

オーストラリアの新医療保障制度

——メディバンク制度——

社会保障研究所 山崎泰彦

オーストラリアでは、1975年7月1日からメディバンク（Medibank）制度と称される、新しい医療保障制度が実施された。これまで、この国の制度は、民間の任意健康保険基金を主体にしていたため、様々の弊害が指摘されていた。これに対して、新制度は全ての費用を租税で賄うメディバンクを主体にして、疾病の際の医療費負担を大幅に軽減、ないしは無料化しようとするものである。本稿では、今回の改正に至るまでの、オーストラリアの医療保障制度の歴史的展開を素描したうえで、新制度の概要を紹介する。

I 医療保障制度の形成と展開

オーストラリア連邦が誕生したのは1901年であったが、早くも1908年には、障害・老齢年金法が制定され、ついで1912年には出産手当法が制定された。いずれも国庫負担によって財源が賄われ、年金についてはミーンズ・テストを条件にしていた。两大戦間には、社会保険方式による総合的な社会保障制度の可能性をめぐって、活発な議論が展開されたものの、本格的な制度改正は実現しなかった。たとえば、1938年の国民健康・年金保険法は、老齢、障害、寡婦、遺児、疾病に対する現金給付と共に、医療給付を含んでいた。けれども、当時の野党労働党は無拠出制を主張し、友愛組合は既得権の維持のため、また医師会は条件を不満として、いずれも反対したため、法律は実施されなかったのである。

その後、1941～49年には労働党が政権につき、薬剤、病院、医療の諸給付に関する立法を制定した。（1944年——薬剤給付法。1945年——病院給付法。1947年——新薬剤給付法。1948年——国民保健サービス法）。けれども、薬剤給付法と国民保健サービス法は、医師会の協力がえられず、完全実施には至らなかった。ただ一つ完全実施されたのは病院給付法であった。これにより、公立病院の一般病室での入院医療が無料化され、連邦は州に対して、公立病院の占有1ベッド当り1日6シリングの補助を行なうことになった。また、公立病院の一般病室以外への入院、および私立病院でも患者負担が6シリングほど軽減されることになった。

1949年12月の下院総選挙では、労働党政府に代って、新たに自由党と地方党の連合によるメンジス政府が誕生した。そして、この新政府による1950年代の一連の立法によって、今回の改革前の医療保障制度の骨格が形成されたのである。当時の保健相は、これらの立法が「医療の社会化に対する効果的な砦」であり、州政府、医師、任意健保基金と連邦政府との間の強固なパートナーシップによって築かれたものだとして、これを賛美していた。

まず1950年には、1947年の新薬剤給付法が、医師の協力をえるため、当初の予定より給付の範囲を縮小して実施に移された。しかし、ともかく基本的な薬剤については、全国民に無料で提供されることになった。その後、1959年の法改正では、カバーされる薬剤の範囲が拡大された。ただし、この改正では同時に、薬剤費用の上昇を抑制するために、年金受給者とその被扶養者以外の者については、1処方につき5シリングの自己負担が導入された。

1951年には、年金受給者とその被扶養者の一般医療サービスが無料化された。なお、これにともなう連邦政府の医師への診療費の支払いは、出来高払い（fee-for-service）方式で行なわれた。

ところで、メンジス政府の医療保障政策は、任意健保基金の普及を奨励し、基金からの給付と政府の一定額の補助によって、国民の医療費負担を軽減することであった。

ちなみに、1951年の病院給付法では、連邦政府は公立病院の占有1ベッド当日1日8シリングを補助し、任意健保基金から1日6シリング以上の給付を受ける者に対して、連邦政府はさらに4シリングを補助した。また、医療給付については1953年の国民保健法によって立法化されたが、これも病院給付法と同様に、任意健保基金の加入者の医療費について、連邦政府が補助を行なうものであった。給付は医療費償還方式によって行なわれ、連邦政府補助と任意健保基金給付を合せて、償還率は最高90%であった。

このように、オーストラリアの医療保障制度は、民間の任意健保基金に大きく依存しながら形成された。基金加入者の全人口に占める割合についてみると、1972年当時で、医療給付部門が78%、病院給付部門が80%であった。なお、人口の約10%は年金受給者医療サービスによってカバーされていた。したがって人口の約10~15%が、いずれの制度によってもカバーされていなかったわけであり、その大部分が貧困者、移民、原住民であった。

しかしながら、1960年代に入ると、インフレーションの進行と医療費の急上昇を背景にして、任意健保基金を主体とする医療保障制度に対する批判が高まった。その内容は次のようなものであった。任意健保基金の仕組みは複雑で、一般国民には理解し難い。基金では保険料が所得にかかわらずフラットであり、また保険料や医療費支出が租税控除の対象とされるため、低所得者よりも高所得者の方が有利である。保険料の急上昇が続く、低所得者の負担が次第に困難になってきている。基金の非加入者には、加入者に与えられている政府補助がない。たとえ基金の加入者であっても、償還される給付額は、実際の費用をかなり下回っている、などというものである。

最後の点について付言すると、1960年代末での、基金加入者の医療費の負担割合は、政府、基金、被保険者がそれぞれ約3分の1ずつであった。被保険者の負担率は、当初の目標では10%であったから、これを大幅に上回っていたことになる。

このような世論の批判のなかで、政府は1968年4月、ニムモ(J. B. Nimmo)

を議長とする調査委員会を発足させ、上院も同年初めに特別委員会を設け、それぞれ問題の検討を始めた。このうち、翌年3月に提出されたニムモ委員会報告は、各種の改革を提案し、その直後の改正にも影響を及ぼした。

まず1970年1月に、低所得世帯、失業または疾病給付受給者、移民の最初の2カ月については、医療給付および一般病室での入院が無料化された。また同年、政府補助および基金給付が改正されたが、その際基金加入者の自己負担額に最高限度が設けられた。これにより、公定料金にもとづく医療サービスについては、高額医療であっても自己負担は5ドル以内に制限されることになった。なお、公定料金をめぐる問題はたえないが、1970-71年度では、約75~80%の医師がこれを遵守していたといわれている。1971年には薬剤の自己負担が、1処方につき50セントから1ドルに引上げられたが、低所得者については据え置かれた。

これらの改正によって、患者負担の割合はかなり低下した。基金加入者の医療費の負担割合についてみると、1971-72年度で、政府が44.5%、基金が36.6%、被保険者が18.9%であった。

しかしながら、任意健保基金を主体とする制度体系の基本には、変更は加えられなかった。野党労働党はこの点をつき、1960年代末から、より抜本的な改革を求めて運動を展開し始めた。

II メディバンク制度の経緯と概要

1968年に設けられた上院特別委員会における、メルボルン大学のスコットン(R. B. Scotton)とディーブル(J. S. Deeble)の提案は、委員会では支持されなかったが、その後の労働党の医療政策の基礎となった。両氏の提案は次のような内容であった。(1)標準病室医療の完全な無料化。(2)任意健保基金を廃止し、代って法定の委員会によって管理される単一の健保基金の創設。(3)医師に対する診療費の支払いは、従来通り出来高払い方式とする。ただし、給付の方法については、償還方式(公定料金の85%の償還)とするか、あるいは

は現物給付（給付率100%）とするかは、個々の医師の選択にまかせる。（4）必要な財源は全て租税によって賄う。

当時、ホイットラム（E.G. Whitlam）の指導のもとで医療政策の再検討を始めていた労働党は、1968年秋、若干の修正を加えてスコットンディール案の採用を決定し、翌年の労働党大会でこれを正式に採択した。この労働党案に対して、任意健保基金や医師会が激しい反対論を展開したことはいうまでもない。また当時のゴートン政府は、一定の改善策を打ち出しながらも、任意健保基金を主体とする現行制度の体系を堅持することを表明した。こうしたなかで迎えた1969年10月の下院総選挙では、医療政策が重要な争点となった。選挙では労働党は敗北したが、医療政策に関しては、選挙前のギャラップ世論調査によれば、58%の支持を獲得していた。前述した1970～71年の改正の背景には、ニムモ委員会の勧告の他に、このような医療をめぐる政治的緊張がからんでいたのである。

1972年12月の下院総選挙の結果、労働党は23年ぶりに政権を獲得した。つづく74年5月の下院総選挙でも労働党が勝利し、労働党政府による医療保障改革が具体的な日程にのぼった。しかしながら、上院では保守連合の勢力が強く、加えて「選択の自由」と「国営医療反対」をスローガンとする、任意健保基金や医師会の反対運動があった。また、6つの州のうち、労働党が与党となっているのは2つの州にすぎない、ということも改革の進展を一層困難にした。こうして、改革は予想外の難航を続けたが、やっと1975年7月1日から実施されたのである。

新制度では、メディバンクと称される、全費用が租税によって賄われる一種の基金が設立される。そして、この基金によって、全国民を対象にして、疾病時の医療費に対する給付が提供される。改革を推進した前社会保障相ヘイドン（Bill Hayden）は、新制度について、「医療サービスから経済的保障壁を除去し、教育や年金と同様に、社会的事業としての医療を確立しようとするものである」と述べている。以下では、この制度の概要を紹介しよう。

病院以外の医療

若干の自己負担を除けば、その他の全ての費用についてメディバンクの給付が提供される。給付の方法は、医師の協力がえられる場合には現物給付、そうでない場合は医療費償還による。

償還方式による場合、対象になるのは公定料金にもとづく診療費であって、そのうち33ドルまでの診療費の85%が償還される。診療費が33ドルをこえる場合は、患者負担の限度が5ドルとされているから、償還率は85%以上になる。ただし、医師が公定料金をこえる診療費を請求する場合には、当然のことながら、患者負担はこれより高くなる。

現物給付方式では、医師が公定料金を遵守することが前提になり、メディバンクは医師に対して公定料金通りの診療費を支払う。したがって、患者負担はゼロになる。この方式は、個々の患者に対して請求書を送付する煩雑な事務の軽減を望む医師が、すすんで採用するであろうと政府は考えている。

公定料金は従来と同様に出来高払い方式をベースにして、連邦政府と医師会の協議、独立した機関の調査、医療給付諮問委員会の意見などを尊重して決定される。

患者の一般医の選択は完全に自由である。専門医については、従来通り一般医の紹介を条件としているが、その場合にはメディバンクは専門医療に対するより高い給付を提供する。これに対して、紹介なしで専門医療をうけた場合の給付は低額である。

新制度により最も改善されるのは、年金受給者医療サービスである。旧制度では年金受給者は、一般医によって提供される。ごく限定された範囲の医療サービスについてしか無料化されていなかった。一方新制度では、一般医の他に、専門医および顧問医によって提供される全ての範囲の医療サービスが無料化される。

メディバンクは、視力検定医による視力検定相談の給付も提供する。また、年金受給者については、補聴器などの特定の器具が無料で支給される。

なお、メディバンクは、歯科サービス、一般医による物理療法などの補足的医療サービス、眼鏡などの給付は行なわない。これらのサービスは、今後とも任意健保基金の活動領域となるであろう。

病院医療

メディバンクによる病院医療は、連邦直轄地域（北部特別地域と首都特別地域）、および連邦との病院協定に合意した州において提供される。最初に合意に達したのは、クイーンズランド、南オーストラリア、タスマニアの3つの州だけであったが、実施直前にニュー・サウス・ウェールズ州とビクトリア州が参加を決めた。現在なお参加していないのは西オーストラリア州のみである。なお、この州は伝統的に保守勢力の強いところである。

新制度に参加する州および連邦直轄地域の病院医療は次のようになる。

公立病院の標準病室での、勤務医による入院医療は完全に無料化される。また、医学的にみて、プライベート・ルームなどの非標準病室が必要とされる場合も無料である。

公立病院への私費患者（すなわち非標準病室の患者）としての入院を希望する者の入院料については、任意健保基金の加入者の場合には1日18ドル（メディバンクから16ドル、連邦から2ドル）、非加入者の場合には16.80ドル（メディバンクから16ドル、連邦から80セント）の補助がある。また、公立病院の私費患者は、プライベート・ドクターを選ぶことができるが、その際の診療費についても、公定料金の範囲内でメディバンクの給付をうけることができる。

私立病院の入院患者に対するメディバンクの給付は、公立病院の私費患者の場合と同様である。

このように、公立病院の私費患者、および私立病院の患者は、新制度の下でもある程度の自己負担をしなければならない。任意健保基金の病院給付は、今後はこれらの階層を対象として再編成されるであろう。

非営利病院（宗教病院、慈善病院、コミュニティ病院など）については、メ

ディバンク制度は特別制度を用意している。非営利病院が特別制度に参加する場合には、病院の大部分のベッドでの入院料および診療費が無料化される。

病院の一般外来施設での医療も無料で提供される。

連邦との病院協定に合意しなかった西オーストラリア州の住民は、メディバンクによる無料の病院医療の受給資格をもたない。この州では、年金受給者、および若干の階層を除いて、従来通りの患者負担が要求される。ただし、入院の際の診療費については、参加する州と同様に、メディバンクからの給付を請求することができる。しかし、入院料については、メディバンクの補助はなく、連邦政府の補助としての、任意健保基金加入者に対する1日2ドル、非加入者に対する80セントのみである。

以上が、新制度の概要である。今回の改革について、反対者たちは「医療の国営化」だとして批判していた。しかし、正しくは、医療需要の社会化による医療機会の平等化を目指したものであって、医療供給の社会化ではない。改革は、医療の供給体制にはほとんど手をつけていない。唯一つの変化である現物給付方式の採用にしても、医師の自由選択に委ねている。また、患者の一般医の選択の自由も従来通りであり、したがって、医師-患者関係の基本にも変化はない。

医療需要の社会化という意味では、むしろ任意健保基金に少なからず影響を及ぼしたと思われる。しかし、それでも、私立病院の患者、公立病院の私費患者、あるいは歯科やその他のサービスを求める人々は、今後も基金への加入を続けるであろう。また、連邦政府も今迄と同様に基金加入者にはより厚い給付を約束しているように、基金加入の奨励策を継続している。この点は、基金の廃止を主張していたスコットン-ディーブル案の大きな修正である。

こうしたことは裏を返せば、医師会や任意健保基金の反対運動、議会での野党の抵抗に対して、労働党政府が妥協した点とみられなくもない。

しかし、いずれにしても、相対的に遅れていた医療保障部門が、この改革に

よって、一応形をととのえたことは確かである。また、社会保険方式を採用せず、全て租税負担によって費用を賄うというのも、この国らしい特徴である。

なお、入手した資料で不明な点は財政問題である。改革前の1971-72年度のオーストラリアの総保健医療費は、対GNP比で5.6%であった。これはかなり高い数値である。今回の改革で、この比率はさらに高まるであろう。加えて、連邦政府の負担割合が一層高まるとすれば、国家財政にも無視できない影響を及ぼすであろう。しかし、この点について資料では何も論じていない。

参考資料

T.H.Kewley, Social Security in Australia, 1900-72, Sydney Univ. Press, 1973.

Australian Dept. of Social Security, Medibank and you, Australian Government Publishing Service, 1975.

Derick Fulcher, Medical Care Systems, ILO, 1974.



28頁からつづく

失業の理由では、景気後退が大きな原因になっていると思われるが、1975年前半の6ヵ月間に仕事を失ってしまった半分以上が、景気後退の影響を蒙ったものと思われる。1975年前半以前では、景気後退の影響をうけた失業者の比率がこのように高かったことは、1967年初めからの記録で決してみうけられない。なお、上述した理由により仕事を失った者は1975年6月に約481万人で、これは前年6月の約1.5倍に当り、全失業者の59.3%を占めている。

民間労働力の状況では、増加率が低下しているが、1975年第2四半期に、労働力に参加していない者は約5.849万人で、この90%は仕事を求めている。仕事を求めない者のうち、59%は家政を担当しており、その他は退職者、就学中、病気などになっている。仕事を求めている者でも、就学、家政担当、病気などがそれぞれ22%以上を占めていた。

Employment and unemployment in the first half of 1975, Monthly Labor Review, Vol. 98, No. 8, August 1975, pp. 11-13.

(社会保障研究所 平石長久)