

日本・オーストラリアの社会政策比較

いずみ てつ ひこ
和 泉 徹 彦

〈要 旨〉

オーストラリアの社会政策の紹介を中心にしながら日本との比較を交えて分析を行う。オーストラリアには先住民や新移民への対応を重視するなど独自の施策があり、他の先進諸国と同様に公的年金制度・医療保障・対人社会サービスなどが整備されている。高齢化率が低く移民を受け入れ続けていることから社会全体が若く、日本に比較して年金制度の持続可能性や高齢者介護保障への関心は高まっていない。公私ミックス型医療供給システムによって医療保障が行われており、日本にとっても混合診療の可能性を探る上で参考になるだろう。障害者福祉と統合された高齢者福祉施策に関しては1980年代から在宅介護重視に転換している一方で、非営利事業者によるサービス供給と公費による報酬支払いという措置制度に似た形態で実施されている。2007年11月にラッド労働党が総選挙に勝利し、政権交代が実現した。社会政策にも何らかの影響が現れると予想される。

I 先進諸国と比較する社会政策の特長

社会政策には社会保障給付として主要な年金制度・医療保障・対人社会サービスが含まれる。オーストラリアの社会政策もこれらを漏れなく含んでいる。英連邦の一員ではあるが、かつての福祉大国イギリスに倣ったわけではなく、独自の社会政策を充実させてきた歴史を持っている。

他の先進諸国と比較したときに大きな違いとして理解されるのは、2005年時点で13.1%という高齢化率の低さである。働き盛りの移民を今なお受け入れ続けているため社会全体が若いのである。人口高齢化が進展するに従って年金制度の持続可能性であるとか高齢者介護サービスの確保が国民の関心を集めることになる。

もう一つの特徴としては、社会政策の主な対象となる社会的弱者の中に先住民及び移住して間もない新移民が含まれることである。先住民に対しては歴史的な経緯があり、新移民については定住基盤が強くなるまで低所得者施策の対象となっている。高度な技術を持たない新移民の働く場として鉱山労働があり、そこで労働災害に遭って身体障害

を負ってしまう事例もある。障害者施策も重要な対人社会サービスの一つである。

日本・オーストラリア主要統計指標

図表 1 主要統計指標

	日本	オーストラリア
人口	1 億 2775 万人	2095 万人
年平均人口増加率 (1995 ~ 2004 年)	0.19%	1.19%
国土面積	377, 835km ²	7, 686, 850km ²
合計特殊出生率 (2006)	1.32	1.8
高齢化率 (2005 年)	20.2%	13.1%
名目国内総生産 (GDP) (2005 年)	503 兆円	AUD922, 637 (百万) ≒ 90 兆円
経済成長率 (実質 GDP) (2005 年)	2.4%	2.9%
一人当たり GDP (2005 年)	435 万円	AUD34, 932 ≒ 341 万円
消費者物価指数上昇率 (2005 年)	-0.3%	3.2%
就業率 (2007 年)	58.1%	64.8%
完全失業率 (2007 年)	4.0%	4.6%

出典：総務省統計局, Australian Bureau of Statistics

公的年金制度

日本の年金制度は 2 階建ての仕組みである。基礎年金の 1 階部分と厚生年金など報酬比例年金の 2 階部分からなっている。オーストラリアの年金制度も 2 階建ての仕組みであり、一般財源から税金で賄われる老齢年金が 1 階部分、一定所得以上があったときに納める退職年金保障税によって積み立てられる 2 階部分の退職年金基金がある。任意の額を増額して積み立てて 3 階部分を増やすこともできる。退職年金基金の使用者による積立が義務化されたのはそれほど昔のことではなく 1992 年からである。老齢年金を補完して高齢者の所得保障を行う意味と国民貯蓄を増加させる意味とを併せ持っている。なお、自営業者や収入を持たない無業者の場合には任意で加入して積み立てることができる。

公的年金に関心が集まるのは年金受給者が多かったり、これから年金受給を開始しようとする世代が多かったりする場合であり、高齢化が進む日本がまさにあてはまる。2004 年の年金改革によって厚生年金などの持続可能性は極めて高いものになったが、それは財政的に収入と支出のバランスを確保したためである。保険料固定方式とマクロ経済スライド調整方式を導入することで予算制約と年金受給額の抑制を実現させたことが大きな改革であった。オーストラリアは、次々に若い世代の移民がやってくる状況の中で高齢化の進行が遅らされている。結果的に公的年金の問題は全国民的な政治課題とは

意識されていない。

日本における公的年金制度の歴史を振り返ると、戦時中に成立した厚生年金保険法(1944年)から加入した被保険者が年金受給を開始する目前となった時点で厚生年金法(1954年)が施行された。これは完全積立方式で開始された年金制度を修正積立方式に変更する内容であった。オーストラリアが給付水準と制度運営について再考を迫られるまでにはしばらく時間の猶予があると思われる。但し、公的年金の歴史だけを見ればオーストラリアの年金制度は日本より遙か昔の1908年から始まっている。

医療保障制度と民間医療

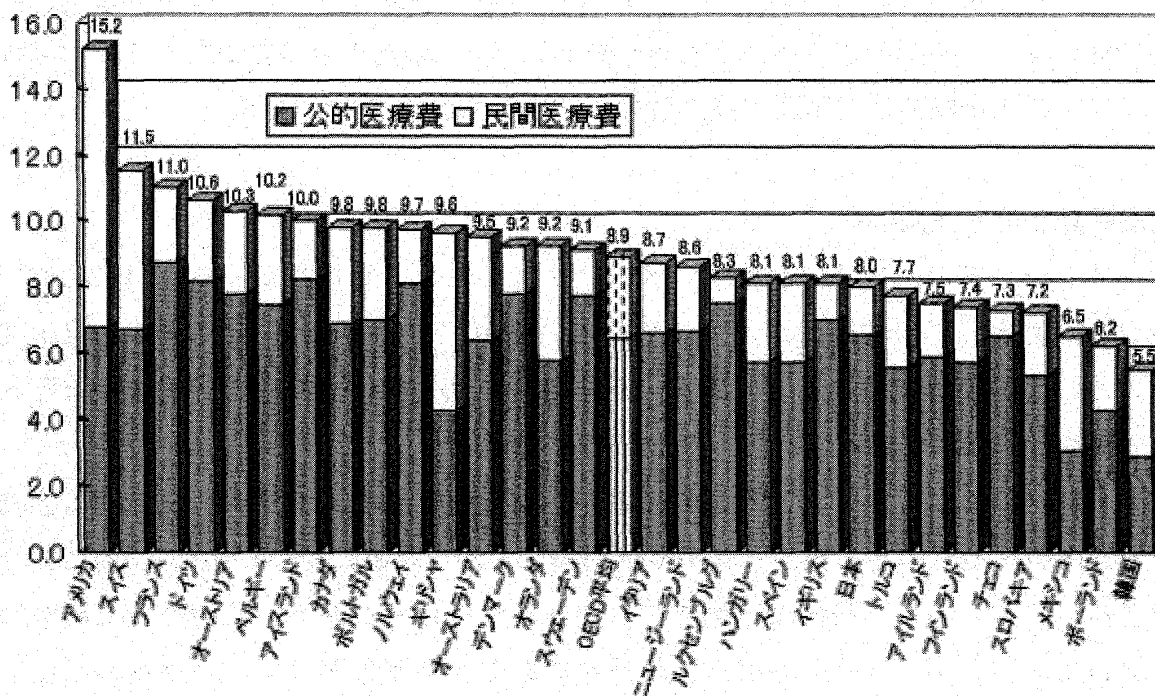
オーストラリアの医療保障制度は「メディケア」として知られている。同じ名称でアメリカの高齢者向け公的医療がよく知られているが、オーストラリアの場合は1984年に導入された国民健康保険制度である。興味深いのは公費負担医療と民間医療とのミックスで医療サービスが供給されていることである。

永住者を対象としたメディケアは課税対象収入の1.5%の拠出を求め、一方で公立病院での公的医療をカバーする他、一般医や専門医にかかった際に標準料金の85%に相当する額を給付する。但し、歯科など除外されているサービスがある。公的医療には医師を選べないであるとか、入院する病室は相部屋であるとか制限がつく。より良い医療を求めて、民間医療サービスを利用する選択肢もある。この場合の費用について、完全に自己負担するか、民間医療保険でカバーすることになる。オーストラリア人の3分の一は民間医療保険にも加入している。入院ベッド数では民間医療の病院が25%を占めている。2006年に訪問したニューサウスウェールズ州にある公立病院では、医療ソーシャルワーカーの配置数が400病床に対して30名であった。日本では退院計画を立てて確実な自宅復帰や社会復帰を支援する医療ソーシャルワーカーの配置基準が明確ではなく、大規模病院でも数名の配置が通例であるのと比較すると人員の充実していることに驚かされる。しかし、これは患者の退院を早めて少しでも医療費の抑制を目指すための手段と見られることもできる。

公私ミックス型医療供給システムの是非

国民医療費支出を対GDP比で国際比較し、コストパフォーマンスを論じることができる。その点では日本の対GDP比国民医療費は8.0%(2004年)でありOECD平均8.9%を下回る一方で世界有数の長寿国でもあることから、日本の医療供給システムは優れているという評価がある。国民皆保険によって医療費負担が公的に保障されていること、自由開業制によって民間主体にサービスが供給されていること、そして診療報酬制度や薬価基準によって医療サービスの価格が拘束されていることが影響している。しかし、

OECD 平均を下回るのは医師不足によって医療が保障されていないことの裏返しであるとか、混合診療を認めないことで国民が満足する医療水準に達していないといった批判もある。結果指標となる平均余命についても少子化傾向が続くと見かけ上の寿命の伸びが起きてしまい、医療供給システムの成果と正確には言えない面もある。



出典: OECD Health Data 2007

オーストラリアの対 GDP 比国民医療費は 9.5%(2004 年)である。OECD 平均に近く、最大のアメリカの 15.2%(2004 年)に比べればはるかにコストパフォーマンスが高いと評価される。これは公私ミックス型医療供給システムが効果を上げているとの見方がある一方で、高所得者と低所得者の間で不公平が生じているとの指摘もある。¹ 初診で受診するところまでは所得に関係ないのだが、専門医を受診したり、入院したりすることになったとき、所得による格差が観測されている。

高齢者福祉施策

先進国において施設介護と在宅サービスの組合せは高齢者福祉施策の基本である。オーストラリアの低い高齢化率にあっても、公的な高齢者福祉は連邦政府による施設介護補助金と連邦・州政府の共同事業としての在宅サービスは重要である。これらのサービスは地方自治体や NPO などの協力を得ながら、様々な医療福祉専門職チームによって提供されている。

¹ Doorslaer(2007)

日本では介護保険導入の2000年から在宅福祉に転換したのに対して、オーストラリアが施設介護から在宅サービス重視に転換したのは1986年と古く、高齢者ケア改革と呼ばれている。日本の文脈に照らし合わせると、税財源の措置制度を維持しながら社会福祉法人のような民間非営利団体にサービス供給を依存している状況とも言える。

ここで、高齢者福祉施策の主要な変遷を年表(図表3)で確認しておきたい。現在、日本における高齢者介護の基盤となっている介護保険制度について、諸外国を見るとオランダ、ドイツが導入しており、ヨーロッパのいくつかの国々では議論はあっても導入例は少ない。オーストラリアの場合にも、早期に在宅介護に転換したために施設介護の位置づけは在宅介護で処遇することが困難な重度の高齢者を受け入れる場所ということになっている。高齢者向け住宅は住宅であって施設ではない。また、支援が必要な障害者については高齢者と統一的な制度によって処遇されている。

図表3 オーストラリア高齢者福祉施策年表

年	施策	内容
1974	高齢者介護施設設置基準	高齢者介護施設の設置基準では、登録された医師、週3時間以上の登録された看護師による介護、週7時間以上の未登録の看護師による介護が求められる。
1982	高齢者向け施設介護と在宅介護	推奨される介護時間の統一基準を制定した。
1985	高齢者向け施設介護と在宅介護	推奨される介護時間の統一基準を改定した。
1986	高齢者ケア改革	どのような居住形態であっても要介護高齢者にケアサービスを提供するようになった。高齢者と障害者を施設介護プログラムによって統一的に扱うようになった。施設介護費用と在宅介護補助との格差を是正した。従来型の介護施設は重介護向けに転換した。
1997	高齢者ケアサービスの再構築	高齢者介護施設と老人ホームを統合した。施設事業者は重介護と生活介護の両方を提供するようになった。介護施設に対する報酬支払いは利用者の8段階の要介護度別に算定される。
2004	要介護認定の改定	8段階の要介護認定は廃止され、軽度・中度・重度の3段階の要介護認定基準に置き換えられた。認知症や医療の必要度に応じて追加報酬基準も作られた。
2008	要介護認定の改定	2008年4月から新たな質問票による要介護認定が導入される予定である。

出典：Health expenditure Australia 2005-06

ニューサウスウェールズ州における高齢者向け住宅の例を見ると、同じ敷地内に重度高齢者向けナーシングホームとある程度自立している高齢者向け住宅などが複合的に立地している施設などが見られた。障害者向けのグループホームは高級住宅街に立地している例もある。これは入居者分の個室を確保しようとするれば結果的に部屋数の多い高級住宅になってしまうことと、地方政府が格安で賃貸あるいは売却してくれることが理由

となっている。障害者の作業所は採算にのる商品生産が行われている例を見た。障害年金を減額されない程度かつ総収入で障害者自身が自立して生活できる水準の報酬を払うため、作業所で生産された商品は相対的に低い人件費で市場競争力を持たせていた。これらは一例であるが、日本における障害者授産施設に見られるように居場所作りの域を出ない福祉就労の場も存在している。

日豪社会政策の協調

日本とオーストラリアの二国間関係を見たときに、経済関係は貿易を通じた結びつきに加えて人的交流の結びつきも強くなってきている。企業が日本からオーストラリアへ駐在員を派遣すること、またその逆もある。このときに問題になるのは、両国政府が一時派遣された駐在員に対して年金制度への加入を義務づけていることである。そこには社会保険料の二重払いの問題や、加入期間が短いために年金受給資格を満たさず受給できない問題が発生している。

これらの問題を二国間で協調して解決するために取り決めるのが社会保障協定である。日本・相手国いずれか一方の年金制度のみが適用されるよう調整を行うこと、及び両国での保険加入期間を通算してそれぞれの国における年金の受給権を確立できるようにすることが定められている。派遣期間が5年以内であれば、派遣元国の制度のみに加入することも条件となる。

日本企業に勤めている人がオーストラリア駐在になったとき、従来であれば日本とオーストラリアの両方の年金制度に加入して二重の保険料負担が発生していた。オーストラリア企業に勤める人が日本駐在になった場合でも同様である。社会保障協定が発効することで、日本企業に勤める人は日本の年金制度のみ、オーストラリア企業に勤める人はオーストラリアの年金制度のみに加入すれば足りて駐在国の年金制度からは適用除外されることになる。しかし、日本人がオーストラリア企業に勤めたり、オーストラリア人が日本企業に勤めたりする場合には事情が難しくなり、社会保障協定によって調整される対象からは外れてしまう。将来的に母国に帰国する予定があるならば二重の保険料負担から免れることはできない。

社会保障協定は既にドイツ、イギリス、韓国、アメリカ、ベルギー、フランスの6ヶ国との二国間協定として発効している。カナダとの協定は署名済みであり、両国の国内手続きが終われば発効する予定となっている。オーストラリアとの協定は2005年6月に交渉が開始され2007年2月に署名された。両国の国内手続きが進めばカナダに次いで8番目の社会保障協定国となる見通しである。

II 2007年総選挙がオーストラリア社会政策に与える影響

ラッド労働党の政権奪取

オーストラリアでは2007年11月に総選挙が行われ、11年間自由党政権を率いたハワード首相は敗北し、ラッド党首率いる労働党に政権を譲り渡すことになった。下院では過半数を制する労働党であるが、上院では半数には満たず、いわゆる上下院のねじれ現象が生じている。このため政権運営には野党となる自由党との関係を見捨てる舵取りが求められる。

ラッド労働党は中道左派に位置づけられる政治勢力である。労働党政権が発足することで、ハワード政権がとってきた保守派の新自由主義的な政策から大きく転換する可能性がある。一方で、かつてイギリスでブレア労働党が政権奪取に成功したときの政治状況になぞらえる見方もできる。つまり、従来の支持層である労働組合の要求を丸呑みするのではなく、教育・労働・資産形成に重きを置いて新しい市民モデルを提示したのがブレア英首相であった。市場原理を強調した保守主義でもなく、労働者の連帯を殊更強調した社会主義でもなく、「第三の道」を標榜したのである。議会のねじれ現象も理由として、ラッド政権は市場合理性と両立する新しい国民像を提示していかざるを得ないだろう。そもそも経済政策運営に関しての選挙公約は自由党と大きく路線を変えるものではなかった。

京都議定書早期批准やイラクからの撤兵がラッド労働党の選挙公約として注目された。ここでは現在から近い将来にかけてオーストラリア社会政策に責任を持つラッド労働党が選挙公約として提示してきた内容について確認しておこう。もちろん自由党と協調しながらの政権運営を強いられるためにすべてが実現可能とは思われないが、労働党の目指している方向性を知ることができる。保育・幼児教育、障害者福祉及び社会参加、そして医療サービス保障について取りあげる。

保育・幼児教育

1. 保育税還付²を50%引き上げて子ども一人当たり毎年AUD7,500(≒73万円)上限にすることで70万世帯の子育て家庭の家計を支援する。労働党政権では両親が負担している保育費用の82%まで公的支援を引き上げる。
2. 学校や大学を含む地域各所に260ヶ所の保育所を新設して使いやすくする。
3. AUD7700万(≒75億円)を保育の質改善を目指す教育訓練及び保育所基準の

² かつてブレア政権がイギリスで実施したのが児童税控除であり、働いている両親を支援する方法として現金給付を行うのではなく税還付を実施したのに似た制度である。

³ http://www.alp.org.au/download/now/early_childhood_policy.pdf [Nov.2007]

達成のために投資する。

4. 4歳児全員が週15時間かつ年間40週の幼児教育を受けられることを保障する。
「労働党選挙公約：幼児期政策」³より

この他に4歳児健診の実施、AEDI⁴の全小学校への展開、AUD3250万（≒32億円）を投じての過疎地域における未就学児家庭内プログラムの展開、そして自閉症児への包括的な早期介入と専門的ケアなどが挙げられている。

障害者福祉及び社会参加

1. CSTDA⁵に則って障害者の入所施設、レスパイトケア、家庭内支援などの一体化にAUD9億6200万（≒940億円）を配分する。ハワード政権が無視してきたCSTDAを最優先とした制度改革を実施する。
2. 地方政府と連携した障害者と介護者に関する改革を実施する。
 - (1) 現在及び将来の障害者支援サービス需要のよりよい指標作り
 - (2) 全国的な主要障害者支援サービスに関する基準達成
 - (3) 年長の介護者にCSTDAに基づく障害者支援サービスにおける優先事項作成
 - (4) CSTDA助成障害者支援サービス基準に基づく品質改善システム
 - (5) 支援サービスに簡単にたどり着くためのサービス計画及び戦略の改善
 - (6) 障害者への早期介入、人生設計、自立促進、そして社会参加への支援

「労働党選挙公約：障害者と介護者」⁶より

この他に障害者向け駐車許可証に象徴されるような地方レベルで異なる制度を国主導で統一する方針であるとか、いくつかの州で実施されている介護者がスポーツ観戦や娯楽イベント入場券となるような引換券を受け取れる事業、視覚障害者向けのバリアフリーガイドライン統一などを強調している。また、障害者グループホームで生活している人が高齢者になる例にも言及して、わざわざ高齢者向け施設に移る必要はないとしている。

障害者の就労に関しても、2年間の移行期間を設けて福祉雇用から一般雇用へと挑戦する機会を与え、うまくいかなくても福祉雇用に戻ることでできる制度を計画している。社会参加に関しては、次のような公約を掲げている。

1. 英連邦歯科医療スキームの廃止による低所得者向け歯科医療水準向上
2. 英連邦住宅協定の阻止によって住宅保障実現
3. 職業紹介ネットワークの機能不全を回復

⁴ Australian Early Development Index：心身の発達、言語・表現能力など子どもの発達度合いをチェックリスト形式で客観的に測ることができるという1年生修了時に実施するテスト

⁵ Commonwealth State Territory Disability Agreement：英連邦障害者協定

⁶ http://www.alp.org.au/download/now/071107_disability_and_carers_policy_doc___with_header.pdf [Nov.2007]

4. ホームレスや病人に厳しい法律の改正
 5. 教育問題放置の改善
 6. 地域における権利擁護が欠落していたことへの改善
- 「労働党選挙公約：社会参加」⁷より

医療サービス保障

実は全国的な医療サービスの政策変更について労働党は公約で取りあげていない。一部の例外は、先住民アボリジニが多く居住するノーザンテリトリー（北部準州）における医療サービス保障を記述しているのみである。幼児期政策の中に4歳児健診を盛り込んだり、社会参加政策に歯科医療水準向上をうたったりといった個別的な内容は含まれるが、医療サービスのシステムを大きく変更する計画は明示されていない。ある意味で政権選択の争点ではなかったとも言える。

日本における政策論点との対比

もし日本で総選挙が直ちにあったとすれば、争点の中に高齢者医療や介護の問題、そして何より公的年金制度が入らないはずはない。しかしながら、オーストラリアの総選挙ではいずれも争点としては取りあげられなかった。これは日本が先進諸国において最も高齢化が進んだ国であり、社会政策の対象も高齢者優先になる事情を反映したものと言える。

選挙公約としては入らなかった年金問題であるが、日本とは異なる事情でラッド労働党も言及し声明を発表している。一つはイギリスとの社会保障協定締結に関してであり、もう一つは軍人恩給あるいは戦傷・戦死軍人とその家族に対する補償年金の問題である。ハワード政権下で2001年に締結されたイギリスとの社会保障協定では、年金受給年齢に達しているイギリスからの新移民は10年以上の居住歴が無いとオーストラリアの年金受給資格を持ってないであるとか、元オーストラリア住民だった者はミーンズテスト無しにイギリスの退職者年金を受給できないであるといった内容が含まれていた。これをラッド労働党は年金受給者が生活しやすい条件に改正したいとしている。軍人恩給あるいは戦傷・戦死軍人とその家族に対する補償年金の問題については、経済成長を続ける社会では副産物としてインフレの影響が生じており、賃金・物価スライド制を導入して十分な生活費用となるように支給額を改善する方針を示している。イラクからの一部撤兵を表明しているラッド労働党は復員軍人対策も同時に考慮していることの表れである。

⁷ http://www.alp.org.au/download/now/071122_social_inclusion.pdf [Nov.2007]

Ⅲ 結語にかえて

オーストラリアの社会政策に関する制度及びトピックを日本に対比させながら本稿を構成してきた。そこで明らかになるのは社会経済情勢の違いなどから似ている部分を探しても見つけにくい両国の対照的な特徴であった。

一時は世界一、二を争う経済大国をなした日本は、他の先進国に類を見ない急速な少子高齢化に直面している。将来にわたる社会保障給付負担の増大に不安が増すばかりというのが一般的な見方である。さらに少子化対策というよりも次世代育成支援としての社会政策の中身が問われてもいる。このような社会経済情勢の変化は、近い将来に中国や東南アジア諸国の多くが辿る道筋でもある。

一方オーストラリアは移民を積極的に受け入れる多民族国家という性格、英連邦の一員であること、そして先住民を迫害した・白豪主義をとったという過去の負債を背負っているといった複雑な社会経済条件を持っている。天然資源と人的資源の活用によって現在以上に経済成長する余地が残されている国であり、人口の若さを移民の受け入れによって維持している。ここでは日本とは別のニーズが発生しており、日本とは異なった対応が求められている。

『福祉資本主義の三つの世界』⁸によって流行した福祉国家類型論において、オーストラリアは自由主義型としてアメリカやカナダと同じカテゴリに含まれる。現在までの議論においては家族やジェンダーに関する要素を取り入れれば異なった類型が存在するとも指摘⁹がある。新たな基準を使っても日本とオーストラリアが似ているという結果は導くことができない。それは超高齢社会に達した日本と若いオーストラリアという人口構成の要素だけではなく、目指している福祉国家のモデルが異なっているのである。この傾向は日本とオーストラリアのみにあてはまることではなく、ある国の制度を先進福祉国家モデルとして真似るやり方が通用せず、それぞれの枝分かれの道筋において独自のモデルを作っていかなければならない時代に入ってきたと考えられる。

⁸ Esping-Andersen(1989)

⁹ 大沢(2004)

参考文献

- 1) G.Esping-Andersen, 1989. The Three Worlds of Welfare Capitalism, Policy Press, Bristol, UK
- 2) 小松隆二・塩野谷祐一編 『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 1999年
- 3) 大沢真理編 『福祉国家とジェンダー』 明石書店 2004年
- 4) A.Roulstone and Barnes, C. (eds.) 2005. Working Future? : Disabled people, policy and social inclusion, Policy Press, Bristol, UK
- 5) Australian Institute of Health and Welfare 2006. Australia's health 2006. AIHW cat. no. AUS 73. Canberra : AIHW.
- 6) Australian Institute of Health and Welfare 2007. Health expenditure Australia 2005-06. Health and Welfare Expenditure Series no. 30. Cat. no. HWE 37. Canberra : AIHW.
- 7) 厚生労働省編 『世界の厚生労働 2007—2005～2006年海外情勢報告(2007)』 TKC 出版 2007年
- 8) Van Doorslaer E, et al., Horizontal inequities in Australia's mixed public/private healthcare system, Health Policy (2007), doi : 10.1016/j.healthpol.2007.09.018