

ドイツ・フランスの医療保険における負担

松本 由美

大分大学福祉健康科学部教授

はじめに

ドイツとフランスでは、日本と同様に公的医療保険を中心に据えた医療保障システムが構築されている。これらの国々では、高齢化等の人口構造および社会経済の変化のなかで、医療保険制度の持続可能性や公平性・効率性を高めることが政策課題となっており、「負担(保険料負担および患者の自己負担)」をめぐる議論が活発に行われている。両国では、どのような考え方に基づいて医療保険をめぐる負担の仕組みがつくられているのだろうか。

このような問題意識に基づき、本稿は、ドイツとフランスの医療保険における保険料負担と患者の自己負担のあり方を比較考察し、それを通じて、日本の医療保険の負担のあり方を検討するための論点を明らかにすることを目的とする。なお、両国では、公的医療保険と民間医療保険を通じて国民の医療保障が実現されていることから、検討にあたっては公・民の医療保険を対象にする。

まつもと ゆみ

早稲田大学大学院商学研究科博士後期課程単位取得満期退学。博士(商学)。専門分野は社会保障論。

熊本大学教育学部専任講師等を経て、2022年4月から大分大学福祉健康科学部教授。

著書に『世界の病院・介護施設』(法律文化社、2020年、共著)、『社会保障論』(成文堂、2015年、共著)、『医療制度改革』(旬報社、2015年、共著)など。

医療保険の概要

1. ドイツ医療保険の制度体系

ドイツの公的医療保険は社会法第5編に定められた単一の制度であり、多数の保険者(2024年現在、95疾病金庫)により実施されている。2024年現在、公的医療保険の加入者は7,430万人(このうち、家族被保険者は1,590万人)であり、人口の約9割が公的医療保険に加入している¹。

公的医療保険に強制加入となるのは、一定限度(2024年現在、月538ユーロ)を超える労働報酬がある民間の労働者であり、かつ年間労働報酬が限度額(2024年現在、69,300ユーロ)を超えない場合である。被保険者の配偶者や子²は、一定の条件を満たせば追加的な保険料を負担することなく家族被保険者となる。労働者以外にも、年金受給者、失業手当や市民手当(Bürgergeld)³の受給者、職業見習い・実習生、大学生、障害者、芸術家・ジャーナリスト等も一定の条件のもとで公的医療保険に強制加入となる。また、疾病時の保障が得られない状況にあり、最後に公的医療保険に加入していた(あるいは加入すべきであった)者も強制加入となる。

年間の労働報酬が限度額を超える者や自営業者(強制加入の対象とならない業種)、公務員等は、公的医療保険への加入義務がない。公的医療保険に加入していない者は、2009年1月から民間医療保険への加入が義務づけられている。これによ

り、すべての人が公的医療保険、あるいはそれを代替する民間医療保険のいずれかに加入する状態が実現しているといえるが、後に見るように保険料負担をめぐる考え方は両者で大きく異なる。

2. フランス医療保険の制度体系

フランスの公的医療保険は複数の制度からなるが、全人口がいずれかの公的医療保険にカバーされる皆保険体制となっている。公的医療保険は、強制加入の社会保障制度（幅広い社会的リスクに対応する総合的な社会保険制度）のなかで実施されている。社会保障制度は職域により分立しているが、最も代表的なのは一般制度（régime général）であり⁴、人口の約9割がこれによりカバーされている。ここでは一般制度で実施される公的医療保険について検討していく⁵。

一般制度は単一の保険者によって運営されており、四つの部門（疾病・労災・年金・家族）からなる。このうち疾病部門において、疾病・出産、障害、死亡に関する給付が行われる。一般制度における強制加入の被保険者については、社会保障法典において、賃金を得る、あるいは使用者のために働くすべての者（年齢・年金受給の有無・国籍・性別は問わない）は、報酬の額・性格、契約の形態・性格・効果とはかかわりなく、一般制度の社会保険に強制的に加入すると定められており、従属労働を行う者はすべて強制加入となる。また、職業活動を行っていない者であっても、職業訓練中の者や所得補償を受ける失業者等は労働者と同様の扱いとなる。公的医療保険における高齢者の位置づけは日本と異なっており、フランスでは年金受給者であることによって医療給付の受給権が生じ、年金受給開始前に加入していた社会保障制度から医療給付を受ける⁶。

また、職域ごとに分立した制度の狭間に取り残された人々への医療保障を確保するため、2000年に普遍的医療給付（couverture maladie universelle : CMU）が導入された。CMUは、法定制度から医療給付が受けられない人々に、一般制度から給付を行う仕組みであった。2016年

からは、これを発展的に引き継ぐ普遍的医療保護（protection universelle maladie : PUMA）が実施されている。今日、職業活動を行っている場合はそれに基づいて定められた公的医療保険に加入し、職業活動を行っていない場合は3カ月以上の安定的・合法的な居住に基づいて一般制度等から医療給付を受けるという普遍的な医療保険制度が実現している。

公的医療保険においては、従来、日本と同様に世帯単位で受給資格が与えられてきた（つまり、配偶者や子は被扶養者として給付を受ける）。しかしながら、PUMAの導入後は個人単位で受給資格が付与されることとなったため、現在の公的医療保険には成人の「被扶養者」という資格は存在しない⁷。

また、フランスでは、後述のように公的医療保険の利用にともなう自己負担がやや大きく、これに対応するための民間医療保険（フランスでは補足的医療保険（assurance maladie complémentaire）と呼ばれる）が広く普及しており、人口の95%以上がこれに加入している（DREES 2019 : 8）。民間医療保険は、共済組合（mutuelles）、労使共済制度（institutions de prévoyance）および保険会社（sociétés d'assurance）によって提供されている。公的医療保険とそれを補足する民間医療保険により医療保障が確保されている点がフランスの特徴である。

保険料の負担

1. ドイツ

（1）公的医療保険

公的医療保険の中心的な財源は被保険者と事業主が負担する保険料である。これに法定の連邦補助（定額、2017年以降145億ユーロ）が加わるが、公的医療保険の総収入に占める法定の連邦補助の割合は5～6%程度に過ぎない⁸。公的医療保険は「連帯原則（Solidarprinzip）」に基づいて運営されており、被保険者は負担能力に応じて保険料を支払い、医療上必要な給付を等しく受け取る。これによって、健康な者と病気の者、高所得者と低所

得者、若者と高齢者、さらに単身者と家族がいる者の間で連帯的な調整が行われる⁹。

公的医療保険の保険料率は法律により全国統一的に定められている。2024年現在の一般保険料率は14.6%であり、労働報酬、公的年金、企業年金等が賦課対象となる。保険料は、労働者の場合は事業主が、年金受給者の場合には年金保険者がその半分以上を負担する。また、失業者（失業手当あるいは市民手当の受給者）の保険料は連邦雇用エージェンシーあるいは連邦が負担する。先に見た強制加入の対象者のなかには、低年金の高齢者（条件を満たせば、基礎保障（Grundsicherung）を受給することが可能な者）や一時的に生活困窮に陥った者（条件を満たせば社会扶助の対象となる者）なども含まれるが、このようなケースではそれぞれの給付の担当部局が保険料を負担する。

徴収された一般保険料は健康基金（Gesundheitsfonds）に集められ、各疾病金庫のリスク構造（被保険者の年齢・疾病状況等）に応じて財源が配分される。各疾病金庫は、この配分金で必要な医療費が賄えない場合には一般保険料に加えて追加保険料（Zusatzbeitrag）を加入被保険者から徴収しなければならない。追加保険料率は疾病金庫ごとに異なるが、2024年の平均追加保険料率は1.7%である¹⁰。この追加保険料についても、一般保険料の場合と同様に事業主や年金保険者がその半分以上を負担する。

（2）民間医療保険

公的医療保険に加入していない高収入の労働者、自営業者、公務員等は民間医療保険に加入しなければならない。民間医療保険の保険料は、加入者のリスク（年齢、健康状態）と給付範囲に応じて定められる（「等価原則（Äquivalenzprinzip）」と呼ばれる）。民間の保険者は、既往症や持病、年齢を理由に加入申請を拒むことができる。また、リスクに応じた保険料の加算や持病への給付を除外することを条件とした保険契約を締結する場合がある¹¹。

高齢期には多くの医療費が必要となるが、ドイツの民間医療保険では、若い時期の保険料の一部

を高齡化引当金として積み立てておき、高齢期には保険料にこの引当金を加えて費用を賄うという方法がとられている。保険契約あるいは保険会社を変更する場合、一定の条件のもとで高齡化引当金を持ち運ぶことができる。

民間医療保険の保険料の決定においては所得の多寡は考慮されないため、個々の経済状態によっては加入あるいは保険契約の継続が困難な場合がある。また、既往症等により加入を拒まれる場合もある。2009年1月に民間医療保険への加入義務が導入された際には、高額な保険料負担が困難な零細自営業者等への対応が求められ、新たに「基本タリフ（Basistarif）」が導入された。これ以降、民間医療保険会社は基本タリフを提供しなければならず、また、条件を満たした者の加入申請を拒んではならないこととなった。基本タリフは法律により定められた基礎的な民間医療保険であり、給付内容は、公的医療保険の法定給付に匹敵する。ただし、基本タリフを選択して契約できるのは一定の条件を満たす者に限られている。具体的には、ドイツに住所を有するが医療保険によって保護されていない者（公的医療保険の加入義務はないが、民間医療保険に加入していない者（とくに自営業者）等）、民間医療保険の被保険者で基本タリフへの変更を望む者（2009年1月1日以前の契約の場合は、年齢や年金受給等の条件あり）等である。

基本タリフの保険料は、他の民間医療保険の場合と同じく、加入時の年齢と給付範囲に応じて定められるが、加入者の健康状態は考慮されない。被保険者の既往症・持病（Vorerkrankungen）によって生じる超過費用は、基本タリフのすべての被保険者で等しく分担される。これにより、重度の疾患を有する者も民間医療保険（基本タリフ）に加入できるが、一方で若くて健康な被保険者であっても保険料が法定上限（後述）に達してしまうことがある（PKV 2023：15）。また、基本タリフでは、一般の民間医療保険で行われているリスクに応じた保険料の加算や特定の給付の除外は行われない。基本タリフの保険料には上限が設けられており、2024年現在、月額843.52ユーロである¹²。

基本タリフでは経済的な困窮への対応も行われる。社会扶助の対象となるような要保護状態(Hilfebedürftigkeit)にある場合、あるいは保険料の支払いによってそのような状態になる場合には、保険料上限の半額まで保険料が引き下げられる。これによる不足額は民間医療保険の全被保険者(基本タリフの対象者を除く)により分担して負担される(PKV 2023 : 16) ¹³。

このように、基本タリフには一般的な民間医療保険には見られない性質がある。とくに、保険会社は基本タリフへの加入条件を満たした者を拒んではならないこと、保険料の算定において健康状態(疾病の有無、重症度)が問われないことは注目される。公的医療保険の対象とならず、かつ多様な状況にある人々の医療保障を民間医療保険が引き受けていることは、ドイツの医療保険制度体系の重要な特徴である。

2. フランス

(1) 公的医療保険

フランスの公的医療保険は多様な財源によって支えられている。2022年の公的医療保険の収入構造をみると、事業主が負担する保険料が37.1%と最も大きな割合を占めているが、フランス居住者が負担する一般社会拠出金(contribution sociale généralisée : CSG)が23.4%、その他の多様な社会的拠出金・税金が32.1%となっている(Gouvernement 2023 : 9)。CGSは1991年に導入された新たな社会保障財源であり、幅広い所得に賦課される社会保障目的税のようなものである。CSGによる収入は、2022年現在、1,416億ユーロの規模となっている(Commission des comptes de la Sécurité sociale 2023 : 44-45)。

公的医療保険の保険料は、歴史的には被保険者と事業主により負担されてきたが、1997年からCSGの財源の一部が公的医療保険に投入されるようになると、それに応じて被保険者の保険料が引き下げられていった。このような経緯で被保険者の保険料がCSGに置き換えられていったため、現在では、公的医療保険に関しては被保険者の保

険料負担はない。一方で、事業主による保険料負担は維持されており、2024年現在、保険料率は7.3%である。なお、PUMAの受給者のうち、一定基準以上の資産・資本所得がある者(老齢あるいは障害年金等の受給者は対象外)は付加医療保険料(cotisation subsidiaire maladie)を支払わなければならない¹⁴。

被保険者のCSG拠出と医療給付との間に直接的な結びつきはないが、公的医療保険の財源への寄与という観点からは保険料に匹敵する被保険者の負担と捉えることができる。CSGは、フランス居住者の稼働所得、代替所得、資産所得、投資所得、賭博益に賦課される。賦課率は所得の種類によって異なるが、稼働所得には9.2%、老齢年金や失業手当等の代替所得には8.3%のCSGが賦課される。CSGによる収入は社会保障の多様な分野に配分されるが、公的医療保険への投入が最も大きく、2023年の配分額は541億ユーロである(Commission des comptes de la Sécurité sociale 2023 : 47)。

(2) 民間医療保険

フランスでは、公的医療保険において生じる患者の自己負担によって医療アクセスが妨げられることがないよう、民間医療保険への加入が政策的に強く促されている。民間医療保険の保険料は、基本的には加入者の疾病リスクと給付範囲に応じて定められるため、既往症のある者等が加入しにくい状況がある。フランスでは、被保険者の健康状態に基づく保険料の設定を行わないなどの条件を満たす民間医療保険の契約は、責任・連帯契約(contrats responsables et solidaires) ¹⁵として、税制上あるいは社会保障制度上の優遇措置の対象となる。公的医療保険を補足する民間医療保険の大部分は責任・連帯契約に基づくものであり、既往症や持病がある場合でも民間医療保険に加入しやすい状況となっている。また、共済組合や労使共済制度の保険契約では、保険料設定において所得の多寡を考慮し、また子どものいる家族の負担を抑える等の社会的な配慮がなされている場合もある¹⁶。このよう

表1 連帯補足的医療保険の所得上限(2024年4月1日適用・フランス本国)

世帯人数	無拋出の連帯補足的医療保険の年間所得上限	拋出制の連帯補足的医療保険の年間所得上限
1人	10,166 ユーロ	13,724 ユーロ
2人	15,249 ユーロ	20,586 ユーロ
3人	18,298 ユーロ	24,703 ユーロ
4人	21,348 ユーロ	28,820 ユーロ
5人以上	一人追加ごとに+ 4,066 ユーロ	一人追加ごとに+ 5,490 ユーロ

出所：l'Assurance Maladieのウェブサイト「Qui peut bénéficier de la Complémentaire santé solidaire et comment ?」(<https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire-qui-peut-en-beneficier-et-comment> 2024年4月13日閲覧)より(一部改変)。

に、民間医療保険のなかで一定の連帯的な調整が行われていることは注目に値する。

さらに、所得が低く、民間医療保険の保険料負担が困難な状況に対応するため、2000年に補足的CMU (couverture maladie universelle complémentaire) が創設され、所得が一定未満の者は保険料負担なしで補足的な医療保障が受けられるようになった。さらに2019年には従来の仕組みを改良した連帯補足的医療保険 (complémentaire santé solidaire) が導入された¹⁷。対象となるのは所得が一定水準未満の者である。所得が低い場合は無拋出で給付が受けられるが、所得が一定額を超える場合は拋出が求められる(表1)。この場合の拋出額は年齢に応じて定められている¹⁸。

このようにフランスの民間医療保険では、保険料について一定の連帯的な調整が行われている場合があること、保険料負担が困難な低所得者の補足的医療保険が制度的に確保されていることが重要である。

患者の自己負担

1. ドイツ

民間医療保険の加入者が医療を受けた場合の自己負担は個々の契約内容によって異なるため、ここでは公的医療保険に限定し、患者の自己負担について見ていく。まず、代表的な給付の自己負担を

確認しておきたい。日本と異なりドイツでは、医師による外来診療においては患者の自己負担は求められない。入院診療においては1日当たり10ユーロ(28日が上限)の負担は求められるが、これは宿泊費に相当するものである。薬剤については費用の10%、理学療法等の費用はその10%と処方ごとに10ユーロを負担する。このように、ドイツの公的医療保険では、患者の自己負担が比較的小さく、とくに医師(保険医)による診療に関してはほとんど自己負担が発生しない点に特徴がある¹⁹。

さらに、医療の必要性が高い者に過大な負担を求めないよう、自己負担には上限が設けられている²⁰。自己負担上限は年間の総収入の2%となっており、上限に達すれば、当該暦年の残りの期間の自己負担は免除される仕組みとなっている。また、要件を満たす重症の慢性疾患²¹の場合は、より低い自己負担上限(総収入の1%)が適用される。2018年現在、2%の上限を超えた者は被保険者全体の0.4%、慢性疾患の1%の上限を超えた者は同7.9%である(Blümel et al. 2020 : 91)。

2. フランス

まず、公的医療保険の主要な給付の自己負担を確認しておきたい。医師の外来診療については、協約料金の30%が患者の自己負担となる。フランスでは「かかりつけ医」を経由した受診が制度的に推進されており、かかりつけ医を経ない診療の場合は自己負担の割合が70%に引き上げられる。また、フ

ランスには協約料金を上回る超過料金を請求できる医師が存在しており、該当する医師から診療を受けた場合には協約料金の30%に加えて超過料金を負担しなければならない。入院診療の場合は、入院費の20%と一日当たり20ユーロの定額負担が求められる。薬剤については、重要度に応じて費用の0%・35%・70%・85%が、看護師や理学療法士等の医療補助職の費用はその40%が自己負担となる。

ドイツと比較すると、フランスでは医療を受けた場合の自己負担(超過料金を含む)が大きくなりやすいため、先に見たように人口の大部分が補足的な民間医療保険に加入している。責任・連帯契約に基づく民間医療保険は、医療給付の最低保障(公的医療保険の給付(一定の薬剤等を除く)の自己負担の全額をカバーすること)を確保する必要があるため、このような基準を満たす民間医療保険への加入を通じて自己負担は大きく軽減されている。

また、長期にわたって費用がかかる治療が必要な場合は、長期疾病(*affection longue durée*)を対象とした自己負担免除の仕組みを利用することができる²²。長期疾病として30疾病が法定されているが、対象患者数が多い長期疾病は、糖尿病、悪性腫瘍、精神疾患、冠動脈疾患等である(*Cour des comptes* 2016 : 214)。2017年現在、医療保険の被保険者の18%(1,200万人)が長期疾病の患者であり、関連の医療費は公的医療保険の給付費のおよそ60%に達する規模となっている(*Adjerad et Courtejoie* 2021 : 1-2)。

考察—負担のあり方を考えるために

最後に、ドイツとフランスの医療保険における負担の検討を通じて明らかになった点を整理し、政策的な検討を行うための論点を提示したい。

1. 低所得への対応

医療保険における負担のあり方を考える場合には、低所得や困窮状態をどのように考慮するかが問題となる。この問題を検討するためには、まず、経

済的に困難な状況にある人々を医療保険でカバーするのか、しないのかという点についての政策的な判断が求められる。周知のとおり、日本では、生活保護制度の対象となる場合には公的医療保険は適用されない。これに対して、ドイツとフランスでは、基本的にはすべての人を医療保険でカバーするという前提に立っている。保険料は応能負担であり、所得が低い場合は、それに応じて負担する。しかしながら、ドイツでは、制度設計上、経済的に困難な状況であっても民間医療保険に加入せざる得ない場合があるため、基本タリフを整備し、その保険料の減額や第三者による引受けといった対応が行われている。フランスでは、すべての人が公的医療保険によってカバーされるが、医療を受けた場合の自己負担は小さくない。このため、連帯補足的医療保険が整備され、低所得者の自己負担への対応が行われている。

両国のように全人口を医療保険でカバーする仕組みは、医療の平等性や社会連帯の観点からは望ましいと考えられる。日本でもそのような理念を重視し、制度体系を見直すのであれば、低所得者の保険料および自己負担のあり方について、両国の対応を参考にしながら検討する必要がある。

2. 慢性疾患への対応

医療の必要性が高く、治療が長期にわたって続く場合には、患者の自己負担が過大となることが懸念される。日本の公的医療保険では、高額療養費制度によって自己負担には一定の上限が設けられているが、所得によっては上限が高く設定されており、長期にわたる治療により過大な負担を強いられる可能性がある。ドイツとフランスでは、「疾病の特性」(長期にわたり費用がかかる治療が必要なこと)を考慮した負担軽減の仕組みが整備されている。この仕組みは年齢を問わず、該当するすべての慢性疾患患者に適用されている。日本においても患者の自己負担のあり方を検討する場合には、疾病の特性を考慮した仕組みとすることが望ましいのではないだろうか。このような仕組みは、高齢世代のみならず、費用のかかる治療を続けながら働く現役世代

のためにも必要であると考える。

3. 年齢をどのように考慮するか

ドイツとフランスの公的医療保険では、保険料の負担においても、受療時の自己負担においても、年齢（とくに高齢であること）は特別な意味を持たない。基本的には高齢者も若年世代と同じルールで保険料（フランスの場合はCSG）を負担し、医療を受けた場合には定められた自己負担を行う。なお、高齢者に関しては、両国では年齢が高いことではなく、所得が「年金」であることに意味がある。ドイツでは年金受給者は年金保険者と保険料を折半負担し、フランスでは年金に適用されるCSGを負担する。また、患者の自己負担のルールも統一的であるが、先に見たように、両国では特定の慢性疾患の場合には自己負担が軽減される。加齢にともない慢性疾患のリスクや罹患率が高まることから、この仕組みによって自己負担が軽減される者の多くは高齢者であると考えられるが、考慮されるのは、慢性疾患で長期にわたり治療のための費用がかかるという「疾病の特性」であり、年齢ではない。

両国における負担のあり方に照らしつつ、日本の医療保障において「年齢」をどのように考慮するのか（しないのか）、改めて検討する必要がある。■

《注》

- 1 連邦保健省のウェブサイト「Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung」(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesetzlich-versicherte.html> 2024年4月6日閲覧) および「Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)」(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv.html> 2024年4月6日閲覧) による。
- 2 被保険者の子が家族被保険者となることができるのは基本的には18歳までであるが、稼得活動を行っていない場合は23歳までである。さらに就学中、職業訓練中、あるいは自由意志奉仕活動中の場合は25歳までとなる。
- 3 失業保険の失業手当の支給が終了しても仕事が見つからない場合、一定の条件を満たした者に支給される求職者の基礎保障である。市民手当は、従来の失業手当IIを引き継ぐ形で2023年1月に新たに導入された。

- 4 一般制度のほか、農業従事者（経営者、被用者）を対象とした諸制度（農業制度と呼ばれる）、特定の企業や職域に設けられた比較的小規模な多数の制度（特別制度と呼ばれる）がある。
- 5 公的医療保険は、総合的な社会保険制度の一部門として実施されている場合と、特定の職域の固有の制度として実施されている場合がある。また、職域によっては固有の社会保障制度を持ちながら、疾病・出産の現物給付については一般制度が適用されている場合もある。
- 6 複数の社会保障制度に加入していた場合は、最後の職業活動に基づいて加入していた社会保障制度が医療給付を行う。
- 7 なお、未成年の子は、引き続き「被扶養者」という資格で給付を受ける。
- 8 連邦保健省の公表データ「Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung 2011 bis 2023」(https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2023Bund_August_2023.pdf 2024年4月6日閲覧) における2017年から2021年の収入内訳に基づく。
- 9 連邦保健省のウェブサイト「Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)」(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv.html> 2024年4月6日閲覧) による。
- 10 連邦保健省のウェブサイト「Beiträge」(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege.html> 2024年4月6日閲覧) による。
- 11 連邦保健省のウェブサイト「Private Krankenversicherung (PKV)」(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/private-krankenversicherung.html> 2024年4月6日閲覧) による。
- 12 PKV-Serviceportalのウェブサイト「Was Sie über den Basistarif wissen sollten」(<https://www.privat-patienten.de/beitraege/was-sie-ueber-den-basistarif-wissen-sollten/> 2024年4月6日閲覧) による。基本タリフの保険料上限は、公的医療保険の保険料上限と平均追加保険料の合計額である。
- 13 このような対応でも要保護状態が続く場合は、困窮者の給付にかかわる連邦雇用エージェンシーあるいは社会扶助の管轄組織（地方自治体の役所、州の福祉事務所等）が、要保護状態が回避される水準まで保険料の補助を行う（PKV 2023：16）。
- 14 PUMA 受給者に賦課される付加医療保険料については、社会保障・家族手当保険料徴収組合（URSSAF）のウェブサイト (<https://www.urssaf.fr/portail/home/espaces-dedies/beneficiaire-de-la-puma.html> 2024年4月13日)を参照のこと。
- 15 責任・連帯契約とされるのは、2001年補正財政法に基づく「連帯契約」と2004年医療保険改正法に基づく「責任契約」の両方の条件を満たす保

険契約である。詳細については、松本（勝）・松本（2020：139-142）を参照されたい。

- 16 民間医療保険における連帯的な取組みについては、松本（2020）を参照されたい。
- 17 連帯補足的医療保険のための財源は、民間医療保険の保険者が負担する付加連帯税（taxe de solidarité additionnelle）によって賄われている。
- 18 一月当たりの拠出額は被保険者の年齢に応じて、29歳以下は8ユーロ、30～49歳は14ユーロ、50～59歳は21ユーロ、60～69歳は25ユーロ、70歳以上は30ユーロと定められている。
- 19 2018年現在、公的医療保険における自己負担の総額は41億ユーロである。自己負担の内訳は、薬剤処方と医療補助具が54%、医療補助職による治療が23%、入院診療が17%である（Blümel et al. 2020：89-90）。
- 20 自己負担上限の算定方法等については、松本（2023）を参照されたい。
- 21 重症の慢性疾患としての要件は、①要介護度3以上の介護の必要性があること、②60%以上の障害あるいは稼働能力の減退があること、③継続的な医療提供が必要であり、それがなければ致命的な疾患の増悪、寿命の短縮あるいは永続的な生活の質の低下があることのいずれかに該当することである。
- 22 長期疾病の場合の自己負担免除の仕組みや現状については、松本（2023）を参照されたい。

《参考文献》

Adjerad, Raphaële et Noémie Courtejoie (2021) 'Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des

dépenses de santé 3 fois supérieures', DREES, *Études et Résultats*, 1180.

AOK (2024) *Beiträge zur Sozialversicherung, Fachinformationen für Arbeitgeber 2024*.

Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R. (2020) *Germany: Health system review. Health Systems inTransition*, Vol.22, No.6.

Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Litvinova Y, Busse R (2022) *Germany: Health system summary, 2022*.

Commission des comptes de la Sécurité sociale (2023) *Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2022, prévisions 2023*, Rapport mai 2023.

Cour des comptes (2016) *La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*.

DREES (2019) *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019*.

Gouvernement (2023) *Les chiffres clés de la sécurité sociale 2022*, Édition 2023.

松本勝明・松本由美（2020）「医療保障における共済・民間保険の可能性—独仏の比較研究による日本への提言—」『全労済協会公募研究シリーズ 81 公募委託調査研究報告書』, 101-164.

松本由美（2020）「フランスの補足的医療保険における連帯的要素」『週刊社会保障』No.3100, 42-47.

松本由美（2023）「医療保険における自己負担のあり方—ドイツ・フランスの慢性疾患への対応—」『週刊社会保障』No.3221, 34-39.

PKV (2023) *Alternativen in jeder Lebenslage-Optionen für PKV-Versicherte*.

