

日本とカナダの医療保険制度改革：共通の課題と多様性

尾形 裕也

■ 要約

日本及びカナダの医療（保険）制度は、国際的な比較制度論の観点からすると、共通する点が多く、publicly funded and privately deliveredと総括しうる。一方、両国の医療費の動向は、1980年代、90年代を通じて全く対照的なトレンドを示している。カナダにおいては、競争原理導入というよりはむしろ競争抑制的な政策がとられてきているが、医療費のコントロールについては各国の中でも成果を挙げてきているといえる。「カナダの医療の将来に関する検討委員会」の中間報告（2002年2月）は、カナダの公的医療制度の現状と課題を分析し、今後の改革の方向性を示唆するものであるが、日本の医療制度改革を考察するにあたって参考となる点が多い。特に、カナダの医療に関する5原則の堅持、漸進的、追加的改革の積み重ね、国民各階層からの幅広い意見の聴取、州政府による「保険」制度運営の市町村国保への示唆といった点が参考になろう。

■ キーワード

publicly funded and privately delivered、カナダの医療法の5原則、カナダの医療の将来に関する検討委員会、漸進的、追加的改革、カナダ Medicare と市町村国保

I 日本及びカナダの医療（保険）制度の現状

1. はじめに

本稿の主たる目的は、近年の日本、カナダ両国における医療保険制度改革の動向を比較検討することにある。後述するように、両国の医療（保険）制度は、多くの点で共通する面と異なった面とを有しており、単純な比較は困難である。しかしながら、同じ先進資本主義の大国（ともにG7メンバー）に属する「隣人」でありながら、両国の医療ないしは医療政策について比較検討することは、アメリカ、イギリス、ドイツ、フランスといった他のG7諸国の場合と比べ、これまできわめて稀だったように思われる¹⁾。これらの諸国の医療（保険）制度の概要について、あるいは近年の改革の動向について記述した邦語の文献は枚挙にいとまがな

い。アメリカのHMOの動向について、イギリスのNHS改革について、さらにはドイツの医療保険構造改革について扱った邦語文献にあたることは比較的容易であろう。しかしながら、カナダの医療となると、そもそもその基本的な財政方式が保険なのかどうかといったことすらおぼつかないというのが、少数の例外を除いて、わが国の多くの研究者や政策当局者の実態だったのであるだろうか（筆者自身、数年前まではそうだった）。カナダのような重要な国の医療についての情報がこうした状況にあるということは驚くべきことであり、それ自体が考察に値するとさえいえるかもしれない。こうした状況を踏まえ、本稿においては、はじめに両国の医療（保険）制度の現状について、簡単に紹介、検討することから議論をはじめることとした²⁾。

2. 医療に関する主要指標の比較

以下では、主としてOECDの国際比較医療データ³⁾に従って、日本とカナダの医療に関する主要指標のいくつかを見てみよう。

まず、医療のアウトカムを表わす指標である。表1は、主要国の男女別平均寿命(0歳時の平均余命)であるが、これを見ると、1997年時点において、日本は男77.2歳、女83.8歳であるのに対して、カナダは男75.8歳、女81.4歳となっており、いずれもOECD諸国の中でも、きわめて高い水準となっていることがわかる。女性の平均寿命が80歳を超え、男性についても75歳を超えるに至っている日本及びカナダは、「長寿社会」の達成という意味では、よく似た共通する面があるといえる。

また、表2には、出生1,000対の乳児死亡数を示している。ここでも日本は、スウェーデン(3.6)に次いで低い水準となっているのに対し、カナダは平均的な数値であるが、アメリカ、イギリス等に比べれば、低い水準となっていることがわかる。

次に、医療費と経済との関係を見てみよう。図1には、横軸に各国の1人当たりGDPを、縦軸に1人当たり医療費を、いずれも1998年の米国ドル表示データに基づいてプロットしたものを示した。これを見ると、一部の例外を除いて、各国の1人当たりGDPと、1人当たり医療費は、非常によく相関していることがわかる。各国の医療制度は、財源調達方式から支払い方式に至るまで、それぞれかなり大きな相違があるということを考慮すると、これは驚くべき結果であるといえる。この図で、カナダと日本はちょうどトレンド線をはさんで上下に分かれた形になっている。OECDによれば、1998年時点で、医療費の対GDP比率は、カナダが9.3%であるのに対し、日本は7.5%となっている。カナダがこの水準であったのは、1981年(7.3%)時点であり、後述するように、80年代を通じて、この比率が9%まで上昇していることを考慮すると、医療費水準だけを単純に比較すれば、日本はカナダの

表1 主要国の男女別平均寿命(1997年)

	男	女
日本	77.0(1)	83.8(1)
カナダ	75.8(5)	81.4(7)
アメリカ	73.6(19)	79.4(19)
イギリス	74.6(12)	79.7(18)
フランス	74.6(12)	82.3(2)
ドイツ	74.1(17)	80.3(15)
OECD加重平均	73.5	79.6

注：()内は、OECD30か国における順位

表2 主要国の乳児死亡率
(出生1,000対死亡数、1997年)

日本	3.7(2)
カナダ	5.5(14)
アメリカ	7.2(24)
イギリス	5.9(17)
フランス	4.7(6)
ドイツ	4.8(8)
加重平均*	8.9

*韓国を除く29か国についての加重平均値

80年代に相当するといえるかもしれない。

最後に、医療供給面のデータを見てみよう。医療供給量を規定する基本的なインプットと考えられる資本及び労働投入について、代表的な指標を表3から表5に示した。まず、表3は、人口1,000人当たりの病床数(Total inpatient beds)を主要国について見たものである。これを見ると、カナダのアメリカ、イギリス等と並ぶ病床数の少なさと、日本の際立つ多さがよくわかる⁴⁾。ドイツ、フランス等のヨーロッパ大陸諸国は両者の中間の水準にあるといえる。日本とカナダの状況は、しかしながら、1960年までさかのぼると、日本9.0、カナダ6.2と、現在ほどの大きな差はなかったことがわかる。

表4に示したように、日本が長期的に病床数が増加傾向にあったのに対して、カナダは70年代以降(特に90年代に入ってから顕著な)人口当たり病床数の減少が続いており、現在のような大きな

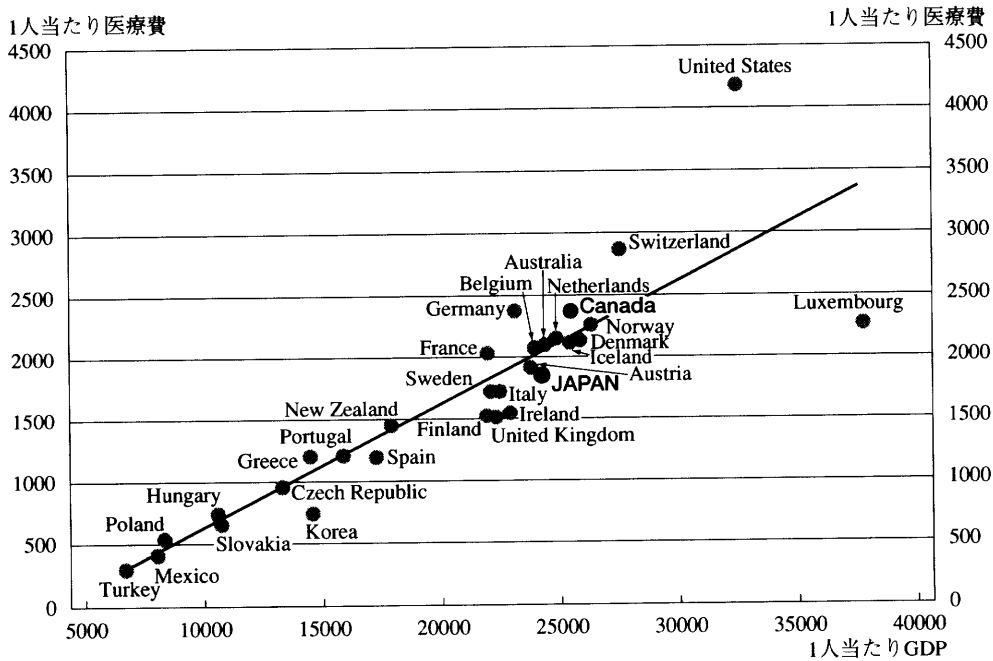


図1 医療費と経済の関係：1人当たりGDP及び1人当たり医療費（1998年、米ドル表示）

表3 主要国の人口1,000人当たり病床数（1998年）

日本	16.5 (1960年：9.0)
カナダ	4.1 (1960年：6.2)
アメリカ	3.7
イギリス	4.2
フランス	8.5
ドイツ	9.3
平均*	6.9

*スウェーデン、スイス等5か国を除く25か国平均

差につながっているといえる。

次に、表5には、人口1,000人当たりの医師数 (Practising physicians) 及び看護職員数の国際比較を示した。これを見ると、医師数、看護職員数とも、日本とカナダはよく似た水準にあることがわかる。もちろん、医療専門職の定義及び業務内容は、国によって異なっており、単純な比較はできないことに留意する必要がある。例えば、日本の場合、准看護師の占める比率が高いことや看護職の行える医療行為の範囲の制限等を考慮する必要がある。し

表4 日本とカナダの人口1,000人当たり病床数の推移

	1960	1970	1980	1985	1990	1995	1998
日本	9.0	12.5	13.7	14.7	16.0	16.2	16.5
カナダ	6.2	7.0	6.8	6.7	6.3	4.8	4.1

表5 主要国の人口1,000人当たり医師数及び看護職員数（1998年）

	医師数	看護職員数
日本	1.9	7.8
カナダ	2.1	7.5
アメリカ	2.7	8.3
イギリス	1.7	5.0
フランス	3.0	6.0*
ドイツ	3.4	9.6

*1997年データ

かしながら、少なくともOECDのデータによる限り、日本とカナダの医療専門職の人口当たりで見た供給数は、アメリカやドイツ等に比べると少ないが、イギリスよりは多いという状況にあるといえる。

3. 両国の医療(制度)の国際的位置付け

ここで、日本及びカナダの医療(制度)について、国際比較の観点から、その位置付けを考察してみよう。

WHO(世界保健機関)[2000]によれば、日本及びカナダは、世界各国の医療制度の中でも高い評価を得ている。例えば、障害調整後平均寿命(DALE)で測った医療のレベル、医療制度のresponsiveness、医療費負担の公平性等を総合した全体的な医療制度の目標達成度についての評価では、日本は191か国中1位、カナダは7位にランクされている。また、全体的な医療制度のパフォーマンス評価では、日本は10位、カナダは30位となっている(ちなみに1位はフランスである)。WHOのこの評価については、指標の選択、評価の客観性等をめぐってさまざまな批判がありうる。しかしながら、相対的に見て、日本及びカナダ両国の医療制度が国際的に高い地位を占めていることについては、大きな異論はないだろう。WHOの選んだ9つの指標(及び合成指標)のいずれをとっても、日本、カナダ両国は良好な成果を示しているのである。

ここで、両国の医療制度の国際的な位置付けについて、さらに考察を進めてみよう。福祉国家の分類に関しては、Esping-Andersen[1990]の議論が著名である。Esping-Andersenによれば、カナダはアメリカ、オーストラリア等と並んで「リベラル型」福祉国家に分類されているのに対し、日本は3つの類型(リベラル型、コーポラティズム型、社会民

主主義型)のいずれにも明示的には属していないように見える。こうした分類の方法や内容自体についてはさまざまな議論がありうるが、特に、本稿との関連では、医療の扱いについて問題が多いように思われる⁵⁾。例えば、カナダ、アメリカ、イギリスの医療制度を同じアングロ・サクソン型の「リベラル型」とすることは全く説得的ではない。これらの国の医療の財政方式、医療供給方式、さらには医療費支出の水準は大きく異なっており、とうてい同一のタイプに属するとは思えないのである。

ここでは、日本、カナダ両国の医療制度の比較検討という観点から、医療制度の国際比較のための1つの仮説的な座標軸を構成してみよう。図2は、その簡単な概念図であるが、公的な医療の適用人口の割合が、左側の100%(イギリス、カナダ、日本)から、右側の46%(アメリカ)まで並んでいる。また、それとも関連するが、基本的な財源調達方式については、租税方式(イギリス、カナダ)から社会保険方式(日本、ドイツ、フランス、オランダ)、さらには私保険中心(アメリカ)という順に並んでいる⁶⁾。この座標軸では、左に行くほど「公」的色彩が強く、逆に右に行くほど「私」ないしは「民間」的色彩が強いと見える。社会保険方式の中でも、ほぼ完全な保険料主義をとっているドイツ、フランスを中心に、公費とのミックス型(日本)が左に、民間保険とのミックス型(オランダ)が右に位置している⁷⁾。

さらに、医療サービス供給の方式としては、イギリスのNHSのように、ほぼ完全な国営型医療供給

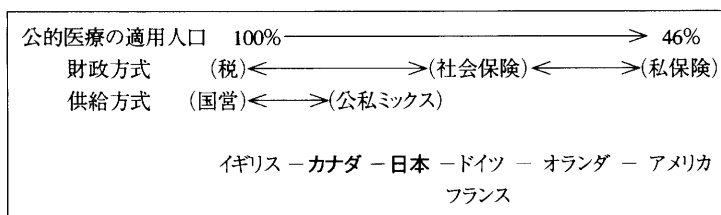


図2 医療制度の国際比較の座標軸

体制をとっている国と、カナダ以下の、特に開業医を中心に民間(ないしは私)の役割が大きいタイプの国とに分けることができる。カナダの医療制度の特徴を一言で表わす表現として、publicly funded and privately deliveredということがよく言われる⁸⁾が、fundingの方式の違いはあるものの、この点でも、日本とカナダは比較的良好似た類型に属しているといえよう。

II 日本及びカナダの医療制度改革の動向

1. 問題の所在(近年の両国の医療費の動向)

以上のような日本、カナダ両国の医療制度の概観を踏まえながら、近年における両国の医療制度改革の動向について検討してみよう。

表6には、主要国の医療費がGDPをどれだけ上回って伸びてきたかについて、1960年から10年ごとに4つの時期に区切って示している。日本及びカナダを中心にこの表を見てみると、いくつかの興味深い特徴が見てとれる。

第1に、1960年代、70年代を通じ、日本の医療費はGDPをかなり上回る伸び率で伸びてきている。これは、OECD全体の平均と比べると、やや高目ではあるが、ほぼそのトレンドに沿ったものであることがわかる。経済の高度成長期は、同時に医療費の高度成長の時期にも当たっていたという

ことができるだろう。これに対して、カナダの医療費は、この時期、相対的にかなり低目の伸び率を示している。特に、70年代には、カナダの医療費の伸びは、ほぼGDP成長率に見合ったものとなっており、各国と比べても、その伸び率の低さは際立っているといえる。

第2に、両国のこうした傾向は、1980年代、90年代になると、かなり様変わりしてくる。1980年代には、日本の医療費の伸び率はGDPの伸び率を下回り、医療費の対GDP比率は低下しているのに対し、OECD全体では、伸び率は大幅に鈍化したものの、依然として医療費はGDPを上回る伸び率(1.1%)を示している。ところが、これが1990年代になると、再度逆転して、日本の医療費の伸び率は再びGDPの伸び率をかなり上回るようになる。OECD全体では、80年代とほぼ同様のトレンドが続いているので、日本の医療費の動向はかなり特異的であるといえる。こうした90年代に入ってから医療費と経済の関係の再逆転が、近年の日本の医療保険財政の急激な悪化と、それに伴う医療制度改革論議の基本的な背景となっている。こうした医療費と経済の動向は、ドイツなどに類似したものがあるといえよう。これに対して、カナダの場合は、日本とは全く逆に、1980年代における医療費の相対的に高い伸び率、そして90年代に入ってから医療費のコントロールが特徴的である。

表6 主要国の医療費の伸び率等の推移

(%)

	GDP成長率を上回る医療費の伸び率(年率平均)				医療費の対GDP比率	
	1960-70	1970-80	1980-90	1990-97	1960	1997
日本	5.0	4.1	-0.8	2.4	3.0	7.4
カナダ	2.8	0.3	2.6	-0.4	5.4	9.0
アメリカ	3.5	2.5	3.4	1.3	5.1	13.0
イギリス	1.5	2.6	0.6	1.8	1.5	6.7
フランス	3.9	3.0	1.8	1.3	4.1	9.4
ドイツ	2.2	3.8	-0.1	2.6	4.7	10.5
OECD平均	4.1	3.6	1.1	1.2	3.8	7.6

カナダの場合は、60年代～70年代のトレンドを80年代～90年代という20年単位で繰り返しているとも見ることができよう。

第3に、こうした医療費及び経済の長期的トレンドの結果、医療費の対GDP比率は、日本の場合、1960年の3.0%から1997年の7.4%へと2.47倍に上昇している。これは、OECD全体の平均が同じ期間に3.8%から7.6%へと、ちょうど2倍の伸びであるのに比べ、やや高目の伸びとなっている。これに対し、カナダについては、1960年の5.4%から1997年の9.0%へと1.67倍であり、やや低目の伸びとなっている⁹⁾。カナダは、60年代における世界でも最も医療費負担の重い国から、現在はそれほど目立たない位置へと移行しているように見える。いずれにせよ、こうした日本及びカナダの医療費の長期的トレンドの相違は、両国における近年の医療制度改革をめぐる議論の前提に大きな影響を与えていると考えられる。

2. 改革の基本的テーマ(カナダの医療の将来に関する検討委員会中間報告をめぐって)

2002年2月、「カナダの医療の将来に関する検討委員会」(Commission on the Future of Health Care in Canada、以下「検討委員会」という)は、“Shape the Future of Health Care”と題する中間報告(Interim Report)を公表した。この検討委員会は、2001年4月にカナダ連邦政府から委託を受け、カナダの公的医療の現状を検討し、21世紀においてもこれを持続可能なものとするような方策を勧告することをその設立目的としている。昨年4月以来約10か月間にわたる調査研究、ヒアリング等のfact-findingの成果を取りまとめたのが、この中間報告である。同検討委員会は、今後この中間報告を基に、各方面との対話を進め、2002年11月を目途に最終報告書を取りまとめることになっている。以下では、この中間報告を中心に、カナダにおける最近の医療制度改革をめぐる議論を紹介し、併せて

日本の状況との比較検討を行うこととしたい¹⁰⁾。

同中間報告は、①カナダ国民の基本的価値観とCanada Health Actとの関係(同法見直しの必要性の有無)、②制度の持続可能性と財源問題、③サービスの質とアクセスの問題、④リーダーシップ、協力、責任分担問題という4つの基本的なテーマについて幅広い検討を行っている。

まず、第1のカナダの医療制度に関する基本法であるCanada Health Actの見直しに関しては、カバーされるサービスの範囲の問題、現行法上の5つの基本原則の評価、医療サービス供給における州(provinces)の役割、さらには民間部門の役割をどう考えるか、といった点が見直しのポイントになるとしているが、一方で、現行法は現状でも十分機能しており、その安易な見直しは、医療におけるいわゆる「2階建てシステム」の導入ないしはより民間保険的な要素を強めるような改悪につながるおそれがあるとの意見も並行して記されている¹¹⁾。

ここで、若干補足しておくが、カナダの現行法においてカバーされているサービスの範囲は、基本的に病院及び診療所における医療サービスに限定されており、日本の医療保険・介護保険に比べると、一般にその範囲は狭いといえる。例えば、在宅ケア、長期ケアのほか、「医学的に必要な(medically necessary)」サービス以外のものとして、歯科、病院外の処方薬等は(連邦レベルの)公的医療保険制度によってカバーされるサービスからは外されている。このことが、上記の民間部門の役割という問題にも関連してくるわけであるが、カナダの総医療費のうち、公的制度でカバーされている部分は、おおむね70%程度であるとされている¹²⁾。こうした公的制度によってカバーされるサービスの範囲の見直しということが、1つの重要な論点として提起されているのである(その際、カナダ側にとっては、特に地域保険として構成されている日本の介護保険制度が参考になる可能性がある)。

また、現行法上の5つの原則とは、①公的な

管理運営 (public administration)、② 包括性 (comprehensiveness)、③ 普遍性 (universality)、④ ポータビリティ (portability)、⑤ アクセス確保 (accessibility) の5つであり、program criteriaとして、法文上明記されている¹³⁾。①については、基本的に州 (province) 政府が医療保険制度の管理運営に当たっており、日本の市町村国民健康保険制度が広域に拡大された形態に近いといえる。②については、上述のように連邦レベルで規定された「医学的に必要な」サービスを各州レベルの制度においてカバーしなければならないという意味であり、日本でいう「保険給付」ないしは「療養の給付」の規定に相当するといえるだろう。③は、公的医療保険制度が原則としてすべての地域住民をカバーしなければならないという趣旨の規定であり、日本の市町村国保が、法文上は原則としていったんすべての地域住民を被保険者として適用しており、それによって国民皆保険体制が担保されていることに相当するといえる。④は、国内 (州外)、及び国外において診療を受けた場合の給付規定であり、日本では公的医療保険の国内共通適用及び海外療養費の規定がそれに相当する。最後に⑤は、原則として患者窓口負担等を課すことなしに、医療サービスに対するアクセスを確保することをうたった規定であるが、日本に比べ、公的医療保険によってカバーされるサービスの範囲が狭い代わりに、カバーされたサービスについては患者一部負担は原則として課さないというのが、カナダの医療保険制度の1つの特色であるといえる。以上のような5原則は、これまでカナダの医療制度を支える基本原則として機能してきているわけであるが、こうした考え方が、かえって近年における医療サービスの質の革新や改善に対する障害となっている可能性があるのではないか、というのが、ここでの問題意識である。

次に、第2の制度の持続可能性と財源問題に関しては、表6において示したように、90年代に入っ

てからのカナダの医療費のコントロールは、各国と比べても成果を挙げてきているといえる。しかしながら、1997年以降、総医療費は再び増加のスピードを速めており、特に病院や診療所といったカナダの公的医療保険制度でカバーされている部分以外の医療費が増大していることが指摘されている。また、公的医療費の拡大は、州政府予算にとって年々大きな負担となってきている。2000/2001会計年度には、平均して医療費予算のシェアは州政府予算全体の35%を超えると予測されており、教育や住宅等他の必要な予算を締め出す (crowd out) ことも危惧されている。こうした中で、持続可能な医療制度を長期にわたって安定的に維持するためには、連邦・州政府間の負担のあり方とともに、患者負担のあり方をも含めた検討が必要であることが問題提起されている。

第3のサービスの質とアクセスの問題に関しては、第1章において示したような医療資源のスリム化の結果、専門医の診療、MRI等の高度医療機器による検査、救急病床、長期ケアといった領域においてウェイティングリストの長さが問題になっている。自国の医療制度に対するカナダ国民の満足度は従来非常に高いとされてきたが、近年、特にこうしたウェイティング問題等の影響で、満足度が低下してきていることが各種の調査において指摘されている¹⁴⁾。また、カナダのような広大な国では、特に過疎地域における医療サービスへのアクセスの問題等地域格差が大きな問題となっている。そうした意味では、医療費及びその負担の地域差や離島、へき地等における医療の確保が依然として問題となっている日本と共通の面があるといえる。さらに、サービス提供の一層の地域化、コミュニティーベースでのサービス提供の推進等プライマリケアの改革も大きな課題となっており、各地でパイロットプロジェクトが進行している¹⁵⁾。全体として、限られた資源の制約の下で提供される医療サービスの質とアクセスをいかにして確保し、

改善していくかという問題は、日本、カナダ共通の課題であるといえよう。

第4のリーダーシップ、協力、責任分担問題に関しては、供給サイド、需要サイド、医療問題専門家等と政府との対話の重要性が強調されている。上記のように、これまでの fact-finding phase においても、すでに州、準州政府関係者との対話、海外を含む専門家との会合、各ステークホルダーとの会合、さらには e-mail 等を利用した一般カナダ国民からの意見聴取等が行われてきているが、この中間報告書公表の後は、さらに本格的な public consultation phase に入ることとされている。日本の医療制度改革も、2002年度の改革実現の後、「医療保険制度改革等」として改正法案に盛り込まれている基本的な事項について検討を進めることになる。1997年以来、医療制度の「抜本改革」をめぐるのは、さまざまな紆余曲折があり、ステークホルダーの間でのスムーズな合意形成が非常に困難になってきているが、こうしたカナダの改革実現へ向けた段階的な合意形成の手法は、日本にとっても参考になるものと思われる。

III 今後の展望

ここで、日本、カナダ両国の医療（保険）制度の今後について展望してみよう。もちろん実際の具体的な制度改革は、ステークホルダー間の交渉や利害調整、さらには複雑な政治過程等を経て実現していくものであり、本稿の範囲を超えた問題である。しかしながら、ここ数年間の両国における医療制度改革をめぐる議論をフォローしていく中で、自ずと浮き彫りになってくる問題もあるように思われる。以下では、基本的な政策スタンス、制度改革の方法論、市町村国保との関連という3点に関して、今後の両国の制度改革の基本的な方向性について考察することとしたい。

1. 基本的政策スタンス

上述のカナダの現行法上の5つの原則については、基本的に同じ「国民皆保険」体制をとっている日本においても、おおむね受け入れられやすい考え方であると思われる。制度の公的な管理運営、包括性、普遍性、ポータビリティといった原則については、いかなる制度改革を構想するにしても、おそらく大方の賛同が得られる考えであろう¹⁶⁾。しかしながら、第5の原則である「アクセスの確保」については、日本とカナダとでは考え方に大きな相違があるように見える。すでに第2章において述べたように、単純化していえば、日本が広い給付範囲に対して一定の患者負担を設定し（しかも、近年、その負担率を引き上げてきている）のに対し、カナダは給付範囲を狭く制限している代わりに、カバーされている給付については原則患者負担を課さないという基本的な政策スタンスをとっているのである。しかしながら、こうした定式化も実は現実をかなり単純化して概念化したものであり、実際の両者の相違はもっと相対的なものであるともいえる。例えば、日本における近年の特定療養費の拡大という政策の方向は、カナダ型の考え方への接近とも考えられる。また、カナダにおける今回の検討委員会の中間報告においては、給付範囲の拡大問題とともに、財源調達問題の中で患者負担のあり方も含めた問題提起が行われているので、今後、両者はさらに接近した形となっていくことも考えられよう。

次に、マクロの医療費のレベルについては、カナダはすでにGDP比9%台という水準に達しているが、こうしたレベルについては、隣国のアメリカがさらに上に行く高医療費国であること、さらに60年代にはカナダ自身が世界一の高医療費国であったということなどもあって、あまり批判の声は聞かれず、むしろおおむね妥当とする一般的なコンセンサスが存在するといわれている¹⁷⁾。カナダのMedicareは、今やカナダ国民の統合・連帯の象徴

として、その存在が国民の間に定着しているとともに、国境を接する超大国アメリカとの相違を構成する重要な要素の1つとなっているという¹⁸⁾。日本においても、国民皆保険体制についての肯定的評価は、論者の立場を超えたほぼ共通の認識となっているといえるが、カナダのMedicareほどの高い地位を獲得しているようには見えず、医療費のレベルについても、GDP比7%台の現在において、すでに、これをどう考えるかについては意見が分かれている¹⁹⁾。日本より早く「高医療費」に突入し、その後も内外で評価の高い医療制度を、カナダ国民にとって「大切に思う制度」(cherished system²⁰⁾)として持続してきているカナダの経験は、今後の日本にとっても参考になる点が多いものと思われる。

2. 制度改革の方法論

医療制度改革の方法論については、大別して、「ビッグバン」タイプの抜本的な改革と、漸進的な改革の積み重ね(cumulative incremental change)の2種類があるといわれる²¹⁾。カナダの医療制度改革については、ビッグバンタイプの改革アプローチは(プライマリケア改革などに見られるように)、関係者の抵抗が強く、これまでのところ必ずしもうまく行っていない。むしろ、現実的で有効なアプローチとしては、漸進的かつ追加的な改革(progressive incremental change)、さらには組織運営や財源調達における多元主義(pluralism)の容認といったことが提唱されている。日本においても、「医療ビッグバン」的な議論が喧伝された時期もあったが、現実を変革する力を持たない不毛な議論が多かったように思われる。着実な改革の積み重ねが、結局のところ長期的には大きな変化をもたらすというのが、日本、カナダ両国に共通の制度改革の方向であろう。

また、注11)において示したように、近年のカナダの医療制度改革は、アメリカ型の競争促進的な政策の導入ではなく、むしろそれとは逆に、競争

原理や市場原理的な政策を回避した、単一の支払者である州政府による「買い手独占」的なコストコントロール政策であったとされている。これは、90年代の各国の医療制度改革の潮流とはかなり異質のものであったといえる²²⁾。具体的には、病院の資本支出の厳しい抑制や総額予算制、病床数の削減目標の設定、病院の統廃合、医師の養成数の削減といった供給面のコントロールに加え、外来医療や日帰り手術の促進、治療中心の医療から予防、健康増進的なアプローチやコミュニティケアへの転換といった政策がとられてきた。こうしたアプローチは、一方で各種のウェイティング問題等を引き起こしている面もあるが、表6に見られるように、少なくとも90年代前半までの医療費コントロールには相当有効であったと考えられる。日本の今後の改革においても、こうした供給面を重視した政策の展開は、大いに参考になるものと思われる²³⁾。

3. 市町村国保との関連

カナダの医療(保険)制度を、日本のそれとの比較という観点から検討してみると、全体として、日本の市町村国民健康保険制度との類似性、親縁性を強く感じさせられる。両者ともに、地域保険であること、行政府(市町村及び州政府)が保険者(制度の運営主体)であること、中央政府からの巨額の補助金による財政調整が行われていることなどよく似ている面が多い。もちろん、憲法上、医療に関する権限が基本的に州政府にある連邦国家のカナダと、基本的に中央政府の責務と考えられている日本とでは、権限関係に大きな相違があるし、地方政府といっても、日本の場合、医療に対する都道府県・市町村の関わりの相違も無視できない。また、基本的に税方式をとっているカナダには、(国保税を含めて)社会保険方式をとっている日本のような問題(未加入、滞納問題等)は存在しない。このような相違は認めつつも、しかしながら、全体としてみれば、少なくとも市町村国保に関しては、

表7 カナダ各州の人口構成(2001年7月1日現在)

州名	人口(千人)	65歳以上人口比率(%)
ニューファウンドランド・ラブラドル	533	11.8
プリンス・エドワード島	138	13.3
ノヴァスコシア	942	13.4
ニューブランズウィック	757	13.0
ケベック	7,410	13.0
オンタリオ	11,874	12.6
マニトバ	1,150	13.5
サスカチュワン	1,015	14.6
アルバータ	3,064	10.2
ブリティッシュコロンビア	4,095	13.2
カナダ全国	31,081	12.6

資料：Statistics Canada ホームページによる

アメリカ、イギリス、フランス、ドイツ等の諸国の制度と比べ、日本とカナダの間に相対的により類縁性があることは否定できないだろう²⁴⁾。

そうした意味で、今後の日本の市町村国保制度のあり方を考えるに当たって、カナダの制度は参考になる点が多いものと思われる。市町村国保については、従来から、保険者編成及び保険者規模の問題、低所得者や高齢者等ハイリスク・グループを多く抱えることに基づく財政基盤の脆弱さの問題等が基本的な課題であるとされてきた²⁵⁾。

このうち、保険者編成、保険者規模に関しては、保険者機能の発揮という意味での地域保険のメリットは十分に認めるものの、現行の3,000を超える数の市町村保険者という構成にはやはり無理があるものと考えられる²⁶⁾。表7には、カナダの各州(準州を除く)の人口規模及び65歳以上人口比率を示した。これを見ると、最も人口の少ないプリンス・エドワード島の13.8万人から最大のオンタリオ州の1187万人まで、カナダもかなりの「保険者」規模の差があることがわかる。しかしながら、日本の市町村国保における被保険者数の相違(おおむね100人から100万人規模まで)に比べれば、その差はずっと小さい。プリンス・エドワード島を除けば、最小のニューファウンドランド・ラブラドル州の

人口(被保険者数)50万人余というのは、日本でいえば(国保被保険者人口の全住民に占めるシェアを考慮すれば)150万人規模のごく普通の県ということになる。国保保険者の都道府県単位での再編という議論が提起されて久しいが、カナダの現状はかなりそれに近いといえるだろう。

また、表7を見ると、高齢者の比率の相違も州単位ではそれほど大きくなく、日本が、市町村保険者間の高齢者比率の大きな格差を調整するため、老人保健制度によって巨額の所得移転を行わねばならない状況とはかなり異なっているといえる。カナダは、1977年のいわゆるEPF(Established Program Financing)法により、連邦補助金の形態がそれまでの基本的に医療費ベースの補助から定額ベースに変更され、現在に至っている。1980年代から90年代にかけての連邦政府による補助金の削減は、医療における連邦政府の影響力の減少とともに、州政府の政策展開の多様性をもたらしたといわれている²⁷⁾。日本の国保についても、保険者編成のあり方とあわせ、国庫補助のあり方を、保険者の責によらない要因については、よりリスク構造調整的な要素を強めるとともに、保険者の自立性や多様性を尊重する方向での改革が望まれる。

注

- 1) 例えば、厚生労働省編[2001]は、少なくとも制度の内容に関わる部分については、日本と、G7のうち、アメリカ、イギリス、ドイツ、フランスの4か国との国際比較が中心であり、政策当局の関心の所在を示している。なお、カナダの医療(保険)制度については、高橋[1999]、新川[1999]等が邦文の基本文献である。また、英文の文献としては、OECD[1994]、Charles, Badgley[1999]、Naylor[1999]、Hutchinson, Abelson, Lavis[2001]、Health Canada[2000]等が参考になる。
- 2) 本稿においては、「日本とカナダの医療保険制度改革」という与えられた表題をそのまま使用しているが、内容的には医療保険制度のみならず、医療供給面も含めた「医療制度改革」全般をカバーしている。近年の制度改革について、こうしたアプローチをとることの必要性については、尾形[2002]等を参照。なお、カナダの制度を「医療保険制度」と呼ぶことは、社会保険料を主たる財源とする保険方式という意味では適切ではないが、Medicareと総称されるカナダの公的医療制度については、一般にこれを health care insurance planと呼んでいることから、ここでもそうした用語法に従った。ちなみに、現在のカナダの医療制度に関する基本法である Canada Health Actにおいては、カバーされる医療サービスを insured health services (services de santé assurés)、これを提供する制度のことを health care insurance plan (regime d'assurance-santé)、カバーされる住民を insured person (assuré)と呼んでいる。
- 3) 以下のデータは、基本的に OECD Health Data 2001 及び OECD [2001a]による。これらのデータについては、各国の国内統計とは用語の定義や範囲等の相違により、微妙に数値が異なっているが、ここでは、比較可能性の観点から、国内統計ではなく、OECD 統計に従った。
- 4) もちろん、病床の定義は国によって異なっており、単純な比較はできない。表3は、あくまで大づかみな姿を示したものと受け取るべきである。ちなみに、ここでいう「病床」(Inpatient beds)には、ナースিংホームを含む、あらゆる公的・私的な入院・入所施設における利用可能なベッドを含むものとされている。なお、カナダ、イギリス等のデータには、ナースিংホームの数値は含まれていないという。
- 5) Esping-Andersenの福祉国家類型論をめぐる議論については、例えば、富永[2001]等を参照。Esping-Andersenの医療についての扱いが的外れなのは、年金等の所得保障制度と同様に現金給付に焦点を当てているためであると思われる。
- 6) もちろん、これは、各国の制度の大宗を占める部分についての記述であって、補足的な制度が存在する

ことを否定するものではない。例えば、ドイツやフランスにおいても、社会保険を補完する民間保険制度があるし、アメリカにおいても、メディケアやメディケイドといった公的(保険)制度が存在することは言うまでもない。

- 7) 日本の場合、社会保険方式といいながら、国民健康保険、政府管掌健康保険、さらには老人保健制度を中心に国民医療費の約3分の1という巨額の公費負担が投入されているのが、大きな特徴である。また、オランダの医療保険制度については、1年以上の長期入院をカバーする保険については、一本化されているが、それ以外の「短期医療保険」については、「私」保険のウエイトがかなり高い公私ミックス型となっている。オランダの医療保険制度については、大森[2001]、OECD[2000]等を参照。
- 8) 例えば、U.S.GAO[1991]、Fooks[1999]、Folland他[2001]等を参照。
- 9) こうしたカナダの医療費コントロールの成功については、特に、カナダにおける公的な国民「皆保険」体制導入(1972年)以前の医療費の対GDP比率がアメリカとはほぼ同じ水準であった(1970年において、カナダ7.0%に対しアメリカ6.9%)ことに着目して、公的な医療保障制度の優位性に結びつける議論もある。こうした議論については、例えば、U.S.GAO[1991]、Charles, Badgley[1999]等を参照。
- 10) カナダのこの中間報告については、現状及び問題点の整理と、それを踏まえた改革へ向けての問題提起が中心となっている。そうした意味では、日本の場合でいえば、2001年9月のいわゆる厚生労働省「改革試案」よりも、むしろその前の2001年3月に公表された厚生労働省編「課題と視点」[2001]に近いレベルのレポートであるといえるかもしれない。
- 11) カナダのこれまでの医療制度改革については、アメリカ流の競争原理的要素の導入という、世界的な潮流とは逆に、むしろ、現在の single payer system を維持する中で、競争抑制的な政策ないしは「買い手独占」的なコストコントロール政策を展開してきたという評価が一般的である。このような評価については、例えば、OECD[1994]、Wessen[1999]等を参照。
- 12) Commission[2002] p.17。また、OECD[2001a]によれば、1998年時点で、総医療費に占める公的医療費の割合は、カナダ70.1%、日本78.5%となっている。
- 13) したがって、法令上は、これらの「原則」は、あくまで州政府が連邦政府からの補助金の交付を受けるために満たさなければならない規準(criteria)として規定されている。
- 14) 例えば、アメリカ、イギリス、カナダ、オーストラリア及びニュージーランドの5か国について調査した The Commonwealth Fund[1998]のほか、Naylor[1999]、

高橋[1999]等を参照。なお、近年における病床数の削減は、在院日数の短縮や日帰り手術の増大等により、かえって病院へのアクセスを改善するとともに、ケアの質や国民の健康状態への悪影響も見られない、とするRoos他の報告[1998]もある。

- 15) カナダのプライマリケア改革の動向については、Béland [1999], Hutchinson 他 [2001] 等を参照。Hutchinson 他は、カナダにおけるプライマリケア改革については、医療のコア部分というよりは周辺部分の改革に留まっているとの評価を下している。
- 16) ただし、「普遍性」については、「社会保険方式」を徹底させようという発想からは、別の考え方もありうる。例えば、1984年の健保法改正においては、当初、高所得者を公的保険の強制加入対象から外すという、ドイツやオランダ等に近い案が検討されたことがあった。また、「公的な管理運営」に対しては、市場原理主義者からは異論がありうるであろう。
- 17) OECD[1994], Health Canada[2000]等を参照。
- 18) Naylor[1999], Charles, Badgley[1999]等を参照。
- 19) その場合、特に、今後の急速な高齢化の進展とともに、現在のような医療費支出の構造を前提とすれば、近い将来、医療費の負担が相当重いものとなることを危惧する意見が多いように思われる。こうした考えについては、例えば、厚生労働省編[2001]等を参照。
- 20) Health Canada[2000]。
- 21) 以下の記述はHutchinson 他 [2001]による。OECD [1994]も、80年代のカナダの改革は全体として漸進的 (incremental) なものであったとの見解をとっている。日本について、「抜本改革」的な方法論に対する批判を展開している文献としては、例えば、池上・キャンベル [1996], 二木 [2001] 等を参照。
- 22) 90年代の各国の医療制度改革については、「擬似的市場メカニズム」の導入 (OECD [1999]), 「命令・管理モデル」から「契約モデル」へ (Saltman 他 [1998]) といった定式化が行われている。
- 23) こうした供給面重視の政策についての筆者の考え方については、尾形 [2001] 等を参照。
- 24) 一方、組合健保や共済組合については、基本的にドイツやフランスのような大陸型社会保険 (Esping-Andersen のいう corporatism 型) である (ただし、日本の場合は、これらの諸国とは異なり、いわゆる「突き抜け」とはなっていないことに留意する必要がある。被用者保険は基本的に現役被用者 (とその家族) のための制度であり、現役引退後の医療保障は市町村国保に委ねられているのである)。こうしたタイプの異なる市町村国保と被用者保険から構成されている日本の医療保険制度はまさに hybrid 型であるといえるだろう。
- 25) 1988年の国保制度の改革以降の改革は、こうした問

題意識に立ったものであったと思われる。なお、2002年度以降、実施が予定されている国保制度の財政基盤の強化策としては、①市町村国保の広域化等を支援する基金の創設、②高額医療費共同事業の拡充・制度化、③低所得者を多く抱える保険者を支援する制度の創設等の措置が掲げられている。

- 26) 保険者編成に関する筆者自身の考え方については、尾形 [2000] を参照。筆者は、基本的に、行政府からは独立した (公的性格を有する) 運営主体による地域保険を中心に保険者を編成すべきであると考えている。
- 27) こうした見解については、Hutchinson 他 [2001], 新川 [1999] 等を参照。

参考文献

- 池上直己, J.C.キャンベル [1996] 『日本の医療』中公新書
大森正博 [2001] 『オランダの医療制度改革と「保険者機能」』『海外社会保障研究』No. 136 国立社会保障・人口問題研究所
尾形裕也 [2000] 『21世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画
尾形裕也 [2001] 『動学的な保険者機能の充実に関する試論』山崎泰彦編著『保険者機能に関する研究プロジェクト報告書』厚生省平成12年度厚生科学研究費補助金研究報告書
尾形裕也 [2002] 『医療提供体制の改革と病院経営』『医療と社会』vol. 12 No. 1 (財) 医療科学研究所
厚生労働省編 [2001] 『医療制度改革の課題と視点: 解説・資料編』ぎょうせい
厚生労働省 [2001] 『医療制度改革試案: 少子高齢社会に対応した医療制度の構築』
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
高橋淑郎 [1999] 『医療制度』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
富永健一 [2001] 『社会変動の中の福祉国家』中公新書
二木立 [2001] 『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房
Béland, François. [1999]. "Preventive and Primary Care Access Systems." In *Health Care System in Transition*, edited by Powell and Wessen. London: SAGE Publications.
Charles, Catherine A., and Robin F. Badgley, [1999]. "Canadian National Health Insurance." In *Health Care System in Transition*, edited by Powell and Wessen. London: SAGE Publications.
Commission on the Future of Health Care in Canada. [2002]. *Interim Report: Shape the Future of Health Care*. Ottawa.

- The Commonwealth Fund. [1998]. *1998 International Health Policy Survey*. New York.
- Esping-Andresen, Gøsta. [1990]. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Folland, Goodman, Stano. [2001]. *The Economics of Health and Health Care, third edition*. Prentice Hall.
- Fooks, Catherine. [1999]. "Will Power, Cost Control and Health Reform in Canada, 1987-1992." In *Health Care Systems in Transition*, edited by Powell and Wessen. London: SAGE Publications.
- Health Canada. [2000]. *Canada's Health Care System: Speaking Notes for Allan Rock, Minister of Health*. Ottawa.
- Hutchinson, Brian, Julia Abelson, and John Lavis. [2001]. "Primary Care in Canada: So much innovation, so little change." *Health Affairs*, May/June 2001.
- Naylor, C. David. [1999]. Health Care in Canada: Incrementalism under fiscal duress." *Health Affairs*, May/June 1999.
- OECD. [1994]. *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*. OECD, Paris.
- . [1999]. *A Caring World: The New Social Policy Agenda*. OECD, Paris.
- . [2000]. *OECD Economic Surveys: Netherlands*. OECD, Paris.
- . [2001a]. *Health at a Glance*. OECD, Paris.
- . [2001b]. *OECD Economic Surveys: Canada*. OECD, Paris.
- Roos, Noralou P., Marni Brownell, Evelyn Shapiro, and Leslie L. Roos. [1998]. "Good News about Difficult Decisions: The Canadian approach to hospital cost." *Health Affairs*, Sep/Oct 1998.
- Saltman, Figueras, and Sakellarides, eds. [1998]. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Open University Press.
- U.S. General Accounting Office. [1991]. *Canadian Health Insurance: Lessons for the United States*. Washington, DC.
- Wessen, A. F. [1999]. "Structural Differences and Health Care Reform." In *Health Care Systems in Transition*, edited by Powell and Wessen. London: SAGE Publications.
- World Health Organization. [2000]. *World Health Report 2000*. Geneva.
- (おがた・ひろや 九州大学大学院医学研究院教授)