

海外社会保障カレント・トピックス (21)

1986年2月～4月

厚生省大臣官房国際課

はじめに

今回は、ベヴァリジ報告，“ゆりかごから墓場まで”の社会保障で有名なイギリスの最近の社会保障の動きに主として焦点を当て、更にフランス、西ドイツのトピックスを取り上げてみた。

1. イギリス

A. 1986年度予算

3月18日、1986年度予算が発表されたので、その概要を紹介する。

(1) 予算の背景となる経済情勢

北海油田の原油価格の低落にもかかわらず、1985年の英国経済は安定成長と低いインフレで特徴づけられている。1986年もインフレのない安定成長が続くものと予想される。生産高は3%の増、物価上昇率は3.5%にとどまり、投資と輸出は消費の伸びを超えて増加することが予想されている。

英国の経済政策は、1986年も安定的な金融政策と自由な市場政策を維持するこ

ととしている。

財政支出は厳しく抑制するという方針を維持し、1986-87年会計年度の財政赤字を70億ポンド（日本円にして約1兆8,900億円）、GDPの1.75%に抑える方針である。

雇用政策として、①産業活動の活性化、②賃金引き上げ（賃金が低いことにより雇用されない者が多い。こうした失業を減らすためには、賃金の引き上げが必要。）を推進していくこととしている。

(2) 予算の概要

・所得保障給付の引上げ

1987年4月実施を目指し、本年度は7月に給付額を引上げる。引上げ幅は、1.0%で既に発表済みである。

なお、特別措置として、年金その他の長期給付の今回引上げについては非課税扱いとすることとなった。

(注) 公共支出の全体枠については、表参照。

・所得税減税

① 基本税率の引下げ 30%→29%

② 所得税諸控除の引上げ

独身者 £2,205 → £2,235

表 公共支出に占める社会保障関係支出のシェア

	84年度(実績)	85年度(推計)	86年度(見込)	87年度(計画)	88年度(計画)
A					
所得保障支出	38.1	41.3	42.9	44.4	45.9
B					
保健・対人社会 サービス支出	15.8	16.7	17.7	18.4	19.1
A+B=C	53.9	58.0	60.6	62.8	65.0
D					
公共支出総額	129.6	133.9	139.1	143.9	148.7
C/D (%)	41.6	43.3	43.6	43.6	43.7
(参考)					
E					
一般政府支出	150.0	157.7	163.4	170	175
E/GDP (%)	46	44	42.5	41.5	40.5

妻帯者 £3,455 → £3,655

併せて基本税率(29%)適用上限を
引上げ £16,200 → £17,200

・企業年金基金への課税

インフレがおさまったことで年金基金の財政状況が著しく改善し、多くの年金基金は過剰な積立を保持することとなっている。過剰な積立は意図したものではなくとも、税制上の特典を悪用したこととなっている。そこで、年金数理計算の結果、必要資産を5%以上上まわる企業年金積立基金については、

- ①保険料の減免
- ②年金給付額の増加
- ③社会へのリファンド(この場合40%の税を課す)
の措置を講じることとする。

・チャリティに対する税制優遇措置

①法人の寄付(一回限り)に対し税控除

②約款証書(deeds of covenant)に基づく寄付の上限の撤廃(現在は年間1万ポンド)

③サラリーからの寄付金の天引きにつき年間100ポンドまでを非課税扱いとする。

④チャリティ団体の使用する一定物品に対する付加価値税の免除

・たばこ税の引き上げ

保健上の配慮もあり、シガレット・巻きたばこに対する税金を引上げる(20本につき11ペンス)

B. プライマリ・ヘルス・ケアに関するグリーンペーパー

1984年4月、ファウラー保健社会保障大

臣は、ベヴァリジ報告以来の抜本的な社会保障改革を行うことを発表した。社会保障の分野のうち、補足年金も含む年金制度、住宅給付制度、児童手当制度については、昨年グリーンペーパー、それに続くホワイト・ペーパーの形で改革案がまとめられ、幅広く検討が加えられているところである。

国民保健サービス（NHS）で知られるイギリスの医療制度については、1946年の創設以来若干の変更を伴いつつ今日まで存続してきた。去る4月21日、下院で発表されたプライマリ・ヘルス・ケアに関するグリーン・ペーパーは、制度に大幅な改革をせまるものである。ここでは、グリーン・ペーパーの概要を紹介することにする。

(1) 改革の目的

- ① プライマリ・ヘルス・ケア事業の水
準向上
- ② 国民又は患者の選択機会の拡大
- ③ 健康づくり、疾病予防活動の推進
- ④ 資源の効率的使用

(2) 改革の概要

- ① 一般医サービス
 - ・ 一般医に支払われる報酬において「勤勉手当(good practice allowance)」を創設し、人頭割り部分を増やすことにより、業務の向上、業務量を報酬に適切に反映させる。
 - ・ 一般医に関する情報提供サービスを促進し、国民が医師選択を適切に行なえるようにする。
 - ・ 登録一般医の変更を容易にする。
 - ・ 70歳定年制を導入する。
- ② 歯科医サービス

- ・ NHS契約歯科医に対し、一定の範囲で、NHS治療の義務付けを強化する。
- ・ 広告規制を緩和する。
- ・ 人頭割り報酬の導入、水道水のフッ素化等により歯科衛生活動を強化する。
- ・ 70歳定年制を導入する。

③ 薬局サービス

調剤に関する規制を緩和し、薬剤師には薬使用に関する助言等の役割の増大を期待する。

④ 眼科サービス

現在NHS提供の眼鏡を受けられる低所得者等に対しては、これに代わってクーポンを発給し、民間眼鏡市場の競争を一層促す。

⑤ 地域看護サービス

- ・ 人口1～2.5万の小さな地域を単位に地域の看護サービスを組織する。
- ・ 包帯、軟膏等一定のものに限定して看護婦に処方権限を認める。

⑥ 都心対策

- ・ 経済インセンティブを与え、医師を都心地域に誘導する。
- ・ 移民グループがプライマリ・ヘルス・ケアを受け易くなるよう体制を整備する。

⑦ その他

- ・ 民間ベースのプライマリ・ヘルス・ケア事業の発展を歓迎する。
- ・ 患者の苦情処理の手続を簡素化し、利用し易くする。

(3) 改革の手順等

本年末までに関係各界からコメントを

求めるとともに、全国の主要都市でヒアリングを行う予定。その結果を踏まえ、改正法案を国会へ提出の運びであるが詳細は不明。

2. フランス

1981年5月10日にミッテランが大統領に当選して以来、社会党政権は60歳定年制、病院における総枠予算をはじめ社会保障に関して各種改革を実施してきた。

去る3月16日、日本の衆議院に当たる国民議会の選挙が行われた。この結果、定員577中保守が326議席、左翼（革新）が251議席を獲得し、保革が逆転するところとなった。

3月20日、新内閣の組閣が行われ、大統領は従来通り社会党（ミッテラン）のまま、首相は保守第一党のシラクとなり、保守と革新が「同棲（cohabitation）」するという現憲法下（第5共和制）において初めての事態がおきた。

(1) 新内閣における厚生省関係メンバー

厚生・労働大臣 Mr. (フィリップ)
(Ministre) セガン Seguin (43才)
首相と同じ保守第一党に所属雇用分野には経験があり、精力的に働くタイプ

社会保障担当長官 (Secretaire d'Etat)

Mr. ゼノール Zeller (46才)
時に社会党政策に同調したこともある中々信念の固い人物

保険・家族担当大臣 (Minister délégué :

Mme バルザック Barzach (女性)

Ministreより格は落ち、より狭い分野を担当するが、上記長官は自分の所管分野が議論される時のみ閣議に出席するが、このMinister déléguéはMinistreとともに常時閣議に出席する。)

(2) 新内閣の厚生関連施策

総選挙後の世論調査で、新内閣の望む施策の第1位は「第3子優遇策の充実」であり、約8割の支持を得た。

他方、社会保障への民間保険の導入は、保守革新支持者とも賛成が少なく、30～40%の支持率。

総選挙時の綱領によると、次の点にプ

ライオリティがおかれている。

- 全体として、個人責任の重視、自由な（民間）活動の強化が基調
- 医療関係では、
 - －病院等の自己管理（責任）の強化
 - 社会党の実施してきている病院の組織統合化の段階的廃止
 - 公的病院に開業医病室をもつことの復活
 - －医薬品価格統制の緩和
- 年金関係では、
 - －年金の個人責任の重視の面から、補足年金の強化、積立て方式による任意年金の創設なども検討する。
- 福祉関係では、
 - －第3人目の子供をもつための優遇策の強化
 - 結婚している夫婦と同棲しているカップルにおける税の不公平（前者が不利になってしまっている）の是正

3. 西ドイツ

（Arbeit and Sozialpolitik誌1986年2月号より）

連邦社会省は昨年末「保険医療、保険歯科医師需給計画改善法案」を作成し、主要関係団体に意見を求めている。この法律案は、地域における保険医師（開業医）及び保険歯科医師（開業歯科医）の適正数を実現することを目的とし、供給過剰地域に段階的な開業制限を導入しようとするもので

あり、ライヒ保険法（RVO）の改正という形をとっている。

この法律案の主要な内容は次のとおりである。

- ① 地域の医師団体及び疾病金庫団体は、協議により地域の「適正医師密度」や家庭医・専門医間の関係等についての標準を定め、それに基づき医療供給の不足あるいは過剰についての詳細な基準を設定する。
- ② 供給が過剰あるいは不足であるという認定は、各州に設置されている委員会（保険医及び疾病金庫から成る）が、①で定められた各地区の基準に基づいて行う。
- ③ 各州の委員会は、供給過剰あるいは不足と認定した場合には、期限を定めて、開業制限以外の適当な対策を行う。供給過剰の場合には、例えば適当な報酬規制も可能である。
- ④ 委員会は、③の期限経過後にはじめて開業制限を命令することができる。

この法律案は、現行法制度の枠からはみ出すことのないよう、また憲法違反（かつて開業制限に違憲判決が出たことがある－1963年3月23日）となることのないよう注意が払われており、例えば、

- ① 全国一律の一般的な開業制限の方法を採用せず、開業制限は必ず時間的・地域的に制限されたものとしていること。
- ② 既存の開業保険医は開業制限の適用外とするとともに、開業保険医の死亡などにより空席となったポストについ

ても開業制限の適用外としていること。
③ 開業制限よりもその他の対策（開業に当たっての助言，診療報酬規制，余裕のある他地域への指示）を優先させ，それらが全てうまくいかなかった場合にのみ，開業制限を認めていること，

等自由開業制に対する規制としては最小限のものとなっている。また，州の保険医団体に対し，65歳に達した開業医の引退を経済的に促進する措置をとることを認めている点が新しい試みとして注目される。