

## (2) 疾病保険(医療)関係

疾病保険(医療)については、2004年に疾病保険(医療)改革法が成立している。同法には、具体的な措置として、①新たな医療カードの配布など医療の個人ファイル化の徹底、②主治医指定制度の導入と主治医以外の診察を直接受けた場合の自己負担額の引上げ、③全国被用者疾病保険金庫(CNAMTS)、農業社会共済(MSA)等を統括する全国疾病保険連合の創設及び医療の質を向上させるための独立機関である保健高等委員会の創設、④退職者等に対する一般社会拠出金(CSG)の引上げ(年金所得の場合6.2%→6.6%)、⑤診察ごとの1ユーロの自己負担の導入(疾病保険によっても償還されない。)、などが盛り込まれた。

2006年6月に発表された社会保障会計委員会の報告書によると、16歳以上の疾病保険被保険者の77%が主治医指定を登録し、その99.6%は一般医であった。また医薬品の消費に関してもジェネリック薬処方の増加、抗菌薬処方の減少など、2004年の改正は緩やかではあるが実施されており、その効果も徐々に現れつつあるが、依然としてかなりの赤字を計上している。

患者の権利及び医療の質に関しては、公衆衛生法典の一部改正法が成立し、遺伝子情報を理由とする差別からの保護、患者の自らの医療情報へのアクセスの権利、医師のミスによらない医療事故等に対する補償制度等に関する規定が盛り込まれている。

## (3) 高齢者保健福祉施策関係

2008年3月末時点での高齢者自助手当(APA)の受給者総数は108万2,000人で、61%が在宅、39%が施設入所者となっている。施設入所者は要介護度が高くその4分の3(76%)は要介護度1(最も高い)~3であるのに反し、在宅では要介護度1~3は半数以下(43%)である。在宅においては平均給付月額が約500ユーロであるのに対し、施設においては平均給付月額が約451ユーロとなっている。

申請者数、受給者数が当初の予想を遥かに超えたことから、財政不足は深刻であった。さらに、財政難に加え、2003年夏には猛暑により高齢者を中心に1万5,000人が死亡するという事態が発生した中で、社会保障の4つ目の柱に介護を含め、そのための連帯金庫

である全国自立連帯金庫(CNSA)を創設、「国民連帯の日」を新たに定め、2008年までに90億ユーロの追加財源を措置することとなった(5(2)c参照)。

## (4) サルコジ政権下における社会保障政策

### a 新政権の基本方針

「もっと働きもっと稼ぐ」「過去との訣別」をスローガンとして2007年5月に就任したサルコジ大統領は、就任直後の7月には、「労働、雇用及び購買力に関する法律」を成立させ、超過勤務を促進するとともに、購買力を増大させることを目的として、法定労働時間(週35時間)を超える部分の超過勤務手当について、租税・社会保険料を撤廃した。

また、同年9月に発表された同大統領の労働・社会政策の全体像においては、現在のフランスの社会システムが、①財政的に持続可能でない、②労働を妨げている、③機会の平等を確保するものとなっていないとの認識の下、「新たな社会的契約(nouveau contrat social)」の概念に基づき、①富の源泉である労働と雇用を社会政策の中心に据える、②企業と労働者の双方にとって流動性と確実性を両立させる、③責任と連帯の均衡を図る、という3つの原則に立って改革を進めることが示された。その上で、①については週35時間労働制の柔軟化や高齢労働者の就業促進が、②については労働契約や公共雇用サービスの改革が、③については以下のような改革が具体的内容として示されている。

### (a) 医療制度の改革

ア アルツハイマー病やガン対策といった新たなニーズに対応していくため、2008年社会保障予算法案において患者定額負担の引上げを行う。

イ 医師の開業の自由等の医療提供体制、国民連帯の範囲(義務的の制度か補足的の制度)に関する改革を行う。

### (b) 現在は不明確な介護リスクへの対応の原則、構造、財政の確立

### (c) 高齢化への対応

ア 一般の民間被用者、公務員を対象とする制度と比

較して優遇されている公共交通機関の職員等を対象とする特別年金制度の改革を行う。

イ 特別年金制度の改革後、2008年の年金改革に向けて議論を行う。(特別年金制度改革の詳細は定例報告第2章「各国にみる労働施策の概要と最近の動向(フランス)」PP.55～69を参照)

### b 2008年社会保障予算法

フランス政府が2007年9月に公表し、議会での議論を経て12月に成立した2008年社会保障予算法の概要は以下のとおりである<sup>(注10)</sup>。

#### (a) 政府の説明ぶり

ヴォルト予算・公会計・公職大臣は、社会保障会計委員会において、2008年社会保障予算法案のポイントを以下のように説明している。

ア 2008年予算法案は応急の措置であり、長期的な財政均衡に向けた議論を継続する。(長期的な財政均衡に向けた議論として、医療・年金改革のほか、社会保障目的税にも触れている。)

イ (何らの措置も講じない) 自然体からの収支改善措置を強調し、社会保障財政を収支均衡への軌道に戻すものと主張。

ウ 財政均衡に向けた取組みとともに、国庫と社会保障財政の関係の明確化も強調。不毛な議論の収束により、長期的な改革に関する議論に集中できると主張。

#### (b) 社会保障制度の財政収支

2005年以降の一般制度の部門別の財政収支は以下のとおりであり、2007年の財政赤字は2005年と同水準であるが、疾病部門に加え、受給者数の増加により老齢部門の財政が悪化している。

2008年における自然体(何らの措置も講じない場合)からの収支改善措置の内容は以下のとおりである。

#### ア 医療費抑制17億ユーロ

17億ユーロのうち8億ユーロが患者定額負担の引上げ(2008年1月実施)によるものであり、アルツハイマー及びがん対策の向上のために導入すると説明している。具体的には薬剤1処方及び医療補助処置1回に

つき0.5ユーロ、移送1回につき2ユーロの負担であるが、1人当たり年間合計50ユーロが上限とされているほか、低所得者、乳幼児及び妊婦は適用除外とされている。

これ以外の措置の影響額は詳らかではないが、医療関係で掲げられている重要施策は以下のとおりである。

(ア) 患者超過負担の透明性の向上

(イ) 病院における医療活動ベース診療報酬制度(T2A: Tarification à l'activité)<sup>(注11)</sup>の一般化

(ウ) 希望する開業医を対象とする新しい包括払い診療報酬(GHS: Groupe homogène des séjours)<sup>(注12)</sup>の試行(5年間)

〈表2-124〉 社会保障制度(一般制度)の部門別財政収支

(億ユーロ、△マイナス)

	2005年	2006年	2007年	2008年 (自然体)	2008年 (予算案)
疾病	△80	△59	△62	△71	△43
労災	△4	△1	△4	1	3
家族	△13	△9	△5	0	3
老齢	△19	△19	△46	△57	△51
合計	△116	△87	△117	△127	△89

(注) 最終的な2008年予算における財政収支は、疾病部門が△42、老齢部門が△52、合計△88である。

〈表2-125〉(参考) 疾病保険支出国家目標(ONDAM: Objectif national de dépenses d'assurance)<sup>(注13)</sup> 対前年伸び率

(%)

年	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008(p)
開業医	3.7	7.8	7.2	8.0	6.2	4.3	3.1	2.6	4.6	2.4
病院	1.7	3.2	3.6	6.3	5.5	4.5	4.4	3.0	3.3	3.4
社会医療	2.5	5.7	6.3	7.9	9.0	9.3	7.8	6.4	6.7	6.4
総額	2.6	5.6	5.6	7.1	6.4	4.9	4.0	3.1	4.2	3.2

資料出所 CCSS "Les Comptes de la Sécurité Sociale: Résultats 2007. Prévisions 2008" (2008年6月)

#### イ 歳入増加策15.7億ユーロ(社会保障制度全体では19.8億ユーロ)

55～64歳の就業率(2007年平均)は38.3%である(EU15か国(\*)の平均は46.6%(出所: EUROSTAT))。リスボン戦略における2010年の目標は50%であり、高齢者雇用促進措置等を実施する。

(\*) 2004年5月のEU拡大以前の加盟国: ベルギー、フランス、ドイツ、イタリア、ルクセンブルク、オランダ、デンマーク、アイルランド、英国、ギリシャ、ポルトガル、スペイン、オーストリア、フィンランド、スウェーデン

〈表2-126〉歳入増加策による歳入増加見込額(2008年)

	(単位:億ユーロ)	
	社会保障制度全体	一般制度
引退時の企業による補償金からの社会保険料の徴収	3.0	3.0
早期引退に際しての企業からの手当に対する社会保険料負担の引上げ	0.5	0.8
製薬企業の総売上高に対する1%課税措置の延長	1.0	1.0
医薬品卸の総売上高に応じた特別負担	0.5	0.4
労災保険料免除措置の廃止	1.8	1.8
配当に対する社会保障負担の源泉徴収	13.0	8.7
合計	19.8	15.7

### (c) 収支均衡に向けた中期的な取組み

収支均衡に向けた中期的な取組みとして、以下のよう内容が掲げられており、医療及び年金制度の改革が2008年に予定されている。

#### ア 医療関係

2007年9月18日の演説においてサルコジ大統領が明らかにしたように、政府は、国民連帯と自己責任の役割分担を明確にする観点から、医療費の財源調達に関する議論を行う。

#### イ 年金関係

年金の保証に関する委員会は、2003年の年金改革法に規定された2009～2012年にかけて1年に1四半期ずつ一般制度及び公務員制度の保険料納付期間を延長する措置と、平均余命の伸長との整合性について意見を公表した。それによると、2003年に22.39歳だった60歳時点での平均余命が2012年には23.74歳になることが見込まれることから、保険料納付期間の延長措置は妥当であるとされた。

また、年金方針評議会(COR)により作成された中長期的な年金財政の見通しと、年金額の改定に関する会議及び高齢者雇用に関する会議の議論を踏まえ、2008年の年金改革に向けて政府の報告書がとりまとめられた(2007年12月)。それによると、2003年の年金改革後も引退から年金生活への移行について年金制度加入者の姿勢に変化はみられず、期待していたほどの改革の効果は得られていない。政府は世代間の公平さを考慮した持続可能な年金財政、シニア世代の雇用促進、将来の年金生活の設計に関する一人一人の選択の自

由を目指して、さらなる改革に取り組むことを確認した。その後、政労使協議を重ね、シニア世代の雇用促進策が策定され、社会保障の各分野への社会保険料の配分見直し等が検討されている。

- (注1) 「公的病院活動」とは(通常の病院活動に加え)以下の活動に協力することをいう(公衆保健法(Code de la Sante Publique)L6112-1条)。  
 ① 大学と大学卒業後の医学・歯学・薬学系の教育・研究  
 ② 医師の社会人教育  
 ③ 医学・歯学・薬学研究  
 ④ 助産婦、医療補助スタッフの養成、社会人教育、また、こうした医療補助分野の研究  
 ⑤ 予防医学と保健教育に関する活動とそのコーディネート  
 ⑥ 医師と他の医療スタッフが共同でおこなう救急医療活動  
 ⑦ 社会復帰を支援する団体や関係機関と協力して行う社会的排除との戦い
- (注2) 雇用支援契約(CAE):公共職業安定所が失業者個人に合わせた求職活動を提案していく中で、特に長期失業者等の社会参加が難しい者について、一時的に公共部門で雇用することを通じて社会参加を助成する制度。
- (注3) 未来契約(CA):公的機関(地方自治体、公的施設、非営利法人等)が生活保護受給者(最低社会復帰補助(RMI)、特別連帯手当(ASS)、片親手当(API)、成人障害者手当(AAH)の受給者)をパートタイム(週26時間労働、職場により20~26時間)で雇用し、同時に職業訓練を行う雇用助成制度。24か月の有期雇用契約で更新が可能(通算で36か月以内(=3年)とされるが、50歳以上の被用者と障害者に対しては5年を上限とする。また1か月の試用期間を設けることも可能)。身分は賃金労働者で、SMIC(法定最低賃金)の給与が支払われる。
- (注4) 活動最低扶助付き社会復帰契約(CI-RMA):企業が生活保護受給者(RMI, ASS, API, AAH受給者)をフルタイムか週20時間以上のパートタイムで雇用する雇用助成制度。無期雇用契約あるいは6か月以上の有期雇用契約(臨時雇用契約も可能)で、更新が可能(通算で18か月以内)。
- (注5) 資料出所:労働・社会関係・家族・連帯省(Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité) ホームページ。
- (注6) 資料出所:全国自立連帯金庫(CNSA)ホームページ。
- (注7) 資料出所:DREES "Etudes et Recherches no.637"
- (注8) 資料出所:Mémo Social 2008
- (注9) 家族給付における子ども(enfant)とは、20歳未満で、月の収入が月額最低賃金(SMIC)の55%を超えない者をいう。なお2008年7月1日現在の月額SMICは1 321.02ユーロである。
- (注10) CCSS"PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2008" (2007年9月) <http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2007/ccss200709presse.pdf>
- (注11) 医療活動ベース診療報酬制度(T2A)とは、公立病院や非営利法人病院を対象とした診療実績に基づく医療行為グループ別の予算決定方式。従来は診療報酬と包括補助金の二本立てで予算であったものを、T2Aの導入により包括補助金の交付はなくなった。
- (注12) 包括払い診療報酬(GHS)とは、慢性疾患のような一定の疾病の治療行為に対する診断群分類に基づく定額診療報酬制度。
- (注13) 医療費の抑制を図るため、1996年の制度改正により、社会保障の収入と支出の均衡を盛り込んだ社会保障予算法が、国の予算と同様国会の議決対象となり、その中で疾病保険支出国家目標(ONDAM)として疾病保険支出の全国目標額が設定されるようになった(厚生労働省大臣官房国際課『2001~2002年海外情勢報告』P.193)。