

第2章 社会保障施策の概要と最近の動向

第1節 カナダ (Canada)

注目される動きとして、2022年3月の自由党政府と新民主党による閣外協力協定を受け、2023年12月に連邦政府が発表したカナダ歯科保険制度 (Canadian Dental Care Plan) は、同月から2025年にかけて対象範囲を段階的に拡大し、2025年末までに低所得者世帯無保険者を中心に全国的な実施段階に入った。同制度により、所得要件を満たす最大900万人のカナダ人について、口腔医療を受ける際の経済的障壁が緩和されつつある。

また、同閣外協力協定に基づき、2024年10月に成立した全国医薬品保険制度 (national pharmacare plan) 関連法に基づき、2025年を通じて連邦政府と各州・準州政府との間で協定締結が進められた。その結果、多くの避妊薬や糖尿病治療薬に対して普遍的な単一支払者による保険給付が一部の州・準州で開始され、他の地域でも順次導入に向けた協議が進められている。

1 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。

(1) 所管省庁等

連邦政府の所管官庁は年金制度については雇用・社会開発省 (Employment and Social Development Canada)、医療・保健等については保健省 (Health Canada) である。

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。

ロ 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「老齢所得保障制度法（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）又はクローバック（clawback）と呼ばれる。）と、低所得の高齢者の所得を補う目的で、基礎給付に上乗せされる補足所得保障（GIS）を備えていることである。（表 2-1-1 を参照）

ハ カナダ年金制度及びケベック年金制度

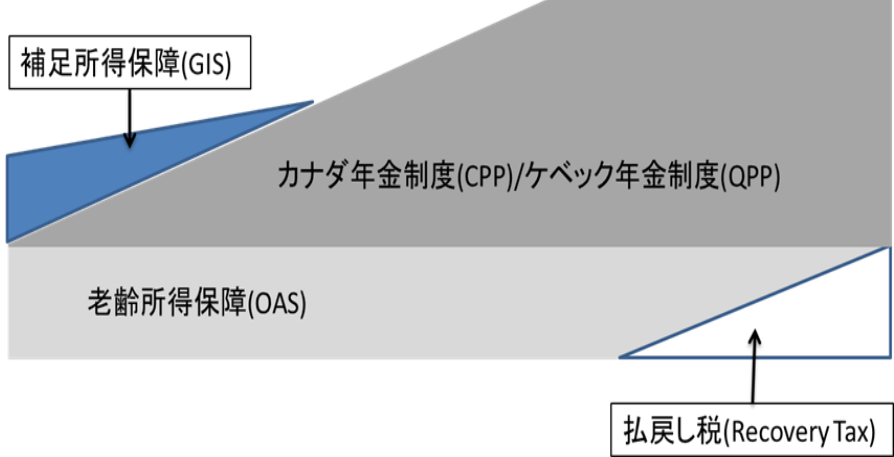
加入者の退職、障害、配偶者の死亡による所得喪失の一部を代替するものである。（表 2-1-1 を参照）

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革（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 年から段階的に引き上げられ、2003 年には 9.9%とされた。連邦及び州政府は 3 年に 1 度 CPP の財政状況を評価することになっているが、2025 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・準州財務大臣会合にて、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 9.9%（2019 年）から 11.9%（2024 年）（ただし、保険料拠出の対象拡大部分については 8%とする）に引き上げられている

(2026 年 1 月時点で同率)。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。

表 2-1-1 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	 補足所得保障(GIS) カナダ年金制度(CPP)/ケベック年金制度(QPP) 老齢所得保障(OAS) 払戻し税(Recovery Tax)	
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 は約 1,547 万人(2022 年)、QPP は約 430 万人(2021 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	1 年
	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 歳以上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）：65 歳から 74 歳は月額 742.31 加ドル、75 歳以上は月額 816.54 加ドル（2026 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 90,997 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）、65 歳から 74 歳は 152,062 加ドルを超えると、75 歳以上は 157,923 加ドルを超えると、OAS 年金全額の支給が停止される。（額は 2025 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 22,488 加ドル（単身の場合）、年 29,712 加ドル（世帯の場合） 給付最高額は 1,108.74 加ドル/月（単身の場合）、667.41 加ドル/月（世帯の場合、受給者 1 人当たり） （額は 2026 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 1,409.72 加ドル/月（額は 2026 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 1,680.47 加ドル/月（額は 2026 年 1 月現在。）		被保険者の加入期間における保険料納付実績及び受給開始年齢に基づき定められる。 65 歳から受給する場合、保険料抛出対象期間（最も所得の低い 17%相当の期間（最大 8 年）は算定対象から除外）の平均月額所得の 25%（2019 年以降の被保険者期間については 3 分の 1）となるようになっている。 最大額は月額 1,507.65 加ドルである（2026 年 1 月現在）。新規受給者の平均受給額は月額 803.76 加ドル（2025 年 10 月）。 なお、支給額は毎年、消費者物価指数に連動して調整が行われる。

繰上及び繰下支給制度		繰上：なし 繰下：70 歳まで可能（1 か月につき 0.6%増額）	繰上：60 歳から可能（1 か月につき 0.6%減額） 繰下：70 歳まで可能（1 か月につき 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。
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(2026 年)）と保険料を課す上限（Years Maximum Pensionable Earnings: YMPE、年 74,600 加ドル(2026 年)）の間の所得に対し、11.9%（2026 年）。被用者の場合は労使折半。QPP の保険料は 12.6%（2026 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、加入者の配偶者かコモンロー・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 約 741.3 万人 (2024 年)	老齢年金 CPP: 約 609.2 万人 障害年金 CPP: 約 30.6 万人 遺族年金 CPP: 約 121.8 万人 (2024 年)
	支給総額	OAS 年金 約 606.5 億加ドル(払い戻し税の還付後) GIS 約 189.1 億加ドル（2024 年）	老齢年金 CPP: 約 513.2 億加ドル 障害年金 CPP: 約 47.7 億加ドル 遺族年金 CPP: 約 55.5 億加ドル (2024 年)
	基金残高等	税財源	5,739 億加ドル（2023 年 3 月）

資料出所：雇用・社会開発省

・ Public pensions ・ Actuarial Report on the Old Age Security Program

ニ 私的年金

公的年金の給付水準が低いため、私的年金は中高所得者層にとって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。

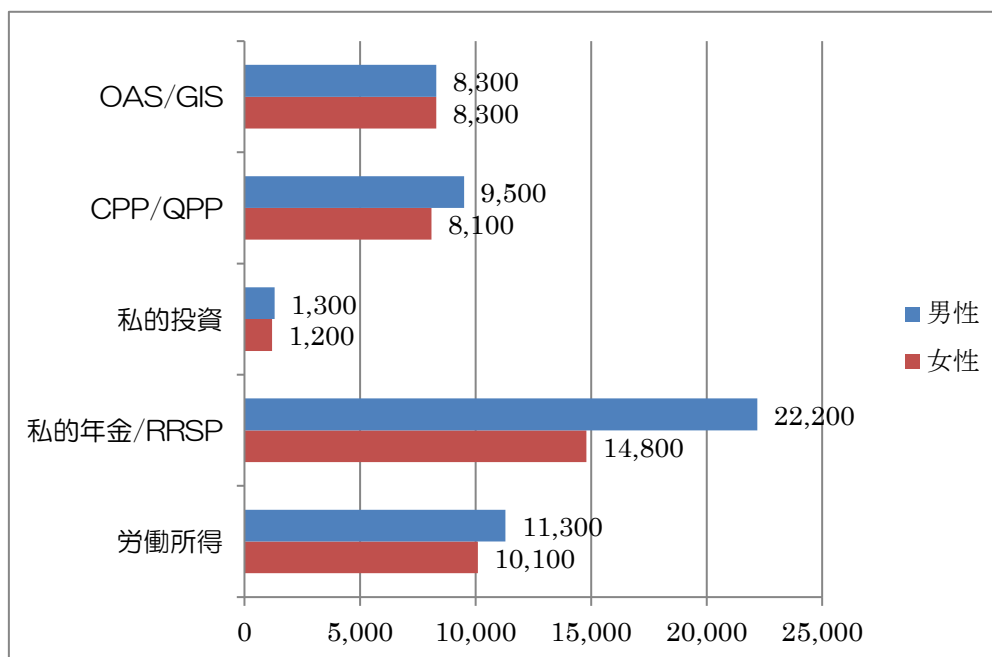
企業年金制度である RPP は、民間部門と公務員部門に分かれており、任意にカナダ歳入庁に登録して、事業主、被用者が保険料を拠出する。加入者は 720 万人を超えている（2023 年）。これは、全被用者の 37.7%（2023 年）を占めており、特に公務員部門において普及している。

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 630 万人（2023 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確定拠出型の退職年金制度である。特徴として、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。2026 年 1 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、ノバスコシア州及びニュー・ブランズウィック州で立法措置がとられている。

図 2-1-2 高齢者の収入源（中央値、2022 年、加ドル）



資料出所：カナダ統計局

注：本編作成時の公表値に基づき記載

（２）医療制度

イ 概要

国民医療費の対 GDP 比は 12.3%（2023 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 週間の待機期間後、被保険者期間の平均週間賃金の 55%（上限 729 加ドル/週（2026 年 1 月現在））

が最大 26 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て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て、州間の医療サービスの一定程度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时には、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 年には連邦医療交付金（Canada Health Transfer: CHT）となり、2024 年度の CHT の総額（全州総計）は、520 億 8,100 万加ドルとなっている。

表 2-1-3 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。移民の場合には州によっては最大 3 か月間の待機期間がある。州によっては留学生などが加入できる場合がある。
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、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	4,012 万人（2023～2024 年）
	支払総額	公的医療費支出 2,532 億加ドル（2023 年）

資料出所：保健省

注：本編作成時の公表値に基づき記載

表 2-1-4 部門別医療費支出の状況（2023 年）

（百万加ドル、%）

医療費内訳		医療費	割合
民間医療費	病院	8,132.8	2.3
	その他の医療保健機関	15,478.3	4.3
	医師	977.5	0.3
	歯科	19,712.2	5.5
	眼科	6,203.3	1.7
	その他の医療専門職	7,849.8	2.2
	医薬品	31,043.3	8.6
	資産・運営	9,614.2	2.7
	その他の医療サービス	5,267.2	1.5
民間医療費支出計		104,278.7	29.1
公的医療費	病院	86,338.2	23.7
	その他の医療保健機関	31,929.5	8.9
	医師	47,043.3	13.0
	歯科	1,266.2	0.4
	眼科	742.7	0.2
	その他の医療専門職	3,131.5	0.9
	医薬品	17,986.6	5.0
	資産・運営	17,999.1	5.0
	公衆衛生	21,372.7	5.9
	その他の医療サービス	28,565.4	7.9
公的医療費支出計		256,375.2	70.9
医療費支出計		360,653.9	100.0

資料出所：カナダ保健情報機構"National Health Expenditure Trends, 1975 to 2025"

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。

注 4：本編作成時の公表値に基づき記載

表 2-1-5 各州における医療費支出の状況（2023 年）

（百万加ドル、加ドル、%）

州	医療費総支出	1 人当たり医療費	GDP 比
ニュー・ファンドランド & ラブラドル州	5,454.3	10,120.97	14.0
プリンス・エドワード・ アイランド州	1,561.7	8,989.88	15.7
ノバスコシア州	10,783.1	10,163.93	18.0

ニュー・ブランズウィック州	7,484.9	8,994.25	15.9
ケベック州	78,488.0	9,019.15	13.5
オンタリオ州	133,390.5	8,537.97	11.9
マニトバ州	13,951.0	9,590.03	15.2
サスカチュワン州	11,782.6	9,743.27	10.7
アルバータ州	43,296.7	9,305.51	9.6
ブリティッシュ・コロンビア州	51,471.9	9,305.15	12.6
ユーコン準州	810.7	17,831.45	18.7
北西準州	1,113.6	24,924.13	20.3
ヌナブト準州	1,110.0	27,273.76	23.0
カナダ計	360,653.9	8,997.57	12.3

資料出所：カナダ保健情報機構"National Health Expenditure Trends, 1975 to 2025"

注：本編作成時の公表値に基づき記載

ロ 医療提供体制

医師は、家庭医（ファミリー・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（ファミリー・ドクター）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・クリニックと家庭医（ファミリー・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 75 拠点（2025 年 1 月現在））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 9 万 9 千人を超え（2024 年）、人口千人当たり 2.4 人（2024 年）であるが、そのうち 27%が外国で医学教育を受けた医師である（2024 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、米国、ナイジェリア等が多い（2023 年）。

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、より迅速な医療アクセスを望む患者等における需要が一般に高い。

また、不足する医療供給体制の問題に対応するため、カナダ各州では看護師や薬剤師などの医療従事者の業務範囲（スコープ・オブ・プラクティス）を拡大する動きが続いている。各州政府によりその内容は異なるが、例えばオンタリオ州は 2023 年 2 月に、今後の計画（Your Health: A Plan for Connected and Convenient Care）を発表し、オンタリオ州看護師協会や薬剤師協会と協力し、教育や研修の機会を増大といった計画を進めている。これには 13 の一般的な疾患に対し、薬剤師による処方をもとにすることや、治療が遅れることで患者へのリスクが高い場合には、正看護師が点滴を開始することや創傷治療の追加処置を開始することなどが含まれており、患者が特定の処置をより迅速に受けられるよう、より大きな責任を認める規制の変更が進められている。

ハ 全国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の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た。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、2019 年の春には当該委員会の最終報告書が提出された。当報告書には、医薬品保険における現状と課題、その改善策に加え、全国医薬品保険制度の実施方法に関する政府への提言を含む詳細な計画とタイムテーブル等が記載されている。

また、当報告書には、希少疾患の高額薬剤に対する公平で一貫したエビデンスに基づくアクセスを提供する国家戦略を構築することも提言された。これを受け、2021 年 7 月には国家戦略案を発表し、これに意欲的な州・準州と協力して当該国家戦略の確立を進め、同年 8 月にはプリンス・エドワード・アイランド州との合意により 2021 年から 4 年間で 3,500 万加ドルの連邦資金を補助し、全国統一的な希少疾患の高額薬剤へのアクセスの基盤を構築するためのパイロット的な取り組みが行われている。2023 年 3 月には、3 年間で最大 15 億ドルを投資する、カナダで史上初の「希少疾患治療薬の国家戦略」を支える施策を発表し、連邦政府と各州・準州の間で希少疾患治療薬支援協定の締結が進められている。これにより、希少疾患治療薬へのアクセス改善、希少疾患の早期診断及びスクリーニングの改善が見込まれている。

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。

ロ 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、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

喫煙対策については、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。2019 年には、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」が導入された。2021 年には、電子タバコ（Vaping）製品についてはニコチンの規制値が最大 66 mg/mL から 20 mg/mL に下げられた。

近年、タバコに対する規制を更に強化する動きが見られており、2023 年 5 月 31 日の世界禁煙デーには、保健省は世界で初めて個々のタバコに健康上の警告を直接印刷することを義務付けると発表。新しいタバコ製品外観、包装及び表示規則は、同年 8 月 1 日

に施行し段階的に導入された。タバコの小売業者は、①2024年4月末以降、新しい健康上の警告を表示したパッケージのタバコ製品の販売、②2024年7月末以降、個々のタバコへの健康上の警告を最初に導入するキングサイズのタバコの販売、③2025年4月末以降、レギュラーサイズのタバコ、チップペーパー付きリトルシガー及びチューブの販売が義務付けられた。また、タバコの製造業者は、①は2024年1月末以降、②は2024年4月末以降、③は2025年1月末以降、それぞれ導入が義務付けられた。これらは、2018年に出されたカナダタバコ戦略に含まれる取り組みであり、カナダにいる460万人・15%の喫煙者を、2035年までに人口の5%に減らすことを目指している。

ニ 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、北方地域等の遠隔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、戦略計画(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の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カナダ医薬品庁(Canada's Drug Agency)による有効性とコストの費用対効果に関する評価を受け、結果が州政府に勧告される。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、CDA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、2012 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ことに加え、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。また、規制強化の観点から、2019 年 10 月には、厳格な規則に従って認可された小売業者のみによる、大麻成分を含む食品の形状をした製品や肌に塗るタイプの製品の販売等が合法化され、実際に 2019 年 12 月以降流通している。

（６）メンタルヘルス

カナダ国民の３人に１人は、一生涯のうちに精神疾患の影響を受けると言われており、2017 年度予算において、在宅・地域ケア及びメンタルヘルス・薬物中毒対策に 10 年間で総額 110 億加ドルの補助金を拠出することが示された。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。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ている。メンタルヘルス・サービスにアクセスする子供や若者の待ち時間が改善されること、在宅医療や地域医療支援の強化が入院患者数の減少につながることが期待されている。

本共同声明は、2022 年 3 月に 5 年間の有効期間を迎えた後、1 年間延長され、その間、各州・準州は現在のニーズを評価し、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえた、州・準州毎のメンタルヘルス・サービスの優先事項について調整されることとなった。その後、2023 年 2 月、連邦政府と州及び準州の間における個別協定において、メンタルヘルスは優先事項の 1 項目として包含されることになった。これらの協定に基づき、地域に根ざしたメンタルヘルス支援、若年層への早期介入、依存症対策といった取組が各州・準州で進められている。

（７）薬物問題

カナダにおいては、以前から深刻な違法薬物の供給が主な原因となって過剰摂取による死亡が発生している。新型コロナウイルス感染症のパンデミック期間中、毒性を増した薬物の流通、孤立感やストレス、不安の増大、薬物を使用する人々のためのサービスの利用やアクセスへの影響により、一層状況は悪化し、パンデミック後も影響は継続している。連邦政府によると、2016 年 1 月から 2025 年 6 月までの間に 53,000 人以上がオピオイド関連の過剰摂取により死亡、2024 年 1 月から 6 月までの間に発生したオピオイド関連の死亡のうち 83%が非医薬品系オピオイドによるもの、また、同期間の死亡者の 78%がブリティッシュ・コロンビア州、アルバータ州及びオンタリオ州で発生したという報告もある(2026 年 1 月)。連邦政府は、州政府と協力し、メンタルヘルスと薬物使用のための継続的なケアを構築し、安全な使用場所、安全な供給、ナロキソン（オピオイドの過剰摂取の効果を減弱させる薬物）の提供、管理下での計画的投与（オピオイド作動薬療法（OAT : Opioid Agonist Therapy。長期間にわたりオピオイド薬を医療専門家の管理下で投与することにより、最終的には薬物依存から安全に離脱させる治療））といった、害を減らす（ハーム・リダクション）プログラムへのアクセスを増やすこと等により、対策を講じてきている。

2016 年に連邦政府は、カナダにおける過剰摂取の危機とその他の物質使用の害に対処するための統合的なアプローチとして、大麻、アルコール、オピオイド、その他害をもたらす可能性のある物質を含む、合法・非合法の幅広い物質を対象としたカナダ薬物・物質戦略

(Canadian Drugs and Substances Strategy) を発表し、その後更新が繰り返し行われている。

また、偏見 (stigma) と害を減らし、過剰摂取の危機を終わらせることを目的に、連邦政府は、2022 年 5 月、ブリティッシュ・コロンビア州において、個人使用目的で特定の違法薬物 (オピオイド、コカイン、覚醒剤、MDMA) を少量 (2.5 グラム以下) 所持する人々に対する刑事罰をなくすため、規制薬物・物質法の下で 3 年間の免除措置をパイロット・プロジェクトとして 2023 年 1 月から 3 年間認めることとした。しかしながら、同措置が施行されて以降、公共における薬物使用の増加に伴う問題が生じたことから、2023 年 9 月には、同州からの要請に基づき、連邦政府は、公共の屋外運動場、プール、スケートパークから 15 メートル以内など主に青少年向けに設計されたエリアでの所持の禁止、2024 年 5 月には、公共の場での所持の禁止を許可するなど、調整が重ねられた。ブリティッシュ・コロンビア州政府は本プログラムを更新せず、この免除措置は 2026 年 1 月末をもって失効した。

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

近年、カナダは毎年 50 万人近い移民を受け入れてきたが、2024 年に連邦政府が移民受入数を削減する方針を発表し、2024~2025 年にかけて、総人口増加率は減少した。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、ベイビー・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 (2025 年 7 月現在、65 歳以上は 19.5%、0~14 歳以下は 15.3%)。65 歳以上の高齢者人口の比率は今後も増加が見込まれ、2025 年の 19.5%から、2075 年には 22.6~32.5%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。2024 年現在、全ケベック州、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、ノバスコシア州、北西準州及びヌナブト準州を除く地域で 65 歳以上の高齢者のうち 194,214 人が居住型ケア施設に入所しており、その半数以上の 101,381 人がオンタリオ州となっている。在宅ケアについては、そ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）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。さらに、2022 年 10 月には、在宅高齢者給付金の創設に向けた提言を行う専門家委員会の設置を発表した。

（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。

カナダ障害者調査（2022 年）によると、15 歳以上のカナダ人の 27%、約 800 万人が少なくとも 1 つの障害を抱えた障害者であり、障害がない者に比べ貧困率が高いことが分かっている。2019 年施行「アクセシブル・カナダ法」をベースに、障害者コミュニティと協力して、障害者の包摂に対する政府全体のアプローチを定める行動計画として、カナダ障害者包摂性行動計画を 2022 年 10 月に策定。同計画に基づき、障害者の直接的・長期的な経

済的安定を向上させるべく、具体的な施策として、2023 年 6 月には低所得者障害者支援を拡充するための障害者給付法が成立し、カナダ国内の就労年齢（18～64 歳）の障害者に対する新たな給付金制度を確立。2025 年 7 月から年間最大 2,400 加ドルが対象者に対し給付されている。受給者数は、給付開始から 3 ヶ月後の同年 9 月末時点で約 18 万 6 千人となった。

（４）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市町村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。オンタリオ州政府の 2025 年 7 月の公表データ (Social Assistance Caseload OW - Monthly Data) には、州内の総受給世帯は 292,389 世帯、その内訳は単身世帯が 202,759 世帯、ひとり親世帯が 65,084 世帯、その他が 24,545 世帯と記載されており、全体として増加傾向にある中、近年は特に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 (Canada Workers Benefit)、財貨サービス税 (Goods and Service tax) の逆累進性を解消するために、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会議 (First Ministers' Meeting)¹では、医療制度に関す

¹ 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。

る 10 か年計画（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 か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%））で合意した。

コロナ禍で深刻化した人手不足の影響で医療体制が圧迫され、待ち時間の長期化や救急病棟の一時閉鎖等が発生する中、州、準州首相は 2022 年夏の連邦評議会（the Council of the Federation）会合において、医療費負担の拡大を改めて、無条件で年間 280 億加ドルの追加資金を連邦政府に求めた。これに対し、同年 11 月には、州、準州の保健大臣会合において、国家的な医療人材育成と医療データ収集プログラムの作成を条件とした増額案を連邦政府が提示したが、州、準州側は拒否するなど、CHT 増額を巡っての緊張状態が続いた。一方で、2023 年に入り事態は好転に向かい、2023 年 2 月、州及び準州に対し、新たな資金 462 億加ドルを含む 10 年間で 1,961 億加ドルの交付を行うことを連邦政府は発表した。この資金は、一部は CHT を通じて、また一部は、各州及び準州の医療制度上のニーズに柔軟に対応できるよう、州及び準州との個別協定を通じて交付されることとなった。

同 CHT については、①特に小児科病院、救急医療、手術・診断の遅延に対する差し迫った医療制度への要請に対処するため、無条件で 20 億加ドルの CHT の上乗せを即時に実施、②今後 5 年間、CHT に最低年率 5%の増加を確保し、必要に応じた毎年の上乗せ額が交付される（10 年間で 173 億加ドルとなる見込み）。②は、州及び準州政府は健康情報の収集、共有、使用及びカナダ国民への報告方法の改善を約束することが条件であり、医療データに関連する共通の基準と施策の採用にも同意することが求められる。同個別協定については、州及び準州の共通する健康上の 4 つの優先事項（①家庭医へのアクセスの拡大、②医療従事者の支援と待機医療の削減、③メンタルヘルスや薬物使用関連のサービスへのアクセスの改善、④医療データツールを用いた医療制度の近代化）を支援するため、各州及び準州のニーズに合わせた個別協定を通じて 10 年間で 250 億加ドルを提供するもの。なお、同個別協定は、2024 年 3 月までにカナダ全 13 州・準州と連邦政府の間で締結した。

（2）歯科治療手当

2022 年 3 月に結んだ、自由党政府と新民主党による閣外協力協定（2024 年 9 月に解

消)の一環として、2022年度予算方針で2025年までの導入の完了を約束した包括的な歯科保険制度が完成するまでの暫定措置として、年収9万加ドル未満の低所得世帯の無保険の12歳未満の子供を対象に非課税のカナダ歯科治療手当(Canada Dental Benefit)を2022年12月1日に導入した。この暫定措置は2024年6月末をもって終了し、その後は連邦政府による恒久的なカナダ歯科保険制度(Canadian Dental Care Plan: CDCP)に移行している。

2023年12月、連邦政府は、年間世帯収入9万ドル未満のカナダ人無保険者を対象として、歯科医療アクセス改善を目的としたCDCPを発表。CDCPは2023年12月から段階的なアプローチで導入され、2023年12月に87歳以上の高齢者を対象に申請を開始し、2024年1月に77歳から86歳まで、同年2月に72歳から76歳まで、同年3月に70歳から71歳まで、同年5月に65歳以上の高齢者が対象となった。同年6月に、有効な障害者税額控除証明書を持つ人と18歳未満の子供の申請を開始し、残りの18歳から64歳までのカナダ居住者は、2025年5月から申請が可能となった。2025年10月時点でCDCPの対象となる加入者は約600万人に達しており、対象者の歯科医療費について、年間平均節約額は約800ドルとされている。

(3) 全国医薬品保険制度

2024年2月、加政府は、医薬品保険制度に関する法律(Pharmacare Act)案を連邦議会に提出した。同法案は、カナダにおける全国医薬品保険制度の第一段階の基本原則を提案し、多くの避妊薬や糖尿病治療薬に対して普遍的な単一支払者による保険を提供するために、州・準州と協力する加政府の意図を示したものである。また、2023年12月に新設された加医薬品庁(Canadian Drug Agency)が全国的なフォーミュラリ(formulary)の基礎となる必須処方薬リストの作成及び全国的な一括購入戦略の策定に取り組むこと並びに、連邦政府が処方箋薬の適切な使用に関する国家戦略の策定・公表することを規定した。2024年10月、同法案は連邦議会を通過し裁可され、連邦政府は各州・準州政府との協定締結に向けた協議を開始した。2025年2月にはマニトバ州との間で最初の締結が行われたが、2026年1月時点において、締結済みとなっているのはブリティッシュ・コロンビア州、プリンス・エドワード・アイランド州、ユーコン準州を含めた4州・準州にとどまっており、引き続き協定締結に向けた協議が行われている。

(4) 安楽死(Medical assistance in dying: MAID)

2015年の裁判の結果、刑法から安楽死を禁止する条項が無効(安楽死の合法化)となり、2016年6月に連邦法として成立した。安楽死(MAID)は、その資格があると判断された人が、自分の人生を終わらせるために、医師からの援助を受けることができるようにする手続きであり、同法において、非常に特殊な状況とルールのもとでのみ、これを許可している。

2019年のケベック州最高裁判決を受け、2020年10月、当時の司法大臣が安楽死を受け

る条件の一つである「自然死の合理的予見性(reasonable foreseeability of natural death)」の記述を削除した新たな法案を提出（2021 年 3 月成立）し、死亡が予見できない場合でも安楽死を認める適用拡大を行った。

その際、政府は「精神疾患が唯一の疾患（sole medical condition is a mental illness）」の患者の安楽死適用を禁じる予定であったものの、上院での反対を受け、検討期間として 2 年間の適用除外期間（2023 年 3 月まで）を設けた。2023 年 2 月、「精神疾患が唯一の疾患」患者への適用除外期間を 1 年間延長（2024 年 3 月まで）する法案を提出し、同年 3 月成立した。その期限が近づく中、政府は、2024 年 2 月 1 日、安楽死に関する特別合同委員会からの報告書及び多くの州からの懸念を踏まえ、適用除外期間の再延長（2027 年 3 月まで）のための法案を提出した。

2024 年の安楽死適用数は 16,499 件（6 割超は癌患者で、「自然死の合理的予見性」があるケースは 95.6%、ないケースは 4.4%）で前年比 6.9%増。カナダの中でも、ケベック州（36.4%）、オンタリオ州（30.0%）及びブリティッシュ・コロンビア州（18.2%）で安楽死が実施されており、3 州で全体の約 85%を占める（2024 年）。2024 年の全死亡に占める安楽死の割合は 5.1%で、2023 年の 4.7%、2022 年の 4.1%、2021 年の 3.3%、2020 年の 2.5%、2019 年の 1.5%から増加している。

（資料出所）

- 雇用・社会開発省(Employment and Social Development Canada)
<https://www.canada.ca/en/employment-social-development.html>
- 保健省(Health Canada)
<https://www.canada.ca/en/health-canada.html>
- 公衆衛生庁（Public Health Agency of Canada）
<https://www.canada.ca/en/public-health.html>
- 食品検査庁（Canadian Food Inspection Agency）
<http://www.inspection.gc.ca/eng/1297964599443/1297965645317>
- カナダ統計局(Statistics Canada)
<https://www.statcan.gc.ca/en/start>
- カナダ保健情報機構(Canadian Institute for Health Information)
<https://www.cihi.ca/en>
- オンタリオ州保健省(Ministry of Health)
<https://www.ontario.ca/page/ministry-health>
- オンタリオ州長期介護省(Ministry of Long-Term Care)
<https://www.ontario.ca/page/ministry-long-term-care>