

作用がこの問題をより複雑にしている。それは、その境界を可能な限り明らかにし、何を知ることができるかについて限界を課しているシステムの特徴を認識することで、我々がこれに取り組むための長い道のりを行くことができないと述べているわけではない。

ウォーカーントンからのいくつかの教訓

1. 自律的組織化は混乱から生じる。それは複雑で適応性のあるシステムの、‘無料の’副産物である。
2. 我々は不確実性の状態において決定を下すことを学ばなければならない。大部分のサブシステムにおいて起こりうる、確実性の程度についての限界がある。可能な限り利用可能なデータをもとに決定を下すことを認識することは、時として難しいが必要なことである。
3. 合理的な計画に戻ることは、大抵システムを合理化するための決定につながる。しかしシステムが複雑な場合、合理化は大抵リスクを増大させる。

例2－ヘルスケア制度：どのように個人は関係しているのか

どのようにヘルスケア組織と制度は変化してきたのか

どのようにヘルスケア組織と制度は管理され、それについてどのように考えられてきたかは、我々が政策開発についてどのように考えるかについての变化と並行するような形で変化してきた。どのようにヘルスケアがこの100年で発展してきたかを見ることは価値がある。

約1900年において、病院はその時代のその他の機関に非常によく似ていた：非常に階層的で、非常に幅広い権限を持った一人の人が支配していた。高級官僚が彼自身で政策決定をすることとまさに同じように、病院の医療監督者は、運営のすべての側面に関して絶対的な権限を持っていた。マートンは、彼の協力者であり監督者であり、もしそれがいれば、補助者として働いた。様々なスタッフの間での内的な強い境界はなかった。主要な境界は外界にあり、それは病院の入り口であった。病院に入ると、すべての患者と職員のメンバーは医療監督者の権限下に置かれた。

組織の価値は、何人にも明らかであり疑問に付されなかった——それらは、医療監督者の、何よりも重要な権限に由来し、それは彼の広範な知識と当然のことと思われる知恵に由来した。この知識は拡大され知的な医療的経験と長い徒弟機関をもとにしていた。その医療監督者は経験を通じた知識の具現であることを要求された（表5-2）。かれは単に最終的な決定者ではなかった：彼はすべてを作った。長期的な計画はなかったし、それについてのあらゆる助けもなかった：彼はただ単に必要なことをした。もし何かの案があったのだとすれば、それは彼の頭の中にあっただのである。彼の役割はその時代の他のビジネス管理者の役割と比較された。

ビジネスの詳細がどのように遂行されているか知らず、彼の企業が取引している商品の

製造プロセスに十分に精通しておらず、購入と販売の両サイドの込み入った事情を知らない、商業企業のビジネス管理者はどのくらいの長さ、彼の地位に就くのだろうか。これらのビジネス企業において、経営者あるいは所有者あるいは役員は個人的な注目をビジネスに払い、一般的に彼らの物事の方面について活動的である；したがって、病院の監督者という最も活動的な役員が、その組織の活動のすべての詳細を知っているべきであるということは、どれくらい重要なのであろうか。

個人的な組織を越えて、ヘルスケア制度はたいてい非公式的であった。一般的な病院は大抵、政府の事業体に相談する必要なしに、特定のコミュニティーの市民によって建てられて資金調達された。病院は主要な社会的機構であり、それが果している、性格やコミュニティーのステータスを定義した。外の権限から独立していることとコミュニティーにおける特別の地位のおかげで、病院は比較的長い間安定的でありつづけることができた。これによって、彼の権力がより大きくなるような、コミュニティーにおける医療監督者の地位と卓越が与えられた。ヘルスケア制度は、命令と管理、階層的モデルにおいて、病院と極めて同じように機能できた。それは、病院の医者・看護婦、取り巻いているコミュニティーを含む、主として地域の制度であった。その制度は新しい開業者がコミュニティーに來たり、新しい団体が設立されると、拡大するだろう。資金調達は地域的であり、富裕な人々からの手数料と、貧しい人々のための慈善の寄付金によっていた。

現在、ほぼすべてのコミュニティーにおいて、そのコミュニティーのニーズを提供する、慈悲深い傾向がある人々が十分にいる。それは、その団体がどのようなことを要求されようと、適切な支援を確保するための団体のやり方において、活動の熱心さと強さについての確信を鼓舞するために、最も重要なことである。

第二次世界大戦後、ヘルスケアにおいて新しい活動が勃興した。多くの理由で、戦時中の新兵の条件と戦後の戻ってきた退役軍人たちの状態を含む、全住民の健康状態についての強い懸念があった。大部分の国において、戦争によって我々は知能労働の分離によってより早く有益な知識を得ることができるといことがわかった。科学研究における投資は、よりよいヘルスケアという実を結ぶだろう。医療教育と研究についての資金が非常に増えた。病院と大学のための、より多くの公的資金が流れはじめた。多くの新しい医者が訓練された。もし彼らが家庭医だったら、彼らはより多くのことを知り、より多くのことをすることができた。

病院の組織は変わり始めた。知識の取得に関して、労働を分業することは、過去よりも、より独立した知識保持者がいることを意味した。知識は直接の経験と同様に、研究結果より得られた。特定の分野における増大した知識をもった、医師の研究者による、より多くの研究活動があった。医療監督者は、すべての知識の源であることをやめ、また機能の差異化が進んだ。これはより多くの権限を、特定のサービスに対して委譲することを可能（そしておそらく必要）にした。

この時代において、人は違う部署、分野、サービスの間における、内部の境界が創られ

るのを見始めることができた。世界が拡大していたので、これらの部署とサービスの間の競争は最小限のものでしかなかった。より多くのお金が瓶に常に加えられていた。それは、成長、拡大、分化の時代であった。

より一定の手続に従ったヘルスケア制度が、病院に公的資金を割り当てるために必要になるにしたがって、同時にそのヘルスケア制度があらわれた。病院治療の継続的なコストはもはやコミュニティーの厚意を通して提供されることはできなくなった。政府はこれらの運営コストを支援し始めなければならなかった。この支援とともに、新興のシステムに対して、政府の規則と政策の適用、とくに病院への適用がなされるようになった。当初は、病院の資金調達、大部分既存の資金調達がベースとなっていて、そしてそれは政府の代表者とケースバイケースで交渉される傾向だった。

ヘルスケアの知識に関するすべての分野への投資は、医学における専門化を促し、ヘルスケアの診療もしくは非診療分野における、分化された専門家のおびただしい集団を作り出した。ヘルスケアの新しい分野がではじめ、それは、それ独自の知識体系、ヘルスケアとその関連問題に対する独自の価値観や視野を伴っていた。

我々は、蓄積された知識の多様性と知識の深さを少し感じる。研究と教育に対する投資は、加速するペースで成長する、より高度に分化された知識の莫大な量に利益をもたらした。これらの投資の大部分は非常に効果的で、機能している新しい知識とヘルスケアの介入にとって非常に生産的だった。

大部分の国において、ヘルスケアのインフレ率は一般的なインフレ率よりも高かった。ヘルスケアは古典的なマクロ経済学に従って機能しているようには見えなかった。ヘルスケアは供給者サイドから動かされるということがエコノミストの間で明らかになりはじめたのは、この時代であった：つまり、より多くのヘルスケア・サービスが提供されればされるほど、より多くのサービスが利用される。すべての新しいヘルスケア・サービス、供給もしくはテクノロジーは、その他のものの減らすことを伴わなかった：つまり大部分は付加的であった。各分野が繁栄するにつれて、それはより有益な知識を提供した。そして各分野が生産的であったため、それは継続的で、増加する資金さえ要求した。ヘルスケア研究への投資は完全にヘルスケア費用を減らすであろうという古い考えは、神話であると認識された——として、経済学者はヘルスケアの支出がコントロールできなくなるのではないかと恐れ始めた。

超インフレを伴った、1970年代のオイルショックは、資金抑制の早期の警告を出し、コスト管理手段が大部分の国において強化された。それらがなされなかった所でさえ、ヘルスケア・コストを制限するために何かが必要とされなければならないという認識を高めた。ヘルスケアに対する資金の抑制の結果の一つは、違った専門化された活動——それはそれまで非競争的なニッチ分野に置かれ、絶えず拡大するパイから彼らの割り当てを与えられていた——はそのより限られた一部分をめぐって競争し始めた。

1980年代の間、この競争は激しくなった：ヘルスケアの高度に分化された世界において

すでに始まっていた分化は、伝染性となった。もし彼らが臨床医であつたら、彼らは誰がそれによって治療されることができ、誰が危険であり、もしくは彼らの知識がよい臨床に利用されていないかどうかを正確に知っていた。お金がすぐに使えなかったときは、彼らは彼らの領域のために戦う準備をしていた。団体、専門、職業の間の競争と拮抗は日常的になった。全体的な知識に加えられた特化は増加し、知識領域は危険にも断片化した。それは治療を調整することをより難しくし、時としてそれはボストン・セルティックスのバスケットボール選手、カール・レービスが、医師が彼の状態について意見を一致させることに失敗した後に、心臓の機能不全で亡くなった、というケースのような、悪名高い事件に終わった。インターナショナル・ヘラルド・トリビューン紙によると：

病院の突然の変更は、通常の医療慣行に反した。しかし心臓学分野は儲かるという特質、レービスのケースへの注目、ボストン病院内の政治学の理由によって、それがなされた。‘ボストン’は、その国内で最も政治的な利用の場である、と心臓医は述べた。‘そこには非常に多くの病院があり、多くの競争的な状況と多くのエゴの障害がある。それはこの状況に対して大きな影響力を持っている。’

この激しい競争は、制度のコストを上げ、ヘルスケアについての人々の不安を増大させる多くの要因のうちの、一つに過ぎない。多くの国は彼らのヘルスケア制度の再構築の集中的な時期を始めた。これらの努力は非常に複雑な結果となるように見える。大部分、ヘルスケアについての人々の不安は大きいままであることと、健康政策における停滞、特にヘルスケア制度に関する停滞は政治的な議題の中の優位を占め続ける。

この激しい再構築の期間に、ヘルスケアの団体や制度の新しい状況があらわれ始め、そこでは多くの面で、政策開発や健康概念についての変わりつつある見解が反映された。単一の一枚岩的な、統合されたヘルスケア組織を創ることへの強い衝動は、大部分諦められ、そして専門家はネットワークにおける複合的な組織の境界をまたいだ関係と患者の調整を改善する必要を強調し始めた。

分業は、専門化された知識の取得能力を高めた。人はこれを、垂直的な知識であると特長づける：それは、ある問題もしくは特定の分野の専門知識を‘掘り下げる’。この高度に分化された知識は、専門化された分野間の垣根を越えた仕事をどのように調整するか、ある種の水平的な知識を知ることの必要性を高めた。情報科学における劇的な進展は、インターネットの強力な検索エンジンを使うことで、最も難解な垂直的な知識にアクセスすることでさえ可能にした。彼らはまた、違った専門家の間で、そして専門家と患者の間の伝統的な垣根を越えたコミュニケーションについての、水平的な能力を増大させた。これらの集団の間のよりよい協働は、ある程度、実生活の結果、そして彼らの生活の質を向上させたいという、患者の要求から生じた。それは、生活の質への結果なしに、成功、明確な診断もしくは純粹に医療的な結果と見なすことが、ますます不可能になってきている。

我々は、他の論文においてこの種の環境におけるマネージメント過程を示した。

ヘルスケア組織と制度の変化について我々が理解することとして、それらのうち、政策介入の我々の手段は、ある程度調整を必要とする。これは以下の勧告につながる。

1. 政策は、人々が、ネットワークでつながった制度において起こっている、必要な境界を越えた調整の問題を通じて考え、解決することに関わるための資源を提供しなければならない。
2. ヘルスケアで働く大部分の人々は、物事をよくしたがつている。政策策定者は、革新と改善の多くの並行的な努力を期待し、これらの努力を支援しなければならない。
3. 政策策定者は、様々なプレーヤーの間のパートナーシップを支援しなければならない。彼らはヘルスケア制度は一個人もしくは一団体によって管理することはできないことを認識しなければならない。

ヘルスケア制度の場所

アメリカの政策策定者との会合において、繰り返されるテーマがカナダとアメリカの健康政策議論の間では劇的な違いがある。アメリカにおける主要な公衆衛生問題は‘適用範囲’である。アメリカにおいては、ヘルスケアが適用されていない、4400万人の人々がいて、ある専門家によると、さらに2000万人が一部保健をかけているにすぎないとされる。アメリカでは、健康促進と健康における不平等性は、ヘルスケアにおけるより明らかで痛みを伴う不平等性の結果の下に覆い隠される。

これによって我々は、健康について考える際、ヘルスケア適用範囲の特定の役割を高めることができる。生産性もしくはヘルスケアの介入の成果について計ることとは正反対に、公的に出資され、普遍的に利用可能なヘルスケア制度の役割は、人々が病気になった時に、人々が治療されるであろうという保証を提供することである。カナダにおいて最近人々が抱いている懸念は、そのような治療が、現在のヘルスケア制度の状態を考慮すれば、すぐに利用できなくなるのではないか、という不安と関連しているかもしれない。この意味で、それはこの国のより広いインフラにおけるサブシステムを形成している。

メタファーは、特徴の大きなまとまりを一緒にする方法である。時々、これらは精神的な地図もしくはマインドセットと呼ばれ、それは一見したところ我々がうろたえるようなおびただしい量の情報から、我々が情報を引き出すことを可能にする。カナダ、アメリカ、イギリスではそれぞれ違ったメタファーがある。カナダにおいて、ヘルスケアは国のインフラの一部だと見なされている。アメリカでは売り買いすることができる商品と見なされている。イギリスでは、それは政府のサービスである。これらの違った視点は、我々に、この3カ国における、普遍的に資金供給されたヘルスケアの役割を区別することと、各国の市民が制度とどのように相互作用をしているかについてのいくつかの違いを理解することを可能にする。もしヘルスケアが売り買い可能な商品であるとすれば、他の誰かのヘルスケアを支払う理由は、慈善を除いてほとんどない。もし、それが政府のサービスとみなされているのであれば、一部の住民が彼らのヘルスケアを非政府の供給源から得ようと、

それはほとんど影響を受けない。政府のサービスへの順番待ちの列がその他の列よりも長いかもしれないが、しかしそれは政府からサービスを得るために、許容できる代価を払うからである。もしヘルスケアがインフラであるのならば、それに対するアクセスは万人に同じであるべきである。非政府の代替手段は同じではないだろう。ヘルスケアとその他のサブシステムの間相互作用は、どのように見られるかで、変わってくるだろう。ヘルスケア制度における政府の介入もまた違ってくるだろう。

そのような安心を提供する普遍的なヘルスケア制度は、個々の市民と政府との間の強い関係を育む。これは、もし仮説が正しいのであれば、全住民の健康状態を改善するだろう。それは普遍的なヘルスケアの適用範囲を持っている国と持っていない国の間で、健康状態が違ふことの一つの説明を提供するだろう。そしてそれは、普遍的な適用範囲の重要な予防的側面を明らかにするだろう。全住民の健康状態への一因を明らかにする時に、唯一の直接的医療介入が考慮される。その結果、普遍的なヘルスケア適用の役割は典型的に無視される。例えば、マクキーオウンは、この分野における大部分の研究者同様、それを健康への影響として考慮できなかった。

健康へのさまざまな要因は相互作用的で、健康の結果に対して非連続的な関係を持つ。それらは相互に排他的ではなく、ともに網羅的ではない。もしそれらを単純化すれば、それらの範囲を制限することでそれらのインパクトを最小限化することは可能である。この単純化がなされ、介入のプロセスを合理化しようとする共同の試みがあるとき、崩壊の危険性が増す。

P.バレット博士、カナダ医療協会の後任の会長は、就任演説において興味深い謎を指摘した：‘カナダ人は我々に、ヘルスケアは面倒なことになっていると言うが、実際に治療を受けている人々はそれに満足している。’

これは、ヘルスケア制度における信頼の危機は、少なくとも実際の実績から区別されなければならないことを示唆している。人目にさらされている、違った集団の視点は、お互いに区別されなければならない。このことは、我々が、制度に対する人々の信頼を回復するために必要であろういくつかの政策介入を理解することを助けうる。これらは、彼らがその制度が必要なときは、そこにあるという確信を回復することを可能にする様々な方法を見出すことを、必ず伴うだろう。その方法は広い範囲を持ちうる。その一極端に、それはその制度について責任を負っている人に、それが適切に機能することについての責任を宣言するように頼むことが含まれる。そのもう一極端に、それはアクセス地点についての情報を改善することが含まれるだろう。

例3－健康促進とソーシャルマーケティング

健康促進は質問の答えを求めている‘全住民の健康を改善するために我々は何をしなければならないのか。’ それ自体として、それは違った政策方向を取る：二つのより早い投資は、病気を減らすことを目標とする反作用的なものよりもむしろ、主としてより積極的

で、健康を改善することを目標として伴ったものである。常に健康を改善する勧告がある一方で、少なくともヒポクラテスの時代から、ラロンデ・レポートの出版、つまりソーシャルマーケティングと公的な教育を通じて、不健康なライフスタイル行動を変えるように促すすべての勧告と共に、健康促進は真の卓越を得た。

喫煙、身体活動や運転といったライフスタイル分野において、1970年代以降重要な改善があった。そしてこれは大抵これらのソーシャルマーケティング戦略の成功の証拠だと見なされる。しかし、進化はすべてのカナダ人に均等ではないことに注意を向けることは大切である：ライフスタイル行動のほぼすべての分野において、より教育がありより多くの収入を得ているカナダ人は、最も改善している。そしてある分野において、カナダ人は‘収穫遞減’と呼ばれうる地点に達していると思なされた：あるライフスタイル行動の肯定的な変化は平らになったように見える。複雑な制度に照らして、より豊かな理解が得られるかどうかを調べるためのテストケースとして、我々は喫煙と身体活動を取り上げるだろう。

喫煙：ライフスタイル行動から複雑な制度へ

喫煙は相変わらず、カナダとその他の工業国において病気と死亡の、最も重要で予防可能な原因の一つである；それはまた、カナダ人が過去25年において大きく改善した分野でもある。1970年、カナダ人の46.5パーセント（55パーセントの男性と38パーセントの女性）が煙草を吸っていた。1996年までに、この数は3分の1以上減り、26.9パーセントとなった（28.7パーセントの男性と24.5パーセントの女性）。

しかし1977年と1994年の間に、大学卒業者の間の喫煙率が69パーセント近く減ったのに比べて、初等教育もしくはそれ以下の教育を受けたカナダ人の間ではたった19パーセントしか減っていない。1996年、カナダのファースト・ネーション人口の62パーセントが喫煙していた——この率は、非アボリジニー人口の二倍以上の率である。同様に、改善率は低くそしてあるケースでは逆戻りした：1990年、15歳から19歳までの喫煙普及率は、21パーセントだった——これは1966年以降最も低い率である。しかし1994年から1995年の間、この傾向は明らかに反転した。28パーセントのこの年齢層の十代の若者は喫煙し、その傾向は十代の少女の間で最も明白であった。

健康的な食事と活動

多くのカナダ人にとって、‘すわりがちな生活’は、‘活動的な生活’に取って代わられている。過去4半世紀にかけて、健康に益をもたらすために必要な運動の水準についての我々の理解が進むにつれて、我々の身体活動水準は変化してきた。例えば、1976年の身体的レクリエーションとスポーツ調査は、先月運動をした人々を活動的であると見なしていた。今日、身体活動は、一日あたりと毎週の強度で測定されている。カナダ・フィットネスとライフスタイル調査機関（CFLRI）は、活動的なカナダ人の割合は1981年以降毎年1パーセント増えていて、21パーセントから1995年には37パーセントになった、と報告し

た。1981年には‘ほどよく活動的’な人々が17パーセントだったのに比べて、1995年には28パーセントの人が‘ほどよく活動的である’とされた。しかし70年代、90年代共に、より教育のあるカナダ人はより活動的らしかった。1995年において、学位所持者の45パーセントが定期的に運動していたのに対して、中等教育以下の教育を受けた人々については29パーセントであった。

栄養と健康的な体重は運動に関連している。ここでは、時とともに変化し改善することがより著しいわけではない。1970年代に比べて、カナダ人はより多くのフルーツと野菜を食べているし、より少ない赤肉とより多くの鶏肉を食べている。そしてフル・ファットミルクからスキム・ミルクと低脂肪乳へと切り換えている。カロリーとプロテインの消費量が増えるにつれて、油と脂肪の消費量はわずかに増えている。

我々はより多く運動しているにもかかわらず、CFLRIは、カナダ人は全体的に太ってきていると報告する：明確に肥満である成人のカナダ人の割合は1985年以降着実に増えている。その増加は男性に関して最も明らかである：肥満男性は肥満女性よりも多く、健康的な体重の男性の割合は、健康的な体重の女性の割合よりも速い速度で減ってきている。1996年、カナダ人の44パーセントが彼らの身長に対して許容できる体重にあった。カナダ人の5分の1近くが、ある程度余分な体重があり、健康リスクの可能性のある段階であった。そして29パーセントが健康リスクが考えられる段階に達していた。8パーセントの人々は痩せ気味であった：一つの肯定的な傾向は1985年から現在まで、痩せ気味の女性が減っていることである。明らかに肥満である可能性は、それぞれの教育レベルに従って減っている。

なぜ教育は普遍的に機能しなかったのか？

ソーシャルマーケティングは、違ったセクターの人々における非常に複合した回答を受けた。人々が喫煙を止めるようにしきりに勧める試みは、中流階級のコミュニティーでは非常によく効いたが、貧しい人々に関してはより成功しなかった。AIDS/HIVキャンペーンは類似の違った結果を得た。コンドームの使用を増やすキャンペーンは、数年前組織化されたゲイコミュニティーには大きなインパクトがあった。しかし、カナダにおける新しいHIV伝染の波が証明しているように、針を再度利用しないようにするために、静脈注射ドラッグを利用している人に影響を及ぼそうとする最近の試みと、より若くより貧しいゲイ男性集団に安全な性行為を勧める試みは、あまり成功してこなかった。

これらのキャンペーンの成功と失敗の両方を理解する一つの方法は、危険にさらされている個人のいるコミュニティーへのそれらの効果を考えることである。中流階級コミュニティーにおいて、喫煙の習慣と他者とのよい関係の両方を維持することはますます難しくなっている。喫煙を止めるよう、コミュニティーのメンバーに対する圧力が増えてきている。喫煙を止めることは大抵、それが引き起こしている対人関係への重圧を和らげるよりも、より容易な行動である。そのような‘非喫煙者コミュニティー’は本質的に、よ

り大きな社会的文脈内で、自主的に組織されている。他方、ある貧しいコミュニティにおいて、喫煙はすべての人から奨励されるある種の安いエンターテイメントであり、それを始めるよう、相当なコミュニティの圧力がある。これらのコミュニティにおいて他者とよい関係を維持するためには、少なくとも喫煙を許容することが求められるし、喫煙を控えることは特別の努力が要される。

似たようなケースは、身体活動を増やそうとする活動の異なった成功についてもあてはまる。上で述べたように第二章において、リクリエーション施設への利用を増やし、活動的なライフスタイルを促進するという、ラロンデ・レポートの多くの勧告は採用された。しかし同時に我々の都市は、郊外のスプロール現象によって拡大し、依然として増えつづける通勤車文化を必要としている。そして我々の仕事は工業や農業分野から、会社やサービス産業へ転換してきている。我々はより多くの時間をコンピューターの前に座って過ごし、我々の目的地まで運転することに費やしている。それと全く同時に、ジムの会員や運動競技のアパレルのセールは常時高揚している。我々の住民はまた、単に高齢化し、活動に関して典型的な北米人が減り、ウェストのサイズが増えている。

言い換えれば、これらの‘ライフスタイル行動’の両方は実際、複雑な生物学、同朋グループ、教育的学識、雇用の性質、都市のスプロール現象、車文化、非常に多くの要素の複雑なシステムの中に置かれていることが、徐々に認識されてきた。単に人々を、所与のライフスタイルの潜在的なコストや、あるライフスタイルを変えることの利益について教育するだけでは効果がないだろう。なぜなら結局、これらの選択は上記すべてと、より多くの状況におさめられているからである。

健康促進からの教訓

少なくともすべての人に対して、コミュニティの建設と強化への注目なくして、健康促進は教育のみで進展することはできない。これは健康促進研究者と政策労働者が過去数十年にわたって学んできた教訓である。したがって、健康促進におけるコミュニティの行動を強調することを増やすことは継続されなければならない。しかし健康促進のための政策は、全住民の福祉を促進するための、より大きな政策の文脈に置かれなければならないという認識は等しく重要である。

行動の変化は、変わりつつある社会的文脈との相互作用によって大抵もたらされてきた。集団が自主的に結束するために適切な資源と自由をもっている場合、メンバーは喫煙を止めるか、あるいは共同参加の運動に参加しはじめた。

複雑な物理的システムは、いったん変化する自由がなくなると、安定的な行動様式に推移する傾向があり、望ましいか望ましくないかいずれにせよ、それはより変わりにくい。また力を失った社会的文脈もしくは社会的環境からの孤立は、行動様式を変えることは難しい、均衡の状態につながる。したがって住民の健康を改善する政策は、十分にダイナミックな社会的支援が変化を可能にするような一つの出発地点としてなされなければならない

い。

複雑な環境における介入は、望ましい状態への転換を促進するために、複合的で、変化するための違った潜在的な道筋をターゲットにしなければならない。健康促進は、多数の戦略と手段に拠らなければならない。単純な解決方法に頼ることは、望ましい方向への変化をもたらしにくい。

健康促進政策において種をまくことは、以前のアメリカ大統領府がタバコ会社に対する訴訟を奨励したことによってよく例証される。これはタバコ会社が、喫煙中毒の結果に対して支払われた相当数の訴訟と、一般大衆に対する問題の注目度を上げ、タバコ会社が喫煙を推奨する慣行を止めさせた、という結果におわった。これらの活動のより最近の付随的な結果は、タバコ会社の重役の証言のビデオクリップを使った、十代の若者に向けた反喫煙キャンペーンの紹介がある。そしてそれはもし十代の若者が彼らを信じ、彼らからの頼みで喫煙を始める準備があるかどうかを聞いた。

最後に、人はシステムとサブシステムの複雑性と関係している相互作用のために、いかなる行動も完全に失敗するかもしれないことを認めなければならない。上記の公衆衛生についても、行動の結果における確実性を待つことは、永遠に待つことである。

例4－健康の不平等性

我々は、全住民の健康に関しカナダ政府が関わっていることの段階を記述してきた。このかわりの集合は、政府の政策に反映されている。その基礎は公衆衛生の早い時期に築かれ、予防接種を通して流行病の広がりを抑える対策と、人々が病気にならないようにする環境を保障する対策が含まれる。その主要な構造は普遍的に健康サービスに出資し、それは大部分病気の診断と治療を行った。健康促進という次の段階は、‘ヘルスケアを超えた’全住民の健康を促進する手段を求める。‘健康の不平等’調査は、健康の不平等という継続した問題に取り組むため、この構造をもとに進められるように見える。

健康政策の開発の各々の段階は、健康に関して政府の介入範囲を増している。第一段階は、広く個人の支配を超えて人々を病気から守った。きれいな水を住民に供給することは、水源は汚染されてはならないこと、水供給を汚染しないような、自動水洗の汚水システムの建設が関係する。しかしこの段階では、医療や病院サービスの支払いは、大部分個人責任であるか、もしくは特別の助けが必要な個人にとってそれは慈善の問題だった。病院治療の増加する費用は、それらのサービスを含める政府の適用範囲の拡大についての要因だった。実際、アメリカの大部分私的なヘルスケア制度においても、メディケードとメディケアを使って、公的に出資されたヘルスケアの増加があった。健康促進に関する議論のいくつかは、健康、行動様式の改善、彼らが個人やコミュニティーの発展を通じて健康についてより管理できるようになることに関し、政府が役割を負う、というものだった。これはいま一度、政府介入の範囲を広げた。

発展の各々の段階において、健康政策の実施は人々に資源を分配した。それは全住民に

利用可能な資源の傾斜を平らにした。きれいな水と適切な汚水処理についての普遍的な供給は、この種の再分配の明らかな例である。普遍的に出資された健康保険もまた、すべての住民の階層にわたってヘルスケアを分配している。健康促進の教育的機能は、全住民に健康的な習慣についての知識を提供する。それぞれの分配手段は、住民の全体的な健康状態の改善を伴う。しかしその手段も健康についての不平等を取り除かない。

資源分配に関する不平等の勾配は、これらのケースにおいて水平にされるが、きれいな水資源を利用する能力は社会経済的な地位に従い続ける。きれいな水と安全な汚水処理は広く利用可能にもかかわらず、貧しい家や水道や汚水システムへ不適切に連結している家においては、それらをほとんど利用できないことを示唆している論文がある。それはまた、病気に対する無料のワクチンを接種することでさえ、社会経済的な階層に従うことがよく知られている。似ていることとして、中流階級の人々は普遍的に出資されているヘルスケア制度をより容易に利用できることがよく指摘されている。最後に、ライフスタイルの教育は、社会経済的な段階を上げるにつれて不均衡な利益を人々にもたらすと主張する議論がある—なぜなら例えば彼らのよりよい教育を理由として。ある人々はそのような活動は、社会のトップ層と底辺の間の違いを増大させると主張する。

これらすべては、資源を分配することとそれらを利用する能力の間の、アリストテレスの区分を強調するのに役立つ。政策開発の各々の段階において資源を提供することは、それらを利用する能力を高めることと区別される。アマートヤ・セン他、社会と経済政策開発についての思想家は、これらの区分をさらに押し進めた。我々の仮説は、提供された利用者と資源との相互作用の質についてのよりダイナミックな考慮は、この区分をよりよく理解することに寄与することを示唆している。それはまた、階層の傾斜角度を増大させる普遍的な事業についての、予想に反した結果のいくつかを克服することに貢献するかもしれない。我々はまずマイクロレベルにおけるいくつかの例を提供し、よりマクロな問題について考えることができる。

ホワイトホール調査においてマーモットの結果が、仕事に対する管理は心臓病と関係している最も重要な要因であると発表した。その含意は、仕事に対する管理は仕事場の特徴であることである。仕事に対する管理は単に仕事場の環境的な特徴ではない。ある労働者は、他者がかなり管理していると感じている環境下において、仕事をほとんど管理していないと感じる。この違いは仕事の広い範囲にわたって起こり、政策開発から自動車組み立てラインにまで及ぶ。それは一見したところ、労働者の仕事に対する管理意識は、労働環境の性質と、その労働者がそれとどのように相互に影響し合うかについて、相関関係にあると見なすに値するように思われる。

仕事場において予防的な努力の大部分は、職業上の健康と安全の問題と関係がある。ホワイトホール調査からの教訓は、考慮されるであろう予防的政策と事業により多くの機会があるということである。健康関連政策と事業は 3 つに区分される：一つは個人をターゲットにしたもの、一つは労働環境をターゲットにしたもの、もう一つはそれらの間の複

雑な相互作用を考慮するもの、である。我々の仮説は、職場の構造や組織だけを見ることは価値がなく、もしくは職場に労働者が提供できる資源だけを見ることも価値がないことを示唆する。我々はまた、どのように政策努力が、両者の相互作用の質を改善しているかを考慮しなければならない。

調査活動は継続的に、より細かく健康との社会経済的相互関係を発見している。エバーソンの研究はよい例である；それは、アテローム動脈硬化症の始まりに伴って、望みがなく、度合いについての自己評価と関連する。彼女は、望みがなく、自分を将来についての否定的な期待と定義する。質問表の2つの質問は、‘私は奮闘したい目標に達することは不可能であると感じる。’ ‘未来は私にとって望みがなく、思われる。そして物事がよりよく変化していくことを信じられない。’ である。回答は5段階になっていて、‘全く同意する。’ から ‘全くそう思わない。’ までである。これらの言明は、個人の心理状態もしくは環境の性質よりも、個人と環境の関係についてであると思われる。実際、エバーソンは彼女の研究の中でこれについて評している。これらの考えは、彼らの環境との相互作用によって個人は行動に関して、健康に対して累積し包括的な影響を及ぼす、一連の社会的、心理的、生理学的適応もしくは調整を個人が発達させることを示唆している。したがって、望みのなさは、社会的文脈との悪化した関係の結果と理解される。それは心理状態ではなくむしろ、外的な可能性について信じていることであり、高度に相互作用的である。

ここで、人は3組の政策を非常に容易に考慮できる。エバーソン自身は、望みのなさの点数をもとに、アテローム動脈硬化症のおそれのある人々に薬を投与することで実験に成功した。したがって、人々は個人に焦点を当てた成功した政策を開発することができる。人はまた、仕事創出事業などで、環境を変える手段を導入することもできる。これらのうち多くのケースで、コミュニティ開発、カウンセリング、トレーニング、技術開発のような支援手段によって、自分がきちんと仕事がこなせることへの障害を減らすことは、人々が機会を利用することを助けるであろう、相互作用的な事業のよい例である。

アリストテレスは、ライフ・コースを通じて取り組まれた政策を区別するための考えを提供している。子供のよい習慣を発達させることは、その後の能力の重要な要因となるという考えは、早期の子供期の出来事（それと子宮内でさえも）は発達のために重要であることを指摘する最近の研究に反映されている。最近の研究は、早期の子供期の相互作用は、脳の発達から終生の健康までのすべてに重要であることを指摘する。これらの条件の相互作用的性質について特によい例は、学校での行動様式に関する問題のリスクは、他者との複数の強い関係を持っている子供に関しては、非常に減少することを発見した研究にあらわれている。

もし我々が可能な事業に我々の新しい視点を応用すれば、当然に以下のことが重要である：

- ・ それらの多くを確立すること；

- ・ それらが実施されるときに、地域の状態の重要性を認識すること；
- ・ 地域のボランティア活動を利用すること；
- ・ それらのうちの一部は失敗するであろうことを受け入れること；そして
- ・ その失敗から学ぶこと。

マクロレベルにおいて、健康に関する不平等は、健康状態の傾きは社会経済的地位に相互関係していると結論付けるのみならず、社会経済的要素は健康に関する主要な決定要因であるという結論に達する。このことから当然に、健康分野の介入は、人々の社会経済環境を変えるための介入に比べて、小さなインパクトしかもたない、という結果になる。これから当然に導かれる結果は、健康状態に関して我々が集めてきたすべてのデータはある程度有益であるかもしれない、ということである。街灯柱の近くをよろめいている酔っ払いについての古いジョークがある。何をしているのかを尋ねられたとき、彼は車の鍵を探していると言う。

‘ああ、あなたはそれらをどこになくしたと思いますか。’

‘車の近くの一ブロック下ったところ。’と彼は言う。

‘そうだとすれば、なぜあなたはここでそれを探しているのですか。’

‘なぜなら明かりがよりよいからだ。’

健康問題を観察すること、健康ターゲットを創出すること、健康結果の測定をすること、健康関連の介入を変えることによって、健康に関する不平等をどのように修正できるのかを考慮している莫大な活動がささげられている。しかし健康分野の範囲はそういったものであり、大部分の研究が健康状態の程度は健康に関連しているどのようなものよりも、社会的状態をより示していることを指摘している。介入に関して、エドウィン・チャドウィックが、もしあなたが酔いをさましたいのであれば、よりよい質の住居を提供することだと言ったことがおそらく正しかった。一般的な社会経済的な状態の指標として、そしてより特定の国の社会政策の成功の指標として、大量の詳細な健康データを利用することは価値がある。これらのデータは困窮している場所や集団を特定することに利用できるだろう。そして介入が個人、環境、あるいはそれらの相互作用に焦点をあてるべきなのかに関する手引きを提供するために利用しうるだろう。健康関連の手段だけで、健康状態を改善しようとするのは、道でなくした鍵を街灯柱の下でそれを探しているようである。

社会的状態を改善する理由は、全住民の健康状態を改善することであると主張されてきた。しかしこれはもう一度物事を後ろに追いやるように見える。健康は、社会福祉のより広い分野の一因である：社会福祉施策は健康の決定要因だと主張されていることと同様に、健康はあらゆる社会福祉施策決定要因であると言うことは真実である。ここで、アリストレスと同じくらい昔の思想家は、よい生活の資源はお互いに相互作用しあい、完全には独立していないと理解してきた。教育は、知恵を得る可能性を増加させる資源である。知恵は教育を吸収する能力を増加させる。同じように、破滅的な病気は苦勞して手に入れた幸せを消し去りうる。そして大きな幸せは時々病気の最悪な結果を逆転させうるように思わ

れる。これは、決定要因と呼ばれているものは、双方向的であることを示唆している：インパクトを拡大させるか、あるいは勢いを削ぐ、ある種のフィードバックの道筋がある。それらは健康もしくは病気の一方通行的で連続的な原因ではない。

いい例は、死亡率と寿命という、我々が持っている最も信頼できる健康データの中にも見出すことができる。長期的なデータは、カナダにおける寿命は全体的に改善しているが、アボリジニー系カナダ人とその他のカナダ人との間の差異は広がりつつある。心臓や循環系の問題といった、ある状況からの死亡が減少することは、その他のカナダ人に比べてアボリジニー住民は非常に少ない。

もちろん、健康状態に関して類似の差異を表している、その他多くの健康状態の指標がある。健康についての不平等の研究によって、我々はこれらの差異を減らすことは健康政策体系の機能ではないという結論を下すことにつながる。しかしそれは、原住民の人々の一般的な社会環境を、その他のカナダ人に比べて改善することを含み、また真にそれに集中しなければならない。我々は、個人と社会的文脈間の相互作用の質を改善するための政策は、これらの活動にとって非常に重要である。今のところ、政策は比較的これらのコミュニティにおける変化のことでことは、不成功であった。おそらく我々の次の投資は種がまかれているべきである。

ケーススタディーからの教訓

これらのケーススタディーから学ぶべき、いくつかの重要な教訓がある。

健康政策の段階は相互に作用する

我々は、健康に関する政府の政策の様々な段階における相互作用を徐々に認識するようになってきた。ウォーカー・ケースは、公衆衛生施策とヘルスケア・サービスに関する政策の間の相互作用についての、明白な例を提供している。公衆衛生制度がつかずるとき、ヘルスケア制度はそれを補完しなければならない。似たような相互作用は、喫煙抑制と健康政策のその他の分野の間についての健康促進ケースにおいても説明される。時を経て、喫煙の減少が肺がんの発生率を減少させるべきである。

健康と社会政策もまた相互作用する

しかし相互作用は、健康関連分野にとどまらない。我々は効果的な健康政策は全住民の一般的な福祉を支援することを認める；そして我々はまた、その他の分野における政策は住民の健康に貢献することを認めるようになった。

例えば、結核の減少は住宅の改善と密に関係している；雇用条件は精神衛生に影響を及ぼす；そして教育政策は、授乳することのような健康関連の行動様式に影響を与える。同時に、喫煙を減らすための健康促進政策は、社会経済的に不利益な経験をしている住民には

効果的ではない。しかし、非健康政策が、健康政策と相互作用する、より大きくて複雑なシステムの一部であると同様、健康政策とどのようにそれらが違うかを理解することは依然として重要である。

公衆衛生、ヘルスケア・サービス、健康促進に関する政策は、健康に直接的な影響を与えていると説明しうる。健康政策の三つの段階に関する我々の説明は、ある程度詳細に、健康関連の政府支出の範囲を記述している。健康の不平等についての研究は徐々に、もっと広い範囲の政府の政策が健康に寄与しており、これはそれらを‘健康についての社会的決定要因’と同一視する。健康に影響を及ぼす政策分野は、住宅政策から教育方面、雇用状況までのすべてを含む。

これらの政策分野は保健省の所掌事務の範囲内ではなく、またこれらの政策は、健康政策固有の分野に終わる政策でもない。それらは住宅、教育、雇用状況についての政策である。それらの特定の目的は、これらの分野における問題に反応することであり、もしもそれらが共通の目的をもつ場合は、市民の一般的な社会的環境を改善することである。

健康と社会福祉は相互依存する

健康の不平等についての研究の逆説的な結果は、健康のための政府の直接的な歳出は、住民の健康状態の主要な要因ではないということである；健康へのより大きな要因は、社会福祉に由来する。政府が社会経済的環境の不平等を減らそうと願う限りで、その成功は抑制された健康状態の差異に反映されるだろう。もしアリストテレスが正しければ、健康の階層はある程度、社会的階層の定義の一部である。社会的階層を減少させることは、健康の階層を減らすであろうことは明らかである。しかし、健康のために、社会的階層を抑制することを主張することは多少邪道なことである。そのような抑制は、それ自体の利益のための目的にならなければならない。この目的は社会政策の方向に拠っていて、それは健康政策から区別されるべきである。

健康状態は、社会政策の成功させる鍵となりうる

効果的な経済、社会政策は住民の健康状態に大きなインパクトを与えるだろう。社会経済的階層を抑制しようとする社会政策もまた、もしそれらが成功すれば、健康における不平等を抑制する。社会経済政策で、社会の隅々まで全体的な福祉を創り出そうとしている政策は、もしそれが成功すれば、全体的な健康状態を改善する。大部分の政治に関する議論は、これらの政策のうちどれがより効果的であるか、についてなされている。しかしその議論は、それらの健康の結果ではなく一般的社会福祉の結果についてである。

健康に関する不平等を減少させるよう、保健大臣に頼むよりむしろ、我々は健康状態の測定は社会経済政策の効果の優れた指標であり、たとえそれが中期的な枠組みであっても同様であることを主張してきた。このプロジェクトは、そのような政策はどうあるべきかについての勧告をなすために着手されたわけではなかった。しかし我々は、それらの成功

はそれらの健康についての結果に関して測られるべきであると考え、高度の福祉を伴った社会は、測れる程度に健康的な社会だろう。福祉に関してより少ない不平等を伴った社会は、健康に関する不平等を、測定可能に減少させることができるだろう。

保健省は健康に関する構成物に責任を持つ

保健省の最も重要な役割は、健康システム——すなわち、公衆衛生、ヘルスケア、健康促進——がきちんと機能することを保障することである。我々の研究と健康に関する研究論文は、健康に焦点をあてた政府の活動の‘構成物’は、実際、社会福祉の非常に重要な要因であることを示唆している。もしその構成物が不完全に修繕されている場合、政府はそれを修繕する重要な役割を担わなければならないという結論が当然に導かれる。これは、ヘルスケア制度の公的もしくは私的格とは無関係にあてはまることである。

健康制度は、健康リスクからの保護、健康的なライフスタイルとコミュニティの促進、病気の人を治療するメディカルケアを組み合わせることで、住民の健康に対して直接的なインパクトを持つ。これらのシステムはまた、もし人々が公衆衛生制度が保障され利用可能なものであるとみなす、つまり彼らのニーズに応え役に立つものと見なす場合、健康に対して間接的なインパクトを持つ。健康制度はカナダ、アメリカ、イギリスの健康制度と同様に多様であり、コストの増大やテクノロジーの速い変化からの圧力にさらされている。しかしそれらは人々の信頼が落ちていることにも直面している。

健康へのそれぞれ違った要因の間のはっきりした境界がないということは、健康政策の範囲には限界がないことを意味する。健康政策における停滞を打ち破るための鍵となる方法は、保健省の最初の義務は、公衆衛生保障を確保し市民の福祉に貢献するために、健康に関する‘構成物’を維持し改善することである、ということを経験することである。

健康制度は複雑であり、容易い解決方法はない

我々の研究はまた、健康に関する構成物が複雑なシステムであることも強調する。その構成要素は、小さな原因が大きな影響を及ぼすような方法で相互作用する。それは絶えず進化している状態にあり、変わりつつある環境に適用している。それは多くの方法で、自らで組織化している。これは、政策介入の成果についてのある程度の不確実性が常にあることを意味している。いかなる政策策定者も、新しい介入に対してその制度が全体としてどのように反応するかを予測する立場にない。したがって、最も効果的な政策決定は、経験と逸話を元にした事実とともに、最も利用可能な医療的事実の組み合わせたものを頼りにしなければならないだろう。それはまた、より効率的にするために制度を合理化しようと試みることは、圧力がかかった時に、深刻な故障を防ぐために必要な、重要なチェック・アンド・バランスを取り除くかもしれない。

政策策定者が政策において変化を起こそうと願うとき、彼らは 3 つの政策タイプの複合に拠るべきである。ある政策はレバーのように機能する；例えば、支払い制度もしくは医

療慣行を支配している慣行あるいは、水や大気の質について。その他のものは投資として機能する——新しい設備の購入、専門家のためのトレーニング・プログラム、主要な建設事業など。さらにその他のものは種のように機能する。それは革新を促進し、自分たちで組織された活動を育む。種には、コミュニティが基礎となった事業、社会住宅への新しいアプローチを試すこと、あるいは健康に関する専門家のためのインセンティブに関する変化、のための出資を含む。これらの政策アプローチを区別することと、あらゆる複雑な制度の適応能力を利用することを意図した新しい種を蒔くことはいい考えである。

最後に、政策策定者は健康制度を突然劇的に変えることを避けるべきである。なぜならこれらの衝撃は非常に予想不可能で破壊的な反応を招きうるからである。1990年代半ばにおける突然の出資取り止めは、専門家グループ、健康政策の段階、健康政策と社会政策予算、それぞれの間で敵対心を強めた。この競争は実際コストを吊り上げ、ヘルスケアについての人々の不安を増大させた。重要で新しい出資が過去3年にわたってその制度に流入し、かなりの割合でより多い資金が2000年9月に約束された一方、ヘルスケアに関する人々の不安は依然として大きいままであり、健康政策における停滞は人々のアジェンダを支配し続けている。

結論

この研究プログラムは、健康を改善しようという我々の絶え間ない奮闘について新しく、かつ統合された考え方を創りだしている。制度のある部分——特にメディカルケアについて——は個人もしくは有機的組織体に焦点をあてている。その他の部分——特に健康促進と健康に関する不平等——は個人が生き働いている環境に焦点をあてている。両者は、健康の重要な構成物である。将来的により多くの注目が必要とされるものは、——なぜなら我々は人間開発の旅を続けているため——個人と彼・彼女の社会的文脈の間の相互作用が健康への主要な要因であるという考えである。肯定的な相互作用は健康を改善する；否定的な相互作用は人々を病気にする。このことを覚えておくことは、健康についての組織体を共用しているすべての人々——患者、意思、看護婦、副大臣、カウンセラー、病院経営者、市民、納税者——のために新しい洞察を提供しうる。

あるコメンテーターが示唆しているように、この仕事のこの段階は、政策過程についての新しい理解とともに政策問題に取り組むための欲求をかきたてている。しかし今のところ誰一人として政策問題を実行するためにこれらの考えを明白に応用すること実践していない。その新しい考えは記述され、それらのために議論がなされている。その研究からの一つの結論は、それらは政策策定者と特定の地域の環境について詳細に理解している他者との協働によって適用されることが可能である。我々は、この努力の次の段階は、そのような特定の政策課題を、カナダ、アメリカ、イギリスの3カ国で取り組むことである。この参加国における政府職員、政策アドバイザー、研究者が、この活動に加わることは相当な利益がある。我々は、結果がいくつかの新しい種類の政策を含み、それによって、三カ

国において助けとなる、より精巧で詳細なケーススタディーを展開することができると我々は望んでいる。

プログラム評価事例6 その他

高齢化がカナダのヘルスケア制度に与える影響

要点：

おそらくデイビッド・フット（1996年）の唱えた‘ブーム、破裂、反響’という呪文をこれまでに聞いたことがない政策立案者はカナダにおいていないだろう。フットの呪文のとりこになっていない人々でさえ、2025年と2031年の間に、65歳以上の人口が、カナダの全人口の20～25パーセントに達するであろうことに気付いている。この傾向のタイミングはある点で、北欧・西欧諸国より遅い一方、カナダの政策立案者とOECD加盟国の多くは、高齢者人口が将来的に増大することは、ヘルスケア・サービスの提供とヘルスケアのための歳出に関して、どのような結果を生ずるのかについての、矛盾するメッセージを受け取っている。

ある人々は、高齢者が全人口における割合に比して、不釣り合いな健康関連支出の原因となるため、この割合が大きくなるにつれて、ヘルスケア支出が爆発的に増えるか、あるいはカナダヘルス法で定義されている、カナダにおけるヘルスケア制度の現在の価値観（つまり、公的運営、包括性、普遍性、携帯可能性、利用可能性）と相容れない方法で、ヘルスケア制度を再構築しなければならないだろう、と信じる。一方、高齢者人口の増加は、コストを増大させる一つの要因に過ぎず、それらの要素は管理可能であると信じる人々もいる。

この報告書において、高齢化する人口と今後のヘルスケア・コストの間の関係は、このトピックについてのカナダと国際的な文献からの証拠を基に評価される。ヘルスケア制度のコストに寄与している要因と、高齢化する人口とどのように相互作用するか、について明らかにされる。この報告書はまた、公的に出資されたヘルスケア制度が、財政的社会的に責任ある方法で、どのように高齢化する全住民のニーズに応えていくために発展しうるかを評価する。この報告書は5つのセクションに分けられる。

セクション1で論じられている事柄は、将来的に高齢者がヘルスケア支出に関して担うことになる役割についての、2つの学説を考察している。フット（1982年、1996年）、グロス、シュウエンガー（1981年）、ヘンリピン（1994年）、マーズーク（1991年）は、危機説の例である。方法論と予測はそれぞれ違うにもかかわらず、彼らが引き出している結論は似ている。つまり、高齢者が将来的に増加することは、カナダにおける現行のヘルスケア組織と資金調達を仮定すると、高齢者が将来的に増加することによって、持続不可能な健康支出が著しく増加するだろう。これに対して、フェレガイ（1988年）、デントン、スペンサー（1985年、1995年、1997年）は、管理可能説の代表者である。彼らの予測によると、ヘルスケア支出は高齢者の増加の結果増えるが、ヘルスケア支出の増大は管理可能である。若年世代から高齢者へ支出を割り当て直すこと、同時に生ずる生産性の向上、へ

ルスケア分野における新しいテクノロジーと効率性改善の結果から生まれる相殺が、その理由である。

再検討される研究から明らかなことは、選ばれた人口についてのシナリオについての予想と、経済とヘルスケア分野における生産性についての仮定の‘敏感性’である。より多く注目すべき問題は、用いられている人口予想は、見積もられている将来の全人口と整合的であるかどうかである。この問題に関連して、研究者は、彼らの見積もりについて保守的すぎる傾向があるかどうか、選ばれた基礎となる年に関係なく、シナリオ2あるいは標準的なシナリオに、かなり頼っている傾向がある。‘中道’を基礎とした結果の予測は、他の起こりうるシナリオよりも、より起こりそうであるかのごとく、将来のヘルスケア・コストの予測を御することが当然に導かれる。

いくつかのメッセージが、セクション2から抽出される。セクション2は、ヘルスケア歳出を吊り上げている一要素としてのみ、高齢者を扱っている要因を検討している。第一に、高齢者の増加はそれ自体で、我々のヘルスケア制度において支出を増大させている一つの要素にすぎない（そして主要な要素とはなりにくい）ということについてのかなりの証拠がある。第二に、現在までのところ、新しいテクノロジー、薬剤治療、ヘルスケアを提供する方法（例えば在宅ケア）は、‘付け加えたもの’であり、ヘルスケア・サービスを提供する現在の方法の代替にはならない（つまり、ある人々が仮定しているように、それらはヘルスケアのコストを増加させるが、減少させない）。第三に、高齢者の増加は、カナダ全土において高度に差異化され、これは、全国の違った場所においてヘルスケアが提供されることについて、付随する潜在的な重要性を持つ。第四に、現在高齢者ではない人々のエコノミックライフの性格が変化するにつれて、カナダ経済が再構築され、増大するグローバルエコノミーにおいてその道筋を見出すため、疾病、健康状態、経済状態が、どのように概念化されるかについて、注意深く検討しなければならない。

セクション3は、将来の高齢者の規模を予想しようとする国際的な努力と、それがヘルスケア支出にとってどのような結果をもたらすか、について検討している。比較をする時に、カナダは現在ヘルスケア支出が多く平均余命が高い国に属しているが、他のOECD諸国、特にアメリカ、西欧、スカンジナビア、オーストラリア、日本に比較して高齢者の規模が小さい。人口とコスト予想をすることについての我々の方法は、世界銀行、OECD、OECD諸国が行っている方法と類似している。国際的な文献を細かく調べることで、大部分の国と国際組織は、高齢者の増大とそれがヘルスケア支出に対して及ぼす影響は、全体的な経済成長と、よりよい効率性と費用効率的な方法を慎重に採用していくことを通して、管理可能であると信じているという印象がある。‘危機’レトリックを使い続けている世界銀行（1994年）の場合、彼らのメッセージは‘高齢者危機’を避ける変化を起こすことは好機である、というものである。

セクション4は、カナダの活動の長所と国際的な活動との比較を評価している。この評価は、今後の人口変動を予測するために我々が現在用いているモデルと、ヘルスケア支出