

ドイツの医療保険における 「連帯と自己責任」の変容

土田 武史

はじめに

福祉国家の定義は一様ではないが、社会保障を福祉国家の不可欠の要件としている点ではほぼ共通している⁽¹⁾。ドイツは基本法第20条で「社会国家⁽²⁾」(Sozialstaat)であることを国の基本原理としているが、ドイツにおいても社会国家(以下、福祉国家という)の内実を成してきたのが社会保障であった。その場合、ドイツでは社会保険を社会保障の基軸としていることは、ドイツの社会保障を「ドイツモデル」として特徴づけるとともに、ドイツの福祉国家体制をも特徴づけるものとなっている。なかでも医療保険は、年金保険とともに

(1) 日本では1980年代に東京大学社会科学研究所編『福祉国家』全6巻が刊行されたのを契機に福祉国家の本格的研究が始まった。『福祉国家』第1巻の序論でその研究会の代表だった戸原四郎は「福祉国家とは、さしあたり社会保障を不可欠の一環として定着させた現代国家ないし現代社会の体制を指す」と定義し、その後多くの定義が行われてきた。本稿では福祉国家を「全ての国民に対して生存権を保障し、そのために労働の保障(雇用確保策)と社会保障を設けている国家」と捉えている。このことは、通常は労働による所得で生活が維持されるが、疾病、老齢、障害、死亡、失業等により労働による所得の確保が難しくなったときには、社会保障給付で生活が維持される体制を意味している。

(2) 福祉国家のドイツ語表記は Wohlfahrtsstaat であるが、その言葉が庇護的国家ないし給付的国家というイメージをともなうことなどから、ドイツでは一般的に Sozialstaat という語が使われている。2つの用語の意味するところは同一ではないが、近年、福祉国家の類型化が行われるなかで、社会国家はドイツ型福祉国家ないし保守主義的福祉国家として捉える見解が多くなっている。

国民生活の深奥にまで浸透し、ドイツ福祉国家体制の主軸としての役割を果たしてきた。しかし近年、ドイツの医療保険は、財政問題をはじめとして多くの問題を抱え、改革を重ねるなかで次第に変容を遂げてきている。

ドイツの医療保険制度は、当事者自治の原則の下で「連帯 (Solidarität) と自己責任 (Selbstverantwortung)」による運営を基本的理念としており、改革にあたって連帯と自己責任は常に一対の基本的理念として掲げられてきた。しかし、1993年の「医療保険構造法」(Gesundheitsstrukturgesetz, GSG)で競争政策による改革が行われて以降、連帯と自己責任はともに変容を余儀なくされてきた。さらに2007年に「公的医療保険競争強化法」(Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-WSG)が施行され、その変容がいっそう顕著になってきたように思われる。

以下では、制度論の視点から、社会保険における連帯と自己責任の意義について述べた後、1993年改革以前のドイツ医療保険における特性を確認し、それをふまえながら最近の改革によってもたらされた連帯と自己責任の変容について若干の考察を行ってみたい。

1. ドイツの医療保険における基本的特徴

(1) ドイツの社会保険における連帯と自己責任

福祉国家では、所得再分配によって国民生活の安定化と平等化が図られ、国民の連帯の強化が謳われるが、もちろんそのことが国民生活における自己責任の軽視を意味しているわけではない。福祉国家といえども、資本主義社会の基礎である市場経済を前提とし、生活の窮乏に対して自己責任を求める理念は厳然として存在している。福祉国家は、市場経済において不可避免的に発生する失業や貧困の問題を放置しておいたのでは社会的危機が惹起しかねないことから、その対応策として社会的公平を実現しようとする社会主義的な理念を取り入れ改良を行ってきた国家である。そうしたことから、社会的公平のための連

帯に基づく福祉政策は、資本主義固有の理念から生み出されたものではなく、資本主義の外部からもたらされたものであり、福祉政策が経済の効率性を著しく損なう恐れがあるとみなされたときには、資本主義の基礎をなす市場原理が機能し、福祉に傾斜した政策を制約し、市場経済への回帰が図られる⁽³⁾。そうした意味で、福祉国家はその根底に市場原理に即した「自己責任」があり、そのうえで「連帯」が形成される社会だといってよい。

過去に目を転じると、いかなる社会においても貧困者は存在し、また何らかの方法で貧困者の救済が行われてきた。資本主義に至るまでの社会にあっては、それは主として上からの施しであり恩恵であった。中世ヨーロッパ社会では恩恵がキリスト教の教義と結びつき、貧困者救済が広く行われたことはよく知られている。封建制社会から資本制社会への移行過程で恩恵による救済を法制化した救貧制度が導入されるが、資本主義の展開とともに個人責任が問われるようになり、救貧制度による救済は苛烈な処遇をもって行われるようになった。産業革命を経た19世紀中葉のイギリス経済社会は、資本主義の基本的理念である自由放任主義に即して資本の自由な活動が展開されたことから自由主義段階とよばれるが、その初期に制定された新救貧法にみられる理念、すなわち貧困を個人責任に帰す捉え方は、原理的な資本主義理念に基づく貧困観ということができる。

しかし、やがて貧困の発生が主として社会的要因によることが明らかにされるなかで、貧困者が救済を求める権利と国家の救済義務が確立され、公的扶助として制度化された。恩恵から権利への展開である。公的扶助によって全ての国民に対して国の定める最低限度の生活が保障されることになったことの意義は大きい。しかし、その受給には多くの要件が設けられ、依然として貧困とそ

(3) 林建久は福祉国家財政の特徴を、単に福祉政策の重視に求めるのではなく、公正（福祉）と効率（市場）という2つのポールの間を往復するフレキシブルな仕組みにあるとしている（林『福祉国家の財政学』有斐閣、1992年、第3章）。

の救済へのスティグマが存在するといった問題がある。そこでは個人責任としての貧困観が通奏低音のように流れているといえよう。

一方、社会保険の成立にともない、貧困やその原因となる疾病、老齢、障害、死亡、失業等に対して新たな対応策が講じられるようになった。保険の導入により、個人責任という主観的捉え方からリスクへの対応という客観的捉え方にウエイトが移行し、貧困とその原因に対して従来とは異なった観点から見ることを可能にしたのである。保険のリスクという観点からみると、発生確率の把握と発生への対応が中心となり、リスクの発生に対して所定の給付を行うことにより、貧困に陥るのを防止することが社会保険の役割とみなされるようになった。公的扶助が救貧機能であるのに対して、社会保険が防貧機能とされる所以である。また、リスクという観点から、疾病、老齢、障害、死亡、失業等がそれぞれ1つの範疇にまとめられ、その特性に応じた給付が行われるようになった。

さらに、社会保険においては、当初所得の格差を是正する所得再分配機能が付与されている。すなわち、社会保険の保険料は、民間保険のように被保険者のリスクに対応するのではなく、被保険者の収入の多寡に応じて算定され、それを納付することが社会成員の責務として求められる。一方、その給付については、医療保険や介護保険等における現物給付（サービス給付）の場合は、支払われた保険料の多寡に関係なく、医療や介護の必要度に応じて給付が行われる。年金保険や失業保険等における現金給付の場合は、保険料に比例する度合いが強いが、それでも所得の低い者への傾斜的配分がなされている。社会保険では、保険の基本的な技術的原則である「給付・反対給付均等の原則」から乖離することにより、所得の平等化を図ることが重要な役割とされている。

社会保険は、救貧制度のように道義的理念による恩恵でもなく、公的扶助のように選別的に関与するのでもなく、社会的な契約に基づいて負担と給付を行う仕組みである。社会保険の保険料納付は「自己責任」の理念を満たし、生活

事故の発生に対する給付は社会的な「連帯」を実現する。それに加えて、連帯による給付が恩恵となって自己責任を阻害することのないように、「補足性」(Subsidiarität)の原則が加えられ、それによって自己責任と連帯のバランスが加減される。こうして社会保険では、自己責任を基礎としつつ連帯による支援が行われ、それに補足性の原則が付随するという仕組みが作られたのである。

多くの国々が社会保険を社会保障の根幹として福祉国家を形成してきたのは、そうした社会保険における自己責任と連帯に基づく制度運営に社会秩序との適合性を見出したからであろう。しかし、連帯と自己責任とのバランスは一樣ではない。それぞれの国における経済社会の歴史的推移や社会的慣行によって異なってくるし、また保守主義的政権では自己責任を重視する政策が展開され、社会民主主義的政権では連帯を重視する政策が展開されるといった相違もみられる。自己責任と連帯にどのようなウエイトをつけるかによって、社会保険、さらには福祉国家のありようが大きく異なってくる。

こうした社会保険の特性に加えて、ドイツでは社会保険が地域、職域、職業、産業、職業身分⁽⁴⁾などによる多様な組織によって担われてきたことが大きな特徴となっている。加藤榮一のいう「仕切られた連帯」である。とりわけ医療保険では、小規模な保険者組織において労使による自主的運営が行われ、「仕切られた連帯」としての性格が強かった⁽⁵⁾。

さらにドイツの特徴として、第二次大戦後から今日に至るまでドイツの経済

(4) ドイツでは労働者 (Arbeiter)、職員 (Angestellte)、官吏 (Beamte)、自営業者 (Selbstständige)、農業者 (Landwirte) という職業身分の区分が行われている。被用者の大半を占める労働者と職員は社会保険上の取り扱いも区分されてきたが、1989年の医療保険改革法において労働者と職員を同等に取り扱うことに改められた。

(5) 加藤榮一『福祉国家システム』ミネルヴァ書房、2007年、248ページ。加藤は年金保険における職業身分による組織化をとりあげて、ドイツの社会保険における連帯の特性を論じているが、医療保険においては職業身分以外にも職域や職業などさまざまな形で組織化され、その特性がさらに強くみられる。

理念および経済政策の基軸をなしてきた「社会的市場経済」(Soziale Marktwirtschaft) と社会保険との適合性を指摘することができる。すなわち、社会的市場経済は自由な市場経済を基本としながらも国家による関与を是認し、市場経済で生起する諸問題を国家が調整するものであるが、そこでは市場経済と国家の調整が自己責任と連帯に対応するものとみることができる⁽⁶⁾。さらに、補足性の原則が社会保険の仕組みに導入されたことも、社会的市場経済と社会保険との関連において重要な意味を有している⁽⁷⁾。社会的市場経済と社会保険の適合性が、国民生活のなかに社会保険が深く入り込んでいった1つの要因となっている。

(2) 1993年改革以前の医療保険制度の特徴—多元的分権的な組織構造

ドイツの医療保険制度の特徴として、多くの疾病金庫(Krankenkassen. 公的医療保険者)がそれぞれ自主的に管理運営を行うという多元的かつ分権的な組織構造があげられてきた。2007年の公的医療保険競争強化法により種類別の疾病金庫⁽⁸⁾の意義はなくなり、疾病金庫の数も減少しつつあるが、各疾病金庫では当事者自治(Selbstverwaltung)の原則による管理運営が行われており、多元的分権的組織構造は大きく揺らぎながらもなお維持されている。以下で

(6) 社会的市場経済における国家の関与については2つの点が指摘されている。1つは、市場機能を十分に発揮させるための仕組みを国家が整備しなければならないという点であり、いま1つは、市場機能には限界があり、それを克服するには国家の調整措置が必要であるとい点である。とくに後者はドイツの特性とされ、社会政策、すなわち労働政策と社会保障によって国民生活の安定と公平を図ることが国家の任務とされた。もともと、社会保障については、エアハルトをはじめオイケン、ミュラー・アルマックなど社会的市場経済の主導者が市場機能を阻害しかねないとして消極的であったが、アデナウアー首相の強い意向により社会保障の充実が図られた。とくに1957年の年金改革で、現役世代の賃金水準に比例した動態的所得比例年金を完全賦課方式のもとで給付する仕組みが実現したことにより、世代間連帯による社会保険制度が確立し、ドイツ福祉国家体制の基盤となった。

(7) 補足性の原則と社会的市場経済の関係については、山田誠「ドイツの補完性原理と自治体行財政」(古瀬徹・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障4・ドイツ』東京大学出版会、1999年、所収)が詳しい検討を行っている。

は、その内容と特徴について概観しておこう。

疾病金庫では、医療保険制度の創設以来、連邦、州および地方自治体から独立した公法人として、被保険者と事業主の代表による自主的運営が行われてきた。1949年にドイツが東西に分離された後、西側のドイツ連邦共和国（西ドイツ）では伝統的な医療保険制度が再建され、1952年には当事者自治法（Selbstverwaltungsgesetz）により疾病金庫の自主的運営に法的基礎が与えられた。また、1949年の社会保険調整法（Sozialversicherungsanpassungsgesetz）により保険料が労使折半負担となったことで、疾病金庫の運営機関である代議員総会（Vertreterversammlung）と理事会（Vorstand）の構成も労使同数となり⁽⁹⁾、疾病金庫の被保険者側理事等に労働組合員が選出され、労使共同決定制の一環として、保険料率をはじめ定款や予算の決定等が労使の共同で行われるようになった。

また、当事者自治を支えた大きな要因として、医療保険財源が保険料のみによって賄われ、2004年に公的医療保険近代化法により連邦政府から補助が行われるまでは、連邦政府や州政府からの補助は原則として行われてこなかったことがあげられる⁽¹⁰⁾。各疾病金庫は概ね半年ごとに財政状況を点検し、保険料率を頻繁に変更することによって収支の均衡を図ってきた。疾病金庫の間では保

(8) 2007年まで疾病金庫は、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業組合疾病金庫、連邦鉦夫組合、海員疾病金庫、農業疾病金庫、職員代替金庫および労働者代替金庫という8種類の疾病金庫（Krankenkassen、公的医療保険者）に分かれていた。各種の疾病金庫が存立したのは、歴史的経緯によるところが大きい。ビスマルクは医療保険法の制定に際して、旧来から同業組合や工場等で設けられてきた任意の共済組合（疾病金庫、救済金庫、共済金庫等と呼ばれた）の多くを保険者として公法人化し、拠出と給付の仕組みも従来 방식을踏襲した。ビスマルクが新たに設けたのは、従来の疾病金庫に包摂されない労働者と低所得職員のための地区疾病金庫（Allgemeine Ortskrankenkassen, AOK）のみである。

(9) 連邦鉦夫組合では労使の比率が2対1、職員代替金庫および労働者代替金庫では被保険者代表のみによって構成された。

(10) 例外として、農業疾病金庫において農業経営から引退した高齢者の保険料および患者一部負担に対して政府補助が行われている。しかしこれは、医療保険に対する補助というよりも農業保護政策（農家の所得保障）に基づくものである。また、社会扶助や失業給付の受給者に対して保険料や患者一部負担の補助が行われているが、その割合は低い。

除料率の格差がみられたが、1980年代にその格差が著しく拡大するまでは各金庫の特性によるものとみなされていた。このような疾病金庫における財政的独立性と保険料率の柔軟な変更による収支均衡の維持は、当事者自治と表裏をなすドイツ医療保険制度の大きな特徴となっていた。

このようにドイツの医療保険では、多数の疾病金庫が、法的規定、労使共同決定、財政的独立性、保険料率の変更による収支均衡の維持等を背景に、当事者自治による管理運営が営まれてきたのである。ドイツでは社会保険における連帯と自己責任の原則が、医療保険においては多元的分権的組織構造と密接に結びついてきたことを看過してはならない。

後にみるように、現在、多元的分権的組織構造は変化を迫られつつあるが、少なくとも1993年の改革が始まるまでは大きな変化はなかった。

2. 1993年改革による疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整の導入

(1) 疾病金庫選択権の拡大

1993年の社会保険構造法（GSG）による改革は、第二次世界大戦後に医療保険制度が再建されて以来の最大の改革であった。その範囲は多岐にわたっているが、連帯と自己責任に大きな影響を与えたのが「疾病金庫選択権の拡大」と「リスク構造調整の導入」である。以下では、歴史的経緯にもふれながらその内容を検討してみよう。

従来、公的医療保険の強制被保険者は、勤務する事業所に企業疾病金庫が設立されている場合にはその金庫に、勤務する事業所が同業組合疾病金庫のメンバーである場合はその金庫に加入し、それ以外の場合は勤務地にある地区疾病金庫に加入するのが基本となっていた⁽¹⁾。また、これらの被保険者は上記の強制加入金庫に代わって、労働者（Arbeiter, ブルーカラー）は労働者代替金庫、

(1) 連邦鉦夫組合、海員疾病金庫、農業疾病金庫にはそれぞれに該当する職業に従事する者が加入することになっていた。

職員（Angestellte, ホワイトカラー）は職員代替金庫への加入を選択することができた。ただし、その場合は各代替金庫の定款に定める被保険者資格に該当しなければならず、労働者はその資格の範囲が狭く制限されていたのに対して職員にはほとんど制限がなく、両者の間には大きな違いがあった。

また、公的医療保険への加入義務を免除されている者（官吏、自営業者、一定所得以上の職員等）については、官吏（Beamte. 日本の上級職に近い）が国から補助を受けているほか⁽¹²⁾、自営業者や職員等は民間医療保険または公的医療保険に任意加入していたが、公的医療保険に任意加入する場合には、加入する疾病金庫の選択権が与えられた。その選択においては、自営業者や所得の高い職員のかなりの部分が、強制加入金庫よりも医療サービスが優っていた職員代替金庫を選択していた⁽¹³⁾。こうした職員代替金庫が高所得者の民間医療保険への流出を防ぐ役割を果たしていたことにも留意しなければならない。

それらの疾病金庫では、金庫の歴史的経緯⁽¹⁴⁾に加えて、被保険者の居住地域や職域、労働条件、就労履歴、職業および職業身分などが同質的であることから、被保険者の連帯意識が醸成され、共同体的な小集団としての性格を有していた。こうしたことから疾病金庫が「連帯共同体」（Solidargemeinschaft）と呼ばれることもある。医療保険における疾病金庫内の共同体的連帯は、年金保険における世代間連帯とともに、ドイツ福祉国家体制の基盤をなしてきた。

(12) 官吏への援助は、一般国民の社会保険における保険原則（Versicherungsprinzip）とは異なり、国家に貢献することへの報償として援護原則（Versorgungsprinzip）に基づき無償で給付される。官吏の多くはこの援助に加えて、上乘せ給付として民間医療保険に加入しており、その保険料の半額が政府から補助されている。

(13) 特定の疾病金庫への加入を義務づけることを「強制金庫」方式、加入は強制されるが特定金庫への加入は強制されないことを「金庫強制」方式といい、ビスマルクの立法時に事業主と労働者の利害が絡んで大きな論点となった。ビスマルクの立法では金庫強制方式がとられたが、1892年の改正で強制金庫方式に改められるとともに、共済金庫（後の代替金庫）に一定の規制を加えて強制の枠外におく形となった。そうした経緯から、1993年の金庫選択権の拡大を「ビスマルク疾病保険への回帰」とみなす見解もあるが、金庫選択権の拡大は市場原理の導入が基本であり、「回帰」とみなすのは適切ではない。

(14) 土田『ドイツ医療保険制度の成立』（勁草書房、1993年）第4章を参照。

こうした仕組みに最初の変化をもたらしたのが、1989年の医療保険改革法（Gesundheitsreformgesetz, GRG）であった。連邦社会裁判所の判決で職業身分による社会保険上の差別的取り扱いが禁止されたのを受けて、労働者についても職員と同じく保険料算定基礎収入が一定限度額を上回る場合には加入義務が免除され、疾病金庫の選択権が与えられた。しかし、疾病金庫は定款で被保険者資格を限定していたので、任意加入の労働者が選択できる金庫の範囲は限られており、金庫選択権を行使する労働者は少なかった。

1993年の医療保険構造法（Gesundheitsstrukturgesetz, GSG）はそうした仕組みを抜本的に改めた。疾病金庫の定款で被保険者資格を限定することを廃止し、所得の多寡や職業身分等の相違に関係なく、全ての被保険者に対して金庫の選択権を付与したのである。ただし、年金受給者、障害者、学生の被保険者については選択範囲が制限され¹⁵⁾、家族被保険者には選択権を認めないこととされた。

選択の対象となる疾病金庫は、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業組合疾病金庫、労働者代替金庫および職員代替金庫で、選択の範囲は同一州内の同一種類の金庫とされた。ただし、企業疾病金庫と同業組合疾病金庫については、母体企業または母体同業組合との関係を考慮して、母体の企業または同業組合に所属する被保険者以外の者の加入を認めないと定款に定めることも認められた。ただし、そうした閉鎖型の疾病金庫であっても、その被保険者が他の疾病金庫へ移動することができるとされた。

疾病金庫選択権の拡大は、被保険者の獲得をめぐる擬似的市場が形成される

¹⁵⁾ 年金受給者は、年金受給者となったとき（退職時）に加入していた疾病金庫の被保険者となることが原則とされているが、以前に加入していた企業疾病金庫または同業組合疾病金庫への加入を選択することも認められた。また、障害者については親の加入する疾病金庫への加入が認められた。大学生については、家族被保険者の要件を満たさない場合や、その配偶者または子が医療保険の対象にならない場合、地区疾病金庫の強制被保険者となることとされていたが、同業組合疾病金庫への加入を選択することも認められた。

ことを意味している。そこでは主に保険料率をメルクマールとして金庫間の競争が行われることとなったが、金庫間のリスク構造格差が大きく、保険料率にも大きな差異があったため、そのままではきわめて不公平な競争になってしまうことから、金庫間の競争条件を平等にすることが必要であった。そのために行われたのがリスク構造調整の導入である。

リスク構造調整について述べる前に、疾病金庫の2つの組織改革についてふれておこう。

1つは地区疾病金庫の統合である。地区疾病金庫の多くは市町村とその周辺の郡単位までを対象としていたため規模が小さく、また高齢者や障害者、失業者、低所得者等を多く抱えていることから保険料率が高く、そのままでは疾病金庫間の競争に対応できなかった。そのため1996年の金庫選択権拡大の実施に先立って、原則として州単位に統合が図られた。それにより93年に257を数えた地区疾病金庫が95年には20金庫となった。

いま1つは疾病金庫の内部組織の改革である。すなわち、労使の代表からなっていた代議員総会と理事会は統合されて管理委員会となり、理事会は専任の金庫経営担当者の機関に改められた。管理委員会は予算の決定、決算の承認、理事の選定、金庫の合併・解散の決定などを行う最高機関で、日常業務は理事会に委ねられた。理事は被保険者数が50万人までの金庫では2人以内、50万人を超える金庫では3人以内とされた。

この改革により、被保険者側も使用者側も金庫の運営に直接的に関与することはほとんどなくなった。とくに開放型の金庫の場合は、さまざまな企業や職業の者が被保険者となり、しかも頻繁に金庫間を移動する者も多いため、使用者が金庫運営に関与する意味は薄れ、事務所費や人件費を負担する企業はなくなり、また労使共同決定の一環として金庫運営に関わってきた労働組合も関心が薄れていった。被保険者も使用者も専ら保険料率の高さに関心を寄せるだけの存在となり、疾病金庫と被保険者の関係はいわば商品価格をめぐる売り主と

顧客の関係のようになっていった。

(2) リスク構造調整の導入

リスク構造調整は、被保険者の年齢、性別、家族被保険者数、基礎収入、障害年金受者数をリスクファクターとして、それによる金庫間の財政格差を調整するものである⁽¹⁶⁾。

まず、リスク構造調整に課せられた役割として、2つのことを確認しておきたい。1つは、リスク構造調整は、従来の年金受給者医療費の財政調整等が医療給付の行われた後に実施されたのとは異なり、疾病金庫のリスク格差が金庫財政に及ぼす影響を事前に調整するもので、疾病金庫間の公正な競争を行わせるための前提条件づくりであるということである。「平等な競争条件の設定」、これがリスク構造調整に課せられた役割である。

第2に、平等な競争条件の設定において重要なことは、疾病金庫間の競争がリスク選別にならないような仕組みを整えることである。民間保険においてはリスク選別が合理的な経済行為として行われているが、公的医療保険でリスク選別が行われる場合には、ある金庫が有利なリスクの被保険者を選んだ分だけ、他の金庫に不利なリスクの被保険者が残ることになり、疾病金庫全体としてはリスク構造格差が再生産されることにほかならない。それではリスク構造調整を行う意味がない。したがって、疾病金庫がリスク選別をしてもそれが無意味になるようなリスクファクターを選別し、財政調整を行うことが必要となる。上記の5つのファクターはそうした選別によるものであるが、疾病リスクそのものを対象とせず、金庫財政に影響を与えるファクターを選別したところに特徴がみられる。

(16) リスク構造調整の詳細については、松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅰ—医療保険—』信山社、2003年、第8章、田中耕太郎「ドイツ医療保険改革にみる「競争下の連帯」のゆくえ」財務省財務総合研究所『フィナンシャル・レビュー』2006年、を参照。

リスク構造調整については、さらに2つのことを確認しておく必要がある。1つは、公正な競争条件を整えるための財政調整は、社会保険の「連帯原則」に即したものとされていることである。つまり、一般の市場競争であるならば、競争者同士の財政調整などは行われなし、リスク選別の排除も行われなしが、それを行うところに社会保険における連帯原則が発揮されているという理解である。「連帯原則に基づく競争」、それを実現させるのがリスク構造調整であるということになる。

いま1つは、公正な競争条件で競争した結果、疾病金庫の財政に格差が生じた場合、その格差は疾病金庫の経営責任とみなされるということである。つまり、事前に財政格差を調整したうえでの競争であり、そこで生じた財政格差は当事者の経営のあり方によるものだという理解である。したがって、赤字を出した疾病金庫はその「自己責任」を負うべきであり、他の金庫との合併も1つの責任の取り方であるとみなされた。

(3) 1993年改革による「連帯と自己責任」への影響

改革による医療保険の「連帯と自己責任」に対する影響を先回りしていうと、疾病金庫選択権の拡大後、大量の被保険者が金庫を移動し、金庫の合併により金庫数は大幅に減少した。それとともに金庫運営における連帯と自己責任のバランスが崩れ、連帯が著しく弛緩し自己責任が突出するようになった。この変化を少し詳しくみてみよう。

疾病金庫選択権の拡大により被保険者の移動が始まった1997年1月から2000年1月までの3年間に、地区疾病金庫から約120万人（家族被保険者を除く。以下同じ）、職員代替金庫からは約58万人が流出する一方、企業疾病金庫には183万人が流入した。地区疾病金庫と職員代替金庫における流出状況は対照的で、地区疾病金庫では97年に55万人という大量流出の後、98年38万人、99年27万人と流出が減少していったのに対して、職員代替金庫では97年8万人、98年

12万人、99年に37万人と流出が増加していった。一方、企業疾病金庫への流入は、97年は32万人であったのが、98年50万人、99年98万人と著しい増加傾向を示した。こうして2007年までの間に地区疾病金庫からは330万人、職員代替金庫からは217万人が流出し、企業疾病金庫には380万人の流入があった。

また、疾病金庫の種類別平均保険料率の変化をみると、リスク構造調整が実施される前年の1993年に地区疾病金庫が14.05%、職員代替金庫が13.18%、企業疾病金庫が11.86%であったのが、99年にはそれぞれ13.66%、13.76%、12.73%となっている。すなわち、93年当時は地区疾病金庫と職員代替金庫との間には0.9%近い保険料率格差があったが、地区疾病金庫の保険料率が低下し、職員代替金庫の保険料率が上昇した結果、両者の差は0.1%にまで縮小した。それに対して、企業疾病金庫は当初は1年間で保険料率が0.9%近くも上昇したが、その後の上昇はわずかで地区疾病金庫や職員代替金庫との格差は1%前後となっている。さらに2007年の保険料率をみると、地区疾病金庫は14.35%、職員代替金庫は14.09%、企業疾病金庫は13.53%となっており、企業疾病金庫の保険料率は相対的に低位水準を維持し、地区疾病金庫は大幅に上昇し、職員代替金庫は地区疾病金庫よりも上げ幅が小さく、地区疾病金庫と企業疾病金庫の中間的な水準に位置している。

保険料率の動きと被保険者数の変化を重ねてみると、次のようなことがいえるであろう。すなわち、リスクの低い被保険者が多く加入していた職員代替金庫と企業疾病金庫は、リスク構造調整によって多額の調整金の支払いを行ったため、保険料率の引き上げを余儀なくされた。しかしその後、企業疾病金庫の保険料率が相対的に低く維持されているのは、保険料率の低い企業疾病金庫にリスクの低い被保険者が多く移動し、保険料率の高い企業疾病金庫は存続が難しくなり合併に追い込まれた。それに対して職員代替金庫の場合は金庫数が少なく保険料率が高止まりしているため、リスクの低い被保険者は保険料率の低い企業疾病金庫や民間医療保険へ流出し、職員代替金庫は保険料率のさらなる

引き上げを余儀なくされたことを示している。一方、地区疾病金庫では97年にリスクの低い被保険者を中心に大量の流出があった後は、リスク構造調整による調整金の受け入れによって保険料率の上昇が抑えられたため、被保険者の流出が少なくなっていたが、高齢者などリスクの高い被保険者は地区疾病金庫に留まっているため、高い保険料率水準になったことを示している。リスクの低い被保険者の夥しい移動とリスクの高い被保険者の滞留がみられるのは、なんらかの形でリスク選別が行われていることを示している。

疾病金庫数の変化をみると、1992年の1,223金庫から2000年に546金庫、07年に242金庫となり、15年間で約5分の1にまで減少した。金庫の種類別にみると、企業疾病金庫は同じ年次に741金庫から451金庫、そして189金庫まで減少し⁽¹⁷⁾、同業組合疾病金庫も173金庫から33金庫、16金庫へと減少している。職員代替金庫は92年の19金庫から07年に6金庫に減少した。

以上のように、疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整の導入によって、リスクの低い被保険者が大量に疾病金庫を移動し、それとともに疾病金庫では合併が行われ、金庫数が大幅に減少した。被保険者の移動は従来の連帯共同体からの離脱であり、被保険者の流出入と金庫の合併の展開は、金庫内における共同体的な結合を希薄化させ、「連帯」の弱体化をもたらしたのは当然の帰結といえよう⁽¹⁸⁾。一方、被保険者が保険料格差をメルクマールとして移動することは、市場経済にあつては合理的経済行為であり、市場経済の基本である「自己責任」による選択が拡大していることを示している。このように連帯と自己責任のバランスが崩れ、連帯が後退していくことは、医療保険の多元的分権的構

(17) 企業疾病金庫の合併については、田中耕太郎・土田武史「ドイツ企業疾病金庫の統合・合併に関する調査研究報告書」健康保険組合連合会、2004年、を参照。

(18) 田中耕太郎は、疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整というシステムが、市場競争における合理的行為であるリスク選別を無意味化することはできず、「限りなく連帯の解体に向かうことにならないのではないかという危惧」があると述べている（田中「ドイツ医療保険制度改革」『海外社会保障研究』145号、国立社会保障・人口問題研究所）。

造を変化させ、ドイツ福祉国家体制の基盤の弱体化をもたらすことを意味しているといえよう⁽¹⁹⁾。

(4) 疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整の意味

本稿のテーマと論述の関係から順序が逆になったが、改めて疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整の導入の目的は何であったのかを確認しておきたい。一般に、金庫選択権の拡大とリスク構造調整の導入は、連帯原則に基づく医療保険制度の経済性・効率性を高めるための手段だったとされている。それでは具体的に何を企図していたのか。

1つは、疾病金庫間の保険料率格差の是正である。疾病金庫の間では加入者の年齢構成や疾病状況などリスク構造が異なっており、それによって財政格差が生じる。各金庫は収支均衡を厳格に義務づけられており、収入は保険料のみであることから、財政格差は保険料率格差となって表れる。1992年の平均保険料率をみると、地区疾病金庫が14.1%であるのに対して企業疾病金庫は11.8%であり、また個別金庫では最高保険料率が16.8%、最低保険料率が8.5%と大きな格差が生じていた。その格差が小さいうちは各金庫の特性によるものとして許容されたが、格差が大きくなると社会保険の公平性からいってそれを放置しておくことは許されなかった。以前から疾病金庫の間で幾つかの財政調整が講じられていたが⁽²⁰⁾、その効果が十分でなく、さらなる格差是正策が求められた。それに応えようとしたのが、疾病金庫選択権の拡大とリスク構造調整の導入であった。

(19) 加藤榮一は、東西ドイツ統一にともなう年金保険改革が世代間連帯を揺るがし、ドイツ社会保険福祉国家存立の基盤喪失を招いているという考察を行っている（加藤、前掲論文）。

(20) 1977年の医療保険抑制法以来、年金保険の財政状況とも関連しながら、年金受給者医療費に関する財政調整が行われてきた。また、1989年の医療保険改革法では、高額医療費と財政窮迫金庫に関して同一州内同一種類の疾病金庫間で財政調整が導入された（詳しくは、土田「ドイツ医療費支払い方式に関する調査研究報告書」財団法人医療保険業務研究協会『医療保険の今後のあり方』1993年、59ページ以下を参照）。

その後の状況を見ると、地区疾病金庫と企業疾病金庫の平均保険料率の格差は1993年から2000年の間に1.97%から1.23%に縮小し、最高保険料率と最低保険料率の格差は同じ期間に8.8%から5.9%に縮小しており、一定の効果があったことが認められる。ただし、ここで留意しなければならないのは、松本勝明が指摘しているように、保険料率格差の縮小は、被保険者の移動によってリスク構造格差が縮小したことによるよりも、リスク構造調整による財政格差の平準化の影響の方がはるかに大きいということである⁽²¹⁾。

それでは、なぜ疾病金庫選択権の拡大という競争を導入したのであろうか。それは改革の最大の目的が、保険料率の抑制にあったからである。保険料率格差が是正されたとしても、非効率的運営を行う疾病金庫を放置したままであるならば、医療保険の経済性・効率性を高めるという改革の目的には合致しない。非効率的運営を行っている金庫を淘汰し、効率的な運営を行う金庫を拡大していくこと、それに向けての市場競争を促し保険料率を抑制することが金庫選択権拡大の狙いであった。しかし、市場競争を社会保険において行う場合には、連帯原則に基づく公正な競争でなければならない。リスク構造調整は単に保険料率格差の縮小を図るためだけではなく、そうした公正な市場競争の前提条件づくりのために導入されたのである。

ちなみに、当時の保険料率の状況を見ると、1980年代半ば以降医療費が急増したため、医療費改革法による改革が行われ、平均保険料率は89年の12.9%から91年には12.2%まで低下した。しかし、東西ドイツの統合にともなう東側への医療保険の拡大等により再び医療費が増加傾向に転じ、保険料率が引き上げられ、92年には12.7%となり、93年にはさらに上昇して13%を超えることが確実視された。こうした状況に対して、93年改革では市場競争を導入することにより、保険料率の抑制を図ろうとしたのである。

(21) この点について松本勝明が詳しい分析を行っている（松本，前掲書，210-211頁）。

改革の影響についてみると、1993年に13.41%まで上昇した平均保険料率は、95年に13.15%まで低下した後、96年13.48%、98年13.62%とやや上昇するが、その後の数年間は13.6%前後で横ばいとなっている。このように90年代半ばから5年～6年間は保険料率の安定がみられた。

しかし、次第に幾つかの問題が現れてきた。1つは、リスクの高い被保険者は保険料率の引き上げ要因となるため、疾病金庫ではさまざまな合法的な方法でリスク選別する傾向が現れた。なかでも問題になったのは、リスク増大をもたらすとして罹病者を忌避するという医療保険としてあるまじき状況がみられたことであった。そのため、リスクの高い被保険者が多く加入している地区疾病金庫から、リスク構造調整のリスクファクターに罹病率を加えるよう強く求められた。

第2に、金庫選択権の拡大とリスク構造調整による保険料率の抑制効果が次第に弱くなってきたことである。リスクの低い被保険者も高齢化等によりリスクが高くなり、保険料率も引き上げられ、また金庫の合併によるリスク分散効果も下がり、金庫間の保険料率格差が固定化して競争も次第に弱まり、平均保険料率は徐々に上がっていった。

このような状況のなかで、2002年にリスク選別への対応策として「リスク構造調整改革法」による疾病管理プログラムやリスクプール制⁽²²⁾が導入され、また保険料率の上昇に対しては04年に「公的医療保険近代化法」による診療料(Praxisgebühr)の導入等の対策が講じられた。また、医療保険制度の抜本改

(22) 疾病管理プログラムは、特定の慢性疾患(糖尿病、喘息、乳がん、冠動脈心疾患の4疾病)を対象として、疾病金庫が適切な治療を推進するためのプログラムを開発し、連邦保険庁の認可を得たうえで、そのプログラムによる治療を受けることを登録した患者の医療費をリスク構造調整の対象とするというものである。また、リスクプール制は、リスク構造調整に用いられる平均給付費を著しく超える高額な医療費について調整を行うもので、具体的には、その額が患者1人当たり年間20,450ユーロ(2002年の基準値)を超える場合には、その超過額の60%をリスクプールによって補填し、残りの40%を当該疾病金庫が負担するというものである。それらはいずれも特定の医療費について金庫間財政調整を行うものであり、罹病者に対するリスク選別を是正することを目的としていた。

革に向けての動きが強まり、キリスト教民主・社会同盟（CDU/CSU）と民主社会党（SPD）からそれぞれ抜本的改革案²³⁾が提示され、05年秋の総選挙では医療保険改革案をめぐる激しい議論が展開された。しかし、総選挙の結果、両党の大連立内閣が発足し、それにもない医療保険改革でも妥協が求められた。その結果として制定されたのが、07年の「公的医療保険競争強化法」であった。その施行により、医療保険の「連帯と自己責任」はさらに大きな変容を迫られることとなった。

3. 2007年改革による競争強化策とその影響

公的医療保険競争強化法（以下、競争強化法という）に基づき、広範囲にわたる改革が2007年から11年にわたって段階的に行われてきた。そのなかで改革の中核となっているのが財政改革で、統一保険料率の導入、連邦補助の拡大、医療基金の創設、罹病率によるリスク構造調整、交付金の配布、追加保険料の設定などを内容としており、いずれも医療保険の「連帯と自己責任」のあり方に大きな影響を与えるものであった。

(1) 統一保険料率の導入

各疾病金庫が独自に保険料率を決定する方式が廃止され、2009年1月から全ての疾病金庫に共通する法定の「統一保険料率」が導入された。統一保険料率の導入により、保険料率をメルクマールとする競争に終止符が打たれた。

また、統一保険料率の導入によって、個々の疾病金庫における財政上の裁量権が縮小され、当事者自治が制約されることとなった。これについて連邦保健省は、統一保険料率は年金保険や介護保険でも行われており、負担の公平を図

²³⁾ CDU/CSUの「連帯的医療プレミアム（Solidarische Gesundheitsprämie）」（人頭包括保険料 Kopfpauschale）案と、SPDの「国民保険」（Bürgerversicherung）案。詳しくは T. Seggleman, M. Bieling, T. Heide, Bürgerversicherung versus Kopfpauschale, 2007.

るためのものであって、金庫の自治権を損なうものではないとしている。しかし、年金保険の場合は労働者年金保険と職員年金保険という2つの被用者年金の公平化を図るものであり、介護保険も全国単一の財政システムに対応したもので、医療保険のように各金庫が単年度ごとに収支均衡を求められる仕組みとは著しく異なっている。疾病金庫の自治権の制約であることは否定し得ない。

(2) 罹病率を加味したリスク構造調整と新たな競争の導入

競争強化法により、連邦保険庁の管理下に「医療基金」(Gesundheitsfond)が設立され、医療基金が医療保険料と連邦補助金⁽²⁴⁾を一括して管理するとともに、各疾病金庫の法定給付のための「交付金」を算定し配分するという方式が導入された。

交付金の算定に際して、従来のリスク構造調整にかわって、罹病率を加味した新たなリスク構造調整が導入された。その方式は、「基礎定額給付」、「年齢・性別調整」、「罹病率によるリスク構造調整」および「障害年金受給者に対する調整」からなっている。すなわち、「基礎定額給付金」は被保険者1人当たり平均給付額で、これに「性別・年齢別調整金⁽²⁵⁾」が加算または減算され、次いで「罹病率によるリスク構造調整」(Morbiditäts-Risikostrukturausgleich, Morbi-RSA)による調整金が加算され、さらに障害年金受給者のうち一定以上の医療給付を必要とする者について調整金が加算される。こうした算定が疾病金庫ごとに全被保険者について行われ、その合計額が金庫への交付金となる。

⁽²⁴⁾ 2003年の「公的医療保険近代化法」で、妊娠・出産等に係る母性給付、病気の子ども看護休業の際の傷病手当金、病気で家事をする者がいない場合の家事援助などを「保険になじまない給付」(Fremdleistungen)として連邦政府が税財源から補助を行うことにしたもので、2007年改革で上限の140億ユーロまで段階的な増額が図られることになった。給付額は各疾病金庫の被保険者数に比例して行われるため、用途は限定されず、実質的には連邦の財政補助となっている。2010年は55億ユーロで給付総額の約2%程度となっている。

⁽²⁵⁾ 性別・年齢別調整金は、年齢が新生児および5歳ごとに95歳以上までに区分され、男女それぞれ20グループ、合計40のグループに分けられている。調整金は新生児と75歳以上は加算されるが、1歳から74歳まではすべて減算となる。

罹病率によるリスク構造調整については、その対象として慢性病と重篤な疾病など80疾病が選定され、それらに雇っている被保険者への支出額が全被保険者全体の平均支出額を50%以上上回っている場合に調整金が交付される。罹病率によるリスク構造調整については、その対象疾病数がどの程度になるかが注目されていた。その数が多いほど、それらの患者の多い金庫への交付金が多くなるからである。予想では50~80となっていたが、80となったことで、地区疾病金庫への配慮が働いたことがうかがわれる。罹病率によるリスク構造調整が導入されたことについては、当初は反対していた企業疾病金庫も含めて、傷病者に対する疾病金庫の対応が改められたとして肯定的に評価されている。

さて、統一保険料率の導入と交付金の配布という財政方式のもとで、新たに2つの金庫間競争が導入された。1つは疾病金庫経営の成果をめぐる競争であり、もう1つは選択タリフをめぐる競争である。前者からみていこう。

医療基金から疾病金庫に配布される交付金は、法定給付のための予算額に相当する。しかし、疾病金庫によっては給付額が交付金を超過する場合もあり得る。そのため、疾病金庫の支出額が交付金の95%を超え、交付金以外の収入や積立金をもってしてもなお財源が不足する場合、その金庫は被保険者から「追加保険料」を徴収することができる。しかし、追加保険料を徴収する金庫の被保険者は「特別解約告知権」を行使し、2カ月後に疾病金庫を変えることが認められた⁽²⁶⁾。被保険者の流出が多くなった場合には、金庫の存続が危うくなる可能性もある。一方、黒字となった疾病金庫は、その余剰金を被保険者に配分することが認められた。そして、この配当金が減少した場合にも、被保険者は特別解約権を行使することが認められた。こうして競争強化法では、金庫経営の成果をメルクマールとして疾病金庫の選択を行わせるという競争の仕組みが導入された。

⁽²⁶⁾ 通常の解約告知権の行使は、同一疾病金庫で18カ月以上被保険者であることが前提となっている（2カ月後の変更は同じ）。

この競争は法定給付に関することであり、金庫経営の差異は大きくないよう
にみえる。しかし競争強化法による改革で、疾病金庫が特定の保険医や保険医
グループと診療契約を結んだり、製薬企業と医薬品割引契約を拡大したり、選
択タリフを導入したりすることが認められ、疾病金庫の裁量範囲が拡大した。
そうした裁量による金庫経営の効率化が競われることになったのである。

次に、「選択タリフ」(Wahltarif)による競争をみてみよう。選択タリフとは、
法定給付以外に疾病金庫がさまざまなサービスプログラムを提示し、その中か
ら被保険者が自由に選択して契約を結ぶもので、民間保険の手法を用いた給付
の仕組みといえよう。選択タリフには、疾病金庫に導入を義務づけられている
タリフと疾病金庫が任意に設定できるタリフがある。前者は、①疾病管理プロ
グラム、②統合的医療(Integrierte Versorgung. 保険医の外来診療と病院の入
院医療との連携による医療給付)、③家庭医主導の医療、④特別の外来診療(喘
息や心筋梗塞の予防など特別プログラムの提供)、⑤傷病手当金(法定の傷病
手当のない自営業者などに給付)などである。これらの選択タリフは、もとも
と医療給付のなかで被保険者の選択に委ねられていたものが多く、なかにはこ
れまで無料で受給できたものが有料とされたものもある。

また、後者としては以下のようなものが提示されている。①免責タリフ(給
付の一部を被保険者自身が負担し、その対価として報奨金を支給)、②費用償
還タリフ(被保険者が医療機関に医療費を支払った後に金庫が手数料等を控除
した費用を償還)、③保険料償還タリフ(被保険者が予防給付と早期発見措置
以外の給付を受けなかった場合に保険料の一部を償還。上限は1年間に保険料
1カ月分)、④保険外給付タリフ(保険対象外の給付をうけた場合に患者負担
分を償還)、⑤患者負担償還タリフ(入院や薬剤などにおける一部負担を償還)
などである。これらの多くは民間医療保険で商品として販売されているもの
で、民間医療保険との委託契約によるものが少なくない。

このような2つの競争の導入によって、疾病金庫と被保険者は「サービス提

供者と顧客」という関係に変化したといえよう。顧客としての被保険者がその金庫に留まるか否かは、提供されるサービスに対する個人の判断、すなわち「自己責任」によって決められる。被保険者に去られた疾病金庫の存続が危うくなるだろうが、それはもはや被保険者の関心事ではない。かつての疾病金庫における共同体的な「連帯」が解体しつつあることは明らかであろう。

(3) 疾病金庫組織の改革とその意図

競争強化法により、これまで疾病金庫選択の対象になっていなかった連邦鉱夫組合と海員疾病金庫が選択の対象に含まれ、また疾病金庫の種類を超えた合併が認められることになった。これに対応して07年にドイツ鉱夫・鉄道・海員年金保険が保険者となっている連邦鉱夫組合が全被保険者に開放され、08年1月に海員疾病金庫がそれに統合された²⁷⁾。さらに、職員代替金庫の1つである技術者代替金庫 (Techniker Ersatzkasse) と同業組合疾病金庫の一部との合併が進められた。このような合併政策により、疾病金庫数は2009年1月の210金庫から10年6月には166金庫へと減少した。

続いて09年には、疾病金庫の上部団体である連邦組織の変更が行われた。すなわち、各種の疾病金庫ごとに設けられてきた連邦連合会が08年をもって公法人としての資格を失い (民法上の団体として残る)、それにかわって、「連邦中央疾病金庫連合会」 (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) が2009年に全疾病金庫を代表する公法人となった。

このように、競争強化法によって疾病金庫の巨大化と寡占化が進められているが、どうして連邦政府はそのような政策を講じているのだろうか。それについては、連邦政府の関与を容易にし、政府の意向に沿った医療保険運営へと誘

²⁷⁾ 連邦鉱夫組合、ドイツ鉄道、海員組合は年金保険を統合して鉱夫・鉄道・海員年金保険となり、それが連邦鉱夫組合の医療保険者となった。2008年に海員疾病金庫を統合したが、鉄道企業疾病金庫は単独の開放型金庫として存続している。

導しやすくするためだとする説明が行われている。確かに、統一保険料率の導入、医療基金の創設、罹病率加味のリスク構造調整の導入、交付金の配布、疾病金庫の上部組織の再編などは、連邦政府による関与を拡大するものであり、そうした説明は一定の説得力を有している。しかし、後に検討するように、連邦政府の意図は個別金庫における「連帯」にかわって個別金庫の枠を超えた「連帯」を構築しようとしているという解釈も行われている⁽²⁸⁾。

ところで、競争強化法ではその一方で、診療契約の自由化、選択タリフの導入、疾病金庫移動の自由化など民間保険的な手法が拡大し、そこでは疾病金庫の自由競争を拡大する対策が講じられている。そのため、競争強化法には目的と手法が異なる政策が混ざり合っていることが指摘されてきた。それについては、大連立政権の樹立前に医療保険改革の方向をめぐって真っ向から対立したCDU/CSUとSPDが、競争強化法の策定にあたって、相異なる施策をそれぞれ盛り込んだことによるものといわれている。

4. 競争政策による「連帯の弱化」をめぐる議論

これまで1993年と2007年の改革によって、医療保険における「連帯と自己責任」という理念が弛緩し、なかでも疾病金庫における「連帯」の弱化が著しいことを指摘してきた。しかし、こうした状況について、それが医療保険における連帯の弱化を生じさせるものではないという見解も少なくない。そうした見解の根拠として、主に2つのことが主張されている。1つは、疾病金庫がリスク選別を行うことは法的に禁止されており、むしろ被保険者個人の選択に基づく組織体が新たな社会連帯を体現することになるという主張であり、いま1つ

(28) 疾病金庫におけるヒアリング調査では、当時の連邦保健大臣のウラ・シュミット (Ulla Schmidt) が将来は50金庫程度になるだろうと話したことが頻繁に取り上げられた。しかし、それは最終的な目標数をあげたというよりも、金庫数を減らし金庫の規模を拡大していく意向を示したものと解すべきであろう。重要なのは、そうした巨大化・寡占化により何を実現しようとしていたのかということである。本稿の最後にそれを考察している。

は、金庫選択権の拡大とリスク構造調整の導入による変化は、連帯の枠組みが個別の疾病金庫から医療保険全体へと拡大していることを示しており、連帯の弱化は生じていないという主張である。

前者からみていこう。そこでは、疾病金庫が被保険者の加入を拒否することは法律で禁止されていることを根拠に、個人の選択とリスク構造調整の導入が新たな連帯を構築することを説くものである。すなわち、リスクの高い被保険者が疾病金庫に加入申請をした場合、たとえ金庫側にそれを拒否する誘因があるとしても、それは法的に許されていないので、金庫はリスク選別をすることができないと主張する。さらに、この主張を補強するものとして、有利なリスクの被保険者が保険料率の低い金庫に大量に移動したとしても、リスク構造調整によってその金庫から保険料率の高い金庫に財源が移動するため、その金庫の保険料率が上昇することになるので、そうした金庫への移動は合理的な行為とはいえないと述べている。そして、被保険者個人の選択とリスク構造調整により、ドイツの医療保険は疾病金庫という単位の連帯から被用者保険加入者という単位の大きな連帯に転換されていく過程にあると主張している⁽²⁹⁾。

しかし、現実をみた場合、明らかにリスク選別が行われていた。法的な違反には至らなくても、リスクの高い被保険者が移動してこないような状況をつくることは十分可能であり、事実そうした状況となり、リスクの高い被保険者は保険料率の高い金庫にとどまったままであった。また、保険料率の低い疾病金庫へ移動したとしても、リスク構造調整によって保険料率が引き上げられるので、そうした選択は無意味化されるというのも現実とは異なっている。企業疾病金庫が低位の保険料率を維持していることは、先にも見たとおりである。それ故に、競争強化法も導入されたのである。さらに、現実の医療保険みると、疾病金庫という単位の連帯から被用者保険という単位の連帯に拡大していると

(29) 倉田聡『社会保険の構造分析』北海道大学出版会、2009年、第2章。

いえるであろうか。単に疾病金庫の規模が拡大しているだけであり、そのなかで連帯が形成されているかどうかは不明である。

後者の主張は、伝統的な多元的分権的組織構造を維持したままでは効率的かつ公平な社会保険を実現できないのではないかという問題意識をもとに、経済性・効率性を高める社会的調整手段として「競争」を導入することは、疾病金庫の枠を超えて公平な資源配分を行うことを可能にし、また平等原則にたつ社会保険の目的にも合致しているというものである。さらに、金庫の枠を超えた対策は必ずしも当事者自治を否定するものではなく、平等原則を遵守した当事者自治こそが医療保険全体の連帯をふまえた当事者自治であると主張している³⁰⁾。医療保険における効率的かつ公平な資源配分を重視し、そのための手段として競争を肯定的に捉え、疾病金庫内における連帯の後退をむしろ医療保険全体における連帯の構築とみなすものである。連邦政府がすすめた金庫の巨大化・寡占化にもそうした意図がこめられているとみることもつながる。

しかし、現実をみると、疾病金庫内部の連帯から医療保険全対の連帯へ向かっているのであろうか。ここでも先の主張と同様、金庫の拡大は行われているが、それが医療保険全体の連帯へ向かう過程にあるとは思われない。リスク構造調整の導入が医療保険全対の連帯を示しているという見解は、理念としては想定できるが、少なくともリスク選別を無意味化するものでなければ、新たな連帯の構築に向かっているとはいえないであろう。

さらに、従来の疾病金庫における連帯は成員間の職域・職業・地域等の同質性を根拠としており、そこでは共同体的な結合がみられたのであるが、金庫の

³⁰⁾ U. Becker, Staat und autonome Träger im Sozialeistungsrecht, 1996. 倉田聡は、U. ベッカー（マックス・プランク国際社会法研究所長）が上記論文において、保険者自治を社会給付法の目的に対応する機能として捉える観点から検討を行い、保険者の分権的な制度運営を超えて立法的裁量を行おうとする国家の政策について、社会給付法の政策目的との関係で機能的に決せられるとする考察を行っていることを紹介し、戦後の社会保険理解に変更を迫る画期的な業績として高く評価している。また同時に、ベッカーが1993年以降の市場原理的な改革動向等に対しては、価値中立的なスタンスを維持していることも指摘している（倉田、前掲書、70-77頁）。

枠を超えた政策が医療保険全体の連帯を構築するというとき、その根拠をどこにおくのか明らかではない。また、当事者自治のもとで生じる金庫間格差を平等原則がどこまで許容できるかという問題も残る。

以上のように、新たな連帯に向かうという2つ主張は、いずれも説得力に欠けているが、従来の疾病金庫を単位とした連帯の弱体化ないしは解体を認めている点では筆者の認識と大きな違いはない。その先に新たな連帯が構築されているか否かという点で、筆者と見解を異にするものである。最近の市場原理主義批判の潮流に乗っての批判と誤解されるのを恐れずにいえば、先の2つの主張は市場競争の導入による社会保険改革を合理的な選択として捉えようとするものであり、そこには改革の理念と現実との間に大きな乖離がみられることへの認識が欠けている。1993年改革を分析し、市場競争による改革によって連帯が解体する可能性を指摘した論文に対して、それを厳しく批判しているのを見るとき、その批判は現実を直視していないという点で誤っているとわざるを得ない⁽³¹⁾。

ただし、社会保険という方式が維持されている以上、そこでは拠出と給付を通じて何らかの所得再分配が行われており、それが被用者保険または国民全体という規模で行われているということを捉えて社会的連帯が維持されているのであれば、それはその通りである。しかし、上記の2つの主張は、そうした意味でないことは明らかであろう。

おわりに

ドイツの医療保険に疾病金庫選択権の拡大による市場競争が導入してから15年余りが経過した。その間に、疾病金庫における「連帯」は著しく弱体化し、「自己責任」が突出するようになった。疾病金庫の財政状況はいっそう厳し

(31) 倉田は注(8)に示した田中耕太郎の見解が誤解に基づいているとして厳しく批判している（倉田、前掲書、第2章）

を増し、統一保険料率も2011年は15.5%となっている。医療供給面においても、保険医の不足や地域的偏りが問題となり、病院財政は悪化の一途を辿っている。WHOの2000年世界保健報告でドイツ医療制度のパフォーマンスが世界で25位とされ、国民に大きなショックを与えるとともに、医療の質の改善と資源配分の改革が問題となっている。こうした状況は決して15年前の改革時に描いたものではないであろう。

ドイツではリスク選別という市場経済における合理的選択が社会保険においては許されないことから、リスク構造調整を前提としながら競争政策を進めてきたのであるが、期待した成果をあげることはできなかった。しかし、自由な金庫選択という市場競争の扉を開けてしまった以上、それを閉じるのはきわめて難しい。そうしたなかで大連立内閣が選択したのは、保険料率をめぐる競争から疾病金庫の財務状況と任意の選択タリフをめぐる競争への転換であった。新たなリスク構造調整を導入して、リスク選別をめぐる問題を回避するとともに、市場競争を強化する改革を選択したのである。しかし、こうした改革が展開されるなかで、疾病金庫の運営原則であった「連帯と自己責任」のバランスはますます崩れ、金庫における「連帯」は解体の状況を呈し、「自己責任」の領域はさらに拡大している。

このような状況を見ると、公的医療保険において市場競争の扉を開けたことの影響の大きさと、そこでの問題解決の困難さは想像を超えるものである。医療保険はその対象となる事故とそれに対する給付の特性からいって市場競争には適さないといわれてきたが、ドイツの医療保険改革の経験はまさにそのことを物語っていると思われる。

しかし、そうした市場競争の扉を開けてしまった後のドイツの対応は、評価に値しよう。社会保険における公平性の原則を遵守し、罹病率によるリスク構造調整を具体化していく熱意と努力には、社会保険を基軸とするドイツ福祉国家としての自負をみる思いがする。2009年に誕生した連立政権も、新たな改革

への取り組みを進めている。

エスピン＝アンデルセンは、ドイツの福祉国家体制を「保守主義的福祉レジーム」という言葉で特徴づけた。その特性は、本稿で「疾病金庫における共同体的な連帯」とか、加藤榮一のいう「仕切られた連帯」という言葉とほぼ重なる。エスピン＝アンデルセンの分析は、欧米諸国の福祉国家体制を「自由主義的」「保守主義的」「社会民主主義的」という三類型に分け、それぞれの国の特性を比較可能なものとしたことに大きな意義があり、ドイツ福祉国家の基盤をなす「疾病金庫における共同体的な連帯」が他国と比較した場合に「保守主義的」という特性として把握されるということも、妥当なものと思われる。

その際、エスピン＝アンデルセンは類型化された福祉国家の形成過程の分析は行っていないが、類型化された特性はそれぞれの国の歴史過程の結果である。と同時に、それぞれの国の制度・政策の変化とともに、それらの特性も変化していく。事実、ドイツの医療保険では、市場競争のなかで「仕切られた連帯」の「仕切り」が取り払われるなかで、あれほど強固だった「連帯」も弱体化ないしは解体していった。本論ではふれる余裕がなかったが、年金保険でもその中核となってきた「世代間連帯」の枠組みが弱体化ないしは解体しつつある。こうした「保守主義的福祉レジーム」の基盤が変容ないしは解体していくとき、その先にどのようなレジームが形成されるのであろうか。本論のなかで、疾病金庫の枠をこえた医療保険全体の連帯の形成を説く主張を批判したのは、連帯の拡大や転換が余りにも容易に起こり得るかのように描いているからである。ドイツの現実をみると、そのような転換は実現されていない。今のところ、その行く先は不透明なままであるとしかいえない。

参考文献

- 医療経済研究機構編『ドイツ医療関連データ集2009年版』医療経済研究機構、2010年。
岡本英男『福祉国家の可能性』東京大学出版会、2007年。
加藤榮一『現代資本主義と福祉国家』ミネルヴァ書房、2006年。
加藤榮一『福祉国家システム』ミネルヴァ書房、2007年。

- 倉田 聡『社会保険の構造分析』北海道大学出版会, 2009年。
- 田中耕太郎「ドイツ医療保険の制度改革」『海外社会保障研究』145号, 2003年
- 田中耕太郎「ドイツ医療保険改革にみる「競争下の連帯」のゆくえ」財務省財務総合研究所『フィナンシャル・レビュー』, 2006年。
- 土田武史『ドイツ医療保険制度の成立』勁草書房, 1993年。
- 土田武史・田中耕太郎・府川哲夫編著『社会保障改革—日本とドイツの挑戦』ミネルヴァ書房, 2008年。
- 東京大学社会科学研究所編『福祉国家』第1巻・第2巻, 東京大学出版会, 1984年。
- 林建久『福祉国家の財政学』有斐閣, 1992年
- ハンス・F・ツァハー／新井誠監訳『ドイツ社会法の構造と展開』日本評論社, 2005年。
- 古瀬徹・塩谷優一編『先進諸国の社会保障4／ドイツ』東京大学出版会, 1999年。
- 松本勝明『ドイツ社会保障論I—医療保険—』信山社, 2003年。
- AOK Bundesverband [Hrsg.], *System der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland*, 1996.
- Becker, U., *Staat und autonome Träger im Sozialleistungsrecht*, Baden-Baden, 1996.
- Buchholz, E. [Hrsg.], *Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland*, 1988.
- Kaufmann, M., *Einfluss des Europarecht auf das Gesundheitsrecht und die deutsche gesetzliche Krankenversicherung*, 2006.
- Lampert, H., *Lehrbuch der Sozialpolitik*, 6. Auflage, 2001.
- Maydell, B. von, Shimomura, T. and Tezuka, K. [Hrsg.], *Entwicklungen des Systeme sozialer Sicherheit in Japan und Europa*, 2000.
- Maydell, B. von, Ruhland F. [Hrsg.] *Sozialrechthandbuch*, 2008.
- T. Seggleman, Bieling, M., Heide, T., *Bürgerversicherung versus Kopfpauschale*, 2007.