

## カナダにおける医療と介護の機能分担と連携

新川 敏光

### ■ 要約

カナダの保健医療システムは、憲法上基本的に分権的・分断的なものであるが、医療保障については1970年代までに財政連邦主義によって統一的な皆保険制度が導入され、1984年CHA制定によってその完成を見た。しかしその後、財政移転削減をめぐって連邦一州間の対立が続き、統一性の危機が訪れたが、財政事情の好転は、政治のダイナミズムを制度危機要因から改革推進力へと変えた。改革の最大の争点は、カナダ保健医療システムを社会的ニーズに見合ったものにするものであり、具体的には待機時間の解消、それと密接に関連する医療と介護の切れ目のない継続的ケアの実現、在宅ケアの重点的拡充等が目指された。2002年11月公表されたロマノウ報告は、財政移転の拡充によって市民への応答性を高めること、さらには在宅ケアをCHAに取り込む方向性を示した。医療の市場化の流れに抗して、ロマノウ報告は、21世紀カナダ保健医療の基本方向が普遍主義原則の維持・発展にあることを示したのである。

### ■ キーワード

CHA、ロマノウ報告、在宅ケア

#### 1. カナダの高齢化と分断的保健医療システム

カナダは、先進経済諸国のなかでこれまで特に高齢化が深刻であったわけではない。2000年時点での各国比較では、イタリア、スウェーデン、日本の高齢化率（65歳以上人口の全人口に占める割合）が軒並み17%を超え、フランス、ドイツ、イギリスが16%台の数値を示すなか、カナダはアメリカ12.7%よりも低い12.5%となっている。とはいえ、カナダでも、1981年から2001年の20年間で高齢者人口が67%増加（全人口の増加率は25%）するなど、徐々に高齢化が問題となりつつある。さらに、1946年生まれの第一次ベビー・ブーマー世代が65歳に達する2011年からは、高齢化が加速度的に進み、2031年までには65歳以上人口は890～940万人、高齢化率は23～25%に達すると予想される（Statistics Canada 2005:1）。2040年の推計値で

は、日本、ドイツ、イタリアよりは低いものの、スウェーデンと同程度の高齢化率（26.8%）となり、フランス、イギリス、アメリカなどよりも高くなると予想される（ボノーリ&新川 2004: 4）。

このような高齢化がカナダの保健医療制度に対してどのような衝撃を与えるのかについて、とりわけ1990年代から活発な論議が交わされてきた<sup>1)</sup>。その背景としては、国際比較から見てカナダの高齢化が特に深刻とはいえないが、当時世界銀行が各国に対して高齢化への警告を発し、注意を喚起していたこと（World Bank 1994）、またカナダ独自の事情として、カナダ国民医療支出が常にトップ・グループに属していたことが挙げられる。1996年時点ではカナダの保健医療総支出の対GDP比は9.6%であり、アメリカ（14.0%）を別格とすれば、ドイツ（10.5%）、スイス（10.2%）、フランス（9.7%）とともにトップ・グループを形成している（OECD

1998)<sup>2)</sup>。高齢化は、このようなカナダ国民の医療費負担をますます大きなものにする懸念された。

もとより高齢者がすべて病気がちというわけではない。1996-97年に行われた調査では、自宅で生活する高齢者の4分の3以上が「健康状態は良い、優れている」と回答し、「優れない」としたものは、僅か6%にすぎない。しかし、長期にわたる健康問題ゆえに活動が制限される高齢者の数は多く、25%に達し、加齢に伴い数が増える。65歳から74歳までのグループでは2割に止まるが、85歳以上になるとほぼ半数に達する。死亡原因としては、心臓疾患、癌、脳卒中、呼吸器疾患と続くが(心臓疾患および脳卒中による死亡率が減り、癌と呼吸器疾患による死亡率が増える傾向が見られる)、慢性疾患として最も一般的な症例は、関節炎とリウマチで、これに高血圧、アレルギー、腰痛、慢性的心臓病、白内障、糖尿病が続く。また4人に1人の割合で、高齢者は長期的な身体障害を負っている。これは加齢との相関が際立っている。65～74歳集団では21%、75～84歳集団では28%、85歳以上集団では45%が障害をもつ。

高齢者の場合、怪我也増える。場合によってはそれが致命的となる。65～74歳集団に比べて、85歳以上集団は、活動を制限される怪我を被る率が7割以上も多い。転倒が怪我の原因の65%であり、怪我による入院の84%の原因となっている。高齢者の転倒による医療コストは、年間10億ドルに及ぶと推計される。在宅高齢者の96%が少なくとも一人の保健医療専門家に診断を受けており、そのうち89%が家庭医の診断を受けている。84%の高齢者が何らかの薬を服用し、56%が2、3種類以上の薬を併用していると答えている。また高齢者の入院は、65～74歳の場合、45～64歳世代の倍以上、85歳以上の場合4倍から5倍に達し、入院期間も長くなる傾向がある(Health Canada 2002: 9-12; 新川 2003: 283-284)。

このような調査は、高齢者の保健医療において

は、急性期ケアだけではなく、あるいはそれ以上に慢性疾患や能力障害へのケアが重要になること、両者の円滑な協力体制が必要なことを、改めて確認するものである。しかしながらカナダの保健医療システムは、急性期ケアからその後の継続ケアまでを包括的一元的に管理運営する仕組みをもたない。そもそもカナダ憲法上保健医療分野は州の専権事項となっており、連邦が高齢者医療についてそのような制度を設けることはできない。ただ医療保障については、サスカチュワン州での病院保険導入をきっかけに全国的な医療保険制度を求める声が強くなり、1970年代初頭までには国民皆保険体制が実現した。連邦が策定した基準に見合った州制度に対して政府が補助金を与えることによって、全国的に均質・均等な医療保障制度を実現することに成功したのである(詳しい説明は新川 1999参照)。しかしこれはあくまで急性期ケアを主たる対象としたものであり、それ以外の延長療養(老人ホームや自宅でのケアサービスなど)に対しては部分的に補助があるだけであり、したがって後述する医療保障5原則のような全国的平準化を義務化する基準もなく、州ごと、さらには市町村ごとにバラバラに制度設計がなされており、結果として各州の給付水準や負担に少なからぬ違いが生じている。

こうした状況のなかで、高齢化に対応した延長療養もしくは継続ケアのあり方が様々な角度から議論されている。各人の性格や症状、家庭環境などを考慮し、最も適切かつ効率的なケアサービス案を作成、提供するケース・マネジメント、高齢者の医療から介護までの窓口一本化、保健医療と社会的支援との統合、さらに各制度間の財源統合、連邦レベルでの包括的統合プログラムの形成などが、財政効率の観点だけではなく、利用者やその家族の意見を尊重し、適切なサービスを提供する上で不可欠であるという議論が見られる。

1994年11月高齢者問題を担当する連邦一州大

臣は一堂に会し、各々の管轄を越え高齢者プログラムとサービスの変化をモニター、レビューする共通の方法を確立し、政策変化がカナダの高齢者に与える累積的影響を検討するため、新たな枠組を設けることを提唱した<sup>3)</sup>。作成された「高齢化に関する全国的枠組」のなかで、「尊厳、自立、参加、公正、保障」という5原則が提唱されたものの、枠組は抽象的、一般的な努力目標に止まり、これによって全国的な高齢化対策の統合、平準化が進んだわけではなかった([http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/nfa-cnv/index\\_e.htm](http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/nfa-cnv/index_e.htm))。

高齢化が医療制度に与える影響については、2つの意見が対立していた。一方では、高齢化は現行の医療制度の維持を困難にするほどの支出増をもたらすという主張がある。他方では、高齢化は保健医療支出を増加させるとはいえ、その増加分のほとんどは、若年層から高齢層への支出のシフト、生産性向上、保健医療部門内における新技術や効率性の改善によって、吸収可能であるという考えがある(Rosenberg 2000)。いずれにせよ、高齢化が保健医療コスト上昇の一要因となりうること自体は共通の認識となっており、これに対応した包括的保健医療体制の改編、整備が必要であるという点については、双方認識が一致している。

1990年代から繰り返し問題になってきたのは、高齢者の医療と介護サービスの窓口を一本化し、統一的に提供すること、慢性疾患の多い高齢者に対して在宅ケアサービスを充実させること、全国的な基準を設けることなどである。しかしながら1990年代は、本体にあたるカナダ医療保障制度自体がその統一性に揺らぎを見せていた時代であった。そしてその問題に決着をつけ、将来の保健医療全般にわたる改革提言として2002年11月に公表された『ロマノウ委員会報告』(Building on Values: The Future of Health Care in Canada)において、在宅ケアは「今後の最重要サービス」として位置づけられたのである(Romanow 2002: 171)。

本稿ではカナダにおける医療保障制度がたどり着いた現状とそのなかでの高齢者介護の位置づけと課題、さらには将来的方向性について、若干の検討を試みる。カナダでは、憲法的な問題もあり、保健医療政策は連邦一州間の政治的ダイナミズムによって大きく左右される。したがってこれに焦点を当て、以下論を進める。

## 2. 財政連邦主義から見た医療保障制度改革の動向

カナダにおいて保健医療は憲法上州の専権事項とされ、連邦レベルでの単一制度は存在していない。しかしながら連邦政府には州の専権事項についても財政移転を行う権利が認められており(支出権)、この権限を行使し、その定める基準に適合する州制度に対して補助金を与えることによって、全国画一的な医療保障制度(一般に健康保険、あるいはメディケアと呼称される)を実現してきた。このような財政を通じての集権、凝集力強化を財政連邦主義という。1984年に制定されたカナダ保健法(Canada Health Act: CHA)は、一部の州で見られた超過請求(extra-billing)、患者の自己負担を禁じ、カナダ医療保障の5原則を確立するものであった(それ以前は4原則)。以下、5原則について、簡単に紹介する。

- (1) 普遍性：従来は州民の95%以上への適用をもって、この条件は満たされると考えられたが、CHAでは基準を100%に引き上げた。したがって、各州の医療保障制度は通常健康保険と呼ばれるものの(たとえばオンタリオであれば、Ontario Health Insurance Plan: OHIP)、実は保険料拠出をサービス適用の条件としてはならず、またリスクに応じた保険料の段階適用も認められない。これらの点については、利用可能性基準によって、より明確に規定さ

れている。

- (2) 利用可能性：CHA 第12条第1項(a)において、「州の健康保険制度は、被保険者に金銭的負担を課したり、あるいは他の方法によって当該サービスの利用可能性を損ねたり、排除したりせずに、医療サービスを同一条件で、提供」されることを求めている。この利用可能性基準に反し、患者に自己負担を求めた場合、それに対して連邦政府は財政移転の凍結を含むペナルティを科すなどの対抗措置をとることができる。
- (3) 包括性：州の健康保険には、「医学上必要な全ての」病院・治療サービスをカバーすることが求められる。ただし歯科治療、病院外での処方箋作成、公的制度が償還する基準を超えた国外での医療費、医師以外の医療技術者（検眼士、自然療法士、指圧師等）のサービス、および美容整形のようなものは、連邦の「医学上必要」という定義からは除かれており、これらのサービスの取扱については州ごとに対応が異なる場合がある。
- (4) 随伴性：健康保険は、州民がカナダ国内を移動・旅行中、もしくは国外旅行中にも適用されねばならない。国外での保険適用については、当該人物が居住する州の給付水準に基づく。国内については、1988年州政府間で、各々の州民が他州で受けた医療サービスについて現地のレートで支払うという合意がなされている。ケベックの場合は、病院サービスについてのみ、この合意に参加している（診療サービスについては自州の料金表を用いる）。
- (5) 非営利運営：1966年の医療保険導入時には医師と民間保険会社の提携による先払い制度が相当程度普及しており、営利運営も可能性としてはありえたが、64年の保険サービスに関する王室委員会（ホール委員会）は、営利運営は費用の高騰を招くとの理由から非営利運営

を強く主張し、現在にいたるまで制度の運営は州政府もしくは州政府の監督下にある機関によって行われている。

このような5原則は、実は連邦—州政府の緊張関係のなかで生まれてきた。1966年に制定されたカナダ医療法（これは超過請求を明示的に禁止した利用可能性原則を独立させておらず、4原則を提示していた）は、費用分担方式によって運営されていた。この方式では、各州は、一人当たり全国平均コストの半分に被保険者数を乗じた額を連邦から受け取っていた。これは物価水準の低い貧困州への実質的再分配となったため、アルバータ州やオンタリオ州のような富裕州の間には不満がくすぶっていた。また連邦政府の監督指導が厳しい「ひも付き」補助金であることへの各州の批判が存在した。連邦としても、制度上予算膨脹に対する歯止めが効かない費用分担制度は重荷となっていく。

1975年財政赤字が生じると、トルドー自由党連邦政権は、財政移転方式の変更を州側に強く求め、1977年、連邦—州間財政措置・制度財源調達法（Established Program Financing Act: EPF）が導入される。これによって医療補助金は、高等教育補助金とともに、ブロック補助金となった。各州の自由裁量範囲が拡大し、現金移転減額分の補填として税ポイントが各州政府に委譲されたが、このような連邦の動きが一元的医療保険制度へのコミットメントから後退するものと捉えられ、世論の強い批判を招く。批判はやがて富裕州、アルバータ州やオンタリオ州でなされていた超過請求へと集中していく。CHA 制定は超過請求を明確に禁じ、この問題に決着をつけたのである。

しかしその後も財政事情は好転せず、とりわけ1980年代後半における経済の低迷のなかで赤字幅が拡大し、その状態は1990年代に入っても改善されず、1993年度時点での一般政府経常勘定の赤字幅は、対GDP比で見て6%（連邦政府では

4.4%)に達し、G7のなかでイタリア(6.4%)、イギリス(5.9%)とともにワースト・スリーを形成しており、IMFから改善要求が出される始末であった(池上 1996: 114)。

こうした財政赤字の深刻化を背景に、連邦政府は、1986年度予算案においてEPFの上昇率を人口一人当たりGDP伸び率の直近3カ年変動平均値マイナス2%とした。1990年にはGDPの凍結を凍結し、これは94年度まで続く。93年11月総選挙で政権は、進歩保守党から自由党へと交代するものの、一向に改善しない財政収支を前にその選択肢は限られており、95年度凍結は解除されるものの、EPF伸び率はGDP伸び率の直近3カ年変動平均値マイナス3%に制限された。さらに1996年度には、唯一費用分担制度として存続していたカナダ扶助プラン(Canada Assistance Plan: CAP)をEPFと統合し、新にカナダ保健・社会移転制度(Canada Health and Social Transfer: CHST)を設け、連邦政府は一層の財政移転縮小の意向を示す。95年度のEPFとCAPとの移転合計総額は296億カナダ・ドル(以下、単にドルと表記)であったが、96年度予算ではCHST総額は269億ドル、97年度は251億ドル、98、99年度はそれと同額、2000-2002年度の伸び率は各々「GDPマイナス2%、マイナス1.5%、マイナス1%」とされた(Department of Finance Canada 1997: 65; 新川 1999: 250-251; 2005: 60)。

このような現金移転削減に対抗して、富裕州を中心に、連邦の医療政策から逸脱する動きが再燃する。とりわけ反中央意識が強く、豊富な油田を抱えるアルバータ州において、オタワへの挑戦が表面化する。アルバータ州政府は、1993年民間診療所での一部保険診療について、施設利用料の名目で患者の自己負担導入を認めた。自由党連邦政府はこれに対し、95年度アルバータ州への移転凍結という厳しい制裁措置を発動する。この騒動は、アルバータ州が矛を納めることによって収束するものの(95年7月1日をもって施設利用料請求を

禁じた)、連邦の移転削減策によって生じた連邦一州間の緊張そのものが消えたわけではなかった。

連邦一州関係が改善されるのは、1997年度財政事情が好転し、1998年度予算で連邦政府が州への財政移転を増加させ、社会政策拡充の姿勢を明確にしてからである。連邦政府は、1998年度予算編成では、国際的競争力維持・カナダ経済繁栄のため知識集約型の新経済に適応した企業、人材を育てるために、財政、経済、社会政策をバランスよく展開するという目標を掲げた。財政均衡から社会政策重視への移行をより鮮明に印象づけたのが、1999年2月連邦一州政府間に締結された社会同盟合意である。連邦一州政府は、相互の連携を強化し、社会政策を拡充することで合意を結ぶ。その方針に沿って、2000年9月には保健アコードが締結され、連邦は、爾後5年間で234億ドルの保健医療財源増を約束する。その主たるものは、CHSTの増加(211億ドル)であった(Boychuk 2001)。

また新たな医療政策の展開を探るため、1999年12月連邦上院にマイケル・カーヴィ率いる調査委員会が発足したが、さらに連邦政府は、2001年4月「カナダ保健医療の将来検討委員会」を設置する。保健アコードを受けての設置であったこと、また委員会を率いたのが前サスカチュワン州首相、ロイ・ロマノウであったことによって、この委員会(通称ロマノウ委員会)の威信は、いやが上にも高まった。サスカチュワン州は、初のカナダ健康保険制度を設けた州であり、しかもロマノウは、その制度を実現した協同連邦党の後身である新民主党首として州首相を務めた人物であった。実は当時カナダの医療保障は、連邦一州関係の緊張のほかに、社会的ニーズに十分な応答性を欠くとの批判が強くなっており、国民の間での制度への信頼が1988年の56%から1998年には20%にまで低下していた。その理由は資金不足のほか、サービスの濫用、病床不足、長期待機リスト、医師/看護師不足などが挙げられている(NACA 2000)。とり

わけ心臓バイパス手術の待機期間の長さは、アメリカにおける国民皆保険制度導入の反対キャンペーンでさかんに紹介され、カナダ医療保険制度の問題を象徴するものとなっていた<sup>4)</sup>。こうしたなか、ロマノウ委員会は、政府レベルでの医療システムへのコミットメントを再確認し、信頼回復の方途を見出すことを期待されていたのである。

2002年11月に提出されたロマノウ委員会の報告書は、連邦政府の大幅な財政移転を前提に、CHAの諸原則を再確認し、一層の包括的医療サービスの拡充を求める内容となっていた。ロマノウ報告書は前文34頁、本文357頁の大部であり、その中で合計47の提言を行っている。ここでその骨子を見れば、枠組の現代化(改革)を目指し、第一にカナダ保健誓約(Canadian Health Covenant)を制定することを求めている。これはカナダ市民の保健医療への個人的かつ集団的責任を明らかにし、制度の正当性を再確認する作業である。第二に、カナダ保健法の5原則を堅持し、包括性の中に優先診療と在宅ケアサービスを含めること、カナダ国内における随伴性を徹底強化すること、応答性を第6番目の原則として確立することを提唱している。第三に、第二で謳った応答性原則と関連して、カナダ保健評議会(Health Council of Canada)を創設し、政府間だけでなく、関係者や市民との意思疎通を円滑にし、政策提言や制度改革に役立てることを提言している。

次に財政措置に関する提言を見れば、2005年度までに現金移転補助を保健医療サービス・コストの25%に引き上げることが提唱されている。この水準は、当時の連邦財政補助が想定する水準を65億ドル上回るものであった。このような財源調達基盤安定のため、CHSTから保健医療移転を独立させ、伸び率についてエスカレーター条項をもつカナダ保健移転(Canada Health Transfer: CHT)に再編する。新しい移転制度実現までの間、早急な取り組みの必要な特定項目については、2年間は農村過疎地

での医療アクセスを改善するために15億ドル、診療サービスの待ち時間短縮のために同額、プライマリ・ケアのために25億ドル、在宅ケアのために20億ドルを供出し、2004年度から高額薬剤費用負担のために10億ドルさらに上乘せる。経過措置として追加される移転総額は2003年度35億ドル、2004年度50億ドルに上り、2005年度にはこれらの特別移転は、新移転方式の中に吸収される。

ロマノウ報告が公表されて間もなく、2003年2月連邦一州首相会議(首席大臣会議)が開かれ、医療刷新アコード(Accord on Health Care Renewal)が作成される。そこでは、カナダ保健法の5原則を確認した後、「すべてのカナダ国民は、国内のどこにしようと、支払能力ではなく必要に応じて、遅滞なく医療サービスを受けるアクセスをもつこと」、「カナダ国民の利用できる医療サービスは高品質で効果的、患者本位で安全であること」、「医療システムは将来的に維持可能で、過度な負担を強いものではないこと」を保証すると謳われた。すなわち、適時アクセス、患者本位の高品質サービス、効率性を確保することが強調されたのである。

具体的な改革プランとして、連邦政府は5年間の医療改革基金を設立し、州および準州に財政移転を行う。各州・準州は、基金の定める項目のなかであれば、自由に目的を設定して基金を使用することができる。連邦政府はまたカナダ医療移転(Canada Health Transfer: CHT)を2004年3月末までに創設する<sup>5)</sup>。医療改革基金は、5年間を終えると、2008年3月末までに開かれる首席大臣会議の議を経て、CHTへと統合されるものとする。

2003年アコード以降、医療改革の主たる目標は「遅滞なき、適時アクセス」である。連邦保健相ピエール・ペティグルーは、2004年4月20日の医療政策サミットの開会演説において、「カナダ国民のなかには家庭医との面会予約がとれない、それどころか家庭医を見つけられないことを心配したり、また混み合う救急室で何時間も待たされたり、専

門家の診察あるいは重要な検査を受けるために、何カ月も待たなければならないことを心配している者たちがいる」と指摘し、現行の公的一元医療保障システムを維持するためには、待機期間を解消することが急務であり、連邦一州政府がこの問題に一致団結して取り組む必要があると訴えた。

2004年9月に開催された首席大臣会議では、2003年合意のうえに、医療を強化するための10カ年計画が採択される。それは2000年合意の延長上、直接には2003年合意を受けて、より詳細かつ具体的に問題に取り組む工程を明らかにしたものである。ここでは、計画のなかで最も重視されているアクセス確保の問題を見れば、2007年3月31日までに癌、心臓、診断画像処理、関節代替、視力回復といった優先的分野での手術の待ち時間を相当程度短縮し、従来州や準州の財政に加えて、連邦が待機時間短縮基金を設け、州ごとに策定された待ち時間短縮計画への助成を行う。具体的には、訓練や医療専門家の増員、地域の中核医療センター建設、救急医療とコミュニティ・ケア・プログラムや待機時間を管理する手段の拡充などへの助成が考えられている。

また各州は、医療専門家、診断および処置手続きへのアクセスに関して相互に比較可能な指標を設定し、2005年12月末までに州民に告知することとなった。上記手術の待ち時間に関しては、連邦、州、準州の保健相によって、医学的にも受け入れられるような根拠を持った基準を、やはり2005年末までに開発する。そしてカナダ保健情報機関が、各州の情報公開とは別途、総合的に待機期間対策の進捗状況について報告を行う。待機期間短縮にとって、大きな意味を持つのが、医師を始めとする高技能の医療関係専門家の育成である。2004年首席大臣会議では、医療労働関係の改善や、学際的訓練、高等教育への投資増が謳われた<sup>6)</sup>。

こうした計画は、当然にも大規模な財政出動を必要とする。既に州政府の医療支出は、平均で財

政の4割近くにも達しており、州側としては新たな政策展開のためには、連邦の財政移転拡充を求めざるをえない。2004年9月の首席大臣会議の結果、2004-05年には10億ドル、2005-06年には20億ドルがCHTに追加されることとなった。結果として、2005-06年のCHT総額は190億ドルと、ロマノウ報告の勧告を上回る数字となった。

待機期間短縮に即効性があり、コストもさほどかからない方法として、医師会や保守系シンクタンクの間でしばしば取り上げられるのが、保険外の私的医療サービスの導入である。彼らは、非営利原則に基づく保険医療一本やりが待機期間の延長につながっていると考え、公的保険による医療サービスと私的医療サービスの二本立てにすれば(現行では医師は保険診療と保険外診療を同時に行うことはできないが、それを許容すれば)、待機期間は大幅に短縮できると考える。しかし、かりに医師の数が増えない状態でこうした二層システムを導入すれば、支払能力のある者たちにとって待ち時間は解消されるであろうが、公的保険以外の選択肢を持たない者たちにとっての待ち時間はさらに長くなる可能性がある。また二層制度は、カナダ国民が強く反撥してきたアメリカ型ともいべき市場メカニズムの医療への一部導入であり、カナダ保健法の精神に反することは明白である。

アルバータ州首相ラルフ・クラインは、2005年1月カナダ保健法5原則の精神に反しない形で私的医療サービスを利用する「第三の道」を提唱した。しかしどのような表現をとるにせよ、私的制度の利用が二層医療制度の導入に繋がることは避けられないように思われる。待機期間解消と財政負担回避という点では、公私混合システムは合理的なものに思えるが、たとえ保険がカバーするとしても私的医療機関の活動領域が拡大することにカナダ国民は懐疑的であり、少なくとも好景気が続き、深刻な財政問題が起きない限りは、俄かに多数派の支持を得ることは困難であろう<sup>7)</sup>(岩崎 2005)。

以上見てきたように、カナダ医療保障システムは、CHAにおいて完成された姿を現わしたものの、その後財政難のなかで制度維持の危機が訪れた。この危機は、財政事情の好転もあって、連邦一州の信頼・協力関係が回復されたことによって克服され、現在医療サービスを受けるまでの長期にわたる待機時間の解消が重点的施策目標となっている。実は今日高齢者介護に見られる「施設収容型ケアから在宅ケアへ」という流れも、待機時間解消と大きく関係するが、まずは高齢者介護の現状を俯瞰しておこう。

### 3. 高齢者介護の現状

加齢に伴う慢性疾患、機能障害に対して、カナダでは2つのタイプのケアが提供されている。ひとつは施設収容による継続ケアであり、もうひとつは在宅ケアである。施設収容型継続ケアは、病院と居住型ケア施設によって提供される。病院は特定の継続ケア病床（通常延長療養、補助的、慢性的、複合的療養病床などと呼ばれる）をもつところであり、居住型ケア施設とは、一般には老人ホーム、介護ホーム、長期療養施設と呼ばれているものである。在宅ケアは自宅における治療および生活支援を指す。

急性期ケア以外については、延長療養、長期ケア、継続ケアなど様々な用語が用いられているが、必ずしも概念的に整理されていない<sup>8)</sup>。病院外のケア施設の呼称についても、上記のように様々である。このように多様な用語が用いられるのは、病状やケア、制度の機能および目的の多様性・複雑性を反映している面もあろうが、急性期ケア以外については、連邦レベルでの統一的な基準が存在せず、各州独自のプログラムを展開しているためである。連邦政府はEPF導入に際して、病院保険の対象外であった延長医療について各州への一部補助を開始したが、医療保険基準は適用され

ず、各州は補助への見返りとして情報提供を義務づけられたに過ぎない。CHA制定後も、こうした事情は大きく変わらなかった。CHAのカバーする延長療養は、長期居住施設ケアの介護的側面と、在宅ケアと救急治療サービスの医療的側面に限定されている。ホーム・ヘルパーと成人デイ・ケアはCAPから財政補助を得ていた（現在はCAT）。

高齢者の継続ケアについては、これまで全国的にまとまった資料に乏しかった。近年、カナダ保健情報機構（The Canadian Institute for Health Information: CIHI）が全国的な情報システムの構築に乗り出し、その第一弾として『カナダにおける施設収容型継続ケア 2004-2005』を公表した。そこでの資料は病院部門については、継続ケア報告システムに提出されたオンタリオ州の複合的継続ケア用病床をもつ134の病院、居住型ケア施設についてはノヴァ・スコシア州の7つの老人ホームに限定されているものの、この種の報告書としては初めてのものとして注目される（CIHI 2006）<sup>9)</sup>。

#### (i) 施設収容型継続ケア

上記報告書を見ると、病院での継続ケアで入院が認められたもののほとんど、87%は、他のレベルの病院治療、主に急性期治療から移ってきた者たちである。自宅から直接入院が認められた者は10%、居住型施設からの入院は1%にすぎない。退院者を見ると、2004年度に入院を認められたものに対して76%（18,107人）の割合となっている。短期入院（92日以下）と長期入院（93日以上）患者を比べると、他の病床（主に急性期病床）に移されたものの割合はどちらも12-14%と変わらない。しかし短期入院者の17%が居住型ケア施設に移り、31%が自宅に戻ったのに対して、長期入院患者の場合は、28%がケア施設に移り、16%が自宅に戻っており、数字は逆転する。全ての退院者のなかで、実は死亡ケースが一番多い（短期入院者で35%、長期入院者で38%）。



入院者の男女比率を見ると、女性が56%、男性が44%、全体で75歳以上の割合が64%（女性38%、男性26%）となっている。75歳から84歳までの集団が最も入院率が高く（全体で38%）、これは短長期入院ともにそうになっている。入院患者の63%が心臓や循環器系の問題を抱え、さらに神経症（46%）、高血圧（42%）などが多く見られ、アルツハイマー、非アルツハイマー系の認知症が23%、鬱症が20%と続く。癌患者も26%に上っている。

居住型施設継続ケアへの入居許可は、ノヴァ・スコシア州の7つの老人ホームとサンプルが少ないが、簡単に見ておくと、病院から移ってくる場合が最も多く、61%に上り、自宅から入居する者も4分の1いる。この点は入院の場合とは大きく異なる。他の居住型施設から移って来る者も13%いる。これは希望する施設のベッドが空くのを待っていたケースが多いと考えられる。退院については、2004年度は入居者の22%であり、病院の場合と比べると、極端に低い数字となっている。退院者のうち、短期滞在の3分の2、長期滞在の23%は病院に移っている。死去による退院は、12%となっている。

入居者の内訳を見ると、75歳以上の者が全体の86%と圧倒的多数を占めている。85歳以上の者が55%である。男女比率を見ると、75歳以上84歳以下男性集団が11%に対し、同年齢女性は20%を占め、85歳以上男性集団は12%とそれ以下の集団とあまりシェアに変化はないが、同年齢女性の場合43%と大きく増えており、居住型施設における継続ケアの対象者の多くが85歳以上の女性であることがわかる。健康問題について見ると、神経系の問題が77%、心臓・循環器系の問題が65%、認知症が64%に及んでいるのが目立った特徴である（CIHI 2006）。

CIHIの報告とは別途、長期ケア（Long-Term Care: LTC）について、高齢化に関する全国諮問会議（National Advisory Council on Aging: NACA）の

報告がある。簡単なものではあるが、より広範な地域を対象としているので、概観しておく。まずLTC施設とは、NACAによれば、基本的に部屋、食事、保健サービスや生活上の介護を提供し、薬剤投与管理や身体上の慢性疾患へのケア、人工呼吸器を使用する居住者のモニタリングを行う専門の看護サービスが24時間提供されている施設である。補助員は、居住者の食事や、着替え、洗濯、その他日々の生活上必要な世話をを行う。他の保健専門職者たち、たとえば栄養士、理学療法士、精神科医、呼吸療法士などについても、同様にアクセス可能である。各居住者には、かかりつけの医師（自身の家庭医もしくは施設と提携する医師）が存在する。

LTC施設には様々な年齢層の居住者がいるが、大部分は高齢者、とりわけ85歳以上の人々である。2001年の人口調査によれば、高齢者LTC施設で居住する数は減少傾向にある。75歳以上人口のなかでLTC施設居住者の割合は、1981年の17%から14%に減っている。これは、自活できる健康な高齢者が増えたことや自宅で利用可能なケアが増えたことによる。しかしながら、こうした傾向から、将来LTC施設の役割が継続的に低下するとは楽観できない。85歳以上の高齢者は81年から2倍に増え、現在430万人いる。今後ベビー・ブーマーたちが高齢化すると、この割合は加速度的に増加すると考えられ、将来LTC施設の需要が増加することもありえる（NACA 2005: 2-3）。

施設収容型のLTCについては、既に指摘したようにCHAの基準は適用されず、各州・準州で提供されるサービスであるため、均質ではなく、公的資金支援も十分ではない。自己負担額も各州によって大きく異なる。ユーコン準州では、一日平均18ドルの負担となっているが、ノヴァ・スコシア州では74ドル、ニュー・ブランズウィック州では137ドルとなっている（ユーコン準州については2004年、後の2州については2005年の数字）。ニュー・ブランズウィッ

ク州では、居住者の自己負担額を決める際、所得と資産審査を行っている。審査は、カナダ各州の中で最も厳しいといわれ、同州で家族にLTC施設に収容されるものができると、その自己負担額を払うために、ほぼ全資産を使い果たすことになるといわれる(NACA 2005)。

## (ii) 在宅ケア

カナダでは、加齢に伴う身体能力の低下や慢性疾患、衰弱に対して、体系的に取り組む行政の積極的な姿勢が見られず、結果として割高で、不適切な急性期ケア病院やLTC施設の利用を呼んだという批判が1990年代後半強くなる。CHAによって普遍的包括的なサービスを無料で提供する急性期ケア病院が、それ以外の全ての医学的社会的問題を解決するように期待され、医療コスト増を招いているというのである。1961年から1992年の間、急性期ケア病院の一人当たりの利用率をみれば、その他の年齢集団が押し並べて減少しているにもかかわらず、75歳以上のグループでは、23%増加している(Bergman, et al. 1997)。

このような状態に対して、病院・施設ケアに代わって、大きな注目を浴びたのが、在宅ケアである。在宅ケアサービスとは、身体的あるいは精神的障害をもった人々が自宅で生活できるように医療や社会的な支援を公的財源によって提供するものであり、特に年齢制限はないが、一般には加齢とともにニーズが高まる。近年医学的技術や機材の発達によって自宅療養の可能性が高まったこともあり、在宅ケアへの需要は高まり、かつ多様化しつつある<sup>10)</sup>。在宅ケアサービスは、利用者が慣れ親しんだ環境内に留まれるような生活支援や予防機能を提供することによって、利用者本位のケアを実現しようというものであり、看護師、ソーシャル・ワーカー、療法士といった専門的サービスと家族支援サービスとに分かれる。さらに様々な付加的なプログラムやサービスがある。たとえば

成人のデイ・プログラム(代表例としては、高齢者のデイ・ホスピタルなど)、食事プラン、家事、一時滞在、カウンセリング等の支援である(Shapiro 2002: 1-3)。

在宅ケアが高齢化への対応策として優れていると考えられるのは、それが高齢者の要望に合致しているというだけでなく、それが病院はいうまでもなく長期収容型ケアと比べても、安価な代替機能であることによる。在宅/地域に基礎をおくケアと居住型LTCサービスのコストを比較すると、ブリティッシュ・コロンビア州の調査では、在宅ケアはどのケアについても居住型施設ケアよりも一般的に安上がりである。州の利用者一人当たりのコストは、施設ケアの半分から3分の1程度であり、しかもケアの質は少なくとも同等であると報告されている(Shapiro 2002: 8; NACA 2000: 11)。さらに在宅ケアの重点化が、前節で検討した待機時間の解消に役立つことはいうまでもない。

しかしながら、在宅ケアもまた、CHAでカバーされるサービスではないため、連邦の統一基準がなく、各州・準州が個別にプログラムを提供しているのが現状である。結果として、州が異なれば、資格要件、サービスの質や種類、さらに自己負担額などが変わる。ある州ではあるサービスを受ける資格を持つのに、他の州では同様の状況にあるものがそのようなサービスを受けられない。ブリティッシュ・コロンビア州を例外として(そこでは12カ月の居住期間を要する)、一般的な在宅ケアの資格要件として、3カ月の居住期間、健康保険証、保健医療上のケアの必要性、ケアに適切な家庭環境があること(安全を確保し、信頼できる家族が存在するか、社会的あるいは地域的支援体制が存在すること)、さらに幾つかの州や準州では医師の推薦書が必要である。

こうした要件を充たせば、在宅ケアサービスが受けられるが、サービスの範囲も州によって異なる。在宅ケアのうちCHAの規制が及ぶ医療につ

いては、当然どの州も利用者負担を求めることはない。しかしその他のサービスについては、緊急度や利用者の資産、利用量等の基準に基づいて段階的な自己負担が課せられる。ただし、ほとんどの州では提供されるサービス量とともに負担額に上限が設けられている。サービスの制限は、利用時間量に上限を設ける場合と、コストに上限を設ける場合が見られる。病院での薬剤投与は無料であるが、予後の在宅ケアでの薬剤使用については、自己負担が課され、負担額はやはり州によって異なる(Shapiro 2002: 3)。制度の寛容性に応じて、各州の支出は当然異なる。たとえば、ニュー・ブランズウィック州では保健医療予算の10%近くが在宅ケアに使われているのに対して、ヌナヴット準州では2%以下となっている。各州の平均値は4.5%といったところである。1980-2000年度間に各州の保健医療予算支出は平均7.1%増えているが、在宅ケアはその倍、14%の伸びを示している(Romanow 2002: 174-175)。

在宅ケアとは、病院治療や医師診断といったような特定のサービス群を意味するものではなく、様々なサービス、大きくいって医療と社会的サービスをバランスよく統合的に提供することを目指すものとするのが適当であろう。そこで直ちに問題になるのが、医療ケアと社会的ケア、急性期ケアと継続ケア、地域ケアと施設ケア、等の調整・統合である。各々が別個に存在し、機能している状態を放置すれば、利用者のアクセスにとって障害になるだけでなく、重複するサービスや行政管理などによってコスト増を招く。このような問題を克服するために提唱され、実施に移されてきたのがサービス窓口の一本化であり、利用者のニーズや要望に合わせて、サービスのプランニング、実施を行うケース・マネジメントである<sup>11)</sup>。

窓口で申請を受けつけ、資格調査・認定にあたるのはケース・マネージャーである。ケース・マネージャーの第一の役割は、スクリーニングであり、

有資格者を入れ、それ以外のは撥ねつけることである。次に利用者のニーズや要望にそって、利用可能なサービスを選択、調整したケア・プランを作成する。これによって(サービス)資源の有効利用を図る。さらに限りある資源を管理する必要がある。スクリーニング、資源利用、資源管理が、ケース・マネージャーの役割として期待される。しかしながら実際には、ケース・マネージャーの役割は、各州によって異なっており、必ずしもこれら3つの機能を果たしているわけではない。これらの役割が、ケース・マネジメントにおいて十全に果たされるためには、医療と社会的サービスの専門家たちが各々の領域を越えたチームを作り、患者のニーズを評価し、サービスのプランニングと提供に対してこうしたチームが責任をもち、ケース・マネージャーはそのチームの一員として行動することが重要であるとされる。

このようなチーム体制のもとで、ケア・プラン作成、サービス選択や管理運営、評価、フィードバックという一連の過程と戦略が効果的効率的に流れる。こうしたチーム体制は、各専門分野の縄張り意識を超え、利用者本位の医療と介護の統合的なシステムを確立する上で不可欠と考えられる。ケース・マネジメント・チームは、高齢者の機能低下のリスクを逸早く発見し、最小限に止めるよう、急性期・長期ケア施設の不適切な利用を最小限に食い止めるように努める。その結果、患者のニーズに合った柔軟性と迅速性(病院や施設ケアではなく自宅での支援や介護)が達成される。予防、リハビリ、在宅サービスによって高価な急性期病院の不適切な利用を減らす(Bergman, et al. 1997)。

ケース・マネジメントは各州で採用され、効果を発揮している<sup>12)</sup>。カナダ在宅ケア協会(Canadian Home Care Association: CHCA)<sup>13)</sup>は、意見交換の場を設けたり、出版物や意見書を通じて、在宅ケアに関する情報・知識の普及活動を行っている。CHCAの主張は、上述の記述とほぼ重なるが、特

に強調されている興味深い点について、ここで紹介しよう。第一のポイントは、ケース・マネジメントは、利用者や介護者の意思や価値観を尊重し、彼ら本位になされるべきであるということである。そのためには、円滑なコミュニケーションと利用者・介護者のケース・マネジメントへの参加が重要になる(empowerment)。ケース・マネジメントは、利用者の立場を尊重し、協力を通じ、ニーズに対応し、自立支援を行うものである。利用者の自立と福祉を、あくまで彼ら自身の望む文脈のなかで支援し、コミュニケーション、教育、サービスの選定・促進を通じて、最大化する。ケース・マネージャーは、チームの一員として、保健医療ケアの連続のなかで適切なサービスとオプションを明らかにし、利用者システム双方にとって価値の最適化が実現されるよう、効果的資源利用のバランスをとる。

ケース・マネジメントは以下のような過程に概念化される：スクリーニング、優先順位づけ、資格決定→利用者のニーズ、目標を確定する→ケアとサービス・プランニング、コミュニケーションを要するサービス間の効果的調整、費用対効果の考慮→ケアの実施→患者個人や人口学的な観点からサービス成果のモニタリングと評価、ケアプランのサイクルを考慮した再評価、見直し→サービスの完了。ケース・マネジメントの評価として問われるのは、適切な時点で適切なサービスを調達したか；サービスの重複は防げたか；病院・救急医療の利用は減少したか；患者の健康状態は改善したか；介護者の負担は軽減したか；システムの連携は改善されたか；症状管理は改善したか；施設収容は避けられたか；ケアへの患者の参加は増加したか；患者の目標は達成されたか；患者の満足度は向上したか、等々である(CHCA 2005)。

以上、やや詳細にケース・マネジメントを紹介したが、それは現実の医療と介護システム、しかもそのなかでの制度やサービス提供主体の多様性というものを所与として、そのなかで統合的な保健

医療サービスを実現しようとする、窓口を一本化し、利用者個人のケースにそって、医療から生活支援まで様々なサービスをバランスよく提供するケース・マネジメントが不可欠の要素となると考えられるからである。しかしながら、現状においてケース・マネジメントが医療と介護の理想的な連携を実現しているわけではない。最後に課題と将来的展望を考える。

#### 4. 課題と将来的展望

在宅ケアサービスの充実への高齢者の要望が強く、しかもそれが病院や施設収容型ケアに比べ財政負担が少ないと考えられること、さらに待機時間の解消という観点から、カナダでは高齢化に対応する医療－介護連携の拠点として在宅ケアが推奨されてきた。利用者本位の在宅ケアの統一的提供を図るのが、ケース・マネジメントである。しかし、そこにはなお幾つかの問題が見られる。利用者にとって最も直接的障害となるのは、自己負担である。在宅ケアの自己負担額は、共同負担(copayment)というほどのものではないという声もあるが、施設のほうが安上がりの場合があり、その場合患者やその家族は施設収容を選択する傾向があるとの指摘もある。また一般的に在宅ケアの需要が高まっているにもかかわらず、州政府が従来 of 病院施設に重点を置くケア政策から、なお発想を十分転換できていないとの批判もある。たとえば、入院患者の診察のほうが訪問診療よりも料金ポイントが高くなっている場合があり、これは当然医師の選好に影響を与えられられる。また病院によっては、リハビリ用の病床がない、あるいはあっても不足しているため、回復のための経過期間さえあれば在宅ケアへとスムーズに移行できるようなケースでも、患者を拙速に長期ケア施設に移してしまう場合がある。現行の在宅ケア政策が不十分なため、結果として専門家の抵抗を生んで

しまうのである(Bergman, et al. 1997; Shapiro 2002)。

また在宅ケアが安価であるという点についても、留保が必要である。在宅ケアのコストはプロフェッショナルが提供するケアサービスのコストを意味し、インフォーマルなケアサービス、家族や近隣の友人が提供する介護はそのなかに含まれていないからである。たとえば、オンタリオ高齢市民団体連合(the Ontario Coalition of Senior Citizens' Organizations)によれば、在宅ケアの85-90%が家族や友人によって提供されている。ノヴァ・スコシア州でも、80%のケアがインフォーマルな介護者によってなされているとの報告がある。カナダ・コミュニティ・ケア連合会は、10代から高齢者までを含む300万人のインフォーマルな介護提供者がいると推計している。これに加え、ボランティアたちが存在する。インフォーマルな介護の総時間数は延べ20億時間を超え、これに公認ボランティアの9300万時間が加わる。それらを総計すると、ほぼ200億から300億ドルの価値になると推計される。インフォーマルな介護は、社会的に、とりわけ女性にとって大きな負担になっている。ある研究は、介護のストレスを経験したものは63%死亡率が高くなると主張している(Romanow 2002: 183-184)。

もとより、これらインフォーマルな介護に対して、どこまで金銭的対価を与えるべきかについては、演繹的に結論を導き出せる問題ではない。ただ1996年の社会調査では、介護者の44%が介護の直接的結果として、余分の費用が生じると回答している。また介護者の62%が有職者であるが、そのうち半数が(女性介護者の55%、男性介護者の45%)が、退社時間を早めたり、週のうち少なくとも一日は休暇をとるなどしており、介護は仕事に影響を与えていると答え、21%が介護によって体調を崩したと報告している(NACA 2000: 15-16)。インフォーマルな介護者への補償が全くなされていないわけではない。連邦レベルでは400ドルを上

限とする(2000年現在)税クレジットが導入されている(NACA 2000: 15)。また州レベルでは現金給付も導入されている(高橋 1999: 266)。しかしながら、これらの対応策は、インフォーマルな介護者が費やす労力と時間を鑑みれば、微々たるものであり、付け焼刃の感がある。より包括的体系的な介護者への支援策が、将来的にインフォーマル・ケアを安定的に供給するためには不可欠となる。このように考えれば、安価であるというところに住宅ケア推進の根拠を求めることには慎重であるべきであろう。

ところで、たとえケース・マネジメントによる在宅ケアの制度横断的な統合的運営、それを支える基盤であるインフォーマルな介護への支援策が州レベルで理想的な状態で実現したとしても、なお不十分である。これまで繰り返し指摘してきたような州間の格差が解消されない限り、高齢者が在宅ケアの資格は州境で立ち止まる。高齢者が州境を越えた転居を行う場合、A州で彼/彼女が享受した在宅ケアサービスをB州で受けられる保証はない。このような随伴可能性の欠如は、利用者の移動の自由を阻むことになる。要するに、介護についても、医療と同様に全国画一的な基準が必要となる。これについて、連邦-州政府間で再三確認されているが、現実には連邦政府がどこまで財政的な裏づけによって基準を義務化しうるかがポイントになる。

これについても、やはりロマノウ報告が、基本的な方向性を示している。CHAが実際にカバーするサービスが理論的に含まれるべき全てを対象にできないことは財政上止むを得ないにしろ、できるだけ範囲を拡大すること、とりわけ在宅ケアを重視することが提唱されている。病院を含む施設収容型の治療に対して、在宅ケアが節約につながり、さもなければ入院、LTC施設収容となる人々の生活の質とケアを改善する点を確認し、現行のCHAでは在宅ケアは「医学上必要なサービス」に含ま

れていないが、州や準州ではその価値を認め独自の政策を展開していること、しかし自己負担を含め、制度のバラツキが大きいという問題点を指摘し、CHA 保険対象の拡大を求める。そもそも「医学上必要なサービス」とは、病院や医師によるサービスに限られるべきではない。ロマノウ報告によれば、その定義は、誰がどこでサービスを提供するかではなく、利用者のニーズに立脚してなされるべきである (Romanow 2002: 172)。

このように、ロマノウ報告は、在宅ケアの全国的均質化を、新たな立法措置によるのではなく、現行のCHAを拡大解釈・適用することによって実現する戦略を提唱する。現実性・即効性という点では、妥当な見解といえよう。その提言を一層現実的にしているのは、在宅ケアサービスの全てを直ちにCHAによってカバーするのは財政的に困難であることを認め、まずは3つの領域(精神衛生、予後ケア、終末治療)について、優先的速やかにCHAの対象とすべきことを主張している点である。家族や友人などのインフォーマル・ケアについては、その重要性を鑑み、直接的な報酬から税控除、雇用保障、介護休暇や休職まで含め、可能な限り様々な支援を行うべきであるとしている (Romanow 2002: 172)。

以上見てきたように、カナダの保健医療システムは、憲法上基本的に分権的・分断的なものであるが、医療保障については1970年代までに統一的保険制度が確立、1984年CHAによって一応完成された姿を現した。その後、財政移転問題から連邦一州間の対立が続いたが、その政治的ダイナミズムは、財政事情の好転もあって、カナダ医療保障システムの改善を生み出した。改善の過程で、大きくクローズアップされるようになったのは、カナダ保健医療が社会的ニーズに対応できていないことであり、具体的には待機期間の解消、それと密接に関連する医療と介護の切れ目のない継続的ケアの実現、在宅ケアの重点的拡充が目標となった。

現カナダ保守党政権は新自由主義的な方向性を持ち、本来は保健医療においても市場原則の導入を指向していることは明らかであるが、これまでのところロマノウ報告の基本方針を撤回するには至っていない<sup>14)</sup>。とはいえ、財政的人的裏づけのないまま、在宅ケアの重点化が強行されれば、また待機時間解消のため保険外医療が認められていけば、裏口から市場原理を導入することに成功する可能性もある。ただし保健医療制度はカナダの国民統合の象徴ともいわれてきただけに (cf. Evans 1994: 437)、普遍主義原則の侵食に対してカナダ国民は殊の外敏感であり、そのような崩壊的な市場原理導入が試みられるなら、大きな政治的緊張をもたらすことは必至であろう。

#### 注

- 1) 直近の人口推計では以前より若干高齢化の進行が早まると予測されるものの、大幅な修正は見られない。
- 2) とはいえ、カナダは国民皆保険を実現する1971年まではほぼアメリカと同じ支出レベルであり、皆保険制度導入後、アメリカから見ると増大傾向に歯止めがなかったことも指摘しておくべきであろう (Rachlis & Kushner 1994: 192)。
- 3) 連邦と州の他に、カナダでは準州が存在し、正確には「連邦一州・準州」と記載すべきであろうが、本稿では便宜上「連邦一州」と表記する。
- 4) 一般医が専門医を紹介し、専門医の治療が行われるまでの総待機期間は、10州の12医療項目の平均で見て、17.9週であった。最短はマニトバ州の14.8週、最長はサスカチュワン州の33.3週であった (Fraser Institute 2004)。
- 5) CHSTは、CHTとカナダ社会移転 (Canada Social Transfer) とに分割される。
- 6) 2003年首席大臣会議から2004年首席大臣会議までの記述は、Health Canada (カナダ保健省) のホームページ (website) で得た情報をもとにしたものである。
- 7) 医療制度の特質や変遷については、内容的に新川 (1999) ; (2005) 等で繰り返し紹介してきたところであり、とりわけロマノウ報告以後の展開に関する記述は、新川 (2005) とほぼ重複する。
- 8) カナダ保健省によれば、継続介護とは、「身の回りの世話を自分で行う能力を持っていない、あるいはその一部を損失し、日々の生活のなかで助けを必要とするような個人に与えられる一連の医療的社会的

サービス]である。「これらのサービスはしばしば自宅で始まるが、病院や施設内ケアと通常結びつきより集中的なケアレベルも含む」。「ケアの目的は必ずしも治癒ではなく、健康と機能の安定化、改善であり、機能をできるだけ長く維持することにある場合もある」(CIHI 2006: 2)。

他に長期ケアという言葉があり、これは継続ケアと同様に使われる場合もあれば、長期施設ケアをさす場合もあり、さらに支援サービスを指すこともある。各政府レベルでの様々な用語法の違いについてまとめたものとして、今日では若干古くなったが、Hollander & Walker (1998)が便利である。

- 9) 今後各州の資料が提出され、体系的なデータ・ベース化がなされる予定のようである。
- 10) 1998年の世論調査では、回答者の84%が全国的な在宅ケアプログラムを支持している(NACA 2000: 9)。
- 11) 「窓口の一本化」は、1984年にアルバータ州で、1989年にはニュー・ブランズウィック州で始まったといわれる(高橋 1999: 267)。
- 12) 幾つかの具体例を紹介しよう。アルバータ州エドモントンのCHOICE (Comprehensive Home Option of Integrated Care for the Elderly)は、日本のデイ・サービスとよく似た内容である。適切な栄養摂取、運動、社会的接触を通じて健康を促進しようというもので、一週間のうち3ないし4日、高齢者がデイ・センターに通うのをCHOICEのスタッフが送り迎える。センターでは、医師、看護師、ソーシャル・ワーカー、歯科医師、食事ケアの専門家たちやリハビリの専門家たちが、慢性的症状を持つ人たちを診断、健康状態をチェックし、症状が深刻になる前に適切な処置を行う。通所者は、栄養バランスのとれた食事、同年輩の友人たちとのふれあい、様々なレジャー活動を行う(NACA 2000: 5)。

ヴィクトリア州のQRT (Quick Response Team: QRT)は、1987年に救急隊や急性期ケア病床への需要を緩和するために設けられた。QRT設立前は、体力の低下している高齢者が、一人暮らしで転倒すると、即入院ということになった。骨折しておらず傷やあざができただけで、なんら急性期ケアが必要ではない場合でも、怪我によって一人暮らしが困難になると、入院していたのである。QRT設立によって、高齢者は迅速により適切なケアを受けられるようになった。たとえば、短期の間なら自宅で24時間ケアを受けることができるし、もし3日経ってなお援助が必要な場合には、在宅ケアを受けられる。QRTは1日15時間体制をとっている。ヴィクトリア州で始まったQRTは、アルバータ州とサスカチュワン州で広がりを見せており、地域によっては24時間体制を敷いている(NACA 2000: 7)。ケベック州モントリオール市のSIPA (the French-

language Acronym for Integrated Care for Seniors)は、体の弱った高齢者に包括的統合的コミュニティ・ケアを提供し、必要に応じて病院やLTCセンターとも連携している。SIPAに登録している高齢者は、週7日間、1日24時間、必要なサービスをただちに提供してもらうために、看護師を呼ぶことができる。1999年にスタートして以来、SIPA登録高齢者の間では、LTC入居許可を求める数が半減し、病院の入院患者のうち高齢者の占める割合は、3分の1に減ったという(NACA 2000: 9)。

- 13) 非営利であり、公的基金に基づく在宅ケアプログラム、非営利サービス機関、消費者、研究者、教育者、その他の利害関係者を含む600を超える団体と個人をメンバーとする全国組織である。
- 14) ハーパー首相は、政界から一時引退していた1997-2000年の間、公的健康保険制度撤廃を求めて設立された国民会議(National Citizens Council)の副会長、さらには会長を務めている(新川 2006: 169)。

#### 参考文献

- 池上岳彦 1996「カナダのブロック補助金とその改革論」『新潟大学経済論集』第60号。
- 岩崎利彦 2005「カナダの医療保障制度について—二層医療制度と処方薬剤価格における最近の動向を中心に—」2005年1月22日関西カナダ研究会報告(於：関西学院大学梅田キャンパス)。
- 新川敏光 1999「医療保険—財政連邦主義の終焉—」城戸喜子・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障3：カナダ』東京大学出版会。
- 新川敏光 2003「カナダ」『世界の社会福祉年鑑2003』旬報社。
- 新川敏光 2005「カナダ医療保険の現状と課題」『都市問題研究』第7巻第8号。
- 新川敏光 2006「カナダ連邦政治と国家統一—その持続と変容—」京都大学『法学論叢』第158巻第5・6号。
- 高橋流里子 1999「高齢者福祉サービス」城戸喜子・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障3：カナダ』東京大学出版会。
- ボノーリ、ジュリアーノ&新川敏光 2004「西ヨーロッパ、北米、東アジアにおける高齢化と年金改革の論理」新川敏光/ジュリアーノ・ボノーリ編著『年金改革の比較政治学』ミネルヴァ書房。
- Bergman, H., et al. 1997. "Care for Canada's Frail Elderly Population: Fragmentation or Integration?," *Canadian Medical Association Journal* 157 (8): 1116-1121.
- Boychuk, Gerard W. 2001. "Aiming for the Middle: Challenges to Federal Income Policy," in G.B. Doern, ed., *How Ottawa Spends 2002-2003*, pp. 123-144. Don Mills, Ontario: Oxford University Press.

- CHCA (Canadian Home Care Association) 2005. "Home Care Case Management." Summary of the Proceedings submitted at Invitational Roundtable, March 3 & 4, 2005.
- CIHI (Canadian Institute for Health Information). 2006. *Facility-Based Continuing Care in Canada, 2004-2005: An Emerging Portrait of the Continuum*. Ottawa: CIHI.
- Evans, R. 1994. "Canada: The Real Issues," in J. A. Morone and G. S. Belkin (eds.), *The Politics of Health Care Reform*, pp. 463-486. Durham: Duke University Press.
- Fraser Institute. 2004. *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada*, 14<sup>th</sup> ed.
- Health Canada (in collaboration with the Interdepartmental Committee on Ageing and Seniors Issues). 2002. *Canada's Aging Population*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.
- Hollander, M. J., and E. R. Waler. 1998. "Report of Continuing Care: Organization and Terminology." Prepared on behalf of the Federal/Provincial/Territorial Committee of Officials (Seniors) for the Minister Responsible for Seniors (December).
- NACA (National Advisory Council on Aging). 2000. "The NACA Position on Home Care." A position paper adopted by NACA members on March, 2000, following their 58th Council Meeting.
- NACA. various years. *Expression: Bulletin of the National Advisory Council on Aging*.
- OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). 1998. *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. Paris: OECD.
- Statistics Canada 2005 *The Daily* (December 15).
- Rachlis, M. and C. Kushner. 1994. *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System*. Harper Prentice Hall.
- Romanow, Roy J. 2002. *Building on Vales: The Future of Health Care in Canada*.
- Rosenberg, Mark W. 2000. "The Effects of Population Ageing on the Canadian Health Care System," SEDAP (Social and Economic Dimensions of an Aging Population) Research Paper No. 14.
- Shapiro, Evelyn. 2002. "Home Care," *Health Transition Fund Synthesis Series*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- World Bank. 1994. *Averting the Old Age Crisis: Politics to Protect the Old and Promote Growth*. New York: Oxford University Press.

(しんかわ・としみつ 京都大学教授)