

令和4年度 医療経済研究機構自主研究事業

# フランス医療保障制度に関する 調査研究報告書 2022年度版

フランス医療保障制度に関する研究会編

令和5年3月

Medical

Care

International

Others

本報告書の一部または全部を問わず  
無断引用、転載を禁ずる。



一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会  
医療経済研究機構  
Association for Health Economics Research and Social Insurance and Welfare  
Institute for Health Economics and Policy

本調査研究は、フランスの医療保障制度に関する基礎データ、ならびに近年の医療保障制度改革をめぐる最新情報を収集することを目的として実施した。

フランス及び日本の医療保障制度に精通した有識者による委員会を設立し、フランス医療保障制度に関する研究やデータを収集・整理し、その成果を本報告書としてまとめた。

委員会の構成は以下のとおりである。

## フランス医療保障制度に関する研究会

|           |   |                     |
|-----------|---|---------------------|
| 座長 加藤 智章  | 北星学園大学社会福祉学部 教授                           | 第2章第4～6節            |
| 委員 伊奈川 秀和 | 東洋大学社会学部 教授                               | 第6章第1～2節            |
| 稲森 公嘉     | 京都大学大学院法学研究科 教授                           |                     |
| 入江 芙美     | 九州大学大学院医学研究院 助教                           | 第7章                 |
| 笠木 映里     | 東京大学学院法学政治学研究科 教授<br>ボルドー大学 CNRS リサーチフェロー | 特集、第2章第7節<br>第6章第1節 |
| 原田 啓一郎    | 駒澤大学法学部 教授                                | 第3章                 |
| 松田 晋哉     | 産業医科大学医学部 教授                              | 第4、5章               |
| 松本 由美     | 大分大学福祉健康科学部 教授                            | 第2章第1～3節            |
| 小林 孔      | 在仏日本国大使館 一等書記官（厚生労働省）                     | 第1章                 |

(50音順、2022年度末時点の所属)

## 事務局

|        |          |
|--------|----------|
| 田中 伸彦  | 医療経済研究機構 |
| 鹿嶋 真美子 | 医療経済研究機構 |
| 靄本 辰範  | 医療経済研究機構 |
| 近藤 田津  | 医療経済研究機構 |

本報告書の一部又は全部を問わず、無断引用、転載を禁ずる



## 目次

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| <b>特集 COVID-19 の感染状況と対策</b>      | <b>7</b>  |
| <b>1. 感染状況と各種の規制・規制の解除</b>       | <b>8</b>  |
| 1.1 感染状況                         | 8         |
| 1.2 ワクチン接種                       | 8         |
| 1.3 様々な緊急的措置とこれらの措置の解除           | 9         |
| 1.4 その他                          | 11        |
| <b>2. 政府による対策の評価</b>             | <b>11</b> |
| <b>3. 労災による COVID-19 関連疾病の補償</b> | <b>12</b> |
| <b>第1章 フランスの概要と最近の国内情勢</b>       | <b>13</b> |
| <b>1. 概要</b>                     | <b>14</b> |
| 1.1 国土・人口密度                      | 14        |
| 1.2 政体                           | 14        |
| 1.3 首都集中                         | 14        |
| 1.4 官僚システム                       | 14        |
| 1.5 教育システム                       | 14        |
| 1.6 休暇システム                       | 15        |
| 1.7 宗教                           | 15        |
| <b>2. 最近の動向</b>                  | <b>15</b> |
| 2.1 人口・家族                        | 15        |
| 2.2 政治動向                         | 16        |
| 2.3 経済動向                         | 16        |
| 2.4 財政                           | 17        |
| 2.5 雇用・賃金・物価                     | 17        |
| 2.6 社会保障・医療保険                    | 18        |
| 2.7 日仏の経済関係                      | 18        |
| <b>第2章 医療保険の仕組み</b>              | <b>21</b> |
| <b>1. 社会保障制度と医療保険の位置づけ</b>       | <b>22</b> |

|                      |  |           |
|----------------------|--|-----------|
| 1.1                  | 社会保障制度の概要  | 22        |
| 1.2                  | 医療保険の位置づけ  | 24        |
| <b>2.</b>            | <b>医療保険の保険者</b>  | <b>26</b> |
| <b>3.</b>            | <b>医療保険の被保険者</b>   | <b>27</b> |
| <b>4.</b>            | <b>医療給付</b>  | <b>28</b> |
| 4.1                  | 概要   | 29        |
| 4.2                  | 給付の種類  | 29        |
| <b>5.</b>            | <b>医療給付の仕組み</b>  | <b>30</b> |
| 5.1                  | 概要   | 30        |
| 5.2                  | かかりつけ医とビタルカード  | 31        |
| 5.3                  | 患者負担率・償還率  | 31        |
| 5.4                  | 定額負担金  | 32        |
| 5.5                  | 外来診療における患者負担   | 33        |
| 5.6                  | 現金給付   | 34        |
| 5.7                  | 労働災害における所得保障   | 35        |
| 5.8                  | 出産保険   | 36        |
| <b>6.</b>            | <b>診療報酬</b>  | <b>36</b> |
| 6.1                  | 概要   | 36        |
| 6.2                  | 医療行為共通分類 (CCAM)  | 37        |
| 6.3                  | 開業医の診療報酬   | 37        |
| 6.4                  | 病院施設における診療報酬   | 38        |
| <b>7.</b>            | <b>補足的医療保険</b>   | <b>38</b> |
| 7.1                  | 補足的医療保険  | 38        |
| 7.2                  | 低所得者への補足的医療保険の保障：補足的 CMU から連帯補足的医療保険 (Complémentaire santé solidaire, CSS) へ | 40        |
| 7.3                  | 被用者の加入する団体保険の重要性の拡大  | 42        |
| 7.4                  | 2019 年以降の動向－自己負担ゼロ (Reste à charge zero, Rac0) ・100%償還医療 (100% Santé) 政策     | 44        |
| 7.5                  | 税制度を用いたリスク選択の規制・給付水準のコントロール  | 45        |
| <b>第 3 章 医療制度の財政</b> |  | <b>47</b> |
| <b>1.</b>            | <b>財源構成の変容</b>   | <b>48</b> |
| <b>2.</b>            | <b>社会保険料</b>   | <b>49</b> |

|                   |                           |           |
|-------------------|---------------------------|-----------|
| 2.1               | 社会保険料の保険料率（一般制度）          | 49        |
| 2.2               | 社会保険料の算定基礎                | 50        |
| 2.3               | 社会保険料の徴収                  | 50        |
| 2.4               | 社会保険料の負担軽減措置              | 51        |
| 2.5               | 普遍的医療保護（PUMA）のための保険料      | 51        |
| <b>3.</b>         | <b>租税</b>                 | <b>52</b> |
| 3.1               | 一般社会拠出金                   | 52        |
| 3.2               | その他の租税                    | 56        |
| <b>4.</b>         | <b>制度間調整</b>              | <b>57</b> |
| <b>第4章 医療提供体制</b> |                           | <b>59</b> |
| <b>1.</b>         | <b>医療機関の種類</b>            | <b>60</b> |
| 1.1               | 病院                        | 60        |
| 1.2               | 自由セクター（開業医療職）             | 60        |
| <b>2.</b>         | <b>受診の仕組み</b>             | <b>63</b> |
| <b>3.</b>         | <b>医薬分業</b>               | <b>64</b> |
| <b>4.</b>         | <b>医師の偏在及び医療過疎対策</b>      | <b>65</b> |
| <b>第5章 医療行政</b>   |                           | <b>67</b> |
| <b>1.</b>         | <b>所轄官庁等</b>              | <b>68</b> |
| <b>2.</b>         | <b>地域圏医療計画と ONDAM</b>     | <b>71</b> |
| 2.1               | 地域圏医療計画                   | 71        |
| 2.2               | 医療保険支出全国目標（ONDAM）         | 73        |
| <b>第6章 医療制度改革</b> |                           | <b>77</b> |
| <b>1.</b>         | <b>1990年代以降の重要な医療制度改革</b> | <b>78</b> |
| 1.1               | 医療資源の地域間配分・格差と1991年病院改革法  | 78        |
| 1.2               | ジュペプラン                    | 78        |
| 1.3               | 1999年医療保険制度改革             | 80        |
| 1.4               | 2004年医療保険制度改革             | 80        |

|                       |                                    |            |
|-----------------------|------------------------------------|------------|
| 1.5                   | 病院・患者・健康・地域に関する法律（2009年7月21日HPST法） | 81         |
| 1.6                   | 医療制度現代化法律（2016年1月26日法律）            | 82         |
| 1.7                   | 2019年7月24日付け医療制度の組織及び変革に関する法律      | 86         |
| 1.8                   | 2018年社会保障財政法51条に基づく実証実験            | 90         |
| 1.9                   | 毎年の社会保障財政法律（LFSS）による制度改革           | 92         |
| <b>2. 近年の重要な政策課題</b>  |                                    | <b>93</b>  |
| 2.1                   | 近年の改革の基調                           | 93         |
| 2.2                   | 医療のデジタル化                           | 97         |
| 2.3                   | 遠隔診療等                              | 98         |
| 2.4                   | 医療情報データベース                         | 100        |
| 2.5                   | 家族介護者等へのレスパイト等の支援                  | 105        |
| 2.6                   | セグール医療対話（Ségur de la santé）        | 106        |
| 2.7                   | その他の動向                             | 108        |
| <b>第7章 介護制度</b>       |                                    | <b>111</b> |
| <b>1. 制度の変遷</b>       |                                    | <b>112</b> |
| 1.1                   | 障害者支援から高齢者支援へ                      | 112        |
| 1.2                   | 依存特別給付（PSD）制度の設立                   | 112        |
| 1.3                   | 個人別自立手当（APA）制度の設立                  | 113        |
| 1.4                   | 要介護高齢者への支援の拡充                      | 114        |
| 1.5                   | 社会の高齢化への適応に向けて                     | 114        |
| <b>2. 制度の基本理念・原則</b>  |                                    | <b>116</b> |
| 2.1                   | 言葉の変遷                              | 116        |
| 2.2                   | 法律上の規定                             | 116        |
| 2.3                   | 具体的な制度設計                           | 117        |
| <b>3. 要介護高齢者向けの支援</b> |                                    | <b>118</b> |
| 3.1                   | 個人別自立手当（APA）                       | 119        |
| 3.2                   | 在宅家事支援                             | 122        |
| 3.3                   | 老齢保険金庫による支援                        | 123        |
| 3.4                   | ハンディキャップ補償給付（PCH）                  | 123        |
| 3.5                   | 居住に関する社会扶助（ASH）                    | 124        |
| 3.6                   | 住宅扶助                               | 125        |
| 3.7                   | 税制上の支援                             | 126        |
| 3.8                   | 疾病保険金庫による支援                        | 126        |
| <b>4. 財政</b>          |                                    | <b>127</b> |



|                        |                        |            |
|------------------------|------------------------|------------|
| 4.1                    | 介護関連費（広義）              | 127        |
| 4.2                    | APA 関連費用               | 128        |
| 4.3                    | CNSA の収支               | 130        |
| <b>5.</b>              | <b>介護制度の課題</b>         | <b>131</b> |
| 5.1                    | 施設か在宅かの二者択一            | 131        |
| 5.2                    | 介護施設の質の担保              | 133        |
| 5.3                    | 身近な介護者の負担軽減            | 135        |
| 5.4                    | 介護人材の不足                | 136        |
| 5.5                    | COVID-19 の経験を踏まえて      | 137        |
| 5.6                    | 施設入所者の権利擁護             | 138        |
| <b>6.</b>              | <b>持続可能で普遍的な制度の検討</b>  | <b>139</b> |
| 6.1                    | サルコジ大統領の下での検討          | 140        |
| 6.2                    | 制度設計のオプション             | 140        |
| 6.3                    | 世論                     | 141        |
| 6.4                    | マクロン大統領下での取組           | 142        |
| <b>第8章 フランス医療関連データ</b> |                        | <b>149</b> |
| <b>1.</b>              | <b>人口統計</b>            | <b>150</b> |
| 1.1                    | 年齢階級別人口                | 150        |
| 1.2                    | 年齢階級別人口：男女別            | 151        |
| 1.3                    | 人口動態統計                 | 153        |
| 1.4                    | 主な死因別死亡率               | 154        |
| 1.5                    | 主な死因別死亡率：男女別           | 155        |
| <b>2.</b>              | <b>経済指標</b>            | <b>157</b> |
| 2.1                    | 国内総生産（GDP）             | 157        |
| 2.2                    | 国民所得                   | 158        |
| 2.3                    | 労働力：男女別・年齢階級別          | 159        |
| 2.4                    | 失業：男女別・年齢階級別           | 160        |
| <b>3.</b>              | <b>社会保障費</b>           | <b>161</b> |
| 3.1                    | 社会保障給付費                | 161        |
| 3.2                    | 社会保障給付費：リスク別           | 162        |
| 3.3                    | 社会保障給付費：リスク別（対 GDP 比）  | 162        |
| 3.4                    | 社会保障給付費の詳細：保健・老齢/遺族・家族 | 163        |
| 3.5                    | 医療・出産・労働災害の支出額（2022 年） | 168        |
| 3.6                    | 一般社会拠出金の賦課率            | 170        |

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| <b>4. 保健支出・医療費</b>                  | <b>172</b> |
| 4.1 保健支出及び医療費の定義                    | 172        |
| 4.2 保健支出 (DCSi)                     | 173        |
| 4.3 医療行為・医療材料消費 (CSBM)              | 174        |
| 4.4 保健支出 (DCS 及び DCSi) : 財源別        | 175        |
| 4.5 医療行為・医療材料消費 (CSBM) : 財源別        | 176        |
| 4.6 全国被用者医療保険金庫 (CNAMTS) の償還率       | 177        |
| 4.7 主な社会保険料の負担割合                    | 178        |
| 4.8 保険制度とそのカバーする対象や部門 : 一般制度        | 179        |
| 4.9 保険制度とそのカバーする対象や部門 : 一般制度以外      | 180        |
| 4.10 総医療消費 : 保険制度別                  | 182        |
| <b>5. 医療提供体制</b>                    | <b>183</b> |
| 5.1 医療従事者に関する統計データについて              | 183        |
| 5.2 医療機関数及び病床数 (2010~2020 年)        | 184        |
| 5.3 病床数 : 診療科別 (2010~2020 年)        | 185        |
| 5.4 入院日数及び入院件数 (2010~2020 年)        | 186        |
| 5.5 医師数 : 診療科別 (2014~2022 年)        | 188        |
| 5.6 医師以外の医療従事者数 (2014~2022 年)       | 190        |
| 5.7 医療従事者数 : 雇用形態別 (2018~2022 年)    | 191        |
| 5.8 医師数 : セクター別 (2020 年)            | 192        |
| 5.9 地域薬局数及び病院薬剤部数 (2018~2022 年)     | 193        |
| <b>6. 介護</b>                        | <b>194</b> |
| 6.1 APA 受給者数 : 実数・割合                | 194        |
| 6.2 APA 受給者数 : 各 GIR の年齢構成 (2020 年) | 196        |
| 6.3 APA のコスト : 在宅・施設別               | 197        |
| 6.4 APA のコスト : 在宅サービスの利用方式別         | 198        |

## 特集 COVID-19 の感染状況と対策

# 1. 感染状況と各種の規制・規制の解除

本特集では、前回報告書執筆時（2021年4月）以降の情報や状況を中心に、フランスにおけるCOVID-19の感染状況と対策（とりわけ、前回報告書において紹介したものを含む特別な政策の多くが終了した経緯）を整理し（1.1）、政府のコロナ対策の評価（1.2）、新型コロナウイルス感染症を労災補償の対象とするために行われた労災保険の職業病リストの改訂（1.3）について紹介する。

## 1.1 感染状況

フランスは、国際的に見てもCOVID-19による被害が甚大であった国の一つといえ<sup>1</sup>（但しヨーロッパ諸国の中では中間値に位置づけられる。）、2023年6月現在までの死者数は16万人以上に上る<sup>2</sup>。2020年の死亡者数は2019年に比較して9%増加し、近年高い死亡率を導いた熱波や新型インフルエンザの際の記録を優に超え、過去70年間で確認されたことのない高い死亡率となった<sup>3</sup>。最も被害を受けたのは高齢者であり、特に70歳以上の者について顕著な死亡率の増加が見られた（2020年において、70歳から79歳までの高齢者につき前年比14%、80歳から89歳の高齢者につき前年比9%、90歳以上の高齢者につき前年比12%の死亡率増加）。

なお、2020年から2021年にかけては、とりわけ20歳未満と40歳以上の女性について出生率の低下も明らかとなり、とりわけ、第一波の影響を強く受けた地域においてそうした傾向が顕著であった<sup>4</sup>。

最近の状況を概観すると、2022年には、オミクロン株の登場により、多数の感染者が確認された（最も多かった2022年1月には、新規感染者数が354,000件を超え、その後も時期によっては100,000件を超える新規感染者数が確認されている）ものの、2023年1月から大幅な減少傾向が見られる。オミクロン株は一般には重症化しにくいものとして知られているものの、入院件数で見ても、2022年2月頃にやはり感染者数のピークが確認されている（1日に2,900件以上の新規入院者数）。この数値は、2020年10月頃入院件数と比肩しうるものであるが、その後は入院件数が1日2,000件を超えることはなく、2023年以降は、減少の一途を辿っている。

## 1.2 ワクチン接種

フランスでは、後述する公衆衛生パスの導入等も通じて、積極的なワクチン接種政策が推進さ

---

1 Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, Rapport final, mars 2021, p. 4.

2 Santé publique France.

3 Insee, "2020 : une hausse des décès inédite depuis 70 ans", Insee première, n. 1847, mars 2021.

4 Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) の統計情報及びその分析を参照。 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5427433>

れてきた。今日、一度でもワクチンを接種した国民が 54,675,554 人、免疫力の獲得のために必要な回数（ファイザー、モデルナ、アストラゼネカについては 2 回、ジャンセンについては 1 回。）のワクチンを受けた国民が 53,771,125 人であるが、この接種数は、2021 年の初めにはほぼ達成されていたものである。ただし、2021 年 7 月に行われた調査では、ワクチン接種の状況が、社会的バックグラウンドを強く反映するものとなっていることが指摘されている<sup>5</sup>。この時期、成人した国民の 4 分の 3 が最低でも 1 回のワクチン接種を受けていたところ、比較的生活水準の高い 1 割の国民の 10 人に 9 人が 1 回以上の接種をしている一方、逆に生活水準の低い者の 10 人に 5 人のみが 1 回以上の接種をしているという状況にあった。

2021 年 8 月以降、後述する 2021 年 5 月法律によって、高齢者等の脆弱な人と接触する医療・介護等従事者については、就労のためにワクチンが義務化された。対象者は、同年 10 月までにワクチンを上記の必要回数接種する必要がある、その後も定期的なブースター接種を行うことが義務とされた。これによって、業務に従事できなくなった医療・介護等従事者も存在したが、こうした措置は 2023 年 3 月 30 日の高等医療局（Haute Autorité de Santé, HAS）の勧告を受け、同年 5 月 15 日のデクレにより解除された。

### 1.3 様々な緊急的措置とこれらの措置の解除

フランスにおいては、COVID-19 への対応として、個人に義務を課し、また個人の自由を制約する権限を政府に与えるためのいくつかの重要な特別法が制定された。特に、2020 年 3 月 22 日に予定されていた地方選挙を延期すると共に公衆衛生法典に 1 年間の期限付き（2021 年 4 月 1 日まで）で緊急事態（état d'urgence）を導入していた（2023 年 3 月 23 日法律）。法は、閣議決定により 1 ヶ月の緊急事態宣言が行われることを可能とすると共に、1 ヶ月以上の延長については立法による承認が必要である旨を定めていた。この緊急事態宣言により、首相に、ロックダウンや往来の自由の制限を行う権限が付与されることとなった。また、2021 年 5 月 31 日には、「公衆衛生緊急事態からの脱出の管理にかかる法律」（2021-689 号法律）が制定され、ロックダウンや、夜間の外出禁止、公衆衛生パス（pass sanitaire）等、個人の権利を強く制約する措置を可能にする例外的体制が改めて導入された<sup>6</sup>（公衆衛生上の危機に対応するための体制（régime de gestion de la crise sanitaire）。なお、主に 2020 年以降とられた様々な緊急措置については、国民の権利・自由への侵害について<sup>7</sup>、多く問題が権利擁護官により指摘される結果伴った。例え

5 Recours à la vaccination contre le Covid-19 : de fortes disparités sociales, Drees, Études et résultats, fév. 2022, n. 1222. 政府への不信感が強い人に、ワクチン接種を受けない傾向があることも指摘されている。

6 公衆衛生パス（ワクチン接種証明書）は、このパスがなければ（過去一定期間内に行われた PCR 検査による陰性証明や COVID-19 陽性とその後治癒、といった代替的な条件を満たさない限り）国内の一定の場への立入（映画館、カフェ、レストラン図書館、コンサート等の各種イベント、講演会、病院、高齢者介護施設等（医療機関については緊急時を除く。また、動物園等の屋外施設も含む））や、地域をまたぐ移動をする際の公共交通機関の利用等を行うことができないという制度であり、国内の移動・行動の自由を制限する趣旨のものであると同時に、2021 年 7 月以降は、EU 加盟国間の移動の自由を制限する機能をも併せ持つものであった（正確に言えば、国境を越えた移動の制限を前提として、移動を可能とするための電子証明書（Le certificat COVID numérique de l'UE）としての役割を付与された。）。

7 なお、2020 年 3 月 23 日法律（Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19）が導入した要介護高齢者施設における全面的な訪問制限については、コンセイユデタが比例原則違反に反する違法なものとして判断した。Conseil d'Etat, réf., 3 mars 2021, n° 449759 (inédit)。

ば、要介護高齢者入所施設に入所する高齢者について、法令に基づく、あるいは基づかない施設管理者の裁量的な入所者及びその近親者の自由の制限が、人権保障、更には高齢者本人の心身の健康への影響の観点から問題が大きいことが強調されている<sup>8</sup>。

また、COVID-19 への対応のために、個人情報の収集・共有についても例外的な体制が実施された。特に、2020年5月12日デクレ（2021年7月13日デクレにより一部改正）<sup>9</sup>は、医療保険金庫が管理する「Covid・コンタクト（contact covid）」システムを導入した。このシステムは、感染が疑われる患者について、診察をした医師が本人の個人情報や感染に至る経緯にかかる情報を収集すると共に、直前2週間に接触した者や、直接の接触はなくとも十分な感染対策の取られていない場所で同席した者をリストアップし、検査により陽性が確認されると<sup>10</sup>、医療保険金庫を通じてこれらの者に感染可能性についての通知を行うものであった（上記デクレ1~7条）。このような仕組みにより、濃厚接触者に隔離を推奨し、感染拡大を防ぐことが目指されたが、感染者の感染直前の行動や接触した人についての極めて私的な情報を収集するものであり、個人情報保護の観点から多くの懸念も示された<sup>11</sup>。

2022年7月30日に制定された「COVID-19に関連する疫病対策として導入された例外的体制を終了する法律」<sup>12</sup>（2022-1089号法律）は、2022年8月以降、公衆衛生緊急事態及び公衆衛生上の危機に対応するための体制として導入された措置の多くを廃止するものとし、ロックダウン等の上記の各種の措置は、新しい法律が制定されない限り行われ得ないこととなった。フランス入国時の公衆衛生パスによる水際作戦も、2022年8月1日以降は廃止され、フランス入国に際して特別な手続は不要となった。また、同じ時期にCOVID-19に関する専門家会議（conseil scientifique）が解散となり、これにかわって、2022年7月30日のデクレ<sup>13</sup>により、「公衆衛生リスクのモニタリング・予測委員会」が創設された。COVID-19に限らずより広く、ヒトや動物に影響を与える感染症、環境・食品汚染物質、気候変動に関連する健康リスクに関する科学的知識をモニタリングし、これらの脅威と闘うために採用すべき戦略に関する意見を発する役割を担っている。

また、医療保険金庫が行っていた、感染者・接触者の追跡のための電子的ツールである「Covid・コンタクト（上述）」についても、2022年7月30日法律の効果により2023年1月31日にはその機能を終了することとなった<sup>14</sup>。

---

8 C. HEDON, Rapport annuel d'activité 2020, Rapport du défenseur des droits, mars 2021, p. 54.

9 Décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions.

10 検査結果の情報は、同じ2020-551デクレによって導入されたデータベース Sidep（le service intégré de dépistage et de prévention、検診・予防統合サービス）に蓄積される。

11 C. Zorn, «État d'urgence pour les données de santé (II) : sidep et contact covid», Dalloz actualité 26 mai 2020,

12 Loi n. 2022-1089 du 30 juillet 2022 mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la covid-19. この法律は、法案提出時には「covid-19対策における公衆衛生上の監視・安全にかんする仕組みを暫定的に維持するための法律」として提出され、その後の修正を経て、上記のような名称の法律として成立した。

13 Décret n°2022-1099 du 30 juillet 2022 instituant un comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires.

14 K. Haroun, «Panorama rapide de l'actualité «santé» des semaines du 26 juin et du 3 juillet», Dalloz actualité 12 juillet 2023. 上述の2020年5月12日デクレは、2023年2月15日デクレ（n° 2023-99）により廃止された。



## 1.4 その他

この間の COVID-19 患者の推移、医療機関や介護施設での受入・治療、ワクチン接種の数や効果、免疫取得状況の評価等について、多くの統計情報が DREES<sup>15</sup>（政府の研究・調査・評価・統計部門）に集められ、既に統計情報の分析が行われている<sup>16</sup>。

また、COVID-19 は、遠隔医療の著しい発展を導いた（これまでの法規制の変遷や現状については、第 6 章第 2 節を参照。）。2020 年 3 月以降、医療保険が遠隔診療を 100%償還したことは、こうした発展を支える大きな要素となったといえるが、2022 年 9 月 30 日には、この 100%償還措置が終了となり、2022 年 10 月 1 日以降、対面診療と同様の協約料金の 70%が償還されることとなった（長期疾病や妊産婦等の特別なケースを除く。）。

## 2. 政府による対策の評価

---

感染症の流行と被害がピークを越えると共に、政府による対応についての検証も行われている。

2020 年 6 月に政府がフランスの COVID-19 対応を評価するために設置した専門家委員会<sup>17</sup>「COVID-19 危機への対応の評価及びパンデミックリスクの予測に関する国家独立ミッション」は、翌 2021 年 3 月に最終報告書を公刊した。同報告書は、今回の危機が 1 で概観したような多くの人的被害をもたらしたことに加え、感染対策として行われた強い規制がもたらした経済的な被害や、所得保障・貧困対策のための支出（特に、雇用維持のための部分的失業 (activité partielle) を可能にする各種の措置）にかかった費用が、財政赤字を大きく拡大させたこと等を指摘している。政府の対応については、これまでの感染症対策が不十分であったことが今回の危機により顕在化したこと、感染拡大の予測が正確にできなかったことで対策が遅れがちであったこと、対応が複雑すぎ、また過度に中央集権化されていたことで、感染症対策が必ずしも効果的に行われなかったことなどの問題を指摘した。一方で、雇用維持等のための社会的施策は、国際的に見ても十分な水準に達していたと評価している<sup>18</sup>。

なお、2020 年 3 月には、当時の首相・大臣ら（首相 Édouard Philippe 氏、COVID-19 発生当初の医療大臣であった Agnès Buzyn 氏、2020 年 2 月に同氏の後継者として医療大臣となった Olivier Véran 氏等）に対して、感染症対策の誤りや遅れの責任を問う共和国司法院 (Cour de justice de la république) への訴追も行われたが、いずれのケースについても「他者を危険に晒す」罪が認

---

15 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

16 調査結果をまとめた各種報告書は以下の HP で閲覧できる

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/les-travaux-de-la-drees-lies-la-crise-sanitaire-du-covid-19>（最終閲覧日 2023 年 6 月 1 日）。

17 医師、経済学者、会計検査院メンバー等の専門家が参加した。報告書は以下のサイトで閲覧可能。

[https://medias.vie-publique.fr/data\\_storage\\_s3/rapport/pdf/279851.pdf](https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/279851.pdf)（最終閲覧日 2023 年 6 月 1 日）

18 Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, Rapport final, mars 2021, pp. 10-12.

められることはなかった<sup>19</sup>。

### 3. 労災による COVID-19 関連疾病の補償

フランスにおいて、労災保険によってカバーされる職業病は、日本の労災保険が有している職業病リスト（労基法施行規則別表1の2）と同様、リストによって特定されている。但しリストの記載は日本のそれと比較して制限的で、各種の疾病について職業病リスト上で詳細な特定が行われている上、リストに登載されていない疾病は、被害者が死亡するか、25%以上の労働能力低下を導くものである場合に、専門家委員会の個別の判断を介して例外的にのみ補償される制度となっている。このような制度の下で、職業病リストが想定していなかった COVID-19 関連疾病は、当初は労災保険による補償の対象となっていなかった。もっとも、2020年9月14日デクレは、「SARS-CoV2 への感染に関連する疾病の職業病認定に関する」職業病リスト（一般制度）100番<sup>20</sup>（農業制度の職業病リスト60番）<sup>21</sup>を別表に追加し、COVID-19 関連疾病を職業病と認定し労災補償の対象とすることを認めた。このような別表の改正は、フランスにおいて職業病リストの改訂が必ずしも活発に行われていないようである<sup>22</sup>ことを考慮すると、例外的ともいえる比較的迅速な労災補償の実施・拡大であると評価することができる。但し、職業病リスト100番は、「生物学的検査またはCTスキャンにより確認され、あるいは、それができない場合は、記録された臨床歴（病院記録、医療文書）により確認された、SARS-CoV2 感染による急性呼吸器疾患で、酸素療法または他の形態の人工呼吸補助を必要とし、以上のことが診断書により証明されるか、死亡した場合」を対象とするものであり、また、感染リスクのある仕事を行ってから14日間の間に発症したもののみをカバーする。そのため、例えば COVID-19 の後遺症が長期化するようなケースや、軽症の COVID-19 感染症は補償対象とならないことが、専門家により批判されている<sup>23</sup>。

19 Agnès Buzyn 氏についてのみ予審開始決定 (mise en examen) が行われたが、破毀院は、他人を危険に晒す罪は、行為者が何らかの特別法によって注意義務を課されている場合にのみ成立するものとして、決定を無効と判断した。

20 別表の内容は以下の INRS (Institut national de recherche et de sécurité) のサイトで検索・閲覧できる。<https://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%20100>

21 一般制度業と農業制度は、労災についてそれぞれ異なる職業病リストを有する。

22 J. Pelisse (笠木映里 (訳)) 「フランスの職業病認定 (の不十分性) における法と司法の役割 1919 年から新型コロナウイルスまで (小特集 社会問題・環境問題の「司法化 (judiciarisation)」の論点と可能性 (下) 日仏比較の観点から)」法律時報 94 卷 12 号 (2022) 69-73 頁。

23 J. Pelisse・前掲注(18)論文。



## 第1章 フランスの概要と最近の国内情勢

# 1. 概要

---

## 1.1 国土・人口密度

フランスの国土面積は 54 万 4,000 km<sup>2</sup> (仏本土)、人口は 6,800 万人で、人口密度は 1 km<sup>2</sup> あたり 125 人、日本 (338 人) の 3 分の 1 程度である。

## 1.2 政体

第 5 共和政 (1958 年にド・ゴールによって作られた共和政体) のもとで大統領 (任期 5 年) を元首とし、国民議会 (下院) と上院の 2 院からなる議会制民主主義を採用している。国民議会議員の任期は 5 年であり、上院議員の任期は 6 年で、3 年ごとに半数を改選する。

## 1.3 首都集中

地方分権型のドイツと異なり中央集権的な行政構造をとってきたフランスも、近年は地方分散化が進んでいるが、それでもなお人口の 20% 弱が首都パリを中心とする大パリ圏に集中している。市町村単位でもパリの人口は 219 万人で第 2 位のマルセイユ 86 万人、第 3 位のリヨン 52 万人を大きく上回っている。

## 1.4 官僚システム

官僚の政財界への影響力は強い。高級官僚の多くは国立行政学院 (l'École Nationale d'Administration : ENA) 出身者たちで、なかでもグラン・コール (Grands corps de l'État) と呼ばれる特別の職員階層が大きな影響力を持っているといわれている<sup>24</sup>。政界や民間企業で重要ポストを占める ENA やグラン・ゼコール (Grandes Écoles) 出身者たちと大きな人脈で結ばれている。

## 1.5 教育システム

初等教育 (幼稚園・小学校) 8 年、中等教育前期 (中学校、コレッジ) 4 年、後期 (高等学校、リセ) 3 年で、そのうち高等学校 1 年までの 13 年間は義務教育である。中等教育後期課程は普通課程、技術課程、職業高校などに分かれている。高等学校 3 年修了時に全国一律の大学入学資格

---

<sup>24</sup> ENA については、2020 年 4 月 8 日、自身も卒業生であるマクロン大統領が廃止の意向を示すとともに、グラン・コールについても廃止の議論が存在する旨の報道あり。(2021.4.23 時点)

試験「バカロレア」が実施される。

大学の大半は国立である。高等教育機関として、大学とは別に独自の入学試験によるグラン・ゼコールと呼ばれる高等専門学校がある。上級行政職等を養成する ENA、研究者・教員等の養成機関エコール・ノルマル・シュペリウール (École normale supérieure)、理工系のエコール・ポリテクニック (École polytechnique) 等がその代表的なものである。

## 1.6 休暇システム

バカンスと呼び習わされている長期休暇制度が定着している。夏休みが4~5週間、クリスマス休暇が2~3週間あるとされている。ただし、これらの長期休暇も近年は短縮化の傾向にあり、従来、革命記念日の7月14日から9月第1週までほとんどの企業活動はストップするとされていたが、最近では、何かしらの活動がされている場合が多い。

## 1.7 宗教

フランスはカトリックの国とみられてきたが、カトリック人口は年々減少している。19世紀まで宗教(カトリック)と政治・教育が強く結びついていたが、1880年代に政教分離原則(ライシテ)が確立し、同時に教育に対する宗教の関与も断ち切られた。イスラム教を象徴するスカーフの学校での着用をめぐる生じる衝突は、ライシテ原則との衝突でもある。

# 2. 最近の動向

---

## 2.1 人口・家族

2023年1月1日現在の人口は6,800万人である。2001年の人口6,094万人に比べるとこの20年間に約700万人増加している。人口構成をみると、20歳未満人口の割合は緩やかに減少しており、2023年には23.5%となっている。他方、65歳以上人口は着実に増加しており、その割合も毎年少しずつ増加し、2023年は21.3%となっている。

2022年の合計特殊出生率は1.80となり、欧州諸国の中では依然として高い水準ではあるものの、近年減少傾向にある。2022年の出生数は72万人と第2次大戦後最低となっている。これについては、家族手当の削減や若年者の不安定雇用が影響しているとの見方があるものの、明確な要因は明らかではなく、今後の動向が注目されている。

平均寿命は、2022年で男性79.3年、女性85.2年である。なお、新型コロナウイルスの影響によりとりわけ高齢者層で死亡者数が増加したことを受け、2019年と比較し、いずれも-0.4年となっている。2000年と比べると男性は4.1年、女性は2.2年伸びており、特に男性の平均寿命の伸びが大きい。

婚姻数は、第2次大戦後一貫して減少しており、1970年代前半と2000年前後で反転してやや増加したが再び減少し、2022年は244,000組となっている。婚姻については、2013年以降同性同士の結婚も可能となっているが、2020年の内訳は異性間237,000組、同性間7,000組となっている。2022年の婚姻数は、2012年以降で最も多いが、新型コロナウイルスの影響により延期された婚姻が執り行われたためと考えられる。初婚の平均年齢は、近年上昇を続けているが、特に、新型コロナウイルスの影響で若いカップルが結婚を控えるようになっており、急上昇した。2022年は男性39.6歳、女性37.2歳と高くなっている。婚姻によらない異性又は同性のカップルについては、税制や医療保険などで婚姻と同等に扱う市民連帯契約制度（Pacte civil de solidarité : Pacs）が1999年に導入されて以降、Pacsによるカップルが増加している。Pacsによるカップルの数は、2022年は209,000組と過去最高となっている。

高齢化に関しては、フランスは先進工業国で最も早く人口高齢化を経験した国として知られ、既に1860年代に65歳以上人口比率が7%に達した。その後の高齢化の速度は緩やかであったが、1960年頃から再び歩みを早め、2000年以降65歳以上人口の割合は毎年0.1%前後増加しながら推移してきた。近年は高齢化の勢いが増し毎年0.4%程度増加し、2023年は21.3%となっている。75歳以上の後期高齢者人口割合は65歳以上人口よりは伸びが小さいものの、安定して増加しており、2023年は10.0%となっている。

## 2.2 政治動向

2022年4月、マクロン大統領は、中道政党「共和国前進」を率いて大統領に再選。他方、極右と極左も勢力を拡大し、フランスの分断が改めて明らかになった選挙となった。与党連合は、「より強い、より公正な国の実現」、「独立性、エコロジー、機会平等の確保」を掲げるものの、同年6月の国民議会選挙では、過半数に大幅に届かず、ボルヌ首相のもと、野党との妥協を通じた、法案ごとの多数派形成を模索している。

新型コロナウイルスの感染状況の落ち着きを踏まえ、同年8月1日以降には、衛生緊急事態を終了させ、入国時の検疫手続きを撤廃するなど、これらの対応に一定の区切りをつけたところであるが、年金改革や移民法改正といった重要法案では、国会で多数派を形成できず、苦境が続いている。特に、第1期選挙時からの公約である年金改革では、国民の間でも、改革に反対する大規模なデモやストライキが起こるなど、調整が難航している。今後は、完全雇用の実現、エコロジー化の加速、医療や教育といった公共サービスの強化等に重点的に取り組むこととしている。

## 2.3 経済動向

フランス経済は概して内需主導で、緩やかな成長が特徴であるが、慢性的な雇用問題を抱えている（仏国立統計経済研究所（INSEE）が公表した2022年第4四半期の失業率は7.3.）。租税・社会保障負担率の高さや、各種規制の強さも仏経済の特徴である。

世界的金融・経済危機の影響により、2008年半ばから景気が悪化し、2009年通年では戦後最低のマイナス成長（-2.9%）を記録した。その後、2010年、2011年と続けてプラス成長を記録し経

済は回復基調に転じたが、欧州債務問題の深刻化に伴って、2012年以降再び成長は鈍化した。2015年になって景気は穏やかな回復に転じ、成長率は2015年、2016年ともに1.1%となった。2017年には景気が顕著に拡大し、+2.3%を記録した。2018年は+1.7%、2019年は+1.5%となったが、2020年は新型コロナの影響により、-8.0%。2021年は+7.0%となっている。

2022年6月に成立した第2期マクロン政権下では、ロシアのウクライナ侵略に伴う、天然ガス等のエネルギー価格を始めとする資源、原材料、食料、物流費等の価格上昇により、急激なインフレが家計だけでなく、企業の利潤を圧迫しているため、政府は対策の拡充を余儀なくされている。

## 2.4 財政

財政収支については、金融危機に伴う税収減や景気刺激策による歳出増が大きく響いて、財政赤字の対GDP比は2009年に-7.2%、2010年も-6.8%と高い水準を記録したが、2015年は-3.6%、2016年は-3.5%まで改善した。2017年には-2.8%となり、2007年以来10年ぶりにEUが定める財政基準である「-3%以内」の水準を達成した。その後2018年は-2.5%、2019年は3.0%となったが、2020年は新型コロナの影響により-9.0%、2021年は-7.0%となっている。

## 2.5 雇用・賃金・物価

### ① 雇用

2021年の雇用労働者は2,770万人、うち女性1,360万人、男性1,420万人である。就業率は、男性70.1%、女性64.5%となっており、女性の就業率は上昇を続けている。

2022年第4四半期の年齢別失業率をみると、15歳から24歳までの年齢層の失業率が最も高く、16.9%（男性18.6%、女性14.8%）で、25歳から49歳までの失業率（6.5%：男女ともに6.5%）の2倍以上である。

2020年以降、新型コロナウイルスの感染拡大に伴いロックダウンが実施され、経済は大きな打撃を受けており、政府は、企業倒産と失業の連鎖を避けるため、一時帰休制度の拡充や零細企業・自営業者向けの連帯基金の創設などの特別措置を実施した。2022年6月に成立した第2期マクロン政権は、アフターコロナの経済回復を受けて、任期中に完全雇用を達成するという目標を掲げ、失業保険・労働市場改革や職業教育の拡充、雇用関連行政サービスの刷新などに取り組む姿勢を見せている。

### ② 労働時間

フランスの法定労働時間は週35時間であるが、賃金労働者の週平均労働時間は、2021年はフ

ルタイム労働者で38.8時間、パートタイム労働者で23.4時間となっている。

週休は、原則として日曜日に与えなければならない。ただし、一部の業種・業務では事業の性質上労働者を日曜日に就労させることが認められており、小売・サービス業では、日曜営業を事前許可なく行うことができる地区の指定など複数の特例措置が導入されている。日曜営業に伴う日曜就労は労働者の自発性を前提としており、書面による合意が必要となる。また、日曜就労の拒否を理由とした差別的待遇や解雇は禁じられている。

### ③ 賃金

法定最低賃金である「全産業一律スライド制最低賃金」(SMIC)は、①消費者物価指数及び労働者の購買力指数並びに「政府の裁量による上乘せ」をもとに毎年規定日に改定される(定時改定方式)ほか、②消費者物価指数が前回の改定水準より2%以上上昇した場合、指数発表の翌月初日にその上昇分だけ行われる改定(物価スライド方式)に加え、③政府の裁量により年度途中で改定が行われる。定時改定では、専門家会議の報告を受けた政府が、政労使の協議の場である全国団体交渉委員会の意見を聴取した上で、政令で額を決定することとなっている。2021年1月1日の定時改定では11.27ユーロに改定され、月額最低賃金として1,709.28ユーロが設定されている。

## 2.6 社会保障・医療保険

2023年の社会保障予算法によると、2023年の社会保障財政支出総額(一般制度及び老齢連帯基金)は6,019億ユーロとなる見込みであり、その内訳は、医療部門が2,383億ユーロ、老齢(年金)部門が2,733億ユーロ、家族部門が553億ユーロ、労災部門が148億ユーロ、自立(介護)部門が374億ユーロ、老齢連帯基金が193億ユーロとなっている。

社会保障財政収支は、新型コロナウイルス関連の支出の減少や経済活動の回復による収入の増加により、2022年の189億ユーロの赤字から、2023年は71億ユーロの赤字へと改善する見込みであるが、2026年でも116億ユーロ程度の赤字が存在する見通しである。

## 2.7 日仏の経済関係

2021年における日本の対仏輸出額は7,309億円で日本の輸出中第22位、フランスからの輸入額は12,753億円で輸入中第16位となっている。フランスへの輸出の主な品目は機械類や輸送用機器、化学製品で、フランスからの輸入品目の主なものは、化学製品、機械類や輸送用機器、医薬品、飲料となっている。

日仏間の投資をみると、日本からフランスへの直接投資残高(2021年末)は16,146億円、フ

ランスから日本への同残高は 29,151 億円となっている。三菱自動車を含むルノー・日産アライアンス、トヨタ自動車のフランス北部のヴァランシエンヌ工場での生産、ANA ホールディングスや日本航空によるエアバス機（多くの日本企業が部品を供給）の購入、三菱重工業によるフラマトムへの出資、富士通によるデジタル・イノベーションやスタートアップ企業支援のための投資など、自動車、航空機、原子力、デジタル、鉄鋼、食品等様々な分野で日仏協力関係が進展している。約 670 社の日本企業がフランスに進出し、累計約 10 万 3,000 人の雇用を創出しており、フランスにとって、日本はアジア最大の対仏投資雇用創出国となっている。





## 第 2 章 医療保険の仕組み

# 1. 社会保障制度と医療保険の位置づけ

---

## 1.1 社会保障制度の概要

フランスで社会保障(*sécurité sociale*)と呼ばれる制度は、日本における社会保険制度(年金保険、医療保険等)に類似した制度群である<sup>25</sup>。フランスの社会保障制度の構造的な特徴としては、職域によって分立した制度体系となっていること、主要な制度においては幅広い社会的リスクに対応した給付が行われていることが挙げられる。また、日本との比較においては、高齢者(年金受給者)が現役世代と同じ医療保険に加入していることも注目される。社会保障制度における医療保険の位置づけを把握するために、まずは社会保障制度の全体像を見ておきたい。

法定(強制加入)の社会保障制度は、対象者の職域に応じて大きく三つに分けることができる。一つ目は「一般制度(*régime général*)」であり、人口の約9割をカバーする代表的な社会保障制度である<sup>26</sup>。一般制度は、多様な社会的リスクに対する給付を行う総合的な社会保険制度であり、対象とするリスクに応じて四つの部門(疾病部門、労災部門、年金部門、家族部門)に分かれている。このうち医療保険を担当するのは疾病部門であるが、当該部門によって行われる給付は日本の医療保険の給付よりも範囲が広い。まずは疾病部門の位置づけについて確認しておきたい。

疾病部門では疾病・出産・障害・死亡に関するリスクに対応した給付が行われる。これらの四種類のリスクのうち、日本の医療保険に相当するのは「疾病」リスクに対応した給付の仕組みであるため、ここではこれを狭義の医療保険と呼ぶことにする。また「出産」に関しては高い水準の給付が行われており(給付率はほぼ100%)、日本と比較すると、妊娠・出産をめぐる医療保障が充実している。妊娠・出産に関する給付制度は、「疾病」リスクをめぐる給付制度(狭義の医療保険)と区別して「出産保険(*assurance maternité*)」と呼ばれる。つづいて「障害」リスクに対する給付として、傷病により職業活動が全体的あるいは部分的に不可能になった場合に障害年金が支給される(「障害保険(*assurance invalidité*)」)。更に被保険者が「死亡」した場合には被扶養者に定額の一時金が支給される(「死亡保険(*assurance décès*)」)。

一般制度の疾病部門の管理運営を担っているのは、後述の全国疾病保険金庫(*Caisse nationale d'assurance maladie*: CNAM)である。CNAMは疾病部門とあわせて労災部門(労働災害・職業病)の管理運営も行っている。これらの二つの部門の諸給付については、CNAMによって「*l'Assurance Maladie*(医療保険)」という呼称でウェブサイト等を通じた丁寧な情報提供等が行われている。こ

---

25 ただし、社会保障制度には失業保険は含まれない。フランスでは、社会保障制度に失業保険、社会扶助、共済組合等による任意の制度等加えたより広い概念である社会保護(*protection sociale*)が広く用いられている。

26 本文中の各制度(一般制度・農業制度・特別制度)によってカバーされる者の人口に占める割合は、社会保障の公式ウェブサイト(<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/organisation/les-regimes> 2023年3月18日閲覧)による。

のような状況から、一般制度の「医療保険」を論じる場合、どの範囲の給付制度を対象とするのか自明でない場合があると考えられる。ここでは、「疾病」リスクを対象とした狭義の医療保険(以下では、単に医療保険という)を中心に取り上げ、必要に応じて出産保険についても触れることとする。

一般制度は、第二次世界大戦直後の社会経済の混乱のなか、ピエール・ラロック (Pierre Laroque) の主導によって商工業被用者を対象とした社会保障制度として創設されたが<sup>27</sup>、職域ごとに分立した制度の対象にならない人々を受け入れる役割も担ってきた<sup>28</sup>。2020 年からは、後述のように、自営業者の社会保障制度の管理運営も一般制度において行われている。また、一般制度の疾病部門は、全ての人に医療へのアクセスを保障するための給付(後述の「普遍的医療保護 (protection universelle maladie : PUMA)」による給付)を行う役割も担っている。今日の一般制度は、民間部門の就業者(被用者と自営業者)の社会保障の給付を行うとともに、様々な状況にある人々に医療アクセスを保障する制度となっている。

社会保障制度の二つ目は、農業従事者(経営者、被用者)を対象とした諸制度であり、「農業制度 (régimes agricoles)」と総称される<sup>29</sup>。農業制度は農業社会共済組合 (mutualité sociale agricole : MSA) によって管理運営されており、人口の 5% 程度がカバーされている。MSA は農業制度の多様な給付(疾病、家族、年金、労災・職業病等)を統一的に行っている。

三つ目は、特定の企業や職域ごとに設けられた比較的小規模な多数の制度であり、これらは「特別制度 (régimes spéciaux)」と総称される。公務員、鉱山労働者、フランス国有鉄道 (SNCF)、フランス電力 (EDF)、パリ交通公団 (RATP) 等の固有の制度がこれに該当し、人口の 7% 程度が特別制度によってカバーされている。特別制度では、対象とするリスクの範囲が限定されている場合がある。例えば、国家公務員については、老齢年金、疾病・障害の所得補償等については固有の制度から給付が行われるが、疾病・出産の現物給付は一般制度を通じて行われる。

なお、歴史的には、非被用者・非農業者、つまり自営業者を対象として、職業グループごとに設けられた社会保障制度が数多く存在していた。自治制度 (régimes autonomes) とも呼ばれたこれらの制度は、職業ごとに細分化され、複雑化した仕組みであったため、2005 年に自営業者社会制度 (régime social des indépendants : RSI) として統合された。しかしながら、RSI はデータ管理面等における困難に直面し、2018 年社会保障財政法によって一般制度に組織的に統合された。

以上のように、フランスの社会保障制度は、圧倒的多数が加入する一般制度と、対象者(及び対象リスク)が限定された小規模な多数の制度からなるが、このようなアンバランスな制度体系は

---

27 一般制度は、社会保障組織に関する 10 月 4 日のオールドナンス及び社会保険制度に関する 1945 年 10 月 19 日のオールドナンスにより創設された。

28 商工業被用者のほか、学生や作家、芸術家等も対象とされた。また、1978 年には個人保険が導入され、医療保険の未適用者が一般制度に任意加入できるようになった。

29 農業被用者に対しては、一般制度と同じ給付と負担が適用されている(管理運営は農業社会共済組合(MSA))。農業経営者には、独自の医療保険や労災保険、年金制度が設けられている。

歴史的経緯によってのみ説明が可能である。第二次世界大戦直後の社会保障制度の創設時には、全人口を単一の制度(つまり、一般制度)でカバーすることが企図された。実際には、独自の発展を遂げていた農業制度は単一化の対象外とされたことに加え、特定の職域(公務員等)に設けられていた既存の固有の制度も統合されることなく存続することが認められたこと、更には自営業者らが一般制度への強制加入に強く抵抗したことから、職域によって制度が分立する状況となった<sup>30</sup>。今日のフランスの社会保障制度の構造的な特徴は、このような歴史的過程を通じて形成されたものである。

## 1.2 医療保険の位置づけ

フランスの医療保険は、日本の場合と同様に、傷病のために働けない場合等の代替所得としての日額手当金(indemnités journalières 以下、現金給付という)の支給と、医療サービスの費用に対する給付(以下、現物給付という)を行っている(第2章「4. 医療給付」及び「5. 医療給付の仕組み」を参照)。以下では、特に限定しない限り、これらの二種類の給付を行うものとして医療保険を論じるが、近年、医療保険の性質や位置づけに大きな影響を与える変化が生じている「現物給付」を中心に見ていくこととしたい。

先述のように、フランスでは妊娠・出産をめぐって充実した医療給付が行われており、妊娠・出産に伴う経済的な負担は大きく軽減されている。出産保険と医療保険の関係を整理するために、ここでは最も代表的な一般制度の出産保険を取り上げ、その概要を確認しておきたい。医療保険と同じように、出産保険においても現物給付と現金給付が行われる。つまり、出産保険は妊産婦の医療費を引き受けるとともに、一定の条件を満たす場合に産前産後休業期間の日額手当金を支給する。現物給付に関しては、妊娠6か月目から産後12日目までの全ての医療費(妊娠との関係の有無を問わない。)が出産保険により100%負担される(ただし、医師の超過料金については対象外。)。また、出産保険の対象となる医療に関しては、医療保険において求められる患者の負担金(入院時定額負担金、外来診療受診時負担金及び保険免責(後述の「5. 医療保険給付の仕組み」参照))は免除される。妊娠5か月目までの期間においても、義務的な定期健診、歯科検診等については出産保険により100%負担される(ただし、超音波検査については5か月目までは償還率70%、それ以降は100%負担。)。このように出産保険は、対象範囲の医療に関しては医療保険よりも高い水準の給付を行っており、妊産婦等に対する医療保障水準を引き上げる役割を担っているといえる。

次に、社会保障制度において実施されているさまざまな医療保険について整理しておきたい。

---

30 戦後の社会保障制度の展開については、ラロックプランにおける三原則(一般化、単一金庫及び自律性の原則)を軸に社会保障制度を歴史的に分析した、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)を参照されたい。

医療保険は、一般制度のような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、特定の職域における固有の制度として実施されている場合(例えば、農業経営者疾病保険)がある。更に、他の社会的リスクについては固有の制度を持ちながら(例えば、公務員を対象とした特別制度)、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。

歴史的には、これらの諸制度を通じて医療保険の全人口への適用(一般化)が目指されてきたが、職域ごとに分立した制度の狭間に取り残された人々の存在が政策課題として認識されていた。この問題に対応するため、1999年7月27日法によって普遍的医療給付(couverture maladie universelle : CMU)が創設され<sup>31</sup>、いわゆる「国民皆保険」がようやくフランスでも実現した。CMUは、法定制度から疾病・出産の現物給付を受けることができない人々に対して、一般制度からの給付が行われる仕組みであった。CMUは全ての人に医療の権利を保障しようとするものであり、社会保障政策における大きな前進であった。しかしながら、受給要件が細かく定められ、利用手続きが煩雑であったため、転居や職業・家族状況の変化によって給付を受ける権利が途切れてしまうといった問題が生じていた。

このような状況は、2016年社会保障財政法により導入された普遍的医療保護(protection universelle maladie : PUMA)によって改善された<sup>32</sup>。給付を受けるための手続きは大幅に簡略化され、受給権の継続性が高められた<sup>33</sup>。PUMAのもとでは、全ての人に医療の現物給付を保障するため、途切れることなく医療保険からの給付が受けられる状態の実現が目指される。PUMAによる普遍的な医療保障は、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医療保険に加入して必要な給付を受け取り、職業活動を行っていない場合は3か月以上の安定的・合法的な居住に基づいて一般制度等から医療の現物給付を受け取ることを通じて実現される<sup>34</sup>。

PUMAは、CMUによって掲げられた医療保障の普遍化を更に推し進めるものであり、政策的にはCMUの延長線上にある。一方で、医療保険の受給資格に関しては、PUMAの導入により重要な変化がもたらされた。フランスの医療保険では、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(この場合、配偶者や子は被扶養者として給付を受ける。)。ところがPUMAにより、職業活動を行っていない者は全て「個人」の資格で受給権をもつことができるようになり、成人の「被扶養者」という概念は消失した(未成年の子の被扶養者資格は継続)。つまり、それまで被扶養者(成人)であった者(被保険者の配偶者等)は、その受給資格のもととなっていた被保険者(被扶養

---

31 同法により、二種類のCMUが導入された。法定制度による基礎的な医療給付の保障を目的とした基礎的なCMUと、低所得者に補足的な医療給付を提供することを目的とした補足的なCMUである。本文中の説明は前者の基礎的なCMUである。

32 PUMAは2016年1月から実施され、これに伴って基礎的なCMUは廃止された。

33 PUMAの導入により、従来の仕組みでは受給権の断絶が生じていたような状況であっても、加入していた医療保険制度にとどまることが可能になるなど、受給権の継続性が強化されている。

34 居住を条件としてPUMAを受給する場合は、証明書類を添付した受給申請書を居住地の初級疾病保険金庫(CPAM)に提出して手続きを行う。PUMAの受給者のうち、職業活動を行っていないが一定以上の収入がある者は保険料を負担する必要がある(収入が基準以下の場合には保険料負担は求められない)。



者であった者の配偶者等)の資格とは関係なく、個人として受給資格を持つこととなった(ただし、被保険者と同じ制度から給付を受けるという選択をすることは可能。)

PUMA 導入後の医療保険は、現物給付に限定すると、より個人単位に近いものへと変容しつつあり、職業活動をベースとしたビスマルク型の社会保険から乖離した、普遍的な給付を行う制度となっている<sup>35</sup>。

フランスの医療保険は、財源に関しても大きな特徴がある。歴史的には労使の保険料拠出が財源の大部分を占めていたが、1990年代に社会保障目的税である一般社会拠出金(contribution sociale généralisée : CSG)が導入され、医療保険にも充当されるようになった(第3章「1.財源構成の変容」を参照。)。これに伴って被保険者の保険料は大きく引き下げられた。最終的には、2018年社会保障財政法によって被保険者の保険料負担は廃止された(使用者の保険料拠出は維持されている。)

また、法定の医療保険(公的医療保険)に加えて、補足的医療保険が広く普及している点も重要な特徴である。補足的医療保険は、公的医療保険を利用した際の患者の自己負担部分をカバーするために任意で加入する民間の医療保険であり、医療への経済的なアクセスを確保する上で重要な役割を担っている(第2章「7.補足的医療保険」を参照。)。補足的医療保険の普及は政策的にも強く推進されており、今日のフランスでは、公的医療保険に加えて補足的医療保険に加入することを前提として、医療保障のあり方が検討されている。

## 2. 医療保険の保険者

---

先に述べたように、フランスの社会保障制度は一般制度、農業制度及び特別制度に大別される。それぞれの制度は保険者(金庫(caisse)と呼ばれる)によって運営されている。まずは、最も代表的な一般制度の保険者組織について見ていく。

一般制度の保険者組織は、医療保険、老齢保険及び家族給付の三つの領域に分かれており、領域ごとに全国金庫、地域圏及び(あるいは)地域レベルの金庫が設置された階層的な構造となっている。医療保険に関しては、全国レベルの保険者組織として全国疾病保険金庫(CNAM)がある。CNAMは医療保険の管理運営の上部組織であり、各地域に設置された初級疾病保険金庫(Caisse primaire d'assurance maladie : CPAM)<sup>36</sup>の調整や支援を行う。CNAMの理事長は政府により5年の任期で任命される。フランスでは伝統的に労使同数代表による医療保険の運営管理が重視されており、CNAMの評議会(conseil)は、被保険者代表13名(労働組合の指名による)と使用者代表13

---

35 PUMAによる医療保険の変質については、Didier Tabuteau, La protection universelle maladie (PUMA) : une transfiguration législative de l'assurance maladie, RDSS, No6/2015, 1058-72において詳しく論じられている。

36 フランス本土に101金庫とLozère県社会保障共同金庫が存在する。

名、更にフランス共済組合全国連盟の代表者(3名)等から構成されている。疾病部門の給付(疾病・出産・障害・死亡)は地域のCPAMを通じて行われる。一方で、社会保険料やCSGの徴収は、これらの保険者組織とは異なる徴収組織により実施されている。具体的には、全国レベルの社会保障組織中央機構(Agence centrale des organismes des sécurité sociale : ACOSS)と地域圏レベルに設置された22の社会保障・家族手当保険料徴収組合(Union de recouvrement des cotisations des sécurité sociale et d'allocations familiales : URSSAF)が徴収業務を担っている。

農業制度の保険者は農業社会共済組合(MSA)である。MSAは、全国レベルの中央金庫と35の地域金庫(県あるいは地域圏)の組織からなる。MSAは社会保障制度の給付(疾病、家族、年金、労災・職業病)を包括的に取り扱っていることに加えて、保険料等の徴収業務も行っている。一般制度では、三つの領域の全国金庫とACOSSによって制度が運営されているのに対して、MSAはワンストップ窓口(guichet unique)であることが大きな特徴となっている。

また、医療保険を実施する特別制度では、例えば、フランス国有鉄道(SNCF)の「SNCF年金・共済金庫(CPR SNCF)」のように個別の金庫が設けられている<sup>37</sup>。

更に、全国レベルの医療保険者を統括するのが全国疾病保険金庫連合(Union nationale des caisses d'assurance maladie : UNCAM)である。UNCAMは、2014年8月13日の法律によって導入された最上位の決定機関であり、二つの主要な医療保険制度(一般制度と農業制度)を束ねている。一般制度の全国疾病保険金庫(CNAM)の理事長がUNCAMの理事長を務める。UNCAMは医師組合等と協約の締結や患者の自己負担割合の決定等の権限を有しており、医療政策上、重要な役割を担っている。

### 3. 医療保険の被保険者

ここでは、一般制度の疾病部門において実施されている医療保険の被保険者に焦点を当ててみていくが、フランスの制度構造を踏まえて、被保険者を「医療保険からの給付の受給権をもつ者」として捉え、被保険者の多様な有り様を確認していきたい。また、医療保険の人的適用範囲を検討する上では被扶養者の位置づけが重要である。フランスにおいても従来、被保険者の配偶者と16歳未満の子等は、被扶養者として医療保険の現物給付を受ける仕組みであったが、近年のPUMAの導入によって被扶養者の位置づけが大きく変更されたことは、既にみた通りである。

一般制度の強制加入の被保険者は、次のように定められている。賃金を得る、あるいは使用者のために働く全ての者(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

---

37 特別制度の医療保険の保険者組織については、フランス行政の公式ウェブサイト(<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F648> 2023年3月18日閲覧)を参照のこと。また特別制度については、Francis Kessler (2020) *Droit de la protection sociale*, 7e édition, Dalloz, 78-89において詳しく論じられている。

約の形態・性格・効果とはかわりなく、一般制度の社会保険に強制的に加入する(社会保障法典 L.311-2 条)。つまり、従属労働を行う者は全て一般制度の強制加入の被保険者となる。加入のための手続きを行うのは使用者であり、従属労働者を雇用する使用者には、未登録の労働者の登録申請を行う義務がある(労働者の居住地の初級疾病保険金庫に申請する)。

加えて一般制度は、従属労働の考え方では捉えにくい多様な就業者も強制加入の対象に含めている<sup>38</sup>。また、職業活動を行っていない者であっても、従属労働者と同様に扱われる場合があり、職業訓練の研修生や所得補償を受ける失業者等がこれに該当する<sup>39</sup>。

一般制度はまた、以上のような被保険者の範囲外の人々に対して、対象リスクを限定した給付を行っている場合がある。居住要件に基づく PUMA の疾病・出産の現物給付はそのような給付の一つであるといえる<sup>40</sup>。

フランスでは年金受給者であることによって医療保険の現物給付の受給権が生じる。日本では、原則 75 歳になると、それまで加入していた医療保険制度から後期高齢者医療制度へ移り、医療の給付を受けることとなるが、フランスではそのような制度の変更は生じず、医療アクセスは同じ制度において継続的に保障される(手続きは不要)。例えば、過去に被用者として働き、一般制度に加入していた場合には、年金受給者となっても一般制度から医療の現物給付を受ける。フランスの社会保障制度は分立型であることから、複数の制度から同時に年金の受給権が発生する場合があるが、この場合は、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の現物給付を行う<sup>41</sup>。このように、医療保険への加入や給付が「年齢」によって区分されることなく、高齢者の医療費は医療保険制度における連帯に基づいて分担されていることが、日本との重要な相違点であるといえる。

## 4. 医療給付

---

2016 年社会保障財政法による普遍的医療保護 (PUMA) の導入に伴い、社会保障法典は大きく改正された。この結果、医療保険に関する規定が定められていた第三編には、現物給付に関する規定のうち移送サービスが残されているだけである。

---

38 使用者の事業所ではない場所で働いている者、労働に必要な設備を保有している者、チップで報酬を得ている者等も含め、一般制度の強制加入の対象となる労働者とみなされる多様な就業者が社会保障法典 L.311-3 条に列挙されている。

39 職業活動を行っていない者に対する一般制度の適用拡大については、Michel Bargetto et Robert Lafore (2019) *Droit de la sécurité sociale* 19e édition, Dalloz 484-6 において整理されている。

40 このほか、一般制度の部分的な適用を受ける例として、労災・職業病の受給権の拡大や特定のケースの老齢保険への加入が挙げられている(Bargetto et Lafore, op.cit., 485-6)。

41 また、受給開始時期が異なる複数の年金を受給する際には、最初の年金を支給する社会保障制度が医療の現物給付を行う。これを原則としつつ、複数の年金の受給者には、医療の現物給付を行う制度を選択する権利が広く認められている。一般制度の医療保険のウェブサイト(<https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/retraite/polypensionne> 2023 年 3 月 18 日閲覧)による。



ここでは、医療保険に関する現物給付・現金給付を、日本との比較を意識しながら、やや幅広くに検討する。このため、自営業者等への給付や少子化政策にも関連する出産保険等についても必要な限りで言及する。更に、フランス医療保障の在り方を理解するうえで不可欠な補足給付（これに関連する 100% Santé も含む）については、7. 補足的医療保険を参照されたい。

## 4.1 概要

PUMA の導入により、就労者がフランス国内に安定的かつ合法的に居住する者は全て、医療給付を受けることができる。これに伴い、被扶養者は 18 歳未満の者に限定される。18 歳以上の者は全て、固有の権利として医療給付受給権を持つことになる。なお、16 歳以上の者については申請により、医療給付受給権者となることができる

わが国の医療保険各法では、提供される給付の対象が被保険者か被扶養者か（療養の給付か家族療養費か）、原則的な給付か否か（療養の給付か療養費か）、給付を受ける状況やその内容（入院時食事療養費、入院時生活療養費あるいは高額療養費等々）に応じて、保険給付が細分化されている。これに対して、フランスの特徴の一つは、給付が現物給付と現金給付に大別される以外、保険給付が細分化されていないことである。被扶養者であるか否かにより、給付内容に違いはみられない。また医療保険とは別に、出産保険、父親休暇及び子ども受け入れ休暇というタイトルで別立ての規定が設けられている。

## 4.2 給付の種類

フランスにも現物給付・現金給付という分類がある。ここで現物給付 (*prestations en nature*) とは、診察とか歯科補綴のようにサービスにかかる費用の一部または全部を補填するものをいい、現金給付 (*prestations en espèce*) とは傷病や出産のため就労できずに喪失した賃金相当分を支給する給付をいう。しかし、現物給付とはいえ、サービスに要した費用が給付の対象とされており、現物給付・現金給付の違いは相対的なものに過ぎない。

まず、現物給付に関する規定は、PUMA の導入により、社会保障法典第 III 編から第 I 編に移動した<sup>42</sup>。社会保障法典 L. 160-8 条第 1 項は、一般医療及び専門医療の費用、歯科治療及び補綴の費用、薬剤及び装具の費用、臨床医学検査の費用（個人的な検診行為に関する費用を含む）、医療施設・リハビリテーション施設での入院費用・処置費用、更には避妊薬や避妊用具等を含む外科手術の費用を定める。それに続く項において、移送費 (*frais de transport*)、障害者施設における宿泊・処遇に関する費用や施設外で行われる障害者教育のための処遇費用、医学的理由による人

---

42 4. 医療給付から 6. 診療報酬における社会保障法典は、2023 年 4 月 19 日現在の条文を用いている（最終閲覧日 2023 年 4 月 19 日）。

工妊娠中絶に関する費用、公衆衛生法典に基づき実施される感染予防のための処置に関する費用、口腔歯科予防に関する費用等が規定されている。このように、フランスでは障害者施設における宿泊や処遇に関する費用、医学的理由による人工妊娠中絶や口腔歯科予防に関する費用なども医療保険の対象とされているため、わが国の医療保険給付よりもその対象範囲は広い。

遠隔診断 (téléconsultation) については、PUMA 制度の導入にあわせて医療アクセスを確保するため、2018年9月から本格導入された。遠隔診断を行う医師については、一般医・専門医、専門領域、セクター (secteur) 1・2、開業医・勤務医等の別なく遠隔診断を行うことができ、患者についても、急性疾患であるとか慢性疾患であるかを問わず遠隔診断を受けることができる。医療保険に基づく保険給付として遠隔診断を受けるためには、以下の3つの要件すなわち①かかりつけ医の移動のもと、通常の医療プロセスを尊重したものであること、②定期的検査や医療の質を確保するため、必要に応じて対面診断に切りかえることができること、③地域的な合理性があること、を満たす必要がある。ただし、婦人科、眼科、口腔外科あるいは精神科はかかりつけ医制度の適用を受けないため、①の要件は求められない。これらの要件を満たす場合の償還額の算定は、後述する図表2-1のように、対面での外来診療と区別はされていないようである。

次に、現金給付に分類される日額手当金 (indemnités journalières) や出産にかかる費用については、従来通り、社会保障法典第Ⅲ編に規定されている。

## 5. 医療給付の仕組み

ここではまず、わが国の療養の給付にあたる外来診療、入院診療及び薬剤に関する給付の仕組みを概説する。外来診療では、①日本でいえば療養費と同様の償還払い方式が採用されている、②かかりつけ医制度により患者の一部負担金の差別化が図られている、③一部負担金に加えいくつかの定額負担金が設けられていることが特徴である。次いで、傷病手当金に該当する日額手当金について検討する。

### 5.1 概要

フランスでは、医師の職業的倫理的独立と職業行使の自由に関する諸原則を尊重するという立場から、社会保障法典において、被保険者の利益と公衆衛生の向上及び増進を図るため、患者による医師選択の自由 (libre choix du médecin par le malade) や患者による報酬の直接払い (paiement direct des honoraires par le malade) などが明文をもって定められてきた。

ここで報酬の直接払いとは、患者が医師に報酬を直接支払うことを意味する。すなわち、医師に対して報酬の全額を支払った患者は、その事実を患者の所属する保険者に通知することによって、保険者から患者に保険給付として、一定金額が払い戻されるという方式である。図式的に説

明すれば、患者はまず報酬全額の 100 ユーロを医師に支払い、その事実を保険者に通知したのち、保険者から 70 ユーロが保険給付として払い戻される(これを償還払い方式ともいう)、というものである。このような給付のシステムは、わが国の療養費のシステムと類似している。

このような償還払い方式を保険給付の原則とすることはフランス医療の大きな特徴の一つであった。ただし原則には例外が伴うように、入院診療の場合は、患者は一部負担金を病院に支払うのみで足りる。また、補足的医療保険においても、一部負担金のみ支払いが浸透している。このような支払方式をフランスでは tiers payant といい、直訳すれば第三者支払方式となるが、一部負担金を支払うだけで足りる点で、わが国の療養の給付と同じであることから、療養の給付方式と言い換えることもできる。

しかし、償還払い方式は受診の際に医療費全額を用意することになり、患者にとって負担感が大きい。このため、外来診療においても療養の給付方式を適用するための法改正(2016年1月26日の医療制度現代化法)が行われた。2017年11月から全面適用される予定であった。しかし、医療提供側の反対もあり、出産保険や特定疾病(ALD: Affection de Longue Durée)に関する診療や18歳未満の者に義務づけられる検査等について適用されることが法定されるにとどまった(社会保障法典L.162-1-21)。

## 5.2 かかりつけ医とビタルカード

16歳以上の者は、医師との合意を前提に、所属する医療保険金庫にかかりつけ医を通知しなければならない。かかりつけ医となる医師は一般医・専門医、開業医・勤務医の別を問わない。

かかりつけ医制度は受診行動の合理化を目指すものであり、かかりつけ医以外の医師の診療を受けた場合、あるいはかかりつけ医の通知をしていない者が診療を受ける場合には、一部負担金の増額が行われる。なお、婦人科医、眼科医、歯科医あるいは小児科医は、診療の性格から一部負担金の増額の対象とはならない。

また16歳以上の者は、各自、ビタルカード(Carte vitale)を持つ。このカードは本人の写真が添付されており、個人の識別ができる被保険者証ともいうべきものである。他方、医師など医療を提供する医療職は、医療職カード(Carte de professionnel de santé)を所持している。患者は、開業医や医療機関で受診する際にはビタルカードを提示しなければならず、医師の所持する医療職カードとビタルカードをインターネットに接続することによって、その患者の診療情報がその所属する医療保険金庫に送信される。この手続をとることによって、償還払いの手続と日数を大幅に簡素化することができる。

## 5.3 患者負担率・償還率

償還払い方式において、報酬全額の100ユーロを支払い70ユーロが払い戻されるとすれば、

患者は 30 ユーロを負担することになる。この場合、患者負担の負担率は 30%、保険給付として払い戻される費用の割合を償還率とえば、それは 70%ということになる。社会保障法典では、患者負担率について、公立または私立の保健施設に入院している際の医師及びパラ・メディカルの報酬費用の 15~25%、入院以外における医師の診察の場合には報酬費用の 25~35%というように、一定の幅を持たせて定めている(社会保障法典 R.160-5 条)。

しかし、実際の運用においては、提供されるサービスの種類に応じて定率・定額とされており、開業医が担当する外来診療の場合、かかりつけ医を受診したときの患者側の負担率は 3 割である。これに対して、かかりつけ医以外、あるいはかかりつけ医を通知していない場合の負担率は 7 割となる。受診行動の合理化を促すという制度目的から、かかりつけ医を経由するか否かによって負担割合の差別化を図っていることが注目される(後掲【外来診療における患者負担】の表参照)。

入院診療の場合の患者負担率は 2 割である。先に触れたが入院診療はわが国の「療養の給付」と同じように、患者負担分の支払のみで済む支払い方式を採用している。ただし、連続して 30 日以上入院している場合の 31 日目以降の入院や労働災害または職業病による入院などは、患者の自己負担はない。

薬剤については、薬効や薬価に応じて患者負担率すなわち償還率は 5 段階に分かれる(100、65、30、15 及び 0%)。基本的な薬剤の場合、償還率は 65%である。しかし、他に代替的な効果をもつものがなく、しかも極めて高価な薬剤で、命令に記載された品目については費用の 100%が償還される。逆に、精神安定剤など軽度の疾病の治療に使用される薬剤はその費用の 30%しか償還されない。また後発医薬品(ジェネリック)については、医師が「代替不可」と記載しない限り、薬局において薬剤師が後発医薬品を調剤することができる。

以上が外来診療、入院診療及び薬剤に関する患者負担率の概要であるが、長期かつ高額な治療を必要とする特定疾病(ALD)の患者や、保険料の負担能力がないために補足・普遍的医療給付を受けている者などについては、患者負担を全額免除される。

患者負担に関連して、医療保険給付と補足医療給付とをあわせて、患者が負担をしなくても済む 100% Santé が導入された。2020 年 1 月 1 日から眼鏡、義歯が、2021 年 1 月からは補聴器について適用される。一定の価格帯を設定した上で、医療保険給付の 70%の償還率と補足医療給付に関する責任契約(contrat responsable)を組み合わせると、100%の償還率を実現しようとするものである。

## 5.4 定額負担金

医療サービスの内容に応じて負担する患者負担とは異なり、サービスの提供を受ける機会ないし回数に応じた負担が 4 種類存在する。

一つは入院時定額負担金(Forfait journalier)である。これは入院にかかるホテルコストともいべきもので、精神科施設の場合には 1 日当たり 15 ユーロ、それ以外は 1 日当たり 20 ユーロを負担する。



いま一つは、外来診療受診時負担金(Participation forfaitaire)である。これは、18歳以上の患者を対象に、診療を担当した医師がかかりつけ医であるか否かを問わず、1回の外来診療につき1ユーロを負担する。先に述べた例でいえば、30ユーロ払い戻されるべきところ、29ユーロの払い戻しによって、この負担金を負担することになる。年50回を限度とする。

第3に、120ユーロ以上の医療行為については、患者負担が高額になることを避けるための定額負担金(forfait à 24 euros)がある。救急移送、放射線診断あるいはMRIやスキャナーを用いる場合を除き、患者は24ユーロを支払うこととされている。

第4は保険免責(Franchises médicales)である。薬剤、パラメディカルの行為及び移送に関わる。薬剤を購入するとき、あるいはパラメディカルの行為を受けるときは1回につき0.5ユーロ、移送については1回につき2ユーロが医療保険の対象とされないことから、患者が負担することとなる。これらの保険免責については、1日につき薬剤及びパラメディカルの行為については2ユーロ、移送費については4ユーロという上限が設けられている。

以上の外来診療受診時負担金及び薬剤等に適用される保険免責は年50ユーロを限度とする。

## 5.5 外来診療における患者負担

図表2-1、図表2-2は、2016年8月25日に全国医療保険金庫連合とMGフランス等との間で締結され、2017年5月1日から適用される医療協約に基づくものである。具体的にはかなり細かい場合分けがなされているが、ここでは典型的な事例として、かかりつけ医を受診した場合(図表2-1)とかかりつけ医ではない医師を受診した場合(図表2-2)の協約料金、償還基礎額、償還率及び払戻額について説明する。先にも言及したように、対面方式の外来診療とオンライン診療とで診療報酬の違いはない。

図表2-1は、16歳以上の者がかかりつけ医を受診した場合を示している。一般医でセクター1のかかりつけ医を受診したとき、25ユーロを支払い、その7割が払い戻されるが、そこから受診時定額負担金1ユーロが控除される。このため、当該患者に実際に払い戻される額は16.50ユーロとなる。患者が負担する額は7.50ユーロに受診時定額負担金1ユーロを加えた8.50ユーロとなる(2つの表ともに、払戻額については、受診時定額負担金1ユーロを控除している)。セクター2の一般医の場合は、25ユーロ以上の報酬を請求することができるが、払い戻しの基礎となる額は23ユーロとされる。このため、患者の負担する一部負担金は、23ユーロの3割に相当する6.90ユーロに、受診時定額負担金1ユーロと医師の請求した金額から償還基礎額の23ユーロを差し引いた金額を加えた額となる。なお、OPTAMを選択した医師は、優遇策を受ける関係で、請求できる報酬について一定の制約があるため、抑制超過料金と記載している。

図表2-2は、かかりつけ医ではない医師に直接診療を求めた場合である。セクター1の専門医、精神科医及び心臓医についてmax.との表記があるが、これは35、55ないし60ユーロを上限として報酬を請求できることを示している。

なお、婦人科、眼科、16歳から25歳までの精神科更には口腔外科に関する診療については、

かかりつけ医制度の対象とはされない。直接受診しても償還率は70%である。また、16歳未満の未成年者については、6才未満、6歳以上16歳まで（小児科については2歳未満と2歳以上16歳）という年齢区分に応じて、協約料金・償還基礎額等が定められている。

図表 2-1 かかりつけ医で診察を受けた場合の協約料金・払戻額等  
(2022年4月1日以降)

|              | 協約料金   | 償還基礎額  | 償還率 | 払戻額    |
|--------------|--------|--------|-----|--------|
| 一般医・セクター1    | 25€    | 25€    | 70% | 16.50€ |
| 一般医・OPTAM選択  | 抑制超過料金 | 25€    | 70% | 16.50€ |
| 一般医・セクター2    | 自由料金   | 23€    | 70% | 15.10€ |
| 専門医・セクター1    | 25€    | 25€    | 70% | 16.50€ |
| 専門医・OPTAM選択  | 抑制超過料金 | 25€    | 70% | 16.50€ |
| 専門医・セクター2    | 自由料金   | 23€    | 70% | 15.10€ |
| 精神科医・セクター1   | 45.20€ | 45.20€ | 70% | 30.64€ |
| 精神科医・OPTAM選択 | 抑制超過料金 | 45.20€ | 70% | 30.64€ |
| 精神科医・セクター2   | 自由料金   | 42.50€ | 70% | 28.75€ |

出典:AMELI <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/hospitalisation-chirurgie>  
最終閲覧:2023年4月19日

図表 2-2 かかりつけ医ではない医師に、直接診察を求めた場合(2022年4月1日以降)

|              | 協約料金          | 償還基礎額  | 償還率 | 払戻額    |
|--------------|---------------|--------|-----|--------|
| 一般医・セクター1    | 25€           | 25€    | 30% | 6.50€  |
| 一般医・OPTAM選択  | 抑制超過料金        | 25€    | 30% | 6.50€  |
| 一般医・セクター2    | 自由料金          | 23€    | 30% | 5.90€  |
| 専門医・セクター1    | 35€ (max.)    | 25€    | 30% | 6.50€  |
| 専門医・OPTAM選択  | 抑制超過料金        | 25€    | 30% | 6.50€  |
| 専門医・セクター2    | 自由料金          | 23€    | 30% | 5.90€  |
| 精神科医・セクター1   | 58.99€ (max.) | 45.20€ | 30% | 12.56€ |
| 精神科医・OPTAM選択 | 抑制超過料金        | 45.20€ | 30% | 12.56€ |
| 精神科医・セクター2   | 自由料金          | 42.50€ | 30% | 11.75€ |
| 心臓医・セクター1    | 60€ (max.)    | 47.73€ | 30% | 13.32€ |
| 心臓医・OPTAM選択  | 抑制超過料金        | 47.73€ | 30% | 13.32€ |
| 心臓医・セクター2    | 自由料金          | 47.73€ | 30% | 13.32€ |

出典:AMELI <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/hospitalisation-chirurgie>  
最終閲覧:2023年4月19日

## 5.6 現金給付

日額手当金—労働災害(通勤災害を含む)以外の傷病、すなわち私傷病のため労働不能に対する所得保障給付として日額手当金が支給される。給付期間との関係で、支給要件は二段構えである。

支給期間が6か月未満の場合、就労を停止する以前6か月間に時間当たり全業種一律スライド制最低賃金 (SMIC horaire) の1015倍の賃金額に付加される保険料を拠出しているかあるいは就労停止以前3か月ないし90日間に150時間以上就労しているかである。次に支給期間が6か月を超える場合には、就労停止以前に12か月医療保険に加入しており、就労停止以前の12か月間に時間当たり全業種一律スライド制最低賃金 (SMIC horaire) の2030倍の賃金額に付加される保険料を拠出しているかあるいは就労停止以前12か月ないし365日間に600時間以上就労していることである。これらの支給要件を満たす場合、労働に就くことのできない4日目から360日を限度に日額手当金が支給される。ただし、特定疾病 (ALD) に罹患している場合については最長3年間に360日分の日額手当金を受け取ることができる。

日額手当金の額は基準賃金日額の50%であり、基準賃金日額は、月給労働者の場合は就労不能になる前の3ヶ月間の賃金総額を91.25で割った額である。しかし日額手当金には最高限度額が設定されており、2023年1月1日以降日額50.58ユーロである。なお、3人以上の子を扶養する者に対する加算は2020年7月1日以降、廃止された。

就労不能の間、賃金が支払われる場合、わが国の傷病手当金は減額されるが、フランスでは日額手当金が減額されることはない。また、日額手当金の受給者は、社会保険の保険料負担は免れるが、一般社会拠出金 CSG (6.2%) ・社会負債償還拠出金 CRDS (0.5%) については負担義務を負う。

また、2020年から商工業自営業者等も一般制度に加入することとされた。自営業者等についても、1年以上加入期間があり、傷病のため就労できないことが認められれば、納付した保険料との関係で日額手当金が支給されるが、保険料算定基礎限度額から導き出される限度額を超えることはできない (2023年1月1日以降60.26ユーロ)。自由業者については、2021年7月1日から、自営業者と同様の条件のもと、日額手当金が支給されることとなった。しかし、自由業者の場合、支給期間は90日を限度とし、手当額は一日あたり180.79ユーロを超えることはできない。

## 5.7 労働災害における所得保障

労働災害に関する労働不能については、障害の程度に応じて日額手当金か年金が支給される。一時的労働不能に対して支給される日額手当金は、労働不能の翌日から28日目までの期間については労働不能前の賃金の6割相当額、29日目以降は8割相当額が支給される。労働災害の場合には、私傷病における日額手当と異なり、3日間の待機期間は設定されず、労働不能となった初日から支給期間の対象となる。ただし、支給日額にはそれぞれ上限が設けられている。永久的労働不能と判定された場合には年金 (rente) が支給されるが、労働不能率が10%以下の場合には一時金が支給される。なお、労働契約を解消するか否かに関連して、一定の条件のもとで、日額手当金の算定方法に従い、1ヶ月を限度に労働不能臨時手当 (indemnité temporaire d'inaptitude) が2010年7月から支給されている。

## 5.8 出産保険

社会保障制度の概要、医療保険の位置づけでも触れているように、医療保険（第三編第二部）とは別に出産保険に関する規定（第三編第三部）が規定されている。出産保険に関する現物給付・現金給付ともにわが国と比較するとかなり充実しているといえることができる。

妊娠は、その事実を妊婦の所属する初級金庫及び家族手当金庫に届け出なければならない。はじめての検査の時点で、日本の母子健康手帳に相当する出産保健手帳（carnet de santé-maternité）が交付される。この手帳を示すことによって妊娠6ヶ月目から産後12日目までの医療（妊娠との関係を問わない）について、患者負担を求められることなく提供される。また、産前産後における法定検査や生後12日までに実施させる新生児に対する検査に加え、羊水検査やHIV検査、人工妊娠中絶なども給付の対象となる。

出産休業に関する所得保障給付である出産休暇手当金（indemnités journalières de repos）の支給要件は、10ヶ月の加入要件を満たし、所定の労働時間・保険料を就労ないし負担していることなど5.6で述べた日額手当金の支給要件と同じである。なお、出産手当金は、被扶養配偶者等には支給されない。

しかし、支給額及び支給期間については日額手当金と大きく異なる。まず、支給額は、下限額と上限額の範囲内で、基本的に従前の賃金額と同額が支給される。限度額は日額でそれぞれ下限が9.77ユーロ、上限額が89.03ユーロである（2022年1月1日以降）。支給期間は、法定出産休暇と連動する。日本の出産休業は、基本的に産前6週間産後8週間であり、多胎妊娠の場合、産前休業が14週間である。これに対して、フランスは家族の状況や胎児数に応じたきめ細かい出産休暇が設定されている。基本的には産前6週間産後19週間であるが、第3子以降の場合は産前8週間産後18週間、多胎妊娠（双子）の場合は産前12週間産後22週間である。これらの出産休暇に対応して、出産休暇手当金が支給されることになる。このほか、子どもが生まれた父親（パートナーシップにある場合も含む）が父親休暇を取得したときに支給される父親休暇手当や子どもが病気の場合の看護休暇手当等が支給される。日本とは異次元の給付体系である。

## 6. 診療報酬

### 6.1 概要

フランスには、保険医療機関・保険医の指定・登録という制度は存在しない。開業医の場合、医師資格を有する者が開業を希望する所在地を管轄する医師会に登録するだけで開業できる。しかし、医師については、研修医になる段階での選抜試験により一般医（内科専門医）と専門医に分かれるほか、secteur1とsecteur2の違いがあり、病院施設も公立病院、民間非営利病院及び民間営利病院という違いがある。また、病院施設は、基本的に医療保険の適用を受ける。

従来、サービス提供主体やそれに伴う財源調達方法の違いとの関係で、開業医と病院施設とは



それぞれ個別に診療報酬を定めてきた。しかし、財源論で検討される全国医療保険目標(ONDAM)の設定を通じて、診療内容の記述の仕方や診療報酬の算定方法の標準化が図られている。

## 6.2 医療行為共通分類 (CCAM)

フランスでは外来診療にせよ入院診療にせよ、医療保険の引受ないし償還の対象となるためには、提供される医療行為等が全国医療保険金庫連合の定めるリストに収載されていなければならない。代表的なリストの一つが、医療行為共通分類(CCAM: Classification Commune des Actes Médicaux)である(2005年3月25日制定)。これは外来診療、入院診療双方で行われる医療行為を統一的に表記するリストで、1万近くの医療行為を14桁の数字とアルファベットを用いて表記し、医療行為の記述と報酬の支払いに関連する情報を示している。医学的な技術革新に基づく新しい診療行為等も、このリストへの収載という手続を経て行われる。この医療行為共通分類への登録条件の設定、登録・抹消の決定に関する権限は全国医療保険金庫連合にある。なお、医療行為共通分類(CCAM)のほか、診療検査行為、医療材料や薬剤等に関する複数のリストが存在する。

## 6.3 開業医の診療報酬

開業医の行う診療に対する報酬は、全国医療保険金庫連合(UNCAM)と1ないし複数の医師組合との間で締結される医療協約に基づいて算定される。2016年8月25日、新たな医療協約がUNCAMと3つの医師組合との間で締結され、同年10月20日に保健担当大臣により承認された。医療協約は、基本的に5年に一度改定されるが、2016年協約は2017年5月1日から適用されている。2023年から2028年にかけて適用される医療協約については、現在締結交渉が行われている。新たな医療協約が締結されるまでの間、暫定規則が適用されている(2023年5月25日現在)。

診療報酬を定める医療協約との関係で、開業医は一般医・専門医という区別とは別に、secteur1とsecteur2という類型に分類される<sup>43</sup>。

開業医は全て、医療協約との関わり方について、開業場所を管轄する初級医療保険金庫に文書で通知しなければならない。その通知が初級金庫に到達した日から、医療協約に加入(adhésion)したという効力が発生する。後に示す外来診療における患者負担の表からも明らかなように、一般医・専門医・精神科医を別にすれば、医療協約との関わり方には3つの類型が存在する。2020年12月29日現在、開業医の99%、11万4,963人が医療協約(3つの類型のいずれかに分類される)に関わるとされている<sup>44</sup>。secteur1の医師は医療協約に定める診療報酬しか請求できない医師であり、secteur2は医療協約に拘束されず、医療協約に定める額以上の報酬を請求(超過報酬請求権)できる医師である(前掲【外来診療における患者負担】の表参照)。secteur2については、協約の有効期間内に診療することが認められていることと、大学病院の医長経験があるなど一定

43 医療協約の定める診療報酬に拘束されるセクター1の医師については、当該医師に関わる家族手当、医療保険及び老齢補給付にかかる保険料を、初級医療保険金庫が負担するという優遇策がとられている。

44 <https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medicale-2016/convention-2016-essentiel>

の経歴・資格を有していることが求められる。また、選択的制限料金 (OPTAM : option pratique tarifaire maîtrise) とは、診療報酬の請求に一定の制約を設けることを条件に、報酬請求の上乗せを認める制度である。

医師や歯科医師などの医療職 (professions médicales) のほか、薬剤師や調剤師 (preparateur en pharmacie) などの薬事職 (professions de la pharmacie)、そして看護師やマッサージ・運動療法士 (masseur-kinésithérapeute) など医療関連職 (auxiliaires médicaux) を包括して、保健医療職 (professions de santé) という。医療職に助産師が含まれていること、古くから看護師の開業が認められていることなどがフランスの特徴である。また、保健医療職の報酬は、医師の場合と同様に、全国医療保険金庫連合と各業種の組合との間で締結される協約によって、業種ごとに決定される。これもフランスの特徴の一つといえる。

## 6.4 病院施設における診療報酬

歴史的沿革や制度枠組の違いにより、公立病院と民間営利病院とでは、診療報酬の支払い方法が異なっていた。公立病院では、いわば一年間の予算をまとめて配分するという総枠予算制 (dotation globale) を採用していたのに対して、民間営利病院では出来高払い的性格の強い全国目標量システム (objectif quantifié national) を採用していた。2000年代に入り、公立病院と民間病院双方における診療算定方式の統一を意図して、2003年社会保障財政法律が1入院あたり包括評価方式 (T2A : tarification à l'activité) の段階的導入を決定した。このT2A方式は、2018年からは公立病院にも全面的に適用されていたが、病院施設に所属する医師の技術料部分も含むため、施設ごとのばらつきが大きいと言われていた。このような問題を抱えていたため、2020年7月に行われたセギュール医療対話 (第6章2.6参照) により、病院財源に占めるT2A財源の縮小が合意された。そこでは、高齢化に伴い増加する慢性疾患への対応、医療の質を向上と適切な医療のより一層の提供、全ての医療従事者が患者のために責任をもつシステムの維持、医療需要の変化に柔軟に対応するための供給体制の確立が求められており、いわば病院財源の多様化が意図されている。各年度の社会保障財政法律等を通じて、急性期医療に関する病床数や看護職に関する増員目標などを設定した急性期医療を強化するためのロードマップ、日本でいうところの病診連携や多職種連携に関する拠点となる地域中核病院 (hôpitaux de proximité) に関する改革、慢性疾患に密接に関連する在宅入院 (HAD) の機能強化に関する2021年から2026年までを対象期間とするロードマップが2021年12月に示されるなどの取組が行われている。

# 7. 補足的医療保険

---

## 7.1 補足的医療保険

今日、フランス国民の96% (2017年現在) が、公的医療保険を補足する、原則として任意加入

のいわゆる補足的医療保険 (couverture de santé complémentaire) に加入している。その背景には、歴史的経緯に加え、強制加入の医療保険の償還割合がサービス・薬剤の種類によっては低いものに留まっていること、更に、医師が協約によって定められた公定の診療報酬を超えた追加的な報酬請求を行えること等（第6節）がある。

補足的医療保険の市場には、法的性格が異なる3つの異なる保険者が参入している。すなわち、共済組合 (mutuelles)、労使共済制度 (institutions de prévoyances)、民間営利保険会社、の3つの種類の組織である。それぞれ、共済法典、社会保障法典、保険法典の適用の下におかれている。前二者は非営利法人であり、そのうち共済組合は組合員の自治、労使共済制度は労使の同数代表による自治を基礎とした組織である。この分野で最も古い歴史を持つのは共済組合であり、第二次大戦前は、社会保障制度の主たる担い手であったが、EUレベルでの保険市場の統合等の影響から上記3つの組織への法的規制はかなりの部分が同一のものに揃えられている。このこともあり、最近では民間営利保険会社がシェアを著しく伸ばしている。

いずれの保険者についても、保険契約が締結される場合の構造には大きく分けて3種類のものがある。①個人加入、②労働協約等により構築された契約に労働者が任意で加入する団体契約と、③労働協約等の効果によって、労働契約の締結時に労働者本人の意思にかかわらず加入を強制される団体契約である。

補足的医療保険の役割は1990年代以降著しく拡大しており、翻って、公的医療保険の給付水準・給付割合の後退がしばしば指摘される<sup>45</sup>。医療費（治療費・薬剤費を含む）のうち補足的医療保険がカバーする割合は2019年現在13.4%である（強制加入の公的医療保険がカバーする割合は78%、家計負担が6.9%）<sup>46</sup>。特に、入院と長期療養の必要な疾病 (Affection de longue durée, ALD) については公的医療保険のカバーが充実していることから、ALDに当たらない疾病の入院外医療について相対的に補足的医療保険の重要性が大きい。日常的な医療については公的医療保険のカバー割合は50%を切っているとの指摘もある<sup>47</sup>。

補足的医療保険をめぐることは、こうした医療保障における重要性の拡大に伴って、1990年代末

---

45 そもそも、補足的医療保険の発展それ自体が、社会保障制度の漸進的な後退の一つの要因ともなってきたと思われる。補足的医療保険の重要性や、フランスの医療制度における不平等の増大、こうした不平等に対応するための各種の規制・制度の発展については、柴田洋二郎「フランス医療保障制度における補足医療保険」健保連海外医療保障98号13頁、笠木映里『社会保障と私保険』有斐閣（2012）。

46 DREES, comptes de la santé. ドイツやオランダにおいてもほぼ同様の規模の支出が民間医療保険によって担われているが、これらの国においては、富裕層の国民について公的医療保険の強制加入義務が免除されており、これらの数値には、社会保険の適用を受けない者が購入する「完全保険（ドイツ）」などと呼ばれる保険類型が含まれる。フランスでは上述の通り社会保障基礎制度があらゆる国民をカバーしており、上記の数値は社会保障制度に加えて加入する補足的医療保険のみに関わるものであるという点に特徴がある。

47 Didier Tabuteau, Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système, Les tribunes de la santé, n. 41, hiver 2013, p. 43.

以降、いくつかの重要な改革が行われている<sup>48</sup>。本稿では重要性の高いものに焦点を絞ることとし、低所得者向けの制度（7.2 項）と被用者の加入する団体保険の重要性の拡大（7.3 項）、歯科治療や補聴器等に関して公的医療保険と補足的医療保険を組み合わせた 100%償還を目指す政策（いわゆる自己負担ゼロ政策。7.4 項）、最後の点とも関連する点として、税制を通じた補足的医療保険のコントロール（7.5 項）に触れる。

## 7.2 低所得者への補足的医療保険の保障：補足的 CMU から連帯補足的医療保険（Complémentaire santé solidaire, CSS）へ

「補足的 CMU (CMU complémentaire)」は、強制加入の医療保険の皆保険化を行った 1999 年の CMU 法律（第 2 章参照）の制定にあわせて新たに創設された制度である。この制度は、一定の所得水準を下回る低所得者について、無拠出で一定水準の補足的医療保険に加入することを可能にする制度であった。制度創設の背景には、医療サービスへの実効的なアクセスのためには補足的医療保険に加入することが必要不可欠であるという問題意識がある。立法時には、CMU の導入により強制加入の公的医療保険をフランス国内に在住するあらゆる市民に拡大したとしても、これだけでは医療へのアクセスをこれらの市民に現実に保障したことにはならないという認識が前提とされた。つまり、補足的医療保険が国民にとって必要不可欠な医療保障の一部を成していることが明確に認識されたわけであり、この点で、1999 年の補足的 CMU の導入は、今日に続くフランスの補足的医療保険にかかる一連の政策・法改正の方向性を決した一つの重要な転換点といえると思われる。

補足的 CMU は、所得が一定水準を下回る者について、補足的医療保険に無料で加入することを認める制度であった。同時に、補足的 CMU の適用要件を満たさないものの、補足的医療保険の加入が困難となりうるような低所得者についても、補足的医療保険加入援助給付 (aide au paiement d'une complémentaire santé, ACS) が導入された。補足的 CMU の対象者が無料で補足的医療保険に加入できるのに対して、この要件を満たさない近接所得階層の者は保険料を満額支払わなければ補足的医療保険に加入できず、加入する補足的医療保険は必ずしも給付水準の高いものではないことが多い点が問題とされた。ACS は、補足的医療保険に加入する際に保険料負担を軽減するための金銭給付を行う制度であり、実質的には補足的医療保険の保険料の減額という帰結をもたらすものであった。

2019 年社会保障財政法（52 条）により、2020 年 11 月以降、世帯所得が一定以下に留まる等の一連の条件を満たす者について、「連帯補足的医療保険 (complémentaire santé solidaire, CSS<sup>49</sup>)」という新しい制度が、補足的 CMU と ACS を統合する形で導入された。この制度は、従来の補足的

---

48 ごく最近の改正の一例として、2019 年 7 月 14 日法律は、1 年ごとに更新される補足的医療保険契約について、更新時期だけでなく、1 年の契約期間が経過した後は常時解約できるものとした（2020 年 12 月 1 日施行）。

49 C2S と表記されることもある。



CMUの対象者を、補足的医療保険加入支援給付 (Aide au paiement d'une complémentaire santé, ACS) の対象者に拡大しつつ、従来のACS対象者については一定の拠出金の負担を求める趣旨のものである。ACSについては、制度が複雑で、対象となるはずの者の半分程度しか制度を利用していないことが問題とされており、新制度はこの問題に対応する趣旨のものと説明されている。このような制度導入の経緯から、CSSの利用申請はできる限り簡略なものとなることが目指され、オンラインでの申請も可能とされた<sup>50</sup>。自らが対象者になるかどうかを個人情報を入力なしにチェックできるシミュレーターが医療保険のHPに設置されている (<https://www.ameli.fr/simulateur-droits>)。このような仕組みも、オンライン申請とあわせて対象者による申請を容易にする工夫として重要なものといえよう。CSSは1年の期限付きで給付決定が行われ、1年ごとの更新が必要である。CSSの潜在的対象者は約1,000万人程度とされる (政府推計による)。なお、この制度変更は、従来の補足的CMUに変更を加えるものではなく、同制度の対象者は従来と同じ条件の下で無拠出の給付を受けられる。

CSSの対象となる者のうち、本人及び世帯の所得が一定水準 (例えば単身世帯の場合、年間所得9041ユーロ) 以下の者については保険料等の負担なしで、この水準を超える所得がある者 (同じく単身所得で年間所得12,205ユーロ以下の者) については年齢に応じた一定の負担金 (月額8ユーロ~30ユーロ<sup>51</sup>で、年齢が高くなるにつれて負担金額が高くなる仕組み) を支払って、補足的医療保険部分も含めた医療保障を受けることができる (公的医療保険と、利用者が選択する補足的医療保険の双方から給付が行われる)。対象者は、自らが希望する補足的医療保険を選択することができる。CSSの対象者については、医師・歯科医・看護師・運動療法士 (kinésithérapeute) の診療・処置、入院等に自己負担が発生しない。薬局で購入する薬剤や、絆創膏・松葉杖・車椅子のような器具に自己負担が発生しない。更に、メガネ・歯科の補綴、補聴器も自己負担がほとんどかからない。医師による追加報酬の請求は行われませんが、時間外診療や必要性のない自宅での訪問診療などの特別な要請が行われる場合には、追加費用が発生しうる。なお、負担金を支払う義務のある者が負担金を支払わない場合には、受給権の停止・廃止が行われうる。

補足的医療保険の保険者はこの制度への参加を強制されるものではないが、制度に参加する場合には、自らに加入することを希望するCSSの対象者について、加入について条件を設けることはできず、補足的CMUの対象者の中から加入者を選別することはできない。また、CSS対象者のうち、負担金ゼロの者と、月額の負担金を支払う者のいずれかだけを選択して受け入れることもできない。CSSの給付財源は、補足的医療保険組織に課される税 (追加的連帯税 [taxe de solidarité additionnelle, TSA])。この税については7.5も参照) である。なお、CSSについて

---

50 申請にかかる手続きについては以下のサイトにまとめられている。なお、電子申請は医療保険のHP(Ameli)にアカウントを開設した者だけが行える。<https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/cmu-c-demarche.php>

51 医療保険のHP等での解説では、1日1ユーロ以下の負担金、と説明されている。

はこの制度を管理運営する CSS 基金が全国医療保険金庫に設けられていたが、2021 年社会保障財政法律により同基金は廃止され、CSS にかかる管理運営業務は全国医療保険金庫等の他の組織に委ねられることになった。

### 7.3 被用者の加入する団体保険の重要性の拡大

補足的医療保険の重要性の増大に伴って、上述のような低所得者層への対応と同時に、被用者が加入する団体保険に注目が集まるようになった。特に、ある企業に採用される労働者を強制的に加入させる効果を有するタイプの団体保険は、一定数以上の基本的に安定した拠出能力を有する集団を対象とすることで、被保険者にとって比較的有利な（給付水準に対して保険料水準を低く抑えた）給付を提供することができる。また、当然ながら、団体保険が普及することは、保険加入者の総数を効率的に増やすことにも繋がる<sup>52</sup>。

団体保険に関して行われてきた政策は、大きく二つに分けることができる。まずは、こうした契約の締結が増加するように、企業の行動を誘導し、最終的には団体契約の提供を使用者の義務とするというものである。もう一つは、このような保険契約の継続性を強化する政策である。団体契約の弱点として、保険契約が企業との雇用関係に依存してしまうという問題があるところ、雇用関係が断絶した際に、補足的医療保険給付を被用者が一定期間にわたって維持する可能性が模索されてきた。後者の動きは、フランスのみならず欧州で近年活発に議論されている「フレキシキュリティ」政策<sup>53</sup>の流れを背景として、雇用の柔軟化と共に雇用にかかる権利の「ポータビリティ」を強化する、という文脈の中でも理解する必要がある。既に 2008 年に重要な全国職際合意が行われていた（2008 年 1 月 21 日の全国職際協約 [Accord National Interprofessionnel : ANI]）。以下では、上記の 2 つの方向性のいずれについても近年の議論の一つの到達点といえる改革を行った法律として、2013 年に制定された雇用安定化法律 (Loi relative à la sécurisation de l'emploi, 2013-504 号法律) の内容について簡単に紹介する（なお、同法は、労使協議を基礎とする 2013 年の全国職際協約の内容を取り込むものであり、したがって改正の内容は概ねこの協約、すなわち労使協議・合意を基礎としている）。

2013 年雇用安定化法律は、まず、上記のうち 1 つ目の論点、すなわち団体契約の被保険者の拡大という論点について、2016 年以降は団体契約をあらゆる被用者に「一般化」する、すなわちあらゆる労働者について、職場で加入する補足的医療保険への加入を拡大するという改革を行うも

---

52 後述の 2013 年法を受けて、2014 年～2017 年にかけて、人口の 5%にあたる人が、団体契約の枠組みで新たに補足的医療保険を獲得した。« Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise », Drees, Études et résultats, 2020, n° 1166.

53 欧州のフレキシキュリティに関する一般的な解説として、柳澤房子「フレキシキュリティ—EU 社会政策の現在」レファレンス 2009-5, 81 頁。

のである。同法は、この目的の実現に向けて産業レベル・企業レベルの労使交渉について<sup>54</sup>、2016年1月1日以降はあらゆる企業に少なくとも法の定める最低限の水準の団体保険を提供する義務を課し、当事者のイニシアティブを前提とする段階的な施行を行った（社会保障法典L. 911-7条〔2016年1月1日施行〕）。団体保険の保険料負担については、使用者が少なくとも半分を負担しなければならない。法の定める最低限の補足的医療保険（couverture minimale）は、開業医及び病院における診察・技術的行為、薬剤、定額入院費負担については公的医療保険による償還基礎の100%（つまり、一部負担金の全面的なカバー）等となっている。保険料決定が被保険者の健康状態と無関係に行われること、特定の費用について償還を行わないこと、視力矯正のレンズの一定範囲内での償還、等の条件も課されている（以上につき、社会保障法典L. 911-7条II、III、同R. 871条、R. 872条）。このように、補足的医療保険をめぐる政策は、単に補足的医療保険の加入者を拡大するという趣旨のものに加えて、加入する保険契約の中身・保障内容に一定以上の水準も担保するという趣旨のものへと発展してきている（7.4、7.5も参照）<sup>55</sup>。なお、L. 912-1条は職域協約ないし職際協約において、一定の条件の下で保険者となる組織（一つ又は複数）を労使が「推薦」することを認めた<sup>56</sup>。

続いて、いわゆる「ポータビリティ」に関わる部分の規定（2013年法によって定められた社会保障法典L. 911-8条）によれば、使用者が提供する補足的医療保険については、被用者の重過失によらない、失業保険の給付対象となる労働契約の断絶（cessation）の際、被用者は、失業保険の給付期間中（当該労働契約に期間が付されていた場合にはその期間を上限として）、保険料負担なしに給付を維持することができる。維持される給付は当該企業で労働契約断絶前に享受していたのと同じ内容のものであり、また、被扶養者の給付も維持される。このように、実際に被用者が享受できる保護の内容は「ポータビリティ」という名称から想像されるものよりも控えめといえるが、少なくとも失業保険の給付期間中は、従来被用者の立場で受けていた補足的医療保険を企業を離れた後も享受することが可能となっている。

2013年改正の中でも最も使用者・労働者及び保険市場に対する影響が大きいのが、上記の改正の結果として2016年から実施されることになった補足的医療保険の労働者についての強制加入化であろう。社会保障のあり方を考える上では、労働者保険というビスマルク的な思想が、医療保険については制度のユニバーサル化により完全に克服されてきたと思われていたところ（第2章第1節、1.2参照）、補足的医療保険という本来は私的なマーケットが社会保障に徐々に組み込

---

54 以下の記述は、特に指定しない限り、柴田洋二郎「フランスにおける補足的医療保険改革の動向—「社会的地位か市場原理か？」」健保連海外医療保障104号9頁以下による。

55 HCAAM, Place de la complémentaire santé et prévoyance en France, janv. 2021.

56 同条は当初、職際・職域レベルで保険者を指定し、当該保険者との契約締結を義務付ける規定を置いていたが、企業活動の自由・契約自由との関係が問題とされ、二つの憲法院判決（n. 2013-672DC, n. 2013-682DC）による違憲の判断を経て、本文で述べたような「推薦」条項へと修正された経緯がある。詳細については、柴田・前掲注15）論文10頁以下。



まれるような動きの中で再登場してきた経緯が興味深い。他方で、このような発展の中で、例えば独立自営業者について補足的医療保険の不十分な保障が問題となるなど、労働者保険にまつわる古い論点が補足的医療保険の枠内で蒸し返される傾向もある。また、この改正が実務上、マーケットや実際に労働者が受ける保障内容に及ぼす影響については、まだあまり調査結果等が出ていないようであるが、専門家により、以下のような影響が出てくることが予想されている。まず、団体交渉と関係付けられた被用者の補足的医療保険については、上記の3種類の保険者のうち、労使自治・組合との関係が深い労使共済制度が競争上有利な地位に立ち、シェアを伸ばすものと思われる。また、企業において労働者集団全体に適用される団体保険は、これまで労働者が個人で加入していた補足的医療保険よりも給付水準が下がることも多いと思われるため、今回の改正により、直接には補足的医療保険の保険給付水準の低下という不利益を被る労働者も出てくるだろう。結果として、今後は、こうした強制加入の団体保険に更に上乘せ (sur-complémentaire) で加入する民間医療保険の重要性が高まると考えられるが、こうした3段階目の保険については、従来の補足的医療保険に対する法規制の枠組みの外で市場が発展すると思われるため、従来とは異なるタイプの民間医療保険が発展する可能性がある。更に、多くの労働者が団体保険に加入する結果、個人加入の被保険者の数が減り、結果として、個人加入の保険について保険料水準が上昇するのではないかと指摘もある（とりわけ、個人加入の保険の主たる加入者である高齢者について、保険料負担が過大になることが懸念される。）。

#### **7.4 2019年以降の動向 - 自己負担ゼロ (Reste à charge zero, Rac0) ・ 100%償還医療 (100% Santé) 政策**

ここまでみてきた通り、90年代末以降、補足的医療保険の人的適用範囲を拡大するための様々な法改正が行われてきた。結果として、補足的医療保険はフランス国民の95%以上をカバーするに至っている。もっとも、補足的医療保険についてはその給付水準は（一定の法令上のルールの枠内で）保険料の水準によって変化するため、補足的医療保険に加入していても、実際の給付水準が低い場合には、診療に際して比較的高額の自己負担が患者に生じることになる。特に、眼科・歯科（主として、これらの分野で用いられる入れ歯やメガネ等の医療器具）・補聴器の分野では、社会保険の償還率が低く、かつ、社会保険の償還料金に縛られない自由な価格設定が可能であるため、社会保険のカバーしない費用が大きくなり、補足的医療保険の重要性が大きい。結果として、加入する補足的医療保険の給付水準により最終的な自己負担の額が大きく異なり、これらの診療・器具の利用可能性に不平等が生じ、利用を断念する者も多く存在することが問題視されてきた。こうした問題に対応するため、現政権は2018年以降、一定の条件の下で上記の医療サービス・器具の一部（標準的な水準のもの）について価格設定の自由を制限すると共に、社会保障と補足的医療保険がその全体をカバーし、結果として自己負担がゼロになるよう求める改革を

進めてきた<sup>57</sup>。具体的には、一定の条件を満たすメガネ・補聴器・義歯等の歯科材料について価格の上限を定めた上で、この価格の枠内で補足的医療保険が100%の償還を実現することを促す（7.5項で述べる税制上の措置が用いられている）という形で自己負担ゼロが実現される。補足的医療保険組織を中心とした関係者の協議を経て、2019年社会保障財政法律（33条）以降、デクレによって特定される補聴器・メガネ等について<sup>58</sup>、自己負担ゼロ政策が段階的に施行された（2021年より全面施行）。団体保険についても、一定の条件を満たすメガネ・補聴器・義歯等の歯科材料については100%の償還が行われている。なお、100%償還の対処となるメガネ・補聴器・義歯等については、一定の質や選択肢が担保されていることも指摘しておくべきだろう<sup>59</sup>。

## 7.5 税制度を用いたリスク選択の規制・給付水準のコントロール

補足的医療保険は、民間営利保険会社も参入し、EUレベルでは私保険にかかる指令の適用を受けるなど、私的なマーケットに属するものでありながら、実際にはリスク選択や給付内容・給付水準についての様々な規制の対象となっている。既に述べてきた各種規制の一部を含めて、こうした規制の核となっているのが、税制度を通じた契約締結過程・契約内容へのコントロールである。このような規制は、大きく、リスク選択の制限にかかるものと、契約内容・給付水準にかかるものに分けることができる。これらの規制は2000年代初頭以降徐々に発展してきたものであり、その発展の経緯はきわめて複雑であるが、ここでは、現行法に限り内容を簡単に紹介する。

社会保障法典L. 862-4条は、補足的医療保険に支払われる保険料について、追加的連帯税（taxe de solidarité additionnelle, TSA. 上述の通り、低所得者向けの補足的医療保険の財源となる）が課されるものとしつつ、その税率を多様な条件の下に設定している。同条が定める様々な条件のうち、本報告書の文脈で重要なのが、L. 862-4条IIが定めるものである。同条によれば、補足的医療保険にかかる保険料の税率は以下の条件を満たす場合に13.27%に設定されるが、これらの条件を満たさない場合には税率が7%引き上げられる。条件として挙げられているのは、①個人保険、任意加入の団体保険については、補足的医療保険契約に関して受益者の健康情報が収集されないこと、②個人保険、強制加入も含む団体保険については、受益者の健康状態に応じた

---

57 改革が行われた経緯や対象とされている診療・器具の詳細については、2018年1月に関係者の議論の出発点として公表された文書を参照（[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_rac0-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_rac0-2.pdf)、2019年4月30日最終閲覧）。

58 Arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

59 マリーズ・バデル（柴田洋二郎（訳））「社会保障による医療へのアクセスのために必要不可欠なつなぎとしての補足的医療保険保障」社会保障法研究16号（2022）191頁。

保険料設定が行われないこと、③L. 871-1 条が定める各種の条件を満たすこと、である。

このうち、①、②は、健康状態によるリスク選択を排除する趣旨の規定であり、結果として、現在フランスで販売されている補足的医療保険のほとんどが、健康状態に応じた加入者の選択や保険料の設定を行っていない（他方、年齢による保険料レベルの設定は認められており、多くの保険者が高齢の被保険者については高い保険料率を設定している）。民間医療保険については健康状態による被保険者・リスク選択により不平等が生じることがしばしば懸念されるが、フランスの補足的医療保険については、税制による強い誘導によって、この問題を理論的には相当程度クリアしているといえよう。

他方、③が掲げる社会保障法典 L. 871-1 条は、フランスに適法に居住するあらゆる者について保障すべき医療保障の一部として、いわば社会保障法典が望ましいと考える補足的医療保険契約の中身を具体化する規定となっている。L. 871-1 条及び同条を受けて定められている R. 871-1 条、R. 871-2 条が掲げるルールは、近年の一連の改革も踏まえて多岐にわたるものとなっているが、社会保障の定率一部負担金を始め、社会保障がカバーしない一部の費用をカバーすること（7.3 項 3 で述べた 100%償還を行うべきサービスについて患者に残る費用負担を全面的にカバーすることについては、R. 871-2 条 3-4 号に規定がある。）、逆に、公的医療保険が排除する一部の給付については費用のカバーを行わないこと（例えば、かかりつけ医を通さない受診について定率一部負担金の一部・全部の保障を行わないこと。）、給付について第三者払いのサービスを行うこと等を定めている（義務化された団体保険について最低限の保障として定められるルールの内容は、これらの規定が定めるルールとほぼ一致し、これらのルールを遵守する団体保険は L. 871-1 条にも適合しているものである。社会保障法典 L. 911-7 条 II）。一連の規制は 2000 年代から一定の契約類型・給付水準への誘導を図るために徐々に進められてきたものであるが、7.4 項で述べた自己負担ゼロ政策の推進の中で、これらの規制を取り込む形で中身が強化され、同時に、あらゆる国民が享受すべきスタンダードな補足的医療保険としての意味づけを与えられることになった。補足的医療保険を販売する保険者としては、以上の規制に一切縛られず、健康状態に応じた保険料設定を行ったり、法が求める給付を行わない、あるいは、給付すべきでないものとされる費用をカバーする、といったことも禁じられているわけではないが、現時点では、税を通じた規制が大きな効果を有しており、民間保険である補足的医療保険契約の内容の標準化が著しく進んでいる。

## 第 3 章 医療制度の財政

## 1. 財源構成の変容

フランスの社会保障制度では、制度理念として自律性原則（管理運営における自律性原則、財政的自律性原則）を旨とし、労使等の当事者により組織運営される金庫による自律的な運営を伝統としている。このため、社会保障財源は伝統的に労使による保険料拠出に大きく依拠してきた。

「栄光の30年」と呼ばれた高度成長期が終わった70年代半ば以降、社会保障財政は、人口の高齢化、経済停滞による失業率の上昇等により、保険料収入の減少や社会保障支出の増大といった課題を抱えることになる。また、欧州統合に向けた経済通貨連合の参加条件として、社会保障を含む公的債務が対国民総生産比60%以下であること、単年度の財政赤字が3%を超えないこと等となっていたため、フランスの社会保障財政の改革は急務となった。

80年代までは、社会保障財源の改革として、各種目的税や拠出金の賦課、保険料率の引き上げ、保険料算定基礎上限額の漸次廃止、制度間調整といった方策が採られていたが、90年代に入り、一般社会拠出金（contribution sociale généralisée：CSG）の創設（1991年）、社会債務償還拠出金（contribution au remboursement de la dette sociale：CRDS）の創設（1995年）、ジュペプランによる社会保障財政法（LFSS）と医療保険支出全国目標（ONDAM）の導入（1996年）といった社会保障財政の再建のための措置が相次いで導入された。

こうした動きは社会保障の財源構成の変容を顕在化させる。80年代までは一般制度の財源における保険料の占める割合は9割であったが、90年代以降、一般税と目的税の財源に占める割合が急速に増加している。このような社会保障財源に占める租税割合の増加傾向を「租税代替化」（fiscalisation）と呼んでいる。

租税代替化の進展は、1991年に一般社会拠出金と呼ばれる社会保障目的税が創設されたことと、一般社会拠出金の賦課率の引き上げとともに被用者の負担する保険料が引き下げられたことによるところが大きい。一般社会拠出金が導入された1991年当初は、一般社会拠出金は家族手当のみに充てられていた。その後、1993年からは、充当対象が老齢保険（老齢連帯基金〔fonds de solidarité vieillesse：FSV〕に充当）に拡大し、一般社会拠出金の賦課率が引き上げられた。更に、1997年からは、充当対象が医療保険にも拡大するとともに、1997年、1998年に相次いで一般社会拠出金の賦課率が引き上げられ、引き上げ分は医療保険の財源として充当されることになった。この引き上げ分のかわりとして、被用者負担の保険料率が大幅に引き下げられた（後掲2.を参照）。

租税代替化は医療保険財源にも見られ、一般社会拠出金が医療保険財源に充当されるようになった1998年以降、その傾向は顕著である。1997年の被用者負担の保険料率は5.5%であったのに対し、一般社会拠出金の医療保険財源への投入により、1998年の被用者負担の保険料率は0.75%にまで引き下げられた。結果、保険料拠出者としての被用者の役割は大幅に縮小していた。



こうした中、マクロン政権は購買力の強化を掲げ、2018年社会保障財政法（Loi no 2017-1836 du 30 décembre 2017）により、医療保険と失業保険の保険料の被用者負担分の削除を決めた。これにより、2018年からついに医療保険料の被用者負担分が削除され、医療保険料は事業主負担のみとなった（失業保険の被用者負担分も2018年中に削除されている。）。そして、その削減分は一般社会拠出金の賦課率の引き上げで補われている。

2021年の一般制度の医療保険の財源構成をみると、保険料の割合が財源全体の約37%を占めるのに対し、一般社会拠出金だけで約24%を占め、たばこ消費税等の税・その他の社会拠出金をあわせると約56%が保険料以外の租税等で賄われている（図表3-1）。主たる財源は労使拠出による保険料で賄うという財政的自律性原則を採ってきたフランスの社会保障制度は、一般社会拠出金の導入により租税代替化が進み、医療保険財政は職域連帯から国民連帯へ大きく比重を既に移しつつあった。そして、医療保険料の被用者負担分が廃止されたことで、医療保険財政は国民連帯的な性格を一層色濃くしている。

図表 3-1 一般制度の保険別財源構成

（2021年、単位：10億ユーロ）

| 財源          | 保険別   |       |      |      |      | 一般制度全体 |
|-------------|-------|-------|------|------|------|--------|
|             | 医療    | 老齢    | 家族   | 労災   | 介護   |        |
| 社会保険料       | 77.3  | 142.8 | 31.7 | 14.0 | 0.0  | 264.0  |
| その他保険料負担（国） | 3.0   | 3.8   | 1.0  | 0.3  | 0.1  | 8.1    |
| 使用者拠出金      | 0.4   | 41.6  | 0.0  | 0.3  | 0.0  | 42.3   |
| 一般社会拠出金     | 48.3  | 0.0   | 12.4 | 0.0  | 29.0 | 89.3   |
| その他の社会拠出金   | 0.3   | 5.6   | 1.2  | 0.0  | 2.9  | 10.0   |
| 税           | 68.2  | 16.5  | 4.7  | 0.0  | 0.6  | 90.0   |
| 財政移転        | 3.2   | 38.4  | 0.2  | 0.1  | 0.6  | 30.1   |
| その他収入       | 8.7   | 0.8   | 0.7  | 0.6  | -0.1 | 10.6   |
| 計           | 209.4 | 249.4 | 51.8 | 15.1 | 32.8 | 544.2  |

出典：PLFSS 2023, Annexe 3, p.8.

## 2. 社会保険料

### 2.1 社会保険料の保険料率（一般制度）

社会保険料は労働者と使用者で負担する労使負担の原則を伝統的に採用してきた。日本のように労使折半ではなく、労働者側の負担割合が低いことが特徴であった。この傾向は一般制度が創設された当初から一貫してみられていたが、一般社会拠出金が医療保険財源に充当されるように



なった1998年以降、一般社会拠出金の医療保険財源への投入により、その割合は大幅に引き下げられた。具体的には、1997年の被用者負担の保険料率は5.5%であったが、1998年には被用者負担の保険料率0.75%にまで引き下げられた。この0.75%は、被用者のみが受給資格を有する日額手当 (indemnités journalières : IJ) わが国の傷病手当金に相当するもの) の財源に相当する部分であるとされ、この部分の財源負担として被用者負担分が残されるかたちとなった。

その後、2018年社会保障財政法により、医療保険と失業保険の保険料の被用者負担分の削除が決まり、ついに2018年から医療保険料の被用者負担分がなくなり、現在の医療保険の保険料は事業主負担分のみとなっている (図表3-2)。

医療保険料の事業主負担分は、2018年末の競争力及び雇用のための税額控除 (CICE) の廃止に伴い、2019年から被用者の報酬水準により異なる保険料率が設定されている。年間報酬がSMICの2.5倍以下の被用者については7.00%、それ以外は13.00%である。2023年1月時点の保険料率も同様である。

図表3-2 一般制度の医療保険料の保険料率の変遷

(各年1月時点の割合 (%))

| 年     | 1987  | 1989  | 1990  | 1991  | 1997  | 1998  | 2008  | 2018  | 2019~2023  |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|
| 被用者負担 | 5.90  | 5.90  | 5.90  | 6.80  | 5.50  | 0.75  | 0.75  | —     | —          |
| 事業主負担 | 12.60 | 12.60 | 12.60 | 12.60 | 12.80 | 12.80 | 12.80 | 13.00 | 13.00/7.00 |

出典：Michel Borgetto, Robert Lafore, *Droit de la sécurité sociale*, 19<sup>e</sup> édition, Dalloz, 2019, p.873  
の表を一部改変。

## 2.2 社会保険料の算定基礎

社会保険料の算定基礎は、一般社会拠出金の稼働所得に対する算定基礎に準拠している。この算定基礎は、1983年までは一定の上限額 (plafond) が設定されていた。しかし、社会保障財政の悪化に伴い、医療保険、家族給付、労災保険について上限額の撤廃が順次図られ、今日では、医療保険料の算定基礎の所得には上限は設定されていない (社会保険料の中では老齢年金の保険料に上限額が残されているのみである)。

## 2.3 社会保険料の徴収

事業主負担分を含め、保険料納付の義務は事業主にある。事業主は保険料徴収事務を行う社会保障家族手当保険料徴収連合 (URSSAF) に保険料を納付する。保険料納付が遅延した場合、遅延割増金や制裁金が法律上予定されているが、これも事業主に対して行われる。なお、被保険者負担分の社会保険料 (老齢年金) の場合、保険料は報酬から源泉徴収され、事業主がこれを納付する。

## 2.4 社会保険料の負担軽減措置

フランス国内企業の国際競争力の確保、雇用政策、都市政策及び社会統合政策の観点から、使用者の社会保険料負担の軽減又は免除に関する種々の措置が講じられている。国家が政策の一環として事業主の社会保険料負担等の減免措置を講じた場合、それにより生じる減収は国家予算により補填されると社会保障法典で規定している。ここ数年の軽減措置に関連する主な動向は次の通りである。

2013年度税制で、オランド政権は企業の税負担を軽減する措置として「競争力及び雇用のための税額控除」(CICE)を導入するとともに、軽減分の財源を確保するために付加価値税の増税を行った。2014年には、企業の競争力と雇用の創出のために「責任と連帯協定」と呼ばれる経済・財政改革を行い、「責任協定」に基づく企業の負担軽減・雇用と投資促進策のひとつとして、社会保険料の事業主負担の軽減策等を講じた。この競争力及び雇用のための税額控除(CICE)は2018年末で廃止され、2019年からは、年間報酬がSMICの2.5倍を超えない限り、疾病・出産・障害・死亡保険の使用者負担を6ポイント下げ、7%とする措置を採っている(それ以外は13%)。

2018年後半から断続的に行われるようになったいわゆる黄色いベスト運動への対応を迫られた政府は、2018年12月に具体的な家計支援策を提示し、これを反映した「経済的及び社会的な緊急措置に関する法律」(Loi no 2018-1213 du 24 décembre 2018)を年末に成立させた。同法の柱のひとつとして、2018年12月から2019年3月までに企業が特別手当(prime exceptionnelle de pouvoir d'achat)を支払う場合、1,000ユーロ以下の部分につき、事業主と被用者が支払う社会保険料や一般社会拠出金等の各種拠出金等が免除になる軽減措置が設けられた。

社会保険料の被用者負担分については、2019年社会保障財政法により、超過勤務手当から控除する社会保険料の被用者負担分を軽減する措置が設けられた。これと同様の措置は、サルコジ政権時に購買力強化を目的に導入されていたが、その後のオランド政権下では廃止されていた。この措置の実施は2019年9月からの予定であったが、経済的及び社会的な緊急措置に関する法律により、これを早め2019年1月からとすることとなった。

この他、COVID-19感染拡大による社会・経済状況に対応するために、社会保険料の免除や支払猶予の各種措置が採られた。

## 2.5 普遍的医療保護(PUMA)のための保険料

2016年社会保障財政法により、普遍的医療保護(PUMA)が導入されている。普遍的医療保護の導入以降、被扶養者は18歳未満の子どもに限定されている。このため、それまで被扶養者として加入していた配偶者等は個人として一般制度に加入することになり、一定の基準を満たした場合、所得に応じて補助的医療保険料(cotisation subsidiaire maladie: CSM)を負担している。

## 3. 租税

### 3.1 一般社会拠出金

#### ① 一般社会拠出金の類型

一般社会拠出金は、社会保障法典上、(1) 稼働所得・代替所得（社会保障給付等）、(2) 資産所得、(3) 投資益、(4) 賭博益の4類型から構成される。これらは同一の名称を有するが、それぞれの賦課率と課税基礎は異なる（図表 3-3）。いずれも所得税より広範な所得を課税基礎とし、個別に算出・徴収される。稼働所得にかかる一般社会拠出金は保険料と同様に源泉徴収される。

#### ② 一般社会拠出金の賦課率

一般社会拠出金の賦課率は社会保障法典で定められており、稼働所得・代替所得は 9.2%、資産所得と投資益は 9.2%、賭博益は 6.2%である（2023 年時点）。ただし、代替所得のうち、失業手当と日額手当（IJ）については 6.2%、退職年金と障害年金については 8.3%と別途定められている。更に、失業手当、退職年金、障害年金の賦課率は、参照課税所得（revenu fiscal de référence）に基づき、所得別に多段階に設定されている。なお、家族手当や障害児教育手当といった家族に関する諸給付や各種社会扶助給付は一部を除き、一般社会拠出金の賦課が免除されている。

稼働所得の課税基礎は控除前賃金の 98.25%（175,968 ユーロを超える賃金部分は 100%）、その他賃金の補足の課税基礎は控除前収入の 100%である。また、代替所得の課税基礎は失業手当（控除前額の 98.25%（175,968 ユーロを超える賃金部分は 100%））を除き、控除前額の 100%である。

2018 年社会保障財政法による医療保険と失業保険の保険料の被用者負担分の削除により、一般社会拠出金の賦課率が見直され、稼働所得の賦課率は 7.5%から 9.2%、代替所得のうち退職年金と障害年金への賦課率は 6.6%から 8.3%、資産所得・投資益は 8.2%から 9.9%、賭博益が 6.9%から 8.6%にそれぞれ引き上げられた。これにより、代替所得のうち退職年金と障害年金への賦課率は、標準の賦課率（8.3%）と軽減された賦課率（3.8%）となった。

その後、いわゆる黄色いベスト運動への対応を迫られた政府は、2018 年末、経済的及び社会的な緊急措置に関する法律により、一般社会拠出金の賦課率の引き下げを決めた。具体的には、収入が軽減された賦課率の適用基準を超えているが、22,580 ユーロ（月額 1,881.66 ユーロ）（いずれも当時の額）以下の退職年金と障害年金への賦課率は、2019 年 1 月以降、元の 6.6%に戻されることになった。これにより、標準の賦課率（8.3%）と軽減された賦課率（3.8%）の間に、中間の賦課率として 6.6%が復活した。この結果、退職年金と障害年金については、その受給額に応じて異なる 3 つの一般社会拠出金の賦課率が設けられている。

この他、2019 年社会保障財政法により、資産所得・投資益は 0.7 ポイント引き下げられ 9.2%

となり、また、2019年に成立した「企業の成長・変革のための行動計画に関する法律」(Loi no 2019-486 du 22 mai 2019 (通称 PACTE 法))により、2020年から賭博益が8.6%から6.2%に引き下げられた。

図表 3-3 一般社会拠出金 (CSG) の賦課率

(2021年1月現在 (単位: %))

|                        |           | CSG 賦課率 <sup>※1</sup> |
|------------------------|-----------|-----------------------|
| 稼働所得                   |           | 9.2                   |
| その他賃金の補足 <sup>※2</sup> |           | 9.2                   |
| 代替所得                   | 失業手当      | 6.2                   |
|                        | 早期退職手当    | 9.2                   |
|                        | 退職年金      | 3.8, 6.6, 8.3         |
|                        | 障害年金      | 3.8, 6.6, 8.3         |
|                        | 日額手当 (IJ) | 6.2                   |
| 資産所得                   |           | 9.2                   |
| 投資益                    |           | 9.2                   |
| 賭博益                    | (例)       | 6.2                   |

出典: 下記のフランス行政サービスホームページの表を一部改変

(<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2971> (最終閲覧: 2023年5月1日))

※1 一部については、CSGの一定割合の額を所得税の課税所得から控除できる。

※2 例えば、利益分配金 (intéressement) の総額等である。

### ③ 一般社会拠出金の課税対象者

基本的には、フランスに居住する税法上の全ての居住者を課税対象者としている。稼働所得・代替所得に関する一般社会拠出金のみ、これらの対象者のうち、フランスの医療保険の義務的制度の保険料を負担している者を対象としている。所得税と住民税のいずれも非課税となる者のみが一般社会拠出金の非課税者となる。

### ④ 一般社会拠出金の徴収

一般社会拠出金のうち稼働所得に賦課される分は源泉徴収され、事業主が保険料徴収事務を行う社会保障家族手当保険料徴収連合 (URSSAF) に納付をする。それ以外のものは、各被保険者が必要な金額を社会保障家族手当保険料徴収連合に直接納付する。

### ⑤ 一般社会拠出金の類型別の収入規模と充当範囲

一般社会拠出金の類型別の収入規模 (2022年実績) をみると、稼働所得に関する一般社会拠出金が最も多く、約1,001億ユーロで全体の約70%を占め、次いで代替所得に関する一般社会拠出金が249億ユーロで約18%となっている。2018年社会保障財政法による保険料の被用者負担分

の削除と一般社会拠出金の賦課率の引き上げに伴い、全体の収入規模も 688 億ユーロ（2017 年）から 868 億ユーロ（2018 年）に増大している。COVID-19 感染拡大影響を受け、2020 年には減少したものの、その後も収入規模は増加傾向にある。

直近 3 年の一般社会拠出金の充当範囲と充当割合（各制度に充当される一般社会拠出金の割合）は、図表 3-4 の通りである。近年の動向として、一般社会拠出金の充当範囲が一部変更されている。2015 年までは、全ての種類の一般社会拠出金が医療保険に充当されていたが、2016 年社会保障財政法により、資産所得・運用益に関する一般社会拠出金は医療保険に充当されなくなった。また、2019 年からは、全国自律連帯金庫（CNSA）と、失業保険制度に関する企画立案、財政運営等を行う全国商工業雇用連合（UNEDIC）に、稼働所得に関する一般社会拠出金が充当されている。これに伴い、医療部門にこれまで充当されていた稼働所得の一部が、全国商工業雇用連合（UNEDIC）、全国自律連帯金庫（CNSA）、家族部門に移転している。また、医療部門にこれまで充当されていた代替所得の一部が老齢連帯基金（FSV）と家族部門に移転している。

一般社会拠出金の制度別充当額の割合（2022 年実績）は、医療部門に一般社会拠出金の収入全体の約 37%、家族部門に約 9%、老齢連帯基金（FSV）に約 14%、全国自律連帯金庫（CNSA）に約 21%、社会債務償却金庫（CADES）に約 7%、全国商工業雇用協会（UNEDIC）に約 11%となっている。2019 年の充当範囲と充当割合の見直し前は、一般社会拠出金の収入全体の約 7 割が医療部門に充当されていたが、見直し後の充当割合は 5 割強となった。また、2020 年からは全国自律連帯金庫（CNSA）への一般社会拠出金の充当が本格的に始まり、これまで医療部門に充当されていた一般社会拠出金の一部が全国自律連帯金庫（CNSA）に割り当てられることになり、更に医療部門への充当割合は減少している。



図表 3-4 直近 3 年の一般社会拠出金の充当範囲と種類別の充当割合※

(単位：%)

|                  | 2020 年 | 2021 年 | 2022 年 |
|------------------|--------|--------|--------|
| <b>医療</b>        |        |        |        |
| 稼働所得             | 5.95   | 4.25   | 4.25   |
| 失業手当、日額手当(IJ)    | 4.65   | 2.72   | 2.72   |
| 退職年金、障害年金(標準)    | 4.77   | 1.88   | 1.88   |
| 退職年金、障害年金(中間)    | 3.07   | 0.18   | 0.18   |
| 退職年金、障害年金(軽減)    | 3.20   | 1.27   | 1.27   |
| 賭博益              | 4.95   | 5.30   | 5.30   |
| <b>家族</b>        |        |        |        |
| 稼働所得、退職年金(標準・中間) | 0.95   | 0.95   | 0.95   |
| 賭博益              | 0.95   | 0.68   | 0.68   |
| <b>FSV</b>       |        |        |        |
| 退職年金、障害年金(標準・中間) | 1.98   | 2.94   | 2.94   |
| 資産所得・運用益         | 8.60   | 6.67   | 6.67   |
| <b>CNSA</b>      |        |        |        |
| 稼働所得             | 0.23   | 1.93   | 1.93   |
| 失業手当、日額手当(IJ)    | 0.00   | 1.93   | 1.93   |
| 退職年金、障害年金(標準・中間) | 0.00   | 1.93   | 1.93   |
| 資産所得・運用益         | 0.00   | 1.93   | 1.93   |
| <b>UNEDIC</b>    |        |        |        |
| 稼働所得             | 1.47   | 1.47   | 1.47   |
| <b>CADES</b>     |        |        |        |
| 賭博益以外の所得         | 0.60   | 0.60   | 0.60   |
| 賭博益              | 0.30   | 0.22   | 0.22   |
| <b>計</b>         |        |        |        |
| 稼働所得             | 9.20   | 9.20   | 9.20   |
| 退職年金、障害年金(標準)    | 8.30   | 8.30   | 8.30   |
| 失業手当、日額手当(IJ)    | 6.20   | 6.20   | 6.20   |
| 資産所得・運用益         | 9.20   | 9.20   | 9.20   |
| 賭博益              | 6.20   | 6.20   | 6.20   |

(※) 本表では、各制度に充当される一般社会拠出金の割合を充当割合としている。

出典：2020-2021 年につき、CCSS, Les comptes de la Sécurité sociale - Résultats 2021, prévisions 2022 et 2023, septembre 2022, p.55、2022 年分につき、CCSS, Les comptes de la Sécurité sociale - Résultats 2022 et prévisions 2023, mai 2022, p.47.

## ⑥ 一般社会拠出金の法的性格

一般社会拠出金は、所得税とは異なり累進税率を採用せず、賃金等に賦課される部分に限り一般制度の保険料と同じように社会保障家族手当保険料徴収連合（URSSAF）が徴収し、社会保障財源に充当される点で保険料的な特徴を有する。この点、法律の合憲性を判断する憲法院が、一般社会拠出金は拠出金（contribution）という名称であるが、狭義の租税（impôts）以外の「全ての性質の租税（impositions de toutes natures）」（憲法 34 条）の類型に属すると判断したこと



により、法的には租税の性格を有すると解されていた (Cons. Const. 28 déc. 1990, no 90-285 DC)。

一方、欧州レベルでは、一般社会拠出金はフランスの社会保障財源に充当されることから、共同体内を移動する者に対する社会保障制度の適用の調整を規定した規則 1408/71 の適用のある保険料 (cotisations) であるとされる (CJCE 15 fevr. 2000, aff. C-169/98 et C-34/98, Commission c/ France)。そこで 2001 年には、稼働所得と代替所得に関する一般社会拠出金と社会債務償還拠出金の課税対象者の規定を、税法上の居住者でフランスの医療保険加入者に改めている。また、民事及び刑事の上告事件を管轄する最高司法裁判機関である破毀院判決では、稼働所得と代替所得に関する一般社会拠出金について、憲法 34 条所定の「全ての性質の租税」としての性質と、欧州法にみる社会保険料としての性質という二重の性質を確認している (Soc. 31 mai 2012, no 11-10.762, SA Esso et al. C/ M. K.)。

これに対し、資産所得・運用益に関する一般社会拠出金については税制上の基準を適用していたままであったが、2015 年の欧州司法裁判所の判決 (CJUE du 26 février 2015, aff. 623/13, Ministre de l'Économie et des Finances c/ Gérard de Ruyter) では、資産所得・運用益に関する一般社会拠出金にも規則 1408/71 の適用のある保険料と同様の性格を認めている。これを受けて、2016 年社会保障財政法により、資産所得・運用益に関する一般社会拠出金の充当範囲と一般社会拠出金の充当割合の見直しが行われた。

### 3.2 その他の租税

税財源は国庫負担金のほか、80 年代以降、財政基盤の安定化を目的に、様々な目的税が導入されてきた。今日、一般社会拠出金以外にも、一般制度の医療保険に充当される社会保障関連の目的税や拠出金が数多くある (これらの拠出金について、憲法院は憲法 34 条の「全ての性質の租税」の類型に属すると判示している [Cons. Const. 14 janvier 1983, no 82-152 DC])。主なものとして、社会保障から何らかの利益を得ている者の負担 (医薬品調合企業が負担する拠出金 (いわゆる医薬品広告費)、専門医薬品卸売業者が負担する拠出金、専門医薬品開発企業が負担する拠出金、医療材料・機器の製造・輸入・販売企業が負担する拠出金等)、傷病の発症等の潜在的発生原因に着目する負担 (アルコール入り炭酸飲料等に係る税、砂糖入りの炭酸飲料に係る税、たばこ消費税、自動車保険保険料に係る保険料等)、その他 (ストック・オプションに関する拠出金等) がある。

近年の動きとしては、砂糖入りの炭酸飲料に係る税 (いわゆるソーダ税) が 2018 年に新しくなり、100 リットルあたりの加糖量に応じて税率が設定されている。また、2019 年からは、たばこ 1 箱の平均価格を段階的に 10 ユーロ前後に引き上げることを目的としたたばこ税の増税が行わ

れている。

## 4. 制度間調整

フランスの医療保険制度は複数の分立した制度からなり、その管理運営組織である保険者も制度ごとに存在するため、複数制度・複数保険者による多元的な構造となっている。このような多元的な構造下では、産業構造の変化に伴う就労構造の変化や制度間での人口構成上の不均衡により、制度間の調整 (compensation) を必要とする。1960年代から進行した就業構造の変化は、保険料を負担する被保険者の移動による各制度の財政基盤に変化を及ぼした。調整は財源に余裕のある制度から赤字の大きい制度への財源移転として行われるようになり、歴史的には、1954年の一般制度と公営鉄道共済との間の老齢年金に始まり、1960年代にはその他の被用者制度間に拡大されていった。1974年からは、医療保険、老齢保険及び家族手当の3つの部門において、被用者制度間のみならず、非被用者制度との間でも調整を行う一般化された調整 (compensation généralisée) が実施されるようになった。フランスの諸制度間の調整は、制度間連帯の理念に基づいて実施されてきたといえる。ただし、今日では、制度間調整の役割は縮小している。

制度間調整には、被用者制度・非被用者制度間の一般化された調整と、被用者制度間の二制度間調整 (compensations bilatérales) の2通りの調整があった。

被用者制度・非被用者制度間の一般化された調整は、諸制度間での人口構成の不均衡と拠出能力の格差に起因する不平等に対処することを目的としていた。ただし、被用者と非被用者間の所得捕捉をめぐる問題があることから、被用者制度と非被用者制度の間では人口構成上の不均衡の是正のみの調整であった (社会保障法典 L.134-1 条では、非被用者全体の拠出能力が被用者の同能力と同じ条件により定義し得ない以上、被用者制度全体と非被用者の諸制度の間における調整は、単に人口構成の不均衡に対処することのみをその目的とする、としている)。この調整については、2010年末に成立した2011年社会保障財政法の30条の規定により、一般化された調整の規定 (社会保障法典 L.134-1 条) の医療保険関係の規定が削除され、現行法では老齢保険の調整の規定のみが残されている。

また、医療保険の被用者制度間の二制度間調整は、一般制度と特定の被用者を対象とする特別制度 (鉱業、パリ交通公団 [RATP] 等) との間で拠出能力の差の是正を含めた調整が行われていた。2016年の普遍的医療給付 (PUMA) 制度の創設により、現在は廃止されている。



## 第 4 章 医療提供体制

# 1. 医療機関の種類

フランスは我が国と同様の社会保険による国民皆保険下に、比較的自由度の高い医療提供体制を構築してきた。

## 1.1 病院

フランスの病院は、まず設置主体によって公立病院、民間非営利病院、営利病院に区分される。公立病院はそのほとんどが一般病院であり、その診療能力と規模により地方病院センター（大学病院センター）、一般病院センター、地区病院に区分される。また、我が国の回復期リハビリテーション病棟に相当する中期療養施設、精神病院、長期療養施設も一部公立病院として運営されている。民間非営利病院は、がんセンター、中期療養施設、長期療養施設が主なものであるが、共済組合が経営している病院には外科や産科に特化したものもある。また、営利民間病院はその多くがCliniqueと総称される短期入院施設で、待機手術を中心とした外科病院が多い。ただし、最近の動向として外科技術の向上により、高度な手術を行う外科センター的な営利民間病院が増加している。また、医療保険で給付されている長期療養施設と社会福祉政策で運営されている老人ホーム（Maisons de retraite）が近年統合され要介護高齢者居住施設（Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes: Ehpad）として再編されている。この場合、医療サービスは医療保険、介護サービスはフランス版の介護給付である自立個人給付（Allocation personnalisée d'autonomie: APA）、居住費用は自費（年金保険）というように、各保険の給付範囲は明確に区分されている。なお、ホテルコストは1日当たり費用額となっており、その額についてはARS（地方医療庁：後述）の認可を必要とするが、各施設が独自に決めることができる。

病院への支払いは、急性期病院の場合はDRGを用いた1入院包括支払い方式（フランス語ではT2A）、その他の病院は1日当たり包括支払いとなっている。

## 1.2 自由セクター（開業医療職）

フランスには自由開業セクターという独自の文化がある。これはフランスの医療提供の歴史的展開過程の中でつくられてきたものであり、同国の医療制度を理解するために重要な概念である。歴史的にフランスにおいては、医師に4つの自由が認められていた。患者による医師選択の自由、医師の開業の自由、医師の処方自由、そして医師の診療報酬決定の自由である。このうち処方の自由と診療報酬決定の自由は診療報酬制度の導入により一定の制限がかけられるようになったが、最初の2つについては現在も医師がフランスの医療提供体制の根幹をなすものとして重視している。フランスの医療職の間では、こうした自由を持つことが専門職としてのレゾンドートル

として重要であるという意識が強く、このことが同国の自由開業セクターのこれまでの動向に大きな影響を持っている。

次に、フランスの自由開業医療職の現状について説明する。

## ① 自由開業医

フランスの医師は従来専門医と一般医とに区分されていたが、2005年の医師研修過程の改革により一般医は11の専門診療科の一つとなった。希望する診療科の専門医になるためには医学部卒業後全国クラス分け試験（ECN）と呼ばれるマッチングシステムで認可されることが必要で、その後受け入れ先の大学病院で4年から5年の専門教育を受けなければならない。各専門診療科の診察科目については医療行為規定(Code Déontologie)によって厳密に規定されている。

自由開業医が行う医療行為に対する診療報酬は疾病金庫と医師の代表的な労働組合（Fédération Française des Médecins des Généralistes、Fédération Nationale des Médecins de France、Confédération des Syndicat Médicaux de France等）との間で締結される協約料金による。わが国と同様、各診療行為には点数が設定されており、その点数に1点当たり単価をかけたものが医師に対する支払いとなる。診療報酬の交渉にあたってはこの1点当たり単価をいくらにするかが争点となる。

また、フランスの開業医にはSecteur 1医師とSecteur 2医師の区分がある。前者は患者に対する診療費の請求に関して協約料金を遵守することを強制される医師で、後者は協約料金以上の診療費を要求できる医師である。部分的ではあるがこのような形で医師による診療報酬決定の自由が維持されている。

一般にフランスの自由開業医の診療所はビルの1室を借りただけのシンプルなものが多く、例えば一般医の診療所では、そこで血液検査や超音波エコーや放射線機器による画像検査をすることはない。それらはそれぞれの専門医の独占業務であり（前者は臨床検査医 Biologist、後者は放射線科医 Radiologue）、一般医はそれらの検査が必要な場合はそうした専門医への紹介状を書き、患者は改めて予約をして紹介された専門医の検査や診察を受けなければならない。医療提供体制としてはフリーアクセスが保障されているが、我が国に比較すると利便性において問題がある。

## ② 開業看護師

フランスでは看護師の国家資格を持っていれば、誰でも自由に開業することができる。第8章5.6、5.7に人数を示した。開業形態としては自宅にオフィスを開いている例もあるが、多くは自由開業医の診療所があるビルにオフィスを開いている例が多い。そして、隣接する自由開業医の指示箋に基づいて患者の看護を在宅や老人ホーム等で行うというのが一般的である。サービスの



内容は、我が国の訪問看護のそれとほぼ同じであるが、医師の包括的指示箋のもと一定の裁量権が認められており、褥瘡の処置等における材料や医薬品の処方等もできる。

開業看護師の診療報酬は疾病金庫との協約に基づく診療報酬表に基づいて出来高払いで支払われる。現在、フランスでは社会保障財政法(Loi de Financement de la Sécurité Sociale: LFSS)に基づいて国民議会で毎年翌年度の医療支出目標額(Objective Nationale de depense d'assurance maladie: ONDAM)が設定される仕組みとなっている。国は当初、公的病院医療、私的病院医療、自由開業セクター、社会医療セクター、医療連携の5つの医療セクターごとに設定される支出目標額を超過した場合は、1点当たり単価を下げる仕組み(変動点数制)の導入を試みていたが、自由開業医の強い反対にあい、医師への適用は見送られてきた。しかしながら、自由開業看護師については、ONDAMに関する協約が締結されており、目標額を超過した場合は、1点当たり単価を下げて報酬が支払われる仕組みとなっている。

### ③ 自由開業理学療法士・自由開業作業療法士・自由開業言語療法士

他の職種と同様、理学療法士・作業療法士・言語療法士の国家資格を持っていれば、誰でも自由に開業することができる。第8章5.6、5.7にその数を示した。理学療法士の場合開業を選択している者が一般的であるが、作業療法士の大部分は設に勤務することを選択している。以下、開業理学療法士の業務内容を説明する。

理学療法士の開業形態としては、診療内容が種々の機器やプールを使用するという理由から、医師や看護師に比較すると大規模なものが多い。そのため開業費用がかかることから、若い理学療法士はまず既に開業している理学療法士の診療所でパートナーとして働いた後、自分の診療所を開業するという形態が一般的である。また、施設や機器の稼働率を高めるためには、一人で開業するよりもグループで開業する方が有利であることから、グループ診療を行っている例も多い。更に最近の傾向としては他の自由開業医療職と共同で多機能診療所を経営する例が増えている(後述)。

理学療法の内容については、医師の包括的指導箋のもと、理学療法士が一定の裁量を持って決めることができる。例えば、理学療法士はまず種々の理学療法的検査ののち評価票を作成し、それに基づいて理学療法の内容と回数を決定することができる。

自由開業理学療法士の診療報酬も疾病金庫との協約に基づく診療報酬表に基づいて出来高払いで支払われる。各行為の点数に1点当たり単価をかけたものが診療報酬となり、疾病金庫との交渉では1点当たり単価が争点となる。

以上が、フランスの医療提供体制の特徴の一つである自由開業セクターであるが、本節の最後に最近の動向について説明する。

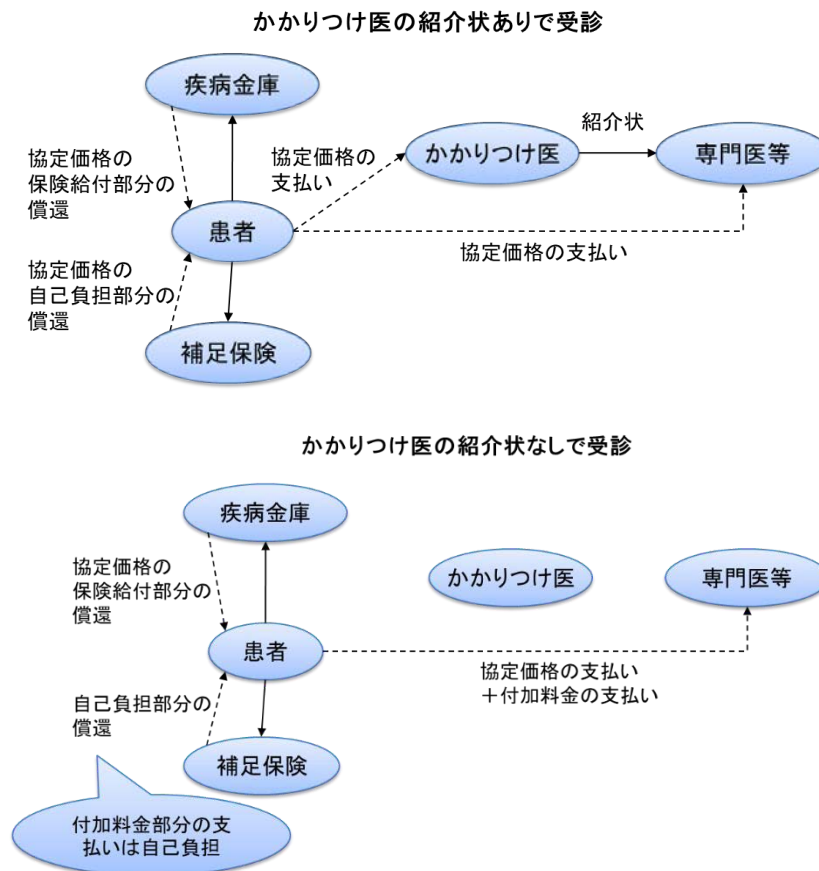
フランスは医学部卒業後の医師の進路について、地方ごとに専門領域別の専修医枠を設定することで、地方間及び専門職間の医師配置のバランスを取る仕組みを持っている。このため我が国と比較すると医師配置の地域間及び診療科間の偏在の問題は少ないが、それでも地方内において大学病院のある都市部とそれ以外の地域との間で医師数に大きな差が生じている。更にパリやマルセイユ等に接する地方においては、専門修練過程を終えた医師がその地方内の都市部ではなく、パリやマルセイユなどのより人口の多い大都市で開業する傾向がある。その結果、Nord 地方や Haute-Normandie 地方等はパリから 1 時間程度の距離であるにもかかわらず、深刻な医師不足が生じている。

この問題を解決するために、フランス政府は都市部で開業あるいは勤務している医師が過疎地域で第二診療所を開設することを認可する等の対策を行っている。しかしながら、高齢化が進む地方の医療ニーズは高まる一方であり、この問題に開業医師のみで対応することが困難となっている。このような問題を解決するためには、開業医と開業コメディカルが共同でプライマリケアを提供することが実際的であるという認識に基づいて、近年フランスにおいては多職種によるグループ診療 (Maison multifonctionnelle : 多機能診療所) を行うケースが増加している。なお、この多機能診療所については自治体が建物を建設し、安価の家賃で自由開業医療職に場所を提供する例も地方で増加している。

## 2. 受診の仕組み

フランスにおいては患者による医師選択の自由が認められている。ただし、2005 年のブラジ改革によりかかりつけ医制度が導入されたことに伴い、緩やかなゲートキーピングが導入されている。16 歳以上の者は自分のかかりつけ医を選択することが義務づけられており、専門医や病院の外来を受診する際には、まず登録したかかりつけ医を受診し、その紹介状を持って受診することが必要となった (図表 4-1)。各患者はかかりつけ医を経ずに他の医療機関を受診する事が可能であるが、その場合は公定価格以上の支払いを要求されることになる (自己負担は 70%)。また、原則として自己負担分を保証する補足医療保険制度による給付を受けることもできない。入院医療に関しても同様の流れになる。ただし、救急の場合は、かかりつけ医を経ずに医療機関の救急部門に直接受診することが可能である。

図表 4-1 かかりつけ医制度の導入



### 3. 医薬分業

フランスにおいては完全医薬分業が行われている。すなわち、医師が医薬品を処方した場合、患者は市中の調剤薬局に処方箋を提出することで購入する。この場合、処方を行った医師は患者に渡す領収証に処方を行った旨を記載し処方箋とともに患者に渡す。患者は渡された処方箋と領収証を市内の調剤薬局（選択は自由）に提出し、調剤を受けると同時に薬剤費と合計診療費を記載し、薬局名を押印してもらった領収証を所属する疾病金庫に提出し償還を受ける仕組みとなっている。ただし、現在では IC カードを用いた電子的なやり取りが一般化しているため、患者ではなく調剤薬局が当該患者の所属する疾病金庫に電子的に領収書を送る仕組みとなっている。

なお、1999 年以降、医師が代替不可を処方箋に明記していない場合、薬剤師が代替処方できる制度が導入されている。また、参照価格制（TFR）も 2003 年から導入されている。

## 4. 医師の偏在及び医療過疎対策

フランスにおいて医療職の偏在及びそれに基づく医療過疎の問題は深刻なものになりつつある。1970年代、過剰に医師を養成しすぎたとの反省から、その後厳しい進級規制 (Numerus clausus) が導入された。しかしながら、医療の専門化の進展により相対的に医師が不足傾向になっていることに加え、団塊世代の医師の大量の退職により（フランスは65歳が保険医の定年）、医師不足の問題が急速に顕在化している。更に長時間労働を回避し、家庭と仕事の両立を重視する、あるいは都市的な生活を重視する若手医師の増加により、医師不足問題が更に深刻なものになってきている。近年の若い医師の特徴として、個人での開業を望まない者が増加しており、それが地方における医師不足を助長している。

他方で、複数の疾患や社会的問題も抱える高齢患者の増大は統合ケア (soins intégrés) を提供する医師、特に一般医の需要を増大させている。このため、フランス政府は一般医を専門医の一つに位置付けるといった努力をしているが、開業一般医を希望する若手医師の確保は依然難しい状況にある。こうした状況に対応するためフランス政府は多職種による統合ケアの提供体制を強化するようになり、その具体的な方法の一つが多職種医療施設 (maisons de santé pluri-professionnelles: MSP) である。これは一般医、開業看護師、開業理学療法士、薬剤師（上記がコアサービスで、これに助産師や歯科医、皮膚科医、小児科医等が加わることもある）が協働で多機能診療所を運用するものである。勤務形態としては複数の医療職が非常勤で交代で働くことも可能である。MSP に対する支払いは出来高支払いが原則であることから、そこでの勤務を希望するものは多く、導入後10年でその数はフランス全土で1,000を超えるまでになっている。

また、医療過疎地に住む住民の医療へのアクセスを改善するために遠隔診療を発展させる e-Health 事業も開始されている。政府もその実現のための大規模な予算を組んでいる。



## 第 5 章 医療行政



## 1. 所轄官庁等

以前の *Ministère des Solidarité et de la Santé* (連帯・健康省) は 2022 年の改革で保健予防省と連帯・自治・障害者省という 2 つの別個の省庁に分割された。現在のフランスにおける医療の所轄官庁は *Ministère de la Santé et de la Prévention* (保健予防省) である。フランスの場合、政権交代や内閣改造とともに担当省庁の名称が変更される。現在、国レベルで保健医療行政を担っている主要部局は以下の 8 部局である。

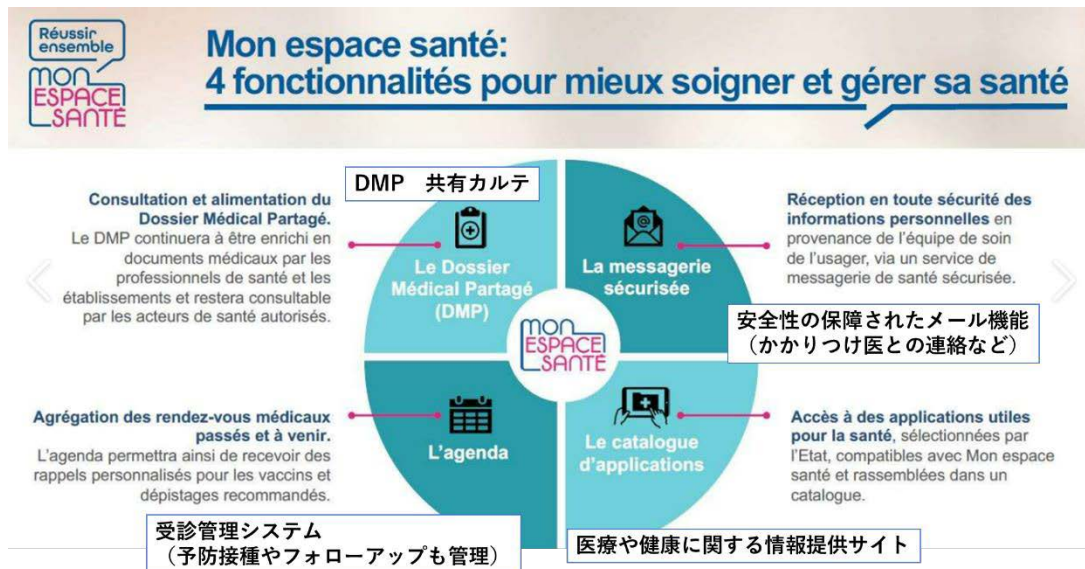
- *La direction du numérique (DNUM)* デジタル総局：公的行政のデジタル化に関する戦略の策定と、関係するデジタル関連プログラムの開発、設計、実装及び運用ルールの作成を管轄する部門である。公的行政のデジタル化に参加する民間事業者の基準の順守状況も監督する。また、開発のための社会実験等も監督している。我が国のデジタル庁に相当する。
- *La direction générale de la Santé (DGS)* 保健総局：健康増進、健康危機管理、感染症対策、予防等を担当する。我が国の厚生労働省との比較では健康局に相当する。
- *La direction générale de l'offre de soins (DGOS)* 医療提供総局：医療提供体制の整備及び医療の質保証に関する業務を所管する。我が国の厚生労働省との比較では医政局に相当する。
- *La direction des affaires juridiques des ministères sociaux (DAJMS)*：中央行政、国土サービス、及び保健予防省の監督下の公的機関の管理及び助言を行う。
- *La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)* 研究・調査・評価・統計局：公衆衛生行政に関連する各種統計の収集と整理、公衆衛生行政の政策評価に関連する調査・研究の実施及び管理を行う。我が国の厚生労働省との比較では統計情報部・厚生科学課に相当する。
- *Direction des finances, des achats et des services (DFAS)* 財政・購買・サービス局：保健担当省、女性の人権・労働省、社会対話・自治体・若者・スポーツ担当省の 3 省を統括して、財政事項を担当する。
- *Direction des ressources humaines (DRH)* 人事部局：保健担当省、女性の人権・労働省、社会対話・自治体・若者・スポーツ担当省の 3 省を統括して、人事を担当する。
- *Direction de la sécurité sociale (DSS)* 社会保険局：疾病保険、年金保険、労災保険、家族手当や障害手当など社会保障政策について財政面も含めて統括。

また、上記 8 部門とは別に保健政策、家族政策、社会政策、社会保障制度に関する提供体制や

政策の監視、監査、評価を行い、施策の改善を関係閣僚や関係省庁に報告することを主たる任務とする Inspection générale des affaires sociales (IGAS) 社会問題総合調査局がある。

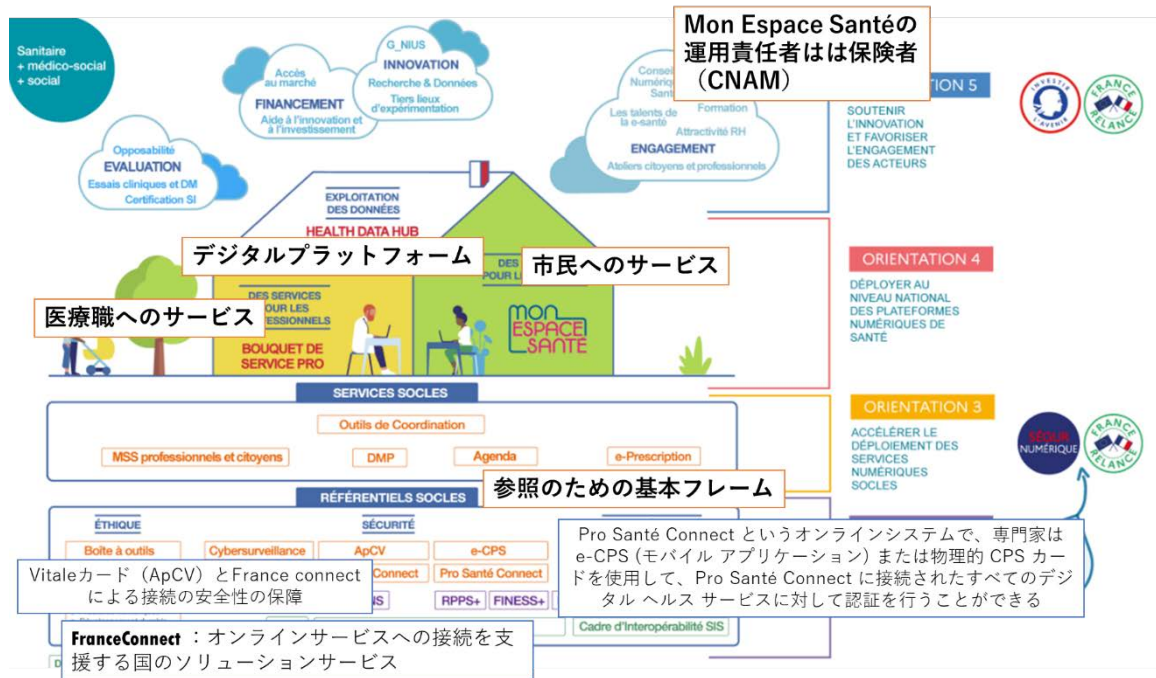
更に、医療のデジタル化に対応するために la délégation ministérielle au numérique en santé (保健予防省デジタルヘルス代表部) が組織されている。この保健予防省デジタルヘルス代表部は EU や国際社会における規制等との調和を図りながらデジタルヘルスに関するフランス国内の取組を、その実務を担っている Agence du numérique en santé (ANS : デジタル保険庁) との共同で行っている。ANS は①共通の規制と交換ルールを通じてデジタル パフォーマンスを向上、②効率的で統一された公衆衛生サービスのための主要な全国的な電子プログラムを設計、③e-health イニシアチブを促進、サポート、評価して、それらの成長を支援、という3つの役割を持っており、公的部門だけでなく民間部門も活用して降らすのデジタルヘルスを推進している。そして現在は図表 5-1 及び図表 5-2 に示した Mon Espace Santé という電子カルテシステムと連動した PHR(Personal Health Record)の仕組みを構築・運用している。

図表 5-1 Mon Espace Santé の構造



出典 : Agence du Numérique en Santé

図表 5-2 Mon Espace Santé を用いたデジタルヘルスの全体像



出典：Agence du Numérique en Santé

国は法律の制定や予算策定を通じて国全体の医療行政をコントロールするが、各地方でそれを具体化するのが地方医療庁(Agence Régionale de la Santé: ARS)である。ARSは18の地方毎に創設されている。ARSには保健担当大臣から任命される事務局長のもと、標準的には2人の副事務局長と国の代表者、地方疾病金庫の代表者から構成される実行委員会があり、中央から地方に配分された医療費支出目標の管理、域内の施設の病床・診療科・高額医療機器に関する許認可業務、そして地方における健康政策の優先度設定(Priorité Régionale de la Santé: PRS)と地方医療計画(Schéma Régionale de la Santé: SROS)の策定と運営管理業務を行う。ここで病院医療費の評価に関して重要な点は1997年より公的、私的を問わず全ての病院はDRGに基づく病院活動報告をARSに提出することが義務づけられ、ARSでは実際に行われた医療行為を踏まえた上で各医療機関の決算と予算を評価することが可能になった点である。

また、ARSは圏域内の医療施設とSROSに記載された事項の実行に関して個別に複数年契約を結ぶ(これをContrat Objective Pluri-annuelle: COPという)。例えば、この契約で病院機能の再編成が決められた場合、その実効に対して予算がつけられるが、実行状況が契約通りでない場合は、経済的なペナルティ(予算の中止や特定の医療機能に関する指定の停止)が科せられる。

ところで近年行政評価に対する関心が高まっていることを受けて、行政の各レベルで目標とその達成状況が各組織のホームページ等で公開されている。例えば、DICOMの紹介ホームページでは行ったキャンペーンの回数やFacebookの登録者数、公開した情報の数等が公開されている。

## 2. 地域圏医療計画と ONDAM

### 2.1 地域圏医療計画

フランスにおいては 1970 年の病院改革法において医療地図が導入されたことにより、医療提供のための地域が設定され、そして病床及び高額医療機器については国の定める整備指標に従って設置されることとなった。例えば、内科系病床数と外科系病床数については人口 1,000 対 1-2.2、産科系病床数については人口 1,000 対 0.2-0.5、CT スキャナーについては人口 11 万対 1、MRI については人口 50 万対 1 等となっていた。しかしながら、医療地図については新規の病床や高額医療機器の導入は制限するが、既存のものについては何ら規制が及ばず、公平の観点あるいは質の面からも問題が生じてきていること、そしてより重要な点として、時代とともに変化する地域の医療ニーズに的確に応えるための手段となっていないという批判が強くなっていた。

そこで、1991 年の病院改革法では、各地方に地域医療計画（SROSS：Schéma Régionale de l'Organisation Sanitaire et Social）の制定を義務づけ、その内容としてこれまでの医療地図に基づく規制に加えて、地方医療社会組織化委員会（CROSS：Comité Régionale de l'Organisation Sanitaire et Sociale 地方における医療・公衆衛生の問題について審議する委員会で国会議員、国代表者、医療施設代表者、疾病金庫代表者、利用者代表者、有識者等で構成される）の意見を参考に作成される地方内の医療資源の配分のあり方に関する計画が付録として記載されることとなった。例えば、ここには施設間の近接性、補完性等を基準として診療科の統廃合や医療施設間の協力関係の構築あるいは統廃合等が記載されている。そして、1995 年のジュペ計画により、付録に記載された事項の実行が義務化されたことにより、地方病院庁（現在は地域圏医療庁：ARS）は施設の統廃合等に関する強制力を持つことになった。

1999 年～2004 年の第二次保健医療計画以降、更に施設間協力の推進による医療サービス提供体制の適正化と質改善が推進されることとなり、公的病院と民間病院との協力体制の強化（機器や施設の共同利用等）や病診連携の推進が、モデル事業も含めて多く行われた。保健医療計画の内容は地方ごとに異なっており、例えば、1999 年から 2004 年のブルターニュ地方の SROS においては i) 救急医療、ii) 回復期のリハビリテーション及びフォローアップ体制の確立、iii) 自殺対策、iv) 悪性新生物対策、v) 周産期医療、vi) 循環器疾患対策、vii) 慢性腎不全対策の 7 つの領域が優先課題として設定されている。そして、それぞれの優先課題については具体的な目標値とそれを達成するための行動計画が作成され、その実行が地方病院庁（現在は地域圏医療：ARS）と当該施設の間で複数年契約（CPOM）に基づいて保証される仕組みとなった。

地方医療計画については、医療資源の適正な分配に一定の役割を果たしたと評価されている。また、1996 年の社会保障財政法の制定により、DRG の情報に基づいて国レベルで病院医療の支出目標値（ONDAM）が制定されるようになり、ほぼ目標値内の支出に収まる状況が続いていた。これ

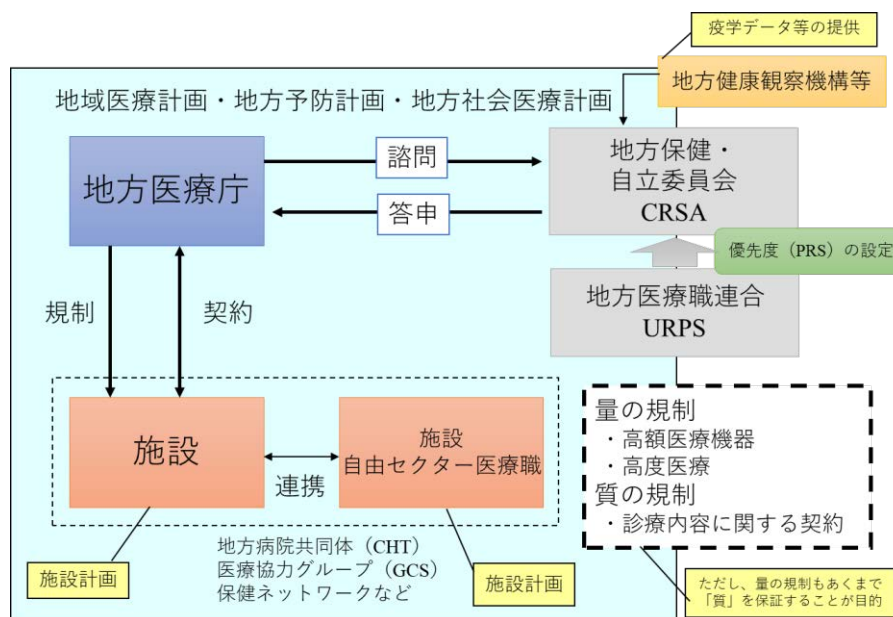


は DRG に基づく情報によって、予算策定が高い精度をもって行われるようになったためとされている。他方で、近年、この ARS と各施設で締結される CPOM による規制が強化されており、産科領域では行き過ぎた統合が行われてしまい、患者の医療へのアクセスが阻害される事態も生じている。

DRG や CCAM（医療行為の標準区分）等の医療の情報化の進行に伴い、医療計画のあり方も再検討され、2009 年 7 月 21 日に出された「病院・患者・健康・地域」法 (La loi Hôpital, patients, santé, territoires: HPST) により、SROS は PRS と名称が変更され、地域の保健政策上の優先課題を踏まえて、入院・外来、そして社会医療的サービスも包含した総合的な計画として策定されることとなった。HPST 法では各医療機関は医療指標の策定と公開が義務付けられ、医療の質に関する目標設定とその実行状況も医療計画の対象となった。

図表 5-3 は、現在の仕組みを示したものである。各地方には「健康と自立のための地方委員会 (CRSA)」が組織され、各地方における公衆衛生政策上の課題が検討される。CRSA は国が公衆衛生政策上の優先課題として掲げている全国保健優先項目 (PNS) を参考としながら、地方における保健優先項目 (PRS) を策定する。この結果が地域圏医療庁における政策に反映され、これに基づいて地方医療計画 PRS が策定される。そして PRS に基づいて内容を実現するための計画の実行が、ARS と各施設との間で、複数年で契約され (CPOM)、その実行状況が経時的にモニタリングされる。実行状況が芳しくない場合は、計画の見直しや予算削減、認可の取消し等のペナルティが課せられる。こうした契約主義の徹底が近年のフランスの医療政策の特徴である。

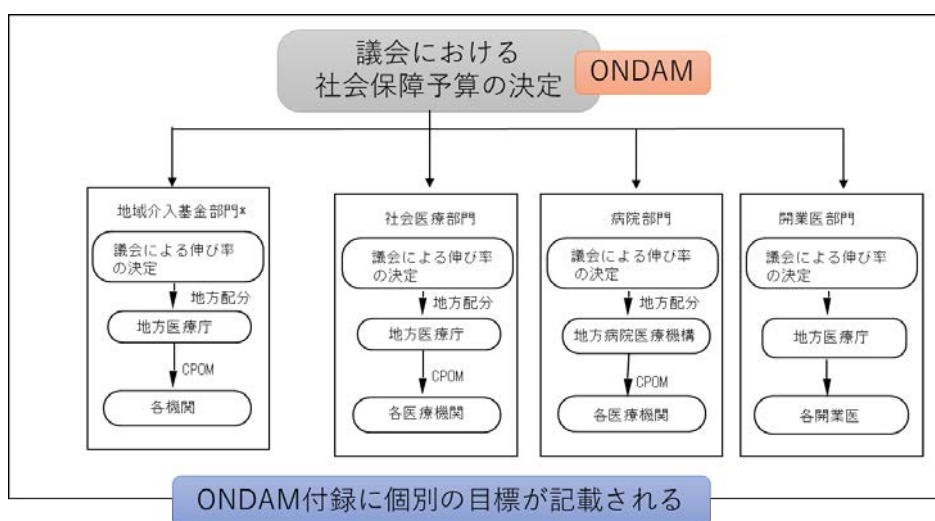
図表 5-3 地域圏医療庁と地域圏医療計画 (2009 年～)



## 2.2 医療保険支出全国目標（ONDAM）

従来、フランスの医療財政は労使協働による疾病金庫の自主的運営下で収支相当原則に基づき運営されていた。その結果、医療費の増加に対しては主として保険料を上げることや患者の自己負担部分を上げることで対応してきた。しかしながら、経済の低迷と失業者の増大により労働所得に依存した社会保険制度の限界が1990年代になり急速に顕在化していった。また、保険料率をあげるとは労働コストの増大を意味し、フランス企業の国際競争力の維持という点でも問題があるという批判が経営者府側から出されるようになった。こうした状況下でジュペ内閣は被用者の保険料部分を資産収入を含めた全収入を対象に課税する一般福祉税（Cotisation Sociale Généralisé: CSG）に置き換えることとした。これは医療保障財政の安定化を目指したものであるが、同時に医療保障財政に関する国の関与を強めることを意味した。そこで国として医療保障の財政規律を強化する目的で、憲法改正の後に1996年に制定されたのが社会保障財政法（Loi de Financement de la Sécurité Sociale: LFSS）である。LFSSに基づいて議会には医療財政に関する詳細なデータが提出されるようになり、これをもとに毎年の医療費支出目標（Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie: ONDAM）が制定されるようになった。ONDAMは、自由開業（一般医、専門医）、病院（公立、私立）、高齢者、障害者、地方介入基金ごとに前年度の医療費を基礎として、自然増やその他の要因を考慮して対前年伸び率として議決される（図表5-4）。ここで、地方介入基金（Fonds d'intervention régional）とは地域圏医療庁が当該地方の優先課題を実現するためにCPOMに基づき医療施設、社会医療施設に配分できる予算を統括する基金のことを指す。

図表 5-4 主要医療サービス領域における支出目標の設定



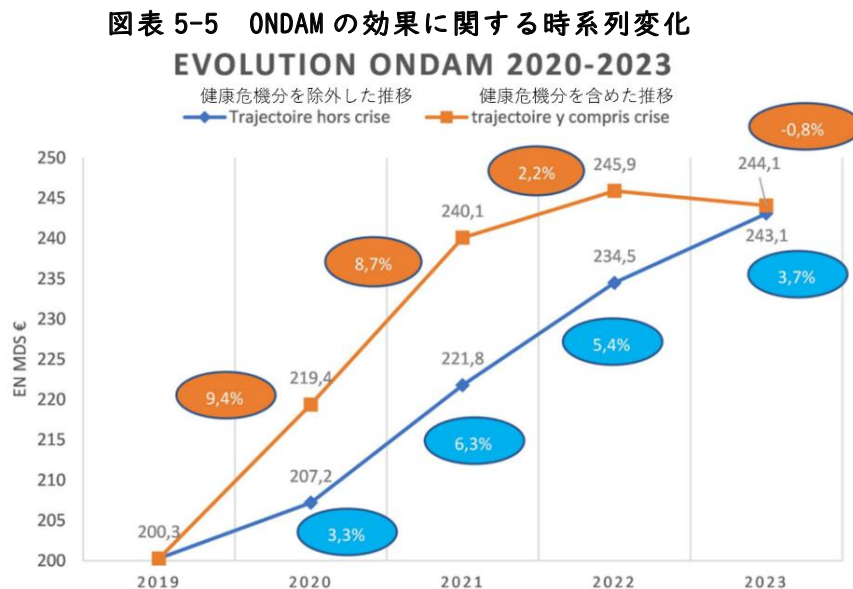
\*：地域介入基金（Fonds d'intervention régional）とは地域圏医療庁が当該地方の優先課題を実現するためにCPOMに基づき医療施設、社会医療施設に配分できる予算を統括する基金



以下に ONDAM の計算過程の概要を示した。

- ① まず、政府の保険当局と財務当局が、医療支出のトレンドを予測する(これを trend ONDAM という)。今年度の医療費の実績に、理論的な伸び率を当てはめ、それに、既に実行されている医療費抑制策の波及効果を加味して推計が行われる。例えば 2014 年の ONDAM ではこれが 3.8% と推計されている。
- ② 次に、“trend ONDAM”と関係大臣間で決められた目標値が比較され、この自然増と政治的な目標値の乖離幅に関して、政府間で、新たな抑制策の効果を踏まえて最終的な目標としての全体の ONDAM と各部門支出目標が定められる。2014 年は全体で 2.4%の伸び率が設定されている。
- ③ 抑制策の主なものとしては、薬価引下げ、ジェネリックへの代替処方、病院の効率化（機能集約及び在院日数の短縮、入院から外来への代替政策など）、外来医療の報酬引下げなどである。2014 年分としては総額 24 億ユーロ（約 3,400 億円）の措置が決められた。その内訳を 2014 年 LFSS の Annex でみると、医薬品・医療材料の価格引き下げ（9.6 億€）、処方の適正化（6 億€）等となっている。

導入当初は目標額に過ぎなかった ONDAM であるが、その後 2004 年の改革で目標額を超過する事態が予想される時、疾病金庫の理事長は抑制策をとることが可能となった（ブラジプラン；前述）。図表 5-5 は ONDAM の効果に関する時系列変化を示したものである。



出典：<https://www.chfo.org/2022/10/01/fact-checking-2-le-plfss-2023/>

図表 5-6 は 2023 年の ONDAM の内容を示したものである（単位は 10 億€）。病院と社会医療が増額になっている一方で、開業医医療は減額となっている。また、ワクチン等の摂取業務の減少により、その他も大幅な減少となっている。

図表 5-6 2023 年の ONDAM（国民議会提出分）

| 単位（億ユーロ）          | 2023年の前提額 | 2023年の目標額 | 増加率    | 健康危機分を除いた増加率 |
|-------------------|-----------|-----------|--------|--------------|
| ONDAM合計           | 245.9     | 244.1     | -0.8%  | 3.7%         |
| 開業医医療             | 107.3     | 103.9     | -3.2%  | 2.9%         |
| 病院医療              | 97.1      | 100.7     | 3.7%   | 4.1%         |
| 社会医療部門            | 28.5      | 30.0      | 5.1%   | 5.1%         |
| 地域介入基金と投資に対する国の支援 | 6.2       | 6.1       | -2.0%  | 1.7%         |
| その他               | 6.7       | 3.4       | -49.2% | 3.9%         |

出典：Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie  
 Avis du Comité d'alerte n°2022-3 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie  
[https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/COMITE\\_D-ALERTE/2022/Avis%20du%20comit%c3%a9%20d'alerte%20n2022-3.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/COMITE_D-ALERTE/2022/Avis%20du%20comit%c3%a9%20d'alerte%20n2022-3.pdf)

ここで ONDAM の医療政策上の意義について改めて検討してみる。フランスの医療保険制度において、診療報酬の決定は医療職の組合と疾病金庫との交渉に委ねられており、医療職と国との間にはその行動をコントロールする法的な関係はない。そのため開業医（自由セクター）や民間病院においては従来その制御が難しかった。しかしながら、フランス版 DRG である GHM による病院医療の情報化と Vitale カード（IC カード）による開業医医療の情報化により、医療サービスの現状が透明化されたことを基盤として、ONDAM により部門ごとの医療費の状況について目標値と結果の乖離が分析できるようになった。これは公的病院と民間病院それぞれの公正な評価、地域差の公正な評価というようにサービス提供の公正さを論点の一つとして医療費適正化策を進める根拠となった。医学的な妥当性から医療サービスの適正化を図るという意味で、これを医療費の医学的抑制 (maîtrise médicalisé des dépenses de santé) という。そして、こうした議論が政府の強制ではなく国民議会における議決という民主的な手続きで体系化されたことが重要であると思われる。かつて、地域ごとに開業医医療の目標値が設定され (Objectif Quantifié Régional: OQR)、それを超過した場合は当該地域の開業医が全体責任で超過額を返済する仕組みが模索されたことがあるが、こうした事後的な政策は個人の自由を侵害する憲法違反であるという判決が出され、日の目を見ることはなかった。他方で、部門ごとに医療費の適正化策が国民議会の議論の中で事前に提示される現在の仕組みは、より民主的なものであり、その実行が医療職の組合と疾病金庫との間で締結される COG に反映されるのである。2014 年の LFSS の annex では近年医療費の伸び率が ONDAM の目標値内に収まっている理由として医学的抑制の効果が大きいとしているが、背景にはこのような枠組みの整備がある。医療費増が社会問題として国民にも認識している状況において、このような枠組みを持つことが医療職の行動に影響を与えるのであろう。我が国にとっても参考になる仕組みであると考える。

しかしながら、ONDAM による医療費支出の削減は、今回の COVID-19 流行においてネガティブな影響ももたらしている。オランダ政権そしてアクロン政権下で継続して行われた病院予算の削減

により、病院の ONDAM は規制がない場合の支出の伸びより常に低い支出を実現した。これは病院の ICU の削減や機器更新を手控えること、及び人員の削減で可能となったものであった。例えば、ICU に関しては 40% の削減が行われた。このために COVID-19 流行に対応が出来なかったことが批判されている。2021 年以降の ONDAM では COVID-19 流行に対応するための予算増が行われているが、医療職の確保等が課題となっており、現在 Segur 合意に基づいた医療関係職の増員と処遇改善が進んでいる。

## 第 6 章 医療制度改革

# 1. 1990年代以降の重要な医療制度改革

---

## 1.1 医療資源の地域間配分・格差と1991年病院改革法

医療資源の効率的な配分、地域間格差の解消は、フランスの医療制度において1970年代に遡る古い論点である。国土の均衡ある発展を分権化された地方自治によって達成しようとしたミッテラン大統領であったが、実際には経済不況の影響もあり地域間の格差は拡大する一方であった。医療に関してもアクセスのしやすさの地域間格差が顕在化し、その解決が政府にとって喫緊の課題となっていた。

もともと、医療提供体制の均てん化を目的としてフランスでは1970年の病院改革法<sup>60</sup>において医療地図 (carte sanitaire) が導入されていた。これにより医療提供のための圏域が設定され、そして病床及び高額医療機器については前述のように国の定める整備指標に従って設置されることとなった (第5章 2.1項)。この法律の当初の目的は医療資源の適正配置を図るというものであったが、1970年代の2度にわたるオイルショックの影響を受けて医療費増をコントロールすることが必要になった政府によって、医療費適正化のためのツールとして活用されていくことになる。しかし、医療地図については新規の病床や高額医療機器の導入は制限するが、既存のものについては規制が及ばず、公平の観点あるいは質の面からも問題が生じてきていること、更に、時代とともに変化する地域の医療ニーズに的確に応えるための手段となっていないという批判が強くなっていた。そこで、1991年の病院改革法では、各地方に地域医療計画としての地域圏医療組織計画 (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire : SROS) の制定を義務付け、その内容としてこれまでの医療地図に基づく規制に加えて、地域圏衛生社会組織化委員会 (Comité Régionale de l'Organisation Sanitaire et Sociale : CROSS) の意見を参考に作成される地方内の医療資源の配分のあり方に関する計画 (診療の種類、費用のかかる行為類型等の分類ごとに決定される) が付録として記載されることとなった (医療地図はこの改革後も維持されたが、2003年に廃止された)。

## 1.2 ジュペプラン

1995～2000年までの2期大統領を務めたジャック・シラクはフランス人の「企業家精神の復活」をスローガンに、自由競争・規制緩和を柱とした企業活動の活性化と雇用創出を経済政策の柱と

---

60 Loi n.70-1318 du 31 décembre 1970. 1951年以降議会で議論された初めての病院改革法であった。1960年代の経済発展期には、病院セクターはその恩恵を大いに被ったとされる (逆に言えば、費用抑制や経営効率化に向けたプレッシャーが少なかった時代といえよう)。病院改革については、Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) の作成した資料 (下記リンク先で閲覧可能) が網羅的で有用である。 <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf> (最終閲覧日: 2023年2月8日)。

した。第1期のシラク政権下で首相となったのがアラン・ジュペ（RPR 党首）である。

ジュペは最優先課題の一つとして社会保障制度改革に取り組み、1995年11月15日に総合的改革案であるジュペプラン（Juppé Plan）を発表した。このプランは、社会保障制度の全体にわたる改革案を提示したものであり、社会保障財政に関する議会権限の強化、国と社会保障機関との関係の整理、保険者理事会の機構改革、病院改革、老齢年金制度における財政構造の強化と特別制度の改革、家族手当制度の所得条件の見直しと給付事務の簡便化、財政に関する会計年度ごとの赤字の清算、徴収事務の改善など広範な内容のものであった。同プランは発表直後から既得権の喪失に反対する特別制度の対象者や高齢者の激しい反対にあい、完全に実現されることはなかったものの、ジュペプランを直接・間接の契機として実現された重要な改革は、今日までフランスの医療政策において維持されている。また、ジュペプランの示した方向性は、その後もフランスにおける社会保障制度改革の基本的な方向性となっている。

ジュペプランを基礎とする医療制度改革においては、まず、1996年の憲法改正により社会保障財政に関する議会の権限が初めて憲法上明記され（憲法34条参照）、社会保障財政法律（Loi de Financement de la Sécurité Sociale : LFSS）が毎年制定されることとなり、あわせて、医療費の毎年の伸びを定める医療保険支出全国目標（Objectif national des dépenses d'assurance maladie : ONDAM）が導入された。当初、国家予算と同様に拘束力のある医療費総額の設定が目指されたが、実際には、拘束力のない医療費目標の定めにとまっている。

病院関係では、地域ごとの医療供給を組織し、方向付ける重要な行政機関として地域圏病院局（Agence Régional d'Hospitalisation : ARH）が新たに創設され、医療供給体制整備にかかる各種の重要な権限がこの機関に委ねられた。これ以降、ARHを中心とした、地域圏ごとの医療機関の連携、計画的な医療提供体制の整備が目指された。なお、ARHは、2010年以降は、地域圏医療庁（Agence Régional de Santé : ARS）に名称変更<sup>61</sup>し、病院のみならず医療保険制度との関係でも重要な権限を有するようになってきている（ARSについては、第5章 第1節を参照）。

また、ジュペプランを基礎とした法改正では、関係者の責任を明確にした上で、当事者間の契約的合意に基づく政策運営を行うというシステムも導入された。例えば、国と全国社会保険金庫（Caisses Nationales de la Sécurité Sociale）との間で、両者が相互に負う義務を定める目標管理協約（Conventions d'Objectifs et de Gestion : COG）が定められることとなった。また、これにあわせて、こうした合意やその履行が実証データに基づいて行われることを可能にするために、いわゆる診断群別包括支払方式（Diagnosis Related Group : DRG）に基づく病院情報システムの整備や IC カードの導入など医療及び社会保険における情報の透明化も促進された。例えば、地域圏医療組織計画（SROS）の策定にあたっては透明化された情報が活用されるようになり、

---

61 2009年7月21日に成立した n° 2009-879 法律による改革。



実績と将来予測に基づいて各病院の医療提供体制の整備が SROS との整合性をもって、上述の ARH と複数年契約で行われる体制となった。ここで重要な点は、こうした契約は医療費の支払いと連動しており、目標を達成できない施設に対しては支払上でのペナルティが科せられるようになったことである。

このようにシラク政権下では、社会保険制度に基づく医療提供体制を維持しながらも、New Public Management (Nouvelle Gestion Publique : NGP) 的な要素を適宜取り入れることで、医療経営の合理性を各レベルで高めることが目指されたのである。

### 1.3 1999 年医療保険制度改革

1999 年には、普遍的医療制度 (Couverture maladie universelle : CMU) の創設により、あらゆるフランス国民が医療保険制度に加入する、いわゆる皆保険制度が初めて成立した。皆保険制度のアイデアは、ジュペプランにおいて既に打ち出されており、1999 年改正も (具体的な制度設計の面では、必ずしもジュペプランをそのまま実現するものではなかったが) 方向性としてはジュペプランの延長線上にあるといえる。CMU は、拠出する能力のない者も含めて、いずれの医療保険にも加入していない者を全て一般被用者と同じ医療保険制度に加入させることによって、皆保険を実現した (第 2 章 第 3 節)。なお、このとき、社会保障を補完する民間保険であるところの補足的医療保険についても皆保険を実現することが重視され、補足的 CMU が導入されたことも重要である (第 2 章 第 7 節)。

### 1.4 2004 年医療保険制度改革

2000 年代における医療保険制度をめぐる最も重要な改革の一つが、2004 年の一連の法改正である (2004 年 8 月 13 日法律 [La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie] による)。その内容は多岐にわたるが、ここでは、保険者組織の改革 (①) とかかりつけ医制度 (②) をごく簡単に紹介する。

#### ① 医療保険制度の保険者組織をめぐる各種の改革

2004 年改正は、医療保険制度のより効率的なガバナンスを実現するという観点から、各種の医療保険の全国金庫 (一般被用者制度、自営業者、農業共済) をまとめる全国医療保険金庫連合 (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie : UNCAM) を創設した。この改革以降は、従来の各種医療保険金庫に代わり、UNCAM が医師組合との協約締結等の重要な権限を掌握することになった (第 2 章 第 2 節)。また、UNCAM は病院関係の政策にも関与することとされ、結果として、外来領域と病院領域の政策の整合性が増すことが期待された。

更に、補足的医療保険の重要性の拡大 (第 2 章 第 7 節) を受けて、医療保険制度のガバナンス

への補足的医療保険の参加を強化するため、補足的医療保険全国連合（Union Nationale des Organisms d'Assurance Maladie Complémentaire : UNOCAM）が創設された。UNOCAMは補足的医療保険に参加する保険者（共済組合、労使共済制度、保険会社）を代表する全国組織であり、社会保障財政法律の策定に際して意見を述べるほか、上記の医療保険の保険者（UNCAM）と医師組合との間での協約締結にも関与する権限を付与された。

## ② かかりつけ医制度

2004年改正以前、患者による医師（医療機関）選択の完全な自由が認められてきたが、このことが患者によるドクターショッピングを誘発し、医療費増の原因であるというのが当時の政府の見解であった。2004年法は、この問題に対処するために、「かかりつけ医（médecin traitant）制度」を導入した（第4章 第2節：図表4-1）。これにより、16歳以上のフランス人はかかりつけ医を登録し、例えば病院を受診する場合は、必ずそのかかりつけ医の紹介状を持って受診することとなった。イギリスの家庭医制度に似ているが、一般医以外に専門医でもいいこと、医師への支払いは出来高払いであること、紹介状無しでかかりつけ医以外の医師にかかることもできる点が異なっている。ただし、かかりつけ医を指定せずに受診した場合や、紹介状無しでかかりつけ医以外の医師を受診した場合、当該受診について患者の一部負担金の割合が引き上げられる（原則として治療費の70%）。

## 1.5 病院・患者・健康・地域に関する法律（2009年7月21日 HPST法）

2009年7月21日に公布された病院・患者・健康・地域に関する法律（La loi Hôpital, patients, santé, territoires : HPST法）はサルコジ大統領の政権下において制定された医療制度改革で最も重要なものである。この法律の第一の目的は質の高い医療サービスを効率的に提供するための枠組みを作ることであり、それを各地域の優先課題を踏まえて実行するために、医療機関及び医療職の役割、地域圏保健庁の役割、そして関係者間の協力のあり方を定めている。国レベルではこの法に沿った事業を推進するために全国医療・社会医療機関支援機構（Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médicaux-sociaux : ANAP）が創設された<sup>62</sup>。なお、ANAPは、2022年以降、正式名称が全国医療・社会医療支援機構（Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale）に変更されている<sup>63</sup>。

HPST法による制度改革の中で最も重要なのは、地域圏医療庁（ARS）による優先課題（Priorité Régionale de Santé, PRS）の設定と、このPRS及びこれを解決するための具体的手段がSROS（フランス語名称はSchéma Régional d'Organisationから、Schéma Rgional d'Organisation des

62 <https://www.anap.fr/accueil/>（最終閲覧日：2021年4月14日）。

63 <https://anap.fr/s/>（最終閲覧日：2023年2月8日）

Soins に名称変更されたが、略称は従来と変わらない)に記述される仕組みの導入である(SROS-PRS)。SROS-PRSに記載された事項はARSと各医療機関の複数年契約に基づいて実施され、その進捗状況が継続的に評価される仕組みとなった。なお、SROSは、医療に関するものと社会医療施設に関するもの(Schéma régional d'organisation médico-sociale)とに分けられていたが、2016年以降統合されている。

SROS-PRSはHPST法が目標とする政策を実現するための最も重要な政策ツールである。SROS-PRSが従来のSROSと異なる点は、SROSが入院医療の提供体制を中心に記述されていたのに対し、SROS-PRSでは各地域の課題を踏まえた上で外来医療や予防、社会医療領域まで含んだ総合的な計画となっていることである。また、その実施状況をモニタリングするために課題ごとに数値目標が設定されており、それが継続的に評価される仕組みとなっている。指標の設定及び評価は各地域圏(Région)で設置されている医療及び自立のための地域圏会議(Conférence régionale de la santé et de l'autonomie: CRSA)で検討される。CRSAは、地域圏医療庁(ARS)の諮問機関としてHPST法により導入された組織であり、保健民主主義(Démocratie sanitaire)の実現に資するものと説明されることが多い。「保健民主主義」は、2002年の「患者の権利及び病院制度の質に関する法律(loi relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier)」<sup>64</sup>を契機として度々フランスの医療制度改革をめぐり引き合いに出される概念となった<sup>65</sup>。

## 1.6 医療制度現代化法律(2016年1月26日法律)

医療制度現代化法(Loi n.2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)の制定は、社会党オランド政権(2012-2017)下で行われた医療制度改革である(担当大臣はMarisol Touraine)。「全ての人の良質な治療へのアクセスを保障」することを目的に掲げた同法は、医療保険、医療提供体制、健康ないし疾病予防政策、医療にかかる個人情報の保護等、多様な内容を含む<sup>66</sup>。

### ① 第三者払いの一般化を掲げた改正とその後の法改正による後退

本法において注目を集めたのは、第三者払い(tiers payant)を一般化する法改正であった(医療制度現代化法83条による社会保障法典L.133-4条、L.161-1-4条等改正)。フランスの医療

---

64 2002年3月4日n°2002-202法律がこの概念を最初に議論した。

65 この概念については、医療法の枠を超えて数多くの論文が言及している。行政法の観点からの最近の議論の一例として、J. Chevalier, Démocratie sanitaire et citoyenneté administrative, RDSS 2016 p. 487.

66 医療制度現代化法の内容の網羅的な紹介(ただし、内容は法案審議段階のものとして注記されている)は、厚生労働省「2015年海外情勢報告」159頁以下を参照。

保険制度は、これまで患者から医師への直接の報酬支払を法律上の原則として掲げてきた。この点は、日本の医療保険制度と比較して重要な相違点であり、第2章で述べた通り、この原則は、医師の社会保障制度との関係での独立・職業上の自由という考え方を背景として、歴史的・理念的な重要性を有していた。実際には、補足的医療保険（第2章第7節）の多くが第三者払いのサービスを提供する等<sup>67</sup>、改正前から第三者払いの利益を享受していた患者も少なくなかったが、第三者払いがあらゆる患者・あらゆる医師に拡大されることの意義は大きいものと思われた（改正時において、第三者払いの一般化は段階的な施行の対象とされ、全面的な施行は2017年末に予定された）。第三者払いが適用される場合、患者は、受診時に、社会保障の償還部分につき<sup>68</sup>、医師に対する費用支払いを免れ、この部分は直接に社会保障金庫から支払われることになる。このように歴史的に重要な意義をもち、オランダ政権の医療制度改革の目玉ともいわれた法改正であったが、複数の医師組合がボイコットを呼びかける等、激しい反対運動に直面することとなった。既に述べた通り、患者から医師への直接の報酬支払の原則は、医師の独立・自由という原則と結びつけられており、医師としては、第三者払いにより社会保障ないし民間の補足的医療保険が支払人となることで、これらの者が診療内容に強いコントロールを及ぼし得ることを強く懸念しているものと思われる。結果として、2017年社会保障財政法律によって、2017年末から第三者払いをあらゆる外来診療に義務づけるとしていた医療制度現代化法律83条1項5号が削除され、医師は第三者払いを適用することが「できる」という任意規定だけが残された。結果として、今日では、第三者払いの一般化でなく、第三者払いの一般化可能性（tiers payant généralisable）が実現された、との表現が用いられることも多い。社会問題総合監察局（Inspection générale des affaires sociales, IGAS）による2018年のレポート<sup>69</sup>によれば、今日、一部の医療職において第三者払いがきわめて広く適用されている（薬剤師による調剤等の行為については99%）一方、医療行為については、法律上第三者払いが義務づけられているケース（註63参照）では85%について第三者払いが実際に適用されているものの、法律上の義務のない場面では、第三者払いの適用は28%に留まっている。このように、2016年改正は、当初の目標を達成するには至らず、その意義は控えめなものに留まった。

## ② 病院制度改革：「地域医療圏病院グループ」の導入など

67 現在は、第2章7.5で述べる通り、税法上の強い誘導によって、第三者払いがほとんどの補足的医療保険によって行われている。また、低所得者向けの補足的医療保険CMU-C（第2章第7節）の対象者等は、従来から法律上第三者払いを教授する権利を付与されていた（つまり、医療職はこれらの患者については第三者払いを適用する法律上の義務を負う。）。

68 なお、もともとの法案では補足的医療保険（第2章第7節）の償還部分も合わせて第三者払いが義務付けられるものとされていたが、2016年1月21日出された憲法院による違憲の判断（n°2015-727 DC du 21 janvier 2016）を経て、医療制度現代化法上は、社会保障による償還部分だけが対象とされることとなった。

69 IGAS, Rapport ‘Contribution au rapport au Parlement sur la mise en œuvre du tiers-payant généralisable’, mars 2018.



病院間の連携・強化による医療供給体制の効率化は、フランスにおいて、1970年代以降常に重要な課題とされてきた<sup>70</sup>。特に、上述の2009年病院・患者・健康・地域に関する法律（HPST法）以降は、地域医療圏（territoires de santé）<sup>71</sup>ごとの病院の連携に向けた努力が重ねられてきたものの、その効果は不十分なものと考えられてきた<sup>72</sup>。

「地域医療圏」は、ある地点の患者及び医療職の目から見てアクセス可能な距離に対応し、異なる医療機関・医療施設等の間での連携が可能かつ必要と考えられる地域の単位である地域圏（Région）ごとに設定されている<sup>73</sup>。2016年の改正は、地域圏ごとの病院間の連携を強化するため、一部の例外を除いて全ての公的医療機関に対して「地域医療圏病院グループ（Groupements Hospitaliers de Territoires : GHT）」への参加を義務付けた。この組織の前身となったのはHPST法によって導入されていた地域医療圏病院共同体（CHT）であるが、CHTはあくまで当事者の自発的イニシアティブにより組織されるものであった。また、地域医療圏ごとに、「地域医療圏評議会（conseils territoriaux de santé）」が設置された。この評議会には地域の議員代表及び医療職代表が参加し、地域医療圏の住民の公衆衛生・社会・医療福祉的ニーズを特定する役割を担う。

以上のように、医療制度現代化法による病院制度改革は、2009年HPST法で提示された地域医療圏という考え方と、この地域医療圏ごとのデモクラシー（保健民主主義）の強化という考え方（保健民主主義については、1.5項も参照。）を、更に推し進めるものといえ、従来の改革の延長線上にある。他方で、公的医療機関を強制的に地域医療圏ごとのグループに参加させ、より強制力のある形で計画的な医療供給体制の整備、医療機関の連携を目指す点や、地域医療圏ごとの医療政策を当該医療圏の当事者が構築するという分権的な性格を有する点で、重要な方向転換を行うものでもある。

### ③ 疾病予防・健康政策の強化

医療制度現代化法の柱の一つに、疾病予防政策の強化がある。糖尿病・心臓血管疾患等の生活習慣病やその原因因子（肥満等）の予防政策を若年世代をも対象として推進するとの目標が掲げられた。内容は、情報提供・教育を介した意識改革の性格のものから、喫煙・飲酒に関わる特定の行動・商品の禁止等、多岐にわたる。例えば、喫煙関係の規制強化としては、まず、「プレーンパッケージ（paquets neutres）」化が義務付けられることになり、あらゆるタバコのパッケージ

---

70 以下の記述については、Frédéric Varnier, Maurice Trépreau, La coopération hospitalière au service de la modernisation de notre système de santé, RDSS, 2016, p. 620.

71 例えばパリ市が属するイル・ド・フランス地域圏では、地域圏内の8つの県（département）と一致する形で、8つの地域医療圏が設定されている。

72 会計検査院の2011年報告書等を参照。Cour des comptes, Rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale, sept. 2011.

73 地域医療圏の設定は、地域圏医療庁（ARS）が地域圏ごとの医療ニーズの分布や人口分布・医療機関分布等の諸般の事情を考慮して行う。

が、同じ形、文字のスタイル、ロゴ無しのものに統一される（ごく小さい文字でブランドの名前が記される。医療制度現代化法 27 条及び公衆衛生法典 L. 3511-6 条ほか）。その他、18 歳未満の子供を乗せた車内での喫煙の禁止（医療制度現代化法 29 条、公衆衛生法典 L. 3511-7-2 条）、メンソールなど人工的な香料の加えられたタバコの禁止（施行は 2020 年。医療制度現代化法 22 条、公衆衛生法典 L. 3511-2-3 条）等、公衆衛生法典による規制が強化された<sup>74</sup>。

また、飲酒については特に未成年の飲酒を促すような環境を作り出さないことが目指されている。例えば、未成年に直接にアルコールの過度の消費を促す、あるいは、アルコールの日常的な消費を促すような行為は刑法典により禁止される（医療制度現代化法 13 条、刑法典 L. 227-19 条）。

更に、肥満問題への対策として、レストラン等で砂糖を加えた飲み物を飲み放題とすることの禁止（医療制度現代化法 16 条、公衆衛生法典 L. 3232-9 条）、砂糖を加えた飲み物についてのインターネット上の広告に公衆衛生にかかるメッセージを挿入する義務（既存の広告媒体については、既にこのようなメッセージの挿入義務が法定されていたところ、インターネット上の広告にこうした規制を追加する趣旨の改正である）、このメッセージの挿入義務を遵守しない場合に支払いが義務付けられる拠出金（全国公衆衛生局 [Agence Nationale de Santé Publique] に集められた上で、栄養にかかる教育・情報の普及に向けた活動の財源とされる）の引上げ（以上、医療制度現代化法 17 条、公衆衛生法典 2133-1 条）等が行われた。

#### ④ 既往歴にかかる「忘れられる権利 (droit à l'oubli)」の創設

2016 年改正では、住宅ローン借入時の信用保険加入の際に加入者に課される既往歴申告義務や、既往歴を理由とする保険料の上乗せに対する一定の制限をかける試みも行われた（医療制度現代化法 190 条、公衆衛生法典 L. 1141-5 条、L. 1141-6 条）。改正により、既往歴について「忘れられる権利 (droit à l'oubli)」が創設された、との説明が、政府による説明文書等も含め、各所で散見される。

「忘れられる権利」の具体的な内容は、以下の通りである。まず、過去にがんに罹患し、治療の終了後 10 年が経過した者、及び、18 歳未満でがんの診断を受け、治療の終了後 5 年が経過した者は、住宅ローン借入時に必要となる信用保険の加入時に、がんに罹患した事実を申告する義務を負わない。これに加えて「基準一覧表 (grille de référence)」において、各種のがん性の疾患・がん関連疾患（乳がん、子宮がん、精巣がん、甲状腺がん、皮膚の黒色腫、C 型肝炎。今後、更に対象が拡大される可能性がある）について、疾患ごとに、10 年を超えない期間が定めら

---

74 タバコ規制の強化の背景には、新しい EU タバコ指令 (n° 2014/40/UE) による EU レベルでの規制の強化がある。すなわち、これらの規制強化は、国内法に上記 EU 指令の内容を取り込むという意味を有している。



れている。これらの疾患については、一覧表の中で定められた期間を超えると、既往症のない加入者と同様の条件で一割増保険料なしに、また、一部の保障の適用を除外されることなしに一保険契約を締結することができる。

## 1.7 2019年7月24日付け医療制度の組織及び変革に関する法律

2019年7月24日付け医療制度の組織及び変革に関する法律第2019-774号（以下「OTSS法」という。）は、2018年9月18日のマクロン大統領がその演説<sup>75</sup>で表明した「私の医療2022」計画をビュザン（A. Buzyn）連帯・保健大臣の下で政府として具体化するための法律である。

政府原案は23条であったが、議会の修正により、成立した法律は81条に膨らんでいる。法律は、①質及び主体としての利用者の権利の確保、②地域及び近隣圏域重視の医療提供体制に向けた革新、③患者と医療提供者の両方にとっての新たなニーズを反映した未来志向的な医療業務の実施方法の導入という立法目的を実現すべく、以下の条文構成となっている。総じて言えば、医療資源の適正配分（面的整備）に向けた、マンパワー、行政計画、医療提供組織、IT化など医療のデリバリーに関わる改正内容が目立つ。

- 第1編：医療専門職の養成及び職業人生の過程の壁の除去（①医療教育の改革及び生涯研修、②職業人生開始の容易化及び地域の課題への対応、③魅力増大のための職業人生における開業医と病院の関係の流動化）
- 第2編：患者へのサービスに適した医療の集団化及び地域における医療の供給の再編（①地域医療の計画化の促進、②開業医及び医療社会的セクターに開かれた近接圏における病院供給の振興並びに医療の段階化の強化、③地域医療病院集団グループにおける医療戦略及びガバナンスの強化並びに統合の強化のための意欲のある施設の支援）
- 第3編：医療における情報化の推進（①臨床データの革新及び価値増大、②各利用者への医療電子情報空間の提供、③遠隔医療及び遠隔診療の全面展開）
- 第4編：その他の措置（①簡素化のための規定、②所要の措置）OTSS法の規定の中でも、特に重要と思われる点は以下のとおりである。

### （1）医療マンパワーの確保及び適正配置

#### ①医学部等の定員枠の弾力化

医学部等への2年次の進学定員の管理は、医師の開業の自由の下では、医療資源の地域偏在の解消には効果がなかった。この解消策として、OTSS法では、定員管理の弾力化とともに、医学部

---

<sup>75</sup> <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2018/09/18/discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron>

等への進学者のコースの複線化・多様化を実現するのに必要な法的手当がなされた。医学部の第2サイクルから第3サイクルの診療科別のインターンの振分の際に課せられる全国格付試験(ENC)につき、知識偏重、画一的といった批判から見直すこととされた。この結果、全国格付試験に代えて知識と適性を評価する多様性に富んだ試験方式が導入されることとされた。

なお、医療の質の向上という点では、法改正により、医師等に定期的に職業能力の維持・向上の証明制度を導入するになっており、1996年のオールドナンスで法的義務化された生涯研修の仕組みが一層強化されている。

## ②公役務履行契約 (CESP) の見直し

医療過疎地域での開業を条件に医学部等の学生に手当(疾病保険財源から1,200€/月/人)を支給する公役務履行契約 (CESP) が2009年のHPST法により導入されている。手当の支給対象となる医療過疎地域が変更された場合に、手当の受給生の希望地域が対象外となることによる不利益(開業しない場合の手当の返還)を回避するため、OTSS法では、従前の対象地域を経過的に維持することを許容することになった。

## (2) 医療における多職種連携、病診連携、医福連携等の促進<sup>76</sup>

### ①地域医療圏医療計画 (Projets territoriaux de santé) の策定促進

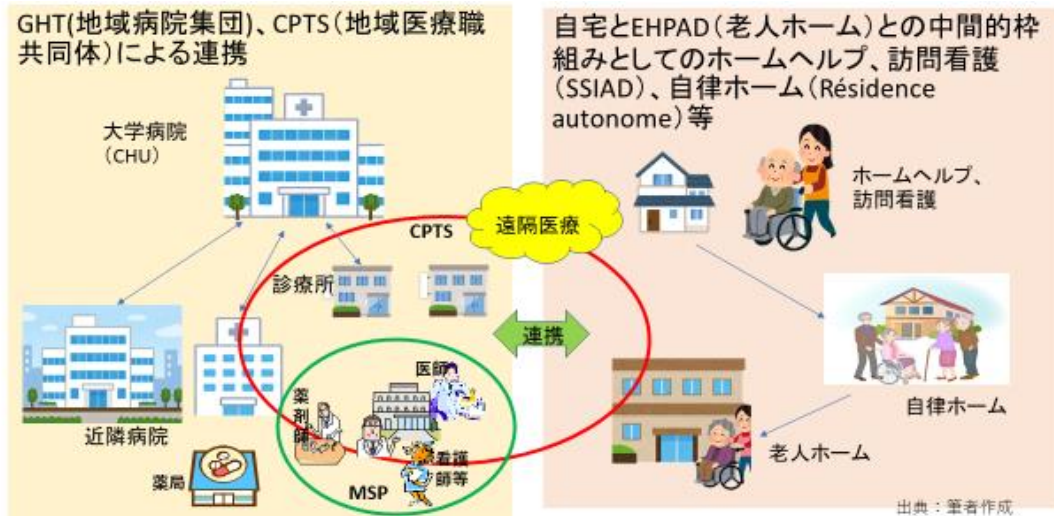
地域医療圏医療計画は、地域医療圏における各種計画を束ね、相互の整合性を確保することを目的とする。関係する計画には、医療分担計画 (projet médical partagé)、地域医療圏精神保健医療計画 (projet territorial de santé mentale)、地域圏医療庁と地方公共団体との間の地域医療契約 (CLS)、地域圏医療庁、地方公共団体及び医療関係者の間の地域医療圏医療契約 (CTS) 等である。地方医療計画 (PRS) との関係で言えば、地域医療圏医療計画は州レベルの計画を県レベルにブレイクダウンする意義を有する。

地域医療圏医療計画の策定に当たっては、地域職種間医療連携共同体 (CPTS) や地域医療圏病院グループ (GHT) を考慮することになった。このことは、地域医療圏医療職共同体及び地域医療圏病院集団の役割の実効性を高めることに繋がる。また、このような計画化の射程は、医療のみならず介護等の医療社会的サービスにも及んでおり、高齢化等の地域のニーズへの対応が念頭に置かれている(図表6-1)。

---

76 社会福祉も含めた多様な連携・協力の枠組みについては、伊奈川秀和「社会福祉分野の連携・協力の法的枠組みに関する考察」福祉社会開発研究(11), pp.5-17, 2019年

図表 6-1 フランスの医療・介護の連携・協働のイメージ



②地域の医療専門職によって構成される地域職種間医療連携共同体（CPTS）<sup>77</sup>

CPTSは、2016年の医療現代化法により導入されたアソシアション（非営利社団法人）形態による多職種連携の仕組みである。CPTSも地域医療のネットワークの一翼を担う枠組みであり、地域圏医療庁長官の共同体に関する許認可を通じて、その他の実効性の担保措置と相まって地域医療計画による医療資源の適正配分のメカニズムに組み込まれた。プライマリケアという点では、MSP（多職種医療施設）も存在する。MSPが、その名の通り、ある患者を中心に多職種が連携することに主眼があるとすれば、CPTSは一定の地域において開業医、病院勤務医、近隣病院、介護等の福祉施設等が連携・協働する点に特徴がある。1991年の病院法や1996年のジュペプランが病院中心の改革だとすれば、2004年の主治医制度導入以降の改革は、プライマリケア重視の改革であり、CPTSもその路線にあるといえる<sup>78</sup>。

③地域医療圏の医療機関により構成される地域医療圏病院グループ（GHT）<sup>79</sup>

2009年のHPST法より導入され、2016年の医療現代化法で強化された地域医療圏病院グループ（GHT）は、地域の医療連携による良質かつ効率的な医療提供の核としての役割が期待されている。実際のGHTの参加機関数、対象地域、財政規模等は区々であり、一元実施や共同化の度合いも異なる。ETSS法は、ガバナンス、財源や人員のプール化等の一体化の流れを押し進めるべく、GHTの戦略策定機能を担うグループ医療委員会（commission médicale de groupement）の設置、策定された戦略に沿った事業等の一元実施や共同化に必要な弾力化措置等を規定した。

④単独開業の原則に対する例外として、医学部のインターンを開業医の下で診療に従事する助手としての補助医師（médecin adjoint）に当てることを許容するための例外事由（現在は、季節的

77 2018年度版の本報告書95頁の「地域医療専門家共同体」の記述を参照されたい。

78 A. Moyal et C. Fournie, <<Après Ma santé 2022, encore de multiples défis à relever pour les soins primaires en France>>, Tribune de la santé, 2022/1 no71, pp.33-45

79 2018年度版の本報告書79頁の「地域医療圏病院グループ」の記述を参照されたい。

な需要の増大等に限定)を医療過疎地域における医師不足に拡大することになった。

#### ⑤地域に開かれた近接病院 (hôpital de proximité) の改革

2015年の社会保障財政法で概念として登場した近接病院は、遡ると1970年病院法の地域病院 (hôpital local) の流れにある入院施設である。機能区分としては、短期間の急性期の入院及び回復期のリハビリを中心とするが、結果的には医療過疎地域の入院機能を担うことにもなる。しかし、従前の規定は地域病院を踏襲したこともあり、地域医療の視点が乏しかった。このため、OTSS法では、医療過疎地域で特に重要な開業医、地域職種間医療連携共同体等の地域医療の担い手との役割分担による協働・連携を定義規定に挿入することになった。なお、地域医療の需給状況や特性を反映する必要もあることから、実際の地域医療の協働・連携の方法のほか、法令の規律密度に濃淡のある高度医療機器の設置、在宅入院等の新たな医療形態に関する許認可制度の見直しについては、オールドナンスに委ねられている。

### (3) 医療のデジタル化 (後述 2.2)

#### ①医療電子情報空間 (ENS) の開設による共有医療文書 (DMP) も含めた個人の医療データの集積・利用のための個人用サイト<sup>80</sup>

医療電子情報空間 (ENS) は、「私の医療 2022」に盛り込まれた改革の一つである。OTSS法では、医療電子情報空間は、2022年1月までに整備されることになっている。各人に割り当てられたサイトは、当初、本人の申請によらず作成されるが、利用を拒否することも可能とされており、その限りでは個人の意向が尊重されることになる。

#### ②全国医療データシステム (後述 2.4)

各種医療データの全国医療データシステム (SNDS) への集積によるビックデータの構築が進められている。OTSS法は、ビックデータ構築の流れに即して、①SNDSに集積されるデータとして、労災も含めた疾病保険の診療データを追加するほか、②公衆衛生上のリスクへの対応等の必要がある場合の匿名化情報の再識別を廃止し、不可逆的な匿名化に限ることとした。これにより、CNILの許認可、EUの一般情報保護規則 (RGPD) の規制等との関係でも、また、個人生活の保護の要請との関係でも問題がないとの判断に立って、データへのアクセスを開発・研究・評価以外の公益目的の利用にも開放することになった。更に、組織面でも、単一の窓口としての医療データプラットフォームを創設し、そこに全国医療データ機構 (Institut national des données de santé) 等の関係機関のデータ集積機能を集約することになった。現在、プラットフォームは、医療データハブ (Health Data Hub) とよばれている。

---

80 2018年度版本報告書 89頁の「個人医療アカウント」の記述を参照されたい。



### ③遠隔医療等の推進（後述 2.3）

OTSS 法による公衆衛生法典の改正により、遠隔医療 (télémédecine) と遠隔治療 (télésoins) により構成される遠隔保健医療 (télésanté) に関する独立した章 (第VI章) が新設されることになった (L.6316-1、L.6316-2)<sup>81</sup>。この場合の遠隔治療とは、薬剤師やコメディカルによる遠隔による業務の実施である。遠隔医療が医師、歯科医師又は助産師の業務に対応した概念であることから、これと区別する必要から別途規定されることになった。これにより、遠隔医療以外の多様な形態の遠隔保健医療が法典上も明確化されることになった。ただし、健康増進アプリ等の様々なインターネットのサイトが登場する中で、公衆衛生法典は、広義の概念である遠隔保健医療が何かの定義規定を欠いている<sup>82</sup>。

遠隔医療関係の多用な技術や手段が登場する中で、普及の妨げとなっていたのが、疾病保険に関する 2004 年 8 月 13 日法律第 2004-810 号の 34 条の規定であった。そもそも同法 32 条により、遠隔医療は、厳格な倫理規範に従って医師の管理と責任の下で行われる医療行為として規定されたことに始まる。ところが、34 条の規定は、薬等の処方箋の発行に関して、①秘密保護が確保され改変不能な形でメールでのやりとり、②緊急時を除き患者の事前の診察を義務付けていた。OTSS 法は、当該規定を削除し、それに代替する IT 技術等の実証実験を行うことを規定した。

## 1.8 2018 年社会保障財政法 51 条に基づく実証実験

溶け込み方式により社会保障法典 L.162-31-1 となった 2018 年社会保障財政法 51 条の実証実験は、積年の各種課題を抱える医療制度の革新を企図するものである。法律の規定によれば、実験は、①医療、介護等の給付及び経路、制度の効率性並びに医療アクセスの改善に資する医療等の提供体制の構築、②疾病保険等の給付の仕組みの改善を目的として、5 年間にわたり法令の例外措置を認めることになっている<sup>83</sup>。逆に言えば、法律の例外措置が条件であり、そこから医療の革新の糸口を見出そうという意図である。ある意味で、日本の特区制度と共通する部分があることになる。

---

81 公衆衛生法典 (L. 6316-1) は、遠隔医療を次のように規定しており、遠隔保健医療より狭い概念であり、医師による独占の対象である医療行為の一形態である。

「L. 6316-1 条 遠隔医療は、ICT 技術を利用した遠隔での医療行為の一形態である。それにより、医療職が一人又は複数の保健医療職と、複数の保健医療職との間で又は患者と、更に場合によれば、患者を治療する別の専門職と関係を形成する。遠隔医療により、診断を行うこと、リスクのある患者のための予防的な観察又は治療後の観察を実現すること、専門的な意見を得ること、治療の決定を準備すること、製品を処方すること、給付又は行為を処方又は実施すること、患者の状態の観察を実施することが可能となる。遠隔医療及びその実施条件並びに財政的な負担の定義については、離島及び地理的隔絶に起因する医療供給の不足を踏まえ、政令で決定する。」

82 O. Renaudie, <<Télémédecine, télésanté, télésoins : des paroles aux actes>>, *RSSS*, Janvier-Février 2020, p.10

83 具体的な実施方法は、政令・規則や通知 (Cirulaire no SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de LFSS pour 2018) に委ねられている。以下の記述も、それらを参照している。

最初の実証実験は、医療革新戦略評議会（Conseil stratégique de l'innovation en santé）の方針に沿って、地域圏医療庁を中心に最初のプロジェクトが2019年に認定され、2020年から実施されている。毎年の実施状況は、所定の手続きを経て政府（連帯・保健省）から議会に毎年報告書（Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé）が提出される<sup>84</sup>。認定されたプロジェクトの数は、2019年の報告書では26であったが、2022年の報告書では122に増加しており、既に6プロジェクトが終了している。また、実施主体については、実証実験であることから特段の制約はなく、地域も州、県など様々である。

直近2022の年報告書によれば、実験内容で最も多いのが歯科保健で、その他には、過体重・肥満、老化に伴う臨床症状、精神保健、心臓血管疾患、がん、薬物中毒、他疾患併存、低栄養など多岐にわたっている<sup>85</sup>。このこととも関係して、対象者としては、高齢者（34%）、子ども・若者（25%）だけで半分を占めているが、障害者、移民等の困窮者、成人、女性・夫婦・新生児等に関係するプロジェクトもある。また、プロジェクトの担い手としては、全体の27%が病院、関係者間の連携が25%、開業医等が19%、行政が16%となっている。これら取組を通じた医療の革新という点では、デジタル化にとって重要な情報機器による遠隔医療等に関係するプロジェクトも多い（図表6-2）。

財政的には、2018年社会保障財政法51条の複数年にわたる実証実験のための財源として、医療制度革新基金（FIS）が5億€、地域圏医療庁の地方介入基金（FIR）が2,100万€、十法実験の評価財源が1,420万€、2020～2040年の実験加速化のための財源が450億€となっている。

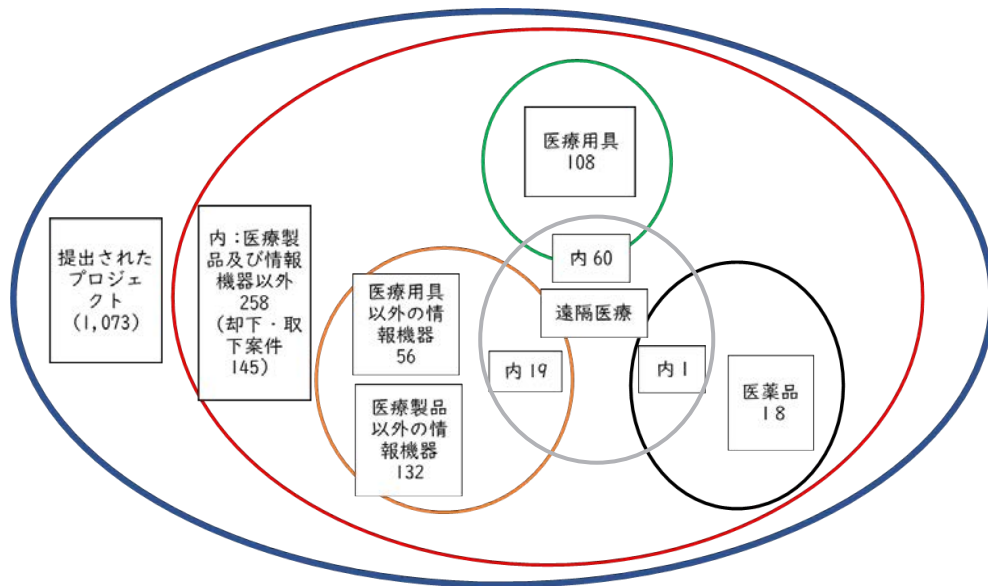
---

84 [https://dicom-portail-sante.cegedim.cloud/IMG/pdf/rapport\\_parlement\\_article\\_51\\_2022.pdf](https://dicom-portail-sante.cegedim.cloud/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2022.pdf)（閲覧最終日：2023年2月8日）

85 社会保障法典 R.162-50-1 によれば、実証実験の類型は、①革新的な財政方式（包括払い、エピソード等に応じた支払方式、質・安全・効率性に応じた支払方式、団体支払方式等）、②革新的な組織形態（多職種連携・協働、病診連携、医福連携、情報化）、③医療製品に係る給付の効率性・質の向上（医薬品・医療用具等の給付に関するインセンティブ制度及び情報集積、医薬品・医療用具等の処方に関する新たな支払方式及び財政的インセンティブ、革新的な医療用具の支払方式）に分類されている。



図表 6-2 プロジェクトにおける医療製品、医療製品以外の情報機器、医薬品及び遠隔医療の状況



出典：Ministère des solidarités et de la santé, *Rapport au Parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé*, p.16

## 1.9 毎年の社会保障財政法 (LFSS) による制度改革

ジュペンプラン (1.2 項) に始まる社会保障財政法 (LFSS) は、翌年の社会保障財政の均衡に向けて議会が様々な社会保障制度改革を実現するための手段としての意味も有しており、とりわけ、医療制度改革の重要なツールとしても機能している。つまり、毎年の社会保障財政法には、翌年の医療費抑制や医療保険財政の均衡に直接・間接に関連する多様な医療制度改革が織り込まれている。ただし、社会保障財政に過度に間接的又は無関係な規定は、社会的便乗規定 (cavaleries sociaux) として盛り込むことが禁止されており (社会保障法典 L0111-3 等)、国務院及び憲法院の審査により規定が削除されることがある<sup>86</sup>。

社会保障財政法の具体的な枠組みは、社会保障法典の組織法 (Loi Organique=L0) に規定されている。同法は改正を重ねる毎に議会の社会保障への関与は強まっているといえよう。例えば、2020 年 8 月 7 日の改正組織法では、コロナ禍で増大した社会保障の赤字 1,360 億€を CADES に移すほか、社会保障の第 5 の部門として介護に関する自律部門を創設することが規定された。また、直近の 2022 年 3 月 15 日の改正組織法では、社会保障財政法が①当該年度社会保障財政法 (LFSS)、②補正社会保障財政法 (LFRSS) 及び③社会保障会計承認法社会保障財政法 (LACSS) 構成されることが明記された (L0111-3)。このうち①の LFSS は、議会への提出の締切が従前の 10 月 15 日ではなく、遅くとも 10 月最初の火曜日に前倒しされ、その分議会での審議時間に余裕が生まれるこ

<sup>86</sup> Premier Ministre et Conseil d'État, *Guide de légistique*, La documentation française, 2017, p.86

とになる。③の LACSS は、「評価のための春 (printemps de l'évaluation)」と呼ばれ春に審議が行われる国の決算の仕組に倣い、6月1日より前に提出が義務付けられ、「社会関係評価のための春 (printemps social de l'évaluation)」という形で社会保障財政の決算が審議されることになった。その他、社会保障の財政状況として盛り込むべき情報として、病院公役務を推敲する病院及び医療的社会施設の債務の状況が追加された。とはいえ、社会保障財政法は、予算と異なり社会保障の歳出枠を規定するものではなく見込みに止まるほか、社会保障の部門毎の縦割りとなっているために、社会的保護財政の全体像を横断的（例えば介護のように保健医療、障害、日常生活等の支援が必要な分野）を網羅し規律するための仕組にはなっていない<sup>87</sup>。

また、社会保障財政法の内容に関しては、重要性の高い改革も多い。近年の重要な改正事項を挙げるとすれば、2016年の同法律では、第2章3で検討した普遍的医療保護の導入（基礎的 CMU（補足的 CMU と区別する意味での呼称）や被扶養者資格の廃止）という重要な改革が盛り込まれた。2017年社会保障財政法律には、児童・若年者の歯科口腔疾患の予防政策の強化や、成人に対するインフルエンザワクチンを薬剤師が処方できるようにする（試験的措置）改革等が盛り込まれた。例えば、2019年社会保障財政法律では、いわゆる自己負担ゼロ政策 (Reste à charge zero、Rac0。第2章7.4参照) の段階的な実施の出発点となる法改正や、医薬品の償還価格をジェネリック医薬品の価格に揃えるなどのジェネリック使用促進施策が導入された。また最新の 2023 年社会保障財政法律<sup>88</sup>でも、医療費抑制のための施策として各種の予防政策 (27-33 条)、医療へのアクセスの強化 (34-48 条) 等のテーマごとに、COVID-19 危機の経験も踏まえた社会保障法典・公衆衛生法典等の改正が行われており、その内容は狭義の医療費抑制政策の範囲におさまらないともいえる多様なものとなっている。こうしたことから、社会保障財政法律の導入が医療制度に対する議会の関与を飛躍的に強化したことが分かる。言い換えれば、フランスの医療保険制度の変化を追うためには、数年ごとに行われる大規模な改革に加え、毎年の社会保障財政法律に織り込まれる施策を検討・追跡することが有益といえる。

## 2. 近年の重要な政策課題

---

### 2.1 近年の改革の基調

#### (1) 第1期マクロン政権

---

87 V. Daël, <<Les lois organique et ordinaire du 15 mars 2022 relatives aux lois de financement de la sécurité sociale>>, GFP, no4-2022/Juillet-Août 2022, pp.5-12

88 Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023. 法案の内容を概説する政府の文書として、[https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2023/DP\\_PLFSS\\_2023.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2023/DP_PLFSS_2023.pdf)

2022年からの第2期マクロン政権の発足の改革路線を理解するには、第1期マクロン政権（場合によれば、その前の社会党政権）に遡る必要がある。まず、2017年5月のマクロン政権登場の初期段階における改革の特徴の一つは、オルドナンスの多用と試行的な実証実験である<sup>89</sup>。このことの意味合いは、動きの激しい現代社会にあって、政府への授権の範囲内で迅速に改革を押し進めることにある。このことは、前のオランド政権が勢いの低下する政権末期に改革法案を提出し、必ずしも改革に成功せず政権交代に至ったことへの反省とも受け取れる。

2017年7月には改革工程表（feuille de route）が出され、その後立て続けに改革が断行されることになる。2017年9月のオルドナンスによる労働法改革がその典型である。このことには、プラスとマイナスの両面がある。賛否両論を引き起こす改革案を明らかにせず改革が可能となる反面、関係者との協議や調整手続きを踏まないため、後に不満や反発につながる可能性がある。そのような中で2018年11月には、黄色いベスト運動が各地で巻き起こることになった。社会保障分野では、2019年末の普遍的な制度の創設に向けた年金改革は、既得権処理につきまとう公平性（損得）の問題もあり、国鉄等のストを引き起こすことになった。

他の分野と比べると、2018年9月の「私の医療2022（Ma santé 2022）」に始まる医療改革は、2016年の医療現代化法、あるいはそれ以前の改革の流れに沿った内容が多い<sup>90</sup>。改革に盛り込まれることになる糖尿病・腎不全対策の強化、地域職種間医療連携共同体（CPTS）の促進、医療補助者による開業医の負担軽減、地域密着病院等による医療提供体制の確立などは、人口の高齢化や医療資源の地域偏在化の中で、どの政権であっても取り組まざるを得ない問題である。一言で言えば、病院中心、急性期中心の戦後の医療モデルの転換こそが改革の眼目である<sup>91</sup>。

重要政策の実現手法として、オルドナンスへの授権や実証実験による改革の先行実施が多用される傾向にあって、社会保障分野も例外ではない。例えば、毎年 of 社会保障財政法のほか、2018年の「信頼社会に貢献する国家のための2018年8月10日法律第2018-727号」（ESSOC法）が典型である。ESSOC法自体は、国民を「被統治者（administré）」や「利用者（usager）」として受け身的に捉える行政の枠組みの転換を図り、主体としての国民の視点に立った多様な手段を導入する束ね法（一括法）的な法律である。同法においても、行政との信頼回復に係る多様な措置について、オルドナンスへの授権による実証実験により実現する手法が採用されている。社会保障に関わる実証実験も多く、医療・介護分野では、家族介護者のレスパイト支援の実証実験（後述）

---

89 伊奈川秀和「フランス・マクロン政権の社会保障改革—全世代型社会保障改革への示唆—」社会保険旬報 No. 2801、2020年、10-15頁

90 例えば、多職種医療施設(MSP)は2009年のHPTS法に、また、CPTSは2016年の医療現代化法に規定されたことに遡る。なお、本節より前の直近の改革については、2018年度版本報告書96頁の「3. 最新の動向：『全国医療戦略（Stratégie nationale de santé）2018-2022』と『私の医療2022（Ma santé 2022）』計画」を参照されたい。

91 以下の記述も含め改革の概要は、Étude d'impact, Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, NOR :SSAXI900401L/Bleu-2, 13 février 2019等のLégifranceのサイト(<https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038124322/>)を参照した。

が実施されることになっている。また、社会保険の保険料徴収の関係で既に導入されている「誤る権利 (droit à l'erreur)」を様々な分野に拡大することも規定されている<sup>92</sup>。保険料を例にとると、誤る権利とは、初めて解釈誤りを犯した事業主には、修正権を保障 (CSS.R.243-10) し、自発的に違法状態を指定の期間内に修正した場合には、URSSAF による制裁を免脱できるようにする措置である<sup>93</sup>。

政権後半は、黄色いベスト運動やコロナの感染拡大に見舞われた中での舵取りであった。医療との関係では、2020年8月7日の法律により、第5の社会保障の柱としての自律部門創設に関する法律が制定されている。

未来志向的な動きとしては、2021年10月には、大統領自らが「フランス2030 : フランスのための投資計画 (France 2030 : un plan d'investissement pour la France)」を発表している。これは、小型原子炉、水素、電自動車、航空機等の先端分野に投資を進め、フランスが世界を先導することを目指す投資計画である。計画は10の目標を設定しており、7番目が医薬品・医療機器の革新 (がん、生活習慣病等に関する最低20のバイオ医薬品、未来の医療機器の開発) である。

## (2) 第2期マクロン政権<sup>94</sup>

マクロン大統領は2022年5月に再任され、政権は第2期に入っている。大統領選挙における社会保障関係の争点は、2017年に一度提案したものの強い反対に遭い、コロナ禍を理由にペンディング状態にある年金改革であった。マクロン大統領が段階実施であるにせよ65歳の支給開始に向けて、支給開始年齢の引上げを放棄してない節があるのに対して、決選投票の相手方であるルペン候補は62歳支給開始年齢を変更しないのみならず、若くして働き始めた階層については引下もあり得るという立場であった。本来であれば、医療もまた候補者間の意見対立が起きるテーマのはずであるが、コロナ禍に加えウクライナ問題の勃発 (その後の物価高騰) という最中での選挙であり、マクロン大統領の選挙戦突入が遅かった (第1回投票の5週間前であった) ことも手伝って、医療を巡る論戦は概して低調であった<sup>95</sup>。例えば、マクロン大統領が、医療過疎等の改善のための関係者による会議の開催や遠隔医療の活用、病院と開業医等の役割分担、節目年齢での健診の実施等を提案している<sup>96</sup>。これに対してルペン候補は、緊急財政支援、公立病院の病床

92 伊奈川秀和「フランス社会保障における忘れられる権利等の考察」福祉社会開発研究 (12), pp.5-14, 2020年

93 この場合、誤りの修正の結果、追加保険料が発生したとしても延滞金は課せられない。ただし、悪意又は故意の場合には、制裁措置が適用される。また、誤る権利の対象は修正可能である必要から、無申告又は遅延は対象外である。この他、誤る権利による修正とは別に修正手続きが設けられている場合は、当該手続きが特別法として優先する (例えば、事業主による賃金等の申告)。

94 Protection Sociale Informations 17/11/2021- N° 1288 ; 22/12/2021- N° 1293 ; 11/03/2022 -N° 1304 ; 19/01/2022- N° 1297 ; 20/04/2022 - N° 1311

95 E. Chelle, <<Bilan de santé du quinquenta : Ma santé 2022 est-elle au rendez-vous ?>>, Les tribunes de la santé, n°71-hiver 2022, p.123

96 2022年3月3日の立候補表明を意味する「フランス人に対する書簡 (Lettre aux Français)」の中で、医療



閉鎖の中止、医療関係者の賃金引上げ、地方医療庁（ARS）の廃止等の行政改革（行政事務部門の縮小）、医療過疎の改善等の改革案であった。いずれも医療へのアクセスの改善のように医療提供体制の課題の解決に取り組もうとする姿勢に変わりはない。

見方を変えれば、コロナ感染拡大前の 2019 年の医療制度の組織及び変革に関する法律（OTSS 法）制定に繋がる改革路線（2018 年の「私の医療 2022」）やセギュール医療対話により布石は打たれており、現職大統領としては、あえて争点化を避けたとも捉えることができる<sup>97</sup>。

第 2 期マクロン政権の発足は、ウクライナ情勢への対応の時期とも重なっており、政権の最初の課題は物価高騰への対応であった。社会保障以外も課題が山積する中で、社会保障関係の所管大臣も以前と比べて細分化されているのが特徴である。そもそも、フランスの大臣の所管は政令事項であることから、時の政権により閣僚構成が異なるが、2023 年 2 月時点では、医療関係の大臣は、フランソワ・ブロン（François Braun）保健・予防大臣（Ministre de la Santé et de la Prévention）、アニエス・フィルマン・ル・ボド（Agnès Firmin Le Bodo）保健・予防大臣付地方組織・医療保健業担当大臣（Ministre déléguée auprès du ministre de la Santé et de la Prévention, chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé）である。社会保障の関係では、ジャン=クリストフ・コンブ（Jean-Christophe Combe）連帯・自立・障害者大臣（Ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées）がおり、介護関係は基本的にこちらの所管となる。しかし、最大の改題である年金改革は、エリザベット・ボルヌ（Élisabeth Borne）首相（Première ministre）が陣頭指揮し、社会保障関係大臣よりも経済・財務・産業及びデジタル主権省（Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique）が前面に出ている。

マクロン大統領の動向として注目されるのは、2023 年 1 月 3 日にパリ郊外の病院で行った新年の挨拶である。例年であれば担当大臣が行う挨拶の場で大統領が 2017 年の就任以降初めて登場し、時間も約 1 時間に及んだ。従って、内容は多岐にわたり、具体的性を欠く文言もあるが、注目されるのは以下の点である<sup>98</sup>。

- ・医療を取り巻く複雑な課題構造に対して革新的（radical）な解決策を講ずる。
- ・大量の医師が引退年齢を迎える（10 万人の一般医が 2025 年に 8 万人に減少）中で医学部の定員枠撤廃の効果が表れるまでのタイムラグを踏まえ、医療事務補助者（assistants médicaux）の増員を図る（現在の約 4,000 人を 2024 年末までに 10,000 人）。
- ・週 35 時間労働制が医療従事者の超過勤務により成り立っている現実に鑑み、病院の就労環境を 2023 年 6 月 1 日までに見直す。

---

に関しては、「我々は予防革命を遂行し、医療過疎を解消する」と述べている。

<sup>97</sup> E. Chelle, *op. cit.*, pp.129-130

<sup>98</sup> 大統領ホームページ <https://www.elysee.fr/front/pdf/elysee-module-20641-fr.pdf>（最終日：2023 年 2 月 7 日）

- ・病院の組織体制を事務管理と医療の二部門が車の両輪 (tandem administratif et médical) になるようにする。
- ・包括支払方式 (T2A) を見直し、地域毎の公衆衛生上の目標、役割とその複雑性、活動量の3つから成報酬体系に移行する。
- ・救急や夜間医療に対応するための治療の恒常性 (permanence de soins=PDS) を確保するため、勤務体制や報酬を見直す。
- ・継続中の開業医との医療協約に関しては、CPTS (地域職種間医療連携共同体) のような取組の報酬への反映を通じて出来高払い制を脱却する。
- ・患者の権利と義務に関しては、主治医のいない長期疾病患者 (約 60 万人) の医療へのアクセスを改善するための民間組織である治療アクセスサービス (service d'accès aux soins=SAS) を拡大一般化する。

## 2.2 医療のデジタル化

医療のデジタル化は、2018年9月の「私の医療2022」の第8の柱でもあり、ほぼ同時に連帯・保健大臣から「医療のデジタル化への転換の加速化 (Accélérer le virage numérique en santé)」に関する報告書が出された<sup>99</sup>。その狙いは、遅れているフランスの医療のデジタル化を促進し、また、患者がデジタル技術を利用することにより、サービスの受け手としての受動的立場からの脱却を図ることにある。報告書には、8つの提案が盛り込まれており、その中には、「医療デジタル空間 (ENS)」の創設、医療関係者向けのシステム提供、医療ビッグデータの蓄積と活用など、その後の政策に反映される内容が含まれていた (2.4以下参照)。

その後、2019年4月には、連帯・保健大臣から2019年～2022年にかけての改革の工程表が公表された<sup>100</sup>。それによれば、①医療のデジタル化のガバナンスの強化 (例えば、デジタル関係の専門組織の創設)、②医療情報システムの安全及び互換性の強化 (例えば、IDの発行、Vitaleカードのアプリ開発)、③柱となるデジタルサービスの展開の加速化 (例えば、共有医療文書 (DMP)、セキュリティの確保されたメール、電子処方箋)、④医療デジタルプラットフォームの全国レベルでの展開 (例えば、医療デジタル空間 (ENS)、医療関係者のプラットフォーム、ヘルス・データ・ハブ)、⑤イノベーションの支援及び関係者の参画の促進 (例えば、病院及び医療的社会施設の資金投入計画、参加型の会議の開催等による普及啓発活動)が改革の方向性として提示されている。

<sup>99</sup> Rapport final, *Accélérer le virage numérique*, par D. PON et A. COURY

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/accelerer-le-virage-numerique> (最終日: 2023年2月7日)

<sup>100</sup> Feuille de route « Accélérer le virage numérique

»[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/190425\\_dossier\\_presse\\_masante2022\\_ok.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/190425_dossier_presse_masante2022_ok.pdf) (最終日: 2023年2月7日)



## 2.3 遠隔診療等

2019年のOTSS法（医療制度の組織及び変革に関する法律）による公衆衛生法典の第VI章が規定する遠隔保健医療（télésanté）の原点は、2004年の疾病保険に関する法改正に遡る。その後、医師による遠隔診療に限らず、その他の医療職種（薬剤師、コメディカル）も含めた対応の必要や潜在的な訴訟リスクへの対応等の必要もあり、法令の改正が重ねられ、医師による遠隔医療（télémedecine）以外に薬剤師、コメディカル等による遠隔治療（télésoin）の概念が登場することになった<sup>101</sup>。

まず、遠隔医療に関し特に重要な改正は、2010年10月21日付政令第2010-1229号による公衆衛生法典の改正であり、以下の遠隔治療の類型（図表6-3参照）が設けられた（CSP.R6316-I～R6316-II）。ただし、疾病保険による遠隔医療の費用償還については、2018年6月14日の全国医療協約第6追加文書により規定が設けられ、その実施も遠隔診療と遠隔鑑定について、それぞれ2018年9月、2019年2月からであった。逆に言えば、それまで遠隔医療は、約10年にわたり、地域や対象を限定した実証実験を行うことで漸進的に拡大されてきたことになる。実際、遠隔医療のうち遠隔観察については、2014年社会保障財政法に基づく「医療経路改善のための遠隔医療実証実験（ETAPES）」の枠組により、長期疾病の患者を対象にした実証実験が続けられ、2022年社会保障財政でもって2023年から一般に拡大されることが規定された<sup>102</sup>。いずれにせよ、COVID-19の感染拡大は、遠隔医療を押し進める契機となったことは間違いない。更に、遠隔医療の実施方法、疾病保険の償還等の要件について、コロナ対応のための例外措置や弾力化が行われてきたことが伝統的な診療方法の見直し自体の議論を喚起することにもなっている。例えば、看護師等による遠隔医療への同行である。また、医師を雇い遠隔診療を行う民間会社の規制のための認可（agrément）制度が2023年社会保障財政法（58条）による公衆衛生法典の改正で導入されたりしている。

### [遠隔治療の類型]

- ①遠隔診療（téléconsultation）：医療職の支援を受ける場合も含め、医師が遠隔により行う診療
- ②遠隔鑑定（téléexpertise）：患者に関する医療情報に基づき、遠隔の一人又は複数の同僚医師から受ける意見

---

101 以下の経緯については、P. Rumeau et G. Chassang, <<La teleconsultation, la covid-19 et après?>>, *Droit, santé et Société*, 2022/2 n°2-3, pp.69-75 ; <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemdecine/teleconsultation/teleconsultation>

102 遠隔観察を疾病保険の償還対象として一般化するために必要な2本の政令が2022年12月30日になって公布されている（Décret n° 2022-1767 du 30 décembre 2022 ; Décret n° 2022-1769 du 30 décembre 2022）。しかし、政令上の償還率は35～40%となっており、制度を実施するためには、疾病保険による実際の償還率を決める必要がある。この点に関して、2023年1月27日のUNOCAMは理事会において、40%とするUNCAMの案に賛成することを決定している。

- ③遠隔観察 (télésurveillance) : 遠隔により医師が患者の医療データを観察・分析
- ④医療的遠隔支援 (téléassistance médicale) : 遠隔において別の医師が手術等の医療行為を行う医師の医療行為を支援
- ⑤救急医療対応 (réponse médicale) : 救急医療隊が行う遠隔医療

図表 6-3 遠隔診療等の対象と要件

| 行為   | 実施医師                          | 対象者・要件等   | 媒体・場所等  |
|------|-------------------------------|---|---|
| 遠隔診療 | 全ての医師(開業医・勤務医、一般医・専門医の別を問わない) | 医師が必要と認めた全ての患者(償還等の要件)<br>・主治医の方針に基づく治療経路に沿っての受診(例外あり)<br>・定期的な対面での受診<br>・近隣の医師による診療(地域要件の例外あり)<br>・医師の医療行為全体の20%上限   | 情報保護が成されたビデオ(場所等)<br>自宅又は設備の整った薬局等<br>処方箋は郵送又は電子媒体で送付 |
| 遠隔鑑定 | 全ての医師(開業医・勤務医、一般医・専門医の別を問わない) | 全ての医師(償還等の要件)<br>・患者の同意が必要<br>・鑑定を依頼する医師から鑑定医に質問し、鑑定が報告を作成<br>・依頼する医師と依頼を受ける医師双方について、同一患者につき最高年4回の上限                  | 基準に合致した手段(必ずしもビデオではない)                                |
| 遠隔観察 | 病院等の医療機関、開業医等                 | 一定の技術的要件、医療的効果等の要件を満たす症例<br>(注) 2018年~2022年、心不全、腎不全、呼吸器不全、糖尿病、埋め込み型心臓デバイスの5つの長期疾病について実証実験を実施<br>2023年7月から、一般に拡大して実施予定 | 基準に合致した装置・設備  |

出典 : <https://www.ameli.fr/medecin> ; <https://sante.gouv.fr/>

このほか遠隔診療については、医師の医療倫理に則り実施される必要があり、医師倫理規範との関係が問題となる。その点に関して、医師倫理規範は、①公衆衛生上の必要がある場合等を除く、巡回診療の原則禁止(74条)、②電話による医療的アドバイスによる報酬請求の禁止(53条)を規定している。例えば、53条の規定は以下のとおりである。

「第53条

医師の報酬は、法令、実施された行為及び個別事情を勘案し、適切かつ節度をもって決定されなければならない。

遠隔医療の場合であったとしても、当該報酬は、実際に行為を行った際にしか請求することができない。

電話又は文書により患者に対して行われた単なる意見又は指導は、如何なる報酬も生じさせない。

医師は、報酬又は治療費に関する事前の情報及び説明の依頼の全てに応えなければならない。

医師は、受領した金額の領収書を拒むことができない。

患者に対して、如何なる特定の支払方法を課すことができない。」

次に医師以外の遠隔治療の意義を確認すると、公衆衛生法典 (L6316-2) が薬剤師又はコメディカルが ICT を利用しながら遠隔で行うそれぞれの業務であると規定している。「私の医療 2022」は、遠隔治療の導入促進も盛り込んでいたが、コロナウイルス問題が起きるまで実施命令が制定されない状況が続いていたが、2021 年 6 月になり、関係の政令等の実施に必要な規定が整備されることになった<sup>103</sup>。遠隔治療の対象は、薬剤師、看護師、補聴器士、眼鏡士、栄養士、義肢装具士等の 18 職種の業務である。これまでのところ、発音矯正士と視能訓練士のみが、対面と同じ償還の対象となっている。

制度的には、無条件で全ての場合に遠隔診療や遠隔治療が認められているわけではないが、コロナ対応の必要もあり、遠隔診療は急速に普及した。全国疾病保険金庫 (CNAM) によれば、2019 年の償還件数が約 6 万であったのに対して、2020 年は 3 月末の 3,000 件が 4 月末の 56,000 件に増加した。DREES のデータによれば、一般医の場合、遠隔診療は 2020 年で 1,350 万件 (診療件数の 5.7%)、2021 年で 940 万件 (診療件数の 3.7%) にのぼり、一般医の 77% (2022 年) が遠隔診療の経験があることが報告されている<sup>104</sup>。

## 2.4 医療情報データベース

### (1) 公衆衛生法典が規定する医療情報へのアクセスの原則

個人情報の保護に関しては、2016 年の EU 一般データ保護規則 (英語略称 GDPR、仏語略称 RGPD)、1978 年の情報処理、情報ファイル及び自由に関する法律 (以下「1978 年法」という。)、同法に基づく情報処理・自由全国委員会 (CNIL) 等の規制体系が存在する。この一般法の体系は医療にも及ぶ。ただし、RGPD は、機微情報である医療情報に関する上乘せ規制を加盟国に許容している。

公衆衛生法典 (Code de la santé publique=CSP) においても、以下のような規定が存在する。これは、データへのアクセスにおいて、患者の権利及び私生活 (プライバシー) の尊重が一大大原則であることを法典上明確化するものである。

「序章：医療情報の利用に関する原則 (法律第 2016-41 号 2016 年 1 月 26 日第 193-I 条による修正)

L. 1460-I 条 - 義務的に収集され、国又は地方公共団体のサービス又は施設、医療職又は社会保障機関に向けられた医療個人情報は、1978 年 1 月 6 日の情報、文書及び自由に関する法律

---

103 Décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté ; Arrêté du 3 juin 2021 définissant les activités de télésoin

104 DREES, Études et Résultats, décembre 2022, n° 1249 (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/ER1249.pdf>)

の要件の範囲内において、公益を目的とする研究、分析又は評価の対象となる。かかる処理は、当事者の私生活を侵害する目的又は効果を有してはならない。これと異なる法令を別とすれば、当該処理は、如何なる場合も、当該者を直接的又は間接的に特定するものであってはならない。

＜以下 略＞」

この他、医療データの利用に関する原則についても、公衆衛生法典（L. 1460-1）は以下のよう  
に規定している。

「個人の医療情報は、... 公益的性格を有する処理の対象とすることができる。これらの処理は、その対象者の個人生活を侵害することを目的とし、侵害してはならない。これらの処理は、当該対象者を直接的又は間接的に特定することを目的にしてはならない。

市民、利用者、医療専門職、医療機関及びその代表機関並びに疾病に関する給付の財政に関わる機関又は医療情報の処理を実施する機関、国の役務提供機関、医療を任務とする公的機関及びジャーナリズムは、前記 1978 年 1 月 6 日法律第 78-1978 号の規定又は一定の場合の当該処理に固有の規定の条件の下で、第 1 項の情報にアクセスすることができる。」

## (2) 全国医療情報システム (SNDS)

医療情報は、公衆衛生、疾病保険等のそれぞれの必要に応じて整備され、分散管理されてきた。データベースの必要性が高まる中で、2017 年には、分散する医療データの集約化によるビッグデータ構築のための全国医療データ機構 (INDS) が創設されている。これは、国、社会保険、補足制度、医療関係者等 (24 機関) により構成される公法人であり、全国医療情報システム (SNDS) の単一窓口となっている。更に医療情報に関する関係機関間の連携のためのヘルス・データ・ハブ (HDH : plateforme des données de santé) の構築に関しても、その受け皿機関として中心的役割を果たす<sup>105</sup>。

全国医療情報システム (SNDS) は、以下のデータを主な対象とし全国疾病保険金庫が管理運営することになった<sup>106</sup>。その後、2021 年 6 月の政令により、SNDS は HDH との共管となっている<sup>107</sup>。

### ① 診療報酬に関する全国疾病保険金庫の全国疾病保険制度間情報システム (Sniram) <sup>108</sup>

105 INDS のサイト (<https://www.indsante.fr/>) (最終閲覧日：2023 年 2 月 9 日)

106 SNDS のサイト (<https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Accueil>)

107 Décret n° 2021-848 du 29 juin 2021 relatif au traitement de données à caractère personnel dénommé « système national des données de santé »

108 全国疾病保険制度間情報システム (Sniram) 及び情報システム医療化プログラム (PMSI) は、診療データ等を集積したデータベースであり、開業医の請求書 (年間 12 億枚)、入院患者の診療行為等のデータが含まれる。具体的には、2002 年以降のデータとして、①患者情報 (年齢、性別、加入制度、居住市町村・県、長期慢性疾病の有無)、②開業医に係る医療給付の内容 (開業医の情報、診療内容、診療日、給付額)、③病院に係る医療給付の内容 (医療情報システム (PMSI) 等を通じて集積されるデータ) である。アクセスが認められている機関は、疾病保険金庫、行政機関 (介護制度の関係で地域圏医療庁の利用は可能)、公衆衛生の研究目的の大学等の非営利の研究機関 (権限当局の承認が条件) であり、営利企業は対象外である。なお、搭載データは、

- ② 公私の病院等の医療行為に関する情報システム医療化プログラム (PMSI)
- ③ 医学的死亡原因疫学センター (CepiDC) の死亡原因に関するデータ
- ④ 全国自律連帯金庫に集約される県障害者センターの障害に関する情報
- ⑤ その他、補足制度から提供されるデータ

SNDS については、特別法としての公衆衛生法典が個人情報の保護を規定している (CSP.L. 1460-1)。例えば、私生活の尊重の観点から、SNDS の情報については、匿名化 (氏名、住所、社会保障番号の削除) が義務付けられている (CSP.L. 1461-4)。

SNDS は、医療、医療政策等の向上を目的としており、①医療機関向けの医療製品の販売促進、②民間保険の加入拒否又は掛金の割増といった目的のための利用は禁止されている (CSP.L. 1461-1)。これに対して、統計等の加工されたデータは、オープンデータベースとして、アクセスの制限は課せられていない (CSP.L. 1461-2)。

### (3) ヘルス・データ・ハブ (HDH)

医療ビッグデータのプラットフォームであるヘルス・データ・ハブ (HDH) が 2019 年の OTSS 法に基づき同年 11 月に創設された。

この HDH は、医療の研究開発の促進の他、コロナウイルス対応等の保健医療上の緊急時の対応にも有用である。ところが、2000 年 4 月 15 日にプラットフォームとしてマイクロソフトのシステムを利用する契約が関連会社との間で交わされ、一部データがアメリカに移転するリスクがあるとの問題が発生した。つまり、EU 司法裁判所の裁判で顕在化したデータの EU 域外への移転問題である<sup>109</sup>。そもそも、医療界や CNIL からは、機微情報である医療データが集積することへの懸念が表明されていたが、法的手段に訴えるには至っていなかった。ところが、コロナ禍の 2020 年 4 月 21 日にコロナ対応のためのデータ集積との関係でプラットフォームの実施に関する命令が出され事態は深刻化する。ついに、集積された医療データがマイクロソフトに渡ることによる私生活の尊重に対する権利 (プライバシー権) 及び個人情報の保護の侵害を懸念する個人及び団体から保健医療上の緊急事態 (état d'urgence sanitaire) を理由にデータ集積の停止等を求める基本的自由急速審理 (référé-liberté) が 2020 年 9 月に提起されることになった。

国務院は、HDH による引き続きのデータ保護の取組みの必要性は認めているものの、短期間の間に重大で明白な基本的自由の侵害に対応するという急速審理の限界もあり、以下の理由から訴

---

本来診療報酬支払のためのデータであり、かつ、制度の変更もあり、利用しにくいことから、研修が必要とされている。

以上、<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/sniiram/utilisateurs-du-sniiram-acces-et-accompagnement.php>

<sup>109</sup> CJUE, 16 juillet 2020, *Data Protection Commissioner/ Maximilian Schrems et Facebook Ireland*, affaire C-311/18 により、アメリカのプライバシー・シールド (bouclier de protection des données) では域外へのデータの移転の保護としては不十分であるとされた。



えを斥けた<sup>110</sup>。また、裁判所は、今回のデータ利用がコロナウイルス対応という緊急事態であることにも言及している。

#### ①契約によるデータの域外移転のリスクについて

- ・データは域内に蓄積され、了解なくデータを域外へ移転することが契約上も禁止され等の制約があること
- ・法令上もデータの域外移転は禁止されており、そのことは契約を拘束すること

#### ②その他の個人データの移転のリスクについて

- ・EU 司法裁判所の判決は、データのアメリカへの移転のみが射程であって、EU 域内でのデータの取扱いには及ばないこと。
- ・データが匿名化された上で保管される中で、データの保護の侵害は可能性に止まっており、EU のデータ保護一般規則 (RGPD) の直接的違背は摘示していないこと。
- ・技術的な限界やリスクと比較した場合の集積データを活用する公益上の必要性が高いこと。

その後も、2021 年 2 月に全国疾病保険金庫が SNDS のデータがオランダのマイクロソフトのサーバーに蓄積されることを懸念し、データの移送に反対する決議を行っている。

このような反対意見もあるものの、2020 年 4 月 21 日の命令により、SNDS その他の医療データベースの統合による HDH のプロジェクトは進行している。2020 年には、コロナウイルス対応、乳がん、肉腫、腎臓移植等の関係で 8 つのプロジェクトが CNIL から承認を受けている。

HDH による医療データのプラットフォームは 2021 年 12 月 14 日に開始された。

2022 年 6 月 9 日には、HDH による 2023-2025 年を期間とする医療データプラットフォーム (PDS) の構築を内容とするデジタル化の工程表が策定されている。そのことも踏まえ、フランスの医療デジタル化戦略は、欧州レベルで展開し始めている。2022 年春に欧州委員から欧州医療データ空間 (l' Espace européen des données de santé : EHDS) が公表されており、それは EU データ保護一般規則を前提に欧州横断的な患者情報の共有を促進するものである (HDH におけるマイクロソフト排除も、そのことに関係する)。同年夏には、欧州医療データ空間推進のためのパイロット計画のコンソーシアムを HDH が牽引することが決定している。

#### (4) 医療電子情報空間 (ENS)

2018 年 9 月に発表された「情報化への転換の加速化」と銘打った報告書は、医療の情報化の必要性とともに、利用者を情報化の客体ではなく主体として位置付けることの重要性を指摘してい

---

110 Conseil d'État, Juge des référés, 13/10/2020, 444937, Inédit au recueil Lebon([https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000042444915?tab\\_selection=cetat&searchField=ALL&query=\\*&searchType=ALL&dateDecision=13%2F10%2F2020&jurisdiction=CONSEIL\\_ETAT&sortValue=DATE\\_DESC&pageSize=10&page=1&tab\\_selection=cetat](https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000042444915?tab_selection=cetat&searchField=ALL&query=*&searchType=ALL&dateDecision=13%2F10%2F2020&jurisdiction=CONSEIL_ETAT&sortValue=DATE_DESC&pageSize=10&page=1&tab_selection=cetat))



た<sup>111</sup>。2019年のOTSS法に規定された個人の医療情報等の個人用ポータルサイトは、高齢化による生活習慣病の増大による継続的な予防、健康管理が重要となる時代において、主体としての利用者に医療情報へのアクセやと情報コントロール権を保障するものである。また、医療提供側や政府から見た場合には、医療の効率化、医療過誤の防止、遠隔医療の促進等の効果も期待される。なお、ENSは、2018年のESSOC法に規定された行政機関相互の情報共有の促進とも関係する<sup>112</sup>。

ENSのサイトには、以下の医療情報、民間で開発が進む医療や健康増進アプリも含めた各種アプリ等が集約化される予定である。2020年にはシステム開発業者が選定され、システム設計に入るなどの準備が進められた。その結果、個人用の医療情報のポータルサイト(ENS)は、「私の保健医療空間(Mon espace santé)」という名称で2022年1月から国民向けに開始されている。その主な機能は、以下のとおりである。これらの機能のうち当初は、①と②が利用可能であったが、順次その他の機能も稼働しており、2022年11月3日時点で18のアプリが搭載されている。

- ①個人の医療情報の格納する共有医療情報(DMP)：受診情報を本人又は医療関係者が登録
- ②医療関係者との連絡のためのメールシステム：医療機関等との受診予約、遠隔診療へのアクセス、処方箋の交付等を行うためのセキュリティのかかったメールシステム
- ③受診予定等の日程表：遠隔診療のサイトでの受診予約も含めた受診等の日程の記録
- ④医療関係アプリのストア：医療情報、遠隔診療、健康増進、補足制度等のアプリストア

このポータルサイトの普及状況であるが、利用勧奨が行われた対象者6,900万人のうち利用に反対の意思を表明した人は2%に止まっており、2022年10月末で720万人(直近6か月で月当たり60万人)がシステムを稼働させている<sup>113</sup>。

私の保健医療空間は、医療提供者のシステムとの接続があって有効に機能することから、医療提供者側のデジタル化によるプラットフォーム構築が必要となる。このイニシアティブ推進の枠組がセギュール・医療デジタル対話(Le Ségur du numérique en santé)である。対象は、病院、開業医、歯科医、助産師、コメディカル、画像検査機関、薬局及び生物学的検査機関のような医療関係だけではなく、必ずしもデジタル化が進んでいない医療的社会施設も含まれる。政府は、総額20億€を投入し、全国保健医療ID、登録者のみがアクセスできる接続システム(Pro Santé Connect=PSC)、私の保健医療空間と同様のセキュリティのかかったメールシステム、共有医療文

---

111 *Rapport final, Accélérer le virage numérique*, par D. PON et A. COURY (<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/accelerer-le-virage-numerique>)

112 2013年の各省連絡会議で「一度だけ言って下さい(Dites-le-nous une fois:DLNUF)」が決定されている。これは、国民からの申請等の処理に必要となる他の行政機関の保有情報を取得することで申請者の負担を軽減するという取り組みであり、ESSOC法で法律にも反映されることになる。ENSは、過去のワクチン接種、健診等の情報を盛り込むことにより、行政と個人との情報のやりとりを軽減することが可能になる。

113 Ministère de la santé et de la prévention *et al.*, Dossier de presse 3 novembre 2022, Mon espace santé : bilan du déploiement national et prochaines étapes([https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media\\_entity/documents/dp\\_mes\\_bilan\\_v02112022.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/dp_mes_bilan_v02112022.pdf))

書（DMP）、電子処方箋等を開発普及させることになっている<sup>114</sup>。

## 2.5 家族介護者等へのレスパイト等の支援

在宅中心施策が進められる一方、要介護者・障害者の在宅生活を支援する家族介護者の精神的・経済的負担の問題の深刻化している。これまでの施策である短期入所、デイサービス等は、認知症等の認知機能に問題がある高齢者や障害者には不向きである。このため、家族等の介護者を支援する新たな在宅でのサービスの必要性が課題となっていた。

これに関連する取り組みとしてカナダのケベック州では、旅立ちを意味するバリュシオン（baluchon）から派生してレスパイトを意味するバリュシオナージュ（baluchonnage）という取組が存在しており、ベルギーにおいても介護者が交替することで状態が悪化する認知機能の問題を抱える高齢者の家族介護者を支援する介助者の仕組み（Baluchon Alzheimer<sup>®</sup>）が試みられている<sup>115</sup>。このカナダ発のレスパイト支援策として在宅介護者代替手当（prestation de suppléance）の導入実験が2018年のESSOC法（53条）に規定された<sup>116</sup>。これは、自宅以外での生活が困難な高齢者等の自宅において、家族介護者に代わりレスパイトケアを提供する介助者の場合には、一定期間、同じ職員が介護に当たるため、労働時間規制の特例を設け、サービス提供期間以外の時期に代休等の措置を手当てする必要があるためである<sup>117</sup>。つまり、現行制度でも複数の人が交代制で在宅でのサービス提供に従事することは可能だが、実証実験では、ESSOC法に基づき、認知機能に問題のある高齢者に対して同一人物がサービス提供を可能にする特例を設けることになった。具体的には、従事する職員は実験に参加する施設等の職員であり、連続勤務期間は6日、12月の間に最長94日、代休の保障といった条件が課せられることになる<sup>118</sup>。現在、16の支援組織が19の県で実証実験を行っている<sup>119</sup>。

政府全体としては、2019年10月に家族介護者支援のための戦略（Agir pour les aidants : Stratégie de mobilisation et de soutien 2020-2022）が打ち出された<sup>120</sup>。戦略は、①専用電話

114 Ministère de la santé et de la prévention *et al.*, Comprendre le Ségur du numérique en santé: Présentation, objectifs et périmètre

([https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media\\_entity/documents/Segur\\_ChantierD\\_DocCommun\\_VF.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/Segur_ChantierD_DocCommun_VF.pdf))

115 <https://baluchonalzheimer.com/>

116 E. Landot, *Société de confiance, droit à l'erreur... Décryptage de la loi ESSOC n° 2018-727 du 10 août 2018*, Cabinet Landot & associés, 2018(Kindle)

117 高齢者介護のための社会・医療社会施設（ESMS）等が高齢者の居宅でのサービス提供を実施するには、一般に2つの方法が存在する。

①従事者方式（mode <<prestataire>>）：施設職員を家族がサービス提供者として利用

②受任者方式（mode <<mandataire>）：本人又は家族がサービス提供者を雇用するが、必要な労働・社会保障又は税制上の手続きを施設が受任（労働法典L.7232-6に基づく他人の利益のための職業紹介と事務代行）

118 *Protection sociale informations*, no 1239, 4 novembre 2020

119 <https://baluchonfrance.com/nos-services/>（最終閲覧日：2023年2月8日）

120

[https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2019\\_10\\_dossier\\_de\\_presse\\_relatif\\_a\\_la\\_strategie\\_de\\_mobilisation\\_et\\_de\\_soutien\\_en\\_faveur\\_des\\_aidants\\_-\\_23.10.2019.pdf](https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2019_10_dossier_de_presse_relatif_a_la_strategie_de_mobilisation_et_de_soutien_en_faveur_des_aidants_-_23.10.2019.pdf)（最終閲覧日：2023年2

の設置、②相談窓口ネットワークの構築、③インターネットによるプラットフォームの創設、④伴走型支援のための支援者の配置、⑤介護休暇手当の創設、⑥介護休暇要件の緩和、⑦介護期間の失業手当の支給日数への不算入、⑧介護休暇期間の年金への自動参入、⑨育児休暇の取得要件の弾力化、⑩介護休職後の職場復帰の円滑化、⑪労使協議での介護者支援の検討、⑫レスパイト支援の資金投入、⑬介護者の健康問題の解明、⑭医療専門職による傾聴、⑮教育におけるヤングケアラー対応、⑯公教育職員の意識向上、⑰ヤングケアラーの教育での配慮という17本の施策から構成されている。

この戦略による取組に関して、IGAS（社会問題総合調査局）が2023年2月に報告書を公表している<sup>121</sup>。バリュショナーージュに関して、報告書は、バリュショナーージュ以外の在宅での支援形態も登場する中で、短時間の家族介護者との代替サービスも含め、レスパイト支援拡大のための財政的及び制度的な裏付けの必要性を指摘している。その他の指摘事項としては、レスパイト支援に関する地域間格差の是正、デイケアや短期入所の拡充、高齢者等とその介護者家族が同時に過ごす休暇レスパイト普及のための障害の除去、レスパイトのための個人向け給付による支援の検討などである。

## 2.6 セギュール医療対話（Séjour de la santé）

医療に関しては、救急等の病院職員のストライキが起きるなど処遇改善が課題となってきた<sup>122</sup>。このような事象の背景には、医学部の定員抑制等の医療費抑制策のツケが病床閉鎖、職員不足、過重労働等の問題がしわ寄せの大きい救急部門に表れたという面がある。その一方で、公立病院の公務員医師の不足の穴埋めのための契約形態の臨時採用医（interim）に多額に資金が投入されるという弊害も発生していた。「私の医療2022」や2019年の法改正（医療制度の組織及び変革に関する法律）は、このような問題への対応策でもあったわけである。政府は、2019年9月に救急部門の処遇改善のための「救急部門再建協約（Pacte de refondation des urgences）」を、また、同年11月には「病院のための投資（Investir pour l'hôpital）」を打ち出すなど病院の魅力を高めるための取組を開始した。そうした中で発生したのがコロナウイルスの感染拡大であった。その対応も加わり疲弊する医療分野の関係者との対話が2020年5月から7月にかけてヴェラン（O. Véran）連帯・保健大臣の主宰で進められることになった。この連帯・保健省が位置するセギュール通りの名前を冠した医療に関する対話（セギュール医療対話）は、医療のみならず

---

月8日)

121 Soutenir les aidants en levant les freins au développement de solutions de répit: Rapport ([https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article878&var\\_mode=calcul](https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article878&var_mode=calcul)) (最終閲覧日: 2023年2月8日)

122 病院制度の抱える問題については、R. Cash, <<Bilan de santé du quinquennat: Ma santé 2022 est-elle au rendez-vous? Crise de l'hôpital public ou crise du système de soins?>>, *Les tribunes de la santé*, 2022/1 N°71, pp.47-59

介護等の福祉関係者も含めたものとなった。7月のとりまとめでは、以下のような職員等の処遇改善、人材養成、関係者間の連携強化等が盛り込まれた<sup>123</sup>。

- ① 医療の改善に必要な190億€の財源投入（病院の負債の穴埋めに130億€、介護や障害者施設も含めた施設の改善、IT化の推進、病診連携等のための投資に60億€）
- ② 医療及び介護施設の処遇改善のための年82億€の投入
  - ・病院職公務員に関する合意で年76億€（医師以外の職員1人当たり183€/月の収入増）
  - ・公立病院の勤務医に関する合意で年4.5億€
  - ・インターン並びに医療及びパラメディカル専攻の学生との協議の結果で年2億€
- ③ 公立病院の15,000人の採用増
- ④ 包括支払方式（T2A）の対象範の縮小
- ⑤ 財源（5,000€）投入による4,000床の増床
- ⑥ 遠隔医療の推進

これらの改善措置については、2021年社会保障財政法を手始めに所要の手当がなされ、関係者との協議も含め順次実施段階に移っている。法律面では、2020年10月に国民議会リスト(S. Rist)議員等が提出し、2021年4月に成立した「信頼及び簡素化のための医療制度の改善に関する2021年4月26日法律第2021-502号」が制度面ではセギュール医療対話の実現策の性格を有している。この45条から成る所謂リスト法(loi Rist)は、医療制度の近代化を実現するのに必要な以下の内容を規定している<sup>124</sup>。なお、当初法案に盛り込まれていた看護師と医師の間に位置する新たな医療専門職(profession intermédiaire)の創設の規定は、医師組合等の反対が強く途中で削除されている<sup>125</sup>。

- ①高度看護師等のコメディカルの活用による医療職種間の連携及び協力の強化（例えば、対応策に関する議会への報告書の提出義務）
- ②助産師等のコメディカルの権能の拡大（例えば、助産師による性病検査等の処方や医師の診断に基づく労務不能の延長）
- ③病院における医師の雇用環境等の改善（例えば、医師の採用等の弾力化）
- ④公立病院におけるガバナンスの簡素化（例えば、病院の執行部の組織体制の裁量拡大、病診連携等による患者への適切な医療への誘導のための「医療アクセスサービス(SAS)」の整備）
- ⑤病院組織の簡素化及び自由度の拡大（例えば、欠員補充のための臨時医師に係る医師派遣会社への派遣費用の上限設定）

---

<sup>123</sup> セギュール医療対話については、本報告書の「第2章 医療保険の仕組み」の「6.4 病院施設における新療報酬」を併せて参照されたい。 <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-conclusions-du-segur-de-la-sante>

<sup>124</sup> 法律の内容及び経緯については、legifrance

(<https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFD0LE000042631584/>)

<sup>125</sup> *Protection sociale informations*, n°1243, 2 décembre 2020



⑥ITの活用等による障害者の医療へのアクセスの改善（例えば、障害者への伴走支援に必要なプラットフォームのデジタル化）

セギュール医療対話から1年目の2021年の夏には翌年の大統領選の前哨戦が始まっており、当時のヴェラン連帯・保健大臣にとっては大きな成果であり、反対陣営にとっては否定的評価になる。そのことを割り引くとすれば、セギュール医療対話は、病院やそれに関係する医療的社会施設の改善には効果があったものの、医療と比べても複雑な制度・施設体系となっている社会施設には改善策が十分及んでいないことが指摘されている<sup>126</sup>。

## 2.7 その他の動向

### (1) 大社会保障制度 (Grande sécu) の議論

フランスの医療費保障の特徴の一つである基礎的な疾病保険制度と補足的な共済等の制度の2階建て構造の見直し、基礎的な制度に集約する大社会保障制度 (Grande sécu) の議論が熾っている。事の発端は、2017年にパリ市病院局 (AP-HP) 長のヒルシュ (M. Hirsch) 局長とパリ政治学院のタビュトー (D. Tabuteau) 教授がルモンド紙において、複雑化した2階建ての制度を統合することによる患者の超過負担 (實際上共済等により償還) の解消と人員の効率化 (疾病金庫等への人員の移管) を実現しようという議論を展開したことに遡る<sup>127</sup>。この場合の超過負担とは、疾病保険でカバーされない費用のことであり、見方によっては、政権がとる自己負担ゼロ政策と軌を一にする問題意識である。

この議論は、2021年7月にヴェラン連帯保健大臣は、HCAAM (疾病保険未来高等評議会) に対して、基礎制度と補足制度の関係について、それまでの検討を踏まえ11月までに報告書を出すよう指示することにより問題として浮上することになった。しかも、報告書を関係者へ提示するより1週間前の2021年11月12日になり、中身が新聞にすっぱ抜かれたことで、特に補足制度関係者に波紋が広がる展開となった<sup>128</sup>。この結果報告書は、補足制度関係者の反発を招き、結局、翌2022年1月になり公表され、そこでは4つのシナリオが並列的に提示されている<sup>129</sup>。すなわち、一つの結論に絞るのではなく、基礎制度と補足制度という二層構造が招く自己負担の加入者間のばらつきや狭間の問題に鑑み、自己負担ゼロに向けての議論を喚起するための、

---

<sup>126</sup> *Protection sociale informations*, n°302, 23 février 2022

<sup>127</sup> « Créons une assurance-maladie universelle », *Le Monde*, 14 janvier 2017

<sup>128</sup> « Le projet d'une "grande Sécu" : un scénario à 22 milliards d'Euros », *Les Echos*, 12 novembre 2021

<sup>129</sup> HCAAM, *Rapport du HCAAM - Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire*, Janvier 2022

<https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-du-hcaam-quatre-scenario.html> (最終閲覧日: 2023年2月8日)



シナリオ 1：現行制度の枠組みの改善

シナリオ 2：補足的保険制度の義務化・普遍化・相互扶助化

シナリオ 3：疾病保険の償還率の引上げ

シナリオ 4：社会保障制度と補足的保険制度との仕切りの撤廃

という 4 つのシナリオである<sup>130</sup>。

その後も、補足制度関係者の反発は強かったが、この時期は大統領選の前哨戦であり、大社会保障制度の問題は鳴りを潜めていた<sup>131</sup>。しかし、社会保障財政法の提出後の 2022 年 10 月になり、ブロン保健予防大臣は、補足的保険制度の関係者との協議会 (Comité de dialogue avec les organismes complémentaires=CDOC) を自らの主宰で開始することになった。協議会では、疾病保険制度との補完関係、権利保障及び自己負担ゼロに向けた役割分担、予防活動への協働、情報へのアクセス及び共有、第三者払いの一般化等が扱われることになっている<sup>132</sup>。

この大社会保障制度は、基礎制度と補足制度という二階建て構造、ひいてはフランスの戦後の社会保障制度の構造に関わる問題である。既に進んでいる金庫運営への国の関与の強化等の動きも合わせて考えるなら、ビスマルク型からベヴァリッジ型への転換の動きとも軌を一にする。その点では、第 5 の社会保障部門といわれる CNSA による自律部門も、高齢者と障害者の介護ニーズに対して、拠出者に限らない普遍的な給付を行う方向にあるとの指摘もある<sup>133</sup>。

## (2) 医療へのアクセスの改善

2022 年 10 月にブロン大臣及びフィルマン・ル・ボド大臣が職能団体連絡委員会 (CLIO) に医師会等の医療関係 7 職能団体を招集した。医療クリオ (Clio santé) とも呼ばれる会議タイの目的は、65.7 万の国民が主治医を持たず、そのうち 60 万人が長期疾病に罹患しているという切迫状況の中で、医師と他の医療職との役割分担を促進し国民の医療へのアクセスの改善を図るこ

---

130 F. Ojerru, << La Grande Sécu : Une réorientation substantielle du financement de la santé en France >>, *Raison présente*, 2022/3 no223-224, pp.15-23 は、シナリオ 1 は目くらしで、まずアルザス・モゼルで実施されている方式(基礎制度と細制度の一体化)を全国に拡大するシナリオ 2 により制度を国営化することでもって全国に拡大し、その上でシナリオ 3 により自己負担ゼロを実現するという 2 段階方式をとるとすれば、シナリオ 2 と 3 が本命であることを指摘している。

131 問題の捉え方は、立場により異なる。補足的保険制度(保険会社の MMA の責任者)の立場と思われる論評としては、D. Bazzocchi, <<Entre État et marché : quel rôle futur pour l'assurance de santé en France ?>>, *Revue d'économie financière*, 2021/3 (No 143), pp.99-101 が、基礎制度の拡大の問題として、CSG 等の負担の引上げ、若年者から高齢者への世代間移転の増大、選択の自由の縮小、保障水準の低下、医療への投資の減少、制度の狭間の残存 (NHS の問題)、社会保障でカバーされない負担(個室料金、医師の追加料金、付添料等)の発生等を挙げた上で、基礎制度の拡大を国民が必ずしも望んでいないことを指摘している。

132 <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/francois-braun-ministre-de-la-sante-et-de-la-prevention-a-installe-hier-un>

133 B. Ferras, <<La cinquième branche : mythe, réalité, objectif? Une analyse, deux ans après...>>, *Les tribunes de la santé*, 2022/4 N°74, pp.47-58.特に筆者は、CNSA が伝統的社会保障部門の特徴である①金庫を介して展開する加入者との間の事務組織、②対象とするリスクに関する保険料徴収及び給付支給を規律する法令を欠いていることや、支援内容も高齢者と障害者では同じではないこと等の問題点を指摘している。

とにある<sup>134</sup>。特に医療過疎地域においては、主治医に誘導し繋ぐ役割を他の医療職種に委ねることも検討課題となっている。また、薬剤の処方についても、初回を別として処方が継続する場合に助産師や薬剤師に処方を認めるか論点となっている<sup>135</sup>。

### (3) Vitale カードの電子化

医療のデジタル化の工程（2019年～）の一環として、プラスチック製の Vitale カードの電子化（スマートフォンのアプリ）が進められている。2022年に10の県で実施された電子版の Vitale カード（e-carte Vitale 又は ApCV）を2025年末までに全国に拡大する予定である。このために必要となる政令が2022年12月30日に出されており、電子化に法令上の根拠を与えている。それによれば、カード式がなくなるわけではなく、カード式と電子式のいずれかを選択することになっている。

---

134 <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/une-avancee-majeure-pour-le-systeme-de-sante-l-ensemble-des-ordres-des>

135 Protection Sociale Informations , N° 1345 , 17/01/2023

## 第 7 章 介護制度

# 1. 制度の変遷

---

「高齢者をいかに遇するかによって、その社会の文明化の程度がわかる」という諺があるが、高齢化に直面している先進国において、高齢者の介護は社会のあり方を根底から問う大きな課題となっている。

フランスにおいても、我が国ほど急速ではないが確実に高齢化が進んでおり（2020年1月時点のフランスの高齢化率は21.3%で、現在の傾向が続けば2070年には高齢化率は29%に達する見込み）<sup>136</sup>、高齢者の介護について、これまでに様々な政策が実施されてきた。現在までの経緯をまとめると、下記のとおりである。

## 1.1 障害者支援から高齢者支援へ

1962年から在宅家事支援に関する給付が始まり、1975年には「Allocation Compensatrice Tierce Personne : ACTP（直訳すると、第三者についての補償手当。詳細は3.4項参照）」という、障害者が日常生活支援のためにホームヘルパーを雇用する費用を補償する手当が設立され、1983年、ACTPの対象が高齢者にも拡大された。

こういった既存の制度については、調整システムの欠落による包括性の欠如、負担と受益における利用者間の不平等（例えば、障害者制度の対象となる高齢者と対象外の高齢者。）、要介護高齢者のニーズ評価の欠落とその結果としてのサービス提供の非効率性や地域格差等が問題点として取り上げられていた。

## 1.2 依存特別給付（PSD）制度の設立

1991年に出示された国民議会報告書（責任者はJean-Claude Boulard）と、計画庁<sup>137</sup>報告書（責任者はPierre Schopflin）は、要介護高齢者に関するこれらの問題を正面から取り上げ、既存の給付や手当を統廃合した新しい制度を作ることを提言した。この提言を受け、要介護高齢者に対して医療福祉の総合的サービスを提供するための新しい枠組み作りに関する社会実験がIlle-et-Villane 県などの15の地域で行われ、その検討結果を踏まえて1997年、「Prestation Spécifique Dépendance : PSD（依存特別給付）」が設立された。

ただし、この給付制度は、「Loi du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux

---

<sup>136</sup> Évolution et structure de la population, Tableau de Bord de l'Économie Française, Insee, 2023

<sup>137</sup> 1946年ド・ゴールによって創設され2006年まで存在した、中長期的な国家戦略策定のための機関。

répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance (要介護高齢者のための自立給付を定める法律の可決を待つ間、依存特別給付によって高齢者のニーズへの対応を目指す法律)」という根拠法の正式名称が示しているように、過渡的なものにすぎなかった。すなわち、PSD 制度はあくまで低所得高齢者（60 歳以上）を対象とした「aide sociale (社会扶助)」で、国ではなく県が主体となって実施する制度であり、日本やドイツのような全ての要介護高齢者を対象とした一般的な制度ではなかった。制度利用には所得制限があり、月の収入が、単身者の場合には 6 千フラン、夫婦者の場合には 1 万フランを超えると、PSD を受けることはできなかった。従って、制度対象外の要介護高齢者については、従来の制度でカバーされる仕組みとなっていた。また、PSD 制度は低所得者を対象とした社会扶助であるため、もし当該高齢者に 30 万フラン以上の遺産があった場合、かかった費用はその遺産から回収されることとなっていた。

その後、PSD 制度に関するいくつかの問題点が明らかとなり、その改革が課題となった。特に、所得制限があるために一般の高齢者に使いにくい制度になっていること、死後の費用返還（遺産からの回収）の仕組みがあること等のために、重度の要介護高齢者に利用者が偏りすぎ、結果として利用者が少ないことが指摘された（2001 年 1 月時点で 135,000 人、ちなみにサービスが必要な高齢者は約 800,000 人と推定されていた。）。更に、給付の認定自体は共通の評価表で行われるが、その給付水準には県によって大きな差があることが問題とされた。

### 1.3 個人別自立手当（APA）制度の設立

このため 1999 年、首相からの命を受け、国会議員の Paulette Guinchard-Kunstler が PSD 制度の問題点や今後とるべき政策の方向性について検討し、『フランスで年をとること』というタイトルの報告書を取りまとめた。これを踏まえ 2001 年、「Loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (高齢者の自立喪失についての支援及び個人別自立手当に関する法律)」が成立、2002 年 1 月から全国共通の制度である「Allocation Personnalisée d'Autonomie : APA (個人別自立手当。詳細は 3.1 項参照)」が、PSD に替わって導入された。APA は、PSD と比較すると、認定及び給付における県ごとの差が少ないこと及び給付条件が良いことから、その利用者が急速に増大し（APA 開始後最初の一年間で、605,000 人が利用。これは、PSD の利用者の 4 倍にあたる数）、一部ではその財政問題が議論の対象となった。そのため 2003 年 3 月「Loi du 31 mars 2003 portant modification de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 (2001 年 7 月の法律に対して変更を行うための法律)」が公布され、在宅 APA の支援内容について監査を実施し給付の適正化を図る、給付の開始時期を申請書類提出時から県による給付決定時に変更する、国から



県に対する財政支援を強化するといった制度改定が行われた。

#### 1.4 要介護高齢者への支援の拡充

2003年の夏、ヨーロッパを襲った canicule（熱波）により、多数の高齢者が死亡したことは、フランス社会に大きな衝撃を与えた。都会で孤立した要介護高齢者が多く死亡したことで、政府はその対策のまずさについて批判をあびることとなった。皮肉にも、このエピソードにより、介護が大きな政策課題として認識されるようになったともいえる。

熱波の教訓を踏まえ、2004年、「Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées（高齢者及び障害者の自立のための連帯に関する法律）」により、高齢者及び障害者の両方を対象とした自立支援政策の実施を担う「Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie : CNSA（全国自立のための連帯金庫）」が設立された。また、財源確保のために「journée de solidarité（連帯の一日）」が導入された。これは、被用者が給料を貰わずに年間一日分余計に働くことを意味する（休日に働く、あるいは、超過手当をもらわず7時間余分に働く等）。使用者の側は、「Contribution de Solidarité pour l'Autonomie : CSA（自立のための連帯拠出金）」として、給料の0.3%を拠出することとなった。このようにして国に集められた資金は、CNSAを通じ、県に対する財政支援として交付されている（詳細は第4節参照）。

2005年、あらゆるハンディキャップについて、その障害の原因や性質、年齢、生活スタイルによらず、その影響について補償されるべきだという原則を明確にした「Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées（障害者の権利及び機会の平等、社会参加並びに市民権のための法律）」が成立し、具体的な方策として、「Prestation de Compensation du Handicap : PCH（ハンディキャップ補償給付。詳細は3.4項参照）」が導入され、CNSAのミッションが拡充された。また、この法律により、障害者の支援（障害者手帳の発行、PCHの運営、医療福祉施設の紹介等）を統合して行うための組織として、「Maison Départementale des Personnes Handicapées : MDPH（県障害者施設）」が設立された。

#### 1.5 社会の高齢化への適応に向けて

2007年に大統領となったニコラ・サルコジは、選挙公約の柱として、介護制度の抜本的改革を掲げた。サルコジの大統領就任後には、介護という「第5のリスク」に対処するためにどのような制度が必要かというテーマで、様々な報告書が作成され、あらゆる関係者を招いての協議が重ねられたが、世界金融危機の影響もあり財源の見通しがたたず、実現することはなかった（詳細

は第6節参照)。

2012年に大統領となったフランソワ・オランドも選挙公約の中で高齢者福祉の改善・充実をあげていたが、新たな介護制度の創設には踏み込まず、現行制度の改定を行うにとどまった。具体的には2015年、「Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (社会の高齢化への適応に関する法律)」が成立した。この法律は、1) 要介護高齢者への支援を充実させること、2) 建築・街づくり・交通といった政策のあらゆる面において高齢化への対応を考慮すること、3) 要介護状態に陥るリスク要因を特定し対策を講じること、の3つを基本的柱としている。具体的施策としては以下のような事項が盛り込まれた。

- ・ 在宅介護に関するAPAを充実させること(介護サービスの限度額を引き上げる、介護サービス利用者の自己負担額を減らす[3.1項]等)
- ・ 家族等の身近な介護者の役割を評価し、これらの介護者への支援を強化すること(介護者が休息する権利を明確にし、デイサービスやショートステイを利用する際の資金援助を行う、介護者が入院した場合には一時的サービスを受けられるようにする等)
- ・ 介護予防策を強化すること(県ごとに、様々な介護予防施策への財政支援を調整するための協議会を設置する、自宅と介護施設との中間と位置づけられる介護度の低い高齢者のための「résidences autonomie (直訳すると自立住居。それまで logements-foyers と呼ばれてきた施設。自立した住居の集合体で、共同サービスの利用は任意)」における介護予防のための取組を推進する等)
- ・ 施設に関する情報公開を推進すること(「Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : EHPAD (直訳すると、要介護高齢者のための居住施設。詳細は5.1項参照)」の料金設定をホームページ上で公開する、EHPADに入所した場合の自己負担額を計算できる機能をホームページに付与する[3.6項]等)
- ・ 要介護者の権利保護を確実にすること(医療機関に入院している高齢者だけではなく、医療福祉施設に入居している高齢者も後見人を指定できるようにする、要介護となった時に備えて予め保護について規定しておく「将来保護委任」の仕組みについての認知度を高める等)

また、こういった施策を実施するために、2013年に導入された「Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie : CASA (自立のための連帯追加拠出金)」による収入の一部が割り当てられることとなった。CNSAを通じた国から県への財政支援についても、2016年からは、従来のConcours APA 1に加えてConcours APA 2と呼ばれる2015年の法律施行のための予算枠が設けられ、増額となった(2023年の予測値はConcours APA 1が22億1,200万ユーロ。Concours APA 2が4億8,085万ユーロ。) <sup>138</sup> (第4節参照)。

2017年5月に大統領となったエマニュエル・マクロンは、元々選挙公約の中で身近な介護者へ

---

138 <https://www.cnsa.fr/budget-et-financement/concours-aux-departements/>

の支援の充実、介護施設の質の改善といった事項を掲げており、就任直後の2017年6月の記者会見でも高齢者の介護という課題に言及していた。しかしながら、任期一期目前半では労働法制改革、税制改革等が政府の最優先事項となり、介護制度に関する目立った取組は見られなかった。

2020年前半、COVID-19の感染拡大によりフランス社会は危機に陥った。特に高齢者は重症化しやすく、EHPADでの死者が相次いだ（詳細は5.5項参照）。また、医療を含めた社会保障制度の財政は急激に悪化した。こういった事態を受けて2020年7月、政府より法案が提出され、「Loi organique et la Loi du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie（社会保障債務及び自立に関する組織法及び法律）」が成立し、ついに、介護という「第5のリスク」が社会保障制度の中で位置づけられることとなった。（詳細は6.4項参照）。

## 2. 制度の基本理念・原則

---

### 2.1 言葉の変遷

2002年に開始されたAPA制度においては、それまでのPSD制度における「dépendence（依存）」という言葉に替わって、「perte d'autonomie（自立喪失）」という言葉が使われている。これは、「依存」という語には、障害を有する人が社会の重荷になっており、他の人と比べて劣っているといったニュアンスが感じられるという意見があるためである。しかしながら、あらゆる人がその生涯の中で、疾病や事故等により自立を喪失し他者に依存する時期を経験する可能性があり、社会はそもそも相互依存の関係の上に成り立っている、と考えれば、依存と自立喪失という言葉にそう大きな差異はないという意見もある。

一方の「自立」という語は、個人のキャパシティや自由意志に着目し、個人がそれまで生きてきた中で蓄積したものを保つことに重点を置き、よりポジティブなニュアンスがあるとされる。

### 2.2 法律上の規定

2001年のAPAを創設した法律に基づく『社会福祉及び家族法典』（Code de l'action sociale et des familles）<sup>139</sup>のL232-I条には、「Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.（フランスに居住し、身体的あるいは精神的状態に伴って、自立が一部欠如あるいは全く喪失していることに起因する結果を、自身で

---

139 近代フランスにおいては、ナポレオンが法典化を開始。新たな規定を設ける際には「〇〇法典に第〇条として以下の条文を追加する」といった内容の法律により法典の改定を行う。

は負担できない全ての高齢者は、その人の必要に応じた支援を受けることを可能にする個人別自立手当を受給する権利がある。）」と、制度の原則が書かれている。

この条文は更に「Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, notwithstanding les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. (この手当は、フランス全土において同一の条件で規定され、治療を受けているにもかかわらず、生活上の基本動作を遂行するにあたって支援が必要であるか、その状態が定期的な見守りを必要とするような人に支給される。）」と続くが、これは「依存」という状態を定義した1997年のPSDに関する法律の条文「l'état de la personne qui, notwithstanding les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière」とほぼ同一である。このように、フランスにおける現在の介護制度は、これまでの制度の積み重ねでできており、それがともすると複雑さや非効率性を産む結果となっている。

## 2.3 具体的な制度設計

APA制度の原則は、1)「Droit objectif et universel (客観的で普遍的な権利)」、2)「Aide individualisée (個人のニーズに応じた支援)」、3)「Gestion décentralisée bénéficiant d'un concours financier national (国からの財政支援を伴う地方分権化された運営)」といった言葉で表される。具体的には下記のような制度設計となっている。

- 1) APAにはPSDのような所得制限はなく(費用の遺産からの回収もない)、全ての高齢者を対象とした制度である。また、在宅か施設入所かによらずAPAを受給することができる。
- 2) 客観的な全国統一の要介護度評価一覧表(AGGIR: 詳細は3.1項参照)に基づいて対象者の要介護度が評価され、更に、対象者のニーズに応じた「介護支援プラン」が作成される。対象者の自己負担割合については、全国共通の計算表に基づいて、対象者の所得に応じて決定される。
- 3) 地方分権の流れの中で、社会福祉分野の施策は国から県に移管されており、高齢者向け施策の実施主体は県である(PSDを担当していた県職員数は全国で1,300名であったが、APAになってからは4,400名に増加)。ただし、財政面では、県の社会福祉関連予算に加えて、国もCNSAを通じて資金を拠出する。

### <参考>

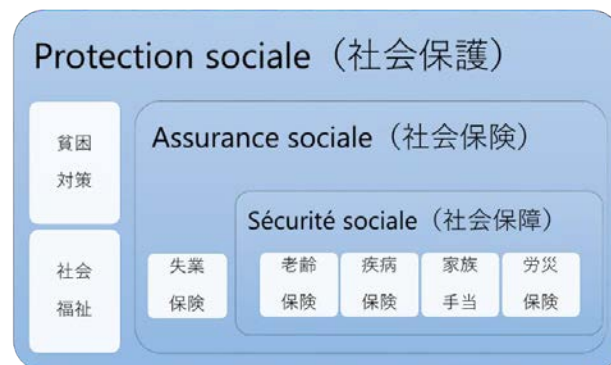
社会保障制度の概念は、フランスと日本とでは全く同じではない(図表7-1)。

フランスにおける「sécurité sociale (社会保障)」は、基本的には『社会保障法典』(Code de la sécurité sociale) に規定されている①老齢保険、②疾病保険、③家族手当、④労働災害保険の4つを指す。これらは、分担金(保険料)を支払うことによって受給の資格を得るという「assurance sociale (社会保険)」の考え方に基づくものである。第二次大戦直後の1945年10月に、対象者やリスクについて普遍的な社会保障制度の設立を目的とするオルドナンスが公布された際には、まだ、介護というリスクは幅広く認識されていなかった。社会保障4分野には含まれないが、同じく保険方式によって運用されているものとして、失業保険がある。

保険方式では、分担金を支払えない人は対象から漏れる。こういった人を援助・救済するのが「assistance (扶助・支援)」で、所得が一定以上の人は給付を受けられない。扶助の例は、貧困対策として知られる「Revenu de Solidarité Active : RSA (積極的連帯所得)」である。高齢者の介護に関しても、PSDの時代は「扶助」という位置づけであったため、所得制限があった。しかし、障害や介護というリスクについて、普遍的な支援制度が必要だという考えが広まり、所得制限のないAPAやPCHが設立された。これらは、assistanceの近代的な形ということで「aide sociale (社会扶助)」と呼ばれる。「扶助」は、「solidarité nationale (国民連帯)」の精神に基づいており、その財源は税金であることが多い。

運営様式は異なるが、社会保険も社会扶助も、個人に起こりうるリスクを集団で分担するメカニズムであるという点では同じである。このような仕組み全てを包含した概念が「protection sociale (社会保護)」で、日本における「社会保障」(年金、医療、雇用保険だけでなく、より幅広く生活保護や児童手当、福祉も含まれる。)に一番近い。

図表 7-1 フランスにおける社会保障の概念 (筆者作成)



### 3. 要介護高齢者向けの支援

フランス政府のホームページ (<http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>) によれば、要介護高齢者が利用できる支援としては、以下のものがある。



### 3.1 個人別自立手当 (APA)

所得に関係なく、60歳以上でフランスに合法的に定住している要介護高齢者は全てAPAを受給することができる。年齢、居住、要介護という条件を満たす全ての人に支給されることから、「allocation universelle (普遍的手当)」であり、所得制限のある「aide sociale (社会扶助)」とは異なる。

#### ① 在宅APA

在宅APAの額は、1) 受給者の収入、2) 要介護度 (Groupes Iso-Ressources : GIR)、3) 「介護支援プラン」の費用の3要素により決定される。APAの申請が行われると、県(あるいは県の委託を受けた機関)から申請者の自宅に「équipe médico-sociale (医療福祉チーム)」が派遣される(チームのうち最低1名は申請者の自宅を訪問することが義務付けられている。訪問を受ける際、申請者が希望すれば、かかりつけ医の同席が可能。)。医療福祉チームは「Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources : AGGIR (直訳すると、自立、老年学、同程度の能力グループ)」と呼ばれる全国統一の要介護度評価一覧表を参照して、要介護度を評価する。具体的にはGIRの1~6までの6段階で認定され、1が最も重症(非常に高度な介護を要する)で、6が最も軽症(自立)である(図表7-2)。GIRの1から4までと認定された場合は、APAの受給が可能となる。この場合、医療福祉チーム、介護支援プランの提案も併せて行う。GIR 5及び6の場合は、APAの対象とならないため、県が提供する在宅家事支援(3.2項)等を利用することになる。

図表 7-2 GIR 各段階の要介護度

|       |  |
|-------|--|
| GIR 1 | ベッド上もしくは車椅子生活。精神機能が著しく損なわれており、切れ目のない介入が不可欠。もしくは、ターミナルの状態。                                    |
| GIR 2 | ベッド上もしくは車椅子生活。精神機能は完全には損なわれていないが、日常生活の大半の活動について支援が必要。もしくは、精神機能は損なわれているが、自らで移動は可能であり、常時監視が必要。 |
| GIR 3 | 精神的な自立及び一部の身体的自立は保たれているが、身体のケアのために、日常的に、日に何度も支援が必要。  |
| GIR 4 | 一旦立位になれば、屋内の移動は可能。身支度や着替えに支援が必要。もしくは、運動器上は問題がないが、身体ケアや食事について支援が必要。                           |
| GIR 5 | 身支度や食事、家事について、時々、支援が必要。  |
| GIR 6 | 日常生活の基本動作について、自立。  |

出典：<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

GIRの認定にあたっては、10項目の身体・精神活動が参考とされる。10項目とは、①言語・非言語によるコミュニケーションや良識的・論理的行動能力、②時間空間認識、③身支度、④着替え、⑤食事、⑥排泄、⑦立位・臥位・座位の移行、⑧生活空間内での移動、⑨生活空間外での移動、⑩必要な場合に電話やアラームといった遠隔伝達手段を使用する能力である。更に、この10

項目に加えて申請者の状況をより全般的に評価するための補足7項目が考慮される。7項目とは、①お金の使用、財産や物の管理、行政手続き、②食事の準備、配膳、③日常の家事の遂行、④交通手段の利用、⑤物品の購入、⑥医師の処方理解、自己管理、⑦娯楽の実施である。

「医療福祉チーム」は通常、医師及び社会福祉の専門家（ソーシャルワーカー、看護師等）により構成されるが、実際の活動方法は県によって異なる。例えば、要介護度の評価は医師が行い、介護支援プランの作成は社会福祉の専門家が行うというように、完全な役割分担がなされていることもある。この場合には、医療と福祉の連携がなされておらず、あるべき姿からかけ離れているという指摘もある。ただ、行政組織の中で医療と福祉は異なるセクションに属することも多く、共通の文化を持っていないというのが実情のようである。また、申請者のかかりつけ医の診断書において GIR 5 及び 6 とされた場合は、それをもって APA の適用外と決定するといった運用の県もあったため、申請者の権利保護のため制度運用の是正が求められた。

要介護度については、医療福祉チームによる評価がなされた後、県に設置されている「Commission de proposition et de conciliation（提案及び調停委員会）」において認定される。この際、介護支援プランや自己負担額についても決定される。申請者がこの決定に不服の場合は、再度委員会に諮られ、県からセカンドプランが提示される。一旦認定を受けた後は、状態が悪化した場合を除き、12 ヶ月間は再申請できない。こういった委員会による認定という手続きがあることで、申請から APA の受給までに時間がかかり過ぎるといった批判があった（法律では 2 ヶ月と定められているが、これを遵守している県はほとんどなかった）。そこで、2015 年の「Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement（社会の高齢化への適応に関する法律）」（第 1 節）は、手続きの簡素化を図るために、委員会への諮問は必須ではないとした。

「介護支援プラン」に含まれるサービスのうち、在宅 APA の対象となるものは、在宅支援サービス、遠隔見守りのための機材、衛生用品、食事配送、住宅リフォーム工事（一部の場合）、短期入所サービス（日中のみ、あるいは宿泊つき）、交通費、「accueillant familial（直訳すると、家庭ボランティア。自宅にて有料で、高齢者や障害者を受け入れるもの。）」によるサービス等である。介護支援プランは、本来は、申請者のニーズに応じて、必要と考えられるサービスを網羅する形で策定されるべきものであるが、実際は財政事情を考慮したものが多く、本来の姿からかけ離れているという批判もある。

サービスを受けるにあたって、受給者の月収が 864.60 ユーロ（2023 年時点の値）以上の場合には自己負担が発生する。月収 864.60 ユーロから 3,184.11 ユーロの間の受給者については、介護支援プランの額によって、自己負担割合が決定される（控除率は 10～100%の間で、自己負担はプラン費用の 90～0%となる。月収が増えるにつれて控除率が減る。）。月収が 3,184.11 ユーロ以上の場合、介護支援プランの額によらず控除率は 10%で、プラン費用の 90%にあたる額が自己負担

となる。在宅 APA 受給者の平均的な自己負担割合は 20%である (4.2 項)。GIR に応じて月間利用限度額が決まっているが、在宅介護の強化を打ち出した 2015 年の法律により限度額が引き上げられた。

GIR 5 及び 6 と評価された場合は、自立しているとみなされ APA は受給できないが、在宅家事支援 (3.2 項) を利用することが可能である。なお、在宅 APA は、次項以降に記載する在宅家事支援 (3.2 項)、老齢保険金庫による支援 (3.3 項)、ハンディキャップ補償給付 (3.4 項) と重複して受給することはできない。

## ② 施設 APA

施設 APA の額は、1) 入所者の収入、2) 入所者の要介護度 (GIR)、3) 施設に適用される介護に関する料金、の 3 要素により決定される (詳細は 5.2 項参照)。

施設入所者の場合、入所から約 1 カ月後に、「médecin coordonnateur (直訳すると、コーディネーター医師。老年医学を修めた医師で、施設管理者に助言を行う。施設全体のサービスの質向上のために、専門職のコーディネートや教育、法律遵守状況の確認等を実施。)」により要介護度の評価が行われる。

## ③ APA 受給者の状況<sup>140</sup> (データについては第 8 章 6 節も参照のこと)

2020 年末時点で APA の受給者は約 132 万人で、2002 年の APA 制度創設時と比較すると受給者数は 2 倍となっている。ただし、2020 年は、APA 制度創設以降初めて、前年度より受給者数が減少した (2019 年から 1.5% 減。施設入所の APA 受給者については 2.4% 減で、在宅の APA 受給者の 0.8% 減と比較して、より顕著な減少。)。この減少は 2020 年における COVID-19 に伴う高齢者の死亡増加 (施設入所者は高齢で要介護度も高いことから、死亡率が高かった。) 及び施設への新規入所者の減少によるものと考えられる。APA 受給者のうち、在宅 APA 受給者が 78 万 2 千人で、施設受給者が 53 万 6 千人と、概ね在宅 : 施設が 6 : 4 の割合となっている。

施設 APA 受給者の 58% は GIR 1 及び 2 で、在宅 APA 受給者 (GIR 1 及び 2 の受給者は 20%) と比べると、要介護度が高い。

60 歳以上の人口のうち 7.3% (女性は 10%、男性は 4%。女性の方が、平均寿命が長いことを反映して、APA 受給者の約 4 分の 3 が女性。) が APA を受給しており、その割合は年齢が上がるにつれて増加する。79 歳までは 2% なのに対し、80 歳から 89 歳の年齢層で見ると 17% が APA の受給者である (女性では 20%、男性では 12%)。85 歳以上の高齢者の約 3 分の 1 が APA を受給している。

---

140 L'aide et l'action sociales en France, DREES, 2022.

## 3.2 在宅家事支援

65歳以上（就労不能な場合は60歳以上）で、家事の実施が困難であり、APAを受給しておらず（GIR 5及び6の場合には、APA受給不可）、収入が限度額以下（限度額は2023年時点で、独居ならば月収961.08ユーロ、カップルならば1,492.08ユーロ、いずれも住居手当を除いた額）の場合、「Aides ménagères à domicile（在宅家事支援）」を受けることが可能である。これは、所得制限のある「aide sociale（社会扶助）」である。収入限度額以上の場合には、「Caisse de Retraite（老齢保険金庫）」が提供する支援（3.3項）を受けることになる。

家事支援の内容は、支援対象者のニーズに応じて決まるが、代表的なサービスは、住居の清掃、洗濯、身支度の手伝い、食事の準備等である。サービスの利用時間も、支援対象者のニーズに応じて決まるが、1ヵ月あたりの利用限度は30時間（カップルで両方が支援を受けている場合は48時間）である。

収入に応じ扶助の額が決まり、家事支援を実施する県の認可を受けたサービス提供者に対して直接支払われる。ただし、支援対象者が居住するコミューンには該当するサービス提供者が存在しない場合や、対象者が自分自身でホームヘルパーを雇う場合には、対象者に支払われる。自己負担額は県が設定する。この扶助は、県からの「前貸し」の位置づけであり、対象者の遺産が46,000ユーロ以上の場合、かかった費用が遺産から回収されることになっている。収入が限度額以下の裕福ではない人を対象とした社会扶助であるにもかかわらず、遺産からの回収があるのはおかしいという指摘もあるが、実際は、遺産からの回収はごく稀にしか行われていないようである。

この制度は県が所管しているが、申請はコミューン（日本の市町村に相当）が設置する「Centre Communal d'Action Sociale : CCAS（コミューン社会福祉センター）」で行う。社会扶助の給付は、法律で規定されているCCASの必須の事務である。1980年代から2000年代にかけて段階的に進められた地方分権により、生活困窮者の支援（「Revenu de Solidarité Active : RSA（積極的連帯所得）」といわれる低所得労働者を含む生活困窮者に対する生活保障及び就労促進のための給付事業等）、高齢者福祉、障害者福祉といった社会福祉については、国から県に権限が移管された。この際、財源も移管されたが、年々増加する社会福祉費は、県の財政に重くのしかかっている。このように、州、県、コミューンという3つの地方公共団体のうち、社会福祉施策を主に担うのは県であるが、コミューンにはCCASが設置されており、社会扶助給付の事務を担っている。住民に最も身近な行政組織であるコミューンで各種扶助の申請ができるというのは、利便性の面では良いが、県とコミューンのサービスが重複しているという批判もある。

なお、法定の社会扶助に上乘せする形で、県が独自に行う支援もある（ショートステイ・デイサービスの費用や交通費の援助等）。また、コミューンによっては法定事項に上乘せして、独自の福祉施策を実施している。例えば、電気料金や、遠隔見守りサービス・食事配送サービスの費用



を支援しているコミュニケーションもある。

### 3.3 老齢保険金庫による支援

退職者に対しては、「Caisse de Retraite (老齢保険金庫)」が様々なサービスを提供している。特に、APA の対象とならない自立しているとみなされる高齢者に対する「介護予防事業」は大きな柱である。具体的には、栄養、睡眠、精神的バランス、交通安全といったテーマの講習会を開催し、上手に年をとるためのアドバイスを提供している。また、社会的繋がりがある高齢者の方が自立を保つことができるとされていることから、家の外に出て様々なアクティビティに参加することを推奨している。

病院から自宅に戻った際、あるいは配偶者と死別した際など、日常生活の継続に支援が必要となった場合には、個人のニーズに合わせたサービスを受けられる。支援の内容は、買い物、掃除、食事の配送といった家事支援、遠隔見守りや住宅のリフォーム、引越しに伴う手続きや適切な入所施設探しの手伝いといったことまで多岐にわたっている。APA が提供している支援もほぼ同じ内容であり、APA を受給している場合は、老齢保険金庫による支援は受けられない。

「Inspection Générale des Affaires Sociales : IGAS (直訳すると、厚生政策監察総監。保健医療福祉分野の重要なテーマについて監査を行い是正すべき点について指摘する部局)」は、2009年のAPAに関する報告書において、県によるAPAや在宅家事支援、老齢保険金庫による支援については内容が似通っていると指摘し、その役割分担を明確にするよう勧告している。要介護度がGIRの1から4までであればAPAの利用が可能で、GIRの5及び6ならば老齢保険金庫による支援を受けることになるが、切れ目のない支援を行うためには、要介護度の評価や介護支援プランの作成について、県と老齢保険金庫が共通のシステムを用いるようにする等、緊密に連携することが必要である。また、老齢保険金庫による支援は、より「予防」に重点を置いたものにするべきとの意見もある。

### 3.4 ハンディキャップ補償給付 (PCH)

PCHは、高齢者向けではなく、一般的な障害者向けの給付である(1.4項)。対象者は、ハンディキャップのために、日常生活の動作を行うのに支援を要する者である。給付を受けるためには、フランスに合法的に定住していなくてはならない。また年齢については、最初の申請時60歳未満でなくてはならない(60歳以上ならばAPAの対象となる。ただし、60歳になるより前にPCHの要件を満たしていた人については75歳未満。退職可能な年齢となっているが働いている人もPCHの対象となる。)。一旦PCHの受給対象者となった後は、希望すれば、一生涯受給することが可能である。障害者が年齢を重ねた場合、PCHとAPAのいずれも受給可能ということになるが、この二



つを重複受給することは不可能なため、どちらかを選択しなくてはならない。

障害の評価についての詳細は省くが、APAと同様に、複数の専門家により構成されるチーム（ただし、APAとは異なりPCHについては、県ではなくMDPH〔県障害者施設〕が担当。）が派遣され、立ち上がる、歩く、洗う、話す、聞く、見るといった19項目の日常生活の動作について評価する。このうち1項目について完全な障害、もしくは、2項目について重度の障害がなくてはならない。障害が認定された場合には、MDPHの「Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées : CDAPH（障害者の権利及び自立委員会）」から支援プランが提示される。

PCHは「prestation universelle（普遍的給付）」であり、所得制限はない。ただし、支援プランの費用について、対象者の年間所得が29,061.72ユーロ（2023年時点の値）以下ならば自己負担はないが、この額を上回る場合は、費用の20%を負担しなくてはならない。PCHについては、県が提供する在宅家事支援とは異なり、遺産からの回収は行われず。PCHによる支援の内容は、日常生活のための身体介助、介護機器等の技術的支援、住居や乗り物等のリフォーム等で、家事支援は含まれていない（ただし、障害者については育児支援のための人を雇用することが可能。）。このため、PCHを受給しつつ、県が提供する在宅家事支援のサービスを利用することも可能である。なお、APAとは異なり、施設入所の費用についてはPCHの対象とはならない。給付には限度額がある。例えば、技術的支援については10年間で13,200ユーロまで、住宅リフォームについては10年間で10,000ユーロまでと定められている。

障害者の家族が行う支援についても補償される。支援プランの一環として行われていることが必要で、その場合、家族介護者として1時間あたり4.39ユーロが支払われる。支援をする家族が、そのために仕事を制限する場合は、この額は6.59ユーロとなる。

2006年にPCHが設立される前は、日常生活支援のためのホームヘルパーを雇用する費用を補償する「ACTP（直訳すると、第三者についての補償手当）」が存在した（第1節）。この手当は、80%以上の障害率を有すること、フランスに合法的に定住していること、収入が限度額を超えないこと等の条件を満たせば受給可能であった。なお、障害率とは、組織変性や機能低下等によってどの程度活動が制限されているかを表すもので、80%以上の障害率は、日常生活において重大な障害があり個人としての自立を保てないような状態を指す。2006年より前にACTPを受給していた人については、希望すれば、PCH設立以降もACTPを継続して受給可能である。また、60歳以上になれば通常はAPAの対象となるが、ACTPに年齢制限はないため、これまでACTPを受給してきた障害者が年齢を重ねて60歳を超えた場合、希望すればACTPを継続して受給することができる。

### 3.5 居住に関する社会扶助（ASH）

65歳以上（就労不能な場合は60歳以上）で、フランスに合法的に定住しており（3か月以上途

切れることなく居住)、「Aide Sociale à l'Hébergement : ASH (居住に関する社会扶助)」の対象施設として認定されている EHPAD、「Unités de Soins de Longue Durée : USLD (直訳すると、長期療養ユニット。医療機関に併設され、対象者は高齢者に限らない。)、もしくは老人ホーム(2015年の法律以降は正式には「自立住居」と呼ばれるが、一般に浸透しているこの語を用いる。以下同様)のいずれかに居住していて、居住費が所得を上回っている場合、ASH を受けることができる。この制度は県が所管しているが、申請は、在宅家事支援と同様に、CCASで行う。施設への入所から2ヵ月以内に申請を行うこととされている。

ASHによって、施設の居住費の一部もしくは全額が負担される。また、入所者の医療費の自己負担分(支払い済みのもの)についてもASHの対象となる。県が、対象者(及びその配偶者、扶養義務のある者)の所得を考慮して、ASHの額を決定する。ASHの受給者は、収入の90%を施設に支払い(ただし、受給者の手元に残る10%の額は1月あたり115ユーロ以上でなければならない。)、更に不足している居住費については、配偶者、扶養義務のある者、及び県が負担する。ASHは、在宅家事支援と同様、対象者の遺産から回収されることになっている。また、対象者の財政状況が改善した場合や、対象者が寄付を行った場合には、対象者が生存中でも回収可能となっている。ASHは、施設以外に、自宅にて有料で高齢者や障害者を受け入れる *accueillant familial* (3.1項)にも適用される。

### 3.6 住宅扶助

「Aides au Logement (住宅扶助)」には、「Aide Personnalisée au Logement : APL (住宅に関する個人別扶助)」と「Allocation de Logement Sociale : ALS (社会住宅手当)」の2種類がある。APLは、施設や貸主が国と協定を結んでいる場合にのみ適用され、それ以外の場合はALSとなる。住宅扶助を受給するには、住居を借りている、住居購入のため借金をしている、高齢者向け施設に居住している、*accueillant familial* (3.1項)の家に居住しているといった状況でなければならない。なお、住居というのは年間8ヵ月以上を過ごす本宅のことである。ただし、高齢者で施設に入所しているが、入所前の住居を維持している場合は、施設が現在の本宅とみなされる。年齢制限はない。

申請は、「Caisse d'Allocations Familiales : CAF (家族手当金庫)」(ただし「Mutualité Sociale Agricole : MSA (農業社会共済)」に属する人はMSA)に対して行う。なお、家族手当金庫は、高齢者に限らず、広く一般に住宅扶助を行っている。扶助額は、自宅の場合は①対象者(及び配偶者)の所得、②家賃もしくはローンの金額、③住居の所在場所、施設の場合は①入所者の所得、②施設の居住費、③施設の所在場所、に応じて決定される。扶助は毎月支払われ、住居の貸主や施設に直接支払われるという形も可能である。同じ条件下では、APLの方がALSより金額は多く

なる。

### 3.7 税制上の支援

日常生活の介助や掃除等の家事支援のために在宅支援サービスを利用している、あるいは自身で在宅支援のための人員を雇用している、もしくは、高齢者向け施設に入所している場合には、税制上の優遇措置が受けられる。

2016年までは、在宅支援サービスに関しては、サービスにかかった費用（APAにより支払われた額を差し引いた自己負担分）の50%が税額から控除された（「réduction d'impôt」という。ただし、1人当たり12,000ユーロ、あるいは、障害者手帳を有している場合は20,000ユーロという上限あり）。この場合は、払うべき税金がある人しか恩恵を受けられなかった。2017年以降（2017年分の所得について2018年に支払う税金が対象）は、在宅支援サービスにかかった費用の50%が「crédit d'impôt（直訳すると、税のクレジット）」の対象となり、この額が支払うべき税額を上回った場合は、還付が受けられることとなった。

EHPAD、USLD、もしくは老人ホームに入所している場合は、2016年までの在宅支援サービス利用者と同様に、「réduction d'impôt（税額の控除）」を受けることができる。その額は、施設における介護費及び居住費（APAや住宅扶助の額を差し引いた自己負担分）の25%である（上限は年間2,500ユーロ。）。介護費の支払いはなく、居住費のみ支払っている場合は、控除の対象とならない。払うべき税額よりも、控除される金額の方が大きい場合は、支払う税金は0となる。しかし、「crédit d'impôt」とは違い、余った控除金額分の還付はない。2023年より「versement de l'avance des réductions et crédits d'impôt（簡単に言うと、前払い制度）」が導入され、2022年の税の状況（2021年の収入の状況に基づいて計算。）に従って、1月に前もって振込が行われることとなった（2023年分について、1月の振込額以上の支給額だった場合には、夏に追加で振込が行われ、1月の振込額を下回る支給額だった場合には、9月に余剰分を返還する）。

### 3.8 疾病保険金庫による支援

一定の所得水準に満たない人については、疾病保険金庫による公的保険ではカバーされない医療費をカバーするための「Couverture Maladie Universelle Complémentaire : CMU-C（補足的CMU<sup>141</sup>）」を、疾病保険金庫が無料で提供する。この支援の受給者は、公的保険ではカバーされな

---

141 通常の補足疾病保険は、Mutuelle（相互扶助組合）によって運営されていることが多く、社会保障法典に基づく疾病保険金庫による公的保険と区別して、民間保険に分類される。2000年、公的保険についての国民皆保険（CMU）が実現したが、その際にCMU-Cの制度が導入され、補足疾病保険についても全国民が加入することになった。（第2章7節）

い入院費を支払う必要はなく、更に、通常の補足疾病保険ではカバーできないとされている、診療や検査といった医療行為ごとにユーロ請求される自己負担金についても免除される。なお、これは高齢者に限った制度ではない。

CMU-C を受給するための所得制限を若干上回ってはいるが、やはり所得の低い人については、「Aide au paiement d'une Complémentaire Santé : ACS (補足疾病保険金補助)」という制度がある。60歳以上の高齢者については、補足疾病保険の年間保険料から550ユーロが差し引かれる。ただし、この制度を利用するためには、補足疾病保険の運営母体がACSに関する協定を結んでいなくてはならない（該当する運営母体については省令で告示されている）。

## 4. 財政

### 4.1 介護関連費（広義）

高齢者の介護関連費用は、算出が容易ではない。それは、純粋な介護費（日常生活支援費）だけでなく、医療費や居住費も含めなくてはならず、また、家族等によるインフォーマルな介護の費用も考慮しなくてはならないからである。こういった広範な定義で介護に関連する費用を算出すると、図表7-3の通り、410億～450億ユーロとなる。公費に限ってみると235億ユーロであり、これはフランスのGDPの1%にあたる額である（この額は今後2040年までに、GDPの0.3～0.7%増加すると予測されている。これは、年金の増加率に比べれば緩やかな増加である）。その内訳は約半分が医療費（疾病保険金庫の負担）、約3分の1が日常生活支援費（APAの費用が大半、税制上の優遇措置費も含まれる）である。公費による居住費の大半はASHである。個人が負担している費用については170億～210億ユーロと推計され、公費の8割強に匹敵する金額となっている。その内訳は約半分が日常生活支援費、約3分の1が居住費である。家族等によるインフォーマルな介護の費用はしばしば忘れられがちで、そのために、在宅介護の方が安上がりだという、必ずしも正しくない考えに繋がるとされる。

図表 7-3 高齢者の介護に関連する費用

(2014年の値、単位：10億ユーロ)

|                    | 公費   | 個人負担      | 合計        |
|--------------------|------|-----------|-----------|
| 医療                 | 12.2 | 0.1       | 12.2      |
| 介護（フォーマルな日常生活支援）   | 8.1  | 2.4       | 10.5      |
| 介護（インフォーマルな日常生活支援） | —    | 7～11      | 7～11      |
| 居住                 | 3.3  | 8.2       | 11.5      |
| 合計                 | 23.5 | 17.7～21.7 | 41.2～45.2 |

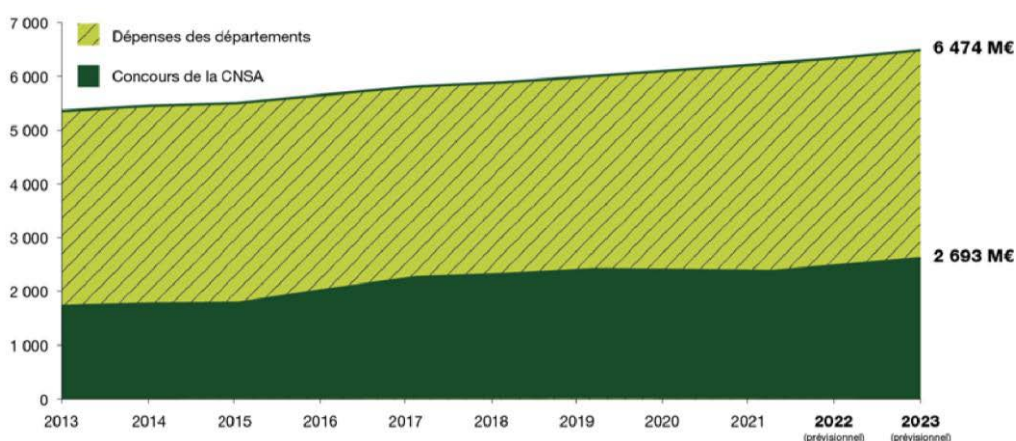
出典：Quelles politiques publiques pour la dépendance ? Les notes du conseil d'analyse économique, n° 35, octobre 2016.

## 4.2 APA 関連費用

APA 関連費用は一貫して増え続け、2020 年には年間約 63 億ユーロに達し、一年間で 2.1%の増加（COVID-19 対策のための追加費用も影響したと推測される。）となり、2003 年と比較すると約 3 倍の額となっている<sup>142</sup>。内訳をみると、在宅 APA が約 37 億ユーロ（2003 年～2014 年の間に約 51%増加。）、施設 APA が約 25 億ユーロ（2003 年から 2014 年の間に約 101%増加。）である。APA 受給者一人あたりの平均費用は、2005 年の時点では、在宅 APA の方が施設 APA より 46%高くなっていた。しかし、近年、在宅 APA と施設 APA 間の差は殆どなくなり、2020 年の APA 受給者一人あたりの平均費用は、在宅 APA で年間 4,800 ユーロ（月間 400 ユーロ）、施設 APA で年間 4,600 ユーロ（月間 380 ユーロ）であった。

APA 関連費用の約 4 割を CNSA が、残りを県が負担している（図表 7-4）。APA 関連費用は県の予算の約 1 割を占めており、その増加は県の財政に大きく影響するとされる。CNSA から県に対する財政支援は、2015 年に成立した「Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement（社会の高齢化への適応に関する法律）」（法律の詳細は 1.5 節参照）を受けて増加した。具体的には、Concours APA 2 としての支出が追加となり、その資金は、2015 年の法律で謳われた在宅 APA の充実（介護サービス限度額の引き上げ、介護サービス利用者の自己負担軽減、家族等の身近な介護者への支援強化等）の具体化や介護予防のための取組推進のために充てられている。

図表 7-4 APA 関連費用の推移



2022 年及び 2023 年の値は予測値。グラフ上段（斜線部分）が県の負担分、下段が CNSA の負担分。  
出典：La 14<sup>e</sup> édition des Chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2023.

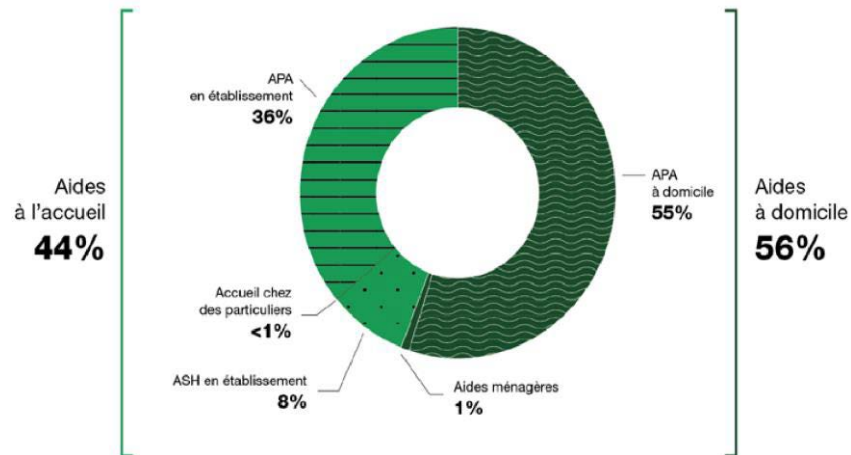
要介護高齢者向け支援費用の内訳をみると、在宅向け支援が 56%、施設向け支援が 44%となっ

<sup>142</sup> L'aide et l'action sociales en France, DREES, 2022.



ている。在宅向け支援のほとんど（約 98%）が在宅 APA で、施設向け支援のうち約 80%が施設 APA である（2021 年末時点のデータ）（図表 7-5）。

図表 7-5 要介護高齢者向け支援費用の内訳

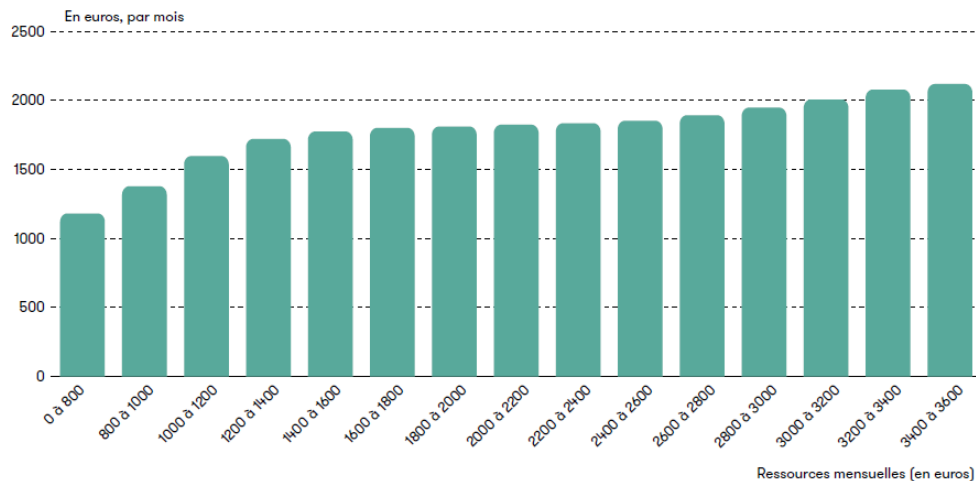


出典：La 14<sup>e</sup> édition des Chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2023.

上記のとおり、APA には多くの公費が投入されているが、受給者の収入や要介護度に応じて自己負担が発生する。在宅 APA 受給者は、自己負担割合は平均すると 21%（例えば GIR4 は 22%で月間 74 ユーロ、GIR1 は 16%で月間 203 ユーロ。2017 年末時点の値）<sup>143</sup>である。一方、施設 APA 受給者は、介護費に加え居住費等も支払わなくてはならない（5.2 項）ため、自己負担額が高額となり（施設が公立か民間かにより幅があるが、月間 2,000 ユーロにのぼることもある）、特に、月間の収入が 1,600 ユーロ未満の受給者は、施設の自己負担額が収入額を超えるという状況になっている（図表 7-6）。このため、EHPAD 入所者の約 8 割が、入所費用の自己負担分の支払いにあたり近親者から財政支援を受けているとされる。

143 L'aide et l'action sociales en France, édition 2022, DREES.

図表 7-6 施設 APA 受給者の自己負担額



※DREES が APA や ASH に関するデータをもとにシミュレーションした推測結果。縦軸が月間の自己負担額、横軸が月間の収入額（単位：ユーロ）。例えば、月間の収入が 1,200 ユーロから 1,400 ユーロの受給者については、月間の自己負担額が 1,720 ユーロで収入額を上回っている。  
出典：l' allocation personnalisée d'autonomie, repères et chiffres clés ; DREES, 2018.

### 4.3 CNSA の収支

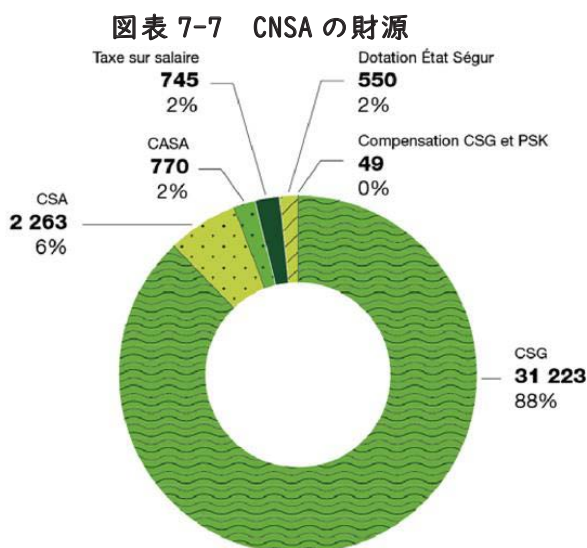
CNSA の主な財源は、「Contribution de Solidarité pour l' Autonomie : CSA (自立のための連帯拠出金)」及び「Contribution Sociale Généralisée : CSG (一般社会拠出金)」(2016 年から 2018 年の間は「Prélèvement Social sur les revenus du Capital : PSK」、2019 年以降は再び CSG。CSG については第 3 章 3.1 項参照) の一部、そして、2013 年以降は「Contribution Additionnelle de Solidarité pour l' Autonomie : CASA (自立のための連帯追加拠出金)」である(図表 7-7)。

CSA は、2004 年に導入された「連帯の一日」(第 1 節)に基づく、給与の 0.3% 分の拠出及び不労所得の 0.3% 分の拠出からなっている。「連帯の一日」は、被用者が給与を貰わずに年間一日分余計に働き、そのことによる付加価値分として、使用者が被用者全体の給与の 0.3% を拠出する(疾病保険料の使用者負担分とあわせて支払う)仕組みである。よって、労働法典における給与生活者(いわゆるサラリーマン)のみ適用され、自営業者には適用されない。当初、「連帯の一日」はペンテコステの月曜日と定められていたが、2008 年の改定により運用の自由度が増した。現在では、いずれかの休日に働く、7 時間分の超過勤務をする(まとめてでもよいし、年間の勤務日数で割って一日の勤務時間を 1 分 52 秒長くすることでもよい。)といった様々な方法で実施されている。

CASA は、2013 年より CSA に追加する形で導入された拠出金である(第 1 節)。CSA の対象者はサラリーマンであったが、CASA の対象者は年金受給者である。具体的には、退職年金や障害年金の 0.3% が徴収されることとなった。CASA による収入の一部は、2015 年に成立した「Loi du 28

décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (社会の高齢化への適応に関する法律)」に基づく施策を実施するための費用にあてられている。

COVID-19 という危機を経験して成立した 2020 年の「Loi organique et la Loi du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie (社会保障債務及び自立に関する組織法及び法律)」に基づき、2021 年 1 月から、第 5 の社会保障分野として「Branche Autonomie (直訳すると、自立分野。高齢者及び障害者などの自立支援を担当)」が誕生し (第 6 節参照)、CNSA がその運用を担当している。これに伴い、CSG の一部が CNSA に拠出されることになり、それだけで CNSA の財源の約 8 割以上を占めている。歴史的に大きな位置を占めてきた CSA や CASA の割合は、合わせても約 1 割未満となっている (図表 7-7)。



※2022 年の値。単位は 10 億ユーロ。2021 年より、既存の財源に加えて、taxe sur les salaires 及び Ségur 合意に基づく国からの交付金も追加。

出典：La 14<sup>e</sup> édition des Chiffres clés de l'aide à l'autonomie, CNSA, 2023.

## 5. 介護制度の課題

フランスの現行の介護制度は多くの課題を抱えている。それらには、フランス社会の特性を反映した独自のものもあるが、他の国と共通するものも少なくない。

### 5.1 施設か在宅かの二者択一

高齢者向けの居住施設は、1997 年に「EHPAD (要介護高齢者のための居住施設 [医療機能を有する高齢者居住施設])」及び「USLD (長期療養ユニット [医療機関に併設され、対象者は高齢者に限らない])」が導入されて以降、医療機能を有する施設が主流となり、入所者数で見ると 2003 年は高齢者居住施設のうち 54% だったものが、2011 年には 85% を占めるまでになった。施設数

でも、2003年には、医療機能のない「Etablissements d'hébergement pour personnes âgées : EHPA (高齢者のための居住施設)」が約60%だったところ、2011年には3%に低下し、代わりに、EHPADが約70%を占めるようになった。一般に、これらの医療機能を有する介護施設に入所している高齢者は要介護度が高い(入所者の90%が身支度や着替えに支援を必要とするとされている。)。一方、医療機能を有しない施設の大半が logements-foyers (2015年の法律により「résidences autonomie」と改名。便宜的に老人ホームと訳す。在宅APAが適用される。)であり、比較的要介護度の低い高齢者が入所している。フランスでは、高齢者向け居住施設への医療機能付与を推進する政策がとられてきたこともあり、自立度の高い高齢者向け施設の整備が遅れているとされ(フランスでは高齢者の1%しかこのような施設を利用していないが、英国では4%、カナダでは7%という2015年のデータもある。)、施設か在宅かの二者択一になってしまう。フランスにおける、介護施設か自宅かに二分された介護のあり方は、高齢者にとって選択の幅を狭めるものである。施設入所を選択するか在宅を選択するかは、本来は、高齢者側の要介護度や希望に基づいて判断されるべきものである。しかしながら、実際は、住んでいる地域に介護施設が十分にあるかどうか、というサービス提供面の事情により決まることが多いとされる。

また、大半の介護施設については医療機能を有するが故に利用料金が高くなってしまい、EHPAD入所者の約半数にとって、自己負担額が自身の支払い可能額を超えるという事態になっている<sup>144</sup>(4.2項)。そのため、2015年の「Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (社会の高齢化への適応に関する法律)」(第1節)は、介護施設と自宅の中間施設である自立住居の普及推進を打ち出し、logements-foyersに替わる「résidences autonomie (自立住居)」という新たな名称を提唱した。

2019年末時点、高齢者向けの居住施設の総数は約10,600で、約75万人分の定員が確保されている。施設数で見ると約7割がEHPADで、入所定員数で見ると約8割がEHPADである<sup>145</sup>。2019年末時点のデータでは、EHPADにおける人員配置は、100人の入所定員に対し約64人の常勤職員という状況である。一方、医療の必要度が高い入所者の多いUSLDでは、入所定員数：常勤職員数がほぼ1：1となっている(図表7-8)。ただし、2015年から2019年の間にUSLDの常勤職員数は17%も減少しており、EHPADの常勤職員数が3.8%増加したのと対照的である(介護分野の人材不足については5.4項参照。)

老年医学を専門とする医師は少なく、長期入院用の病床が不足する中で、本来は介護施設でみべき高齢患者の多くが、医療機関に入院しているのではないかという議論もある。しかしながら、こういった患者を介護施設で受け入れるには、身体面の問題だけではなく認知機能や精神面

---

144 Fizzala A. « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », Les Dossiers de la DREES, mars 2016, n°1, 36p.

145 L'aide et l'action sociales en France, édition 2022, DREES.

での問題も抱える高齢者を受け入れられるような医療体制を、介護施設において整備しなくてはならない。既に医師不足が深刻化している地方の介護施設において、入所者の医学的管理を担う医師を確保するのは容易ではない（介護施設の医療面での課題については5.5項参照。）。何らかの経済的インセンティブが必要と考えられている。

また、歴代の政権が「virage domiciliaire（施設から在宅への転換）」という方針を示してきたが、そのための具体的施策は十分ではなかったとの批判も多い。なるべく長く、住み慣れた家での暮らしを続けるためには、介護予防も重要であり、健康寿命の延伸を実現するための取組が求められている。

図表 7-8 高齢者向けの各種居住施設（2019 年末時点）

| 施設の種類                | 施設数    | 入所定員数   | (実際の)<br>入所定員数 | 職員数     | 職員数<br>(常勤換算) | 人員配置※<br>(%) |
|----------------------|--------|---------|----------------|---------|---------------|--------------|
| EHPAD                | 7,480  | 610,480 | 594,700        | 448,600 | 391,600       | 64.2         |
| Résidences autonomie | 2,260  | 114,120 | 99,600         | 18,100  | 14,100        | 12.3         |
| EHPA                 | 280    | 6,450   | 5,900          | 3,700   | 2,700         | 41.5         |
| USLD                 | 590    | 31,330  | 29,800         | 37,500  | 29,000        | 93.3         |
| 全施設                  | 10,610 | 762,180 | 730,000        | 507,900 | 437,400       | 57.4         |

※人員配置は、常勤換算職員数を入所定員数で割った数値。

出典：L'aide et l'action sociales en France, édition 2022, DREES.

## 5.2 介護施設の質の担保

介護施設の数に限られており、また地域的分布も均一ではない。そのため、入所までの待ち時間が長くなっている。競争原理が働かないため、介護施設は提供するサービスの質を上げ、料金を抑えるといった努力をしようとしなれないといわれる。介護施設については、要介護高齢者という弱い立場にある利用者の保護の観点、また、多額の公費が投入されているという観点から、公的機関による規制が行われている。規制とは具体的には、「認可（提供されるサービスの監査も含む）」及び「料金の設定（支払い）」である。しかし、関係する機関が多いために、統一的な政策を打ち出しにくいのが現実である。また、地方分権が進む中で県によるサービスの格差が生まれている。これは、「平等」というフランス社会の基本原則に反するものであり、国の関与のあり方が問題となっている。

介護施設の規制に関係する公的機関をカテゴリ別に整理すると、概ね下記のようになる。

1) 医療：認定に関しては「Agence régionale de santé : ARS（州保健庁<sup>146</sup>）」。支払いに関して

146 2009年の『病院改革及び患者・保健・地域に関する法律』に基づき、州ごとに設置される機関。元々は国と疾病保険金庫が別々に州ごとに先機関を持っていたが、それが統合されたもの。公衆衛生政策の実施と医療提供体制の確保の二つが主要なミッション。患者を中心とし、患者が生活する場としての地域も視野に入れて、予防・医療・介護といった各種施策を有機的に連結させていくというのが基本的考え方。



は疾病保険金庫。

- 2) 介護：認定に関しては県。支払いに関しては県と CNSA。
- 3) 居住：低所得者向けの ASH（居住に関する社会扶助）対象となる施設の認定及び支払いに関しては県。しかし、ASH の対象となるための認定を受けていない EHPAD も全体の 18% 存在し、これらの施設では、居住費について自由な料金設定がなされている。

2015 年の法律は、EHPAD への医療費及び介護費の支払いを基本的には定額払いとする、という改革を打ち出した。支払いにあたっては、施設入所者の要介護度や医療の必要度が考慮される。これは、施設に必要なリソースに着眼した支払い方法で、これまでの支出に基づく支払い方法とは大きく異なる。支出に基づく支払いは、過去の実績を参照する後ろ向きの方法であるが、リソースに基づく支払いは、施設の活動について予測をたて、その活動に必要な経費を算出し予算を割り当てるという前向きの方法であり、大きなパラダイムシフトである。

また同時に 2015 年の法律は、全ての EHPAD に対し「Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens : CPOM (目標と手段に関する複数年契約)」の締結を義務付けることとした。CPOM は元来、主に病院を対象として実施されてきたが、徐々に診療所や医療福祉施設にも対象が拡大されてきている（契約を通じての官民パートナーシップは、昨今のフランスにおける政策のトレンドの一つである）。一般的に CPOM には、施設の運営方針、サービスの質に関する目標等に加えて、目標を達成するための組織、設備、人材といった手段が記載され、目標の内容や達成度に応じて、ARS から施設への交付金が決定される。EHPAD に関する CPOM は、5 年を単位として、EHPAD の運営母体と県、ARS の 3 者の間で締結される。なお、複数の施設を有する運営母体が締結者となってもよい。これにより、同じ運営母体が管理する異なる種類の福祉施設についてまとめて契約することが可能になり（施設の種類が異なると管轄する行政組織が異なることから、これまで手続きが煩雑であった。）、横断的なサービス提供が可能となった。また、同じ運営母体ならば施設所在地は同じ州内の複数の県にまたがってもよく、地理的にも自由度が増すこととなった。

#### <参考>

介護施設の利用料金は、以下の 3 つのカテゴリーに分類される。

- 1) 医療費：EHPAD や USLD が、基本的な医療機能を維持するために必要な経費（看護職員の人件費、常備薬等の薬剤費、機器代等）は、疾病保険金庫から直接施設に対して支払われており、いわば「集団の医療費」にあたるこれらの費用が、入所者に請求されることはない。その一方「個人の医療費」といえる、入所者個人の総合医や専門医の受診料や薬代は、入所者に請求される（ただし、tarif global [包括料金] が適用される EHPAD については、総合医の受診料、簡易な放射線検査費用、日常的な生物学的検査費用は疾病保険金庫から施設に対し包括払いで支払われるため、入所者の自己負担はない）。なお、USLD は医療機関であるた

め、USLD 内では施設の医療チームが診療を行い、入所者個人の総合医による診療を受けることはできない。

- 2) 介護費：各施設に適用される介護に関する料金は、入所者の GIR の平均値により 3 つの区分に分けられている。GIR 1 及び 2 の区分が最も高い料金で、GIR 5 及び 6 が最も低い料金、GIR 3 及び 4 の区分はその中間である。この料金は県が設定し、毎年改定される。入所者に請求される介護費は、その施設に適用される料金と、入所者の収入により決定される（月収が 2,447.55 ユーロ以下の場合、最も低い GIR 5 及び 6 の料金が適用されることになっており、多くの入所者がこの区分に相当する。月収がこれを上回る場合は、入所者自身の要介護度に応じて料金が設定される）。介護費のうちの一部は APA（県）により支払われ、残りが入所者の自己負担となる。
- 3) 居住費：部屋代（通常部屋には浴室がついている。部屋の清掃代も含まれる）や食事代、シーツ代、施設内活動費、管理費の合計である居住費は、各施設が、部屋の広さや部屋の設備（ベランダがついているかどうか等）を考慮して自由に設定し（入所時の契約書に明記され、毎年改定される）、基本的には入所者に請求される。ただし、施設が県議会から ASH（居住に関する社会扶助）の適用施設として認定されている場合は、県が居住費を支払う。また、その場合、県が居住費を設定する。県設定の居住費は、毎年見直されるが、その上昇率は省令により制限されている。

### 5.3 身近な介護者の負担軽減

要介護度が高い場合は施設への入所となることが多いが、フランスでは APA 受給者の約 6 割が在宅である（3.1 項）。家で暮らしている要介護高齢者の約半数が、介護支援サービスを利用する、もしくはホームヘルパーを自分自身で雇うことにより、プロフェッショナルによる介護を受けている。また、衛生面については自由診療の看護師等による指導を受けている。こういった外部サービスの利用は、2015 年の法律により促進され、要介護度の高い高齢者については 1 日あたり 1 時間のサービス利用時間の増加に繋がったとされる。それにもかかわらず、在宅介護を主に担っているのは、家族（配偶者及び子ども）である。要介護者の 4 分の 3 が、こういったインフォーマルな介護者による支援を受けている。要介護度の高い高齢者について 1 日あたりでみると、インフォーマルな（家族による）介護は 5 時間 15 分で、外部サービスによる介護は 2 時間 10 分になっており、家族の負担の大きさが際立っている。

そのため、2015 年の法律では、在宅介護における家族等の身近な介護者の負担軽減が大きな柱として掲げられた。更に、マクロン大統領は 2019 年 4 月の記者会見で、家族等の介護のために職場を離れなくてはならない人が何百万人も存在することに触れ、保健及び連帯担当大臣も有給の

「介護休暇」設立に前向きな姿勢を示した。しかし、インフォーマルな介護は、統計をとることも難しく、実際に施策がどの程度の効果をあげているのかを測定することは容易ではない。

なお、フランスでは、在宅の要介護高齢者の10人に1人が子どもと同居しているが、これは北ヨーロッパの国（スウェーデンは2%）に比べれば多く、南ヨーロッパの国（イタリアは27%、スペインは35%）に比べれば少ない値である。

#### 5.4 介護人材の不足

介護人材の不足は深刻で、EHPADの44.4%が職員の確保が困難としている。そのため、十分な人員配置も実現されていない（人員配置については図表7-8参照。）。在宅介護については更に深刻で、50%の事業所が職員の確保が困難としており、特に、訪問介護職員についてはその割合は65%にのぼる。また離職率も高く、魅力ある職業とはなっていない。在宅介護支援に関しては、女性が多く、パートタイムの雇用で、そのために複数の仕事を掛け持ちしなくてはならず、不規則な労働時間で、移動に時間を要するがそれは報酬には反映されず、身体的にも精神的にも大きな疲労を伴うが、大半の介護職員は単独で職場に行き、その仕事内容を共有する場すら用意されていない、というのが現状である。2012年のデータによれば、在宅介護支援の職員の月収は790ユーロであった。

こういった現状を打破するために政府は、2002年、介護職員の免許を、養成課程及び報酬の面で病院の看護助手と同レベルの位置づけにした。更に2016年には、介護職員の免許を医療心理学分野の補助者の免許と統合して「訓練及び社会生活支援者」の免許を創設し、より多様性のある働き方を可能とした。2014年に始まった介護人材確保のためのプランでは、介護職の価値をあげるために、要介護状態の高齢者の特殊性に着目した教育を進めることとしている。教育は不可欠の要素であるが、やはり介護人材不足の解決のためには、若者にとって魅力ある職業としなくてはならない。具体的には、報酬アップや働き方の改善（困難事例には複数の介護職員で対応する。人員配置を多くする。チームの中での情報交換や調整の時間を設ける等）が必要とされている。

2019年10月に、Myriam El Khomri（オランダ大統領の下で労働担当大臣を務めた）より Agnès Buzyn 保健及び連帯担当大臣に提出された「《grand âge》分野の職業の魅力を高めるための国民的動員プラン」というタイトルの報告書では、2025年までに高齢者介護に必要な人材が約35万人不足するとした（約9万人はこれから新たに必要となるポストを埋めるため、約26万人は現在空席のポストを埋めるために必要。）。この報告書は、介護職のキャリアとしての魅力を高めるために、介護職の給料の引き上げ（在宅介護支援の職員の中にはSMICより低い報酬の取り決めて働く者もいるのが現状。）、職場でのQOLの改善、研修内容の簡素化、キャリアアップ支援といった、多くの現実的で、かつ多額の費用を要さない提案を含んでいた。しかし残念ながら、2020年

からの COVID-19 により介護施設で多くの死者が出るまで、その多くは具体化されないままであった。

なお、介護従事者の待遇改善については、2020年7月の「Ségur de la santé (セギュール対話)」も踏まえ、2021年秋に承認された2022年のPLFSSにおいて、EHPAD職員の給与及び在宅介護支援職員の報酬増加が盛り込まれた。また、今後5年でEHPADの人員ポストを1万人分(2千人分/年)増加させることも示された。しかし本来は10万人の増員が必要なところ、この程度の措置では全く不十分という不満の声も多かった。

## 5.5 COVID-19の経験を踏まえて

会計検査院は、2022年2月に公表された年度報告書<sup>147</sup>の中でEHPADの問題を取り上げ、COVID-19の経験を総括した上で構造的欠陥を指摘した。この報告書によれば、2020年3月からの一年間で、EHPADの居住者60万人のうち34,000人が死亡し、これは、この時期の死亡のうちの36%に相当した。この期間、疾病保険金庫は、減少した収入の補填、資材の購入、人員の増加、危機対応ボーナス支払いといった名目で、22億5千万ユーロという前例のない規模の一時支出を行った。また、2020年のセギュール対話の結果を踏まえ、医療外職種の職員の給料増額のために22億ユーロが恒久的支出として追加された。更に、非営利型EHPADの施設改修やデジタル化の名目で、2024年までに合計110億ユーロの支出が見込まれている。これらを総合すると、130億ユーロを超える規模の支出となるが、会計検査院は、この支出そのものは問題視していない。

むしろ、恒常的な人員不足、不十分な医療提供体制(設置が義務付けられている *médecin coordonnateur* (3.1項)について常勤医師を確保できていない施設が多い、往診を担当する総合医の確保が困難、夜間の看護体制が脆弱、医療機関との連携不足等)、職員の欠勤や回転の多さ(バーンアウトによる退職が多いため、常に人が入れ替わり、十分な研修が実施できない)、老朽化した建物(個室が少なく、ゾーニングが不可能。)等を、EHPADにおける高い死亡率の構造的要因として挙げ、職場におけるQOLの向上や職員に対する研修内容の改善、キャリアアップの道筋の明確化といった人材確保に向けた施策(EI Khomri報告書の提案等)が実行に移されていないことを問題だとした。また、これまでに、EHPADが抱える問題を指摘し改革の糸口を提案する多くの報告書が保健及び連帯担当大臣に提出されてきたにもかかわらず、長年にわたって対策の実施が先送りされてきたことを改めて指摘した。その上で、今後の改善策として、EHPADと医療機関の連携強化、CPOM(5.2項)に関する協議を行う中でEHPADの医療介護グループへの参加等を検討し、ネットワークの中に組み込むこと、認可・料金設定・CPOMという3つの主要な手段を使っ

---

<sup>147</sup> <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/58759> 及び  
<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-agees-en-ehpad>



て国が EHPAD の構造改革を推進することを挙げた。

この報告書公表の際、Pierre Moscovici 会計検査院委員長は、「Il ne faut jamais gaspiller une bonne crise (せっかくの良い危機を無駄にすることは、あってはならない。)」と述べた。2003 年の熱波により CNSA が設立される等、危機によって高齢者のための政策が進むというところがあるのは確かであり、COVID-19 パンデミックという前代未聞の危機によって、EHPAD が抱える構造的欠陥が曝されたにもかかわらず、正面から問題に取り組み、抜本的改革を行うといった動きがみられないことを皮肉った言葉である。既に、2022 年の PFLSS により、夜間の看護体制確保や médecin coordonnateur の設置推進といった一部の対策が実施されているが、今後、法律等により介護分野での抜本的改革が図られるのかどうか、注目されている（第 6 節参照）。

## 5.6 施設入所者の権利擁護

2022 年 1 月に出版された『Les Fossoyeurs』(Victor Castanet 著、Fayard 社より出版され、一年間で 17 万部の売上げ。)は、「墓掘り人」というタイトルのみならず、世界中で手広く老人ホームを展開する民間運営会社 Orpèa が運営する EHPAD での組織的な maltraitance (虐待)を、綿密な調査(3年にわたって 200人以上から聞き取り)によって告発するというショッキングな内容から、フランス社会に大きな波紋を投げかけた。この本は、利潤追求の色が濃い営利型 EHPAD の在り方に疑問を呈し(国民議会議長の Richard Ferrand も「シルバーエイジをビジネスのネタにしてはならない」と発言。)、また、疾病保険金庫や ARS といった当局による査察が不十分で、施設内の問題を発見できるような体制になっていないことも指摘した。そのため、2022 年の大統領選候補者の多くが、施設の査察強化を訴えた。また、そもそもの構造的問題として、Dominique Libault (6.4 項②)は、国は 2000 年以降、高齢者を対象とした民間のビジネス発展を許容したが、営利型 EHPAD の財政状況についてきちんと評価できる体制になっていないと指摘した。EHPAD の財政に関しては、医療と介護の費用は公的資金で賄われているものの、住居費用については基本的には居住者負担であり(ただし、3.5 項に記載のとおり社会扶助もある。自己負担の重さについては 4.2 項及び 5.2 項参照。)、民間の施設は公的の施設より高い価格設定となっている。民間運営会社は株式市場で資金を調達して大規模な不動産投資を行っており、施設の収益性を高めることしか考えていないといった批判もあった。こういった批判を受け、政府は 2022 年 3 月、約 7,500 ある EHPAD (営利型に限らず)全ての査察を行うことを発表した。この結果、不適切な事例については改善命令が出され、訴訟に至ったものもあった。2022 年 9 月に提出された PLFSS では、国(具体的には ARS や IGAS)の査察機能を強化すること(個々の施設だけではなく、施設を運営する民



間会社本部の財政状況についても査察を可能とする。)、余った補助金の留保を認めないこと、公的資金の不適切な使用があった場合、CNSAがその返還を求める権限を強化すること等が盛り込まれた。

なお、『Les Fossoyeurs』の出版よりも前、2021年5月に、Défenseur des droits (直訳は権利擁護官。現在は代表が女性のため la Défenseure と表記。あらゆる分野<sup>148</sup>の差別や権利侵害を監視する独立行政機関。)は、それまでに寄せられた施設入所の高齢者の権利侵害の訴えを踏まえ、64の勧告を含む報告書<sup>149</sup>を公表していた。権利侵害の訴えの内容としては、43%が不適切な待遇に関するもの、30%が施設の訪問制限に関するものであった。不適切な待遇として、具体的には、シャワーが15日に一度に制限される、多くの時間を病衣かパジャマで過ごす、あるいは一週間に二回はベッド上で過ごすことを強要される等で、施設における人員不足の結果と考えられた。そのため、勧告の中でも、最低限の人員配置(フランスの入所者一人あたりに配置される人員は、北欧の国々の6割の数。)が特に重要とされた。また、虐待の早期発見のための監視・情報共有システムが必要とされた。施設の訪問制限については、多くはCOVID-19対策として実施されたものであったが、出入りという基本的な自由の制限は問題であり、また施設入所者が家族との関係を維持する権利も尊重すべきとされた。

Orpéa にまつわるスキャンダルが社会に提起したのは、営利型 EHPAD の問題にとどまるものではなく、高齢者の介護というより大きな課題であった。よって、①介護従事者の待遇改善(給与・報酬の増加、バーンアウトの予防)、②施設入所者一人あたりに配置される介護職員数の増加、③施設入居費の自己負担軽減、④在宅者向けの公的サービス時間の延長、⑤そのための財源確保といった抜本的改革が必要という声も多く聞かれた。

## 6. 持続可能で普遍的な制度の検討

試算によれば、60歳以上の人口が2030年には2,000万人、2060年には2,400万人に増加、85歳以上の人口が現在の140万人から2060年には500万人に増加とされており、フランスでも、前例のない高齢社会の到来が目前に迫っている。社会の高齢化の進展とともに増大する費用にどのように対応するのか、長期的視野に立った財源確保も看過できない問題である。そこで、1990年代以降これまで度々、新たな介護制度を設立すべきだという議論が巻き起こってきた。

---

148 Médiateur de la République、Défenseur des enfants、HALDE: Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité、CNDS: Commission nationale de déontologie de la sécurité の機能を統合。

149 <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2021/05/rapport-les-droits-fondamentaux-des-personnes-agees-accueillies-en-ehpad>

## 6.1 サルコジ大統領の下での検討

介護に関する新たな制度づくりは、2007年5月に大統領に就任したニコラ・サルコジの選挙公約の一つであった。彼は、現状の介護制度は複雑すぎる上に持続可能性に問題があると批判していた。

サルコジの就任に先立つ2007年3月、会計院名誉検事のHélène Gisserotが、社会保障担当大臣に対し、高齢者介護に関する財政見通しと可能な選択肢についての報告書を提出した。このGisserot報告書では、介護費用は、高齢者人口の増加という人口統計学的要素によって規定されるのではなく、むしろ、どのような介護サービスを提供するのかという政策判断により規定されることが強調された。その上で、現在の介護サービスの質を落とすべきではなく、そのためには、今後増大する介護費用（ただし、疾病保険の費用の10分の1と推定され、一般に言われるほど深刻ではないとも指摘。）をまかなうための追加の財源が必要だとされた。具体的にはCSGやCSA（4.3項）といった既存の税収の改善を図るべきだとし、また、公的制度を補うための「民間介護保険」の必要性についても言及された。民間介護保険は、個人契約あるいは団体契約、貯蓄年金あるいは生命保険と組み合わせる等、様々な形のものが提示された。更に、ハンディキャップに対する普遍的な補償制度という意味では、対象者の年齢によって分断された障害者支援制度と要介護高齢者支援制度という二つの制度の整合性を図るべきとの提案もなされた。

サルコジの大統領就任後、2007年のCNSAの年次報告書（現制度の問題点を指摘）、2008年7月の上院の報告書（公的支援と補足的民間保険とのハイブリット式を提案）、2009年7月のIGASのAPA運営に関する報告書（県によって運営方法の違いが大きく格差があり、「平等」という理念に反する現状を指摘。）等の文書が次々と作成され、新たな制度創設のための法案（projet de loi sur le 5ème risque de protection sociale）がいよいよ提出されると期待された。しかし結局、それは実現しないままサルコジの任期は終了した。Gisserotの提言に基づき、障害者支援と要介護高齢者支援の一本化を図ろうとしたが、一般的に障害者向け給付（PCH、3.4項）の金額の方が高く、その金額を要介護高齢者向け手当（APA）に適用した場合、あまりに費用が高くなりすぎるというのがこの制度が実現しなかった理由の一つである。また、2008年の世界金融危機による財政の悪化も無視できなかつたとされる。

## 6.2 制度設計のオプション

新たな制度を考えるにあたっては、1)制度が提供するサービスの量及び質をどの程度とするか、2)財源をどう確保するかという2つの大きな問いに対して答えを出さなくてはならない。1)については、更に細かく、サービス利用者のニーズにどう答えていくか（妥当性のある介護度の評価方法確立が前提条件となる。）、疾病保険金庫や老齢保険金庫のように、広い意味では高齢者介

護に関係する組織の連携や役割分担をどうするか、介護人材確保のための待遇改善をどうするか（介護費用の85%は人件費だとされる。）、といった問いに分解される。2)については、介護が必要になるというリスクを個人で引き受けるべきなのか（民間保険等）、社会全体で引き受けるべきなのか（「socialisation du risque（リスクの社会化）」という考え方）、という根本的問いに結び付く。リスクの社会化という道を選択するとした場合、それは既存の社会保障4分野のような公的保険制度なのか、「solidarité nationale（国民連帯）」の精神に基づく公的支援（基本的に税金を財源とする）なのかを検討しなくてはならない（フランスの社会保障制度については第2節参照）。

これらの問いに対してどのような答えを用意するかによって、新制度の呼び名も変わってくる。そのため、以下のような様々な呼び名が存在する。

- 5ème branche de la Sécurité sociale（社会保障の5つ目の分野）：公的保険制度である社会保障の5つ目の分野として介護保険制度を創設する。これは、団体や組合等が求めている方式である。
- 5ème branche de protection sociale（社会保護の5つ目の分野）：社会保障に限定するのではなく社会扶助も含めた社会保護の一分野として、現在の介護制度を維持する。リスクという言葉を使うと、保険制度に結び付けられるので、分野という言葉を用いる。
- 5ème risque de protection sociale（社会保護の5つ目のリスク）：普遍的な公的支援である社会扶助という一階部分に、個人によるリスク負担のための補足的民間保険という二階部分を組み合わせたハイブリッド式の新しい介護制度を創設する。サルコジの下で検討されたのはこの方式であった。社会保護という語と保険制度に繋がるリスクという語が合わせて用いられているこの呼び名そのものが、ハイブリッドであることを示している。

### 6.3 世論

フランスでは、高度経済成長時代の恩恵を受け、不動産等を所有することが多く、比較的裕福な団塊の世代と、高い失業率・不安定な雇用に直面し、資産をほとんど持たない若年世代との世代間格差が大きい。強い不公平感を抱いている若年層は、「持てる」世代の高齢者は、介護が必要となっても自身で対処すべきだと考えている。よって、高齢者の介護のために、国民連帯の精神に基づいて拠出金を支払うことや、リスク分担という名の下に社会保険料を支払うことには、抵抗があるとされる。また、依然として、家族が介護を担うべきだという意見も根強い。しかしながら、2017年1月に公開された世論調査結果（Le Baromètre Autonomie de l'OCIRP）によれば、この傾向も変わりつつあるようである。この世論調査では、76%の人が身近な人の介護は在宅介護が望ましいと思う一方、約50%の人が要介護となった人の日常的な支援を家族が行うのは困難

だと答えている。こういった家族介護の限界を踏まえ介護にどのような財政制度が適切かという質問に対しては、国民連帯の精神に基づく公的支援（税金を財源）と民間保険とのハイブリッド型の制度が適切と答えた人が65%にのぼった。一方、国民連帯の精神に基づく公的支援のみで全てをまかなう制度とすべきと答えた人は18%にとどまった。赤字が続く国家財政の現状に鑑みて、国民連帯に基づく支援は基本原則であるが、これ以上、公的支援を拡大するのは困難と考える人が多いようである。この世論調査では、67%の人が次の大統領の任期（5年）の間に、介護リスクに関する持続可能な財政制度の検討が必要だと考えているという結果も示された。

2020年にDREESにより行われた世論調査では、65%の人が介護に関する公的財政支援が必要と回答した。また、所得制限のない普遍的な支援が必要と考える人の割合が増加した。

## 6.4 マクロン大統領下での取組

### ① 大統領任期一期目前半の動向

2017年5月、大統領に就任したエマニュエル・マクロンは、右派・左派いずれの既存政党にも属さないことから、フランス政治に新たな風を吹き込むと期待された。マクロンは選挙中、介護政策に関し多くを語らなかったが、選挙公約の中では、1) 身近な介護者に対する支援の充実（定期的な研修や心理的サポートの実施。介護者のレスパイトのためのショートステイ施設の増加や、介護者が休暇をとって不在となる間、第三者が自宅に来て介護を行う Baluchonnage という制度の導入等）、2) 介護施設の質の改善（料金設定の見直し。満足度に関するアンケートや監査の実施等）を掲げていた。

マクロン大統領の下で誕生した Édouard Philippe を首相とする内閣においては、高齢者及び子どもに関する政策を担当する大臣が設置されなかった<sup>150</sup>ことから、これらの分野を軽視していると批判する声もあった。マクロンは大統領就任直後から、経済活性化のための労働市場改革や法人税軽減といった取組を精力的に進めたが、失業率は高止まりで改革の成果が見えない中、国民にとって痛みを伴う政策ばかりだとの批判を浴びることとなった。2018年11月、燃料税引き上げへの反対を契機に始まった政権への抗議運動、通称「黄色のベスト運動」はその後全土に波及し、一時はマクロンの改革路線継続が危ぶまれる程であった。

しかし、マクロンは、12月に中間層の購買力向上のための緊急経済策を発表、自らフランス各地をまわり、自治体の長（その多くが地方財源削減といった措置に不満を募らせていた。）らと直接議論する「Grand Débat national（国民大討論）」の開催といった対応をとり、徐々に抗議運動は沈静化した。更に2019年4月の記者会見では大規模な所得減税（50億ユーロ規模）やエリー

---

150 フランスでは閣僚の担当分野は政令により規定されているため、内閣によって閣僚の数や担当分野が異なる。



ト養成校 ENA の廃止等を発表し、国民の不満に配慮する姿勢をみせた。

これらの対応により、2019年5月末の欧州議会選挙（大統領任期半ばでの大統領への信任投票という位置づけ）において大敗北をまぬかれたマクロン政権は、「Acte II du quinquennat（5年間の大統領任期の第二幕）」として、引き続き Philippe 首相の下で改革を進めた。2019年6月の首相による所信表明演説では、残りのマクロン大統領任期中の最も重要な社会政策の一つとして「介護制度改革」が打ち出され、2019年末には Agnès Buzyn 保健及び連帯担当大臣（血液学、特に骨髄移植を専門とする医師）が、介護制度に関する戦略や必要な手段の確保について定めた法案を提出するとされた。

## ② Libault 報告書

マクロン自身も 2017年6月、2018年4月及び7月と継続して、高齢者の介護にまつわる問題に言及しており、社会の高齢化という課題に対応するために公的資金を確保する必要がある、介護という新たな社会リスクに対応する制度をつくりあげなくてはならないとしていた。大統領の方針を踏まえ、Agnès Buzyn 保健及び連帯担当大臣は 2018年10月1日（国際高齢者デー）から、「Grand âge et Autonomie（老年と自立）」というテーマで、国民へのコンサルテーションを開始した。財政、介護人材、介護予防など分野ごとの 10 のワークショップにおいて検討が行われるとともに（ドイツやスウェーデンの視察も実施）、地方におけるミーティングやインターネットを通じた意見募集（41万4千人が参加し1万8千件の提案が寄せられた。）が行われた。この大規模なコンサルテーションの結果を基に、社会保護財政上級審議会会長の Dominique Libault が報告書を取りまとめ、2019年3月28日、Agnès Buzyn 保健及び連帯担当大臣に提出した。この報告書において Libault は、2030年以降、介護が必要な高齢者が毎年4万人ずつ増え続け、2050年には220万人に達する見込みであることを踏まえ、一刻の猶予もないと警鐘を鳴らした。

具体的に、報告書では①在宅介護の充実、②EHPAD における介護の向上及び費用負担の軽減、③介護人材不足への対応という主要な目的について、175の措置が掲げられた。EHPAD に関連しては、年金が1,000～1,600ユーロの施設入所者に対する月300ユーロの給付を新設すること、4年以上の長期にわたって EHPAD や USLD に入所している高齢者については疾病保険金庫が施設利用料金のほぼ全額を負担すること、APA を廃止し代わりに施設入所者の介護費だけでなく医療費もカバーする「Prestation Autonomie(自立給付)」を設立すること（このためには法律改正が必要）、公的 EHPAD の施設設備改善のために30億ユーロを投入すること等が提案された。また、2024年までに EHPAD における人員配置を2015年と比べて25%増加させること（100人の入所者に対して13名の人員増、9年間で8万人の人員増。現在の人員配置については5.1項参照。）が書かれており、介護人材不足を解決するために、給料の見直しやキャリアプランの見直しが必要とされた。更に、家族等の身近な介護者の負担軽減措置として、障害児の親に対する支援の例にならない、



一日あたり 50 ユーロの普遍的補償を追加することも提案された。報告書で提案された措置を具体化するためには、2024 年までに 62 億ユーロ、2030 年までに 92 億ユーロが必要であり、この報告書を受けその財源確保についての議論が巻き起こった。財源確保の方策として、1) マクロン大統領任期後半の改革の目玉である年金改革とあわせて、退職年齢引き上げによる増加分を充てる、2) 新たな「連帯の一日」(4.3 項)を設定する、3) 2024 年以降、社会保障金庫の赤字を補うための「Contribution au Remboursement de la Dette Sociale: CRDS (社会保障債務返済拠出金)」を充てるといった案が検討された。新たな負担を国民に求めることについては慎重な意見が多く、Libault は、既存の制度活用である CRDS を充てるという 3 つ目の案を推奨した。

マクロンは、2019 年 4 月の記者会見において、改めて、多くの高齢者にとって EHPAD の利用料金が収入を上回る状況(具体的な数値については 4.2 項参照。)とそれに伴う不安をとりあげ、高齢化という社会の変化や高齢者介護の問題に関して何らかの対策を講じるとした。

### ③ 社会保障の 5 つ目の分野としての介護リスクの認定

2019 年中とされていた介護制度改革に関する法案の提出は、年金改革の影響で 2020 年に持ち越された。2020 年に入り、COVID-19 の感染拡大でマクロン政権は再び大きな批判にさらされ、2020 年 7 月、Jean Castex を首相とする新たな内閣が設置された。

2020 年初めの COVID-19 の流行では EHPAD での死者が相次ぎ、要介護高齢者の処遇改善の必要性が顕在化した。また、COVID-19 により社会保障制度の財政が急激に悪化したことを受け、政府(Olivier Véran 保健及び連帯担当大臣と Gérald Darmanin 行動及び公会計担当大臣)は、2020 年 5 月 27 日に、「Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale: CADES (社会保障債務返済金庫)」(第 1 章 2.6 項参照)への 1,360 億ユーロの債務移行を行うための法案を提出し(これにより 2024 年とされていた CADES の債務の完全返済は 2033 年に延期となった。)、2020 年 7 月 23 日に国会で承認された。この法案とともに、政府は、「5ème branche de la Sécurité sociale consacrée à l'autonomie (社会保障の 5 つ目の分野として介護リスクを位置づける)」ための法案を提出し、国会審議の中で、『社会保障法典』において「perte d'autonomie (自立喪失)」を新たなリスクとして追加することや、CNSA がこの分野の社会保障制度の運用を担うこと、2024 年 1 月 1 日以降、CSG の一部を CNSA に割り当てること等が決定された。

財源等の問題から(実際、サルコジ任期中の 2008 年は世界金融危機のために頓挫。)、実現が難しいとされてきた、介護リスクについての持続可能で普遍的な制度の創設が、COVID-19 パンデミックという世界規模の健康危機を受けて、ついに実現したのである。

### ④ 大統領任期二期目前半の動向

介護リスクに関する普遍的な制度創設はあったものの、介護分野の関係者の間では、

マクロンが大統領就任当初に約束した介護制度改革に関する法律、「loi «grand âge» (老年に関する法律)」が、任期一期目の間に日の目を見なかったことに対する批判も根強かった。法案は準備されていたものの、マクロン自身が介護制度改革は年金制度改革とセットだと考えており（マクロンは2021年9月に「公的介護サービスに資金を投入する。より働くことによって、その資金を確保する」という趣旨の演説を行っている。）、そのために任期一期目では実現しなかったと推測されている。

2022年4月にマクロンが再選され任期二期目がスタートし、2022年7月に成立したÉlisabeth Borne内閣では、Jean-Christophe Combeが連帯・自立・障害者担当大臣となった。Combeは大臣となる前は、フランス赤十字社の事務局長であり、病院や保育園の経営に加えて、介護施設の運営や在宅介護支援サービスの提供等の経験も有していることから、介護分野の施策が進むだろうと期待された。Combeは不言実行をモットーとしており、2022年7月の大臣就任当初、速やかに物事を実行に移すためには、成立やその施行に時間を要する法律（「loi «grand âge»」を想定）というのは、必ずしも最善のオプションとはいえないといった考えを示していた。

2022年9月に提出された2023年のPLFSSでは、高齢者施策に追加で8億5千万ユーロが充てられることになり、社会保障費全体に占める割合は、前年の4%から5.1%に増加した。EHPADの人員ポストは、2022年のPLFSSから1千人分増えて3千人分の増加とされた。これでは不十分という声も大きかったが、ポストをいくらつくっても埋まらず、空席が多いという現実を踏まえての数値とされた。また、在宅介護の充実という方針に沿って、訪問看護の報酬引き上げや、公的資金による高齢者の家事補助サービスの時間を2028年までに徐々に延長することも盛り込まれた。

しかし、フランス社会が直面する高齢化という深刻な課題に対応するには、PLFSSというテクニカルな手段<sup>151</sup>ではなく、より長期的な大きな方向性（介護予防強化、施設における介護の質の向上、在宅介護の促進、介護従事者の確保・教育の推進、これらに必要な投資の担保等）を規定する、「grand âge」に特化した法律が必要という声は、なお根強かった。また、終末期医療に関し、安楽死の問題<sup>152</sup>も含めて議論するための convention citoyenne（市民の意見聴取）が2022年9月に開始されたことを受け、終末期を議論するならば、その前の段階である老年にも目を向けるべきだといった批判もあった。このため、政府は「grand âge」に特化した議員提出法律案の作成を模索し（与党が過半数を

---

151 Borne内閣が行った年金改革についても、年金支給開始年齢の引き上げ等を含む社会全体に大きな影響を及ぼす改革であるにもかかわらず、政府がPLFSS rectificatifの形で法案を提出し、十分な国会での審議を経ないで法律を成立させたという点が、批判の的となった。

152 2022年9月に、映画監督のJean-Luc Godardがスイスで安楽死したことは、フランスメディアでも大きく取り上げられた。

有していないことから、内閣提出法律案よりも議員提出法律案がよいと判断。)、2022年12月に連立政権を構成する三党が合同で「Loi visant à bâtir la société du bien vieillir en France (直訳すると、フランスで豊かに年をとることができる社会を構築することを目指す法律)」の案を提出した。《bien vieillir》は、2021年～2030年をDecade of Healthy Ageingとする国連の動き<sup>153</sup>にも対応しており、日本における「人生100年時代を豊かに生きる」といったスローガンとも似通っている。

こうして、ようやく提出された法案は、合意可能なもの、大きな財政支出を必要としないものに限られており、14条という非常にコンパクトなものであった。具体的には、以下のような事項が含まれている。

- 1) 自立に関する国民会議を設立し、現在は県によってバラバラな介護予防のプログラムや支出について均霑化を図る。
- 2) 虐待防止のための取組として、児童虐待防止の取組に倣い、情報の受付窓口を整備する (EHPADにおける虐待の問題については5.6項参照)。
- 3) EHPADの入所費用が高額だという問題については、ASH(3.5項)の利用を促進する。子どもや孫に費用負担が課せられることを嫌ってASHの利用を躊躇う高齢者が多いことに鑑み、入所者が死亡した後、県がその子ども等に請求を行うことを禁止する。
- 4) 在宅介護従事者に身分証明書を配布し、薬局での医薬品等の受け取りや移動がスムーズに行われるようにする。
- 5) EHPADの入所者について、訪問を受ける権利、社会的繋がりを維持し通常の家生活を営む権利を明確にする (COVID-19の感染拡大防止策として、EHPADでは厳しい面会制限がしかれたことについて、入所者の権利を侵害するものだという批判があったことを踏まえたもの。5.6項参照)。
- 6) 高齢者の孤立への対策として、県が把握しているAPA受給者に関する情報をコミュニティと共有し、熱波やその他の健康危機の際に、コミュニティが連絡を取るべき人のリストに、APA受給者が自動的に登録されるようにする。

この法案についての国民議会での審議は2023年4月以降に開始される予定である。なお、Combe大臣は、「年金や医療といった分野の支出が膨らんでいる中で、介護分野で新たな支出を増やすのは現実的ではない。高齢者向け政策の財源を考える上で年金改革は重要。」との見方を示しており、年金改革が一段落した後、より包括的かつ財政支出を伴う《grand âge》に関する法律が作成されるのかどうか、注視する必要がある。

---

153 <https://www.decadeofhealthyageing.org/>

なお、議員提出法律案準備と並行して、2022年秋から2023年春にかけて、「Conseil National de Refondation : CNR（直訳すると、再建国民会議）<sup>154</sup>」の枠組みでも、「bien vieillir」がテーマの一つとして取り上げられ、全国各地で意見交換の場が設けられた。2022年10月、プロジェクトの開始にあたって、Combe大臣は「「grand âge」の分野では、2018年以降、既に18の報告書と372の提案があった。現状の課題分析はもう十分なされており、今は、課題解決策を実行に移す時だ。」と述べた。介護分野の関係者の間でも、CNRについて、政府がまた問題を先送りするための口実ではないか、国民の意見聴取は既に2018年に行われておりその成果が2019年のLibault報告書ではないのかといった懐疑的な声が大勢を占めた。具体的な項目としては、①高齢化への社会の適応（高齢者に優しい街づくりやバリアフリー住居への転換等）、②社会的繋がりや社会参画の推進（高齢者の声を吸い上げて政府に意見を提出する機関の設立等）、③介護職の待遇改善（労働環境の改善、研修機会の提供、労働災害の削減等）が掲げられ、③については、2019年10月に「grand âge」分野の職業の魅力を高め、人材を確保するための方策に関する報告書を作成したEl Khomri（5.4項）が、取りまとめ役の一人となった。CNRからの提案は2023年春に出揃うため、上記「bien vieillir」に関する法案の中に、その一部が盛り込まれる可能性もあり、法案の行方に注目が集まっている。

---

154 CNRは、マクロン大統領が任期二期目に入り、国民議会で与党が過半数の議席を獲得できず、国民からの支持が低下する中で、第二次大戦中に政党の違いを超えてレジスタンスの趣旨で関係者が集ったConseil National de la Resistance (CNR)を参考に立ち上げたもの。分断を超えた国民としての団結を強調し、フランスが抱える課題について国民皆が一緒に考え、解決策を見出すことを目的とする。テーマとしては、bien vieillirの他に、気候変動と生物多様性、経済的主権、住居、デジタル、労働、若年がある。





## 第 8 章 フランス医療関連データ

# 1. 人口統計

## 1.1 年齢階級別人口

(単位：千人 / %)

| 年    | 総計              | 14歳以下            | 15-39歳           | 40-64歳           | 65-74歳          | 75-84歳         | 85歳以上          |
|------|-----------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|----------------|----------------|
| 1975 | 52,600<br>(100) | 12,656<br>(24.1) | 18,719<br>(35.6) | 14,176<br>(27.0) | 4,393<br>(8.4)  | 2,159<br>(4.1) | 498<br>(0.9)   |
| 1980 | 53,731<br>(100) | 12,088<br>(22.5) | 19,925<br>(37.1) | 14,178<br>(26.4) | 4,462<br>(8.3)  | 2,511<br>(4.7) | 567<br>(1.1)   |
| 1985 | 55,157<br>(100) | 11,783<br>(21.4) | 21,290<br>(38.6) | 15,033<br>(27.3) | 3,592<br>(6.5)  | 2,776<br>(5.0) | 684<br>(1.2)   |
| 1990 | 56,577<br>(100) | 11,389<br>(20.1) | 21,484<br>(38.0) | 15,833<br>(28.0) | 4,033<br>(7.1)  | 2,964<br>(5.2) | 874<br>(1.5)   |
| 1995 | 57,753<br>(100) | 11,330<br>(19.6) | 20,863<br>(36.1) | 16,873<br>(29.2) | 5,151<br>(8.9)  | 2,456<br>(4.3) | 1,079<br>(1.9) |
| 2000 | 58,858<br>(100) | 11,113<br>(18.9) | 20,414<br>(34.7) | 17,899<br>(30.4) | 5,186<br>(8.8)  | 2,979<br>(5.1) | 1,265<br>(2.1) |
| 2005 | 60,963<br>(100) | 11,240<br>(18.4) | 20,258<br>(33.2) | 19,398<br>(31.8) | 5,144<br>(8.4)  | 3,848<br>(6.3) | 1,075<br>(1.8) |
| 2010 | 62,765<br>(100) | 11,544<br>(18.4) | 19,877<br>(31.7) | 20,805<br>(33.1) | 4,964<br>(7.9)  | 4,008<br>(6.4) | 1,568<br>(2.5) |
| 2015 | 64,301<br>(100) | 11,797<br>(18.3) | 19,346<br>(30.1) | 21,169<br>(32.9) | 6,021<br>(9.4)  | 4,037<br>(6.3) | 1,931<br>(3.0) |
| 2016 | 64,469<br>(100) | 11,738<br>(18.2) | 19,346<br>(30.0) | 21,074<br>(32.7) | 6,316<br>(9.8)  | 3,998<br>(6.2) | 1,996<br>(3.1) |
| 2017 | 64,639<br>(100) | 11,683<br>(18.1) | 19,353<br>(29.9) | 20,982<br>(32.5) | 6,588<br>(10.2) | 3,949<br>(6.1) | 2,084<br>(3.2) |
| 2018 | 64,844<br>(100) | 11,640<br>(18.0) | 19,378<br>(29.9) | 20,929<br>(32.3) | 6,828<br>(10.5) | 3,934<br>(6.1) | 2,134<br>(3.3) |
| 2019 | 65,097<br>(100) | 11,577<br>(17.8) | 19,415<br>(29.8) | 20,924<br>(32.1) | 7,030<br>(10.8) | 3,975<br>(6.1) | 2,176<br>(3.3) |
| 2020 | 65,269<br>(100) | 11,502<br>(17.6) | 19,419<br>(29.8) | 20,897<br>(32.0) | 7,228<br>(11.1) | 4,005<br>(6.1) | 2,218<br>(3.4) |
| 2021 | 65,450<br>(100) | 11,430<br>(17.5) | 19,416<br>(29.7) | 20,932<br>(32.0) | 7,408<br>(11.3) | 4,041<br>(6.2) | 2,223<br>(3.4) |
| 2022 | 65,647<br>(100) | 11,340<br>(17.3) | 19,447<br>(29.6) | 20,952<br>(31.9) | 7,429<br>(11.3) | 4,234<br>(6.4) | 2,244<br>(3.4) |
| 2023 | 65,835<br>(100) | 11,245<br>(17.1) | 19,482<br>(29.6) | 20,968<br>(31.9) | 7,425<br>(11.3) | 4,464<br>(6.8) | 2,251<br>(3.4) |

海外県を除く。各年1月1日時点。

出所：INSEE - Estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2023 (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>)

Estimation de population par département, sexe et âge quinquennal - Années 1975 à 2023

## 1.2 年齢階級別人口：男女別

### - 男性

(単位：千人 / %)

| 年    | 総計              | 14歳以下           | 15-39歳           | 40-64歳           | 65-74歳          | 75-84歳         | 85歳以上        |
|------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|----------------|--------------|
| 1975 | 25,768<br>(100) | 6,469<br>(25.1) | 9,612<br>(37.3)  | 6,945<br>(27.0)  | 1,892<br>(7.3)  | 721<br>(2.8)   | 128<br>(0.5) |
| 1980 | 26,244<br>(100) | 6,194<br>(23.6) | 10,137<br>(38.6) | 6,974<br>(26.6)  | 1,915<br>(7.3)  | 888<br>(3.4)   | 136<br>(0.5) |
| 1985 | 26,890<br>(100) | 6,035<br>(22.4) | 10,762<br>(40.0) | 7,382<br>(27.5)  | 1,539<br>(5.7)  | 1,003<br>(3.7) | 170<br>(0.6) |
| 1990 | 27,544<br>(100) | 5,826<br>(21.2) | 10,805<br>(39.2) | 7,822<br>(28.4)  | 1,773<br>(6.4)  | 1,088<br>(4.0) | 229<br>(0.8) |
| 1995 | 28,078<br>(100) | 5,797<br>(20.6) | 10,462<br>(37.3) | 8,352<br>(29.7)  | 2,270<br>(8.1)  | 907<br>(3.2)   | 290<br>(1.0) |
| 2000 | 28,566<br>(100) | 5,690<br>(19.9) | 10,226<br>(35.8) | 8,833<br>(30.9)  | 2,313<br>(8.1)  | 1,153<br>(4.0) | 349<br>(1.2) |
| 2005 | 29,517<br>(100) | 5,759<br>(19.5) | 10,134<br>(34.3) | 9,522<br>(32.3)  | 2,323<br>(7.9)  | 1,485<br>(5.0) | 295<br>(1.0) |
| 2010 | 30,398<br>(100) | 5,907<br>(19.4) | 9,949<br>(32.7)  | 10,184<br>(33.5) | 2,298<br>(7.6)  | 1,595<br>(5.2) | 465<br>(1.5) |
| 2015 | 31,147<br>(100) | 6,032<br>(19.4) | 9,660<br>(31.0)  | 10,358<br>(33.3) | 2,831<br>(9.1)  | 1,670<br>(5.4) | 597<br>(1.9) |
| 2016 | 31,216<br>(100) | 6,002<br>(19.2) | 9,651<br>(30.9)  | 10,307<br>(33.0) | 2,968<br>(9.5)  | 1,667<br>(5.3) | 621<br>(2.0) |
| 2017 | 31,287<br>(100) | 5,972<br>(19.1) | 9,653<br>(30.9)  | 10,264<br>(32.8) | 3,093<br>(9.9)  | 1,656<br>(5.3) | 649<br>(2.1) |
| 2018 | 31,383<br>(100) | 5,949<br>(19.0) | 9,664<br>(30.8)  | 10,236<br>(32.6) | 3,200<br>(10.2) | 1,664<br>(5.3) | 670<br>(2.1) |
| 2019 | 31,516<br>(100) | 5,922<br>(18.8) | 9,689<br>(30.7)  | 10,234<br>(32.5) | 3,288<br>(10.4) | 1,694<br>(5.4) | 689<br>(2.2) |
| 2020 | 31,606<br>(100) | 5,886<br>(18.6) | 9,699<br>(30.7)  | 10,221<br>(32.3) | 3,374<br>(10.7) | 1,718<br>(5.4) | 707<br>(2.2) |
| 2021 | 31,695<br>(100) | 5,851<br>(18.5) | 9,706<br>(30.6)  | 10,237<br>(32.3) | 3,449<br>(10.9) | 1,741<br>(5.5) | 711<br>(2.2) |
| 2022 | 31,790<br>(100) | 5,806<br>(18.3) | 9,731<br>(30.6)  | 10,245<br>(32.2) | 3,452<br>(10.9) | 1,833<br>(5.8) | 724<br>(2.3) |
| 2023 | 31,884<br>(100) | 5,759<br>(18.1) | 9,756<br>(30.6)  | 10,250<br>(32.1) | 3,444<br>(10.8) | 1,942<br>(6.1) | 732<br>(2.3) |

海外県を除く。各年1月1日時点。

出所：INSEE - Estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2023 (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>)

Estimation de population par département, sexe et âge quinquennal - Années 1975 à 2023

## 1.2 年齢階級別人口：男女別（続き）

### - 女性

（単位：千人 / %）

| 年    | 総計              | 14歳以下           | 15-39歳           | 40-64歳           | 65-74歳          | 75-84歳         | 85歳以上          |
|------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|----------------|----------------|
| 1975 | 26,832<br>(100) | 6,186<br>(23.1) | 9,107<br>(33.9)  | 7,231<br>(26.9)  | 2,501<br>(9.3)  | 1,438<br>(5.4) | 370<br>(1.4)   |
| 1980 | 27,488<br>(100) | 5,894<br>(21.4) | 9,787<br>(35.6)  | 7,204<br>(26.2)  | 2,548<br>(9.3)  | 1,623<br>(5.9) | 431<br>(1.6)   |
| 1985 | 28,267<br>(100) | 5,748<br>(20.3) | 10,528<br>(37.2) | 7,651<br>(27.1)  | 2,052<br>(7.3)  | 1,773<br>(6.3) | 515<br>(1.8)   |
| 1990 | 29,033<br>(100) | 5,563<br>(19.2) | 10,679<br>(36.8) | 8,010<br>(27.6)  | 2,260<br>(7.8)  | 1,876<br>(6.5) | 645<br>(2.2)   |
| 1995 | 29,674<br>(100) | 5,532<br>(18.6) | 10,401<br>(35.0) | 8,521<br>(28.7)  | 2,881<br>(9.7)  | 1,550<br>(5.2) | 790<br>(2.7)   |
| 2000 | 30,292<br>(100) | 5,423<br>(17.9) | 10,188<br>(33.6) | 9,066<br>(29.9)  | 2,873<br>(9.5)  | 1,826<br>(6.0) | 916<br>(3.0)   |
| 2005 | 31,446<br>(100) | 5,481<br>(17.4) | 10,124<br>(32.2) | 9,876<br>(31.4)  | 2,822<br>(9.0)  | 2,363<br>(7.5) | 780<br>(2.5)   |
| 2010 | 32,367<br>(100) | 5,637<br>(17.4) | 9,927<br>(30.7)  | 10,621<br>(32.8) | 2,666<br>(8.2)  | 2,412<br>(7.5) | 1,103<br>(3.4) |
| 2015 | 33,153<br>(100) | 5,765<br>(17.4) | 9,686<br>(29.2)  | 10,811<br>(32.6) | 3,190<br>(9.6)  | 2,366<br>(7.1) | 1,335<br>(4.0) |
| 2016 | 33,253<br>(100) | 5,736<br>(17.2) | 9,694<br>(29.2)  | 10,766<br>(32.4) | 3,349<br>(10.1) | 2,332<br>(7.0) | 1,376<br>(4.1) |
| 2017 | 33,352<br>(100) | 5,711<br>(17.1) | 9,700<br>(29.1)  | 10,719<br>(32.1) | 3,495<br>(10.5) | 2,293<br>(6.9) | 1,435<br>(4.3) |
| 2018 | 33,461<br>(100) | 5,691<br>(17.0) | 9,714<br>(29.0)  | 10,693<br>(32.0) | 3,628<br>(10.8) | 2,270<br>(6.8) | 1,464<br>(4.4) |
| 2019 | 33,581<br>(100) | 5,655<br>(16.8) | 9,726<br>(29.0)  | 10,690<br>(31.8) | 3,742<br>(11.1) | 2,281<br>(6.8) | 1,486<br>(4.4) |
| 2020 | 33,664<br>(100) | 5,616<br>(16.7) | 9,720<br>(28.9)  | 10,676<br>(31.7) | 3,853<br>(11.4) | 2,287<br>(6.8) | 1,511<br>(4.5) |
| 2021 | 33,755<br>(100) | 5,580<br>(16.5) | 9,710<br>(28.8)  | 10,695<br>(31.7) | 3,959<br>(11.7) | 2,300<br>(6.8) | 1,512<br>(4.5) |
| 2022 | 33,857<br>(100) | 5,534<br>(16.3) | 9,716<br>(28.7)  | 10,707<br>(31.6) | 3,978<br>(11.7) | 2,401<br>(7.1) | 1,520<br>(4.5) |
| 2023 | 33,951<br>(100) | 5,486<br>(16.2) | 9,725<br>(28.6)  | 10,718<br>(31.6) | 3,981<br>(11.7) | 2,522<br>(7.4) | 1,519<br>(4.5) |

海外県を除く。各年1月1日時点。

出所：INSEE - Estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2023 (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>)

Estimation de population par département, sexe et âge quinquennal - Années 1975 à 2023

### 1.3 人口動態統計

| 年    | 出生数<br>(千人) | 出生率 <sup>o</sup> | 合計特殊<br>出生率 | 出産時<br>平均年齢 | 死亡数<br>(千人) | 死亡率 <sup>o</sup> | 乳児<br>死亡率 <sup>b</sup> | 平均寿命<br>(男/女)   | 婚姻率 <sup>o</sup> |
|------|-------------|------------------|-------------|-------------|-------------|------------------|------------------------|-----------------|------------------|
| 1975 | 745         | 14.1             | 1.93        | 26.7        | 560         | 10.6             | 13.8                   | 69.0 / 76.9     | 7.4              |
| 1980 | 800         | 14.9             | 1.95        | 26.8        | 547         | 10.1             | 10.0                   | 70.2 / 78.4     | 6.2              |
| 1985 | 768         | 13.9             | 1.81        | 27.5        | 552         | 9.9              | 8.3                    | 71.3 / 79.4     | 4.9              |
| 1990 | 762         | 13.4             | 1.78        | 28.3        | 526         | 9.2              | 7.3                    | 72.7 / 81.0     | 5.1              |
| 1995 | 730         | 12.6             | 1.71        | 29.0        | 532         | 9.2              | 4.9                    | 73.9 / 81.9     | 4.4              |
| 2000 | 775         | 13.1             | 1.87        | 29.4        | 531         | 9.0              | 4.4                    | 75.3 / 82.8     | 5.0              |
| 2005 | 774         | 12.7             | 1.92        | 29.7        | 528         | 8.6              | 3.6                    | 76.8 / 83.9     | 4.5              |
| 2010 | 802         | 12.8             | 2.02        | 30.0        | 540         | 8.6              | 3.5                    | 78.0 / 84.7     | 3.9              |
| 2011 | 793         | 12.5             | 2.00        | 30.1        | 535         | 8.5              | 3.3                    | 78.4 / 85.0     | 3.7              |
| 2012 | 790         | 12.4             | 1.99        | 30.1        | 559         | 8.8              | 3.3                    | 78.5 / 84.8     | 3.8              |
| 2013 | 782         | 12.2             | 1.97        | 30.2        | 558         | 8.7              | 3.5                    | 78.8 / 85.0     | 3.7              |
| 2014 | 781         | 12.2             | 1.97        | 30.3        | 547         | 8.5              | 3.3                    | 79.3 / 85.4     | 3.7              |
| 2015 | 760         | 11.8             | 1.93        | 30.4        | 582         | 9.0              | 3.5                    | 79.0 / 85.1     | 3.6              |
| 2016 | 745         | 11.5             | 1.89        | 30.5        | 581         | 9.0              | 3.5                    | 79.3 / 85.3     | 3.5              |
| 2017 | 730         | 11.3             | 1.86        | 30.6        | 594         | 9.2              | 3.6                    | 79.5 / 85.3     | 3.5              |
| 2018 | 720         | 11.1             | 1.84        | 30.7        | 597         | 9.2              | 3.6                    | 79.6 / 85.5     | 3.5              |
| 2019 | 714         | 11.0             | 1.83        | 30.8        | 599         | 9.2              | 3.6                    | 79.8 / 85.6     | 3.4              |
| 2020 | (p)697      | (p)10.7          | (p)1.79     | (p)30.9     | (p)655      | (p)10.0          | 3.4                    | (p)79.2/(p)85.2 | (p)2.3           |
| 2021 | (p)702      | (p)10.7          | (p)1.80     | (p)31.0     | (p)644      | (p)9.8           | (p)3.7*                | (p)79.3/(p)85.3 | (p)3.2           |
| 2022 | (p)683      | (p)10.4          | (p)1.76     | (p)31.1     | (p)651      | (p)9.9           | (p)3.9*                | (p)79.4/(p)85.3 | (p)3.6           |

海外県を除く。一部、暫定値(p)を含む。

a: 人口 1,000 対、b: 出生児 1,000 対

\* マヨットを含む。

出所:

< 出生数 > INSEE - Démographie - Naissances vivantes - France métropolitaine  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/000067677>

< 出生率 > INSEE - Démographie - Taux de natalité pour 1000 habitants - France métropolitaine  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/000067678>

< 合計特殊出生率 > INSEE - Indicateur conjoncturel de fécondité - France métropolitaine  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001686825>

< 出産時平均年齢 > INSEE - Âge moyen des mères à l'accouchement - France métropolitaine  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001686826>

< 死亡数 > INSEE - Démographie - Décès de tous âges - France métropolitaine  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/000067679>

< 死亡率 > INSEE - Taux brut de mortalité - Ensemble - France métropolitaine  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001745179>

< 乳児死亡率 > INSEE - Démographie - Taux de mortalité infantile pour 1000 enfants nés vivants - France métropolitaine  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/000067681> (2020年まで)  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383444> (2021年以降)

< 平均寿命(男) > INSEE - Espérance de vie à la naissance - Hommes - France métropolitaine  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010536466>

< 平均寿命(女) > INSEE - Espérance de vie à la naissance - Femmes - France métropolitaine  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010536464>

< 婚姻率 > INSEE - Démographie - Taux de nuptialité pour 1000 habitants - France métropolitaine  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/000067676>



## 1.4 主な死因別死亡率

(単位：人口 10 万対)

| ICD-10 分類                                   | 1980 年 | 1990 年 | 2000 年 | 2010 年 | 2015 年 | 2020 年 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 全死因   | 995.3  | 911.1  | 883.7  | 846.0  | 890.1  | 988.5  |
| 感染症及び寄生虫症 (A00-B99)                         | 12.7   | 16.7   | 17.6   | 16.8   | 16.8   | 16.2   |
| 結核、結核の続発・後遺症<br>(A15-A19, B90)              | 3.6    | 2.4    | 1.8    | 0.9    | 0.6    | 0.4    |
| ヒト免疫不全ウイルス [HIV] 病<br>(B20-B24)             | 0.0    | 4.8    | 1.7    | 0.7    | 0.5    | 0.3    |
| ウイルス性肝炎、ウイルス性肝炎の続<br>発・後遺症 (B15-B19, B94.2) | 0.6    | 0.3    | 1.5    | 1.0    | 0.9    | 0.5    |
| 悪性新生物 (C00-C97)                             | 226.5  | 239.2  | 239.4  | 238.9  | 243.9  | 242.0  |
| 胃の悪性新生物 (C16)                               | 15.8   | 11.8   | 8.6    | 7.1    | 6.7    | 6.2    |
| 結腸、直腸、肛門及び肛門管の悪性新<br>生物 (C18-C21)           | 26.5   | 26.9   | 26.6   | 26.6   | 26.6   | 25.5   |
| 肝及び肝内胆管の悪性新生物 (C22)                         | 7.6    | 9.4    | 11.0   | 12.5   | 12.9   | 13.0   |
| 膵の悪性新生物 (C25)                               | 8.7    | 9.9    | 11.4   | 14.4   | 16.5   | 18.5   |
| 喉頭の悪性新生物 (C32)                              | 7.2    | 5.3    | 3.1    | 1.9    | 1.6    | 1.2    |
| 気管、気管支及び肺の悪性新生物<br>(C33-C34)                | 31.3   | 37.5   | 41.4   | 46.4   | 48.8   | 46.3   |
| 乳房の悪性新生物 (C50)                              | 15.5   | 17.9   | 18.4   | 18.7   | 19.0   | 19.3   |
| 子宮頸部の悪性新生物 (C53)                            | 1.8    | 1.4    | 1.1    | 1.2    | 1.1    | 1.1    |
| 前立腺の悪性新生物 (C61)                             | 12.5   | 16.0   | 15.2   | 14.2   | 13.3   | 13.4   |
| リンパ腫 (C81-C86)                              | 2.7    | 0.9    | 7.7    | 7.3    | 7.3    | 7.3    |
| 白血病 (C91-C95)                               | 8.2    | 8.2    | 8.4    | 8.6    | 9.0    | 9.2    |
| 糖尿病 (E10-E14)                               | 12.9   | 11.2   | 18.0   | 16.8   | 17.9   | 17.6   |
| 精神及び行動の障害 (F01-F99)                         | 14.6   | 22.4   | 28.9   | 28.1   | 38.5   | 37.7   |
| 血管性及び詳細不明の認知症 (F01,<br>F03)                 | 7.0    | 13.1   | 19.3   | 18.5   | 29.4   | 27.8   |
| パーキンソン病 (G20)                               | 3.6    | 4.4    | 6.4    | 7.7    | 9.3    | 10.4   |
| アルツハイマー病 (G30)                              | 0.1    | 4.4    | 13.5   | 28.3   | 31.6   | 27.1   |
| 循環器系の疾患 (I00-I99)                           | 372.3  | 302.3  | 269.6  | 223.6  | 218.0  | 199.4  |
| 虚血性心疾患 (I20-I25)                            | 91.9   | 85.2   | 75.3   | 55.4   | 51.3   | 46.2   |
| 脳血管疾患 (I60-I69)                             | 123.3  | 84.2   | 64.0   | 49.7   | 48.1   | 45.6   |
| 呼吸器系の疾患 (J00-J99)                           | 60.9   | 66.1   | 59.5   | 50.1   | 64.6   | 57.4   |
| 消化器系の疾患 (K00-K92)                           | 65.0   | 47.0   | 39.5   | 36.7   | 36.0   | 36.9   |
| 交通事故 (V01-V99, Y85)                         | 20.3   | 17.5   | 12.2   | 6.1    | 4.6    | 3.0    |
| 故意の自傷及び自殺 (X60-X84, Y87.0)                  | 18.9   | 19.7   | 18.0   | 16.2   | 13.7   | 13.3   |
| COVID-19                                    | 0.0    | 0.0    | 0.0    | 0.0    | 0.0    | 104.2  |

海外県を除く。

出所：INSERM - CépiDc Interrogation des données sur les causes médicales de décès  
<https://opendata-cepidc.inserm.fr/>

## 1.5 主な死因別死亡率：男女別

### - 男性

(単位：人口10万対)

| ICD-10 分類                                   | 1980年   | 1990年 | 2000年 | 2010年 | 2015年 | 2020年   |
|---|---------|-------|-------|-------|-------|---------|
| 全死因   | 1,061.5 | 967.8 | 931.7 | 889.1 | 916.5 | 1,019.7 |
| 感染症及び寄生虫症 (A00-B99)                         | 13.9    | 20.5  | 18.5  | 17.1  | 16.5  | 16.1    |
| 結核、結核の続発・後遺症<br>(A15-A19, B90)              | 4.9     | 3.0   | 2.1   | 1.0   | 0.7   | 0.5     |
| ヒト免疫不全ウイルス [HIV] 病<br>(B20-B24)             | 0.0     | 8.3   | 2.7   | 1.1   | 0.9   | 0.4     |
| ウイルス性肝炎、ウイルス性肝炎の続<br>発・後遺症 (B15-B19, B94.2) | 0.6     | 0.3   | 1.7   | 1.2   | 1.0   | 0.7     |
| 悪性新生物 (C00-C97)                             | 277.6   | 299.7 | 297.8 | 288.7 | 289.1 | 280.9   |
| 胃の悪性新生物 (C16)                               | 18.4    | 14.1  | 10.8  | 9.4   | 8.9   | 8.1     |
| 結腸、直腸、肛門及び肛門管の悪性新生物<br>(C18-C21)            | 27.4    | 28.1  | 28.6  | 29.4  | 29.3  | 27.8    |
| 肝及び肝内胆管の悪性新生物 (C22)                         | 10.3    | 14.7  | 17.2  | 18.9  | 19.3  | 19.1    |
| 膵の悪性新生物 (C25)                               | 10.2    | 11.0  | 12.5  | 15.2  | 17.1  | 19.1    |
| 喉頭の悪性新生物 (C32)                              | 14.2    | 10.3  | 5.8   | 3.5   | 2.9   | 2.2     |
| 気管、気管支及び肺の悪性新生物 (C33-<br>C34)               | 56.8    | 67.0  | 70.7  | 71.8  | 72.0  | 64.9    |
| 前立腺の悪性新生物 (C61)                             | 25.6    | 32.9  | 31.2  | 29.2  | 27.4  | 27.7    |
| リンパ腫 (C81-C86)                              | 3.2     | 1.1   | 8.1   | 8.3   | 8.3   | 8.5     |
| 白血病 (C91-C95)                               | 9.0     | 8.9   | 9.2   | 9.6   | 10.2  | 10.5    |
| 糖尿病 (E10-E14)                               | 10.1    | 9.0   | 17.0  | 16.5  | 18.3  | 18.0    |
| 精神及び行動の障害 (F01-F99)                         | 15.5    | 19.6  | 24.1  | 25.4  | 32.1  | 30.3    |
| 血管性及び詳細不明の認知症 (F01,<br>F03)                 | 4.4     | 7.8   | 11.5  | 12.7  | 20.6  | 18.1    |
| パーキンソン病 (G20)                               | 3.6     | 4.5   | 7.0   | 8.8   | 10.6  | 12.2    |
| アルツハイマー病 (G30)                              | 0.1     | 3.4   | 8.6   | 16.2  | 17.8  | 15.2    |
| 循環器系の疾患 (I00-I99)                           | 353.4   | 281.5 | 257.4 | 214.4 | 208.1 | 194.2   |
| 虚血性心疾患 (I20-I25)                            | 105.7   | 94.5  | 86.6  | 65.7  | 62.7  | 58.6    |
| 脳血管疾患 (I60-I69)                             | 107.0   | 70.2  | 54.7  | 42.7  | 40.7  | 39.6    |
| 呼吸器系の疾患 (J00-J99)                           | 70.9    | 70.5  | 62.9  | 55.5  | 66.3  | 62.0    |
| 消化器系の疾患 (K00-K92)                           | 74.8    | 51.5  | 43.2  | 40.8  | 39.6  | 40.8    |
| 交通事故 (V01-V99, Y85)                         | 30.6    | 26.4  | 18.8  | 9.8   | 7.2   | 4.9     |
| 故意の自傷及び自殺 (X60-X84)                         | 27.4    | 29.1  | 27.3  | 24.6  | 21.7  | 20.6    |
| COVID-19                                    | 0.0     | 0.0   | 0.0   | 0.0   | 0.0   | 108.9   |

海外県を除く。

出所：INSERM - CépiDc Interrogation des données sur les causes médicales de décès

<https://opendata-cepidc.inserm.fr/>

## 1.5 死因別死亡率：男女別（続き）

### - 女性

（単位：人口10万対）

| ICD-10 分類                                 | 1980年 | 1990年 | 2000年 | 2010年 | 2015年 | 2020年 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 全死因                                       | 932.1 | 857.1 | 838.3 | 805.5 | 865.2 | 959.3 |
| 感染症及び寄生虫症（A00-B99）                        | 11.5  | 13.1  | 16.7  | 16.5  | 17.0  | 16.2  |
| 結核、結核の続発・後遺症<br>（A15-A19、B90）             | 2.3   | 1.9   | 1.6   | 0.8   | 0.6   | 0.3   |
| ヒト免疫不全ウイルス〔HIV〕病<br>（B20-B24）             | 0.0   | 1.4   | 0.7   | 0.4   | 0.2   | 0.1   |
| ウイルス性肝炎、ウイルス性肝炎の続<br>発・後遺症（B15-B19、B94.2） | 0.6   | 0.2   | 1.3   | 0.9   | 0.8   | 0.4   |
| 悪性新生物（C00-C97）                            | 177.7 | 181.7 | 184.3 | 192.0 | 201.5 | 205.4 |
| 胃の悪性新生物（C16）                              | 13.2  | 9.6   | 6.5   | 5.0   | 4.6   | 4.3   |
| 結腸、直腸、肛門及び肛門管の悪性新生物<br>（C18-C21）          | 25.6  | 25.7  | 24.7  | 24.0  | 24.0  | 23.3  |
| 肝及び肝内胆管の悪性新生物（C22）                        | 4.9   | 4.3   | 5.2   | 6.6   | 6.8   | 7.3   |
| 膵の悪性新生物（C25）                              | 7.3   | 9.0   | 10.4  | 13.7  | 15.9  | 17.9  |
| 喉頭の悪性新生物（C32）                             | 0.6   | 0.5   | 0.5   | 0.4   | 0.5   | 0.3   |
| 気管、気管支及び肺の悪性新生物（C33-<br>C34）              | 7.0   | 9.5   | 13.8  | 22.5  | 27.0  | 28.8  |
| 乳房の悪性新生物（C50）                             | 29.8  | 34.4  | 35.5  | 35.8  | 36.4  | 36.8  |
| 子宮頸部の悪性新生物（C53）                           | 3.5   | 2.7   | 2.2   | 2.2   | 2.2   | 2.1   |
| リンパ腫（C81-C86）                             | 2.2   | 0.7   | 7.3   | 6.4   | 6.4   | 6.1   |
| 白血病（C91-C95）                              | 7.5   | 7.5   | 7.6   | 7.7   | 7.8   | 7.9   |
| 糖尿病（E10-E14）                              | 15.5  | 13.3  | 19.0  | 17.0  | 17.5  | 17.1  |
| 精神及び行動の障害（F01-F99）                        | 13.7  | 25.2  | 33.5  | 30.7  | 44.5  | 44.7  |
| 血管性及び詳細不明の認知症（F01,<br>F03）                | 9.4   | 18.1  | 26.6  | 24.0  | 37.6  | 36.8  |
| パーキンソン病（G20）                              | 3.5   | 4.3   | 5.8   | 6.6   | 8.1   | 8.8   |
| アルツハイマー病（G30）                             | 0.1   | 5.4   | 18.1  | 39.6  | 44.7  | 38.3  |
| 循環器系の疾患（I00-I99）                          | 390.4 | 322.0 | 281.2 | 232.2 | 227.2 | 204.3 |
| 虚血性心疾患（I20-I25）                           | 78.7  | 76.3  | 64.7  | 45.8  | 40.6  | 34.5  |
| 脳血管疾患（I60-I69）                            | 138.9 | 97.6  | 72.8  | 56.2  | 55.1  | 51.3  |
| 呼吸器系の疾患（J00-J99）                          | 51.3  | 61.9  | 56.3  | 45.1  | 63.0  | 53.2  |
| 消化器系の疾患（K00-K92）                          | 55.6  | 42.6  | 36.1  | 32.8  | 32.6  | 33.2  |
| 交通事故（V01-V99, Y85）                        | 10.5  | 8.9   | 6.0   | 2.7   | 2.1   | 1.2   |
| 故意の自傷及び自殺（X60-X84, Y87.0）                 | 10.8  | 10.9  | 9.3   | 8.2   | 6.2   | 6.3   |
| COVID-19                                  | 0.0   | 0.0   | 0.0   | 0.0   | 0.0   | 99.8  |

海外県を除く。

出所：INSERM - CépiDc Interrogation des données sur les causes médicales de décès  
<https://opendata-cepidc.inserm.fr/>

## 2. 経済指標

### 2.1 国内総生産（GDP）

|                     | 2010年   | 2015年   | 2018年   | 2019年   | 2020年   | 2021年   |
|---------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 名目 GDP（10 億ユーロ）     | 1,995.3 | 2,198.4 | 2,363.3 | 2,437.6 | 2,310.5 | 2,500.9 |
| 2014 年基準            | 2,065.3 | 2,173.7 | 2,289.8 | 2,332.0 | 2,150.4 | 2,297.0 |
| 前年からの成長率（%）         | 3.0     | 2.3     | 2.9     | 3.1     | -5.2    | 8.2     |
| 2014 年基準            | 1.9     | 1.1     | 1.9     | 1.8     | -7.8    | 6.8     |
| 国民 1 人あたりの GDP（ユーロ） | 30,692  | 33,019  | 35,039  | 35,973  | 33,975  | 36,661  |
| 2014 年基準            | 31,769  | 32,647  | 33,949  | 34,414  | 31,622  | 33,673  |

出所：INSEE - Produit Intérieur Brut (PIB) et grands agrégats économiques en 2021

(<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6438735?sommaire=6438793>)

I.101 - Le produit intérieur brut et ses composantes à prix courants

I.102 - Le produit intérieur brut et ses composantes en volume aux prix de l'année précédente chaînés (En milliards d'euros 2014)

I.101p - Le produit intérieur brut et ses composantes à prix courants (Évolution en %)

I.102P - Le produit intérieur brut et ses composantes en volume aux prix de l'année précédente chaînés (Évolution en %)

I.115 - Produit intérieur brut et revenu national brut par habitant (Milliers de personnes, Milliards d'euros et Euros par personne)

## 2.2 国民所得

(単位：10 億ユーロ、2014 年基準)

|             | 2010 年  | 2015 年  | 2016 年  | 2017 年  | 2020 年  | 2021 年  |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 国民所得        | 1,427.2 | 1,537.8 | 1,651.7 | 1,671.2 | 1,615.3 | 1,720.9 |
| 雇用者報酬       | 1,053.4 | 1,160.9 | 1,252.0 | 1,264.5 | 1,216.8 | 1,305.5 |
| 企業所得        | 280.6   | 296.3   | 313.4   | 322.4   | 320.8   | 332.3   |
| 財産所得        | 93.2    | 80.7    | 86.3    | 84.3    | 77.7    | 83.1    |
| 再分配による移転（純） | -160.1  | -208.1  | -220.9  | -191.6  | -119.5  | -166.0  |
| 所得税・資産税     | -176.0  | -219.3  | -248.4  | -248.9  | -239.7  | -248.7  |
| 社会保障負担      | -406.7  | -464.7  | -479.2  | -463.9  | -448.8  | -478.9  |
| 社会保障給付      | 420.4   | 477.9   | 505.0   | 519.8   | 567.8   | 559.4   |
| その他（純）      | 2.2     | -1.9    | 1.7     | 1.5     | 1.1     | 2.2     |
| 国民可処分所得     | 1,267.1 | 1,329.7 | 1,430.8 | 1,479.6 | 1,495.8 | 1,554.9 |
| 消費支出        | 1,064.9 | 1,142.3 | 1,224.5 | 1,256.7 | 1,182.6 | 1,264.8 |
| 貯蓄          | 202.2   | 187.4   | 206.3   | 222.9   | 313.1   | 290.1   |

出所：INSEE - Revenu et pouvoir d'achat des ménages en 2021

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6438783?sommaire=6438793>

2.104 - Compte des ménages simplifié et ratios d'épargne (En milliards d'euros et %)



## 2.3 労働力：男女別・年齢階級別

(単位：千人 /%)

|                 | 2000年  | 2018年  | 2019年  | 2020年  | 2021年  |
|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 15歳以上労働力人口：計    | 27,058 | 29,948 | 29,888 | 29,626 | 30,093 |
| 女性              | 12,591 | 14,627 | 14,648 | 14,538 | 14,709 |
| 男性              | 14,468 | 15,321 | 15,240 | 15,089 | 15,384 |
| 15～64歳労働力人口比率：計 | 69.6   | 72.8   | 72.6   | 72.0   | 73.0   |
| <男女別>           |        |        |        |        |        |
| 女性              | 64.0   | 69.7   | 69.7   | 69.2   | 70.0   |
| 男性              | 75.3   | 76.0   | 75.5   | 74.8   | 76.2   |
| <年齢階級別>         |        |        |        |        |        |
| 15～24歳          | 37.7   | 38.8   | 37.9   | 36.8   | 39.7   |
| 25～49歳          | 88.0   | 88.4   | 88.1   | 87.5   | 88.1   |
| 50～64歳          | 53.6   | 67.6   | 68.1   | 68.3   | 69.3   |
| うち55～59歳        | 53.9   | 78.4   | 78.5   | 78.7   | 79.9   |
| 60～64歳          | 11.6   | 35.4   | 37.2   | 37.2   | 38.2   |
| 65～69歳          | 3.1    | 7.1    | 8.3    | 8.2    | 9.0    |

マヨットを除く、15歳以上。

出所：INSEE - Emploi, chômage, revenus du travail Édition 2022

1. Population active et taux d'activité selon les caractéristiques des personnes de 2017 à 2021 (p.123)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6453776>

## 2.4 失業：男女別・年齢階級別

(単位：千人 /%)

|            | 2010年          | 2015年           | 2016年           | 2017年          | 2018年          | 2019年          | 2020年          | 2021年          |
|------------|----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 15～64歳：男女計 | 2,702<br>(9.3) | 3,066<br>(10.4) | 2,983<br>(10.1) | 2,792<br>(9.5) | 2,692<br>(9.1) | 2,507<br>(8.5) | 2,368<br>(8.1) | 2,346<br>(7.9) |
| 男性         | 1,370<br>(9.1) | 1,640<br>(10.9) | 1,558<br>(10.3) | 1,436<br>(9.5) | 1,373<br>(9.1) | 1,288<br>(8.6) | 1,215<br>(8.2) | 1,214<br>(8.0) |
| 女性         | 1,333<br>(9.5) | 1,426<br>(10.0) | 1,425<br>(9.9)  | 1,356<br>(9.4) | 1,319<br>(9.1) | 1,219<br>(8.4) | 1,154<br>(8.0) | 1,132<br>(7.8) |
| 15～24歳：男女計 | 743<br>(24.7)  | 741<br>(26.1)   | 736<br>(26.0)   | 665<br>(23.5)  | 638<br>(22.0)  | 593<br>(20.7)  | 600<br>(21.5)  | 574<br>(18.9)  |
| 男性         | 365<br>(22.2)  | 388<br>(25.1)   | 371<br>(24.2)   | 346<br>(22.3)  | 332<br>(20.8)  | 310<br>(20.0)  | 299<br>(19.8)  | 307<br>(19.0)  |
| 女性         | 378<br>(27.8)  | 353<br>(27.4)   | 365<br>(28.0)   | 319<br>(24.9)  | 306<br>(23.5)  | 282<br>(21.6)  | 302<br>(23.5)  | 268<br>(18.8)  |
| 25～49歳：男女計 | 1,554<br>(8.2) | 1,738<br>(9.5)  | 1,660<br>(9.1)  | 1,558<br>(8.6) | 1,496<br>(8.3) | 1,359<br>(7.6) | 1,285<br>(7.3) | 1,254<br>(7.1) |
| 男性         | 802<br>(8.2)   | 936<br>(10.0)   | 874<br>(9.3)    | 797<br>(8.5)   | 757<br>(8.2)   | 696<br>(7.6)   | 674<br>(7.5)   | 634<br>(7.0)   |
| 女性         | 753<br>(8.3)   | 802<br>(9.0)    | 786<br>(8.9)    | 762<br>(8.6)   | 739<br>(8.3)   | 663<br>(7.5)   | 612<br>(7.0)   | 621<br>(7.2)   |
| 50～64歳：男女計 | 405<br>(5.6)   | 587<br>(7.1)    | 587<br>(7.0)    | 569<br>(6.7)   | 558<br>(6.5)   | 555<br>(6.4)   | 483<br>(5.5)   | 518<br>(5.8)   |
| 男性         | 203<br>(5.6)   | 315<br>(7.6)    | 313<br>(7.5)    | 294<br>(7.0)   | 284<br>(6.6)   | 282<br>(6.5)   | 242<br>(5.6)   | 274<br>(6.1)   |
| 女性         | 202<br>(5.7)   | 271<br>(6.6)    | 274<br>(6.5)    | 276<br>(6.5)   | 275<br>(6.4)   | 273<br>(6.3)   | 241<br>(5.5)   | 244<br>(5.5)   |

マヨットを除く、15歳以上。

出所：INSEE - Activité, emploi et chômage en 2021 et en séries longues

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6462851?sommaire=6462858>

T302 - Chômage et taux de chômage au sens du Bureau International du Travail (BIT), par sexe et tranche d'âge quinquennal et regroupé, en moyenne annuelle - 1975-2021

### 3. 社会保障費

#### 3.1 社会保障給付費

(単位：10 億ユーロ)

|          | 2010 年 | 2015 年 | 2016 年  | 2017 年  | 2018 年  | 2019 年  | 2020 年  | 2021 年  |
|----------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 支出計      | 856.8  | 964.3  | 976.9   | 1,008.8 | 1,033.5 | 1,032.8 | 1,114.0 | 1,089.4 |
| 現金給付費    | 445.2  | 452.4  | 460.3   | 471.4   | 485.2   | 813.4   | 833.8   | 391.5   |
| 現物給付費    | 256.9  | 262.1  | 267.9   | 271.0   | 276.5   |         |         | 226.1   |
| 管理費      | 29.5   | 28.1   | 29.5    | 31.0    | 29.3    | 34.9    | 30.7    | 30.2    |
| 財務費      | 6.8    | 6.7    | 6.7     | 6.8     | 6.5     | 5.2     | 4.7     | 6.3     |
| その他      | 6.8    | 9.0    | 9.9     | 10.0    | 10.6    | 17.5    | 11.9    | 4.1     |
| 資本勘定（支出） | 0.5    | 0.7    | 0.4     | 0.4     | 0.7     | 1.3     | 1.2     | 2.7     |
| 制度間財政移転  | 218.5  | 217.9  | 234.2   | 242.7   | 223.7   | 241.8   | 207.0   | 196.0   |
| 収入計      | 834.5  | -      | -       | -       | 0.2     | 0.2     | -       | -       |
| 社会保険料    | 961.0  | 976.6  | 1,013.6 | 1,043.2 | 1,046.1 | 1,063.3 | 1,071.2 | 400.3   |
| 租税       | 456.1  | 461.3  | 474.7   | 470.2   | 453.6   | 436.6   | 467.0   | 150.3   |
| 国庫による補填  | 183.2  | 184.1  | 188.9   | 210.5   | 243.2   | 244.9   | 262.4   | 67.1    |
| 利子収入     | 83.8   | 93.7   | 96.3    | 99.7    | 105.8   | 129.3   | 120.8   | 7.6     |
| その他      | 7.9    | 8.0    | 7.7     | 7.9     | 8.0     | 7.1     | 7.3     | 15.8    |
| 資本勘定（受取） | 16.1   | 16.0   | 16.4    | 16.7    | 16.2    | 15.3    | 15.8    | -2.7    |
| 制度間財政移転  | -4.5   | -4.4   | -4.5    | -4.4    | -4.4    | -11.8   | -9.0    | 196.0   |
| 収支差      | -22.4  | 218.5  | 217.9   | 234.2   | 242.7   | 223.7   | 241.8   | 207.0   |
|          |        | -3.3   | -0.4    | 4.8     | 9.7     | 13.3    | -50.7   | -18.1   |

出所：2010 年、2011 年 DREES - La protection sociale en France et en Europe en 2014 (pp.170-174)  
 2012 年～2016 年 DREES - La protection sociale en France et en Europe en 2016 (pp.170-174)  
 2017 年 DREES - La protection sociale en France et en Europe en 2018 (p.106)  
 2018 年～2020 年 DREES - La protection sociale en France et en Europe en 2020 (pp.136-138)  
 2021 年 DREES - La protection sociale en France et en Europe en 2021 (p.222)

### 3.2 社会保障給付費：リスク別

(単位：10億ユーロ)

|       | 2010年 | 2015年 | 2016年 | 2017年 | 2018年 | 2019年 | 2020年 | 2021年 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 合計    | 617.6 | 702.2 | 714.5 | 728.2 | 742.5 | 761.8 | 813.4 | 833.8 |
| 保健    | 217.7 | 245.1 | 249.9 | 255.7 | 261.0 | 267.4 | 278.0 | 306.5 |
| 医療    | 178.4 | 200.1 | 204.1 | 208.7 | 213.1 | 218.2 | 227.5 | 255.6 |
| 障害    | 32.0  | 38.0  | 38.9  | 40.2  | 41.1  | 42.4  | 44.0  | 44.4  |
| 労働災害  | 7.3   | 7.0   | 6.8   | 6.9   | 6.8   | 6.7   | 6.5   | 6.5   |
| 老齢/遺族 | 277.0 | 320.0 | 325.3 | 331.3 | 339.6 | 346.6 | 353.2 | 360.1 |
| 老齢    | 241.8 | 281.7 | 286.9 | 292.5 | 300.5 | 307.3 | 313.9 | 320.4 |
| 遺族    | 35.1  | 38.3  | 38.4  | 38.7  | 39.0  | 39.3  | 39.3  | 39.7  |
| 家族    | 50.0  | 54.5  | 54.5  | 55.4  | 55.8  | 56.2  | 55.7  | 55.9  |
| 雇用    | 38.6  | 43.5  | 43.5  | 44.3  | 44.8  | 46.0  | 77.5  | 60.9  |
| 職業訓練  | 3.4   | 3.5   | 4.2   | 4.0   | 4.0   | 4.9   | 5.1   | 6.3   |
| 失業    | 35.2  | 40.0  | 40.3  | 40.3  | 40.7  | 41.1  | 72.4  | 54.5  |
| 住宅    | 16.5  | 18.1  | 18.1  | 18.5  | 17.2  | 16.9  | 16.8  | 15.8  |
| 救貧    | 17.9  | 20.9  | 20.9  | 23.1  | 24.2  | 28.7  | 32.1  | 34.7  |

出所：2010年、2011年 DREES - La protection sociale en France et en Europe en 2014 (pp.175-179)  
 2012年～2016年 DREES - La protection sociale en France et en Europe en 2016 (pp.175-179)  
 2017年 DREES - La protection sociale en France et en Europe en 2018 (p.108)  
 2018年～2020年 DREES - La protection sociale en France et en Europe en 2020 (pp.139-141)  
 2021年 DREES - La protection sociale en France et en Europe en 2021 (p.223)

### 3.3 社会保障給付費：リスク別（対GDP比）

(単位：%)

|       | 2010年 | 2015年 | 2016年 | 2017年 | 2018年 | 2019年 | 2020年 | 2021年 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 合計    | 30.9  | 31.9  | 32.0  | 31.7  | 31.4  | 31.3  | 35.2  | 33.3  |
| 保健    | 10.9  | 11.1  | 11.2  | 11.1  | 11.0  | 11.0  | 12.0  | 12.3  |
| 老齢/遺族 | 13.9  | 14.6  | 14.6  | 14.4  | 14.4  | 14.2  | 15.3  | 14.4  |
| 家族    | 2.5   | 2.5   | 2.4   | 2.4   | 2.4   | 2.3   | 2.4   | 2.2   |
| 雇用    | 1.9   | 2.0   | 2.0   | 1.9   | 1.9   | 1.9   | 3.4   | 2.4   |
| 住宅    | 0.8   | 0.8   | 0.8   | 0.8   | 0.7   | 0.7   | 0.7   | 0.6   |
| 救貧    | 0.9   | 1.0   | 1.0   | 1.0   | 1.0   | 1.2   | 1.4   | 1.4   |

本章 第2.1項及び第3.2項に基づき、医療経済研究機構にて算出

### 3.4 社会保障給付費の詳細：保健・老齢/遺族・家族

(単位：百万ユーロ)

| 給付金                                     | 2017年   | 2018年   | 2019年   | 2020年   | 2021年   |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| 社会保障給付金                                 | 727,637 | 741,892 | 761,386 | 814,295 | 833,828 |
| 1. 保健                                   | 255,622 | 261,022 | 267,387 | 279,691 | 306,464 |
| 1-1. 疾病                                 | 208,661 | 213,136 | 218,216 | 229,224 | 255,582 |
| 1-1-1. 一時的な所得代替給付                       | 13,407  | 14,149  | 14,583  | 17,539  | 17,282  |
| 日額手当金                                   | 8,015   | 8,392   | 8,633   | 10,328  | 10,413  |
| 国家公務員長期疾病休暇                             | 268     | 272     | 281     | 282     | 290     |
| 給与保障/共済組合及び労使共済制度の日額手当金補助               | 2,084   | 2,238   | 2,280   | 2,459   | 2,601   |
| 日額手当金(労働災害・職業病)                         | 2,862   | 3,065   | 3,289   | 3,411   | 3,583   |
| 給与保障/共済組合及び労使共済制度の日額手当金補助<br>(労働災害・職業病) | 178     | 181     | 100     | 161     | 173     |
| コロナ禍の影響を受けた人の給与保障                       | -       | -       | -       | 899     | 222     |
| 1-1-2. 疾病保険及び国庫負担の医療費                   | 158,420 | 161,295 | 165,424 | 173,320 | 189,702 |
| 開業医等によるケア                               | 37,618  | 38,078  | 39,065  | 39,869  | 45,399  |
| 医薬品                                     | 22,959  | 22,875  | 23,180  | 23,125  | 26,470  |
| 医療移送                                    | 4,678   | 4,825   | 4,756   | 4,385   | 5,176   |
| 公立病院におけるケア                              | 67,189  | 68,015  | 69,678  | 76,813  | 80,261  |
| 民間診療所におけるケア                             | 14,036  | 14,199  | 14,658  | 14,980  | 17,189  |
| その他                                     | 11,940  | 13,303  | 14,088  | 14,148  | 15,208  |
| 1-1-3. 補足的医療                            | 22,363  | 22,909  | 22,925  | 21,217  | 24,388  |
| 普遍的医療給付制度基金が負担する医療費                     | 2,093   | 2,200   | 2,114   | 2,569   | 3,090   |
| 電力・ガス公社疾病保険金庫による医療費償還                   | 249     | 256     | 259     | 226     | 260     |
| 共済組合及び労使共済制度による医療費償還                    | 20,022  | 20,453  | 20,553  | 18,422  | 21,038  |
| 1-1-4. 医療・社会福祉給付金(障害者を除く)               | 9,494   | 9,752   | 10,081  | 12,112  | 14,217  |
| 医療・社会福祉-高齢者<br>(高齢者滞在施設及び要介護高齢者滞在施設)    | 7,878   | 8,109   | 8,417   | 10,324  | 12,366  |
| 医療・社会福祉-高齢者(在宅看護サービス)                   | 1,538   | 1,555   | 1,575   | 1,681   | 1,779   |
| その他の医療・社会福祉給付金                          | 78      | 88      | 89      | 107     | 72      |
| 1-1-5. その他の医療給付金                        | 4,977   | 5,031   | 5,202   | 5,035   | 9,992   |



### 3.4 社会保障給付費の詳細：保健・老齢/遺族・家族（続き）

（単位：百万ユーロ）

| 給付金                                    | 2017年  | 2018年  | 2019年  | 2020年  | 2021年  |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1-2. 障害                                | 40,099 | 41,087 | 42,426 | 43,976 | 44,398 |
| 1-2-1. 所得代替給付（年金及び定期金）                 | 9,442  | 9,650  | 9,855  | 9,982  | 9,938  |
| 障害一時金                                  | 72     | 75     | 90     | 143    | 147    |
| 障害者年金（子及び第三者加算額を含む）                    | 7,679  | 7,861  | 8,026  | 8,090  | 8,059  |
| 共済組合及び労使共済制度による障害定期金<br>（子及び第三者加算額を含む） | 1,606  | 1,637  | 1,669  | 1,685  | 1,675  |
| 障害一時金（公務員）                             | 6      | 6      | 6      | 6      | 6      |
| 軍人障害年金－事務官被害者                          | 80     | 71     | 64     | 57     | 51     |
| 1-2-2. その他の所得補填給付金                     | 10,927 | 11,320 | 12,009 | 12,879 | 12,910 |
| 成人障害者手当                                | 9,369  | 9,708  | 10,371 | 11,094 | 11,223 |
| 障害者向け所得保障                              | 1,313  | 1,367  | 1,387  | 1,511  | 1,388  |
| 補足障害手当                                 | 245    | 245    | 251    | 274    | 299    |
| 1-2-3. 障害補償給付金                         | 2,776  | 2,959  | 3,084  | 3,299  | 3,458  |
| 60歳未満障害補償給付金                           | 1,396  | 1,458  | 1,533  | 1,646  | 1,764  |
| 60歳未満第三者補足手当                           | 257    | 243    | 225    | 216    | 205    |
| 親付き添い日額手当金                             | 81     | 91     | 96     | 97     | 103    |
| 障害児教育手当                                | 939    | 1,001  | 1,060  | 1,163  | 1,213  |
| 特別教育手当                                 | 1      | 1      | 1      | 1      | 1      |
| 60歳未満の者を対象とした主たる住居の改築費用<br>の税控除        | 9      | 9      | 7      | 7      | 7      |
| 障害者在宅支援被用者の税控除                         | 0      | 57     | 58     | 58     | 49     |
| その他の障害関連手当                             | 93     | 100    | 104    | 111    | 115    |
| 1-2-4. 障害者受入・施設滞在給付（医療・社会福祉給<br>付金を含む） | 15,002 | 15,180 | 15,494 | 15,830 | 16,093 |
| 障害者に対する在宅看護・介護                         | 88     | 89     | 90     | 106    | 118    |
| 障害児施設                                  | 2,404  | 2,439  | 2,533  | 2,598  | 10,408 |
| 成人障害者施設                                | 7,408  | 7,468  | 7,571  | 7,744  |        |
| 障害児の受入・支援（施設以外）                        | 3,868  | 3,934  | 4,041  | 4,113  | 5,567  |
| 障害者の受入・支援（施設以外）                        | 1,234  | 1,250  | 1,259  | 1,269  |        |
| 1-2-5. 労働支援                            | 1,789  | 1,818  | 1,818  | 1,827  | 1,836  |
| 1-2-6. その他の障害給付金（共済組合及び労使共済制<br>度を含む）  | 163    | 160    | 166    | 1660   | 163    |

### 3.4 社会保障給付費の詳細：保健・老齢/遺族・家族（続き）

（単位：百万ユーロ）

| 給付金                                      | 2017年   | 2018年   | 2019年   | 2020年   | 2021年   |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1-3. 労働災害及び職業病                           | 6,862   | 6,799   | 6,746   | 6,491   | 6,484   |
| 1-3-1. 一時的な所得代替給付                        | 6,831   | 6,764   | 6,712   | 6,463   | 6,449   |
| 労働災害及び職業病定期金                             | 5,356   | 5,403   | 5,416   | 5,297   | 5,305   |
| 軍人障害年金－武官被害者                             | 500     | 470     | 441     | 413     | 386     |
| 各種事故障害年金                                 | 86      | 81      | 77      | 71      | 67      |
| 石綿関連労働者早期退職手当                            | 348     | 315     | 285     | 257     | 229     |
| 石綿被害者補償基金補償                              | 339     | 301     | 300     | 234     | 274     |
| 石綿関連休業手当                                 | 201     | 193     | 193     | 190     | 186     |
| 農業被害者補償基金からの給付                           | -       | -       | -       | 0       | 2       |
| その他                                      | 31      | 35      | 33      | 28      | 35      |
| 2. 老齢・遺族                                 | 331,313 | 339,566 | 346,620 | 353,537 | 360,062 |
| 2-1. 老齢                                  | 292,575 | 300,517 | 307,332 | 314,261 | 320,388 |
| 2-1-1. 老齢年金                              | 277,395 | 284,523 | 290,783 | 297,470 | 303,154 |
| 通常年金                                     | 172,024 | 177,046 | 181,080 | 185,239 | 189,257 |
| 就業不能障害年金                                 | 7,944   | 7,862   | 7,775   | 7,715   | 7,637   |
| 障害年金（年金生活者に対する確定障害一時金及び60歳以降の終身障害定期金を含む） | 10,460  | 10,791  | 11,073  | 11,401  | 11,685  |
| 軍人恩給                                     | 688     | 681     | 660     | 642     | 594     |
| 公務員一時手当                                  | 146     | 147     | 149     | 150     | 150     |
| 義務的補足老齢年金                                | 76,462  | 78,332  | 80,261  | 82,304  | 83,652  |
| 任意補足老齢年金                                 | 1,795   | 1,725   | 1,822   | 2,030   | 2,181   |
| 基礎年金加算額－子                                | 6,475   | 6,581   | 6,653   | 6,733   | 6,799   |
| 基礎年金加算額－第三者                              | 316     | 315     | 312     | 307     | 300     |
| 基礎年金加算額－扶養配偶者                            | 152     | 137     | 123     | 110     | 95      |
| 基礎年金加算額－障害を持つ被保険者                        | 22      | 23      | 24      | 25      | 25      |
| 基礎年金加算額－その他                              | 55      | 59      | 63      | 65      | 68      |
| その他の老齢年金                                 | 856     | 824     | 789     | 750     | 710     |
| 高齢者最低生活保障手当                              | 2,986   | 3,146   | 3,507   | 3,829   | 3,889   |
| 高齢者連帯手当                                  | 1,625   | 1,854   | 2,238   | 2,619   | 2,828   |
| 旧第L814-2条加算額                             | 334     | 310     | 286     | 256     | 219     |
| 旧第L815-2条加算額（補足手当）                       | 925     | 888     | 895     | 872     | 770     |
| 特別手当                                     | 92      | 85      | 79      | 72      | 64      |
| その他の高齢者最低生活保障手当の構成要素                     | 10      | 9       | 10      | 9       | 8       |
| 共済組合及び労使共済制度の退職手当                        | 426     | 497     | 581     | 524     | 574     |
| 介護給付金                                    | 8,826   | 9,333   | 9,433   | 9,494   | 9,553   |
| 60歳以上の者を対象とした第三者補足手当                     | 141     | 139     | 138     | 130     | 124     |
| 個別自立手当                                   | 510     | 553     | 607     | 597     | 638     |
| 60歳以上の者を対象とした障害補償給付金                     | 5,894   | 5,982   | 6,092   | 6,211   | 6,343   |
| 共済組合及び労使共済制度による介護給付金                     | 34      | 35      | 41      | 42      | 40      |
| 60歳以上の者を対象とした主たる住居の改築補助金                 | 53      | 55      | 41      | 44      | 45      |
| 在宅被用者への控除（高齢者への補助）                       | 2       | 416     | 417     | 415     | 353     |

### 3.4 社会保障給付費の詳細：保健・老齢/遺族・家族（続き）

（単位：百万ユーロ）

| 給付金  | 2017年  | 2018年  | 2019年  | 2020年  | 2021年  |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| 介護者日額手当                                    | -      | -      | -      | -      | 10     |
| 要介護高齢者の滞在                                  | 2,192  | 2,152  | 2,097  | 2,055  | 1,999  |
| その他の老齢給付金                                  | 2,941  | 3,019  | 3,028  | 2,944  | 3,219  |
| 2-2. 遺族                                    | 38,738 | 39,049 | 39,287 | 39,276 | 39,674 |
| 2-2-1. 寡婦（夫）年金                             | 36,523 | 36,863 | 37,118 | 37,186 | 37,415 |
| 遺族年金（所得条件なし）                               | 7,826  | 7,526  | 7,209  | 6,911  | 6,581  |
| 遺族年金（所得条件あり）                               | 8,114  | 8,520  | 8,864  | 9,196  | 9,543  |
| 労働災害年金（権利保有者）                              | 35     | 35     | 34     | 34     | 33     |
| 障害年金（権利保有者）                                | 680    | 685    | 687    | 698    | 696    |
| 軍人障害年金（権利保有者）                              | 466    | 436    | 404    | 373    | 344    |
| 退職及び障害の場合の寡婦（夫）・孤児・直系尊属年金（共済組合及び労使共済制度を含む） | 5,537  | 5,642  | 5,598  | 5,599  | 5,634  |
| その他の遺族年金                                   | 168    | 160    | 153    | 142    | 132    |
| 基礎遺族年金加算額                                  | 1,154  | 1,153  | 1,147  | 1,135  | 1,125  |
| 公務員一時手当（承継人）                               | 9      | 10     | 10     | 10     | 10     |
| 義務的補足年金                                    | 12,533 | 12,696 | 13,013 | 13,088 | 13,317 |
| 2-2-2. 高齢者最低生活保障手当                         | 185    | 180    | 182    | 182    | 169    |
| 2-2-3. その他の遺族給付金                           | 2,030  | 2,005  | 1,987  | 1,908  | 2,090  |
| 3. 家族                                      | 54,828 | 54,279 | 55,636 | 57,327 | 55,933 |
| 3-1. 家族給付金                                 | 20,230 | 20,385 | 20,162 | 20,045 | 19,776 |
| 家族手当                                       | 12,635 | 12,715 | 12,683 | 12,732 | 12,643 |
| 家族補足手当                                     | 2,145  | 2,288  | 2,324  | 2,351  | 2,357  |
| 家族支援手当                                     | 1,634  | 1,724  | 1,764  | 1,793  | 1,770  |
| 乳幼児受入手当－基礎                                 | 3,788  | 3,629  | 3,364  | 3,143  | 2,982  |
| 差額手当                                       | 28     | 29     | 27     | 26     | 24     |

### 3.4 社会保障給付費の詳細：保健・老齢/遺族・家族（続き）

（単位：百万ユーロ）

| 給付金                                   | 2017年  | 2018年  | 2019年  | 2020年  | 2021年  |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 3-2. 教育給付金                            | 3,049  | 3,166  | 3,154  | 3,725  | 3,223  |
| 新学学期手当                                | 2,018  | 2,032  | 2,027  | 2,577  | 2,043  |
| 奨学金（高等教育を除く）                          | 1,027  | 1,129  | 1,123  | 1,146  | 1,178  |
| その他の教育給付金                             | 4      | 4      | 3      | 2      | 2      |
| 3-3. 保育給付金                            | 15,396 | 15,221 | 15,485 | 16,526 | 15,243 |
| 乳幼児受入手当－職業自由選択補足手当及び<br>任意の職業自由選択補足手当 | 246    | 23     | 3      | 3      | 2      |
| 乳幼児受入手当－親教育                           | 989    | 957    | 915    | 865    | 766    |
| 乳幼児受入手当－保育支援、在宅雇用等                    | 6,307  | 6,329  | 6,356  | 5,908  | 6,341  |
| 6歳未満の幼児の保育費                           | 1,200  | 1,184  | 1,229  | 1,163  | 1,110  |
| 在宅給与被用者への年金クレジット税控除（在宅保育）             | 377    | 397    | 418    | 441    | 464    |
| 乳幼児受入手当                               | 6,277  | 6,331  | 6,564  | 5,954  | 6,480  |
| コロナ禍での育児中の親の給与保障                      | -      | -      | -      | 2,193  | 79     |
| 3-4. 児童社会扶助                           | 7,572  | 7,848  | 8,136  | 8,518  | 8,659  |
| 滞在・受入給付金                              | 6,001  | 6,223  | 6,469  | 6,868  | ND     |
| 在宅教育活動／開放環境教育活動                       | 451    | 472    | 486    | 513    | ND     |
| 特殊非行予防                                | 222    | 219    | 217    | 208    | ND     |
| 児童社会扶助関連各種支出                          | 897    | 934    | 963    | 928    | ND     |
| 3-5. 補足給付                             | 2,923  | 2,977  | 2,962  | 2,963  | 2,928  |
| 公務員及び軍人を対象とした児童扶養手当                   | 2,134  | 2,186  | 2,176  | 2,183  | 2,197  |
| 家族加算                                  | 789    | 791    | 786    | 780    | 731    |
| 3-6. 出産手当                             | 3,953  | 3,987  | 4,049  | 3,917  | 4,379  |
| 日額手当金                                 | 3,107  | 3,155  | 3,226  | 3,115  | 3,309  |
| 出産休暇                                  | 246    | 247    | 252    | 227    | 319    |
| 給与保障／共済組合及び労使共済制度による                  | 4      | 6      | 10     | 28     | 15     |
| PAJA－出産一時金                            | 589    | 567    | 553    | 542    | 730    |
| 乳幼児受入手当－出産手当                          | 7      | 14     | 8      | 6      | 6      |
| 3-7. その他の家族給付金                        | 1,707  | 1,693  | 1,689  | 1,633  | 1,724  |

ND：不明。

出所：DREES - La protection sociale en France et en Europe en 2018 - Résultats des comptes de la protection sociale - édition 2022

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/CPS2022\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/CPS2022_0.pdf) (pp.225-230: Tableau détaillé 4 Prestations détaillées de protection sociale par risque de 2017 à 2021)

### 3.5 医療・出産・労働災害の支出額（2022年）

（単位：千ユーロ）

|                | 医療          | 出産        | 労働災害      | 合計          |
|----------------|-------------|-----------|-----------|-------------|
| 月間支出額合計        | 185,410,717 | 6,934,980 | 9,305,539 | 208,785,759 |
| 開業             | 92,823,649  | 934,164   | 4,518,258 | 98,276,070  |
| 開業医等による診療合計    | 58,583,910  | 775,087   | 4,458,353 | 63,817,350  |
| 診療費            | 23,606,056  | 584,526   | 183,445   | 24,374,027  |
| 開業医            | 18,610,167  | 286,900   | 179,850   | 19,076,918  |
| 開業一般医          | 6,547,225   | 49,658    | 72,593    | 6,669,477   |
| 開業専門医          | 12,062,942  | 237,242   | 107,257   | 12,407,441  |
| 開業歯科医          | 3,519,012   | 10,260    | 238       | 3,529,510   |
| 開業助産師          | 130,857     | 266,600   | 16        | 397,473     |
| 診療センター（診療）     | 1,346,020   | 20,766    | 3,342     | 1,370,127   |
| 医療関連職          | 12,656,439  | 50,447    | 178,046   | 12,884,933  |
| 開業看護師          | 7,677,382   | 26,186    | 18,055    | 7,721,623   |
| 開業理学療法士        | 3,848,593   | 23,224    | 158,411   | 4,030,228   |
| 開業言語聴覚士        | 728,341     | 120       | 762       | 729,223     |
| 開業視能訓練士        | 150,462     | 265       | 88        | 150,815     |
| 開業足治療師         | 50,229      | 7         | 1         | 50,238      |
| 心理士            | 6,720       | -         | 0         | 6,719       |
| 開業助産師（看護行為）    | 390         | 8         | 1         | 398         |
| 診療センター（コメディカル） | 194,322     | 638       | 727       | 195,688     |
| 検査センター         | 5,116,021   | 131,383   | 2,443     | 5,249,847   |
| 移送             | 4,736,599   | 7,949     | 54,976    | 4,799,523   |
| 現金給付           | 11,633,007  | -         | 4,034,544 | 15,667,551  |
| その他の給付         | 835,788     | 782       | 4,899     | 841,469     |
| 医薬品            | 34,239,738  | 159,076   | 59,905    | 34,458,720  |
| 医薬品            | 27,090,215  | 77,662    | 28,040    | 27,195,917  |
| 保険償還対象リスト      | 7,149,038   | 81,413    | 31,865    | 7,262,315   |
| ヒト由来製品         | 485         | 2         | -         | 487         |
| 公立病院           | 72,096,666  | 2,558,645 | 341,290   | 74,996,601  |
| 内科・外科・産科支出目標   | 42,265,905  | 1,472,107 | 202,750   | 43,940,762  |
| 公益と契約化援助のミッション | 10,195,566  | 354,896   | 48,912    | 10,599,374  |
| 地域圏介入基金        | -           | -         | -         | -           |
| 年間予算配分         | 16,392,502  | 533,098   | 73,472    | 16,999,072  |
| 公的セクターの報酬      | 2,780,135   | 183,332   | 14,435    | 2,977,902   |
| その他            | 462,559     | 15,212    | 1,721     | 479,492     |



### 3.5 医療・出産・労働災害の支出額（2022年）（続き）

（単位：千ユーロ）

|                              | 医療         | 出産        | 労働災害      | 合計         |
|------------------------------|------------|-----------|-----------|------------|
| 民間病院                         | 14,925,209 | 385,683   | 93,530    | 15,404,422 |
| 内科・外科・産科支出目標                 | 10,911,633 | 381,031   | 66,233    | 11,358,898 |
| 公益と契約化援助のミッション               | 648,774    | -         | 60        | 648,834    |
| 地域圏介入基金                      | -          | -         | -         | -          |
| 全国数量目標                       | 3,148,997  | 335       | 26,487    | 3,175,819  |
| 精神科                          | 904,471    | 13        | 52        | 904,535    |
| 中期療養・リハビリ                    | 2,244,526  | 323       | 26,435    | 2,271,284  |
| 非規制支出                        | 215,805    | 4,316     | 750       | 220,871    |
| 医療保険関連での医療・社会福祉機関への支払い総額     | 780,011    | -         | -         | 780,011    |
| 出産現金給付                       | -          | 3,056,194 | -         | 3,056,194  |
| 看取り手当                        | 422        | -         | -         | 422        |
| CAS+OPTAM 契約者負担              | 69,360     | -         | -         | 69,360     |
| 情報化支援パッケージ（FAC 管理医師を除く）      | 151,056    | 1         | 0         | 151,057    |
| 攻撃による料金超過負担                  | 73         | 1         | 0         | 74         |
| 一般制度による FIR 財政向け ARS 拠出      | 4,361,720  | -         | -         | 4,361,720  |
| 労働災害による不可逆的な障害、鑑定費用、石綿被害     | -          | -         | 4,352,412 | 4,352,412  |
| 障害保険                         | -          | -         | -         | 7,032,338  |
| 死亡保険                         | -          | -         | -         | 102,185    |
| 外国における治療                     | 130,246    | 293       | 48        | 130,587    |
| 医療システムイノベーション基金（FISS-ART.51） | 72,306     | -         | -         | 72,306     |

2022年1月1日～12月31日。

出所：AMELI - Dépenses par type de risqué, Dépenses par type de risque à fin décembre 2022,  
<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/depenses-risque-statistique-mensuelle>

### 3.6 一般社会拠出金の賦課率

|  | 賦課率  |          |     |                                       | CSGの充当範囲              |
|--|------|----------|-----|---------------------------------------|-----------------------|
|  | 稼働所得 | 資産所得・運用益 | 賭博益 | 代替所得                                  |                       |
| 1991年財政法<br>(Loi n° 90-1168 du 29 décembre 1990)                   | 1.1  | 1.1      | -   | 1.1                                   | 家族手当                  |
| 退職年金と社会的保護の維持に関する法律<br>(Loi n° 93-936 du 22 juillet 1993)          | 2.4  | 2.4      | -   | 2.4                                   | 家族手当、老齢               |
| 1997年社会保障財政法<br>(Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996)               | 3.4  | 3.4      | 3.4 | 3.4                                   | 家族手当、老齢、医療            |
| 1998年社会保障財政法<br>(Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997)               | 7.5  | 7.5      | 7.5 | 6.2                                   | 家族手当、老齢、医療            |
| 2001年社会保障財政法<br>(Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000)             | 7.5  | 7.5      | 7.5 | 6.2                                   | 家族手当、老齢、医療            |
| 高齢者の自立の喪失の負担及び個別自立手当に関する法律<br>(Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001) | 7.5  | 7.5      | 7.5 | 6.2                                   | 家族手当、老齢、医療、APA財政基金    |
| 高齢者と障害者の自律のための連帯に関する法律<br>(Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004)        | 7.5  | 7.5      | 7.5 | 6.2                                   | 家族手当、老齢、医療、CNSA       |
| 医療保険に関する法律<br>(Loi n°2004-810 du 13 août 2004)                     | 7.5  | 8.2      | 9.5 | 6.2 <sup>1)</sup> / 6.6 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA       |
| 2008年社会保障財政法<br>(Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007)             | 7.5  | 8.2      | 9.5 | 6.2 <sup>1)</sup> / 6.6 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA       |
| 2009年社会保障財政法<br>(Loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008)              | 7.5  | 8.2      | 9.5 | 6.2 <sup>1)</sup> / 6.6 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA、CADES |
| 賭博等の規制等に関する法律<br>(Loi n° 2010-476 du 12 mai 2010)                  | 7.5  | 8.2      | 6.9 | 6.2 <sup>1)</sup> / 6.6 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA、CADES |

1) 失業手当・日額手当 (IJ)、2) 退職年金・障害年金

出所：legifranceの社会保障法典 L.136-8条、L.131-7条の規定の変遷を基に作成

### 3.6 一般社会拠出金の賦課率（続き）

|  | 賦課率  |          |     |  | CSG の充当範囲                        |
|--|------|----------|-----|--|----------------------------------|
|  | 稼働所得 | 資産所得・運用益 | 賭博益 | 代替所得                                     |                                  |
| 2011 年社会保障財政法<br>(Loi n°2010-1594 du<br>20 décembre 2010)  | 7.5  | 8.2      | 6.9 | 6.2 <sup>1)</sup> /<br>6.6 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA、CADES            |
| 2013 年社会保障財政法<br>(Loi n° 2012-1404 du<br>17 décembre 2012) | 7.5  | 8.2      | 6.9 | 6.2 <sup>1)</sup> /<br>6.6 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA、CADES            |
| 2014 年社会保障財政法<br>(Loi n° 2013-1203 du<br>23 décembre 2013) | 7.5  | 8.2      | 6.9 | 6.2 <sup>1)</sup> /<br>6.6 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA、CADES            |
| 2014 年財政法<br>(Loi n° 2013-1278 du<br>29 décembre 2013)     | 7.5  | 8.2      | 6.9 | 6.2 <sup>1)</sup> /<br>6.6 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA、CADES            |
| 2015 年社会保障財政法<br>(Loi n° 2014-1554 du<br>22 décembre 2014) | 7.5  | 8.2      | 6.9 | 6.2 <sup>1)</sup> /<br>6.6 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA、CADES            |
| 2016 年社会保障財政法<br>(Loi n° 2015-1702 du<br>21 décembre 2015) | 7.5  | 8.2      | 6.9 | 6.2 <sup>1)</sup> /<br>6.6 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA、CADES            |
| 2017 年社会保障財政法<br>(Loi n° 2016-1827 du<br>23 décembre 2016) | 7.5  | 8.2      | 6.9 | 6.2 <sup>1)</sup> /<br>6.6 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA、CADES            |
| 2018 年社会保障財政法<br>(Loi n° 2017-1836 du<br>30 décembre 2017) | 9.2  | 9.9      | 8.6 | 6.2 <sup>1)</sup> /<br>8.3 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA、CADES            |
| 2019 年社会保障財政法<br>(Loi n° 2018-1203 du<br>22 décembre 2018) | 9.2  | 9.2      | 8.6 | 6.2 <sup>1)</sup> /<br>8.3 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA、CADES、<br>UNEDIC |
| 2020 年社会保障財政法<br>(Loi n° 2019-1446 du<br>24 décembre 2019) | 9.2  | 9.2      | 6.2 | 6.2 <sup>1)</sup> /<br>8.3 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA、CADES、<br>UNEDIC |
| 2021 年社会保障財政法<br>(Loi n° 2020-1576 du<br>14 décembre 2020) | 9.2  | 9.2      | 6.2 | 6.2 <sup>1)</sup> /<br>8.3 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA、CADES、<br>UNEDIC |
| 2022 年社会保障財政法<br>(Loi n° 2021-1754<br>du 23 décembre 2021) | 9.2  | 9.2      | 6.2 | 6.2 <sup>1)</sup> /<br>8.3 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA、CADES、<br>UNEDIC |
| 2023 年社会保障財政法<br>(Loi n° 2022-1616 du<br>23 décembre 2022) | 9.2  | 9.2      | 6.2 | 6.2 <sup>1)</sup> /<br>8.3 <sup>2)</sup> | 家族手当、老齢、医療、CNSA、CADES、<br>UNEDIC |

1) 失業手当・日額手当 (IJ)、2) 退職年金・障害年金

出所：legifrance の社会保障法典 L.136-8 条、L.131-7 条の規定の変遷を基に作成

## 4. 保健支出・医療費

### 4.1 保健支出及び医療費の定義

**La Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) (医療行為・医療材料消費) :** 医療行為・医療材料消費は、入院及び外来医療、移送の他、医薬品及びその他の医療材料（装具、眼鏡、包帯等）で構成される。

**La Dépense Courante de Santé au sens français (DCS) (フランス式算定による保健支出) :** 保健支出は、保健医療支出で最も広い範囲をカバーするものであり、CSBM の他、介護、傷病手当金、医療制度からの補助金、個人・集団予防、制度運営費、研究費、人材育成費などを含む。DREES では以下の DCSi 使用を推進するために、2020 年より DCS の作成を廃止した。

**La Dépense Courante de Santé au sens international (DCSi) (国際的な算定による保健支出) :** OECD が加盟国の保健支出を比較するために用いている概念であり、フランスでは上記 DCS から以下の変更を加えたものである。

- DCS から差し引く項目：日額手当金（関連運営費を含む）、研究費、人材育成費、予防費用の一部
- DCS から追加する項目：DCS に含まれない介護関連費（個別自律手当（APA）の ADL 部分、第三者補足手当（ACTP）、障害補償給付（PCH）、高齢者介護付住宅費用）

|   | CSBM | DCS | DCSi |
|---|------|-----|------|
| 入院医療  | ●    | ●   | ●    |
| 外来医療（医師、助産師、歯科医、コメディカル、検査、SPA等）                                       | ●    | ●   | ●    |
| 医療移送  | ●    | ●   | ●    |
| 医薬品（外来）   | ●    | ●   | ●    |
| その他の医療材料（外来）  | ●    | ●   | ●    |
| 介護（高齢者・障害者介護施設、在宅看護）  |      | ●   | ●    |
| 傷病手当金   |      | ●   | ●    |
| 医療制度からの補助金  |      | ●   | ●    |
| 個人及び集団を対象とした予防  |      | ●   | ●    |
| 医療制度運営費（日額手当運営費を除く）   |      | ●   | ●    |
| 日額手当金（関連運営費を含む）   |      | ●   |      |
| 医療・医薬品研究費   |      | ●   |      |
| 人材育成費   |      | ●   |      |
| 環境・食品を対象とした予防   |      | ●   |      |
| DCS 以外の長期介護（個別自律手当（APA）の ADL 部分、第三者補足手当（ACTP）、障害補償給付（PCH）、高齢者介護付住宅費用） |      |     | ●    |

参考：

DREES - Les dépenses de santé en 2018 Résultats des comptes de la santé ÉDITION 2019 (p.124)  
[https://www.fnmr.org/uploads/documents/1568384446\\_2019%20LEs%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202018%200910.pdf](https://www.fnmr.org/uploads/documents/1568384446_2019%20LEs%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202018%200910.pdf)

DREES - Les dépenses de santé en 2021 Résultats des comptes de la santé ÉDITION 2022. (p.228-)  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/CNS2022>

INSEE - Tableaux de l'économie française Édition 2020  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277750?sommaire=4318291>

## 4.2 保健支出 (DCSi)

(単位：百万ユーロ)

|                   | 2013年   | 2015年   | 2017年   | 2018年   | 2019年   | 2020年   | 2021年   |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| DCSi (1~7) 合計     | 241,286 | 251,692 | 260,853 | 264,888 | 270,312 | 280,283 | 307,785 |
| HC.1+HC.2 治療・リハビリ | 128,081 | 134,186 | 139,801 | 142,338 | 145,894 | 149,175 | 162,062 |
| HC.3 介護・福祉        | 36,346  | 38,423  | 40,398  | 41,378  | 42,723  | 46,362  | 48,770  |
| HC.4 コメディカルサービス   | 10,809  | 11,253  | 12,081  | 12,231  | 12,361  | 11,895  | 13,564  |
| HC.5 医薬品・医療材料     | 46,451  | 47,534  | 48,107  | 48,205  | 48,648  | 49,109  | 51,070  |
| HC.6 制度的予防        | 5,162   | 5,381   | 5,293   | 5,443   | 5,523   | 8,591   | 16,917  |
| HC.7 運営           | 14,437  | 14,914  | 15,173  | 15,294  | 15,164  | 15,151  | 15,401  |

出所：DREES - Les dépenses de santé en 2021 Résultats des comptes de la santé ÉDITION 2022. Tableau 4 DCSi en valeur (p.271)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/CNS2022>

※DCSのデータは2018年版報告書を参照のこと。

### 4.3 医療行為・医療材料消費（CSBM）

（単位：百万ユーロ）

|             | 2012年   | 2015年   | 2017年   | 2018年   | 2019年   | 2020年   | 2021年   |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 医療行為・医療材料消費 | 181,907 | 192,973 | 199,989 | 202,774 | 206,903 | 210,179 | 226,696 |
| 病院医療        | 84,723  | 90,532  | 93,893  | 95,242  | 97,142  | 103,018 | 109,395 |
| 公立病院        | 64,853  | 69,629  | 72,121  | 73,026  | 74,405  | 79,746  | 84,057  |
| 民間病院        | 19,870  | 20,903  | 21,773  | 22,216  | 22,737  | 23,272  | 25,338  |
| 外来医療        | 97,183  | 102,441 | 106,095 | 107,532 | 109,760 | 107,161 | 117,301 |
| 開業医等        | 47,865  | 51,491  | 54,158  | 55,289  | 57,016  | 55,158  | 61,312  |
| 医師・助産師報酬    | 20,630  | 21,924  | 22,913  | 23,378  | 23,934  | 23,435  | 24,915  |
| 一般医         | 9,535   | 9,917   | 10,232  | 10,418  | 10,521  | 10,233  | 10,526  |
| 専門医         | 10,892  | 11,715  | 12,339  | 12,591  | 12,995  | 12,755  | 13,878  |
| 助産師         | 204     | 292     | 341     | 370     | 419     | 446     | 511     |
| コメディカル報酬    | 11,583  | 13,798  | 14,692  | 15,239  | 15,928  | 15,753  | 17,344  |
| 看護師         | 5,884   | 7,177   | 7,656   | 7,963   | 8,312   | 8,982   | 9,256   |
| 理学療法士       | 4,724   | 5,477   | 5,810   | 5,975   | 6,210   | 5,534   | 6,587   |
| 言語療法士       | 850     | 987     | 1,052   | 1,078   | 1,131   | 962     | 1,140   |
| 視能訓練士       | 107     | 128     | 138     | 181     | 228     | 230     | 307     |
| 足治療師        | 19      | 29      | 37      | 42      | 46      | 45      | 55      |
| 歯科医師報酬      | 11,029  | 11,102  | 11,707  | 11,871  | 12,240  | 11,379  | 13,940  |
| 検査費         | 4,276   | 4,279   | 4,433   | 4,390   | 4,516   | 4,455   | 4,878   |
| 温泉治療        | 347     | 389     | 413     | 410     | 398     | 136     | 235     |
| 移送          | 4,072   | 4,606   | 4,986   | 5,099   | 5,059   | 4,741   | 5,580   |
| 医薬品         | 32,122  | 31,588  | 31,356  | 30,868  | 30,646  | 29,817  | 31,138  |
| 償還対象        | 29,111  | 28,747  | 28,610  | 28,057  | 28,072  | 27,503  | 28,783  |
| 償還対象外       | 3,011   | 2,841   | 2,746   | 2,810   | 2,573   | 2,314   | 2,355   |
| その他の医療材料    | 13,125  | 14,756  | 15,595  | 16,277  | 17,040  | 17,446  | 19,272  |
| 眼科          | 5,916   | 6,146   | 6,091   | 6,362   | 6,792   | 6,185   | 7,159   |
| 補聴器         | 830     | 1,010   | 1,158   | 1,254   | 1,257   | 1,263   | 2,021   |
| 義肢装具        | 1,378   | 1,640   | 1,796   | 1,856   | 1,934   | 1,826   | 2,084   |
| 身体障害者用車両    | 162     | 181     | 198     | 212     | 237     | 223     | 257     |
| 材料、食品、包帯    | 4,840   | 5,780   | 6,350   | 6,593   | 6,820   | 7,950   | 7,751   |

出所：DREES – Les dépenses de santé en 2021 Résultats des comptes de la santé ÉDITION 2022. Tableau I CSBM en valeur (p.268)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/CNS2022>



#### 4.4 保健支出（DCS 及び DCSi）：財源別

DCS

（単位：百万ユーロ）

|            | 2010年   | 2011年   | 2012年   | 2013年   | 2014年   | 2015年   | 2016年   | 2017年   |
|------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 保健支出       | 235,436 | 241,701 | 246,477 | 251,748 | 257,839 | 260,926 | 265,390 | 270,794 |
| 公的部門       |         |         |         |         |         |         |         |         |
| 社会保障       | 173,337 | 177,483 | 181,424 | 185,867 | 191,198 | 194,168 | 197,767 | 202,404 |
| 国及び補足的 CMU | 12,253  | 12,478  | 12,750  | 13,062  | 13,213  | 13,132  | 13,337  | 14,056  |
| 民間部門       |         |         |         |         |         |         |         |         |
| 共済組合       | 15,926  | 16,355  | 16,754  | 16,918  | 17,008  | 17,229  | 17,223  | 16,985  |
| 保険会社       | 7,948   | 8,637   | 8,917   | 9,218   | 9,510   | 9,674   | 10,027  | 10,334  |
| 年金         | 4,892   | 5,268   | 5,408   | 5,677   | 5,812   | 5,951   | 6,228   | 6,271   |
| 家計         | 15,675  | 15,925  | 15,834  | 15,543  | 15,607  | 15,293  | 15,230  | 15,021  |
| その他        | 5,405   | 5,554   | 5,389   | 5,463   | 5,491   | 5,478   | 5,579   | 5,723   |

出所：DREES - Les dépenses de santé en 2017 (pp.215-222)

DCSi\*

（単位：百万ユーロ）

|         | 2017年   | 2018年   |
|---------|---------|---------|
| DCSi 合計 | 261,667 | 265,764 |
| 強制      |         |         |
| 国       | 13,842  | 14,339  |
| 社会保障    | 187,631 | 190,413 |
| 団体契約    | 16,413  | 17,514  |
| 任意      |         |         |
| 個人契約    | 17,187  | 17,276  |
| 世帯      | 24,952  | 24,579  |
| その他     | 1,642   | 1,643   |

\*2017年データより、保健支出のデータが DCS から DCSi に変更。

出所：DREES - Les dépenses de santé en 2019 (pp.114-115 ; Tableau 3 DCSi par type de financeur en 2017, Tableau 4 DCSi par type de financeur en 2018)

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns\\_2020\\_29092020.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2020_29092020.pdf)

#### 4.5 医療行為・医療材料消費（CSBM）：財源別

（単位：百万ユーロ）

|       | 公的部門    |                 |        | 民間部門  |       |        | 医療行為・医療材料費計 |
|-------|---------|-----------------|--------|-------|-------|--------|-------------|
|       | 社会保障*   | 国及び<br>補足的 CMU* | 共済組合   | 保険会社  | 年金    | 家計     |             |
| 2010  | 132,600 | 2,200           | 13,020 | 6,020 | 4,220 | 15,350 | 173,400     |
| 2011  | 135,900 | 2,300           | 13,260 | 6,480 | 4,500 | 15,590 | 178,040     |
| 2012  | 139,060 | 2,330           | 13,510 | 6,770 | 4,620 | 15,610 | 181,910     |
| 2013  | 142,110 | 2,480           | 13,560 | 6,910 | 4,890 | 15,400 | 185,340     |
| 2014  | 146,380 | 2,590           | 13,500 | 7,050 | 4,930 | 15,570 | 190,020     |
| 2015  | 149,290 | 2,700           | 13,610 | 7,180 | 5,030 | 15,160 | 192,970     |
| 2016  | 152,710 | 2,810           | 13,520 | 7,510 | 5,220 | 15,090 | 196,860     |
| 2017  | 155,600 | 2,830           | 13,330 | 7,710 | 5,220 | 15,300 | 199,990     |
| 2018  | 157,740 | 2,970           | 13,560 | 8,310 | 5,360 | 14,840 | 202,770     |
| 2019  | 161,150 | 3,090           | 13,500 | 8,900 | 5,450 | 14,820 | 206,900     |
| 2020  | 167,350 | 3,340           | 12,230 | 8,710 | 4,740 | 13,820 | 210,180     |
| 2021* | 180,800 | 960             | 13,660 | 9,760 | 5,730 | 15,780 | 226,700     |

\* 2020年11月に、補足的CMUとACSを統合する形で連帯補足的医療保険（CSS）が導入され、CSSの資金管理は社会保障当局が担当する。このため、2020年までは「国及び補足的CMU」でカウントされていた給付額は2021年より、「社会保障」から支払われるCSS給付額に含まれるようになった。

出所：Les dépenses de santé en 2021 Résultats des comptes de la santé ÉDITION 2022

Annexes tableaux détaillés 表 A2 各年分。

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/CNS2022>

#### 4.6 全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）の償還率

（単位：％）

| 年    | 総計    | 開業一般医 | 開業専門医 | 開業助産師 | 開業歯科医 | 診療センター |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 2010 | 82.97 | 74.67 | 83.33 | 71.58 | 73.66 | 75.29  |
| 2011 | 82.99 | 74.86 | 83.27 | 71.67 | 73.75 | 75.74  |
| 2012 | 83.27 | 75.15 | 83.31 | 71.52 | 73.83 | 75.80  |
| 2013 | 83.68 | 76.44 | 83.44 | 71.45 | 73.94 | 75.91  |
| 2014 | 84.15 | 77.28 | 83.81 | 71.36 | 74.16 | 76.56  |
| 2015 | 84.36 | 77.80 | 84.21 | 71.21 | 74.40 | 76.73  |
| 2016 | 84.46 | 78.14 | 84.57 | 71.19 | 74.54 | 77.34  |
| 2017 | 84.66 | 78.43 | 84.85 | 71.08 | 74.70 | 77.42  |
| 2018 | 84.76 | 78.19 | 85.16 | 71.93 | 74.86 | 78.23  |
| 2019 | 84.75 | 79.03 | 85.32 | 72.23 | 74.94 | 77.84  |
| 2020 | 85.82 | 81.25 | 86.28 | 73.38 | 76.72 | 80.62  |
| 2021 | 87.08 | 80.85 | 86.18 | 73.14 | 74.86 | 78.93  |
| 2022 | 86.98 | 80.69 | 86.30 | 73.59 | 75.27 | 78.79  |

| 年    | 民間セクター | コメディカル | 検査センター | 医薬品   | その他の医療材料 | 移送    |
|------|--------|--------|--------|-------|----------|-------|
| 2010 | 78.62  | 79.80  | 70.94  | 76.66 | 86.58    | 94.54 |
| 2011 | 78.66  | 79.97  | 70.91  | 76.94 | 85.32    | 94.64 |
| 2012 | 78.82  | 80.44  | 70.94  | 77.75 | 84.35    | 94.59 |
| 2013 | 79.31  | 80.97  | 71.04  | 78.45 | 84.26    | 94.57 |
| 2014 | 79.84  | 81.60  | 71.09  | 79.64 | 84.02    | 94.65 |
| 2015 | 80.26  | 82.01  | 71.30  | 80.26 | 83.87    | 94.76 |
| 2016 | 80.61  | 82.28  | 71.37  | 80.70 | 83.77    | 94.77 |
| 2017 | 80.87  | 82.67  | 71.42  | 81.35 | 83.88    | 94.81 |
| 2018 | 81.05  | 82.92  | 71.41  | 81.65 | 84.23    | 94.82 |
| 2019 | 81.37  | 82.95  | 71.47  | 81.92 | 83.79    | 94.87 |
| 2020 | 82.90  | 84.49  | 79.10  | 83.18 | 85.00    | 94.94 |
| 2021 | 82.34  | 85.57  | 82.73  | 85.01 | 84.06    | 94.74 |
| 2022 | 82.39  | 85.24  | 79.16  | 85.22 | 84.10    | 94.52 |

各年1月～12月の平均償還率。

出所：AMELI - Dépenses par type de risqué

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/depenses-risque-statistique-mensuelle>

#### 4.7 主な社会保険料の負担割合

(単位：%)

| 年    | 疾病保険  |                 | 老齢保険                      |                           | 家族給付 |
|------|-------|-----------------|---------------------------|---------------------------|------|
|      | 使用者   | 被用者             | 使用者                       | 被用者                       | 使用者  |
| 2011 | 13.10 | 0.75            | 8.30 <sup>1)</sup> / 1.60 | 6.65 <sup>1)</sup> / 0.10 | 5.40 |
| 2013 | 12.80 | 0.75            | 8.40 <sup>1)</sup> / 1.60 | 6.75 <sup>1)</sup> / 0.10 | 5.40 |
| 2015 | 12.80 | 0.75            | 8.50 <sup>1)</sup> / 1.75 | 6.85 <sup>1)</sup> / 0.25 | 5.25 |
| 2017 | 13.19 | 0.75            | 8.55 <sup>1)</sup> / 1.90 | 6.90 <sup>1)</sup> / 0.40 | 5.25 |
| 2018 | 13.00 | 0.75            | 8.55 <sup>1)</sup> / 1.90 | 6.90 <sup>1)</sup> / 0.40 | 5.25 |
| 2019 | 13.00 | - <sup>2)</sup> | 8.55 <sup>1)</sup> / 1.90 | 6.90 <sup>1)</sup> / 0.40 | 5.25 |
| 2020 | 13.00 | -               | 8.55 <sup>1)</sup> / 1.90 | 6.90 <sup>1)</sup> / 0.40 | 5.25 |
| 2021 | 13.00 | -               | 8.55 <sup>1)</sup> / 1.90 | 6.90 <sup>1)</sup> / 0.40 | 5.25 |
| 2022 | 13.00 | -               | 8.55 <sup>1)</sup> / 1.90 | 6.90 <sup>1)</sup> / 0.40 | 5.25 |

1) 保険料算定上限額に対して

2) 被用者負担分は一般社会拠出金 (CSG) に転換

#### 4.8 保険制度とそのカバーする対象や部門：一般制度

| 身分   | 制度加入者                                      | CNAM<br>(疾病) | CNAM<br>(労働災害/<br>職業病) | CNAV |
|------|--|--------------|------------------------|------|
| 一般制度 | 民間セクター被用者                                  | ●            | ●                      | ●    |
|      | 家事使用人                                      | ●            | ●                      | ●    |
|      | 非正規の国家／地方公務員・医療<br>機関職員                    | ●            | ●                      | ●    |
|      | 芸術家・作家                                     | ●            | ●                      | ●    |
|      | 手工芸・工業・商業専門職                               | ●            | ●                      | ●    |
|      | 事務官、国家労働職員、郵便局及<br>びフランステレコムに勤務する公<br>務員   | ●            |                        |      |
|      | 正規の地方自治体・医療機関職員                            | ●            |                        |      |
|      | 自由業（医療従事者及び医療補助<br>職を含む、芸術家・作家、弁護<br>士を除く） | ●            |                        |      |
|      | 学生   | ●            |                        |      |
|      | 電気・ガス会社の正規職員                               | ●            |                        |      |
|      | スイス国境職員                                    | ●            |                        |      |
|      | 年金受給者                                      | ●            |                        |      |
|      | その他*                                       | ●            |                        |      |

CNAM：全国医療保険金庫、CNAV：全国老齢保険金庫

補償対象リスクを「●」印で示した。

出所：Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) - Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2021, prévisions 2022 et 2023 (p.30)

\*このカテゴリーには、フランス銀行の職員、軍事施設の民間労働者、タバコ及びマッチ業従業員、ボランティアの消防士、国立劇場のスタッフ（パリオペラ座、コメディ・フランセーズ）、アルザスマーゼル地域の聖職者、エロー県、エチオピア及び海外の鉄道職員、ならびに市議会、市役所及びパリの公的医療施設（Assistance publique）職員が含まれる。

#### 4.9 保険制度とそのカバーする対象や部門：一般制度以外

| 制度                  | 制度加入者                                      | CNAM<br>(疾病) | CNAM<br>(労働災害/<br>職業病) | CNAV |
|---------------------|--|--------------|------------------------|------|
| 合計 (31 制度)          |  | 11● / 40     | 9● / 50                | 25●  |
| 農業制度 (2 制度)         |  | 2●           | 2●                     | 2●   |
| 農業被用者制度             | 農業及びその関連事業活動に従事<br>する被用者                   | ●            | ●                      | ●    |
| 農業経営者制度             | 農業経営者                                      | ●            | ●                      | ●    |
| 非被用者・非農業制度 (2 制度)   |  | 0            | 0                      | 2●   |
| 自由業高齢者全国保険金庫        | 自由業 (医療従事者及び医療補助<br>職含む、芸術家・作家、弁護士<br>を除く) |              |                        | ●    |
| 弁護士全国金庫             | 弁護士  |              |                        | ●    |
| 特別制度及び類似の制度 (11 制度) |  | 6● / 40      | 6● / 10                | 9●   |
| 国家公務員事務官・武官制度       | 事務官・武官、郵便局・フランス<br>テレコムに勤務する公務員            | ○            | ○                      | ●    |
| 社会保障全国軍人金庫          | 武官   | ●            |                        |      |
| 国営工業施設労働職員年金特別基金    | 国家労働職員                                     | ○            |                        | ●    |
| 全国地方自治体職員年金金庫       | 正規の地方自治体・医療機関職員                            | ○            |                        | ●    |
| 地方自治体職員障害一時金基金      | 正規の地方自治体・医療機関職員                            |              | ●                      |      |
| 鉱業社会保障全国自治金庫        | 鉱山及びスレート採掘場労働者                             | ●            | ●                      | ●    |
| 電力・ガス公社特別制度         | 電力・ガス公社職員                                  | ○            | ●                      | ●    |
| フランス国鉄職員特別制度        | フランス国鉄職員                                   | ●            | ●                      | ●    |
| パリ交通公団職員特別制度        | パリ交通公団職員                                   | ●            | ●                      | ●    |
| 船員障害全国機関            | 商業・海洋漁業・娯楽用船舶の職<br>業船員                     | ●            | ●                      | ●    |
| 公証人見習・被用者年金・貯蓄金庫    | 公証人見習・被用者                                  | ●            |                        | ●    |



#### 4.9 保険制度とそのカバーする対象や部門：一般制度以外（続き）

| 制度                | 制度加入者                         | CNAM<br>(疾病) | CNAM<br>(労働災害/<br>職業病) | CNAV |
|-------------------|-------------------------------|--------------|------------------------|------|
| その他の特別制度* (16 制度) |                               | 3●           | 1● / 4○                | 12●  |
| 聖職者老齢・障害・疾病保険金庫   | 聖職者及び修道会・宗教団体の構成員             | ●            |                        | ●    |
| 国民議会              | 国民議会議員及び職員                    | ●            |                        | ●    |
| 元老院               | 元老院議員及び職員                     | ●            |                        | ●    |
| フランス銀行            | フランス銀行正規職員                    |              | ●                      | ●    |
| 高齢者特別手当サービス       | 基本制度に加入していない 65 歳以上の国内居住フランス人 |              |                        | ●    |
| タバコ・マッチ産業公社       | タバコ・マッチ産業公社の被用者               |              |                        | ●    |
| パリオペラ座            | パリオペラ座職員                      |              |                        | ●    |
| コメディ・フランセーズ       | コメディ・フランセーズ職員                 |              |                        | ●    |
| ボランティア消防隊員補償制度    | ボランティア消防隊員                    |              |                        | ●    |
| 軍関係施設事務労働職員労働災害年金 | 軍関係施設の事務労働職員                  |              | ○                      |      |
| パリ市役所             |                               |              | ○                      |      |
| パリ県               |                               |              | ○                      |      |
| パリ公立病院職員          | 過去に特別資格を享受していた年               |              | ○                      |      |
| オ＝ラン県             | 金生活者                          |              |                        | ●    |
| フランス・エチオピア鉄道年金金庫  |                               |              |                        | ●    |
| 海外県／海外領土鉄道年金金庫    |                               |              |                        | ●    |

CNAM：全国医療保険金庫、CNAV：全国老齢保険金庫

補償対象リスクを「●」印で示し、当該部門の会計に含まれる唯一の給付金を「○」印で示した。

出所：Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) - Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2021, prévisions 2022 et 2023 (p.30)

\*このカテゴリーには、フランス銀行の職員、軍事施設の民間労働者、タバコ及びマッチ業従業員、ボランティアの消防士、国立劇場のスタッフ（パリオペラ座、コメディ・フランセーズ）、アルザスモーゼル地域の聖職者、エロー県、エチオピア及び海外の鉄道職員、ならびに市議会、市役所及びパリの公的医療施設（Assistance publique）職員が含まれる。

#### 4.10 総医療消費：保険制度別

(単位：百万ユーロ)

|                  | 2010年   | 2015年   | 2018年                         | 2019年                         | 2020年                         | 2021年                         |
|------------------|---------|---------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 全国被用者医療保険金庫      | 153,438 | 173,202 | 211,534<br>CNAM               | 216,648                       | 238,757                       | 233,966                       |
| その他の制度           |         |         |                               |                               |                               |                               |
| 農業被用者制度          | 4,528   | 4,788   | 5,182<br>PUMa                 | 5,326<br>PUMa                 | 5,787<br>PUMa                 | 5,477<br>PUMa                 |
| 農業経営者制度          | 7,491   | 7,394   | 6,903<br>PUMa                 | 6,882<br>PUMa                 | 7,450<br>PUMa                 | 6,539<br>PUMa                 |
| 自営業者社会制度         | 8,577   | 9,110   | CNAMに移行                       |                               |                               |                               |
| 社会保障全国軍人金庫       | 1,710   | 1,770   | CNAMに移行                       |                               |                               |                               |
| フランス国鉄職員特別制度     | 1,889   | 1,859   | 1,765<br>PUMa +<br>Spécifique | 1,752<br>PUMa +<br>Spécifique | 1,865<br>PUMa +<br>Spécifique | 1,791<br>PUMa +<br>Spécifique |
| パリ市交通公団職員特別制度    | 305     | 317     | 333<br>PUMa +<br>Spécifique   | 315<br>PUMa +<br>Spécifique   | 356<br>PUMa +<br>Spécifique   | 337<br>PUMa +<br>Spécifique   |
| 鉱業社会保障全国自治金庫     | 1,373   | 1,569   | 1,427<br>PUMa +<br>Spécifique | 1,369<br>PUMa +<br>Spécifique | 1,413<br>PUMa +<br>Spécifique | 1,274<br>PUMa +<br>Spécifique |
| 船員障害全国機関         | 357     | 491     | 424<br>PUMa +<br>Spécifique   | 396<br>PUMa +<br>Spécifique   | 425<br>PUMa +<br>Spécifique   | 405<br>PUMa +<br>Spécifique   |
| 公証人見習・被用者年金・貯蓄金庫 | 296     | 358     | 446<br>PUMa +<br>Spécifique   | 380<br>PUMa +<br>Spécifique   | 396<br>PUMa +<br>Spécifique   | 396<br>PUMa +<br>Spécifique   |
| その他の特別制度         |         |         |                               |                               |                               |                               |
| 聖職者老齢・障害・疾病保険金庫  | 188     | 185     | CNAMに移行                       |                               |                               |                               |

CNAM：全国疾病保険金庫、PUMa：普遍的疾病保護

出所：CCSS - Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2015, prévisions 2016 et 2017 (2015年データ)  
(p.21、p.189、p.195、p.201、p.209、p.223、p.229、p.241、p.247、p.253、p.261)

CCSS - Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2011, prévisions 2012 et 20143 (2010年データ)  
(p.205、p.241、p.249、p.261、p.279、p.291、p.297、p.303、p.309、p.315)

CCSS - Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2021, prévisions 2022 et 2023 (2020年～2021年データ)  
(p.24、p.223)

CCSS - Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2020, prévisions 2021 et 2022 (2019年データ)  
(p.24、p.241)

CCSS - Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021 (2018年データ)  
(p.25、p.225)

## 5. 医療提供体制

---

### 5.1 医療従事者に関する統計データについて

- 医師及びその他の医療従事者の統計データについては、主に Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS 目録) に基づく。RPPS は従来の Répertoire ADELI (ADELI 目録) に代替する新ファイルであり、全ての医療従事者の ID 番号、学位、業種、業務形態及び組織等のデータを収載する。RPPS 目録は国が職能団体や疾病保険金庫の協力を得て作成する。
- ADELI 目録からの移行は職種ごとに進められている。Data.DREES には、医師は 2013 年以降、歯科医師、薬剤師及び助産師は 2014 年以降のデータが掲載されている。その後は段階的に職種が広げられ、理学療法士及び足治療師が加わったほか、2022 年データからは看護師も加わる。最終的には、全ての医療職についてデータを移行する予定である。
- なお、統計データの出所ごとにデータ取得範囲が異なる他、各データ作成者間で医師及びその他の医療従事者の定義や登録方法が多様であることから、RPPS 目録の作成が難しくなっている。各データの出所の記述を参照し、特定の専門分野については異なる出所間のデータを直接比較しないことが推奨される。
- 医療従事者に関する主な統計データは、以下の URL で閲覧可能である。
  - 2012 年以降：<https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
  - 1999～2011 年：  
[https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/514\\_la-demographie-des-professionnels-de-sante-de-1999-a-2011/information/](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/514_la-demographie-des-professionnels-de-sante-de-1999-a-2011/information/)

参考：Eco-Santé (<http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/2361.html>)  
Data.DREES (<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>)  
DREES (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/la-demographie-des-professionnels-de-sante>)

## 5.2 医療機関数及び病床数（2010～2020年）

| 病院の区分                 | 2010年 |         |        | 2016年 |         |        | 2018年 |         |        | 2020年 |         |        |
|-----------------------|-------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|--------|
|                       | 病院    | 病床      |        | 病院    | 病床      |        | 病院    | 病床      |        | 病院    | 病床      |        |
|                       |       | 完全入院    | 部分入院   |       | 完全入院    | 部分入院   |       | 完全入院    | 部分入院   |       | 完全入院    | 部分入院   |
| 総数                    | 2,710 | 416,710 | 63,115 | 3,065 | 404,248 | 74,646 | 3,042 | 395,670 | 77,297 | 2,989 | 386,903 | 79,759 |
| 公立病院                  | 956   | 260,642 | 37,761 | 1,376 | 250,104 | 42,271 | 1,360 | 243,417 | 42,812 | 1,347 | 237,941 | 43,109 |
| 地方病院センター・<br>大学病院センター | 33    | 75,903  | 8,663  | 178   | 72,169  | 10,361 | 178   | 70,452  | 10,624 | 180   | 69,660  | 11,053 |
| 一般病院センター              | 810   | 154,182 | 14,319 | 955   | 143,841 | 16,775 | 947   | 140,849 | 17,586 | 936   | 138,267 | 18,061 |
| 精神病院センター              | 90    | 26,849  | 14,350 | 97    | 24,930  | 14,675 | 95    | 23,199  | 14,164 | 92    | 21,362  | 13,524 |
| 地区病院・その他              | 23    | 3,708   | 429    | 146   | 9,164   | 460    | 140   | 8,917   | 438    | 139   | 8,652   | 471    |
| 民間非営利病院               | 707   | 58,436  | 11,359 | 686   | 56,994  | 13,716 | 682   | 56,270  | 14,316 | 670   | 55,605  | 14,659 |
| がんセンター                | 19    | 2,918   | 737    | 21    | 2,727   | 709    | 22    | 2,772   | 718    | 20    | 2,702   | 504    |
| その他                   | 688   | 55,518  | 10,622 | 665   | 54,267  | 13,007 | 660   | 53,498  | 13,598 | 650   | 52,903  | 14,155 |
| 民間営利病院                | 1,047 | 97,632  | 13,995 | 1,003 | 97,150  | 18,659 | 1,000 | 95,983  | 20,169 | 972   | 93,357  | 21,991 |
| 中期療養・<br>リハビリ施設       | 321   | 24,774  | 1,819  | 349   | 29,039  | 3,280  | 348   | 29,564  | 3,997  | 342   | 29,402  | 5,012  |
| 急性期病院・集学的<br>治療を行う病院  | 561   | 60,111  | 11,249 | 501   | 54,403  | 13,735 | 492   | 52,096  | 14,232 | 468   | 49,472  | 14,743 |
| 精神病院                  | 140   | 11,333  | 860    | 145   | 13,386  | 1,574  | 151   | 13,925  | 1,881  | 152   | 13,975  | 2,161  |
| 長期療養施設                | 12    | 508     | -      | 6     | 303     | 35     | -     | -       | -      | -     | -       | -      |
| その他                   | 13    | 906     | 67     | 2     | 19      | 35     | 9     | 398     | 59     | 10    | 508     | 75     |

海外県を含む。在宅入院を除く。部分入院の病床数にはその他の病床を含む。

2013年以降、公立病院数は法人単位ではなく、複数の地域に病院を有している場合、別々にカウントするようになった。

出所：DREES - Le panorama des établissements de santé édition 2012 (p.81)

DREES - Les établissements de santé édition 2018 (p.23)

DREES - Les établissements de santé édition 2020 (p.21)

DREES - Les établissements de santé édition 2022 (p.39)

### 5.3 病床数：診療科別（2010～2020年）

| 病院 / 病床の区分         | 2010年   | 2012年   | 2014年   | 2016年   | 2018年   | 2020年   |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 完全入院の病床数           |         |         |         |         |         |         |
| 内科、外科、産科           | 218,937 | 216,443 | 211,018 | 204,520 | 198,393 | 192,959 |
| 精神科                | 56,228  | 56,509  | 56,750  | 56,206  | 54,242  | 53,025  |
| 中期療養・リハビリ施設        | 98,717  | 100,706 | 102,817 | 103,362 | 103,394 | 101,734 |
| 長期療養施設             | 34,105  | 32,113  | 31,250  | 30,964  | 30,657  | 30,205  |
| 部分入院の病床数           |         |         |         |         |         |         |
| 内科、外科、産科           | 26,064  | 29,033  | 31,308  | 31,744  | 32,667  | 33,495  |
| 精神科                | 27,738  | 28,289  | 28,636  | 29,036  | 29,057  | 29,046  |
| 中期療養・リハビリ施設        | 7,970   | 9,106   | 10,798  | 11,947  | 13,488  | 15,067  |
| 完全入院の病床数（人口1万人あたり） |         |         |         |         |         |         |
| 内科、外科、産科           | 35      | 34      | 33      | 32      | 31      | 30      |
| 精神科                | 9       | 9       | 9       | 9       | 8       | 8       |
| 中期療養・リハビリ施設        | 16      | 16      | 16      | 16      | 16      | 16      |
| 長期療養施設             | 5       | 5       | 5       | 5       | 5       | 5       |
| 部分入院の病床数           |         |         |         |         |         |         |
| 内科、外科、産科           | 4       | 5       | 5       | 5       | 5       | 5       |
| 精神科                | 4       | 4       | 4       | 4       | 5       | 5       |
| 中期療養・リハビリ施設        | 1       | 1       | 2       | 2       | 2       | 2       |

海外県を含む。

出所：DREES - Le panorama des établissements de santé édition 2012 (p.97)

DREES - Le panorama des établissements de santé édition 2014 (p.99)

DREES - Les établissements de santé édition 2016 (p.71)

DREES - Les établissements de santé édition 2018 (pp.56- 57)

DREES - Les établissements de santé édition 2020 (p.55)

DREES - Les établissements de santé édition 2022 (p.74)

## 5.4 入院日数及び入院件数（2010～2020年）

| 2010年                     | 公立病院           | 民間非営利病院       | 民間営利病院        | 合計             |
|---------------------------|----------------|---------------|---------------|----------------|
| 部分入院の入院日数<br>(千日/対前年伸び率%) | 7,238 (1.1)    | 2,607 (4.0)   | 3,981 (4.0)   | 13,826 (2.5)   |
| 内科、外科、産科                  | 2,577 (0.5)    | 461 (2.5)     | 3,022 (2.6)   | 6,060 (1.7)    |
| 精神科                       | 4,027 (0.9)    | 1,027 (1.5)   | 232 (15.3)    | 5,286 (1.6)    |
| 中期療養・リハビリ施設               | 634 (5.0)      | 1,119 (6.9)   | 726 (6.7)     | 2,480 (6.4)    |
| 完全入院の入院件数<br>(千件/対前年伸び率%) | 7,616 (0.5)    | 1,166 (0.4)   | 3,272 (-1.3)  | 12,054 (0.0)   |
| 内科、外科、産科                  | 6,748 (0.4)    | 829 (-0.3)    | 2,852 (-1.7)  | 10,429 (-0.2)  |
| 精神科                       | 453 (2.5)      | 69 (5.7)      | 117 (2.3)     | 639 (2.8)      |
| 中期療養・リハビリ施設               | 394 (0.5)      | 266 (1.3)     | 302 (1.5)     | 962 (1.1)      |
| 長期療養施設                    | 21 (-19.5)     | 1 (-25.1)     | 0.5 (-50.9)   | 23 (-20.9)     |
| 完全入院の入院日数<br>(千日/対前年伸び率%) | 78,781 (-4.3)  | 16,857 (-1.6) | 27,308 (0.7)  | 122,946 (-2.8) |
| 内科、外科、産科                  | 42,759 (0.8)   | 4,780 (0.5)   | 13,111 (-2.0) | 60,650 (0.2)   |
| 精神科                       | 12,276 (0.4)   | 2,261 (-1.9)  | 4,100 (2.4)   | 18,637 (0.5)   |
| 中期療養・リハビリ施設               | 12,804 (2.0)   | 8,910 (1.5)   | 9,907 (4.5)   | 31,621 (2.6)   |
| 長期療養施設                    | 10,942 (-27.6) | 905 (-30.0)   | 190 (-26.4)   | 12,038 (-27.7) |

海外県を含む。

出所：DREES - Le panorama des établissements de santé édition 2012 (p.85)

| 2016年                     | 公立病院          | 民間非営利病院       | 民間営利病院        | 合計             |
|---------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 部分入院の入院日数<br>(千日/対前年伸び率%) | 7,670 (1.6)   | 3,102 (5.2)   | 5,702 (7.6)   | 16,474 (4.3)   |
| 内科、外科、産科                  | 3,124 (5.2)   | 653 (8.7)     | 3,743 (6.0)   | 7,520 (5.9)    |
| 精神科                       | 3,584 (-2.4)  | 948 (-0.1)    | 515 (12.0)    | 5,047 (-0.7)   |
| 中期療養・リハビリ施設               | 962 (5.6)     | 1,501 (7.2)   | 1,444 (10.2)  | 3,907 (7.9)    |
| 完全入院の入院件数<br>(千件/対前年伸び率%) | 7,931 (0.7)   | 1,207 (0.0)   | 2,953 (-1.2)  | 12,092 (0.2)   |
| 内科、外科、産科                  | 7,070 (1.1)   | 845 (1.0)     | 2,480 (-1.9)  | 10,395 (0.4)   |
| 精神科                       | 427 (-5.8)    | 73 (-3.3)     | 124 (1.7)     | 624 (-4.1)     |
| 中期療養・リハビリ施設               | 434 (0.1)     | 289 (-1.9)    | 350 (3.3)     | 1,073 (0.6)    |
| 完全入院の入院日数<br>(千日/対前年伸び率%) | 77,495 (-0.8) | 16,616 (-1.1) | 27,259 (0.5)  | 121,370 (-0.5) |
| 内科、外科、産科                  | 42,616 (-0.8) | 4,666 (-0.1)  | 10,675 (-3.3) | 57,957 (-1.2)  |
| 精神科                       | 11,396 (-1.9) | 2,217 (-2.0)  | 4,761 (2.1)   | 18,374 (-0.9)  |
| 中期療養・リハビリ施設               | 13,628 (0.1)  | 8,848 (-1.8)  | 11,620 (3.5)  | 34,095 (0.7)   |
| 長期療養施設                    | 9,855 (-0.7)  | 886 (3.1)     | 203 (4.9)     | 10,944 (-0.3)  |

海外県を含む。

出所：DREES - DREES - Les établissements de santé édition 2018 (p.32)



## 5.4 入院日数及び入院件数（2010～2020年）（続き）

| 2018年                     | 公立病院          | 民間非営利病院       | 民間営利病院        | 合計             |
|---------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 部分入院の入院日数<br>(千日/対前年伸び率%) | 7,649 (-0.1)  | 3,211 (1.4)   | 6,280 (5.0)   | 17,140 (2.0)   |
| 内科、外科、産科                  | 3,259 (2.2)   | 707 (5.1)     | 3,944 (2.9)   | 7,911 (2.8)    |
| 精神科                       | 3,359 (-3.3)  | 931 (-1.8)    | 589 (5.7)     | 4,879 (-2.0)   |
| 中期療養・リハビリ施設               | 1,031 (3.9)   | 1,572 (1.7)   | 1,747 (9.9)   | 4,350 (5.4)    |
| 完全入院の入院件数<br>(千件/対前年伸び率%) | 7,823 (-0.9)  | 1,191 (-0.8)  | 2,833 (-2.5)  | 11,847 (-1.3)  |
| 内科、外科、産科                  | 6,983 (-0.8)  | 841 (-0.5)    | 2,352 (-2.8)  | 10,177 (-1.2)  |
| 精神科                       | 419 (-1.5)    | 69 (-3.0)     | 127 (0.8)     | 615 (-1.2)     |
| 中期療養・リハビリ施設               | 421 (-2.7)    | 281 (-1.3)    | 353 (-1.5)    | 1,055 (-1.9)   |
| 完全入院の入院日数<br>(千日/対前年伸び率%) | 75,295 (-1.2) | 16,141 (-0.6) | 26,744 (-0.7) | 118,179 (-1.0) |
| 内科、外科、産科                  | 41,770 (-0.8) | 4,587 (-0.5)  | 9,946 (-3.3)  | 56,304 (-1.2)  |
| 精神科                       | 10,798 (-2.2) | 2,161 (-1.3)  | 4,948 (2.3)   | 17,907 (-0.9)  |
| 中期療養・リハビリ施設               | 13,093 (-1.3) | 8,494 (-0.7)  | 11,639 (0.4)  | 33,226 (-0.6)  |
| 長期療養施設                    | 9,634 (-1.6)  | 898 (1.0)     | 210 (-1.2)    | 10,742 (-1.3)  |

海外県を含む。

出所：DREES - Les établissements de santé édition 2020 (p.30)

| 2020年                     | 公立病院           | 民間非営利病院       | 民間営利病院        | 合計             |
|---------------------------|----------------|---------------|---------------|----------------|
| 部分入院の入院日数<br>(千日/対前年伸び率%) | 5,527 (-27.3)  | 2,382 (-28.0) | 5,507 (-16.8) | 13,415 (-23.5) |
| 内科、外科、産科                  | 2,967 (-12.7)  | 687 (-9.2)    | 3,574 (-11.8) | 7,228 (-11.9)  |
| 精神科                       | 1,943 (-38.6)  | 597 (-34.3)   | 556 (-15.5)   | 3,096 (-34.6)  |
| 中期療養・リハビリ施設               | 617 (-40.7)    | 1,097 (-33.2) | 1,376 (-27.9) | 3,091 (-32.7)  |
| 完全入院の入院件数<br>(千件/対前年伸び率%) | 6,848 (-11.8)  | 1,041 (-13.2) | 2,396 (-13.8) | 10,285 (-12.4) |
| 内科、外科、産科                  | 6,155 (-11.4)  | 759 (-11.2)   | 1,979 (-14.0) | 8,893 (-12.0)  |
| 精神科                       | 341 (-15.3)    | 54 (-20.1)    | 117 (-8.5)    | 512 (-14.4)    |
| 中期療養・リハビリ施設               | 352 (-14.4)    | 228 (-17.9)   | 300 (-14.0)   | 880 (-15.2)    |
| 完全入院の入院日数<br>(千日/対前年伸び率%) | 68,247 (-8.0)  | 14,582 (-8.7) | 24,131 (-9.2) | 106,960 (-8.4) |
| 内科、外科、産科                  | 37,849 (-8.9)  | 4,224 (-8.5)  | 8,444 (-12.7) | 50,517 (-9.5)  |
| 精神科                       | 10,023 (-5.0)  | 1,961 (-4.7)  | 4,720 (-5.9)  | 16,703 (-5.2)  |
| 中期療養・リハビリ施設               | 11,346 (-10.6) | 7,540 (-10.3) | 10,734 (-8.2) | 29,620 (-9.7)  |
| 長期療養施設                    | 9,029 (-4.2)   | 858 (-3.4)    | 233 (10.5)    | 10,120 (-3.8)  |

海外県を含む。

出所：DREES - DREES - Les établissements de santé édition 2022 (p.49)

## 5.5 医師数：診療科別（2014～2022年）

|              | 2014年     |           | 2016年     |           | 2018年     |           | 2020年     |           | 2022年     |           |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|              | 総数<br>(人) | 女性<br>(%) | 総数<br>(人) | 女性<br>(%) | 総数<br>(人) | 女性<br>(%) | 総数<br>(人) | 女性<br>(%) | 総数<br>(人) | 女性<br>(%) |
| 合計           | 219,566   | 43        | 222,453   | 44        | 225,046   | 46        | 227,298   | 47        | 228,858   | 49        |
| 一般医          | 101,904   | 42        | 101,799   | 44        | 101,939   | 46        | 101,355   | 48        | 99,941    | 50        |
| その他の専門医      | 117,662   | 43        | 120,654   | 44        | 123,107   | 45        | 125,943   | 46        | 128,917   | 47        |
| 病理解剖科        | 1,560     | 62        | 1,588     | 62        | 1,645     | 62        | 1,657     | 63        | 1,682     | 62        |
| 麻酔科・蘇生科      | 10,858    | 36        | 11,153    | 36        | 11,366    | 37        | 11,510    | 37        | 11,877    | 38        |
| 臨床検査医        | 2,894     | 51        | 2,969     | 52        | 3,018     | 52        | 3,096     | 52        | 3,121     | 52        |
| 循環器内科        | 6,775     | 23        | 6,972     | 25        | 7,133     | 26        | 7,307     | 28        | 7,335     | 29        |
| 一般外科         | 3,625     | 16        | 3,588     | 18        | 3,547     | 21        | 3,444     | 24        | 3,339     | 26        |
| 顎顔面外科・口腔外科   | 1,190     | 18        | 1,156     | 19        | 1,135     | 21        | 1,073     | 23        | 1,001     | 27        |
| 整形外科・外傷外科    | 3,039     | 4         | 3,206     | 5         | 3,385     | 6         | 3,553     | 7         | 3,723     | 9         |
| 小児外科         | 286       | 40        | 312       | 45        | 340       | 49        | 359       | 49        | 362       | 50        |
| 形成外科・美容外科    | 860       | 23        | 880       | 24        | 946       | 25        | 986       | 27        | 1,036     | 29        |
| 胸部外科・心臓血管外科  | 407       | 10        | 445       | 10        | 473       | 11        | 506       | 13        | 534       | 15        |
| 泌尿器外科        | 1,085     | 4         | 1,219     | 5         | 1,301     | 6         | 1,401     | 7         | 1,496     | 9         |
| 血管外科         | 508       | 8         | 539       | 13        | 544       | 15        | 574       | 18        | 593       | 21        |
| 消化器外科        | 925       | 14        | 1,001     | 15        | 1,061     | 17        | 1,130     | 18        | 1,212     | 20        |
| 皮膚科・性病科      | 4,063     | 68        | 3,989     | 69        | 3,900     | 70        | 3,852     | 71        | 3,752     | 72        |
| 内分泌代謝科       | 1,780     | 74        | 1,852     | 74        | 1,959     | 76        | 2,049     | 76        | 2,092     | 77        |
| 遺伝医学         | 233       | 71        | 247       | 70        | 257       | 68        | 291       | 67        | 313       | 66        |
| 老年病科         | 1,546     | 57        | 1,755     | 57        | 1,992     | 58        | 2,142     | 59        | 2,418     | 61        |
| 婦人科          | 3,477     | 71        | 3,137     | 72        | 2,789     | 74        | 2,448     | 74        | 2,113     | 75        |
| 産科           | 4,371     | 44        | 4,702     | 47        | 4,999     | 51        | 5,300     | 54        | 5,636     | 58        |
| 血液内科         | 516       | 54        | 614       | 56        | 732       | 56        | 831       | 56        | 922       | 56        |
| 消化器内科・肝臓病科   | 3,568     | 30        | 3,676     | 32        | 3,826     | 36        | 3,895     | 39        | 3,844     | 41        |
| 産業医学         | 5,689     | 70        | 5,518     | 70        | 5,292     | 69        | 5,009     | 69        | 4,812     | 68        |
| 内科           | 2,421     | 37        | 2,430     | 39        | 2,465     | 43        | 2,479     | 45        | 2,610     | 47        |
| 核医学          | 658       | 39        | 706       | 40        | 746       | 40        | 775       | 40        | 811       | 39        |
| リハビリテーション科   | 2,013     | 46        | 2,112     | 49        | 2,235     | 51        | 2,364     | 52        | 2,416     | 53        |
| 腎臓内科         | 1,543     | 41        | 1,667     | 43        | 1,780     | 44        | 1,888     | 46        | 1,981     | 46        |
| 脳神経外科        | 523       | 13        | 541       | 14        | 582       | 15        | 617       | 17        | 652       | 18        |
| 神経科          | 2,286     | 46        | 2,468     | 48        | 2,642     | 50        | 2,823     | 51        | 2,980     | 52        |
| 耳鼻咽喉科・頭頸部外科  | 3,059     | 22        | 3,061     | 24        | 3,022     | 26        | 3,023     | 29        | 2,996     | 31        |
| 腫瘍内科         | 845       | 48        | 963       | 51        | 1,066     | 54        | 1,218     | 55        | 1,401     | 57        |
| 眼科           | 5,820     | 44        | 5,881     | 44        | 5,853     | 44        | 5,850     | 44        | 5,794     | 44        |
| 小児科          | 7,709     | 66        | 7,989     | 68        | 8,169     | 70        | 8,439     | 71        | 8,682     | 72        |
| 呼吸器科         | 2,886     | 38        | 2,995     | 41        | 3,067     | 42        | 3,177     | 45        | 3,200     | 45        |
| 精神科          | 14,841    | 49        | 15,137    | 50        | 15,335    | 51        | 15,479    | 52        | 15,516    | 53        |
| 放射線診断科・医用画像学 | 8,405     | 33        | 8,633     | 34        | 8,774     | 36        | 8,864     | 36        | 9,038     | 37        |
| 放射線治療科       | 830       | 40        | 852       | 41        | 921       | 42        | 970       | 42        | 1,016     | 44        |
| 救急科          | 287       | 21        | 359       | 25        | 480       | 24        | 553       | 24        | 646       | 26        |
| 医学研究         | 14        | 43        | 12        | 33        | 14        | 36        | 13        | 31        | 13        | 31        |
| リウマチ科        | 2,597     | 43        | 2,612     | 45        | 2,610     | 48        | 2,556     | 50        | 2,578     | 52        |
| 公衆衛生・社会医学    | 1,670     | 60        | 1,718     | 59        | 1,706     | 59        | 1,673     | 59        | 1,677     | 59        |

## 5.5 医師数：診療科別（2014～2022年）（続き）

|              | 2014年     |           | 2016年     |           | 2018年     |           | 2020年     |           | 2022年     |           |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|              | 総数<br>(人) | 女性<br>(%) | 総数<br>(人) | 女性<br>(%) | 総数<br>(人) | 女性<br>(%) | 総数<br>(人) | 女性<br>(%) | 総数<br>(人) | 女性<br>(%) |
| アレルギー科       | -         | -         | -         | -         | -         | -         | 212       | 66        | 270       | 68        |
| 感染症・熱帯病科     | -         | -         | -         | -         | -         | -         | 96        | 36        | 157       | 39        |
| 救急医療科        | -         | -         | -         | -         | -         | -         | 73        | 21        | 396       | 41        |
| 法医学          | -         | -         | -         | -         | -         | -         | 26        | 42        | 45        | 60        |
| 血管科          | -         | -         | -         | -         | -         | -         | 343       | 49        | 745       | 49        |
| 内分泌・糖尿病・栄養内科 | -         | -         | -         | -         | -         | -         | 6         | 50        | 42        | 64        |
| 生物医学（一般生物学）  | -         | -         | -         | -         | -         | -         | -         | -         | 1         | 0         |
| 生物医学（血液・免疫学） | -         | -         | -         | -         | -         | -         | -         | -         | 2         | 50        |
| 生物医学（感染性病原体） | -         | -         | -         | -         | -         | -         | -         | -         | 1         | 100       |
| 生物医学（生殖生物学）  | -         | -         | -         | -         | -         | -         | -         | -         | 2         | 100       |
| 顎顔面外科        | -         | -         | -         | -         | -         | -         | 1         | 0         | 7         | 57        |
| 小児整形外科       | -         | -         | -         | -         | -         | -         | -         | -         | 1         | 100       |
| 血液科          | -         | -         | -         | -         | -         | -         | 6         | 67        | 9         | 67        |
| 内科・臨床免疫科     | -         | -         | -         | -         | -         | -         | 6         | 33        | 19        | 26        |

海外県を含む。

出所：DREES - Démographie des professionnels de santé

<https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

## 5.6 医師以外の医療従事者数（2014～2022年）

|         | 2014年      |           | 2016年      |           | 2018年      |           | 2020年      |           | 2022年      |           |
|---------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
|         | 総数<br>(千人) | 女性<br>(%) | 総数<br>(千人) | 女性<br>(%) | 総数<br>(千人) | 女性<br>(%) | 総数<br>(千人) | 女性<br>(%) | 総数<br>(千人) | 女性<br>(%) |
| 歯科医師    | 41.2       | 41        | 41.6       | 43        | 42.1       | 45        | 42.8       | 46        | 44.2       | 48        |
| 薬剤師     | 73.8       | 67        | 74.5       | 67        | 73.8       | 67        | 73.8       | 67        | 73.6       | 68        |
| 助産師     | 21.0       | 98        | 22.3       | 97        | 22.8       | 97        | 23.2       | 97        | 23.8       | 97        |
| 理学療法士   | 80.7       | 50        | 86.5       | 50        | 89.0       | 51        | 91.5       | 51        | -          |           |
| 看護師     | 616.6      | 87        | 660.6      | 87        | 701.0      | 87        | 744.3      | 87        | -          |           |
| 言語聴覚士   | 22.7       | 97        | 24.5       | 97        | 25.6       | 97        | 27.0       | 97        | 28.3       | 97        |
| 視能訓練士   | 4.0        | 90        | 4.4        | 89        | 4.9        | 89        | 5.5        | 88        | 6.3        | 88        |
| 精神運動訓練士 | 9.5        | 89        | 11.1       | 89        | 12.8       | 89        | 14.5       | 90        | 16.3       | 90        |
| 足部治療師   | 12.8       | 67        | 13.7       | 67        | -          |           | -          |           | -          |           |
| 作業療法士   | 9.1        | 87        | 10.4       | 87        | 12.0       | 87        | 13.6       | 87        | 15.4       | 87        |
| 補聴器技師   | 2.9        | 46        | 3.3        | 47        | 3.6        | 48        | 4.1        | 49        | 4.7        | 50        |
| 眼鏡技師    | 29.1       | 53        | 34.4       | 55        | 37.1       | 56        | 40.8       | 57        | 44.1       | 59        |
| 診療放射線技師 | 32.3       | 72        | 34.5       | 72        | 36.5       | 72        | 38.4       | 72        | 40.8       | 73        |
| 栄養士     | 9.3        | 95        | 10.8       | 94        | 12.4       | 94        | 14.3       | 94        | 16.8       | 93        |
| 検査技師    | 32.4       | 84        | 40.4       | 84        | 45.1       | 83        | 48.4       | 83        | 52.2       | 83        |
| 臨床心理士   | 49.9       | 85        | 57.9       | 85        | 65.8       | 86        | 74.1       | 86        | 84.0       | 86        |

海外県を含む。

出所：DREES - Démographie des professionnels de santé  
<https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

## 5.7 医療従事者数：雇用形態別（2018～2022年）

（単位：千人 / %）

|                | 2018年 |     |       |    | 2020年 |     |       |    | 2022年 |     |       |    |
|----------------|-------|-----|-------|----|-------|-----|-------|----|-------|-----|-------|----|
|                | 勤務    |     | 開業    |    | 勤務    |     | 開業    |    | 勤務    |     | 開業    |    |
|                | 千人    | %   | 千人    | %  | 千人    | %   | 千人    | %  | 千人    | %   | 千人    | %  |
| 医師             |       |     |       |    |       |     |       |    |       |     |       |    |
| 合計             | 96.8  | 43  | 128.3 | 57 | 98.7  | 43  | 128.6 | 57 | 101.3 | 44  | 127.5 | 56 |
| 一般医            | 34.5  | 34  | 67.4  | 66 | 34.7  | 34  | 66.6  | 66 | 34.5  | 34  | 65.5  | 66 |
| 専門医            | 62.2  | 51  | 60.9  | 49 | 64.0  | 51  | 62.0  | 49 | 66.9  | 52  | 62.0  | 48 |
| 医師以外の<br>医療従事者 |       |     |       |    |       |     |       |    |       |     |       |    |
| 歯科医師           | 5.0   | 12  | 37.0  | 88 | 5.8   | 13  | 37.1  | 87 | 6.9   | 16  | 37.2  | 84 |
| 薬剤師            | 43.3  | 59  | 30.5  | 41 | 44.2  | 60  | 29.6  | 40 | 44.9  | 61  | 28.6  | 39 |
| 助産師            | 15.9  | 70  | 7.0   | 30 | 15.5  | 67  | 7.6   | 33 | 15.4  | 65  | 8.3   | 35 |
| 理学療法士          | 16.4  | 18  | 72.7  | 82 | 15.9  | 17  | 75.6  | 83 | -     | -   | -     | -  |
| 看護師            | 577.2 | 82  | 123.8 | 18 | 612.7 | 82  | 131.6 | 18 | -     | -   | -     | -  |
| 言語療法士          | 4.8   | 19  | 20.8  | 81 | 5.2   | 19  | 21.8  | 81 | 5.6   | 20  | 22.7  | 80 |
| 視能訓練士          | 1.9   | 38  | 3.0   | 62 | 2.3   | 41  | 3.2   | 59 | 2.8   | 44  | 3.5   | 56 |
| 精神運動訓練士        | 10.0  | 78  | 2.8   | 22 | 10.8  | 75  | 3.7   | 25 | 11.7  | 72  | 4.6   | 28 |
| 作業療法士          | 10.5  | 88  | 1.4   | 12 | 11.7  | 86  | 2.0   | 14 | 12.9  | 83  | 2.6   | 17 |
| 補聴器技師          | 2.4   | 67  | 1.2   | 33 | 2.8   | 69  | 1.3   | 31 | 3.3   | 69  | 1.5   | 31 |
| 眼鏡技師           | 27.5  | 74  | 9.7   | 26 | 30.7  | 75  | 10.0  | 25 | 33.8  | 77  | 10.4  | 23 |
| 診療放射線技師        | 36.5  | 100 | 0.0   | 0  | 38.4  | 100 | 0.0   | 0  | 40.8  | 100 | 0.0   | 0  |
| 栄養士            | 7.9   | 63  | 4.6   | 37 | 8.7   | 61  | 5.7   | 39 | 9.8   | 58  | 7.0   | 42 |
| 検査技師           | 45.1  | 100 | 0.0   | 0  | 48.4  | 100 | 0.0   | 0  | 52.1  | 100 | 0.0   | 0  |
| 臨床心理士          | 44.1  | 67  | 21.7  | 33 | 48.3  | 65  | 25.8  | 35 | 53.5  | 64  | 30.5  | 36 |

海外県を含む。

「勤務」と「開業」の分類は、以下のとおり。

勤務：Salariés hospitaliers と Autres Salariés

開業：Libéraux exclusifs と Mixtes

出所：DREES - Démographie des professionnels de santé

<https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

## 5.8 医師数：セクター別（2020年）

（単位：人）

|            | 非協約提携医 <sup>1)</sup> | 協約提携医 <sup>2)</sup> | 超過請求権付協約提携医 <sup>3)</sup>      | 自由料金医 <sup>4)</sup> | 合計      |
|------------|----------------------|---------------------|--------------------------------|---------------------|---------|
|            | NON CONVENTIONNES    | CONVENTIONNES       | CONVENTIONNES AVEC DEPASSEMENT | HONORAIRES LIBRES   |         |
| 合計         | 801                  | 79,115              | 77                             | 30,405              | 110,398 |
| 一般医及び特殊療法医 | 585                  | 52,347              | 5                              | 3,373               | 56,310  |
| 一般医        | 391                  | 48,667              | 3                              | 1,985               | 51,046  |
| 特殊療法医      | 194                  | 3,680               | 2                              | 1,388               | 5,264   |
| 専門医        | 216                  | 26,768              | 72                             | 27,032              | 54,088  |
| 麻酔科・蘇生科    | 5                    | 1,638               | 0                              | 2,038               | 3,681   |
| 循環器内科      | 2                    | 3,550               | 11                             | 1,200               | 4,763   |
| 外科         | 62                   | 1,161               | 6                              | 6,033               | 7,262   |
| 皮膚科・性病科    | 25                   | 1,423               | 4                              | 1,192               | 2,644   |
| 放射線科       | 0                    | 4,670               | 1                              | 1,483               | 6,154   |
| 産婦・婦人科     | 16                   | 1,411               | 13                             | 3,099               | 4,539   |
| 消化器内科・肝臓病科 | 1                    | 1,087               | 1                              | 953                 | 2,042   |
| 内科         | 3                    | 285                 | 3                              | 240                 | 531     |
| 耳鼻咽喉科      | 2                    | 667                 | 4                              | 1,358               | 2,031   |
| 小児科        | 8                    | 1,382               | 3                              | 1,216               | 2,609   |
| 呼吸器科       | 0                    | 912                 | 2                              | 267                 | 1,181   |
| リウマチ科      | 4                    | 684                 | 5                              | 826                 | 1,519   |
| 眼科         | 27                   | 1,577               | 4                              | 2,816               | 4,424   |
| 口腔科        | 0                    | 315                 | 0                              | 451                 | 766     |
| リハビリテーション科 | 3                    | 211                 | 0                              | 159                 | 373     |
| 神経科        | 3                    | 564                 | 1                              | 374                 | 942     |
| 精神科・神経精神科  | 50                   | 3,569               | 13                             | 2,466               | 6,098   |
| 腎臓内科       | 0                    | 436                 | 1                              | 24                  | 461     |
| 病理解剖科      | 0                    | 472                 | 0                              | 144                 | 616     |
| 内分泌・代謝科    | 4                    | 283                 | 0                              | 517                 | 804     |
| 老年病科       | 0                    | 60                  | 0                              | 29                  | 89      |
| 感染症・熱帯病科   | 0                    | 2                   | 0                              | 7                   | 9       |
| 法医学        | 0                    | 1                   | 0                              | 0                   | 1       |
| 救急医療科      | 0                    | 9                   | 0                              | 1                   | 10      |
| 血管科        | 0                    | 260                 | 0                              | 85                  | 345     |
| アレルギー科     | 1                    | 139                 | 0                              | 54                  | 194     |

海外県を除く。非協約医と協約医とに分けられ、更に、協約医が3つに分類されているため、合計で4つのカテゴリーとなる。

- 1) 非協約提携医：社会保障機関と契約していない医師（社会保障機関からの診療報酬支払いはない）。
- 2) 協約提携医：セクター1の協約提携医で、協約報酬が厳格に適用される。
- 3) 超過請求権付協約提携医：セクター1の協約提携医で、超過請求権を持っており、超過請求が行われることがある。  
（このセクターへの登録は現在停止されており、段階的に廃止されている。）
- 4) 自由料金医：セクター2の免許を持った専門職で、報酬を自由に決めることができる。超過請求を行うことがある。

出所：AMELI - Professionnels de santé libéraux - Démographie - Secteur conventionnel

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/secteur-conventionnel.php>



## 5.9 地域薬局数及び病院薬剤部数（2018～2022年）

|       | 2018年  | 2019年  | 2020年  | 2021年  | 2022年  |
|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 調剤薬局  | 21,192 | 20,966 | 20,736 | 20,534 | 20,318 |
| 病院薬剤部 | 2,445  | 2,419  | 2,370  | 2,328  | 2,274  |

海外県を除く。各年1月1日時点。

出所：Ordre National des Pharmaciens - Les pharmaciens - panorama

- ・ 2018： <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-autres-publications/les-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2018>
- ・ 2019： <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-autres-publications/les-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2019>
- ・ 2020： <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-autres-publications/les-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2020>
- ・ 2021： <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-autres-publications/les-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2021>
- ・ 2022： <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-autres-publications/les-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2022>

## 6. 介護

### 6.1 APA 受給者数：実数・割合

#### - 実数

(単位：人)

|      | 在宅     |         |         |         |          |         | 施設     |         |        |         |          |         |
|------|--------|---------|---------|---------|----------|---------|--------|---------|--------|---------|----------|---------|
|      | GIR 1  | GIR 2   | GIR 3   | GIR 4   | GIR 5&6* | 合計      | GIR 1  | GIR 2   | GIR 3  | GIR 4   | GIR 5&6* | 合計      |
| 2002 | 12,779 | 64,197  | 69,572  | 146,932 | 0        | 293,480 | 56,241 | 117,567 | 55,979 | 73,651  | 0        | 303,437 |
| 2003 | 13,942 | 83,943  | 99,003  | 225,705 | 0        | 422,593 | 54,885 | 142,078 | 63,186 | 93,449  | 0        | 353,598 |
| 2004 | 15,142 | 95,571  | 113,245 | 270,159 | 0        | 494,116 | 59,829 | 153,312 | 63,568 | 97,222  | 0        | 373,931 |
| 2005 | 15,572 | 105,476 | 122,811 | 302,846 | 547      | 547,253 | 57,376 | 162,622 | 67,380 | 104,012 | 562      | 391,951 |
| 2006 | 16,902 | 117,048 | 135,401 | 333,511 | 359      | 603,220 | 60,780 | 175,041 | 66,984 | 104,560 | 1,682    | 409,047 |
| 2007 | 17,187 | 122,541 | 144,587 | 370,098 | 66       | 654,479 | 79,930 | 163,500 | 73,674 | 100,288 | 3,273    | 420,665 |
| 2008 | 17,856 | 122,701 | 147,173 | 388,613 | 1,189    | 677,533 | 79,100 | 175,909 | 71,588 | 108,795 | 2,502    | 437,894 |
| 2009 | 17,203 | 123,802 | 150,106 | 407,832 | 77       | 699,020 | 82,118 | 181,372 | 75,102 | 109,380 | 1,181    | 449,152 |
| 2010 | 18,281 | 125,044 | 153,825 | 415,498 | 27       | 712,675 | 88,403 | 188,711 | 78,350 | 106,321 | 1,139    | 462,924 |
| 2011 | 18,390 | 126,577 | 155,728 | 423,418 | 106      | 724,219 | 90,195 | 189,590 | 88,265 | 105,211 | 4,945    | 478,206 |
| 2012 | 17,812 | 124,221 | 160,756 | 420,892 | 7,030    | 730,711 | 90,437 | 202,098 | 84,092 | 113,112 | 2,840    | 492,578 |
| 2013 | 17,642 | 124,165 | 163,228 | 430,827 | 1,915    | 737,776 | 91,572 | 207,734 | 87,258 | 114,427 | 2,667    | 503,658 |
| 2014 | 17,298 | 124,076 | 163,898 | 434,478 | 1,105    | 740,856 | 91,179 | 211,291 | 88,645 | 116,734 | 2,557    | 510,405 |
| 2015 | 17,248 | 123,852 | 167,004 | 438,529 | 1,019    | 747,652 | 90,830 | 213,145 | 93,426 | 118,685 | 1,298    | 517,384 |
| 2016 | 18,723 | 126,379 | 168,925 | 438,698 | 2,782    | 755,507 | 85,428 | 222,574 | 92,031 | 122,149 | 6,503    | 528,685 |
| 2017 | 18,190 | 129,733 | 171,990 | 445,086 | 3,612    | 768,611 | 85,885 | 232,026 | 94,362 | 126,495 | 2,917    | 541,685 |
| 2018 | 18,952 | 133,097 | 172,917 | 448,747 | 4,995    | 778,708 | 82,941 | 235,375 | 96,962 | 129,502 | 1,977    | 546,757 |
| 2019 | 18,992 | 135,114 | 174,816 | 459,090 | 480      | 788,492 | 82,107 | 239,186 | 97,888 | 128,893 | 1,255    | 549,329 |
| 2020 | 19,037 | 137,701 | 173,930 | 450,928 | 325      | 781,921 | 79,219 | 231,039 | 98,346 | 125,684 | 1,959    | 536,247 |

マヨットを除く。

\* GIR 不明、緊急時 APA、定額 APA 対象者を含む。

出所：DREES

Les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes âgées ou handicapées  
PA - Bénéficiaires par GIR, sexe et âge - APA-ASH-Aides ménagères - données 2020  
<https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/les-caracteristiques-des-beneficiaires-de-l-aide-sociale-departementale-aux-pers/information/>

- 割合

(単位：%)

|      | 在宅    |       |       |       |          | 施設    |       |       |       |          |
|------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|-------|-------|----------|
|      | GIR 1 | GIR 2 | GIR 3 | GIR 4 | GIR 5&6* | GIR 1 | GIR 2 | GIR 3 | GIR 4 | GIR 5&6* |
| 2002 | 4     | 22    | 24    | 50    | 0        | 19    | 39    | 18    | 24    | 0        |
| 2003 | 3     | 20    | 23    | 53    | 0        | 16    | 40    | 18    | 26    | 0        |
| 2004 | 3     | 19    | 23    | 55    | 0        | 16    | 41    | 17    | 26    | 0        |
| 2005 | 3     | 19    | 22    | 55    | 0        | 15    | 41    | 17    | 27    | 0        |
| 2006 | 3     | 19    | 22    | 55    | 0        | 15    | 43    | 16    | 26    | 0        |
| 2007 | 3     | 19    | 22    | 57    | 0        | 19    | 39    | 18    | 24    | 1        |
| 2008 | 3     | 18    | 22    | 57    | 0        | 18    | 40    | 16    | 25    | 1        |
| 2009 | 2     | 18    | 21    | 58    | 0        | 18    | 40    | 17    | 24    | 0        |
| 2010 | 3     | 18    | 22    | 58    | 0        | 19    | 41    | 17    | 23    | 0        |
| 2011 | 3     | 17    | 22    | 58    | 0        | 19    | 40    | 18    | 22    | 1        |
| 2012 | 2     | 17    | 22    | 58    | 1        | 18    | 41    | 17    | 23    | 1        |
| 2013 | 2     | 17    | 22    | 58    | 0        | 18    | 41    | 17    | 23    | 1        |
| 2014 | 2     | 17    | 22    | 59    | 0        | 18    | 41    | 17    | 23    | 1        |
| 2015 | 2     | 17    | 22    | 59    | 0        | 18    | 41    | 18    | 23    | 0        |
| 2016 | 2     | 17    | 22    | 58    | 0        | 16    | 42    | 17    | 23    | 1        |
| 2017 | 2     | 17    | 22    | 58    | 0        | 16    | 43    | 17    | 23    | 1        |
| 2018 | 2     | 17    | 22    | 58    | 1        | 15    | 43    | 18    | 24    | 0        |
| 2019 | 2     | 17    | 22    | 58    | 0        | 15    | 44    | 18    | 23    | 0        |
| 2020 | 2     | 18    | 22    | 58    | 0        | 15    | 43    | 18    | 23    | 0        |

マヨットを除く。

\* GIR 不明、緊急時 APA、定額 APA 対象者を含む。

出所：DREES, enquête Aide sociale

Les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes âgées ou handicapées  
 PA - Bénéficiaires par GIR, sexe et âge - APA-ASH-Aides ménagères - données 2020  
<https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/les-caracteristiques-des-beneficiaires-de-l-aide-sociale-departementale-aux-pers/information/>

## 6.2 APA 受給者数：各 GIR の年齢構成（2020 年）

（単位：％）

|           | GIR 1 | GIR 2 | GIR 3 | GIR 4 | 計*   |
|-----------|-------|-------|-------|-------|------|
| <b>在宅</b> |       |       |       |       |      |
| 65 歳未満    | 0.6   | 0.9   | 1.2   | 1.9   | 22.8 |
| 65-69 歳   | 2.8   | 3.7   | 3.8   | 5.4   | 21.4 |
| 70-74 歳   | 7.1   | 8.0   | 7.6   | 9.5   | 20.4 |
| 75-79 歳   | 10.6  | 11.2  | 10.5  | 12.2  | 12.6 |
| 80-84 歳   | 18.3  | 18.3  | 17.8  | 20.1  | 10.2 |
| 85-89 歳   | 25.1  | 25.2  | 26.6  | 26.6  | 7.5  |
| 90-94 歳   | 22.2  | 21.4  | 22.5  | 18.4  | 3.8  |
| 95 歳以上    | 13.4  | 11.2  | 9.9   | 5.8   | 1.3  |
| <b>施設</b> |       |       |       |       |      |
| 65 歳未満    | 1.3   | 1.2   | 1.5   | 1.7   | 3.0  |
| 65-69 歳   | 2.6   | 2.8   | 3.2   | 3.6   | 4.0  |
| 70-74 歳   | 4.9   | 5.3   | 5.7   | 6.0   | 6.0  |
| 75-79 歳   | 7.0   | 7.6   | 6.9   | 6.4   | 8.0  |
| 80-84 歳   | 13.3  | 13.5  | 12.7  | 12.2  | 15.0 |
| 85-89 歳   | 23.2  | 24.1  | 22.7  | 23.6  | 26.0 |
| 90-94 歳   | 26.8  | 27.2  | 28.9  | 29.0  | 25.0 |
| 95 歳以上    | 20.8  | 18.2  | 18.4  | 17.4  | 13.0 |

マヨットを除く。

\*施設は 2019 年の入居者データ。

出所：DREES, enquête Aide sociale

Les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes âgées ou handicapées  
 PA - Bénéficiaires par GIR, sexe et âge - APA-ASH-Aides ménagères - données 2020  
<https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/les-caracteristiques-des-beneficiaires-de-l-aide-sociale-departementale-aux-pers/information/>

### 6.3 APA のコスト：在宅・施設別

(単位：千ユーロ)

|         | 在宅        | 施設        | その他    | 合計        |
|---------|-----------|-----------|--------|-----------|
| 2002    | 1,060,016 | 798,861   | -1     | 1,858,876 |
| 2003    | 2,173,027 | 1,125,541 | -7     | 3,298,561 |
| 2004    | 2,473,879 | 1,250,610 | 16,457 | 3,740,946 |
| 2005    | 2,670,512 | 1,348,042 | 24,252 | 4,042,806 |
| 2006    | 2,867,155 | 1,461,857 | 35,808 | 4,364,820 |
| 2007    | 3,060,670 | 1,583,512 | 47,951 | 4,692,133 |
| 2008    | 3,213,088 | 1,718,593 | 59,147 | 4,990,828 |
| 2009    | 3,268,426 | 1,833,773 | 33,995 | 5,136,194 |
| 2010    | 3,314,367 | 1,949,765 | 31,761 | 5,295,893 |
| 2011    | 3,313,620 | 2,027,633 | 29,433 | 5,370,686 |
| 2012    | 3,336,371 | 2,105,944 | 29,072 | 5,471,387 |
| 2013    | 3,280,892 | 2,182,112 | 31,990 | 5,494,994 |
| 2014    | 3,290,319 | 2,256,813 | 27,062 | 5,574,194 |
| 2015    | 3,263,026 | 2,338,091 | 20,897 | 5,622,014 |
| 2016    | 3,357,912 | 2,384,592 | 41,665 | 5,784,169 |
| 2017    | 3,476,558 | 2,430,805 | 35,109 | 5,942,472 |
| 2018    | 3,537,523 | 2,451,608 | 34,935 | 6,024,066 |
| 2019    | 3,634,844 | 2,474,913 | 37,964 | 6,147,721 |
| 2020    | 3,734,333 | 2,500,051 | 43,326 | 6,277,710 |
| 2021(p) | 3,803,060 | 2,543,467 | 38,482 | 6,385,009 |

マヨットを除く。

出所：DREES, enquête Aide sociale

Les dépenses d'aide sociale départementale

Les dépenses d'aide sociale départementale - séries longues (1999 - 2021)

[https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/376\\_les-depenses-d-aide-sociale-departementale/information/](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/376_les-depenses-d-aide-sociale-departementale/information/)

## 6.4 APAのコスト：在宅サービスの利用方式別

(単位：%)

|      | 委任方式<br>service mandataire | 派遣方式<br>service prestataire | 直接雇用方式<br>emploi direct |
|------|----------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| 2010 | 7.6                        | 73.8                        | 18.6                    |
| 2011 | 9.2                        | 75.5                        | 15.3                    |
| 2012 | 8.6                        | 75.4                        | 16.0                    |
| 2013 | 7.4                        | 75.7                        | 16.9                    |
| 2014 | 5.6                        | 76.9                        | 17.5                    |
| 2015 | 4.7                        | 80.8                        | 14.5                    |
| 2016 | 4.6                        | 81.5                        | 13.9                    |
| 2017 | 3.9                        | 82.6                        | 13.4                    |
| 2018 | 3.8                        | 82.6                        | 13.6                    |
| 2019 | 3.4                        | 83.6                        | 13.1                    |
| 2020 | 2.8                        | 83.7                        | 13.5                    |

マヨットを除く。

出所：DREES, enquête Aide sociale

APA et PCH - Montants versés

APA à domicile - Dépenses couvertes - 2010-2020

<https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/apa-et-pch-montants-verses/information/>



フランス医療保障制度に関する調査研究報告書  
【2022年度版】

令和5年3月

発行：一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会  
医療経済研究機構

〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-21-19 東急虎ノ門ビル3F  
TEL：03（3506）8529  
FAX：03（3506）8528

No. 22503

本報告書の一部又は全部を問わず、無断引用、転載を禁ずる





