

フランスにおける疫病保険と医療従事者との関係に関する考察

伊奈川, 秀和
九州大学大学院法学研究科助教授

<https://doi.org/10.15017/2151>

出版情報：法政研究. 66 (2), pp.115-151, 1999-07-01. 九州大学法政学会
バージョン：
権利関係：

フランスにおける疾病保険と医療従事者との関係に関する考察

伊奈川 秀 和

- 一 問題の所在
- 二 医師と疾病保険との関係
- 三 協約制度に関する若干の経緯
- 四 協約の法的性格
- 五 代表的医師組合の協約締結権
- 六 協約の手続
- 七 ジュペプランによる協約制度の影響
- 八 ジュペプラン以降の状況
- 九 まとめ

一 問題の所在

フランス医療の特徴である自由医療の原則を最も端的に示しているのが、次に掲げる社会保障法典L・一六二―二条の規定であろう。

「L・一六二―二条 被保険者及び公衆衛生の利益の観点から、医師の活動の自由並びに職業的及び精神的な独立は、一九七一年七月三日の法律第七一―五二五号の公布の口において有効な他の規定がない限りにおいて、患者による医師の選択の自由、医師の処方自由、職業上の秘密、患者による報酬の直接払い、医師の開業の自由という基本的倫理原則に従って保障される。」

自由医療の原則は、社会保障の役割を医療費の支払いに限定することで、医療及び医療従事者に社会保障から独立した自律的世界を保障してきた。しかし、この自由医療の原則も、近年における医療技術の発達及び医療費の増大により変容を迫られている。

とりわけ医療費の増大は、社会保障を単なる医療費の支払い者の地位に止めることを不可能にしており、医師が治療の質、安全及び効果と両立し得る最も厳格な節約を遵守する責任が社会保障法典にも（L・一六二―二―一）規定されているところである。

医療費の増大は、我が国も含めた先進諸国共通の課題であろう。その意味で、フランスの疾病保険と医療従事者との関係の再構築の過程を知ることが、我が国にとっても決して無益なことではない。特に疾病保険と自由医療の原則との調和をどこに求めるかについては、自由開業医制を基本とする我が国にとっても関心のあるところであろう。

また、我が国の保険医療機関等の指定制度は、第三者のための公法上の契約と理解されているが、その性格及び限

界も重要な問題である。とりわけ、平成十年の医療保険制度改正により、病床過剰地域内の過剰病床部分の指定を行わないことができるよう保険医療機関の指定制度の見直しが行われたことから、今後、保険者と医療機関、更には行政との関係に関する法的理解の深化の重要性が増大するよう思われる。この点において、行政契約であるフランスの医療協約に法的側面から光を当てることは、意義あることと考える。

そこで、本稿では、疾病保険の枠組みの中で保険者である社会保障機関、医師等の医療従事者そして国の三者の関係について現状を分析することにする。

二 医師と疾病保険との関係

(一) 自由医療の原則

自由医療の原則は、社会保障法典（L・一六二―二）において、更に①医師の開業の自由、②患者による医師の選択の自由、③医師の処方¹の自由、④患者による報酬の直接払い、⑤職業上の秘密の五つの原則に細分化されている。

これらの原則を法定化する意義は、自律的な体系であるはずの医療が疾病保険という接点を通じて、社会保障と対峙せざるを得ないことに由来する。それ故、自由医療の原則は、常に社会保障との間で緊張関係を生む。

しかも、自由医療の原則の法的な意義は、必ずしも明確ではない¹。憲法院は、一九七八年と一九九〇年の二回、自由医療の原則の侵害に関する訴えを受理したが、その訴えを退けるに当たり、自由医療の原則の憲法上の価値の観点

からの判断は示していない。

例えば、一九九〇年の社会保障及び衛生に関する各種規定に関する判決 (Decision no 89-269 DC du 22 janvier 1990) において、憲法院は、改正により協約制度が一般医と専門医の二本立てに分割されれば、患者による医師の選択の自由及び医師の処方への自由が侵害されるとの主張、並びに職種の一体性及び職業の遂行の自由が侵害されるとの主張のいずれも退けた。しかし、その理由については、改正によっても、社会保障法典上、医師の選択の自由や医師による処方への自由は保障されていることを挙げるに止まっており、自由医療の原則の憲法上の価値については、自由医療の原則の侵害がない以上、判断するに及ばないと判示している。國務院については、一九九七年の判決 (CE, Section. 30 avril 1997, Association nationale pour l'éthique de la médecine libérale et autres) の中で、ジュペ・プランの一環として制定された一九九六年四月二四日の大統領令が規定する医療支出の伸びに関する目標制度及び医療指標の制度が医師の職業の自由な遂行を侵害するとの訴えを退けている。

いずれにせよ、自由医療の原則は、被保険者及び公衆衛生の利益という限定が条文上も付けられており、無制限の自由ではない。しかも、自由医療の原則は、医療費の抑制策の強化に伴い、その自由の範囲が次第に縮減していることは疑いようもない。

例えば、医師の処方への自由を取り上げてみよう。一九七一年の全国協約導入により、初級疾病保険金庫が各医師の診療の出来高を四半期毎に作成される開業医活動統計表 (T S A P) により監視する制度が導入されたが、確かにこれが制裁措置の面で実効性に欠ける嫌いはあったが、医師の処方に対する精神的抑制効果はそれなりであったと言える⁽¹¹⁾。近年においては、一九九三年一月四日法による医療費の伸びに関する全国目標や医療指標が導入され、さらにジュペ・プランに基づく各種改革 (制裁措置を伴う医療費の伸びの目標に関する制度、医療指標の一般化、医療記録

制度）により医療費の抑制手段の一層の強化が図られ、一種の規格医療ともいうべき状況が出現している。

この他、患者による医療費の直接払いの原則も絶対的ではない。患者が自己負担のみを支払う第三者支払い方式（*tiers payants*）は、労災医療や公立病院等による入院医療では一般的な形態であるが、それ以外にも薬剤費、検査費用、移送費に関するアドホックな協約の類型が社会保障法典上許容されている。⁽³⁾

（二）健康の保護と自由医療

憲法的価値を有する一九四六年一〇月二七日の第四共和制憲法前文第一一段落に規定された健康の保護に対する権利（*droit à la protection de la santé*。以下「健康権」と言う。⁽⁴⁾）と自由医療の原則との関係が問題となる。

この点に関して示唆を与えてくれるのが、上述の一九九〇年の社会保障及び衛生に関する各種規定に関する法律に係る憲法院の判決である。この中で、一般医と専門医の二本立ての協約制度が憲法で保障された健康権を侵害するとの主張に対して、憲法院は、協約制度は患者の最終的な医療費負担を少なくすることを狙いとしていることから、むしろ健康権の実現に資するものであり、さらに、協約を二本立てにすることで協約の締結が容易になるのであるから、二本立ての協約制度は違憲ではないと判示している。この判決は自由医療の原則と健康権との関係に直接言及していないが、自由医療の制約要因であるはずの協約制度に健康権実現のための積極的役割を付与している点が注目される。一方、国務院は、医療費の伸びの目標に関する制度は国民の医療需要の充足と調和する限りにおいて健康権に関する憲法の規定に反しないと判示している（*CE, 30 avril 1997, Association nationale pour l'éthique de la médecine libérale et autres*）。この判決から明らかになることは、医療費抑制策の合法性又は合憲性の判断に当たっては、自

由医療の原則への抵触よりは、健康権の侵害の有無が判断基準になっていることである。

- (1) CE, Ass., 13 juillet 1962, Conseil national de l'ordre des médecins, RD publ. 1962.739, concl. G. Braibant
- (2) 健康の保護に関する権利が前文第一段落に由来することについては、一九九〇年の憲法院判決 (Decision no 89-269 DC du 22 janvier 1990) がある (J. Moreau, 《Le droit à la santé》AIDA, 20 juillet / 20 août 1998 spécial, p.186.)°
- (3) 薬剤の第三者支払方式の自由医療の原則への抵触問題について、破毀院は、第三者支払方式が被保険者の利益になれこそすれ、不利益になるものではないことを理由に合法と判示している (Cass. Soc., 16 février 1987, C.A.P. et autres c/ Union des pharmaciens de la région parisienne et autres, D. 1987, somm. 160, obs. X. Prétot)°。ただし、保険会社が被保険者の委任により医療費の償還を受けることができるか否かが問題となった事案では、受領委任は疾病保険機関と医療機関との間の協約に限定されることの判断をしている (Cass. Soc., 8 novembre 1990, CPAM des Alpes-Maritimes c/ SA Inter Mutuelle Assistance, D. 1991, somm. 339, obs. X. Prétot)°。
- (4) 医師の過剰診療について、開業医活動統計表を活用して実際に懲戒が行われたことはまずない。その意味では、開業医活動統計表に連動した懲戒処分制度は、過剰診療に対する抑止力に止まっていた (Y. Saint-Jours, Traité de sécurité sociale, Tome I, Le droit de la sécurité sociale, L.G.D.J., 2e édition, 1984, pp.232-234.)°。

三 協約制度に関する若干の経緯⁽¹⁾

(一) 医師の場合

社会保険方式を採用する限り、医療従事者への料金の支払制度が不可欠である。フランスでは、当初、責任料金

(tarif de responsabilité) が採用された。これは、医師に対して、同業者による組合料金や患者の懐具合を考慮しながら、患者との間で自由に料金を設定する自由を保障する一方、社会保険金庫は基準となる料金でしか償還しない仕組みであった。このため、責任料金と実際の料金との差額は患者負担となり、しかも、差額が増大していくという問題を内包していた。

第二次世界大戦後においては、戦前の反省から、社会保障の一般化を契機に協約方式が採用された。戦後の協約方式の流れは、大きく次の三段階に分けることができる。

① 県別協約方式の導入（一九四五年～一九六〇年）

県を単位に地方社会保障金庫と医師組合が協約を締結することを基本に、締結しない場合には、省令により規定される低い水準の料金（規定料金）が適用されることになっていた。これにより協約締結のインセンティブを与えようとする意図であるが、実際には規定料金は責任料金と同じという扱いがされたために、県別協約が締結されたのは経済的に遅れた県に止まった。⁽²⁾

② 標準協約への個人加入方式の導入（一九六〇年～一九七一年）

県別協約方式は維持しつつ、県別協約がない場合には標準協約 (convention type) に各医師が個人的に加入する途が開かれることになった。さらに、県別協約で規定する料金の上限制が導入された。

③ 全国協約方式の導入（一九七一年～）

一九七〇年代始めには、県別協約の締結率が八割に達した。こうした中で、医療費の増大を背景に、自由医療の柱である出来高払制の見直しが第六次経済計画の準備作業の過程で検討されることになった。この結果、自由医療を堅持する代償として導入されたのが県別協約に代わる全国協約であった。

一九七一年に導入された全国協約は、現在も全国単位の協約である点において基本骨格は維持しつつも、現在までに次の二点で修正が加えられている。

第一点は、当初は協約締結に当たり全ての代表的医師組合の署名が必要であったが、一九七五年七月一〇日の法律により、一つの代表的医師組合の参加だけでもよくなったことである。¹⁾

第二点は、当初は一般医及び専門医の両方を対象とする協約であったが、一九九〇年一月二三日の法律により、一般医と専門医それぞれ別の協約を締結することが可能になったことである。

(二) 他の医療職種の場合

当初、医師（開業医）との間で創設された全国協約の手法は、その後他の医療職種や医療機関にも拡大され、現在では、①歯科医、助産婦及び医療補助者（社会保障法典（CSS）L・一六二一九）、②看護婦（同L・一六二一二一二）、③マッサージ士・運動療法士（同L・一六二一二一九）、④私立病院（同L・一六二一二〇等）⑤医学的分析機関（同L・一六二一一四等）の場合にも、協約方式が導入されている。

以下の記述においては、協約制度の代表である医師の協約を中心に分析していくことにする。

(一) Y. Saint-Jours, *Traité de sécurité sociale*, Tome I, *Le droit de la sécurité sociale*, L.G.D.J., 1984, pp.225-229. ; J.J. Dupeyron et R. Ruellan, *Droit de la sécurité sociale*, coll.《Précis》, 13e édition, 1998, pp.399-403.

(二) この県でも保険料が同じなのに、疾病保険からの償還が異なることが問題の一つであった (A. Arseguet, 《La re-

présentabilité des syndicats dans les conventions médicales》, Droit social, No 4 avril 1981, p.349.)°

(3) 一九七五年の改正前には、代表的医師組合であるにもかかわらず署名に参加しなかったために、国務院の判決により協約が無効となった事例もある (CE, 19 février 1975, Syndicat des médecins du Rhône)°。

四 協約の法的性格

(一) 憲法との関係

第五共和政憲法との関係で重要なのは、協約に関する法律事項と命令事項の区分であろう。この管轄問題は、議会の権限がどこまで及ぶかという点において、社会保障機関と医療従事者の自律性にも関わる問題である。

憲法第三四条が法律事項と規定する社会保障の基本原則 (principes fondamentaux) の意義の解明は、憲法院、国務院等の判例による作業に委ねられている。この面での判例の蓄積は多くないが、これまで認められた法律事項たる基本原則を列挙すれば、次の通りである。⁽¹⁾

- ① 被保険者に提供される医療に関する報酬等の料金が協約又は権威的方法 (行政処分) により決定されるべきこと、及び協約料金が当局の認可を受けるべきこと。
- ② 料金が医療従事者に対して対抗力を有すること。
- ③ 料金を超過した場合に、医療従事者は、訴訟に訴える権利を留保した上で、行政委員会の聴聞の場でその正当性

を主張できること。

④ 協約制度に加入できる医療従事者の範囲を決定すること。

⑤ 医療費の返還、協約への加入の取消等の制裁措置を伴うような形で、医療行為の量的限度を設定すること。

従って、報酬の決定方法を始めとする社会保障機関と医療従事者との関係は、基本的に社会保障の基本原則として法律による裏付けが必要となる。これに対して、法律事項の具体的実施方法は命令に委ねられている。

(二) 協約と法令との関係

法の階層構造に関わる問題として、協約と法律又は命令との間の上下関係あるいは優先劣後関係がある。この問題は、医療従事者と社会保障機関が協約により自律的に決定できる範囲がどこまでかという点において、社会保障の当事者の自律性に関わってくる問題でもある。

結論的には、協約の所掌については、大幅に当事者の自治に委ねられている¹³⁾。しかし、この当事者の自律性は無制限ではなく、法律の規定及び法の一般原則 (*principes généraux du droit*) に反することができない。とりわけ、憲法上の要請に基づき、法律が社会保障の基本原則として規定した部分について、協約がこれに反することができないのは、判例上も確立した考え方である¹⁴⁾。逆に、法律により協約で規定すべき事項を規定しない場合には、当該協約は違法となる。

協約と命令との関係については、協約が省令による大臣認可により有効になること、命令が協約の上位法であることは当然であろう。ただし、次の点において、両者の関係は留意を要する。

その第一は、法律により行政立法権に委任された事項を協約で規定することはできないことである。例えば、報酬、処方箋料等の料金を決めることは協約の所掌であるが、料金算定の基礎となる職業行為一般分類表 (*nomenclature générale des actes professionnels*) 等に基づく診療行為の分類及び点数の決定権限は、公権力に留保されている。⁽⁵⁾

第二は、法律による明示の根拠がない場合には、行政立法権をもって協約を代替することができないことである。このため、全国協約がない場合には、社会保障法典L・一六二―一五―九条に基づく最低協約規則 (*règlement conventionnel minimal*) により社会保障機関と医療従事者との関係を規定したり、医療費支出の伸びに関する目標を設定したりすることができるが、これはあくまで法律による授權があるためである。⁽⁶⁾

(三) 行政契約の観点から見た協約の法的性格

行政契約としての性格の有無に関しては、全国医療協約とそれ以外の協約とに分けて考える必要がある。

全国医療協約については、行政裁判所の管轄に属する行政契約 (*contrat administratif*) とされている。⁽⁷⁾ ただし、一九七一年の改革前においては、県ごとに医療協約を締結する県別医療協約方式が採用され、協約当事者としての地域的社会保障機関が私法人であったため、当該県別医療協約を行政契約と解する余地はなかった。これは、行政契約に該当するためには、公役務 (*service public*) の執行又は普通法外条項 (*clause exorbitante du droit commun*) に関する規定の存在のみでは不十分で、契約当事者の中に少なくとも一の公法人 (*personne publique*) が入っていることが必要であったためである。⁽⁸⁾

これに対して、一九七一年に創設された全国協約制度は、行政的公施設法人である全国疾病保険金庫 (CNAMT

S) が必要協約当事者となり(CSS・L・一六二―五)、協約が公役務の遂行の手段として締結され、更に監督・制裁に関する措置が普通法外特権条項を含むことから、行政契約であると認められている。⁽⁹⁾一方、契約当事者に公設法人を含まない医療協約(全国協約以外の協約)は、行政契約に関する組織のメルクマールを充足しないため、行政契約ではなく私法上の契約と位置付けられている。ただし、訴訟の管轄裁判所に関しては、私法上の契約であっても、法律の明文の規定により行政裁判所に管轄権が付与されることはある。⁽¹⁰⁾

なお、医療協約については、契約の効果が本来その当事者間に限定されるという契約の相対効(*effet relatif des contrats*)が全国協約に関する限り排除されているという特徴がある。すなわち、全国協約の場合には、大臣の認可により、署名当事者でない地方及び地区レベルの社会保障機関(これらの疾病保険金庫は全国疾病保険金庫とは独立の法主体)、被保険者及び被扶養者、そして当該医療協約に加入する医師等の医療従事者にも適用されるのである。⁽¹¹⁾

(四) 三面契約による医療協約の法的性格

医療従事者と全国的社会保険機関に国を加えた三者による医療協約が存在する。この三面契約による協約方式は、もともと一九八八年のエヴァン厚生大臣の改革案において、医療費を抑制するための手法として提起され、一九九一年の法律(一九九一年七月三一日法第九一―七三八号)改正で導入されたものである(CSS・L・一六二―一四一)。

しかし、医療の中核である医師については、三面契約は実現せず、結局、医学検査所との間の料金設定に関する協約として出発した。その後、一九九六年の改正により、三面契約による協約方式は、地方病院庁、社会保障機関及び

私立病院との間の関係を定める全国協約（厚生大臣、全国的社会保険機関及び私立病院の代表的組合との間で締結）にも導入されている（CSS・L・一六二—二二—一）。

この三面契約の特徴は、規則的効力を付与する大臣認可なくとも、全国段階の協約が成立すれば、その効力が自動的に署名当事者以外（地方病院庁、疾病保険機関、被保険者及び私立病院）にも及ぶことにある。大臣の認可がないにもかかわらず、なぜ効力が署名当事者以外にも及ぶかが問題となるが、國務院は、この三面契約の法的性質に関して、越権訴訟の対象となる法規的行為（actes réglementaires）であると判示している。⁽¹²⁾

- (1) Cons. Const., décis. No 89-269 DC du 22 janvier 1990, Loi portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé ; CE, 13 juillet 1962, Conseil national de l'ordre des médecins (M. Monin, Arrêts fondamentaux du droit administratif, Ellipses, 1995, pp.260-261.); CE Ass., 17 décembre 1993, Groupement national des établissements de gérontologie et de retraite privés et Association de mobilisation des infirmiers (AJDA 1994, p.61 et s.); CE, 10 juin 1994, Confédération française des syndicats de biologistes et autres, et Confédération française des syndicats de biologistes et Conseil national de l'ordre des médecins (RFDA 1995, p.645 et s., conc. G. Le Chatelier); CE, Sect., 20 décembre 1995, Collectif national Kiné-France, Syndicat national masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs (AJDA 1996.139, concl. C. Maugué)
- (2) X. Prétot, 《L'évolution du régime juridique des conventions médicales》, Droit social, No 9/10 Septembre-October 1997, pp.847-848.
- (3) 協約が法令の規定に手を加えることは、解釈の明確化のため必要な場合を除き認められていないが、法令に反しない範囲で新たな取り決めをすることは可能である（CE, 17 décembre 1993, Groupement national des établissements de gérontologie et de retraite privés et autres, AJDA 1994.61, concl. G. Le Chatelier）。
- (4) 医師の加入する社会保険制の保険料の一部分は、社会保障法典により疾病保険金庫が負担することになっていたにもかかわらず、協約で特定の医師に限り保険料全額を負担させることは違法であるとの國務院判決がある（CE, 2 décembre 1993,

Confédération des syndicats médicaux français. AJDA1983.667, chron. B. Lasserre et J.-M. Delarue ; Dr. soc. 1984.144, concl. D. Labetoulle, note X. Prétot)。また、看護婦及び検査所に係る協約において、法律事項である協約の加入者の範囲を協約で規定していたことから、それぞれの協約が違法とされた国務院判決がある (CE. 17 décembre 1993, Groupement national des établissements de gérontologie et de retraite privés et autres, AJDA 1994.61, concl. G. Le Chatehier ; D. 1995, somm. 30, obs. X. Prétot)。

(5) Cass. soc. 11 janvier 1989, C.M.R.P.I.C. de la région parisienne C. porcher. D. 1989, somm. 237, obs. X. Prétot

(6) 歯科医師の協約が越権訴訟で取り消された結果、協約が存在しない状態が発生したことから、全国疾病保険金庫が報酬の償還率を決めたことに対して、国務院は全国疾病保険金庫の無権限を判示した (CE. 30 avril 1997, Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes, Confédération nationale des syndicats dentaires, Dr. soc.1997.858)。

(7) 一九六〇年十二月一日にリールの地方社会保険金庫とノール県歯科医組合連合会との間で締結された協約に関する国務院の判決 (CE. 13 décembre 1963, syndicat des praticiens de l'art dentaire du département du Nord et Merlin (AJDA 1964.43)) において、両当事者の何れも私人であり、公共的団体のために活動していないことから、当該争訟は司法裁判所の管轄であることが判示されている (M. Monin, Arrêts fondamentaux du droit administratif, Ellipses, 1995, p.105)。その後、全国疾病保険金庫等と医療補助職との間の全国協約に関して、国務院は、公施設法人である全国疾病保険金庫が必要的協約当事者であること、全国疾病保険金庫が公役務の執行に参加していることを理由に、当該協約が行政契約であると判示している (CE. Sec. 18 octobre 1974, Confédération nationale des auxiliaires médicaux et para-médicaux (AJDA 1974, choron, Franc et Boyon, p.535))。行政契約の意義については、A. de Laubadère et autres, Traité des Contrats Administratifs, L. G. D. J., 1983, pp.111-113, pp.144-240, pp.387-392 を参照。

(8) 全国医療補助者連合会 (フランススマッサージ士・運動療法士連合会) と全国疾病保険金庫との間の全国協約に関する国務院の判決 (CE, Section, 18 octobre 1974, confédération nationale des auxiliaires médicaux) は、公施設法人を当事者とする当該協約について、申し立てに対する国務院の管轄権を審査するに及ばないとしている (X. Prétot, Les grands arrêts du droit de la sécurité sociale, Dalloz, 1998, pp.320-321)。

(9) 私人である地方疾病金庫と病院公役務に参加する非営利私立病院以外の私立病院との間の協約料金を巡る事件に関する国務院判決 (CE, 27 mai 1991, Société clinique de la résidence du parc) に対する評釈において、X. Prétot は、国務院が両当事者の関係を私法上の関係とする (事件が司法裁判所の管轄であるとする) 理由として、契約当事者に公施設法人がいな

とはなく、当該関係が私法としての性格を有することを援用している点を批判している。それによれば、社会保障法典Ⅰ・一六二―二条（現在は削除）に基づく当該協約は、行政契約であるための選択的基準である①公役務の執行への参加と②普通法外条項の存在の要件を充足しており、行政契約でない理由としては契約当事者（主体）が私法人であることだけであるとして、当該国務院判決に疑問を呈している。さらに、公法上の契約として規則的効力を有する全国協約に基づき全国疾病保険金庫のために締結される協約であるものの、過去の判例（現物給付方式に関する薬剤師団体と初級疾病保険金庫との協約について私法上の契約であると判示した。Tribunal des conflits, 10 janvier 1983, Centre d'action pharmaceutique et autres c/ Union des pharmaciens de la région parisienne et autres）からすれば暗黙的委任理論（théorie du mandat implicite）を適用することも困難であろうと述べている（D. 1991, Somm. 338, obs. X. Prétot [2e esp.]）。

(10) 一九九六年四月二四日の大統領令による改正前の社会保障法典Ⅰ・一六二―三四条では、制裁としての協約解除措置その他の協約上の制裁措置に係る訴訟は行政裁判所に係属することと規定されていた（X. Prétot, Les grands arrêts du droit de la sécurité sociale, 2e édition, Dalloz, p.335.）。

(11) 破毀院の判例でも、大臣の認可を得た全国協約について医師等の医療従事者への法規（règle）的効力を認めており、仮に地方又は地区の社会保障機関が協約の当事者でなくとも、この全国協約の規則的効力を前提に医療従事者からの訴えを破毀してくる（Cass., Soc., 23 janvier 1992, Cavalin c/ CPAM de la Seine-Saint-Denis et autres, D. 1993, Somm. 268, obs. X. Prétot ; Cass., Soc., 25 novembre 1993, DRASS de Lorraine c/ Mme Meyer, D. 1995, Somm. 30, obs. X. Prétot）。なお、国務院判決は、法規的効力が形成される契約行為に関する理論（théorie des actes contractuels générateurs d'effets réglementaires）に基づき、契約に法規的な効力が付与され、契約当事者のみならず行政当局及び第三者にも契約の効力が及ぶ場合の条件として公権力による事前承認を挙げている（CE, 21 décembre 1906, Syndicat Croix de Séguéy-Tivoli (M. Monin, Arrêts fondamentaux du droit administratif, Ellipses, 1995, p.343 ; M. Long et al., Les grands arrêts de la jurisprudence administrative, Dalloz, 11e édition, 1996, p.93.) ; CE, Sec., 9 octobre 1981, Syndicat des médecins de la Haute-Loire (Rec. CE, p.360 ; AJDA 1982.364, choron. F. Tiberghien et B. Lasserre)）。

(12) もし三面契約による協約が相対効しかなければ、協約に参加しない組合（第三者）は原告適格を有しないことになるが、国務院は、判決の前提として、当該協約に法規的な効力を認めることで越権訴訟を可能にした（CE, 10 juin 1994, Confédération française des syndicats de biologistes et autres, D. 1995, Somm. 30, obs. X. Prétot [4e esp.]）。

五 代表的医師組合の協約締結権

協約の交渉及び署名に当たつての医師側の当事者は、一般医及び専門医を最も代表する医師組合又は一般医と専門医のそれぞれを最も代表する医師組合となつてゐる。現在の協約制度の下では、この協約は、非協約当事者までをも自動的に拘束するような拡張的効力・一般的拘束力ともいふべき規範性は有してゐない。⁽¹⁾

しかし、個々の医師が保険医療を実施するためには、協約への加入の途しかない（C S S・L・一六二―五―六）。また、この協約は代表的医師組合により締結されることを根拠に、報酬以外にも医療費の医学的抑制に係る規定を設けることが認められてゐる。そうであれば、協約当事者の要件としての医師を最もよく代表するという概念は重要な意義を持つことになる。⁽²⁾

さらに、協約の署名当事者である代表的医師組合は、協約に基づき設置される全国段階及び地方段階の各種協議機関⁽³⁾の当然の当事者になるなど、疾病保険制度の運営上も重要な役割が付与されている。このため、協約締結交渉の困難性も相まって、医師組合の代表性の認定を巡つては、しばしば訴訟が提起されてゐるところである。⁽⁴⁾

代表的医師組合の指定は、厚生大臣が実施する調査に基づく公権力による決定として性格を有する。その場合に代表性は、どのように認定されるのであろうか。この点に関して社会保障法典（L・一六二―三三、R・一六二―五四）は、次のように規定する。

「L・一六二―三三 協約の黙示的又は明示的な期限に先立つ一定期間内に、所管大臣は、L・一六二―五、L・一六二―九、L・一六二―一二―二条及びL・一六二―一二―九条に規定する協約の交渉及び署名に参加する

最も代表的な全国的組合組織を次に掲げる基準に従って決定するために、代表性に関する調査を開始する。…会員数、独立性、会費、組合の活動歴及び古さ⁽⁵⁾」

「R・一六二―五四条 L・一六二―五条に規定する代表性に関する調査は、協約の期限の九から六月前に開始される。」

代表性の具体的調査方法については、法令上の規定を欠くため、その適否は判例に委ねられている。一九七九年五月二五日の国務院判決の論告担当官は、代表性の調査が所管大臣の主導によること、そして全ての職能組織が所管行政庁にその代表性を証明できるように当該職能組織に向けての広範な広報を実施することの二つが適正な調査の要素であるとしている⁽⁶⁾。実務上は、官報掲載の公告により代表的医師組合に対する周知を図っている⁽⁷⁾。なお、調査の実施時期が六月前までとなっているのは、協約の期間満了の六月前までに協議を開始しなければならないためである。

(1) 一九七一年の全国協約制度導入以来、制裁措置による協約医資格の取消しを別にすれば、各医師が初級疾病金庫に適用除外を書面により通知しない限り、全国協約は全ての医師に自動的に適用されてきたが、一九九六年四月二四日の大統領令により、各医師が個別に協約に加入する制度に変更された。それでも、個々の医師が別途の取り決めをする余地はない点で典型的な契約と異なる。

(2) 協約の強制力の問題が疾病保険金庫と医師組合との関係を巡る支配的問題であるが、實際上、この問題は医師組合の代表性の問題と合体してしまう（J.P. Chauchard, *Droit de la sécurité sociale*, col. 《manuel》, L.G.D.J., 2e édition, pp.289-290.）。

(3) これまで協約に基づき設置された機関としては、医療委員会（comités médicaux）や経済委員会（commissions économiques）が代表的である。

(4) 例えば、CE, 19 février 1975, Syndicat des médecins du Rhône 及び CE, 8 mars 1980, Organisation des syndicats infirmiers libéraux の場合には、代表性認定に関する手続を踏まなかったことによる手続上の瑕疵を理由に協約が無効になっ

ている。

(5) 代表性の認定基準は、意識的に団体協約における労働組合の代表性に関する労働法典Ⅰ・一三三―二条の規定に揃えられた経緯がある (A. Arseguet, 《La représentabilité des syndicats dans les conventions médicales》, *Droit social*, No 4 avril 1981, p.352)。このため基本的に労働法典の基準と同じだが、医師組合の場合には「占領期の愛国的態度」という政治的な規定がない点が労働法典と異なっている。

(9) Conclusions du Commissaire du Gouvernement. B. Genevois sous Conseil d'État 25 mai 1979 (*Droit social*, No 9-10, septembre-octobre 1979, p. 364 et s.)

(7) A. Arseguet, *op. cit.*, p.352.

五 協約の手続

(一) 協約の締結交渉権及び認可

代表性を認定された代表的医師組合のみが、協約の交渉当事者となることができる。しかし、この交渉に係る独占権は当該代表的医師組合の一つでも欠けば、交渉が進められないことまでもは意味しない¹⁾。すなわち、社会保障金庫は代表的医師組合に対して協約交渉に参加するよう要請する義務はあるが、代表的医師組合が自発的に交渉に参加しなくとも、協約の効力は影響を受けないことになる。

全国協約、その付属書及び追加書等は、省令 (arrêté) の形式により厚生大臣等の認可 (approbation) を受ける

必要がある。認可大臣は、一定の裁量権の下に、法令に照らして、協約の手續上又は内容上の瑕疵が存在する場合には、認可しないことができる。⁽²⁾

また、認可大臣は、協約の取り消し（abrogation）権限を有しているほか、新規立法に違背する協約については、むしろ取り消す義務があると解されている。⁽³⁾ なお、認可及び取り消しは、いずれも規則的行為である。

（二）協約不成立の場合の扱い

協約の不成立、破棄等の場合には、省令により最低協約規則を定めることができる（C S S・L・一六二―五―九）。最低協約規則は、一定期間内に初級疾病保険金庫に申し出た医師に適用されることになっている。ただし、従前からの協約に加入している医師については、特段の反対意思を表明しない限り、当該規則が適用される。

最低協約規則は新協約が実施されるまで効力を有する。この間は、医師自身の社会保障の保険料について、疾病保険が負担する割合が引き下げられるなど、文字通り最低水準で制度が運用されることになる。このように、協約の方が最低協約規則より医師側に有利であるため、最低協約規則が協約締結のインセンティブになっている。

また、最低協約規則が制定されるまでの間は、医師と全国疾病保険金庫等との間には何の協約上の関係も存在しないことになる。このための不都合を回避するためにとられるのが、取り消された協約が有する規則的行為の有効化（validation）に関する立法措置である。しかし、規則的行為は法律事項でないことから、本来的な議会の権限の範囲外であり、権力分立の原理に反するという疑問が起り得る。この点に関して、憲法院は、遡及処罰禁止の原則に反しない限りにおいて、議会が有効化に関する立法により遡及的措施を規定する権能を認めているほか、一般利益

(*intérêt général*) の実現を条件として、規則的行為の有効化に関する立法措置を講ずることは権力分立原則に反しないと判断している。¹⁴¹⁾

(1) 一九七六年の協約の期限(一九八〇年五月)を前に実施された協約交渉が膠着状態となり、フランス医師組合総同盟(CSMF)は一九八〇年三月に一方的に報酬額の引き上げを実施した。全国疾病保険金庫はこれを交渉拒否と理解し、フランス医師組合総同盟抜きにフランス医師連合(FMF)とのみ交渉を進め、協約案を作成したことに對して、フランス医師組合総同盟が手続の瑕疵を理由に協約の無効を国務院に訴えた。これに對して、国務院は、フランス医師組合総同盟が改定後の新協約料金を受け入れる可能性が乏しいこと、また、協約はフランス医師連合の署名により成立が見込まれる状況に於ては、全国疾病保険金庫の対応に違法性はないと判示した(CE, 2 décembre 1983. *Confédération des syndicats médicaux français*, *Droit social*, No 2 février 1984, p.14 et s.)。

(2) 認可に当たつての認可大臣の裁量権は、無制限ではない。例えば、違法な協約の条項の効力発生を必要な法律改正が行われることを条件にしている場合には、認可の時点で必要な法改正が実施されていなければ、当該認可は裁判所による取り消しの対象となる(CE, Sec., 20 décembre 1995, *Conseil national Kine-France*, *Syndicat national des masseurs-kinesithérapeutes-rééducateurs*, AJDA 1996.139, concl. C. Maugüe)。

(3) CE, Ass., 3 février 1989, *Compagnie Alitalia*, AJDA 1989.387, note O. Fouquet ; RFD adm. 1989.391, concl. N. Chahid-Nourai

(4) A. De Laubadère et autres, *Traité de droit administratif*, Tome 1, L.G.D.J., 14e édition, 1996, pp.457-458 ; R. Chapus, *Droit administratif général*, Tome 1, Montchrestien, 12e édition, 1998, p.752, 参照。この法的有効化 (*validation législative*) については、一九八〇年の憲法院判決 (Cons. Const. décis., No 80-11 DC du 22 juillet 1980) 等がある。

七 ジュペプランによる協約制度の影響

(一) ジュペプランに至るまでの経緯

近年の疾病保険政策の特徴は、医療費の医学的抑制 (*maitrise médicalisée*) に集約されよう。この医療費の医学的抑制とは、医療費をアプリアリに量的に抑制しようとする会計的抑制 (*maitrise comptable*) に対峙する概念であり、医学的な有用性という基準で無駄な医療行為や処方排除していかうとするものである。

会計的抑制から医学的抑制への転換の背景には、社会保障財政の赤字の恒常化、しかも医療費が経済成長率を超えて増大する状況の中で、医療を特別な存在と考える医療関係者さえも、社会保障の防衛のためには、医療費の医学的抑制の必要性は否定できなくなったことがある。さらに、効率性の尺度で見た場合には、多大な医療費を支出しながら必ずしも十分な効果を達成してないことや、国民負担率論議の中で保険料負担抑制のための医療費のキャップ制の必要性といった事情にも留意する必要がある⁽¹⁾。

医療費の医学的抑制の萌芽は、既に一九八〇年代の終わりのエヴァン厚生大臣（当時）の改革、一九九〇年三月の第五次医療協約の中の医療費支出の伸びに関する目標制度などにも見出される。エヴァン元厚生大臣が「我々の社会的保護の全部を一挙に改革しようとすることは間違いであろう」と述べている⁽²⁾ように、社会保障の改革は中長期にわたる改革への取り組みの積み重ねとも言える。

医療費の医学的抑制は、少なくとも制度上は、一九九三年の医療職と疾病保険との関係に関する法律（一九九三年一月四日）及び一九九四年の公衆衛生及び社会的保護に関する法律（一九九四年一月一日）における次のような手

法に遡ることができる。

- ① 一般医及び専門医別の報酬及び処方箋料に関する全国量目標 (objectifs quantifiés nationaux) の設定
- ② 対抗力を有する医療指標 (references médicales opposables) の導入並びにその実効性確保のための制裁措置の制度化⁽³⁾

③ 医療行為・処方・疾病のコード化による医療監視の実効性担保

- ④ 医療制度の改善及び医療の質の向上のための地方医師職業連合 (union régionale professionnelle de médecins) の創設

この医療費の医学的抑制の理念の下に、一九九三年一〇月二二日にフランス医師組合同盟 (CSMF) 及び自由医師組合 (SML) と全国疾病保険金庫等との間で全国協約が締結され、一九九三年一月二五日の省令で認可されることになった。しかし、医療費の増加率に関する全国量目標を超過した場合の医療費の返還制度に関する交渉の失敗が主たる原因となって、ついには一九九三年の医療協約は一九九六年一〇月二〇日に疾病保険金庫側から破棄されることになった(一一月二五日大臣認可)。

(二) ジュペプランによる見直し

ジュペプランにも継承された医学的抑制の理念は、制度立て直しのための一連の改革の中で、当事者の役割の明確化、権限と責任の強化等により、具体化されることになった。

ジュペプランによる改革の第一着手として、憲法第三八条に基づき、政府に対して社会保障改革の実施を授権する

一九九五年一月三〇日の法律（第九五―一三四八号）が公布された。⁴⁾ これを受けた政府は、大統領令制定までに四月の期限を付与され、この間の一九九六年一月二四日に二本、そして四月二四日に三本の大統領令を制定した。

このうち四月二四日の大統領令（第九六―三四五号）においては、「医師は、全ての行為及び処方において、有効な法律及び規則の範囲内で、治療の質、安全及び効果と両立しうる最も厳格な経済性を遵守しなければならない」（CSS・L・一六二―二―一）ことが、自由医療の原則に続く原則として挿入され、医療費の医学的抑制の法律上の重要性が増大した。⁵⁾ 一方、医療協約制度に関しては、四月二四日の社会保障の組織に関する大統領令（第九六―三四四号）において、改革の具体的内容が規定された。

社会保障法典L・一六二―五条は、既に一九九〇年の改正により一般医と専門医の二本立の協約締結を許容している。しかし、その初めての事例は、ジュペプランの成果を盛り込んだ一九九七年の二本の医療協約（三月二八日大臣認可）であった。この今後四年間の疾病保険医療を規定する協約の別の特徴は、医師側の署名当事者が一般医に関しては、フランス一般医連合（MG France）のみであり、専門医に関しても、フランス外科医・専門医同業連合（UCCSF）のみが署名するといった具合に、当初から波乱含みの様相を呈していたことであろう。

一九九七年の医療協約には、一九九三年及び一九九四年の法改正並びに一九九三年の医療協約と軌を一にする次のような医学的抑制策が盛り込まれている。

① 勧告及び医療指標による医療行為の規制（質的規制）

医療費の医学的抑制は、医療の内容まで踏み込んだ改革を実施することで、医療の質と効率性の確保を同時に達成する点に特色がある。そのための具体的手段の柱は、医療の内容に関する適正臨床行為勧告（RPC）及び対抗力を有する医療指標（RMO）である。

こうした制度化の背景には、臨床医学が科学であるなら、症状と医師による治療上の判断との間には、それほど裁量の余地はなく、少なくとも医師による即興的な治療は抑制されるべきという考え方がある。

しかし、現実には、患者の症例は多様であることから、一律に強制力を有する規格医療実施の義務を課すのではなく、適正医療行為勧告という形で勧告的効力に止まる基準を設けている⁽⁶⁾。従って、適正臨床行為勧告は、最も適切な医療を見出すために系統的に開発・改良された診察上及び治療上の指針（ガイドライン）であり、制裁措置はない。

これに対して、医療指標は、医学的に不要又は危険な治療及び処方の規定し（CSS・L・一六二―一二―一五）、その違反に対しては疾病保険上の制裁措置が発動されることになっている⁽⁷⁾。この医療指標が一九九四年三月二二日認可の医療協約の追加書で登場した際には、一五テーマ、六五指標を数えるのみであったが、一九九五年には四三テーマ、一四七指標に増大した。その後、一九九六年の改革により、医療指標制度は医師以外の医療職種にも拡充された。改革のもたらしたその他の重要な変更点としては、従前、協約で選定したテーマについて全国医療評価開発庁（ANDEM）が作成した医療指標案を協約の追加書で規定する流れであったものが、爾後、全国医療認証・評価庁（ANAES）又は医薬品庁が作成した医療指標について、協約当事者は対抗力を付与するか否かの決定権を留保するに止まることになったことである。

②一般医及び専門医別の報酬及び処方箋料の伸びに関する目標値の設定（量的規制）

社会保障法典L・一六二―五―二条に基づき、医療協約当事者は、毎年、原則的には医療協約の付属書の形で医療費支出推移予測目標（objectifs prévisionnel d'évolution des dépenses médicales）を設定することになっている。

この目標値は、議会が社会保障予算法の中で決める疾病保険支出推移全国目標を元に政府が定める開業医支出に関する目標値を踏まえて決定される。その点において具体的な目標値は協約当事者に委ねられているものの、間接的には

議会の統制が及んでいると言える。一方、協約の効力発生のためには大臣認可が必要であるが、大臣は法令違反等がない場合には認可を拒否できないことになっており、その意味では協約当事者の権限が強化されたとも考えられる。

この目標値は、一般医と専門医それぞれについて、保険対象医療費（保険給付＋一部負担。ただし、超過料金は含まない。）を報酬と処方箋料に分け、それぞれの毎年の伸びを全国目標として設定し、更に地方単位（二二の地方）に分割した目標を設定することになっている。⁽⁸⁾さらに、制度的には、診療科目別に設定する余地も残されている。

この目標制度が単なる目標と異なる特徴は、次の二点である。

第一点は、保険対象医療費の伸びの目標が達成された場合にのみ医療費改定が行われるようになってきていることである。すなわち、新制度の下では、保険対象医療費の伸びの実績値が目標値を下回った場合に限り、年度当初に遡って年度末に一括して医療費改定分を調整する方式が採用された。

第二点は、全国の保険対象医療費の伸びの実績値が目標値を上回る場合には、医療費の返還を医師に対して請求できることである。この仕組みは、個々の医師の医療行為の適否ではなく、地方単位での医師の団体責任（連帯責任）の発想に立っている。すなわち、地方単位の目標値が達成できなかった地方で開業する医師のみが、当該地方の医療費の超過の程度に応じて医療費の返還を行うことになっている。⁽⁹⁾この場合の同一地方内の医師達の間の負担割合は、各医師の診療実績を考慮して決定される。仮に返還請求を受けた医師が返還を拒否した場合には、一から六月の協約医停止処分が予定されている。

この目標制度については、制度全体が複雑になり、個々の医師にとっては医療費の返還を受けるかどうか予測可能性に乏しいといった批判が可能である。⁽¹⁰⁾確かに、目標制度、医療費返還制度等が実際に機能するためには、情報化等により医師の診療行為の状況を的確に把握することが大前提になる。

③ 一般医に関する協約的選択

一般医の医療協約において、患者の指定に基づき指定かかりつけ医 (médecin référent) としての各種機能を果たす協約的選択 (option conventionnelle) 制度が設けられた。当該制度は、患者に対する医療の質を確保しつつ、薬剤処方や専門医・病院への受診を抑制しようとする点にある。⁽¹¹⁾

この協約的選択制度は、一般医と患者の双方にとって任意的な制度である。当該制度に参加する一般医は、協約料金の遵守、患者の医療記録の管理、救急時を含む恒常的・継続的対応、検診・予防活動の実施、医療内容に関する勧告の遵守、長期疾患の患者の継続的管理、ジェネリック薬の処方等を条件に、その見返りとして患者一人当たり年一五〇フラン (一九九八年末までは三〇フラン加算) を受け取ることができる。一方、患者の方は、原則として指定かかりつけ医を受診する義務が課せられる代わりに、超過料金を請求されないほか、保険給付が現物給付化されることになっている。なお、指定かかりつけ医の有効期間は一年で、黙示の更新が認められている。

④ 医療監視の権限強化⁽¹²⁾

疾病保険金庫の顧問医による医療監視 (contrôle médicale) は、医療費の医学的抑制の実効性を確保する上で、不可欠な業務である。しかし、改革前において、フランスの医療監視の機能は限定されていた。例えば、長期疾病、傷病手当、六月を超える長期治療等のように、給付に当たっての事前了解が必要な場合の審査を行う権限は、医療監視に付与されていたが、医師の職業活動を統制する法的な権限は付与されていなかった。しかも、主治医が被保険者等に実施した医療は、その必要性の存在の推定を受けており、明文の根拠なしに、不適切な医療に係る医療費の償還を拒否することはできなかった。

一九九六年の改革は、医療監視に給付全般にわたる権限を付与するとともに、医療従事者の活動の医学的側面から

の分析に関する権限を規定する（CSS・L・三一五―一）など、医療監視の権限強化を図った。さらに、医療監視の結果、不適切な医療が発見された場合には、医療監視部門の意見に基づき、疾病保険機関が被保険者に対する給付を停止すること（CSS・L・三一五―一、三一五―二）が権限として規定された。このほか、不法又は不当な一定の行為について、医療監視部門が制裁措置の審議機関である地方医療委員会に発議することが権限として規定されている（CSS・L・三一五―三）。

こうした医療監視に伴う制裁措置として、不適切な医療支出を行った医療従事者に対して、医療費の返還が請求されることになっている（CSS・L・一三三―四）。

（二）ジュペプランによる協約の変質

医療協約制度は、近年の改革を通じて、医療費の抑制のための手段としての性格を強めているように思われる。とりわけ、一連の改革により、医療協約において、医療の質及び効率性の面に踏み込んだ規定が拡充される傾向にある。その手法の要点は、医師と疾病保険との関係の細分化（balkanisation）及び地方化（regionalisation）である⁽¹³⁾。料金に関して言えば、協約料金が一般医と専門医という専門別、あるいは報酬と処方箋料という行為別に細分化され、さらに、医療費の地域間格差の解消の観点から、医療費支出予測目標に基づく保険給付費の伸びに関する目標制度が地方単位に調整されることになっている。また、専門医については、医療機器・設備の比重が高い専門科目とそうでない専門科目との分離のための検討グループの設置が協約上規定された。

他方、診療行為自体については、医師の裁量自体を否定するものではないとしても、医療行為に関する勧告及び医

療指標が制度化されたことにより、疾病保険が単なる医療費の支払機関ではなくなり、医療の質及び効率性にまで介入することが制度的に担保されたことになる。また、保険対象医療費に関する目標制度により、医師が各自の医療行為の適否の如何に関わらず、医療費の返還を求められることは、社会保障法の体系の中に、医療費抑制の観点からの一種の団体責任・結果責任の考え方が登場したことになる。

- (1) D. Polton, 《La régulation des dépenses de médecine de ville : dépasser le débat maîtrise médicalisée / maîtrise comptable》, Droit social No 9/10 Septembre-Octobre 1996, pp.808-809
- (2) C. Evin, 《Quelques réflexions à propos du chapitre santé du plan Juppé》, Droit social, No 3 mars 1996, p.300.
- (3) 対抗力を有する (opposable) とは、強制的である (imposable) という意味、あるいは遵守又は違反に対して報償又は制裁が伴うという意味である (J. Tapie, 《Les recommandations de bonne pratique et les références médicales, des outils à généraliser》, Droit social, No 9/10 Septembre-Octobre 1997, p.828 ; A.M. Brocas, 《La convention médicale après les ordonnances》, Droit social, No 9/10 Septembre-Octobre 1996, p.815.)
- (4) 医療に関しては、同法第一条第三項において、大統領令への委任事項として「社会保障機関、医療及び医療補助職として社会保障被保険者との関係に関する規定」の改正、「措置、監督及び責任強化に関する適当な誘導策及び手法により、医療の質及び医療費の抑制を改善する観点から、前述の職種 of 社会保障、研修及び指導に関する規定」の改正が規定されている。
- (5) 社会保障法典 L・一六二—二—一条の規定は、従前は L・一六二—四—一条として規定されていた。なお、医師の倫理規範 (Code de déontologie médicale) 第八条においても、医師は道徳上の援助義務に反しないことを前提に、処方及び行為を治療の質、安全及び効果にとって必要な程度に限定すべきことが規定されている。
- (6) 強制力のない勧告を制度化する意義は、医療の過程を規範化し、医療の質の監視を科学的根拠に基づくものにすることや、疾病の予防及び治療に反映することにあるが、医療行為を規範化することで医療過誤訴訟の際の過失の有無の判断が容易になるという副次的効果もある (J. Tapie, op. cit., p.829.)。また、医療行為の規範化により、適正な医療支出の増加に関するメルクマールが確立されるという効果もある (ibid.)。

- (7) 医療指標は及び勧告については、全国医療認証評価庁 (ANAES) 又は医薬品庁 (Agence du médicament) が全国医療同数委員会 (comité médical paritaire national) の選定したテーマについて原案を作成し、同委員会の審議を経て協約当事者が決定することになる。また、制裁措置については、疾病保険金庫の顧問医団による医療監視の結果に基づき、地区医療同数代表委員会 (comité médical paritaire local) が医療指標違反の内容及び程度を基準に従って審査し、違反が顕著な場合には制裁措置が発動されることになる。
- (8) 地方単位の目標を設定する狙いは、医療費の地方間格差を解消することにある。このため、地方単位の目標の設定に当たっては、人口、年齢構成、年齢階級別医療費及び受診状況を考慮に入れることになっている (A.-M. Brocas, « Sur les conventions médicales de 1997 », Droit social, No 9/10 Septembre-Octobre 1997, p.823.)。
- (9) 目標値は一般医と専門医別々であることから、医療費の返還制度も別個に適用される。また、返還額は、報酬については超過額の100%であるが、処方箋料については、医師のみの責任でないという理由から、超過額の5%となっている。この医療費の返還制度の法的性格については、国務院は、医療費支出の調整のための制度であって、罰則 (sanction) ではないと判示している (CE, 30 avril 1997, Association nationale pour l'éthique de la médecine libérale et autres (X. Prétot, « L'évolution du régime juridique des conventions médicales », Droit social, No 9/10 Septembre-Octobre 1997, p.854.))
- (10) D. Polton, op. cit., p.812.
- (11) P. Lamaigre, « Les trois erreurs des conventions médicales de 1997, propos dissidents... », Droit social, No 9/10 Septembre-Octobre 1997, p.827.を参照 (かかりつけ医が必要な者は、もともと医療費の消費が多い人であるため、医療費の節約は見込めず、これまで健康であった人までかかりつけ医を指定することになれば、かえって医療費は増大することから、協約的選択制度が期待する効果はあくまで仮定にすぎないと指摘している)。
- (12) J. Luchereilh, « Les nouvelle mission du contrôle médicale », Droit social, No 9/10 Septembre-Octobre 1996, p. 836 et s.; S. Julliot-Bernard et J. Moret-Bailly, « Les nouveaux contentieux des professions de santé », Droit social, No 9/10 Septembre-Octobre 1996, p.840 et s.
- (13) P. Lamaigre, op. cit., p.825.を参照 (この中で、筆者は、細分化及び地方化が専門別の取り分の固定化を招くか、取り分が交渉能力で決まるという弊害をもたらし、病院の場合の総枠予算 (budget global) のような閉塞状況をもたらすとして、批判している)。

八 ジュペプラン以降の状況

(一) 医療費の医学的抑制の手法に対する批判

疾病保険による医療への関与の増大は、医師の反発を招くことになる。その中には、具体的手法の法的妥当性に関する批判もあった。

最大の批判は、医療費支出予測目標違反の場合の制裁措置について、自らの医療行為の内容・多寡・妥当性に関わりなく、目標が遵守できなかった地方で開業していることに着目した不公正かつ非効果的な制裁ではないかという点であった。すなわち、当該地方が全体として目標を遵守していれば、医師は一律に医療費の償還を免れる一方、個人として適切な医療を行っている医師であっても、当該地方全体で目標が遵守できなければ制裁措置が課せられる点において、医療費支出目標制度は公正でないという指摘である。⁽¹⁾ また、効果的という面からは、医療費の償還について、医療行為の多寡のみを基準にすれば、受診した患者の重症度等を見捨てることになり、一方、個々の医師の事情を十分踏まえると、制度が複雑になり、実施が困難になるという問題を内包している。⁽²⁾

医療指標については、有害無益な医療行為を抑制するという反論の余地のない狙いを標榜し、全国医療認証評価庁及び医薬品庁による科学的な作成過程を装いながら、実際には財政目的のための手段になっているという批判もある。⁽³⁾

(二) 医学的抑制手法の憲法規範への抵触の可能性

より本源的な問題として、医療費の医学的抑制手法が健康権、営業の自由等の憲法的価値を有する原則に抵触するか否かの問題がある。

その第一は、健康権への抵触の問題である。この点について、⁽⁴⁾ 国務院の判断は、国民の健康上の必要を満たさないことにならない限り、医療費支出予測目標制度が健康権を侵害することはないと判示している。⁽⁵⁾

第二は、営業の自由 (*liberte d'entreprise, liberte d'entreprendre*) との関係である。営業の自由の原則は、恣意的又は濫用的な制限から保護されるべきであるが、絶対的な権利ではなく、その本質を歪めない限りにおいて、一般利益、とりわけ健康の保護の観点からの制約があり得るとするのが、これまでの判例である。⁽⁶⁾ 医療費の医学的抑制のための医療指標及び医療費支出予測目標制度について、国務院は、職業遂行上の問題と社会保障上の義務とを分けるべきとの立場から、当該制度が医療の実施条件を規定するものでなく、協約に加入する医師のみが適用を受ける制度であることを理由に、営業の自由を侵害するものでないと判示している。⁽⁷⁾

このことから、医療費の医学的抑制の手法がア・プリオリに違憲ということではなく、違憲かどうかの判断は、健康や営業の自由の侵害の程度にかかってくると言えよう。

(三) 越権訴訟による協約の取消判決

このような中、一九九八年の六月末から七月始めに二本の国務院判決は出されることになった。一つは、一九九八

年七月三日の国務院判決 (CE, 3 juillet 1998, Syndicat des médecins de l'Aine et autres) であり、これにより、医療情報を盛り込んだ医療記録カード (carte Vitale 2) が個人の医療情報の保護に関する検討を尽くしていないことを理由に、一九九六年四月二四日の大統領令 (第九六―三四五号) の該当部分 (改正後の社会保障法典 L・一六一―三二の II) の違法性が判示された。また、同判決及び一九九八年六月二六日の国務院判決 (CE, 26 juin 1998, Confédération des syndicats médicaux français) により、一九九七年三月二日の一般医に関する医療協約及び専門医に関する医療協約並びにそれらの付属書及び追加書が取り消された。

判決の取消理由は協約の所掌範囲の逸脱であり、それぞれの要点は次の通りである。

① 専門医に関する医療協約の場合

最も代表的な全国組合組織であること (社会保障法典 L・一六二―三三三条) が協約の当事者要件であるのに対して、協約の署名当事者であるフランス外科医・専門医同業連合 (UCCSF) は全国的という点において代表性を欠くため、当該組合のみでは協約は成立しないこと。

② 一般医に関する医療協約の場合

医療費の推移に関する目標値を超過した場合の報酬の返還について、地方別に個人個人の医師の返還額を決める方法が社会保障法典の規定を逸脱すること。また、一般医が治療系列 (filieres de soins) に参加し、指定かかりつけ医 (médecin-référent) の機能を果たす場合には診療報酬の支払い方法が現物給付化される協約的選択 (option conventionnelle) の仕組み (法律事項) が医療協約の守備範囲を逸脱すること。

（四）最低協約規則の制定及び一般医の医療協約

国務院の二本の医療協約取消判決により協約を欠く状態の中で、疾病保険と医師との間の必要最小限の関係を規律する最低協約規則が一九九八年七月一〇日の省令により制定されることになった。

その後、一般医については、一九九八年一月二六日に全国疾病保険金庫等とフランス一般医連合 (MG Fran-
co) との間のみで協約が署名され、二月四日に大臣により認可された。しかしながら、専門医については、一九九八年九月一日に四つの組合が代表的組合として交渉権を得て交渉を開始したものの、現在までのところ協約締結には至っていない。また、一般医については協約が成立したが、医師側の署名当事者は一般医連合のみである。このため、当該協約に不満であるフランス医師組合総同盟 (CSMF) 及び自由医師組合 (SML) は、国務院に上記協約の認可の取消を求める越権訴訟を提起した。この手の訴訟は通常二年程度を要するところ、当該越権訴訟は提訴からわずか四ヶ月後の四月一四日に当該協約を部分的に取り消す判決が出されることになった。

（五）普遍的疾病給付に関する法律案

「普遍的疾病給付 (couverture maladie universelle) の創設に関する法律案」が、一九九九年三月三日の閣議を経て議会で提出された。この法案は、社会保障、医療扶助等の制度の谷間で医療に関する給付を受けられないフランス在住者を対象に一般制度等の見直しにより普遍的疾病給付を行うことを主たる狙いとしている。そして、六月末までに議会通过させ、二〇〇〇年からの実施を目指している。

従って、この法律案自体は医療協約とは直接の関係はないが、国務院による一連の協約取消判決を踏まえた次のような改正も盛り込まれている。⁽⁸⁾

① 医療カードにおける個人情報保護の徹底（第三三条）

社会保障法典L・一六二―一―六条の改正により、カードの医療記録部分の目的を治療の継続性及び調整（とりわけ救急時⁽⁹⁾）と規定し、記録の書き込みができる医療従事者の明確化、書き込みに当たっての本人等の同意、記録内容へのアクセスの要件の明確化等を図っている。

② 一九九七年三月一二日の一般医及び専門医の医療協約等の有効化（第三六条）

一九九八年の国務院判決の結果、判決から最低協約規則の制定までの間の医師の各種行為（特にかかりつけ医制度）の効力が発生しなくなるため、法律に基づき制裁措置以外の効力を復活させるものである。

なお、一九九八年一月二六日の一般医の医療協約が部分的に取り消されたことから、この協約の有効化の問題が浮上することになった。現在ところ、この取り消された協約に関しても、⁽¹⁰⁾ 普遍的疾病給付に関する法律案に有効化措置を盛り込むべく国民議会に修正案が提出されている。

(1) P. Lamaigre, «Les trois erreurs des conventions médicales de 1997, propos dissidents...», Droit social, No 9/10 Septembre-Octobre 1997, p.626. ; C. Atlas, «Sur les reversments et les références médicales opposables», Droit social, No 9/10 Septembre-Octobre 1997, pp.832-833.

(2) P. Lamaigre, op. cit., p.626.

(3) C. Atlas, op. cit., pp.833-834.

(4) 法律に基づき実施された行為が基本的人権を侵害し、違憲と考えられる場合であっても、この合憲性の審査は結局法律の

合憲性を審査することになるため、⁶ 国務院の権限を越えることになる（R. Chapus, *Droit administratif général*, Tome 1, Montchrestien, 12e édition, 1998, pp.31-32）。この法律による遮蔽の理論（*théorie de la loi-écran*）が、本件の場合にも問題となるが、法律の規定が一般的かつ簡潔であったため、協約の規定が違憲か否かが法律を介してではなく直接的であったことから、⁷ 国務院は法律による遮蔽の理論の適用を避けたと考えられる（X. Prétot, 《L'évolution du régime juridique des conventions médicales》, *Droit social*, No 9/10 Septembre-Octobre 1997, p.846.）。

(5) CE, 30 avril 1997, Association nationale pour l'éthique de la médecine libérale et autres (RFDA 1997.474, concl. C. Maugué)

(9) Cons. const., décis. No 81-132 du 16 janvier 1982, Loi de nationalisation ; Cons. const., décis. No 90-283 DC du 8 janvier 1991, Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ; Cons. Const., décis. No 90-287 DC du 16 janvier 1991, Loi portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales

(7) CE, 30 avril 1997, Association nationale pour l'éthique de la médecine libérale et autres (op. cit.)

(8) 医療協約等の取消判決により、協約的選択の制度に基づき発生したかかりつけ医と患者との間の私法上の契約関係が消滅することになる。この契約関係は法的安定性及び正当な信頼の利益を有しており、法的有効化の要件である一般利益の実現に合致するとの判断が医療協約等の有効化の理由となっている。

(9) 救急時の対応を明文化した背景には、救急医療におけるカードの活用という欧州議会及びG8諸国の動向を念頭に置いている（法案の提案理由参照）。

(10) 法的有効化の対象外である罰則、及び医療費の伸びに関する目標制度については、有効化の修正案から除外されている。このうち医療費の伸びに関する目標を超過した場合の措置は一九九九年社会保障予算法に盛り込まれていたが、当該措置が個々の医師の診療行為の多寡に関わりなく、職業上の収入を基準に拠出額を算定していたために、憲法院はこれを客観的かつ合理的な基準とは言えないとして違憲判決を出している（Cons. Const. décis., No 98-404 DC du 18 décembre 1998）。

八 まとめ

我が国の医療保険は公法的色彩が強いものの、衛生規制のような取締行政とは自ずと異なる。このことは、保険医療機関の指定が公法上の契約であることや、中央社会保険医療協議会が当事者による診療報酬調整の場になっていることに端的に現れている。この点、フランスの場合には、私法的枠組みを色濃く残していることから、医療従事者、保険者、国との間の法的な関係がより鮮明化・先鋭化されているように思われる。

制度の違いに関わらず、医療保険においては、利害調整の仕組みを制度に内在化させるかが重要である。換言すれば、医療保険の当事者関係は本来対立的であり、どのような診療報酬制度や薬価制度にするかと並んで、利害を調整する法的な仕組みが重要である。

現在、我が国の医療費の増大には深刻なものがあり、高齢者医療が問題になる背景にもこれがある。しかるに、我が国の医療保険制度において、医療費の抑制に関連する仕組みとしては、国民健康保険制度の安定化計画及び基準超過費用負担制度、老人保健制度の拠出金算定式や調整対象外医療費などがあるが、いずれも保険者を当事者とするものである。それ故、医療費の抑制策としては、被保険者への普及広報活動、レセプト点検等に限定されている。医療費水準に関して重要な医師に対しては、医療の当・不当の問題に限定される医療監視や診療報酬上の評価を通じた措置以外はないと言えよう。

その意味で、保険医療機関の指定制度が公法上の契約といながらも、医療費の返還、指定の取り消しのような制裁的措施を別にすれば、契約的な手法は存在していない。

今後とも国民皆保険制度を堅持していくのであれば、医療関係者の理解と協力は不可欠であり、鍵となるのは契約

的手法のように思われる。その場合に、フランス社会保障法のような当事者間の自主的な利害調整の枠組みは一つの参考事例になると考える。