

# 健保連海外医療保障

No.126 2020年9月

## ■特集：現金給付の位置づけについて

- ドイツ  
ドイツの公的医療保障制度における  
現金給付の位置づけについて ..... 藤本 健太郎
- フランス  
フランスの公的医療保険における  
現金給付の位置づけ ..... 稲森 公嘉
- イギリス  
イギリスの社会保障制度における現金給付 ..... 田畑 雄紀

## ■参 考 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.126 2020年9月

特集：現金給付の位置づけについて

# ドイツの公的医療保障制度における現金給付の位置づけについて

静岡県立大学教授  
藤本 健太郎  
Fujimoto Kentaro

ドイツの公的医療保障制度における傷病手当などの現金給付は、19世紀の制度創設時から存在する。公的医療保障制度の中核を成す法定医療保険の給付は現物給付が中心であり、現金給付が給付費に占める割合は1割弱である。

傷病手当に子どもの看護・介護のための給付が組み込まれており、妊娠と出産の支援のために出産手当の他にも自己負担のない様々な現物給付があるなど、ドイツの公的医療保障制度は出産・育児の支援が手厚い。

ドイツの公的医療保障制度では雇用への悪影響を防ぐ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あり、2009年から傷病手当の財源は被保険者のみが負担する特別保険料とされたが、2019年に従来どおりの労使折半に戻る制度改正が行われており、試行錯誤が続いている印象がある。

## I. ドイツにおける公的医療保障制度について

ドイツにおける公的医療保障制度の中心は、国民の約9割が加入している法定医療保険（Gesetzliche Krankenversicherung）である。国民の約1割は私的医療保険（Private Krankenversicherung）に加入している。

従来は自営業者や一定以上の所得のある被用者は任意加入であったが、2009年1月より、すべての住民に医療保険への加入が義務づけられ、日本と同様の皆保険制度となった。

### 1. 法定医療保険の導入までの経緯や背景

ドイツの公的医療保障制度は世界最古の歴史を有する。ドイツ連邦保健省は、1883年6月15日に帝国宰相オットー・フォン・ビスマルクの

もとで「労働者の医療保険に関する法律（Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter）」が制定されたことから、この日が法定医療保険の誕生時刻（Geburtsstunde）であるとしている<sup>1)</sup>。

「労働者の医療保険に関する法律」によって法定医療保険が創設される以前から、ドイツには病気、障害、老齢、貧困等に対して救済活動を行う支援金庫（Unterstützungskasse）が存在していた。支援金庫のルーツを辿ると、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ュフト金庫（Knappschaftskasse）に行きつく。

「労働者の医療保険に関する法律」の制定により、既存の支援金庫は新たに法定された保険者である疾病金庫（Krankenkasse）に引き継がれた。

ビスマルクのもとで法定医療保険が導入され

た背景には、19世紀半ば以降に工業化が進み、工場で大量の労働者が雇用されることにより、病気や怪我のリスクが高まったことがある。

1884年の疾病金庫の給付は以下のとおりであった<sup>2)</sup>。

- \* 治療
- \* 医薬品
- \* 入院治療
- \* 傷病手当
- \* 死亡一時金
- \* 出産支援

ドイツの法定医療保険では、創設時に現金給付である傷病手当、死亡一時金は給付に含まれていた。

被用者である工場労働者が病気にかかるあるいは怪我をすると収入がなくなるため、工場労働者を対象として創設されたドイツの法定医療保険では、所得保障としての傷病手当は当初から給付に含まれていたのではないかと考えられる。

## 2. ドイツの法定医療保険の概要

### (1) 保険者の種類

ドイツの公的な医療保険者は疾病金庫(Krankenkasse)と呼ばれる。疾病金庫は政府機関ではないが非営利の公益法人であり、現在、以下の5種類がある。

#### 1) 地区疾病金庫 (AOK ; Allgemeine Orts-Krankenkassen)

地域住民を対象とする疾病金庫。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。

かつては数多くの地区疾病金庫が存在し、たとえば1992年には271あった。しかし、詳細は後述するが、被保険者が加入する疾病金庫を選択できることになり、保険者間の競争が促進されたことを受けて統合が進んだ。従来、ドイツでは疾病金庫ごとに保険料率が異なり、加入者

の年齢が高い地区疾病金庫は保険者間の競争により、一時期加入者数が大幅に減少した。しかし、後述するリスク構造調整 (Risiko Struktur Ausgleich) において有病率も調整の対象になったことによって息を吹き返し、現在では代替金庫と並んで加入者数が多い疾病金庫である。

現在では11にまで統合されており、ドイツ連邦共和国を構成する16の州よりも少なくなっている。それぞれの地区疾病金庫の名称と地域は以下の図1のとおりである。

図1 各地区疾病金庫 (AOK) の名称と担当地域



出所： [https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/aok/aoks/aok\\_karte.jpg](https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/aok/aoks/aok_karte.jpg) (2020年8月4日アクセス)

図1に示されているように、たとえばバイエルン州のAOK Bayernやヘッセン州のAOK Hessenのように州ごとに一つの地区疾病金庫に統合されたものがある。一方、ラインラント＝プファルツ州とザールラント州にまたがるAOK Rheinland-Pfalz/Saarlandやザクセン州とテューリンゲン州にまたがるAOK PLUSの

ように複数の州にまたがる地区疾病金庫もある。一方、各州の中で最も人口が多く、ルール工業地帯を擁してドイツ全体のGDPの4分の1を生み出すノルトライン＝ヴェストファーレン州はヴェストファーレン地方を担当するAOK NordWestと北ライン地方を担当するAOK Rheinland/Hamburgに分かれている。なお、AOK Rheinland/Hamburgは名称のとおり、飛び地としてハンブルク州も担当している。

## 2) 企業疾病金庫 (BKK ;

### Betriebs-Krankenkassen)

企業ごとに設立される疾病金庫。単独の大企業が設立するほか、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金庫も含まれるなど、異なる点もある。

被保険者が加入する疾病金庫を選択できるようになった際、規約を改正すれば、設立事業所の従業員以外も加入できることとされた。

比較的若い加入者の多い企業疾病金庫は、保険者間の競争により、当初、大幅に加入者数を増やした。しかし、詳しくは後述するがリスク構造調整において有病率も調整の対象に加えられたことにより、加入者の有病率が低いことにより保険料率が低いという強みを失い、加入者数は減少した。

同業種あるいは同地区で吸収合併が進み、かつてドイツ全国で1,000以上あった企業疾病金庫の統合が大きく進み、2019年には84に集約されている。

## 3) 同業者疾病金庫 (IKK ;

### Innungs-Krankenkassen)

手工業者等の同業者組合ごとに設立される疾病金庫である。職人委員会 (Gesellenausschuss) の同意を得て、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。

同業者疾病金庫は、そのルーツを辿ると中世のギルドにも行きつくという長い歴史のある疾病金庫であるが、保険者間の競争によって、地

区疾病金庫や企業疾病金庫と同様に統合が進んだ。

## 4) 農業者疾病金庫 (LKK ;

### Landwirtschaftliche-Krankenkasse)

農業者や林業者とその家族を対象とする疾病金庫。現在では全国で一つの保険者に統合されている。

## 5) 代替金庫 (EK ; Ersatzkassen)

伝統的にホワイトカラーの労働者を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 (TK ; Techniker Krankenkasse) などがある。

かつては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種類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った。

種類別の疾病金庫数の推移は、表1のとおりである。

各種別の疾病金庫の説明でも触れたが、どの疾病金庫に加入するか選択できるようになり、保険者間の競争が行われたことを契機として、事務の合理化や規模の拡大による交渉力の増大等のために疾病金庫の統合が進んだ。

このため、表1に示されているように、東西ドイツが統一された後の1992年にはドイツ全国で1,000を超えていた疾病金庫の数は急速に減少を続け、2019年には109にまで減少している。

## (2) 加入者の構成

### 1) 加入者の種類

ドイツの法定医療保険の加入者は、強制加入者、任意加入者および家族被保険者の三つに大別される。以下、それぞれの区分について、どのような者が該当するのか見ていくこととしたい。

#### ①強制加入者

強制加入者は社会法典第5編第5条に定めら

表1 ドイツの疾病金庫数の種類別の推移

	合計数	地区疾病金庫 (Allgemeine Orts- Krankenkassen)	企業疾病金庫 (Betriebs- Krankenkassen)	同業者疾病金庫 (Innungs- Krankenkassen)	農業者疾病金庫 (SVLFG)	代替金庫 (Ersatzkassen)
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
2005年	267	17	210	19	9	11
2010年	169	14	130	9	9	6
2015年	124	11	99	6	1	6
2016年	118	11	93	6	1	6
2017年	113	11	88	6	1	6
2018年	110	11	85	6	1	6
2019年	109	11	84	6	1	6

(注) SVLFGは農業者疾病金庫(LKK)のほかに介護保険等の機能も有する総合的な保険者である。

出所：“Daten des Gesundheitswesens 2019” p.111の“8.4 Zahl der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland”をもとに筆者作成。

れている<sup>3)</sup>。

主な強制加入者は以下のとおりである<sup>4)</sup>。

- \* 毎月450ユーロ以上の所得があり、かつ保険加入義務上限額(Versicherungspflichtgrenze)を超えることのない被用者。2018年の保険加入義務上限額は月額4,950ユーロ(年額5万9,400ユーロ)である。
- \* 社会法典第3編に基づく失業手当(Arbeitslosengeld)あるいは生計手当(Unterhaltsgeld)の受給者。
- \* 年金受給者
- \* 医療に関する保障について他の請求権(Anspruch)を持たず、最後に法定医療保険の保険者であったあるいは法定医療保険に組み入れられる(zuzuordnen)者。

#### ②任意加入者

任意加入は社会法典第5編第6条に定められている<sup>5)</sup>。

自営業者および保険加入義務上限額を超える所得のある被用者は私的医療保険に加入することのほかに、法定医療保険に任意加入することができる。

また、任意加入は従前の強制加入または家族

被保険者から継続することができる。

#### ③家族被保険者

連邦ドイツ保健省によれば<sup>6)</sup>、法定医療保険の加入者の子ども、配偶者および登録された同性の生活パートナーは、ドイツ国内に居住し、総所得が定期的に所得限度(Einkommensgrenze)を超えない場合、保険料負担のない家族被保険者となる。

所得限度は月額435ユーロ(2018年)である。

家族被保険者となる子どもには年齢制限があり、基本的には満18歳まで、就労していない場合は23歳まで家族被保険者となることができる。さらに学生、職業訓練生および連邦ボランティア制度<sup>7)</sup>(Bundesfreiwilligendienst)等に基づくボランティア(Freiwilligendienst)は25歳まで家族被保険者となることができる。

#### 2) 皆保険への移行

かつてのドイツの公的医療保障制度においては、一般の被用者は法定医療保険に強制加入することとされていたが、自営業者や所得の高い被用者は任意加入とされていた。これは法定医療保険が使用者に比べれば相対的に弱い立場である被用者を保護するための制度であるため、

保護の必要性の低い自営業者や所得の高い被用者は任意加入としていたものである。

自営業者や所得の高い被用者は法定医療保険に加入することもできたが、私的医療保険に加入することが多い。このため、私的医療保険は経済的に余裕のある被保険者が多い。

2007年の「公的医療保険競争強化法（GKV-WSG）」により、2009年1月からドイツにおいても日本と似た皆保険に移行した。2007年には以前に法定医療保険に加入していた者は法定医療保険への再加入が義務づけられ、以前に私的医療保険に加入していた者は当該私的医療保険への再加入が義務づけられた。法定医療保険に加入しない者には私的医療保険への加入義務が課されることから、法定医療保険の被保険者と比べて不利にならないよう、標準タリフ（Standardtarif）を提供することが私的医療保険に義務づけられた。標準タリフの保険料は法定医療保険の最高保険料を超えてはならないこととされた。

2009年1月からは第二段階として、ドイツの全居住者に法定医療保険または私的医療保険に

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、私的医療保険には基本タリフ（Basistarif）を提供することが義務づけられた。基本タリフは法定医療保険と同等な給付を行うプランとされた。

### 3) 加入状況

ドイツの医療保険加入者の人数等について、医療保険の種類別にまとめると、以下の表2のようになる。

#### (3) 保険料中心の財源

ドイツの法定医療保険は基本的に保険料を財源としており、保険料と税金を組み合わせる財源としている日本の公的医療保険制度とは異なる。

年金受給者も現役世代と同様に保険料を負担し、使用者負担分は年金保険者が負担する。

ドイツ連邦保健省が毎年公表している医療関係のデータ集である“Daten des Gesundheitswesens 2019”のp.130に掲載されている法定医療保険の収入に関するデータによれ

表2 ドイツの医療保険の加入者数 (2015)

(単位：千人)

	合計	強制加入者	任意加入者	家族被保険者
地区疾病金庫	25,254	18,498	734	6,022
企業疾病金庫	9,975	6,784	556	2,635
同業者疾病金庫	4,099	2,934	164	1,001
農業者疾病金庫	708	501	32	175
連邦鉱山夫組合・船員疾病金庫	1,645	1,291	40	314
代替金庫	27,281	19,152	1,826	6,303
法定医療保険合計	69,252	49,371	3,374	16,507
私的医療保険	9,093			
その他の医療保障 (注1)	143			
回答なし	455			
無保険者 (注2)	79			

(注1) 社会扶助受給者、戦傷病者年金受給者、戦争負担調整の生活扶助受給者、官吏、裁判官、警察官、軍人または良心的兵役義務拒否者として医療保障に関する請求権を有する者。

(注2) 「あなたは医療保険の被保険者ですか」という問いに「いいえ」と回答し、他に医療保障に関する請求権を有しない者。

出所：“Daten des Gesundheitswesens 2019”（ドイツ連邦保健省）p.108の“8.1 Bevölkerung nach Art des Krankenversicherungsschutzes, Ergebnis des Mikrozensus 2015”をもとに筆者作成。

ば、2015年の医療基金（Gesundheitsfonds）の保険料収入は合計で約1,947億8,700万ユーロであるが、そのうち現役世代の加入者からの保険料収入は約1,614億6,200万ユーロであり、年金受給者からの保険料収入は約333億2,500万ユーロである。なお、医療基金の概要については後述する。保険料収入のうち現役世代が負担する割合は約83%であり、年金受給者が負担する割合は約17%である。

ドイツの疾病金庫は労使同数の代表による管理委員会を中心に運営され、労使の対等な参加による自治的管理の原則（Selbstverwaltungsprinzip）が特徴である。医療給付の財源も税財源の公費に頼らず、労使折半の保険料によってまかなわれてきた。保険料率の決定も各疾病金庫が行い、疾病金庫によって保険料率は異なっていた。

しかし、主として賃金に賦課される社会保険料率の上昇が雇用に及ぼす悪影響が懸念され、賃金付随コスト（Lohnnebenkost）の上昇を抑制することが必要だという認識が広がり、2004年からは連邦政府からの補助が始まった。

保険料率についても、2007年の「公的医療保険競争強化法（GKV-WSG）」によって疾病金庫ごとに保険料を設定することを止めて全疾病金庫に共通する統一保険料が導入されることとなり、2009年1月から15.5%（労使折半分14.6%、被用者負担のみの特別保険料0.9%）に統一された。同年7月、ドイツ連邦政府による経済対策の一環としての補助の増額により、統一保険料率は一時的に14.6%に引き下げられた<sup>8)</sup>。その後、2010年の医療制度改革によって、もとの15.5%に戻された。

法定医療保険の保険料率は労使折半を原則としてきたが、近年、雇用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する制度改革が行われている。まず、2003年の医療制度改革においては、現金給付の中心である傷病手当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。次に保険料率の上限は15.5%に設定され、疾病金庫の支出がまかなえなくなった場合には、追加保険料

（Zusatzbeitrag）が徴収されることとされた。追加保険料は賃金との関連を断つことがうたわれ、事業主に負担は求めず、被保険者が人頭割で負担することとされた。

しかし、2019年に「被保険者負担軽減法（GKV-VEG）」が制定され、再び制度変更が行われた。

ドイツ連邦保健省によれば<sup>9)</sup>、2019年1月1日以降、疾病金庫は医療保険に関する追加保険料を被用者と使用者に対して同じ割合で（zu gleichen Teilen）定める。年金受給者と年金保険者についても同様とする。これにより、被用者／年金受給者と使用者／年金保険者は2019年以降、再び同じ保険料を負担する。この負担軽減措置により、月収3,000ユーロの被用者は一か月当たり約15ユーロ負担が軽減する。

2020年には一般保険料率（allgemeiner Beitragssatz）が14.6%であり、傷病手当の受給権のない軽減された保険料率（ermäßigter Beitragssatz）は14.0%である。被用者の場合は労使折半で負担し、年金受給者の場合は受給者と年金保険者が折半で負担する。追加保険料率（Zusatzbeitragssatz）は平均1.1%である<sup>10)</sup>。

このように保険料の制度が頻繁に改正され、改革前の状態に戻ることもあるのは、近年のドイツの公的医療保障制度の改革が二つの方向性の中で揺れ動いているためだと考えられる。

2002年9月にウラ＝シュミット連邦保健相（当時）からの諮問を受けて、リユールップ委員会<sup>11)</sup>は医療保険制度も含めた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。そして2003年に報告書「社会保障システム財政の持続可能性」をまとめたが、その報告書において、ドイツの公的医療保障制度の将来像として「国民保険（Bürgerversicherung）」と「人頭割医療保険料モデル（Modell pauschaler Gesundheitsprämien）」の二つの方向性<sup>12)</sup>が示された。ドイツの二大政党は、社会民主党が前者を支持し、キリスト教民主・社会同盟は後者を支持し、考え方が分かれた。

ドイツでは日本のように一つの政党が単独過半数に達せずに連立政権が政権を担うことが通例であり、2006年の第一次メルケル政権のように二大政党が大連立政権を組むこともある。

#### (4) 保険者間の競争とリスク構造調整

ドイツの法定医療保険では、1992年の「医療保険構造改革法 (GSG)」により、1996年から被保険者による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れば、給付内容はほぼ同一であるにも関わらず、疾病金庫間の保険料率にはかなりの違いがあったため、何の措置も講じなければ、保険料率の相対的に高い疾病金庫から相対的に低い疾病金庫へ大幅に被保険者が流出すると予測された。疾病金庫間の保険料率の違いが運営の効率性や巧拙によって生じていたのであれば、保険料率の低い疾病金庫が大幅に被保険者を増やすことは正当な競争の結果とみることができる。しかしながら、疾病金庫間の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の共通認識となっていた。

このため、保険者間の競争を公平なものにするために、被保険者による保険者の選択制の導入の前に、各疾病金庫の保険集団の収入、性差およ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) が導入された。

リスク構造調整において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および標準的支出を算出し、各保険者の実際の収入および支出との差額について財政調整が行われた。このため、連邦保険庁に創設された医療基金 (Gesundheitsfonds) が保険料や連邦政府からの補助などを一元的に管理し、各疾病金庫に必要な資金を配分する仕組みが導入された。これは各疾病金庫が独自に財政運営していた従来の方法からの大きな変化でもあった。

被保険者による保険者の選択制が実施される

と、リスク構造調整を実施しても疾病金庫間の財政力格差は残ったため、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。具体的には地区疾病金庫から被保険者が流出し、企業疾病金庫に被保険者が流入した。地区疾病金庫は、若くて元気な被保険者の多い疾病金庫に比べれば、高齢者や無職の者など健康リスクを抱えがちな被保険者が多く加入する地区疾病金庫の罹患率が高いことは保険者の努力の及ばない要素であり、公平な保険者間の競争のためにはリスク構造調整の改革が必要であると要望した。

このため、2007年の「公的医療保険競争強化法 (GKV-WSG)」により、リスク構造調整においては被保険者の罹患率も加味した調整が行われることとなった。

さらに、2014年の「公的医療保険の財政構造および質の発展法 (GKV-FQWG)」により、傷病手当と海外居住の被保険者についてもリスク構造調整の対象とすることとされた。傷病手当については、現役世代は給付対象となるのに対し、年金受給者や家族被保険者は傷病時の所得保障の対象とならない点が現物給付である保険診療の給付と異なる。また、傷病手当は傷病時の所得保障であるため、給付額は受給者の賃金水準に左右され、高所得者は傷病手当の金額が大きくなる。このため代替金庫などの高所得の現役の加入者が多い疾病金庫では給付額が大きくなり、低所得者の多い地区疾病金庫では給付額が小さくなるのが不公平であると考えられた。

### 3. 給付

ドイツの法定医療保険においても、日本と同様に治療等の現物給付と傷病手当等の現金給付がある。ただし、日本とは異なり、外来の患者自己負担はない。また入院治療や医薬品には患者負担があるものの入院治療は1日当たり10ユーロの負担、医薬品等は1割負担であり、日本よりも負担は軽い。

さらに日本と異なるのは子どもの負担が軽い

点である。ドイツでは18歳未満の子どもには原則として患者自己負担はない。

### (1) 法定医療保険からの給付の内訳

連邦保健省によれば<sup>13)</sup>、2018年の法定医療保険の給付費は合計で約2,262億2,000万ユーロである。このうち、主な給付費の項目は以下のとおりである。

保険診療	約394億2,000万ユーロ
歯科診療	約111億4,000万ユーロ
医薬品	約386億7,000万ユーロ
補助具	約 84億4,000万ユーロ
病院治療	約771億6,000万ユーロ
傷病手当	約130億9,000万ユーロ
移送費	約 59億5,000万ユーロ

現金給付である傷病手当と移送費を合計すると約190億4,000万ユーロであり、給付費全体に占める比率は約8.4%である。現物給付の出産手当を含めた妊娠・母性に関する給付費は約14億8,000万ユーロであったことから、現金給付が法定医療保険の給付費に占める割合は1割弱であると考えられる。

### (2) 現物給付

ドイツの医療保険制度の保険診療は様々な治療に対して十分なカバレッジを持っていると考えられるが、その範囲は一義的に定まっていない。

ドイツ連邦保健省は、社会法典第5編において被保険者が医学の一般的に認められた状態のニーズを満たす十分な治療を受ける権利があると定められていることに関して、医療、歯科および精神療法的治療、医薬品、包帯類、医療援助、在宅看護、入院治療、医療リハビリテーションおよび他のサービスの提供が含まれるが、法定医療保険の給付の「カタログ (Katalog)」は存在せず、保険診療の範囲は自治の原則の枠組みの中で合同連邦委員会 (G-BA) によるガイドラインで決定されると説明している<sup>14)</sup>。

患者の自己負担は、以下のとおりである<sup>15)</sup>。

「入院治療」1日当たり10ユーロ、最大28日  
「医薬品」薬局の価格の10%、下限5ユーロ、上限10ユーロ

「補助具 (Hilfsmittel)」価格の10%、下限5ユーロ、上限10ユーロ

「入所ケアおよびリハビリ措置 (Stationäre Vorsorge-und Rehabilitationsmaßnahmen)」1日当たり10ユーロ

なお、18歳未満の子どもには自己負担は課されない。

### (3) 現金給付

#### 1) 傷病手当 (Krankengeld)

病気によって就業不能となった場合、まずは「賃金継続支払法」によって使用者から賃金が継続して支払われる。具体的には、従前給与の100%が最長6週間支払われる。これは有給休暇とは別の有給の病気休暇として捉えられる。

賃金の継続支払が終了しても傷病によって就業できない状態が続いていれば、傷病手当の受給権が生じる。

傷病手当は社会法典第5編の第45条から第51条にかけて規定されている。

以下、傷病手当の金額や受給期間、さらに子どもの傷病のために就業できない場合の保障である子ども傷病手当の概要について、ドイツ連邦保健省 (Bundesministerium für Gesundheit) (2020) pp.109-111に基づいて確認することとしたい。

#### ① 傷病手当の金額

傷病手当の金額は保険料算定限度 (Beitragsbemessungsgrenze) を上限とする総労働報酬 (Bruttoarbeitsentgelts) の70%である。ただし直前の手取り賃金 (Nettoarbeitsentgelte) の90%を超えない額とする。なお2020年の保険料算定限度は月額4,687.5ユーロである。

#### ② 傷病手当の受給期間

傷病手当の受給期間については、疾病金庫の加入者である間は基本的に制限されない (zeitlich nicht begrenzt)。

ただし同じ病気によって就労不能になってい

る場合に限り、3年間に78週以内に受給期間が限られる。

### ③子ども傷病手当 (Kinderkrankengeld)

12歳未満の子ども一人について、医師の診断書によって看護や介護が必要であり、他に看護や介護を行える人がいない場合、合計で最大年間25就業日 (Arbeitstage) を上限として傷病手当を受給できる。ただし、ひとり親の場合は年間50就業日を上限とする。

子ども傷病手当の受給期間は子どもの人数によって、以下の表3のとおり異なる。

表3 子ども傷病手当の受給期間

12歳未満の法的に被保険者である子ども	就業している両親のうち一方 (Elternteil)	ひとり親 (Alleinerziehende)
子どもが一人	最大10就業日	最大20就業日
子どもが二人	最大20就業日	最大40就業日
子どもが三人以上	最大25就業日	最大50就業日

出所: "Ratgeber Krankenversicherung" p.111, Bundesministerium für Gesundheit, 2020

障害児の場合、子どもの年齢制限はなく (ohne Altersbegrenzung) 子ども傷病手当を受給できる。さらに深刻な病気の子どもであり、余命が数か月のように短い場合、その子どもが12歳未満であるか障害児である場合、子ども傷病手当について無期限の受給権 (zeitlich unbegrenzten Anspruch) を両親は有する。

子ども傷病手当は日本にはない保障である。ドイツの法定医療保険では18歳未満の子どもは移送費の自己負担を例外として薬剤費についても入院費用についても自己負担はない。さらに傷病手当についても、子どもの看病のために働けない場合も所得保障を行っていることは、ドイツの法定医療保険は育児支援が充実していることを改めて印象づけるように思われる。

なお、年金受給者や自営業者は傷病手当の受給権がなく、その代わりに保険料率が低いが、自営業者については選択タリフの一つとして、追加の保険料を負担して傷病手当の受給権を得ることもできる。

## 2) 出産手当 (Mutterschaftsgeld)

### ①妊娠中の女性に対する支援

出産手当は、妊娠中の女性に対する支援の一環と位置づけられている。

社会法典第5編第24c条は妊娠 (Schwangerschaft) および母性 (Mutterschaft) に関する給付を以下のとおり列挙している。

- 1 医学的看護および助産師による支援 (Hebammenhilfe)
- 2 医薬品、包帯類、各種療法 (Heilmittel) および補助具によるケア (Versorgung)
- 3 分娩 (Entbindung)
- 4 家事援助
- 5 出産手当

ドイツ連邦保健省によれば、法定医療保険において妊娠と母性は特別な位置づけ (besondere Stellenwert) がなされており、以下のような自己負担のない給付 (zuzahlungsfreien Leistungen) がある<sup>16)</sup>。

- \* 分娩に関する給付 (病院または他の施設における宿泊、ケアおよび食事を伴う分娩)
- \* 妊娠、出産に関する医薬品、包帯
- \* 助産師による支援
- \* 妊娠または出産のために必要な在宅介護および家事援助 (これらのことを行える人が他にいない場合)

このように、ドイツでは多くの種類の給付を自己負担なく受給することができる。妊娠と出産は病気ではないが、特別な位置づけがなされており、手厚い支援が行われている。日本の公的医療保険においても出産一時金はあるものの、このような幅広く手厚い支援措置はない。

### ②出産手当

出産手当は社会法典第5編第24i条に規定されている。

出産手当は、出産日の前6週間および出産日の後8週間に給付される。

ただし、多胎 (Mehrling) や早産の場合は出産後12週間給付される。障害を持って生まれた子どもであり、出産後の最初の8週間以内に障害が医学的に確定した場合には、受給期間は

さらに4週間延長される。

出産手当の給付額は、法定された保護期間（Schutzfrist）の直前13週の平均賃金である。ただし疾病金庫による給付額は1日当たり最大13ユーロであり、手取り賃金との差額は使用者が負担する。

なお、連邦家庭省によれば<sup>17)</sup>、法定医療保険に自ら加入していない女性（たとえば私的医療保険の加入者や法定医療保険の家族被保険者）については、合計で最大210ユーロの出産手当を連邦保険庁が給付する。

また自営業者については、たとえば地区疾病金庫は地区疾病金庫出産手当（AOK Mutterschaftsgeld）として傷病手当と同じ額を給付する<sup>18)</sup>。

### 3) 移送費（Fahrkosten）

疾病金庫は、医療の観点から必要な場合に移送費を負担する。

ドイツ連邦保健省は、疾病金庫が移送費を負担するケースとして以下の四つの事例を挙げている<sup>19)</sup>。

- \* 入院のための移送
  - \* 病院への救急搬送（Rettungsfahrten）。入院治療が行われない場合も含む
  - \* 専門的なケアが必要な患者輸送（Krankentransporten）あるいは救急車による患者輸送
  - \* 外来治療や病院における外来手術のための移送のうち、その移送によって入院治療が回避あるいは短縮されるような場合
- 疾病金庫が移送費を負担する場合にも、費用の10%は患者が自己負担する。

給付の下限は5ユーロ、上限は10ユーロである。

例外的に18歳未満の子どもについても自己負担が課される。

## II. 現金給付について

### 1. 現金給付の位置づけ

法定医療保険における現在および過去の現金給付は、おおまかに以下のように機能別に分類できるのではないかと考えられる。

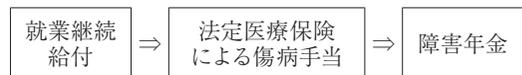
- \* 所得保障（傷病手当）
- \* 実費の補填（移送費）
- \* 出産の支援（出産手当）
- \* 葬祭料（死亡一時金）

### 2. 法定医療保険に現金給付が存在する理由

以下、上述の機能分類ごとに法定医療保険になぜ現金給付が存在するのかについて考察する。

#### (1) 所得保障

傷病によって就労できなくなった場合、以下の順番で切れ目のない保障が行われるようになっている。



最初に給付される就業継続給付は受給期間が最大6週間と短い。たとえば風邪やインフルエンザなど短期間で治療が済んで職場復帰できる場合は、この制度で完結する。

次に給付される法定医療保険による傷病手当は、同一の傷病によって就業不能な場合、受給期間は最大78週間である。このため、就業継続給付よりも長期の治療を必要とする傷病を治療する間の所得を保障する機能を果たしている。

最後に給付される障害年金は、治療の結果として障害が残るあるいは慢性疾患の状態となり、就労に制約がある場合に給付される。

このようにそれぞれの制度の役割を整理すると、法定医療保険から傷病手当が給付される理由としては、まず、有給の病気休暇では対応できない長期の治療を必要とする傷病のために働くことができない場合の所得保障のためであると考えられる。

次に、なぜ障害年金ではなく法定医療保険による傷病手当で対応しているかについては、公的年金はいったん裁定すると長期間給付を行う仕組みであり、老齢年金のみならず障害年金も終身給付が原則であることから、治療が完了すれば職場に復帰する場合の有期の給付として障害年金を給付することは制度にそぐわないからではないかと考えられる。

このように法定医療保険による現金給付としての傷病手当は、所得保障体系の一部を担っている。

ただし、年金受給者の場合は傷病によって就労不能になったとしても年金受給額が減額されることはないため特段の所得保障の必要がなく、傷病手当の受給権はない。このため、上述したように年金受給者の保険料負担は傷病手当に相当する部分が軽減されている。

自営業者の場合、傷病によって本人が働けなくなった場合に、被用者と同様に収入がなくなる場合と経営を他人に任せることで収入は継続する場合があると考えられる。このため、選択タリフの一つとして傷病手当の受給権を得るかどうかは本人の選択に委ねられていると考えられる。

## (2) 実費の補填

救急搬送や専門的なケアを必要とする患者移送などの移送費が実費補填されるのは、医療自体ではないものの医療に付随するコストであり、また医療保険者であれば医学的に必要な移送であるかどうかを判断する能力があることから、法定医療保険から給付されているのではないかと考えられる。

## (3) 出産の支援

妊娠と出産は病気ではないが、医師や助産師、看護師によるケアが必要である。

ドイツでは、上述したように法定医療保険において妊娠と出産の支援を行うことは重要視されている。

産前産後に給付される出産手当は、妊娠と出

産のための仕事を休む期間の所得保障であると捉えられるが、ドイツでは法定医療保険による包括的な出産支援の一環として位置づけられている。

## (4) 葬儀に関する費用

被保険者が亡くなった場合に給付される一時金は葬儀に関する費用として位置づけられると考えられる。日本でも公的医療保険から葬儀に関する費用は給付されている。

ドイツの法定医療保険では、死亡一時金(Sterbegeld)は19世紀の制度創設時から長く給付されていたが、2004年に法定医療保険の給付から除外された。

傷病の結果として亡くなった場合の葬儀に関する費用は法定医療保険と親和性の高い給付であると考えられるが、葬祭は医療の専門家が行うわけではなく、医療と切り離して考えることも可能である。このため、法定医療保険の給付から除外されたものと考えられる。

しかし、伝統的な給付である死亡一時金を継続している疾病金庫もある。たとえば代替金庫の一つである技術者疾病金庫は現在でも死亡一時金の給付を行っている<sup>20)</sup>。

## まとめ

ドイツの公的医療保障制度の中核を成す法定医療保険では、現金給付の中心である傷病手当について、受給権のない年金受給者等と被用者の間の不公平が問題となり、傷病手当の受給権の無い被保険者の保険料率は軽減された。また、現金給付の一つである死亡一時金は2004年に保険給付から除外された。

しかし、被用者が傷病によって就業不能となった場合の所得保障制度の中で傷病手当は就業継続給付と障害年金の間をつなぐ役割を果たしており、法定医療保険から直ちに除外されることは考えにくい。また、死亡一時金についても法定医療保険の給付から除外されたにも関わらず独自給付として継続している疾病金庫もあり、

長い期間にわたり医療保険給付だったものを廃止する困難さがうかがえる。

出産を支援する現金給付である出産手当は、様々な自己負担のない現物給付と共に妊娠と母性の保護の一翼を担っている。出産育児一時金はあるものの自己負担の重い日本とは異なり、ドイツでは出産への支援は充実している。また、傷病手当には子どもの看護・介護のための給付も盛り込まれている。ドイツでは18歳未満の子どもの患者自己負担が原則ないこともあわせて考えれば、ドイツでは出産・育児の経済的支援は日本に比べて手厚いといえる。最近になりドイツでは合計特殊出生率が上昇傾向にあるが、法定医療保険における出産・育児への支援もその背景の一つになっていると思われる。依然として少子化傾向に歯止めのかからない日本にとって、ドイツの政策は参考になるのではないだろうか。

長い歴史を有するドイツの公的医療保障制度であるが、国民保険と人頭割医療保険料モデルという二つの改革の方向性の間で揺らいでいる。高齢者の増加や高額な画期的新薬の開発などの医療の進歩に伴い増大する医療費をコントロールする必要もあり、近年、頻繁に制度改正が行われている。こうした中で賃金に賦課される保険料を軽減するために現金給付の見直しが行われる可能性もある。しかし、ドイツの公的医療保障制度における現金給付は宰相ビスマルクの時代から存在しており、国民に馴染まれていると思われることから、大幅な給付の削減は合意形成が容易ではないだろうと思われる。

#### 注

- 1) “Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung”, Bundesministerium für Gesundheit, 2018
- 2) “Geschichte der Krankenversicherung in Deutschland”, Krankenkassen Zentrale <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/geschichte-der-kv> (2020年8月4日アクセス)

- 3) 社会法典第5編第5条の条文に即した詳細な強制加入者の説明は田中耕太郎(2018)「独仏の医療保険制度に関する調査研究報告書」健康保険組合連合会 pp.9-10を参照されたい。
- 4) “Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung”, Bundesministerium für Gesundheit <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesetzlich-versicherte.html> (2020年8月5日アクセス)
- 5) 社会法典第5編第6条の条文に即した任意加入者(法定医療保険への保険加入が免除される範囲)の説明は田中耕太郎(2018)「独仏の医療保険制度に関する調査研究報告書」健康保険組合連合会 p.10を参照されたい。
- 6) “Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung”, Bundesministerium für Gesundheit <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesetzlich-versicherte.html> (2020年8月5日アクセス)
- 7) 2011年に徴兵制が廃止され、良心的兵役拒否者が社会奉仕を行う義務もあわせて廃止されたことを受けて導入された有償ボランティア制度。
- 8) ドイツ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に対する政策パッケージの一環として行われた。
- 9) “GKV-Versichertenentlastungsgesetz” Bundesministerium für Gesundheit, 2018
- 10) “Höhe und Bemessung der Beiträge”, Bundesministerium für Gesundheit, 2020
- 11) 通称「リユールupp委員会」であるが、その正式名称は“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)である。
- 12) 国民保険は全国民が一つの医療保険制度に加入するという考え方であり、平等を重視している。人頭割医療保険料モデルは医療保険料を賃金から切り離し人頭割の保険料とする考え方であり、平等よりも医療保険者間の競争を重視する。
- 13) “Kennzahlen und Faustformeln”, Bundesministerium für Gesundheit, 2020
- 14) “Leistungskatalog der Krankenversicherung”

- Bundesministerium für Gesundheit, 2016
- 15) “Zuzahlungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung” Informationsblatt Nr. 223-06, Bundesministerium für Gesundheit, 2018
- 16) Bundesministerium für Gesundheit (2020) p.98
- 17) “Mutterschaftsleistungen im Überblick”, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018
- 18) <https://www.aok.de/pk/rps/inhalt/mutterschaftsgeld-8/> (2020年8月7日アクセス)
- 19) Bundesministerium für Gesundheit (2020) p.108
- 20) <https://www.sterbegeldversicherung.info/anbieter/tk-techniker-krankenkasse/> (2020年8月7日アクセス)

#### 参考文献

- “Ratgeber Krankenversicherung”, Bundesministerium für Gesundheit, 2020
- “Daten des Gesundheitswesens 2019”, Bundesministerium für Gesundheit
- “ENTGELTFORTZAHLUNG bei Krankheit und an Feiertagen”, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2019
- “Statistisches Jahrbuch 2019”, Statistisches Bundesamt
- 田中耕太郎 (2018) 「独仏の医療保険制度に関する調査研究報告書」健康保険組合連合会
- 田中伸至 (2016) 「第2章 ドイツ」加藤智章編著『世界の診療報酬』法律文化社
- 土田武史 (2011) 「ドイツの医療保険における「連帯と自己責任」の変容」『早稲田商学』第428号 早稲田商学同攻会 pp.557-586
- 土田武史・田中耕太郎・府川哲夫 (2008) 『社会保障改革—日本とドイツの挑戦』ミネルヴァ書房
- 松本勝明 (2015) 『医療制度改革 ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社
- 森周子 (2015) 「ドイツの法定医療保険における現金給付」『健保連海外医療保障』No.105 健康保険組合連合会 pp.1-5
- 渡辺富久子 (2012) 「ドイツにおけるボランティアを助成するための法律」『外国の立法』253 国立国会図書館 pp.86-109
- 藤本健太郎 (2018) 「ドイツの患者負担のあり方に

ついて」『健保連海外医療保障』No.119 健康保険組合連合会 pp.1-6

藤本健太郎 (2018) 「ドイツの医療保険者機能について」『JRIレビュー2018』Vol.4, No.55 日本総研 pp.19-36

## 特集：現金給付の位置づけについて

フランスの公的医療保険における  
現金給付の位置づけ

京都大学教授  
稲森 公嘉  
Inamori Kimiyoshi

フランスでは、公的医療保険制度の最初の創設時から、傷病による休業時の代替所得保障給付が給付の柱の1つとされていた。医学の進歩により医療の現物給付の比重が高まる中で、給付額全体に占める現金給付の割合は相対的に低下していったが、その必要性は変わっていない。特に、公的医療保険制度が職域に基づいて整備されているフランスでは、傷病による休業時の代替所得保障給付は、被用者の一般制度だけでなく、他の職域の制度にも見られる。また、公的医療保険制度における財源の租税代替化が進む中、代替所得保障給付の財源についても、僅かに残っていた医療保険料の被用者負担分が廃止され、一般社会拠出金に置き換えられた。

## はじめに

本稿では、まず前半で、フランスの公的医療保険制度全体の概要を述べる。そのうえで、後半で、公的医療保険制度における現金給付、特に傷病手当金の位置づけについて、検討を試みることとしたい。

## I. フランスの公的医療保険制度

## 1. 公的医療保険制度の沿革

## (1) 第二次大戦まで

フランスでは、1791年の労働組合の結成を禁止するル・シャブリエ法の存在にもかかわらず、19世紀に労働者の相互扶助組織としての共済組合 (mutualité) が発達した。共済組合の主な目的は、傷病時の給付にあったとされる。共済組合は、その任意的性格のゆえに、運営上の不安定さが付きまとったが、後にフランスで社会保険制度が成立する土台となった。

1880年代にドイツで成立した労働者保険立法は、フランスにも影響を及ぼし、1898年に労働災害責任法が成立した。医療保障に関しては、1893年に公的扶助制度としての医療扶助法が制定され、低所得者への医療保障制度が現れたが、社会保険としての医療保険制度が創設されるのは、1920年代の末になってからである。社会保険制度の立法化の動きはそれ以前からあったが、それを促進する契機となったのは、第一次世界大戦後に締結されたヴェルサイユ条約で、アルザス・ロレーヌ地域の領有権がドイツから返還されたことであった。同地域では、ドイツ領時代に、ドイツで既に成立していた社会保険立法が適用されていた。そのため、国民の一体性を図る上で、適用される社会立法にも統一性が求められたのである<sup>1)</sup>。

しかし、1928年4月5日の社会保険法は各方面から強い反発を受け、1930年4月30日に新たな社会保険法が成立した。この1930年社会保険法は、主に収入が一定額以下の商工業被用者を

強制加入の対象として、疾病・出産・障害・老齢・死亡のリスクについて給付を行うものであった。被保険者には保険者を選択する自由が認められ、特に選択しなければ公権力が創設した県金庫が保険者となった。他方で、鉱山労働者や船員等の独自の制度（これらは特別制度（régimes spéciaux）と総称される）は、別に存続した<sup>2)</sup>。

## （２）４制度の分立による医療保障

1945年6月、戦後フランスの社会保障制度の構想を示した社会保障計画、いわゆるラロック・プラン<sup>3)</sup>が発表された。ラロック・プランでは、戦後のフランスの社会保障制度の基本的方向性として、①一般化の原則（社会保障制度をすべての国民に適用する）、②単一金庫の原則（社会保障制度の管理運営については共通の単一の組織を設ける）、③自治の原則（金庫の管理運営は労使が自主的に行い、財政は労使が拠出する保険料を中心に運営する）という3つの原則が掲げられた。

このプランを受けて同年10月4日に制定されたオルドナンスとその後の一連の法令が、戦後フランスの社会保障制度の基礎を形作った。商工業被用者については新たに一般制度（régime général）が創設され、分立していた保険者を社会保障金庫に統合するとともに、労使の代表による自主的な金庫運営と労使の保険料による財政運営の原則が定められた。しかしながら、ラロック・プランの3原則が忠実に立法化されたわけではなかった。従来から存在していた特別制度や農業被用者の制度は、一般制度とは別に分立して存続することになった。

その後、商工業被用者以外の者についても、社会保険制度の整備が続いた。医療保険に関して言えば、1961年7月12日法律により農業経営者の疾病・出産保険（AMEXA）が、1966年7月12日法律により自営業者の疾病・出産保険（自営業者の制度は自治制度（régime autonome）とよばれた）が創設された。これにより、公的医療保険制度に関しては、職域ごとに、一般制度、

特別制度、農業制度（régime agricole）<sup>4)</sup>、自治制度という4つの制度が分立する形で、医療保障が行われることになった。

## （３）その後の展開

1967年8月21日のオルドナンスで、一般制度の行財政体制の改革が行われ、一般制度の保険者組織（金庫体制）は疾病、老齢、家族という3つの部門で分立する形に再編され、単一金庫の原則は放棄された。他方で、3部門間の財政調整を行う全国組織として社会保障組織中央機構（ACOSS）が創設され、保険料の徴収等の事務はその下に置かれた社会保障・家族手当保険料徴収機構（URSSAF）が担うことになった。

職域を基礎とした制度化は、職業を有しない者などの制度の谷間に陥る者を生じさせた。そこで、無保険者については、1967年8月21日のオルドナンスによる自主保険制度の拡大、次いで1978年1月2日法律で個人保険制度の創設と、一般制度への加入の途を広げることで、対応が図られてきた。1988年には一般的な最低生活保障の制度として参入最低所得制度（RMI）が創設され、RMI受給者は保険料負担なく個人保険に加入することができた。

## （４）国民皆保険の達成

さらに、1999年7月27日法律により普遍的医療保障制度（CMU）が創設され、決定的な一歩が記された。CMUは、基礎的CMUと補足的CMUからなる。前者は、フランス国内に合法的かつ安定的に居住する者について一般制度への加入を認めるもので、これにより国民皆保険（一般制度などいずれかの基礎的医療保険への加入）が達成された。後者は、フランスで広く普及している補足的医療保険に、低所得者も加入できるように支援するものである。補足的医療保険は、共済組合や相互扶助組織、民間保険会社が運営主体となり、基礎的医療保険でカバーされない医療費の自己負担分などをカバーする保険で、任意加入であるが、国民の大半が加入しており、国民の医療保障制度として無視

し得ない存在である。

CMUにより国民皆保険は達成されたが、制度が分立し、制度間格差が存在する状況は変わらなかった。そこで、2016年社会保障財政法により、医療給付に関して、普遍的医療保護制度(PUMa)が創設された。これは、一般制度の被扶養者(ayant-droit)を18歳未満の子どもに限定し、他の者については一般制度に個人として加入することとし、所得に応じて保険料を負担する形に改めた上で、これらの者の医療給付を共通化するものである。

さらに、近年では、他制度の一般制度への統合の動きもみられる。自営業者の制度は、2005年12月8日オルドナンスにより、2006年から、職人・商人・自由業に共通の独立労働者社会制度(RSI)として行われてきたが、2018年社会保障財政法により、2018年1月から段階的に一般制度に統合されることになり、2019年末で廃止された。大学生等が加入する学生制度も、2018年3月8日法律により、段階的に一般制度に移管される。また、特別制度の中にも、鉱山労働者制度のように、医療保険が一般制度に移管される例が見られる。

このように、さまざまな紆余曲折を経つつも、フランスの公的医療保険制度は、一般制度による普遍化に向けて、徐々に歩みを進めつつあるように見える。

## 2. 現在のフランスの医療保障制度

上記の通り、フランスでは、基本的に職域に基づき「制度(régime)」という形で社会保険制度が編成されている。公的医療保険制度は、独立労働者制度が一般制度に統合された現在では、①一般制度、②特別制度、③農業制度が分立する形になっている。

### (1) 一般制度

一般制度は、基本的に民間の商工業被用者が強制加入する制度であるが、上述の通り、他の制度に加入していない者の受け皿となっている制度でもある。一般制度は、疾病・出産・障害・

死亡、労災・職業病、老齢・遺族、家族の4つの部門からなり、3つの金庫組織が管理運営を担っている。

### 1) 被保険者・被扶養者

一般制度には、農業制度および特別制度に加入する者以外の者が加入する。被保険者となるのは、そのうち、被扶養者となる者を除いた者である。商工業被用者のほか、自営業者、フリーランスの者、学生、無職者等が被保険者となっている。

被扶養者は、被保険者との一定の結びつきにより、一般制度からの受益を受ける存在であるが、前述の通り、現在では被保険者に扶養される18歳未満の子どもに限定されている。

### 2) 保険者

医療部門については、全国レベルの保険者組織として、全国医療保険金庫(CNAM)が置かれている。CNAMは他の制度の全国金庫とともに全国医療保険金庫連合会(UNCAM)を構成し、CNAMの事務総長が同連合会の事務総長を兼ねる。CNAMは、金庫運営の基本的方向性や活動原則・目標の設定、医療従事者の代表的組合とUNCAMとの間で締結された協約の実施、医療費の医学的抑制策の促進、疾病予防や労災職業病予防の促進等の任務を負っている。

CNAMの意思決定は、以前は労使同数代表の理事会の権限とされていたが、2004年改革で事務総長の権限が強化され、理事会に代えて諮問機関としての評議会が設けられた。事務総長には県金庫の人事権も与えられた。事務総長は政府によって任命されるので、国家による統制が強められることにもなった。

県レベルでは初級医療保険金庫(CPAM)が置かれており、被保険者の加入手続や保険給付の実施等、保険者としての任務を行っている<sup>5)</sup>。

CNAMは公法人(行政的公施設法人)であり、CPAMは公役務的任務を遂行する私法人である<sup>6)</sup>。

### 3) 保険給付

公的医療保険（出産保険も同様）では、現物給付と現金給付が行われる。

現金給付は、傷病による労働不能（休業）時の代替所得保障の給付である。

現物給付は、医療サービスに関する給付である。法律上は償還払いなので、現金給付とみることができ、フランスでは「現物給付」として整理されている。

#### ①現金給付

公的医療保険の現金給付には、傷病手当金(indemnité journalière)と看取り手当(allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie)がある。

傷病手当金については、項目を改めて説明する。

看取り手当は、近親者等を看取るために職業活動を中断または短縮する者に対する所得保障給付として、2010年3月2日法律によって創設されたものである。不治の重篤な疾患により終末期にある者を居宅で看取る場合に支給される手当で、被用者だけでなく、失業手当を受けている求職者、自営業者、農業者、聖職者なども受給できる。看取りの対象者は、看取り者の直系尊属・直系卑属、兄弟姉妹、配偶者、PACSパートナー<sup>7)</sup>、内縁配偶者、看取り者を信頼できる代理人(personne de confiance)として指定した者である。被用者が看取りの対象者を看取る場合には、家族連帯休暇を取得するか、事業主の同意を得て家族連帯休暇を短時間勤務期間に転換していると、看取り手当の支給を受けることができる。手当額は2020年4月1日以降、1日当たり56.27ユーロで、最長21日間支給さ

れる。この間に看取り者が死亡した場合には、死亡当日分まで支給される。短時間勤務に転換した場合には、手当額は1日当たり28.14ユーロで、最長42日間支給される。傷病手当金との併給はできない。

このほか、一般制度では、医療保険金庫が所管する現金給付として、出産保険における出産手当金、障害保険における障害年金、死亡保険における現金給付などがある。

#### ②現物給付

医療サービスに関する給付は、2016年1月からPUMaとして行われている。フランス国内に安定的かつ継続的に居住または就業する者は、医療費の保障を受けることができる。被用者は、労働時間や保険料納付額にかかわらず、職業活動を行っていればそれでよい。自営業者や農業者等も同様である。職業活動を行っていない者は、居住していればよい。

PUMaとして、外来診療費、薬剤費、歯科治療費、入院費など、社会保障法典L160-8条<sup>8)</sup>に列挙された費用がカバーされる。

### 4) 保険財政

一般制度の財政は、医療保険料、一般社会拠出金(CSG)、その他の租税等で賄われている。

#### ①医療保険料

##### (i) 被用者に関する医療保険料

被用者分の医療保険料は、かつては被用者と事業主の双方が負担していたが、そのうちの被用者負担分についてはCSGへの代替化により次第に縮小されていった(表1)。1998年社会

表1 被用者の保険料率の推移

年	1987	1991	1993	1997	1998	2016	2017	2018	2019~
被用者負担	5.90	6.80	6.80	5.50	0.75	0.75	0.75	—	—
事業主負担	12.60	12.60	12.80	12.80	12.80	12.84	12.89	13.0	7.0/13.0

(注) 1993年までは7月1日時点、1997年以降は1月1日時点。

出所: Borgetto et Lafore (2019) などにに基づき、筆者作成。

保障財政法で医療保険料の被用者負担分4.75%がCSG4.1ポイントに代替化されて以降、被用者負担分として0.75%の医療保険料が残っていたが、これも2018年社会保障財政法により2017年限りで廃止された。そのため、現在では事業主負担分のみが残っている<sup>9)</sup>。

医療保険料は、事業主が支払った報酬総額に対して賦課される。保険料率は、被用者の賃金水準によって異なり、賃金が法定最低賃金（全業種一律スライド制最低賃金（SMIC））の2.5倍以下の被用者については7%、それ以外の被用者については13%である。これは、基本は13%であるが、低賃金の被用者については保険料率を引き下げると理解される。それまでの競争力強化・雇用促進税額控除<sup>10)</sup>（crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi : CICE）と給与税<sup>11)</sup>税額控除（crédit d'impôt de taxe sur les salaires : CITS）を、医療保険料の事業主負担分の軽減に転換したものと説明されている<sup>12)</sup>。

#### (ii) 非被用者に関する医療保険料

非被用者分の医療保険料は、事業所得額に対して賦課される。保険料率は、職業や事業所得額により異なり、累進的に設定されている（表2）。

#### (iii) 補助的医療保険料(かつて被扶養者であった者の医療保険料)

普遍的医療保護制度（PUMa）の創設により、被扶養者の範囲が18歳未満の子どもに限定されたことで、それまで被扶養者とされていたその

他の扶養家族についても、所得に応じて保険料負担が生じるようになった。その保険料は、補助的医療保険料（CSM）と呼ばれ、①フランス国内で職業活動を行っているか、または、フランス国内に合法的かつ安定的に居住していること、②稼働所得が社会保障上限額（PASS）<sup>13)</sup>の10%未満であること、③資産所得がPASSの25%を超えること、という3つの条件をすべて満たした場合に負担するものとされている。

CSMの保険料率は、以下の通り、稼働所得がPASSの5%未満の場合と5%以上10%未満の場合とで異なる<sup>14)</sup>。

5%未満の場合：

$$\text{保険料額} = 8\% \times (\text{賦課対象額} - \text{PASSの25\%})$$

5%以上10%未満の場合：

$$\text{保険料額} = 8\% \times (\text{賦課対象額} - \text{PASSの25\%}) \times 2 \times \{1 - (\text{稼働所得} / \text{PASSの10\%})\}$$

#### ②一般社会拠出金（CSG）

1990年代以降、医療保険財政の医療保険料から租税への代替化が進んだが、それを象徴するのが、1991年に導入された一般社会拠出金（CSG）である。CSGは、賦課ベースを稼働所得以外の代替所得や資産所得、投資益などにも広げることで、より公平な社会保障財源として拡大されてきている（表3）。

#### ③その他の租税

その他にも、さまざまな租税や拠出金などが医療保険財源に充当されている。例えば、医薬

表2 非被用者の保険料率

職業	事業所得額	保険料率
自由業（profession libérale）	PASSの110%未満	1.5%～6.5%
	PASSの110%以上	6.5%
その他の自営業	PASSの40%未満	0%～3.16%
	PASSの40%以上110%未満	3.16%～6.35%
	PASSの110%以上500%未満	6.35%
	PASSの500%以上	6.5%

出所：健康保険組合連合会（2019）による。

表3 CSGの税率

所得の種類		基本税率	低所得者への軽減税率
稼働所得		9.2	—
代替年金	失業手当、傷病手当金等	6.2	3.8
	老齢年金、拠出制障害年金等	8.3	3.8
資産所得		9.9	—
投資益		9.9	—
くじでの獲得金		8.6	—
カジノでの獲得金		11.2	—

出所：健康保険組合連合会（2019）による。

品卸売企業負担金（contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques）、医薬品調合企業負担金（contribution des entreprises de preparation de médicaments）、医療製品製造・輸入・配給企業負担金（contribution à la charge des entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution de produits de santé）、アルコール飲料税（cotisation sur les boissons alcooliques）、たばこ消費税（droits de consommation sur le tabac）などがある。

## （2）特別制度

特別制度は、パリ市交通公社（RATP）、フランス国鉄（SNCF）、船員、電気ガス事業（industries électriques et gazières）等、各職業部門に特有の制度として存在している。もっとも、前述の鉱山労働者制度のように特別制度も一般制度に統合されていく傾向がある。

給付内容や保険料水準は制度によって異なる。医療保険の給付についていえば、まず、現物給付に関しては、一部の特別制度では、医師選択の自由が制限される代わりに、医療を無償で受けることができる。

現金給付については、一部の特別制度では、賃金保障の理念に基づき、労働不能の加入者に対して、一定期間、賃金ないし俸給の支払いを継続する。例えば、フランス国鉄の制度では、最初の6か月間は賃金の全額が、次の6か月間

は賃金の半額が保障され、長期疾病<sup>15)</sup>（ALD）の場合には、扶養家族等の状況によって異なるが、賃金の全部または一部が5年間保障される。電気・ガス事業職員の制度では、賃金全額の保障された病気休暇が1年間あり、ALDの場合には3年間は賃金全額が、さらに2年間は賃金の半額が保障される。

## （3）農業制度

農業制度には、農業経営者と農業被用者が加入する。農業制度の存在理由は、歴史的沿革と、農業界とそこでの問題の特殊性に求められている<sup>16)</sup>。

まず、農業被用者については、所得や労働時間に関する適用基準は存在しない。農業分野で被用者として働いていれば、農業制度の対象となる。

医療保険に関して、農業被用者は、保険者が農業社会共済金庫になるほかは、一般制度と同内容の保障を享受する。したがって、現金給付についても同様である。農業被用者の保険料は、一般制度と同じく、農業被用者に支払われる報酬額に対して賦課される。全額事業主負担で、被用者負担分は存在しない。

農業経営者については、前述のAMEXAが管轄する。もっとも、現在ではAMEXAと一般制度との相違は小さくなっている。医療保険の給付については、AMEXAでは現物給付のみを行っており、その内容は基本的に一般制度

と異なる。言い換えれば、AMEXAは現金給付を行っていない。ただし、出産保険では、農業経営女性のための現金給付として、代替手当 (allocation de remplacement) というものがある (農業法典L.732-10条からL.732-14条)。代替手当は、実際に妊娠出産した農業経営女性が他の者に交替されたときに限り、最低2週間から最長16週間まで支払われる。妊娠疾患の場合または多胎妊娠の場合には期間の延長 (prolongation) が認められる。これは、妊娠出産のため就業できない農業経営女性の代わりに、専門の団体が紹介する被用者を一時的に雇用するための費用を支給する給付であるといえる<sup>17)</sup>。

AMEXAの保険料率は、主たる経営者の場合には1.5%から6.5%、副次的な経営者の場合には7.48%であり、これにCSGが加わる。農業を手伝う家族については、成人の場合には経営者の3分の2、未成年者の場合には3分の1である。

### 3. 一般制度における傷病手当金制度の概要

#### (1) 受給権者

傷病手当金は、傷病により職業活動を停止したために生じた賃金の喪失を補填することを目的とする給付である。傷病により職業活動を停止した被保険者本人が受給権者であり、被扶養者には受給権は認められない。

#### (2) 支給要件

##### 1) 事前の職業活動

被保険者は、労働の停止前に、一定程度の職業活動に従事していなければならない。その程度は、労働の停止後の期間の長さにより異なる。

最初の6か月間については、直近の6か月間に、時間当たり全業種一律スライド制最低賃金 (SMIC horaire) の1.015倍に相当する賃金額に賦課される保険料を拠出しているか、または、直近の3か月間もしくは90日間に150時間の賃金労働もしくはそれと同視される活動に従事し

ていることが必要である。

6か月後の期間については、まず、労働停止の12か月以前から一般制度に加入 (登録) していることが必要である。その上で、直近の12か月間に時間当たり全業種一律スライド制最低賃金の2,030倍に相当する賃金額に賦課される保険料を拠出しているか、または、直近の12か月間もしくは365日間に600時間以上の賃金労働もしくはそれと同視される活動に従事していることが必要である。

#### 2) 医師の診断書の提出

被保険者は、労働停止から2日間以内に、医師の診断書 (prescription d'arrêt de travail) を医療保険金庫および事業主に提出しなければならない。医師は、診断書に労働停止を正当化する医学的理由と労働停止の期間を示さなければならない。診断書は、オンラインで作成される場合と紙媒体で作成される場合とがある。いずれの場合も、診断書の送付を受けた事業主は、保険者に傷病手当金算定の基礎資料となる賃金の証明書を送付しなければならない。

#### 3) 許される活動

被保険者が医師から労働停止の期間中に行つてよい職業活動や余暇活動を示されたときは、診断書にその旨を記載してもらわなければならない。労働停止期間中に、医師の許可なく、診断書に記載のない活動を行った場合には、傷病手当金の支給が停止される。過去に問題となった事例では、労働の遂行のほか、音楽的興行への参加、スポーツ大会への出場、従業員代表としての活動などがある。

#### (3) 給付期間

傷病手当金は、労働停止から3年の期間内に、360日間で限度として支給される。ただし、最初の3日間は待期間 (délai de carence) とされ、労働停止の第4日目から支給される。待期間を設ける趣旨は、労働者の怠惰による欠勤 (absentéisme) を防ぐためである<sup>18)</sup>。長期

疾病（ALD）の場合には、待期期間は最初の労働停止のときにのみ設けられる<sup>19)</sup>。

なお、傷病手当金の請求権は、被保険者が支給要件を満たさなくなった場合でも、12か月間は維持される。

#### （４）支給額

基本額は、基礎賃金日額（gain journalier de base）の50%である。

月給制の場合、基礎賃金日額は、労働停止前3か月間に支払われた額の91.25分の1の額となる。考慮される賃金額は、労働停止の日の属する月の前月の末日時点での月当たり全業種一律スライド制最低賃金（SMIC mensuel）の1.8倍の額が限度となる<sup>20)</sup>。

3人以上の子を扶養する場合には、労働停止の第31日目から、基礎賃金日額の3分の2の額に引き上げられる。

#### （５）併給等

傷病手当金は、他の疾病・出産保険の現金給付と併給されない。有給休暇（congés payés）の取得中に傷病に罹患した場合には、有給休暇との併給は認められる。

事業主が賃金の全部または一部を支払う場合にも、傷病手当金は停止されない。事業主が賃金の全額または傷病手当金と同額まで支払う場合には、事業主は被保険者に代位して傷病手当金の受給権を取得する。

傷病手当金には、社会保険料は賦課されないが、一般社会拠出金（CSG）と社会保障債務返済税（CRDS）は賦課される。また、所得税も賦課される。ただし、6か月間を超えて傷病手当金が支給される場合には、所得税は賦課されない。

#### （６）傷病手当金に関する監督

傷病手当金の支給の可否は、医学的見地から労働停止の必要性を判断する医師の判断にかかるが、不正受給を防ぐため、保険者にも一定の監督権限が認められる。例えば、医師が労働停止を過剰に出していると疑われる場合には、最大で6か月間、傷病手当金の支給を保険者の医療監視部門が事前に同意した場合に限定することができる。

## II. 医療保険給付における傷病手当金の位置づけ

### 1. 傷病手当金の支給状況

まず、傷病手当金の支給状況について見ておこう。

傷病手当金は、毎年 of 社会保障財政法で定められる医療保険支出全国目標（ONDAM）の下位区分のうち、開業医療（soins de ville）の項目の中に含まれている（表4）。

2020年6月の社会保障会計委員会の報告書によると、傷病手当金は、2011年に伸び率が鈍化

表4 2019年の医療保険支出全国目標（ONDAM）（単位：10億ユーロ）

	2020年社会保障財政法による 修正後の2019年目標額	2019年実績額
ONDAM総額	200.4	200.3
開業医療	91.4	91.4
医療施設（病院）	82.6	82.5
医療社会施設	21.0	20.9
地方介入基金（FIV）関連経費	3.5	3.5
その他の費用負担	2.0	1.9

出所：Commission des comptes de la sécurité sociale (2020), p.70の表をもとに筆者作成。

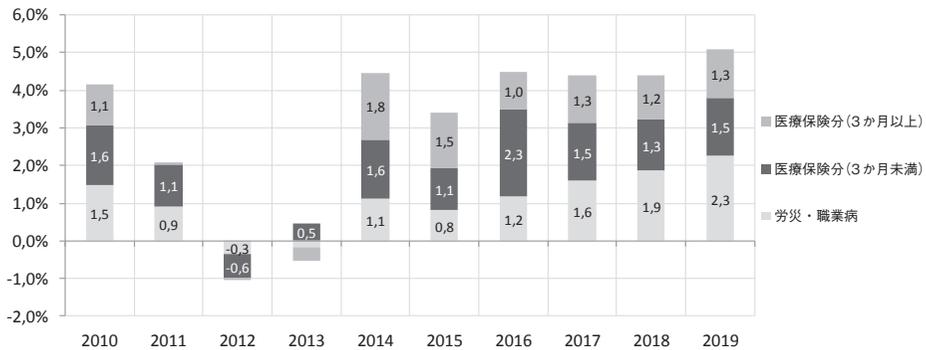
し、2012年にマイナスを記録した（図1）。これは、後述の通り、傷病手当金の支給抑制のため、上限額を引き下げるなどした効果であると思われる。しかし、その後、2013年に微増した後、2014年以降は再び対前年比3～4%台で増加を続けてきた。2019年には、対前年比の伸び率は5.1%に増え、開業医療の費用全体の14.9%を占めている。これは労災分を含む数値であるが、医療保険分だけでも4%の増加、開業医療

費全体の10.4%になる（表5）。

なお、医療保険分を3か月未満の短期と3か月以上の長期とに分けてみると、前者が46億4,700万ユーロ、後者が32億6,800万ユーロである。

このように、傷病手当金は、年々給付額が増大しているとはいえ、医療保険給付全体の中では、必ずしも大きな部分を占めているわけではない。

図1 傷病手当金の伸びの内訳



出所：Commission des comptes de la sécurité sociale (2020), p.80

表5 開業医療給付の伸び

	2018年	2019年	伸び	構成割合
開業医療全体	74320	76211	2.5%	100%
開業医療報酬	36518	37253	2.0%	48.9%
医師等の報酬	19731	20030	1.5%	26.3%
パラメディカル報酬	10015	10418	4.0%	13.7%
ラボ検査	2905	2976	2.4%	3.9%
患者の移送	3867	3829	-1.0%	5.0%
医療用品	25800	26330	2.1%	34.5%
傷病手当金	10798	11347	5.1%	14.9%
医療分	7610	7915	4.0%	10.4%
短期（3か月未満）	4480	4647	3.7%	6.1%
長期（3か月以上）	3130	3268	4.4%	4.3%
労災分	3188	3431	7.6%	4.5%
その他	1204	1281	6.4%	1.7%

（注）一般制度のみ。2018年および2019年の金額の単位は100万ユーロ。

出所：Commission des comptes de la sécurité sociale (2020), p.76の表をもとに筆者作成。

## 2. 医療保険制度創設当初の位置づけ

傷病による休業時に、失われた賃金に代わる所得保障給付を行うことは、公的医療保険が創設された当初から、公的医療保険の主要な目的の1つであった。自らの労働力以外に生産手段を持たない賃金労働者にとって、傷病による就業不能は、まさに本人（とその家族）の生活を脅かす出来事であったからである。

1928年社会保険法は、第5条で、「被保険者が傷病になり、医学的に確認された後、労働を継続または再開することができない場合には、傷病になったときまたは事故のときから数えて第6日目から、治癒するまでまたは第4条に定める6か月間の満了まで、一労働日につき、一日の平均賃金の半額に等しい額の補償金(indemnité)を受ける権利を有する」と定めていた。1930年法では、同様の条件で「カテゴリー別の基礎賃金の半額」の補償金とされていた。

当初の公的医療保険は、医療水準がまだ不十分であった中、むしろ所得保障を行うことに意味があったといえる。Pellet (2017) は、1928 = 1930年の社会保険法について、私保険と異なる社会保険の特徴の1つとして保険料がリスクに比例するものではないことを指摘した上で、「保険されていたのはリスクではなく所得(revenu)であった」として、「医療保険は、失われた所得に比例した傷病手当金を支払うべきものであり、また同様に、現物の医療給付を保障すべきものであった。というのも、医療費用はまた、労働者にとっては、その職業所得の喪失に相当したからである」と述べている。「現物給付」も、医療サービス自体の給付ではなく、医療費の給付とされたように、医療を受けることに伴う出費の補填という性格が強かったのである。

それは戦後当初に創設された社会保障制度でも同様であった。ラロック・プランでは、ビスマルク型社会保険とベヴァリッジ型社会保険とを区別した上で、フランスの制度は「所得に比例した保険料と給付という考えに立脚する」として、前者を採る旨を明らかにしている<sup>21)</sup>。柴

田(2017)も、「1945年の社会保障制度は、給付について、ビスマルク・モデルの特徴である『賃金保険』(assurance de salaire)としての側面をもっていた。『賃金保険』とは、労働の中断から生じた喪失所得(の一部)を代替する保険を指している。したがって、医療保険の主たる役割は、傷病を理由とする一時的な労働の中断に対し、休業補償手当を支給することだった」と指摘する。実際、「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が占めており、医療保障費が支出の大部分を占めるようになったのは1970年代以降のこと」であった<sup>22)</sup>。

しかし、当初は「代替所得の保障を中心としていた」医療保険制度も、その後、医学の発達によって医療水準が上昇していく中で、医療サービスの保障へとその比重を移していくことになる。この変化について、柴田(2017)は、次のように分析している。「医療保険の役割は賃金保険から次第に『医療保障保険』(assurance de santé)へと変わっていく……。このことは、医療保険のカバーするリスクの性質が変わることを意味する。つまり、医療保険は、被保険者の所得に応じて支給される給付を保障するのではなく、被保険者の医療の必要性に応じて支給される給付を保障するようになっていったのである」<sup>23)</sup>。

## 3. 今日における位置づけ

もっとも、医療保険の費用の大部分が医療サービスに関する現物給付に移った今日においても、医療保険が所得代替給付を行うことの意味は失われたわけではない。

Chauchardは、「現物給付と現金給付は、一般制度の社会保険の枠組みにおいて保障される様々なリスクに共通する二大給付カテゴリーである」と述べている<sup>24)</sup>。また、Kessler(2017)も、「社会保険としての医療保険は、二重の役割(double rôle)を果たしている」として、現金給付について、「医療保険は、一定程度、代替所得によって、傷病のために働くことができ

ない被保険者の被った賃金または所得の喪失を補う。医療保険は、『比例原則』に属する、すなわち、支払われた保険料と認められた現金給付との間で、厳密な意味で比例的ではないとしても、比較的密接な関係を有する現金給付を支給する」と述べている<sup>25)</sup>。その他の代表的な教科書も、同様の理解を示している。

Fouchard-Tessier et Martinel (2012) は、傷病手当金の歴史を、支給要件の厳格化と被保険者に対する統制の強化の歴史であるとする。

2011年には、政府は、財政危機という状況を背景に、不正受給対策の強化や待期間の拡大等を企図した。これらの改革は、議会の反対にあって断念されたが、代わりに傷病手当金の最高限度額が引き下げられた。

上述の通り、傷病手当金の支給要件は社会保障法典で定められているが、傷病者たる被保険者の権利義務については、当初、初級医療保険金庫 (CPAM) が定め監督官庁が認可する内部規則<sup>26)</sup> (règlements intérieurs) で明確化されていた。2004年8月13日法律による医療保険制度改革において、それまでCPAMの内部規則で明示されていた傷病被保険者の権利義務に関する定めの一部が、社会保障法典L.323-6条として法定化された。同条で法定化されたのは、特に、医師の指示を遵守する義務、医療部局の監督に服する義務、外出時間を遵守する義務、許可されていない活動を自制する義務であった。その立法趣旨は、不正受給対策という観点から、かかる特別な規制に法的な基礎を与えることにあった。

他方で、Fouchard-Tessier et Martinelは、「傷病手当金は、1945年オルドナンスで認められた社会的既得権 (acquis sociaux) の1つであり、現物給付とともに、医療保険のしくみの2つの柱の1つをなすものである」として、傷病手当金の制度を基礎づける理念 (idée) が「賃金の喪失を職業連帯 (solidarité professionnelle) によって補償すること」にあると述べている。そして、「疾病は実際、被用者にその職業活動の停止を強いるものである。被用者は、治療を必

要とさせる身体的損害 (atteinte physique) を被るだけでなく、所得の喪失と結びついた財産的損害 (préjudice financier) もまた被る。それゆえ、医療保険の目的は、このような財産的損失を部分的に補償することにもあるのである」と述べている。

#### 4. 医療保険料の租税代替化と傷病手当金

前述の通り、フランスでは社会保障財源の保険料から租税への代替化の動きが進んでおり、医療保険制度でも同様である<sup>27)</sup>。

医療保険料の被用者負担分が一般社会拠出金 (CSG) に代替化されていく中で、1998年以降、被用者負担分として0.75%分が残されていたが、これは「被用者のみが受給する傷病および出産による休業補償手当 (わが国の傷病手当金と出産手当金に相当する) の財源」であると説明されていた<sup>28)</sup>。

フランスでは、租税代替化に関する議論を通じて、「稼働所得を補完することを目的とした給付であるか否かに応じて、給付の類型を2つに峻別して社会保障財源を考える」、「稼働所得を補完することを目的とした給付 (拠出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賄うのが適当であり、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」とする考え方が広まっていった。その意味では、医療保険給付のうち、医療サービス給付 (現物給付) については医療保険料からCSGに代替化し、所得代替給付 (傷病手当金) は医療保険料で賄う、というのは、一応、論理的な対応策であったといえる<sup>29)</sup>。

しかしながら、前述の通り、2018年社会保障財政法で、CSGのポイントを引き上げる代わりに、医療保険料の被用者負担分は廃止された<sup>30)</sup>。同法案についての政府の説明<sup>31)</sup>によると、この改革は「稼働年齢層 (actifs) に購買力を与えるため」である。医療保険料が廃止される

代わりにCSGが引き上げられるが、同時に失業保険料の被用者負担分も廃止されるので、結果的には被用者の負担は軽くなる、と説明された。マクロン大統領の強い意向を受けたこの「稼働年齢層に購買力を与える」という政策の前に、上述の二分論は対抗できなかった。

なお、同法の憲法院への付託では、同法の当該部分について、改革の恩恵を受ける被用者に対して、年金受給者等については被用者負担分の廃止の恩恵を受けないのにCSGが引き上げられるので、公の負担の前の平等に反するなどとする主張がなされたが、憲法院は、状況が異なるなどとして、憲法違反の訴えを退けた<sup>32)</sup>。

## 5. 一般制度以外での代替所得保障

フランスでは、一般制度以外の制度でも、傷病による休業時の所得保障給付を行っている例が見られる。前述の通り、農業制度においては、農業経営者には傷病手当金はないが、農業被用者は一般制度の被用者と同内容の保障を享受する。特別制度の中には、一定期間、賃金の支払いが継続されるものがある。

自営業者については、2018年社会保障財政法によって独立労働者制度（RSI）が一般制度に統合される以前から、すべての自営業者に共通の基礎給付（prestations de base）の1つとして、女性自営業者または女性の協働配偶者（conjointes collaboratrices）のための現金給付が行われていた。また、一部の職種について行われる補足的給付（prestations supplémentaires）の1つとして、職人については1995年7月から、商人については2000年1月から、傷病手当金（indemnités journalières）の支給が行われていた。さらに、職人・商人の協働配偶者については、追加的な保険料の支払いにより、2015年1月から、傷病手当金が支給されていた。自由業の者については、基本的に傷病手当金はないが、医療専門職（professions médicales et paramédicales）や会計士（experts-comptables）のような例外もある。

日本では、傷病手当金が健康保険や共済組合

でのみ法定給付化され、国民健康保険や後期高齢者医療では任意給付とされていること、また、一部の国民健康保険組合以外では傷病手当金の支給が行われていない。国民皆保険の受け皿となる地域保険として国民健康保険（と後期高齢者医療）が多様な被保険者を包括していることが、傷病手当金の制度設計を難しくしている一因であろう。その結果、被用者保険の適用除外により国保等に加入している短時間労働者等の被用者や、国保組合が組織されていない業種の自営業者などには、傷病時の所得保障給付が存在していない。このことと比べると、フランスでは基本的に職域を基礎として社会保障制度が創設されているので、日本よりも広く傷病時の代替所得保障給付が行われているとみることができるだろう。

## まとめ

職域を基礎として制度化されてきたフランスの公的医療保険制度においては、制度の創設当初から、保険給付として、医療サービスの費用を保障する現物給付と、傷病による休業時の代替所得を保障する現金給付が行われてきた。当初は、医療水準が必ずしも高くなかったこともあって、公的医療保険は所得保険としての性格が強く、給付費用の内訳も代替所得給付である傷病手当金の比率が高かったが、医療水準が上昇し、医療サービスの内容が充実してくる中で、現物給付の重要性が高まっていった。そのような経過を経て、こんにち、公的医療保険給付に占める現金給付の割合は1割程度と、公的医療保険制度の中で周縁的な存在になっているように見える。しかしながら、このことは、近年の傷病手当金の受給の増加や国・保険者によるその統制・抑制の強化からも窺えるように、現金給付の必要性が薄れていることを意味するものではない。むしろ、主に商工業被用者を対象とする一般制度以外の制度でも、傷病による休業時の所得保障給付が設けられているように、その必要性は労働力を唯一の資本とする賃金労働

者だけにとどまらず、かつては自らの計算で傷病による休業リスクにも備えるべきものと考えられてきた自営業者等にも認められるようになってきている。

フランスでは、徐々にではあるが、公的医療保険についての一般制度への統合が進んでいる。このような普遍化の動きは、必ずしも職業との関連性を有せず、国民連帯の論理に基づき、必要性の程度に応じて給付がなされるべき医療給付（現物給付）だけにとどまらず、従来、休業前の所得水準との関連において捉えられてきた所得代替給付（現金給付）にどのような影響を及ぼすのだろうか。その財源負担のあり方を含め、所得代替給付が今後どのような展開を見せていくのかについては、引き続き注視していく必要がある。

## 注

- 1) Borgetto et Lafore (2019), p.25.
- 2) 農業被用者も、1928年法では商工業被用者と同視されていたが、1930年法では別制度によることになり、農業社会共済 (MSA) が管理することになった。Borgetto et Lafore (2019), p.1024.
- 3) P. Laroque, Le plan français de sécurité sociale, RFAS, 1946 n°1, p.9 et s.
- 4) 農業経営者、農業被用者ともにMSAが管理する。
- 5) CPAMは医療保険以外の任務として、労災職業病の認定申請の審理、障害年金の支給、予防等の活動も行っている。
- 6) なお、地方レベルでは、地方老齢年金・職業安全金庫 (CARSAT) およびイル・ド・フランス地方医療金庫 (CRAMIF) が、医療保険に関する任務として、労災予防や労災保険料の算定、医療保険の社会サービスの任務を行っている。
- 7) PACSとは、同性・異性を問わず、共同生活を営む2人の者の間で維持される契約である。民事上の法律関係のほか、税制や社会保障など、さまざまな法的効果を生じる。
- 8) 以前は社会保障法典L.321-1条で定められていたが、2016年社会保障財政法による改正で改められた。
- 9) ただし、アルザス・ロレーヌ地域では、1.50%の追加的な被用者負担分がある。
- 10) 法人税または所得税の課税対象である企業が受けることができ、全業種一律スライド制最低賃金 (SMIC) の2.5倍以下の報酬額全体が適用対象となる。
- 11) 給与税とは、付加価値税 (TVA) の課税対象となっていない企業が従業員に対して支払った給与に適用される税である。
- 12) Borgetto et Lafore (2019), p.874.
- 13) 毎年デクレで定められ、現在では老齢保険料の賦課限度額などに用いられている。2020年1月1日現在では年額41.136ユーロとされている。
- 14) CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DSS/5B/2017/322 du 15 novembre 2017 relative à la cotisation subsidiaire maladie prévue à l'article L.380-2 du code de la sécurité sociale.
- 15) 長期疾病とは、長期間にわたって高額の治療を受けることが必要な疾病として、社会保障法典にリスト化されているものであり、長期疾病の患者にはさまざまな負担軽減策が設けられている。
- 16) Borgetto et Lefore (2019), p.1024. 農業制度の根拠規定は、農業法典で定められている。
- 17) 2019年社会保障財政法で一部改正され、代替者が見つからないときは、農業経営女性には、自ら直接人を雇用するか、あるいは、個人の農業経営者 (cheffe d'exploitation) か農事会社 (entreprise agricole) の長である場合には、定額の日額補償金 (indemnités journalières forfaitaires) を請求するかの、いずれかができるようになった。また、代替手当には、以前は一般社会拠出金 (CSG) と社会保障債務返済税 (CRDS) が賦課されていたが、今後はいずれも賦課されないことになった。
- 18) Borgetto et Lafore (2019), p.515.
- 19) したがって、労働再開後に再び労働停止となったときは、待期間はおかれない。
- 20) 2020年度の金額では、SMIC月額が1,539.42ユーロなので、その1.8倍の2,770.95ユーロが上限となる。よって、これを3倍して91.25で割った91.10ユーロが基礎賃金日額の上限となる。
- 21) Pellet (2017), p.67.
- 22) 柴田 (2019) 8頁。
- 23) 柴田 (2017) 8頁。
- 24) Chauchard et al. (2018), p.346.

- 25) Kessler (2017), p.255.
- 26) この内部規則のひな型 (modèle type) は、1947年6月9日アレテで定められていた。
- 27) 租税代替化については、柴田(2017)を参照。
- 28) 柴田(2017) 15頁。
- 29) ただし、保険料には上限額がないが、傷病手当金には上限額がある。その限りでは、対応関係は必ずしも一貫しているわけではなかった。柴田(2017) 22頁。
- 30) 同時に失業保険料も廃止された。失業保険制度は一般制度外で労使合意に基づいて行われている。なお、CSGの引き上げに関しては、最終的に、失業手当と傷病手当金、低所得者の老齢・障害年金等は対象外とされた。
- 31) Extrait du compte rendu Conseil des ministres du 11 octobre 2017.
- 32) Décision n° 2017-756 DC du 21 décembre 2017.

#### 参考文献

- 稲森公嘉(2015)「フランスの医療保険における現金給付」『健保連海外医療保障』No.105 健康保険組合連合会
- 加藤智章(1995)『医療保険と年金保険—フランス社会保障制度における自律と平等』北海道大学図書刊行会
- 健康保険組合連合会(2019)『公的医療保険における適用対象範囲に関する国際比較レポート』
- 柴田洋二郎(2017)「フランスの医療保険財源の租税化」『JRIレビュー2017』Vol.9, No.48 日本総研
- 藤井良治・塩野谷祐一編(1999)『先進諸国の社会保障6 フランス』東京大学出版会
- フランス医療保障制度に関する研究会編(2019)『フランス医療保障制度に関する調査研究報告書2018年度版』医療経済研究機構
- Edith Bocquaire, Nadine Charles et Roger Millot, *Pratique de l'assurance santé*, 4<sup>e</sup> éd., L'Argus Editions, 2017.
- Michel Borgetto et Robert Lafore, *Droit de la sécurité sociale*, 19<sup>e</sup> éd., Dalloz, 2019.
- Sabine Carty, *JurisClasseur Protection sociale Traité Fasc. 431: Régime général: Assurance maladie-maternité. – Assurance maladie. – Prestations en espèces.* (Date de la dernière mise à jour: 17 mars 2017)
- Jaen-Pierre Chauchard, Jean-Yves Kerbourc'h et Christophe Willmann, *Droit de la sécurité sociale*, 8<sup>e</sup> éd., LGDJ, 2018.
- Commission des comptes de la sécurité sociale, *Les comptes de la sécurité sociale, rapport*, juin 2020.
- Paul Durand, *La politique contemporaine de sécurité sociale*, Dalloz, 1953.
- Béatrice Fouchard-Tessier et Agnès Martinel, *Indemnités journalières de l'assurance maladie - Les derniers évolutions de la jurisprudence de la Cour de cassation*, Dr. Soc., 2012, p.291 et s.
- Emeric Jeansen, *Droit de la protection sociale*, 3<sup>e</sup> éd., LexisNexis, 2018.
- Francis Kessler, *Droit de la protection sociale*, 6<sup>e</sup> éd., Dalloz, 2017.
- Valérie Lacoste-Mary, *Les conditions d'attribution des indemnités journalières: état des lieux*, RDSS n° 4/2011, p.692 et s.
- Patrick Morvan, *Droit de la protection sociale*, 8<sup>e</sup> éd., LexisNexis, 2017.
- Rémi Pellet et Arnaud Skrzyerbak, *Droit de la protection sociale*, PUF, 2017.

## 特集：現金給付の位置づけについて

## イギリスの社会保障制度における現金給付

山口大学准教授

田畑 雄紀

Tabata Yuki

医療保障制度では、多くの国で現物給付が主体となっている。社会生活ができなくなるほどの疾病などになった場合、健康回復は必要不可欠となるため、医療サービスの現物給付が行われるのは当然のことである。しかし、多くの疾病やケガを回復させられるほどに、医療技術が発達した現代においても、現金給付の制度も残っている。イギリスにおいて、医療サービスの現物給付は、税を財源としたNHSで行われているが、現金給付は国民保険制度や税を財源とした扶助制度で行われ、現物と現金の給付が異なる制度によって実施されている。本稿では、そうした違いが生じた経緯をふまえ、今なお必要とされている現金給付の意義を改めて整理していく。

## I. はじめに

福祉の先進国とも称されることがあるイギリスの社会保障制度としては、特徴的な医療保障制度である国民保健サービス（National Health Service = NHS）が知られている。しかし、現金給付の所得保障のサービスについては、NHSほど知られていないのではなかろうか。イギリスの年金をはじめとする現金給付は、主に国民保険（National Insurance）によって実施されている。しかし、その保険料の拠出を必要としない税を財源とする現金給付も存在し、複雑な仕組みとなっている。

現在の国民保険制度は、1946年に成立した国民保険法（National Insurance Act 1946）によって実施に至っているが、イギリスの福祉制度は歴史が古く、弱者を救済する制度の起源となる仕組みは、1010年に存在していた。それは国王の命で教会が貧困者への給付を行うものであった。その後のエリザベス救貧法、スピーナムラ

ンド制、新救貧法など様々な制度を経て、1911年のイギリスで最初の社会保険制度である国民保険制度<sup>1)</sup>へとつながっていく。その後の第二次世界大戦後の国民保険制度をはじめとする、イギリスの社会保障制度に大きく影響を及ぼしたものが、『ベヴァリッジ報告（*Social Insurance and Allied Services*）』である<sup>2)</sup>。戦後の福祉国家のあり方を決定づけたと言っても過言ではない『ベヴァリッジ報告』は、NHSの設立にも大きな影響を及ぼしている。『ベヴァリッジ報告』は、第二次世界大戦中の1942年に刊行されたが、敵国の書物が手に入らなかった日本においても読まれたほどであった。戦後の福祉国家を具体的に明示したこの報告は、『ベヴァリッジ報告』以前と以降で社会保障制度のあり方を大きく変えたといえる。その影響を受けた戦後のイギリスの国民保険制度では、様々な定額の現金給付が行われている。

病気にかかったりケガを負ったりした際、医療機関で受ける医療サービスは、患者の支払い

能力によって決まるのではなく、医師の診断によって決まる。医療サービスには、低所得者だからといって、低所得者なりの医療サービスの受け方があるわけではないことから、医療費は低所得者になる程、大きな負担となる。さらに、病気やケガなどで仕事を休まないといけなくなる場合、収入が途絶えるため、通常の生活を維持できなくなることも多く、病気やケガは収入の中断と医療費の負担という、特別の出費を生じさせる「二重の困難」を家族にもたらすことになる<sup>3)</sup>。そこで生まれる貧困は、さらなる不健康の原因となる病気を招くことにもつながる。医療保障制度は医療サービスの現物給付と現金給付により、そうした疾病と貧困の悪循環に対抗しているのである。

本稿では、イギリスで実施されている現金給付をはじめとする所得保障制度と無料で医療サービスを給付する制度について、現在の制度に至る歴史的経緯などもふまえて、現代社会における現金給付の意義を整理する。その上で、医療保障制度と関わりが深い現金給付について考察を加え、世界的に現物給付が主体となっている医療保障制度において、今なお現金給付制度が存在する意義を確認する。

まずは、現在のイギリスの医療保障制度であるNHSと、現金給付の制度である国民保険の概要をみていく。

## II. 現在のイギリスの社会保障制度

### 1. NHSの概要

NHSは、1946年に制定された国民保健サービス法（NHS法：National Health Service Act 1946）に基づき1948年に創設された。そしてその制度の基本的な特徴は、今日まで変わっていない。

NHSの特徴とは、保健医療サービスの供給が国の責任で行われ、その費用の大部分（8割強）が国の一般財源により賄われることがあげられる。そして税を財源としていることから、すべての国民に対して医療サービスを原則無料

で提供していることも大きな特徴である。ここでいう医療とは、治療や検査といった診療行為だけでなく、予防やリハビリテーションサービスも含めた包括的医療サービスを指す。ただし、日本のような医療機関へのフリーアクセスはなく、すべての国民はかかりつけの診療所を登録し、病気などで診察が必要な際には、まずその診療所を受診する（一次医療）。そして手術や検査などの高度な治療が必要であれば、専門医による治療が行われる病院を診療所のかかりつけ医が紹介する（二次医療）。

ただし、かかりつけの診療所で診察をしてもらうにあたり、予約が必要となっており、すぐに診てもらうことはできない。治療までの待機期間があることが短所としてあげられる。これは手術などの病院医療で顕著にあらわれ、数か月から1年単位の待機期間がある場合もある。

これらの問題の根源にはNHSの財源不足があった。そのため、NHSは2000年代から継続的に改革を行っている。政権によって行われた改革に違いはあるものの、その時の社会情勢に合わせた様々な改革が行われてきた。治療までの待機期間や医師の置かれている環境、医療サービスの供給を行う組織体系なども大胆に改められることもあったが、創設当初の基本理念は守りつつ、現代に合わせた医療サービスを提供する体制を作り上げている。

このような特徴を持つNHSの基本理念は、1942年に刊行された『ベヴァリッジ報告』の影響を受けている。『ベヴァリッジ報告』は、医療のみならず、イギリスの戦後の包括的な社会保障制度改革の指針となった。この報告では、医療サービスは社会保障計画の前提条件に位置づけられており、疾病による労働不能状態を回復するための措置として、国民全体への疾病予防、治療、保健サービスおよびリハビリテーションサービスの提供の必要性が説かれた。そして、医療サービスを必要とする状況になった場合は、また費用の拠出を条件とせずに、いつでも住民に無料の医療サービスを提供するという考え方は、現在でも基本的には変わっていない。

## 2. 国民保険と現金給付

### (1) 国民保険の概要

イギリスの現在の所得保障制度は、1946年に成立、1948年に施行された国民保険法が基となっている。その後、1986年に社会保障法が制定された。その中には、すべての国民が単一制度に加入し保険料の拠出を前提とする国民保険制度と、無拠出の給付制度があり、傷病や出産を対象とする医療関連の給付が含まれる。拠出額と給付額については、保険財政の状況や物価の変動等に応じて、毎年4月に改定されている。

国民保険制度では、イギリスに居住する16歳を超えるすべての国民が被保険者になる。ただし、下限所得(2020年度においては183.01ポンド)未満の被用者や学生はこの限りではない。被保険者は就業形態や所得の状態に応じて、Class 1からClass 4までの4種類に分けられている。各Classの保険料率(額)を整理したものが表1である。Class 1は被用者、Class 2は定額負担をする自営業者、Class 3は任意加入(表1の「その他」に該当)、Class 4は所得比例の保険料を支払う所得のある自営業の被保険者となっている。Class 1の被保険者の保険料には雇用主負担も存在する。

この国民保険料の一部はNHSに拠出されている。2018年において、NHSの財源のうち国民保険の保険料が占める割合は19.1%である<sup>4)</sup>。

### (2) 現金給付とユニバーサルクレジット

前項でも述べたが、イギリスの所得保障制度は、国民保険の保険料拠出を条件にした拠出制の給付と、税を財源とした無拠出の給付がある。それに加え、雇用主からの給付も存在する。それらの主な現金給付をまとめたものが、表2である。表2からもわかるように、失業・出産・死亡・高齢・疾病・障害、といった所得の喪失や低下を伴う様々なリスクに対し、定額の給付を行う制度となっている<sup>5)</sup>。この制度にも『ベヴァリッジ報告』の内容が影響を与えている。詳細は次章で論じるが、『ベヴァリッジ報告』では、所得保障は必要最低限のナショナル・ミニマムの水準にすべきとし、それ以上の給付には、民間保険や貯蓄といった個人の努力を促すように制度を設計していた。

様々なリスクに対応した現金給付がある反面、その給付体系は複雑になっていた。国民保険による給付、保険料の拠出と無関係の税を財源とした給付、所得要件がある給付など様々なタイプの給付があることに加え、給付対象が個人のものや世帯のものもあるなど、国民にとって分かりにくい制度となってしまうていた。そのためイギリス政府は、年金受給年齢未満の人々を対象とする諸給付制度に代わる、「ユニバーサルクレジット」を導入した。

2012年福祉改革法の中で導入が決定されたユ

表1 国民保険の保険料率(額)

2020年4月実施			
被用者	被用者	週183.01～962ポンドの所得部分につき 週962ポンドを超える所得につき	12.0% 2.0%
	雇用主	週169ポンドを超える所得部分につき	13.8%
自営業者	定額部分	年6,475～9,500ポンドの所得部分につき	£ 3.05
	比例部分	年9,501～50,000ポンドの所得部分につき	9.0%
		年50,000ポンドを超える所得部分につき	2.0%
その他(任意加入)			£15.30

出所：田畑(2019) p.294 図表1を元に、イギリス政府ホームページ(<http://www.hmrc.gov.uk/rates/nic.htm>)を参考にし、2020年4月の保険料率(額)に改定した。

ユニバーサルクレジットは、2013年4月以降、徐々に適用地域が拡大され、段階的に導入されている。この制度は国民保険の保険料拠出を受給の条件とせず、所得要件のある給付を統合したものである。

具体的には、所得補助・無拠出の求職者手当金と就労支援手当金・住宅給付・児童タックスクレジット・就労タックスクレジットが統合され、それぞれの世帯の状況によって基礎額が決定される。その基礎額に加え、障害・介護・住宅費用・児童養育などの特別の負担を考慮する付加額とで構成される。これまでのように就労と非就労とで制度を分けず、制度によって異なっていた収入に対する給付の通減率を統一するとともに、失業者にはジョブセンタープラス（公共職業安定機関）の登録を義務づけている。失業者が就労に向けた努力を怠る場合の制裁措置も強化し、就労に対するインセンティブを高めようともしており、自助努力も促進する仕組みとなっている。

2013年4月以降、イギリス政府は支給額に上限を設けている。その上限は、住宅給付もしくはユニバーサルクレジットを受けている場合、児童給付・介護者手当金・求職者手当金などの給付総額に適用される。上限額については、グレーター・ロンドンに住んでいるか、それ以外の地域に住んでいるのか、世帯の構成員などで変わってくる。

### （3）医療に関する現金給付

ここでは、数あるイギリスの現金給付の中でも、医療に関連するものを紹介していく<sup>6)</sup>。それぞれの給付額は2020年4月時点のものである。

#### 1) 就労支援手当金（Employment and Support Allowance）

一定の所得以下の者（下記の法定傷病手当金

表2 国民保険などの定額給付（週額）

(単位 ポンド)		2020年4月実施
国民保険給付		
求職者手当金		74.35
就労支援手当金		
アセスメント期		74.35
アセスメント後		74.35
支援加算		39.20
就労活動加算		29.55
出産手当金		
賃金の90%または右の額の少ない方		151.20
寡婦寡夫給付	寡婦寡夫支援給付金 (2017年4月6日以降) 母子・父子手当金 (2017年4月5日までの適用者)	2,500.00
	児童加算	11.35
	寡婦寡夫手当金	121.95
退職年金（旧制度）	単身	134.25
(基礎年金)	夫婦	214.70
	児童加算	11.35
	(80歳以上加算)	0.25
新国民年金 (2016年4月以降に年金受給年齢に達した者)		175.20
雇用主給付制度		
法定傷病手当金（SSP）		95.85
法定出産手当金（SMP）		
賃金の90%（最初の6週間）		
賃金の90%または右の額の少ない方 (7週目以降)		151.20
無拠出給付		
保護者手当金		17.90
無拠出退職年金		80.45
付添手当金	1級	89.15
	2級	59.70
障害者生活手当金		
付添手当部分	1級	89.15
	2級	59.70
	3級	23.60
移動手当部分	1級	62.25
	2級	23.60
介護者手当金		67.25
児童給付		
第1子		21.05
その他の児童		13.95

出所：田畑(2019) p.295を元に、Child Poverty Action Group(2020)を参照し、2020年4月の給付額に改定。

の受給資格のない者)で、病気で働けない場合、7日間の待機期間の後、原則として13週間は、就労に向けた面接（心身の状態についての審査を含む）を受けることを条件に、25歳以下は週58.90ポンド、25歳以上は週74.35ポンドの就労支援手当金が雇用年金省から支払われる。この

期間をアセスメント期間という。

14週目以降は、その状態が続く限り年齢にかかわらず（年金受給年齢まで）は、13週目までに就労可能と判断された場合は就労に向けた活動を行うことを条件に、就労支援手当金（週額74.35ポンド）に加えて、週29.55ポンドの就労活動加算が支払われる（2017年4月以降廃止）。

13週目までに就労が困難と判断された場合には、就職困難な者への支援を手厚くするために就労支援手当金（週額74.35ポンド）に加えて、週39.20ポンドの支援加算が支払われる。

## 2) 法定傷病手当金 (Statutory Sick Pay = SSP)

保険料が賦課される下限所得金額を上回る所得のある被用者が対象となる。病気で4日間以上働けない場合（3日間は待機期間）、最長で28週間を限度として、雇用主が支払う法定傷病手当金を受けとれる。これは国民保険からの給付ではないが、就労支援手当金に代えて支払われるものであり、大多数の被用者が該当する。支給金額は週95.85ポンドである。

## 3) 出産手当金 (Maternity Allowance)

出産手当金は一定以上の所得がある被用者、または自営業者が出産する場合には、国民保険から39週間にわたって支払われる。支給金額は賃金の90%か、週151.20ポンドのうち、少ない方の額とされている。また、配偶者が出産に備えて一緒に仕事を休む際、14週間を限度に週27ポンドが配偶者に支給される。

## 4) 法定出産手当金 (Statutory Maternity Pay)

6か月以上同一の雇用主のもとで働いた女性には、国民保険の出産手当金のかわりに39週間にわたり雇用主から支払われる。支給金額は6週間までは賃金の90%、7週目以降は賃金の90%か週151.20ポンドのうち少ない額となっている。

## Ⅲ. イギリス社会保障制度の歴史的展開

社会保障制度は、人々の生活を脅かすリスクの中でも、個人の努力では対処しきれないものに対して、国をはじめとした社会で支える仕組みである。どのようなリスクが問題となるのかは、時代に応じて変わっていくこともあるが、多くの場合収入の減少や喪失、日常生活の妨げとなる加齢・疾病・事故・解雇・倒産が挙げられ、それらに伴って生じる失業・障害などがある。本稿では医療に関わる現金給付を主題にしているが、現金給付を論じるにあたり、貧困者をはじめとする弱者を救済するための制度全体を歴史的に見ていくことにする。それをもとに、どのような流れで現在の社会保障制度をはじめとした現金給付へと繋がるのかを示す。

### 1. 救貧法から1911年の国民保険法まで

現金給付を行う社会保障制度は、貧困から生活を守るための所得保障と位置づけられる。イギリスにおいてその歴史をさかのぼっていくと、救貧法にたどりつく<sup>7)</sup>。イギリスの救貧法は1010年に起源を持つ。しかし、その時の救貧法は法律として制定されたものではなく、教会が徴税した資金を元に貧困者を救済するものであった。それが1601年のエリザベス救貧法の制定により、貧困者を救うための基本法の起源が形作られた。この法律は教区ごとに救貧税を徴収し、貧困者を労働能力のある者とならない者とに分け、労働能力のある者はワークハウスで働かせ、労働能力のない者は救貧税を財源にして救済をした。そこには、救済を受ける者は、救済を受けていない自立した労働者の最低ラインの生活水準を超えてはならないという「劣等処遇の原則」があった。これを実践するためにワークハウスでの労働や救済が強制されたのである。

しかしその後、ワークハウスに収容できないほどに貧困者が増えたため、1795年には増加した貧困者を救うべく、スピーナムランド制が導入された。これは低賃金の労働者に対して、賃金補助を行う制度である。パンの価格と家族の

人数から、その世帯に必要な最低生活費を算出し、その額に満たない所得しかない世帯には差額を支給するものであった。貧困の計測を行い、必要なものには手当を与えるというシステムは、生活に最低限必要な額の所得に満たない者に対し、扶助を行うという、現代の公的扶助に通じるものがある。またこの制度は現代の最低賃金の制度の始まりであるという見方もできる<sup>8)</sup>。

しかし、このような貧困者を救済する制度があることで、人々が怠惰になり働かなくなると主張する経済学者も現れた<sup>9)</sup>。その主張の1つの例として、貧困者が扶助を受けることにより、勤労意欲が低下するようになり、ますます制度に依存するようになることが指摘された。そうした声の高まりから、スピーナムランド制は廃止され、1834年に新救貧法が制定されることとなる。

この新救貧法では、ワークハウス以外での救済をほぼ認めず、働ける人には労働を強制し、先述した「劣等処遇の原則」がさらに厳格に適用されることとなった。さらにこのとき、「中央救貧行政局」が設置され、救貧行政は中央集権化された。これにより、救貧政策が近代国家と軸を同じくする体制となったのである<sup>10)</sup>。しかし新救貧法下においても、当初は禁止されていたワークハウス以外での救済も例外的に実施される事例が増加し、その役割の低下および実行の能率が悪くなった。そのため、救貧法の改廃を議論すべく、政府は1905年に王立委員会を立ち上げ、今後の貧困や失業の解決策を模索することとなる。

## 2. 1911年国民保険法の成立から『ベヴァリッジ報告』へ

1905年に設置された王立委員会は1909年まで続き、その後「多数派報告」と「少数派報告」の両論が併記され、結論を出すにはいたらなかった。多数派はイギリス社会の支配階級や資本家階級の立場であり、少数派はそれに対抗する人々であった<sup>11)</sup>。多数派は貧困を本人たちの怠慢と捉え、貧困者への救済は最低ないしは不要とす

る主張であった。少数派は、貧困者の発生の原因は、社会・経済体制にあるとし、公費による救済や公共事業を認めるものであった。この内、その後の社会に影響を及ぼしたのは少数派の意見であり、後述する『ベヴァリッジ報告』につながっていく。

その後イギリスは、大蔵大臣ロイド・ジョージのもと、1911年に第一部健康保険、第二部失業保険の2つの制度で成り立っている国民保険法を成立させる。ロイド・ジョージは、救貧法が適用される条件が不快かつ屈辱的であると考え、その制度に反対する立場であり、将来的には国家が疾病や失業に対し生存と労働を保障する責任を認めることを望んでいた、という記録もある<sup>12)</sup>。そのため、上記2つの保険を内包する制度を主導してまとめあげた。

ドイツの社会保険制度から最初の構想のヒントを得たとされるイギリスの国民保険制度であるが、この制度はドイツの制度とは異なり定額拠出・定額給付をとっており、失業保険に関しては強制加入の社会保険となっている。そこには低所得者層への貧困政策としての一面もあり、低所得者層が貧困状態に陥ることを防止するためのものでもあった<sup>13)</sup>。これは、病気や失業による所得保障などの給付は最低限とし、それ以上の保障は個々人の自助に期待したものであった。

二部構成の国民保険であるが、本稿では健康保険に絞ってその内容について論じる<sup>14)</sup>。健康保険では、雇用契約のもとで就労する者や16～69歳の肉体労働者を適用対象とし、保険料は被保険者本人はもちろん、雇用主と国も定額を拠出する三者拠出制度を採用していた。それに対応する給付も拠出同様定額である。病気などで働けなくなった者には、疾病給付が3日間の待機期間の後26週間にわたって支払われ、その26週目以降の疾病による労働不能となった場合には、労働不能給付が支払われた。他にも出産手当金も定められていた。それとともに、現物給付である医療給付も存在していた。以上の給付内容からは、このときすでに現代の現金給付に

通じるものが入り入れられていることが見て取れる。その理由の1つとして、この国民保険法の制定には、戦後の社会保障制度に大きな影響を与える『ベヴァリッジ報告』を執筆したベヴァリッジが、中心的な役割を果たしていたことが挙げられる。

### 3. 『ベヴァリッジ報告』の内容および影響

20世紀前半、失業に苦しめられたイギリスでは、1941年に戦後の社会保障のあり方を提案すべく委員会をつくり、その代表者にベヴァリッジを任命した<sup>15)</sup>。そして第二次世界大戦中の1942年に『ベヴァリッジ報告』が発刊された。『ベヴァリッジ報告』は、ナチスドイツとの戦いに勝利した際のイギリス社会の姿を国民に示し、国民の戦意を鼓舞するためのものであり、ベヴァリッジ個人の責任でまとめられた社会保障計画であった<sup>16)</sup>。ここで言われている「社会保障」とは、失業や疾病などで稼得が中断された場合、退職や本人以外の死亡による扶養の喪失への給付、出産・死亡・結婚などに伴う特別の出費を賄うなどして所得を保障するという、所得保障を意味している<sup>17)</sup>。

また、それまでの制度のみでは戦後の再建を阻む「5つの巨悪（欠乏・疾病・無知・不潔・無為）」に対抗できないとし、社会保障制度を医療政策、教育政策、住宅政策、雇用政策といった福祉国家の政策の一部として位置づけた。そして、社会保障を行うための前提として、3つの政策をあげている。それは、「児童手当」「包括的な保健およびリハビリテーションサービス」「雇用の維持」である。

所得を保障するための制度には、社会保険（国民保険）を中心に据えているが、これを補う公的扶助を加えて、国民の最低生活を保障する体制（ナショナル・ミニマム）を整えている。逆に言えば、最低限度の生活保障しか行わず、それ以上の保障に関しては、任意保険の重要性をあげている。つまり、社会保険、公的扶助、任意保険の3つを組み合わせることで、所得保障

を達成しようとしていた。その中心をなす社会保険は、先述した最低生活の給付を定額とし、保険料も定額である「定額拠出・定額給付」を原則としている。また、生存に必要な額の給付は必要となる状況が続く限り、いつまでも支払うべきとする「適正給付の原則」、すべての人に適用され、あらゆるリスクを対象とすべきという「対象の包括性の原則」などをあげている<sup>18)</sup>。『ベヴァリッジ報告』の大きな特徴である、「定額拠出・定額給付」は、給付を最低生活の保障にとどめることにより、個人の貯蓄などを促し、自ら備えることができる自立した市民を念頭においた制度設計であるといえる。

このような社会保障制度が必要となる要因として、『ベヴァリッジ報告』では8つのニーズをあげている。それは、失業・労働不能（疾病や災害などが原因）・生計手段の喪失（雇用以外で生計を立てている者）・退職・女性の結婚に伴うニーズ・葬祭費・児童・疾病や障害、である。この内、「児童」と「疾病や障害」については上述した、社会保障を行う前提の3つの政策の内、「児童手当」と「包括的な保健およびリハビリテーションサービス」で対応できる。他のニーズには、失業や生計手段の喪失および疾病等が原因となる労働不能への現金給付、退職に対応する年金、葬祭費に対する一時金、女性の結婚・出産・夫の失業・労働不能・死亡への一時金や年金の支給、といった対応を想定している<sup>19)</sup>。これは表2で示した、現在の国民保険の給付に通じる部分がある。

ベヴァリッジが提案した社会保障計画は、国民の熱狂的な支持を受け、1945年にこの計画の実施を訴えた労働党が選挙で勝利し、計画を進めることとなった<sup>20)</sup>。そこで、1946年に国民保険法と国民保険（労働災害）法が制定され、年金や医療保険の制度の代わりとなり<sup>21)</sup>、さらに1948年に国民扶助法が制定されたことで、救貧法はその歴史を終えた。社会保障の前提として挙げられていた「包括的な保健およびリハビリテーションサービス」は、1946年の国民保健サービス法（現在のNHS）が制定されることで達

成された。こうしたナショナル・ミニマムを全国民に保障する理念は、他の先進諸国にも伝播し日本の国民皆保険制度の実現にも影響を与えていった。

#### 4. 『ベヴァリッジ報告』以後のイギリスの社会保障制度

前節で述べたように、1940年代後半に国民保険、NHS、国民扶助といった諸制度が成立し、イギリスの社会保障制度の基礎が形作られた。この内、国民扶助は1966年に国民保険の付加給付として位置づけられる形となった。しかし、1960年代になると財政問題が顕在化していったため、ベヴァリッジが掲げた定額拠出・定額給付を改め、所得比例拠出・所得比例給付が導入された。そして、1970年代には所得比例の比率が増加していった<sup>22)</sup>。ここでは、Ⅱ章2節3項で取り上げた医療に関する現金給付のその後の主な変遷について述べる<sup>23)</sup>。

日本の傷病手当金にあたる法定傷病手当金は、当初「疾病給付」として支払われており、被用者や自営業者が病気等で働けなくなった場合、4日目から28週間にわたって支給されていた。28週目を降になると、給付額が高い障害年金へと切り替わり、さらに若い障害年金受給者には障害手当金が追加支給された。これが1983年からは、一定の所得以上の被用者には国民保険の疾病給付に代わり、雇用主から28週間にわたり、法定傷病手当金が支払われるようになった。

1995年4月からは、障害給付の費用抑制のため、疾病給付と障害給付は廃止され、労働不能給付が新設された。労働不能給付は短期と長期に分かれていた。保険料を賦課される所得以下の者は病気や障害で働けなくなった際、4日間の待機期間の後、最初の28週間は低額短期給付を受け、それ以外の被用者は雇用主から法定傷病手当金を、同様の期間にわたり受けることができる。その後の24週間は高額短期給付を受給し、さらにその後は年金受給年齢まで長期給付が支払われる。

そして2008年10月からは、労働不能給付に代

わり現在の就労支援手当金が導入され、法定傷病手当金を受給する資格のない者は、その給付を受けられるようになり、現在の仕組みとなった。就労支援手当金では、再就職の可能性を個別に評価し、その人に必要な就労支援を行う仕組みが設けられ、就労可能な者には就労準備のための面接と就労計画の作成が義務づけられている。これは、給付に頼って就業活動を怠ることのないようにする取り組みの1つである。これらを正当な理由なく怠った者には、罰則も定められている。そのようにして、就労意識を高め、自立できる者は自立してもらうようにするシステムを組み込んでいる。

法定出産手当金にあたる給付は、当初2年以上同一の雇用主のもとで働いていた女性が受けられるものであった。出産する際に、国民保険による出産手当金に加え、雇用主からも出産時の手当金が支払われていた。それらの手当金が1987年4月から統合された。上記の条件を満たす女性には最初の6週間は所得の90%が、その後の12週間は定額の手当金が支払われることになった。また、同一の雇用主の元での勤務が半年以上2年未満の被用者にも、18週間定額の手当金が雇用主から支払われた。以上に該当しない女性や、8週間以上保険料が賦課される下限の所得を上回らなかった女性は、それまで通り国民保険の出産手当金が支給された。

その後1994年7月より、法定出産手当金と国民保険の出産手当金が、現在に近い給付要件に改善されることとなる<sup>24)</sup>。これまで同一の雇用主のもとで2年間働かなければ受給できなかった法定出産手当金が、半年間雇用されていれば受給できるようになった。またその後12週間支払われる定額の給付額も引き上げられ、国民保険の出産手当金の額も同様に改善された。2003年には、出産手当金の支給期間が26週間に延長され、支給額も所得の90%か定額の手当金の少ない方となった。法定出産手当金も最初の6週間は所得の90%、残る20週間は所得の90%か定額の手当金の少ない方となった。それが2007年には、出産手当金および法定出産手当金の支給

期間が39週間へと延長され、現在の制度と同じものになった。

出産に関する手当は、年を経るごとに適用を受ける女性の範囲が広がっていくことがわかる。また、支給期間についても、18週間であったものが39週間にまで拡大されている。これは時代の変化とともに、社会のニーズが変化した結果であるといえよう。

## IV. 現金給付の位置づけ

### 1. 現金給付の意義

資本主義経済社会において、現金は生活をすすめる上で必要不可欠である。それを得るため、人々は何らかの形で働かねばならない。原因に関わらず働けなくなってしまう失業のリスクが生じた際、それまで通常通りの生活ができていた人々が、突然貧困に陥ることも十分あり得る。そうした事態を少しでも防ぐために、社会保障制度に基づく現金給付が不可欠となる。ただし、現金給付はそれを支給してもらえる期間中は、人々が貧困に陥ることを防いでくれるかもしれないが、その支給期間が終えるまでに、生じたリスクを解消しておかねば根本的解決にはならない。つまり、解決に向かうためには復職できるようにすることが必要となる<sup>25)</sup>。

失業してしまうリスクとして、解雇、倒産・雇用期間満了などによる非自発的失業、賃金水準への不満や職種の不マッチを含めた自発的失業、病気や事故などにより仕事が続けられなくなることによる失業（非自発的失業に含められる場合もある）が考えられる。それらのリスクに対応すべく、それぞれの時代に応じた救済策が存在する。

本稿Ⅲ章ではその歴史をみていくことで、イギリスでどのような政策が行われてきたかを確認した。当初行われていた、救貧法に基づく策は、現代社会では到底容認できるようなものではないが、「働けるのに働かない者」を就労するように仕向けるという施策は、現在でも取り入れられている。イギリスにおいても、ここま

で述べてきた就労支援手当だけでなく、求職者手当（失業者への現金給付）を受ける失業者に対しても支給条件として、求職活動を行うよう義務づけている<sup>26)</sup>。『ベヴァリッジ報告』にもあるように、「雇用の維持」が社会保障制度を実施する際に不可欠となる理由は、すべての人々に対して就業する機会が与えられている場合にのみ、現金給付による所得保障が社会的に認められるからである。就職の機会が保障されていない場合、再就職ができない人々が増加してしまい、失業者がいつまでも就業を怠っているかのように映り、十分な給付を行うことを社会的に認められない事態となる可能性もある。

1948年の国民保険ではナショナル・ミニマムも取り入れられた。そうした経緯を経て社会保障制度の現金給付が形づくられたといえる。つまり、強制徴収した税や保険料を元に現金給付を行う以上、様々な水準が存在する個人の人々の生活レベルを維持する給付は不可能であり、そのような個々の生活水準を維持するための給付は、各自で民間保険に加入するなどの対策をとるべきであるということになる。そのため、社会保障制度に基づく現金給付の給付水準は、必然的に『ベヴァリッジ報告』でも示されているナショナル・ミニマムの給付となる。なぜなら、所得保障を受けている失業者や障害者の生活水準が、働いている人々以上の生活水準となるような状況は、支持されないものと考えられるからである。しかし、そのナショナル・ミニマムの基準は時代ごとに異なるし、社会全体が求めているニーズを満たすためには、その給付額や給付の種類、支給期間が適切に変更されなければならない。第二次世界大戦後に創設された出産等の女性に関する手当は、その一例ともいえるであろう。

ただし、現金給付は最低限にして貧困に陥ることを防ぎつつ、現物給付（通常の離職による失業の場合は求職活動のサポート、疾病等による失業の場合は医療サービスの給付）を通じて、生じたリスクを解消していくという観点は変わらない。現金給付と現物給付の両輪を用いて、

リスクを解消する方向へ導く必要がある。

## 2. 医療保障制度に関する現金給付

ここまで、現金給付は一般的には主に失業をした際の、所得保障の役割を果たすということをもとめてきた。しかし、疾病や事故といったリスクが生じたことによる失業は、個人的な都合による自発的失業や、社会情勢や企業側の事情といった外的要因による非自発的失業とは異なる。体が健康な状態での失業であれば、職を失った直後から求職活動が可能な場合もある。しかし、病気や事故という偶発的なリスクによる失業や休業は、身体が快復するまでは、求職や復職をしたくてもできない状態になる。

また病気やケガによる失業・休業でも、一時的に働けなくなる場合と、障害を伴うほどの状態となり、将来にわたり就業が不可能となることもあり得る。つまり医療保障制度内での現金給付は、短期的なもの（場合によっては一生涯）のものとを区別して考えなければならない。

長期的に快復の見込みのない状態となると、それは医療保障制度というよりも、社会保険や福祉などで対応すべき問題となる。イギリスにおいても、現在の就労支援手当金では、病気等で就業が困難な状態になった場合は、その状態が続く限り年金受給年齢まで現金給付が行われる制度となっている。

短期的に快復するのであれば、日本の傷病手当金やイギリスの法定傷病手当金によって、一時的に生活費をまかなうことが可能となる。特にイギリスの場合は、NHSにより、医療サービス給付にかかる費用は無料となっているため、I章で述べた「二重の困難」の内の片方である医療費の負担は免れることができる。そしてもう片方の困難である収入の中断を、現金給付で対処すれば、基本的には最低限の生活をするように設計されている。

イギリスにおいては、医療サービスの自己負担がない分、現金給付は純粋に生活保障のための給付として必要不可欠な保障となっている。

ベヴァリッジが、包括的な医療サービスは社会保障制度の前提となるものとして位置づけ、無料で提供するものとしたため、現金給付は医療保障制度とは別の国民保険という社会保険制度を用いて支給されることとなり、働くことができない期間の重要な支援策として機能しているのである。

### 注

- 1) イギリスの国民保険制度は、1911年の国民保険法（健康保険と失業保険）と1946年の国民保険法（1948年実施）がある。
- 2) 正式名称は『社会保険および関連サービス』であるが、本稿では一般的に知られている『ベヴァリッジ報告』という呼称で論じる。
- 3) 田畑雄紀（2013）p.128参照。
- 4) HM Revenue & Customs（2019）p.16参照。
- 5) 年金に関しては2014年年金法に基づき、それまで所得比例の付加年金であった国家第二年金などは、基礎年金と一本化され、2016年4月に年金受給年齢に達した者から定額の年金が支給されている。2020年9月までの年金受給年齢は男性が65歳、女性は生まれた年によって60～65歳である。2020年10月以降は男女共66歳へと引き上げられている。
- 6) イギリス医療保障制度に関する研究会編（2018）p.119および、Child Poverty Action Group（2020）参照。
- 7) 救貧法関連およびスピーナムランド制に関しては、橋木（2010）pp.2～12、橋木（2018）pp.123～127を参照。
- 8) 橋木（2018）p.126参照。
- 9) 橋木（2010）pp.7～9では、その経済学者としてマルサスとリカードをあげている。
- 10) 橋木（2010）p.11より。ワークハウスに収容される人の内、老人および勤労が不可能な者と児童については扶助がなされたが、働くことができる者にはほとんど扶助がなされなかった。
- 11) 橋木（2018）pp.126～129参照。少数派の主たるメンバーには、「ナショナル・ミニマム論」で知られるベアトリス・ウェットプがいる。
- 12) 岡田（1984）p.85参照。こうした考えをロイド・ジョージは秘書に書き送ったとされている。
- 13) 武田（1984）pp.93～94および、橋木（2010）pp.23～26参照。

- 14) ここで示した内容は武田(1984) p.91、第1表を元に示す。
- 15) 橋木(2018) p.135参照。ベヴァリッジはイギリス政府の役人でもあったが、学者としても認められていた。
- 16) 一圓(2014) p.273参照。
- 17) 一圓(2014) p.187、275参照。
- 18) 一圓(2014) p.276参照。社会保険の原則には、他にも「行政責任の統一原則」「被保険者の分類の原則」をあげている。
- 19) 一圓(2014) p.193参照。
- 20) 一圓(2014) p.278参照。
- 21) この2つの制度は1975年に単一の基金に統合された。
- 22) 一圓(1982) pp.66～71参照。
- 23) ここで取り上げる制度については、厚生労働統計協会がまとめている『保険と年金の動向』の「イギリス」の項目である年金をはじめとした、国民保険の内容を参考にする。『保険と年金の動向』では1973年以降、諸外国の医療保険や年金、その他の社会保険に関する情報がまとめられている。
- 24) これはEC(現EU)の働く妊婦の保護に関する命令(Pregnant Workers Directive)に基づいた改善である。
- 25) 本稿で紹介した出産に関する手当は、出産および育児の期間の所得を補助するためのものである。復職を前提としない場合もある。他にも、児童給付のように失業しているかどうかに関わらず、子どもの有無もしくは人数での所得を補助する性質のある現金給付も多数存在する。児童手当については、『ベヴァリッジ報告』にもあるように、社会保障制度を行う上での前提となる条件でもあり、最低限の生活を保障するための給付として見ることができる。
- 26) Child Poverty Action Group(2020) pp.250～251参照。求職者手当金を受けるにあたり、ジョブセンタープラス(公共職業安定機関)への登録はもちろん、来所する頻度や求職活動の詳細な内容なども決められる。求職活動のアドバイザーもつき、履歴書の作成や面接の指導および情報提供など、様々な支援もなされ、就職をサポートしている。

## 参考文献

- イギリス医療保障制度に関する研究会編(2018)『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2017年度版』医療経済研究機構
- 一圓光彌(1982)『イギリス社会保障論』光生館
- 一圓光彌監訳 ウィリアム・ベヴァリッジ著(2014)『ベヴァリッジ報告 社会保険および関連サービス』東洋経済新報社
- 岡田与好(1984)「『福祉国家』理念の形成」東京大学社会科学研究所編『福祉国家1』東京大学出版会
- 橋木俊詔(2010)『安心の社会保障改革—福祉思想史と経済学で考える』東洋経済新報社
- 橋木俊詔(2018)『福祉と格差の思想史』ミネルヴァ書房
- 武田文祥(1984)「社会保険と福祉国家—1911年イギリス国民保健法の成立と展開—」東京大学社会科学研究所編『福祉国家1』東京大学出版会
- 田畑雄紀(2013)「医療保障制度」一圓光彌編著『社会保障論概説』誠信書房 pp.127～164
- 田畑雄紀(2019)「年金制度 イギリス」厚生労働統計協会『保険と年金の動向』一般財団法人厚生労働統計協会 pp.294～298
- Child Poverty Action Group(2020), *Welfare Benefit and Tax Credit*, Child Poverty Action Group
- イギリス政府ホームページ(GOV.UK) Rates and allowances: National Insurance contributions  
<https://www.gov.uk/government/publications/rates-and-allowances-national-insurance-contributions> (2020年7月4日アクセス)
- HM Revenue & Customs(2019), *National Insurance fund Account -For the year ended 31 March-2019*  
<https://www.gov.uk/government/publications/national-insurance-fund-accounts> (2020年7月4日アクセス)
- William Beveridge(1942), *Social Insurance and Allied Services*  
<https://www.sohealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/beveridge-report/> (2020年7月1日アクセス)

## 1. 基本情報

(18年)	日本	ドイツ	フランス	イギリス	
総人口(千人)	126,443	82,906	66,966	66,460	
高齢化率(%)	28.1	21.4	19.7	18.2	
合計特殊出生率	1.42	1.57	1.84	1.68	
平均寿命(年)※	男81.1/女87.3	男78.7/女83.4	男79.6/女85.7	男79.5/女83.1	
失業率(%)	2.44	3.38	9.02	4.00	
医療費対GDP(%)	10.95	11.47	11.29	10.00	
国民負担率 (国民所得比) (%)※	(A) + (B)	43.3	54.1	68.2	47.7
	租税負担率(A)	25.5	31.5	41.7	36.9
	社会保障負担率(B)	17.7	22.6	26.5	10.7

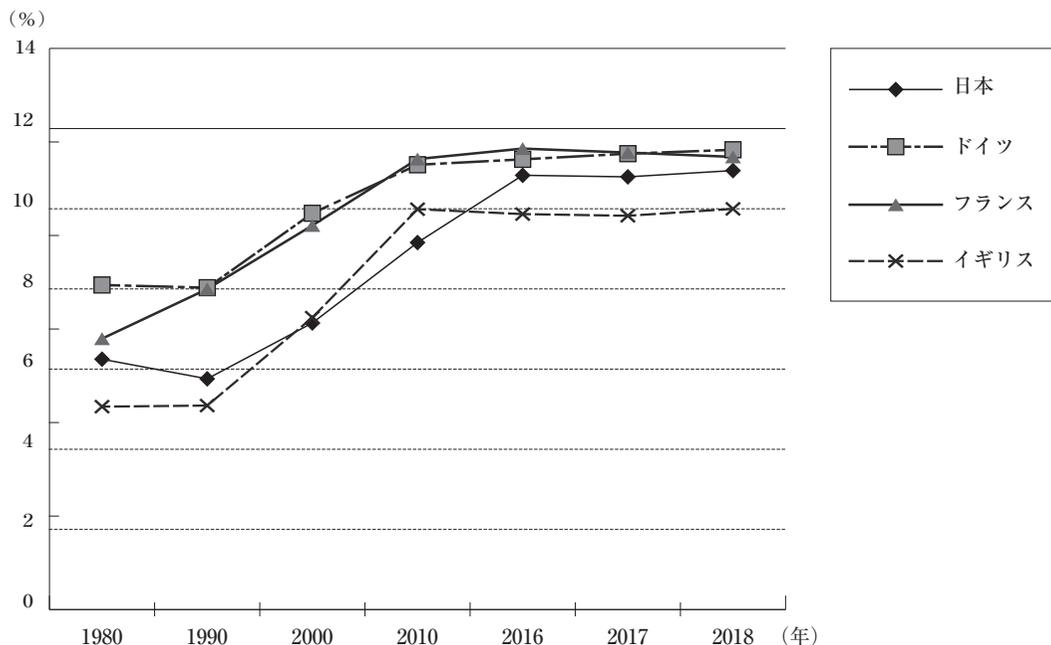
(注) 平均寿命および国民負担率については、各国17年の数値。

出所：総人口・高齢化率はOECD Health Stat 2020 (Demographic References)

合計特殊出生率はOECD Family Database、平均寿命・医療費対GDP比はOECD Health Stat 2020

失業率はLabour Stat 2020、国民負担率は財務省HP「令和2年度の国民負担率を公表します」

## 2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD Health Stat 2020

### 3. 医療提供体制

		(18年)	日本	ドイツ	フランス	イギリス
平均在院日数			16.1	7.5 (17年)	5.4	5.9
病床数	医療施設	急性期	983,700 (7.78)	497,182 (17年) (6.02) (17年)	203,662 (3.04)	—
		長期	328,015 (2.59)	—	31,081 (0.46)	—
		精神	329,692 (2.61)	106,176 (17年) (1.28) (17年)	55,377 (0.83)	24,524 (0.37)
医療 関係者数	医師		315,406 (2.49)	357,401 (4.31)	212,337 (3.17)	188,783 (2.84)
	歯科医師		101,811 (0.81)	71,093 (0.86)	43,333 (0.65)	35,000 (0.53)
	薬剤師		240,371 (1.90)	54,493 (0.66)	69,145 (1.03)	59,704 (0.90)
	看護師		1,487,444 (11.76)	1,096,000 (13.22)	—	517,000 (7.78)

(注) 1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。

2. 平均在院日数は急性期の数値。

出所：OECD Health Stat 2020 (Health Care Utilisation Hospital AggregatesとHealth Care Resources)

### 4. 掲載国通貨円換算表 (2020年8月末現在)

(単位 円)

ドイツ・フランス (1ユーロ)	イギリス (1ポンド)
126.97	144.63





## 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: 03-3403-3155  
E-mail: [shahoken@kenporen.or.jp](mailto:shahoken@kenporen.or.jp)