

についての潜在的な重要性は、その他の国々や国際組織が用いているモデルに比べて、同等かあるいはよりよいことを示唆している。しかし必要なことは、テクノロジーの役割や薬剤治療、代替治療の提供制度が果たす役割、変わりつつある高齢者の社会経済的状況や高齢者が民族的に多様化することにどう対処するかといった、このセクションで挙げられている問題を考慮できるモデルと、国、州、準州よりも小さい地理的規模において予想を可能としているモデルである。そのようなモデルを開発するための前提条件として、我々がよりよく理解する必要がある多くの問題がある。このセクションを結ぶに際して、いくつかの新しい方向性が示唆されるだろう。

そのリストには以下のことが含まれている：

- ・ 最低限、より多くの注目が、人口予想の一部としてスタティスティックス・カナダによって開発された、重要な人口増加シナリオに注がれる必要がある。
- ・ より重要な人口増加シナリオを開発するためには、現在用いられているアプローチよりも、むしろ‘楽観的な’アプローチが、採用される必要がある。
- ・ 変わりつつあるヘルスケア費用についての潜在的な重要性をより正確に理解するため、主要なテクノロジー変化、薬剤治療、代替的なサービス提供についての調査が実行される必要がある。
- ・ 変化しつつあるカナダ人の社会経済的人種的多様性を考慮した、予想モデルが開発される必要がある。これは、変化しつつある社会経済的特長、人種的多様性、彼らがヘルスケア・サービスを利用する点に関する人々についてのより多くの研究を必要とするだろう。
- ・ ヘルスケアについての公的私的費用の様々な混合比を考慮した予想モデルが開発される必要がある。
- ・ カナダ全土において、高齢者が今後増大することがコミュニティにもたらす、他とは違ったインパクトを考慮するため、政策や事情の提供がなされている州よりも小さい規模におけるより良い予測ができるような、予想モデルを開発する必要がある。

高齢者人口についての、国家的長期的な調査は、時を経るごとにどのように高齢者人口が変化しているかを理解するために必要なデータを提供するために、必要である。

人口とヘルスケア支出の変化を組み込んだ包括的なモデルと、特定の問題（例えば、新しい医療テクノロジーの役割など）に焦点を当てたモデルの両方を研究し、開発する余地があることが示唆されている。後者についての研究と開発は、マクロモデルづくりのための活動についての知識を与えるために必要になるであろう。

相当な注目をすべきに値する問題が他に二つある。再検討されたほとんどすべての研究は、出発点として人口の増加とヘルスサービスの利用についての現在の傾向を、今後のヘルスサービスの利用と、結果的にその制度は将来どのくらい費用がかかるかについての基

礎として用いている。それらの出発点を‘終点’として扱い、逆に取り組んでいる研究は見当たらなかった。例えば、2025年を終点として考え、‘これらがヘルスケア制度の目標となると仮定すると、これくらいのGDPを我々はヘルスケアに使いたいと願ひ、様々な種類のヘルスケア・サービスの供給、ヘルスケア人材の供給について、現在と2025年の間にどのようなことがなされるべきか、それらの目標を達成するためにどのように、どこで健康を促進すべきか?’といった質問をする研究を仮定する。そのようなアプローチは、政策開発を受動的なモデルから能動的なモデルへと変化させ、より統合された事業計画につながる(例えば、もし我々が2025年までにある一定の水準の在宅ケアを達成したいのであれば、どれくらいの訓練された在宅ケアワーカーが必要で、どこで彼らが必要となるか)。

第二の問題は、ヘルスケアについての民間・公的の区別に関する、研究と考え方を広げることである。これまでの大部分の研究と考え方は、アメリカあるいはイギリスにおける経験に影響を受け、あるいはそれらの経験から引き出されたものである。この両国が、カナダの公的ヘルスケア制度にとって中心的な目標を達成できないと仮定すれば、他のOECD諸国についての研究を実施する必要がある。ヘルスケアに関して公的な支出と私的な支出を混ぜているOECD諸国があり、それは高齢者の規模についてカナダより進んでおり、カナダに比べてヘルスケアに少ない資金を用い、同等もしくはよりよい結果を達成している。ヘルスケアについての公的な責任から民間の責任へとシフトすることと、マクロ・ミクロ経済に与えるインパクトを結び付けて考える、より多くの研究が必要とされている。例えば、もし人々が高齢の両親のための在宅ケアを提供するために、労働可能人口から抜け出た場合、これはヘルスケアについての公的支出を削減するかもしれないが、機会コストと失われた生産性と税歳入への影響はどのようなものか?この種の研究は、人口学的ヘルスサービスと経済学的研究を組み合わせた、学際的なアプローチの必要性を訴える。

経済的に持続可能な水準で、高齢者に質の高いケアを提供することができる、公的ヘルスケア制度を保持することについての、三つの目標を達成できるのであれば、最も重要なこととして、カナダ経済はヘルスケア支出と同じかより速い速度で成長し続ける必要がある。この基本的な政策の現実を越えて未来を思い描く時、今後数十年にわたってどのようにカナダの高齢者人口が増え変化するか、そしてどのように政策選択がこの三つから成り立つ目標を達成させるか、を考慮できるモデルが必要とされている。

1 カナダのヘルスケア制度に対して、将来の高齢者人口が及ぼす、予想された影響

過去20年間にわたり、様々な人口統計学者、経済学者、社会学者、その他の社会学者は、増大する高齢者人口がカナダのヘルスケア制度に及ぼす影響を予測してきた。このセクションでは、高齢者人口の規模、ヘルスケア歳出、GDPの割合、地域ごとの差異に関する予測の範囲を提供するため、彼らの研究結果が再検討される。

評価されるであろう考え方には二つの競合する学説がある。第一に、高齢者人口の増大

がヘルスケア制度のコストをかなり増やしていることを、制度を通じた‘ベビー・ブーマー’サイクルと見なす人々である。我々はこれらの研究者を危機説論者と分類する。第二に、高齢者人口の増大は、ヘルスケア制度のコストに処理しうる程度の影響を及ぼすと考える人々がいる。なぜなら、今後起こるであろう生産性の向上、他の分野における支出の減少、一人当たりの支出の増大を抑えるであろう、新しい形態によるヘルスケアの提供（例：在宅ケアや一日診療）といった理由からである。このグループにおいてはまた、テクノロジーの利用が高まること、医師の対応、高齢者人口の増大の結果、ヘルスケア・コストがかなり増えると考え人々がいる。この立場を支持する人々は、高齢者人口の増加は、ヘルスケアの歳出を増加させる総体的な要因のうちの一つに過ぎないと考え、我々が今日知っている公的に出資され普遍的なヘルスケアを維持するため政策を立案する際に、すべての要因を考慮する必要があると考える。これらの論者を、管理可能説論者と分類する。

有益な出発点として、現在の人口規模とヘルスケア関連の支出（図表1・2参照）に関するカナダの位置、そして将来的にカナダの全住民の規模がどれくらいになりそうかを再検討することは、意義深い。

カナダにおいて開発された、ほとんどすべての健康予想モデルは、スタティスティックス・カナダの人口予想に拠っている。個々の著者によって予測が違うのは、概して二つのソースから生じている。第一に、スタティスティックス・カナダが定期的に、年間人口データ、出生率、死亡率、国際的移出入率を更新していて、それらから予測がつけられる。1971年国勢調査に拠っている予想は、1993年後の国勢調査に拠る予想と比べて、2011年に関して違った予想を生み出すだろう。第二に、少なくとも1971年以降、どの予測に関しても、出生率、死亡率、国際移出入率についての様々な予想を基礎として4つのシナリオが作り出された。例えば、高い国際移出入率を基礎としたシナリオの選択は、その他の条件を等しくしても、低い国際移出入率を基礎としたシナリオとはかなり違った予測を生み出すだろう。

第一の問題は、1971年の国勢調査を用いて予想したグロスとシュウエンガー（1981年）によって図説され、実体が与えられた。彼らを選んだシナリオは、1985年までに出生率が2.2となり、平均余命が男性が69.2歳から70.2歳へ、女性が76.1歳から78.4歳へと変化し、国際的移出入率は、一年に60000であると仮定した。これらの仮定を基に、彼らは2001年にカナダの高齢者は3341800人となると予想した。1993年の人口見積もりに拠って中間的な成長予測を用いると、2001年にはカナダに約4030700人の高齢者がいると予想される。

第二の問題は、スタティスティックス・カナダの最も新しい予測（スタティスティックス・カナダ、1995年）を基にした2016年の高齢者人口の規模を比較することで、図説され実体が与えられる。シリーズNo.1における高齢者人口—低い自然増、入国移民ミディアム・国内の移動は、5637600人あるいは、全人口の15.6%である。シリーズNo.2におい

て一中間的な自然増、入国移民ミディアム・国内の移動は、高齢者人口の増加は 5894300 人あるいは 15.9 パーセントである。シリーズ No.3 において、高い自然増、入国移民・ウェスト・国内の移動は、高齢者人口は 6273300 人あるいは 15.7 パーセントである。最後にシリーズ No.4—高い自然増、入国移民・セントラル・国内の移動は、高齢者人口はシリーズ No.3 で予測される規模と割合とほとんど同じである。しかし人口はカナダ全土にわたって、分布状況が違う。なぜなら国内移動の仮定が違うからである（図表 4・5 参照）

これらの説明は、前の予想がどういうわけが間違っているか、もしくは一つの予想シナリオが他のよりも優れていることを示唆するために提示されているわけではない。しかし、いつ予想がなされ、彼らはどの予測を用いたかについての選択について、まさにその性質によって、高齢者人口の将来的な規模とヘルスケア支出へ与える影響についての、違いのうちの一部を決定することを、我々は理解する必要がある。

予想評価のもう一方の側面は、どのようにヘルスケア支出を予想するか、である。前述の例について、グロスとシュウエンガー（1981 年）は有益な説明を提供している。1976 年のドルとデータを継続的に用いることで、彼らは 5 種類の制度上の、4 種類の非制度上のヘルスケア・サービスについての、年齢と性別で区別された利用率と、それらのサービスを受けるため、年齢と性別で区別された、一日平均の費用を計算した。そして彼らは簡単な連続的な外挿公式を用いた。

年齢と性別が特定されたサービス利用率 x * 年齢と性別を平均した、一日あたりの費用 x * 年齢と性別が特定された人口グループ t = 予想された支出

グロスとシュウエンガー(1981 年)は、オンタリオにおいて 1976 年、制度上のコストは 2 兆 1130 億ドルであり、医師のコストは 7 億 3400 万ドルであるとした。彼らの公式と人口予想を用いると、彼らの予測された支出は、1976 年におけるドルを一定のものと仮定すると、2026 年に制度上のコストは 4 兆 5720 億ドル、医師のコストは 11 億 9400 万ドルとなる。彼らの外挿法を客観的にとらえると、最近発表された 1999 年度予算において、オンタリオ政府は、現在のドルにおいて 2020 億ドルを使うことを発表している。健康に関して、現在のオンタリオ政府予算に含まれている事柄と比べて、グロスとシュウエンガーが彼らの制度上コストと医師のコストにおいて含めたものは明らかな違いがある一方、もし我々がグロスとシュウエンガーが予測した支出と 1999 年度のオンタリオ予算を、12 月の消費者価格インデックス 1992 年を用いた 1992 年のドルに換算した場合、2026 年のグロスとシュウエンガーの合計額は約 78 億 7000 万ドルであり、1999 年度オンタリオの健康予算は 192 億 3000 万ドルである。

第一に、グロスとシュウエンガーの予想が示していることは、将来の歳出を予測することは難しいということである。第二に、彼らは単純な連続的な外挿法の弱点を示している。第三に、人口予想、利用率、サービスごとの平均費用における変化を余儀なくする仮定に対して、いかに予測が敏感になりうるかである。フット（1982 年）は、シリーズ No.1 の予測を用い、1972 年～2001 年と 1976 年～2001 年については彼の人口予測を用いた。彼

は、彼の健康支出データがどのようになるかを特定していないにもかかわらず、フット（1982年、222ページ）は、1981年～2001年にかけて、医師のサービスに対する一人当たりの実際の費用は、5.6%増え、病院のサービスについては15.9%増えると指摘している。これらの費用は2001年から2013年の間に、それぞれ7.5%、30.9パーセント増え続けるだろう。フット（1982年222ページ）は、1981年から2031年の間、若い人々のための健康資源（例えばマタニティー・サービス）から、高齢者人口のための健康資源（例えば老人サービス）へとシフトするだろうと主張する。また高齢者の間でさえ、65歳以上の人々が増加するために、病院の費用と病院サービスの割合へとシフトすることで医師の割合が減少するだろうと、フットは主張する。彼の予測に対するその他の要素で考慮に値しないものは、フットは2011年までに現在の病院の収容能力すべては、入院を要する高齢者を治療するために必要となるだろうと主張していることである。

グロスとシュウェンガーやフットが、高齢者人口が将来的にヘルスコストに与える影響を予想しようとした早期の試みとは反対に、デントンとスペンサー（1983年）は、彼らによぶところの、経済—人口統計学的モデルを用いた。そのモデルは、すべての人口予測モデル（出生、死亡、移出入、入国移住）の標準要素を組み込み、それらをヘルスケア・コストと結びつける。より早い段階に行われた予測と彼らの活動が違う点は、それらの要素を、労働力、雇用、資本金、投資、生産高、租税、可処分所得、消費と貯蓄を記述している要素を含む、経済モデルと結びつけることである。彼らは、出生率のみが変化する、三つの予想を評価する。標準的な予測において、1981年の出生率は1.8であり、1991年に2.1に増加する。出生率が低い予想において、1981年の出生率は1991年に1.5まで減少し、出生率が高い予想においては、1991年に3.0まで増加する。

人口統計学的側面において、デントンとスペンサー（1983年）の出生率が低い予想のみが、2031年について現在予想されている高齢者割合に近づいている。しかし絶対数において、出生率が高い予想だけが、スタティスティックス・カナダから入手可能な最近の予想に近い。スタティスティックス・カナダによる、最新の人口予想は、2031年の全人口は3550万人～4690万人の間であると予測され、高齢者人口は全人口の25%～30%の間になりそうであるとされる。それは四つの予想のうち、人々がどれを選択するかによる。彼らの標準的な予想を用いることで、デントンとスペンサー（1983年）は、2031年にカナダの全人口を3390万人であると予測し、全人口の19.6%は65歳以上であるとする。彼らの低い出生率予想によって、2690万人あるいは24.8%は2031年に65歳以上の人口が占めるであろうという数字を生み出す。そして彼らの高い出生率予測は、全人口は4680万人となるが14.2%の人々が65歳以上であるとする。彼らの予測のうち、健康歳出について、デントンとスペンサー（1983年）は、単純な連続的外挿法から転換することを主張する。彼らの研究はまた、‘危機説’—高齢者人口の将来的な増大は、将来ヘルスケア・コストをカバーすることが必要となる、GNPの割合をかなり増やす必要があるだろうという考え—から見解を変更することも主張する。

フェレガイ（1988年）は、1986年の人口予想、シナリオ2、経済についての二つの仮説を用いる。低い予想の場合、年齢による患者一人当たりの単位原価は、1984年の物価を基礎として、一定のままであると予想される。高い予想の場合、一日当たりの患者の支出と診療所への一回あたりの訪問の支出は、それぞれ一年あたり1.0パーセント、1.8%増加すると想定される。非常に実地的な意味で、低い場合の予想は、その他のものすべてが一定であると仮定した場合、人口変化のインパクトを示している。反対に、高い場合の予想は、1975年～1984年の健康分野における成長と似たような平均成長率を示す。

フェレガイ（1988年）の研究結果とその根底にある議論は、デントンとスペンサー（1983年）の見解を支持する。低い予想の場合、高齢者人口の増加は、今後のヘルスケア歳出の増加に大きくない影響を与えると考える。高い予想の場合、ヘルスケア・コストの増加は、人口学的影響力よりも、今後のヘルスケア・コストに対して大きな影響を与えると考える。ヘルスケアの単位原価が、経済成長率と似たような速度で増えるのであれば、就労可能人口が、ヘルスケア制度のコストを担う能力は、今後も変わらないだろう。

将来的にヘルスケア・コストに対して高齢者が与える影響についての、より最近の見解を考察するために有益な出発点は、フット（1996年）である。フットは、彼の意見を支えるためのデータという点では、少ししか提供していない一方、‘ブーム、破裂、反響’は、カナダ経済についてのすべての分野に関する意思決定者と政策策定者の考え方に深い影響を及ぼしてきた。フットは、ベビーブーマー世代の規模を考慮すれば、特にベビーブーマーたちが75歳に達した後に、彼らを収容するために今後数十年必要になるであろう、病院を今閉鎖することは間違っている、とする1980年代のより分析的研究から、彼は意見を変えていない。

しかしこの議論を超えて、フット（1996年）は、開発されるであろう、あらゆる新しい予測モデルにおいて、考慮されるべき数々の他の問題を提起している。第一に、コミュニティーにおいて、施設での治療と治療のための平均滞在日数が短縮されること（例えば、在宅ケア）は、ヘルスケア歳出を減らすことにつながるのか、あるいはヘルスケア分野から民間セクターへと支出が転換するだけであるのか。第二に、民間セクターへの転換によって、健康のアウトプットが改善されるのか。第三に、そのシフトが、治療提供者として家に留まっている、前述の有償雇用される個人という形で、民間セクターへとなされる場合、全体的な生産性への影響はどのようなものか。第四に、フットはサービスに対する代価の支払いという制度は、高齢者人口の規模が増え続ける下では、維持不可能であり、我々は医師の支払いについての人頭税制度のような形態に転換しなければならないだろうと主張する。

フットとは対照的に、デントンとスペンサー（1995年、1997年）は、将来的に高齢者人口が増加することが、健康と社会支出に対して与える影響を予想するために、人口統計学と経済の統合されたモデルを開発しつづけている。デントンとスペンサーのより最近の研究から導き出されるいくつかの主張がある。第一に、ヘルスケアと社会保障支出は、GDP

の増加分を吸収するであろう一方で、教育支出に関する GDP の割合は、将来的に減少するだろう（デントンとスペンサー、1995 年）。第二に、社会保障支出は、現在から 2041 年の間に、ヘルスケア支出よりも、より多くの GDP 割合を消費するだろう。（デントンとスペンサー、1995 年）第三に、教育支出についての相対的な減少、ヘルスケア・テクノロジーと効率性の改善は、ヘルスケア支出における増加の一部を相殺するにすぎない（デントンとスペンサー、1995 年）。第四に、全人口に対する高齢者人口の増加は、歳出増加のより大きな原因となると考えられる（デントンとスペンサー、1995 年）。第五に、‘年齢分布において大きな変化が起こりうるにもかかわらず、人口に関連したコストの増加は、全体として管理可能な割合である。’（デントンとスペンサー、1997 年、495 ページ）。第六に、したがって政策の試練は、今後の人口分布の変化を反映するように、どのように資源を再配分するか、である。

デントンとスペンサーのより最近の研究は、人口の変化がヘルスケア分野に及ぼす影響の予想に対して、徐々に洗練されたアプローチをあらわしている。彼らの重要な意見の一つは変わっていない；つまり、高齢化によってヘルスケア歳出が将来的に増加することは、管理可能であるということである。しかし変わったことは、彼らは徐々に、管理可能な水準はある程度、教育支出の減少と、新しいテクノロジーと内部効率の結果生じるヘルスケア分野の削減分から相殺されることに依存しているだろうということについて、気づかう。

マーズーク（1991 年）は、将来的に高齢者人口がヘルスケア分野に与える影響を予想するため、高齢者人口の年齢構成と、彼らのヘルスサービス利用率の違いを考慮に入れることの重要性に焦点を当てた。彼のモデルにおいて、マーズークは、65 歳～74 歳までの集団と、75 歳以上の集団とを区別する。二つのプロセスは作用している。第一に、65 歳～74 歳の人口と比較した際の、75 歳以上の人口割合における変化である。第二に、これらの二つの年齢グループの間の、ヘルスケア・サービス利用率の違いである。なぜなら 75 歳以上の集団は、一人当たり、より多くのサービスを利用するので、もし 75 歳以上の割合が 65 歳～74 歳の人々と比較して、徐々に増えているのであれば、高齢者人口のための歳出増加率を遅くさせる傾向がある、その割合が減少する場合と比較して、歳出はより速い速度で増加するだろう。

マーズーク（1991 年）が結論付けたことは、もし高齢者人口が単なる一集団として扱われ、利用パターンについての変化として考慮されるに過ぎない場合、GDP に対するヘルスケア歳出の増加は比較的大きくないだろう。しかし利用パターンと人口統計学的変化を結び合わせる場合、GDP に対するヘルスケア歳出の増加はより実質的であろう。例えば、2000 年において、1985 年の同等のドルを用いると、利用についての変化のためだけで、コストは最低水準の約 10 億ドルから、70 億ドルに近い最高水準までの範囲となる。人口統計学的変化を組み込むことの影響は、30 億ドルという最低水準から 100 億ドルという最高水準まで、範囲を広げる。別の表現をすれば、その組み合わせた影響による、ヘルスケアの対 GDP 割合における増加の規模は、高齢化のみの影響による増加の約三倍から四倍になる。（マーズ

ーク、1991年、501ページ)

ヘンリピン(1994年)は、高齢者人口の増加の結果生じる将来のヘルスケア歳出に対する影響は処理可能であると主張する研究者(例えばデントンとスペンサー)に特に批判的である。ヘンリピンの予想の違いは、一つの仮定における根本的な違いの結果生じている；‘全体経済と健康分野において、同等の生産性向上があるであろう’。(ヘンリピン、1994年、92ページ)。それは可能であることを認めつつも、ヘンリピンは、そのことは最も起こりにくいと主張する。

ケベックのデータを使っているが、その結果はカナダの全ての地域と類似していると主張するため、ヘンリピン(1994年、80ページ)は、彼が呼ぶところの‘極度に儉約的な枠組み’を用いる。三つの異なった人口予測を用いて、彼は“生産機能と三つの‘必要な’機能を応用する：子供への支出、ヘルスケアへの支出、年金への支出”。2040年までの様々な期間に、子供、ヘルスケア、年金に関する支出に要される、対NDPパーセンテージとして表された量的見積もりを推測する。

出生率の変域水準でさえ、ヘンリピンは2040年にヘルスケアに関する対NDPパーセンテージは、高齢者人口が増加する結果、6.6から12.8と、ほぼ二倍になると見積もる。実際より起こりそうな、低い出生率でさえ、将来的にヘルスケア支出に取り分けられるNDP割合は、さらに大きい。

ヘンリピンの分析のユニークな要素は、彼は女性の生涯雇用を変えること、定年を延期することあるいは現在の出生率を増加させることで、ヘルスケアのコストを10パーセント下げるために講じられる事柄をシュミレーションしていることである。彼は、政府の政策は女性の生涯雇用を6.3年長くしなくてはならないし、公式的な義務的定年を68歳まで延ばすか、出生率を0.2%増やさなければならない；これらの選択肢のどれ一つとして容易に達成できるものではない。

このセクションで論じられる研究は、未来の高齢者人口がヘルスケア歳出に対して担う役割についての、二つの学説を反映する。フット(1982年、1996年)、グロスとシュウェンガー(1981年)、ヘンリピン(1994年)、マーズーク(1991年)は、前に名づけられた‘危機説論者’の例である。方法論と予測はそれぞれ異なるものの、彼らが引き出している結論は類似している；つまり、高齢者人口が将来的に増加することは、現在カナダにおけるヘルスケア組織や資金調達を考慮するならば、維持することができないであろう、健康歳出の大きな増加を生じるであろう。これと反対に、フェラガイ(1988年)とデントンとスペンサー(1985年、1995年、1997年)は‘管理可能説論者’の代表である。彼らの予測は、ヘルスケア支出は、高齢者人口が増える結果増加するが、これらの大部分は管理可能である。なぜなら若年層から高齢者へのヘルスケア支出の再配分、付随して起こる生産性の向上、ヘルスケア分野内の新しいテクノロジーと効率性向上の結果との相殺が組み合わされるからである。

再検討された研究から明らかになったことはまた、選択された人口シナリオと、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に値する問題は、用いられている人口予想が、見積もられている未来の全人口の下で整合的であるかどうかである。この問題に関連して、研究者が彼らの予測の選択について保守的すぎる傾向があるかどうか、つまり選択されたベース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’的仮定をベースにした結果は、他の考えられるシナリオよりも、より起こりそうな、将来のヘルスケア・コストの予想となることが、当然に導かれる。

我々はこれらの問題と、このセクション全体で提起されたその他の問題について、後の章で再び検討するだろう。

2. 健康コストを増加させている、健康、社会経済的、非人口統計的な要因

このセクションでは、ヘルスケアを提供する様々な要素（例えば、在宅ケア、テクノロジー、薬剤、医師の対応など）を、それらがどのように理論化されるか、あるいは将来のヘルスケア・コストを予想する際に考慮されるのかを検討するために、調査される。例えば、予測モデルは急性病患者治療から在宅ケアへの転換を考慮するかどうか、もし考慮するとしたら、それらはそのような代替効果を、コスト削減的あるいはコスト増加的に扱うのか。

それに加えて、健康と疾病についての論文は、家族構成、年金、定年、その他の社会経済的要素における傾向が、予測モデルにおいて考慮されているかどうか調べるために、再検討される。もし考慮されていない場合は、それらがどのように概念化されるか、あるいはそれらの潜在的な影響はどのようなものか、が評価され議論される。

このセクションの出発点は、マクダニエル（1987年）の独創性に富んだ論文、“福祉国家カナダにおける手引きをしているパラダイムとしての、人口統計的高齢化”である。マクダニエルは、1970年代と1980年代に、ヘルスケア・コストは高齢者人口の増加率よりもさらに速い割合で増加したと論じる。これは、ヘルスケア・コストを吊り上げている非人口統計的問題に焦点をあてるべきであることを示唆している。当時、マクダニエルとその他の人々は、慢性疾患治療の患者（主として高齢者）のために急性病患者治療のベットを利用することを、特にヘルスケア・コストを吊り上げている、資源の不適切な配分の例と指摘した。したがってヘルスケア・コストの増加は、高齢化が原因ではなく、適切にヘルスケア制度を計画していない結果である。

マーシャル（1994年）は、高齢者人口の増加と、将来的なヘルスケア歳出は管理可能であると考え研究者たちと協力する。彼は、彼が呼ぶところの‘人口統計的決定論’に警鐘を鳴らし、アウアーによる研究を、高齢者人口の増大は将来のヘルスケア・コストを吊り上げる主要な要因であると主張する人々に対する、反証としてあげる。

彼（アウアー）は、カナダにおける病院の運営支出は、1961年から1980年にかけて、

毎年平均して 14.9% 増えつつある一方、たった 1.6 パーセントが人口増加に起因する。人口の年齢構成における正味の影響は、本来ゼロである。増加の最も多い部分は、一人当たりの支出である (12.7%) ; より高い病院の賃金率は、増加の 3 分の 2 の原因である一方、増加したサービス強度(intensity)は、増加分の 4 分の 1 の原因である。(マーシャル (1994 年) による引用 : アウアー、1987 年)

ブリティッシュコロンビア (BC) からのデータを用いて、ベアラー他 (1995 年、218 ページ) は、高齢者による不均衡なヘルスサービスの利用は、ヘルスケアについての行動パターンによる変化から引き起こされているのであって、全人口における高齢者の数や年齢の変化によるものではない、と説得力のある議論をしている。1969 年から 1986 年の間において、BC の人口は 38.6% 増加した一方、病院の利用日数は 45.8% も増えている。利用状況においてたった 8% の増加は、人口の年齢構造における変化によって説明でき、利用についての 2.6% の変化は、利用率における、年齢が特定された変化と関連付けられる。この否定的な統計数字は、ゼロ歳から 74 歳までのすべての年齢集団に関して、否定的な変化を反映している。しかし 75 歳から 84 歳 (54.6%) と 85 歳以上 (224.8%) については、大きな肯定的増加を反映している。

ベアラー他 (1995 年) は、急性病患者治療のベッド数が減り、病院入院平均日数が減り、高齢者間の手術率が増え、主として高齢者に伴う特定の健康状態 (つまり、老衰、老人性痴呆、アルツハイマー病、その他脳の衰え、脳卒中の慢性的後遺症、心臓病、関節炎、半身不随、四肢麻痺) のために、救急病院を利用することの増加を含む、これらの驚くべき研究結果についての、数多くの説明を提示している。彼らがこれらの説明の中で見出すことができないものは、高齢者の入院が増加することは、よりよい結果につながるのか、病的状態のパターンの変化によって説明されるのか、である。これは、高齢者人口によって病院資源を消費することは、変わりつつある制度の優先順位に応じているのだ、と主張することにつながる。

ベアラー他 (1995 年、210 ページ) による、医師サービスの利用についての分析によって、サービスに対する手数料といった形で医師に支払うことは、支払い水準の変化を調整すると、1974 年/1975 年から 1985 年/1986 年の間に 75.9% 増加したことが分かった。この期間に、21.3% 全人口が増えた一方、医師支出におけるたった 4.4% についてのみ、全人口の年齢構造における変化によって、それを説明することができる。年齢が特定された利用率についての増加は、特に 75 歳から 84 歳までの人々の間で起こっているにもかかわらず、利用率に関する年齢が特定された変化の増加は、医師支出の増加の 38.8% しか説明していない。

二組のデータは、人口統計的な変化を超えて、医師サービスの利用増加を説明する。一組のデータは、医師供給における増加であり、もう一つのデータは '調査と介入についての医療的水準の変化を明らかに示唆している'、専門医サービスにおける大きな変化である。(ベアラー他、1995 年、212 ページ)

ある政策立案者の間では、テクノロジーが向上し、薬剤治療や、施設でのケアの代替として在宅ケアが利用されることの結果、将来的に健康関連歳出は減少するという意見が広く支持されている。しかし、これらの主張を支持するデータや調査を見出すことは困難である。

大抵理論的にコスト削減的なものとして言及されるテクノロジーの一つには、スクリーニング技術がある。スクリーニング技術（例：MRI）が向上すれば、より早期に病気を発見できることにつながり、その結果より短い入院で済み、その結果健康関連支出が抑えられると主張する。しかしこれは、事実ではないように思われる。乳癌検診を例にとる。早期の発見はより長期間にわたってより多くの介入がなされることを意味し、したがって全体としてはより大きな支出につながりうる。新しいテクノロジーが費用削減につながるとする主張を疑うもう一つの理由は、高い資金と諸経費を伴うからである。例えば、移植手術に関連する費用を考える。テクノロジー自体が高い費用を伴うのみならず、専門医、看護婦、技術者の移植チームを雇うコストもまた非常に高い。

新薬を導入することは治療上の価値を持つことについて、多くの事実がある。全く明確ではないのは、新薬の導入は、ヘルスケア制度の他の部分におけるコストを削減しているかどうかである。主に高齢者をターゲットとした、薬剤給付案を州が運営するコストは、ほとんどすべての州が予算を増加させている分野である。薬価の本質（つまり、高い研究開発コスト、特許法の性質、製薬会社が投資のリターンを得ようとする）は、近い将来、新薬治療が、ヘルスケア制度の他の部分におけるヘルスケア・コストを抑えることにつながるとはならないだろう。

同じように、在宅ケアは、施設での治療における支出を減らすような、コストに対して効率的な手段を提供していることについての決定的な証拠を見出すことは難しい。コイトとヤング（1997年、3ページ）は、彼らの調査において四つの批判的なポイントをあげる：一つ目は、在宅ケアは病院施設でのケアに対する、費用効率のよい代替ケアである、明白な証拠が欠如している；二つ目は、ある研究は、‘病院入院が必要な人々あるいはその利用を抑制することで、ほんの少し支出を減らす’；三つ目は、他の研究はこの関係は弱いことを示し、在宅ケアサービスを‘付加物であって、急性病疾患ケアの代替にはならない’ことをしめす；‘四つ目は、自らの治療から解放された個人もまた、最善の方法として入院することを決める結果、より短い入院日数と限られた在宅ケアのニーズしかない、という可能性を否定することは難しい’

ホランダー（1999年、2）は似たようなコメントを出しているが、‘カナダのサービス提供モデルにおいては、在宅ケア(home care) は費用効率のよい在宅看護(residential care)の代替になるかもしれない’とも主張している。費用効率性についての彼の研究からの予備的な研究結果は、ブリティッシュコロンビアからのデータを用いて、治療水準によってその他の施設治療形態と在宅ケアコストを比較した時、この意見を支持しているようである。

しかしホランダの予備的な研究結果は、注意深く扱われるべきである。分析は、家族やパートナーに帰する在宅ケアの共有コストを考慮していない。ホランダはまた、患者の状態が、ホームケアもしくは施設でのケアのどちらが費用効率的かについて、大きな違いを生じさせることに注目している。安定的な健康状態にある人々にとっては、在宅治療は、より費用効率的である一方、変動する状態にある人々の場合、施設でのケアがより費用効率的である（デディーナとワッツ、1999年）

ウィルキンスとアダムス（1992年、59ページ）は、‘進化する時代において、疾患を持つ人々の割合は急速に増えており、全体の大部分がより深刻な区分の疾患に陥っている’。それが本当だとすれば、彼らの分析は将来的には正しい。また最も高齢なグループは最も速く増加し、このことは在宅と施設での治療に対し、需要が増え続けることを意味するだろう。

ウィルキンスとアダムスを考慮にいれつつ、モーアとローゼンバーグ（1997年）は、カナダ全土にわたって国勢調査区分によって、どのように高齢者人口が分布しているかを示すため、1993年の国勢調査後の見積もりをベースにシリーズ No.2 予測を用いた。そして彼らは、1986年の健康と活動限界調査（HALS）から、年齢と性別を特定した疾患率を取り出し、これらの率を2011年の予測に応用した。

498万人の人々が2011年には65歳以上となり、約104万人がある程度の疾病を抱えつつも施設外で住んでいるだろう。3000000人の人々が重度の疾患をもち、100000人の65歳以上の人々が、日常生活に補助を必要とし、300000人の人々が日常生活に器具の助けた必要であろうだろう。（モーアとローゼンバーグ、1997年、178ページ）

モーアとローゼンバーグ（1997年）はまた、1991年から2011年の間に施設の数は減らないと仮定して、施設にいる疾病人口がどれくらい規模拡大するかを示した。彼らが指摘するように、もし脱施設化の傾向が続くのであれば、これは日常生活での活動をかなり補助してもらう必要がある、重い疾病を抱えた、施設外で暮らしている高齢者の割合がかなり増えることを意味する。多くの人々は、85歳以上の女性で、配偶者のいない、低収入カットオフ以下の収入しかない人々である。もし、将来的に施設でケアを受ける率がより低くなるのであれば、コミュニティにおけるこういった高齢者を支えるために、他の高齢者からのボランティアによる支援あるいは、公的・私的に資金調達された正式なサービスが非常に必要となるだろう。（モーアとローゼンバーグ、1997年、178ページ）

モーアとローゼンバーグ（1997年）の主要な貢献の一つは、高齢化の影響が、カナダ全土のそれぞれの地域によって、どのように違って受け止められるのかに注目し、高齢者の健康状態が場所によって違うといった、複雑な地勢がどのように出現するのかに注目したことである。

最後に、モーアとローゼンバーグ（1997年）は、セクション1で概説された三つの立場のいずれにも容易にあてはまらない。彼らは、カナダ全土を通して、将来的にサービスを十分受けることができる高齢者と貧しくてあまり受けられない高齢者、そしてサービスが

十分にあるコミュニティと貧しいコミュニティになるだろうと議論する。サービスが十分にあるコミュニティは、サービスを十分に受けることができる高齢者を惹き付けることであろう一方で、サービスを少ししか受けられない高齢者は、連邦政府や州政府に地域レベルでヘルスケア制度を維持する方法を見出すよう主張している、サービスが貧しいコミュニティの集中するだろう。

全住民の健康モデルは、社会経済的地位と健康状態との間の関係について非常にあてはまる。上述の、より長い寿命と疾患なく生活している年数が増えることは、社会経済的地位と健康状態の間の関係の表れである。マイルスとストリート（1995年）は、まさに他の人々と同じように、第二次世界大戦後から1970年代初期までの期間の成功を指摘する。その結果、高齢者の間で貧困が減少し（しかし完全には無くならなかった）、長期にわたって雇用され、現在定年しつつある人々のための富が創られた。1970年代半ば以降、‘経済的ライフ・コース’が変化した。徐々に、労働市場に参入してくる人々は職を見つけることが難しくなり、より多くの時間を失業者もしくは不完全就業者として過ごすことになり、現在の高齢者の人々よりも少ない資産を受け取るようになるだろう。

このことが現在の議論にとって重要である理由は、それは将来についてのいくつかの概念に異議を申し立てるからである。第一に、もし我々が社会経済的地位と健康状態との間の関連を認めるのであれば、将来的に高齢者の大部分が、現在の高齢者の一部とは根本的に違う経済的ライフ・コースを送るのだとすれば、それが肯定的な方向に進みつづけると想定する根拠がない。言い換えれば、ウィルキンスとアダムスの仮説は、あてはまらないであろう。第二に、他の形による社会支援（例えば、公的・私的年金案）がどのように再構築されるかによって、ヘルスケア制度のコストが将来的にどれくらいカバーされるかどうかについての、広範囲に及ぶ潜在的な重要性を伴う。

まとめると、このセクションから抽出されうるいくつかのメッセージがある。第一に、高齢者人口の増加それ自体は、我々のヘルスケア制度における支出が増えることを余儀なくさせる一つの（そして主要な要因にはなりにくい）要因にすぎない。第二に、これまでの証拠から、新しいテクノロジーや薬剤治療、ヘルスケア提供の方法（例えば在宅ケア）は、‘付加物’であって、現在のヘルスケア・サービスの提供手段の代替にはならないであろうことを示している。（つまり、ある人々が仮説を立てているように、新しいヘルスケア提供の方法は、費用を削減させるのではなく増加させる。）第三に、高齢者人口の増加によって、カナダ全土を通して彼らの間で高度に差異が生じるだろう。そしてそれはそれぞれ違った地域におけるヘルスケアの提供に関して、付随する潜在的な重要性がある。四つ目に、現在の非高齢者の経済的ライフ・コースの性質が変化にしたがって、カナダ経済は再構築され、グローバル経済における道筋を見出すであるから、どのように、疾患、健康状態、経済状態が概念化されるかについては、注意深く考察される必要がある。

4. カナダの予測と予測モデルの評価

セクション 1 から 3 において、再検討された論文とその分析を基に、このセクションはカナダの予測と予測モデルの評価を行う。その評価は、どこに共通理解があり、どこに不一致があり、現在用いられている予測と予測モデルに何が欠けているのかについての道筋を提供する。

それに加えて、モデルとその予測は、将来のカナダにおけるヘルスケア制度についての政策の潜在的な重要性のために、評価される。すでに存在する予測モデルと対照して、代替的な概念的モデルもまたこのセクションで提示され、高齢化についての代替的な概念的モデルがどのように開発され現在の予測モデルを補うのかについての提案もなされるだろう。

カナダの研究者たちは概して、彼らが開発した需要サイドのモデルに将来のヘルスケア支出を予測させるために、スタティスティックス・カナダの人口予想に頼ってきた。スタティスティックス・カナダは、多くの人々から、グローバル的指導者とはいかないまでも、国の統計機関の中では指導的な存在であると考えられてきた。彼らが用いる人口予想技術は、他の国家あるいは国際的統計機関が用いている技術と類似している。

しかし、スタティスティックス・カナダの予想を用いることに関し、潜在的に二つのレベルで保守主義が存在する。第一に、スタティスティックス・カナダは、将来についての仮定をする時に、継続的に低いサイドについてのミスを犯しているように思われる。人が早期の予測シリーズに戻り、1991年と1996年についての予測とそれらの国政調査年からの実際の数字を調べる際、予想は低い傾向にある。これは、一年ベースで、構成要素と実際の数との間にある累積的な違いの結果である。

彼らの調査に予想シリーズ No.2、‘中道’的シナリオを継続的に選ぶことによって、その仮定における二つ目の保守主義にとらわれている、大部分の研究者から構成される。予想シリーズ No.1 と No.3 もまた対照的な資料を提供するために用いられる場合でも、分析の焦点は普通予想シリーズ No.2 を用いることで生じた結果に基づかれる。

皮肉にも、将来的な全人口を過小評価することは、高齢者人口の増加は、将来のヘルスケア・コストを大幅に吊り上げないであろうと主張する人々に都合のいいように働く。しかし事実、実際の人口は予測された人口よりも多い時、高齢者の規模と比較して、より多くの若い人々と就労可能年齢の人々がいて、それによってその他すべての条件が同じだとしても、全体的な生産性は増えるであろうことを意味する。

‘供給サイド’のいくつかの注目すべき例外とともに、将来のヘルスケア・コストを予測するためにカナダにおいて用いられているモデルは、年齢や性別が標準化された利用率とコストにかなり頼ってきた。それらは時と共に変化し、主として予想された高齢者の規模が変化することで生じる。人口予測と利用とコストが、経済が分析に統合されたより複雑なモデルと組み合わせられる場合、その結果は、変化している年齢構造は、将来のヘルスコストを吊り上げている一つの要素にすぎないことを示す。より重要なこととして、これらのモデルは将来のヘルスケア・コストが増えることは、ある程度の速度で経済が成長して

いる限り、管理可能であることを示している。OECD でさえ、全般的な経済成長は、高齢化が将来のヘルスケア・コストに対して及ぼす影響を、かなり和らげると考える。

将来のヘルスケア支出を予測している人々の間でさえ、それらは管理可能であると議論する人々がいて、この過程で若い世代から高齢世代へと資源を再配分することはどのような役割を担うのか、そして新しいテクノロジーや薬剤治療やケアを提供する代替的な方法はどのような潜在的な重要性を持つか、についての共通理解はあまりない。大多数の意見は、資源の再配分を達成することは難しいと考える。なぜなら資産が固定されている（つまり、学校は簡単にはヘルスケア施設に転換できない）からである。比較的な意味で、若い世代は資源の大きな需要を生み出しつづけるであろうし、絶対的に高齢者の間であっても、資源の再配分についての政治的コンセンサスはない。

再検討した研究のどれ一つとして、新しいテクノロジー、薬剤治療、ケア提供の代替的な方法がヘルスケア支出に対して果す役割を考慮しているものはなかった。ある人々は、新しいテクノロジーや薬剤治療、代替的なケア提供方法は、全体的な支出を抑えると主張するにもかかわらず、その証拠は弱く相反する要素の混ざったものである（つまり、新しいテクノロジーや薬剤治療、代替的なケア提供方法は‘付加物’なので、それらは実際健康支出を増加させることを示す証拠がある）。

特定の新しいテクノロジー、薬剤治療、代替的なケア提供方法を開発することを予測することは不可能である一方、不正確であろう傾向を永続させる理由もない。例えば、在宅ケアはGDPの1~2パーセントをさらに費やすであろう、というOECDの意見が受け入れられれば、予想分析においてその意見は考慮される必要がある。政策の視野からは、病院治療から在宅治療へと人々を転換させたいと思う、多くの良い理由が依然としてある。例えば、家にいる高齢者の割合が増え、彼らが在宅ケアサービスを利用することで、施設環境内の、高齢化するベビーブーマーのニーズに対応するために必要な資本支出を抑え、2031年のベビーブーマーによる一時的急増後を越えて、潜在的に過剰な、不必要な収容能力を抑えることができる。避けるべきことは、もし事実が反対の事柄を示唆しているのであれば、そのような転換はヘルスケア支出を管理抑制することを助けるであろうと想定する予想モデルを組み立てることである。

我々が現在用いているモデルは、国家、州、準州レベルである。これはそれらの地理的規模における政策開発には有益であるかもしれない一方、政策と事業実施は典型的には、より小さな地理的規模でなされる。現在、我々は州より小さな地域における、人口と潜在的利用予測を提供しているモデルは、少ししか例がない。（モアとローゼンバーグ、1997年；ネイラー他、1994年）

個人レベルの分析において、モデルは年齢と性別のみが集団を差異化させると仮定する。また、予想を用いている人々は、将来的に高齢者になる集団は、現在の高齢者人口と同じ社会経済的状態と健康状態であることを仮定している。労働市場の変わりつつある正確と年金改革は、将来の高齢者の間における資源について広い含意を伴うだろう。1950年代以

降高齢者人口の間の貧困が減少したことは、カナダにおける社会政策の大きな成功物語の一つである一方で、今日の高齢者の間には大きな違いがあり、この差異が将来の高齢者の間で広がるだろう。また、カナダの全住民の変わりつつある社会的状況は、健康状態や、ヘルスケア支出やその提供に対する態度が変わりつつあることを意味するだろう。

外的な力もまた、カナダにおける将来のヘルスケア支出に影響を及ぼすだろう。制度上のレベルにおいて、ヘルスケアに関する公的・私的な支出が混合することを変えるための圧力が強まってきている。カナダが北米そしてグローバル経済へ統合されつつあるため、ヘルスケアに対する公的・私的支出の混合を変えるための圧力は増えている。

この評価が示唆していることは、我々が今後の人口変動を予測するために現在使っているモデルと、それがヘルスケア支出について暗に述べている事柄は、他の国や国際組織が用いているモデルものと同様か、もしくはよりよいものである。しかし必要なことは、このセクションで提起された問題を考慮に入れることができるモデルである。そのようなモデルを開発する前提条件として、我々がよりよく理解するようになる必要があることがたくさんある。まとめのセクションでは、我々が取るべき、いくつかの新しい方向性が提案される。

5. 結び

カナダの高齢化予測と、それが将来のヘルスケア支出にとって意味する事柄は、二つの大きな議論を巻き起こしている。一番目の議論は、カナダは2025年以降公的ヘルスケア制度に費用を負担することができるのか。二番目の議論は、カナダの高齢者人口は、今後数十年において、ヘルスケア制度の費用を作り出すことに関して、どのような役割を担うだろうかである。

セクション1は、カナダでなされたほとんどすべての研究は、それらの議論のベースとしてスタティスティックス・カナダの人口予測モデルに頼っていることを示した。したがって、意見の不一致は今後数十年間の、高齢者人口の規模や年齢・性別構成ではなく、ヘルスケア支出にとってそれがどんな意味をもつか、である。将来のヘルスケア制度は危機に陥ると考える人々は、将来のヘルスケア支出と比較して、経済が全体として成長する、そして/あるいは、ヘルスケア制度におけるその他の費用が上がり上がることを考慮することなしに、彼らの外挿法のベースとして、比較的高齢者によってヘルスケア・サービスがより高い率で利用されることに注目する傾向がある。反対に、将来のヘルスケア・コストは管理可能であると主張する人々は、高齢者人口は、ヘルスケア支出の増加につながる要因の一つに過ぎないこと、そして/あるいは、将来的な変化は高齢者人口の増加を相殺するような、費用削減を生じる（例えば、世代間の移譲、新しいテクノロジー、薬剤治療、より多くの在宅治療を通して費用を削減すること）ことを論証しようと試みてきた。全体として、適度な経済成長があれば、ヘルスケア支出の増加は管理可能であると考える意見を支

持する事実は増えつつあるように思われる一方、将来的な‘相殺’効果が、かなりの割合でヘルスケア支出を抑制する重要性を持つとする議論を支持する事実はほとんどなく、あるいはそのような事実は相反する事実を含んでいる。(セクション2参照)

それに加えて、セクション2で提起された、二つの問題はさらなる注目に値する。用いられている予測モデルは、今日の高齢者の社会経済状態は今後も一定であると想定する。労働力の変わりつつある性質や、カナダへの移民パターンの変化によって、カナダの高齢者の状態は変わりつつある、第二に、一番よく機能しているモデルは国家、州、準州レベルでの分析である。これは広範な、マクロ規模の政策開発では十分であるかもしれないが、そのモデルは、より小さな地理的規模で実施される政策や事業の実施にとってはあまり利用価値がない傾向にある(例えば、地域的保健機関の規模)

セクション3の基本的な主張は、カナダにおいて用いられている予測モデルは、国際的に用いられているモデルとも遜色ない、ということである。そして驚くべきことではないが、ヘルスケアの資金調達に関して、高齢者人口が増加することの潜在的な重要性について議論されている問題は、カナダにおいて議論されている問題と類似している。再検討された国際的事実の多くは、経済が適度に成長すれば、多くの国々で高齢者人口が増加し、将来的にヘルスケア支出が増えたとしても、対処することができることを示唆する。また、すでにカナダに比べて非常に多くの高齢者がいる国の中で、カナダと比較して、より少額のヘルスケア支出を用いつつも、同等の健康についての結果を出している国があることは記憶しておくに値する。これらの国々は、高齢化がすすむことは、必ずしもヘルスケア支出を維持できなくなるにつながらないことを、実際に証明している。

以下のリストは、研究と開発が、ヘルスケア支出に対して高齢化が及ぼす影響を予測するためのモデルが改善されることにつながる分野を表している：

- ・ 最低限、スタティスティックス・カナダが、彼らの人口予測の一部として開発された、高い人口増加シナリオにより注目する必要がある。
- ・ 理想としては、現在用いられていると比べて、よりアグレッシブなアプローチが、より高い人口増加シナリオを開発する際に取りられる必要がある。より低い出生率が標準のままであり、寿命が延び、入国移民が増加していると想定されるような、新しいシナリオが試されるべきである。
- ・ ヘルスケア・コストの変化がどのような潜在的な重要性を持つかについて、より正確に理解するため、大きな技術変化、薬剤治療、サービス提供の代替的な形態についての研究が実施される必要がある。
- ・ カナダの全人口の、変わりつつある社会経済的そして人種的多様性を考慮にいれている、予測モデルが開発される必要がある。これは社会経済的正確が違う人々や、人種的多様性、彼らがヘルスケア・サービスを利用することについての、より多くの調査を必要とするだろう。
- ・ ヘルスケアについての様々な公的・私的支出の混合を考慮にいれている予測モデルを開

発する必要がある。

- ・カナダ全土にわたって、将来的に高齢者人口の増加がコミュニティーに及ぼす、それぞれ違った影響を考慮するため、実際に政策や事業が実施される、州よりも小さな規模において、よりよい予測ができるような、予測モデルが開発される必要がある。

存在するデータもしくはマイクロレベルでの事業を通じて、これらの分野のいくつかは成功することが可能である一方、研究者が、国家、州、準州、州より小さな地域の傾向を、分野を越え、そして長期的な傾向を掴むことができる、非常に多くのデータを必要とする。連邦、州、準州政府は、将来のヘルスケア支出にとって高齢者人口の増加がどのような意味を持つのかについて非常に関心を持っているが、情報集中を、若年層については、子供と若者についての国家長期的調査（NLSCY）を通して、就労可能年齢人口に関しては、国民健康調査（NPHS）を通じて行っていることは逆説的である。理論的には、NPHSは、上で提起された問題のいくつかを知るために、分野をこえて長期的に用いることはできる一方、それは高齢化人口、特にヘルスサービスを必要とする75歳以上の人々のダイナミックスをカバーするための、質問の範囲がないし、調査の数もない。高齢化人口の国家的長期的な調査のみが、このデータの必要条件を満たすことができる。

供給サイドにおいて、利用とコストのデータは、健康情報のためのカナダ機関（CIHI）や、州の行政データベース（例えばオンタリオ健康保健案）などの団体を通して、見つけることができる。しかしこれらのデータベースはほとんど利用者についての詳細な情報を含まない。しかしそれらは、テクノロジーの変化が担う役割についての疑問について、潜在的には有益なデータを提供する。より問題なのは、薬剤治療や代替的なサービス提供方法の役割について調べるために必要な種類や範囲の情報を提供しうる、国家あるいは国家より州以下のデータベースが欠如していることである。

人口とヘルスケア支出の変化を組み込む包括的なモデルと、特定の問題（例えば、新しい医療テクノロジーの役割）に注目する、調査と開発を支援するための領域がある。後者についての研究と開発は、マクロ・モデルの活動を知らせるために必要になるだろう。

相当な注目に値する二つの問題がある。再検討されたほとんどすべての研究は、出発点として、人口増加と利用についての最近の傾向に関する予測を、将来的なヘルスサービスの利用についての基礎と見なし、結果的にその制度は将来どれくらい費用がかかるかと考える。‘終点’を出発点とみなし、その逆に予測する研究はなかった。例えば、研究者が、2025年を終点として、‘もしヘルスケア制度の目標があるとしたら、どれくらいのGDPを我々はヘルスケアに使いたいと思ひ、ヘルスケア・サービスの様々な種類の供給とヘルスケア人員について、何がなされているか。これらの目標を達成するためにどのように、どこで健康を促進するのか。’と質問する。そのようなアプローチは、政策開発を受動的な方法から、能動的な方法へと転換させ、より統合的な事業計画につながるだろう（例えば、もし我々がある一定の在宅ケア水準を2025年までに達成したければ、どれくらいの訓練された在宅ケア・ワーカーが必要で、どこに必要か。）

二番目の問題は、ヘルスケアに対する公的・民間の支出区分についての研究と考え方を広げることである。これまでの研究と考え方の大部分は、アメリカあるいはイギリスでの経験に影響を受けたり、経験から引き出されたものである。両国が、カナダの公的ヘルスケア制度にとって中心的な課題を達成できない場合、OECDのその他の国々についてのより多くの研究が実施されることが必要である。ヘルスケアについて公的・私的支出を混ぜているOECD諸国があり、それらの国々はカナダと比較してより多くの高齢者をかかえ、ヘルスケアに対してより少ない支出をしているが、カナダと同等もしくはよりよい健康についての結果をだしている。また、ヘルスケアについて公的責任から私的責任へ転換することと、そしてマクロ経済とミクロ経済に与える影響を結びつけるより多くの研究が必要とされている。例えば、もし人々が高齢の両親を在宅介護するために労働市場から退場した場合、これはヘルスケアに対する公的支出を削減するかもしれないが、機会コスト、生産性と租税歳入の喪失は何か。この種の研究は、人口統計的、ヘルスサービス、経済的調査とを組み合わせた、学際的なアプローチの必要性を訴える。

経済的に維持できる水準で、質の高いケアを高齢者に提供できる、公的ヘルスケア制度を維持するための三つからなる目標が達成可能であるためには、まず第一にカナダ経済はヘルスケア支出と同じかあるいは速い速度で成長しつづける必要があるだろう。この基本的な政策の現実を越えて未来を思い描く時、どのようにカナダの高齢化が今度数十年増加し変化していくのか、政策の選択がこの三つからなる目標を達成されることを可能とするのか、について考慮されたモデルを開発する必要がある。

プログラム評価事例7 その他

ガバナンス協会 政策の概要 No.7 2000年1月

連邦国家における社会政策のリーダーシップ

カナダのための国際的教訓 エルダーC.マーケスとマーク・シャクター

背景³⁸

カナダの財政状況が赤字から十分な黒字へと転換した状況によって、中央政府と州政府との関係を根本的に変える潜在性を生み出した。中心に位置し、付加的な事業財源を提供するために、社会政策において、異なる水準の政府はどのような役割を担うべきか、についての重要な質問がなされる必要がある。昨年の、社会連合枠組み取決め（SUFA）は、カナダにおいてどのように社会政策が取り組まれるべきかについての新しい考え方のために必要な状態を整える可能性を持っている。

カナダにおいて、ここ数十年、社会政策において中央政府の影響力が小さくなりつつある傾向を研究者は指摘する。³⁹中央政府は徐々に社会分野の財政源として、そして政策、事業、実施については州の所掌事務であると考えられ始めている。対州政府に対する中央政府の遠慮は大抵憲法的理由によって説明されている：州対連邦の管轄問題。

しかしヘルスケアと教育についてカナダ全土にわたって懸念が広まっていること、カナダ家庭に影響を与える社会政策分野に関する不安が高まっていることは、州政府が個々に対応していたのでは不可能なことについて、リーダーシップを中央政府が発揮する必要があることを示唆している。⁴⁰カナダの保健大臣は最近、カナダにおけるヘルスケア改革に必要性を主張し‘管轄権を超えて、この国の自己意識の中心に最も近い、国家的事業に関与しなければならない。’⁴¹

この政策の概説は、中央政府が公式な管轄権についてのコントロールなしに、社会政策について指導的な役割を担うと考えられている点についての概要を示す。国際的なケースは、政治的意思とコンセンサス形成のための支持が組み合わさることで、中央政府がそのよう

³⁸ この論文のための研究は、カナダ人材開発の学習と読み書き能力部署から支援されている。

³⁹ ポール・バーカー、‘解体しつつある連邦：社会政策と財政連邦主義、’マーティン・ウエストマコットとヒュー・メロン編、カナダの連邦制度の課題（スカーボロー：プレントイスホール、1998年）

⁴⁰ ジェーン・ジェンソンとシェリー・トンプソン、比較家族政策：六つの州についてのケース（オタワ：カナダの政策研究ネットワーク、1999年）。昨年、グローブとメール/アングス・リード調査によって、大部分のカナダ人は‘今日の家族状況は国家的な危機である’という考えに同意していることがわかった。1999年9月15日。