

ここからは全員の方がお答えください。

問7 現在、通院にかかる医療費の自己負担率は3割です。

〈ただし、月額上限が設定されているため、一般的に、月額7万2300円+アルファを超える場合にはそれ以上払う必要はありません〉

もし、今後、自己負担額が引き上げられたり、逆に引き下げられたりした場合、この3ヶ月の通院回数はどうようになったと思いますか。また、複数の医療機関に通われている方は、それぞれの通院回数がどうなったと思いますか。以下の各表の項目に、具体的な数字をご記入下さい。この3ヶ月に一度も医療機関にかかったことがない方もお答えください。

	(ア) 自己負担率が4割 になったら	(イ) 自己負担率が5割 になったら	(ウ) 自己負担率が1割 になったら
①(最も多く)通院した医療機関 →	3ヶ月に 回	3ヶ月に 回	3ヶ月に 回
②2番目に多く通院した医療機関 →	3ヶ月に 回	3ヶ月に 回	3ヶ月に 回
③3番目に多く通院した医療機関 →	3ヶ月に 回	3ヶ月に 回	3ヶ月に 回

問8 仮の話ですが、いまあなたが加入している健康保険制度(国民健康保険、組合健康保険、政府管掌健康保険)が突然廃止となり、医療費の全額を自己負担で支払わなければならなくなったとします。ただし、民間の医療保険がその代わりに売り出され、その民間医療保険に加入したならば、3割の自己負担率で済む(残り7割は保険会社が支払う)ものとする。以下の各付問にお答えください。

付問1 民間医療保険の保険料が一人当たり月額2万円ならばあなたは支払いますか。

1. 支払う(付問2へ) 2. 支払わない(付問4へ)

付問2 民間医療保険の保険料が一人当たり月額4万円ならばあなたは支払いますか。

1. 支払う(→最高いくらまでなら支払いますか__万円) 2. 支払わない(付問3へ)

付問3 民間医療保険の保険料が一人当たり月額3万円ならばあなたは支払いますか。

1. 支払う 2. 支払わない

付問4 民間医療保険の保険料が一人当たり月額5000円ならばあなたは支払いますか。

1. 支払う(付問5へ) 2. 支払わない → いくらでしたらお支払いになりますか。
 a. _____円 b. 支払うつもりはない

付問5 民間医療保険の保険料が一人当たり月額1万円ならばあなたは支払いますか。

1. 支払う 2. 支払わない

問9 来月からの3ヶ月の間に、あなたが病気で医者にかかる回数はどれくらいだと思いますか。予想される回数をご記入ください。

3ヶ月で 回くらい

問10 来月から3ヶ月の間に、あなたが通院で支払う医療費（自己負担分）はおよそいくらくらいと予想しますか。金額をご記入ください。

支払う医療費は、3ヶ月で 円くらい

問11 公的医療保険の自己負担について、あなたはどちらの案が望ましいと思いますか。

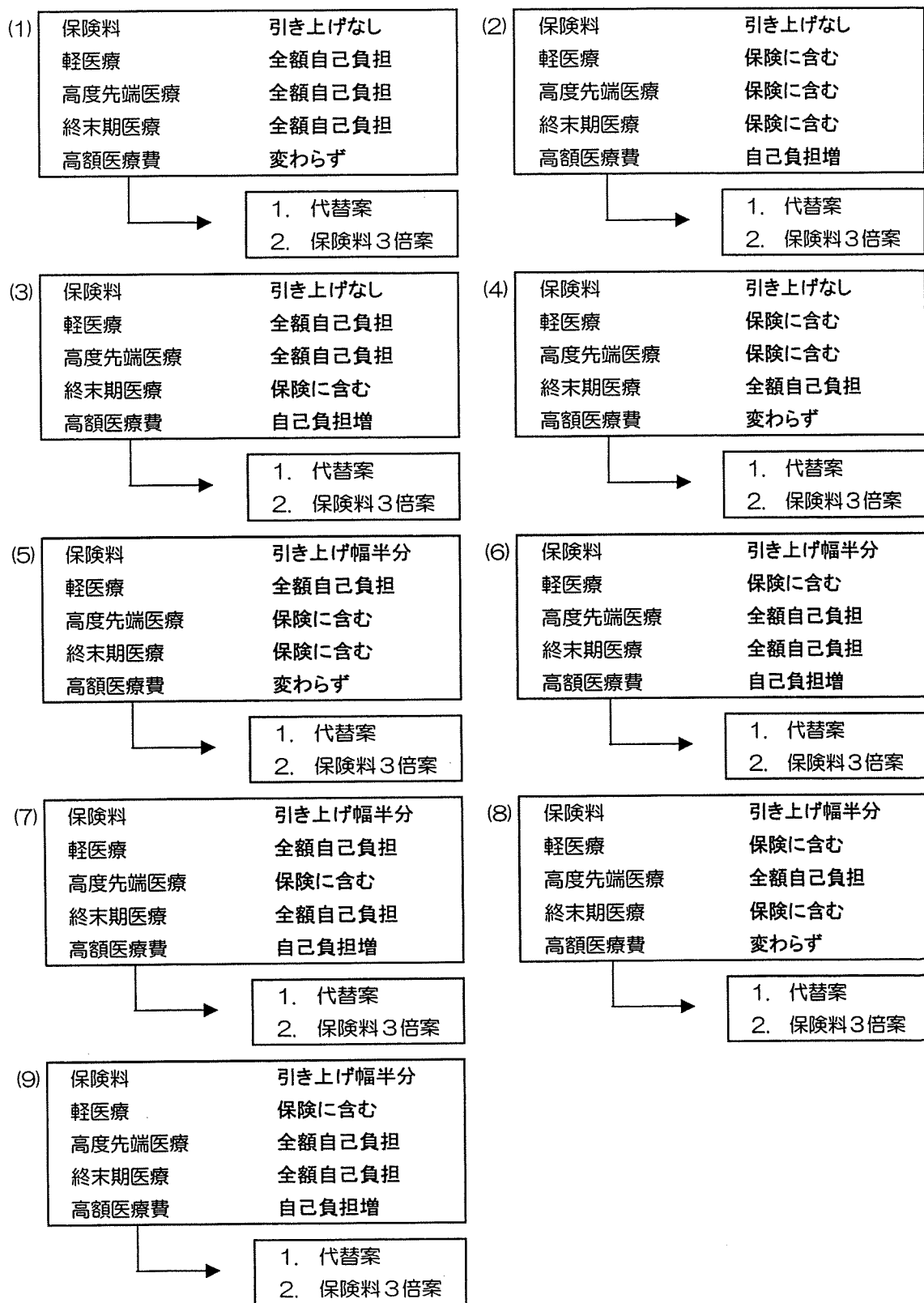
わが国の医療費は、高齢化のため急速な増加をしており、各医療保険制度の財政は、国民健康保険、組合健康保険、政府管掌保険など、軒並み赤字化をしています。そのため、医療保険制度を現状のまま維持する為には、保険料率が徐々に引き上げられ、10年後には約2倍、20年後には約3倍に引き上げられると予想されています。これは現在ボーナスを含む賃金の4%程度の負担である保険料率が12%に引き上げられることを意味しており、月給20万円の収入の人では現在、月8千円の負担額が月2万4千円に引き上げられる計算になります。それを避けるためには、下の表に示すように、低額の病気（軽医療）や高度先端医療、終末期医療などを保険の適用範囲から外したり、高額療養費制度（高額な医療費については一定条件のもとで自己負担を支払わなくてよいとする制度）の自己負担分を増加させたりすることが必要となります。

軽医療の全額自己負担化	月額1万円までの外来医療（風邪や頭痛・腹痛等の軽医療や外来薬剤）を保険対象外にして、全額自己負担にする。
高度先端医療の全額自己負担化	高度先端医療（心臓移植手術やインプラント義歯といった本来全額自己負担で行われる先進的な医療技術による治療のこと。大学病院等の承認を受けた医療機関で高度先端医療を受けると、医療費の一部が公的医療保険から給付されます。）
終末期医療の全額自己負担化	末期ガンなどの不治の病の場合、死ぬ前6ヶ月間の延命治療措置を保険対象外にして、全額自己負担にする。
高額療養費制度の自己負担増加	一般的な方の場合、月額7万2300円、高額所得者の場合、13万9800円、低所得者の場合、3万5400円以上の自己負担額は支払わなくても済むことになっています。この上限額を現在の2倍に引き上げ、自己負担を増加することとします。

そこで、以下（次ページ）には、代替案を9つあげています。この「代替案」のそれぞれについて、「代替案」と「保険料3倍案」（これまで通りの保険範囲を維持して、保険料を20年後までに3倍にする現状案）のどちらが望ましいかをお選びください。（〇はそれぞれひとつずつ）

それぞれの状況について、「1. 代替案」、又は「2. 保険料3倍案」のいずれかに○をお付けください。

なお、代替案の中にある「保険料引き上げなし」は現状の保険料率のまま将来も一定とする案であり、「保険料引き上げ幅半分」は、20年後までの引き上げ率を2倍に抑える案です。



あなたの生活習慣・病歴などについて伺います。

問 12 お宅様の世帯主は、あなたから見て次のどれにあてはまりますか。(○はひとつ)

1 本人	3 配偶者
2 同居の親	4 その他(具体的に)

問 13 あなた及び配偶者の方の年齢をお答えください。

あなたは 歳 配偶者の方は 歳

問 14 あなた及び配偶者の方の最終学歴は次のどれにあたりますか。(番号はそれぞれひとつ)

あなたは 配偶者の方は

<最終学歴の選択肢> *あなた及び配偶者の方の学歴を下記の番号の中からご記入ください

1 中学(旧制小・高等小)卒	4 大学・大学院(旧制高)卒
2 高校(旧制中・旧制高女)卒	5 在学中
3 短大・高専卒	6 その他(具体的に)

問 15 あなたと配偶者の方は現在、就労をしていますか。(番号はそれぞれひとつ)

あなたは 配偶者の方は

<現在の就労の選択肢> *あなた及び配偶者の方の職業を下記の番号の中からご記入ください

1 無職である(専業主婦含む)	5 パート・アルバイトとして働いている
2 定年退職者である	6 自営業・農業をしている
3 正社員として働いている	7 家庭内で就労(内職など)をしている
4 契約社員として働いている	8 その他(具体的に)

付問1 就労している場合の業種はどのようなものですか。(番号はそれぞれひとつ)

あなたは 配偶者の方は

<現在の就労の選択肢> *あなた及び配偶者の方の職業を下記の番号の中からご記入ください

1 公務員	6 日雇い労働	11 サービス業
2 製造業(事務職)	7 不動産	12 教職(学校)
3 製造業(工場労働)	8 農業	13 専業主婦
4 建設業(事務職)	9 漁業	14 医療関係
5 建設業(現場)	10 自営業	15 その他(具体的に)

付問2 就労している場合、あなたは1週間で平均して何時間くらい働いていますか。残業も含めてお答えください。

また、現在の勤め先での勤続期間はどれくらいですか。(〇はひとつ)

平均 時間 / 1週間

現在の勤め先での勤続期間は

- | | |
|-----------|------------|
| 1 1年未満 | 5 10~15年未満 |
| 2 1~3年未満 | 6 15~20年未満 |
| 3 3~5年未満 | 7 20年以上 |
| 4 5~10年未満 | |

問16 あなたと同居しているご家族はあなたを含めて何名ですか。

自分を含めて 名

問17 あなたの現在の健康状態はいかがですか。(〇はひとつ)

- | | | | | |
|------|--------|-------|-----------|--------|
| 1 よい | 2 まあよい | 3 ふつう | 4 あまりよくない | 5 よくない |
|------|--------|-------|-----------|--------|

問18 現在のお住まいを市町村レベルまでご記入ください。

都道府県 市区町村

問19 あなたは、喫煙習慣はありますか。(〇はひとつ)

- | | | |
|----------|----------------------------|------------|
| 1 喫煙者である | 2 過去は喫煙していたが、
現在は吸っていない | 3 喫煙はしていない |
|----------|----------------------------|------------|

問20 あなたは、飲酒習慣はありますか。(〇はひとつ)

- | | | |
|----------|---------------------------|--------|
| 1 飲酒している | 2 過去は飲んでしたが、
現在は飲んでいない | 3 飲まない |
|----------|---------------------------|--------|

問21 あなたは、現在、週に一度以上、定期的に行っている運動習慣はありますか。(〇はひとつ)

- | | | |
|-------------------|---|------|
| 1 ある (→具体的に水泳・散歩等 |) | 2 ない |
|-------------------|---|------|

問22 あなたの、現在のおよその身長と体重、及び10年前の体重をお答え下さい。

身長は 1m cm くらい 体重は、 kg くらい 10年前は kg

問23 現在、あなたは、定期的な健康診断を受けていますか。(〇はひとつ)

- | | | |
|-----------|--------------|--------------|
| 1 毎年受けている | 2 数年に一度受けている | 3 ほとんど受けていない |
|-----------|--------------|--------------|

問 24 これはあなたの慎重さを計るための質問です。

今、10万円が当たる宝くじの当選確率が1/2（半々の確率で当たる）であったとします。あなたは、この宝くじに対して最大いくらのお金を払っても良いと思いますか。金額をお答えください。

→ _____ 万円

問 25 これはあなたのお金と時間についてのお考えをうかがうための質問です。

今、国から5年間にわたって2万円ずつ（総額10万円）の特別手当が支給されるとします。ただし、今すぐに全てのお金がほしい人には、10万円よりも減額されて一度に支給されるとします（たとえば8万円など）。その金額がいくら以上ならば、あなたは今すぐにほしいと思いますか。その最低金額をお答えください。

→ _____ 万円

現在加入の保険や年金などの収入・資産についてお伺いします

問 26 お宅では、民間の生命保険、個人年金、医療保険、介護保険などに加入されていますか。
（〇はそれぞれいくつでも）

	民間の生命保険	民間の医療保険 （生命保険の医療 保険特約を含む）	民間のガン保険	民間の個人年金	民間の介護保険	この中のものには 全く加入していない
あなた	1	2	3	4	5	6
配偶者	1	2	3	4	5	6

【民間の「医療保険」か「ガン保険」に加入されている方にお伺いします。】

付問 1. その保険に保険料として月々いくら払っていますか。

_____ 円

付問 2. その保険から病気のための給付を一定の期間受けなかった場合、まとまったお金が戻ってきますか。

1. 戻ってくる 2. 戻ってこない(保険は掛け捨てである) 3. わからない

問 27 ご家族全体の年間収入は、およそいくら位ですか。(○はひとつ)

世帯収入	1	200万円未満	4	400～600万円未満	7	1000～1200万円未満
	2	200～300万円未満	5	600～800万円未満	8	1200～2000万円未満
	3	300～400万円未満	6	800～1000万円未満	9	2000万円以上

付問 1 そのうち、あなたの年間収入は、およそいくら位ですか。(○はひとつ)

本人収入	1	200万円未満	4	400～600万円未満	7	1000～1200万円未満
	2	200～300万円未満	5	600～800万円未満	8	1200～2000万円未満
	3	300～400万円未満	6	800～1000万円未満	9	2000万円以上

付問 2 サラリーマンとパートタイマーの方にお尋ねします。月額の労働所得はいくらですか。
 _____ 円

問 28 ご家族全体の総資産〈貯金、株、債券、土地・建物のおよその時価など〉は、およそどれ位ですか。(○はひとつ)

世帯資産	1	300万円未満	4	1200～2000万円未満	7	5000～1億円未満
	2	300～800万円未満	5	2000～3000万円未満	8	1億～1億5000万円未満
	3	800～1200万円未満	6	3000～5000万円未満	9	1億5000万円以上

問 29 あなたの世帯が住んでいる家屋は、次のどれにあたりますか。(○はひとつ)

1	一戸建ての持家	4	集合住宅の借家
2	一戸建ての借家	5	その他(具体的に)
3	集合住宅(マンション・アパート)の持家		

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

9. カナダの国民医療制度の改革動向
— 連邦財政主義のもとでの皆保険の課題と展望 —

<主任研究者>

国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部部長

金子 能宏

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」
平成15年度報告書

カナダの国民医療制度の改革動向
—連邦財政主義のもとでの皆保険の課題と展望—

金子能宏

(国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長)

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に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、イギリスやアメリカ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、フランス及びわが国のような社会保険料を主たる財源とする国々とに分けられる（図1）。カナダは、税財源を主とする医療制度であるが、政府が医療供給体制を運営するイギリスの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・メディケイドと異なり、各州がもつ全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（いくつかの州では保険料も徴収している）医療保険財政を補完している^{*10}。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。

図1 医療支出に占める税財源と社会保険基金の割合

表1 州別にみた人口、医療支出の現状

出所 Health Canada, Health Expenditure in Canada by Age and Sex

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及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拘わらず、病院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*2。

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、財政構造を視点に整理しつつ、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」として皆保険を实

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税し、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し、それ以外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(merito 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全てのカナダ市民を対象とする普遍性をもつこと(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、残りの全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毎に皆保険とするための「医療保険法」(Medical Care Act)が施行され、71年に全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³⁾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、すなわち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)⁴⁾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、州毎の医療保険財政は、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立つことにも繋がり、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、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示したものであるが、1980年代後半以降1995年まで1を上回っていたことが、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。

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

出所 Rommanow, Roy J. and Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002, Fig. 1.31

補助金の種類には、このような一括補助金の他に、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で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)⁴⁵と所得消費曲線(Income Consumption Curve: ICC)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もっているため、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が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、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。

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

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のではなく、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拘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の検討を加えつつ、在宅ケアや長期ケアの必要性など改革の課題を提示し、かつ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。

図4 病院保険と在宅ケア・長期ケアの支出の推移

出所 Rommanow,Roy J.and Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002, Fig.8.3

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である

(Romanow(2002) Recommendation34、以下これを提言34のように表記する)*6。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提言している（カービー報告第7章5節）。ロマノウ報告では、州ごとの格差是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）、及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）*7。

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いため（図5）、検査期間の待ち時間が長くなる問題も生じている。

図5 CTスキャナーとMRIの普及率の国際比較

出所 Rommanow,Roy J.and Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002, Fig.6.1

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、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) Recommendation1、以下これを提言1のように表記する）。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 Assesment: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、及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）*8。

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）、及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）*9。

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）*10。

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、及び医療機関は、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、とく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これに対応できるように共同すべきこと（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様々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）¹¹²。

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。

いずれにせよ、連邦補助金は、医療改革全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に寄与することを、実証分析により示している。

図6 カナダの州・準州の経済成長率格差
出所 Panos and Serletisa (2002)

財政余剰も景気変動により変わることに留意すれば、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、とく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もたらす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のないであろう。

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』No.139

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)

Panos, Afxention and A.Serletis,2002,*Macroeconomic Policy in the Canadian Economy* (Kluwer Academic Publisher, Boston/Dordrecht/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

*1 カナダの医療制度について、カナダ市民＝患者、診療所、病院、州及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。

*2 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。

*3 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。

*4 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。

*5 価格消費曲線は、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、それぞれの価格に対する均衡点を示している。

*6 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)。

*7 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