

フランスの医療制度

－受診時の患者自己負担と私保険の特殊な役割－

I はじめに

近年、医療保険財政の逼迫を背景として、日本を含む先進諸国においては、共通して、社会保険たる公的医療保険の給付の水準を引き下げる施策が（どの程度実現されているかは別として）活発な議論の対象とされている。そして、公的医療保険の給付水準を引き下げる手段には様々な方法が想定され得るが、中でも複数の国で共通して用いられている手段として、受診時に患者が医療機関に対して支払う自己負担（日本法における「一部負担金」（健康保険法（以下健保法という）74条、国民健康保険法（以下国保法という）42条他）の引き上げというものがある。日本を含め、公的医療保険制度を採用する国々はほとんど例外なく、医療機関を受診する被保険者に、一定額の金銭あるいは治療費の一定割合を負担することを義務付けている。そして、日本では、1980年代半ば以降、医療費を抑制するための施策として、この一部負担金の引き上げという方法が繰り返し採用されている（III参照）。

しかしながら、高い自己負担の存在は、医学的に見て本来必要な受診を抑制してしまう可能性があり、公的医療保険の存在意義そのものを失わせるものになりかねない。被保険者が受診時の経済的な負担を理由として必要な受診を回避し、その結果健康状態を悪化させてしまうことは、制度の趣旨・理念からして正当化し得ないものであろう。また、医療費抑制の観点から見ても、上記のような不当



笠木 映里（かさぎ えり）

（九州大学大学院法学研究院准教授）

略歴

1980年 東京生まれ

2003年 東京大学法学部卒業

東京大学大学院法学政治学研究科助手、九州大学大学院法学研究院助教授を経て、

2007年より現職

専門分野

社会保障法・医療保障法・公的医療保険

所属学会

日本社会保障法学会・日本労働法学会

主な著書、論文

『公的医療保険の給付範囲－比較法を手がかりとした基礎的考察』（有斐閣、2008年）

「医療制度－近年の動向・現状・課題－」（特集：フランス社会保障制度の現状と課題）海外社会保障研究 161号 15頁（2007年）

「医療・介護・障害者福祉と地方公共団体」ジュリスト 1327号 24頁（2007年）

な受診抑制効果を伴うような自己負担は、一時的には医療費を抑制したとしても、長期的には患者の疾病を重度化させ、結果としてむしろより大きな医療費を生み出す原因となる可能性すらある。

本稿では、フランスの医療制度を素材として、

このような、患者に課される医療費の一部自己負担について、改めて考えてみたい（注1）。実は、フランスの公的医療保険制度には日本及び他のヨーロッパ諸国と比較して高水準の自己負担が設定されている。しかしながら、一方で、この自己負担をカバーする私保険が国民に広く浸透しており、特殊な法規制・法制度の下で、公的医療保険制度に準じた役割を果たしている。以下では、このようなフランスの制度を検討対象とし、公的医療保険制度における高い患者自己負担が提起し得る問題点、そして、この負担が引き上げられた場

合に重要性を増すと考えられる私保険のスキームについて、分析を加える。以下、Ⅱでフランスの制度について検討を行い、Ⅲで、Ⅱの検討から得られる示唆を整理する。

（注1）以下の論述は、拙稿「公的医療保険の給付範囲（4）・（5）」法学協会雑誌第124巻4号124頁以下、124巻5号110頁以下の一部を抜粋し、編集を加えたものである。本稿では、読者の便宜を考慮して、注を必要最小限に留め、他の参考文献は原稿の末尾に掲げる扱いとしたが、参考文献や参照箇所の詳細、さらに内容についての詳細については、上記拙稿を参照して頂きたい。

Ⅱ フランスの医療保険制度における患者自己負担と私保険の役割

1 はじめにーフランスの医療保険制度

はじめに、検討の前提として、フランスの医療保険制度の概要を紹介しておく。

（1）保険者の組織・管理運営

フランスの医療保険制度は、職域ごとに構築された多数の制度が交錯する構造となっている。すなわち、商工業の被用者を対象とする一般制度（régime général）、特定職域の被用者を対象とする特別制度（職種によって複数の制度に分かれている）、非被用者を対象とする自営業者社会制度（régime social des indépendants）および農業従事者を対象とする農業制度が並存しており、それぞれの制度について独立の保険者が存在する。なお、フランスには日本の国保のような地域保険は存在せず、従って、被保険者は、退職後も現役時代に加入していた制度に加入し続ける。

本稿の以下の検討では、このうち、人口の8割程度をカバーしている一般制度を検討対象とする。一般制度は、全国レベルの組織である被用者医療保険全国金庫（caisse nationale d'assurance maladie travailleurs salariés、CNAMTS）、地方レベルの組織である地方医療保険金庫（caisse régionale d'assurance maladie、CRAM）、県のレベルの組織である初級医療保険金庫（caisse primaire d'assurance maladie、CPAM）という三層の保険者によって担われている。CNAMTSは公法上の法人であり国による監督の下におかれるが、財政の独立を保障されている。

一般制度の医療保険金庫を管理運営する理事会は、主として被保険者代表（つまり被用者代表）と使用者代表とから構成される（そ

の他には専門家委員などがメンバーとなっている)。つまり、フランスの公的医療保険制度は、労使が担う自治的な制度という性格を有している。

(2) 全国協約・協約医

フランスでは、医師と保険者との間で締結される全国協約 (convention nationale) と呼ばれる集団的契約の仕組みが、保険者たる医療保険金庫と保険医療に参加する医師との関係を決定し、制度構築において非常に大きな役割を果たす。この全国協約に参加し、協約に拘束される医師は、「協約医」と呼ばれる。全国協約には、協約医が請求することのできる報酬の額に関する定め等、協約医の活動の条件や診療に際して医師が負う義務が定められる。

(3) 現物給付・費用償還払い

フランスの医療保険制度は、医療サービスの

提供を最終的な目的とする (例えば疾病による休業時の所得をカバーするような制度ではない) という点で、日本と同様に現物給付の仕組みを採用している。しかしながら、日本と異なる特徴は、この時、保険者が医療機関や医師に対して直接に報酬を支払う第三者払いではなく、費用償還払いの方式で費用が支払われる点である。すなわち、フランスでは、原則として、被保険者は受診時に医師に対して治療費を全額支払い、事後的に保険者から自己負担部分を除く費用の払い戻しを受ける (但し、実際には、上記の全国協約や、後述する補足的医療保険を通じて、日本と同様第三者払いのスキームが採用されている場合も多い)。

2 自己負担

フランスの医療保険制度においても、古くから、治療費用の一部を患者に負担させる制度が存在している。以下、この自己負担 (ticket modérateur) について、その概要と制度の変遷を紹介しておこう。

(1) 制度の起源と変遷

フランスで初めて強制加入の医療保険制度が導入される端緒となった1928年4月5日法律 (注2) には、既に自己負担に関する規定がおかれている。当時、負担額は、診療について15-20% (具体的な額は保険者たる金庫によって決定された)、医薬品については15%であった。立法過程において、この規定は、被保険者による濫受診の防止を目的とした規定と

説明されている。上院では、この制度が貧困層に対して及ぼし得る影響が問題とされ、被保険者の収入に従って自己負担の割合を決定するべきであるとの主張がなされていたものの、こうした制度の必要性自体については特に活発な議論は見られない (注3)。

自己負担制度は、その後成立した1930年の (注4) 社会保険法修正法律、及び、戦後のフランス社会保障制度の基礎となった1945年オールドナンス (注5) においても維持されることになる (1945年当時の自己負担割合は2割)。そして、戦後の社会保障制度の発展の中で (特に、1990年代半ば以降) 医療費の膨張という先進諸国に共通の課題への対応として、フラ

ンスでは、この自己負担の割合を徐々に引き上げるといふ施策が取られてきた。

(注2) Le Bulletin législatif Dalloz, 11. Année(1928), pp. 278 et s.

(注3) Sénat, Discussion séance du 23 juin 1927, *J. O.* du 24 juin 1927, pp. 664 et s.

(注4) Loi modifiant et complétant la loi du 5 avr. 1928 sur les assurances sociales, Le bulletin législatif Dalloz Année 13(1930), pp. 238 et s.

(注5) Ordonnance n° 45-2454 du 19 oct. 1945, fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles, Recueil Dalloz Sirey, 1945.4. pp. 294 et s.

(2) 現行法

① 決定方法

フランスの医療保険制度における自己負担は、まず、その水準の決定方法に特徴がある。すなわち、自己負担の額は、法律上具体的には定められておらず、医療保険の各制度の全国レベルの保険者の連合体（医療保険全国金庫連合（union nationale des caisses d'assurance maladie）の評議会によって決定される（但し、この決定に対しては、医療担当大臣が、公衆衛生の観点から異議を申し立てることができる）。この決定は、行政立法（正確には、コンセイユデタの審議を経たデクレ）によって決定された枠組の範囲で、公的医療保険を補完する私保険の保険者（後述）の連合体（「補足的医療保険組織全国連合」（union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire）の意見を受けて、行われる。

② 自己負担の水準

フランスの制度は、実際に決定される自己負担の割合についても特徴を有している。一つの特徴は、既に指摘したとおり、この自己

負担が、他のヨーロッパ諸国に比して全体として高い水準に設定されていることである。フランスの自己負担の水準は、後述するとおり、場合によっては70%にも達し得る。例えばフランスと類似の社会保険制度を採用しているドイツで、自己負担（Zuzahlung）が一般的な外来の診療行為については2003年まで一切存在しておらず、同年の法改正で四半期ごとに10ユーロ（約1600円）という定額の負担が初めて導入されたこと、医薬品の場合原則として自己負担は1割に設定されていることと比較すると、このようなフランスの制度の特殊性は明らかとあってよいだろう（ドイツにおいて、伝統的に自己負担に対してきわめて慎重な態度が取られてきたこと、但し近年こうした態度が変わりつつあることについては、倉田聡「ドイツの医療改革の軌跡—2004年改革から2006年改革へ—」本誌60号Vol. 15 No. 4の7頁注19を参照）。

こうした高水準の自己負担を一つの要因として、フランスはヨーロッパで、社会保険たる公的医療保険制度の償還割合が最も低い国の一つであるといわれている（注6）。

フランスの患者自己負担のもう一つの特徴は、この負担の水準が、保険給付の種類や効用等に応じて大きく異なるという点である。例えば、医師の診療報酬については自己負担は原則として25%から35%の間に設定されるが、医薬品の場合、自己負担の割合は、効用や適応症に応じて0-70%の間で設定される。

後者の医薬品については、さらに特別な決定基準が存在している。すなわち、⑦代替不可能で、特別に費用がかかる等の条件を満た

す場合、自己負担は免除され、④ (a) 深刻な慢性疾患の性格をもたない障害や疾病の治療のために主として使われる医薬品、及び (b) 専門家委員会によって評価される医学的な効用が大きい医薬品の場合、自己負担は60-70%の間で決せられる。そして、⑤これらのいずれにも当てはまらないものについては、自己負担は30-40%となる。このような、医薬品がいかなる疾病に用いられその医学的効用がどの程度認められるのか、といった指標が用いられることで、医薬品の保険診療としての「必要性の高さ」「望ましさ」に関する評価が、自己負担の水準の決定に反映されることになると考えられる。こうした自己負担の水準の決定方法は、保険診療に優先順位を付すことで、必要性の高い医療を確実に患者に利用させようとする試みと見ることができるだ

3 私保険の果たす役割

(1) はじめに

2で見たように、フランスの公的医療保険制度は、比較的高い水準の自己負担を設定している。冒頭に問題提起したとおり、こうした制度について想定される問題は、高い自己負担が、所得の多くない被保険者にとって公的医療保険の存在意義を失わせてしまうのではないか（具体的には、被保険者の受診行動を不当に歪め、必要な治療を回避させてしまうのではないか）という点である。

フランスにおいては、このような問題は、日本と同じ態様・問題状況においては議論され得ない。その理由は、公的医療保険を補完する私保険（「補足的医療保険」）が国民に広く

ろう。

（注6）制度の全体像が異なるため簡単には比較できないと思われるが、フランスの一般制度がカバーする医療費が全体の75%であるのに対して、ドイツで平均95%、英国で93%、イタリアで77%、オランダで73%の医療費が何らかの医療保障制度によってカバーされているとの指摘がある（但しいずれも1998年の時点の数字である）。Dupeyroux(J.-J.), op.cit., 15^e éd., p.1019, Ray, op.cit., p.107(108), les dossiers de l'institut d'études des politiques de santé(IEPS), *Le choix des soins garantis par l'assurance maladie obligatoire*, 1999, p.22. なお、日本の場合、社会保険の被保険者・被扶養者が負担する一部負担金は現行法上原則として一律3割となっているが（注23参照）、公費負担医療を含めて国民医療費のどの程度を社会保障制度が担っているかを算定すると、平成16年度において医療費の84.7%が公的な医療保障制度によってカバーされている。国立社会保障・人口問題研究所編・平成18年度『社会保障統計年報』（2007年）。

浸透しており、この私保険が、公的医療保険の自己負担をカバーしているという点にある。フランスにおける高い水準の自己負担は、これをカバーする私保険の存在と密接に関連しており、両者を切り離して論じることはできないと思われる。以下、この補足的医療保険について、その担い手や法規制のあり方を紹介しておこう。

(2) 補足的医療保険

①私保険たる補足的医療保険の普及

フランスにおいて強制加入の公的医療保険制度がカバーする医療費は、一般制度で75%程度とされており、残りの25%程度の費用は家計が負担する（注6参照）。この負担の相当

部分が、公的医療保険制度において設定されている、上述のような高水準の自己負担に起因していると考えられる。フランスにおいては、公的医療保険の給付から排除されるこのような負担について、民間の医療保険（いわゆる、補足的医療保険）が大きな役割を担っている（なお、本稿では詳細には立ち入らないが、フランスでは歯科治療の相当部分が公的医療保険の給付範囲外とされており、補足的医療保険はこの領域でも重要な役割を果たしている）。補足的医療保険はフランス国民の約9割に普及しているといわれており（1990年代末において人口の84%。その後、後述するCMU法律を受けてこの値はさらに上昇している）、その重要な役割をふまえた特殊な法規制の下におかれている。

②保険者－共済組合

補足的医療保険制度を担う保険者は、⑦保険法典の適用を受ける民間の保険会社、④社会保障法典の適用を受ける労使共済制度（institution de prévoyance）、⑦共済法典の適用を受ける共済組合（mutuelle）である。

三つの保険者組織は、近年では徐々に統一的な法規制の下におかれつつあるが（注11参照）、上記のとおりそれぞれ異なる法典の適用を受け、各々が特殊性を有している。このうち、この分野で最も古い歴史をもち、現在においても最も注目すべきと思われる保険者組織は⑧の共済組合であり（注7）、この共済組合が補足的医療保険の中心的な担い手であることが、フランスの補足的医療保険制度の最も重要な特徴であると考えられる。そこで、上記の保険者組織のうち⑧の共済組合について、その

発展の歴史や性格、組織構造を簡単に検討する（注8）。

共済組合は、10世紀の同業信徒団体（confrérie de métiers）や同業者組合（compagnonnage）を原型とする、フランスにおいて非常に長い歴史をもつ組織である。同業信徒団体は宗教的な性格を有し、その活動も慈善や援助という性格の強いものであったが、啓蒙期においてその活動は弱体化した。一方、より現在の共済組合の姿に近い性格のものと思われるのは同業者組合であり、ここでは、ある職業に従事する均質なメンバーが相互に助け合うことが重視された。メンバーの負担した拠出金を財源として、疾病や事故の際の援助や、葬儀費用、突発的な支出といったものをカバーするという活動を行ったのである。こうした組織を前身として、中世の後期においては援護金庫（caisse de secours）などと呼ばれる労働者集団が、労働者個人の身体や生活に偶然に生じる損害を回避するための活動を展開していた。

ここで重要なのは、共済組合の原型となるこうした活動が、現在の私保険につながる保険技術の発展とはあくまで別のものとして展開していたという点である。すなわち、14世紀から15世紀にかけて、現代的な保険技術がイタリアで成立・発展したが、その担い手は地中海で事業を営む初期の資本家であり、彼らが守ろうとしたのは自らの物的な財産であった。つまり、共済組合の原型である援護金庫は、労働者の自助・相互扶助の組織として、資本家の加入する一般的な保険とは異なる独自のものとして発展してきたのである。

19世紀になると、フランスにおけるこうした労働者の相互扶助の組織は、共済援護組織（société de secours mutuels）などと呼ばれる組織に引き継がれる。フランス革命後、中間団体に対して厳しい法規制が行われた際にも、こうした組織は（法律上は禁止された存在であったにも関わらず）政府によって黙認され、むしろ時に奨励されて、発展を続けた。ナポレオン1世は1802年に同種の組織の一つであった博愛組合（société philanthropique）を公認したし、第2帝政期においてはナポレオン3世が、共済組織に対する国家管理を強めるという方向で、こうした組織を公認し発展させようとした。共済組織は、当時国家から比較的強く警戒された労働組合ともある程度距離をおき（労働組合を通じた労働者運動は、同じくこの共済援護組織を基礎として発展するが、革命後、特に第2帝政期において、ここから明確に分岐・分離していく）、革命期以降基本的には国家との良好な関係を維持してきたのである（注9）。ナポレオン3世は、一度は共済援護組織を義務的なものとするを指し、全てのコミューンに組織を創設し労働者を強制的にここに参加させるという制度を検討していたという（但し、これに対しては共済援護組織が任意加入であることを重視する論者の強い反対があり、結局実現しなかった）。

そして、こうした経緯にも現れているように、革命期以降現代に至るまで、共済援護組織（共済組合）の動向は、その時々々の政府の社会政策の動向に大きな影響を受けてきた。その間、政府の政策に対し、こうした組織の

主導者により様々な反応や議論が示されたが、一貫して主張され、強調されたのは、この組織が労働者の自発的・自律的な組織であり、国家によって管理される強制加入の保険ではないという点であった（例えば、第一次大戦後に初めて導入された強制加入の社会保険制度に対して、共済組合は強く反発した。なお、この時共済組合は、最終的には強制加入原則について譲歩を余儀なくされることになったが、自らがこの社会保険の保険者となる資格を得るなど、制度の管理・運営をめぐって大きな権限と役割を獲得することに成功した）。上述のとおり共済組合は、基本的には国家とある程度良好な関係を保ってきたが、同時に、革命期以降一貫して、その自発性・任意性といった自らの独自性を強調し、時には、自らを管理し国家の内部に取り込もうとする政府に対立する立場に立って、国家からの一定程度の独立を維持してきた。こうした、国家との一定程度の結び付きと、国家からの独立とを同時に保つ二面的な性格が、共済組合の一つの特徴となっている。

第二次大戦後、フランスで本格的に社会保障制度が導入されることとなって、共済組合の役割は著しく小さいものとなり、その勢力は一時的に衰退した。但し、共済組合は社会保障金庫との交渉を経て、社会保険への上乗せ給付の領域を共済組合が独占する旨を合意し、社会保険を補完する保険としての途を歩み始める。そして、公的医療保険制度の財政状況の逼迫によってその給付水準が徐々に抑制されるのに応じて、改めてその勢力を拡大してきた（注10）。

現行の共済法典の規定は、以上のような共済組合のフランスにおける発展の経緯を反映したものとなっている。共済法典によれば、共済組合は私法上の非営利法人であり、組合員及びその被扶養者の利益のために、組合員の拠出する保険料を主たる財源として、組合員の文化的・倫理的・知的・身体的発展に貢献し、その生活状況を改善することを目的として互助、連帯、相互扶助の活動を行う。そして、共済組合は、法律上、大きく分けて以下の4つの業務を行うことができる（具体的な活動領域は規約によって定められる）。すなわち、㊸事故や疾病を原因とする、身体に関わる損害のリスクをカバーする保険給付（筆者注：医療保険はここに含まれることになろう）や失業給付等の様々な保険業務、㊹身体的損害の予防や、若年者・家族・高齢者・障害者等の保護を担保する活動、㊺社会的活動の実施や、公衆衛生上・社会的・文化的な成果の管理、㊻公的医療保険制度等の運営への参加や、国あるいは他の公共団体の名義で行う社会的活動や給付の運営を担保する業務である。共済組合の業務の上記のような広範さ・多様さは、フランス社会に共済組合がいかに広く浸透し、国民の生活に根を下ろしてきたかを窺わせる（注11）。

そして、共済組合は、組合員によって民主的に運営される自治的な組織であり、名誉職メンバーと、組合員メンバーから成る組合員総会によって運営される。組合員総会では、全組合員が投票権を有する。業務執行は、組合員総会の選挙で選ばれた理事会のメンバーが担当する。

（注7）1998年時点において、補足的医療保険給付の59%を共済組合、24%を民間保険会社、17%を労使共済制度が担っていた。Dupeyroux(J.-J.), *Droit de la sécurité sociale*, 14e édition, 2001, p.1095 et note. 2. また、2000年時点でフランスには5000もの共済組合が存在し、共済組合に支払われる拠出金は国内総生産の1%にあたる額に達していたとの指摘もある。Hélary-Olivier(C.), << Les mutuelles ont-elles encore une raison d'exister? >>, *Dr. soc.*, 2000, p. 878.

（注8）共済組合の歴史やその背景にある思想、保険との関係等についての詳細は、Patricia Toucas-Truyen, *Histoire de la mutualité et des assurances - L'actualité d'un choix*, 1998, Bernard Gibaud, *De la mutualité à la sécurité sociale conflits et convergences*, 1986、水町勇一郎『労働社会の変容と再生』有斐閣（2001年）46頁以下、64頁以下、田中拓道『貧困と共和国 社会連帯の誕生』人文書院（2006年）232頁以下、高藤昭「フランスの共済組合について」海外社会保障情報第90号17頁以下などを参照。なお、他の多くのヨーロッパ諸国にも同種の組織が存在するが、ここでは差しあたりフランスの共済組合を念頭において議論を進める。

（注9）革命期以前の王権による抑圧については、高藤・前掲注（8）論文19頁以下を参照。また、高藤は革命期以降についてもむしろ国家による抑圧を強調している。革命期以降の共済組合と国家との関係については、論者によって理解に若干のニュアンスの差があり、本来はより緻密な分析が必要と思われる。

（注10）Dupeyroux(J.-J.), op.cit., 14e éd., p.1095.

（注11）但し、90年代以降、EU法によるEU保険市場の統合が進むにつれ、こうした共済組合の特殊性は危機にさらされつつある。1992年、統一的な保険市場の形成を目指す二つのEU指令（Dir. 92/49/CEE du 18 juin 1992（生命保険以外の保険について）、Dir.92/96/CEE du 10 nov.1992（生命保険について））が発せられた。この指令の国内法への導入をめぐり、共済組合

の特殊性が問題とされた。すなわち、この EU 指令は、保険財産、ひいては被保険者の保護のために、保険者が本来の保険業務以外の活動を行うことを禁じているが、フランスの共済組合は、歴史的に、保険業務以外にも予防や公衆衛生に関わる活動など、様々な社会的活動を担ってきた主体であり、これらの業務を同一法人によって実施することで、一方の領域で赤字が生じて、別の領域の黒字で補填するという形で、財政の均衡を維持してきた。また、保険業から利益が生じた場合、これを加入者にとって有益な福利厚生サービスに用いてきた。こうした背景から、指令の国内法への導入は難航し、兼業制限は、指令から 10 年近く経過した 2001 年にやっと法律上規定された（但し一定の条件の下で例外も認められている）。この問題を含め、EU 指令による保険市場の統合については、フランス特有の事情を十分に考慮せず、共済組合を他の保険者との競争上不利な地位におくものとして批判的に評価する見解も見られる。以上、Marion Del Sol (M.), <<Les mutuelles de santé : entre logique concurrentielle et éthique solidariste>>, RD sanit. 39(1), janv-mars, 2003, p. 72f., Charvin(R.), << Le mouvement mutualiste face aux directives[assurances] >>, Dr. ouvrier, 1996, septembre, p. 359. EU 指令の共済組合への適用については、Hélary-Olivier(C.), op. cit., pp. 879 et s. も参照。

③補足的医療保険に対する特別な法規制

補足的医療保険については、公的医療保険を補完するという重要な役割を考慮して、特殊な法規制がおかれている。こうした規制には、補足的医療保険の市場に参加する保険者に共通するものと、②で中心的に取り上げた共済組合に特有のものがある。

まず、共済法典におかれている共済組合に特有の法規制を見ておこう。医療保険業務を実施する共済組合は、個人あるいは団体単位で任意加入しようとする者について、収入・

加入期間・住所・被扶養者の数・年齢といった法律上列挙された特定の事項以外に依拠して拠出金の額を調整してはならない。また、組合員や加入希望者の医療情報を収集することや、被保険者の健康状態に応じて保険料を設定することも禁じられる。一般に、民間の医療保険においては、疾病のリスクを何らかの方法で調査し、疾病リスク因子に応じて保険料の水準を決定する。このことと比較すると、上記のような共済組合における保険料の設定をめぐる規律は、一般的な私保険の理論とは大きく異なっている。このような法規制は、民間保険会社と共済組合とを分ける重要な特徴であり、各種保険者の中での共済組合の特殊性を反映し、象徴するものである（注 12）。

さらに、共済組合は、組合員の支払った拠出金あるいはその家族の状況以外の基準によって、給付の水準に差を設けてはならない。

続いて、保険者の種類に関わらず補足的医療保険一般に適用される規制を概観しよう。1989 年に制定されたいわゆるエヴァン法律（注 13）には、被保険者・受給者の法的地位を保障し、これらの者の保護を図るための規定がおかれている。主なものを紹介すると、例えば、労働協約、労使協定、または使用者の一方的決定等の方法により、ある企業や企業内の特定部門の全ての被用者を強制的にカバーするものとして補足的医療保険契約が締結される場合、保険者は、契約等の締結、またはこれらの合意への参加に先立って生じた疾病の経過をもカバーしなければならない。また、一般制度の医療保険が給付の権利を付与している疾病については、これを保障範囲から排除

することはできない。つまり、公的医療保険よりも狭い保険事故を補足的医療保険が設定することは禁じられる。

他方、任意的な団体加入・個人加入による保障の場合には、こうした法規制は若干緩和される。例えば、保険者は、契約の中で明示されている等の一定の条件の下で、既に発生している疾病状態の引受を拒むことが可能である。もっともこの場合も、一旦契約が締結された後、被保険者の健康状態に依拠して事後的に保険料を増額することはできず、保険料の増額は、全被保険者について統一的行わなければならない。

以上のように補足的医療保険制度は、民間保険者によって担われる私的な保険のスキームでありながら、被保険者を保護するための特別な法規制の下におかれている。Olivier は、フランスの医療分野における社会保障制度を⑦基礎的な強制加入の社会保険制度と⑧補足的医療保険制度とに分けて、⑦の不十分性を補うために、純粋なりベラリズムでも、第二の社会保険でもない⑧が必要であると述べている(注14)。つまり、補足的医療保険は、社会保険と私保険の中間に位置付けられ得るのである。このような、フランスの補足的医療保険の特殊性は、まずは上述のとおり補足的医療保険がフランスの医療制度において担う重要な役割を反映したものと考えられる。そして、より根本的には、この分野で伝統的に中核的な存在として活動を展開してきた共済組合が、単純な保険技術とは異なる、組合員相互扶助・連帯の組織という性格を有しており、こうした性格が、上記のような、一般的

な保険法の規制とは異なる、いわば「社会的な」法規制と親和的であったことに由来しているように思われる。

なお、紙幅の都合で詳述はできないが、補足的医療保険の保険者は、こうした特殊な性格を背景として、公的医療保険制度の運営にも関与している。例えば、2で紹介したとおり、患者自己負担の水準を決定する際、補足的医療保険の保険者の連合体が諮問機関として関与する。その他、公的医療保険の給付範囲に含まれる財やサービスの範囲を決定する際にも、この連合体が諮問機関として活動している。

(注12) なお、租税一般法典には、2001年以降、こうした共済組合に特有の法規制を、税法上の優遇措置を用いて他の保険者にも拡大しようとする規定が導入されている。すなわち、租税一般法典は、任意加入の被保険者について、加入希望者や被保険者の医療情報が収集されず、被保険者の健康状態に応じて拠出金や保険料が定められないという場合に、保険契約につき保険者に課される特別税が免除されるものとした。また、労働協約等による強制加入の被保険者についても、保険料や拠出金が被保険者の健康状態に応じて定められない場合に特別税免除を認めている。このような税法上の規定は、共済組合の領域において歴史的に認められてきたある種の価値を、補足的医療保険に参加するあらゆる類型の保険者に対して適用されるものへと拡大しようとするものと評価できる。

(注13) Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

(注14) Hélyar-Olivier(C.), op.cit., pp. 880 et s.

(3) CMU 法律による補足的医療保険の普遍化・一般化

①はじめに

(2) で見たとおりフランスでは、公的医

療保険を補完する私保険たる補足的医療保険が、国民の大部分に普及している。このため、公的医療保険について設定される高い自己負担は、ほとんどの場合私保険によってカバーされる。しかも、こうした私保険は、被保険者を保護する様々な規定の下におかれており、単なる私保険を超えたものとなっている。そのため、フランスにおいては、高い自己負担が国民に及ぼす影響は、こうした私保険の存在しない国々に比して、比較的小さいと考えられる。しかしながら、補足的医療保険はあくまで任意加入の私保険であり、保険料を支払って加入しなければ給付を受けられないのは当然である。そして、この私保険に加入していない者が疾病に罹患した際には、上記のような高い自己負担がきわめて重い経済的負担となる。

1990年代のフランスでは、こうした状況を背景として、補足的医療保険を獲得できない低所得者層の存在が問題視されることになった。ここで注目したいのは、フランスにおいてこうした問題意識が、国民皆保険制度を実現する立法時の議論によって同時に扱われたことである。以下、1997年に成立したこの法律と立法時の議論について検討を加える。

②CMU 法律

1997年に制定された普遍的医療保障(couverture maladie universelle, CMU)に関する法律(以下、CMU法律と呼ぶ)(注15)は、①従来公的医療保険制度から排除されていた人たちに被保険者資格を拡大し(フランスに居住していることを要件として被保険者資格を獲得するものとされた)、同時に、④資力の不

足のため補足的医療保険を利用できない人々に、補足的医療保険給付に対応する給付を保障するものであった。

フランスの医療保険は、1で紹介したとおり職域を基礎としたものであり、そのため、社会保険に組み込まれていない市民が相当数存在することが問題視されてきた。CMU法律は、国内に住所をもつ者で、職域の基準によっていずれかの保険者の被保険者とならない者を原則として自動的に一般制度の被保険者とするという扱いを法定しており、フランスにおいて初めて国民皆保険制度を正面から実現したともいえる、非常に重要な法律であった(注16)。

ここで重要なのは、このように国民皆保険制度が改めて議論されるにあたって、高く引き上げられた自己負担への対処が論じられたことである。国民議会に提出されたCMU法律の法案解説(注17)によれば、当時、1カ月あたりの収入が3,000フランに満たない国民の30%が、経済的理由により治療を断念していた。また、当時、人口の84%が、自己負担を引受ける何らかの補足的医療保険制度を利用している一方、1カ月の収入が2,000フラン以下で補足的医療保険に加入している者の割合は45%に過ぎず、失業者についてこの値はさらに低下するとされた。こうした統計をうけて当時のフランスにおいては、低所得者層にとって、補足的医療保険をもたないことが、受診回避の大きな背景となっていると考えられたのである(注18)。

当時、この問題は、医療への「アクセス」の確保、というテーマの下で議論された。そ

して、国民皆保険制度の導入に際し、これを実質化するためには万人が医療に実際に「アクセス」できることを目指すべきであるとの考え方を基礎として、補足的医療保険に対応する給付を低所得者層に提供することが目指された。

(注15) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 relative à la couverture maladie universelle, *J. O.*, 28 juillet, 1999.

(注16) CMU 法律による医療保険の人的適用範囲の拡大については、柴田洋二郎「フランスにおける医療保険制度の動向—近年の改革による一般化の実現—」(2006年) 海外社会保障研究第157号60頁以下等を参照。

(注17) 以下、Assemblée Nationale, Projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle, n° 1419, déposé le 3 mars 1999.

(注18) 例えば、当時の雇用連帯大臣であったAubryは、議会において、以下のように発言している。「慎ましい暮らしをしていたり、不安定な状況にある人であればある程、補足的な保護が必要不可欠なものとなる。しかしながら、実際に生じているのは全く反対の状況である。つまり、実際には、より危機にさらされた(exposé)者ほど、十分に保護されていないという状況にある」。Assemblée Nationale, 1^{ère} lecture, Discussion en séance publique 2^{ème} séance du mardi 27 avril 1999.

③「補足的保護」の創設—補足的医療保険の一般化

新たに創設された補足的保護の受給要件は、フランスに住所を有し、その収入が一定額を超えないことである。受給要件を満たす者は、1年の期間(更新可能)の間、保険料を支払わずに、一定水準の補足的医療保険に対応するような給付を受けることができる。保護の内容は、まず、外来及び入院時の自己負担の引受である。また、一定の上限額の範囲内で、

義歯治療や整形外科治療、個人使用目的の医療機器について、保険者が負担しない部分の費用を引受けてもらうこともできる。つまり、補足的保護の創設は、低所得者層との関係で自己負担を廃止するのに近い効果を有している(注19)。

補足的保護の給付主体は、公的医療保険の保険者、共済組合、労使共済制度、民間保険会社のいずれかであり、どの組織を利用するかは、受給者が申請時に選択する。民間の保険者はこの制度への参加を強制されるわけではないが、補足的保護に参加することを宣言した場合には、被保険者による選択を拒否することはできない。

補足的保護にかかる費用は、この制度の創設時に新設された特別な基金によって引き受けられる。そして、この基金に財源を拠出するのは、補足的保護の分野で活動し得る組織(つまり民間・社会保障の双方の医療保険の保険者)の負担金(租税と同質のものと理解されている)と国庫の拠出金である。この負担金については、補足的保護に参加することを表明した保険者のみならず、補足的医療保険の市場で活動しているあらゆる保険者が、拠出義務を課される。一方、保険者は、自らを補足的保護の給付主体として選択し、加入した被保険者の数に一定額を乗じた額について、負担金の控除を受けることができる。そして、控除額がもともとの負担金額を上回った場合(つまり多くの補足的保護受給者を受け入れた場合)には、差額を基金から受け取る。このような拠出金と控除の組み合わせをとおして、補足的保護の財源を調達するのと

同時に、保険者がこの制度に積極的に参加するようなインセンティブを作り出すことが目指された。

(注 19) さらに、補足的保護の受給者は、費用の前払いを免除され、第三者払いの仕組みを享受する。ここまで触れてこなかったが、医療へのアクセスの不平等という問題が議論される際に自己負担と並んで掲げられてきた問題として、費用前払いの制度（つまり償還払い制度）が低所得者層に及ぼす負担の問題があった。詳しくは検討しないが、補足的保護が費用前払いの免除を伴っていたことは、この制度の一つの重要なポイントである。

Dupeyroux(J.-J.), *Droit de la sécurité sociale*, 15^e éd., p. 1088, 1093, Assemblée Nationale, Rapport, n° 1518, pour L.861-3 du code de la sécurité sociale.

④医療への「アクセス」の保障

このCMU法律について、学説の評価やその意義・趣旨を整理しておこう。CMU法律による補足的保護について、学説は、全体として立法者の問題意識に賛同し、医療へのアクセスの保障という観点に言及し、補足的保護の創設を好意的に評価している。例えば、Borgettoは、CMU法律の含む二つの内容（医療保険制度の適用範囲の普遍化及び補足的保護の創設）のうち特に後者の重要性を指摘し、

立法者が万人の医療へのアクセスを実効的なものにしようと努めた点に、この法律の真の革新性があると述べている。さらに、この法律が医療へのアクセスを法的に承認していると評価し、直近15年に社会立法領域に登場した法令の中でも最も重要なものの一つであるとしている。Mariéも、医療保険制度の適用範囲が普遍化されても、補足的な保護を伴わなければ、医療へのアクセスは真に保障されないと述べて、真のアクセスを保障する補足的保護の重要性を高く評価している（注20）。

このようなCMU法律をめぐる議論の中での重要なポイントは、公的医療保険が保障する医療が、被保険者にとって実際に利用（「アクセス」）可能なものでなければならないという明確な問題意識が見られることである。そのような問題意識を背景とするからこそ、あらゆる国民に公的医療保険給付を提供することを目指す国民皆保険制度と、実効的な医療へのアクセスを阻む患者自己負担への対応とが、同時に議論されたと考えられる。

(注 20) Marié(R.), << La Couverture Maladie Universelle >>, *Dr. Soc.*, n° 1, 2000, p.14.

Ⅲ 小括

1 フランスの制度に関する検討のまとめ

最後に、本稿の検討をまとめておく。フランスにおいては、公的医療保険給付に高水準の患者自己負担が設定されており、その割合は一部の医薬品について70%にも及び得る。

但し、こうした高い自己負担は、そのほとんどが、公的医療保険を補完する私保険によって引き受けられている。この私保険は民間保険会社を含む私的な主体によって管理運営さ

れるが、一方で日本を含む諸外国における一般的な保険法の規制とは明らかに異なる法規制の下におかれており、私保険と社会保険との中間に位置付けられるような性格を有する。

一方、このような特別な私保険も、あくまで私保険である以上、収入が少なければ加入することは難しい。CMU 法律は、この点に着目し、高い自己負担が低所得者層の受診行動に歪んだ影響を及ぼしているという問題に対して、補足的医療保険を通じた対応を行った。ここで重要なのは、㊦繰り返しになるが、国民皆保険制度は実効的な医療へのアクセスを伴わなければならないという視点が見られたこと、そして、㊧実効的な医療へのアクセスを実現するに際して、単に自己負担を廃止す

2 日本への示唆

以上のようなフランスの公的医療保険制度と私保険の役割は、それ自体大変興味深いものではあるものの、すぐれてフランス特有のものであって、直ちに日本の制度設計や立法論・医療政策にとっての示唆をもたらすものではないだろう。但し、いくつかの重要な問題意識を喚起するものではある。

日本において、患者が受診時に負担する一部負担金は、例えば健保法には 1942 年の改正時に導入されたが、当初この負担は医薬品 1 剤や処置等の実施 1 回ごとに定額を負担するというものであって、比較的小さな経済的負担に留められていた（注 21）。また、制度創設時には 5 割という高い一部負担金が設定されていた国民健康保険や健保法上の被扶養者については、この高い負担を引き下げることが政

策という方法を用いるのではなく、既に存在する私保険の市場を残して、むしろこの私保険を利用する形で、実質的に低所得者層との関係でのみ自己負担を廃止するような効果を導こうとしたことである。こうした制度は、補足的医療保険が構築してきた市場を原則として維持しつつ、低所得者層について存在する問題点に対処できるという点で、プラグマチックな解決策であったといえるだろう。また、より根本的には、補足的医療保険の保険者（その中心的な存在である共済組合）がフランス社会において長い伝統を有し、立法者や国民の間に、こうした自発的・任意的な相互扶助の仕組みに対する信頼が存在しているという背景に支えられた政策といえよう。

策的な課題となってきた。しかしながら、こうした方向性は、高度成長の終焉に伴う経済状況の悪化、及び高齢化に伴う医療費膨張・医療保険財政の逼迫を背景として、1980 年代半ばに大きな転換点を迎える。すなわち、1984 年に一部負担金が定率制とされて以来、現在に至るまで、健保法上の被保険者の一部負担金の水準は徐々に引き上げられることになるのである（1984 年に被保険者本人について 1 割とされた一部負担は、その後わずか 20 年弱の間に、3 割まで引き上げられた（1997 年、2002 年の法改正による））。また、高齢者の医療は 1970 年代に一旦無料とされたが、1980 年代の一部負担金の再導入以降その額は引き上げられ、2006 年に行われた直近の医療制度改革（注 22）でも、一部の高齢者について一部負

担金の引き上げが実施されている（但し高齢者については医療制度自体について特殊な法制度が採用されており、単純に社会保険制度一般と並べて論じることは難しい）。日本では、近年、医療保険財政の均衡を維持するために、一部負担金の引き上げという手法が積極的に用いられつつあると見ることができよう（注23）。

フランスの制度に関する検討をふまえば、こうした一部負担金の引き上げに対しては、常に、これが被保険者の医療への実効的なアクセスを阻害していないか、あるいは、高水準の一部負担金が公的医療保険制度の趣旨と両立するかという問題に配慮する必要があるだろう。一部負担金が過度に引き上げられれば、低所得者層にとって公的医療保険の存在は意味の無いものとなり、国民皆保険制度はその実質を失う可能性がある。

次に、公的医療保険制度において自己負担が引き上げられていく場合に、私保険の市場で活動する保険者やそこで締結される保険契約について、公的医療保険や社会保障制度に関わる法制度がどのような態度を取るかという問題があろう。フランスの制度のあり方は、上述のとおり日本の制度設計にとって直接的な参考になるとは考え難いが、社会保障制度と任意加入の私保険とを組み合わせる特殊な医療保障の仕組みとして、一つの興味深いモデルを提示するものとなっている。

（注21）以下、法研『健康保険法の解釈と運用』平成15年改訂版526頁以下。

（注22）「健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）による。

（注23）現行法上、国保・健保双方の被保険者及び健保被保険者の被扶養者について、原則として3割の一部負担金が課されている（健保法74条1項1号、110条2項1号イ、国保法42条1項1号）。70歳以上の高齢者の一部負担金は1割とされるが、被保険者が一定額以上の報酬・所得を得ている場合には3割となる（健保法74条1項2、3号、110条2項1号ハ、ニ、国保法42条1項3、4号、老人保健法（2008年4月以降は高齢者の医療の確保に関する法律）28条1項）。また、3歳未満の乳幼児については一部負担金が2割とされる（健保法110条2項1号ロ、国保法42条1項2号）。なお、医療保険制度には、一部負担金の負担が被保険者にとって過重なものとならないよう、一定額を超える一部負担金について保険者が費用の一部を支給する制度が用意されている。高額療養費制度である（健保法115条、国保法57条の2、老人保健法46条の8（名称は高額医療費。2008年4月以降は高額療養費（84条））。この制度は、一定額を超える一部負担金をカバーすることで、被保険者の1カ月（暦月）あたり的一部負担金に、上限を設定するという機能を有している。注意すべきなのは、この制度があくまで、「高額療養費」を事後的に支給するものであるという点である。つまり、一部負担金が高額であっても、被保険者はこれを一旦自ら支弁した後、保険者に対して費用支給を請求するという手続を取らなければならない（但し、多数の市町村国保や健保組合等が、高額療養費の貸付事業を行っている。また、一部の市町村は、高額療養費にあたる部分の一部負担金の支払を被保険者に代わって行う高額療養費受領委任払の制度を導入している。こうした制度を利用すれば、被保険者は限度額を超える一部負担金を支払わずに医療機関を受診できることになる）。

【参考文献】 本文及び脚注に挙げたもののほか

岩村正彦「社会保障法入門」自治実務セミナー42 巻1号 10 頁以下

江口隆裕「医療保険制度と医療供給体制」藤井良治・塩野谷祐一（編）『先進諸国の社会保障⑥ フランス』（1999年）第10章

Rey (J.-P.), << Critique du ticket modérateur en assurance-maladie >>, Revue Française des affaires sociales , 49(4), 1995, p. 107

Jourdain-Menninger (D.), << Le Contrôle des mutuelles >>, Revue Française de finances public, (56), 1996, p. 87

Mutualité Française, *Code de la Mutualité, commenté 2005*