

---

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）、及び連邦政府は、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）。

\*8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）。

\*9 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）。

\*10 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）。

\*11 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、諸外国とくにWTO加盟国との連帯を構築すべきである（提言45）。

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)

図 表

表1 州別にみた人口、医療支出の現状

	人口 (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)	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
ヌナブート準州	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

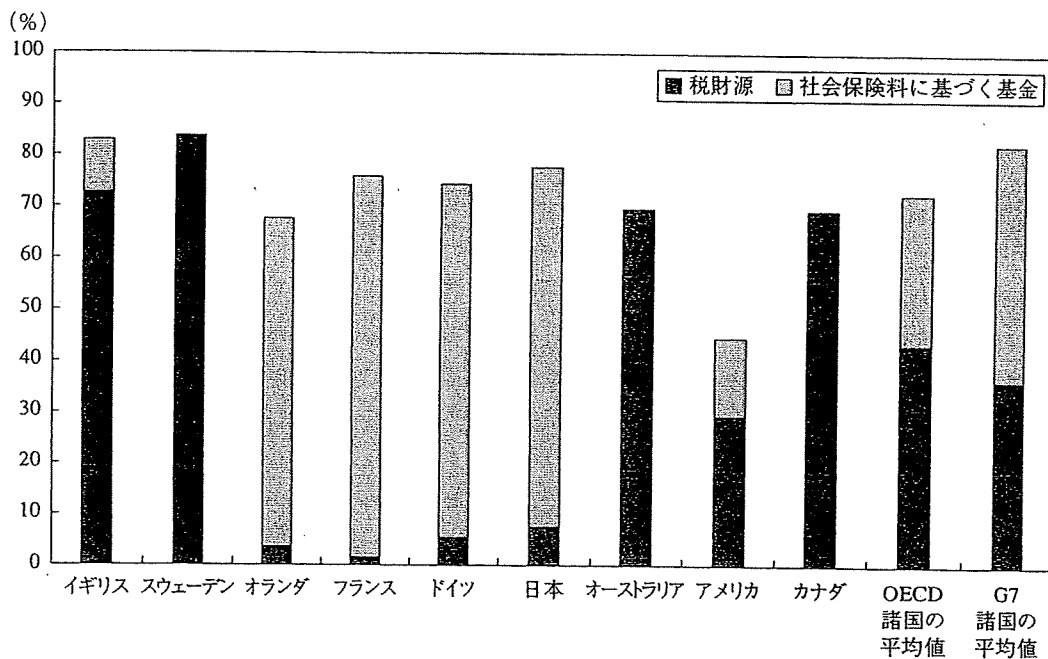
一人当たり在宅ケアの費用：The Health of Canadians—The Federal Roles, Figure8.3

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

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）

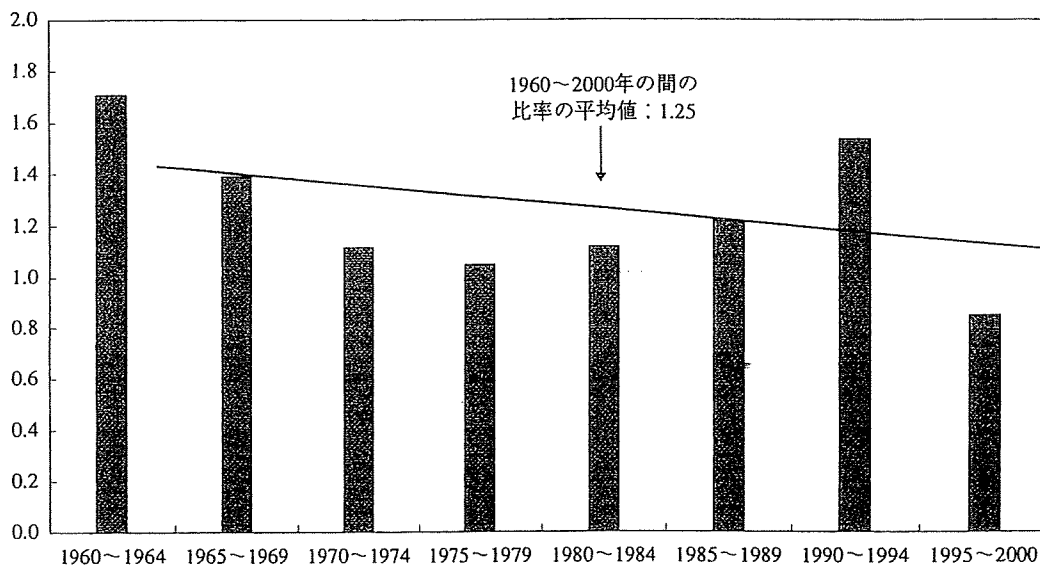
図表

図1. 医療支出に占める税財源と社会保障基金の割合



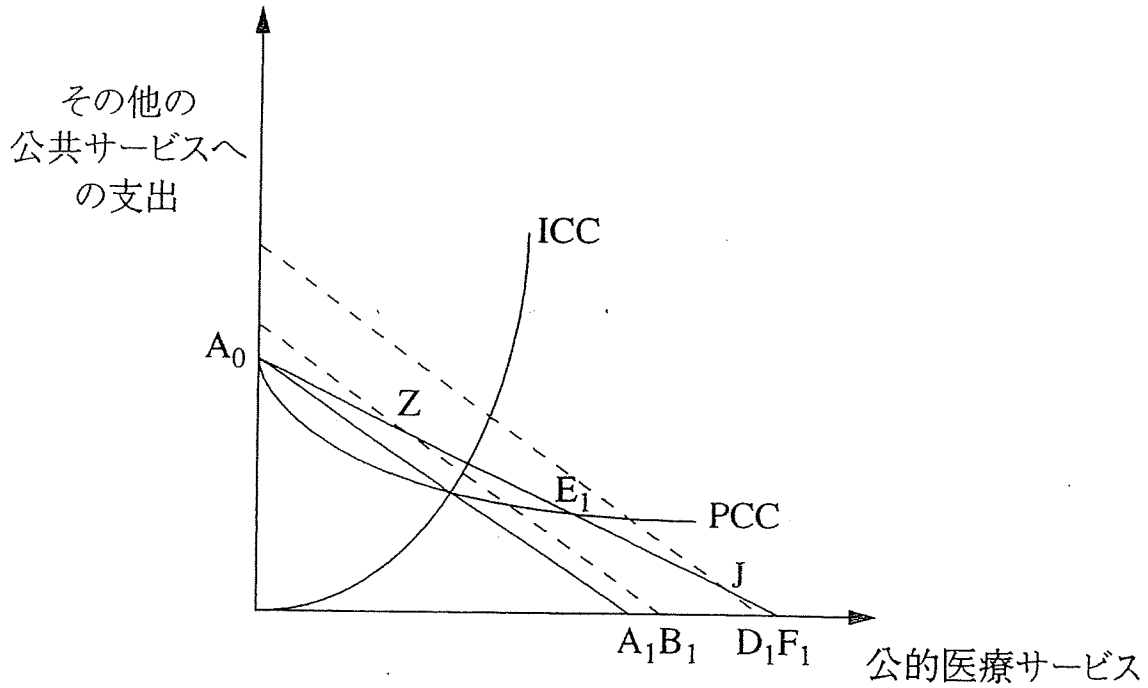
注：国際比較可能なデータの最新年次が1998年のため、この年のデータを使用した。  
出典：WHO 2001

図2 1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



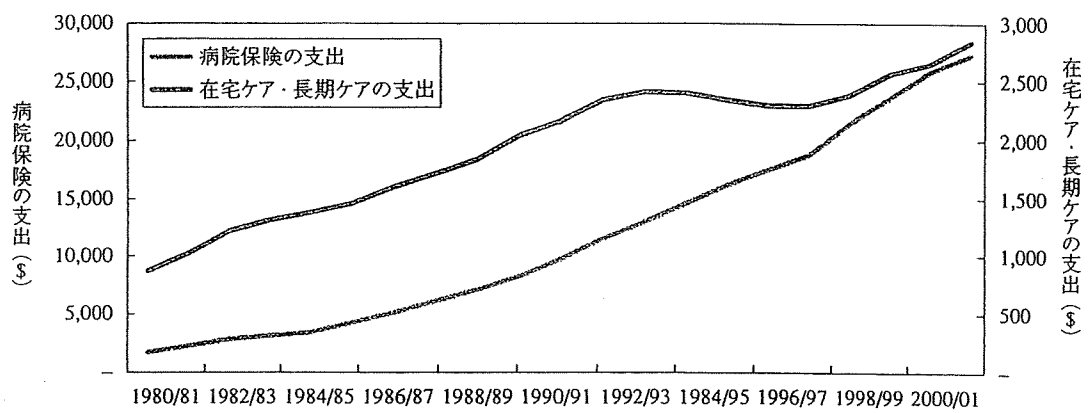
注：図中の平均弾力性は1960～2000年までの分のみによって算出している。予測した2001～2005年の分は含まれていない。なお、異常値を取った2年が計上されていない。それは1982年と1991年である。  
1982年においては弾力性が7.47であるが、その前の年と次の年には1.25と1.34である。  
1991年においては弾力性が31.53であったが、その前の年と次の年には2.55と2.73であった。  
出典：CIHI 2002e; Statistics Canada 2002c.

図3 連邦補助金の効果：定率補助金と一括(ブロック)補助金



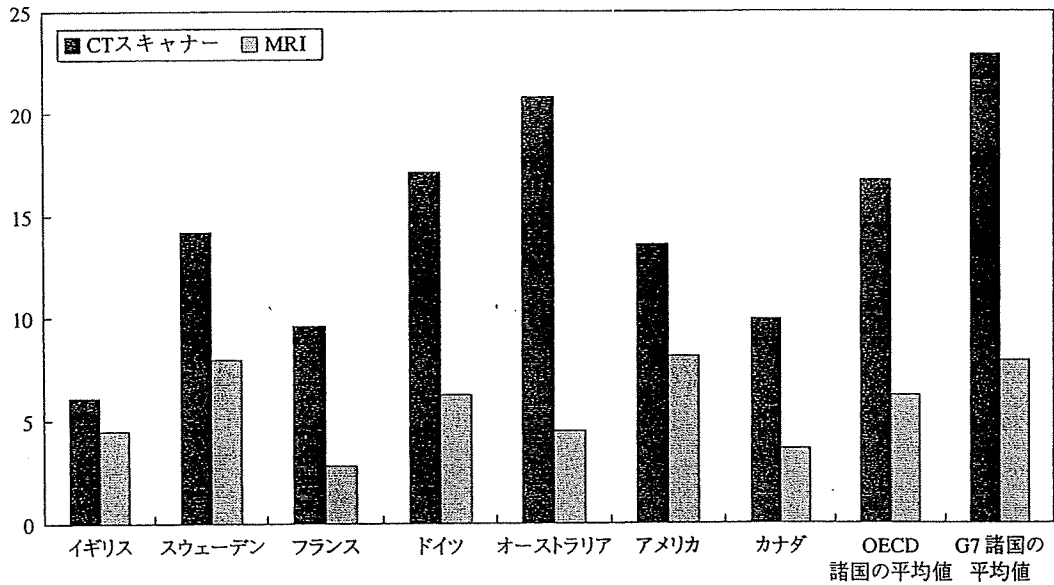
出典：Jha (1998), Ch. 21.

図4 病院保険と在宅ケア・長期ケアの支出の推移



出典：Health Canada 2001d.

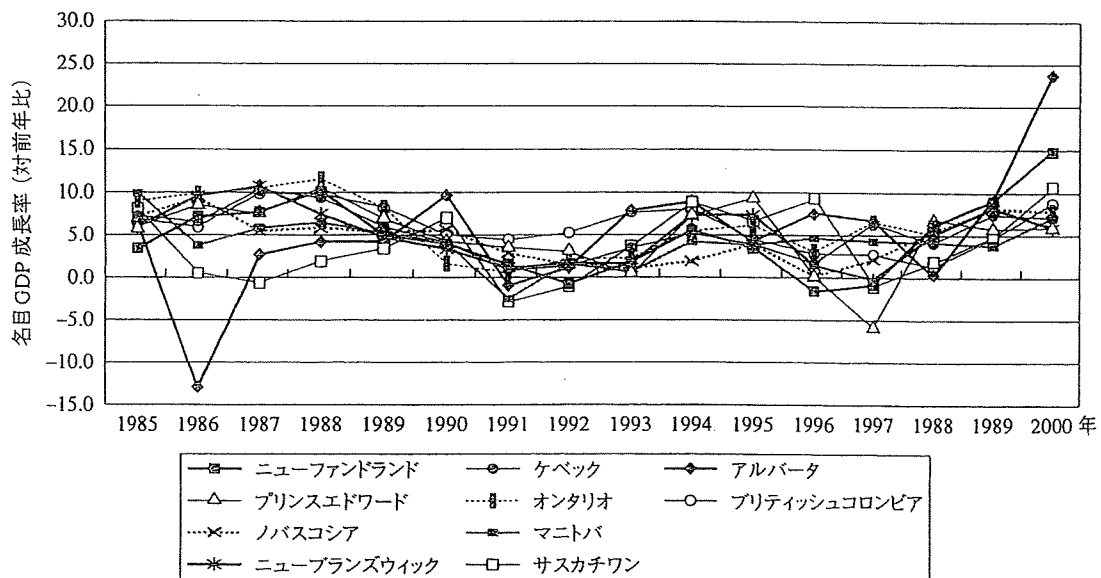
図5 CTスキャナーとMRIの普及率の国際比較



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6 カナダの州・準州の経済成長率格差



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。

## 資 料

平成15年度厚生労働科学研究  
政策科学推進研究事業公開シンポジウム  
『社会保障の負担の在り方について』  
プレゼンテーション資料  
(平成16年2月19日)

平成15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

主任研究者 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)  
分担研究者 小島克久(国立社会保障・人口問題研究所)  
大日康史(国立感染症研究所)  
山田篤裕(慶應義塾大学経済学部)

### 問題の所在と研究の意図1

- I. 医療保険改革における医療負担の変化の検証
- 平成13年12月高齢社会対策大綱の方針→社会保障制度においても世代間の公平性に配慮した給付と負担の均衡を図るとともに、負担能力のある者には能力に応じて公平に負担を求める。
  - 医療保険制度改革におけるこの方針の反映→  
(1)健康保険の被保険者本人の一部自己負担は他の医療保険と同様に3割へ引き上げ(2003年4月)。  
(2)老人保健制度における一部自己負担の定額制廃止と定率制(1割)への全面移行では、高所得者について定率2割負担を導入(2002年10月)。

## 問題の所在と研究の意図2

- I. 医療保険改革における医療負担の変化の検証(つづき)
  - 高齢者などの所得分布の実態を踏まえると、医療負担の変化は所得再分配の観点からどのような意味をもち、医療需要にどのような影響を及ぼすのか、データを用いて検証する。
  - 分析方法:厚生労働省「国民生活基礎調査」(1995年、1998年、2001年の各調査)の使用申請を経た再集計と、その結果に基づく実証分析。

## 問題の所在と研究の意図3

- II. 医療負担の財源選択に関する国際比較研究
  - OECD医療のパフォーマンス計測の動向を踏まえたわが国の医療保険制度のパフォーマンスの概観
  - 税財源による皆保険制度を実施しているカナダの国民医療制度の改革動向と課題に関するヒアリング調査
- III. 医療負担のあり方と国民の健康・福祉の水準との関連性に関する分析
  - 医療負担が変化しても医療需要の変化が小さい場合には、医療費抑制には負担の変化よりも、予防による医療需要抑制にも配慮する必要がある。←医療のパフォーマンス計測とフィードバックの関係
  - 若年者の健康・福祉の水準に影響する飲酒と喫煙の要因に関する実証分析



## 高齢者の所得格差の実態

- 高齢者の経済力に多様性があること＝「平成12年版厚生白書」・「平成14年版高齢社会白書」等の指摘
- 「平成13年国民生活基礎調査」再集計結果→高齢者の等価可処分所得の平均は237.9万円と年齢総数(264.9万円)の約90%の水準に達している。所得格差の指標であるジニ係数は0.338であり、同じ年次の年齢総数ベースのジニ係数(0.314)よりも高くなっている。時系列で見ても同様の傾向が見られる。
- 高齢者の経済力は平均値で見ると若年層と遜色ないが、大きな格差が存在するという傾向は、安定的。

表1 高齢者の経済力の状況

	(1) 高齢者等の所得格差と所得水準			(2) 高齢者等の低所得者割合	
	1986年	1995年	2001年	2001年	
	ジニ係数			65歳以上	
65歳以上	0.340	0.341	0.338	男・単独世帯	24.9%
年齢総数	0.278	0.295	0.314	女・単独世帯	42.0%
18～64歳	0.276	0.290	0.310	夫婦のみの世帯	15.2%
	可処分所得			年齢総数	15.3%
65歳以上	213.4	243.5	237.9		
年齢総数	232.4	275.9	264.9		
18～64歳	243.0	292.6	282.1		

資料：当研究班による厚生労働省「国民生活基礎調査」の再集計結果

注：1. 1986年調査は平成11年度厚生科学研究「活力ある豊かな高齢社会実現のための方策に関する研究」で行った同調査の再集計結果を引用

2. 可処分所得は一人当たり可処分を等価弾性値=0.5で算出した

3. 低所得者割合は可処分所得中央値の50%を下回る所得水準の者の割合を算出

4. (1)と(2)の年齢総数は小島克久(国立社会保障・人口問題研究所・分担研究者)による分析を一部引用、(2)の家族類型別は山田篤裕(慶應義塾大学・分担研究者)による分析から一部引用

## 高齢者の所得格差と医療費の負担能力

- 高齢者に比較的大きな所得格差が存在することは、低所得者が相当程度存在することを意味する。←表1(2)を参照。
- このような所得格差が高齢者の間で存在することは、医療費の負担能力にも大きな格差が存在することを意味する。
- 本研究ではまず、高齢者の健康状態別に所得格差と医療費負担の状況について、厚生労働省「国民生活基礎調査」(1995年、1998年、2001年の各調査)の再集計結果を基に分析を行った。

## 高齢者の健康状態別に見た所得格差と医療費負担の状況:「国民生活基礎調査」(1995年、1998年、2001年)の再集計結果①

- 高齢者は低所得層に相対的に多く分布しているが、高齢者の中では健康状態による所得分布の大きな差は見られず、健康でない高齢者に低所得層が顕著であるとは言えない。
- 高齢者の健康状態別ジニ係数を見ると、「良好」と「良くない」で高めに出ているが、健康状態間での顕著な差は見られない。時系列で見ると、高齢者のジニ係数は健康状態に関係なく縮小傾向にあり、年齢総数のジニ係数が拡大傾向にあるのとは対照的である(表2,3(1))。

表2 健康状態・所得階層別高齢者の構成比

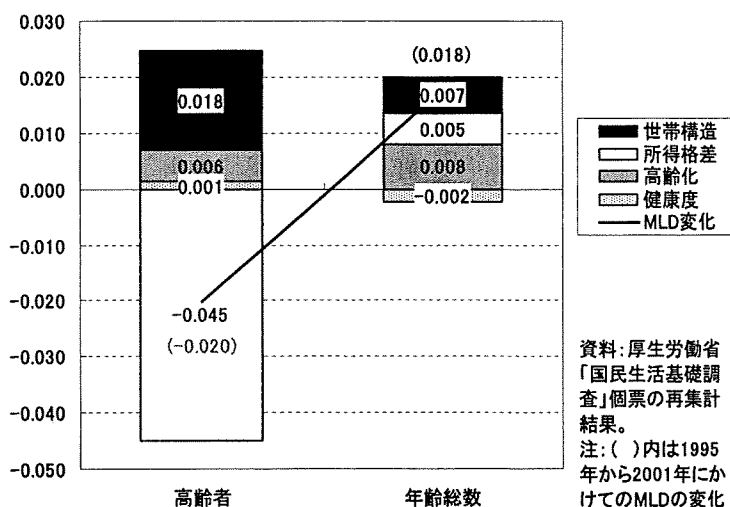
調査年・健康状態	構成比	所得階層別分布			
		低所得層	中所得層	高所得層	
1995年	良好	43.0%	41.1%	34.5%	24.4%
	普通	36.9%	44.1%	33.9%	22.0%
	良くない	16.4%	44.6%	33.0%	22.4%
	入院者	3.8%	45.2%	34.9%	20.0%
	総数	100.0%	42.9%	34.0%	23.0%
1998年	良好	41.3%	39.0%	36.3%	24.7%
	普通	38.2%	45.4%	33.9%	20.7%
	良くない	17.8%	44.1%	34.0%	21.9%
	入院者	2.7%	43.3%	32.1%	24.6%
	総数	100.0%	42.5%	34.8%	22.7%
2001年	良好	40.5%	37.3%	38.6%	24.1%
	普通	35.5%	38.5%	39.7%	21.8%
	良くない	21.2%	40.3%	36.9%	22.7%
	入院者	2.7%	48.3%	33.9%	17.8%
	総数	100.0%	38.7%	38.5%	22.8%

資料：当研究班による厚生労働省「国民生活基礎調査」の再集計結果  
 注：1.所得階層は年齢総数を基準とした所得十分位を基に、第1～3十分位を低所得層、第4～7十分位を中所得層、第8～10十分位を高所得層とした。健康状態は「自覚症状」、「日常生活への影響」、「通院」を基準に、全てある場合を「良くない」、「自覚症状」、「日常生活への影響」がない場合を「良好」、その他を「普通」とした。  
 2.構成比とは各年の高齢者に占める各健康状態の割合  
 3.小島克久(国立社会保障・人口問題研究所・分担研究者)による分析から一部引用

### 高齢者の健康状態別に見た所得格差と医療費負担の状況：「国民生活基礎調査」(1995年、1998年、2001年)の再集計結果(つづき)

- 高齢者の所得格差は、健康状態に関係なく縮小する傾向にあり、年齢総数のそれが拡大傾向にあるのとは対照的である。ところが、後期高齢者の増加、世帯構造の変化、健康状態の悪化が所得格差を引き上げる方向で寄与している。←図3

図3 高齢者の所得格差変化の要因分解(可処分所得、1995~2001)



高齢者の医療支出(保険料を除く)の程度を示すカクワニ指数の推計結果:「国民生活基礎調査」(1995年、1998年、2001年)の再集計結果(つづき)②

- 健康状態「良くない」で最も値が大きく(-0.347)、「入院者」で最も値が小さい(-0.147)。在宅の健康状態が良くない者で医療費負担の逆進性が高いが、これを医療費負担集中度要因と所得格差要因に分けると、後者の影響が大きい。
- 結果の背景: 健康でない高齢者は所得水準に関係なく同じ負担をしているが、所得格差が大きいために低所得層にとって不利な状況にある。一方、入院者では、所得格差が大きいが、医療支出が所得の高い者で多くなっている(表3(2))。

表3 健康状態別高齢者のジニ係数及びカクワニ指数

(1)ジニ係数				
健康状態	1995年	1998年	2001年	95→01年
65歳以上	0.365	0.362	0.349	-0.016
良好	0.362	0.358	0.353	-0.009
普通	0.370	0.361	0.340	-0.031
良くない	0.364	0.363	0.356	-0.008
入院者	0.347	0.384	0.346	-0.000
年齢総数	0.318	0.320	0.330	0.013
(2)カクワニ指数(2001年)				
健康状態	カクワニ指数	医療費集中度要因	所得格差要因	
65歳以上	-0.317	0.028	0.345	
良好	-0.310	0.039	0.349	
普通	-0.291	0.045	0.337	
良くない	-0.347	0.001	0.348	
入院者	-0.145	0.201	0.346	

資料：当研究班による厚生労働省「国民生活基礎調査」の再集計結果  
 注：小島克久（国立社会保障・人口問題研究所・分担研究者）による分析から一部引用

高齢者の健康状態別に見た所得格差と医療費負担の状況：「国民生活基礎調査」(1995年、1998年、2001年)の再集計結果の意味

- 高齢者の中で医療支出の負担能力に大きな差があり、これを配慮しないで一律に医療負担を求める制度では、健康でない低所得高齢者にとって不利な状況にある。彼らに配慮しつつ、(例えば2002年10月の老人保健制度における自己負担の改正のように)高所得の高齢者に応分の負担を求めることは、合理的な面があると思われる。

## 老人保健制度における自己負担の在り方が 高齢者の医療需要に及ぼす影響

- 高齢者の所得格差に配慮した自己負担は合理的な面があることが理解されたが、自己負担引き上げが外来診療への医療需要を過度に抑制することがあれば、高齢者の健康水準の維持・向上に好ましくない影響を持つ可能性がある。
- 高齢者に能力に応じた負担を求める自己負担を図りつつ、健康水準を維持する条件：高齢者の外来診療の自己負担に対する反応が弾力的でないこと。
- 老人保健制度の自己負担引き上げを対象に、このような条件が該当するか、「国民生活基礎調査」(平成7年、平成10年)の再集計結果を用いて考察した。

## 老人保健制度における自己負担が高齢者の医療 需要に及ぼす影響に関する実証分析

- 推定方法：外来診療を受けている場合を1、そうでない場合をゼロとする被説明変数に対して、自己負担の水準に関するダミー変数、所得水準(対数)、年齢別ダミー変数、世帯属性ダミー変数などを説明変数とする医療需要関数のプロビット推定。
- 推定結果：表

老人保険制度対象年齢の医療需要確率関数の推定結果

プールデータ		サンプル数: 15339			サンプル数: 23226		
説明変数		全サンプル 男子			全サンプル 女子		
		限界確率	標準偏差	P> z	限界確率	標準偏差	P> z
年齢	AGECL75	0.021	0.010	0.03	0.043	0.008	0.00
	AGECL80	0.034	0.012	0.00	0.032	0.009	0.00
	AGECL85	-0.017	0.017	0.31	0.006	0.012	0.64
	AGECL90	-0.064	0.029	0.02	-0.111	0.019	0.00
世帯属性	FAMILY2	0.010	0.013	0.43	-0.003	0.010	0.72
	FAMILY3	-0.016	0.016	0.31	0.004	0.011	0.69
	FAMILY4	-0.019	0.018	0.30	0.011	0.011	0.34
	FAMILY5	0.016	0.016	0.34	0.016	0.011	0.13
	FAMILY6	0.021	0.015	0.16	0.031	0.012	0.01
就業	WORKING	-0.062	0.015	0.00	-0.049	0.017	0.00
年金受給	NENKIN	0.015	0.002	0.00	0.007	0.002	0.00
所得の対数値	LNTYY	0.008	0.003	0.01	0.008	0.003	0.01
自覚症状	JIKAKU	0.318	0.008	0.00	0.315	0.006	0.00
健康意識	KENKO1	-0.254	0.013	0.00	-0.219	0.012	0.00
	KENKO2	-0.058	0.009	0.00	-0.046	0.007	0.00
農林業世帯	DFARM	-0.048	0.012	0.00	-0.052	0.009	0.00
自己負担	FUTAN	2.65E-06	8.49E-06	0.76	-1.25E-05	6.65E-06	0.06

出所:「国民生活基礎調査」(1995,1998年)より、筆者推計

## 老人保健制度における自己負担が高齢者の医療需要に及ぼす影響に関する推定結果1

- 就業していることと、健康がよいという意識は受診確率を下げる効果を持ち、年齢が増すにことは受診確率を上げる効果を持っている。
- 傷病があることと年金を受給していることは、そうでない場合よりも受診確率が有意に高い。
- 所得の多寡が医療需要に及ぼす影響は男女間で異なる結果を得た。男性では所得が大きいほど受診確率が上がるが(所得水準の対数の符号が有意にプラス)、女性ではそのような傾向がない。ただし、複数の時点をプールした推定結果では、所得の対数値の係数は、男女ともにはプラスで有意であった。

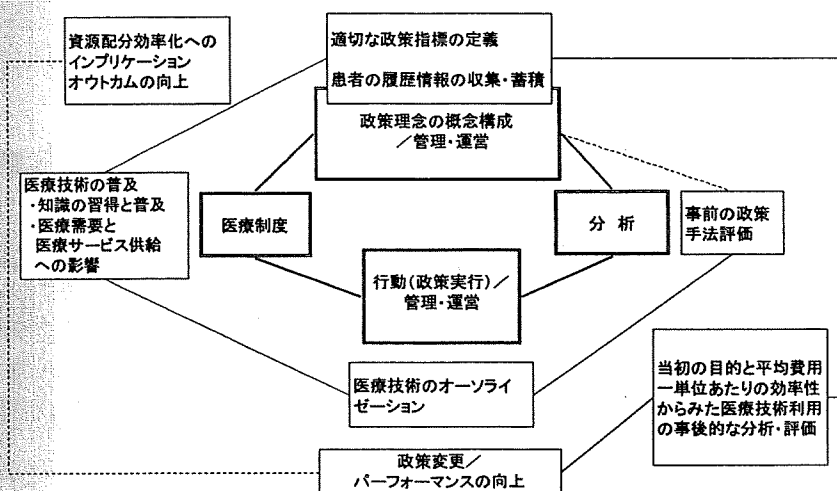


## 老人保健制度における自己負担が高齢者の医療需要に及ぼす影響に関する推定結果2

- 自己負担の対数値の係数については有意な推定結果とはならなかった。
- このことは、従来の自己負担引き上げでは老人保健制度の医療費抑制につながる受診行動を導くことにはならなかった半面、受診行動を抑制しすぎて、高齢者の健康水準に好ましくない影響をもたらすことにはなっておらず、医療財源確保と健康水準維持とのバランスを図ることができたことを示唆している。
- 一方、所得が大きいほど受診確率が高くなる結果は、貧困の悪循環が起こりうることを示している。高齢者の所得格差に配慮した自己負担の改正は、こうした可能性をなくす点でも合理的な面がある。

## OECD医療のパフォーマンス計測を踏まえたわが国の医療保険制度のパフォーマンスの概観

図 医療政策におけるパフォーマンス計測の評価の枠組み





## アメリカにおける所得格差と医療パフォーマンスとの関係について分析

- 所得格差は貧困の悪循環を通じて、医療のパフォーマンスに影響を及ぼす。アメリカでは、メディケアとメディケイドの対象とならない勤労者は、民間医療保険に加入して医療費を負担する必要があるため、所得分布の不平等度と医療パフォーマンスとの関係に早くから関心が集まり、実証分析が進められてきた。
- Rodgers GB. 1979, Le Grand J.1987, Kaplan GA, Pamuk E, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL.1996, Ben-Shlomo Y, White IR, Marmot M1996, Fiscella K, Franks P. 1997, Gravelle H. 1998, Kennedy BP, Kawachi I, Glass R, Prothrow-Stith D.1998, Lynch JW, Kaplan GA, Pamuk ER, Cohen RD, Heck KE, Balfour JL, et al.1998 など。

## カナダにおける所得格差と医療パフォーマンスとの関係について分析

- 国民皆保険であるが、医療保険の財源は税財源である点でわが国と異なるカナダでも、近年、アメリカと同様に地域格差と所得格差を考慮した医療のパフォーマンス計測が試みられている。
- Ross and Berthelot(2002)は、生産年齢人口の男性では、カナダとアメリカの両方で、貧困線以下の世帯の平均所得が全世帯平均所得に占める割合(不平等度)と癌による死亡率との相関を見ると、不平等度が大きいほど癌による死亡率が高いが、その相関の大きさはカナダの方が小さいことを見出している(図4)。

## わが国における所得格差と医療パフォーマンスとの関係について分析1

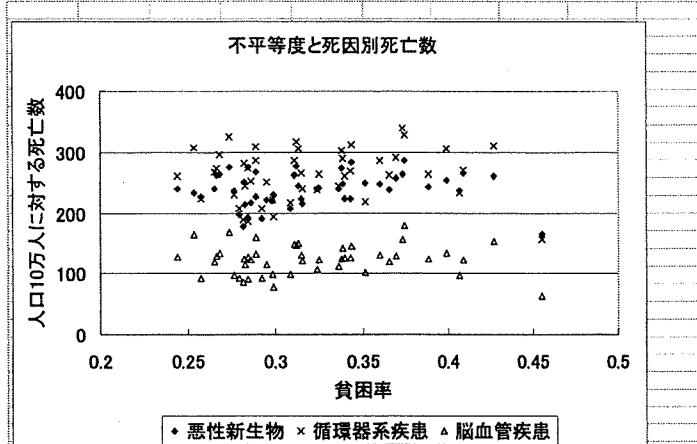
貧困線以下世帯の平均所得が全世帯平均所得に占める割合(不平等度)と人口10万人対死亡率との相関関係

	悪性新生物		循環器病		脳血管疾患	
	係数	t	係数	t	係数	t
切片	218.776	8.192539	239.6317	5.847001	120.3587	4.952405
X 値 1	62.73916	0.762594	73.86677	0.585024	9.007885	0.120309
重決定 R2	0.012758		0.007548		0.000322	

出所 「国民生活基礎調査」1998年、「人口動態統計」などにより、筆者推計。

注: 貧困線以下世帯の平均所得が全世帯平均所得に占める割合(不平等度)は「国民生活基礎調査」所得票による世帯所得を、都道府県別に推計した上で、総務省統計局「10月1日推計人口」都道府県別でウェイト付け推計を再度行い、筆者が独自に試算したものである。

## わが国における所得格差と医療パフォーマンスとの関係について分析2 グラフ



出所 「国民生活基礎調査」1998年、「人口動態統計」などにより、筆者推計。

注: 貧困線以下世帯の平均所得が全世帯平均所得に占める割合(不平等度)は「国民生活基礎調査」所得票による世帯所得を、都道府県別に推計した上で、総務省統計局「10月1日推計人口」都道府県別でウェイト付け推計を再度行い、筆者が独自に試算したものである。

## 税財源による医療負担のあり方とその課題： カナダの国民医療制度との比較1

- カナダの国民医療制度は、各州の皆保険医療制度に、一定条件のもと連邦補助金を与えることを通じて、全州に医療サービスを保障する制度である。ただし、連邦政府は医療以外にも予算を配分する必要があるため、医療の連邦補助金を抑制せざるを得ないため、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(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できない問題を生じさせた。

## 税財源による医療負担のあり方とその課題： カナダの国民医療制度との比較2

- 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。
- 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」(カービー報告)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(ロマノウ報告)。

### 税財源による医療負担のあり方とその課題： カナダの国民医療制度との比較3

- 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(一括補助金と定率補助金の相違)では、州の予算制約線を定率補助のAOF1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なる結果となった。

### 連邦補助金の効果：定率補助金と一括(ブロック)補助金

(出所: Jha, Raghbendra, 1998, Modern Public Economics)

