

カナダ社会保障の制度的特質

下和田 功

目 次

1. はじめに
2. 社会保障における連邦制
3. カナダ保健福祉省の機構
4. 所得保障の特質
5. 医療保障の特質
6. 雇用保障の特質
7. 労働者災害補償の特質

1. はじめに

わが国とカナダとは、たんに経済的関係のみならず、多方面にわたってこの数年来急速にその緊密の度合を強めてきている。それに伴い、先進国首脳会議（サミット）の構成国七か国の一員でもあるカナダに対する関心は、研究者のみならず、一般的レベルでもかなり高まってきたといえよう。

ところで、筆者は1981年11月21日より12月8日まで、短期間ではあるが、アメリカ、カナダを訪問することができた¹⁾。その主要目的は「生命保険事業における加入者福祉活動」と「生命保険事業における社会還元的活動」を研究調査することにあつたが、同時に、「福祉行政の一環としての福祉施設および

レクリエーション施設」の視察調査も行われた。

そのために、カナダではまずオンタリオ州の州都でカナダ第一の大都市トロント (Toronto) を訪ずれ、カナダ生命保険健康保険協会 (Canadian Life and Health Insurance Association Inc. = CLHIA) およびオンタリオ州文化レクリエーション省 (Ontario Ministry of Culture and Recreation) の責任者と懇談することができた。首都オタワ (Ottawa) では、われわれは連邦レベルの福祉行政の所管官庁であるカナダ保健福祉省 (Department of National Health and Welfare of Canada. 通常は単に Health and Welfare Canada とよばれている) を訪問した。また、同省の斡旋により、首都委員会 (National Capital Commission) の係官の案内で、首都圏内の一大公園であるガティノー公園 (Gatineau Park in the National Capital Region) を視察することができ、国民の福祉増進に密接な関連のある公園行政のあり方や公園施設の実態を直接見聞するという得難い経験も持つことができた。

改めて印象的であったのは、福祉 (welfare; bien-être) という言葉の受け取り方が、日本とカナダでは相当異なるという点である。わが国では、福祉という用語は、広狭多様に用いられており、極端な場合、精神的なものであれ、物質的なものであれ、人々の幸福を増進するものは何でも福祉概念で包括できるようである。したがって、福祉活動の実施主体が公的なものか私的なものは問題にされない場合があり、社会福祉、公的福祉はもちろん、私的福祉、企業福祉という用語も一般に用いられている。とりわけ、企業福祉、労働者福祉、組合福祉ないし産業福祉は、ドーア教授が日本社会を福祉企業体制 (Welfare Corporation) と特徴づけているように、重要な概念となっている²⁾。生命保険の分野では、「加入者福祉 (活動)」(生命保険加入者の「福祉」の増進のために生命保険会社が行なう諸活動をいい、その活動範囲も多種多

1) カナダでの調査研究の機会を与えられた一橋大学・広海孝一教授をはじめ、簡易保険郵便年金福祉事業団などの関係機関に対し、ここに謝意を表明したい。なお、本稿執筆にあたり、カナダの社会保障とりわけ医療保障に関する貴重な蔵書の閲覧を心よくお許しいただいた一橋大学名誉教授大林良一博士に深謝するものである。

2) Cf. Ronald Dore, *British Factory, Japanese Factory*, London 1973.

様である)の概念が用いられ、生命保険産業を「福祉産業」と規定する生保経営者さえ現れる状況にある³⁾

他方、カナダでは、とりわけ企業経営者層には、福祉活動は連邦政府や地方自治体その他のしかるべき主体によってなされるべき分野であり、効率的な企業活動を通じて社会に貢献することが企業の社会的な役割分担であるとする、きわめて明解で割りきった考え方が強い。すなわち、企業は職場の提供(雇用)、経済活動(良質な商品を適正価格で国民に提供するための生産・保管・流通・販売などの諸活動)、納税などを通じて、その社会的責任を遂行することになる、という考え方が支配的である。これは欧米社会に共通の社会通念でもあるが、カナダでは福祉における政府と企業の分業関係ないし役割分担がはっきりと認識されており、企業関係者はもちろん、国民一般が「福祉」という言葉から思い浮かべるイメージは、かなり限定された明確なものである。

CLHIAの面談から得た印象を要約することにより、加入者「福祉活動」や生保事業の「社会還元的活動」に関するカナダ生保業界の一般的考え方を紹介すると、次のようになろう。すなわち、福祉活動ないし福祉サービスは連邦・州・市町村の各レベルの政府のやるべき活動分野である。生保企業は保険給付外のパターナリスティックな生保加入者への福祉サービス(たとえば、わが国でみられる、保養施設、宿泊施設、レクリエーション施設、老人福祉施設、診療所などのいわゆる「加入者福祉施設」の提供によるサービス)によってではなく、本来的な保険的機能によって、換言すれば、効率的経営による低廉な保険料での良質な保険商品の提供、三差益の改善による契約者配当の充実、契約上の諸義務、とりわけ保険保護の迅速確実な履行などによって、その社会的責任や生保加入者へのサービスを遂行してゆく、ということである。

3) 1978年度日本保険学会全国大会では、「福祉政策と保険業」が共通論題として討論されたが、各報告は『保険学雑誌』第483号(昭和53年12月)に収録されている。筆者も「西ドイツの福祉政策と保険業——日独比較研究の観点——」(同誌26~92ページ掲載)と題して報告を行なっている。

第二に述べたい印象は、連邦制についてである。周知のごとく、1867年に英領北アメリカ法 (British North America Act) が発効すると共に、ノヴァ・スコシア (Nova Scotia)、ニュー・ブランズウィック (New Brunswick)、オンタリオ (Ontario)、ケベック (Quebec) の4州がカナダ自治領 (Dominion of Canada) の名の下に合併して、オタワを首都とするカナダ連邦が発足したが、現在は10州2準州からなる。わが国でも、フランス系住民の多いケベック州の分離独立運動がよく知られているように、各州の権限は強固で、その地域主義は依然として根強く、国民の連帯意識、国家意識の醸成、連邦政府の権威と権限の確立が今日でもなお重要な国家的課題となっている。したがって、統一国家として全国的に調和と統一のとれた発展を指向する連邦政府の政策と地域の特殊利益に基づく各州政府の主張との間の調整は、カナダ建国以来依然として未解決の深刻な問題であるといわれている。

後述のごとく、福祉行政も連邦制を基礎としており、連邦政府と州政府の間で分担されている。すなわち、全国的施策を要する分野では連邦政府がリーダーシップをとり、各州への財政援助などを行ない、州政府は地域社会の問題の処理にあたっている。連邦政府と州政府との調整は全国福祉委員会 (National Council of Welfare) で行なわれている。連邦政府の福祉行政に対する姿勢は近年きわめて意欲的となっており、1980年では社会福祉関係費が連邦予算の32%の59億カナダドルに達しており、一般歳出の中で最大の比重を占めるに至っている。

保険事業に対する監督行政も連邦保険監督庁と州保険監督官による二元監督制がとられている。すなわち、2州以上で営業する保険会社 (連邦登録会社) は連邦監督庁の監督規制を受け、他方、1州内のみで営業する会社 (州認可会社) は連邦に登録する必要はなく、州の認可を受けるだけでよく、州保険監督官の監督に服する。ただし、連邦登録会社は、営業を行なう州の保険監督官から、販売する保険種類ごとの認可を取得しなければならず、その保険外務員やブローカーも州政府から免許を受けなければならない。

最後に触れておきたい点は、充実した公園行政、公園管理における自然保

護の徹底と障害者への細心の配慮がきわめて印象的だったことである。たとえば、首都委員会の管轄下にあるガティノー公園は、オタワ河を隔てて国会議事堂のある丘から望見できる首都圏内の一大公園であるが、公園の総面積 356 km² (8.9万エーカー。淡路島の3分の2に相当する広さである。) の実に7割が自然保護地区 (Conservation Zone) に指定されており、その内第一保護地区は一年中を通じて一般人の立ち入りを禁止し、第二保護地区でも自転車道路とクロスカントリースキーコースなどが一部認められているにすぎず、野生の王国となっている。残りの3割がさらに自然鑑賞地区 (Interpretation Zone) とレクリエーション地区 (Recreation Zone) からなり、前者は一定コース内だけでの人々の自然探訪が認められており、地区内にある文化遺産保護区では建物の新築は一切禁止され、改装についても首都委員会の許可が必要である。後者は一般大衆に一年中開放されているが、自然への悪影響を考慮して、さらに集中的レクリエーション地区 (Intensive Recreation Zone) と準集中的レクリエーション地区 (Semi-Intensive Recreation Zone) に分けられている。多数の人々が利用する集中的地区は、ごく狭い面積しか認められていない。集中的地区にはキャンプ場や各種施設が設けられており、身障者も利用できるように標示、情報提供などを含め、細心の配慮が払われている。準集中的地区は施設をほとんど必要としないハイキング、クロスカントリースキー、自転車、乗馬などの活動に利用されている。

オタワ市内からわずか15 km の場所に位置する都市隣接公園としてのガティノー公園においてさえも、このように手厚い自然保護がなされており、また公園の利用に身障者のアクセシビリティを考慮した種々の対策が講じられている。身障者へのきめ細かい対策はもちろん都市の中においてもみられ、首都委員会から入手した資料⁴⁾ をみると、アパートを含めて首都圏内にある主要建物すべてについて、身障者のためのいかなる施設が整備され、いかな

4) Accessibility Guide in the National Capital Region (Guide d'accessibilité dans la région de la Capitale nationale) と題する冊子で、National Capital Commission の Public Relations 課と Rehabilitation Institute of Ottawa など4団体が編集したものである。

る配慮がなされているか、階段はいくつあるか、駐車場はどうなっているかなどについて、建物ごとに記号で明らかにされている。身障者用の施設・配慮等がなされていず、身障者の利用がほとんど不可能な建物の場合は☒の記号がつけられることになっているが、二、三の例外を除いてこのマークの建物のついでいるケースはきわめて少ない。こうした冊子が発行される主要な目的は、もちろん、身障者へ情報を提供することにあるが、同時に施設管理者や一般国民の関心を高めさせ、アクセシビリティ向上に対する施設管理者の努力を促すことをねらったものでもあろう。

以上、今回のカナダ訪問時の印象を二、三述べたが、本稿では歴史、人種的構成、社会・経済構造や文化構造など、わが国とは多くの点で異質性をもったカナダの社会保障の制度的特質を、カナダ保健福祉省の各専門官の説明と同省の御好意で入手した諸資料を主に利用しつつ、以下に述べることとする。

2. 社会保障における連邦制⁵⁾

福祉行政の分野においても、連邦制が基礎となっており、社会保障は連邦政府と州政府によって分担されている。すなわち、国民全体を対象とし、全国的な施策を要する分野では連邦政府が主管官庁となり、地域社会の福祉の問題については、各州政府や市町村が処理にあたることになっている。保健衛生および住民の福祉に関する仕事は、従来は地方政府の責任とみなされてきたが、戦後カナダでも社会保障が急速に拡充され、連邦政府の社会保障に対する姿勢が積極化するにつれて、カナダ保健福祉省の権限も強化されてきた。すなわち、一方で、連邦政府管轄下の制度が増加するとともに、他方で

5) 本節の主な参照資料は、カナダ保健福祉省発行の(1)basic facts on Social Security Programs, 1981; (2)Annual Report 1980-1981および(3)External Affairs Canada, Canada, 1978 などである。

社会保障の中の所得保障制度と連邦制の問題については、本格的な研究 (Keith G. Banting, *The Welfare State and Canadian Federalism*, Kingston in Ontario 1982) が最近発表されており、本テーマの立ち入った分析は別稿で検討する予定である。

地方政府の実施する制度も連邦政府と州政府の協定に基づく連邦・州費用分担制度 (Federal-Province Cost-Sharing Programs または単に federal-provincial arrangements とよばれる) の形で実施される場合が多くなっており、連邦政府は州への財政援助を通じて発言権を強め、リーダーシップを発揮してきているのである。また、各州への社会保障に関する情報提供や専門的技術的指導も連邦政府の重要任務となってきたおり、社会保障の二国間協定、国際的問題はもちろん連邦政府の仕事となっている。

連邦政府がカナダ保健福祉省を通じて実施している主要な社会保障制度としては、カナダ年金制度 (Canada Pension Plan : CPP), 家族手当 (Family Allowance : FA), 補足的所得保証制度 (Guaranteed Income Supplement : GIS), 老齢保障制度 (Old Age Security Program : OAS), 配偶者手当 (Spouse's Allowance : SPA) などがある。また、連邦政府は、保健衛生の面でも、有害食品、薬害などから国民の健康を保護し、検疫制度を実施し、医療従事者や医療施設の確保、医療教育・研究の振興などを援助する責務を課されている。原住民の医療保障を提供し、ユーコン (Yukon), ノースウエスト (North West) の両準州の厚生行政を管轄し、アマチュアスポーツを振興することも連邦政府の任務となっている。

病院の経営 (後述のごとく、カナダの病院の約95%が公立病院で占められている), 医療従事者への免許の付与, 個人に直接支給する諸福祉給付, といった保健・社会サービスの第一次的責任は地方政府にある。前述の連邦・州費用分担制度には、医療保険 (Medical Care Insurance : MCI), 病院保険 (Hospital Insurance : HI), カナダ扶助制度 (Canada Assistance Plan : CAP), 障害者職業復帰訓練制度 (Vocational Rehabilitation of Disabled Persons Program : VRDP) などがある。この制度では、連邦政府は補助金 (通常は州と同額を連邦が負担) を州政府に交付し、実際の管理運営は各州政府が自主的に行なうが、州政府の自由裁量の程度は個別制度によって異なっている。

失業保険 (Unemployment Insurance : UI) は管理運営の面では特殊な制

度で、労使代表各1名と委員長の計3人からなる失業保険委員会 (Unemployment Insurance Commission) という特別の委員会に委ねられている。

労働者災害補償制度 (Worker's / Workmen's Compensation) は雇主単独負担の費用でその財源が賄われ、各州ごとにその内容は若干異なり、州労働者災害補償委員会 (Provincial Worker's/Workmen's Compensation Boards (or Commissions)) により管理運営されている。さらに、公務員については、連邦政府労働省管轄の政府職員補償法 (Government Employees Compensation Act) により、連邦労働省が各州の上記委員会へ必要経費を償還する形をとっている。

なお、社会保障ないし福祉問題についての連邦政府と各州政府などとの調整をはかるために、カナダ保健福祉省大臣の諮問機関として前述の全国福祉委員会が設置されている。

3. カナダ保健福祉省の機構⁶⁾

福祉行政の中核となるカナダ保健福祉省は、以下の各部局から構成されている。

(1) 健康保護部 (Health Protection Branch)

本部局は国民の健康を脅かす一切の危険を除去ないし減少させることを任務とする。本部局は、市場に出回っている商品 (食品、医薬品、医療器具、化粧品など) の安全性の検査、上記商品を製造する工場の立入検査や収集した商品の分析、消費者・製造業者に対する啓蒙教育を担当するフィールド・オペレーション室 (Field Operations Directorate)、医薬品や化粧品の安全性を監視する医薬品研究室 (Drugs Directorate)、食品の安全性を監視・研究する食品研究室 (Food Directorate)、放射能汚染、大気汚染、医療器具の安

6) 本節の記述は、主としてカナダ保健福祉省発行の Annual Report 1980-1981 に依拠している。

全性を監視・研究する環境保健室 (Environmental Health Directorate), 流行病, 伝染病, 細菌, 生化学などの研究を行なう疾病研究センター (Laboratory Centre for Disease Control) の五部課に分かれ, さらに各部課が細分されている。

(2) 医療サービス部 (Medical Services Branch)

本部局は特定の対象者に各種医療サービスを実施するもので, 原住民 (インディアン, エスキモーなど) およびユーコン準州・ノースウエスト準州の全住民の医療サービスを担当するインディアン・ノースウエスト保健課 (Indian and Northwest Health), 連邦公務員を取り扱う公務員保健課 (Public Service Health), 移住希望者や一時居住者, 旅行者を対象とする移民医療サービス課 (Immigration Medical Services), 検疫関係の仕事を行なう検疫課 (Quarantine and Regulatory), 航空関係従事者を対象とする市民航空医療課 (Civil Aviation Medicine), 緊急時の医療・福祉サービスを担当する緊急サービス課 (Emergency Services), などがある。

(3) 保健サービス増進部 (Health Services and Promotion Branch)

本部局の主要目的は, 国民が心身共に健康に生活できるように奨励援助し, 州や準州がその保健サービスを全国的レベルで実施し維持できるように援助することである。健康増進室 (Health Promotion Directorate) は国民の健康増進のための教育啓蒙活動を行ない, 保健研究助成室 (Extramural Research Programs Directorate) は保健関係の研究に助成金を支給し, 食品や医薬品の品質や安全性に関する研究を援助し, 医学研究生へ奨学金を支給する。保健サービス室 (Health Services Directorate) は州, 民間家族計画団体, 国際機関, 病院, 保健所, 大学などに対し保健関係のアドバイス, 研究計画, 財政的援助を行ない, 健康資源室 (Health Resources Directorate) は病院保険診断サービス法, 医療法, 健康資源基金法を管轄し, 1977年連邦州間財政協定法で規定されている病院保険, 医療サービス制度などに対する連

邦負担分を各州に支払う業務を引き受けている。査定課 (Program Evaluation Division) は上記4部課の事業の効率性を評価分析する。

(4) 看護長官 (Principal Nursing Officer)

本長官は看護方法、看護教育・研究・管理といった看護問題を取り扱い、医療従事者の倫理観確立のために各団体に対し指導助言を行なう。

(5) 社会サービス制度部 (Social Service Programs Branch)

本部局は連邦・州費用分担制度の大部分および全国福祉補助金と新地平線制度の二補助金制度を管轄し、各州や関係機関に対する指導助言を行なう。その内、カナダ扶助制度室 (Canada Assistance Plan Directorate) は扶助・職業復帰サービス課、福祉サービス課、会計課などからなり、カナダ扶助制度 (CAP)、傷患者職業復帰訓練制度 (VRDP)、未成年者犯罪法 (Young Offenders Agreement : YOA)、インディアン福祉協定 (Indian Welfare Agreement in effect with Ontario)、収税法 (Excise Tax Act : ETA) 第45条などを管理する。全国福祉補助金課 (National Welfare Grants) は公営、私営を問わず各福祉施設に対し財政援助、指導助言、情報提供を行ない、研究助成や奨学金を交付する。社会サービス課 (Social Services Division) は社会サービスに関する指導助言と情報提供を行ない、養子問題を管理する。新地平線課 (New Horizons) は全国の各種の老人グループの自主的活動を奨励するためにこれらグループに助成金を支給する新地平線制度 (New Horizons Program) (1972年発足) を管理する。リハビリテーション局 (Bureau on Rehabilitation) は連邦政府の各種障害者対策活動を調整する。

(6) 所得保障部 (Income Security Programs Branch)

本部局は国民の所得保障を維持改善する責任を有し、そのために、カナダ年金制度 (CPP)、老齢保障 (OAS) (補足的所得保証制度 GIS と配偶者手当 SPA を含む)、家族手当の三主要制度を管轄している。企画査定課 (Planning,

Evaluation and Liason) は所得保障に関する企画・立案・評価を行ない、1981年3月には全国年金会議 (National Pensions Conference) を主催した。家族手当課 (Family Allowances) は家族手当制度を、老齢保障課は OAS, GIS, SPAのいわゆる老齢保障制度 (Old Age Security Programs) を、また、カナダ年金制度課は CPP / QPP をそれぞれ管理している。

以上の部局の外に

- (7) 国際渉外部 (Intergovernmental and International Affairs Branch)
- (8) 政策企画情報部 (Policy, Planning and Information Branch)
- (9) 福祉政策局 (Special Adviser-Policy Development Office)
- (10) 人事部 (Personnel Administration Branch)
- (11) 内部監査室 (Internal Audit Directorate)
- (12) 管理部 (Administration Branch)

があるが、紙幅の関係で説明は省略する。カナダ保健福祉省に設置されている大臣諮問機関としての全国福祉委員会については既に触れたが、同委員会は各州から選出された任期3年の委員21名から構成されている。委員は各種団体の代表としてではなく、一市民として選出されており、1980—81年の場合、過去にまたは現在社会扶助を受給している者、低賃金労働者、慈善団体や福祉関係団体の活動家、ソーシャルワーカー、弁護士、労働組合員、自治会役員など多様である。委員会総会は年3回開かれるが、さらに4～9人の委員からなる分科会が年6回開かれ、社会政策・保健政策に関する4分科の問題を検討する。委員会は大臣諮問機関として活動すると共に、貧困および社会政策に関する諸問題について報告書を発行し、関係機関に配布している。

4. 所得保障の特質⁷⁾

4-1 連邦制

主要な所得保障制度としてカナダ年金制度 (CPP)、老齢年金 (OAS)、補足的所得保証制度 (GIS)、配偶者手当 (SPA)、家族手当 (FA) が挙げられ

るが、これらはカナダ保健福祉省の所管となっている。ただし、家族手当は連邦と各州政府との協定 (Federal-Provincial Arrangement) によって、州段階で州法により一定の手当額の変更ができることになっている。

連邦・州費用分担制度として、連邦政府もその費用を分担し、各州政府が実施する所得保障制度としては、カナダ扶助制度 (CAP) がある。

さらに、各州政府によって独自に実施されている補足的制度があり、母親手当 (Mothers Allowance)、一般扶助 (General Assistance)、高齢者居住扶助 (Living Accommodation for Elderly Persons) などの例がある。

このようにカナダの所得保障制度は連邦制を基礎とした重層構造を特色としているが、中心になるのは連邦所轄の諸年金制度と連邦・州費用分担制度のカナダ扶助制度であり、後者は前者の中の拠出制制度であるカナダ年金制度に加入できない貧困階層を対象とするものであって、両者は一体となって、カナダ社会保障制度の中核を形成している。

4-2 カナダ扶助制度 (CAP)

本制度は1966年7月連邦法として成立したカナダ扶助法 (CAP Act) に基づくものであるが、それは従来各州でばらばらに不完全かつ部分的に実施されていた老齡扶助 (Old Age Assistance)、盲人手当 (Blind Benefit)、障害者手当 (Disabled Persons Allowance)、失業扶助 (Unemployment Assis-

7) 本節の主要参照資料は次の通りである。

- (1) Minister of National Health and Welfare, basic facts on Social Security Programs, 1981.
- (2) Leonald C. Marsh, Report on Social Security in Canada, Toronto & Buffalo 1975.
- (3) Department of National Health & Welfare, Federal Income Security Programs in Canada.
- (4) Minister of National Health and Welfare, Pensions in Canada, November 1981.
- (5) Minister of National Health and Welfare, Your Canada Pension Plan, 1980.
- (6) Minister of National Health and Welfare, Your Old Age Pension: A Program of the Government of Canada, 1980.
- (7) The Royal Commission on the Status of Pensions in Ontario, Report of the Royal Commission on the Status of Pensions in Ontario, 1980.

tance)などの貧困者に対する扶助制度を全国的レベルから見直し、拡充しようとするもので、各州の実施していた諸制度をCAPに一本化する意図をもつ。しかし、一本化して実施するか従来通りばらばらの形で継続するかは連邦政府と各州政府との協定(Federal-Provincial Agreement)によって決定され、最終的には州政府の自由裁量にゆだねられている。したがって、1967年8月以降はCAPとして一本化して実施している州と、従来通りの方式を継続している州とがある。

CAP(一本化されない場合の各州の諸扶助制度を含む)は連邦・州費用分担制度であり、各州の支出額の2分の1を連邦政府が分担し、残りを州政府が負担する。したがって、全額公費によって賄われる非拠出制の制度である。それは各州で定める一定所得以下の生活困窮者を対象としており、具体的な扶助額は州政府が決定することになっている。その原因の如何を問わず、現に生活に困窮している者およびその可能性のある者を対象に現金給付のみならず、多種多様な現物・サービス給付を含む包括的な扶助が州ごとになされている。本制度による給付には課税されない。

4-3 家族手当 (FA)

1944年成立の家族手当法(Family Allowance Act)により1945年7月から実施されたが、1974年1月に大幅な法改正があり、従来の少年手当法(Youth

- (8) The Task Force on Retirement Income Policy to the Government of Canada, The Retirement Income System in Canada : Problems and Alternative Policies for Reform (Summary of the Report), 1979.
- (9) Minister of National Health and Welfare, Guaranteed Income Supplement Guide, 1980, 1981.
- (10) Minister of National Health and Welfare, Spouse's Allowance : Who is entitled to Spouse's Allowance?, 1980.
- (11) J. E. Pesando and S. A. Rea Jr., Public and Private Pensions in Canada : An Economic Analysis, Toronto 1977.
- (12) Minister of National Health and Welfare, Family Allowances, 1980.
- (13) Minister of National Health and Welfare, Canada Assistance Plan 78-79: Annual Report.
- (14) External Affairs Canada, Canada, Ottawa 1978.

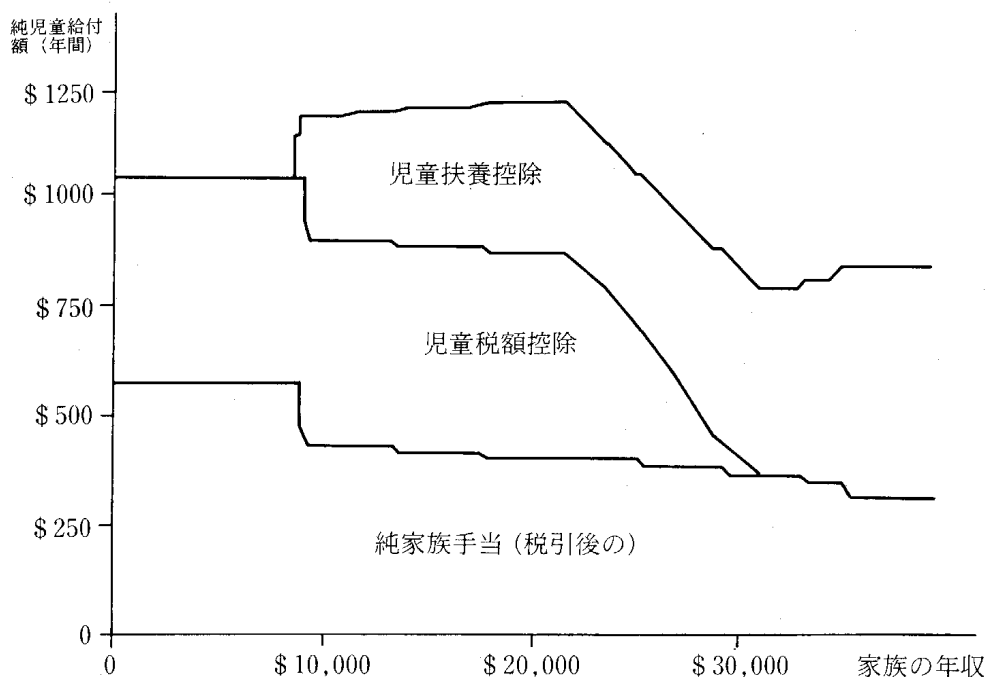
Allowance Act. 1964年成立) を吸収合併して運営されている。

本手当は、父母のいずれかが市民権の有無にかかわらず現にカナダに居住している場合で、18歳未満の子弟を扶養する親（通常は母親）に支給される。また特別手当 (Special Allowance) は、18歳以下の児童を養育している施設や養親に支払われる。家族手当は、給付を受ける者の資力に関係なく支給されるが、所得税法上の収入とみなされ、所得に応じて課税される。支給額は児童1人につき月額23.96カナダドル (1981年現在。なお特別手当は同年で児童1人につき月33.53カナダドル) であるが、州段階で児童の数、年齢区分などに応じて手当額が変更できることになっている。ただし、その額が連邦基準の6割以下になることは認められない。支給額は毎年1月消費者物価指数にスライドして引き上げられる。

カナダの児童給付制度 (Child Benefit System) は、この家族手当を基礎にしながら、所得税の児童扶養控除 (Child Tax Exemption) (1981年現在の児童扶養控除額は、18歳未満の児童では590カナダドル、18歳以上の児童では1,090カナダドルである) および1979年1月成立の連邦児童税額控除 (Federal Child Tax Credit) 制度⁸⁾ を総合して、所得の少ない児童扶養家庭ほどより多額の給付を受けられるように設計されている。これら3制度の効果を明らかにしたのが、カナダ保健福祉省所得保障部マッコイ氏 (Mr. Brian McCoy) 提供の資料 (注7の文献(4)) による第1図である。

8) 本制度は、給付請求税額控除 (Refundable Tax Credit) ともよばれ、負の所得税の考え方を導入したものである。通常の児童扶養控除では何ら恩典を受けない課税最低限以下の所得階層の人々にまで、税額控除の効果を及ぼすことを目的とする。この制度による税額控除額は18歳未満の児童1人につき1981年で238カナダドルであるが、年間所得が21,380カナダドルを超える世帯については、その超過額の5%相当額が減税される。具体的には、課税最低限以下の所得階層の場合、税額控除額相当額が申請により政府から支給され、納税者の場合、税額控除額が納付すべき税額を超える時にはその差額分が政府から支給される。税額控除額は家族手当と同様に消費者物価指数にスライドして毎年改正される。本制度は国税庁およびカナダ保健福祉省により共同管理されている。

第1図 純児童給付額¹⁾と家族²⁾の年収との関係
(オンタリオ州, 1981年)



注 1) 本図での純児童給付額とは、税引後の児童給付額の年額である。

注 2) 本図は、夫婦のうち一人だけが働いており、子供が二人いる家族の場合について図示したものである。

4-4 年金制度

カナダの年金制度の詳細については別稿を予定しているので、本稿ではその特質を略述するにとどめる。

連邦保健福祉省所得保障部の管掌する、全国的規模で実施されている老後保障制度には、カナダ年金制度 (CPP)、老齢保障制度 (OAS)、補足的所得保証制度 (GIS)、配偶者手当 (SPA) があり、これら制度の有機的結合によって、国民の基本的な老後保障の達成が意図されている。

カナダで最大最古の制度である OAS は、1920年代後半から実施されていた前述の老齢扶助 (当然に資産調査を伴う) 制度から発展したもので、1952年から実施された⁹⁾ 本制度は非拠出制の全国民を対象とした普遍的年金制度

9) 1951年に老齢保障法と老齢扶助法の二法が制定されたが、1965年に後者は前者に吸収され、さらに低所得者の保障制度として GIS が1966年創設され、老齢保障法に組み込まれた。

であり、国籍を問わず、18歳以降最低10年間カナダに居住した65歳以上の者すべてに基礎的年金を支給するものである。居住年数によって支給額が異なり、18歳以降40年間居住すれば最高限度額が支給される。1978年現在の平均支給額は年1,900カナダドルであり、それはカナダの平均賃金の14%に相当する額である。OAS年金は消費者物価指数にスライドして年4回調整され、課税対象となる。

GISとSPAはOASを補足する姉妹制度であるが、まず前者はOAS年金以外に収入が全くないか、きわめてわずかしかないOAS年金受給者のみを対象に申請に基づき給付を行なうもので、前年度の収入に応じた所得補足額が決定され、OAS年金と合算して支給される。OAS年金以外の収入零の単身高齢者の受け取る最高所得補足額は、1978年で年間1,340カナダドルであるが、その他の収入(後述のCPP年金収入も含む)がある高齢者には、その半額分(100ドルの収入があれば50ドル)が最高補足額から差し引いて支給される。

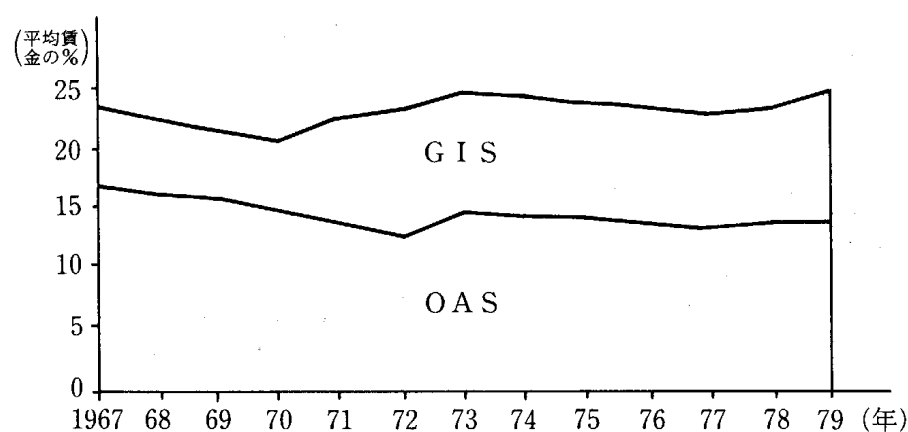
SPAは、OAS年金受給者の配偶者が60～65歳(したがって、OAS年金をまだ受給していない者)でOASの居住条件を満たす場合に支給されるが、GIS同様収入調査により支給の如何が決定され、一定所得以下の者を対象としている。本制度は1975年から実施されたが、1981年1月現在では年収10,800カナダドル以下の者が支給対象となり、OAS、GISとの関係で給付水準が決定され、収入額に応じて支給額が定まる。

CPPは1965年4月成立、翌年1月1日施行のカナダ年金制度法に基づく制度で、1967年に最初の年金が支給されている。ケベック州では、CPPとほぼ同一の制度がケベック年金制度(Quebec Pension Plan)として分離運営されており、両者をあわせてCPP/QPPとよぶが、ここでは、CPPで代表させる。CPPはOASの付加年金としての意義を有し、比例拠出・比例給付の年金制度である。CPPはカナダで就業している18歳以上70歳未満の全勤労者を強制加入者とし、保険料率は制度発足以来3.6%であるが、被用者の場合労使折半負担、自営業者は3.6%全額自己負担である。全額国庫負担(一般税収)で実施されるOASなどと異なり、本制度では国庫負担は全くなく、保険料と

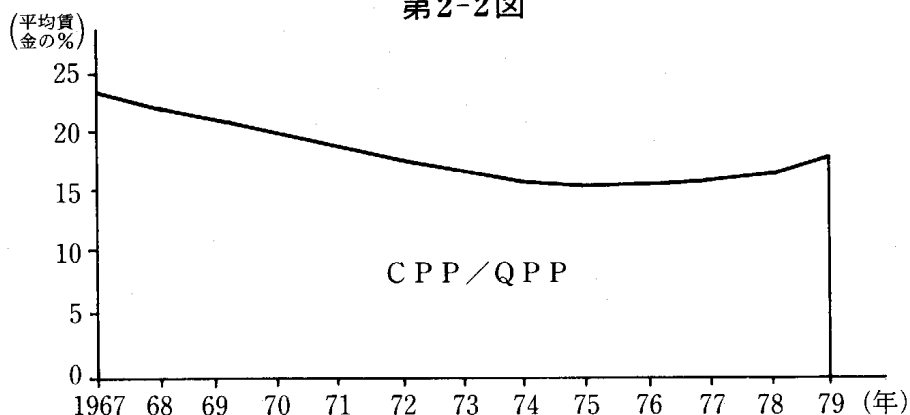
積立金の投資収益とで賄われている。給付種類としては退職年金 (Retirement Pension), 障害年金 (Disability Pension), 保険料拠出障害者扶養児童給付金 (Disabled Contributor's Child Benefit), 遺族年金 (Survivor's Pension), 遺児年金 (Orphan's Benefit), 死亡給付 (Death Benefit) などがある。退職年金は退職の有無にかかわらず65歳に達すると受給の申請ができるが, 65~69歳までは受給を開始するか拠出を継続するかを本人が自由に選択でき, 70歳に達すると, 拠出義務はなくなり, すべて年金を受給することとなる。退職年金の支給は, 拠出者の全拠出期間の平均収入の25%である。年金は1975年までは消費者物価指数, それ以後は全国平均賃金にスライドして毎年自動的に調整され, 年金には課税される。この制度では, 年金権の男女平等が配慮されており, CPP では1978年1月1日より, QPP では1977年1月1日より, 3年以上同居して結婚していた夫婦が離婚した場合, 離婚後3年以内に申請すれば, 結婚中の年金権は男女間で平等に2分されることになっている。

以上述べたように, カナダの老後所得保障制度は, OAS を基礎にして, CPP / QPP がそれに付加され, 低所得者層のための GIS と SPA が OAS を補足するといった形をとっており, わが国の基礎年金+付加年金という, いわゆる二階建年金案の一モデルとなっている。これら公的年金の給付水準の推移については第2-1図および第2-2図を参照されたい。

第2-1図 平均賃金の百分率で示した場合の
公的年金の給付水準の推移



第2-2図



注 1) 本図は、各公的年金の最高給付額を平均賃金で除した数値 (%) の推移を図示したものである。
 2) 1979年は推定値である。
 (出所) 注7に示した文献(7)の8ページ。

5. 医療保障の特質¹⁰⁾

5-1 沿革

連邦議会内の政党である自由党 (Liberal Party) が同党の政策として、全国民を対象とする健康保険 (Health Insurance) 計画を1919年に検討して以来、医療保障の問題は、医師会、病院、製薬業界、労使、保険業界、各政党などの強力な諸利害集団を巻き込んで、連邦と州の関係を規定する重要問題の一つとなってきた。現在の医療保障体制が確立されるまでには、連邦および州の11政府が23の重要な決定を行なってきたといわれる。その内、連邦政府が下した1945年の有名なグリーンブック健康保険提案、1957年の病院保険、1966年の医療保険といった三つの決定、州政府レベルではサスカッチワン州

10) 本節の主要参照文献は次の通りである。

- (1) Spyros Andreopoulos (ed.), National Health Insurance: Can we learn from Canada?, New York 1975.
- (2) Malcom G. Taylor, Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions that created the Canadian Health Insurance System, Montreal 1978.
- (3) Michel Trahan, Health Insurance in France, Australia and Canada, Department of National Health and Welfare, Ottawa 1981.

の1946年の病院保険、オンタリオ州の1955年の病院保険、サスカッチワン州の1961年の医療保険、ケベック州の1970年の医療保障の四つの決定、合計して七つの決定をテイラーはカナダ医療保障史において重視し、それらの政策決定過程を克明に分析している。¹¹⁾

5-1-1 戦前

戦前には、社会保障とりわけ医療保障をめぐる、連邦政府と州政府のいずれの権限に属するかで紆余曲折があった。1945年の連邦・州政府間協議でも、州の権限を完全に確保しようとする各州政府の支持がえられず、連邦が包括的国民健康保険を実施するために州に財政援助を与えるという連邦政府の提案も実現をみなかった。他方、各州の独自の取り組みも数多くみられたが、みるべき成果をあげた例はほとんどなかった。たとえば、ブリティッシュ・コロンビア州では1919年以来委員会の設置、健康保険法の検討を行ってきたが、結局挫折し、同州の医師会により、任意前払医療保険 (voluntary pre-paid medical insurance plan) が1940年から実施された。アルバータ州でも1924年～34年に二つの委員会により公的医療保障の拡充が勧告され、35年には健康保険法案が政府により提出されたが、その直後の政権の交代により同法案は凍結された。健康保険に最も関心の薄かったケベック州でも1942年設置の委員会により包括的健康保険制度の実施が勧告されたが、1945年の政権交代により白紙撤回された。ただ一つの例外はサスカッチワン州の場合であった。同州では、すでに30年代から州健康保険実施の動きがあり、42年には州医師会も州補助の健康保険の実施に賛成の意向を表明した。翌43年州政府は特別委員会を設置し、医療問題を検討させ、1946年にはカナダはいうに及ばず、北米でも最初の公営病院保険制度 (public hospital insurance plan) を実施する病院保険法 (Saskatchewan Hospitalization Act) が成立し、1945年1月1日に遡って実施されたのである。同法はその後のカナダ健康保険制度の発展に重大な影響を及ぼしている。その主要特徴は、全額公費負担で、無制限な包括的入院サービスの提供にある。

11) Cf. Taylor, op. cit.

公的医療保障の空白を埋める民間健康保険として、戦前にはブルークロス (Blue Cross schemes)、医師会設置の制度、共済制度 (cooperative plans)、保険業者による制度の4種類が存在した。

いずれにしても、戦前は入院に関する保障ないし病院保険の提供をめぐる動きが中心となっていた。

5-1-2 戦後

1945年の連邦・州政府間協議の失敗にもかかわらず、連邦政府は医療保障推進のための行動を継続した。その最初の成果が1948年5月成立の国民保健補助金制度 (National Health Grants Program) である。その目的は、容易に実現をみない、全国民を対象とした健康保険の実施を一時棚上げして、将来実施される健康保険の環境づくりないしその堅固な基礎づくりを行なうことにあった。

その10年後の1957年に、第二段階としてついに病院保険・診断サービス法 (Hospital Insurance and Diagnostic Services Act) が成立し、翌年7月1日から連邦・州費用分担制度として実施に移された。前述のサスカッチワン州の病院保険の実施(1946年)に続いて、ブリティッシュ・コロンビア州(1949年)、アルバータ州(1950年)などでもサスカッチワン州と同様な制度が実施されていったが、州側の要求から1955年の連邦・州政府間会議が開かれた。そして、各政府間の密接な協力により、包括的な国民健康保険制度を段階的に完成してゆくという連邦政府の提案が56年1月各州政府により受け入れられ、その第一段階として、同法が成立したのである。

さらに、その10年後の1966年12月には医療保障法 (Federal Medical Care Act) が成立し、1968年7月より入院以外の医療サービスを保障する医療保険 (medical care insurance) が実施されることとなった。ただし、ケベック州が最も遅れ、同州では1971年に実施に移された。その時点以降、カナダでは全国民が包括的な医療・病院保険の保護を受けることとなった。医療保険の分野でも先鞭をつけたのはサスカッチワン州で、1961年11月法律成立、翌年7月1日から実施され、その後ブリティッシュ・コロンビア、アルバータ、オ

ンタリオの各州が同様な制度を実施していった。

病院保険および医療保険の二制度は、連邦政府が費用の約50%を州政府へ償還する連邦・州費用分担制度である。従来の協定には連邦政府と州政府の双方に多々不都合な点があることから、1977年の連邦・州政府間協定により、同年4月から新しい財源分担方式が採用されている。この点は紙幅の制約から説明を省略する。

5-2 国民保健補助金制度

本制度は、

- a) 保健サービスに関する各種調査研究に対する補助金
- b) 公衆衛生、結核撲滅運動、精神衛生、性病予防、母子保健、その他の既存の保健サービス制度に対する補助金
- c) 医療従事者の職業訓練に対する補助金
- d) 病院建設補助金

などからなり、年間6,000万カナダドルを上回る補助金が連邦政府から州政府へ支給された。特に最後の病院建設補助金制度 (Hospital Construction Grant Program) は重要であるが、1970年で打ち切られ、その間9億カナダドルを連邦政府は支出した。かかる連邦政府の財政援助と各州政府などの努力により、カナダでは州や市町村などの経営する公立病院 (public hospitals) の比重がきわめて大きくなっており (第1表および第2表参照)、1977年現在でみると、公立病院は1,171あり、全病院の84%、その病床数は約19万ベッドで、全病床の実に95%を占めている。さらに国立病院 (federal hospitals) が加わるので、病院に関してはその社会化がほぼ実現しているといつてよく、私立病院 (private hospitals) は病院数で6.5%、病床数ではわずか2.1%を占めているにすぎない。本制度による国公立病院の建設推進によって、国民保健サービス体系の展開される環境が整備され、本制度実施10年後に、その第二段階としての病院保険が始められることとなる。

第1表 経営主体別病院数と病床数 (1977年)

	一般病院		専門病院		合計	
	病院数	病床数	病院数	病床数	病院数	病床数
公立病院	855	121,484	316	69,850	1,171	191,334
私立病院	5	269	85	3,896	90	4,165
国立病院	28	4,169	100	1,745	128	5,914
合計	888	125,922	501	75,491	1,389	201,413

[資料] Trahan, op. cit., p. 195.

第2表 一般病院の推移

	病院数				病院数			
	公立	私立	国立	合計	公立	私立	国立	合計
1970	859	35	26	920	113,652	988	6,490	121,130
1975	857	9	26	892	125,408	346	4,624	130,378
1976 ¹⁾	861	12	50	923	122,877	425	4,582	127,884
1977	855	5	28	888	121,484	269	4,169	125,922

(注1) 1月1日現在。その他の年度は6月1日現在。

[資料] Trahan, op. cit., p. 196.

5-3 病院保険

病院保険は前述の1957年成立の法律(連邦法)により1958年7月から実施されている¹²⁾もので、全国民を対象に全国的規模で実施されている連邦・州費用分担制度である(ただし、1977年4月から分担原則の若干の修正がなされている)。したがって、病院保険加入の患者に対する病院サービスの費用の約50%を連邦政府が各州政府に支払うが、管理権は州政府にあり、各州が自主管理にあたっており、制度の詳細は地域の特殊性を反映して各州によって異なっている。しかし、病院保険の基本原則は1957年法により統一(uniform in principle)されている。すなわち、同法は全国民を包括的かつ公平にカバーすること(principle of universal and uniform coverage for all)、本

12) 5州のみが当初参加し、10州全部の参加が実現したのは3年後の1961年7月であった。

保険は全国的規模で実施されること (principle of the national character of the insurance), 本保険の管理運営における公共部門の役割が奨励されること (principle of public administration), 保健の分野における州の権限と本制度の州による管理を認めること, 州が費用分担について連邦政府との協定に署名する権限を認めること, 本保険は一般病院サービスと診断サービスを優先すること, 国民が自分の住む州以外を旅行する場合にも国内であれば給付を受けられること (principle of portability), 連邦政府は事務費, 資金運用経費は負担しないこと, 精神薄弱者用病院と結核治療病院には本保険は適用されないこと, などの諸原則を定めている。

入院患者 (in-patient) はこの保険により普通病室の入院料 (部屋代, 食費) がカバーされ, 入院中の診断・治療と看護婦による必要な看護, 薬剤, 検査が無料で与えられ, 外科処理に必要なもの, 手術室・X線室・実験室等の利用, 放射線・物理療法施設の使用も無料である。病院に来る外来患者に対するサービス (out-patient services) も対象となりうるが, 外来患者を本保険の対象とするか否かは各州の自由にまかされており, 実際には何らかの形ですべての州で実施されている。その他のサービスも連邦と州との協定により追加することができる。

本保険が実現するに至った理由として, (1)各州やブルークロス, 保険会社などでの試みが盛んに行なわれ, 比較的 success していたこと, (2)病院経営が財政的にますます困難となってきたこと, (3)国公立病院の増加, (4)過去の努力にもかかわらず, 入院患者に対する十分な保護が実現していなかったこと, (5)地域や階層によって大きな格差が存在したこと, (6)自由党の長年の努力, などがあげられる。

5-4 医療保険

医療保険は前述の1966年成立の法律により全国的に実施されている連邦・州費用分担制度である。1964年ホール委員会 (Hall Commission = Royal Commission on Health Services) は保健サービスに関する最も詳細かつ完

全な調査報告を発表したが、その中で、州政府によって管理運営され、連邦病院サービス法をモデルとした、全国的規模で実施される普遍的包括的医療保険制度の実施を強く勧告した。この報告はその後のカナダの保健政策および健康保険の「バイブル」ともなった重要なものであるが、同委員会はその冒頭で「カナダ人のための保健憲章 (Health Charter for Canadians)」を提示しているのである。この報告に応じて、連邦政府は1965年の連邦・州首相会議において各州政府に対して(1)包括性 *comprehensiveness* (入院以外の予防・治療・リハビリテーションを含むあらゆる医療サービスを対象とすること)、(2)普遍性 *universality* (全住民に対し平等に加入を認めること)、(3)携帯可能性 *portability* (カナダ国内であれば、他州を旅行する場合でも利用できること)、(4)非営利主義 *nonprofit basis* ないし公的管理 *public administration* (州またはその監督下にある非営利団体によって管理運営されること) の4条件ないし原則 (カナダでは *The Four Points* とよばれている) を満たす医療保険制度を提案した。同時に連邦首相は保健資源基金 (*Health Resources Fund*) の創設を示唆した。

こうした連邦政府の提案に対する各州の反応はどちらかというとな否定的であったが、国民の多数が入院以外の医療サービスに対し十分に保護されていない現状にかんがみ、連邦政府は実施計画を推し進め、医療保障法は1966年12月成立、1968年7月から施行された。同法は前述の諸原則について詳細に規定しているが、これらの原則を満たした医療保険制度を制定した州に対しては、その必要経費の50%を連邦政府が負担することになった。1968年7月現在では同法の諸原則を満たした州はサスカッチワン州とブリティッシュ・コロンビア州の2州にすぎなかったが、逐次他州でも実施に移され、最後にユーコン準州でも1972年4月に健康保険制度が実施されることになった。したがって、1972年にはカナダ全土で包括的な医療保険・病院保険制度が確立されたことになる。他方、保健関連諸施設への財政援助を目的とする保健資源基金法も1966年に成立し、同基金の50%は連邦政府が分担することとなった。

各州で負担する医療保険経費の財源は州により異なる。少額の保険料を被保険者から徴収している州が若干存在する。しかし、オンタリオ州では事業主に少額の賃金税を課する他は州の一般財源を充当しており、6州では全額が州の一般財源から特別税（アルバータ州では所得税，ブリティッシュ・コロンビア州とノバ・スコシア州では販売税）によって賄われている。したがって、カナダ医療保険の財務上の特色はほぼ全額公費負担ということである。

医療サービスの「包括性」はイギリスの国民保健サービス（NHS）よりもかなり狭く、患者に少額の自己負担を課する州もあり、薬剤費は全額患者負担（ただし、入院時および高齢者、失業者を除く）であり、歯科診療、移送費、眼鏡、電話による医療相談なども患者負担となる。

6. 雇用保障の特質¹³⁾

雇用保障制度としては、カナダ職業訓練制度（Canada Manpower Training Program : CMTP）、カナダ産業職業訓練制度（Canada Manpower Industrial Training Program : CMITP）、カナダ労働移動促進制度（Canada Manpower Mobility Program : CMMP）、地域雇用援助制度（Local Employment Assistance Program : LEAP）、カナダ地域社会サービス計画（Canada Community Services Projects : CCSP）、特殊職業援助制度（Outreach）、障害者職業復帰制度（Vocational Rehabilitation of Disabled Persons : VRDP）など多様な制度があるが、ここでは紙幅の制約から失業保険を取り上げるにとどめたい。

カナダの失業保険は、1940年に連邦法として失業保険法（Unemployment Insurance Act）が成立したことにより実施されたもので、その後55年新法に

13) 本節では主に(1) Ministry of National Health and Welfare, basic facts on Social Security Programs, 1981, (2) P. R. Kaim-Caudle, Comparative Social Policy and Social Security, A Ten Country Study, London 1973 を参照した。

より代替され、71年の大改正を経て、74年、79年の一部改正により、現在に至っている。

失業保険の実施は前記失業保険委員会に委ねられている。

同一使用主に1週に15時間以上雇用されるか、一定額（1981年現在で週63カナダドル）以上の賃金を得ている労働者は失業保険に全て強制加入することとなっており、全勤労者の約95%（1975年で895万人、1979年で1010万人）が加入している。自営業者および65歳を超える被用者は加入できないこととなっている。また、軍人、公務員、教員などには適用されない。連邦政府実施の社会保険で用いられる社会保険被保険者番号（Social Insurance Number）がそのまま失業保険でも利用されている。

失業保険料率は、1981年現在で被用者は賃金の1.80%、使用者2.52%の拠出で、合計4.32%となっている。失業率4%以下の場合には、この労使拠出の保険料によって財源が賄われるが、失業率が4%を超えると、連邦政府がその追加費用を負担し、さらに後述の特定の給付費用も負担する。1979年の平均失業率を7.5%と推定した場合の暫定値によると、労使の負担した費用29億2400万カナダドル、連邦政府負担分13億1900万カナダドルとなっている。

給付種類には、失業給付（regular benefits）の他に、特殊給付として疾病、負傷、妊娠などのため就業できない人々を対象とした疾病給付（Illness benefits）、母性給付（Maternity benefits）があり、その他に失業中に65歳になった人に対する65歳退職給付（Age 65 or Retirement benefits）、漁民失業給付（Fishing benefits）、職業訓練給付（Training benefits）がある。

失業前に25週以下しか働いていない場合は、それと同じ週しか失業給付は支給されず、26週以上働いていた場合、25週にそれを超過する週の半分を加えた期間（たとえば29週働いていた場合は $25 + (29 - 25) \times \frac{1}{2} = 27$ 週）受給できるが、最高支給期間は38週となっている。ただし、各地域の失業率如何により、さらに支給期間が延長されることがあるが、その場合でも一請求につき、50週が最高限度となっている。疾病給付の支給期間は病気の程度・種類により異なるが、15週を限度とする。母性給付も疾病給付と同様である。

65歳退職給付は失業給付3週分を一時払いする。

給付額は失業前20週間の受給者の平均賃金の6割であり、1981年で一週当たり最高給付額189カナダドルとなっており、給付額は毎年改訂される。失業保険の給付は課税対象となる。

約400の企業がその従業員40万人強を対象とする補足失業給付制度 (Supplemental Unemployment Benefits Plans) を実施しており、一時解雇 (lay off)、疾病、妊娠のため働けない場合に失業保険給付に追加して給付を支払う。

1979年で受給者数は月平均71.3万人、支払保険金額40億910万カナダドルである。給付種類別では、失業給付が最も多く34億3120万カナダドル、次いで母性給付2億760万カナダドルで、疾病給付1億4520万カナダドル、職業訓練給付1億3800万カナダドル、漁民失業給付7090万カナダドル、65歳退職給付1510万カナダドルなどとなっている。

7. 労働者災害補償の特質¹⁴⁾

労働者災害補償制度 (Worker's / Workmen's Compensation) は前記の州労働者災害補償委員会によって管理運営されており、その詳細は州ごとに若干異なる。1908年にニュー・ファウンドランド、ケベックの両州が、次いで1911年にサスカッチワン州が労災制度を発足させ、その後各州でも逐次実施されていった。商工業で働く被用者は本制度に強制的に加入させられるが、銀行員、家事従事者、農業労働者は原則として適用を除外される。ただし、オンタリオ州では州法により農業労働者も強制加入することになっており、ケベック州では銀行員は州法で強制加入とされ、さらに若干の州では、銀行員、家事従事者、農業労働者の場合、事業主の自主的申請があれば、加入を認めている。

14) 本節では、主に Ministry of National Health and Welfare, basic facts on Social Security Programs, 1981 を参照した。

財源は事業主が単独負担する保険料で賄われており、料率は「災害率」により業種ごとに異なる。したがって、保険の名称こそ用いていないが、本制度では保険主義が採用されており、実質的に労働者災害補償保険といつてよい。

就業中の事故による負傷、死亡の場合に「補償」がなされるが、負傷の際の補償は労働不能の程度、期間により異なり、最高補償率は被災者の総賃金の75%（ケベック州のみ純賃金の90%）である。ただし、保険料、給付の基準となる賃金の上限、下限が州により異なるので、補償最高額と最低額は州ごとに異なる。

被災者が死亡した場合には、遺族（配偶者、扶養児童、被災者が単身者の場合はその親）に年金（配偶者年金 Spouse Pension, 遺児年金 Orphan Pension など）、一時金、埋葬費が支給される。内縁の妻も一定年数同居していれば受給資格が与えられるが、その同居年数は州ごとに異なり、子供の有無によっても異なる。

なお、本制度の年金、その他の給付は非課税扱いとなる。

公務員については、前述のとおりである。

(1982.12.8)