

カナダの保健医療：組織・財源・アクセス*

ロバート・エバンス、モーリス・バーラー
谷合 由理子・泉田 信行 訳

*“Health Care in Canada: Organization, Financing, and Access”

1. 保健医療制度の概要

カナダの保健医療制度は、1968年から1971年にかけて一新された。当時のまま現在まで、基本原理や基本的な構造、財源に関して変化はない。制度は、過去30年間にわたり少なくとも外部環境の変化、保健医療の需要やその可能性に適應するよう進展してきた。しかし、30年前に作られた制度のままであると解釈しても間違いないだろう。

カナダの保健医療は、民間開業者（医師、歯科医師、薬剤師など）と非営利病院によって提供されている。大半の州において保健専門機関は、州政府によって権限が委任されている独立専門組織によって管理されている。開業者は、サービスに応じた金額が支払われ、ほとんどのプラクティショナーは一人もしくは小規模グループとして開業しているが、フルタイムまたはパートタイムで雇用されている者もいる。病院は、対照的に、それぞれが立地している州の保健省から1年間の予算（global budget）を受け取っている。病院以外で施設ケアを提供する機関では、基本的に1日あたり単価によって支払われている。個人や企業によって運営されている営利企業や地域グループによって提供されているものがある。

公的保険の基本的形態は、医師サービスと救急治療、拡大治療（extended care）を保障するものである。全カナダ居住者は、自己負担や保険外負担なしに、全ての「医学的に必要な」病院サービスと

医療サービスを受給することが保障されている。従って、治療の必要性があるときはいつでも医師を選択し、治療の必要性を認められたのであれば、金銭的な影響を受けずに治療を受けることが出来る。供給されたサービスは、州政府とその州の医師会との交渉によって決められた報酬体系（fee-schedule）に応じて、患者の居住地の州政府によって支払われる。

専門医の指示による検査も、報酬体系（fee-schedule）に応じて支払われる。カナダの医師の半分は一般医もしくは家庭医である。よって、一般的に治療を受ける場合には、患者は初めに家庭医の所に行き、もし必要ならば、そこから専門医に紹介される。

患者は、一般開業医を選ぶ自由選択権（free choice）を持つ。一般医は、専門的な治療に特化していない。もし紹介が必要な場合には、一般医は、ある特定の専門医を紹介することができる。特定の病院に入院すること希望している患者は、自由選択権に基づいて医者を選択するかもしれない。しかしながら、実際は、患者が一般医を選んだ時点で、暗黙のうちに、その一般医と紹介関係にある専門医が決められてくる。同様に、その医者の紹介関係の病院に入院することとなる。いずれにせよ、全ての病院は、全ての医師同様に公的保健プログラムに含まれている為、金銭的な問題は生じてこない。このように、カナダの保健医療シ

システムは、「私的」に提供されている。公的プログラムが行うことは、私的開業医や非政府病院によって供給される治療に対して支払いを行うことである。カナダ版メディケアは、「公的医療」ではなくて、「公的保険」である。

しかしながら、公的保障の範囲は、総保健医療支出の半分以下である。病院と医師に対する支出は、現在(2000年)の所、総保健医療支出(951億カナダドル)のうち、それぞれ31.8%と13.5%と推計されている。残りの36.7%は、薬(主に処方薬)、他の専門家によるサービス(歯科医など)、病院以外の施設ケアに用いられている。公的保障の範囲の形態は、州によって様々であり一定でない。カナダ全体として、公的財源は2000年度の総保健支出の71%をカバーしている。その割合は、先進国の中ではかなり低いものである。このように、カナダは、他国よりも病院と医師サービスに関しては包括的な公的保障を提供しているが、他の保健医療サービスに関しては依然として提供が少ない。

2. 連邦政府と州政府の関係

1970年代初頭から、システムの基本的な構造に関して大幅な変化はない。しかし、連邦政府と州政府の関係について、システムを運営する資金が連邦政府から州政府へ移転されるなどいくつかの大きな変化がみられた。

実務的な観点からだけでなく、憲法上の規定により、カナダの州政府は、州内での保健医療制度の管理と財源調達の双方について事実上全ての責任を持つ。他方連邦政府も、州政府が「守るべき」基準を設けることができ、その基準を達成させるために州政府に財政移転を行ったり、所得税にかかる課税標準の一部を州政府の管轄に移転することができる。その上連邦政府は、費用に関する限りにおいて、州の計画に影響を与えるいくつかの基本原則を定めることができる。現行法制下では、連邦政府の基準とそれに基づく支出は、「医

学的に必要な」病院サービスと医師によるサービスに関するもののみである。

全ての州は、計画の基本原則として、普遍的保障、「同一条件・同一状況」でのアクセスの普遍性、給付の包括性、州間での給付の通算性、公的管理を基本としている。特に、アクセスの便宜は、保健医療サービスの受給者にいかなる直接的負担も課さないものと連邦政府により解釈されている。1984年のカナダ保健法(Canada Health Act of 1984)の施行により、保健医療サービスの受給者に自己負担を課している州に対しては連邦政府から州政府への財政移転が自己負担収入額のみだけ減少されることとなった。このように連邦政府の支出の性質とその相対的な規模は年と共に変化してきている。

3. 保健医療システムのパフォーマンス

カナダ人の健康水準を乳児死亡率や平均余命によって評価するならば、それらの値は改善され続けており、世界でもトップクラスにある。1997年のカナダ男性の平均寿命は、75.8歳であり、女性は、81.4歳であった。10年前は、男性が76.3歳、女性が79.9歳であり、男女とも平均寿命が伸びている。1997年のカナダの乳児死亡率は、乳児1000人当たり5.5人であった。1987年では1000人当たり7.3人であり、この10年で減少している。この値はカナダでは過去最低であるが、日本の1000人当たり3.7人という値と比べると依然として高いままである。

一般的に、健康水準を測定する際に、平均余命や乳幼児死亡率などの指標が用いられるが、全住民の健康水準を測定するためには不完全な指標である。また、どの程度保健医療システムの影響や質を反映しているのかも疑わしい。全住民の健康水準は、保健医療システムのパフォーマンスよりも人々が活動する場の物理的、社会的、経済的環境の質に依存することが示されてきたためである。

いずれにせよ、少なくとも先進国では、上述の

統計数値は保健医療の支出とほとんど関連性がない。日本とカナダの比較が実証している。1998年に日本では、保健医療支出がGDP比約7.6%であり、カナダでは、GDP比9.5%であった。アメリカの指標を見てみるとアメリカでは、1997年の男性平均余命は79.4歳、女性は73.6歳であり、乳児死亡率は1000人当たり7.2人と健康水準は非常に悪いにもかかわらず、保健医療支出はGDP比13.6%となっている。

保健医療制度の質を測定するより直接的な方法は、定期調査や政府報告書に反映されるサービス満足度であろう。カナダ版メディケアが着手されてから1990年代の初頭まで、カナダ人の多くは、カナダの保健医療制度に高い満足度を示しており、保健医療制度の基本原則を支持していた。その後支持が急速に低下し、最近の調査では制度の根拠となる基本原則については高い支持があるものの、制度の財政的安定性についての関心は高まっている。

カナダの費用抑制政策を他国と比較すると全く視座が異なっている。カナダはOECD諸国でも医療費が高い国である。しかし、カナダとアメリカのシステムが非常に良く似ている点と、後者がカナダ人の生活に大きな影響を与えている点を考えると、コストパフォーマンスの違いは著しい。医師報酬、システムの管理コスト、資源集約的な病院治療など、その違いを説明するものが多数見受けられる。

4. カナダの医療制度が抱える課題

4-1. 現在の問題

公的医療への信頼の低下は、1990年代に起こった。これによりカナダの保健医療サービスは、医療サービスのマネージメント提供体制の再編をせまられた。制度設立当初の公正かつ安価な保健医療システムに新風を吹き込めば、現在のサービスとプログラムの範囲の見直しが可能となろう。すなわち、メディケアを終焉に導き得る。メディケ

アは先進国の中で最も高費用で不十分な保健医療システムであるアメリカ型医療制度にカナダ人を縛り付けているものである。メディケアの終焉は全てのカナダ人が望んでいるわけではないが、その可能性はさらに現実的なものになってきている。

4-2. 長年の課題

メディケアはカナダ人の間で広い支持を得てきたがその支持は決して普遍的なものではなかった。多くの個人や団体は、カナダにおいてアメリカのシステムにより近い私的・公的混合システムを採用することに経済的関心を抱いている。そのような変化は効率性やアクセス可能性を改善すると論じているが、彼らのメディケアへの反感は、経済的利己主義と以下の2つの基本的な財政上の事実に関する論理に依っている。

- サービスの需要や健康水準に関わらず、保健医療に使われる費用は必ず誰かの所得から支払われる。
- すべての保健医療の財源に関して、サービスの需要以上に費用を支払っている人もいれば、費用の支払い以上にサービスを必要している人もいる。

政治学者であるAaron Wildavskyが4半世紀前に、保健医療システムは自己制約的でないと言指ように、社会が保健医療への支出をたとえどんなに好意的な感情を抱いていたとしても、最終的には、費用コントロールを行う必要性が生じてくる。よって必然的に財源に関して、費用負担者と保険医療からの受益者の間に利害衝突が発生することになる。

4-3. 最近の問題

保健医療分野は1990年代中頃から厳しい財政圧力の下にある。1992年から1997年のインフレ調整済み1人当たり総保健支出は平均して1.1%ずつ減少した。この支出額の低下は前例を見ない

ものであった。主に影響を受けた病院サービスについては16%以上下落し、医師サービス支出は、6%下落した。

同時に私的部門の支出(主に医薬品、歯科サービス、民間による施設ケア)は、16.4%ずつ上昇した。この実質支出の上昇は、民間部門の急激な価格の上昇を伴っており、民間部門の保健医療支出が占める割合を1992年の26%以下から1997年には30%以上へと押し上げた。この民間部門の支出の拡大は、公的部門の費用コントロールの代償やそれに対応するものではない。民間部門と公的部門の役割は、依然として大部分は重なっていないままである。しかしながら、この異なる経験は、費用コントロールの能力に関して2つの部門の費用抑制にかかる相対的な実効性を示している。

4-4. 懸案事項

多くの社会プログラム維持している累進税制が持つひとつの帰結は、カナダの高所得層がメディケアのような社会プログラムを切り離し、税額を低下させることから得られる潜在的な利得が増大してきたということである。この潜在的な利得は社会プログラムに保守的な減税及び小さな政府指向というリスクを負わせる。社会プログラムへの批判には、直接的な批判と間接的な批判が存在する。直接的な批判は「経済の効率性にゆがみを与える。」というものであり、間接的な批判は、「税は経済的繁栄の妨げとなる。」というものである。この間接的な批判は特に有効であり、税の軽減に反対する組織を作ることを困難なものとしている。1990年代中頃から始まった所得移転プログラムの削減は大幅な減税を伴って現在でも継続されており、高所得層に支持されている。この動きは、最近、カナダの課税・所得移転構造への批判に変化してきている。

4-5. 現実の課題

政策に基づき、多くの問題を抱えているカナダ

版メディケアを廃止の方向に向かわせている議論の背景には、幾つかの現実的な問題が潜んでいる。カナダの保健医療制度にとって最優先の課題は、公的保健医療制度内で利用できる効果的な保健医療サービスの範囲を適切なタイミングで広げていくこと、国民所得のうち保健医療の占める割合を適切な水準に抑制すること、という二者間のバランスを保つという非常に難しいものである。

1990年代中頃に論証されたように、公的プログラムは費用を抑制するための必要最低限の管理メカニズムを一定期間は持っている。しかし、国民は保健医療サービスへのアクセスの確保が改善されていないと認識しており、その結果として不満や制度への信頼の失墜が表面化した。それを受けた政治的圧力により財政的に「維持できない」率で支出が再度拡大している。しかし、支出の拡大による公的な信頼の回復は現在のところその徴候すらない。アクセスを改善するよりも収入増加のために新しい財源を探そうとする供給者側の要求は、調整がされないまま大きくなっている。

バランスの達成は、常に、「正しいことを行うこと」、「ものごとを正しく行うこと」の双方にかかっている。つまり、医療供給が適切かつ効果的でタイミング良いこと、さらに出来る限り効率的に生産されることを保障することである。しかし、不適切で不必要なサービスをなくし、提供されるサービスが効率的となるような技術革新を行うことは医療供給者側の根強い反対におつかる。このような技術革新は確立された治療パターンや医療供給者の収入に影響を与えるためである。その解決法は、私的であれ公的であれ、より多くの費用を投入し、効率や効果を監視する最小規模の外部監視機関の下でより多くのサービスを提供することである。この問題のよい例は医薬品に関わるものである。医療専門家の供給(教育)についても同様の問題が発生し始めている。

5. 地方や辺境地域における医療へのアクセス

カナダは他の多くの国と同様に、都市部以外の地域において質の高い保健医療サービスを提供するために様々な取り組みを行っている。しかしながら、他の多くの国と異なり、カナダ・アメリカ国境沿いの一連の都市部と人口密度が極度に低い広大な自治州部分が併存しているという根本的な人口地理学的条件を取り扱う方法を発見しなければならない。すべての居住者に保健医療への合理的な水準のアクセスを保障するのは、日本やイギリスなどの人口密度が高い国が直面する問題とは全く異なったものである。

保健医療サービスが過小供給である地域における医師の確保や補充の問題は専門家や政策立案者にとって医師供給問題としてよく知られている。そこには、以下のような問題が存在する。

- 地方における診療に関する特殊事情についての十分なトレーニングが欠けている
- 報酬問題
- 待機義務の重責や過重労働による「燃え尽き」
- 専門家としての孤立
- 配偶者の雇用機会の不足
- 子供の教育・課外活動の機会の不足
- 過酷な気候
- 娯楽や文化的機会の不足
- 家族や友達からの距離感

これらの多くの障壁の為に、カナダ全土に渡って、不可能ではないにしても効果的な政策の進展を図ることは難しい。教育、募集活動、診療の機会、援助施設、労働条件、金銭的サポートなど、全てが改善可能な要素である。ことに結婚と家族問題を解決する実効的な方法を発見することは大変難しい問題である。いくつかの改善可能な要素、特に上に述べたような医学部や医学生のレジデントの問題は、予想・期待されるよりも効果が小さいであろう。

カナダ全州は、(ときおり調整不足の場合もあったものの)医師の地理的分布を変化させることを目

的とした政策を長く行ってきた。多くの地域では、その効果は疑わしいものの、様々な政策が数十年間にわたって行われてきた。表1は、最近の調査から州別の政策の概要をまとめている。属性に応じて6つのグループ(①規制/管理、②財源/支払、③教育—財源関連、④教育/訓練、⑤市場原理、⑥その他(コミュニケーション・スキルを含む))に分類し調査している。

6. 展望

カナダ版メディケアは、病院や医療治療へのアクセスに関して、いかなる財政的圧力をも取り除くこと、支払能力に応じた住民間の支払い負担の公平性を広げることなど初期の目標を達成してきた。これは全階級における治療へのアクセスを公平なものにした。しかし、アクセスの公平性が健康水準の公平性をもたらしてはいない。また、支払能力の問題とは別の、地理的孤立などが原因のアクセスの不公平性が残されたままであり、国民の関心を集めている。しかしながら、興味深いことに、アクセスの違い、または、少なくともサービスの使用の差異と健康水準の差異は相関しない。

民主主義国家では、大きな変化は、政府の方針により左右される。現在、カナダでは、確かにその兆候が見られる。おそらくカナダ版メディケアは、財政上であるにしろないにしろ、政府によって行われる再分配計画を継続させようとする人々と、所得の不平等や機会の不平等を好み、そのような再分配計画を停止させようとする人々の間の利害衝突を引き起こす1つの事例となるであろう。

この他の点を含めて、問題の核心は未だ不明確であるが、もはやカナダだけの問題でない。確かなことは、議論が保健医療供給の抑制や潜在的技術革新といった問題だけでなく様々な保健医療施策へもシフトしてきていることである。

表 1 現代の州・自治州の政策

規制/管理

| 政策内容 | B.C. | Alta. | Sask. | Man. | Ont. | Que. | N.B. | N.S. | P.E.I. | Nfld. | Yuk. | N.W.T. |
|------------------------|------|-------|-------|------|------|------|------|------|--------|-------|------|--------|
| 請求数 | | | | | | | × | × | | | | |
| 過疎地域でのサービス提供を条件とする免許交付 | | | | | | | | | | | | |
| 診療地域を限定した海外医大卒業生受入 | × | × | × | × | × | | | | | × | | |
| 医師以外の医療従事者の診療内容を拡大する法律 | | × | | | × | | | | | × | | |

財源/支払

| 政策内容 | B.C. | Alta. | Sask. | Man. | Ont. | Que. | N.B. | N.S. | P.E.I. | Nfld. | Yuk. | N.W.T. |
|--------------------------------|------|-------|-------|------|------|------|------|------|--------|-------|------|--------|
| 所得補助及び最小所得保障 | × | | | × | × | × | | × | | × | × | |
| 過小供給地域での診療に対する報酬の上乗せ及び報奨金給付 | × | | | × | × | × | | × | | × | | |
| 過剰供給地域での診療の割り当て及び報酬の制限 | | | | | × | × | | | × | | × | |
| 勤務医待遇もしくは他の代替的給与支払 | × | | × | × | | | × | × | × | × | | |
| (過小供給地域での) サービス提供に対する補助及び報奨金給付 | × | × | × | | × | × | | × | | × | | |
| 過小供給地域での診療に対する特別旅費手当 | × | | × | | × | × | × | | | × | × | |
| 医師を代替する専門家に係る特別プログラム及び財政措置 | × | × | × | × | × | | | × | × | × | | × |
| 診療体制確立に対する援助 | | | × | | | × | | | | | | |
| 休暇に対する財政支援(有給休暇) | | | | | × | | × | | | × | | |
| 専門医に対する特別待機手当 | × | | | | | × | | | | × | | |
| 救急診療に対する特別待機手当 | × | × | × | × | × | × | × | × | × | × | | |

教育-財源関連

| 政策内容 | B.C. | Alta. | Sask. | Man. | Ont. | Que. | N.B. | N.S. | P.E.I. | Nfld. | Yuk. | N.W.T. |
|-------------------------------|------|-------|-------|------|------|------|------|------|--------|-------|------|--------|
| 過小供給地域での診療を条件とする貸付・援助・奨学金制度 | | | × | × | × | × | | | | × | | × |
| レジデント修了及び専門技術形成に対する特別財政援助及び貸付 | × | × | × | × | × | × | × | × | | × | | × |
| 夏期就職活動及びレジデント取得のための特別旅費手当 | | × | × | × | × | | | | | | | |
| 医師に対する医学の生涯教育のための財政支援 | × | × | × | × | × | × | × | × | × | | | |

教育/訓練

| 政策内容 | B.C. | Alta. | Sask. | Man. | Ont. | Que. | N.B. | N.S. | P.E.I. | Nfld. | Yuk. | N.W.T. |
|-----------------------------|------|-------|-------|------|------|------|------|------|--------|-------|------|--------|
| 医学部生の過疎地診療の教育・体験 | × | × | × | × | × | × | × | | | × | | |
| 過疎地におけるレジデント診療・専門医診療と関連した教育 | × | × | | × | × | | × | | | × | | |
| 再度のレジデント教育及び技術向上に対する特別措置 | | × | × | × | | | × | × | | × | | |
| 新入医学部生に対する特別募集策・特別募集基準 | | × | × | × | × | | | | | | | |
| 大学院レベルのレジデント教育に係る特別募集策・募集基準 | × | | | | | | | | | | | |
| 新しい意思伝達技術を利用する能力に関する生涯教育の展開 | | × | × | | | | | × | | × | | |
| 医学教育における過疎地診療の奨励 | | | | × | | | × | × | | × | | |
| 看護師もしくは似たプログラム | | | × | × | × | | | | | × | | |

市場原理

| 政策内容 | B.C. | Alta. | Sask. | Man. | Ont. | Que. | N.B. | N.S. | P.E.I. | Nfld. | Yuk. | N.W.T. |
|-------------------------|------|-------|-------|------|------|------|------|------|--------|-------|------|--------|
| 募集フェア・ツアー | | × | × | | × | × | × | × | | × | | |
| 医師サービス供給に対する地域的な財政措置の許容 | | | | | | × | | × | | × | | |

その他

| 政策内容 | B.C. | Alta. | Sask. | Man. | Ont. | Que. | N.B. | N.S. | P.E.I. | Nfld. | Yuk. | N.W.T. |
|-------------------|------|-------|-------|------|------|------|------|------|--------|-------|------|--------|
| 新しい遠隔診断技術に対する財政措置 | × | × | × | | × | | × | × | | × | | |
| 配偶者支援措置 | | | | | | | | | | | | |
| 子弟の教育支援 | | | | | | | | | | | | |
| 医師資源コーディネーター | | | × | | | | | | | × | | |

(Robert G. Evans Professor, University of British Columbia)

(Morris L. Barer Professor, University of British Columbia)

(たにあい・ゆりこ 一橋大学大学院修士課程)

(いずみだ・のぶゆき 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部研究員)