

カナダの民間健康保険システム

～無料の公的健康保険を補足する民間健康保険のニーズとビジネスモデル～

目次

- | | |
|------------------------------------|--|
| I. はじめに | IV. 民間健康保険者のユニークなビジネスモデル |
| II. 無料の公的健康保険システムの仕組みと
様々な意見 | V. カナダの民間健康保険システムの特徴と
特徴ある民間健康保険ビジネスモデル |
| III. カナダにおける民間健康保険システムの
役割と市場構造 | |

ファカルティフェロー 小林 篤

要約

I. はじめに

カナダでは、自己負担がない、無料の公的健康保険（メディケアと呼ばれる）があり、各州が公的健康保険制度を運営している。民間健康保険は、コアとなる公的健康保険制度からの給付を補足する役割を主に担い、また特徴ある民間保険のビジネスモデルが展開されている。カナダの民間健康保険の加入ニーズはなにか、特徴ある事業環境でのカナダの民間健康保険者の特徴あるビジネスモデルを概観して、カナダの民間健康保険システムの特徴を明らかにする。

II. 無料の公的健康保険システムの仕組みと様々な意見

メディケアは、1984年立法のカナダ保健法を基礎とし、カナダ保健法は今日までカナダのヘルスケアシステムの基本構造を形作っている。公式見解では、その基本理念は、医学的に必要とされるヘルスケアサービスは、支払能力ではなく必要性に応じて提供されるという公正公平の価値観に基づくという。しかし、現在必要な医療サービスを受けるために国民は長い待機期間を受忍している問題がある。メディケアのあり方に関連して、メディケアと同じ医療サービスを提供する私的クリニックと民間健康保険を拡充すべきとの意見も一部存在している。

III. カナダにおける民間健康保険システムの役割と市場構造

カナダの民間健康保険は、団体加入方式が主流である。団体は、職域だけでなく労働組合（union）も専門職団体・各種団体（association）も含まれる。民間健康保険の主流は補足的保険であり、州政府・準州政府の健康保険制度の対象外のニーズを対象にしている保険である。このほかに、早く診断診療・手術をしてほしいニーズと特別の医療サービスが欲しいニーズに対応して私的クリニックが提供する医療サービスを対象にする民間健康保険も少数存在するが、限定的である。

IV. 民間健康保険者のユニークなビジネスモデル

カナダの民間健康保険者は、保険会社だけでなく、他にユニークな保険者も存在している。信用協同組合から出発した事業グループが民間健康保険事業を行っており、また薬局から出発し前払式健康保険を扱う健康保険グループがカナダ全土で事業展開をしている。

V. カナダの民間健康保険システムの特徴と特徴ある民間健康保険ビジネスモデル

カナダでは、民間健康保険は、公的健康保険システムの給付を補足する役割に限定され、補償内容は極めて限定的である。私的な医療サービス提供が極めて限定的にしか存在しないので、直ぐに診断治療する医療サービスなどの需要に極く限定的にしか応えることができない。その背景には、メディケアの枠外でメディケアと同じ医療サービスを私的な医療機関が提供し一部の患者だけが私的に支払をして医療サービスに優先的にアクセスできることを容認するという二重医療制度に対する恐怖・反対とヘルスケアの民営化に対する抵抗感が、国民に広く存在しているという事情がある。

I. はじめに

1. 特徴ある民間健康保険システム

カナダでは、各州がそれぞれ独自に、自己負担がない無料の公的健康保険である「健康保険制度 (Health Insurance Plan)¹」を運営している。民間健康保険は公的健康保険を補足する役割を担っている。公的健康保険を民間健康保険が補完・補足する仕組みは、多くの先進国では一般的であり、カナダの公的健康保険と民間健康保険もその一例であるということもできる。

しかし、カナダの場合には、患者が最初に見てもらい、かかりつけ医が患者に提供する医療サービスと病院・専門医が提供する医療サービスは、医療サービスのコアの領域であり、このコアの領域は公的健康保険システム²のみが提供している³。このコアの領域については、民間健康保険にはほとんど関与の余地がない。民間健康保険者は、概ね歯科・視力関係の領域および処方箋薬のみを対象とする補足的 (supplementary)⁴ 保険を販売しているだけである。このような公的健康保険と民間健康保険の役割分担は、いわゆる先進国ではほとんど例がない。

また、カナダでは少数の大手生命保険会社が民間健康保険を寡占的に販売する一方、金融機関系のグループや薬局系の健康保険・関連サービス専門の事業者が特徴あるビジネスモデルで民間健康保険を販売する事例もある。多くの国では、保険期間が短い民間健康保険は専門の健康保険者または健康保険事業を兼営する保険者が募集販売している。生命保険会社のみが長期の生命保険と短期の民間健康保険の両方を扱うことは珍しい。

本稿は、この特異とも言えるカナダの民間健康保険システムがどのように運営されているか、その民間健康保険システムにはどのような特徴があるかについて取り上げる。具体的には、補足的民間健康保険の加入ニーズはなにか、またカナダの民間健康保険者の特徴あるビジネスモデルは、どのような事業環境・背景のなかで成立し展開してきたかに焦点を当てることにする。

2. カナダの特徴

ここでは、第II章以下の記述に関係が深いと考えられるカナダの特徴を3点取り上げる。

(1) 一般事情⁵

面積は、998.5万平方キロメートルでロシアに次ぐ世界第2位で、日本の約27倍である。一方、人口は、約3,515万人(2016年国勢調査)であり、日本の約4分の1である。公用語は、英語、フランス語の二言語である。宗教に関しては、国民の約半分近くがローマン・カトリックである。

その略史を辿ると、以下のとおりである。1867年に英領北アメリカ法によりカナダ連邦結成(自治が認められたが、外交権および憲法改廃権は英国に帰属)、1926年にバルフォア宣言により英国から外交

¹ 本稿におけるカナダの法令・制度・公的機関等の日本語表記は、日本カナダ学会編「新版 史料が語るカナダー1535-2007ー」(有斐閣、2008)ならびに在日カナダ大使館および在カナダ日本国大使館の日本語ホームページによる表記に準拠している。

² 本稿でいう保険システムとは、保険に関してある目的のための秩序だった方法、体系、組織をいう。

³ 一部私的なクリニックがコアの医療サービスを提供しているが、限定的である。

⁴ supplementary とは、追加的という意味で用いられる。Oxford Advanced Learner's Dictionary, 8th edition では、additional が本義であり、provided in addition to sth else in order to improve or complete it と説明している。

⁵ 本項の記述は、外務省のホームページ国・地域 > 北米 > カナダ > カナダ基礎データ (visited Aug. 15, 2017) <<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/canada/data.html#section1>> に拠る。

権を獲得、1982年に「1982年カナダ憲法（Constitution Act, 1982）」により、英国から憲法改廃権を完全移管した。この経緯は現在の政治体制に深く影響している。イギリス型議院内閣制と連邦主義に立脚する立憲君主制である。元首は、エリザベス二世女王である。ただし、総督が女王の代行を務める。

カナダは、連邦主義に立脚し、現在十州（province）と三準州（territory）の合計十三州で構成する連邦制となっている。現在のカナダの州は、《図表1》のとおりである。

《図表1》カナダの州



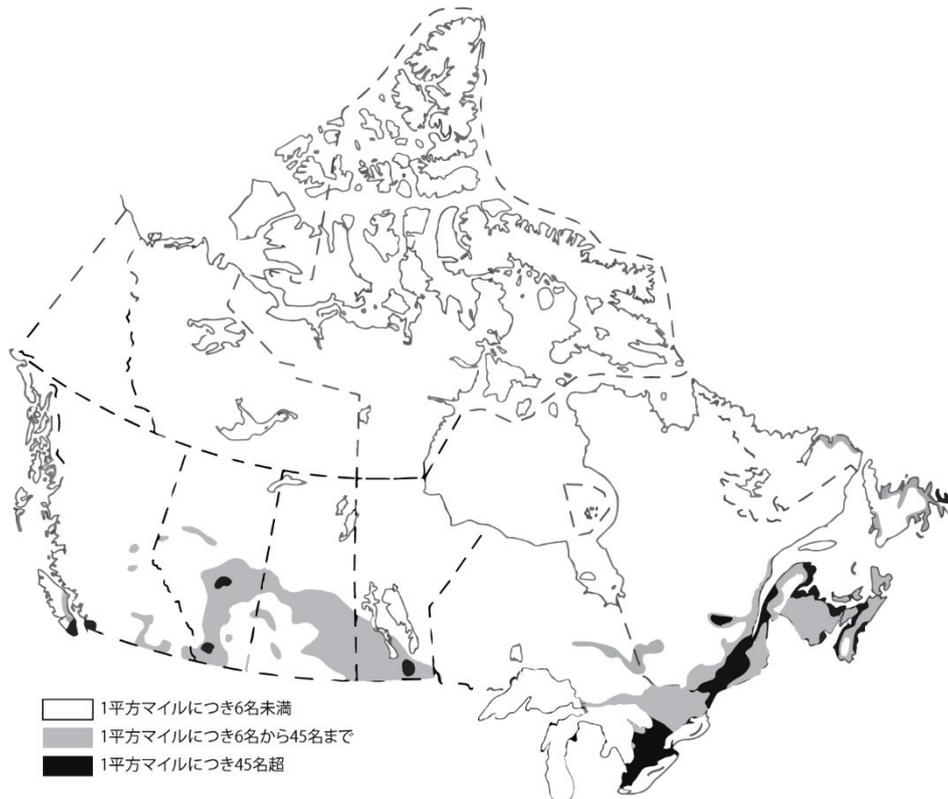
(出典) カナダの州 (visited Aug. 28, 2017)

<https://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%82%AB%E3%83%8A%E3%83%80%E3%81%AE%E5%B7%9E#/media/File:Political_map_of_Canada.png>.

(2) カナダの人口密度

カナダでは、日本の約 27 倍の面積に人口は約 3,515 万人が居住しているが、均等に人口が分布しているのではなく、人口密度が高い地域である都市部が少数存在し、その他の地域は人口密度が低い（《図表 2》）。

《図表2》カナダの人口密度



(出典) Wayne C.Thompson, “Canada 2016-2017”, 32nd Edition, 2016, p.25.

この人口密度の偏りは、ヘルスケアシステム⁶の運営、特にヘルスケア提供体制の設計・運営・評価に大きな意味を持っている。例えば、遠隔医療サービスは極めて重要であり、その提供体制の責任主体と運営方法をどうするかが重要な課題となる。また、各州のパフォーマンス評価を単純に平均値で判断してよいかという問題もある。2017年7月にカナダにおいて民間健康保険業界の実務者に対して実施した聞き取り調査では、各州のパフォーマンス評価では州の平均値ではなくその分布を見ることが必要であることが強調されていた。

(3) 憲法典におけるヘルスケアに関する州の権限と連邦政府の支出権限

カナダの憲法は、連邦と州の権限を規定している。ヘルスケアに関する規定としては以下のものがある。1867年憲法第92条では、州議会の専属的権限として「州内にある州のための病院、救護院、慈善施設及び慈善機関。ただし、海上病院を除く。」と規定されている⁷。従って、州は病院利用に関する費用を利用者に請求することは可能であるが、州政府から実際には利用者に請求することはほとんどない。

連邦政府には、連邦法に基づく連邦政府の支出権限 (spending power) がある。州がヘルスケアサービスを提供するための財源は全てを州の財源で賄うのではなく、連邦政府からの補助金に部分的に依存している事情がある。連邦法に基づく連邦政府の支出権限と運営基準・要件が、州が独自に決定し運営

⁶ 本稿では、ヘルスケアとは、専門家である医師・看護師等が提供する診断・治療、病院等の医療施設において提供される幅広い医療・保健サービス、疾病予防・健康増進、介護サービスまで含む意味に用いる。

⁷ 国立国会図書館調査及び立法考査局「カナダ憲法」(2012年3月) pp.46-47。

できるはずの病院利用等のヘルスケア関係事業に関して、州政府の権限行使と活動に制約を与えていることもある。

なお、連邦法の解釈によっては運営基準・要件についての一般的な理解とは若干異なった、州政府の権限行使と活動が可能になる面も実際にはある(第Ⅱ章には、このことに関連する記述がある)。つまり、実際の権限の行使は、憲法の規定に関する表面的解釈では理解しにくいことに留意する必要がある。

3. 本稿の情報時点と構成

ヘルスケアシステムは、ヘルスケアサービスを提供する「ヘルスケア提供システム」およびヘルスケアサービスの財源を確保しサービス提供者・利用者へ支払う「ヘルスケアファイナンスシステム」の二つのサブシステムで構成されていると考える。公的健康保険も民間健康保険も、ヘルスケアサービスの財源を確保しサービス提供者・利用者へ支払うファイナンスシステムの一つである。本稿は、特徴ある民間健康保険システムに関係する範囲でヘルスケア提供システムに言及し、民間健康保険システムに深く関係するヘルスケアシステムの改革動向についても必要な限り触れる。

本稿の記述は、2017年8月28日現在までに入手できた情報を基にしている。また、2017年7月にカナダにおいて民間健康保険業界の実務者に対して実施した聞き取り調査の結果も使用している。

第Ⅱ章以下の構成は、以下のとおりである。

第Ⅱ章は、「メディケア (Medicare)」⁸と呼ばれている無料の公的健康保険システムの仕組みとメディケアに関する様々な意見を取り上げる。メディケアは、1984年立法のカナダ保健法を基礎とし、カナダ保健法は今日までカナダのヘルスケアシステムの基本構造を形作っている。次に、カナダにおける民間健康保険システムの役割と市場構造を取り上げ(第Ⅲ章)、民間健康保険のユニークなビジネスモデルとイノベーションの取組を概観する(第Ⅳ章)。最後に、民間健康保険システムにはどのような特徴があるかを公的健康保険システムとの関係に留意して考え、特に民間健康保険の加入ニーズと特徴ある民間健康保険のビジネスモデルの事業環境・背景を検討する(第Ⅴ章)。

Ⅱ. 無料の公的健康保険システムの仕組みと様々な意見

1. カナダのヘルスケアシステムの基本構造

(1) 英国に類似したヘルスケア提供システム

カナダのヘルスケアシステムは、カナダがイギリス連邦に属する国であることもあって、英国の公的医療保障サービスを提供する National Health Service (以下 NHS という) と類似している点がある。

英国の公的医療保障サービスを提供する NHS は、1948年創設以降全ての英国在住市民に対して医療保障サービスを原則無償で提供してきた。

医療保障サービスには区分があり、分業体制になっている。①一次医療 (primary care) と観念される基本的一般的な医療・保健サービスと、②専門医・病院による医療・保健サービスとは別のヘルスケアサービスであると一般的に理解され、別々のサービスを別々に担当する仕組みである。すなわち、基

⁸ カナダの「メディケア」は、米国で実施されている高齢者向け公的健康保険システムと同名であるが、全居住者を対象にしている。なお、オーストラリアにおいても公的な医療保障制度をメディケアと呼称している。

本的一般的な医療・保健サービスは、かかりつけ医・家庭医とも称される General practitioner（以下 GP という）などによって提供される。GP は、自分で診療治療する以外に、必要に応じて患者を専門医（specialist、consultant と呼ばれる）または病院に紹介（referral）する。

カナダのメディケアも、同様の分業体制になっており、NHS と類似している。

（２）メディケアにおける医学的に必要な医療サービスの無料提供と限度

カナダのメディケアの概要を説明するために、カナダ連邦政府保健省（Health Canada）のホームページの説明を以下に引用する⁹。「カナダにおける公的資金を財源とするヘルスケアシステム（publicly funded health care system）はメディケアという用語で呼ばれている。カナダでは、連邦全体を対象として運営する単一のシステムではなく、十三の州・準州それぞれが独自に健康保険制度（Health Insurance Plan）を運営するシステムとなっている。このメディケアのシステムによって、全てのカナダ在住者は、医学的に必要とされる病院サービス（hospital service）と医師サービス（physician service）を自己負担なしで受けることができる。」

上記の医師サービス（physician service）は、概ね英国における GP によって提供される基本的一般的な医療サービスまたは一次医療（primary care）に相当し、病院サービス（hospital service）は概ね英国の NHS における病院による医療サービスに相当する。

ただし、全てが無料という訳ではない。外来の処方箋薬剤には患者負担があり、一般的な歯科治療は私費による診療となっている。これらは、メディケアにある無料提供の限界を示している。

（３）メディケアの基本理念

カナダ連邦政府保健省は、そのホームページでメディケアの基本理念についてその要旨を以下のように説明している¹⁰。カナダのメディケアは、過去 40 年間に渡って形成され、そして今後も医療界と社会全体の変化に対応して継続される。しかし、医学的に必要とされるヘルスケアサービスは、支払能力ではなく必要性に応じて提供されるという基礎となる基本理念は、今後も維持される。その背景には、全ての人々は平等に扱われ何人も他者よりも有利な立場に立たないという公正・公平（fairness and equity）という基本的な価値観がある。メディケアは当初から様々な改革が続いてきたが、この価値観は変わっていない。

2. 現在のヘルスケアシステムの基本構造と法制

（１）現在のヘルスケアシステムの基本構造の法制的基礎：1984 年立法の Canadian Health Act

現在のヘルスケアシステムの基本構造の法制的基礎となるのは、1984 年立法の Canadian Health Act (R.S.C. 1985, c. C-6)（以下カナダ保健法という）である。カナダ保健法の内容は、その長い名称である「カナダ連邦による資金供与ならびに保険対象であるヘルスサービスおよび派生的なヘルスケアサー

⁹ カナダ連邦保健省のホームページ Canada's health care system (visited Aug. 28, 2017) <<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>>。

¹⁰ カナダ連邦政府保健省ホームページ Canada's Health Care System (visited Aug. 28, 2017) <<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>>。

ビス (extended health care services) ¹¹ についての基準と要件に関する法律」に示されている。すなわち、①カナダ連邦政府が州政府・準州政府に対して交付する資金の交付条件と、②州政府・準州政府が運営する健康保険制度 (Health Insurance Plan) の対象になるヘルスケアサービスの範囲の二つのことを定めているのである。

メディケアでコアとなる医療サービスは州政府・準州政府が運営する健康保険制度の保険給付の対象となる。それ故、州政府・準州政府は健康保険制度を運営するという表現が用いられ、メディケア制度が健康保険制度とほぼ同義に用いられる事情が生まれている。

州政府・準州政府の健康保険制度の財源は公的資金であるが¹²、州政府の財源だけでなく連邦政府から州政府・準州政府に補助金として供与された資金も財源になっている。

カナダの現在の公的健康保険システムにおいては、州政府・準州政府が州・準州の居住者に対して医師サービスおよび病院サービスを無料で提供する方式は、州政府・準州政府が原則的に医師サービスおよび病院サービスの提供主体になる直営方式ではなく、医師および病院と契約し、サービス提供に要した費用を償還する方式が一般的である。カナダのメディケアでは、州政府・準州政府が運営主体である。運営主体である州政府・準州政府は、以下の方法でメディケアを運営している。州政府・準州政府が運営する健康保険制度の保険給付の対象となる医療サービスは、州政府・準州政府が病院、医師等と費用の償還方法・基準等を予め交渉して決めておく方法が採用されている。交渉方法は、病院または医師等の職能団体と交渉することが一般的である。

病院は、非営利の (non-profit) 組織であっても、慈善団体 (charity) であっても、公的 (public) ではなく、私的な (private) ヘルスケアプロバイダーである¹³。医師は、独立自営業であり、私的な (private) ヘルスケアプロバイダーである。

つまり、概括的に述べるならば、カナダのメディケアは、私的な (private) ヘルスケアプロバイダーに対して公的な (public) 資金を投入する “public contracting” モデルを採用しているのである¹⁴。

(2) 1984年立法の Canadian Health Act における原理原則となる要件の規定

カナダ保健法には、州政府が健康保険制度を運営する上で従うべき、原理原則の規定がある。この原理原則は、連邦政府が州政府に補助金を提供する基準・条件を定めているものであって、州政府の健康保険制度を運営する基準を直接的に定めたものとはなっていない点に留意する必要がある。憲法法典には、ヘルスケアに関しては基本的に州に権限があるとしている。州政府は、保険対象となるヘルスケアサービスの提供方法・提供体制を独自に決めることができるのである。ただし、実務的には州・準州政府の首相 (first minister) および連邦政府保健担当相が協議する合議体での協議を経て、州・準州の保険対象となるヘルスケアサービスの提供方法・提供体制に関する基本的な条件が形成される。その基本的な条件は州政府の裁量を認めるので、各州はそれぞれ独自に公的健康保険システムを設計運営することになる。

¹¹ 具体的には、nursing home care または home care を指している。

¹² 保険料を徴収する州もある。

¹³ 少数ながら直営の公立病院も存在している州もある。

¹⁴ Raisa Oeber, “Health care: What should we be paying for?”, The Globe and Mail, Jun. 14, 2017.

カナダ連邦政府は、州政府・準州政府に対してメディケアを運営する資金を交付している。資金交付に関連付けて主要な原理原則の規定がある。主要なものとしては、次の二つがある。①連邦政府から州政府に交付される補助金プログラムであるカナダ保健医療移転（Canada Health Transfer）に関する五つのプログラム基準（program criteria）および②二つの条件（condition）である。

①メディケア五原則

カナダ保健医療移転（Canada Health Transfer）に関する五つのプログラム基準は、メディケア五原則と呼ばれている。

メディケア五原則は、以下のとおりである。

- 1) 公的管理（Public Administration）：州・準州の健康保険制度は、政府機関（public authority）によって非営利的に管理運営する。ただし、運営に必要なサービスを外部委託することを妨げない。
- 2) 包括性（Comprehensiveness）：州・準州の健康保険制度は、病院、医師および歯科医師（ただし、病院施設で提供される外科的歯科サービスに限る）による、保険対象のヘルスサービスは、一部ではなく全て提供しなければならない。
- 3) 普遍性（Universality）：どの州・準州の居住者であっても、登録をすれば州・準州の健康保険制度から同一条件でサービスの提供を受ける権利が与えられる。
- 4) 携行性（Portability）：他の州・準州に移住する居住者は、移住先の健康保険制度が設定している、新規居住者に対する待機期間（最大三ヶ月）の間は、サービスの提供を受けた本拠地となる（home）州・準州のサービスを継続することができる。
- 5) ヘルスケア利用アクセス（Accessibility）：病院、医師および歯科医師（ただし、病院施設で提供される外科的歯科サービスに限る）による、保険対象のヘルスサービスへの妥当な（reasonable）アクセスが、追加費用請求（extra-billing）と利用者負担（user charges）または年齢、健康状態あるいは経済状態に基づく差別などの障害によって、直接・間接に妨げられることが起きないように保障されなければならない。

追加費用請求も利用者負担もヘルスケア利用アクセスの障害または妨害になるとされている¹⁵。なお、追加費用請求とは、医師が州・準州の健康保険制度から支払われるまたは支払われることになっている金額以外に、保険対象の医療サービスを受けた患者に請求することをいう。利用者負担とは、追加費用請求以外の追加請求で、例えば病院等でのサービスに関して病院等が追加料金を請求することをいう。

②二つの条件

二つの条件とは以下のとおりである。

- 1) 情報の提供（Information）：州政府・準州政府は、連邦保健大臣に対し自州・自準州の健康保険制度に関する必要な情報を提供しなければならない。
- 2) 連邦政府の補助金交付の周知徹底（Recognition）：連邦政府が州健康保険制度に補助金を交付して

¹⁵ Health Canada, “Canada Health Act Annual Report 2015-2016”, Feb. 2017, pp.7-10.

いることを適切に明示し、利用者等に周知徹底しなければならない。

③メディケア五原則と二つの条件の意義

五つのプログラム基準と二つの条件を満たなければ、州政府・準州政府は、カナダ保健医療移転を満額受領することができない。メディケア五原則と二つの条件は、連邦政府の支出権限と運営基準・要件が、州が独自に決定し運営できるヘルスケア関係事業に強い影響を与え、州政府の権限行使と活動を制約している一例である。

3. 現在の基本構造が出来上がるまでの沿革

(1) 公的資金を財源として、医師・病院サービス費用を保険給付対象とする制度の沿革；1984年カナダ保健法まで

①サスカチュワン州の先導的役割

病院サービスと医師サービスを給付対象とする州健康保険制度が確立される過程では、サスカチュワン州が先導的役割を果たした。サスカチュワン州は、1946年に「サスカチュワン州入院保険法 (Saskatchewan Hospitalization Act)」を立法し、翌年の1947年に同州の全ての居住者を対象として入院時の病院サービス費用を給付対象とする公的病院保険制度 (public hospital insurance plan) を創設した。これが、今日のカナダにおける州・準州の公的健康保険制度の歴史の始まりとなった。当時の同州の州首相は、トミー・ダグラス (Tommy Douglas) で、同首相は、今日ではカナダの「公的健康保険制度の父 (father of Medicare)」と呼ばれている¹⁶。この時点の公的病院保険制度の財源は、税金と保険料であった。その後、他の州は、サスカチュワン州を追って公的病院保険制度を導入した。

サスカチュワン州は、1962年に、それまで対象となっていなかった医師サービスを給付対象とする公的医療保険制度 (medical insurance plan) を導入した。その後、他州・準州も同様の公的医療保険制度を実施するようになった。公的医療保険制度は、1971年までに全ての州で導入し、1972年にまでに全ての準州が導入した。

②連邦政府の関与：連邦政府補助金の交付¹⁷

サスカチュワン州を追って他の州・準州に公的健康保険制度が普及していくのに、連邦政府の補助金は大きな役割を果たした。

サスカチュワン州入院保険が実施された翌年の1948年に、連邦政府は National Health Grants Program を実施し、州政府および準州政府に対して病院建設、公衆衛生および医療人材の育成などを支援する入院保険促進策を実施した。1958年には、前年に立法された「病院保険・診断サービス法 (Hospital Insurance and Diagnostic Services Act)」に基づき、州政府が全ての居住者を資格対象とする病院保険を実施している場合に、連邦政府はその費用の50パーセントを負担することとした。4年後には、全て

¹⁶ 岩崎利彦「カナダの社会保障」(財形福祉協会、2008年2月) p.9。

¹⁷ 本節は、カナダ連邦政府保健省ホームページ Canada's Health Care System (visited Aug. 28, 2017)

<<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>>を参照している。

の州・準州は、入院と診断のサービスを実施するようになった。

1962年サスカチュワン州の公的医療保険制度の導入に呼応して、1966年に連邦議会は「医療保険法 (Medical Care Act)」を立法し、連邦政府は、それまでの病院と診断サービスのみに対する補助以外に病院外の医師サービスについてもその費用の半分を補助した。

ヘルスケア関係の連邦政府の補助金は、1957年から1977年まで保険対象となるヘルスケアサービスの提供方法・提供体制病院サービスと医師サービスに掛かる州・準州の50%だった。1977年に補助金制度の改革が実施された。連邦補助金制度の見直しとして、1995年に「カナダ保健・社会移転法 (Canada Health and Social Transfer Act)」が立法され、連邦・州財政協定 (Federal-Provincial Fiscal Arrangement) によって、補助金制度は、資金提供と税源移譲との組み合わせとなった。資金提供の方式は、病院保険補助などの特定プログラムへ補助は連邦政府が指定する条件を遵守することを条件とする、特定プログラムを補助する補助方式から、州の財政へ補助をするブロック補助金 (block fund) の方式へ変更された。併せて、連邦政府の税率を引き下げ相当分の州・準州の税率を引き上げることによって、州政府・準州政府の財政支出の柔軟性を向上させる税源移譲も含む¹⁸。新しい補助金制度は、1996年から、「カナダ保健・社会移転 (Canada Health and Social Transfer)」として実施された。

③メディケア五原則におけるヘルスケア利用アクセス (Accessibility) 導入の経緯

メディケア五原則のヘルスケア利用アクセス (Accessibility) の原則は、それまでにない規定で新たに導入されたものである。この原則は、保険対象のヘルスサービスへの妥当なアクセスが、追加費用請求と利用者負担または年齢、健康状態あるいは経済状態に基づく差別などの障害によって、直接・間接に妨げられることが起きないように設けられた。

この原則は、移行措置の期間を経て、1987年に実施された。移行措置期間を設けた理由は、医師たちが健康保険制度で定められた医師診療報酬で不足している金額を患者に対して追加費用請求をしている州や利用者負担が病院の財源の一つになっていた州が幾つかあったからである。

この原則が導入された背景として、医師たちが患者に対して患者負担を請求することが大きな政治問題になっていたことがある。

④公的病院保険・公的医療保険と薬剤給付に対する患者負担

メディケアの形成には、サスカチュワン州が病院サービスと医師サービスを給付対象とする公的な健康保険制度を創設し、カナダ全土に拡大する過程があった。その結果、病院サービスと医師サービスは公的な保険給付の対象となったが、外来の処方箋薬などの薬剤給付はほぼ患者負担になった。そのため、薬剤給付に対する患者負担の問題が、メディケアの改革を進める上で大きな問題になったのである。

¹⁸ ただし、50%負担の水準は、国民総生産 (GNP) および人口増加率を考慮して調整が行われる。

(2) 公的資金を財源として、医師・病院サービス費用を保険給付対象とする制度の沿革；1984年カナダ保健法以降¹⁹

①2000年ヘルスケア改革に関する連邦・州の合意締結と連邦補助金制度の見直し

1984年カナダ保健法以降も各州の健康保険制度の改革と連邦の州に対する連邦補助金制度の見直しが進められた。たとえば、各州は、薬剤給付の患者負担問題に取組み、所得水準等を基準として高齢者等に対する処方箋薬を提供する独自の制度²⁰を設けていった。前述のとおり、連邦補助金制度の見直しとして、1995年にカナダ保健・社会移転法（Canada Health and Social Transfer Act）が立法され、1996年から実施された。

2000年には、ヘルスケア改革に関する連邦・州の合意“First ministers’ Communiqué on Health”が、公表された。その内容は、連邦と州・準州は、第一次医療（primary health care）の充実、処方箋薬管理の改善およびヘルスケア関係の情報通信技術の適用拡大を主要課題として今後取り組み、併せて連邦からの補助については連邦支出金による補助金を増額することであった。

②2002年ロマノウ報告と2003年連邦・州・準州の Accord on Health Care Renewal の合意書

2001年連邦政府首相府は、Commission on the Future of Health Care in Canada（通称 Romanow Commission）に対して、メディケアのこれまでを分析し、国民との対話による意見集約を行って今後の方向付けを勧告するように求めた。Romanow Commissionは、2002年に「価値の樹立 カナダの医療保障の将来（Building on Values: The Future of Health Care in Canada）」と題する、勧告を含む報告書を提出公表した。その勧告を受けて、2003年連邦と州・準州の首相は Accord on Health Care Renewal の合意書を締結し、併せて「ヘルスケア強化10年間計画（A 10Year Plan to Strengthen Health Care）」を策定し、2004年から実行することとした。ヘルスケア強化10年間計画の主要事項は、待機期間管理、ヘルスケア従事者確保、先住民問題、カナダ連邦全体の処方箋薬戦略、ヘルスケア機器進展対応などである。連邦政府からの補助は、2006年度から2013年度まで連邦支出金による補助金を増額することになった。

③待機期間改善の取組

2004年に開始されたヘルスケア強化10年間計画でも、待機期間改善は重要度が高い課題となっている。2007年州・準州全てが「患者待機期間保証（Patient Wait Times Guarantee）」を2010年までに実施すると公約した。患者待機期間保証は、定められた期間内に待機期間が終了しない場合には他の紹介先へ紹介するという取組である。

¹⁹ 本項は、カナダ連邦政府保健省ホームページ Canada's Health Care System (visited Aug. 28, 2017)

<<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html>>、および関連資料を参照している。

²⁰ 州政府のなかには、処方箋薬に関して収入基準に基づくプログラムを準備した例があった。例えば、高齢者や社会扶助受給者などのグループに対して高額処方箋薬の援助をするプログラムである。

4. カナダにおける公的健康保険システムの課題と様々な意見

(1) 公的健康保険システムの課題

①連邦政府における課題認識

連邦保健相は、首相府のホームページ²¹で公的健康保険システムの課題を次のよう挙げている。すなわち、高齢化が進行するなかでのヘルスケア需要の急速な変化とヘルスケア技術の進展、州・準州と協力した処方箋薬購入改善とメンタルケア問題改善である。

②州政府・準州政府の財政における健康保険制度の財政負担の大きさ

メディケアで実施されている健康保険制度は、全ての居住者を対象にほぼ自己負担なしで病院サービスと医師サービスを提供するという、かなり財政負担が大きい制度である。州政府は、租税収入以外に州内の天然資源に基づく投資収益も得ているが、メディケア運営の負担を賄うことは容易ではない。

2006年度のカナダ全土の州・準州の歳出入と構成比を推計した資料では、歳出のうち33.7%が保健医療になっており、その負担の大きさが窺える²²。ある意味で、メディケアは州政府にとって高コストの運営を覚悟する必要がある仕組みとみることもできる。

(2) 深刻な待機期間問題とメディケアにおける私的クリニックの容認利用

①待機期間問題

待機期間問題に連邦政府・州政府は、積極的に取り組んでいるが、待機期間に関する Commonwealth Fund 国際調査では、専門医にかかるための待機期間が11カ国で最長だった(詳細は後出(3)公的健康保険システムに関する様々な意見 ①公的健康保険システムのパフォーマンス評価 ②待機期間に関する国際比較 参照)。待機期間を受忍できなくなる場合も生じる。その場合に、私的クリニックが利用されている実態がある。

②メディケアにおける私的クリニックの実例

メディケアは公的資金を財源として、コアとなる医師・病院サービス費用を原則自己負担なしで保険給付対象とする制度である。その給付対象外は、概ね歯科・視力関係の領域および処方箋薬であり、その給付対象外を補償する補足的な民間健康保険に加入することができる。従って、メディケアの枠外でメディケアと同じ医療サービスを提供する私的クリニック(private clinic)も私的クリニックに掛かる費用を補償する民間健康保険も不要となるはずである。しかし、現実には私的クリニックが存在し、容認されている現実がある²³。

²¹ 首相府のホームページ Minister of Health Mandate Letter | Prime Minister of Canada (visited Aug. 28, 2017) <<http://pm.gc.ca/eng/minister-health-mandate-letter>>.

²² 財務総合政策研究所「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」報告書(2006年12月)p.144.

²³ その容認根拠は以下のように説明されている。メディケアの根拠法であるカナダ保健法は、メディケアが提供するヘルスサービスについて明確にその要件を明示している。しかし、そのヘルスケアサービスの提供方法について言及していない。すなわち、同法は、私的部門(private sector)がメディケアの保険対象とするヘルスサービスを提供することを、容認も禁止もしていないのである。他方、同法は公的部門自身が公的資金に基づくヘルスケアサービスを提供することを、奨励も反対もしていない。つまり、同法には、ヘルスケアサービスの提供方法・提供体制に関する条文が設けられていないのである。従って、私的部門のヘルスケアプロバイダー(個人であれ法人であれ)と公的部門のヘルスケアプロバイダーを混在(mix)させて、公的な健康保

《BOX》私的クリニック利用例とトロントの事例

幾つかの州では、メディケアと同じ医療サービスを提供する私的クリニック（private clinic）が存在し、利用されている。聞き取り調査では、ケベック州において私的クリニックでは MRI を二日後に利用できる事例やより多くの医療サービスについて私的クリニックを利用できるアルバータ州の事例が挙げられていた。カナダの国技とも言われるアイスホッケーの選手のなかには、1,500 カナダドルを払って MRI を今夜または明日利用する人もいる。メディケアでは、MRI の利用に六ヶ月かかることが普通だとの説明があった。

トロントでは、Medcan という私的クリニックがある。待機期間なしで、明日診察してもらうことも可能だ。しかし、高額な料金を払う必要がある。トロントでは、タウン誌に引っ張りだこになっている私的クリニックを紹介している（“Five of Toronto’s most exclusive private medical clinics”, Toronto Life, Feb. 26, 2014.）。その紹介記事は、私的クリニックはかつてタブーだったが、いまや利用できる経済力があることのステータスシンボルになっていると説明している。

③メディケアにおける私的クリニック存在の容認に関わる規制の実施

1990年代に公的な（public）なメディケアが提供する医学的に必要な医療サービスと同じ医療サービスを、全面的にあるいは大部分を提供するヘルスケア提供施設（私的クリニックが該当する）が拡大しつつあった。その施設の無秩序な拡大は深刻な脅威となるため、1994年にメディケアと同じ医療サービスを提供する私的クリニックに関する連邦政府、州政府および準州政府による一連の協議が行われ、私的クリニックに関する規制に合意し、私的クリニックの進展を規制する必要な措置を執ることになった²⁴。1995年連邦政府保健相は、私的クリニックに関する連邦政府の政策方針（Federal Policy on Private Clinics）を公表した。その政策方針では、私的クリニックで医療サービスを受ける患者への施設利用料に関して、州の健康保険制度が私的クリニックの医師に報酬を支払う場合には、連邦からの資金移転を減額するとした。

（3）公的健康保険システムに関する様々な意見

①公的健康保険システムのパフォーマンス評価

1) カナダの医療費支出の国際比較

カナダは、工業化された諸国のなかでも医療費支出がトップクラスのグループに属している。2014年のデータでは、一人あたり 5,543 カナダドルで経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-operation and Development :OECD）平均 4,463 カナダドルを上回っている（《図表 3》）²⁵。

険システムの資金を使ったヘルスサービスを提供する州を同法に違反しているとは言えないのである（Library of Parliament-Parliamentary Information and Research Service, “The Canadian Health Act: Overview and Options”, Revised, May 2005, p.8.）。なお、医療従事者は、当然ながらメディケアのシステムから自由に離脱する（opt-out）ことができる。

²⁴ Minister of Health, “Canada Health Act – Annual Report 2014–2015”, 2016 pp.6-7.

²⁵ Canadian Institute for Health Information, “International Comparisons at CIHI”, February 2017, p.8.

《図表 3》OECD 諸国の医療費支出

国	一人あたり支出 (カナダドル)	対 GDP 比	公的支出割合	私的支出割合
OECD (平均)	\$4,463	9.0%	73%	27%
米国	\$11,126	16.6%	49%	51%
スウェーデン	\$6,245	11.2%	83%	17%
フランス	\$5,384	11.1%	79%	21%
ドイツ	\$6,311	11.0%	85%	15%
オランダ	\$6,505	10.9%	81%	19%
カナダ	\$5,543	10.0%	71%	29%
英国	\$4,896	9.9%	80%	20%
ニュージーランド	\$4,361	9.4%	80%	20%
オーストラリア	\$5,187	9.0%	67%	33%

(注) Canadian Institute for Health Information による本表は、OECD Health Statistics 2016 (June edition) によっている。医療費支出総計(資本支出を除く)を用いている。また、医療費支出データは、System of Health Accounts に基づいている。

(出典) Canadian Institute for Health Information, “*International Comparisons at CIHI*”, February 2017, p35.

2) 待機期間に関する国際比較

Commonwealth Fund が実施した 2016 年の国際調査では、ケアへの適時のアクセス (Timely Access to Care) が国際平均を下回っている。カナダ人の 93%は、かかりつけ医 (regular doctor) を持っているが、医療サービスの待機期間 (wait time) が比較対象諸国よりも長い。その理由は、医師に他の国よりも頻繁に掛かっている可能性がある。また、専門医にかかるための待機期間が 11 カ国で最長だった²⁶。

②公的健康保険システムと私的ヘルスケアシステムの併存に関する意見の隔たり

州政府・準州政府が運営する健康保険制度が給付対象としている医学的に必要な医療サービスを制度の枠外で私的な医療機関が提供し、一部の患者だけが私的に支払をして医療サービスに優先的にアクセスできることを容認する、二つの医療サービスが並行的に存在している仕組みは、二重医療制度 (two-tiered health care) とカナダでは呼ばれることが多い。

公的健康保険システムと私的ヘルスケアシステムの併存に関して、カナダには大きな意見の隔たりが存在する。メディケアに関するカナダ連邦政府保健省は、そのホームページでメディケアの基本理念について説明している内容は、Universal Social Security²⁷の考え方である。

この収入に拘わらず、全てのカナダ居住者はメディケアが提供する医療サービスを全て受けることができるという Universal Access は、Universal Coverage とは必ずしも一致しない。すなわち、現在カ

²⁶ Canadian Institute for Health Information, “*How Canada Compares: Results From The Commonwealth Fund's 2016 International Health Policy Survey of Adults in 11 Countries*”, February 2017, p.6.

²⁷ Universal Social Security, Universal Access および Universal Coverage の意味は、カナダ連邦政府歴史博物館 (Canadian Museum of History) のホームページ MAKING MEDICARE: THE HISTORY OF HEALTH CARE IN CANADA, 1914-2007 の Glossary (visited Aug. 28, 2017) <http://www.historymuseum.ca/cmc/exhibitions/hist/medicare/medic-glossary_e.shtml> による。

ナダには、カナダの全ての居住者には医学的に必要なヘルスケアサービスを提供すべきであると考えられる人々と、そのようなサービスに対価を支払えない人にだけ政府の補助が与えられるべきである（対価を支払える人は、自由に選択できるようにすべきであるということを含意していると思われる）の間に激しい論争があるとカナダ連邦政府の歴史博物館のサイトでは説明されている²⁸。

このように現在のカナダには、意見の分裂が存在している。

Ⅲ. カナダにおける民間健康保険システムの役割と市場構造

1. 民間健康保険の対象範囲と民間健康保険に対する需要

(1) 補足的健康保険の補償内容と補償対象者

①概要

民間健康保険者が販売している補足的保険の対象範囲は、Extended health care (“Ext. health”と略称されている)、障害 (disability) およびその他である。Ext. health の加入者は、二千四百万人で、保険料総額は 268 億カナダドルである²⁹。具体的な補償内容は、州政府・準州政府の健康保険制度の対象とならない処方箋薬、歯科および入院時に選択によって生ずる病室費用などである。

②病室の種類ならびに州・準州の健康保険制度および民間健康保険からの給付内容

カナダにおいてメディケアの対象となっている病院には、三種類の病室がある。標準的な病棟 (Standard Ward) は、四人部屋、二つの共有トイレがある。セミプライベート (Semi-Private) は、二人部屋で二つの共有トイレがある。プライベート (private) は、一人部屋で個人専用のトイレがある。医療サービスは、どの病室でも同一である。

標準的な病棟に入れば無料であるが、セミプライベートとプライベートを選択すると追加料金が発生する。追加料金は、自費負担または民間健康保険の利用となる。民間健康保険を利用する場合には、民間健康保険者から病院へ直接払い込むことがほとんどであり、患者の立替払いは生じない。

③民間健康保険の対象者；被扶養者の範囲

補足的な民間健康保険は、被扶養者も対象にしている。被扶養者になっている配偶者と子供の範囲は、法律に準拠している（子供は原則 19 歳までであるが、高等教育機関在学に応じて 25 歳までになる）。

(2) 民間健康保険のバリエーションと私的クリニックの支払方法

上記で説明した民間健康保険は、民間保険会社が販売する、メディケアを補足する保険である。

民間保険会社が販売する健康保険には、企業を契約者とし、職域の従業員とその家族を保険の対象者とする団体保険がある。保険会社は、団体契約をすることによって、従業員の健康リスクを引き受けている。

²⁸ カナダ連邦政府歴史博物館 (Canadian Museum of History) のホームページ MAKING MEDICARE: THE HISTORY OF HEALTH CARE IN CANADA, 1914-2007 の Glossary (visited Aug. 28,2017)

<http://www.historymuseum.ca/cmhc/exhibitions/hist/medicare/medic-glossary_e.shtml>.

²⁹ Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA), “Canadian Life and Health Insurance Facts”, 2016 Edition, p.12.

従業員の福利厚生の一環として健康保険の補償を提供している大企業のなかには、保険会社の引き受ける従業員の健康リスクを、大企業自体が保険会社と同じように引き受ける例もある。具体的には、民間健康保険が対象とする診断治療等に要した費用を保険給付として自己の資産から支弁するなどの方法である。しかし、大企業が保険事業の全ての事業プロセス・活動を実施するのは、非効率である。そこで、保険給付の事務処理、ヘルスケアプロバイダーとの交渉を第三者に委託することが一般的に行われている。このような大企業の福利厚生実現の方法は、自家保険と呼称される。自家保険は、カナダの隣国のアメリカ合衆国（以下、米国という）で発展してきた。

カナダにおけるメディケアを補足する民間健康保険の団体保険でも、保険会社と団体契約をする方法も自家保険の方法も実施されている。

また、米国では、医療機関が前払いで料金を収受し、医療サービスを提供する **pre-paid** プログラムが発展してきた。英国でも共済的組織が **pre-paid** の支払を受けて、病院等の医療サービスを提供する仕組みが発展してきた。これらの活動は、保険リスクを引き受ける保険会社の活動と類似しており、機能に着目すれば、民間健康保険と同様と言って良い。この仕組みがカナダにもある。

このほか、私的クリニックが提供する医療サービスに係る費用を補償する民間健康保険も限定的に存在する。

（3）民間健康保険に関する需要

私的クリニックと民間健康保険の役割も含めて、民間健康保険に関する需要を整理する。

第一は、メディケアが提供する病院サービス・医師サービスというコアのサービス以外のサービス需要に関する事項である。一般的な補足的民間健康保険は、州政府・準州政府の健康保険制度の対象外のニーズを対象にしている。カナダ連邦保健省のホームページでは、メディケアの給付対象にならない補足的な給付は、自己負担か民間健康保険を使うかのいずれかの方法で入手する仕組みであると説明されている³⁰。メディケアの対象にならない外来の処方箋薬剤には患者負担があり、一般的な歯科治療は私費による診療となっている。補足的な民間健康保険は、これらのメディケアにある無料提供のコアの医療サービスでは、充足できない需要が対象になっている。

第二は、私的クリニックが提供する医療サービスに関する事項である。私的クリニックを利用するためには、自己負担か民間健康保険を使うかという選択がある。民間健康保険の広いバリエーションは、早く診断・診療・手術をしてほしいと言うニーズと特別の医療サービスが欲しいというニーズに対応することができる。ただし、私的クリニックは、拡大したといっても規模は大きくないと考えられ、その保険ニーズもさほど大きくないと考えられる。なお、私的クリニックとそれに対応する健康保険およびバリエーションに関する統計は入手できなかった。

³⁰ カナダ連邦保健省のホームページ Canada's health care system (visited Aug. 28, 2017) <<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>>.

2. 団体加入方式の普及と民間健康保険市場の概況

(1) 団体加入が主流

カナダの民間健康保険は、団体加入方式が主流である。団体は、職域だけでなく労働組合（union）も専門職団体・各種団体（Association）も含まれる。職域の場合には、雇用主から全額または一部の保険料負担があるが、その他では加入者が保険料全額を支払うことになる³¹。団体加入の保険料が90%、個人加入の保険料は10%であると推計されている³²。

(2) 民間健康保険の販売・募集チャンネル

民間健康保険の販売・募集チャンネルは、一般的には大手の全国展開をしているブローカー（national broker）または福利厚生コンサルタント（employee benefits consulting）がグループ保険を扱い、専業代理店・ブローカーが個人保険を扱っている。しかし、グループ保険に上乘せして個人保険に加入することも多く、大手ブローカー・福利厚生コンサルタントでも個人保険販売・募集の免許を取得していることも多々存在している。

(3) 民間健康保険市場の概況

① 団体市場における寡占体制

団体市場においては、上位十社が九割以上を占める寡占市場となっている。業界情報を収集している Fraser Group が、2015年の Employee Benefit Group Life and Health plan について調査した公表結果によれば、当該団体保険市場の規模は推計 386 億カナダドルの規模であり、前年対比で 4.3% 増となっている³³。上位十社は、Sun Life、Manulife、Great-West、Blue Cross（カナダ全土での総計）、Desjardins Financials、SSQ Financial Group、Green Shield、Industrial Alliance、Capitale、Empire である³⁴。

② 州別状況

州別に個人およびグループ保険の保険給付額および加入者数をみると、オンタリオ州とケベック州の二州がトップグループで、アルバータ州とブリティッシュコロンビア州が続いている状況にある。グループ保険は団体で加入する健康保険で、上述した自家保険を通常のグループ保険における給付額と加入者人数に換算した数値が計上されている（《図表 4》）。

³¹ Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA), "A Guide to Supplementary Health Insurance", 2017, p.6.

³² Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA), "Canadian Life and Health Insurance Facts", 2016 Edition, p.12.

³³ Fraser Group, "GROUP UNIVERSE REPORT: 2015 Data Year - Canada", 2016.

³⁴ このうち六社の実務家に 2017 年 7 月に聞き取り調査を行った。

《図表 4》2015 年州別民間健康保険実績

	ニューファンドランド・ラブラドール	プリンスエドワード島	ノヴァスコシア	ニューブランズウィック	ケベック	オンタリオ	マニトバ	サスカチュワン	アルバータ	ブリティッシュコロンビア	カナダ全体
給付総額（単位：百万カナダドル）											
個人	26	8	45	48	374	603	57	81	257	242	1,753
グループ	312	50	344	261	4,463	6,609	422	384	1,547	1,466	15,918
グループ（自家保険）	120	48	559	387	1,131	6,966	441	289	2,299	2,228	14,511
合計	458	106	948	696	5,968	14,178	920	754	4,103	3,936	32,182
加入者数（単位：千人）											
障害	140	50	260	200	2,600	5,100	390	360	1,700	1,300	12,000
Extended health care	400	105	640	520	5,600	9,500	850	690	2,800	2,900	24,000

（注）カナダ全体には、準州の実績も含む。

（出典）Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA), “Canadian Life and Health Insurance Facts”, 2016 Edition, Appendices pp.3-4.

IV. 民間健康保険者のユニークなビジネスモデル

1. 大手生保会社が主体となる寡占体制

カナダの場合、民間健康保険事業は大手生保会社が主体でとなっている。大手生命保険会社は、健康保険以外にグループ生命保険、個人向けの Retirement Product も扱っている。大手生保グループが寡占を形成したのは、吸収・合併を繰り返してきた経緯があるからである。

隣国の米国を初めとして、民間健康保険者は健康保険専業で、他の保険事業を兼営しないことが多い。民間健康保険会社が健康保険専業でなく、他の保険事業を兼営している点は特徴的である。多くの民間健康保険事業は、ヘルスケアプロバイダーである病院・医師と事前にヘルスケアサービスの費用を償還する基準・手順を協議して決定しておくことが一般的である。病院・医師は複数になるので、プロバイダーネットワークと呼ばれている。プロバイダーネットワークを構築し上手く運営するためには、高度の専門性と相応期間の経営資源投入を必要とすることが、健康保険事業専業の理由の一つになっていると考えられる。カナダにおいては、補足的保険であり、プロバイダーネットワークを構築する必要性は小さい。

2. 信用共同組合から出発した事業グループ：Desjardins

民間保険会社とは異なる出自をもった金融グループとして Desjardins グループがある。Desjardins グループはケベック州において信用協同組合（Caisse Populaire）組織から出発し、現在では貸付、投資および保険も扱っている。

特に、若い層を対象として起業家育成的な取組を行っている。これは、長期的な関係づくりを目指した戦略の一環と考えられる。

3. Pre-paid Health Plan を扱う、健康保険グループ：Green Shield Canada

薬局から出発し、Pre-paid Health Plan を扱う、健康保険グループとして Green Shield Canada が

ある。その歴史は、1950年代に遡り、創業者 Bill Wilkinson は薬局を経営していた。人々が薬剤の購入に苦勞している状況を見て、カナダ初の前払式健康保険（pre-paid health plan）を創業した。

メディケア導入後も、処方箋薬管理は重要な政策課題となっていた状況で、カナダ全土に事業展開をし、様々な革新的なサービスを提供している。例えば、服薬管理のためのオンラインサービスなどである。

4. イノベーションへの取組

カナダでも情報通信技術の飛躍的發展を積極的に取り入れて、新しいサービス開発やビジネスモデルを創出しようとする取組が進められている。例えば、Sun Life グループは、トロントに北米最大のイノベーションハブを設立し、デジタルテクノロジーを使った開発を進めているとしている³⁵。しかし、まだ基礎研究・応用開発の段階にあるように見える。実務家に対する聞き取り調査でも、現場に展開されている状況にはないことが分かった。

V. カナダの民間健康保険システムの特徴と特徴ある民間健康保険ビジネスモデル

本章では、民間健康保険システムにはどのような特徴があるかを公的健康保険システムとの関係に留意して考える。また、特に補足的民間健康保険の加入ニーズと特徴ある民間健康保険のビジネスモデルの事業環境・背景を検討する。

1. 類似するオーストラリアとの比較

カナダもオーストラリアも同じ名称のメディケアを運営し、その仕組みは英国の NHS に類似しているという共通点がある。しかし、民間健康保険の役割は、大きく違う。オーストラリアでは民間健康保険システムはメディケアと共存している。公的健康保険システムと共存する民間健康保険は多くの健康保険市場に存在し、それぞれが独自の特徴がある。これに対してカナダでは、民間健康保険は、公的健康保険システムの給付を補足する役割に限定されている。この補足的という点がカナダの民間健康保険の特徴である。

また、カナダとオーストラリアとの政策的違いがある。オーストラリアにおいては、民間健康保険加入の個人を補助するリベート制度があるのに対して、カナダでは民間健康保険の加入促進がないという大きな相違がある。

また、公的システムの展開に相違がある。両国とも、広大な国土と人口密度の偏在という共通性があるが、オーストラリアは海に囲まれた大陸であり、隣国の影響もなく独自の發展を遂げている。カナダは米国に隣接しているが、単純に圧倒的な影響を受けるのではなく、強い独自性を有している。

2. 米国と隣接している事業環境とカナダ的価値観

オーストラリアとは異なり米国と隣接しているカナダは、米国とは社会的文化的経済的に密接な関係がある。しかし、ヘルスケアサービスを提供する「ヘルスケア提供システム」およびヘルスケアサービ

³⁵ Sun Life Financial グループのホームページ Driving innovation (visited Jun. 21, 2017) <http://www.sunlife.com/Global/About+us/Driving+innovation?vgnLocale=en_CA>.

スの財源を確保しサービス提供者・利用者へ支払う「ヘルスケアファイナンスシステム」の二つのサブシステムとも、米国とは大きく異なる。米国からカナダに安価な薬剤を購入するためのツアーが確かにあるが、単純に米国に影響され共通市場化している訳ではない。カナダと米国のヘルスケアサービス市場および健康保険市場は、それぞれ独自のシステムを有しているため、カナダの民間健康保険事業の事業環境への米国の影響は強いとは言えない。

カナダにおけるヘルスケアシステムの選択・評価には、米国からの圧倒的な影響下にあるが故にカナダ的な独自の価値が体现されていることもある。特に、州政府・準州政府が運営する健康保険制度が給付対象としている医学的に必要な医療サービスをメディケアの枠外で私的な医療機関が提供し、患者が私的に支払をして、一部の患者だけが医療サービスに優先的にアクセスできることを容認する、二つの医療サービスが並行的に存在している仕組みである、二重医療制度に対する恐怖と民営化（privatization）に対する抵抗感は、様々な見解表明にかなり強く表出されている。現にカナダにはそのような恐怖と抵抗感あるとの見方が、健康保険業界の実務家から出されていた。

しかし、別の潮流があることにも注意する必要があるだろう。2005年調査では、二重医療制度が導入されより支払能力がある者がそうでない者より良い治療を受けることができることにする政策に対して、強く賛成するが46%、やや賛成するが22%であった³⁶。この調査結果は、カナダ的な価値観の多様な側面の存在を示唆している可能性がある。

3. 公的健康保険システムと補足的民間健康保険の加入ニーズ

上述のとおり、公的健康保険システムが医療サービスに関して総括的に対象にしているため、補足的民間健康保険の補償内容は極めて限定的である。また、私的な医療サービス提供が極めて限定的にしか存在しないため、他の多くの国々において存在するビジネスクラスの医療サービス（例えば、直ぐに診療してくれる医療サービスなど）の需要に応えることができないという事情がある。このニーズに限定的にしか応えられないというのが、カナダの大きな特徴になっている。

4. 特徴ある民間健康保険のビジネスモデルと事業環境・背景

多くの国々では、民間健康保険事業は専業として展開されている。カナダの隣国である米国はその典型である。民間健康保険事業が単純に定額的な金銭給付に留まっている場合を除き、多くの民間健康保険事業は、ヘルスケアプロバイダーである病院・医師と事前にヘルスケアサービスの費用を償還する基準・手順を協議して決定しておくことが一般的である。病院・医師は複数になるため、プロバイダーネットワークと呼ばれている。カナダの場合には、補足的な保険給付である補足的健康保険が主流である。この補足的健康保険では病院・医師等のプロバイダーネットワークの構築が必要ない（ただし、処方箋薬では必要になることもある）。大手の事業者が健康保険専業でないのは、このような背景があると考えられる。

Pre-paid の健康保険事業のルーツがある専業事業者が、薬局から出発したのは同じ事情が反映した結

³⁶ Stuart N. Soroka, "Canadian Perceptions of the Health Care System", February 2007, p.41. 引用された調査源は Pollara, HCIC 2005。

果であるとも理解できる。

なお、金融サービス事業者が民間健康保険に参入し成功した事例を紹介したが、協同組合的な金融サービス事業者の独自の発展の一環として合理的な事業展開と理解することができる。もともと、協同組合的な金融サービス事業では、金融サービス専業ではなく多くの関連する事業を実質兼営して発展してきた。健康保険事業参入は、ごく自然な展開であったと言えるだろう。