

# カナダにおける公的健康保険と介護保障制度・民間健康介護保険 ～民間健康保険と民間介護保険の役割～

## 目 次

I. はじめに	VI. 民間健康保険の市場構造・役割
II. 現在の健康保険システムの基本構造と法制	VII. カナダの介護保障の概要
III. 健康保険システムの沿革	VIII. オンタリオ州の事例
IV. 無償のメディケアの仕組み	IX. 民間介護保険の内容・市場・役割
V. メディケアに関する課題と様々な意見	X. カナダの民間健康保険・介護保険の役割・特徴

客員フェロー 小林 篤

## 要 約

### I. はじめに

カナダは公的部門の州・準州が特徴的な方法で独自に健康保険システム・介護保障システムを運営している。特徴ある公的部門という事業環境のなかで、民間健康保険・介護保険の役割と特徴を検討する。

### II. 現在の健康保険システムの基本構造と法制

健康保険システムの利用は無償でアクセスでき、年齢・経済状態によって妨げられないという基本構造がある。その法制的基礎は1984年立法のカナダ保健法にあり、その理念は今日まで継続している。

### III. 健康保険システムの沿革

1947年にサスカチュワン州政府による公的病院保険制度創設後、連邦政府は州・準州政府と協定等の締結を通して資金交付している。各州・準州の独自運営だが、基本的に整合した健康保険システムが形成された。

### IV. 無償のメディケアの仕組み

患者は、最初に私的クリニック医師の診察・治療を受け、その医師が必要と判断したときは専門医師または病院に紹介される分業体制を取っている。

### V. メディケアに関する課題と様々な意見

患者が治療等を受けるまでの長い待機期間の問題を抱えるメディケアに、私的クリニックで自由な診療を受けられる仕組みを導入する動きがあり、激しい論争が続いている。

### VI. 民間健康保険の市場構造・役割

民間健康保険の市場は団体中心で、その役割はメディケアの病院・医師サービスで提供されないサービス購入を実現することと限定的に存在する私的なクリニックのサービス購入を実現することである。

### VII. カナダの介護保障の概要

介護保障サービスの主体は州・準州であり、その財源は、州・準州の財源だけでなく連邦政府からの移転による資金交付の財源も含まれる。

### VIII. オンタリオ州の事例

カナダ全人口の4割弱と2番目に広い面積のオンタリオ州は、14の地区に分けたローカルコミュニティで在宅とコミュニティの施設を利用して、無料または一部自己負担で介護サービスを提供している。

### IX. 民間介護保険の内容・市場・役割

民間介護保険は家族介護が得られないときや公的な介護サービスが不足するときに有効な解決手段であるが、実際には民間介護保険は長く販売不振が続いてきている。

### X. カナダの民間健康保険・介護保険の役割・特徴

公的健康保険システムの保障範囲が広く私的クリニックに対する反対意見・反感があることから民間健康保険の役割は限定的であり、高齢化の進行が保険手配を促すほどでないので民間介護保険は販売不振である。

## I. はじめに

### 1. 本稿の構成

本稿は、カナダにおける公的健康保険・民間健康保険および介護保障制度・民間介護保険の分析を通して、カナダにおける民間健康保険と民間介護保険の役割を検討することを目的としている。

構成は、健康保険システムと民間健康保険を扱う前半部分（第II章から第VI章）と、介護保障と民間介護保険を扱う後半部分（第VII章から第IX章）の二部および第X章カナダの民間健康保険・介護保険の役割・特徴となっている。なお、前半の第II章から第VI章は、2017年9月に公表した、「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～」<sup>1</sup>を元に改稿し、その後の変更進展状況を追加したものである。

### 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<sup>2</sup>

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3,724万人（2018年カナダ統計局推計）である。公用語は、英語、フランス語の二言語である。

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。

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、現在十州（province）と三準州（territory）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。

#### (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3,724万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》）。

この人口密度の偏りは、ヘルスケアシステム<sup>3</sup>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（telehealth, telemedicine）サービスについては、公的健康保険システムのみならず、福利厚生コンサルタント（employee benefits consulting）が扱う団体健康保険でもその活用を積極的に進めている。

<sup>1</sup> SOMPO 未来研究所のホームページ、参照 <<http://www.sompo-ri.co.jp/issue/quarterly/#2017>>。

<sup>2</sup> 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 Feb. 19, 2020）<<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/canada/data.html>> に拠る。

<sup>3</sup> 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。

《図表 1》カナダの州



(出典) ウィキメディア・コモンズ (Wikimedia Commons)

<[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Political\\_map\\_of\\_Canada.png](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Political_map_of_Canada.png)>

《図表 2》カナダの人口密度



(出典) Wayne C.Thompson, “Canada 2018-2019”, 34<sup>th</sup> Edition, 2018, p.25.

### (3) 特徴ある健康保険システム

カナダでは、各州・準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)<sup>4</sup>」を運営している。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<sup>5</sup>のみが提供している<sup>6</sup>。

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が、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)<sup>7</sup> 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。

### 3. 本稿の情報時点等

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、2020年2月25日現在までに入手できた情報を基にしている。また、2019年10月にカナダにおいて民間健康保険業界および民間介護保険業界の実務者・加入者に対して実施した聴き取り調査の結果も使用している。

## II. 現在の健康保険システムの基本構造と法制

### 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

<sup>4</sup> 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」(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。

<sup>5</sup> 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。

<sup>6</sup> 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。

<sup>7</sup> 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。

(specialist、consultant と呼ばれる) または病院に紹介 (referral) する。

カナダの健康保険システムも、同様の分業体制になっており、NHS と類似している。

## 2. 現在の公的健康保険システムの基本構造の法制的基礎：1984 年立法のカナダ保健法

カナダにおいては、連邦ではなく州・準州それぞれが健康保険システムを運営している。連邦政府保健省は、そのホームページで、各州・準州の健康保険システムはバラバラではなく相互に結びついてカナダの公的健康保険システムを形成しており、カナダ人には広範囲のサービスを提供する「メディケア」として知られていると説明している<sup>8</sup>。以下本稿でも、公的健康保険システムをメディケアと記述する。

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<sup>9</sup>、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。

現在の公的健康保険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ビス (extended health care services)<sup>10</sup> 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。

カナダの現在の公的健康保険システムにおいて、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<sup>11</sup>。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<sup>12</sup>。

<sup>8</sup>カナダ連邦政府保健省のホームページ、Canada's Health Care System (visited Feb. 19, 2020) <<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.htm#13>>。なお、2019 年 10 月のカナダにおける加入者へのインタビュー調査では、メディケアという表現は日常使わない、各州の健康保険制度の名称 (例えば、オンタリオ州では OHIP) は使っているとの発言があったので、必ずしもメディケアという表現が日常的に使用されているのではないと思われる。

<sup>9</sup> ただし、保険料を徴収する州もある。

<sup>10</sup> 具体的には、nursing home care または home care を指している。

<sup>11</sup> ただし、直営の公立病院も存在している州がある。

<sup>12</sup> Raisa Oeber, “Health care: What should we be paying for?”, The Globe and Mail, Jun. 14, 2017.

### 3. 1984年立法のカナダ保健法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されている。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。

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においては、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<sup>13</sup>。

<sup>13</sup> Health Canada, “Canada Health Act Annual Report 2015-2016”, Feb. 2017, pp.7-10.

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、連邦保健担当相に対し自州・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。

## Ⅲ. 健康保険システムの沿革<sup>14</sup>

カナダでは、連邦制を定める憲法に基づき、歴史的に連邦政府と州政府の両方がヘルスケアシステムを担ってきた。

第二次大戦以前は、ヘルスケアに関する費用負担のほとんどは、個人負担であった。1947年にサスカチュワン州政府は、州内の居住者を対象として病院ケア補償プランである「公的病院保険制度 (public hospital insurance plan)」を創設した。1950年になるとブリティッシュコロンビア州とアルバータ州が類似の公的病院保険制度を導入した。その後、1957年に連邦政府は、「病院保険・診断サービス法 (Hospital Insurance and Diagnostic Services Act)」に基づき、特定の病院・診断サービスに関して州・準州が負担する額の半額負担を開始した。

1962年にサスカチュワン州は、居住者を対象に医師サービスを補償する公的医療保険を創設した。1966年連邦政府は、「医療ケア法 (Medical Care Act)」に基づき、病院外で医師が提供する医療サービスに関して州・準州が負担する額の半額負担を開始した。

1997年に成立した「連邦・州財政協定および既存プログラム資金提供法 (Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act)」に基づいて、現金の支払いと課税時期の組合せに替えて、block fund が採用された。block fund は、課税時期を移転し連邦政府は税率を引き下げ同時に州・準州政府は同額となるように税率を引き上げる方法で、特定の目的のために政府間で移転さ

<sup>14</sup> 本章の記述は、カナダ連邦政府保健省のホームページ、Canada's Health Care System, Background, Evolution of Our Health Care System (visited Feb. 19, 2020) <<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/canada/data.html>> に拠る。

れる金額である。連邦政府と州・準州政府の税率を調整する財政調整は、州・準州政府に資金需要と優先順位付けに従って、ヘルスケア部門へ支出できる柔軟性を与えるという意義があるとされている。

1984年立法されたカナダ保健法は、それまでの病院保険・医療保険に関する連邦法に取って代わるものであった。同法は、公的管理 (Public Administration)、包括性 (Comprehensiveness)、普遍性 (Universality)、携行性 (Portability) ヘルスケア利用アクセス (Accessibility) の原則を定めた他、保険対象サービスに関する追加費用請求 (extra-billing) と利用者負担 (user fees) を禁ずる規定を設けている。

1995年に連邦と州・準州の財政調整を行う協定が再編され、ヘルスケアに加えて social service<sup>15</sup>も含む「Canada Health and Social Transfer (CHST)」が成立した。

2000年に連邦政府と州・準州がプライマリーケア、薬剤管理、ヘルスケア関係通信技術およびヘルスケア機器・インフラストラクチャーに関する抜本的改革を行う合意がなされた後、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年に「ヘルスケア更新に関する合意 (Accord on Health Care Renewal)」がなされ、例えば電子カルテ、遠隔医療 (telehealth, telemedicine) などの取組強化が進められた。

2004年州・準州政府による“A 10-Year Plan to Strengthen Health Care”が公表され、連邦政府・州準州政府は、ヘルスケア更新の取組強化の一環として患者が治療等を受けるまでの待機期間を改善する待機期間管理 (wait times management) を推進することになった。

2007年には特定地域で Patient Wait Times Guarantee が実施された。Patient Wait Times Guarantee は、医学的にヘルスケアサービスを提供すべき場合に予め定められた時間枠を超過するときには別の医師等の代替的選択肢を提供する仕組みである。2010年には全国で導入された。

#### IV. 無償のメディケアの仕組み

##### 1. メディケアのサービス提供方法<sup>16</sup>

###### (1) Primary Health Care Services

カナダでは、ヘルスケアサービスを必要とするときにはまず Primary Health Care Service を利用する。Primary Health Care Service では、診療を行うだけでなく、必要と判断される場合には専門医師または病院に紹介 (referral) する。近年、Primary Health Care Service は包括的総合的になっている。すなわち、メンタルヘルス、リハビリテーション、緩和ケアを行うこともある。

Primary Health Care Service は、政府に雇用されているのではなく、独立して自営している私的 (private) なクリニックで医師によって提供される。診療報酬は出来高払で、診療側と州・準州政府と

<sup>15</sup> Cambridge Advanced Learner's Dictionary - 3rd Edition に拠れば、social service とは、地方政府または中央政府が高齢者、疾病患者または日常生活の支援を必要とする者に対して救援をすることである。

<sup>16</sup>カナダ連邦政府保健省のホームページ、Canada's Health Care System (visited Feb. 19, 2020)

<<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html#a8>>。を参照している。



が交渉して細目を決定する。

## (2) Secondary Health Care Services

Secondary Health Care Service は専門的なケアで、病院または介護ケア施設等で提供される。緩和ケア (palliative care) も、病院または介護ケア施設等で提供される。

病院への診療報酬は、出来高払ではなく、通常年間予算額で支払われる。診療報酬は、州・準州政府等との交渉で決定される。

## (3) Additional (Supplementary) Services

州・準州政府は、高齢者・子供・低所得者などの一定範囲の者に対して、公的資金によるヘルスケアシステムでは提供されない給付を行っていることもある。例えば、病院外の処方箋薬、歯科治療、メガネ、理学療法士に拠る専門サービスなどである。ただし、その範囲は、区々様様である。

## V. メディケアに関する課題と様々な意見

### 1. 公的健康保険システムの課題

#### (1) 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<sup>17</sup>。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) 待機期間問題

前述したように、州・準州政府は、ヘルスケア更新の取組強化の一環として患者が治療等を受けるまでの待機期間を改善する待機期間管理 (wait times management) の推進および医学的にヘルスケアサービスを提供すべき場合に予め定められた時間枠を超過するときには別の医師等の代替的選択肢を提供する Patient Wait Times Guarantee の導入等の取組を継続してきた。

しかし、国民の不満はかなり強く、改善を求める圧力は継続している。

### 2. メディケアにおける私的クリニックの容認利用

待機期間問題もあって、私的クリニックの容認を志向する動向が存在する。

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

<sup>17</sup> 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.

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。

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、同法は公的部門自体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、公的な健康保険システムの資金を使ったヘルスケア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<sup>18</sup>。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。

### 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、メディケアの枠外で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<sup>19</sup>。1995年連邦政府保健担当相は、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、州の健康保険制度が、メディケアの枠外診療をする私的クリニックの医師にメディケアに関するサービス提供の報酬を支払う場合には、連邦からの資金移転の減額を受けいなければならないとした。この政策方針は私的クリニック拡大を抑制しようとする政策と理解出来る。なお、この政策方針は、いまでも継続している。

### 4. 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

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。

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。二重医療制度の実施を主張する者と反対する者が存在する。

<sup>18</sup> Library of Parliament-Parliamentary Information and Research Service, “The Canadian Health Act: Overview and Options”, Revised, May 2005, p.8.

<sup>19</sup> Minister of Health, “Canada Health Act – Annual Report 2017–2018”, 2016 p.13.

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 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<sup>20</sup>。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。

## VI. 民間健康保険の市場構造・役割

### 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、26 百万人で、保険料総額は 361 億カナダドルである。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。処方箋医薬品は 117 億ドルで、カナダの処方箋支出の 35% 超の割合を占めている<sup>21</sup>。

##### 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用トイレがある。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

<sup>20</sup> 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. 20, 2020) <[https://www.historymuseum.ca/cmc/exhibitions/hist/medicare/medic-glossary\\_e.html](https://www.historymuseum.ca/cmc/exhibitions/hist/medicare/medic-glossary_e.html)>。

<sup>21</sup> Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA), “Canadian Life and Health Insurance Facts”, 2019 Edition, p.8.

いる。

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と役割

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と役割を整理する。

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<sup>22</sup>。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。メディケアの枠外で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、このような私的クリニックは、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民間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。

以上から、民間健康保険の役割を整理すると、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で提供されないサービスの購入を実現することおよび限定的に存在する私的なクリ

<sup>22</sup> カナダ連邦保健省のホームページ Canada's health care system (visited Feb. 20, 2020) <<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-health-care-system.html>>。

ニックのサービスの購入を実現することである。

## 2. 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、雇用主による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<sup>23</sup>。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。就業者の80%（10年前は73%だった）とその家族が、民間団体保険に加入している<sup>24</sup>。

### (2) 民間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、2018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444億カナダドルの規模であり、前年対比で3.8%増となっている<sup>25</sup>。上位十社は、Sun Life、Manulife Financial、Great-West Life、Blue Cross（カナダ全土での総計）、Desjardins Financials、SSQ Financial Group、Green Shield、Industrial Alliance、La Capitale、Equitable Life である。

### (3) 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）が団体保険を扱い、専業代理店・ブローカーが個人保険を扱っている。しかし、グループ保険に上乗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。

## VII. カナダの介護保障の概要

### 1. 州・準州による介護保障サービス

1995年に連邦と州・準州の財政調整を行う協定である Canada Health and Social Transfer (CHST) が成立し、ヘルスケアに加えて social service も含まれることになった。social service とは、地方政府または中央政府が高齢者、疾病患者または日常生活の支援を必要とする者に対して救援をすることである<sup>26</sup>。

カナダの場合には、州・準州がヘルスケアも social service も提供する主体になる。提供する際に必

<sup>23</sup> Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA), “A Guide to Supplementary Health Insurance”, 2020, p.6.

<sup>24</sup> Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA), “Canadian Life and Health Insurance Facts”, 2019 Edition, p.17.

<sup>25</sup> Fraser Group, “GROUP UNIVERSE REPORT: 2018 Data Year – Canada”, 2019

<sup>26</sup> なお、IV. 無償のメディケアの仕組み 1. メディケアのサービス提供方法 (3) Additional (Supplementary) Services で関連情報を記述した。

要になる財源には、州・準州の財源だけでなく連邦政府からの移転によって得られる財源も含まれる。介護保障サービスの主体は州・準州になっている。

## 2. 生活支援・医療的サービスのコーディネーションと介護保障の課題

介護保障は、日常生活の支援などの生活支援に加えて看護等の医療的サービスをコーディネートして提供する必要がある。カナダは、医療サービスに関するファイナンス機能を支えた公的健康保険制度と同様の公的介護保険制度を採用していないが、財政的な整備は進められた。前述した、1995年に連邦と州・準州の財政調整を行う協定である Canada Health and Social Transfer (CHST)もその一つである。

介護保障の課題として *sustainability* に高い関心が寄せられている。例えば、オタワの政策研究機関である Conference Board of Canada が 2014 年に公表した報告書<sup>27</sup>では、*sustainability* に関する脅威となる事項として、増加し続けるヘルスケアコスト、人的資源 (*human resource*) の不足、不公正、サービスの安全性、低い生産性などを指摘している。また、*community care* の重要性・必要性に関する関心も高い。ここでいう *community care* は、関係資料を管見するかぎり、地域にある各種施設・支援組織などの支援を得て、自宅で活動的で健康に過ごせるようにするケアを想定していると理解される。*community care* の重要性・必要性に関して取り組むべき事項として、利用者・患者に対して英語・フランス語の理解・解釈を促進することを指摘している報告書もある<sup>28</sup>。

## 3. 用語の多義性と本稿での使用法

カナダ・英国などの類似の介護保障を実施している国では、介護保障に関する用語は多義的に使用されることが多々ある。例えば、*social service* に関する一般的な意味を脚注で説明したが、身体介護など具体的な内容を表現する用語は説明資料・論文報告書で微妙に相違していると思われることがある。

本稿は、英国で使用法を参考に、以下の使用法を採用する。*personal care* は体に触れて介護する身体介護の意味で使用し、*community care* は地域または自宅でのケアの意味で使用する。

## Ⅷ. オンタリオ州の事例

### 1. カナダにおけるオンタリオ州の位置づけ

オンタリオ州は、カナダの全人口の 4 割弱と 2 番目に広い面積を占めている。介護保障に関する積極的な取組と改革が継続的に行われている。本稿を執筆している 2020 年 2 月時点でも介護保障改革の法案が上程されることになったというニュースが伝えられている<sup>29</sup>。

<sup>27</sup> The Conference Board of Canada, “*Defining Health and Health Care Sustainability*”, 2014.

<sup>28</sup> Wellesley Institute, “*Language Interpretation Services in Health Care Settings in the GTA*”, April 2018.

<sup>29</sup> The Canadian Press, “*Ontario introducing new home and community care legislation*”, Toronto City News, Feb.25, 2020.

## 2. オンタリオ州の介護保障の概要<sup>30</sup>

### (1) Home and community care と称する介護保障

オンタリオ州政府は、介護保障を Home and community care と称して以下のように説明している。

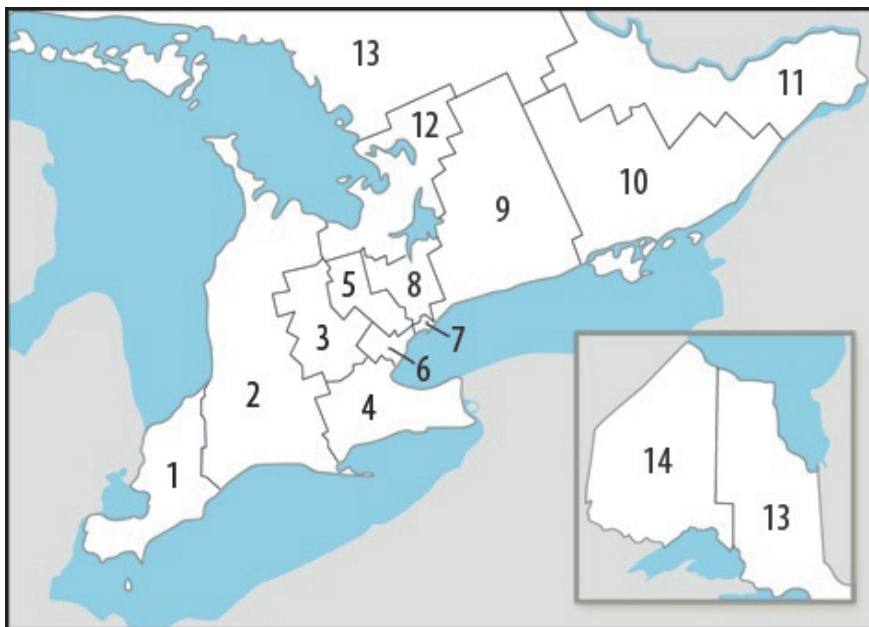
基本は高齢者および複雑な障害を有する者は、支援があれば、自宅で生活することが可能である。もし、政府が定める資格要件を満たせば、政府が home and community で提供されるケアに関する支出を行うので無料でサービスを受けることができる。支出を行う条件を満たさない場合には、利用者負担をすることでサービスを受けることができる。勿論、全て自己負担で私企業からサービスを購入することもできる。

### (2) Local Health Integration Network (LHIN) の組成とサービス提供

オンタリオ州政府は、自州内に 14 あるローカルコミュニティ毎に Local Health Integration Network (LHIN)を組成して、政府支出のサービスを提供している。

オンタリオ州のローカルコミュニティは、次の 14 のコミュニティに区分されている。すなわち、Erie St. Clair、South West、Waterloo Wellington、Hamilton Niagara Haldimand Brant、Central West、Mississauga Halton、Toronto Central、Central、Central East、South East、Champlain、North Simcoe Muskoka、North East および North West である（《図表 3》参照）。

《図表 3》 オンタリオ州のローカルコミュニティ区分



(出典) オンタリオ州政府のホームページ、Home and community care (visited Feb. 21, 2020)

<<http://healthcareathome.ca/>>

<sup>30</sup> 本章の記述は、主としてオンタリオ州政府保健省のホームページ、Home and Community (visited Feb. 20, 2020) <<https://www.ontario.ca/page/home-and-community>> に拠る。

LHINは、非営利組織で、当該地区における統合的で優先順位を考慮したヘルスケアサービスの企画・提供・購入を行っている。提供されるヘルスケアサービスには、プライマリーケア、ホーム・コミュニティケア（home and community care）、介護サービスおよびメンタルケア等があり、提供組織にはコミュニティヘルスセンターおよび病院等がある。

### （３）サービス利用の流れ

政府によるサービスを利用しようとする者は、LHINに連絡すると、ケースマネージャーまたはケアコーディネーター（以下「ケアマネージャー等」という。）を紹介される。ケアマネージャー等は受給する資格があるか否かを決定する。受給資格があるとの決定を受けた利用者は、担当地区のLHINとLHINに所属するヘルスケア専門職・ソーシャルワーカーを伝えられる。ケアマネージャー等は自宅を訪問し、健康状態の把握と要望に基づくケアプランの作成を行う。利用者がサービス利用の申込を行ったあとに、LHINからサービスプロバイダーについて連絡が来る。自己負担のケアを希望する場合には、利用者から直接サービスプロバイダーに連絡する。

### （４）在宅で提供されるサービス

在宅で提供されるサービスは、以下のとおりである。

#### ①ヘルスケア専門職によるサービス

看護師によるサービス（服薬支援を含む）、理学療法士によるサービス、作業療法士によるサービス、言語療法士によるサービス、ソーシャルワーカーによるサービス

#### ②身体介護

入浴サービス、ヘアケア、スキンケア、食事介助、トイレ介助などのサービス

#### ③家事援助

ハウスキーピング、洗濯、買物、金融機関利用・請求書支払、子供の世話、

### （５）在宅でターミナルケア（End-of-life care at home）

看護・身体介護、検査、疼痛援助その他。必要と判断される場合にはホスピス等への移送がなされる。

## IX. 民間介護保険の内容・市場・役割

### 1. 民間介護保険の内容

カナダで販売されている民間介護保険は、要介護状態になった場合に介護施設に入所する費用または在宅での介護サービスを受ける費用を支弁する保険である。保険には二つのタイプがあり、一時金で支払うタイプと分割払い（月払い・週払い）タイプがある<sup>31</sup>。介護施設入所と在宅の両方に対応する給付設計になっている。

<sup>31</sup> Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA), "A Guide to long-term care insurance", 2020, p.3.



## 2. 民間介護保険の市場・役割

今回の聴き取り調査では、民間介護保険は余り売れていないという認識が一般的であり、販売実績の情報も入手することは出来なかった。

2019年10月に公表された報告書<sup>32</sup>は、理論的には民間介護保険は家族介護が得られないときまたは公的な介護サービスが不足するときに対処する有効な手段であるが、実際には民間介護保険は長く販売不振が続いてきたと指摘している。

このように、民間介護保険は公的サービスを補完する役割を担うことができることが指摘されているが、保険料負担と保険給付との関係を見ると、少額の保険料と高額な保険金という保険の効用が少ないという現実がある。米国の民間介護保険業界団体での調査でも、民間介護保険の競合は家屋や預貯金であるとの見解がある。政府の介護保障に期待を持っている間は、効用が少ない保険加入のインセンティブは小さいと言わざるを得ない。

## X. カナダの民間健康保険・介護保険の役割・特徴

以上から、民間健康保険の役割を整理すると、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で提供されないサービスの購入を実現することおよび限定的に存在する私的なクリニックのサービスの購入を実現することである。

また、民間介護保険の役割は、もともと小さく、販売不振は不思議でないと考えられる。

カナダで、民間健康保険と民間介護保険がこのような役割となっているのは、カナダ特有の事情があると考えられる。すなわち、公的健康保険システムの保障範囲が広く、私的クリニックに対する反対意見・反感があるという事情と、高齢化の進行が保険手配を促すほど進んでおらず保険加入促進策が少ないという事情である。

---

<sup>32</sup> B. J. MacDonald et al, "The Future Cost of Long-Term Care in Canada", National Institute on Ageing, Ryerson University, October 2019.