九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

フランスの補足的医療保険（二）：社会保障と私保険の狭間で

笠木，映里
九州大学大学院法学研究院：准教授

https://doi.org/10.15017/19928

出版情報：法政研究. 78 (1), pp.1-47, 2011-07-29. 九州大学法政学会
バージョン：
権利関係：

論説

フランスの補足的医療保険（二）

――社会保障と私保険の狭間で――

笠木映里

序　本稿の問題意識と検討対象
第一編　補足的医療保険―現状と発展の歴史
　第一章　補足的医療保険
　第二章　発展の歴史
第二編　補足的医療保険をめぐる法制度の展開（一九四六～）
　第一章　社会保障制度の創設と補足的医療保険の誕生（以上前号）
　第二章　補足的医療保険に関する体系的な法規制の試み
　第三章　欧州保険市場統合の影響
　第四章　デュアル・システムの制度化（以上本号）

第五章　デュアル・システムと医療費抑制政策
第六章　被用者の補足的医療保険と「ポータビリティ」
第三編　総括

第二編　補足的医療保険をめぐる法制度の展開（一九四六〜）

第二章　補足的医療保険に関する体系的な法規制の試み

第一節　はじめに

本章では、一九八〇年代にはじまる、補足的医療保険に関する一般的・体系的な法規制・法改正の試みを扱う。

第一編でも触れた通り、現在に至るまで、補足的医療保険について、あらゆる保険者に共通して適用される法典は存在しない。現行法上、補足的医療保険契約およびこれを管理運営する保険者には、保険者の種類に従って、共済法典（共済組合）、社会保障法典（労使共済制度）、保険法典（保険会社）が適用される（後述の通り、一九四六年の社会保障制度創設後、一九八九年の法改正に至るまでの間、保険会社は法律上はこの分野から除外されていたので、当時は社会保障法典と共済法典のみがこの分野を規律していた）。社会保障制度創設後四〇年近くが経過した一九八〇年代半ばまで、この分野について特筆すべき大きな法改正等は行われず、各種保険者に適用される法規制は相互に整理されないままであった。

一九八五年の共済法典改正にはじまる一連の試みは、直接には、①被保険者の保護と、②複数の法典にまたがる関連

する規定の調和・整備をはかることを目的とするものであるが、[1]その目的あるいは動機の観点から、大きく二つのグループに分けることができると思われる。すなわち、主としてフランス国内法独自の問題意識に基づいて行われた法改正と、ＥＵ法との整合性を達成するために行われた法改正であり、両者は議論の内容や方向性の点で異なっている（ただし、前者の法改正も、後者の関心を見すえながら行われている場合もある）。[2]そこで、本稿では、これらの二つの種類の法改正について、本章と次章に分けて、検討を加える。本章の検討対象は、一九八五年の共済法典改正と、補足的医療保険全体に関わる一九八九年のいわゆるEvin法の制定である。[3]

第二節　共済法典改正（一九八五年）

(1)　社会保障制度創設時の一九四五年一〇月一九日オルドナンス（→第二編第一章第三節）以降、共済（現行法上の共済組合（mutuelles）の前身となっている各種の組織をあわせ、「共済」と呼称している。第一編参照）は、補足的医療保険の提供主体という新しい役割を中心として、発展を遂げてきた（一九八五年当時の加入者数は約二五〇〇万人）。[4]その間、約四〇年にわたって、共済を規制する法的枠組は手つかずのままであり、一九八〇年代初頭になって、法改正の必要性が認識されるに至る。上記の一九四五年オルドナンスは一八八九年の共済憲章（→第一編第二章第二節）を原型としたもので、共済の自由な地位を認める一方で、依然として共済に対する警戒・不信を基本的なスタンスとしていた。そのため、強い行政的コントロールなど、共済の自由な活動を妨げる側面があることが特に問題視された。[5]

当時の共済の活動内容を、立法当時の議論を基礎として概観しておこう。[6]医療保険財政の逼迫の中で、社会保障基礎制度がカバーしない費用を支える主体として、共済は徐々に重要性を増すに至っていた。入院時の日額負担金、医学的効果が明確でなく、社会保障制度による償還率が低い医薬品（medicaments de ‘confort’）を購入した場合の自己負担、社会保障制度により償還されない病院外での診察に対する報酬、協約料金を超える報酬請求が許される場合の当該報酬

部分、などが給付対象の典型的な例であった。さらに、基礎制度がそもそも関与しない、休業・労働停止時の賃金補助等も行われていた。また、共済はもともと個人加入を原則とするが、当時、集団契約への参入も見られるようになっていた。

このような中心的な活動以外に、共済は、政治的な観点から、社会保障制度の擁護を目指し、ひいては社会保障制度のパートナーとしての役割をも担うに至っている。このことを反映して、当時の（現在においても）共済は、上記の通り社会保障制度の自己負担部分を引き受ける組織として機能している一方で、自己負担の引き上げに最も強く反対する政治的勢力でもあった。

また、既に言及した通り（→第二編第一章）、全国教育一般共済（Mutuelle Générale de l'Education Nationale, MGEN）など一部の共済は、一九四七年以降、社会保障基礎制度の管理運営を一部代行して担当しており、一九八二年以降、共済の全国レベルの連盟であるフランス共済全国連盟（Fédération Nationale de la Mutualité Française, FNMF）の代表者は、全国医療保険金庫の理事会等、各種の社会保険金庫の意思決定に参加している。このような、法律により与えられたいわば公的ともいえる役割は、共済の特殊な性格を反映するものといえるだろう。

最後に、共済は、自主的な活動として、広範囲にわたる公衆衛生活動・社会活動に関与していた。病院や高齢者・障害者向けの施設の運営、加入者への無利子貸し付け、疾病予防のための試みなどがその例である。

(2)　法改正へ向けた作業は一九八二年に開始された。[7] 改正に向けて、共済の活動の根本的な原則として、以下の三点が改めて確認された。①自由（加入の自由、給付内容決定の自由、社会活動の創設・実施の自由）、②民主的責任（総会を通じて組合員全員が管理の責任を負うこと、社会活動につき組織として独自の方針を決定する責任）、③人間のための（加入者・市民のための）組織管理・運営（非営利性、選挙により選ばれた理事等の無報酬）。

このように、立法に際しては、共済の特別な性格と、独自の法的枠組を維持することの必要性がまず確認された。こ

の改正を契機として共済を組合法（Droit des associations）あるいは保険法典の適用下に再編することも技術的には可能であったが、上記のような議論をふまえて、共済に特有の法典をおくという従来の枠組みが維持されたのである。

(3) 新しい共済法典による重要な変化は、以下の三点にまとめることができる。[8] すなわち、①共済に特有の価値・使命が法令上認知されたこと、②共済の活動の自由度の強化（行政的なコントロールの緩和）、③会計上・運営上のルールの厳格化による責任の明確化である。以下、①～③の具体的な内容を概観する。

まず、①共済的価値が法令上認知されたことのあらわれとして、共済に関わる名称の利用制限を挙げることができる。すなわち、この改正により、共済法典の適用を受ける非営利組織の名称が「共済組合（mutuelles）」と改称されると共に（法令上、一九四五年までは共済援護組織（sociétés de secours mutuels）、それ以降は共済組織（sociétés mutualistes）との名称が付与されていた）、これに伴い、この「共済組合」との関連性を想起させる言葉（mutuel, mutuelle, mutualité）の利用がこの法典の適用を受ける非営利組織に限定された（一九八五年共済法典L・一二二―三条）。保険法上許された特定の例外的場合を除いて、共済法典の適用を受ける組織以外については、各種のパンフレット・広告等を含め、これらの言葉を使う事は禁じられることになった。このような、共済組合という名称の保護規定がおかれたことは、共済の活動が特別な価値をもつことが法令上承認されたことを意味すると理解されている。[9] また、L・一二一―二条には、加入者の平等取り扱いが定められ、リスク、拠出金、家族の状況によって正当化されない加入者間の不平等な取り扱いが禁止されると共に、拠出金は加入者の収入に応じて決定されうるとの規定がおかれている。もっとも、他方で、このような規定を超えて、どのような価値が共済によって体現され、それが拠出金決定や給付の決定のあり方等にどのように反映されるのかが具体的に示されることはなかった。

また、①・②に関連して、共済組合に一般的な権利能力を伴う法人格が与えられることとなった（従来は、法律によって特定された事項につき民事法上の権利能力が与えられていた）。さらに、これらの変化に伴い、共済組合の活動

の領域が、社会政策に関わる活動や、集団加入の契約にも及ぶことが法令上明示された（但し従来もこうした活動が禁じられていたわけではない）。特に後者は、集団契約という分野へ共済組合が本格的に参入することを促すものであり、共済の活動範囲を広げるものとして、これ以降の集団加入の契約の増加という傾向を考慮しても重要である。[10] また、雇用契約・労働協約等を通じて集団的に共済組合に加入した労働者は、あくまで個人として共済組合の組合員としての地位を獲得し、当該企業とのつながりを失っても、共済組合の加入者の地位を失わない（一九八五年共済法典L・一二一―一条二項）。この点は、後述する通り集団的な契約において必ずしも被用者が保険者との直接の契約関係をもたない他の保険者（第3節(3)）とは大きく異なる。

続いて、②活動の自由化として、上述のような一般的な権利能力の付与とも関連して、活動に対する国家による行政的コントロールが緩和されたことが重要である。共済組合は設立時に明示の承認（approbation）を必要とするものの、いったん設立された後の定款変更は黙示の承認の対象となるに留まるものとされた（一九八五年共済法典L・一二二―七条一項二項）。また、財産の処分等の行為で従来行政権による事前の許可（autorisation）の対象となっていたものについて、こうしたコントロールが外されることとなった（一九八五年共済法典L・一二四―一条）。さらに、共済組合内部の決定手続が柔軟化・簡素化され、総会（assemblée générale）が保険料額の決定等の権限を理事会に移譲する可能性が新たに認められた。[11]

このように活動の自由化・柔軟化が進むのに伴い、同時に、加入者の利益を尊重するための③責任の明確化も行われた。すなわち、会計上のルールが厳格化され、一定額の資産の積立や保証制度への参加が義務付けられた（一九八五年共済法典L・一二四―五条、R・一二四―三条以下など）。また、行政庁によるコントロールに代わる形で、組合員総会による活動内容の監督が強化・導入された。[12] 理事会とは独立した第三者的な立場の会計検査役（commissaire aux compte）の制度も導入された（一九八五年共済法典L・一二五―一〇条二項）。

(4) 以上のような内容をもつ共済法典の全面改正は、従来、強い行政的コントロールの下で、指導者の個人的資質にある程度依存して運営されてきた共済組合について、共済の活動範囲を拡大・自由化する一方で、他の類型の保険者に近い被保険者保護の仕組みを取り入れるものであり、共済組合をめぐる法規制を、いわば現代化するものと見ることができる。この法改正は、近い将来に導入されることが予想されていた各種保険者に共通の法令制定の出発点となるものと考えられており、[13] この点で、次節で検討するEvin法の成立へ向けた第一歩とも評価できる。また、共済にかかわる名称の使用制限は、共済がもつ価値を法典上確認するという意味をもつ規定であるが、次章で見る通り、一九九〇年代には、こうした規定の不十分性が議論されることになる。

第三節　一九八九年Evin法

(1) Evin法（一九八九年一二月三一日八九―一〇〇九法律）は、補足的医療保険の分野全体に適用される初めての法律である。[14] 立法の基礎となったのは、一九八五年一月に提出された補足的社会保障に関する省庁間ワーキング・グループの報告書（「Gisserot報告書」）であり、[15] Evin法は、この報告書による提案を実現する一連の議会・行政立法の到達点と見ることができる。[16] Evin法は、また、フランス市民にとっての補足的医療保険の重要性の拡大という必要性[17]と、後述のEU法への対応の必要性（第三章）という二重の要請に答えるための、最初の立法的試みであり、[18] 補足的医療保険をめぐる法の展開の一つの転換点となった。[19]

既に述べてきた通り、補足的医療保険を提供する組織に適用される法典は各組織ごとに異なっていたが、これらの法典の規定は相互に矛盾し、一部は時代遅れなものとなっていた。また、契約に適用される法自体の内容も、不明確・不十分なものであった。[20] このこととも関連して、当事者の加入のあり方やその法的根拠もきわめて多様・複雑なものとなっていた。[21] Evin法は、それぞれの組織の独自性を尊重しつつ、被保険者の権利を明確化して保険者による権利濫用

的な内容の契約に歯止めをかけることを目的として、医療保険を中心とする補足保険に課される最低基準を設定しようとするものである。[22]

以下、より具体的に、立法の背景となった問題点と、それに対するEvin法による応答を概観してみよう。

(2)　補足的医療保険に関して、当時問題となっていたのは、まず、法律上、補足的医療保険への参入が「社会的セクター」（共済組合および労使共済制度（一九四五年オルドナンス及びこれに基づく旧社会保障法典のL.四条に規定されているため、しばしば「L4」と呼ばれた）のみに許され、保険会社の参入が排除されていたことである（本稿の第一編第一章も参照）[23]。保険会社は労使共済制度と契約を締結することで間接的にこの分野に参入することができたが、あくまで労使共済制度の運営委員会（conseil d'administration）において議論が行われた上で―つまり必ず労使の議論を経た上で―、労使共済制度と保険会社との間で契約が締結されることが法律上の建前であった。この禁止規定はきわめて広い適用範囲をもち、当該保険契約が企業の枠内で締結される限り、それが集団保険であっても、個人保険であっても、保険会社の参入は許されないと理解できるものであった。

しかしながら、保険法典上には、企業の枠内で締結される集団保険の分野に保険会社が参入する可能性が暗に認められていると見られる規定があるなど、他の法典と矛盾する部分が散見された。また、後述するようなEU法による保険市場の統合の流れによって（→第三章）海外の保険企業のこの市場への参入が進む中、フランス企業のみが不利な立場に置かれることは受け入れがたいものとなりつつあった。こうした状況で、当時、実際には、政府は既にこのルールの遵守を求めることを事実上断念していた。保険会社が労使共済制度を通じて間接的に参入しているものの、単に技術的・形式的にこのような契約関係を迂回しているに過ぎないことや[24]、さらには直接に保険会社が企業と団体契約を締結する（つまり直接に法律に違反した契約を締結する）ことも、実務上はしばしば見られたようである[25]。そもそも、このように保険会社を排除する制度設計については、こうした独占は社会保障基礎制度の部分について認めれば足りるとの

批判も見られる。[26]

(3) 次に、契約法との関係では、補足的医療保険の被保険者の保護、特に、被用者として職場で集団的に補足的医療保険に加入している被保険者の保護が十分でないことが問題視されていた。[27] この契約類型においては、労働協約などを基礎として、対象となる被用者グループの構成員が、本人の意思にかかわらず強制的に当該契約に加入する（具体的には、①労働協約・協定、②企業主が提示した協定案の関係当事者の過半数による承認、③使用者の一方的決定による。後述するEvin法の2条。以下、このような契約を集団的強制加入契約と呼ぶ）。当時、集団的強制加入契約の重要性が高まっており、立法者も、こうした傾向を後押しする施策をとっていた。すなわち、一九八五年七月一一日法[28]は、補足的医療保険・補足的年金等について、集団的強制加入の形をとって契約が締結される場合、この契約について支払った保険料を一定の限度額の範囲で所得税の課税対象となる収入から控除することを認める規定を一般税法の中に導入した。このような職場における集団的強制加入は、より多くの市民をこうした保険に加入させるための一つの技術であり、かつ、一定の被用者集団を対象とするために当該集団内でリスクを分散できるという利点がある。

もっとも、このような集団加入契約を通じて加入する補足的医療保険においては、①被保険者が必ずしも契約当事者とならない、②リスクは被用者の地位に結びついたものではない（疾病や死亡等）にもかかわらず、給付は財政的・技術的に被用者集団と結びついている（企業への所属あるいは企業の存続に依存する）ことが多い、という二点において、受益者（被用者・被保険者）を保護する必要がある。従って、例えば、補足的医療保険の保険者との関係で被用者・被保険者が直接の権利をもつ可能性、および、これらの当事者が企業への所属関係とは独立した権利をもつ可能性が、重要な論点となる。[29] 当時は、例えば労使共済制度の管理運営上、この制度を基礎付ける労働協約上の使用者の義務を否定することができるかのような規定（例えば、財政的な観点から給付が維持できない場合には給付を行わないという規定）が存在するなど、法令の規定は適切に整備されているとは言い難い状況であった。

そのほか、先に改正されたばかりの共済法典も含め、保険法典、社会保障法典、あるいは税法等に見られる関連規定はいずれも、不十分あるいは不明確、あるいは相互に整理されていない、といった問題を抱えていた。こうした問題について、集団的加入のみならず個人加入の被保険者の権利保護、あるいは、ＥＵ法との整合性の前提としての国内法の平準化という観点から、改革の必要があると考えられたのである。

(4)　このような問題状況をふまえて報告書は、より具体的に、主に以下のような検討課題を指摘している。すなわち、①従来の労使共済制度と共済組合による独占を維持するべきか、あるいは保険会社の参入を許すべきかについて検討すること、②相互に競争関係にある保険者に、異なる税が課されるという不均衡について検討を加えること、③集団的強制加入の場面について適用法令の整理を行い、使用者および保険者の義務を明確化すること、④保険者相互の関係および被保険者に提供される保障内容の領域における法令の欠如を補うこと、が必要であると指摘された。

(5)　以上のような提案を基礎として制定されたEvin法の内容は、以下の四点にまとめることができる。[30] 最初の重要な変更は、（i）補足的医療保険の分野への保険会社への直接の参入が認められるに至ったという点である（制定時の法一条）。[31] これによって、保険会社は、労使共済制度・共済組合と並んで、この市場に参入する主体となった。また（ii）集団加入の場面において、協約等の定めに優越する被保険者・受益者保護のための規定がおかれた。これにより、保険者との関係で被保険者に力を与え、両者のパワーバランスの不均衡を修正することが目指された。そして、（iii）個人加入の保障についてある程度の永続性を得る権利、あるいは、集団的強制加入の保障を、集団から離脱した後も個人的な資格で維持する権利が、補足的社会保障の分野で初めて確立された。これは、一方当事者にとって不利益な契約的合意が行われる、あるいは保障が直接的に雇用関係と結びついているために、保障が切断されてしまう・限定的なものになってしまうという問題に対処するものである。最後に、（iv）共済組合・労使共済制度の「保険者」としての性格を強化し、保険会社と並んで、この分野に参入する組織が統一的で一貫性のある法規制を受けることが目指された。この

点は、将来のＥＵ法への対応を視野に入れたものである（上記の②の問題意識はこの部分に関連するが、税法関係の問題はEvin法では議論の対象とならず、二〇〇〇年代になってから具体的な改正が行われた。→第三章）。

⑹（ii）～（iv）の内容について、もう少し具体的に見ておこう。（ii）は、主として以下の二つの問題に応答する。まず、集団保険の場合、被保険者・受益者が保険契約の直接の当事者でないために、給付が企業の存続に依存してしまうという問題である（上記の通り、過去の法令によれば、企業の存続が困難な場合などに給付を受ける権利が失われる可能性があった）。二つ目は、保険への加入後に、加入前に発症している疾病について保険給付が拒絶されるという問題、あるいは、保険加入時にリスクによる選択が行われうるという問題である。

ここでは、短期の医療リスクに関連性の強い後者の問題だけを取り上げる（第一の問題は、主として障害給付（補足的な休業補償）等の長期リスクに関連し、本稿の中心的な検討対象からは外れる。この点については法七条を参照）。この問題に対して、Evin法は二つの契約類型に分けて規定をおいた。ここでの基本的な考え方は、加入前に発症している疾病については、当該契約の対象となる集団内でリスクが分散されうる場合に限ってカバーされる、というものである。すなわち、Evin法は、ある企業内の全ての被用者、あるいは一部の被用者を強制的に加入させる集団的強制加入契約について、保険者が当該グループ内の被用者の一部について、疾病を理由としてその加入を拒絶すること、および、加入前に発生している疾病について給付を拒絶することを禁止している（法二条一項）[32]。この契約類型については、社会保障基礎制度が給付対象としている疾病につき給付を排除することも禁じられる（同条二項）。

一方、任意加入の契約類型については、個人的・集団的な加入を問わず、加入前に発症した疾病がカバーされないことについて被保険者に対して事前に十分な情報提供が行われていること、疾病が保険加入前に発生していることが十分に証明されていることを条件として、当該疾病の帰結につき保険給付の拒絶が許される（同法三条）[33]。また、給付の範囲についても二条で課されたような制限は設定されていない。

本来、保険加入前に既に現実化しているリスクをカバーすることは保険技術の原則から逸脱しており、疾病が発症してから保険に加入するという望ましくない行動を誘発し、ひいては保険財政を破綻させてしまう危険がある。もっとも、法二条が対象とする集団的強制加入の契約類型においては、保険への加入が本人の意思によらないため、この問題を回避することができる。このとき、保険者は、集団的強制加入の対象となるグループについて、当該グループの全体としてのリスクを予想した上で、契約締結・非締結を意思決定することになる。そして、契約を締結する場合には、当該グループにおいて一定の割合のメンバーが既に疾病を発症していることを想定して当該グループの保険料を決定することによって、全体としての保険財政の均衡を維持することができる。

(7)　続いて、(ⅲ) 保険給付の継続性・永続性を実現しようとする試みについて検討する。ここで問題視されているのは、①保険者側が一方的・突然に契約を解約する場面、②集団的な保険契約の場合、契約申込人（企業）と被用者・被保険者との間の関係が絶たれる場面、である。Evin 法はこの問題について、契約類型に応じて複数の応答を用意している。

まず、医療給付・出産給付等に関するいわゆる「終身保障」のシステムを導入した（六条）。これは、あらゆる契約類型に適用される規定であり、二年間の観察期間の経過後は保険者側のイニシアチブによる契約解除や保険給付の縮小を行うことが許されなくなる。[34]

次に、強制加入型の集団的契約に加入している被用者は、労働不能、廃疾（invalidité）、失業者、早期退職者、引退者（en retraite）となった場合に、六ヶ月以内の申し出により直ちに（観察期間や健康診断等なしに）従来と同様の給付について個人の資格で保険に加入することができる権利を有する（四条）。破毀院によれば、このときの保険契約の内容は、従来のものと「類似したもの」では足りず、完全に同一のものでなければならない。また、このことは労働協約上の取り決め等によっては左右されない（この権利が実現されない場合、労働者は保険会社に対して直接に契約締結

を求めて裁判所に対して訴えを提起することができる[35]。同条はこの場合の保険料設定について特殊な規定をおいており[36]、これらの非就業者（inactif）と現役労働者との間でリスクが分散されるよう、前者の保険料はデクレで定められる水準の範囲内に限定される（現役被用者の一五〇％まで）。

さらに、集団的強制加入を定める協約・契約自体の解除や非改定の場合にも、被用者は（観察期間や健康診断等なしに）個人の資格で同様の給付について保険加入を申請できる（第五条）。申請が許される期間は契約によって定められる。但し、この場合には保険料設定につき制限は存在しない。

労働市場の流動化が進展すると、特に法四条が予定するような労働関係からの離脱の場面で被用者の補足的医療保険をどのように維持するかが重要な問題となる。Evin 法の上記諸規定にはじまる、いわば補足的医療保険給付の「ポータビリティ」を実現しようとする試みは、近年、きわめて重要な論点の一つとなっている。Evin 法が定める上記の規定の実効性、弱点や不十分性については、こうした近年の議論を扱う第六章で改めて言及する。

(8) 最後に、（iv）異なる保険者について適用される法令の一貫性を目指す規定として、労使共済制度について他の保険者と同等程度に被保険者を保護する規定や、保険会社について置かれるのと同様の監督機関（コントロール委員会、commission de contrôle）を共済組合および労使共済制度についても創設する―すなわち、保険者の類型を問わず同等の監督が行われることを目指す―規定（法一七条）などを挙げることができる（この監督機関は、二〇〇三年に、全保険者に共通の監督機関（commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance, CCAMIP）に再編された（→第一編第一章）。なお、当時既にEUレベルでの保険市場の統合へ向けた試みが進行しており（→本編第三章）、上述のとおり当時の議論の背景となっている。但し、Evin 法制定の時点では、いわゆる社会的セクター（労使共済制度および共済組合）についてはEU法上の保険にあたらないとの解釈が維持されており、この点が正面から議論されることはなかった（なお、Evin 法の一〇条は二・四・七・九条を公共の秩序（ordre public）とし

ての性格を与え、フランス国内に参入するEU加盟国の企業にもその遵守を義務づけている）

(9)　Evin法に関する検討のまとめとして、繰り返しも含まれるが、三点、重要な点を指摘しておく。まず、この法律によってそれまで少なくとも法律上は禁止されていた保険会社のこの分野への参入が解禁されることになった点である。これによって、この分野における保険会社の飛躍が始まることになった。次に、この法律によって初めて補足的医療保険全体に適用される法令が誕生し、補足的医療保険法と呼ぶことのできる領域が成立したことである。[37] 最後に、この法律においては、被用者が職場で集団的に加入する補足的医療保険への強い関心が見られることである。補足的医療保険の市民にとっての重要性が拡大するにつれて、この保険の加入者の拡大に貢献する技術として、このような被用者の集団的強制加入の補足的医療保険が注目されるようになり、このような契約の被保険者を保護することが試みられた。これに伴い、こうした集団的強制加入契約に特有のルールが発展を遂げる。すなわち、Evin法においては、被用者団体内でのリスク分散（加入時に既に発症している疾病のカバー）、被用者・非就業者間でのリスク分散（現役被用者が失業者の補足的医療保険の保険料の一部を填補する）の試みが見られる。また、以上のような、被用者の補足的医療保険をめぐる議論の中には、近年に続く被用者の補足的医療保険の「ポータビリティ」をめぐる議論の萌芽ともいえる思考を見いだすこともできる（→第六章）。

第四節　第二章のまとめ

本章においては、一九八〇年代にはじまる、いわば「補足的医療保険法」の体系整備のための試みについて検討を行った。社会保障制度の財政状況の逼迫に伴い補足的医療保険の重要性が増したことで、①この保険の被保険者を保護する必要性、および、②保険会社の参入の可能性が認識されるに至ったことがその背景となっている。さらに遡れば、基礎的社会保障が後退する中、補足的医療保険の普及を促進し、これに法的な規制をかけて被保険者を保護することで、

その影響を緩和しようとする立法者の思惑がうかがえる。

また、②の点にも関連して、第三章で扱うＥＵレベルの保険法統合の流れも、国内法の平準化・体系化の一つの要因となっている。

（1）Dupeyroux (J. - J.), *Droit de la sécurité sociale, 16e édition*, Dalloz, 2008, pp. 1039 et 1040.

（2）Laigre (P.), La loi prévoyance, *Droit Social*, 1990, p. 371.

（3）Dupeyroux (J. - J.), op. cit., pp. 1038 et 1039 が、一連の法改正を網羅的に列挙している。本稿ではこの中から主要なもののみを取り上げる。

（4）Laroque (M.), Aubry (E.), La réforme du Code de la mutualité, *Droit Social*, 1986, p. 356.

（5）Laroque (M.), Aubry (E.), op. cit., p. 357.

（6）以下、Laroque (M.), Aubry (E.), op. cit., pp. 356 et 357.

（7）Laroque (M.), Aubry (E.), op. cit., p. 357.

（8）Laroque (M.), Aubry (E.), op. cit., p. 361.

（9）Laroque (M.), Aubry (E.), op. cit., p. 359.

（10）Laroque (M.), Aubry (E.), op. cit., p. 362.

（11）本稿では取り上げていない改正法の内容については、Laroque (M.), Aubry (E.), op. cit. の関連箇所を参照のこと。

（12）例えば一定額以上の借り入れには従来事前の許可が必要であったが、この許可が不要とされる一方で、組合員総会の決議が必要であるものとされた。なお、保険会社には借り入れがそもそも許されていなかったのに対して、共済組合については、公衆衛生・社会政策的活動のために有用との観点から、借り入れの可能性が認められていた。Laroque (M.), Aubry (E.), op. cit., p. 361.

（13）Laroque (M.), Aubry (E.), op. cit., p. 362.

（14）Lyon- Caen (G.), *La prévoyance*, Dalloz, 1994, p. 12. なお、Evin 法およびその改正については、現行の規定に基づいて別稿で既に言及しており（笠木「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（五）」法学協会雑誌一二四巻五号一〇四六頁～一一四〇頁）、一部重複する部分があるが、本稿では、特に立法の経緯やその趣旨に注目しつつ検討を進める。

（15）立法の実現には数年の準備期間が費やされたことになる。Laigre (P.), op. cit., p. 370. Gisserot 報告書（Rapport du groupe

de travail interministériel sur la protection sociale complémentaire, réalisé à la demande de M. Delors, ministre de l'Économie, des Finances et du Budget, de M. Bérégovoy, ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale et de M. Rocard, ministre de l'Agriculture, janvier, 1985）自体は公開されていないので、以下、報告書の内容については、報告書の執筆に携わった報告者二名による以下の論文を中心として検討を進める。Silland (S.), Bucheton (D.), La prévoyance collectives des salariés : les incertitudes du droit, *Droit Social*, 1986, pp. 313 et s.

(16) Laigre (P.), op. cit., p. 370.

(17) 補足的医療保険への加入している者の全国民に対する割合は一九六〇年の三〇％から一九八〇年の六八％へと急速に発展した。一九八七年には成人の七七％が加入していた。Claude HURIET, Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi renforçant les garanties offertes aux personnes assurés contre certains risques, Sénat, n. 34, 1989-1990

(18) Dupeyroux (J. - J.), op. cit., p. 1094.

(19) Lautrette (L.), Pratiques mutualistes et paritaires à l'épreuve des normes assurantielles, *La tribune de l'assurance*, 2008, p. 24.

(20) Silland (S.), Bucheton (D.), op. cit., p. 313.

(21) Aynès (L.), Droits et protection des bénéficiaires, *Droit Social*, 1986, p. 322.

(22) より具体的には、疾病・妊娠出産・障害・死亡のリスクを対象とする補足制度が適用対象であり、老齢年金は適用対象に含まれない。以上を含め、Evin 法の立法理由については、以下の報告書を参照した。Claude HURIET, op. cit.

(23) Silland (S.), Bucheton (D.), op. cit., p. 313.

(24) Laroque (M.), Aubry (E.), op. cit., p. 362.

(25) Dupeyroux (J. - J.), op. cit., p. 1050, Laigre (P.), op. cit., p. 382.

(26) Laroque (M.), Aubry (E.), op. cit., p. 362.

(27) Aynès (L.), op. cit., p. 322.

(28) Loi n° 85-695 du 11 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre economique et financier, *J. O.*, 12 juillet 1985. Art. 17.

(29) Aynès (L.), op. cit., p. 322.

(30) 以下、Evin 法の内容について、特に指摘しない場合には、Laigre (P.), La loi prévoyance, *Droit Social*, 1990, pp. 370 et s. Evin 法については伊奈川秀和『フランス社会保障法の権利構造』信山社（二〇一〇年）三五四頁以下、特に三九七頁以下も参照。

(31) Lyon-Caen (G.), op. cit., p. 23.

(32) 法令の規定は既発生の疾病のカバーが義務付けられる旨を述べるに留まるが、学説は、既発生の疾病により加入拒絶することもこの規定により禁止されると理解するようである。なお、このとき、給付のレベルは完全に自由である。立法者は、保険者に本文のような義務を課すことで、保険者が集団的な保険契約締結自体を拒絶する可能性を危惧して、給付については自由な決定の余地を残した。また、一部の労働者について保険料を上乗せすることは本法律上禁じられていないが、こうした扱いをする場合、本文中で言及した集団的強制加入契約に対する税法上の優遇措置を受けることができない（保険料を所得から控除するためには、グループのメンバー全員について保険料が同率である必要がある）。Laigre (P.), op. cit., p. 377. また、伊奈川・前掲註(30)書四〇五頁も参照。

(33) 立法者はここで、病理的な状態（état pathologique）と疾病の帰結（conséquences des maladies）という二つの概念を使い分けており、排除され得るのは後者のみである。例えば、保険者は疾病たるエイズについて治療費のカヴァーを拒否することができる一方、ＨＩＶ感染者を排除することはできない。Laigre (P.), op. cit., p. 377.

(34) 但し、保険料については、客観的な事情（年齢・住所・職業）に依拠して変更することができる。

(35) 労働協約において、被用者であった者について、協約において規定された契約に「最も近い」契約によって医療費のカバーが維持されるとの規定がおかれていた事案において、解雇された労働者に対し、以前の契約とほぼ同じ内容の給付であるが、眼科にかかわる給付のみ水準が低い契約が提示されたという事案。Arrets Azoulay, Civ. 2e, 7 fevrier 2008, n. 06-15.006.

(36) 政府提案には存在せず、議会による修正で加えられた規定である。

(37) 但し、その適用領域は医療保険に限られない。したがって、この法律は「生活保障法（La loi prévoyance）」と呼ばれることがある。Laigre (P.), op. cit., pp. 370.

第三章　欧州保険市場統合の影響

第一節　はじめに

一九七〇年代以降、欧州連合は、ヨーロッパ規模の統一的な保険市場の確立を目指しており、このために複数の指令が作成され、フランス国内法に転換されてきた。[1] こうした指令とこれに伴う国内法改正は、保険の一類型としての性格をもちうる補足的医療保険をめぐる法制度にも、重要な変更をもたらした。本章では、まず、ヨーロッパレベルでの統一的な保険市場の構築のプロセスを追い（第二節）、続いて、こうしたプロセスがフランスの補足的医療保険分野において―とりわけ共済組合との関係で―引き起こした論争を取り上げる（第三節）。

第二節　統一的な保険市場の構築

(1)　欧州の統一的保険市場構築のプロセス

市場統合の第一歩は、非生命保険に関する一九七三年七月指令（七三／二三九）および生命保険に関する一九七九年指令（七九／二六七）である。[3] これらの指令の目的は、加盟国に本社（siège sociale）をもつ企業が、他の加盟国に、当該受け入れ加盟国の企業に認められる条件の下で支店（succursale）あるいは代理店（agence）を設置することを可能にする、設立（établissement）の自由を実現することであった。[4] つまり、ＥＵ加盟国における支店・代理店の設立に適用される条件の平等化が主たる目的である。

(2)　市場統合の進展の第二段階目に位置づけられるのが、サービス提供の自由に関わる一九八八年六月指令（八八／三五七）（非生命保険）、一九九〇年五月一四日指令（自動車保険）、一九九〇年一一月指令（九〇／六一九）（生命保険）である。[5] 具体的には、これらの指令によって、加盟国内に設置された企業が、他の加盟国において、当該加盟国内に事

業所を設立することなく、かつ、当該加盟国内に設置された企業との間で差別されることなく活動を行えることが目指された。また、このサービス提供の自由は、裏返せば、あらゆる被保険者がＥＵ加盟国の共通の市場において自由に保険を選べることを要求するものでもある。[6]

(3)　ＥＵ保険市場統合の最終段階である第三段階において目指されたのは、ヨーロッパにおける保険免許の統一である。この目的のために、一九九二年六月指令（九二／四九）、及び、一九九二年六月指令（九二／九六）が制定された。統一的な保険免許制が目指すのは、ある加盟国においてその本社について承認を受けた（agrée）企業が、当該加盟国（Etat membre d'origine）によって実施されるコントロール・承認（agrément）、規制・慣習（pratiques）のみに基づいて、他のあらゆる加盟国において活動できる状態である（ホーム・カントリー・コントロール）。[7] 第一・第二段階で実現された設立の自由とサービス提供の自由は、統一免許制を基礎付ける手段となる。

上記指令は、保険会社および労使共済制度については迅速に国内法化されたものの、[8] 共済組合との関係では、問題が生じた。指令が、共済組合をあらゆる私保険企業に共通の法規制の下におくことを前提としていたことから、国内法への転換の作業は、他の保険者との関係での共済組合の特殊性に関して、一連の議論を呼び起こしたのである。

第三節　統一免許指令の問題点

統一免許を目指す上記の指令は、フランスの共済組合への適用を予定するものであることを明示している（九二／四九指令六条、九二／九六指令五条）。結果として、この新たな規制は、まず、共済組合の地理的な活動範囲を、あらゆるＥＵ加盟国へと拡大する効果をもつ。もっとも、このことは同時に、共済組合が営利保険会社と同視され、この分野に参入するあらゆる企業と同様の規制の下におかれることを意味しており、このような法規制は、従来、共済組合が他の保険者との関係である種の特殊性を保持してきたこととは必ずしも合致しない可能性がある。[9]

指令の内容の中で最も議論の対象となったのは「専門性原則（principe de spécialité）」である。この原則は、指令の適用範囲に参入するために保険活動の実施の承認（agrément）を申請するあらゆる企業が、「その社会的目的を、保険活動およびそこから直接に派生する（découler）活動に限定し、他のあらゆる商業的活動を行わないこと」を求める。保険者が保険以外の活動の実施によって被保険者保護のための規制を回避することを防ぐ趣旨の規定であるといえる。[10]

他方で、共済組合にとって、多角的な活動（pluriactivité）[11]は、その哲学の面においても、経済的な収益性の観点からも、その活動の主要な特徴である。本稿の歴史的検討（→第一編第二章）においてもその一端がうかがわれた通り、共済組合の社会的な活動・公衆衛生に関わる活動（薬局、クリニック、眼科センター、温泉治療場、予防活動、社会教育など）は、共済組合の活動に深く根付いている。学説には、このような活動のあり方は市民が自らその生活の改善に取り組むという共済組合の精神の現れであり、その活動において補足的医療保険の提供と上記のような多様な活動を切り離すことはできないと述べるものも見られる。[12]

経済的な観点からみれば、こうした多角的な活動は、同時に、複数の活動間で財源（fonds）をやりくりすることを可能にするという意味をもつ。すなわち、相互扶助の（保険の）活動において生じた収益は、経済的には収益性が無いものの人間的観点からはあらゆる加入者にとって効果のある社会経済的活動に使われるのである。[13]

統一免許指令の国内法化の作業は、主としてこのような共済組合の特殊性と衝突し、難航することとなった。

第四節　国内法化の難航

統一免許指令の国内法化は、一九九九年一二月三一日を最終期限としていた。保険会社および労使共済制度については、期限前に国内法化が実現されたものの、共済組合については国内法化が遅れた。欧州委員会（commission européenne）は、保険指令の国内法化の未完成を確認し、欧州司法裁判所に訴えを提起した[14]（ローマ条約二二八条）。

指令の制定からこの欧州司法裁判所の判決が出されるまで、指令の国内法化に向けた長期にわたる作業においては、上述の専門性原則の共済組合への適用を回避することを目指す議論がいくつか主張され、その中のいくつかは欧州司法裁判所の判決の中でも取り上げられた。

フランス政府は、まず、一九九七年に、指令の国内法化を可能にするために、欧州委員会に対して新たな提案を行っている。この提案は、複数の活動についてそれぞれに責任財産を分割して限定する法技術（patrimoine d'affectation）を利用して財産の面で活動を分割しつつ、共済組合の活動の構造的な統一性を維持することを目指すものであったが、同年末に最終的に委員会によって排除された。[15]

翌年の一九九八年、フランス政府は、保険概念の拡張的な解釈によって公衆衛生分野・社会分野の活動を保険的な活動と同視することを試みた。既に見たように、専門性原則は、保険の活動を行うあらゆる企業が、その社会的目的を、保険の活動およびそこから直接的に派生する活動に制限しなければならないとする原則である。フランス政府の提案は、保険の活動が、現金による保険給付（医療費の償還）および現物による保険給付の両者を包含するものとした上で、公衆衛生に関する成果（サービス給付）は後者の現物給付の中に位置づけられる、と主張するものであった。

しかしながら、欧州司法裁判所は一九九九年に、フランスにおける指令の国内法転換の未達成ならびにＥＵ条約・指令によって課される義務の不遵守を宣言した。[16] この判決を受けて、欧州委員会（commission）はフランス政府に対して、出来る限り短期間での指令の国内法への転換を催告した。これらの判決および催告は国内法転換のプロセスを加速させ、二〇〇一年四月一九日オルドナンスは、新しい共済法典の制定によって統一免許指令の国内法への転換を完成した。[17]

第五節　共済組合の特殊性に関する議論

(1)　本稿の問題関心から見て重要なのは、このＥＵ指令の国内法化のプロセスが、同時に、共済組合の他の保険組織との関係での特殊性（あるいは逆に、特殊性を明示する法的な体系の不存在・未分化）を確認する機会を提供したことである。専門性原則と共済組合の多角的活動の関係は、確かに具体的な論点として最も議論が集中した問題であるが、当時の議論は、しばしばこのような具体的論点を超えて展開しており、専門性原則の議論は一つの象徴としての意味をもっていたとも思われる。ここでは、より一般的に共済組合の特殊性が議論された最も重要な例として、一つの政府報告書を取り上げて分析を行う。

一九九八年当時、指令の国内法化の難航に直面した首相は「保険指令によって課される、サービス提供の自由および財政の安全にかかるＥＵレベルの要求」を満たすような立法計画を準備するために、首相経験者であり、当時欧州議会議員であったミシェル・ロカールに報告書の編集を依頼した。但し、この立法計画は、同時に、「共済組合の永続性を担保し、組合メンバーの権利を効果的に保護するために、共済活動を基礎付ける諸原則を」取り入れたものでなければならないとされた[18]。こうした二面的な要求に応えて作成された「ロカール報告書」は、ＥＵ指令の国内法への転換の必要性と共に、共済組合に特有の「共済原則（princpes mutualistes）の存在をも主張するものとなっている[19]。

共済原則に関して、報告書は、共済組合の機能のあり方にかかる特殊性は法律の条文においては実際のところほとんど明示されていないとしながらも、実務上、共済組合が何らかの特殊性をもっていることを認め、法律上の原則とされることが望ましい諸原則を具体的に提示している（旧共済法典が制定された際、共済組合の特殊性が強調されたものの、具体的な規定は名称の保護に関わる規定等の限定的なものに留まっていたことは既に言及した通りである。第二章）。報告書で主張された諸原則は以下の通りである：

―契約は終身的な性格のものであり、加入者の健康状態の変化や医療サービスの消費のあり方を理由として共済組合側

によって契約が解消されることはない

―保険料は個人のリスクに対応しない

―加入時の保険者による選択・医療情報にかかわる質問は禁止される

―商業的な売り上げに直接・間接に関連付けられた（従業員への）給与支払は禁止される

上述の通り、こうした原則は法律（具体的には共済法典）によって明記されていない。例えば、共済法典は、リスクに応じた料金設定を何ら禁じていない。[20] 法律上の規定の不存在にも関わらず、共済の機能のあり方に関する特殊な原則が政府報告書のレベルで肯定されたのである。

(2) ロカール報告書については、その最終章において、補足的医療保険の分野でフランスがイニシアチブを発揮し、この市場における特殊性を守る必要性が主張されていることも指摘しておくべきであろう。報告書は、フランスにおいて、医療へのアクセスが補足的医療保険に依存していることを強調し、競争と市場の機能は医療保険の分野においては経済的・社会的にみて望ましくない帰結をもたらすと主張している。

この最終章の記述は、EU指令の国内法への転換を議論する当報告書の趣旨からは若干逸脱するものであるが、それゆえにいっそう、このEU指令がフランスにとって特別な意味を持っていたことを反映しているように思われる。すなわち、このEU指令により、EUレベルの保険市場統合と、自由主義的な市場の法によるこの分野の支配がすすみ、結果として共済組合がその特殊な価値を失うことが懸念されたのである。[21] ここでは、主として自由な市場に属すると見られる私保険と、これらの保険との関係で一定の特殊性を維持しているフランスの共済組合とが、性格の異なるものとして対置されている。

以上のようなロカール報告書の最終章は、EUレベルでも一定の影響力をもった。[22] すなわち、EU議会（parlement）は二〇〇〇年に、補足的医療保険に関する枠組み的な規制として、遺伝子情報（typologie génétique）や医学

的基準に依拠したリスク選択が行われないことや、ポータビリティの実現により生涯にわたって保険加入が担保されること、保険料の透明性などを規定する内容の議決（résolution）を行った。[23] この議決は結局立法の提案につながらなかったが、ロカール報告書が、単にEU指令の国内法への転換を目指す議論を超えて、補足的医療保険に関する論点を提示し、ヨーロッパレベルでもこうした問題提起が一定の重要性をもつものとして受け止められたことがうかがえる。

(3)　なお、最後に、このEU指令に関する議論とほぼ同時期に、補足的CMUの創設が議論され、実現されていたことも重要である。次章で検討する通り、補足的CMUの基礎となったのは、医療へのアクセスが強制加入の医療保険と補足的医療保険の組み合わせによってはじめて保障されるという認識であった。九〇年代後半において、フランスの立法関係者の間では、補足的医療保険の重要性に関するこうした意識が広く共有されていたと見ることができるだろう。

第六節　指令の国内法化による二つの成果

(1)　続いて、指令の国内法化の達成の結果生じた変化を見ていこう。まず、古い共済法典を全面的に改正した新共済法典の内容を検討する。

新共済法典により、共済組合は、一般の保険会社と同視されることとなり、他の保険者と共通する一連の法規制の下におかれる。こうした新たな共済法典は、共済組合の特殊性を縮減するものといえる（共済組合の「平凡化」[24]（banalisation）[25]）。新たに導入された主たる法規制は以下のようなものである。[26][27]

―専門性原則（共済法典L.二二二―一条II）[28]

―共済組合が実施できる保険活動の領域の拡大（例えば、訴訟・紛争保険（assurance de la protection juridique）、保佐（assistance）など。L.二二二―一条I）

―財政的安定に関する新たな規制（L.二二二―一条以下）

―保険者が破産した際に被保険者の権利を保障するための保障連合制度の創設（L・一一一―六条）
―上記連合に加えて補足的に機能する保障基金への共済組合の加入義務

(2) 続いて、こうした共済組合の「平凡化」とは逆の変化に目を転じてみよう。第五節で見た通り、とりわけロカール報告書においては、指令の国内法化は同時に共済組合の諸原則を再認識することを促した。こうした文脈を背景として、新しい共済法典のL・一一二―一条は、共済組合は、拠出金額の調整の際、①収入、②共済組合あるいは居住地の社会保障制度への加入期間の長短、③扶養家族の数、④年齢、のみに依拠できると規定している。さらに同条第二項は、任意加入の個人保険・団体保険については、共済組合はそのメンバーの医療情報を収集してはならず、その健康状態に応じて拠出金を設定してはならないとする。これらの二つの規定は、ロカール報告書において示された、共済組合の諸原則―特にリスクに応じた保険料の個別化の禁止―の立法化、提案の具体化と理解することができよう（この規定の前身は、加入者間の平等取り扱いなどを定めていた一九八五年の共済法典L・一一一―二条である（→第二章第二節）。なお、第二章で検討した通り、一九八九年のEvin法が、特に集団的強制加入契約については全ての保険者に適用される法規制をおいており、この新しい共済法典の規定は、共済組合のみを対象として加入者保護の規定を新たに付け加えるという意味をもつ[29]。

但し、EU指令がまずは保険市場の法規制の統一を目的としていたことから、こうした共済組合の原則の承認は控え目なものに留まった。例えば、上記のL・一一二―一条も、禁止事項を掲げる形での規定に留まっており、（リスクによる）「非選択（non-sélection）」の大原則を掲げるまでには至っていない[30]。また、例えば保険料決定の際に依拠できる基準である「年齢」は、疾病リスクの大きさと強く結びついており、リスクに応じた保険料設定が完全に排除されているわけではないといえるだろう[31]。

EU指令の国内法化のプロセスが、専門性原則の導入によって、フランスの共済組合の実務を動揺させたことは確か

である。しかしながら、このプロセスは、他方で、一九四六年の社会保障制度の創設以降おそらくは最大の規模で、共済組合の活動の特殊性を議論し承認することを可能にしたという性格も有している。こうした議論・承認は、指令の国内法化やEU市場統合を妨げはしなかったものの、以上のように共済組合が実務上依拠してきた諸原則の一部の法典化を導いた。

(3)　また、EU指令による統一的保険市場の構築と同時に、この指令の直接の効果ではないが、保険にかかわる税制の統一へ向けた法改正も行われた。ここで、保険市場の統一と密接に関わるこの法改正についても、検討を加えておく。

フランスにおいて、保険契約は、被保険者によって支払われる保険料を基礎として課される「保険契約税」という名称の税の対象となっている。しかしながら、共済法典上の共済組合によって、あるいは労使共済制度によって提供される保険契約については、伝統的にこの税が免除されていた。[32] その理由についてはあまり詳しく説明する資料が見当たらないが、これらの組織が「連帯の費用」を支えるという考え方があった、などと述べるものがある。[33] つまりは、こうした組織が重要な社会的役割を担ってきた、あるいは期待されてきた歴史的経緯を考慮した制度であったと考えられる。しかしながら、こうした制度は、競争を阻害する効果をもつものとして欧州委員会により問題視され、[34] 結果として二〇〇一年一二月二八日法（二〇〇一年補正財政法律（loi de finances rectificative）は、新たな税制を規定した。[35]

新しい税法は、過去の制度に代わって、保険契約に二つの類型を導入している。補足的医療保険契約のうち「連帯」契約と呼ばれるものと、「連帯」契約に属さない「伝統的」契約である。[36] 前者のみが、保険契約税の免除の対象となる。「連帯」契約と認められるには、以下の二つの条件を満たす必要がある：被保険者の医療情報を収集しないこと、および、被保険者の健康状態に応じて保険料を設定しないこと、である（集団保険については後者の条件のみ。一般税法典（Code général des impôts）九九五条。なお、連帯契約が満たすべき条件については医療費抑制政策との関係で修正が加えられている。この点については第五章で言及する）。

ここでは、保険を提供する組織の法的性格は意味をもたない（従って、民間保険会社も、「連帯」契約については税の免除の対象となりうる）。他方で、上記の二つの条件が、ロカール報告書において共済組合の原則として掲げられた内容を反映していることに注意すべきである。つまり、締結された契約が、共済組合の領域で構築されてきた伝統的な価値を共有するものであることが、税の免除のために要求されている。[37] ここに見られるのは、前半で見た共済組合の「平凡化」と対比するとすれば、共済組合の原則の「平凡化」であるといえよう。[38] すなわち、従来共済組合が維持してきた伝統的な価値が、税制上の優遇措置によるコントロールという緩やかな形で、あらゆる補足的医療保険のアクターに適用される原則へと転換されたと評価することができる。なお、二〇〇〇年代においては、保険会社によるものも含めて多くの補足的医療保険契約がこの条件を満たす形で締結されるに至っており、この傾向は連帯契約の導入以降に強くなっている。[39]

第七節　さらなる法令の統一化

(1)　二〇〇一年のEU保険指令の国内法化以降も、EU保険市場統合の影響を直接・間接に受け、補足的医療保険に参加するアクターに対する法規制の平準化が進行している。二〇〇〇年代には、①公務員共済に対する優遇措置の廃止、②税制のさらなる統一化、が進められており、これらの改革をめぐる議論は、第六節で検討した九〇年代後半から二〇〇〇年代初頭の法改正の延長線上にある。

(2)　①まず、公務員を対象とする共済組合には従来強い優遇措置が付与されており、この分野においては共済組合が独占的な地位を有していた（もっとも重要な共済組合で、伝統的に後述の助成金を受けていた共済組合として、公職共済組合（Mutualité de la Fonction Publique, MFP）[40]。公務員を対象とする共済組合に対しては国が助成金を付与できるとの規定が共済組合法典に存在し（後述する改正前のR.五二三条）、また、活動の面でも、例えば国や自治体の職員を

有利な条件でその業務に従事させることができるなど、同様の活動を行う保険会社等と比べて有利な制度が存在した。[41] 二〇〇五年に、上述の助成金の対象とならなかった共済組合によるコンセイユデタおよび欧州委員会への訴えが契機となり、両者により、当時の制度について問題が指摘されることになる。[42] とりわけ欧州委員会はこのような制度がＥＵ法における市場統合の理念と合致しないとした。[43] 結果として、従来の制度が廃止され、二〇〇七年から、公務員を対象とした補足的医療保険等について、新たな枠組みが構築されることとなった。[44] この新しい制度においては、公的セクターの使用者は、補足的医療保険の構築に際して、共済組合のみならずあらゆる補足的医療保険の保険者を対象として競争的な公募（recourir à un appel public à la concurrence）を行わなければならないこととなり、従来の共済組合による独占状態は完全に廃止された。

一方で、統一免許指令の国内法化の際の税法改正と類似の方法で、共済的な価値をもつ契約を保護する仕組みも同時に導入された。すなわち、上述の助成金は、組織の法的な性格を問わず、受給者間、現役被用者・退職者間の連帯の原則の遵守―世代間・家族間・所得階層間の実効的な連帯的所得再分配―を条件として与えられることとなった（法四〇条参照）。具体的にはコンセイユデタのデクレが、料金設定に関わるいくつかの条件を設定している。例えば、三〇歳以上の加入者について、保険料額のひらきが最大でも一：三までに留まっていることや、三人以上の子どもがいる場合には保険料に上限を設定することなどである。[45] また、使用者は、保険者の選択にあたって、高齢の被用者や高リスクの被用者が実効的にカバーされることを担保するためにどのような手段が講じられているかを決定の基礎としなければならない。また、直接的な規定は無いものの、間接的には、いわゆる非選択の原則が取り入れられており、年齢による被保険者の排除や、医学的質問事項に基づく保険料の設定が禁止されている。

つまり、公務員の補足的医療保険に関わる改革も、上述の二〇〇一年前後の改革と同様に、ヨーロッパレベルの市場の統合、自由主義的な市場のロジックを背景として行われたものであるものの、国内法において、新たに、むしろこれ

まで共済組合が掲げてきたものに近い価値を体現する新しい規定を取り入れるという結果が導かれた。[46]

(3) 続いて、②税制のさらなる統一化の流れに目を転じてみよう。共済組合・労使共済制度について、保険商品の売り上げにかかる保険契約税がかつて免除されていたこと、このような税制が二〇〇一年以降改革の対象となったのは上述の通りである。一方、保険事業を行う共済組合・労使共済制度については、これらの組織に対する一般法人税（impôt sur les sociétés de droit commun）、事業税（taxe professionnelle）は、これらの組織が非営利法人であることから、その適用がなく、この状況は二〇〇一年の改正時にも変更されなかった。二〇〇六年の補正財政法律は、このように保険者の法的性格によって異なる税制を適用する制度が競争をゆがめるものであることを理由として、保険会社・共済組合・労使共済制度がいずれも同様にこれらの税の適用を受けるものとした（同法八八条）。

一方で、同法同条は、法人税・事業税の免除を、当該組織の法的性格ではなく、当該組織の活動がいくつかの条件を満たしていることにかからしめるものとした。その条件は、①加入者の医療情報を収集せず、医療リスクに応じた保険料の設定を行わないこと、②このような契約が一五万件以上存在すること、あるいは、全契約のうちの一定割合以上を占めること、③補足的ＣＭＵ制度への参加（補足的ＣＭＵについては次章。以上の条件は全て満たす必要がある）、④加入者・契約者の個人的な社会的事情に応じて、保険料設定の例外の設定や保険料を一部支払ったものとする扱いを行うこと、⑤高齢の加入者が一定割合いること、⑥二五歳以下の加入者が一定割合いることなど（以上の条件は、その他の条件も併せた④以下の条件の中で一つ満たしていればよい）である。

このうち、①の条件は、連帯契約と同様の条件であり、その意味では、この法改正も従来の法改正の変遷の文脈に属するものといえる。また、今回の改正は、上記の通り、税制上の優遇を受けるための条件という形で、個別の契約でなく当該組織の活動の全体を評価するものである。そのため、連帯契約よりもさらに進んだ、より広い意味での連帯的価値が評価の基準とされているとの指摘もある。[47]

下院で説明された立法理由によれば、[48] この法律によって、補足的医療保険の保険者に、連帯契約や第五章で検討する責任契約（contrats responsables）を広く提供し、補足的・基礎的ＣＭＵの実施に関与し、若者から高齢者に至るまで国民全体に対して補足的医療保険を提供するよう促すことが目指された。

なお、この税法改正には八年間程度の経過期間がおかれた。同じく下院の議論においては、この期間が長期にわたりすぎないかという質問に対して、共済組合との交渉過程に言及する政府側の応答が見られ、経過期間の設定は共済組合に配慮したものであったことがうかがえる。[49]

第八節　第三章のまとめ

本章では、ＥＵレベルでの保険市場の統合の動きがフランスの補足的医療保険をめぐる法令に与えた影響を検討してきた。この時期のフランスにおいては、保険と共済との関係を明確化する必要性に迫られ、共済組合が擁護する価値やその組織の運営のあり方など、この組織の特殊性に関する議論が活発化し、同時に、こうした特殊性が必ずしも法令上明確に定められていないことが意識されるに至った。実務上積み上げられてきた、曖昧ともいえる「共済的」な価値を、法令上明確に位置付けることが必要とされたのである。

既に述べた通り、このようなＥＵ法上の要請は、二つの異なる方向性の変化をフランスの補足的医療保険法令に及ぼした。すなわち、一方で、共済組合という組織に結びつけられていた特別な法的枠組―複数の活動を同時に実施する権限や、税制上の優遇措置―が大幅に取り去られ、この点で、共済組合は他の補足的医療保険の保険者との関係で、組織としての特殊性を大幅に縮小した。他方で、この時期、同時に、「共済的価値」を法令上明確に位置付けることが試みられたことは注目に値する。また、この「共済的価値」の現れといえるような契約に対するコントロールが、税制上の仕組み等と結びつけられて、保険者を問わず広く適用されることとなった。後者の点は、共済組合に与えられていた優

遇措置を実際上法改正後も維持するための一つの技術と見ることもできるだろう。

なお、本章で扱った議論をふまえて、EUレベルで、共済組合を定義し、その法的位置づけや特殊性を整理する試みも行われつつある（「序」でも述べた通り、このような組織はヨーロッパ諸国に多く存在するが、歴史的経緯や社会保障制度の構造などを背景としてその性格はきわめて多様である）が、現在まで成功に至っていない。[50]

（1）二〇〇五年一月一日の時点で、保険活動に直接・間接に関わる指令は三〇を超えている。Lambert-Faivre (Y.), Leveneur (L.), *Droit des assurances*, 12e édition, 2005, Dalloz, p. 72, n. 71.

（2）Lambert-Faivre (Y.) et al. op.cit., pp. 72 et s., n. 71 et s., Del Sol (M.), Les mutuelles de santé : entre logique concurrentielle et éthique solidariste, *RDSS*, 39(1), janv-mars 2003, p. 72.

（3）それぞれ、一九七四年一二月二一日法律（n・七四-一〇七六）および一九八三年六月七日法律（n・八三―四五三）によって国内法化された。なお、各種の指令にいう生命保険（assurance vie）は基本的に日本法における生命保険に対応し、老齢保険や死亡保険を典型とする。但し、これらの生命保険に附随して提供される非生命保険も生命保険に含まれる。従って、医療保険は基本的には非生命保険に分類されるものの、生命保険と同時に提供される場合には生命保険指令の適用対象となる。生命保険指令・非生命保険指令それぞれの適用対象については、現在効力を有する各分野の指令（二〇〇二／八三／CE二条、七三／二三九／CE二条）を参照。

（4）Lambert-Faivre (Y.) et al. op. cit., p. 72, n. 71.

（5）これらの指令がフランス国内法に転換されたのは、次に検討する三段階目の指令群の制定後である。国内法への受容は、本文に挙げた順に、それぞれ、一九八九年一二月三一日八九―一〇一四法律、一九九一年七月二六日九一―七一六法律、一九九二年七月一六日九二―六六五法律によって実施された。Lambert-Faivre (Y.) et al. op. cit., pp. 76 et 77, n. 77 et 78.

（6）サービス提供の自由の実現を容易にするためには、さらに、保険契約法の調和が実現されることが望ましいが、こうした試みは多くの困難に直面し、現在のところほぼ断念されている状態である。Lambert-Faivre (Y.) et al. op. cit., pp. 74 et s., n. 75 et 76.

（7）Lambert-Faivre (Y.) et al. op. cit., pp. 77 et 78, n. 79.

（8）Par la loi n° 94-5 du 4 janvier 1994 et la loi n° 94-678 du 8 août 1994.

（9）Hélary-Olivier (C.), Les mutuelles ont-elles encore une raison d'exister? *Droit Social*, 2000, p. 879.

(10) DEL SOL (M.), op.cit., p. 73.
(11) *Ibid*.
(12) Charvin (R.), Le mouvement mutualiste français face aux directives “assurances” européennes, *Droit Ouvrier*, 1996, p. 359.
(13) *Ibid*., DEL SOL (M.), op.cit., p. 73.
(14) Rocard (M.) et al., *Mutualité et droit communautaire*, Rapport au Premier ministre, publié par La Documentation Française, 1999, pp. 18-20.
(15) Del Sol (M.), op.cit., p. 73.
(16) CJCE 16 décembre 1999, Commission *c/France*, aff. C-239/98.
(17) Del-Sol (M.), op. cit., p. 75. V. aussi note 16.
(18) 報告書の冒頭に付されているLettre de missionを参照。
(19) Rocard (M.) et al., *Mutualité et droit communautaire*, Rapport au Premier ministre, publié par La documentation Française, 1999, pp. 31-33.
(20) Rocard (M.) et al. op. cit., p. 32.
(21) Rocard (M.) et al. op. cit., pp. 66 et s., 特に、pp. 71 et 72.
(22) Ferrara (M.), *Les nouvelles frontières sociales*, SciencesPo Les presses, 2009, pp. 217 et 218.
(23) Parlement européen, *Résolution du Parlement européen sur l'assurance maladie complémentaire, 2000/2009* INI, JO C 223 du 8. 8. 2001, A5-0266/2000.
(24) 日本語としては不自然で違和感があるが、ここでは、たびたび引用しているDel Sol教授の論旨に即して、他の類型の保険者との関係での特殊性や差異を取り外すというニュアンス、および、後述するように特定の価値を他の領域にも広げる、という二つのニュアンスを一語であらわす表現として、差しあたりこの言葉を用いることとする。
(25) Del. Sol (M.), op. cit., p. 75.
(26) Pour les autres changements, voir. Del-Sol (M.), op. cit., pp. 75 et suiv.
(27) このときに成立した法典の枠組は今日においても基本的に維持されているが、内容についてはその後改正も行われている。
(28) 但し、共済組合の多角的活動が完全に禁止されたわけではなく、①共済組合は、「姉妹」共済組合（mutuelles soeurs）を設立し、この共済組合を通じて公衆衛生・社会活動をおこなうことができる。もっとも、この場合、保険業務を行う共済組合から姉

妹共済組合への資金面での関与は一定程度に限定される。また、②共済組合が行う公衆衛生・社会活動の利用者が共済組合の加入者等一定の者に限定されている場合には、例外的に、共済組合は保険業務と公衆衛生・社会活動を同時に行うことができる（共済法典L・二二一一条のⅢ）。

(29) Mutualité Française, *Codede la mutualité*, commenté, L. G. D. J., 2005, pp. 33 et 34.

(30) Del-Sol (M.), op. cit., p. 82.

(31) 各種保険者が若年層への営業を積極的に行っていることについて、中村岳「フランスにおける民間医療保険の動向」損保ジャパン総研クォータリー四六号（二〇〇六）四八頁。

(32) 共済組合を優遇するこうした税の免除は、一八九八年四月一日法および一九四四年一月三一日法によって実現された。後者の一九四四年法は、保険契約税を創設した法律であり、既に共済組合について免除を規定している。労使共済制度については、当初から税の適用自体がなく、一九五八年二月二日の五八―一六二号法律によってこうした実務が正式に確認された。Avis rendu par la Commission européenne le 2 juin 2004, Aide d'Etat E46/2001- France Exonération de la taxe sur les contrats d'assurance maladie, note 2.

(33) Del Sol (M.), Turquet (P.), Les organismes complémentaires d'assurance maladie et la gestion du risque maladie à l'aune de la réforme du 13 août 2004, *RDSS*, 2005, p. 319.

(34) Avis rendu par la Commission européenne le 2 juin 2004, Aide d'Etat E46/2001- France Exonération de la taxe sur les contrats d'assurance maladie.

(35) Ferrera (M.), op. cit.,p. 217.

(36) Del Sol (M.), op. cit., p. 83. なお、連帯契約にかかる免税は、二〇一一年度財政法律以降、減税（七%の税率を三・五%まで引き下げる）に変更されている。

(37) Del Sol (M.), op. cit., p. 83.

(38) Ibid., Del Sol (M.), Turquet (P.), op. cit., p. 319.

(39) Groupe de travail de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, Groupe présidé par M. Jean-François Chadelat, La repartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé, 2003.

(40) 加入者数五〇〇万人、受益者九〇〇万人、拠出金額にして三五億ユーロ。Del Sol (M.), Europe et mutualité : une influence à sens unique?, *RDSS*, 2009, pp. 411 et 412.

(41) Del Sol (M.), 2009, op. cit., p. 411.
(42) コンセイユデタの判断として、CE 26 sept. 2005, N° 262282, Mutuelle générale des services publics. 公務員以外の加入者を受け入れる共済組合を助成の対象から除外していたことが、平等原則違反であり違法であると判断された。欧州委員会の指摘は、Décision de la Commission européenne du 27 juill. 2005, COM (2005).
(43) Del Sol (M.), 2009, op. cit., p. 411.
(44) Loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique による。具体的な内容はデクレによって定められている（Décret du 19 septembre 2007）。
(45) Del Sol (M.), 2009, op. cit., p. 413.
(46) *Ibid.*
(47) Del Sol (M.), 2009, op. cit., p. 416.
(48) Assemblée Nationale, 2ième séance du 7 déc. 2006.
(49) *Ibid.*
(50) Del Sol (M.), 2009, op. cit., pp. 416 et s.

第四章　デュアル・システムの制度化

第一節　はじめに

第三章で見たEU法との調和をめざす法改正と並んで、フランスの補足的医療保険制度については、一九九九年に大きな変化が生じている。この変化は、フランスで長い間懸案であった社会保障基礎制度の一般化と同時に展開した。国民皆保険制度の導入に際して、補足的医療保険が市民の医療へのアクセスにとって必要不可欠なものとなっていることを前提として、補足的医療保険への加入を基礎制度と同時に一般化することが目指されたのである。このような制度改

革は、これまで事実上存在・発展してきたフランスの医療制度の二層性に、より制度的な枠付けが行われたことを意味しているように思われる。本章では、このような基礎制度・補足的医療保険の組み合わせを制度化する動きについて、分析を加える。この法改正については既に複数の別稿で検討を加えていることもあり、[1] 制度の内容に関する検討は重要な事項および最近の改正等のみに留め、補足的医療保険の位置づけの変化という観点から分析を加えることとする。

第二節　普遍的医療制度（ＣＭＵ）成立の背景

(1)　フランスにおいて、医療保険制度の「一般化（généralisation）」、すなわち制度の適用対象者の拡大は、社会保障制度創設時以降長年にわたって議論されてきた懸案であった。一九四六年の社会保障制度創設時、あらゆる国民を対象とした普遍的な医療保険制度が目指されたが、職域ごとの制度が分立する制度全体の構造などが大きな障壁となり、結局この目標は実現されないままであった。[2] 現在に至るまで、社会保障制度は、一般商工業の被用者を対象とする一般制度（régime général）、特定の職域の被用者を対象とする特別制度等から成る職域別の構造を採用している。立法当時、これらの職域別制度のいずれにも加入しない者については、任意の個人加入、並びに、拠出する資力をもたない者について県が提供する医療扶助（aide médicale）が存在したが、医療扶助についてはその支給基準が県ごとにバラバラであることやスティグマの存在など、多くの問題が指摘されていた。[3]

このような状況において、フランスにおいて初めて国民皆保険を実現したと評価されうるのが、一九九九年の普遍的医療制度（Couverture maladie universelle, CMU）を創設する立法[4]である（以下、この法律をＣＭＵ法、この法律によって導入された制度をCMUと呼ぶ）。ＣＭＵは二つの部分から成っており、社会保障制度の皆保険化をめざす制度（基礎的ＣＭＵ（CMU de base））、および、低所得者層の補足的医療保険への加入を担保しようとする制度（補足的ＣＭＵ（CMU complémentaire））に分けることができる。このうち、基礎的ＣＭＵは、フランス国内に居住しているこ

とを要件として、他のいかなる資格によっても医療保険に加入できない者を、一般制度に加入させる制度である。これによって、フランスに住所を有するあらゆる者が、職域か居住か、いずれかの基準によって医療保険制度に加入することが可能となった。保険料の支払いは受給権の取得要件ではなく、低所得者には保険料支払い義務が課されない（住所と所得を届け出ると、直ちに受給権を獲得することができる）。

本稿の関心との関係で重要なのは、当然ながら後者の補足的ＣＭＵである。後述する通り、ＣＭＵ法は、低所得者が無拠出で補足的医療保険に加入できるスキームを創設した。この立法について、とりわけ重要なのは、九〇年代のフランスにおける社会保障制度が、それだけでは十分な医療保障を提供していないことを立法者が公に認めるに至った点であると思われる。以下、このような認識が共有されるに至った経緯を辿っておく。

⑵　当時のフランスは、社会保障制度の財政赤字への対応という政策目的から、医療費抑制政策を積極的に進めていた。その結果として、患者が負担する自己負担（ticket modérateur）および入院時の日額負担（forfait hospitalier）が増額し、医薬品の費用の償還割合の縮減が進行しつつあった[5]。補足的医療保険をもたない患者にとっては、増額し続ける医療費の自己負担と、第三者払いの欠如が、深刻な負担となっていた。

立法時の議会における議論では、基礎的ＣＭＵによってフランス国内に在住するあらゆる市民に医療保険制度の被保険者資格を与えたとしても、これだけでは医療への平等なアクセスを実現したことにはならないとの問題意識が示された。そして、フランスにおいて市民の八四％が何らかの補足的医療保険に加入している一方、一ヶ月の収入が二〇〇〇フラン以下の者で補足的医療保険に加入している者の割合は四五％にとどまり、失業者についてこの値は更に低下することが指摘され、補足的医療保険の必要性が高い者ほど、十分な保護を受けていないとの主張がなされた[6]。つまり、社会保障制度の一般化を実質的なものとするためには、社会保障制度によってカバーされない費用をカバーする補足的医療保険が必要不可欠と考えられたのである[7]。

(3) このように、補足的ＣＭＵの創設は、フランスの社会保障制度はそれのみでは医療保障として不十分であり、社会保障の被保険者となることは必ずしも実際に受診が可能であることを意味しないという認識、および、受診が可能となるためには補足的医療保険への加入が必要不可欠であるという認識を背景としていた。立法時の議論および学説においても、補足的ＣＭＵの創設は万人の医療へのアクセスを実効的なものにするとの評価がしばしば見られる。[8] ＣＭＵ法は、これらの認識がフランスの政策立案者・立法者の間である程度共有され、法律によっても公的に追認されたという重要な意味をもつといえる。既に述べた通り、フランスでは一九四六年の社会保障制度創設時から、この制度と補足的医療保険との併存が期待されてきたが、当時補足的医療保険に期待されたのは、あくまで自助努力・上乗せ的な給付をカバーする役割であったと思われる。これに対して、ＣＭＵ法制定時に想定されている上記のような補足的医療保険の役割は、医療保障のために必要不可欠なものとなっており、一九四〇年代・五〇年代に想定されたのものとは大きく異なっている。

第三節　補足的ＣＭＵ

(1) 補足的ＣＭＵについて、現行法上の制度を概観しておこう。[9]

補足的ＣＭＵの対象となるためには、フランス国内に居住していることと、収入が一定額を下回っていることが必要である。[10] この基準額は世帯の構成によって異なっているが、例えば、一人世帯であれば月額六三四ユーロに設定されている。補足的ＣＭＵの対象者は、社会保障制度において自己負担となる費用、すなわち、一部負担金、入院時日額負担、歯科や眼科（特に視力矯正、具体的には眼鏡）の費用を負担しない（但し保障には一定の上限がある。[11] また、医師・医療機関は、補足的ＣＭＵの対象者に対して協約料金以上の報酬を請求できない[12]）。また、社会保障制度においては原則となる償還払い制度の適用も受けず、第三者払いを享受する（以上、社会保障法典Ｌ・八六一―三条[13]）。

対象者は、自らの補足的ＣＭＵを支給し管理する組織として、社会保険金庫ないし補足的医療保険を提供する組織（共済組合、労使共済制度、保険会社。以下、これらの組織を「補足的医療保険組織」と呼ぶ）のいずれかを選択することができる（Ｌ・八六一―四条）。補足的医療保険組織は、この制度への参加を強制されるものではなく、参加を希望する組織はその旨申請を行う（行政庁は制度に参加する組織のリストを作成する。社会保障法典Ｌ・八六二―七条第一項・第二項）。もっとも、一旦この制度に参加することとなった組織は、自らに加入することを希望する補足的ＣＭＵの対象者について、加入について何らかの条件を設けることが禁じられる（同Ｌ・八六二―八条）。つまり、この制度に参加する以上、加入者を選別することはできない。補足的ＣＭＵの対象者を受け入れた組織に対して、対象者一人あたり、四半期ごとに九二・五〇ユーロが支給される。言い換えれば、当該対象者にかかる医療リスクは、この九二・五〇ユーロの範囲内で個々の保険者が管理しなければならない（同Ｌ・八六二―四条のⅢ）。

上記のように各種の組織の中から受給者が自由に保険者を選択するという制度設計は、受給者にスティグマを生じさせないという点ですぐれていると評価されていたが[14]、実際には、制度が複雑であり、受給者が必ずしも選択のために必要で十分な知識を持ちあわせないことなどが原因となり、九〇％の受給者は、基礎制度について管理運営をしている社会保険初級金庫（CPAM）を、補足的医療保険の管理運営主体としても選択している[15]。また、従来から連帯の価値を掲げ、また制度設計にも深く関与した共済組合と、保険会社等の他の組織とが同列に並べられることについては、共済組合の側からの不満も表明された[16]。とはいえ、実際に制度が動き出してみると、共済組合を選択した受給者は（保険会社・労使共済制度と比べて）相対的には少なくない。（CPAMを選ばなかった受給者のうち八割近くが共済組合を選択している）[17]。その背景には、公衆衛生活動・社会的活動・医療センター等の施設経営により社会的排除に活発に立ち向かってきたという共済組合のこれまでの活動の経緯があるようである[18]。こうした、共済組合の補足的ＣＭＵ分野への関与は、翻ってさらに、この組織のイメージを向上させる重要な効果をもっているという[19]。

他方、上記のような受給者のCPAMへの集中および財政上の理由から、そもそもこの制度に参加する組織の数は大幅に減少しつつある（二〇〇二年から二〇〇八年までの間でマイナス三五％）。

(2) 補足的ＣＭＵの対象者は拠出義務を負わず（同Ｌ．八六一―三条一項）、これらの者の補足的医療保険給付にかかる費用は、「医療リスクの普遍的カバーのための補足的社会保障財政基金（fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie）」（以下、単に「基金」という）によって拠出される（同Ｌ．八六二―一条）。この基金に財源を提供するために、補足的医療保険組織に対して、補足的医療保険から生じた保険料・拠出金収入を基礎として税が課されており、この税は、補足的ＣＭＵに参加するか否かにかかわらず、共済組合・労使共済制度・保険会社に対して課される（税率は現在六・二七％である。Ｌ．八六二―四条Ｉ、Ⅱ）。一方、補足的ＣＭＵに参加する組織については、当該組織が受け入れた補足的ＣＭＵ対象者の数に応じて支払われる上述の金額（補足的ＣＭＵ対象者を一人受け入れた場合四半期ごとに九二・五ユーロ）が差し引かれ、受け入れた人数が相当程度多くなれば、税額はゼロとなりむしろ一定額が払い戻される（Ｌ．八六二―四条Ⅲ）。このように、補足的ＣＭＵの財源確保の仕組みは、補足的医療保険組織にこの制度への参加を促す役割も担っている。[20]

(3) 補足的ＣＭＵの制度が有する意味をより適切に理解すべく、収支の内訳を詳しくみておこう。[21]

まず、基金の財源には法律上国庫負担も予定されており（Ｌ．八六二―三条一項）、制度創設当初の二〇〇〇年の時点では、財源の八割程度が国庫負担であった。結果として、補足的ＣＭＵは、①補足的医療保険加入者と非加入者との間での連帯、および、②国民連帯、の二種類の連帯を組み合わせるものであると説明されることもあった。もっとも、この割合は制度創設後徐々に引き下げられ、二〇〇九年の財政法（Loi de finances）では国庫負担がゼロとされるに至った。[22] このことと、補足的ＣＭＵの費用の増加により、補足的医療保険組織の拠出負担は急激に重くなりつつある（同じ二〇〇九年の社会保障財政法律（loi de financement de la sécurité sociale）は補足的医療保険の保険者に課される税

の税率を二・五％から五・九％へと引き上げた。[23] 上記の通りこの税率は現在では六・二七％に達している）。このことは、補足的医療保険の保険料の引き上げにつながるとの懸念が示されている。[24]

このように、補足的ＣＭＵの財源を補足的医療保険の保険者のみに担わせる仕組みへと制度が変容したことは、費用負担の新しい構造であり、これによって現在の補足的ＣＭＵの財政は完全に「民営化（privatisé）」されたとの指摘がある[25]（現在の基金の収入総額は約一八億七〇〇〇万ユーロ）。また、収支の状況を見比べると、上述のように補足的ＣＭＵ対象者の九〇％が社会保険金庫を保険者として選択していることの帰結として、支出の七割程度が社会保険金庫に支払われている。つまり、現在、補足的ＣＭＵおよびその財源を拠出する基金は、民間の保険者から社会保険金庫への財源の移転のツールとして機能していると評価することもできる。学説は、各種保険者のこの制度への参加および受給者による保険者の選択という補足的ＣＭＵの仕組みは、制度を支える哲学というよりむしろ財政上の理由から要請されたと指摘している。すなわち、こうした制度設計は、各種保険者への税負担の要請を正当化し、社会保障一般税（差しあたりここでは社会保障目的税と理解しておけば足りる）、社会保険料その他の既存の負担の引き上げを回避することを目指したものであった。[26]

第四節　ＣＭＵ法の成果・残された課題

(1)　ＣＭＵ法は、フランスにおいて社会保障制度創設以来の課題であった医療保険のあらゆる国民に対する適用、いわゆる一般化（généralisation）を実現したという点において、フランスの医療政策の歴史の中でも重要な転換点となっている。[27] この補足的ＣＭＵの対象者は最貧困層に限られず、当時存在した最低生活保障制度（最低統合所得 revenu minimum d'insertion, RMI）よりも広く、不安定な状況化にある被用者を対象者を想定しており、低所得者層に対する社会扶助的な給付の一類型としても特殊な性格をもつ。[28]

学説も、ＣＭＵ法における補足的ＣＭＵの重要性を強調しており、この点に注目してＣＭＵ法を好意的に評価する論調がしばしば見られる。例えば、既に述べた通り、ＣＭＵ法の革新性は低所得者の補足的ＣＭＵへの加入によって万人の医療へのアクセスを実効化する点にあり、それゆえに、ＣＭＵ法は社会法分野において直近一五年間に行われた立法の中でも最も重要なものである、との指摘がみられる。[29]

(2)　一方、補足的ＣＭＵについてしばしば指摘される問題点としては、閾値効果（effet de seuil）がある。これは、補足的ＣＭＵの対象者が無拠出で補足的医療保険を獲得できる一方、基準となる収入の水準のわずかに超える収入を持つ者は、保険料を全額自ら拠出しなければ補足的医療保険に加入できず、両者の間に深刻な不平等が生じるという問題である。[30]この問題は立法時から指摘されており、[31]また、二〇〇三年に出された補足的医療保険に関する政府関係報告書においては、補足的ＣＭＵの成立後、補足的医療保険への加入者は九〇％程度まで上昇したものの、依然として費用の問題を理由として加入しない者が（非加入者の半数程度）存在することが指摘されている。[32]

二〇〇四年八月の医療制度改革の際に、基準額と収入の差が二〇％の範囲に留まる者を対象に、補足的医療保険料支払援助（aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé）と呼ばれる保険料・拠出金の減額の仕組み（crédit d'impôt）が導入された（社会保障法典Ｌ．八六三―一条以下）。[33]この減額の具体的な金額は、対象者の年齢によって、一〇〇ユーロから四〇〇ユーロの間で定められることとされた。対象者は、自らが所属する医療保険の保険者によって収入の審査を受け、対象者となる旨の証明書の発行を受ける。この証明書を提示した被保険者について、補足的医療保険の保険者は、拠出金あるいは保険料の額を一定額減額する。二〇〇五年のこの制度の対象者は二七万人程度であり、この制度は一定の成功を収めたと評価されたが、[34]依然として制度の対象者と非対象者が一定の収入額の前後で分けられるという制度の構造は変わっておらず、個人の収入に応じた漸減的な「個人化された医療手当（allocation personnalisée santé）」の導入が主張されている。[35]なお、補足的医療保険料支払援助についても、上述の補足的ＣＭＵ

の基金が財源を拠出しており、従って二〇〇九年以降はもっぱら補足的医療保険組織によって負担されている。

(3)　補足的ＣＭＵについては、上記の点のほか、補足的ＣＭＵ対象者について病院・医師が治療を拒絶することがしばしば見られ、社会問題化している。[36] これは、補足的ＣＭＵの受給者については第三者払いが適用されるために病院・医師が費用の回収について不安をもつことや、受給者については上述の通り協約料金を超えた保障請求ができないことが背景にあると思われる（従って、診療拒否は、特に、協約外料金を請求する権限を有するセクター二の専門医などについて深刻な状況である）。[37]

第五節　第四章のまとめ

(1)　本章においては、ＣＭＵ法によって社会保障基礎制度と並んで補足的医療保険の「一般化」（できるだけ多くの国民への加入の拡大）が進められる経緯を扱った。まず重要な点は、この法律によって、フランスにおいて医療へのアクセスを実効的に担保するためには（社会保障制度に加えて）補足的医療保険を獲得することが必要不可欠であることが立法のレベルで改めて確認されたことである。これによって、社会保障と補足的医療保険から成る「デュアル・システム」とでもいうべき制度が、（事実上のものとしては以前から存在・発展してきたが）制度として定着し枠付けられたものと評価できる。補足的ＣＭＵの受給者が最貧困層よりも広い範囲に設定されていること、さらに閾値効果が問題となった結果として保険料・拠出金の減額の仕組みが実施されていることは、補足的ＣＭＵがあくまで社会保障制度と一体となって一般化されるべき性格のものであるとの考えの現れと見ることもできよう。つまり、社会保障基礎制度および補足的医療保険を組み合わせた医療保障が、あらゆる国民に平等・普遍的に、かつ確実に担保されるべきものであるとの認識がここには見られるのである。[38]

既に述べた通り、このような補足的医療保険に対する評価は、一九四五年の社会保障制度創設時に、私人の自発的な

自助努力の余地を認めるという目的の下に補足的医療保険が想定された時期のそれとは、大きく異なっている。このような変化の背景には、二つの相反するともいえる制度の変容があると思われる。一つは、医療保障が充実し、またその適用一般化・普遍化が進み、何らかの医療保障をもつことを市民の権利として捉える考え方が定着してきたことである。もう一つは、このような医療保障に対する考え方にはむしろ逆行して、一九八〇年代以降、社会保障財政が逼迫し、その給付の水準が後退しつつあることである。このような状況の中で、社会保障制度と補足的医療保険を組み合わせた二段階の保障を出来る限り多くの国民に担保しようとするＣＭＵ法の誕生が導かれたと考えられる（なお、考えにくい場面ではあるが、もし社会保障財政の状況が好転することがあったとしても、一端発生・定着した補足的医療保険の保険者の活動範囲を狭めるような形で社会保障制度が介入をすることは考えられず、このような流れはある程度不可逆的なものであるように思われる[39]）。

⑵　補足的ＣＭＵとの関係で次に注目すべきなのは、特に二〇〇九年以降、つまりはごく最近の、この制度の管理運営主体および財源の負担のあり方である。第三節で見た通り、補足的ＣＭＵの財源は現行法上もっぱら補足的医療保険組織が負担する特別な税によって支えられている。一方で、給付については受給者が自由に管理主体を選択できることになっているものの、実際にはほとんどの給付を社会保障金庫が行っている。このことと、補足的医療保険がフランスにおいて社会保障基礎制度の給付水準の後退の受け皿となっていることを考慮すれば、この制度のもつ意味はきわめて微妙であり、評価が難しい。

本来、社会保障と補足的医療保険の組み合わせがあらゆる国民に保障されるべきであるとすれば、低所得者の補足的医療保険については国庫負担が予定されて然るべきとも思え、実際、制度の創設当初にはこのような制度が予定されていた。国庫からの拠出がなくなること自体について多くの議論が行われた記録は見当たらないが、補足的医療保険組織の負担が著しく引き上げられることについては立法時にも議論が活発に行われている[40]。この問題についてはまず、補足

的医療保険組織の負担が増加することで、保険料の引き上げが行われることが懸念された。また、より大きな問題として、このような財源負担の変化が、社会保障と補足的医療保険組織との間の役割分担の変容へとつながることが指摘されている。すなわち、このように社会保障から補足的医療保険へと、いわば財源負担が移転されることに応じて、補足的医療保険組織に、社会保障制度の管理・運営へのより強い参加や、疾病リスクの管理運営への関与などを認めるべきとの議論が行われている（さらには、医療機関と独自に契約を締結する可能性なども指摘されている）。この点については、医療費抑制政策への補足的医療保険の保険者の関与などとの関係で、第五章において改めて検討を加える。

以上のように、一九九九年のＣＭＵ法にはじまる補足的医療保険の一般化の試みについては、財源のあり方がもつ意味についてさらに検討を深める必要がある。他方で、この改革全体を通じて、給付と財源の両面において、補足的医療保険制度が社会保障制度と強く結びつけられる動きが見られ、こうした変化は、この後、社会保障制度本体の構造にも影響を及ぼすことになる。次章で扱う各種の法改正とあわせて、補足的医療保険と社会保障制度の制度的な連続性・一体性が実現されつつある時期といえよう。

本稿の第一編第二章、第二編第一章で見られたように、フランスの補足的医療保険制度は、その中核に位置する共済の特殊な性格を一つの背景として、常に社会保障制度と関連性・親和性をもちながら発展を遂げてきた。補足的医療保険組織に低所得者の補足的医療保険の財源を負担させるといったユニークな制度を典型として、一九九九年代末以降の両者の連続性・一体性の強化、「デュアル・システム」の制度化の背景には、こうした思想的・歴史的文脈が存在するものと考えられる。

（1）笠木映里「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）海外社会保障研究一六一号（二〇〇七年）、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」（五）法協一二四巻五号（二〇〇七年）

一二四頁以下。

（2） 笠木・前掲注（1）論文「医療制度」ほか。

（3） Borgetto (M.), Brève réflextions sur les apports et les limites de la loi créant la CMU, *Droit Social*, 2000, p. 31. その背景として、県レベルでの制限的な運用と全国一律の基準の不存在が指摘されている。Marié (R.), La Couverture Maladie Universelle, *Droit Social*, 2000, p. 13. 本稿の主題からは外れるが、このような法改正は、低所得者層の医療について、近年活発化する社会政策の地域化・分権化の政策とは反対方向の流れが見られることを意味しており、社会保障と分権という全く異なる論点からも興味深い。Frotiée (B.), La réforme française de la Couverture maladie universelle, entre risques sociaux et assurance maladie, *Lien social et Politiques-RIAC, 55, La santé au risque du social*, 2006, p. 36.

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

（5） Frotiée (B.), op. cit., p. 35.

（6） 以下、Assemblée Nationale, Projet de loi n° 1419 portant création d'une couverture maladie universelle, déposé le 3 mars 1999, Assemblée Nationale, 1ère lecture, Discussion en séance publiuque 2ème séance du 27 avril 1999.

（7） Dupeyroux (J. - J.), *Droit de la sécurité sociale, 16e édition*, Dalloz, 2008, p. 1109.

（8） Borgetto (M.), op. cit., pp. 30 et 32, Renaudin (A.), La CMU : l'engagement des assureurs, *Droit Social*, 2000, p. 56.

（9） 以下、Chauchard (J. - P.), *Droit de la sécurité sociale*, 5ième édition, L. G. D. J., 2010, pp. 383 et s.

（10） この基準額は、基礎的ＣＭＵと同額に設定されているが、考慮される収入の内容が異なっており、基礎的ＣＭＵの場合には課税対象になる収入のみが考慮されるのに対して、補足的ＣＭＵについては課税対象にならない収入も考慮される。

（11） この上限の決定は大臣アレテによるが、社会保障金庫ないし補足的医療保険の保険者と、薬局や眼科医との間で、さらに、全国レベルあるいは地域レベルでの交渉・合意に基づき、この上限を遵守した価格設定を義務付ける内容の協定が締結されうる。こうした制度については、貧困層の受けられる医療の内容がこれらの交渉に強く依存してしまうことや、地域や県ごとに不平等な状況が生じうることが問題として指摘されている。Borgetto (M.), op. cit., p. 37, Depyeroux (J. - J.), op. cit., p. 1093.

（12） Borgetto (M.), op. cit., p. 33.

（13） 立法時には、償還払い制度が低所得者層にとって受診を妨げる重要な一要素となっていることが重視された。Depyeroux (J. - J.), op. cit., p. 1109.

（14） 例えば一つの共済組合に全ての対象者を集めるような制度設計に比べて、スティグマの問題が生じないとの評価がある。Badel (M.), Mutuelles et CMUC : un partenariat fructuex?, *RDSS*, 2009, p. 433.

(15) Badel (M.), op. cit., p. 434.
(16) Badel (M.), op. cit., pp. 433 et 434.
(17) Badel (M.), op. cit., pp. 434 et 435.
(18) Badel (M.), op. cit., p. 434.
(19) Badel (M.), op. cit., p. 435.
(20) Marié (R.), op. cit., p. 19.
(21) 基金のホームページ収支の内訳が掲載されている。http://www.cmu.fr/userdocs/231-1_2010.pdf（最終閲覧日：二〇一一年四月四日）。
(22) 前年までは、アルコール税やたばこ税の導入等も通じて初年度と同額程度の国庫負担が行われており（但し支出の伸びは主として補足的医療保険の負担する税の引き上げによって支えられており、相対的には国庫負担は縮減していた）、二〇〇九年の財源構成の変化は劇的なもののように思われる。
(23) Del Sol (M.), 2009, op. cit., p. 421.
(24) Badel (M.), op. cit., p. 436.
(25) Badel (M.), op. cit., p. 437.
(26) Badel (M.), op. cit., p. 435.
(27) 笠木・前掲注（一）論文「医療制度」二〇頁、Marié (R.), op. cit., p. 7.
(28) Marié (R.), op. cit., p. 15, Dupeyroux (J. - J.), op. cit., 1095.
(29) Borgetto (M.), op. cit., pp. 30 et 32, Dupeyroux (J. - J.), op. cit., pp. 1094 et 1095.
(30) Kambia-Chopin (B.) et al., La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006, Questions d'économie de la santé n. 132, mai 2008, p.4., Badel (M.), op. cit., p. 432.
(31) Borgetto (M.), op. cit., p. 35.
(32) Groupe de travail de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, Groupe présidé par M. Jean-François Chadelat, *La repartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé*, 2003, ppr.10 et 11.
(33) Del Sol (M.), Turquet (P.), Les organismes complémentaires d'assurance maladie et la gestion du risque maladie à l'aune de la réforme du 13 août 2004, *RDSS*, 2005, p. 317.

(34) Dupeyroux (J. - J.), op. cit., p. 1119.

(35) Dupeyroux (J. - J.), op. cit., p. 1096. このような制度の導入は一九九九年当時にも行われたが、ＣＭＵの前身となった医療扶助が無拠出だったこととの関係で制度の後退であるとの評価を受ける恐れがあったなどの理由から採用されなかった（補足的医療保険組織の反対もあったようである）。Borgetto (M.), op. cit., p. 36.

(36) Borgetto (M.), op. cit., p. 33, Badel (M.), op. cit., p. 438.

(37) また、そもそも社会保障の給付対象から外れている部分が多く、補足的ＣＭＵが一定の上限を定めて給付を行う歯科についても、こうした問題が深刻である。参照、Circ. DSS n° 2001-81, 12 fév. 2001.

(38) ＣＭＵ法を検討課題とした比較的重要性の高い政府関係報告書（いわゆるChadelat報告書）においては、「基礎的・補足的医療保険（assurance maladie complémentaire de base, AMCB）」を設定し、社会保障とAMCBを組み合わせた部分が、補足的ＣＭＵなどを通じて国が保障すべき水準の医療保険であると主張している。Rapport Chadelat, op. cit., pp. 21 et s.

(39) 一九九六年に当時の首相アラン・ジュペの下で構想された政策提言（いわゆるジュペ・プラン（Plan Juppé））において、普遍的医療保険制度（assurance maladie universelle）が提案されていたが（一九九九年のＣＭＵ法へつながる議論の出発点となったと思われる）、この提言に対しては、当時、補足的医療保険の保険者が、自らの存在意義を失うのではないかという懸念から賛成しなかった（一部の労働組合もこの案には反対していた）。端的な一般化・普遍化の傾向に対して補足的医療保険の存在が障害となりうる場面の一例といえよう。Frotiée (B.), op. cit., p. 35.

(40) Avis n° 84 (2008-2009) pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 de M. Jean-Jacques JÉGOU, fait au nom de la commission des finances, déposé le 5 novembre 2008.

＊本稿は、日本学術振興会科学研究費補助金（若手（Ｂ））「社会保障と市場の協調・共働関係」（平成二十二年度）の研究成果の一部である。