特集　政策科学

国民健康保険制度：カナダの体験からアメリカへの助言

小林守信

現在米国では米国医師会(AMA)が斜陽になったり，医療過誤保険の保険金が高額[1),3)]になったりしているが，一方，米連邦政府は現在の老人医療のみから順次に低所得者，全市民と対象をひろげ，国民健康保険(以下，国健保と略す)に発展させようとして，18の関連法案を米議会に提出している．米国にとっていちばん身近な大型実験として，カナダの国健保の歴史的経過をたどり，同国の体験を米国市民およびHEW(保健教育厚生省)等の政策立案者への影響の予測等に利用することは，政策科学から見ても有意義な試みである．

カナダは州により差があるが，全国統一型の国健保は1957年頃から順次に実施した(表1)．カナダの国健保設立の主目的は，「被保険者の医療保険への経済負担の除去または減少」であり，その目的は一応達成したが，慎重にこのナショナル・プロジェクトの意思決定をしたにもかかわらず，予期しなかった副産物，すなわち“医療コスト，質，人的資源の分布”等の問題がさらに発生した．戦後の日本のような大型インフレの体験を73年の石油ショックまでほとんどもたなかったカナダの国健保に関するマーモアの論文[2)]は「国民皆保険制度の立案に際して　①インフレ抑制手段の国健保システムへの組み入れ，②単一水準型連邦政府補助金管理手法へのとくに強力な対策の立案・実施」を米国へ助言している．

表1　カナダ国民健康保険制度のあゆみ

No. 1	1948年	国民保健基金プログラム（全国病院拡張基金援助）の開始
2	1957	国民健康保険制度のための病院拡張資金援助の法令化
3	1958	同上の実施(各州別に順次に)
4	1961	最後の州ケベックの参加
5	1966	メディカル・ケア法の法令化（医者とその関連を含む保険制度）
6	1968～71	メディカル・ケア法の州別参加

現在の米国市民の新・国健保制度の不安は，①罹病時の費用負担と額，②治療を受けたい時，受診可能かどうかの新制度への信頼性にある．

そのため1972年の米国におけるカナダ国健保詳細調査計画には，①医療保険全体のコスト中，国健保の総コストの増加割合，②支出増加が起きた時の“限界外便益”の不確定要因，③金銭的，地域的，社会的な医療偏在への不安，といった内容を含んでいる．米・加両国の病院は私立がほとんどであり，両国の開業医は“サービス料金制度”により支払われているが，米国はヒル・バートン法[1)]による病院建設促進法の実施，医療標準化委員会（Professional Standard Review Organization）等の発達により，徐々にブルー・クロス(入院保険)，ブルー・シールド(医療保険)等民間システムのみから公共システムに移行してきている．日本では両国のような家族医，医薬分化，開業医が病院のスタッフとなって診療にあたるオープン・システム[1)]，サービス料金制でなく，定額点数方式による出来高払い制度[4)]のため，両国と

© 日本オペレーションズ・リサーチ学会．無断複写・複製・転載を禁ず．

は大幅に事情が異なっている．

米国がカナダを近似システムとして利用する際の問題点は，①カナダ州政府の地方自治権の大きいこと，②国健保システム導入経路の違い，などである．

カナダは，病院数拡大から国健保に州別に加入する経路をとり，米国は，老人，低所得者，全市民と人口の1分野ずつをカバーする段階的な進み方である．両国の政治的違いによって，この種の問題の州のレベルの厚生・経済問題全般に与える影響の違いは大きいが，どちらのアプローチがいいかをきめるのは，医療問題の合理化に古くからＰＰＢＳを利用した米国[5]でも大変むずかしい政策決定時の価値観の問題である．

1. カナダの国健保政策の歴史的考察

カナダの保健問題の法令を理解する基本原則は連邦・州政府間の憲法上の権力の分割により2～3の例外を除いて，ほとんどは州自治体側の権利となっていることである．この権利の分割が国健保を含めてすべての立法・実施形態に基本的に影響を与えている歴史的経過は表1に示すとおりである．つまり病院施設の拡充をまず行ない，ついで病院・開業医サービス保険を実施し，この保険の州への補助金が大変よいので，各州がこれらに積極的に参加した経過を示すものである．ほとんどのカナダ国民にとって国健保加入は，所得税控除の対象とならない．また在院料金についての公共プログラムの個人所得制限以上になると，“追加疾病保険”に加入する．これは最近日本にも導入された追加民間医療保険制度である．

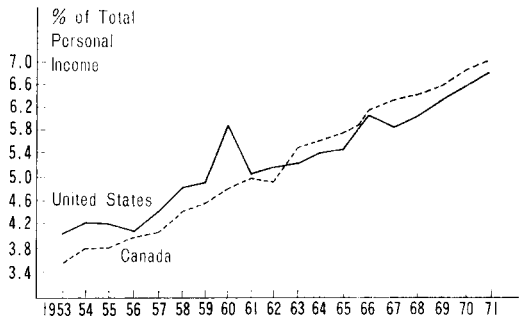

図 1 米・加の個人所得中の保健支出割合

2. インフレ・原価管理政策

ひとことでいえば，米・加両国の医療費用は大変よく似た体験をもっている．すなわち，1953～1971年の個人所得中の個人保健費支出割合い，“患者・日”あたりの支出は大変よく似ている(図1)．日本ではさらに発展して，いまやＧＮＰに対する総保健支出の適正値算出の論議が行なわれるようになっている．アメリカはカイザー財団ヘルス・プランのようなインフレ防止方式もある[1]．

2.1 病院

戦後，米・加両国は病床数や医療コストについては異なった情況から出発したが，その後の情況はまったくよく似ている．在院日数，治療日数，病床数，患者数の統計にも相似性が強い．

カナダの国健保の実施は，病院利用者増を引きおこさず，病院支出増は“患者・日”あたりの支出増であり，保険利用率の増加ではなかった．1953～1971年の個人所得比で見た病院の支出増は，259%にのぼり，“患者・日”あたりの病院支出増は29%にすぎなかった．すなわち在院時の患者の実支出増で，彼らは一般産業労働者対比で約68%余分に平均賃金が上昇した．

カナダは詐欺行為を予防する手法として“詳細予算審査方式”を10年以上にわたって採用してきている．この手法は，支出制限の実効をあげる手法ではなく，同国政府は“病床数管理”をいちばん強力な病院支出管理方式として認めているようである．1969年の“病院建設政府援助金の打ち切り”は，米国の病床数の減少または増加防止をはかることにより病院費用のインフレ管理を行なう米国の考え方とよく似ている．

“病院置換え理論”は，病院生産性の向上をはかるためにナーシングホーム（軽医療から寝たきり老人の世話をする病院）や救急クリニックをつく

© 日本オペレーションズ・リサーチ学会．無断複写・複製・転載を禁ず．

って，大病院の有効利用をはかろうというインフレ防止手法であるが，「新旧施設更新のバランスを取らぬかぎり全体費用は増加する」とエバンス[6]はいっている．これらの話は複雑な医療経済の分野で，理論的に正しいことがたとえ証明されたとしても，いちど近代的な病院ができると，政治的な理由で閉鎖することはむずかしいというカナダの事実もある．

多数のカナダの医事評論家は“詳細予算審議方式”は手間がかかり，複雑で非能率であるので，最近はむしろ“全体予算審査方式”を支持している．これは前者に比べあまり悪くない．つまりインフレ防止策の1つとなり，病院管理者とあまり議論をしないですむ方式である．このようなカナダの全体および詳細予算による国健保インフレ管理方式の実情は，米国にとってよい教訓である．政府の病院就労者に対する直接賃金管理能力の不足は，病床数管理方式よりもっとましな管理方式の出現を要望している．

2.2 開業医

カナダの医療保険で，アメリカの体験に適切に利用できるものとしてつぎの3つの論争テーマがある．すなわち，①開業医のサービスとその所得水準のあり方，②総保険医療コストにおける国健保システムの重みづけ，③地域，専門別に開業医を再分配するため，別の戦略を取ることに対する論争．

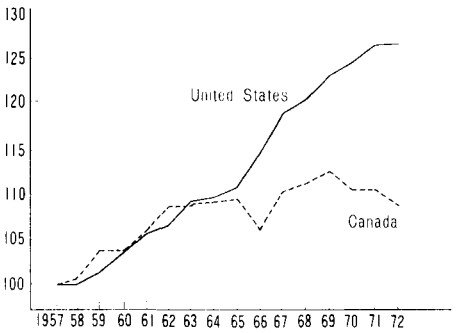

図 2 米・加におけるＣＰＩ指標と対比した1957～72年の開業医料金指数(57年＝100)

カナダの開業医は国健保導入により図2に示すように，公共料金を引きあげずに，不良債権の減少，常に最高料金を請求することにより，正味収入の大幅な増加を得た．開業医のサービスを評価し，値段をつけることは，医療の実施面における独立・自由を守るパラドックスともいわれ，むずかしい価値論の問題である．もちろん，あまり低いと医者の国外流出も起きかねないし，そのすきまに外国人医者の流入が起きたりする[1]．

たしかにある種の専門医が不足している地方では，事態はいくらか改良されているが，たとえ急激に医者が増えても，自由競走による医療料金のスライドを認めていても，料金はそう変わるものではない．たとえば，カナダＢ．Ｃ．州の開業医の料金水準は国内最高に近いが，収入は最低同然である．もっとも，これはＢ．Ｃ．州の州民1人あたりの収入に比較して，医者の数が多いという相関関係もある．

3. 医療の入手性

米国では人種，収入，地域，年齢，医者への顔見知りによらず，公平に医療を受けられるようにしたいという希望を，米国政府・市民の双方がもっている．しかし，これは大変むずかしいテーマである．加・サセクワチャン州の調査によれば，国健保の実施により，最低所得層の医療施設の非利用者数は以前に比べて減ったが，その他の層では変化がなかったという．医療の入手性は，財務面だけでなく，物理的，社会心理的な問題としても考慮する余地がある．

米国では，収入区分による特権をもたない人が医療の入手性の再分配に留意していることに気をつけるとよい．メディ・ケア[7]は高所得老人層の便益を不平等にし，また病気が長びいたり，たえず治療を必要とすることになれば，患者の負担も大変大きくなるシステムである．米国高所得老人層は，メディ・ケアのような費用分担制度にわずらわされずに，もっと高価な医療を受けるため，

© 日本オペレーションズ・リサーチ学会．無断複写・複製・転載を禁ず．

追加疾病保険に入るようである．一方メディ・ケイド(低所得者に対する医療補助)は州別の健保制度であり，この福祉家庭向きの制度は，あまり広範囲のものではない．

まとめ

カナダの病院・医者に対する保険の主目的は，保健のための経済負担を除去することであり，この点は成功している．同時にカナダ政府が国健保プログラムについて下した意思決定には，予期しなかった副産物がいくつかあった．もっとも重要なものは，総国民保健費のインフレである．

まだメディ・ケア：メディ・ケイドのような公共医療制度しかない米国へのカナダの体験による忠告は，「国健保システムのメカニズムに，医療費インフレを防止するシステムを組み込むべきだ」ということである．州別のきめこまかい行政をやっても，連邦政府の大幅な国庫補助があっても，カナダの国健保システムは医療費インフレを抑えられなかった．最近カナダ政府は，医療サービスの限界費用の100％を州政府で支出する医療インフレ抑制の新システムを提案中であるとも聞く．

ＧＮＰの成長率も急激に変化しつつある最近の公的な医療保険を中心とした日本[1]でも，医療に“比較政策科学分析手法”を適用することは，米・加両国と国情・国民の医療に対する考え方が違っているにしろ，この種の複雑な保健・厚生問題を解明するには，ここに述べたような手法を準用することは大変有意義と筆者は考える．

参考文献

1) 戸田　孝『医療をどうする――苦悩する世界』第2部1977年2～3月，読売新聞．
2) T.M. Marmor, W.L. Hoffman, T.H. Heagy, National Health Insurance: Some Lessons from the Canadian Experience, Policy Science, Vol. 6, December 1975, pp. 447-466.
3) 野村　拓『日本医師会』1976，勁草書房．
4) 佐口　卓『社会保障概説』1976，光生館．
5) 田中恒男『地域保健におけるシステムズ・アプローチとＯＲ』ＯＲ誌，Vol. 21, No. 9, pp. 476～479.
6) R.G. Evans, Beyond the Medical Market Place: Expenditures, Utilization and Pricing of Insured Health in Canada, in Spyros Andreopaulos, ed., *National Health Insurance: Can we learn from Canada?* (New York: John Wiley and Sons, 1975.
7) 和田好清『サン・シティのたくましい老人』裸の日本人，サイマル出版会，pp. 111.

こばやし・もりのぶ　1925年生
米オハイオ州立大工学部卒
山武ハネウエル・プロセス制御事業部

ペーパー・フェアを実りあるものにするために

ペーパー・フェア方式も回を重ね，すっかり定着してきましたが，私自身5回ほどペーパー・フェア方式で発表してきましたので，その経験から少し感想を述べてみたいと思います．

この方式の長所で所期の目的でもあった，発表者と聞き手との間の，自由な対話の交流という点に関しては，すでに一応満たされたものと思ってよいでしょう．

そこで，いっそう実りあるものとするためには，どのような点を心がけたらよいでしょうか．

市場方式ということで，まず自分の商品をお客に展示して購入意欲を起こさせることがだいじですが，そのためには，商品の並べ方，話し方に工夫すべきはもちろんですが，なんといっても商取引は信用第一ですから，売り手と買い手の両者に信頼関係が生まれることが望ましいのです．この信頼関係が生まれて，はじめて売り手側としては自分の商品の本当の姿を客に提示しようという気持にもなり，また買い手側は，売り手の真摯な態度に感じて，場合によっては，かけがえのない情報とか貴重なアイデアをお教えしましょう，という気持になるにちがいありません．このようなかたちで対話が進んでいけばお互いにプラスとなり，望ましいと思います．

以上は，わずかな経験からの感想というより，むしろ自分自身に対する反省といったほうがいいかもしれませんが，今後，一般発表とペーパー・フェアのそれぞれの特長を生かして，ＯＲ学会がますます発展することを心から期待します．　(天野豊治)

© 日本オペレーションズ・リサーチ学会．無断複写・複製・転載を禁ず．