

フランス医療保険制度の形成

——1930年社会保険法の医療保険——

中 上 光 夫

序

フランスの医療保険制度は1930年4月30日の社会保険法（la loi sur les assurances sociales du 5 avril 1928 modifiée et complétée par la loi du 30 avril 1930）によって設立された。正確に言えばこの社会保険法は1928年に成立したのであるが、施行される前に大幅に改定され、1930年に再制定されたのである¹⁾。フランスでは、第二次大戦後にそれまでの社会保険制度を改めることによって社会保障制度が実現されるが、現在に至る医療保険制度の骨格は1930年の立法によって作られたのである。本稿は1930年社会保険法の医療保険によって作りだされたフランスの医療保険制度がどのようなものであったかを明らかにしようとするものである。

1930年社会保険法の簡単な概略を示せば、次のようであった²⁾。この法律は強制保険と任意保険からなり、被用者を強制被保険者、農民や自営業者を任意被保険者とし、共に報酬にある上限を設けてそれ以下の報酬の者であって、原則として60歳以下の者を被保険者とした。高額所得者や、官公吏・鉄道従業員等の特別制度加入者は適用対象とはならない。被保険者はこの法律によって、疾病、老齢、廃疾、死亡、出産の場合と家族手当において給付を受けることができた。強制被保険者の場合、県社会保険サービスに登録し、5等級に分けられた「基礎報酬(salaire de base)」すなわち標準報酬制の下で、それぞれの

注1) 本稿では、1928-1930年社会保険法が対象とした社会保険の諸部門のうち、疾病を対象とした保険のみを扱う。この法律による医療保険以外の社会保険の内容、制度の全体的構造などについては、医療保険の叙述に必要とされる範囲内で触れるにとどめる。

等級に応じて報酬の100分の8に相当する保険料を労使で折半して納入するとともに、社会保険金庫の一つに加入し、そこから医療給付を含む短期保険の給付を受ける。共済組合も初級社会保険金庫として法の実施機関となる。任意保険の制度は、強制保険のそれと幾分異なっている。

I 社会保険法立法過程の医療保険案

1920年に準備され、1921年3月に提出された社会保険法の原案である政府案において、既に医療保険が計画されていた。それによれば、被保険者は傷病の時、6ヶ月間医療保険から必要な診療、外科手術、器具や薬剤の供与を受け、入院する権利をもち、60%以上の労働不能の場合には、6ヶ月間被保険者の標準報酬の等級（5段階）に応じた「日手当(allocation journalière)」を受給する³⁾。患者である被保険者は、保険金庫と団体協約を結んだ医師とその条件を受け入れた医師の全員を掲載したリストの中から自分の担当の医師を選ぶ。

-
- 2) フランスの社会保険法については、その制定当時からわが国においても概要の紹介や条文の翻訳が行なわれていた。1928年法についての紹介は、
 斎田藤吉「仏蘭西に於ける社会保険法案」、『社会政策時報』第92号、1928(昭和3)年5月、41～59頁、
 協定会発行『各国の社会政策』、1930(昭和5)年、837～862頁、
 1930年法については、
 ポール・ピック著、協定会訳『労働法(改訂第6版)』下巻、協定会発行、1933(昭和8)年、653～701頁、(原著は、Paul Pic, *Traité Élémentaire de Législation Industrielle — Les lois ouvrières*. sixième édition, Paris, Arthur Rousseau, 1931, pp.1022-1057)、
 1930年法とその後の改定についての紹介は、
 内野仙一郎『各国の社会保険展望』健康保険医報社、1942(昭和17)年、151～175頁、がある。
 法文の翻訳としては、1928年法に関しては、
 内務省社会局保険部訳『仏国社会保険法案』（1928年頃発行）、
 1930年法については、
 内務省社会局保険部訳『仏蘭西社会保険法』（1930年頃発行）、がある。これらは格調高い翻訳であるが、しばしば意味不明である。
- 3) A.Rey, *La Question des Assurances sociales*, Paris, Librairie Félix Alcan, 1925, p.60. なお、6ヶ月以上の長期傷病には廃疾保険が適用され、5年間の現物給付と廃疾月手当が、さらにその後は廃疾年金が支給される。

その協約には医療サービスの条件や管理方法が定められる。医師診療報酬の支払い方法としては、患者一人あたりの請負料金を決め、診療の回数と質と移動費の額に応じて医師組合がその組合員に報酬を支払うという第三者支払い制に基づく件数払い定額請負方式に近い方法が採用されていた。医師の報酬には、さらに、被保険者が受診ごとに支払う「抑制券」の金額が加えられる。その額は標準報酬の等級によって異なる3種類の定額（0.25fr., 0.5fr., 0.75fr.）が定められていた。保険金庫と医師団体の間に生じた紛争は、当局を含めた三者で構成される委員会の調停に付託されることになっていた⁴⁾。かくして、1930年法に引き継がれていく医療保険の特徴のいくつかは、この政府原案によってもたらされていた。

社会保険法の政府案は下院の社会保険委員会（Commission d'assurance et de prévoyance sociale）に付託され、労使、医師、共済組合の各種団体の意見を徴したあとでグランダ（Edouard Grinda）によって政府案を修正した四つの報告書にまとめられ、1923年1月から翌24年4月にかけて提出され、この案が下院で可決される。グランダ案では、医療保険の給付面で現金給付の日手当の金額が手直しされ、入院の場合は家族数によって日手当の額を4分の3から4分の1引き下げることとされた⁵⁾。診療報酬の支払いに関しては、請負方式の強制が撤回され、保険金庫と医師の職業団体との間の団体協約において自由に取り決められることになった。医療に関する紛争は、地方当局、保険金庫、医師組合の三者の代表からなる地方委員会が裁く。政府案では定額であった抑制券は、グランダ案では、被保険者の標準報酬の等級に対応した日手当額の3分の1を超えない範囲で各保険金庫が自由にその額を決めるものとされ、金庫は医療・薬剤費、器具費用を、被保険者本人に対して最高1割、被保険者の家族に対して最高2割の範囲内で任意に患者に負担させることができるとされた⁶⁾。

4) Ibid., p.76.

5) Ibid., pp.86, 91-92.

6) Ibid., pp.97-98.

上院に提出された下院通過法案は委員会に付託された。上院衛生・扶助・社会保険委員会 (Commission de l'hygiène, de l'assistance, de l'assurance et de la prévoyance sociale) は各団体の意見を徴し、政府原案、下院法案を踏まえた上で、ショーヴォー (C. Chauveau) の報告に基づく上院衛生・扶助・社会保険委員会案を上院に提出した。これが一部修正されて上院で可決され、下院でも可決されて1928年4月5日の社会保険法となった。上院委員会法案の医療保険の章は1928年法のそれと大半が同一であり、下院法案の保険給付面の一部と医師組合との関係に関する部分が修正されていた。下院法案では標準報酬制が採用されていたが、上院委員会法案では総報酬額に比例する拠出・給付の方式が採用されたため、現金給付の日手当は、下院法案の等級別定額制が、平均日額賃金の半額という報酬比例制に切り換えられた。抑制券について、上院委員会法案では、被保険者本人であれば最初の3ヶ月間は費用の15%、その後の3ヶ月間は10%、被保険者の家族であればそれぞれ20%と15%を患者が定率負担すると変更された。金庫による医療・薬剤費の前払いも可能とされていた。患者は医師リストの中から担当の医師を選択するという方式は引き継がれていたが、このリストには特に除外されないすべての医師が含まれることになっていた⁷⁾。

II 1930年社会保険法の医療保険

1 適用対象者

1930年社会保険法によって創設されたフランスの医療保険制度を理解するために、まず、1928年社会保険法 (以下、28年法と略記) の医療保険と1930年社会保険法 (以下、30年法と略記) のそれ——両法の第4条から第8条までが中心となる⁸⁾——をとりあげ、両者の諸規定を比較検討することから始めよう。

7) 上院衛生・扶助・社会保険委員会の法案は、C. Chauveau, *Loi sur les Assurances sociales*, Paris, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1928, pp.1131-1163.に掲載されている。医療保険については、そのうち、pp.1132-1135参照。

28年法と30年法の医療保険で医療の「現物給付」を受給できる者は、強制保険と任意保険の被保険者とその配偶者、及び被保険者が扶養する16歳未満の子供で賃金を得ていない者であるが、30年法は、被保険者が後見人となっている16歳未満の戦災孤児で賃金を得ていない者を受給できる者として追加するとともに、被保険者の配偶者で社会保険に任意加入できる所得限度額を超える「商業所得(revenu commercial⁹⁾)」のある者を受給者から除外することとした。(28年法と30年法、共に第4条第1項) 夫が自営業者、妻が被用者である場合、所得制限の条件はあるにせよ、夫も、妻が社会保険に加入しているということによって現物給付を受けられる¹⁰⁾。

年金受給者も毎月15fr.の保険料を払い込むことによって本人と配偶者のために医療保険に加入できるという規定が、30年法によって追加された。(30年法第18条第2項) 年金を受給できるのは老齢退職者と廃疾者であって、彼らも現物給付を受けられることになったが、彼らの子供は受給者になれない¹¹⁾。原則として、月15fr.の特別保険料を払い込んでいない年金受給者は現物給付の受給権をもたないわけであるが、割増連帯基金(Fonds de majoration et de solidarité)は、その可処分資産(disponibilités)の範囲内で、かつ命令(décret)が毎年決める負担率に従って、廃疾のために5年以上年金を受給している者すなわち廃疾年金の確定的有資格者のために、医療・薬剤費を一部負担するということが規定(30年法第69条第3項、特別保険料の規定のない28年法にもその第69条第3項に同じ条文がある)されていて、廃疾年金の確定的有資格者は特別保険料を払い込んでいなくとも医療保険の一部の給付を受給するこ

8) 二つの法律の規定はかなり異なるにしても、法の構成は同じようになっている。

9) この「商業所得」には工業所得(revenu industriel)も含まれるが、農業所得、土地所得、自由業の所得などは含まれないという。Pierre Tissier, Pierre Closset et Pierre Olivier de Sardan, *Traité des Assurances Sociales*, Paris, Librairie des Juris-Classeurs • Éditions Godde, 1931, p.78, n° 469.

10) C.Chauveau, *La loi sur les assurances sociales à la portée de tous*, Paris, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1930, p.72.

11) Tissier, Closset et Olivier de Sardan, op. cit., p.79, n° 473.

とができた。特別保険料を支払っていない老齢退職年金受給者の場合は、法の規定に不明瞭な点があった。特別保険料を払い込んだ退職年金受給者は廃疾年金の確定的有資格者と同じに上記の給付を受給することができた(前と同じく30年法第69条第3項。28年法第69条第3項も、特別保険料の抛出と無関係に給付がなされることを規定している)が、特別保険料を支払っていない退職年金受給者はこの給付の対象にはならない。しかし、保険金庫は短期保険の収入のうち年剰余金の4分の3を、割増連帯基金を通じて、退職者のための医療・薬剤費をより多く負担することにも割り当てることができるという規定(30年法第33条第2項、28年法第33条第3項)もあって、この場合、特別保険料を支払っていない退職年金受給者も給付を受けられるという解釈もあった¹²⁾。

強制被保険者でその報酬額が限度額を超えた者には任意保険が適用——この場合、任意保険の報酬の限度額が2千fr.増額される——され、任意保険に加入する被保険者で報酬限度額を超えた者に対しては通告がなされ、その6ヶ月後に医療保険の給付支給が停止される。被保険者の妻には任意保険や「特別保険(l'assurance spéciale¹³⁾)」へ加入する道が開かれ、寡婦や離婚者となった場合にも医療保険の給付を受給できるようになっていた。(28年法と30年法、共に第43条) 彼女たちがこれらに加入していない場合は、夫の死亡、離婚、または夫が受給できなくなった時に、その受給権を失う。任意保険被保険者に対する医療保険は、いかなる場合も65歳迄しか適用されない。(28年法と30年法、共に第39条第3項) 特別制度の加入者や軍務従事者の者——その妻子には社会保険が適用される——には社会保険法の医療保険は適用されず、廃疾年金の確定的有資格者にも上記以外の医療保険の給付は行なわれない。

2 受給要件

被保険者が医療保険給付の受給資格を得るための要件として、28年法は初診

12) Ibid., pp.89-90, n° 511.

13) 特別保険は、強制保険脱退後又は結婚後6ヶ月以内に登録し、毎月10fr.の保険料を払い込むという条件で、被保険者の妻を年収1,200fr.の強制保険被保険者とみなし、所定の給付を支給する。(28年法と30年法、共に第43条第4項)

日前3ヶ月間に60日以上正規の拠出があることとした——ただし、法施行後3ヶ月間は、暫定的に、初診日前1ヶ月間に20日の拠出——が、30年法は初診日前3ヶ月間に60日又は12ヶ月間に240日以上保険料拠出を要件とした。(28年法第5条第3項, 30年法第5条第2項) 病気などで働けず、この要件を満たせなければ受給できなくなってしまうしかなかった¹⁴⁾が、30年法は28年法よりもこの点を配慮したといえよう。登録と拠出のあとの被保険者の権利が生じない期間は、一般に「照合期間(période de référence)」と呼ばれたが、これは伝統的な共済組合の見習期間(stage)に対応するものだった。被保険者は見返りなしに拠出しなければならぬこの期間に怒りを覚えたという¹⁵⁾。また、30年法では、年90日以上働くことを強制登録の対象となる被用者の条件としていた(30年法第1条第2項)から、年間の労働日が90日以上240日未満の被用者の中には、保険料の払い込みをしても医療保険給付を受けられない者——例えば、毎月19日間働く者——が出るという指摘もなされていた¹⁶⁾。

3 給付

(1) 現物給付¹⁷⁾

社会保険法の医療保険による保険給付は、一応、現物給付と現金給付に分けて考えられている。「償還方式」であるから現物給付といっても、事実上、現金給付でしかないとも言われた¹⁸⁾が、法は現物給付の範囲を、一般及び特別医

14) Ibid., p.76, n° 453.

15) Romain Lavielle, *Histoire de la Mutualité*, Hachette, 1964, p.115. フランスの医療保険には、日本などと違って、今でもこうした無権利状態の期間が置かれているが、その目的は受給だけを意図した不正な就業を防止することにあると言われる。J.-J. Dupeyroux, *Sécurité Sociale*, Paris, Editions Sirey, 1972. 邦訳, J.-J.デュペイルー著, 上村政彦・藤井良治共訳『フランスの社会保障』, 光生館, 1978年, 58頁。

16) Tissier, Closset et Olivier de Sardan, op. cit., p.77, n° 454.

17) フランスの医療保険において、「現物給付）」とは、患者が直接に料金を支払わないで受給できる診療や入院等の給付のことを意味するのではなく、療養の給付に相当するものを意味している。

18) Ibid., p.80, n° 478.

療費、薬剤・器具費、療養施設の入院・治療費並びに必要な外科手術料と定め（28年法と30年法、共に第4条第1項）、30年法では、これらに、「必要とされる移送費」を追加するとともに、歯科補綴の場合の保険給付に制限を加えた。歯科補綴の場合、被保険者は、治療用の機能的器具（*appareils fonctionnels et thérapeutiques*）や職業上必要な器具にのみ、専門委員会の事前承認があった場合に限って、給付を受ける権利をもつとされた。これらの器具の交付を希望する場合、被保険者は保険金庫に交付請求を行ない、金庫は5日以内にそれを専門委員会に送付し、15日以内に決定が下されることになっていた。

法の規定に明記されていないものでも、看護費用（*frais de garde*）、分析費用（*frais d'analyses*）、レントゲン検査費や治療に必要と認められた湯治費用なども保険給付の対象となりえた¹⁹⁾。

こうして、法文からは傷病治療に必要なほとんどすべての医療が保険給付の対象となりうることになったと言えるが、あとで述べるように、被保険者はこうした現物給付の費用の全額を払い戻されるわけでもなく、個々の医療行為が実際に保険給付されるか否か、またどのように給付されるかは将来の実際決定に委ねられていたから、法の規定の実効性は法文の外見よりもずっと小さなものとなるであろう。

現物給付は、社会保険法の最初の政府案から引き継がれたことであるが、医療保険としては6ヶ月間しか支給されず（30年法第4条第8項、28年法第4条第7項も類似規定）、その後は廃疾保険が5年間適用される。（30年法第12条第1項、28年法第12条第1項もほぼ同じ規定）病気が2ヶ月以内に再発した時は最初の病気の継続とみなされる。（30年法第4条第10項、28年法第4条第8項も同じ）現物給付は請負日手当として支給される場合もありえたが、これについては後で触れる。

被保険者は治療の場合だけでなく予防的処置が必要な場合にも現物給付を受けられることになっていたが、30年法では、この処置が労働の停止を伴わない

19) Ibid., pp.93-94, n^{os} 524-526.

場合——予防的処置で労働の停止を伴う場合もある——, 給付は「特別手当 (indemnités spéciales)」として支給されることになり, 治療を受けている被保険者であって労働の停止を伴わない場合も, 同様に, 特別手当を支給されることにした。この特別手当の金額や支給条件は, 各保険金庫の内部規則で決めるものとした。(28年法第4条第9項, 30年法第4条第9項) ここで, 労働の停止を身体的無能力(*incapacité physique*)と理解するか職業労働に対する無能力(*incapacité professionnelle*)と理解するかが問題となったが, 前者であれば労働が全くできない場合ということになるので, 後者のより緩やかな解釈が主張された。

以上の保険給付のほかに, 1930年法では, 被保険者が5年目毎に健康診断を受けることを定めていた。(30年法第4条第11項) 病気の予防を促進させたいというのが社会保険法制定に際して立法者が特に期待したことの一つだからである。保養所の設立といった集団的な疾病予防施策のほかに, 個人に対する疾病予防施策として健康診断の規定が導入されたのであるが, 健康診断を受けるかどうかは, 被保険者の任意とされた。健康診断の方法は保険金庫と医師組合との間の協約によって, また, 協約が結ばれない場合には金庫の規則によって決められることになっていた²⁰⁾。しかし, 健康診断が効果をもつには医師を敵視する労働者の再教育から始められねばならないと考えられるような状況であったし, 法文上に健康診断の規定があったにしても, 社会保険法は「原則として, 給付は診療に関するものであり, 疾病の予防に関するものではな」かった²¹⁾のである。

(2) 現金給付

医療保険は, 一般に, 傷病で働けない被保険者に, 治療のための現物給付のほかに被保険者本人やその家族の生活を維持するために現金給付(*prestations*

20) *Ibid.*, pp.83-85, n^{os} 495-496.

21) James Hogarth, *The Payment of the General Practitioner*, Pergamon Press Ltd, 1963, 邦訳, J.ホガース著, 江間時彦訳『医師の報酬』, 医歯薬出版, 1965年, 138頁。

en argent)を支給するが、社会保険法の医療保険は、こうした給付として「日手当(indemnité journalière)」を定めていた。医師の診断で労働できないと判断された傷病の被保険者は、傷病になった日の6日目から回復までまたは6ヶ月間、日手当を受給する権利をもつと規定された。その金額は、28年法では拠出と給付が総報酬比例制であったので平均日額賃金の半分とされ、その平均日額賃金は傷病の前12ヶ月間に拠出した保険料から算定される年賃金額または受給者と同一職業・同一条件の労働者の年賃金額の300分の1と決められていた(28年法第5条第1項)が、30年法では、以前の法案と同じく標準報酬制を採用したので、強制被保険者の保険料の等級に対応する標準報酬額の半分を日手当額²²⁾とし、3人以上の扶養すべき子供がある被保険者については、傷病になった日の4日目から日手当を支給することにした。(30年法第5条第1項) この日手当は、一般に「半給(demi-salaire)」として知られていたが、法文においては「就業日手当(indemnité par jour ouvrable)」とも記され、休祭日を除いた労働日の賃金額の半分に相当したが、支給される時には休祭日の分も含まれるから、実際の所得額の半分以上3分の2近くになると考えられていた²³⁾。ただし、被保険者が入院した場合、扶養家族を考慮した上で、日手当の金額は次のように減額された。18歳未満の子供や直系尊族がいれば3分の1の減額、そうでない既婚者は2分の1の減額、その他の場合は4分の3の減額²⁴⁾。(28年法と30年法、共に第6条第3項)

22) 次の第1表を参照。

第1表

等級	日額報酬	標準報酬日額	二重保険料(日額)	日手当額	入院の場合の減額された日手当額			老齢年金 □座拠出分
					負担のない独身	負担のない既婚	負担のある者	
1	8 fr. 未満	6 fr.	0.5fr.	3 fr.	0.75fr.	1.50fr.	2.00fr.	0.125fr.
2	8-15 "	12	1	6	1.50	3.00	4.00	0.25
3	15-20 "	18	1.5	9	2.25	4.50	6.00	0.375
4	20-32 "	24	2	12	3.00	6.00	8.00	0.5
5	32 fr. 以上	36	3.5	18	4.50	9.00	12.00	0.875

23) Tissier, Closset et Olivier de Sardan, op. cit., p.100, n° 556.

24) 第1表 参照。

傷病になった日と日手当支給開始日の間に待期間(le délai de carence)があるのは仮病のような不正行為を防ぐためと言われたが、社会保険法の政府原案や下院通過法案で3日であったものが、上院において財政上の理由から5日に延長されたのであった。保険金庫は、将来この期間を短くすることも可能とされていた。(28年法と30年法、共に第4条第6項)

また、現金給付は、当然のことながら、現物給付と違って、被保険者本人にのみ支給され、傷病によって所得を失うということのない家族には支給されない²⁵⁾。退職者の被保険者、特別保険の被保険者、廃疾者も受給権をもたない。労災保険法が適用される場合も社会保険法の日手当は支給されない(28年法と30年法、共に第8条第1項)が、戦傷者で軍人年金法による半給を受けとっていない場合は、日手当の受給権が認められた²⁶⁾。被保険者の意図的な過ちによって引き起こされた傷病や障害の場合、現物給付は支給されるが現金給付は支給されず(28年法と30年法、共に第8条第2項)、また、日手当を受給するためには医師の処方きちんとしていなければならなかった²⁷⁾。

日手当は被保険者が傷病であっても働くことができる時は支払われない。傷病で労働を中断した時から日手当の受給権が発生するが、この場合、日手当の待期間は労働を中断した日から数えるのではなく初診日から数える。傷病であっても医師の診察を受けるまでは傷病とみなされない。傷病の回復と同時に日手当の支給は終るが、この回復とは労働の再開のことと理解されていた。法の規定は傷病の被保険者に使用者から給料が支払われている場合について特に触れていないから、給料をまるまる受けとっている場合でも日手当を受給することは可能であった。しかし、月給制の場合、傷病で働けなくとも給料は大抵支払われていたのであるが、金庫の大多数は、実際には、被用者が給料を受け取れない時にしか半給を支払わなかった²⁸⁾。

傷病の時に現物給与(avantages en nature)を支給するということで被保険

25) Ibid., pp.98-99, n° 545.

26) Ibid., p.90, n° 548.

27) Ibid., p.100, n° 555.

28) Ibid., p.101, n° 558-560.

者と使用者が合意している場合には、彼らは支給される給与に相当する日手当の額を金庫が使用者に支払うよう求めることができた²⁹⁾。総報酬比例制を採用していた28年法では、命令で定める規定の額に達しない低賃金の被保険者の場合、日手当の金額を賃金の半分でせずその6割まで増額することにしていた(28年法第5条第2項)が、30年法では標準報酬制の採用によって日手当の最低額が設定されたので、この規定は削除された。

傷病の被保険者は、日手当に加えて、家族手当として子供1人につき1日1 fr.の割増金(majoration)を割増連帯基金から支払われる。この家族手当は被保険者が入院しているか否かには関係なく支払われるが、日手当支給の場合と違って直系尊族の有無には関係せず、夫婦が二人とも被保険者で、かつ二人とも傷病である場合も一方の割増金しか支払われない。(28年法と30年法、共に第20条第3項、第4項)

保険金庫は、支給する日手当の中からその受給者が老齢年金のために支払う保険料の半분을控除し、それを受給者である被保険者の老齢年金の口座に払い込むことになっていた。この払い込みは、就業日についてのみ、しかも金庫が被保険者に半給を支払う場合にのみ行なわれた。28年法では、日手当が支給された時からこの払い込みが行なわれることになっていたが、30年法では、傷病が15日以上継続した場合に16日目から払い込みが行なわれると変更された。払い込む額も、総報酬比例制の28年法では平均賃金から算定されたが、標準報酬制の30年法では被保険者の属する等級ごとに決められており、それは労使が拠出する「二重保険料(double cotisation)」の4分の1であった³⁰⁾。(28年法第5条第4項、30年法第5条第3項) 被保険者が出来高払い労働者などの場合は別の算定方法がとられた³¹⁾。

29) Ibid., p.100, n° 553.

30) 第1表 参照。

31) Ibid., pp.101-102, n° 562.

4 抑制券

医療保険は現物給付のすべての部分を負担するのではなく、被保険者である患者にも部分的な負担を求めていた。これは、社会保険法の政府原案から引き続いて「抑制券(ticket modérateur)」と呼ばれたが、当初考えられた券を使用する方法とは異なった方法で行なわれることになっていた³²⁾。28年法は、「医療費(frais médicaux)に対する被保険者の負担は……15%から20%の間で金庫によって決められる。薬剤その他の費用に対する負担率は一律に15%に決められる。」と規定し、実施条件は政府規則(règlement général d'administration publique)で定めることにした。(28年法第4条第5項) この規定は、保険が医療費全体をカバーし、それに対して15~20%の抑制券が課されると解釈できるが、これは1928年社会保険法の一つの原則とみなされていたものであった³³⁾。医療保険の実施にはある種の規格診療が前提となるが、既述のように28年法も第4条第1項でかなり広範囲な現物給付の対象を列挙したにもかかわらず、第4条第4項では「現物給付は……協約(conventions)によって規定され、金庫と(医師等の)職業組合の双方の間に締結された団体契約(contrats collectifs)に基づく地方料金表に従って、組合料金表を考慮しつつ、評価される。」と、実際に保険給付の対象となる医療の範囲と価額を別に定めることを明記していた。従って、28年法のもとでも、被保険者が実際に医師に支払った医療費総額の80%から85%が償還されるということにならない可能性もあったと言えるが、この点は、どの程度規格診療が実際の医療と一致するかにかかっており、28年法は、保険金庫と医師団体が協議し契約を結ぶことによってその一致を図り、規定通りの償還率を維持しようとしていたものと思われる。

30年法は、抑制券について「責任料金表における被保険者の負担」(30年法第4条第5項)と表現して、それは、標準報酬の等級が第1等級と第2等級である低所得の被保険者、すなわち報酬の日額15fr.年額4,500fr.以下の者の場

32) Ibid., p.89, n° 508.

33) Etienne Antonelli, *Trente-trois ans de la Sécurité sociale en France*, Montpellier, Imprimerie J.Reschly, 1963, p.71.

合は責任料金表で決められた医療の価格の15%,それ以外の第3~5等級に属する被保険者の場合は20%,また,薬剤その他の費用に対しては抑制券に相当するものを単に「負担率」として全等級一律15%,それらに関する細則は命令で定めると規定した。(30年法第4条第5項) また,30年法第4条第4項では,「医療行為の価格のうち,……金庫によって保障される負担部分は,……地域において行なわれている最低組合医療料金表を考慮して,金庫によって設定される」として,28年法が被保険者の支払った医療費総額の80~85%の償還を意図したのに対して,30年法は,医療費総額に対してでなく,責任料金表という保険金庫が独自に設定する規格診療に対して80~85%の償還をするのだということを明確にした。28年法と30年法のこうした規定の差は,法の運用の仕方次第ではそれほど大きなものではなかったと言えるかもしれない。28年法でも償還率が規定より下回る場合は否定されていないし,30年法においても,医師組合の設定する料金表と保険金庫の責任料金表が一致し,被保険者の実際の負担率と抑制券の率が同じになる可能性も全く考えられなかったわけではないのだから。とはいえ,28年法は規定通りの償還率の維持を原則としていたのに対して,30年法は実際に要した医療費と償還の基準となる医療費とを区別することによって28年法の目指したものを事実上放棄したのである。こうした二つの法律の規定の差異こそ,28年法から30年法への微妙かつ重要な変化を象徴するものだといえよう。

抑制券は,本来,不正を制限し,被保険者が正当な理由なく医者にかかるのを防ぐことを目的としていた。保険が医療費全体をカバーしている時には抑制券の存在理由があるにしても,医療費の一部しかカバーしない時その意義は失われてしまう。責任料金表の診察費が15fr.で,それに適用される最低組合料金表の価格が25fr.であれば,抑制券はその意義をもたない。ところが,これが実情であった。保険金庫の原資は現実の高く引き上げられた医療費に対応した責任料金表を採用するには明らかに不十分であるのに,責任料金表に基づいて抑制券が課されていたのである。この抑制券,すなわち被保険者の自己負担分は,各保険金庫が2年以上の経験を経たのち,その割合を引き下げられると

いうことになっていた。そのためには、保険金庫の請求によって社会保険高等審議会 (conseil supérieur des assurances sociales) の承諾の答申を得なければならず、認められた場合には自己負担率引き下げによって生ずる金庫の支出超過額は割増連帯基金に負担してもらえることになっていた。(30年法第4条第6項, 28年法第4条第6項もほとんど同内容) 30年法では、保険金庫が一部の被保険者に対してのみ自己負担率を引き下げるということも認めていたが、この場合、個々に恣意的な扱いがなされるのを避けるために一般的な基準に基づいて行なわれねばならないとされていた。とはいえ、こうした自己負担率引き下げの規定が活用されることにはならなかったようだ。

抑制券は次の場合には免除されることになっていた。

- (1)1919年3月31日法(傷病兵に関する立法)が適用される軍人年金受給者の被保険者。国は彼らのために金庫に割増保険料(surprime)を支払う。(28年法と30年法,共に第51条第1項)
- (2)著しく貧窮した被保険者やその家族で,1893年7月15日法(無料医療扶助に関する立法)第12条の規定による特別リストに登録された者。彼らのための費用の80%は初級社会保険金庫が負担し,20%までは居宅救済を行なう市町村が負担する(30年法第59条第1項)が,その条件は後日検討されることになっていた³⁴⁾。

なお,抑制券について考える場合,当初から意図せられていたのかどうかはわからないが,結果的に,それが共済組合に活動分野を提供することになったという点も見逃せないであろう。共済組合は抑制券の部分を対象とした付加給付——従って,一般的には,組合員である被保険者が実際に医師に支払った医療費と責任料金表が認定した価格との差額は払い戻しの対象にならない——を支給するための機関として存在理由を保ちうるのである。とすると,抑制券の存在は共済組合に対する一つの譲歩であったのかもしれない。

34) Tissier, Closset et Olivier de Sardan, op. cit., p.89, n^{os} 509-510.

5 自由医療と償還方式

医療保険制度設立の上で最大の困難は、実際に医療を担当する者、とりわけ医師をこの制度にどのように関係づけるかということであった。1898年に制定されたフランスの労災保険法は、ドイツの疾病保険制度に倣って、診療報酬の「第三者支払い(tiers payant)」方式を採用しており、ドイツの制度を参考にして立案された社会保険法の政府原案では明確にこの第三者支払い方式が踏襲されていた。しかし、この方式はフランスの医師たちに不評であった。1911年制定のイギリスの健康保険の保険医制度にも強く反感をもっており、公務員のようにされてしまうことを恐れていた。既存の利益や習慣を侵害される医師団体は、社会保険法案に反対する運動の中で、1927年11月30日のフランス医師組合会議(Congrès des syndicats médicaux de France)において「医学憲章(Charter médicale)」を定めた。これは「自由医療(medicine libérale)」の概念を明確にしたものだと言われるが、次の「四原則」からなっていた。(1) 患者による医師の選択の自由、(2) 医師の処方自由、(3) 報酬に関する患者と医師の間の直接相互理解(Entente directe)、(4) 患者から医師への報酬の直接支払い。³⁵⁾

フランスの医師たちは「自由医療」の擁護を掲げて社会保険法案に反対し、彼らの主張を法にとり入れるよう要求した。かくして、28年法は「被保険者は自由に開業者を選択する」と明記し、患者による医師選択の自由を認めたが、同時に、この規定は、医療担当者に自由開業制を認め、俸給医の形態を医師制度の基本としないことを明らかにしたものである。30年法にもこの規定はそのまま引き継がれた。(28年法と30年法、共に第4条第2項) この医師の自由選択には若干の地域的な制限が設けられていた。28年法は、宅診の場合の一般の医師と助産婦については被保険者の居住する市町村の在住者の中から選ばねば

35) Guy Caro, *La médecine en question*, Paris, 1969. 第1部のみ邦訳、ギイ・カーロ、末包慶太訳『問題の医療』、紀伊國屋書店、1982年、8、16頁。なお、「自由医療の四原則」として、医師自由選択、処方の自由、直接相互理解のほか、現在は、報酬の直接支払いに代えて職業上の秘密を守ることがとりあげられるようだ。

ならず、同じ市町村に居住する開業者がいない場合は最も近い市町村に居住する開業者の中から選ばねばならないと定めたが、30年法ではこの規定は削除され、被保険者は同一市町村に居住するか否かにかかわらず自由に開業者を選択できることになった。ただし、30年法の下においても、往診を依頼しなければならない場合は、原則として同一市町村に居住する医師の往診に要する移動費しか償還の対象にならないとモデル協約(後述)で決められたから、往診の場合は、禁止されてはいないにせよ、事実上自由な開業者の選択は制限されていたといえよう³⁶⁾。

開業者選択の自由はフランス医療保険制度の一つの柱である協約制度と抵触しうが、この点については、開業者が協約を締結した職業組合の組合員であるかどうかは問わないが、被保険者は協約に同意した開業者の中から選択することとし、この同意は、組合によってまたは開業者本人によって、金庫に対してなされた通知から生ずるものとされた。最低限度のところにおいてであり、医療保険制度を認める開業者であれば被保険者が選択してもよいということなのであろう。また、この選択自由の原則は金庫がその加入者に特定の開業者を指定するのを禁止しているが、モデル協約は、金庫が加入者に対して、協約に同意している開業者同士を回状やポスターによって区別するのは禁止されるが、適当な方法で職業組合や裁判による特定の開業者に対する制裁措置を知らせることは認められるとした。金庫が幾人かの開業者を口頭で推薦したり、新聞や市町村といった第三者が責任料金表に従う開業者のリストを公表するのも構わないと考えられた。

ところで、ここで言う「開業者(*praticien*)」とは、一般の医師(*médecins*)、専門医、外科医、歯科医師、薬剤師、助産婦のことである³⁷⁾が、この薬剤師の中には、薬局を営んでいる薬剤師のほかに、協約に同意した「薬剤調合資格のある医師(*médecins propharmaciens*)」が含まれる。薬剤調合資格のある医師

36) Tissier, Closset et Olivier de Sardan, op. cit., p.82, n° 489.

37) Chauveau, *La loi sur les assurances sociales à la portée de tous*, op. cit., p.77.

とは、営業している薬局がない地方で開業している医師であって、調査された、あるいは調査されていない薬剤を供給する資格をもっているが、薬局を開く資格はもっていない医師のことである。この医師であって協約に同意した者と本来の薬剤師とも区別されずに自由な選択の対象となる。

開業者選択の自由は病院など医療施設に対しても適用され、被保険者は自由に医療施設を選べるようになっていた。だが、協約を締結した医療施設に入院した時には、原則的には、医師報酬の15～20%だけを被保険者が負担すればよかつたのだが、金庫に所属する施設でもなく金庫と協約を締結してもいない施設に入院した場合には、その費用は患者の個人負担となった。患者である被保険者は自由に病院を選択できるが、病院所属の医師については自由には選択できず、どの医師であれ病院の提供する医師の診療を受けねばならないとされていた³⁸⁾。

医師の自由選択は被保険者の利益であると言われたが、それよりも医師にとって、少なくとも一部の医師にとって一層有利なものであると考えられていた³⁹⁾。

報酬の直接支払いは、既に述べたように、社会保険法の当初案では認められていなかった。フランスの社会保険制度では、被保険者は、全員、社会保険金庫に加入するが、当初案の第三者支払い方式は、この保険金庫が、患者負担は別にして、診療報酬を患者である被保険者に代わって医師に支払うというものであった。これに対して、医師の団体は従来の自由開業医制のもとで行なわれてきた報酬の直接支払い方式がなくなることに対抗した。

28年法はその第4条第5項において、医療・薬剤費や入院費の医師等への支払方法は、(1) 保険金庫による直接支払い——すなわち、第三者支払い——、

38) Tissier, Closset et Olivier de Sardan, op. cit., pp.82-83, n^o 490-491, 493-494.

39) Ibid., p.82, n^o 490.この点について、次のような見方がある。「自由診療の概念の下に、一方では、医療の質を部分的に規定する諸々の原則(医師の自由な選択をも含む——引用者)を結合させながら、その結果として医者に対する患者の信頼を実現させ、他方では、幾つかの原則は、医者が自分の収入のレベルを調整出来るようにし、患者の利益と医者の利益が一致すると信じさせている。」カーロ、前掲書、108頁。

(2) 金庫による償還という条件での被保険者の支払い，(3) 両者の併用，のいずれかのうちから保険金庫が職業組合と締結する協約によって定めることとした⁴⁰⁾。第三者支払い方式と償還方式の双方が認められていたのであった。医師団体が28年法の実施に強く反対し，結局それが実施されずに改定されてしまった一つの原因は，ここで第三者支払い方式が認められていたことにあった。30年法では第三者支払い方式の規定は削除され，医療費は，抑制券の部分を除いて，金庫が被保険者に前払いするか，または償還することと規定され，患者から医師への直接支払いという「原則」は全面的に認められることになった。(30年法第4条第4項) 「償還(remboursement)方式」といわれる診療報酬の支払い方式は，かくして，報酬の直接支払い方式と医療保険制度を調和させるものとして採用されたのだと言える。この方式のもとでは，被保険者は受診の際に規定の診療報酬の全額を直接に医師等の開業者に支払い，その後，支払った金額——その一定部分——を保険金庫から払い戻してもらうことになっていた。償還方式も医療保険制度の下での診療報酬支払い方式の一つであるとはいえ，この方式であれば医師は医療保険の外部にとどまることができ，医師は「保険患者を取り扱うという意味と，いま一つは領収書ないしは明細書をかみならず発行しなければならないという点において，医療保険に関与しているものである」といえるが，領収書や明細書の発行といったことであれば，自由診療制の下での民間保険会社との任意的な疾病保険契約の場合にも必要とされるわけであるから，償還方式は「自由な医業制度，あるいはなんら社会化されぬ医療制度とはただちに結びつくもの⁴¹⁾」であり，医療保険の設置されていない自由診療制と医療保険制の折衷，両者の立場の妥協の産物とみなすこともできよう。償還方式であれば，医師は，事実上，自由診療制度を継続しうるし，それと同時に，立法者は医療保険制度を設立することができる。

自由医療の「四原則」のうち，「処方自由」とは治療上の処方や薬の処方

40) Henry Solus, *Comment fonctionnent les Assurances sociales?*, Paris, Librairie du Recueil Sirey, 1929, p.50. また, 1929年3月30日の命令第42条第1項も参照。Ibid., p.172

41) 佐口卓『日本の医療保障』東洋経済, 1969年, 133頁。

における自由であるばかりでなく、もっと広く検査を行なう自由をも含み、医師が自分の仕事をうまくやるため、また市民の健康を守り患者をより早く病気から回復させるために検査や治療法を選ぶための自由なのであり、医学憲章の最も重要な「原則」と言われる⁴²⁾。また、「患者と医師の間の直接相互理解」といわれる「原則」とは、「開業医が自分の行った診療の程度に応じ、また患者の経済状況から判断して、謝礼の額を開業医自身が決めること⁴³⁾」であり、伝統的な医療費の決定方法であった。「処方自由」や「直接相互理解」という「原則」も、本来、ある種の規格診療を前提としなければならない医療保険とは相容れない面をもっている。30年法はこれらの「原則」を認めるために、償還方式と一体化した責任料金表の制度を採用したのだった。こうして、医師団体の主張する「自由医療の原則」がことごとく認められ、「1930年の法律の制定は、医者組合活動の重大かつ議論の余地のない勝利⁴⁴⁾」となり、その結果として、フランスの医療保険は長らくその実効性を大きく減じられることになる。

6 協約制度と責任料金表

(1)

28年法に従えば、医療費の支払いは次のような方法で行なわれるはずであった。医師、薬剤師等の開業者は職業組合(syndicats professionnels)を作り、地方ごとに組合料金表(tarifs syndicaux)を作成する。組合料金表には普通組合料金表(tarifs syndicaux ordinaires)や最低組合料金表(tarifs syndicaux minima)がある。開業者はその組合料金表に絶対的に拘束されるわけではないが、原則的には患者から直接に組合料金表に則った医療費を受け取る。一方、

42) カーロ、前掲書、42-43頁。カーロは、「処方自由」は医師が処方に対して知識と能力をもっていることが前提となり、それなしには形式的な自由に堕してしまうとして、医師の卒後教育の欠如や製薬企業の販売合戦がもつこの点に対する危険性を指摘している。また、「処方自由は常に幻想である」とも述べている。同上書、42-67頁、172-173頁。

43) 同上書、71頁。

44) 同上書、18頁。

被保険者が加入している保険金庫は、開業者の組合と「協約(convention)⁴⁵⁾」を結ぶ。その協約には金庫が医師報酬や薬剤・器具費の支払いに適用する料金表が含まれる⁴⁶⁾。これは地方ごとに設定されるので「地方料金表(tarifs locaux)」とも言われる。(28年法第4条第4項) この料金表は普通組合料金表の最高限度を越えてはならない。被保険者は、この料金表に基づいて、支払った医療費の一定部分を償還されるか、場合によっては金庫から医師等に直接に所定の医療費を払ってもらう。28年法では、料金表を含む協約は金庫と開業者の職業組合の間で締結されることになっており、職業組合が協約締結に加わるのは当然のことと考えられていた。従って、この制度では、職業組合は地方料金表に責任を負わねばならず、その料金表は組合料金表とある程度実質的な関連を保つことが期待されえたであろう。

(2)

30年法のもとでも似たような協約制度(le régime des conventions)が設計されたといえるが、28年法の制度との大きな違いは、職業組合の関与の下で作成された地方料金表に代わって、職業組合の関与を求めずに金庫が独自に料金表を設定することになったことと、予測しがたい理由から協約が締結されなかった場合についても対応策を準備したということである。30年法の制度においても、保険金庫は職業組合と協約を締結することが基本とされていたが、この法

45) 28年法は「金庫と職業組合の間でできた団体契約(contrats collectifs)」とか「その契約(contrats)によって決められた条件」(共に第4条第4項)というように *contrat* という語と *convention* という語の双方を併用して使っている。両者を使い分けている意味はわかりにくい。 *convention* は具体的な取り決めを指すのに対して *contrat* はもう少しゆるやかな関係に対して使われているのである。1929年3月30日の命令は *convention* について多数記述しているが、*contrat* という語はほとんど使っていない。30年法も *convention* を多用し、例外的にしか *contrat* を使っていない。

46) 開業者との協約は、料金表のほかに、現物給付が支給される方法と専門的管理の方法を規定する。病院との間で締結される協約の場合は、医師の報酬のための料金表がないなど、いくつかの点でこれと異なっていた。1929年3月30日の命令の第36条、第39条参照。Solus, op. cit., pp.170-171.

律は、「医療行為の価格のうち、……金庫によって保障される負担部分は、……金庫によって設定される」(30年法第 4 条第 4 項)として、医療保険のための料金表は金庫が独自に決定し、医師組合等の職業組合がその決定に関与しないという制度を作り上げた。この料金表が協約に記載されることになっていた(30年法第 4 条第 4 項)ものの、かくして、職業組合はその料金表に責任を負う必要がなくなった。金庫は、「地域において行なわれている最低組合医療料金表を考慮して」、この料金表を決めることになっていたが、この規定が実質的な意味を失い、二つの料金表が直接的な関連性をもたなくなってしまう基礎がおかれたのだった。各保険金庫が独自に設定するこの料金表が「責任料金表(*tarif de responsabilité*)」と呼ばれ、30年法の制度の一つの特徴をなすものとなる。責任料金表は、上に述べたように、個々の医療行為の価格を決めるものであるが、それは金庫と被保険者との関係を取り決めるものであって、被保険者と医師との関係に関与するものではない。患者は自由に医師を選択し、通常の医師報酬を支払う。保険金庫は被保険者である患者がいくら報酬を支払ったかには無関係に、責任料金表で決められた医療行為に対して、そこで決められた価格に基づいて、抑制券分を控除して被保険者に償還、例外的には前払いを行なう。金庫が責任料金表において決定した医療行為の価格即ち請負料金(*forfait*)が医療行為の通常価格と一致することが理想的であったが、その保保証はなにもなかった。責任料金表の請負料金が実際の医療費を上回り、規定の償還率を越えて被保険者に払い戻される可能性もありうると言われた⁴⁷⁾が、現実には、請負料金は医療行為の通常価格を下回っており、30年法施行時から多くの医師組合が組合料金表を引き上げたのでその差は一層拡がることになっていく。

(3)

責任料金表の制度ができるとともに、保険金庫と職業組合の間で締結される協約の意義も小さくなってしまったが、それでも協約制度は30年法の医療保険

47) Tissier, Closset et Olivier de Sardan, op. cit., p.81, n° 482.

制度の一つの柱としての位置を与えられており、協約の締結は重視されていた。金庫と医師の関係は、原則として、金庫と県医師組合の間で締結される協約によって規定されるが、協約が結ばれれば、医師は金庫にいくらかの情報を提供することと組合の統制を受け入れることを約束することになる⁴⁸⁾。協約は、金庫と医師の関係を明確にするものであって、被保険者には直接には関係しない。金庫にとってそれは、(1) 医師の協力を得られる、(2) 医療行為の数量、その結果としての給付額の計算が可能になる、という点で大きな有用性と必要性があったが、医師組合にとっても、(1) 事実上、独占権を与えられる、(2) 金庫に俸給医制を採用させず、組合員の医師に対する統制を可能にする、という点で有用であると考えられた。協約制度は自由診療制と一対になるもので、協約が締結されなければ自由診療制は否定され、「役人医師制度(*systeme des medecins fonctionnaires*)」に頼るしかないとも主張された⁴⁹⁾。

保険金庫と協約を結ぶことのできる職業組合はその職業の全国組織の団体によって資格を付与された組合でなければならず、またその資格付与は社会保険高等審議会によって承認されていなければならなかった。資格が認められなかった職業組合は訴えを起こすことができた。(30年法第4条第4項) 金庫は資格を付与された職業組合と、法律や規則に反しない限り、自由に協約を締結できる建前になっていたが、協約があまりに多様になるのを防ぐために、また金庫に指針を与えるために、施行規則(*reglement d'administration*)は「モデル協約(*Convention-type*)」の作成を定めていた。モデル協約は強制されるものではないとはいえ、金庫が職業組合と締結した個々の協約は、監督(*censure*)や管理(*contrôle*)の権限をもつ「県三者委員会(*commission tripartite departementale*)」に提出して認められねばならなかった(30年法第7条第5項)し、また労働大臣は、回状で、協約が県三者委員会の事前の承諾を必要としたので、実際には個々の協約はモデル協約から自由とはいえなかった。

モデル協約を作成するために委員会が設置され、医療関係の各職域ごとにモ

48) Ibid.

49) Ibid., p.85, n° 498.

デル協約が作られていった。協約は、医療保険の実際の実施方法や金庫と開業者の権利を規定しており⁵⁰⁾、その有効期間については法や規則には定められていなかったが、モデル協約では1年間とされ、毎年、有効期限の1ヶ月以上前に事前通告がなければそのまま更新されることになっていた。協約に対する重大な違反があった場合は、協約は取り消されることになっていた。重大な違反とは、たとえば、協約調印直後の職業組合による最低組料料金表の大幅な引き上げとか、職業組合が組織的に専門的管理(*contrôle technique*)を行なわないといったことである。

作成されたモデル協約によれば、医師組合との協約では、次のような事項が規定される。(1) 医師選択の自由の実施される方法(*conditions*)、(2) 被保険者が医師に対してその資格を証明する方法、(3) 医療(*les soins*)供給の方法、(4) 被保険者の医師への報酬支払いの方法と金庫が被保険者に金庫負担分を前払いまたは償還する方法、(5) 処方箋交付の方法と医療補助者や助言医(*médecin consultant*)への依頼の方法、(6) 管理の方法。

また、協約には次のものを添付することとしていた。(1) 最低組料料金表と責任料金表、(2) 金庫と病院管理委員会(*commissions administratives des hôpitaux*)の間で締結された協約。モデル協約は、30年法第4条第4項の規定をうけて、最低組料料金表や責任料金表の添付を定めていたが、社会保険高等審議会はそれらの添付を任意とした⁵¹⁾。

(4)

既に述べたように、責任料金表の基本的な目的は、すべての医療行為における金庫の負担部分を決めることである。その結果として、責任料金表は、被保険者に対する償還額を前もって金庫加入希望者に知らせることによって、その人に最も有利な料金表の金庫を選択することを可能ならしめ、また、既に金庫に加入している被保険者が、その人の医師に割り当てられる報酬額を自分に最

50) *Ibid.*, p.86, n° 504.

51) *Ibid.*, pp.86-87, n° 502-503, 505.

も有利なものにするように論議することを可能ならしめると言われた。しかし、実際には、責任料金表がそうした働きをすることはほとんどなかったであろう。金庫が、県三者委員会の認可を条件として、地域の最低組合料金表を考慮しつつ、責任料金表を決めるとされており、原則として責任料金表の設定は金庫の自由、という建前になっていたのだが、実際には、責任料金表は労働大臣が定める料金表、すなわち再保険料金表の水準を超えないように誘導されており(30年法第4条第12項)、厳しい制限の中におかれていた。金庫の責任料金表設定の自由は、まず、次の点で制限されている。あまりに低額の料金表であると法の趣旨に反することになるので、そうした責任料金表を設定した金庫自体の認可が取り消されうる。金庫の財政状況を危くするほど高額な料金表を設定した場合も同様に扱われる。そこで、責任料金表が満たすべき条件としては、(1) 金庫の収支を均衡させること、(2) 簡単であること、(3) 同一手術が異なるカテゴリの医師——たとえば、歯科医と口腔科医——によって行なわれる時に、その手術に複数の価格を適用しないこと、(4) 病院へ行くのが適当であるのに、そうしないで被保険者や医師に不合理な治療方法を選ぶように仕向けないこと、といったことが考えられた。

個々の保険金庫が決定する責任料金表それ自体はとても短い文書ですむと、当初は考えられていたようだ。医師組合の医師を対象とした責任料金表の場合、それは次の「鍵数字(chiffre-clé)⁵²⁾」や金額を決めればよいと考えられていた。

- (1) 日常的な診療や簡単な外科手術(*petite chirurgie*)といった一般医の行なう通常の診療のための鍵数字
- (2) 専門医のための鍵数字
- (3) 医師の移動すなわち往診の価格
- (4) 日曜や夜の往診のための割増金

責任料金表には、すべての医療行為に係数(*coefficient*)を割り振った「分

52) Key word (かぎとなる語)ならぬ「かぎとなる数字」の意味で、*chiffre-clé* が使われているのであろう。

類表(la nomenclature)」が不可欠である。分類表の係数と責任料金表の鍵数字の両者の数字を掛け合わせることによって、その医療行為の請負料金が求められることになっていた。責任料金表の鍵数字は金額を表わしており、単位はフランであって、例えば、鍵数字が 8 (fr.) で、分類表の係数が 5 の医療行為は、 $8 \times 5 = 40$ で、40fr. の価格となる。原則として、最低組合料金表も責任料金表も同一の分類表に基づいて作成されることになっており、モデル協約もそのように規定している。金庫と医師組合が共通の分類表を使えば、両者の関係を簡単にし、職業の秘密を守るのに役立つことになる。しかし、最低組合料金表による医師報酬額は、たいてい責任料金表によって計算されるそれよりも高額であって、しかも、この点については互いに干渉しえないことになっていた。

医療行為の分類表には二種類あって、第一の分類表は通常の診療を行なう一般医に対して用いられ、これはモデル協約に添付されていた⁵³⁾。第二の分類表

53) モデル協約に添付された一般医用の分類表は、次の通り。

係 数 1

—単純な診察、または、皮下注射、筋肉内注射、単純又は湿性吸角の取り付け、皮膚焼却、マッサージを伴う診察〔往診の価格は、移動手当を増額された診察の価格に等しい〕。

係 数 2

—日曜日に依頼された往診〔再保険料金表では、係数1.3〕。
 —生理的血清や抗毒素血清の皮下注射。
 —静脈内薬剤注射。
 —免疫治療(Hémothérapie)〔同種又は異種〕。
 —ワッセルマンや類似のもののおいての採血。
 —表在性膿瘍の切開〔あるいは、hematose の切開〕。
 —大包帯。
 —尿道カテーテル。
 —子宮内注射。

係 数 3

—夜間往診〔再保険料金表では、係数2〕。
 —novarsenobenzol の静脈内注射。
 —瀉血。
 —寒冷膿瘍の穿刺。
 —単純縫合〔1又は2針〕。
 —鼻出血に対する鼻腔タンポン挿入。

係 数 4

—関節水腫の穿刺。

は専門医用で、フランス医師組合総連合会（Confédération générale des syndicats médicaux français）発行の小冊子であった。第二の分類表では、手術（actes opératoires）は難易度に対応したカテゴリごとに分類され、各カテゴリは単独の手術のための係数と関連手術も含む手術のための係数の二つの係数をもつ。この分類表における医療行為の分類と係数の付与は医師組合が行っていた。当初の分類表はいくつかの問題点も指摘され、訂正が必要と思われていたが、個々の金庫は、再保険料金表によって認められた修正は行なうにしても、分類表の内容を討議したり修正したりする能力をもっているとは思われていなかった。それ故に、金庫は責任料金表において、鍵数字の値すなわち単価を決めることしか求められないという制度になっていたのだとも言えよう⁵⁴⁾。

(5)

金庫は自由に責任料金表を設定できることになっていたが、この自由は実際上の自由であるよりは理論上の自由であると言われ、実際には、責任料金表は「再保険料金表(tarif de réassurance)」によって制限されていたということは既に述べた。30年法第32条は、金庫が分配サービス(services de réparti-

-
- 陰嚢水腫の穿刺。
 - 腰部の穿刺。
 - 薬剤注射(injection modificatrice)を伴う寒冷膿瘍の穿刺。
 - 巨大包帯。
 - 子宮内の手当(pansement)。
 - 表在性異物の摘出。
 - 係数 5
 - 腹水の穿刺。
 - 深部膿瘍の切開。
 - 複雑縫合による癒合〔3針以上〕。
 - 整復術による捻転したヘルニアの修復。
 - 窒息の手当。
 - 係数 6
 - 肋膜炎の穿刺〔évacuatrice〕。

Ibid., pp.87-88参照。

54) Ibid., pp.84, 86-87, n^{os} 497, 504-506.

tion)すなわち短期保険のために払い込まれた保険料総額のうちから10%を控除し、その半分を「再保険のための社会保険金庫県連合(Union départementale des caisses d'assurances sociales pour la réassurance)」に拠出し、他の半分は「保障補償基金(fonds de garantie et de compensation)」に拠出すると規定した。この拠出によって金庫は再保険されることになったが、そのためには一定の条件を満たさねばならなかった。30年法第4条第12項では、金庫は労相が定めた料金表をしのぐ責任料金表を採用したことによって生ずる支出超過に対しては再保険に援助を求めることはできないということと、その料金表は、最低組合料金表を考慮し、社会保険高等審議会の勧告を得て労相が決めるものであるということを規定し、再保険が適用されるための一つの条件は、責任料金表が労相の定めた料金表を越えないことであるということを示した。ここで言う料金表が再保険料金表であった。再保険料金表は1930年9月22日の社会保険高等審議会で初めて採択され、翌日の官報(Journal Officiel)で発表されたが、これは、自動的に、別の内容の責任料金表を採用しなかった金庫にとっての責任料金表となるとされた。(1930年9月20日の回状) そこで、再保険料金表は、事実上、「全国責任料金表(tarif de responsabilité national)」といえる位置を占めることとなり、しばしば「全国料金表(tarif national)」とも呼ばれることになった⁵⁵⁾。

(6)

責任料金表の鍵数字の価格を決定することは保険金庫に委ねられていたが、この鍵数字は、一般医、専門医、歯科医といった各カテゴリごとに決められねばならなかった。事実上の全国責任料金表である再保険料金表は、これらのカテゴリごとに鍵数字を決めたが、一般医用の分類表に適用される鍵数字を、人口が20万人以上の都市や特定の工業地域といった大都市については15fr.、その他の地方については12fr.とすることとし、地域差を考慮した二本建てとした。

55) Ibid., p.88, n° 507.

歯科医用の分類表に適用される鍵数字も、大都市では5 fr.、その他の地方では3 fr.とした。専門医の分類表に適用される鍵数字は、地域差に関係なく一律に8 fr.とされたが、専門医の診察であっても普通診察の場合は一般医用の分類表と鍵数字で計算することとした。専門医の場合の鍵数字が一般医のそれより低いのは、専門医用の分類表の係数が一般医のそれよりも高かったからであろうが、専門医の最低組合料金表は、責任料金表の鍵数字に相当する基礎係数 (coefficient de base) K の価値を25fr.としていたから、このままであれば、医師組合の要求する専門医の報酬額は金庫が認定する医療費の3倍以上になってしまったであろう。また、モデル協約に添付された一般医用の分類表では、日曜と夜間の往診の係数がそれぞれ2と3となっていて、普通の往診の価格の2倍、3倍となっていたが、金庫は時間外受診の濫用を抑制する必要があったので、再保険料金表では、この日曜と夜間の往診の価格を、それぞれ普通の往診の価格の30%と100%増とし、分類表の係数を、日曜往診は1.3、夜間往診は2、金額でいうと、前者は大都市で19.5fr.、その他の地方で15.6fr.、後者は大都市で30fr.、その他の地方で24fr.に変更した。

往診については、それは患者が病状のために動かせない場合以外は認められておらず(28年法と30年法、共に第4条第2項)、また、往診がなされる場合も、既に述べたように、患者である被保険者の居住する市町村内の開業者——居住地の市町村に開業者がいない場合は最も近くの市町村の開業者——の往診を原則とし、それ以外の場合に要する追加的な移動費については、金庫は負担しないということモデル協約は定めていたが、それに添付された分類表では、往診の際の移動費を具体的には扱っていなかった。再保険料金表は、それを、人口10万人以上の都市とその近郊では2 fr.、その他の都市や農村では、1キロメートルにつき75サンチームと決めた。後者の場合も、自動車が発達したので平地と山岳地の区別はしない。また、500メートル以下の距離はゼロ、それ以上は1キロメートルとみなされる。この移動費は、医師と患者が別々の市町村に居住する場合しか支払われず、計算される距離は双方の市町村の役所の距離の2倍である。例外的に、医師と患者が同一市町村の1キロメートル以上離れ

た二つの地区に住んでいる時も、両者の居宅間の距離の2倍に対して移動費が計算される。ただし、モデル協約が定めたように、移動費は、常に、患者が最も近い医師に往診を依頼した場合の額を超えないものとされた⁵⁶⁾。

歯科医療についても、一般の医療の場合と同様に、金庫は歯科医や口腔科医の組合と協約を結ぶことを基本としていた。そして、協約が締結されたか否かにかかわらず、金庫はそれ自身で責任料金表を設定する。モデル協約には歯科医師用の分類表が添付されていたが、再保険料金表はその分類表の一部を修正するとともに、鍵数字を大都市では5 fr.、その他の地方では3 fr.とした。再保険料金表は歯科医療に対して非常に抑制的で、それは社会保険高等審議会が歯科医療を一般の医療ほど重視していなかったからであったという。歯科疾病は、一般に労働の休止をひきおこさないで、特別手当の制度を容易に実施できるとも考えられた。

再保険料金表が決定された後まもない時期に作成され、1931年1月1日から施行されたパリ地区金庫連合(Union des Caisses de la région parisienne)の責任料金表は、モデル協約で予定されていた責任料金表や再保険料金表とも異なるスタイルをとっていた。この責任料金表は、一般医、専門医、歯科医等の職業のカテゴリごとに分類されており、再保険料金表の方式のように地域差を考慮した二本建ての価格——都市用の価格と農村用の価格——を設けていたが、難易度の異なるカテゴリごとに分類された医療行為に付された係数と、別個に決定された鍵数字との積を医療行為の請負料金とするという方式を採らず、個々の医療行為をいくつかに分類し、そのおのおののグループに都市用の価格と農村用の価格という二つの具体的な金額を明記するという方式をとっていた。係数を使う方式の場合、医療行為の価格は、2倍、3倍といったように等比級数で高くなっていくが、パリ地区の責任料金表はそうした急激な価格の増加を抑えようとしたものと考えられよう⁵⁷⁾。とはいえ、この方式は永くは続かなかったようである。

56) Ibid., pp.82, 88-89, n^{os} 489,507.

57) Ibid., pp.119-120参照。

責任料金表による鍵数字の決定、分類表による医療行為の分類と係数の決定、そして、鍵数字に係数を乗ずることによって医療保険制度の下での医師の診療報酬を決定するという方式が、基本的な枠組としてみるならば、現在のフランスの診療報酬算定方法にまで引き継がれることになっていく。もちろん、責任料金表という名称も内容も、その設定者も変わったし、その他同じでないものは多いが、基本的形式は30年法の施行直後に作られたのであった⁵⁸⁾。

(7)

薬剤費について、既に述べたように、30年法は、医療費の場合と異なり、被保険者の属する標準報酬の等級にかかわらず一律に15%を抑制券として被保険者の負担とすることにしていたが、薬剤費と医療費とでは償還の基礎にも違いがあった。医療費は「責任料金表における被保険者の負担」を除いて償還されるのだが、薬剤費については、「薬剤その他の費用に対する負担率」を除いて償還される。医療費の場合は金庫が責任料金表において決めた請負料金に基づいて償還されるのだが、薬剤費の場合は実際に被保険者が支払った金額に基づいて償還されることになっていたのである。そこで、薬剤費に関しては責任料金表は不必要であり、作られないことになっていた⁵⁹⁾。ここでは28年法の原則が生きていたのである。ちなみに、パリ地区金庫連合の責任料金表は、薬剤の項目で、医師に処方され通常価格で支払いがなされた薬剤の価格の85%を償還するということと、容器類については償還しないということの規定しているだけで、それ以上の細かい規定はない。

58) 1960年における分類表の係数と料金表の「基本符号(lettre-clé)」——30年法の鍵数字に相当——とを使った診療報酬の決定方法について、ホガース、前掲書、167～171頁参照。同書には1960年の分類表の要約と料金表の一部も掲載されている。同上書、543～555頁。また、現代の診療報酬決定方法について、『西ドイツ・フランス医療保障制度の現状と課題』健康保険組合連合会、1978年(本書のフランスの医療保障制度の部分は、石本忠義著『世界の医療保障制度』勁草書房、1982年、の第6章にほぼ同じものが再録されている)、95～97頁参照。

59) Tissier, Closset et Olivier de Sardan, op. cit., p.91, n^o 517-518, 520.

しかし、金庫は薬剤師とも協約を締結することになっていた。協約は、薬剤師だけが資格を付与されている調合や薬剤等のみを対象とし、それ以外の薬剤の販売については金庫は他の販売業者と自由に契約できることになっていた。金庫と薬剤師とのモデル協約を作成した委員会は、「全国薬剤師団体組合同委員会(le Comité intersyndical des groupements pharmaceutiques nationaux)」から次の点で同意をとりつけ、モデル協約に規定した。(1) 同一の料金表が協約に署名するすべての金庫に適用される、(2) 供給される薬剤の大部分について価格の割引が行なわれるが、金庫は協約締結者以外の薬剤師からそれ以上の値下げを求めたり、受けいれたりしない。

モデル協約には料金表が添付されていたが、薬剤師の委員会は、その料金表は最高価格を示しており、(1)の規定にかかわらず、各金庫は協約においてそれ以下の有利な価格を決めることができ、しかも、いかなる場合も社会保険被保険者に他の客よりも高く薬剤が売られることはないということを確認した。また、共済組合薬局や「商業薬局(pharmacies commerciales)」に対して、金庫は通常の薬局とは異なる料金表を設定できることになっていた。料金表に記載されている薬剤の価格に対する割引は、市町村の人口規模に応じて次のように行なわれた。

人口	3,001～	5,000人	：	5	%割引
	5,001～	10,000人	：	7.5	%
	10,001～	100,000人	：	10	%
	100,001人以上		：	15	%

ただし、ミネラル・ウォーターは割引されず、特許薬剤 (spécialité, または, spécialités pharmaceutiques) も製造業者の指示した価格で引き渡されることになっていた。

料金表の分類にとりあげられている薬剤は伝統的なもので、新薬などは特許薬剤に分類されたものと思われる。医師は、既存の法律に従って薬剤を自由に処方する権利をもっていたが、特許薬剤に関しては認可された薬剤しか処方できず、また、政府規則(règlement d'administration publique)によって定め

られる特別委員会が、認可される特許薬剤のリストを作成し、絶えず更新する任務をもつと規定されていた。(30年法第7条第4項) 1930年7月25日の労相の布令(arrêté)はリスト作成の特別委員会のメンバーとなる役職を決めたが、リストの作成・公表は遅れた。さしあたり、医師は自由に専門薬(les remèdes spécialisés)を処方できた⁶⁰⁾。

共済組合薬局は特別な地位を与えられることになったが、当初、問題が起きた。28年法には見られなかったが、30年法は、社会保険の諸機関(organismes)が薬局を開設することを禁止した。(30年法第26条第6項) この機関には初級社会保険金庫や企業福祉施設(institutions patronales)が含まれるのは明らかと考えられていたが、その具体的範囲は必ずしも明確ではなかった。共済組合は、1898年の共済組合法によって薬局の設立が認められていた⁶¹⁾が、また、社会保険法によって初級社会保険金庫を設立することも認められていた。共済組合が初級金庫を設立した場合、この共済組合が薬局の開設を禁止されている機関に該当するかどうかが問題となったが、議会では初級金庫だけが禁止規定の対象として取り上げられていたこと、及び、現行法で認められているものを改定してしまうのは受け入れられないであろうということから、共済組合は薬局開設が禁止されている機関に含まれないとされた。そこで、共済組合は自由に薬局を設立し、初級金庫の加入者でもある組合員に、間接的に補足給付として薬剤を供給することができた。法の規定は薬局の開設だけを禁止していたので、研究所やそれに類する施設の設立は禁止されていないとみなされた⁶²⁾。

薬剤師以外の医療用品供給者——例えば、薬草販売人、包帯製造業者、眼鏡商、整形外科用靴製造業者、分析試験所——とも保険金庫は協約を締結できることになっており、薬草販売人とのモデル協約が作られた。薬草販売人との間で締結される協約は、全くの商業用製品を除いて、彼らが免許状によって扱う資格

60) Ibid., pp.91-93, n^o 520-521.

61) 共済組合薬局については、拙稿「19世紀末におけるフランスの共済組合」(上)、(下)、『三田学会雑誌』第72巻4号、1979年8月、80頁、及び、同誌第72巻5号、1979年10月、63-64頁参照。

62) Tissier, Closset et Olivier de Sardan, op. cit., p.93, n^o 523.

を与えられていた薬や調合を対象としていた。モデル協約を作成した委員会は、免許状を必要としない薬や調合についてはモデル協約で扱うべきではなく、その取扱いは金庫の自由にさせておくべきだとした⁶³⁾。

(8)

傷病の被保険者は公立病院や保険金庫付属病院や私立病院に行くこともできるわけであるが、それらに対応する医療保険の制度は、開業医の場合の制度とは非常に異なっていた。この点に関して、社会保険法は、あとで述べるように、公立病院へ入院する場合の入院費用の最高限度について簡単に規定している(30年法第6条第2項, 28年法第6条第2項も類似の規定)だけであって、具体的な制度の形成は金庫と病院が協議し締結する協約に委ねられていたといえる。

モデル協約作成のための委員会は、パリ公的扶助病院総括理事会 (*l'administration générale de l'Assistance publique de Paris*) と金庫との間のモデル協約と、それ以外の公立病院管理委員会 (*commissions administratives des hôpitaux publics*) と金庫との間のその二つのモデル協約を作成した。後者の規定は、博愛的性格をもつ公立病院なみの規模の私立病院にも拡張適用されることになっていた。ただし、モデル協約は強制されるわけではないから、県三者委員会の認可があれば、それと異なる協約を作ることもできる。公立病院管理委員会との協約——そのうちの医師報酬の支払いに関する条項は医師組合と金庫との一致によって作成される——は、前に述べたように、医師組合との協約に添付されねばならない。

協約によって、パリ公的扶助病院理事会や公立病院管理委員会は、金庫に対して、治療を受けることを希望する被保険者を空のある範囲内で受け入れることを約束する。言い換えれば、提供するベッド数についてはなんの約束もしない。患者は、種々の病院に、またはある病院の種々の部門に分散して収容されることになっており、個々の被保険者が受け入れられた場合、理事会や管理委

63) *Ibid.*, p.93, n° 522.

員会は金庫や社会保険県・県際サービス (le service départemental ou inter-départemental des assurances sociales) に通知する。被保険者は「病院の共同制度(régime commun de l'hôpital)⁶⁴⁾」に受け入れられる。病院の共同部屋(salles communes)や共同部屋の付属室に収容され、規則に従って看護されるということである。理事会の言うところでは、パリでは、協約から除外される「市立健康の家(la maison municipale de santé)」を別とすれば、理事会管轄下のどの病院も特別室(salles distinctes)をもっておらず、被保険者はすべての他の患者と同様の待遇をうける。それらの病院以外の有料患者用特別病棟(quartiers ou pavillons séparés)のある病院では、被保険者は、本人の希望によってこれらの別棟に収容されるが、金庫の負担は病院の共同制度に収容された場合の費用と同額までに制限されていた⁶⁵⁾。

ところで、フランスでは、病院(hôpital)は伝統的に市町村が運営する貧困者のための無料の施設として発達してきたので、病院という概念(conceptions hospitalières)には扶助の観念(la notion d'assistance)が伴っていたのであるが、医療技術の進歩があり、費用もかかるようになって、19世紀末以来、病院はもはや貧困者にだけ開かれているのではないと考えられるようになってきていた。1941年12月20日法によってこうした傾向が明確にされるのであるが、社会保険法はそれを促進するものとして作用することになるであろう。

支払いをする有料の患者(malades payants)と支払いをしない貧しい患者が共に存在した19世紀末以降のフランスの病院では、病院の運営費や無料患者の医療費といった費用は市町村が負担してきたという従来の経緯から、有料患者といえども、その入院や治療に要した個人的な費用の総額を支払うということにはならなかった。病院の一日の費用を計算し、それに基づいて有料患者から徴収する定額の「入院料日額(prix de journée)」を決めるという方式がとられていた。この考えの方式は古くから一部の病院で行なわれていたが、有料患

64) 3ベッド以上の病室の場合「共同制度」と言い、1または2ベッドの病室の場合「特別制度(régime particulier)」と言う。Jean Imbert, *Les Hôpitaux en France*, (Que sais-je?), Paris, PUF, 1974, p.84.

65) Tissier, Closset et Olivier de Sardan, op. cit., p.94, n^o 527-529.

者の増大に伴い厳密化されてきて、1893年には5年ごとに県知事によってこの金額が決められることになり、1918年からは毎年改定されることになった。この入院料日額は、病室の違いや医療サービスの質の違いによって異なる一定の金額であり、また、それは「すべてを含んだ」費用であると言われるが、厳密な意味では、医師報酬は含まれないと考えられていた⁶⁶⁾。

30年法第6条第2項は、この入院料日額に対する金庫の負担について規定し、入院の際の金庫の負担する費用は、公的扶助病院において実施されている有料患者用最低料金表の範囲内でなければならず、また、ここで言う金庫の負担する費用の中には医師報酬は含まれないと定めた。そこで、この規定を実行するために、モデル協約は、パリの公的扶助病院の「無料医療扶助料金表(tarif de l'assistance médicale gratuite)」を使用する有料患者用最低料金表として採用するとともに、患者が入院中に給付された薬剤や器具の費用が入院料日額に占める割合を理事会は金庫に知らせねばならないということにして、理事会が医療スタッフへ支払う手当を別にした通常入院料日額の全体に占める病院運営費(frais d'hôpital)や薬剤・器具費を計算することとした。金庫はそこで得られた数値によって責任料金表を作り、労相の認可を得る。入院費(frais d'hospitalisation)についての責任料金表としては、再保険料金表を採用するか、または例外的に、それよりも低額の「総費用(le coût total)」の方式を採用した時に認可が得られると考えられていた。

従来、患者が入院したことによって生ずる病院の支出は、患者本人の支払いや「無料医療保険(l'assurance médicale gratuite)」——公的扶助のことであろう——によってカバーされてきており、金庫の責任料金表が同様の保障をし、それが入院料日額をすべてカバーしている場合には、金庫は病院理事会にその入院料日額を払い戻せばよいわけだから、問題は生じないはずであった。しかし、金庫の責任料金表の入院費が実際の入院費である入院料日額よりも低い場合、差額は、これまでと全く同様に被保険者本人か居宅救済を行なって

66) Imbert, op. cit., pp.61-62, 82-84.

いる市町村(*collectivité du domicile de secours*)によって負担されねばならないと病院側の理事会や管理委員会は主張した。1930年7月25日の命令は、この点について、病院側に保証を与えようとするもので、その命令があったから、理事会や管理委員会の代表はモデル協約に同意したのであった。モデル協約は次のように規定した。四半期ごとの病院からの報告書に基づいて、金庫は責任料金表で定めた金庫の負担分を病院に払い戻すが、責任料金表の入院費が入院料日額より低額の場合、その差額分については被保険者が直接に病院の理事会、または管理委員会に支払わねばならない。ただし、居宅救済を行なっている市町村が被保険者に代わってそれを支払えば、被保険者の支払いは免除される、と。金庫の責任料金表によって支払われるべき入院費として、再保険料金表は次の金額を決めた。人口20万人以上の都市か工業地域の都市では、一般医療の(en médecine)入院費：20fr.、外科医療の(en chirurgie)入院費：24fr.、その他の地方では、一般医療の入院費：13fr.、外科医療の入院費：16fr.。1930年6-7月に労相の実施したアンケートの結果によれば、有料患者用最低料金表に基づく入院料日額の平均は、一般医療の場合18.46fr.、外科医療の場合21.80fr.で、最低はジュール県における、それぞれ9.23fr.と12.58fr.、最高はブーシュ・デュ・ローヌ県における39fr.と41fr.であって、入院料日額には大きな格差があり、いくつかの都市では、再保険料金表の金額を採用した責任料金表の入院費が入院料日額の全額をカバーするが、別の都市では、前者は後者よりも非常に低いということになってしまうのだ⁶⁷⁾。

30年法第6条第2項は、前に述べた通り、病院勤務医の医師報酬が入院の際に金庫が負担する入院費——有料患者用最低料金表に相当するものと考えてもよいだろう——の中に含まれないとしたが、このことは、付随的に、医師報酬は入院料日額とは別個のものであり、それとは別に支払われねばならないという原則を導くことになった。病院勤務医の報酬決定の問題は、当初、病院における医師選択の自由の問題も関係して、医療保険の最もデリケートな問題の

67) Tissier, Closset et Olivier de Sardan, op. cit., pp.94~95, n° 530.

一つと考えられた。病院勤務医の場合、開業医と違って、原則として「直接相互理解」や「直接支払い」は行なわれないことになっているが、彼らも、彼らが病院外で患者から受け取れるものと同等の報酬を求める傾向があり、金庫と病院との間で締結される協約すなわち「病院協約(*convention hospitalière*)」で、その報酬を正確かつ厳密に決めることになっていた⁶⁸⁾。その具体的な数字は病院協約のモデル協約では示されず、個別の協約に委ねられていた。社会保険法には金庫から病院勤務医に対する報酬の支払いについて何の規定もなく、入院料日額の中にそれが含まれない以上、金庫は別個に医師報酬を支払わなければならなかったが、入院料のほかに高額の医師報酬を支払う余裕はなかった。そこで、1930年9月22日の再保険料金表は、教育センター(*centres d'enseignement*)である都市の公立病院における勤務医の報酬額を、一般の医師も外科医も一律に一件につき一日4 fr.(4 francs par journée de médecine ou de chirurgie,または、4 fr. par jour pour la médecine)と決めた。この金額は、手術をしたからといって増えるわけでもなく、非常に低い金額であり、医師がこれを受け入れるのは職業的な無私無欲の精神を示すことにほかならないと言われた。他の都市の公立病院の場合も、医師報酬は、同じく一件一日4 fr.と決められた。ただし、外科医の報酬に関しては、金庫は、病院勤務医との合意によって、上述のような定額方式を採用するか、専門医の分類表と鍵数字を使用した方式を採用するかを選べるようになっていた。再保険料金表は、前者の方式の最高額を4 fr., 後者の方式の鍵数字の最高額を3 fr.としていた⁶⁹⁾。

金庫が支払うことになっている病院勤務医の報酬は、診療の件数と日数によ

68) ここで言う勤務医の報酬とは、金庫が勤務医の報酬として病院に払い込むものであって、勤務医が病院から支払われる報酬とは区別して考えるべきだろう。病院から勤務医への報酬支払いの制度は、金庫とは無関係に存在していたであろう。現在のフランスでは、フルタイムの病院勤務医は、固定俸給表(*un barème d'émoluments fixes*)に従って報酬を支払われるが、以前はもっと複雑だったようで、医局長の勤務医(*médecin hospitalier chef de service*)には医療行為数に応じた報酬がかったりして支払われていたというが、それ以外の場合は、もう少し俸給的要素を取り入れた出来高給的な報酬が勤務医に支払われていたのであろう。cf. Imbert, op. cit., p.87.

69) Tissier, Closset et Olivier de Sardan, op. cit., pp.95-96, n° 531.

て一括して計算され、金庫が直接に勤務医の代表者に支払うか、または、合意ができている場合には病院理事会に支払う。モデル協約作成の委員会において、医師代表は、公立病院における勤務医の報酬のこうした一括払い込みを認めたが、その譲歩の代償として、被保険者が有料患者用特別病棟を希望してそこに収容された場合には、その被保険者は医師を自由に選択し、報酬についても医師と直接に取り決めるものとするを要求した。公的扶助高等審議会（Conseil supérieur de l'Assistance publique）が既にこれを認めていたので、同委員会も医師の要求を受け入れて、モデル協約にその規定を入れた。その規定は、将来、パリの公立病院で特別病棟が作られたら適用されることになっていたが、特別病棟で「直接相互理解」や「直接取引」が認められるためには、病院の規則がその旨を明白に規定していなければならなかった⁷⁰⁾。

入院時の被保険者の自己負担について、社会保険法は明白には規定していないと考えられていた。抑制券の目的は仮病のような不正行為の防止であり、入院の場合、そうした不正行為はありえないと考えられたから、金庫が負担する入院料に対して被保険者の負担を求めないのは正当であると考えられた。こうして、被保険者は金庫が支払う入院料に対しての自己負担を免除されたが、前述のように、入院料日額が責任料金表の入院料を越えている場合には、居宅救済を行なう市町村が肩代わりしない限り、その差額分を自ら負担しなければならなかった。一方、病院勤務医の報酬として金庫が負担する部分に対しては、法の規定通りの抑制券が求められるべきであると考えられた。従って、再保険料金表が認める最高額の「総入院料日額(un prix de journée total)」である28fr.——その内訳は、外科医療の入院費24fr.と病院勤務外科医の医師報酬4 fr.——の場合、被保険者はその属する標準報酬の等級によって、60サンチームか80サンチーム——4 fr.の15%か20%——を負担することになった。

病院における入院を伴わない外来患者の診察料については、協約に添付される料金表(barème)によって料金が決められ、その収入は理事会と勤務医の間で

70) Ibid., pp.83, 96, n^{os} 494, 531.

合意された条件で両者に分けられることになっていた。その診察料は、金庫が責任料金表の限度内で負担するが、それを越えた部分は被保険者本人か居宅救済を行なう市町村が負担する。再保険料金表は、パリ公的扶助病院 (les hôpitaux de l'assistance publique de Paris) を適用対象として、一般医用分類表に含まれるすべての医療行為を一括した外来患者用の診察料を、病院運営費 (frais administratifs) の 6 fr. と医師報酬の 4 fr. からなる 10fr. とすることを決めていた⁷¹⁾。

(9)

被保険者が公立病院以外の医療施設を利用する何通りかのケースがあった。それらのうち、社会保険法は、保険金庫に所属する無料診療所 (dispensaires) や無料診察室 (cliniques) や予防治療施設 (établissements de cure et de prévention) といった医療施設や、金庫と契約を結んだ医療施設において、被保険者が医療給付を受ける権利をもつと定めた。(30年法第 6 条第 1 項, 28年法第 6 条第 1 項) 30年法の同じ条項には、さらに、金庫の理事会 (conseils d'administration des caisses) が金庫に属する医療施設を組織し管理するということ、および、金庫が共済組合の社会事業を利用するために共済組合と契約を結ぶことができるということが追加されていた。かくして、金庫は、加入者のための治療と予防の施設を創設し、取得し、運営することが認められたのだが、若干の厳しい留保条件が付いていた。土地や不動産を取得する場合には、財政面を考慮した「一般保証金庫 (caisse générale de garantie)」の承認が必要とされたし、医学部や医学校のある都市でそうした施設を建設したり、設備を備えつけたりすることができるのは、病院管理委員会や上記の学校の勧告がある場合に限られていた。(30年法第 31 条第 1 項 2 号 d, 28年法第 31 条第 1 項 2 号 d は不動産取得時の一般保証金庫の承認の必要のみを規定) しかも、治療や予防の施設を設立する際に、その設立に医師組合が参加していない場合に

71) Ibid., pp.95-96, n^o 530, 532-533.

は、施設の「組織すること(l'organisation)と技術的運営(le fonctionnement technique)」について、金庫は協約を締結した医師組合に意見を求めなければならず、両者の意見が不一致の場合、医師組合は県三者委員会に訴えることができることになっていた。(30年法第6条第1項) 28年法に見られないこうした規定が30年法に挿入されたのは医師組合への譲歩のためなのであろうが、金庫の医療施設設立に何故医師組合の参加が求められるのかという点について、医師組合が施設建設に反対するとすれば、それは公衆衛生や医学の観点からなされたのであって、利己的・金銭的な利害からではないはずだと説明されていた。

保険金庫が、共済組合とその施設を利用するために契約を結ぶという方式は、金庫の多くが共済組合によって設立されていたし、営利目的をもたずに共済組合によって設立された医療施設には大きな利点があったから、しばしば利用されると考えられた。共済組合の医療施設の設立や運営には医学部・医学校や医師組合の監督が及ばないとされていたので、このことが金庫にも利益をもたらすと考えられたわけである。

保険金庫や共済組合の医療施設以外の私的医療施設について、社会保険法は何も言及していないが、問題はもっと複雑であった。モデル協約作成委員会は、個々の状況が多様なので私的医療施設のためのモデル協約は作れないと判断した。しかし、委員会は、また、次のような見解を示した。金庫が、医師組合と協約を締結したのちに、その医師組合の干渉なしに自由に私的医療施設と契約を結ぶことができるのだとすれば、医師の自由選択、直接相互理解、直接支払いに対する法の保証は空文化してしまう。それ故、この問題の最良の解決策は、金庫が医療施設を設立する場合の規定を拡張解釈して、金庫が私的医療施設と契約を結ぼうとする時には、協約を締結している医師組合にその契約案を通知しなければならず、医師組合が侵害されたと判断する時には県三者委員会や社会保険高等審議会常設部に提訴できるとすることである、と。しかし、こうした法の拡張解釈が適法がどうかは疑問とされていた。

1930年9月22日の再保険料金表は、金庫と契約を結んだ私立病院(les clini-

ques privées)で被保険者が受けた診療は公立病院の一般サービスを受けた場合と同じに扱うが、契約していない私的医療施設を利用した時は、専門医療の料金表が適用される場合——鍵数字は8 fr.,入院費は除く——の支払い請求だけを認め、それ以外の場合は、被保険者が自宅で養生していたのと同じにみなすこととした。契約を結んでいない私立病院で受診しても、通常は、医療保険を適用してもらえないということである⁷²⁾。

(10)

フランスの医療保険制度は保険金庫と医師組合との間で協約が締結され、医師が医療保険の実施に協力するという状態を正常とする制度として設計されていたのであるが、30年法は、28年法が挫折した経緯をかんがみて、協約が締結されない場合に対しても予め準備し、対応策を明記していた。このことは、かえって医師組合に協約に参加しない権利を正式に認めるということになったともいえるであろうが、ともかく、金庫は、協約が締結されない場合、患者である被保険者に、責任料金表に基づいて金庫の負担分を償還するか、「請負日手当(une indemnité journalière forfaitaire)」を与えるかのどちらかを選択することになっていた。(30年法第4条第7項) 無協約であっても責任料金表に基づく償還がなされるという方式であれば、もともと金庫は自ら責任料金表を設定することになっていたのであるから、協約が締結されてもされなくても協約制度とほとんど同じ制度が実施されることになるとも考えられた。しかし、無協約で責任料金表の方式を実行するとすれば、金庫は、医療保険の管理に必要な基本的情報も、医師の専門的管理も得られないのだから、金庫独自で運営と不正防止に努めねばならず、重大な危険に直面する可能性があった。請負日手当の制度は、こうした危険を回避するための方策でもあった。協約を締結できなかった金庫は請負日手当の制度を採用しうるわけだが、この制度の場合は、医療行為の質量には関係なく、定額の手当が傷病の日数に応じて支払わ

72) Ibid., pp.96-97, n^o 534-537.

れる。この手当は外科手術や入院を伴う傷病の場合には支給されない。この請負日手当の最低額は、前年に保険料が拠出された際にその基礎となった標準報酬日額の総平均の20%とされ、金庫はこの最低額を自己責任の下で自由に引き上げることができるが、そのことによる支出の超過分を再保険に依存することはできないとされた。(30年法第4条第7項) 請負日手当の最低額は、同時に、再保険料金表が認める最高額でもあったわけである。30年法施行初年度においては、請負日手当は4 fr.を超えないように指導されていた。また、被保険者は請負日手当には全く抑制券を課されず、請負日手当の制度が採用された場合には、さらに「補足手当(indemnités supplémentaires)」を支払われることもありえた。補足手当は医師の往診や特別治療が必要な時に支給されるもので、特別治療に対して補足手当が支払われるには主治医と金庫がその必要性に合意していなければならず、合意できない場合は、患者の容態鑑定のための専門委員会が判定を下すことになっていた。(30年法第4条第7項) 補足手当は、無協約の際の請負日手当の制度に特有のものであって、責任料金表がある場合には、往診も特別治療も他の医療行為と用じように責任料金表に基づいて計算された。請負日手当の制度の下でも、薬剤費は、その手当とは別に、被保険者の負担部分15%を控除して償還された。請負日手当や補足手当は、傷病にかかった時から支給されるが、医師によってその症状が証明されない限りそれらの手当に対する被保険者の権利は生ぜず、またその権利は、いかなる場合にも傷病が証明された日以前には遡及しない。

以上のように、金庫と医師組合の間に協約が締結されなくとも、責任料金表が請負日手当によって給付が支給されることになっており、被保険者は少なくとも支払った医療費の部分的な償還をうけることができるようになっていたが、労相は、無協約の場合の対応として、責任料金表の制度を採用するように繰り返し金庫に勧告していた。医療費支出は傷病それ自体の必要に左右されるものであって、傷病期間だけに対応する請負日手当は患者の必要にうまく適合しているとはいえ、責任料金表の方がその必要により適格的であるというのが、その理由であった。

社会保険法が規定した無協約の場合の対応策といえども、それらは暗黙の協約があるということを前提としたものだった。医師は診療書類(les feuilles de maladie)に署名するのを拒否しないはずだという前提である。しかし、医師の側では、正当な行為でないと言われるにしても、協約がなければ診療書類への署名を拒否してもよいのだと考えることも可能であった。その結果、給付の支払いに必要な証拠書類がないということになる。そうした場合でも、被保険者が医師に支払った報酬や購入した薬剤の正規の領収証があれば、金庫は対処できる。社会保険法は強行法であり、医療給付のサービスは保証されねばならないから、開業者の組合が医療保険の実施を阻止したり、給付の支給に反対するのは認められることではなかったが、医師たちが診療書類にも領収証にも署名することを拒否して組織的に医療保険の実施を妨害するという場合も考えられた。こうした場合の対応策としては、金庫に、医師組合と協議する代わりに、幾人かの医師と個別に協議することを認めるという方式も考えられた。これは合意に達するのが容易であると思われた。医師組合の組織的な妨害があれば、金庫は労相と協力して特別な措置を講じることをも考えねばならないとも言われた。役人医師制度の可能性をさぐることであるが、その実現の可能性は小さかったというべきであろう。結局、多数の金庫が協約を締結できずに活動せねばならなくなるが、暗黙の協約を前提としているということは法の一つの欠陥であると考えられながらも、医師の組織的抵抗に対する有効な対応策を見つけるのは非常に困難だったのである⁷³⁾。

Ⅲ 1930年社会保険法制定以後の医療保険

(1)

1930年の社会保険法は1930年7月1日に施行されたので、保険金庫は同年10月1日から医療給付を開始することになった。そこで、7月から開業者の組合

73) Ibid., pp.80-81, 90, 97-98, n 476, 482, 512, 538-542.

との接触が急がれ、諸金庫はそのために連合した。しかし、モデル協約は作られたにせよ、期待されていた協約は締結されなかった。医師は、社会保険法において「自由医療の原則」を認めさせるなど大きな譲歩を引き出すことに成功したが、表向きはそうした成功を認めず、組織的に社会保険法を無視するということはなかったにせよ、引き続きそれを自由医療の障害とみなし、秘かに破産を期待しながら、その実施に対して消極的な態度をとることによって圧迫を加えていた。もはや、協約をあてにすることはできなくなっていた。そんな状態だったから、医療給付が開始されても混乱や濫用があったようだ。9月30日に診察料15fr.を払った患者が、翌日には社会保険被保険者ということで30fr.を請求されたとか、被保険者資格を提示すると値段を高くするために調合をやり直した薬剤師がいたことなどが報告され、一部であったにせよ、こうした例が繰り返されたので医師全体が不信感をもたれることになったという。

医師と共済組合の争いも始まった。共済組合も、社会保険法によって活動分野を奪われることになったとはいえ、その法律において既得権を認められ有利な条件を得ることができた。その一つは病院を建設し運営できるということであった。前述のように、金庫が医療施設を建設したり運営したりするには様々な制約が課されていたが、共済組合はそうした制約を課されなかったので、「公定料金表 (tarifs officiels)」の報酬を俸給制で支払うという条件で医師と契約することができた。セーヌ共済組合 (Mutualité de la Seine) が、責任料金表に基づいた診療を行なうために7人の医師、外科医、専門医と契約した時、パリ・県病院医師組合 (les syndicats médicaux des hôpitaux de Paris et du département) は1931年2月16日の回状で、医師を破滅に追いやるものとしてセーヌ共済組合を非難した。「自由医療の原則」を否定する診療の方式は保険金庫や被保険者には有利であったが、大多数の医師の反撥するところとなり、共済組合は、かつては医師と最も友好的な関係を保っていたのに、医師の敵とみなされるようになった。その後も、パリ金庫連合 (union des caisses de Paris) と協力したパリ共済組合 (mutualité parisienne) が、協約不在状態の下での外科診療のために、「協約病院 (cliniques conventionnées)」

という制度を考案するなど、共済組合のこの面での活動は続いた⁷⁴⁾。

医師は自由医療を守るために——それは、高い所得水準を守ることにつながる——社会保険法に抵抗したにしても、それを有利に利用できるところでは徹底して利用したといえるだろう。それは料金表の問題に顕著に表われている。再保険料金表が発表され、金庫が責任料金表を設定すると、医師組合は最低組合料金表を引き上げた。金庫が償還率を一定に保とうとして再び責任料金表を引き上げると、また組合料金表も引き上げられた。こうした責任料金表の引き上げと組合料金表の引き上げというイタチごっこが何回となく繰り返された。患者の実支出に対する金庫の償還率は50%程度になってしまったこともあった⁷⁵⁾。社会保険法は医師の利益を侵害するよりも、その報酬の引き上げに貢献することになったのである。社会保険高等審議会はこのような最低組合料金表の引き上げに抗議したが、有効な対応策はもちあわせておらず、結局、金庫の理事たちは、責任料金表を引き上げても組合料金表も引き上げられ、被保険者の負担は軽減されないの、そうならない保証が得られない限り責任料金表の引き上げを差し控えたいと考えた。政府もこの問題に対する明確な方針を決めるのは難しかった。当初は、医師組合に一方的な組合料金表の引き上げを反省させるために、責任料金表を低いままに据えおくという方法も考えられたが、医師組合は公定の料金表をも無視するので、この方法も効果がないと判断された。責任料金表に基づいて金庫が被保険者に償還する給付を実際に被保険者が医師に支払った診療報酬額に近づけること、言い換えれば、責任料金表を最低組合料金表に近づけることは、医療保険の実質を保つためにぜひとも必要なことであったが、これが、以後のフランスの医療保険制度にとっての最大の問題となっていく。

金庫の理事たちは、金庫に、一定の最高限度内で自由に料金表を決定できる権限が与えられることを希望するとともに、医師組合が単独で最低組合料金表

74) Lavielle, op. cit., pp.115-119, 138. Lavielleは共済組合連合の会長を勤めた熱烈な共済組合主義者であったということは考慮すべきであろう。

75) ホガース、前掲書、153頁。

を設定するという制度に抗議し、被保険者や金庫も参加して診療報酬の料金表を決めるという制度を要求していた。1937年に開業者の組合が、再び大幅に組合料金表を引き上げた時、この問題がクローズアップされ、共済組合と社会保険諸機関の「協調委員会(Comité d'entente)」はフランス医師組合全国連盟(CNSMF)や歯科医師組合全国連合会(FNSD)と連携して、その問題を研究するための一つの委員会を設立した。その結果、問題の公正な解決を約束した協約を作り、それを社会保険諸機関と県医師組合(syndicat départemental des médecins)に提案するということで意見の一致にこぎつけることができた。そのモデル協約によると、金庫連合(l'Union des caisses)と県医師組合が協議して最低組合料金表を作り、金庫は個々の医師にそれを尊重することを約束するように求めることが認められ、また約束した医師のリストを被保険者に与えてもよいということになっていた。しかし、この計画は、最有力の医師組合のいくつかが協定の承認を拒否したために、実施が断念されてしまった。

責任料金表を可能な範囲内で最低組合料金表に近付けようとする社会保険金庫と医師全国組合代表の計画が挫折したあとは、料金表をめぐる動きはその流れの向きを変えたようだ。政府は1938年6月14日の政令(décret-loi)の第34条第11項の中に、金庫や金庫の地域連合の責任料金表が、その政令で定められた地域三者委員会(commission tripartite régionale)で満場一致で承認されなかった場合には、労相は、社会保険高等審議会常設部の適切な意見に従って、布令によってその金庫や地域連合の責任料金表を決めることができるという規定をおいた。責任料金表の問題はその政令の第8条で取り決めているのに、財政的秩序について規定していた第34条の終りのところに重要な新規定をもぐりこませたのだ。これまでも、責任料金表は金庫が自由に決定できるものではなかったのであるが、その決定権者はあくまでも金庫であり、県三者委員会や社会保険高等審議会常設部も責任料金表の認可や却下をすることにはなっていたが、政府が直接その内容に関与できる制度にはなっていなかった。ところが、労相は三者委員会におけるその代理人や地方局長に対して、再保険料金表と一致しない責任料金表の認可を原則として拒否するように命令し、労相が責

任料金表を決めることができるような制度に変えようとしたのであった。これは金庫の作成した責任料金表に反対していた医師たちの望むところでもあった。かくして、責任料金表を設定する権利は全面的に保険金庫から奪われ、名実ともに労相の手に引き渡されたのである。1938年7月の社会保険高等審議会は新しい再保険料金表を作成したが、それは責任料金表として金庫に遍く採用された。しかも、社会保険高等審議会は、最低組合料金表の固定が保証されなければ責任料金表を引き上げないよという要望を出していたにもかかわらず、その保証を得ぬままに、1938年10月7日の布令によって医療給付率を大幅に引き上げた⁷⁶⁾。

(2)

社会保険法を実施するための、またそれを修正するための規則や法令はたくさん作られた。1935年10月28日と30日の政令は30年法に関して出された多数の規則や命令や回状を全面的に編纂し直したものであるが、それは同時に、社会保険に大きな変革をもたらしたのものである⁷⁷⁾。その改革の最も重要な点は、社会保険に対する国の財政負担を、経過的なものは別にして、原則として廃止したことである。その結果、医療保険の分野においても退職者の医療保険制度が改められた。30年法第18条第2項は、年金を受給する退職者は毎月15fr.の保険料の払い込みを条件として医療保険の現物給付を受けられるが、その給付の財源の一部として、割増連帯基金は退職者である被保険者一人につき月6fr.の補助金を3ヶ月ごとに保険金庫に払い込み、国は割増連帯基金に毎年この補助金のために支出された金額を払い戻すと規定していた。35年の政令は、社会保険における国庫補助金を廃止するという原則に従って、上記の規定を廃止するとともに、その同じ業務を共済組合に委ねた。共済組合の県連合は、新たに

76) Antonelli, op. cit., pp.60-61, 67-68, 71-72, Lavielle, op. cit., pp.118-119.

77) この政令によって、社会保険法の適用対象が拡大され、保険料率が7%に引き下げられ、標準報酬制や医療給付の受給要件などが改められたという。内野仙一郎、前掲書、162～166頁。また、この政令については、Antonelli, op. cit., pp.35-65参照。

各県で「補足組合(sociétés complémentaires)」を設立し、退職した被保険者からの拠出のほかに一人あたり年72fr.の国庫補助金を得て退職者のための医療保険サービスを行なった。この措置によって国の財政負担が減ったとは思えないが、確かに形式上は、退職者の医療給付のための国庫補助金が社会保険からは廃止されたことになったわけである⁷⁸⁾。

1938年3月15日には特許薬剤に関する布令が出された。30年法施行以来、被保険者への償還が許される特許薬剤のリストを作成することがずっと問題になっていた。ところが、医師の処方によって薬剤を調合するというやり方(formules magistrales)が行なわれなくなり、医師も益々特許薬剤しか処方しなくなる傾向があったことや、出回っている特許薬剤が9万近くにもなっていたこと、つまり特許薬剤の重要性が増大したと数が多かったことから、リストの作成は困難となり長らく見送られてきた。社会保険高等審議会は、以前からリストの作成を要望していたのであるが、大臣の諮問を受けて1936年11月25日に答申を出し、特許薬剤に関しての必要な調査と問題解決の準備を大臣が至急命ずるよう求めた。1937年2年1日にリスト作成のための委員会が設立され、1938年3月15日の布令は、この委員会が医薬品管理国立研究所(laboratoire national de contrôle des médicaments)に登録されている約1万の専門薬(médicaments spécialisés)すべてを次の四つの範疇に分類するということを定めた。カテゴリAの薬剤は80%を償還され、カテゴリBの薬剤は、25fr.を超えない処方箋の場合は80%、それを超えている場合は60%を償還され、同様に、カテゴリCは40%、カテゴリDは10%を償還される。1938年4月初めに、この分類に基づいた最初のリストが作られたが、5月にパリで開催された労働者金庫会議(Congrès des caisses ouvrières)は、そのリストはC,Dのカテゴリに含まれる特許薬剤が多すぎると抗議し、布令の実施を拒否すると共に、新しいリストの作成を求めた。そこで、金庫は特許薬剤に関する規定を柔軟かつ漸進的に実施するように求められた。公式のリストは、その後時々修正された⁷⁹⁾。

78) Lavielle, op. cit., pp.122-124, Antonelli, op. cit., p.48.

79) Ibid., pp.70-71.

1930年社会保険法は、時間の経過とともに、医療保険の給付面においてもいくつかの点で改善されていった。傷病の時に支給される日手当の待期期間は、財政面に対する過度の慎重さと、小さな傷病の場合の支給を除外して重大な傷病により多く完全な給付を支給しようとしたことから、5日と決められていた。1927年6月15日に国際労働会議（Conférence internationale du Travail）によって採択された協約は、この手当が長くとも3日の待期ののちに被保険者に支給されるべき旨を規定し、ほとんどの外国の法律もその待期期間を3日としていた。当初から専門家は経験的にこのフランスの待期期間が長すぎると批判していたのであるが、国際協約を批准するためにも、フランスはこの点を修正しなければならなかった。1938年6月14日の政令は、日手当の権利の開始を傷病の始まった時から4日目と改めた。アクチュアリの計算によればこの改正は20～25百万fr.の年支出の増加をひき起こすだけであつたので、その実現が遅れたのは理解しにくいことと言われた⁸⁰⁾。一方、給付される医療や薬剤の範囲も拡大されていった。長期傷病(longue maladie)に対する取扱いも寛大になっていき、「6ヶ月間の医療」という観念はほとんど消滅してしまい、抑制券も、外科の大手術や出産に対しては廃止された。標準報酬最高限度額や保険料が引き上げられると、当然のことながら、日手当も連動して引き上げられた⁸¹⁾。

1935年に社会保険の年度収支が初めて赤字になるが、その時、医療保険支出の増加が目立っていた。商工業の諸金庫は1930～1931年に傷病のために683,629千fr.を支出したが、1935年には996,289千fr.になっていたし、農業の諸金庫も28,166千fr.から71,629千fr.へと支出を増やしていた⁸²⁾。特に顕著な増加を見せたのは、入院費、歯科治療費、無料医療扶助(assistance médicale gratuite)への償還といった支出項目であった⁸³⁾。しかし、1935年の経済危機も、それまでの黒字のおかげで大きな打撃をうけることなく乗り切った。金庫に多額の資金があるという幻想にとりつかれた運営をしない限り、医療保険制度は確固としているものと思われていた⁸⁴⁾。

80) Ibid., p.73.

81) Lavielle, op. cit., pp.137-138.

82) 第2表参照。

第2表 社会保険諸機関によって支払われた医療給付額 (単位,千fr.)

	非農業の強制保険	農業の強制保険	非農業の任意保険	農業の任意保険	合計
1930—31	683,629	28,166	19	2,831	714,645
1932	812,593	56,766	47	6,467	875,873
1933	862,289	64,488	102	8,524	935,403
1934	931,578	59,508	102	6,925	998,113
1935	1,014,803	74,918	116	8,086	1,097,923
1936	938,530	64,975	118	7,775	1,011,398

註 1935年と1936年は暫定数値。1933—1936年の合計の数値の誤りを訂正した。
出所 *Annuaire Statistique*, Vol. 54, 1938, p.218.

83) 医療保険の現物給付の各支出項目の年度別変化については第3表を参照。ただし、この表には農業部門の医療保険は含まれない。また、医療保険の現物給付と現金給付 (prestations en espèces)への支出割合は、第4表から窺える。

第3表 商工業の社会保険の医療の現物給付—1930年から1942年まで— (単位,千fr.)

内 訳	1930 1931	1932	1933	1934	1935	1936
一般医療費	127,615	130,737	139,136	141,968	159,249	160,163
外科費用	31,835	37,593	40,607	50,572	56,258	56,393
薬剤費	143,346	159,800	170,322	188,685	228,948	202,835
歯科治療	16,518	24,941	29,133	35,290	41,059	42,117
入院費	62,033	109,836	119,069	125,563	131,952	135,200
無料医療扶助	4,961	21,497	27,068	33,518	35,114	31,530
合計	386,308	484,404	525,335	575,596	652,580	628,238
内 訳	1937	1938	1939	1940	1941	1942
一般医療費	176,409	199,797	217,486	144,114	196,445	353,788
外科費用	62,155	71,483	64,316	35,084	60,940	112,917
薬剤費	224,994	268,123	241,688	172,416	239,081	393,848
歯科治療	51,186	53,188	60,129	35,051	50,946	83,445
入院費	149,269	173,244	203,417	171,696	242,602	366,875
無料医療扶助	39,093	43,716	50,415	42,892	53,269	60,513
合計	703,106	809,551	837,451	601,253	843,283	1,371,386

註 入院費には湯治 (cure)の費用も含まれる。1935, 1936年は合計の数値の誤りを訂正した。出所 *Annuaire Statistique*, Vol. 56, 1946, p.279.

結 論

フランスで社会保険法が成立し、医療保険制度が作られたのは1928～1930年であったが、1883年にドイツで、1911年にイギリスで医療保険制度が出来ているように、この成立年度は、欧米諸国としては遅い方に属する。中小農民の比重の大きかった当時のフランスでは、個人主義が尊重され、医療保障の面でも私的イニシアティブが重視され、強制制度には反発が強く、共済組合といった任意制度や自由医療を選好する傾向が強かったのであろう。そうした傾向を裏づけ、医療保険制度の必要性を緩和するものとして、実際に共済組合が発達し、また、無料ないし低料金の医療施設が存在していたことも見逃せない。

とはいえ、ドイツ社会保険制度が実施されていたアルザス・ロレーヌがフランスに復帰したのを直接的な契機として、遅ればせながらフランスでも社会保険が成立するわけであるが、その背景には、フランス社会の——緩慢ではあるにせよ——工業化・都市化の進展、任意制度による保障の不十分さ等によって、従来の制度に代わる新たな保障の制度の必要性が生じていたということが考えられよう。伝統的な勢力と新しい流れのはざまに両者の妥協の産物として社会保険法は成立した。

第4表 商工業の社会保険の医療給付 ——1941年と1942年—— (単位,千fr.)

区 分	1941年		1942年	
	金 額	百分比	金 額	百分比
現 物 給 付	843,283	67	1,371,386	61
現 金 給 付	367,601	30	822,601	37
医 療 管 理 (Contrôle médical)	40,504	3	46,257	2
合 計	1,251,388	100	2,240,244	100

註) 1942年において、現物給付は60%が被保険者に、16%が配偶者に、24%が子供に分配された。 出所 第3表と同じ。

84) Antonelli, op. cit., p.58.

その制度は全国民を包括するのではなく、一定所得額以下の賃労働者を対象とするもので、医療保険に関しては抑制券という自己負担を伴う償還方式が採用されているが、このことは社会保険法適用除外者を共済組合に加入させ、また、社会保険被保険者をも抑制券に対する付加給付の受給のために共済組合に加入させるように作用する。医療保険制度は既に発達をとげていた共済組合制度と両立するように作られていたのである。

一方、自由医療の維持を要求する医師——医師の世界も一体化したのではなく、一般医と専門医の対立や上層部と一般医師との格差があったが、医師組合をリードする一部の医師が医師全体の意見を代弁していたという——は、本来、医療保険とは相容れない存在である。この二律背反するものを統合しようとしたのがフランスの医療保険である。1928年法も医師の要求を受け入れて修正されたものであったが、これは、自由医療の原則をほとんど認めつつ、診療報酬の料金表の決定とその支払い方法に対して社会保険としての枠をはめようとしていたといえよう。ただし、社会保険によって自由医療を制限しようとした部分もいわゆる玉虫色の規定であって、その後の成行次第では料金表の決定や診療報酬の支払い方法が自由医療と同じになってしまう可能性は残されていたが、玉虫色であるという点に、むしろ、自由医療に社会保険としての制限をもちこもうとした立法者の意図を見るべきかもしれない。

ところが、1930年法は医師組合に更に譲歩して、この玉虫色の部分を削除し訂正して全面的に自由医療の原則をとり入れた。既存の自由医療の制度はそのままにして、それとは別の所で私保险的色彩の濃い医療保険制度が出来上がったというわけである。自由医療と医療保険をつなぐ結び目となったのが、償還方式であり、責任料金表であり、分類表や鍵数字を使った料金計算の方法である。自由医療であるから、患者が医師を自由に選ぶことができ、医師は診療報酬を自由に決めることができ、それは直接に患者から医師に支払われ、また、出来高払い制が行なわれる。保険金庫は独自に決めた責任料金表に基づいて償還するが、患者である被保険者としてはどれだけ償還されるかを保証されていない。では、社会保険として何がもたらされたのか。それは、とにかく医療

保険という名の制度が始まったということであり、医師の料金表と社会保険の料金表を一致させようと努力することに根拠が与えられたということであろう。二つの料金表がほとんど一致するものであれば、医療保険による保障の実効性が得られる。しかし、医師組合が自由医療の原則を主張する主要な理由は高い所得を維持することにあつたが、フランス社会保険法が成立した時代は、社会保険の諸機関が医師の報酬に係わる料金表について医師組合と話し合うには不適當な時代でもあつた。1930年前後は一時の相対的安定期であつたが、まもなく、フランスへの影響は強くはなかつたとはいえ、世界的な大恐慌の時代となる。国の財政は窮迫し——これが社会保険における国庫補助の原則的廃止を導く——、インフレは進み、しかも左右が対立し政権は頻繁に交代する政治的に不安定な時代が続く。料金表についての話し合いはまとまらず、責任料金表の引き上げは医師の組合料金表の引き上げを招き、患者の負担は軽減されないという状況が作り出されてしまつたが、この背景には、政治的経済的不安定という時代状況が形成期の医療保険制度の正常な発展に必要な関係者の信頼関係の形成を阻んでいたという点も無視しえない。

社会保険としては不十分な骨抜きにされた制度として設けられた1930年社会保険法の医療保険制度ではあつたが、それは大きな変化なく1945年の社会保障制度創設まで続き、また、社会保障制度にもその基本構造は受け継がれていく。1928—1930年社会保険法の医療保険は、問題点をも含めて、現在にまで及ぶフランス医療保険制度の礎なのである。