

オーストラリアにおける医療保障制度の現状

八木原 大

第一工業大学 非常勤講師 (〒110-0005 東京都台東区上野 7-7-4)

E-mail:dyagihara@gmail.com

The Key Trends in Australian Health and Welfare System

Dai YAGIHARA

Department of Informatics and Electronics Daiichi Institute of Technology, Ueno Tokyo 110-0005

E-mail:dyagihara@gmail.com

Abstract: This study provides the latest overview of the key trends in health and welfare system in Australia. Growth in health expenditure in Australia continued to be relatively low in 2014–15 compared with the 10-year trend. But this was not the case for all sources of funds and it did not result in a reduction in the ratio of health to gross domestic product (GDP), or the ratio of government health expenditure to tax revenue, reflecting even slower growth in those measures. Under that influence, in late years a change is seen in the financial relations of Australia. It is transfer of the roles from the federal government to the state government. The state government comes to have a heavy responsibility for the policy. Special Purpose Payment is an good case in point.

Key Words : *Health and welfare system, Financial relations, Special Purpose Payment*

1. はじめに

近年、世界的な経済成長の鈍化と財政状況の悪化に伴って、社会保障財政は困難な局面にある。今後進展する高齢化社会においては、増加が見込まれる医療保障制度へのニーズをいかに満たしていくかという課題がある。

オーストラリアは 1980 年代の労働党政権時代に国民皆保険制度を確立させ、原則的には無料の医療保障サービスを提供している。その財源は社会保険ではなく、租税によって運営されている。

同時に、医療保障分野の財源となっているメディケア税には民間保険の活用を促す仕組みも組み込まれており、税制と民間保険のバランスをとりながら、制度の持続可能性を確保している。本論文はそうしたオーストラリアの医療保障制度の特徴を連邦政府・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ながら整理する。

本論文の構成は以下のとおりである。第2節においてはオーストラリアの連邦制度を概観し、さらに現行のオーストラリアにおける医療保障制度の憲法上の役割分担を整理する。そして第3節に

においては現行のオーストラリアの医療保障制度の成立までの経緯について言及する。第4節ではオーストラリアの現行の医療保障体制について言及する。第5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、医療保障分野における特定目的補助金、さらに、財政学では「隠れた補助金」として位置付けられている租税支出の概要と規模を検討する。そして第6節では終わりにとして、それまでの議論を整理する。

2. オーストラリアの連邦制度

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¹。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2,400万人であるが、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770万人、またビクトリア州（以下VICと表記する。）の人口が約603万人である。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。

まず、人口は1981年末で約1,500万人、2004年には2,000万人を超え、2016年に2,400万人に達した。直近5年間の年平均増加率は1.5%となっているものの、それ以前と比較すると鈍化してい

る傾向にある。その一方で、高齢化率²は1970年代が8.3%、2016年が15.3%、2020年が16.4%、2030年が19.3%、2040年が21.2%、2050年が22.7%³となっており、とりわけ2020年から2030年にかけて約3%程度上昇すると推定され、日本と同様高齢化を前提とした政策立案が課題となっている。

次いで、医療保障分野における憲法上の規定を整理する。まずオーストラリア連邦憲法が施行されたのは1901年1月1日である。憲法の制定は複数の英国植民地による連邦結成を目的としたものであり、英国からの独立を目的としたものではない。オーストラリア連邦設立のときに連邦を構成したNSW、VIC、SA、QLD、TAS、WAの6植民地は、憲法上州（State）と呼ばれており、「基本州」（Original State）とされ、新たに州が加入した場合や建設された場合には、それらの基本州とは区別される。現在、オーストラリア連邦を構成する単位としては、これら6州の他に、首都特別地域（Australian Capital Territory (ACT)）および北部準州（Northern Territory (NT)）という2つの「特別地域」がある。このACTとNTはその他の州と同様の権限が与えられている⁴。

連邦政府と州政府の基本的な権限分割は連邦権を列挙し、残余権を州政府に留保する形をとっている。立法権に関する事項は、以下の3つに分けられる。

- ①連邦議会による専属的権限：第52条各号、第90条、第114条、第115条等
- ②連邦議会と州議会の共管権限：第51条各号、第109条等
- ③州議会による専属的権限

憲法では医療保障分野について、憲法第51条の共管権限として規定している。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には医療保障分野に関する権限が明示されていなかった

た。しかし、1946年の憲法改正における国民投票において第51条23項Aが付け加えられたことにより、連邦政府も医療保障分野の権限を持つことが可能となった。

②の連邦議会と州議会の共管権限の内容は第51条において39項目が列挙されている。主なものは以下のとおりである。

- ・ 諸外国との通商、州間の通商（第51条第1号）(Trade and commerce with other countries, and among the States)
- ・ 租税の賦課徴収（同条第2号）(Taxation)
- ・ 財の生産または輸出に対する奨励金（同条第3号）(Bounties on the production or export of goods)
- ・ 郵便・電信・電話およびそれに類似した事業（同条第5号）(Postal, telegraphic, telephonic, and other like services)
- ・ 陸軍・海軍による連邦および各州の防衛、連邦法の実行および維持のための武力の統制（同条第6号）(The naval and military defense of the Commonwealth and of the several States, and the control of the forces to execute and maintain the laws of the Commonwealth)
- ・ 検疫（同条第9号）(Quarantine)
- ・ 国勢調査および統計（同条第11号）(Census and statistics)
- ・ 銀行業（同条第13号）(Banking)
- ・ 保険業（同条第14号）(Insurance)
- ・ 度量衡（同条第15号）(Weights and measures)
- ・ 婚姻（同条第21号）(Marriage)
- ・ 傷病者及び高齢者に対する年金（同上第23号）(invalid and old-age pensions)
- ・ 「出産手当、寡婦年金、児童養育基金、失業、医薬、疾病、入院手当、医療、歯科治療の事業（ただし、民間徴用のいかなる形態も許可するものではない）学生に対する奨学金、家族手当⁵（同条第23A）(the provision of maternity allowances, widows' pensions, child endowment, unemployment,

pharmaceutical, sickness and hospital benefits, medical and dental services (but not so as to authorize any form of civil conscription), benefits to students and family allowances)

また、オーストラリアの医療保障制度に関わる代表的な連邦政府の機関としては、メディケアを管轄している保健・高齢化省（Department of Health and Aged Care）、健康・福祉分野において保健・高齢化省をサポートする法定機関の健康福祉研究所（Australian Institute of Health and Welfare: AIHW）、医療保障分野に拘わらず、連邦・州間関係における重要な課題を検討するオーストラリア政府間評議会（Council of Australian Government: COAG）、退役軍人省（Department of Veterans' Affairs: DVA）が挙げられる。その他には、州政府、地方政府はもちろん、民間医療サービス提供者、民間保険会社によってオーストラリア全体の医療保障制度が成り立っている。

3. 医療保障システム成立までの経緯

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。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。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、福祉給付を所得再配分の観点から国民に一律与えようとしたものであった⁶。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、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⁷。また、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⁸。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⁹。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¹⁰、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。そして、その財源として納税者の課税所得の1.35%を課すことで財源を確保する予定であったが、議会で否決され、最終的には一般財源より財源を確保することになった。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った。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険制度によって、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を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障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る等の特徴をもっている。

4. 現行の医療保障体制

第3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4節では

第3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。

オーストラリアの医療保障制度は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ばれている。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）が運営してきたが、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5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上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国型のシステムに倣っていると考えられる¹¹。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¹²、混合診療が前提となった医療保障制度である。

4.1 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、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。

4.2 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な医療サービスは、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およ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¹³。

4.3 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¹⁴。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、薬を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て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。

5. 医療保障システムの役割分担と財源配分

5.1 医療システムの役割分担

第4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5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言及する。

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、前述のように憲法上、医療保健サービスの分野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医療政策の決定や全国的な医療に関する情報管理などの他に、公的病院の補助金確保、州政府との共同出資といった医療財源確保を含むメディケア制度の運営、PBSを通じた医薬品の資金調達、アボリジニ、トレス海峡諸島民、移住者への健康管理、民間医療保険のサポートおよび規制、退役軍人に対する医療サービス、州政府との共同プロジェクトなどの実施、医療研究、医療機器・医薬品の規制に関して責任を持つ。このため、連邦政府は医療保障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¹⁵、医療従事者の登録や規制、私立病院の設立許可・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。

また、地方政府は廃棄物処分、水質汚濁、給水、食品衛生管理といったサービスを行っている他、家族の健康サポート、健康増進に関するプロモーション活動等を実施している¹⁶。

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。

このCOAGは2013年12月13日の会議において、8つのCOAG Councilsを設置することに合意した。これらの評議会はCOAGをサポートし、COAGによって決定された改革の方向性をより発展させ、内容を再検討するといった役割がある。またその改革の中心は連邦政府ではなく州政府の主権が尊重される¹⁷。以下はその8つの評議会である。本論文に関連が深い評議会は医療保健評議会である。

- ・政府間財政関係評議会(Federal Financial Relations Council)
- ・障害者制度改革評議会(Disability Reform Council)
- ・輸送・インフラ評議会(Transport and Infrastructure Council)
- ・エネルギー評議会(Energy Council)
- ・産業・技術評議会(Industry and Skills Council)
- ・法律・犯罪・公衆安全評議会(Law, Crime and Community Safety Council)
- ・教育評議会(Education Council)
- ・医療保健評議会(Health Council)

5.2 医療保障システムの財源配分

オーストラリアの医療保障制度、通称メディケアは前述のとおり社会保険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連邦政府及び州政府のサービス内容別の費用負担と歳出構造および財源であるメディケア税の概要と特定目的補助金について言及する。

5.2.1 医療保健サービスの費用負担

医療保健サービスの費用負担については、そのサービス内容を10項目に分類して言及する¹⁸。

- 1.公立病院：連邦政府、州・地方政府・民間部門において負担されているが、その多くは州政府の負担となっている。
- 2.私立病院：連邦政府と民間部門で負担されている。民間部門による負担が多い。
- 3.地域・公衆衛生：基本的には連邦政府、州・地方政府の負担である。
- 4.歯科：基本的には民間部門による負担であるが、公立歯科サービスについては連邦政府、州・地方政府も負担している。
- 5.処方箋薬：連邦政府と民間部門による負担であり、州・地方政府は負担していない。
- 6.診療所（GP）：連邦政府と民間部門による負担であり、州・地方政府は負担していない。
- 7.その他の医療従事者：連邦政府と民間部門による負担であり、州・地方政府は負担していない。
- 8.専門医：連邦政府と民間部門による負担であり、州・地方政府は負担していない。
- 9.医療研究：連邦政府が多くを負担し、州・地方政府、民間部門の負担は僅かである。
- 10.医療器具：州・地方政府、民間部門が多くを負担し、連邦政府の負担は僅かである。

5.2.2 オーストラリア財政の歳出構造

オーストラリアの歳出の概要を示したのが表1である。2015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で見ると、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。

同様に州政府に関しても見てみると、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超を占めており、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。

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医療保障、社会保障関連の支出が大きく全体の約4割を占めている。この傾向は2000年代以降ほぼ変わっていない。

表1 2015年度 一般政府部門の目的別歳出内訳 (単位：百豪ドル)

	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	22,482	5.4%	7,056	3.1%	5,789	17.2%	35,327	5.2%
防衛	23,516	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	23,516	3.4%
公共秩序、安全	4,448	1.1%	22,810	9.9%	825	2.5%	28,083	4.1%
教育	31,375	7.5%	56,084	24.3%	173	0.5%	87,632	12.8%
医療保健	65,797	15.7%	62,982	27.3%	417	1.2%	129,196	18.9%
社会保障・福祉	147,319	35.2%	17,375	7.5%	1,759	5.2%	166,453	24.4%
住宅・居住環境整備	6,555	1.6%	10,332	4.5%	7,991	23.8%	24,878	3.6%
レクリエーション・文化	3,524	0.8%	4,424	1.9%	5,304	15.8%	13,252	1.9%
燃料・エネルギー	6,546	1.6%	1,578	0.7%	17	0.1%	8,141	1.2%
農林水産業	2,368	0.6%	2,376	1.0%	32	0.1%	4,776	0.7%
鉱工業、建設業	3,723	0.9%	801	0.3%	342	1.0%	4,866	0.7%
交通・通信	6,462	1.5%	24,611	10.7%	7,580	22.5%	38,653	5.7%
その他	94,544	22.6%	20,360	8.8%	3,411	10.1%	118,315	17.3%
合計	418,659	100.0%	230,791	100.0%	33,640	100.0%	683,088	100.0%

(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 2014-15 Table4 : Australian Bureau of Statistics.

5.2.3 年間総医療費の規模

オーストラリアの年間総医療費は表2に示すとおり、2015年度(2014年7月から翌年6月まで)で1,616億豪ドルとなっている。前年の年間総医療費は1,546億豪ドルであり、前年比で4.5ポイント増加している。2007年度から2009年度にかけての年間総医療費の増加をピークに、現在はややその増加は抑えられているものの、直近10年間では

2009年度からGDPに占める年間医療費の割合は9%から10%台で推移している。

また、2013年度よりGDPの増加率は鈍化する一方、年間総医療費の増加率はそれを上回っている。より具体的には、直近10年間のGDPの平均成長率は5.78%であるのに対して、医療費の増加はそれを上回る7.17%である。年間総医療費の増加に対する、財源の手当ての重要性が増してきている。

表2 医療費支出総額の推移及び対GDP比 (単位：百万豪\$、%)

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 (%)	
2004-05	81,061	-	921,929	-	8.79
2005-06	86,685	6.94	997,534	8.20	8.69
2006-07	94,938	9.52	1,086,534	8.92	8.74
2007-08	103,563	9.08	1,177,941	8.41	8.79
2008-09	114,401	10.47	1,258,459	6.84	9.09
2009-10	121,710	6.39	1,296,797	3.05	9.39
2010-11	131,612	8.14	1,409,795	8.71	9.34
2011-12	141,957	7.86	1,491,046	5.76	9.52
2012-13	146,953	3.52	1,524,383	2.24	9.64
2013-14	154,671	5.25	1,584,578	3.95	9.76
2014-15	161,632	4.50	1,611,190	1.68	10.03
10年間の平均		7.17	-	5.78	9.30

(注) 数値はいずれも名目値である。

(資料) Australian Institute of Health and Welfare (2016b), p7.

5.2.4 メディケア税

オーストラリアの医療保障制度の財源は税方式を採用している。現在、メディケア税は個人の課税所得の2%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%、2014年から2%となっており、段階的に引き上げられている。

一方、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、夫婦そして年金受給者に区分されており、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言及する。

まず単身者の場合、メディケア税の課税最低所得金額が21,335豪ドルである。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。夫婦の場合、2016年では課税所得が45,001豪ドル以下であり、仮に子供がいる場合には子供1人あたり4,132豪ドルをさらに加算した金額となる¹⁹。

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。このメディケアサーチャージ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%~1.5%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100,000ドル以上の場合に1%追加的に課税され、これまで段階的に拡大され、現行制度においては単身者の場合課税所得が90,000豪ドル、夫婦の場合世帯所得が180,000豪ドル以上の者に対して賦課されている。さらに、2014会計年度からは単身者の場合には課税所得が90,001豪ドル以上~105,000豪ドル以下の場合には1%、105,001豪ドル以上~140,000豪ドルの場合には1.25%、

140,001豪ドル以上の場合には1.5%が追加的に課税される。

一方、夫婦の場合、180,001豪ドル以上~210,000豪ドル以下の場合には1%、210,001豪ドル以上~280,000豪ドル以下の場合には1.25%、280,001豪ドル以上は1.5%が対象である²⁰。また、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。

つまり、課税所得の2%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%~1.5%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2%+1%の合計3%が課税所得に対して課税されることになる。

5.2.5 医療保障制度と連邦特定目的補助金

州政府における医療保障の財源としては連邦政府から州政府に対して拠出される特定目的補助金も重要である。近年この特定目的補助金の重要な転換はその合理化である。それまでの特定目的補助金は90以上の種類があり、その総額と配分は閣僚協議会や所管省庁を通じて各政府間で協議・決定され、州政府に配分されていた。1970年代半ばからのこれらの財政移転の増加は、連邦・州間の役割に対する責任の所在を曖昧にしてきた。

このような状況を受け、新しい財政移転のフレームワークの下で、5つの連邦特定目的補助金が設けられることになった。この特定目的補助金の改革の目的は一定の政策の実現において、連邦政府の州政府に対する財政上のコントロールを緩和し、予算上の柔軟性を与えることである。州政府が順守しなければならないことの一つは、特定目的補助金の内容に関連した分野で資金を支出しなければならないということである。

州政府が順守しなければならないことのいま一

つは、州政府の財務大臣は連邦財政関係の閣僚会議に対して各会計年度の終了後6カ月以内に、特定分野のどの公共サービスに対して資金が投下されているかについての報告書を提出する必要があるということである。つまり、州政府へのインプット・ベースへのコントロールがなくなり、ブロック化された項目の中身を報告することになっている。

この5つの連邦特定目的補助金にはそれぞれ国家協定が締結されているため、連邦特定目的補助金はCOAGによる改革の計画と密接な関係を持つ²¹。この国家協定は財政移転に関してのみを規定する協定ではなく、連邦・州間での合意に基づいた目標、成果、業績評価方法等を含んだものであり、関連した政策分野全体で公共サービスの提供における連邦政府と州政府の役割分担とその責任を明確に示している。連邦予算書では各政府の管轄地域、それぞれの分野の成果、業績重視への意識改革が求められており、それをCOAG改革協議会によって第三者的な観点から査定を受けることの必要性に同調している²²。

5.2.6 医療関連支出と租税支出

さらに、医療関連支出における情報開示の観点から重要な項目が租税支出の概念である。政府は租税を用いて、特別の政策を実施することがある。そのなかに位置するのが「租税支出」である。たとえば、特定の集団や地域に対する税の軽減措置は、租税を利用して支出を行うことと同様である。すなわち、租税支出は財政による直接支出と同様の効果をもつ可能性があるのである。しかしながら、租税支出は通常予算には登場しないため、国民には見えにくい。租税支出によって「隠れた補助金」を資源として配分していることを租税支出予算の公開によって初めて国民が意識できるのである。

オーストラリアにおいて最初に租税支出の公表がなされたのは1980-81年の予算書No.1のAppendix to Statement No. 4での記載からである²³。現在のように連邦財務省が租税支出を毎年²⁴、予算書とは別に『Tax Expenditures Statements』（以下、TESとする）として公表するようになったのは1986年以降である²⁵。この時期、オーストラリア財政は1983年に財政赤字のピークとなり、これを背景に同年に誕生した労働党政権によって社会保障制度の整備が積極的に進められた²⁶。特に1984年にメディケア制度が導入されると、その導入の際にはキーティング財務大臣が予算演説において、メディケア制度に関連した租税支出情報を発信している²⁷。

租税支出の規模を検討すると、連邦の目的別分類の租税支出と直接支出の比較を示した表3によると、広範囲の機能に対して租税支出項目がおよんでいるが、住宅・居住環境整備に関する租税支出が全体の約40%を占めていることがわかる。また、本論文で検討している医療分野については直接支出の金額が租税支出の金額を上回るものの、近年租税支出の金額も増加傾向にある。

表3 連邦の目的別分類による租税支出と直接支出の比較 (単位: 百万豪\$, %)

	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	22,482	5.4%	7,056	3.1%	5,789	17.2%	35,327	5.2%
防衛	23,516	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	23,516	3.4%
公共秩序、安全	4,448	1.1%	22,810	9.9%	825	2.5%	28,083	4.1%
教育	31,375	7.5%	56,084	24.3%	173	0.5%	87,632	12.8%
医療保健	65,797	15.7%	62,982	27.3%	417	1.2%	129,196	18.9%
社会保障・福祉	147,319	35.2%	17,375	7.5%	1,759	5.2%	166,453	24.4%
住宅・居住環境整備	6,555	1.6%	10,332	4.5%	7,991	23.8%	24,878	3.6%
レクリエーション・文化	3,524	0.8%	4,424	1.9%	5,304	15.8%	13,252	1.9%
燃料・エネルギー	6,546	1.6%	1,578	0.7%	17	0.1%	8,141	1.2%
農林水産業	2,368	0.6%	2,376	1.0%	32	0.1%	4,776	0.7%
鉱工業、建設業	3,723	0.9%	801	0.3%	342	1.0%	4,866	0.7%
交通・通信	6,462	1.5%	24,611	10.7%	7,580	22.5%	38,653	5.7%
その他	94,544	22.6%	20,360	8.8%	3,411	10.1%	118,315	17.3%
合計	418,659	100.0%	230,791	100.0%	33,640	100.0%	683,088	100.0%

(注): 一般会計の直接支出は2014-15のみを記載している。

(出所): ABS統計2014-15 Government Finance Statistic(No.5512.0),およびCommonwealth of Australia (2016)の各租税支出項目を集計して筆者作成。

さらに租税支出推計ではマイナスの租税支出 (negative tax expenditure) も計算されている。医療分野においては前述したメディケア追加税 (Medicare Levy Surcharge) が代表的である²⁸。表

4では具体的な金額の推計を表わしている。

表4 メディケア追加税に関する租税支出

A20 メディケア追加税

医療(\$m)

2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19
-220	-240	-260	-250	-250	-260	-260	-270

租税支出のタイプ: 追加課税 2014年のコード: A20

推計値の信頼度: 中

開示を始めた年: 1997年

根拠法: Sections 8B to 8D of the Medicare Levy Act 1986 A New Tax System (Medicare Levy Surcharge — Fringe Benefits) Act 1999

(出所) Commonwealth of Australia (2016), *Tax Expenditures Statement 2015*, p.16. より筆者作成。

オーストラリアにおいては高齢化社会が進展するにつれ、社会福祉、医療関連の支出は財政を圧迫することになる。その際、直接支出による情報開示だけではなく、租税支出の開示は財政の透明性の向上には不可欠であろう。

6. 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。オーストラリアにおける現行の医療保障制

度の成立は1980年代の労働党政権時代であった。それまでは民間の医療保険を利用した方法であったが、限定的・選別的であるとの批判を受け、徐々に皆保険制度への要請の高まりを受け、現行制度の基礎が定着していった。歴史的に医療保障制度を概観すれば、政権による取り組みの違いを明確に受けており、労働党政権下では公的医療保障制度の確立を目指し、他方保守党政権では医療制度における民間部門の役割を重視してきた。

1980年代に国民皆保険制度が導入されて以降、医療保障制度の中心的な課題は連邦政府と州政府の役割分担に移行されつつあるように思われる。特定目的補助金の改革はその象徴であり、連邦政府と州政府の役割分担に変化がみられる。すなわち、補助金がブロック化されることでインプットでの連邦政府の州政府への関与が薄れ、州政府は政策に対する成果の責任とその成果を連邦政府に報告することが重視されているのである。これは州政府の独自性と多様性を認めつつ、圧倒的な財力をもつ連邦政府が国家の重要な政策については最終的な責任をもつという表れであり、医療保障制度も上位政府が下位政府をマネジメントするような政府間関係のなかで展開されている。このような2000年以降のオーストラリア政府間関係の方向性は重要な内容を含んでいるように思われる。

参考文献

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。
 —— (2008)、「第10章 経済・行財政の動向—社会保障制度の発展との関連で—」、小松隆二・塩野谷佑一編『先進諸国の社会保障②ニュージーランドオーストラリア』、東京大学出版会、pp. 181-200。
 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』。

—— (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』。

田中秀明 (2011)、『財政規律と予算制度改革 なぜ日本は財政再建に失敗しているか』、日本評論社。
 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—」、『週刊社会保障』Vol. 51, No1938、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。

藤崎清道 高木安雄 (2008)、「第13章 医療制度と医療保障」、小松隆二・塩野谷佑一編『先進諸国の社会保障②ニュージーランドオーストラリア』、東京大学出版会、pp. 243-261。

丸尾美奈子 (2009)、「オーストラリアの医療保障制度について」、『ニッセイ基礎研 report』No.151、pp.4-11。

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。

—— (2010)、「オーストラリアの福祉制度—医療保障制度を中心に—」、『経済研究』、大東文化大学、第23号。

—— (2017)、「オーストラリアの公共政策の課題と展望」、『経済研究』、大東文化大学、第30号。

Australian Institute of Health and Welfare(1996) *Australia's health 1996*。

—— (2007), *Australia's Health 2007*。

—— (2008), *Australia's Health 2008*。

—— (2016a), *Australia's Health 2016*。

—— (2016b), *Australia's Health 2016*。

_____ (2009), *Health expenditure Australia 2007-08*.

_____ (2016b), *Health expenditure Australia 2014-15*.

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 Care (2000) *The Australian Health Care 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*.

Commonwealth of Australia (2010), *Australia to 2050: future challenges*.

_____ (2016), *Tax Expenditure*

Statement 2015, Australian Government, Canberra.

Denniss, Richard (2005), *Who Benefits from Private Health Insurance in Australia?*, *New Doctor: Issue*; 83.

Griffith, G [2009], *Managerial Federalism – COAG and the States*, NSW Parliamentary Library Research Service.

Ms Eva LIU and Ms Vickly LEE (1998), *Health Care Expenditure and Financing in Australia*. Research and Library Services Division Provisional Legislative Council Secretariat.

Smith, J. (2003) *Tax Expenditures: the \$30 Billion Twilight Zone of Government Spending*, Department of the Parliamentary Library, Canberra.

<https://www.aph.gov.au/binaries/library/pubs/rp/2002-03/03rp08.pdf>

本稿は、拙稿 (2010)、「オーストラリアの福祉制度—医療保障制度を中心に—」、『経済研究』、大東文化大学、第23号。所収に加筆・修正したものである。

【注】

- 1 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。
- 2 高齢化率は全人口に対する65歳以上人口の割合とする。
- 3 2020年以降は推計。Commonwealth of Australia (2010), p.5 を参照。
- 4 山田 (2003), p.106.
- 5 オーストラリアの憲法については“AustLII”のホームページ (<http://www.austlii.edu.au/>) を参照した。
(http://www.austlii.edu.au/au/legis/cth/consol_act/coaca430/s51.html) (2017年3月16日アクセス)
- 6 大浦 (2008), pp.185-188.
- 7 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。
- 8 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をもつようになったと指摘されている。大浦 (2008), p.186.
- 9 大浦 (2008), p.243.
- 10 メディバンク法案は1973年12月、1974年4月、1974年7月の合計3回上院に否決されたものの、1974年に可決される。
- 11 丸尾 (2009), p.4.
- 12 丸尾 (2009), p.6.
- 13 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), p.8 を参照。
- 14 藤崎 高木 (2008), pp.250-251.
- 15 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。
- 16 Australian Institute of Health and Welfare (2016a), pp.24-28.
- 17 COAG council のHPを参照した。
(<https://www.coag.gov.au/coag-councils>) (2017年3月16日アクセス)
- 18 Australian Institute of Health and Welfare (2016a), p.28.

-
- 19 Australian Tax Office の HP を参照した。
(<https://www.ato.gov.au/>) (2017年3月16日アクセス)
 - 20 Australian Tax Office の HP を参照した。
(<https://www.ato.gov.au/>) (2017年3月16日アクセス)
 - 21 ただし、全ての連邦特定目的補助金が国家協定と関係しているというわけではなく、国家先住民改革協定と関連した連邦特定目的補助金はない。
 - 22 Griffith(2009), pp.22-23.
 - 23 Smith(2003), p.7. オーストラリアの場合、租税支出とは「納税者による特定の活動や所得階層に対する租税措置の判断基準からの乖離」としている。
 - 24 『Tax Expenditures Statement 1999-2000』は作成されていない。
 - 25 租税支出金額の推計は各租税支出項目につき8年間分が推計されている。Smith(2003),p.7.
 - 26 大浦(2008), 田中(2011)を参考にした。
 - 27 キーティングの予算演説については以下のURLを参考にした。
(<http://australianpolitics.com/1983/08/23/paul-keating-first-budget.html>) (2016年9月4日アクセス)
 - 28 Commonwealth of Australia (2016), p.16.