

医療扶助受給者を医療保険の被保険者へ—— 「普遍的医療給付」制度化に見るフランスの 健康権実現への思想と過程

藤 森 宮 子

要 旨

フランスの“皆保険”体制は1999年7月27日法で創設された「普遍的医療給付」(Couverture médicale universelle : CMU) 制度によって2000年1月1日から施行された。日本の“皆保険”体制が1961年からであるから、日本と比較すれば40年も遅れたことになるが、その“皆保険”の構造は日本のそれとは大いに異なる。フランスに3か月以上、安定して正規に居住するすべての人は(他の制度による現物医療給付を受けられる人を除き、)基礎的医療保険制度加入が義務付けられ、低所得者の保険料を無料にする(CMU de base 基礎給付)。さらに一定の所得条件の下で受診時の自己負担分が免除されるように、民間の補足医療保険への加入も規定し、その保険料を無料にする(CMU-C 補足給付)という制度なのである。「普遍的医療給付」制度の創設で県医療扶助、および任意で加入する個人保険は廃止された。ただし、非正規に滞在中の外国人、および居住者ではない外国人への医療措置として、所得条件の下で国の医療扶助を規定した。

「普遍的医療給付」は1946年の第IV共和制憲法の前文(前文は現行の第V共和制憲法に引き継がれる)の精神の具現化であり、さらにはフランス革命時に国民国家として初めて社会権を認めた1793年の憲法の精神を引き継ぐものである。しかしながら、1999年の法律一つで一挙に「普遍的医療給付」が創設されたわけではない。第二次世界大戦後、国は社会保険方式による社会保障制度の一般化を目指すも、職業によって分立する社会保険制度の谷間に置かれ公的医療保険でカバーされない低所得の人々を医療につなげた医療扶助が果たした役割は重要であった。さらに、医療扶助の負担によって任意の自主保険、続いて個人保険への加入も実現させてきた。1893年の無料医療救済法の成立からおおよそ100年にわたった医療扶助の機能とその変遷を解説しながら、フランスにおける健康権の思想とその実現過程を概観しつつ、普遍的医療給付のポイントをまとめる。

キーワード：普遍的医療給付、医療保険基礎制度、補足医療保険、医療扶助

はじめに

日本の“皆保険”は1961年から始まった。フランスの場合、1999年7月27日法で成立した「普遍的医療給付」が実施された2000年1月1日から“皆保険”が実現化した。フランスより

40年も前から日本では“皆保険”が実施されてきた。しかし、日本とフランスの“皆保険”の意味合いは異なる。フランスでは100年の歴史を持つ医療扶助制度を廃止し（ただし、不法滞在中などの外国人に対する国家医療扶助を残し）、低所得で保険料が払えない医療保険の未加入者を無料で基礎的医療保険に加入させ、適法にフランスに住むすべての人を医療保険の被保険者にするのが「普遍的医療給付」(Couverture maladie universelle : CMU) の一つ目の目的であった。医療保険制度下では、被保険者には保険料（または税）支払いと、診療時には一部自己負担が付きものである。「普遍的医療給付」のもう一つの目的は、この自己負担分の支払いが難しい低所得者には無料または減額負担とするために、彼らを補足医療保険にも加入させることであった。医療保険の徹底した普遍化によって、1946年の憲法の前文の中に規定された健康権を担保したのである。

日本では医療保険制度と生活保護の医療扶助は併存している。1959年1月1日より施行されている国民健康保険法は、生活保護受給世帯を適用除外としており（国民健康保険法第6条9項）、行政処分として医療扶助が施行される。医療への受給権を所得の多寡で区別する日本の現行制度への疑問を原点としつつ、本稿ではフランス式“皆保険”がどのような思想と行財政の変革過程をたどって実現されたのかを解き明かす。

「普遍的医療給付」はフランスの医療保険制度と社会扶助制度の結節点といえることができる。フランス医療保険制度、社会保障制度を専攻する日本人研究者によって「普遍的医療給付」の概略は紹介されているが¹⁾、本稿の狙いは社会扶助・社会福祉の視点から「普遍的医療給付」を解説しつつ、その制度を生んだフランスの社会福祉の新たな潮流を俯瞰することである。

I. 医療扶助をめぐる歴史的展開

1. 国民国家における社会権の誕生

フランス革命の激動の中で、1793年6月2日の議会内クーデターによって議会内の主導権を握ったモンタニャールは憲法制定作業を早急に完成させ、国民投票にかけて成立させたのが1793年の憲法である。その21条では「公の救済は、一の神聖な負債である。不幸な市民に労働を得させ、または労働できない人々に対しては生活の手段を確保することによって、その生存を保障しなければならない」と、生存権（社会権）保障を明記した。国民国家となって、救済（Assistance）を公の義務と初めて宣言したこの1793年の憲法は、「人権保障の面でも民主主義の面でも、今日の目で見ても大いに進んでいると評価できる」²⁾ が、革命政府の主導権交代、

1) 例えば、伊奈川秀和（2000）『フランスに学ぶ社会保障改革』中央法規出版株式会社、pp. 186-187、pp. 259-262. 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、pp. 124-139. 加藤智章（2015）「フランスにおける医療制度改革」、松本勝明編著『医療制度改革―ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社、pp. 103-104、p. 166.

2) 中村義孝（2001）「ブルジョワ革命と民主主義」、山下健次、中村義孝、北村和生 編著『フランスの人権保障―制度と理論―』、法律文化社、pp. 26-27.

普仏戦争やアメリカへの戦費調達に追われた財源不足や国内の混乱で国による救済は実効性を伴わずに終わる。しかし、1793年宣言の思想は後の1848年憲法、第二次世界大戦後の憲法に引き継がれていく。

2. 救済 (Assistance) の立法化の始まり—1893年の無料医療救済法

19世紀末、第三共和政下で救済の原則が、社会に対する厳正なる義務 (obligation stricte) として位置付けられ、立法化されていく。救済法は困窮者だけを対象とし、無料治療を規定した1893年7月15日法がその始まりである。その後の1905年の法律と同様に生活資力を欠く病人、高齢者、障害者、妊婦、多子家庭に対して、現物無料介護、入所認定、単一手当を保障した³⁾。この法律で打ち出された原則として、第1に法律に記載されたすべての給付は、規定条件を満たせば受給することができる。第2に治療費は地方自治体によって援助される。第3には救済受給者は治療費を払う病人となる一方、病院に対しては (それまで役割を果たしてきた) 救済施設の地位を剥奪し、治療施設の地位に位置付けた。また、入院よりも在宅介護を優先させ、医師を選択する患者の自由、治療の自由など、同法の規定の中には今日でも有効な原則がある⁴⁾。

1893年7月15日の無料医療救済法に続いて、児童救済サービスに関する1904年6月27・28日法、「老人・障害者・不治の病人」に関する1905年7月14日法が制定された。当時は老人・障害者・不治の病人の扶助種別は未分化であったが、当該人の生活資力によって変化する支給金、または無料での施設入所を可能にした。さらに1913年6月17日・同年7月14日法の貧困な妊婦への支援法、1913年7月14日の多子家庭への支援法と、対象者の幅も広がった。

他方で、第三共和政は集団による共済保障制度を発展させた。1898年4月1日法で共済組合 (Mutualité) の躍進を後押しし、1898年4月9日法によって労働災害を補償した。工員・農業従事者の義務的高齢年金制度に関する1910年4月5日法では労働者、使用者、国の三者負担による財政構成とした。さらに年代は下って、1928年4月5日と特に1930年4月30日法で一定の基準以下の給与の商工業界の勤労者向けの社会保険制度を制定し、勤労者と使用者による保険料負担構造とした。また、1932年4月11日法で商工業界の使用者に対して、その被用者の第1子からの家族手当支給を目的に、特別金庫加入を義務付けた。

3. 公的救済から社会扶助 (Aide sociale) への歴史的経緯

第二次世界大戦終結後、フランスは社会保険による社会保障制度 (Sécurité sociale) 確立による福祉国家構築を目指した。他方、低所得者のための連帯の制度として19世紀から続く公的救済制度は改革の時期を迎えていた。積年の間に制定された救済関連の法律と行政規則はおび

3) アメデ・テヴネ著、林 信明訳 (1987) 『現代フランス社会福祉』、相川書房、p. 250.

4) Borgetto M., Laffore R., (2002), *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 4^e édition, Montchrestien, pp. 486 - 487.

ただし数となり、それらの入り組んだ複雑さは、専門家でも把握が容易ではない様相を呈していた⁵⁾。

1953年11月29日のデクレで、公的救済は刷新され、「より人間的で、品位のある」⁶⁾ 社会扶助 (Aide sociale) の名称に替わった。その後、関連法律やデクレなどの制定が続き、1955年に改革が完了した。これが1953年の社会扶助の立法改革といわれる。一連の改革関連法規は1956年1月24日のデクレで制定された「家族・社会扶助法典」(Code de la Famille et de l'aide sociale) に組み込まれた。デクレで法律を修正するという経緯をたどった大改革は1948年、政府に対して、国会が社会保障制度の発展に関連して、公的救済の歳出軽減を政府に求めたことに端を発していた。改革の機運が盛り上がり、1952年12月15日に、救済法の改革に関する法案N° 5094-1953が上程された。法案は可決されなかったのだが、1953年2月7日の予算法の中で、議会の明白な委任を取り付け、行政規則にのっとなって、法改正が実現されたのである⁷⁾。

手続き規定の簡便化など、救済から社会扶助への転換は様々な点で刷新が見られるが、社会扶助の概念については、公共団体に貧困者を援護する扶養義務があるとし、社会扶助の施行のために地方自治体に社会扶助歳出の予算を義務付けた (これは地方分権化に関する1983年7月22日法で再規定)。しかしながら、社会扶助の扶養義務は補足的という性格を持つ。扶養義務という観念は民法の中で血族・婚姻関係の義務として規定されている。立法過程で政府は議会の抵抗を抑えて、「家族連帯に対して、公共団体の介入の補足性を維持し、社会扶助の『基本的原則』の一つとした」⁸⁾。また、社会保険の被保険者が予め保険料を支払っていることによって社会保障金庫から自動的に給付を受ける権利があるのに対して、社会扶助の権利は自動的にではない。当該者は困窮状態を証明する申請書類を提出し、社会扶助認定委員会による困窮事実の確認を必要とする。

社会扶助の給付の項目は児童・家族、高齢者、障害者、医療と、部門化された。医療扶助に関する新たな方針として、上述した1893年法を一部修正して定めた1954年6月11日付法律による医療扶助月額手当を定めた。1953年のデクレは入院より居宅療養の推進を目指していた。生活費の不如意によって無料で宿泊・食事提供を行う医療施設への入院に傾斜しがちになるとの認識からである。受給条件は14歳以上で、職業活動ができない状態であること、少なくとも3か月前から医療扶助または結核患者扶助を受給していること (精神病患者は除く)、他の法律により、当該手当額以上の年金、手当、補償金を受給していないこと (家族手当、児童扶助の家族援助金は除く) など。このように居宅療養を優先する方針は国の第IX計画 (1984-1988) にも組み入れられた⁹⁾。

5) Thévenet A., (1986), *L'aide sociale aujourd'hui après la décentralisation*, 6^{ème} édition, 2^e tirage, Les Éditions ESF, p. 35.

6) *ibid.*, p. 34.

7) *ibid.*, pp. 34-35.

8) Alfandari E., (1987), *Action et aide sociales*, Troisième édition, Dalloz, p. 44.

9) Thévenet A., (1986), *op. cit.*, p. 286.

Ⅱ. 「普遍的医療給付」成立への道程

1. 医療へのアクセスの問題

普遍的医療給付の誕生の背景には、社会的職業的な階層によって医療へのアクセスが不平等である問題に対して、フランス社会は日本よりもしばしば敏感に反応してきたし、また敏感にならざるを得ない制度的な特徴もあった。その理由をここでは二つ挙げる。一つには第二次世界大戦後の福祉国家構築の過程で、長らく医療保険に加入できない産業分野・職種の人々が多かったことである。1946年、レジスタンス国民会議は「すべての国民に、あらゆるリスクに対応する一般化された国民連帯の手段」として社会保障構想達成計画を採択した（1945年10月4日のオルドナンス）。企画の中心者ピエール・ラロック（Pierre Laroque）はイギリスのベバリッジ卿が考案した社会保障の組織プラン（1941-1942）に着想を得て、一般性（全国民をカバーする）と単一性（同一リスクには、同一給付とする）の原則を立てた社会保険方式による社会保障制度（*Sécurité sociale*）構想を提案した。しかし、それぞれ独立した社会共済保護制度を持つ職業集団（自営農民、雇用者、自由業者、商人・職人）の反対で一同に集結することはできず、当初、商工業分野の勤労者による一般制度（*régime général*）と公務員制度で出発した。紆余曲折を経て、政府の主導で最終的に全国民をカバーする社会保障の一般化（*généralisation*）が達成できたのは1978年であった（1978年1月2日法）。こうした過程において、職業別の制度分立で制度の谷間に置かれた医療保険非加入者が多数存在した。それゆえに医療扶助制度や医療保険制度の改革に頭を悩ます政権は多く、現状改善のための部分的手直しとして、後述するような自主保険制度（*Assurance volontaire*）、次いで個人保険（*Assurance personnelle*）制度を導入して、徐々に医療保険非加入者の数を減らす政策を打ってきた。日本の医療保険体制確立手法との大きな違いの一つである。日本の国民健康保険法（1958年12月27日成立）¹⁰⁾がそれまでに存在した公的な医療保険制度（健康保険、共済組合、船員保険など）に加入していないすべての人とその扶養家族を丸ごとその住居地の市町村（または東京都の特別区）が運営する国民健康保険制度に加入させる、という立てつけにしたのとの違いである。

二つ目には通常、通院治療の患者の支払いが償還方式であるということからくる受診時の患者の負担の大きさである。この制度は受診後の支払いは治療費全額を支払い、後日に当該者が加入する医療保険金庫から保険で保障される部分が償還される。入院治療では日本と同じく医療機関の窓口での支払いは自己負担部分のみを支払う（第三者払い）。公的医療保険による償還率は治療行為ごとに異なるが、平均して7割、自己負担は3割とされる。しかし、1983年

10) 国民健康保険法の第5条で「市町村又は特別区（以下単に「市町村」という。）の区域内に住所を有する者は、当該市町村が行う国民健康保険の被保険者とする」とし、同第6条でそれまでにある健康保険、各共済制度などを（適用除外）とした。その適用除外の列挙の中に、生活保護世帯が含まれている（第6条9項）。

法によって、入院患者はさらに一日ごとに日額負担金 (*forfait journalier*) も支払わなければならない (さらに2005年からは受診時定額負担金、2007年から薬剤・パラメディカル・移送の三種定額負担金加わる)。

医療費に関連する家計費対策として、フランスでは公的保険の外側に位置する補足的民間保険が発達している。共済法典による共済制度 (*Mutuelle*)、社会保障法典の適用による労使共済制度 (*Institution de prévoyance*)、保険法典に基づく民間保険会社 (*Société d'assurance*) の三種の補足的民間保険組織がある。勤務先の福利厚生の一環として、上記の補足保険組織のグループ保険契約によって、あるいは個人加入の契約によって、治療時の出費に備える。契約内容によって保障の程度は異なるが、公的医療保険が償還しない自己負担部分の全額または一部の額、入院日額負担金の支払いが免除される。

1999年に医療経済研究資料センター *Credes* が発表した調査結果によれば¹¹⁾、回答者の84%が補足医療保険に加入している。しかし、有期雇用被用者ではその比率は75%、技術工で72%、失業中の人は58%となった。*Credes*によれば、上記の調査結果で失職中の30%、補足医療保険非加入者の28%は「直前の過去12か月の間に経済的問題で治療をあきらめたことがある」と回答した。それは回答者全体では14%でしかなかった。さらに同調査結果から *Credes* は以下のように結論付けている。「総合的に言って、低所得層はより一層肺疾患、精神疾患、睡眠障害、胃腸疾患、神経疾患にさらされている」。 *Credes* が1997年に全国100か所の健診センターと連携して実施した無料口腔・歯科健診の結果として、良好状態だったのは不安定な状況にある人 (参入最低所得 *RMI* 受給者、求職中の若者、失業者) の5人に1人にすぎなかったが、「不安定ではない人」 (管理職、技術工・単純工、学生) では3人に1人であった¹²⁾。普遍的医療給付をめぐる国会の討議でマルティン・オーブリ (*Martine Aubry*) 雇用・連帯大臣は以下のように結論づけた¹³⁾。「より貧しければ、より不安定であり、より補足保障を享受することが重要である。しかし、事実は反対である。よりリスクにさらされていれば、より保護されなければならない」。

2. 医療扶助と医療保険の相補関係

2-1. 医療扶助の推移

社会扶助の種別の中で、医療扶助は1950年代から60年代半ばまで歳出が最も多い分野であった (表1参照)。1955年では社会扶助歳出のほぼ半数は医療扶助が占めており (49%)、他の種別に比べて群を抜いて大きく社会扶助給付の代表であった。それがおよそ10年ごとに10ポイントずつ減少し、1975年には2位になって1位の児童扶助より7ポイント近く低く、さらに1983年には3位となって障害者扶助よりも低く、1位の児童福祉と比べれば、その半分にも満たな

11) Jacquot S., (2000), *La couverture maladie universelle*, Éditions Liaisons, p. 14.

12) *ibid.*, p. 16.

13) *Journal officiel*, Assemblée nationale, N° 36 (2) du 28 avril 1999, p. 3649.

い。この変遷は一つには医療保険制度の一般化への方針継続と自主保険、個人保険の導入という国が選択した政策動向と比例している。もう一つ言えるのは児童分野への政策強化の結果であり、医療扶助の減少分はもっぱら児童扶助に集中させたことが見て取れる¹⁴⁾。

表1 社会扶助の種別による歳出比率の変遷

(%)

	1955年	1965年	1975年	1983年
児童社会扶助	16.3	25.6	34.3	35.9
医療扶助	49.5	39.3	27.8	16.2
障害者扶助	20.2	21.7	20.2	23.2
高齢者扶助	13.9	13.1	14.8	15.4
その他	0.1	0.3	2.9	9.3
合計	100.0	100.0	100.0	100.0

出典：TYMEN J., NOGUES H., (1988), *Action sociale et décentralisation -Tendance et prospectives*, L'Harmattan, p. 46. 原典は保健省、社会事業省資料。

2-2. 自主保険と個人保険の導入における医療扶助の新たな役割

経済成長のリズムに比べて医療費増大のスピードが速いことを問題にした国会は、社会保険制度、共済制度、医療扶助の統合化か、構造調整か、財政の均衡を図るためにオールドナンスで、立法措置をとることを政府に要求した。これを受けて、1967年8月21日付で5つのオールドナンスが制定され、その中の一つが自主保険の一般化に関する制度であった。非雇用労働者（職人、商人、自由業など）の人々を医療保険制度（Assurance maladie）に加入させることを目的とした。彼らの医療保険加入によって未加入者は人口の2%に減少し、医療扶助の歳出削減に多大な効果をもたらした。自主保険の保険料は全額被保険者によって負担しなければならない。しかし、所得が不十分な場合、とりわけ職業活動が不可能で稼働所得が乏しい場合、当該者の保険料について全額または一部を、県の医療扶助部門が負担することができる¹⁵⁾とした。続いて1975年7月4日法ではすべての人を義務的医療・出産保険加入の原則を立てつつ、社会保護制度でカバーされていない人（非常に短時間の勤労者、無業の55歳以下の単身女性など）に対して一般制度の医療・出産の自主保険に加入できるとした。しかし、自主保険は5年間の保険料の支払い、1年間の非加入期間といった、加入意欲をそぐような規則があった¹⁶⁾。

社会保障の一般化に関する1978年1月2日法は自主保険に替わって、個人保険制度を制定した（自主保険の上述の規則は廃止）。保険料に関して、同様に医療扶助による負担が可能であった¹⁷⁾。

14) Tymen J., Nogues H., (1988), *Action sociale et décentralisation -Tendance et prospectives*, L'Harmattan, p. 45.

15) Thévenet A., (1986), op. cit., p. 287.

16) Jacquot S., (2000), op. cit., p. 10.

17) Thévenet A., (1986), p. 288.

地方分権化に関する1983年7月22日法によって、社会扶助の権限は国と県に分割され、その大半は県の権限となった。医療扶助分野では、在宅・入院・結核や精神疾患などほとんどが県の管轄となったが、個人保険料は例外措置として国の事務とされた。しかし、1986年7月11日法（補正予算法）の適用によって、1987年1月1日より個人保険の保険料の負担は国から県に移管され、その財政補償は以後、県ごとに計算されて、国から県への地方分権化総合交付金に増額されることになった¹⁸⁾。

2-3. 参入最低所得（RMI）制度による個人保険の普及化

1980年代、長引く不況で失業中の人々の社会的職業的再復帰が大きな課題となっていた。新しい社会扶助制度として、参入最低所得（RMI）受給者は自動的に個人保険の加入者となる権利が認められた。次いで同法を改正する1992年7月29日法によって医療扶助も大きな変革を遂げた。すなわち同法によって、参入最低所得（RMI）受給者、その受給者と同じ所得・居住条件を満たす17歳から25歳の若者、寡婦（夫）手当受給者は、個人保険の保険料、入院日額負担金を医療扶助負担とすることができる、と規定した（「家族・社会扶助法典」187条2項）。これらの医療扶助の給付には扶養義務の規則適用をしない（同上法典187条2項Ⅲ）。その上、県医療扶助規則で補足医療保険の保険料負担を規定できるとした（同上法典188条2項）。こうして普遍的医療給付が実施される直前の1999年、医療扶助の補足給付受給者はフランス本土で290万人（人口の5%）にのぼり、そのうち社会扶助による個人保険加入者は28万人であった¹⁹⁾。

以上のように自主保険、次いで個人保険の普及に果たした医療扶助の機能によって、社会保険の保険料の予めの支払い、すなわち拠出制による給付の権利性と、当該者の困窮の事実の認知によって給付される無拠出性の社会扶助の権利性との原則の違いは、漸次的に緩和された。医療扶助は、社会保険でカバーされていない困窮者に医療給付をして、社会保険方式の社会保障と相補関係を維持しつつ、他方で社会扶助受給者を個人保険という社会保険の被保険者の位置に引き上げる働きもした。ただし、個人保険とは医療扶助と社会保障制度をつなぐために「複雑で、任意により、スティグマを伴う」²⁰⁾ 存在でもあった。

しかも、医療扶助による個人保険への適用は申請手続きによる措置であり、一般の理解が広がらず、普遍的医療給付実施の直前、あらゆる社会的保護制度から疎外されていた人が15万人いた²¹⁾、といわれる。しかも県の権限で適用される医療扶助、および参入最低所得（RMI）制度の運用状況は全国的に統一されておらず、県ごとに所得・認可の基準が異なっていて、きわ

18) Ibid., p. 288.

19) Boisguérin B., Bonnardel C., (2002), «De l'aide médicale à la Couverture Maladie Universelle», *Données sociales - La société française*, 2002-2003, INSEE, pp. 604-605.

20) 普遍的医療給付創設に関する法案の中で、「任意により、複雑で、スティグマを伴う個人保険」と表現されている。Projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle, n° 1419, Assemblée nationale, p. 3.

21) Jacquot S., op. cit., p. 13.

めて不均衡な実施状況であった。そこで当時の社会党、ジョスパン政権は普遍的医療給付創設で抜本的改革を目指すことになった。

実は医療扶助と社会保険の制度の平準化を図ろうとする社会保障の一般化への改革の機運は1990年代前半からあり、社会保障改革をしたジュペ計画の中にも医療保険の一般化への改正案はあった。しかし、新しく政権についた社会党のジョスパン内閣は最も貧困な人々が医療にアクセスできるもっと実質的で抜本的な解決方法を求めた。普遍的医療給付制定の1年前に制定された「排除への戦いに関する1998年7月29日基本法」(loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions) がすでに基本的考え方を提示していた²²⁾。同法第1条の中で「健康保護(中略)の分野ですべての人に基本的な権利を実際にアクセスできるように全土で保障すること」がうたわれ、第67条では「最も貧しい人々の医療へのアクセスと予防は保健政策の優先課題の一つとなる」としている。この原則の具現化が緊急にして必須な政治日程として立ち現れていたと言えよう。それは1946年の第IV共和国憲法前文(前文は現行の第V共和国憲法に引き継がれる)の11項の「国はすべての人に、とりわけ児童、母親、老いた労働者に、健康保護を保障する」の具現化であった。

Ⅲ. 普遍的医療給付の仕組み

1. 普遍的医療給付の概要

1999年7月27日法で制定され、2000年1月1日より実施された普遍的医療給付の制度は当初、①基礎給付(CMU de base)と②補足給付(CMU Complémentaire: CMU-C)で構築されたが、さらに2004年8月13日法で2005年に創設された、補足医療保険の保険料を減額する給付である③補足医療保険料支払援助(Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé: ACS)を設け、現在は3つの制度からなる。③の給付の受給対象は①による医療保険基礎制度加入と②の補足医療保険加入を無料で享受できる所得層のすぐ上に位置する近接所得階層である。

1-1. 普遍的医療給付(CMU)の基礎給付: 低所得者の医療保険料免除(医療保険基礎制度への加入義務。個人保険、県社会扶助の廃止)

普遍的医療給付(CMU)を創設した1999年7月27日法第3条は「フランスの本土及び海外県に安定して正規に居住し、他の医療・出産保険制度の現物給付を受ける資格を持たないすべての人は、一般制度の医療保険制度に加入しなければならない」とし、「安定して正規に」フランスに居住するすべての人に、公的医療保険の加入義務を規定している。これは従来までの個人保険、県の社会扶助制度の廃止を意味する。個人保険、県の医療扶助の保護下にいた人々、およびそれらの制度からも除外されていた人々もみな包摂する。一般制度は商工業分野の被用

22) Borgetto M., Laffore R., (2002), op. cit., p. 491参照。

者の社会保険制度であるが、フランスの被保険者全体の8割以上という最大の加入者を持つ公的保険制度の標準となっている。基礎給付への加入条件は「安定して正規に」3か月以上居住していることのみである。住居不安定、いわゆるホームレスの人への社会扶助は従来は国の社会扶助の管轄であったが、普遍的医療給付は彼らを加入させるための手続きとして、身近にある公施設である市町村（間）社会福祉センター（Centre communal d'action sociale：CCAS、またはCentre inter-communal d'action sociale：CIAS）に出向き、住所選択の手続きをすることを規定している。医療保険基礎制度の加入窓口は居住地の医療保険初級金庫（CPAM）である。相談や提出書類の確認は県の社会サービス部局、県認可の非営利団体アソシエーションも担当する。手続きの簡便さ、申請書類の受領後の即加入、という手続きの即時性が考慮されている。少なくとも3か月以上「安定して正規に」居住という条件は外国人であれば滞在許可証申請と同じ条件であるから、滞在許可証または更新時の書類提出受領証明書が普遍的医療給付の適用条件を満たすことになる。フランス人の場合も家族給付や社会扶助（児童手当、参入最低所得（RMI：現在は就労連帯所得RSA）、障害者補償手当など）の受給者も同様にそれらの受給証明書類の提示で居住要件書類提出は免除される。

給付は加入者本人と被扶養者（配偶者、事実婚の連れ合い、市民連帯契約 PACSの相手など）、16歳以下の子どもを含む。

医療保険基礎制度の保険料は所得税の控除後の課税所得の8%であるが（個人保険では15%であった）、物価変動に基づいて毎年デクレで定める上限額以下の所得の世帯では、普遍的医療給付（CMU）が適用され、基礎制度の保険料が免除される²³⁾。基礎制度の保険料は3か月ごとの徴収である。初級医療保険金庫（CPAM）から決済され、社会保障家族手当掛金徴収連盟（URSSAS）に送金される。保険料支払いが3か月遅れた場合は延滞金が発生する。

医療扶助はすべて廃止になったのではなく、国の医療扶助として所得条件の下で非合法で滞在中の外国人への治療や、フランス居住者ではないが、治療が必要になった外国人に対して、人道的な見地から社会福祉担当大臣の個人的な決定による医療措置が規定されている。

1-2. 補足医療保険への加入（CMU-C：補足保険料と医療費の自己負担分免除が目的）

義務的社会保険制度への加入だけでは真の意味の医療へのアクセスが担保された、ということにはならない。受診時の、社会保障金庫が負担しない自己負担となる治療費の部分、薬代など、さらには入院日額負担金などが重い負担となって、医療機関へ行くことを抑制してしまう人は多い²⁴⁾。実質的な改革を求めて、政権がこだわって選択したのが、民間保険の補足医療給

23) 2015年度の所得上限額は年9,601ユーロである（月額 800ユーロ。1ユーロ=135円と換算すると、月額108,000円）。

<http://droit-finances.commentcamarche.net/faq/5105-cmu-plafonds-de-ressources-2015#plafond-de-revenus-cmu>（2015年8月15日閲覧）。

24) 普遍的医療給付に関する国会審議では、「医療保険は医療へのアクセスには十分な制度ではない」とブール議員の報告書の記述が何度も繰り返された。補足医療保険加入者はフランス住民の84%であるが、月2000フラン以下の所得層では45%に減少する（Borgetto M., Laffore R., (2002), op. cit., p. 490, p. 497）。

表2 普遍的補足医療給付 (CMU-C) の上限額 (2015年7月1日現在)

(1ユーロ=135円で換算)

家族数	補足医療保険料免除の所得上限額		補足医療保険料支払援助 (ACS) 対象の所得上限額	
	年額 ユーロ (円)	月額 ユーロ (円)	年額 ユーロ (円)	月額 ユーロ (円)
1人	8,645 (1,167,075)	720 (97,200)	11,670 (1,575,450)	973 (131,355)
2人	12,967 (1,750,545)	1,081 (145,935)	17,505 (2,363,175)	1,459 (196,965)
3人	15,560 (2,100,600)	1,297 (175,095)	21,006 (2,835,810)	1,751 (236,385)
4人	18,153 (2,450,655)	1,513 (204,255)	24,507 (1,308,445)	2,042 (275,670)
5人	21,611 (2,917,485)	1,801 (243,135)	29,175 (3,938,625)	2,431 (328,185)
1人ずつ増加	+ 3,457.807 (+466,804)	+ 288.151 (+38,900)	+ 4,668.040 (+630,185)	+ 389.003 (+52,515)

出典：http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Plafonds.pdf (ユーロ数値 閲覧 2015年8月15日)

付を基礎的給付に接続することであった。一定の所得以下の場合、受診時の自己負担分を無料か軽減する補足保険加入を可能にする制度である。

普遍的医療給付における補足給付の特典は2つある。一つは、家族数によってその上限額が異なるが、一定の所得額以下の世帯は補足給付 (CMU-C) の受給者としての権利を得て、負担が免除される (表2を参照)。二つ目は通院受診時、フランスで通常行われている全額払いではなく、自己負担のみの請求 (第三者払い) となる。公的医療保険が負担しない部分について補足医療保険組織で負担するのは省庁のアレテで定められた額、または補足制度で加入者に提供できる最大限の額を支払うと規定されている (すなわち、全額補償ではなく、自己負担分の軽減となる。例えば、歯科治療や眼鏡代など)。補足医療保険は契約決定日から1年間で更新可能である。契約者の所得が規定上限額を超えれば、規則は契約する補足保険組織によって異なる。契約する医療保険組織は本人の選択による。補足給付を提供する民間組織は上述したように3種類あり、共済組合、労使共済制度、および保険会社²⁵⁾ である。事業者のリストは配布されているが、基礎給付の窓口である医療保険初級金庫でも扱っている。補足医療保険の運営事業者を選択するのは利用者側であり、補足医療保険組織の方からは拒否することはできない。補足保険組織についての知識と情報に疎い人も多く、10人のうち8人以上が基礎給付と同じ医療保険初級金庫を選択すると国会の情報委員会が報告している²⁶⁾。補足保険組織は2000年

25) 2013年12月31日現在の補足保険組織の事業者数 (徴収保険料額比率) は、共済組合が481 (54%)、保険会社が96 (28%)、労使共済制度が28 (18%) で、総計605 (100%) である。

保険料徴収総額は328億ユーロ。Jacod O., Montaut A., (2015), «Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013», *Études et résultats*, Numéro 0919, DREES, p. 2.

26) Jacquot S., (2000), op.cit., p. 21.

以降、整理統合され、法定制度と補足制度との連携の強化を目的に2004年医療保険法に基づいて補足医療保険組織全国連合（UNOCAM）が創設された。補足保険給付について法的規制の網をかぶせるための組織²⁷⁾と言える。

1-3. 制定直後の結果

2000年度からの実施直後は事務手続きでかなりの混乱があったようであり、基礎給付、補足給付の契約者は約600万人、総人口の約10%という予測²⁸⁾よりもかなり少なかった。2001年9月30日現在で基礎給付は本土で97万人、海外県は24万4000人であった。本土では、契約者本人が58万人で被扶養者が39万人であった。1999年度の個人保険被保険者46万人（うち28万人は県社会扶助による保険料負担）と比較すると、受給者本人では26%増となった²⁹⁾。

1-4. 補足保険料支払援助（ACS）の導入

補足保険料、自己負担額を無料にする線引きの上限額の設定は1999年7月27日法に関する国会審議の時から議論の多い点であった。所得がこの線引き額以下であれば基礎給付、補足給付の保険料、自己負担分を無料で医療にかかれるが、所得が上限額より上にはみ出れば、保険料、自己負担支払いの対象になる。当初予定した上限額3500フランを議論の末、INSEE発表の貧困線の額3800フランに引き上げた。しかし、憲法評議会の意見で当初案の額に戻した。だが、実施後も異論が噴出し、2005年に補足給付の保険料免除（すなわち無料）になる所得上限額のすぐ上に位置する所得額層（所得が無料になる補足保険の上限額と、その額の35%増の間に位置する額）を対象に、補足的医療保険料支払いの援助を小切手で支払う制度が制定された。世帯の家族数で援助対象となる所得額、援助額が異なる（表2）。

援助額は年齢で異なり、年齢が高くなるほど援助額が高くなる。家族の一人一人の該当額を足すと、当該世帯が受給できる年間援助額となる。

年齢別援助額：100ユーロ（16歳以下）、200ユーロ（16～49歳）、350ユーロ（50～59歳）、550ユーロ（50歳以上）。例えば、両親（父が52歳、母が45歳）、2人の子ども（20歳、10歳）の世帯の補足的医療保険料援助額は、合計で年間850ユーロ（114,750円）となる³⁰⁾。

1-5. 財政構造

基礎給付（CMU de base）の部分と、補足医療保険組織による補足制度（CCMU-C）に分けられる。

基礎的制度（CMU de base）の創設と、個人保険と県社会扶助の廃止による財源移転と、社

27) 加藤智章 (2015)、op. cit., p. 130.

28) Jacquot S., op. cit., p. 62.

29) Boisguérin B., Bonnardel C., (2002), op. cit., p. 605.

30) <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmuc-et-complementaires-sante/aide-au-paiement-d-une-complementaire-sante/objectif-et-avantages-de-l-acs.php> (2015年8月15日閲覧)。

会保険制度による財政割当てからなる。

- ①個人保険廃止による財源移転：老齢連帯基金（FSV）は老齢手当の受給者の個人保険の保険料を負担していた。この部分の負担軽減という点からアルコール税充当が5%減となった。家族手当金庫（CNAF）は他の医療制度でカバーされていない寡婦（夫）、子育て中の離婚女性、単親手当受給者に関する保険料負担の社会給付を廃止した。その結果として、資産税の充当部分が50%から22%に減額された。

反対に、医療保険全国金庫に充当される新しい歳入として、タバコ税が2000年予算法によって、35億フランに定められ、老齢連帯基金（FSV）が減額されたアルコール消費税の5%、家族手当金庫が以前に受けていた資産税の28%がそれぞれ充当された。

普遍的医療給付創設時、自動車保険料は被用者医療保険全国金庫（CNAMTS）に全額向けられ、そこから社会保険の異なる制度間（特別制度）に配分されることが規定された。

- ②県医療扶助廃止による地方分権化総合交付金（DGD）の減額：1997年の県医療扶助歳出額を基準にして、国から県へ補助される地方分権化総合交付金は5%の減額となった。市町村から県への社会扶助分担金は医療扶助廃止で減額された。

- ③社会保障制度への歳入：医療保険の保険料のほか、社会保障に充てられる2つの目的税、1990年12月28日法によって創設された一般社会拠出金（CSG）、1996年1月24日のオルドナンスで創設された社会債務償還拠出金（CRDS）が投入される。

補足医療保険給付（CMU-C）は1999年7月27日法によって特別基金が創設された。基金は行政的性格の公施設で、社会保障担当大臣の監督下にある。財政負担者は労使で負担する従来の社会保障制度の給付とは異なって、低所得者の医療を担保するための制度であり、補足医療保険組織と国によって財政負担される、国民連帯の給付である、と規定された。基金の財源として、補足医療保険組織（共済組合、労使共済制度、保険会社）には補足医療給付に参加するか否かにかかわらず契約者の保険料収入を基礎として、税が課せられている。補足給付に参加する補足医療保険組織は、契約者1人あたりについて受け取る一定の金額が上記の税額から四半期ごとに控除される。国庫負担の財源には県社会扶助廃止で引き下げた地方分権化総合交付金の部分が充てられた。こうして当初は国庫負担が財源の8割を占めていたが、徐々にその負担額は引き下げられ、2009年には国庫負担は無しということに至った。

IV. 社会保険方式による社会保障と社会扶助の親和性

1999年7月27日法によって創設された普遍的医療給付制度（CMU）は「この10数年の間の社会扶助・社会福祉に関する最も重要な法律の一つであることは疑いようがない」³¹⁾とフランスで現代社会福祉の教科書的な存在といわれる専門書に記述された。100年以上の歴史を持つ

31) Borgetto M., Laffore R., (2002), op. cit., p. 504.

た医療扶助（救済）の制度を一部を残して廃止して、困窮する人の医療へのアクセスを担保するために、社会保険方式の医療保険制度を無料で提供し、さらに社会保険が負担しない医療費の自己負担となる残高を免除するために、一定の所得要件下で当該者たちが市場の補足医療保険に加入できる制度を創設した。斬新でオリジナルな発想の具現化である。しかし、この制度は1999年7月27日の法律一つで一気に誕生したのではなく、数十年の社会保障制度と社会扶助の接合の試みの到達点である。その精神にはフランス革命から続く社会権の一般原則がある。社会扶助の概念の変化はこの半世紀の間の社会的経済的動向の反映が顕著であるが、とりわけ失業者の社会職業復帰を目的に1988年12月1日に制定された参入最低所得（RMI）の制度設計とその手法が多大な影響を与えた。それは貧困者対策と社会的疎外対策の組み合わせの登場であった。しかも管理機関は家族手当金庫、農業者共済金庫であり、参入最低所得という給付を受けると同時に社会的職業復帰のための契約を交わすことで能動的に疎外から職業活動への再復帰を求めるという手法であった。その一連の対策に必要な手段として、医療扶助による自動的な個人保険加入が規定された。これは「社会扶助が持つ救済的な論理から、社会への同化のための取り組みへの報酬（同化最低所得）という論理への転換が図られた」と伊奈川秀和³²⁾は指摘している。このように社会扶助の制度自体に旧来からの性格に根差す補正性や求償性の原則を持たない給付制度も増えた。医療扶助に関しても本稿で扱った自主保険、個人保険への社会扶助による保険料負担の構造は普遍的医療給付（CMU）制度の前駆的機能であった、と言える。また社会扶助の枠をはみ出した保健福祉サービスの飛躍的な広がりもあり、1956年に公刊された「家族・社会扶助法典」は改編されて、2000年12月21日のオルドナンスによって、新たに「社会福祉・家族法典」（Code de l'action sociale et des familles）が公刊された。

翻って日本でも「生活保護基準は満たしていないが、健康保険料が支払えない、窓口負担も難しい制度のはざまにある困窮者はたくさんいる」³³⁾という医療ソーシャルワーカーの報告や、生活困窮の要因につながっている疾病の治療に向けた医療扶助が生活扶助などと一体的に要否判定がされ、医療を受ける権利を制約する行政指導的な運用の在り方を疑問視する声³⁴⁾もあがっている。60数年前に制定された日本の生活保護制度の抜本的な改革が求められている³⁵⁾。

32) 伊奈川秀和（2000）、op. cit., p. 312. RMI制度を本稿では参入最低所得の訳語にしたが、伊奈川は「同化最低所得」としている。

33) 野村裕美（2013）「医療ソーシャルワーカーが取り組む経済的相談」、埋橋孝文 編著『生活保護』、福祉+α④、ミネルヴァ書房、p. 152.

34) 嶋貫真人（2001）「生活保護における医療扶助の問題点—現状と改革へ向けての提言—」、『社会福祉研究』第81号、財団法人鉄道弘済会、pp. 86-91.

35) 前掲書33)の編著者である埋橋孝文は「現在日本の生活保護は遅かれ早かれ抜本的な再編を必要とすると考えられる」と冠頭論文に記述している。「生活保護をどのように捉えるべきか」、前掲書、p. 3.

【参考文献】

- 伊奈川秀和 (2000) 『フランスに学ぶ社会保障改革』、中央法規出版株式会社
- 加藤智章 (2015) 「フランスにおける医療制度改革」、松本勝明編著者『医療制度改革—ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』、旬報社
- 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
- 嶋貫真人 (2001) 「生活保護における医療扶助の問題点—現状と改革へ向けての提言—」、『社会福祉研究』第81号、財団法人 鉄道弘済会
- 埋橋孝文 (2013) 「生活保護をどのように捉えるべきか」、埋橋孝文編著『生活保護』、福祉+ α ④、ミネルヴァ書房
- 中村義孝 (2001) 「ブルジョワ革命と民主主義」、山下健次、中村義孝、北村和生 編著『フランスの人権保障—制度と理論—』、法律文化社
- 野村裕美 (2013) 「医療ソーシャルワーカーが取り組む経済的相談」、埋橋孝文 編著『生活保護』、福祉+ α ④、ミネルヴァ書房
- 林 信明 (1999) 『フランス社会事業史研究—慈善から博愛へ、友愛から社会連帯へ—』、ミネルヴァ書房
- アメデ・テヴネ 著、林 信明 訳 (1987) 『現代フランス社会福祉』、相川書房
- Alfandari E., (1987), *Action et aide sociales*, Troisième édition, Dalloz
- Boisguérin B., Bonnardel C., (2002), «De l'aide médicale à la Couverture Maladie Universelle», *Données sociales – La société française, 2002 – 2003*, INSEE
- Borgetto M., Laffore R., (2002), *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 4^e édition, Montchrestien
- Jacquot S., (2000) *La couverture maladie universelle*, Éditions Liaisons
- Jacod O., Montaut A., (2015), «Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013», *Études et résultats*, Numéro 0919, DREES
- Thévenet A., (1986), *L'aide sociale aujourd'hui après la décentralisation*, 6^{ième} édition, 2^e tirage, Les Éditions ESF
- Tymen J., Nogues H., (1988), *Action sociale et décentralisation –Tendance et perspectives*, L'Harmattan
- Journal officiel, Assemblée nationale, N° 36 (2) du 28 avril 1999
- Boulard J. =C., (1999) : *CMU : Mode d'emploi, Rapport d'information, sur la loi N°99 – 641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle* ; déposé par la commission des affaires culturelles, familles et sociales, Assemblée nationale, N° 1787.
- Code de la santé, Code de la famille et de l'aide sociale*, Éditions Dalloz, 1997.
- Code de la Sécurité sociale 2009*, LexisNexis Litec.
- Code de l'action sociale et des familles*, dixième édition, Édition 2014, Éditions Dalloz.
- <http://droit-finances.commentcamarche.net/faq/5105-cmu-plafonds-de-ressources-2015#plafond-de-revenus-cmu> 2015年8月15日閲覧
- <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/aide-au-paiement-d-une-complementaire-sante/objectif-et-avantages-de-l-acs.php> 2015年8月15日閲覧