

とである。

7 近年の動き・課題・今後の展望等

(1) 保健改革(HSRA)

保健省では、1991年から進められている地方分権化に伴って、1999年から5か年の計画で Health Sector Reform Agenda を策定し、以下の5分野について、包括的なサービス体制の改善を図ることとしている。

- ①保健財政(国民皆保険の実現)
- ②地域保健システム(良質な医療アクセスの改善)
- ③公衆衛生(拡大予防接種計画、家族計画、健康増進活動)
- ④病院システム(施設・機材・人材の改善)
- ⑤保健行政・規制(基準策定、医薬品審査制度の強化、迅速化)

(2) 国内の健康水準格差

フィリピンにおける人々の健康水準については、他の多くの途上国同様、地域間格差及び社会経済階層間格差が極めて大きく、全国平均値による分析のみでは実態を十分に捉えることはできない。

例えば、合計特殊出生率を、所得階層別に見ると、最貧困層20%に属する世帯では、未だに6.5と高水準に留まっているのに対し、最富裕層20%では2.1までに低下している。

また、5歳未満児死亡率については、地域別に見ると、マニラ首都圏(NCR)では、出生千対38.6に対し、ムス

リム・ミンダナオ自治地域(ARMM)では、同97.6となっている。その他、地域別には、ベッド数対人口10万人(NCR26.9、ARMM1.8)(2002年)、保健医療従事者数の比(医師(NCR7.1、中央ミンダナオ2.3)、看護師(NCR10.1、中央ルゾン4.3))(2000年)についても格差の存在が見て取れる。

フィリピンにおいて、出生率や死亡率の低下が周辺のASEAN諸国と比べて緩慢である背景の一つとして、これら地域間格差や社会階層間格差の問題が存在し、一部の後進地域や貧困層における停滞が、全国平均値にも影響している可能性についても留意する必要がある。

(3) 二国間社会保障協定

フィリピンは多数の海外労働者を世界各国に送り出していることから、彼らの老後の生活保障のため、高齢者年金に係る二国間協定の締結が政府間で進められているところである。なお、医療保険については、現在のところ交渉は行われていない。

- ①協定発効・締結済の国；カナダ、フランス、オランダ、イギリス、スイス、オーストリア、スペイン、ベルギー
- ②交渉中の国；イタリア、スウェーデン(以上、2004年3月時点)

(注) 全国の各村落。フィリピンの最小行政単位で、全国に約4万2,000か所あり、人口数千人程度。日本の市又は区に相当するが、自治体としての機能を有し、バラングイの首長は公選制である。

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、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、地方公共団体、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

① 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。

② 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、社会保険料負担が全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、2013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^(註1)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452.80豪ドル/2週、夫婦の場合378.00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。

③ 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%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。メディケア制度の創設は1984年2月と比較的新しく、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。

メディケア制度とは、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。

財源については、制度運営に係る費用は、一般財源とメディケア税(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運用費用を分担している場合がある。

給付内容は、外来の場合、医療費(政府の定める規定料金)の85%がメディケア給付として支給され、残りの15%が自己負担である(ただし、1回の診療につき、52.50豪ドルが自己負担の上限)。入院の場合は、公立病院で医療費、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、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。

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、小規模のものが多く)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。医師には、第一次医療を行う一般医(General Practitioner; GP)と専門医とがある。

4 公的扶助制度

生活保護制度(Special Benefit)は、1991年社会保険法に基づき、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、家族・地域サービス省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(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374.90豪ドル/2週)及び若年者手当(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310.10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、第一次医療としての一般医(GP)、第二次医療の場としての病院という医療提供体制についても一般成人と相違はない。

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ている「介護施設ケア」サービスと、連邦と州政府の共同事業としての地域・在宅サービス事業(HACC: Home and Community Care Program)の下で、ホームヘルプ、訪問看護、給食、デイサービス等様々な地域・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。

老人福祉(高齢者ケア)の特徴として、各高齢者が個々のニーズに応じ、施設ケア、地域・在宅ケアのうち最も適切なサービスを受けられることを保証するために高齢者ケア判定チーム(ACAT チーム: Aged Care Assessment Team)が設置されている。高齢者ケア判定チームは各地域ごとに置かれ、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から構成されており、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、ケア施設入所や地域・在宅サービスなど、最も適切なケアのパッケージ(ケア・プラン)を処方している。

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ているが、この流れは、一部社会保障水準の切り下げが行われてはいるものの、1996年に誕生したハワード現保守政権の下でも基本的に踏襲されてきている。

(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^(註2)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、移動補助などの様々なサービスが、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

① 子供のいる世帯に対する所得保障

子どものいる家庭を経済的に支援するため、連邦政府による保育手当(Child Care Benefit。以前はChildcare Assistance 及び Childcare Rebate)と呼ばれる保育サービス利用料金の補助の施策が講じられているほか、家族(税)手当、両親手当、出産手当等の家族支援関係の税制上の優遇措置(還付)や給付制度があり、これらを通じて子どものいる世帯に対する所得保障施策が講じられている。

② 児童健全育成施策全般

児童福祉・家族施策は、児童サービス、家族支援サービスそして家族手当等の家庭に対する所得保障制度を通じて行われている。児童サービスに対する連邦政府の関与は、1972年の児童福祉法(Child Care Act)の成立に始まり、1988年に発表された連邦・州政府国家児童福祉戦略(Commonwealth/State National Child Care Strategy)に基づく児童サービス事業(Children's Services Program)等の下で、連邦政府・州政府の補助による各種児童サービスの拡充が図られてきている。

児童サービス(Children's services)としては、連邦政府・州政府による補助の下、地方政府、民間団体、営利企業等により、ロングデイ・ケア・センター(Long day care centers、保育所に相当)、オカージョナル・ケア(Occasional care services、託児所に相当)などのサービスが提供されている。また、主に州政府による補助の下、民間団体又は学校教育プログラムの一部として、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) メディケア改革

メディケアにおける患者の自己負担は医療費の15%とされているが、医師が患者の自己負担分を割り引いて医療費の85%のみを請求する場合は、患者は支払い手続きに関与せず、医療機関が直接メディケア事務所に請求することになる。これをバルビリングと呼び、患者には、金銭的、事務的負担がない上、医師にとっても多数の患者が獲得できるというメリットがある。

しかし、バルビリングの提供率は、1996年の約80%から2003年12月四半期には66.5%へと低下し、特に医師が不足している地方部での提供率が極めて低くなっていた。

こうした状況に対応し、ハワード政権は、2004年から「メディケアプラス」と題するメディケア改革を実施した。バルビリング提供率向上のため、低所得者(コンセッションカード所有者)及び16歳未満の子供にバルビリングを提供する医師に対し、地方部では7.5豪ドル、都市部では5豪ドルを診療報酬に上乘せしたほか、バルビリングが提供できない患者の救済のために患者負担額の上限(低所得者は年間300豪ドル、それ以外は年間700豪ドル)を設定した。さらに、常勤換算で1,500人分の医師増員及び1,600人分の看護師増員等の医師不足対策が実施された。

(2) 年金制度改革

進行する高齢化への対応策として、高齢労働者の労働参加を促進する一方、退職後所得の一層の充実を図るため、(7)退職年金基金からの受給にあたっては、従来、受給者の退職が要件とされているところ、2005年7月よりこれを撤廃し働きながらも受給を可能とすることで早期退職への誘因を除去し、また、(1)退職年金基金の加入(積立)については、週10時間の就労が要件であるが、2004年7月より、(i)老齢期の所得拡充のため、18歳以上65歳未満の場合には、就労要件を撤廃して積立を奨励するとともに、(ii)短期契約等老年労働力の弾力的就労に対応するため、65歳以上75歳未満の場合には就労時間の計算を週単位から年単位へ変更する、等の改正が行われる。

(注1) 平均賃金は全ての男性雇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、以下の雇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へ引きとってケアを提供し、家族が身体的、精神的に疲れてしまわないようにするもの。