものとなっている。しかし、当事者の関与が弱まりつつも維持されているのは、逆説的ではあるが、租税化の流れのなかで使用者の負担する医療保険料が残っているためである。つまり、事業主は医療保険の財源を負担することで、当事者が管理運営組織に関与することを正当化し、医療保険が国家の手に委ねられることを防いでいるという役割を残しているといえよう。そして、医療保険制度における事業主の役割の帰趨は、今なお議論が続いている状況にある使用者の負担する医療保険料に関わるさまざまな提案の帰結 使用者負担保険料の改革の展開 にかかっている。

（3）韓国

5章の「韓国の健康保険における事業主の役割の変化に関する研究」（鄭在哲執筆）の要

旨は次のとおりである。

韓国の医療保険制度は、1999年2月に地域保険と職場保険を一本化する「国民健康保険法」が国会を通過し、2003年7月に一本化された。しかし、職場加入者と地域加入者の保険会計を「区分経理」し、職場加入者と地域加入者とは保険料賦課基準が異なるなど、「見かけ上」の一本化の状態まで今日に至っている。

医療保険制度の一本化は、これまで健康保険財政をファイナンスし、保険制度の運営に関与してきた事業主の役割をいかに処理すべきかの問題と深いかかわりを持つ。1977年の強制適用の医療保険制度の発足以来、韓国政府は保険料の労使折半の拠出負担と保険者による医療保険事業の自治的運営を尊重する姿勢を堅持し、事業主の役割に大いに期待してきたが、一本化により、事業主の役割も大きく変化せざる得なくなったのである。

一本化の中に事業主負担をいかに取り入れるべきかの論点は、財政統合の直前に国会を中心に議論された。一本化に反対であった野党ハンナラ党は、事業主負担は労働者を雇うことに伴う「経費」であるため、一本化されれば、事業主負担を廃止すべきだと主張した。これに対し、政府与党は事業主負担の法的性格については明確な立場の表明を避け続ける代わりに、職場加入者の適用事業所を5人未満の事業所にまで拡大することで、事業主負担の「存在感」を大きくしようとした。さらに、当分の間は地域と職場とに会計を区分経理し、地域加入者に対する保険料収入の50%相当額の国庫補助を初めて法律に盛り込み、地域加入者に対する国庫補助と職場加入者の事業主負担分との見かけ上の均衡をはかった。現在も事業主負担については、特に疑問の余地なく受け容れているが、保険制度の中での位置付けが不明確なままにされている。

事業主負担と「表裏一体」的な関係にある保険者機能も大きく変貌した。一本化の前は、組合員の代表議決機関である運営委員会を通じて被保険者が直接制度運営に参加することで民主的運営が可能であったが、これが統合により廃止された。その代わりに組織されたのが健康保険政策審議委員会や財政運営委員会であるが、そこでの事業主の参加は非常に形式的なものとなっており、保険者のガバナンスは、「見かけ上」の一本化によって殆どが消え去った。「中間組織」の不在は、保険料や給付水準を巡って毎年政府と国民の間に軋轢を生んでいる。

医療保険制度への関与と責任があいまいになっている今日では、保険者である事業主や労働者の立場から見た場合、保険料や給付の決定権がほぼなくなったことになるため、「保険料」として納付する意識が薄れ、一層、保険料の拠出に対して「納税（税金）している」と考えるようになった。事業主は、保険者として医療保険制度への関与と従業員への医療給付の改善をはかることができないだけに、法定負担の健康保険料は可能な限り低く抑えようとしており、これには労働組合側も同調している²⁰⁵。さらに、非正規労働者の増加に伴い、職場加入者の減少によって本人と事業主のマッチング拠出方式への見直しが検討されている。国民健康保険法に事業主負担が設けられている意義について今一度歴史的な経

²⁰⁵ 詳細は第5章 韓国「おわりに」を参照。

緯を含めて議論される必要があるように思われる。

(4) 米国

6章の「米国の医療制度改革と事業主の役割の位置づけ」(島崎謙治・石田道彦執筆)の要旨は次のとおりである。

米国は統一的な医療費保障制度を欠いており医療へのアクセスの格差が著しい。また、医療費は先進諸国の中で突出して高く米国経済を圧迫している。このため、オバマ大統領は内政上の最重要課題として医療制度改革を取り上げ、2010年3月末に医療制度改革法が成立をみた。この法律の主な内容は、比較的手頃な価格で民間保険への加入がしやすくなる条件を整備するとともに、一定数以上の労働者を雇用する事業主に対して医療保険の提供や費用負担を義務付けること等である。ただし、この法律に対しては根強い反対があり、同法が順調に施行されるかどうかは予断を許さない。米国では民間保険中心であり、事業主(特に大企業)の多くは従業員に対する福利厚生として保険提供を行っている。オバマ大統領の医療制度改革はこうした米国の実状を踏まえ国民皆保険に近づけること等を目的とするものであるが、その基本スキームは2006年のマサチューセッツ州医療改革法にならったものである。米国と日本の医療制度の基本構造は大きく異なっているが、日本の医療政策への示唆としては、次の3つが挙げられる。第1は、「事業主の保険提供の義務づけ」という考え方が生まれる理由である。米国でも1910年代に健康保険制度を創設する動きがあったが、失敗が繰り返され民間保険市場が「先占」する状況が生まれた。また、そこで登場したのが、民間保険を否定するのではなく、事業主に従業員に対する保険提供を義務づけるとともに、それから漏れる者については保険料の一部を補助することによって国民皆保険に近づけるという考え方が生まれる。これを最初に打ち出したのはニクソン大統領であるが、今回のオバマ大統領の構想も基本的には同じ考え方に立っている。第2は、国民皆保険の意義である。低・中所得層がセーフティネットから漏れており医療へのアクセスが阻害されている米国の実状をみると、「保険証一枚あれば安心して医療にかかれる」という国民皆保険の意義を再確認できる。さらに、医療制度の統合性・効率性を高めるという国民皆保険の二次的な意義も重要である。第3は、事業主の役割である。米国の事業主の多くは従業員に保険を提供しており、大企業の中には退職後の医療保険の提供まで行っていることも少なくない。日本では事業主(企業)は福利厚生や社会保障から撤廃すべきだという見解がみられるが、米国でも事業主は賃金だけ支払い従業員は個人で民間保険に加入しているわけではないこと、今般のオバマ大統領の医療制度改革では事業主の保険提供の義務づけが行われていること、日本の事業主は国民皆保険の恩恵を享受していることに留意すべきである。

2. 各国の調査研究の横断的考察

以上のとおり、4か国（日本も含めれば5か国）の事業主負担をめぐる問題状況は制度の沿革の相違等を反映し必ずしも一様ではない。しかし、各国の異同を考察することを通じ貴重な政策的示唆が得られる。特に重要な論点としては、事業主負担と経済との関係、事業主負担と国民皆保険化や一元化との関係、医療保険における自主管理原則および事業主の関与との関係、の3つが挙げられる。本節ではこの3点に絞り横断的な考察を行う。

(1) 事業主負担と経済との関係

各国とも事業主負担は経済に及ぼす影響という観点から議論を呼んでいる。その典型はドイツである。ドイツでは、（農業者疾病金庫や芸術家疾病金庫に対する国庫補助の例外はあるものの）当事者自治の裏腹の関係として国庫補助は行われてこなかった。しかし、事業主負担の抑制の必要性については与野党を問わず強い合意があり、実際、近年、社会保険への租税財源の投入等が行われている。これを自律的財政原則の放棄とみるか、理屈が立つ範囲で修正を行っているとみるかは議論が分かれようが、2007年の公的医療保険競争強化法により「保険になじまない給付」に対する国庫補助が実際の給付額と関係なく定額で増額されることとなったこと（2007年および2008年は25億ユーロ、2009年は40億ユーロ、2010年以降は140億ユーロに達するまで毎年14億ユーロずつ定額で増額することとされた）等を見ると、事業主負担の増加をともかく抑制したいという意図が鮮明に現れているように筆者には思われる。また、フランスでは社会保険料の「租税（代替）化（fiscalisation）」が進んでいるが、これを促した大きな要因の1つは国際競争力の維持の要請である。ちなみに、「租税（代替）化」は被用者の保険料部分を租税により代替するものであり、一見、事業主負担とは関係なさそうに見えるが、そうではない。「租税（代替）化」により社会保険料の増加を抑えることにより、いわば「結果的に」事業主負担が抑制されているからである。さらに、米国のオバマ大統領の医療制度改革を促した大きな要因は先進諸国の中でも際立って高い医療費の企業経営をはじめ経済への圧迫であり、他のOECD諸国と比べ医療保険料率が低い韓国でも経済界は保険料率の引上げに強く反対している。いうまでもなく、その背景には、医療費が経済成長率を上回る勢いで伸びていることのほか、経済のグローバル化が進む中で各国とも企業の国際競争力をいかに維持するか腐心していることがある。すなわち、経済のグローバル化とは生産要素の比較が国境を越えて簡単に行われるということであり、賃金付随コストである事業主負担の増加は国際競争力の低下をもたらし、国内産業の空洞化や失業の増大をもたらすというロジックで結びついている。わが国でも経済界を中心に事業主負担の抑制を求める声が強いが、若干の留保が必要だと思われる。

第1は、彼我の保険料負担の大きさの相違である。ドイツやフランスの社会保険料率はEU諸国の中でも高い水準にあり、日本に比べはるかに高い。たとえば、ドイツの2009年

の社会保険料率は 39.5%（年金 19.9%、医療保険 14.9%、介護保険 1.9%、失業保険 2.8%）であり、日本の 26.25%（年金 15.35%、医療保険 [協会けんぽ] 8.2%、介護保険 1.2%、雇用保険 1.5%）の約 1.5 倍であり、フランスもほぼ同じくらい高い水準にある。また、米国は国民皆保険ではないが、事業主が従業員に対する福利厚生として民間保険への保険料補助を行うのが通例であり、米国の医療費が際立って高いこともあってその金額は巨額である。もちろん、このことから日本は医療保険の料率の引上げ余力があるという安易な結論を引き出すつもりはないが、欧米主要国の保険料負担は日本に比べ大きいということは事実として押さえておく必要がある。

第 2 は、国際競争力に影響を与える要素は数多くあり、社会保険料（特に事業主負担）がどの程度影響を及ぼしているのかは必ずしも定かではないことである。たとえば、内閣府『平成 16 年版経済財政白書』では、OECD 加盟 21 か国を対象としたパネル分析を基に「税・社会保険料のくさび」（総労働コストに対する個人所得税と社会保険料負担の比率）が国際競争力にどの程度影響を及ぼしているか考察している。これによれば、「1990 年から 2002 年にかけて日本の競争力は 43% 低下したが、その約 8 割は為替レートが円高になった影響であり、約 2 割は労働生産性上昇率が低下した影響である。くさび（実額）が増加した影響は、これまでのところは 2% にとどまっている。したがって、くさび（実額）の増加は競争力を有意に低下させるが、直接的な影響度合いは小さく、労働コストという観点からは生産性向上を図ることによって十分に吸収することは可能であるといえよう」（232 頁）と結論されている。このことは 1 章 2 節で述べた A 社の回答（為替の業績に及ぼす影響は甚大である、人件費のほか電力料金や輸送費等のコストも日本は高い旨の回答）とも符合する。いずれにせよ、社会保険料の増加は事業主負担を通じ国際競争力の低下要因であることは否定できないが、その影響はやや過大に評価されているように思われる。

（2）事業主負担と国民皆保険化あるいは一元化との関係

この点について日本への最も直接的な政策的示唆があるのは韓国である。そのことはドイツの「国民皆保険化」との相違を考察することによって一層クリアになる。その意味は次のとおりである。

ドイツの疾病保険法は労働立法として生まれ、その後対象の拡大が図られているものの今日でもなおその性格が残存している。ドイツの公的医療保険の強制加入の対象は、被用者（労働者・職員。労働時間が短い僅少労働者のほか後述する例外あり）のほかは、農林業者、芸術家・ジャーナリスト、職業訓練中の者、障害者作業所等で働く障害者、大学生、公的年金受給者等に限定されている（社会法典 5 編 5 条）²⁰⁶。自営業者（農林業者や芸術家・ジャーナリストを除く）は公的保険の強制加入適用外であるだけでなく、一定の要件を満た

²⁰⁶ なお、ドイツでは被保険者の父母は家族被保険者にはならない。公的年金受給者は年金を賦課ベースとして保険料が設定され、保険料の半分は年金受給者が半分は各年金保険者が負担する。

さなければ公的医療保険に任意加入することもできない²⁰⁷。2007年の「国民皆保険化」も基本的にこうした構造を根本的に改めるものではない。端的に言えば、公的保険の強制加入適用外の者には民間保険加入の受け皿を用意することによって「国民皆保険化」するものであり、被用者保険加入者以外の者は国保に強制加入させることによって国民皆保険の実現を図っている日本のスキームとは異質である。そして、ドイツの「国民皆保険化」は被用者と自営業者の「敷居」を基本的に変えるものではないことから、（仮に日本で一元化する場合に課題となる）事業主負担の処理の問題はドイツで大きな問題となっていない。

一方、韓国の場合にはドイツと事情は大きく異なる。なぜなら、医療保険制度は被用者保険と地域保険（国保）の二本建てという日本の医療保険制度にならったものであり、一元化に当たっては、事業主負担の問題をいかに処理するかは大きな論点になるはずだからである。もっとも、韓国の一元化は実際には「見かけだけの一元化」である。保険料の賦課の体系は被用者と自営業者等では別だからであり、被用者の保険料は労使折半である。これは所得捕捉の相違の問題がクリアできなかったためであるが、一元化の議論に当たって事業主負担の問題についてどのような議論があったのかは、わが国にとって大いに参考になるはずである。このため、昨年8月に韓国に赴き関係者からヒアリングを行ったが、残念ながら、韓国の一元化に当たって大きな論議を呼んだのは、

所得捕捉の相違の問題、被用者保険の積立金の処理、の2つであり、事業主負担はこの陰に隠れてしまい十分詰めた議論が行われていないとのことであった。けれども、次の2点は重要である。1つは、（その後の鄭在哲の文献調査等により分かったことであるが）一元化した場合に事業主負担をどう処理するかは事業主負担の性格論と絡んでは監査院や国会等ではやはり問題になっている（ただし明確な決着はついていない）ことである。たとえば、2003年6月4日（第240回国会保健福祉委員会第1次会議録）では、事業主負担は使用者の負担なのか労働者の賃金なのかという本質的な質疑が行われている（本報告書末尾の参考資料を参照されたい）。2つ目は、保険料の賦課の体系は被用者と自営業者等の二元化が温存されたため結果的には主張する必要はなかったが、経済界は仮に保険料の賦課も地域保険と同一の体系になるとすれば事業主負担の根拠はなくなるということは認識していたことである（韓国経営者総協会の李常務との質疑録を参照のこと）。3つ目は、地域保険加入者に対する保険料収入の50%相当額の国庫補助を法律に盛り込み、地域保険加入者に対する国庫補助と職場加入者の事業主負担分との「見かけ上」の均衡が図られたことである。要するに強調したいことは、被用者保険（職場保険）と地域保険を統合する場合には事業主負担の性格およびその処理はやはり大きな問題になるということである。わが国では仮に医療保険制度を一元化した場合に事業主負担をいかに処理するかということについて詰めた議論はまったくなされていないが、以上述べた韓国の議論の状況はわが国への政策的示唆として非常に重要な意味を有する。

²⁰⁷ 「一定の要件」の代表例としては、「被保険者から除外される前の直近5年間のうち24か月、または除外直前に継続して少なくとも12か月間公的医療保険に加入していた者」（社会法典5編9条（1）1）が挙げられる。

(3) 医療保険における自主管理原則および事業主の関与との関係

この論点は(1)の経済との関係とも関わるが、社会保険方式を採用しているドイツ、フランス、韓国とも国の関与が強まっており、伝統的な労使による自主管理原則に揺らぎがみられる。要点のみ再述すれば、ドイツでは、保険者選択制の導入に伴う事業主の保険者への関与の脆弱化、統一保険料率の導入による自主管理原則の後退、フランスでは、社会保険料の「租税(代替)化」による自律的財政原則の希薄化、疾病金庫の組織改革(国家代表者の権限の増大)による管理運営に対する国家の介入の強化、韓国では、「見かけ上」の一元化に伴う被用者保険料の統一的な設定および自主管理原則の喪失、である。そして、事業主の個々の保険者(疾病金庫)の保険運営に対する関与が弱まれば、事業主負担は保険料ではなく賃金税(payroll tax)のような位置づけに変わるように筆者には思われる。実際、韓国の経済団体に対するヒアリングの中ではそのような意見も聞かれた。もっとも、医療保険における自主管理原則および事業主の関与をめぐる議論は決して終焉したわけではないことも付言しておかなければならない。たとえば、ドイツでは保険者選択制を採らない閉鎖型疾病金庫が残存しているほか、(社会民主党が下野し自由民主党が連立政権に加わった)第二次メルケル政権は中長期的には保険自治の強化を打ち出すなど、労使による自主管理原則の後退に対する揺り戻しの動きがみられる。また、フランスでは、当事者の管理運営への関与が弱まりつつも国家の手に完全に委ねられることを防いでいるのは、事業主が医療保険の財源を負担することにあるが、使用者負担保険料のあり方をめぐってはさまざまな提案がみられる。さらに、韓国では、「見かけ上」の一元化によってほとんど消え去った「中間組織」の不在は、保険料や給付水準をめぐって毎年政府と国民の間の大きな軋轢を生んでいることが注目される。なお、背景事情はまったく異なるが、米国のオバマ大統領の医療制度改革では、国民皆保険に近づけるために事業主に保険提供の義務づけ(employer mandate)が行われている。要するに強調したいことは、医療保険における自主管理原則および事業主の関与のあり方は医療政策上なお議論の余地があるということである。次章では、こうした観点からわが国の健康保険制度における事業主負担のあり方と事業主の役割について考察してみたい。

8章 日本の健康保険制度における事業主負担のあり方と事業主の役割

1. 事業主負担の制定理由および基本的性格

1章で述べたように、事業主負担の規範性等についてはよく分からない点が少なくないが、そもそも健保法の立案者はどのように考えていたのだろうか。法律は立法者意思のみによって解釈されるものではないが、「原点」に立ち返ることも有意義だと思われる。そこで、1章1節で挙げた5つの論点について、立法者意思を確認しつつ筆者の見解を述べることにする²⁰⁸。

第1は、事業主負担の根拠である。熊谷憲一『健康保険法詳解』（巖松堂書店、1926年）や森莊三郎『健康保険法解説』（有斐閣、1924年）は、事業主負担の根拠として、業務上の事由によらない傷病についても、労働状況、工場設備その他の事由により健康を損し疾病に罹りやすい素質を作る原因となること、被保険者の健康保持、速やかな傷病の回復のため労働能率を増進し産業上好影響を来たすこと、被保険者は安んじて労働に従事し、その結果労使間の円滑な協調を保ち得ること、従来においても事業主は共済組合を組織して2分の1程度の補助を行い労働者の救済を行っていたことを挙げている（熊谷前掲書426頁、森前掲書191-192頁）。つまり、事業主負担の根拠としては、健康保険により事業主も一定の利益を享受することを基調としつつ、労働者を使用することに伴う責任の要素をも考慮していたと解される。

第2は、事業主負担割合の理由である。労働保険調査会における当局側の説明は、「業務上の疾病負傷に付ては事業主に全部の負担を負はしめ業務外の疾病負傷に付ては労働者に3分の2、事業主に3分の1を負担せしめ而して業務上の疾病負傷と業務外の疾病負傷との比は1と4との割合なるを以て此の両者を平均するときには事業主労働者各2分の1宛負担すべきことなるなり」（内務省社会局保険部『健康保険法施行経過記録』（1935年）64頁）とされている²⁰⁹。要するに、全額事業主負担とすべき業務上傷病も健康保険で取り込んだため、業務上傷病と業務外傷病の事故発生率の比（1対4）をドイツの労災保険法と疾病保険法の事業主負担割合に乗じた結果、ほぼ労使折半となるというものである。しかし、他方で、保険統計データの蓄積が不十分であるという説明を行っていること（内務省前掲書64頁、232-233頁）を踏まえれば、この統計数理上の理由は、「理屈の後付け」の感が否めない。実際の理由は、「（1）外国立法例が最近事業主労働者2分の1主義の趨勢に在ること、（2）2分の1主義が最も公平にして協調の精神を助成すること、（3）各2分の1の負担を為し事業主と労働者が協力して健康保険組合の管理を為すに適すること」（熊谷前掲書429頁）にあったと考えられる。ちなみに、熊谷は後に出版された別の解説書では、「事業主及労働者が均等の負担を為し保険機関の議決機関に同数宛の議員を選出し以て円満公平

²⁰⁸ これは前掲論文（注1）で考察したことと相当重複していることをお断りしておく。

²⁰⁹ 内務省社会局保険部『健康保険法施行経過記録』は内務省社会局保険部の内部資料でマル秘扱いされているが、健保連の図書資料室等でも閲覧可能である。

に保険機関の目的を行はしむが為である」ことがより強調されている（熊谷憲一『改正健康保険法精義』（巖松堂書店、1935年）633頁）。つまり、立案者は労使協調の重視とりわけ健保組合における表決権の労使対等原則を重視していたと解すべきである。

第3は、事業主とは誰を指すのかということである。この点は労働保険調査会等ではあまり議論されていないが、実は、これは法人税の性質論をめぐる問題と関わる。すなわち、法人に課税することは個人所得税の二重課税になっていないかという論争があり、法人実在説と法人擬制説の対立等と絡み合いながら、延々と議論が繰り広げられてきた歴史がある。しかし、今日では、法人税の性質論をめぐるのは、抽象的・演繹的に議論する意味は乏しいとされており（金子宏『租税法[13版]』（弘文堂、2008年）232頁）、事業主負担についても同様に指摘が当てはまると思われる。若干付言すれば、筆者は、企業のステイクホルダーは株主に限られるわけではなく、事業主イコール株主と単純に考えることは適切ではないと考えている。ただし、株主が重要なステイクホルダーの1人であることは疑いなく、また、株主が有価証券報告書等をもみても事業主負担に実額等を認識できないのは適当ではないと考える。

第4は、事業主負担は誰に転嫁・帰着しているのかという問題である。労働保険調査会等ではあまり議論されていないが、解説書では、事業主負担の転嫁の問題についても述べられている。たとえば、熊谷は、「事業主は保険料の一部を負担するのであるが何人に転嫁せらるるか。あるいは労働者の賃金の低下となるか、あるいは事業主個人の利潤の減少にとどまるか、あるいは生産費の一部の増加となり一般消費者の負担とするか、あるいは健康保険による労働能率増進の結果事業主の利潤となりその負担がこれと相殺されるか。結局経済状態及社会事情により決定せらるるであらう。又労働者が保険料の一部を負担する結果賃金の増額を要求するか、あるいは労働者が新たな負担として容認するかも同様に決定せらるるであらう。」（熊谷の1926年発刊の前掲書427-428頁）と述べている。つまり、立案者らは、現実の事業活動や労使交渉等を通じ事業主負担や被保険者負担が他に転嫁されうことは承知の上で、事業主負担に関する諸規定を設けたことになる。

第5は、事業主負担の識別性の問題である。事業主負担の帰着は最終的には利潤を労使でどのように分配するかという問題であるが、そのことは、事業主負担が他の費用と識別できず「どんぶり勘定」でよいことを意味しない。筆者は、事業主負担が設けられた意義に鑑みれば、労使の間で事業主負担の帰属（帰着）は十分議論される必要があると考えている。政策論としては、事業主負担を福利厚生費として括るのではなく端的に社会保険料事業主負担という独立した区分を設け、有価証券報告書や労働分配率の計算等において掲記させることを検討すべきではないと思われる。

以上につき2点補足する。

第1は、事業主負担の性格である。経済学的あるいは会計学的にいえば、事業主負担は、事業主が労働者を雇用（使用）することにより生じる費用すなわち労働費用（人件費・労務費）の一部を構成する。また、賃金が賦課ベースとなっており、賃金付随コストである。

しかし、事業主負担は法的には賃金ではない。なぜなら、法的には「労働の対償性」(労働基準法 11 条参照) が賃金であるか否かのメルクマールとなる。そして、その判断に当たっては、 任意的恩恵費、 福利厚生費、 企業設備・業務費に該当しないものは賃金とされており、事業主負担は に該当することから賃金ではないと解されているからである²¹⁰。もっとも、筆者は、健康保険の事業主負担が法的には賃金ではないという結論は正しいが、福利厚生費という必要はなく、健保法に基づき事業主に義務づけられた特別な負担だと直截にいう方が適切であると考えている。その理由は、事業主負担は福利厚生費の典型である生活資金の貸付や私的保険の援助等とは性質が異なるからである。たとえば、保険料の対象となる健康保険事業に要する費用には、療養の給付等の法定給付、 高齢者納付金・支援金、 保健事業、 福祉事業、 付加給付など、性格の異なるものが混在している。このうち から はともかく、 および は法律により支出が義務づけられたものであり、特に の支援金については、裁量性の有無や受益性等を考えると世代間連帯のための租税公課に近い性質を帯びているように思われる。

第 2 は、転嫁・帰着問題である。筆者は、経済学の転嫁・帰着の分析の意義を否定しない。実際に誰がどの程度負担しているのかは法的にも重要な意味があるからであり、経済学者には転嫁・帰着の実証分析を進めてほしいと思っている²¹¹。ただし、強調しておきたいことが 3 つある。1 つは、実証分析に当たっては、事業主負担が、「どのような条件の下で」(例：マクロの経済状況や当該企業の商品・サービスの市場特性等)、「誰に」(例：労働者のみか消費者にも転嫁・帰着するのか、また、労働者と一括りにするのではなく非正規労働への代替等を含め個別的に)、「どのように」(例：短期か長期か)、「どの程度」(例：部分的か大幅か、生産性向上による「消転」はないのか) 転嫁・帰着しているのか明らかにする必要があると思われる。2 つ目は、企業が総人件費を抑制するという方針を採れば、事業主負担は非正規労働への代替を含め労働者側に転嫁される可能性は高いが、1 章 2 節で指摘したように、企業は価格転嫁など多様な調整手段を有しており、事業主負担の転嫁の経路等はそれほど単線的なものではなく現実には相当複雑だと推測されることである。また、事業主負担が労働者にどのような条件の下でどの程度まで転嫁・帰着しているかという実証は(データ上の制約もあり)それほど簡単ではないと思われる。3 つ目は、労使の認識や交渉等の場面においては、事業主負担に関する法律の規定がまったく無意味だとはいえないことである。1 章 2 節で述べたように、企業は、労務費の主要な構成要素である、賃金、 法定福利費、 法定外福利費、 の 3 つを区分して考えており、特に法定福利費(事業主負担)は賃金や法定外福利費とは性格が異なるという認識を持っているからであ

²¹⁰ 詳細は、東京大学労働法研究会『注釈労働基準法(上巻)』(有斐閣、2003 年)168 - 178 頁[水町勇一郎執筆]等を参照されたい。

²¹¹ 法学者である太田匡彦も、「名目的費用負担と実際の費用負担者との距離には常に注意する必要があり、この点で経済学の観点は有益である。名目的な費用負担のあり方へのみ目を奪われて不適切な正当化のロジックを試みる危険や不適切な帰結を導く危険があるからである」と述べている。太田匡彦「リスク社会下の社会保障行政(上)」ジュリスト、1356 号(2008 年)107 頁、注 37 を参照されたい。

る。仮に事業主負担に関する法律上の規定がまったく意味がないのであれば、企業は事業主負担割合にこだわる理由はないが、事実はこれに反している。要するに、事業主負担割合を法律で決めればそうなるというのは実態を無視した議論であるが、さりとて、事業主負担割合を法律で決めることが無意味だと断じることと適当ではないと考えられる。

2. 健康保険の事業主負担の意義

(1) 事業主負担のあり方と政策論

以上述べたように、健保法の立案者らは、健康保険の事業主負担の根拠として、事業主も一定の利益を享受していることを基調としつつ、事業主が労働者を使用することに伴う責任の要素も考慮していたと考えられる。また、労使折半の理由については、業務上傷病と業務外傷病の事故発生率による説明はともかく、立案者らが健保組合の管理運営における労使対等原則（組合会における労使同数の表決権等）との関係を重視していたと考えられる。もっとも、立案者らが自ら認めるように、事業主負担割合をいかにするかは、「理論的に決めることが出来ない」（熊谷前掲書 427 頁）問題である。また、いうまでもなく、法制定時の事業主負担の理由づけが今日なお妥当性を有するかは別個の問題である。要するに、事業主負担をいかにするかは政策判断の問題であり、今日的な観点から再検討しなければならない。それならば、政策判断の基準として何が重要であるかが問われることになるが、筆者は保険者の役割・機能（以下「保険者機能」という）を重視する。そこで、以下、健康保険のガバナンス構造と保険者機能について述べ、その上で、事業主負担の意義について再考し事業主負担廃止論の検討を行う。

(2) 健康保険のガバナンス構造と保険者機能

健康保険制度における保険関係は事業主が人を使用することにより成立する（健保法 3 条、35 条等）。健康保険の事業運営は事業主が行うわけではなく、別個の法人である保険者が行う。もっとも、健康保険の事業運営は保険者が行うといっても、事業主は保険運営の義務を免れるわけではない。たとえば、被保険者負担分も含めた保険料の一括納付義務や被保険者に関する各種の届出義務（健保法 161 条 2 項、48 条以下）、保険料の折半負担義務（健保法 161 条 1 項）、健保組合の場合には理事や組合会議員の半数の選定（選出）義務が事業主に課せられている（健保法 18 条 3 項、21 条 2 項）²¹²。は保険料徴収等を確実に行うための規定であり、およびは事業主と被保険者が対等な立場で保険運営に当たることを規律する規定である。保険者は対内的には必要な給付額を見積り保険料率の決

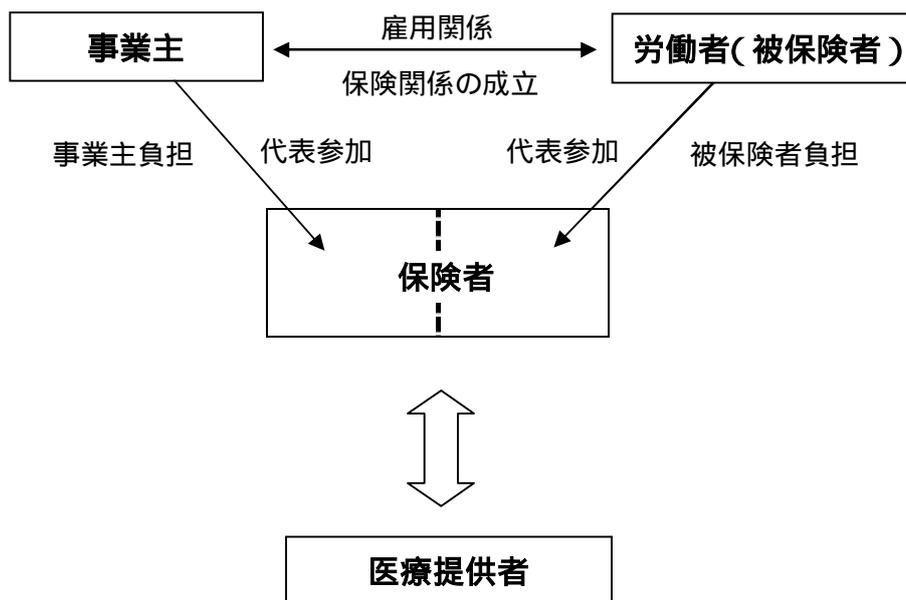
²¹² この 2 つの保険者のガバナンス構造は、健保組合の議決機関は組合会であるのに対し、協会けんぽでは組合会ではなく三者構成（公益・事業主代表・被保険者代表）による運営委員会が設けられているなど微妙に異なるが、本調査研究では健保組合を中心に論じる。

定等を行い、対外的には診療報酬の審査支払や（他の保険者と共同して）医療供給側と診療報酬の交渉等を行う。

図表 8-1 は現行の健康保険のガバナンス構造の模式化したものである。重要な点は次の 5 つである。

第 1 は、事業主・労働者（被保険者）と保険者との関係である。わが国は医療費保障の仕組みとして社会保険方式を採っているが、社会保険は強制加入が原則であり、本人の意思等と関わりなく客観的事実の発生により保険関係を成立させることが必要になる。既述したように健康保険事業は保険者が行う。健保法上の保険者としては、健保組合と協会けんぽ（全国健康保険協会）の 2 つがあるが、以下では健保組合を中心に論じる²¹³。健保組合は事業主と被保険者によって構成される組織であるが、健保法は、事業主に対し、健保組合に理事や組合会議員の半数の選定（選出）を義務づけている。ただし、健保法が事業主に要請しているのはそれにとどまらない。たとえば、（被保険者負担分も含め）保険料の一括納付義務や被保険者に関する各種の届出義務をも課している（健保法 161 条、48 条等）²¹⁴。つまり、法は、保険料徴収の確実性や徴収コスト節減、被保険者の的確な捕捉など保険制度を円滑に運営する観点から、事業主にさまざまな義務を課しているのである。

図表 8-1 健康保険のガバナンスの構造



²¹³ 健康保険を被用者保険と広義に捉えれば、各種共済組合や(船員保険の場合は)政府も保険者であるが、ここでは狭義の健康保険における保険者として捉えている。

²¹⁴ なお、健保組合の理事長は事業主選定の組合議員から選出することとされている（健保法 18 条 3 項、21 条 2 項）が、これも保険制度の円滑に運営のための措置の 1 つである。

第 2 は、保険者の自律性・自治の尊重である。健保組合は保険料の賦課・徴収、保険給付の支給等の保険事務を行うが、健保法は、健保組合に保険料の設定や給付に相当広範な裁量権を与えている。これは、医療費保障に関し社会保険方式を採る意義と表裏一体の関係にある。なぜなら、社会保険方式を採る重要な意義は、給付と負担の対応関係を明確にし、給付と負担の水準の合意・決定を自律的に行わせることにあるからである。もとより私的保険における保険者とは異なり公的医療保険の保険者である以上、健保法により保険者は公益性の観点から一定の制約（例：リスク選別は認められない、法定給付率は下回れない）を受けることは当然である。しかし、社会保険方式の意義を重視するのであれば、保険者の自律性・自治の尊重は重要な要請というべきである。

第 3 は、保険者における意思決定の仕組みである。保険事業の運営において事業主と被保険者は完全な対立関係にあるわけではないが、利益相反は当然生じうる。このため、給付と負担の決定等の保険者自治が民主的に行われるよう、法は健保組合の運営についてさまざまな規定を設けている。健保組合の議決機関である組合会の議員の構成および執行機関である役員構成について労使同数を法定している（健保法 18 条 3 項、21 条 2 項等）ことはその典型である。

第 4 は、保険者機能のもつ意味である。保険者機能は、保険料の賦課・徴収、保険給付の支給等の被保険者との関係が一義的なものであるが、それに限られるわけではない。医療保険は医療費のファイナンスの仕組みであるが、ファイナンスの前提として医療サービスの提供（デリバリー）がある。そして、保険者は一種の「医療共同購入組織」であり、対医療提供者との関係において、医療サービスの価格づけ（診療報酬）の交渉のほか、質が高く効率的な医療提供を促していくことも重要な保険者機能である²¹⁵。

第 5 は、2006 年の法改正は保険者機能を強化する方向に舵を切ったことである。とりわけ 2008 年 10 月に協会けんぽが発足したことが重要である。具体的には、都道府県単位（支部単位）での保険料率の設定が可能とされたこと（健保法 160 条）、保険料率の上下限の幅が健保組合と同様になったこと（健保法 160 条 1 項、13 項）、被保険者や関係事業主の意見を踏まえた運営体制を確保するため、協会けんぽにおいて重要事項の議決機関として三者構成による運営委員会の設置が法定されたこと（健保法 7 条の 18）の意義は大きい²¹⁶。および は協会けんぽが健保組合といわば「並列的」になったという意味で重要である。また、 は都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率を定めることにより、地域の実情を踏まえた医療費適正化対策の取組みを促すという意味でも重要である。いずれにせよ、協会けんぽの発足は政管健保の法人格の形式的な変更ではなく、保険者の性格や機能の実質的な変更を伴っていることに留意すべきである。

以上をまとめれば、健康保険における保険関係の成立と事業主の役割、保険者の自律性・自治の尊重、保険者の労使対等原則は互いに結びつき、健康保険のガバナンス構造が

²¹⁵ 保険者機能については数多くの文献があるが、もっともまとまった文献は山崎泰彦・尾形裕也『医療保険制度改革と保険者機能』（東洋経済新報社、2003 年）である。

²¹⁶ なお、同協会の支部ごとの評議会の設置も法定されている（健保法 7 条の 21）。

成り立っていること、医療政策上、保険者機能の強化は対被保険者との関係のみならず医療供給側との関係においても重要な課題であり、協会けんぽの発足にみられるように、2006年の法改正は保険者機能の強化に舵を切ったということである。

(3) 事業主負担の意義

このような観点から、事業主負担の意義について改めて検討する。

第1に、事業主に負担が求められる根拠であるが、事業主も健康保険制度が存在することにより一定の受益性が認められることは事実である。このことは米国についての考察の中でも強調した。ただし、受益説のみで説明し切れるものではなく、雇用に伴う責任の要素も同等程度強調されてよいと筆者は考える。この責任は企業の社会的責任(CSR)のような茫漠としたものとは異なる。人はモノではない。事業主が労働者を雇用することに伴い、当該労働者に対する「配慮義務」が根底に存在すると考えられる。そして、健康保険(被用者保険)はこのような義務を前提として構築されていると考えるべきである。

第2に、事業主負担の折半の理由は、やはり健康保険制度におけるガバナンスに結びつけて考えるべきものである。その意味は縷々述べてきたが、簡単にいえば、保険者自治の民主政を確保するには、保険者「口(表決権)」の対等性のいわば「証」として「金(費用負担)」も折半であることが適切である。さらに、今日的な理由としては、保険者機能の対内的要素に加え、対外的要素(医療提供者側との交渉・働きかけ)が重要性を増しており、事業主のコスト意識を喚起しその強化を図るという意味合いを強調することもできる。

結論としていえば、事業主負担の意義は、健康保険制度における事業主の責任・関与を明確にすることにあると考えるべきである。そして、健保法制定時の事業主負担の根拠および折半の理由は、若干の「修正」ないし「補充」は必要であるものの、基本的には今日でもなお妥当性を有していると考えられる²¹⁷。

3. 健康保険制度における事業主の役割

最後に、事業主負担廃止論について検討する。素材とするのは、日本経済団体連合会が2003年に発表した「活力と魅力溢れる日本を目指して」と題するビジョンである。やや古い文書であるが、事業主負担のあり方に関する経済界の認識が最も率直に述べられていると思われる。多少長くなるが引用する(下線は引用者)。

「現在、サラリーマンの社会保険料(特に厚生年金、健康保険、介護保険、雇用保険)は、本人と事業主のマッチング拠出が前提となっている。これは本来、個人が全額負担するところを事業主が肩代わりするものであり、長期雇用がほとんどすべてであった時代には効

²¹⁷ なお、短文なので筆者と同じことを述べているかどうかは必ずしも定かではないが、宮島洋(2006)「研究の窓 社会保障と税制」季刊社会保障研究, Vol. 42. No3 も、「費用負担の区分などの法制的な負担概念の意義は、制度運営の責任主体や直接・間接受益者の関与原則を明確にする点に」あると考えられると述べている。

率的に機能していた。事業主負担の根拠として、医療であれば、従業員の健康増進や疾病の治療による早期の職場復帰という意義が、年金であれば、労使協調して老後に備えることで、退職後の不安を解消するという意義がそれぞれ強調されてきた。しかし、本来、社会保障制度でカバーするリスクは、働き方の選択にかかわらず、個々人に等しく生じるものであり、それを社会全体で分かち合う仕組みになっている以上、企業のガバナンスが働く余地はきわめて少ない。さらに、雇用の多様化が進むなかで、働き方によって負担の仕方が変わることは、個人の選択を歪めかねない。したがって今後は、個人の働き方に中立的な保険料賦課方式とすることが望ましい。たとえば、企業の従業員についても、自営業者と同様、保険料を全額本人が負担する方法に改めることが考えられる。これにより本来の受益者であるサラリーマンのコスト意識が高まり、安易な負担増に対する抑止力となることも期待できる。従来の事業主負担分については、従業員の給与に上乘せすることも有力な選択肢となろう。」（日本経済団体連合会『活力と魅力溢れる日本を目指して』（日本経団連出版、2003年）21 - 22頁）

結論は、事業主負担の全額被保険者本人への切替えであるが、「(リスクを)社会全体で分かち合う」ことが強調されていること等を考えると、消費税率を引き上げ医療費の財源に投入することへの期待も窺える²¹⁸。ちなみに、経済界に限らずこうした立論に賛成する論者は少なくないと思われる。また、経済学の立場からは、事業主負担廃止論の理由として、負担の帰着が「透明」な賦課のほうが望ましいということも挙げられるかもしれない²¹⁹。しかし、筆者は、こうした主張が生まれる背景は理解できるが、結論には賛成できない。

仮に事業主負担を廃止した場合どうなるか。「従来の事業主負担分を給与に上乘せする」（一種の清算）ことがはたして現実的かということもさることながら、健康保険のガバナンスの構造は一変することになる。具体的には、事業主の健康保険事業への関与が薄れ、保険者機能が低下することはほぼ確実である。その結果、医療供給側とのパワーバランスが崩れ、経団連のいう「安易な負担増に対する抑止力」は増加するどころか低下すると考えられる。これに対しては、直接的な受益者である労働者だけの保険集団を組成することにより、あるいは地域保険と一体化することにより保険者機能を維持できる（もしくは強化できる）という反論があるかもしれない。しかし、それは日本の医療保険制度の歴史の「経験」を無視した議論である。わが国の保険者機能は決して強いとはいえないが、各保険者の中では健保組合は先導的な役割を果たしてきた²²⁰。その理由は、事業主（企業）がいわば「後ろ盾」となってきたからであり、事業主がなぜ保険者機能に関心を払ってきたかといえ、事業主負担を媒介として個々の事業主の利害に直接的な影響が生じるからで

²¹⁸ たとえば、他の箇所では、「高齢者医療の公費負担割合 60%」とか「公的年金の基礎部分は公費（消費税）」を主張している。

²¹⁹ スティグリッツ・藪下史郎訳『公共経済学（第2版）（下）』（東洋経済新報社、2004年）627頁。

²²⁰ そのことの最もわかりやすい例としては、中央社会保険医療協議会における診療報酬の交渉において、健保組合を代表する委員が支払側（1号側）のとりまとめ役となり医療提供側（2号側）と対峙してきたことが挙げられる。

ある。また、事業主や経済団体が社会保障に一定の影響力を有するのは、事業主負担を行うという形でステイクホルダーとして認知されてきたからである。カネを出さなければ発言権はないという原則はここでも当てはまる。さらに、保険者の存在意義のみならず保険関係の成立の根拠を雇用関係に求める理由そのものが疑わしくなる。要するに、保険者という中間団体の排除と一元化への道である。

もちろん、保険者機能にこだわる必要はない、あるいは医療保険制度は一元化したほうがよいという考え方に立てば話は別である。しかし、そのような立論は慎重な検討を要する。筆者は、それは社会保険方式を採ることの意義を失わせるにとどまらず、国家と私人が直接向き合う社会、端的にいえば国家管理への移行に繋がると考える。そして、これは医療保障が時々の政治状況に左右され長期的な安定性を欠くことになりかねない。なぜなら、国民は受益と負担の関係を無視し国に一方的に不平不満を突きつけ、これが政治問題化するからである。換言すれば本来安心の源泉としての医療保障が政治リスクを抱え込み社会的不安定の温床になりかねないということである。要するに強調したいことは、一見、事業主負担の問題は費用負担の配分や財源確保の問題であるように見えながら、実は日本の医療保険制度の制度設計やガバナンスのあり方ひいては国家像・社会像に繋がる問題であるということである。

参考資料

- 1．韓国インタビュー調査
- 2．国会会議録（事業主負担金） 翻訳（直訳）2003年4月21日
（第238回保健福祉委員会第3次）

1. 金 鐘大（キム・ゾンデ） 保健福祉情報開発院 理事長

以下、「島崎」は島崎謙治、「金」は金鐘大氏。
通訳は鄭在哲

島崎) 金先生は医療保険制度の統合に強く反対し免職され、その当時、新聞紙上を賑わせたと同ったのですが、先生が統合に反対された決定的な理由についてご教示頂けないでしょうか。

金) 医療保険制度の統合当時は金大中政権でした。金大中大統領は、公約として医療保険制度の統合を掲げました。これは2大公約のうちの1つでした。公約の中で医療保険制度を統合する理由が2つ挙げられました。1つは、統合すると低所得者は保険料をほぼ負担することなく給付を受けられるようになることであり、もう1つは、これまでとは異なり保険給付の拡大が可能になるということでした。

しかし、私は統合に明確に反対しました。その理由は2つあります。1つは、医療保険制度を統合すると、低所得者の保険料負担がほぼなくなり給付が拡大するのとはまったく逆のことが起こるということです。つまり、財政破綻が避けられなくなるということを申し上げました。もう1つは、1999年6月15日に書面で建議をしたのですが、政府が提案した、地域保険と被用者保険を統合し所得をベースとした保険料を賦課するということは現実問題として不可能であることです。所得に着目し保険料を賦課すると被用者の保険料は2.8倍ほど上がるということを主張いたしました。というのは、所得捕捉率が比較にならないからです。つまり、自営業者の場合には当時は23%（今は30%程度）しか所得捕捉できず、保険料の賦課基準を合理的に法律上設定することができないのは明らかであるということです。

しかし、当時、金大中政権は「市民政府」と呼ばれ、国民の負担が小さくなり給付が拡大すると言っておりました。保険料の賦課基準に関して、当時詳しい知識を持っている人間が少なかったのです。また、使用者のみならず自営業者も社会保険に対する認識は乏しく、賦課基準に関する内容を深く理解しておりませんでした。これは私の立場からすると非常に悔しい思いです。

島崎先生は事業主負担のあり方にご関心があると伺いましたけれども、当時、使用者（事業主）も被用者保険の保険料の半分を負担しておりましたが、私は統合すると、事業主負担は減るどころか増えると申し上げました。さらに、所得を隠したり、嘘をついたりする人がより有利になるシステムになることは目に見えていたので、それは社会保険の全体的な制度を歪めさせ財政破綻を引き起こすと申し上げました。また、財政が破綻すれば、保険給付の拡大ができないことは当然のことです。医療サービス提供の側面からも、財政破綻すれば保険給付の質が低下すると申し上げました。さらに、間もなく

訪れる高齢化社会において医療の役割は非常に大切ですが、高齢化社会において医療の質の低下が問題になることを考慮すべきであると主張いたしました。結局、当時の政権は医療保険統合を強引に進め、私は医療改革の足を引っ張る存在であるとみなされ免職されました。

実際、それから約3年後の2001年5月に医療保険財政は破綻するのですが、1998年7月頃は、積立金が年間の給付費の約7か月から8か月分ありました。つまり、7・8か月は全く保険料を徴収しなくても給付が行えるということだったのですけれども、統合がスタートして2001年5月には積立金が枯渇しました。このため、国庫負担の増額や保険料の引上げのほかタバコ税からの負担金も導入するなど、さまざまな財政破綻に対する対策が講じられましたが、それでも対処しきれず、産業銀行から3年間で34兆7,850億ウォンを借入れ、4年目から少しずつ返済するといった措置を採ることになりました。

また、給付面もコントロールする必要がありました。例えば、医療機関に対しては処方箋料と診察料を別々にしていましたが、処方箋料を診察料の中に入れ込むことで給付に関するコントロールを行いました。

私の建議書では、医療保険制度の統合は、公平感のある保険料負担ができないこと、当事者自治を尊重するという世界的な流れからもよくないこと、保険料の引上げも難しくなることなど、実務的な内容を含めて建議を行いました。そして、今年の3月は、李明博政権になってからちょうど2年経った時期であったのですが、朝鮮日報が発行する『月刊朝鮮』から依頼があり、医療保険に関する意見を述べました（月刊朝鮮2010年3月号）

島崎) 韓国では被用者保険の保険料はなぜ労使折半になっており、どのような議論がなされていたのでしょうか。また金先生はどのようにお考えでしょうか。

金) 韓国の事業主負担がなぜ折半なのかというお尋ねですが、1976年当時、被用者保険に負担を導入すべきかどうか、また事業主負担を導入するとすればどれくらいが適当なのか、といったことが議論されました。さまざまな労働関係法を検討してみたのですが、私は事業主負担の根拠として2つ取り上げました。

1つは、使用している労働者に対する福利厚生的なものであるという説明です。もう1つは、賃金後払い説に強く影響を受けた説明です。どちらが正しいかということには分かりませんが、この2つが主に念頭に置かれ、外国の歴史的な現実も鑑み保険料は労使折半ということになりました。

島崎)(日本が健康保険制度を創設した際、なぜ折半にしたのか説明をした上で)事業主負担の労使折半の理由は、健康保険事業を労使対等の下で民主的に運営するには、労使の表決権を対等にする必要があり、そのためには費用負担も折半にしなければならないと

ということだと思われます。そこで伺いたいのですが、韓国で医療保険が統合される前の健康保険の意思決定の仕組みは労使対等だったのでしょうか。

金) 先生のご指摘は非常に重要なものであると思います。韓国が労使折半にしたもう 1 つの理由も先生がおっしゃるとおりで、1962 年に韓国では日本の労災保険にあたる産災保険が導入されました。この産災保険は 100% 事業主負担だったのですけれども、その後 1977 年に医療保険制度が開始された際、健康保険(被用者保険)の保険料は労使折半になりました。その理由の 1 つは、労働者だけが負担にするのは現実的に難しいこと、もう 1 つは、労使自治的な保険運営原則を確立しようということでした。つまり、保険者が運営する組織のあり方として、健康保険制度の保険料は労使折半とし、労働者と使用者の協議の下に制度を運営した方がよい。医療費の負担者は国だけではなく、労働者だけではなく、社会保険制度の下で相互の合意精神に基づいて意思決定を行えるようになるには、労使の合意および保険料の労使による負担が必要だとするのが私の哲学です。

それから、私が統合に反対した理由として、医療問題に対する対応、特に社会的な合意に基づく医療保険に関する問題に対し十分取り組み切れないことがあります。例えば、自営業者と労使が一緒になると、労使合意が曖昧になり、運営主体の自律が損なわれる可能性が高い。もし自営業者と労働者等を一緒にするのであれば、社会保険方式に基づくものではなく、将来の保険制度の発展のためにもよくないと考えておりました。

国が医療サービスを提供するシステムとしては 2 つあると考えています。1 つは社会保険方式。もう 1 つはイギリスの NHS のような方式です。NHS 方式が可能となる基本的条件は医療供給機関を国の管理下に置くことであり、そうでないと NHS 方式は難しいと思うのですが、韓国の状況からすると医療機関の場合は 8 割から 9 割くらいが民間で賄われており、国の管理下でのサービス提供はほぼ不可能だろうと思います。日本も韓国の状況と似ているのではないかと思います。

島崎) 確かに、ある意味では大変難しいことを日本もやっていると私も思います。ファイナンスの部分は公的に統制し、デリバリーの医療供給体制のところは民間医療法人が中心ですから、この整合を図ることは難しい。日本の医療制度は非常に微妙なバランスの下に成り立っている制度であると思います。

金) 非常に微妙なバランスの下に成り立っているという先生の見解に私も大変同感するのですが、韓国の場合、どうすればそういったバランスがとれるのかが今後の課題だと思いますが、やはり社会的な合意の精神を強く打ちたてながらその微妙なバランスを保った方がよいのではないかと考えています。

島崎) まず事実の確認なのですが、私立学校の場合は事業主負担の割合が違う、つまり国

庫が入っていますね。それは政治的な理由なのでしょうか。それとも他の理由があるのでしょうか。

金) 私立学校の保険料の負担割合は、被保険者が5割、私立学校法人が3割、国庫負担が2割になります。学校の先生の中でも、公立学校の先生の場合は公務員であり、私立学校の先生はこの制度(公務員給付私立学校教職員保険制度)がスタートする以前は独自の支援策があったのですけれども、公務員制度の中に私立学校の教職員を入れこむという形で制度がスタートしました。私立学校であれ、公立学校であれ、その機能や役割は同じであったため、公立学校の場合は公務員として扱われ5割が国からの負担であったことを考慮して、私立学校の教職員に対しても国庫負担を2割することにしました。ただし、制度がスタートするに当たり、私立学校に対する2割負担はそれほど議論にはなりませんでした。

島崎) 医療保険制度を統合する時に、国会は事業主負担についてはどういうふうにするつもりでいたのでしょうか。つまり、その分を賃金として労働者の方に返すつもりでいたのでしょうか。それとも、そのような問題意識はなかったのでしょうか。

金) 統合の段階で事業主負担に対してどうするのかという細部にわたる企画や代案、青写真といったものは全くなかった。その当時何よりも議論になったのは積立金の使用でした。当時は約8か月分保有していたのですけれども、法定積立金としては給付費の1年分を保有することが義務付けられていたのですが、それに近い程度の積立金を保有していました。統合すると、この積立金を使えば保険料は安くなり、給付の拡大につながるという表面的な議論が行われ、論理的に深い研究は全くなされませんでした。この制度を導入・拡大し、20年間医療政策の現場にいた私の立場からすると、このことは非常に恥ずかしいことではありますが、当時経済界も全くと言ってよいほど意識していなかった。日本の経団連にあたる韓国の全経連(全国経済人連合会)も全く問題意識はなかったと思います。というのは、当時の金大中政権の時には社会主義的な傾向があったがために、経済界はその圧力に抑えられた状況であったからです。ただし、統合することの究極的な青写真として、先ほど言いましたように、NHSみたいな国家管理下での医療供給システムは頭にあったはずなのですけれども、先生が質問されたような議論はなされませんでした。

島崎) 話はちょっとそれますが、現在の医療保険の保険料は委員会で決めていますね。つまり、加入者代表のほかに医療界とか他の人たちが入って保険料を決めているわけであり、保険者の自治というのは十分機能していないように私には見えるのですが、先生はこの点についてどのようにお考えでしょうか。あるいは、どのように評価していらっしゃる

やるでしょうか。

金) 統合された保険制度を健康保険制度と言っているのですが、これは伝統的な社会保険方式とは程遠いものとなっています。その理由を2つ申し上げます。1つは、社会保険方式という際には、保険料の賦課基準を決め、さらに徴収する機能。もう1つは給付の基準を決め、保険給付の支払いをする機能があると思います。しかし、先ほどの保険料を決めるところだけを取り出してみますと、実質的には政府が決められていることになっていると思います。つまり、保健福祉部長官の管理下にある健康保険政策審議委員会で決められている。保険者といわれる国民健康保険公団が決めることは全くない。韓国では小委員会で保険料を決めており、この委員会の中には政府の代表や市民団体など関係のない人たちが入っていて、実質的には政府が決められており、そういう点からみると伝統的な社会保険方式とは程遠いものになりつつあると思います。その観点に立つと、社会保険方式の持続可能性について非常に心配なのですが、今後、国家が医療保険制度を全て統制するのは難しくなると思います。おそらく、来年か再来年には健康保険制度を取り巻く最も大きな危機がまた訪れるのではなかろうかと心配しております。

島崎) 憲法上の問題もあるかもしれませんが、現状は保険料ではなくて実質的には税金として賦課・徴収されているように私には見えるのですが、このような認識は間違っているでしょうか。

金) 現実的に見ますと、保険料ではなく税金だと考えております。制度に対して憲法裁判所では、違憲判決までには至りませんでした。その時は財産権や平等権が問題になるということで提訴したのですが、2000年6月29日に6対3で負けました。実質的には5(違憲)対4(合憲)だったのですが、政府の力が入りこいう結果となりました。

先生も御存じだと思いますが、自営業者と労働者では賦課基準が異なっており、労働者では賃金はほぼ100%近く所得捕捉されますが、自営業者の場合は男性か女性か、自動車を持っているかどうか、財産はどうかなど、さまざまな基準の組合せとなっており、給付は同じであるのに負担の基準はばらばらであるということで、労働者側が2008年12月にまた憲法裁判所に提訴しました。2005年から2007年は盧武鉉政権だったので、提訴しても結果が目に見えているということで2008年に提訴されたわけです。おそらく今年度末までには憲法裁判所から判決が下されると思いますが、その結果がどうであれ、私自身は違憲であると考えています。

島崎) 自営業者の方、あるいは一般の住民、あるいは被用者は保険料だと思っているのでしょうか。実質的には、意識の上では税金と同じと思っているのでしょうか。

金) 韓国は年金、健康、労災、雇用という四大社会保険をもっているのですけれども、企業の労働者は税金といった形で負担をしているという感じが強くなるのではないかとこの認識をもっています。現在、医療保険は形の上では統合されており、労働者は割高感を感じているのではないかと思います。統合以前の場合は労使折半ということで自治意識を高めながら保険料負担を行ってきたわけですけれども、これが統合されたがために税金として認識する傾向が強くなるのではないかと思います。労災保険の場合は100%事業主の負担ですが、健康保険の場合は税金のような認識が広まると、未来の負担の引上げに大きな足枷になるのではないかとこの認識をもっています。

先ほどの話に付け加えていえば、社会保険制度は所得保障と医療保障に分けられ、医療の場合は、ファイナンスは医療保険制度としてやっているのですけれども、医療サービスに対し国がその費用を負担するということは今後の高齢化社会ではできないだろうと思います。そうすると、税金という形での認識が高まれば高まるほど、負担増の実現という道筋が描けなくなるのではないかと思います。

島崎) 関連して、国民健康保険公団の保険者としての存在意義についてお尋ねします。大変失礼な言い方をすると、国民健康保険公団は組織を維持するのに汲々としているのではないかとこの感想を抱いてしまうのですが、先生はどうお考えですか。

金) 可か否ということで申し上げれば、保険者としての役割は非常に弱くなる、もしくはなくなると心配しています。病院を含めた広範なアクターが参加して、その中で自治的な運営決定をし、今後の保険料の引上げや給付の水準の改善などに対応し、国はそれを背後から制度的なサポートをするものと思っています。これは、1883年のビスマルクの疾病保険を作る段階での過程をみてもそのとおりだと思いますし、その後の歴史もそうであると考えます。しかし、韓国では社会保険の哲学的な背景がない。また公団の保険者としての役割の乏しさ、例えば政府が実質的に保険料を決定していることも事実です。今後の医療費の増加が目の前に迫る韓国からすると、被用者、事業主、加入者が、保険料を引き上げて医療費を負担しようとする認識・意思が芽生えてこないとなると、保険料の納付も非常に非自発的にならざるをえなくなると思います。私はこうした面での改革なくして医療制度の持続可能性は保障されないと考えています。

2. 李 浩盛（リ・ホソン） 韓国経営者総協会 常務理事

以下、「島崎」は島崎謙治、「李」は李浩盛氏。
通訳は鄭在哲

島崎) 韓国の経済界において事業主負担については問題になっているのでしょうか。例えば、ドイツ等では事業主負担は大きな問題になっているのですが、韓国ではいかがでしょうか。

李) 最近になって少しずつ問題意識が出始めつつあります。これまでは社会保険料は国際的にみればそれほど高い水準ではないこともあり、さほど問題になっていなかったのですが、最近になっては四大社会保険も含めた事業主負担分についても問題が提起されつつあります。

島崎) 逆に言いますと、韓国の経済界で一番大きな問題は何でしょうか。例えば、非正規労働者が増えているとかいろいろあると思うのですが、韓国の経済界にとってのトピックは何なのでしょうか。

李) 労働市場における非正規労働者の問題が最も大きな 이슈 だったのですが、先週から、大企業と中小企業の間で請負問題が政府側から提起され大きな問題になっています。

島崎) 医療保険の統合問題が起こった際、所得捕捉率の問題や積立金の処理の問題は非常に大きな問題になったとお聞きしていますが、事業主負担は問題にならなかったのでしょうか。

李) 事業主負担についても少しはありました。統合されると、所得捕捉率の問題や積立金の問題があり、経総（韓国経営者総協会）は統合に反対の立場だったのですが、最後の砦（手段）として、事業主負担を廃止するぞということで、少し圧力を加えました。しかし、メインイシューにはなりません。その理由としては、私を含めたチームが行ったのは小さな規模での問題提起に留まったということがありますが、それよりも、大きな流れの中で統合が進められたという事情があります。例えば、1998年には金大中政権が成立して、経済危機を乗り越えるために様々な政策が行われました。その中に、労使政委員会（政労使委員会）というものを作り、その委員会の中で大きな流れについて妥協しようとしたことがありました。その大妥協の中の1つの項目の中に医療保険制度の統合も入っており、このような妥協の中での統合の具体的な方法が議論されたために、根本的な問題、例えば事業主負担も含めた問題が軽視あるいは無視されたという時代的背景があります。

島崎) 李常務の個人的なお考えで結構なのですが、もし被用者と自営業者などの保険料の賦課の方式が一致され、完全に統合されたとした場合、経済界としては、事業主負担は辞めてしまうということだったのでしょうか。つまり、保険料賦課基準も含め完全に統合されてしまえば、企業は保険運営には直接関係ないので、事業主負担ということではなく賃金問題として労使交渉すればよいということだったのでしょうか。

李) 当時、実務レベルではそのように考えていました。事業主負担は労働者の福利厚生などの次元から導入されましたが、地域加入者と同様の保険料の賦課基準が設定されれば、我々の立場からすれば、事業主負担はただ単に法律で決められた負担でしかないわけで、事業主からすると事業主負担をする自発性や必要性というものが問題なりかねません。したがって、今考えると、事業主負担の問題はもっと検討すべき課題であったと思います。当時を振り返りますと、先ほど申し上げたような大きな統合の流れの中で、企業側もそういった問題意識は全くなく、事業主負担をどうするかという問題には至らなかった。その後も事業主負担を行っているのですが、労働者側からはありがたみが感じられておらず、事業主負担がインセンティブとして働かなくなったということが問題であると考えています。

島崎) 率直に言えば、企業からすると事業主負担はペイロール・タックス(賃金税)というような受け止め方になっているのでしょうか。

李) おっしゃるとおり、準租税であるという考え方をもっています。医療保険制度を統合する段階では、内部ではこれは保険料ではなく租税に変更した方がいいのではないかと議論もありました。

島崎) 経済界といっても、非正規労働者を多く雇っている企業とそうではない企業などいろいろあると思うのですが、事業主負担の問題については、企業の間で温度差があるのでしょうか。そもそも非正規労働問題について、大企業と中小企業との間では相当考え方は違うのでしょうか。

李) 基本的な見方は一致していると思います。非正規労働の大きなポイントは、韓国では、その規模を小さくしようと法的な規制が強まりました。非正規職が増えた原因は、正規労働を保護する規制があまりにも強く、そのため非正規職が多くなるということだったのですけれども、大企業に対しては非正規職に対する保護規制立法を施行しました。大企業の場合は非正規職保護法に対しては、一部は正規職に転換したり、アウトソーシングした企業に対して従業員をそこに派遣したりして、あまり無理なく済ませたのですが、

中小企業にしてみれば、正規職に対する保護規制を回避したいというよりも最も大きな理由は人件費問題だったわけです。つまり、正規職の高い人件費を負担できないため、人件費の低い非正規職を多く雇用しました。したがって、中小企業は非正規職を縮小できないという限界があります。要するに、非正規職に対する大企業と中小企業の見解は大枠ではそれほど違いはないが、国の非正規職保護関連の法的規制に対する対応という面では異なります。

島崎) この調査研究は、韓国以外にもフランス、ドイツ、アメリカも対象にしていますが、ドイツも事業主負担が重くなっているので賃金との連動性を断ち切ってフラットな保険料にしてしまえという議論があるのですが、韓国ではそこまでの議論になっていないと考えてよろしいでしょうか。

李) 先ほど申し上げましたように、韓国の保険料率はこれまで比較的低かったために、それほど問題がありませんでした。ただ、社会保険料が大きく引き上げられている中で、人件費に敏感な中小企業や自営業者が社会保険の負担を重く感じ始めており、今後それが大企業にも波及するであろうと予測されます。

島崎) 日本の経済界は事業主負担を問題視しており、社会保険料の引上げの歯止めをかけるなり、事業主負担はやめてほしいという議論があります。また、日本では消費税を上げるということで対応してほしいという議論があります。日本とは消費税率が違いますが、韓国ではそのような議論は起こっているのでしょうか。

李) まだ消費税を上げることで対応すべきだといった議論はありません。統合段階では保険料ではなくタックスとしてやっても問題はないという議論があったことは事実ですが…。ただ、最近景気が悪く社会保険料の引上げに対する抵抗はあり、そういった議論も今後発生するだろうと予想されます。

島崎) 事業主負担の性格なのですからけれども、経済学者は賃金と同じで、折半にするかどうかというのはあまり意味がなくて、労働市場における需給関係によって決まってくるという考えを採っています。韓国の経済界ではそのような議論はあるのでしょうか。

李) 事業主負担の性格に関する論争はまだありません。しかし、たまにこういった議論があります。例えば、労働界からは、ヨーロッパでは事業主が折半を超えて負担しているのをみて、韓国もそうすべきだという主張があります。それに対して、経営側は(単に負担割合の問題ではなく)事業主負担を維持するか廃止するかということを含めて議論しましょうということに対応している状態です。

島崎) 例えば、企業からしてみると社会保険料が上がると、それに連動して事業主負担が増えますが、国際競争しているわけですから、総人件費をそれほど増やすことができないとなれば、賃金を下げるなど総人件費を抑え込もうとすると思うのですけれども、そのような動きだと考えてよろしいのでしょうか。

李) おっしゃるとおり、総人件費の管理の次元からアプローチしています。例えば、我々が国際競争力を維持するという議論の際の比較対象国は OECD 諸国になります。OECD 国家の全体的な社会保険料の水準より韓国は低い水準であるため、本格的な社会保険料の引上げは国際競争力を弱めるとか、総人件費を抑制するための賃金との関係などといった議論はまだありません。ただし、労働側からは OECD 国際比較をした場合、保険料引上げにまだ余裕があるという主張があります。したがって、今後保険料がこのような増加ペースでいくと先生がおっしゃるような議論は発生すると思われます。

島崎) 日本でも同じ質問をしたことがあるのですが、株主は事業主負担のことを意識しているのでしょうか。企業の幹部からしてみると、事業主負担というのは最終的には株主が負担しているはずだという意識があってもおかしくないと思うのですが、韓国では事業主負担は実質的には誰が負担しているのかという議論はあるのでしょうか。あるいは株主総会で事業主負担が問題になることはないのでしょうか。

李) 法定福利費や事業主負担に対しては、株主の場合もそれほど認識も持たず、株主総会でも問題になったことはほとんどありません。というのも、これまで低い負担であったわけですから。ただし、大企業は、社会保険の負担が低かった時代に、社会保険料負担に上乘せして企業が負担することがあり、株主総会で問題になったことがあったと聞いておりますが、現在はある程度の水準まで社会保険料負担が増えたので、そのような議論はないと思います。

島崎) 李常務としては、賃金と法定福利費と法定外福利費、これはみんな広い意味で言う人件費ですけれども、そこはかなり性格が違うというご認識でしょうか。例えば、賃金交渉するときには、法定福利費は労使交渉の余地はないわけですから、基本的に法定外福利費等とは性格は違うとお考えでしょうか。それとも、広い意味で賃金と同じという感じ方に近いのでしょうか。

李) 広い意味で賃金というよりも人件費だと考えております。過去のように賃金の上昇率を高め維持することはできないということもあり、賃金はできるだけ水準の据え置き、あるいは低い水準で保ち、それ以外の法定福利費と法定外福利費をその代わりに行うと

いうことで考えています。

島崎) 要するに、賃金のベースを上げてしまうと、社会経済の変化に柔軟に対応できないため、ベーシックな賃金は上げずに福利厚生費のところで調整をするということでしょうか。

李) おっしゃるとおりです。韓国の賃金体系は非常に複雑なのですけれども、ベースアップをしてしまうとそれに連動している要因に影響してしまうので、できるだけベースアップは小さく抑えて、それ以外の(以外と言っても、法定福利費は法律で固定されているので)法定外福利費を引き上げる形で対応しています。

島崎) 確認なのですが、韓国の経済界の社会保障に対する基本的な認識は次のように考えてよろしいのでしょうか。社会保障の給付水準はできるだけ抑え、その上乘せを行うかどうかは、個々の企業の経営判断、交渉事項であり、各企業の労使交渉に委ねておいた方が、世界的な経済状況の変化に適切に対応できる。そのように考えてよろしいのでしょうか。

李) そのとおりです。我々は『社会保険報告書』というものを毎年出しているのですけれども、問題意識としては、最近10年間、非常に社会保障関連費の負担が増えた。給付水準はOECDと比べればまだ平均以下ですが、最近10年あるいはこの5年間はあまりにも社会保険料が引き上げられたので、できるだけ法定福利費は適正に負担枠を抑え、余裕のある企業は上乘せできたら対応することにすべきだと考えています。なぜなら、全体的な企業の法定福利費を上げると、負担しきれない中小企業の場合は非常に大きな問題になるからです。

島崎) 少し戻るのでありますが、各企業で医療保険の補助等を独自にやっていたとすれば、被用者保険制度ができたときに実質的に保険料率が下がった企業もあると思うのですが、そのような企業では、下がった分は労働者に賃金として返したのでしょうか。それとも、そこは個別の企業によって対応は異なっていたのでしょうか。

李) その質問に対しては、大きな流れの中で問題となったのは統合に対する制度的な問題と財政的な問題であり、保険料率の引下げや引上げといった問題はそれほど注目されなかった。これが何を意味するかというと、財政がそれほどよくない企業の場合は保険料率が高かったわけですが、大体の組合は財政が健全であったために低い保険料率でした。したがって、保険料率が高いところが低いところに合わせて余剰分を賃金に回したというよりも、財政が健全であったがために保険料率が低かった組合は、国の政策によって

保険料率が引き上げられたことになります。その後、保険料率が引き上げられただけではなく、統合後 2・3 年の間に積立金を全部使ってしまい、さらに 2000 年頃に医薬分業が行われたこともあり財政問題が一番大きな問題となりました。

島崎) 李常務としては、企業が公的医療保険にガバナンスを働かせていくということに賛成でしょうか。それとも、公的医療保険に企業は基本的に関わらず国家が管理した方がよいとお考えでしょうか。

李) まず、健康保険制度は現状では社会保険方式で運営されており、保険制度に積極的にガバナンスすることは当然であると考えております。例えば、健康保険政策審議委員会などにも私は参加していますし、国民健康保険公団の理事会でも加入者の代表が参加しています。実質的に加入者の意見がどれほど反映されるかといった実態問題は別としても、形式的な問題からすると加入者あるいは事業主団体からのガバナンスはやっておりますし、私個人としても当然であると思います。

島崎) ただ、確かに審議会には入っていると思いますが、実質的には政府が決め、労使できちんと話し合い、給付と負担に見合った保険料率を決定するというのとはかなり異質な形になっているという印象を受けますけれども、いかがでしょうか。

李) 本来、社会保険方式の下で保険料の給付と負担の関係を決めるという形から見れば、おっしゃるとおりです。実際問題として韓国政府の力は大きいのです。ただし、どの政権であるかによって若干違いがあると思います。例えば、金大中政権や盧武鉉政権の場合は、政府がある目標を立て、その目標に近づけるために各企業が医療供給の関連団体に働きかけることが多かったのですが、李明博政権になってからは、加入者代表とサービス供給者側の間を仲介する役に回っています。ですから、政権ごとに運営の仕方が違っております。しかし、保険者が統合された社会保険方式でやっている限りは、こういったガバナンス問題に限界があることに間違いはないと思います。

島崎) 率直にお尋ねしますが、李常務は社会保険方式を維持していく方がよいと思っいらっしゃいますか。それとも、税方式でよいというようにお考えでしょうか。

李) 社会保険方式がよいか、あるいはタックス(税)方式でも別に悪くはないかは、おそらく、どのように運営するかどうかということに関わる問題だと思います。例えば、社会保険方式であっても、政府が好き勝手に全部決めれば自律・自治は弱まりますし、タックス方式であっても、できるだけ加入者の意見を吸い上げる仕組みがきちんとあれば別です。したがって、どちらがよいかというのは一概には言えません。ただし、重要な

ことは、国民の負担であることは間違いないですので、それに対してどれくらい配慮があるのかということです。例えば、その配慮を意思決定過程にシステムとして入れ込んだ方が運営という面ではよいと思います。実際問題で言えば、給付水準を決定する際に、例えば労働団体や市民団体は給付水準を高めるべきだという主張をしますが、経総の立場からもそういうことに一概に反対ではないのですが、そのためには負担増は避けられません。また、サービス提供側からは診療報酬を引き上げてほしいという要求が出されます。ただ、その場合は労働者と経営者が一緒になって反対するということで、案件や内容により立場のとり方は異なります。

3. 李 奎植（リ・キュウシク）延世大学保健行政学科教授

以下、「島崎」は島崎謙治、「李」は李奎植氏。
通訳は鄭在哲

島崎) 李先生は、医療保険制度の一元化に当たり事業主負担はどう処理すべきだったとお考えですか。

李) その当時は医療保険の統合の大きな流れだけが大きな問題になり、事業主負担に対しての問題提起は全くなく、問題提起をできる経総（韓国経営者総協会）の場合もほとんど問題はありませんでした。事業主負担は賃金の一部であり、事業主が100%負担してもいいし、労働者が100%負担しても構わないと思います。

島崎) つまり、事業主負担部分を誰が負担するか、どういう割合で負担するか決める必要がないとお考えということですね。

李) そうということです。

島崎) 事業主負担はペイロール・タックスであるという考え方がありますが、この議論についてはいかがでしょうか。

李) 事業主負担はペイロール・タックスと考えています。

島崎) ということは、労働者を雇用することに伴う社会的責任として構成されているのでしょうか。事業主負担が賃金の一部だということであれば、事業主負担を税金として徴収することと整合的ではないように思われるのですが。

李) ペイロール・タックスでも賃金でも同じだと考えています。

島崎) 労働保険の事業主負担も同じと考えていますか。

李) 基本的に同じと考えています。

島崎) それでは、業務上の災害か業務外の疾病か区分する必要性はないとお考えですか。

李) そうです。

島崎) 伺っておりますと、先生はアメリカの経済学者と同じように事業主負担の割合を決めることは意味がないというお考えだと思われませんが、そう考えてよろしいのでしょうか。

李) はい、私は経済学者ですから、事業主負担割合を決めることは意味がないと考えています。事業主負担は福祉の観点から考えるべきではないと私は思います。というのは、事業主が全部負担することになると、保険というのはタダということになり、モラルハザードが起り保険の効率的な運営管理ができなくなりますので、2分の1を負担させることによってモラルハザードを防止し効率的な保険運営をしていく必要があります。

島崎) しかし、事業主負担が賃金だという前提に立てば、半分に決めようが決めまいが同じだということになりはしませんか。事業主が半分負担する意味は何なのでしょう。

李) 事業主に半分負担させるというよりも、労働者に半分負担させることでモラルハザードを防ぐということです。

島崎) だとすれば、事業主負担は廃止して被保険者が全部払うことにした方がすっきりしませんか。

李) それは関係ないと思います。関係ないというのは、被保険者に全部を払わせても全く問題ないと思います。理論的には被用者の賃金に上乗せして全額労働者が払うことにすることも可能ですが、現実的には労働者たちはこれを福祉(フリンジベネフィット)として考えているので、全部払わせるとなると反発が生じるだけのことです。

島崎) 先生は、事業主負担は賃金に100%転嫁・帰着するとお考えになりますか。仮に保険料率が上がれば総人件費が上がりますね。事業主負担が増えた分は賃金を抑え込むとお考えになりますか。

李) まず、前提として賃金も保険料率の上昇分だけ上げるべきと考えています。仮に、賃金が上がらなくて保険料率だけ上がったとすれば、賃金を抑え込むべきと考えています。したがって、保険料の引上げ分を事業主が全部負担するのか、それとも労働者が全部負担するのか、労使が折半負担するのかに関係なく、手取り賃金が減ることになると考えます。

島崎) 事業主が負担するというのはどういう意味ですか。事業主とは一体誰のことを指しておっしゃっているのでしょうか。

李) 事業主負担という考え方自体が必要ないと思います。賃金の一部なので。それより問題なのは、例えば、労働者側が 2.5 万円、地域保険が 5 万円、この表面的な負担額だけを見て、地域負担は全額自分が負担するので負担が重いと錯覚することです。自営業者は 2.5 万円に引き下げて、残りは国庫負担でやるべきではないかという議論がこれまでずっとありました。

島崎) 日本では国民健康保険の給付の半分は国庫負担なのですが、それは事業主負担見合い分だという主張があるのですが、事業主負担分は賃金だと考えればこの議論はおかしいという議論と同じですね。

李) そうということです。おかしいと思います。

島崎) 保険料率の高い国々では事業主負担は大きな問題になっており、事業主負担は税金で負担すべきだという議論があるのですが、それは単なる錯覚に陥っているだけであるとお考えですか。

李) ペイロール・タックスが高くなればなるほど物価上昇率や人件費が高くなり、国際競争力が弱まるわけですから、消費税で賄うことにすべきです。消費税で賄えば、(国内取引では影響されませんが) 輸出産業には影響されないの、国際競争をしながら高まるペイロール・タックスを増加させるためには消費税で賄うべきだと考えます。

島崎) しかし、事業主負担は意味がない、あくまで賃金なのだという前提に立つのであれば、そのことは問題にならないのではありませんか。

李) 仮に保険料率が上がり事業主負担が増えたとしても、現実的には賃金が抑制されるわけではありません。

島崎) ということは、事業主負担の割合を決めているということは、ポリティカルには意味があるということなのではないでしょうか。つまり、労働者は事業主負担を賃金だと思っていないから反発をするわけですから。

李) 社会保険料が増えると、ペイロール・タックスそのものが増えることになりますから、原価上昇につながります。しかし、消費税でやれば原価には影響しません。1977 年に制度が導入され、当時は保険料率が 3% だったのですけれども、経済状況は 1 人当たりが 1,000 ドル、輸出が 100 億ドルでした。その際、3% 保険料を大手企業から適用した理由は、この 3% を負担させることになれば、国際競争力に大きな打撃になることは間違いな

いので、人件費の増加を招いても生産性を高めてそれを消化できるような企業から始めたわけです。

島崎) 事業主負担の割合を考える意味はないという見解は、韓国の社会保障関係者の一般的な見解ですか。

李) 経済学者や企業側は私と同じような見解ですが、社会保障研究側(社会福祉系や市民団体)は事業主負担をフレンジ・ベネフィットと考えているので、意見は一致していません。

島崎) 社会保障法学者や労働法学者はいかがですか。事業主負担の割合を考える意味はないという見解に対しては多分反対だと思いますが。

李) 法学者の中で、社会保障法学者が一人いましたがその人は私と同じ意見でした。労働法学者は分からない。

島崎) 少なくとも労働組合はフレンジ・ベネフィットと考えているということは、労使交渉の場面では「政治的に」事業主負担の意味が出ているということにはならないでしょうか。もっとも、だからといって事業主負担の一部が労働者に転嫁される可能性を私は否定しているわけではありません。日本で健康保険制度を創設した人も、保険料は労使折半にしているけれども、実際誰が負担しているかどうかは転嫁・帰着まで考えると分からないと言っています。にもかかわらず、なぜ折半にしているかという、労使によるガバナンスの仕組みとして表決権を対等にするために負担も半々にしたのだという説明がなされています。いずれにせよ、事業主負担はガバナンスの「参加料」としての意味合いがあるのではないかと私は考えています。この議論はこの辺で終わりにしますが、最後に、韓国で統合の話があった際、なぜ事業主負担の議論が問題にならなかったのかお伺いしたいと思います。

李) 韓国で問題にならなかったのは、私が考えるに、所得捕捉率や積立金の問題にとらわれすぎたというよりも、当時から統合に反対する側はペイロール・タックスとして考えたがために、事業主負担について議論する意味が乏しく、負担する総額の賃金とのバランスが争点になったからです。つまり、企業が反対していたのは総人件費が増えるということだけだったのではないかと思います。

島崎) しかし、労働界はフレンジ・ベネフィットと考えていたとするのであれば、なぜ議論にならなかったのでしょうか。

李) 労働界と言っても一枚岩ではなく、左派と右派がありました。左派の場合は主に地域保険も統合しようという立場だったので、FRINGE・ベネフィットと考えていたのです。それに対し、右派である韓国労総（韓国労働組合総連盟）の場合はどちらかと賃金の一部、ペイロール・タックスとして考えていました。そのような力学的な作用が働いたことと、先ほど言ったように、経済界は事業主負担が増えるか労働者負担が増えるかは関係なく総人件費が増えるということが問題だったわけです。ですから、事業主負担を取りだして議論する余地がなかったのです。

島崎) それでは、ペイロール・タックスであるというのは政府の公定解釈としてあるのですか。

李) 韓国も事業主負担はペイロール・タックスであるとは法律上はなっておりません。

島崎) 日本では年金の損得論があり、かけた保険料と受ける給付の対比をすることがあります。何が問題になるかという、保険料と給付の対比をする際、政府は保険料の半分（事業主負担を抜いた部分）が労働者の負担であるというわけです。それに対して経済学者はこの議論はおかしい、事業主負担も賃金なのでそれも労働者側の負担にカウントしないのはアンフェアなのではないかという議論になります。このような議論は韓国ではあるのでしょうか。

李) 韓国でも年金の損得論はあります。韓国も同じです。

島崎) 先生は統合に反対されたということですが、最大の理由は何ですか。

李) 地域と職域の所得捕捉率が違うがために、保険料を公平に賦課することができないことが1つ。もう1つは運営管理の問題です。国民健康保険公団という巨大な組織は年金とは違う。

島崎) 後者の問題については、先生は医療保険制度の一元化に反対ですか。

李) パラダイムの問題であると考えます。例えば、政府が医療市場で競争が働くようなパラダイムに持っていけば、医療費をコントロールすることができるのではないかと考えています。であれば、地域と職域を区別したりすることにそれほど意味はなくなるのではないのでしょうか。

4. 李 在勲（リ・ゼフン） 全国民主労働組合総連盟政策局政策部長

以下、「島崎」は島崎謙治、「李」は李ゼフン氏。
通訳は鄭在哲

島崎) 民主労総（全国民主労働組合総連盟）では医療保険制度についていろいろ主張されていると伺っています。例えば、保険料の負担の問題、非正規労働の問題、公的医療保険のカバーする範囲が狭く給付率も低い問題とか、いろいろあると思うのですが、労働組合において、今一番大きな問題になっていることは何でしょうか。

李) 民主労総として、医療保険制度は重要な争点の1つです。2000年に医療保険制度が統合され、その後2001～2002年に財政危機が起こるのですが、2003年頃に財政赤字に対する対策がとられ、2004年から国民健康保険制度は財政黒字に転換しました。2004年以降、民主労総にとって最も重要な優先課題は、低い給付率を高めることです。現在は、62.2%の給付率なのですが、これを上げるべきだと主張しています。また、非正規労働者の対策も問題です。これは韓国の医療保険制度の死角地帯とも言われますが、非正規労働者は保険料負担能力もなく、3か月の未納があれば資格証明書を受けなければならなくなるので、非正規労働者に対する社会保険適用の拡大に力を入れています。さらに、中小企業や自営業者についても、医療保険制度の死角地帯があるので保険適用の拡大を図っています。

事業主負担に関しては日本やドイツでは労使折半負担だと承知していますが、韓国の場合、最初から明確な合意に基づいて労使負担割合を決めたわけではなく慣行としてやってきました。民主労総は事業主負担に関しては2004年に比率を調整し事業主負担分を上げるようにすべきだと主張しました。今後も、事業主負担については引上げ要求をしようと考えています。韓国の社会保障の財源のほとんどは保険料ですが、保険料の引上げに対して、2004年以前は経総（韓国経営者総協会）と民主労総は同じ立場でした。しかし2004年以降は、給付水準を上げるためには財源が必要ですが、保険料を条件付きで引き上げるという立場に民主労総は立ちました。それに対して経総は給付水準を上げることに自体に反対ですし、保険料の引上げにも反対という立場です。

島崎) 労働分配率を計算する際、事業主負担分というのは労働者の方に配分される分子の方に含まれるのですが、それについてはどのようにお考えですか。つまり、これは事業主負担といっても賃金であるという認識が前提にあるという見方もあると思うのですが、いかがでしょうか。

李) 事業主負担を労働分配率の分子に入れるのはおかしいと考えています。事業主負担は

賃金として考えているのではないかという質問ですが、統計上は分子に入れているとしても、それは事業主が責任をもつべき部分であると考えています。

島崎) その場合の事業主とは具体的には誰だとお考えですか。

李) 賃金は各企業のパフォーマンスによって決まりますが、法定福利費は社会的に決まるものであり性格が違います。事業主負担の際の「事業主」というのも、今はコーポレートガバナンスもありますし、持ち分の関係もありますから、一概には言えません。私の意見ですが、雇われた労働者を使った人を使用者(事業者)とするのが一番すっきりするのではないのでしょうか。というも、現在、韓国で問題になっているのが派遣労働なのですが、これは使用関係が曖昧なところがあるので、労働者性というものをはっきりさせた上で、誰かによって使用される人間がいれば使用した人間がいるという形で事業主と労働者を決定すればよいのではないのでしょうか。

島崎) 韓国では株主総会で事業主負担というのは問題になることがありますか。

李) まずないです。なぜないのかを考えますと、民主労総が株主となって支援して株主総会で発言することを最近やっているのですが、賃金というのは個別企業のパフォーマンスで決まるのに対し法定福利費は法律で決まるものですから、個別企業では自分のところで事業主負担を勝手に決めるかどうかではなく全体的なバランスで考えることがあるのではないかと思います。

島崎) 企業の義務的負担というのであれば、一種の賃金を賦課ベースとする税金(ペイロール・タックス)なのではないかという議論があるのですが、いかがでしょうか。

李) そういう議論もあるかもしれませんが、突き詰めて考えているわけではありません。

島崎) 労働組合の組合員からすると、社会保険料は保険料という認識なのでしょうか。それとも、社会保障のためにとられる税金と同じという認識なのでしょうか。

李) 保険料だと考えています。

島崎) 日本の場合には、健保組合は自分たちで保険料率を決めることができるので、まだ事業主も労働者も関与の余地があると考えているのですが、韓国では保険料率は実質的に政府が決められているので、税金と同じような認識をもっているとおかしくないのではないかと思います。いかがでしょうか。

李) 実際問題として、税金と保険料と何が違うのか、保険料の決定や自治との関係でどうなのかという議論についていえば、その決定過程をみると政府が100%決定する訳ではないので、保険者としての役割もあるのではないかと思います。

島崎) 統合に当たって所得捕捉率の問題は大きな問題であったと思うのですが、統合の議論の際、事業主負担について労働組合はどのように考えていたのでしょうか。つまり、事業主からみれば統合されれば事業主とは関係ないと言われた場合、これまでの事業主負担分は賃金として返してくれと要求するのか、それとも事業主負担分はあくまで経営者側が負担する責任があると主張したのか、あるいはそこまで考えていなかったのでしょうか。

李) 問題意識や議論すらありませんでした。個別の企業単位で議論にあげられたこともありませんでした。今回ご質問を事前にいただいたので、この問題の経緯について調べてみたのですが、労働組合側では誰もこの問題について議論していないようでした。おそらく問題意識すらなかったと思います。

島崎) ある会社が従業員との労使交渉の中で、法定給付以上に上乘せすることについて民主労総は禁止していないですね。例えば、法定給付率を上回って9割給付にするということは可能ですね。

李) はい、民主労総はタッチしていません。例えば大企業が民間保険会社と団体保険契約して従業員に給付することに関して民主労総はタッチしていません。民主労総の立場では公的社会保険を拡大し給付率を上げたいのですが、余裕のある大企業では民間の団体保険に加入しているため、給付率を上げるための保険料の引上げには消極的な姿勢であることは事実です。

島崎) 大企業では団体保険契約は多いのですか。中小企業ではどうですか。

李) 中小企業の場合、大企業と比べると財政もそうですが交渉能力も低いので、企業単位で団体保険契約していることは少ないと思います。なお、民主労総としては公的保険で底上げしたいと思っています。

島崎) 私はこういうことが起きていないかと思って伺うのですが、医療機関の方で給付が手厚い企業を優先的にやるということが起こっているのではないかと思うのですが、そういうことはないのでしょうか。

李) 起きてないです。しかし、起こるとすれば、韓国では医療給付法というものがあり、低所得者と生活保護制度の医療扶助は別の法律でしているので、その部分ではあるかも知れません。なお、保険会社と病院とが提携していることはありません。

島崎) 労働組合の組織率はどのくらいですか。

李) 組織率は全体で 11%。民主労総の場合は上昇気味、韓国労総の場合は下り気味です。人数で言うと民主労総は 75 万~80 万人、韓国労総は 90 万人です。

島崎) この組織率は低いという認識ですか。また、低いとすればその要因は何だとお考えですか。

李) アジア諸国は全体的に低いと思いますが。韓国の特徴的な背景としては、1970~80 年代の独裁政権の下で労働組合は弾圧を受けました。現在も労働組織の組織結成の動きに対してはさまざまな圧力がありますし、労働者の権利を向上するにも政府からの弾圧があります。また、雇用形態が多様になってきていますが、労働者性についても労働部を中心として認めようとしなかったこともありました。ちなみに、サムソンには労働組合がありません。さらに、南北で分断されていることから、イデオロギー的にも労働組合イコール赤といったように、韓国では労働運動に対する認識が低い上に誤解されていることが多いのです。

島崎) アメリカの経済学の教科書には、事業主負担の割合を決めることは意味がないと書かれています。その分誰に転嫁されるかどうか、最終的に誰が負担するかは労働市場との関係で決まる話であり法律で決めても意味がないという議論があります。韓国でもそのように考える方がおられますが、李さんはどうお考えですか。

李) 経済学者は意味がないと考えていても、事業主負担は必要であると考えています。事業主負担はわざわざ事業主の支出項目に入っているのですから、事業主負担分の考え方は存続すべきだと考えています。経総は毎年報告書を出しており、社会保障の負担が毎年増えていると指摘していますが、我々の立場からすると、健康保険に限定して言えば、OECD の基準には達していません。健康保険料は毎年 10% 以上増加しているので、今後とも事業主負担は増えると考えています。経総が主張している事業主の負担割合を 50% より小さくすることには反対です。つまり、事業主負担の支出が多くなるから負担割合を小さくするということによって持続可能性を確保するという経総の議論はおかしいと思います。そうではなくて、出来高払い制から総額予算制に変えるなど医療のデリバリーの部分を効率化するよう変えていけばよいと思います。

付け加えて言うと、大企業は国際競争力を弱めるということで社会保険料を固定しなければならぬという主張をしているのですが、中小企業の場合は、先ほど申し上げたように民間団体保険を購入するような余力はないので、社会的な負担として広く薄く負担した方がいいのではないかと思います。韓国の場合、法定給付で賄っている部分の割合は低く民間保険で上乗せしているということは、法定給付部分をもう少し拡大する余力があるのにまだやっていないということだと思います。また、法定給付費を固定もしくは縮小し、プラスアルファ部分を民間保険により拡大するとすると、大企業と中小企業、正規労働者と非正規労働者との格差が広がるのではないかと思います。

5. 国会会議録（事業主負担金を巡る議論） 翻訳（直訳）

（訳者： 鄭 在哲）

（1）2003年4月21日 第238回保健福祉委員会第3次（抜粋）

Q. 尹汝雋（ユン・ヨジュン、ハンナラ党）

地域加入者に対して支援される財政は国庫支援ですよ。

A. 李相龍（リ・サンヨン、国民健康保険公団理事長）

はい。

Q. 尹汝雋（ハンナラ党）

一方、職場加入者に支援される使用者負担金に対しては様々な説があるんじゃないですか。賃金説、経費説、租税説等があるんですが、これについて監査院が言うには財政統合をする場合、使用者負担 50%の名分が消滅すると言っています。仮に、使用者が支援する支援金が職場加入者ではなく、他の職域に使用されうることに対して反対・拒否する場合、どうするつもりか答弁してください。次に公団の運営について質問しますが...

A. (尹汝雋（ハンナラ党）議員の質疑に対する答弁)

・書面での答弁

尹汝雋は、使用者らが、職場財政が地域加入者に転嫁されることを問題視し、保険料納付を拒否する場合、これに対する対策を質問されました。

・職域間の保険料負担対比給与が比較的均衡しており、財政統合以降も使用者負担が増加しないと見られる。また、使用者負担分が一方向的に地域加入者の保険給与に使われる事例は生じないと考えております。

・使用者が保険料の 50%を負担するよう法律で定められており、財政統合と関連して議員が心配されていることに対しては使用者団体の理解を求めていく所存です。

Q. 沈在哲（シン・ゼチョル、ハンナラ党）

一人当たり本人が負担する月平均保険料は職場と地域で同じですか。どの程度ですか。

A. 姜岩求（カン・アング、国民健康保険公団業務常任理事）

一人当たりというのは被扶養者も含めてのことでしょうか。

Q. 沈在哲（ハンナラ党）

本人負担金が、一人当たり保険料が...

A. 姜岩求（国民健康保険公団業務常任理事）

本人負担金というのは...

Q. 沈在哲（ハンナラ党）

新聞広告を見たら、職場が 2 万 3700 ウォン、地域が 2 万 3600 ウォンとほぼ同じである

と書いてあるが…。

A．姜岩求（国民健康保険公団業務常任理事）

それは、おそらく被扶養者をすべて足して割ったもので、事業主負担分と国庫負担を含めたものです。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

職場では使用者負担金を含めたものですね。

A．姜岩求（国民健康保険公団業務常任理事）

はい。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

地域は国庫負担金を含めたものですね。

A．姜岩求（国民健康保険公団業務常任理事）

はい。含めたものと知っております。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

使用者負担というのは、結局、自分が受け取るべき賃金の半分を後でもらう形態になりますね。賃金後払いの形ですね。

A．姜岩求（国民健康保険公団業務常任理事）

それは賃金説をはじめ、様々な説がありますが…

Q．沈在哲（ハンナラ党）

様々な説がありますが、そもそも職場のサラリーマンが、自分が受け取るべきお金の半分を後でもらう形ですよ。賃金後払いの形でもらうものです。年金もそうだし、そうでしょう？

A．姜岩求（国民健康保険公団業務常任理事）

賃金後払い説によれば議員がおっしゃった通りだと思います。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

地域には国庫補助金が入っているんですよ。広告を出す際には、地域には国庫補助金を加えて出しているが、職場は自分のお金です。地域と職場の保険料負担が同じだ、従って統合しても別に問題ない、これが正しい話ですか。

A．姜岩求（国民健康保険公団業務常任理事）

…。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

正しい話ですか。広告を出す際には正確なデータを出すべきではないですか。

A．姜岩求（国民健康保険公団業務常任理事）

使用者負担分の性格をどうとらえるかによって異論があると思います。但し、そこで話したのは職場と地域の間に統合してもそれほど大きな差がないという意味で広告を出したと聞いております。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

そうではなくて、両方を統合してもほぼ同じであるから一括りして統合しましょう、ところが、結局、区分経理していますね。

A．李相龍（国民健康保険公団理事長）

はい。しています。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

賦課と支出ともに現在区分されているんですね。

A．李相龍（国民健康保険公団理事長）

はい。収入と支出が区分されています。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

統合されても当分の間はそうするしかないですね。

A．李相龍（国民健康保険公団理事長）

統合されれば、必ずそうする理由はないです。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

今現在、（公団の）内部の日程では統合されても収入と支出は区分するつもりですね。

A．李相龍（国民健康保険公団理事長）

違います。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

統合されれば、一緒にするという話ですか。

A．李相龍（国民健康保険公団理事長）

昨年の初めの頃に18日間の期間で...

Q．沈在哲（ハンナラ党）

では、単一保険料賦課が可能ですか。

A．李相龍（国民健康保険公団理事長）

賦課が単一になるということではないです。財政を統合するという意味です。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

単一は不可能ですよ。

A．李相龍（国民健康保険公団理事長）

それは制度を変えない限り現在では不可能です。

（委員長は時間が過ぎたことを伝える。その後は所得捕捉問題に移る。）

(2) 2003 年 6 月 4 日 第 240 回保健福祉委員会第 1 次 (抜粋)

(財政安定化特別法について議論した後)

Q . 沈在哲 (ハンナラ党)

幾つかお聞きしたいことがあります。職場加入者の場合は使用者が 50% を負担していますね。

A . 金花中 (キム・ファジュン、保健福祉部長官)

はい。

Q . 沈在哲 (ハンナラ党)

使用者が負担している 50% は使用者のものですか、勤労者のものですか。

A . 金花中 (保健福祉部長官)

ご質問なさっている意味がわからないため、お答えできません。

Q . 沈在哲 (ハンナラ党)

知らないんですか。長官がその意味も分からないんですか。

A . 金花中 (保健福祉部長官)

使用者が負担をしています。

Q . 沈在哲 (ハンナラ党)

使用者が負担しているが、そのお金は使用者のお金ですか、それとも勤労者のお金ですか。

A . 金花中 (保健福祉部長官)

使用者のものです。

Q . 沈在哲 (ハンナラ党)

ああ、そうですか。では、使用者が慈善で負担しているんですか。

A . 金花中 (保健福祉部長官)

そのように質問されると思って私が答弁しないようにしたのです。それを勤労者の勤労によって生まれたものと主張する人もいれば、使用者が勤労者を使用しているために負担するという主張、この二つがありますが、求めていらっしゃる答えがどの立場で、またどの意図で質問されているか分からないため、お答えできませんでした。

Q . 沈在哲 (ハンナラ党)

健康保険も国民年金も社会保険ですね。

A . 金花中 (保健福祉部長官)

はい。

Q . 沈在哲 (ハンナラ党)

国民年金も 50% を使用者が負担しているんですね。

A . 金花中 (保健福祉部長官)

はい。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

それでは、国民年金の 50% 使用者負担分は誰のお金ですか。使用者のお金ですか、それとも勤労者のお金ですか。

A．金花中（保健福祉部長官）

分かりません。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

長官がそれも分からないんですか。国民年金は後で誰が受け取るんですか。勤労者が全部受け取るんですか、それとも使用者が 50% を受け取るんですか。

A．金花中（保健福祉部長官）

勤労者が受け取ります。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

勤労者が受け取るのであれば、勤労者のものですね。同じ社会保険であるのに、そっちは勤労者がすべて受け取り、こっちは使用者がその権利の半分を持つのでしょうか。

A．金花中（保健福祉部長官）

理解できません。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

では、今長官が基本的なことも理解できていないことになるが、これは憂慮されます。ご存じだと思うけど...

A．金花中（保健福祉部長官）

基本的というのも見方によって様々な意見があり、長官としては...

Q．沈在哲（ハンナラ党）

率直におっしゃったほうがいかがですか。長官として答弁するのがちょっと難解であると...

A．金花中（保健福祉部長官）

公人としてできる答弁があり、今のように哲学的な質疑に対しては答弁できません。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

哲学的なことではありません。公人として、また長官という立場上、答弁が困難であるとおっしゃれば理解しますが、「分かりません」とは。国民の前で「分かりません」と言えるものですか。今、地域加入者の 40% を国庫から支援していますね。

A．金花中（保健福祉部長官）

はい。しています。

（保険料賦課体系の話になり、少し後）

Q．沈在哲（ハンナラ党）

保険料を賦課する際には、「あなたは職場で、あなたは地域で」と区分して保険料を別々の基準で徴収するが、これを使う際には一括りにして使うということですね。

A．金花中（保健福祉部長官）

はい。その通りです。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

では、統合後には使用者は引き続き 50%を負担しなければならないんですか。

A．金花中（保健福祉部長官）

職場加入者に対しては負担してもらいます。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

統合するとすれば、最初からすべて統合するか、分離するとすれば、全部分離すべきなのに、分離しておいて、使う際には一つの財布に集めて使う、これは話にならない。

A．金花中（保健福祉部長官）

最初からできなかつたです。これは今後もできないんです。賦課体系は一元化できません。ある人には所得に基づいて賦課し、ある人には不動産にも賦課するため…。

Q．沈在哲（ハンナラ党）

今、単一保険料賦課体系がありますか。

A．金花中（保健福祉部長官）

それは不可能です。単一保険料賦課体系というのはあり得ないです。

（保険料賦課と所得捕捉問題の話に移る。）

医療保障総合政策調査・研究基金事業

健康保険制度における事業主の役割に関する調査研究

報告書

平成 23 年 3 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

禁無断転載