

共済金庫が存在している。したがって、224もの金庫がある勘定になる。

### 個人タクシー運転手の一般制度への加入

1966年の自営業者の疾病保険法は、一般制度の任意加入保険に加入していた個人タクシー運転手も含めることにしたが、かれらはこれを不満としていた。そこで、一般制度にとどまるか、自営業者制度に加入するかを個々にまかせる改正法案が提出されている。

### 第三者行為の損害賠償請求権の拡張

第三者による損害を受けた場合、社会保険

は被保険者に代って損害賠償を請求することができるが、さらに、社会保険の給付の対象とならないような支出や精神的損害に対する賠償についても、社会保障金庫に優先して損害賠償を請求することができるように現行の規定を改正する法案が社会党から提出されている。

*FNOSS, Revue de la Sécurité Sociale,*  
Nov., Dec., 1969.

(藤井良治 厚生省)

## 薬剤の消費（専門家調査 中間報告,WHO)



2人の世界保健機関の専門家によるオーストリア他5カ国の薬剤の消費にかんする調査

研究がなされたが、薬剤消費にかんする情報は国によってとり方がまちまちであるので、国際比較は難しい。しかし、人口1人あたりなどでみた消費量は知られ、その国ごとの格差は大きく、そのなかからいくつかのパターンがみられた。

### 専門家たちのだした結論

1. その国の薬剤費の増加割合は、ここ10年間、国民所得の伸びを上まわっている。それは処方そのものの数の増加よりも1処方単位の費用増加によるものである。
2. 処方箋量の多いのは(人口あたり)、オーストリアとハンガリーのような人口対比医師数の多い国である。
3. 健康保険から薬剤費が支払われる国では、価格機構は需給バランスを左右できず、健康保険計画のない国に比し、その消費量はヨリ多いようである。
4. 薬剤の製造と販売にたいする厳格な国家統制は、必ずしもその消費総量を左右しないし、またその総量は薬剤の多品種化によって影響されているとも限らない。しかし、多

品種の薬品が市場に出まわること、使用薬品の効果減少につながる。

5. 広告は、医師の処方慣習に著しく影響したり、一般人の薬多用をもたらす。医師にたいする非商業的な情報提供がもっと重点的に行なわれなければならない。

### 各国の実態

#### <オーストリア>

医師数人口10万対157人(6カ国中最高)、町の薬局は人口9千人に1カ所。薬剤の95%は処方箋により提供。1965年人口あたり年間薬剤使用推定額は約7.75ドル、1961年から65年までの処方数は5,480万から6,400万へと上昇した(17%増)。同期間中、1処方箋あたり平均費用は20%増、結局総額で40%の増加をみた。

#### <フランス>

1960—61年の調査によれば、1人年間23ドル消費、全薬剤の41%は医師処方によらない。低所得者、老人、女性にその傾向大。一般医の診察した患者の77%にたいし処方、専門医のそれは少なく57%。農村では1人年間

45フラン、都市では73フラン消費する。1950年から62年まで各年17.5%増だったのに、総医療費は1950年から61年まで7.8%の増加にすぎない。

#### <ハンガリー>

医師数人口10万人対155人で高率。薬局は人口7千人対1カ所をつくる政策をとっている。1965年の全ハンガリーの薬剤消費額は1人あたり9.6ドル、そのほとんどは公共薬局をとおしての購入で、15%が店頭販売であった。1960—65年にかけての薬剤消費増加率は57%、価格上昇もあるが、その主原因は消費そのものの増加による。ブタペスト市民は他よりも75%も多く消費するが、その格差はちぢまってきている。1965年ブタペストの人口1人あたり処方数は16である。

#### <オランダ>

疾病保険加入者(全人口の7割)についてみると、1962年から64年にかけての1人あたり年間薬剤費は4ドルから5.6ドルへと38%の増加をみたが、医療費総額はこの間37%の増加であった。1960—64年の15年間に、1人あたり処方件数は46%、1人あたり費用は

265%増であった。が、その増加の第一原因は薬剤の成分の費用そのものの上昇である。

#### <スウェーデン>

国民全体が強制健康保険に加入し(1955年から)、人口10万対医師数は107、人口1万3,000人に1カ所の薬局がある。1952—64年までに、薬剤総額は1億9,500万クローネから6億1,300万クローネへと急増したが、うち、処方によるものは4倍、店頭販売は2倍だけだった。店頭販売割合は相対的に減少しつつある。処方箋数は同期間中ほぼ2倍になり、各処方箋の平均費用は1955—64年のあいだに2倍になった。処方薬品増加は、処方数、薬剤価格にもよるが、健康保険制度がたくさんの処方をもたらしていることにもよる。しかし、1955年の保険制度導入による薬剤の増加はおもったほどではなかった。1958—61年の間、利尿剤400%増、眼の疾患の薬剤は100%増、反対に抗生物質は10%減、駆虫薬も20%減をみた。

#### <英国>

国民保健事業の下で医師による処方薬剤は無料であって、制度発足時から薬の増加が懸

念されたが、実際は保健事業全体の費用増加よりも少ない。1949—65年の17年間に、処方箋数はわずか $\frac{1}{5}$ 、費用は4倍以上になった。その主原因は、薬品の成分が高価になったこと(525%増)、物価上昇、ならびに高価な新薬の使用増加である。市販の薬使用がふえ、国民保健事業以外の処方によるものとあわせ

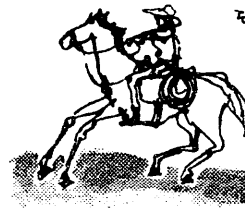
ると、それらは医薬品全体の約2割を占める。1964年の製薬品消費量は、1人あたり9.6ドルであった。

WHO, *WHO Chronicle*, Vol. 24, No. 2, Feb. '70, pp. 68~71.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

## ニクソン氏の「スピーナムランド」

(アメリカ)



ニクソン大統領の福祉政策にかんする提案のうち、とくに注目すべきことは、被扶養児童をもつ働く貧困家族 Working Poor に対する援助の在り方を根本的に修正しようとすることである。この提案は、1969年に「家族扶助法」Family Assistance Act として具体化さ

れているが、この提案には、いくつかの問題を含んでいる。

この点を検討する前に、この提案の主要な点についていえば、1つにはこの法律は、貧困者として、働く貧民 Working Poor, 学齢前の子供をもつ失業世帯、および学齢児をも

つ失業世帯を対象とし、全国的規模でこれら働く貧民の稼得収入あるいは賃金の補足を行なおうとするものである。

要するに、この特殊な性格をもつ提案の趣旨は、ニクソンの言葉を借りれば、扶助受給者を Welfare から Workfare に移すということであるようである。そして、この計画は究極のところ働く貧民に対して、過去にみられた差別待遇を是正することを目的としている。

このような考え方は、産業資本主義の発祥の地であるイギリスにおいて、1795年に実施されたスピーナムランド法に類似しているように思われる。そこで、ここではスピーナムランド法について、綿密な研究を行なった Karl de Schweinitz の所説を参考にしながら、今度のニクソン大統領の提案を検討してみよう。

### 1 この計画の費用について

ニクソン大統領は、初年度の福祉計画に追加的に投入する費用は40億ドルとのべ、これは将来において減っていくであろうという意