

論説

フランス医療保障の制度体系と給付の実態

——基礎制度と補足制度の関係を中心に——

江口 隆裕

はじめに

- (1) 本稿の目的
- (2) 医療保障の全体構造

I. フランスの基礎医療制度

1 基礎医療制度

- (1) 基礎医療保険制度
- (2) 基礎普遍的医療保障（基礎CMU）
- (3) 国家医療扶助
- (4) 緊急医療扶助

2 基礎医療保険の給付の内容

- (1) 医療給付の内容
- (2) 外来診療に係る給付特例
- (3) 政策的配慮による自己負担の減免
- (4) 入院に係る自己負担
- (5) 在宅入院

II. フランスの補足医療制度

1 補足医療制度

- (1) 補足医療保険制度
- (2) 補足医療保険を担う3種類の主体
- (3) 補足普遍的医療保障（補足CMU）
- (4) 補足医療扶助（ACS）

2 補足医療の給付内容

- (1) 労使共済制度の給付内容
- (2) 補足CMUの給付内容

III. 基礎制度と補足制度の関係

1 基礎制度と補足制度の医療費負担構造

- (1) 高い医療費・低い家計負担
- (2) 補足制度にシフトする医療費負担

論説（江口）

- 2 基礎制度と補足制度の制度的関係
 - (1) 基礎制度と補足制度の関係
 - (2) 全国補足医療保険組織連合の設立
- 3 最後に

はじめに

(1) 本稿の目的

本稿は、1階の基礎給付だけでなく、2階の補足給付も合わせたフランス医療保障の全体像を具体的に紹介することを目的としている。フランスの医療保障制度については、わが国でかなり紹介されるようになったものの¹⁾、必ずしもその具体的な支給要件や給付の全体像は明らかにされていない。その理由は、第一に、これまでの研究は、1階の基礎医療保険に係る歴史研究や制度・政策の動向、その理論的研究を中心としたものが多く、医療保障制度全体については紹介されていないこと、第二に、2階の補足医療についてはこれまでほとんど紹介されておらず、最近になってこれに焦点を当てた論文がみられるようになったものの²⁾、それらは理論的検討が中心で、給付内容等の実態は必ずしも明らかにされていないことにある。

1) フランスの医療保険制度に関する単行本としては、伊奈川秀和・大田晋「医療供給制度と医療保険制度」社会保障研究所編『フランスの社会保障』（1989年、東京大学出版会）、加藤智章『医療保険と年金保険—フランス社会保障制度における自律と平等』（北海道大学図書刊行会、1995年）、江口隆裕『社会保障の基本原理を考える』（有斐閣、1996年）、藤井良治『現代フランスの社会保障』（1996年、東京大学出版会）、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』（1999年、東京大学出版会）、伊奈川秀和『フランスに学ぶ社会保障改革』（中央法規、2000年）、笠木映里『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）などがある。このほか、(財)医療経済研究機構（1999年版から医療経済研究・社会保険福祉協会に改組）が1998年以降、2006年を除き、毎年出している『フランス医療関連データ集』に掲載されている各論文がある。例えば、『フランス医療関連データ集【2009年版】』には、原田啓一郎「フランスの介護制度改革と「第5のリスク」の創設の行方」、松田晋哉「フランス医療制度の概要」が掲載されている。

しかし、これら歴史的、政策的、理論的研究と同時に、その対象である医療保障の制度体系や給付の実態を理解することは、それら研究の意義をより明らかにするためにも必要ではないと思われる。そこで本稿では、これら研究の主な対象となっている医療保険制度だけでなく、わが国の医療扶助に相当する国家医療扶助を含めた医療保障の制度体系及び補足医療を中心とした給付の実態を紹介する。

(2) 医療保障の全体構造

最初に、本稿の理解の便宜のため、フランスにおける医療保障体系の概要と医療給付の特色を素描しておきたい。

(ア) 医療保障制度の全体構造

(a) 基礎医療保障の構造

フランスにおける医療保障の基本は、社会保険方式による医療保険制度である。これには、1階部分の基礎医療保険制度と、2階部分の補足医療保険制度がある。基礎医療保険制度は、強制加入を原則とする公的制度であり、金庫(caisse)と呼ばれる職域ごとに分立した制度が担っている。この基礎医療保険制度は、被保険者本人のみならず、その被扶養者、さらには退職した元被保険者もその対象としている。

しかし、このような職域ごとの制度構成では、無業者など職域の網の目から漏れる者が必ず出現する。このような者をカバーし、医療の普遍化を実現するためには、職域を要件としない医療保障制度が必要となる。このため、1999年に基礎普遍的医療保障(基礎CMU)が創設され、外国人も含め、3か月以上継続してフランスに居住する長期滞在者を対象に、基礎医療保険と同じ給付が保障されることになった。

また、3か月以上継続してフランスに滞在しているが、長期滞在を予定して

2) 伊奈川秀和『フランス社会保障法の権利構造』(信山社、2010年)313-452頁、笠木映里「フランスの補足的医療保険(一)」法政研究第77巻第4号(2011年)43-98頁。

いないため、基礎CMUに加入できない外国人も存在する。このため、わが国の医療扶助に近い性格の国家医療扶助（AME）が存在し、これによって基礎医療保険と同じ範囲の医療給付が受けられる。さらに、フランスに居住する外国人で、居住期間が3か月に満たないため国家医療扶助も受けられない者は、緊急の必要に応じて、国家医療扶助の一種である緊急医療扶助が受けられる。

以上のように、1階の医療保障制度は、基礎医療保険制度、基礎普遍的医療保障及び国家医療扶助という三重の構造となっており、職域ごとの基礎医療保険制度を基本としつつも、対象者の職業だけでなくその国籍や居住状況等に応じて必要な医療給付が受けられるように制度体系が作り上げられている。

(b) 補足医療保障の構造

1階の基礎医療給付の上乗せは、私的保険である補足医療保険が担っている。具体的には、共済組合、労使共済制度及び保険会社の3種類の組織がこれを実施している。このうち、労使共済制度は、労使自治を基本とする、フランス特有の組織である。

また、1階部分と同様、職域の網の目から漏れた者のために、2階部分として補足普遍的医療保障（補足CMU）が設けられ、3か月以上継続してフランスに居住する者を対象に、補足医療保険に準じた医療給付を保障している。

さらに、その収入が補足CMUの要件を超えるものの、必ずしも十分な所得がない者のために、年齢別の定額扶助を行うことにより補足医療保険の保険料を軽減する補足医療扶助（ACS）が創設された。これによって、すべての国民が2階の補足医療給付にアクセスできる仕組みが構築されている。

(イ) 医療保険給付の全般的特徴

(a) 基礎医療給付

フランスにおける医療給付の全般的な特徴を概説すると、1階の基礎医療保険の平均給付率はわが国よりやや低い75%程度となっている。しかし、眼鏡やコンタクトレンズが含まれるなどその給付範囲はわが国より広い反面、給付率15%の薬剤に象徴されるように、医療行為や薬剤の種類によって給付率が異なるなど、給付内容はよりメリハリのきいたものとなっている。さらに、長

期高額疾病に係る医療費の無料化や、低所得高齢者及び16歳未満の者に対する自己負担割合の軽減もなされている。

また、保険免責制やかかりつけ医制度、在宅入院制度、さらには超過料金を請求できるセクター2と呼ばれる医師など、わが国ではまだ導入されていない仕組みも存在する。

(b) 補足医療給付

本来、任意加入の私的保険であり、基礎医療保険の低い給付率をカバーすることを目的とした2階部分の補足医療保険は、近年大きく発展した。現在、その加入率は9割以上と極めて高くなっており、医療の給付率も、基礎制度を合わせると9割を超える水準に達している。さらに、基礎CMUに加入している低所得者のための2階部分として、公費を主な財源とする補足普遍的医療保障（補足CMU）が創設され、私的保険であった補足医療保険は、公的な性格を帯びるようになってきている。

以下、第1章でフランスの基礎医療制度を紹介し、第2章において補足医療制度の内容を具体的に紹介した上で、最後に、両制度の関係について若干の考察を試みたい。

I. フランスの基礎医療制度

1 基礎医療制度

(1) 基礎医療保険制度

フランスの公的医療保険制度は、法律に基づく強制加入の基礎制度（régime de base）が基本となっているが、その制度構成は、わが国に比べてはるかに複雑である（表-1）。

まず、被用者かどうかによって、被用者（salariés）制度と非被用者（non-salariés）制度に分かれる。その上で、被用者制度としては、民間の商工業被用者を対象とする一般制度（régime général）がある。被用者医療保険全国金庫（CNAMTS）が一般制度の管理運営を担っているが、その被保険者数は全

（表一）基礎医療保険制度一覧

	医療・出産保険		被保険者数 (2006年) (千人)
	現金給付	現物給付	
(被用者制度)			
(一般制度)			
民間の被用者	被用者医療保険全国金庫 (CNAMTS)		21,278
(特別制度)			
公務員	使用者	公務員共済※1	2,372
軍人		CNMSS (社会保障全国軍人金庫)	325
国の被用者	—	公務員共済※1	73
公務員 (地方公共団体、公立病院)	—	一般制度	1,573
鉱業	CANSSM (鉱業社会保障全国自治金庫)		24
フランス電気 (EDF)	使用者	一般制度	148
国鉄 (SNCF)		SNCF制度	175
パリ地下鉄 (RATP)		RATP制度	40
船員	ENIM (船員障害全国施設)		24
公証人の被用者	CRPCEN (公証人被用者年金・貯蓄金庫)		37
その他の被用者	コメディフランセーズ、国会、パリ商工会議所等※2		
(非被用者制度)			
商工業自営業者	RSI (独立労働者社会制度)		607
職人	RSI	RSI	481
自由業	—		405
弁護士	—		32
農業制度			
農業経営者	—	MSA (農業共済)	611
農業労働者	MSA		715
計			28,920

※1 一般制度の責任の下に、公務員共済によって支払われている。

※2 これらは、加入者が2万人以下の特別制度で、これらの他にタバコ会社 (SEITA)、アルザス・モーゼル県公務員年金制度がある。

(出典) ADECRI, *La protection sociale française*, 2008, p72-75を修正して作成。

体の7割を占め、代表的な医療保険制度となっている。さらに、特別制度 (régimes spéciaux) として、公務員や軍人、鉱業、フランス電気、フランス国鉄など特定の職域ごとに分立した制度が存在している。

他方、非被用者のための医療保険制度としては、かつては農業以外の非被用者医療保険金庫 (CANAM) があった。しかし、2006年、職人や商人、自営業者の利益を統一的に代表し、被保険者の便宜の向上を図ることなどを目的に、

年金制度を管理運営していた商工業全国自営業者調整金庫（ORGANIC）及び職人老齢保険調整全国自治金庫（CANCAVA）の2つの年金金庫並びに農業以外の非被用者医療保険金庫（CANAM）が合併し、自営業者社会制度（Régime Social des Indépendants：RSI）が創設された。これによって、非被用者に関しては、医療保険だけでなく、年金保険についても自営業者社会制度（RSI）が一元的に管理運営することになった。このほか、農業制度（régime agricole）として、農業経営者制度と農業労働者制度がある。

ちなみに、一般制度である被用者医療保険全国金庫（CNAMTS）の保険料率は、使用者13.1%、被用者0.75%となっている（2010年1月1日現在³⁾。

フランスでは、戦後、新たな社会保障制度を構築するに際し、社会保障を全国民に拡大すべきだとする一般化の原則（皆保険）及びその社会保障組織への反映である単一金庫の原則を掲げた。しかし、それにもかかわらず、戦前から積み上げられてきた職域を単位とする制度の枠組みを解消できず、現在でも、表-1のように職域ごとに多数の金庫＝制度が分立している。これは、戦後のフランス政治が一般化の理念よりもコーポラティズムの伝統を重視してきた結果である、と考えることもできよう。

(2) 基礎普遍的医療保障（基礎CMU）⁴⁾

以上のように制度が職域別に分断している以上、例えば失業者や無職者のように、職域の網の目から抜け落ちる人々が必然的に生じることになる。このため、1978年1月2日の法律によって個人保険（assurance personnelle）制度が

3) フランスの医療保険制度の財源としては、保険料のほかに一般社会拠出金（CSG）と呼ばれる社会保障目的地などがあるが、本稿ではこれ以上財源問題には立ち入らない。近年の動向については、柴田洋二郎「フランスにおける社会保障と税制」健保連海外医療保障No.90（2011年）1-8頁参照。

4) ameli.fr-CMU de base（2011/04/04アクセス）。邦語の文献として、加藤智章「フランスにおける無保険者の解消策－普遍的医療給付について－」『フランス医療関連データ集【2008年版】』75-89頁。

導入されるなど、一般化に向けた努力が行われてきたが、それらは必ずしも成功しなかった。やがて、1999年7月27日の普遍的医療保障の創設に関する法律によって普遍的医療保障（Couverture maladie universelle：CMU。以下「基礎CMU」という。）が創設され、ようやく医療保障の普遍化が実現することになる⁵⁾。同時に、2階部分の補足普遍的医療保障（CMU complémentaire：CMU-C。以下「補足CMU」という。）も創設されたが、これについては第2章で紹介する。

(ア) 目的

基礎CMUは、適法かつ継続的にフランスに居住するすべての者が医療保障を受けられるようにすることを目的としている。これは、医療保障の普遍化だけでなく、社会的排除との闘いとしての位置付けも有している。

(イ) 加入要件

フランス国籍の者又は長期滞在資格を有する外国人は、ホームレスのように住所不定であっても、3か月以上継続して適法にフランスに居住しており、かつ、いずれの基礎医療保険制度の適用も受けないのであれば、基礎CMUに加入することができる。2010年8月31日現在で、220万人が加入している。

(a) 3か月以上の継続居住

基礎CMUの加入要件は、原則として、正規の資格（situation régulière）つまり外国人の場合には正規の長期滞在資格を有し、かつ、3か月以上継続してフランスに居住していることである。ホームレスや居所を転々とする者の場合には、予め、市町村福祉センター（centre communal d'action sociale：CCAS）や承認された団体（association）などを選択しておき、そこから居住証明書を発行してもらうことになる。

ただし、教育施設に登録され、又は文化・科学技術協定に基づきフランスで

5) 職域連帯から国民連帯へという医療保障の考え方の変化については、原田啓一郎「フランスの医療保険改革」河野正輝他編『社会保険改革の法理と将来像』（法律文化社、2010年）299-301頁参照。

研修を受けている場合や、最低所得保障制度である積極的連帯所得保障（RSA）など一定の社会保障給付を受給している場合には、3か月以上の継続居住の証明は免除される。

(b) 長期滞在資格

EU域外の国籍を有する者の場合には、滞在許可書などによって、その居住が長期滞在のための正規の資格に基づくものであることを証明しなければならない。

(ウ) 保険料拠出要件

保険料拠出の要否及び保険料の額は、世帯の収入によって決められる。具体的には、世帯の年間所得が基準額（2010年10月1日～2011年9月30の間は、9,029€/年）未満の場合、又は積極的連帯所得保障（RSA）受給者などの場合は、保険料は賦課されない。

他方、所得が基準額を超える場合には、その基準額を超える所得の8%を保険料として支払わなければならない。例えば、年間所得が10,509€の場合には、そのうちの基準額を超える額（ $10,509 - 9,029 = 1,480$ €）が賦課対象となり、 $1,480 \text{€} \times 8\% = 118.4 \text{€}$ が年間の保険料となる。ただし、この保険料額が四半期単位で37€（年間148€）以下となる場合には、支払が免除される。したがって、この例の場合には、保険料の支払を要しない。

保険料拠出の要否等の判断の基礎となる世帯収入は、毎年、10月1日を基準日とする課税通知に記載された課税所得に基づいて判断される。基礎CMUへの加入申し込みが10月1日より前の場合には前々年の所得に基づき、10月1日以降の場合には前年の所得に基づき、それぞれ判断される。

(エ) 給付内容

基礎CMUの加入者及びその被扶養者は、後述する基礎医療保険制度と同じ内容の給付を受けることができる。

(オ) 加入時期及び更新

基礎CMUの加入要件を満たしている場合には、加入申込のときから制度に加入することになる。加入者の被扶養者も、同様である。加入が認められると、

医療保険金庫から、ヴィタル・カード（carte Vitale）と呼ばれる被保険者用ICカードが送られてくる。

加入を更新する場合には、毎年、9月15日までに所得申告書及び証拠書類を医療保険金庫に提出しなければならない。

（3）国家医療扶助⁶⁾

（ア）目的

国家医療扶助（aide médicale de l'État : AME）（社会事業及び家族法典（Code de l'action sociale et des familles）L251-1条）とは、基礎医療保険制度や基礎CMUにも加入できない、一時的な地位にある者を対象とする医療保障制度であり、社会的排除との闘いとしての位置付けも有している。具体的には、3か月以上継続してフランスに居住する外国人であって、長期滞在を予定していないため、基礎CMUに加入できない者及びその扶養家族が対象となる。

（イ）申請要件

適法に3か月以上継続してフランスに居住し、かつ、所得が世帯数に応じた一定額以下の場合に、国家医療扶助を申請することができる。

（a）適法な居住

以下の書類によって、本人及びその家族のフランスでの居住が適法であることを証明しなければならない。

- ・ フランスへの入国日が記載されたパスポート
- ・ 国が発行した身分証明書
- ・ 出生証明書又は家族手帳の抄本
- ・ 旧滞在資格証の写し
- ・ その他、運転免許証、母国での職業証明書、学生証、外務省発行の証明書類など本人及び家族の身分を証明できる書類

6) ameli.fr-L'aide médicale de l'État（2011/04/20アクセス）。

(b) 3か月以上の継続居住

国家医療扶助を申請するためには、ビザ又はパスポートの入国印によって、3か月以上前から継続してフランスに入国していたことを証明しなければならない。これらの書類によって証明できない場合には、賃貸借契約、家賃の領収書、ホテルの領収書、電気・ガス・水道の領収書などによって証明することもできる。

(c) 収入要件

国家医療扶助を受けるためには、年間の収入が世帯員数に応じた限度額以下でなければならない（表－2）。ただし、親の収入が限度額を超えても、未成年の子については、人道主義的見地から、申請が認められる。

この限度額は、国家医療扶助申請前12月間の本人及びその家族の収入を基準とする。収入には、課税・非課税を問わず、フランス国外で得たものも含まれ、具体的には、賃金、非雇用収入、家族手当その他の手当、年金、不動産収入、預金利子その他のものが含まれる。なお、この限度額は、後述する補足CMU受給のための限度額と同じである。

(表－2) 国家医療扶助の収入限度額

世帯人数	年間限度額
1人	7,611 €
2人	11,417 €
3人	13,700 €
4人	15,984 €
5人目以降1人につき	+ 3,044.544 €

(注) 2010年7月1日現在

(ウ) 申請及び権利取得料の支払い

国家医療扶助の申請は、居住地の医療保険金庫に対して行う。申請後2か月以内に何の応答もない場合には、申請は拒絶されたものとみなされる。なお、市町村福祉センター（CCAS）、承認された団体などが申請の援助を行う。

国家医療扶助が承認されると、国家医療扶助の許可証を医療保険金庫から受

け取ることになる。この許可証を受領するためには、2011年3月申請分から、成人1人につき30€の年間権利取得料を支払わなければならなくなった。

30€が支払えない場合には、国家医療扶助を受けることはできないが、未成年の子については、人道主義的見地から、許可証の交付が認められる。

国家医療扶助は、1年ごとに更新することができる。また、国家医療扶助の申請が拒否された場合には、2か月以内に、医療保険金庫の理事長に対して異議申立てをするか、又は県の社会扶助委員会に不服を申し立てることができる。

(エ) 給付内容

国家医療扶助の受給が承認されたときは、登録から1年間、基礎医療保険制度の診療報酬の範囲内で外来及び入院医療を受給することができる。給付率は100%であり、患者の自己負担はない。後述する入院時定額負担、保険免責制等による自己負担も求められない。また、国家医療扶助受給者に対しては、かかりつけ医制度も適用されない。

ただし、基礎医療保険制度に加入して1年間経過後に医療扶助を受給する、補完的な国家医療扶助受給の場合には、かかりつけ医制度の適用を受ける。

なお、国家医療扶助受給者に対しては、ヴィタル・カードは支給されない。

(4) 緊急医療扶助⁷⁾

(ア) 受給要件

緊急医療扶助は、国家医療扶助の一種である。フランスに居住する外国人で、居住期間が3か月に満たないため(3)の国家医療扶助を受けられない者であっても、緊急の必要がある場合には、入院又は医療施設での診察を受けることができる（社会事業及び家族法典L251-1条）。具体的には、滞在期間が3か月に満たない場合や、滞在期間は3か月を超えるが、国家医療扶助の申請をしていなかったり、申請はしたが審査中であったり、又は申請を拒否された場合が該当す

7) ameli.fr-L'aide médicale de l'État（2011/04/20アクセス）。

る。

ただし、短期滞在ビザによる一時的滞在の場合は、除外される。

(イ) 給付内容

緊急医療扶助として受けられる給付内容は、次のように限定されている。

- ・治療を施さないと、生命に危険が及ぶか、又は重篤で永続的な病状の悪化を招く場合
- ・周囲や近隣への疾病の蔓延を防止するために必要な医療（例、結核）
- ・妊婦及び新生児に必要な医療、妊娠及び出産の前後に必要な検査
- ・妊娠中絶（医療目的又は自発的）
- ・未成年者に対する医療

基礎医療保険制度は、その診療報酬の範囲内で、医療施設で行われた救急医療の費用を負担する。

2 基礎医療保険の給付内容

(1) 医療給付の内容

本節では、フランスの基礎医療保険制度における給付率、保険給付の範囲等について紹介する。なお、フランスの医療保険制度では償還払いが原則のため、一般的に償還率と呼ばれるが、第三者支払（tiers-payants）と呼ばれる制度によって現物給付化されることが多いので、本稿では給付率という表現で統一する。また、本節の検討は、医療給付を対象としており、出産保険給付や傷病手当金などの現金給付は対象から除外している。

(ア) 医療行為等によって違う給付率

基礎医療保険の給付率は表-3の通りであり、医療行為や薬剤などの種類によって給付率に差が設けられている。これは医療行為等の優先度を考慮したものであり、医療行為等に優先度の判断を持ち込まずに給付率を同一とするわが国とは対照的である。

(イ) 職種によって違う給付率・報酬額

医療供給サイドに関しては、医師等の医療職が行う場合の方が看護師等の医

療補助職が行う場合よりも給付率が高く設定されている（表－3）。さらに、同じセクター1の医師であっても、診察に対する報酬の額は、一般医（23€）

（表－3）基礎医療保険制度の給付率（2010年10月～）

	一般	高齢者連帯手当 受給者等 ^{※1}
（外来診療報酬）		
医師、歯科医師、助産師の報酬	70%	80%
医療補助者（看護師等 ^{※2} ）の報酬	60%	80%
（検査費用）		
B分類の行為（生物学的行為）	60%	80%
P分類の行為（病理細胞・解剖検査）	70%	80%
医師、歯科医師、助産師による検体採取	70%	80%
医療補助者等による検体採取	60%	80%
HIV及びC型肝炎の抗体検査	100%	100%
（薬剤）		
白ラベルの薬剤	65%	65%
青ラベルの薬剤	35%	35%
オレンジラベルの薬剤	15%	15%
代替性のない特に高価な薬剤	100%	100%
薬剤師によって調剤された薬剤	65%	80%
ホメオパシーの調剤等 ^{※3}	35%	80%
（その他の医療費）		
眼鏡・コンタクトレンズ	65%	80%
補聴器	65%	80%
包帯、付随品、小型機器	65%	80%
整形外科	65%	80%
大型機器（補装具、義肢、車椅子）	100%	100%
人体からの生産物（血液、母乳、精液）	100%	100%
移送費	65%	100%
（温泉療法）		
診療報酬（包括的医療指導、補足的医療行為）	70%	80%
水治療法	65%	80%
宿泊費用・移送費用	65%	80%
入院による温泉療法	80%	100%
（入院）		
入院費用 ^{※4}	80%	80%
他の病院への転院	100%	100%

※1 低所得高齢者とは、高齢者連帯手当（ASPA）及び老齢連帯基金（FSV）の補足手当の受給者をいう。

※2 看護師の他に、マッサージ運動療法士、言語療法士、視能矯正士、足治療・専門医が含まれる。

※3 他に、制限が解除された給付率35%の特別調剤がある。

※4 入院費用には、滞在費、手術室費、医師・医療補助者への報酬及び検査費用が含まれる。

（出典）ameli.fr-Relevé et taux de remboursement（2011/03/30アクセス）

(表-4) 診察に係る保険給付額

	料金	給付基礎	給付率	給付額
セクター1の一般医	23 €	23 €	70 %	$23 € \times 0.7 - 1 € = 15.1 €$
(かかりつけ医を通さない場合)	23 €	23 €	30 %	$23 € \times 0.3 - 1 € = 5.9 €$
セクター2の一般医	自由料金	23 €	70 %	$23 € \times 0.7 - 1 € = 15.1 €$
セクター1の専門医	25 €	25 €	70 %	$25 € \times 0.7 - 1 € = 16.5 €$
(かかりつけ医を通さない場合)	25 €	25 €	30 %	$25 € \times 0.3 - 1 € = 6.5 €$
セクター2の専門医	自由料金	23 €	70 %	$23 € \times 0.7 - 1 € = 15.1 €$
セクター1の精神・神経科医	37 €	37 €	70 %	$37 € \times 0.7 - 1 € = 24.9 €$
セクター2の精神・神経科医	自由料金	34.3 €	70 %	$34.3 € \times 0.7 - 1 € = 23.01 €$

(出典) ameli.fr-Les consultations en métropole (2011/04/04 アクセス)

よりも専門医 (25 €) の方が高く、専門医よりも精神・神経科医 (37 €) の方が高くなっている (表-4)。このように、職種に対する評価が診療報酬額に反映されている。

(ウ) 種類によって違う医薬品の給付率

科学の進歩によって高価な新薬が次々に開発される一方、医療保険の財源には制約がある。このため、フランスでは、全ての医薬品が保険給付の対象となる訳ではない。また、保険給付の対象になったとしても、優先度などに応じて 35%~100% の範囲で給付率に差が設けられている (表-3)。

なお、薬剤についても、2007年12月19日の法律によって、0.5ユーロの保険免責制が導入された。

(エ) 広い給付範囲

フランスでは、眼鏡やコンタクトレンズ、さらには歯列矯正も保険給付の対象となっている。これに対し、わが国では、そもそも近視や歯列の乱れは保険事故としての疾病ではないという解釈を前提に、眼鏡やコンタクトレンズ、歯列矯正は保険給付の対象外となっている。

わが国では、混合診療は禁止するとしつつも、一定範囲の行為等について特定療養費として混合診療を認めてきたが、2006年の医療制度改革で、特定療養費に代えて入院時生活療養費と保険外併用療養費を設け、いわゆる高度先進医療に該当する医療行為は評価療養として保険外併用療養費の対象とされ、当

該高度先進医療部分は保険給付の対象外となっている（健康保険法63条2項3号、86条）。これに対し、フランスには高度先進医療といった概念はなく、必要な医療であればどんなに高度で費用がかかっても、医療保険の給付対象になるとのことであった⁸⁾。ただし、フランスには、セクター2と呼ばれる医師に代表されるように、医師の技術をわが国とは違った形で評価し、医師が追加的費用を徴収できる仕組みが導入されていることに留意が必要である。

(オ) 保険外負担の存在

保険給付の範囲が広いと言っても、フランスにも特別室料や幼児付添用ベッドのような保険給付対象外の費用が存在する。

他方、わが国の場合、特別の病室の提供など患者の選択に係るものは選定療養として保険外併用療養費の対象とされ、当該患者の選択に係る部分は保険給付の対象外となっている（健康保険法63条2項4号、86条）。

(カ) 保険免責制等⁹⁾

フランスでは、医療保険財政の慢性的な赤字を背景に、2004年8月13日の法律によって、1ユーロの定額負担（Participation forfaitaire）が導入されている。導入に際しては、患者にも責任を持たせることの必要性が理由にあげられ、患者は、外来の受診ごとに、1ユーロを負担することになった。

さらに、2007年12月19日の法律によって、薬剤及び医療補助者の行為については0.5ユーロ、移送については2ユーロの保険免責制（franchises médicales）が導入された。保険免責制の導入によって8.5億ユーロの医療費の節約となるが、これらは、アルツハイマー計画とがん対策に充てられることになっている¹⁰⁾。

ただし、18歳未満の者、妊婦並びに補足CMU及び国家医療扶助（AME）

8) これは、2010年1月の医療制度に関する日仏シンポジウムの際に、筆者がフランスの社会保障担当省の担当者に確認をした結果である。

9) ameli.fr-La franchise médicale（2011/04/04アクセス）。

10) J-J Dupeyroux, Michel Borgetto et Robert Lafore, *Droit de la sécurité sociale*, 16^e éd., Dalloz, 2008, p.290.

の受給者についてはこれらの負担が免除され、また、1日当たり2ないし4€、年間50€といった上限が設定されている。

(2) 外来診療に係る給付の特例¹¹⁾

(ア) 超過料金を請求できる医師

フランスには、協約で定まった診療報酬のみを請求できるセクター1と呼ばれる医師のほか、患者に対して自由に料金を請求できる権利を有する医師が存在する。すなわち、医療保険金庫との協約に準拠する医師であっても、協約医でありながら患者に対して自由に料金を請求できる、セクター2と呼ばれる医師が存在し、このほかに協約外の医師もいる。これらの医師は、患者との関係で自由に料金を請求できるため、患者がこれらの医師にかかった場合には、医師は合意に基づく自由な（高額な）料金を請求できる一方、基礎医療保険制度からは協約料金に基づいた額だけが還付される（表-4の例参照）。セクター2は、医療に市場原理を導入するという名目で1980年に導入され、医師の評価を患者の選択と負担に委ねたものである¹²⁾。著名な医師にかかって想像以上の費用を請求されたというのはフランスでまま聞く話であり、このような制度化された超過負担の存在が、後述する補足医療保険の必要性を高めることになる。

(イ) かかりつけ医制度に係る給付率

フランスでは、かかりつけ医（médecin traitant）制度が導入されており、患者は、かかりつけ医の指示に従って医療機関等を受診しなければならない。もし、かかりつけ医の指示に従わず、又はかかりつけ医を通さずに他の医師にかかった場合には、医療保険の給付率が70%から30%に下がるというペナルティを受ける（表-4）。

11) ameli.fr-Les consultations en métropole（2011/04/04アクセス）。

12) 江口隆裕「医療保険制度と医療供給体制」『先進諸国の社会保障⑥フランス』（東京大学出版会、1999年）214頁。

ただし、かかりつけ医制度には、2つの例外が認められている。1つは、婦人科、眼科、口腔科及び16歳～25歳の患者が精神科・神経精神科にかかる場合であり、他の1つは、16歳未満の患者の場合である。これらの場合には、かかりつけ医を通さずに他の医療機関を受診しても、70%の給付率が適用される。

(3) 政策的配慮による自己負担の減免

(ア) 長期高額疾病（ALD）¹³⁾

社会保障法典D322-1条で定める長期高額疾病（*affection de longue durée exonérante* : ALD）のリストに記載された疾病の治療費については、医療保険から100%の給付がなされ、患者の自己負担はなくなり、医療費の無料化が実現されている。長期高額疾病の要件は、長期（6月以上）の治療を要し、かつ、特に高額な医療費がかかることである。具体的には、脳血管障害、パーキンソン病、アルツハイマーその他の認知症、1型・2型糖尿病など30種類の疾病リストが定められているが、このリストに記載されていなくても、長期高額疾病の2要件に該当すれば、医療保険から100%の給付がなされる（社会保障法典L322-3条5項）。なお、長期高額疾病該当の申請をするためには、かかりつけ医の治療指示書が必要となる。

(イ) 低所得高齢者の特例¹⁴⁾

保険給付全体を通じ、高齢者連帯手当（ASPA）及び老齢連帯基金（FSV）の補足手当受給者の給付率が一般の場合よりも高く設定され、低所得高齢者への配慮がなされている（表-3）。

(ウ) 16歳未満の者の特例¹⁵⁾

フランスでは、16歳未満の者について、以下のような特例が設けられてい

13) ameli.fr-Qu'est qu'une A.L.D.? (2011/04/02 アクセス)。

14) ameli.fr-Relevé et taux de remboursement (2011/03/30 アクセス)。

15) ameli.fr-Les consultation en métropole (2011/04/02 アクセス)。

る。

- ・16歳未満の者にはかかりつけ医制度の適用がなく、したがって、かかりつけ医を通さずに他の医療機関に受診しても70%の給付率が適用される。
- ・16歳未満の者には、1ユーロの保険免責制が適用されない。
- ・一般医及び小児科医の診療報酬額は、子どもの年齢が低くなるほど高く設定されている（表-5）。

（表-5）16歳未満の者に係る一般医等の診療報酬額

	子どもの年齢	料金	給付基礎	給付率	給付額
セクター1の一般医	2歳未満	28 €	28 €	70%	28 € × 0.7 = 19.6 €
	2～6歳	26 €	26 €	70%	26 € × 0.7 = 18.2 €
	6～16歳	23 €	23 €	70%	23 € × 0.7 = 16.1 €
小児科医	2歳未満	31 €	28 €	70%	28 € × 0.7 = 19.6 €
	2～16歳	28 €	26 €	70%	26 € × 0.7 = 18.2 €

(4) 入院に係る自己負担¹⁶⁾

(ア) 病院の自由な選択

患者は、緊急入院の場合以外は、公立、民間を問わず、入院する病院を自由に選択することができる。その際、当該病院の外来を受診していないときは、かかりつけ医に相談すれば、医療ニーズに応じた病院を指示してくれる。ただし、協約外の民間病院の場合は、法定費用よりも高い費用を徴収できるため、患者は、通常より高い追加的費用を支払わなければならない。

なお、入院するためには、被保険者は、使用者及び医療保険金庫に対し入院する旨を申し出なければならない。また、入院に際し、患者は、ヴィタル・カード及び補足医療保険、共済組合又は普遍的医療給付の保険証（証明書）を提示しなければならない。さらに、入院後48時間以内に、医療保険金庫及び使用者に入院を通知しなければならない。

16) ameli.fr-Hospitalisation (2011/03/30 アクセス)。

(イ) 入院時定額負担¹⁷⁾

入院した場合には、被保険者は、入院時定額負担（forfait hospitalier）を支払わなければならない。この負担は、24時間を超えて医療施設に滞在した場合に、それによって生じる宿泊費用に対する負担として求められるものであり、入院1日につき18€（精神科病院の場合13.5€）とされている（2010年1月現在）。なお、この入院時定額負担は、補足制度によってカバーされることが多い。

ただし、次の場合には、入院時定額負担はない。

- ・ 妊婦に係る産前4週間及び産後12日間の入院
- ・ 新生児に係る出生後13日以降の入院
- ・ 在宅入院で治療を受けている場合
- ・ 特別教育施設又は職業訓練施設に入所している20歳未満の障害児の入院
- ・ 軍人年金受給権者の入院
- ・ 補足CMU又は国家医療扶助（AME）受給者の入院
- ・ アルザス・モーゼル地方の医療保険加入者の入院

(ウ) 入院医療費に係る自己負担

公立病院又は協約を締結した民間病院に入院した場合には、原則として、医療保険制度が入院費用の80%を負担し、残りの20%を患者が負担する（表-3）。

ただし、次の場合には、医療保険制度が全額を負担し、患者の自己負担はなくなる。

- ・ 連続して30日以上入院している場合の31日目以降の入院
- ・ 妊婦に係る産前4週間及び産後12日間の入院
- ・ 新生児に係る出生後13日以降の入院
- ・ 労災又は職業病による入院
- ・ 長期高額疾病による入院

17) ameli.fr-Le forfaitaire 18 euros（2011/04/04アクセス）。

- ・ 2/3以上の労働不能を理由とする労災保険の障害年金受給者及びその被扶養者の入院
- ・ 障害年金、障害のある寡婦（夫）年金、障害年金が振り替わった老齢年金又は軍人年金の受給権者
- ・ 補足CMU又は国家医療扶助（AME）受給者の入院
- ・ アルザス・モーゼル地方の医療保険加入者の入院

他方、協約外の民間病院に入院した場合には、医療保険制度からは、協約料金に基づく滞在費及び診療報酬の80%が支払われるだけで、残りの費用は患者が負担することになる。

(エ) 入院に係る自己負担の総計

結局、入院患者が退院するときには、以下の額を支払うことになる。

- ・ 医療費の20%に相当する自己負担と入院時定額負担の合計額
- ・ 個室料、電話代、テレビ代といった個人的快適さのための追加料金
- ・ 協約外の民間病院にあっては、診療報酬に係る追加的費用

これらの負担の全部又は一部は、その契約内容に応じ、補足医療保険によってカバーされることになる。患者が補足医療保険に加入しておらず、入院費用を支払うための資力がない場合には、さらに以下のいずれかの方法を採用することができる。

- ・ 加入している医療保険金庫に対し補足CMUへの加入を申し立てる。
- ・ 加入している医療保険金庫の保健福祉サービス（action sanitaire et sociale）に負担してもらうよう求める。

(5) 在宅入院¹⁸⁾

(ア) 在宅入院の仕組み

在宅入院（hospitalisation à domicile : HAD）とは、在宅の患者に対し、入院しているのと同様の医療を提供する制度であり、これによって入院期間を短縮

18) ameli.fr-Hospitalisation（2011/03/30アクセス）。

し、又は入院せずに医療を受けられるようにすることを目的としている。

この在宅入院には、以下のような類型がある。

- ・期間を限った医療：安定期にない疾病について、化学療法や抗生物質療法のような技術的かつ複合的な治療を予め期間を限って行う医療。
- ・在宅リハビリテーション医療：神経科、心臓病、整形外科などの疾病について、急性期を脱した場合に行うリハビリテーション医療。
- ・終末期医療：人生の末期に関するものであり、生を全うできるように付き添い、世話をし、又は、癌、心疾患、肺結核などで安定期にない疾病について継続的な治療を行う医療。

在宅入院を受けるためには、患者が在宅入院の実施が可能な地域に居住しており、かつ、その住居が在宅入院の実施に必要な条件を満たしていなければならない。

在宅入院は、患者又は家族の同意の下に、1日から20日の間で、期間を限って行われる（更新可能）。かかりつけ医又は入院している病院の医師の申請により、治療計画に基づいて在宅入院サービスのコーディネーター医師（*médecin coordinateur*）が在宅入院の可否を決定する。決定に際しては、治療計画だけでなく、患者の状態に応じて誰がどのような世話をを行うかといったことも考慮される。

（イ）在宅入院に係る自己負担

在宅入院の費用は、一般の入院の場合と同様、医療保険制度が80%負担し、残り20%を患者が負担する。ただし、長期高額疾病のように医療保険制度が100%負担する場合には、患者の自己負担はない。

また、次の費用については費用の前払いが免除され、患者は、20%の自己負担を事後に支払えばよい。

- ・在宅入院の範囲で行われる、かかりつけ医及び専門医の診療報酬
- ・薬剤費（かかりつけ薬局や病院の薬剤師から交付された、在宅入院に必要な薬剤）
- ・在宅入院に関する検査費用

- ・看護師、介護人、運動療法士などの医療補助者の報酬
- ・救急車による搬送
- ・日帰り入院
- ・医療材料
- ・医療用ベッドなどの特別な医療機器
- ・使い捨ての医療用品

II. フランスの補足医療制度

1 補足医療制度

(1) 補足医療保険制度

基礎医療保険制度では、医療費の75%程度を給付するだけであり、残りは患者の自己負担となる。しかし、これだけでは十分な給付とは言えないことから、フランスでは、その上乘せ給付を行うために補足制度（*régimes complémentaire*）が2階部分として発達してきた。この補足制度は、一般制度の対象となる商工業被用者については、基礎制度とは別の組織として発達したが、職人や商人などの特別制度にあっては、基礎制度を担う制度が補足制度の機能も併せ担う形で発展してきた¹⁹⁾。

補足制度の主体としては、戦後、共済組合（*Mutuelles*）と労使共済制度（*Institutions de prévoyance*）²⁰⁾だけが認められていた²¹⁾。その後、民間の保険会社（*Sociétés d'assurance*）のこの分野への参入が認められるようになり、現在では、法的位置付けが異なるこれら3種類の組織が補足医療保険を担ってい

19) Dupeyroux, op. cit., p.1033-1034.共済組合、保険会社及び労使共済制度それぞれの発展の歴史については、笠木注2) 67-79頁参照。

20) *prévoyance*について、伊奈川・注2) 354頁では「福利厚生」と訳している。これに対し、笠木・注2) では、*prévoyance*を「生活保障」と訳しつつ（48頁）、補足医療を担う組織である *Institutions de prévoyance*については「労使共済制度」という訳語を用いている（62-63頁）。制度の趣旨が理解しやすいことから、本稿では、笠木に倣い「労使共済制度」の訳を用いる。

21) この間の経緯については、笠木・注2) 86頁以下参照。

る。ちなみに、これら3種類の主体を合わせた補足医療保険への加入率は93%となっており、これら主体別のシェアでは、共済組合が57%、保険会社が26%、労使共済制度が18%となっている²²⁾。

(2) 補足医療保険を担う3種類の主体

ここで、共済組合、労使共済制度及び保険会社という補足制度の3種類の主体の主な特徴を整理しておこう。

(ア) 共済組合

共済組合は、共済法典（Code de la mutualité）に基づいており、自主管理（autogestion）を基本原則とする非営利の私法上の組織である²³⁾。加入者は契約によって共済組合に加入し、加入者が参加する総会（assemblée générale）において給付内容や保険料率を決定する。もちろん、保険料は全額加入者が負担する。

共済組合活動の中心は医療分野であり、基礎制度ではカバーされない医療費の自己負担を填補することを目的としている。そもそも、1945年までは、フランスには全国民を対象とする強制的な医療保険制度はなく、共済組合だけが、その組合員に対し、保険料の支払いを条件として、医療給付や傷病手当金を支給していた。

その後、共済組合は発展を遂げ、一時は組合数が3,000になるほどに拡大したが、現在は500の共済組合が存在する。これによって3,600万人をカバーし、105の非営利病院、670の眼鏡センター、441の歯科センター、329の高齢者センターなど2,000の施設を保有している。

22) 2009年5月19日付のフランス社会保障担当省の資料による。

23) ここでの共済組合に関する記述は、フランス共済組合全国連合（La Fédération Nationale de la Mutualité Française）、*Facts and figures*, 2009による。

(イ) 労使共済制度

(a) 労使共済制度

労使共済制度は、社会保障法典L.931-1条に定める非営利の私法上の法人である。労使の合意に基づき設立され、理事会等も労使双方の代表によって構成される。保険料の負担割合等は労使の合意によって決められるが、一般的には、使用者側も相応の負担をすることが多い。事業内容は、医療に限らず、補足年金その他幅広い分野に及ぶ。

Institutions de prévoyance については、これまでわが国では共済組合や相互扶助組織などと訳されることが多かったが、上述のように実際には共済組合とは違った組織原理に基づいている。しかし、わが国には類似の組織が存在しないことから²⁴⁾、日本人にとって最も分かりにくい制度の1つと言ってよいであろう。筆者は、労使共済制度の中で代表的なBTP 労使共済制度 (Institution de prévoyance du Bâtiment et des Travaux Publics : BTP PRÉVOYANCE) にインタビューする機会を得たので、その概要を紹介したい²⁵⁾。

(b) 具体的事例—PRO BTP—

① グループ全体の事業概要

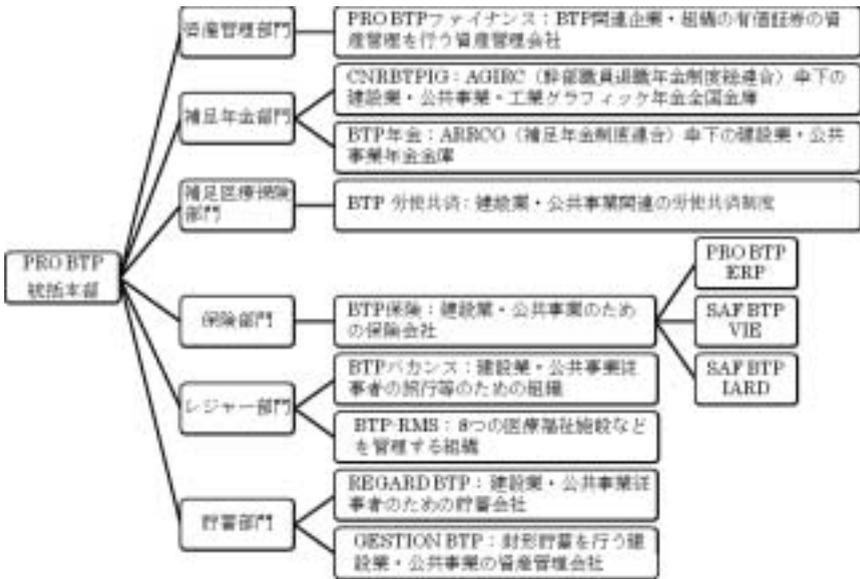
BTPとは、建設業・公共工事 (Bâtiment et des Travaux Publics) の頭文字であり、PRO BTPとは、建設・公共事業の従業員を主な対象に、補足医療保険、補足年金だけでなく、福利厚生事業を幅広く手がけるフランス最大の医療・年金・健康関連グループである (図-1)。

具体的には、まず、補足医療保険の分野では、建設業・公共工事関連従事者のための労使共済事業を行うBTP 労使共済と、保険会社として建設業・公共工事関連以外の者に対して年金貯蓄や補足医療などを行うPRO BTP ERPの2つの組織がある。このほかに、CNRBTPIGとBTP年金という2つの補足年金

24) 伊奈川・注2) 354頁参照。

25) 以下の内容は、2009年11月にパリのPRO BTP本社で行ったインタビュー及びその際に入手した資料に基づいている。

（図－1）PRO-BTPグループの組織概要



（出典）PRO BTP, Organigramme Donné chiffrées 2007を一部修正

（表－6）PRO BTPの部門別加入者（件）数

		2006年	2007年	対前年比
補足年金部門	BTP年金	3,385千人	3,469千人	+ 2.5%
	CNRBTPIG	273千人	287千人	+ 4.9%
補足医療部門	団体契約	1,453千件	1,509千件	+ 3.9%
	個人契約	140千件	149千件	+ 6.1%
健康部門	団体契約	677千件	703千件	+ 4.1%
	個人契約	502千件	527千件	+ 5.2%

（注）補足医療部門のうち団体契約とはBTP労使共済の実績を、個人契約とはPRO BTP ERPの実績を表しているものと思われる。

金庫、その他健康、貯蓄、保険、医療福祉サービス、レジャーなどの事業を営んでいる。

PRO BTPグループの加入者（件）数は表－6の通りであり、補足年金部門の加入者が最も多く、370万人に達している。次いで補足医療保険を担う労使

(表一 7) PRO BTP の部門別売上

		2006年	2007年	対前年比
退職年金部門	収入	5,345百万 €	5,350百万 €	+ 0.1 %
	給付	4,880百万 €	5,130百万 €	+ 5.1 %
医療保険・健康部門	収入	2,140百万 €	2,320百万 €	+ 8.4 %
	給付	1,525百万 €	1,620百万 €	+ 6.2 %
民間保険部門 (総売上高)	SAF BTP VIE	155百万 €	140百万 €	- 9.6 %
	SAF BTP IARD	60百万 €	65百万 €	+ 8.5 %

共済制度となっているが、補足医療保険は契約件数表示となっており、団体契約の場合には企業単位で契約するため、実際の加入者数は、これよりもかなり多くなるものと思われる。

また、2007年の業績は表一7の通りであり、全体の事業規模は約80億€ (1€=120円として9,600億円) となっている。

② BTP 労使共済制度の沿革²⁶⁾

BTP 労使共済制度 (BTP PRÉVOYANCE) は、そもそも建設業・公共工事関係管理職のための1947年3月14日の労使共済に関する全国労使協約 (convention collective nationale) に端を発する。その後、職種等ごとに協定等が順次締結されて行き、最終的には、2001年10月1日のBTP 労使共済制度を設立する労使協定 (accord collectif) に基づいて、建設業・公共工事関連産業労使共済全国金庫 (CNPBTIC)、建設業・公共工事金庫 (CBTP) 及び建設業・公共工事労働者労使共済全国金庫 (CNPO) の3つの金庫が合併し、2001年12月31日にBTP 労使共済制度が設立されている。

ちなみに、BTP 労使共済制度を設立する2001年10月1日の労使協定には、以下の組織が署名している。このうち(ii)～(v)は企業側を代表する組織、(vi)～(ix)は労働組合を代表する組織だが、(i)は一人親方ないし小事業主の連合体であり、労使合意に基づき社会制度を構築するというフランス特有のコーポラティズムにあって、一人親方や小事業主も参加して 労使共済制度の設立が合

26) *TEXTES BTP-PRÉVOYANCE 2009*, p6, p8.

意されているのは興味深い。これは、被用者か非被用者かという区分よりも職域連帯が重視された一例である。

- (i) 建設業の職人及び小企業連合（C.A.P.E.B）
- (ii) 建設業フランス連盟（F.F.B）
- (iii) 電気工事業フランス連盟（F.F.I.E）
- (iv) 公共工事フランス全国連盟（F.N.T.P）
- (v) 建築製造関連及び公共工事並びにこれらに関連する企業フランス全国連盟（F.N.S.C.O.P）
- (vi) 建設・木材業被用者全国連盟（C.F.D.T）
- (vii) 建設業・公共事業の管理職・技術者等全国労働組合（SNCT-BTP-CGC）
- (viii) 建設業労働者全国連盟（C.G.T）
- (ix) 建設業・公共工事関連労働者の力一般連盟（C.G.T.F.O）

③ 労使共済制度の組織構成

(i) 活動範囲及び加入者

BTP 労使共済制度は、社会保障担当大臣の承認を得て設立された私法上の法人であり、社会保障法典によって監督を受ける（BTP 労使共済制度定款第1条）。承認されたその活動分野は、事故、病気及び死亡の各部門されている（同第3条）。

この組織の加入者（membres adhérents）は、建設業・公共工事の企業及びそれらの関連企業であり、被保険者（membres participants）は、以下の3種類とされている（同第5条）。

- ・ 加入企業の被用者
- ・ 元被用者及び被扶養者
- ・ この組織が給付を行ったときから権利を有する被用者、元被用者及び被扶養者

(ii) 組織

BTP 労使共済制度の主要な組織としては、理事会（conseil d'administration）、理事長（directeur général）及び労使委員会（commission paritaire）がある。

理事会が最高意思決定機関であり、理事長は、理事会の委任を受けてその職務を執行する。また、労使同数委員会を設けて、理事会が決定した予算上の決定事項を中心に、その監査を行うシステムが導入されている。

○理事会の構成と権限

理事会は、加入企業グループ (collège des adhérents) を代表する者と、被保険者グループ (collège des participants) を代表する者各 10 名の計 20 名によって構成される (同第 9 条)。加入企業グループの代表理事は、各使用者全国組織の数と等しくなるように、被保険者グループの代表理事は、被用者の労働組合の数と等しくなるように、それぞれ指名される (同第 10 条)。

理事は無給とするが、交通費、滞在費及び理事会活動のために失った報酬に相当する手当を受け取ることができる (同第 13 条)。

理事会は、予算・決算の決定、理事長の指名・解任など広範な権限を有しており、本定款及び法令に従い、本組織の目的を達成するために必要な権限を行使する (同第 15 条)。ただし、労使委員会に委任された事項については、その権限を尊重しなければならない。

○理事長 (同第 18 条)

理事長は、理事会のメンバー以外の者から理事会によって指名され、解任される。理事長は、理事会から委任を受けた権限に基づきその職務を執行する。理事長は、その職務の執行がその権限の範囲内かどうかを理事会がチェックするために必要な事項を理事会に報告しなければならない。

理事長は、理事会の承認を得て、1 人の理事と複数の共同執行者を任命することができる。

○労使委員会 (同第 19 条)

労使委員会は、本定款第 10 条で定める理事会の選任方法と同じ方法で構成される。

理事会は、労使委員会に対し、会計報告書その他法令で求められている報告書を提出する。会計監査役は、報告書の中で、その使命が達成されたかどうかを詳述するものとする。労使同数委員会は、会計監査役の特別報告を聴取し、

その意見を述べる。労使同数委員会は、執行された会計に関するすべての問題を討議し、決定する。また、借入や手形の振出を許可する。

(ウ) 保険会社

(a) 保険会社の特徴

保険会社は、保険法典（Code des assurances）に基づく営利を目的とする法人である。生命保険や自動車保険などを中心に発展してきたが、近年は医療保険の分野でも活躍するようになっている。当然のことながら、保険料は、加入者が全額負担する。

ちなみに、フランスの保険市場は、2007年時点で、2,350億€の保険料規模となっており、その6割に当たる1,560億€が生命保険である。そして、生命保険のうちの97.3%を保険会社が占め、1.9%が共済組合、0.8%が労使共済制度となっている。また、死亡保険では、生命保険会社75%、労使共済制度20%、共済組合5%のシェアとなっており、障害保険では、それぞれ70%、22%、8%のシェアとなっている²⁷⁾。このように、民間保険市場では、3種類の主体間の順位が補足医療保険分野とは大きく入れ替わっている。もっとも、補足医療部門の保険市場全体におけるシェアは13%、保険料額にして330億€程度であり、保険市場全体では、保険会社が圧倒的シェアを占めていることになる。

(b) 具体的事例——アクサ——

フランス最大手の保険会社であるアクサも、補足医療保険分野に参入している。アクサによれば、30年ほど前から民間の保険会社がこの分野に参入するようになり、現在でも、個人部門を中心に伸びているということであった²⁸⁾。

アクサの場合、全国に4,000の支店があり、そのネット・ワークを活用するとともに、補足医療保険だけでなく、他の保険商品と組み合わせるなどの営業努力をすることによって、補足医療保険の売り上げを伸ばしているとのことで

27) 2009年5月20日付けフランス共済組合全国連合資料。

28) 2009年月にフランスのアクサ本社を訪問調査した結果による。

あった。

アクサの例にみられるように、保険会社の場合には、共済組合や労使共済制度が十分にカバーできていない個人加入の分野を中心に補足医療保険を担っているようである。この場合には、契約は個人単位となり、保険料も個人負担となる。

(3) 補足普遍的医療保障（補足CMU）²⁹⁾

(ア) 目的

フランスでは、1階の基礎制度及び2階の補足制度が職域ごとに発展してきたため、無職者など職域の網の目から抜け落ちた者は、1階部分はもちろん、2階部分の医療給付も受けられなくなってしまう。このような事態を改善し、適法かつ継続的にフランスに居住する低所得者の医療へのアクセスを容易にすることを目的として、1999年7月27日の法律によって、基礎CMUと補足CMUが創設された。

補足CMUによって、低所得者も、原則として、費用の事前支払いを要せずに、1階部分の基礎制度と合わせてほぼ100%の給付を受けられるようになった。

(イ) 加入要件

(a) 3か月以上の継続居住

原則として、3か月以上継続して適法にフランスに居住していることが必要である。ホームレスなどの場合には、基礎CMUの場合と同様、市町村福祉センター（CCAS）や承認された団体などから居住証明書を発行してもらう。

(b) 長期滞在資格

EU域外の国籍の者の場合には、滞在許可書などによって、その居住が長期滞在のための正規の資格に基づくものであることを証明しなければならない。

29) ameli.fr-CMU complémentaire (2011/04/04 アクセス)。

(c) 収入要件

補足CMUに加入するためには、その世帯に属するすべての者の収入を合算したものが、表－8の限度額以下でなければならない。この限度額は、基礎CMUの場合と異なり、課税の有無を問わず、申し込み前12か月間の収入を基準に判断される。その結果、この限度額を満たせば、世帯の構成員全員が補足CMUに加入できることになる。

なお、当該世帯の年収が限度額を超えたため、補足CMUへの加入が更新できない場合でも、同一の補足CMUであれば、その後1年間は、割引料金で加入を継続できる。

(表－8) 補足CMUの収入限度額

世帯人数	年間限度額
1人	7,611 €
2人	11,417 €
3人	13,700 €
4人	15,984 €
5人目以降1人につき	+ 3,044.544 €

(注) 2010年7月1日現在。

(d) 基礎CMUとの相違

基礎CMUは、基礎医療保険制度に加入していないことが要件とされているので、基礎医療保険制度にさえ加入していなければ、どんなに所得が高くても加入できるのに対し、補足CMUは、所得が限度額以下の場合にのみ加入できる。反対に、失業して月500€の失業手当を受給しているような場合には、従前の基礎医療保険制度に継続して加入できるので、基礎CMUには加入できないが、補足CMUには加入できることになる。

なお、世帯の収入が補足CMUの収入限度額の126%以下であれば、後述する補足医療援助（ACS）を申し込むことができる。

(e) 加入組織の選択

補足CMUの加入要件を満たす者は、加入している基礎医療保険制度が行っ

ている補足CMUに加入するか、又は各県の知事が作成するリストに掲載されている補足医療を担う組織の中から加入する制度を自由に選ぶことができる。この場合、同一世帯の構成員が、異なった補足制度への加入を選択することもできる。種類としては、共済組合か、民間保険会社又は労使共済制度の中から選択することになる。

(4) 補足医療扶助（ACS）³⁰⁾

(ア) 目的

補足医療扶助（aide pour une complémentaire santé : ACS）とは、補足CMUの収入要件を超える収入はあるものの、必ずしも十分な収入がない者に対し、補足医療保険に加入できるようにその保険料を扶助する制度であり、いわば補足医療保険の保険料軽減制度である。

(イ) 扶助要件

補足医療扶助の要件は、原則として3か月以上継続して適法にフランスに居住し、その収入が一定限度額以下であることである。継続かつ適法な居住要件は、基本的には、補足CMUと同じである。

(a) 3か月以上の継続居住

原則として、3か月以上継続して適法にフランスに居住していることが必要である。ホームレスなどの場合には、補足CMUの場合と同様、市町村福祉センター（CCAS）や承認された団体などから居住証明書を発行してもらう。

(b) 長期滞在資格

EU域外の国籍の者の場合には、滞在許可書などによって、その居住が長期滞在のための正規の資格に基づくものであることを証明しなければならない。

(c) 収入要件

補足医療扶助を受けるためには、その世帯に属する扶助を受けようとする者の収入を合算したものが、補足CMUの収入限度額（表-8）を超え、かつ、

30) ameli.fr-Aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé (2011/04/04 アクセス)。

表－9の収入限度額以下でなければならない。表－9の収入限度額は、補足CMUのその26%増しとなっている。基準となる収入は、課税の有無を問わず、申し込み前12か月間の収入である。この限度額を満たせば、世帯の構成員全員が補足CMUに加入できることになる。

（表－9）補足医療扶助の収入限度額

世帯人数	年間限度額
1人	9,590 €
2人	14,385 €
3人	17,263 €
4人	20,140 €
5人目以降1人につき	+ 3,836.1254 €

（注）2011年1月1日現在。

（ウ）扶助の方法及び額

（a）扶助の方法

上記要件を満たす者は、その属する医療保険金庫に対して申請を行い、申請が認められると、医療保険金庫から小切手証明（attestation-chèque）が送付される。16歳以上の者は、自分の名義で小切手証明を受領する。

申請が認められた者は、小切手証明を自分が加入する補足医療保険組織に提出し、その額に見合った保険料の軽減を受けることになる。

なお、申請後2か月以内に何の応答もない場合には、申請は拒否されたものとみなされる。申請が拒否された場合には、2か月以内に、県の社会扶助委員会に不服を申し立てることができる。

（b）扶助額

補足医療扶助の額は、受益者の年齢によって違っている（表－10）。例えば、夫（52歳）、妻（45歳）、第1子（20歳）、第2子（10歳）の4人家族であれば、世帯全体の扶助額は、 $350 + 200 + 200 + 100 = 850$ € となる。

受益者は、この額を加入する補足医療制度の保険料軽減に充てることになる。なお、同一世帯に属していても、それぞれ自由に加入する組織を選ぶことがで

きる。

(表－10) 補足医療扶助の扶助額

受益者の年齢	年間扶助額
16歳未満	100 €
16歳以上49歳未満	200 €
50歳以上59歳未満	350 €
60歳以上	500 €

(注) 2011年1月1日現在。

2 補足医療の給付内容

(1) 労使共済制度の給付内容

本節では、補足医療保険のうち、保険給付の内容に関する資料が入手できたBTP労使共済制度を取り上げ、その具体的な給付内容を紹介する。

なお、ここでは、労使共済事業の給付内容として、2階の補足医療給付としての医療費制度 (régimes de Frais médicaux) だけでなく、遺族給付ないし障害給付を行う生活保障制度 (régimes de Prévoyance)³¹⁾ 及び傷病手当を意味する月手当制度 (régime de Mensualisation) についても、併せて紹介する。

(ア) 職種等により異なる規則

(a) 職種等による4つの区分

BTP労使共済制度の給付については、まず、規約が職種別に定められている。具体的には、給付に関する規約が、労働者カテゴリー (catégorie OUVRIERS)、技術者カテゴリー (catégorie ETAM : Techniciens et Agents de Maîtrise)、管理職カテゴリー (catégorie CADRES) 及びすべてのグループカテゴリー (catégorie TOUS COLLÉGES) の4つに分かれ、それぞれのために規約が作成されている (労働者の場合であれば、BTP労使共済制度規約——労働者カテゴ

31) BTP労使共済制度では、3種類の労使共済給付のうち、遺族給付ないし障害給付を意味する用語としても“prévoyance”を用いているが、本稿では笠木・注2)に倣い、これを生活保障と訳すことにする (注20参照)。

リー——（Les règlements des régimes de BTP-PRÉVOYANCE- catégorie OUVRIERS-））。

このような区分の背景には、協定などの形をとった職種単位の労使間合意によって労使関係が構築され、それに基づいて社会保障制度も形作られてきたという歴史的沿革がある。

ちなみに、フランスでは、労働者と管理職という区分が日常的に用いられているだけでなく、社会保障制度においても、管理職と労働者は別々の制度に加入し、給付と負担も異なることがある。その典型は、2階部分の補足年金であり、制度自体が一般被用者のための補足年金制度であるARRCO（Association des régimes de retraite complémentaires：補足年金制度連合）と、幹部職員のための補足年金制度であるAGIRC（Association générale des institutions de retraite des cadres：幹部職員退職年金制度総連合）に分かれていた³²⁾。両者の区分は、職種や職域ではなく、幹部職員か否かという階級的地位に基づくものであり、わが国にはみられないフランス特有の区分である。

もっとも、退職後も従前所得を保障するという所得比例年金の趣旨からは、現役時代の報酬体系や水準が異なる管理職と一般労働者を同じ仕組みで律するのが必ずしも合理的とは言えず、この意味では、それぞれの報酬体系等に応じた制度を作ることにも相応の理由が見出せよう。これに対し、医療保険の場合には、疾病や負傷に対して医療給付を行うことを目的とするものであり、傷病手当等の現金給付を除けば、階級的地位に基づき制度を区分することにどこまで合理性があるのか疑問である。

(b) 退職者や元被扶養者もカバー

(a)の4番目の区分である「すべてのグループカテゴリー」とは、建設業・公共工事分野で働く者などのための区分であり、具体的には次の者が個人単位で加入できる（BTP労使共済制度規約－すべてのグループカテゴリー－個人医療

32) フランスの補足年金制度については、江口隆裕『変貌する世界と日本の年金－年金の基本原則から考える－』（法律文化社、2008年）97頁以下参照。

費規則2条)。

- ①医療に関して何ら団体加入をしていない建設業・公共工事関係企業の被用者
- ②建設業・公共工事の元被用者（建設業・公共工事で働いていた臨時雇いを含む。）
- ③建設業・公共工事センターで職業訓練中の若者、見習い等
- ④この医療費制度の被保険者の被扶養者であった者であって、次の条件をすべて満たす者
 - ・ 55歳以上であること
 - ・ BTP労使共済制度の受益者であったことがその社会保障番号によって確認されたこと
 - ・ 被扶養者としてカバーされていないこと（例、被保険者の死亡、離婚、PACS（民事連帯契約）の解消、別居、子どもとしての受給資格の終了）

ここで注目すべきは、②及び④である。フランスの医療保険制度にあっては、退職者は、退職前の制度に加入すると言われてきたが、その実態は必ずしも具体的に明らかにされていなかった。しかし、この「すべてのグループカテゴリー」の規約によって、②の臨時雇いを含めた元被用者だけでなく、④の55歳以上の元被扶養者についても、被保険者の死亡に限らず、離婚、PACS（民事連帯契約）の解消、別居も含めて幅広く補足医療制度の対象としていることが確認された。

わが国では、被用者保険の被保険者であっても、退職すればその資格を失って国民健康保険に加入することになり、その際、配偶者などの被扶養者も一緒に国民健康保険に加入する仕組みとなっている。このため、国民健康保険には、所得が低く医療費がかかる被保険者が多く加入することになり、これがわが国の医療保険の構造的問題となってきた。

これに対し、フランスでは、医療保険制度は職域ごとに複雑に分立しているものの（表-1参照）、退職した被用者だけでなく、その被扶養者も引き続き従前の医療保険制度に加入させるので、高齢者の医療費を誰が負担するのかといった問題が顕在化しない。それどころか、2階部分の補足医療保険において

（表－11）被保険者死亡の場合の団体型生活保障制度——労働者カテゴリ——

	基礎給付		団体付加給付			
	建設業	公共工事	基礎+	選択肢1	選択肢3	選択肢7
基礎一時金						
独身、離死別被 保険者	750×参照賃金		基礎賃金の50%	同67%	同110%	同350%
有配偶被保険者	3,500×参照賃金		基礎賃金の100%	同130%	同165%	同450%
a) 子供加算						
子供1人	+1,000×参照賃金		+1,000×参照賃金	同左	+基礎賃金の33%	同左の40%
子供2人	+1,000×参照賃金		+1,500×参照賃金	同左	+基礎賃金の66%	同左の80%
子供3人	+2,000×参照賃金		+2,000×参照賃金	同左	+基礎賃金の99%	同左の140%
b) 事故加算	—		+基礎賃金の100%	—	+基礎賃金の100%	+同左の200% +2倍の子供加算
c) 労災・職業 病加算		+年間給 与の100%	+年間給与の100%	同左	同左	+基礎賃金の 150%
d) 被保険者の 配偶者死亡加算	+250×参照賃金		+250×参照賃金	+250×参 照賃金	+250×参照賃金	+基礎賃金の 250%
死亡一時金の前 払い	なし		なし	なし	あり	あり

（注）2009年1月現在。参照賃金とは、4.71€（2008年7月1日改定）

も、元被用者のみならず、元被扶養者をも対象としていることが明らかとなった。

（イ）具体的給付内容

次に、BTP労使共済制度の保険給付内容を紹介するが、ここでは、その代表例として労働者カテゴリを取り上げる。労働者カテゴリの労使共済給付としては、生活保障制度、医療費制度及び月手当制度の3種類がある。

（a）生活保障制度

生活保障制度では、次の場合に一時金ないし年金等を支払う（BTP労使共済制度規約——労働者カテゴリ——生活保障制度規則13条）。

①被保険者が死亡した場合

- ・一時金の支払い
- ・残された配偶者に対する年金の支払い
- ・被保険者の子供に対する教育年金の支払い

②被保険者の疾病又は事故の場合

- ・労働能力が喪失した場合には、日額手当の支払い
- ・障害状態にある場合には、年金の支払い

具体的な給付内容は、基礎給付を基本としつつ、オプションとして定められている8つの選択肢から自由に選ぶことができる（同規則保障に関する付表）。表-11には、上記①の被保険者が死亡した場合の団体加入型生活保障制度の給付内容を掲げてある。BTP労使共済にはまず基礎給付があり、さらに、団体加入か、個人加入かという選択肢がある（個人加入は、前述の「すべてのグループカテゴリー」になる）。そして、団体加入については、基礎+から選択肢7まで8つの選択肢が設けられているが、団体加入の場合には、企業単位で選択肢を選ぶことになっており、個人単位での選択は認められていない（同規則1条）。表-11には、紙幅の都合上オプションの一部だけを載せたが、最も給付水準の高い選択肢7と基礎給付を比べると、その格差が一目瞭然であろう。

基礎給付に係る保険料については、1968年7月31日の全国労使協約に基づくとされており（同規則3条）、同協約3条において、1999年1月1日以降の保険料率は、使用者側1.82%、労働者側0.87%、計2.69%と定められている。社会保障の基礎制度と同様、労使折半ではなく、使用者側の負担が重くなっているのが注目される。

(b) 医療費制度

① 6段階の選択肢

医療費制度の目的は、基礎医療保険で被保険者又は被扶養者の自己負担となる部分について、その全部又は一部を償還することにある（BTP労使共済制度規約——労働者カテゴリー——第2部医療費制度規則1条）。労働者カテゴリーとして加入する場合には企業単位で加入しなければならないが、上記生活保障制度と同様、多様な選択肢が用意されている（同規則2条）。具体的な給付内容は地域によって異なるが、全国共通のオプションは表-12のとおりである。

給付内容のうち、「医療-入院」についてはS1からS6、「眼鏡、人口装具その他」についてはP1からP6のそれぞれ6段階となっている（同規則保障に関

（表－12）医療費制度の給付内容―労働者カテゴリー―

		選 択 肢						
		社会保障	S1	S2	S3	S4	S5	S6
医療－入院								
診察・往診（一般医、専門医）	70%	100%	100%	100%	300%	300%	400%	
入院：滞在費、診療報酬	80%							
医療補助、検査、看護	60%							
移送	65%							
外部での治療	60～70%				150%	300%		
放射線、技術的行為	70%							
薬剤	65,35,15%							
91€を超える医療	100%－18€				100%	100%		
1日目からの入院費用	－	あり	あり	あり	あり	あり	あり	
1日目からの特別室料	－	－	－	25€/日	55€/日	70€/日	90€/日	
付添用ベッド（12歳未満児童）	－	20€/日	20€/日	20€/日	20€/日	20€/日	20€/日	
眼鏡、人口装具その他	社会保障	P1	P2	P3	P4	P5	P6	
眼鏡	大人	65%	200%	100%＋100€	100%＋150€	100%＋475€	100%＋550€	100%＋800€
				100%＋150€	100%＋250€	100%＋550€	100%＋650€	100%＋1000€
	子供			250%	フレーム300€レンズ	100%＋250€	100%＋300€	100%＋400€
				100%＋80€	100%＋550€	100%＋650€	100%＋700€	
保険対象コンタクトレンズ	65%	250%	100%＋100€	100%＋200€	100%＋200€	100%＋250€		
保険対象外コンタクトレンズ	－	－	80€	150€	175€	250€		
歯科治療	歯科治療	70%	100%	100%	100%	300%	300%	
	保険対象歯科補綴	70%	175%	250%	350%	550%	650%	
	インプラント	－	－	－	300€	350€	400€	
	歯列矯正	100%	175%	200%	200%	250%	400%	
その他	聴覚補装具							
	人口補整器その他装具	65%	175%	250%	350%	550%	600%	
	温泉療法	65%	100%	100%＋187.5€	100%＋187.5€	100%＋322.5€	100%＋322.5€	

（注）2009年1月現在

する付表)。

保険料については、どの選択肢を選ぶかによって異なるとされているが(同規則6条)、具体的な保険料率表は入手できなかった。また、労使の負担割合は、企業ごとに自由に決めるが、実質的な使用者負担が予定され、使用者負担はすべての労働者に平等でなければならないとされている。その上で、保険料率の決定は、理事会の提案を基に、労使委員会が行うことになっている(同規則6条)。

② 補足給付の特色

表-12のうち、選択肢の一番左の「社会保障」の欄は、基礎医療保険制度の給付範囲及び給付率を表している。この給付率は、補足医療保険制度の側から基礎制度をみたものなので、表-3(14頁)で示したものと多少区分が違っているが、基礎給付を補うための給付という観点からみると、次のような特色を指摘できる。

第一に、診察・往診、入院、医療補助、検査、看護、移送、外部での治療、放射線、技術的行為、薬剤といういわば医療の中核的部分については、いずれの選択肢においても100%ないしそれを超える給付率となっており、補足医療保険に加入すれば、自己負担なしで医療を受けられる仕組みになっている。

ただし、1€の定額負担やかかりつけ医を通さなかった場合のペナルティなどについては、補足給付で補てんすることが禁止されている。

第二に、基礎医療保険では給付率が低く設定されている薬剤等についても、補足医療保険では100%の給付率が設定されている。これについては、無駄な薬剤使用の抑制や医療費の適正化といった医療保険の政策目的を阻害することになるのではないかという疑問が生じるものの、水準が一番低い選択肢S1でも薬剤給付率が100%となっていることからすると、多くの国民がそれを望んでいるのであろう。そういった国民の要望と基礎制度の医療費適正化の要請とを両立させるところに、補足制度の存在意義の1つがあるように思われる。

いずれにせよ、補足医療保険制度への高い加入割合を考えると、フランスにおける医療保険給付の全体構造を理解するためには、基礎制度だけでなく、補

足制度も視野に入れなければならないことは明らかである。低所得者のためとは言え、補足CMUとして補足制度が公的な性格を帯びるようになると、その必要性はより高まってくる。

なお、S5やS6といったハイレベルの選択肢において、300%や400%という高水準の給付が設定されているが、これは、制度的に認められた保険外負担や超過料金に対処するためのものであろう。

第三に、保険対象外コンタクトレンズやインプラントといった、そもそも基礎保険給付の対象とならない医療行為等も、補足医療給付の対象となっている。わが国でも、このような行為は民間保険でカバーできるはずだが、これらを対象とする民間保険がフランスのように普及している状況にはない。

③ 月手当制度

月手当制度は、BTP 労使共済制度に加入している企業の労働者が、疾病、労災・職業病、通勤災害又は出産によって休業した場合に、休業期間に応じた

（表－13）月手当制度の給付内容——労働者カテゴリ——

		選択肢1	選択肢2	選択肢3	選択肢4	選択肢5
		協約以下	協約	協約以上	協約以上	協約以上
疾 病	労災・ 職業病	待機期間 15日 16～90日 目100%	待機期間適用後、 1～48日目100%、 49～90日目75%	待機期間 適用後、1 ～90日目 100%	待機期間0日 1～45日目100%、 46～90日目75%	待機期間0 日 1～90日 目100%
			待機期間0日 1～15日目90%、 16～30日目100%		待機期間0日 1～15日目90%、 16～30日目100%	
	待機期間0日 1～90日目100%		待機期間0日 1～90日目100%			
	待機期間適用後、 1～30日目100%					
通勤 災害	休業期間 30日以下	待機期間適用後、 1～30日目100%		待機期間0日 1～90日目100%		
	休業期間 30日超	1～90日目100%				
出 産		待機期間 15日 16～112 日目100%	待機期間0日、1日目～112日目100%			

（注）%は、基礎賃金のX%を意味する。

手当を支払うことを目的としている（BTP労使共済制度規約－労働者カテゴリー－月手当制度規則1条）。具体的な給付期間等は労使の協約によって決まる部分もあるが、それを前提としながらも、表－13のように5つの選択肢が用意されている（同規則保障に関する付表）。

(2) 補足CMUの給付内容

(ア) 医療費の支給

加入者が、共済組合、労使共済制度又は保険会社のいずれに属していても、補足CMUの給付内容は同じである。具体的には、基礎医療保険によって自己負担とされた部分のうち、以下のものを負担する。

なお、以下の補足CMUの給付内容をBTP労使共済制度と比べると、後者のS1及びP1にやや劣る程度の水準の内容ではないと思われる。

(a) 診察等の診療行為

補足CMUは、診察、医療関連職種の行為及び薬剤に係る自己負担分を負担する。ただし、協約医の場合には、その医師が超過料金の権利を有していても基礎制度の診療報酬が適用され、患者の追加負担が生じないのに対し、協約外の医師の場合には、自由に患者に追加費用を請求することができる。

なお、かかりつけ医を通さなかった場合のペナルティについては、補足CMUで補てんするのが禁じられており、患者は70%の自己負担を支払わなければならない。

(b) 入院

補足CMUは、入院時定額負担について、期限なしに負担する。ただし、個室やテレビ、電話といった個人的快適さのための追加費用は、患者個人の負担となる。

(c) 義歯、眼鏡、補聴器等の人工装具

補足CMUは、義歯及び歯牙顔面矯正、眼鏡（レンズ、フレーム）、補聴器並びにその他の医療用具や医療器具（包帯、杖、車椅子等）について、医療保険の給付額を超える部分を省令で定められた額の範囲で負担する。

ただし、義歯や補聴器、眼鏡に関し補足給付を受けるためには、歯科医、補

聴器士又は眼鏡士は、事前に見積書を作成し、医療保険金庫に提出しなければならない。

歯科の場合には、虫歯の治療、歯石除去などのいわゆる保守的治療や、義歯及び歯牙顔面矯正については、補足CMUの料金の範囲であれば、患者は追加負担を要しない。ただし、時間外の診察など患者の都合による場合には、患者が超過料金を負担する。なお、歯牙顔面矯正を行う場合には、歯科医は、事前に、補足CMUの意見を付して、医療保険金庫の了解を求めなければならない。

眼鏡については、加入者は、1年に1回、無料で眼鏡セット（レンズ2個と眼鏡フレーム）を購入することができる。ただし、単純なレンズ・セットの場合には54.58€、複雑なレンズ・セットの場合には137.20€、フレームの場合には22.87€が補足CMUの上限として定められている。なお、補足CMUでは、コンタクト・レンズは給付の対象とはならない。

補聴器については、補足CMUは、2年間につき、医療保険に付加して199.71€を負担するので、基礎制度と合せると443.63€が給付の上限となる。

(d) その他

補足CMUの加入者は、医療費以外に、電気及びガスの使用料について、それぞれT.P.N、T.S.Sと呼ばれる低所得者向け割引料金の適用を受けることができる。

(イ) 事前支払いの免除

医師の処方に従い、かつ、医療保険の給付対象である限り、償還払いが原則なのにかかわらず、加入者は、入院、診療（看護行為、運動療法等）、検査、薬剤について事前支払いを要しない。ただし、通院できるにもかかわらず自宅での診療を求めるなど、患者の特別な要求による場合は、この限りでない。

薬剤や医療補助者の行為、移送の保険免責制に係る自己負担についても、同様に、事前支払いが免除される。

Ⅲ. 基礎制度と補足制度の関係

1 基礎制度と補足制度の医療費負担構造

(1) 高い医療費・低い家計負担

基礎制度と補足制度間の医療費負担構造を理解するため、ここでフランスにおける医療費負担の動向を概観してみたい。

2007年のフランスの医療費（consommation medicale totale）は、1,671億ユーロとなっている³³⁾。OECD諸国と比較すると、フランスの国内総生産に占める総医療費（dépense totale de santé）³⁴⁾の割合は2005年時点で11.1%となっており、OECD加盟30か国中アメリカ、スイスに次いで3番目の高さとなっている（ちなみに、日本は21番目）³⁵⁾。

しかしながら、このように高い医療費がそのまますべて家計の負担となる訳ではない。2007年のデータでみると、基礎医療保険制度が医療費の76.6%を負担し、残り23.4%の自己負担のうちの半分以上に当たる13.6%を補足制度が負担しているので、家計の負担は医療費の1割にも満たない8.5%という結果となっている（表-14）。

（表-14）医療費の負担内訳の推移（単位：%）

	1995	2000	2004	2005	2006	2007
社会保障基礎制度	77.1	77.1	77.1	77.0	76.8	76.6
補足CMU・国家医療扶助(1)	1.1	1.2	1.4	1.3	1.4	1.4
補足制度(2)	12.2	12.8	13.3	13.3	13.4	13.6
うち共済組合	7.3	7.7	7.6	7.7	7.8	7.9
保険会社	3.3	2.7	3.1	3.1	3.2	3.2
労使共済制度	1.6	2.4	2.6	2.5	2.4	2.5
家計	9.6	9.0	8.3	8.4	8.4	8.5
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

（注）(1) 1995年は、国家医療扶助のみ。

(2) 補足制度には、各補足制度が補足CMUに拠出している負担分を含む。

（出典）Comptes nationaux de la santé 2007, p49.

所得が低い者は補足CMUに加入し、又は補足医療扶助（ACS）を受けて、

基本的には自己負担なしで医療給付を受給できるので、8.5%という家計負担は、補足CMU、さらには補足医療扶助を受けられない程度の高い所得があるにもかかわらず補足制度に加入していない世帯の家計負担か、又は補足制度でもカバーすることができない医療費に係る家計負担ということになる³⁶⁾。

ちなみに、同じ2007年におけるわが国の医療費負担の内訳をみると（表-15）、医療保険制度による負担割合は78.4%とフランスの基礎制度よりやや高くなっているものの、フランスの補足制度に相当するものがないため、患者負担の割合は14.1%と、フランスの家計負担よりもかなり高くなっている。もっとも、両国における家計（患者）負担の状況を正確に比較するためには、わが国に関し、民間保険が患者の自己負担をどの程度カバーしているかを考慮することが必要となる。

（表-15）わが国における医療費の負担内訳（2007年、単位：%）

医療保険	78.4
被用者保険	22.9
国民健康保険	25.4
老人保健	30.1
その他(1)	0.8
公費負担医療(2)	6.7
患者負担	14.1
合計	100.0

（注）(1) その他には、労災保険、公務員災害補償、公害健康被害補償等による医療費が含まれる。

(2) 公費負担医療には、生活保護、感染症予防、精神保健等による医療費が含まれる。

（出典）平成21年9月2日厚生労働省発表「平成19年度国民医療費の概況」を基に、保険者の共同事業である「老人保健」を医療保険に含ませ、「その他」を医療保険とは別の項目に整理し直した。

33) DRESS, *Comptes nationaux de la santé 2007*, 2008, p13.

34) 総医療費（*dépense totale de santé*）とは、医療費（*consommation medicale totale*）に、障害者や介護のための費用などを加えたものをいう（*Ibid.*,p8）。

35) *Ibid.*,p44.

36) 注22)に同じ。

(2) 補足制度にシフトする医療費負担

次に、基礎制度の負担割合をみると、1995年から2004年までは77%とほとんど変化がないように見える（表-14）。しかし、これには2つの要因が隠されている³⁷⁾。

第一に、この間の医療費の内訳として、償還率が低いか、すべて自己負担によるもの（償還対象外ないし償還率の低い医薬品、眼鏡）の割合が増えた反面、自己負担分が免除される被保険者数が増加している。第二に、家計の負担割合が9.6%（1995年）から8.3%（2004年）へと減少しているが、これは、補足制度の負担割合が増加しただけでなく、2000年から施行された普遍的医療保障の影響がある。

さらに、2005年を境に、基礎制度の負担割合が減少する反面、補足制度の負担が増加している。これは、基礎制度がその給付範囲を縮小させ、補足制度に肩代わりさせようとすることを示しており³⁸⁾、したがって、家計負担にとっては、補足制度の役割がより重要となることを意味している。

2 基礎制度と補足制度の制度的関係

(1) 基礎制度と補足制度の関係³⁹⁾

基礎制度と補足制度との関係については、原則として、補足制度は、基礎給付を前提に、いくら保険料でどのような給付を提供するかを自由に決定することができとされている。

ただし、例えば、かかりつけ医を通さなかった場合に割り増しされる自己負担の補てんのよう、補足制度が給付対象とすることができないことが法律で決められる場合がある。2004年8月13日の医療保険改革法は、国によって財政的に支援され、枠組みが作られた特別な補足医療契約については、補足制度

37) DRESS, op.cit.,p49.

38) Dupeyroux, op.cit.,p1035.

39) 2009年11月にフランス共済組合全国連合に対するインタビューで得た回答による。

が患者の自己負担を包括して肩代わりし、免除することを禁止した。これは、基礎制度との関係について、国によってなされる規制である。

(2) 全国医療保険補足組織連合の設立⁴⁰⁾

2004年8月13日の医療保険改革法55条によって、基礎制度の連合体である全国医療保険金庫連合（Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie : UNCAM）、医師、歯科医師、看護師その他医療関係職の連合体である全国医療職連合（Union Nationale des Professionnels de Santé : UNPS）及び補足医療保障関係組織の連合体である全国医療保険補足組織連合（Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie : UNOCAM）の3者による協議の場が設けられ、医療保険の診療報酬などについてこれら3者による協議を行う仕組みが導入された。すでにみたように、近年、基礎制度が給付率を引き下げ、その分を補足制度が給付するという傾向が強まり、補足制度は、基礎制度の負担肩代わりのための制度となっているのではないかという問題があった。このような協議の場が設けられることによって、補足制度は、基礎医療保険制度で決められたことを前提にその自己負担をカバーするという受身の関係でなく、医療保険制度における給付のあり方に積極的に関与できるようになったのである。

2004年8月13日の医療保険改革法及び2005年5月27日の政令に規定された全国医療保険補足組織連合（UNOCAM）は、共済組合、保険会社、労使共済制度という3種類の補足医療保険の代表及び地方医療扶助制度の代表によって組織され、33人のメンバーによって構成される理事会及び理事長を有している。

全国医療保険補足組織連合は、設立以来、全国医療保険金庫連合に対し、基礎医療保険が負担した後の自己負担のあり方や診療報酬のあり方について意見を述べてきた。また、全国医療保険金庫連合と共同で、一次診療を担う保健セ

40) 注39)に同じ。

ンター（centres de santé）と医療関係職種の関係がどうあるべきかを検討しているとのことであった。

さらに2009年からは、基礎制度の給付率が低い分野に関しては、全国医療保険補足組織連合が協約に署名することが条件となるという形で、同連合が医療保険の全国協約（convention médicale）に参加することになった。この署名に際しては、全国補足医療保険組織連合の理事会において60%以上の賛成を得なければならないことが法によって定められている。

しかしながら、全国医療保険補足組織連合の意見が診療報酬のあり方に及ぼす影響力はいまだ限定的で、否定的な意見や医療行為の評価に関する意見は、ことごとく排除されているとのことである。このことは、同連合が設立された2005年以降も、基礎制度の負担割合が減少し、補足制度の負担が増加しているという事実からも裏付けられよう。

3 最後に

以上、フランスの医療保障制度体系を概観し、その給付の実態を明らかにしてきた。特に、基礎制度と補足制度については、両者の関係が、給付面だけでなく、制度的にも密接な補完関係にあること、さらに、今後より緊密な関係になるであろうことが明らかとなった。フランスにおける医療費負担の制度的あり方を考える上で、補足制度に関する考察は欠かせないものとなっているのである⁴¹⁾。

また、補足医療制度の存在意義が高まった結果、全国医療保険補足組織連合を通じて補足制度が基礎制度の診療報酬のあり方等に関与できる仕組みが整備されており、これも、補足制度が公的性格を帯びつつあることの証左である。

以上、本稿では、補足医療制度の実態や基礎医療制度との関係に重点を置いて考察してきたが、医療制度とEU指令との関係、さらには補足制度と基礎制度の協議の行方などについては、今後の検討課題としたい。

41) 笠木・注2) 59頁。

論説（江口）

（付記）本研究成果の一部は、財団法人かんぽ財団・財団法人簡易保険加入者協会2009年度の助成による。

（えぐち・たかひろ 筑波大学大学院ビジネス科学研究科企業法学専攻教授）