

ドイツの医療改革の軌跡

2004年改革から2006年改革へ

制度理解の難しさ

ドイツ疾病保険の特殊な性格

1 社会保障の世界的潮流とドイツの戦後

ドイツは、19世紀末に世界ではじめて社会保険制度を創設したという歴史をもつ（注1）が、第二次世界大戦後の世界的な「社会保障（Social Security）」概念の形成ないし発展にはほとんどコミットしていない。これは、戦勝国であったイギリスとフランスが包括的かつ体系的な社会保障計画を策定したと対照的である。ILOが中心となって社会保障の国際的基準を精力的に形成していた1940年代後半から50年代前半にかけてのドイツは、連合国による分割占領から東西ドイツ国家の形成というプロセスのなかで、国家の枠組みそのものが流動的な状態であった。それゆえ、社会主義国としての一元的かつ包括的な社会保障制度が占領国の主導で立ち上げられた東側を除けば、ワイマール共和国時代の諸制度に回帰するという非常に消極的な態度をとらざるをえなかった。

注1）ドイツ疾病保険制度の体系的な歴史研究に関しては、拙著『医療保険の基本構造—ドイツ疾病保険制度史研究』（北海道大学図書刊行会、1997年）を参照されたい。

2 社会保険における自治と選択

ドイツの社会保険制度は、その成立がビスマルクの政治的意図と密接な関係を有していたことから、「飴と鞭」の言葉にみられるように、国家主義的なイメージと重ね合わされる傾向がある。しかし、ドイツでは、第二帝政期に



倉田 聡（くらた さとし）

（北海道大学大学院法学研究科教授）

略歴

- 1965年 生まれ
- 1995年 北海道大学大学院法学研究科博士課程修了
- 1996年 北星学園大学社会福祉学部専任講師
- 2000年 北海道大学大学院法学研究科助教授
- 2003年 北海道大学大学院法学研究科教授

研究テーマ

社会保険法の日独比較、医療と福祉の法律問題

主な著書

- 『医療保険の基本構造』（北海道大学図書刊行会 1997年）
- 『これからの社会福祉と法』（創成社 2001年）
- 『社会保障法・第2版』共著（有斐閣 2003年）
- 『社会福祉法入門』共編著（有斐閣 2004年）

入る以前からその先駆形態としての当事者自治的な共済（金庫）制度がかなりの程度まで普及しており、ビスマルクの労働者保険もその組織原理を結果として取り込まざるを得なかった。また、労働組合の禁止政策は、かえ

って労働者の社団として組織された社会保険の保険者とりわけ疾病金庫を組合の代わりとして機能させ、このことが結果的に「連帯に基づく当事者自治」という伝統の形成に寄与した。とりわけ疾病保険では、ビスマルク労働者保険の時代から任意設立の共済金庫と強制設立の各種疾病金庫との選択が認められ、ホワイトカラー被用者としての「職員」にはさらにその上位所得者に保険加入義務が免除されていた。その際、高額所得の職員には、任意で社会保険としての疾病保険（金庫）に加入するか、社会保険と同等またはそれ以上の医療給付を保障する民間疾病保険を購入することが可能であった（注2）。

このようにして、ドイツの疾病保険では、すべての国民が社会保険としての医療保険に加入しなければならないという意味での「国民皆保険」が採用されていない。高額所得の被用者（注3）や同業組合が結成されていない業種の自営業者には、常に民間疾病保険と社会保険としての疾病保険との選択権が認められており、民間疾病保険と社会保険は、国民の

3 1993年の抜本改革とその評価

その後、わが国でも注目を集める1993年の保健制度構造法（注6）は、金庫選択における職員とブルーカラー被用者としての「労働者」の差別を解消するという観点から、すべての被保険者に代位金庫と強制加入金庫の選択権を認めた。また、同法は、被保険者による金庫選択権の行使を一種の市場秩序とみなし、強制加入金庫であっても「開放」を宣言することによって、代位金庫と同等の選択加入対

1割前後をめぐって良好な競争関係にあると説明されてきた（注4）。また、強制加入の社会保険の内部であっても、任意設立の共済組織であった「代位金庫（Ersatzkasse）」とそれ以外の強制加入金庫との選択が職員と特定業種の労働者に認められ、ここでも限定的な金庫選択が行われていた（注5）。

注2）なお、農業については、まったく別系統の社会保険制度が整備された。また、自営業者に関しては、中世以来のマイスター制度に由来する同業組合（ドイツ語では、インヌング = Innungという）の存在する業種であれば、同業組合が使用者として保険料を半額負担することで被用者と同等に扱われるが、同業組合の存在しない新しい業種については、高額所得職員と同様の取扱いとなる。

注3）1989年の保健制度改革法は、ブルーカラー被用者である「労働者」についても「職員」と同じ取り扱いにすべきであるという連邦憲法裁判所の決定にしたがい、労働者についても一定以上の所得を獲得する場合には、社会保険への任意加入と民間疾病保険の購入のいずれかを選択できるようになった。

注4）より具体的にいえば、1990年代までは、民間疾病保険が1割の国民、社会保険が8割の国民を固定的に確保する一方で、残りの1割前後の国民が民間保険と社会保険を相互に行き来していた。

注5）詳細は、拙稿「社会保険における個人の選択と連帯」週刊社会保障 2350号（2005年）46頁を参照。

象になることを認めた（注7）。この措置は、保険料率の高低にしたがって被保険者が疾病金庫を移動し、その結果として保険料格差を解消しようとするものであり、基本的に被保険者を平等に取り扱おうとするものであった。

わが国では、この政策によって、ドイツの社会保険が民間保険と同様の市場主義に転換されたと理解する研究者が少なくなかった。ここでは、疾病金庫が民間保険会社と同様の経

済合理的行動すなわちリスク選別を行い、その結果が社会保険の基盤といえる「連帯」を解体させるのではないかと、との観測が主流であった(注8)。確かに、大数法則の利用による「リスク分散」は、民間保険でも社会保険でも同様に機能する。しかし、社会保険が民間保険と決定的に異なるのは、「リスク分散」に参加している被保険者の間で所得移転がなされる点である(注9)。より具体的にいえば、社会保険としての疾病保険料には、個人の疾病リスクに対応した部分は存在せず、所得に保険料率を乗じるかたちで、もっぱら所得に比例した保険料算定がなされてきた。また、被扶養者としての家族に対しても保険料負担なしで被保険者本人と同様の医療給付が受けられるにもかかわらず、疾病保険料も被保険者本人の所得に比例して計算される。

それゆえ、このような社会保険制度のもとでは、高所得者から低所得者だけではなく、健康な者から病気がちの者、被扶養者の少ない者から多い者といった複数の性格をもつ所得移転が実施される(ドイツでは社会保険におけるこのような所得移転効果のことを「社会的調整(soziale Ausgleich)」という)。このような調整は、社会保険の基盤たる「連帯」に基づくものと説明され、正当化される。つまり、ドイツでは被保険者が金庫を選択できる

4 金庫内の連帯から金庫間の連帯へ

ドイツの疾病保険制度の特徴は、もともこのような所得移転効果を保険者の内部に限定するところであり、伝染病蔓延などの特殊な支出増や年金受給者疾病保険法などの例外を

ことと、選択した金庫を通じて社会的調整が行われることは両立するのであり、その限りで「連帯」は解体されない(注10)。

注6) 詳細は、拙著・前掲注1) 272頁。

注7) これに対して「開放」を宣言せず、従来通りの職域に被保険者資格を限定する金庫のことを「閉鎖型」とよぶ。なお、地域の被用者一般を被保険者とする一般地区疾病金庫、略称 AOK は、そのすべてが開放型とみなされ、同業組合金庫も現在はすべてが開放型となっているため、閉鎖型は企業単位で設立される企業疾病金庫のみとなっている。

注8) 田中耕太郎「ドイツの医療保険制度改革」海外社会保障研究 145号(2003年)19頁、島崎謙治「健康保険組合と企業の関係」社会保障法 20号(2005年)186頁。

注9) 拙稿「社会保険の本質について」週刊社会保障 2237号(2003年)26頁。それゆえ、経済的合理人であれば、個人の疾病リスクに対応しない保険料を賦課する保険システムに加入しない。この点は、民間保険でも同様であり、理論的には民間保険が完全情報下で個人の疾病リスクを忠実に反映した保険料賦課を成し遂げない限り、経済合理人は常に保険非加入という逆選択を行う。しかし、現実の市場は、完全情報が成立せず、被保険者および保険者双方がそれぞれのリスクに見合うと考える保険料設定に合意するから、保険もそれなりに成立する。これに対し、社会保険では、完全にリスクから逸脱した保険料設定が行われるため、経済的合理人でなくても保険非加入という逆選択を好むから、制度として大数法則を機能させるだけの保険集団を形成するには国家による強制が必要となる。詳細は、拙稿「逆選択の禁止と強制加入」週刊社会保障 2290号(2004年)46頁。

注10) 松本勝明『ドイツ社会保障論 医療保険』(信山社、2003年)210頁、拙稿・前掲注5) 49頁。

除き、原則として疾病金庫間の財政調整には否定的な態度がとられ続けた(注11)。社会的調整が許容される「連帯」は、あくまでも金庫内の被保険者間にのみ生じ、それ以外の部

分については明確に財政責任が発生すると考えられたからである。それゆえ、実額調整としての財政調整は、金庫の財政責任を不明確にするものであると同時に、社会的調整が許容される「連帯」の範囲を超えるものとみなされた。せいぜい許容されるとしても、同一の種別の金庫間において、金庫の連合体である州連合会が会員金庫の集团的合意を任意に形成する場合にすぎないとされたのである。その結果、疾病金庫間の保険料率の格差は、1990年代初頭には2倍以上となり、政策的にもはや放置できない状況となった(注12)。

これに対し、連邦憲法裁判所は、1994年2月8日の決定で、どの金庫でも保障される医療サービスの水準が同程度であるにもかかわらず、たまたま被保険者の属する職域や職種を基準として非常に不合理な保険料格差を強いられることに対し、ボン基本法3条1項という平等原則違反の疑義を表明した(注13)。ただし、このときは、疾病金庫間の保険料格差是正を目途とした金庫選択の自由とリスク構造調整の導入を柱とした1993年法の施行が目前とされていたため、敢えて違憲宣言を回避し、その代わりに1993年に制定された保健制度構造法が保険料格差問題を憲法の平等原則に整合するかたちで解決されることへの期待が表明されていた。それゆえ、この施策は、

社会保険に個人の選択による「競争」を導入する形式をとるものの、その本当の狙いは被保険者間の「平等」を確保する点にあり、見方によっては非常に矛盾に満ちた制度といえる。このことは、疾病金庫間の「競争」条件を整備するという名目で導入された「リスク構造調整」がドイツの疾病保険制度史においてその存在を常に否定されていた包括的財政調整制度であるという点にもあらわれる。

こうしてドイツの疾病保険制度は、1993年法を境に、政策的に強行される所得移転すなわち社会的調整の適用範囲を疾病金庫の内部から疾病金庫の間に拡張した。これは、社会的調整の根拠となる「連帯」が金庫という「部分」社会から社会保険制度「全体」に広がったことを意味する。しかし、このような根本的变化は、ドイツのこの間の制度研究では必ずしも明らかにされてこなかった。本稿は、この変化のありようについて、最近の医療改革を素材に、やや実証的に検討しようとするものである。

注11) ドイツ疾病保険制度における財政調整制度の歴史的展開については、拙稿「老人保健拠出金制度の問題点と健康保険事業の可能性(下)」健康保険56巻11号(2002年)49頁以下で論じた。

注12) 拙著・前掲注1)274頁。

注13) BVerfG v.8. Februar 1994, E 89, S.365ff. この判決の詳細は、拙著・前掲注1)281頁。

2004年医療改革の経過とその背景

1 保険料率の上限；14%の攻防

疾病保険における平均保険料率は、1989年以降の度重なる制度改正にもかかわらず、

2002年には14%の大台を突破した(注14)。そこで、2002年の総選挙後も引き続き政権を維

持することができた SPD と連帯/90 緑の党は、

2003 年の保険料率を 2002 年の保険料率に固定させ、それと同時に、 医師および歯科医師の診療報酬のゼロシーリング、 疾病金庫が薬の製造業者および卸売業者に支払う対価の減額、 高額所得の被用者が民間疾病保険に移行しないことをねらった保険加入義務の上限の引き上げなどを内容とした「保険料安定化法」を 2002 年 12 月 23 日に制定し、ただちに翌年(2003 年)の 1 月 1 日から施行した。

この法律は、単年度の保険料率を固定させるという意味での緊急措置すなわちモラトリアムであり、2003 年中には新たな改革法を制定するというのが連立与党の真のねらいであった。その立案作業にあたっては、これまでの改革の中心であった疾病保険の財政構造のみならず、疾病金庫と病院や薬局、医療関係者等との関係、すなわち医療サービスの供給構造の改革が強く意識されていた。

連邦政府は、5 月 28 日に新たな改革に関する

2 パーシャルな大連立の成立

この法案の審議が順調に進んだ背景には、つぎのような事情がある。つまり、連立与党が 2000 年の疾病保険改革法を制定する際に廃止した前コール政権の政策を復活させたことが、野党であった CDU/CSU の協力を呼び込んだからである(なお、この時点から、SPD と CDU/CSU の間では、疾病保険制度の改革についてさまざまな見解の相違や対立を含みながらも、常に対話して意見を調整するという関係が継続してきたといえる)。ただし、この事態から「政策の選択肢の幅は収斂しつつあり、

る法案を閣議決定し、6 月には法案を連邦議会に提出した。その後、連邦議会の審議中に、連立与党と野党との間で当初法案を審議するのではなく、改革プランを共同で練り上げるという合意が成立し、7 月中旬の 2 週間にわたる秘密折衝で与野党共同の改革法案を完成させた。そして、2003 年 9 月 26 日に同法案は連邦議会で可決され、翌 10 月 17 日の連邦参議院でも可決された(注 15)。この法律が、「疾病保険現代化法(GKV-Modernisierungsgesetz・以下「現代化法」と略)」であり、その一部を除いて、2004 年 1 月 1 日より施行された。

注 14) ドイツにおける疾病保険改革は、これまで平均保険料率が 13%を超えたことを契機に行われてきた。筆者が 20 数年にわたってドイツの社会保険研究をしてきた経験でいえば、年金保険料では 19%、疾病保険料では 14%が負担限界という共通理解があるように思われる。ただし、これは、明確な理論的根拠に基づくものではない。むしろ、関係当事者の経験則に基づくものといえる。

注 15) ただし、野党の FDP だけは、この法案に賛成しなかった。

改革の方向性は相当に明確になってきた」と捉え、「企業の賃金追加コストである社会保険料負担の軽減をなりふり構わず最優先する、という認識が与野党問わず共有され、労働組合を基礎に持つ SPD の現政権においてもこの方針が明確に打ち出されたことの意義は大きい(注 16)」と評価すべきではない。

当時のシュレーダー首相が伝統的な SPD の政策体系に批判的であり、彼と党との結合が政権奪取という極めてプラクティカルな政治的理由により維持されていること、彼の政策

決定プロセスが 著名なハルツ法の制定・施行のプロセスや後述するリユールップ委員会のあり方がはからずも示したように 党の外側に設置した彼直属の専門家集団による提案をもとに党とりわけ左派との妥協を政治的に図るという点で、「やや特異な」ものであった(注17)。それゆえ、2003年の時点から、党内野党である SPD 左派や労組幹部がこのような疾病保険改革を積極的に支持しているとみるべきではない。むしろ、連立与党内にお

3 現代化法の特徴；供給構造の改革を重視

さて、同法の目的は、疾病保険制度を「いま現在」のドイツに適合させることである(注18)。その際、連帯(Solidarität)、補足性(Subsidiarität)および自治(Selbstverwaltung)という基本原理は維持される。また、すべての被保険者が年齢、性別および所得に関係なく必要な医療サービスを同等に受ける権利をもつことも確認されていた。

そのうえで、改革の主要目的は、供給構造の改革を通じて医療サービスの効率性と質の双方を改善し、同時にすべての制度関係者が支出抑制措置に適度に引き込まれることにおかれている。とりわけ後者の点に関しては、社会的な利害を顧慮できるだけの、被保険者自身による疾病コストへの適切な関与(注19)、すなわち外来診療における初の患者自己負担制度の導入が連立与党と野党の共通理解に基づいて導入されたことも含まれる(注20)。

現代化法では、1993年保健制度構造法がもたらした保険者側の制度構造を改革しようとしたのに対して、医療の供給構造の改革に主眼

ける政策合意が政権維持という非常にポリティカルな選択に基づくものであることを考えれば、政権維持に明確な翳りが出た段階で、党内の政策合意が簡単にひっくり返されることも視野に入れる必要がある。

注16) 田中・前掲 注9) 19頁。

注17) 横井正信「第二次シュレーダー政権と「アジェンダ2010」()」福井大学教育地域科学部紀要(教育科学)60号(2004年)19頁。

をおく。具体的には、病院と開業医の業務区分の克服であり、自由業活動の医師と勤務医がともに活動する「医療サービスセンター(medizinische Versorgungszentren)」が将来的に許可されるようになった。その目的は、各診療科目を超えた医師もしくは非医師の専門職の協働を可能にすることである。

その一方で、疾病金庫の側は、家庭医中心の医療供給形式(hausärztlich zentrierte Versorgungsformen)を提供しなければならない。これは、金庫医師協会との総契約上の規律の枠内で、疾病金庫がこれに関する契約を家庭医と締結しなければならない。被保険者がこの形式によるかどうかは、任意であり、金庫は強制できない。ただし、経済的な誘導措置として、この形式を選択した被保険者にボーナス給付をする規律を規約に設けることが可能である。またこれと同様に、総契約の枠内で、個別の医師と契約医の供給契約を取り結ぶことも可能になった(これまで疾病金庫は外来診療について金庫医師協会としか保

険診療の取り扱いに関する契約を締結することができなかった。要するに、クローズドシヨップの労働協約と同じ仕組みである。これは、医師と疾病金庫との長い歴史的な争いと妥協によって制度化されたものであるが、ここに至って例外を認めることになった。

また、2000年の保健制度改革によって導入されたものの、その後、実務的にはほとんど実施に移されてこなかった「統合サービス (integrierte Versorgung)」を再び活性化させることも今回の改革において合意された事項である。これは、個々の医師や病院、医療専門職のグループをひとつのサービス単位と認め、そと特別の供給委託契約を結ぶもの（病院療養に関しては外来診療とは別に、病院ごとまたは病院団体ごとの供給委託契約の締結が可能であったが、これは、病院という枠組みにとられずに、ひとつの供給グループを病院と同格の取り扱いとするものである）である。病院予算および金庫医師協会との総契約にかかる支出から1%分を、2004年から2006年までの3年間、このサービスの普及に充当することが決定された。また、統合サービスの参入規制をより緩和し、上述の医療サービスセンターにもこの種のサービスの実施が可

4 保険運営面での改革；税財源の投入

このように、現代化法は、供給構造の改革を推し進める一方で、1993年から継続されてきた疾病金庫の組織構造や財政構造の改革も進めている。

まず、疾病金庫の組織に関しては、すべての金庫種別における合併が管轄行政庁の同意を

能となった。さらに、高度先進医療や重症患者に関しては、病院が外来診療に従事することを一部認める措置がとられ、これは、疾病金庫と病院との契約により可能となった。

注 18) 原語の Modernisierung が意味するところはこれである。わが国に定着しつつある「近代化」という訳語は、独和辞典から直接もってきたものと推測される。しかし、これでは従来の疾病保険制度が前近代的であるという価値判断を強く含むため、適切ではない。少なくとも当のドイツ人が自らの疾病保険制度をいまま「前近代的」と認識しているとは考えられない。

注 19) 原語は、angemessene Beteiligung der Versicherten an ihren Krankheitskosten であり、具体的には患者の定額自己負担の導入等を指している。ドイツの疾病保険は、19世紀末のビスマルク労働者保険の時代から外来診療に関して、自己負担金を徴収しないという伝統を維持してきたが、この時点でこの古き良き伝統が失われた。このことのもつ象徴的な意味は、患者自己負担が当然とされてきたわが国の想像を超えるものであることに留意されたい。因みに、この自己負担導入に対しては、かつての野党であったSPDが1997年の第2次疾病保険新秩序法の制定時に強硬に反対、1998年の政権交代時にはその撤廃を公約し、2000年の疾病保険改革法の制定時にいったんは廃止してきたという経緯がある。

注 20) なお、現代化法の概要を紹介した邦語文献に、土田武史「ドイツの「医療保険近代化法」 医療保険財政の安定、保険料率の抑制をめざして」共済新報 45巻2号(2004年)2頁、須田俊孝「ドイツの「医療保険近代化法」 2004年1月1日施行される」社会保険 55巻1号(2004年)8頁がある。

要するようになった。また、開放型を選択した企業疾病金庫と同業組合疾病金庫は、当分の間、開放型を継続しなければならない。さらに開放型の企業疾病金庫にあっては、これまで企業が負担していた人件費等を保険料のなかに盛り込まなければならない。企業また

は同業組合との関係を失った企業疾病金庫と同業組合疾病金庫は、2007年1月1日まで設立猶予に服する。また、疾病金庫の運営費用は、2007年までは保険加入義務の対象収入の伸びに結びつけられていた。しかし、平均運営費用の10%を超過する疾病金庫にあつては、その運営費用を2007年のそれに固定する措置がとられている。

金庫医師協会の組織構造も修正され、専従の理事の設置が義務づけられた。1つの州において構成員の医師が1万人以下の金庫医師協会が複数ある場合、合併が義務づけられる。ただし、2万人以上の構成員を擁する場合は、存続を許される（この立法措置により、23あ

る協会は、18に減少した）。また協会は、その財務状況について、構成員に対し公表することが義務づけられる。

このほか、タバコ税を段階的に1箱ごとに1ユーロだけ引き上げ、そこから連邦補助金として疾病金庫財政に充当する。この財政措置によって、税財源がまったく投入されることのなかったドイツの疾病保険財政にはじめて保険料以外の財源が投入されることになった（これに対し、年金保険では制度発足当初から国庫負担があった）。また、2006年から疾病手当金給付部分が通常の疾病保険給付会計から分離され、そこに被保険者のみが負担する保険料0.9%が投入されることになった。

2005年の政治変動と疾病保険をめぐる状況

1 現代化法の成果をめぐる政争

わが国では、2004年1月1日より施行された現代化法の諸施策が医療費支出の著しい減少というかたちで予想以上の成果を挙げた、と紹介された（注21）。確かに、2004年全体では、公式のデータで約40億ユーロ（1ユーロ＝140円換算で5,600億円）の剰余金が疾病金庫に発生した。この剰余金については、当然、2005年保険料の引き下げというかたちで還元されるであろうという観測が生まれ（注22）、政府もついにシュミット保健相自らが2005年3月2日、疾病金庫が平均で0.2%の保険料引き下げに応じるようにとの声明を出した（注23）。また、同法にかかる与野党共同の政策合意形成に貢献した、ホルスト・ゼーホーファー前保健相（CDU/CSU側の担当者）も Münchner

Merkur 紙に対して、現代化法が予定通りの成果を挙げていること、そしてその成果は保険料の引き下げの余地を発生させたこと、さらにいまの仕組みを今後も維持すべきとの談話を出している（注24）。

健保組合を政府の下請け行政機関とみなす傾向のある（ただし、これは、制定史的にみても法的にみても問題がある）わが国では、担当大臣がこのような見解を示すことにさほどの抵抗感はない。しかし、保険者である疾病金庫の自治を伝統的に価値あるものとし、また金庫の側も自らの独立性を顕示してきたドイツでは、連邦政府の担当大臣が具体的な数値を挙げてまで保険料の引き下げを迫ったことを異常な事態と捉えた。当然のことなが

ら、疾病保険側は、自らの財政自律権 (Finanzhoheit) に対する不当な政治干渉であるとしていっせいに反発しただけではなく、声明翌日には早々に保険料の引き下げについては、2005 年の下半期の財政状況を見てから検討するという慎重なコメント (注 25) を発表した (注 26)。

疾病金庫の反発は、政府の要請が改革の成果をアピールしたいという非常に政治的な理由に基づくものであることに向けられている。また、2005 年 7 月 1 日からは、事業主の賃金付随コストを軽減させるため、疾病手当金と歯科診療給付費部分の保険料 0.9% を被保険者にのみ負担させることが決定されていることや、薬剤や入院療養にしか認められてこなかった患者一部負担が外来診療にも導入されたことなどから、このうえさらに保険料の引き下げに応じることは、医療費負担における事業者責任のみを軽減し、そのツケを被保険者にのみ負わせるという結果に拍車をかけることにもなる。そもそも疾病金庫の運営にあ

2 州議会選挙での与党敗北

この時点で疾病金庫と連邦保健大臣が対立したのは、2005 年 1 月 1 日から長期失業者の扶助給付削減を内容とするハルツ第 4 法が施行されたことへの反発 (法施行に伴う分類の変更が原因ではあるものの、失業者数がはじめて 500 万人の大台を突破したこと) や 2005 年の経済見通しがあまりよくなかったという事情が背景にあった。2004 年までにシュレーダー政権は、「アジェンダ 2010」という改革プランに基づく立法をほぼ実現したにもかかわ

っては、労使同数の自治機関が存在するが、伝統的に労組すなわち DGB の発言権が大きいこともあって、事業主負担さえ軽減されればそれでよいという行動原理は存在しない。議会政治のレベルでは妥協が成立しても、労働組合の影響力の強い疾病金庫の自治機関ではまだまだ現代化法についての反発が残っていることも大きく作用している。

注 21) 2004 年上半期の段階でこの状況を紹介したものとして、大江秀一「海外の医療改革動向・ドイツ、保険財政が好転 保険料の引き下げへ」厚生福祉 2004 年 11 月 26 日号 6 頁がある。

注 22) 大江・前掲 注 12) 8 頁もそういう期待がドイツにあることを指摘する。

注 23) http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/aktuelles/pm/bmgs05/6620_6892.php

注 24) <http://www.merkur-online.de/nachrichten/politik/aktuell/art297,373266.html>

注 25) シュミット保健相は、いまの時点から引き下げを検討し、7 月 1 日の下半期から引き下げを実現するよう要請していた。

注 26) 南ドイツ新聞 (Süddeutsche Zeitung) 2005 年 3 月 3 日第 1 面。

らず、それが経済状況の好転という結果を直ちにもたらさず、そのことが政権の求心力を低下させた。実際に 2005 年 2 月のシュレスヴィヒ・ホルシュタイン州議会選挙では得票数において SPD が CDU を下回り、評判の高かった SPD の州首相が辞任に追い込まれ、州政府は CDU と大連立を組まなければならなくなった。首相は、巻き返しをはかるべく、2005 年 3 月 17 日、政策の正しさを証明する成果として 2004 年に生じた疾病金庫の黒字発生を強調

し、首相自らが連邦議会において保険料引下げを強く要請した(注27)。

しかし、この時点で、疾病金庫がこの要請に応じる見込みは限りなく低く、最終的にしたがった金庫も極めて少数であった。むしろ、2005年7月1日からはじまる被保険者のみが負担する保険料部分の施行には、市民レベルでもかなり大きな批判が出ており、2005年3月18日と19日にタバールツ(Tabarz)市で開催された大会では、チューリンゲン州AOKの被保険者代表がこの0.9%の保険料引下げ措置のことを、シュミット保健相の行った「まやかし包装(Mogelpackung)」と批判し、失業の増加・賃金の減少・年金受給者の増加といった事実に対応することのできる別の選択肢(後述のリユールップ委員会が提示した「市民保険(Bürgerversicherung)」案を指す)によるしか妥当な解決がないとの主張に被保険者の多数が同調するまでになっていた(注28)。

このような政策批判は、政権の求心力を結果的に大きく弱めることとなる。2月のシュレスヴィヒ・ホルシュタイン州議会選挙の後も、世論調査におけるSPDの支持率は回復せず、ときにはCDU/CSUに倍近くの差をつけられることも少なくなかった(なお、世論調査で示されたCDU/CSUの支持は、CDU/CSUの主

3 前例のない総選挙と大連立政権の誕生

選挙戦は、CDU/CSUの圧倒的有利という状況でスタートした。しかし、同党の首相候補であったメルケルが支持率の高さに藉口してシュレーダーよりもさらに新自由主義的な税制を主張したため、支持率が伸び悩んだ(こ

張する中道右派的な政策すなわち新自由主義に対するものではなく、実質的にはSPDの中道左派路線に対する批判の表明であった。このことは、後の選挙結果によって明らかになる)。その後、5月22日のノルトライン・ヴェストファーレン州議会選挙では、CDUが戦後初めてSPDの得票率を上回り、39年間、SPDが政権を担当していた州政府をCDUとFDPの連立政権に譲り渡した。この選挙結果は、もはや民意が連邦政府を掌握する連立政権にないことを示し、そのままではシュレーダーが辞任に追い込まれるのは必至の状況となった。しかし、シュレーダーは、なお自らの政策が正統性をもつと主張し、ボン基本法が内閣に連邦議会の解散権を付与していないにもかかわらず、与党から自らの内閣信任決議案を提出させ、与党議員を欠席させることによって不信任を成立させた。このようにして連邦議会の解散権を獲得したシュレーダーは、実質的に憲法違反であるとの批判を受けながら、総選挙に臨んだ。

注27) <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=19535>

注28) <http://www.regioweb.de/newsitem+M5e058c99937.html>

のことは、SPDからCDU/CSUに流れたのはあくまでも批判票であって、CDU/CSUの政策が支持されたものではないことを示す)。また、テレビ演説などでは、メルケルよりもシュレーダーの方が論戦で優位に立つ様子が放

映され、首相候補としての支持率は選挙戦前半から常にシュレーダーが首位の座にたつなど、SPDも相応の巻き返しをみせた。

その一方で、ハルツ第4法などの新自由主義的な政策を批判して、ラフォンテーヌ元党首がSPDを離党して新たに「労働と社会的公正のための選挙オルタナティブ (Arbeit und soziale Gerechtigkeit Die Wahlalternativ・以下 WASG と略)」を結成、旧東独のドイツ社会主義統一党の流れを汲む「民主社会党 (以下 PDS と略)」と政党連合「左翼党 (Die Linkspartei)」を形成したところ、既存政党である FDP や緑の党を超える第3位の支持を世論調査で獲得し (8%から11%)、大きな話題を呼んだ。

波乱含みの選挙戦を反映してか、9月18日に実施された投票の結果も、大方の予想を裏切り、CDU/CSU の得票率 (35.2%) と SPD の得票率 (34.2%) が僅差であり (獲得議席数にして4議席差)、どちらが勝利したか明瞭

には判定できない結果となった。これは、投票日直前の世論調査で CDU/CSU 支持と回答した者が選挙当日になって他の政党 (主として FDP) に投票したことによるものである。また、左翼党も前評判通り、8.7%の得票率で54議席を獲得、61議席の FDP について第4党の地位を確保した (緑の党は51議席で第5党)。そのため、この選挙結果をどのように解釈し、どのような連立政権を構成するかについては、大きな混乱が生じた。結局、民意はシュレーダー退陣を選択したとはいうものの、メルケルの主張するさらなる新自由主義路線も支持されたとはいえない (選挙前に連立を約束していた FDP と CDU/CSU の議席数を足しても過半数に充たないし、これに緑の党や左翼党を組み込む連立はありえない)。それゆえ、10月10日に、メルケル首班で SPD と CDU/CSU が1960年代のキージンガー以来、2度目の大連立政権を結成することになった。

2006年改革のポイント (その1)

ドイツではじめての皆保険へ

1 政変の背景 ; 社会保障政策への不満

ドイツで起きた2005年の政治変動については、わが国でもほぼ同じ時期に郵政民営化選挙 (9月11日) が行われたこともあり、比較の意味で割によく引用される。しかし、その多くは、日本の外交的な立場からドイツを解釈することもあり、親中露のシュレーダーから親米のメルケルへという観点で紹介されがちである。しかし、ここまで見てきたように、今回の政変は、ドイツの内政問題とりわけ社会保障および経済政策のあり方に起因したも

のと理解されねばならない (因みに、EU 統合の問題もそれがドイツの内政にどのような影響を与えるかという点が政治現象の変数になるのであって、今回の政変も通貨統合によって生じた経済状況の変化に政治がどのように対応するべきかが試されているといえる)。

シュレーダーの提示した「アジェンダ2010」の諸政策、とりわけ失業給付を大幅に削減したハルツ第4法に対しては、ドイツの経済状況が2005年第4四半期以降、改善に転じたこ

ともあり、少なくとも大連立政権の内部では（その廃止を公約とした左翼党と異なり）これらを直ちに変更しようとする動きはあまり強くなかった。むしろ、大連立政権が最初に取り組まなければならない社会保障政策上の課題は、2004年改革によってある程度の黒字

2 さらなる改革の選択肢；「市民保険」

ルールupp委員会は、シュミット連邦保健相が2002年9月に設置したもので、ルールuppが委員長を務めた「社会保障システムの持続性に関する委員会」を指す。同委員会は、翌2003年9月に提出した最終報告書において2つの異なる方向性を提示した。ひとつは、「市民保険(Bürgerversicherung)」構想といわれ、従来の保険加入義務の限界を廃止して官吏および自営業者を含むすべての国民に法律上の疾病保険の加入義務を課すこと、保険料の算定基礎に家賃・利子など資産から得られる収入を含め、さらに算定限度額をこれらの収入を含めた総所得をもとに年5,100ユーロとすることを内容とするものである。また、この委員会はもうひとつの代替案を提示している。これは、「人頭割健康保険料モデル(das Modell pauschaler Gesundheitsprämien)」と呼ばれ、つぎのような内容をもつ。まず所得比例型の保険料を止め、金庫ごとに設定される定額保険料に変更し、その平均は210ユーロとすることである。その際、従来の事業主拠出分は、賃金のなかに含ませることによって、労使折半保険料システムを完全に廃止される。同時にこれまで疾病保険の特徴とされてきた連帯的調整すなわち保険料を通

が発生し、これを成果とみなそうとした医療制度にあった。以下では、大連立政権下での新たな医療制度改革の動きを紹介するが、その前に、これと具体的な関連をもつ、ルールupp委員会提案を紹介することにしよう。

じた所得再分配は税財源の補助金を通じて行い、この種の再分配機能を持たない民間疾病保険を再活用させようとする。

この提案は、2つの抜本的改革を示す。ただし、前者の「市民保険」提案と、後者の「人頭割保険料モデル」とではその基本構想が完全に異なることに留意しなければならない。後者は、企業の疾病保険料負担を一方的に減少させるもので、より新自由主義的な施策であるのに対し、前者は現行制度をさらに拡張させ、従来型の社会国家モデルを維持・発展させるものだからである。すでに述べたように、2005年9月18日の連邦議会選挙は、中道左派として新自由主義的な政策を掲げたシュレーダー政権を否定するものであるが、これは同時にメルケルが選挙戦前半で示した中道右派の新自由主義的な政策をも拒否するものであったことは、最終的にCDU/CSUとFDPの獲得議席だけでは連立政権を構成できないという結果からも明らかである。むしろ、左翼党の躍進やSPD左派の復権にみられるように、選挙の結果は、新自由主義的な経済ないし社会保障政策の見直しを迫るものであった。このことは、2005年10月の大連立政権樹立において、CSUのシュトイバーとSPD左派のミ

ウンテフェーリングが主導権を握り、中道的な意見が連立政権の政策合意から後退を余儀なくされたことにも現れている。それゆえ、現在の大連立政権は、右派から左派までの広い政治勢力を擁しているものの、そこで選択される政策は、かつての社会民主主義的な色彩を帯びざるをえない(注 29)。実際に、中道右派を標榜していたメルケル首相自身が 2006 年に入ってからしきりに左派的な社会政策を

3 再び赤字財政；より根本的な改革へ

このような政治状況は、2006 年の夏から本格化する医療改革の方向性を「市民保険」構想に踏み出させることになる。2004 年の疾病保険現代化法が施行されてから 3 年目を迎える 2006 年は、過去 2 年間の黒字財政を受けて、その動向が大きく注目されていた。しかし、その財政抑制効果は、患者負担増による医療費抑制策の通例とされる、2～3 年とほぼ同じ様相を示しつつある。5 月には、2006 年第 1 四半期(1～3 月)の決算が多くの疾病金庫から発表されたが、赤字基調に移行しており(注 30)、財政構造の抜本の見直しを含む制度改革の必要性が大連立政権内でも強く意識されるようになった。そのため、7 月からはメルケル首相、ベック SPD 党首およびシュトイバー CDU 党首を中心に、数度にわたる会合をもち、7 月 12 日に内閣で新しい医療改革の骨子を決定した。その後も連立政権内では、改革提案の詳細について、何度も不協和音が生じ、そのたびに改革案の形成が危ぶまれていたが、メルケル首相が CDU 内部の反対に同調することなく、おおむね連邦保健大臣を中

積極的に支持するようになる。

注 29) 田中耕太郎は、前掲 注 9) に引き続き、同「ドイツ医療保険改革にみる「連帯下の競争」のゆくえ」ファイナンシャル・レビュー 80 号(2006 年) 31 頁において、大連立政権の成立により「今後の医療保険改革のゆくえの予測は極めて困難になってきた」と述べ、「大連立政権が続く限り、いずれかの方向に大きく踏み出すことは困難」と予測している。しかし、このような予測が完全に外れていることは、本文の叙述から明らかである。これは、田中がドイツの政治と社会保障政策との関係を極めて表面的に把握してきたことによるものと考えられる。

心とする SPD 側の提案を支持したことから、10 月 5 日はついに連立政権内の合意案が完成した。内閣は、この合意にしたがってただちに法案を決定し(10 月 25 日)、2007 年 1 月現在も連邦議会で審議中である(この法案の名称は、「疾病保険における競争を強化するための法律(GKV-Wettbewerbsstärkergesetz)」である。略称は、GKV-WSG という)。

この提案の内容は、多岐にわたるため、その包括的な紹介は別の機会に譲ることとしたいが、本稿の問題関心との関係で見逃すことができないのは、以下の 2 点である。まず第 1 点は、すべての住民に対して社会保険としての疾病保険の加入義務を課し、先に述べた「市民保険」構想すなわち本当の意味での国民皆保険を実現しようとする点である。また第 2 点目は、すべての疾病金庫に対して統一の保険料率が適用されると同時に、子どもの医療費に関しては連邦統一の税財源から補填使用とする点である。これは、疾病金庫の財政自律権をほぼ完全に奪うと同時に、保険料財源のみによる運営という原理の放棄を意味する。

また、前者は、これまで 120 年以上の歴史をもつ社会保険と民間保険の併存と競争を廃棄する画期的な内容を含む。これらの提案の背景には、1993 年保健制度構造法の完全実施によって、1996 年以降、社会保険と民間保険の關係に根本的变化が生じたことがあり、この事情を正確に理解しなければ、その政策的意

4 財政調整の結果；民間保険への逆選択

1993 年の保健制度構造法は、強制加入者に疾病金庫の選択権を認めたが、その一方で金庫間競争の条件整備という名目でリスク構造調整という包括的かつ体系的な財政調整制度を導入した。この財政調整は、実額調整ではないが、あらかじめ複数のリスクファクターを数値化したうえで、それらを財政力係数に直して調整する制度であり、調整後の最終的な実支出額による保険料率の格差を容認する。しかし、この制度の調整効果は、非常に高く、かつては 8% から 16% もの間に開いていた金庫間の保険料率格差が 1% 以内に収まるという結果をもたらした。それゆえ、疾病リスクが低くかつ所得が高い被用者のいる有利な疾病金庫の保険料率が急騰し、かつては保険料率がひと桁台であったために、民間疾病保険に対して保険料のうえで優位に立っていた疾病金庫が姿を消した。また、民間疾病保険の多くは、被扶養者としての家族が多ければ、それに応じて保険料額が加算されるので、保険料率が上がった疾病金庫でも家族の多い（いいかえれば保険からの受益可能性が極めて高い）被保険者であれば、民間疾病保険に移行しない。それゆえ、社会保険としての疾

味合いが不明確となろう。以下では、まずこの点を詳述し、後者の点については項を改めて叙述を展開することにしよう。

注 30) http://de.today.reuters.com/news/newsArticle.aspx?type=domesticNews&storyID=2006-05-22T175631Z_01_HAG264579_RTRDEOC_0_DEUTSCHLAND-GESUNDHEIT-KRANKENKASSEN-DEFIZIT.xml

病保険と民間疾病保険との被保険者移動は、かつてのような双方向ではなく、低リスク・高所得・単身ないし夫婦世帯といった被保険者が社会保険を一方的に忌避するようなかたちとなってしまった。

連邦政府は、2000 年以降、このような逆選択を防ぐために、保険加入義務を免除する被用者の所得上限額を年々、引き上げてきた。しかし、この措置は、所詮、イタチごっこにすぎないため、社会保険と民間保険の併存および競争という政策をいよいよ放棄せざるをえないという点で与野党を超えた共通認識が 2002 年頃から成立していたのである。

当然、このような認識や制度構想は、民間保険会社の営業の自由ないし私的自治を社会保障政策の必要性から根本的に制限することになるため、その違憲性を指摘する論文が発表されている（注 31）。確かに、1972 年のいわゆる AOK 判決（注 32）が傍論部分で、すべての疾病保険の保険者をひとつに統合しても合憲であると述べていることから、民間保険会社を社会保険の保険者と認める「市民保険」構想を保険者組織の再編問題と捉えれば、憲法上の問題が生じる可能性は低い。また、今回

の法案では、民間保険の保険料設定が従来通りのまま維持される（注33）一方で、給付に関しては社会保険と同じ内容の「基本定款（Basistarif）」が強制適用されるだけでなく、それ以外の給付は別立ての附加保険で実施されねばならないため、現在よりはどうしても社会保険との競争で不利な立場に追い込まれる（注34）。しかし、ドイツの疾病保険が被保険者の結社の自由と一定の距離を保ちながら、その強制のあり方がやや自由主義的に展開されてきたこと、そしてその前提として民間疾病保険と社会保険との併存体制が許容されてきたこと、さらには1993年GSG以降、個人の選択権を重視する施策が採用され、それが憲法学上も一定の評価を得てきたことなどを考え合わせると、民間保険会社が連邦憲法裁判所に対して憲法訴訟の申立をすることは避けられないところであり、最終的には連邦憲

法裁判所の判断が下されることになる。

注31）例えば、Stefan Muckel Verfassungsrechtliche Grenzen der Reformvorschläge zur Krankenversicherung (Teil) und (Teil und Schluss), SGB 51/10, S.583 u. 51/11, S.670. は、従来加入義務がなかった層について人格の自由な発展を保障した基本法2条1項に、また民間保険事業者については職業活動の自由を保障した基本法12条1項にそれぞれ違反すると強硬に主張する。

注32）詳細は、拙著・前掲注1）256頁。

注33）ドイツの民間疾病保険では、性別と年齢別に保険料が設定され、加入年数に応じた引当金が被保険者ごとに形成される。今回の法案においては、引当金のポータビリティを認めることで、これによる被保険者引き留め効果を抑止し、民間保険相互の被保険者移動を活性化させる。

注34）社会保険から民間保険へ移動するには、賃金額が保険料算定限度額を連続して3年以上超えなければならない。また民間保険会社のリスク審査は禁止され、社会保険の強制加入者で先の要件を充たした被用者が加入を求めた場合には、契約締結強制がかけられるため、リスク選別ができない。ただし、民間保険もリスク構造調整の対象になるため、このことが直ちに不利になるとは限らない。

2006年改革のポイント（その2）

金庫内「連帯」から国民「連帯」へ

1 連邦統一の保険料率と保健基金の創設

現在、連邦議会で審議中の法案は、「連帯」共同体としての疾病金庫に認められていた財政自律権（Finanzhoheit）のほとんどを奪い、税財源を大量に導入するという内容が含まれている。これは、120年以上も継続してきた疾病金庫の自治を国民全体の「連帯」に置き換えるに等しい措置といえる。この点、1993年の保健制度構造法の導入した金庫選択の自由とリスク構造調整は、保険料格差を是正する方策ではあったものの、リスク構造調整を実額調整としないことで最終的な保険料率決定権

を疾病金庫に残していた。また、2004年の現代化法ではじめて導入された税財源も全体として少量であり、なおも従来型の金庫自治および保険料による財政自律を形式のうえでは維持しようとしていた。

これに対して、法案は、2009年1月1日から閉鎖型に固執する企業疾病金庫を除いて、すべての疾病金庫を選択対象金庫にする。これは、これまで特別の金庫とされてきた船員金庫と鉱山労働者組合も開放型金庫とすることを意味する。また、2007年4月1日から異

なる金庫種別間の合併も認められ、120年以上継続してきた金庫種別が今後はほとんど意味をもたなくなる。同時に、将来的には種別ごとに形成されてきた連邦の金庫連合会も単一の組織にしていくことが予定されており、ボトム・アップ型で複数の連合会組織が重層的に重なり合う現行の組織は相当整理されることになる。このことは、民主主義のコストとして積極的に認められてきた組織の複雑化・多層化がもはや制度全体の効率性という観点から維持できなくなったという判断を意味し、かつての「古き良き伝統」がもはや制度の足かせになってしまっていることを象徴的に示している。

さらに、保険料率に関しては、法規命令によってすべての疾病金庫に統一料率が適用される（ただし、2004年現代化法で導入された被用者のみが負担する0.9%の保険料率も統一

2 金庫種別を超えた合併の許容

このように、審議中の法案による新しい財政制度は、これまでの疾病保険のそれをまさに一新するものであった。しかし、このような制度に至るには、やはりそれなりの背景事情があったことも事実であり、突然に登場したとはいえない。特に、1993年の保健制度構造法によって導入されたリスク構造調整は、理論上は金庫の財政自律権を前提としていたものの、現実の調整効果が非常に高かったことから、この制度の運用や改革をめぐって疾病金庫の間には深刻な利害対立があり、それは自主解決不能に陥っていた。

2001年12月10日のリスク構造調整改革法

料率のなかでそのまま維持される）、2009年1月1日からは「保健基金（Gesundheitsfond）」が連邦に設置される。ここには、連邦から拠出される税財源が投入され、2008年には15億ユーロ、2009年からは30億ユーロが疾病金庫に支弁される。これは、これまで保険料負担なしで給付の対象になっていた子どもの医療費について支給されるものである。また、保健基金を通じては、2009年1月1日から新しいリスク構造調整（後述するように、これはもともと2007年から実施される予定であったが、現在も実施の目処がついていない有病率指標に基づく財政調整である）に基づく財政調整も実施される。保健基金の運用は、連邦保険局の所管とされ、新たな行政組織を設けない。なお、財政調整後に給付費が不足する疾病金庫にあっては、1%を上限として、追加保険料の徴収が例外的に認められる。

（BGBl. I S.3465）は、2007年から有病率指標を取り入れた「新しい」リスク構造調整の導入を規定したが、期日どおりの実施が困難になっている。その背景には、この改革法の制定過程で意図的に特定の金庫種別すなわち企業疾病金庫がねらい打ちされたという事情がある。それゆえ、企業疾病金庫は、法の実施過程でも頑強に抵抗する姿勢をとり、これにAOKと代位金庫最大手のバルマーが常に対決するという構造が固定化されつつあった。また、2006年5月13日には、雑誌FOCUS誌上で2008年にハンブルグAOK、ラインラントAOKおよびヴェストファーレン・リッペAOK

とバルマーが合併するという秘密計画がスクープされた。現行の実定法上は、種別の異なる金庫同士の合併は認められていない。しかし、この計画では、2007年中に上記の3つのAOKが先に合併し、2008年にバルマーと合流することになっていた。同誌によれば、連邦保健省もこれを支持するかのような態度を見せたとされている。バルマーでは、2007年に現在の社長が交代する予定であり、それをにらんだ政党間の政治的駆け引きの側面も否定できない。バルマーも連邦保健省もともに

3 リスク構造調整の合憲性

その一方で、連邦憲法裁判所は、昨年7月18日にリスク構造調整が基本法に違反しないこと、および2001年の改革法によって導入される新たなリスク構造調整も合憲であるとの判断を下した(注36)。リスク構造調整の実施に関しては、2001年8月24日にバイエルン州、バーデン・ヴュルテンベルグ州、ヘッセン州が連邦憲法裁判所に抽象的規範統制の申し立てを行っていた。これは、1999年の疾病保険同権化法の制定に伴い、旧東側の疾病金庫に対する旧西側の疾病金庫へのリスク構造調整が実施されたことに起因する。経済状況の良好なこれら3州の疾病金庫は、この措置によって従来よりも多く調整金を負担しなければならなくなったからである。その後、2001年12月10日に先の改革法が成立し、有病率指標の導入でさらに調整の範囲が拡大したことから、同法も抽象的規範統制の対象に加えられた。この申し立てに対して明確な回答を与えたのが、上記の連邦憲法裁判所の決定である(注37)。

この秘密計画の存在を否定するコメントを発表した(注35)が、バルマーは、この間、有病率指標のリスク構造調整の導入をめぐり、AOK連邦連合会との間で何かと共同歩調をとることが多く、法改正に向けた政治的駆け引きは混迷の極みに達している(結局、このような合併は今回の法案で可能になる)。

注35) http://focus.msn.de/finanzen/news/geheimer-plan_nid_28914.html,
<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=24190>

この決定は、リスク構造調整を社会保険としての疾病保険において許容される「社会的調整」と位置づけると同時に、それが従来の連邦憲法裁判所決定によって形成された憲法上の財政原理に違反しないことを明言したものである。社会保険料を通じて行われる所得移転すなわち社会的調整は、もともと部分社会的な「連帯」を前提とするものであり、それを超えた所得移転の財源としてはより公共的な税財源によるものが望ましいというのがボン基本法の財政規定の合理的解釈として導き出されていた。ただし、連邦憲法裁判所の見解は、「社会保険(Sozialversicherung)」に限り、社会的調整の範囲設定や手法にかかる立法裁量を広く認める傾向があるため、社会保険料を通じた所得移転の範囲や対象は他の公共組合の掛金や賦課金のそれよりも肯定されやすい傾向があった(注38)。それゆえ、この決定では、リスク構造調整を通じて、疾病金庫間で実施される一方的な所得移転すなわち社会

的調整が許容されるかどうか問われ、それを肯定したものといえる。

つまり、連邦憲法裁判所によれば、もともと社会保険において許される社会的調整であれば、これが金庫を超えて実施されることも基本法に適用するものとして許容される。例えば、負担能力の多い者から少ない者への調整や現役労働者から高齢者への調整、単身者から家族扶養者への調整である。問題は、健康者から病気に罹った者への社会的調整についてである。これを年齢・性別・障害というリスクファクターのみの調整で十分といえるかどうかは、検討の余地がある。ただし、この種の政策判断は、立法裁量に委ねられており、年齢・性別・障害以外のリスクファクターを調整しないことから直ちに違憲との評価を導くことはできない。さらに地域の特性を考慮しないことについても立法裁量の範囲内にあると評価できるが、東西格差を考慮することは、先に述べた負担能力にかかる社会的調整として積極的に評価できる(注39)。このほか、2001年改革法に関しては、有病率指標の導入が健康な者から病気に罹った者への社会的調整をより適正なものにする可能性をもつこと、リスクプールは実支出額を対象にした財政調整ではあるものの、リスク構造調整による社会的調整の効果を補完するものとして許容できること、疾病管理計画の導入も医療給付の質や効率性の向上に資するという点で適切と評価できることから違憲の疑いはないとする。

以上のように、連邦憲法裁判所は、疾病保険の自治や連帯に大きな変容をもたらした1993年保健制度構造法について、その支持を改め

て表明した。特に、社会的調整の範囲が個々の金庫にとどまらず、リスク構造調整によって金庫の枠を超えたことに対して、憲法上の疑義がもはや生じえない(場合によっては基本法3条の平等原則に合致する)と判示した点は、連帯やそれに基づく社会的調整の範囲を金庫内に限定しようとした伝統的理解を明確に否定するものといえる。それゆえ、1993年保健制度構造法以降の疾病保険における「連帯」とは、金庫内のそれはもとより、かつては否定的に捉えられてきた金庫間連帯を積極的に含んだものと理解しなければならない。また、この決定における連邦憲法裁判所の評価を見る限り、今後はさらに後者の金庫間連帯に比重をおいた制度設計がボン基本法3条の平等原則からみてより憲法適合的と評価される可能性が示されたといえる。

注36) BverfG 2 BvF 2/01 v.18.7.2005.

(URL;http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20050718_2bvff000201.html)

注37) これ以前にもリスク構造調整に関しては、連邦憲法裁判所2004年6月9日決定(BVerfG, 2 BvR 1248/03 vom 9.6.2004. URL;http://www.bverfg.de/entscheidungen/rk20040609_2bvr124803.html)がある。この事件は、2つの閉鎖型企業疾病金庫が1997年になされたリスク構造調整金の賦課処分について取消訴訟を提起し、そこでリスク構造調整の違憲性等を主張したところ、連邦社会裁判所が2003年1月24日の判決で金庫側の主張を退けたため、金庫がこの判決の違憲性を訴えて憲法訴訟を申し立てたものである。しかし、この決定は、1974年のAOK判決によって確立した判例法理に従い、2つの企業疾病金庫には憲法訴訟を提起する資格がないとして、訴訟自体を不適法却下とした。それゆえ、この決定では、リスク構造調整の合憲性に関する実体判断が下されていない。

注38) この問題に関しては、近時、別稿を予定しているので、詳細はそちらを参照されたい。

注39) これによって旧東側金庫に黒字が生まれたこと

が指摘されるが、それは、医療従事者の人件費が旧西側よりも低いという事情によるものであり、この違いは最近徐々に少なくなっている。また、こ

れにかかる旧西側金庫の負担は、保険料率にして0.15%にすぎない。

むすびにかえて

ドイツの2006年医療改革（結局、越年したために2007年医療改革と称される）は、本稿執筆時（2007年1月初旬）ではいまだ審議中であり、その成否は予断を許さない。また、その内容が120年以上も継続した制度の基本構造を転換させるものであることから、関係団体の多くがいまなお「抵抗」の意を示している。特に、保健基金に投入されるべき税財源のなかに財政調整的な観点から各州の税財源が投入されるため、富裕な州の反発を招いた（これらの州政府では、いずれもCDU/CSUが政権を担当しており、大連立で左派が勢いを盛り返したSPDとさまざまな点で対立している）。加えて、大胆な組織整理の対象となる各種の疾病金庫も改革に対するネガティブ・キャンペーンを展開し、医師会も反対のストライキを決行するなどしてシュミット保健相を苛立たせている。

しかし、本稿で検討したように1993年以降の流れとそれを基本的に容認する憲法判断の存在は、現在の改革法案の内容が遠からず実現することを示唆している（1月12日現在の情報では、大連立政権幹部は可決時期が2月にずれ込むようなことがあっても、今年の4月1日から同法の施行をめざすことを繰り返し確認している。保健基金の実現や民間疾病保険に関する法規制の実施は2009年以降であ

ることから、対立している部分はできるだけ法施行にかかる準備手続で調整し、枠組みだけは法律として制定される可能性が非常に高いと思われる）。10数年かけてドイツがたどりついたのは、結局、アメリカ型の市場主義的な医療保障ではなく、国民全体が医療の平等消費を志向する社会民主主義的なモデルであり、このことのもつ意味は、限りなく大きい。ドイツの社会「連帯」は、1993年法で解体に向かったのではなかった。その規模をより大きくして、結局は、国民「連帯」に再編されようとしている。

わが国では、昨年、ドイツとほとんど同じ時期に総選挙が実施された。その結果、衆議院の3分の2を占める巨大連立政権が誕生し、2006年には医療保険制度の大改革法が成立した。このように、わが国とドイツでは表面的に同じようなことが起きているように見える。しかし、実際に成立した改革法のなかみは、医療の平等消費を志向するという点では天と地ほどの違いがあるといつてよい。ドイツとわが国の社会保険および社会保障は、他の国に比較すれば、非常に似ているとはいふものの、このような比較研究を系統的に行えば行うほどに、より深い部分での根本的な違いを探さずにはいられない。