

西ドイツ・児童扶養控除制度を 統合した新児童手当制度

SPD が主導する現政権は、1950年代以来の SPD の主張にしたがって、さきに1971年10月児童手当と税制における児童扶養控除を一元化する構想を明らかにし法案を用意した。それが昨1974年8月議会を通過し、同月5日公布され、1975年1月1日から実施されることになった。

新しい法律の適用対象は1,000万、児童数で1,890万人と推定されており、要する費用は年約150億マルク（1974年10月現在1マルク＝116円）、従来の児童手当、税控除の費用に比べて40億マルクの支出増加と計算されている。

新しい制度では、児童手当が統一的に第1子から（旧児童手当は第2子から、税控除は第1子から）、所得にかかわらず（旧児童手当は第2子について所得制限あり、税控除は所得によって税率が異なるため減税額が異なる）、月額第1子50マルク、第2子70マルク、第3子以下各120マルクという定額で2か月ごとに支給されることになっている。1971年の政府案では第3子以下が90マルクであったが、第1、第2子については変っていない。従来の児童手当は、第1子には支給されず、第2子は所得制限つきで月25マルク、第3子以下は所得制限がなく、第3、4子各60マルク、第5子以下70マルクであった。

新しい児童手当の支給対象は、ドイツ人のほか、EC加盟国籍をもち西ドイツで働く外国人被用者、公募に応じて西ドイツで働くギリシャ、ユーゴスラヴィア、ポルトガル、スペイン、トルコの国籍を有する被用者が含まれる。ただ、第3の公募国労働者に対しては、西ドイツに居住する子には満額の児童手当が支給されるが、母国に居住する子に対しては、協定を結んでその国の生計費水準を考慮して決めることにしている。ただし、その場合でも最低額を定めて、それを下回る

ことがないようにしている。この最低額というのが、実は旧制度による児童手当額にほかならないのである。

Ludwig Mann は、さきに今回の改正を批判したが、それによると、CDU / CSU もこの改正には賛成しており、第4子以下については改正案よりさらに高い月150マルクを提案していたという。Mann は、今回の改正がすでに高率の負担をして福祉給付に貢献している高所得者の立場をさらに不利にすること、大きな支出増加を伴うこと、新しい行政のために連邦労働局の職員が2,600人ないし3,400人ふえることなどを批判している。

Mann の論文のなかに、ドイツカトリック家族連盟の作成した改正前・改正後の給付の比較表が掲げられている。これによると、年所得18,000マルクの場合改正による給付増加は、1子360マルク（年間、以下同様）、2子878マルク、3子956マルク、4子1,334マルクであり、年所得32,000マルクでは、それぞれ248マルク、608マルク、532マルク、778マルクとなっている。

Sozialer Fortschritt, November 1974, S. 252, 253,
Ludwig Mann, "Der Bonner Kindergeld-Skandal"
Arbeit und Sozialpolitik, Juli 1974, S. 237-240.
(保坂哲哉 社会保障研究所)

西ドイツ・公的勤務の医師の不足

ドイツ医師会（ハルトマン同盟）の確言によると公的勤務の医師の不足は驚くべきものであるという。最近のチフス流行の経過をみると明らかに警戒信号が出ている、と医師会長 Bourmer は述べている。直ちに手をうたないかぎり、公

的保健活動の崩壊ははっきりみえているというのである。

若干の邦では医師の予定数の60%がうめられないままになっている、と Bourmer は指摘している。さらに悪いことは、住民22,500人当り医師1人という数字であり、さらにもう一つの問題は医師の老齢化である。1980年におお現在の医師の1/3は、新たに公的勤務につく医師が育たないために、働らいてはらずである。

重大な構造的欠陥、不満足な報酬、昇進チャンス不足の結果、公的保健活動は後進の医師にとってあまり魅力とはならないのである。

Die Welt, 29, Dezember, 1974.

(安積鋭二 国立国会図書館)

* * * *

「公衆衛生」の新方向

— 米国における地方保健行政の地方分権化と統合化 —

1. はじめに

上意下達の行政の勢いに流れているのは、ひとり日本の公衆衛生だけではない。日本がそのお手本にした米国や英国でも、公衆衛生の行政そして事業そのものが、伝統的な法律と役所機構 *bureaucracy* の上にのっかって動いている。特に州とか、日本でいえば都道府県レベルの行政が、地域の独自の主体的な仕事やアイデア、プロジェクトを真剣に応援するというのではなく、旧態依然たる国レベルでの平均的業務指針のようなものを、きめられたようにだけ順守し、中央政府からの資金調達の間接項としての任務を中心に動いている。中間行政レベルの衛生部局長の多くがいわゆる中央からの出向、公衆衛生財政の多くが中央政府各

部局からのタテワリ事業別予算、という形態のもとでは、「地域住民のニーズにそって」とか、「保健サービスの自主的・自治的運営」、つまり分権化方向の実現はなかなか難しい。

米国の中間レベルでの公衆衛生行政にも、日本に似た上記の問題がある。人事の面は日本と違い、法律や規則の部分は州の独立性が建前となっているものの、財政やとくに最近プロジェクトごとの補助金が連邦資金に大きく依存することから、どうしても「事なかれ主義」的行政の色彩が強い。ときには、保健や医療という専門的な住民密着サービスをする態度から距離をおいてしまい、州の政治方針にのみ右ならえということになりかねない。

米国のばあいも、保健医療行政のなかの医系技官が減少したり、あるいは補充や若がり遅々として進まない。いきおいスタッフとして独自のサービスをくみたてるよりも、一般行政の枠のなかで州から委任の業務中心になってしまう。行政官としての仕事にあわせて、あるいはその内容に専門的知識や技術・経験が必要などきでも、保健所長にそれが著しく欠けている、ということが出てくる。「法律の番人」的な保健所長経験の長い医師、「公立病院臨床医」で定年(前)後何かの事情で保健所にきたばかりで行政全体を知らない医師、といった両極端がまみられる。やる気を起させ、すぐれたサービスを実現するをおぜん立てする制度の充実が遅れているということもある。

2. ロスアンゼルス郡保健サービスの分権化

以上のような改革すべき諸点との関連で、1972年7月、郡保健サービスの大きな変更が決められた。その実施が73年後半から74年にかけて除々に進行中である。まず、人口約700万人の郡内全部で23の保健地区を六つのリージョン(地域)に再分割する。50弱ほどある保健所もそれぞれ地域ごとにグループ化される。そのなかの主管保健所に地域の公衆衛生事業の大半の業務を移管する、という点が分権化の主眼である。

従来、各保健所は、結核対策では郡保健当局 *Headquarter* の結核対策部