

オーストラリアの社会保障事情（概説）

本 田 清 隆

（在メルボルン総領事館・領事
前厚生省社会局）

〔要 約〕

州権が極めて強く、各州の制度が必ずしも統一されていない同国の社会保障制度の全体像を把握することはなかなか困難であるが、ヴィクトリア州（特にメルボルン市周辺）から見た社会保障事情を中心に概説する。

同国は慢性的人口不足のため移民—特に技術者—を歓迎し、社会保障面でも配慮がなされ、老齢年金、失業給付、家族手当等の資格要件にその例を見ることができる。また出生奨励策的配慮もなされている。

社会保障の基本的な考え方は、自助原則に基づき最低保障を一般財源で行い、後は民間部門に委ねるというものである。

所得保障は一般財源により賄われ、老齢年金、障害年金、失業給付にかかわりなく単身、夫婦に分けて定額である。但し受給者に子供がいる場合には加算される。公的扶助は特別給付として、他の給付への受給資格がなく生活に困窮している場合に、失業給付を超えない限度で支給される。

所得保障のもう一つの大きな柱は家族手当であり、この制度の特色は人口増加を意図して子供の数が増える程支給額が増加し且つ多子出産に対する補足的給付のあることである。医療保障の分野では1975年導入のメディバンクが1978年に廃止され、代わって1984年にメディケア制度が設立されたが、同制度の骨子は前者に類似している。すなわち収入の一定割合を保険税として徴収し、これを基金として全国民に医療費保障を行うものである。なお医療供給体制について述べると、主たる責任は州政府にあり、また一般医と専門医との分業体制をとっている。

社会福祉は住民サービスの一環として州及び地方自治体が提供しているが、特に老人福祉について述べると、施設としてはナーシングホームとホステルが主たるものであり、近年は在宅ケアに施策の重点が移っている。なおホステルとは、自宅での生活が困難で日常生活の援助が必要な老人に、住居とサービスを提供するものである。

はじめに

「豪州」と聞いて、何を想像するであろうか。近年、観光地として注目を集め始めた豪州ではあるが、依然、多くの日本人にとっては、赤道を超えなければ行けない国として実際よりも遠い国と感じられているのではないだろうか。

先進国であり、かつ、英語圏でありながら、日本からの関心の低さに対応し豪州からの情報は、社会保障制度に関するものに限らず、極めて少ないというのが実感である。

本稿では、豪州の社会保障制度を概観するが、情報不足解消に少しでも役に立てば幸いである。なお、制度の名称等一応訳したが、むしろ、英語の方がニュアンスが分かりやすいものもあり、また、今後英文の資料を読まれる場合の参考になると思うので、英文を添えておいた。

1. 豪州概観

(1) 政治制度

豪州は1901年以来連邦制をとっており、6つの州と2つの特別地域とから成り立っている。エリザベス二世を元首とする立憲君主国であり、王権を代行するものとして、連邦総督（Governor - General）が任命されている。各州には連邦同様に、王権を代表するものとして総督（Governor）が置かれている。

また、上下両院から成る議会を持つ議院

内閣制の国であり、1983年以来ホーク首相を党首とする労働党が政権を握っている。

（6州のうち、労働党政権のものは3州、保守系政権は3州である。）

連邦権限は、外交、防衛、通商等特定分野に限られ、多くの分野が州の管轄となっている。社会保障関係も大半は州の権限となっており、連邦は年金等の現金給付の支給及びメディケアや州政府の施策に対する財政援助が中心である。その他の地方自治体は、住民サービスの一環として、特に児童福祉（健康診断、カウンセリング等）の面で重要な役割を果たしてはいるが、財政面で弱体であるため、連邦及び州政府の援助が必要である。

連邦と州の権限関係は、必ずしも明確なものではなく、権限争いの生ずることもある。州権が強く、各州が独自性を持って各種制度を発展させてきたというのが豪州の歴史であり、しばしば「豪州には7つの国がある」（連邦と6つの州）と言われるほどである。

社会保障制度に限ったことではないが、連邦の指示に各州が直ちに従うということにはならず、1984年にメディケアが導入された際もクイーンズランド州が財政問題もからんで仲々同意せず、同州における新制度発足のための協定調印が1月程遅れた。連邦と州の間で本格的な権限争いとなることもあり、タスマニア州におけるダム建設に対する連邦政府による中止命令の是非が最高裁で争われたこともある。現在でも、環境保護を優先する連邦政府が森林保護のため保護地域の指定をしたことに対し、開

発（森林伐採）を進めようとする州政府が最高裁に訴えて争っている。

以上の様に州権が強いことに加えて、広大な国であり、かつ、各州都が砂漠等によって隔たれているため、州により気候、風土、気質なども非常に異なっているし、各州間の対抗意識も強い。首都キャンベラも、シドニー、メルボルンという二大都市が互いに譲らぬためにその中間に建設されたとの事である。従って、各州の制度も必ずしも統一されておらず、制度の全体像を把握することは仲々困難である。本稿も、ヴィクトリア州（特にメルボルン市周辺）から見た社会保障事情である点に留意してほしい。

(2) 地理的条件

豪州の国土は、日本の約20倍、約 768万平方メートルに達し、反面、人口は約 8分の1、約1,600万人に過ぎない。ヴィクトリア州は面積約22.8万平方メートル（本州とほぼ同じ）、人口約 410万人である。州都メルボルン市はシドニー（ニューサウスウェールズ州の州都）に次ぐ第二の大都会であるが、コンサートとかフットボールの大会等の催し物でもない限り交通ラッシュはなく人口密度の少なさを実感する。

メルボルンから隣の州都シドニーまでは約 900km離れており、移動は飛行機でということになるが、飛行機代が高いため自動車で行く人も多い。体力的にきついで、それも出来ず他の州に行った事のない人もかなり多い。

各都市の人口は、86年6月のセンサスによれば、シドニー、339万人、メルボルン、292万人、ブリスベン、116万人、パース、100万人、アデレード、99万人である。シドニー、メルボルンの二大都市のみで、総人口の約4割を占め、上位5都市で約60%、上位13都市で約70%の約1,100万人となっている。このように人口の大半は東南部の海岸近くに住んでおり、その他の国土はほとんど人も住んでいない。人口の希薄な所では、フライングドクター制度（飛行機に乗って往診する医者制度）や通信教育制度という特殊な制度が発達している。（メルボルンにおいても、患者の緊急輸送等はヘリコプター等で行われており、領事館の近くの病院近くの公園にヘリコプターが着陸しているのを見ることがある。）

(3) 移民

豪州は、周知の様に移民によって出来上がった国である。今から 200年前の1788年にシドニー湾附近に入植したのが最初で、今年（1988年）は建国 200年である。これを記念し様々の行事が行われるが、そのハイライトはブリスベンで開催される万国博覧会であり、日本政府も参加している。ともあれ、まだ 200歳という若い国である。

豪州は、慢性的な人口不足のため現在でも移民政策に力を入れており、1945年以降現在まで約 400万人の移民を受け入れた。家族呼び寄せが最も多いが、近年はベトナム、レバノン等からの難民も多い。豪州としては、特に熟練労働者の不足が著しく、

その増加を望んでいる。社会保障関係では、看護婦の不足が社会問題化しており、看護婦の移民は大歓迎である。86年末には、待遇改善を求め、驚くことに50日間にわたり看護婦のストが行われ、病院の機能はマヒした。人口増に占める移民の比重は高く、85年は人口増の約38%が移民によるものであった。なお、豪州人口の約21%は海外で出生しており、その内3分の1は英国及びアイルランドである。

移民の国であるという特徴は、移民省の存在として顕著に現われる。労働者の4分の1は、仕事をするに十分な英語能力がないと報道されたこともあり、移民が豪州の中で大きなハンディキャップを負っていることは想像に難くない。移民省は、これら移民をどのようにして自立させ、豪州の中に受け入れて行くかに苦心している。移民時あるいは就労に際しての英語教育、電話による無料通訳、ソーシャルワーカーによる援助等多くの施策がある。これら施策は、他の社会保障制度への橋渡しという性格も持っている。

社会保障制度そのものにもその影響がみられる。老齢年金支給要件が豪州居住10年以上と比較的短いことや豪州国籍を所持する者のみでなく、永住の意思のある者に対しても同様に失業給付、家族手当等が支給される等の点がその例と考えられる。また、広報資料も10カ国語にのぼるパンフレットが作成されている。(ちなみに、10カ国語とは、英語の他ギリシア、イタリア、中国、アラビア、クロアチア、スペイン、ベトナム、トルコ、セルビアの各国語である。)

(4) 人口動態

総人口は、1986年のセンサスで初めて1,600万人の万台を超え、1,602万人となった。(過去5年間の年平均増加率は1.43%) 65才以上人口は、168万人(男71万人、女97万人)で、老齢化率は10.5%(男8.7%、女12.1%)である。前回のセンサス(1981年)では老齢化率は9.8%であり、老齢化は進行している。2001年には、11.7%にまで高まると予想されている。

(AUSTRALIA'S AGED POPULATION
1982: 豪州政府統計局 (ABS))

表1 人口 (1986年)

	男	女	計
人口 (千人) (A)	8,000	8,018	16,018
65才以上人口 (B)	709	973	1,682
15才未満人口	1,896	1,803	3,700
高齢化率 (B/A)	8.7%	12.1%	10.5%

資料 1986年センサス: ABS

老齢化の原因は、出生率の低下と平均余命の伸長である。出生率は、戦後一貫して減少の傾向にあり、85年末では15.7(人/千人)となっている。純再生産率も76年以来1を割っている。平均余命は、男 72.32才、女 78.76才となっている。

(5) 経済的条件

第一次産品に頼っている豪州経済は、ここ数年落ち込みを見せており、社会保障制度の面でも厳しさを加えている。86/87年度の名目GDPは約2,644億ドル、実質成

論文

表2 人口動態

①

出生 (千人)	死亡 (千人)	自然増加 (千人)	移民 (千人)	人口増加 (千人)
242.8	116.9	125.9	82.8	208.7

②

	出生 (人口千対)	死亡 (人口千対)	乳児 (出生千対)	婚姻 (人口千対)	離婚 (人口千対)	平均余命 (男)	平均余命 (女)
豪州 (日本)	15.4 (11.9)	7.4 (6.3)	10.0 (5.5)	7.3 (6.1)	2.5 (1.39)	72.32才 (74.95才)	78.76才 (80.75才)

資料、人口動態統計(1986年9月四半期) : ABS, 昭和61年版厚生白書

長率2.0%である。インフレは激しく、CPIの増加率は85/86年度8.4%、86/87年度9.3%であり、日本はじめ多くの先進国と比較して際立って高い。国民生活に与える影響も出ており、実質賃金は低下している。

87年8月の平均賃金(フルタイム、男子)は、週472.10豪ドルである。日本円に換算すると約5万円ということになり、日本の平均賃金と大差ないと思われる。しかしながら、対円レートの変化は大きく、84年には1豪ドル約240円であったものが86年には約180円、87年には約100円、最も円が高い時で約90円となった。数年前のレートで考えれば、12万円となり、月給で見ると50万円を超える。生活実感から見れば、親子4人の一週間の食費は100ドルもあれば十分であるし(外食を除く)、電気、ガス代は月150ドル程度であろうか。教育費がほとんどかからないことやその他の物価水準も日本の方がかなり高いことを思えば、現在のレートで日本と比較してもかなり余裕

のある平均賃金であると言える。豪州の年金、失業給付等は平均賃金の4分の1程度で、単身者で週116.10ドル、夫婦で週193.50ドルであるが、家さえあれば、それほど心配せずに暮せる水準ではないだろうか。失業率は高く、86/87年度平均で8.3%である。特に若年層の失業率は高く20~25才では20%を超えているが、その背景には、給付額の高さがあるのではないかと批判があり、失業給付制度の見直しが社会保障の分野では最大の関心事である。

(6) 社会保障制度の変遷

豪州の社会保障制度を歴史的に見てみると、生活困窮者には一般財源より公的扶助を行い、それ以外の者はグループ又は個人によって「自助」すべきという考え方が強い。20世紀に入るまでは公的制度は存在せず民間団体による慈善活動が中心であり、政府による補助金を受けるにとどまっていた。現在に至っても、特に老人、障害者福祉の面で民間団体の果たしている役割は極

めて大きい。

1901年1月1日に連邦政府が結成され、連邦政府に老齢、障害年金に関する法規の制定権が付与され、1908年6月に法律が議会通过した。制度発足は、老齢年金が1909年7月、障害年金が1912年12月であった。年金制度は州がわずかに先行していたが

(ヴィクトリア州やニューサウスウェールズ州では、老齢、障害年金が導入されていた)、連邦制度により置き換えられた。

当初の老齢年金は、男65才、女60才から支給され、豪州に25年間居住していることが要件とされていた。(現在は、10年の居住要件である。)また、障害年金は、5年の居住要件であったが、現在は国内に居住していればよい。いずれも無拠出制であり、政府の一般財源より運営されている。このやり方は現在も変わっておらず、豪州社会保障制度の一つの特徴となっている。

1912年には、出産手当が世界に先駆けて導入されたが、その後第二次大戦後に至るまで連邦による新規の給付制度導入はなかった。第二次大戦後の数年間には、家族手当、寡婦年金、失業給付等数多くの制度が導入され、大きな制度の拡大期であった。1970年代にも制度改革があり、年金のスライド制等が導入された。1984年2月には、メディケア制度(MEDICARE: 公的医療保険制度)が導入された。(1975年7月に類似のメディバンク制度が導入されたが、1978年11月に廃止されている。)最近は、豪州経済の低迷を反映し、財政的要求から1985年3月の年金に関する資産審査制度(ASSETS TEST)の導入、1987年11月の

家族手当に関する所得審査制度(INCOME TEST)の導入等が行われている。

2. 所得保障

(1) 制度の概要

イ. 豪州の所得保障制度は、すべて一般財源によっており、老齢年金、障害年金、失業給付等種類に係わりなく、次の額が支給される。('87年12月現在)

単身者 週116,10ドル

夫婦 週96,75ドル(一人分、但し病気等のため夫婦が別々に暮らざるを得ない場合には、単身者分が夫婦双方に支給される。)年金及び諸給付の受給者に養育する子供がいる場合には、次の額が加給される。(両親とも受給者の場合はその一方に支払われる。)

13才未満 週22ドル

13才から15才 週28ドル

16才から24才の学生 週17ドル

なお、支給額は、年2回CPIに応じて見直しがされる。(通常5月、11月)、支給の方法は、二週間に一回、銀行振込又は小切手送付により行われる。

ロ. 年金及び給付制度には、所得審査及び資産審査制度が導入されている。所得審査は一定の限度を超えた所得1ドルにつき、給付額が50セント減少するもので、同様に資産審査も一定の限度を超えた資産を有する者は、超過分の資産500ドルにつき、給付額が1ドル減少する。既婚・未婚の別や

論 文

養育する子供の数又資産の種類（持家かどうか）等で限度額が異なり実際の計算は複雑である。

ハ、年金及び給付は、障害年金を除き課税対象である。但し、所得税の還付制度により年金以外にたいした収入がなければ、事実上税の徴収はない。

ニ、所得クレジット制（EARNINGS CREDIT SCHEME）が87年11月より導入され、年金額の減額なしに短期の仕事が出来るようになった。現在は、週40ドル（単身者）以上稼ぐと減額の対象となるが、クレジット制では、限度額（40ドル）との差額をクレジットすることが出来る。即ち、週10ドル働いたときは限度額との差額30ドルをクレジットする事ができる。その後、例えばクリスマスの時期に週250ドルで働いたとすると、一般には $(250-40) \times 0.5 = 105$ ドルが減額されることになるが、既にクレジットがあればこのクレジットを使い、年金額の変更はない。このクレジットの最高限度は、1,000ドルとされており、これを使い切った後更に収入があれば（例えば5週目にも250ドルの収入があれば）、105ドルの減額となる。

ホ、87年の選挙公約で、1990年までに夫婦の年金額の15%を13才以下の子供に、20%を13-15才の子供に支給する目標を立て給付額も増額された。87/88年度予算では、13才以下14.1%、13才-15才17.2%である。これは、近年、低下気味であった家庭への

所得保障を強化しようとするもので、出生率の低下等に対応したものである。

(2) 年金制度

イ、老齢年金（AGE PENSION）

男65才以上、女60才以上で豪州に継続して10年以上居住している者に対し支給される。

ロ、障害年金（INVALID PENSION）

16才以上で、失明又は85%以上労働能力を喪失している者に対し支給される。国内で障害を受けた場合は直ちに年金の対象となるが、海外で障害を受けた場合には、10年以上の豪州居住が要件となる。失明者については、所得及び資産審査は行われぬ。また、老齢年金支給年齢に達すると通常は老齢年金に移行している。なお、87年10月より、支給開始の12ヵ月後に抜き取りのインタビュー調査を行うことになった。

この他に、障害年金者には、移動手当（MOBILITY ALLOWANCE）が週11ドル支給されるが、これは週最低20時間雇用又は、職業訓練されており、援助なしに公共交通機関を利用できないものに対し支給され、雇用又は職業訓練後も最高3ヵ月間支給可能である。所得審査なしで非課税である。

ハ、保護就労手当（SHELTERED EMPLOYMENT ALLOWANCE）

保護就労は、保護的環境の下で実際の労働経験をjする機会を提供するもので、職業

訓練及び賃金稼得の機能を持っている。本手当はこのような保護就労サービスの下で働く場合に、障害年金の代りに支給される。障害年金は停止されているが、手当が中止されると復活する。障害年金と同様の所得、資産審査があり、支給額も同様である。なお、保護就労による所得は、手当に加えられる。

ニ. リハビリ手当 (REHABILITATION ALLOWANCE)

連邦リハビリサービス (COMMONWEALTH REHABILITATION SERVICE) によるトレーニングを受けている者に対し支給される。リハビリのプログラムの行われている間支給され、その後最高6カ月まで継続できる。障害年金と同様の所得、資産審査があり、手当額も同様である。また、他の付加的給付 (賃借料扶助等) と併給される。

手当額は、非課税である。加えて、訓練手当 (TRAINING ALLOWANCE)、遠隔地居住手当 (LIVING AWAY FROM HOME ALLOWANCE)、リハビリに関連して生ずる生活費の免除が受けられる。

ホ. 妻年金 (WIFE'S PENSION)

老齢年金、障害年金受給者の妻で、妻自身は年金受給者でない者に支給される。老齢、障害年金と同様の所得、資産審査があり、支給額も同様である。年齢による制限はなく、居住要件もない。夫が65才以上又は妻が60才以上の時は課税対象である。

ヘ. 介護者年金 (CARER'S PENSION)
重度の障害のある老齢、障害年金受給者を長期にわたって介護 (CARE) する者に対して支給される。重度の障害とは、常時の介護と注意が必要であって、永久的又は長期間にわたるものを言う。介護する者は、配偶者を含む親族 (RELATIVE) であり、同居している必要がある。老齢年金と同様の所得、資産審査があり、支給額も同様である。

ト. 寡婦年金 (WIDOW'S PENSION)

寡婦年金は、次の者で、A～Cのクラスの条件を満たすものに支給される。

- (i) 未亡人
- (ii) 離婚した婦人
- (iii) 6カ月以上正当な理由なく夫に遺棄された婦人
- (iv) 6カ月以上刑務所において刑の執行を受けている者の妻
- (v) 夫の死亡直前、少なくとも三年間事実上の妻であった者
- (vi) 重婚の妻であった者

クラスA—養育する子供がいる婦人 (子供の条件は16才以下又は16～24才の学生である。)

クラスB—50才以上で養育する子供なし又は45才以上で子供の条件が満たされなくなり、クラスAの年金を受け取れなくなる婦人。

クラスC—50才未満で子供なし、かつ、夫の死後26週間困窮の状態にある婦人。

子供は夫の死亡等の時、実際に養育していればよい。(妻の実子に限らない。)ま

論 文

た、請求人（妻）と夫が豪州に永住していればよく、居住年数は問わない。

クラスA及びBは、老齢年金と同様の所得、資産審査がある。クラスCについては、困窮度の審査がある。

チ. 児童扶養手当 (SUPPORTING PARENT'S BENEFIT)

16才未満の子供又は16~24才の学生を養育する以下のカテゴリーに属す単身の親が、他の年金、手当を受給していなければ受給できる。申請した親の実子、養子を問わない。子供自身が年金、手当の受給者である場合は、支給されない。

- (i) 寡夫又は内縁の妻が死亡した男。
- (ii) 離婚した男。
- (iii) 6カ月以上別居している男女。(内縁を含む。)
- (iv) 未婚の親。
- (v) 配偶者が有罪となり14日以上刑に服する者。
- (vi) 配偶者の長期療養のため、家庭に同居することが不可能な者。

所得、資産審査及び支給額は寡婦年金のクラスAと同様である。但し、(vi)については、夫婦の所得の半分を所得とみなして計算する。

片親となった時に豪州に居住していれば、資格が生ずる。

なお、正式に離婚した女性に対しては、一般に寡婦年金が支給される。

リ. 付加的給付

先に述べた養育する子供に対する付加的

給付の他、次の給付制度がある。

(i) 母親／保護者手当 (MOTHER'S / GUARDIAN'S ALLOWANCE)

養育する子供がおり、単身者であるか病気等の理由で配偶者と同居出来ない者に対し週12ドル支給する。非課税だが所得審査あり。

(ii) 賃借料扶助／インセンティブ手当 (RENT ASSISTANCE / INCENTIVE ALLOWANCE)

公営住宅以外の住宅を賃借している者、又は下宿代、居住用のボート、キャラバンその他の敷地の借料を支払う者に対し、最高週15ドル支給される。保護就労手当受給者及び訓練中の障害年金受給者には、賃借料の代わりに週15ドルのインセンティブ手当が支給される。(但し、賃借料及び所得審査なし。)

(iii) 遠隔地手当 (REMOTE AREA ALLOWANCE)

特定の遠隔地(所得税のA地域と同じで豪州の北半分をほとんどカバー)に住む者に対し支給される。支給額は、単身者で週7ドル、夫婦で週12ドル。子供1人当たり週3.5ドル加算される。非課税、所得審査なし。

日常の住居が遠隔地内にあり、そこに居住している事が要件だが、一時的に離れる場合も最高8週間までは支払われる。子供の加算は、国外にいる期間は支給されないが遠隔地外の学校に通うような場合には支給される。

(iv) 特別一時手当 (SPECIAL TEMPORARY ALLOWANCE)

夫婦共に年金受給者であった場合に、一方が死亡した後最高12週までの期間、死亡しなかった場合に二人で受給出来た額と同額を支給する。

(v) 葬祭料給付 (FUNERAL BENEFIT)

葬祭料支払いの義務者に対し、20ドル支給される。また配偶者、子供又は他の年金受給者の葬祭料を負担する時は最高40ドルまで支給される。20ドルは、所得、資産審査がないが、それ以上は連邦制度の年金受給者への特典制度 (FRINGE BENEFITS) における所得又は資産審査に応じて支払われる。

(3) 給付制度

イ. 失業給付

(UNEMPLOYMENT BENEFIT)

16才~65才 (女は60才) で、申請前1年間豪州に居住しているか又は永住の意思のある者で次の要件を満すものに対し支給される。待機期間が7日ある。

- (i) 失業者
- (ii) 仕事をする能力と意欲のある者
- (iii) 仕事を得るために必要な事を行っていること。
- (iv) 労働争議により失業した者でないこと。
- (v) その者がメンバーである労働組合の他のメンバーによる労働争議により失業した者でないこと。

所得審査あり、87年12月より25才以上の者に対し資産審査が導入された。これは、失業給付が乱用されているのではないかと

いう批判に応えたもの。支給額 (週) は次の通り。

18才以下 (単身者)	50ドル
18才から20才	91.20 ドル
21才以上	108.40ドル
年金に関係なく単身者で 養育する子供あり	116.10ドル
夫婦	193.50ドル

夫婦及び単身者 (養育する子供あり) は、老齡年金額等と同額である。

なお、失業・疾病・特別の3給付共通の事であるが、夫婦が病気等のため別々に暮らしている場合には、各々が単身者のレートで受け取れる。(88年2月より)

ロ. 疾病給付 (SICKNESS BENEFIT)

一時的に病気又は事故で仕事が出来なくなり収入減となった者又は病気等がなければ失業手当を受給する資格のある者に対し支給される。年齢、居住の要件、所得、資産審査、給付額は失業給付と同様。待機期間は7日である。

ハ. 特別給付 (SPECIAL BENEFIT)

日本における生活保護に当たり、他の年金、給付の受給資格がなく、十分な生計費も得られず困窮している者に支給される。支給額は、失業給付等の額を超えない。天災による被災者に対する初めの2週間の給付は非課税である。

移民に対し支給されることも多く、移民に際しての保証人から移民に対し援助がな

論文

されない時に、その移民に対し支給される。この場合、保証人は支給された給付額を連邦政府に対し返還しなければならない。また、学生についても家庭で生活出来ない事情のある場合（家庭内暴力等）や親の援助が得られない場合等も受給資格は排除されない。その他必要性に応じ、緊急の事態にも対応できるよう制度設計がなされている。

二. 付加的給付

年金制度と同様、児童加算、母親／保護者手当等の付加的給付がある。

なお、賃借料扶助に関しては、87年12月より失業給付（16才以下の子あり）に対しては、週15ドルとなり、待機期間もなくなった。その他の失業給付又は特別給付の場合には、10ドルであり、待機期間も26週ある。（疾病給付の待機期間は6週間である。）

(4) 家庭に対する所得保障

イ. 家族手当 (FAMILY ALLOWANCE)

家族手当の支給は第一子からである。対象は16才未満の子、16才から17才の学生又は18才から24才の学生で低所得家庭のものである。通常は母親に対し支給されるが、施設内の児童に関しては、施設が受け取ることが出来る。

支給要件は、親及び子供が共に豪州で生まれたこと又は豪州に永住する意思のあることである。この要件に合致しない場合は、申請人又は子供が豪州に12カ月在住した後

州国外に子供のいる豪州在住者に対しても支給されるが、87年11月より豪州に居住したことの無い子供に対する資格は停止された。なお、子供自身が年金、給付等の受給者又は教育手当の受給者である場合には家族手当は支給されない。

支給額は次の通りであり、子供の数が増えるほど支給額が増加するのは、人口増加を図る意図及び多子家庭は生活が苦しいとの実態による。費用がかかることから近年改善は行われていない。

第一子	22.80	ドル
第二子	32.55	ドル
第三子	39.00	ドル
第四子	39.00	ドル
第五子以上	45.55	ドル
施設入所児童	39.00	ドル

ロ. 多子出産に対する補足給付

年齢6才未満の場合に支給される。三つ子 150ドル、4つ子以上 200ドル。

ハ. 児童障害手当 (CHILD DISABILITY ALLOWANCE)

'87年11月までの障害児童手当 (HANDICAPPED CHILD'S ALLOWANCE) に代わったもの。在宅障害児を養育する親又は保護者に対する援助制度である。支給要件は、障害のある16才以下又は16~24才の学生を養育し、継続的な介護と注意を必要とする場合である。同居が要件だが一時的に同居しないときも最高28日間支給が継続される。

支給額は月 112ドルである。

ニ. 孤児年金 (DOUBLE ORPHAN'S PENSION)

両親がいない子供の保護者又は施設が月60ドル年金として受け取る。片親が死亡した次の場合にも支払われる。

- (i) 親の一方の居場所が不明のとき。
- (ii) 親の一方が10年以上の刑に服しているとき。
- (iii) 親の一方が精神病院に入院し、不定期な期間ケアを必要とするとき。

なお、難民の子で、両親が共に国外又は居所が不明の場合にも支給される。

所得審査はなく、非課税。

ホ. 家庭補足手当 (FAMILY ALLOWANCE SUPPLEMENT)

'88年1月に、従前のFAMILY INCOME SUPPLEMENTに代わった。家族手当受給者で、他の所得保障制度や海外からの支払いのない者に対し支給される。所得審査あり。非課税。

支給額は次の通りである。(87年12月より)

13才未満の子供	週22ドル
13才から15才の子供	週28ドル

所得審査があり、子供1人の場合は週300ドル以上の所得があれば超えた分の50%が減額される。(子供1人増えるごとに12ドル分が基準の所得に上積みされる。)

3. 医療保障

(1) メディケア導入の経緯

豪州における公的医療保険制度の導入は、未だ日も浅く、制度の改変も著しい。1975年7月1日に初めての公的医療保険制度メディバンク制度が労働党政権の手により導入されたが、制度発足後半年も経たないうちに政権交替となり、1976年10月1日には制度改正が行われ、強制加入制ではなくなった。更に1978年10月1日には制度が廃止され、メディバンクも民間保険の一種という形となった。1983年に再び労働党政権が誕生し、翌1984年2月には、公約通りメディケア制度が導入された。制度の骨子は、メディバンクと類似である。(制度改正の経緯及び当初の制度内容に関しては、「オーストラリア・ニュージーランドの医療保障制度の現状と動向—第7回外国医療問題

表3 受給者数 (62年末現在)

老齢年金 (男)	407,607
" (女)	914,347
障害年金 (男)	213,362
" (女)	75,798
介護者年金	4,510
寡婦年金	152,104
児童扶養手当	179,183
失業給付	550,850
疾病給付	70,261
特別給付	19,875
家族手当	4,125,159
児童障害手当	31,061
孤児年金	4,537
家庭補足手当	32,803

論文

研究調査団報告—1984年12月、健康保険組合連合会」が詳しいので参照されたい。) メディケア導入以来やっと四年が過ぎた所で、野党は依然制度に反対であり、政権交替があれば再び制度見直しがあることも予想される。

(2) 制度の概要

メディケアは、収入の一定割合を保険税 (LEVY) として徴収し、これを基金として全国民に普遍的に医療保障を行おうとするものである。

メディケア導入前は、年金受給者、失業者、低所得者に対する医療給付制度の対象者以外の一般国民は、民間保険に任意加入していた。加入者は、全国民の約67%に過ぎず、無保障の状態にある者も多かった。民間保険に対しては、連邦政府が医療給付費の30%を補助するほか、支払保険料に対する税の払い戻し制度があった。州により又、保険会社により保険料や給付率が異なる等の事情もあり、こういった複雑な制度を簡素化する要望も強かった。また、民間保険の保険料は、種類ごとに加入者の負担能力にかかわらず定額であって、低所得者にとっては不公平であると考えられていた。

イ. 対象者

豪州に居住するすべての者が対象となっている。旅行者の場合でも6カ月以上の滞在許可を有する者は対象となる。また、英国、ニュージーランド国民は条約により対象となっている。

ロ. 保険税

1988年より課税対象所得の1.25% (発足時1%, 1987年1.145%) が徴収される。

なお、低所得者に対しては、免除制度があり、単身者は年8,980ドル以下 (87/88年度)、夫婦は年15,090ドル以下の所得の場合徴収を免除される。(子供一人増加するごとに各々年2,100ドルが加算される。) その他、年金受給者で医療カードを交付されている者等も免除される。

ハ. 給付内容

(i) 連邦政府が医療項目ごとに基準料金 (SCHEDULE FEE) を設定しており、医療費の給付率は原則85%、病院での診療については、75%である。歯科、医薬品、私立病院への入院費等はメディケアの対象外である。個々の医師、病院は、必ずしも基準料金に制限されず、自由に料金を設定できる。多くの医師は豪州医療協会 (AUSTRALIAN MEDICAL ASSOCIATION) が設定した標準料金を参考にしている。

結局、基準料金の15%及び基準料金と実際の支払額の差が自己負担となり、民間保険でこれをカバーする。自己負担額の上限は、一回の診療行為ごとに20ドル、一会計年度で合計150ドルと定められており、これを超える部分については、100%給付される。

受給方法は、償還制であり患者がメディケアに請求し給付を受けることとなる。また、医師の裁量により医師が直接メディケアに請求する方法も可能である。この場合は、自己負担分がなくなり、医師が85%分

をメディケアから給付される。事務の簡素化の代わりに15%分が医師により負担される形である。

(ii) 入院の場合は、私立病院と公立病院とで扱いが異なる。私立病院の入院費はメディケアの対象外である。なお、私立病院への入院費に対する補助制度があるが、1987年3月より、従前の病院の三つのタイプ別に補助していたやり方 (*ex.* 外科手術の出来るタイプの病院に対しては1日40ドルの補助) から、入院中に行われる医療行為別 (高度な手術、お産、リハビリ、一般治療等) に補助するやり方に変更された。

公立病院の場合、一般病室に入院すれば無料であるが、特別病室 (PRIVATE WARD ACCOMODATION) に入院すれば、全額自己負担である。なお、公立病院に入院した場合もかかりつけの医師 (VISITING SPECIALIST) を呼んで治療を受ける事が可能である。しかしこの場合はメディケアの対象とはならない。

(iii) 医薬品については、メディケアの対象外であるが、87年11月より医薬品給付制度が出来た。慢性病等で大量に医薬品を使用する者の負担軽減を図る制度である。処方せんを用いて医薬品を購入する場合に、医薬品給付カードを薬局が発行し、年間25回を超えるとそれ以降、年度内は薬は無料となる。なお、年金受給者は無料である。ちなみに、豪州は医薬分業である。

(iv) 医療体制については、州政府が第一義的な責任を有している。87年で公立病院720、私立病院333、計1,053であり、ベッド数は、各々66,159, 21,427, 87,586,

1,000人当り5.4ベッドである。

受診する場合には、一般開業医 (GENERAL PRACTITIONER) に先ず行く事になる。さらに専門的医療が必要となれば、GPが専門医 (SPECIALIST) を紹介してくれる。GPの診察所には簡単な器具しか置いておらず、検査等は検査センターと連携を取って行う。手術をする場合は、病院の施設を利用し専門医が行う。私自身の経験 (子供の出産) で言うと、専門医が病院の入院予約をし、当日は専門医が選んだ小児科医、麻酔医とチームを組んで医療を行う。看護婦は病院所属である。ちなみに、各医師から医療費の請求書が送付され、病院からは入院費 (室料)、手術室使用料等が別途請求された。

一般に診療を受けるには予約が必要であり、面倒な感じもするが、救急患者は直接専門医の診療が受けられ、公立病院は外来患者を直接診療している。GPの中には往診をする者もあり、また、公立病院や複数の医師によるチームが夜間診療を行ったりしており、都市部での医療は心配がないと思える。

4. 福祉制度

(1) 老人福祉

イ. 施設福祉

豪州では伝統的に、老人、障害者の問題は医療問題としてとらえられており、施設も病院の体系で考えられている。例えばナースィングホームは保健省の管轄である。

論 文

老人のための施設としては、ナーシングホーム、ホテル等がある。日本と比較して土地が安いこともあり、市内にも多く存在し、家族、友人の来訪も多い。豪州政府は、施設においてケアをすることよりも出来るだけ慣れ親しんだ自分の住宅で暮らして行けるよう日常生活を援助する方向へ政策の重点を移している。(後に述べる HOME AND COMMUNITY CARE PROGRAMがよい例)しかし、将来の老人増

(特に75才を超えるような高齢者増)を考えば施設の重要性は減少せず、施設の質の向上も課題の一つである。また、70才以上の老人 1,000人当り 100のベッドを整備することが目標となっている。

(i) ナーシングホームは、自活が困難で日常の援助の必要な老人に対し、看護及び世話をするものである。ナーシングホームには、看護婦はいるが、通常医師はおらず、必要により入所前からのかかりつけの医者の方に通うか往診をしてもらう。

施設建設に対しては、建設費の3分の2、最高16,666ドルの補助及び土地購入費として1人当り最高 1,920ドルの補助がある。

施設の運営費としては、施設に対し1日1人当り 59.75ドル(年間約21,089ドル)の連邦補助がある。また、介護の程度の多いものに対しては週42ドルの補助がある。入所者のうち年金受給者からは、年金額の87.5%と賃借料扶助(週15ドル)が支払われる。なお、これは公立の場合であって私立の場合更に自己負担が必要である。

施設入所に当たっては、コミュニティサービス省が判定を行うが、実際には連邦医

務官 (COMMONWEALTH MEDICAL OFFICER)又は通常、病院の中に設けられた全豪で34ある審査チーム (GERIATRIC ASSESSMENT TEAM)が行う。

(ii) ホテルは、自宅での生活が困難になり、日常の援助が必要となった老人に対し、住居と様々なサービスを提供するものである。施設内には、共通の食堂やリビングルームがある。ナーシングホームと異なり看護スタッフは必要としない。但し24時間求めに応じてサービスが受けられるスタッフがいる必要がある。

ホテルに対する補助は、3つに分けられる。

① 基本的サービスに対するもの (HOSTEL CARE SUBSIDY)

掃除、食事、洗たく等のサービスに対する補助で1日1人当り1.95ドルである。

② 特別なサービスに対するもの (PERSONAL CARE SUBSIDY)

入浴、トイレ、食事介助、衣服着脱、セラピー等のサービスに対するもので、1日1人当り11ドルである。

③ 一時休養サービスに対するもの (RESPITE CARE SUBSIDY)

50ベッドのホテルで1ベッド、50ベッド以上のもので2ベッドを一時休養サービス用のベッドとし、在宅でケアされている者の短期入所に用いる。利用の際に1日7.5ドル補助される。病気や事故のため入所する場合の他介護者が休みを必要とする場合も利用出来る。

ロ. 地域福祉

(i) 家庭, 地域ケアプログラム

(HOME AND COMMUNITY CARE PROGRAM)

施設福祉から地域福祉への動きの中で、さらにその動きを促進し、かつ質の良いものとするため連邦及び州の連携が求められてきている。本制度 (HACC と略す) は、この趣旨に沿い連邦と州により推進されるもので、費用負担は、連邦2に対し州1である。

なお、HACCは老人に限らず、障害者等日常生活を営む上で何らかの障害のある者に対しても提供される。なお、ナーシングホーム等も同様であり、実際にナーシングホームには49才以下が5.9%、50才~59才が2.6%入所している。ホステルも同様に0.9%、1.4%となっている。

HACCの目的は、地域をベースとした様々の援助サービスを提供することであり、その主要なサービスは次の通りである。

① ホームヘルプ

一般的な家事サービス (洗たく, 掃除, 料理, 買物等) や入浴, 衣服着脱の手伝いをする。

② 家のメンテナンス (修繕)

老人が家や庭等をメンテナンスするのに援助する。

③ 食事サービス

「MEALS ON WHEELS」 (自動車で食事をを運ぶサービス) やコミュニティセンターで食事を提供する。病人食や宗教上の理由での特別食をも提供する。1食50セントの補助が出ている。(88年より60セ

ント) ビタミン入りだと15セント程度補助額が増える。

④ 一時休養サービス

老人や障害者を在宅でケアしている者に対し休養を与えるため、週数時間又は最高4週間の休みを与える。やり方は、介護者が家に出向く, センターに行く, 施設に入る等色々である。

⑤ 輸送サービス

ミニバス, 共用タクシー, ハイヤー等を利用して、通常の交通機関が利用しにくい老人や障害者に移動の手段を提供する。

⑥ パラメディカルサービス

物理療法, 言語療法, 作業療法等をセンター又は自宅で提供する。

⑦ 訪問看護サービス

一時的又は定期的に、訓練された看護婦により提供される。一般に自宅でサービスを受けるがセンターでのサービスも奨励されている。介護者に対する援助も行う。

⑧ 教育, 訓練

訓練コースやセミナー等により、介護者の技術や知識を新しいものにする。

(ii) 在宅ケア給付 (DOMICILIARY NURSING CARE BENEFIT)

ナーシングに入ることの出来る慢性病の者を在宅で介護することを望んだ場合、同居している介護者に対し隔週42ドル支給される。なお、同様の給付として介護者年金がある。

ハ. その他

(i) PHB (PENSIONER HEALTH BENEFIT) カードを所持する者

論文

は連邦政府より、次のサービスを受けることが出来る。

- ① 薬剤費の無料サービス
- ② 補聴器の無料サービス
- ③ 電話レンタル料の割引
- ④ 郵便料金の割引
- ⑤ 鉄道、船舶運賃の割引

P H Bカードは、年金受給者等に支給され所得、資産審査がある。単身者で週78ドル、夫婦週132ドル以下の者に支給される。子供1人増えるごとに20ドルが支給リミットに加えられる。

州及び地方自治体による優遇策も P H Bカードにリンクしていることが多く、カード所持者に対し、市電、バスの割引制度や電気、ガス等の公共料金割引がある。その他、年金受給者に対しては、動物園、美術館等の入場料やゴルフのプレイ代の割引等手厚い優遇策がある。

(2)児童福祉

婦人の就業率は、87年9月で48.7%であり(男は75%)、そのうち3分の1強はパートタイマーである。人口増加の必要もあり、児童に対するケアも手厚いものがある。

イ. 就学前のサービス

(i) 教育的施設

幼稚園、プレイセンター、幼児グループ(TODDLER GROUPS)がある。

プレイセンターは、3～5才児対象で機能的には幼稚園と同じで、いわば、地方の幼稚園と行ったところ。幼稚園と併せV I

C州内に1,230カ所あり約58,000人の幼児が通っている。幼児グループは、親へのアドバイスと親同士の経験の交流の場として通常幼児福祉センター内に設けられている。これは1～3才児を対象としており51のセンターに1,900の家庭が参加している。

(ii) 保育所(CHILD CARE SERVICES)

0～6才児を対象とし、一般に7時から6時までオープンしている。(幼稚園は、1日2時間、週4回程度が多い。また、混合型の施設として幼稚園が終った以降の時間に子供を預かる所もある。)定期的に保育するだけでなく、親が医者や買物に出かける等のため一時的に子供を預けることも可能である。

(iii) 訪問サービス(FIELD OFFICERS / VISITING TEACHERS)

遠隔地に居住していたり、身体上や、家庭環境の問題で幼稚園に通えない子供のための制度で、個別に訪問して教えたり、グループを作る援助をする。V I C州42名の訪問教師がいる。

(iv) 移動幼稚園(MOBILE UNITS)

ボランティア団体や自治体が、改造したバンに道具を積み込んで、キャラバンパークや田舎のコミュニティ等人の集まる所に行き、そこに集まった子供達に対し授業を行う。V I C州に5ユニットある。

(v) 家庭保育(FAMILY DAY CARE)

自分の家で他人の子供を預かる制度である。一般の主婦を保育ママとして活用するもので自分の子供も含め4人が限度であり、地方自治体が指名したコーディネーターが調整を行う。現在50名の保育ママ。子供は

160名程度である。

ロ. 学齢期のサービス

職業を持っている婦人にとって放課後に子供をどうするかが大きな問題である。このため地方自治体や学校のコミッティ等が次のようなプログラムを作っている。

(i) 放課後3時半～6時が多いが、学校やセンター等で工作、絵画等を教えたり、自由に遊ばせる。(出入りは自由)VIC州では113カ所ある。

(ii) 夏休み等の休日には、遠足(水泳やスケート等)に連れていったりする。最低10日間、1日8時間やっていることが条件である。事前にスケジュールが公開されるので、自由にそこから選択出来る。スタッフは、ボランティアが多い。児童数は平均60名程度である。

ハ. ホステル

14～21才の若者を対象にした住居である。色々の問題で直ちには自立した生活を営めない若者が自立に必要な技術を身に付けるためのもので、福祉施設と地域をつなぐ役割を持っている。ホステル内の生活は地域での生活と出来るだけ同じようにされ、ホステル自身も普通の家と同じに作られている。6～10名の若者がおり、VIC州に26のホステルがある。スタッフが同居しているものもある。

ニ. 親代りケア (FAMILY SUBSTITUTE CARE / FOSTER CARE)

親の身体的、精神的な問題や離婚等家庭の問題で一時的に子供が親と暮せなくなった時に他の家庭で暮す制度。施設に入れるのではなく、学校その他の環境変化がなく、済むようになるべく元の家庭と近い形でサービスが行われる点に利点がある。また、出来るだけ早く元の家庭に返すのが目的である。

ホ. その他

以上の他、児童福祉の制度は色々あるが、最後に乳幼児の福祉について紹介したい。出生と同時に病院から政府に届けが出され、この届けは、母親の居住する地域の自治体に送られる。地域にある幼児福祉センター (INFANT WELFARE CENTRE) では保健婦 (NURSE) が、先ず家庭を訪問し相談やセンターの案内を行う。その後はセンターに通い定期的に育児の相談、健康チェックを受けられる。予防注射や発育状態の検査もセンターで行われる。地域ごとにあるので保健婦の応待も余裕があり、母親の悩みも良く聞いてもらえる。センターには幼児のグループもあり、そこに連れて来て遊ばせることも出来る。また、センター内には、栄養や病気等のパンフレットもあり、母親に対する教育の場ともなっている。