

- (注6) 診療事例数が自らの属する専門診療科の平均の150%を超える場合、基準給付量は、150～170%の部分については25%引きの、170%～200%の部分については50%引きの、200%を超える部分については75%引きの診療単価によって算定される。
- (注7) 病院に対する設備投資については、2008年12月に成立した「病院財政改革法」によって、2012年以降、申請による投資から投資評価指数に基づく一括投資へと合理化することとされた。このほか、病院財政改革法においては、①2008年及び2009年における労働協約において合意された賃金上昇の50%分を疾病金庫が負担すること、②17,000の新たな看護・介護職員の雇用創出プログラムを実施し、費用の90%を疾病金庫が負担すること等が定められている。
- (注8) 「部分施設介護」とは、日中又は夜間に、介護施設において一時的に要介護者を預かる給付（いわゆるデイケア・ナイトケア）、「代替介護」とは、自分の介護者が休暇や病気で一時的にいない場合に、代わりの介護者を雇うための費用である。
- (注9) ドイツでは、1924年に専門医制度が発足し、専門医と一般医が確立された。医師免許をすると一般医として開業できるようになっていたが、70年代に「家庭医」としての研修を義務づけ、それを修了しないと保険医として認めないようになった。1994年以降は、家庭医の専門医資格として、一般医学専門医 (Allgemeinmedizin) という資格が確立されている。現在では、一般医学専門医、家庭医供給に参加する内科医、小児科医等が家庭医として活動している。
- (注10) 児童手当は、毎月支給されるが、暦年終了後、所得税の査定に当たり、所得控除の方が児童手当よりも有利である場合には、所得控除が適用されるとともに、児童手当が精算される。具体的には、2009年においては、養育児童が一人の場合、夫婦で年収約67,000ユーロ以上、片親で年収35,000ユーロ以上であれば、所得控除の方が有利になる。
- (注11) 従前の手取り賃金が1,000ユーロ未満である場合には、当該下回る額2ユーロにつき、0.1%が加算される。また、従前より就労していない者を含め、下限は月額300ユーロとなっている。
- (注12) つまり、両親の間で14か月を分割するということである。両親が同時に両親手当を受給することも可能であるが、その場合には重複する期間はダブルカウントされることになる。
- (注13) 現行の法律にもマイナス改定を防ぐための「保護条項 (Schutzklausel)」が存在しているが、これは「リースター係数及び持続性係数による調整は、結果として年金給付額の引下げにつながる場合には、適用されない」というものであり、今般検討されている改正は、たとえ平均賃金が下落した場合でも年金給付額の引下げは行わないことを保障するために保護条項の適用範囲を拡大するもの。なお、この措置によって不足する財源は、後の各年の年金改定における増額幅の半減によって調整されることとなる。
- (注14) 再建拠出金については、2007年及び2008年における措置であり、2009年以降は適用されていない。
- (注15) 1月の報告書においては要介護状態の概念の見直しに関する全体的な枠組みが報告され、5月の報告書においては改革が及ぼす財政影響の試算が報告された。
- (注16) この措置のために2013年までに必要な財源は合計120億ユーロであり、そのうち連邦が40億ユーロを、各州が残りを負担する。また、40億ユーロの内訳は、21.5億ユーロが投資コストであり、18.5億ユーロが運営コストである。

フランス

1 社会保障制度の概要

フランスの社会保障制度は、大きく社会保険制度 (assurance sociale) と社会扶助制度 (aide sociale) に分けられる。

社会保険制度は、保険料によってまかなわれる制度であり、疾病保険 (assurance maladie) (医療)、老齢保険 (assurance vieillesse) (年金)、家族手当等に分かれている。また、職域に応じて多数に分立し複雑な制度となっているが、その中で加入者数が多く代表的なものが、民間の給与所得者を対象とする一般制度である (表2-104)。制度の分立に伴う各制度間の人口構成上の不均衡を是正するため、1975年以来、疾病保険、老齢保険及び家族手当について全制度を通じた財政調整が実施されている。社会保険は、戦後、制度の一般化という形で適用の拡大が図られてきた。

他方、社会扶助制度は、社会保険制度の給付を受け

ない障害者、高齢者、児童などの救済を目的とする補足的な制度であり、高齢者扶助、障害者扶助などにより構成されている。社会扶助は租税を財源としているため、給付を受けるには所得が一定額以下であることが条件となる。

なお、社会保険制度は保険料で運営するのが原則であり、保険料負担は労使で分担するが、使用者負担の割合が非常に大きい (表2-105)。従来、国庫負担は赤字補填に限定されていたが、1991年から導入された一般社会拠出金 (CSG) をきっかけに社会保障の国庫負担が増大した。CSGの拠出率は、当初1.1%で家族手当金庫の財源として充当されていたが、現在の税率は一部の所得を除き7.5%であり、1.1%分が家族手当金庫、1.05%分が老齢連帯基金、5.25%分が疾病金庫の財源として充当されている。このほか、1996年からは社会保障の累積赤字 (特に疾病保険 (医療) 部門)

〈表2-104〉 フランスの社会保障制度の運営組織

	一般制度 (民間被用者を対象)	公務員制度・特別制度 (公務員等が対象)	非被用者制度 (自営業者等を対象)	農業制度	
給付 事務 運営 ・ 担 当 機 関	保険料徴収 機関	社会保障機関中央資金管理 事務所(ACOSS)			各給付機関が徴収
	家族手当	全国家族手当金庫(CNAF)	全国家族手当金庫(CNAF) または使用者(ex.国)	全国家族手当金庫(CNAF)	農業社会共済(MSA)
	障害者手当 在宅手当				
	疾病保険 疾病 出産 障害、死亡 労働災害 職業病	全国被用者疾病保険金庫 (CNAMTS)	国家・地方公務員、国鉄、パ リ市交通公社などの職域特別 制度運営機関	自営業者社会制度(RSI)	農業社会共済(MSA)
	老齢保険 基礎年金 補足年金	全国老齢保険金庫(CNAV) 補足年金制度連合 (ARRCO)	国家・地方公務員、国鉄、パ リ市交通公社などの職域特別 制度運営機関	自営業者社会制度(RSI) 全国自由業者老齢保険金庫(CNAVPL) 弁護士全国金庫(CNBF)	農業社会共済(MSA)

返済を目的として、当初13年間限定であったが現在では無期限となった社会保障負債返済拠出金(CRDS)の0.5%が加わった。これらの拠出金は、免税対象者(最低賃金(SMIC)(最低賃金制度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)」P165~176を参照)の1.3倍までの所得の者)及び年金生活者にも課税されるのが特徴である。

〈表2-105〉 フランスの社会保障における保険料の負担割合

保険等種類	使用者負担	被用者負担	拠出算定基準
疾病保険 (疾病、出産、障害、 死亡、連帯)	13.1%	0.75%	給与全額
家族手当	5.4%	なし	給与全額
労災保険	事業所毎変動率	なし	給与全額
老齢保険 (年金基礎制度)	8.3%	6.65%	上限報酬限度年額 34,308ユーロまでの報 酬を対象所得とする
	1.6%	0.1% (遺族手当充当分)	給与全額
住宅支援基金 (FNAL: Fonds national d'aide an logement)へ の拠出	0.4%	なし	従業員20名以上の企業 について、給与全額を対 象所得とする
	0.1%	なし	全企業について、上限報 酬限度年額34,308ユー ロまでの報酬を対象所 得とする

資料出所 社会保障・家族手当保険料徴収連合(URSSAF)ホームページ
 全国老齢保険金庫(CNAV)ホームページ
 (注1) 2009年1月1日現在
 (注2) 上限報酬限度月額額は2,859(=年額÷12)ユーロ

2 社会保険制度等

(1) 制度の概要

フランスでは、国の社会保険制度整備以前から存在してきた職域ごとの相互扶助組合や社会事業等を、国の社会保障に組み込む形で制度が形成されてきた。そうした経緯もあり、老齢保険(年金)と疾病保険(医療)がそれぞれ別々の制度であるというだけでなく、年金、医療ともに種々の制度が分立し、金庫(caisse)と呼ばれる管理運営機構が運営を行っている。ただし、国民の大多数はいずれかの老齢保険制度及び疾病保険制度によってカバーされている。

なお、介護保険制度はないが、これに相当するものとして高齢者自助手当(APA)(5(2)c参照)がある。

(2) 老齢保険(年金)制度

a 制度の類型

フランスの年金制度は、法定基礎制度として一階建てで強制加入の職域年金が多数分立している。ただし無業者は任意加入となっているので国民皆年金とはなっていない。

各職域年金の管理運営機構として金庫(caisse)が設置され、利害関係者から構成される理事会がその運営に当たっている。法定基礎制度として最も代表的な制度が「一般制度」であり、その管理運営機構が全国老齢保険金庫(CNAV)である。法定基礎制度は我が国の厚生年金に相当し、すべて社会保険方式である。

また、法定基礎制度の支給水準の低さを補うために補足年金制度がある。元来は労働協約に基づく私的な制度であったが、現在では強制適用されて、これも我が国の厚生年金制度に相当する重要な役割を果たしている。

b 一般制度の概要

財源は、労使拠出の保険料で、報酬全体を対象に使用者が1.6%、被用者が遺族手当充当分として0.1%の保険料を負担し、さらに、報酬限度額までを対象に使用者が8.3%、被用者が6.65%を負担する(2009年1月1日現在)。

支給開始年齢は、かつて65歳だったが、1983年に60歳に引き下げられた。満額年金を受給するためには、拠出期間が160四半期に達しているという条件を満たしている必要がある。したがって、この条件を満たすために60歳時点で年金の受給を開始しない場合も多い。

給付内容は、満額年金であれば、従前賃金のうち最も高い25年間の平均賃金の50%となっている。補足年金を受給する者も多く、両者を加えると従前賃金の5～8割の水準になる。

c 補足年金制度

フランスにはこのほか、労働協約に基づいて管理職員と一般労働者で異なる2つの補足年金制度がある。一般労働者向けの制度は1998年までは46の制度が分立していたが、1999年から1つの制度に統合された。労働協約の拡張制度(労働協約の当事者たる使用者と労働組合(及びその組合員)以外にも労働協約で定めたことを広く一般に適用する制度)により農業者等にも広く強制適用されている。この2つの補足年金制度の管理運営機構として、補足年金制度連合(ARRCO)及び管理職年金制度総連合(AGIRC)が設立されている。

(3) 疾病(医療)保険制度等

フランスの疾病(医療)保険制度は、法定制度として職域ごとに強制加入の多数の制度があり、各職域保険の管理運営機構として金庫(caisse)が設置されている。具体的には、被用者制度(一般制度、国家公務員制度、

地方公務員制度、特別制度(パリ市交通公社、船員等)、非被用者制度(自営業者)等の様々な制度があるが、このうち一般制度に国民の80%が加入している。これら強制適用の各制度の対象とならないフランスに常住するフランス人及び外国人は、2000年1月1日から実施された普遍的医療カバレッジ(給付)制度(CMU: couverture maladie universelle)の対象となる。現在、国民の99%が保険でカバーされている。このほか任意加入の制度として、共済組合や相互扶助組合等の補足制度がある。一方、フランスには、我が国の国民健康保険のような地域保険がないため、退職後も就労時に加入していた職域保険に加入し続けることになる。

一般制度については、全国被用者疾病保険金庫(CNAMTS)が管理運営を行っている。

財源の多くは労使拠出の保険料で、報酬全体を対象に被用者が0.75%、使用者が13.1%の保険料を負担する。このほか、被用者負担の一般社会拠出金(CSG)、国庫補助、目的税(タバコ、酒等)の税収等の財源も重要となっている。

給付内容については、償還払いが基本であるが、入院等の場合には直接医療機関に支払われる。償還率は医療行為により異なるが、外来の場合は70%(通常の医薬品は65%)が原則である。また、医療保険の償還の対象とならない定額の負担金が、診療(毎回1ユーロ)、入院(日額16ユーロ)や薬剤(一箱0.5ユーロ)といった区分ごとに設定されている。ただし、多くの場合、自己負担分は共済組合や相互扶助組合等によりカバーされており、これらによってカバーされない部分が最終的な自己負担になる。

3 公衆衛生施策

(1) 保健医療行政機関

保健医療行政は中央集権的な仕組みで、中央の責任官庁である保健・スポーツ省が出先機関として、各州(Region: 全国に22州(海外領土は除く))に州保健福祉局(DRASS)、各県(Departement: 全国に95県(海外領土は除く))に県保健福祉局(DDASS)を設置している。

(2) 医療施設

医療施設としては、公立病院、民間非営利病院(社団、財団、宗教法人)、民間営利病院(個人、会社組織)、診療所(個人)がある。公的病院活動^(注1)に参加し、公的病院と同様の役割を果たす民間非営利病院については、医療費の支払い、施設整備の補助金等の取扱いについても公的病院と同様の取扱いとなる。病院の施設数・病床数については、2007年末において、公立病院が972施設、283,648床、民間病院が1,800施設、153,890床となっている。

(3) 医療従事者

医師については国家試験がなく、大学卒業資格である医学国家博士号の取得により医師の資格を得る。現役の医師の数は開業医122,103人、勤務医86,088人の合計208,191人(2007年)であり、人口当たり医師数は過去最高の水準となっているが、将来的には医師不足が見込まれ、近年は医学生数の枠を増加させる措置を講じている。また、人口当たり医師数には地域格差が大きいという問題もある。医師の職業団体としては、全員強制加入の医師会と、職種又は政治的主張ごとに組織される医師組合があり、代表的な医師組合としてはフランス医師組合連合会(CSMF)とフランス医師連盟(FMF)がある。

4 公的扶助制度**(1) 制度の類型**

フランスでは、数多くの困窮者救済策が国民連帯の思想に基づき発展してきた(表2-106)。このうち、重要なものとしては活動連帯扶助(RSA)(従来の最低社会復帰扶助(RMI)及び片親手当(API)を再編して2009年6月から実施)及び成人障害者手当(AAH)がある。なお、社会扶助の原則として、受給者の死後相続額が一定額を超える場合には、給付の回収が行われる。

〈表2-106〉 フランスの社会扶助給付受給者数

	(人)	
	2006年	2007年
社会復帰手当 AI	23,472	22,012
寡婦手当 AV	6,250	5,399
障害者補足手当 ASI	101,548	101,029
片親手当 API	217,452	205,380
成人障害者手当 AAH	803,963	813,150
高齢者補足手当 ASV 及び 高齢者連帯手当 ASPA	598,541	586,733
最低社会復帰扶助 RMI	1,278,753	1,172,113
特別連帯手当 ASS	393,175	347,888
年金相当給付 AER	59,965	68,534
合計	3,494,110	3,334,280

(2) 活動連帯扶助(RSA:Revenu de solidarité active)

2009年6月から、従来、最低社会復帰扶助(RMI)及び片親手当(API)その他に分かれ、複雑になっていた社会復帰希望者に対する支援を一本にまとめるとともに、こうした従来の扶助の対象となっていない低所得労働者にも補足的な給付を支給する活動連帯扶助(RSA)が実施されている。RSAは国と県の協力により実施され、対象者に対する支払は、従来のRMIと同様に家族手当金庫(CAF:Caisses d'Allocations familiales)及び農業社会共済(MSA:Mutualité Sociale Agricole)により行われる。

対象者は原則として25歳以上の者で、300万世帯以上が対象となると見込まれている。支給額は、家族と労働収入の状況により異なるが、従来のRMIにおいては労働による収入額はRMI支給額から控除されていたのに対し、労働活動を促進するため、労働収入が増加した場合に、RSAの支給額を含めた家計の全体収入が漸増するように設定されている。

(3) 高齢者連帯手当(ASPA:Allocation de solidarité aux personnes âgées)

非拠出制の老齢給付(一般制度)の基礎手当(どの老齢保険制度にも加入していない人を対象とする非拠出制年金)には、老齢被用者手当(AVTS:Allocation aux vieux travailleurs salariés)、配偶者と離別した多子母親老齢手当(AMF:Allocation aux mères de famille)、老齢被用者配偶者終身手当(secours viager)、老齢最

低保障手当 (minimum vieillesse)、老齢特別手当 (ASV : Allocation spéciale de vieillesse) があつたが、2007年1月に高齢者連帯手当 (ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées) に一本化された (以前からの受給者は旧制度の手当を継続)。ASPAの支給額は世帯構成人数、所得により変動する。

(4) 年金相当給付 (AER: Allocation équivalent retraite)

60歳未満で、160四半期の満額年金受給のための拠出期間を拠出し終えた失業者については、年金受給開始年齢 (60歳) までの間、年金相当給付 (AER) を受給することができる (2002年創設)。受給額は年金額と同等とされる。

5 社会福祉施策

(1) 社会福祉施策全般

社会福祉施策は、フランスでは社会扶助制度の枠組みで行われ、各県において、県議会議長の指揮下にある県社会活動局と、国の出先機関である県保健福祉局 (DDASS) が相互に連携を取りつつ施策を実施している。主に、租税を財源としており、給付については原則として所得制限がある。

(2) 高齢者保健福祉施策

a 在宅サービス

在宅サービスとして、地域社会福祉センター (CCAS) を経由したホームヘルプサービス等が行われている。財源は、社会保険の金庫、利用者負担等様々である。具体的には、余暇クラブの設立、高齢者レストランの設置、在宅介護サービスの提供等が行われている。近年は在宅介護の充実が課題となっており、各年金金庫、県及び市町村では、後述の高齢者自助手当 (APA) の対象とならない高齢者を対象に、家事援助サービスを中心として、食事宅配サービスやデイケアセンター、リハビリ老人クラブ、高齢者移送サービス等のサービスを行っている。

b 施設サービス

施設サービスとしては、2007年1月1日現在、老人

ホーム (Maison de retraite : 453,599床)、集合住宅 (Logement-foyer : 150,797床) 及び長期医療ケア病床 (Service de soins de longue durée : 68,378床) の整備が図られている。近年は、施設に併設される、認知症老人のためのグループホーム (Cantou) が増加してきている。

c 高齢者自助手当 (APA)

高齢者介護のための制度である高齢者自助手当 (APA : Allocation personnalisée d'autonomie) は、1997年に創設された介護給付 (PSD : Prestation spécifique dépendance) を、2002年に改正したものである。

支給対象は、60歳以上のフランス人及びフランスに合法的に長期在住する外国人で、日常活動に支障のある者であり、2008年末現在で、111.5万人が受給している。

財源は、介護手当負担金 (CSA : Contribution solidarité autonomie)、国庫負担金 (一般社会拠出金 (CSG))、年金保険 (全国老齢保険金庫 (CNAV) 等) の分担金である。なお、介護手当負担金 (CSA) は、2004年7月に導入されたもので、使用者が支払賃金の0.3%を負担する。

制度の運営は全国自立連帯基金 (CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) が行っている (2004年7月1日設立)。

要介護度認定は、①在宅サービスの場合、医師とソーシャル・ワーカーからなるチームが申請者の家庭を訪問し、申請者及びその家族の話合いにより援助プランを作成しつつ、申請者の介護ニーズを把握し、6段階からなる要介護状態区分 (要介護度1が最重度、給付は要介護度1～4のみ) への認定について、県の専門医を含む社会医療チームからの報告に基づき、県議会議長を長とする委員会が審査・提案し、県議会議長が決定する。②施設サービスにおいては、介護ニーズの把握は、医師の責任において施設によって行われる。

給付内容は、①在宅サービスの場合はサービス経費から利用者負担額を差し引いたものとなり、給付の対象となるサービス経費の上限額は、2008年1月1日現在で最重度の要介護度1が月1,208.94ユーロ、要介護度2が1036.19ユーロ、要介護度3が777.32ユーロ、

要介護度4が518.55ユーロとなっている^(注2)。②施設サービスの場合は、サービス経費は要介護度ごとに設定されており、また利用者負担額は所得や要介護度によらない定額部分と所得及び要介護度に応じた定額によって構成される。

給付の対象となる在宅サービスは、家事援助、食事の介助、夜間の見回りサービス等である。施設サービスについては、医療経費及び宿泊滞在経費を除いた介護経費のみが給付の対象となる。2008年末で受給者の62%が在宅、38%が施設となっている。

なお、個々の申請者のニーズに応じて、家事援助、食事の介助、夜間の見回りサービス、介護器具購入費、住宅改修経費など、幅広いサービスが給付の対象となる。介護サービスは原則として認可を受けた事業者又はホームヘルパーから受ける必要があり、無認可のホームヘルパーを雇う場合は利用者負担が1割加算される。配偶者や同居家族等によるサービスは給付対象とならない。給付は毎月行われるのが原則である。高額な介護器具を購入する場合や住宅改修を行う場合は、介護ニーズを把握するチームの報告に基づき、複数月分の給付の一括給付も可能である。ただし1年につき4か月分が限度である。

d 介護休暇制度

2006年7月3日の全国家族会議(Conference nationale de la Famille)において、ド・ビルパン首相は家族介護休暇制度を導入する方針を打ち出した。この措置は2007年度の社会保障予算案に盛り込まれ、2007年1月1日から施行された。これにより、高齢の家族を介護するために休暇を取得するあるいは労働時間を短縮することが認められるようになった。

休暇取得の条件は勤続年数1年以上の者とされ、休暇の期間は3か月であるが最長で合計1年まで延長することができる。使用者は同休暇の申請を拒否することができず、復職後は従前と同一ポストあるいは同等とみなされるポストが保障される。なお、使用者に休暇中の給与支払い義務はなく、同休暇に関連する手当もない。ただし、休暇中の年金積み立てや疾病保険料納付は国により肩代わりされ、その連続性が確保される。

(3) 障害者福祉施策

障害者福祉施策の実施主体は、国、県、社会保障金庫等である。サービスの内容としては、①施設入所福祉サービスとして、児童向けに知的障害児施設、運動障害児施設、重度障害児施設、再教育施設などがあり、成人障害者向けに障害者居住施設、障害者生活寮、重度障害者成人寮などがある。②在宅サービスとして、障害児教育のための地域支援センターの設置、各県の進路・職業委員会による職業指導等が行われている。全体としてなるべく普通の生活をするのが推奨されており、施設に対する需要は軽度障害者に対するものが減少し、重度障害者に対するものが増加している。

(4) 児童健全育成施策

a 出産時の手当

出産休暇を取得する女性に、疾病保険から休暇前日給(税・社会保険料込み賃金)の100%が支給される(出産休暇手当)。

b 児童に関する手当

児童関係の給付としては、家族給付がある。家族給付は、大きく分けると、社会保険制度の一つとしての家族・出産保険(全国家族手当金庫(CNAF)の所轄)と同保険に加入していない者又は適用されない貧困者を対象とする社会扶助制度とがある。

我が国の児童手当に類似する給付として、子供^(注3)が2人以上いる家庭に家族手当が支給される。所得要件はなく、子供が2人の場合は月額で123.92ユーロ、3人の場合は282.70ユーロ(以降1人につき158.78ユーロ加算)が20歳になるまで支給される。また14歳~20歳までの児童には月額61.96ユーロが加算される(ただし、子供が2人以下の場合にその年長子には加算措置は適用されない)。

このほか、2003年の全国家族会議において乳幼児迎え入れ手当(PAJE: Prestation d'Accueil du Jeune Enfant)の導入が公表され、2004年1月1日以降に出生した子供から適用されている。PAJEは出産先行手当、基礎手当、補助手当(保育費用補助又は賃金補助のいずれかを保育方法により決定)から成る。出産先行手当及び基礎手当は支給対象に所得上限が設けられて

いるが、補助手当には所得上限はない。補助手当のうち保育費用補助は認定保育ママ等に子供を預けて働く親に支給され、賃金補助は自らの労働時間を削減して育児をする親に支給される(c 育児休暇制度 参照)。

c 育児休暇制度

3歳未満の子供を持つ親が取得できる。1～3年間休職するか、パートタイム労働に移行できる。休暇中は、第1子が生まれた場合には最長6か月、子供が2人以上いる場合には対象となる子供が3歳になる前の月まで、出生順位に関わらず同額の(乳幼児迎え入れ手当の補助手当のうち)賃金補助が受けられる。

2005年9月22日の全国家族会議において、ド・ビルパン首相は育児休暇制度を改正する方針を打ち出した。これにより、第3子に係る育児休暇について、期間を1年に短縮する代わりに、(乳幼児迎え入れ手当の補助手当のうち)賃金補助を月額524ユーロから750ユーロに引き上げる選択肢が設けられることとなった(2006年7月1日以降に出生(又は養子縁組)した第3子から実施。なお2009年現在は月額552.11ユーロから789.54ユーロに引き上げる選択肢)。

d 児童健全育成施策

保育サービスには大きく分けて、託児所によるものと、個人によるものがある。

託児所は主に3歳未満の子供を預かる施設で、集団託児所、ファミリー託児所、親が組織するペアレント保育所など様々な形態が認められている。利用者負担は、所得や扶養家族数によって異なる。

認定保育ママは、家族・社会扶助法典に基づき、職業教育の後、県の管轄下の母子保護センターが認定する。個人としての認定保育ママによるサービスについては、料金や時間帯について利用者と認定保育ママとの間で自由に取り決めを行うことができる。乳児迎え入れ手当(PAJE)の補助手当のなかの保育費用補助として、認定保育ママ等を雇用して6歳未満の子供を1人以上預けながら働いている親に手当が支給される。

6 近年の動き・課題・今後の展望等

(1) 年金関係

年金制度については、ベビーブーム世代が60歳に到達する2005年頃から年金受給者の急増が見込まれることから、将来における保険料や給付の水準、支給開始年齢、早期退職を促進する各種施策の見直し等の議論が不可避な状況となっていた。これまで民間年金制度に比べて優遇されてきた公務員年金制度を改革しなければ、今後20年以内に制度が破綻するとの危機感があり、政府は2003年初頭より年金改革に本格的に着手した。2003年7月、①公務員の満額年金受給資格取得のための保険料拠出期間を現在の37.5年から2008年までに民間と同じ40年に延長する、②満期加入の低所得者に対する年金給付の最低保障額を最低賃金(SMIC)の85%とする、③14～16歳から就労を開始した者は、満期加入であれば、60歳前の早期退職を認める、等を主な内容とする年金改革法が成立した。

なお、日仏間の就労者の移動を促進するため、保険料の二重払いを避ける日仏社会保障協定の締結に向けた交渉が続けられてきたところであり、2005年2月に両国間にて署名され、2007年6月1日から発効した。

(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。

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) 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た。

(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。

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^(註4)。

(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た。

ア 2008年予算法案は応急的措置であり、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

〈表2-107〉 社会保障制度(一般制度)の部門別財政収支(2008年予算案)

(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
老齡	△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、老齡部門が△52、合計△88である。

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)^(注5)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)^(注6)の試行(5年間)

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。

〈表2-108〉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 2009年社会保障予算法

フランス政府が2008年9月に公表し、議会での議論を経て12月に成立した2009年社会保障予算法の概要は以下のとおりである^(注7)。

(a) 政府の説明ぶり

ヴォルト予算担当長官は、2009年社会保障予算法案のポイントとして以下の二つの目標と一つの原則を

挙げた。

目標①: 医療保険財政の再建に向けた取組みを継続し、一般制度の財政均衡を2012年に達成する。

目標②: 経済危機の中、家計に負担を課さず、企業に対し新たな負担は極力課さない。家計購買力を圧迫するいかなる措置も採らず、低額な年金を改善する。

行動原則: 各自がそれぞれ「責任」を果たし、赤字解消に向けた努力を共有する。

(b) 社会保障制度の財政収支

〈表2-109〉社会保障制度(一般制度)の部門別財政収支(2009年予算案)

(億ユーロ、△マイナス)

	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年 (自然体)	2009年 (予算案)
疾病	△80	△59	△46	△40	△76	△34
労災	△4	△1	△5	4	4	0
家族	△13	△9	2	4	3	△2
老齢	△19	△19	△46	△57	△80	△50
合計	△116	△87	△95	△89	△150	△86

(注) 最終的な2009年予算における財政収支は、2008年秋の金融危機の影響により、疾病部門が△46、労災部門が1、家族部門が△5、老齢部門が△53で合計△105である。なお、2009年6月に公表された社会保障会計委員会の報告によれば、財政収支は更に悪化し、△201となる見込みである。

(c) 概要

ア 経済情勢の悪化に関わらず、2008年は目標堅持、2009年は財政再建を強化

・2009年は自然体と比して64億ユーロの財政赤字削減努力。2012年に財政収支均衡の見通し(その後の2008年秋の金融危機の影響により、財政収支の見込みについては大幅に修正している)。

イ 累積債務の会計処理の適正化及びFFIPSA問題の処理

- ・一般制度及びFSV(老齢連帯基金)の累積債務270億ユーロをCADES(社会保障債務返済金庫)に移管。これにより一般制度の金利負担10億ユーロを節減。
- ・FFIPSA(農業経営者社会保護融資基金)の累積債務75億ユーロを国が承継。

ウ 支出の抑制と効率化

- ・現実的なONDAM(医療費目標率)を設定(3.3%)しつつ、医療保険財政の再建を継続。開業医及び病院費用を抑制(3.1%)しつつ、社会医療施設費用は6.3%とし、高齢者及び障害者施策を充実^(注8)。
- ・低額年金者の年金改善及び高齢者雇用促進の取組み強化^(注9)。
- ・優先分野への対応(保育サービスの拡充など)及び不正行為対策の強化。

エ 歳入確保と総合的(個別制度を超えた)対応

- ・年金の児童加算に要する費用(家族手当金庫と老齢連帯基金で負担)に関し、家族手当金庫負担分を増額(2011年には全額家族手当金庫で負担予定)。
- ・年金保険料を0.3%引き上げ(18億ユーロ)、その分失業保険料を引き下げ。
- ・社会保険料減免制度の定期的評価等。
- ・現在は事業主負担医療保険料の算定基礎に入っていない従業員利益分配等に対する2%の拠出金の導入(4億ユーロ)。
- ・医療保険補足制度の売上高に応じた課税の強化(税率2.5%→5.9% 10億ユーロ)

(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) 資料出所:DREES "Etudes et Recherches no.690"

(注3) 家族給付における子供(enfant)とは、20歳未満で、月の収入が月額最低賃金(SMIC)の55%(819.82ユーロ)を超えない者をいう。

(注4) <http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2008/lfss2008.htm>

(注5) 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6) 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7) <http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lfss/lfss2009/lfss2009.htm>

(注8) 医療政策について、①歳入確保のため、医療保険補足制度に対する課税を強化しつつ、診療報酬に関する協約の交渉について補足制度の関与を強化、②医療費抑制としては、医療提供者と被保険者に対し、医学的な正当性が疑わしいケアの変更を働きかけ、③また、医療機関のガバナンスと医療機関間の連携の改革に関する法案を国会に提出(2009年6月に「病院・患者・保健・地域法」が国会で成立)。

(注9) このほか、年金については、2003年年金改革法の適用を確認し、満額年金の受給に必要な加入期間について、2012年1月から41年間となるよう毎年四半期ずつ延長する。

〈表2-110〉社会保障制度(一般制度)の財政再建策の効果(2009年予算案)

(億ユーロ、△マイナス)

	2009年 (自然体)	累積債務処 理による金 利負担軽減	支出関 連措置	歳入 確保	移転	2009年 (予算案)
疾病	△76	4	22	14	3	△34
労災	4	0	△1	0	△3	0
家族	3	0	△1	0	△5	△2
老齢	△80	7	0	0	22	△50
合計	△150	11	20	14	17	△86