健保連海外医療保障

No.110 2016年6月

■付未Ⅰ・社会体障の优
●ドイツドイツの社会保障における税の役割─社会保険を中心に─ 森 周子
●フランス フランスの社会保障と税
●イギリス イギリスの社会保障と税制、財政対策議論
■特集Ⅱ: 台湾の医療保障の動向
●台湾 台湾における医療保障の動向

健康保険組合連合会 社会保障研究グループ

掲載国関連データ

●ドイツ/フランス/イギリス

健保連海外医療保障

No.110 2016年6月

特集 I:社会保障と税

ドイツの社会保障における税の役割 ―社会保険を中心に―

高崎経済大学准教授 森 周子 Mori Chikako

本稿では、ドイツの社会保障における税の役割について、社会保険制度に対象を絞って 考察する。まず、社会保障関連費用における税負担の現状を概観し、次に、社会保険制度 における税の役割が、①社会保険制度から提供されるべきでない給付(保険になじまない給 付)への対応、②保険料の高騰を抑制するための対応、の二つとされていることを指摘する。 そして、各社会保険制度における財源調達の現状と保険になじまない給付の状況を検討し、 そこから得られる示唆について述べる。

1. はじめに

日本では、人口高齢化などに伴う社会保障関 連費用の増加に対応して、持続可能な社会保 障制度の実現のために社会保障財源をどのよう に調達するかの議論がなされてきた。そして、 2012年8月には社会保障と税の一体改革に関連 する8つの法案が成立し、消費税率の引上げに よる増収分をすべて社会保障4経費(年金、医 療、介護、子ども・子育て支援)に振り向ける ことなどが決定された。

日本と同様に、ドイツにおいても、1980年代 以降の低成長経済化、人口高齢化の進展、東西 ドイツ統一(1990年)などに伴う社会保障関連 費用の増加と社会保障財政の逼迫に対応して、 社会保障の財源調達のあるべき姿に関する議論 がなされてきた。特に、1990年代以降は、社会 保険料の上昇による企業負担の増加が国内雇用 の悪化につながることが懸念され、保険料引下 げのための税の投入が要請された。さらに、「保 険になじまない給付」(詳細は後述)という概念 を用いた、社会保険制度から提供されるべきで ない給付の範囲に関する議論が活発化し、それ

らは税によって賄われるべきと主張された。そし て、保険になじまない給付の試算とそれを解消 するための提案が様々な論者によってなされる ようになった。

本稿では、ドイツの社会保障の財政における 税の役割について、社会保険制度に対象を絞っ て考察する。その際、「保険になじまない給付」 というドイツ独自の概念に着目し、各社会保険 制度の財源調達の現状と、主要な論者による保 険になじまない給付の試算とその解消のための 提案を検討し、社会保険の財源調達において税 が果たすべき役割についての示唆を得る。

2. 社会保障関連費用における税負担の 現狀

ドイツでは、毎年、連邦労働社会省(厚生労 働省に相当)により、社会保障関連給付につい てまとめた「社会予算」(Sozialbudget) が公表 される。2014年時点の社会予算は8.492億€であ り、GDPに占める割合は29.2%であった。同年の 財源別の給付規模が社会予算に占める割合は、 企業が27%、連邦(国に相当)が21.4%、州が 8.9%、ゲマインデ(市町村に相当)が9.8%、民間団体が1.6%、家計が30.9%、その他が0.4%となっており、推移をみると、企業は低下傾向だが、それ以外は増加傾向がみられる(表1)。

ドイツの社会保障関連費用における税負担の特徴を国際比較から概観すると、ユーロスタットによれば、ドイツの社会保護収入における一般政府負担の割合はEU28か国平均のそれよりも低い(表2)。なお、日本についてみると、2012年度の社会保障財源(127.1兆円)に占める国庫負担(30.3兆円)の割合は23.8%、他の公費負担(自治体負担)(12.3兆円)の割合は9.7%であり(国立社会保障・人口問題研究所2015、14)、同時点のドイツ(表1によれば連邦が22.4%、州とゲマインデの合計が18.2%)と単純に比較すると、国庫負担の割合はほぼ同じであるが、他の公費負担の割合についてはドイツの方が大きい。

3. 社会保険における税の位置づけ

ドイツは周知のように社会保険制度の発祥の 地であるが、制度の創設当初は、従来、労働者 が自主的に運営していた保険組織(共済金庫)への国の介入を阻止するため、社会保険財政への税(国庫補助)の投入は最小限に抑えられた(詳細は後述)。だが、現在では、社会保険制度の財源の大部分は依然として保険料収入¹⁾であるが、医療保険、年金保険、失業保険に対しては連邦補助(国庫補助に相当)が行われている。

社会保険に連邦補助が行われる理由は、近年では特に、次の二つが挙げられる。一つは、「保険になじまない給付(versicherungsfremde Leistungen)」への対応であり、もう一つは、経済・社会状況の変化による給付の増大に伴う過度の保険料上昇を抑制するためである。

(1)「保険になじまない給付」とは

保険になじまない給付をめぐる問題は、1980年代末から、年金保険において最初に指摘された。まず、1989年のRehfeld/Luckertの論文では、保険料拠出を伴わない、または、低額の保険料拠出しか伴わない給付事項が保険になじまない給付であると定義された(Rehfeld/Luckert1989)。次に、1990年にはRulandが、

表1 財源別の給付規模が社会予算に占める割合とその推移(単位:%)

	1991	2000	2010	2011	2012	2013	2014
企業	34.8	30.8	26.1	26.4	26.8	26.9	27.0
連邦	18.4	20.7	24.4	23.0	22.4	21.8	21.4
州	8.1	9.2	8.6	8.7	8.7	8.8	8.9
ゲマインデ	8.2	8.9	9.6	9.5	9.5	9.7	9.8
民間団体	1.5	1.7	1.5	1.5	1.5	1.5	1.6
家計	28.6	28.1	29.5	30.7	30.7	30.9	30.9
その他	0.3	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4

出所:BMAS(2015), 14より筆者作成。

表2 社会保護収入の財源構成(単位:%)

far.		広各切			社会化	R 険料			20	n 4th
国	一般政府負担		一放政府其担		事業主		被保険者		- その他	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
ドイツ	34.58	33.78	63.61	64.43	35.35	34.30	28.26	30.13	1.81	1.79
EU (28か国平均)	38.65	40.72	56.81	55.41	36.79	35.35	20.02	20.06	4.54	3.87

出所: Eurostat (2016)より筆者作成。

保険料と給付の等価性の外に置かれたあらゆ る給付が保険になじまない給付であると論じた (Ruland1990)。その後、この概念は他の社会保 険の分野にも拡大され、様々な論者や団体によ る試算がなされるようになった。

近年の議論を総合すると、保険になじまない 給付の内容は、①保険になじまない給付と② 保険になじまない再分配の2種類に大別されう る。前者は、保険料拠出を伴わない、または、 低額の保険料拠出しか伴わない給付であり、家 族被保険者への給付などが例示される。後者 は、医療保険と介護保険に存在するとされ、所 得の高低と連動しない傷病や要介護といったリ スクに伴う給付を、所得比例の社会保険料で賄 うことをさす。Schmählによれば、所得の高い者 と低い者との間の再分配は社会保険の本来的な 構成要素ではなく、社会全体の責務に属し、税 の役割であると解釈され、そのような再分配を 目的とした支出が所得比例の社会保険料で賄わ れる場合には、次のようなネガティブな結果に つながるとされる。

- ①すべての納税者ではなく、社会保険の被保 険者に該当する者だけが、本来は国の任務 であるはずの所得再分配のための費用を負 担することになる。
- ②事業主負担の社会保険料の増加を通じて賃 金費用が増加することから、事業主は費用 の増加した労働に替えてより多くの資本を 生産のために投入しようとし、その結果と して雇用が減少することで社会保険料収入 が減少し、社会保険財政が悪化する。これ に対し、給付削減ではなく保険料引上げが 行われれば、そのことがさらなる賃金コス トの増加につながり、悪循環に陥る。
- ③社会保険料の拠出と給付との関連性が弱ま ることになり、被用者にとって、社会保険 料を支払うことへの見返りが少なくなり、 保険料負担を伴う労働の供給にネガティブ な影響を及ぼす (Schmähl2009, 6-9)²⁾。

そして、これらの保険になじまない給付を 社会保険料で賄うことは「誤った財源調達 (Fehlfinanzierung) | と呼ばれ、税の投入によっ てこれを解消することが推奨される。

4. 社会保険各制度における財源調達の 現状と保険になじまない給付の状況

以下では、労災保険をのぞく社会保険各制度 における財源調達の現状、ならびに、保険にな じまない給付、および、誤った財源調達の状況 について、主な論者の試算をもとに概観する。

(1) 年金保険

年金保険は、1889年の創設時には、老齢年 金が基礎部分と所得比例部分から成り立って おり、基礎部分は国庫補助で賄われていた。だ が、戦後の1957年年金改革により、老齢年金は 所得比例部分のみから成りたつこととなり、連 邦補助は、戦争による損失の埋め合わせ、およ び、保険料率の急激な引上げを避けるために国 庫からも費用が支弁されてしかるべきとの考え 方のもとで、老齢年金以外の支出に対して投入 されることになった (Hockerts1990, 97)。連邦 補助の金額は、毎年、前年の平均労働総所得の 伸び率に応じて変更され、保険料率が変更され た場合も、その変更率に応じて変更される(社 会法典第6編(SGBVI) 213条2項)。なお、 2006年以降は一定額の削減が実施されており、 2014年から2016年までは毎年15.9億€が削減され ることとなっている(同213条2a項)が、これは、 2006年以降の年金財政の好転によるものと考え られる。

また、1998年には、保険料率の上昇を避け るためと、保険になじまない給付を包括的に 補填するために、追加連邦補助(zusätzliche Bundeszuschuss)も開始された。その財源は、 同年4月に15%から16%に引き上げられた付加価 値税から賄われ、2000年以降は、付加価値税収 の変化に応じて改定されている(同213条3項)。 さらに、同じく2000年以降は、1999年4月に導入 された環境税 (Ökosteuer)³⁾ を財源として金額 が上乗せされ、2004年以降、上乗せ額は被用者

1人当りの総所得の伸びに応じて改定されてい る (同213条4項)。さらに、1999年6月以降は児 童養育期間(3歳未満の子を養育する期間)に 対応する保険料が連邦によって支払われている (同177条)。2014年の連邦補助の額は451.2億€、 追加連邦補助の額は215.2億€であり(DRV2015. 242)、前者は年金財政の収入全体(2.635億€) の15.1%、後者は同8.2%を占める。

次に、保険になじまない給付に関して、連邦 政府の諮問機関である「経済発展の評価に関す る専門家委員会」(以下、SVRと略記) の2005年 の年次報告書をみると、家族間の負担調整のた めの給付(児童養育期間に対応する給付など)、 保険料が納付されていない期間(兵役期間、抑 留期間など)の保険料免除期間としての算入、 低額の保険料に係る年金給付の嵩上げ措置など が保険になじまない給付とされており、さらに、 遺児年金や、旧西独地域から旧東独地域への移 転支出などを加える場合もある(SVR2005, 375)⁴⁾。

年金保険における保険になじまない給付は、 Raffelhüschenほかの試算では、2009年時点は 927億€であり、同年の連邦補助と追加連邦 補助の合計は710億€であったことから、誤っ た財源調達は約200億€であると指摘された (Raffelhüschen/Moog/Vatter2011, 28)。また、 Fichteの試算では、2013年の保険になじまない 給付は800億€、同年の連邦補助と追加連邦補助 の合計は760億€とされ、誤った財源調達は40億 €であると指摘された(Fichte2012, 2-3)。なお、 2014年の年金保険の財政収支は31.7億€の黒字で あった (DRV2015, 242)。

(2) 医療保険

医療保険は、1883年の創設以来長らく、保険 者である疾病金庫の自主管理を堅持する観点 から、連邦補助がなされていなかった。だが、 1970年代以降、医療費の増大による医療保険財 政の逼迫が問題視されると、給付のあり方と並 んで財源調達に関しても議論がなされるように なった。そして、2003年10月成立の法定医療保 険近代化法により、2004年から、子の看護に際

しての傷病手当金、避妊・不妊・妊娠中絶、妊 娠時および出産時の給付、家事援助の4種類 を保険になじまない給付とし、それに係る疾病 金庫の支出を包括的に補填すべく、たばこ税の 引上げによる連邦の増収分をもとに医療保険へ の連邦補助が行われることとなった。その後、 2006年には連邦財政の安定化を図るために段階 的な廃止も企図されたものの、2007年以降は、 雇用促進的な財政運営の確保や保険料率引下げ のため、段階的に引き上げられていき(詳細は 田中2011、9-10を参照のこと)、2014年は105億€、 2015年は115億€、2016年は140億€、2017年以降 は毎年145億€と法定されている(社会法典第5 編(SGBV) 221条1節)。なお、2014年の連邦 補助(105億€)は、同年の医療保険財政の収入 総額(2.042.4億€)の5.1%を占める(BMG2015)。

医療保険における保険になじまない給付は、 Raffelhüschenほかの試算では、2012年時点で 39.3億€であり、それに対する同年の連邦補助は 140億€と大幅に上回っていた (Raffelhüschen/ Moog/Vatter2011, 39)。このことは、実質的に は保険給付の一部を肩代わりすることで保険料 率の引上げを抑制し、企業負担の増大を押えよ うとする対策であると評価される (医療経済研 究機構2015、137)。だが、家族被保険者に対する 給付を保険になじまない給付に含める論者もあり (Schmähl2006: Schmähl2009: Fichte2012)、それ に基づくFichteの試算によれば、2013年の保険 になじまない給付は最低でも140億€となり、同 年の連邦補助は115億€であったことから、誤っ た財源調達は25億€と算出された (Fichte2012, 2-3)。 なお、医療保険財政は、2004年以降は (2010年を除き) 平均して25億€程度の黒字で推 移していたが、2014年には13億€の赤字を記録し た (BMG2015)。

さらに、医療保険においては、既述のような保 険になじまない再分配も指摘されるが、その解消 の方法として、所得と連動しない保険料の設定 と、税による所得再分配の併用を提案する論者も ある (Fichte/Schulemann2010, 682: Raffelhüschen/ Moog/Vatter2011, 39-49).

(3) 失業保険

創設時(1927年)のドイツの失業保険の財 源は保険料であり、それによって支出を賄えな い場合は、不足分について国が貸付を行うとさ れた(福澤2012、155)。現在も、原則として保 険料収入で費用を充足し、保険料収入が不足 する場合には、連邦は貸付金と必要に応じた補 助を提供すると規定されている(社会法典第3 編 (SGBⅢ) 364·365条)。2014年の連邦補助は 3億€であり、管理費と教育研究に対するもので あった (BA2015, 2)。

失業保険において保険になじまない給付とさ れるのは、SVRによれば、積極的労働助成に対 する裁量給付、職業リハビリテーションなどの 給付、子のある者に対する失業手当支給割合の 割増、被保険者期間および被保険者の年齢に応 じた失業手当の支給期間などである(SVR2005. 371) 5)。2007年には保険料率の2%ポイント引上 げに対応して、付加価値税による収入をもとに 連邦補助が実施され、その金額は2011年以降、 付加価値税収に応じて改定される(松本2012、 13) こととなったが、その後の景気の好転と失 業者数の低下を受けて徐々に削減され、2013 年以降は廃止されている。Raffelhüschenほか の試算では、2009年の保険になじまない給付の 額は113.8億€であったのに対し、連邦補助の金 額は約78億€であった(Raffelhüschen/Moog/ Vatter2011, 61-63)。また、Fichteの試算では、 2013年の保険になじまない給付が100億€である のに対し、連邦補助はゼロであった (Fichte2012. 3)。

(4) 介護保険

介護保険には、1994年の制度創設以来今日に 至るまで連邦補助がなされていない。その理由 としては、創設時に、介護施設などの基盤整備 のために連邦補助金が支出されることとなった ため必要がなくなったこと、保険者である介護 金庫の独立性・自主性を保持したいとの意向が 強くはたらいたこと(本沢1996、54-55)、保険に なじまない給付がおおむね見当たらなかったこ

と(田中2011、10)などが挙げられる。

だが、介護保険においても、保険料負担のな い家族被保険者への給付といった保険になじま ない給付や、医療保険と同様の保険になじまな い再分配が発生するとされる(SVR2005, 363-364)。Raffelhüschenほかの試算では、保険にな じまない再分配は2008年時点で81億€とされた (Raffelhüschen/Moog/Vatter2011, 55-56)。なお、 介護保険の財政収支をみると、2008年以降、4.6 億€の黒字であり、2008年以降、平均で4.9億€の 黒字で推移している (BMG2016)。

5. おわりに

社会保険における税の役割をめぐるドイツの 議論で注目に値するのは、保険になじまない給 付や誤った財源調達といった概念の存在であ る。社会保険の守備範囲を確定し、それになじ まない給付(と再分配)に対して税を投入すべ きとの考え方は、社会保険の原則を重視した上 で、税との役割分担の基準を明確にしようとす るものであり、大変興味深い。もちろん、何を 保険になじまない給付と捉えるか(特に、家族 被保険者への給付や所得の高い者と低い者との 間の再分配をどのように捉えるか)はドイツにお いても論者によって異なり、また、国によっても 異なるであろうが、保険になじまない給付を規 定し、それを税で賄うという発想は、社会保険 の本来の機能を明確にし、また、拠出と給付の 関係を見えやすくすることで保険料負担に対す る国民の理解を促進しうる点で有益であろう。

ドイツにおける社会保険各制度の創設時に は、総じて税の役割は限定的であった。だが、 社会状況・経済状況の変化に伴って各社会保険 の財政が逼迫するにつれ、保険になじまない給 付への対応のため、および、被保険者と企業の 保険料負担を軽減するため、税(連邦補助)の 投入が要請され、段階的に投入規模が拡大され てきた。しかし、連邦や各社会保険の財政状況 に応じて増額・減額などの措置が頻繁になされ る傾向にあること、また、保険になじまない給付 をすべて税によってカバーできているわけではな いことなどの課題も存在する。

日本では、今後の社会保障制度改革の方向性 を定めた2012年成立の社会保障制度改革推進法 の第2条3に「年金、医療及び介護においては、 社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体 の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正 化に充てることを基本とすること」とあるが、国 や地方公共団体の負担、つまり、税を通じて、 具体的にどのような基準に基づき、どのような 規模で国民の社会保険料負担の適正化を図るの かを考える上で、ドイツにおける議論は大きな 示唆を与えると思われる。

注

- 1) 2016年時点の保険料率は、医療保険が14.6% (労使折半)、年金保険が18.7%(労使折半)、失業 保険が3%(労使折半)、介護保険が2.35%(労使 折半。但し子のない者は被用者負担分を0.25% 上乗せ)である。
- 2) 訳出にあたっては、松本(2012)、pp.8-9を参照 した。
- 3) エネルギーの節約と効率的使用へのインセン ティブ獲得、および、社会保険費用負担の軽減に よる雇用保障と雇用創出の実現という目的から 導入された、ガソリン、灯油、原油、天然ガスなど への課税。
- 4) 訳出にあたっては松本(2012)、pp.9-10を参照 した。
- 5) 訳出にあたっては松本(2012)、p.11を参照し た。

参考文献

- · BA (2015): Jahresrechnung 2014.
- · BMAS (2015): Sozialbudget 2014.
- · BMG (2015): Gesetzliche Krankenversicherung. Kennzahlen und Faustformeln.
- ·BMG (2016): Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsausgrenzung.
- · DRV (2015) : Rentenversicherung in Zeitreihen 2015.

- · Eurostat (2016): Receipts by Type (data code: spr rec sumt)
- · Fichte, Damian/ Schulemann, Olaf (2010): Versicherungsfremde Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst 90 (10).
- · Fichte, Damian (2012): Scheinkonsolidierung des Bundes zulasten der Sozialversicherung, in: KBI kompakt 14.
- · Hockerts, Hans Günter (1990): Die Rentenreform 1957, in: Ruland, Franz (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung.
- · Meinhardt, Volker/ Zwiener, Rudolf (2005): Gesamtwirtschaftliche Wirkungen einer Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung: Endbericht.
- · Raffelhüschen, Bernd/ Moog, Stefan/ Vatter, Johannes (2011): Fehlfinanzierung in der deutschen Sozialversicherung.
- ·Rehfeld, U./Luckert, H. (1989):Die versicherungsfremden Leistungen der Rentenversicherung -Eine Schätzung von Häufigkeiten und Volumen, in: Deutsche Rentenversicherung 1-2/1989.
- · Ruland, Franz (1990): Grundprinzipien des Rentenversicherungsrechts, in: VDR/ Ruland (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung. Festschrift aus Anlaß des 100jährigen Bestehens der gesetzlichen Rentenversicherung.
- · Schmähl, Winfried (2006): Aufgabenadäquate Finanzierung der Sozialversicherung durch Beiträge und Steuern: Begründungen und Wirkungen eines Abbaus der Fehlfinanzierung in Deutschland. ZeS-Arbeitspapier 05/2006.
- · Schmähl, Winfried (2009): Beitrags- versus Steuerfinanzierung in "Bismarckschen Sozialsystemen", in: Soziale Sicherheit online, Ausgabe 2009.
- · SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2005) : Die Chance nutzen- Reformen mutig voranbringen. Jahresgutachten 2005/06.
- ・医療経済研究機構(2015)『ドイツ医療関連データ 集【2014年版】』

- ·国立社会保障·人口問題研究所(2015)『平成25 (2013)年度社会保障費用統計』
- ・田中謙一(2011)「ドイツにおける社会保障と税 制との関係―社会扶助及び社会保険に対する連 邦負担を中心として―」『健保連海外医療保障』 No.91
- ・福澤直樹(2012)『ドイツ社会保険史 社会国家の 形成と展開』名古屋大学出版会
- ・松本勝明(2012)「ドイツにおける社会保障財源の 見直し」『海外社会保障研究』No.179
- ・本沢巳代子(1996) 『公的介護保険 ドイツの先例 に学ぶ』日本評論社

特集 I:社会保障と税

フランスの社会保障と税

中京大学准教授 柴田 洋二郎 Shibata Yojiro

フランスの社会保障制度は社会保険方式を中心としながら、財源に占める租税の割合が 増加傾向にある点で我が国と類似する(この傾向は「租税化|(fiscalisation)と呼ばれる)。 租税化の中心は、一般化社会拠出金(CSG)という所得を課税基礎とする社会保障目的税 である。本稿では、租税化にかかる社会保障財源の改革の議論・帰結・変遷を追う。また、 2000年代に入ってからみられている租税化に関わる動きとして、①CSGに応能負担的要 素をもたせようとする試みと、②新たな社会保障目的税を創設しようとする試みについて も触れることとする。

1. はじめに

社会保険を中心に発展してきた我が国の社会 保障制度では、社会保険料(以下、保険料とい う)が中心財源となってきたが、1990年以降、 社会保障財源に占める税の割合が高まっている (表1)。基礎年金の国庫負担割合の1/2への引き 上げ、介護保険・後期高齢者医療制度ともに給 付費の5割は公費負担といった「社会保険制度 への税財源の関与」が影響していると考えられ よう。2014年には、諸社会保障施策に要する経 費に充てるため、消費税率を5%から8%に引き 上げる改革も行われた(消費税の社会保障目的 税化)1)。

フランスの社会保障制度は社会保険を中心と しながら、社会保障目的税の創設により社会保 障財源に占める租税の割合が増加傾向にある点 で我が国と類似する (表2)。この傾向は「租 税化」(fiscalisation)と呼ばれる。しかし、フ ランスはすでに25年前に社会保障目的税を創設 して租税化に進んでおり、課税対象として所得 課税を選択した点で我が国と異なるアプローチ

我が国の項目別社会保障財源の推移(%) 表 1

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2013
社会保険料	73.3	66.5	62.8	71.0	68.7	59.1	59.4
被保険者拠出	28.3	31.7	29.9	33.2	33.3	31.0	31.3
事業者拠出	45.0	34.8	32.8	37.8	35.4	28.1	28.1
公費負担	26.7	33.5	37.2	29.0	31.3	40.9	40.6
国庫負担	22.1	29.4	33.0	24.2	24.6	30.0	28.8
他の公費負担	4.6	4.1	4.2	4.8	6.7	10.9	11.8
승 計	100	100	100	100	100	100	100

出所:国立社会保障・人口問題研究所『社会保障給付費』(2009年度までの各年度)および同『社会保障費用統計』(2010年度以降)を 参考に筆者作成。上記資料中の「資産収入」「その他」を考慮せずに、社会保険料と公費負担だけを取り上げて割合を算出した。

表2 フランスの社会保障財源の割合(%)

	1990	1991	1994	1997	1998	2005	2010	2012
社会保険料	79.5	78.8	75.3	73.0	66.4	65.6	62.9	61.9
うち使用者負担分	51.0	50.4	47.7	46.6	46.2	44.7	42.3	41.8
うち被保護者負担分*	28.5	28.3	27.6	26.4	20.2	20.9	20.5	20.1
公費負担	17.0	17.6	21.5	23.9	30.9	30.6	33.5	34.7
目的税**	3.1	3.9	6.8	9.2	16.4	17.1	_	_
普通税	13.9	13.7	14.7	14.7	14.6	13.4	_	_
その他	3.5	3.6	3.3	3.1	2.7	3.8	3.7	3.4
合 計	100	100	100	100	100	100	100	100

- 注:小数第二位を四捨五入しているため、合計が一致しない場合がある。
 - *被用者だけでなく、自営業者、年金受給者等も含む。
 - **目的税にはCSG(本文2.参照)を含む。

出所: 1990-1998年につき、European Commission, European social statistics: Social protection: Expenditure and receipts 1980-99, Office for Official Publications of the European Communities, 2001.

2005年につき、ESSPROS のサイト (http://circa.europa.eu/irc/dsis/esspros/info/data/esspros_public_data/publication/ receipts.htm)

2010-2012年につき、eurostatのサイト (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Social_protection_ statistics_-_financing)

を参考に筆者作成。

をとっていることが注目される。そこで、本稿 では、租税化の中心をなす一般化社会拠出金 (CSG) の創設に至るまでの議論 (2.)、CSG創設 後の租税化の熊様(3.)、租税化に関連する近年 の試み(4.)をみていくこととする。

租税化の議論に先立ち、フランスの社会保障 財源の伝統的側面を指摘しておこう。現行制度 は1945年の報告書「フランス社会保障計画」(通 称ラロック・プラン)と、それを具体化した諸 法令を基盤とする。ラロック・プランは、社会 保障財源について、国家予算ではなく当事者自 らが負担すべきとしたため(自律的財政原則)、 社会保障財源は以下の3つの特徴をもつことと なった。①賃金に賦課される保険料により財源 を賄うこと、②被用者だけでなく使用者も保険 料を負担し、使用者負担分の方が大きいこと、 ③保険料に算定基礎上限額が設けられているこ

と。この自律的財政原則の帰結として、社会保 障財源の大部分を保険料に依拠しており、社会 保障財源の改革とは長らく保険料の改革であっ た。しかし、1970年代中盤から社会保障財源を 租税に依拠しようとする租税化が議論されるよ うになる。

2. 租税化の議論と帰結

以下では、フランスにおける保険料と租税を 比較するポイント(表3)も適宜参照しながら、 租税化の必要性と租税化の方法に分けて租税化 の議論を考察する。

(1) 租税化の必要性――なぜ租税化するのか フランスでは1970年代中盤に高度成長期が終 わり、経済成長が停滞し始めた。自律的財政原 則(前述1)により保険料に強く依存してきたこ

表3 フランスにおける保険料と租税の比較

	①拠出と給付の対価性	②法律事項 (第5共和国憲法第34条)	③収入の割当	④賦課対象	
保険料	あり	基本原則	社会保障中央財務管理機構 (ACOSS)	稼働所得 代替所得*	
租税	なし	課税基礎,税率, 徴収の態様	一般財源	所得が包括的に対象となる (所得税)	

*代替所得とは、稼働所得を代替する社会保障給付(老齢年金や失業補償手当等)をいう。 出所: J.-J. DUPEYROUX (et al.), Droit de la sécurité sociale, 18° éd., Dalloz, 2015, pp.825 et s. 等を参考に筆者作成。 とから、経済停滞は賃金の停滞や失業の増加を招き、就労者の賃金にかかる保険料からの社会保障収入を減少させる要因となる。他方、社会保障支出は高齢化の進行、医療技術の進歩等により増大しつづけた。これらから生じる社会保障の財政問題が租税化の主張の背景にあるのは確かである。しかし、より重要なのは保険料に対する批判から租税化が主張されたことである。

1)保険料の問題点

まず、保険料が就労者の稼働所得(被用者は 労務の対価、自営業者は事業所得)だけを賦課 対象としていることが問題とされ、社会保障負 担を「より雇用促進的」かつ「より公正」にす る改革が目指された。「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 くなっていることに対してであり、租税化するこ とで使用者の社会保障負担を一ひいては雇用コストを一軽減し、国際競争力や雇用創出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、一般に高所得層が多く保有する資産 には保険料が課されないことに対してである。 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)。

さらに、社会保障給付と財源との対応関係に も言及された。稼働所得を代替する給付(傷病 による休業補償や所得比例年金)の財源を稼働 所得にかかる保険料により就労者のみが拠出す ることは論理的である。逆に、稼働所得の喪失 を補償する性質をもたない給付は、租税化して 全国民で負担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)。保険料を納 付したことが保険給付に結びつく(対価性)の に対し、租税を納めても特定の給付に結びつく わけではない(非対価性)という違い(表3①) もこの主張を補完する。こうして、非拠出制給 付と一般化 (généralisation. 我が国でいう皆保 険)が達成された給付一これら2つをフランス では「国民連帯(solidarité nationale)に属する 給付 | と呼ぶ一は税財源に依拠すべきとされた。

2) 租税化と自律性

しかし、労使は、社会保障財源を「租税化すると、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)と主張し、租税化に反対した²⁾。この背景には、フランス憲法が規定する保険料と租税の法律事項の違いがある(表3②)。保険料の法律事項は限定的で当事者(労使)の権限が大きいのに対し、租税の法律事項は多岐にわたるため国家の権限が大きい³⁾。このため、租税化は社会保障制度において、国家を優位させ労使を劣後させる一自律性の危機一として批判されたのである⁴⁾。

以上のように、社会保障財源の租税化は、論理的正当性からは肯定され、他方で、自律性原則の維持という観点から労使により反対されたが、最終的には論理的正当性が優先された(ただし、特に労働組合の反対は完全に払拭されたわけではなく、現在なお租税化にかかる改革への抵抗を生じさせている。後述4)。その結果、フランスでは、稼働所得を補償することを目的とした給付(拠出と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、稼働所得の補償を目的とするものではない給付(国民連帯に属する給付)は租税によりその財源を賄うのが論理的に望ましいと考えられるようになる。とはいえ、租税化の具体的な方法は別途問題となる。

(2) 租税化の方法――どのように租税化するのか

1) 租税の種類の選択

租税化の方法を検討するにあたり、まず、収入の割当の違いが重要である(表3③)。税収は全額一般財源に帰属し、各年の財政法により配分されるのに対し、保険料収入は全国レベルで社会保障の財務管理を行う組織に全額帰属し、各社会保障部門に分配される。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となる。

そこで、租税化にあたっては、一般予算を財源とするのか(一般予算化: budgétisation)、目的税を財源とするのか(目的税化: affectation)

を選択する必要がある。

原則は一般予算化であるが、2つの理由から 目的税化が支持される。1つは、一般予算化で は他の支出と競合するため、時々の国家政策の 優先順位や税収の多寡に左右され、社会保障財 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。

2)課税対象の選択

次に、課税対象を選択するにあたっては、賦 課対象の違いをみる必要がある (表34)。

税制はできる限り、①公平 (équitable) かつ、 ②経済的な方法で公共支出の財源を賄うことを 役割としているが、この2つは国、時代、環境 により異なる相対的な基準である。そして、フラ ンスが租税化を進める際には、企業の国際競争 力を考慮しながら、保険料―特に使用者負担分 ―を軽減し、公正かつ合理的な税財源を選択す ることが必要とされた。

具体的には、所得税による租税化が議論の中 心となったが、フランスの所得税の以下の4つ の特徴のため議論は難航した。②非課税者の多 さと強い累進性とが相まって、所得税が一部の 納税者に集中し、高額化していたこと⁵⁾。これ と関連して、⑥所得税制上の課税基礎が狭く、 減免措置が多様に存在すること(税制の抜け穴 [niches fiscales] と呼ばれる)。②世帯単位で課 税され、家族の人数が所得税率および所得税額 に影響を与えること(家族係数制度およびN分N 乗方式)。 @源泉徴収ではなく申告納税方式を採 用していること。

こうして、所得税収はそれほど大きくなく (a)・(b)、婚姻の有無や子どもの数が税負担の 大きさに影響し、高所得層ほど大きな負担軽減 を受けることができる(©)。したがって、所得 税によって租税化を実現すると、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。それを 避けるには、課税対象を拡大したうえで累進性 を弱めるような所得税改革が必要であった。とこ ろが、税制の複雑さ(ⓑ) と痛税感の大きさ(⑥・ (d) から、フランスの所得税は不人気で、政治 的に改革を直ちに実行できない状況にあった。

その結果、所得税とは異なる所得課税を創設 して社会保障財源とすることが提案されるよう になっていった。

(3) 租税化の帰結

以上の議論を経て、1991年に以下を特徴とす るCSGが創設された⁶⁾。 ②「稼働所得および代 替所得」「資産所得」「投資益」「(97年から)くじ・ カジノでの獲得金」を課税対象とし、いずれの 類型も所得税より広範な所得を課税対象とする こと。 ⑥これら4つの類型はそれぞれ所得別(分 類所得税) かつ個人レベルで算出され、徴収さ れること。ⓒ稼働所得にかかるCSGは源泉徴収 されること。dCSGの額の一部は所得税の課税 所得から控除されないこと。

⑥所得税と住民税 のいずれも非課税となる者のみCSGを免除して

こうして、保険料と比べると、CSGは稼働所得 以外の所得を課税対象に含めることで、(一般に 高所得層に多い) 資産所得や投資益の保有者に 大きな税負担を課し、所得再分配に適うものと なっている(@)。また、保険料が所得税の課税 所得から控除されるのに対し、CSGは控除されな いため、所得税収が減少することも、所得税の累 進性が損なわれることもない(d)。

次に、所得税との比較では、非課税者を限定 し負担の集中と高額化という所得税の欠点に応 えている(e)。また、個人単位で課税されるた め、CSGの負担が家族構成に大きく左右される ことはない(b)。納税方式は源泉徴収とするこ とで痛税感を緩和しているだけでなく、脱税の リスクを軽減することにもつながっている(©)。 この源泉徴収を可能としているのは、CSGを分 類所得税とし、所得類型ごとに異なる機関に徴 収を委ねることで、当該機関の経験を活用し、 徴収を効率化しているためである(ⓑ)。

また、CSGは社会保障目的税であるために納 税者が心理的に受け入れやすく、安定的に財源 を確保するとともに、自律的財政原則に対する 国家の介入を最低限にとどめている。

CSGの創設により、フランスの社会保障財源

は租税化に踏み出した。

3. CSG創設後の租税化の態様

1990年代以降、フランスは大きく2つの方法 で広く租税化を進めていく。1つは、CSG等の社 会保障目的税の収入を直接一定の社会保障部門 に充当していくことである((1))。もう1つは、 低賃金労働者にかかる使用者負担保険料を軽減 し、軽減による減収分は国家が国家予算(一般 財源)で補填する方法である((2))。特定の部門 や所得階層に税収を投入するという意味で、租 税化は部分的で選択的 (sélective) である⁷⁾。

(1) CSGの変遷

創設当初、CSGは家族手当のみに充当されて いたが、現在では老齢年金と医療保険にも充 当されている。家族手当と医療保険の現物給付 は一般化が達成されており、老齢年金のうち、 CSGが財源となるのは低所得高齢者に支給され る非拠出制年金である。つまり、CSGは「国民 連帯に属する給付」(のみ)の財源となっている ことを確認しておく。

とりわけ、医療保険は大規模にCSGが充当さ れている。1997年、1998年と連続して被用者負 担の医療保険料率を引き下げるとともに、CSG 率を引き上げる改革が行われ(表4、表5)、こ

表4 一般制度*における保険料率の推移(%)

	1990.1.1	1991.2.1	1997.1.1	1998.1.1	2008.1.1	2014.1.1 (現行)					
医療保険**											
被用者負担	5.90	5.90	5.50	0.75	0.75	0.75					
使用者負担	12.60	12.60	12.80	12.80	12.80	12.80					
老齢保険						•					
被用者負担											
算定基礎上限額付	7.60	6.55	6.55	6.55	6.55	6.75					
賃金全額					0.10	0.25					
使用者負担											
算定基礎上限額付	8.20	8.20	8.20	8.20	8.30	8.45					
賃金全額		1.60	1.60	1.60	1.60	1.75					
家族手当**											
使用者のみ負担	7.00	5.40	5.40	5.40	5.40	5.25					

- 注:本表は租税化との関連で必要な保険料率の変遷のみを掲載している。
 - 一般制度 (régime général) は被用者が主たる加入者となるフランス社会保障の中心的制度である。
 - **医療保険と家族手当の保険料には算定基礎上限額はなく、賃金全額に賦課される。

出所: J.-J. DUPEYROUX (et al.), Droit de la sécurité sociale, 18° éd., Dalloz, 2015, p.830.を一部修正。

表5 CSG率の推移(%)

	稼働所得	代替所得	資産所得	投資益	くじ・カジノでの獲得金
91.2.1	1.1	1.1	1.1	1.1	_
93.7.1	2.4	2.4	2.4	2.4	_
97.1.1	3.4	3.4 (1.0)	3.4	3.4	3.4
98.1.1	7.5	6.2 (3.8)	7.5	7.5	7.5
2005.1.1	7.5	6.2 / 6.6* (3.8 / 3.8)	8.2	8.2	9.5
2011.1.1 (現行)	7.5	6.2 / 6.6** (3.8 / 3.8)	8.2	8.2	6.9 / 9.5 **

- 注:()内は、低所得者に対する軽減税率である(1997年までは軽減税率なし)。
 - *一時的な就労不能に基づく代替所得 (失業手当、休業補償手当等) は6.2%、職業生活からの引退に基づく代替所得 (老齢年金、 拠出制障害年金等) は6.6%。
 - **くじでの獲得金は6.9%、カジノでの獲得金は9.5%

出所: J.-J. DUPEYROUX (et al.), Droit de la sécurité sociale, 18° éd., Dalloz, 2015, pp.872 et s,等を参考に筆者作成。

の引き上げ分の収益は医療保険制度に充当されたためである。

さらに、税率以外でCSGを拡大する改革として、課税対象を拡大し、従前CSGを免れてきた一定の所得に課税すること(1997年)、稼働所得にかかるCSGは保険料控除前の賃金の95%を課税基礎としてきたが(5%の基礎控除)、この基礎控除の割合を引き下げること(2004年、2012年)が行われた8)。

以上の改革を通じて、CSGの収益および社会保障財源に占める割合は増大している。

(2) 使用者負担保険料軽減措置の補填財源

CSG創設以降から、低賃金労働者の雇用創出を目的として、この者にかかる使用者負担の家族手当保険料と医療保険料を減免する改革が行われるようになった。また、2000年に始まる週労働時間35時間制への移行に際し、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。

これら使用者負担保険料の減免から生じる減収は、全額国家予算が埋め合わせる(社会保障法典L.131-7条)。具体的には、タバコ税や自動車保険税等、他の国家政策にも充当される普通税が財源となる。この措置は、社会保障制度の収入は国家の政策的選択に左右されないことを一つまり、国家に対する社会保障の財政的自律を一保障するものである。国家が雇用政策(雇用創出や時短奨励)として使用者負担保険料を軽減する際に社会保障制度が被る減収は、国家が国家予算(一般財源)から負担するということであり、この動きは間接的な租税化(fiscalisation indirecte)と呼ばれている⁹⁾。

4. 租税化に関する現在の議論

租税化に関連して、2000年代に入ってからみられている注目すべき試みを2つ紹介する。1つは、低賃金層にかかるCSGを減免し、CSGを応能的にしようとする試みが二度みられている。しかし、それらの根拠規定は野党議員により憲法院(注6参照)に提訴された((1))。もう1つは、

新たな社会保障目的税を創設しようとする試みである。興味をひくのは時の政権により選択する課税対象が異なることである((2))。

(1) CSGの負担を応能的にする試み

1)2001年社会保障財政法

2001年社会保障財政法 (Loi n° 2000-1257) 第3条は、稼働所得が最低賃金 (SMIC) の1.4倍に満たない者は当該所得にかかるCSGおよびCRDS (注8参照) を軽減する旨を定めた。この規定は失業給付を受給していた失業者が就職し租税・社会保障負担を負うことにより、かえって手取り所得が減少する現象 (「失業のわな」)がみられたことを背景としている。そのため、政府は3年間かけて段階的に、稼働所得がSMICに満たない者はCSGおよびCRDSを免除し、稼働所得がSMICの1.4倍に満たない者はCSGおよびCRDSを軽減する計画を立てた。その第一段階が2001年社会保障財政法の第3条だった。

これは直接低所得層に的を絞って負担を軽減しようとするものであり、従来のCSGの修正とは異なるものであったため注目された。2000年12月19日の判決(n°2000-437 DC)で憲法院は、「低所得層にかかる拠出金負担を軽減する目的で立法者が一般化社会拠出金の課税基礎を修正しうるのは、納税者間の平等原則を特徴的に侵害しない限りにおいて可能である」と述べ、低所得層に的を絞った負担軽減策の可能性を認めている。しかし、当該規定は「納税者の稼働所得以外の所得、納税者以外の家族構成員の所得、家族構成をいずれも考慮しておらず、納税者の担税力を全体として考慮していない」ため1789年人権宣言第13条に違反すると判断し、租税平等原則の特徴的侵害として削除された。

本判決の重要性は、納税者の担税力を全体として考慮することなく、一定の所得階層あるいは一定の所得類型だけに関わるようなCSGの修正を制限した点に認められよう¹⁰⁾。

2)2016年財政法

2016年財政法 (Loi n° 2015-1785) 第77条は、 低賃金被用者の負担するCSGを軽減し、軽減分 だけ就労活動手当 (prime d'activité)¹¹⁾ を差し引 くことを定めた(結果として、CSGの負担額が小さくなるという形で、就労活動手当が「自動的に」「支給」されたことになる)。具体的には、稼働所得がSMICの1.34倍に満たない者に対しては稼働所得にかかるCSG率を軽減する。軽減率は稼働所得が少ない者ほど大きくなり、稼働所得がSMICレベルの場合、稼働所得にかかるCSG率は90%軽減されると定められた。就労活動手当は、受給者の稼働所得以外の所得、受給者以外の家族構成員の所得、家族構成をいずれも考慮したうえで額が定まる(注11参照)。この点で、2001年社会保障財政法に対して憲法院が違憲判断を下した論拠はいずれもあてはまらないため、憲法院の判断に関心が寄せられた。

2015年12月29日の判決 (n° 2015-725 DC) で 憲法院は、まず、2016年財政法第77条は、就労 活動手当の受給資格を有する被用者が受給手続 をとることなく(CSGの軽減という間接的な形で) 同手当を支給することでその利用率を上げ、低 所得世帯の購買力を増大させる狙いがあったこ とを確認する。そのうえで、社会保障法典L.841-1条は「被用者であると、非被用者であるとを 問わず低所得で就労する者」が就労活動手当の 受給対象となると定めているにもかかわらず、 CSGの軽減という形で就労活動手当を支給する 方式が、被用者および公務員のみを対象として おり、非被用者は対象となっていないことを指 摘した。そして、このことは等しい状況にある 者を別異に取扱うことであり120、法の下の平等に 反するから2016年財政法第77条は違憲であると 判断し、成立した財政法からは同条は削除され た。

(2)新たな社会保障目的税を創設しようとする試み

1) 社会保障目的 TVA (TVA sociale)

Nicolas Sarkozy (国民運動連合〔UMP〕) は、2007年の大統領選時の選挙公約で付加価値税 (TVA) の一部を社会保障目的税化することを提案した。そして、任期終了直前(かつ次期大統領選に出馬中)、2012年修正財政法(Loi n° 2012-354)を成立させてこの提案に着手した。同

法は、2012年10月から、①使用者のみの負担である家族手当保険料について、稼働所得がSMICの2.1倍に満たない者については免除、稼働所得がSMICの2.4倍に満たない者については軽減し(社会保障法典L. 241-6-1条〔当時〕)、②それによる減収はTVAの一般税率を19.6%から21.2%に引き上げて補填することとしていた(社会保障法典L. 241-6条〔当時〕)¹³。

TVAは人件費に直接影響を及ぼさないこと (特に、2012年修正財政法の社会保障目的TVA は、使用者負担保険料の引き下げを伴うため、雇用コストの引き下げにもつながる)、輸入製品にも課税されるために国内製品との価格差が縮小することから、経済活動や企業競争力を強化することができる。他方で、①物価上昇を招き購買力を損なうこと、②消費課税は逆進性を有すると考えられること(低所得層が所得の大部分を消費に回すのに対し、富裕層は余剰を貯蓄し、消費には回さないため)から、労働組合や野党は一致して批判した。

2) CSGと所得税の統合

そして、2012年の大統領選において、François Hollande(社会党 [PS])は、社会保障目的TVAを社会的に不公正な税であると批判し、当選した暁にはこれを廃止すると発表した。大統領選はHollandeが勝利し、2012年5月に就任したため、社会保障目的TVAは施行されることなく廃止された。

そのうえで、税制の累進性と再分配性を高めるため、CSGと所得税を統合した新税を創設し、その税収の一部は社会保障財源に充当するとした。この提案は大統領選で掲げた60の公約の1つ(第14公約)であり、社会党に近い3人の経済学者一うち1人は我が国でも広く知られることとなったThomas Pikettyである一の手になるベストセラー¹⁴⁾の影響を受けたものだった。ただし、詳細が明らかでないため必ずしも賛同を得ていない。とりわけ、労働組合は新税の収入を一般財源に充当するのか(国家管理)、社会保障収入に充当するのか(労使管理)が不透明なことを問題視する。それが一般財源に充当される

とすれば、社会保障の管理運営が国家に委ねら れることになり、社会保障財政の不安定化とと もに自律性(前述1)の喪失を招くためである。

5. おわりに

フランスは自律的財政原則のもと、保険料を 主たる社会保障財源としてきたが、経済停滞の なかで保険料が様々な批判にさらされるなか、 租税化を実行した。租税化の中核をなすCSG は、広範な所得を課税対象とし、広い人口層を 対象とするものであり、保険料率の引き下げを 同時に行いながら規模を拡大させることで保険 料批判に応えている。また、CSGは無限定に充 当範囲を広げるのではなく、「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。フラ ンスにおける社会保障財源改革の基軸は、この ように給付の性質に応じて、保険料を財源とす る「保険」と、租税を財源とする「連帯」を区 別することにある。

こうしたなか、近年では、所得階層に着目し て社会保障目的税を調整しようとする試みがみ られている。もっとも、憲法院は、これまでの ところCSGの額や率を調整して応能的な負担と することを認めていない(個別の所得に適用さ れるCSG率は比例税率である)150。この憲法院の 態度を新たな所得課税創設の提案に関連づける と、2016年財政法第77条はCSG率に変化を設け ることで累進税率をとる所得税との統合の基礎 を築こうとしたともいえ、同条が違憲とされたこ とで、統合の見通しは暗くなったといえる。CSG は所得税の問題点を認識しながらも、所得税改 革が難しいために第二の所得課税として創設さ れた経緯をもつ(前述2.(2)2))。そのため、CSG と所得税とで異なる点をどのようにすり合わせる かが統合に向けた課題であり¹⁶⁾、これについて 方向性が明確にされない限り、統合への道筋は みえてこないだろう。

〔謝辞〕本稿執筆にあたっては、Rémi PELLET教授 (パリ・デカルト大学) とのヒアリングを通じて多大 な御示唆・御教授を戴いた。

[付記] 本稿は、2015年度科学研究費補助金(若手 研究(B):課題番号24730047)の助成による研究成 果の一部である。

注

- 1) 消費税率は、さらに2015年10月から10%に引 き上げることとされていたが、この引き上げは1 年半延期されることとなった(2017年4月から)。
- 2) R. PELLET et A. SKZRYERBAK, Leçons de droit social et de droit de la santé, Sirey, 2e éd., 2008, pp.313 et s.
- 3) 付言すれば、保険料の徴収は労使の代表者が 管理運営に大きく関わる「社会保障及び家族手当 保険料徴収組合(URSSAF)」という組織が行う のに対し、租税の徴収は租税当局が行う。この点 も、租税にかかる国家の権限の大きさを示してい る。
- 4) ただし、こうした批判の妥当性を疑問視する 指摘もある。R. PELLET, « Fiscalité sociale: les contradictions des syndicats de salariés », Droit social, juin 2012, pp.572 et s. 参照。
- 5) 租税化の議論当時、税法上の世帯のおよそ半 数が所得税を免除され、所得水準の上位5%の 世帯からの税収が所得税収の半分以上を占めて いた。
- 6) 法律の合憲性審査機関である憲法院(Conseil constitutionnel) は、拠出金(contribution) という 名称にもかかわらず、CSGの法的性質は租税であ ると判断している。
- 7) R. PELLET, « Les assurances sociales sontelles solubles dans la fiscalité ? », Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie, n° 1-2015, p.18,
- 8) また、1996年には社会保障の累積債務の減債 に充てるため、社会保障債務償還拠出金(CRDS) が新設された。CRDSは租税としての性質を有 する拠出金であるため、租税化の一環ととらえら れている。CRDSの課税対象所得はCSGよりも 広く、税率は0.5%である。
- 9) R. PELLET et A. SKZRYERBAK, op. cit., note 2, p.308.
- 10) また、提訴理由との関係で、本判決によって 憲法院がCSGの「比例性 (proportionnalité)」「普

- 遍性 (universalité)」「簡潔性 (simplicité)」を再確 認したととらえる見解もみられている(Liaisons sociales, Législation sociale n° 8143.)
- 11) 2016年初から、雇用手当(prime pour l'emploi) と積極的連帯所得の上乗せ分(RSA activité)に 代わって設けられた手当。(再)就職を促進する ため、就労せずに公的扶助を受給するよりも、就 労した方が収入が大きくなるよう、就労してい るものの収入が一定額に満たない場合に支給さ れる点で雇用手当や積極的連帯所得の上乗せ分 と共通する。支給額は、「(定額部分+個別加算) - (稼働所得の38%+世帯の他の収入+他の社 会保障給付)」により算出される。定額部分は家 族構成により異なり、現在は単身者で月額524.68 ユーロとなっている。個別加算は稼働所得が SMICの0.5倍以上の者に支給され、SMICの0.8倍 以上の者で月額67ユーロとなっている。また、他 の社会保障給付とは、家族手当と住宅手当であ る。
- 12) CSGの軽減という形で就労活動手当が支給さ れないことで、非被用者は、①被用者や公務員と 比べて同手当の支給が遅れることとなり、②自ら 同手当の受給手続をとらなければならないとい う重大な不利益が生じる(2015年12月29日の憲 法院判決に対する憲法院の公式コメント [http://www.conseil-constitutionnel.fr/ conseil-constitutionnel/root/bank/download/ 2015725DC2015725dc_ccc.pdf)、10頁)。
- 13) 加えて、資産所得にかかるCSG率を8.2%か ら10.2%に引き上げることとされていた。こ の点も含め、2012年修正財政法については、C. WILLMANN, « LFR 2012, la loi-débat », Droit social, juin 2012, pp.551 et s. 参照。
- 14) C. LANDAIS, T. PIKETTY et E. SAEZ, Pour une révolution fiscale: Un impôt sur le revenu pour le XXIe siècle, Le Seuil, 2011. 同書 は、CSGと所得税を統合した累進税率の新税を創 設すること、当該新税はすべてのフランス人に個 人単位で課され、源泉徴収されること、その税収 の一部は社会保障財源に充当することを一貫し て主張する。
- 15) ただし、老齢年金(代替所得)にかかる CSGに 対してのみ所得に応じて軽減税率が定められて おり(表5)、累進性が認められる。これは、CSG 導入時の政権が少額年金受給者の購買力を維持 したかったという経緯による。

16) 4.で述べたほか、新税の徴収方式について(所 得税は申告納税、CSGは源泉徴収)、政府は源泉 徴収化を目指しているが、世帯単位で総所得に 課税するフランスの場合、所得の捕捉が重要と なる。所得を把握されることは、私生活の尊重を 重視するフランス人の気質に合わず、うまくいか ないとの意見があった(Rémi PELLET教授(パ リ・デカルト大学) とのヒアリングによる)。また、 CSGは分類所得税のため、総所得を一したがっ て、実際の担税力を一考慮するものではなく、減 免を定めたり、累進性をもたせるのは尚早である との指摘もある(R. PELLET, op. cit. note 7, p.20. なお、CONSEIL DES IMPÔTS, L'imposition des revenus - 18ème rapport au Président de la République, La Documentation française, juin 2000, pp.89 et s.も参照)。

特集 I:社会保障と税

イギリスの社会保障と税制、財政対策議論

同志社大学教授 井上 恒男 Inoue Tsuneo

NHSは一貫して税方式で運営されているが、労働党政権時代の2000年以降の積極的な 予算増から一転し、近年は他の公共サービスと比べて優遇されているものの厳しい財政状 況に直面している。その財政持続可能性を危ぶむ議論も出ているが、現政権は若干の予算 増を行いつつNHS運営の大改革を進めるという路線を変更する様子はない。所得保障分野 では、国民保険制度の給付重点化と扶助給付へのシフトにより保険原理の希薄化が進み、 さらに就労世代に対する扶助給付は、就労等に関する一定条件の下に、税制を活用したユ ニバーサル・クレジット制度に一本化され移行途上である。社会福祉分野では、個人が負 担できないキャタストロフィックな介護費用を公が負担する、保険的な仕組みが導入され ようとしている。

はじめに

イギリスの社会保障のうち国民保健サービス (National Health Service, NHS) と呼ばれる医 療制度は税方式をとっており、社会福祉制度も 税をベースにする事業として運営されている。 これに対し、所得保障制度の屋台骨である国民 保険制度は社会保険方式である。各社会保障 分野の財政方式は制度の沿革や論理によって異 なっており、第二次世界大戦後から基本的に変 わっていない。

ただ、個別制度のこの間の政策展開を見る と、財政対策のために便宜的な財源確保策が選 択され、あるいは代替的な財政方式を含めた見 直し議論が俎上に載せられてきたこともなくはな い。そこで本稿は、イギリスの社会保障の主要 な政策分野に着目し、税その他の財源確保のた めにどのような財政対策議論が行われてきたの かを紹介することとしたい。

1. 医療保障分野における財政対策議論

イギリスでは、古くは1911年に制定された国 民保険法 (National Insurance Act) により、保 険料納付と引き換えに労働者が一定の診療を受 けられる仕組みはあったが、第二次世界大戦後 の1948年に発足したNHSでは、保険料納付を要 件とすることなく全国民にユニバーサルに医療 サービスが提供されることとなった。NHS歳入 の約8割は税財源で賄われ国民は原則無料で医 療サービスを受けることができ、自己負担を求 められるのは若干の薬剤費と歯科治療費用であ る。この他、NHSの費用調達において若干特異 なのは、財源の一部(近年、約18%)に後述の 国民保険料が投入されていることである。しか しNHSの運営はあくまで税方式であり、国民保 険料の一部が財政補助として活用されているに すぎない。社会保険方式をとっている国の医療 制度に税財源が投入されているのとちょうど逆 の形である。

このような税方式をとるイギリスのNHSは発 足以来一貫しているが、財政方式の根幹に触れ る政策議論がこれまでなかったわけではないこ とを紹介する。というのも、NHSは福祉国家イ ギリスの誇る公共サービスとして国民から絶大 な支持があるものの、税方式で運営される公共 サービスは財政の影響を受けやすく、医療サー ビスの質の確保とそのための予算確保という難 題に悩まされ続けてきたからである。財政方式 が政策議論の表舞台に登場しそうになった代表 的事例の一つは、公共支出の削減を至上命題と した保守党サッチャー政権時代である。保守党 系のシンクタンクが(民間)保険方式を検討し ている旨がスクープされ、しかしその途端に反 対論が噴出したため、サッチャー首相(当時) は「NHSは保守党の下で安泰である」と沈静化 に努め、これ以降、保守党政権は税方式の国営 サービスであることを前提としつつ市場原理を 極力取り入れてNHSの効率的運営を追求する、 いわゆる準市場化路線を進めることとなった。1)

しかし、保守党政権によるNHS改革の中心は 組織運営面であり、財政の持続可能性について 抜本的な手が打たれたわけではなかったので、 入院待機の長期化問題に象徴されるように、 NHSの劣悪な医療サービス水準がしばしば社会 問題となった。これを選挙の大きな争点とし、 NHSを立て直すことを公約にして路線を大きく 転換したのは労働党ブレア政権である。労働党 ブレア政権は、政権復帰当初は保守党政権の 歳出計画を継承し、公約である増税しないとい う方針を維持したが、次第に独自色を打ち出し 始める。その一つが懸案であったNHSの再建で あった。2000年7月には21世紀にふさわしい医 療サービスを目指して投資と改革をセットで行う NHSプラン²⁾を発表するとともに、それを予算 面で裏付けるために2007年度までの5年間に毎 年平均して実質7.4%増の歳出を重点的に確保す ることをブラウン蔵相が2002年4月の予算演説 で打ち出した。3) それに先立ちブラウン蔵相は、 20年先までの医療需要を見通しNHSが質の高い 医療サービスを提供していくための財政対策の

検討を、ナショナルウエスト銀行グループ(当時) の代表執行取締役であったワンレス卿に委嘱し ていた。思い切った予算投入を行い2002年当時 約8%とEU諸国に比べて見劣りしていたGDP対 比の総医療費を2007年度には平均水準(9.4%) まで引き上げるという予算演説の方針は、まさ にワンレス報告⁴⁾ が打ち出した路線に沿うもの であった。もっとも、大幅な予算増を賄う財源 をどうするかが課題であった。ワンレス報告は いくつかの代替的な財政方式を検討し、公正・ 効率の観点から税方式を維持することを妥当と し、ブラウン蔵相もこれを支持した。ちなみに、 当時は一案として目的税も議論されていたが、 かえって経済状況や歳入に左右されてNHS財 政の持続性に反するという理由で採用しなかっ た。増税しないという選挙公約との折合い、産 業界への負担等も論点になったが、結局は2003 年4月から国民保険料が特別に1%引き上げられ NHS財源に充当されることとなった。このように 労働党政権は国民に追加負担を求めてNHSへの 重点的予算措置を行った結果、この間のイギリ スの医療費はNHSの歴史上突出して増加してい る (表1参照)。もっとも、労働党政権は、予算 増加とセットでそれに見合うパフォーマンスの向 上を追求していった。

これに対し、リーマン・ショックを経た2010年 に発足した保守・自民連立政権は、公共支出削

医療サービスに対する公共支出の実質年 表 1 平均伸び率(歴代政権別、連合王国)

長期的傾向	
1950~1996年度	3.6%
1950 ~ 2009年度	4.0%
保守党政権時代 (1979 ~ 1996年度)	3.3%
労働党政権時代 (1997 ~ 2009 年度)	5.7%
第1期(1997~2000年度)	4.4%
第2期(2001~2004年度)	8.6%
第3期(2005~2009年度)	4.4%
保守·自民連立政権 (2010 ~ 2014年度)	0.7%

出所: Vizard P.& Obolenskaya P. (2015) The Coalition's Record on Health: Policy, Spending and Outcomes 2010-2015, Social Policy in Cold Climate, Working Paper 16, CASE, London School of Economics and Political Science, Table 1より筆者作成。

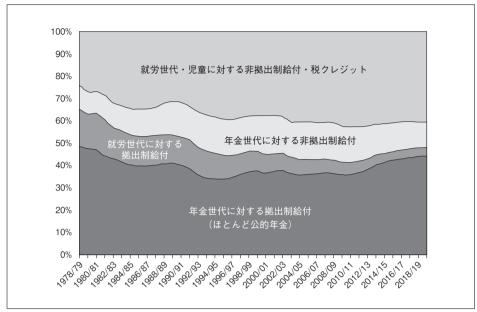
減(財政再建)に大きく舵を切った。ただし、 保守党が第1党として政権に復帰した背景には キャメロン現首相によるNHS擁護路線への転換 が功を奏したとも分析されているように⁵⁾、他の 公共支出に比べNHSは海外援助と並んで例外的 に優遇された。2010年歳出レビューにおいて、 一般的な歳出が2014年度までの5年間で19%と 大幅に削減されたのに対し、NHSは毎年度0.4% の実質増を認められたからである。6)しかし、 その歳出予算のうち10億ポンドは医療と社会ケ アの連携等を促進するため社会ケア部門に充て るよう指示されており、またそもそもNHSは、 人口高齢化、医療技術の高度化等に伴う医療費 増加圧力を抱えている。このような厳しい財政 状況下で医療の質を確保していくためには合理 化努力が必須であることから、既に2009年には NHS事業組織、NHSイングランドの事務部門 トップ(長官)であったニコルソン卿が、2014 年度までにNHSの予算不足が150~200億ポンド となる恐れがあると警告し、2011年度から合理 化努力により毎年4%の経費節減を行うようNHS 全体に号令を発し、QIPP (Quality, Innovation, Productivity and Prevention, Nicolson Challenge とも呼ばれる)という取組みが始まっていた。 しかし、経費節減の多くは依然として病院診療 報酬の圧縮、職員賃金の抑制等によるものであ り、新しいケア・モデルの取組みが地につくに は時間を要する、仮にある程度合理化が達成さ れたにしても長期的な予算不足の打開には到底 ならないなど、NHS予算の不足を指摘する報告 書等は後を絶たない。お膝元のNHSイングラン ドの試算でも、2020年度までに300億ポンドの予 算不足と推計されている。7)確かに2010年度以 降の医療費の伸びは、歴代政権と比べ明らかに 低い(表1参照)。公共支出全体が厳しく削減さ れている状況下でNHSが長期に例外的に優遇さ れる保証はなく、財政の持続可能性という難題 は抱えたままであるから、有力民間シンクタン クであるキングズ財団のように、資産保有者等 に対する増税や40歳以上者に対する国民保険料 の1%引上げを具体的に提案する議論もある。8)

これに対し、先の総選挙後の保守党単独政権 による2015年歳出レビューでは、NHS England (2014) におおむね応えるように、2020年度に向 けて2014年度ベースよりNHS予算を100億ポンド 増額するとともに合理化努力も継続実施する方 針とし⁹⁾、今のところNHSの財源確保のために 増税や財政方式を見直す政府の動きは見られな

このように見てくると、税方式をとるNHSの 根幹に関わる財政方式が政策議論の対象となっ たのは、NHSによる医療サービス全体の大きな 見直しと財政制約の桎梏が極度の緊張関係に なった局面であったことが確認できる。現保守 党政権は厳しい公共支出削減を継続しているも のの、NHSに対しては、運営の権限を保健省か らNHSイングランド等の独立組織に移管すると ともに、準市場的枠組みの中での組織、運営の 大改革による合理化、効率化に重点的に取り組 んでいる。10 国民からの支持が強いNHSの根幹を 揺るがすような財政方式の見直しは政治的にも 大きなリスクであるから、歳出面での極力対応 と運営面での合理化をセットにしつつ粘り強く医 療サービス体系の構造改革を続けていくという 路線が当面続くのではないかと思われる。

2. 所得保障分野における財政対策議論11)

ベバリッジ報告に基づいて発足した第二次大 戦後の所得保障制度では、国民保険制度が中 心となり、税財源に基づく公的扶助給付等は残 余的なものと想定されていたが、税の存在感が 大きくなっていることを紹介する。確かに実態 は、1978年度には所得保障の給付のうち保険給 付の割合が65%を占めていたのに対し、2010年 度には42%まで低下している(図1参照)。¹²⁾ こ のような税ウェートの増加傾向には、保険原理 の希薄化が進み税財源の扶助給付に移行してい ることと、税制を活用した税クレジット等の新し い所得保障制度が導入されてきたことが背景に ある。近年は年金給付の伸びの大きさの影響を 受け、保険給付の比重が再び増加しているもの



所得保障給付・税クレジット支出構成割合の推移 (グレート・ブリテン) 図 1

出典: Seely A. (2015) p.6.

の、就労世代に対する所得保障制度においては 税ウェートの増加は顕著である。

まず、保険原理の希薄化とは、典型的な欧州 大陸の社会保険制度では所得に比例して保険料 を納付し、また納付期間が長ければ、保険給付 もそれにある程度連動するのが一般的であるの に対し、国民保険制度では納付した保険料と給 付の牽連性が薄くなってきていることである。 就労世代に対する失業中の求職者給付では、既 に保守党サッチャー政権時代に所得比例の付加 給付が廃止、その後さらに保険給付の期間は1 年間に短縮され、求職期間が長引けばその後も 受給できるものの税財源による扶助給付となっ た。失業が長期化した者には就労支援のため の介入が強化されることとなったので、扶助給 付へのシフトは就労支援対策強化の一環である とともに、失業者数増加による求職者給付の増 大に対応した給付重点化という保険財政対策で あったことは言うまでもない。年金世代に対する 老齢年金では、二階建て方式のうち付加年金額 の低い者に対して相対的に手厚い国家第二年金 が導入され、さらに長期的には基礎年金と付加 年金を合わせて全面的に単層(フラット)化し ていく路線が進められている。ここにも低所得 者に対する保険給付の重点化という指向が見ら れる。保険料納付は賃金比例でありながら、被 保険者の生活リスクをカバーする保険給付は次 第に圧縮され、税財源に基づく扶助的な性格の 強い制度に近づいている。

このように保険原理の希薄化が進行する中 で、社会保険方式を維持することの妥当性自体 を再検討すべしとの議論が出てきても不思議で はない。既に1999年には国会下院に「所得保障 に関する特別委員会 | が設置されて検討され「保 険の原理」(Contributory Principle)と題する 報告書が作成されたが、財政方式を変更するま での「ビッグバン」的な結論には至らなかった。¹³⁾ 並行して行政簡素化の観点等から国民保険制 度と税制の整合化、一体化を進めるべしという 議論も根強く、徴収機構は歳入関税庁に一元化 されることとなったが、現政権に至るまで政府 は、国民保険制度には保険原理に基づく独自の 目的があるとして慎重なスタンスをとっている。

次に税制の活用とは、低賃金の就労者に対し

負の所得税に似た税クレジットという所得保障 制度を労働党ブレア政権が導入し、さらにそれ を徹底させたユニバーサル・クレジット制度へ と保守・自民連立政権が移行を進めていること である。就労しても賃金が低ければとかく所得 補助等の公的扶助や求職者給付に依存する風潮 が生まれてくるため、低い賃金を税体系に基づ く給付によって補完して一定水準まで所得を引 き上げ、就労することが報われる仕組みにしよ うというのが税クレジットの目的である。それで も依然として就労インセンティブが弱く制度が 複雑すぎるとして、ユニバーサル・クレジットで は、この税クレジットだけでなく所得補助をはじ めとする税で賄われているいわゆるミーンズ・テ スト方式の所得給付(国民保険給付から扶助給 付に移行した給付を含む)をすべて一本化した (図2参照)。就労世代はこのユニバーサル・ク レジットにより賃金の低さをカバーすることがで きるが、受給するためには就労、求職活動等に 関して一定の条件が課される。就労していない 者には能力に応じて就労等に向けた一定の活動 を求め、賃金の低い就労者には就労時間や賃金 増加を目指す取組みを求めるという、徹底した 就労指向の斬新な制度設計である。もっとも、 ユニバーサル・クレジットは2012年福祉改革法 (Welfare Reform Act 2012) に基づき、一部地 域での試行実施を経て2017年までに既存の受給 者も含めて適用していく段取りであったが、情 報システムの開発等の過程で課題が続出して何 度も計画が変更され、今では全面実施されるの は早くとも2021年からと予定されている。なお、 税クレジットは歳入関税庁が所管していたが、 ユニバーサル・クレジットの担当行政機関は所 得保障制度全般と就労支援対策を担う雇用年金 省に一元化された。

ユニバーサル・クレジットへの一本化、老齢 年金の単層化ともに相当にラディカルな改革で あるが、労働党政権時代から進めていた政策と 方向は重なる部分が大きいことから、政権交代 が今後あっても基本は維持されることとなり、 保険原理の希薄化あるいは税制へのシフトは引 き続き進行していきそうである。一方、国民保 険制度自体の財政運営であるが、基本的には保 険料で賄われ、賦課方式 (pav as you go) をとっ

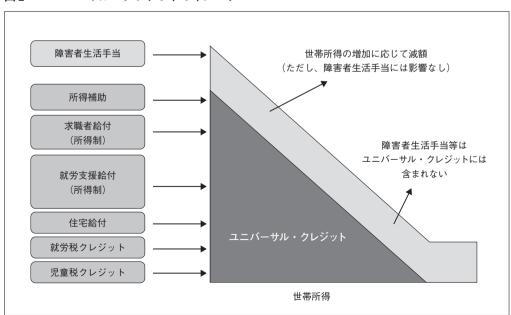


図2 ユニバーサル・クレジットのイメージ

出所: Kennedy, S. (2011) Welfare Reform and the Universal Credit, SN/SP/5782 House of Commons Library.

ている。14) 既述のように、労働党ブレア政権は NHSへの重点的予算投入を目的に国民保険料率 を引き上げたが、労働党ブラウン政権になって さらに1%引き上げる方針が打ち出され、連立政 権もその方針を継承した。15) この結果、標準的な 保険料率は、被用者の場合、労使計で25.8%(被 用者12%、事業者13.8%、NHSへの財源拠出分を 含む)となっている。国民保険制度の財政運営 については、政府内の独立したアクチュアリ部局 (Government Actuary's Department) が少な くとも5年毎に長期の財政状況レビューを実施 して国会に報告することが法律で義務付けられ ている。国民保険制度では、求職者給付は失業 動向に左右され、老齢年金は人口高齢化の影響 を強く受けるなど、近年は財政が次第に逼迫す る傾向にある。保険原理の希薄化の背景には、 限られた保険財政の中での保険給付の重点化と いう論理が見え隠れする一方で、就労支援策、 NHS財政へのてこ入れ等の政策目的に活用され てきたという面もあり、現時点で国民保険制度 の財政方式を基本的に見直す議論までは見受け られない。

3. 社会福祉分野における財政対策議論

社会福祉分野では、特にケア費用について、 一定以上の資産を保有していると持ち家の売却 まで迫られるとともに地域によって運営に格差 があるなど様々な課題を以前から抱えていた。 人口高齢化に伴う財政インパクトも懸念した労 働党ブラウン政権が財政のあり方についてよう やく本格的な検討に着手し、保険的な手法も一 つの有力な選択肢としたが政権交代となった。 検討を継承した保守・自民連立政権はディル ノットを委員長とする「ケアとサポートに関する 委員会」を設置し、その報告書で生涯ケア費用 負担に上限(キャップ)を設ける方式が提案さ れた。16) 上限額までは原則として各個人が負担し (負担能力の低い者は減免)、それを超えるいわ ゆるキャタストロフィックな費用は公が負担する という、税を財源としつつも保険的発想の方式 である。ただ、キャップ方式の導入等を内容とする2014年ケア法が制定され、2016年4月から施行予定であったが、2015年7月になって唐突に2020年4月まで先送りとなり、先行き不透明な状況に陥っている。背景には、ケア認定の全国標準化をはじめ60年ぶりともいわれる大改革の実施に不安を抱える、自治体の厳しい財政状況等がある。¹⁷⁾

おわりに

日本では介護保険制度が発足した際に老人福祉制度の税方式からの一大転換があり、基礎年金への国庫補助2分の1化の際に消費税率引上げという税制上の大きな局面があった。これに対しイギリスでは、国民負担も既に相当重く、社会保障全体の費用負担のために増税や税制の在り方が近年議論されているような状況は見受けられない。確かに社会保障の主要な分野では、財政の持続可能性が厳しい状況ではある。しかし、財源が不足するからという理由だけで、税金や社会保険料を引き上げることに国民の理解はえられないであろう。

本稿では、各社会保障制度の運営面に関してはほとんど紹介しなかったが、NHSの大規模な組織・機構改革に見られるように、財政対策の検討は、今後も支出面での合理化、効率化等の見直しと連動しながら進められていくことになるのではないかと思われる。

注

- Mossialos E., Dixon A., Figueras J.& Kutzin J. (2002) Funding Health Care: Options for Europe, Open University Press, p.292.
- Department of Health(2000) The NHS Plan:
 A Plan for Investment, A Plan for Reform, HMSO.
- 3) HM Treasury (2002) Budget 2002.
- 4) Wanless D. (2002) Securing Our Future Health: Taking a Long-term View (Final

Report)

- 5) Williams B. (2015) The Evolution of Conservative Social Policy, Palgrave Macmillan, pp.148-152.
- 6) HM Treasury (2010) Spending Review 2010, Cm7942.
- 7) NHS England (2014) Five Year Forward View. このほかMonitor (2013) Closing the NHS Funding Gap: How to Get Better Value Health Care for Patients. やAppleby A., Galea A. & Murray R. (2014) The NHS Productivity: Challenge, Experience from the Front Line, The King's Fund.を参照。
- 8) Independent Commission on the Future of Health and Social Care (2014) A New Settlement for Health and Social Care, The King's Fund.
- 9) HM Treasury (2015) Spending Review 2015, Cm9112.
- 10) 具体的には、医療サービス購入サイドでは主 として総合医 (general practitioners) から構成さ れる CCG (Clinical Commissioning Group) によ る NHSサービスのコミッショニング機能の強化、 医療サービス提供サイドの二次医療では病院の ファウンデーション・トラスト化による運営の自 由化等である。
- 11) 保険原理の希薄化をはじめとする所得保障 政策の動向については、井上恒男(2014)『英国所 得保障政策の潮流-就労を軸とした改革の動向 - 』ミネルヴァ書房第1章他を参照。
- 12) Seely A. (2015) National Insurance Contributions: An Introduction, No. 04517, House of Commons Library.
- House of Commons Select Committee on Social Security (2000) Fifth Report: Contributory Principle, HC 56-II 1999-2000.
- 14) 国民保険制度に対する国庫補助(Treasury Supplement)はあったが、1989年度以後は廃止された。ただし財政不足に陥った場合に借入れを行う権限を国民保険制度は有していないため、不測の欠損に備えるため一定水準までの政府資金(Treasury Grant)が投入されている。Seely A.(2015)pp.8-12.を参照。
- 15) ただし、その影響を緩和するため、適用される 所得基準額は物価上昇をかなり上回って引き上 げられた。Seely A.(2015)p.41.を参照。

- Commission on Funding of Care and Support (2011) Fairer Care Funding.
- 17) 井上恒男 (2015) 「英国における 2014年ケア法 の施行とキャップ方式の延期」 『週刊社会保障』 Vol.69, No.2848, pp.48-53を参照。

特集Ⅱ:台湾の医療保障の動向

台湾における医療保障の動向

国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部 第2室長

小島 克久

Kojima Katsuhisa

台湾の医療保障は、かつては職域別の社会保険でカバーされる者がいる一方、無保険者がいる状態であった。1995年の全民健康保険の実施によりこの状態が解消され、制度上ひとつの医療保険制度で全住民をカバーするようになった。その後、制度改正が行われ、特に2011年に大幅な制度改正が行われた(二代健保、実施は2013年)。そして、2015年には全民健康保険実施から20周年を迎えたところである。本稿では、まず「全民健康保険」の現在の仕組みを概観する。次に、実施から約20年間の全民健康保険の歩みと到達点(皆保険の維持、医療費、財源確保、ICTの活用)を取り上げる。最後に、全民健康保険の評価と課題についてまとめる。

1. 「全民健康保険」の概要

(1)沿革

台湾の医療保険は、1950年代から職種別に作られた総合保険(労工保険、公務人員保険、軍人保険など)の仕組みの中で提供されていた。しかし、これらの制度の対象者は公務員、軍人、一部の勤め人などに限られていた。1970年代から、労工保険の対象者拡大、総合保険の対象者以外の者を対象とする医療保険制度の実施が進められた。しかし、制度の乱立、給付の格差といった問題が生じた。「全民健康保険」は、これらの職種別総合保険の医療給付、その他の複数の医療保険を統合してできた公的医療保険制度である。制度は1995年から実施され、2015年には実施から20周年を迎えた。現在の制度は、「二代健保」と呼ばれる制度であるが、その概要は次のとおりである¹⁾。

(2)保険者と被保険者

まず、保険者は中央健康保険署であり、これ は衛生福利部(厚生労働省に相当)²⁾の組織で ある。つまり、台湾の医療保険は中央当局の組織が保険者になる仕組みである。

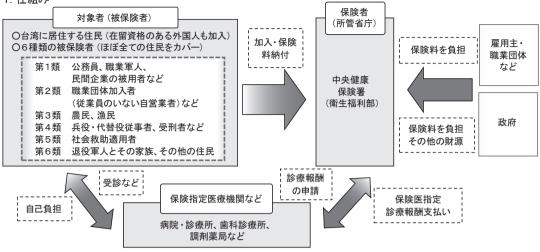
次に、被保険者は台湾に居住する者(在留許可のある外国人を含む)であり、職業などにより、第1類から第6類までの6種類に分けられる。これは、保険料の算定の他、政府や雇用主による保険料補助割合の基礎となっている。例えば、会社員は第1類被保険者であるが、これには自営業者(被用者がいる者)、専門職(弁護士や会計士など)も含まれる。農林漁業に従事する者は第3類被保険者であり、職業についない高齢者などは第6類被保険者となる。また、社会救助(生活保護)の対象となる低所得者は、第5類被保険者である。そして第4類被保険者は、兵役に就いている者、受刑者などである³)。

(3) 財源

主な財源は保険料であり、基本保険料と補充 保険料に分かれている。基本保険料は次のよう にして算定・負担される。第1類から第3類被 保険者の保険料は標準報酬(賃金・月収:20,008

「全民健康保険」の概要 図 1





2. 財源と給付

財源について

①保険料

(第1類~第3類)

標準報酬に保険料率(4.69%)を乗じて求めた金額を本人と家族分(3人分 まででよい) について負担(一部は政府や雇用主などが負担)

(第4類と第5類)

平均保険料(1.759台湾元(約6.100円))を全額政府が負担 (第6類)

平均保険料 (1,249台湾元(約4,300円)) を本人と家族分(3人分まででよい) について負担(一部は政府が補助)

②補充保険料(賃金以外の所得等が対象)

被保険者 (第5類被保険者を除く): 賃金以外の所得 (※) の1.91% ※賞与(4か月分を超える部分)、利子・配当など

雇用主:(給与総額-標準報酬総額)×1.91%

③宝くじの収益の一部

4 健康福利税の一部

たばこ税とは別にたばこにかける税

例) 紙巻きたばこ1000本あたり1,000台湾元(約3,460円)

保険	料負担割合	被保 険者	勤務先 · 職業団体等	政府
	務員、公立学校教 員、職業軍人	30	70	0
第1類	立学校教職員	30	35	35
弗 · 郑 雇	用されている者	30	60	10
	従業員のいる) 営業者など	100	0	0
	第2類	60	0	40
	第3類	30	0	70
	第4類	0	0	100
	第5類	0	0	100
第	(退役軍人)	0	0	100
第6類 第	(民の家族	30	0	70
7	その他 (地域住民)	60	0	40

給付について

(保険給付するもの)

- ①一般の診療
- ②歯科診療
- ③漢方医による医療
- 4)訪問看護 (看護師月2回、医師
- 2か月に1回まで)
- ⑤ターミナルケア
- ⑥分娩 など

- ①他の制度で医療費が 支給される場合
- ②美容整形 など

(自己負担・例)

(外来) (入院) 医療機関 医科 急性期 慢性期 急患 の種類 (転院以外) 病室 病室 医学センター 360台湾元 450台湾元 30日以内 240台湾元 300台湾元 80台湾元 150台湾元 区域病院 30日以内 31~60日 91~180日 地区病院 50台湾元 150台湾元 61日以降 181日以降

※この他に紹介状がある場合(医科(転院))の自己負担も定められている

歯科 • 漢方医 50台湾元

薬剤費 100台湾元以下 なし 同101~200台湾元以下 20台湾元 など

訪問看護 5%

自己負担免除: 重大な疾病、山間部・離島での診療、分娩、3歳以下 の者、低所得者など

(診療報酬)

自己負担を支払い後の 残りを保険から給付 保険からの給付は総額 予算による

※総額予算

自己負担

割合

20%

人口の変動、医療技 術の進歩などをもとに、 医療費の伸び率を決め て、翌年度の医療費の総 額を決める制度。医療機 関の診療報酬の申請を もとに、実際に医療機関 に支払う医療費が決ま る。

出所: 拙著「台湾」 『アジアの社会保障』 (所収) (2015年) の表をもとに作成。

注:中央健康保険署資料等を用いた。

台湾元(約7万円)~182,000台湾元(約63万円) の52等級) に保険料率(4.69%) を乗じた金額 を基礎に、本人と家族の人数(3人まで)をさ らに乗じた金額となる。これを図1にある負担割 合で被保険者、雇用主、政府が負担する⁴⁾。第 4類と第5類被保険者の保険料は定額(1.759台 湾元(約6,100円))である。これは全額政府負担 である。第6類被保険者の保険料も定額(1.249 台湾元(約4,300円))であり、これに本人と家族 の人数(3人まで)を乗じた金額が保険料とな る。彼らの中で栄民と呼ばれる退役軍人の保険 料は全額政府が負担する。しかし、その他の者 は、図1にある割合で被保険者と政府が負担す る。このように全民健康保険の保険料は、被保 険者、雇用主 (および職業団体など)、政府が分 担して負担する仕組みである⁵⁾。

補充保険料とは、賃金以外の所得が多い者、 雇用主 (賃金と標準報酬の差の総額) を対象に 課されるものであり、2013年から導入された。被 保険者(第5類被保険者を除く)の所得のうち、 ボーナス(4か月分を超える部分)、主たる勤務 先以外からの給与所得、利子・配当、家賃・地 代の合計(一定以下、以上の金額は算定に含ま れない) に補充保険料率 (1.91%、2016年度) を 乗じた金額を負担する⁶⁾。また、雇用主は、雇 用している者の給与と標準報酬の差の総額に補 充保険料率を乗じた金額を負担する。これによ り、個人や企業の経済力に見合った形での負担 を確保している。

その他の財源として、宝くじからの収益、健 康福利税 (たばこ税の一種) などもある。なお 「全民健康保険法」では、保険費用の総額から法 律で定められた収入を除いた経費の少なくとも 36%を中央政府が負担することになっている。

(4)給付と自己負担

保険給付として、医科、歯科、漢方医の医療 サービスと薬剤があるが、自然分娩、訪問看護 の一部、ターミナルケアも給付に含まれる。一 部自己負担もあり、外来診療の自己負担は、部 門(医科、歯科など)・医療機関の種類別(診療 所や病院など)の定額(法律上は定率)である。 入院の自己負担は、病棟の種類・入院期間別の 定率(5~30%)である。訪問看護の自己負担 も定率 (5%) である⁷⁾。なお、低所得者などは 自己負担が減免される。

保険から給付される医療費は「総額予算」に よる給付である。これは、あらかじめ次年度の 医療費の総額を台湾の政府当局が決定し、そ の後、診療部門・地域別などの医療費の配分を 衛生福利部が決定する。次の年度になってから は、あらかじめ決めた医療費総額と保険医療機 関から出された診療報酬の申請と審査結果(診 療報酬の点数の合計)をもとに、保険から給付 する医療費を診療報酬1点あたりで決定する8)。 これに基づいて算出される診療報酬を医療機関 は受け取る。DRGも2010年に導入されている。 そして「家庭医」(慢性病などの受診記録のある 者が対象で、登録は任意である。2016年現在で 3.077か所の医療機関が登録されている)では、 一人当たり費用での医療費の給付が出来る。(図 1)。

2. 「全民健康保険」の歩みと到達点

(1)人口ベースで見た「皆保険」の達成

全民健康保険が1995年に実施されて2015年で 20周年を迎えた。その最も大きな成果として、 「皆保険」の達成がある。全民健康保険が実施 される以前は、労工保険などの主な社会保険制 度による医療保険の人口カバー率は、1970年で 8.21%、1990年でも47.32%にとどまっていた $^{9)}$ 。 この背景には、勤め人の家族や自営業者、無 職の高齢者などが医療保険でカバーされていな かったことがある。全民健康保険の実施によっ て、彼らを含む台湾の住民全てがカバーされる ようになった。表1から全民健康保険の被保険 者数とその人口比(カバー率)を見ると、制度 実施初年度の1995年の被保険者数は約1,912万人 であり、カバー率は89.5%であった。しかし、そ の後はカバー率が上昇し、2000年には96.1%、 2010年には99.6%に達した。直近の2014年の被保

表1 台湾の医療保障(1995年~2014年)

			1995年	2000年	2005年	2010年	2014年
		全民健	- 康保険				
	被保険者数	(万人)	1,912.3	2,140.1	2,231.5	2,307.4	2,362.2
適用状況	(対総人口比)		89.5%	96.1%	98.0%	99.6%	100.8%
ME/114/4/L	本人	(万人)	1,121.3	1,234.7	1,341.0	1,475.7	1,550.2
	家族	(万人)	791.1	905.4	890.5	831.7	812.0
受診状況	平均受診回数(外来)	(回)	10.6	14.7	15.5	15.6	15.1
又砂水机	平均入院日数	(日/入院1回)	9.4	8.7	9.9	10.2	9.7
	全民健康保険支出	(億台湾元)	1,573.6	2,904.4	3,723.9	4,466.7	5,219.0
	保険給付	(億台湾元)	1,568.5	2,821.1	3,674.0	4,423.1	5,181.4
	その他	(億台湾元)	5.1	83.3	50.0	43.5	37.5
	医療給付内訳		(1996年)				(2013年)
	外来	(%)	66.9	67.5	63.3	68.0	69.5
	入院	(%)	33.1	32.5	36.7	32.0	30.5
	医療給付(医療機関等の種類別)		(1996年)				(2013年)
	医科(病院)	(%)	66.1	65.4	68.0	67.1	66.9
医療費	医科(診療所)	(%)	22.5	21.7	18.4	18.3	17.8
区原貝	漢方医	(%)	4.3	3.7	3.4	3.2	3.2
	歯科	(%)	7.1	8.2	6.5	6.4	6.2
	薬剤	(%)	0.1	0.8	3.3	4.3	5.1
	その他	(%)	0.0	0.1	0.4	0.7	0.8
	国民医療支出(NHE)に占める 中央健康保険署の支出割合	(%)	41.9	52.4	50.8	50.6	(2013年) 52.7
	同家計部門支出割合	(%)	27.8	31.9	35.3	36.8	(2013年) 35.8
	被保険者1人あたり医療給付	(台湾元)	8,202	13,182	16,464	19,169	21,935
	収入	(億台湾元)	1,945.0	2.914.0	3,660.6	4,651.8	5,732.9
	保険料	(億台湾元)	1,941.6	2,907.3	3,561.0	4,386.6	5,451.0
	その他	(億台湾元)	3.4	6.7	99.6	265.2	281.9
	保険料内訳						
er Liver	被保険者と雇用主	(%)	69.7	71.6	73.8	75.4	76.3
財源	中央政府	(%)	13.4	24.0	22.1	20.4	23.6
	地方政府	(%)	16.9	4.4	4.1	4.2	0.0
	保険料徴収率(被保険者と雇用主)	(%)	100.1	97.7	98.8	99.4	98.1
	被保険者1人あたり保険料 (政府・雇用主負担を含む)	(台湾元)	10,153	13,585	15,958	19,011	23,076
			(1996年)				
全民健康保险	贫安全準備基金(運用規模)	(億台湾元)	251.5	35.2	34.7	1.8	426.0
				33.2	34.7	1.0	420.0
	T	医療提					
主な医療	医師	(人)	27,495	33,318	38,657	44,190	49,066
エな区別 従事者	歯科医師	(人)	7,026	8,597	10,140	11,656	13,178
	看護師	(人)	56,743	70,743	92,447	111,087	122,020
人口1万人	医師	(人)	12.9	14.9	17.0	19.1	20.9
当たり	歯科医師	(人)	3.3	3.9	4.5	5.0	5.6
	看護師	(人)	26.6	31.8	40.6	48.0	52.1
	病院数	(か所)	787	669	556	508	497
医療機関数	診療所	(か所)	10,613	11,863	12,848	13,888	14,914
	歯科診療所	(か所)	4,704	5,550	6,029	6,295	6,630
病床数		(床)	112,378	126,476	146,382	158,922	161,491
(人口1万人	当たり)	(床)	52.6	56.8	64.3	68.6	68.9
上部・由血婦	建康保险署「全民健康保险統計2013」	衛生福利部「民	国102年国足		一次	ことが内で部	な針とり作出

出所:中央健康保険署「全民健康保険統計2013」、衛生福利部「民国102年国民医療支出」、衛生福利部および内政部統計より作成 注: 1. 収入の「その他」は、保険料滞納金(延滞料)、宝くじの収益金や健康福利税からの補助などで構成される。支出の「その他」 は借り入れ利息の支払い、全民健康保険の基金への積み立てなどで構成される。

- 2. 被保険者数の対人口比は、中央健康保険署公表の被保険者数を内政部公表の人口で割って求めた。
- 3. 平均受診回数は外来の件数を被保険者数で割って求めた。
- 4. 保険料徴収率(被保険者と雇用主)は上記統計より筆者試算。
- 5. 国民医療支出 (NHE) に占める家計部門支出とは、全民健康保険の自己負担の他、歯科矯正などの保険給付の対象外の医 療費、全額自己負担の介護サービス費用、市販薬の購入などを含む。
- 6. 保険料徴収率(被保険者と雇用主)は、当局が算定した徴収すべき保険料に対する実際の保険料収入の比である。
- 7. 医師には漢方医師の数を含み、病院・診療所の数には漢方の病院及び診療所の数を含む。看護師は「護理師」と「護士」の 合計。2000年の看護師数は、当局公表の人口1万人当たりの数と人口をもとに筆者が推計した。

険者数は約2,362万人であり、人口のほぼすべて をカバーしている(表1)。

カバー率がすぐに100%近くに達しなかった背景として、低所得者への保険料や自己負担の減免があるにもかかわらず、低所得者を中心とする無保険者、保険料滞納者が存在したこと、外国出身者の扱いなどがあった。これに対して、2003年には、保険料滞納の低所得者に対する延滞利息の免除や被保険者資格の継続、無保険者期間のある被保険者への当該期間の保険料減免などが制度化された。また、2005年には、中国大陸出身である台湾住民の配偶者に被保険者資格ができた。さらに、2011年の制度改正では、「受刑者」を被保険者に含めた。こうした制度改正は皆保険の維持に寄与してきた。

(2) 医療サービス利用の増加と医療費

全民健康保険の実施により、台湾の住民の医 療サービスの利用が増加した。特に高齢者や重 病を抱える者にとって医療サービスはより利用し やすくなった。これは表1にある外来と入院の指 標にも現れている。まず外来の平均受診回数(年 間)を見ると、1995年は10.6回であったが、2000 年には14.7回へと大きく上昇し、2005年には15.5 回に達した。その後は安定的に推移し、2014年 には15.1回となっている。入院1件あたりの平均 入院日数を見ても、1995年には9.4日であったが、 2005年には9.9日へと上昇し、2010年には10.2日に 達した。そして2014年には9.7日となっている。 このように、全民健康保険の実施により、外来 の受診回数は実施から5年で大きく増加し、入 院日数も若干の増加を伴って安定的に推移して いる。

このことは医療保険からの支出の増加となって現れている。1995年の支出は約1,574億台湾元(約5,450億円)であり、医療給付が約1,569億台湾元(約5,430億円)と支出のほとんどを占めていた。その後、支出は大きく伸び、2005年には約3,724億台湾元(約1兆2890億円)、2014年には約5,219億台湾元(約1兆8060億円)へと推移している(表1)。医療費は大きく伸びたが、その

内訳を見ると、外来と入院では外来が60~70%程度を占め、入院は30%程度である。これはおよそ20年の間で安定的に推移している。また、医療機関別にみると、医科(病院)がおよそ70%程度を占め、医科(診療所)が20%程度を占める。ただし、中央健康保険署(全民健康保険)の支出が国民医療支出(NHE)に占める割合を見ると、1995年は41.9%であったが、その後は上昇し、2013年は52.7%となっている。一方、家計による負担(医療費の自己負担や保険外の医療費など)が30%程度を占める¹⁰。

医療費の増加は、高齢化や重病の患者の増加といった側面が背景にある。一方で医療費を不必要に増加させないために、医療費をコントロールする施策も進められた。そのひとつとして、総額予算制の導入がある。総額予算制は部門ごとに導入され、1998年から歯科部門、2000年から漢方医部門、2001年から医科(診療所)部門で導入された。2002年に医科(病院)部門で導入されることで、全民健康保険で総額予算制が導入されている。また、DRGも実施されている。

全民健康保険では自己負担があるが、大学病院などでの不必要な診療を抑制するため、2002年に大学病院などでの自己負担を引き上げた。1999年には、多頻度受診の患者に自己負担の追加の仕組みも設けられた(後に廃止)。2005年の制度改正では、大学病院などでの転院でない受診(紹介状なしに受診)については、自己負担を引き上げ、急患の場合も自己負担は高くなった。一方、訪問看護の自己負担割合は10%であったが、2011年の改正で5%に引き下げられている¹¹⁾。

(3) 財源の確保

全民健康保険では、財源がどのように確保されたのであろうか。表1をみると、1995年の全民健康保険の収入は約1,945億台湾元(約6,730億円)であり、うち保険料(被保険者、雇用主、政府の負担)が約1,942億台湾元(約6,719億円)と収入の99.8%を占めていた。被保険者の増加などと

ともに収入も増加し、2005年には約3.661億台湾 元(約1兆2670億円)、2014年には約5.733億台 湾元(約1兆9840億円)に達している。保険料 の負担内訳を見ると、被保険者および雇用主が 69.7%~76.3%で推移している。中央政府は2000 年以降では20%以上を負担している(表1)。

2013年から徴収されている補充保険料による 収入は2014年で約466億台湾元(約1,610億円)で ある。そのうち、雇用主の負担が約47%、被保 険者による負担が約53%であり、その中でも被 保険者の株式配当金による収入が最も多い。

全民健康保険では、収入と支出が均衡するよ うに、基本保険料率を定める。実施当初は4.25% であったが、2002年に4.55%に引き上げられ、 2010年に5.17%にまで引き上げられた。しかし、 2013年に4.91%、2016年からは4.69%に引き下げ られている。一方で、補充保険料が2013年から 実施され、個人や企業の経済力に応じた負担に なるように保険料の仕組みが整備されてきた。

保険料以外の財源確保の努力も行われてき た。保険料以外の収入は、実施当初はほとんど 無かったが、2005年の99.6億台湾元(約345億 円)から2014年の約282億台湾元(約975億円) へと増加している (表1)。保険料以外の収入と して、全民健康保険の準備基金の運用益の他、 2000年から宝くじの収益金、2002年から健康福 利税の税収から補助が行われるようになった。 例えば2014年の健康福利税、宝くじ収益金から の補助はそれぞれ、約229億台湾元(約793億 円)、約16億台湾元(約56億円)である。

全民健康保険の保険料は、被保険者・雇用 主・政府が負担する。実施当初の政府負担は中 央政府と地方政府が負担する仕組みであった。 ところが、地方政府の保険料負担の滞納問題が 台北、高雄の二大都市で発生した120。こうした ことなどを背景に2011年の制度改正で中央政府 だけが保険料を負担することになった。こうした 財源確保の努力も継続的に行われてきた。

(4) ICT の活用

全民健康保険の実施当初は、紙の保険証を

発行していた。しかし、被保険者の利便性向上 や事務経費の削減などを目的に、ICカード保険 証が導入された。導入は、地域別に進められ、 2004年に台湾全土で実施された。ICカード保険 証の表面には、氏名、住所などが印刷されてお り、内蔵されたICチップには個人情報の他、医 療費の給付記録などが格納されている。ただ、 これらの情報を医療機関で参照する場合は、 医師が持つICカードと合わせて用いる必要があ り、偽造防止対策とともに、個人情報保護の対 策がとられている¹³⁾。

また台湾では表1にあるような医療提供体制 で推移してきた。しかし、離島や山間部などの 医療提供体制が十分でない地域がある。そうし た地域では、都市部の医療機関による山間部で の巡回診療でICT機器や通信網を活用した診療 情報の共有などが行われている。

3. 「全民健康保険」の評価と課題

(1)「全民健康保険」の評価

2015年で全民健康保険実施から20年を迎えた ところである。全民健康保険の実施により以下 のことが実現した。まず、皆保険が達成され、 高齢者などに公的な医療サービスが保障され た。次に、ひとつの制度で皆保険を達成したこ とにより、保険料は職業等に応じた算定方法で 集め、給付は医科、漢方医、歯科など医療サー ビスが必要な者に給付を行う仕組みになってい る。政府部門の補助を明確にし、保険料以外の 財源確保に努めてきた。総額予算制など医療費 の伸びを合理的な範囲に抑える仕組みを取って きた。こうした取り組みが、台湾の医療保障を 確実にしてきたと思われる。

(2)「全民健康保険」の課題

一方で課題がないわけではない。台湾当局は、 2013年から実施されている「二代健保」の評 価を行うための委員会を設置し、報告書を公表 した。それによると、全民健康保険の課題とし て、①高齢化に伴う医療費の増加、特に慢性病 による医療費の増加への対応、②医療サービス の有効かつ効果的な活用(最新医療技術の導入、 ターミナルケアなどの多様なニーズへの対応)、 ③医療の質の確保、④外国籍の住民の新生児な ど、国籍などを問わずに、被保険者資格を速や かに与えること、⑤補充保険料のありかた(賦 課対象の拡大の是非、保険料算定の複雑さ) な どを挙げている。皆保険は達成しているが、医 療ニーズの増加の一方で、限られた医療資源の 効果的な活用や医療サービスの地域差の解消な どが課題となっている14)。また、台湾では国民医 療支出に占める家計支出の割合が高い。これは 保険になじまない支出がある一方、ナーシング ホームなどの介護系の支出が自己負担になって いることがある。台湾でも介護保険が検討中で あるが、医療的な介護サービスをどのようにそ れぞれの保険で給付するべきかも検討課題では ないかと思われる。

謝辞

本稿をまとめるにあたって、陳冠廷氏(国立社会保 障・人口問題研究所 客員研究員)の助言をいただ いた。この場を借りて御礼を申し上げる。

注

- 1) 台湾の医療保険の沿革、「二代健保 | への改正 の詳細は小島 (2003a)、小島 (2011)、小島 (2015)
- 2) 2013年7月に行政院衛生署、内政部の一部部 局などを統合してできた省庁。中央健康保険署 は、以前は中央健康保険局という名称であった が、衛生福利部創設時に現在の名称に改められ た。
- 3) また、外国人で在留許可を得た者、外国から帰 国した台湾籍の者は、在留許可取得または帰国 から6か月(183日)経過後に被保険者資格を得
- 4) 政府・雇用主等は図1の負担割合の金額を本 人分と平均家族人数(0.61人)分だけ負担する。
- 5) 本稿での台湾元の日本円への換算は、1台湾 元=3.46円で行った(日本銀行「基準外国為替相 場及び裁定外国為替相場 | (平成28年4月中に

おいて適用)に基づく)。

- 6) 実施初年度の補充保険料率は2%であった。
- 7) 外来診療の部門として、医科(転院)、医科(転 院以外)、急診、歯科、漢方医がある。
- 8) 例えば2014年第4四半期では、医科(診療所) では1点=0.9395台湾元、歯科では1点=0.9731 台湾元であった(いずれもおよそ3円。平均値)。
- 9) 中央研究院経済研究所(1992年)による。ただ し、軍人保険を除く
- 10) 医療費の家計負担が多い背景として、台湾の NHEに、医療費の自己負担の他、市販薬、医療器 具で保険給付対象外のものの購入、ナーシング ホームなどの医療保険や介護制度で補助をしな い医療サービスへの支出が幅広く含まれている ことがある。なお、市販薬などの保険診療の対 象となり得ない傷病治療の費用はわが国の「国 民医療費」に含まれない。
- 11) 1か月に看護師が2回、医師が1回訪問する 場合までの範囲で給付。その他は高齢者介護 制度で対応する場合がある。
- 12) 2003年現在の累積で、台北市で155.19億台湾 元(約537億円)、高雄市で119.99億台湾元(約415 億円) の滞納金があった。その後の滞納金など を含め、現在、両市政府による返済が行われてお り、台北市は132.92台湾元(約460億円、2015年~ 2019年)、高雄市は238.59億台湾元(約826億円、 2013年~2019年)の返済計画がある。
- 13) 詳細は、一般財団法人流通システム開発セン ター(2015年)を参照。
- 14) 詳細は、二代健保總檢討小組(2014年)を参照

参考文献

- ・小島克久(2003a)「台湾の社会保障」広井良典・駒 村康平編著『アジアの社会保障』東京大学出版 会.pp.135-172.
- ・小島克久(2003b)「台湾の医療保険制度の現状と 問題点」『けんぽれん海外情報』健康保険組合連 合会 第60号,pp.27-33.
- ・井伊雅子編著(2009)『アジアの医療保障制度』、東 京大学出版会.
- ・小島克久(2011)「台湾における医療事情」『健 保連海外医療保障』健康保険組合連合会 第92 号.pp.18-24.
- ・加藤智章・西田和弘編著(2013)『世界の医療保 障』、法律文化社.

- ・小島克久(2015)「台湾」増田雅暢・金貞任編著『ア ジアの社会保障』法律文化社,pp.81-107.
- ・一般財団法人 流通システム開発センター(2015) 『台湾医療情報システム調査団報告書』.
- ·中央研究院経済研究所(1992)『全民健康保險相 關問題検討會』
- ·行政院衛生署中央健康保険局(2013)「台灣健保 制度現況與前瞻」
- ·衛生福利部中央健康保険署(2014)『金色挑戰 全 民健保納保及財務平衡施政紀實』
- · 衛生福利部中央健康保険署 (2014) 『白色守護 全 民健保醫療支付與管理施政紀實』
- ·衛生福利部中央健康保険署(2014) 『藍海雲端 全 民健保資訊系統建置與施政紀實』
- ·衛生福利部中央健康保険署(2014)『綠色奇蹟 全 民健保山地離島醫療服務紀實』
- ·二代健保總檢討小組(2014)『二代健保總檢討報
- · 衛生福利部 (2015) 『2015-2016全民健康保險民眾 權益手冊』

参考:掲載国関連データ

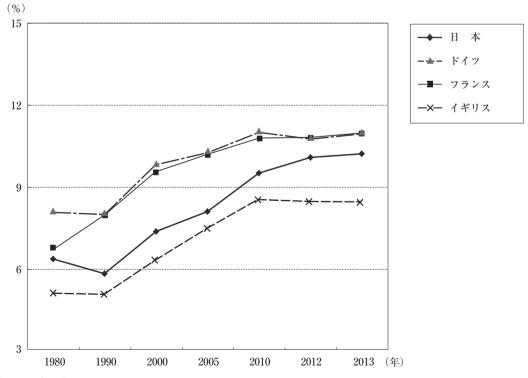
1. 基本情報

		日本	ドイツ	フランス	イギリス
総丿	八口 (千人)	127,083 (14年)	80,925 (14年)	65,836 (14年)	64,091 (14年)
高幽	伶化率(%)	26.0 (14年)	20.8 (14年)	17.7 (13年)	17.6 (14年)
合計	特殊出生率	1.43 (13年)	1.41 (13年)	1.98 (13年)	1.83 (13年)
平均	 身寿命 (年)	男80.2 /女86.6 (13年)	男78.6 /女83.2 (13年)	男79.0 /女85.6 (13年)	男79.2 /女82.9 (13年)
失	業率 (%)	3.6 (14年)	5.0 (14年)	10.3 (14年)	6.2 (14年)
医療費	對GDP (%)	10.2 (13年)	11.0 (13年)	10.9 (13年)	8.5 (13年)
	(A) + (B)	41.6	52.6	67.6	46.5
国民負担率 (国民所得比) (%)	租税負担率(A)	24.1	30.4	40.7	35.9
(70)	社会保障負担率(B)	17.5	22.2	26.9	10.6

(注) 国民負担率については、各国13年の数値。

出所: OECD (2015)、財務省HP.

2. 医療費対GDPの推移



出所:OECD(2015)

3. 医療提供体制

(13年)			日本	ドイツ	フランス	イギリス
平均在院日数			17.2	9.1	5.6	7.0
病床数	医療施設	急性期	1,008,064 (7.92)	430,618 (5.34)	219,968 (3.35)	146,115 (2,28)
		長期	340,668 (2.68)		31,803 (0.48)	
		精神	339,780 (2.67)	70,053 (0.87)	58,001 (0.88)	30,674 (0.48)
		その他	6,602 (0.05)	166,889 (2.07)	103,434 (1.57)	
医療 関係者数	医師		292,039 (12年) (2.29)	326,945 (4.05)	203,490 (3.10)	177,632 (2.77)
	歯科医師		99,686 (12年) (0.78)	66,539 (0.83)	42,084 (0.64)	33,999 (0.53)
	薬剤師		205,716 (12年) (1.61)	51,431 (0.64)	69,679 (1.06)	51,315 (0.80)
	看護師		1,344,388 (12年) (10.54)	1,045,000 (12.96)		524,277 (8.18)

⁽注) 1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。

出所: OECD (2015)

^{2.} 日本の平均在院日数は急性期の数値。

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4 TEL:03-3403-0928 FAX:03-5410-2091 E-mail:shahoken@kenporen.or.jp