

オーストラリア連邦の医療システム（1）

医療経済研究機構

副所長 岡部 陽二

I. オーストラリア連邦の概要^①

1. 概観

オーストラリア連邦(Commonwealth of Australia、豪州)は、オセアニアに位置する連邦立憲君主制国家。総面積は、769万2,024平方キロメートル（日本の約20倍、アラスカを除く米国とほぼ同じ）、首都はキャンベラ（人口約35万人）。南東にはニュージーランド、北には、インドネシア、パプアニューギニア、東ティモールがある。ロシア、カナダ、中国、アメリカ、ブラジルに次ぐ世界で6番目に面積の大きい国である。

人口は約22.8百万人（2011年12月末）、民族はヨーロッパ系96%（イギリス系77%）、アジア系2%、オーストラリア先住民（アボリジニ、混血を含む）0.9%ほか約200の民族から成る多民族国家。オーストラリアは長らく、白豪主義と呼ばれる白人優先、他民族排除政策を採ってきたが、1975年に「人種差別禁止法」を制定して、原則的に移住手続きや移民の国内での生活・教育・雇用に関する一切の人種差別を禁止した。現在では、多民族国家を標榜して、制度的差別は解消され、アジア系の移民を積極的に受入れている。州別の面積、人口、州都は表1-1のとおり。

表1-1、オーストラリアの州別面積、人口、自治体数、州都、州都人口

州名	面積	人口	年間増加率	自治体数	州都	州都人口
ニュー・サウス・ウェルズ州	801km ²	7,304百万人	1.1%	151	シドニー	4,505百万人
ビクトリア州	227km ²	5,624百万人	1.5%	78	メルボルン	3,996百万人
クイーンズランド州	1,734km ²	4,581百万人	1.7%	124	ブリスベン	2,004百万人
西オーストラリア州	2,532km ²	2,346百万人	2.4%	141	パース	1,659百万人
南オーストラリア州	985km ²	1,657百万人	0.8%	68	アデレード	1,187百万人
タスマニア州	68km ²	511百万人	0.6%	29	ホバート	212百万人
北部準州（NT）	1,352km ²	230百万人	0.4%	65	ダーウィン	125百万人
首都特別区（ACT）	2km ²	365百万人	1.9%		キャンベラ	352百万人

注；州の人口は2011年6月末現在、州の人口増加率は2010年6月末対比、州都の人口は2010年6月末推計出所；ABS; 3101.0 Australian Demographic Statistics, June 2011、シドニー日本商工会議所「オーストラリア概要」

言語は英語 (79.1%)、中国語 (2.1%)、イタリア語 (1.9%)、他言語 (11.1%)、不特定 (5.8%) と多岐にわたり、医療分野ではすべての病院に14ヶ国語での対応が義務づけられている。宗教はキリスト教64%、無宗教19% (2006年国勢調査)。

オーストラリアは英国のエリザベス二世女王を元首とする立憲君主制かつ連邦制の政治体制を採っている。ただし、通常は連邦総督が女王の役割を代行、各州にも州総督が置かれているが、実質的な権能は有していない。議会は二院制で、上院 (定員76、任期6年)、下院 (定員150、任期3年) から成っている。

オーストラリアのCommonwealthとしての歴史は、1770年に 英国人探検家クックが現在のシドニー郊外、ボタニー湾に上陸し、英国領有を宣言した時に始まった。1901年には、6つの英国植民地がそれぞれ憲法を制定して、連邦制を採用、オーストラリア連邦が成立した (現在6州2特別地域)。1942年には英国議会から独立した立法機能を取得、1975年に連邦最高裁の英国枢密院への上訴権を放棄、1986年にオーストラリア法を制定して、英国からの司法上の完全独立を獲得した。

連邦議会においては、自由党及び国民党からなる保守連合と労働党が二大勢力として拮抗してきた。2007年11月の総選挙でラッド氏の率いる労働党は、1996年3月以来4期にわたり政権を維持してきたハワード氏が率いる保守連合を破り、政権の座に返り咲いた。2010年6月、支持率が続落していたラッド首相に代り、ジュリア・ギラード首相が就任。同年8月21日に行なわれた総選挙ではいずれの党も過半数を取れず、労働党がグリーンズ1名と無所属議員3名を取り込んで、第2次ギラード政権が発足した。

連邦の立法権限は、憲法により国防、外交、通商、租税、通貨、移民などの特定の事項に限定されており、その他は原則として州の権限となっている。ただし、医療行政については、国民皆保障のメディケア制度、公的薬剤給付制度 (PBS) は連邦政府が一元的に所管、公立病院の運営、地域保健、予防、介

護などの分野は州政府が所管している。

外交基本方針としては、米国との同盟を基軸とすると共に、アジア・環太平洋地域を外交・貿易政策上の優先地域に位置づけている。創造的なミドルパワー外交を唱え、G20、国連等の多国間枠組みを活用するマルチ外交も重視。貿易面では、APEC及びWTOを通じた多角的自由貿易体制強化や2国間及び多国間自由貿易協定の推進に熱心である。

2、オーストラリア連邦の経済

オーストラリアの主要経済指標は表1-2のとおり、2010年の米ドル換算一人当り名目GDPは56,395ドルとルクセンブルグ、ノルウェー、スイスに次いで世界第4位、米国の46,588ドル (8位)、日本の42,983ドル (14位) を大幅に上回っている。

2009-10年度の実質GDP成長率は2.3%、2010-11年度は1.8%と堅調に推移している (オーストラリアの会計年度は7月1日から翌年6月30日)。政府は2011-12年度の実質GDP成長率を3.25%と予測している。

同国の経済は2007年まで堅調に発展してきたが、2008年には世界的経済の減速、国際金融市場の混乱の影響により減速傾向に転じ、同年10-12月期には、前期比でマイナス0.5%と8年ぶりのマイナス成長を記録した。こうした状況に対応するため、豪州準備銀行 (RBA) は2008年8月に7.25%であった政策金利を3.0% (1960年以降の最低水準) まで段階的に引き下げ、ラッド前政権も104億ドルに上る年金給付増、住宅取得支援策等を中心とする経済対策を発表した。これらの緊急経済対策により、オーストラリアの経済は2008年のリーマン・ショック後も欧米諸国ほど深刻な打撃は受けず、その後は一貫してプラス成長を維持している。

政策金利は、経済回復に伴い段階的に引き上げられて、2010年12月以降は4.75%で推移してきたが、欧州債務危機を受け、2011年11月には4.50%、12月には4.25%に再び引き下げられた。消費者物価の上昇率は年3%内外で安定、失業率も5%程度に留まっている。財政は2008年以降赤字に転じたが、2011年会

計年度には赤字幅を226億豪ドル（対GDP比▲1.5%）へ縮小、政府は2012年度にはプライマリー・バランスを35億豪ドルの黒字に転換するものと見込んでおり、健全財政を維持している。

貿易収支は2008年以降ほぼ均衡してきたが、2010年度には鉄鉱石・石炭・天然ガス・金など鉱産品の輸出が中国向けを中心に急増した。輸入も原油・自動車・医薬品などが増加をみたものの、2010年度に

は27,353百万米ドルの貿易黒字を記録した。經常収支は依然赤字基調であるが、直接投資の流入でこれをカバーし、外貨準備は安定的に推移している。この結果、豪ドルは対米ドル、対円ともに豪ドルが強含みに推移してきた。欧州危機の影響で、豪ドルも一時売り込まれたものの、先進国のなかでは依然高金利を維持している豪ドル相場は、引続き堅調に推移するものと見られている。

表1-2、オーストラリアの主要経済指標

対象年（会計年度は7月～6月）	2001年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
実質GDP成長率（会計年度）	3.8%	3.6%	3.8%	1.4%	2.3%	1.8%
一人当たり名目GDP（暦年、米ドル）	19,415	37,581	44,850	48,827	45,034	56,395
消費者物価上昇率（会計年度）	2.9%	2.9%	3.4%	3.1%	2.3%	3.1%
失業率（会計年度）	7.0%	4.5%	4.0%	6.1%	5.2%	4.9%
財政収支対GDP比（暦年）	▲0.5%	1.3%	1.4%	▲0.2%	▲4.9%	▲5.9%
鉱工業生産指数（会計年度）	90.8	98.6	101.2	100.0	103.5	102.8
輸出額（会計年度、百万米ドル）	63,284	133,088	163,799	170,494	177,752	243,234
輸入額（会計年度、百万米ドル）	33,383	113,141	183,408	162,457	179,828	215,881
經常収支（会計年度、百万米ドル）	▲976	▲46,306	▲66,478	▲28,553	▲46,596	▲33,093
直接投資受入高（暦年、百万米ドル）	8,104	27,011	42,312	46,983	30,644	31,198
外貨準備高（6月末、百万米ドル）	20,340	65,958	32,129	40,045	34,098	40,319
対外債務残高（12月末、百万米ドル）	179,504	465,449	607,114	455,578	583,228	676,411
対ドル為替レート（暦年、期中平均）	1.9112	1.2738	1.1170	1.3582	1.1353	1.0143
対円為替レート（1豪ドル、仲値平均）	64.00円	85.25円	98.71円	88.66円	73.91円	80.57円

注；会計年度は7月1日から翌年6月30日まで、本表の2010年は、2010/2011年で、2010年7月から2011年6月までの1年間出所；JETROオーストラリアの基礎的経済指標 http://www.jetro.go.jp/world/oceania/au/stat_01/、対円為替レートは三菱東京UFJ銀行

3、オーストラリア連邦の人口動態

オーストラリアの人口は1980年の約15百万人から毎年平均500千人のペースで増加し、2010年末には22.5百万人に達した。最近5年間の年平均増加率も1.8%と先進国のなかでは群を抜いて高い。人口増加の要因別内訳は、表1-3に示したとおり、出生数はほぼ横這いで合計特殊出生率も1.8内外を維持しているが、自然増は毎年150千人程度に留まっている。これに対し、最近数年間は移民による増加が自然増を

5割ほど上回っている。もっとも、移民増は2008年の315.7千人をピークに2010年には半減している。

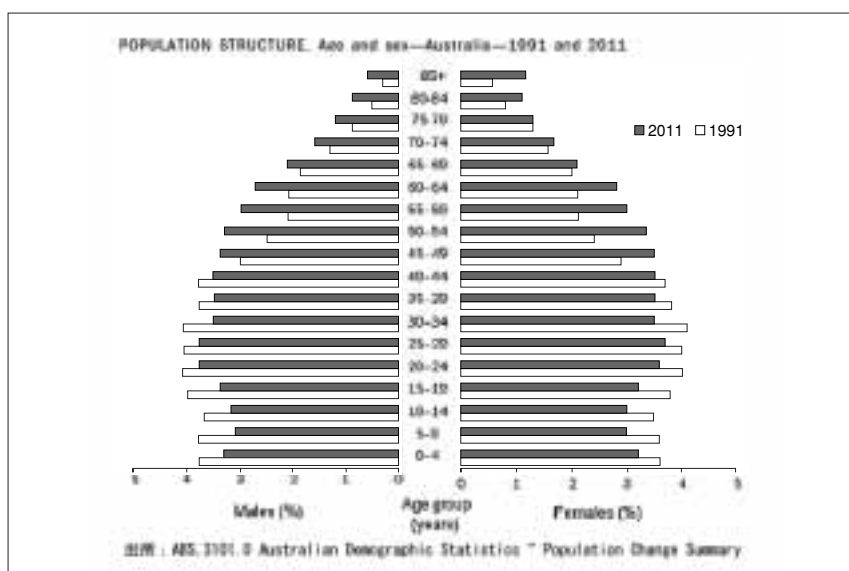
男性の平均寿命79.3歳（2009年）は、日本の79.6歳とほぼ並ぶ。男女差は日本の6.8歳に対し4.6歳と短い。年齢別の人口構成（人口ピラミッド）は図1のとおり少子化と高齢化が同時に見られる日本や欧州主要国とは異なり、比較的均整がとれている米国やニュージーランドに近い。

表 1 - 3、オーストラリアの総人口、人口増加要因別、平均寿命の推移（2005年～2010年）（単位；千人）

暦年	総人口	年増率	出生数	死亡数	自然増	純移民増	男性平均寿命	女性平均寿命
2005年	20,544.1	1.44%	263.4	131.4	132.0	137.0	78.5歳	83.3歳
2006年	20,873.7	1.60%	268.5	134.5	134.0	182.2	78.7歳	83.5歳
2007年	21,263.2	1.87%	285.3	139.8	145.5	244.1	79.0歳	83.7歳
2008年	21,730.6	2.20%	294.1	142.5	151.6	315.7	79.3歳	83.7歳
2009年	22,131.2	1.84%	295.3	141.5	153.7	246.9	79.3歳	83.9歳
2010年	22,448.3	1.43%	289.5	143.4	146.0	171.1	n.a.	n.a.

出所；ABS, 3101.0 Australian Demographic Statistics “ Population Change Summary ” & 4125.0 Gender Indicators

図 1、オーストラリアの年齢別人口構成（1901年および2011年）



II. オーストラリア連邦の医療費と医療保障制度

1、概観

英連邦の一国であったオーストラリアは、1788年に英国人が入植して以来、英国の圧倒的な文化的・経済的影響下にあったが、1980年代以降は、米国の影響をより強く受け、欧州型とも米国型とも異なる独自の福祉国家類型を形作ってきた。医療保障においても、基本的な枠組みは普遍的な国民皆保障システムを確立しており、限定的な公的サービスシステムしか有しない米国よりも、原則無料の医療サービスを全国民に提供する英国型に近い。しかしながら、制度の運用面では、米国流の競争原理を幅広く採り入れている。

オーストラリアの現在の医療保障制度は税方式に

よる国民皆保障制度を基本とし、かかりつけ医(GP)中心のプライマリケア・システムが確立されている点は、英国連邦諸国の制度と共通の枠組みを有している。医療保障制度の中核をなすメディケア制度は、国費による医療費の一定割合の支給（メディケア給付）と、公立病院にかかわる費用の全額公費負担の2本柱から成っている。

医療保障財源はおもに税で運営されており、社会保険制度は存在しない。民間医療保険の普及率が高く、負担能力のある者に対する上乘せサービスにかかる民間医療保険料を税制面で優遇支援している。公民混合・効率重視の医療システムを幅広く採り入れている点では、英国型から離れて米国の影響を受けた競争原理重視のシステムとなっている。このシステムは2階建の年金制度における「最低保証年金」

部分を、医療においても税で保証し、上乘せ部分は民間保険と自己負担に委ねるというきわめて柔軟なシステムとなっている²⁾。

全国民への安価な一定水準の医療が公的制度において担保されている一方、中高所得層はさらなる支出でより快適な医療サービスを購入できるシステムになっている「2階建て構造」が資源配分の合理的な改善を通じて経済効率性を高めている。このシステムでは、医療費の支払方式が公的給付と消費者の負担の併用を前提としている点に着目して、わが国のいわゆる「混合診療」の全面解禁と同一視し、オーストラリアを「混合診療の先進国」と評価する見方もある³⁾。

しかしながら、「混合診療」は本来公的医療保険制度の枠組みのなかで定義されている用語であり、公的制度としては保険方式を採っていないオーストラリアにこれを当てはめることには、違和感もある。公的制度の枠内の医療と枠外の医療の併用を柔軟に認められているという点では混合診療の全面自由化ではあるが、オーストラリアでは国民の45%が加入している民間医療保険も公的支援を受けており、公民混合方式を金持ち優遇といった不公平感に結び付けるとい国民の意識はさして強くないからである⁴⁾。

2、医療保障制度の歴史

1901年に連邦成立後、オーストラリアではミーンズ・テストを通じて、社会保障の給付を、貧困者に対し選別的・限定的に行なってきた。英国を源とするいわゆる救貧対策であり、多くを慈善事業に頼っていた。その後、医師会の協力を得て、民間医療保険制度が先に実施され、ようやく1975年に、ウィットラム労働党政権がメディバンクと称する強制加入の国民健康保険制度を導入した。ところが、メディバンク制度が導入されてわずか5ヵ月後に、担当政権が保守党に交代、新政権はメディバンクが民間保険の経営を圧迫するという理由から、これを民営化して任意加入とした。この結果、オーストラリア初の国民健康保険制度は事実上廃止された。

1983年に労働党が政権に復帰し、皆保障制度を「メディケア」という呼称に変更して、1984年に再導入した。メディケアは医療保険方式を採用せず、給与から一定割合の税を納入させる税方式で財源を確保した。1984年のメディケア導入により、他の先進諸国からは大きく遅れはしたものの、全国民を対象とした医療保障制度が整った。

一方、薬剤給付については、第二次大戦後に全国民が必要な薬剤にアクセスできるシステムとして、連邦政府によりPharmaceutical Benefits Scheme (PBS) が考案され、1944年に立法化された。しかし、この法律は当初から論争を呼び、医師などから違憲訴訟が提起されて、一旦は違憲無効の最高裁判決が下された。そこで、政府は憲法を改正して、1947年に新たなPharmaceutical Benefits Actを制定し、給付される薬剤リストの作成を監督するためにThe Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC、医薬剤給付諮問委員会) を設立した。このように、創設来27年の国民皆保険に比して、現在ではメディケアの一部と認識されているPBSの歴史は60年以上と古い⁵⁾。

メディケア制度導入以降は、オーストラリアの医療保障制度の基本的な枠組みは維持され、同時に民間医療保険の加入促進などが進められている。当初は、メディケアにより加入者数減少に悩む民間保険会社の経営支援目的で、民間医療保険加入促進政策を導入したが、その後も、連邦政府は、今後の高齢化の進展に伴う国の財政負担軽減を図るため、民間保険の活用を政策的に推進している。2009年6月に政府は「医療改革に向けた最終報告書」を提出しているが、その中でも、国民が民間保険提供のサービス・メニューを選択する方式で、医療サービスを自由に選択できる余地を拡大させる「メディケア・セレクト（仮称）」の導入を提言している。

3、総医療費と医療保障制度の枠組み

オーストラリアの総医療費は、表2-1のとおり、2009会計年度の実績(2009年7月から翌年6月まで)

は、1,214億豪ドル（約9.7兆円）、1人当たり約43万円、対GDP比では9.0%となっている。2004-05年度から2009-10年度の年平均増加率は5.2%と、GDPの平均増加率2.8%に比して2倍近くの高い伸び率で増加し

ている。財源別に見ると、政府公的負担が69.9%、民間負担が30.1%と、近年公的負担が増加してはいるものの、米国を除く他の先進国比では民間負担の割合が高い。

表 2-1、オーストラリアの財源別総医療費推移（2005-09年度）

（単位；百万豪ドル）

年度	連邦政府負担	州政府負担	個人民間負担（同比率）	総医療費
2005-06	37,074	21,907	27,704（32.0%）	86,685
2006-07	39,872	24,485	30,681（32.2%）	94,938
2007-08	44,773	26,379	32,411（31.3%）	103,563
2008-09	50,071	28,493	34,882（30.7%）	113,445
2009-10	52,919	31,870	36,666（30.1%）	121,355

出所；AIHW；2011年10月、“Health expenditure Australia 2009-10” Table3.1より筆者作成

連邦政府は次の5領域について医療・介護費用を負担している。それぞれの財政支出規模は表2-2のとおり。

i、公立病院での入院治療にかかる費用全額と民間病院での入院治療にかかるドクター・フィーの一部を負担するMedicare Benefits Schedule (MBS)を公的医療保障として運営し、Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)により薬剤費の一部を負担。

ii、Private Health Insurance Rebatesと称される制度により個人が支払った民間医療保険料の30%を政府が負担。民間保険団体が直接政府に請求する方式

と個人が税額控除として請求する方式がある。このリベート制度は、民間病院への患者誘導を図り、公立病院の負担を軽減する目的で1997年に導入されたものである。

iii、National Healthcare Agreementに基づき、公立病院での入院費用などを賄うための資金を州政府に供与。この供与額は5年ごとに見直される。

iv、Department of Veterans Affairsが担当する退役軍人の医療費・介護費を負担。

v、Department of Health and Ageingが担当する障害者・高齢者ケアの介護費を負担。

表 2-2、オーストラリアの連邦政府負担の用途別医療費推移（2005-09年度）

（単位；百万豪ドル）

年度	MBS・PBSなどのプログラム	民間保険リベート	州政府への補助金	DVA（退役軍人支援）	その他	政府負担合計
2005-06	21,501	2,883	9,233	3,126	331	37,074
2006-07	23,228	3,073	9,894	3,302	375	39,872
2007-08	26,052	3,587	11,316	3,437	361	44,773
2008-09	29,455	3,643	12,984	3,507	482	50,071
2009-10	31,894	4,262	12,721	3,502	540	52,919

出所；AIHW；2011年10月、“Health expenditure Australia 2009-10” Table3.5より筆者作成

上記以外の連邦政府からの補助金で賄い得ない医療費は、すべて州政府が財源を負担している。おもな費用は次のとおり。

i、公立病院の運営費。公立病院は特殊なものを除き、すべて州立病院であり、連邦政府からの補助金を得て、州政府が運営している。

ii、精神科の医療（Mental health）、在宅医療（Community health）、低所得者のための歯科治療（Dental health）、障害者への支援（Disability aids）など

iii、連邦政府と共同で運営している分野として、麻薬の取締りなどがある。

連邦と各州間の契約（Funding agreement）は、5年ごとに見直される。資金配分の基礎となるのは、基本的には人口構成であり、一人当たりの平均補助額に、たとえば0～4歳の女性については0.73、85歳以上の男性については5.72といった係数を乗じて総額が算出される。この連邦からの補助金の額と各州が実際に公的病院に投入する額とは無関係である。ただし、“Special projects funding”として、たとえば公的病院と在宅医療との連携のための投資とか原住民への情報提供投資などのシステム改革に要する

費用、高齢者へのサービスを改善するプログラムや精神科医療、麻薬・アルコール対策に要する費用などについては、別枠で資金用途を特定した補助金が出されている。

州政府は公的病院への補助金の実際の資金使途につき、入院者数、入院を拒否した患者数、入院治療の内容、救急・救命治療の状況、入院待ちの状況など詳細な情報を連邦政府に報告しなければならない。この情報はウェブ・サイトwww.health.nsw.gov.auとwww.aihw.gov.auに掲載され、印刷物としても刊行されている。

個人・民間負担の財源別内訳は表2-3のとおり、民間医療保険とその他の保険で総医療費の12.8%（2009-10年度）をカバーしているの、受診時に現金支払を要する個人負担（Out-of-Pocket）は17.5%に留まっている。

表2-3、オーストラリアの個人・民間負担の財源別医療費推移（2005-09年度）（単位；百万豪ドル）

年度	民間医療保険	個人自己負担	他の民間保険など	個人・民間負担計
2005-06	6,578 (7.6%)	15,108 (17.4%)	6,018 (6.9%)	27,704 (32.0%)
2006-07	7,216 (7.6%)	16,553 (17.4%)	6,811 (7.2%)	30,681 (32.2%)
2007-08	7,862 (7.6%)	17,416 (16.8%)	7,133 (6.9%)	32,411 (31.3%)
2008-09	8,845 (7.8%)	18,516 (17.2%)	6,521 (5.7%)	34,882 (30.7%)
2009-10	9,203 (7.8%)	21,248 (17.5%)	6,116 (5.0%)	36,666 (30.1%)

注；他の民間保険など：自動車事故強制保険、労働災害保険などによる医療費カバー分
出所；AIHW；2011年10月、“Health expenditure Australia 2009-10” Table3.7より筆者作成

総医療費を財源別と使途別（2008-09年度）の相互に掲げる。
連関を分かり易く米ドル換算で示した表2-4を参考

表2-4、オーストラリアの総医療費とその財源別・使途別内訳（2008-09年度）（単位；億米ドル）

	連邦政府	州政府	自己負担	民間保険	合計
病院	157	183	19	64	424
医師等のサービス	167		38	28	232
薬剤費（処方箋薬のみ）	75		15		89
歯科医療	10	6	41	11	68
その他及び設備投資	79	109	82	51	322
総医療費	488	298	195	154	1,135
（分担割合）	（43.0%）	（26.3%）	（17.2%）	（13.5%）	（100%）

出所；Australian Health and Ageing System - The Concise Factbook - June 2011

日豪対比では、表 2-5 のとおり、オーストラリアでは公的負担比率が7割弱と日本より低く、民間保険を含む自己負担比率が3割強と高い。ただし、オーストラリアのOut-of-Pocketとしては表 2-3 にある17.5%

が実態であり、OECD Health Dataの比率19.2%はやや過大である。用途別の構成比はわが国の薬剤費比率が若干高いほかは、両国極めて似通っている。

表 2-5、OECD Health DataによるHealth Expenditure（総医療費）の日豪比較

OECD Health Data 2011	年次	豪州	日本
- Total Expenditure on health, % of gross domestic products (総医療費の対GDP比、2008年)	2008	8.7%	8.5%
〃 (同上、2000年)	2000	8.0%	7.7%
- Total health expenditure per capita, US\$ PPP (一人当り医療費、購買力平価換算)	2008	\$3,445	\$2,878
- Public expenditure on health, % of total expenditure on health (総医療費に占める公的医療費)	2008	69.0%	80.5%
〃 (同上、2000年)	2000	66.3%	80.8%
- Public health expenditure per capita, US\$ PPP (一人当り公的医療費、購買力平価換算)	2008	\$2,343	\$2,325
- Out-of-pocket exp. on health, % of total expenditure on health (総医療費に占める自己負担%)	2008	19.2%	16.0%
- Out-of-pocket expenditure on health per capita, US\$ PPP (一人当り自己負担、購買力平価換算)	2008	\$627	\$454
- Pharmaceutical expenditure, % of total expenditure on health (総医療費に占める薬剤費%)	2008	14.6%	19.4%
- Pharmaceutical expenditure per capita, US\$ PPP (一人当り薬剤費、購買力平価換算)	2008	\$503	\$558

4、メディケア

(Medicare、公的医療サービス保障制度)

(1) メディケアの成立経緯と財源

オーストラリアの医療保障は、1984年2月に発足したメディケア (Medicare) と称する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ている。その前身は1973年に法律が制定され、1975年に実施されたMedibankと呼ばれた公的保証制度で、この1973年法がメディケアの根拠法となっている。

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、“Medicare Card”を保有している。ただし、薬剤給付と歯科医療、カイロプラクティックなどの代替医療、美容形成、PTやソーシャル・ワー

カーのサービスなどはメディケアではカバーされていない。

このメディケアにより、オーストラリアの国民は居住地にかかわらず、どこにいても均等に医療サービスを受けることができる。オーストラリアは日本の21倍の面積に22.8百万人しか住んでいないので、全国民を居住地にかかわらず平等に遇するための施策に多額の費用を掛けている。

その制度運用に要する連邦政府負担分の財源は、ほぼ3/4が一般財源、残余が“Medicare Levy” (メディケア特別税) により賄われている。“Medicare Levy”の税率は発足当初は課税対象所得の1%であったが、漸次引き上げられて、現在1.5%である。

1997年7月以降、定められた免責額以下の民間保険に加入していない高額所得者には、さらに1%の付加“Medicare Levy”が課せられている。高額所得の基準は、2011年末現在、年間所得が単身で77,000豪ドル（約620万円）以上、夫婦で\$154,000（1,200万円）以上となっている。一方、年間所得\$18,839豪ドル（約150万円）以下の低所得者については免除されている。

（2）メディケアの給付内容

メディケアの給付内容は、National Healthcare Agreementに基づく①公的病院での公的患者の無料診療と②Medicare Benefits Schedule (MBS) に含まれている医療サービスについての一部または全部の費用負担スキームから成り立っている。その詳

細は複雑で分かりにくいので、表2-6に取り纏めた。

メディケア給付制度では、医療サービスに対する報酬・費用支払が「ホスピタル・フィー」と「ドクター・フィー」に峻別されている。ドクター・フィーの対象となる医療行為については、「メディケア給付表（Medicare Benefit Scheme, MBS）」に詳細に記載されており、患者はこのMBSに記載されている医療行為に限って給付を受けることができる。MBSはわが国の診療報酬点数表に相当するが、①ドクター・フィーに限定されており、ホスピタル・フィーは含まない、②メディケアからの給付額を定めているものであって医療行為についての公定価格ではない（医師は自由に価格を設定できる）、③歯科は対象外である点などが、大きく異なっている⁶⁾。

表2-6、メディケアのカバー範囲（2011年末現在）

病院・診療所種別		メディケアによる償還、患者負担（民間保険でのカバーを含む）	
診療所	一般医 = GP	外来	一括請求方式；無料（薬剤を除く） それ以外；診療報酬表規定額の100%、請求額との差額は自己負担
	専門医	外来	一括請求方式；無料（薬剤を除く） それ以外；診療報酬表規定額の85%、請求額との差額は自己負担
公立病院	公的患者	外来	無料（薬剤を除く）、専門医については診療報酬表規定額の85%を償還
		入院	すべて無料
	プライベート患者	外来	民間病院に準ずる
		入院	民間病院に準ずる
民間病院		外来	医師サービスの対価の85%を償還、請求額との差額は自己負担
		入院	医師サービスの対価の75%を償還（請求額との差額、入院料等は患者負担）

注；①入院には日帰り手術も含む ②医師サービスに対する民間医療保険適用は民間病院入院時を除き原則禁止

③薬剤についてはPBS適用

出所；メディケアのHPより筆者作成

上表の内容をさらに敷衍すると、ドクター・フィーについては、医師が自由に価格を設定できる。メディケアが定めたMBSは、メディケアによる償還額を規定しているだけで、医師からの請求額自体はこの規定に縛られず、上限を定める規制も存在しない。このため患者の自己負担がいくらになるかは、どの

医師を選ぶかによって異なる。MBSとは別に、それよりも若干高い水準で医師会が推奨している価格表が存在するが、それも目途に過ぎず、現実には医師サービスの対価はメディケアの規定価格、医師会推奨価格、自由価格の三本立てとなっている。

メディケアでは、かかりつけ医（GP）の外来医療

サービス、公立病院での公的患者への外来医療サービスは原則として無料で提供される。専門医および民間病院外来での医師サービスにかかる支払については、MBS規定料率の85%が償還される。

入院サービスについての支払い方式は民間病院と公立病院で大きく異なる。公立病院で受診する場合、診察、処置、看護、病室などの費用はすべて所得にかかわらず無料である。ただし、公的病院での無料での入院治療は、臨床上の必要に応じた適切な期間の治療に限られる。メディケアによる無料治療の対象は、急性期・亜急性期の疾病に限られており、入院期間は原則35日間まで、特に延長が認められた場合でも最長65日までである。それ以上は長期療養介護の扱いとなっており、一部自己負担が必要となる。また、メディケアが適用される緊急ではない手術については、長期の待ち時間が常態化している。

公立病院で医療サービスを受ける際には、原則として患者が医師を選ぶことは認められていないが、民間病院で受診した場合と同じ扱いという条件で、医師を指定してサービスを受けることも認められている。この患者をprivate patientと称し、個室などの追加サービスを利用することもできる。これに対し、通常の公立病院の無料患者をpublic patientと称する。

民間病院で受診する場合および公立病院にプライベート患者として入院する場合には、医師サービスにかかるドクター・フィーについては、MBSの75%がメディケアから給付される。残る25%分およびそれを上回る額については、自己負担あるいは民間医療保険による支払となる。民間病院の入院料金についてはメディケアからの支給はなく、自己負担による支払となる。ただし、ドクター・フィーに対する民間医療保険の適用は、民間病院入院時を除き原則として認められていない。

医師は価格設定をせずにメディケアへの請求額をもって全請求とすることを選択できる「一括請求方式（バルク・ビリング）」を選択することもできる。この方式を選択する医師には患者に追加料金を請求することが認められない代わりに、患者を介さずメ

ディケアから直接支払いがなされ、医師にとって価格は抑制されるものの、請求・支払が簡便であり、未払いのリスクがないという利点がある。

オーストラリアの公的医療保障の特徴は、公立病院での治療を全国民に無料で提供することを原則とする一方で、「公立病院におけるプライベート患者」という一見矛盾した概念を導入して、差額ベッドなどのアメニティー部分だけではなく、医療の中核である医師への技術料支払いについても公的保障であるメディケアと自己負担ないしは民間保険でのカバーの併用を認めている点である。この措置により、公立病院の医師も患者からの指名があれば公定のMBS診療報酬に上乗せしたドクター・フィーを自由に設定することができる。

(3) メディケア・セーフティーネット

一括請求方式を採用する医師は、医療のセーフティーネットの要として重要な役割を担っているが、患者の近隣で一括請求方式を採用する医師を選択できるとは必ずしも限らない。これは支払率が低く抑えられている専門医や医師が不足している遠隔地・僻地で顕著であり、患者の負担が大きくなる要因となっている。これを踏まえメディケアでは外来・診療所サービスについて1年当りの自己負担額が過度にならないように2つのセーフティーネット制度を設けている。

1つは、メディケア創設時からある‘Original Medicare Safety Net’で、患者が自己負担した病院料金以外の支払額の累計が毎年更新される一定額（2011年1月現在、399.60豪ドル）を超えたところから、メディケアからの支払額が規定の85%から診療報酬額の100%に引き上げられる仕組みである。

もう1つは、2004年に導入された‘Extended Medicare Safety Net (EMSN)’で、医療機関からの請求額とメディケアから償還される額との差額の累計（自己負担総額）が一年間に毎年更新される一定額（2011年現在、1,157.50豪ドル、ただし年金受給者などの優遇被保険者については578.60豪ドル）を

超えた場合に、それ以降の自己負担額の80%がメディケアから支給される仕組みである。

メディケア・セーフティーネットによる償還分についても、医療機関が認めた場合には一括請求方式 (Bulk billing) を選択でき、患者は立替払いをしなくて済むようになっている。一括請求方式を選択すれば、自己負担を抑えたいという患者の来院数が増えることから、結果的に病院の収入が増えるメリットがあり、一括請求方式は民間の医療サービス件数の72% (2006年) を占めている。

オーストラリアの総医療費財源に占める民間医療保険への依存度は8.1% (OECD Health Data, 2008) と、主要先進国の中では米国 (33.7%)、フランス (13.3%)、カナダ (12.7%)、ドイツ (9.4%) に次いで高い (日本は2.4%)。

民間医療保険組織からの医療費支払先は、表2-7のとおり、過半が病院 (うち9割が民間病院) で、GP診療所、歯科診療所へもそれぞれ10%程度ずつ支払われている。一方、民間保険から支払われた額の30%強は保険料に対するプレミアム・リベートとして連邦政府から被保険者へ填補されている。

5、民間医療保険

(1) 民間医療保険の普及度と規制

表 2-7、民間医療保険からの医療費支払先別の金額推移 (2007-09年度) (単位; 百万豪ドル)

年度	病院	GP診療所	歯科診療所	その他	支払総額
2007-08	6,255	1,183	1,350	2,661	11,449
2008-09	6,921	1,298	1,459	2,810	12,488
2009-10	7,512	1,396	1,550	2,889	13,347
(Rebates)	(2,404)	(447)	(495)	(916)	(4,262)

注; ①その他の支払先には、リハビリ施設、医療器具、運送費などに加え、10%弱の保険管理費用が含まれている。

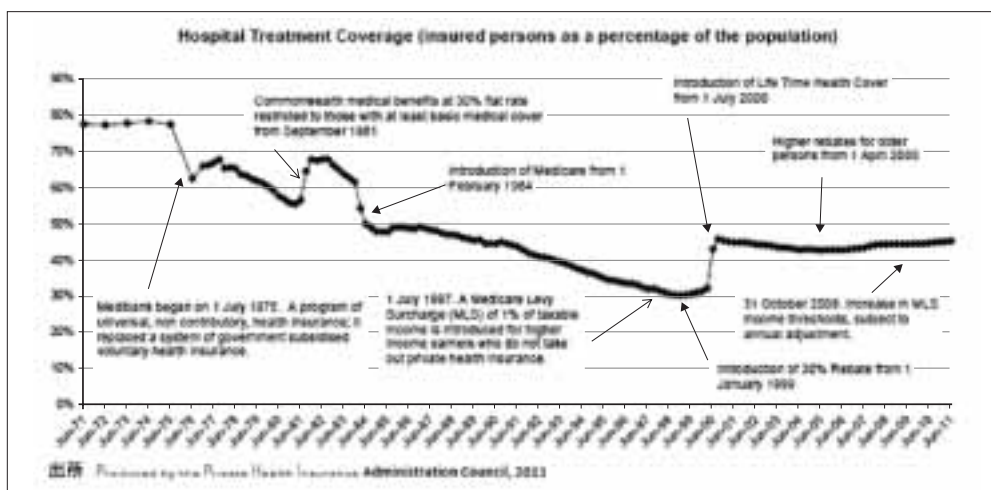
② (Rebates) は2009-10年度のプレミアム・リベート30%強を支払先別に按分したもの。

出所; AIHW; 2011年10月、“Health expenditure Australia 2009-10” Table3.10より筆者作成

オーストラリアにおける民間医療保険の対人口比加入率の推移は図2のとおり。1984年にメディケアが実現するまで、オーストラリアの医療財源は全面的に民間保険に依存しており、加入率も70%と高か

った。国民皆保障実現後には、民間保険加入率が30%程度にまで低下したが、1999年に税制上の優遇措置が導入されて以降は45%内外で推移している。

図 2、オーストラリアにおける民間人入院医療保険の対人口比加入率の推移 (1971年~2011年)



このように民間医療保険加入率が高い理由としてまず挙げられるのが、公立病院における非救命手術の待機時間の長さである。次に、公立病院では原則として認められていない入院時の医師の選択指名が挙げられる。また付帯的なカバレッジを持つ医療保険も多く、個室料・差額ベッド代や、歯科、眼科、カイロプラクティック、美容整形、運動施設などの周辺医療についても給付がある保険プランもある。

1984年にメディケアが実現した後も、民間医療保険はかなり広範な人口をカバーする重要な柱として存在しているのは、民間の入院保険は民間病院での入院費用と公立病院で私的治療を受ける場合の治療費の双方をカバーしているからである。民間保険はメディケアよりも広い治療の選択肢と高度医療へのアクセスを可能にし、さらにメディケアではカバーされない副次的な治療についてもカバーしている。

しかしながら、すでにメディケアでカバーされた費用の個人負担部分を民間保険からも受けとることはできない。このような二重受給は皆保険の原則を崩しかねないからである。この原則の結果、民間医療保険は診療所と外来での治療（GP、専門医、その他の外来すべて）への適用を禁止されてきたが、2003年5月以降、年間1,000豪ドルを超える自己負担部分については、民間保険によるカバーが認められるようになった。

連邦政府はメディケア導入以前から民間医療保険の運用について厳しく規制を行ってきた。課せられている民間医療保険への規制の一つは、リスクの地域格差を保険料率に反映させないこと、もう一つは被保険者を差別することなく申込者全員を受け入れることである。この規制は、民間医療保険組織がとった異なった種類のリスクのプールを求めるものである。政府はこのように広範な規制を課すだけでなく、民間医療保険に対する財源面での支援も行っている。

（2）オーストラリアにおける民間医療保険の育成政策^⑦

オーストラリアは民間医療保険の普及が患者の選択肢を増やし、医療の水準を高めることに役立つという考えに基づき、政府が民間病院システムと関連の深い民間医療保険を育成することにより、医療費の財源を公的財源から民間保険に転嫁する政策を採ってきた。このオーストラリアの医療政策は、先進国の中でも特異である。

他のOECD諸国とは異なって、オーストラリアでは民間医療保険を雇用主企業が提供する例は稀で、個人が直接加入する保険市場となっている。これには、歴史的な事情や文化的な背景もあるが、政府が企業に医療保険提供のインセンティブをまったく与えていないことが大きく影響している。

図2に示したように、民間保険加入率が1984年のメディケア導入後に減少し始め、1999年には30%にまで下落したのは、国民がメディケアに信頼を持ったのが主因であるが、政府が民間医療保険の保険料にリスクを反映した格差設定を禁止していることから、健康な若者層が割に合わない保険料支払いを嫌ったのも一因であった。これが病気の被保険者への支払を困難にし、保険料の上昇に繋がった。民間医療保険への補助金の撤廃もこれに拍車を掛けた。1990年代の半ばには民間医療保険業界は経常損失が高み、保険料、費用ともに急上昇した結果、加入者の減少も相俟って、民間保険は危機的状況に陥った。1990年初頭には、この影響でメディケア財政が圧迫される事態を政府も憂慮し始めた。

そこで、1997年に付加メディケア税（Medicare Levy Surcharge）が導入された。これは、従来のメディケア税に加え、年収が一定額（単身世帯の場合5万豪ドル、それ以外は10万豪ドル）を超える家計が一定水準の民間医療保険に加入していない場合、所得の1%の追加税負担を求める制度である。その一方で、所得が35,000豪ドル（もしくは世帯あたり70,000豪ドル）以下の家計には民間医療保険の保険料補助も導入された。1999年には、この保険料補助

が所得にかかわらず保険料の30%を払い戻す制度に変更された。続く2000年には30歳以降に民間医療保険に新規加入する場合、加入年齢に応じて保険料に加算金が課される仕組みが導入された。

これらの民間医療保険優遇措置導入の結果、民間医療保険の加入率は1998年の30%から上昇に転じ、2005年には43%に達した。近年、加入者の平均年齢が上昇してきたことを受け、2005年には、高齢者への保険料補助が65～69歳は35%、70歳以上は40%に引き上げられた。こうして、加入率は当初の意図通り上昇しているものの、民間医療保険の保険料高騰を反映して保険料補助の財政負担は2010年度には年間47億豪ドルに達し、財政負担が問題化している。

(3) 民間医療保険のカバーする範囲

民間医療保険のカバーには大別して二つのタイプ

がある。一つは入院保険で、自費診療患者の入院治療費（手術費用、室料など）をカバーする。この保険は公的病院で医師を指定した患者のMBS入院治療費の25%についてもカバーする。さらに2000年以降は政府が設定した医療費と実際に支払った額との差額（Medical Gap）についてもカバーしている。患者個人はMedical Gapの残余额と民間医療保険約款で定められた一部の費用を自己負担する。

もう一つのタイプは副次医療をカバーする民間保険であり、この保険はメディケアではカバーされていない歯科治療、理学療法、眼鏡などについて約款に定められた比率で保険償還がなされる。民間保険のカバーする医療サービス内容は個々の保険約款によって異なるが、おおよその概要は表2-8のとおり。OECDによる2003年時点での調査ながら、その後も基本的には変わっていない。

表2-8、民間医療保険による医療サービス保障範囲の概略

民間病院および公的病院での私的治療にかかる入院医療費	<ul style="list-style-type: none"> ・入院費用を約款に基づきカバー（免責最低額などあり） ・民間病院での治療については、契約条項に基づき償還額を協議 ・公的病院での私的治療については、MBSが規定する日額をカバー
同上入院中の医師医療費（ドクター・フィー）	<ul style="list-style-type: none"> ・MBS（Medicare Benefit Schedule）レートの25%をカバー ・MBSレートと実際の支払額との差額についても医師の同意なしにカバーすることができる ・患者は医師を選択でき、ドクター・フィーは規制されていないが、保険団体との合意による設定は可能
診療所と外来での医療費	<ul style="list-style-type: none"> ・民間医療保険が診療所・外来医療費をカバーすることは原則として認められていない
長期療養費	<ul style="list-style-type: none"> ・民間保険も認められているが、普及はしていない
処方薬・その他の薬剤費	<ul style="list-style-type: none"> ・処方薬についての一部自己負担分を民間保険でカバーすることは認められていない ・その他の薬剤費についてカバーする民間医療保険もある
副次医療の費用	<ul style="list-style-type: none"> ・メディケアではカバーされない代替医療、眼鏡、歯科治療、理学療法などの副次医療をカバーする民間保険は認められている

出所；2003年10月30日付“Private Health Insurance in Australia—A Case Study” p13掲出のOECDによる調査

民間入院保険はメディケアがカバーする室料などについて一部で重複もしているが、公立病院で私的医療を受ける患者のMedical Gapを負担するなど補完関係にもある。一方、副次的医療をカバーする民間医療保険はメディケアにより公的には保障されていない医療サービスを追加的にカバーしている。

OECDの分析によると、このような公私併用の医療保険制度は、次の三点で他の先進国における補完的民間保険とは異なった特異なシステムとなっている。一つは、メディケアが私的医療を受ける入院患者についても費用の一部を負担しているため、実質的にはメディケアから民間保険への大きな補助金が出されている点である。二つ目は、民間医療保険が政府設定のMBSレート基準を超える入院時のドクター・フィーについてもカバーし、同一の診療行為についてメディケアで償還される規定の費用に上乗せしてドクター・フィーが支払われる点である。三つ目は、診療所・外来治療への民間保険適用が禁止されていることが、医師に対し患者を入院治療へ誘導するように仕向ける効果がある点である⁸⁾。

(4) 民間医療保険を運営している保険者組織

民間医療保険の多くはMutual Associationとして法人化した医療保険組織によって提供されているが、株式会社組織のものもある。1953年に制定されたNational Health Actによって、医療保険組織は政府に登録され、医療保険以外の業務を手掛けることは

許されていない。2011年6月末現在、オーストラリアには37社の医療保険組織が営業しており、そのうちの7社は営利法人、30社が非営利法人である。市場での営業活動面では、営利法人と非営利法人の間に差はない。両者の差異は、営利法人は利益が出れば利益配当を行い、所得税を支払わなければならないという点だけである。

医療保険組織には、加入者の制限をしないオープン型28社と制約を課している限定型9社がある。限定型は労働組合か雇用主が設立するケースで、教員、軍人、医療従事者などの職業別に設立されているが、市場シェアは約6%に過ぎない。医療保険組織の総数は多いが、市場は表2-9に掲げた5社による寡占状態にある。政府が所有しているMedibank Private Limitedが市場シェア30%弱で最大、上位5社でマーケット・シェアが80%に達している。

保険の内容は自己負担額の条件（ことに免責額）、特定の治療方法の除外や制限などの点で異なっている。加入者が特定の治療方法の除外・制限や一部の費用を自己負担する条件を受入れる場合には、保険料は安くなる。すべての保険団体は公的病院で私的治療を受ける患者の入院費用のみをカバーする保険を少なくとも一種類提供しなければならない。

民間医療保険には自己資本比率やソルベンシー比率などについての厳しい規制が課せられている。また、2000年からはすべての保険組織に入院時のMedical Gap（公的保険で規定の医療費と実際に請

表2-9、主要民間医療保険組織の市場シェア、収入、利益（2010-11年）

民間医療保険組織名	市場シェア	総収入	利益
Medibank Private Ltd	29.7%	51.8億ドル	3.8億ドル
BUPA Asia Pty Ltd	25.8%	43.8億ドル	2.1億ドル
Hospital Contribution Fund of Australia	9.1%	17.7億ドル	0.9億ドル
HBF Health Ltd	7.8%	10.1億ドル	1.0億ドル
NIB Holdings Ltd	7.4%	10.5億ドル	0.8億ドル
その他32社	20.2%	40.1億ドル	0.3億ドル
合計	100%	174.0億ドル	8.9億ドル

出所；IBIS World Industry Report K7421 “Health Insurance in Australia” より筆者作成

求された額の差額)を100%カバーする保険を少なくとも一種類は提供する義務が課せられ、加入者の過半がこの保険を購入している。さらに、保険組織はMedical Gapの上限をあらかじめ固定して患者に知らせる“known gap”保険という型の保険を提供することもできる。副次的医療をカバーする保険は単独商品として購入することもできるが、通例は入院保険と一体で提供されている。

参考文献

- ① 本邦外務省のHP;<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/australia/data.html>およびWikipediaの記述を基に筆者構成
- ② 2009年10月、ニッセイ基礎研究所生活研究部門 丸尾美奈子「ニッセイ基礎研Report」 「オーストラリアの医療保障制度について」 p 4
- ③ 2008年、丸山士行著「混合診療の先進国—オーストラリアの医療」医療と社会Vol.1 18
- ④ 2011年12月、医療経済研究機構発行、Monthly IHEP 2011年12月/2012年1月合併号「ニュー・サウス・ウェルズ大学 ジェフリー・ブライス ウェイト教授との有識者インタビュー；オーストラリアの医療システムについて」 p6
- ⑤ 2003年、Suzanne Hill ほか “The Use of Evidence in Drug Selection- The Australian Pharmaceutical Benefits Scheme”
- ⑥ 2011年12月、健康保険組合連合会「健保連海外医療保障No.92」田極春美「オーストラリアの医療保障制度」 p28
- ⑦ 2005年5月、医療経済研究機構発行「Monthly IHEP」 「オーストラリアの医療・介護システム(上)～わが国への示唆を求めて」 p22
- ⑧ 2003年10月、“Private Health Insurance in Australia—A Case Study” p13