

カナダの国民医療制度改革

—連邦財政主義のもとでの皆保険の課題と展望—¹⁾

金子能宏

■ 要約

カナダの税財源による皆保険医療制度を、社会保険による皆保険制度の国々に対比することは、医療保険における公費負担や税財源の在り方について考察する上で重要である。カナダでは、2002年10月に上院から「カナダの医療保障制度改革に関する最終報告書」が出され、12月に首相の諮問機関である「カナダの医療の将来に関する委員会」から報告書が出された。カナダの皆保険医療制度では、州ごとの皆保険を各州に普及させカナダ全体の皆保険を実現するため連邦補助金が重要な役割を果たしたが、予算の制約から給付範囲がわが国よりも狭いことや医療の技術進歩への対応が遅れたことが、今日問題となっている。これらの問題に対する2つの報告書が示した改革案を比較することにより、税財源による皆保険医療制度の特徴とその問題点を考察し、公費負担の役割が大きくなると予想されるわが国の医療制度改革において留意すべき点を検討する。

■ キーワード

医療制度、カナダ、皆保険、税財源、補助金、連邦財政主義

1. はじめに

今日、高齢社会における医療費の増加傾向に対処しなければならない先進諸国において、国民の医療へのアクセスを確保しつつ医療財政を安定化させるために、医療保険における国庫負担の増加や医療制度における税財源の活用について検討することは避けられない。これまでわが国では、医療財政の安定化のために保険料水準の引き上げ、制度間の財政調整、および自己負担の引き上げによる医療需要の抑制が主な手段として利用されてきた。しかし、保険料水準の引き上げや制度間の財政調整を伴う拠出金の増加には、もはや企業や健康保険組合からの同意が得られにくい状況にある。また、自己負担の引き上げについては、その効果を推計して引き上げの程度を決める際の方法が合理的かどうかの疑問や、引き上げの効果が短期的であるという指摘があり、3割の自己負担

が一般化した現在、これ以上の自己負担引き上げによる医療費抑制が可能かどうか慎重な検討を要する段階にきている。したがって、医療保険財政の安定化のためには、今日、財政調整や国庫負担とも関連する医療制度における税財源の役割と問題点を検討することが必要であると考えられる。このような観点から見ると、州政府がすべての住民をカバーする医療保険を提供し、この保険財政の一部に税財源に基づく連邦政府からの補助金をあてることによって皆保険を実現しているカナダの医療制度について考察することは重要である。

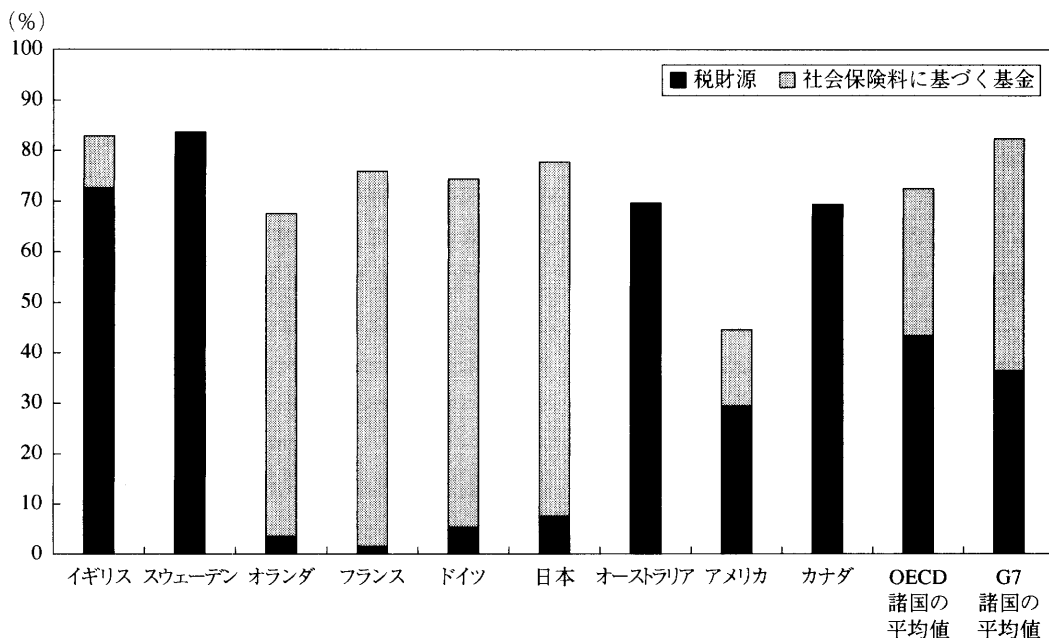
医療制度を財源を視点に比較すると、イギリスやスウェーデンなどのような税財源を主とする医療制度の国々と、ドイツ、フランスおよびわが国のような社会保険料を主たる財源とする国々に分けられる(図1)。カナダは、税財源を主とする医療制度であり、メディケアと呼ばれることもあるが、

政府が医療供給体制を運営するイギリスの国民保健サービス(National Health Service: NHS)や給付の対象が高齢者と貧困者に限定されるアメリカのメディケア・メディケイドと次の点で異なっている。すなわち、各州が持つすべての住民をカバーする医療保険に対して、所得税、法人税、売上税、付加価値税などからなる連邦政府の歳入から補助金が支給されて、各州の税財源からなる医療保険財政を補完している²⁾。その結果、所得分布と疾病別死亡率との相関がわが国と同様に小さく(金子・小島, 2002)、平均余命もOECD諸国の中で上位に位置するなど、カナダの医療制度のパフォーマンスは国際的にも評価されている。

ただし、国民の医療へのアクセスを保障すれば医療需要が増加するのは当然であり、そのような状況で患者への追加的な負担を求めずに、限られた連邦補助金のもとで皆保険制度を維持するためには、保険給付の内容を限定せざるを得ない。例

えば、「カナダ保健法」(Canada Health Act)に基づく連邦補助金の対象となる州の保険給付には、在宅ケア、長期ケア(介護サービス)が含まれず、また歯科、病院外の処方薬等は医学的に必要なサービス以外のものとされ、保険給付の対象外とされている(尾形, 2002)。その一方、対象となるサービスを受ける場合には、自己負担がないのが原則である。このように州による公的医療保険の給付範囲が基本的に病院および診療所における医療サービスに限定され、わが国より狭いものに対して、保険適用のサービスには自己負担がないことが、わが国とカナダとの相違点である。

こうした医療制度を持つカナダにおいても、高齢化の進展により(表1)、在宅ケアや長期ケアの必要性や高齢者比率の高い地方・遠隔地の医療の是正など、従来の皆保険制度では十分対応できなかった課題が認識されるようになった。さらに、公的医療保険制度という建前にもかかわらず、病院



注：国際比較可能なデータの最新年次が1998年のため、この年のデータを使用した。
出典：WHO 2001

図1 医療支出に占める税財源と社会保険基金の割合

外の処方薬等の適用がないために、国民の私的な薬剤負担の割合が増加しつつあることが、公的医療保険制度の問題として指摘されるようになった。

そこで、カナダでは、国民のニーズと医療の技術進歩に対応した医療サービスの提供を可能としつつ、財政的にも持続可能な医療制度のあり方を検討する必要性が、連邦政府と議会の双方で認識され、三権分立の立場からそれぞれ委員会を設けて改革案を提示することとなった。上院は、ミカエル・カービー(Michael J. L. Kirby)を委員長とする「社会問題・科学・技術に関する上院常設委員会」

を2001年3月に設け、その後課題別の報告を出した後に、2002年に最終報告書を提出した(委員長の名前にちなんでカービー報告と呼ぶ)。これに対して、連邦政府は、2001年4月に首相の諮問機関として、サスカチワン州のロイ・ロマノウ(Roy Romanow)前州首相を委員長とする「カナダの医療の将来に関する委員会」を設け、2002年12月にその報告書を取りまとめた(委員長の名前にちなんでロマノウ報告と呼ぶ)。2003年に入り、これらの改革案を参考にした2003年度の予算措置が提示され、カナダ政府の取り組みが始まった³⁾。

表1 州別にみた人口、医療支出の動向

	(万人)	高齢化率 (%)	総医療費・年齢計 (百万カナダ・ドル)	総医療費・65歳以上 (百万カナダ・ドル)	一人当たり医療費・年齢計 (カナダ・ドル)	一人当たり医療費に占める公的支出の割合・年齢計 (カナダ・ドル)	千人当たり病床数	一人当たり在宅ケアの費用 (カナダ・ドル)	一人当たり薬剤費に占める公的医療支出の割合 (%)
データの年次	2001	2001	2000	2000	2000	2000	2000	2000	1999
ニューファウンドランド・ラブラドル	534	11.8	1683.3	712.8	3040.54	80.4	3.7	90	37
プリンスエドワード島	139	13.3	395.8	177	2849.26	70.5	4.6	48	30
ノヴァスコシア	943	13.4	2764.4	1297.3	2937.72	72.5	3.4	100	32
ニューブランズウィック	757	13	2349.4	1046.3	3105.24	70.4	3.3	198	29
ケベック	7411	13	21300.7	8866.6	2889.23	72.5	5.3	49	46
オンタリオ	11874	12.6	38332.0	16593.7	3284.85	68.1	3	102	42
マニトバ	1150	13.5	4049.8	1974.9	3528.04	76.9	2.3	145	36
サスカチュワン	1015	14.6	3213.5	1473	3139.27	75.3	4.1	85	29
アルバータ	3064	10.2	10101.9	3806.2	3370.39	67.9	3.7	91	38
ブリティッシュコロンビア	4095	13.2	12965.5	5659	3190.51	72.2	3.5	79	48
ユーコン準州	30	5.7	123.8	28.8	4037.73	79.8	n.a	75	n.a
ノースウェスト準州	41	4.2	212.9	52.9	5059.79	91	n.a	102	n.a
ヌナブト準州	28	2.6	160.2	21.4	5785.39	92.7	n.a	89	n.a
カナダ全国	31081	12.6	97608.2	41709.8	3174.24	70.7	3.7	88	42

注：総医療費・総医療費65歳以上・一人当たり医療費・一人当たり医療費に占める公的支出の割合は下記の出典に基づく岩崎(2003)表2に示されているが、基本的な統計なのでここに掲げることとした。

出典：人口と高齢化率：Statistics Canada Census Nation Tables 2001

総医療費・総医療費65歳以上・一人当たり医療費・一人当たり医療費に占める公的支出の割合：Health Canada, Health Expenditure in Canada by Age and Sex, 1980-1981 to 200-2001, Report

1000人当たり病床数：The Health of Canadians—The Federal Roles, Table2.2

一人当たり在宅ケアの費用：The Health of Canadians—The Federal Roles, Figure8.3

薬剤費に占める公的医療支出の割合：Building on Values—The Future of Health Care in Canada, Figure9.1

このように税財源による皆保険制度を実現しているカナダでも改革が模索されていることは、今後、わが国が医療保険財政を安定化させるために税財源を活用する際には考慮すべき課題があることを意味している。したがって、本稿では、カナダの皆保険制度の特徴を、財政構造を視点を整理しつつ、上記2つの委員会報告が提出されるに至った諸問題と改革案を展望することによって、わが国の医療保険改革への示唆を導くこととしたい。

2. カナダの皆保険制度の特徴—連邦財政主義のもとでの皆保険の発展—

医療におけるカナダの皆保険の特徴は、連邦政府が補助金を「てこ」として皆保険を実現していることである(新川, 1999)。このようなカナダの皆保険の背後には、連邦財政主義と呼ばれるカナダの財政構造がある。連邦財政主義では、それぞれの州が州議会の議決に基づいて課税と公共サービスの提供を連邦政府からある程度独立に行うことができ、連邦政府は所得税や法人税など課税対象が州の間を移動することにより州にとって徴税が困難になる税についてこれを徴収し、その歳入のうち国防、警察、公衆衛生など公共財の供給や再分配政策に関する部分を連邦政府が支出する。それ以外の歳入は連邦補助金として州政府に配分される。このような連邦財政主義では、病気が治る点では便益が本人に帰属する半面、健康な生活が家庭や地域に外部性をもたらす医療サービスのような価値財 (merit goods) の提供は州政府の領域とされる。カナダの皆保険が、サスカチワン州が連邦補助金を利用しつつ州の住民をカバーする病院保険を導入したことから始まったのは、連邦財政主義のもと州の独自性が生かされていたからである。連邦政府は、サスカチワン州の病院保険を契機に、各州に皆保険の病院保険を普及させるため、1957年に「病院保険および病院での診断のためのサービス法」(Hospital Insurance and Diagnostic Service

Act)を成立させた。この法律で、①包括的であること (comprehensiveness)、②すべてのカナダ市民を対象とする普遍性を持つこと(皆保険であること) (universality)、③公的保険であること (public administration)、④州の間を移動しても使えること (portability) という4つの条件を各州の病院保険に対する連邦補助金の要件としたため、1961年までに、残りのすべての州と準州で皆保険の病院保険が提供されることとなった(高橋, 2000)。

病院以外の医師による診療に対する費用を賄うための医療保険においても、1962年にサスカチワン州で初めて医師の費用を賄う医療保険が税財源により提供されることとなった。このような制度を連邦に拡張するため、1965年から連邦と各州との協議がなされ、1968年に病院以外の医師の費用を賄う医療保険を州ごとに皆保険とするための「医療保険法」(Medical Care Act)が施行され、71年にすべての州がこれに基づく皆保険を実現した。

このようにカナダの皆保険は、州ごとの医療保険を皆保険とすることを通じて国全体の皆保険を達成している。これに対して、わが国の皆保険は、政府管掌健康保険では国が保険者となっており、国民健康保険においても国からの機関委任事務などがあり、集権的分散システムの財政構造⁴⁾に対応する皆保険制度となっている。

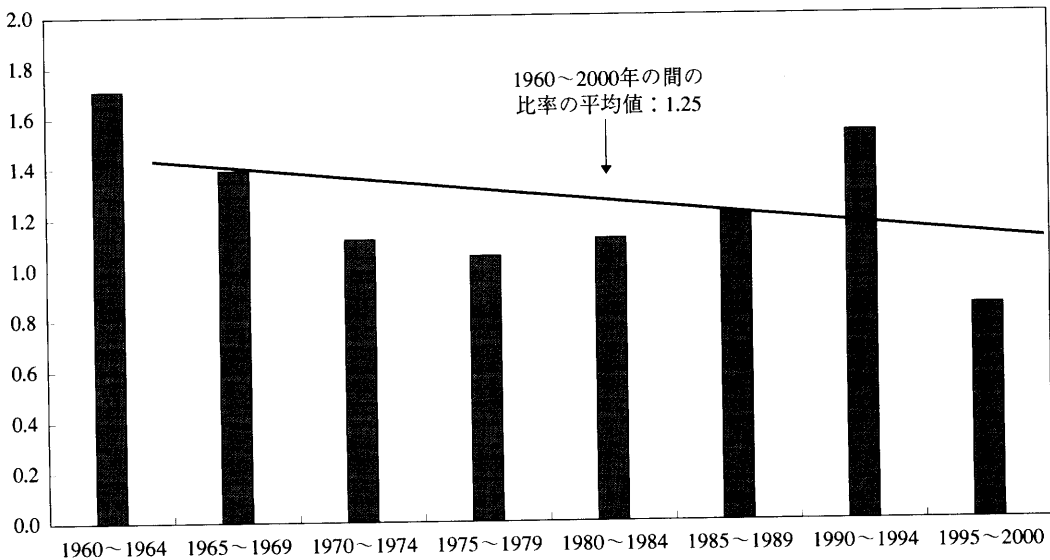
連邦財政主義のもとでは、連邦補助金のあり方が医療費の動向に影響を及ぼす。「病院保険および病院での診断のためのサービス法」では、皆保険普及のため、連邦政府は、使途を州の病院保険支出に特定しその50%を連邦政府が負担する補助金、すなわち上限のない特定定率補助金を用いた結果、医療費の増加につれて連邦支出が増加することとなった。連邦財政主義では、地方政府は住民のニーズをよりよく知りうる公共サービスを自らの財源に基づき供給する一方、所得再分配政策や景気循環と失業を緩和するための財政政策などを連邦政府が担うという地方と連邦政府の間

の役割分担がある。そのため、連邦政府は医療と教育に関連する連邦補助金の見直しを一括して行うこととし、1977年に「連邦と州の財政処置および是認されたプログラムに関する財源調達法」(the Federal-Provincial Fiscal Arrangements Established Programs Financing Act)⁵⁾を成立させた。この法律によって、各州の公的医療保険に対する連邦補助は、特定定率方式ではあるが国内総生産の伸び率と人口変動を加味して調整されることとなった。

これによって、州ごとの医療保険財政は、連邦補助金が抑制された一方で、皆保険が定着したことにより医療需要が伸びたため、患者負担を解消することはできなかった。この傾向が続けば、貧しい人々の医療へのアクセスを断つことにも繋がり、皆保険の原則に反することになる。このような問題に対処するために、連邦政府は、1984年に、患者の追加的な支出があった場合にはその分だけ各

州の医療保険に対する連邦補助金を削減することにより、各州が保険のみで医療給付の経費を賄える条件を整えることを図った「カナダ保健法」(Canada Health Act)を成立させた。これによって、各州が連邦補助金により財政基盤を安定化させて皆保険を実現する四つの条件に、⑤ 経済的なアクセスビリティ(accessibility)を保障することが加わり、現在のカナダの公的医療保険の5原則が確立した。

このように皆保険とはいえその給付内容を限定することと医療保険に対する連邦補助金の変動を国内総生産の変化と連動させる工夫を医療制度に組み入れたにもかかわらず、カナダの一人当たり医療費の伸びは、1980年代後半以降1995年まで国内総生産の伸びを上回るほど増加することとなった。図2は、縦軸に一人当たり医療費増加率の国内総生産の成長率に対する比率をとり横軸に期間をとってこの比率の推移を示したものである。



注：図中の平均弾力性は1960～2000年までの分のみによって算出している。予測した2001～2005年の分は含まれていない。なお、異常値を取った2年が計上されていない。それは1982年と1991年である。

1982年においては弾力性が7.47であるが、その前の年と次の年には1.25と1.34である。

1991年においては弾力性が31.53であったが、その前の年と次の年には2.55と2.73であった。

出典：CIHI 2002e; Statistics Canada 2002c.

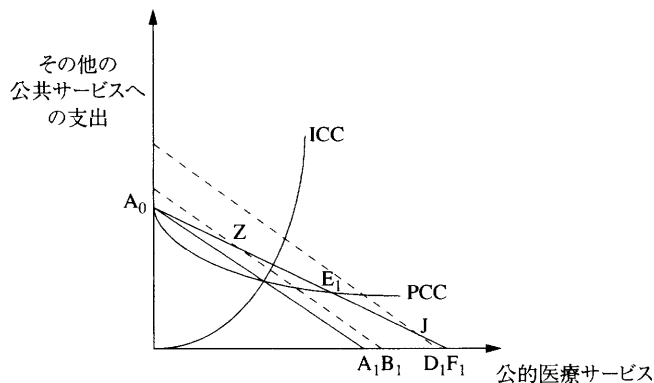
図2 一人当たり医療費増加率の国内総生産の成長率に対する比率

1980年代後半以降1995年まで、この比率が1を上回っていたことは、このような医療費の増加を示している。これは、医療保険に対する連邦補助金が、国内総生産の伸び率と人口変動により調整されるものの基本的には定率で上限がなかったためである。その結果、州政府の予算に占める医療費の割合は1984年の28%から1996年の32%へと増加し、州政府の予算配分が硬直化する虞が生じた。この問題に対処し、医療費の増加に歯止めをかけるために、連邦政府は、1996年に「カナダ保健・社会移転法」(Canada Health and Social Transfer Act)を定めて、上限のある一括補助金で州政府に連邦補助金を移転する方式へと改めた。その結果、図2に見られるように、1996年以降、医療費の増加率は国内総生産の成長率とほぼ同じ水準で推移するようになった。

補助金の種類には、このような一括補助金のほかに、病院保険の50%を負担するような定率補助金がある。また、その用途が限定されているかいないかにより、一般補助金と特定(あるいは条件付き)補助金に区別される。これらの中には、幾つかの予算費目に対して総額を決めその中の配分は限定しない一括ブロック補助金がある。カナダにおける医療の連邦補助金は、特定定率補助

金から、1996年の「カナダ保健・社会移転法」により一括ブロック補助金に変わった。一括ブロック補助金は政府支出の抑制に寄与するが、定率補助金と比べると必ずしも人々の経済厚生を改善するとは限らない場合がある。

図3は、横軸に連邦補助金の対象となる州の医療保険が提供する医療サービスを、縦軸に州が提供するその他の公共サービスを取り、州政府の予算制約線と州に住む人々の選好を反映した価格消費曲線(Price Consumption Curve:PCC)⁶⁾と所得消費曲線(Income Consumption Curve:ICC)⁶⁾を描いたものである。連邦補助金のない場合の予算制約線をA0A1とすると、定率補助金は補助されるサービスの価格が低下するのと同じ効果を持っているので、定率補助金の場合の予算制約線は予算線の傾きが緩やかになるA0F1となる。定率補助金が与えられた場合の均衡は、価格消費曲線と補助が与えられたときの予算制約線の交点で示される。これに対して、一括ブロック補助金を与えられた場合には、上限に達するまでは予算にゆとりのある限り定率補助が可能であり、州の予算制約線の傾きは緩やかになるが、一括で配分される上限額に至った後は一括補助金額の分だけ予算制約線が外側にシフトすることになる。このように一括



出典：Jha (1998), Ch. 21.

図3 連邦補助金の効果:定率補助金と一括(ブロック)補助金

ブロック補助金の予算制約線は、一括補助額を境に、傾きが緩やかになる部分と外側にシフトする部分に分かれるので、一括補助の規模によりその位置が変わることになる。したがって、連邦政府の財政事情がよく(悪く)一括補助額が多く(少なく)、定率補助できる部分が大きい(小さい)場合の予算制約線は、屈折した直線A0JD1(A0ZB1)のように描くことができる。予算制約線がA0JD1の場合には、均衡点はE1のままであるが、予算制約線がA0ZB1の場合には均衡点はPCCと予算制約ZB1との交点になる。この点はE1より内側にあるので、人々の経済厚生はE1よりも低下する。

カナダの連邦政府財政は、医療費の伸びが国内総生産の伸びを上回り、連邦補助金が増加したことも影響して、1980年代後半から1993年まで財政赤字が拡大した。そのため、連邦政府は、医療を含む連邦補助金を一括ブロック補助金に改めた。このような連邦補助金の改正は、図3では、州の予算制約線を定率補助のA0F1から予算制約が厳しい一括ブロック補助のA0ZB1に改めたことになり、必ずしも人々の経済厚生を改善したことにはならない結果となっている。

しかし、カナダの連邦政府財政は、1996年に連邦補助金の見直しが行われた後から改善し、1999年以降、財政余剰が生じている。「カナダの医療の将来に関する委員会」報告は、カナダの社会経済の変化に対応しつつ医療サービスの需給両面の諸問題を解決するために、これらの問題の諸要因を検討しつつ具体的改善策とそのための連邦補助金の創設を提言している。同委員会の提言に対して、カービー報告は、改革案の財源が財政余剰に依存していると批判しているが、ロマノウ報告は、連邦政府による上限のない定率補助を復活させることを求めているわけではなく、目的に応じた定額補助金を設けて医療改革を進めることを提言している点で、実行可能性にも配慮した改革案となっている。このような提言が実現すれば、州政府は定

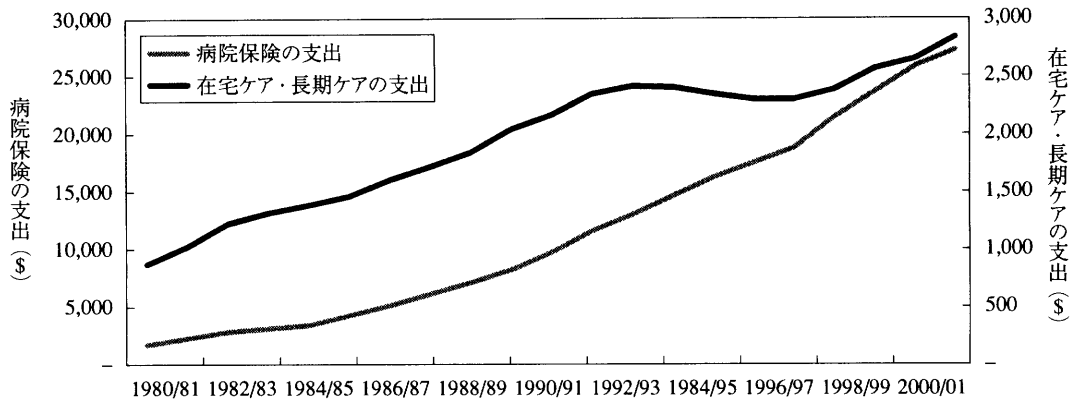
額補助の範囲内で予算制約が緩やかになるので、図3の予算制約線はA0ZB1からA0JF1になり、人々の経済厚生は改善されることになる。

3. カナダの皆保険制度における給付範囲と医療供給体制の問題点

カナダでは、上述のように連邦財政の健全化のために医療に関する連邦補助金が1996年に見直された結果、連邦財政が改善し財政余剰が生じた。これに対して、少子高齢化による医療費の伸びが予測される一方、連邦補助金の削減に伴い病院が統廃合されMRIなど先端検査機器の普及がG7諸国の平均よりも遅れるなどの問題や、公的医療保険制度にもかかわらず給付範囲がわが国よりも狭く、在宅ケア・長期ケア(介護)も病院外の処方薬もその範囲に含まれないことが是正すべき課題として認識されるようになった。

これらの問題を是正するために、ロマノウ報告は、カナダの医療制度の成果が国際的に見て高い水準にあることを確認したうえで、このような医療制度を高齢化が進む将来にわたって持続させるための補助金と医療供給のあり方を探るとともに、従来の制度が十分カバーしていない在宅ケア・長期ケアや少数民族のケアについても検討を行い、47項目の提言を行っている。これに対して、カービー報告は、公的医療制度を持つイギリス、オランダ、ドイツ、デンマーク、オランダの改革動向とカナダの現状を比較しつつ、公的医療供給の担い手である病院の経営組織の在り方にも検討を加えながら、在宅ケアや長期ケアの必要性など改革の課題を提示し、そのために必要な予算の推計額を示している。

以上のような諸問題のうち、2つの報告がともに指摘しているのは、公的な皆保険でありながら、税財源であるが故に連邦財政に補助金を通じて依存せざるを得ないことと保険者として保険料を定める機能が多くの州で発揮されていないために、与えられた財源で皆保険を運営する必要から



出典：Health Canada 2001d.

図4 病院保険と在宅ケア・長期ケアの支出の推移

給付範囲が比較的狭く定められている問題、すなわち在宅ケア・長期ケアの問題、病院外の処方薬が含まれない問題である。

3.1 在宅ケア・長期ケアの問題とその改革案

皆保険に在宅ケア・長期ケアが含まれないことは、これに対する連邦補助金がないことを意味する。そのため、2000年度における在宅ケアと長期ケアの財源構成は、州・準州と民間部門の占める割合はそれぞれ76%と23%であるのに対して、連邦政府の占める割合はわずか1%である。しかし、公的病院保険の支出と比べて、在宅ケア・長期ケアの支出は高齢化の影響もあり近年大きい伸びを示している。

医療費の抑制のためには、入院期間の短縮への努力を続ける必要があるが、そのためには急性期医療の後の予後をできるだけ在宅ケアにつなげていく必要がある。また、高齢化が進むにつれて、高齢者に対する長期ケア(介護)の必要性も増すことも確かである。したがって、ロマノウ報告は、これまでカナダの医療制度でカバーされてこなかった在宅ケアを「カナダ保健法」の対象に含めることと、そのために必要な財源確保のために在宅ケア拡充のための基金を提言している。すなわち、

在宅による心のケア(mental health)と必要とされる治療の実施(\$568百万カナダドル)、在宅による急性疾患の予後の治療とリハビリテーション(\$117.1+\$204.6=322百万カナダドル)、一時的な(palliative)在宅ケア(\$89百万カナダドル)からなる基金を設けるべきであると指摘している(Romanow, 2002 Recommendation34、以下これを提言34のように表記する)⁷⁾。これに対して、カービー報告では、在宅ケア・長期ケアのための連邦補助金を用いることも選択肢に含めつつ、その財源と規模には限りがあるため、これを補う方法として、在宅ケア・長期ケアに携わる家族への所得控除・税額控除と介護保険の創設を指摘している(カービー報告第8章)。

3.2 病院外の処方薬が含まれないことによる問題とその改革案

病院外の処方薬への医療保険適用がないため、処方薬への支出に占める公的負担(医療保険の適用、公的扶助など連邦政府の負担、および企業福利制度からの支出)の割合は、1985年の43.4%から2001年の49.2%へと上昇しているが、5割に満たない水準にある。その一方、処方薬への支出総額は、1985年の38億カナダドルから2001年の155

億カナダドルに増加したため、個人の処方薬の負担は増加し続けている(カービー報告第7章)。このような事情があるため、処方薬への支出を賄うために民間保険の利用も無視できない水準となっている。カービー報告によれば、処方薬への支払いに占める民間保険の割合は、1988年の30.5%から、1999年の33.5%に増加し、2001年でも29.9%となっている。

カナダの皆保険では、自己負担をとらないことを一つの原則としているため、民間保険の保険料支払いが増加することこの原則との乖離を埋める必要から、ロマノウ報告では高額薬剤費の補助のための基金を設けることを(提言36)、カービー報告では高額薬剤医療費のための医療保険に付随する保険の設立を(カービー報告第7章5節)提言している。ロマノウ報告では、州ごとの格差は正についても言及し、保険高額薬剤費の補助のための基金を利用して、州の薬剤費負担を補填することにより州別に見た薬剤費の支出構成の相違(ロマノウ報告の図9.1を参照)を縮小すべきであると述べている(提言36)。これら2つの報告ともに、薬剤費への公的負担を高める際に、医薬品の品質に関する標準をより厳格にかつ技術進歩を反映するように更新していく体制を整えることを指摘している。ロマノウ報告では、高額薬剤費の補助のための基金について、この報告が提言する医療情報ネットワーク(4節参照)との連携が意識されており、新薬の承認、既存の薬剤の評価、薬剤価格の決定・管理を所管し、カナダ市民と医療サービスのプロバイダーに薬剤の適切な情報提供を行う新しいカナダ連邦薬剤局(Canada Drug Agency)を設立すべきこと(提言37)、およびこの部局と連邦政府・州・準州の役割分担が指摘されている(提言38~41)⁸⁾。

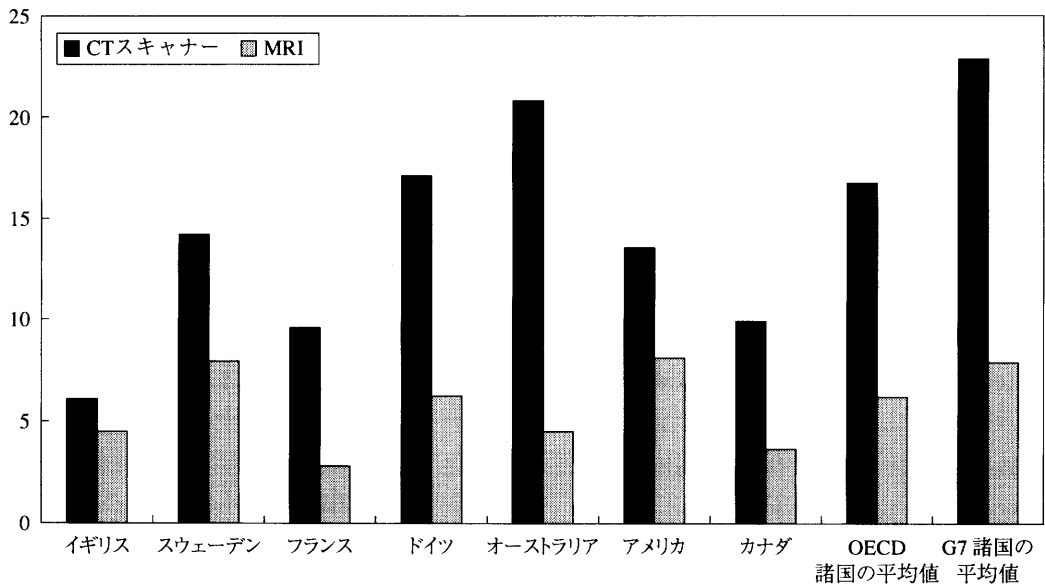
3.3 連邦補助金抑制が医療供給体制にもたらす問題とその改革案

カナダでは、連邦財政の健全化のために医療に

関する連邦補助金が1996年に見直され、その額が削減されたことに伴い、経営効率の低い病院の統廃合が進んだ。カナダの病院は、公的医療制度を原則とするため、公立非営利病院か民間非営利病院は認められるが、民間営利病院は認められていない。カービー報告では、医療財政の安定化のためには連邦補助金の追加や新たな保険の導入により財源を広げることも必要であるが、医療供給の効率性を確保する必要性も認めている。アメリカでは、病院経営の効率化に営利病院が寄与するかどうかについて、営利病院と非営利病院の効率性に関する実証分析に基づく比較を行い、営利病院が非営利病院よりも効率的になる条件を明らかにする努力が続けられている(Cutler, 2000)。カービー報告では、こうした医療経済分析の展開と非営利病院のみを認める現状を踏まえて、非営利病院の財政基盤確立の条件(出来高払いに基づく効率的な医療サービス提供の条件)と非営利病院と同等の質の医療をより効率的に提供できる場合に限って営利病院を認めることを指摘している(カービー報告第2章)。また、こうした効率的な医療サービスの提供が可能となるための医療技術の進歩に迅速に対応する条件整備についても検討を行っている。

ロマノウ報告でも、医療技術の普及に関連する問題を指摘している。連邦補助の見直しにより病院が統廃合されたことが影響して、カナダではMRIなど先端検査機器の普及がG7諸国の平均よりも遅れたため(図5)、検査期間の待ち時間が長くなる問題も生じている。

ロマノウ報告では、これらの問題に対処するため、診断サービス(検査)の待機期間縮小のための基金を設けることを指摘している。すなわち、すべての州・準州は、診断サービス(検査)の待機期間縮小のための基金を活用して、MRIなどの先端検査機器をより普及させることなどにより検査の待機期間短縮に取り組むべきこと、検査の標準を定



注：データの制限によりある程度の在庫数がある国のみ計上されている。日本は、ほかの OECD 国家と比べ画像技術機器の使用数が少ないので、国別から除かれているが、OECD と G7 平均の計算に含まれている。カナダのデータは 2001 年、オーストラリアは 1995 年。

出典：CCOHTA 2002a, b.

図 5 CTスキャナーとMRIの普及率の国際比較

めたり待機の調整を情報ネットワークを用いた中央管理により行うなど具体的改善策を講じることが求められている(提言 25, 26)。

4. 「カナダの医療の将来に関する委員会」報告に示された理念と今後の課題

4.1 カナダの医療改革の方向性—基本理念と条件—

カナダの医療制度は、3節で見たような諸問題を抱えつつも、国際的に見て比較的高いパフォーマンスを示している。カナダの一人当たり医療支出額と国内総生産に占める公的医療支出の割合は G7 の平均とはほぼ一致するのに対して、平均余命(男女計 79 歳)は G7 諸国の平均より長く、障害調整平均余命(Disability Adjusted Life Expectancy)(72 歳)と乳幼児死亡率が G7 諸国平均の平均であり、一般的に OECD 諸国の平均よりよい値を示し

ている。「カナダの医療の将来に関する委員会」報告は、これらの点を確認しつつ、このような成果を達成しているカナダの医療制度改革において継承・発展すべき理念と条件を「カナダ市民のための誓約」(Romanow, 2002)としてまとめ国民に示すとともに、政府もこれを尊重しつつ改革を行うことを求めている(Romanow, 2002, 提言 1)。最初の条件は、カナダ市民の健康に対する責任と医療制度とのバランスによってカナダの医療制度の成功が導かれたのであり、これを発展させていくためにはカナダ市民が責任を負い、改革の行動をとると同時に財源となる納税に寄与することとされている。これに続いて、カナダの医療制度の五つの原則と、倫理的配慮のあるシステムとすべきこと、政府と医療のプロバイダーは説明責任を持つべきこと、医療供給のための資源は質を保ちつつ効率的・効果的に利用すべきことが掲げられている。

今日、わが国の国民年金や国民健康保険では保険料徴収が困難になる場合も見られるが、医療のパフォーマンスを国民に示した上で医療制度の発展のために財源確保の責任を含む市民の責任を明示することは、わが国の社会保険改革の取り組み方に示唆を与えるものである。

このような理念のもとに、上記の条件を満たしつつ改革を進めるために、ロマノウ報告は、すでにあるカナダ医療情報機構 (Canadian Institute for Health Information: CHH) とカナダ医療技術評価オフィス (Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: CCOHTA) を活用してカナダ医療会議 (Health Council of Canada) を設立して (提言2)、医療システムのパフォーマンスを示す指標の開発と医療の質の動向を示すレポートの実施、および各種の医療パフォーマンス計測を総合することにより異なる医療サービス・プロバイダーの特徴を明らかにすること (提言3)、将来的にはカナダ医療会議がこうした情報をもとに医療改革の方向性を示すべきこと (提言4) を指摘している。

4.2 医療改革における連邦補助金の役割

ロマノウ報告では、上記の理念と比べて現在の医療制度が、適用範囲が狭い問題や医療機器の普及が遅れている問題などを抱えていることを明らかにした上で、これらの問題を改善するための連邦補助金を具体的に示している。まず、在宅ケアと処方箋薬剤費をカバーすることができるように「カナダ保健法」を改め (提言5)、必要な財源を手当てするため連邦補助金を2005年度までに150億ドル増額することを求めている (提言6)。その内訳は、地方と遠隔地のアクセスのための基金、診断サービス (検査) の待機期間縮小のための基金、プライマリーケア改善のための連邦支出金 (岩崎, 2003)、在宅ケア拡充のための基金、高額薬剤費の補助のための基金を設けることである (提言7)。

地方と遠隔地のアクセスのための基金について

は、これを地方と遠隔地に医療サービスのプロバイダーを誘致すること (提言30)、地方と遠隔地で従事する医師や看護婦の生活が過ごしやすくなるための条件整備に利用すべきことが指摘されている (提言31)⁹⁾。

プライマリーケア改善のための連邦支出金 (提言19) については、これを用いて、カナダ医療会議はプライマリーケア国民会議を2年以内に開催し、プライマリーケアの改善を図り (提言20)、その成果を国民に報告すること (提言21)、およびこの基金を用いた国民の健康増進の具体的施策について指摘している (提言22～24)¹⁰⁾。

4.3 情報ネットワークの拡充と医療供給体制の改善

「カナダ市民のための誓約」では、持続可能な医療制度の発展のために連邦政府が負うべき財源問題と、カナダ市民が自らの健康を増進するための責任が述べられている。このような責任を果たすためには、カナダ市民がカナダ医療会議が収集し国民に提供するような医療情報と個人の健康情報を有効に活用する必要がある。その条件を整えるために、現在各州・準州で進められつつある電子媒体の個人健康情報記録をさらに整備すること (提言8)、これらの情報はプライバシー保護のもとにカナダ全体で有効利用される情報ネットワーク (Canada Health Inforway) へ結合され、 (提言9～11)、人々がこれを健康増進に活用すべきであると述べている (提言12)。また、カナダ医療会議は、医療技術の評価を合理化して、州・準州と協力しつつ医療情報を効果的に提供するとともに (提言13, 27)、その医療情報を地方と遠隔地の医療、医療の人的資源、健康増進、薬剤問題などを含むように拡張すべきであると指摘している (提言14)。

医療の人的資源については、カナダは医療報酬が成果主義のアメリカと接しているため、医師の海外流出が問題になっているのに対して、地方と遠

隔地の医療では自国の医科歯科系大学卒業者が定着せず海外からの医師に依存する問題が生じている。2001年では、医師の流出数は600人、流入数は250人、純流出数は350人に上っている。このような問題を、地方と遠隔地の医師不足の問題と関係づけながら解決するために、地方と遠隔地のアクセスのための基金の活用が求められている(提言15)¹¹⁾。

これに対して、グローバリゼーションとともに海外から医療従事者が流入する問題については、連邦政府、州・準州、および医療機関は、発展途上国からの医療従事者に依存して医療サービスを提供することを控えるようにすべきこと(提言47)を求めている。ただし、発展途上国における医療従事者の養成に貢献することはこれを認め、連邦政府は、途上国への対外経済援助や開発プログラムを通じて、特に医療サービスプロバイダーや医療行政・医療制度開発の担当者に対する教育訓練を通じて、医療制度の発展に寄与する国際的なリーダーシップを発揮すべきである(提言46)という立場をとっている。こうした立場は、皆保険制度を持つわが国においても海外からの医療従事者の受け入れについて議論が行われている現状に対して、示唆を与える提言であると言えるだろう。

医療供給の体制を整えるためには、医療従事者に関する諸問題の是正に加えて、これらの人々や医療機関の対応が人々のニーズにあったものとなるように努めることも必要である。これらの課題については、連邦政府、地方の医療行政部局、医療サービスのプロバイダー、病院は、公用語の使用が困難なマイノリティーのニーズを特定化して¹²⁾これに対応できるように協働すべきこと(提言28)、連邦政府、地方の医療行政部局、医療サービスのプロバイダーは、男女の違いによるニーズの違い、心身障害者のニーズに対応した多様な医療サービスの提供に努めること(提言29)、現在、連邦政府、州と準州および先住民民族(アボリジニー)の支援組

織によりまちまちに行われている医療扶助は各州・準州において単一の基金としてまとめ、持続的に適切な資金提供ができる体制を整えること(提言42)、この基金は、各州・準州の先住民民族に対する施策と健康増進を図るアボリジニー健康パートナーシップの基金として利用されるべきこと(提言43)が、指摘されている。

このように、ロマノウ報告は、これまでの医療制度が抱えていた諸問題を改善するために連邦補助金を拡充することと、カナダ市民と医療供給システムをつなぐ医療情報ネットワークの構築と連携しつつさまざまな医療供給改善策を講じることを提言している。しかし、カナダの税財源に基づく皆保険制度自体については、国際化(グローバリゼーション)が進む中で制度のパフォーマンスが問われたり貿易協定などによる海外からの医療・医薬品産業への干渉が起こる可能性があるとしても、これを守り発展させていくべきであるという立場を示している(提言44, 45)¹³⁾。

5. まとめと今後の課題

カナダの皆保険医療制度は、州の独自性を認めつつ連邦政府が補助金を通じて各州・準州の間の公共サービスを保障し調整する連邦財政主義のもとに発展してきた。ただし、連邦財政には、国防、外交、移民への対応を含む教育・人的資源開発など、医療以外にも予算を配分する必要があるため、連邦補助金額を抑制しながら制度を確立するため、カナダの皆保険医療制度はその給付範囲がわが国と比べて狭いという特徴がある。この特徴は、連邦財政に過大な負担をかけずに連邦補助金を通じた皆保険制度を比較的短い間に(1957年から1971年)成立させることを可能にした半面、高齢化や医療技術の進歩に医療制度が十分に対応することができない問題を生じさせている。今日、適用範囲を高齢化の進展や医療技術の進歩に合わせて適切な範囲まで広げ、これを皆保険の公的医療

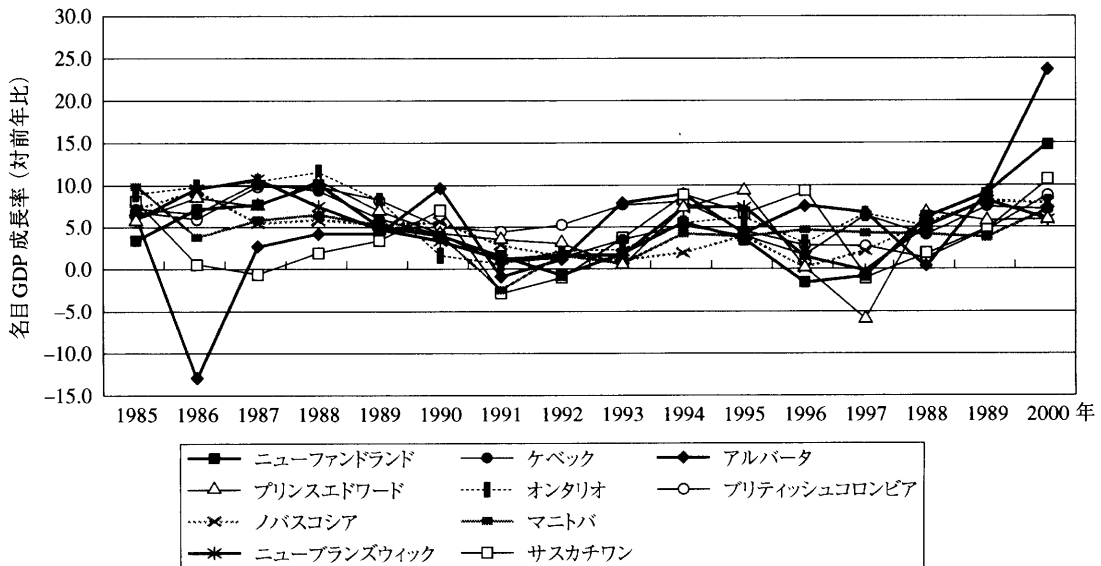
制度で提供するための医療財政の基盤を確立することが、カナダの医療改革の課題となっている。

このような課題に対して、ロマノウ報告とカービー報告は、在宅ケア・長期ケアを公的医療の給付範囲に含めること、プライマリー・ケアや医療検査態勢の後れを取り戻すこと、地方・遠隔地の医療供給を拡充することなどでは共通の認識を示しているが、その財源については意見を異にしている。ロマノウ報告では、1996年の連邦補助金の見直しが一因となり1997年以降生じている財政余剰を医療改革の基金として利用すべきとしているが、カービー報告は財政余剰に依存しすぎることなく改革の項目に対応した財源を新たに創設して、これと連邦財政補助金などを合わせて活用することを提案している。すなわち、カービー報告は、地方・遠隔地の医療拡充には連邦補助金の利用を認めているが、高齢者の長期ケアには介護保険を設けこれを連邦補助金が補完すること、プライマリー・ケア拡充のためにはアメリカで検討されてい

る個人医療勘定を導入することを提案している。

いずれにしても、連邦補助金は、医療改革を導く手段として重要な役割が期待されている。連邦財政主義のもとにおける補助金の役割は、理論的には図3のように説明することができるが、実際に連邦補助金が改革を導く効果を持っているかどうかについては、実証分析による検証が必要である。Panos and Serletisa (2002)は、図6のようにカナダの州・準州の間には経済成長率格差があり、州と州の間の生産要素の移動だけではこの格差が解消しないため(収斂仮説の不成立)、連邦補助金は各州・準州の間の格差是正などに寄与することを、実証分析により示している。

財政余剰も景気変動により変わること留意すれば、長期的にはカービー報告のように介護保険や医療貯蓄勘定の可能性を検討する必要があるが、連邦補助金の有効性が示されていること(Panos and Serletisa, 2002)を考慮すれば、短期的にはロマノウ報告のように連邦補助金をてこにした



出典：Panos and Serletisa (2002) Ch4, Fig.1. を参考に、Gross Domestic Product (GDP) at basic prices, by North American Industry Classification System (NAICS) and province, annual (Dollars), <http://cansim2.statcan.ca/> より筆者作成。

図6 州別にみた名目GDP成長率の推移

改革を開始することが現実的であろう。実際、2003年度のカナダの連邦予算では、今後5年間で348億カナダドルの連邦補助金を増額し、これを改革の項目に対応した基金として利用することが示された(岩崎, 2003)。

わが国の医療改革では、特に高齢者医療保険の在り方と高齢者の割合の多い国民健康保険の改革が課題となっている。高齢者に対する医療保険については、日本医師会・自由民主党による高齢者独立保険方式が提案される一方、厚生労働省からはリスク構造調整方式が提案されている。いずれの案にしても、改革後は公費負担に依存する度合いが高まることが指摘されている(田近・菊池, 2003)。また、国民健康保険と小規模健康保険組合については保険者の規模を拡大して都道府県単位とし、政府管掌健康保険も都道府県単位とすることが改革の基本的方向として示されている。このように、わが国の医療保険改革では、保険者の単位が都道府県単位になる一方、その財政的基礎のための公費負担の役割が増すとすれば、新たに都道府県単位となった保険者に独自性を持たせつつその医療サービスの質については格差が生じることなく国民の健康福祉の増進に寄与するようにするためには、補助金としての公費負担が保険財政の安定化とともに保険者の行動にどのような効果を持ちうるのかについて検討していく必要があるだろう。そのためには、カナダの皆保険医療制度とこれを支える連邦補助金との関係について考察を深め、改革の動向と連邦補助金の効果に関する研究をフォローしていくことが、一つの課題となることは間違いなさであろう。

注

1) 本稿は、平成14年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)「医療負担のあり方が医療需要と健康・福祉の水準に及ぼす影響に関する研究」における分担研究「税財源に基づくカナダの国民医療制度の改革動向」にカービー報告の考察を加えて拡張したものである。この研究事業の一環として、在

日カナダ大使館・カナダ日本社会保障政策研究円卓会議の協力を得て、ロイ・ロマノウ前サスカチワン州首相とお会いしてヒアリングを行う機会を得た。ここに記してお礼を申し上げたい。もちろん、本稿の見解は筆者個人のものであり、もし誤りがあるとすれば筆者が責任を負うこととおことわりしておきたい。

- 2) いくつかの州では保険料も徴収している。カナダの医療制度について、カナダ市民(患者)、診療所、病院、州および連邦政府の間での税財源などの負担と給付との関係を図解したものに、本間(2000)、岩崎(2002)図1がある。
- 3) ロマノウ報告を反映したカナダ政府の医療予算の内容については岩崎(2003)を参照。
- 4) わが国の財政構造のこのような特徴づけは、神野(2002)第21章による。
- 5) これは、その後の改正を経て、現在、「連邦と州の財源措置および高校卒業後の教育と保健に関する連邦の助成法」(Federal-Provincial Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contribution Act)と呼ばれている。
- 6) 価格消費曲線と所得消費曲線は、一定の予算制約のもとで、それぞれ異なる価格と所得に対して最も高い効用を達成する無差別曲線と予算制約線との交点を結んで得られる曲線であり、この曲線上の点は、それぞれの価格と所得に対する均衡点を示している。
- 7) ロマノウ報告は、在宅ケア拡充のための基金が効果を発揮するために、カナダ人的資源開発省とカナダ保健省は、共同して急性期にある患者の家族などが職場を休んで患者の看護や介護に対応することを許可され、かつそれが支援される条件整備を求めている(提言35)。
- 8) 局と州とその役割、州と準州は、カナダ連邦薬剤局と共同して、明快でかつ説明責任の果たせる手続きに基づく薬剤使用標準の確立に努めること(提言38)、薬剤の管理はプライマリーケアの拡充と整合的に行われるべきこと(提言39)、カナダ連邦薬剤局は、処方箋薬剤の利用状況とその治療効果のデータの収集と普及に関する標準を開発すべきこと(提言40)、および連邦政府は、医薬品産業の特許申請の動向に迅速に把握して、知的財産権の保護(による産業の発展)と保護されない薬品による薬剤費の軽減との適切なバランスを図ること(提言41)。
- 9) 医療情報ネットワークの拡充と関連して、この基金を遠隔地における電話検診アプローチの拡充のためにも利用すべきが指摘されている(提言32)。
- 10) この基金を用いたプライマリーケアの拡充と、疾病とけがの予防とこれによる健康増進に努める(提言22)、カナダ市民の運動スポーツの振興のためにすべての州・準州はスポーツ・リクレーション・運動担当

大臣が示した指針を実行する(提言23)、子どもの病気を予防するために連邦政府の免疫予防戦略を整え、新しい感染症に対処すべきである(提言24)。

- 11) こうした医師の流出問題に配慮しつつ、適切な医療の人的資源確保のために教育と訓練の総合的な改善を図るようにカナダ医療会議がすべきことが指摘されている(提言16～18)。
- 12) カナダではマイノリティーを対象にした医療経済分析が近年展開していることを反映した提言である。最近の実証分析として、Kobayashi (2003)がある。
- 13) 連邦政府と州・準州は、国際法や貿易協定に含まれる「公的サービス」の定義のもとで改革を求められる問題、多国籍企業が補償を求めるなどカナダの医療制度に対して生じる諸問題に対しては、医療制度を公的システムとして護るように努めること(提言44)。連邦政府は、将来の国際貿易協定や知的財産協定や労働条件の国際基準などが、公的な財源による保険制度のもとで医療サービスが提供される医療制度を維持し拡充することを許容するものとなるように、諸外国特にWTO加盟国との連帯を構築すべきである(提言45)。

参考文献

- 尾形裕也 2002 「日本とカナダの医療保険制度改革：共通の課題と多様性」『海外社会保障研究』第139号
- 金子能宏・小島克久 2002 「地域格差と所得格差を考慮した社会保障研究の展開—日本とカナダの比較—」『海外社会保障研究』第139号
- 神野直彦 2002 『財政学』有斐閣
- 新川敏光 1999 「医療保険」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 2000 「カナダの社会福祉 第2部社会福祉の現状 II 医療保障」仲村優一・一番ヶ瀬康子編『世界の社会福祉 アメリカ・カナダ』旬報社
- 田近栄治・菊池潤「医療保険改革と個人の選択」国立社会保障・人口問題研究所編『選択の時代の社会保障』東京大学出版会
- 堀場勇夫 1999 「地方分権の経済分析」東洋経済新報社
- Cutler, David M. eds. *The Changing Hospital Industry: Comparing Not-for-Profit and For-Profit Institutions*. University of Chicago Press, Chicago
- Jha, Raghendra, 1998, *Modern Public Economics*. Routledge, London and New York.
- Kirby, M. J. and Marjory LeBreton, 2002, *The Health of Canadians—The Federal Role*, The Final Report on the state of the health care System in Canada, The Senate.
- Kobayashi, K, 2003, “Exploring the determinants of health status and health care utilization among mid-life Chinese and South Asian immigrants in the Lower Main land,” the Proceedings of 6th National Metropolitan Conference, CANADA
- Panos, Afxention and A. Serletis, 2002, *Macroeconomic Policy in the Canadian Economy*. Kluwer Academic Publisher, Boston/Dortrecht/London
- Rommanow, Roy J. and Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002, *Building on Values: the Future of Health Care in Canada*. Canada Government.

(かねこ・よしひろ 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部第1室長)