

日医総研海外駐在研究員

三浦 淑子

Yoshiko Miura

---

## フランスにおける医療費決定と医師団体の関わり

### 第1部：2005年までの医療報酬決定方法と医師団のかかわり

2004年8月13日法により医療費決定のみならず国と医療保険、医療保険金庫と医療職との関係が今までより明確に規定された。同法が発効するのは殆どの条項は2006年からであるが大きな変化が予想される。従って同法以前の状態と同法で素描されている関係を分けて記述する。

#### 1.1. 医師数

フランスにおける医師数は最新の資料(2005年3月刊保健省調査部統計集78号)によると2004年1月1日推計、フランス本土において203,487人、内、病院等の勤務医が82,903人、開業医120,584人となっている。勤務医即ち医療公務員または企業被用者と開業医の区分はかなり明確である(開業医が継続訓練の一環として病院に週数時間勤務することはあるが、主収入を構成するのは開業医としての診療報酬である。医療施設予算及び診療費に関しては付録参照)。

フランスのシステムでは開業医及び検査機関の診察・検査に対しては患者が診療費を100%一旦支払い、償還手続きをした後(医療保険協定料金の70%が償還される。残りは共済保険又は自己負担)払い戻しを受けるシステムである。つまり診療費即ち開業医の売上となる。この売上総額から開業に必要な事務経費、売上10%程度必要経費を差引いたものが所得となり納税申告する(因みにフランスでは被用者も含め皆民申告制である)。

また医薬分業で通常医師は投薬せず診断書を書くだけで患者が診断書を提出し薬局で購入、こちらが診断書を基に償還手続きをとる。現在では10年近く前から導入されてはいたものの普及の遅れていたビタル・カード(Carte Vitale 医

療保険カード)が普及し、診察・医薬共、償還手続きが1週間と大幅にスピードアップされたが、旧式の紙でのやりとりでは2ヶ月近くかかっていた。

勤務医を除き、医療費決定に関係する医師、つまり開業医は、一般医(ジェネラリスト)と専門医(スペシャリスト)に区分される。またこの区分とは別に開業医は2つのグループに分けることができる。第1セクター医と呼ばれるグループは医療保険で決められた診療費どおりを請求する医師、これに対し第2セクター医は自由診療制、つまり自分の好きな額を請求することができる(患者側は医療保険で決められた額だけの償還に限られるが、共済保険が差額をカバーすることも可能)。

この第2セクターに属する医師の数は当然少なく、一般医の14.6%、8,882人、専門医の38%、20,188人で<sup>1</sup>ある。これら第二セクターに属するのは経験豊富で、名声高く患者が門前に列を成す医師達であり、医療保険の診察料金は全く無視することができる例外である<sup>2</sup>。この第2セクター医師達も医療費決定にそれほどの関心を持ってはいないと見ていいだろう。しかしながら、99.5%の医師が医療保険と診療費償還に関する協定<sup>3</sup>を結んでいる。医師の専門別分布、就業形態、女性比率に関しては付録統計を参照されたい。

最終的に診療費決定が自己の所得に直接関係してくる開業医は90,000人という結果になる。

(本稿では開業医に的を絞っているため以下の各職に関しては必ずしも当てはまらない部分があることに注意されたい)

歯科医師は保健省調べ2002年では40,481、歯科医師会(オーダー)に登録しているのは同年で42,378人であった。

これら医師の他に医療職と呼ばれる各分野での専門職がある。以下はフランスの統計、医療保険治療で認められ区分されている専門職である<sup>4</sup>。括弧内は保健省調べ、2002年度における登録者総数であるが、実際に就業している数はやや下回る模様。看護師(410,859)、薬剤師(62,054、内、薬局を開業している主

<sup>1</sup> 医療保険の将来を考える高等審議会、2005年2月24日会合報告書

<sup>2</sup> どの程度の違いかと言うと、医療保険で規定する料金の少なくとも3倍、5倍位はザラである。特にパリにおいて富裕外国人を相手にする医師には上限なしである。

<sup>3</sup> これは医師と医療保険金庫が締結する全国協定(後出)とは別のもので各医師が医療金庫と協定=契約を交わす。協定医を Médecin Conventioné と呼ぶ

<sup>4</sup> ここに引用した数字は保健省「医療職人口に関する委員会」報告書2002年11月からの抜粋であり、付録に収録したのは保健省調査統計部2005年3月刊の統計シリーズ78号医師数(2004年1月1日現在)であるので多少のズレが生じる。

任薬剤師は 27,493 人、助産婦 (14,316) 人、整体マッサージ師 (55,438) 人、足指専門治療師 (9,470) 人、作業治療法助手 (4,433) 人、精神運動治療師 (5,086) 人、発音矯正士 (14,323) 人、整形士 (2,309) 人、医療電子機器操作技師 (22,450) 人、補聴器技工士 (1,526) 人、光学機器眼鏡技師 (11,910) 人、これら専門職者は各業種で団体を形成し、医療保険金庫と交渉、業種毎協定を締結する。

## 1.2. 医師の団体

### 1.2.1. 医師組合

結社の自由、集会の自由が政治・社会問題として重大な意味を持ち始めたのは 19 世紀後半であった。労働組合が合法化され始めた頃、医師達の団体も組合として形成され、現在に至っている。

第 2 次世界大戦中の対独協力ヴィッシー政権から反転し、戦後 1945 年、現在まで続いている社会保障制度が確立された時点で政権を取っていたのは保守ド・ゴール派、共産党、社会党の鼎立政権であった。

従ってこの当時に創設された各種の社会機構はこの時点での力関係を反映し、非常に左翼的色彩の濃いものとなっている (のみならず戦後 15 年間は社会党と保守党の政権が頻りに交代、1958 年保守派ド・ゴールが大統領となったが、1970 年代までは共産党が常に得票率の 25% を占めていた。1981 年から 1986 年は社会・共産党の共同政権であった)。

社会保障制度を支える 3 本の柱は、医療保険、老齢年金、家族給付であり、これら部門別に金庫を持ち歳入・歳出会計が公表される。それぞれの部門は国、政府からは自立した組織で独立行政法人である (但し理事会には国からの代表が出席し、長の任命は閣議決定事項)。なかでも医療保険金庫は 1945 年当時の勢力関係を反映し、労使双方からの代表者が運営する原則となつてはいる<sup>5</sup>が実際に事務局の運営を主導しているのは労働組合である<sup>6</sup>。

この労働組合主導型運営がフランスの医療保険制度の特徴であった。つまり労働者である医師と (カタチとしては使用者に相当する) 医療保険金庫が団体

---

<sup>5</sup> 医療保険は労働者側負担と使用者側負担の拠出金で運営されるのが原則であった。低所得者に対する 2000 年からの無拠出保険 (基礎保険及び共済保険) 実施も一因で租税化が進み現在では税と使用者負担が圧倒的な割合を占めている。給与からの拠出は使用者側 12.8% に対し被用者側 0.75% の負担。(2004 年)

<sup>6</sup> CGT、CFDT、CGE、CFTC、FO の 5 組合が「労働者を代表する」組合と認知されている。現在医療保険金庫の運営は CFDT。

交渉により賃金を決定する。この賃金とは即ち医療保険の設定している料金であり、診療報酬である。

団体交渉に当たる開業医側の組合も社会保障法に従い、労働者を代表する団体として公認される必要があるが、それらの公認5団体は、以下である。

**フランス医師連合 FMF** : Fédération des médecins de France

組合員数部外秘（外部予測では2,000人余）

<http://www.fmfpro.com/>

**フランス医師組合連盟 CSMF** : Confédération des syndicats de médecin français

合法化されたのは1928年、活動は19世紀後半から開始していた最古にして組合員12,000を誇る最大の組織

<http://www.csmf.org/>

**MG フランス MGF** : MG France

ジェネラリストの組合で組合員数は部外秘とのことであるが、実数は1,000人前後らしい。最近、急激に組合員が減少したので、代表性に疑問が持たれないよう数は秘密にしていると言われている。

<http://www.medsyn.fr/mgfrance/>

**自由医師組合 SML** : Syndicat des médecins libéraux

専門医を中心とする開業医組合で加盟者数8,000人。

<http://www.gie-sml.fr/>

**独立医師組合間アリアンス AIMI**

: Allicance Intersyndicale des Médecins Indépendants

最近幾つかの組合が合併して新組織となったもので資料はない。組合員数不明。今のところサイトはない。

（以降、組合は頭文字で記述）

これら医師組合の他に、多数ある医療職（前記）も政治的主張に従い組合を形成し、活発に活動（スト、デモ）を展開し、ともすると組合加入者数の少ない団体ほどマスコミと連携して声高に主張するため、フランスでは医師・医療関連者達が年柄年中ストをしているかのような印象を与える。

### 1.2.2. 医師会 Ordre des Médecins

医師組合と全く異なった性格をもつのが医師会である。医師の同業者団体組織として長い歴史と権威をもち、同業者間の紛争解決の権限（民事裁判所の一審に相当する。第二審は民事高等裁判所の管轄となる）、制裁権を有する組織である。医事についての諮問機関でもあり、立法、規制の際は行政・立法府から専門意見を徴される。また医師会登録は就業の必須条件であり<sup>7</sup>、登録抹消は医師免許剥奪の意味をもつ。

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

但し、就業条件、診療報酬といった分野では見解・勧告は発表するが、交渉に当たるのはあくまでも医師組合である。

### 1.3. 交渉、決定プロセス

診療報酬を規定するのは医師組合と医療保険金庫との交渉の結果、署名・締結される全国協定である。この協定は労働法原則と社会保障法 L162-5 条規定に従い、代表認定を受けた組合が 1 つでも協定に署名し、省令・政令で確認されると（つまり法制化される）同職種全員に対する拘束力を持つことになる。フランスにおいて全員が一致することはまず有り得ないため、この取決めは非常に重要な意味をもつことになる。また協定が存在しない場合は大臣が決定し行政立法で規定することが公衆衛生法典に規定される。

通常、協定は 5 年を期限として締結されるが、追加条項を加えて改正に代える場合も多い。前回の医師協定は 1998 年に締結された。

1993 年の医療制度改革で開始され 1996 年のジュッペ計画<sup>8</sup>で拘束力を持つ指標として導入された医療支出数値目標 ONDAM( Objectif National d'évaluation des Dépense de l'Assurance Maladie 毎年社会保障予算法で次年度増加率の目標とし予算項目毎<sup>9</sup>明記される)以降、各協定に盛り込まれ<sup>10</sup>、数値目標達成が診療報酬見直しの条件となった。しかしこの数値目標は導入以来一度も達成されたことが無く、従って医師、医療職の報酬はこの期間ほぼ全職凍結される結果を招いた。

---

<sup>7</sup> この他に医師が開業する場合は立地県の保健省出先機関への届出が必要

<sup>8</sup> 1996 年 4 月 24 日オールドナンス

<sup>9</sup> 医療施設、医薬品、開業医、医療職といった区分

<sup>10</sup> 医療職との全国協定は以下のとおり、括弧内締結年。看護師（2002 年 3 月）薬剤師（1999 年 7 月）助産婦（1999 年 12 月）整体マッサージ師（1996 年 3 月）足指専門治療師（1996 年 7 月）発音矯正士（1996 年 12 月）補聴器技工士（1992 年 8 月）検査ラボ（1994 年 9 月）

このため 1998 年から成長率年 3.5%が 4 年間続いたフランス社会にあって医療職の不満が膨れあがったのも無理のないことであった。2000 年を境として 2~3 年間、各医療職が交代で賃上げ、労働条件改善の要求を掲げ連日のごとくスト・デモが続いた。それに対し泣く子に飴玉をしゃぶらせる感じで 2002 年前後にはごく部分的な一部医療職の報酬改正が行われたが、これらは抜本的な改革には繋がらなかった（この間の詳細を 2002 年当時報告した文書を付録に加える）。

1997 年から 2002 年迄社会党政権、2002 年 5 月から（2005 年）現在に至る保守政権と、一貫した政策実施には適していなかったことも原因している。1996 年に総合的な社会保障制度改革を目指した保守派のジュッペ計画は翌年の国民議会総選挙に破れたことで頓挫したものの、2002 年行政府、議会とも保守派が多数を占め、政権を奪回し、ジュッペ計画と大筋では同じ内容の改革が進められた結果、2004 年 8 月 13 日医療保険改革法が成立し、この改革法に沿った内容で 2005 年 1 月 12 日医師組合と医療保険金庫が協定に調印、2005 年 2 月 3 日付け保健省令で確認されることになった。因みに、2005 年全国協定では ONDAM と診療報酬の連結には言及されていない。

## 第2部：2005年以降の医療報酬決定方法と医師団のかかわり

医師組合と医療保険金庫との交渉の結果、協定を締結し医療報酬が規定されるという今までのスキームに変化はないものの、医療改革法で新設される各組織に医師団の参画が増大し、間断ない対話による柔軟な調整が加わることになる。反面、フランス医療制度の金科玉条であった「自由」 - 患者の医師選択の自由、開業医立地の自由 - に少々制約が加わった。また医療費増加を示す数値目標に医療報酬を連結させるかわりに治療コーディネーションと患者の自己責任感を醸成することによる長期的な合理化を目指しているのも特徴である。

### 2.1. 2004年8月13日医療保険改革法

フランス中バカンス以外話題と関心のない7～8月に議会を通過したこともあり、あまりマスコミの注意と反対派の攻撃に晒されず成立した同法は100条、100ページ近い大部の法律である。また各条項は直ちに公衆衛生法典に挿入された。第1部は治療提供組織と医学的保健支出制御と題し、治療のコーディネーション、個人医療ファイル、主治医指定、医療指針と質の確保、医療リスクと医療過誤被害者救済制度を規定する。第2部は医療保険の制度と組織に関して、新しい医療協定システム、ハイ・オーソリティー<sup>11</sup>の創設、HAの監督下に置かれる医療保険予算の歳入と歳出、国立医療データ・センター、地方組織と続く。

全文を詳細に記述するには紙数に制限があるため、診療報酬に関係のある部分のみをごく簡単に抜粋する。

#### 2.1.1. 治療コーディネーションの確立

##### 主治医・個人医療ファイル

2005年6月末までに16歳以上の被保険者はそれぞれの主治医 (Médecin Traitant) を指定し、医師の同意書とともに医療保険初級金庫に書類を提出する。この主治医はジェネラリスト、スペシャリスト、病院勤務医を問わない。原則として主治医がプライマリ・ケアにあたり、その後、他の専門医が治療を継続する場合も情報をシェアーすることになる。また電子情報としての「個人医

---

<sup>11</sup> Haute Autorité 文字通りには「高等権威」であるが適切な日本語訳が決まるまでHAとする。

療ファイル・データベース」は認定されたサーバーのもとに集中管理されるが、ファイルに治療記録を書き込みコーディネートするのは主治医の役割となる。

ホームドクター制の試みはすでに 1996 年のジュッペ計画に盛り込まれてはいた。ドクター・ショッピング防止策であり、重複投薬防止策であるが、1999 年から試みられていた指定参照医 (Médecin Référent) 制度も任意制度であるためあまり成果が上がっていなかった。これは個人医療ファイルと同時に機能した場合より効果的である。

現在の事務的情報のみが記載されている Carte Vitale が徐々に第 2 世代切り替えになるのと同時に投薬・医療履歴を記録した医療ファイルカードになる。医療情報の機密管理に関してはデータベース・サーバーへのアクセスには医師側のアクセスキーと同時に患者の Vitale カードが必要になるため本人の承諾なしに記録を開くことはできない。

医療保険が 100% 負担する長期疾病患者で治療が 5 年又はそれ以上に渡る場合、医療保険金庫連合と治療に携わる複数の医療職が協定を締結し、治療プロトコルを調整しネットワークを組織することができる。この場合、各医療職会 (オーダー) は倫理上の問題に関し意見を求められる (特に守秘主義原則に関し)。長期疾病患者の主治医には患者一人あたり年間 40 ユーロが医療保険金庫から支給される。

#### 2.1.2. 新設及び改名された組織

Haute Autorité de Santé 創設：医療改革法 35 条→社会保障法典 L 161-37

「法人格を有し独立した科学的性格の公的権威」と定義される組織が新たに誕生する。任務とされるのは以下である。

- ・ 保健に関する製品、医療行為、サービスの定期的評価を行い、登録、償還、医療保険の負担に対し意見を呈することにより医療保険金庫連合の決定に貢献する。
- ・ 治療指針及びグッド・プラクティス勧告を作成し、医療職及び一般大衆の啓蒙にあたる。
- ・ 医療職に関する認定・評価手法を確立し、実施すると共に品質評価の概念を敷衍させる。
- ・ 上記各活動に関し保健評価・認可庁 (ANAES)、医療製品衛生安全庁 (AFSSAPS) との調整を行う

毎年 7 月 1 日に議会と政府に対し報告書を提出する。

医療関連インターネット・サイト及びソフトウェアの認可・手続過程を決

定する。

「評価」任務の一環として医療業務の評価を確立し、実施する。

医療製品衛生安全庁に属していた医薬品透明委員会はH Aに付属することになった。

委員会メンバーは 8 名で、大統領、国民議会議長、元老院長、社会経済審議会議長がそれぞれ 2 名ずつ指名する。任期は 6 年で、3 年毎に 1/2 ずつ改選される。

#### 医療保険金庫連合

被用者の医療保険制度である一般制度金庫 (CNAMTS)、農業制度金庫 (MSA)、独立自営業者医療保険金庫 (CANAM) が統合され医療保険金庫連合 (UNCAM) となる。

#### 医療職全国連合 (医療職連合からの改名)

医療保険金庫連合に対応する開業医、開業医療職の全国組織でそれぞれの医師及び医療職組合から代表を選出、46 名で構成される。医療保険金庫連合と毎年その年度中に検討する項目を決定し定期的な会合を持つ。46 人中開業医の代表は 14 名。

#### 支出変化警告委員会

議会で承認された社会保障予算に対し支出変化が異常な場合、議会、政府、医療保険金庫連合に対し警告を発することを任務とした委員会で、社会保障会計委員会に付属する。年度中 6 月 1 日又は随時支出に異常な変化が見られる場合、意見書を提出する。3 人の独立した学識経験優れた人物で構成される。ONDAM を医療支出の義務的目標額でなくした代わりに「お目付け役」を設け、警告を鳴らし、どう軌道修正すればよいかの提案を公表する<sup>12</sup>。

#### 国立保健情報センターの新設

医療に携わる関係者間の緊密な協力には保健消費に関する情報開示が必要との認識から既存の医療統計透明審議会を廃止し、統合する。

---

<sup>12</sup> フランスでは何事も政治的立場で発言し、常時右と左で正反対の主張をするため、政治的旗色を明確にしない「賢人」高等委員会、高等権威といった機関が多数存在する。

## 医療リスク・オブサバトリー

全国医療過誤被害者救済組織（Office National d'Indemnisation des accidents médicaux、affections iatrogènes et des infections nosocomiales）内に設置される。近年急増している医療過誤問題、賠償裁判を未然に防ぐための新設機関で、医療供給側と医療消費者で構成される。

### 2.1.3. 新しい医療協定システム

医療保険からの診療費償還を可能にする開業医と医療保険金庫間の協定が不在の場合、調停人を立てることが可能となる。また医療保険初級金庫は協定を締結している各医師、医療職に枠組み協定に関する情報をシステムチックに送付する。新規開業に関する取決めは医療協定内での規定事項とする。

### 2.1.4. 患者の責任

患者の自覚を促すため、医師の診察の度に 1 ユーロの拠出金が徴収される。この 1 ユーロは共済保険でカバーされない。医師が代替して徴収し、医療保険に納入される。

## 2.2. 2005 年医師・医療金庫協定

2004 年医療保険改正法を全面的に踏襲した一般、専門医・医療保険金庫全国協定が何等の波乱もなく 2005 年 1 月 12 日、SML、CSMF、アリアンスの 3 組合により署名され、2 月 3 日に保健省令として発令された。

（添付ファイル：1670convention2005）

付属文書を含むと 100 ページに及ぶ協定は、まず前文で医療保険改革法と趣旨を同じくする協定の原則を掲げる：治療コーディネーションの重要性、質の高い治療を維持するための諸条件、患者の自由の尊重、医師に将来の希望を抱かせる制度を確立維持することの大切さ。

### 主治医・個人医療ファイル

治療のコーディネーションをするためには主治医制度が必要であり、2005 年 7 月 1 日から開始する。主治医の役割は以下であることを明記。

- ・ プライマリ・ケアを担当
- ・ 他の専門医へのオリエンテーションを指示する。この場合の送り先医師

を Médecin Correspondant<sup>13</sup>と呼ぶ

- ・ 患者に対応した予防策を指示・奨励する
- ・ 長期疾病患者に対する治療プロトコルの作成に協力する
- ・ 治療コーディネーションに積極的に協力する

今回の制度では、長期疾病のコーディネーションを優先し、5年以上継続治療が必要な患者を担当する場合、主治医は年 40 ユーロが調整費として医療金庫から支給される。

2005 年 7 月 1 日から主治医を通さず、専門医に直接かかった場合、専門医は通常診察料金の 17.5%割増を請求できる。一方患者の側では協定料金の 70%しか償還されないため自己負担額が大きくなる。例外として皮膚科、内分泌科、精神科、神経心理科、婦人科、眼科医には主治医を通す義務は免除される。また、主治医の変更は逐次可能。

#### 診療報酬規定

診療報酬は医療行為コード<sup>14</sup>（K、C といったアルファベット）に係数を掛けたもので計算される。従って報酬額改正は対応するアルファベット・コードを何サンチームか値上げするか係数を増加させることで成立するため外部の間には不可解な場合が多い。

全国協定に診療報酬が規定される。主治医制度に従い多数の組み合わせが可能になるため、診療報酬の構成は複雑を極めるが、以下数例を示すと、

- ・ 一般開業医の診療所での通常の診察 €20
- ・ 100%医療保険負担の長期疾病患者<sup>15</sup>に対する診療所での年間健康診断 €26
- ・ 一般開業医の正当化される往診割増 +€10
- ・ 同上 夜間往診 20:00~ €35
- ・ 同上 往診距離割増料金 平地 €0.61/k mあたり
- ・ 同上 山地 €0.91/k mあたり
- ・ スキーでの移動 €4.57/k mあたり

<sup>13</sup> 適切な日本語は不明

<sup>14</sup> 添付ファイル ccam\_actes.pdf、ccam\_tariff.pdf 参照

<sup>15</sup> 社会保障法典 D322-1 条に規定される長期疾患は医療保険が 100%負担する。リストは添付書類 D322-1ALD 参照

## 付録 1

本稿では除外した勤務医、病院制度に関する簡単な背景説明である。

フランスにおいて 70%を占める公立病院の勤務医は医療公務員という国家公務員に準ずる地位と身分保障があり、彼等の給与（手当）は公務員の給与体系に従う。これら公立病院は総括予算として州病院庁との交渉で年間予算が決定された後、毎月 1/12 が支給される。従って各診療が幾らになるのかは後になり統計を取る段階で判明する（多くの公立病院は赤字経営で、次年度に食い込み前倒し予算を計上し前借りするなど、金融機関から借り入れているのが現状である）。

翻って入院する患者側はフランスの医療保険加入者である場合は医療保険が 7割程度負担、加入している限り残りは Mutuelle と呼ばれる共済保険がカバーするため、大多数のフランス人にとっては病院に入院するのはタダという感覚が生じる。また低所得者のためには無拠出医療保険 CUM があり、これまたカードを提出するだけで、診療、医薬品無料である。救急病棟への入院はこれら医療保険、共済保険も要求されない。そのため夏冬には救急病棟は患者で溢れることになる。

入院の場合も医療保険の料金一覧に従って共済保険への請求はなされているが、これは全く実費を反映していない仮想料金である。30%の私立病院も医療保険と協定を締結している場合（が殆どである。医療保険による償還の可能性が無い場合患者は来院しない。また私立病院の場合ホテルサービス - 宿泊、食事が料金に差をつけることができる分野である）予算は州病院庁からの配分となる。フランスでは経営も私立で医療保険償還の可能性の無い（全額個人負担）の純粋な私立営利病院は美容整形ぐらいといえる。

## 付録 2

### 2002 年におけるフランス医療職の動き

この 2 年来何らかの医療職のスト、デモがマスコミを賑さなかった週はなかった。2002 年 5 月の大統領、議会選挙を控えこの数ヶ月一段と動きが活発になる様相を示しているが、誰が何を要求しているのか、この動きの根底には何があるのかを簡単に以下まとめる。

#### 1. 事の始まり

1999 年 10 月、翌年度の病院予算 2.4%増を規定した 2000 年度社会保障予算法案に対し多数派（左翼）議員は、“非現実的”である旨伝達。社会党政府は聞き入れないまま予算法成立。<sup>16</sup>

2000 年 2 月公立病院従業員（医療公務員）待遇改善を要求し、スト開始。2000 年 3 月 13 日オブリ雇用連帯省大臣、全面的に要求を受け入れ協定書調印。待遇改善（報酬引き上げ）のための費用、医師 14 億フラン、職員 38 億フラン。この費用のうち 20 億フランは一般予算から、残り医療保険金庫 CNAM 負担。これをきっかけに続々とストが勃発した。

#### 研修医

宿直明けの勤務軽減（通算 24～36 時間不眠不休となるため）を要求しスト開始 2001 年 12 月から。

#### 看護婦

待遇、労働条件改善を求めスト。看護婦不足（35 時間実施前に 14,000 人不足）に対処するため、スペインから看護婦を招聘。政府は 3 年計画で医療公務員の 45,000 人増員を発表。

#### 麻酔看護婦

資格（他の看護婦より勉学年数が多い）に対する認知を要求。

#### 訪問看護婦

料金改正を求めスト。

#### 管理職看護婦

人手不足の対処を求め。

#### 助産婦

医師と同程度の技術性、専門性のある分野であることへの認知を要求。

#### 救急医

専門科確立と予算増大を要求。

---

<sup>16</sup> Le Monde 2002 年 1 月 9 日付け「ストで決まる保健政策」

#### 超音波検査医、レントゲン医

産前検診で発見できず誕生した障害児への財政的補償を命じた最高裁判所判決（Perruche 判決）に反発、スト。

#### 産婦人科医

婦人科の系統整理に反対、ペルシュ判決による超音波検診の責任を非難、産前検診ボイコット（3回の産前検診及び出産は医療保険負担）。医療職に対する職業保険の急騰（特に外科、産科、麻酔医及び超音波検査医の掛け金 +50% ~ 10 倍）。

#### 公立病院職員

35 時間法適用、人員増強を要求して再度スト。

#### 私立病院医師

医療費抑制で経営の苦しい私立病院が経営困難を訴え国からの補助を要求  
3 日で妥結協定

#### SOS - Medecin（救急往診専門の医療組織）

一般医に同調、料金値上げを要求。民間医療輸送業者も値上げを要求。

#### 研修医

再度条件改善を訴える。

#### 歯科医

予防処置の料金値上げを要求スト。3月14日には再度18日からの歯科医輪番ストを発表、98年以来凍結されたままの料金交渉（89年から料金値上げをしなかった体系を見直しし、虫歯治療料金を倍増することでCNAMと結論を得ていたにもかかわらずオブリ大臣決定で覆った経緯あり）を再開し、以前の決定を実施することを要求。

#### 公立病院職員

35 時間法の実質的な実施（交渉妥結のみで実際の人手不足は解消していないため）を求め3月10日再度デモ、80,000人の新規雇用を要求。

これらのうごきのなかで2002年2月以降の動きは未だ解決していないものの、それ以前は2例を除きすべて政府側が譲歩。ストの実効性をあからさまに示した。

この間継続的に主張を続けていた一般医は2001年11月15日から、17.53ユーロの診察料を20に、往診料金を30ユーロに値上げすることを要求し、週末・夜間当番スト開始。ノードクターデイを繰り返す。2002年1月10日からCNAMと医師組合交渉開始。一般医の多数派組合であるCSMF雇用連帯大臣の発言に反発し、初日から交渉撤退。1月24日GM France（一般医組合）とCNAMは2月1日からの診察料金18.5ユーロで協定締結。（労働協約であるので少数派組合との協定でも職種全員に適用される）多数派は料金の一方的な値上げを強行（医療保険は規定償還額だけの払い戻しであるので差額は患者の自己負担とな

るが世論調査によれば 85%の患者から支持されている<sup>17)</sup>、2002年3月10日デモを組織。

## 2. 動きの根底にあるもの

上記でわかるとおり、専門医と薬剤師<sup>18)</sup>を除き、すべての医療職がストとデモを展開し、何らかの要求を掲げている。

医療職全体に広がっている料金、労働条件(週 50-80 時間労働を強いられることに対し勤務労働者は週 35 時間であるいることも不満をあおる)改善を求める動きは、ストやデモで世論に訴え(特にマスコミ報道が主眼)社会問題化し議会が問題を取上げ、大臣が動かざるを得なくなり、交渉を開始するという過程を経るのが常で、硬直化、時に過激な要求にエスカレートし、長期化するのが分野を問わず、今までの社会的動きのパターンであった。これが2000年3月の医療公務員ストをきっかけに選挙前の影響を恐れた政府側が常に譲歩したため、便乗ストを誘発することになった。

この動きの根本原因は、年度の支出目標を超過した場合料金値上げができないことを規定した1993年度の医療改革以後、目標支出金額内で留まったことがないため、診察料金が据え置きになっていたことから発している。

医療職の料金、条件等を規定する協定はCNAMとの交渉で決定するが、社会保障予算の配分は保健省の管轄である。診察料金、往診料を値上げしても、患者にとっては無料(医療保険及び共済保険が負担)であることには変わりなく需要は増加する一方で減る事はないであろう(毎年 5-6%増加し続けている)。つまり値上げ分だけ、社会保障予算から超過することになる。2002年度の社会保障予算は2002年度経済成長予測 2.5%の仮定で2001年12月に成立し、2002年1月末予測を 1.5%に下方修整した(歳入予測が大幅に崩れることは自明)。2002年4~5月の大統領選挙、5月議会選挙を前に、政府はなし崩しに要求を受け入れた形にはなっているが、実施は選挙後に持ち越されることになり、新政権は根本的な制度改革をしない限り、時限爆弾を抱えることになる。

(2002年3月)

---

<sup>17)</sup> 医師の全国連絡協議会(デモを組織する)によれば少なくとも60%の一般医は20ユーロに移行したとしているが、CNAMでは一般医の10%、医療行為数の5%と推測している。

<sup>18)</sup> 医療職中、最も収入が高いのは薬剤師である。