

オーストラリアの福祉制度－医療保障制度を中心に－

八木原 大

大東文化大学経済学部社会経済学科非常勤講師

はじめに

オーストラリアの社会保障制度は老齢年金、生活保護等の所得保障制度、医療保障制度、高齢者福祉・障害者福祉・児童福祉といった社会福祉制度の3つに大きく分類することができる。本稿では今後の高齢化社会に向けて、財政支出の増加が見込まれる医療保障分野において、比較的新しい医療保障制度を持つオーストラリアが、どのような政策で財政負担を削減しようとしているのかを歴史的経緯も踏まえて検討する。また、同時に医療保障制度について連邦政府・州政府・地方自治体のそれぞれの役割分担及び財政負担を明確にし、直近の医療保障制度の概要と日本への示唆について言及することにする。

そのため第1節においては、オーストラリアの医療保障制度の歴史を概観する。そこでは、現行のオーストラリアにおける医療保障制度が公的部門だけではなく、民間部門も一体となって運営されていることが明らかにされる。そして第2節においては現行のオーストラリアの医療保障制度について言及する。第3節ではオーストラリアの医療保障制度は民間部門の活動が重要であると位置付けていることから、その具体的な政策について言及する。第4節では医療保障制度の役割分担及び財源配分について述べる。そこでは医療保障財源の規模、また連邦政府の目的税であるメディケア税の概要の他、公的部門と民間部門における医療費を使途別に分析する。そして第5節では終わりにして、今後の日本の医療保障制度への示唆について言及する。

第1節 医療保障システム成立の歴史

オーストラリアの連邦結成は1901年である。現在オーストラリアの医療保障分野ではその権限は連邦政府、州政府、地方自治体というそれぞれの政府レベルで混在しているが、連邦結成当初において、連邦政府は検疫等に関するわずかな役割しかもっておらず、この分野では主に州政府が権限を持ち、州政府によって医療サービスの提供が行われていた¹。

特に医療保障の分野で特徴的な動きがあったのが、1940年代である。1946年の憲法改正により、社会福祉に関する連邦政府の権限が拡大・集中していくことになるが、その背景には第二次世界大戦のための戦費調達による租税力の連邦政府への集中があり、第二次大戦中の1943年2月にはカーティン政権によって「国民福祉基金法」(National Welfare Fund Act)が成立した。この基金は労働党の福祉観を反映しており、担税能力に応じて徴収された一般会計の財源を原資として、福祉給付を所得再分配の観点から国民に一律与えようとしたものであった²。そ

の後 1944 年に医薬品の給付システムである「薬剤給付法」が成立したが、この法律は、主に医師会を中心に憲法違反であるとし、オーストラリアの最高裁（High Court）で憲法訴訟がなされ、結局、1945 年に違憲無効と判断された³。さらに、同年には「病院給付法」により公立病院の入院治療が無料化された⁴。1950 年代に入ると 1953 年には「国民保健法」（The National Health Act 1953）が制定され、限定的ではあるが任意保険への助成などを備えた医療保障制度が成立した。

その後オーストラリアは任意の健康保険制度を継続していくことになるが、1970 年代に入ると、これまでの限定的・選別的であった社会保障制度に対する問題点が指摘され始めた。すなわち、それまで医療保障制度は民間保険中心に運営されてきたが、この民間保険の保険料に対して連邦政府は一定の税額控除制度を設けていたものの、州ごとにその税額控除額が異なっていたり、民間保険の定額保険料が低所得者にとって不利に働くという点が問題視されたのである⁵。そのため連邦政府は医療・福祉制度の充実を掲げ、1974 年に議会でオーストラリアにおいて、最初の強制加入による国民健康保険制度である通称メディバンク（Medibank）が議会で可決され⁶、1975 年 7 月よりウィットラム労働党政権下で導入された。メディバンクはすべてのオーストラリア人を対象にした、最も公平で効率的な健康保険制度を提供することを目的として当初スタートした。メディバンクの導入初年度にあたる 1975-76 年の財政負担は、16 億 4700 万豪ドルであり、メディバンク制度における公立病院の医療サービスは州政府が中心となって運営されていたが、その運営資金は 1973 年に制定された「健康保険法」（Health Insurance Act 1973）に基づき、連邦政府が協定の中で公認した公立病院の純経常支出の 50% を補助金として拠出したりしていた。

しかし、メディバンクが導入されてわずか数カ月で労働党政権が崩壊し、新たに政権がフレーザー保守党政権に移った。このことを契機に、強制加入による国民健康保険制度が段階的に廃止されることになる。メディバンクはメディバンクプライベート（Medibank Private）となり、1976 年 10 月に連邦政府が医療保険委員会（the health Insurance Commission）の一部として民営化された。この後、1978 年にメディバンクは完全に廃止されるが、その一方で民間保険へ国民を誘導するために、1981 年には民間保険料の 32% を個人の所得税から控除する税額控除方式も導入された。

1978 年に保守党政権下において廃止された強制加入による国民健康保険制度であったが、1983 年に政権がホーク労働党政権に移ると、国民全体の医療サービスの向上に向けてメディケアと呼称を変えて、1984 年より再び普遍主義的な皆保険制度が復活した。これにより、オーストラリアの医療保障制度は国民皆保障制度によって、連邦政府により全国一律に運営されることになり、現在まで継続されている。導入に際して、連邦政府は州政府との間にメディケア協定を結び、州財政収入の 35% にも相当する医療財源補助金を交付した。これにより患者がプライベート患者として扱われることを選択しなければ、公立病院で全国民が無料で処置が受けることができるようになった。

メディケアの財源は連邦政府の目的税であるメディケア税と一般財源によって賄われ、メディ

ケアの導入当初は個人の課税所得の1%として設定された。なお、同時に低所得者層であり単身者の場合には年収が7,110豪ドル以下、あるいは夫婦の場合には世帯で11,803豪ドル以下では免税措置が採られた。

以上のような歴史的経緯を経てオーストラリアの医療保険制度は発展してきた。そのため、医療サービスの供給は公的部門だけではなく、民間部門も活用しながら両者が一体となって行う仕組みであり、そして、実際の医療サービスは公立病院では無料で診療を受けることができる等の特徴をもっている。

第2節 現行の医療保障システム メディケア

第1節においては、オーストラリアにおける医療保険制度の歴史を概観した。そこで第2節では第1節で述べてきた歴史的経緯を踏まえて、現行の制度の中でどのような特徴をもって運営されているかを探ることにする。

オーストラリアは、連邦政府と6つの州及び2つの準州からなる連邦国家である⁷。日本の約20倍の国土をもち、海沿いの都市部を中心に人々は生活している。オーストラリアの総人口は約2,187万人であるが、シドニー、キャンベラといった大都市を抱えるニューサウスウェールズ州(以下NSWと表記する。)は人口が約710万人、またヴィクトリア州(以下VICと表記する。)の人口が約540万人であり、これに対して、クイーンズランド州(以下QLDと表記する。)、南オーストラリア州(以下SAと表記する。)、西オーストラリア州(以下WAと表記する。)、タスマニア州(以下TASと表記する。)、北部準州(以下、NTと表記する。)、首都特別地域(以下ACTと表記する。)はNSWやVICといった州と比較して人口規模は小さく、人口密度も低い。このような状況を反映して州毎に医療保障の体制のあり方は異なっている。そのため、医療保障制度の整備、運営に関しては連邦政府だけではなく州政府にも権限が与えられている。

オーストラリアの医療制度は1984年に成立した強制加入の国民健康保健制度であり、通称メディケアと呼称されている。その枠組みは1973年の健康保険法の規定に基づき、2005年10月までは連邦政府に帰属する健康保険委員会(Health Insurance Commission)によって運営してきたが、それ以降、オーストラリアの社会保障や福祉サービスを管轄するする福祉サービス省(Department of Human Services)に属するメディケア庁によって管理・運営されている。また、第3節以下で述べるとおり、メディケアを運営するための財源はメディケア税(Medicare Levy)及び一般財源であり、税金のみとしている点はオーストラリアの医療保障分野を考える上で特徴的な部分である。

医療体制としては、オーストラリアの医療は、GPと呼ばれる一般開業医(General Practitioner)、専門医(Specialist)、病院(Hospital)、薬局(Chemist)、検査機関のという5つの医療機関に分類することができる。そのため国民はまず、内科、外科、皮膚科など歯科を除く全ての医療分野を扱う一般開業医で初診を受ける。

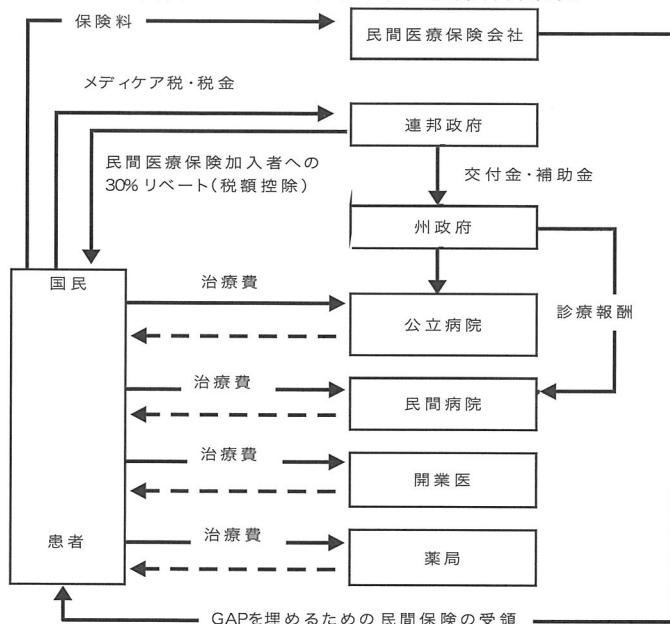
このように税金がメディケアを運営するまでの財源となっていること、一般開業医制度が確立していること等を踏まえると、オーストラリアの医療保障システムは米国のようにきわめて限定

的な公的医療サービスしか持たないシステムではなく、全国民に対して、基本的には無料の医療サービスを提供している英國型のシステムに倣っていると考えられる⁸。その一方で、オーストラリアは医療システムをより効率的に機能させるために、また、今後の高齢化社会の進展に伴う財政負担の軽減という観点から、公的病院と民間病院、公的保険と民間保険の混合方式を採用し、財源面・医療サービス面での民間部門を充実させるための政策を打ち出している。そのため、医療保障制度としてはオーストラリア独自のものであると考えられる。

民間部門の活用に関して、公立病院と民間病院を例にとれば、公立病院は公的患者 (public patient) の場合、外来や入院に関しては自己負担が生じないといった利点があるのに対し、医師の指名や診察までの待ち時間が長い等一定の不都合も生じている。その一方で、民間病院であれば専門医による診察サービスに対する診療報酬の支払い等を請求されるものの、診療までの待ち時間が公立病院に比べて短く済む他、医師や入院環境を選択できる等、公立病院と差別化が図られており⁹、混合診療が前提となった医療保障制度である。さらに、租税制度においても国民の民間医療保険へのシフトにかかる政策があり、例えば、個人が支払った民間医療保険料の30%を還付する税額控除制度などがある。

その結果、民間医療保険料加入者は全国民の40%を超える水準である。このように、公的部門だけではなく、民間部門を充実させることで効率的に医療保障分野を運営していくという姿勢は、国民皆保険制度の導入まで多くの時間を費やした歴史的経緯が前提となって生まれてきた、オーストラリア特有の制度であると考えられる。これらを踏まえたオーストラリアの医療保障制度を図示すると、図表1のようになる。

図表1 オーストラリアの医療保障制度



(注) —→はサービスの流れを表している。

(資料) Ms Eva LIU and Ms Vickly LEE(1998) 等

2-1 メディケア (Medicare)

メディケアは1984年にオーストラリアの公的医療保障制度として、その運用が開始された。この制度は連邦政府によって全てのオーストラリア国民に対して一律に実施されている。メディケアに加入できるのは、オーストラリア国民とオーストラリアに居住する永住権所有者のみに限定されており、ビジネス・留学・退職者ビザで長期間オーストラリアに滞在している人等は対象とはならない。

メディケアの運用に関する財源は前述したように、連邦政府の目的税であるメディケア税と一般財源であり、保険料方式ではなく税方式を採用している。メディケア税は現在、個人の課税所得の1.5%で課税されており、詳細は後述することになるが、低所得者には一定の免税措置も設けられている。また同時に中高所得者層に属し、かつ民間保険に加入していない者には追加的に1%が上乗せされて課税される仕組みになっている。この上乗せ分については単身者、夫婦等の規定にしたがって、細かい所得制限規定が設けられている。

メディケアは、①、公立病院の患者に対する医療サービスを無料で提供すること、②、医師、眼科医、歯科医等の専門医に対して支払った治療費、私立病院での治療費、公立病院で受診時にプライベート患者を選択した場合に、その医療サービスの一定部分の給付の基準となるメディケア給付スケジュール (Medicare Benefit Schedule: MBS)、③、処方箋薬代を補助する薬剤給付制度 (Pharmaceutical Benefit Schedule: PBS)、④、州政府等への特定目的補助金の交付、といった内容から成り立っている。このため、メディケアの範囲とならない部分は、民間保険によって充当されるか、もしくは患者の自己負担となる。

メディケアにはオーストラリアの全国民が自動的に加入し、メディケアカードが発行される。メディケアの適用となる範囲は、一般開業医 (GP) にかかる外来医療サービス、公立病院では患者は公的患者 (public patient) かプライベート患者 (private patient) を選択し、公的患者を選択した場合には、公立病院での外来、入院、入院に伴う食事その他の健康サービス等であり、これらに関しては無料で医療サービスを受けることができる。

2-2 メディケア給付スケジュール (Medicare Benefit Schedule : MBS)

メディケア給付スケジュールは連邦政府が作成した医療サービス別の標準的な診療報酬リストである。民間病院や専門医による特定の医療サービスを受診した場合等には、メディケア給付スケジュールの基準に基づいてメディケア給付が行われる。医師の診療報酬の設定は自由であるが、メディケア給付は、それぞれの診療行為につき政府が定めた医療費、検査料、手術料等メディケア給付スケジュールに掲載されている医療費を患者に給付する。このメディケア給付スケジュールは毎年見直しが行われている。

メディケア給付率は専門医・公立病院でプライベート患者を選択した場合の外来医療費・民間病院の外来医療費についてはメディケア給付スケジュールの85%、また公的病院でプライベート患者を選択した場合の入院・民間病院での入院についてはメディケア給付スケジュールの

75%となっている。

このメディケア給付スケジュールは2004年に個人の過剰な医療費負担を防止するために導入された、「医療費セーフティネット制度」(Medicare Safety Net Thresholds)とも関連がある。特に高い医療技術をもつ医師は一定水準を超えた診療報酬を請求する場合もあり、このような場合には患者にとって高額の医療サービスは、メディケア給付を上回ることもある。この時、メディケア給付スケジュールとメディケア給付分の差額及び医師の裁量によって上乗せされた請求額も含めた医療機関からの請求額とメディケア給付分の差額に関してはセーフティネットの仕組みが設けられている。¹⁰

2-3 薬剤給付制度 (Pharmaceutical Benefit Scheme : PBS)

薬剤の給付はメディケアとは別建ての公的な仕組みが設けられている。この仕組みは1953年に「国民保健法」(The National Health Act 1953)の規定によって確立され、開始された制度であり、メディケアの歴史より長い歴史をもっている¹¹。薬剤給付制度はオーストラリアの国民がタイムリーに、信頼できる、購入しやすい価格で、薬入手することができるという観点から、患者に処方箋薬代を補助するという目的で設けられた制度である。この薬剤給付制度はオーストラリアに居住するオーストラリア市民と、オーストラリアと医療協定を結ぶ国の国籍を持つ旅行者や居住者に対しが利用することができる。

処方箋薬には上限が定められており、患者はその上限額までは自己負担をし、その上限を超える場合には薬剤給付制度から支払われることになる。また一定の基準を満たす身体障害者や年金受給者に関しては、この上限額が低く設定されている。また、世帯合計の自己負担額が一定の基準に達し、その基準を超える場合には、それ以降の1回の自己負担の支払額が引き下げられる。

第3節 民間医療保険の特徴

第2節までにオーストラリアの医療保障制度の歴史及び、現行システムについて言及してきた。その中で、オーストラリアの医療保障制度の特徴的な点として公的部門を基礎としながらも、民間部門を利用して効率的な医療保障制度を構築してようとする試みもあった。そこで第3節では民間医療保険を充実させるための政策、民間医療保険が適用される範囲について述べる。

オーストラリアの医療保障制度を振り返ると、1974年に議会で、最初の強制加入による国民健康保険制度である通称メディバンクが議会で可決されるまで、医療保障制度は民間保険に依存し、これを連邦政府が支援する形を探っていた。1984年にメディケアとして公的医療保障制度としてその運用が開始された後も、連邦政府は民間部門の医療保障分野での役割も引き続き重要であるとの認識している。

民間部門を活用するための政策として主なものに「民間保険インセンティブ法案1996」(Private Health Insurance Incentives Bill 1996)がある。これは1996年12月より導入され、その特徴として特定の個人の民間健康保険料が減額されるような仕組みであること、及び個人の民間健康保への参加の水準を安定させること、などが挙げられる。連邦政府は民間健康保険の適

用範囲の水準を安定させるために民間健康保険に加入していない者に対して、メディケア税の税率を引き上げるという措置を導入すると同時に、民間健康保険会社への保険料の支払いに対しては税額控除制度を導入している。

3-1 オーストラリアにおける民間医療保険のインセンティブ政策

民間医療保険制度は日本をはじめ多くの先進国においても導入されている。しかし、ドイツやフランスなどは医療保障制度の柱はあくまで公的医療保障であり、公的医療保障適用後の自己負担部分を民間保険で補完するという制度体系である¹²。それに対して、オーストラリアのケースは公的医療保障を中心としているものの、民間部門も公的部門と一体となって両者が強い係り合いをもって医療保障制度を運営しており、このことはきわめて特徴的である。この背景には今後の高齢化社会の財源の拡大に備え、民間医療保険を支援することにより、国の医療費にかかる財政負担を軽減させるような政策を採ってきた経緯があると同時に、国民の医療保障サービスの自由選択肢の余地を増やすことで、国民生活の福祉水準を高めることになると考えられてきたためである。

このように連邦政府は民間部門の活動も重視しているにも拘わらず、メディケア導入の前年にあたる1983年には65.8%もあった民間保険加入率が、メディケアの導入年の1984年には約10ポイント下落し54.9%となり、さらに1990年代に入ると徐々に民間保険会社への加入率は減少していき、ついに1996年には33.5%まで加入率を落とすことになる。これに危機感を抱いた連邦政府は、1997年7月より「民間保険インセンティブ法案1996」導入し、前述したように、民間保険への加入を促進するための政策を打ち出した。具体的には1997年には民間保険に加入していない夫婦の世帯所得が10万豪ドル超える場合には追加的に1%の「Medicare Levy Surcharge」が賦課された。さらに1999年1月には民間保険会社に支払う保険料の30%相当額を個人の所得税から還付する税額控除制度を導入した。

このように1997年以来導入された民間保険への加入促進のための政策は、徐々に功を奏する結果となり、2000年には民間医療保険加入率は45%にまで上昇し、近年でも40%を超える水準で推移している。

3-2 民間医療保険のカバーする範囲

これまで、連邦政府による民間医療保険会社への加入促進政策について言及してきた。そこで、次に民間医療保険がカバーする範囲について述べることにする。

民間医療保険は1984年にメディケアが導入される以前においては、病院以外の専門医や歯科医師等の専門家による医療サービスに対する支払いをカバーしてきた。現在の民間医療保険は公立病院におけるプライベート患者や、民間病院を選択した患者に対して、メディケアで給付されない入院費などや専門医による医療サービス費用に対する支払をカバーする制度へと変化している¹³。このメディケアでカバーされない部分を幅広くカバーするのが民間の保険会社が提供する民間医療保険（Private Health Fund）の役割である。

メディケアによってカバーされる部分は専門医・公立病院でプライベート患者を選択した場合の外来医療費、及び民間病院の外来医療費についてはメディケア給付スケジュールの85%、また公的病院でプライベート患者を選択した場合の入院・民間病院での入院についてはメディケア給付スケジュールの75%となっている。したがって、それを超える部分に関しては自己負担となる。また、実際にはメディケア給付スケジュールを医療機関からの請求額が上回ることがある。例えば民間病院に入院した場合、メディケアがメディケア給付スケジュールの75%を負担し、残りを保険会社が負担することになるが、実際はほとんどの治療でメディケア給付スケジュールを上回る医療サービスの支払いが請求され、この差額（GAP）を自己負担することになる。この差額をカバーする民間保険に「ギャップ保険」（Gap Insurance, Gap Cover）などがある。

これらを踏まえると、民間保険によってカバーされる範囲には、医療機関に対して実際に支払う費用とメディケアの給付額の差額（GAP）である自己負担にかかる部分について民間保険を利用して支払うケースと、そもそもメディケアが適用されない治療費や入院費の差額分、歯の治療、眼鏡等の治療をした場合に民間保険を利用して支払うケースの2つがあることがわかる。

以上のような民間医療保険の特徴をもつオーストラリアの医療保障制度は、メディケアが公立病院ばかりでなく民間病院をはじめ、民間医療を受ける患者についても費用を負担している点で特徴的である。オーストラリアの医療保険制度の財源がメディケア税と一般財源という税金のみで賄われていることを踏まえると、個別消費性が高く、私的財的な性格を持つ民間医療に対しても税金による財源を利用し、公的部門で一定の費用を負担しているということも指摘できると思われる。

第4節 医療保障システムの役割分担と財源配分

4-1 医療システムの役割分担

第3節ではオーストラリアの現行の医療保障システムについて言及してきたが、第4節からはそれらを踏まえ、憲法上の役割分担及び財源について触ることにする。

オーストラリアは全ての国民が加入する国民健康保険制度があり、医療保健サービスの分野では、連邦政府と州政府との共同管轄である。一般的には連邦政府は政策決定や全国的な医療に関する情報管理などの他に、州政府との共同プロジェクトなどの実施、全国的な事項について責任があるばかりでなく、医療財源の確保に関しても責任を持つ。このため、連邦政府は保険医療の分野で強い発言力を持っている。これに対して州政府は医療サービス提供における体制の整備や、運営に関する責任を負うことになっており、幅広い分野で、国民に対して直接的なサービスを州政府の責任で行っている。州政府の活動の中心は公立病院（Public hospitals）の運営¹⁴、医療従事者の登録や規制、民間病院の設立許可・監督、公立の救急病院、学校保健、歯科衛生などの多岐にわたる各種保健プログラムの実施を行っている。

連邦政府と州政府の間の医療保障分野での役割分担を憲法上の規定から整理すると、まず憲法第51条では共管的権限として連邦政府と州政府の権限が規定されている。1946年に連邦政府

の権限を拡大する憲法改正以前は、連邦政府の社会保障に関する権限としては、第 51 条 23 項の「傷病者及び老齢者に対する年金」だけであったが、その後の 1946 年の憲法改正において第 51 条 23 項 A が付け加えられることにより、新たに出産手当、寡婦年金、児童養育基金、失業、薬剤、疾病、入院手当の各給付と、医療、歯科治療の事業、学生への奨学金、家族手当に関する権限を連邦政府が持つことが可能となった。

さらに連邦政府と州政府の間の役割分担に関して、その政府間合意の組織的フレームワークにおいて中心的な役割を果たすのが、1992 年 5 月に設立されたオーストラリア政府間評議会 (Council of Australian Governments、以下 COAG とする) である。COAG は連邦と州間の調整に関して最高決定機関としての位置づけをもっており、連邦首相、各州首相、特別地域首席大臣、地方自治体協会会長で構成されている。特定の政策分野に関して、連邦と州間で政策協力や協議が必要とされる場合には、COAG や管轄する 40 以上の閣僚協議会で議論される。COAG 及び閣僚協議会は政府間関係が円滑に運営されるために連邦と州で協力して行う必要のある政策の改革に着手したり、それを進展させたり、モニタリングすることを役割としている。

その活動の一環として、2008 年 11 月に連邦政府と州政府間で合意¹⁵されたオーストラリア医療協定 (Australia Health Care Agreements) があったが、2009 年 7 月より全てのオーストラリア人の健康改善と健康の維持を目的が掲げられ国家医療協定 (National Healthcare Agreement) と名称が改められた。この協定は従来の連邦政府と州政府間の役割分担を明確にし、これまでのオーストラリア医療協定に定められた内容が拡充される内容となっている¹⁶。この協定は 5 年ごとに見直しがされ、次の 3 つの原則に基づき運営されている。

- ①原則的に公的病院での入院治療については無料で提供される。その一方で一定の資格を有する患者はそれとは別な医療を選択することもできる。
- ②公的患者として無料で入院治療を受ける場合には、臨床上の必要とされ、かつ適切な期間での治療に限られる。
- ③全てのメディケア加入者の居住地にかかわらず、均等に適切な医療サービスを受けることができるようとする。

4-2 医療保障システムの財源配分

オーストラリアの医療制度通称メディケアは社会保険料によって徴収されるのではなく税金のみを財源に確立されている。以下ではオーストラリアの医療保障制度における財源を概観することにする。そのため、まず連邦政府及び州政府の歳出構造について簡単に触ることにする

4-2-1 オーストラリア財政における歳出構造

オーストラリアの歳出の概要を示したのが図表 2 である。2006 年度の連邦政府、州政府、地方自治体の一般政府部門の目的別の歳出内訳を見ると、連邦政府において大きな支出要因となっているのが、社会保障関連費及び医療保障の分野であり、この 2 つの項目を合計すると連邦政府の全歳出の半分以上を占める大きな支出となっている。

同様に州政府に関する見ても見てみると、連邦政府と同じく医療保障の分野での支出が州政府の全体の支出総額の4分の1を占めており、またそれとほぼ同じ割合で教育関連費が州政府においては中心的な支出項目となっている。また地方自治体では住民自治に密着した性質の支出が多くなっており、住宅・居住環境整備や交通網の整備等の歳出が多くなっている。これらを合計した全ての政府レベルを見ると教育、医療保障、社会保障関連の支出が大きく、全体の約60%を占めている。

図表2 一般政府部門の目的別歳出内訳 2006年度（百万豪ドル）

	連邦政府		州政府		地方自治体		全政府合計	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
総務	14,008	5.4%	4,446	3.0%	4,376	19.8%	21,734	6.0%
防衛	16,656	6.4%	0	0.0%	0	0.0%	16,656	4.6%
公共秩序、安全	3,319	1.3%	14,723	10.1%	532	2.4%	18,365	5.1%
教育	16,321	6.3%	37,292	25.5%	87	0.4%	51,883	14.4%
保健医療	39,947	15.5%	37,295	25.5%	272	1.2%	66,488	18.4%
社会保障・福祉	92,074	35.6%	9,614	6.6%	1,332	6.0%	100,874	28.0%
住宅・居住環境整備	2,920	1.1%	7,872	5.4%	5,172	23.4%	14,258	4.0%
レクリエーション・文化	2,698	1.0%	3,720	2.5%	3,126	14.1%	9,366	2.6%
燃料・エネルギー	4,507	1.7%	1,354	0.9%	16	0.1%	5,828	1.6%
農林水産業	2,815	1.1%	3,105	2.1%	49	0.2%	5,128	1.4%
鉱工業、建設業	1,920	0.7%	673	0.5%	273	1.2%	2,840	0.8%
交通・通信	3,296	1.3%	15,720	10.7%	4,752	21.5%	20,267	5.6%
その他	58,070	22.5%	10,533	7.2%	2,109	9.5%	27,041	7.5%
合計	258,551	100%	146,347	100%	22,096	100%	360,728	100%

(注)「全政府」には複数政府が管轄する部門を含んでいるため各政府歳出の単純合計とは一致しない場合がある

(資料) Government Finance Statistics 5512.0 2005-06 Table 31, 32 : Australian Bureau of Statistics.

4-2-2 医療保障財源の規模

オーストラリアの年間総医療費は2007年度(2007年7月から翌年6月まで)で1,035億豪ドルとなっている。2006年度の年間総医療費は977億豪ドルであり、前年比で9.1%の増加である。対GDPにおいては2007年度では9.1%となっており、2004年度から9%台で推移している。また、年間総医療費を一人あたりにした場合、2007年度では4,874豪ドルとなり、2006年度と比較すると実質的な数値では4.2%の増加となっている。

それに対して年間医療費の負担割合はここ10年間で政府部门が67%、非政府部门が33%程度となっており、負担割合にそれほど変化はない。

图表3 医療費支出総額の推移及び対GDP比

年	医療費支出の総額		GDP		対GDP比 (%)
	豪ドル(百万)	増加率(%)	豪ドル(百万)	増加率(%)	
1997-98	44,802	-	577,373		7.8
1998-99	48,428	8.1	607,759	5.3	8.0
1999-00	52,570	8.6	645,058	6.1	8.1
2000-01	58,269	10.8	689,262	6.9	8.5
2001-02	63,099	8.3	735,714	6.7	8.6
2002-03	68,798	9.0	781,675	6.2	8.8
2003-04	73,509	6.8	841,351	7.6	8.7
2004-05	81,060	10.3	897,642	6.7	9.0
2005-06	86,685	6.9	967,454	7.8	9.0
2006-07	94,938	9.5	1,045,674	8.1	9.1
2007-08	103,563	9.1	1,131,918	8.2	9.1

資料) Australian Institute of Health and Welfare (2009),p9。

4-2-3 メディケア税

オーストラリアの医療制度にかかる財源は社会保険料によって徴収されるのではなく、メディケア税と一般財源の税金を財源としており、現行制度のもとでは基本的に国民は全国一律に課税所得の1.5%が医療費として課税される。すなわち、オーストラリアの医療制度の財源は保険料方式ではなく税方式を採用しているのである。また、图表4はメディケア税の歳入及び医療費の総額に占める割合を示しているが、特に医療費総額に占めるメディケア税の割合は2割程度しかなく、その他を一般財源によって賄っている。

图表4 メディケア税の歳入総額及び医療費総額に占める割合

	1984-85	1990-91	1995-96	2000-01	2004-05	2005-06
メディケア税(百万豪ドル)	1,223	2,480	3,350	4,605	6,105	6,525
歳入総額(百万豪ドル)	52,970	92,739	115,700	146,698	188,176	203,918
歳入総額に占めるメディケア税の割合	2.3%	2.7%	2.9%	3.1%	3.2%	3.2%
医療費総額に占めるメディケア税の割合	19.0%	22.1%	20.1%	18.1%	17.5%	17.8%

資料) Australian Institute of Health and Welfare (2008),p522。

現在、メディケア税は個人の課税所得の1.5%となっているが、1984年にメディケアが導入された当初は個人の課税所得の1%であった。その後1986年には課税所得の1.25%、1993年には1.4%、1995年には1.5%と段階的に引き上げられている。

これに対して、低所得者層に対しては免税措置が取られている。この免税措置は単身者と夫婦また年金受給者の区分に分られており、さらに夫婦の場合には子供の人数に応じて課税最低所得の金額が異なる。以下では単身者と夫婦の場合の免税措置について見ていくことにする。

まず単身者の場合、2008年には課税最低所得金額が17,309豪ドルであったが、2009年7月1日以降、メディケア税の課税最低所得金額が17,794豪ドルに引き上げられた。

次に夫婦の場合、子供の人数によって、課税最低所得の金額が異なる。图表5に示されてい

るとおり、子供がいない夫婦の場合、2008年には課税最低所得金額が29,207豪ドルであったが、2009年7月1日以降、メディケア税の課税最低所得金額が30,025豪ドルに引き上げられた。また、子供が1人の場合には2008年には課税最低所得金額が31,889豪ドルであったが、2009年7月1日以降、メディケア税の課税最低所得金額が32,782豪ドルとなっている。

これに対して中高所得者層には「Medicare Levy Surcharge」という追加のメディケア税の負担がある。このメディケア追加税は民間医療保険に加入していない納税者が課税の対象となり、1%が追加的に賦課される制度である。この背景には今後増加することが見込まれる医療保険支出を抑えるために、民間保険の活用を促す政策的意図がある。

この制度は1997年7月より導入され、夫婦の世帯所得が10万ドル以上の場合に1%追加的に課税され、2008年度までに段階的に拡大され、単身者の場合課税所得が5万豪ドル、夫婦の場合世帯所得が10万豪ドル以上の者に対して賦課されている。さらに、2009会計年度からは単身者の場合には7万3千豪ドル、夫婦の場合、14万6千豪ドル以上が対象であり、子供が1人増えるごとに1,500豪ドルずつメディケア税の課税対象基準額は高くなる¹⁷。つまり、課税所得の1.5%をメディケア税として支払う義務に加えて、中高額所得者にはプラス1%が追加的に賦課されるのである。例えば課税所得が10万ドルで民間医療保険に加入していない単身者を例にとると、通常のメディケア税の1.5%+1%の合計2.5%が課税所得に対して課税されることになる。

以上がメディケア税の概要であるが、国民が民間保険に加入することを促す政策としてさらに租税制度の側面から述べるとするならば、民間保険への保険料の30%はPrivate Health Insurance Rebateとして個人所得税から還付するかたちでの、税額控除制度が挙げられる¹⁸。なお中高所得者層に対しては、連邦予算では2010年7月1日以降、民間医療保険の還付は単身者の場合課税所得が7万5,000豪ドル、夫婦の場合、世帯所得では15万豪ドル超である納税者に関して現行の30%から課税所得に応じて引き下げが行われる。さらに単身者の課税所得が12万豪ドル、夫婦の世帯所得が24万豪ドルを超えると還付はなくなる見込みである。

以上のことを踏まえると、このメディケア税は完全ではないが一定の所得再分配機能も備えていることが理解できるのである。

図表5 家族世帯におけるメディケア税の課税最低所得金額

子供(人)	世帯所得(豪ドル)	
	2009年度	2008年度
0	30,025	29,207
1	32,782	31,889
2	35,539	34,571
3	38,296	37,253
4	41,053	39,935
5	43,810	42,617
6	46,567	45,299

資料) Tax Laws Amendment (Medicare Levy and Medicare Levy Surcharge) Bill 2009, p. 8.

4-2-4 民間医療保険料・利用料

メディケアに加入できるのは、オーストラリア国民か永住権保持者のみとなっている。そのため、それ以外のメディケアの権利がない者は自ら民間保険に加入する必要がある。また、歯科、眼科などの治療はメディケアの対象外であり、オーストラリアの国民や永住権保持者でも、メディケアと民間医療保険の両方に加入している者も多い。

非オーストラリア国民や国外在住者のようにメディケアの権利がない患者であれば、すべての公立病院と民間病院での外来や入院費にかかる代金を請求されることになるが、基本的には個人で加入している民間医療保険によって医療費をカバーすることができる。したがって、医療保健の分野においては、メディケア加入者のメディケア給付の上限を超える部分、メディケアの対象外である医療費、メディケア加入の対象とならない者の医療費などが民間保険会社へ保険料として自己負担すべき費用であり、メディケア加入の対象とならない者の医療費を除く部分は利用者料金的な性格をもつ性質として分類することができる。

4-2-5 政府部門と民間部門の年間医療費の使途別の内容

これまで、主にオーストラリアの年間医療費の規模及びその財源について触ってきた。そこで次に、政府部門と民間部門の年間医療費の使途別の内容について言及することにする。

2005年度の医療費については年間医療費総額が869億豪ドルであり公立病院及び民間病院の合計が310億豪ドル(35.7%)、診療所等が155億豪ドル(17.8%)、処方箋薬代が115億豪ドル(13.2%)であり、これらが年間医療費総額に占める3つの大きな項目であり、主な財源の使途となっている。また財源の構成でみると、年間総医療費総額869億豪ドルのうち、連邦政府が372億豪ドル(42.9%)、州政府及び地方自治体が216億豪ドル(24.9%)であり、公的部門で589億豪ドル(67.8%)の負担となっている。それに対して民間部門は、主に民間保険及び個人負担から構成されており、民間保険が63億豪ドル(7%)、個人負担が151億豪ドル(17.4%)の負担構成となっている。

さらに、医療サービス別には公立病院及び民間病院の合計310億豪ドルのうち225億豪ドル(92.4%)を公的部門(連邦政府、州政府、地方自治体)で負担している。これに対して民間病院の場合、負担額が67億豪ドルのうち、約半分の31億豪ドル(45.7%)を民間医療保険が負担している。これは公立病院の場合には民間医療保険が4億豪(1.7%)であることとは対照的である。

特徴的な医療サービスの項目としては診療所等、歯科、処方箋薬がある。診療所等は155億豪ドルの負担となっているが、その負担の構成は連邦政府が122億豪ドルであり、全体の約80%を負担している。逆に歯科の場合53億豪ドルの負担であるが、民間部門である民間保険と個人負担で、全体支出の81.2%を賄っている。また、処方箋薬に関しては州政府の負担がない事も特徴的な点として指摘することができる。

第5節 終わりに

これまで、オーストラリアの医療保障制度の歴史、現行制度の特徴、そして主に連邦政府と州政府間での役割分担及び財源配分の状況について検討を加えてきた。その中で特徴的な点としては、オーストラリアの医療保障制度が公的病院において、公的患者を選択すれば無料で診療を受けられる点や民間医療保険制度を活用しながら制度設計している点があった。

連邦政府は民間医療保険の加入者を増加させるために税額控除制度を導入する一方で、民間医療保険加入していない中高所得者層にはメディケア税を追加的に課税するといった方法を現在のところ採用している。これは理論的には民間医療保険を連邦政府が価値財として位置付けているためと考えられる。なぜなら、民間医療保険は、個別消費性の高い私的財的な性格を持つものの、本来の消費量を変えてまで連邦政府が一定量の消費を確保するだけの価値があると政策的に認めしており、税額控除制度等を導入していることがその背景にあるためである。これにより、これまで指摘してきた公立病院における診療や手術までの待ち時間の長さのといった課題も同時に解決しようと試みている。

公立病院の公的患者に対する医療サービスは税金を財源として、オーストラリアの国民であれば、だれでも、どんな地域に居住していても、一定の医療サービスを無料で受診することができる仕組みであることから、セーフティネットとしての純粋公共財と位置付けられる。その一方で、公立病院のプライベート患者や民間病院に対する医療サービスは、ある一定水準までは税金による財源で賄い、それを超えた部分は民間保険によって負担するという性質を持つことから、価値財に分類することができる。

以上の事から、オーストラリアの医療保障制度は一定の理論的裏付けをもった制度であるということができ、そのことからも今後日本においても、公的部門だけではなく民間部門も活用したオーストラリアの制度設計は検討すべき価値が十分にあると考えられる。

参考文献

- 姉崎正平（1991）、「オーストラリアにおける政権交代と医療改革」、姉崎正平・池上直己編『世界の医療改革』、勁草書房。
- 岩崎美紀子（1998）、「オーストラリア」、「分権と連邦制」、ぎょうせい。
- 大浦一郎（1987）、「オーストラリア財政論」、文眞堂。
- （1995）、「オーストラリアの社会保障制度の発展」、明治学院大学『経済研究』第106号。
- 小松隆二・塩野谷祐一（2008）、「先進国 の社会保障② ニュージーランド オーストラリア」、東京大学出版会。
- 自治体国際化協会（2005）、「オーストラリアとニュージーランドの地方自治」。
- 西村淳（1997）、「飛躍的拡大を遂げたオーストラリアの社会保障—高齢者ケア改革を中心にー」、「週刊社会保障」Vol.51, No.1938, 法研。
- 橋詰由加子（2005）、「オーストラリアの連邦・州間財政調整制度—効果と課題」、財務省財務総合研究所、『ディスカッションペーパー』、NO.05A-21。

花井清人 (2003)、「オーストラリアでの財政分権化・税源移譲の課題」、成城大学『経済研究』第 159 号。
——(2006)、「水平的財政平衡原則の二元的運用：オーストラリア」、持田信樹編『地分権と財政調整制度』、東京大学出版、pp.83 – 105.
——(2007)、「オーストラリア政府間財政関係での州・地方税の課題」、『地方税』。
八木原大 (2008)、「オーストラリアにおける税制改革の財政調整制度への影響－2000 年の GST 導入の効果を中心として」、東洋大学大学院紀要集第 45 集。
Australian Institute of Health and Welfare(1996), *Australia's health 1996*.
Australian Institute of Health and Welfare (2007), *Australia's Health 2007*.
Australian Institute of Health and Welfare (2008), *Australia's Health 2008*.
Australian Institute of Health and Welfare (2009), *Health expenditure Australia 2007–08*.
Commonwealth Grants Commission,(2004), Report on State Revenue Sharing Relativities 2004 Review, AGPS.
Commonwealth Department of Health and Aged Care(1999) *Health Financing in Australia*, Commonwealth Department of Health and Aged are(2000) *The Australian HealthCare System An Outline*, AGPS.
Commonwealth Department of Health and Ageing (2009), *The state of our public hospitals*, AGPS.
Commonwealth Department of Parliamentary Services (2009), *Tax Laws Amendment (Medicare Levy and Medicare Levy Surcharge) Bill 2009*.
Commonwealth Local Government Forum(n.d.), *The local government system in Australia*, Retrieved March 30, 2006 .
Commonwealth Department of Transport and Regional Services(2006) *2004-05 Report on the Operation of the Local Government(Financial Assistance)Act 1995, Local Government National Report*.
Tax Laws Amendment (Medicare Levy and Medicare Levy Surcharge) Bill (2009).
Denniss, Richard(2005), *Who Benefits from Private Health Insurance in Australia?*, New Doctor:Issue;83.
Ms Eva LIU and Ms Vickly LEE(1998), *Health Care Expenditure and Financing in Australia*. Research and Library Services Division Provisional Legislative Council Secretariat.

【脚注】

- 1 オーストラリアにおいて保険医療の分野を担当する省は 1921 年に保健省 (Department of Health) として設立されて以来、時代の変化と要請に応じてそれに見合った分掌変更と名称変更を経てきており、現在の保健・高齢化問題省は 2001 年 11 月の再編以降の名称である。
- 2 小松、塩野谷 [2008], pp185-188。
- 3 憲法の改正の後 1947 年には 2 回目の法案が提出され、「新薬剤給付法」は承認されることになる。
- 4 連邦政府は公立病院の入院について無料とする事に同意した州政府に対して特定目的補助金を支出した。このように憲法上明文化された形ではなく、補助金という形で連邦政府が州政府へ保険医療行政に影響力もつようになったと指摘されている。小松、塩野谷 [2008], p186。
- 5 小松、塩野谷 [2008], p243。
- 6 メディバンク法案は 1973 年 12 月、1974 年 4 月、1974 年 7 の合計 3 回上院に否決されたものの、1974 年に可決される。
- 7 オーストラリアは 6 つの州 (State) の他に準州・特別地域 (Territory) がある。以下では特に断りのない限り、

- 州とは州に準州・特別地域を含めるものとする。
- 8 丸尾 [2009]、p4。
 - 9 丸尾 [2009]、p6。
 - 10 医療費セーフティネット制度である「Gap」及び「General」の仕組みについては、丸尾 [2009]、p8 を参照。
 - 11 小松、塩野谷 [2008],pp250-251。
 - 12 丸尾 [2009],p5。
 - 13 小松、塩野谷、[2008],p251。
 - 14 公的病院は特殊な場合を除いては州立病院であり、連邦政府からの補助金を得て州政府が運営している。また連邦政府からの補助金で賄えない部分は、すべて州政府の負担となる。
 - 15 この時の協定では医療保障制度の他に、教育、障害者ケア等の制度について多くの合意がなされた。連邦政府と州政府間の財政関連では、特に特定目的補助金の削減に関する合意がなされた。
 - 16 Department of Health and Aged Care (2009)
 - 17 連邦予算では 2010 年 7 月 1 日以降課税所得が 9 万ドル（夫婦では 18 万ドル）を超えると 1.25%、課税所得が 12 万ドル（夫婦では 24 万ドル）を超えると 1.5% の割合で課税されることが見込まれている。
 - 18 なおこの税額控除制度は、65 ~ 69 歳については 35%、70 歳以上は 40% の還付率となっている。