

イギリス・新児童給付制度案

4月15日、ヒーリー蔵相が下院で1976年度予算案を発表した。この来年度予算案は、直接税および間接税の引上げと9億ポンドの公的支出削減計画が盛り込まれており、総需要抑制により2万人の失業者がみこまれている。その代価の一部は現在のインフレを償うためのものである、と蔵相はのべている。2時間余におよんだ蔵相演説に労働党議員はせきとして声がなかった。サッチャー女史によると、前代未聞の重税予算だとコメントしている。1976-77年度における3億ポンドの赤字を埋める手段として、公的支出の削減と増税が強化された。

このきびしい予算において、社会保障面での新規措置として“新家族手当制度”——第1子を含むすべての児童に対する児童給付——が提案されている。この制度は1977年4月実施が予定されており、週1.50ポンドの手当が片親家庭の第1子にも拡充されることになっている。

以下、蔵相の予算演説から、“新児童給付”に関する部分——他には、社会保障・保健関係についてはふれていない——を紹介する。

「私は、政府が児童をかかえている家庭の特別なニーズについて十分に承知していること、を強調したい。その理由は、私が昨年11月の予算ステートメントで発表したように、家族手当の週1.5ポンド引上げを実施した。

これは1968年以来据置かれていた家族手当をはじめて引上げたことになる。

また、政府は、財源および事務的な実施の準備がととのい次第すみやかに、第1子を含むすべての児童を支給対象とする“児童金銭手当または児童給付”の新制度を導入するという政府公約を実施する、と昨年11月に申しあげた。

さて、政府は、所要の立法につき議会の承認を得て、本制度を1977年4月に導

入するよう決定した。(保守党議員、爆笑)この時点は、受給資格をもつ700万家庭のすべて——現在、家族手当をうけている家庭をこえること300万——に家族給付を拡充することが事務的に可能な最も早い時期である。

もちろん、この制度には経費がかかる見通しである。すでにのべたような経済見通しと支出抑制をふまえて、その費用は予算全体の枠内におさめる必要がある。

この制度の完全実施は、1977年以後になるが、片親家庭のようなケースについてはもっと早い時期に援助の手をさしのべることができよう。(労働党議員、拍手)そこで、政府としては、議会の承認を得て、片親家庭の第1子——これまで、この種の給付をうけていない——に対し週1.50ポンドの家族手当を拡張実施する暫定給付を導入することを提案するものである。この給付は家族手当と同じく課税対象となる。

この暫定給付は1976年4月から実施し、1年後には新制度に切替えたい。したがって、片親家庭は各家庭の第1子に家族手当を拡張するというわが党の公約の利益をうける先陣となる。1976-77年度の費用は約2,300万ポンドとみている。」

The Times, Apr. 16, 1975.

(田中 寿 国立国会図書館)

西ドイツ・疾病保険改正法案

1974年11月連邦政府が閣議決定した疾病保険改正法案の内容を紹介する資料が手に入ったので要点を記してみよう。

法案の目的

- 1 金庫医による外来診療サービスの改善。とくに、金庫医協会の計画機能、政策手段を強化して供給の確保をはかること。

- 2 とくに憲法（基本法）裁判に関連して必要な金庫医関係法規定の整備。
- 3 年金受給者疾病保険の財政的基礎の整備と財政安定化。
- 4 年金受給者疾病保険に関する法規定の不備を改善。

なお、金庫医サービスの改善措置については、金庫医協会と金庫の自主活動に委ね、医師の自由な職業活動が保証されるという、疾病保険医療の基本原則が再確認されている。

おもな改正提案

ここでは、年金受給者のための疾病保険の改正案は省略して、医療供給の確保対策のための改正案を中心に取り上げる。この関係の改正点は6項目ある。

- 1 疾病保険の目的として医療の確保を明記
被保険者に対し平等、ニードに応じた医師診療を行う責任が確認される。
- 2 医療確保のための中・長期計画の作成
疾病金庫と協力して金庫医協会は需要計画の作成とその不断の調整を行う義務を負う。計画の一般的枠組は連邦医師・疾病金庫委員会が決める。
州医師・疾病金庫委員会は、金庫医協会に対して需要計画に関して勧告できる。プランニングには、とくに地域計画と病院計画を所管する州当局の参加が予定される。
- 3 医療の確保を促進するための金庫医協会の措置
 - a. 金庫医協会は金庫医診療サービスの確保を保障、改善、促進するのに適合したあらゆる財政的、その他の措置を講じなければならない（この場合、とりわけ収入保証、投資金融、グループ診療などが考えられている）。
 - b. 金庫医協会は、疾病金庫と協定して被保険者に対する直接的な医療サービスを行う施設を運営することができるようにする。
- 4 短期的な医療確保のための措置

すでに実行されている慣行の法的保障と明文化により、加入認可を受けた金庫医や保険診療に従事する上級病院医のほかに、金庫医ではない医師の保

険診療への参加の道を開くほか、医師が管理する機関の保険参加も認める。

- 5 医療供給不足ないしそのおそれをなくすための特別措置
 - a. 金庫医協会がとった上記3, 4のなんらかの措置が成功しなかった場合には、州委員会は特定の領域で供給不足が起きていないか（そのおそれがないか）どうかを検討しなければならない。その場合、判断の基礎とすべきものは、需要計画、連邦委員会の指針および実態である。
 - b. aに関連して州委員会は事態改善の期限を金庫医協会に対して指定する。
 - c. bの措置が成果を収めない場合には、州委員会は、金庫医認可委員会に対して金庫医の加入認可の制限を指令することができる。これによって一ないし複数地区（認可委員会の管轄地区）において、供給不足地域でない地域で開業する金庫医志願者の加入申請を、供給不足地域への加入認可を続けた結果供給が確保されるにいたるまでの間拒否できるようになる（加入制限を専門医グループに限ることもできる）。
 - d. これらの措置によっても所期の成果があがらない場合、疾病金庫は、金庫医協会の同意をうることなく自己の責任で、自己の機関で自ら、または適当な機関と契約を結んで、供給を確保することができる（供給確保責任の疾病金庫への移行）。
- 6 供給確保効果をもつ他の改正案

医師が、代用金庫の被保険者しか取り扱わない（代用金庫のほうが他の法定金庫に比べて有利な報酬がえられるため）ケースが起り易いため、ライヒ保険法にもとづく法定疾病金庫への同時加入をさせる。

そのほか、なお4項目にわたる改正案が盛り込まれているが、比較的重要度が低いと思われるので省略する。

Bundesarbeitsblatt, Feb. 1975, S. 115 – 117.

（保坂哲哉 社会保障研究所）