

健保連海外医療保障

No.128 2021年9月

■特集：公的医療保険における事業主の役割について

- ドイツ
ドイツ疾病保険における事業主の役割 津田 小百合
- フランス
フランス医療保障制度における事業主の役割 柴田 洋二郎

■トピックス：諸外国における新型コロナウイルスへの対応

- ドイツ
ドイツにおける新型コロナウイルスへの対応 寺井 麻也
- フランス
フランスにおける新型コロナウイルスへの対応 寺井 麻也

■参 考 掲載国関連データ

- ドイツ／フランス

健保連海外医療保障

No.128 2021年9月

ドイツ疾病保険における事業主の役割

北九州市立大学教授

津田 小百合

Tsuda Sayuri

ドイツの医療保険制度は、1993年の疾病保険構造法による被保険者の疾病金庫選択権の拡大と金庫のリスク構造調整の導入を皮切りに、立て続けに改革が行われている。中でも、被保険者の金庫間移動の自由化、統一保険料率の導入、医療基金の設立と連邦補助の導入などの疾病保険制度の基本構造部分の改革により、長きにわたって続けられてきた労使自治による保険運営が新たな局面を迎えている。

本稿では、これらの改革による労使自治の変容とそこで求められる事業主の役割について考察する。

I. ドイツにおける公的医療保険制度

1. ドイツにおける医療保険制度の構造

ドイツにおける医療保険制度は、以前は、一般労働者を対象に加入義務を課していた法定疾病保険（Gesetzliche Krankenversicherung）と法定疾病保険に加入義務のない者が任意で加入する民間保険会社による民間疾病保険の2層構造となっていたため、法定疾病保険への加入義務がなく、かつ、民間疾病保険にも加入しなかった者や、いずれかの疾病保険に加入していたものの、保険料を支払えない等の理由で無保険になってしまった者など、約20万人にものぼる無保険者がいたという。

しかし、2007年2月に成立した法定疾病保険競争強化法（GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz）において、2009年1月1日以降、ドイツの全居住者は何らかの疾病保険に加入しなければならないとされた。過去に法定疾病保険に加入していた者は法定疾病保険に、過去に民間疾病保険に加入していた者は民間疾病保険に、それぞれ再加入することとされ、いずれにも加入したこ

とのない者は、2009年1月までにいずれかの疾病保険に加入することとされた。これにより、「全ての人に疾病保険を」という意味での皆保険体制が実現されることとなった。

このように、ドイツにおける医療保険制度は、法定疾病保険を中心にしつつ、民間疾病保険がそれを一部代替することにより、国民皆保険体制を構築している。2021年3月現在、約6,975万人が法定疾病保険の保障下であり（うち約5,352万人が保険料負担を伴う被保険者であり、約1,623万人が家族被保険者等の保険料負担のない被保険者である）、2019年の総支出額は、約2,522億5,000万ユーロにものぼる¹⁾。他方、法定疾病保険の代替としての民間疾病保険の被保険者は、約884万人で国民の1割強を占めているが、それ以外に、約2,680万人の民間追加保険加入者も存在し、高齢化の進展や法定疾病保険による給付費の削減等によって増加傾向にある医療費の個人負担をカバーする保険への加入も増加しており、今後、民間疾病保険の果たす役割が増大する可能性もあり得る。

2. ドイツ法定疾病保険の概要

(1) 法定疾病保険の保険関係

1) 被保険者

前述したように、ドイツでは、全ての国民に法定疾病保険への加入が義務づけられているわけではない。社会法典第5編（SGB V）5条によれば、法定疾病保険に加入義務のある者（Pflichtversicherte）は、①一定の所得額（保険加入義務上限額 Versicherungspflichtgrenze²⁾：2021年は、年額64,350ユーロ）以下の被用者、②公的年金の年金受給者および失業手当受給者、③農業経営者とその家族従事者、④芸術家および著述家、⑤学生等である。法定疾病保険への加入義務がない者のうち、一定の要件を満たす者については、任意被保険者（freiwillige Versicherte）として任意加入することができる³⁾。さらに、強制被保険者の配偶者（パートナー）および子であって、所得額が限度額を超えないなどの要件を満たした家族被保険者（Familienversicherte）も無拠出で保障の対象となる。

2) 保険者

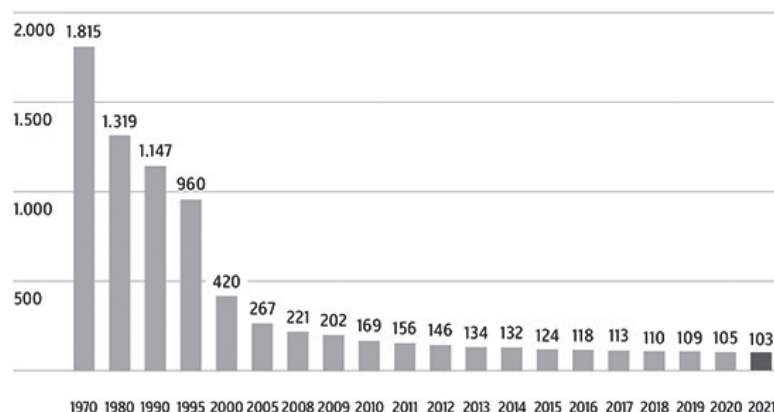
ドイツでは、公的医療保険制度が創設される以前から、疾病をはじめ、障害や老齢等に対して、共済金庫（Unterstützungskasse）による一定の救済が行われていた。そのため、法定疾

病保険制度を創設するに際して、新たに保険者を設定することはせず、既存の共済金庫を疾病金庫（Krankenkasse）とし、法定疾病保険の保険者の役割を担わせることになった。共済金庫は、元々、手工業者や鉱山労働者といった職種ごとに組織化し発展してきたもので、法定疾病保険における疾病金庫として再編成された後も、保険者の再編や統合が進んだものの、長らく職域別の複数の保険者が併存してきた。

現在の法定疾病保険の保険者は、地域疾病金庫（Allgemeine Ortskrankenkasse：AOK）、企業疾病金庫（Betriebskrankenkasse：BKK）、同業者疾病金庫（Innungskrankenkasse：IKK）、農業者疾病金庫（Landwirtschaftliche Krankenkasse：LKK）、鉱業・鉄道・船員保険（Verbund Knappschaft-Bahn-See：KBS）、代替金庫（Ersatzkasse：EK）の6つである⁴⁾。

1996年以降、加入者の疾病金庫の選択権が拡大され、加入者自身で自らが加入する疾病金庫を自由に選択することができるようになっている。但し、BKKおよびIKKは、各疾病金庫の定款で認められている場合に限って被保険者による金庫選択が許される。そのため、これらの疾病金庫では、従来通りの被保険者に加入を限定する閉鎖型疾病金庫（加入者が他の疾病金庫に移動することはできるが、他の疾病金庫からの新規加入はできない）と、他の疾病金庫からの新

図1 法定疾病金庫数の変遷



出所：GKV-Spitzenverband

規加入の被保険者も受け入れる開放型疾病金庫の2つに分かれている。この改革により、加入者の獲得、特に、健康で高額な保険料の徴収が見込まれる若年層をめぐる疾病金庫間の競争が過熱し、疾病金庫の統合・再編が進んでいる⁵⁾。

(2) 法定疾病保険の財政構造

法定疾病保険の収入は基本的に保険料収入と連邦補助⁶⁾により構成される。法定疾病保険競争強化法に基づいて創設された医療基金(Gesundheitsfonds)が、法定疾病保険の保険料収入を集約し、それと連邦補助とを合わせた資金を各疾病金庫に配分する。

1) 保険料収入

各被保険者に係る保険料額は当該被保険者の「保険料負担義務のある収入 (beitragspflichtige Einnahme)」に保険料率を乗じることにより算定される。ただし、被保険者の配偶者、パートナーおよび子であって家族被保険者に該当する者についての保険料は徴収されない。

2003年に成立した法定疾病保険現代化法(GKV-Modernisierungsgesetz)によって、歯科補綴と傷病手当金の財源に充てるものとして、被保険者のみが負担する特別保険料を導入し、2005年7月から徴収されるようになった。以前は、各疾病金庫が保険料率を設定していたが、2007年に成立した法定疾病保険競争強化法により、2009年以降、全疾病金庫に統一的な保険料率が適用されるようになり、2010年の法定疾病保険財政法(GKV-Finanzierungsgesetz)により、統一保険料率は、上限15.5%(労使折半14.6%、被用者のみ負担の特別保険料0.9%)に固定された(この保険料率は「一般保険料率(allgemeiner Beitragssatz)」と呼ばれる。その後、2014年の法定疾病保険の財政構造および質の発展法(GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz : GKV-FSQG)により、特別保険料は廃止された)。この統一保険料は各疾病金庫を通じて徴収されるが、各疾病金庫ではなく医療基金の収入とされ、この

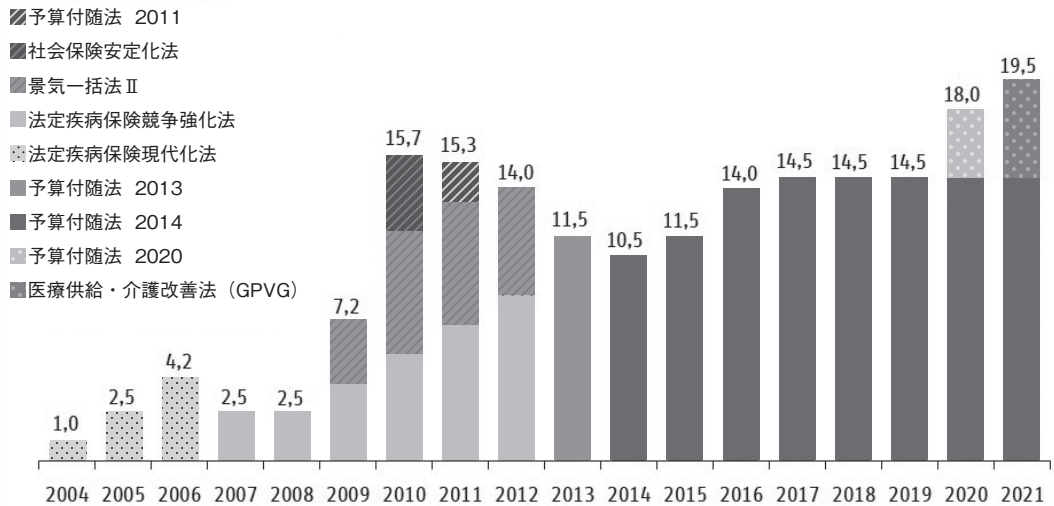
保険料収入と、同じく医療基金に対して支払われる連邦補助とを財源として、医療基金から各疾病金庫に資金が配分されている。これにより支出を賄えない場合には、各疾病金庫は、追加保険料(Zusatzbeitrag)を徴収することができる⁷⁾。被用者である被保険者に係る保険料については、被保険者および事業主が折半で負担するが⁸⁾、この追加保険料については、保険料の上昇に伴う雇用への悪影響を考慮して、被保険者のみが負担することになっていたものの、2019年に制定された法定疾病保険被保険者負担軽減法(GKV-Versichertenentlastungsgesetz : GKV-VEG)により、追加保険料についても労使同じ割合で定めることとなった。そのため、事業主と被用者は再度同じ保険料を負担することとなった。2021年現在の一般保険料率は14.6%、傷病手当の受給権のない軽減保険料率(ermässigter Beitragssatz)は14.0%となっており、これを労使折半負担することになっている⁹⁾。

2) 連邦補助

長きにわたり保険料収入のみを財源として運営してきたドイツ法定疾病保険において、最も大きなパラダイム転換となったことの1つが、法定疾病保険制度への連邦補助の導入であったといえよう。この連邦補助の導入に際しては、現在の制度に至るまでかなり短期的に紆余曲折を繰り返してきた。

まず、連邦補助導入のきっかけになったのが、1998年に行われた連邦議会選挙後の左派政権の発足である。2003年法定疾病保険現代化法によって、「保険になじまない給付(versicherungsfremde Leistung)」の費用に充てるものとして連邦補助が導入された。しかし、その後の国の財政悪化と厳しい雇用情勢を背景に、2005年総選挙後の社会民主党(SPD)とキリスト教民主同盟/社会同盟(CDU/CSU)の大連立政権により、法定疾病保険に対する連邦補助の削減・廃止が進められ、2004年から4年間で廃止された(2006年予算付随法)。

図2 法定疾病保険への連邦補助 (単位: 10億ユーロ)



出所: vdek, Daten zum Gesundheitswesen 2021

ところが、国民皆保険の導入を主張するSPDが中心となって成立させた法定疾病保険競争強化法により、保険になじまない給付のための費用に充てるものとして、再度連邦補助が導入されたのである。その後、景気状況により額の変動があったものの、約140億ユーロ前後の水準を保ち続けている(2014年予算付随法(Haushaltsbegleitgesetz 2014)により、2017年からは年間145億ユーロに固定されている)。

このように法定疾病保険への連邦補助制度は、歴史的に見ればまだまだ日が浅いものの、保険料収入と合わせて、法定疾病保険を支える財政基盤の1つとして確立してきたといえる¹⁰⁾。もちろん、法定疾病保険における自立的な運営を過度に侵害することのないよう、連邦補助には法定上限が決められ、安易な財政投入は行わないという厳格な財政規律が維持されている。

(補記)

世界的な新型コロナウイルス流行の影響により、ドイツにおいても、法定疾病保険にかかる負担が急増している。各疾病金庫は、準備金を取り崩しながら対応しているが、支出の大幅な増大に歯止めがかからず、多くの疾病金庫では、

追加保険料率の引き上げを余儀なくされている。このような状況を受け、連邦保健省と連邦財務省は、現在固定されている145億ユーロに加えて、70億ユーロの追加支出を決定し、「医療供給のさらなる発展に関する法律(Gesundheitsversorgungswiderentwicklungsgesetz: GVWG)」が2021年6月11日に連邦議会で可決された。この70億ユーロの追加支出は、2022年の法定疾病保険の追加保険料率を1.3%に安定させることを目的としたものである。

疾病金庫中央連合会も、2022年には160～190億ユーロの財政不足が見込まれると予測しており、これを保険料で賄おうとすれば、現行14.6%の保険料率を15.9%～17.2%の範囲まで引き上げなければならないとしている。これは、3,000ユーロの収入に対して200ユーロを超える額が保険料として徴収されることを意味するものであり、メディアでは、「津波保険料(Beitragtsunami)」と表現されている。そのため、疾病金庫中央連合会としても、追加保険料の増大は避けたいと考えており、疾病金庫が信頼性ある予算計画を立てられるように、法律上の明文規定を求めている。

しかし、70億ユーロの追加投入では予測され

る不足額を賄うには到底足りないと考えられるため、疾病金庫中央連合会は、2021年上半期の数値を元に、下半期の財政予測も考慮に入れた、より現実に即した額の設定が可能になるような仕組みを導入するよう求めており、連邦保健省は、連邦財務省との合意に基づき、連邦補助の額を増減することができるよう、規定の改正に向けて動いている。

新型コロナウイルスによる未曾有の財政危機に直面し、今後、連邦補助の増額が見込まれるが、これまでも国の経済状況や雇用の情勢などによって大きな影響を受けてきただけに、これを機に、国による法定疾病保険制度への規制強化が進むのか、今後の展開を注視する必要がある。

II. ドイツ疾病保険における事業主の役割

1. 法定疾病保険における事業主の役割

法定疾病保険における事業主の役割としては、①被用者の被保険者資格の届出、②保険料の負担および納付、③金庫運営への関与、の三つが中心となる。

ドイツ社会法典第4編（SGB IV）には、疾病保険を含む社会保険制度に共通の規定が置かれており、28a条において、事業主に対し、法定疾病保険の強制被保険者である被用者についての報告義務が、28e条において事業主による保険料納付義務が、それぞれ課せられている。日本の医療保険制度を構築する際にドイツ疾病保険制度を参考にしたこともあり、これらの事業主の義務については馴染み深いところである。日本における公的医療保険との大きな違いは、③の保険運営への当事者（事業主および被保険者）の参加にある¹¹⁾。

2. 競争の導入による事業主の役割の変化

前述したように、ドイツの法定疾病保険においては、保険者である疾病金庫間の競争が導入

されたため、被用者である被保険者自身がその選択によって疾病金庫を移動することができるようになったこと、閉鎖型の企業疾病金庫数が減少したことなどにより、疾病金庫との関係性の希薄化が生じている。被保険者による疾病金庫の選択権が認められたことにより、連帯の範囲が職域を超え広く拡大したため、そこにおける連帯意識はどうしても希薄になってしまうからである。

また、従来、疾病金庫は、当事者自治の原則（Selbstverwaltungsprinzip）により運営されるものとされ、同数の被保険者側代表と使用者側代表の委員によって構成された代議員総会と理事会によって運営されてきた。しかし、被保険者による疾病金庫の自由選択が可能になった際に、これらの組織は管理委員会（Verwaltungsrat）に改変され、社会保険経営専門家も理事に選任され、少数の上層部経営陣による迅速な決定が可能になったことで、理事会の権限が強化される一方、使用者側代表の金庫運営への関与の度合いは相対的に低下した。

さらに、100%保険料収入で運営してきた法定疾病保険制度に、連邦補助が投入されるようになったことも、事業主と法定疾病保険との関係性を変化させる要因にもなっている。連邦補助の仕組みは、保険料の過重な負担を軽減させることを目的としながら、他方で、国の財政状況や雇用情勢の影響を強く受けながら、都度変化している。導入に際しては、経済や雇用の安定を図ることへの要請、とりわけ事業主負担の軽減要請が強かったことも大いに関係したが、労使双方からの保険料拠出による金庫の自治運営という名目が（連邦補助の占める割合は小さいとはいえ）失われてしまった。また、公費投入による政府や財政当局による金庫運営への介入が強化される可能性を開いてしまったこと、その時々々の国の財政状況によって補助額が大きく変動し、必ずしも安定的な財源として期待できるとは限らず、計画的な金庫運営が難しくなる恐れを招いたことにより、金庫運営には不確実要素が含まれるようになった。使用者側代表

が管理委員会において金庫運営に関与する際にも、連邦補助が約束通り配分されるかどうか確定しない中での難しい舵取りを迫られることになるため、理事会の強力なリーダーシップによる決定が優先される可能性も否定できない。個々の事業主にとっては、公費が入ることによる保険料負担の増加抑制を期待し、被用者の健康増進や予防に向けた取り組みへの意識が低下する要因にもなり得よう。

Ⅲ. 保険料の事業主負担の変容

1. 保険料労使折半の原則と近年の動向

被用者が被保険者である場合、その保険料は原則として労使折半とされている。経済のグローバル化が急速に進行する中で、ドイツにおいても、国際競争力を弱め雇用への悪影響を及ぼす要因となり得る各種社会保険料負担について、保険料率のこれ以上の上昇は避けるべきであるとの意見が経済界を中心に強くなされている。

このような流れの中で、近年では、法定疾病保険においても、事業主負担を軽減する方向の動きが多く見られるようになった。前述したように、2005年7月より、歯科補綴および傷病手当金相当分を特別保険料として被保険者のみの負担としたことや、医療基金からの分配金で賄えない場合の追加保険料の徴収も被保険者のみとされたことなどに、その傾向が見てとれよう（ただし、2019年より追加保険料についても労使折半負担となっている）。

被用者のみの負担による追加保険料については、政治的決定の影響が大きく、政権変動に応じて制度が二転三転する状況が続いている。経済や雇用状況の変化や疾病保険財政のバランスに応じて、今後も事業主負担の抑制を図るための政策選択がなされる可能性も十分にあり得よう。

従来、被保険者および事業主から徴収した保険料収入によってまばら運営されてきた法定疾病保険に税財源が投入されるようになったのも、高騰し続ける医療費を背景に、保険料の増大を避ける意図であったといえる。これらの医

療改革を機に、事業主の保険料折半の例外が生まれている。

2. 保険料事業主負担の法的正統性

伝統的経済学では、実際に税や保険料を支払う人とそれを負担している人は別だと考えられている。そのため、保険料の事業主負担は、経済学的に見た場合、事業主は、価格や賃金を調整することで取引相手や労働者にその負担金の一部または全部を転嫁することができると考える。すなわち、競争的な労働市場においては、事業主負担は、賃金低下か雇用減少かの形で労働者にも負担させられており、実質的にはその多くの部分について労働者が負担していると考えられている¹²⁾。

また、事業主負担には、事業主を保険事業に関与させ、事業の効率化を図るという役割も見取れる。すなわち、使用者側代表として保険運営に関与させることによって、事業主を保険料率の低下のために保険運営の効率化・健全化を図ることに関心を向けさせ、医療費の増加を抑制する効果を発揮させることができると考えられるのである。

では、なぜ事業主は保険料を負担しなければならないのだろうか。これと関連して、ドイツでは、保険料負担を含めた社会保険財政をめぐる法的議論として展開されることが特徴として挙げられる。そこでは、まず、第一に、そもそも社会保険料を事業主に負担させることが憲法上許容されるのかどうか、という議論が展開される。それによれば、社会保険料の賦課によって事業主の有する職業の自由を侵害することはなく、事業主の経済活動の自由を制限する事になる保険料負担義務についても、社会的需要をカバーすることを目的としたものである限り、社会保険料負担は正当化されるとしている。次に、なぜ事業主が保険料を負担しなければならないのかという点についての議論が展開される。この点について、連邦憲法裁判所は、芸術家社会賦課金（Künstlersozialabgabe）をめぐる判決において、「歴史的に発展してきた

社会生活関係（Lebensverhältnis）における納付義務者と被保険者との間の特別な連帯関係および責任関係」に負担の正当性を見出そうとした。そして、この特別な関係が発生する例として、継続的に遂行される労働関係を挙げる¹³⁾。このように、連邦憲法裁判所は、社会保険料を使用者に負担させることの正当性を、事業主と被用者との間の労働関係とそこから生じる配慮義務（Fürsorgepflicht）に見出している。

学説においても、保険がカバーするリスクと労働との因果関係の有無・程度に応じて、その射程範囲に多少の相違があるものの、事業主の保険料負担義務の法的根拠として、配慮義務に見出すものが多い¹⁴⁾。

3. 保険者選択制と保険料事業主負担

事業主は保険料を負担しても保険から何らの給付を受けるわけではないが、これまでは「保険料負担と金庫運営への関与」がセットとして捉えられ、バーターとして機能してきた。しかし、被保険者による疾病金庫選択権が拡大したことにより、事業主は被用者が属する疾病金庫の保険運営には関与することができず、保険料負担だけが求められるということも生じることとなる。このような事態に対し、制度導入当初は事業主からの反発も一部あったようだが、この頃の被保険者の行動は、保険料率の低い金庫への移動が多く、そのことが僅かながらも事業主の保険料負担を軽減することにつながるため、金庫運営に一切関与することができなくても、大きな不満には繋がらなかったと思われる。疾病金庫選択権制度が導入された1990年代は、経済成長と雇用促進が最大の課題とされており、法定疾病保険を含む社会保険料の事業主負担の重さが問題視されていたことがその背景にある。その後、特別保険料や追加保険料といった、被用者のみが負担する保険料部分が導入されるなど、事業主の保険料負担の軽減につながる制度改革が相次いで行われたことにより、金庫運営への関与という重要な任務に対する意識が薄らいでいったのではないと思われる。

度重なる医療改革に伴って、事業主の保険料負担は都度変化してきた。経済的側面を重視すれば、保険料率は低いことが望ましいが、全ての疾病金庫において保険料率が統一された時点で、事業主の各疾病金庫に対する疑似的な連帯意識さえも薄くなったと考えられる。現在は、追加保険料部分についても労使折半となったため、以前と比して保険料率の金庫間格差に敏感になっている面もあると思われるが、追加保険料率は平均1.1%程度にとどまっており、一度減退・喪失してしまった連帯意識を取り戻せるほどの効果はなく、事業主は、単なる保険料支払者化し、被用者と共に多様なサービス提供者としての疾病金庫の購入者と化してしまっている。さらに、事業主からすれば、統一保険料率については、14.6%のうちの半分である7.3%に固定されたことにより、疾病保険財政に対する関心の低下が懸念される。

しかし、結局のところ、疾病金庫選択制をはじめとする一連の改革によっても、事業主の保険料負担義務の法的正統性は、被用者に対する配慮義務から導き出されるとの理解に変化はみられない。配慮義務とは、ドイツ民法典（BGB）617条ないし619条に規定されており、労働関係に入った当事者という関係性の中で、事業主は、被用者の生命、身体、健康への危険から保護する義務を負うというものである。配慮義務は、公法上の規定の順守、とりわけ社会的賦課金の適切な支払いについても及ぶとされており、上記2.で見たように、判例も学説も同様に理解している。とはいえ、この労働関係における配慮義務にその正統性を求めるとしても、保険制度からの給付を受け取ることができない事業主に対し、過剰な負担を課すことはできない。そこで展開されているのが、保険料財政の内実を、保険になじまない負担（versicherungsfremde Last）、保険になじまない給付という観点から捉え、その是非を問い直す議論である¹⁵⁾。その議論によれば、社会保険において、市民間の負担平等の原則を破り、特定のグループに対し、納税義務を超えるさらなる賦課金（＝保険料）

を課すためには、特別な正当性が要求されるとする。しかし、連邦憲法裁判所は、保険になじまない負担の賦課については、その正当性が見いだせないとしている¹⁶⁾。保険になじまない給付にあたる部分についての特別保険料について被用者のみの負担にしたこと、その後、当該部分について連邦補助として公費負担するようになったことも¹⁷⁾、この考え方の影響を受けたものと思われる。さらに、追加保険料について被用者のみの負担から労使折半負担に変更されたことも、基本的な診療に必要な資金は保険になじまない負担に当たらないと捉えれば、被用者のみに負担させることは妥当ではなく、これを労使折半に戻したことも（実質的な理由はともあれ）この考え方の表れとも見て取れる。

Ⅳ. 事業主の保険運営への関与

Ⅲ.でも触れたように、1990年代から始まった一連の疾病保険改革によって、疾病金庫の運営体制とその関与のあり方は大きく変化した。特に、従来、自社の従業員や同業者を構成員としていた企業疾病金庫や同業者疾病金庫においては、閉鎖的な組織であるが故の共同体意識ないし連帯意識が色濃く存在していたが、自身の疾病金庫からの被保険者の流出と他の疾病金庫からの新規被保険者の流入（開放型疾病金庫の場合）により希薄化し、職域連帯の弱体化を見せているといっている良いだろう。

では、以前よりも連帯意識が希薄化した現在の疾病保険制度の中で、金庫運営の場面で事業主に期待される役割とはどういったものがあるだろうか。

1. 健康増進・疾病予防への取り組み

金庫で認められている自治 (Selbstverwaltung) は、法定疾病保険の基本となる重要な構造的原則の1つであるが、これは、社会保険の保険者が、公法人として、国家の法的監督の下で自らの責任で全ての管理任務 (Steuerungsaufgaben) を遂行することを意味している。すなわち、ド

イツの疾病保険制度の特徴は、保険者である疾病金庫の役割・裁量が非常に大きいという点にあり、疾病金庫は被保険者の健康相談やセカンドオピニオンを受ける際の医師の紹介、医療機関の情報提供といったサービスの他に、医療機関や製薬会社と交渉する役割も担っている。

ところで、法定疾病保険給付は2階建てとなっており、1階部分が基本タリフと呼ばれ、全ての金庫にその提供が義務づけられている。基本タリフ部分については、各疾病金庫が被保険者から保険料を徴収し、医療基金に一旦納付する。医療基金は集められた保険料と連邦補助を財源とし、被保険者の人頭割による「基礎包括額 (Grundpauschale)」と、被保険者の年齢や性別、有病率等によるリスクを調整した「リスク調整交付金」を算出し各疾病金庫に交付する。この基本タリフ部分については、より効率的な運営を行い、余剰金が発生した場合には、被保険者に保険料の一部を還元できる（但し、赤字の場合は被保険者から追加保険料を徴収する）。追加保険料の徴収は被保険者の流出を招くため、疾病金庫にとっては医療機関や製薬会社との交渉の面で不利になる可能性がある。つまり、保険者である疾病金庫には、より効率的な運営により余剰金を捻出するインセンティブが働くこととなる。

一方、2階部分は選択タリフと呼ばれ、各疾病金庫が医療提供者と連携し、自由に保健サービスプログラムを作り、被保険者が選択する仕組みとなっている。家庭医タリフ¹⁸⁾や保険料償還タリフ¹⁹⁾といった、保険料の軽減や還元ができるプログラムもあり、2007年の法定疾病保険競争強化法の成立以降、保険者は選択タリフ部分による差別化を図っている。

このように、効率的な運営によって発生する余剰金を被保険者に還元したり、魅力的な保健プログラムを提供して被保険者を獲得したり、いわば疾病金庫の経営努力によって差が出る制度設計になっている。その結果、経営能力の低い疾病金庫は競争の中で淘汰され、疾病金庫の統合が進むことにより、保険財政の健全な運営

に繋がっている。

疾病金庫と医療提供側との間では、診療内容や診療報酬に関する契約内容をめぐる駆け引きが繰り返られることとなる。基本タリフ部分については、疾病金庫団体と医療提供側団体との間で集団的な契約²⁰⁾を締結することになっているため、個々の疾病金庫と医療提供側が契約を締結するのは、選択タリフ部分にほぼ限定される。しかし、各疾病金庫が、限定された範囲とはいえ、特定の保険医やそのグループと診療契約を締結したり、製薬企業との間で医薬品割引契約を締結したりできるようになり、各疾病金庫が持つ裁量の範囲が拡大しているといえよう。したがって、医療提供側との関係でも、疾病金庫側代表として、事業主が一定の役割を果たすこともあり得る。しかし、被用者の自由な疾病金庫移動が認められたため、使用者側代表として金庫運営に直接関与できる機会がこれまで以上に減少していると考えられ、医療提供側との関係において、個々の事業主が金庫運営に強力にコミットすることはできない²¹⁾。したがって、個々の事業主としては、被用者が属する疾病金庫が実施する健康増進・疾病予防の取り組みに協力する程度の関与しかできないことになる。ただ、追加保険料の負担は労使折半とはいえ僅かなもので、保険料の還元も被保険者に対するものであり、事業主にとっては、疾病金庫からの要請に応じて健康増進に協力したとしても、具体的メリットを感じられず、その積極的意義は見出せないのではないと思われる。

2. 自治の強化と社会保障選挙

(1) 自治組織の透明性の改善に向けた動き

自治は、公的な生活領域における民主的要素として、法定疾病保険制度の基本原則とされている。国が法的枠組みを設定し、法的監督を行う。被保険者と事業主の代表は、当事者および保険料支払者として、自主管理組織においてその具体的な利害について規制を行う。それによって、医療保障の内容が生活実態に相応し、実態に即した決定が行われると考えられている。

この自律的な業務遂行によって、市民参加・関与の機会の1つとしての自治（自主管理）は、生きた民主主義および国家からの距離を確保することができる。そこでは、建設的でコンセンサスを指向した協議を通じて、被保険者と事業主の間の異なる視点や関心を、共通の専門的に基礎づけられた確かな地位に転換することを、これまで何度も成功させてきた。このように、自治は何十年にもわたってドイツ国内の社会的安定に大きく貢献してきたと評価されている。

この保険者自治については、法定疾病保険競争強化法により、2009年以降、疾病金庫の効率的運営を可能にするため、少数の理事会および執行部に権限が集中できるような組織改変が行われた。この権限集中型組織運営により、疾病金庫の効率化・スリム化が推進され、運営改善を漸進してきたともいえる。しかし、その反面、伝統的な被用者と事業主による共同運営の自治的管理団体という本来の公共的な役割は大幅に後退し、被保険者の獲得等の事業としての成果を追求する方向にその性格が変化するとともに、運営責任者である専務理事の高額報酬や不動産取引疑惑などの問題が発生し、社会的に非難を受けることとなった。

そこで、保険者自治の透明性の確保という方向性を強力に打ち出したのが、2017年に制定された法定疾病保険自治強化法（GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz : GKV-SVSG）である。同法の目的は、自治の内的・外的コントロールを強化することと透明性を改善することとされ、疾病金庫中央連合会のみならず、連邦金庫医協会、連邦金庫歯科医協会、連邦合同委員会、疾病金庫中央連合会のメディカルサービスにも適用される。同法では、この目的を達成するために、自治組織（Selbstverwaltungsgremien）のメンバーの情報権およびコントロール権が拡大され、明確に位置づけられた。また、同法には、トップ組織の経済的決定の透明性を高めることを目的とした規定が置かれている。少なくとも5年ごとに、業務執行、会計、および運用管理について、独立した外部監査人または専門の法

律事務所による監査を受けなければならない。所管監督当局（連邦保健省または連邦保険庁）は、この定期的な監査時期以外にも監査を命じることができる。

（２）事業主の自治への参加——社会保障選挙

このように、度重なる医療改革による保険者機能の強化と透明性の確保が進められている中、事業主にも、金庫自治の原則の下、自治への参加の観点から一定の役割を果たすことが期待される。

社会保障選挙、略称社会選挙は、社会保障システムの民主主義的中核であり、自治的で非国家的な構造の基礎をなしている。人口の約90％が社会保障でカバーされていることもあり、連邦議会選挙と欧州議会選挙に次いで、ドイツで最大の選挙とされている。法定疾病保険、介護保険、年金保険、労災保険の自治組織は、6年ごとに全て改選され、通常は被保険者と同数の使用者代表で構成され、彼らがその職務を執行する。被保険者と事業主は、比例代表制の原則に従って、候補者名簿に基づいて個別に代表を選出する。そこで選出された代表の投票によって、各有権者は社会参加の権利を行使し、福祉国家の重要な構成要素として、自己管理の中心的機能を遂行していくのである。選出された代表者は、重要な組織的および戦略的決定を行う。彼らは、保険料支払者、患者、要介護者、年金受給者の利益を代表し、社会保障制度のさらなる発展に政治的影響力を及ぼす存在として認識されている。

選挙に際しては、労働組合が被用者側代表の候補者リスト、使用者協会（ならびにその連合会）が使用者側代表のリストをそれぞれ提出し、各選挙人が個別投票する。しかし、投票には多大な時間と費用を費やすことになるため、ほとんどの社会保障機関は、投票（Wahlhandlung）のない選挙（いわゆる平和選挙）を実施している。そこでは、各団体に付与される人数枠と同数の候補者が立てられ、無投票で信任される。一方、投票のある選挙（いわゆる予備選挙）は、

いくつかの企業疾病金庫、ほとんどの代替金庫、連邦年金保険協会で実施されている。前回の社会保障選挙は、2017年5月に行われている。

使用者協会（ならびにその連合会）における使用者側代表選出に際しては、その内部での影響力の強さ、すなわち当該金庫に属している自らの被用者数が多い事業主の力が大きくなる。そのため、自己の被用者が様々な金庫に分散加入すると協会内での自己の立場は弱くなってしまう。金庫運営に積極的に関与しようとするれば、一定数の自社の被保険者数を確保する必要があるが、被保険者数の多寡や自身が代表になるか否かに関係なく、金庫運営の使用者側代表を送り出す責任として、使用者団体内における議論を通じた金庫に対する意思の合意形成に真摯に向き合うべきであろう。

また、前述したように、疾病金庫間の競争を導入したことにより、疾病金庫には、効率的な金庫運営と医療の質確保とのバランスをコントロールすることが求められるようになった。これを実現するためにも、各疾病金庫は、サービスの担い手である医療提供側との間で必要な要請や働きかけを積極的に行い、場合によっては、医療提供側との緊密な連携を通じた目的の達成に努力することも必要となろう²²⁾。その意味でも、各事業主は、医療提供側との交渉・契約を担う疾病金庫中央連合会や州疾病金庫連合会に積極的に関与するとともに、金庫との密な協力関係を築き上げることが望まれよう。

V. おわりに

ドイツ疾病保険制度は、中世以来、労使の自治組織による制度運営を長らく続けてきたが、近年では、経済のグローバル化に伴う世界的な競争の中で生き残る上で必要なさまざまな改革が行われ、めざましい変貌を遂げている。

被保険者による自由な疾病金庫の移動が可能になり、被保険者の関心は、保険料の多寡と独自給付の有無・内容に向くようになった。金庫への所属意識も以前に比べて低下しているため、

コストパフォーマンス第一になっている。現在は、全ての金庫において統一保険料率となっており、被保険者は、所属金庫が提供する独自サービスの魅力度・必要度に追加保険料の額が見合っていれば、他の金庫に移動する積極的理由はない。今や、疾病保険の保険料率は、その疾病金庫が他の金庫よりもより健康な被保険者やより稼得の多い被保険者を獲得していることの結果ではなく、各金庫が提供するサービスの質の高さと効率の良い運営の表れとして被保険者を選ばれるための指標となってきたと言えるだろう。

1990年代以降、被保険者による疾病金庫選択制の導入やリスク構造改革など、医療費抑制や医療サービスの質の向上を目的としたさまざまな改革が進められ、ドイツにおける疾病保険制度は新たなフェーズに突入している。しかし、これらの改革によっても必ずしも意図した通りの成果を得ることができず、度重なる政権交代に伴う医療政策の方針の違いにより、次々と新たな改革を繰り返しながら現在に至っている様子が見えてくる。

そもそも疾病金庫選択制が導入されたきっかけは、法定疾病保険に加入する被保険者の年齢、性別、所得などの要因が金庫財政に与える影響が大きく、これらの要因の差により疾病金庫間の財政状況に大きな差が生じ、それに伴い、各疾病金庫における保険料率の格差が無視できないほどに拡大してきたことにある。こういった疾病金庫間の保険料格差の拡大は、連邦憲法裁判所の判決においても、平等取り扱いの観点から問題とされたこともあり²³⁾、疾病金庫間の保険料格差の解消と競争による給付の質の向上と効率化を目的として、幾度にもわたる制度改革によって、疾病金庫の合併を促進し、疾病金庫選択権やリスク構造調整の仕組みを導入したのである。

しかし、このような疾病金庫間の自由な競争を認め、それを通じて医療サービスの質の向上と効率性を追求することを目的としたさまざまな改革によって、その目的とは裏腹に、自治が

旗印の疾病保険に対する国の統制を強化し、保険財政の安定を図ることを中心に疾病保険制度全体に対する公的責任を拡大する結果になっている。そこで発生する負担は、原則として納税者全体で分け合うことになるが、このような結果になったことを否定的に捉える見解が大勢を占めていないのは、ドイツにおいて、大胆な制度改革に対する国民の受容力・対応力が高かったことに加えて、雇用の改善・安定を図るための保険料率の抑制要請がそれほど大きかったということでもある。

さらに言えば、保険者である疾病金庫をどのような集団として捉えるのかについての国民の意識が変化してきたことも、自治に求められる内容に変化を与えている。ドイツでは、長らく短期保険としての疾病保険の性質から、被保険者集団による結社としての性格が強調されてきた。しかし、連邦補助をはじめとする疾病保険制度への国家による介入が進むことで、疾病金庫は、給付のための財産や人的組織の結合体としての性格が強くなり現れるようになった。そのため、疾病金庫構成員、とりわけ保険料負担だけが課される事業主の連帯意識をこれまでのように維持することは困難な状況にあるが、国は連邦補助の無制約な拡大には自制的であり、労使による自治運営体制を堅持している。ドイツでは、競争原理が導入されて以降、時の政権の医療政策の相違から二転三転する制度改革に対応しながら、疾病金庫において求められる新たな自治のあり方が模索され続けてきたと言えよう。

2005年に首相に就任してから15年以上にわたり、多くの課題に対峙してきたメルケル首相も、2021年9月で政界引退の意向を表明しており、9月に行われる総選挙の行方次第で、疾病保険制度にも再度大きな変革が訪れる可能性も否定できない。民間疾病保険との棲み分けも含めて、疾病金庫の財政負担や自治のあり方については、今後もなお議論が続くものと考えられ、事態の推移を見守りたい。

注

- 1) BMG, Daten des Gesundheitswesens 2020, 131.
- 2) この保険加入義務上限額とは別に、保険料算定限度額 (Beitragbemessungsgrenze) という概念がある。当該額を超えている被保険者については(2021年では、税込月額所得4,837.50ユーロ、年額58,050ユーロ)、負担と受益とのバランスを考慮して、応能負担の原則を修正している。
- 3) 任意加入することができるのは、過去5年間に24か月間以上法定疾病保険の強制被保険者であった者または直近12か月間以上連続して強制被保険者であった者などの条件を満たす者、初めて就労し所得が加入限度額を超えているために加入義務がない者である。
- 4) BKKは、企業単独や企業グループ単位で、IKKは、同業者組合単位で、それぞれ設立・運営されるもので、日本における健康保険組合に近い。LKKおよびKBSは、それぞれの職業に従事する者のために設立されたもので、日本の国民健康保険組合のイメージに近い。AOKは、これらのいずれにも該当しない者を主な対象として地域単位で設立・運営されるもので、市町村国保に協会けんぽを加えたような存在である。ただし、これらの疾病金庫に加入する代わりに、EKに加入することもできた。
- 5) 疾病金庫中央連合会 (GKV Spitzenverband) によれば、2021年1月1日現在の総疾病金庫数は103であり、各疾病金庫数は、AOK:11、BKK:78、IKK:6、LKK:1、KBS:1、EK:6である。
- 6) 税を財源とする連邦補助は、2004年から導入され、保険になじまない給付 (versicherungsfremde Leistung)、例えば、出産手当金や被保険者の家族被保険者である子が病気の際の傷病手当金などに充てるために導入された。
- 7) 追加保険料は最低0.0%から最高2.7%であり、2020年の平均追加保険料率は1.1%となっている (GKV Spitzenverband)。
- 8) 一般保険料率のうち、0.9%は、疾病手当 (Krankengeld: 傷病手当金) 分となっており、この部分については、被保険者のみの負担となっていた。
- 9) 2014年の法定疾病保険の財政構造および質の発展法により、2015年1月1日以降この保険料率で固定されている。
- 10) 現在の法定疾病保険の主要財源は、①統一保険料率による保険料収入、②追加保険料、③連邦補助の3つとなっている。しかし、2019年の疾病金庫の財政収支を見ると、総収入2,463.87億ユーロのうち、③の連邦補助については、143.69億ユーロ、構成比6%にとどまっており、①の保険料収入がほとんどを占めている (BMK, Daten des Gesundheitswesens 2020, 130.)。
- 11) 日本において当事者の保険運営への関与が一切存在しないわけではなく、組合健保や組合国保などでは、当該組合を組織する事業主や被保険者による組合会等の自主管理組織において、独自の保険運営がなされている。
- 12) 太田聰一 (2004) 「社会保険料の事業主負担は本当に「事業主負担」なのか」『日本労働研究雑誌』525号10頁、岩本康志・濱秋純哉 (2006) 「社会保険料の帰着分析—経済学的考察」『季刊社会保障研究』42巻3号204頁など。
- 13) 連邦憲法裁判所は、「特別な責任によって刻印づけられた関係は、例えば、継続的に遂行され一体化された労働関係、あるいは、文化歴史的に発展してきたいわば象徴的な性質を持った特別な関係から生じ得る」としている (BVerfGE 75, 108 (158).)。
- 14) ドイツにおける使用者保険料の合憲性に関する議論については、拙稿 (2006) 「社会保険料の労使折半に関する比較法的考察—ドイツにおける議論を例に—」『季刊社会保障研究』42巻3号参照。
- 15) Fremdlastをめぐる議論については、拙稿 (2001) 「ドイツ社会保険法制における財政負担に関する法的問題—Fremdlastと被保険者に対するその賦課の合法性について—」『社会システム研究』4号247頁参照。
- 16) BVerfGE 79, 223 (236), BVerfGE 75, 108 (158)。
- 17) この変更の経緯については、I. 2. (2) 参照。特別保険料の創設・廃止や連邦補助の変遷については、田中耕太郎 (2018) 103頁以下に詳しい。
- 18) 被保険者が家庭医 (かかりつけ医) と契約し、家庭医が初診を行い、必要に応じて専門医に紹介するプログラムで、家庭医タリフを選択した場合には保険料が軽減される。
- 19) 一定の期間、予防や検査以外に医療機関を受診しなければ保険料を還元するプログラムである。
- 20) SGBV によれば、連邦金庫医協会

(Kassenärztliche Bundesvereinigung) と疾病金庫中央連合会との間で連邦概括契約 (Bundesmantelvertrag) を締結し (82条1項)、州疾病金庫連合会 (Landesverbände der Krankenkassen) と金庫医協会 (Kassenärztliche Vereinigungen) との間で各地区 (Bezirk) に適用される包括契約 (Gesamtvertrag) を締結する。

21) 保険診療のあり方や診療報酬の決定などについても、当事者自治の原則が徹底されていることに変わりはない。診療に関するガイドラインやルールの作成、診療報酬の水準なども、疾病金庫側と医療提供側の同数の代表で構成される連邦合同委員会 (G-BA) において、交渉・決定される。したがって、医療提供側との関係でも、疾病金庫側代表として、事業主が一定の役割を果たすこともあり得る。しかし、被用者の自由な金庫移動が認められたため、使用者側代表として金庫運営に直接関与できる機会がこれまで以上に減少していると考えられる。

22) ドイツにおいても、高齢化の進行、医療技術の発展により、今後も医療費の増大が予測される。そういった中では、医療提供側の発言力が大きくなる傾向にあり、それを放置すれば、制限なく医療費の増大を招くおそれがある。高度で質の良い医療を受けることができるのは、国民にとって歓迎すべきことであるが、財源に限りがある以上、適正な収支バランスを確保することは不可欠である。疾病金庫は、被保険者からの保険料を預かり彼らに効率的で質の良い給付を行うことが最も基本的な任務である。だからこそ、疾病金庫は、医療提供側との交渉の場においても、資金管理支払団体として、時に対立することも厭わず、労使の自治的な利益追求という保険者としての本来の責務を果たすことが強く要請されよう。

23) BVerfGE 89, 365. そこでは、疾病金庫が規約に基づいて行う付加給付や裁量給付の占める割合が低くなっており、疾病金庫間の差もほとんどなくなっていることから、疾病金庫間に給付の差があることが保険料率の格差を正当化し得ない、と判示した。

参考文献

医療経済研究機構 (2019) 『ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書 (2018年度版)』

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

健康保険組合連合会 (2009) 『ドイツの医療保険制度改革追跡調査報告書』

健康保険組合連合会 (2011) 『健康保険制度における事業主の役割に関する調査研究報告書』

健康保険組合連合会 (2018) 『独仏の医療保険制度に関する調査研究 (ドイツ報告書)』

田中耕太郎 (2018) 「ドイツの医療保険制度に関する調査研究報告書」『独仏の医療保険制度に関する調査研究 (ドイツ報告書)』健康保険組合連合会

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』428号 早稲田商学同攻会

土田武史 (1997) 『ドイツ医療保険制度の成立』勁草書房

中村亮一 (2016) 「ドイツの医療保険制度 (1) —被保険者による保険者選択権の自由化により、保険者の集約化が進む公的医療保険制度の現状—」ニッセイ基礎研レポート2016-03-15

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

松本勝明 (2003) 『ドイツ社会保障論—医療保険—』信山社

松本勝明 (2019) 「公的医療保険における公平と競争: ドイツにおける政策選択」『年報公共政策学』13号 北海道大学公共政策大学院

AOK-Bundesverband, Geschichte der GKV-Reformen

<https://www.aok-bv.de/hintergrund/reformgeschichte/index.html> (最終アクセス日: 2021年6月18日)

BMG: Daten des Gesundheitswesens 2020.

GKV-Spitzenverband: Selbstverwaltung, Solidarität und Sachleistung,
https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/selbstverwaltung_gkv/gkv_selbstverwaltung_1.jsp

GKV-Spitzenverband: Selbstverwaltung,
<https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/selbstverwaltung/selbstverwaltung.jsp>

特集：公的医療保険における事業主の役割について

フランス医療保障制度における事業主の役割

中京大学教授
柴田 洋二郎
Shibata Yojiro

本稿では、フランスの社会保障制度による医療保険制度（基礎制度）とともに、基礎制度の適用後に残る患者負担分を保障する制度（補足制度）も対象として、それぞれにおける事業主の役割を考察する。近年、基礎制度では職業的な枠組みが取り払われてきたのに対し、補足制度は職業的な枠組みに基づく改革が進められてきた。また、もともとは任意加入の私的な制度である補足制度について、内容にかかる規制が強化されている。こうしたなかで、基礎制度では事業主の役割（あるいは存在感）の低下がみられており、他方で、補足制度ではその雇用する被用者を一定の内容が保障された補足医療保険に加入させることが、事業主の重要な役割となっている。

I. はじめに

本稿は、フランスの医療保障制度の概要を踏まえつつ、同制度における事業主の役割を考察するものである。はじめに本稿の用語法を説明する。フランスでは、社会保障制度による医療費の保障（prise en charge des frais de santé）は、2016年以降、社会保険には含まれないとする指摘がみられる¹⁾（後述Ⅱ.4.）。しかし、社会保障法典上「医療保険」（assurance maladie）という言葉が消えたわけではない（法典冒頭の数条をみても、L.111-2-1条やL.111-3条等。以下、特に示さない場合、条文は社会保障法典のもの）。また、本稿では2016年の前後とも視野に入れることから、その時々で用語が変わることによる混乱を避けるため、社会保障制度による医療費の保障および傷病時の休業補償手当を「医療保険」または「基礎制度」とする。他方で、基礎制度の適用後に残る患者負担分を保障する任意加入（ただし、強制加入となる人口層がある。後述Ⅲ.2.）の制度

は、（修正が加えられているとはいえ）保険の枠組みにより行われている。そのため、この制度を「補足医療保険」または「補足制度」とする。そして、基礎制度と補足制度の双方をまとめて「医療保障制度」とする。

ここまですら窺われるように、フランスでは、医療保障制度の構造自体が大きな変化のなかにある。このこととも関連して、とりわけ近年、フランスの医療保障制度には以下の2つの特徴がみられている。1つは、基礎制度を補う補足制度が大きく発展するなかで、基礎制度と補足制度が連動して改革される状況もみられていることである。もう1つは、基礎制度が職業的な枠組みを取り払う改革を進めてきたのに対し、補足制度は（少なくとも現状では）職業的な枠組み—特に、民間企業の被用者—のなかで改革が行われていることである。

そこで、本稿では、基礎制度（Ⅱ.）だけでなく補足制度（Ⅲ.）も対象に入れて重要な改革を取り上げた後、それぞれにおける事業主の役割を考察することとする（Ⅳ.）。

II. 基礎制度

1. 社会保障の制度化

現在のフランスの社会保障制度は1945年に発表された報告書「フランス社会保障計画」(Le plan français de Sécurité sociale : 通称ラロック・プラン²⁾)と、それを具体化した1945年10月4日のオルドナンス (n° 45-2250) をはじめとする諸法令を基盤としている³⁾。

ラロック・プランは、一般制度 (régime général) という単一の制度において全フランス人を適用対象とし (一般化 : généralisation)、社会保障金庫 (caisse) という機関が一元的に管理運営を行う (統一化 : unification) 形で社会保障制度を構築しようとするものである。また、この一元的な機関が当事者により管理運営されることを原則とした (自律的運営原則)。これは、社会保障制度の保険者となる金庫の意思決定を行う理事会 (conseil d'administration) に、労働者 (被保険者) と使用者の代表が理事として参加する形で具体化された。ただし、理事会の構成は、労働者代表理事が数的に優位していた (労使代表の比率は3対1)。そして、社会保障財源については、国家予算ではなく、被用者と使用者の拠出する所得比例保険料 (ただし、保険料負担の配分は、使用者の割合が著しく大きい) により賄われるべきだとした (自律的財政原則)。そうすることで社会保障財源を政治的に中立におくことを目的としたのである。

もっとも、一般化や統一化は直ちにではなく、段階的に実現されるものとされた⁴⁾。実際、一般制度は、すべてのフランス人ではなく、民間企業の被用者を中心とする制度となり、公務員や独立自営業者、農業従事者は、併存が認められた他の制度に加入することとなったし、医療保険の適用範囲外におかれる人口層も存在した。統一化 (一元的な管理運営) に至っては、1967年の改革で、医療・年金・家族の部門ごとに管理運営が行われることになったことで、明確に破棄されている。しかし、社会保障制度の管理運営・財源の自律性は堅持され、フランス

の特徴となった。この自律性から、フランスでは、社会保障改革の際、労使の対立ではなく、労使と国家との対立 (労使の自律に対する国家の介入) が焦点となってきた。

この1945年の社会保障制度 (その一環としての医療保険制度) は、その後、時々の社会経済状況の影響を受けて修正されてきた。そこで以下では、管理運営 (2)、財源 (3)、人的適用範囲 (4) に分けて基礎制度の変遷を追うこととする。

2. 基礎制度の管理運営に関する改革

(1) 金庫理事会の構成の変遷

金庫 (基礎制度の保険者) の意思決定機関である理事会に、労使の代表が理事として参加する自律的運営が強く維持されてきた1990年代までの主たる争点は、理事会における理事の労使構成比 (労働者代表理事の数的優位か、労使同数か) だった。1945年の労働者側に有利な理事の配分は、1967年の改革で労使同数に変更され、1982年の社会党政権誕生後には再び労働者側に有利な配分に戻され、1996年に再度労使同数に戻された。

このように、理事の労使構成比の変遷がみられるものの、国家から法的に独立した機関において、労使がその代表を通じて、基礎制度の管理運営に関する諸決定に関与する点は堅持されてきた。しかし、1990年代半ばに発表されたジュベ・プランに基づいて、国家 (議会) の役割を強化する新たな責任体制が構築された。

(2) 国家介入の強化—1995年のジュベ・プラン

1995年11月15日、当時の首相アラン・ジュベ (Alain Juppé) は、「公正」「責任」「緊急性」 (それぞれ、justice, responsabilité, urgence) を三本柱とする大規模な社会保障改革計画 (通称ジュベ・プラン) を発表した。すなわち、社会保障制度を「公正」という理念のもとで改革することが要請されており、原則的な改革方針として「責任」を明確にしつつ、「緊急性」をもっ

て改革を実施するというものである⁵⁾。このなかで、「責任」に関連して、議会・政府・金庫間の責任の明確化が問題とされ、「社会保障財政に関する議会の役割の強化」という観点から社会保障財政法が創設されることになった⁶⁾。

社会保障財政法は、社会保障財源が多様化したことで負担と給付の関係が複雑化したため、国が社会保障財源をコントロールする必要性が生じたことから、国の歳入・歳出を決める財政法とは別に、毎年社会保障財政法を表決し、社会保障会計の資金均衡の条件と歳出目標を定めるものである（初めての社会保障財政法は、1996年末に表決された1997年社会保障財政法）。これにより、議会が社会保障財政に対する主導権を手に入れることになり、財政面から社会保障における国家介入を強化する（étatisation）嚆矢となった⁷⁾。こうして、労使により構成される金庫理事会主導の管理運営から（社会的民主主義）、議会による支出目標の設定に基づき金庫が運営を行う体制（議会民主主義）が指向されたのである⁸⁾。

（３）管理運営における使用者の撤退—2001年から2005年まで

こうしたなかで、社会保障制度の労使管理体制の動揺を示すものとして、2001年9月からフランス最大の使用者団体であるフランス企業運動（MEDEF）が理事会への参加を取りやめていたことがある。その背景には、2000年にMEDEFが掲げた「社会的再建」（refondation sociale）というプログラムがある。これは、国の労働・社会保障政策が企業活動を圧迫し、企業競争力に悪影響を与えていることから、労使交渉を通じた労使自治により社会保障を変革（縮減）しようとするものである⁹⁾。そして、MEDEFは週35時間労働制への反発に加え、社会保障に関わる以下の理由から、理事会への参加を取りやめたのである。①週35時間労働制を導入した企業に対する使用者負担保険料の減免から生じる減収分を、政府が補填することを拒否し、社会保障機関（労使）が関与することに

なっていたこと、②社会保険の性格を強く維持するもの（失業保険や補足老齢保険）は労使による管理、雇用や労働との関係が直接的でなく国民連帯の性格を有するもの（医療の保障や家族手当、社会的排除に対する社会参入政策）は国による管理、という形で社会保障における責任の明確化を望んでいたことである。その後、2005年から医療保険の評議会（conseil：理事会に替わって設置）に復帰したが、これは、評議会が管理運営の責任を負う組織ではなくなり、方針決定を主たる役割とする組織となったからである（後述（４））¹⁰⁾。

MEDEF（と中小企業総同盟（CGPME））が理事会に不在だった期間も、定足数は満たしていたため、理事会の運営には影響を及ぼさなかった。しかし、この一件は、MEDEFが社会保障の管理運営における使用者代表の役割に疑問をもち、社会保障の労使管理体制は「息切れしている」（à bout de souffle）¹¹⁾との印象を強めることになった。

（４）管理運営組織の改革—2004年8月13日の法律

2004年8月13日の法律（n° 2004-810：以下、2004年法）は、①医療供給の組織化と医療費の医学的抑制、②医療保険の行政的組織化、③医療保険財源の3つを軸に様々な改革を行い、医療保険の赤字問題に対処しようとしている。内容は多岐にわたるが、ここでは、②にかかる管理運営組織の改革を取り上げる（①について、後述Ⅲ.2.（２）2））。

金庫内部の組織の改革として、医療政策等の決定に大きな影響力をもつ一般制度の全国金庫である医療保険全国金庫（CNAM）には、理事会に替わり評議会が創設された。理事会が金庫の意思決定を行う機関だったのに対し、評議会はあくまで政策的な指針や方針といった抽象的な事項の決定を行う役割を負うにすぎない。代わって、社会保障担当大臣により任命される事務総長（directeur général）に管理運営が委ねられ、この者が評議会の定める政策方針の原

案を作成し、評議会の定めた方針を具体的に実施する責任を担う。

このCNAM内部の組織変更と並んで、併存する基礎制度の金庫（保険者）間の連携を高めるため、全国医療保険金庫連合（UNCAM）が創設された。UNCAMは、民間企業の被用者と農業従事者という主要な2つの基礎制度の全国レベルの金庫を統轄する¹²⁾。UNCAMは、医療職従事者との関係を規制する協約およびその付属文書等について交渉を行い、締結する。これまでは、CNAMおよび1つ以上の他の全国金庫が協約の交渉・締結主体となっていたことからすれば、協約の交渉・締結権限をUNCAMに集約したことになる。また、被保険者の自己負担分や薬剤の償還率を定め、さらに償還可能な医療行為や医療給付について行為集への登録を決定する権限もUNCAMに移されている。UNCAMには、評議会、事務総長、事務局長会（collège des directeurs）がおかれ、実質的な運営は事務局長会が行うが、同会は上記2つの全国金庫の事務総長および事務局長で構成される。そして、UNCAMの事務総長はCNAMの事務総長が兼任し、事務局長会でも2票の投票権をもつ点で、CNAMの事務総長が大きな役割を果たすことになる。

以上から、2004年法により、さまざまな権限がUNCAMに移されており、医療保険の保険者の権限の拡大が図られていることがわかる。そして、保険者内部では、当事者である労使の管理運営への関与（自律的運営原則）の象徴であった理事会の権限が縮小され、政府主導で任命される事務総長の権限が強化されているのである¹³⁾。

3. 基礎制度の財源に関する改革

自律的財政原則により、社会保障財源は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保険料率の引き上げだった。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（fiscalisation）が議論されるようになる。そして、1980年代から基礎制度

への税財源の充当が進み、1990年代後半から、基礎制度の被用者負担保険料は、常設の社会保障目的税に代替されていった。

（1）税財源の導入に関する議論

社会保障財源の租税化は多様な観点から議論されたが、重要なのは、社会保障給付と財源との対応関係からの議論である。稼働所得を代替する給付（傷病等による非就労期間に稼働所得を補償する給付や、支給額が稼働所得に比例する給付）の財源となる限りでは、稼働所得にかかる保険料により有業者のみが拠出することは論理的である。しかし、稼働所得の喪失を補償することを目的とするものではない給付の財源については、税財源に依拠することにより全国民が拠出することが論理的であると主張される（財源の整合性という理由）¹⁴⁾。そのような給付は2つある。1つは、非拠出性給付—「連帯的性質の給付」（prestations de solidarité）—である。つまり、給付の性質（非拠出性）を財源の性質（非充当性：特定の給付の財源になるわけではないこと）に一致させるために税財源に依拠すべきとされる。もう1つは、人的適用対象が全人口に及ぶ給付—一般化が達成された給付—である。これは給付の人的適用対象と財源の人的適用対象を一致させるために税財源に依拠すべきとされる。そして、これら2つの給付をフランスでは「国民連帯（solidarité nationale）に属する給付」と呼ぶ¹⁵⁾。

以上からすれば、基礎制度の租税化は、論理的には正当化されうる。なぜなら、医療の保障は稼働所得とは無関係の給付であることと、基礎制度の人的適用対象は一般化が達成されつつある¹⁶⁾ことをあわせ考えれば、その財源は広く国民が負担すべきであり、稼働所得にかかる保険料により就労者だけが負担するのは不公正だからである。しかし、実際上は、医療保険財源を保険料から租税へと代えることに対しては、労使から反対されることとなった。その主張は、医療保険財源を「租税化することにより、国の一般予算へ吸収され、国家の介入の強化を招く」

(fiscalisation = budgétisation = étatisation) ことになり、「社会的民主主義」を脅かすというものである。たしかに、金庫の理事会が拠出者(労使)の代表から構成されることは、「保険料は、追加賃金または後払い賃金だから、労働契約の両当事者により共同で管理する」(cotisation = sur-salaire ou salaire différé = cogestion par les parties au contrat du travail) という場合に限り正当化されよう¹⁷⁾。こうして、租税化は医療保険の管理運営において、国家代表者を優位させ労使代表者を劣後させることになると危惧されたために批判されたのである(もちろん、労使の主張するこれらの等式が適切かどうかは議論の余地がある)。

このように、医療保険財源の租税化に対しては、論理的正当性からは租税化が肯定され、他方で、管理運営面の自律という観点から労使は租税化を否定してきたが、最終的に労使は租税化を受け入れた。使用者は、個人所得にかかる新税を創設することにより租税化を実現することになったことで(後述(2))、新たな企業負担となるものではない点で、労働組合はそれまで労使が負担してきた稼働所得との関連をもたない社会保障関連の費用(不当な負担: charges indues¹⁸⁾)を、税財源が引き受けるとされた点で、それぞれ租税化を好意的に評価したことがその理由である¹⁹⁾。

(2) 税財源の導入

医療保険への税財源の導入は、1967年の自動車保険料税を端緒とする。これは、自動車事故により一定の医療費が生じていることを考慮したものである。その後、1980年代に医療保険への税財源投入が進み、アルコールやタバコのように、消費が医療費の増加に結びつく製品や、製薬企業のような医療保険から利益を得る業界にも医療保険の財源を負担させるための拠出金創設され、基礎制度に充当された。もっとも、いずれも補助的な財源でしかなく、これらによる収入が医療保険財源に占める割合は極めて小さかった。

1990年代に入ると、このような保険料収入を補助するための税財源ではなく、保険料を代替する常設の税財源が登場した。それが、一般化社会拠出金(CSG: contribution sociale généralisée)である。CSGは、①稼働所得、代替所得(社会保障給付)、資産所得、投資益、くじ・カジノでの獲得金を課税対象とし、いずれの所得類型においても所得税よりも広範な所得が課税対象となり、②税法上フランスに居住しているとされ、かつ強制加入の医療保険制度による保障を受ける者を賦課対象としたうえで、所得税と住民税のいずれも非課税となる者(2021年では、単身者について2019年の課税所得が11,408ユーロ以下の者)の代替所得の一部のみCSGが免除されるという広範な人的対象を有する、③社会保障目的税である。本稿との関連では、目的税である(③)のために、税収の使途が特定され、CSGからの収益は国家の介入を受けずに社会保障制度に分配されることで、社会保障制度における自律的な財源管理を維持していることが重要である。

CSGは、当初家族手当のみに充当されていたが、1993年から老齢年金(低所得者に対する非拠出性年金)にも充当されるようになり、その後、医療保険にも充当されることとなった。具体的には、1997年、1998年と相次いで被用者負担の医療保険料率を引き下げる代わりに、CSG率を引き上げ、この引き上げ分による収益は医療保険制度に充当される改革が行われた。これにより、1998年以降、被用者の負担する医療保険料率はわずか0.75%となっていた。ついに、2018年社会保障財政法(n° 2017-1836)により、2018年から被用者負担の医療保険料は廃止され、これによる減収分はCSG率の引き上げにより補填するものとされた(表1、表2参照)。

4. 基礎制度の人的適用範囲の拡大—一般化

ここまでみてきた基礎制度における管理運営や財源の改革は、ラロック・プランで段階的な

表1 1987年7月以降の一般制度の医療保険料率 (%)

	1987.7.1	1991.7.1	1993.7.1	1997.1.1	1998.1.1	2016.1.1	2017.1.1	2018.1.1	2019.1.1
被用者負担	5.9	6.8	6.8	5.5	0.75	0.75	0.75	—	—
使用者負担	12.6	12.6	12.8	12.8	12.8	12.84	12.89	13.0	7.0 / 13.0*

注：2018年より、被用者負担の医療保険料は廃止されている。

* 「/」の左は賃金が最低賃金 (SMIC) の2.5倍以下の被用者分、右は賃金がSMICの2.5倍より大きい被用者分。

出所：フランスの連帯・厚生省および公的活動・公会計省の管轄する社会保障局が毎年公開している *Chiffres-clés de la Sécurité sociale* (<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/chiffres-cles>) 等を参考に筆者作成。

表2 CSG率の変遷 (%)

	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
1991.2.1	1.1	1.1	1.1	1.1	—
1993.7.1	2.4	2.4	2.4	2.4	—
1997.1.1	3.4	3.4 (1.0)	3.4	3.4	3.4
1998.1.1	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	7.5	6.2 / 6.6* (3.8 / 3.8)	8.2	8.2	6.9 / 9.5**
2018.1.1	9.2	6.2 / 8.3* (3.8 / 3.8)	9.9	9.9	8.6 / 11.2**
2019.1.1	9.2	6.2 / 8.3* (3.8 / 3.8)	9.2	9.2	8.6 / 11.2**
2020.1.1	9.2	6.2 / 8.3* (3.8 / 3.8)	9.2	9.2	6.2 / 11.2**

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)。

* 「/」の左は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)、右は職業生活からの引退に基づく代替所得 (老齢年金、拠出性障害年金等)。

** 「/」の左はくじでの獲得金、右はカジノでの獲得金。

出所：フランス政府による法典・法令等の公開サイト Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr/>) における社会保障法典 L.136 -8 条の推移等を参考に筆者作成。

実現が目指された人的適用範囲の一般化と無関係ではない。なぜなら、改革の背景には、被用者以外の人口層が基礎制度の対象となったことによる、管理運営や財源に労使のみが関わることへの疑問があるからである。そこで、一般化の実現に関わる2つの動き—1999年の普遍的医療保障 (CMU) と2016年の普遍的医療保護 (PUMa) —に触れておく。

(1) 普遍的医療保障 (CMU)

ジュベ・プランにおける普遍的医療保険制度 (注6参照) は、このままの形では実現しなかったが、この構想に基づいて制定された制度が普遍的医療保障 (CMU : couverture maladie

universelle) である。

1999年7月27日の法律 (n° 99-641 : 以下、CMU法) はCMUを設けた。CMUは、職域保険の分立・併存という既存の基礎制度の構造を残しつつ、いずれの職域制度にも加入できない者はフランスでの居住を条件に一般制度に加入させる制度である。これにより、フランスではすべての者が基礎制度に加入することとなり、一般化を達成した²⁰⁾。

CMUが居住に基づく加入という方法を設けたことは、基礎制度への加入と職業との結びつきを相対的に緩和することになった。

(2) 普遍的医療保護 (PUMa)

CMUの創設により、すべての者が基礎制度によりカバーされることになったとはいえ、医療へのアクセスの問題が完全に解決されたわけではなかった。なぜなら、基礎制度により保障を受ける条件が、個別の制度やその者がおかれた状況により異なるために、医療の保障にかかる受給権が途切れる場合があったからである(転居または職業状況もしくは雇用の変化にかかる家庭状況の変更、高等教育への進学等)。

そこで、2016年社会保障財政法(n° 2015-1702)は、CMUを廃止し²¹⁾、普遍的医療保護(PUMa: protection universelle maladie)を設けた。そのなかで、失業した場合や個人の状況が変化した場合にも医療費の保障が受けられる手続を整備し、他方で、行政手続を回避・簡潔化して、医療の保障にかかる受給権が途切れる可能性を減らし、医療に実質的にアクセスできるようにした。もっとも、PUMaは、医療の保障について新しい権利を設けるものではない。しかし、PUMaの創設と、それに伴う社会保障法典の改正(およそ200の条文が改廃の対象となった)により、フランスの社会保障における医療の保障の性質が変化したことには注意が必要である。

具体的には、従前のCMUに基づく加入に関する規定は、「一般制度に加入する様々なカテゴリーの者に関する諸規定」(下線筆者)という編(titre)におかれており、L.380-1条は、「他のいかなる資格でも医療・出産保険の現物給付の受給権を有しない場合」の医療の受給を定めていた。つまり、一般制度への原則的な加入基準は職業(労働者であること)で、それと関連して「労働者の家族」という基準(被扶養者)があり、いずれでもない場合は居住という補完的な基準で加入する形となっていた。

これに対し、PUMaは、新設された「医療費の保障に関する諸規定」という章(chapitre)におかれている。この章の最初の条文であるL.160-1条は、「就労している者または、職業活動に従事していない場合には、フランスに安

定的かつ適法に居住する者はすべて、疾病[……]に際して、[……]医療費の保障を受ける。」と定め、就労している者と居住している者を併記する形となった(L.380-1条は削除された)。つまり、居住という基準は補完的な基準ではなく、選択的な(alternative)基準に変わっている²²⁾。これにより、PUMaでは、CMU以上に医療費の保障と職業との結びつきが希薄になったといえる。

さらに、2016年社会保障財政法は、医療の保障の性質に関わる重要な修正を行った。まず、社会保障法典の最初の条文であり、社会保障の給付を述べるL.111-1条が修正された。具体的には、フランスで就労または居住するすべての者に行われる普遍的性質の給付(医療の保障はこれに列挙されている)を同条2項にまとめ、労働者のみに対する喪失所得の補償給付を同条3項とすることで、社会保障給付の2つの機能を条文上区別したのである。また、同条4項のうち、「社会保険の諸給付」と書かれていた部分を、「医療費の保障、社会保険の諸給付」と併記する形にして、医療費の保障を社会保険から区別している²³⁾。さらに、国民の社会保障への愛着を述べるL.111-2-1条も、従前の「医療保険の普遍的、義務的、連带的性質に対する」国民の愛着から、「社会保障による医療費保障の普遍的、義務的、連带的性質に対する」国民の愛着へと修正された。

これらにより、社会保障のなかで医療費の保障が社会保険の領域から「抜き出され」(extraction)²⁴⁾、医療費の保障は、もはや社会保険には含まれないと評価されているのである²⁵⁾。

Ⅲ. 補足制度

1. 補足医療保険の位置づけ

フランスでは、補足医療保険が大きな役割を果たしている。その背景を歴史的事情と制度的事情に分けてみておこう。歴史的事情²⁶⁾として、フランスで社会保障制度が体系的に整備される

1945年以前に、共済組合（mutuelle）による保護が発展をみていたことが挙げられる。このため、共済組合は国家による社会保障制度の創設に抵抗した。結果として、医療保険は創設当初から医療費を全額保障することはなく、患者の自己負担分を定めており、ここに補足制度として共済組合が介在する余地が残された²⁷⁾。もう1つは制度的事情であり、自己負担分が以下の特徴を有することである。①基礎制度からの償還²⁸⁾の基礎となる診療報酬は全国レベルで定められるにもかかわらず、自由に診療報酬を決定できる医師（セクター2）²⁹⁾が存在し、そこで受診した場合、償還基礎を上回る診療報酬（超過診療報酬）は全額自己負担となる。また、②患者の負担する費目が数多く存在し、さらに、③近年償還率の低減や償還対象リストから除外される医療行為や医薬品が増加している³⁰⁾。これらにより、患者の負担として残る部分が増大傾向にあり、補足医療保険の必要性もまた増大している。

こうして現在では、人口のおよそ95%が補足医療保険に加入している。この高い加入率の背景の1つとして、とりわけ1990年代末以降、補足制度に対して政策的な介入が行われたことがある。そのなかで、本稿のテーマと関連する被用者に対する補足医療保険加入の義務づけに触れておく³¹⁾。

2. 民間企業の被用者に対する補足医療保険の一般化

（1）雇用安定化法

2013年6月14日の雇用の安定化に関する法律（n° 2013-504：以下、雇用安定化法）により、民間企業は、2016年からその雇用する被用者を補足医療保険に加入させることが義務づけられた（従来は、産業または企業の任意に委ねられていた）。具体的には、使用者は、医療費の償還に関する最低限の保障（couverture minimale）を行う強制加入の団体契約により、被用者に補足医療保険を提供することが義務づけられる³²⁾。被用者も、一定の場合（採用時に別途個

別に補足医療保険に加入していた等）を除いて、加入を拒否できない。また、その際の補足医療保険料の半分以上を使用者が負担することとされた（L.911-7条）。

（2）補足医療保険の保障内容

上記「最低限の保障」を提供するために締結される契約は、連帯契約（contrats solidaires）および責任契約（contrats responsables）の条件を満たすものでなければならない（以下、両者をまとめて指す場合、連帯・責任契約）。連帯・責任契約は、2000年代に定められ、税制および社会保険料に関わる優遇を行うことで、一定の内容の補足医療保険契約の締結を促す仕組みである。フランスの補足医療保険の特殊性として、以下で説明を補足する³³⁾。

1) 連帯契約

共済組合は、補足医療保険契約において、「所得、共済組合または社会保障制度への加入期間、居住地、被扶養者の数、加入組合員の年齢以外の理由で保険料額を決定することはできない」（共済法典L.110-2条）ことを重要な特徴とする。2001年の修正財政法（n° 2001-1276）は、いずれの補足医療保険組織にもこのような保険料額の決定に関する規則が適用されるようにした。

こうして、連帯契約とは、補足医療保険契約の締結にあたり、①被保険者を医学的理由により選別してはならない、②被保険者の健康状態を考慮して保険料額を定めてはならない、という2つの条件の双方（個人契約または任意加入の団体契約の場合）または②（強制加入の団体契約の場合）が遵守されている契約をいう。

連帯契約と、この後で述べる責任契約の条件の双方を満たす補足医療保険契約について、補足医療保険組織の負担する追加的連帯税（taxe de solidarité additionnelle：L.862-4条）³⁴⁾の税率が13.27%となる（いずれかを満たさない場合は20.27%）³⁵⁾。つまり、税制優遇を受けようとする補足医療保険組織は、被保険者の選別でも、保険料額の決定でも、「リスクの高低」と

いう最も保険的な要素に基づいて判断することができない。

2) 責任契約

責任契約は、患者（被保険者）にも医療保険の当事者としての自覚をもたせ、責任ある行動をとらせることで医療費を抑制しようとする目的で設けられた一定の条件を満たす契約をいう（L.871-1条およびR.871-1条以下）。2004年法（前述Ⅱ.2.（4））と大きく関連するため、同法の内容を概観しておこう。

2004年法は、一定の場合に患者の金銭的負担を増やすことで非効率的な受診を抑制しようとしている。まず、①診療のたびに定額1ユーロの「公的自己負担分」(ticket modérateur d'ordre public) が課されることとなった。これまでも自己負担分や定額入院費負担の形で患者に金銭的負担を負わせることで医療費を抑制しようとしてきた。しかし、これらはいずれも補足制度がカバーできるため十分な受診抑制とならず、逆に補足制度に加入できない低所得層の受診だけを抑制していた。これに対し、公的自己負担分は基礎制度や補足制度でカバーできず、低所得者には適用されない点に特徴がある。また、②かかりつけ医 (médecin traitant) 制がとられ、16歳以上の被保険者がかかりつけ医を指名しない場合やかかりつけ医を通さずに直接専門医に受診した場合、自己負担分が増加する。これらの措置により、患者が非効率的な多重受診を避けると同時に、「連携した医療経路」(parcours de soins coordonnés) をたどることで医療費が抑制されることが期待された³⁶⁾。

責任契約は、基礎制度で導入された非効率的な受診の抑制や医療経路の連携に関わる上記の政策に補足医療保険組織も関与させるものである。こうして、①一定の患者負担部分を保障せず（消極的保障）、かつ、②一定の患者負担部分を保障する（積極的保障）ような補足医療保険契約が、連帯契約の条件も満たす場合、補足医療保険組織は、追加的連帯税が軽減される（前述1））。責任契約の効果としてはさらに、団体

契約の場合、使用者の負担する補足医療保険料は、課税所得（租税一般法典L.83条および同法典L.154条bis）および社会保険料の算定基礎（社会保障法典L.242-1条）から除外される（上限がある）。つまり、補足医療保険組織の提示する契約内容を通じて、被保険者に医療費の抑制に対して責任ある行動をとらせようとしたのである。基礎制度について定められた枠組みが遵守されるよう補足制度を通じてサポートするという点で、従来のフランスの医療保障制度にはみられなかった仕組みである³⁷⁾。

具体的には、①消極的保障として、a)公的自己負担分、b)かかりつけ医を指名しない場合やかかりつけ医を通さずに直接専門医に受診した場合の自己負担分の増額分、c)（2008年より）医療定額自己負担金 (franchise médicale)³⁸⁾ を保障対象から除外することが求められる。②積極的保障として、a)かかりつけ医を受診した場合の診療報酬の30%、b)かかりつけ医の処方を受けた医薬品価格の30%、c)かかりつけ医の指示した検査にかかる費用の35%、d)公衆衛生に照らして重要とされる予防給付にかかる患者負担の全額を保障しなければならない。これにより、補足医療保険契約の内容は、超過診療報酬や、基礎制度で規定する診療報酬を超過することが多い眼鏡や歯科補綴に対する保障によってのみ区別されることになった。

その後、積極的保障（②）については内容の充実化が図られる。まず、2014年社会保障財政法により、2015年4月から、定額入院費負担の全額および、一定の上限額の範囲内で医師の診察や行為にかかる超過診療報酬、歯科補綴または顎顔面矯正、償還の認められる個人用の一定の医療器具（眼鏡、補聴器等）の費用を保障することも必要とされた。さらに、2019年社会保障財政法は、補足医療保険契約は、患者の自己負担なしで、眼鏡、補聴器、歯科補綴を保障しなければならないことを定めた（« 100% santé »（100%医療費保障）または« RAC 0 »（負担残額ゼロ）と呼ばれる改革）。したがって、この改革後は、補足医療保険契約の内容は、超過

診療報酬の保障水準によってのみ区別されることになる。

連帯・責任契約は、経済的な優遇措置により一定の内容の補足医療保険契約の締結を促進しようとする点で共通する。ただし、それぞれ、被保険者の保護（連帯契約）と行動の修正（責任契約）という異なる目的を有する³⁹⁾。また、責任契約では、近年の改革により、診療報酬の自由が強く表れる（その結果、患者負担が大きくなる）眼科や歯科の保障を強化することで、低所得の被保険者に医療への実質的なアクセスを保障する目的が与えられているとする指摘がある⁴⁰⁾。

連帯・責任契約は、雇用安定化法により、もはや税制および社会保険料上の優遇を受けるための条件ではなく、企業がその被用者に享受させなければならない補足医療保険の最低保障を構成する要素となっている⁴¹⁾。

（３）補足医療保険組織の選択

雇用安定化法により、当初社会保障法典には、産業（または職際）レベルの労働協約により、当該産業に属する企業が補足医療保険について当該協約により指定された１または複数の補足医療保険組織に加入することを義務づける条項が定められた（L.912-1条１項。指定条項：clauses de désignation）。さらに、当該協約の適用を受ける企業が、指定された保険者とは異なる保険者のもとですでに補足医療保険に加入していた場合でも、指定された保険者に加入することを義務づける条項もおかれていた（同条２項。移動条項：clauses de migration）。しかし、法律の合憲性審査機関である憲法院は、これらの条項が、企業活動の自由と契約自由を過度に侵害するものであり、違憲であるとした⁴²⁾。

そこで、政府はこれを修正し、産業レベルの労働協約により１または複数の保険組織を推薦することを可能とする条項とした（推薦条項：clauses de recommandation）。憲法院は、推薦条項は、労働協約が適用される企業に対し推薦された保険組織（のいずれか）と契約を締結す

ることを強制するものではない限り、企業活動の自由および契約自由を侵害するものではないと判断したため⁴³⁾、L.912-1条を修正し、これを規定することとなった。

Ⅳ．おわりに—医療保障制度における事業主の役割

基礎制度と補足制度の方向性をみると、基礎制度では職業的な枠組みを取り払う改革（一般化）が進められてきたのに対し、補足制度では（少なくとも現状では）職業的な枠組み—特に、民間企業の被用者—に基づく改革が進められている。こうして、フランスの医療保障制度は、「すべての人口を対象」とし「国家の介入」を受けるベヴァリッジ型の基礎制度と、「職域」に基づく「労使参加」のビスマルク型の補足制度が並置されるという、これまでにないモデルとなっているとする評価もある⁴⁴⁾。

こうしたなかで、医療保障制度における事業主の役割も変容を受けており、具体的には、基礎制度における役割（あるいは存在感）の低下と、補足制度における役割の確立をみることができる。

１．基礎制度における事業主の役割

フランスでは、社会保障を当事者自前で管理運営していこうとした（前述Ⅱ.１.）。このため、基礎制度についても、①保険者たる金庫は労使という関係当事者の代表が構成員となる理事会によって運営され（自律的運営原則）、②財源は労使の拠出する保険料によって賄ってきた（自律的財政原則）。事業主の役割という観点からは、使用者負担保険料を通じて基礎制度の費用を負担する役割があり、このように費用の負担者であることが、もう１つの役割である使用者の管理運営への関与を正当化しているとみることができる。

しかし、基礎制度における段階的で長期的な変化である人的適用対象の拡大のなかで、最終的にはCMU（その後、PUMa）により医療費

の保障と職業との結びつきを弱める形で一般化が達成された（前述Ⅱ.4.）。このこととその過程にかかる、とりわけジュベ・プラン以降の諸改革は、当事者（労使）の役割に影響を与えた。なぜなら、社会保障の管理運営・人的適用範囲・財源のあり方は密接に関連しており、当事者による管理運営は、労働者のみを保護の対象とし、職業所得にかかる保険料を財源とする場合に妥当するが、すべての人口を保護の対象とし（一般化）、租税を財源とする場合には適切でないからである⁴⁵⁾。とはいえ、基礎制度における事業主の役割は、現在のところ、管理運営の面では低下しているのに対し、財源負担の面では維持されている不均衡な状況にある。

（1）管理運営

自律的運営原則に対しては、労使による自律的な運営に委ねる方法を抜本的に変えようとする改革がみられている。一般化に向けた動きのなかで、労使によっては代表されない人口層（例えば、失業者等の非就労者、非被用者）が増加し、また、医療保険財源の租税化に伴い、労使代表による自律的運営の妥当性が民主主義の観点から疑問がもたれるようになったのである。

こうした背景から、フランスは基礎制度の管理運営に国家を大きく関与させる2つの改革を行った。1つは、毎年議会が審議したうえで制定される社会保障財政法の創設である。これにより、議会主導で医療保険財政の目標と目標達成に向けた運営の方向が決定されることとなった（前述Ⅱ.2.（2））。もう1つは、管理運営組織である金庫の組織改革であり、政府が任命する者（事務総長）に金庫の管理運営が委ねられることとなった。それに伴い、労使代表により構成される機関の役割は金庫の意思決定を行うことから、政策的な指針や方針の決定を行うことへと変更された（前述Ⅱ.2.（4））。

さらに、法制度とは別に、この2つの改革の間には、使用者組織が、国の労働・社会保障政策への反発から、社会保障の管理運営組織から（一時的に）撤退する動きがみられた（前述

Ⅱ.2.（3））。このことは、労使による社会保障の管理体制の疲弊とともに、使用者組織自身、医療保険への関心が低下していることを示すものだった⁴⁶⁾。

こうして、管理運営に対する国家の介入の度合いは大きくなるとともに労使の役割は後退する傾向にあり、自律的運営原則は希薄化している。

（2）財源負担

自律的財政原則に基づく保険料に依拠した財源調達方法もまた、一般化の動きのなかで、医療保険における財源の負担者（拠出者）と受給者の対応関係の点で問題があるとされた。人的適用対象が拡大するなかで、稼働所得に賦課される保険料ではなく、稼働所得を得ていない医療保険適用対象者（非就労者、失業者等）に対しても広く財源の負担を求めることが論理的であると考えられたのである（前述Ⅱ.3.（1））。

こうした状況のなかで、フランスは医療保険財源の租税化を実行した。租税化にあたっては、医療保険料率の引き下げを同時に行っている（前述Ⅱ.3.（2））。こうして、保険料と比べると国家の介入の度合いが大きい税財源に依拠することで、自律的財政原則は希薄化している。もっとも、医療保険料率の引き下げは被用者負担保険料だけを対象とするにとどまっており、使用者負担保険料の引き下げには着手されていないことに注意が必要である。このように、使用者負担保険料が残存していることには、医療保険における給付と拠出の人的適用対象の不一致を生じさせていることに加え、雇用促進や企業競争力に悪影響を及ぼすとして疑問を呈する向きもある。

こうしたなかで、使用者が保険料を負担するという役割は、受益者負担から説明される⁴⁷⁾。医療保険制度からの給付により被用者の健康が維持・改善されることで、労働の質や生産性の向上につながることから、使用者も医療保険の受益者とも考えられ、そうであれば負担を負うべきといえることである⁴⁸⁾。

こうして、事業主の財源面での貢献という役

割を肯定しながら、使用者負担保険料という形をとることには、その性質や最終的な負担の帰属の不明確さから疑問を呈する見解もある。これによれば、使用者負担保険料を報酬の一部と考えると、それは被用者の負担といえるから、保険料を財源とする給付の管理運営に使用者が関与することを理論的に正当化できない。使用者負担保険料を報酬ではなく、租税類似の連帯的な拠出金と解するならば、管理運営は国が行うべきことになる⁴⁹⁾。また、使用者負担保険料は、賃上げの抑制や値上げにより、最終的には労働者や消費者の負担に転嫁されるとの指摘もつとになされるところである。そのため、使用者負担保険料という形ではなく、賃金総額に加えて付加価値の一部または全部も賦課基礎とする企業の集団的負担金 (contribution collective) によるべきとする主張もみられている⁵⁰⁾。

2. 補足制度における事業主の役割

フランスでは、歴史的事情から、基礎制度が医療費を全額保障することはなく、患者の自己負担分が存在したため、補足制度が介在する余地が残された。そして、基礎制度では償還されない診療報酬部分があることや、患者の負担する費目が多様に存在することといった制度的事情から、補足制度の必要性が増大し、人口のおよそ95%が加入するに至っている (前述Ⅲ. 1.)。

こうしたなかで、補足制度の法整備が進み、異なる法典の適用を受ける補足医療保険組織を統一的な法規制の下におこうとしてきた。そして、具体的な給付内容が大きく異なりうるなかで、税制や社会保険料上の優遇措置を通じて、使用者や補足医療保険組織に対して、最低限の内容を保障する契約の締結を促してきた。この「最低限の内容」により、補足医療保険組織は通常の保険契約にはない規制を受け、また、基礎制度で導入された政策に関与することになる。さらに、民間企業の被用者については加入が義務づけられたことで、事業主は、法的に補足制度において一定の役割を担うものとなっている。

(1) 制度の提供

雇用安定化法は、民間企業の使用者に、その雇用する被用者を補足医療保険に加入させることを義務づけた (前述Ⅲ. 2. (1))。したがって、当該企業への勤続年数を問わず、すべての被用者に補足制度を受給させることが事業主の役割となる。その際、憲法院は、産業レベルの労働協約で、当該産業に属する企業に特定の補足医療保険組織と契約を締結することを義務づけることは認めなかった (前述Ⅲ. 2. (3))。こうして、補足医療保険組織の選択については、各企業に広い自由が認められている。事業主は、労働組合との団体交渉も踏まえて、企業の状況に合わせた料金設定により、補足医療保険組織を選択することが求められることになる⁵¹⁾。

この点にかかる近年の動向を2点指摘する。1つは、責任契約の充実化が図られたことで、補足医療保険契約の内容にかかる規制が大きくなり、保障内容の差が小さくなることである (前述Ⅲ. 2. (2))。こうした契約内容の標準化 (normalisation) により、補足医療保険を通じた実質的な保障を確保することができる反面、契約内容では補足医療保険組織間の競争は生じにくくなり、価格による競争につながる。このことと関連するもう1つの動向は、この競争を激化させる可能性のある規定が設けられたことである。具体的には、2019年7月14日の法律 (n° 2019-733) は、補足医療保険組織の変更を促進するため、契約締結から1年経過後は、費用なしでいつでも補足医療保険契約を解約できることを認めた (強制加入の団体保険について、L.932-12-1条)。こうして、手ごろな価格で十分な保障が受けられる補足医療保険契約の普及につながる事が期待される⁵²⁾。

(2) 財源負担

また、補足医療保険の財源負担も事業主の役割である。民間企業の使用者は、その雇用する被用者に提供する強制加入の団体契約の補足医療保険について、保険料の半分以上を負担する義務を負う (前述Ⅲ. 2. (1))。事業主が、補

足制度の保険料を負担しなければならない根拠は必ずしも自明でないが、歴史的経緯と受益者負担から説明できよう。まず、歴史的経緯としては、補足制度は、それを社会政策の一要素とみる使用者により定着されてきたことがある⁵³⁾。そのため、実態としても、被用者への補足医療保険の加入を義務づけた雇用安定化法以前から財源を負担してきた使用者は多く、負担割合も平均して50%以上となっていた⁵⁴⁾。したがって、雇用安定化法以後も、補足医療保険料の半分以上を負担することに、使用者からの異論は（少なくとも大きくは）なかったものと思われる。この点、補足医療保険料を負担した企業は、当該保険料分が課税基礎や保険料賦課基礎から（上限付で）控除されることにより、使用者側にも補足医療保険料を負担するメリットがあることに留意すべきである⁵⁵⁾（前述Ⅲ.2.（2））。また、受益者負担については、雇用安定化法制定時の議論において、労働者の健康が生産性につながるということが論じられている⁵⁶⁾。

3. 若干の指摘

以上にみてきた基礎制度、補足制度における事業主の役割から2点指摘して、本稿を結ぶこととする。1点目は、事業主の役割は、医療保障制度と職業（労働）との結びつきから生じることである。特に、基礎制度の動向からは、社会保険が、本来職業や労働を基盤としたものであることがあらためて確認できる。したがって、職業との結びつきが弱まる（それにより一般化を達成する）なかでは、基礎制度における事業主の役割は今後も縮小していくのではないかとと思われる。とはいえ、2点目として、財源の租税化のなかでもなお使用者負担保険料が手つかずのまま残存している基礎制度の現状は、論理的に貫徹されたものとなっていないことである。使用者負担保険料が残るなら、管理運営における事業主の権限を増大すべきであり、管理運営への事業主の権限が弱まる（さらにはなくなる）のであれば、使用者負担保険料を軽減（廃止）して、租税化すべきであろう。とすると、

使用者負担保険料の帰趨が注目されると同時に、今後も使用者負担保険料が残されるとすれば、これまで十分に検討されてこなかった使用者負担保険料の法的性質や理論的根拠をあらためて問い直すことが必要となる。

〔付記〕本稿は、科学研究費補助金（基盤研究（C）：課題番号17K03415、基盤研究（C）：課題番号21K01185）の助成による研究成果の一部である。

注

- 1) 例えば、フランスの社会保障法の代表的な体系書である、M. BORGETTO et R. LAFORE, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 19^e éd., 2019, p.261, p.309.
- 2) P. LAROQUE, « Le plan français de Sécurité sociale », *Revue Française du Travail*, n° 1, 1946, pp.9 et s.
- 3) それ以前の制度については、健康保険組合連合会編（2011）『健康保険制度における事業主の役割に関する調査研究報告書』37頁以下〔柴田洋二郎執筆〕を参照。
- 4) 1945年10月4日のオールドナンスの提案理由書。
- 5) « Intervention du Premier ministre Alain Juppé sur la réforme de la protection sociale », *Droit social*, 1996, pp.221 et s.
- 6) 「公平」については、社会保障制度がすべての者に平等に保障されるよう、「普遍的医療保険制度（régime universel d'assurance maladie）の創設」と「社会保障財源の改革」が掲げられた。すべての者が、フランスへの定住のみを要件として加入する制度を創設する案とともに、基礎制度の財源を保険料から租税に移行する改革案も打ち出されたのである。
また、「緊急性」として、社会保障から生じた負債の返済がある。累積した社会保障債務を返済するための機関（社会保障債務減債金庫：CADES）と、その主要な資金源とするための拠出金（社会保障債務償還拠出金：CRDS）とが設けられた。
- 7) 社会保障財政法にかかる手続において労使の役割がまったくないわけではない。実際、社会保障の各部門における全国レベルの金庫（保険

- 者)の理事会(労使の代表が構成員となる)は、毎年、社会保障財政法案が、政府の諮問機関であるコンセイユ・デタ(Conseil d'État)や議事に回付される前に、同法案について意見を表明しなければならない。しかし、法案策定手続の最後に表明されるこの意見は、法案の内容にほとんど影響を与えない(P.-L. BRAS et D. TABUTEAU, *Les assurances maladie*, Que sais-je?, 2^e éd., 2021, p.54)。
- 8) B. PALIER, *Gouverner la sécurité sociale*, PUF, 1^{re} éd. « Quadrige », 2005, p.396.
- 9) 「社会的再建」プログラムについて、田中拓道(2008)「労働の再定義—現代フランス福祉国家論における国家・市場・社会—」『年報政治学』59巻1号22頁以下参照(同論文は、「社会の再設立」と訳している)。
- 10) 以上、B. PALIER, *op. cit.* note8, p.409.; M. BORGETTO (*et al.*), *op. cit.* note1, p.241.
- 11) M. BORGETTO (*et al.*), *ibid.*, pp.240 et s.
- 12) 当初は、独立自営業者も加えた3つの基礎制度だったが、2018年に独立自営業者の基礎制度が民間企業の被用者の基礎制度に統合された。
- 13) 加藤智章(2006)「フランスにおける医療費抑制策の変遷—2004年8月13日の医療保険に関する法律をめぐって」『社会保険旬報』2272号20頁。
- 14) このほか、①失業の増加や人口の高齢化により、社会保障支出が保険料収入よりも急速に増大し、社会保障財政の苦境に対応するため、社会保障財源を租税に依拠する改革が必要である(財政的理由)、②税財源に依拠することで、使用者負担保険料を、つまりは人件費を軽減でき、企業競争力や雇用に好影響を与える(経済的理由)、③社会保険料が一般に高所得層に認められる資産所得(賃貸借料や財政投資等による所得)は賦課基礎としていないため、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である(社会的公正 : justice sociale という理由)といった観点からも議論された(A. EUZÉBY, « Les impôts et le financement de la protection sociale », *Cahiers français*, n° 274, 1996, pp.50 et s)。
- 15) B. PALIER, *op. cit.* note8, p.418, p.429等。
- 16) 1970年代中盤、基礎制度はすでに人口の98%以上をカバーしていた(*J. O. Avis et Rapport* (par L. BOUTBIEN), Conseil économique et

- social, 1974 n° 26, p.1318)。
- 17) 以上については、R. PELLET et A. SKZRYERBAK, *Leçons de droit social et de droit de la santé*, Sirey, 2^e éd., 2008, pp.313 et s 参照。
- 18) 「不当な負担」については、例えば、F. MASNAGO, « Les charges indues », *Droit social*, septembre-octobre 1978, pp.117 et s. それによれば、①非拠出性給付の費用、②給付外の社会保障関連の費用(例えば、公的医療設備費、研究費、医師の職業訓練費)、③財政調整の費用が不当な負担として挙げられている。
- 19) B. PALIER, *op. cit.* note8, p.365.
- 20) また、CMU法は基礎制度の一般化を達成しただけでなく、低所得層が補足医療保険に加入できるような仕組みも設けた(補足的CMU。注31も参照)。
- 21) 補足的CMU(注20参照)は維持された。
- 22) D. PIVETEAU, « La protection universelle maladie (PUMA) », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, n° 13, 2016, pp.114 et s. また、居住に基づく「直接的な加入」(affiliation directe)と表現する体系書もある(R. PELLET et A. SKZRYERBAK, *Droit de la protection sociale*, PUF, 2017, p.366)。
- 23) また、このとき同時に、医療費保障に関する規定は、社会保険について定める社会保障法典第3巻(livre)から、第1巻に移動されている。これに対し、医療保険による金銭給付の規定は、依然として第3巻におかれている。
- 24) D. TABUTEAU, « La protection universelle maladie (PUMA) : une transfiguration législative de l'assurance maladie », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 6, 2015, p.1060.
- 25) M. BORGETTO (*et al.*), *op. cit.* note1, p.261, p.309; D. PIVETEAU, *op. cit.* note22, p.116.
- 26) J.-F. CHADELAT, « Histoire des complémentaires maladie », *regards*, n° 49, 2016, pp.36 et s 参照。
- 27) 現在では、1989年12月31日の法律(n° 89-1009: 以下、Évin法)により、①共済組合だけでなく、②労使共済制度(institution de prévoyance)、③民間保険会社が、補足医療保険の保険者と認められている(以下、①から③をまとめて「補足医療保険組織」)。そして、補足医療保険は、常にこれら組織との個別契約または、被用者の場合には団体契約(労働協約

- 等に基づいて労働者が集団的に加入する)の締結を前提とする。補足医療保険組織は、それぞれ異なる法典の適用(①は共済法典、②は社会保障法典および農事法典、③は保険法典)を受け、歴史的経緯から各組織が特殊性を有しているが、Évin法を契機に、近年では徐々に統一的な法規制の下におかれつつある。
- 28) フランスでは、通常の外来診療については、受診時にいったん医療費の全額を支払い、その後保険者から医療費の一定割合の償還を受ける「償還払い方式」となっている。
- 29) 現在、新たにセクター2となることは認められていないため、セクター2の割合は減少している。しかし、専門医や大都市圏ではなおセクター2の医師が多い(J-C. BARBIER et B. THÉRET, *Le système français de protection sociale*, Édition La Découverte, nouvelle éd., 2009, p.71)。
- 30) 松田晋哉(2013)「フランスにおける薬剤政策」『健保連海外医療保障』97号13頁、柴田洋二郎(2018)「フランスにおける患者負担の特徴と動向」『健保連海外医療保障』119号7頁以下を参照。
- 31) 本稿では詳述しないが、低所得者に対する補足医療保険の保障についても政策的な介入が行われた。CMU法の創設した補足的CMU(注20参照)により、フランスに連続3か月以上適法に居住し、所得条件(世帯構成に応じて異なる)を満たす世帯は、一定の内容が保障される補足医療保険に無償で加入できた。さらに、所得条件の前後で補足医療保険の費用負担が急激に変わることがないように、所得が所得条件の135%未満の者は、補足医療保険料の援助を受けることができた(補足医療保険加入援助[ACS: aide au paiement d'une complémentaire santé])。しかし、ACSは定額援助(年齢に応じて異なる)のため、補足医療保険料の全額を保障するものではなく、保障が十分でない(その代わり安価な)補足医療保険に加入する者が多かった。そこで、2019年社会保障財政法(n° 2018-1203)は、補足的CMUとACSを統合し、補足医療連帶給付(CSS:complémentaire santé solidaire)という仕組みを設けた。これにより、従前の補足的CMUの受給者(無償でCSSの受給者となる)の状況は変わらないが、従前のACSの受給者(有償でCSSの受給者となる)は、定額の負担(年齢に応じて異なるが、最大でも月30ユーロ)をする代わりに、従前の補足的CMUと同じ内容の保障を受けられることとなった。
- 32) また、補足医療保険の内容の決定が毎年の義務的団交事項となっている(労働法典L.2242-17条5°)。
- 33) 連帯・責任契約については、柴田洋二郎(2013)「フランス医療保障制度における補足医療保険」『健保連海外医療保障』98号14頁以下も参照。
- 34) 同税収が、CSS(注31参照)の財源となる。
- 35) 当初は、租税一般法典995条により、補足医療保険組織が保険料総額を賦課ベースにして納める保険契約特別税(taxe spéciale sur les contrats d'assurances)が免除されていた。その後、2011年財政法(n° 2010-1657)により、同税の税率が通常7%のところ3.5%に軽減されることになり(租税一般法典995条から同法典1001条に移された)、2011年修正財政法(n° 2011-1117)で通常9%のところ7%に軽減、2014年社会保障財政法(n° 2013-1203)で通常14%のところ7%に軽減と変遷した。2016年社会保障財政法により、保険契約特別税のうち補足医療保険料にかかる部分は、税制の合理化のため追加的連帯税と統合された。
- 36) 以上の点については、M. TRÉPREAU, « La loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie », *Regards sur l'actualité*, n° 304, 2004, p.19も参照。
- 37) A.-S. GINON, « Les instruments de régulation: les enseignements du nouveau partage entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire », in T. REVET (et al.) (dir.), *Annales de la régulation*, vol. 2, IRJS Editions, 2009, pp.375 et s.
- 38) 保険者の支給義務を免責するもので、2008年社会保障財政法(n° 2007-1786)で設けられた。被保険者は、薬剤の1パッケージおよびパラメディカル受診時の1診療行為あたり0.5ユーロ、移送1回あたり2ユーロを自己負担しなければならない(L.160-13条IIIおよびD.160-9条)。
- 39) A.-S. Ginon, *op. cit.* note37, p.373.
- 40) S. HENNION (dir.), « Chronique de protection sociale complémentaire », *Droit social*, 2014, p.467. (M. DEL SOL執筆)
- 41) 補足医療保険契約の95%以上が連帯・責任

- 契約となっている (P.-L. BRAS (*et al.*), *op. cit.* note7, p.78)。
- 42) 雇用安定化法に関する2013年6月13日の憲法院判決 (n° 2013-672 DC)。
- 43) 2014年社会保障財政法に関する2013年12月19日の憲法院判決 (n° 2013-682 DC)。
- 44) R. MARIÉ, « Vers une résurgence des assurances sociales dans le champ de la couverture maladie », *Droit social*, 2015, p.368. ; C. LE PEN, « L'accord emploi ou la création d'une « Sécu bis » », *Le Cercle Les Échos*, 8 avril 2013, cité par M. DEL SOL, « Généralisation de la couverture complémentaire santé des salariés: éléments de controverse », *Droit social*, 2014, p.170.
- 45) M. BORGETTO, « Les convergences/ divergences au sein du système français de protection sociale: quelle portée? », in M. BORGETTO (*et al.*) (dir.), *Quelle(s) protection(s) sociale(s) demain?*, Dalloz, 2016, p.57.
- 46) 使用者(特にMEDEF)にとって、医療保険は、保険料水準にかかる議論を除いて今や主たる争点ではないとする指摘もみられている (P.-L. BRAS (*et al.*), *op. cit.* note7, p.51)。
- 47) 本稿では説明することができなかったが、フランスの医療保険が、被用者の傷病を理由とする欠勤による喪失所得の補償を主眼とした、使用者(企業)の任意的恩恵的給付を起源とする歴史的経緯の影響もある。こうした経緯から、使用者が費用の一部を負担することが被用者に対する責任であると考えられた(健康保険組合連合会編・前掲注3報告書44頁以下、68頁以下〔柴田洋二郎執筆〕参照)。
- 48) A. EUZÉBY, *op. cit.* notel4, pp.44 et s.
- 49) M. BORGETTO (*et al.*), *op. cit.* notel, p.240.
- 50) D. TABUTEAU, « La protection universelle maladie(PUMA): une rationalisation inachevée du financement de la sécurité sociale », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 1, 2016, p.147.
- 51) 企業が自由に団体型の補足医療保険を選択する場合、労使自治的な性格や労使団体との近接性から、保険者として労使共済制度(注27参照)が選ばれることが多い(笠木映里(2012)『社会保障と私保険—フランスの補足的医療保険』有斐閣 168頁)。
- 52) 以上については、P.-L. BRAS (*et al.*), *op. cit.* note7, pp.78 et sを参照した。しかし、同書は同時に、こうした価格競争が、伝統的な補足医療保険の担い手である共済組合の重視してきた「連帯的な」料金設定を後退させることを危惧している (p.77)。
- 53) R. PELLET (*et al.*), *op. cit.* notel7, p.461.
- 54) 2009年で、被用者10,000人以上の34部門(branches)のうち80%以上で、使用者が補足医療保険料の半分以上を負担している。また、2012年で、被用者250人未満の中小企業の74%が補足医療保険を実施しており、そうした企業で財源を負担しているものが94%あり、その平均は費用の53%だった。さらに、2013年ごろで、企業の強制加入の団体補足医療保険として、使用者は平均して費用の54%を負担している(以上、Assemblée nationale, Rapport n° 847 du 27 mars 2013 par M. Jean-Marc GERMAIN, tome I, p.30, pp.40 et s.)。
- 55) 使用者からすれば、補足医療保険料を負担する方が、賃上げよりもコストを抑えることができる (P.-L. BRAS (*et al.*), *op. cit.* note7, p.73)。
- 56) Sénat, Compte-rendu des débats, séance du 18 avril 2013. なお、このとき、産業部門によっては、補足医療保険料を全額使用者負担とする修正案が議論されている(採用はされなかった)。こうした議論の背景には、特定の職務については、健康へのリスクにつながる事が、使用者の補足医療保険料負担の根拠となりうるとする危険責任に似た考えも窺える。

ドイツにおける新型コロナウイルスへの対応

株式会社 健康保険医療情報総合研究所
マネジャー
寺井 麻也
Terai Maya

ドイツでは、2020年1月末に初めて新型コロナウイルス感染者が報告され、2020年3月9日に初の死者が確認された。2021年6月末までの累計で感染者数は累計約373万人、死者数は9万人弱に上ったが、ワクチン接種が進展したこともあり、2021年6月末現在、感染拡大は収束に向かっている。本稿では、ドイツにおける新型コロナウイルスの感染拡大状況と政府の対応、およびそれらが医療や公的医療保険に与えた影響を紹介する。

I. 新型コロナウイルスの感染状況

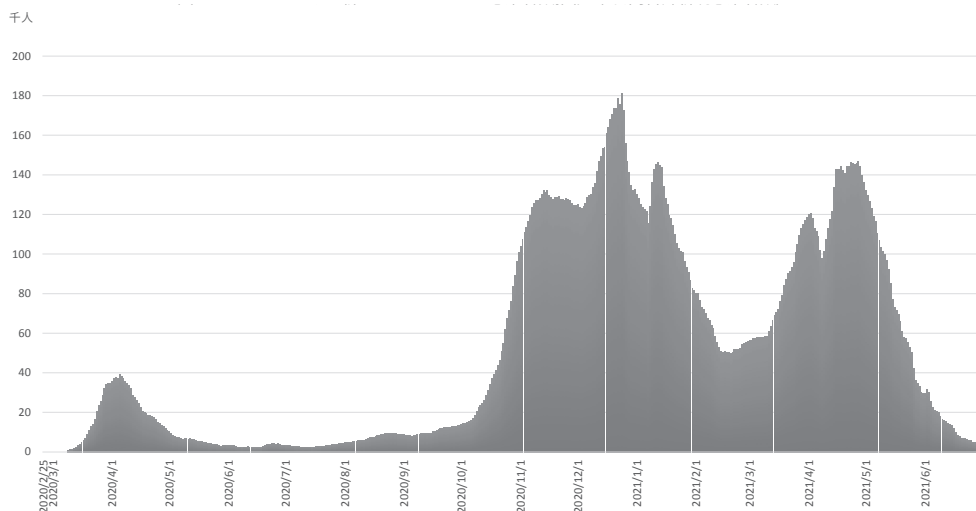
1. 感染拡大の状況

ドイツにおける新型コロナウイルスの感染拡大は、3回の波があった。2020年3月下旬頃から5月中旬頃までが第一波、2020年10月下旬頃から2021年2月中旬頃までが第二波である。第

二波が完全に抑制できず再び拡大して2021年3月下旬頃から5月末頃まで第三波に見舞われた。以下、それぞれの期間に分けて感染状況等を時系列に振り返る。

なお、ドイツでは、新型コロナウイルス感染者推移を把握するための指標として、過去7日間合計の新規感染者数（以下、新規感染者数）

図1 ドイツにおける新型コロナウイルス感染者数推移（7日間合計新規感染者数）



出所：RKI

を用いている。同指標は、連邦保健省の管轄下にあるロベルトコッホ研究所（Robert Koch-Institut、以下 RKI）が連邦州（Bundesland）および市郡（Landkreis）ごとに把握し、公表している¹⁾。本報告内における感染者数、死者数、ワクチン接種者数等はすべて RKI の公表値を用いる。

（1）第一波（2020年3月下旬～5月中旬）

ドイツで新型コロナウイルスの感染者が初めて報告されたのは、2020年1月27日であった。バイエルン州の自動車部品メーカーにおいて、中国からの入国者16人に感染が判明した。その後収束したものの、2月末頃には新たな感染者が発生し始めた。RKIは、2月28日に新型コロナウイルスのまん延危険度を低から中へ引き上げた。これを受けて連邦政府は3月初旬には検査や一部の国・地域からの入国禁止等水際対策を強化した。

感染拡大に歯止めがかからない状況の中、連邦政府は3月12日、「コロナウイルスのまん延に対するガイドライン」（Leitlinien gegen Ausbreitung des Coronavirus²⁾、以下、ガイドライン）について各州政府と合意した。同ガイドラインは3月16日に発効し、各州政府がこれに則したそれぞれの規制を開始したことで、初回の全国的なロックダウン（詳細は後述）が開始された。さらに3月17日にまん延危険度が中から高へと引き上げられたことで、EU域外およびシェンゲン圏外との不要不急の渡航制限が開始され、国境を接する国々との国境管理も行われるようになった。その後も、感染拡大は続き、3月末頃には新規感染者数が3万人近くに達した。

連邦政府は3月27日、全国的感染症まん延状況における住民保護に関する法律（Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite、以下、住民保護法）を成立させ、全国的に感染症のまん延している状況下において、連邦政府が州政府と同列の権限を行使

することを可能にするため、感染症予防法（Infektionsschutzgesetz）や、社会法典第5編（SGB V）等の改正を行った³⁾。

4月に入ると感染拡大に歯止めがかかり始めたことから、連邦政府と州政府は4月15日、ロックダウンの解除に関する取り決めについて合意した。その後4月末には新規感染者数が1万人前後に下がったことから、各種制限措置の多くが4月20日以降5月中旬までの間に段階的に解除された。

ただし、規制を解除した後も、ソーシャルディスタンスの確保や公共スペースでのマスク着用は継続することとなった。また、住民10万人あたりの新規感染者数が50人以上に増加した市郡においては、当該市郡に限定して制限措置を再導入するとされた⁴⁾。

（2）第二波（2020年10月中旬～2021年2月中旬）

2020年6月～7月は新規感染者数が概ね4,000人以下に抑制されていたものの、8月の夏休みシーズンが終わりに近づくのと、5,000人を超え、9月下旬には1万人以上へと急増した。この時期、マスク着用は各州で義務化されていた。しかし、マスク着用義務に対する市民の反発は大きく、ベルリンでこうした制限措置に対して2万2,500人が集結する抗議デモが行われた⁵⁾。

また、この時期には、感染者を早期に発見し、隔離することが重視された。リスクの高い地域から戻ってきた者には14日間の隔離義務を課すとともに、9月15日以降はリスクの低い地域から移動してきた者も無料で検査を受けられることとした⁶⁾。しかし、感染拡大には歯止めがかからず、10月9日には新規感染者数が2万人を超えた。このため連邦政府と各州政府は10月14日に感染予防措置を再度強化することで合意した。

10月28日に追加措置が加えられ、11月2日より2回目のロックダウンが開始されたものの、11月末までにドイツ国内の累計感染者数は100万人に上った。さらにイギリスや南アフリカの

変異株がまん延し始めていたこともあり、年末年始の時期には国内全市郡の約4分の3（292市郡）で住民10万人あたりの新規感染者数が100人を超えた。このうち70以上の市郡では同数値が200人を超える深刻な状況に陥った。

2020年11月以降、数回にわたりロックダウン規制が強化されたこともあり、1月中旬以降は感染者数が徐々に減り始めた。これを受けて、連邦政府と各州政府は2月10日に、ロックダウンを3月7日まで延長するとともに、住民10万人あたりの新規感染者数が35人以下になれば規制を緩和することで合意した。しかし、同指標は2月中旬にいったん60人を下回ったもののそれ以上は低下しなかった。

ワクチン接種は2020年12月末に開始されていたが、2021年2月時点の接種ペースは1日20万回程度とまだ少なかった。このため、2月末時点で少なくとも1回接種した人は約416万人、人口の5%程度であり、まだ感染拡大を抑制するには至っていなかった。

（3）第三波（2021年3月下旬～5月末）

2021年3月3日、連邦政府と各州政府は、3月8日に予定されていたロックダウン規制緩和に向け、具体的なステップを取り決めた。その際、住民10万人あたりの新規感染者数が3日連続で100人を超えた場合には、その翌々日から「緊急ブレーキ」（Notbremse）を発動するという規制再強化の基準も示された。また、3月8日以降の状況を鑑みて、3月22日にその後の対応を判断することとなっていた。

しかし一部の規制が緩和され始めると、変異株の影響もあり、感染者数は再び増加に転じた。3月20日時点の新規感染者数は8万人超、住民10万人あたりで100人を超えて1月末の水準に戻った。このため3月22日には連邦政府と各州政府が緊急ブレーキの発動に合意し、ロックダウンは延長された。規制は再び3月7日以前の水準に戻され、一時期検討されていたイースター休暇中の規制緩和も見送られた⁷⁾。

その後、新規感染者数は10万人を超える水準

が続いていたが、5月中旬以降は顕著に減り始め、5月末までに3万人以下の水準へ低下した。

ワクチンについては、開始当初から接種を担っていたワクチン接種センターに加え、4月以降は保険医においても接種を開始したことから、接種スピードが加速した。5月末現在で少なくとも1回接種したのは人口の半数弱にあたる3,608万人に上っている。第三波の新規感染者数のみならず死者数も第二波に比べて抑制できたのは、ワクチン接種が進んだことも一因であると考えられる。

2021年6月20日～30日の間、住民10万人あたりの新規感染者数はすべての州および市都で緩和の目安となる50人を下回る水準となった。

2. 外出や経済活動の規制状況

ドイツは、16の自治権を持つ連邦州から成る連邦制国家である。このため、当初ロックダウン等に関する各種規制を定める権限は各州政府にあり、連邦政府が定めたガイドラインに沿って各州政府が個別の規制を定めるという流れで各種制限措置が実施されていた。このため、規制の詳細、規制解除の判断等は州によってばらつきがあった。

しかし、2021年4月21日に感染症予防法が改正され⁸⁾、2021年6月30日までの時限的ではあるが、住民10万人あたりの新規感染者数が100人を超える地域においては、連邦政府が定めた一律のルールに基づくロックダウンが実施されることとなった。ここでは、ロックダウン等感染抑制のために実施された対策の内容を紹介する。

（1）初回のロックダウン

第一波の間の規制内容は、ガイドライン²⁾に沿って決められた。まず、保育所、学校、大学等が閉鎖され、食料品店、薬局、ガソリンスタンド等生活必需品以外の店舗や商業施設、娯楽施設、スポーツ施設等はすべて営業が禁止された。商業活動以外でも、スポーツ施設、カルチャークラブ、教育機関、宗教施設等での会議、集会、合宿等の活動が禁止された。飲食店の営

業については、3月16日の段階では6時～18時の営業時間制限であったが、3月22日の強化⁹⁾により、テークアウトやデリバリーを除いて営業が禁止された。

個人が対象となる外出規制は3月16日の段階で挙げられていなかったが、3月22日の強化で外出の際は原則1人で出ることとされた。さらに、複数人でのパーティ等は警察によって取り締まりが行われ、違反すると罰則の対象となった。罰則の規定は各州によって定められており、例えばノルトライン・ヴェストファーレン州では、3月22日以降、外出規制違反に対して1人あたり200ユーロ（バーベキュー等の場合は250ユーロ）、さらに悪質な場合は最高で2万5,000ユーロの罰金または5年間の懲役を科すとした¹⁰⁾。

なお、ザクセン州を皮切りとして16のすべての連邦州で4月末頃までに各州でマスクの着用を義務付ける動きが広がった。具体的な規則や罰則は州によって異なるが、多くの州では公共交通機関や小売店内において義務付けられた。後に、マスク着用義務に違反した場合、最低50ユーロの罰金を科す措置が追加された⁶⁾。

（２）２回目のロックダウン

第二波の間の２回目の規制内容として、連邦政府と各州政府が2020年10月14日以降に合意した規制開始の目安や、規制内容のガイドラインについての内容を主に紹介する。なお、第二波の間、規制内容は何度も延長、強化が繰り返され、10月28日¹¹⁾、11月25日¹²⁾、12月13日¹³⁾、2021年1月5日¹⁴⁾、1月19日¹⁵⁾、2月10日¹⁶⁾に合意が交わされた。

まず、10月14日の合意¹⁷⁾では、感染状況を3段階に分け、それに応じて接触制限、マスク着用、飲食店の営業等についての規制を強化するというルールが設けられた。各段階は、住民10万人あたりの新規感染者数を基準値として、①35人を超えた際、②50人を超えた際、③50人を超える水準が10日以上継続した場合に分けられた。

例えば、①の水準であれば接触制限はパーティ

等の参加人数が公共スペースなら25人まで、私的な祝い事等は15人まで許可され、飲食店には営業時間短縮が要請された。②の水準になると、公共スペースで10人まで、私的な祝い事等は2世帯10人以内となり、飲食店は23時以降の営業が禁止された。

10月28日に合意された追加措置では、不要不急な旅行を宿泊の有無にかかわらず制限した。飲食店や、レジャー・余暇施設の閉鎖が実施されることとなり、小売店では売り場面積あたりの客数を制限することが義務付けられた。また、接触制限の違反には罰則が科されることとなった。

11月25日に合意された追加措置では、小売店等の営業は許可されていたものの、大型施設の客数制限が強化されたほか、マスクの着用は店舗内だけでなくその周辺でも義務付けられた。また、接触制限は5人までに強化され、大学の授業は原則オンラインで行うこととされた。

12月13日の合意は、主にクリスマス期間前後の強化対策であった。12月16日から1月10日の期間を対象として、生活必需品を除く小売店、理髪店を含む身体接触を伴うサービス業の営業が禁止された。また、保育所や学校は概ね閉鎖され、職場の閉鎖も強く要請された。さらに、基準値が200人を超える場合は、州政府が外出制限等の追加措置をとることとされた。

2021年1月5日の合意では、12月13日に合意した対策が1月末まで延長され、学校や保育所の閉鎖も継続された。また、接触制限は自世帯に加え他世帯の者1人までに制限された。加えて、基準値が200人を超えた市郡においては、外出範囲が自宅から半径15km以内に制限された。

1月19日の合意では、それまでの措置を2月14日まで延長するとともに、公共交通機関や店舗内では医療用マスク（OPマスク、KN95/N95マスクまたはFFP2マスク）を着用することとされた。

2月10日の合意では、制限措置が3月7日まで延長されたが、制限緩和に関するステップも示された。マスク着用義務、在宅勤務推奨、旅行自粛等は継続されるものの、基準値が安定し

て35人以下となった場合は、州政府の判断で小売店、サービス業、余暇・娯楽施設の営業再開を可能にする方針が示された。また、同基準値が50人以上の市郡では制限措置を維持・拡大することとされた。

(3) 3回目のロックダウン

2021年3月3日、連邦政府と各州政府は、2月10日に合意した規制緩和の基準を改定した。基準値を50人未満と50人以上100人未満に分け、その状態から14日間維持できれば緩和範囲を拡大する方式で緩和していくことで合意した¹⁸⁾。ただし、基準値が100人以上の状態が3日間連続した場合は、緊急ブレーキを発動し、3月7日までの規制の状態に戻すこととされた。

これに従い、3月1日から保育所と学校が再開され、理髪店の営業が許可された。3月8日からは、小売店の営業や、美術館等の文化施設や動植物園等も再開された。また、身体接触を伴うサービス業も利用者が事前の自己迅速検査による陰性証明を提示する等の措置をとりつつ営業可能となった¹⁹⁾。ただしこの際、基準値が50人超100人以下の場合は、小売店の客1人あたり売り場面積の基準が厳しく設定されたほか、店舗や施設利用の際は事前予約が必要という条件が加えられた。

3月8日からの14日間に感染状況が悪化しなかった場合は、22日から屋外での飲食店営業や、映画館、劇場等の娯楽施設も再開される予定となっていた。しかし、この緩和は実施されず、3月22日に緊急ブレーキの発動が決まり、3回目のロックダウンが開始されることとなった。

3回目のロックダウンは、3月7日までの規制内容をほぼ踏襲しているが、基準値を100人未満か100人以上かに区切って市郡単位で検査体制を強化する等、新しい点加わった²⁰⁾。保育所と学校は、基準値が100人未満であれば再開されるが、週2回を目標に職員や児童に検査を実施することとされた。また、雇用主には引き続き在宅勤務の実施を要請し、業務の性質上、出社せざるを得ない従業員には定期的な検査を

受ける機会を提供することとされた。その他住民にも連邦政府が費用を負担し、週1回は無料で迅速検査を受けられることとなった。なお、基準値が100人以上の市郡では、小売店や美術館、動物園、スポーツ施設等が営業禁止とされた。

4月20日には、コロナ労働保護規則 (SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung) が施行された。これにより、雇用主は在宅勤務ができずに出社せざるを得ない社員のために週1回の検査(高リスクの業種では週2回)を提供することが義務化された²¹⁾。

さらに、4月21日には感染症予防法の改正が行われ、緊急ブレーキ時の連邦政府の権限拡大と、規制の追加が行われた²²⁾。住民10万人あたりの感染者数が3日連続で100人を超えた市郡においては、州政府の定めた規制ではなく連邦政府の統一的な規制が適用されることとなった。追加措置としては、22時～5時に正当な理由がない限り夜間外出が禁止された(1人での運動は24時まで)。また、学校の授業は週2回の検査を実施しながら入れ替え制で行うとともに、基準値165人以上が3日間続いた場合は対面授業が禁止され、保育所は閉鎖されることとなった。生活必需品以外の小売店は、基準値150人未満であれば、客が検査の陰性証明書を提示すること、事前予約、マスク着用等の条件のもと営業が可能だが、3日間連続で150人を超えた場合は営業不可とされた。

なお、5月9日にはワクチン接種者や回復後に回復した者を対象とした規制緩和および例外措置に関する政令 (COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung SchAusnahm V) が施行された²³⁾。これにより、2回目のワクチン接種から14日経過した者や、6か月から28日前までの間に感染して回復した者には、その旨が記載された電子証明書が発行され、規制対象となっている店舗や施設を訪問する際に必要な陰性の検査結果と同等に扱われるようになった。

表1 ドイツにおける新型コロナウイルス関連主要データ

年月	各指標の月内最大値				累計値(各月1日時点)		各月初週時点		各月1日時点累計	
	7日間合計新規感染者数(人)	10万人あたり7日間合計感染者数(人)	入院治療患者数(人)	7日間平均死者数(人)	新規感染者数(人)	死者数(人)	週あたり検査数(万回)	週あたり検査能力(万回)	ワクチン1回以上接種者数(万人)	ワクチン2回目接種者数(万人)
2020年3月	34,626	-	1,550	67	117	-	6.9	5.7	-	-
2020年4月	39,167	-	2,928	233	67,366	732	41.8	15.8	-	-
2020年5月	10,375	7.2	2,118	166	160,758	6,481	32.8	70.1	-	-
2020年6月	4,315	4.7	696	36	181,815	8,511	34.2	90.5	-	-
2020年7月	4,515	5.0	325	10	194,725	8,985	51.3	96.1	-	-
2020年8月	9,561	10.5	267	8	209,653	9,148	58.9	102.9	-	-
2020年9月	13,292	14.5	354	11	243,599	9,302	105.3	108.9	-	-
2020年10月	100,748	110.9	1,935	64	291,722	9,500	112.9	137.8	-	-
2020年11月	132,006	143.3	3,916	305	532,930	10,481	166.4	164.9	-	-
2020年12月	180,954	197.6	5,637	664	1,067,473	16,636	139.6	195.9	-	-
2021年1月	146,416	166.6	5,745	896	1,742,661	33,624	123.1	189.1	22	0
2021年2月	80,306	90.9	4,313	719	2,221,971	57,120	106.1	224.7	202	67
2021年3月	118,350	135.2	3,668	315	2,447,068	70,105	128.0	226.4	431	224
2021年4月	146,993	169.3	5,106	242	2,833,173	76,543	117.0	222.9	1,020	433
2021年5月	131,887	148.6	5,018	236	3,400,532	83,082	125.6	231.9	2,346	664
2021年6月	31,651	36.8	2,285	163	3,682,911	88,595	82.3	235.9	3,656	1,514

出所：RKI

3. 経済面での政府の対応

連邦政府は、コロナ禍に関連して経済を下支えするため、2020年3月と6月に補正予算を組んだ。3月23日の補正予算は、総額1,225億ユーロで、335億ユーロの税収減等を1,560億ユーロの国債で賄うとした²⁴⁾。その後さらに70億ユーロの税収減が見込まれるとして、2020年6月17日に総額1,030億ユーロの第二次補正予算を組み、2,185億ユーロの国債を発行するとした²⁵⁾。また、2021年度予算は総額4,134億ユーロで、うち962億ユーロは国債で賄う予定となっている²⁶⁾。こうした赤字財政は2024年まで続く予定である。

こうして確保された予算に基づき、①操業短縮手当 (Kurzarbeitsgeld) の規制緩和による被用者の所得補償²⁷⁾、②コロナ税制支援法 (Gesetz zur Umsetzung steuerlicher Hilfsmaßnahmen zur Bewältigung der Corona-

Krise) による税制上の支援措置²⁸⁾、③社会保護パッケージ (Sozialschutz-Paket) による生計維持や住居確保のための基礎保障および子育て世帯の支援、④橋渡し支援 (Überbrückungshilfe) による企業向け対策等の施策が実施された。以下では、被用者や生活者全般に関連した具体策を中心に紹介する。

操業短縮手当とは、極端な景気悪化等で企業が操業時間を短縮して雇用の維持を図る場合に、連邦労働局 (Bundesagentur für Arbeit) が減少した賃金の60% (子供がいる従業員の場合は67%で計算) を補填する制度である。同制度申請の前提として定められた操業短縮の対象となる従業員の割合が全体の30%以上という条件は、2020年3月に10%以上に緩和され、パートタイム労働者等も対象とされた。その後コロナ禍の影響が長引いていることから、売上が50%以上減少した企業については操業短縮手当の受給が

始まってから4か月目以降は補填率を70%（子供がいる従業員の場合は77%で計算）、7か月目以降は80%（同87%）に引き上げ、2021年12月末まで最大で12か月間（特定の条件を満たせば24か月間）同制度の利用を可能とした²⁷⁾。同制度により操業短縮手当を受給した被用者は、第一波のロックダウン中である2020年4月の約600万人がピークで、第二波の間は200万人～300万人の間で推移、第三波に入った2021年2月には327万人、3月に261万人であった²⁹⁾。

コロナ税制支援法による具体的な措置としては、2020年6月から実施されている一時的な売上税の減税（標準税率19%→16%、軽減税率7%→5%）、企業が2020年2月29日以降に支払った操業短縮手当やコロナボーナスに対する非課税助成等が挙げられる³⁰⁾。

また、コロナ税制支援法の一環として子育て世代や一人親世帯等に対する支援を手厚くしている。第二次、第三次のコロナ税制支援法では一時的な現金給付として、2020年～2021年中に児童手当を受け取ったすべての世帯（対象となる子供は全国1,800万人）に対して児童ボーナス（Kinderbonus）が支給された。支給額は2020年9月から10月にかけては子供1人につき300ユーロ³¹⁾、2021年5月に150ユーロであった³²⁾。さらに一人親世帯の場合は、非課税となる控除額が2,100ユーロ引き上げられ4,008ユーロとされた。

Ⅱ. 新型コロナウイルスが医療に与えた影響

1. 入院医療への影響

ドイツでは、2020年春の第一波が始まる前の2月末時点で、急性期病床2万8,000床、集中治療室1,200床が備えられていた。

2020年3月20日、連邦合同委員会（Gemeinsamer Bundesausschuss、以下G-BA）は新型コロナウイルス対応の特例として、一部の分野（早産や未熟児の治療、腹部大動脈瘤、心臓外科手術、白血病等）を除いて集中治療に

おける人員配置の要件を緩和した。また、2020年半ばに予定されていた股関節置換術は、2021年1月以降に延期することとされた³³⁾。

さらに、感染拡大に備えるため、2020年3月28日に施行された病院救済法（Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen）には、主に新型コロナウイルス入院患者に対応するための病院を対象とした各種支援策が盛り込まれた³⁴⁾。

病床数増加については、ICUを追加すると1室あたり5万ユーロの補助金が支給されることとなった。予定手術等の治療中止により病床稼働率が低下した状態であることに伴う収入の補填については、2020年3月16日から同年9月30日までの間、前年同期比で減少した分について1床1日あたり一律560ユーロが支給されることとなった。これらの費用はいずれも公的医療保険の流動性準備金である医療基金（Gesundheitsfonds）から支出され、ICU追加の補助金は州政府が、稼働率低下補償は連邦政府が後で埋め合わせを行う形とされた。連邦政府は病院の減収補填による2020年の追加支出は28億ユーロになるとした。また、病院に対して患者1人あたり50ユーロの衛生対策費が公的医療保険から支給されることとなった（2020年4月1日～6月30日の措置）。さらに、病院の財政面における流動性を確保するため、診療報酬請求から支払いまでの期間を5日間に短縮した。なお、2020年5月22日に公布された第二次住民保護法では、入院リハビリテーション施設を隔離期間中の患者の受け入れに活用すること、および同施設での短期療養報酬が一時的に引き上げられる措置も追加された³⁵⁾。

ドイツ病院協会（Deutsche Krankenhausgesellschaft）によれば、第一波の際に多くの病院では病床稼働率が3割以上低下した。同協会が2020年5月末に発表した病院へのアンケート調査結果によれば、4分の3の病院が病院救済法による支援策だけでは減収を補填できていないと回答した。また、入院患者1

人あたり50ユーロ支給される衛生対策費についても、9割の病院は衛生対策用品の価格上昇により費用補填は不十分であったと回答した³⁶⁾。

第一波の際、ドイツはフランスやイタリアのように病院の医療体制がひっ迫せず、第一波の初期には隣国から患者の受け入れを行う余裕もあった。ただ、IT化の遅れが浮き彫りにされ、今後のための投資が課題とされた。これを受けて、連邦政府は2020年6月3日に病院未来プログラム（Zukunftsprogramm Krankenhäuser）を発表した。同プログラムでは病院へ毎年30億ユーロの投資増額が約束され、その原資は州政府や疾病金庫からも支出されることとなった³⁷⁾。さらに同プログラムは2020年10月1日に発効した病院未来法（Krankenhauszukunftsgesetz）で補強された³⁸⁾。同法では、病院未来基金（Krankenhauszukunftsfonds）が創設され、2021年1月以降、医療基金から30億ユーロの支出と、州政府や病院運営者からも3割の支出が行われ合計で43億ユーロが病院への投資に向けて確保されることとなった。投資において重視されているIT化は、各種診療に関連した書類のデジタル化、患者情報のポータルサイト構築、投薬情報管理、ITセキュリティ強化、遠隔診療のためのネットワーク構築等である。投資によって実施されたIT化の進捗状況については、2021年6月30日から2年間で評価されることとなっている。

また病院未来法には、病院の減収分や衛生対策用品等の追加費用の補填（対象期間は2020年10月～2021年12月）、看護職員等へのボーナス支給に関する財政支援（総額1億ユーロ、1人あたり最大1,000ユーロ）等も盛り込まれた。

第二波の際には、第三次住民保護法に再度病院の減収補填措置が盛り込まれたが、第一波の際の措置からは一部修正され、一律の補填ではなくなった³⁹⁾。減収補填の対象は、人口10万人あたりの新規感染者数が70人を超える地域でかつ集中治療室の空きが25%未満になった急性期病院に縮小されたほか、補填される金額も前年平均の9割までとされた。さらに病院を

高度な集中治療に専念させるため、2021年12月末までの間、特例により入院機能を持つリハビリテーション・予防施設を代替病院（Ersatzkrankenhäuser）として活用することを可能とし、症状の落ち着いたコロナ入院患者や、コロナ以外の患者を受け入れることとなった。なお、リハビリテーション・予防施設についても2か月半限定で減収となった分の50%までが補填されることとなった。

連邦保健省が2021年4月30日に公表した報告書⁴⁰⁾によると、2020年中に新型コロナウイルス患者で急性期病床が占められた割合は平均で4%にとどまった。第一波の間には予定手術等の延期が呼びかけられたことで患者数は30%減少したが、その後は減少幅が縮小し、2020年平均では一般病院で13%減、精神科病院で11%減であった。患者減少による収入減を補填するため、連邦政府からは通算で102億ユーロが支出された。こうした補償を受けた結果、一般病院の収入は前年比3.7%増加、精神科病院の収入は10.6%増加し、疾病金庫からの支払額も1.7%増加した。ただし、病床稼働率は67%と低い水準であった。ドイツ病院協会が50床以上を持つ代表的な223の会員病院を対象として2021年4月8日～9日に行った調査によれば、88%の病院で病床稼働率が例年比10%以上減少しており、半数の病院では入院患者が20%以上減少したとしている⁴¹⁾。

2. 外来医療への影響

第一波のピーク時において、新型コロナウイルス感染者の85%は保険医による外来診療で対応され、重症者を治療する病院との役割分担が機能した⁴²⁾。連邦保険医協会（Kassenärztliche Bundesvereinigung、以下KBV）が診療報酬請求データを調査した結果⁴³⁾によると、初回のロックダウン直前の2020年3月前半には、基礎疾患があり重症化リスクが高いとされた患者が薬の処方求めて殺到したことから患者数が前年同期比で倍増した。しかし、ロックダウンが開始されて以降は患者が急減し、3月最終週の減少

幅は37%～64%であった。

保険医による外来診療の報酬は、サービス提供量にのみ基づいて支払われるのではなく、り患率による診療報酬総額（morbiditybedingte Gesamtvergütung、以下MGV）によって決められた総額が分配されるとされている⁴⁴⁾。このため、第一波の間に支払われた額は大幅には減少しなかった。また、早期診断や外来手術等MGVには含まれない分の収入減が10%以上の場合は収入減が補償された。2020年3月～5月の間に、皮膚がん早期診断のための検査や、4月末まで中断が推奨されていたマンモグラフィ検査³³⁾は97%減少し、その後も回復が鈍い状況が続いた⁴⁵⁾。

なお、第一波の際に制定された病院救済法³⁴⁾では、発熱外来等の臨時措置に対して資金提供するとしていたが、どの程度の保険医がこの資金を受けて発熱外来を設置したかは明確になっていない。

また、オンライン診療（Videosprechstunde）も、2020年4月以降急増した。2019年中にわずか3,000回だったオンライン診療は、2020年第1四半期中に20万回、第2四半期中に120万回実施された。コロナ禍以前は、診療に占めるオンライン診療の割合の上限や回数の上限（四半期あたり50回まで）が定められていた。しかし、コロナ禍の特例措置としてオンライン診療の割合に制限がなくなったほか、50回を超えたオンライン診療を行い、その診療時間が合計15時間を超えた場合は、診療1時間あたり10ユーロが上乘せされることとなった（2021年9月末までの措置）⁴⁶⁾。

しかし、KBVは政府の財政的な支援が急性期の治療を行う病院に集中しすぎていることに対して不満を募らせた。第一波が落ち着き始めた頃、KBVは一般の被用者に対して実施されている操業短縮手当制度が開業医の診療所には適用されていない点を改善するよう求めた⁴⁷⁾。診療所の収入は保険医としてのもののみではなく、企業からの委託による報酬や、自由診療による収入もあり、それらの減収の影響が大きい

ためである。これにより、2020年5月8日以降、診療所で働くスタッフも操業短縮手当の対象となった。

一方、保険診療の報酬としては、感染拡大が始まった当初59ユーロとされていたPCR検査の報酬が2020年7月から39.4ユーロへ引き下げられた。疾病金庫との支払額に関する交渉も不調に終わり、2020年9月の合意では衛生対策等で支出が増加している分の増額が5億ユーロにとどまったことに対してKBVは不満を表明した⁴⁸⁾。2021年3月に行われた疾病金庫との交渉でも衛生対策費のための増額は9,000万ユーロとされ、病院と同等にIT化のための資金を要求してきた分は補填されない状況であった⁴⁹⁾。

Ⅲ. 新型コロナウイルスが公的医療保険に与えた影響

新型コロナウイルスの感染拡大が始まる前の2019年、公的医療保険の収支は2015年以来初めて赤字となった⁵⁰⁾。医療技術の進歩による高額機材の増加に加え、2019年5月に発効した予約サービス供給法（Terminservice- und Versorgungsgesetz）への対応、看護師の人員配置強化等が支出増加を招き、赤字額は15億2,000万ユーロとなった。

第一波の間、企業や自営業者の保険料支払いについては、政府が提供する各種支援策を利用した上で、どうしても支払いが困難な場合に限り、2020年3月と4月分の保険料納付期限を延長する措置がとられたが、医療機関を支えるために保険料の徴収は不可欠だとして、支払いの免除は行われなかった⁵¹⁾。

しかし、2020年度の公的医療保険の収支は26億5,000万ユーロの赤字、医療基金は34億9,000万ユーロの赤字となった。新型コロナウイルス対応のための病院の減収補填等に伴って医療基金の流動性準備金からは122億ユーロが支出されたが、連邦政府からの補填は99億ユーロにとどまった⁵²⁾。また、2021年1月に発効した医療看護介護体制改善法（Gesundheitsversorgungs-

und Pflegeverbesserungsgesetz) により、公的医療保険の財政安定化、および保険料の上昇回避に向けて、連邦政府の税収から2021年は50億ユーロの補助金が支給されることとなったほか、80億ユーロを医療基金の流動性準備金から公的医療保険の収入に移転するとした。これに伴い、付加保険料率 (Zusatzbeiträge) の引き上げは禁止された⁵³⁾。

IV. おわりに

ドイツは人口あたりの感染者数、死者数とも2021年6月末までの累計で、欧州で比較的人口の多いイギリス、フランス、イタリア、スペインの4か国に比べて低く抑えてきた。ドイツの公共放送ARDの委託で調査機関DeutschlandTrendが実施した世論調査では、2020年4月～12月の間、政府のコロナ対策に関する満足している人の割合は60%以上と比較的高い水準であった⁵⁴⁾。ワクチン接種がイギリス等に比べて遅れたことや、第三波が長引いたことで、2021年4月には同割合が19%と低下したものの、6月現在は45%まで回復している。

ドイツでは、RKIがあらゆるデータを収集して、政策判断に必要な科学的根拠を提供する体制があったことが比較的高い政権支持率の要因と考えられる。政府は、常にRKIからの科学的根拠に基づいて規制の強化や緩和を適切に行うことができた。また、検査を重視したこと、保険医による診療で早期診断と治療を進めたこと、病院に予算を重点配分して集中治療室を拡充させる等の施策で、医療体制の混乱を回避できたと考えられる。

注

ウェブサイトのアクセス日は、特に注記のない限り2021年6月18日である。

- 1) Robert Koch Institut, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Fallzahlen_Kum_Tab.html

- 2) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/leitlinien-zum-kampf-gegen-die-corona-epidemie-vom-16-03-2020-1730942>
- 3) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/epidemie-bund-kompetenzen-1733634>
- 4) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/telefonschaltkonferenz-der-bundestkanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-06-mai-2020-1750988>
- 5) Berliner Zeitung, <https://www.berliner-zeitung.de/news/corona-demo-am-29-august-in-berlin-22500-teilnehmer-angemeldet-versammlung-fuer-die-freiheit-li.99814>
- 6) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/telefonschaltkonferenz-der-bundestkanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-27-august-2020-1780566>
- 7) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/corona-beschluss-22-03-1880004>
- 8) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/bundesweite-notbremse-1888982>
- 9) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/besprechung-von-bundestkanzlerin-merkel-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-zum-coronavirus-1733266>
- 10) Landesregierung der Nordrhein-Westfalen, <https://www.land.nrw/de/pressemitteilung/landesregierung-beschliesst-weitreichendes-kontaktverbot-und-weitere-massnahmen-zur>
- 11) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/videokonferenz-der-bundestkanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-28-oktober-2020-1805248>
- 12) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/>

- videoschaltkonferenz-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-25-november-2020-1820110
- 13) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/telefonkonferenz-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-13-dezember-2020-1827392>
- 14) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/pressekonferenz-von-bundeskanzlerin-merkel-buergermeister-mueller-und-ministerpraesident-soeder-nach-der-besprechung-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-1834444>
- 15) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/bund-laender-beschluss-1841048>
- 16) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/videoschaltkonferenz-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-10-februar-2021-1852824>
- 17) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/merkel-bund-laender-gespraech-1799054>
- 18) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/pressekonferenz-von-bundeskanzlerin-merkel-buergermeister-mueller-und-ministerpraesident-soeder-nach-der-besprechung-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-1872344>
- 19) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/fuenf-oeffnungsschritte-1872120>
- 20) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/corona-beschluss-22-03-1880004>
- 21) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/testpflicht-unternehmen-1888764>
- 22) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/bundesweite-notbremse-1888982>
- 23) Bundesregierung, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/erleichterungen-geimpfte-1910886>
- 24) Bundesministerium der Finanzen, <https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Pressemitteilungen/Finanzpolitik/2020/03/2020-03-23-pm-nachtragshaushalt.html>
- 25) Bundesministerium der Finanzen, <https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Pressemitteilungen/Finanzpolitik/2020/06/2020-06-17-Nachtrag-HH.html>
- 26) Bundesministerium der Finanzen, <https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Pressemitteilungen/Finanzpolitik/2020/09/2020-09-23-PM-Bundeshaushalt-2021-Finanzplan-bis-2024-beschlossen.html>
- 27) Bundesagentur für Arbeit, <https://www.arbeitsagentur.de/unternehmen/coronavirus-informationen-fuer-unternehmen-zum-kurzarbeitergeld#1478910157629>
- 28) Bundesministerium der Finanzen, <https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Schlaglichter/Corona-Schutzschild/steuerliche-massnahmen-corona.html>
- 29) Bundesagentur für Arbeit, "Arbeitslosenquote & Arbeitslosenzahlen," 2020, 2021.
- 30) 泉 眞樹子 (2020)「コロナ危機に対処するための税制支援に関する法律」『外国の立法』No.284-2 国立国会図書館 https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_11520846_po_02840204.pdf?contentNo=1
- 31) Bundesministerium der Finanzen, <https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/FAQ/2020-07-29-FAQ-Kinderbonus-Entlastungsbetrag.html#:~:text=Der%20Kinderbonus%20wird%20f%C3%BCr%20alle%20Kinder%2C%20f%C3%BCr%20die%20im%20September,in%20H%C3%B6he%20von%20100%20Euro>

-
- 32) Bundesministerium der Finanzen, <https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/FAQ/2021-03-18-FAQ-Kinderbonus-2021.html>
- 33) Gemeinsamen Bundesausschuss, <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/855/>
- 34) Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/1-quartal/corona-gesetzespaket-im-bundesrat.html>
- 35) Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/2-quartal/covid-19-bevoelkerungsschutz-2.html>
- 36) Deutsche Krankenhausgesellschaft, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/corona-pandemie-verslechtert-wirtschaftliche-lage-der-krankenhaeuser/>
- 37) Deutsche Krankenhausgesellschaft, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/dkg-begruesst-zukunftsprogramm-krankenhaeuser-1/>
- 38) Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/3-quartal/khzg.html>
- 39) Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/4-quartal/3-bevoelkerungsschutzgesetz.html>
- 40) Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/2-quartal/corona-gutachten-beirat-bmg.html>
- 41) Deutsche Krankenhausgesellschaft, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/kommende-wochen-bringen-extreme-belastungen-fuer-kliniken/>
- 42) Kassenärztlichen Bundesvereinigung, https://www.kbv.de/html/2020_46636.php
- 43) Kassenärztlichen Bundesvereinigung, https://www.kbv.de/html/2020_47266.php
- 44) 岩間 勇気(2016)「ドイツ診療報酬制度の動向」『健保連海外医療保障』111号 p. 9
- 45) Kassenärztlichen Bundesvereinigung, https://www.kbv.de/html/2021_50403.php
- 46) Kassenärztlichen Bundesvereinigung, https://www.kbv.de/html/1150_50419.php
- 47) Kassenärztlichen Bundesvereinigung, https://www.kbv.de/html/2020_46095.php
- 48) Kassenärztlichen Bundesvereinigung, https://www.kbv.de/html/2020_48051.php
- 49) Kassenärztlichen Bundesvereinigung, https://www.kbv.de/html/2021_51002.php
- 50) GKV-Spitzenverband, https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_994432.jsp
- 51) GKV-Spitzenverband, https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1003392.jsp
- 52) Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/1-quartal/finanzergebnisse-gkv-2020.html>
- 53) Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/versorgungsverbesserungsgesetz.html>
- 54) “ARD-DeutschlandTREND Juni 2021,” <https://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/ard-deutschlandtrend/2021/juni/>
-

フランスにおける新型コロナウイルスへの対応

株式会社 健康保険医療情報総合研究所
マネジャー
寺井 麻也
Terai Maya

フランスでは、2020年1月下旬に最初の感染者が発生して以降、2021年6月末までの累計新規感染者数が578万人となり、イギリス、イタリア、ドイツ、スペイン等の周辺諸国と比べて多かった。第二波以降、厳しい封鎖措置が完全に解除されない状態が長期間続いたが、2021年6月には封鎖措置の解除が進められ、2021年6月末現在、事態は収束に向かっている。本稿では、フランスにおける新型コロナウイルスの感染拡大状況と政府の対応、およびそれが医療や公的医療保険に与えた影響を紹介する。

I. 新型コロナウイルスの感染状況

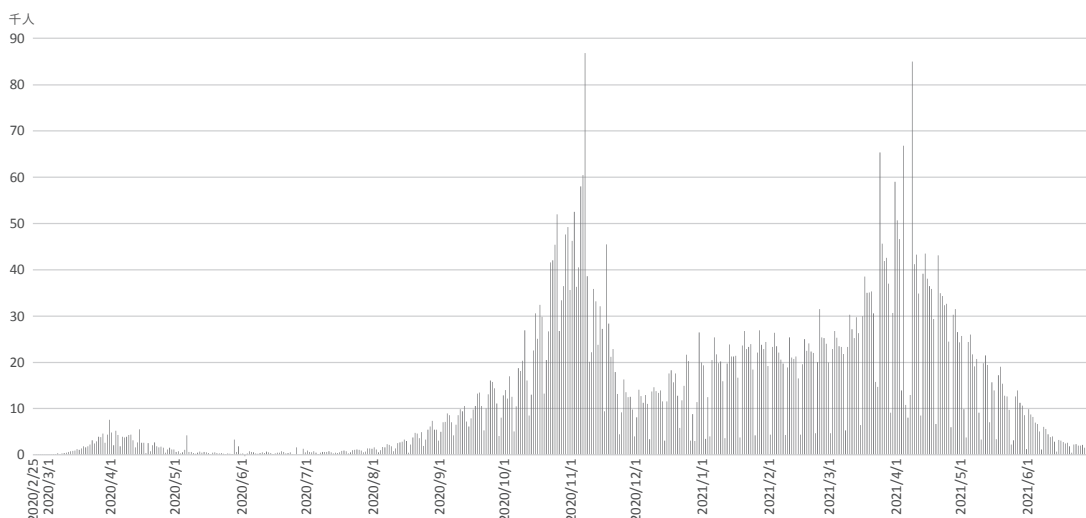
1. 感染拡大の状況

フランスにおける新型コロナウイルスの感染拡大は、3回の波があった。2020年3月中旬頃から6月中旬頃までが第一波、2020年8月下旬

頃から2021年2月下旬頃までが第二波である。ドイツと同様に第二波を完全に抑制できず再び感染が拡大し、2021年3月上旬頃から6月中旬頃まで第三波が続いた。以下、それぞれの期間に分けて感染状況等を時系列に振り返る。

なお、本稿で用いる新規陽性判明症例数（以

図1 フランスにおける新型コロナウイルス新規感染者数推移（1日あたり）



出所：data.gouv.fr

下、新規感染者数)、入院患者数、死亡者数等の数値(特に記載がない限り1日あたりとする)は、フランス政府の公開データ用オープンプラットフォーム(data.gouv.fr)より入手した値を用いる。

(1) 第一波(2020年3月中旬～6月中旬)

フランスでは南東部にあるオーヴェルニュ＝ローヌ＝アルプ地域圏のコンタミヌ＝モンジョワにおいて2020年1月24日に初めて新型コロナウイルス感染者が報告された¹⁾。その後同地域の滞在者に感染が広がり、2月中旬までに12人の感染者が確認された。このうち4人が入院し1人が死亡した²⁾。3月初旬に100人未満だった1日の新規感染者数は、2週間の間に1,000人近くへと急激に増加した。

これを受けて、政府は3月16日から学校等の閉鎖を開始し、翌17日には外出規制を含む封鎖措置(confinement)を開始した(詳細は後述)。また、3月23日には新型コロナウイルス感染症流行に対処するための緊急の法律第2020-290号が制定され、公衆衛生上の緊急事態が宣言された。

しかしすでに感染は広がっており、封鎖措置開始の2週間後には、1日の新規感染者数が3,000人を超える規模に拡大した。また、新規入院患者数は3,000人超、蘇生治療室³⁾に新規に入る患者も600人を超える等、医療体制は危機的な状況に陥った。封鎖措置開始から1か月間が経過した4月中旬以降は新規感染者数が減少し始め、4月末頃までに1,000人程度となった。

政府は、4月28日に封鎖措置の解除についての具体策を発表し、5月11日以降段階的に解除を始めた。6月22日には保育所や学校も全面的に再開し、封鎖措置は概ね解除された。なお、法律による公衆衛生上の緊急事態の期間が終了したのは7月10日であった。

緊急事態の期間中、政府のコロナ対策に国民の不満が高まった結果、6月28日に行われた統一地方選挙では与党の共和国前進(La République en Marche)が大敗し、フィリッ

プ首相率いる内閣は総辞職した。後任の首相には、元厚生官僚で、第一波の封鎖措置解除に関する政策を指揮したジャン・カステック氏が就いた。

(2) 第二波(2020年8月下旬～2021年2月下旬)

最初の緊急事態宣言解除後、政府は感染再燃の際に各種措置を講じられるよう、7月9日に公衆衛生上の緊急事態の終結を組織する法律第2020-856号を制定した。さらに7月20日からは公共空間で屋内においてマスクの着用が義務付けられた⁴⁾。

感染の再拡大に対する警戒が呼びかけられていたものの、新規感染者数は8月初旬の約1,100人から8月末の約5,000人へと急増した。このため政府は、夏休み明けの学校、および9月1日以降は職場においてもマスクの着用を義務付けた⁵⁾。その後も、感染状況に応じて県や都市ごとに集会の制限、飲食店の営業制限、夜間外出禁止等の措置が講じられたが、感染拡大は続いた。このため政府は10月14日にはデクレ第2020-1257号によって再び公衆衛生上の緊急事態を宣言し、一部地域で封鎖措置を開始した。

フランスでは10月17日からの2週間が秋休みとなっていた。しかし秋休み期間中の地方間の移動が禁止されていなかったこともあり、新規感染者数は2万人から4万人へと倍増した。これを受けて、政府はデクレ第2020-1310号を制定し、10月30日より封鎖措置を全国に拡大し始めた。

封鎖措置の効果等から、その後新規感染者数は徐々に減り始めた。政府は11月24日、封鎖措置を11月28日以降段階的に緩和する方針を発表し、12月15日時点までに新規感染者数5,000人以下、蘇生治療室³⁾の入院者数2,500人～3,000人程度とする目標を定めた⁶⁾。この時期、スイス、イタリア、ドイツ等の隣接国において実行再生産数が1以上であった中、フランスでは0.65であり、新規感染者数を1万人台まで減らすことに成功したことに政府は自信を示した⁷⁾。

しかし、12月中旬に新規感染者数は1万人強で下げ止まり、蘇生治療室³⁾の入院患者数は一時期3,000人を下回る日もあったが、2,500人以下に減少することはなかった。12月末のクリスマスが近づいた頃から、感染者数は漸増し始め、実行再生産数も1を超えた。政府は再び感染状況に応じて県や都市を限定した夜間外出規制の強化や、変異株の流入抑制に向けてイギリスとの国境を閉鎖する等の対策を再び講じた⁸⁾。

2021年1月初旬から3月上旬の間は、一部の都市や県に限って日中を含めた厳しい外出規制が実施された。これにより2020年11月のような感染の急拡大は起こらず、新規感染者数は概ね2万人前後で増減を繰り返す状態が続いた。このため、緊急事態宣言は2021年6月1日まで延長することが決定された⁹⁾。

なお、ワクチン接種は2020年12月27日に開始されていたが、2021年1月～2月の間の接種ペースは1日数万回で、3月1日までに1回以上接種したのは約316万人、人口に占める割合は5%未満であった。

(3) 第三波(2021年3月上旬～6月中旬)

2021年3月上旬になると、蘇生治療室³⁾の入院患者数が3,500人を超える等、医療体制が第二波のピーク時の状態に近づいた。3月中旬には全国の新規感染者数が3万人前後の日が続き、3月18日から全国的に19時以降の夜間外出が禁止された。また、この時人口10万人あたりの7日間合計新規感染者数が400人を超えた16の県では終日の外出制限が開始され¹⁰⁾、3月25日までの間に追加で19の県が終日外出制限の対象となった¹¹⁾。さらに3月末には全国の新規感染者数が約3万5,000人を超え始め、4月3日からは終日の外出制限がフランス全国へと拡大され、学校も閉鎖された¹²⁾。

4月中旬になると第三波のピークが過ぎ、政府は封鎖措置の解除に向けて、スクリーニング検査を重視し始める等、新たな対策を開始した。学校の職員と生徒、医療従事者、接客の必要が

ある企業等では、簡易自己抗体検査を実施できる体制を整える方針を発表した¹³⁾。4月29日以降は、政府が提供している接触警告アプリ(TousAntiCovid)を改良し、PCR検査や抗体検査の結果表示が可能となった¹⁴⁾。また、4月28日時点では人口の20%強にあたる1,480万人が1回以上のワクチン接種を受けた。

こうした状況を受けて、政府は4月29日に封鎖措置の解除に向けたスケジュールを発表し、5月3日から各種措置の段階的な解除を開始した¹⁵⁾。新規感染者数は5月初旬の1万8,000人程度から5月末までに9,000人弱へと半減した。政府は5月31日に緊急事態終結後の管理に関する法律第2021-689号を制定し、2021年9月30日までは引き続き感染の再拡大に警戒を続けているが、夜間外出規制等は6月20日に完全に解除した¹⁵⁾ ¹⁶⁾。

2. 外出や経済活動の規制状況

フランスにおける緊急事態は、デクレによって開始され、1か月間以上続く場合は法律の制定が必要とされている。また、緊急事態の終結後にも感染の再拡大を抑制する政策を一部継続する移行期間が法律で定められる¹⁷⁾。1年以上にわたって新型コロナウイルスの感染対策が続いた中、フランスでの緊急事態は2020年3月16日と、2020年10月14日の2回宣言された。以下では、緊急事態宣言中やその後の移行期間中に実施された措置の内容を紹介する。

(1) 初回の緊急事態宣言に伴う封鎖措置

1回目の緊急事態は2020年3月16日のデクレに基づいて3月17日から封鎖措置が始まり、3月23日の法律(第2020-290号)で法制化された。同法律は当初2か月間の予定で施行されたが、5月11日の法律(第2020-546号)で7月10日まで延長された。

2020年3月の封鎖措置は、フランス全国一律に開始された。まず、生活必需品を扱う店舗や薬局、ガソリンスタンド等を除くすべての公共の場所や、保育所、学校等の教育機関が閉鎖さ

れた。また、基本的には外出禁止となり、①在宅勤務が不可能な職種の通勤（在宅勤務を強く推奨）、②生活必需品の買い出し、③子供や高齢者の世話、④通院、⑤単独での運動についてのみ外出が許可され、その際は証明書を持ち歩くこととされた¹⁸⁾。これらの封鎖措置に違反した場合、初回なら135ユーロの罰金が科された（45日以内に罰金を支払わない場合は375ユーロに増額）。また、15日以内に再び違反すると1,500ユーロの罰金が科され、さらに30日以内に複数回繰り返した場合は3,750ユーロの罰金と6か月間の禁錮刑が科されることとなった¹⁹⁾。

封鎖措置は5月11日以降段階的に解除され始め、まず同一県内または自宅から100km以内であれば外出証明書が不要となった。その他の封鎖措置解除は、地域ごとに最大警戒ゾーン（赤）、強化警戒ゾーン（オレンジ）、警戒解除ゾーン（緑）の3色に分けた警戒地図（La carte de vigilance）に基づいて実施された²⁰⁾。赤の基準は①住民10万人あたりの新規感染者数が250人以上、②住民10万人あたりの高齢者新規感染者数が100人以上、③蘇生治療室³⁾に占める新型コロナウイルス患者の割合が30%超のいずれかと定義された。これに該当する場合、飲食店の営業が禁止され、公共の施設では厳しい衛生対策が必要とされた。また、さらに悪化する場合は再び緊急事態宣言下に置かれることとなっていた。オレンジの基準は①住民10万人あたりの新規感染者数が150人以上、②住民10万人あたりの高齢者新規感染者数が50人以上のいずれかと定義された。これに該当すると、公共の場での集会や飲食店の一部営業が可能とされた。こうした基準に従って解除が進められ、6月15日にはマイヨット県と仏領ギアナを除くすべての県で緑の基準（オレンジの基準以下）を満たしたことから、屋内を含む飲食店の営業制限や、欧州内の移動制限が解除された²¹⁾。

7月10日の緊急事態宣言終結後においても、感染状況が悪化した場合に政府が制限措置を実行できるよう法律（第2020-856号）が定められた。

同法律においても、移動の制限、施設や店舗の営業制限、集会の制限等を行うことができ、緊急事態宣言中と同水準の罰則を科することが可能であった。

（２）２回目の緊急事態宣言に伴う封鎖措置

２回目の緊急事態は2020年10月14日のデクレ第2020-1257号に基づいて10月17日から封鎖措置が始まり、11月14日の法律（第2020-1379号）により2021年2月16日まで延長された。その後、2021年2月15日の法律（第2021-160号）で2021年6月1日までさらに延長された²²⁾。

10月17日の封鎖措置開始当初は、初回とは異なり全国一律の実施ではなく、イル・ド・フランス、およびエクス・マルセイユ、リヨン等8つの都市圏に限定され、外出禁止も21時から朝6時までの夜間のみであった。夜間外出禁止に違反した場合は、前回の封鎖措置中と同様の罰金が科された²³⁾。

この時の外出禁止の対象とする基準は、5月11日以降の解除時における最大警戒ゾーン（赤）の基準とはほぼ同じだが、蘇生治療室³⁾の占有率が数週間で50%を超える見込みであることという条件が加えられた²⁴⁾。赤に該当すると、飲食店やスポーツ施設の営業、イベント開催等は禁止され、高校等の教育機関は対面授業の定員を半数にすることとされた²⁴⁾。

その後10月30日に開始された全国一律の封鎖措置の内容は、基本的に外出禁止とする等、3月の封鎖措置の内容を概ね踏襲しつつも、いくつか異なる点があった。相違点は、①保育所や教育機関は6歳以上にマスク着用を義務付けて授業等を継続すること、②工場、農場、建設業や公的施設等の職場は活動を継続すること、③公園やビーチ等屋外の公共スペースは閉鎖しないこと等であった。

11月28日から2021年1月にかけて一時的に封鎖措置が緩和された際には、小売店の営業が可能となり、外出禁止措置も夜間のみとなった。しかしそれ以上封鎖措置を緩和するには至らず、2021年3月中旬までは感染拡大の状況によって

表1 フランスにおける新型コロナウイルス関連主要データ

年月	各指標の月内最大値					累計値（各月1日時点）		各月1日時点累計	
	1日あたり新規感染者数*（人）	10万人あたり7日間合計感染者数	入院治療患者数（人）	蘇生治療室入院患者数（人）	1日あたり病院死亡者数（人）	新規感染者数（人）	死者数**（人）	ワクチン1回以上接種者数（千人）	ワクチン2回目接種者数（千人）
2020年3月	7,578	45.7	22,672	5,496	499	145	n.a.	-	-
2020年4月	5,497	48.7	32,131	7,019	605	56,989	n.a.	-	-
2020年5月	4,183	13.3	25,809	3,819	243	130,185	24,575	-	-
2020年6月	1,588	10.4	14,237	1,270	84	152,091	28,813	-	-
2020年7月	1,392	11.3	8,291	554	34	165,719	29,841	-	-
2020年8月	7,379	55.4	5,188	403	29	189,547	30,251	-	-
2020年9月	16,096	131.5	6,572	1,232	122	286,007	30,637	-	-
2020年10月	52,010	445.7	23,013	3,443	288	577,505	31,995	-	-
2020年11月	86,852	583.8	33,466	4,903	548	1,413,915	36,995	-	-
2020年12月	26,457	160.5	27,611	3,594	384	2,230,571	53,481	-	-
2021年1月	26,916	219.8	27,573	3,148	445	2,639,773	64,739	0	0
2021年2月	31,519	234.2	28,029	3,492	458	3,201,461	76,486	1,694	75
2021年3月	65,373	417.2	28,510	5,072	375	3,760,671	86,803	3,163	1,673
2021年4月	84,999	452.8	31,262	6,001	447	4,695,082	95,948	9,077	3,125
2021年5月	26,000	258.6	28,950	5,630	311	5,642,359	104,706	16,055	7,009
2021年6月	9,848	104.4	16,088	2,825	127	5,677,172	109,662	26,559	12,659
2021年7月	27,934	230.5	8,232	1,162	60	5,777,965	111,111	34,384	23,425

* 2020年11月11日までの日別新規感染者数は公表されていないため、累計感染者数の前日比増加分で計算した。

** 2020年4月までは高齢者施設での死亡者数が公表されていない。

出所：data.gouv.fr

県ごとに夜間外出禁止の時間帯拡大や、大規模商業施設の営業を禁止する等の対策が続けられていた。

その後第三波が到来した3月下旬以降に終日外出禁止となった地域では、生活必需品以外の店舗は再び閉鎖された。また、生活上必要な外出の際は証明書の携帯が義務付けられ、移動距離は自宅から10km以内とされた。この際も違反者には以前と同様の罰則が科された。また、一般企業や公的機関においては、可能な限り週5日のうち4日以上在宅勤務が要請された。

2回目の緊急事態宣言は2021年6月1日までとされ²²⁾、延長されなかった。ただし、5月31日の法律第2021-689号によって、9月30日までの移行期間中は、政府が一部の制限措置を行うことができると定められた。これを法的根拠と

して、マスクの着用義務は6月17日まで、夜間外出禁止は6月20日まで継続された¹⁵⁾。

3. 経済面での政府の対応

新型コロナウイルスに関連した経済対策として、政府は2020年度予算について4回補正を行った。第一次補正は2020年3月23日、第二次補正は4月25日、第三次補正は7月30日、第四次補正は11月30日に成立した。

第一次補正予算に盛り込まれたのは、①部分失業制度（chômage partiel）の特例措置による雇用維持、②小規模企業、自営業者への助成のための連帯基金への支出、③公共料金、家賃等の支払い延期、④社会保険料や法人税の支払い猶予、⑤銀行から企業への貸し付けに対する政府保証等であった。第二次補正予算では、こ

これらの措置の予算を一部拡大するとともに、中小企業の資金繰りを支援する措置等が追加された。さらに第三次と第四次補正予算では、部分失業制度への追加の助成や、税金の支払い猶予継続のほか、特に打撃を受けた観光業、自動車産業、航空産業、文化関連等の業種に限定した緊急支援策が盛り込まれた。一連の補正により、2020年度の歳出は4,502億ユーロとなり、赤字はGDP比120%に達した。

2021年度予算も2020年度と同程度の歳出を見込み、2020年度に実施された支援策が継続されることとなった。その一方で、コロナからの復興に向けて生産税の軽減、環境分野への投資を行う方針を打ち出した²⁵⁾。以下では、多岐にわたる経済対策のうち、被用者や生活全般に関連する具体策を中心に紹介する。

被用者に関連する支援策の中心は、部分失業制度の特例である。部分失業制度とは、経済環境悪化で事業所を閉鎖する等、一定の条件を満たした場合に、従業員を一時帰休させ、その間事業者が解雇を行わず休業手当を支給すると、その手当の一部が事業者に助成される制度である。第一波の緊急事態宣言下では、法定最低賃金（2020年は月額約1,540ユーロまたは時給10.15ユーロ）水準であれば100%、それ以上であれば70%（法定最低賃金の4.5倍以内）の給与が補償され、事業者は支払額の100%が還付されることとなった。同制度は2020年6月1日に一部縮小され、事業者に還付される割合が85%に引き下げられた。ただし影響を強く受けた観光業等一部の業種（以下、S1セクター）では100%の還付率が適用された²⁶⁾。同制度の対象となった従業員数は、2015年～2019年の間は1か月5万人未満であったが、第一波の間の2020年4月には839万人に上った²⁷⁾。

その後2020年7月末に、部分失業制度を補完する長期操業短縮制度（activité partielle de longue durée、以下APLD）が導入された²⁸⁾。APLDは長期間業務縮小をせざるを得ない事業者が、雇用維持および職業訓練の実施を条件に従業員の労働時間を短縮することが可能となる

制度である²⁹⁾。APLDが適用されると、従業員に支払われる補償は部分失業制度と同様70%だが、事業者に還付されるのは60%まで（S1セクターは70%）となった。

なお、APLDの導入後も、部分失業制度の特例は継続され、従業員への補償割合は2021年6月まで70%が維持されているが、事業者への還付率は2021年5月までは60%（S1セクターは70%）、2021年6月は52%（同70%）へと段階的に引き下げられている³⁰⁾。

こうした部分失業制度に対しては、2020年度第一次補正予算で55億ユーロ、第二次補正で117億ユーロ、第三次補正で約33億ユーロ、第四次補正で32億ユーロが充てられた。

個人が対象となる減税については、2020年度の第二次補正予算で2つの対策が行われた³¹⁾。まず、マスク等の防護具や消毒液の付加価値税が20%から5.5%に引き下げられた。また、緊急事態宣言中の残業代に対して年間7,500ユーロまでは所得税と社会保険料が免除されることとなった（第一次補正予算時の5,000ユーロから増額）。

一方、特別な現金給付については、2020年度第二次補正予算により、医療、介護の分野の労働者、緊急事態宣言に際して特別に動員された職員、および低所得者層約410万世帯に対して実施された³¹⁾。新型コロナウイルス患者治療施設等に動員された研修医、看護助手等の職員に対しては1,500ユーロのボーナスが支給され、病院職員については残業代が5割増しとされた。また、介護施設等の職員に対しては500ユーロ、その他緊急事態宣言に関連して特別に動員された職員には1,000ユーロが支給された。さらに医療、介護の関係者には2021年6月～12月に追加で月額183ユーロの特別手当の支給が決定された³²⁾。

このほか低所得者層に対しては、積極的連帯収入（RSA）または特別連帯収入（ASS）の対象世帯に150ユーロと子供1人あたり100ユーロ、個別住宅手当（APL）の支給対象世帯に子供1人あたり100ユーロが支給された。低所得者

等に対する支給はいずれも申請手続き不要であった。

Ⅱ. 新型コロナウイルスが医療に与えた影響

1. 入院医療への影響

新型コロナウイルスがまん延し始めた当初、政府はまず緊急医療支援サービスセンター (Service d'Aide Médicale Urgent) による指揮の下、新型コロナウイルス患者の治療に対応可能な施設を70か所増の107施設とし、3月初旬には140施設とした³³⁾。さらに、要介護高齢者居住施設 (EHPAD) を地方医療庁 (Agences Régionales de Santé、以下ARS) の計画の下、医療施設に転用する活動を始めた³⁴⁾。

また、重症者の治療に既存の人的資源を集中させるため、ARSは医療専門職 (医師、看護師、薬剤師で、退職から5年未満、研修中の者等を含む) のボランティアを募った³⁴⁾。なお、第一波が収束した後の2020年7月、連帯保健省はボランティア登録サイト Renfort RH Crise plateforme を立ち上げ、コロナ患者の治療で疲弊した病院やARSの職員が休暇を取得できるよう、全国規模で人員募集を行うようになった³⁵⁾。2020年7月から2021年4月の間、これに応募した人材は約3万4,000人に上った³⁶⁾。なお、2021年春以降、ボランティア人材はワクチン接種においても活用されている。

フランスの病院では、近年病床数の削減が続いていた³⁷⁾。その中で急性期病床³⁾は、2019年時点で約1万9,000床あり、このうち約5,400床が蘇生治療室、約5,800床が集中治療室、約8,000床が継続管理室であった³⁸⁾。このうち蘇生治療室は新型コロナウイルス重症患者の増加に伴い、2020年3月末までに7,000床へ拡大された。マクロン大統領はこれをさらに1万床へと増やす方針を発表した³⁹⁾。

第一波のピーク時には医療体制がひっ迫して1日1,000人以上の死者を出したこともあり、医療体制の見直しが急務となった。政府は2020

年5月26日に、医療体制の強化を図るための会議体 (Ségur de la santé) を立ち上げ⁴⁰⁾、医療、地域、IT等の様々な専門家と協議を重ね、7月にアクションプランをまとめた⁴¹⁾。同プランでは、①医療、介護専門職のアップグレード、②医療分野への新規投資と財政方針の定義、③組織と日常業務の簡素化、④医療サービス提供における連携の強化が、4つの柱として掲げられた。

①については、2020年9月に発表されたフランス再興 (France Relance) と称する経済再生計画の中に、看護師等の育成強化が盛り込まれた。これにより看護師養成機関の定員を2020年と2021年合計で6,000人分増強するとともに、看護助手を1万人増員する計画が盛り込まれた⁴²⁾。

②については、2021年3月に「医療への再投資」と題された報告書が発表され、向こう10年間にわたって医療分野に190億ユーロの投資が行われることとなった⁴³⁾。このうち、65億ユーロは医療機関の債務軽減への支援、80億ユーロは既存設備の更新のための医療機関や自治体への新規投資、10億ユーロは不測の事態に備えて国が備蓄等を行うための準備金とされた。なお、190億ユーロのうち145億ユーロについては、ARSに配分して地方主導で投資を実行することとされた。従来、投資の決定に際して国の手続きが要求される金額は5,000万ユーロであったが、この上限は1億5,000万ユーロへと引き上げられた。

③については、アクションプランにおいて簡素化に向けたいくつかの分野が挙げられた。医療機関の内部組織により多くの権限を与えること、患者受け入れ能力等についての規制を緩和すること、日常業務を支援するツールを活用すること、契約、品質、臨床研究等に関する管理手順を改善すること、疾病分類コーディングを簡素化すること等である。このうち新型コロナウイルスに関連した臨床研究手続きについては、具体的な簡素化の提案がなされた⁴⁴⁾。

④については、2022年1月に開始されるデジ

タルヘルススペース (l'espace numérique de santé、以下ENS) への支援が中心となる。ENSとは、診療情報を患者本人が閲覧できるシステムで、医療連携が必要な場合は治療に関わる専門職にも閲覧を可能とするものである。ENSへの投資は向こう5年間で20億ユーロが計画されている⁴⁵⁾。

2. 外来医療への影響

第一波に見舞われた2020年3月中旬からの1か月間に、外来患者は前年同期比で51%減少し、4月13日以降の2週間も同25%減少した⁴⁶⁾。

また、フランス調査評価統計局 (DREES) が2020年4月に一般医に対して行ったアンケート調査によれば、新型コロナウイルスの影響により診療時間は13%~24%減少した⁴⁷⁾。多くの医師はこの間、主に新型コロナウイルスの検査と感染者のモニタリングに従事し、約7割の医師はオンライン診療を行った。しかし、新型コロナウイルスの影響による受診控えで、慢性疾患、小児疾患、妊婦等のフォローアップ診療は50%減少した。一方、約5割の精神科医は診療が増加したと回答した。

オンライン診療については、封鎖措置中に利用が急拡大した。フランスでは2018年9月から一般医のオンライン診療が保険償還されるようになり、2019年2月以降は、オンライン診療専門 (téléexpertise) であっても償還対象となった⁴⁸⁾。コロナ禍の前は、12か月間に1回以上対面診療したことのある患者のみがオンライン診療の保険請求をできるとされていたが、コロナ禍の特例でこの制限が撤廃されるとともに、100%保険償還されるようになった⁴⁹⁾。これにより、オンライン診療の請求は2020年2月に約4万回分であったが、3月23日~29日の間だけで約48万回、4月は約100万回、5月は約65万回の保険請求が行われた⁴⁸⁾。なお、2020年4月からはビデオなしで電話のみによる診療も保険償還の対象とする特例が適用された。ただし、電話診療の対象となるのは、①妊婦、②新型コロナウイルスの感染疑いがある患者、③長期疾

病のフォローアップ、④70歳以上のいずれかに限定された⁵⁰⁾。

Ⅲ. 新型コロナウイルスが公的医療保険に与えた影響

新型コロナウイルスによる収入の減少を受けて、事業者や個人事業主等に対しては、社会保険料の納付期限延期や一部免除が行われた。これらの減免措置は、デクレ第2020-371号、デクレ第2021-75号に基づいて行われ、複数回修正が加えられた。

2020年中の封鎖措置に対しては、従業員数250人未満の事業者や自営業者のうち、封鎖措置の影響を強く受けた観光業、飲食業等のS1セクターに属する場合や、収入が著しく減少した個人事業主等に対して、社会保険料の納付が一部免除された⁵¹⁾⁵²⁾。2021年に入ってから、第二波の封鎖措置の影響を受けていれば、事業者は2021年4月分まで保険料の納付を免除され、5月以降は封鎖期間中の保険料を20%減免されている。一方、個人事業主に対しては、収入が50%以上減少していること等を条件として月600ユーロ分の保険料が免除された⁵³⁾。

一般制度 (régime général) における社会保険と老齢連帯基金 (fonds de solidarité vieillesse) を合わせた財政赤字は、コロナ禍前、2010年の280億ユーロから2019年の19億ユーロへと改善していた。しかし、コロナ禍により2020年は387億ユーロと過去最高の赤字を記録した⁵⁴⁾。景気悪化に伴う保険料収入の減少に加え、新型コロナウイルス対策等による支出が132億ユーロ増加したことが赤字拡大の原因である。部門別に見ると疾病保険金庫 (CNAM) の赤字が2019年の5億ユーロから2020年の304億ユーロへと大きく拡大した。2021年は保険料収入のさらなる減少によって490億ユーロの赤字を見込んでいる。

IV. ドイツとの比較

2020年1月から2021年6月末までの感染状況をドイツと比較すると、累計の新規感染者数はドイツの373万人に対し、フランスは578万人と1.5倍以上であった。人口10万人あたりではドイツの4,450人に対しフランスは8,848人とほぼ倍であった。死者数は特に第一波の間に大きな差が生じ、第一波でフランスでは約3万人の死者を出したのに対し、ドイツの死者数が3万人に達したのは2020年12月末であった。2021年6月末までの累計死者数は、ドイツの人口10万人あたり108人に対しフランスはその約1.6倍の170人であった。両国が、感染抑制のためにどこに重点を置いたかと、感染拡大前の医療体制の余裕がこうした違いを生んだようである。

フランス政府の感染抑制策を見ると、第一波から第三波まで一貫して外出制限が中心であり、罰則も外出規制の違反に対して科されていた。これに対しドイツは、第一波の後、マスクの着用徹底、接触人数の制限を行いつつ、簡易的な自己抗体検査を普及させた点等が特徴であった。

また、死者数には急性期病床のひっ迫度合いが大きく影響したと考えられる。ドイツの急性期病床はコロナ前の時点で約2万8,000床あり、ピーク時の入院患者5,745人（2020年12月）に対して十分に余裕があったと考えられる。一方、フランスではコロナ前の急性期病床が約1万9,000床あったが、入院患者数は2020年4月と11月、2021年4月に3万人を超えた。

少子高齢化が進み医療保険財政がひっ迫している日本においては、急性期病床の再編が不可欠となっている。コロナ禍における諸外国の実態等も参考にしつつ、必要な医療を提供できる体制の確保を前提に再編を進めることが課題となろう。

注

ウェブサイトのアクセス日は、特に注記のない限り2021年7月2日である。

- 1) フランス連帯保健省: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/trois-cas-d-infection-par-le-coronavirus-2019-ncov-en-france-429100>
- 2) フランス連帯保健省: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/coronavirus-covid-19-un-douzième-cas-confirme-en-france>
- 3) フランスの急性期病床は①蘇生治療室 (Lits de réanimation)、②集中治療室 (Lits de soins intensifs)、③継続管理室 (Lits de surveillance continue) の3つに分けられている。蘇生治療室は挿管を伴う人工呼吸器を装着され、生命の危機にある患者の治療を担い、集中治療室は人工呼吸器を装着しているものの、生命の危機は脱した患者の治療を担うと定義されている。
- 4) フランス経済財政復興省: <https://www.economie.gouv.fr/dgccrf/covid-19-port-du-masque>
- 5) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/275932-travail-ecole-lieu-culturel-mesures-anti-covid-annoncees-pour-la-rentree>
- 6) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/discours/277390-emmanuel-macron-24112020-covid-19>
- 7) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/discours/277456-jean-castex-26112020-strategie-anti-covid-fin-2020-debut-2021>
- 8) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/discours/278092-jean-castex-07012021-covid-19-economie-calendrier-strategie-vaccinale>
- 9) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/loi/278070-loi-15-fevrier-2021-prolongation-etat-durgence-sanitaire-juin-2021>
- 10) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/discours/279090-jean-castex-18032021-covid-19-confinement-localise-couvrir-feu-vaccin>

- 11) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279084-covid-19-mesures-de-restrictions-dans-19-departements>
- 12) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279272-covid-19-fermeture-des-ecoles-et-deplacements-limites>
- 13) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279687-autotests-antigeniques-atag-pour-limiter-la-circulation-du-covid-19>
- 14) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279671-tousanticovid-validation-du-carnet-numerique-de-tests-et-vaccination>
- 15) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/279702-covid-19-un-deconfinement-en-quatre-etapes>
- 16) Légifrance: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043567200?r=Vrmb62Ad4a>
- 17) 三輪 和宏 (2021)「再度の公衆衛生上の緊急事態について定めるデクレと法律」『外国の立法』No.287-1 国立国会図書館: https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_11659059_po_02870103.pdf?contentNo=1
- 18) フランス大統領府: <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/02/27/coronavirus-covid-19-des-gestes-simples-pour-preserver-votre-sante-et-celle-de-votre-entourage>
- 19) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/loi/273942-loi-durgence-pour-faire-face-lepidemie-de-covid-19>
- 20) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/276324-covid-19-creation-de-zones-dalerte-renforcee-et-maximale>
- 21) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/274575-un-decret-precise-la-nouvelle-phase-de-deconfinement>
- 22) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/loi/278070-loi-15-fevrier-2021-prolongation-etat-durgence-sanitaire-juin-2021>
- 23) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/276855-covid-19-couvre-feu-nocturne-pour-54-departements>
- 24) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/276855-covid-19-couvre-feu-nocturne-pour-54-departements>
- 25) フランス経済財政復興省: <https://www.economie.gouv.fr/loi-de-finances-2021>
- 26) フランス労働・雇用・統合省: <https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/evolution-de-la-prise-en-charge-de-l-activite-partielle-auger-juin-2020>
- 27) フランス研究調査統計局: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/en-2020-lactivite-partielle-concerne-tous-les-secteurs-et-tous-les-profils-de-salaries>
- 28) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/discours/278309-conseil-des-ministres-27012021-covid-et-bilan-activite-partielle-2020>
- 29) フランス労働・雇用・統合省: <https://travail-emploi.gouv.fr/le-ministere-en-action/relande-activite/preserver-les-emplois-et-former-les-salaries/faq-apld#taux>
- 30) フランス労働・雇用・統合省: <https://travail-emploi.gouv.fr/le-ministere-en-action/coronavirus-covid-19/questions-reponses-par-theme/faq-chomage-partiel-activite-partielle>
- 31) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/loi/274104-2e-loi-de-finances-rectificative-2020-budget-de-crise-covid-19>
- 32) フランス政府広報: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A14970>
- 33) フランス連帯保健省: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/covid-19-une-mobilisation-des-equipes-sur-l-ensemble-du-territoire>
- 34) フランス連帯保健省: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/pour-limiter-la-propagation-de-l-epidemie-covid-19-respectez-les-gestes>
- 35) フランス連帯保健省: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/covid-19-plateforme-renforts-rh>
- 36) LCI: <https://www.lci.fr/sante/renfort-rh-crise-etudiants-ou-retraites-de-nouveau>

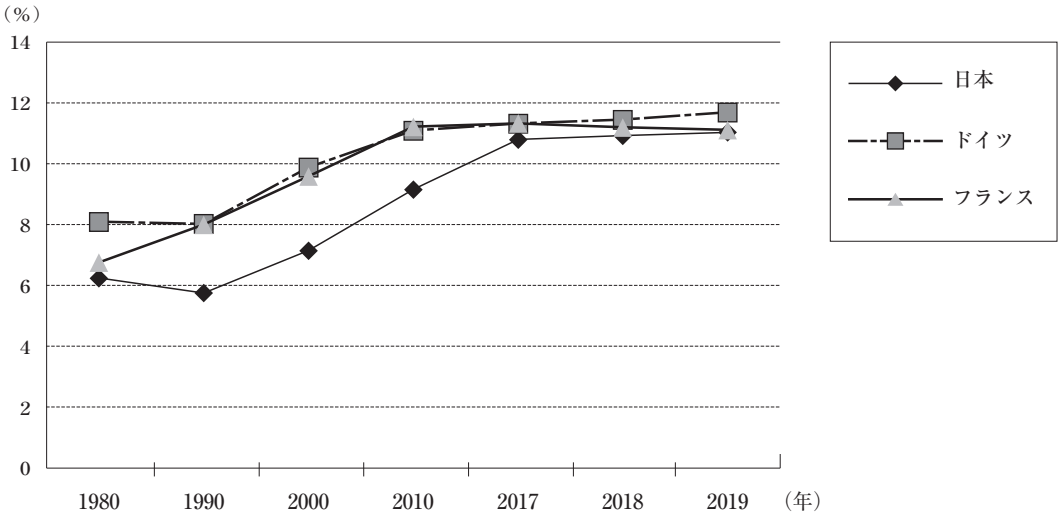
- appeles-a-l-aide-dans-les-hopitaux-2183160.html
- 37) フランス調査評価統計局: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2020>
- 38) フランス調査評価統計局: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/nombre-de-lits-de-reanimation-de-soins-intensifs-et-de-soins-continus-en-france-fin-2013-et>
- 39) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/discours/279295-emmanuel-macron-31032021-covid-19>
- 40) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/274370-segur-de-la-sante-lancement-des-concertations-sur-lhopital>
- 41) フランス連帯保健省: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/article/la-segur-de-la-sante-50-jours-de-concertation>
- 42) フランス経済財政復興省: <https://www.economie.gouv.fr/plan-de-relance/profils/particuliers/soutenir-developper-formation-emploi-paramedicaux>
- 43) フランス政府: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2021/03/dossier_de_presse_-_segur_de_la_sante_relance_de_linvestissement_-_09.03.2021.pdf
- 44) フランス連帯保健省: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/recherche-sur-la-covid-19/article/rapport-du-professeur-patrick-rossignol-essais-cliniques-en-contexte-epidémique>
- 45) フランス経済財政復興省: <https://www.economie.gouv.fr/plan-de-relance/profils/administrations/plan-investissement-numerique-sante>
- 46) フランス連帯保健省: <https://www.securite-sociale.fr/home/medias/presse/list-presse/covid-19-et-continuite-des-soins.html>
- 47) フランス調査評価統計局: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-et-resultats/comment-les-medecins-generalistes-ont-ils-exerce-leur-activite>
- 48) フランス政府広報: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>
- 49) Légifrance: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000041746328?r=IOETMvasE
- 50) La sécurité sociale: <https://www.securite-sociale.fr/home/medias/presse/list-presse/covid-19-la-teleconsultation-pa.html>
- 51) 社会保障・家族手当掛金回収連合(URSSAF): <https://www.mesures-covid19.urssaf.fr/entreprises-et-associations/>
- 52) 社会保障・家族手当掛金回収連合(URSSAF): <https://www.autoentrepreneur.urssaf.fr/portail/accueil/sinformer-sur-le-statut/toutes-les-actualites/loi-de-finance-rectificative--r.html>
- 53) フランス政府広報: <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F35526>
- 54) La sécurité sociale: <https://www.securite-sociale.fr/home/medias/presse/list-presse/les-comptes-de-la-securite-soc-2.html>

1. 基本情報

(19年)		日本	ドイツ	フランス
総人口（千人）		126,167	83,093	67,249
高齢化率（％）		28.4	21.5	20.0
合計特殊出生率		1.36	1.54	1.83
平均寿命（年）		男 81.4/ 女 87.5	男 79.0/ 女 83.7	男 79.9/ 女 85.9
失業率（％）		2.35	3.14	8.41
医療費対GDP（％）		11.04	11.70	11.11
国民負担率 (国民所得比) (％) ※	(A) + (B)	44.3	54.9	68.3
	租税負担率(A)	26.1	32.1	42.7
	社会保障負担率(B)	18.2	22.8	25.6

(注) 国民負担率については、各国18年の数値。
出所：総人口・高齢化率はOECD Health Stat 2021 (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 2021
失業率はLabour Stat 2021、国民負担率は財務省HP「令和3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 2021

3. 医療提供体制

(19年)			日本	ドイツ	フランス
平均在院日数			16.0	7.5 (18年)	5.4
病床数	医療施設	急性期	977,048 (7.74)	494,326 (5.95)	201,971 (3.00)
		長期	316,326 (2.51)	—	30,950 (0.46)
		精神	326,666 (2.59)	108,519 (1.31)	54,991 (0.82)
医療 関係者数	医師		315,406 (18年) (2.49) (18年)	365,100 (4.39)	213,201 (3.17)
	歯科医師		101,811 (18年) (0.81) (18年)	71,040 (0.85)	42,559 (0.63)
	薬剤師		240,371 (18年) (1.90) (18年)	55,415 (0.67)	69,078 (1.03)
	看護師		1,487,444 (18年) (11.76) (18年)	1,159,000 (13.95)	—

(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 2021 (Health Care Utilisation Hospital AggregatesとHealth Care Resources)

4. 掲載国通貨円換算表 (2021年8月末現在)

(単位 円)

ドイツ・フランス (1ユーロ)
131.19

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