

応することになった。本論文中、後出の解釈では、州の機関に加え、医療従事者や民間保険会社も監督権の対象として加えている。これらのプロセスと並行して、政策的優先課題への取り組みを支えるため、連邦政府と各州政府との間に財務関連の協定が結ばれていった。

1930年代を通じて、各州では公的医療制度についての研究を開始した。中でもプリティッシュコロンビア州では、公的医療制度の要素を取り入れたいと、州側から提案を行っている(Tuohy 1999)。第二次世界大戦が始まるころには、連邦政府も独自に公的医療制度研究に着手していた。そして1942年、「医療保険に関する省庁間諮問委員会(Interdepartmental Advisory Committee on Health Insurance)」(通称ハーガティ委員会)により、州政府は連邦政府から財政上の支援を得て、全住民が加入する公的医療制度を確立するべきであると提言する画期的な報告書がまとめられた。この報告書で提案された内容の大半は、これに続いて1944年にまとめられた特別委員会報告でも、支持・再提案され、1945年、社会政策イニシアチブに関する連邦・州会議で討議にかけられた。両委員会は、英国のピバレッジ卿の研究から影響を受けている⁵⁾。

このように1944年当時、国民健康保険タイプの公的医療制度導入に関する提案は広く支持を集めていたにもかかわらず、連邦の政治的勢力図には変化が現れてきており、ときの政権を握っていた自由党は、大々的な改革の導入を避けるようになった(Tuohy 1999; Banting and Boadway 2004)。加えて、1945年の会議でも、続く1946年の会議においても、各州と連邦政府は、合意に到達することができなかった。その結果、全国規模の包括的な計画を実施するのではなく、25年もかけて徐々にメディケアを導入していったのである。

1947年、最初に西部のサスカチュワン州で公的な入院費負担保険が導入され、これに続きプリティッシュコロンビア州およびアルバータ州でも

同様の制度が成立した。1948年には連邦政府でも進展が見られ、病院建設や公衆衛生活動のプログラムに対する財政支援が行われた(Tuohy 1999)。連邦・州政府間協議の結果、1957年、病院保険および診療サービス法(Hospital Insurance and Diagnostic Services Act)が成立、同プログラムの費用は連邦と州政府が分担することとし、1958年から1961年までの間に、すべての州が加入した。さらに1960年代の初めには、カナダ全人口の半数近くが、外来治療についても適用される保険に加入するようになった。これらは企業の雇用主が提供する保険で、民間の営利的な保険会社が運営するものもあれば、非営利的な保険制度もあった(Tuohy 1999)。

1960年代を通じて、公的医療の範囲は拡大されていき、1962年、再びサスカチュワン州を皮切りに、入院治療以外でも医師による治療が適用範囲に含まれるようになっていった。これらのイニシアチブに続いて、ホール委員会(Hall Commission)による大々的な全国的研究に基づく提言が発表された。

国民皆保険制度の実施には、医師会が激しい抵抗を示したものの、1966年後半、連邦政府は医療法(Medical Care Act)の導入に踏み切った。これにより、医学的に必要な医療であり、かつ、(1)公的な運営、(2)包括性、(3)普遍性(全住民への適用)、(4)ポータビリティ性の4つの条件を満たすものであれば、連邦政府からの満額の医療費補助が行われることになったのである。(4)のポータビリティ性とは、カナダ国民がある州から別の州に引越しても、医療制度間の移行が自由に行えることを意味する。州民一人当たりの平均医療費の50%について、連邦からの財政移転が約束されたことから、各州も参加を決断しやすかった。こうして1968年から1972年にかけて、カナダ全土の州および準州がメディケアの実施に踏み切った。

「医学的に必要な」サービスには、ほとんどのへ

ルスケアが含まれたものの、歯科治療、医薬品、メガネそして人工装具は除外された。これらのサービスについては、個人負担もしくは規模は縮小されたがメディケア導入後も運営を続けていた民間の医療保険でまかなわれた(Tuohy 1999)。各州では、自己負担を患者に請求することはなかった。というのは、連邦政府からの財政移転は州の支出に基づいて行われていたため、患者への自己負担の請求は、州政府にとって利益がなかったからである。

医療制度の維持

公的医療制度の実施以来、連邦政府と州政府は

補助金の提供に関する一連の協議を重ねてきたが、近年では、制度運営の状況が協議の議題として取り上げられている。全体の傾向として、メディケアの導入当初、連邦政府は積極的に費用を負担して各州におけるプログラムの立ち上げを支援したが、1970年代前半の導入初期以降は、以前ほど容易に補助金を提供しなくなった。それは、制度導入期から、制度を維持する段階に入ったためである(Banting and Boadway 2004)。カナダの医療財政に関する主な動きは表1の通りである。

連邦政府は、1966年の医療法に定められた4条件に適合している限り、州の医療費支出に対し同額の補助を行うことで、州政府がそれぞれの州における医療費をまかなうことができるようにした。

表1 カナダ医療財政に関する主な動き

年次	法・制度名	内容	財政関連事項
1966年	医療法 (Medical Care Act)	連邦政府が、全国民に適用される公的医療制度 (国民皆保険制度) を導入。1968年から72年の間にすべての州で同制度が採択された。 「医学的に必要な」専門サービスに対して、連邦政府から補助金を受けるための4つの条件：公的な管理、包括性、普遍性、ポータビリティ性が確保されていること	連邦政府は州民一人当たりの平均医療費の50%を負担
1977年	制度財源調達法 (Established Programs Financing: EPF)	連邦政府は資金提供のしくみを、医療および高等教育への資金をひとまとめに提供する「ブロック補助金」へと変更	1975-76年実績を基に、国民総生産 (GNP) および人口増加率を考慮して調整を行い、50%を負担 補助金の50%は税源移譲の形で (所得税の13.5%、法人税の1%) を連邦政府から州政府の財源へと移転
1984年	カナダ保健法 (Canada Health Act: CHA)	前述の4条件に加え、「適切なアクセス性」を追加	自己負担を請求を許した州にはペナルティを課す規定を導入
1995年	カナダ医療社会福祉交付金 (Canada Health and Social Transfer: CHST)	EPFの項目に社会福祉を追加	定率補助金ではない。43%が医療費へ 財政移転総額を減少させ、各州による柔軟性を増大
2004年	カナダ医療補助金 (Canada Health Transfer: CHT)	医療向け資金をCHSTブロック補助金から分離	州による透明性および説明責任の確保を目的とする

これに加え、ほかの種類の財政移転も手伝って、カナダ全土のすべての州でほぼ同レベルの医療を提供できるようになった。しかし、1970年代に入ると経済が減速し、連邦政府は各州からの資金需要を抑制する必要が出てきた。これは、州政府の支出の共同負担責任という理由から、とりわけ重要であった。つまり、医療費分担政策とは事実上、各州が税収により自ら調達した資金1ドルにつき2ドルずつ使うというもので、残る1ドル分は連邦政府が負担するしくみだったからである。

これに対処するため、連邦政府は「制度財源調達法 (Established Programs Financing: EPF)」を導入した。この新しい方法では、医療費と高等教育向けに支払われていた補助金とを組み合わせ「ブロック補助金」とし、各州が自らの判断で配分することができるようにした。また、この新制度では、財政移転の半分だけが現金で提供され、残りの半分は税源移譲という形で提供された。すなわち、連邦政府が徴収する所得税を13.5%、法人税を1%減らし、州政府が徴税する割合をその分だけ増やしたのである (Department of Finance 2007a)。こうした変更の結果、州政府にとっては柔軟な支出を行うための自由度が増し、一方の連邦政府は、医療費などの社会保障費を援助する将来的な負担を軽減することができた。

EPFの影響のひとつに、州政府には自己負担の追加請求を阻止する理由が無くなったという点が挙げられる。この追加請求とはすなわち、医者が州政府に対し請求する医療費点数に加えて、別途患者に対し追加料金を請求することをいう。麻酔専門医など特定の専門医の間では、このような請求を行う傾向が強い。しかし、このような慣行に対しては、多くの市民の間で反発が強かった。また、州ごとに傾向に差があり、とりわけアルバータ州ではこのような慣行が顕著に見られた。

1984年に制定されたカナダ保健法 (Canada Health Act: CHA) によって、この医療制度の本

質を堅持しようとする連邦政府の姿勢が明示された。ほかの措置に加え、CHAにより、連邦政府による補助金を受けるための5つ目の条件、すなわち「(医療への)適切なアクセス性」という基準が盛り込まれた。つまり、政府が保証するサービスに対し追加料金を請求することは、患者にとってのアクセスしやすさを制限するものであるとみなしたものである。連邦政府は、各州に対し追加請求額の報告を求め、それと同額だけ連邦補助金支給額を差し引くという措置を通じて、この新たな条件の施行を徹底した。これにより、各州は順守のための行動に出ざるを得ず、それぞれの管轄圏で追加料金請求を取り締まった。

1990年代初めの不況により、連邦政府の財政難に拍車がかかり、GDPの4%から5%に上る赤字を出し続けた結果、1995年、政府債務残高がGDPの45%にまで到達した。当時の自由党政権は、支出の抑制に取り組み、とりわけ各州への移転額を削減しようとした。

このようなコスト抑制政策の下、1995年、カナダ医療社会福祉交付金 (Canada Health and Social Transfer: CHST) と銘打った医療財政改革が実施された。連邦政府は、それまで社会福祉プログラム向けに提供されていた補助金を、1977年に設けられたEPF (医療・高等教育) 補助金ブロックと統合したのである。こうして、州による資金配分の柔軟性はさらに増大した。以前のような定率補助金ではなく、補助金の用途については、明らかに過去の支出を基準としてはいたものの各州の自由裁量に任されることとなった。その反面、すべてのプログラムを合計した財政移転の総額は、削減された。

支出を抑制しようとする連邦政府の固い決意と経済成長により、1997年以降は一貫して黒字財政が続いており、2007-08年度には債務残高もGDPの30%にまで減少した (Department of Finance 2007b)。財政的に余裕が生まれてきたことから、

連邦政府は医療に関する国民の懸念に応え、再び積極的に医療分野にかかわるようになった。連邦政府は、二つの大規模な研究を行い、Romanow (2002) と Kirby (2002) の二つの報告で医療に関する選択肢の検討結果がまとめられた。

これらの報告を基にした、連邦・州政府間会議が 2003 年および 2004 年に開催された。この会議の主眼は、医療保健システムパフォーマンスの透明性および州政府による説明責任の向上と引き換えに、連邦からの補助金を増額することであった。2003 年の会議の結果「医療改革に関する州首相協定 (First Minister's Accord on Health Care Renewal)」が合意され、連邦補助金が増額された。これにより、医療改革交付金 (Health Reform Transfer) についても合意され、5 年間にわたり、在宅医療、プライマリーケア、医薬品費の一部負担などを目的として合計 160 億ドルが提供される。新設されたカナダ医療審議会 (Canada Health Council) が、各州の制度運営の状況 (例えば手術までの待機期間など) についてモニタリングを行う。

2004 年の会議では「カナダ保健協定 (Canada Health Accord)」が合意され、医療費の増大に対応するため毎年 6% ずつ補助金を増やしていくなど、今後 10 年間にわたり連邦政府からの支援を強化していくことが約束された。また、腰や膝の手術など 5 つの重要分野で待機期間を削減するために資金提供が行われる。CHST を再び「カナダ医療補助金 (Canada Health Transfer : CHT)」と高等教育および社会サービスに当てられる「カナダ社会補助金 (Canada Social Transfer : CST)」という二つの明確な区分に分けることで、説明責任が向上した。

医療財源の確保

1990 年以来、医療費への総支出は、平均して年率 5.8% の割合で増加の一途を辿っている。医療費の 70.6% は公的財源によってまかなわれており、残りは、前述の通り民間の医療保険を含めた民間からの支出により構成されている。表 2 に示すとおり、医療のあり方を決定する上で連邦政府も重

表 2 カナダにおける医療費支出総額 (財源別) 1975～2007 年

(上段：10 億カナダドル、下段：%)

	1975 年	1980 年	1985 年	1990 年	1995 年	2000 年	2005 年	2007 年*
公的	9.30 (76.2)	16.83 (75.5)	30.09 (75.5)	45.44 (74.5)	52.72 (71.2)	69.27 (70.5)	99.08 (70.1)	113.03 (70.6)
州政府	8.71 (71.4)	15.79 (70.8)	28.20 (70.8)	42.47 (69.6)	48.94 (66.1)	63.64 (64.8)	90.75 (64.2)	103.83 (64.8)
連邦政府 (直接支出)	0.40 (3.3)	0.58 (2.6)	1.16 (2.9)	1.97 (3.2)	2.67 (3.6)	3.61 (3.7)	5.29 (3.7)	5.75 (3.6)
市町村	0.07 (0.6)	0.23 (1.0)	0.27 (0.7)	0.36 (0.6)	0.39 (0.5)	0.69 (0.7)	1.07 (0.8)	1.21 (0.8)
労災等の 社会保険	0.12 (1.0)	0.23 (1.0)	0.46 (1.2)	0.64 (1.1)	0.72 (1.0)	1.33 (1.4)	1.97 (1.4)	2.24 (1.4)
民間	2.90 (23.8)	5.46 (24.5)	9.75 (24.5)	15.58 (25.5)	21.29 (28.8)	28.99 (29.5)	42.17 (29.9)	47.10 (29.4)
総数	12.20 (100.0)	22.30 (100.0)	39.84 (100.0)	61.02 (100.0)	74.00 (100.0)	98.26 (100.0)	141.24 (100.0)	160.13 (100.0)

注：* 推計値

資料：CIHI 2007a

要な役割を果たしているにもかかわらず、連邦政府による直接の支出は全体の3.6%でしかない。州政府からの支出は全体の約65%を占めており、公的支出の92%を占めるに至っている。支出の約2%が労災等の社会保険から、1%が市町村から支払われている。民間からの支出は、主に民間の医療保険からの給付と家計からの支出である。

各分類別の支出割合は、これまで大きく変動してきた。公的支出の割合が1975年の76.2%から1995年には71.2%まで低下した点が注目されるが、その後はおおむね安定的に推移している。州政府による負担も1975年の71.4%から、2007年には64.8%まで低下している。その一方で、民間による支出割合が上昇している（同期間中に23.8%から29.4%に増加）。また、連邦政府（直接支出）・市町村・労災等の社会保険が占める割合の合計も約5%から約6%へと若干の伸びを示している。次に、財源別の支出の性質について概観したい。

連邦政府

連邦政府による支出の割合は低くとも、実際の貢献度は決して小さくはない。というのは統計値には、「支払い責任」に基づく直接支出しか反映されていないからである（CIHI 2007b）。連邦政府によるこの直接支出は、先住民および退役軍人向け医療保険、研究、保健情報、その他の公衆衛生イニシアチブなど、一定のプログラムの運営に利用されている。

統計では、連邦政府が医療補助金や平衡交付金として州政府に対して行った財政移転が、州政府の支出として計上されている。連邦政府による実際の貢献額を割り出すには複雑な計算が伴う。というのは、連邦から州・準州への財政移転は、5つの主要なプログラムを通じて行われているからである。カナダ医療補助金（CHT）、カナダ社会補助金（CST）、医療改革交付金、平衡交付金（Equaliza-

tion）、そして準州交付金（Territorial Formula Funding：TFF）である。連邦政府が出し惜しみしているとする州側からの再三の指摘を受けて、財務省が計算したところ、2004年における公的支出に占める連邦政府支出の割合は、約40%と算出された（Department of Finance 2004）。

より最近のデータに基づき控えめに見積もった結果も、この数値を裏付けている。連邦政府による2007年の直接支出は60億ドルであった。医療財源としてしか利用できない医療補助金（CHT）は、2007-08年度には現金220億ドル、税源移譲130億ドルで、合計350億ドルであった（Department of Finance 2008）。これに加えて、前述の医療改革交付金は臨時対策であるが、5年間で160億ドルが予定されており、一年につき約30億ドルの支出となる。

2007-08年度の平衡交付金は合計349億ドルに達し、その他にカナダ社会補助金（CST）も州政府に交付されている。これらの補助金も一部医療に振り向けられているが、その額を割り出すのは困難であるため、ここでは計算に含まれていない。

それでも、2007年の連邦政府による直接支出、医療補助金（CHT）および医療改革財政移転を合計すると440億ドル、すなわち公的支出の約39%に達するのである。こうした連邦政府による支出の分担に支えられ、各州はカナダ保健法が連邦政府からの支援を得る上で求める5つの条件を確保することができたのである。しかし、ここにも議論の種はある。税源の移譲を受けて30年後の現在、州政府はもはやこれを州独自の収入源とみなしており、その分だけ連邦政府の貢献度は差し引いて考えるべきだというのである。また、平衡交付金を医療費に使うべきではないとも主張している。こうした財源を除外すると、連邦政府が占める割合は27%となる。

州政府

既に述べたように、資金を供給して、州民に医療サービスを提供する主たる責任は州政府が負う。州政府は連邦政府からの補助金と州の収入を組み合わせて、そのための資金に当てている。州の収入源は、主として州民の所得税および消費税である。

アルバータ、ブリティッシュコロンビア、オンタリオの3州には、医療財源だけに割り当てられる「医療税」(healthcare tax) というものがある。医療税には州によって幅があり、オンタリオ州では一家族につき年間900ドルくらいだが、ブリティッシュコロンビア州では1,200ドルを超える。この医療税によって、オンタリオ州における医療費の約7%が、またブリティッシュコロンビア州では12%がまかなわれている。オンタリオ州で医療税が導入されたのは2004年、前政権から負債を引き継いで新政権が誕生した年である。一般税の増税に対して州民の批判が強い中、医療だけに割り当てる

特別税なら受け入れやすいのではないかという政治的計算が働いたのである⁶⁾。

連邦政府から州政府に提供される医療補助金は、前述の通り各州の人口や財力などに応じて決定される。このような方法を通じて、州ごとの財政力や人口構造には大きな違いがあるにもかかわらず、医療面における資金・供給・実績は、全国でほぼ同等の水準を達成することができたと言える。表3に示す通り、カナダにおける人口一人当たりの医療費は平均で年間約4,867ドルである。最も低いケベック州では4,371ドルで、カナダ全体の平均額を10.1%下回っており、逆にアルバータ州の5,390ドルが最高額で、平均より10.7%高い。これに対し、各州の支払い能力を一人当たりGDPに基づいて見てみると、カナダの平均を29%割り込むプリンスエドワードアイランド州の31,071ドルから、平均を61%も上回るアルバータ州の71,102ドルと幅がある。

医療費に占める公的支出の割合は州ごとにより異なる。オンタリオ州では67%だが、サスカチュ

表3 人口、高齢化率、医療費

	人口 (2007年、千人)	1人当たり国内総生産(GDP) (2006年、カナダドル)	高齢化率 (2007年、%)	医療費合計 (2007年)		
				1人当たり合計 (カナダドル)	GDPの割合 (%)	公的支出割合 (%)
ブリティッシュコロンビア	4,380	41,835	14.1	4,713	10.9	71.5
アルバータ	3,474	71,102	10.4	5,390	7.3	74.0
サスカチュワン	997	46,603	14.8	5,179	10.6	77.8
マニトバ	1,187	38,081	13.6	5,250	13	75.4
オンタリオ	12,804	43,965	13.1	4,975	10.9	67.2
ケベック	7,701	36,965	14.3	4,371	11.3	71.7
ニューブランズウィック	750	33,832	14.5	5,070	14.3	69.9
ノバスコシア	934	34,243	14.8	4,850	13.6	70.8
プリンスエドワードアイランド	139	31,071	14.3	4,686	14.4	71.5
ニューファンドランドおよびラブラドル	506	50,234	13.9	5,011	10.0	76.6
カナダ全体	32,976	44,333	13.4	4,867	10.6	70.6

資料：CIHI 2007b, Statistics Canada

ワン、マニトバ、ニューファンドランドおよびラブラドルの諸州では75～78%である。この違いは、メディケアを補うものとして企業の雇用主が民間の保険を提供しているかどうかにかかるところが大きい。また、マニトバ州やサスカチュワン州で公的支出の割合が大きいもうひとつの要因は、これらの州には先住民が比較的多く住んでいるためである。先住民は、ほかの多くのカナダ人とは異なり、医薬品費や歯科治療に関しても、連邦政府のプログラムに基づく公的支出の適用を受けているのである。

州による財政支援の一部を地域単位で実施したことにより、医療への資金供給の仕方に大きな転機が訪れた。それ以前は、各病院に対し州政府が総額予算を拠出するのが標準的であった。しかし、1989年のケベック州を皮切りに、すべての州で、より一体的なサービスを提供する地域保健局(RHA)を設立する動きが始まった(Lewis and Kouri 2004)。オンタリオ州が最後で、2005年にこのプロセスをスタートさせている。RHAは対象とする人口にばらつきがあり、サスカチュワン州の平均77,000人から、ブリティッシュコロンビア州の839,000人やオンタリオ州の885,000人まで幅がある。病院に対する財政支援は地域化されたものの、ほとんどの医師に対する支払いは、出来高払い制に基づき、引き続き州政府が直接行っている。

カナダ保健法で義務づけられていない医療サービスや製品が、どの程度、州ごとのプログラムの対象となっているのかという点については、州の間で差がある。最も大きな差があるのは、病院外での医薬品の使用、歯科治療、理学療法、眼検査・メガネなどである。しかし、人口の半数以上は、こうした支出を民間保険でまかなっている。大半の州では、社会扶助を受けている貧困層や民間保険に加入していない高齢者に対しては、医薬品や歯科治療に関して何らかの補助を行っている。ケベック州民は、1997年に導入された政策に基づき、

医薬品への支払が補償される民間もしくは公的な制度に加入することが義務づけられている。カナダ保健法で保障されている以外のサービスや製品を対象とする州別のプログラムについては、別途保険料を徴収したり、一部自己負担が伴ったり、また、免責金や共同保険料が設けられていることが多い。

医療制度における労災等の 社会保険と(市町村レベルの)地方自治体

労災等の社会保険支出と市町村レベルの地方自治体の支出が全医療費に占める割合は、二つ合わせてもわずかだ、2007年においても2%強に過ぎない。前者による支出の主なものは、就業中に負傷した従業者を支援する州の労働者災害補償委員会による支出である。これらの支出は雇用主の負担によってまかなわれ、業種別の「事故率」に応じて給与の一定割合を拠出する義務が課せられている(CIHI 2007b)。労災等の社会保険からの支出には、前述の(民間保険非加入者を対象として医薬品費を補償する)ケベック州の強制保険制度も含まれている。この保険制度は、自営業者や民間保険を提供していない組織の従業者が支払う保険料を資金源としている。

後者として、市町村が直接支出する保健医療関連費用もある。保健医療施設でのサービスや公衆衛生、設備投資のための支出のほかに、ノバスコシア州、マニトバ州、ブリティッシュコロンビア州の場合は、歯科サービスの一部も市町村が負担している(CIHI 2007b)。

民間からの支出

民間からの支出は、カナダのメディケアの適用対象外のサービスや医療品の支払いに当てられる支出と定義される。

医療費に占める民間支出の割合は、全医療費の23.8%から、2000年には約29%へと増加した。その後は、医療費全体の伸びに伴って民間支出額も増加し続けているものの、全体に占める割合はあまり変わっていない。民間支出に占める営利または非営利団体による保険からの支払いの割合は、2005年には40.9%に達し、1988年の29.2%から大幅に増大している(CIHI 2007a)。この間、民間支出に占める家計支出額の割合は、1988年の58.1%から2005年の48.2%へと減少した。これを全医療費に占める割合に換算すると、2005年、家計からの支出は全医療費の15%弱に相当した⁷⁾。

民間支出には、民間保険や家計からの支出のほかに、第3の項目がある。「非消費」と呼ばれる項目で、病院が診療以外から得た収入（駐車場代など）や私的施設への資本支出、医療研究費などの種々の資金がこれに該当する。民間支出に占める当該項目の割合は、2005年は約11%で、1988年の約13%より減少している。

民間支出のうち、最も大きな割合を占めるのは医薬品で34.2%（内訳は、処方薬が24.9%、市販薬が9.3%）、次いで歯科治療（23.0%）、入院費（個室代など、9.3%）、その他の機関への支払（介護施設、精神科治療、慢性疾患治療など、9.0%）、眼科治療（メガネ処方など、6.9%）、管理費（6.1%）、研究費（2.3%）となっている（CIHI 2007a）⁸⁾。

概して、上記の割合は過去数年間にわたってほとんど変化がないが、その絶対額は医療費の全般的な増加に伴って増え続けている。例外は医薬品である。医薬品の割合は、1990年時点で民間支出の29.9%であったのに対し、2007年には34.2%となった。これは、処方薬の支出の伸びが大きかったことを反映している。

民間の医療保険は、従業員福利の一環として雇用主が提供することが一般的である。政府は、民間保険制度を支援するため、雇用主が従業員のために支払った保険料については課税していない。

カナダ保健法で定められた「医学的に必要な」サービス以外のサービスを補償する民間保険あるいは公的保険への加入者の割合にはばらつきがある。2003年の調査によると、カナダ国民の61%が民間または公的な何らかの歯科保険に加入しており、また、79%が医薬品費にも適用される民間もしくは公的な制度によって補償されていると報告している（CIHI 2007b）。収入が少なくなればなるほど、パートタイムの従業員や失業者であるほど、保険に加入していると答える割合が低い。

10州のうち6州（オンタリオ州、ケベック州、プリティッシュコロンビア州、アルバータ州、マニトバ州、プリンスエドワードアイランド州）において、公的制度によって補償されるサービスを対象とした民間保険の販売は禁止されている（Flood and Archibald 2001）。これは、公的システムと重複する民間システムの市場提供を禁ずるものである。この禁止令については、最近法廷で争われている。1年以上にわたって人工股関節置換手術の実施を待たされたケベック州のある患者と、患者が長期の順番待ちを強いられているサービスを提供するため、民間病院を開業しようとした医師の訴えに基づいて、カナダ最高裁判所において審理が行なわれた。その医師の名に因んで「シャウリ（Chaoulli 事件）」と呼ばれた裁判の結果では、人工股関節置換手術や膝関節置換手術など、長期の順番待ちが必要となる一定の治療について、人々はそのための保険を購入することができるとされた（Day 2007）。

家計からの支出には、民間保険に加入していない人の医薬品、歯科治療、眼科治療などの支払が含まれる。また、民間保険の加入者が支払う免責金、一部負担金、共同保険料なども含まれる。2004年の調査によると、医療費の負担の高さを理由に、医師の診察を受けなかった（カナダ国民の6%）、医学検査や治療、フォローアップを断った（8%）、処方された医薬品を購入しなかった（9%）と答え

た者がいる (CIHI 2007b)。

**カナダの医療における主要課題：公平性、
財政の持続可能性、改革**

カナダの医療政策立案者は、すべての先進国が抱えているのと同様の諸課題に直面している。つまり、ますます高まりつつある医療サービスに対する需要に応えなければならない一方で、国内および州内において均一なレベルの医療を提供することが求められているのである。均一レベルの医療という点に関しては、カナダは既に述べた通り十分な成功をおさめており、各州で公平な資金供給を実現してきた。アクセスやアウトカムについ

て言えば、州ごとの差異はあるものの、カナダ国民は全般的にかなり公平な医療を受けていることが、データから分かっている。

表4は、州間で医療従事者の相対的な数にばらつきがあることを示している。とりわけ看護師については、ばらつきが大きい。これらの差が生じる背景は、財政面での制約ではなく、むしろ医療提供方法の相違によるところが大きい(Banting and Boadway 2004)。州面積が最小のプリンスエドワードアイランド州では1,000人当たりの医師数がわずか1.44人であるのに対し、ノバスコシア州やケベック州は2人以上である。財政的により裕福なブリティッシュコロンビア、アルバータ、オンタリオといった州では、看護師数が少なくなる傾向があ

表4 医療関連の人的資源および指標

	医療関連の人的資源 人口1,000人当たりの人数 ¹⁾ (2005年)		健康指標 ²⁾	
	医師	正看護師	平均寿命 (2004年)	健康状態が「非常に良い」または「優れている」とする12才以上人口の割合(%, 年齢標準化、2005年)
ブリティッシュコロンビア	1.99	6.50	80.9	64.4
アルバータ	1.88	7.97	80.2	67.3
サスカチュワン	1.56	8.63	79.3	64.9
マニトバ	1.79	9.56	78.9	66.4
オンタリオ	1.76	7.10	80.6	65.9
ケベック	2.15	8.37	79.4 ³⁾	58.6 ⁴⁾
ニューブランズウィック	1.72	9.99	79.7	54.4
ノバスコシア	2.18	9.32	79.1	64.4
プリンスエドワードアイランド	1.44	10.44	79.2	63.3
ニューファンドランド およびラブラドル	1.93	10.68	78.5	64.2
カナダ全体	1.90	7.76	80.2	65.5

資料：1) Canadian Institute for Health Information (CIHI), 2007b
 2) Statistics Canada, 2006、ケベック州については Statistics Canada, 2004
 3) 2001年
 4) 2003年

る。

健康に関する指標は、アウトカムにいくらか差があることを示している。平均寿命は、ニューファンドランド州の78.5歳からブリティッシュコロンビア州の80.9歳まで幅がある。自己評価による健康状態では、ケベック州の平均値が最も低いのに対し、年齢構成が最も低いアルバータ州が最も高くなっている。

言うまでも無く、所得は重要な要因である。より精密な指標を用いた最近の研究から、所得に起因するカナダ国民の健康面での不公平性は、州間の富裕度の差ではなく、州内における貧富の差と相関があることが分かってきた (Jiménez-Rubio, Smith and Van Doorslaer 2008)。それとは対照的に、医療の利用度 (すなわち診療回数や入院日数など) に関する所得関連の不公平性は、州間の所得格差と相関がある。これは、主としてケベック州における差によって表れた結果である。以上のことから、カナダにおける地方分権制は、国内における健康の公平性の実現にかなり成功しているといえる。

健康、より広く言えば社会的公平性に関する顕著な例外は、カナダ人口の約3.8%を占める (Statistics Canada, 2008) 先住民に関連するものである。すべての主要な健康指標において、当グループは、カナダ国民の平均値を下回っている (Webster 2005)。例えば、2000年の先住民の女性の平均寿命はカナダ全体の平均より5.5年短く、男性については8.1年の差がある (Statistics Canada 2005)。幼児死亡率は、カナダ全体の平均の約1.5倍となっている (Webster 2005)。こうした状況は単に医療制度のみが原因ではなく、低収入、教育、社会問題といった複合的な要因が絡んでいる。これは自殺率がカナダ全体の6倍に達するという点にも表われている (Webster 2005)。

州政府にとって、医療財政の持続可能性は、2番目に深刻な問題となっている。医療分野で必要と

される支出が州の収入の伸び率を超える速度で増加を続けているためである。最近の好調な経済情勢を背景に医療費の増額が実現されているが、ほかの優先分野からの予算転用が行われている。

2002年から2005年にかけて医療費は年率6.8%で増加したのに対して、州政府の収入はあらゆるレベルを合計しても年率5.2%の伸びである (Statistics Canada 2007)。医療費は州政府予算の約40%を占め、支出傾向に変化がなければ、医療費は10州中7州において間もなく州政府予算の50%を上回ると予測されている (Skinner 2005)。将来における生産性を育成するために、本来なら教育に投じられるべき予算が、今日生活する人々への医療提供に使われてしまっていることから、今後のカナダにとって深刻な影響を及ぼすと考えられる。

医療に関連した財政的圧力を受けて、深刻な「財政的不均衡」が生じているとする議論が持ち上がっている。連邦政府の資金調達力と、各州の責任の下に提供する各種プログラムに伴うコスト、とりわけ医療費の高騰との間には、現実的な乖離が生じてきているとする者もあれば、見かけ上の不均衡であるにとらえる者もいる。この問題は、連邦政府が健康、教育、社会プログラム関連の補助金を削減した際に、全国的な大問題として顕在化した。しかし、そのルーツは、1977年、各州への財政移転の大きな部分を「税源移譲」という形で移譲した連邦政府の決断へと遡ることができる。かつて移譲された税源について、州政府は、また国民の大半も、連邦政府からの財政移転とはとらえていない。事実上、もはや、州独自の収入源とみなされているのである。

財政的不均衡に関する議論は、地方分権制と医療政策自体の性質ゆえに大きくなっている。医療需要は決して満たすことができず、そのため国民の不満は決してなくならないだろう。州政府は、州の医療問題を連邦政府の財政支援不足のせいにしてしがちである。2002年以降の経済成長が幸いし、

また連邦政府の財政が健全なことから、より多くの財政負担を求める州政府の不満に対処することが可能となっていたことは、既にその概要を述べた通りである。しかし、経済が周期的な景気後退局面に入ると、連邦政府は、財政移転の伸びを抑制せざるを得ないだろう。連邦政府の問題は、医療問題の責めを負わされることが多い一方で、医療サービスの提供に責任を負う者が州政府であるため、実際に移転した資金に対して連邦政府の功績がほとんど認められないところがある。

カナダにおける第3の医療関連問題は、改革である。カナダにおいて大切にされてきた国民皆保険制度の位置づけや地方分権制ゆえに、医療制度を根本的に変化させるのは難しい。一部負担金を活用した需要抑制、民間資本によるサービス供給の増加、さらには類似した民間の制度の許可といった政策案に関する議論はすぐに立ち消えになってしまうが、他国の国民皆保険制度の多くはそうした要素を備えている。典型的な反応として、カナダの隣国、米国における、より民間に依存した制度が機能していない点がよく引き合いに出される。

さらに、こうした変化を実現しようとするれば、財政面での根本的な変化にすべての州政府と連邦政府が実際に合意しなければならない。例えば、歯科治療を「医学的に必要な」サービスとしないというのは不自然だ。

最後に、カナダでは、制度設計上、医師に大きな裁量権を与えており、医師はサービスの対価を受けとり、治療内容についての制限はほとんどない。効率化を図るために規制当局の権限を拡大するような改革に、医師たちが協力するとは思えない。州政府が一部で推進した医療サービス提供などの地域単位化において実際にあったことで、多くの場合、医師たちを除外していた。

結語

カナダの政治構造が、基本的には州が主体となって提供する国民医療制度を生み出した。しかしこの制度においては、連邦政府が財政的影響力を活用することで重要な役割を演じており、州政府に対し、足並みのそろった条件・原理に基づき、同等の医療サービスを提供するプログラムを実施するよう、誘導し支援してきた。こうした医療補助金とともに、各州の支出能力を平準化するための連邦政府のより広範な政策によって、かなり公正な医療制度と、比較的公平な健康実績を実現してきたと言える。

カナダ国民は一般的に、医療制度に満足し、カナダのアイデンティティにとって不可欠な要素と考えている。しかし、将来的な持続可能性については懸念を抱いている。こうした不安は、医療費が近年、政府の収入の伸びにまさる勢いで増大していることに根ざしている。財政の持続可能性に関する懸念は、引き続き連邦・州政府の緊張の原因を作り、その緊張は経済が後退すればますます深刻になっていくと考えられる。連邦政府は現在、制度の発展よりも、むしろ制度の維持を重視していることから、政治主導による改革の見通しはあまりない。しかし、このような緊張状態から、今後も訴訟が起こされる可能性はある。例えば、ケベック州シャウリ裁判のように、政治家の持っている政治的感覚に反して、より民間主体の改革を促す原動力となる場合もある。

連邦主義に付随する柔軟性は、当初は、国民皆保険制度の段階的導入に貢献した。しかし、それ以後は、カナダの連邦主義の政治的複雑性ゆえに、制度改善を実現するための、さらに重要なことには、財政面での持続可能性を保証するための、革新的な改革を実施する州政府の能力が制約されることになった。しかし、世論の変化を背景とした最近の法的な異議申し立てから言えるのは、連邦

制度は再度、そうした申し立てに対処するために必要な政策実験を可能にするかもしれないということである (Tuohy 1999)。

謝辞

本論文は、2008年2月16日にカナダ大使館で行われた、カナダ・日本・韓国3カ国社会保障研究プロジェクトのシンポジウム「多様化する高齢社会における医療、仕事と家庭の両立および所得再分配のあり方」に討論者として参加したセッション (Health Care, Income Redistribution, and Multiculturalism in Diversified and Aging Society) での議論を元に作成したものである。シンポジウム当日の報告者、有益なコメントをいただいた参加者の方々および関係者の方々にはこの場を借りて厚く御礼を申し上げたい。

なお、本論文の編集にあたっては、平成19年度厚生労働科学研究費補助金 (政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業)) 「所得・資産・消費と社会保険料・税の関係に着目した社会保障の給付と負担の在り方に関する研究 (H19-政策-一般-021)」より助成を受けた。

注

- 1) 総合成績のランキングで、カナダは、イスラエルとモロッコの次、フィンランドのひとつ上という順位であった。
- 2) トミー・ダグラスは、テレビドラマ・シリーズ“24” (主人公の捜査官ジャック・パウアーがテロリストと戦う) で主演している俳優、キーファー・サザーランドの祖父でもある。トミー・ダグラスは、実生活において、“ジャック・パウアー”のごとき不屈の精神を発揮して1940年代から60年代前半にかけての反メディケア・ロビイストとの戦いを粘り抜き、メディケアの設立を実現した。
- 3) 連邦政府は、カナダ北方に位置するユーコン、ノースウェスト、ヌナブトの3つの準州における、これら政策プログラムのための支出に関しても、大きな役割を担っている。3つの準州には合計で、カナダ全体の0.3%に当たる人口が暮らしている。

- 4) 同研究によると、日本では、地方自治体の支出が政府部門全体の支出の41%を占めているにもかかわらず、税収は26%にとどまる (Journard and Kongstrud, 2003)。
- 5) ハーガティ委員会のメンバーの一人、レナード・マーシュは、大学院時代にビバレッジ卿の教授を受けていた。また、特別委員会では、ビバレッジ卿自身が講義を行っている (Taylor 1979; Tuohy 1999 に引用されている)。
- 6) この政治的読みは正しかった。同政権は、2007年に再選を果たしている。
- 7) 1988年以前については、該当する内訳データがない。
- 8) 2007年推計値。

参考文献

- Banting, Keith and Boadway, Robin. 2004. Defining the Sharing Community: The Federal Role in Health Care. In Harvey Lazar and France St-Hilaire (eds.) *Money, Politics and Health Care. Reconstructing the Federal-Provincial Partnership*. Institute for Research on Public Policy, Ottawa, pp. 1-77.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI) 2007a. *National Health Expenditure Trends 1975-2007*, Ottawa, Canada.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI) 2007b. *Health Care in Canada 2007*. Ottawa, Canada.
- Day, B. 2007. Brian Day's diagnosis: The president of the Canadian Medical Association explains how to fix our health-care system. *National Post*, Oct. 22. Available <http://network.nationalpost.com/np/blogs/fullcomment/archive/2007/10/22/brian-day-s-diagnosis-the-president-of-the-canadian-medical-association-explains-how-to-fix-our-health-care-system.aspx>
- Department of Finance. 2004. Federal support for health care: The facts. Available http://www.fin.gc.ca/facts/fshc7_e.html
- Department of Finance. 2007a. Tax point transfers. Government of Canada. Available http://www.fin.gc.ca/transfers/taxpoint/taxpoint_e.html Viewed March 30, 2008.
- Department of Finance. 2007b. Budget Plan, Annex 2, Canada's Financial Performance in an Interna-

- tional Context. Government of Canada. <http://www.budget.gc.ca/2007/bp/bpa2e.html> Viewed March 30, 2008.
- Department of Finance. 2008. Federal Transfers to Provinces and Territories. <http://www.fin.gc.ca/FEDPROV/ntpe.html>.
- Flood, C. M. and Archibald, T. 2001. The illegality of private health care in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 164 (6), March 20. pp. 825-830. <http://www.cmaj.ca/content/vol164/issue6/>
- Jiménez-Rubio, D., Smith, P.C. and Van Doorslaer, E. 2008. Equity in health and health care in a decentralized context: Evidence from Canada. *Health Economics*, 17: 377-392.
- Joumard, Isabelle and Per Mathis Kongsrud. 2003. *Fiscal Relations across Government Levels*. Economics Department Working Papers No. 375. OECD, Paris.
- Kirby, M.J.L. 2002. The Health of Canadians - The Federal Role Final Report. The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. Ottawa. Available <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/SOCI-E/rep-e/repoct02vol16-e.htm>
- Lewis, S and Kouri D.. 2004. "Regionalization: Making Sense of the Canadian Experience," *Health-care Papers* 5: 1, 12-31.
- Organisation for Economic Cooperation and Development (2007). *OECD Health Data 2007*. OECD, Paris.
- Romanow, R. 2002. *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada. Available <http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/hcc0086.html>
- Schoen, C., Osborn R., Doty M.M., Bishop M., Peugh J. and Murukutla, N. 2007. Toward higher-performance health Systems: Adults' health care experiences in seven countries. *Health Affairs*. 26 (6): w717-w734.(web exclusive).
- Skinner, B. 2005. Public health care on path to bankruptcy. Fraser Forum, December. Available http://www.fraserinstitute.org/Commerce.Web/product_files/Dec05ffSkinner.pdf
- Soroka, S.N. 2007. Canadian Perceptions of the Health Care System. Toronto, Health Council of Canada. Available http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2007/Public%20Perceptions%20-%20English%20Final_Feb-07.pdf
- Statistics Canada. 2004. *Comparable Health Indicators*. Ottawa. Available <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-401-XIE/2002000/healthycan.htm#1>
- Statistics Canada. 2005. First Nations comparable health indicators, First Nations and Inuit Health. Available http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/diseases-maladies/2005-01_health-sante_indicat_e.html
- Statistics Canada. 2006. *Comparable Health Indicators*. Ottawa. Available <http://www.statcan.ca/english/freepub/82-401-XIE/82-401-XIE2006000.htm>
- Statistics Canada. 2007. Government finance: Revenue, Expenditure and Surplus. *The Daily*, June 14. Available <http://www.statcan.ca/Daily/English/070614/d070614a.htm>
- Statistics Canada. 2008. Aboriginal Peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis and First Nations, 2006 Census: Findings, Available <http://www12.statcan.ca/english/census06/analysis/aboriginal/index.cfm>
- Taylor, Malcolm G. 1979. *Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions that Created the Canadian Health Insurance System*. McGill-Queen's University Press, Montreal.
- Tuohy, C.H. 1999. *Accidental Logistics*, Oxford University Press, Oxford, UK.
- Webster, P. 2005. Minority health care remains a problem for Canada's leaders. *The Lancet*. 365: 1531-1532.
- World Health Organization. 2000. *The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*. WHO, Geneva.

(James H Tiessen ライアーソン大学准教授)

韓国における高齢者の保健医療と所得に関する諸問題

スンマン・クォン

■ 要約

本論文の目的は、韓国において、高齢化が所得、医療、介護に係る制度改革に及ぼす影響を検討することにある。高齢化は、医療財政を相当圧迫してきているが、所得や医療提供体制などと比べると、医療費支出を決定する大きな要因とはならないと思われる。支払制度改革を通じて、費用最小化を図ったり、費用対効果の大きい方法で医療を提供したりするよう、医師へのインセンティブを提供することが、高齢化が急速に進む時代において、医療制度の効率を改善する根本的な解決策となるだろう。加えて、介護ニーズに対応するための介護保険制度を別に導入することによって、医療機関への社会的入院を削減するとともに、高齢者の保険医療費を抑えることができる。韓国における高齢者の所得水準は、公的年金制度などが不十分なことから比較的低い。そのため、介護保険の導入など、介護に係る財政改革が必要となっている。

■ キーワード

韓国、高齢化、所得格差、医療保険、介護保険

はじめに

韓国では、急速な高齢化が進んでいる。一例をあげると、韓国における高齢化率は現在約8%だが、今後これまでにない速度で増加すると予測されている。高齢化率は、2010年には10.7%、2030年には22.5%、2050年には34.4%になり、その結果、老年人口指数はそれぞれ14.8、35.7、62.5になると見通されている。韓国における急速な高齢化は、平均寿命の延びによってもたらされているだけでなく、出生率の急激な低下が拍車をかけている。

人口高齢化が医療費支出や医療制度に及ぼす影響については、明らかな結論があるわけではなく、楽観論と悲観論の両論がある。しかし、医療提供者への支払制度などの医療制度上の要因に比べると、高齢化は、医療制度の有効性や医療費支出を決定する、さほど重要な要因とはならないというのがおおかたの見方である。例えば、支払制度改革

を通じて、費用最小化を図ったり、費用対効果の大きい方法で医療を提供したりするよう、医師へのインセンティブを提供することが、高齢化が急速に進む中で、医療制度の効率を改善する根本的な解決策となるだろう。加えて、介護ニーズに対応するための介護保険制度を別途導入することによって、社会的入院を、介護保険に切り替え、高齢者の医療費を抑えることができる。女性の労働力参加の増加、家族構成の変化、家庭内で介護を担ってきた人々の減少など、社会環境の変化によって、高齢者介護のための制度改革の必要性が高まっている。

本論文の目的は、韓国における高齢化および、高齢化が高齢者の所得、医療政策、介護に係る制度改革に及ぼす影響を検討することにある。まず、韓国における医療制度を概説し、高齢化が医療費支出および医療制度に及ぼす影響について、詳細に検討してみたいと思う。また、韓国の高齢者の

所得についても分析を行う。後半では、既存の医療保険制度とは別に、介護保険を導入するに当たったの主要な問題を論じる。

1. 韓国の医療制度

1989年以來、韓国の社会医療保険は、全国民を対象としている。国民健康保険(NHI)は、2000年、民間企業を基盤とする企業従業員保健組合、および自営業者のための地方自治体ベースの組合を統合し、大規模に再編された(Kwon, 2003a)。保険料は、所得に応じて決められ、雇用者と被雇用者との間で折半される。自営業者に関しては、政府が補助金を出しており、低所得層の保険料支払いは完全に免除されている。NHIでは、包括的な医療給付を提供しており、入院、通院、伝統医学による治療もカバーされる。ただし、保険診療における患者一部自己負担、および保険外診療の医療費(全額自己負担)も含め、患者の自己負担額は比較的高い。医療扶助プログラムの対象となる貧困層は、患者一部負担を免除されており、高齢者および慢性病や重篤な疾患の患者には、通院費の一部負担の控除が適用されている。

病院の90%以上、病床数で言えば85%以上が、民間により運営されている。民間病院は、事実上、医師自身が所有・経営している場合がほとんどである。医師が経営する診療所と病院が提供するサービスには重複している部分があり、競合している。というのは、医師が経営する診療所の中には、産科や外科の小規模の入院設備を備えているものが多いためである(医大や医学部を卒業する学生のほとんどが、専門医としての研修を受けてはいるものの、こうした専門医の多くが診療所開業医となる道を選択し、病院で専門医として勤務する者は少ない)。専門医が開業している診療所は、入院設備だけでなく大規模な外来設備も有する病院と競合することになる。プライマリーケアを担う一

般開業医が果たすべき、専門病院への橋渡しとしての役割は、非常に限定的にしか機能していない。民間医療提供者間の競合の結果、他産業とは異なり、情報の非対称性ゆえに無駄な競争が生じ、過剰な設備やコストの増大を招いている。

医療制度の非効率性は、医療提供者への金銭的インセンティブや支払制度とも密接に関係している。医療提供者は、政府規定の一律な診療報酬表に従って、診療ごとの支払いに基づき診療報酬を受けている。このような出来高払いのシステムの下では過剰診療の問題が必ず生じる。これに加えて、医療提供者は、NHIの報酬表に含まれていないため規定外の報酬を設定できる、新たなサービスや高度な技術に飛び付きがちだという、本来の意図に反するインセンティブを与えられているのである。こうしたことが起こるのは、保険外の診療や薬剤に関しては、同じ症状に適用される保険診療のほかに、追加的に患者に請求できるようになっているためである。また、規定の報酬表が完璧でない限り、医療サービスによって利益幅が異なってしまう。このことは、医師が最も利益幅の大きいサービスを選択する可能性があることを意味する。このため、治療に最適な医療の組み合わせがゆがめられてしまう。1997年以來、診断群(DRG)別定額支払方式のプログラムを試行してきた結果、入院期間、医療費、平均テスト実施数、抗生物質使用量の抑制に効果的であることが分かり、かつ、医療の質は全く低下しないことが証明された(合併症の発生率、および追加手術の必要性によって計測)。それにもかかわらず、医療提供者の反対に遭い、その本格的な実施は保留された(Kwon, 2003b)。

韓国では、医療費の対GDP比は約6パーセントとなっている。これは、OECD加盟国の中では比較的低いレベルであり、韓国は医療費抑制に成功していると言える。一方で、その背景には、韓国のGDPがこれまで急速に成長してきたためでもあ

る。しかし、今後の GDP の伸びはこれまでより鈍化すると見込まれており、医療費の対 GDP 比は、上昇することが予想される²⁾。国民健康保険は実施されているが、社会保険としての役割を果たしているとは言えない。それは、医療費の社会保険制度および公費からの支出は、医療費全体の約 53% にしか過ぎないためである。その一方で、国民健康保険の自己負担額や医療以外の健康関連商品・サービスの購入費など、家計が負担する個人の医療費は、37% と高い割合を占めている (OECD, 2007)。

2. 高齢化、医療費、医療政策

(1) 高齢化と医療費

高齢者は、若年者よりも入院日数が長いこと、高齢者の医療費の割合は、外来よりも入院で高くなっている (例えば、この数値を 2002 年について見ると、外来 15.1% に対し入院 26.1% であった)。韓国では現在、介護施設が不足しており、介護のための公的保険が実施されていなかった¹⁾。そのため、多くの高齢者が病院のベッドを占領している。こうした入院は「社会的入院」と呼ばれ、医療制度の非効率化を招いている。韓国保健産業振興院 (KHIDI) が、11 の救急病院をサンプルとして行った調査 (2001 年) では、入院患者の少なくとも 14% が救急病院には不適切な患者であり、退院もしくは介護施設に移す必要があるという結果が得られ

た。社会的入院患者が介護施設に移ることができれば、医療費の削減につながる。

人口高齢化に伴い、高齢者医療費が医療費全体に占める割合が増大するのは、当然の現象である。したがって、一人当たりの医療費に着目して調査を行わなければならない。高齢者一人当たりの医療費は、高齢者を除いた人口の一人当たり医療費より 3 倍以上も高額である (表 1)。韓国では、65 歳以上の一人当たり医療費と 65 歳未満のそれとの比が、年々上昇している。しかし、OECD 加盟各国の中では、まだ低い方である。なお、主な OECD 加盟国のこの比を見ると、日本 4.8、カナダ 4.7、オーストラリア 4.0、英国 3.9、米国 3.8、フランス 3.9、ドイツは 2.7 である (Anderson and Hussey, 2000)。

韓国の医療保険データから、一人当たりの医療保険支払額は、典型的な U の字を描きながら年齢とともに増加することが分かる (図 1)。すべての年齢グループについて、年々医療費が増大する中で、高齢者に関しては、増加率が若干大きいこと、グラフに示される U の字も、少し急勾配になっている。しかし、最高齢者 (75 歳以上) の一人当たり医療費は、65~74 歳人口の一人当たり医療費よりも少ない。これは、75 歳以上の高齢者の方が、65~74 歳の高齢者より、健康であることを意味するのではない。おそらく、75 歳以上の高齢者が少なからぬ割合で、医療機関ではなく、自宅で亡くなっているためではないかと思われる。あるいは、

表 1 医療費の比較 (65 歳以上/0~64 歳)

	2000 年	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年	2005 年
65 歳以上の医療費 (1,000KRW/一人当たり)	700.3	919.0	1,023.5	1,160.8	1,380.8	1,412.4
0~64 歳の医療費 (1,000KRW)	241.8	331.4	342.6	367.7	398.2	419.6
比 (65 歳以上/0~64 歳)	2.90	2.77	2.99	3.16	3.47	3.37

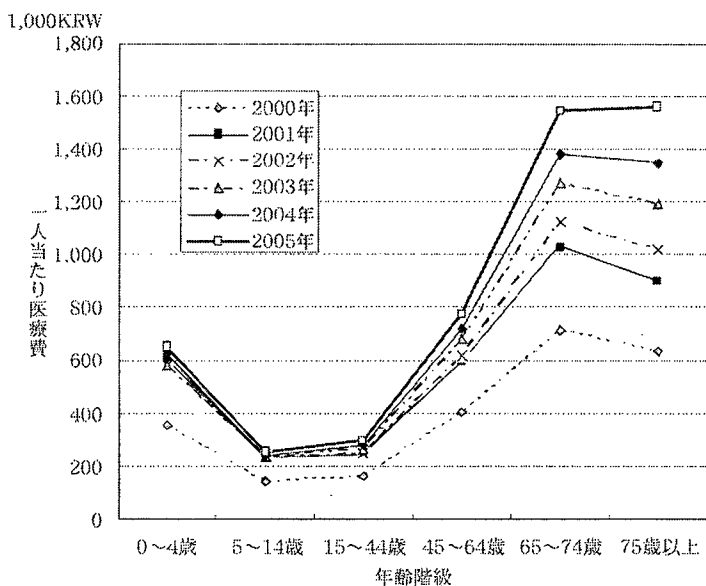
資料：韓国国民健康保険公団 (NHIC) 健康保険統計 年報

所得が低くて十分な医療を受けることができずいたり、病院を訪れることが困難なほど身体機能が衰えていたりすることが考えられる。また、高齢者に高度な医療を提供することに対する抵抗感の存在という文化的背景も考えられる。病院へのアクセスが向上すれば、75歳以上の高齢者の一人当たり医療費が増加する可能性がある。その意味で、介護施設の整備を通じて、高齢者を病院ではなく、介護施設へ移すことができれば、高齢者の医療費抑制に非常に重要な役割を果たすであろう。図1~3は、一人当たり医療費の年齢階級別傾向が、患者一日当たりの医療費より、むしろ一人当たりの入院日数により決定されることを示している。一日当たり医療費は、高齢になるほど高くなっている。

しかし、高齢化が医療費に及ぼす影響は、一般に思われているほど顕著ではない。国際比較分析に基づく多くの研究により、人口の年齢構成は、医療費の決定要因として、さほど重要ではないことが明らかになっている。むしろ、国民所得や医

療技術など、他の要因の方が決定的な役割を果たしている (Chernochovsky and Markowitz, 2004; Hogan and Hogan, 2004)。例えば OECD 加盟国では、高齢者のための医療費支出が GDP に占める割合と高齢化率との間には、わずかな相関しか見られなかった (Anderson and Hussey, 2000)。むしろ、医療制度の特性や医療技術、医療提供者の行動などが、医療費を決定する重大な要因となっている (O'Connell, 1996)。OECD のパネルデータや韓国の時系列データに基づくさまざまな分析から、Kim. et al (2003) および Tchoe (2005) は、高齢化率は、韓国における医療費決定要因として、統計的に重要ではない、あるいは所得 (GDP) や医師の供給量などの要因に比べて、軽微な影響しかないことを明らかにした。

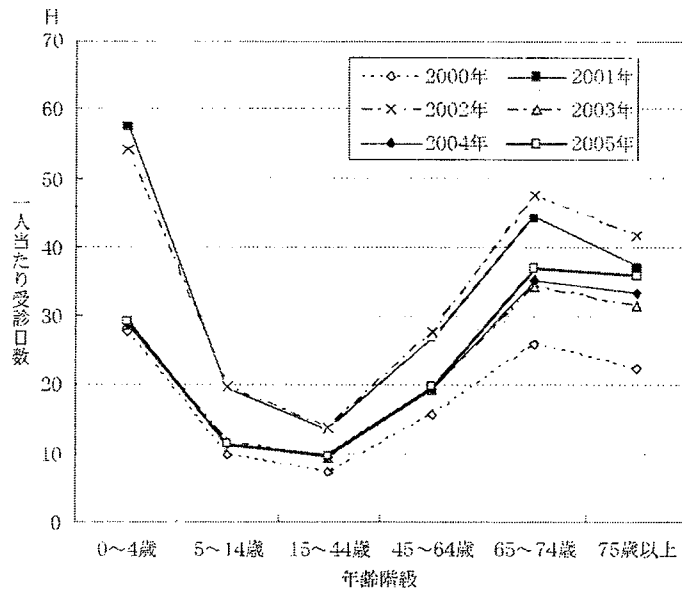
医療費に影響を与える要因は多い。したがって、高齢化が医療費に及ぼす影響の予測には、多くの不確定要素が関連するため、予測は難しい。高齢者の健康状態は、経時的に変化することから、年齢階級別医療費に基づく推定は、将来への予測と



資料：韓国国民健康保険公団資料より作成。

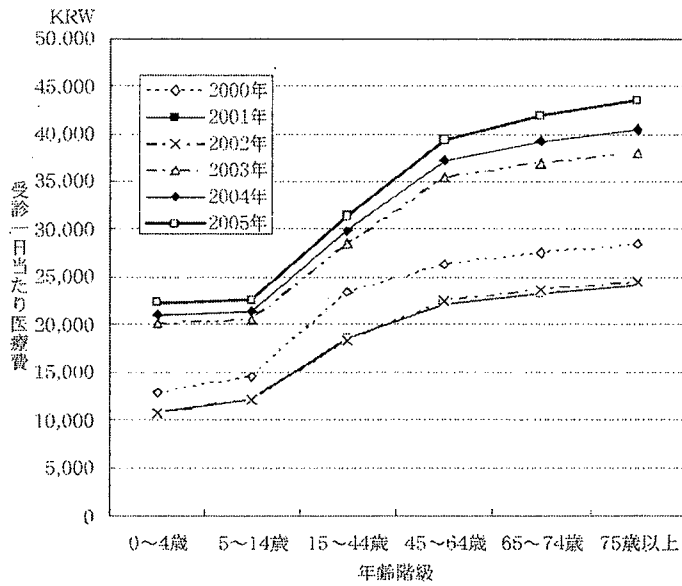
図1 一人当たり医療費 (年齢階級別, 1,000 KRW)

韓国における高齢者の保健医療と所得に関する諸問題



資料：韓国国民健康保険公団資料より作成。

図2 一人当たり受診日数（年齢階級別）



資料：韓国国民健康保険公団資料より作成。

図3 受診一日当たり医療費（年齢階級別、KRW）

して信頼することができない。例えば、20年後における70歳の人の健康状態と医療ニーズは、今日における70歳の人の平均的な状態やニーズとは、大きく変化していると思われる。つまり、20年後には高齢者の健康状態が改善され、医療ニーズも減少していることが予想されるのである³¹。韓国では高齢者向け介護施設が不足していることから、病院への社会的入院が非常に多い。そのため、現在のデータに基づいて将来の高齢者医療費を予測すると、過大推計になってしまう可能性がある。介護施設で高齢者のケアを行うようになれば、現在の高齢者医療費のかなりの部分を節約することができるからである。一方、現在の高齢者が医療に十分にアクセスできずにいるとしたら、現在のデータに基づいて予測しても、見積もりが実際より低くなってしまいうだろう。高齢化が医療費に及ぼす影響の国際比較分析も、あまり信頼性が高いとは言えない。国によって、医療費や介護費の定義が異なる上に、医療機関と介護施設の構成も異なるためである。介護施設が担う役割や、その整備がどれだけ進んでいるかによって、各国の高齢者医療費は大きく異なる可能性がある。

さらに、終末期医療、もしくは死亡前の一年間にかかる医療費は莫大であることから、人口動態自体の変化よりも、死亡に至るまでの時間や死期が近い人の数の方が医療費にはるかに大きな影響を与える (Hogan, Lunney, Gabel and Lynn, 2001; Zweifel, Felder and Meier, 1999)。これに対し、縦断調査による研究に基づき、Seshamani と Gray (2004) は、患者の年齢が高くなるにしたがって医療費は一樣に上昇すると反論、さらに、最も年齢が高い者については入院費が減少することを示した。最も高齢な患者グループにおいては、入院の可能性が低下するためである。病院で最期を迎える場合、長期介護施設や自宅で亡くなるのに比べて、医療資源やコストに非常に大きな影響を与える。加えて、医師の行動および臨床上的判断も、

高齢者医療費に重要な影響を与える。高齢者にもっと良好なアウトカムが期待できると医師たちが考えれば、高齢者の終末期医療に、より多くの資源を積極的に投じるようになるかもしれない。今後、高齢化が医療費に及ぼす影響に関する研究においては、終末期医療のコストに焦点を当てる必要がある。また、長期間にわたる追跡調査を行って時系列データを収集することも主要な課題のひとつである。

(2) 高齢化時代における医療政策

人口高齢化自体は、医療費を増大させる重大な要因とはならないものの、医療制度に影響を与える重要な中間変数となりうる。医療政策においては、高齢者をターゲットとするよりは、むしろ、人口高齢化にも対応できる医療制度を確立するために、医療制度の根本的な改革によって効率の改善を図る必要がある。中でも、診療報酬の支払制度と医薬品政策は、医療制度の効率化にかかわる主要要因である。また、財源およびサービス提供の両面にかかわる政策として、介護ニーズに対応した保険制度の導入などの介護制度の改革が、医療制度に大きな影響を及ぼすだろう。

韓国では、医師は、先発医薬品とジェネリック医薬品のどちらでも処方することができる。薬剤師が、先発医薬品の代わりにジェネリック医薬品を出すことができるのは、生物学的同等性試験によって有効性が検証済みのジェネリック製品が利用できる場合だけである。これには、患者本人の同意が必要で、処方を行った医師に対してもジェネリック医薬品で代替したことを、薬剤師は事後通知しなければならない。このため、薬剤師がジェネリック医薬品を代替薬として勧めることは、非常に少ない。ジェネリック医薬品の方が先発医薬品より安価であり、ジェネリック医薬品との競争から医薬品価格が引き下げられる可能性もあるため、ジェネリック医薬品の役割を拡大することは

重要である。加えて、薬剤師がジェネリック医薬品を代替薬として勧める機会が少なければ、医師が強い影響力を行使して先発医薬品を選択することが可能になるため、製薬企業が医師にリポートを提供するなど、不公正な取引慣行の誘因となってしまう。コスト効率の高い医薬品の採用を促進するためには、生物学的同等性試験の役割を増大させ、先発医薬品に代替することができるジェネリック医薬品の数を増やすことが不可欠である。ジェネリック医薬品の調剤料を高く設定するなど、薬剤師に対する金銭的インセンティブを設けることも、ジェネリック医薬品による代替を進める上で必要かもしれない。

韓国の薬剤費支払いにおける主要な問題点のひとつは、医療保険で支払いを行う対象となる医薬品リストに載っている薬の種類が多すぎることである。政府は、先ごろ、医薬品のコスト効率に基づくポジティブ・リスト作成システムの導入を提案した。製薬業界はこの政策に反対しており、とりわけ研究開発型の多国籍製薬企業は、この新たな政策の導入により、高品質だが高価格の製品より安価な製品が優遇されることになると主張している。最近の米韓自由貿易協定（FTA）の交渉においては、先発医薬品の価格設定が主要課題のひとつとなっている。医薬品の基準価格設定（ある薬剤に関して、類似の医薬品の価格レベルを参照しながら支払い価格を決定する方法）についても、検討している。基準価格設定は、代替薬のコスト効率に関して信頼性のある情報を積極的に患者に提供する意思と能力が医師たちにあれば、現行の支払い制度より有効に機能するであろう。しかし、もし医師が情報をゆがめて伝えるようなことがあれば、患者は、高価で、しかも効果の低い医薬品を購入することになりかねない。高齢者は、若年者に比べて医薬品に依存する度合いが大きいため、医薬品政策は、韓国における高齢者医療費に重大な影響を及ぼす。

医療提供者は医療の利用および医療費に大きな影響を有しており、これら提供者への診療報酬支払制度についても、大規模な改革が必要である。韓国の権威主義的な臨床文化にあつては、医療における意思決定ははまだ医師によって支配されている。そのため、患者へのインセンティブよりも、医療提供者側に働きかけるインセンティブの方がコスト抑制に効果的であり、医療提供者への支払制度がとりわけ重要になるのである。韓国ですでに10年あまり試験運用されている診断群（DRG）別定額支払方式は、医師の反対のために義務化の実施がまだに留保されているが、入院治療を行うすべての医療提供者に対してこれを適用する必要がある。メディケア（高齢者向け医療制度）に診断群別定額支払方式を導入した米国でも証明されているように、定額支払方式は高齢者の入院日数および医療費に多大な効果を有する。医療提供者への支払制度改革は医薬品支出の抑制にも大きな効果を有する可能性がある。例えば、診断群別定額支払方式の導入は、病院（入院部門）に対し、コストを最小化するための強力なインセンティブをもたらすことになる。そのため、医薬品の使用に関しても合理化が進み、韓国で実施されている試験プログラムにおいては、抗生物質の使用量が大幅に低減した（Kwon, 2003b）。

3. 高齢者の所得

高齢者の経済力を安定的に保つには、経済活動への参加が重要な要素になる。韓国では一般に、高齢者の労働力率が比較的高く、年金等の社会保障制度からの給付を背景とした早期退職は、まだあまり懸念されていない（Chang, 2003）。韓国保健福祉部（MOHW）⁴¹および韓国保健社会研究院（KIHASA）が実施した調査（2001）⁵¹では、65歳以上の者の労働力率は、28.4%であった。しかし、高齢労働者は自営業者である場合が多く（57.3%）、