

## オーストラリア

### 1 社会保障制度の概要

オーストラリアの社会保障制度には、年金、家族手当、生活保護等の「所得保障制度」、メディケアと呼ばれる「医療保障制度」、高齢者ケア、障害者福祉、児童福祉といった「社会福祉制度」がある。このほか、民間による退職後の所得保障制度として、被用者個人ごとに積み立てる強制貯蓄制度である退職年金基金制度がある。

オーストラリアの社会保障制度の特色としては、①所得保障制度及び医療保障制度が社会保険方式ではなく、原則的に一般財源で賄われていること、②医療・福祉サービスは全国民を対象とする普遍的なサービスであること、③連邦、州、地方自治体、民間団体といった多様な主体が各制度を機能的に分担し、並列的にサービスを提供していることが挙げられる。

### 2 社会保険制度等

#### (1) 制度の概要

オーストラリアでは、年金については、税財源により所得及び資産調査に基づいて給付される老齢年金制度(Age pension)、被用者ごとの積立てによる貯蓄制度である退職年金基金制度(Superannuation)がある。医療保険についてはメディケア制度がある。

なお、介護保険制度はなく、主として税財源により介護サービスが提供されている(5(1)参照)。

#### (2) 年金制度

##### a 制度の類型

オーストラリアの公的年金制度は、老齢年金、退職年金基金の2階建ての制度だが、退職年金基金は強制的な部分と任意の部分とがあるため厳密には3階建てといえる。

##### b 老齢年金制度

老齢年金制度は、高齢者の基礎的な生活を保障することを目的とし、要件を満たす高齢者に支給される。財源は、全額一般財源から賄われ、社会保険料負担がまったくないのが特徴である。給付の要件は、受給年齢(男性65歳以上、女性62歳以上(ただし、2014年まで

に65歳に引上げられる))に達することで、当該年齢に達した国民に老齢年金が支給される。

給付内容は、単身高齢者で男性の平均賃金<sup>(注1)</sup>の25%の水準、高齢夫婦で同40%の水準の年金給付を行うことを目指しており、現在の支給額は高齢者1人につき、単身の場合499.70豪ドル/2週、夫婦の場合417.20豪ドル/2週(1人当たり)である。ただし、資産調査があり、所得、資産により減額される。

##### c 退職年金基金制度

退職年金基金制度は、個人ごとの積立による貯蓄制度である。歴史的に労働組合の要求により、給与条件の一つとして使用者がその労働者のために給与の一定割合を積み立てるという形で発展してきた。しかし、政府は、この退職年金基金制度を老齢年金を補完する退職者の所得確保と国民貯蓄増加の重要な手段として位置づけ、その積立を奨励するために、1992年7月より使用者による積立を実質的に義務づける退職年金保障税制度を導入した。

適用対象は、月450豪ドル以上の所得のある被用者である。強制ではないが自営業者、無業者も積み立てを行うことができる。

財源は、使用者による積立金で、最低でも被用者の給与の9.0%に当たる額を支払わなければならないが、当該積立拠出金を支払わない場合は、国税庁(Australian Taxation Office:ATO)により、積立金所要額を上回る退職年金保障税が課される。積立及び受給については税制上の優遇措置はあるが、国庫補助はない。なお積立には、この強制的な部分に上乗せして任意に積み立てることも可能である。

##### (3) 医療保障制度等

オーストラリアの医療保障は、医療保険制度ではなく、税財源によるメディケア(Medicare)制度により医療費の一部を負担する仕組みとなっている。また、質の高い医療サービスを求める者は民間保険を活用することができる。

1984年に創設されたメディケア制度は、国民全般を

対象とした医療保障制度で、国費による医療費の一定割合の支給(メディケア給付)と、公立病院の入院費用の全額公費負担を2本の柱としている。

財源に関して、制度運営に係る費用は一般財源とメディケア税(個人課税所得の1.5%。メディケア関連支出の約25%を占める)によって賄われているが、州立病院の場合には州政府がその運営費用の多くを分担している。

給付内容は、外来の場合、医療費として政府の定める診療報酬表にある規定料金の85%がメディケア給付として支給され、残りの15%が自己負担となる(なお、1回の診療につき、57.50豪ドルが自己負担の上限)。ただし、2005年よりGP(一般開業医)による診療に係る医療費については100%メディケア給付(自己負担ゼロ)となった。公立病院に入院の場合は、医療費、病院費用(ベッド代、看護料)などの入院に係るすべての費用が公費により負担され、自己負担はない。ちなみに、公立病院でも患者が自ら指名した医師から診療を受ける場合、医療費の25%が自己負担となり、病院費用は給付の対象とならない。

2004年に導入された医療費セーフティ・ネット制度により、医療費における患者の自己負担額が年間で一定額を超えた場合に、それ以降の自己負担額の8割を政府が負担する。一定額の上限は、年間1,000豪ドル(年金生活者等低所得者は年間500豪ドル)である。

### 3 公衆衛生施策

#### (1) 保健医療施策全般

公衆衛生・保健医療の分野においては、連邦政府は、資金補助等の財政管理を通じメディケア制度と呼ばれる医療保障制度の運営・管理、医薬品の安全性確保対策、そしてアルコール規制、薬物規制、エイズ対策といった疾病予防・健康増進事業等の医療政策の企画・立案・実施を行っている。

州政府は、従来から公衆衛生・保健医療サービスの提供・管理の面で中心的な役割を果たしており、州立の医療サービス施設(公立病院、地域保健医療クリニック)の企画・管理運営・提供について責任を有するほか、医師、歯科医師を含む医療関係者の登録・管理等を行っている。また、公衆衛生関連法規は、連邦政府

が定める基準に則り州ごとに制定されており、州政府が上下水道、大気、廃棄物に関する管理責任を有する。

地方公共団体は、実際の公衆衛生管理及び在宅・地域保健サービスの面で中心的役割を果たしており、地方公共団体に設置される衛生管理官が、環境衛生面での州法の適合状況を調査しているほか、廃棄物の収集・運搬は地方公共団体に権限移譲されている。また、地方公共団体自ら障害者や高齢者を中心とした在宅・地域保健サービスを提供している。

#### (2) 医療施設

医療施設としては、①公的病院(州からの補助を受ける病院。州によって仕組みが異なる)、②私的病院(州からの補助を受けない病院。主として宗教団体や慈善団体によって運営され、小規模のものが多い)等がある。設置許可は州の権限であり、その基準は州によって異なる。

#### (3) 医療従事者

医療従事者としては医師、看護師等合計24の医療関連専門職種が存在するが、その免許制度は州の権限であり、資格要件は州ごとに異なる。医師は、一次医療を行うGP(General Practitioner:一般開業医)とGPからの紹介患者を診療する専門医に分けられる。

### 4 公的扶助制度

生活保護制度(Special Benefit)は、1991年社会保障法に基づき、年齢や肉体的、精神的障害など自分の力だけでは対応できない理由により、自らとその扶養家族の生計を十分に維持できない者のうち、他の所得保障制度の適用を受けられない者を対象とし、その最低限の生活を保障する制度である。このため、受給者の大部分は、他の所得保障制度の適用を受けるために必要なオーストラリアでの居住要件を満たせない「近年移民してきた者」である。この他の受給者としては、子ども等を扶養する者、18歳未満の若年ホームレス、妊婦等がいる。

実施機関は、福祉サービス省(Department of Human Services)とその執行機関であるセンターリンク(Centre Link)である。

給付の種類には、基本給付と家賃補助がある。給付水準は家族・地域サービス省の判断により決定されるが、目安としては、新生活手当 (Newstart Allowance : 21歳以上で老齢年金の受給対象年齢以下の失業者を対象とした手当。単身で子どもがいない場合、最高で410.60豪ドル/2週)及び若年者手当 (Youth Allowance : 16～24歳までのフルタイム又はパートタイムの学生、21歳未満の失業者等を対象とする手当。単身で親等と別居の場合、最高で334.70豪ドル/2週)に準じ、これを超えない範囲とされている。なお、受給者に所得があればその分給付額が減額される。また、住宅保有者、住宅非保有者という類型ごとに資産審査も行われる。

## 5 社会福祉施策

### (1) 高齢者保健福祉施策

老人医療についても、年金受給者等に対する薬剤費の自己負担分の軽減等、医療費負担の軽減措置が講じられていることを除き、一般成人に対する医療と同様、メディケア税と一般財源とで賄われる「メディケア制度」及び「薬品費給付制度」により公的医療保障が行われている。また、GP又は専門医による一次医療と病院による二次医療という医療提供体制は一般成人と相違ない。

一方、老人福祉(高齢者ケア)については、連邦政府と州政府、地方自治体、民間非営利団体を含めた多くの関係者の協力のもとに、主に連邦政府からの補助金により運営される「介護施設ケア」サービスと、連邦と州政府の共同事業である地域・在宅サービス事業 (Home and Community Care Program : HACC)におけるホームヘルプ、訪問看護、給食、デイサービス等さまざまな地域・在宅ケアサービスが提供されている。なお、これらサービスに対する政府からの補助は税を財源としている。

また、各高齢者が個々のニーズに応じ、施設ケア、地域・在宅ケアにおいて最適なサービスを受けられるよう、個々の要介護者のニーズを評価しケアプランを作成する高齢者ケア判定チーム (ACATチーム : Aged Care Assessment Team)が地域ごとに設置されている。高齢者ケア判定チームは、看護師、老年科医、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカー等で構成され、病院からの退院時やケア施設入所時など各高齢者に

対し介護又は支援が必要となったとき、個々の要介護者の医学的・社会的ニーズを判定し、最適なケアのパッケージ(ケア・プラン)を作成する。

なお、ホーク労働党政権時代の1985年に開始された高齢者ケア改革 (Aged Care Reform Strategy) 等の下で地域・在宅サービスの拡充が積極的に推進されてきたが、この流れは、1996年からのハワード現保守政権下でも踏襲されている。

### (2) 障害者福祉施策

障害者に対する福祉施策としては、所得保障と雇用援助も含めた種々の障害者支援サービスが行われている。所得保障は連邦政府の所管であるが、障害者支援サービスは、連邦・州政府障害者協定 (Commonwealth/State Disability Agreement, 1991年合意、1998年改訂)に基づき、連邦・州・自治体政府が協力連携しながら、総合的に提供されている。協定の中で、特に、連邦は雇用に対し、州は居住環境その他支援サービスに対し、責任を負うことが明確化されている。なお、連邦レベルでは、「家族・地域サービス省」(Department of Family and Community Services)が所得保障及び障害者支援サービスを一括して所管している。

具体的には、所得保障として、障害年金 (Disability Support Pension)、介護者手当 (Carer payment)、疾病手当 (Sickness Allowance)、移動手当 (Mobility Allowance) 等が障害者本人あるいはその介護者に対して支給されている。

一方、障害者支援サービスは、協定に基づくものとして、居住サービス、就労サービス、地域生活援助、地域社会参加促進、レスパイトケア<sup>(注2)</sup>等のサービスが提供されている。また、主に高齢者が利用している地域・在宅サービス事業により提供されるホームヘルプ、訪問看護、給食、デイケア、移動補助などのさまざまなサービスが、障害者にも提供される(地域・住宅サービス事業利用者のうち、20%は65歳未満の障害者)。リハビリや相談サービス、日常生活用具の給付も行われている。

### (3) 児童健全育成施策

#### a 子供のいる世帯に対する所得保障

連邦政府は、子どものいる家庭を経済的に支援する

ため、保育サービス費用を援助する保育手当 (Child Care Benefit) のほか、子供を有する家族に対する家族税手当 (Family Tax Benefit)、6歳未満の子を片親で養育する家庭を支援する片親手当 (Parenting Payment: 499.70豪ドル/2週)、出産や養子を迎える親に対する出産手当 (Maternity Payment: 1子当たり4,000豪ドル)等の給付制度を設けている。

## b 児童健全育成施策全般

児童福祉・家族施策には、州政府の補助により自治体・民間団体・企業等が行う児童サービス及び家族支援サービスと、連邦政府が児童サービスの必要な児童をケアする者に対して行う児童福祉手当 (Child Care Benefit: 未就学児童の場合、週50時間ケアで148豪ドル)の給付が含まれる。

児童サービスは古くから地域レベルで行われてきたが、連邦政府は1972年の連邦児童福祉法 (Child Care Act) 制定以降力を入れ、1988年に発表した連邦・州政府国家児童福祉戦略 (Commonwealth/State National Child Care Strategy) に基づいて連邦・州政府の補助による各種児童サービスの拡充を図っており、自治体・民間団体・企業等によるロングデイ・ケア・センター (Long day care centers、保育所に相当) の運営や一時的ケアサービス (Occasional care services、託児所に相当) に対して補助を行っている。また、主に州政府からの補助により、民間団体や学校が学校教育プログラムの一部として行うキンダーガーデン/プレスクール (kindergarten/Preschool、幼稚園に相当) サービスも提供されている。

## 6 近年の動き・課題・今後の展望等

### (1) 将来基金 (Future Fund)

将来の高齢化に伴い、医療・高齢者ケア等が危機的状況になることに加え、政府予算における最大の歳出項目である退職年金への国庫支出の増加 (2005年910億豪ドル、2020年1,400億豪ドル超:見込み)が見込まれ、次世代が高い税負担を強いられる状況が予測される。こうした負担の世代間格差を是正するため、豪州政府は2004年、「将来基金」の創設を提唱した。2006年3月「将来基金法」が成立し、同年5月には元金

として180億豪ドルが拠出された。今後も政府予算の黒字分が同基金に移転される。

### (2) 精神保健対策

オーストラリアでは精神病患者及びその家族に対する支援が長年の懸案であったが、2006年5月、連邦・州等首相会議 (COAG: 連邦首相、各州等8政府の長、地方自治体連合会長で構成) にて向こう5年間で総額19億豪ドルの新たな精神保健対策が打ち出された。患者がメディケアを使って精神科医、臨床心理士等と容易にアクセスできるようにするため、向こう5年間に40万件のメディケアサービスを提供することで新たに3万5,000人の重度精神病患者が精神科医の診療を受けられるようにする。このほか、精神保健専門看護師の確保に1億9,160万豪ドル、薬物・アルコール中毒者及び精神病患者に対するサービスを提供するNGOへの支援として7,390万豪ドル、地方における精神保健サービスの充実に5,170万豪ドル等の対策が盛り込まれた。

### (3) 公的民間保険会社メディバンクの民営化論議

現在、オーストラリアでは、医師や医療機関に対して患者が実際に支払う費用とメディケア給付とのギャップを埋めるために国民の4割強が民間保険に加入している。現在の民間保険最大手であるメディバンク・プライベート社は、1976年に連邦政府が医療保険委員会の一部として設立し、1998年に非営利の公営企業として独立したもので、その加入者は約300万人で民間医療保険市場の29%を占める。98年の公営企業化にも携わった現ハワード政権は、近年その民営化の議論を進めており、その時期及び影響を慎重に見極めている。

(注1) 平均賃金はすべての男性被用者の税引前給与の平均値を毎年統計から算出している。ただし、以下の被用者の賃金は含まれない。

- ・軍隊関係者
- ・農林水産業関係の雇用者
- ・個人家庭で雇用されている者
- ・外国の大使館、総領事館で雇用されている者
- ・オーストラリア国外に居住する者
- ・自営業

(注2) 一時的に障害者を障害者施設等に引きとってケアを提供し、家族の身体的、精神的負担を軽減するもの。