

第1節 カナダ (Canada)

社会保障施策

連邦医療交付金に関しては、前保守党政権が決定した年増加率の削減に州政府が反発していたが、自由党政権は州政府と個別に協議を進め、当初の予定どおり2017年度以降は名目GDP増加率と連動（最低年率3%）とする一方、これとは別枠で在宅ケアやメンタルヘルス等向けに今後10年間で110億加ドルの補助金を拠出することで合意した。

注目される動きとして、医薬品の公的医療保険制度導入に向けた検討が進められていることや、タバコの規制強化や嗜好用大麻の合法化などが挙げられる。

で運営する社会保険方式で所得比例のカナダ年金制度 (Canada Pension Plan: CPP) (ケベック州においてはケベック年金制度 (Quebec Pension Plan: QPP))、第三の柱は企業年金や個人年金の私的年金である。

□ 老齢所得保障制度

目的は、主に高齢期の貧困を防止・緩和することであり、高齢者の所得保障の基礎をなす制度である。連邦憲法にも本制度が連邦政府の権限と規定されており、連邦政府内では雇用・社会開発省が制度設計の役割を担い、実際に給付を行うのは雇用・社会開発省の下に設置されているサービス・カナダである。

老齢所得保障制度は、発足当初は連邦政府と州政府の共同運営による公的年金制度であったが、1951年に「老齢所得保障法 (Old Age Security Act)」の成立により完全に連邦政府の権限となった。同制度における給付内容には、①老齢保障年金 (OAS 年金)、②補足所得保障 (GIS: Guaranteed Income Supplement)、③配偶者手当 (Allowance) / 遺族手当 (Allowance for Survivor) がある。

老齢所得制度の特徴は、税制上の措置として高所得者の高齢者はOAS年金の一部または全額を払い戻す仕組み (払い戻し税 (Recovery Tax) またはクローバック (clawback) と呼ばれる。) と、低所得の高齢者の所得を補う目的で、基礎給付に上乘せされる補足所得保障 (GIS) を備えていることである。(表2-1-12を参照)

ハ カナダ年金制度及びケベック年金制度

加入者の退職、障害、配偶者の死亡による所得喪失の一部を代替するものである。(表2-1-12を参照)

1966年に創設された本制度は部分積立方式で運営されており、一定規模の積立金を確保し、CPP投資委員会 (CPP Investment Board) により市場で運用が行われている。本制度は、CPP財政の持続可能性の維持と将来の現役世代の負担に配慮した制度改正 (保険料の引上げを含む) が適宜実施されており、保険料率は1987年の5.85%から段階的に引き上げられ、1998年

1 社会保障制度の概要……………

カナダは連邦国家であり、連邦と州 (準州を含む) の権限の配分を規定した連邦憲法によれば、基本的に保健医療、公衆衛生、福祉等の事項は州政府の管轄と定められている。その一方で歴史的な経緯により連邦政府単独、または連邦政府と州政府が共管する分野も存在し、その代表例として年金が含まれる。税方式の老齢所得保障制度については連邦政府の管轄であり、社会保険方式のカナダ年金制度については連邦政府と州政府の合意に基づき運営されているが、ケベック州においてはカナダ年金制度に参画しておらず、州独自のケベック年金制度を運営している。その他児童給付や低所得者対策においても、基本は州政府の権限と理解されているが、州政府と連邦政府のプログラムが共存している。さらに州政府が運営している保健医療やその他の福祉プログラムにおいても、連邦政府から州政府に対して多額の財源移転が行われていることから、州政府が独自に運営する社会保障プログラムに対して与える連邦政府の影響は大きい。

2 社会保険制度等……………

(1) 年金制度

イ 制度の概要

年金制度は三本柱で構成されている。第一の柱は連邦政府が運営する税方式の老齢所得保障制度 (Old Age Security: OAS)、第二の柱は連邦政府と州政府が共管

第2章

[北米地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向（カナダ）]

表2-1-12 公的年金制度

名称	老齢所得保障制度（OAS: Old Age Security）	カナダ年金制度（CPP: Canada Pension Plan） （ケベックにおいてはケベック年金制度（QPP: Quebec Pension Plan）。制度及び給付はCPPとほぼ同じであり、両者で年金の通算も行っている。）
根拠法	老齢所得保障制度法（Old Age Security Act）	CPP: カナダ年金制度法（Canada Pension Plan） QPP: ケベック年金制度に関する法（Loi sur le régime de rentes du Québec）
制度体系		
運営主体	雇用・社会開発省（Employment and Social Development Canada）が制度の企画立案を行い、給付は雇用・社会開発省の下に設置されているサービス・カナダ（Service Canada）。ただし払戻し税（Recovery Tax）については財務省（Department of Finance）	CPP: 連邦政府と州政府の共管。保険料の変更のような制度改正には州の3分の2以上の正式な承認、かつその賛成の諸州の人口の合計が3分の2以上でなければならない。雇用・社会開発省が制度の企画立案を行い、給付はサービスカナダ。保険料の徴収はカナダ歳入庁（Canada Revenue Agency）。運用はCPP投資委員会（CPP Investment Board）。 QPP: ケベック州。
被保険者資格	カナダに居住していること	カナダで働く全ての者に原則適用され、被保険者は被用者又は自営者のうち、18歳以上70歳未満の者で年額3,500加ドル以上の勤労所得がある者。ケベックで働く者にはQPPが適用される。 被保険者数: CPP: 約1,410万人、QPP: 約410万人（2016年）
年金受給要件	支給開始年齢	65歳
	最低加入期間	18歳到達後10年以上居住すること
	その他	年金を国外で受給する場合には18歳以降の居住期間が20年以上であること
給付水準	○OAS年金： 18歳以降にカナダに居住していた期間によって決まる。 給付満額（40年以上居住していた場合）：月額601.45加ドル（2019年1月現在。） 10年以上居住していた者に対して支払われる一部給付額：18歳以降のカナダ居住1年につき、満額の1/40。 なお、支給額は四半期に一度、消費者物価指数に連動して調整が行われる。 ○払戻し税（Recovery Tax）（クローバック（clawback）とも呼ばれる）：前年の所得申告に基づいてOAS年金の月々の支給時に、払戻し必要相当額を差し引いて支給する。 受給者の年間純所得（OAS年金を含む。）が77,580加ドル（所得制限額）を超えるとOAS年金の減額が始まり（超過額1加ドル当たり15セント減額）、125,696加ドルを超えるとOAS年金全額の支給が停止される。（額は2019年1月現在。） ○補足所得保障（GIS）：低所得の高齢者の所得を補う制度。受給可能な所得上限（OAS年金及びGISを除く）は年18,240加ドル（単身の場合）、年24,096加ドル（世帯の場合） 給付最高額は898.32加ドル/月（単身の場合）、540.77加ドル/月（世帯の場合、受給者1人当たり） 所得2加ドルにつき1加ドルが減額される。（額は2019年1月現在。） ○配偶者手当（Allowance）：GIS受給者の60～64歳の配偶者に支給される。 給付最高額は1,142.22加ドル/月（額は2019年1月現在。） ○遺族手当（Allowance for the survivor）：60～64歳の遺族に支給される。 給付最高額は1,361.56加ドル/月（額は2019年1月現在。）	
繰上及び繰下支給制度	繰上：なし 繰下：70歳まで可能（1ヶ月につき0.6%増額）	繰上：60歳から可能（1ヶ月につき0.6%減額） 繰下：70歳まで可能（1ヶ月につき0.7%増額）
年金受給中の就労	就労に制限はないが、所得が一定額以上の場合、上記払戻し税の対象となり得る。	2011年に繰上受給者に対する労働停止テストを廃止し、老齢年金を受給する労働者は65歳まで保険料を払うことになった。65歳以上の労働者の保険料の納入は任意。

国際機関による経済
及び雇用失業等の動
向と今後の見通し等

（社会保障施策）
カナダ

米
国

フ
ラ
ン
ス

ド
イ
ッ

ス
ウ
エ
ー
デン

英
国

E
U

財源	保険料	なし	保険料を課さない下限 (Years Basic Exemption: YBE、年3,500加ドル (2018年)) と保険料を課す上限 (Years Maximum Pensionable Earnings: YMPE、年55,900加ドル (2018年)) の間の所得に対し、9.9%。被用者の場合は労使折半。QPPの保険料は10.8% (2018年)。YMPEは平均賃金に連動することとされており、毎年見直しが行われる。
	公費負担	全額が公費負担	なし
その他の給付 (障害、遺族等)	障害年金	なし	65歳未満であり、老齢年金を受給しておらず、肉体的及び精神的に重大かつ長期的な障害を被った者が、障害の直前の6年間のうち4年間 (25年以上の加入者は3年間)、保険料を納付していた場合に、定額部分と保険料納付実績に基づく所得比例部分からなる一定額が加入者に支払われる。
	遺族年金	60歳～64歳の遺族には、遺族手当 (Allowance for Survivor) が支給される。 GIS受給者の60～64歳の配偶者には、配偶者手当 (Allowance) が支給される。	死亡した加入者が10年以上保険料を納付していること、あるいは、その加入期間の1/3以上 (最低3年間) の期間について保険料を払っていた場合に、加入者の配偶者か共同ロー・パートナーに死亡した加入者の老齢年金の60%が支払われる。
実績	受給者数	OAS年金 622.1万人 GIS 200.6万人 配偶者手当・遺族手当 7.3万人 (2018年10月) なお、OAS年金の払戻し税対象者は42.8万人 (うち、13.7万人が全額払戻し) と推計されている。(2018年)	老齢年金 CPP: 521.1万人 QPP: 188.6万人 障害年金 CPP: 33.8万人 QPP: 6.1万人 遺族年金 CPP: 112.7万人 QPP: 37.3万人 (2018年10月)
	支給総額	OAS年金 384.1億加ドル (払い戻し税の還付後) GIS 116.6億加ドル 配偶者手当・遺族手当 5.4億加ドル (2017～18年度)	老齢年金 345.6億加ドル 障害年金 44.5億加ドル 遺族年金 50.7億加ドル (2017～18年度、CPP)
	基金残額等	税財源	3,561億加ドル (2018年3月、CPP)

に現在の9.9%に設定された。連邦及び州政府は3年に1度CPPの財政状況进行评估することになっているが、2016年に公表された最新の数理報告書ではCPPは今後75年間持続可能であることが報告されている。CPP保険料の徴収は、カナダ歳入庁 (Canada Revenue Agency) が行っている。

CPPについては2016年6月の連邦・州・準州財務大臣会合で給付拡大に向けてCPP改革を行うことで合意し、2017年3月までに関連法令等の改正が行われた。具体的には、2019年より7年間かけて段階的に給付水準を保険料拠出対象期間の平均月額所得の4分の1から3分の1に引き上げるとともに、保険料が頭打ちとなる所得を14%引き上げる内容となっている。これに伴い、保険料率も現行の9.9%から11.9% (ただし、保険料拠出の対象拡大部分については8%とする。) に引き上げられる予定である。なお、QPPについても同様の拡大を行うことを内容とした改正法が2018年2月に成立している。

二 私的年金

公的年金の給付水準が低いため、中高所得者層にとっては老後の重要な収入源の役割を果たしている。多様な種類の企業年金及び個人年金に対して税制優遇の措置を

行うことで、公的年金だけでは補えない国民の個人貯蓄や老後所得の確保を促す目的がある。登録企業年金 (Registered Pension Plan: RPP)、登録退職貯蓄年金 (Registered Retirement Saving Plan: RRSP)、非課税貯蓄口座 (Tax-Free Saving Accounts: TFSA)、プール型登録年金 (Pooled Registered Pension Plan: PRPP) 等がある。

企業年金制度であるRPPは、民間部門と公務員部門に分かれており、任意にカナダ歳入庁に登録して、事業主、被用者が保険料を拠出する。626.3万人 (2016年) が加入しており、全被用者の約37.5% (2016年) を占めており、特に公務員部門において普及している。

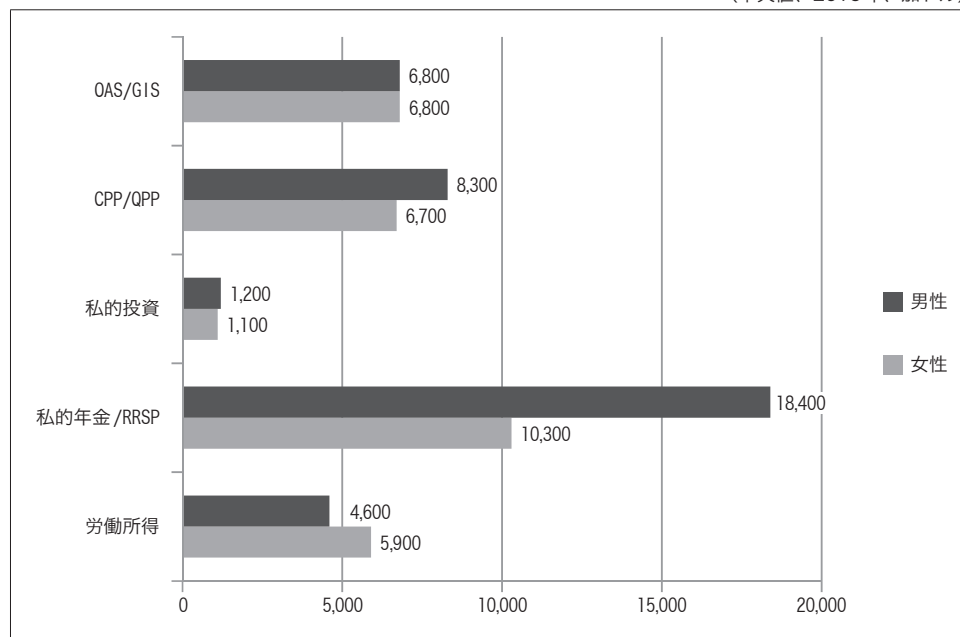
RRSPは、自営業者及び被用者を対象とした税制優遇のある個人年金である。もともとは企業年金に加入できない自営業者の退職後の所得を補うために制度が設けられた。RRSPは個人が金融機関と個別にプランを設定する。加入者数は593.6万人 (2016年)。

TFSAは、2009年に導入された制度である。RPPやRRSPの税制が拠出時・運用時非課税、給付時課税であるのに対し、TFSAは拠出時課税、運用時・給付時非課税である。

PRPPは、2012年12月、連邦政府により導入された新しい確定拠出型の退職年金制度である。特徴とし

図2-1-13 高齢者の収入源

(中央値、2015年、加ドル)



資料出所：カナダ統計局

国際機関による経済
及び雇用失業等の動
向と今後の見通し等(社会保障施策)
カナダ米
国フ
ラン
スド
イ
ッス
ウ
エー
デン英
国E
U

て、自営業者、被用者、事業主すべてを対象としているが、運用や事務管理は事業主ではなく、第三者機関が担うことで、中小企業の加入を促すことを意図している。連邦法による規制が及ぶ労働者を除き、各州政府による立法措置が必要である。2017年11月現在、ケベック州、ブリティッシュ・コロンビア州、アルバータ州、サスカチュワン州、マニトバ州、オンタリオ州及びノバスコシア州で立法措置がとられている。

(2) 医療制度

イ 概要

国民医療費の対GDP比は11.5%（2016年）で、先進国の中でも比較的高い水準にある。

医療サービスは、全国民を対象に、コアとされる医療については患者の自己負担が一切なく、すべてを税財源で公的に負担するシステムとして運営されている。この制度はメディケア（Medicare）と呼ばれ、法的根拠であるカナダ保健法（Canada Health Act）により、5つの基本原則（公営、包括性、普遍性、全国的適用、平等なアクセス）を旨とされている。市民権または永住権を有する者は全員が、州が管理運営する医療保険制度

（例えばオンタリオ州においては、Ontario Health Insurance Plan: OHIP）に任意加入できることとされ、被保険者が医療サービスに対し個別の支払いをする必要はない。しかし、処方箋の代金、歯科、眼科、リハビリ、介護費等については、カナダ保健法で解釈される公的医療保険の対象とはされず、私費での支払いが原則となる。このため、国民医療費に占める私的財源が占める割合は約3割となっている。

病気やけがにより、収入が減少した場合には雇用保険¹から病気給付（Sickness Benefits）の給付を受けることができる。過去52週間において、雇用保険の対象となる就労を600時間以上行った者で、病気、けがのために、収入が40%以上減少した場合、1週間の待期期間後、被保険者期間の平均週間賃金の55%（上限547加ドル/週）が最大15週間給付される。

州政府は医師免許の交付や医療保険制度の運営を通じ州内の医療サービス全般の管理を行っており、連邦政府は医療に関する基本原則の策定及び州に対する資金援助を通じ、州間の医療サービスの一定の均一性を確保している。連邦政府の権限自体は一義的には先住民や退役軍人に対する医療サービスの提供のみに限られるが、実際

■1) 雇用保険制度については労働施策2（6）を参照のこと。

は、公的医療財源の一部を連邦政府が握っているため、連邦政府も州政府の支出権限に一定の影響力を有する。連邦政府は州政府がカナダ保健法に定める5つの基本原則に従って各自の公的医療保険を運営しているか検証の上、各州政府の財政状況に左右されずに国民が平等な医療サービスを受けることができるよう補助額を決定する。1966年に公的医療制度が発足した当時には、連邦政府と州政府が同額のコストを負担するものであったが、その後、1977年に制度財源調達法（Established Programs Financing Act）によって、医療費やその他の社会政策のための租税移転・現金移転を組み込んだブロック補助金の形をとるようになって、州政府にとっては支出の柔軟性が増す一方で、連邦政府にとっては支出医療費の負担削減につながった。ブロック補助金は、社会福祉プログラム費と統合した連邦医療社会福祉交付金（Canada Health and Social Transfer: CHST）を経て、2004年の連邦医療交付金（Canada Health Transfer: CHT）に至り、2015年現在CHTの総額は、州政府支出医療費（全州総計）の約23%を占める。

また医療費削減については、州政府同士が連携して取り組む動きも見られる。2012年には効率的な医療制度の提供を目的として、全州が参加する医療制度イノベーション作業部会が設立された。このイニシアチブの下、2016年度（2016年4月～2017年3月）は医薬品の共同購入等を通じて12.8億加ドルの医薬品費削減を達

成した。その他、不必要な医療検査の精査や高齢者医療介護の成功事例の情報共有等を通じて医療費削減に取り組む姿勢を見せている。

表2-1-15 部門別医療費支出の状況（2016年）

(百万加ドル、%)			
	医療費内訳	医療費	割合
民間医療費	病院	6,640.1	2.8
	その他の医療保健機関	7,702.5	3.3
	医師	611.7	0.3
	歯科	14,299.8	6.1
	眼科	4,237.3	1.8
	その他の医療専門職	3,794.8	1.6
	医薬品	23,597.5	10.1
	資産・運営	5,747.0	2.5
	その他の医療サービス	4,675.8	2.0
民間医療費支出計		71,306.6	30.5
公的医療費	病院	59,748.9	25.5
	その他の医療保健機関	17,872.2	7.6
	医師	35,342.9	15.1
	歯科	909.5	0.4
	眼科	460.2	0.2
	その他の医療専門職	1,322.2	0.6
	医薬品	13,466.5	5.8
	資産・運営	9,095.4	3.9
	公衆衛生	13,025.7	5.6
	その他の医療サービス	11,489.8	4.9
公的医療費支出計		162,733.4	69.5
医療費支出計		234,040.0	100.0

資料出所：カナダ保健情報機構 "National Health Expenditure Trends, 1975 to 2018"

注1: その他の医療保健機関には、老人介護施設等が含まれる。

注2: その他の医療専門職には、心療内科医、物理療法士等が含まれる。

注3: その他の医療サービスには、医療保健研究、医療用交通サービス、居宅ケアサービス等が含まれる。

表2-1-16 各州における医療費支出の状況（2016年）

(百万加ドル、加ドル、%)			
州	医療費 総支出	1人当 り医療費	GDP比
ニューファンドランド&ラブラドル州	3,811.0	7,186	12.2
プリンスエドワードアイランド州	958.2	6,410	15.2
ノバスコシア州	6,439.4	6,788	15.4
ニューブランズウィック州	4,907.8	6,480	14.3
ケベック州	51,301.5	6,165	13.0
オンタリオ州	87,195.7	6,239	11.0
マニトバ州	9,312.8	7,065	13.7
サスカチュワン州	8,017.4	6,980	10.7
アルバータ州	30,665.2	7,239	9.7
ブリティッシュ・コロンビア州	29,676.7	6,238	11.3
ユーコン準州	458.6	12,040	16.4
北西準州	722.5	16,193	15.2
ヌナブト準州	573.2	15,419	23.5
カナダ計	234,040.0	6,454	11.5

資料出所：カナダ保健情報機構 "National Health Expenditure Trends, 1975 to 2018"

表2-1-14 医療制度

概要	全国民を対象に、コアとされる医療については患者の自己負担が一切なく、すべてを税財源で公的に負担するシステムとして運営されている。	
名称	メディケア (Medicare)	
根拠法	カナダ保健法 (Canada Health Act)	
運営主体	各州	
被保険者資格	カナダ国籍を有する者、永住権資格を持つ者。移民等の場合には3か月間の待期間がある。州によっては留学生などは加入できない場合がある。	
給付対象	被保険者資格と同様。	
給付の種類	コアとされる医療サービス（入院（薬剤費含む）、外来診療）について給付対象とされる。処方箋の代金、歯科、眼科、リハビリ、介護費等については、カナダ保健法で解釈される公的医療保険の対象とはされず、私費での支払いが原則となる。	
本人負担割合等	給付対象となる部分については自己負担はない。	
財源	保険料	なし。
	公費負担	州政府の支出及び連邦政府のブロック補助金。
実績	加入者数	3,594万人（2015～16年）
	支払総額	公的医療費支出 1,627億加ドル（2016年）

□ 医療提供体制

医師は、家庭医（ホームドクター）と専門医に分かれており、前者は基礎医療を通じ重・軽度の患者を振り分ける役割を果たしている。家庭医を確保できない患者は、予約なしでも基礎的診療が受けられるウォークイン・クリニックを一時的に利用する。ウォークイン・クリニックとホームドクターの間には医師資格や診療技術上の違いはなく、事前診療予約の有無のみである。州政府が運営するコミュニティー・ヘルス・センター（オンタリオ州においては73拠点）は、臨床医、歯科医、看護師、ソーシャルワーカー等を置き高齢者や移民、医療機関へのアクセスに困難を有する者（公的医療制度未加入者含む。）等への医療関連サービスを目的とした公的医療機関である。

一般的な医師免許取得のコア要件は、①大学教育後の医学校（medical school）の修了、②国家試験への合格、③医学校修了後の臨床研修（postgraduate training）、④専門医の資格認定である。医師免許の交付は州政府の所管であり、例えば、オンタリオ州においては、オンタリオ州医師協会（The College of Physicians and Surgeons of Ontario）が医師免許の登録を行っている。医師の総数は約8万4千人（2018年）、人口千人当たり2.3人（2015年）であるが、その約4分の1である約2万2千人が外国で医学教育を受けた医師である（2018年）。教育を受けた国別では南アフリカ、インド、英国、アイルランド、エジプト等が多い。

公的医療制度における公的病院（Public Hospital）は州政府により運営されているが、開業医については、個別に州政府と契約し、出来高払い制等により直接州政府からの報酬の支払いを受ける。州政府の公的医療制度下でない私的病院については、各州で定義や規制が異なるものの、一般により迅速な医療アクセスを望む患者等における需要が高い。

ハ 医薬品保険制度導入の検討

公的医療保険において処方箋の代金が対象外となっており、職場または民間の医療保険等でカバーされない場合、費用の問題から医薬品を入手できない者がいることが問題になっている。2017年7月に開催された州・準州首相会議では、連邦政府に対して全国医薬品保険制度

（National Pharmacare Plan）の創設に関して協議を行っていくことを求めており、2017年9月には議会予算局が処方箋を対象とした全国医薬品保険制度を導入することにより、国全体で医薬品支出が年間42億加ドル削減できるとの試算を発表している。これを受けて、トルドー政権は2018年度予算方針において全国医薬品保険制度（National Pharmacare）の実施に関する諮問委員会の立ち上げを発表した。2019年の春には当該委員会の最終報告書が提出される予定であるが、制度の詳細や財源の問題などについて、今後の論点になることが予想される。

3 公衆衛生施策……………

(1) 概要

イ 行政機関

公衆衛生指標の改善に関連する国民の健康増進、サーベイランスやワクチン接種を含む感染症や疾病予防対策、健康危機管理については、保健省の下に設置されている公衆衛生庁（Public Health Agency of Canada）が連邦政府レベルでの役割を担い、連邦憲法に規定された権限の執行を行う州政府と緊密に連携する。公衆衛生庁は、高齢化、生活環境や習慣の変化に伴う新たな公衆衛生対策の必要性、2003年に世界規模で発生したSARS（重症急性呼吸器症候群）対応で問題となった健康危機管理体制の改善を目的として2004年に設置された。

□ 感染症及び疾病対策

感染症及び疾病のサーベイランスについては、インフルエンザ（Flu Watch）等の感染症、周産期疾患や乳幼児疾患等に関し、公衆衛生庁が州政府の運営する病院や地域保健サービスと連携することで、リアルタイムに近い動向把握を図り、公衆衛生庁や州政府の公衆衛生施策方針の作成基盤となっている。

予防接種行政は州政府の権限であるものの、公衆衛生庁によるガイドライン（Canadian Immunization Guide）に基づき各州の接種プログラムの平準化が図られている。例えば、オンタリオ州においては、義務接種（ジフテリア、破傷風、ポリオ、麻疹、おたふくかぜ、風疹、髄膜炎菌、百日咳、水痘）及び勧奨接種（B型肝炎

炎、HPV、ヘモフィルスインフルエンザb型菌、肺炎球菌、ロタウイルス、インフルエンザ）に指定された各種接種プログラムが全額公費により州民に提供されている。また、新型インフルエンザに対しては連邦政府と州政府の共管によるCanadian Pandemic Influenza Planに基づき危機管理体制が構築されている。

ハ 健康増進

カナダ人の出生時平均寿命は男性が80.2歳、女性が84.1歳であり（2015年）、これは隣国の米国よりも欧州の先進国のデータに近い。しかしながら、老若男女を問わず、肥満、高血圧、糖尿病等の生活習慣病に関する指標の悪化が進んでおり、公衆衛生庁と州政府や民間セクターとの連携による地域や人口動態毎の健康増進プログラム（multi-sectoral partnership projects）が数多く立ち上がっている（2015年2月現在のプログラム総額は約2,760万加ドル）。

喫煙・たばこ対策については、連邦保健省のもとで若者を中心とした健康保護施策が行われており、2017年には、メンソールは煙の吸入を容易にすることにより、喫煙による刺激の影響を覆い隠し、若者による体験を助長するとして、タバコ製品へのメンソールの使用を禁止した。また、規定された色またはフォントスタイルで表示されているブランド名・製品名を除き、包装上にロゴ・色・ブランドイメージ又は販促文言の使用を禁止した「プレーン・パッケージ」の施行に向け保健省が最終規則の検討中であるほか、タバコ1本1本に健康影響の警告文を印刷することを義務づける規則案への意見募集が行われた。

二 先住民に対する医療・公衆衛生対策

基本的に連邦政府の所掌であり、一般州民への医療サービスを提供する州政府との連携が行われている。広大な国土にあって、北方地域等の僻地に多く居住している先住民は、公衆衛生、医療環境について、他の国民から遅れをとっており、その結果、公衆衛生指標においても国民平均を下回る状況を示している。また、高い自殺率やメンタルヘルスの異常、薬物の乱用に関する問題についても先住民が置かれる厳しい社会、公衆衛生環境を反映している。

このような状況を改善するために、連邦政府は、保健省内に先住民への健康医療サービスの提供に特化した部局を設けるとともに、行動計画（The First Nations and Inuit Health Branch Strategic Plan）に沿った取組が行われている。連邦政府のプログラムにより、医学的に必要な医療サービスの無料提供のほか、一般の州民であれば各自で負担しなければならない歯科や医薬品等についても無料で提供が行われている。

(2) 薬事

医薬品が販売されるためには、まず連邦保健省による安全性審査に合格する必要がある。続いて、政府系融資を受けた非営利独立機関であるCanadian Agency for Drugs and Technologies in Healthによる共通医薬品審査（Common Drug Review: CDR）を受ける。CDRは有効性とコストの費用対効果を評価して、結果を州政府へ勧告する。抗がん剤についてもほぼ同様にカナダ抗がん剤審査（Pan-Canadian Oncology Drug Review）がある。さらに州レベルにおいては、各州専門委員会において、薬の有効性や州政府医療費予算等から総合的に審査され、CDRの勧告が保険償還リスト入りに大きく影響する。

(3) 食品安全

食品安全行政は、製造・販売される食品が州境を越えるか否かにより連邦政府と州政府の管轄が決まる。つまり、同一州内のみで製造、流通、販売される食品は当該州政府の所管であり、これにはレストランや食品販売店の衛生監視などが含まれる。一方で、複数の州に流通して販売されるような食品を製造する施設は連邦政府の監視下にある。連邦レベルの食品安全リスク管理機関である食品検査庁（Canadian Food Inspection Agency）は、リスク評価機関である連邦保健省により策定された食品安全基準やリスク評価に従って、国産食品や輸入食品の監視を実施している。

2008年のリステリア菌食中毒事件や、2011年の国内最大規模の牛肉回収事件等により国内の食品安全システムに対する懸念の声が高まったことから、連邦政府は食品安全行政の見直しを進めている。農務省の分局であった食品検査庁を保健省に移管したのに加え、食品の

トレーサビリティの強化、悪質な違反への罰則の強化、輸入食品の規制強化（輸入者ライセンス制度の導入）、輸出食品の証明機能の強化等様々な食品安全施策を2019年1月から導入した。

(4) 医療大麻

医療用として患者により個人的に生産、使用される場合に限って連邦政府が個別に患者に対して許可を行う制度が2001年に導入されたが、一方で、大麻の品質管理や医療外流通等の懸念が示されていた。2014年4月、連邦政府は、個人による医療大麻の生産許可制度を廃止し、別途許可する製造・販売者に限り医療大麻の流通を認める制度変更を行った。これに対して、医療大麻への十分なアクセスが損なわれるとして、患者団体等が裁判を起こし、違憲判決が出されたことを受け、2016年8月に再び規則が改正され、医師によって認められた患者自らまたは委託を受けた者が保健省に登録の上、医療上必要な限られた量の生産を行うことが可能となった。

(5) 嗜好用大麻

自由党政権は2015年の総選挙の公約に従い嗜好用大麻を合法化する方針を2016年4月に表明した。2017年4月には関連法案が議会に提出され、2018年6月に成立、10月17日に施行された。同法は、カナダ全土における大麻の製造、頒布、販売及び所持を管理するための厳格な法的枠組を策定するものであり、①未成年者による大麻の利用を防止すること、②大麻による利益から犯罪者を排除すること、③安全で合法的な大麻を成人が利用できるようにし公衆の健康と安全を保護することを目的としている。連邦法では、大麻の所持について、最低年齢を18歳、所持量を乾燥品で30グラム相当とすることなどが定められているが、これらについては州政府による規制強化が可能であり、例えば、最低年齢は19歳と規定している州がほとんどである。また、連邦法では、許可なく大麻を流通させた場合や未成年者に大麻を流通させた場合等の厳重な罰則（14年以下の懲役等）が設けられている。販売店への規制（販売方法や販売店の場所、販売店の運営方法）は州政府に委ねられており、州によって販売方法は異なるが、酒類を販売している公社が大麻を取り扱っているケースが多い。

4 社会福祉制度

(1) 全般

連邦憲法により原則州政府の所管である。連邦政府では雇用・社会開発省が直接関与する社会福祉プログラムが一部で実施されているが、基本的には連邦政府はブロック補助金の交付により州政府が運営するプログラムを支援する。1996年に導入されたCHST（2004年に、CHT（Canada Health Transfer）とCST（Canada Social Transfer）に分離）は、税源移譲を組み込んだ使途制限のきわめて緩やかな高等教育及び福祉サービスに向けたブロック補助金であり、州や地域の特性に応じた各種の社会福祉プログラムが展開されている。

(2) 高齢者福祉

毎年約30万人の移民を受け入れ、高齢化社会の進行が比較的緩やかであるカナダにおいても、ベビー・ブーマー（1946年～1965年生まれ）の世代が65歳以上に達するに従って、高齢化は急激に進んでおり、2015年には初めて65歳以上の人口が0～14歳以下の人口を上回った。65歳以上の高齢者人口の比率は今後とも増加が見込まれ、2016年現在の16.9%から、2031年には23.1%に達すると予測されている。

高齢者医療及び福祉については州政府の所管であるが、高齢者が利用する施設収容型継続ケアにおける病院と居住型ケア（nursing homes, long-term care facilities, personal care homes）の役割や分担に関する連邦レベルでの統一した基準は存在せず、また、高齢者介護に係る公的医療保険の対象も限られているのが現状である。つまり、基本的に居住型ケアにおいて提供される部屋、食事、保健サービス、薬剤投与管理や慢性疾患へのケアについては、カナダ保健法で規定しない各州の独自の基準に従い、入居者の自己負担額も各州により異なる。2017年現在、全国（ケベック州、プリンス・エドワード・アイランド州、ニューブランズウィック州、ノースウェスト準州及びヌナブト準州を除く）で65歳以上の高齢者のうち193,669人が居住型ケア施設に入所しており、その半数以上の107,385人がオンタリオ州となっている。在宅ケアについては、在宅ケアの充実が求められているものの、カナダ保健法による公的医療保険制度の範疇ではなく、さらに高齢者の在宅ケアのほ

とんどもは家族や近隣の友人（informal caregivers）によって担われているのが現状である。そのため、近年連邦政府は、給付金や減税等家族介護者の労働負担や経済負担を軽減する施策の強化に取り組んでおり、代表的な制度として、雇用保険制度の1メニューである看護給付（Caregiving Benefits）（詳細は、労働施策2（6）を参照）があり、この給付の一つとして、2017年12月から家族介護給付（Family Caregiver benefit）が設けられた。また、連邦政府は、CHTの年増加率削減問題に関する州政府との協議の結果を踏まえ、2017年度より新たに在宅・地域ケア向けの補助金を今後10年間にわたって拠出することで合意した（詳細は5（1）参照）。

（3）障害者福祉

各州政府による独自のプログラムのほか、連邦政府においては、CPP障害年金等による個人の所得支援に加えて、障害者のための公共施設アクセス改善を促進するプログラム（Enabling Accessibility Fund）、障害者の社会進出を促進するプログラム（Disability Component of the Social Development Partnerships Program）及び障害者の雇用を支援するためのプログラム（Opportunity Fund for Persons with Disabilities）を通じたコミュニティーレベルでの資金援助を展開している。

1998年に開催された連邦・州政府社会福祉サービス担当大臣会議にて「障害者に対するカナダの取組（In UNISON: A Canadian Approach to Disability Issues）」が発表され、その中では障害者が社会の受給者（recipients）から参加者（participants）に加わっていくために必要な均衡の取れた所得援助と就労支援の充実が求められていることから、連邦及び州政府の各種プログラムは、この方向性に沿って運営されている。

州政府が提供する社会扶助プログラムの一例であるオンタリオ障害者支援プログラム（Ontario Disability Support Program）は、障害を持つ者への経済的援助と障害者の雇用を促進・維持する就労支援を併せ持つ制度である。給付額は申請者の障害の程度、家族構成、世帯所得等より算定される。就労支援は16歳以上が対象であり、支援の内容には職業訓練、就職のためのプラン

作成、求職や訓練のための交通費が含まれる。

（4）児童給付

児童に対する給付及び所得維持制度には連邦政府及び州政府が実施する制度が複数ある。連邦政府が実施する給付制度は従来3階建ての複雑な制度であったが、2016年7月からこれらの制度を統合し、新たなカナダ児童手当（Canada Child Benefit：CCB）に一本化された。また、これとは別に、非還付型税額控除としての児童扶養控除（Child Care Expense Deduction）が存在する。連邦政府により運営が行われているこれらの制度に加えて、州政府が還付型税額控除等の独自の児童扶養支援を行っている場合がある。

CCBは17歳以下の子を持つ親に対して支給され、支給額は6歳未満の子1人当たり年額6,496加ドル、6～17歳の子1人当たり年額5,481加ドルである（2018年7月～2019年6月の値）。給付額は世帯所得が年間30,450加ドル以上の場合、減額される。減額率は、以下のとおりである。

・子1人の場合

世帯所得30,450～65,976加ドルに対しては超過額の7%減額。65,976加ドルを超える額については3.2%減額。

・子2人の場合

世帯所得30,450～65,976加ドルに対しては超過額の13.5%減額。65,976加ドルを超える額については5.7%減額。

・子3人の場合

世帯所得30,450～65,976加ドルに対しては超過額の19%減額。65,976加ドルを超える額については8%減額。

・子4人以上の場合

世帯所得30,450～65,976加ドルに対しては超過額の23%減額。65,976加ドルを超える額については9.5%減額。

CCBの制度の運営は連邦政府機関であるカナダ歳入庁によって行われており、給付金は非課税となっている。CCBの支給額については、物価スライドが適用となりインフレ率に応じて増額されている。

(5) 社会扶助

生活困窮者への社会扶助は原則州政府により担われており、各州や地域に応じた異なった仕組みを有しているが、概ね福祉から就労へのスムーズな移行を意識したプログラムである。

オンタリオ州が実施する社会扶助プログラムであるオンタリオ・ワークス（Ontario Works）は、オンタリオ障害者支援プログラムと同様に経済支援による生活保護と就労を同時にサポートするプログラムとして、オンタリオ州地域・社会福祉サービス省の下で地方自治体により実施されている。対象者には、オンタリオ州に居住し、社会扶助を受給する一方で、州政府が提供する職業訓練や雇用プログラムに参加することが義務づけられる。給付額は申請者の家族構成や所得等より算定されるとともに、対象者は同時に公的医療保険の対象外である医薬品、歯科診療費等についても援助を受けることができる。2018年11月現在、州内の240,238世帯が受給し、その内訳は単身世帯が145,834世帯、ひとり親世帯が71,119世帯、その他が23,285世帯となっており、近年は単身世帯の受給者の割合の増加が目立つ。

一方、連邦政府によるワーキングプア・生活困窮者向けプログラムには、カナダ歳入庁への個人所得税の申告に連動したプログラムとして、19歳以上の勤労者等で所得が一定額に満たない個人または世帯への手当である勤労者手当（Working Income Tax Benefit）、財貨サービス税（Goods and Service tax）の逆累進制を解消するために、年間所得が基準額以下の個人または世帯に対する手当として導入されたGSTクレジット（給付き税額控除）がある。

5 近年の動き

(1) 医療制度

公的医療保険の創設当初から、増加する国民医療費を賄うための財源をめぐっての連邦政府と州政府の緊張関係が続いている。また、富裕州とその他の州との間で分配補助金や医療サービス格差の問題も明らかになりつつある。

2003年に開催された連邦一州首相大臣会議（First

Ministers' Meeting)²では、医療制度に関する10カ年計画（2004 First Minister's Accord on Health Care Renewal）を採択し、国民の間で深刻化している病院の待ち時間の短縮化対策を中心として、10年間でCHTを増額（年増加率6%）することが決定された。

2014年3月に10カ年計画は終期を迎えたが、前保守党政権は新たな国家計画は策定せず、CHTについても、2016年度までは年率6%を維持するが、それ以降は名目GDP増加率と連動する算出式に基づく交付金（最低年率3%）とすることとした。

2015年に発足した自由党政権は、選挙公約に従い、州・準州との間で長期の補助金協定を含む新たな医療制度に関する計画（Health Accord）の策定を目指し協議を進めた。2016年12月の連邦・州・準州財務・保健大臣会合では焦点となっていたCHTの年増加率の削減（6%→3%）について、合意に至らなかったが、連邦政府はその後、州・準州政府との間で個別に協議を進め、2017年8月までにすべての州・準州と当初の連邦政府案とほぼ同様の内容（CHTの年増加率は名目GDP増加率と連動（最低年率3%）。これとは別枠で在宅・地域ケア及びメンタルヘルス・薬物中毒対策に今後10年間で総額110億加ドルの補助金を拠出。）で合意した。また、併せて2017年8月に連邦・州・準州の保健大臣が「共通する保健分野の優先事項の原則に関する共同声明」に合意し、メンタルヘルス・薬物中毒サービス及び在宅・地域ケアへのアクセス改善に向け協調して取り組んでいくこととされた。今後、本原則を踏まえた新たな連邦補助金の使途に関する取決めが連邦政府と各州・準州政府との間で個別に策定される予定である。さらに、本件に関する進捗状況を評価するための共通の指標についても、連邦・州・準州の保健大臣が協力して策定作業を進めていくこととなっている。

(2) 保育サービス

保育サービスに関しては他の社会福祉サービスと同様に州政府の所管となっており、州により制度や支援形態は様々であるが、近年、一部の大都市において、待機児童の増加や保育料の高騰などが問題となっている。連邦

■2) 連邦政府首相と各州首相が集まって行われる会議で、連邦憲法上定められてはいないものの、不定期に開催されている。

国際機関による経済 及び雇用失業等の動 向と今後の見通し等	
(社会保障施策) カナダ	政府は国全体において高品質かつ手頃な費用で利用可能な保育サービスの整備を支援するために、2017年3月に公表された2017年度予算方針で2018年度から10年間で総額70億加ドルの投資をすることを発表した(2016年度予算方針で発表済みの5億加ドルと合わせると、11年間で総額75億加ドル)。2017年6月には連邦・州及び準州の早期学習及び保育担当大臣が長期ビジョン及び一般原則などを定めた「早期学習及び保育の多角的な枠組み (Multilateral Early Learning and Child Care Framework)」に合意し、早期学習及び保育システムの強化を進め、カナダの児童及び家庭の生活改善に向けて取り組んでいくこととされた。今後、本枠組みを踏まえつつ、各地域で対処する必要がある固有の内容及び予算配分の概略を示した取決めを連邦政府と各州・準州政府との間で個別に策定し、具体的な取組を進めていくこととされている。
米 国	vices) http://www.mcass.gov.on.ca/en/mcass/index.aspx
フ ラ ン ス	(参考) ●雇用・社会開発省 (Employment and Social Development Canada) https://www.canada.ca/en/employment-social-development.html
ド イ ッ	●保健省 (Health Canada) http://www.hc-sc.gc.ca/index-eng.php
ス ウ エ ー デン	●公衆衛生庁 (Public Health Agency of Canada) https://www.canada.ca/en/public-health.html
英 国	●食品検査庁 (Canadian Food Inspection Agency) http://www.inspection.gc.ca/eng/1297964599443/1297965645317
E U	●カナダ統計局 (Statistics Canada) https://www.canada.ca/en/statistics-canada.html ●カナダ保健情報機構 (Canadian Institute for Health Information) https://www.cihi.ca/en ●オンタリオ州保健・長期介護省 (Ministry of Health and Long-Term Care) http://www.health.gov.on.ca/en/ ●オンタリオ州児童・地域・社会福祉サービス省 (Ministry of Children, Community and Social Ser-