平成29年版

厚生労働白書

（平成28年度厚生労働行政年次報告）

―社会保障と経済成長―

厚 生 労 働 省

本白書は再生紙を使用しております。

平成29年版
厚生労働白書

目　次

第１部　社会保障と経済成長

はじめに…… 3

第１章　我が国経済社会の中の社会保障…… 4

第１節　社会保障の役割と機能…… 4
1　社会保障とは…… 4
2　社会保障の役割と機能…… 7
3　国民経済から見た社会保障…… 9

第２節　経済社会の変化と社会保障…… 14
1　我が国の社会保障の特徴…… 14
2　我が国の社会保障を取り巻く状況の変化…… 19
3　社会保障と税の一体改革…… 24
4　ニッポン一億総活躍プラン…… 26

第３節　「分配」と「成長」の関係…… 27
1　経済成長と所得格差の関係…… 27
2　「分配」と「成長」の関係…… 29
3　我が国への示唆…… 34

第２章　国民生活と社会保障…… 36

第１節　家計所得の動向…… 36
1　世帯総所得の動向…… 36
2　１人当たりの所得水準の動向…… 49

第２節　賃金の動向…… 63
1　就業形態別に見た状況…… 63
2　就業形態別、男女・年齢階級別に見た状況…… 66
3　産業構造別に見た状況…… 74

第３節　資産の動向…… 77
1　資産総額の動向…… 77
2　金融資産の動向…… 78
3　住宅・宅地資産の動向…… 82

第４節　所得再分配の動向…… 84

第５節　総括…… 87

第３章　成長という視点から見た社会保障…… 89

第１節　国民生活の安定の取組み…… 89
1　公的年金制度…… 89
2　公的医療保険制度…… 96
3　介護保険制度…… 106

4　子どものいる家庭への支援…… 115
5　生活保護制度・生活困窮者自立支援制度 …… 116

第2節　就労と所得向上の支援…… 122
1　働き方改革…… 122
2　子育て支援の充実…… 124
3　「介護離職ゼロ」…… 128
4　非正規雇用労働者の処遇改善…… 132
5　女性・若者の活躍推進 …… 134
6　障害者、難病患者、がん患者等の就労支援…… 140
7　能力開発・人材育成 …… 147
8　最低賃金…… 150

第3節　社会保障分野における技術進歩…… 152
1　健康・医療・介護分野のICT化の取組み…… 152
2　がんゲノム医療の実現…… 162
3　保健医療分野における人工知能の活用…… 163
4　遠隔医療…… 164
5　介護ロボットの開発・普及促進 …… 165
6　今後に向けた政府の動き…… 168

第4節　成長と分配の確実な好循環に向けて…… 172
1　社会保障の在り方に関する国民の意識…… 172
2　まとめと今後の展望…… 176

参考文献…… 180

第２部　現下の政策課題への対応

第１章　子どもを産み育てやすい環境づくり…… 182

第１節　少子社会の現状…… 182

第２節　総合的な子育て支援の推進…… 183
1　子ども・子育て支援新制度 …… 183
2　全ての子育て家庭への支援…… 185

第３節　待機児童の解消などに向けた取組み…… 186
1　待機児童解消に向けた保育の充実と総合的な放課後児童対策の推進…… 186

第４節　児童虐待防止対策、社会的養護の充実、女性保護施策の推進…… 187
1　児童虐待防止対策の取組みの推進…… 187
2　社会的養護の充実…… 190
3　女性保護施策の推進…… 192

第５節　子どもの貧困対策…… 194

第６節　ひとり親家庭の総合的な自立支援の推進…… 195
1　ひとり親家庭を取り巻く状況…… 195
2　ひとり親家庭の自立支援の取組み…… 195

第７節　母子保健医療対策の推進…… 197
1　地域における切れ目のない妊娠・出産支援の強化 …… 197
2　不妊に悩む夫婦への支援…… 197
3　子どもの心の健康支援等…… 197
4　妊婦の健康管理の充実と経済的負担の軽減…… 198
5　「健やか親子21」の推進 …… 198

第８節　仕事と育児の両立支援策の推進…… 198
1　現状…… 198
2　育児・介護休業法 …… 200
3　企業における次世代育成支援の取組み…… 200
4　仕事と家庭を両立しやすい環境整備の支援…… 202

第２章　働き方改革の推進などを通じた労働環境の整備など…… 204

第１節　非正規労働者の待遇改善、長時間労働の是正等 …… 204
1　非正規雇用の現状と対策…… 204
2　有期労働契約に関するルール…… 206
3　パートタイム労働者の均等・均衡待遇の確保と正社員転換の推進 …… 207
4　職業紹介等に関する制度の見直し…… 207
5　仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）の実現に向けた基本的方向…… 208
6　労働時間法制の見直し…… 208
7　過重労働解消に向けた取組みの促進…… 209
8　医療従事者の勤務環境の改善に向けた取組みの推進…… 210
9　テレワークの推進…… 211

10　治療と職業生活の両立支援の推進…… 212
11　バス、トラック、タクシーの自動車運転者の長時間労働の抑制…… 212
12　短時間正社員制度の導入・定着の促進 …… 213

第2節　人材確保対策の推進や労働生産性の向上等による労働環境の整備…… 213
1　労働生産性向上のための雇用関係助成金の見直し…… 213
2　労働移動支援施策の推進…… 213
3　雇用管理改善による「魅力ある職場づくり」の推進…… 214
4　最低賃金・賃金の引上げ等の支援の強化 …… 214
5　成長分野などでの人材育成の推進…… 215
6　職業生涯を通じたキャリア形成支援の一層の推進…… 219
7　国と地方自治体が連携した雇用対策の推進…… 222

第3節　地方創生の推進…… 223
1　地方創生に向けた地域雇用対策の推進…… 223
2　雇用促進税制…… 224

第4節　労働者が安全で健康に働くことができる職場づくり…… 224
1　労働災害の状況と取組み…… 224
2　労働災害を防止するための対策の充実…… 225
3　企業による労働者の安全と健康に対する取組みの推進…… 227
4　化学物質、石綿による健康障害の防止 …… 228
5　労働者の健康確保対策の充実…… 229

第5節　良質な労働環境の確保等…… 232
1　労働条件の確保改善…… 232
2　最低賃金制度について…… 235
3　未払賃金立替払事業について…… 236
4　「労災かくし」対策の推進…… 237
5　障害者虐待防止について…… 237
6　パワーハラスメント対策の推進…… 237
7　労災補償の現状…… 239
8　労働保険適用徴収制度…… 241
9　個別労働紛争対策の総合的な推進…… 242
10　透明かつ公正な労働紛争解決システム等の構築…… 242
11　雇用労働相談センターの設置・運営 …… 242

第6節　震災復興のための労働安全衛生対策等…… 243
1　原発事故を受けた労働者の安全衛生と労働条件の確保…… 243
2　除染等業務における安全衛生と労働条件の確保…… 244
3　復旧・復興工事における災害防止対策 …… 244
4　本格的な震災復興に向けた取組み…… 244

第7節　豊かで充実した勤労者生活の実現…… 247
1　中小企業退職金共済制度について…… 247
2　勤労者財産形成促進制度について…… 247

第８節　安定した労使関係の形成など…… 247
1　2016年度の労使関係…… 247
2　労働委員会に関する動き…… 249

第３章　女性、若者、高齢者等の多様な働き手の参画…… 250

第１節　女性・若者・高齢者等の活躍促進等…… 250
1　女性の雇用の現状…… 250
2　女性の活躍促進等…… 250
3　高年齢者雇用の現状…… 253
4　「生涯現役社会」の実現…… 253
5　若年者雇用の現状…… 254
6　総合的かつ体系的な若者雇用対策の充実に向けた法的整備…… 255
7　就職活動から職場で活躍するまでの総合的なサポート…… 255
8　若者と中小企業とのマッチングの強化…… 255
9　キャリア教育の推進…… 256
10　フリーターなどの正社員就職の促進…… 256
11　若年無業者等の若者の職業的自立支援の強化…… 257
12　キャリアコンサルティングの活用促進…… 257
13　ジョブ・カード制度の推進 …… 258

第２節　障害者、難病・がん患者の活躍促進…… 259
1　障害者雇用の現状…… 259
2　雇用率達成指導と地域の就労支援の強化…… 260
3　障害特性や働き方に応じた支援策の充実・強化 …… 261
4　雇用分野における障害者差別禁止と合理的配慮の提供義務化に係る取組み…… 262
5　障害者の職業能力開発支援の充実…… 263
6　就労支援事業所における「工賃向上計画」の推進…… 263
7　障害者優先調達推進法…… 264
8　がんや肝炎などの長期にわたる治療が必要な疾病を抱えた求職者に対する就職支援… 265

第３節　外国人材の活用・国際協力 …… 266
1　日系人を含む定住外国人に関する就労環境の改善及び離職した場合の支援…… 266
2　専門的・技術的分野の外国人の就業促進 …… 266
3　緊急に対応が必要な分野等における外国人の受入れ…… 267
4　二国間の協定等に基づく外国人看護師候補者及び介護福祉士候補者の受入れ…… 267

第４節　重層的なセーフティネットの構築…… 268
1　生活保護受給者などの生活困窮者に対する就労支援の推進…… 268
2　求職者支援制度…… 268
3　雇用保険制度…… 269
4　雇用調整助成金…… 269

第４章　自立した生活の実現と暮らしの安心確保…… 270

第１節　生活保護の適正化及び生活困窮者の自立支援の推進…… 270
1　生活保護制度の概要…… 270
2　生活保護の現状…… 270
3　生活保護制度に係る取組み…… 272

4　生活困窮者自立支援制度について…… 272

第２節　地域共生社会の実現の推進…… 273
1　「我が事・丸ごと」の地域づくりについて …… 273
2　消費生活協同組合について…… 275
3　地域生活定着促進事業の実施について…… 276

第３節　自殺対策の推進…… 277

第４節　戦没者の遺骨収集、戦傷病者・戦没者遺族等への援護など…… 278
1　国主催の戦没者追悼式、次世代への継承 …… 278
2　戦没者の遺骨収集事業、慰霊巡拝等の推進 …… 279
3　戦傷病者、戦没者遺族等への援護 …… 281
4　中国残留邦人等への支援…… 281

第５章　若者も高齢者も安心できる年金制度の確立…… 283
第１節　持続可能で安心できる年金制度の運営…… 283
1　公的年金制度の最近の動向について…… 283
2　私的年金制度の最近の動向について…… 288
3　国際化への対応…… 289

第２節　公的年金の正確な業務運営…… 291
1　日本年金機構と年金業務運営…… 291
2　年金記録問題への取組み…… 294
3　日本年金機構における不正アクセスによる情報流出事案とその対応…… 299
4　日本年金機構の保有する財産の適正な管理…… 300

第６章　医療関連イノベーションの推進…… 301
第１節　医薬品・医療機器開発などに関する基盤整備 …… 301
1　健康・医療戦略について …… 301
2　研究開発の振興について…… 301
3　研究者等が守るべき倫理指針について…… 303

第２節　医療関連産業の活性化…… 303
1　革新的な医薬品・医療機器等の創出 …… 303

第３節　医療の国際展開等…… 307
1　医療の国際展開の推進…… 307
2　国内における国際化への対応…… 310

第７章　国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現 …… 312
第１節　地域における医療・介護の総合的な確保の推進 …… 312
1　医療及び介護の総合的な確保の意義…… 312
2　プログラム法と医療介護総合確保推進法…… 312
3　総合確保方針と地域医療介護総合確保基金…… 313

第２節　安心で質の高い医療提供体制の構築…… 314
1　質が高く効率的な医療提供体制の構築…… 314
2　医療人材の確保及び質の向上の推進…… 325
3　国立病院機構や国立高度専門医療研究センター等の取組み…… 329
4　後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進…… 330

第３節　安定的で持続可能な医療保険制度の実現…… 331
1　持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律… 331
2　負担能力に応じた公平な負担等の観点による制度の見直し…… 332
3　診療報酬改定と薬価制度の抜本改革…… 334
4　審査支払機関の改革…… 335
5　医療費適正化・予防・健康管理の推進…… 336

第４節　地域包括ケアシステムの構築と安心で質の高い介護保険制度…… 337
1　介護保険制度の現状と目指す姿…… 337
2　地域包括ケアシステムの構築…… 340
3　介護人材の確保…… 343

第５節　福祉・介護人材の確保対策 …… 344

第６節　社会福祉法人制度改革について…… 345

第８章　健康で安全な生活の確保…… 346

第１節　健康危機管理・災害対策の推進 …… 346
1　健康危機管理の取組みについて…… 346
2　災害対策の取組みについて…… 346

第２節　ゲノム医療の推進…… 347
1　ゲノム医療の推進体制について…… 347
2　ゲノム医療推進のための取組みについて…… 347

第３節　感染症対策、予防接種の推進 …… 348
1　エボラ出血熱対策について…… 348
2　中東呼吸器症候群（Middle East Respiratory Syndrome：MERS）対策について … 349
3　蚊媒介感染症対策について…… 350
4　インフルエンザ対策について…… 350
5　結核対策について…… 353
6　薬剤耐性（Antimicrobial Resistance：AMR）対策について …… 354
7　エイズ（AIDS／後天性免疫不全症候群）対策について …… 355
8　性感染症対策について…… 357
9　HTLV-1 対策について…… 358
10　麻しん・風しん対策について …… 358
11　予防接種施策について…… 359

第４節　がん・生活習慣病（NCDs（非感染性疾患））、アレルギー疾患等対策の総合的かつ計画的な推進… 360
1　がん対策の総合的かつ計画的な推進…… 360
2　国民健康づくり運動の展開…… 365

3　リウマチ・アレルギー疾患対策について …… 375

第5節　肝炎対策 …… 375
1　肝炎対策について …… 375
2　過去の集団予防接種などによりB型肝炎ウイルスに感染した方への対応について … 377

第6節　難病・小児慢性特定疾病対策、移植対策の推進 …… 378
1　難病対策について …… 378
2　小児慢性特定疾病対策について …… 379
3　臓器移植の適切な実施 …… 380

第7節　医薬品・医療機器の安全対策の推進等 …… 382
1　医薬品等の安全対策 …… 382
2　医薬品の販売制度に係る最近の動向 …… 384
3　偽造医薬品対策 …… 385
4　薬剤師の資質向上と薬局機能の強化等 …… 386
5　化学物質の安全対策 …… 387

第8節　薬物乱用対策の推進 …… 389
1　薬物乱用防止対策 …… 389
2　危険ドラッグ対策 …… 390

第9節　血液製剤対策の推進 …… 391
1　献血の推進について …… 391
2　欧州等滞在歴のある方の献血制限等による血液製剤の安全対策について …… 394

第10節　医薬品・医療機器による健康被害への対応 …… 395
1　医薬品副作用被害救済制度・生物由来製品感染等被害救済制度 …… 395
2　薬害被害者への恒久対策 …… 396
3　「C型肝炎救済特別措置法」に基づくC型肝炎ウイルス感染被害者の救済 …… 397
4　薬害を学ぶための教材 …… 398

第11節　食の安全の確保 …… 398
1　厚生労働省に求められる食品の安全性確保対策 …… 398
2　最近の食品安全行政の主な動き …… 398
3　食品安全行政の概要 …… 402
4　国民への正確でわかりやすい情報提供等 …… 409
5　食品の安全性確保のための国際的な取組み …… 410

第12節　水道事業の基盤強化 …… 410
1　新水道ビジョン …… 410
2　水道事業基盤強化等に向けた水道法の改正 …… 411
3　すべての国民が安心しておいしく飲める水道水の供給 …… 411
4　危機管理への取組み …… 411
5　東日本大震災からの復興に関する取組み …… 412
6　水道産業の国際展開に向けた取組み …… 412

第13節　生活衛生関係営業の振興など …… 412
1　生活衛生関係営業の振興 …… 412
2　理容業及び美容業の規制緩和に向けた取組み …… 413
3　「民泊サービス」の規制改革に向けた取組み …… 413
4　建築物における衛生対策の推進 …… 414

第14節　原爆被爆者の援護 …… 414

第15節　ハンセン病対策の推進 …… 415
1　ハンセン病問題の経緯について …… 415
2　「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」について …… 415
3　ハンセン病の歴史に関する普及啓発の取組みについて …… 416

第16節　カネミ油症患者に対する新たな総合的な支援策の実施 …… 416

第9章　障害者支援の総合的な推進 …… 418

第1節　障害福祉施策の推進について …… 418
1　障害者総合支援法等に基づく支援 …… 418
2　障害者の虐待防止 …… 420
3　発達障害者の支援 …… 421
4　高次脳機能障害者の支援 …… 424

第2節　障害者の社会参加支援について …… 425

第3節　精神保健医療福祉について …… 425
1　精神保健医療福祉の現状と課題について …… 425
2　精神保健医療福祉の取組状況について …… 426
3　こころの健康対策 …… 430
4　依存症対策 …… 431

第10章　国際社会への貢献 …… 433

第1節　国際社会における課題設定及び合意形成への積極的参加・協力 …… 433
1　保健医療分野 …… 433
2　労働分野 …… 435
3　社会保障・福祉分野 …… 437

第2節　開発途上国等への国際協力 …… 437
1　保健医療分野 …… 438
2　労働分野 …… 438
3　社会保障・福祉分野 …… 439

第３節　各国政府等との政策対話の推進…… 439

第４節　経済連携協定（EPA）等への対応 …… 440

第11章　行政体制の整備・情報政策の推進 …… 441

第１節　独立行政法人等に関する取組み…… 441
1　無駄削減に向けた取組みの実施…… 441
2　独立行政法人に関する取組み…… 441

第２節　広報体制の充実…… 442
1　新しい情報発信手段の活用…… 442

第３節　情報化の推進…… 442
1　情報化の推進…… 442
2　情報化の推進に向けた主な取組み…… 442
3　個人情報保護…… 444

第４節　行政機関における情報公開・個人情報保護等の推進 …… 444
1　行政機関情報公開法の施行…… 444
2　行政機関個人情報保護法の施行…… 445
3　公益通報者保護法の施行…… 445
4　「国民の皆様の声」の集計報告…… 445
5　厚生労働行政モニターについて…… 446

第５節　政策評価などの取組み…… 446
1　政策評価の取組み…… 446
2　独立行政法人評価の取組み…… 447
3　アフターサービスの推進…… 447

コラム

格差は経済成長を損なうか？ ……33
「所得」の種類 ……50
非正規雇用労働者の世帯属性 ……56
「ジニ係数」と「相対的貧困率」 ……58
生活困窮者の自立支援　～岡山県総社市の事例～ …… 121
子育て女性の「ハロートレーニング」 …… 137
病院による仕事とがん治療の両立支援 …… 146
介護ロボットが変えゆく介護の風景 …… 167
ICTの活用が実現する「未来の保健医療」のイメージ …… 171
外国人が安全・安心に医療サービスを受けられる体制づくり …… 311
痛みを和らげ、患者が望む生活を支援する緩和ケア …… 362
高齢者が最期まで自分の口で味わう幸せを叶えるために
～岡山県鏡野町における口腔などの機能低下を予防する取組み～ …… 374
地域における発達障害児者への支援
～福井県発達障害児支援センタースクラム福井の取組み～ …… 422

第1部

社会保障と経済成長

はじめに

年金や医療、福祉などの「社会保障」は、今や私たちの生活になくてはならない存在である。けがや病気、失業、高齢など、人生で起こりうる様々なリスクに対して、生活の安定と安心をもたらしてくれる最も重要な仕組みであり、国民生活の豊かさの基礎をなすものである。

しかし、少子高齢化が急速に進む中、社会保障の持続可能性には危険信号がともり、問題の先送りはもはや許されない局面にある。担い手となる現役世代が減少する我が国において、社会保障に期待することはもうできないのだろうか。

そうした中、平成29年版厚生労働白書第1部は、社会保障と経済成長の関係に着目した。これまで両者は別々に議論されることが多かったが、これらを一体として考えていくことが、少子高齢化という避けることのできない課題を乗り越える鍵となりうるからだ。

政府は2016（平成28）年、「ニッポン一億総活躍プラン」において「成長と分配の好循環」というコンセプトを打ち出した。その意味を、本白書であらためて考えるとともに、成長との関係から今後の社会保障の在り方を考えていくための検討材料を提示していきたい。

本白書が、我が国の社会保障の現状について理解を深めるとともに、今後の在り方についてあらためて考えるきっかけとなれば幸いである。

次に、第1部の構成を説明する。

第1章「我が国経済社会の中の社会保障」では、我が国の社会保障の全体像を把握するため、現在の社会保障について、我が国経済社会の中でどのような位置づけにあり、どのような機能と役割を果たしているかについて説明する。そして、我が国の社会保障をとりまく環境にどのような変化が生じてきたのかについても概観する。その上で、社会保障と経済成長の関係について、経済学の分野での議論を中心に、考え方を整理する。

第2章「国民生活と社会保障」では、国民生活の現状について、社会経済活動の基本的な単位となる「家計」という面から把握するため、家計所得や賃金、資産について、長期的な動向を分析する。さらに社会保障や税による所得再分配の状況も見た上で、現役世代と高齢世代では異なる動きが見られることを把握する。

第3章「成長という視点から見た社会保障」では、我が国の社会保障の制度や仕組みの中から、成長の視点から見た近年の取組みを、事例も交えつつ紹介する。特に、①年金・医療・介護の社会保険制度などにおける所得再分配の仕組みや生活困窮者への支援、②就労拡大や就労所得の向上のための支援、③健康・医療・介護分野における技術進歩の促進に焦点を当てた。そして最後に、社会保障に対する国民の意識も踏まえつつ、今後の社会保障の在り方について、成長という視点から考えられる方向性を提示する。

第1章 我が国経済社会の中の社会保障

本章では、まず、我が国経済社会の中で、社会保障はどのような役割と機能、特徴を持つのかについて、諸外国とも比較しつつ概観する。また、経済社会の変化に伴い、社会保障がどのような課題を抱えるようになり、国はそうした課題に近年どのような考え方で臨んできたのかについて見ていく。さらに、我が国において今後、持続的な経済成長の基盤となる社会保障を築いていくための視点を整理していく。

第1節 社会保障の役割と機能

1 社会保障とは

本題に入る前に、第1部のテーマとなる「社会保障」とは何かについて整理しておく。まず、一般的な「社会保障」の概念についてのこれまでの議論を踏まえた上で、本白書でいう「社会保障」の範囲を明らかにする。

(1) 社会保障制度審議会（1950年）における定義

(「1950年勧告」では、社会保障は主に「最低限度の生活の保障」を行うものだった)

我が国において「社会保障」という言葉は、1946（昭和21）年11月に公布された日本国憲法第25条に用いられたことを契機に一般化したといわれている。

図表1-1-1 日本国憲法（昭和21年憲法）第25条

第1項　すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。
第2項　国は、すべての生活部面について、社会福祉、**社会保障**及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

この憲法第25条で使われている「社会保障」という言葉は、明確な定義がされていたものではなく、具体的に定義が示されたのは、内閣総理大臣の諮問機関として1949（昭和24）年に設置された社会保障制度審議会による1950（昭和25）年の「社会保障制度に関する勧告」(以下「1950年勧告」という。）であった。

「1950年勧告」の中で、社会保障制度とは、「疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もって全ての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすること」と定義した上で、このような社会保障の責任は国家にあることを規定している。

(2) 近年における社会保障の定義

(社会保障制度の充実・拡大に伴い、社会保障の目的は、「生活の最低限度の保障」から、「広く国民に安定した生活を保障するもの」へと変化)

「1950年勧告」が出されて以降、我が国の社会保険制度は大きく発展した。「1950年勧告」が出された当時は、生活保護が社会保障の大きな柱であったが、1961（昭和36）年には全ての国民が公的な医療保険制度や年金制度に加入する「国民皆保険・皆年金」が実現し、その後も高度経済成長の下で、高齢者福祉、障害者福祉や保育などの児童福祉に関する制度が整備されていった。

社会保障制度が質量ともに様々な充実・拡大が図られたことにより、社会保障制度の目的は、「1950年勧告」当時の貧困からの救済（救貧）や貧困に陥ることの予防（防貧）といった「生活の最低限度の保障」から、近年では「救貧」、「防貧」を超え、「広く国民に安定した生活を保障するもの」へと変わってきた。

1993（平成5）年の社会保障制度審議会「社会保障将来像委員会第一次報告」では、社会保障とは、「国民の生活の安定が損なわれた場合に、国民にすこやかで安心できる生活を保障することを目的として、公的責任で生活を支える給付を行うもの」とされている。これらの定義をもとに、社会保障及び関連制度を整理すると、その概要は**図表1-1-2**のとおりとなる。

図表1-1-2　社会保障及び関連する制度

①社会保障（給付）

国民の生活の安定が損なわれた場合に、国民に健やかで安心できる生活を保障することを目的として、公的責任で生活を支える給付を行うもの。
（具体的には、社会保険または社会扶助の形態により、所得保障、医療及び社会福祉などの給付を行うもの。）

②社会保障の基盤を形作る制度

・医療や福祉についての資格制度、人材の確保、施設の整備、各種の規制等
・公衆衛生、環境衛生、公害防止等
※これらは、「給付」を社会保障の要件としなければ、社会保障としてとらえ得るものであり、①と②を併せて「広義の社会保障」と呼ぶこともできる。

③社会保障と類似の機能を果たす制度

生活に関わる税制上の控除（公的年金等控除、障害者控除など）

④社会保障が機能するための前提となる制度

雇用政策一般及び住宅政策一般
※なお、雇用や住宅に関する施策のうち、失業者、高齢者、障害者等に対する生活保障のための施策は、社会保障制度を構成するものとして積極的に位置づけていく必要がある。

資料：総理府社会保障制度審議会事務局監修「安心して暮らせる21世紀の社会を目指して」

この報告を基に、社会保障制度審議会では、1995（平成7）年に「社会保障体制の再構築に関する勧告－安心して暮らせる21世紀の社会を目指して」を取りまとめた。この中で社会保障制度の新しい基本的な理念として、「広く国民に健やかで安心できる生活を保障すること」とし、国民の自立と社会連帯の考えが社会保障制度を支える基盤であるとしている。

(3) 国際的な社会保障の定義

各国の社会保障政策は、その国の個別の事情を反映して策定され発展してきており、社会保障の考え方は国によって異なるが、国際機関では、各国の社会保障費用について比較・参照できるよう、一定の定義のもとに社会保障に係る費用に関する統計を作成している。

以下、国際的に社会保障の定義として従来から最もよく使われた「ILO[*1]基準」と、ILO基準が廃止されて以降、最もよく使用される「OECD[*2]基準」について見ていく。

1 ILO基準について

(ILO基準は、1996年以降、諸外国のデータ更新が途絶えている)

ILOは、1949(昭和24)年以来、社会保障費用について19次にわたる調査を実施してきた。ILOの社会保障費用調査においては、以下の3つの基準[*3]を満たすものを社会保障給付費として定義している。

①制度の目的が、(1)高齢、(2)遺族、(3)障害、(4)労働災害、(5)保健医療、(6)家族、(7)失業、(8)住宅、(9)生活保護その他、のリスクやニーズのいずれかに対する給付を提供するものであること。

②制度が法律によって定められ、それによって特定の権利が付与され、あるいは公的、準公的、若しくは独立の機関によって責任が課せられるものであること。

③制度が法律によって定められた公的、準公的、若しくは独立の機関によって管理されていること。あるいは法的に定められた責務の実行を委任された民間の機関であること。

ILOの調査は、長年にわたり、社会保障費用を国際比較する上での基本資料であったが、1996(平成8)年以降、諸外国のデータ更新が途絶えており、現在は国際比較ができない状況となっている。

2 OECD基準について

(OECD基準は、社会保障の国際比較で現在最もよく用いられている)

OECDは、1996年より社会支出統計を公表している。社会支出統計は、我が国を含めたOECD加盟国が毎年継続して、OECDに統計データを提供しており、社会保障制度にかかる国際比較を行う場合に、現在最もよく用いられている。

OECDの基準では、社会支出を以下の①及び②を満たすものと定義している。

①人々の厚生水準が極端に低下した場合に、それを補うために個人や世帯に対して公的あるいは民間機関により行われる財政支援や給付。

②社会的目的を有しており、制度が個人間の所得再分配に寄与しているか、または制度への参加が強制性を持っていること。

OECDの社会支出に含まれる社会保障制度は9つの分野に分けており、分野別の定義と我が国における支出の具体例を示すと以下のとおりである(**図表1-1-3**)。

＊1 国際労働機関(International Labour Organization)の略称。加盟国の政府および労使の代表で構成され、各国政府に対して労働条件の改善や社会福祉の向上に関する勧告・指導を行う国際連合の専門機関。

＊2 経済協力開発機構(Organization for Economic Cooperation and Development)の略称。欧米などの先進国を中心とする加盟国間の協力によって、経済成長の促進、開発途上国への援助、世界貿易の拡大などを目指す国際機構。

＊3 第18次ならびに第19次調査における基準。

図表1-1-3　社会保障分野別分類の定義と支出の例（OECD基準）

分野	OECD定義	日本において含まれる制度
高齢	退職によって労働市場から引退した人及び決められた年齢に達した人に提供される現金給付が対象。給付の形態は年金及び一時金を含み、早期退職をした人の給付もここに含めるが、雇用政策として早期退職をした場合の給付は「積極的労働市場政策」に計上。高齢者を対象にした在宅及び施設の介護サービスを計上。施設サービスにおいては老人施設の運営に係る費用も計上。	厚生年金保険：老齢年金給付、脱退手当金等 国民年金：老齢年金、老齢福祉年金等 介護保険：介護サービス等諸費、介護予防サービス等諸費 社会福祉：高齢者日常生活支援等推進費 生活保護：介護扶助
遺族	被扶養者である配偶者やその独立前の子どもに対する制度の支出を計上。	厚生年金保険：遺族年金給付 国民年金：遺族基礎年金等
障害、業務災害、傷病	業務災害補償制度下で給付されたすべての給付と障害者福祉のサービス給付、障害年金や療養中の所得保障としての傷病手当金などを計上。	厚生年金保険：障害年金給付、障害手当金 国民年金：障害年金、障害基礎年金等 労働者災害補償保険
保健	医療の個人サービス及び予防接種や健康診断等の集団サービスを計上。傷病手当金等の疾病に係る現金給付は「障害、業務災害、傷病」に計上。	OECD SHA2011に基づく公的保健医療支出額 但し、介護保険からの支出額及び補装具費については「高齢」等に計上されているため除外。 最新年度は速報値、それ以前は確定値。
家族	家族を支援するために支出される現金給付及び現物給付（サービス）を計上。	児童手当：現金給付、地域子ども・子育て支援事業費 社会福祉：特別児童扶養手当、児童扶養手当等 雇用保険：育児休業給付、介護休業給付
積極的労働市場政策	社会的な支出で労働者の働く機会を提供したり、能力を高めたりする為の支出を計上。障害を持つ勤労者の雇用促進を含む。	雇用保険：職業紹介事業等実施費、教育訓練給付等 雇用対策：若年者等職業能力開発支援費
失業	失業中の所得を保障する現金給付を計上。なお、年金受給開始年齢であっても失業を理由に給付されるものを含むが、それが労働政策の一部であれば「積極的労働市場政策」に含まれる。	雇用保険：一般求職者給付金、高年齢求職者給付金等 雇用対策：高齢者等雇用安定・促進費
住宅	公的住宅や対個人の住宅費用を減らすための給付を計上。	生活保護：住宅扶助 住宅：住宅対策諸費
他の政策分野	上記に含まれない社会的給付を計上。具体的には公的扶助給付や他に分類できない現物給付。	生活保護：生活扶助、生業扶助 社会福祉：防災政策費、臨時福祉給付金等給付事業助成費

資料：国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」（2015年）の巻末参考資料をもとに作成。

（4）本白書における社会保障の範囲

社会保障の範囲は、時代により、また定義する主体によっても異なってくるが、本白書では、OECD基準におおむね準じ、年金、医療、福祉といった一般的な社会保障に加え、国民生活の安定に深く関わる一部の労働政策も視野に入れながら、以下記述していく。

2 社会保障の役割と機能

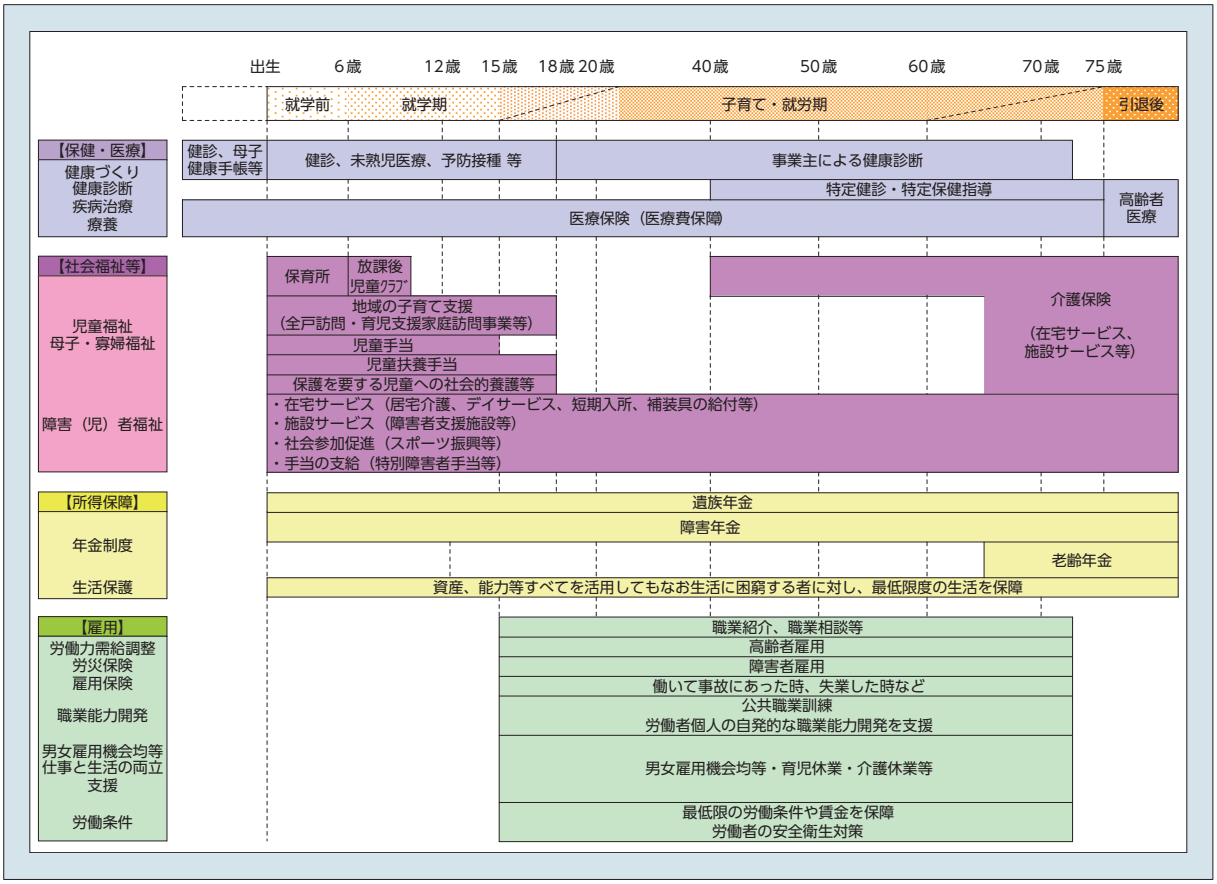
（1）社会保障の役割

（個人の力だけで備えることに限界がある生活上のリスクに対して、幾世代にもわたる社会全体で、国民の生涯にわたる生活を守っていくことが社会保障の役割である）

私たちの人生には、自分や家族の病気、障害、失業、死亡など様々なリスクが潜んでおり、自立した生活が困難になるリスクを抱えている。健康で長生きすることは望ましいことであるが、誰にも自分の寿命はわからないため、老後の生活費が不足するリスクもある。また、将来の経済状況や社会状況の中には予測することが困難な領域もある。このような、個人の力だけで備えることに限界がある生活上のリスクに対して、幾世代にもわたる社会全体で、国民の生涯にわたる生活を守っていくことが社会保障の役割である。

我が国の社会保障制度は、戦後、様々な制度が創設され、それぞれの制度の給付内容等を充実させながら発展し、生涯にわたる生活を支援する制度として、国民生活に不可欠のものとなっている（図表1-1-4）。

図表1-1-4　国民生活を生涯にわたって支える社会保障制度



（2）社会保障の機能

社会保障の機能は、主として、①生活安定・向上機能、②所得再分配機能、③経済安定機能の3つがあげられる。ここでは、それぞれについて、どのような機能を果たし、国民の暮らしにどのような効果を及ぼしているのかを見ていくこととする。

1 生活安定・向上機能

（社会保障の「生活安定・向上機能」は、生活のリスクに対応し、国民生活の安定を実現するものである）

社会保障が持つ機能の一つ目は、生活のリスクに対応し、生活の安定を図り、安心をもたらす「生活安定・向上機能」である。

例えば、病気や負傷をした場合には、一定の自己負担で必要な医療を受けることができ、現役引退後の高齢期には、老齢年金や介護保険により安定した生活を送ることができる。失業した場合には、雇用保険を受給することにより生活の安定が図られるとともに、業務上の疾病等を負った場合には、労災保険により、自己負担なしで受診できる。また、職業と家庭の両立支援策等は、子育てや家族の介護が必要な人々が就業を継続することに寄与することで、その生活を保障し安心をもたらしている。

このような社会保障の機能により、私たちは社会生活を営んでいく上での危険（リスク）を恐れず、いきいきとした生活を送ることができ、それが社会全体の活力につながっていくと考えられる。

2 所得再分配機能

（社会保障の「所得再分配機能」は、社会全体で、低所得者の生活を支えるものである）

社会保障が持つ機能の二つ目は、所得を個人や世帯の間で移転させることにより、国民の生活の安定を図る「所得再分配機能」である。

社会保障制度の財源である税や社会保険料の多くは、所得に応じて額が決められている。所得の高い人がより多くの税や保険料を拠出するようになっており、所得の格差を緩和する効果がある。また、低所得者はより少ない税・保険料負担で社会保障の給付を受けることができている。

例えば、生活保護制度は、税を財源にしており「所得の多い人」から「所得の少ない人」への再分配が行われている。また、所得再分配には、現金給付だけでなく、医療サービスや保育などの現物給付による方法もある。現物給付による再分配により、所得の多寡にかかわらず、生活を支える基本的な社会サービスに国民が平等にアクセスできるようになっている。

3 経済安定機能

（社会保障の「経済安定機能」は、経済変動の国民生活への影響を緩和し、経済を安定させる機能である）

社会保障が持つ機能の三つ目は、景気変動を緩和し、経済を安定させる「経済安定機能」である。

例えば、雇用保険制度は、失業中の家計収入を下支えする効果に加え、マクロ経済的には個人消費の減少による景気の落ち込みを抑制する効果（スタビライザー機能）がある。また、公的年金制度のように、経済不況期においても継続的に一定の額の現金が支給される制度は、高齢者などの生活を安定させるだけでなく、消費活動の下支えを通じて経済社会の安定に寄与している。さらに、雇用保険制度に限らず雇用・労働政策全般についても、前述の生活安定・向上の機能を有するのみならず、国民に、困った時には支援を受けられるという安心をもたらすことによって、個人消費の動向を左右する消費者マインドを過度に萎縮させないという経済安定の機能があるといえる。

3 国民経済から見た社会保障

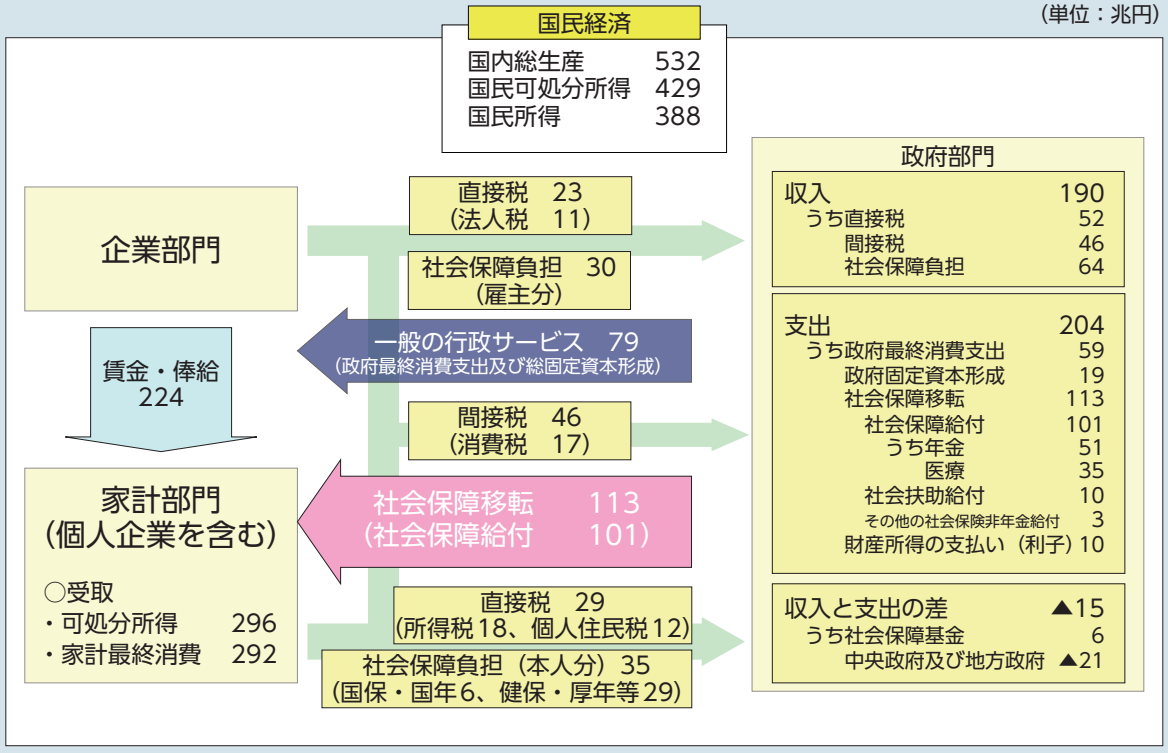
ここでは、現在の国民経済の中の社会保障にかかる給付と負担をめぐる資金の動きを最初に見た上で、社会保障の給付と負担のそれぞれについて、過去の推移を交えながら見ていくこととする。

（1）国民経済における社会保障の給付と負担

（社会保障が国民経済に占める比重は大きい）

現在の社会保障にかかる給付と負担をめぐる資金の動きを見ると、所得税（18兆円）や法人税（11兆円）よりも大きな金額が社会保障（社会保険料）負担（雇主分30兆円、被保険者本人分35兆円）として負担されている。この社会保障負担を主な財源として、国や地方による一般の行政サービス（警察・消防、教育、インフラ整備、公共サービスの提供など）を上回る規模の金額が、年金や医療，福祉その他として国民に給付されている（**図表1-1-5**）。

図表1-1-5　国民経済の中の社会保障（2015年度）



資料：内閣府経済社会総合研究所「国民経済計算」を基に作成。
　　ただし、所得税、法人税、消費税は財務省調べ。個人住民税は「平成27年度 地方財政白書」による。
※図表中の数値は、単位未満の位で四捨五入しているため、合計と内訳は必ずしも一致しない。

（2）社会保障給付費と国民所得の動向

国民経済に占める社会保障の規模の大きさを見るため、社会保障給付費（ILO基準に準拠）の対国民所得比を中心に戦後の変遷を見ていく（**図表1-1-6**）。

（1950～70年にかけては、社会保障給付費が大きく伸び、国民所得も同程度に上昇した）

我が国の社会保障給付費は、「1950年勧告」が出された当時は1,261億円であったが、その後の社会保障制度の発展に伴い、国民皆保険・皆年金が達成された1961（昭和36）年度には7,900億円、1970（昭和45）年度には3兆5,239億円と20年間でおよそ28倍となった。社会保障給付費の対国民所得比を見ると、この時期においては、社会保障給付費がかなりの伸びを示しているものの、国民所得もそれとほぼ同程度に伸びていたため、おおむね5%前後で大きな変動がなく推移している。

（1970年代には、福祉年金等の受給者数の増加や給付水準の大幅な引上げ等により、社会保障給付費が増大した一方で、経済の低迷により、社会保障給付費の対国民所得比は大きく上昇した）

1970年代における社会保障給付費の推移を見ると、1973（昭和48）年の「福祉元年」における老人医療費の無料化のほか、医療保険における高額療養費制度の導入や福祉年金等の受給者数の増加、年金の制度改正による給付水準の引上げ等により、社会保障給付費が着実に増大した。一方で、1973年の第1次石油ショックを契機に経済が低迷したため、1980年代の前半まで、社会保障給付費の伸びは国民所得の伸びを上回った。その結果、

社会保障給付費の対国民所得比は、1970年度の5.77%から1980（昭和55）年度の12.15%へと10年間で倍増している。部門別に社会保障給付費に占める割合を見てみると、1970年度では、医療給付費が6割近くを占めていたが、その後年金受給者数の増加や年金の給付水準の引上げなどに伴い年金給付費が急拡大し、1981（昭和56）年度には医療給付費を上回るに至った。

（1980年代後半から1990年代前半にかけては、社会保障給付費の対国民所得比は、ほぼ横ばいで推移した）

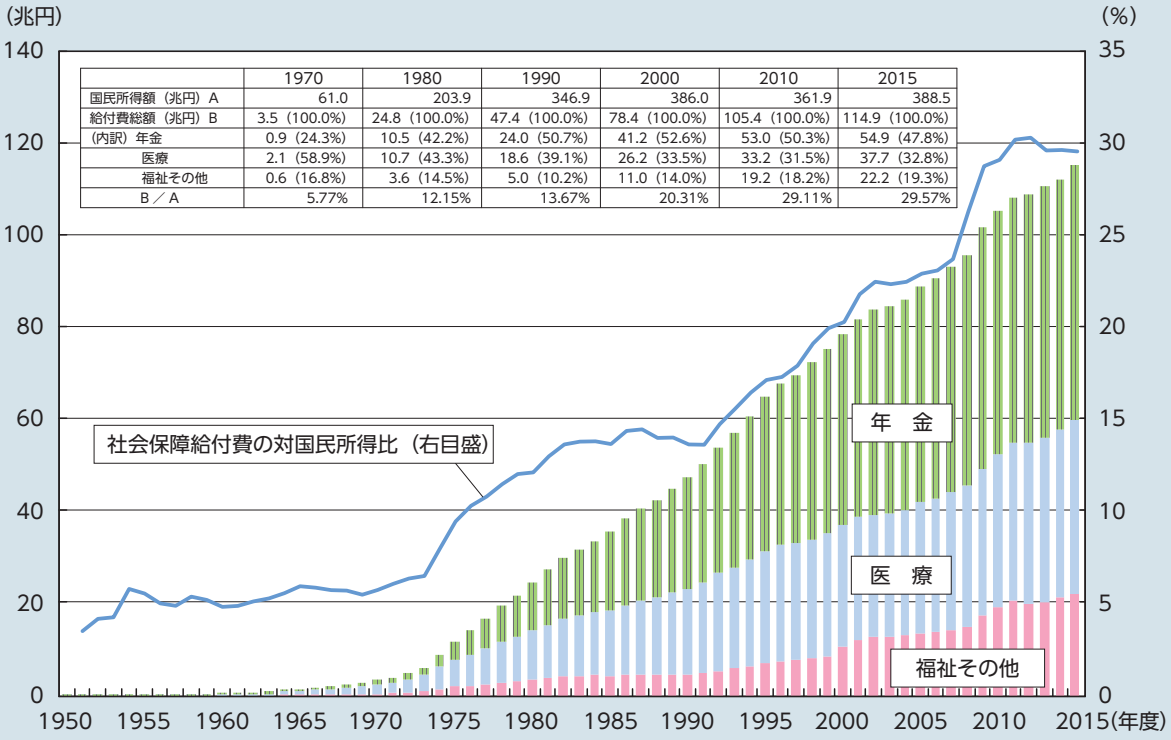
1980年代後半から1991（平成3）年頃までは、社会保障給付費の伸びは国民所得の伸びとほぼ同程度であり、対国民所得比で見るとおおむね14%前後で推移している。この要因としては、1983（昭和58）年に創設された老人保健制度により、高齢者にも無理のない範囲で一部負担を求めたことや、1984（昭和59）年に健康保険において本人1割負担が導入されたことなどが考えられる。

（1990年代以降、高齢化の進展に伴い社会保障給付費が増大する一方で、長期的な経済不況により、社会保障給付費の対国民所得比は大きく上昇）

1991（平成3）年度以降も、高齢化の進展に伴う給付対象者の増加などの影響により、社会保障給付費は着実に増大する一方で、バブル経済の崩壊後の長期的な経済不況により、国民所得は伸び悩んだ。

また、2008（平成20）年から2009（平成21）年にかけては、「リーマン・ショック」による不況の影響もあり、社会保障給付費の対国民所得比は大きく上昇した。ここ数年は、年金給付の支給開始年齢の引上げにより、伸びが鈍化しているものの、2015（平成27）年度では29.57%となっている。部門別に社会保障給付費に占める割合を見ると、2000（平成12）年に介護保険制度がスタートしたことに伴い、同年以降「福祉その他」の割合が増えている。

図表1-1-6 社会保障給付費の推移



	1970	1980	1990	2000	2010	2015
国民所得額（兆円）A	61.0	203.9	346.9	386.0	361.9	388.5
給付費総額（兆円）B	3.5（100.0%）	24.8（100.0%）	47.4（100.0%）	78.4（100.0%）	105.4（100.0%）	114.9（100.0%）
（内訳）年金	0.9（24.3%）	10.5（42.2%）	24.0（50.7%）	41.2（52.6%）	53.0（50.3%）	54.9（47.8%）
医療	2.1（58.9%）	10.7（43.3%）	18.6（39.1%）	26.2（33.5%）	33.2（31.5%）	37.7（32.8%）
福祉その他	0.6（16.8%）	3.6（14.5%）	5.0（10.2%）	11.0（14.0%）	19.2（18.2%）	22.2（19.3%）
B／A	5.77%	12.15%	13.67%	20.31%	29.11%	29.57%

資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」
（注） 1963年度までは「医療」と「年金・福祉その他」の2分類、1964年度以降は「医療」「年金」「福祉その他」の3分類である。

(3) 国民負担率の動向

(1970年度以降、国民負担率は約1.8倍に増加)

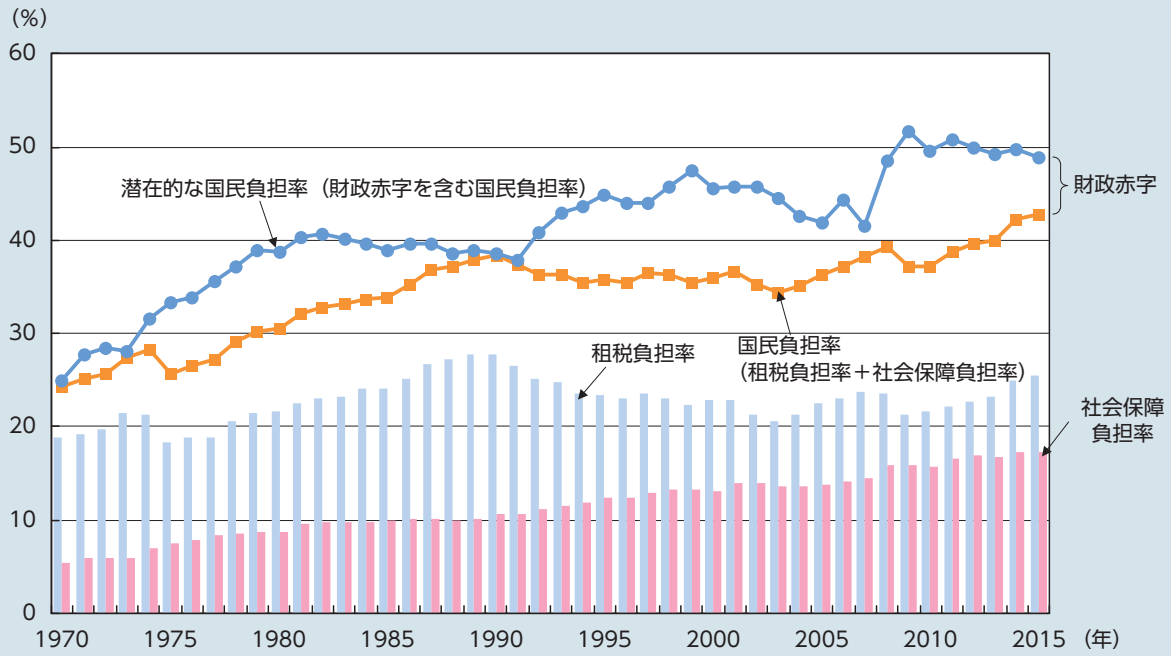
次に、社会保障にかかる負担の推移について、国民負担率（社会保障負担と租税負担の合計額の国民所得比）の概念を用いて見ていくこととする。

我が国の国民負担率は、1970（昭和45）年度の24.3%から2015（平成27）年度の42.8%へと45年間で約1.8倍となっている。こうした国民負担率の増加の内訳を租税負担率と社会保障負担率とに分けて見ると、租税負担率は1970年度の18.9%からバブル期を経た1990（平成2）年度には27.7%に達したが、その後のバブル崩壊や「リーマン・ショック」後の不況などによる影響で租税負担率は伸びず、2015年度では25.5%と1990年度の水準より低く、1970年度と比較しても約1.3倍の伸びにとどまっている。

一方で、社会保障負担率は1970年度の5.4%からほぼ一貫して上昇しており、2015年度では17.3%と45年間で3倍超となっている。

さらに、将来への負担の先送りである財政赤字を含めた潜在的国民負担率で見てみると、1970年度では財政赤字の国民所得比が0.5%と非常に低く、国民負担率と潜在的国民負担率に大きな差はないが、2015年度では財政赤字の国民所得比が6.1%となっており、近年では財政赤字を含めた潜在的国民負担率は5割前後で推移している（**図表1-1-7**）。

図表1-1-7　国民負担率（対国民所得比）の推移



資料：財務省ホームページ「国民負担率の推移（対国民所得比）」

（注）1. 財政赤字の計数は、国及び地方の財政収支の赤字であり、一時的な特殊要因を除いた数値。具体的には、1998年度は国鉄長期債務及び国有林野累積債務、2006年度、2008年度、2009年度、2010年度及び2011年度は財政投融資特別会計財政融資資金勘定（2006年度においては財政融資資金特別会計）から国債整理基金特別会計または一般会計への繰入れ、平成2008年度は日本高速道路保有・債務返済機構債務の一般会計承継、2011年度は独立行政法人鉄道建設・運輸施設整備支援機構から一般会計への繰入れ等を除いている。

2. 1994年度以降は08SNA、1980年度以降は93SNA、1979年度以前は68SNAに基づく計数である。ただし、租税負担の計数は租税収入ベースであり、SNAベースとは異なる。

第2節 経済社会の変化と社会保障

1 我が国の社会保障の特徴

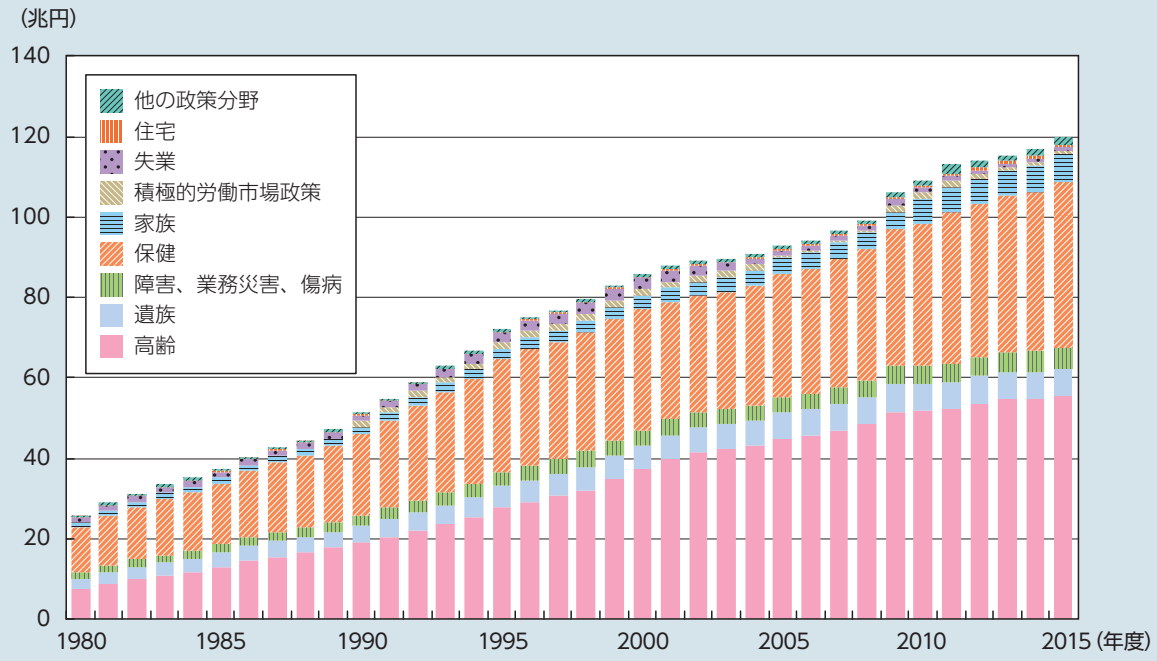
(1) 歴史的に見た特徴

(我が国の社会保障制度は、高度経済成長期にその骨格が完成しており、当時の経済事情や社会構造を前提とした制度の構築がなされている)

現在の我が国の社会保障制度は、国民皆保険・皆年金を中核として、高度経済成長期であった1960～1970年代にその骨格が完成した。そのため、右肩上がりの経済成長と低失業率、正規雇用・終身雇用の男性労働者と専業主婦と子どもという核家族モデル、充実した企業の福利厚生、人々のつながりのある地域社会、といった当時の経済社会を前提とした制度の構築がなされている。その結果、我が国の社会保障制度は、現役世代に対しては企業や家族が生活保障の中核となり、社会保障制度による対応が補完的なものとなっており、高齢者に対する給付が相対的に手厚くなる傾向が見られる。

OECD基準に基づく政策分野別社会支出*4で推移を見てみると、高齢世代向けの支出である「高齢」を中心に大きく増加していることがわかる（図表1-2-1）。

図表1-2-1 政策分野別社会支出の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」
(注) 1. OECD社会支出の基準に従い算出したものである。
2. 「保健」はOECD Health Dataの公的保健医療支出から介護保険サービスと補装具費等を除いて集計している。OECD SHA2011準拠に伴い資本形成費が集計の対象ではなくなった。
3. 「積極的労働市場政策」は、2004年度までは予算ベースであるのに対し、2005年度からは決算ベースであるため年次推移を見る際は注意が必要である。
4. 2010年度集計時に新たに追加した費用について、2005年度まで遡及したことから、2004年度との間で段差が生じている。

＊4 政策分野別の定義と支出の具体例については、図表1-1-3を参照。

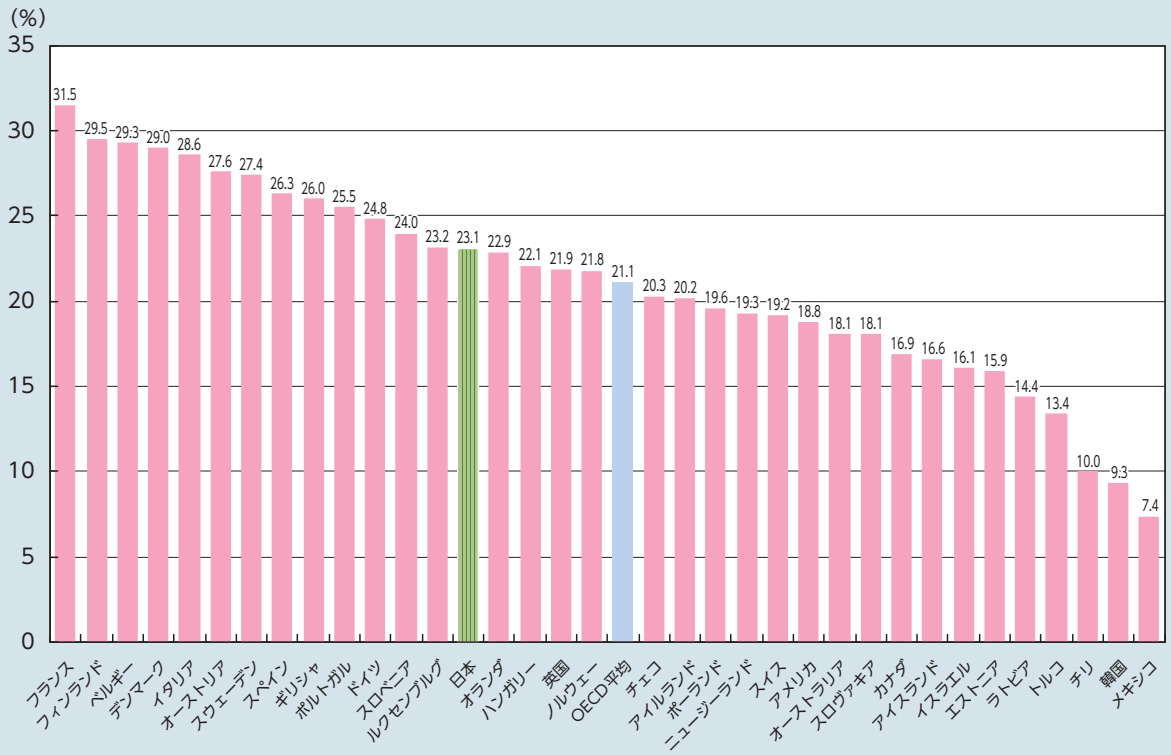
(2) 社会保障給付の国際比較

(我が国の社会保障給付の規模は、OECD加盟国平均をやや上回る水準である)

ここでは、我が国の社会保障制度が諸外国と比べてどのような状況にあるか、OECD基準に基づく社会支出データを用いて見ていくこととする。

まず、社会保障給付の規模について国際比較をしてみると、我が国の社会支出の対国内総生産比は23.1%とOECD加盟国35カ国中14番目であり、OECD加盟国平均の21.1%をやや上回る水準となっている。主要欧米諸国と比較すると、アメリカや英国を上回っているが、フランスやイタリア、スウェーデン、ドイツなど大陸ヨーロッパ諸国に比べると小さくなっている（図表1-2-2）。

図表1-2-2　OECD加盟国の社会支出（対国内総生産比、2013年）

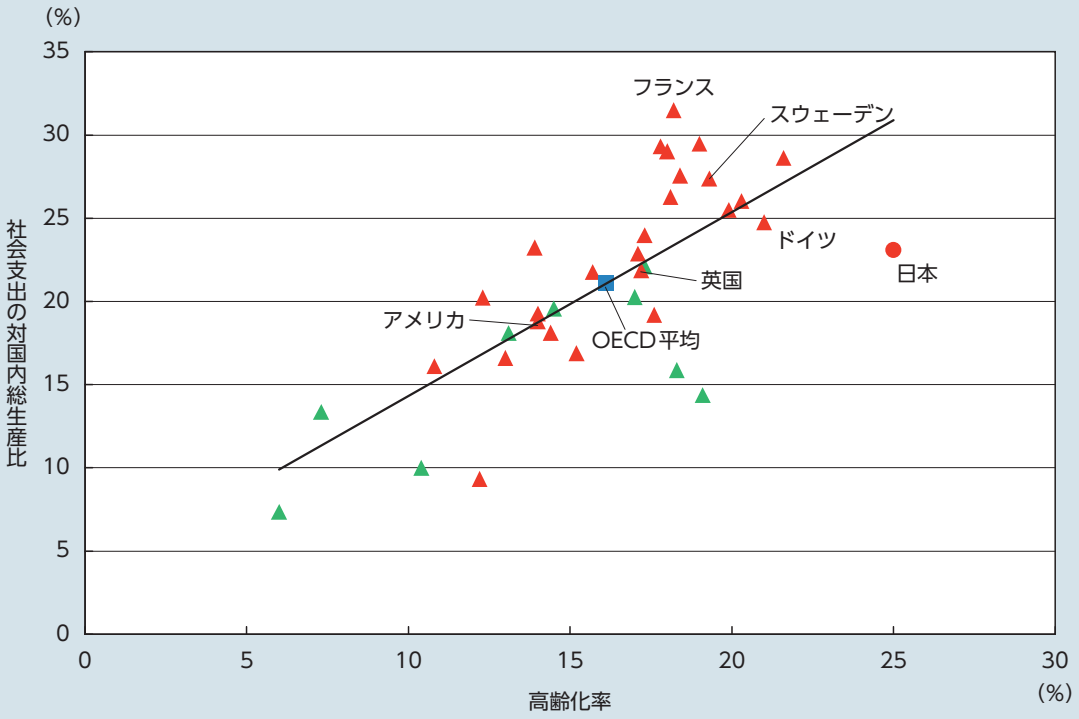


資料：OECD「Social Expenditure Database」
(注)　メキシコについては、2011年の値である。

（高齢化の進展度合いから見ると、我が国の社会保障給付の水準は相対的に低い）

次に、高齢化率（65歳以上人口が全人口に占める割合）との関係でOECD加盟国の社会保障給付の規模を見てみると、高齢化が進展しているほど社会支出の対国内総生産比が高くなる傾向が見てとれる。我が国の高齢化率はOECD諸国の中で最も高く、OECD加盟国の平均を大きく上回っているが、社会支出の対国内総生産比については、先ほども見たとおりOECD加盟国の平均をやや上回る程度であり、高齢化の進展度合いから見ると、我が国の社会保障給付の水準は相対的に低いことが見てとれる（**図表1-2-3**）。

図表1-2-3　高齢化率と社会支出の国際比較（2013年）

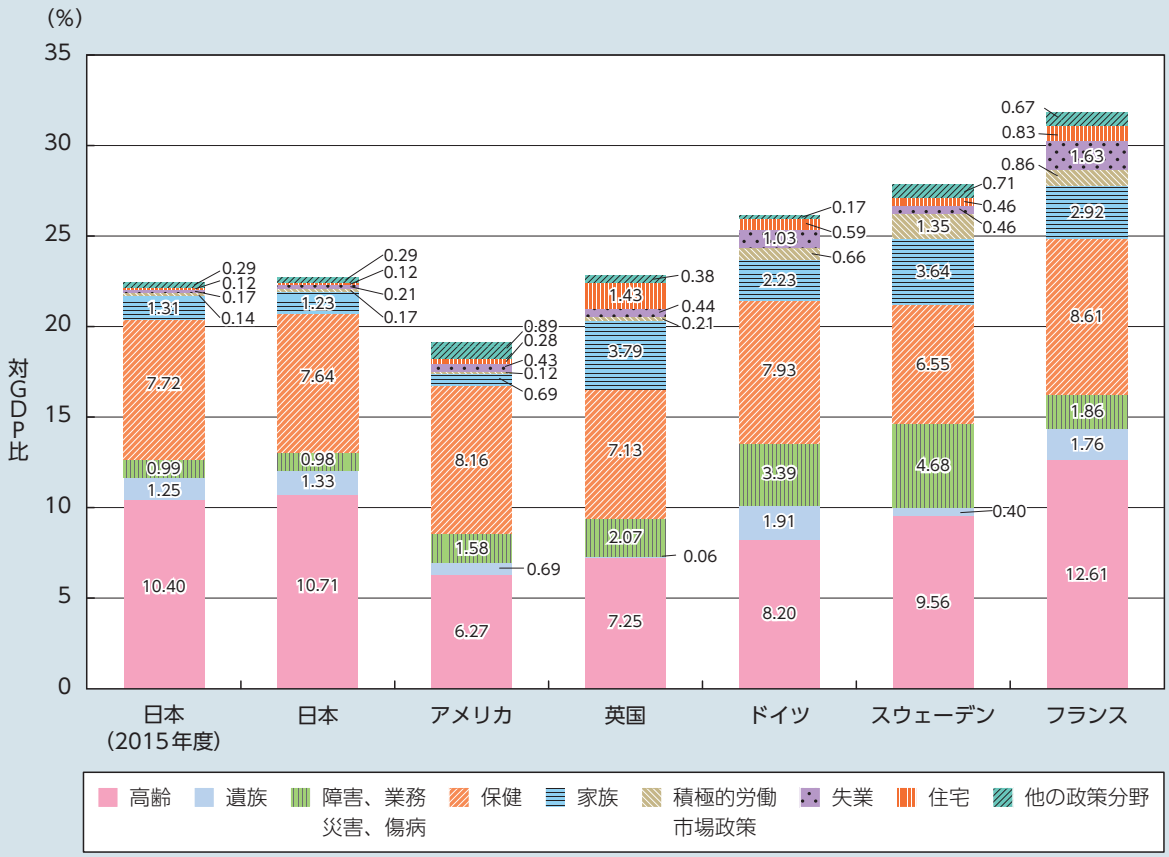


資料：OECD「Social Expenditure Database」、高齢化率については「World Development Indicators」。
（注）1. 高齢化率とは、全人口に占める65歳以上人口割合。
2. メキシコについては、2011年の値を基に算出している。
3. 赤いプロットの国は、国際通貨基金（IMF）の定義に基づく経済先進国である。

（ヨーロッパ諸国と比較して、我が国の現役世代向けの社会保障支出の割合は少ない）

さらに、社会保障給付費の内訳について見るため、OECD基準に基づく政策分野別の社会支出の対国内総生産比を2013（平成25年）年度について主要欧米諸国と比較してみると、我が国の高齢関係支出の割合は、人口高齢化を反映して10.71％と高くなっている。また、「保健」の過半を高齢世代向けの支出が占めていることにも留意する必要がある。一方、家族関係支出や積極的労働市場政策といった主に現役世代向けの支出については、それぞれ1.23％、0.17％とヨーロッパ諸国と比較して低い水準となっている。また、住宅への支出を見てみると、ヨーロッパ諸国の対国内総生産比は、0.46％～1.43％と一定の割合を占めているのに対し、我が国では0.12％と低水準である（図表1-2-4）。

図表1-2-4　政策分野別社会支出の国際比較（2013年度）



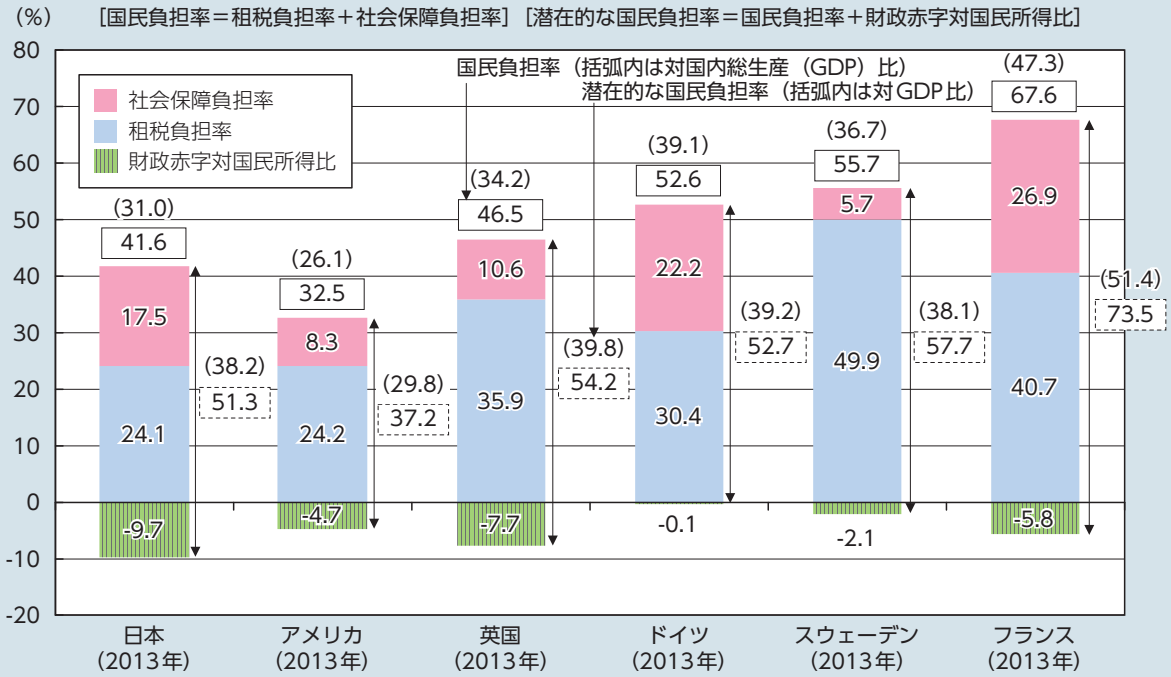
資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」

(3) 国民負担率の国際比較

(我が国の国民負担率は、大陸ヨーロッパ諸国と比較して低い水準である)

次に、我が国の社会保障の負担規模を国民負担率（社会保障負担と租税負担の合計額の国民所得比）によって主要欧米諸国と比較をしてみると、我が国の国民負担率は41.6%とアメリカの32.5%を上回るものの、ヨーロッパ諸国と比較すると低い水準にある。国民負担に財政赤字を加えた潜在的国民負担率について見ると、我が国では51.3%と、ドイツ（52.7%）や英国（54.2%）に近い水準となっている（図表1-2-5）。

図表1-2-5 国民負担率（対国民所得比）の国際比較

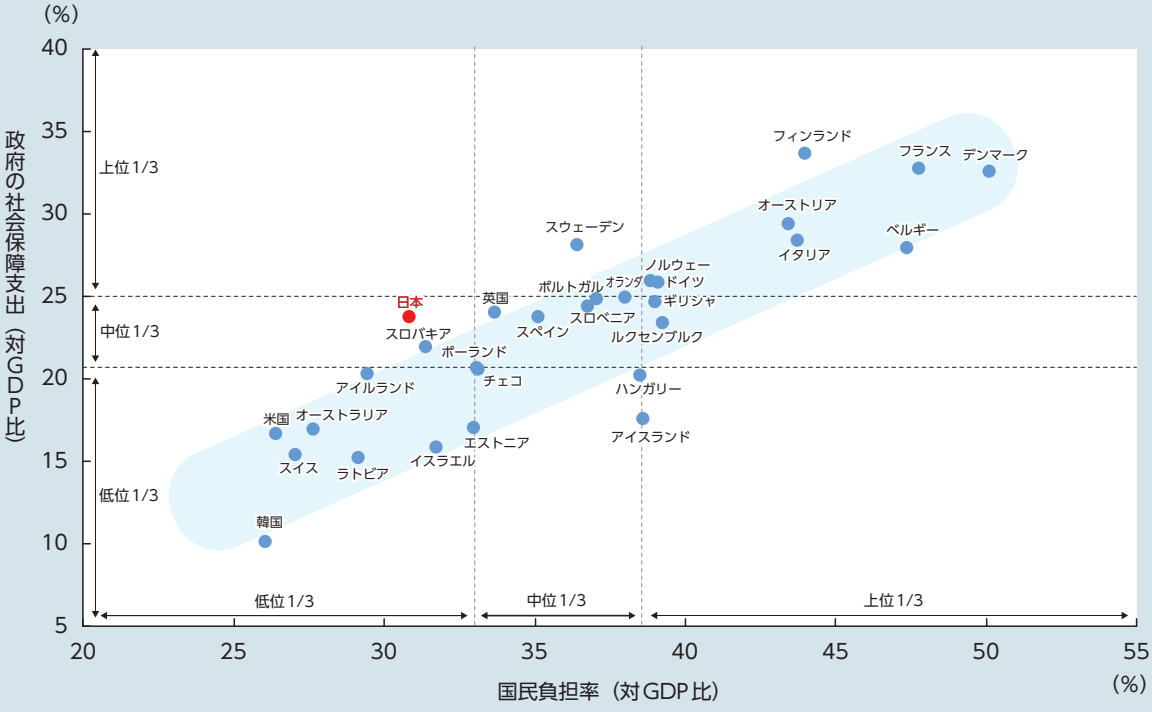


資料：財務省ホームページ「国民負担率の国際比較」
(注) 財政赤字の国民所得比は、日本及びアメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである。
【諸外国出典】“National Accounts”（OECD）、“Revenue Statistics”（OECD）等

（OECD諸国と比較すると、我が国の社会保障支出は中程度である一方で国民負担率は低水準にとどまっている）

さらに、社会保障支出と国民負担率の関係についてOECD諸国と比較すると、我が国の社会保障支出は中程度である一方、国民負担率は低水準であることが見てとれる（図表1-2-6）。

図表1-2-6　OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係（2014年）



資料：国民負担率：OECD “National Accounts”、同“Revenue Statistics”、内閣府経済社会総合研究所「国民経済計算」等、社会保障支出：OECD “National Accounts”、内閣府経済社会総合研究所「国民経済計算」
（注）1. 数値は一般政府（中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの）ベース。
2. 日本は2014年度実績。各国は2014年実績

2 我が国の社会保障を取り巻く状況の変化

先にも述べたとおり、現在の我が国の社会保障制度は、高度成長期であった1960～1970年代にその骨格が完成している。ここでは、その当時と比較して、我が国の社会保障を取り巻く状況がどのように変化してきたかについて、①人口構成の変化、②働き方の変化、③家族形態・地域基盤の変化、の視点でそれぞれ見ていくこととする。

（1）人口構成の変化

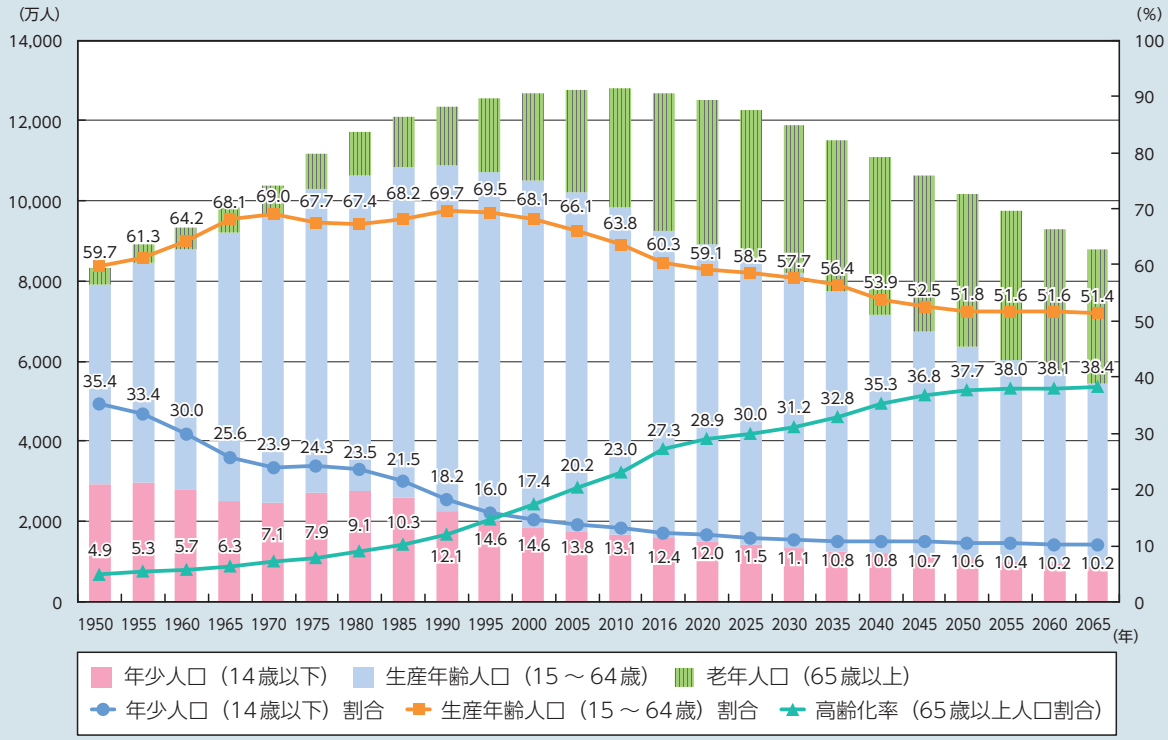
（我が国の少子高齢化は急速に進展している）

我が国の人口構成について、年齢3区分別人口で推移を見てみると、1970（昭和45）年の時点では、高齢化率は7.1％とおよそ14人に1人が高齢者の社会であったが、医療水準の向上等により平均寿命が上昇する一方で、1974（昭和49）年以降、合計特殊出生率

が人口置換水準*5を下回る状態が続いてきた結果、少子高齢化が急速に進展し、2016（平成28）年では、高齢化率が27.3%と4人に1人以上が高齢者の社会となっている。また、生産年齢人口割合についても、1990（平成2）年以降減少を続けている（図表1-2-7）。

高齢化の進展は、年金・医療・介護などの社会保障給付費を増大させる要因となる一方で、税金や社会保険料を主に負担する現役世代の相対的な減少を意味するため、社会保障の給付と負担のアンバランスを高めることとなる。

図表1-2-7　年齢3区分別人口及び人口割合の推移と予測



資料：総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳の人口を按分して含めた。）及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）
（注）　1970年までは沖縄県を含まない。

（高齢者1人を支える現役世代の人数は大きく減少しているが、労働参加が適切に進んだ場合、非就業者1人に対する就業者の人数は増加する可能性）

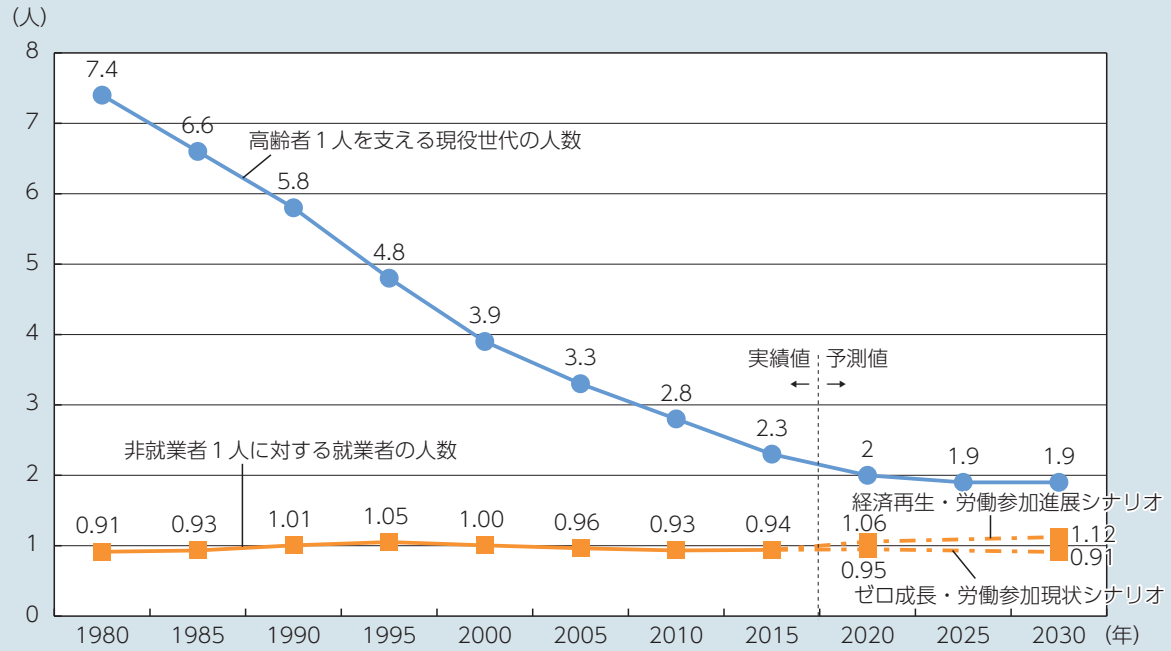
65歳以上の老年人口と15～64歳の生産年齢人口の比率、すなわち高齢者1人を支える現役世代の人数を見てみると、1980（昭和55）年には1人の高齢者に対して7.4人の現役世代がいたのに対し、2015（平成27）年には高齢者1人に対して現役世代2.3人になっており、今後この数字は減少していくことが予想される（図表1-2-8）。

一方で、社会の変化について、非就業者（子どもを含む。）と就業者の比率によって見る見方もある。非就業者1人に対する就業者の人数は、これまでも、0.9～1程度で推移しており、大きな変化はない。今後、若者・女性・高齢者等の労働参加が適切に進んだ場合、この数字が上向く可能性がある。ただし、就業者の内訳の変化（非正規雇用労働者の

＊5　「人口置換水準」とは、（国際）人口移動がなく、かつ年齢別死亡率が変化しないとした場合に、長期的に人口が維持される合計特殊出生率の水準。年によって変動があり、1974年は2.11、現在は2.07である。

増加など)、非就業者の内訳の変化（子どもの減少・高齢者の増加など）があり、支える立場の就業者と支えられる立場の非就業者の関係も、時代によって内容に大きな違いがあることに留意が必要である。

図表1-2-8　高齢者現役世代比と非就業者就業者比の推移と予測



資料：総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年推計及び平成29年推計）出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)、労働政策研究・研修機構「平成27年　労働力需給の推計」

(注) 1. 「高齢者1人を支える現役世代の人数」(15～64歳人口/65歳以上人口）は、2015年までは「国勢調査」、2020年以降は「将来推計人口（平成29年推計)」の出生中位・死亡中位推計を用いて推計した。

2. 「非就業者1人に対する就業者の人数」(就業者数／非就業者数）は、2015年までは「国勢調査」を用いて推計した。なお、15歳未満人口はすべて非就業者とし、15歳以上で労働力状態が不詳の者は、就業者及　び非就業者のいずれからも除いて計算した。2020年以降は、「将来推計人口（平成24年推計)」の出生中位・死亡中位推計と「平成27年労働力需給の推計」における「ゼロ成長、労働市場への参加が進まないシナリオ」及び「経済成長、労働市場への参加が進むシナリオ」の就業者数を用いて推計した。

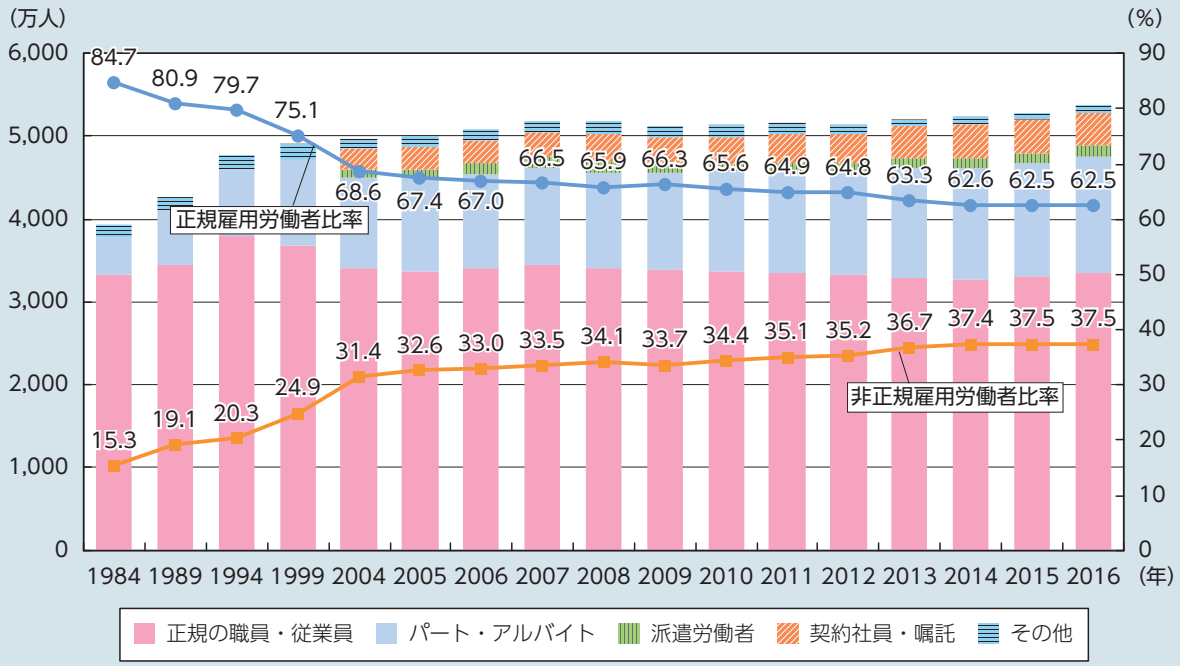
(2) 働き方の変化

(経済のグローバル化や国際競争の激化などにより、非正規雇用労働者比率が上昇している)

戦後の我が国では、1960年代の高度経済成長期に、不足しがちな労働力を確保するため、「終身雇用」、「年功序列賃金」、「企業別組合」といった日本型雇用慣行により、主として男性労働者を正社員として処遇してきた。このような日本型雇用慣行は、農林水産業や自営業に従事する人が減少し雇用労働者が増加する中で、我が国の失業率を諸外国と比較して低水準に抑えることに貢献するとともに、労働者とその家族の生活の安定や生活水準の向上に大きく寄与し、生活保障の中心的な役割を果たしてきた。

しかし、その後の経済のグローバル化や国際競争の激化、高度情報化の進展などを背景に、こうした雇用慣行は変容し、近年では、非正規雇用労働者比率が4割近くを占めている（図表1-2-9）。

図表1-2-9 雇用形態の推移



資料：1999年までは総務省統計局「労働力調査（特別調査）」（2月調査）長期時系列表9、2004年以降は総務省統計局「労働力調査（詳細集計）」（年平均）長期時系列表10

（注）
1. 2005年から2009年までの数値は、2010年国勢調査の確定人口に基づく推計人口の切替による遡及集計した数値（割合は除く）。
2. 2010年から2016年までの数値は、2015年国勢調査の確定人口に基づく推計人口（新基準）の切替による遡及集計した数値（割合は除く）。
3. 2011年の数値、割合は、被災3県の補完推計値を用いて計算した値（2015年国勢調査基準）。
4. 雇用掲載の区分は、勤め先での「呼称」によるもの。
5. 正規雇用労働者：勤め先での呼称が「正規の職員・従業員」である者。
6. 非正規雇用労働者：勤め先での呼称が「パート」「アルバイト」「労働者派遣事業所の派遣社員」「契約社員」「嘱託」「その他」である者。
7. 割合は、正規雇用労働者と非正規雇用労働者の合計に占める割合。
8. 1999年以前は「嘱託・その他」で集計した数値のため、「嘱託」を「その他」に含めている。

(3) 家族形態・地域基盤の変化

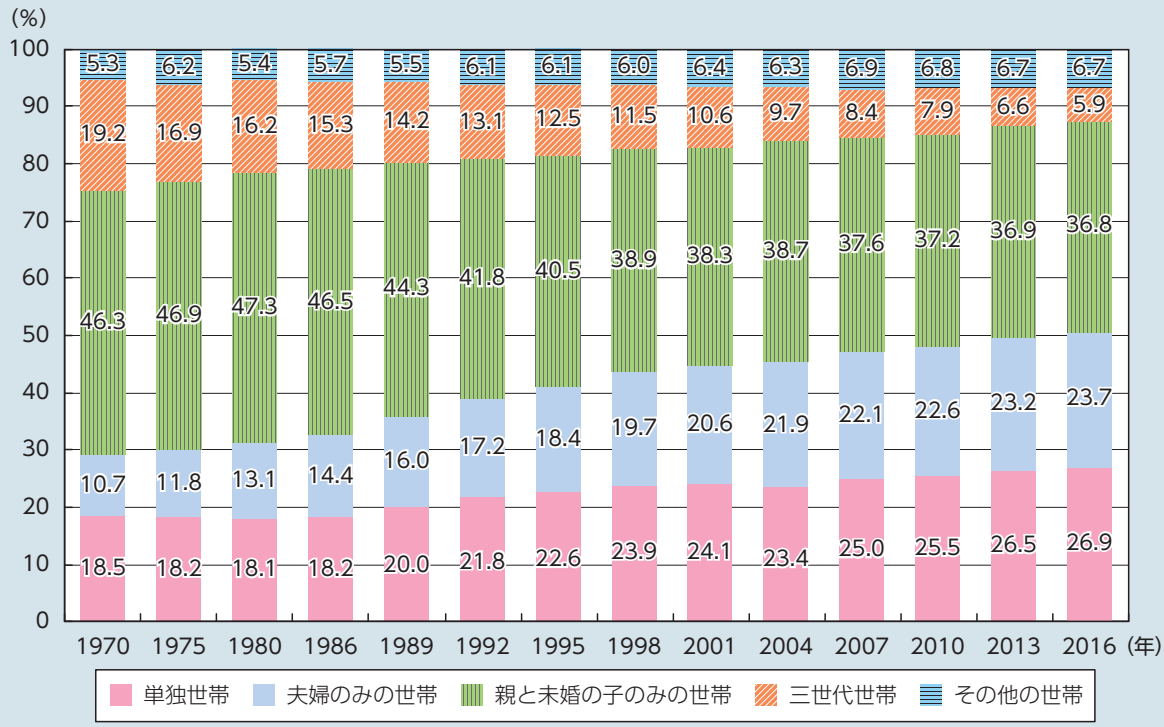
(家族や地域での支え合い意識の希薄化が進んでいる)

家族形態の変化について、世帯構造別の構成割合の推移で見てみると、三世代世帯の割合が減少する一方で、単独世帯と夫婦のみ世帯の割合は増加しており、2016（平成28）年では、単独世帯と夫婦のみ世帯の割合を合わせると5割を超える状況となっている（**図表1-2-10**）。また、高齢化の進展に伴い、全世帯に占める高齢者世帯の割合も急激に上昇している（第2章第1節**図表2-1-2**参照）。

また、家族形態の変化について、共働き世帯と専業主婦世帯の数の推移で見てみると、1980（昭和55）年時点では、専業主婦世帯が主流であったが、その後、共働き世帯数は継続的に増加し、1997（平成9）年には共働き世帯が専業主婦世帯を上回った。その後も共働き世帯は増加を続けており、専業主婦世帯数との差は拡大傾向にある（**図表1-2-11**）。

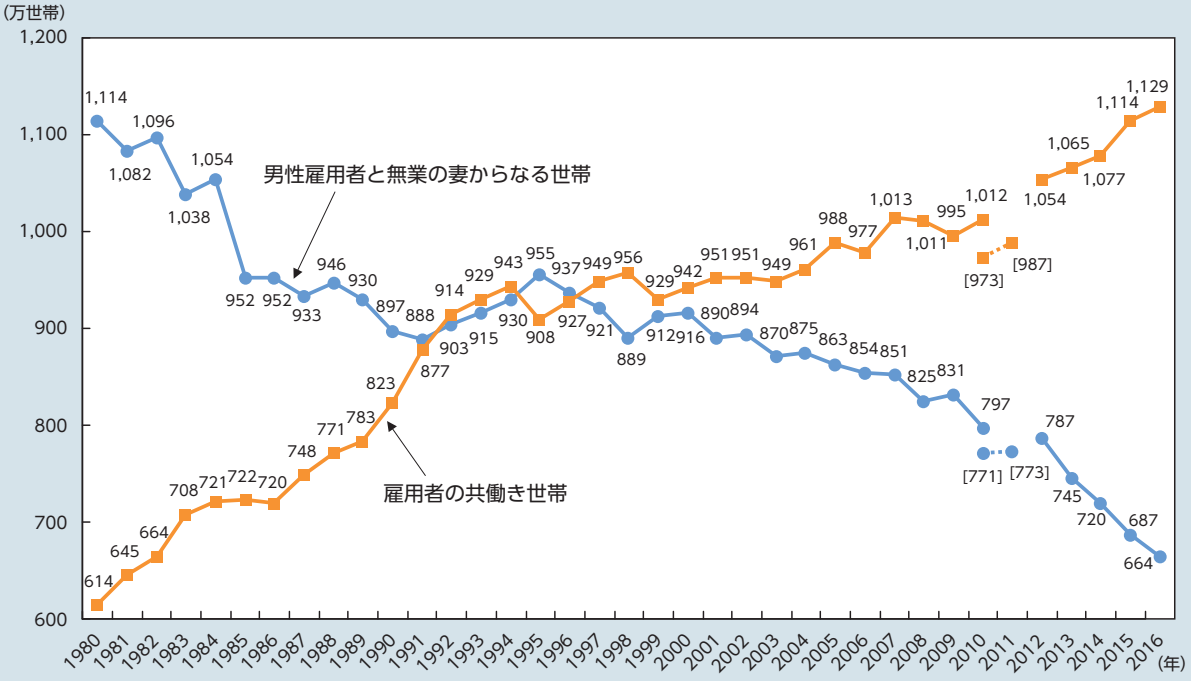
こうした家族形態の変化は、我が国の社会保障制度が前提としていた家族での支え合いの機能に影響を及ぼしていると考えられる。

図表1-2-10　世帯構造別にみた構成割合の推移



資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室「国民生活基礎調査」
（注）1. 1995年の数値は、兵庫県を除いたものである。
2. 2016年の数値は、熊本県を除いたものである。
3. 「親と未婚の子のみの世帯」とは、「夫婦と未婚の子のみの世帯」及び「ひとり親と未婚の子のみの世帯」をいう。

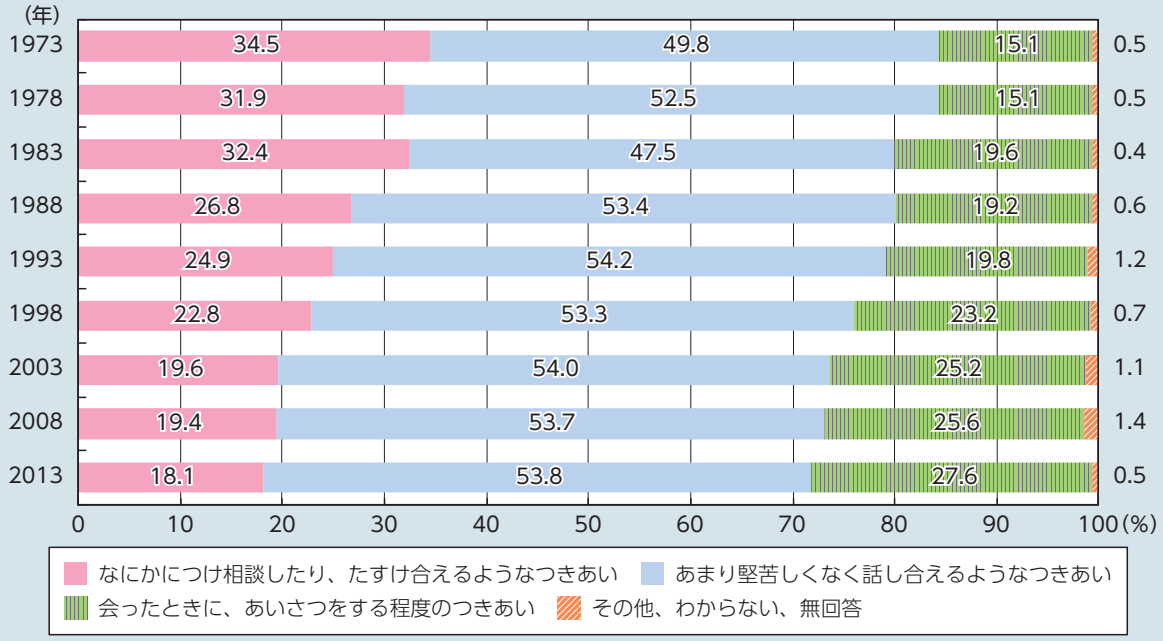
図表1-2-11　共働き等世帯数の年次推移



資料：1980～2001年は総務省統計局「労働力調査特別調査」、2002年以降は総務省統計局「労働力調査（詳細集計）(年平均)」
（注）1. 「男性雇用者と無業の妻からなる世帯」とは、夫が非農林業雇用者で、妻が非就業者(非労働力人口及び完全失業者)の世帯。
2. 「雇用者の共働き世帯」とは、夫婦ともに非農林業雇用者の世帯。
3. 2010年及び2011年の[　]内の実数は、岩手県、宮城県及び福島県を除く全国の結果。
4. 「労働力調査特別調査」と「労働力調査（詳細集計）」とでは、調査方法、調査月などが相違することから、時系列比較には注意を要する。

また、NHK（日本放送協会）が継続的に実施している意識調査で、隣近所との望ましい付き合い方の推移を見てみると、「なにかにつけ相談したり、助け合えるようなつきあい」と回答した人の割合は、1973（昭和48）年の34.5%から2013（平成25）年には18.1%へと大きく減少しており、地域での支え合い意識の希薄化も進んでいる（図表1-2-12）。

図表1-2-12 隣近所との望ましい付き合い方



資料：NHK放送文化研究所「日本人の意識調査」

3 社会保障と税の一体改革

ここまで見てきた経済社会の変化に対応すべく、我が国の社会保障は様々な見直しが進められてきた。近年の見直しの中で最も大きなものが「社会保障と税の一体改革」である。

（全ての世代が負担し支え合う「全世代型の社会保障」を目指す）

急速な少子高齢化が進む中、社会保障の費用が急速に増加し、社会保障制度を財政的にも仕組み的にも安定させることが必要となってきたことから、2008（平成20）年の「社会保障国民会議」での議論を皮切りに、社会保障改革の全体像や、必要な財源を確保するための消費税を含む税制抜本改革について検討が進められた。その結果、2012（平成24）年に成立した「社会保障制度改革推進法」において、年金・医療・介護・少子化対策の4分野の改革の基本方針が明記されるとともに、同年に成立した「税制抜本改革法」において消費税率の引上げ等が定められた。

その後、社会保障制度改革推進法に基づき設置された「社会保障制度改革国民会議」では、各分野の改革の具体的方向性が議論され、2013（平成25）年8月に取りまとめられた報告書の総論においては、日本の社会保障モデルを「1970年代モデル」から「21世紀（2025年）日本モデル」へと転換を図り、全ての世代が年齢ではなく負担能力に応じて負担し支え合う「全世代型の社会保障」を目指すべきとされた。

この報告を踏まえて、2013年12月に「持続可能な社会保障制度の確立を図るための

改革の推進に関する法律」（社会保障改革プログラム法）が成立・施行され、同法に基づき、2014（平成26）年以降順次、社会保障４分野（年金、医療、介護、少子化対策）の改革が進められている（**図表1-2-13**）。

図表1-2-13　社会保障制度改革推進法に基づく改革の流れ

2012（平成24）年社会保障・税一体改革

社会保障制度改革推進法（自民党が主導し、民主党・公明党との３党合意に基づく議員立法）
- ○　社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の４分野の「改革の基本方針」を明記。
- ○　社会保障制度改革に必要な法制上の措置を法施行後の１年以内（2013（平成25年）８月21日）に、社会保障制度改革国民会議の審議結果等を踏まえて講ずる。

2013年８月６日：社会保障制度改革国民会議　国民会議報告書とりまとめ
- ○　改革推進法により設置され、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性を提言。
- ○　報告書総論では、意欲のある人々が働き続けられ、すべての世代が相互に支え合う「全世代型の社会保障」を目指すことの重要性を強調。
- ○　医療・介護制度改革については、医療・介護提供体制の改革と地域包括ケアシステムの構築、国民健康保険の財政運営の責任を都道府県が担うことなど医療保険制度の改革、難病対策の法制化などを提言。

2013年12月５日：社会保障改革プログラム法成立（同13日：公布・施行）
- ○　社会保障４分野の講ずべき改革の検討項目、改革の実施時期等を規定。
- ○　改革推進体制の整備等について規定。

【社会保障・税一体改革による社会保障制度改革の主な取組状況】

	主な実施事項
2014（平成26）年度	○**年金機能強化法の一部施行**（2014年４月～） ・基礎年金国庫負担割合２分の１の恒久化、遺族基礎年金の父子家庭への拡大、産前・産後休業期間中の厚生年金保険料の免除 ○**育児休業中の経済的支援の強化**（2014年４月～）　・育児休業給付の支給割合の引上げ（50%→67%）
2015（平成27）年度	○**子ども・子育て支援新制度の施行**（2015年４月～） ・待機児童解消等の量的拡充や保育士の処遇改善等の質の改善を実施 ○**医療介護総合確保推進法の一部施行** ・都道府県において、地域医療構想を策定し、医療機能の分化と連携を適切に推進（2015年４月～） ・地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実（2015年４月～） ・低所得者への介護保険の一号保険料軽減を強化（2015年４月より一部実施、消費税率10%時までに完全実施） ・一定以上の所得のある介護サービスの利用者について自己負担を１割から２割へ引上げ等（2015年８月～） ○**被用者年金一元化法の施行**（2015年10月～）　・厚生年金と共済年金の一元化
2016（平成28）年度	○**年金機能強化法の一部施行**（2016年10月～） ・大企業の短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大（501人以上の企業対象）
2017（平成29）年度	○**年金改革法の一部施行**（2017年４月～） ・中小企業の短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大（労使合意を前提として500人以下の企業対象） ○**年金機能強化法の一部施行**（2017年８月～） ・老齢基礎年金の受給資格期間を25年から10年に短縮
2018（平成30）年度	○**国民健康保険の財政運営責任等を都道府県に移行し、制度を安定化** （2018年４月～、医療保険制度改革関連法案関係） ○**医療計画・介護保険事業（支援）計画・医療費適正化計画の同時策定・実施**（2018年４月～） ○**年金改革法の一部施行**（2018年４月～） ・マクロ経済スライドについて、名目下限措置を維持しつつ、賃金・物価の上昇の範囲内で前年度までの未調整分を含めて調整
2019（平成31）年度	○**年金改革法の一部施行**（2019年４月～） ・国民年金１号被保険者の産前産後期間の保険料を免除（財源として国民年金保険料を月額100円程度引上げ） ○**年金生活者支援給付金法の施行** ・年金を受給している低所得の高齢者・障害者等に対して年金生活者支援給付金を支給（消費税率10%時までに実施）
2020年度	○**年金改革法の一部施行**（2020年４月～） ・年金額改定において、賃金変動が物価変動を下回る場合に賃金変動に合わせて年金額を改定する考え方を徹底

（注）　年金生活者支援給付金と介護保険１号保険料の低所得者軽減強化については、現在の法律の規定やこれまでの社会保障の充実の考え方に従って記載。

4 ニッポン一億総活躍プラン

（「ニッポン一億総活躍プラン」では、子育て支援や社会保障の基盤を強化し、それが更に経済を強くする、という「成長と分配の好循環」メカニズムを提示）

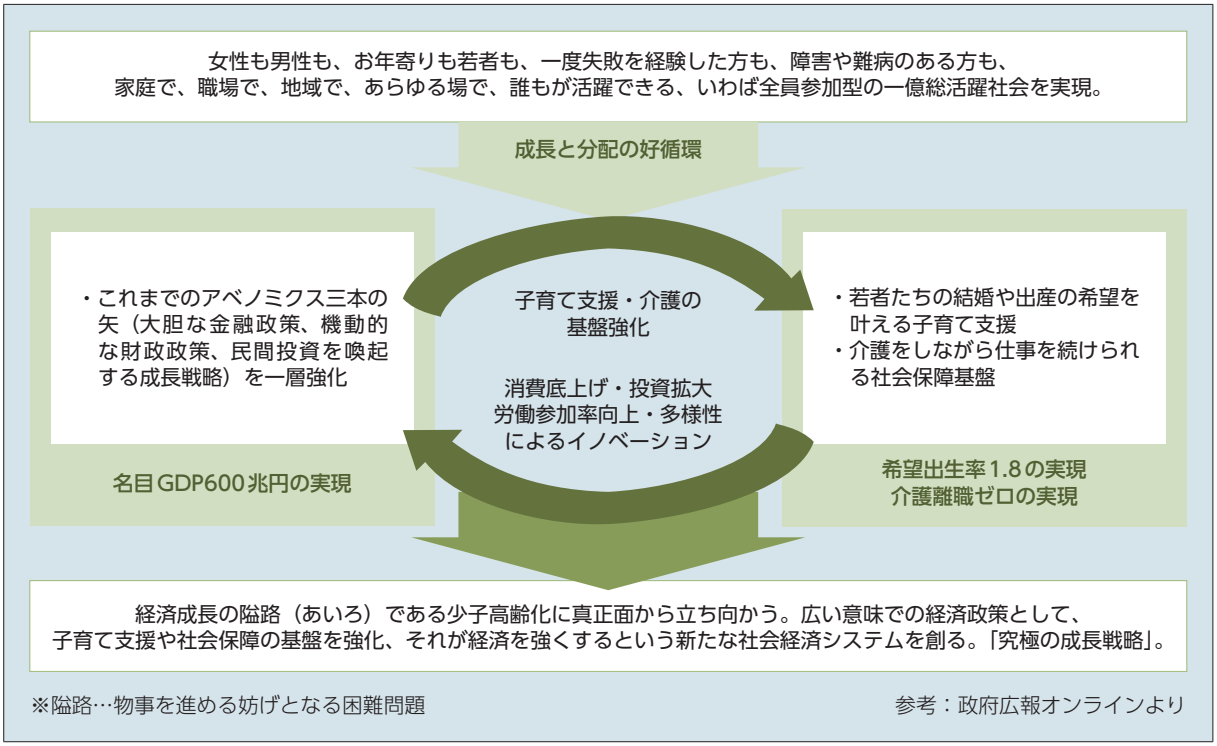
2016（平成28）年6月2日に、あらゆる場で誰もが活躍できる、全員参加型の社会を目指すため、「ニッポン一億総活躍プラン」が閣議決定された。

同プランでは、少子高齢化の進行が、労働供給の減少のみならず、将来の経済規模の縮小や生活水準の低下を招き、経済の持続可能性を危うくするという認識が、将来に対する不安・悲観へとつながっているとし、少子高齢化という構造的な課題に取り組み、女性も男性も、お年寄りも若者も、一度失敗を経験した方も、障害や難病のある方も、家庭で、職場で、地域で、あらゆる場で、誰もが包摂され活躍できる社会「一億総活躍社会」の実現を目指すとした。

一億総活躍社会とは、「成長と分配の好循環」を生み出していく新たな経済社会システムの提案である。すなわち、全ての人が包摂される社会、一億総活躍社会が実現できれば、安心感が醸成され、将来の見通しが確かになり、消費の底上げ、投資の拡大にもつながる。さらに、一人一人の多様な能力が十分に発揮され、多様性が認められる社会を実現できれば、新たな着想によるイノベーションの創出を通じて、生産性が向上し、経済成長を加速することが期待される。このように、「ニッポン一億総活躍プラン」では、アベノミクスによる成長の果実を活用して、子育て支援や社会保障の基盤を強化し、それが更に経済を強くするという「成長と分配の好循環」メカニズムを提示している（**図表1-2-14**）。

社会保障は、従来、もっぱら「分配」を担うものとして位置づけられてきたが、少子高齢化という構造的な問題の克服のため、「成長」との好循環を求められている。成長との好循環を実現できる社会保障とは何か、その意味を、次節以降で改めて考察していく。

図表1-2-14 成長と分配の好循環メカニズムの提示



※隘路…物事を進める妨げとなる困難問題

参考：政府広報オンラインより

第3節　「分配」と「成長」の関係

（社会保障による「分配」は、「成長」にとってプラスかマイナスか？）

第1節で見たように、社会保障には様々な機能があるが、ここでは、その中でも中心的な機能といえる「所得再分配機能」に着目し、経済成長との関係について整理する。

社会保障は、日本国憲法第25条に規定された「生存権」の担保はもとより、広く国民に安定した生活を保障することを目的として「分配」の仕組みを発達させてきた。それ自体は必要不可欠なものではあるが、その一方で、先にも見たように、「分配」は多大な国民負担を伴って実現するものであり、その具体的な有りようを考えるに当たって、分配が国民経済全体に与える影響を無視することはできない。

しかし、そもそも「分配」は「成長」にプラス、マイナスどちらの影響を及ぼすのだろうか。ここでは、これまでの議論の中で主なものをとりあげて見ていく。

1 経済成長と所得格差の関係

社会保障が持つ機能の一つである「所得再分配機能」は、言い換えれば、市場による分配の結果生ずる所得の「格差」を是正する機能である。つまり、所得格差があることが前提となっているわけであるが、その「格差」は、世界各国が経済発展を続ける中でどのように変化してきたのだろうか。そして、その変化はなぜ起こったのだろうか。経済成長と所得格差の関係について、経済学の分野におけるこれまでの主な議論を見ていこう。

（1）クズネッツの理論

（経済発展が進めば格差は自然に縮小すると主張）

格差と経済成長の関係について古くから知られている理論として、アメリカの経済学者サイモン・クズネッツの理論がある。彼は、「経済成長と所得格差」（1955（昭和30）年）[*6]の中で、アメリカ、英国、ドイツの課税前所得のデータをもとに、経済発展の過程では、主要産業が農業から工業へと進むにつれて、労働生産性の低い農業従事者と労働生産性の高い工業従事者が混在することなどにより国内の所得格差は広がるが、その後、経済発展の果実にあずかることのできる人口の比率が高まることや、民主化社会において法律や制度の整備が進むことなどにより、所得格差は小さくなるとした。この理論は、経済発展に伴い格差の程度が逆U字型の曲線を描くことから「逆U字仮説」とも呼ばれている。

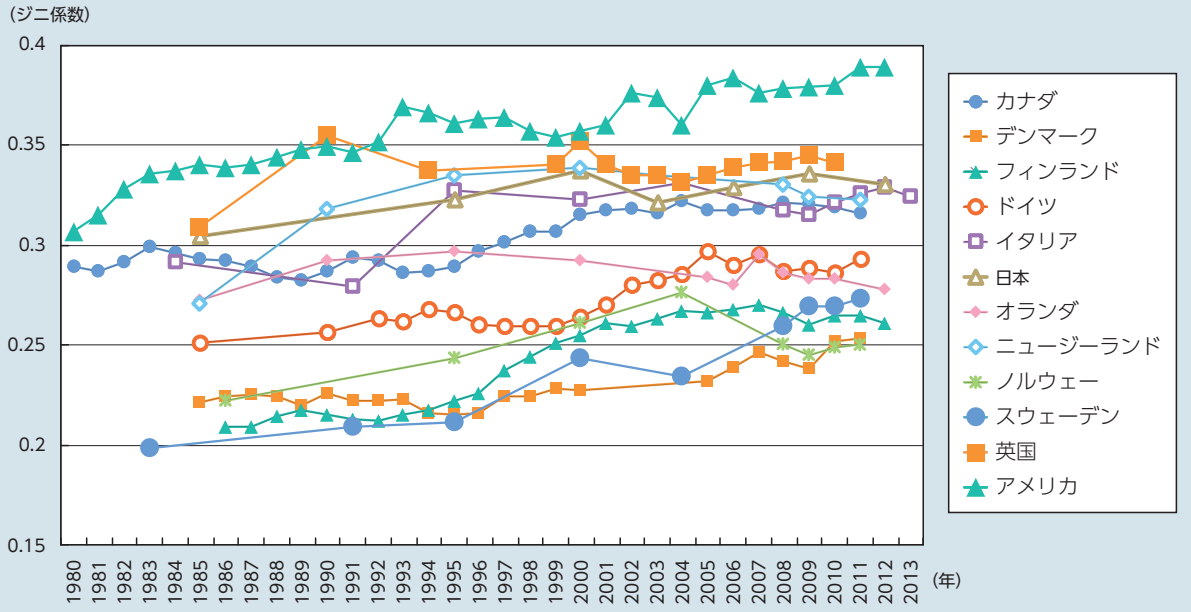
また、この理論を発展させたものとして、富裕層が更に豊かになって経済全体が拡大すれば、その恩恵は、低所得層にまでしずくが滴るように行き渡るとする「トリクルダウン理論」がある。

（1980年代以降、多くの国で所得格差が拡大）

クズネッツの理論によれば、一国の経済社会の発展に伴って、国内の所得格差は自然に縮小していくことになるが、その後の世界は、必ずしも格差縮小の方向へは向かわなかった。1980年代以降、多くの国で、所得格差が拡大する傾向が見られている（**図表1-3-1**）。

＊6　Kuznets, S.“Economic Growth and Income Inequality”（The American Economic Review, 1955年）

図表1-3-1 OECD主要国のジニ係数の推移



資料：OECD. Stat（2017年3月9日閲覧）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注） 1. 「ジニ係数」とは、所得の均等度を表す指標であり、0から1までの間で、数値が高いほど格差が大きいことを示している。
2. 等価可処分所得のジニ係数の推移を示している。

(2) ピケティの理論

(資産集中が進むことにより、格差は自然に拡大すると主張)

フランスの経済学者トマ・ピケティは、「21世紀の資本」(2014（平成26）年）において、世界各国の税務データを収集して分析した結果、多くの国で格差が拡大しており、その主たる要因として、「r（資本収益率）＞g（経済成長率)」、すなわち、経済成長の過程においては資本家が経済成長率を上回る投資利益を得ることにより、資産集中が進むことをあげた。

彼は、クズネッツは20世紀前半におけるアメリカなどのデータを元に、格差は逆U字カーブを描くと推論しているが、この時期は、二つの世界大戦を経験し、戦争後のインフレ等による資本の毀損や、高い累進税制の導入などで格差が是正された特殊な時期であったとしている。そして、資本市場が完全になればなるほど、rがgを上回る可能性も高まるとして、格差縮小のためには資本に対する世界的な累進課税などが必要であると主張した。

(3) アトキンソンの指摘

(格差拡大の多様な要因を指摘)

不平等研究の大家である英国の経済学者アンソニー・アトキンソンは、「21世紀の不平等」(2015（平成27）年）の中で、ヨーロッパでは第2次世界大戦後の数十年間に格差が縮小し、1980年代以降、格差が拡大に転じたとしている。その理由として、1970年代まで格差の縮小を説明してきた要素（①再分配政策（社会保障制度と累進課税）の拡大、②国民所得に占める賃金のシェアの増大と資本のシェアの縮小、③個人資産の集中の減少、④団体交渉や最低賃金の引上げによる収入の散らばりの縮小）が逆転した、あるいは終わったことにあるとしている。そして、格差を縮小するため、社会保険制度を刷新し、給付水準を引き上げ、支払範囲を拡大すべきことや、最低賃金以上の報酬慣行規範をつくることなどを主張した。

2 「分配」と「成長」の関係

次に、社会保障による「分配」や、分配による格差の是正（公平性の実現）が、経済の「成長」にどのような影響を及ぼすのかということを考えていく。

「分配」には、市場から得られる賃金や財産収入などの一次的な分配と、社会保障給付などによる二次的な分配（再分配）があるが、ここでは、再分配と成長の関係を中心に見ていく。

(1)「効率性」と「公平性」

(経済学ではしばしば、「効率性」と「公平性」はトレード・オフ関係にあるとされる)

経済学においては、「効率性」という言葉がしばしば用いられる。「効率的」とは、他の誰かの状態を悪化させないとある人の状態を改善させられない状態をいい、効率的な資源配分、すなわちある集団の効用が最大となる資源配分は、完全な競争市場において実現される。

市場経済を重視する経済学においては、「効率性」と「公平性」はしばしばトレード・オフ（二律背反）の関係にあり、経済の発展や成長に当たっては「効率性」を高めることが重視されてきた。

ただしこの考え方は、完全な市場、すなわち家計や企業が完全な情報を得て完全に競争的に振る舞うことを前提にしており、実際の経済はこれとは異なることに留意する必要がある。

(2) 社会的厚生関数

(資源配分の在り方についての価値判断を定式化)

経済学の分野で公平性をめぐる判断を行う際の理論的な枠組みの一つとして「社会的厚生関数」がある。これは、社会全体の資源配分の在り方についての価値判断を定式化することにより、社会全体の経済的厚生の水準を評価しようとするもので、よく知られたものとして、各人の効用の総和が最大になる所得分配が望ましいと考える「ベンサム型」の社会的厚生関数と、最も所得が低い人の効用を最大化する分配が望ましいと考える「ロールズ型」の社会的厚生関数がある。分配上の価値判断は、採用される社会的厚生関数の形状に依存することとなる。

(3) 格差や再分配が成長に及ぼす影響

1 理論面での様々な考え方

格差や再分配が成長にどのような影響を及ぼすかについては、経済学において古くから関心を持たれてきたテーマの一つではあるが、1980年代後半以降の内生的成長理論[*7]の発展に伴い、理論面・実証面での研究が活発に行われるようになってきた。

これまで理論面で展開されてきた主な考え方は、以下のとおりである。

(再分配は労働や投資の意欲を低下させるとする考え方)

①アメリカの経済学者アーサー・オークンは、「平等か効率か－現代資本主義のジレンマ」（原文は1975（昭和50）年）において、経済原則である資本主義では所得の不平等が

＊7 「内生的経済成長理論」とは、経済成長の決定要素の一つである技術進歩、すなわち1人当たり所得の成長率は、外生的に与えられるのではなく、内生的に決定されるとする考え方。その決定要因として、政府支出やその活動に伴う外部効果、技術のスピルオーバー効果、人的資本の蓄積などによる説明が試みられている。

存在するとした上で、税や所得移転による再分配を「水漏れするバケツ」に例えて、再分配には必ず非効率が伴うことを指摘した。水漏れ（非効率性）となりうる要素として、税や社会保障の負担が大きくなることによる人々の労働や投資の意欲の低下のほか、税の徴収や所得移転のための行政費用、人々の態度への悪影響（富裕層のやる気の低下、貧困層の自立と労働倫理への悪影響）をあげている。

（格差は高所得層の投資を増やすという考え方）

②上記と同様に比較的古くからある考え方として、格差が高所得層における貯蓄や投資を増加させ、経済成長にプラスに働くというものがある[*8]。高所得者や高資産保有者は高い貯蓄性向を持つので、彼らに多く配分すれば、資本蓄積が進んで生産に寄与するというものである。また、報酬に格差をつけて有能な人や意欲の高い人の報酬を高めることにより、経済全体の生産性が高まるとするものもある[*9]。

（格差が人々の投票行動に影響するという考え方）

③政府による課税や再分配政策に特に着目した考え方として、大きな所得格差の存在が有権者にとって受け入れがたいものとなると、人々の投票行動を通じて増税や分配強化が選択され、それが資本蓄積を妨げて、長期的な成長を損なうとするものがある[*10]。この考え方によると、当初所得（再分配前の所得）の格差の度合いが大きいほど、再分配が強まり、経済成長は抑制されることになる。

ただし、これに対しては、実際には低所得層より高所得層の方が政治への参加率が高いために、必ずしも多くの有権者が望む政策が選択されるわけではないという批判がある[*11]。

（格差が人的資本への投資に影響するという考え方）

④所得格差が、低所得層における教育への過少投資[*12]を引き起こし、それが人的資本[*13]の蓄積に影響を与えて、成長率の低下につながるとする考え方もある[*14]。この考え方によると、再分配により低所得層の所得水準が高まれば、人的投資の増加を通じて経済成長を促すことになる。

（格差の縮小が社会の安定性に寄与するという考え方）

⑤再分配により所得格差が縮小して社会や経済の安定性が高まれば、犯罪や反社会的行動、それらの予防などに費やされていた労力が生産的な活動に投じられるようになったり、投資や

＊8 英国の経済学者ニコラス・カルドアは、資本家の貯蓄率が労働者の貯蓄率より高いことを前提に、前者により多く分配することで経済成長が高まるとした。(Kaldor, N.“Alternative Theories of Distribution”（Review of Economic Studies, Vol.60, 1956年))

＊9 例：Lazear, E. P. and Rosen, S.“Rank-Order Tournaments as Optimum Labor Contracts”（Journal of Political Economy, Vol.89（5）, 1981年）

＊10 例：Alesina, A. and Rodrik, D.“Distributive politics and economic growth”（Quarterly Journal of Economics, 1994年）

＊11 例：Stiglitz, J.“The Price of Inequality：How Today's Divided Society Endangers Our Future”（W. W. Norton & Company, 2012年）

＊12 資本市場が完全であれば、教育投資の収益率が投資資金の利子率よりも高い限り教育投資が行われるが、実際には借金してまで教育投資が行われないということ。

＊13「人的資本」とは、教育や訓練、経験により身につけられた、生産活動に有用な熟練・技能知識のこと。内生的経済成長理論の中には、生産関数の投入物の一つとして「人的資本」を捉え、人的資本の質を高めて経済成長につなげようとする考え方がある。アメリカの経済学者ロバート・バローは、世界各国のパネルデータを用いた実証研究により、男性の中等学校教育以上の水準の教育年数がGDP成長率に有意でプラスの影響を持つことを明らかにした。

＊14 例：Galor, O. and Zeira, J.“Income Distribution and Macroeconomics”（Review of Economic Studies 60（1）, 1993年）

イノベーションが活発化したりすることにより、経済成長が高まるとする考え方もある[*15]。

2 格差や再分配が経済成長へ及ぼす影響に関する実証分析

（「効率性」と「公平性」のトレードオフは、単純には当てはまらない）

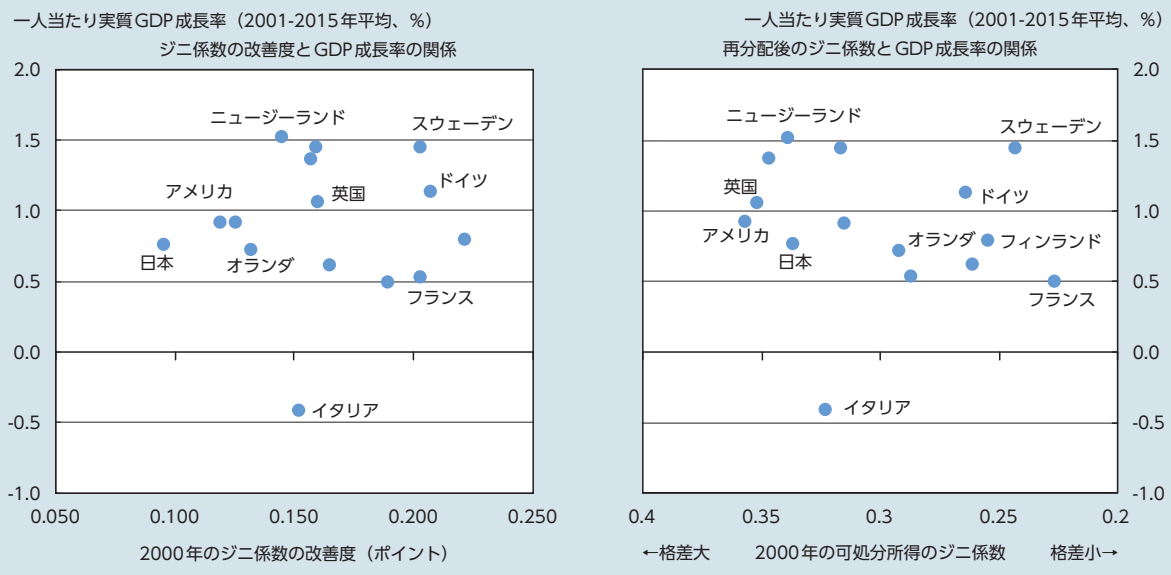
上記のように、理論面では、格差や再分配が経済成長に及ぼす影響は、プラス、マイナスの両面で様々な考え方がある。しかしそれらは、それぞれが実際の経済社会における一つの側面をとらえているにすぎない可能性もあり、実際にどのような要素が強く影響しているのかを見極めることは難しい。

そこで試しに、実際に各国における再分配と成長の状況を単純に比較して見てみよう。ここではOECD諸国の格差や成長率のデータを用いてその関係を見てみると、再分配の程度（当初所得から可処分所得へのジニ係数の改善度）についても、再分配後の格差の程度（可処分所得のジニ係数）についても、1人当たりGDP成長率との間には、はっきりした関係は何も見えてこない（図表1-3-2）。例えばスウェーデンやドイツのように、日本よりも高い水準の成長と再分配を同時に達成している国もある。

もちろんこのデータだけで、分配と成長は無関係と結論づけることは早急である。しかし、少なくとも経済学の分野でよくいわれる「効率性」と「公平性」のトレードオフは、単純には当てはまらない、ということだけはいえるのではないだろうか。

なお、前出のアンソニー・アトキンソンは、「21世紀の不平等」において、主要国のジニ係数とGDP成長率の相関データや各種研究論文などを参照した上で、「一言でまとめると、不平等と効率の間には絶対に確実な負の相関などない、ということになる」と総括している。

図表1-3-2　分配と成長の関係



資料：OECD. Stat（2017年4月20日閲覧）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注）1.「ジニ係数」とは、所得の均等度を表す指標であり、0から1までの間で、数値が高いほど格差が大きいことを示している。
2.「ジニ係数の改善度」とは、税や所得移転による再分配前の所得（等価当初所得）のジニ係数と、再分配後の所得（等価可処分所得）のジニ係数の差。改善度が大きいほど、ジニ係数が低下したことを示す。

＊15 格差が拡大すると社会の不安定さが増して投資が減少するとした例：Alesina, A. and R. Perotti “Income Distribution, Political Instability and Investment”（European Economic Review, Vol. 40（6）, 1996年）

（近年の分析では、格差は成長にマイナスの影響を及ぼす）

経済学の分野では、1990年代以降を中心に、世界各国の格差や成長率などのデータを用いて、所得格差が経済成長に及ぼす影響を推計する実証研究が複数なされてきた。その結論は、推計に用いたデータや推計方法によって異なっており、所得格差が経済成長率にプラスの影響を持つとするもの、マイナスの影響を持つとするもの、両者に関係はないとするものなどがある。

しかし、近年国際機関で行われた分析においては、再分配後の所得格差が大きいほど、経済成長にマイナスの影響があることが相次いで示されている。

例えば、OECDの分析[*16]においては、

①再分配後の格差（可処分所得のジニ係数）が大きいほど、OECD諸国の成長率が押し下げられる

②税や社会保障による再分配それ自体は、成長を阻害しない

③格差が大きいほど、低所得層において人的資本への投資（子どもへの教育投資など）が低下する

ということが示され、再分配後の所得格差の拡大は、低所得層における人的資本への投資の低下を通じ、長期的な経済成長を損なうとされた（コラム「格差は経済成長を損なうか？」を参照）。

また、IMF（国際通貨基金）のオストリーらによる分析[*17]においても、再分配後の所得格差が広がる、すなわち可処分所得のジニ係数が上昇すると、中期的な成長率（5年間の国民1人当たり実質GDPの平均成長率）が低下し、また経済成長が翌年に終了する確率が高まるため、経済成長の持続性も弱まるとの推計結果を得ている。併せて、再分配それ自体による経済成長への影響についても試算し、再分配の規模がかなり大きい場合には経済成長に直接的にマイナスの影響を及ぼす可能性を否定できないが、それ以外の場合は経済成長への直接への影響は見られず、再分配を通じた格差縮小による経済へのプラス効果を考慮すれば、再分配それ自体がもたらす経済成長への影響は総じて中立的であるとしている。

＊16 OECD “In It Together：Why Less Inequality Benefits All” (2015年)
＊17 Ostry, J., A. Berg, and C. Tsangarides “Redistribution, Inequality, and Growth”（IMF Staff discussion note, 2014年）

コラム　格差は経済成長を損なうか？

OECDは、「格差縮小に向けて」（2015年）の中で「格差の拡大は経済成長を損なう」と指摘している。これは、計量経済学に基づく分析の結果出てきたものであるが、理解に資するため、分析結果をもう少し具体的に紹介しよう。

格差の拡大は経済成長を損なう

格差がいかに経済成長へ影響を及ぼすかを明らかにするため、OECD各国のパネルデータを用いて試算を行ったところ、可処分所得の格差（ジニ係数）が大きくなるほど、その後の経済成長（一人当たりGDPの伸び率）が押し下げられる関係があるということが明らかになった。

推計可能なOECD19か国の平均では、1985～2005年にジニ係数が0.02以上拡大したことにより、1990～2010年の累積成長率が4.7%ポイント下がったと推計される。もし格差の拡大がなかったら、累積成長率は28%から33%近くまで上昇していたことになる。

再分配は経済成長を阻害しない

格差是正の手段としては、税や社会保障などによる再分配があるが、再分配自体が（「水漏れするバケツ」の例のように）経済成長を抑制するという考え方もある。そこで、市場所得（再分配前の所得）の格差（ジニ係数）と可処分所得（再分配後の所得）の格差（ジニ係数）の差を再分配の程度の大きさとみて検証したところ、再分配の程度の大小は、成長に明確な影響を与えるものではないということが明らかになった。このため、再分配自体が経済成長を阻害するとは言えない。

広範な低所得者対策が必要

また、試算結果によれば、格差が経済成長にマイナスの影響を及ぼす最大の要因は、低所得世帯とその他の世帯の所得格差であり、最貧層だけでなく所得階層の下位40%に影響を及ぼすことも明らかになった。これは貧困対策だけではなく、より一般的な低所得者対策が必要であることを示唆している。

格差は貧困層の人的投資に影響を及ぼす

上記の分析結果は、「格差は低所得層の教育投資を困難にする」とする理論で示されたように、格差が成長に影響を与える重要な経路は、低所得層の投資・就業機会の低下であることを示唆している。そこで、この理論を検証するため、OECDの国際成人力調査（PIAAC）を用いて分析した結果、格差（ジニ係数）が大きいほど、低学歴の両親を持つ子の学力が低くなることや、高等教育を受ける確率が下がることが確認された。また、格差が大きいほど低学歴層が就業できない確率が高まる傾向も見られた。一方、中・高学歴層には、格差による有意な違いはみられなかった。

結論

分析結果は、格差縮小と機会平等政策を進めることの重要性を強調するものである。格差縮小の方法として、高所得者を主な対象とした税制改革もあるが、本分析は、低所得層に焦点を当てることが重要であることを示唆する。政府による所得移転は重要であるが、所得保障の在り方には慎重な配慮が必要である。子育て、教育、健康、住居などの公的サービスを利用しやすくすることや、包括的な雇用の促進も重要である。

（出典：OECD「In It Together：Why Less Inequality Benefits All」（2015年）第2章より厚生労働省政策統括官付政策評価官室にて要約・編集）

（施策によって成長へのインパクトは異なりうる）

上記のOECDやIMFの分析によると、再分配により格差を縮小した方が、経済成長が高まるということになるが、それぞれの施策が経済成長に与えるインパクトは異なる可能性があることに留意する必要がある。OECDは、再分配は成長を阻害しないとの分析結果は、「分配政策が全て同等に成長に良い影響をもたらすということを意味しているわけではない」と述べている。

例えば、賃金など市場から得られる所得の分配に影響を与える政策（積極的労働市場政策など）は、純粋な所得移転（年金や失業給付など）のように分配効果を金額で明示することはできず、上記の実証分析の対象外となっているが、実際には雇用の増加や賃金の上昇を通じて、より直接的に経済へのプラス効果をもたらすと考えられる。

重要なのは、経済成長への影響を意識して、何が最善の分配政策なのかを考え、選択していくということである。

3 我が国への示唆

ここまでの議論をまとめるとともに、我が国の社会保障にとってどのような示唆が得られるのか考えてみたい。

（格差の是正は世界共通の課題、分配政策について考える必要性が高まっている）

まず一つ目は、世界各国において、長期的な経済発展の中で、所得格差が拡大を続けているということである。日本の状況は第2章で詳しく見るが、再分配後の所得格差はここ最近おおむね横ばいで推移しているものの、人口の急速な高齢化と相まって当初所得の格差は拡大しており、社会保障による分配の役割も拡大を続けている。格差の是正は世界共通の課題であり、分配政策の在り方について考える必要性は高まっているといえる。

（成長という視点をもって社会保障を考える必要）

二つ目は、経済学の分野では、「分配」は成長の阻害要因とする考え方もあるが、理論面でも実証面でも、必ずしもそうとはいえないということである。近年の実証研究では、格差拡大を放置した方が、長期的な経済成長にマイナスの影響を与えるとの考え方も出てきている。これを我が国の状況にすぐに当てはめて検証することは難しいが、人口減少と急速な少子高齢化が進む我が国においては、分配の原資となる経済の規模が縮小し、分配自体が立ち行かなくなる危険性が常にあり、成長と分配を切り離して考えていくことはもはや難しい。そうした中、成長という視点も踏まえて今後の社会保障の展開を考えていく必要がある。

（成長という視点からあるべき分配政策を見極めていく）

最後に、ここでとりあげた議論は、分配に関わる様々な政策をひとまとめにしているものが多かったが、分配の内容やその進め方によって、経済成長に与えるインパクトは異なりうることに十分留意する必要がある。仮に、格差を是正することが長期的な経済成長に総体的にプラスだとしても、そのやり方によっては、労働・投資意欲の低下などの弊害の方が大きくなってしまうこともありうる。財源に限りがあることを考えれば、今後あるべ

き政策を慎重に見極めて選択していく必要がある。

（成長の視点を踏まえた社会保障とは）

成長という視点を踏まえると、我が国の社会保障はどのような姿が望ましいと考えられるのだろうか。

ここで、OECDの分析において、格差が家計による教育への過少投資を引き起こし、それが経済成長を阻害すると指摘されていることが、ひとつのヒントになるのではないだろうか。つまり、経済社会の支え手となる現役世代、特に現役の低所得層が、自身のキャリア形成や子どもの教育などの人的投資を十分に行えるように支援するという観点からの分配政策が考えられる。これは高齢者への分配が不要ということではない。現役世代による自身の将来や老親の扶養などへの負担や不安を軽減し、将来の見通しを明るくするという観点から、幅広く考えられる必要がある。

また、分配の手法も考える必要がある。例えば、同じ人の所得を増やすのであれば、市場で得られる所得（賃金など）の増加を促す方が、単に他の人の所得を再分配するよりも、労働供給の増大や生産性向上などを通じて直接的に経済成長につながりやすいと考えられる。

つまり、成長との関係から今後の社会保障を考えるとき、我が国経済社会の支え手となる現役世代やその子どもの現在や将来の生活の安定、あらゆる立場の人々の労働参加や生産性向上の促進といった観点も重要になると考えられる。

第2章 国民生活と社会保障

第1章では、我が国の社会保障の役割、機能及び特徴や経済社会の変化の中での課題と対応について概観した。本章では、国民生活の現状を把握するため、実際に社会経済活動の基本的な単位となる家計の動向について、第1節で所得を、第3節で資産を取り上げ、長期時系列的な観点から分析していく。また、第2節では、現役世代の所得の動向に大きな影響を与える賃金の動向について、長期時系列的な観点から分析を行う。第4節では、我が国の社会保障制度の中でどのように所得再分配が行われているのかについて、概観する。

第1節 家計所得の動向

1 世帯総所得の動向

（1世帯当たり平均総所得金額は1994年をピークに減少傾向、直近では改善）

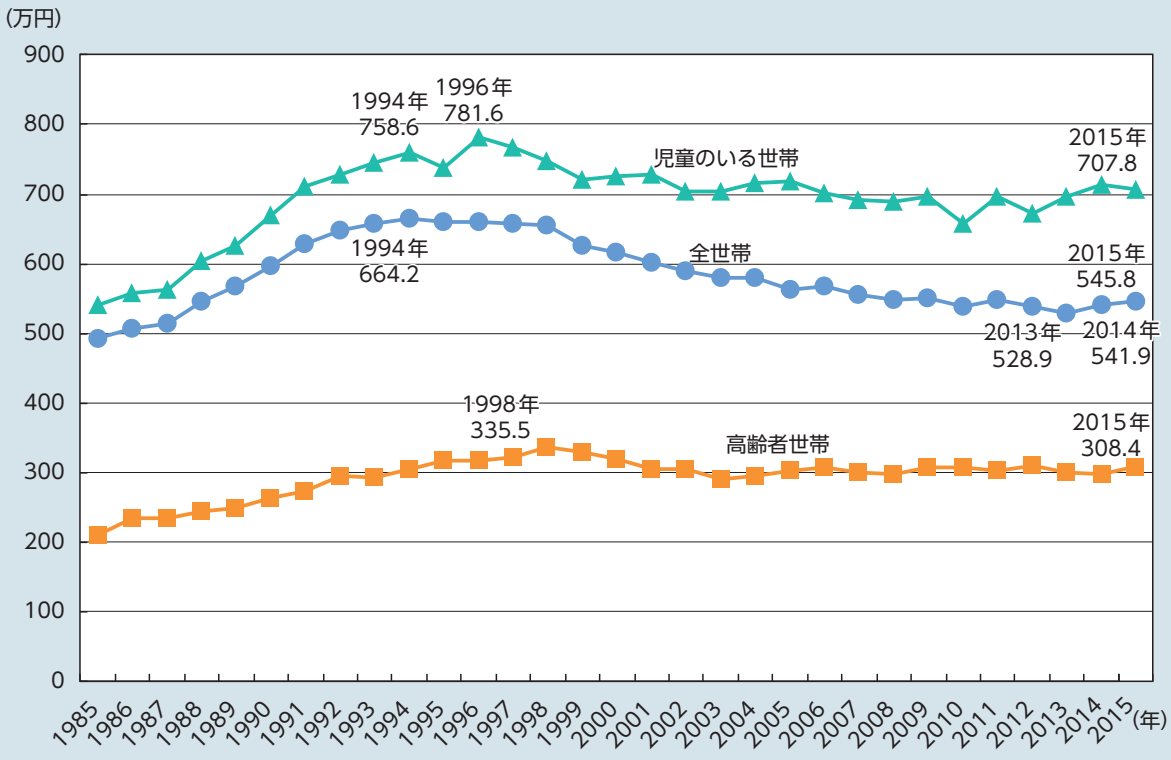
厚生労働省政策統括官付世帯統計室「国民生活基礎調査」によると、全世帯の1世帯当たり平均総所得金額*1は、1985（昭和60）年から上昇を続けた後、1994（平成6）年の664.2万円をピークに減少傾向が続いていたが、2013（平成25）年の528.9万円を底に、2014（平成26）年には541.9万円、2015（平成27）年には545.8万円と2年連続の増加となっている（図表2-1-1）。

1世帯当たり平均総所得金額の動向は、世帯類型により様相が異なっている。世帯類型ごとに1世帯当たり平均総所得金額を見てみると、高齢者世帯*2は、1998（平成10）年の335.5万円をピークに2000年代初頭まで減少傾向にあったが、その後はほぼ横ばいの状態が続き、2015年には308.4万円となっている。この間、高齢者世帯の1世帯当たり平均総所得金額は全世帯の1世帯当たり平均総所得金額のおおむね5～6割程度の水準で推移している。

児童*3のいる世帯について見ると、1996（平成8）年の781.6万円をピークに2000年代初頭まで減少傾向が続いていた。その後はほぼ横ばいであったが、2013年からは増加傾向となり、2015年には707.8万円となっている。また、2015年は1994年の758.6万円に比べると6.7%の減少にとどまっており、全世帯の1世帯当たり平均総所得金額（1994年に比べて17.8%の減少）に比べて減少幅は小さい。

＊1 「国民生活基礎調査」及び「所得再分配調査」では、所得については、調査年の前年の所得を調査している（例えば、2017年調査であれば2016年1月1日から12月31日までの1年間の所得について調べている）ので、所得に関連するデータについては、調査年の前年を記載している。
「国民生活基礎調査」は、1986（昭和61）年から、3年ごとに大規模な調査を実施し、中間の各年には、世帯の基本的事項及び所得の状況について小規模で簡易な調査（簡易調査）を実施している。本白書で分析した「国民生活基礎調査」のデータのうち、直近の大規模調査年は2013年（所得については2012年）ないし2016年（所得については2015年）である。図表2-1-3などでは、所得の最新値として2014年のデータを使用しているが、簡易調査年のため集計対象となるサンプル数が少なく、集計結果の統計的信頼性が大規模調査年より低いことに留意が必要である。
＊2 「高齢者世帯」とは、65歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。
＊3 「児童」とは、18歳未満の未婚の者をいう。

図表2-1-1　１世帯当たり平均総所得金額の年次推移

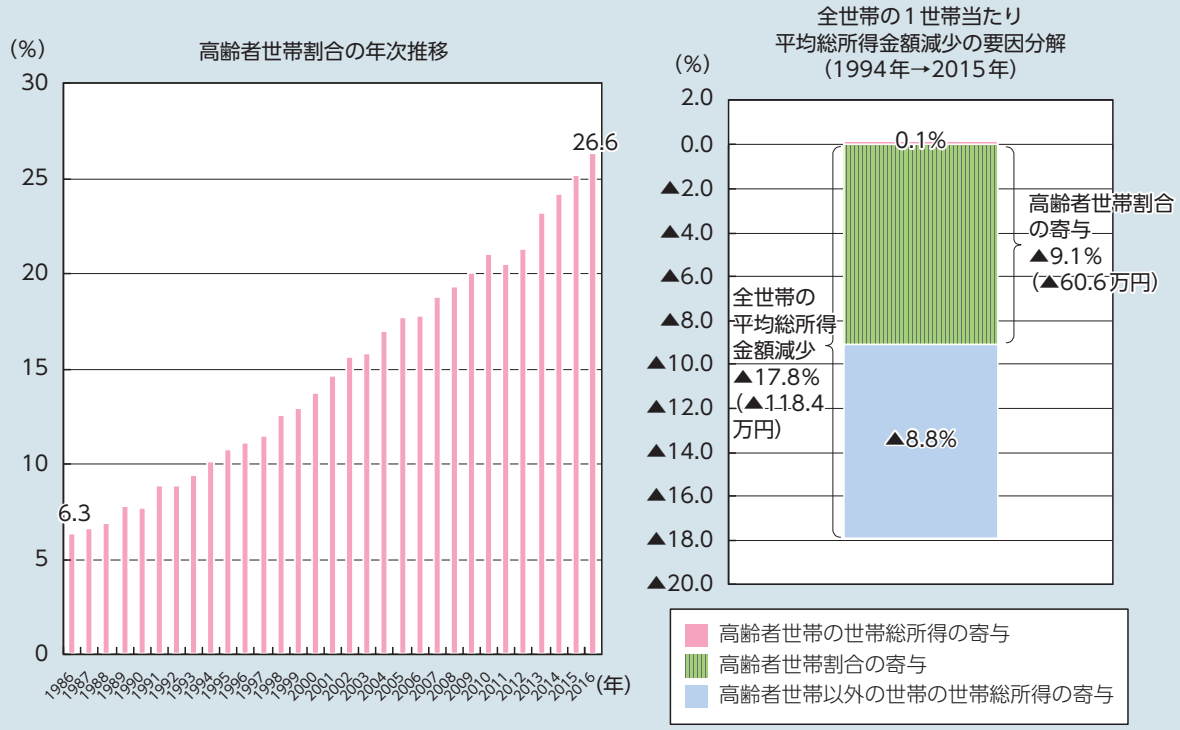


資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室　「国民生活基礎調査」
(注)　1. 「高齢者世帯」とは、65歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。
2. 「児童」とは、18歳未満の未婚の者をいう。
3. 1994年の数値は、兵庫県を除いたものである。
4. 2010年の数値は、岩手県、宮城県及び福島県を除いたものである。
5. 2011年の数値は、福島県を除いたものである。
6. 2015年の数値は、熊本県を除いたものである。

（1世帯当たり平均総所得金額減少の大きな要因は高齢者世帯割合の増加）

全世帯の1世帯当たり平均総所得金額減少の背景には、高齢者世帯割合の急激な増加がある。高齢者世帯の全世帯に占める割合は増加傾向にあり、1986年の6.3%から2016年には26.6%と、ここ30年で4倍以上となっている。1世帯当たり所得水準が全体よりも低い高齢者世帯割合の増加は全世帯の平均総所得金額の減少要因となる（図表2-1-2）。1994年から2015年にかけての全世帯の1世帯当たり平均総所得金額の減少要因を分析すると、全世帯の1世帯当たり平均総所得金額の減少分17.8%のうち9.1%が高齢者世帯割合の増加によるものとなっており、全体の減少分のうち5割程度が現役世帯よりも平均総所得金額の低い高齢者世帯割合の増加によるものであることがわかる。

図表2-1-2　高齢者世帯割合の年次推移・1世帯当たり平均総所得金額減少の要因分解



資料：「高齢者世帯割合の年次推移」は厚生労働省政策統括官付世帯統計室　「国民生活基礎調査」、「全世帯の1世帯当たり平均総所得金額減少の要因分解（1994年→2015年）」は「国民生活基礎調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

（注）1. 「高齢者世帯」とは、65歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。
2. 1995年（世帯総所得については1994年）の数値は、兵庫県を除いたものである。ただし、「全世帯の1世帯当たり平均総所得金額減少の要因分解（1994年→2015年）」における1994年の数値は、「高齢者世帯」を「65歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の者が加わった世帯」として集計したものである。
3. 2011年の数値は、岩手県、宮城県及び福島県を除いたものである。
4. 2012年の数値は、福島県を除いたものである。
5. 2016年（世帯総所得については2015年）の数値は、熊本県を除いたものである。

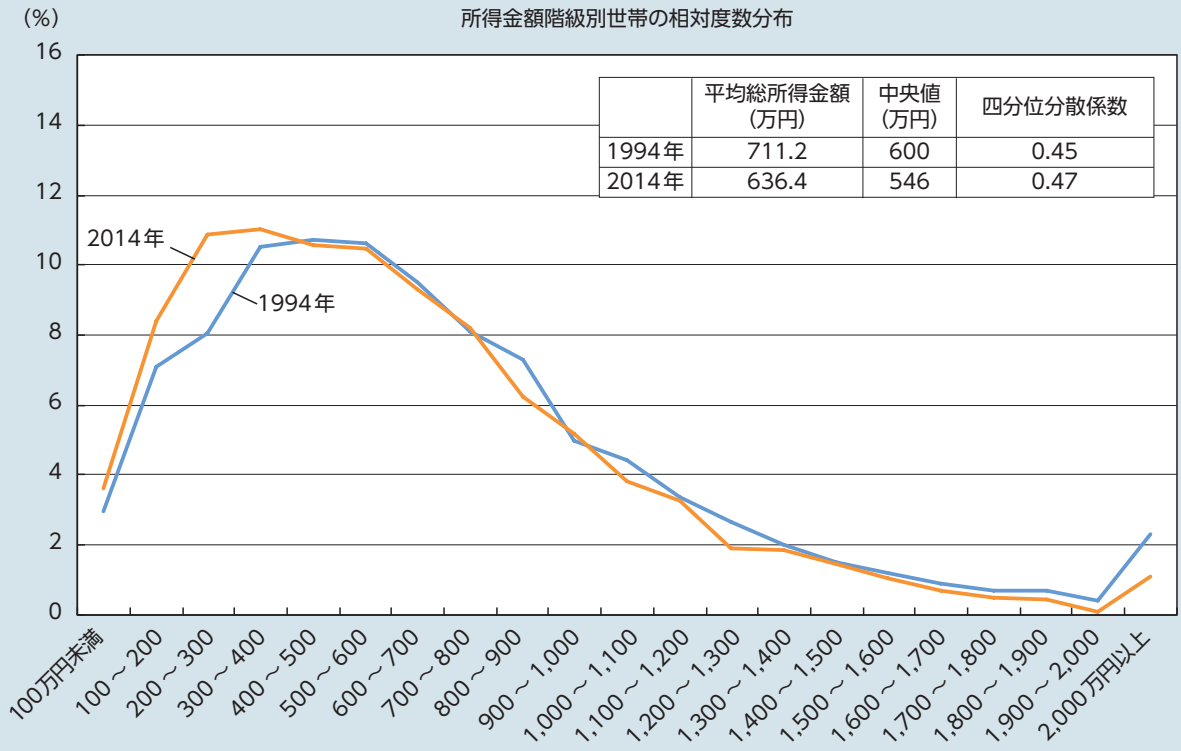
（高齢者世帯以外の世帯全体で見ると世帯総所得400万円未満の世帯割合が増加、1,000万円以上の世帯割合が減少）

世帯総所得の状況については、平均値だけでは捉えられない面もあることから、以下では世帯総所得の動向をより詳細に見ていくため、世帯総所得の所得金額階級別分布や、世帯主年齢、世帯構造別の世帯総所得の動向について概観する。

まずは、図表2-1-3により、高齢者世帯以外の世帯*4の世帯総所得金額階級別の分布を見てみよう。高齢者世帯以外の世帯については、世帯総所得金額が400万円未満の世帯割合が増え、1,000万円以上の世帯割合が減少しているが、400～1,000万円未満の世帯割合は変化が少ないことがわかる。また、中央値についても、1994年の600万円から2014年の546万円に減少している。四分位分散係数*5は大きく変化していないことから、所得分布のばらつきは大きく変わらないが、全体として低い方にシフトした結果、高所得世帯の割合が減る一方、低所得世帯の割合が増えているといえる。

こうした所得分布の変化の背景については、どのような要因が考えられるのだろうか。国民生活基礎調査の対象となる世帯は、単独の世帯、夫婦のみや夫婦と子からなる世帯、三世代同居の世帯など多様な世帯が含まれており、就業形態も様々であって、それら世帯をまとめた世帯全体の動向だけを見ても生じている現象を見極めることができない。以下では、現役世代の中心となる世帯主が30歳代から50歳代の世帯総所得について、世帯主の年齢階級別に、世帯数の所得金額階級別の相対度数分布及び世帯構造との関係を概観する。

図表2-1-3　高齢者世帯以外の世帯　世帯総所得金額の動向（1994年、2014年）



	平均総所得金額（万円）	中央値（万円）	四分位分散係数
1994年	711.2	600	0.45
2014年	636.4	546	0.47

資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室　「国民生活基礎調査」（1995年、2015年）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

（注）1. 「高齢者世帯」は、65歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の子が加わった世帯をいう。ただし、1994年の数値については、「高齢者世帯」を「65歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の者が加わった世帯」とし、「高齢者世帯以外の世帯」はこれ以外の世帯として集計。
2. 1994年の数値については、兵庫県を除いたものである。

＊4　「高齢者世帯」を「65歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯」と定義していることから、「高齢者世帯以外の世帯」の中には、例えば、65歳以上の者が世帯主となっているが18歳以上65歳未満の者が同居している世帯も含まれることに留意が必要。

＊5　四分位分散係数とは、分布の広がりを示す指標の一つであり、次の算式により計算された数値をいう。一般に、その値が小さいほど分布の広がりの程度が小さいことを示す。

$$四分位分散係数 = \frac{第3・四分位値 - 第1・四分位値}{2 \times 中位値}$$

（世帯主が30～39歳の世帯では単独世帯割合の増加などにより世帯総所得300万円未満の世帯割合が増加）

図表2-1-4は、世帯主が30～39歳の世帯について世帯総所得の1994年から2014年にかけての変化を見たものである。

この世帯主年齢層の世帯全体について大きく見ると、所得分布のばらつきは大きくは変わらないが、全体として所得の低い方にシフトしている。

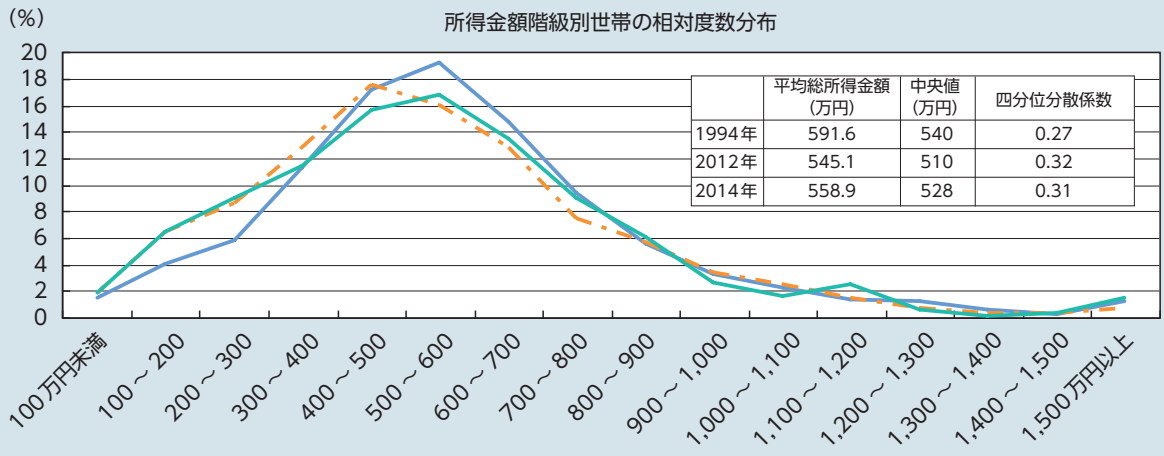
細かく見ると、世帯総所得金額が300万円未満の世帯割合が増加する一方で、400～700万円未満の世帯割合が減少している。また、1世帯当たり平均総所得金額は591.6万円から558.9万円に、中央値も540万円から528万円に減少している。なお、児童のいる世帯の1世帯当たり平均総所得金額が上昇傾向に転じた2012年から2014年にかけて見ると、世帯主が30～39歳の世帯においても、所得分布の高い方へのシフトによる1世帯当たり平均総所得金額や中央値の上昇など、改善傾向が見られている。

また、世帯構造別の構成割合と1世帯当たり平均総所得金額の変化を見ると、構成割合については世帯所得の高い三世代世帯の割合が減少し、世帯所得の低い単独世帯やひとり親と未婚の子のみの世帯の割合が増加する一方、1世帯当たり平均総所得金額についてはひとり親と未婚の子のみの世帯で減少が見られる。この世帯主年齢層の6割程度を占める夫婦と未婚の子のみの世帯は、平均総所得金額に大きな変化はない。

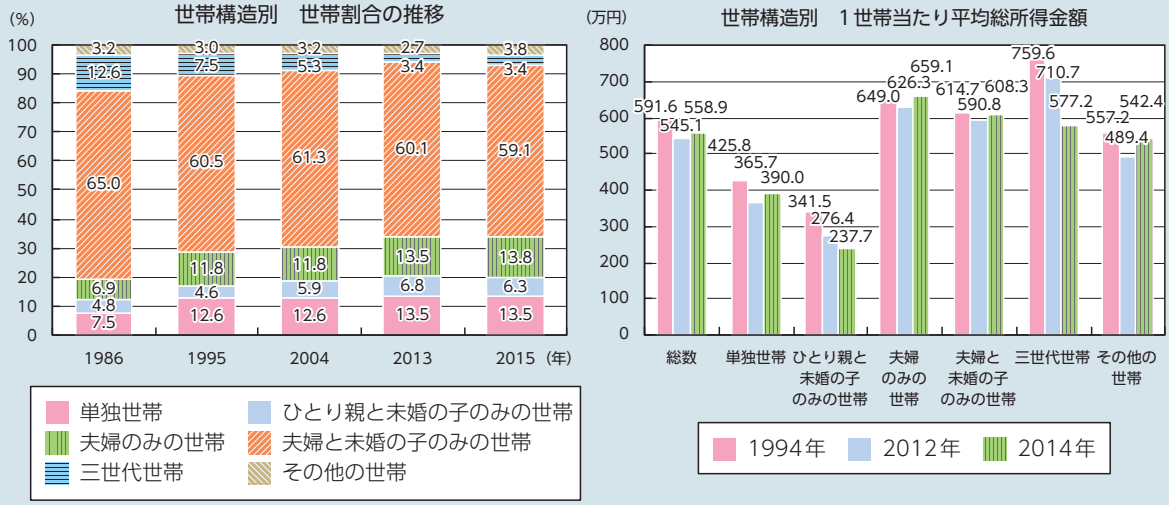
以上をまとめると、世帯主が30～39歳の世帯は、三世代世帯の割合の減少、単独世帯、ひとり親と未婚の子のみの世帯の割合の増加と、ひとり親と未婚の子のみの世帯の所得の減少[*6]によって、所得分布全体が所得の低い方にシフトしているといえる。

＊6 厚生労働省政策統括官付政策評価官室において「国民生活基礎調査」を集計したところ、世帯主が30～39歳の世帯のうち世帯総所得金額が300万円未満の世帯の割合は、1994年から2014年にかけて、ひとり親と未婚の子のみの世帯で49.5%から83.8%に増加している。

図表2-1-4　世帯主が30~39歳の世帯　世帯総所得金額の動向



	平均総所得金額（万円）	中央値（万円）	四分位分散係数
1994年	591.6	540	0.27
2012年	545.1	510	0.32
2014年	558.9	528	0.31



資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室「国民生活基礎調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注）1.「世帯構造別　世帯割合の推移」における数値は、所得票の調査客体となった世帯を対象として集計した数値である。
2. 1994年（世帯構造別世帯割合については1995年）の数値は、兵庫県を除いたものである。
3. 2012年（世帯構造別世帯割合については2013年）の数値は、福島県を除いたものである。

（世帯主が40～49歳の世帯では三世代世帯割合の減少や単独世帯割合の増加などにより、世帯総所得300万円未満の世帯割合が増加、700～900万円未満や1,000万円以上の世帯割合は減少）

図表2-1-5は、世帯主が40～49歳の世帯について世帯総所得の1994年から2014年にかけての変化を見たものである。

この世帯主年齢層の世帯全体について大きく見ると、所得分布のばらつきは大きくは変わらないが、全体として所得の低い方にシフトしている。

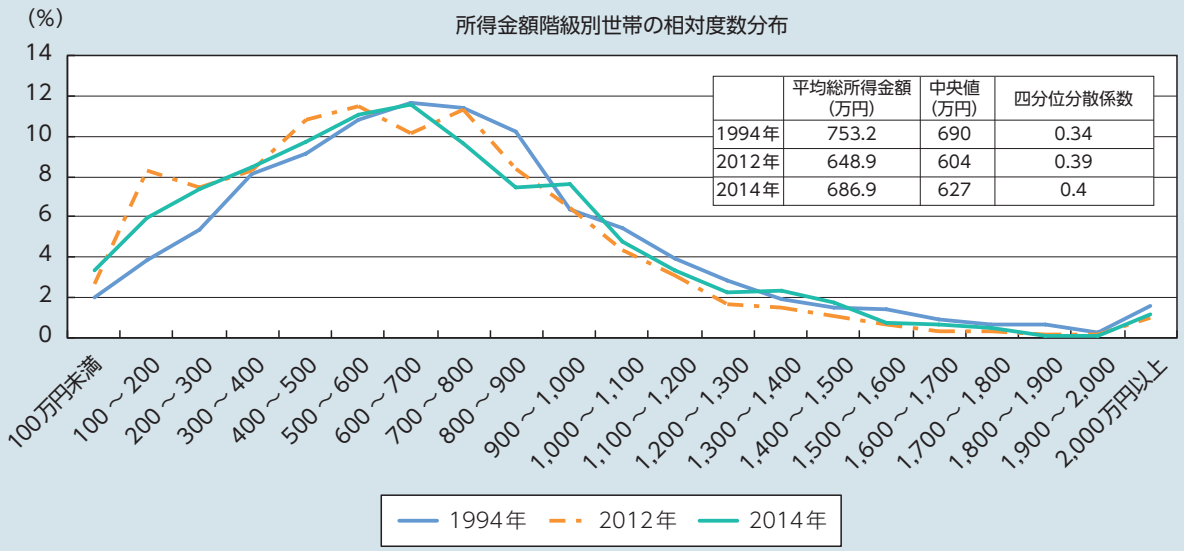
細かく見ると、世帯総所得金額が300万円未満の世帯割合が増加する一方で、700～900万円未満や1,000万円以上の世帯割合は減少している。また、1世帯当たり平均総所得金額は753.2万円から686.9万円に、中央値も690万円から627万円に減少している。なお、2012年から2014年にかけては、世帯総所得金額が100～200万円未満の世帯割合の減少や900万円以上の世帯割合の増加、1世帯当たり平均総所得金額や中央値の増加など、改善傾向が見られている。

次に、世帯構造別の構成割合と1世帯当たり平均総所得金額の変化を見ると、構成割合については世帯所得の高い三世代世帯の割合が減少し、世帯所得の低い単独世帯やひとり親と未婚の子のみ世帯の割合が増加する一方、1世帯当たり平均総所得金額については、単独世帯やひとり親と未婚の子のみの世帯で減少が見られる。この世帯主年齢層の6割程度を占める夫婦と未婚の子のみの世帯は、1世帯当たり平均総所得金額に大きな変化はない。

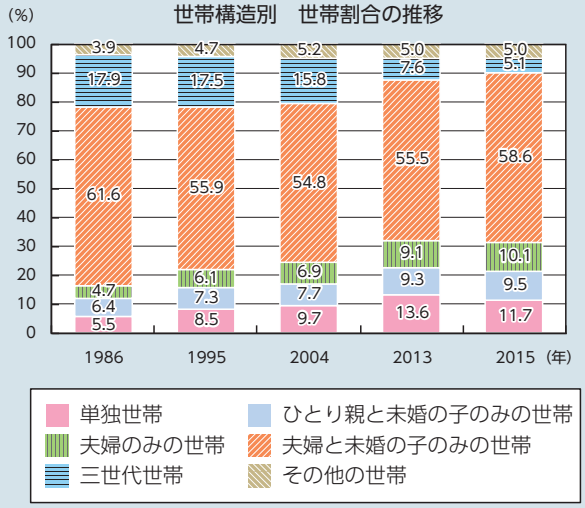
以上をまとめると、世帯主が40～49歳の世帯は、三世代世帯の割合の減少と、単独世帯、ひとり親と未婚の子のみの世帯の割合の増加、単独世帯やひとり親と未婚の子のみの世帯の所得の減少[*7]によって、所得分布全体が所得の低い方にシフトしているといえる。

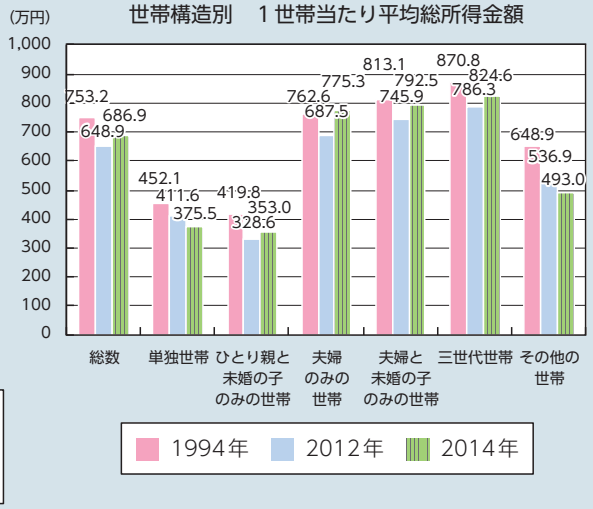
＊7 厚生労働省政策統括官付政策評価官室において「国民生活基礎調査」を集計したところ、世帯主が40～49歳の世帯のうち世帯総所得金額が300万円未満の世帯の割合は、1994年から2014年にかけて、単独世帯で33.2%から45.8%に、ひとり親と未婚の子のみの世帯で37.7%から43.9%に、それぞれ増加している。

図表2-1-5　世帯主が40~49歳の世帯　世帯総所得金額の動向



	平均総所得金額（万円）	中央値（万円）	四分位分散係数
1994年	753.2	690	0.34
2012年	648.9	604	0.39
2014年	686.9	627	0.4





資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室「国民生活基礎調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注）1.「世帯構造別　世帯割合の推移」における数値は、所得票の調査客体となった世帯を対象として集計した数値である。
2. 1994年（世帯構造別世帯割合については1995年）の数値は、兵庫県を除いたものである。
3. 2012年（世帯構造別世帯割合については2013年）の数値は、福島県を除いたものである。

（世帯主が50～59歳の世帯では三世代世帯割合の減少や単独世帯割合の増加などにより、世帯総所得300万円未満の世帯割合が増加、1,000万円以上の世帯割合は減少）

図表2-1-6は、世帯主が50～59歳の世帯について世帯総所得の1994年から2014年にかけての変化を見たものである。

この世帯主年齢層の世帯全体について大きく見ると、所得分布のばらつきは大きくは変わらないが、全体として所得の低い方にシフトしている。

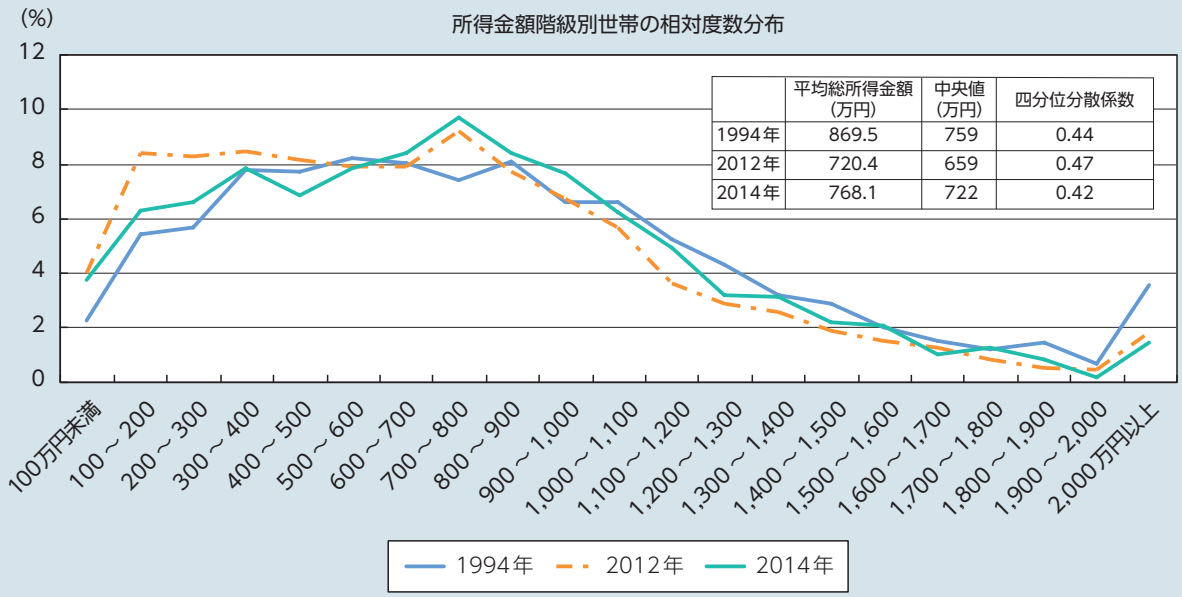
細かく見ると、世帯総所得金額が300万円未満の世帯割合が増加する一方で、1,000万円以上の世帯割合は減少している。また、1世帯当たり平均総所得金額は869.5万円から768.1万円に、中央値も759万円から722万円に減少している。なお、2012年から2014年にかけては、世帯総所得金額300万円未満の世帯割合の減少や700万円以上の世帯割合の増加、1世帯当たり平均総所得金額や中央値の増加など、改善傾向が見られている。

次に、世帯構造別の構成割合と1世帯当たり平均総所得金額の変化を見ると、構成割合については、世帯所得の高い三世代世帯の割合が減少し、世帯所得の低い単独世帯やひとり親と未婚の子のみの世帯の割合が増加する一方、1世帯当たり平均総所得金額についてはひとり親と未婚の子のみの世帯で減少が見られる。この世帯主年齢層の4割程度を占める夫婦と未婚の子のみの世帯の1世帯当たり平均総所得金額も減少（世帯総所得金額1,000万円以上の世帯割合が減少）[*8]しているが、2012年から2014年にかけては増加している。

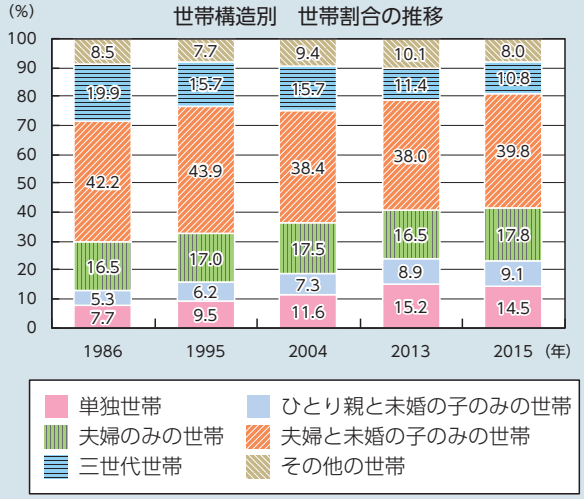
以上をまとめると、世帯主が50～59歳の世帯は、三世代世帯の割合の減少、単独世帯、ひとり親と未婚の子のみの世帯の割合の増加に加え、ひとり親と未婚の子のみの世帯の所得の減少[*8]や、夫婦と未婚の子のみの世帯のうち高所得世帯の所得の減少によって、所得分布全体が所得の低い方にシフトしているといえる。

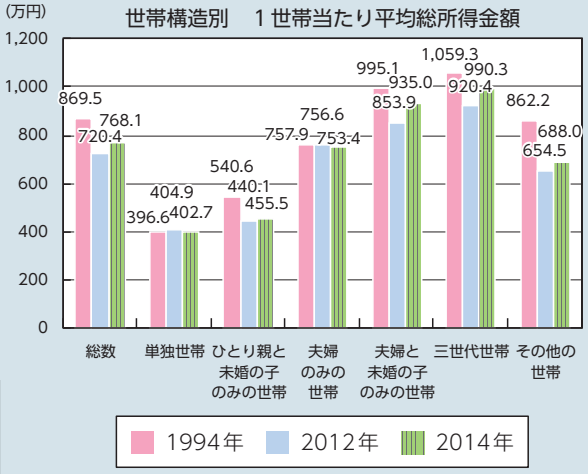
＊8 厚生労働省政策統括官付政策評価官室において「国民生活基礎調査」を集計したところ、世帯主が50～59歳の世帯のうち世帯総所得金額が300万円未満の世帯の割合は、1994年から2014年にかけて、ひとり親と未婚の子のみの世帯で29.5%から36.0%に上昇している。また、世帯総所得金額が1,000万円以上の世帯の割合は、1994年から2014年にかけて、夫婦と未婚の子のみの世帯で41.9%から38.6%に減少している。

図表2-1-6　世帯主が50~59歳の世帯　世帯総所得金額の動向



	平均総所得金額（万円）	中央値（万円）	四分位分散係数
1994年	869.5	759	0.44
2012年	720.4	659	0.47
2014年	768.1	722	0.42





資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室「国民生活基礎調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注）1.「世帯構造別　世帯割合の推移」における数値は、所得票の調査客体となった世帯を対象として集計した数値である。
2. 1994年（世帯構造別世帯割合については1995年）の数値は、兵庫県を除いたものである。
3. 2012年（世帯構造別世帯割合については2013年）の数値は、福島県を除いたものである。

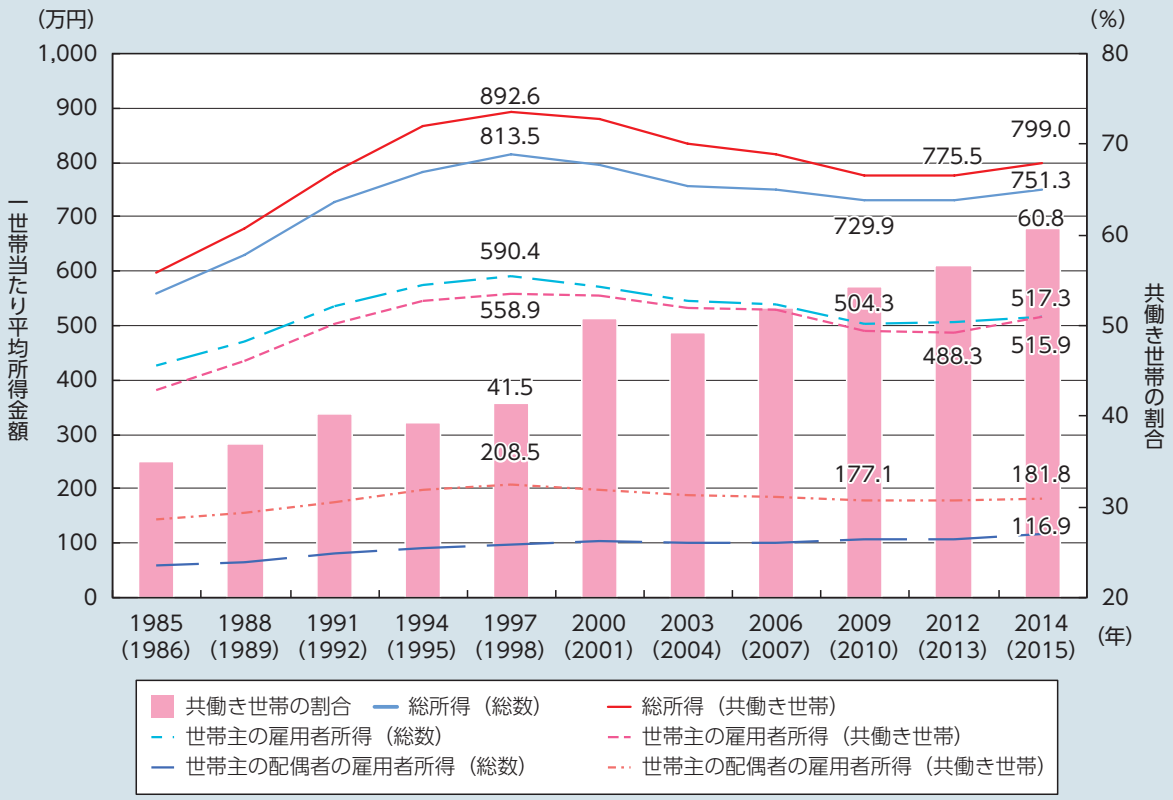
（1990年代半ばから世帯主の雇用者所得が減少する中で共働き世帯割合は増加）

図表2-1-7は、夫婦のいる世帯のうち世帯主が雇用者である世帯*9について、世帯総所得、世帯主と世帯主の配偶者の雇用者所得の1世帯当たり平均所得金額及び世帯主の配偶者が雇用者である世帯（以下「共働き世帯」という。）の割合の年次推移を表したものである。

共働き世帯の1世帯当たり平均所得金額の動きを見ると、総所得は1997年の892.6万円をピークに2012年まで減少傾向が続いていたが、2014年には回復し、799.0万円となっている。世帯主の雇用者所得は1997年の558.9万円をピークに2012年の488.3万円まで減少していたが、2014年では515.9万円に増加している。世帯主の配偶者の雇用者所得は1997年の208.5万円をピークに2009年の177.1万円まで減少していたが、2014年では181.8万円に若干増加している。

夫婦のいる世帯に占める共働き世帯の割合は1997年の41.5%から2014年には60.8%と大きく増加しており、1990年代半ばから世帯主の雇用者所得が伸び悩む中で世帯主の配偶者の雇用者所得が世帯収入を補う世帯が増加していることが確認できる。その結果、世帯主が雇用者である夫婦のいる世帯全体で見ると、1997年から2014年にかけての1世帯当たり平均総所得金額は7.6%の減少となっており、世帯主の雇用者所得（12.4%の減少）より減少幅が小さくなっている。

図表2-1-7　夫婦のいる世帯の世帯総所得　世帯主・世帯主の配偶者の雇用者所得　推移



資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室「国民生活基礎調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注）1. 夫婦のいる世帯であって世帯主が雇用者である世帯のうち世帯主の配偶者が雇用者又は無業である世帯（所得票の調査客体となった世帯）を対象として集計。
2. 横軸の年次について、（　）内は共働き世帯の割合の年次。
3. 1994年（共働き世帯の割合については1995年）の数値については、兵庫県を除いたものである。

＊9　夫婦のいる世帯であって世帯主が雇用者である世帯のうち世帯主の配偶者が雇用者又は無業である世帯を対象として集計。

（高齢者世帯では世帯総所得100万円未満の世帯割合は減少、200～500万円未満の世帯割合が増加）

図表2-1-8は、高齢者世帯について世帯総所得の1994年から2014年にかけての変化を見たものである。

高齢者世帯全体について大きく見ると、世帯総所得の平均値や中央値に大きな変化はないが、低所得世帯割合の減少や中所得世帯割合の増加により、所得分布のばらつきが縮小している。

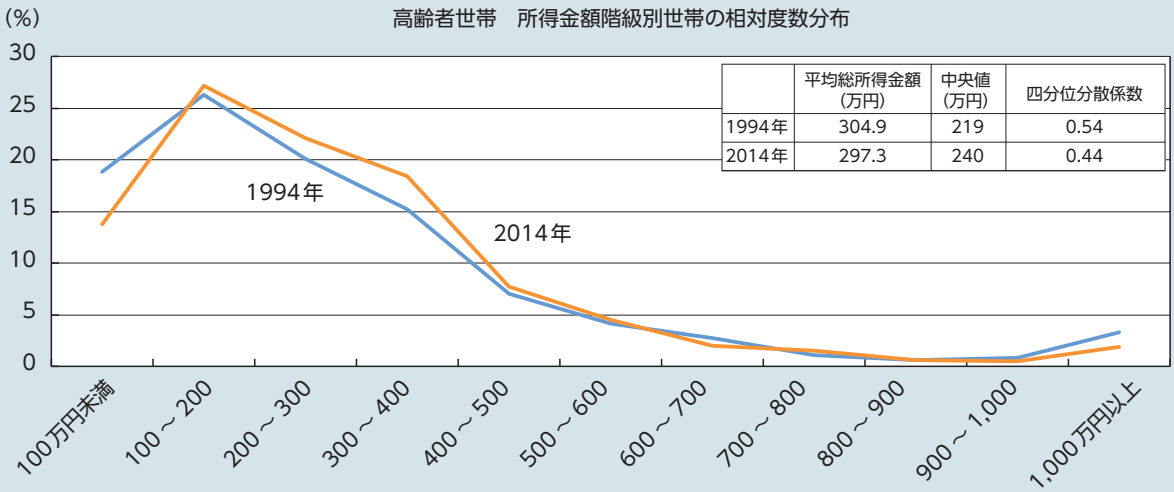
細かく見ると、世帯総所得金額が100万円未満の世帯割合は減少する一方、200～500万円未満の世帯割合が増加している。1世帯当たり平均総所得金額は304.9万円が297.3万円と、中央値は219万円が若干増加して240万円となっているが、大きな変化はない。

次に、世帯構造別の構成割合と1世帯当たり平均総所得金額の変化を見ると、1995年から2015年にかけて、単独世帯と夫婦のみ世帯の構成割合はそれぞれ約半数で推移しており、大きな変化はない。1世帯当たり平均総所得金額については、単独世帯と夫婦のみ世帯いずれも大きな変化はないが、夫婦のみ世帯は単独世帯の約2倍となっている。なお、単独世帯及び夫婦のみ世帯いずれについても、低所得世帯割合の減少と中所得世帯割合の増加[*10]が見られる。

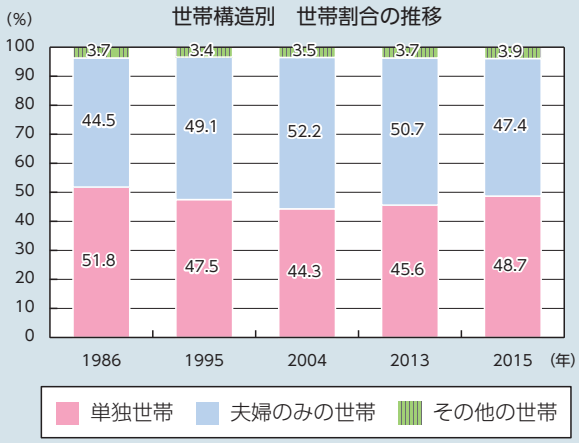
以上をまとめると、高齢者世帯については、世帯構造別の構成割合、平均値や中央値に大きな変化はないが、単独世帯、夫婦のみ世帯いずれにも見られる低所得世帯割合の減少や中所得世帯割合の増加により、高齢者世帯全体でも低所得世帯割合の減少や中所得世帯割合の増加が見られ、これにより所得分布のばらつきが縮小しているといえる。

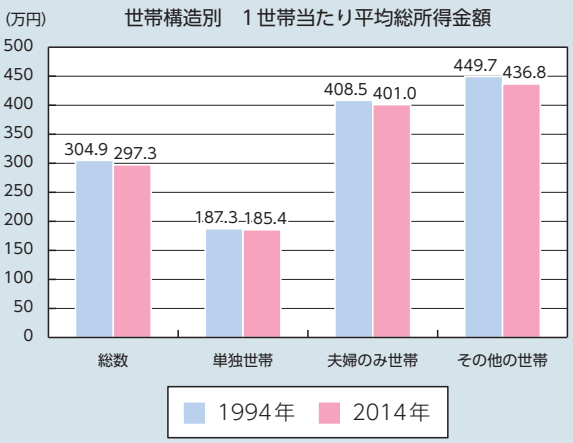
＊10 厚生労働省政策統括官付政策評価官室において「国民生活基礎調査」を集計したところ、1994年から2014年にかけて、高齢者世帯のうち単独世帯では、世帯総所得金額が100万円未満の世帯の割合は32.6%から25.8%に減少し、100～200万円未満の世帯の割合は37.7%から43.2%に、200～300万円未満の世帯割合は16.1%から19.9%に増加している。また、高齢者世帯のうち夫婦のみ世帯では、世帯総所得金額が100万円未満の世帯割合は6.5%から1.9%に、100～200万円未満の世帯割合は15.6%から12.1%に減少し、300～400万円未満の世帯割合は24.0%から29.9%に、400～500万円未満の世帯の割合は10.6%から13.4%に増加している。

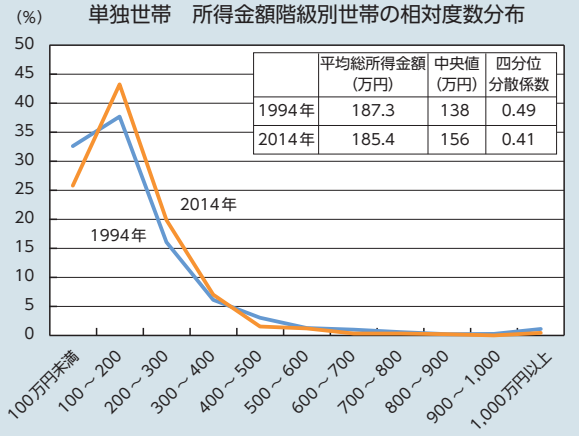
図表2-1-8 高齢者世帯　世帯総所得金額の動向



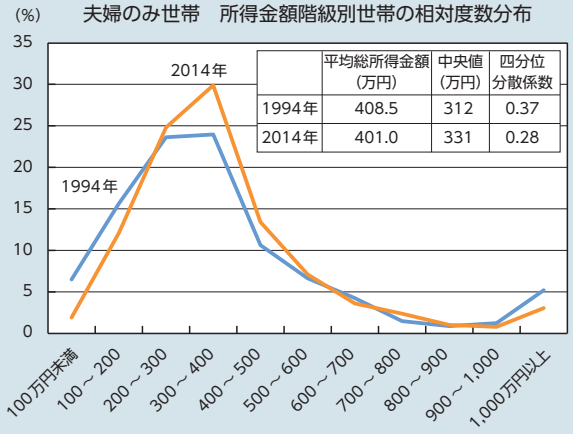
	平均総所得金額（万円）	中央値（万円）	四分位分散係数
1994年	304.9	219	0.54
2014年	297.3	240	0.44







	平均総所得金額（万円）	中央値（万円）	四分位分散係数
1994年	187.3	138	0.49
2014年	185.4	156	0.41



	平均総所得金額（万円）	中央値（万円）	四分位分散係数
1994年	408.5	312	0.37
2014年	401.0	331	0.28

資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室「国民生活基礎調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

（注）1. 「高齢者世帯」は、65歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の子が加わった世帯をいう。ただし、1994年（世帯構造別　世帯割合については1986年及び1995年）の数値については、「高齢者世帯」を「65歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の者が加わった世帯」として集計。

2. 「世帯構造別　世帯割合の推移」における数値は、所得票の調査客体となった世帯を対象として集計した数値である。

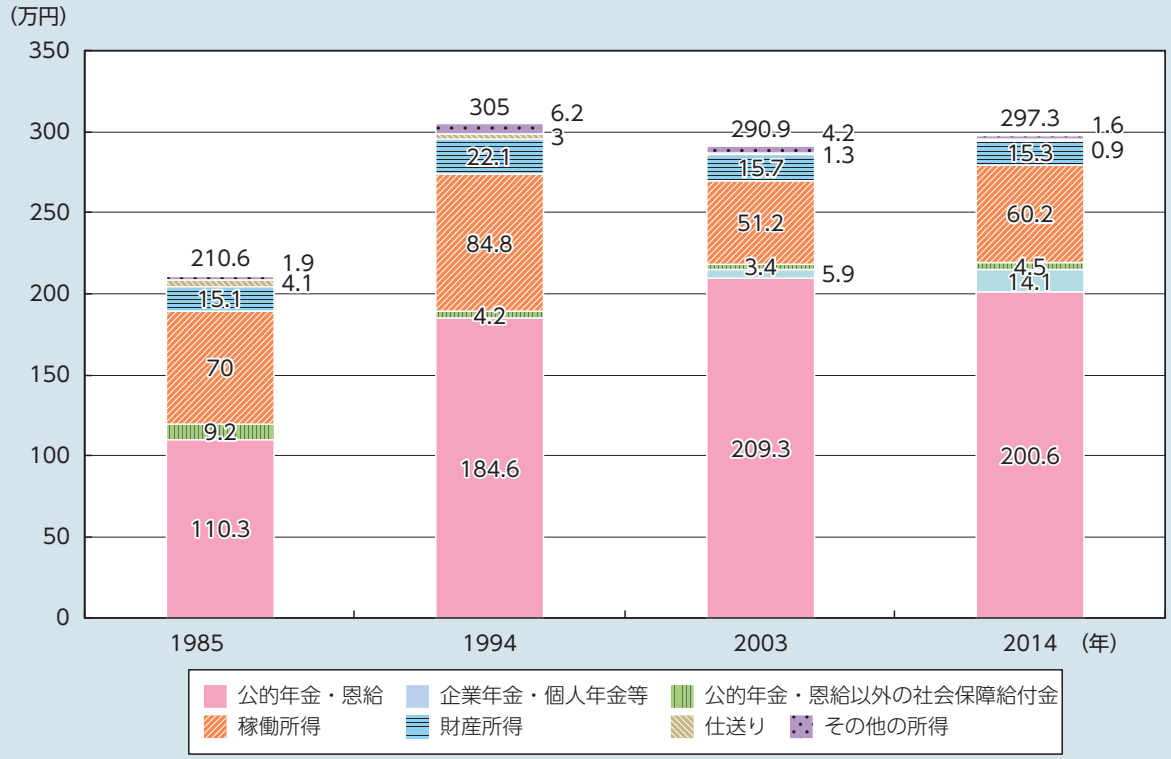
3. 1994年（世帯構造別世帯割合については1995年）の数値は、兵庫県を除いたものである。

4. 世帯構造別世帯割合の2013年の数値は、福島県を除いたものである。

（高齢者世帯の所得水準の改善には年金制度の成熟化が貢献）

高齢者世帯の所得分布が改善した理由としては、年金制度の成熟化が影響しているものと考えられる。**図表2-1-9**は、高齢者世帯の1世帯当たり平均所得金額について、所得の種類別に年次推移を見たものであるが、1994年と2014年を比べると、公的年金・恩給に企業年金・個人年金などを加えた1世帯当たりの平均所得金額は184.6万円から214.7万円に増加している。

図表2-1-9　高齢者世帯の1世帯当たり平均所得金額　所得の種類別　推移



資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室　「国民生活基礎調査」
（注）1. 1985年及び1994年の「その他の所得」には、「企業年金・個人年金等」を含む。
2. 1994年の数値は、兵庫県を除いたものである。
3. 2003年の「その他の社会保障給付金」には、「児童手当等」を含む。
4. 2014年の「その他の所得」には、「臨時福祉給付金」「子育て世帯臨時特例給付金」を含む。

2　1人当たりの所得水準の動向

1では、世帯総所得の動向について概観した。一方で、世帯の所得が同じでも世帯員数が異なれば、世帯に属する世帯員一人一人が生活の糧とできる所得水準、言い換えれば、一人一人の生活水準は異なる。特に、近年の我が国においては、世帯構造の変化に伴い、各世代の平均世帯人数も減少していることから、世帯としての所得の動向に加えて、各世帯の世帯員一人一人の生活水準がどのようになるかという点に注目した分析を行っていくことが有用である。ここでは、世帯員一人一人の所得水準を示すものとして、等価所得（コラム「「所得」の種類」を参照）を用いて分析を行っていく。

コラム 「所得」の種類

第２章第１節及び第４節では、家計所得についての各種データを扱っているが、一口に所得といっても様々な捉え方がある。ここでは「国民生活基礎調査」及び「所得再分配調査」での定義を中心に紹介する。本白書ではこれらの定義に基づいて記述している。

「1世帯当たりの所得」と「等価所得」

「1世帯当たりの所得」は、世帯を構成する世帯員の所得の合計額である。「世帯」とは、住居及び生計を共にする者の集まりをいう。

しかし、世帯によって世帯員数や世帯構成が異なるため、同じ所得水準の世帯でも世帯員単位で見たときの生活水準が同じと単純に評価することができない。

世帯の所得をどのようにして世帯員単位に変換するかについては、本来、世帯人員数や世帯員の年齢構成などを考慮することが必要であるが、こうした変換は非常に複雑であることから、OECDなどでは、世帯の所得を世帯人員の平方根で割って調整したものを「等価所得」として算出し、世帯員単位の所得とみなすという方法がとられている。

当初所得、総所得、可処分所得、再分配所得

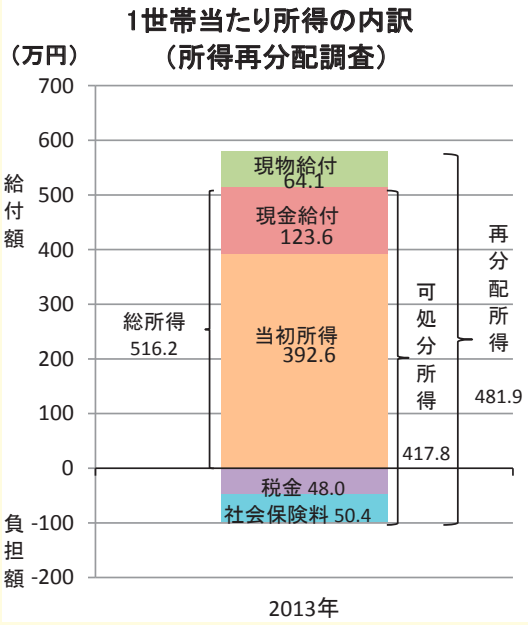
「当初所得」とは、雇用者所得、事業所得、農耕・畜産所得、財産所得、家内労働所得、雑収入、私的給付（仕送り、企業年金、生命保険金等）の合計額をいう。つまり、社会保障による再分配前の所得であるということもできる。

「総所得」は、当初所得に、社会保障による現金給付額（すなわち、再分配による所得）を加えたものである。

「可処分所得」は、総所得から税金及び社会保険料を控除したものである。いわば「手取り収入」ということができる。「等価可処分所得」は、１世帯当たりの可処分所得を世帯員数の平方根で割ったものである。

「再分配所得」は、「可処分所得」に、社会保障による現物給付を加えた所得である。所得再分配調査では、医療・介護・保育の利用日数などを調査した上で、現物給付の給付金額を推計している。

再分配所得は、国民の真の所得水準を知るために最も近い所得であるともいえるが、現物給付の把握が難しいことなどから、我が国で再分配所得まで把握しているのは所得再分配調査のみとなっている。



(1) 等価可処分所得の動向

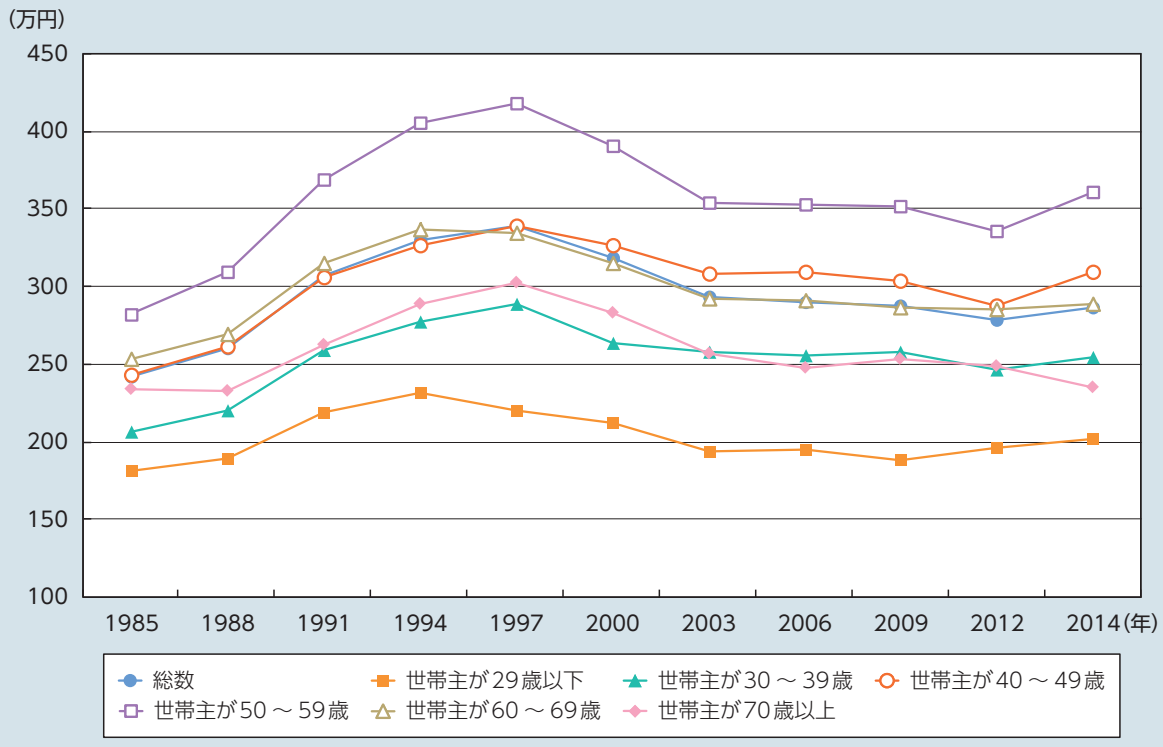
(等価可処分所得で見ると現役世代は高齢世代と同じ水準)

図表2-1-10は、世帯主の年齢階級別に見た平均等価可処分所得金額の年次推移を示したものである。現役・高齢いずれの世代でも、1990年代半ば頃をピークに平均等価可処分所得金額は減少しているが、2003（平成15）年以降は横ばいとなり、2012（平成24）年から2014（平成26）年にかけては世帯主が70歳以上の世帯を除き、全ての世帯主年齢階級で増加している。

世帯主年齢別の水準を比較した場合、世帯主が50～59歳の世帯が最も高い。世帯主が40～49歳の世帯がこれに続くが、その水準は世帯主が60～69歳の世帯の水準と近くなっている。また、世帯主が30～39歳の世帯の水準は世帯主が70歳以上の世帯とほぼ同じ水準となっている。

1でも見たとおり、世帯単位で見ると、高齢者世帯の総所得金額は、高齢者世帯以外の世帯の総所得金額に対して平均的には半分程度であるが、高齢者世帯は現役世代に比べると平均的には世帯人数が少ない。こうしたことから、世帯人数を調整した1人当たりの所得水準は、高齢世代が世帯主である世帯と現役世代が世帯主である世帯とほぼ同じ水準になっている。

図表2-1-10　世帯主年齢階級別　平均等価可処分所得金額の推移



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託　みずほ情報総研株式会社「家計所得の分析に関する報告書」(2017年)
(注)　1. 1994年の数値は、兵庫県を除いたものである。
2. 等価可処分所得金額不詳の世帯員は除く。

（高齢世代と現役世代の等価可処分所得の水準が同じである背景には等価拠出金額の違いも影響）

図表2-1-11は、等価可処分所得の増減に影響を与える要因を分析するため、所得の種類別内訳を等価で見るとともに、可処分所得金額の算出に当たって総所得金額から控除する拠出金（税金及び社会保険料）についても等価金額にして、年次推移を見たものである。

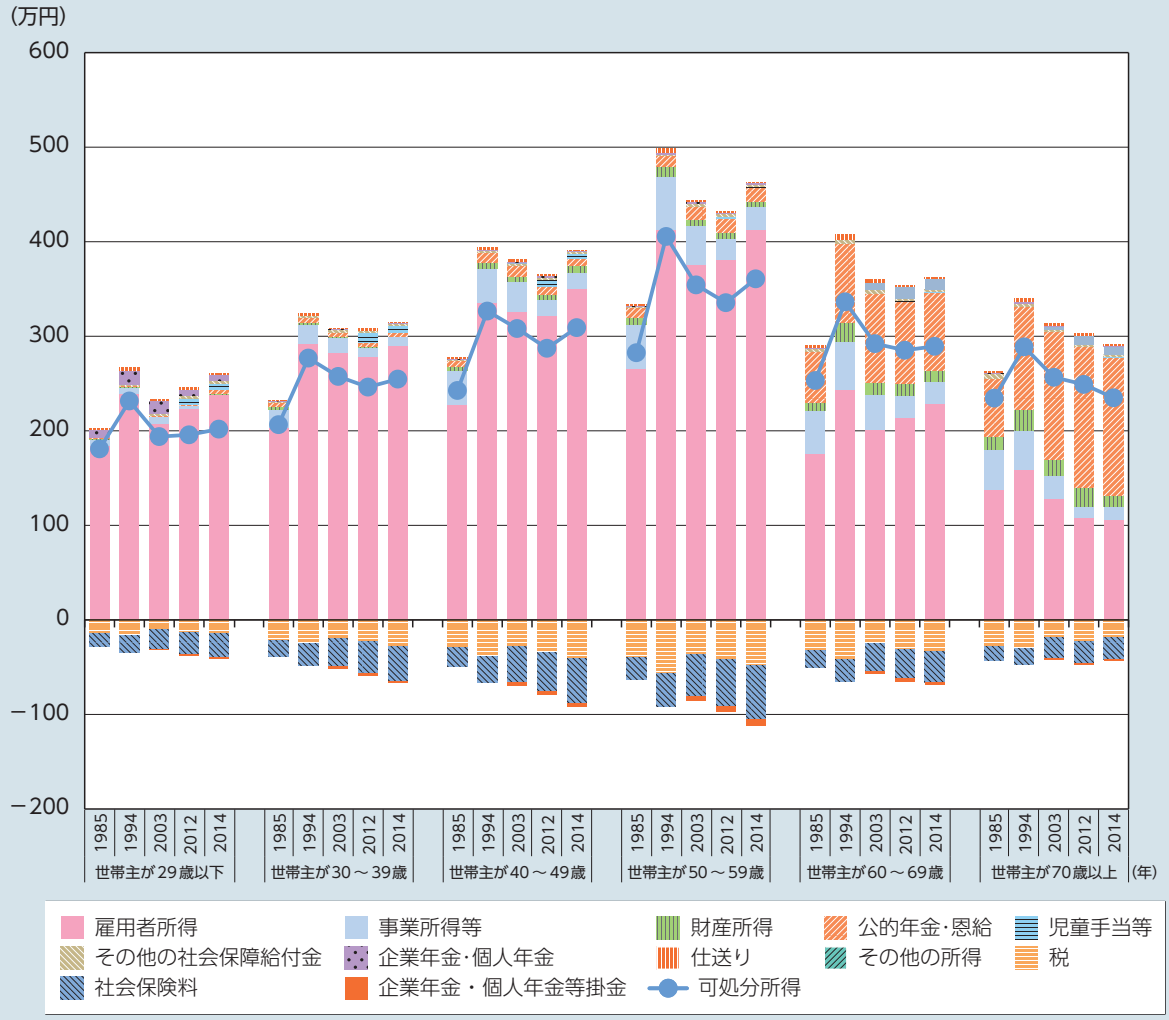
世帯主が30～40歳代の世帯について見ると、雇用者所得については、1994年から2012年にかけてやや減少していたが、2014年は1994年とほぼ同じ水準に回復している。また、2012年以降、児童手当等が所得金額の上昇に寄与している一方、事業所得等の減少や拠出金の増加により、等価可処分所得の伸びが抑えられていることがわかる。

世帯主が50歳代の世帯においても、雇用者所得は、2014年には1994年とほぼ同じ水準に回復しているが、事業所得の減少がほかの年代より大きく、拠出金も増加していることから、1994年から2012年にかけての可処分所得の減少が他の世代より大きく、2014年においても十分に回復していない。

世帯主が60～69歳、70歳以上の世帯においては、等価所得の合計額は1994年をピークに減少傾向にあるが、等価拠出金額はほぼ横ばいとなっている。また、公的年金・恩給については、1994年から2012年にかけて、世帯主が70歳以上の世帯において増加している。雇用者所得については、世帯主が60～69歳の世帯において近年増加傾向が見られるが、世帯主が70歳以上の世帯においては減少傾向にある。雇用者所得は、高齢の世帯主自らが稼働した雇用者所得のほかに、同居する子などの雇用者所得を等価化したものも含まれることに留意する必要がある。特に、世帯主が70歳以上の世帯の雇用者所得等の減少には、これらの世帯で三世代世帯の割合が減少していることも影響している。

世帯主30歳代の世帯より等価総所得金額では低い世帯主70歳以上の世帯の等価可処分所得金額が世帯主が30歳代の世帯と同じに、世帯主が40歳代の世帯より等価総所得金額では低い世帯主が60歳代の世帯の等価可処分所得金額が世帯主が40歳代の世帯とほぼ同じになっている背景には、こうした等価拠出金額の違いも影響していることがわかる。

図表2-1-11　世帯主年齢階級別　平均等価所得種類別金額・平均等価拠出金金額・平均等価可処分所得金額　推移



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託　みずほ情報総研株式会社「家計所得の分析に関する報告書」(2017年)
(注)　1. 事業所得等：「事業所得」「農耕・畜産所得」「家内労働所得」の合計額として集計。
2. 1985年及び1994年の「その他の所得」には、「企業年金・個人年金等」を含む。
3. 1994年の数値は、兵庫県を除いたものである。
4. 2003年の「その他の社会保障給付金」には、「児童手当等」を含む。また、「雇用保険」を含む額として集計。
5. 2012年及び2014年の「その他の社会保障給付金」は、「雇用保険」を含む額として集計。
6. 2014年の「その他の所得」には、「臨時福祉給付金」「子育て世帯臨時特例給付金」を含む。
7. 「平均等価可処分所得」には、等価可処分所得金額不詳は含まない。

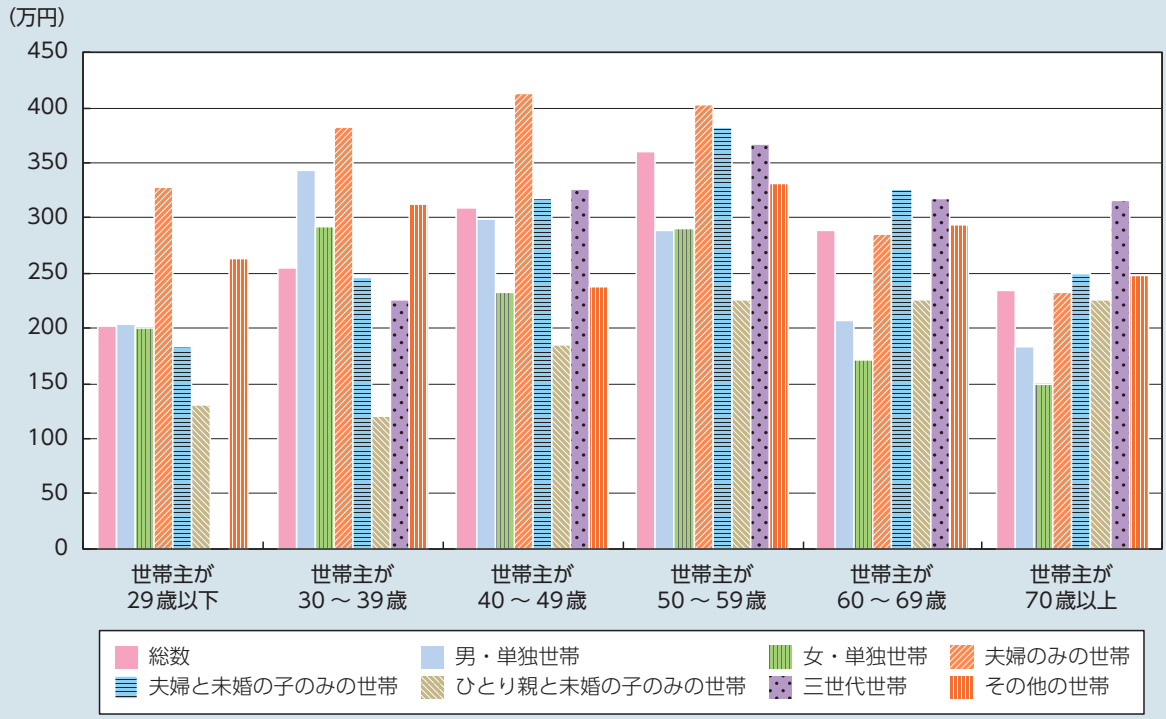
（現役世代ではひとり親と未婚の子のみの世帯の水準が低く高齢世代では女性単独世帯の水準が低い）

図表2-1-12は、世帯主の年齢階級別に世帯構造別の平均等価可処分所得金額を見たものである。世帯主が50歳代以下の世帯では、ひとり親と未婚の子のみの所得金額が他に比べて特に低くなっており、それぞれの世代の平均等価可処分所得金額の6割程度となっている。一方で、単独世帯の平均等価可処分所得金額は、世帯主が30歳以下の世帯では男女とも平均値を上回るかこれに近い水準であり、夫婦と未婚の子のみの世帯と比べてもこれを上回る水準となっていることがわかる。

世帯主が60歳以上の高齢世代について見ると、女性単独世帯の平均等価可処分所得金額が最も低く、男性単独世帯がこれに次いで低い。

1人当たりの所得水準という点で見た場合、現役世代ではひとり親と未婚の子のみの世帯が、高齢世代で見ると単独世帯、中でも女性の単独世帯が低い水準にあることがわかる。

図表2-1-12　世帯主年齢階級別　世帯構造別　平均等価可処分所得金額（2014年）



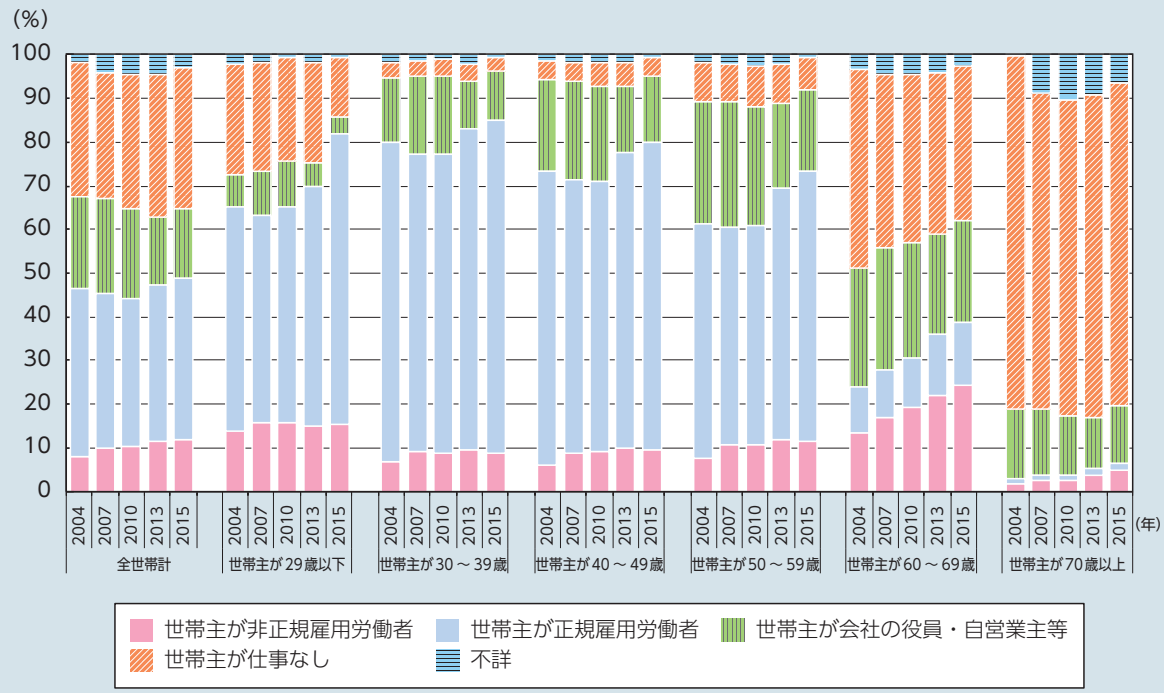
資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託　みずほ情報総研株式会社「家計所得の分析に関する報告書」（2017年）
（注）1.「世帯主が29歳以下」の「三世代世帯」については該当世帯がなかったため掲載していない。
2. 等価可処分所得金額不詳の世帯員は除く。

（非正規雇用労働者が世帯主である世帯は現役世代では全体の１割程度）

ここまでは、主に、家計所得と世帯構造の関係を見てきた。近年、非正規雇用労働者が増加し、全体の雇用者に占める割合も４割近くになる中で、こうした雇用者の就業状況の変化は、家計所得の動向とも関連をしている可能性がある。ここでは、世帯主の年齢階級別に見た世帯主の就業状況の動向と、世帯主の就業状況別の等価所得の動向について概観しておきたい。

まず、図表2-1-13により、世帯主の年齢階級別に世帯主の就業状況について見てみると、世帯主が30～50歳代の世帯においては、2004年以降非正規雇用労働者が世帯主である割合は増加傾向にあるものの、おおむね全体の１割程度となっており、現役世代では全世帯に占める非正規雇用労働者が世帯主である割合は、それほど多くはない（非正規雇用労働者の世帯属性については、コラム「非正規雇用労働者の世帯属性」参照）。世帯主が60歳代の世帯では、非正規雇用労働者が世帯主である世帯の割合は2004年以降2015年までの間にほぼ倍増し、全体の２割を超える一方、世帯主が無職の世帯割合が大きく減少しており、高齢者就業の増加が読み取れる。

図表2-1-13　世帯主年齢階級別　世帯主就業状況別　世帯割合　推移



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託　みずほ情報総研株式会社「家計所得の分析に関する報告書」（2017年）
（注）1. 非正規雇用労働者：勤め先の呼称が「パート」「アルバイト」「労働者派遣事業所の派遣社員」「契約社員」「嘱託」「その他」である者
2. 正規雇用労働者：勤め先の呼称が「正規の職員・従業員」である者
3. 会社の役員・自営業主等：雇用者以外で「自営業主」「家族従業者」「内職」「その他」である者

コラム　非正規雇用労働者の世帯属性

非正規雇用労働者は増加しているが、世帯主になっている人は少ない

非正規雇用労働者（勤め先の呼称が、パート、アルバイト、派遣社員、契約社員などの人）は長期的に増加傾向にあり、2016（平成28）年には2,023万人、雇用者全体の4割近くを占めるに至っている（図表1-2-9を参照）。

一方、図表2-1-13のように、世帯主の内訳で見ると、非正規雇用労働者の世帯主は全世帯の1割程度にとどまっており、増加幅も少ない。

それでは非正規雇用労働者は、世帯内でどのような位置づけの人が多いのだろうか。世帯属性を見ることで、非正規雇用労働者の生活の一端が見えてくる。

非正規雇用労働者の約2割が親と同居

下図により、まず2016（平成28）年の非正規雇用労働者数を男女別に見ると、男性より女性の方が圧倒的に多い。そして、女性の多く（年齢計で約800万人）が世帯主の配偶者である。男性も合わせると、非正規雇用労働者全体の約4割が世帯主の配偶者である。

また、男女とも15～44歳層を中心に「世帯主の子又は子の配偶者」も多く、年齢計では約480万人、非正規雇用労働者全体の2割を超える。

非正規雇用労働者で二人以上世帯の世帯主となっているのも約2割（約440万人）で、男性の55歳以上の層に多い。単身世帯は、男女とも各年齢層に見られるが、年齢計でも非正規雇用労働者の約1割にとどまる。

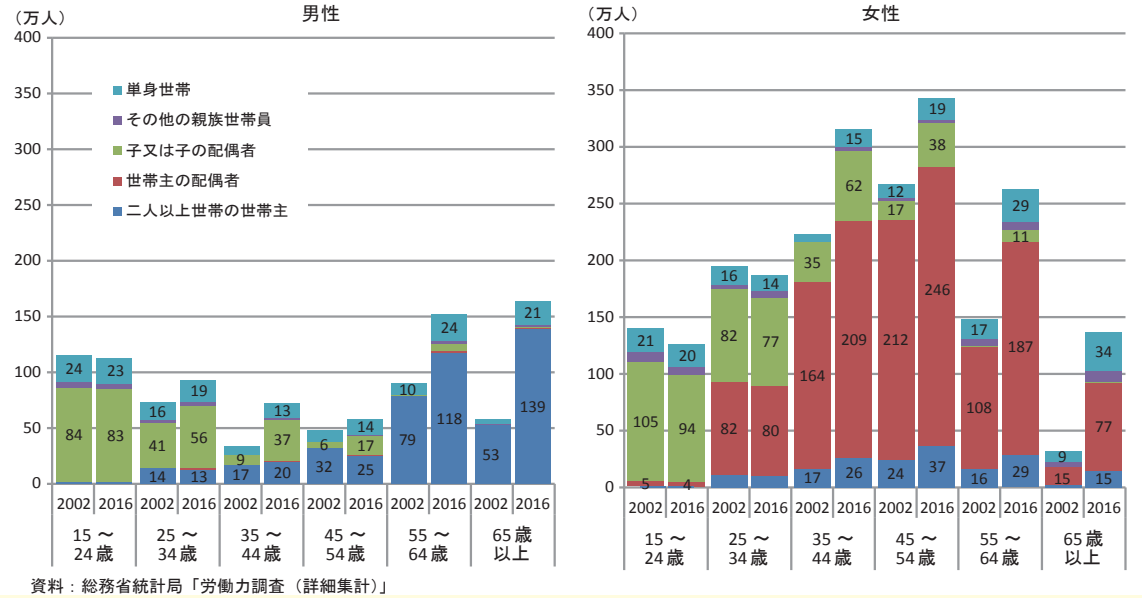
いわゆる「主婦パート」が多いのはそれほど驚くことではないとしても、若年世代を中心に、世帯主である親と同居するケースが単身世帯などよりもずっと多いことが注目される。

非正規雇用の世帯主の増加は高齢層が中心

比較可能な2002（平成14）年からの変化を見ると、2人以上世帯の世帯主は男性の55歳以上層で大きく増加し、男性の他の年代は横ばいかやや減少傾向にある。また、女性の世帯主配偶者は、35歳以上の幅広い年代で増加している。世帯主の子又は子の配偶者は、54歳以下の層で最も増加数が多い世帯属性となっている。単身世帯は、男女とも55歳以上層を中心にやや増加している。

非正規雇用労働者の世帯主の増加は、単身世帯も含めて高齢層が中心で、現役世代の増加はわずかである。

図表　非正規雇用労働者の世帯属性（2002年と2016年の比較）



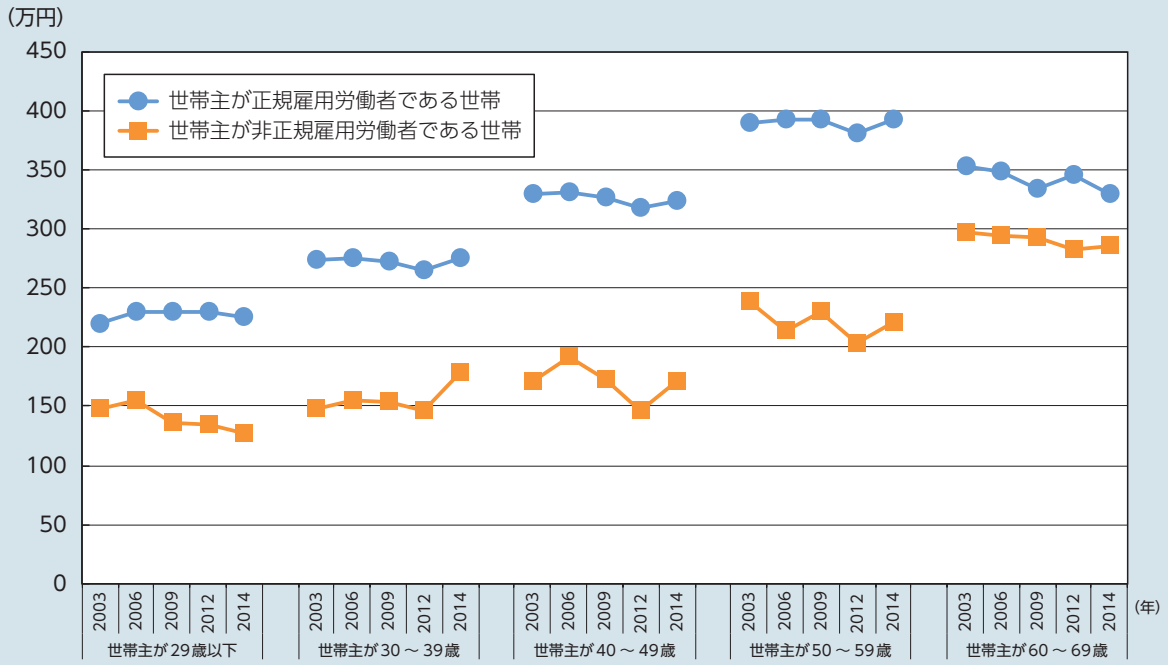
資料：総務省統計局「労働力調査（詳細集計）」

（非正規雇用労働者が世帯主である現役世帯の平均等価可処分所得金額は正規雇用労働者が世帯主である世帯の６割程度）

次に、図表2-1-14により、世帯主の年齢階級別に非正規雇用労働者が世帯主である世帯と正規雇用労働者が世帯主である世帯の平均等価可処分所得金額の年次推移を見てみよう。2003年以降、世帯主が30～50歳代の世帯では、非正規雇用労働者が世帯主である世帯の平均等価可処分所得金額は正規雇用労働者が世帯主である世帯の６割程度で推移しており、世帯主が非正規雇用労働者である現役世帯は世帯員１人当たりの所得水準でも厳しい水準に置かれていることがわかる。

非正規雇用労働者を取り巻く状況については第２節で後述するが、非正規雇用労働者は、賃金水準が正規労働者に比べて低いために、非正規雇用労働者が世帯主である世帯は世帯員１人当たりの所得水準も低くなる傾向にあると考えられる。

図表2-1-14　世帯主年齢階級別　世帯主就業状況別　平均等価可処分所得金額　推移



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託　みずほ情報総研株式会社「家計所得の分析に関する報告書」(2017年)
(注)　1. 非正規雇用労働者：勤め先の呼称が「パート」「アルバイト」「労働者派遣事業所の派遣社員」「契約社員」「嘱託」「その他」である者
2. 正規雇用労働者：勤め先の呼称が「正規の職員・従業員」である者
3. 等価可処分所得金額不詳の世帯員は除く。

(2) ジニ係数・相対的貧困率の動向

(1)では、世帯主年齢階級別の平均等価可処分所得の分析を行った。次に、等価所得のばらつきがどうなっているのかを見てみよう。所得のばらつき（格差）の状況を示す指標には様々なものがあるが、ここでは、代表的な指標であるジニ係数と相対的貧困率を用いて、その動向について概観する（ジニ係数と相対的貧困率の考え方については、コラム「「ジニ係数」と「相対的貧困率」」を参照）。

コラム 「ジニ係数」と「相対的貧困率」

「ジニ係数」と「相対的貧困率」は、いずれも所得の格差を示す指標としてよく用いられる。しかし、両者の計算方法の違いから、それぞれの指標が異なる動きとなりうることを知っておこう。

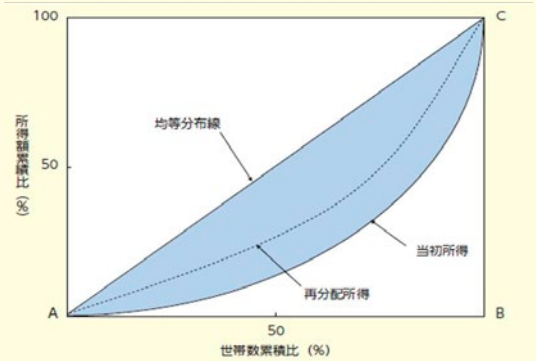
ジニ係数

所得のジニ係数は、世帯所得又は個人の等価所得を所得の低い順に並べ、世帯・個人数の累積比率を横軸に、所得額の累積比率を縦軸にとってグラフを描く（この曲線をローレンツ曲線という。）ことにより算出する。全員（又は全世帯）の所得が同一であれば、ローレンツ曲線は、原点を通る傾斜45度の直線に一致する。これを「均等分布線」という。逆に、所得が不均等でばらつきが大きければ大きいほど、ローレンツ曲線は均等分布線から遠ざかる。例えば、1世帯が所得を独占し、他の世帯の所得がゼロである完全不均等の場合には、ローレンツ曲線は、点A、B、Cを結んだ線になる（下図参照）。

ジニ係数は、ローレンツ曲線と均等分布線で囲まれる弓形の面積が、下図の三角形ABCの面積に占める比率をいい、0に近いほど所得格差が小さく、1に近いほど所得格差が大きいということになる。

また、世帯員年齢階級別のジニ係数は、該当する年齢階級の人口のみでローレンツ曲線を描いて計算するので、当該年齢階級の中での所得の均等度を表すことになる。

ローレンツ曲線



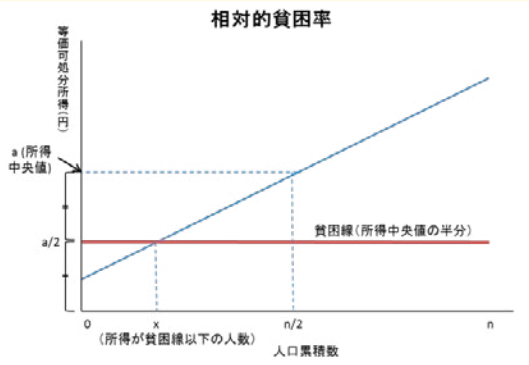
当初所得のジニ係数＝網掛け箇所の面積 / △ABCの面積

相対的貧困率

本白書で扱う相対的貧困率は、等価可処分所得が「貧困線」（等価可処分所得の中央値の半分）を下回る人の割合として計算されている。例えば、個人を所得の低い方から並べ、人口の半分と同じ順番の人の所得（所得中央値）が仮にa円であった場合、その半分であるa/2円が「貧困線」となる。このとき相対的貧困率は、所得がa/2円以下の人が全人口に占める割合となる（下図参照）。

また、年齢階級別貧困率は、当該年齢階級の人口のうち等価可処分所得が貧困線以下の人の割合として算出する。このため、当該年齢階級の人がみな貧困線を下回る低所得層であり、所得水準に大きな差がないような場合は、当該年齢階級のジニ係数は低いが、相対的貧困率は高いということになる。

相対的貧困率



相対的貧困率＝X / n ×100（%）

両者の特徴

ジニ係数は、ローレンツ曲線が描く図形の面積で所得の均等度を計算するため、その図形の形状、すなわち所得のばらつきの実態が異なる場合でも、同じ係数となる場合がある。

また、相対的貧困率は、所得が中央値を下回る人に主に着目して計算するため、所得が中央値より上の人の所得水準の変化を反映しにくいという特徴がある。例えば、所得水準が全国1位の人の所得だけが倍増した場合、ジニ係数は大きくなるが、相対的貧困率は変わらないということになる。

1 ジニ係数の動向

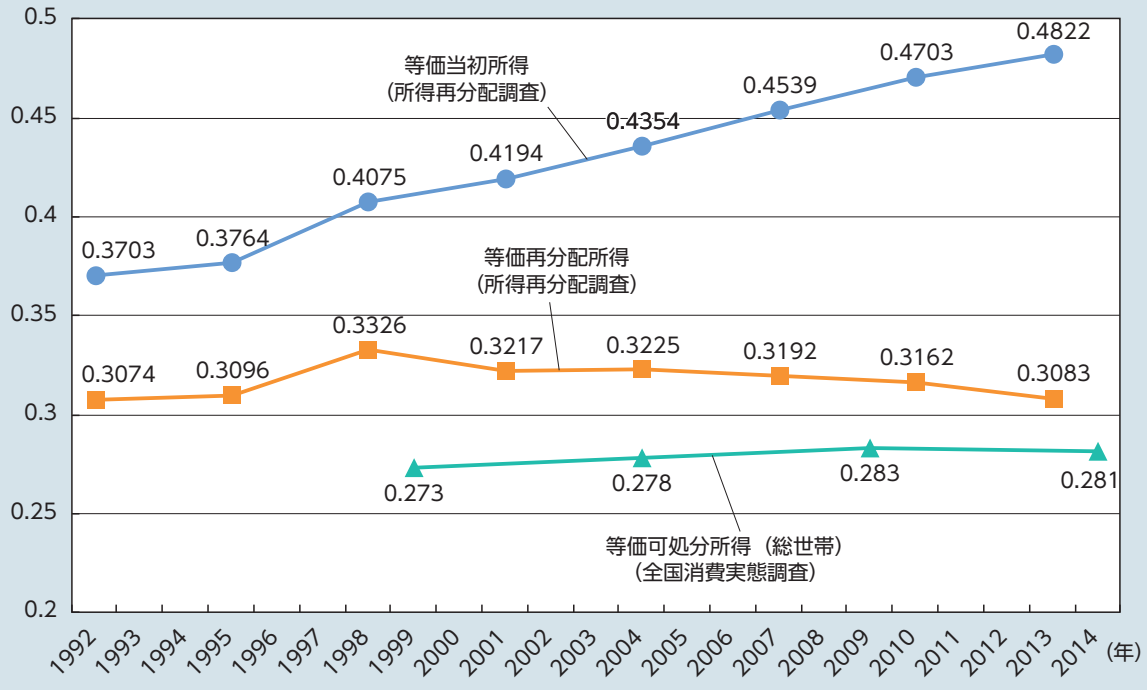
（総世帯員の等価再分配所得のジニ係数は低下傾向にあり格差は縮小傾向）

図表2-1-15は、総世帯員の等価所得のジニ係数の年次推移を見たものである。厚生労働省政策統括官付政策評価官室「所得再分配調査」によると、等価当初所得のジニ係数は、1992（平成4）年以降一貫して上昇傾向にあるが、これは、現役世帯に比べて年金以外の稼働所得等の少ない高齢者世帯や単独世帯が増加しているためと考えられる。

一方で、所得再分配後の等価再分配所得のジニ係数については、等価当初所得よりも低く、1998（平成10）年の0.3326をピークに低下傾向にあり、2014（平成26）年では0.3083となっている。社会保障や税などの再分配により、等価当初所得での格差の拡大傾向が抑制され、再分配後の等価所得の格差が縮小傾向となっていることがわかる。国民それぞれは、年齢や就業形態に応じて、単独世帯、夫婦のみの世帯、夫婦と未婚の子からなる世帯、三世代同居の世帯などを構成しているが、これら世帯の世帯員数の違いを調整した再分配後の所得水準（等価再分配所得）で見ると、国民一人一人の生活水準の格差は縮小している。

なお、総務省統計局「全国消費実態調査」における総世帯の等価可処分所得のジニ係数については、1999（平成11）年から2009（平成21）年までは緩やかな上昇傾向にあったが、2009年から2014年にかけては0.283から0.281とやや低下している。

図表2-1-15　等価所得　ジニ係数の推移



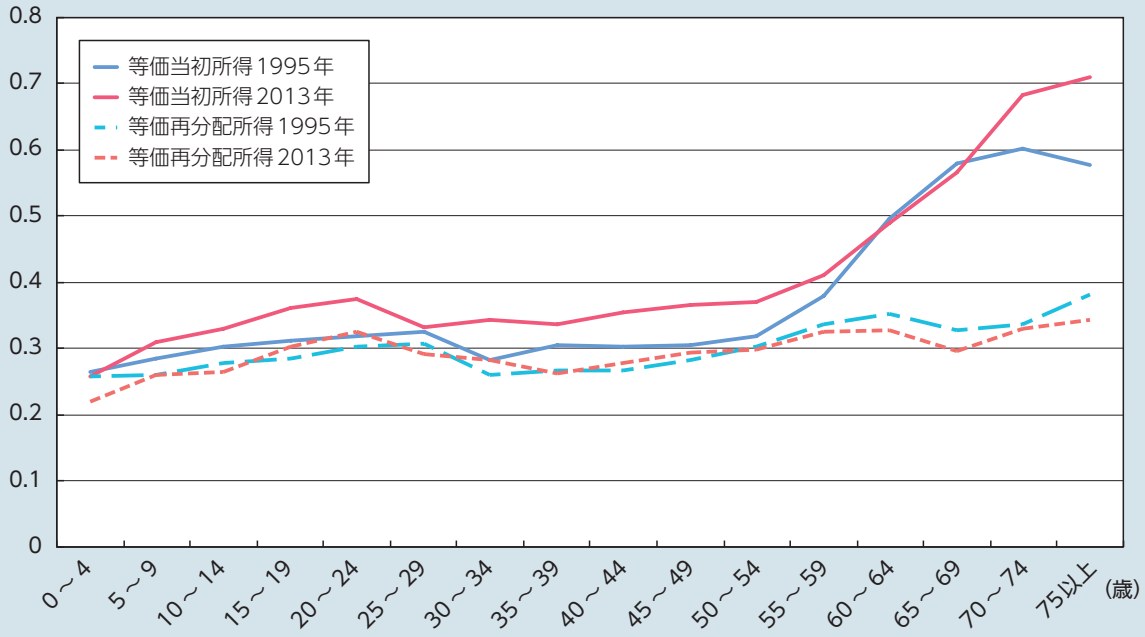
資料：厚生労働省政策統括官室付政策評価官室　「所得再分配調査」、総務省統計局　「全国消費実態調査」

（等価再分配所得の格差は現役世代では拡大の傾向はなく、高齢世代では縮小の傾向）

図表2-1-16は、「所得再分配調査」により、1995（平成7）年と2013（平成25）年における世帯員の年齢階級別のジニ係数を見たものである。等価当初所得について見ると、いずれの年次においても若年世代よりも高齢世代の方がジニ係数が大きくなっており、当初所得では高齢世代の方が格差が大きいことがわかる。当初所得は年金を含まない雇用者所得、事業所得等がその内訳であるから、現役を引退して年金以外の所得のない高齢者と自ら雇用者所得、事業所得等のある高齢者の間で所得の差が大きくなるのは当然である。また、1995年から2013年にかけては、60歳代を除く全ての年代で等価当初所得のジニ係数が大きくなっており、等価当初所得ベースでは格差が拡大している。

一方、等価再分配所得は、いずれの年齢階級においても等価当初所得のジニ係数よりも低い。また、現役世代では等価当初所得のジニ係数の上昇にもかかわらず等価再分配所得のジニ係数は大きくは変わっておらず、等価再分配所得で見れば格差拡大傾向は見られない。さらに、60歳以上の世代では、等価再分配所得のジニ係数は1995年から2013年にかけて減少しており、等価再分配後所得で見る限り高齢世代では格差が縮小傾向にあることがわかる。これには、1でも見たような、年金制度の成熟化が貢献しているものと考えられる。

図表2-1-16　世帯員年齢階級別　等価所得　ジニ係数（1995年、2013年）



資料：厚生労働省政策統括官室付政策評価官室「所得再分配調査」（2014年）及び厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「統計データで見た少子高齢社会」（2010年）

2 相対的貧困率の動向

（全世帯員、現役世代及び子どもの相対的貧困率は上昇傾向にあったが直近では低下。高齢者の相対的貧困率は長期的には低下傾向）

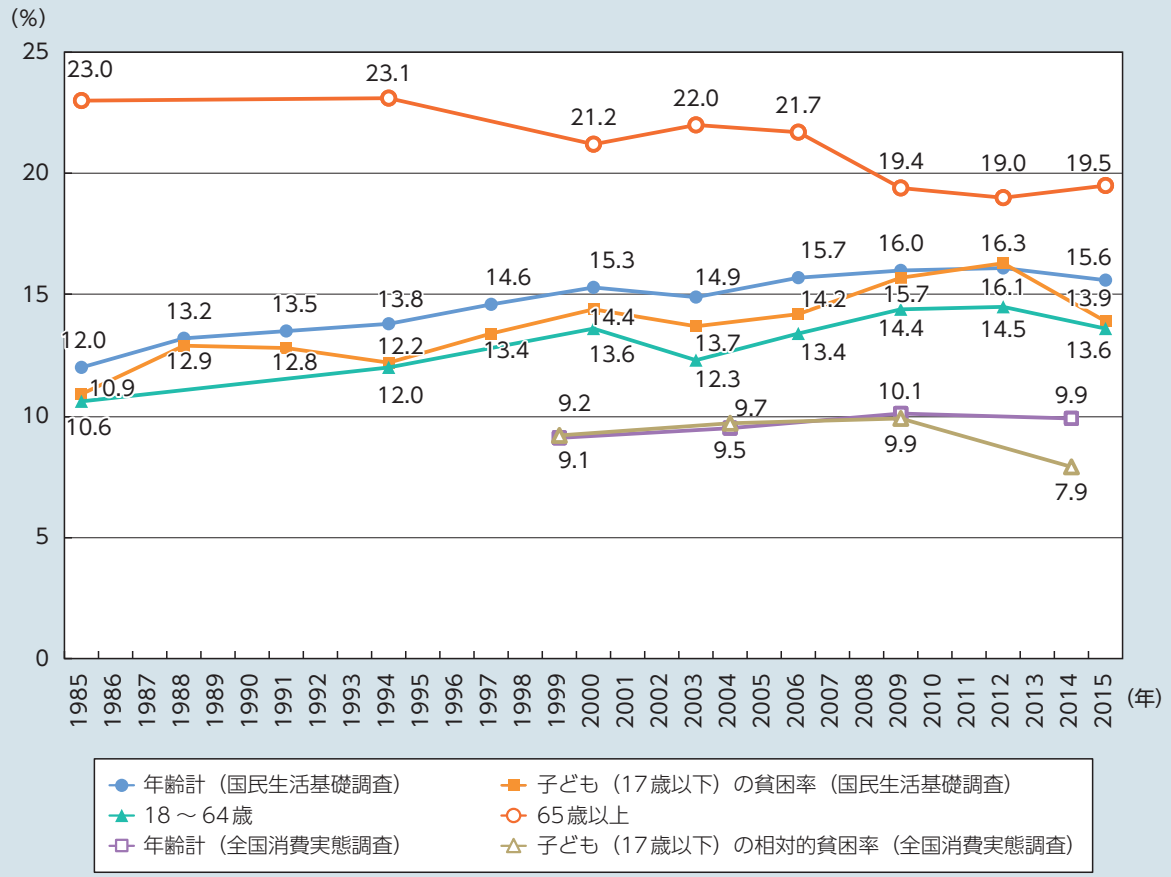
図表2-1-17は、全世帯員と年齢階級別の相対的貧困率の年次推移を見たものである。「国民生活基礎調査」によると、全世帯員の相対的貧困率は、1985（昭和60）年以降2012（平成24）年までは上昇傾向にあったが、2015（平成27）年には15.6%となり2012年に比べ

て0.5%ポイント低下している。この背景としては、2012年から2015年にかけて、経済の好転、雇用の増加により、現役世帯、特に児童のいる世帯の所得が増加したことがある。

年齢別の相対的貧困率を見ると、17歳以下の貧困率（子どもの貧困率）及び18～64歳の相対的貧困率は1985年以降上昇傾向にあったが、児童のいる世帯の所得の増加を背景に、直近ではいずれも低下しており、子どもの貧困率は2015年には13.9%（2012年に比べて2.4%ポイントの低下）、18～64歳の相対的貧困率は2015年には13.6%（2012年に比べて0.9%ポイントの低下）となっている。また、高齢者の相対的貧困率は他の年代よりも高いものの、1994年以降低下傾向にあり、2015年では19.5%まで下がっている。こうした傾向を踏まえると、高齢世代の所得格差が縮小傾向にあることがわかる。

なお、「全国消費実態調査」における相対的貧困率を見ると、全世帯員についても、子どもの相対的貧困率についても、1999年以降緩やかな上昇傾向にあったが、2009年から2014年にかけては、相対的貧困率が10.1%から9.9%に、子どもの相対的貧困率が9.9%から7.9%に改善している。

図表2-1-17　世帯員の年齢階級別にみた相対的貧困率　推移



資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室「国民生活基礎調査」及び総務省統計局「全国消費実態調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

（注）1. 「18～64歳」及び「65歳以上」の数値については、「国民生活基礎調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。
2. 国民生活基礎調査に関する1994年の数値は、兵庫県を除いたものである。
3. 国民生活基礎調査に関する2015年の数値は、熊本県を除いたものである。
4. 貧困率は、OECDの作成基準に基づいて算出している。
5. 等価可処分所得金額不詳の世帯員は除く。

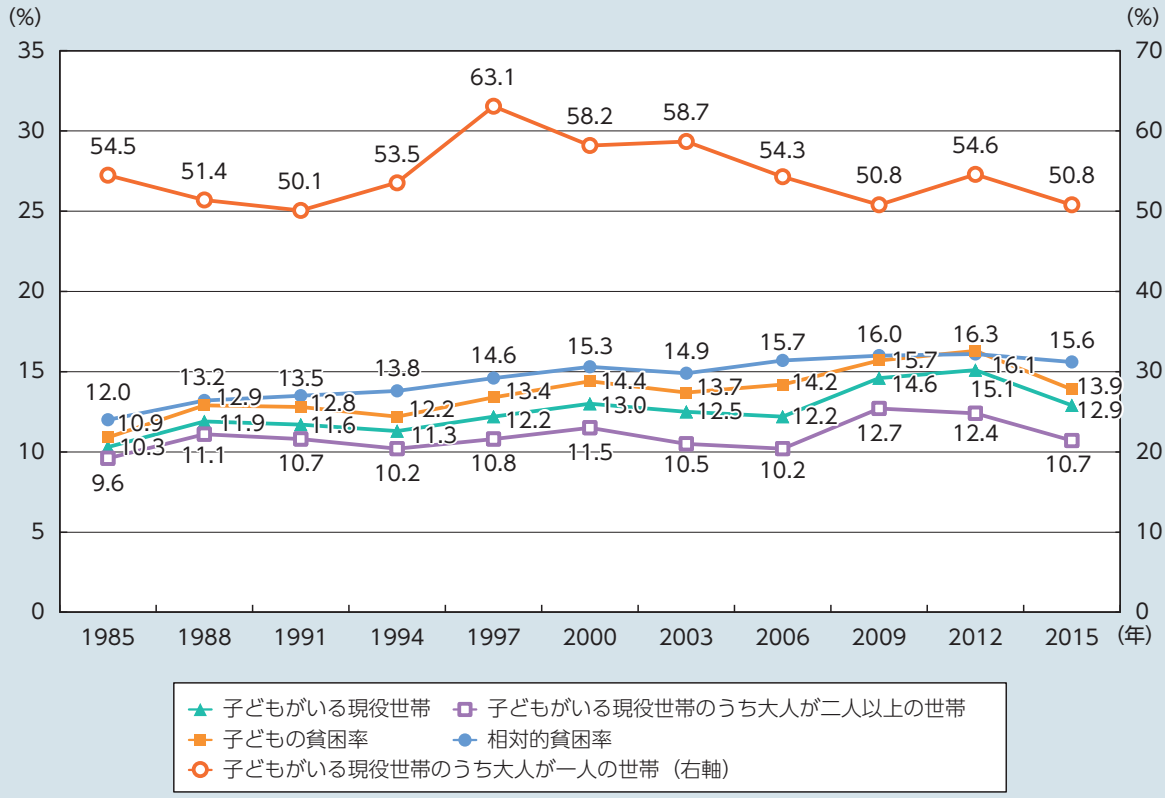
（子どもがいる現役世帯の貧困率は大人が一人の世帯で高いが、直近ではいずれの世帯構造でも改善）

図表2-1-18は、子どもがいる現役世帯について、世帯構造別の相対的貧困率の年次推移を見たものである。子どもがいる現役世帯の世帯員の相対的貧困率は、全世帯の世帯員の相対的貧困率や子どもの貧困率よりも低いが、そのうち大人が一人の世帯の世帯員の貧困率は、1997年以降低下傾向にあるものの、非常に高くなっている。

子どもがいる現役世帯及び大人が二人以上の世帯の世帯員の貧困率は、近年緩やかな上昇傾向にあったが直近では改善傾向が見られており、子どもがいる現役世帯の世帯員の貧困率は2015年には12.9%（2012年に比べて2.2%ポイントの低下）、大人が二人以上の世帯の世帯員の貧困率は2015年には10.7%（2012年に比べて1.7%ポイントの低下）となっている。また、大人が一人の世帯の世帯員の貧困率は、1997年をピークに低下傾向にあり、2012年から2015年にかけては、54.6%から50.8%へと大きく改善している。

大人が一人の世帯も含めた子どものいる現役世帯の世帯員の貧困率の改善が、子どもの貧困率の改善にも寄与していると考えられる。

図表2-1-18　世帯構造別　相対的貧困率の推移



資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室「国民生活基礎調査」
（注）1. 1994年の数値は、兵庫県を除いたものである。
2. 2015年の数値は、熊本県を除いたものである。
3. 貧困率は、OECDの作成基準に基づいて算出している。
4. 大人とは18歳以上の者、子どもとは17歳以下の者をいい、現役世帯とは世帯主が18歳以上65歳未満の世帯をいう。
5. 等価可処分所得金額不詳の世帯員は除く。

第2節　賃金の動向

次に、家計所得の主要な部分を占める賃金の動向について整理する。

1 就業形態別に見た状況

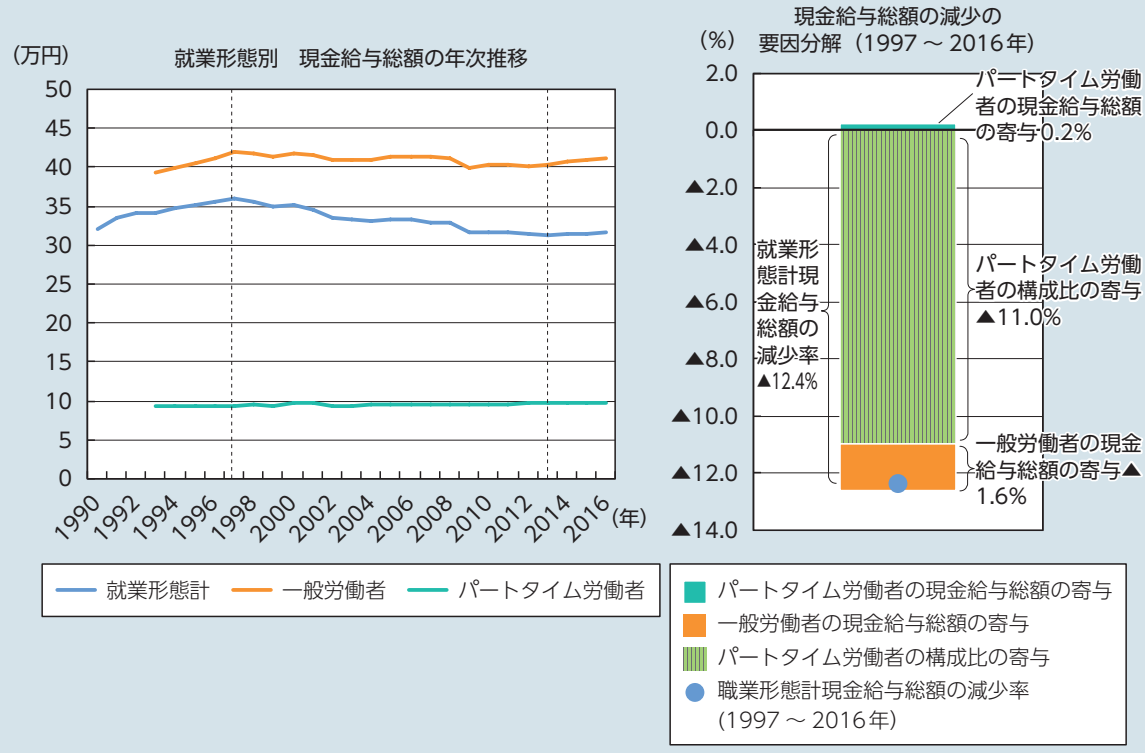
（パートタイム労働者比率の増加により賃金が減少）

まず労働者の1人当たりの賃金の動向について、図表2-2-1では、所得税、社会保険料、組合費、購買代金等を差し引く前の額である月額賃金（現金給与総額）の動きを、就業形態計、一般労働者、パートタイム労働者に分けて示している。

就業形態計の賃金は、1998（平成10）年以降減少基調にあったが、2014（平成26）年に緩やかな増加に転じた。

一般労働者とパートタイム労働者に分けて見ると、一般労働者の賃金については、小幅の増減はあったものの、就業形態計の賃金の動きと比較するとその変化は小さく、おおむね横ばいとなっている。パートタイム労働者の賃金については、1993（平成5）年の調査開始以降わずかながら増加が続いているが、長期的に見ると一般労働者と同様、おおむね横ばいで推移している。

図表2-2-1　就業形態別　現金給与総額の年次推移



資料：厚生労働省政策統括官付雇用・賃金福祉統計室「毎月勤労統計調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注）1. 調査産業計、事業所規模5人以上。
2. 就業形態計、一般労働者、パートタイム労働者のそれぞれについて、現金給与総額指数に基準数値を乗じて現金給与総額の時系列比較が可能となるように修正した実数値を算出し、これらの数値を基にパートタイム労働者の構成比を推計している。

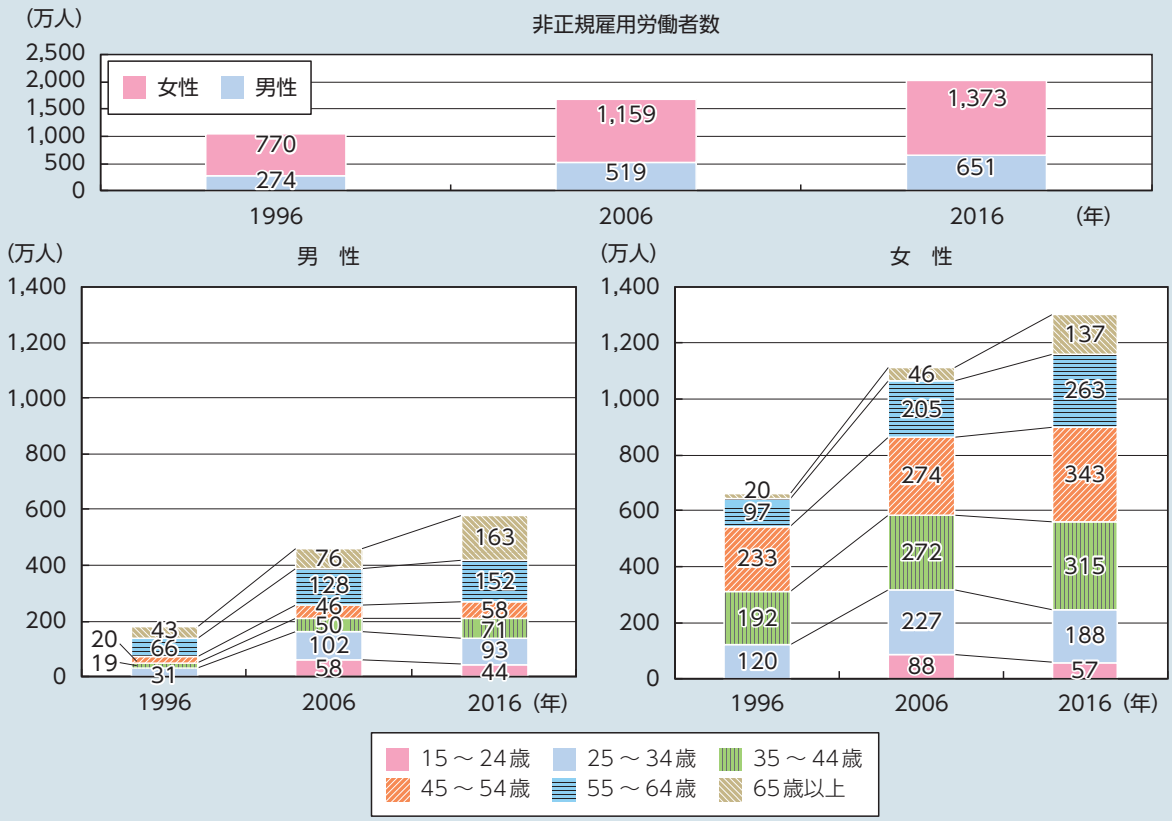
なぜ一般労働者とパートタイム労働者の賃金がほぼ横ばいで推移しているにもかかわらず、それらを加重平均した就業形態計の賃金は減少傾向にあったのか。その要因について分析するため、1997（平成9）年以降の就業形態計の賃金の減少率を、一般労働者の賃金の寄与、パートタイム労働者の賃金の寄与、労働者に占めるパートタイム労働者比率の寄与の三つの要因に分解する。就業形態計の賃金の減少率12.4%のうち、一般労働者の賃金が1.6%の減少寄与、パートタイム労働者の賃金が0.2%の増加寄与であるのに対し、パートタイム労働者比率の変化が11.0%の減少寄与となっており、就業形態計の賃金の減少は賃金が低いパートタイム労働者の増加による影響がほとんどであることがわかる。

（2006～2016年の非正規雇用労働者の増加の約半数は高齢者）

ここで、パート・アルバイトなどの非正規雇用労働者数の年次推移を男女別に見ると（図表2-2-2）、1996年から2006年にかけては、非正規雇用労働者は635万人増加し、その内訳は男性が245万人、女性が389万人となっている。年齢階級別に見ると、男女ともに25～34歳と55～64歳で大きく増加している。

2006年から2016年にかけては、非正規雇用労働者は345万人増加し、その内訳は男性が132万人、女性が214万人となっている。年齢階級別に見ると、65歳以上において男性が87万人、女性が91万人増加しており、非正規雇用労働者の増加の約半数を高齢者が占めている。

図表2-2-2　男女別・年齢階級別　非正規雇用労働者数の推移

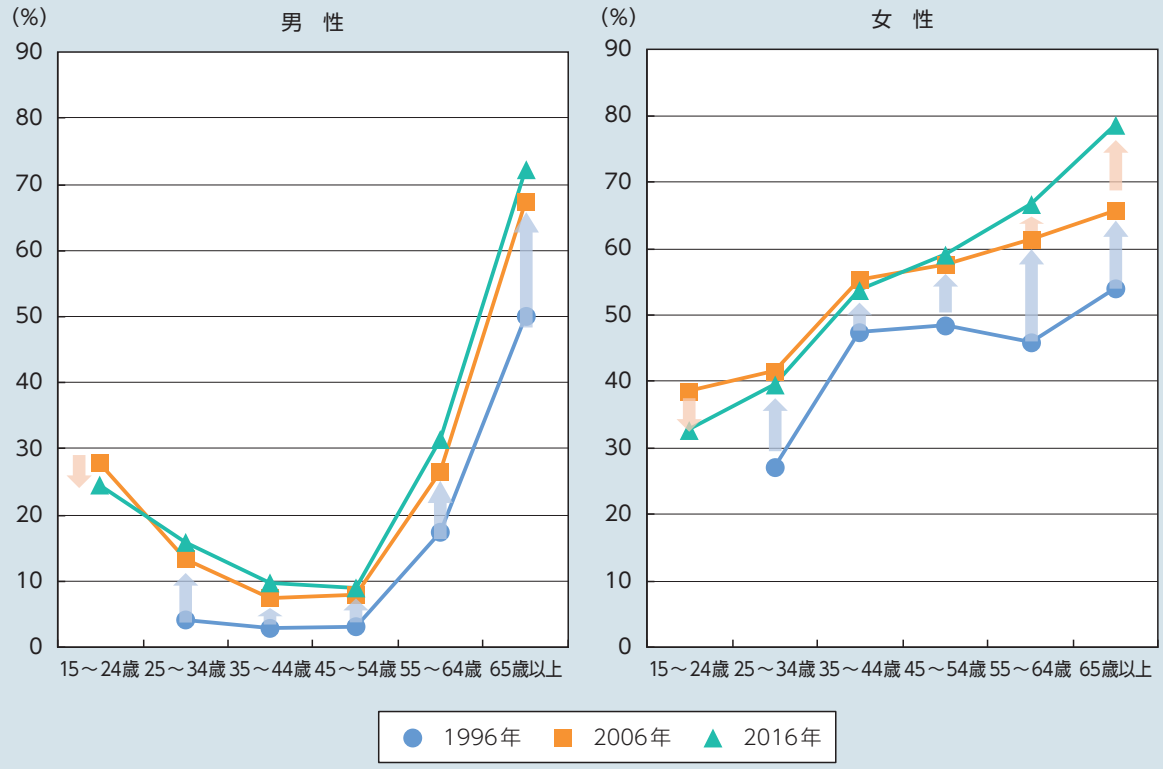


資料：1996年は総務省統計局「労働力調査特別調査」（2月）、2006年及び2016年は総務省統計局「労働力調査（詳細集計）」

（注）1. 15～24歳は、在学中の者を除く。
2. 「非正規雇用労働者」について、1996年及び2006年の数値は「パート・アルバイト」、「労働者派遣事業所の派遣社員」、「契約社員・嘱託」及び「その他」の合計、2016年は「非正規の職員・従業員」の項目の数値。

また、非正規雇用労働者が雇用労働者に占める比率を男女別・年齢階級別に見ると、1996年から2006年までは、男女ともに各年齢層において非正規雇用労働者比率は上昇したが、2006年から2016年にかけては、女性の高齢層を除きほぼ横ばいとなっており、男性の15～24歳、女性の15～44歳層ではむしろ若干の低下が見られる（**図表2-2-3**）。

図表2-2-3　男女別・年齢階級別　非正規雇用労働者比率の推移



資料：1996年は総務省統計局「労働力調査特別調査」（2月）、2006年及び2016年は総務省統計局「労働力調査（詳細集計）」

（注）1. 15～24歳は、在学中の者を除く。
2. 比率は、「正規の職員・従業員」と「非正規の職員・従業員」の合計に対するものである。
3. 「非正規雇用労働者」について、1996年及び2006年の数値は「パート・アルバイト」、「労働者派遣事業所の派遣社員」、「契約社員・嘱託」及び「その他」の合計、2016年は「非正規の職員・従業員」の項目の数値。

2 就業形態別、男女・年齢階級別に見た状況

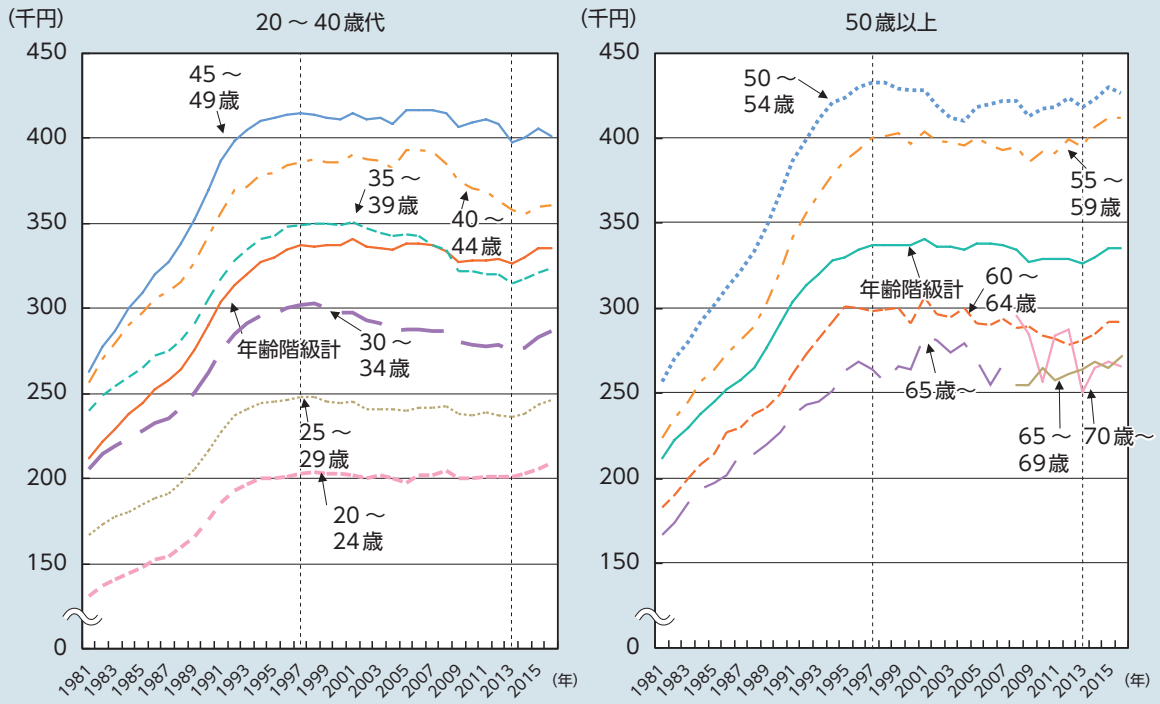
(1) 一般労働者

(30～40歳代の男性一般労働者の所定内給与額は減少傾向、女性一般労働者の所定内給与額は増加傾向)

図表2-2-4では、年齢階級別の男性一般労働者の所定内給与額を示しており、年齢階級別計は1997（平成9）年以降ほぼ横ばいで推移している。年齢階級別に見ると、特に30～40歳代において、2000年代以降、所定内給与額が減少傾向にあることが特徴としてあげられる。なお、2014（平成26）年以降は、いずれの年齢階級においても緩やかな増加傾向にある。

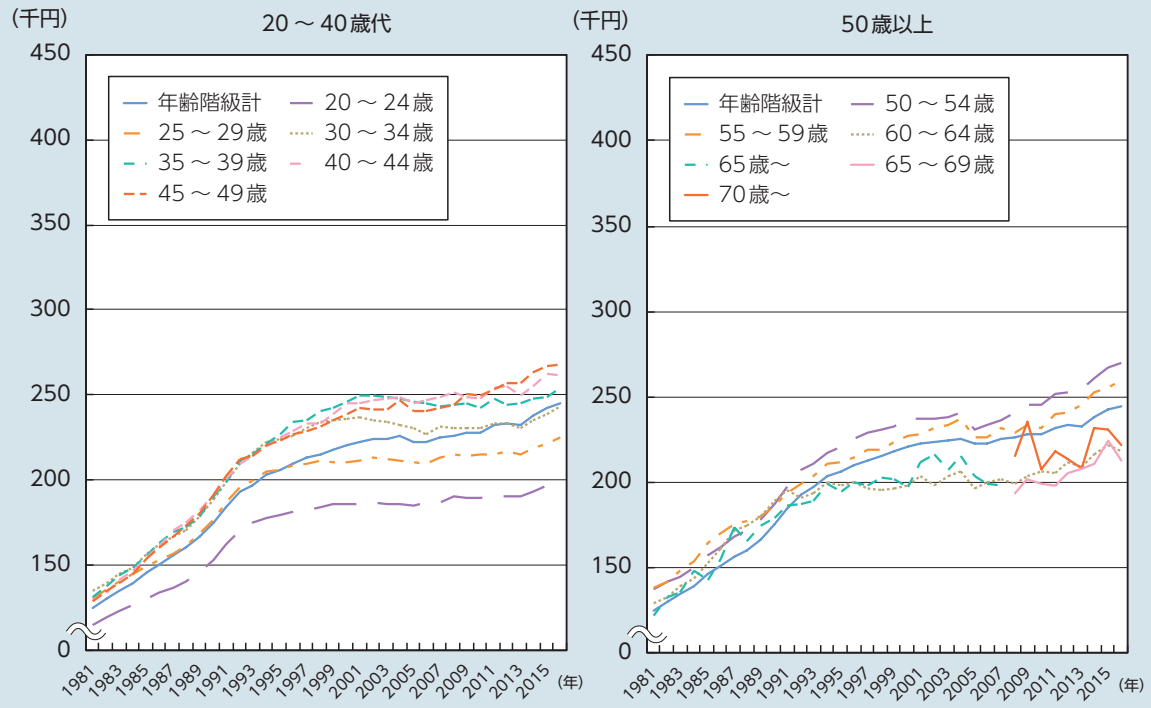
一方、図表2-2-5では、年齢階級別の女性一般労働者の所定内給与額を示しており、依然として男性の所定内給与額を下回る水準となっているものの、いずれの年齢階級でも長期的には増加傾向となっている。

図表2-2-4 年齢階級別　一般労働者の所定内給与額の年次推移（男性）



資料：厚生労働省政策統括官付賃金福祉統計室「賃金構造基本統計調査」
(注)　調査産業計、企業規模10人以上。

図表2-2-5　年齢階級別　一般労働者の所定内給与額の年次推移（女性）



資料：厚生労働省政策統括官付賃金福祉統計室「賃金構造基本統計調査」
（注）　調査産業計、企業規模10人以上。

（30～40歳代の男性一般労働者の所定内給与額減少は、バブル崩壊後の採用抑制と賃金制度の見直しによる影響の可能性）

なぜ2000年代以降の30～40歳代の男性一般労働者の所定内給与額は減少したのか。その要因について考えるため、男性の年齢階級別の所定内給与額増減率を、企業規模別の所定内給与額増減率の寄与と企業規模別労働者比率の寄与に分解し、1996（平成8）年以降の5年ごとの推移を示したものが**図表2-2-6**である。

1996年から2001（平成13）年にかけて、25～34歳層において、企業規模計の所定内給与額は減少しており、分解すると企業規模別労働者比率と小企業（常用労働者10～99人）の所定内給与額が減少寄与となっている。

このうち、企業規模別労働者比率の減少寄与は、給与水準の高い大企業（常用労働者1,000人以上）の労働者割合が低下したことを意味している。この層は、バブル崩壊（1991～93年の景気後退期）後に企業に就職した世代が中心であり、当時、大企業を中心に採用が抑制された影響であると考えられる。また、バブル崩壊後、中小企業を中心に賃金の伸びが抑制され、1996年から2001年にかけては、小企業における20～34歳の層の所定内給与額が減少したことも影響している。

2001年から2011年にかけては、所定内給与額の減少率が大きい年齢階級が経年と併せてスライドしていくとともに、この世代では、大企業と中企業（常用労働者100～999人）の所定内給与額の減少寄与が徐々に大きくなっている。

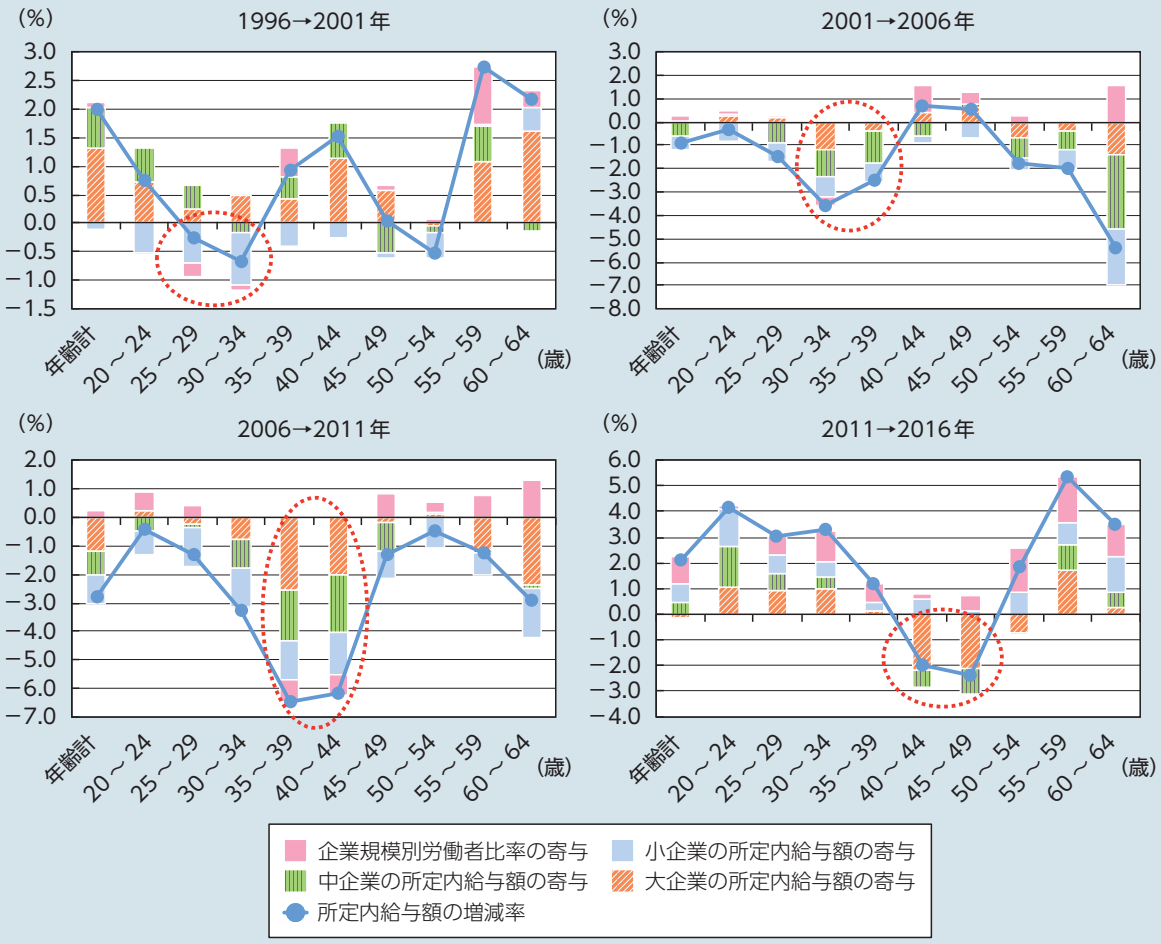
これは、バブル崩壊後、厳しい経営環境の下で人件費抑制へのインセンティブが高ま

り、大企業を中心に業績・成果主義*11を導入する企業が増加したことが背景にあると考えられる（図表2-2-8）。賃金制度のうち「職務・職種などの仕事の内容に対応する賃金（職務給）部分の拡大」、「職務遂行能力に対応する賃金（職能給）部分の拡大」、「業績・成果に対応する賃金（業績・成果給）部分の拡大」の動きによって、賃金制度の見直しの内容を見ると、大中企業を中心に1990年代後半から2000年代にかけ、業績・成果給を拡大する企業が集中している。

つまり、バブル崩壊後の就職氷河期に就職した世代は、景気の長期低迷により大企業を中心に行われた賃金制度の見直しにより、年功的な賃金カーブが抑制された影響が現在まで続いている可能性が考えられる。

直近の2011年から2016年にかけては、バブル崩壊後の就職氷河期に就職した世代の所定内給与額の減少率はやや改善している。これは、図表2-2-4で見たとおり、2014年以降の男性一般労働者の所定内給与額が全体的に増加傾向にあることや、景気回復に伴い大企業の就業者割合が増えてきたことが影響していると考えられる。

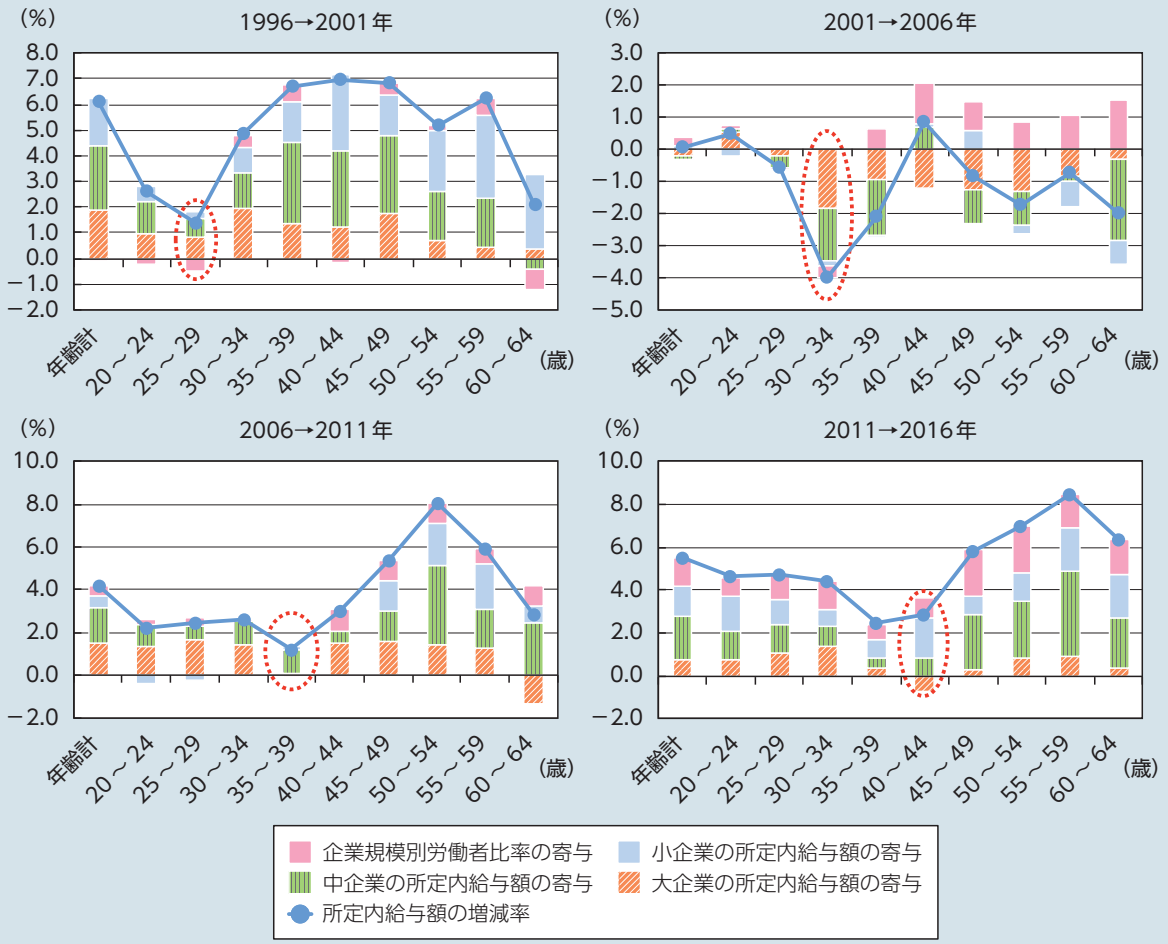
図表2-2-6　年齢階級別　所定内給与額の変化と要因（男性一般労働者）



資料：厚生労働省政策統括官付賃金福祉統計室「賃金構造基本統計調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注）1. 調査産業計、企業規模10人以上。
2. 常用労働者1,000人以上を大企業、常用労働者100～999人を中企業、常用労働者10～99人を小企業としている。

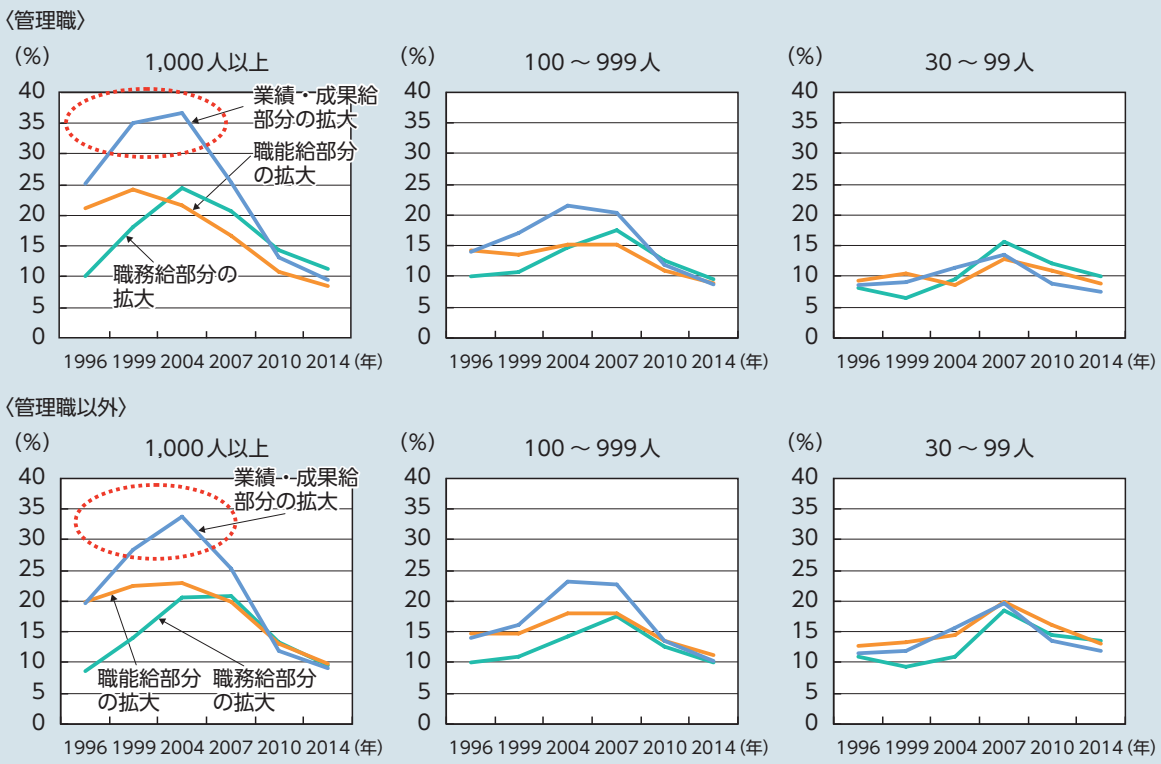
＊11 1990年代以降の賃金・処遇制度の見直しでは、集団的労働関係から個別的労働関係へと移行していくことが、一人ひとりの労働者の働きがいの実現にとっても重要であるとの認識が強まり、労働者一人ひとりの業績・成果を把握し、それを賃金に反映させようとする傾向が強まった。こうした傾向は一般に業績・成果主義と呼ばれているが、厳しい経営環境の下で、企業業績も低迷しており、企業の業績と労働者の業績の連動性を高めることで人件費を抑制しようとする動きがあったことは否定することができないと思われる。（厚生労働省「平成23年版労働経済の分析」）

図表2-2-7　年齢階級別　所定内給与額の変化と要因（女性一般労働者）



資料：厚生労働省政策統括官付賃金福祉統計室「賃金構造基本統計調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注）1. 調査産業計、企業規模10人以上。
2. 常用労働者1,000人以上を大企業、常用労働者100～999人を中企業、常用労働者10～99人を小企業としている。

図表2-2-8　企業規模別　賃金制度の改定内容の推移



資料：厚生労働省政策統括官付賃金福祉統計室「就労条件総合調査」（1996年及び1999年は厚生労働省政策統括官付賃金福祉統計室「賃金労働時間制度等総合調査」）
（注）　調査産業計、企業規模30人以上。

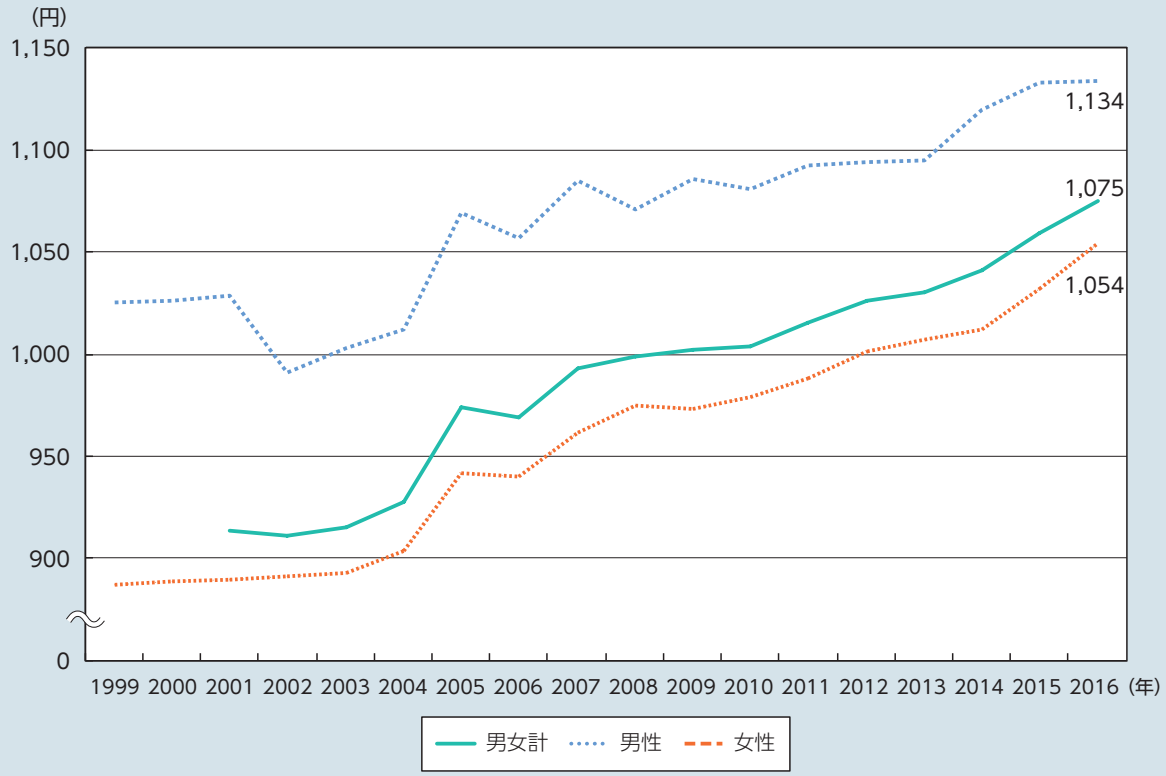
なお、女性の年齢階級別の所定内給与額増減率を同様に寄与度分解して示したものが**図表2-2-7**である。バブル崩壊後の就職氷河期に就職した世代の所定内給与額の増加率は、男性の一般労働者と同様に、他世代と比較すると低くなる傾向となっている。しかし、**図表2-2-5**で見たように、全体的に所定内給与額が増加している中では、男性の一般労働者と比較すると賃金制度の見直しの影響は小幅にとどまっていることがわかる。

(2) パートタイム労働者

(パートタイム労働者の時給は男女ともに増加)

図表2-2-9では、パートタイム労働者の1時間当たりの所定内給与額（時給）の年次推移を表している。パートタイム労働者の時給は、男女ともに近年は上昇が続いており、2016（平成28）年は男女計1,075円、男性1,134円、女性1,054円となり、いずれも過去最高となっている。

図表2-2-9　男女別　パートタイム労働者の1時間当たり所定内給与額の年次推移



資料：厚生労働省政策統括官付賃金福祉統計室「賃金構造基本統計調査」
(注)　調査産業計、企業規模10人以上。

（パートタイム労働者の時給と実労働日数は負の相関関係にある）

ここで、パートタイム労働者の時給が上昇しているにもかかわらず、**図表2-2-1**で見たように、パートタイム労働者の月額ベースでの賃金はあまり上昇していないことに着目したい。これは、実労働日数と実労働時間数が影響しているためと考えられる。

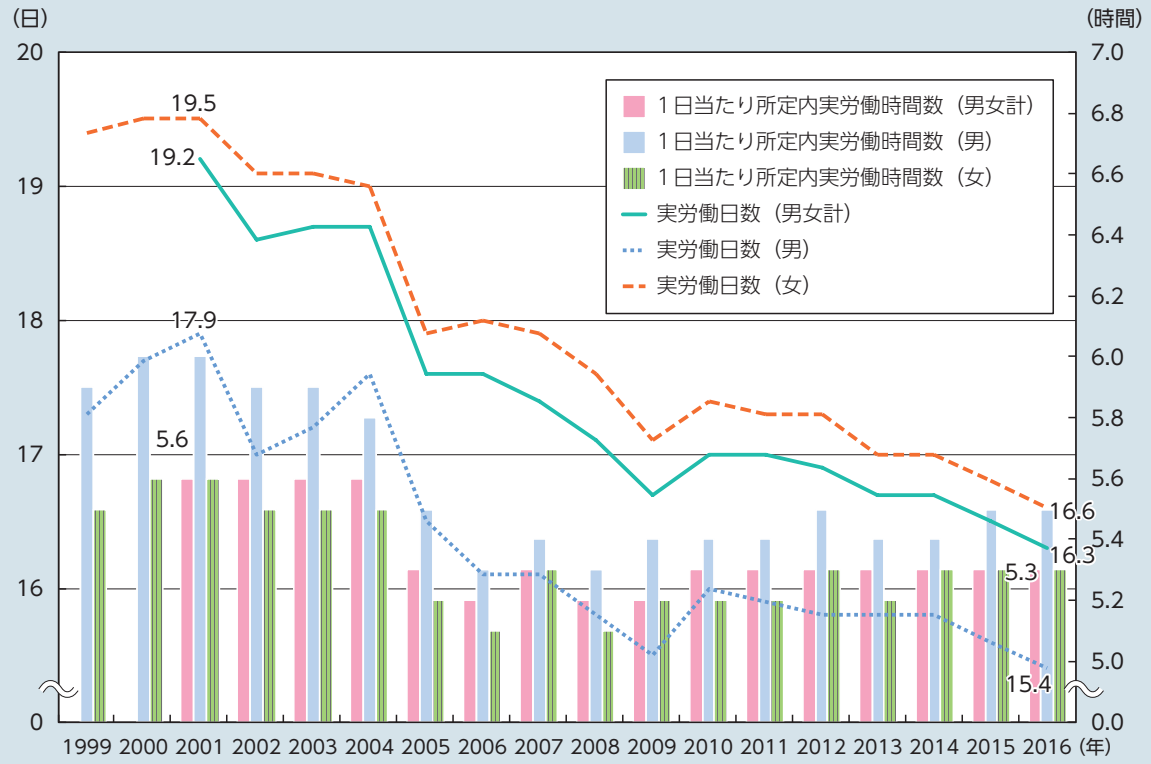
厚生労働省政策統括官付賃金福祉統計室「賃金構造基本統計調査」によると、パートタイム労働者の実労働日数は男女ともに減少傾向にあり、男女計の実労働日数は2001（平成13）年の19.2日から2016年の16.3日まで減少している。男女別に見ると、実労働日数は、男性は2001年の17.9日から15.4日に2.5日減少しているのに対し、女性は2001年の19.5日から2016年の16.6日と3日減少しており、女性の減少幅の方が大きいことが特徴としてあげられる。

また、1日当たりの所定内実労働時間数については、男女ともに2001年から2006（平成18）年にかけて減少した後、おおむね横ばいで推移している（**図表2-2-10**）。

以上のことを踏まえ、時給に対する実労働日数の相関を見ると、強い負の相関関係にあることがわかる（**図表2-2-11**）。このことから、パートタイム労働者の賃金において、時給の上昇による増加は、実労働日数の短縮によって相殺されている傾向にあることがわかる。

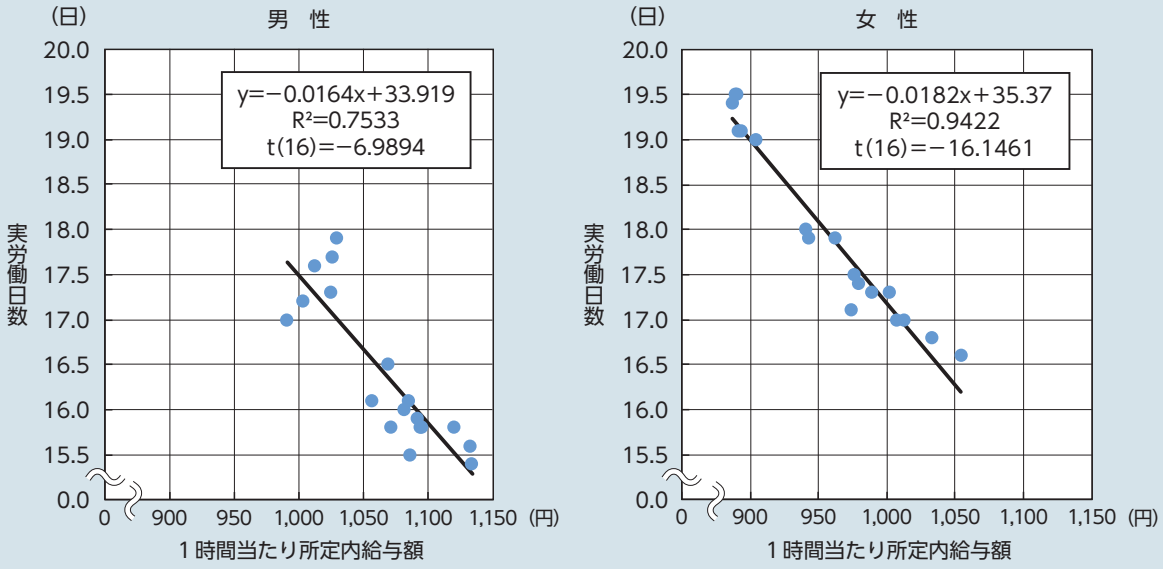
また、**図表2-2-11**によると、男性よりも女性の方で時給と実労働日数の相関が強いことから、女性は、いわゆる就業調整などにより、時給が上がるほど労働日数を減らそうとする傾向が男性より強いことがうかがわれる。時給、実労働日数、1日当たり所定内実労働時間数から年収に換算すると100万円前後に集中している。

図表2-2-10　男女別　パートタイム労働者の実労働日数・1日当たり所定内実労働時間数の年次推移



資料：厚生労働省政策統括官付賃金福祉統計室「賃金構造基本統計調査」
（注）　調査産業計、企業規模10人以上。

図表2-2-11　男女別　パートタイム労働者の時給と実労働日数の相関関係



資料：厚生労働省政策統括官付賃金福祉統計室「賃金構造基本統計調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注）　調査産業計、企業規模10人以上。

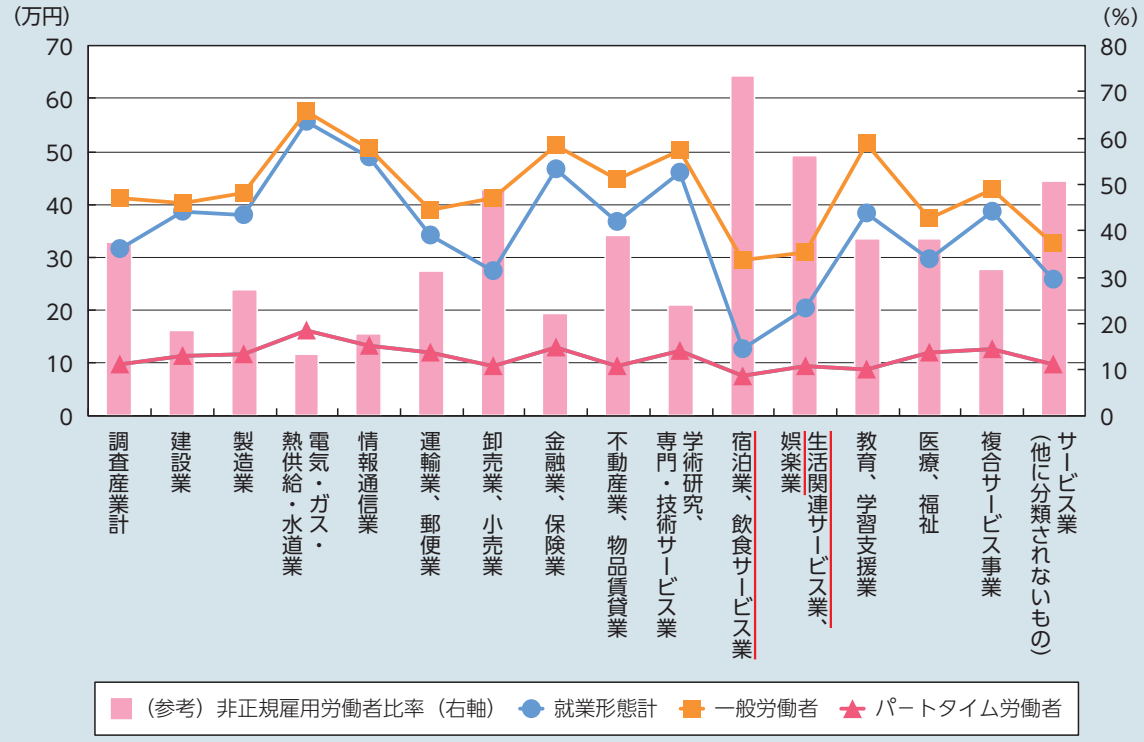
3 産業構造別に見た状況

（一般労働者の賃金は、非正規雇用労働者割合が高い産業で低い傾向にある。パートタイム労働者の賃金は、産業間格差が小さい）

図表2-2-12は、2016（平成28）年における産業別・就業形態別の労働者1人あたりの月額賃金（現金給与総額）を表したものである。

就業形態別に見ると、一般労働者の賃金は、宿泊業、飲食サービス業、生活関連サービス業など、非正規雇用労働者割合が高い産業において低くなっており、産業間での賃金格差が大きい。一方で、パートタイム労働者の賃金については、一般労働者とは異なり、産業間での大きな格差は見られず、おおむね10万円前後となっている。

図表2-2-12　産業別・就業形態別　現金給与総額（2016年）



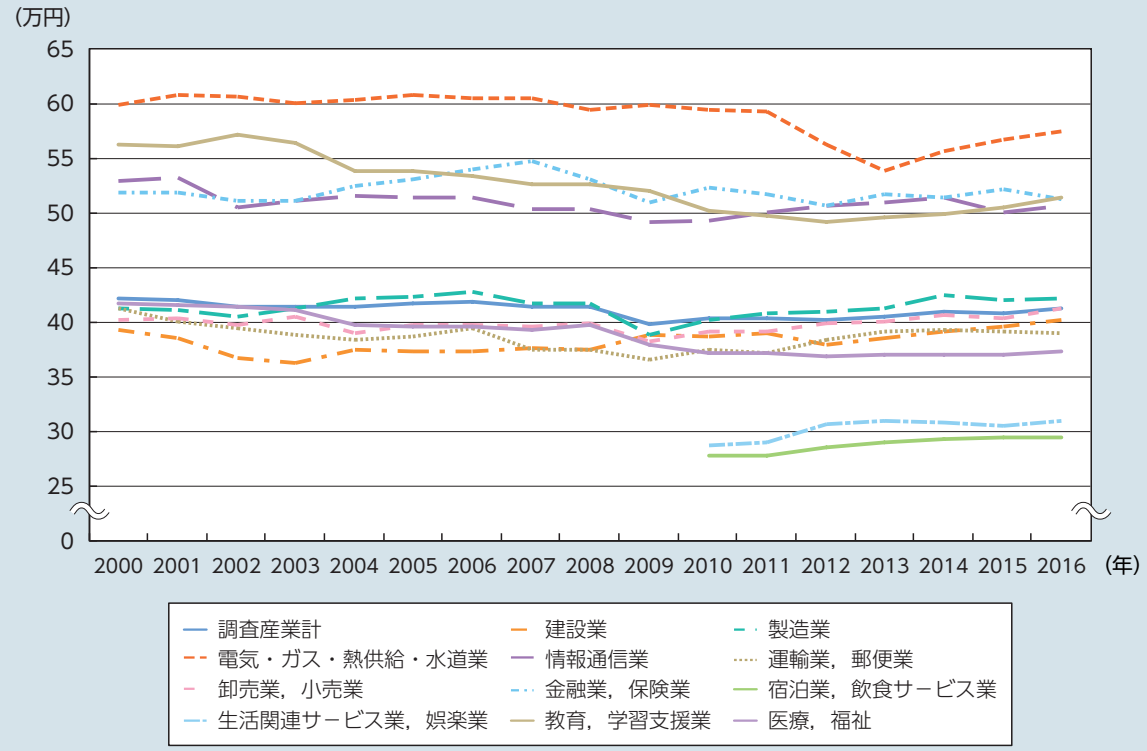
資料：現金給与総額は厚生労働省政策統括官付雇用・賃金福祉統計室「毎月勤労統計調査」（2016年）
非正規雇用労働者比率は総務省統計局「労働力調査（基本集計）」（2016年）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

（注）1.「非正規雇用労働者比率」は、役員を除く雇用者に占める「非正規の職員・従業員」の比率。
2.「パートタイム労働者」は常用労働者のうち、
①1日の所定労働時間が一般の労働者より短い者
②1日の所定労働時間が一般の労働者と同じで1週の所定労働日数が一般の労働者よりも短い者
のいずれかに該当する者であり、「非正規雇用労働者」は職場での呼称が正規の職員・従業員以外の者であり、両者の範囲は一致しない。

（近年は、各産業で一般労働者の賃金は上昇傾向）

図表2-2-13は、産業別の一般労働者の賃金（現金給与総額）の年次推移を表したものである。製造業、運輸業・郵便業、卸売業・小売業、情報通信業などでは、賃金は下降傾向にあったが、リーマン・ショック後の2009（平成21）年を底に、近年は緩やかな上昇傾向となっている。また、教育・学習支援業や医療・福祉における一般労働者の賃金は、他産業と比較すると下落幅が大きい傾向にあったが、2013（平成25）年以降やや上昇傾向に転じている。

図表2-2-13　産業別　一般労働者の現金給与総額の年次推移



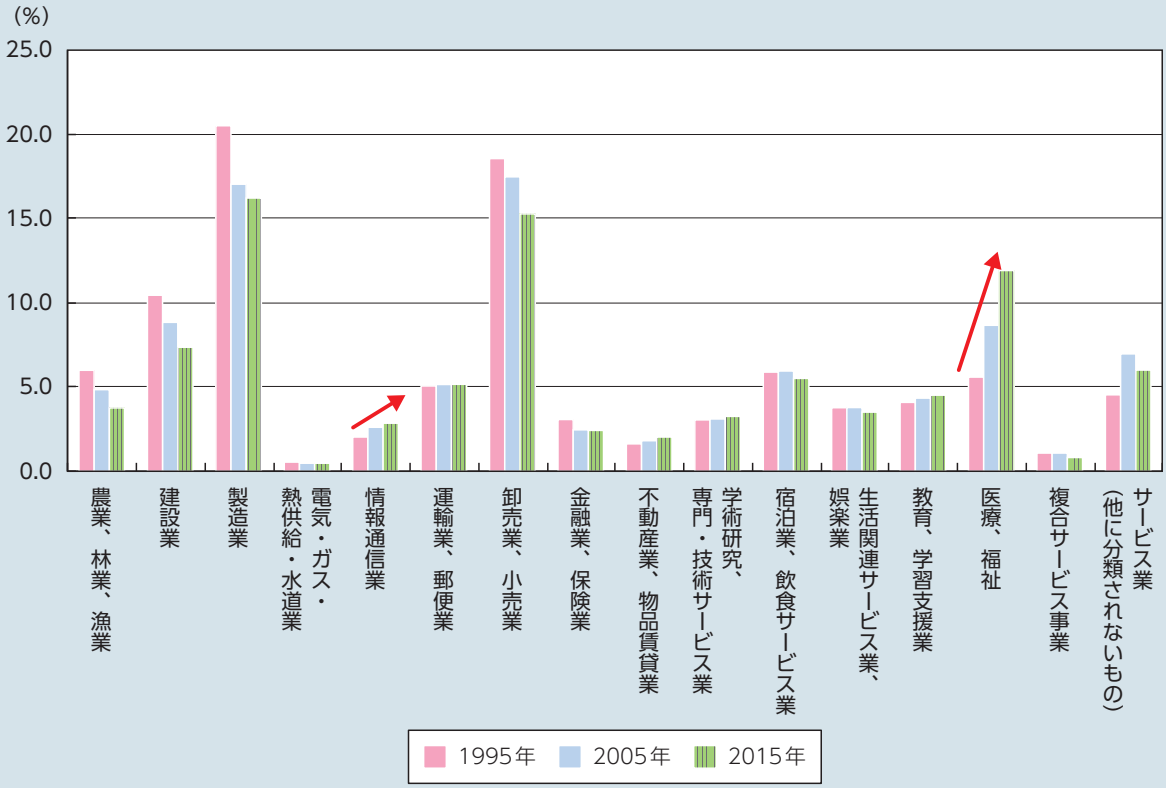
資料：厚生労働省政策統括官付雇用・賃金福祉統計室「毎月勤労統計調査」
（注）　事業所規模5人以上。

（情報通信業や医療，福祉などで就業者割合が増加）

図表2-2-14は、産業別の就業者割合の変化を示したものである。1995（平成7）年、2005（平成17）年、2015（平成27）年を比較すると、農業、林業、漁業といった第1次産業と、建設業、製造業といった第2次産業については、就業者割合が年々大きく減少している。第3次産業の就業者割合は上昇しており、2015年には、就業者の約7割が第3次産業に従事している。

第3次産業の中では、卸売業、小売業は就業者割合が減少する一方、情報通信業と医療，福祉などで就業者割合が増加している。

図表2-2-14　産業別就業者割合の推移



資料：総務省統計局「国勢調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注）1. 1995年は、総務省統計局において、「平成17年国勢調査　新産業分類特別集計」及び「平成12年国勢調査　新産業分類特別集計」のデータを用いて、新旧分類間の分割比率を算出して推計した。
2. 1995年と2005年は、一部の調査票を抽出して集計した抽出詳細集計に基づいて推計、集計しており、基本集計（全ての調査票を用いた集計）とは一致しない。
3. 2005年は、「平成17年国勢調査　新産業分類特別集計結果」による。
4. 「労働者派遣事業所の派遣社員」は、2005年では、産業大分類「サービス業（他に分類されないもの）」のうち産業小分類「労働者派遣業」に分類されていたが、2015年は派遣先の産業に分類していることから、時系列比較には注意を要する。

第3節　資産の動向

ここまで、主に所得や賃金の動向について整理してきたが、この節では所得には含まれない資産について、長期的な動向を見ていく。

1 資産総額の動向

（1世帯当たりの資産額は、2人以上世帯では減少、単身世帯では増加）

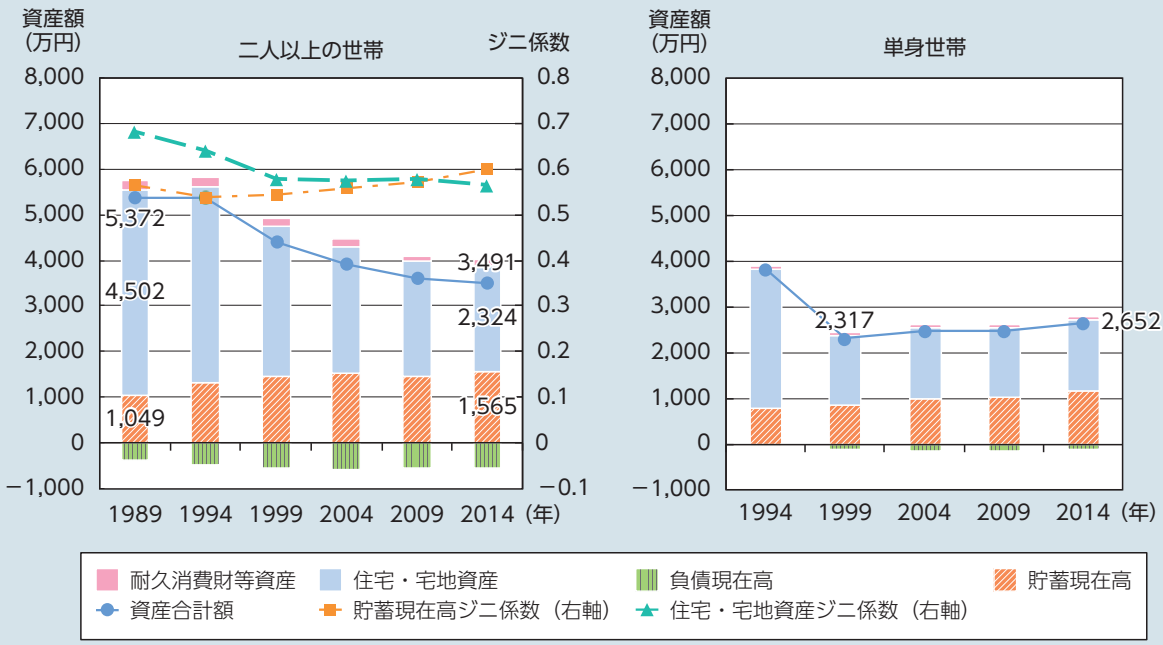
1世帯当たり資産額の推移について、2人以上世帯と単身世帯の世帯構成に分けて示したものが、図表2-3-1である。

2人以上世帯については、貯蓄現在高は1989（平成元）年の1,049万円から2014（平成26）年の1,565万円へと増加しているが、住宅・宅地資産は1989年の4,502万円から2014年の2,324万円へと大幅に減少している。そのため、資産合計額は1989年の5,372万円から2014年の3,491万円へと年々減少している。

資産の格差を示すジニ係数は、2014年においては、貯蓄現在高で0.597、住宅宅地資産で0.565であり、いずれも所得のジニ係数（0.314）[*12]より高い。資産は所得よりも保有額のばらつきが大きいといえる。また、貯蓄現在高のジニ係数は増加傾向にある一方、住宅・宅地資産のジニ係数は減少傾向にある。

単身世帯については、2人以上世帯と比較すると資産合計額は相対的に少ないが、1999（平成11）年の2,317万円以降は年々増加しており、2014年には2,652万円となっている。

図表2-3-1　1世帯当たり資産額および資産のジニ係数の推移



資料：総務省統計局「全国消費実態調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

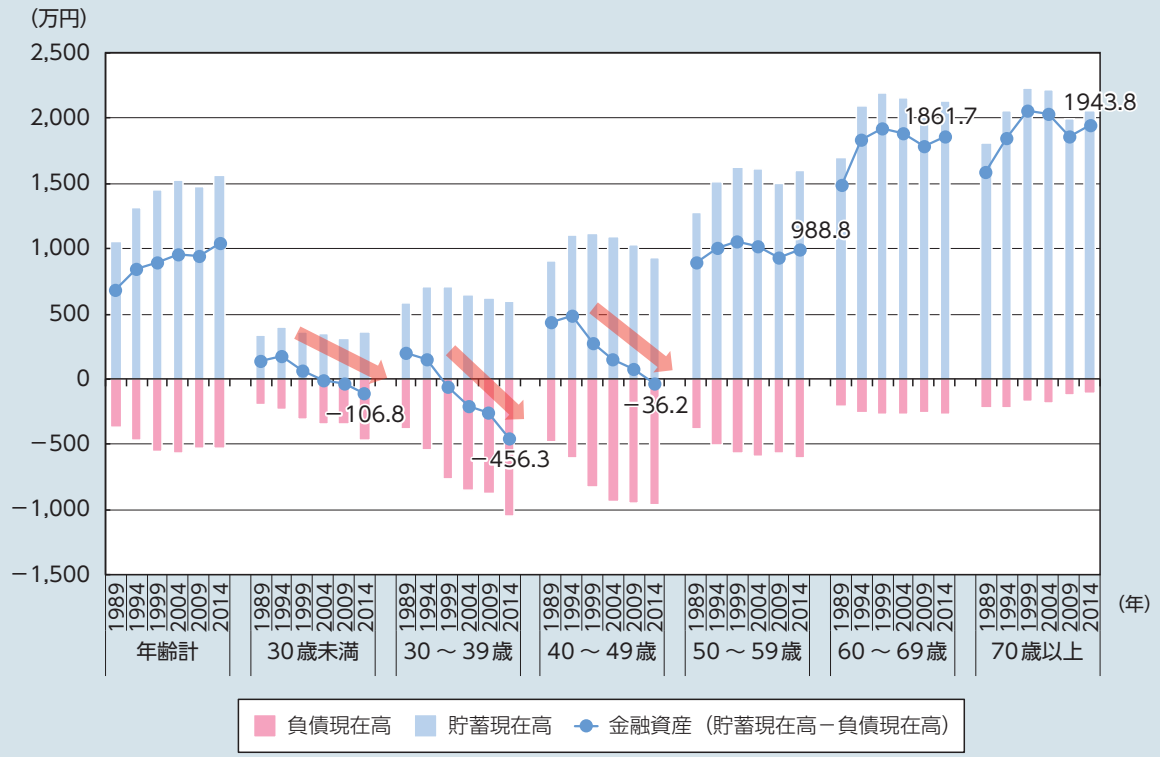
＊12 総務省統計局「全国消費実態調査」（2014年）における2人以上世帯の年間収入のジニ係数。

2 金融資産の動向

（2人以上世帯の金融資産額は、世帯主年齢40歳代以下は減少し、50歳代以上は横ばい）

2人以上世帯の金融資産額の推移について、世帯主の年齢階級別に見ていく（図表2-3-2）。世帯主年齢が20～50歳代の現役世代については、貯蓄現在高はおおむね横ばいで推移している一方、負債現在高は年々増加し、貯蓄現在高から負債現在高を差し引いた金融資産額は減少傾向にある。特に、世帯主が40歳代以下の世帯では、住宅・土地購入による負債が増加したことにより金融資産額はマイナスに転じ、貯蓄現在高よりも負債現在高が多くなっている。他方、世帯主が60歳以上の高齢世代については、金融資産額は2,000万円弱でおおむね横ばいで推移しており、50歳代の約2倍となっている。

図表2-3-2　世帯主の年齢階級別　1世帯当たり金融資産額の推移（二人以上の世帯）

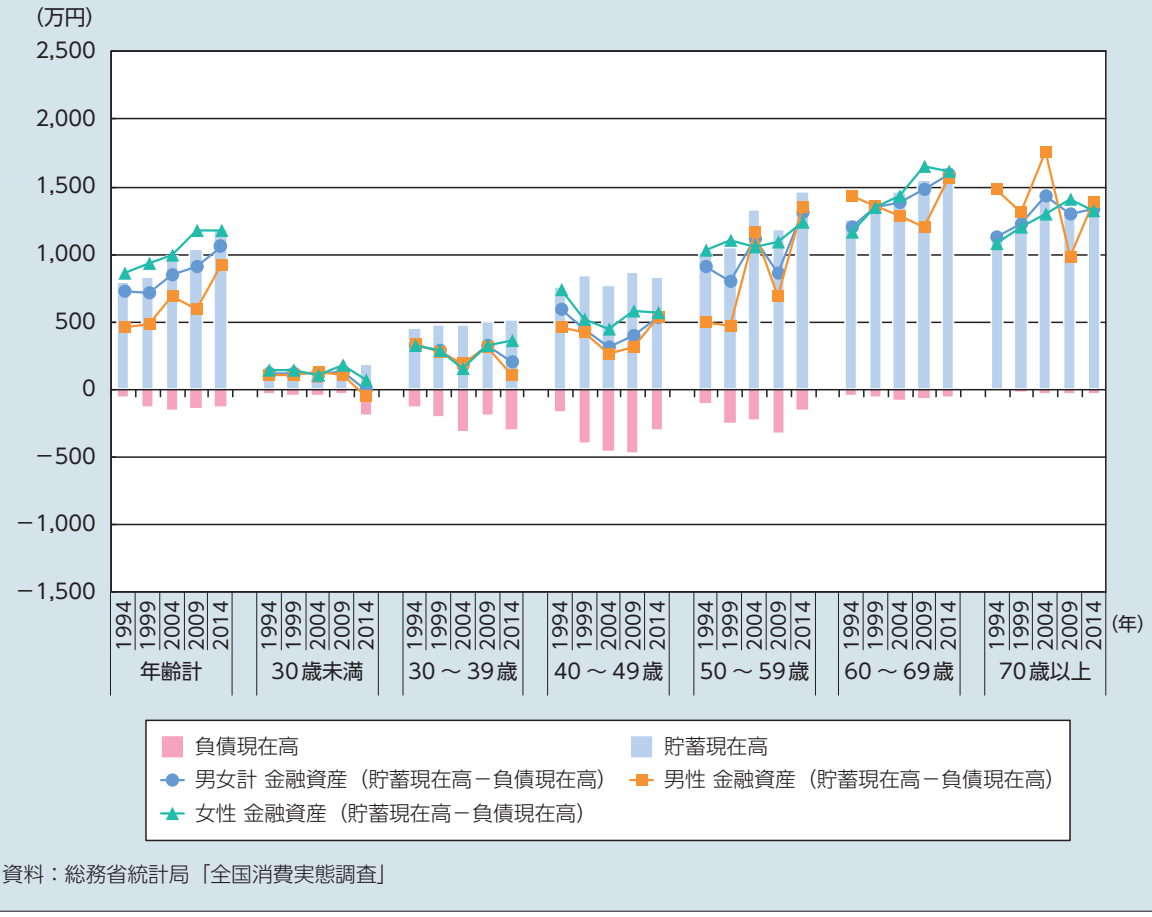


資料：総務省統計局「全国消費実態調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

（単身世帯の金融資産額は、40歳代以下は横ばい、50～60歳代は増加）

次に、単身世帯の金融資産額の推移について、世帯主の年齢階級別に見ていく（図表2-3-3）。２人以上世帯とは異なり、単身世帯では現役世代、高齢世代ともに、貯蓄現在高は負債現在高を超える水準を維持しており、金融資産額はプラスで推移している。また、40歳代以下の現役世代は横ばいであるが、50～60歳代は増加傾向にある。60歳以上の世帯の金融資産額は1,000万円以上となっている。男女別に見ると、近年はほぼ全ての年代で、女性は男性と同等か、男性を上回る資産額となっている。

図表2-3-3　世帯主の年齢階級別　１世帯当たり金融資産額の推移（単身世帯）



資料：総務省統計局「全国消費実態調査」

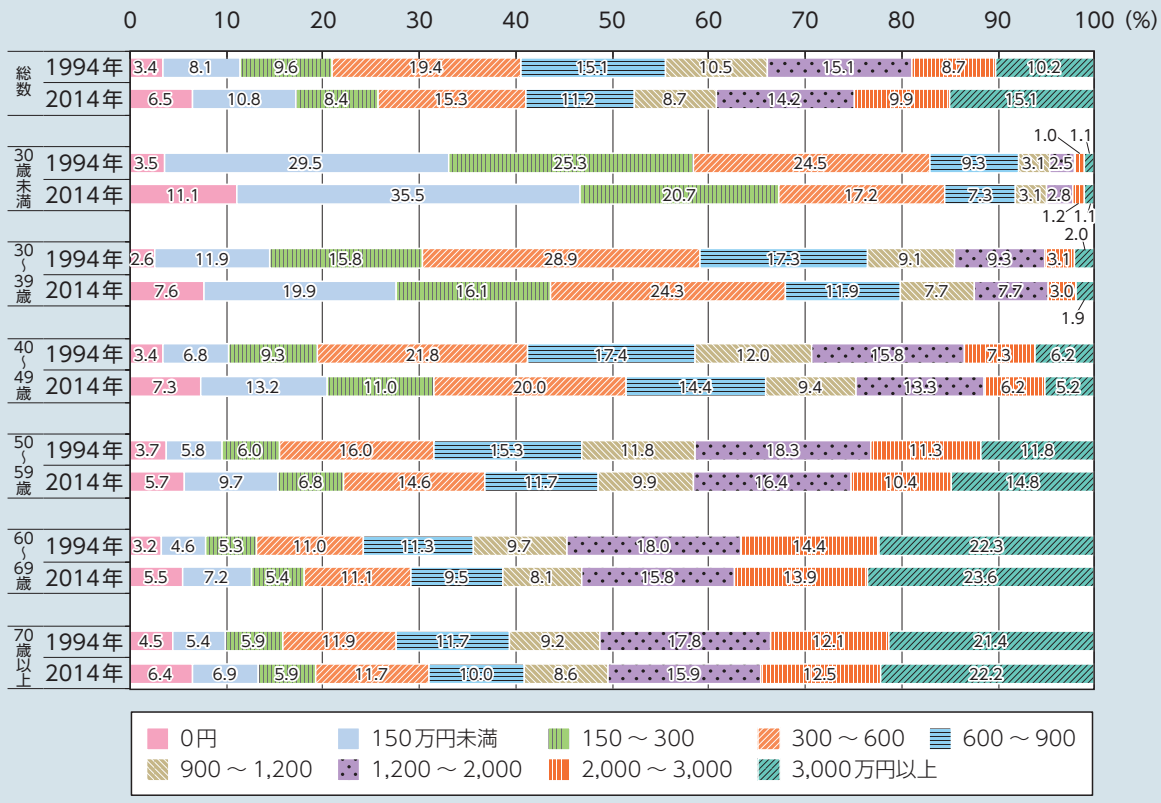
（2人以上世帯では、世帯主年齢40歳未満は貯蓄300万円未満が増加、60歳以上は貯蓄1,200万円以上が約半数）

2人以上世帯における1世帯当たりの貯蓄現在高の世帯分布について、世帯主の年齢階級別に見ていく（図表2-3-4）。

1994（平成6）年から2014（平成26）年の20年間に、年齢階級計では、貯蓄現在高が300万円未満の世帯が増加する一方で、貯蓄現在高が1,200万円以上の世帯も増加している。

年齢階級別に見ると、特に世帯主が40歳未満の世帯において貯蓄現在高300万円未満の割合が大きく増加しており、若年層では貯蓄が減少傾向にあることがわかる。一方で、世帯主が60歳以上の世帯では若年層と比較すると世帯分布に大きな変化は見られず、半数以上が貯蓄現在高1,200万円以上となっている。

図表2-3-4　世帯主の年齢階級別　貯蓄額現在高別世帯分布（二人以上の世帯）



資料：総務省統計局「全国消費実態調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注）「0円」には貯蓄現在高不詳の世帯を含む。

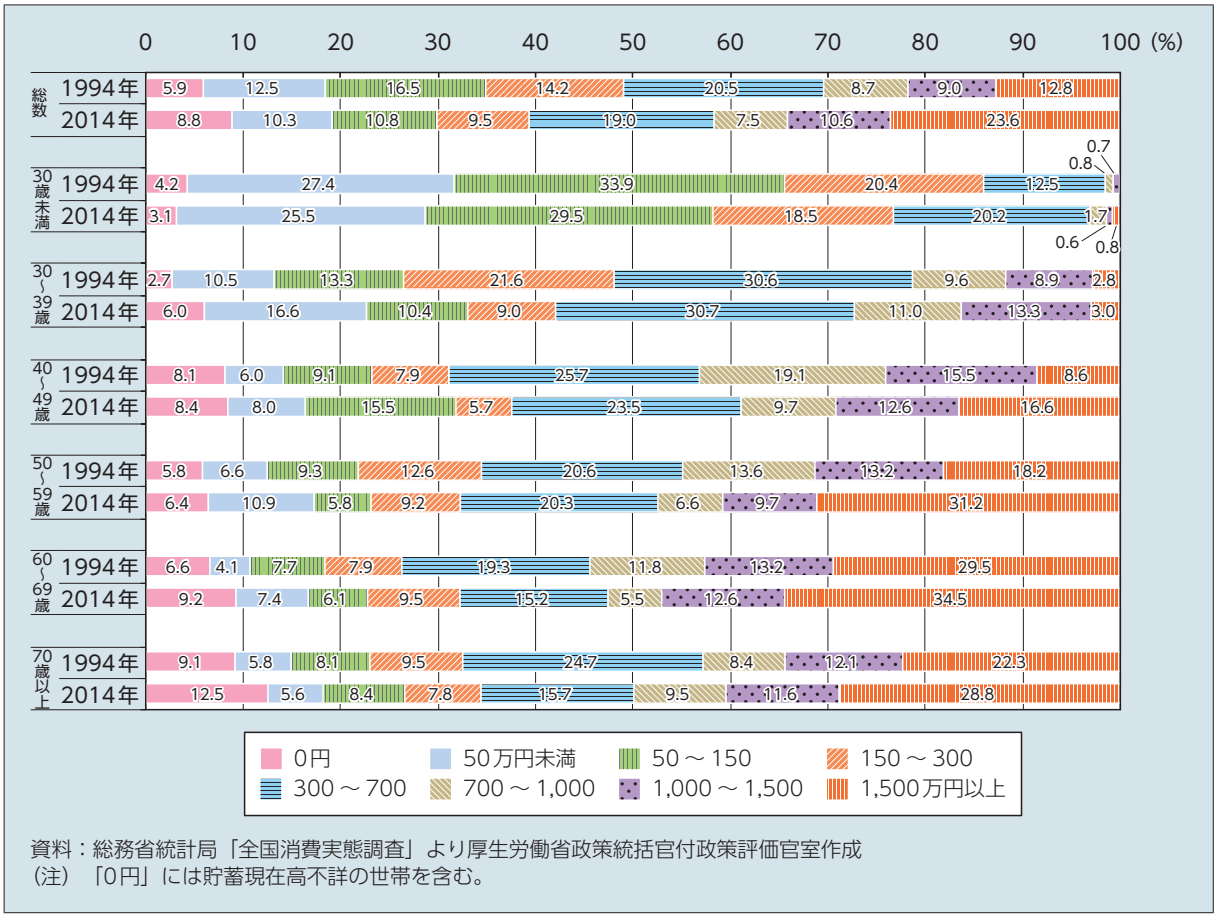
（単身世帯では、60歳以上で貯蓄700万円以上が約半数）

次に、単身世帯における1世帯当たりの貯蓄現在高の世帯分布について、世帯主の年齢階級別に見ていく（図表2-3-5）。

年齢階級計では、1994年から2014年の20年間に、貯蓄現在高が1,000万円以上の世帯が増加しており、2014年には単身世帯の約3割を占めている。

年齢階級別に見ると、1,000万円以上の世帯割合は全ての年齢階級において増加している。また、60歳以上の世帯では貯蓄現在高700万円以上の世帯が約半数となっている。

図表2-3-5　世帯主の年齢階級別　貯蓄額現在高別世帯分布（単身世帯）



資料：総務省統計局「全国消費実態調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注）「0円」には貯蓄現在高不詳の世帯を含む。

3 住宅・宅地資産の動向

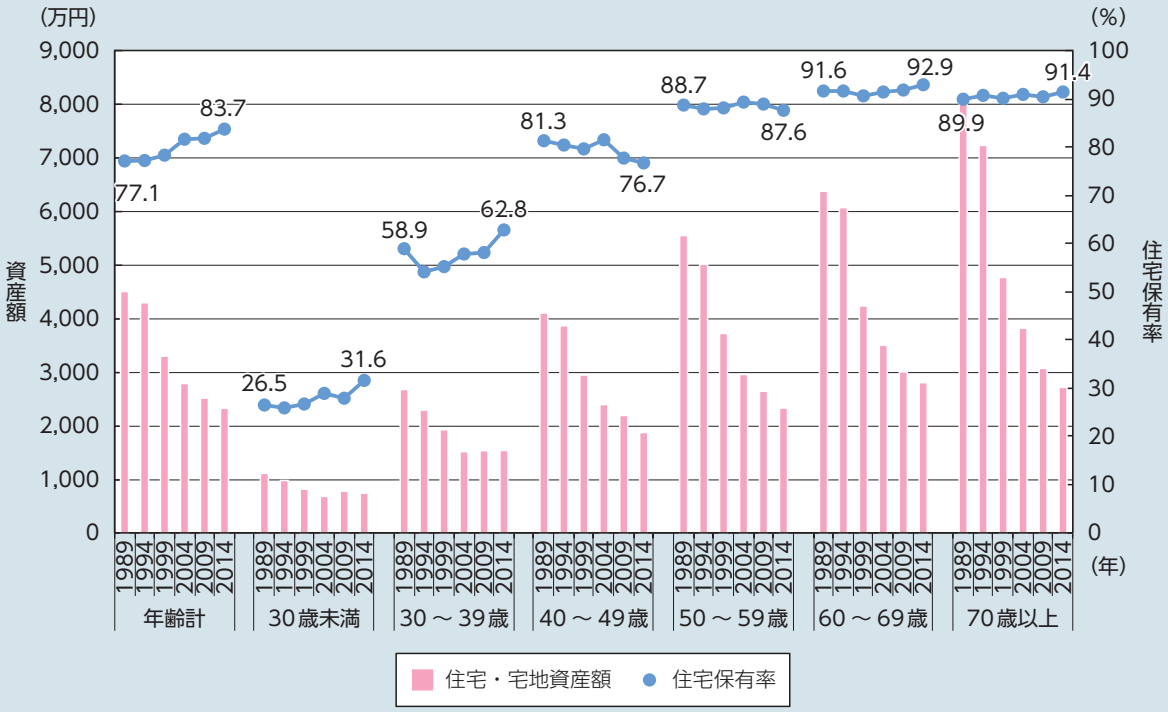
（2人以上世帯では、世帯主が50歳以上の世帯の約9割が住宅を保有）

図表2-3-6は、2人以上世帯における1世帯当たりの住宅・宅地資産額と住宅保有率について、世帯主の年齢階級別に示したものである。

住宅・宅地資産額は各年齢階級において年々減少しており、住宅・宅地の資産価値が下落傾向にあることがうかがえる。

一方で、住宅保有率は、世帯主が40～50歳代の世帯を除き上昇傾向にある。特に、30歳未満世帯においては1989年の26.5%から2014年の31.6%に、30～39歳世帯においては1989年の58.9%から2014年の62.8%に上昇している。また、世帯主が50歳以上の世帯では、住宅保有率は約90%で推移している。

図表2-3-6　世帯主の年齢階級別　1世帯当たり住宅資産額等の推移（二人以上の世帯）



資料：総務省統計局「全国消費実態調査」

（単身世帯では、住宅保有率は40歳未満で横ばい、40歳以上で上昇）

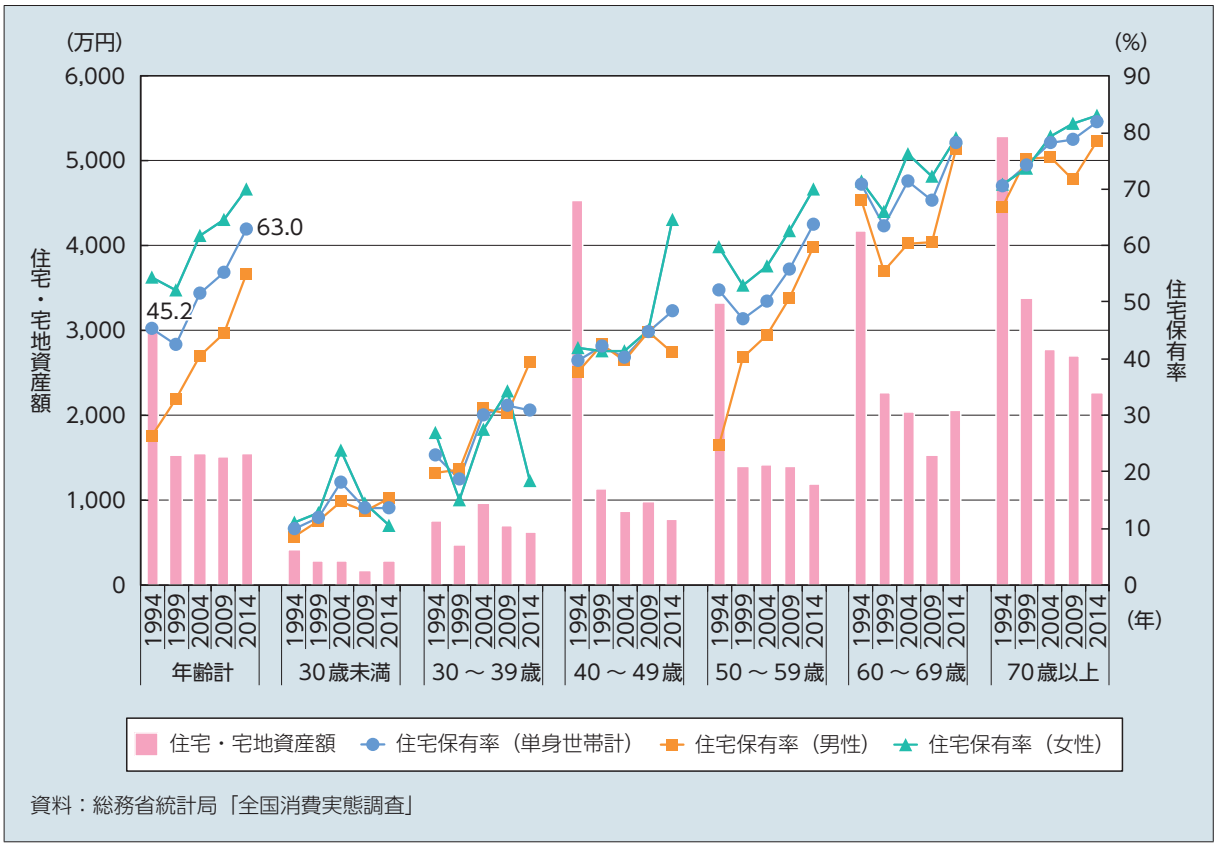
図表2-3-7は、単身世帯における1世帯当たりの住宅・宅地資産額と住宅保有率について、世帯主の年齢階級別に示したものである。

単身世帯の住宅保有率については、2人以上世帯と比較すると相対的に低いが、年齢階級計の住宅保有率は1994年の45.2%から2014年の63.0%に上昇している。

年齢階級別に見ると、40歳未満世帯では住宅保有率は2004年以降伸び悩み、おおむね横ばいで推移している。40歳以上世帯では住宅保有率は上昇傾向にあり、2014年には60歳以上世帯の約8割が住宅を保有している。

また、50歳代以上になると、男性よりも女性の住宅保有率が高いことが特徴としてあげられる。高齢の単身女性は、収入は低いが（図表2-1-12参照）、住まいの心配は比較的少ないと考えられる。

図表2-3-7　世帯主の年齢階級別　1世帯当たり住宅資産額等の推移（単身世帯）



資料：総務省統計局「全国消費実態調査」

第4節 所得再分配の動向

（世代別で見ると公的年金を中心に高齢世代に手厚い構造）

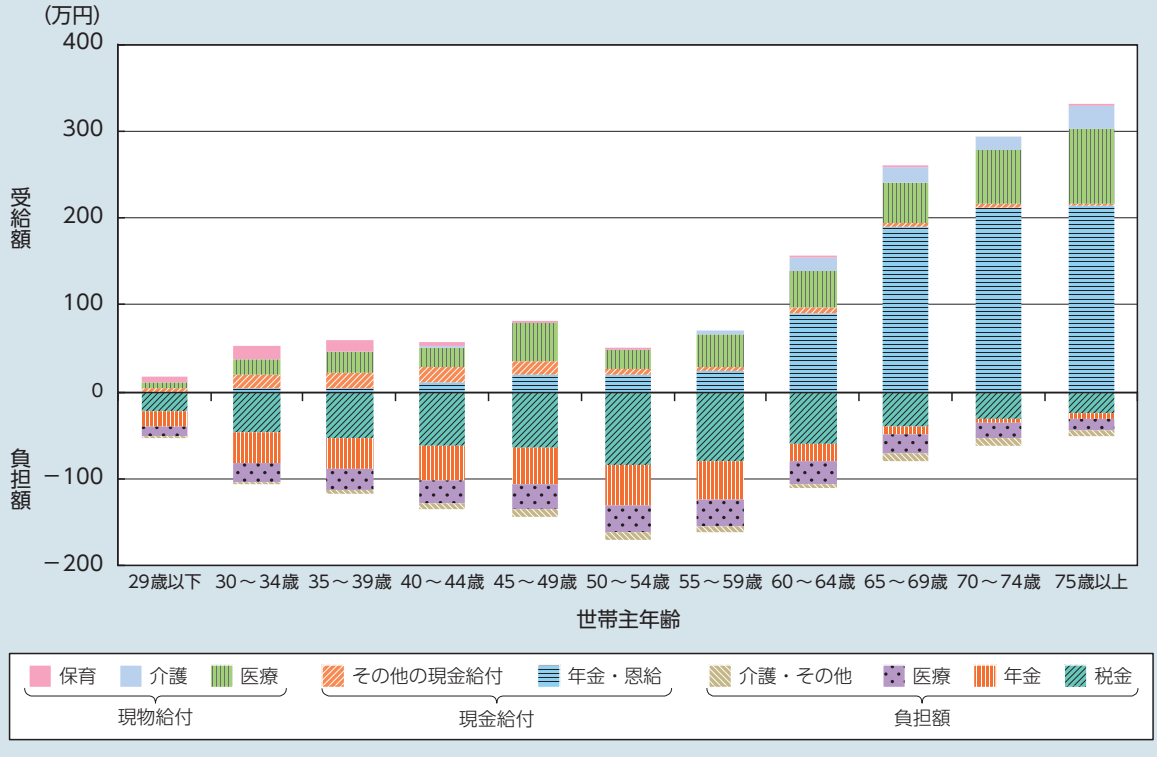
図表2-4-1は、「所得再分配調査」により、2013（平成25）年の1世帯当たり負担額（税金・社会保険料）、受給額（年金などの現金給付と医療・介護・保育などの現物給付の額）とその内訳を世帯主の年齢階級別に見たものである。これによれば、世帯主が59歳までの現役世代では税金・社会保険料の負担額が現金給付・現物給付の受給額よりも多く、年齢が高くなるほど税金・社会保険料の負担も増加している。また、受給については現物給付である医療、保育が中心となっている。

一方で、世帯主が60歳以上の高齢者世代では、税金・社会保険料の負担額よりも現金給付・現物給付が多く、世帯主の年齢が高くなるほど負担額は減少し、受給額は増加している。また、受給の中心を年金・恩給が占めていること、医療についても現役世代よりも多く、世帯主の年齢が高くなるほど増えていることがわかる。

負担額・受給額について世代ごとに比較すると、負担額については、就労収入などがあり世帯収入が平均的に多い現役世代が、世帯収入が平均的には少なく年金保険料の支払いなどがない高齢世代よりも多い一方で、受給額については、年金・恩給が多くを占める高齢世代が、現物給付が中心を占める現役世代よりも多くなっている。この結果、当初所得に対する再分配所得の増加割合は高齢者世帯の方が大きい構造となっている。

我が国の所得再分配機能を世代間で見ると、現役世代に比べて給付面、負担面ともに高齢世代に手厚い構造となっていることがわかる。

図表2-4-1 世帯主年齢階級別 1世帯当たり受給額・負担額（2013年）



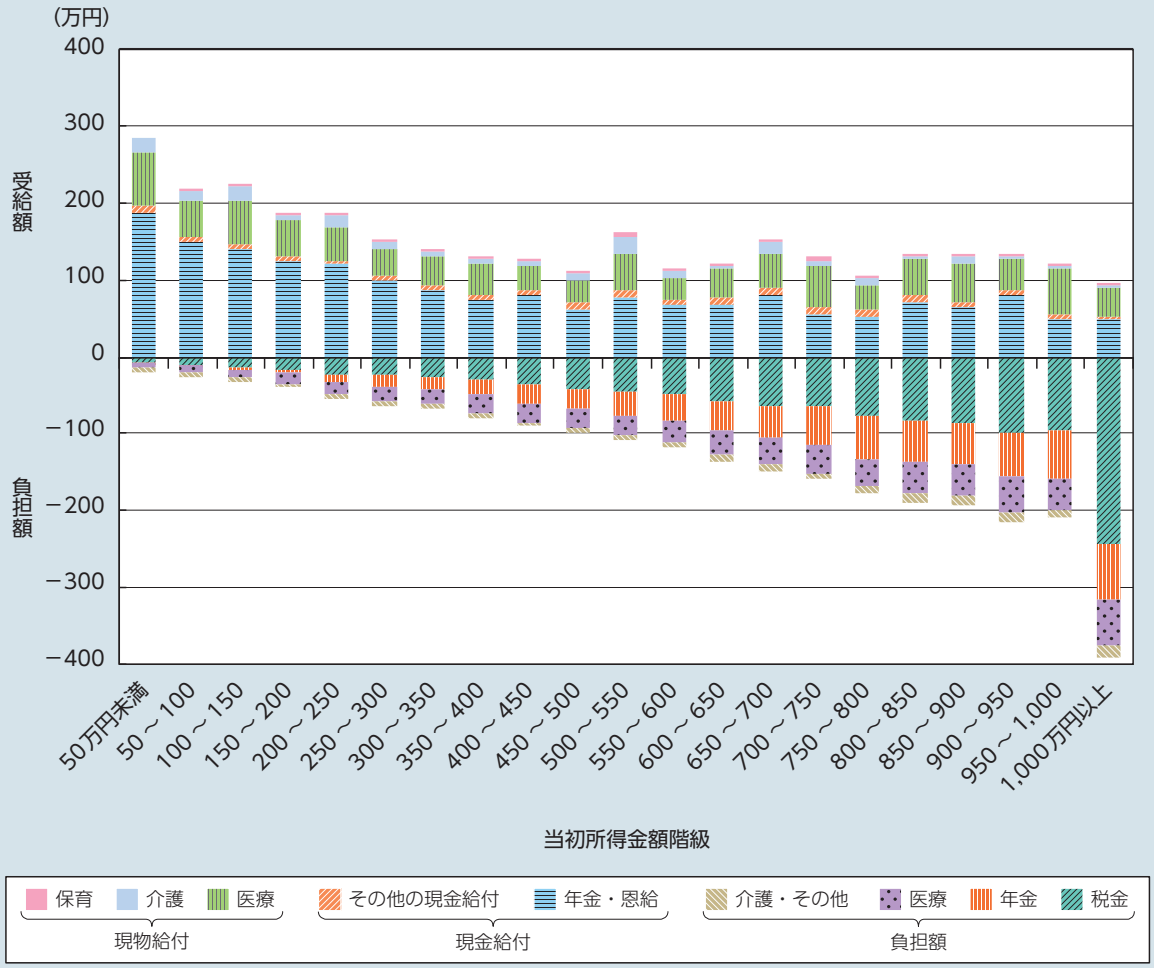
資料：厚生労働省政策統括官室付政策評価官室 「所得再分配調査」（2014年）

（当初所得金額が低い世帯ほど、相対的に少ない負担額で多くの給付）

図表2-4-2は、2013年の1世帯当たり負担額、受給額とその内訳を当初所得金額階級別に見たものである。これによれば、当初所得金額が100万円未満の世帯では、10万円程度の負担額に対して現金給付・現物給付合わせて200万円程度の給付額、当初所得金額が450～500万円未満の世帯では、100万円程度の負担額に対して現金給付・現物給付合わせて100万円程度の受給額、当初所得金額が950～1,000万円未満の世帯では、200万円程度の負担額に対して現金給付・現物給付合わせて100万円程度の受給額となっている。

このように、税や社会保障制度による所得再分配を行っている結果、1世帯当たりの当初所得金額が増えるに従い、負担額が多くなる構造となっており、当初所得金額が低い世帯ほど、相対的に少ない負担額で多くの給付を受けていることがわかる。

図表2-4-2　当初所得金額階級別　1世帯当たり受給額・負担額（2013年）



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室　「所得再分配調査」（2014年）

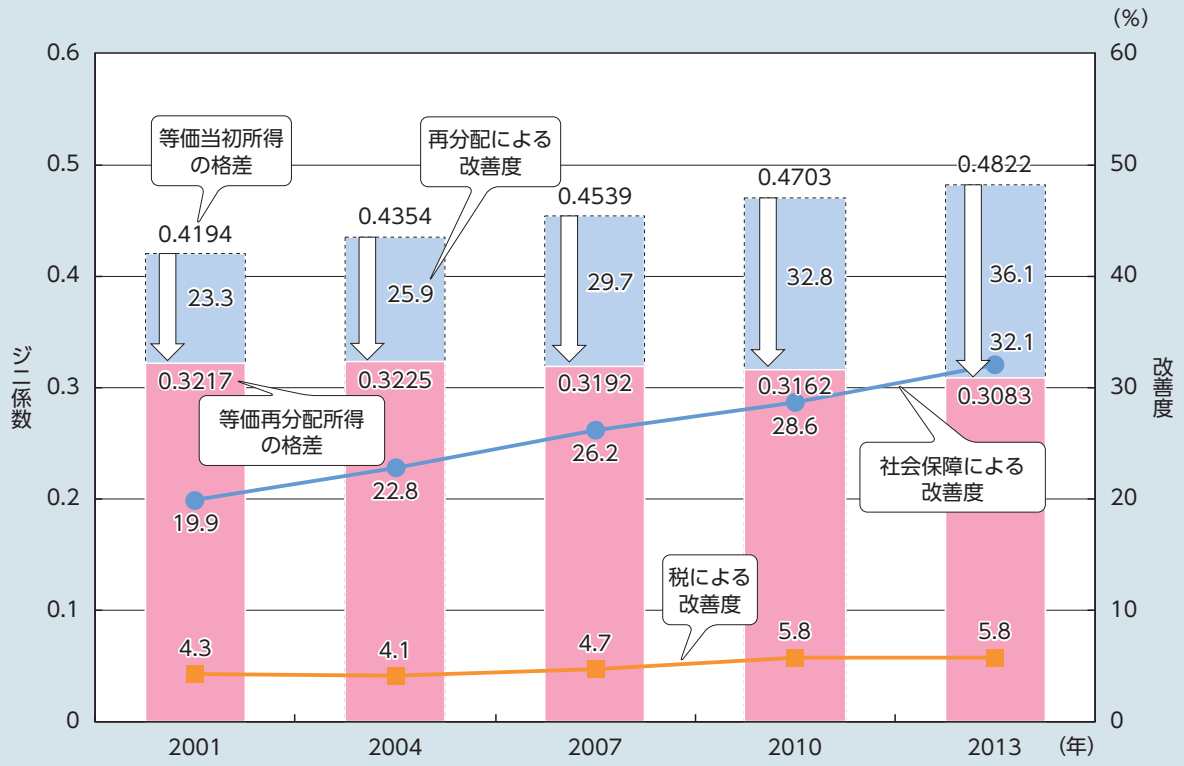
（所得再分配による格差是正効果は人口高齢化を背景に拡大傾向、社会保障が大きな役割）

図表2-4-3は、所得再分配調査により、等価当初所得と等価再分配所得の格差の年次推移を見たものである。年金などの社会保障や税による再分配前の等価当初所得のジニ係数は2001（平成13）年以降一貫して増加している一方、再分配後の等価所得のジニ係数は2004（平成16）年以降減少しており、世帯員単位で見た場合、社会保障や税による再分配機能により格差の拡大が抑制されていることが分かる。

また、再分配によるジニ係数の改善度は一貫して増加しており、2013年では過去最高の36.1%となっている。税・社会保障別の改善度を見ると、税による改善度が2001年の4.3%から2013年の5.8%への増加にとどまっているのに対し、高齢者の増加による公的年金の増加などを背景に、社会保障による改善度は一貫して増加しており、2001年の19.9%から2013年の32.1%へと急激な伸びを見せている。

我が国における所得再分配において、少子高齢化の中で、社会保障が大きな役割を果たしていることがわかる。

図表2-4-3　所得再分配による等価所得の格差（ジニ係数）是正効果（税・社会保障別）推移



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室　「所得再分配調査」（2014年）

※再分配による改善度＝１－④のジニ係数／①のジニ係数
社会保障による改善度＝１－②のジニ係数／①のジニ係数×④のジニ係数／③のジニ係数
税による改善度＝１－③のジニ係数／②のジニ係数

①当初所得：財産所得、家内労働所得及び雑収入並びに私的給付（仕送り、企業年金、生命保険金等の合計額）の合計額
②当初所得に社会保障給付金を加え、社会保険料を控除したもの（①＋社会保障給付金－社会保険料）
③可処分所得：総所得から税金及び社会保険料を控除したもの（②－税金）
④再分配所得：当初所得から税金、社会保険料を控除し、社会保障給付（現金、現物）を加えたもの（③＋現物給付）

第5節　総括

本章では、我が国の家計所得や資産、賃金の動向を見てきた。家計所得について見ると、1世帯当たり平均総所得金額は、全世帯では、1994（平成6）年をピークに減少傾向であったが、高齢者世帯、現役世帯（児童のいる世帯）別に見るといずれも2000（平成12）年以降おおむね横ばいであり、現役世帯より1世帯当たり平均総所得金額の低い高齢者世帯割合の急激な増加が全世帯の平均値を押し下げる大きな要因となっていた。

ここ20年の世帯総所得の動向を分析すると、現役世帯では、各世代通じて、所得分布のばらつきに大きな変化はないが、相対的に所得の低い単独世帯やひとり親世帯の割合増加、相対的に所得の高い三世代世帯の割合減少など、世帯構造の変化が現役世帯の全体の所得を低い方にシフトさせている。世代ごとに見ると、現役世代のうち世帯主が30歳代の世帯では、単独世帯やひとり親世帯の割合増加、三世代世帯の割合の減少と、ひとり親世帯における低所得世帯割合の増加などを背景とした、世帯総所得が300万円未満の世帯割合の増加が見られた。世帯主が40歳代の世帯では、単独世帯やひとり親世帯の割合の増加、三世代世帯の割合の減少と、単独世帯、ひとり親世帯における低所得世帯割合の増加などを背景とした、世帯総所得が300万円未満の世帯割合の増加と、700～900万円未満や1,000万円以上の世帯割合の減少が見られた。世帯主が50歳代の世帯では、単独世帯やひとり親世帯の世帯割合の増加、三世代世帯の割合の減少と、ひとり親世帯における低所得世帯割合の増加などを背景とした、世帯総所得が300万円未満の世帯割合の増加、夫婦と未婚の子のみ世帯における高所得世帯割合の減少を背景とした世帯総所得が1,000万円以上の世帯割合の減少などが見られた。

また、世帯員1人当たりの水準で見た場合、現役世代、子ども世代の世代内所得格差は広がっていないが、相対的貧困率を見ると、2012（平成24）年までは現役世代の相対的貧困率や子どもの貧困率はいずれも上昇傾向にあった。なお、直近では現役世代及び子どもの貧困率は低下している。

世帯主が30歳代、40歳代の世帯における家計所得の変化の背景には、上記のような世帯構造の変化に加え、バブル崩壊後の景気の長期低迷による大企業における採用抑制や年功的な賃金カーブの抑制などにより、2000年代以降2013年頃まで、30歳代、40歳代の男性一般労働者の所定内給与額が減少傾向にあったこともあると考えられる。こうした中、1990年代半ば以降共働き世帯が増加しており、世帯主の配偶者収入が世帯収入を補う世帯が増えている。近年、女性や高齢者を中心に大きく数の増えたパートタイム労働者の賃金は、時給上昇の一方で実労働日数が減少したため、おおむね横ばいであった。

高齢世代では、公的年金制度の成熟化を背景に、世帯総所得金額が100万円未満の世帯割合の減少、200～500万円未満の世帯割合の増加が見られた。こうした低所得世帯割合の減少や中所得世帯割合の増加は、単独世帯、夫婦のみ世帯いずれの世帯構造でも同様に見られる傾向であった。結果として、高齢者世帯では、1世帯当たり平均総所得金額や中央値に大きな変化はないが、所得分布のばらつきは縮小傾向にある。また、世帯員1人当たりの水準で見た世代内所得格差は縮小しており、相対的貧困率も低下傾向にある。

世帯員1人当たりの所得水準で見た場合、現役世代と高齢世代は同じ水準にある一方で、

現役世代でもひとり親世帯では特に低くなっており、貧困率も高い。

資産面で見ても、現役世代では、世帯主が40歳代以下の世帯（2人以上世帯）では、主に住宅・土地購入のための負債増加による平均金融資産額の減少傾向や、貯蓄額が300万円未満の世帯の増加などが見られる。

高齢世代では、現役世代に比べると平均金融資産額は高い水準を維持しており、2人以上世帯の平均金融資産額は2,000万円前後で近年横ばいで推移、貯蓄額1,200万円以上の世帯が約半数である。単身世帯の平均金融資産額は近年1,000万円以上で推移、世帯主が60歳代の世帯では上昇傾向にあり、貯蓄額700万円以上の世帯が約半数を占めている。持ち家率も、2人以上世帯で9割以上で推移、単身世帯も8割程度で上昇傾向にあるなど、高い水準を維持している。

これまでの我が国の所得再分配機能は、公的年金制度や介護保険制度、高齢者の自己負担割合が低い公的医療保険制度などが中核となっており、相対的に高齢世代に手厚い構造となってきたといえる。しかしながら、高齢世代は中所得世帯の割合が増加し、世代内格差も縮小傾向にある一方、むしろ現役世代の中に単独世帯、ひとり親世帯など所得の低い世帯の割合が増加してきている。世代や世帯の構造ごとに、それぞれの世帯の状況をよりきめ細やかに見て再分配政策を考えていく必要がある。

直近では、現役世代でも世帯所得や賃金の改善傾向が見られてきているが、引き続き、現役世代の各方面にわたる所得向上支援や全世代型の社会保障への転換を推進することが必要である。

第3章　成長という視点から見た社会保障

「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）で提示された「成長と分配の好循環」を実現すべく、我が国の社会保障は、近年様々な取組みを進めている。本章では、成長という視点から見た社会保障分野の様々な取組みを紹介しつつ、今後に向けた社会保障の在り方を考えていく。

第1節　国民生活の安定の取組み

我が国の社会保障の中核である公的年金、医療保険、介護保険は、日々の生活を営む上での様々なリスクに対応して、ライフステージに応じた生活の安定をもたらしている。また、所得の再分配を通じ、低所得層に広く生活の安心をもたらす機能も持っている。所得水準にかかわらず、より多くの人が健康で安定した生活を送れるようになることで、より多くの人が働いたり教育を受けるなど様々な社会活動にチャレンジする機会を得ることができ、それが社会全体の活力を向上させ、成長の土台となっていくことが期待できる。生活困窮者世帯に対しては、金銭面の支援だけではなく就労支援を通じて、可能な限り自力で生活安定を図れるようにしていくことが重要である。

1　公的年金制度

（1）公的年金制度の概況

（公的年金制度は、予測できない将来のリスクに社会全体で備えるための保険）

人生には、自分や家族の加齢、障害、死亡など、様々な要因により稼得能力を失い、自立した生活が困難になるリスクがあるが、こうした生活上のリスクは、あらかじめ予測することができず、個人で備えるには限界があるため、保険の仕組みにより社会全体で備えることとしたのが公的年金制度である。例えば、個人で老後に備えて貯蓄をしていても、人は何歳まで生きるかは予測できないため、貯蓄を使い切ってしまう可能性もあるが、公的年金であれば亡くなるまで受給できる仕組みとなっており、公的年金は、長生きして生活資金がなくなるという長生きに伴うリスクに備えることを主たる目的とした保険であるといえる。

（公的年金制度の体系）

我が国の公的年金制度は、満20歳以上60歳未満の人は全て国民年金の被保険者となり、高齢期となれば基礎年金の給付を受ける「国民皆年金」の仕組みを採用している。これに加えて、民間企業に勤めるサラリーマンや公務員などは、厚生年金保険に加入し、基礎年金の上乗せとして報酬比例の厚生年金の給付を受けることができるという二階建ての仕組みとなっている。

（被保険者・保険料：第１号被保険者は定額だが低所得者には免除あり、第２号被保険者は報酬比例）

国民年金の第１号被保険者（約1,670万人）は、20歳以上60歳未満で、自営業者や学生など、後述の第２号被保険者でも第３号被保険者でもない人々である。第２号被保険者（約4,130万人）は、民間企業に勤めるサラリーマンや公務員などで厚生年金保険にも加入している70歳未満の人々である。ただし、パートやアルバイトの方など就業時間が短く賃金水準が低いなどの理由により、一定の要件（週20時間以上、月額賃金8.8万円（年収換算で106万円）など）を満たさない方については、厚生年金保険は適用されない場合がある。第３号被保険者（約915万人）は、第２号被保険者の被扶養配偶者であり20歳以上60歳未満で、かつ、第２号被保険者に該当しない人々である。なお、扶養されているかどうかの基準は、被扶養配偶者の年収が130万円未満であることである。

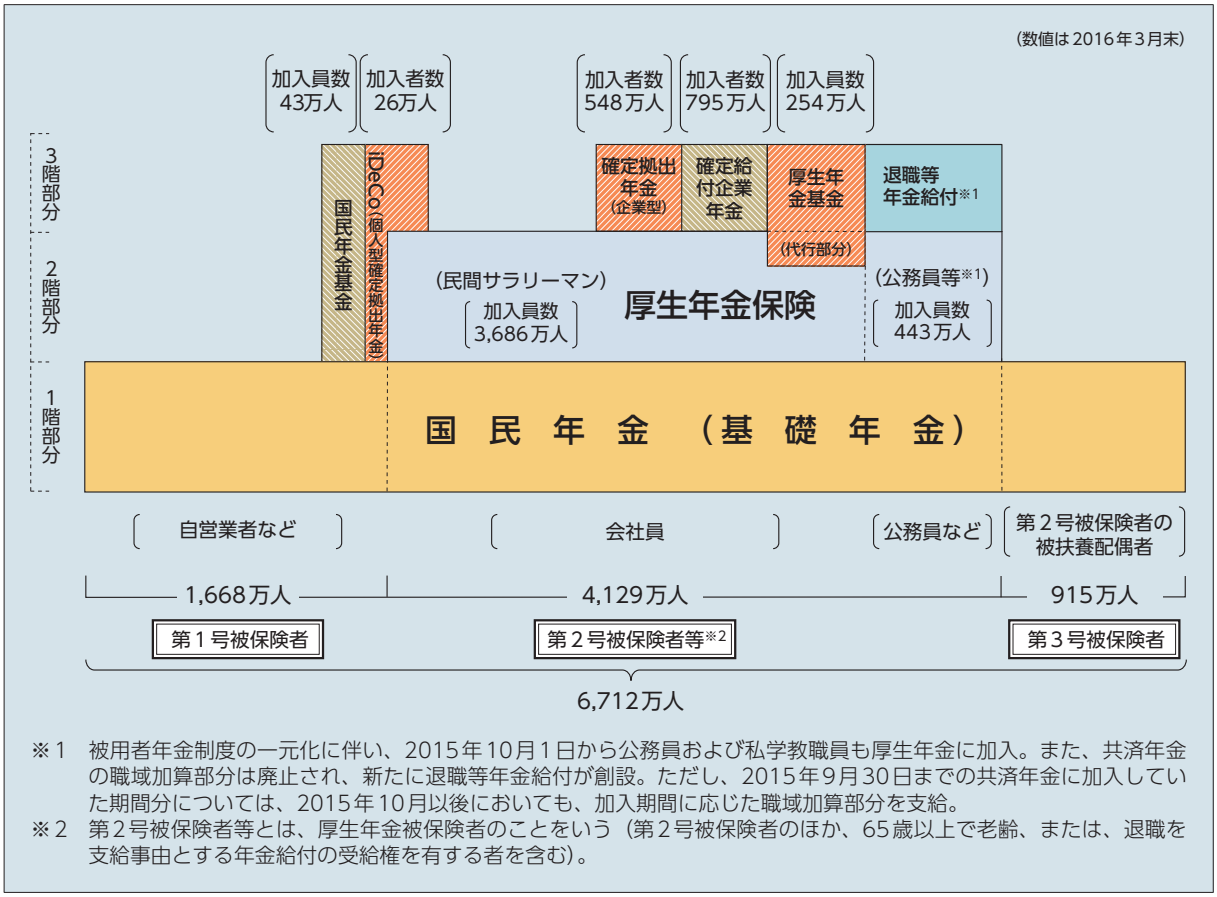
第１号被保険者が納める国民年金の保険料は定額（2017（平成29）年度は毎月16,490円）である。所得が低くて保険料が支払えない場合は、被保険者本人からの申請に基づき、所得に応じて保険料の全額、４分の３、半額、４分の１が免除される制度がある。また、学生については、卒業後に在学中の保険料を納めることができる学生納付特例の制度がある。*1

第２号被保険者は、国民年金の保険料を納付することを要しないが、厚生年金の保険料として、被保険者の給与（標準報酬月額）に定率の保険料率（2017年９月以降18.3%）を掛けた額について、その半分を事業主が負担し、残りの半分を被保険者本人が負担することとされており、厚生年金の保険料を管理する厚生年金勘定から基礎年金の給付に要する費用が拠出されている。

第３号被保険者についても、第２号被保険者と同様に、国民年金の保険料を納付することを要せず、基礎年金の給付に要する費用は、上記の厚生年金勘定から拠出されているため、第２号被保険者が納める保険料によって負担されている（**図表3-1-1**）。

＊1　2015年度末で申請に基づく全額免除者は230万人、一部免除者は47万人となっている。

図表3-1-1　公的年金制度の仕組み



※１　被用者年金制度の一元化に伴い、2015年10月1日から公務員および私学教職員も厚生年金に加入。また、共済年金の職域加算部分は廃止され、新たに退職等年金給付が創設。ただし、2015年9月30日までの共済年金に加入していた期間分については、2015年10月以後においても、加入期間に応じた職域加算部分を支給。
※２　第２号被保険者等とは、厚生年金被保険者のことをいう（第２号被保険者のほか、65歳以上で老齢、または、退職を支給事由とする年金給付の受給権を有する者を含む）。

（保険給付・財源）

国民年金は、保険料を納めた期間などが10年以上（2017年7月までは25年以上）あると、原則として、65歳になると老齢基礎年金を受け取ることができる。給付額は保険料を納めた期間などの長さに応じて計算することとされており、その期間が40年以上の場合は満額の老齢基礎年金（2017年度で64,941円）を受け取ることができる。なお、保険料を全額免除されていた期間については、2分の1（2009（平成21）年度以前の免除期間は3分の1）として計算することとされており、40年間通じて全額免除の場合には、64,941円×1/2の年金額となる。

厚生年金は、老齢基礎年金の受給資格を有する人が、原則として、65歳になると老齢厚生年金を受け取ることができる。給付額は厚生年金保険に加入していた期間の給与（標準報酬月額）と加入期間に応じて計算することとされており、例えば、男子賃金の平均額で40年間厚生年金保険に加入していた場合には、約91,000円を受け取ることができる。なお、支給開始年齢については、現在、男性は2024年度、女性は2029年度までかけて、段階的に65歳まで引き上げている途上にある。

このほかに、被保険者が病気やけがなどにより障害を負ったときには、障害基礎年金、障害厚生年金が支給され、被保険者や年金受給者が死亡したときには、遺族基礎年金、遺族厚生年金が遺族に対して支給される。

年金給付に必要な費用は、保険料、国庫及び積立金の運用収入によりまかなわれている。なお、2009年度以降は、基礎年金の給付に必要な費用のうち、国庫が負担する割合

が3分の1から2分の1に引き上げられている。

(2) 経済の中で年金制度が果たす機能

(世代間の支え合いによる所得再分配)

我が国の公的年金制度は、現役世代が支払った保険料はその時点の高齢者などの年金給付に充て、現役世代が高齢者となった将来の時点では、その将来の時点における現役世代が支払う保険料を年金給付に充てるという「賦課方式」による財政運営が行われている。また、保険料や税、積立金などの限られた財源を長期にわたり適切に配分する仕組みとなっており、世代間の支え合いや分かち合いを基本的な考え方として、現役世代から高齢世代への所得再分配が行われている。

(地域経済における安定した消費活動の下支え、引退期の貧困防止)

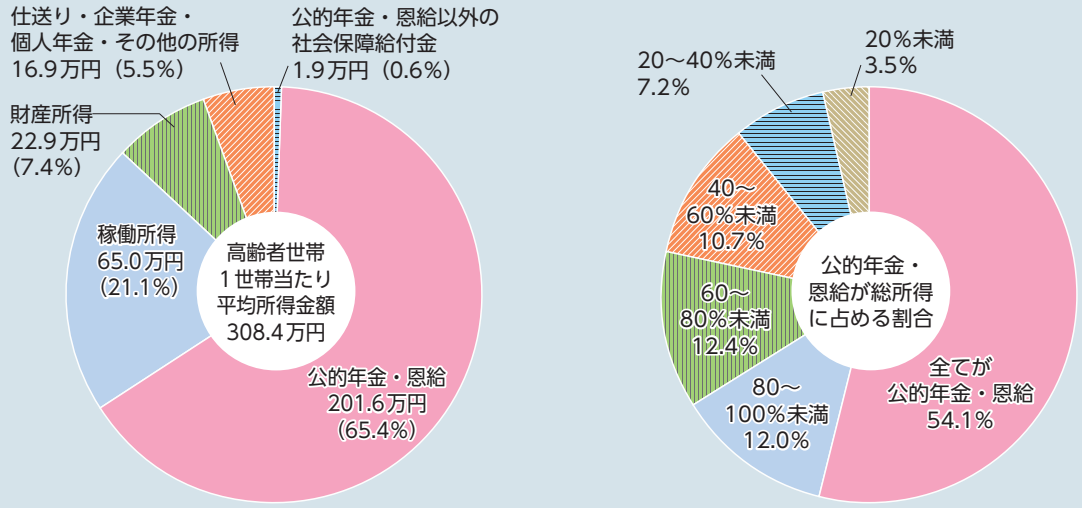
公的年金の実受給権者数は2015(平成27)年度末で4,025万人(総人口の約32%)、2015年度の給付総額は約54兆6千億円(GDPの約10%)であり、年金は高齢者世帯の収入の約7割を占めるとともに、5割を超える高齢者世帯が公的年金による収入だけで生活している。このように、公的年金は、高齢化が進行する中で、高齢期の所得確保において中心的な役割を果たし、安定した消費活動を下支えしている。特に、人口の高齢化が進む地域においては、県民所得の15%以上が年金給付であって、家計の最終消費支出に対する年金給付の規模の割合が2割を超える地域もあり、地域経済を下支えする役割を果たしている(**図表3-1-2**)。

現役世代にとっては、保険料を納めることにより老親の私的扶養に伴う経済的負担の軽減を図るとともに、自身の老後の心配を取り除くという役割を果たしており、一方で、高齢世代にとっても、公的年金によって、自分の子どもに過度な負担をかけず、経済的に自立した生活を送ることに寄与しており、公的年金は、個人個人の自立を高め、経済社会の発展、安定に貢献している側面がある。

また、厚生年金保険制度においては、保険料は、原則として被保険者の給与の額に比例して増える一方で、年金給付は、保険料の額に比例して増える給付(厚生年金)と、全員に共通の定額の給付(基礎年金)があり、保険料に対する年金給付の比率は、給与の低い人ほど高くなる。こうした仕組みにより、世代内において所得の再分配が行われている。実際に、所得格差の度合いを示す「ジニ係数」について見てみると、等価当初所得のジニ係数は高齢者世帯の増加などにより増加しているが、社会保障や税による再分配後の等価再分配所得のジニ係数は近年減少傾向にあり(第2章第4節**図表2-4-3**参照)、就業構造や家族形態が変化し、高齢期の貧困リスクが高まる中で、公的年金制度が格差の拡大を防ぎ、貧困を防止する役割を果たしていることがわかる。

図表3-1-2　高齢者世帯の所得状況と公的年金制度が地域経済に果たす役割

高齢者世帯の所得状況



資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室「国民生活基礎調査」（2016年）
（注）　1. 両円グラフとも、四捨五入による端数処理の関係で、100%にならない。
　　2. 熊本県を除いたものである。

地域経済を支える役割

都道府県名（高齢化率）	対県民所得比	対家計最終消費支出比
島根県（33.1%）	18.2%	23.5%
鳥取県（30.4%）	17.5%	20.5%
秋田県（34.7%）	16.3%	18.9%
愛媛県（31.4%）	16.2%	19.3%
長崎県（30.5%）	16.0%	18.1%
高知県（33.6%）	15.8%	18.8%
奈良県（29.6%）	15.8%	20.6%

資料
高齢化率：総務省統計局「人口推計」（2016年）
都道府県別年金総額：厚生労働省年金局「厚生年金保険・国民年金　事業年報」（2014年度）をもとに作成（厚生年金保険、国民年金及び福祉年金の受給者の年金総額）
県民所得・家計最終消費支出：内閣府経済社会総合研究所「平成26年度県民経済計算」

（長生きに伴うリスクや将来の不確実性に対応した消費の平準化）

公的年金制度は、高齢期における消費活動の下支えや貧困の防止だけでなく、消費水準を平準化させる機能もある。現役期には保険料を納付し、引退期に年金給付を受けることを通じて、一個人の人生の中で現役期から引退期への所得移転をスムーズに行うことにより、人生における消費水準を平準化させている。

また、仮に公的年金制度がなく、個人が老後に備えて資金を貯蓄するとなると、長生きに伴うリスクや引退期までの経済変動を完全に見通すことは困難であるため、リスクを過大に評価した場合には、過剰な貯蓄を招き、現役期の消費がその分過小となる。一方で、リスクを過小に評価した場合には、貯蓄が不十分となり、将来、生活に必要な消費を行えないおそれが生じる。

これに対して、公的年金制度は、終身かつ年金額を物価や賃金の変動に応じてスライドさせて給付が行われており、上記のような状況を回避して、現役期も引退期もある程度の消費水準を確保することに寄与している。

（公的年金制度の所得保障機能の強化を図る無年金者・低年金者対策）

上記のような機能を有する公的年金制度の所得保障機能を強化する観点から、2012（平成24）年の社会保障・税一体改革において、無年金や低年金の方の所得の底上げを図るための対策に取り組んでいる。

まず、現在の無年金者をできるだけ救済すると同時に、納付した年金保険料を極力給付に結びつける観点から、老齢基礎年金などの受給に必要な保険料納付済期間など（受給資格期間）を25年から10年に短縮することとし、消費税率の10%への引上げ時から行うこととしていたが、無年金の問題は喫緊の課題であり、できる限り早期に実施する必要があるため、昨年の法改正により、2017年8月から受給資格期間を短縮することとした。これにより、新たに64万人の方が年金受給権を得ると見込まれている。

また、低年金者対策については、消費税率10%への引上げ時に、その引上げによる財源を活用した福祉的な給付として、所得の額が一定の基準を下回る老齢基礎年金の受給者に対して、保険料納付済期間などに応じた額（老齢基礎年金を満額受給する人であれば月額5,000円）の給付を行うとともに、一定の障害基礎年金や遺族基礎年金の受給者に対しても、月額5,000円（1級の障害基礎年金受給者の場合は月額6,250円）の給付を行う予定である。

（制度の持続可能性の確保）

少子高齢化が急速に進んでいく中においても、公的年金制度がその有する機能を将来にわたって発揮し続けるためには、制度の持続可能性を確保するための改革にも取り組むことが必要である。

2004（平成16）年の制度改革前は、あるべき給付水準を定めた上で、その給付をまかなうために必要な保険料水準まで段階的に引き上げることを繰り返していたが、急速な少子高齢化により現役世代の保険料負担が過重なものとならないように、2004年の制度改革によりその仕組みを改め、段階的な引上げ後の最終的な保険料水準を固定した上で、その保険料の範囲内で給付を行うこととした。

具体的には、国民年金保険料は2005（平成17）年4月から毎年280円ずつ引き上げて、2017年4月には16,900円（いずれも2004年度価格）で固定されており[*2]、厚生年金保険料率は2004年10月から毎年0.354%ずつ引き上げて、本年9月には18.3%で固定される。

また、給付水準については、2014年の財政検証において、経済が持続的に成長し、高齢者や女性の労働市場への参加が進めば、将来にわたって、所得代替率[*3]は50%を上回ることが確認されている。

このように、経済の持続的な成長は、公的年金制度の給付水準の維持・向上に寄与するものであり、経済と公的年金制度は互いに影響し合う関係にあるといえる。

＊2　2016年に成立した年金改革法において、国民年金第1号被保険者の産前産後期間の保険料を免除するとともに、その免除期間は満額の基礎年金を保障することとしており、そのための財源として、国民年金保険料を月額100円（※2004年度価格）引き上げることとしている。

＊3　所得代替率とは、年金を受け取り始める時点（65歳）における年金額が、その時点の現役世代の手取り収入額（ボーナス込み）と比較してどのくらいの割合かを示すもの。

（2016年に成立した年金改革法を始めとした不断の改革）

2016（平成28）年に成立した年金改革法においても、老後の所得保障を将来に向けてより一層厚くしていく観点からの被用者保険の適用拡大の促進や、現役世代が将来受け取る年金の給付水準を確保する観点からの年金額改定のルールの見直しなど、制度の持続可能性を高める改革に取り組んでいるところであり（第2部第5章第1節参照）、今後とも、今般の改革を始めとして不断の改革に取り組むことにより、高齢世代も現役世代も安心できる公的年金制度を構築するとともに、経済における公的年金制度の役割をしっかりと担っていくことが求められている。

(3) 働き方に中立な制度設計

経済との関係で公的年金制度を考えるに当たっては、上記で述べた消費の下支えや平準化の視点のみならず、働き方に中立な制度設計により、働きたい人が働きやすい環境を整えることも求められている。

（働きたい人が働きやすい環境を整えるための被用者保険の適用拡大）

より長く働きたい短時間労働者が、就業調整を意識せずに働きやすい環境を整える観点から、被用者保険の適用拡大を進めることとしており、2016（平成28）年10月から、大企業で働く短時間労働者について適用拡大が実施され、また2017（平成29）年4月から、中小企業などで働く短時間労働者についても、労使合意を前提に企業単位で適用拡大の途が開かれている。今後は、更なる適用拡大に向けて、適用拡大の施行状況、個人の就労実態や企業に与える影響などを見ながら、引き続き検討を進めることとしている。

（年金の受給開始年齢を60～70歳の間で個人が選択できる仕組み）

現在の公的年金制度は、年金の受給を開始する年齢を60歳から70歳までの間で個人が選べる仕組みとなっており、個々人の状況に応じて多様な年金受給ができることにより、より長く働き続けることを指向しつつ、高齢期の多様な働き方に対応している。

具体的には、受給開始年齢を65歳よりも遅くする（繰り下げる）場合は、65歳時点で受け取る予定であった年金額に「65歳に達した月から繰下げ受給する月の前月までの月数×0.7%」の増額率により増額した額が支給額となり、受給開始年齢を65歳よりも早くする（繰り上げる）場合は、65歳時点で受け取る見込みの年金額に「繰上げ受給する月から65歳に達する日の前月までの月数×0.5%」の減額率により減額した額が支給額となる。

（在職老齢年金制度が就業インセンティブに与える影響を踏まえた見直し）

就労して一定以上の賃金を得ている厚生年金の受給者を対象に、年金給付の一部又は全部を支給停止する在職老齢年金制度については、①年金受給者の働く意欲を阻害しないようにすべきという観点から、年金と賃金を合わせた総収入が緩やかに増えるように給付調整を行う仕組みとすること、②一定以上の総収入で働いている高齢者の方に、年金を支える側にまわっていただくことにより、現役世代が負担する保険料水準が抑えられることを

踏まえ、これまでにも制度の見直しを行いながら実施してきている[*4]。

こうした二つの点も踏まえ、「ニッポン一億総活躍プラン」では、「高齢期における多様な就業と引退への移行に弾力的に対応できるよう、在職老齢年金も含めた年金受給の在り方について、年金財政に与える影響にも留意しつつ、検討を進める」としている。

2 公的医療保険制度

（「国民皆保険」：国民が良質・高度な医療を受ける機会を平等に保障する仕組み）

日本では、全ての国民は、いずれかの公的医療保険に加入し、保険料を納付することを義務づけられている。これを「国民皆保険」という。社会全体で、病気やけがのリスクを分かち合うことで、患者が支払う医療費の負担が軽減され、国民に対して良質かつ高度な医療を受ける機会を平等に保障する仕組みとなっている。経済的負担の軽減により国民誰もが安心して医療を受けることができ、必要な治療機会の確保、健康長寿の達成が可能になっている。これにより世界でもトップレベルの平均寿命が実現されている。

＊4 1994（平成6）年改正では、60歳台前半の人に対する在職老齢年金制度について、賃金の増加に応じて賃金と年金の合計額がなだらかに増加する仕組みを導入（ただし、一律2割の支給停止あり。）し、2004（平成16）年改正では、一律2割の支給停止の仕組みも廃止している。

（公的医療保険制度の体系）

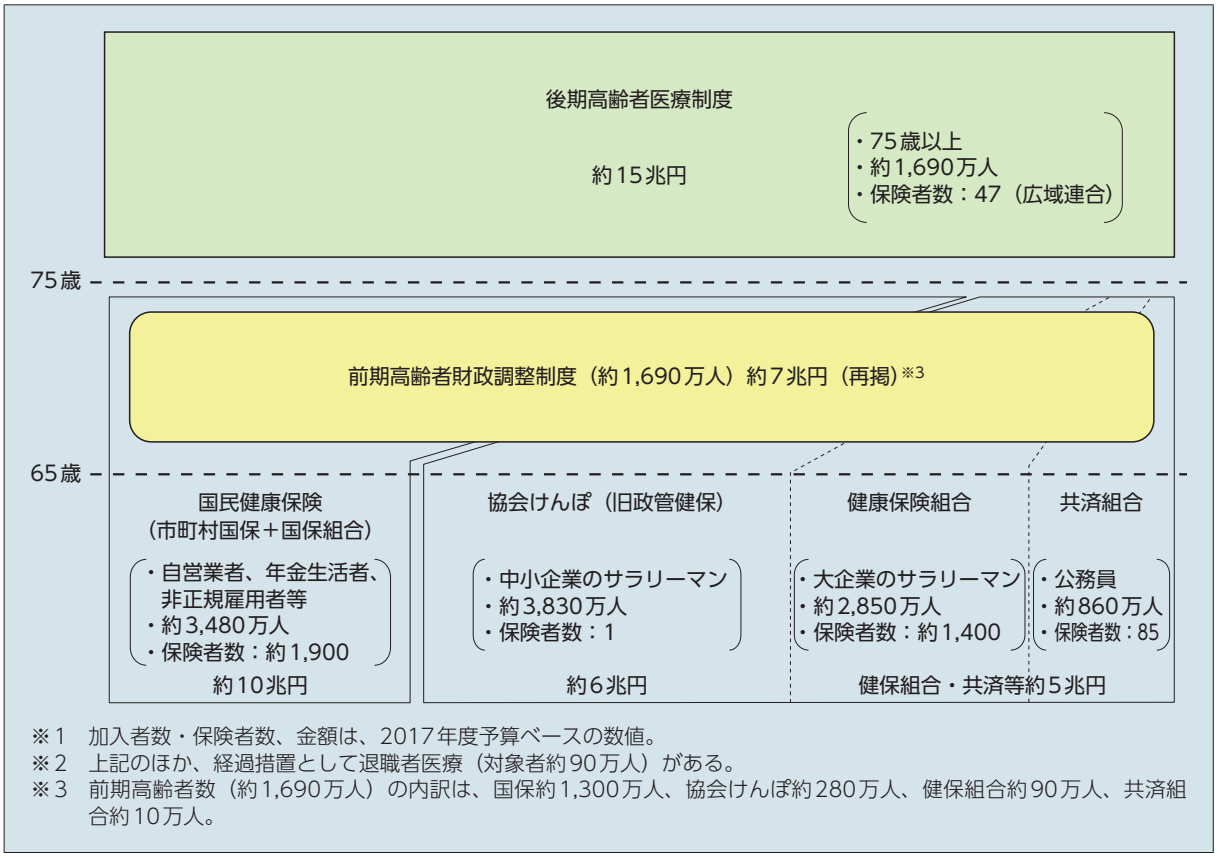
我が国の公的医療保険制度は、職域を基にした各種被用者保険と、居住地（市町村）を基にした国民健康保険、75歳以上の高齢者などが加入する後期高齢者医療制度に大きく分けられる（図表3-1-3）。

被用者保険は、大企業の正規労働者が加入する組合管掌健康保険（組合健保）、中小企業の正規労働者が加入する全国健康保険協会管掌保険（協会けんぽ）、公務員が加入する共済組合に分けられる。被保険者が扶養する家族も、被扶養者として、被保険者が加入する保険でカバーされる。

国民健康保険は、自営業者、年金生活者、非正規雇用者やその家族など、被用者保険に加入していない国民を対象とする保険制度であり、市町村が運営主体である。国民健康保険は、家族一人ひとりが加入するものであり、加入者全てが被保険者である。

後期高齢者医療制度は、75歳以上の高齢者などが加入する保険であり、都道府県単位で全ての市町村が加入する後期高齢者医療広域連合が運営主体となっている。

図表3-1-3　公的医療保険制度の体系



※1　加入者数・保険者数、金額は、2017年度予算ベースの数値。
※2　上記のほか、経過措置として退職者医療（対象者約90万人）がある。
※3　前期高齢者数（約1,690万人）の内訳は、国保約1,300万人、協会けんぽ約280万人、健保組合約90万人、共済組合約10万人。

こうした制度の分立は、歴史的な経緯によるところが大きいが、結果として、我が国の医療保険制度における加入者の特性には、年齢や医療費、平均所得などの点で大きな違いがある（図表3-1-4）。特に、国民健康保険は、被用者保険と比べて低所得者の加入者が多い、年齢構成が高く医療費水準が高い、所得に占める保険料負担が重いといった課題を抱えており、財政基盤の安定化が求められている。このため、「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」（平成27年法律第31号）により、2018（平成30）年度から、国民健康保険の財政運営の責任主体が市町村から都道府県に替わり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保など、国保運営に中心的な役割を担い、制度の安定化を目指すこととなった。

図表3-1-4　各保険者の比較（公的医療保険）

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数（2015年3月末）	1,716	1	1,409	85	47
加入者数（2015年3月末）	3,303万人（1,981万世帯）	3,639万人（被保険者2,090万人 被扶養者1,549万人）	2,913万人（被保険者1,564万人 被扶養者1,349万人）	884万人（被保険者449万人 被扶養者434万人）	1,577万人
加入者平均年齢（2014年度）	51.5歳	36.7歳	34.4歳	33.2歳	82.3歳
65～74歳の割合（2014年度）	37.8%	6.0%	3.0%	1.5%	2.4%（※1）
加入者一人当たり医療費（2014年度）	33.3万円	16.7万円	14.9万円	15.2万円	93.2万円
加入者一人当たり平均所得（※2）（2014年度）	86万円（一世帯当たり144万円）	142万円（一世帯当たり（※3）246万円）	207万円（一世帯当たり（※3）384万円）	230万円（一世帯当たり（※3）451万円）	83万円
加入者一人当たり平均保険料（2014年度）（※4）〈事業主負担込〉	8.5万円（一世帯当たり14.3万円）	10.7万円〈21.5万円〉（被保険者一人当たり18.7万円〈37.3万円〉）	11.8万円〈26.0万円〉（被保険者一人当たり22.0万円〈46.3万円〉）	13.9万円〈27.7万円〉（被保険者一人当たり27.2万円〈54.4万円〉）	6.9万円
保険料負担率（※5）	9.9%	7.6%	5.7%	6.0%	8.3%
公費負担	給付費等の50%＋保険料軽減等	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の負担が重い保険者等への補助（※7）	なし	給付費等の約50%＋保険料軽減等
公費負担額（※6）（2016年度予算ベース）	4兆3,319億円（国3兆958億円）	1兆1,781億円（全額国費）	381億円（全額国費）		7兆6,368億円（国4兆9,132億円）

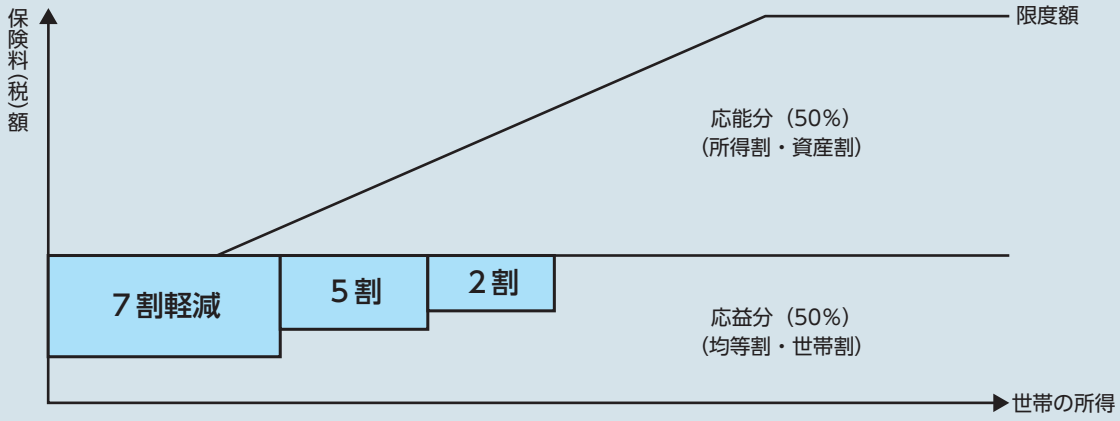
※1　一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。
※2　市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額（収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの）及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したもの。（市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。）
協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。
※3　被保険者一人当たりの金額を表す。
※4　加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。
※5　保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。
※6　介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。
※7　共済組合も補助対象となるが、2011年度以降実績なし。

（保険料：国保・後期高齢者医療では所得に応じた軽減措置）

保険料の額は、各保険制度によって算出方法が異なる。被用者保険では、保険料は給与やボーナスに一定の保険料率を掛けて算出され、原則、労使折半で負担する。扶養する家族が何人いても、保険料は同じである。保険料率算定の基礎となる給与の額は、50段階の「標準報酬月額」にあてはめられ、標準報酬月額には、上限額（ひと月当たり139万円）が設けられている。保険料率は、健康保険組合はそれぞれの組合で異なり、2015（平成27）年度における健康保険組合の平均保険料率は9.0%である。協会けんぽは、都道府県ごとに異なるが、2016（平成28）年度における平均保険料率は10.0%である。

国民健康保険の保険料（税）は、医療給付費の約5割を国民健康保険料（税）で、残りの約5割を公費で負担するというルールに基づいて算定しており、被保険者の負担能力に応じて課される応能分（所得割、資産割）と、受益に応じて等しく賦課される応益分（均等割、平等割）から構成されている。保険料には賦課上限額（1世帯当たり年額73万円。ただし、介護分を除く。）がある。世帯の所得が一定額以下の場合は、所得に応じて、応益分保険料（税）の7割、5割又は2割を軽減している（図表3-1-5）。保険料（税）率は市町村によって異なるが、2015年度平均で1人当たり保険料（税）は年額8.4万円である。

図表3-1-5　国民健康保険料（税）の軽減の仕組み



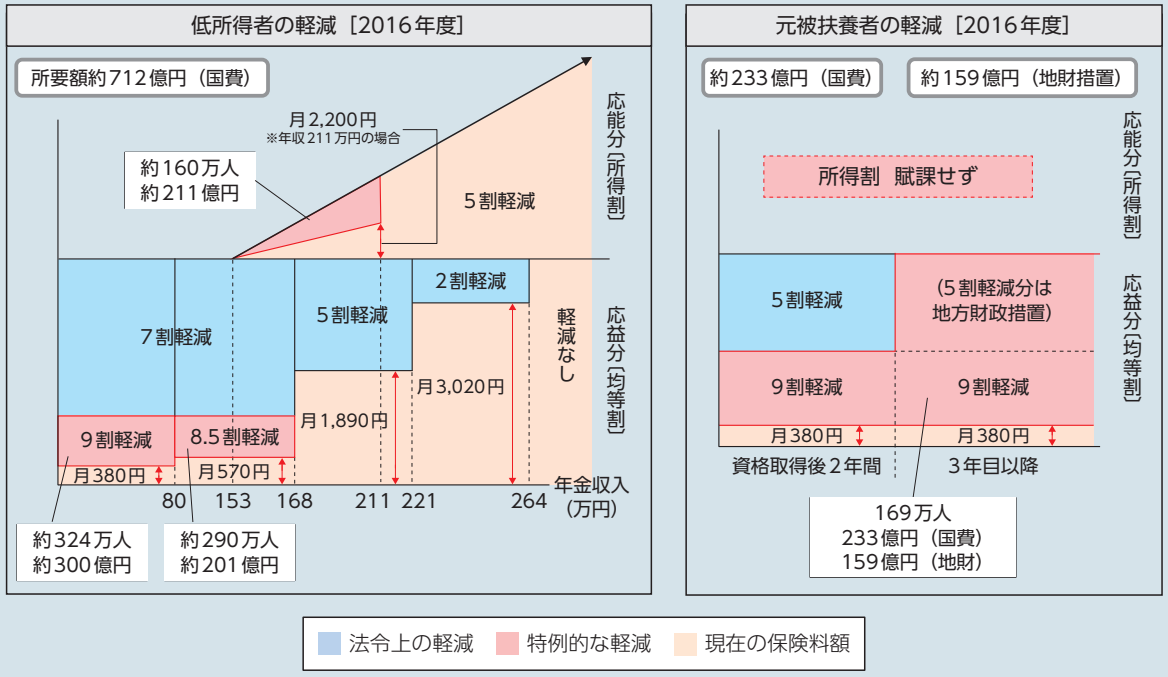
減額割合	対象者の要件 （例：3人世帯（夫婦40歳、子1人）夫の給与収入のみの場合）
7割	33万円以下 （給与収入98万円以下）
5割	33万円＋（被保険者数）×27万円以下 （給与収入188万円以下）
2割	33万円＋（被保険者数）×49万円以下 （給与収入283万円以下）

後期高齢者医療制度の保険料は、75歳以上の高齢者などの医療給付費（自己負担を除く）のうち、約5割を公費、約4割を現役世代からの支援金、約1割を75歳以上の高齢者などの保険料でまかなうというルールに基づいて算定しており、被保険者の負担能力に応じて課される所得割と、受益に応じて等しく賦課される均等割から構成される。保険料賦課限度額は1被保険者年額57万円である。世帯の所得が一定額以下の場合は、均等割について9割、8.5割、5割又は2割軽減、所得割2割軽減、被用者保険の元被扶養者につ

いては均等割の7割軽減、所得割は課さない[*5]という軽減措置が講じられている。保険料額は各後期高齢者医療広域連合によって異なるが、2016・2017年度の被保険者1人当たり平均保険料額は、全国平均で月額5,659円となる見込みである（図表3-1-6）。

我が国の医療保険制度においては、保険リスクの偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するとともに、応能負担の観点から無職者や低所得者を対象に保険料を軽減・免除しており、制度運営の財源構成においては、公費が重要な役割を担っている。

図表3-1-6　後期高齢者医療制度　保険料軽減特例の仕組み



※保険料額は、2016・2017年度全国平均保険料率により算出。
※所要額及び対象者数は2016年度予算ベース。

（保険給付・自己負担割合は制度共通、自己負担には所得に応じた上限額が設定）

公的医療保険の保険給付は、医療サービスの現物給付が中心であり、各医療保険制度で共通している。費用の一部は患者が負担し、義務教育就学前の子どもは2割、義務教育就学後から70歳未満は3割、70歳以上75歳未満の者は2割（2014（平成26）年4月1日までに70歳に達している者は1割に据え置き）、75歳以上の者は1割である。ただし、所得に応じた負担をいただく観点から、70歳以上の高齢者のうち、現役並みの所得者（年収が約370万円以上）については現役世代と同じ3割負担である。

また、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、月ごとの自己負担額に上限を設け、これを超えた額を支給する「高額療養費制度」（図表3-1-7）や、1年間（毎年8月1日～翌年7月31日）の医療保険と介護保険における自己負担の合算額に上限を設け、これを超えた額を支給する「高額医療介護合算制度」（図表3-1-8）があり、それぞれの自己負担限度額は年齢と所得に応じて設定されている。

＊5　後期高齢者の保険料軽減措置のうち、応益分9割・8.5割軽減（法令では7割軽減）と応能分の5割軽減及び元被扶養者の均等割9割軽減（法令では5割軽減、2年限り）は、後期高齢者制度発足時（2008年度）における激変緩和のため認められてきた予算上の特例措置である。2017年度から段階的に見直すこととされており、応能分については、2017年度は2割軽減、2018年度以降は法令どおりとなる。元被扶養者の応益分については、2017年度は7割軽減、2018年度は5割軽減、2019年度以降は法令どおりとなる。

図表3-1-7　公的医療保険の自己負担割合及び高額療養費自己負担限度額

		負担割合	月単位の上限額（円）
70歳未満	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超	3割	252,600＋ (医療費－842,000)×1% 〈多数回該当：140,100〉
	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400＋ (医療費－558,000)×1% 〈多数回該当：93,000〉
	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100＋ (医療費－267,000)×1% 〈多数回該当：44,400〉
	～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 〈多数回該当：44,400〉
	住民税非課税		35,400 〈多数回該当：24,600〉

		負担割合	外来（個人ごと）	
70歳以上※5	現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保・後期：課税所得145万以上	3割	44,400	80,100＋(医療費－267,000)×1% 〈多数回：44,400〉
	一般（～年収約370万円） 健保：標報26万円以下（※1） 国保・後期：課税所得145万円未満（※1）（※2）	70-74歳 2割（※3） 75歳以上 1割	12,000 （※4）	44,400 （※4）
	住民税非課税		8,000	24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000

※1　収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。
※2　旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。
※3　2014年4月1日までに70歳に達している者は1割。
※4　2割負担の場合は62,100円（外来24,600円）とされていたが、2014年4月より1割負担だった際の限度額に据え置き。
※5　70歳以上については、2017年8月より自己負担限度額が変更される。

図表3-1-8　高額医療介護合算制度

負担上限額（世帯単位）※2018年7月まで

	75歳以上	70～74歳	70歳未満
	介護保険＋後期高齢者医療	介護保険＋被用者保険または国民健康保険	
年収約1,160万円～ (70歳以上：現役並み所得者)	67万円	67万円	212万円
年収約770～約1,160万円 (70歳以上：現役並み所得者)			141万円
年収約370～約770万円 (70歳以上：現役並み所得者)			67万円
～年収約370万円 (70歳以上：一般)	56万円	56万円	60万円
市町村民税世帯非課税等	31万円	31万円	34万円
市町村民税世帯非課税 年金収入80万円以下等	19万円（注）	19万円（注）	

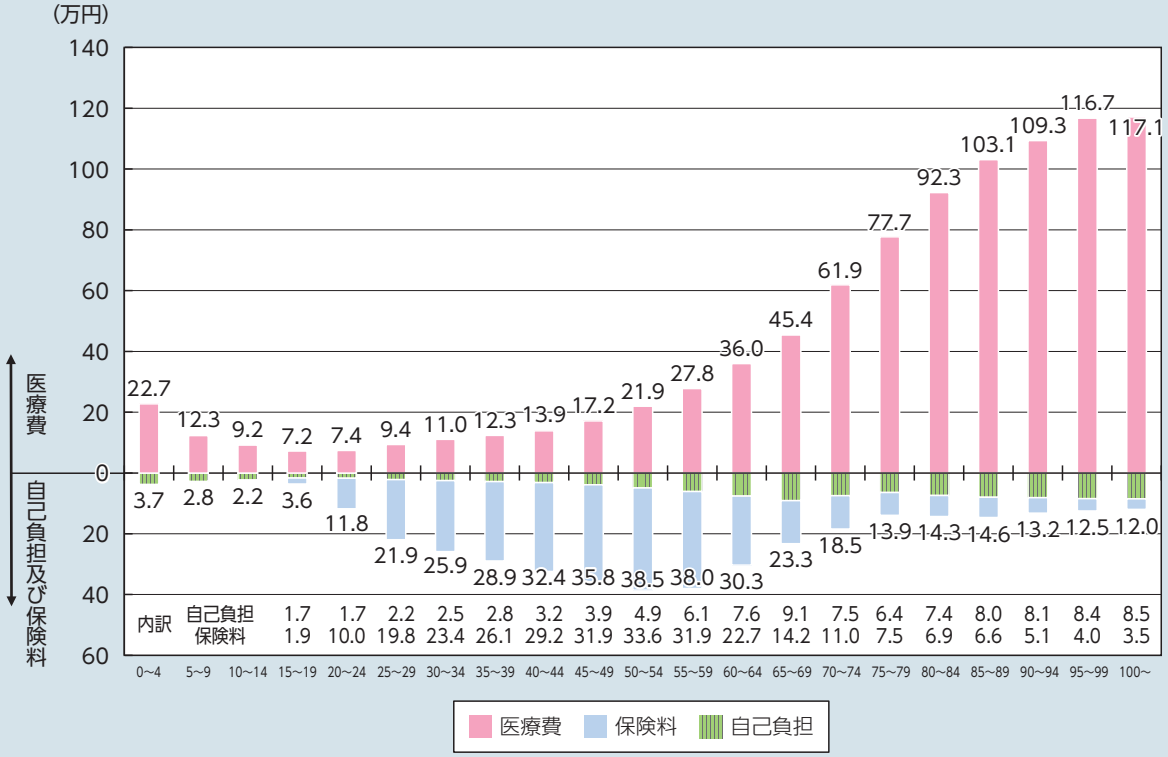
（注）　介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

（公的医療保険制度と再分配）

以上見てきたとおり、現行の公的医療保険制度においては、応能負担の観点から保険料や自己負担額において低所得者への配慮を行う一方、全ての国民は状態に応じて必要な医療サービスを受けることができるので、医療という現物サービスを通じて、所得再分配の役割を果たしているといえる。また、後期高齢者医療制度は給付費財源の９割が公費又は現役世代からの支援金であることや、年齢が高まるほど１人当たり医療費は高くなる傾向があるため、実質的には若年層から高齢層への世代間再分配の役割も果たしている。**図表3-1-9**は、年齢階級別に１人当たり医療費、自己負担額及び保険料を比較したものであるが、現役層では自己負担額及び保険料負担が医療給付費を上回り、高齢層では医療給付費が自己負担額及び保険料負担を上回っていることが確認できる。

図表3-1-9　年齢階級別１人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較（公的医療保険）（年額）

（2014年度実績に基づく推計値）



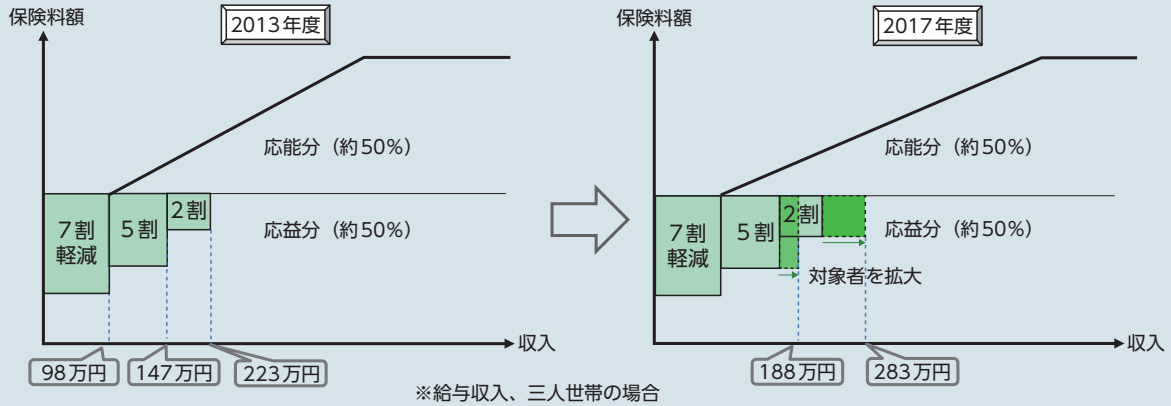
（注）
1. １人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
3. 予算措置による70～74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。
4. １人当たり保険料は、被保険者（市町村国保は世帯主）の年齢階級別の保険料（事業主負担分を含む）を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。
   また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
5. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

（低所得者向け保険料軽減措置の拡充）

低所得者に対する配慮を充実させる観点から、国民健康保険・後期高齢者医療の低所得者の保険料軽減措置を拡充している。2014年度より、保険料の均等割の2割軽減・5割軽減の対象となる所得基準額を毎年度引き上げる措置を講じている（図表3-1-10）。

図表3-1-10　国民健康保険・後期高齢者医療の低所得者の保険料軽減措置の拡充

〈国民健康保険制度の場合〉



※給与収入、三人世帯の場合

《具体的な内容》

①2割軽減の拡大…軽減対象となる所得基準額を引き上げる。

（2013年度）基準額33万円＋35万円×被保険者数（給与収入 約223万円、3人世帯）
（2014年度）基準額33万円＋45万円×被保険者数（給与収入 約266万円、3人世帯）【軽減対象の拡大】
（2015年度）基準額33万円＋47万円×被保険者数（給与収入 約274万円、3人世帯）【経済動向等を踏まえた見直し】
（2016年度）基準額33万円＋48万円×被保険者数（給与収入 約278万円、3人世帯）【経済動向等を踏まえた見直し】
（2017年度）基準額33万円＋49万円×被保険者数（給与収入 約283万円、3人世帯）【経済動向等を踏まえた見直し】

②5割軽減の拡大…現在、二人世帯以上が対象であるが、単身世帯についても対象とするとともに、軽減対象となる所得基準額を引き上げる。

（2013年度）基準額33万円＋24.5万円×（被保険者数－世帯主）（給与収入 約147万円、3人世帯）
（2014年度）基準額33万円＋24.5万円×被保険者数（給与収入 約178万円、3人世帯）【軽減対象の拡大】
（2015年度）基準額33万円＋26万円　×被保険者数（給与収入 約184万円、3人世帯）【経済動向等を踏まえた見直し】
（2016年度）基準額33万円＋26.5万円×被保険者数（給与収入 約186万円、3人世帯）【経済動向等を踏まえた見直し】
（2017年度）基準額33万円＋27万円　×被保険者数（給与収入 約188万円、3人世帯）【経済動向等を踏まえた見直し】

〈後期高齢者医療制度の場合〉

後期高齢者医療制度においても同様の見直しを行う

（70歳以上の高額療養費制度・高額医療合算制度を見直し）

また、70歳以上の高額療養費の自己負担限度額について、負担能力に応じた負担をいただく観点から、見直しを行うこととしている（**図表3-1-11**）。まず、現役並み区分の限度額については、同程度の所得がある現役世代と同水準の負担になるよう、2017（平成29）年8月から段階的に上限額の引上げや所得区分の細分化を行うこととしている。また、一般区分の限度額についても、2017年8月から、外来特例は維持した上で上限額を段階的に引き上げるが、1年間（毎年8月1日～翌年7月31日）の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限を設けることとしている。なお、低所得者に配慮し、住民税非課税世帯については、上限額を据え置くこととしている。

高額医療介護合算制度における70歳以上の現役並み区分についても、2018年8月より、69歳以下と同様に所得区分を細分化した上で上限額を引き上げることとしている。なお、一般区分においては、上限額を据え置くこととしている（**図表3-1-12**）。

図表3-1-11　高額療養費制度の見直し

見直し内容

○第1段階目（2017年8月～2018年7月）では、現行の枠組みを維持したまま、限度額を引き上げ。一般区分の限度額（世帯）については、多数回該当を設定。
○第2段階目（2018年8月～）では、現役並み所得区分については細分化した上で限度額を引き上げ。一般区分については外来上限額を引き上げ。
○一般区分については、1年間（8月～翌7月）の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限を設ける。

○現行（70歳以上）

区分	外来（個人）	限度額（世帯（※1））
現役並み（年収約370万円以上） 健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	44,400円	80,100円＋1%〈44,400円〉
一般（年収156万～370万円） 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満（※2）	12,000円	44,400円
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税（所得が一定以下）		15,000円

○1段目（2017年8月～2018年7月）

区分	外来（個人）	限度額（世帯（※1））
現役並み	57,600円	80,100円＋1%〈44,400円〉
一般	14,000円（年間上限14.4万円）	57,600円〈44,400円〉
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税（所得が一定以下）		15,000円

○2段目（2018年8月～）

区分（年収）	外来（個人）	限度額（世帯（※1））
年収約1,160万円～ 標報83万円以上 課税所得690万円以上	252,600円＋1%〈140,100円〉	
年収約770万～約1,160万円 標報53～79万円 課税所得380万円以上	167,400円＋1%〈93,000円〉	
年収約370万～約770万円 標報28～50万円 課税所得145万円以上	80,100円＋1%〈44,400円〉	
一般	18,000円（年間上限14.4万円）	57,600円〈44,400円〉
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税（所得が一定以下）		15,000円

※1　同じ世帯で同じ保険者に属する者
※2　収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。
〈　〉内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の限度額（多数回該当）。年収は東京都特別区在住の単身者の例。

図表3-1-12　高額介護合算療養費制度の見直し

見直し内容

○現役並み所得者については、現役世代と同様に、細分化した上で限度額を引き上げ。
○一般区分については、限度額を据え置く。

〈現行〉

	70歳以上（注2）
現役並み（年収370万円～） 健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	67万円
一般（年収156～370万円） 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満（注1）	56万円
市町村民税世帯非課税	31万円
市町村民税世帯非課税 （所得が一定以下）	19万円（注3）

細分化＋上限引き上げ

据え置き

〈2018年8月～〉

	70歳以上（注2）	［参考］70歳未満（注2）
年収約1,160万円～ 標報83万円以上 課税所得690万円以上	212万円	212万円
年収770万～1,160万円 標報53～79万円 課税所得380万円以上	141万円	141万円
年収370万～770万円 標報28～50万円 課税所得145万円以上	67万円	67万円
一般（年収156～370万円） 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満（注1）	56万円	60万円
市町村民税世帯非課税	31万円	34万円
市町村民税世帯非課税 （所得が一定以下）	19万円（注3）	

（注）1. 収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合及び旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。
2. 対象世帯に70～74歳と70歳未満が混在する場合、まず70～74歳の自己負担合算額に限度額を適用した後、残る負担額と70歳未満の自己負担合算額を合わせた額に限度額を適用する。
3. 介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

このほか、高所得者も含めた負担の公平化を進める観点から、2016年4月1日から、被用者保険における標準報酬月額について、それまでは47等級上限1,210,000円であったものを、上位に更に3等級区分を追加し、50等級1,390,000円に引き上げるとともに、標準賞与額の累計額の上限についても540万円から573万円に引き上げたところである。また、国民健康保険における保険料（税）の賦課限度額についても、2014年度は65万円を67万円に、2015年度は67万円から69万円に、2016年度は69万円を73万円に引き上げたところである。

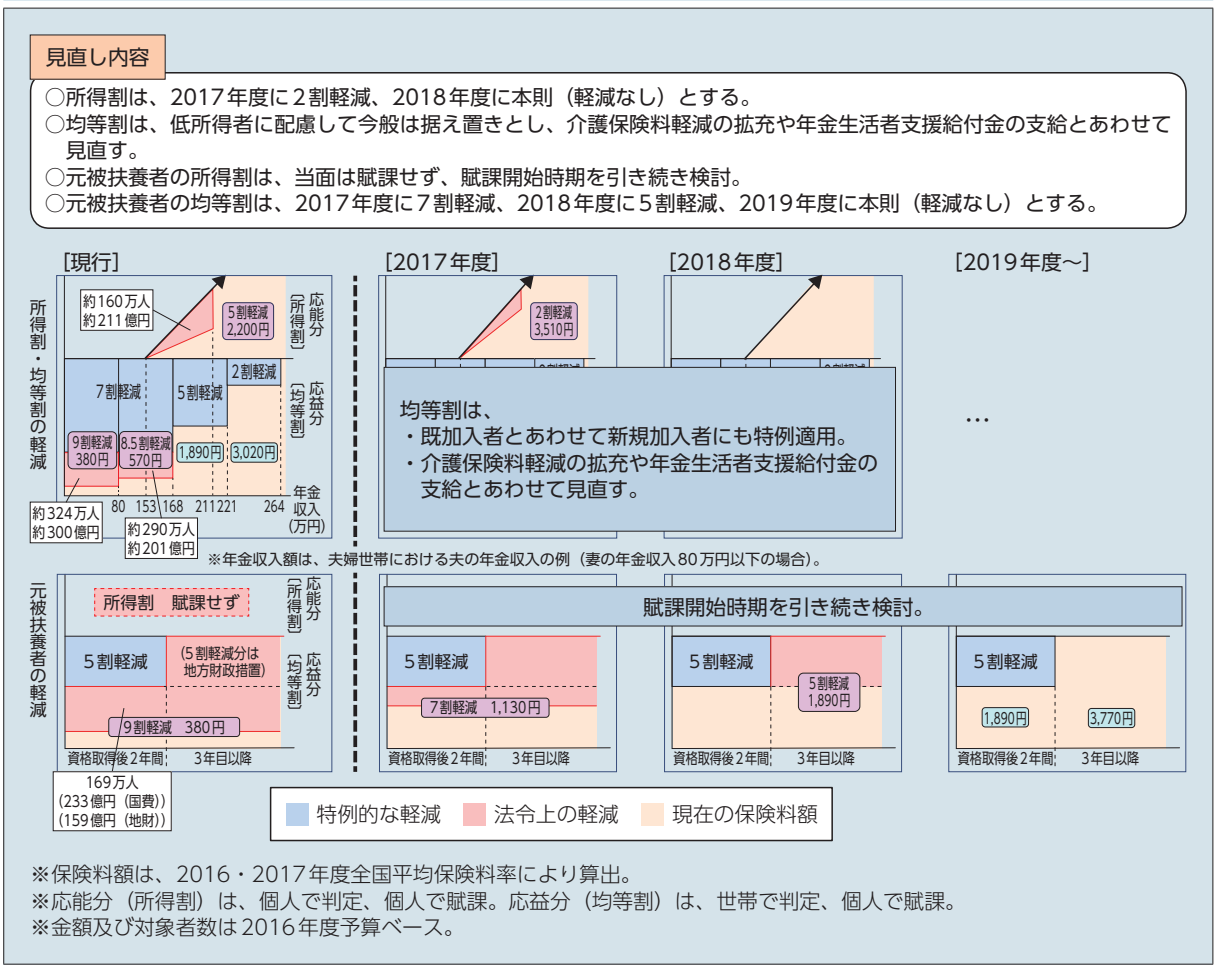
さらに、介護保険施設や在宅介護との負担の公平化を図る観点から、65歳以上の医療療養病床に入院する患者の居住費について、光熱水費相当額の負担を求めることとし、医療区分Ⅱ Ⅲ（医療の必要性の高い者）については、負担額を2017年10月から1日当たり0円から200円に、2018年4月から370円に引き上げるとともに、医療区分Ⅰ（医療区分Ⅱ Ⅲ以外の者）については、負担額を2017年10月から1日当たり320円から370円に引き上げることとしている（ただし、難病患者については居住費の負担を求めない。）。

（世代間・世代内負担の公平や次世代育成支援の観点からの見直し）

世代間・世代内負担の公平化を図るとともに、負担能力に応じた負担をいただく観点から、後期高齢者の保険料軽減特例措置を見直すこととしている。これまで制度施行時の特例措置として実施されてきた所得割の5割軽減措置については、2017年度から2割軽減とし、2018年度に軽減措置を終了する。均等割の軽減措置については、低所得者に配慮して、介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給と合わせて見直すこととしている。元被扶養者の所得割については、当面は賦課せず、賦課開始時期を引き続き検討す

るが、均等割については、2017年度に7割軽減、2018年度に5割軽減とし、2019年度には特例軽減措置を終了することとしている（**図表3-1-13**）。

図表3-1-13　後期高齢者医療制度　後期高齢者の保険料軽減特例の見直し



※保険料額は、2016・2017年度全国平均保険料率により算出。
※応能分（所得割）は、個人で判定、個人で賦課。応益分（均等割）は、世帯で判定、個人で賦課。
※金額及び対象者数は2016年度予算ベース。

子ども医療費の窓口負担については、地方自治体が少子化対策の一環として独自の医療費助成を講じており、こうした医療費助成により受診が増える効果があることなどから、国民健康保険制度における国庫負担を減額する措置を講じてきた。しかしながら、未就学児に限定すれば、全ての市町村が何らかの医療費助成を実施していることや、自治体の少子化対策を推進する観点から、2018年度より、未就学児までを対象とする医療費助成については、国庫負担を減額しないものとしたところである。

3 介護保険制度

（介護保険制度：高齢者の介護を社会全体で支える仕組み）

介護保険制度は、年をとったときに、脳梗塞などの病気やけがをして、寝たきりをはじめ身体が不自由になったり、あるいは認知症を発症したりして、介護が必要になった場合に、一定の自己負担で介護サービス事業者の提供するサービスを受けることができる制度である。

介護保険制度は、高齢化の進展に伴う介護ニーズの増大や、介護期間の長期化、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況の変化を踏まえ、2000（平成12）年、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして創設

されたものである。介護保険制度は、高齢期の要介護というリスクをカバーしているが、介護サービスの利用による介護負担の軽減により、要介護者を抱える家族にとっても、就業や社会参加が可能になるという効果も期待できるものである。

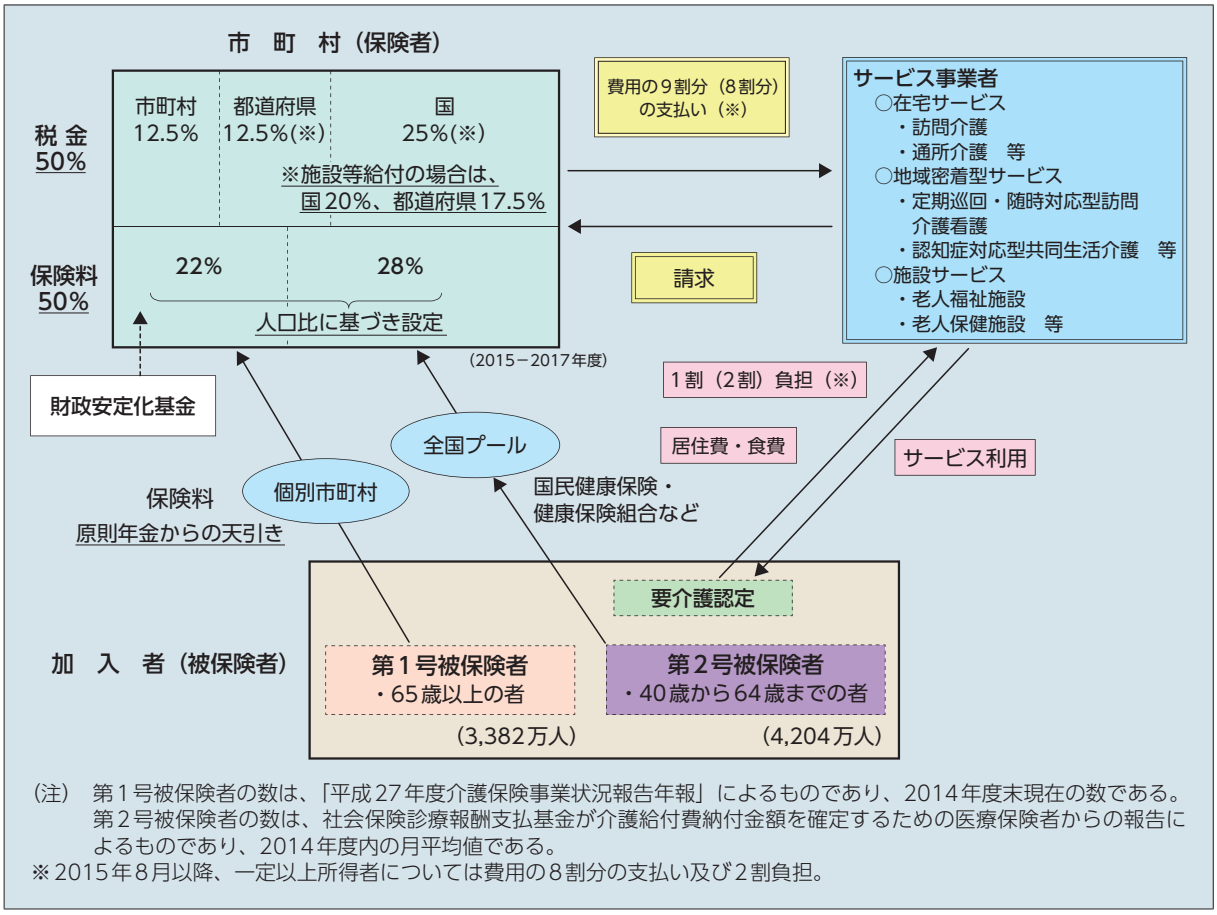
（基本的な仕組み）

介護保険制度は、市町村（特別区を含む。）が運営主体（保険者）となり、国と都道府県が重層的に市町村を支援する体制となっている（図表3-1-14）。

介護保険制度の被保険者は、原則として全ての40歳以上の者であり、65歳以上の者は第1号被保険者、40歳から64歳までの者は第2号被保険者となる。第1号被保険者と第2号被保険者は、保険料の算出方法やサービスの受給要件が異なっている。介護サービスについては、第1号被保険者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、第2号被保険者は特定疾病*6が原因で要支援・要介護状態となったときに、受けることができる。

介護サービスを受けるに当たっては、市町村の認定が必要である。この認定に基づき、介護（予防）サービスの利用計画（ケアプラン）が作成され、サービスが提供される。

図表3-1-14　介護保険制度の仕組み



（注）　第1号被保険者の数は、「平成27年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、2014年度末現在の数である。
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、2014年度内の月平均値である。
※2015年8月以降、一定以上所得者については費用の8割分の支払い及び2割負担。

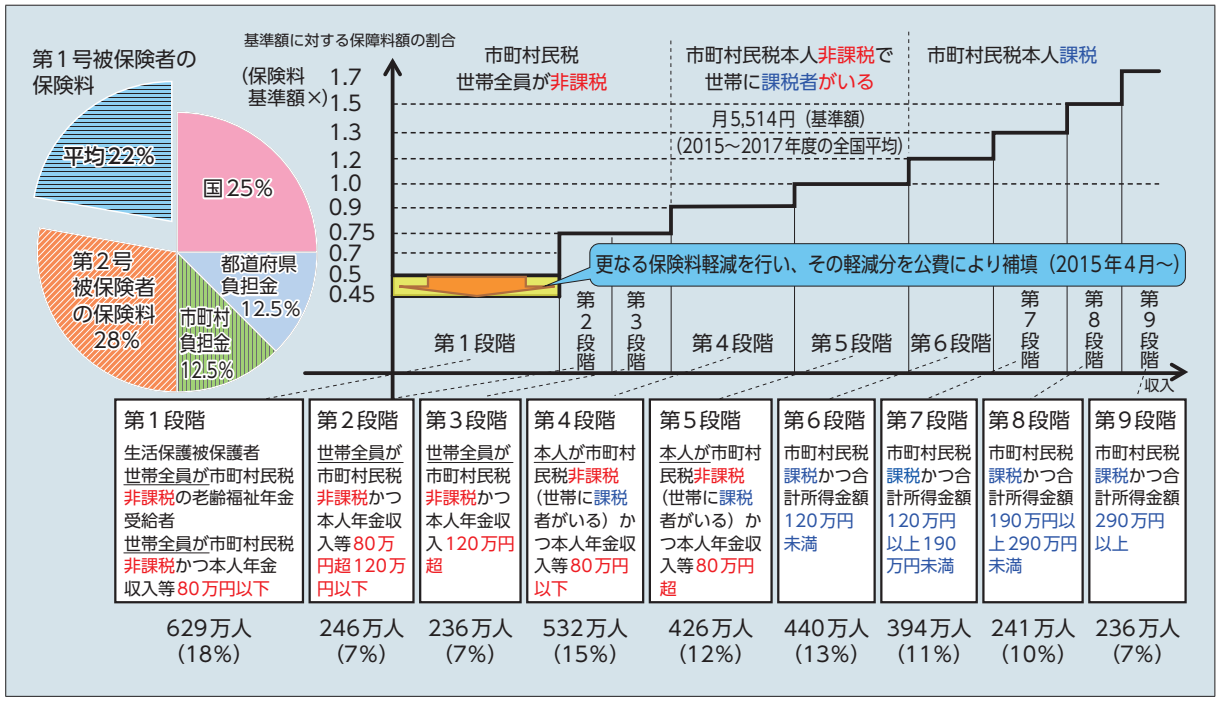
＊6　特定疾病とは、心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる疾病であって次のいずれの要件をも満たすものについて総合的に勘案し、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる疾病である。
1）65歳以上の高齢者に多く発生しているが、40歳以上65歳未満の年齢層においても発生が認められるなど、罹患率や有病率（類似の指標を含む。）などについて加齢との関係が認められる疾病であって、その医学的概念を明確に定義できるもの。
2）3～6か月以上継続して要介護状態又は要支援状態となる割合が高いと考えられる疾病。
特定疾病については、その範囲を明確にするとともに、介護保険制度における要介護認定の際の運用を容易にする観点から、介護保険法施行令第二条において、個別疾病名を列記している。

（保険料：第１号被保険者は所得段階別の定額保険料）

第１号被保険者の保険料は、各市町村において、介護給付費の約22％を乗じた値を、当該市町村の第１号被保険者数で除した介護保険料基準額をもとに、市町村民税の課税状況などに応じて段階的に設定されている（**図表3-1-15**）。また、2015（平成27）年４月から、低所得者の保険料について公費を投入して保険料軽減を拡充している。2015～2017（平成29）年度の保険料の基準額の全国平均は、月額5,514円である。

第２号被保険者の保険料は、介護納付金として人数に応じて医療保険者に賦課しており、各医療保険者を通じて徴収される。2017年度の協会けんぽにおける介護保険料率は1.65％である。

図表3-1-15　第１号被保険者の保険料（介護保険）



（介護サービスの給付、自己負担：所得に応じた負担）

介護保険で提供されるサービスは、在宅サービスから施設サービスまで様々なものがある。サービスの利用に当たっては、原則として利用者の負担は1割であり、一定以上の所得がある場合、2割負担[*7]となる。また、高額介護（介護予防）サービス費という仕組みがあり、月々の介護サービス費の自己負担額が世帯合計（個人）で上限額を超えた場合に、その超えた額が払い戻される。上限額は所得段階に応じて設定されている（**図表3-1-16**）。

図表3-1-16　高額介護（介護予防）サービス費

所得段階	所得区分	上限額
第1段階	①生活保護の被保護者 ②15,000円への減額により生活保護の被保護者とならない場合 ③市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	①個人15,000円 ②世帯15,000円 ③世帯24,600円 個人15,000円
第2段階	○市町村民税世帯非課税で［公的年金等収入金額＋合計所得金額］が80万円以下である場合	世帯24,600円 個人15,000円
第3段階	○市町村民税世帯非課税 ○24,600円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	世帯24,600円
第4段階	○第1～3段階及び第5段階に該当しない者	世帯37,200円（※1）
第5段階	○世帯内の第1号被保険者の課税所得が145万円以上であり、かつ、世帯内の第1号被保険者の収入が合計520万円（第1号被保険者が1人のみの場合は383万円）以上である場合	世帯44,400円

個人の高額介護（介護予防）サービス費の支給

$$（利用者負担世帯合算額－世帯の上限額）\times \frac{個人の利用者負担合算額}{利用者負担世帯合算額}$$

高額介護サービス費の支給：介護サービス費の自己負担分の合計額が上限額を超えた場合、申請により超過分が払い戻される。
※1　第4段階については、2017年8月より37,200円から44,400円とする。（ただし、一定の場合に、年間上限額あり。）

＊7　本人の合計所得金額が160万円以上あり、かつ、年金収入とその他の合計所得金額が280万円（第1号被保険者が2人以上いる世帯では346万円）以上ある者。

また、施設入所などにかかる費用のうち、食費及び居住費は原則として本人の自己負担となっているが、低所得者への配慮から、食費・居住費について、住民税非課税世帯である入所者については、所得に応じた負担限度額を設定し、標準的な費用の額負担限度額との差額を給付している（図表3-1-17）。なお、特定入所介護サービス費については、福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、在宅で暮らす方や保険料を負担する方との公平性の確保の観点から、2015年8月より、対象要件の判定に当たり、資産を勘案するなどの見直しを行っている。

図表3-1-17 特定入所者介護サービス費

○食費・居住費について、利用者負担第１～第３段階の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定
○標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付

	利用者負担段階	主な対象者	
負担軽減の対象となる低所得者	第１段階	・生活保護受給者 ・世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	かつ、預貯金等が単身で1,000万円（夫婦で2,000万円）以下
	第２段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円以下	
	第３段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、第２段階該当者以外	
	第４段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者	

※2016年８月以降は、非課税年金も含む。

			基準費用額（日額（月額））	負担限度額（日額（月額））		
				第１段階	第２段階	第３段階
食費			1,380円 （4.2万円）	300円 （0.9万円）	390円 （1.2万円）	650円 （2.0万円）
居住費	多床室	特養等	840円 （2.5万円）	0円 （0万円）	370円 （1.1万円）	370円 （1.1万円）
		老健・療養等	370円 （1.1万円）	0円 （0万円）	370円 （1.1万円）	370円 （1.1万円）
	従来型個室	特養等	1,150円 （3.5万円）	320円 （1.0万円）	420円 （1.3万円）	820円 （2.5万円）
		老健・療養等	1,640円 （5.0万円）	490円 （1.5万円）	490円 （1.5万円）	1,310円 （4.0万円）
	ユニット型準個室		1,640円 （5.0万円）	490円 （1.5万円）	490円 （1.5万円）	1,310円 （4.0万円）
	ユニット型個室		1,970円 （6.0万円）	820円 （2.5万円）	820円 （2.5万円）	1,310円 （4.0万円）

（介護給付費・認定者数の動向）

介護保険制度は、制度創設以来、65歳以上被保険者数が2000年4月末の2,165万人から2016（平成28）年4月末には3,378万人へと1.6倍に増加する中で、サービス利用者も2000年4月末の149万人から2016年4月末には496万人へと3.3倍に増加している（**図表3-1-18**）。このように、介護保険制度は、我が国の高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展してきているが、今後、更なる高齢化の進行が見込まれる中で、制度を持続可能なものにしていくことが求められている。

図表3-1-18　介護保険制度 創設時から現在までの対象者・利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来、65歳以上被保険者数が約1.6倍に増加する中で、サービス利用者数は約3.3倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2016年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,387万人	1.6倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2016年4月末	
認定者数	218万人	⇒	622万人	2.9倍

③サービス利用者の増加

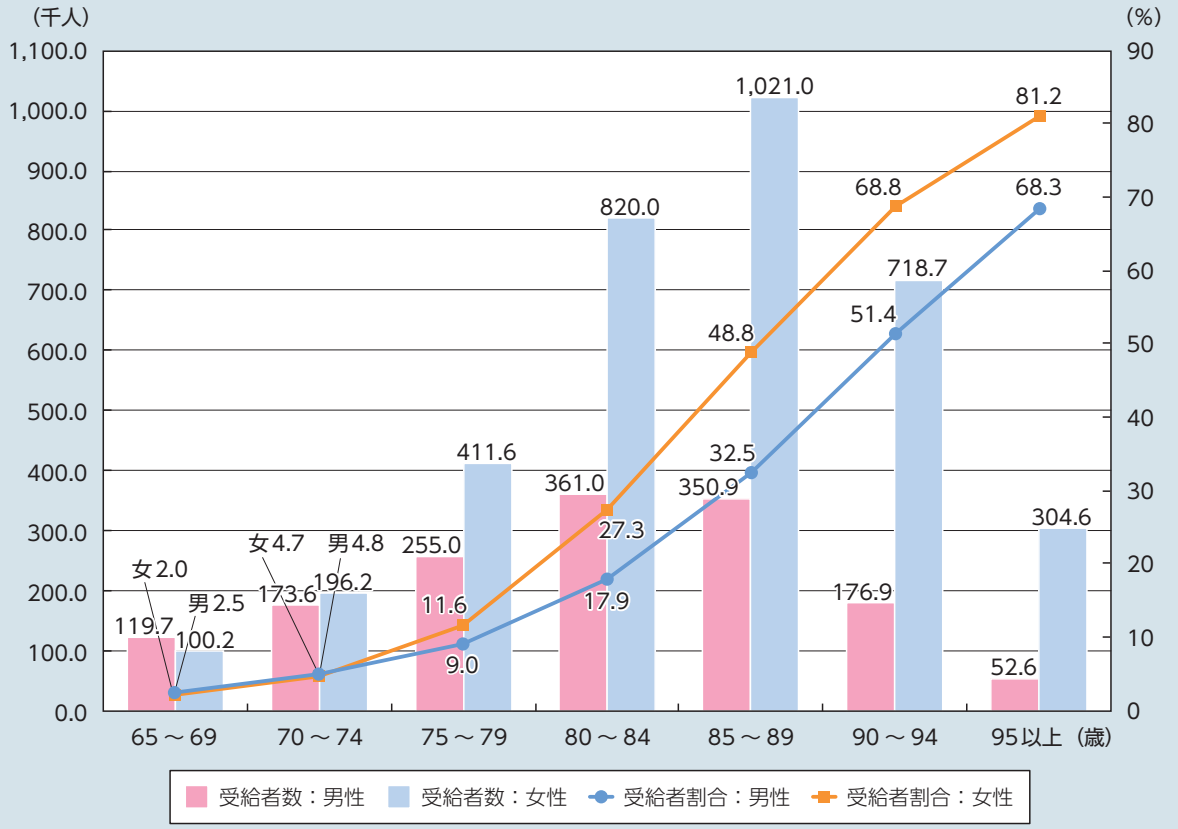
	2000年4月		2016年4月	
サービス利用者数	149万人	⇒	496万人※	3.3倍

※居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの、並びに、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設、特定入所者生活介護（地域密着型含む）、及び認知症対応型共同生活介護の合計。

（介護保険と所得再分配）

介護保険においては、介護サービスはその必要性に応じて給付が行われるため、サービスを利用していない者から利用者への所得再分配が行われているといえる。また、保険料や自己負担における低所得者向け各種軽減措置が行われていることから、世代内においても所得の再分配が行われているといえる。さらに、年齢が上がるほど受給者数や受給者割合が増加しており（図表3-1-19）、壮年層から高年齢者への介護サービスという現物給付を通じた世代間再分配が行われているといえる。

図表3-1-19　65歳以上における性・年齢階級別にみた介護保険サービスの受給者数及び人口に占める受給者数の割合



資料：厚生労働省政策統括官付参事官付社会統計室「平成27年度介護給付費等実態調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

※各性・年齢階級別人口に占める受給者割合（%）＝性・年齢階級別受給者数／性・年齢階級別人口×100
人口は、総務省統計局「人口推計平成27年10月1日現在（人口速報を基準とする確定値）」の総人口を使用した。

（利用者負担についての見直し：負担能力に応じた負担）

介護保険制度の持続可能性を高めるとともに、世代内・世代間の負担の公平、負担能力に応じた負担を求める観点から、次のような見直しを行う予定である。

住民税が課税されている方の高額介護サービス費の自己負担上限額について、2017年8月から37,200円から44,400円に引き上げるとともに、2018年8月から特に所得の高い層[*8]の負担割合を2割から3割に引き上げることとしている（**図表3-1-20**）。高額介護サービス費の引上げに当たっては、長期利用者に配慮し、1割負担のみの世帯については、新たに446,400円の年間上限額を設けるとともに、高額医療介護合算制度の負担上限額を据え置く、現役並み所得の方の高額介護サービス費の自己負担上限額については44,400円のまま据え置くという配慮を行うこととしている（**図表3-1-21**）。

図表3-1-20　介護保険における現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し

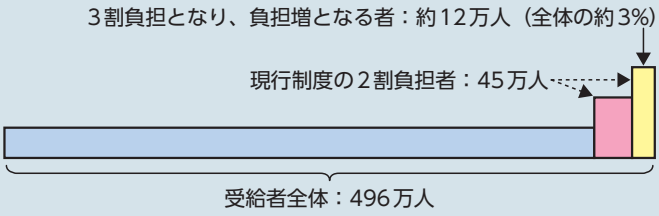
見直し内容

○世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。ただし、月額44,400円の負担の上限あり。【2018（平成30）年8月施行】

【利用者負担割合】

	負担割合
年金収入等　340万円以上（※1）	2割 ⇒ 3割
年金収入等　280万円以上（※2）	2割
年金収入等　280万円未満	1割

【対象者数】



（単位：万人）

	在宅サービス	施設・居住系	特養	合計
受給者数（実績）	360	136	56	496
3割負担（推計）	約13	約4	約1	約16
うち負担増（対受給者数）	約11（3%）	約1（1%）	約0.0（0.0%）	約12（3%）
2割負担（実績）	35	10	2	45
1割負担（実績）	325	126	54	451

※介護保険事業状況報告（平成28年4月月報）

※特養入所者の一般的な費用額の2割相当分は、既に44,400円の上限に当たっているため、3割負担となっても、負担増となる方はほとんどいない。

※1　具体的な基準は政令事項。現時点では、「合計所得金額（給与収入や事業収入等から給与所得控除や必要経費を控除した額）220万円以上」かつ「年金収入＋その他合計所得金額340万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上）」とすることを想定。⇒単身で年金収入のみの場合344万円以上に相当

※2　「合計所得金額160万円以上」かつ「年金収入＋その他合計所得金額280万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上）」⇒単身で年金収入のみの場合280万円以上に相当

＊8　具体的な基準は施行までの間に政令で定めることとしている。

図表3-1-21 高額介護サービス費の見直し

見直し内容

○世代間・世代内の公平性を確保しつつ、制度の持続可能性を高める観点から、高額介護サービス費の「一般区分」の月額上限額を医療保険並みに引き上げる。【2017(平成29)年8月施行】
○1割負担者のみの世帯については、年間上限額を設定（37,200円×12か月：446,400円）（3年間の時限措置）

	自己負担限度額（月額）	（参考）医療保険の負担限度額（70歳以上・月額・多数回該当）（現行）
現役並み所得相当（※1）	44,400円	44,400円
一般	37,200円 ⇒ 44,400円 ＋ 年間上限額の設定 （1割負担者のみの世帯）	44,400円
市町村民税世帯非課税等	24,600円	24,600円
年金収入80万円以下等	15,000円	15,000円

※1 世帯内に課税所得145万円以上の被保険者がいる場合であって、世帯年収520万円以上（単身世帯の場合は383万円以上）

1割負担者に対する年間上限額の設定

1割負担者（年金収入280万円未満）のみの世帯については、過大な負担とならないよう、年間の負担総額が現行の負担最大額を超えない仕組みとする。（3年間の時限措置）
年間上限額： 446,400円 （37,200円×12）

さらに、第2号被保険者の保険料について、介護納付金として人数に応じて医療保険者に賦課されているが、世代内の負担の公平、負担能力に応じた負担を求めるという観点から、2017年8月から、被用者保険間では、報酬額に比例して負担する予定である。なお、この見直しについては、激変緩和の観点から、段階的に導入することとしている。

4 子どものいる家庭への支援

子どもがいる家庭が安定した生活を送れるようにするための支援は、未来への投資でもある。「ニッポン一億総活躍プラン」では、「すべての子供が夢に向かって頑張ることができる社会をつくらなければならない。未来を担う子供たちへの投資を拡大し、格差が固定化せず、誰にもチャンスがある一億総活躍社会を創っていく。」としている。

(1) 児童手当制度・児童扶養手当制度

1 児童手当

児童手当は、中学校卒業までの児童を養育している方に支給される金銭給付である。支給額は、児童1人当たりの月額で3歳未満は15,000円、3歳以上小学校修了前の第1子、第2子は10,000円、第3子以降は15,000円、中学生は10,000円である。所得制限があり、所得制限限度額は扶養親族などの数に応じて設定される。例えば夫婦と児童2人（扶養親族が3人）の場合、所得制限額は年収ベースで960万円である。所得制限を超える場合は、当分の間、児童1人当たり月額5,000円の特例給付が支給される。2016（平成28）年2月末で受給者数は約1,043万人（施設等受給者数を除く。）である。

児童手当は、子育て支援の強化という観点から、近年、対象児童の年齢や支給額の引上げなどが行われている。2000（平成12）年には対象児童の年齢が3歳から義務教育就学前までに、2004（平成16）年には小学校3年生までに、2006（平成18）年には小学校6年生までに引き上げられた。2010（平成22）年には、当時の民主党政権により、扶養控除を廃止して、その財源を手当に回すという考え方の下、「子ども手当」が創設された。これにより、対象児童の年齢は中学校3年生までに、支給金額は10,000円から13,000円に引き上げられ、所得制限が撤廃された。併せて、2011（平成23）年には16歳未満の子どもの扶養控除が廃止された。しかし、2012（平成24）年には再び児童手当となり、現行の仕組みに至っている。

2 児童扶養手当制度

児童扶養手当は、離婚によるひとり親家庭など、父や母と生計を同じくしていない児童が育成される家庭の生活の安定と自立の促進を目的として支給される金銭給付である。18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある児童又は20歳未満の障害児を監護する母又は監護し、かつ生計を同じくする父などに支給される。ひとり親家庭への支援を強化するため、2016年8月から、第2子及び第3子以降の加算額が最大倍増され、さらに、2017年4月からは、児童が1人の場合に加えて、児童が2人の場合の加算額についても、物価の上下に合わせて支給額が変わる物価スライド制を導入している。これにより、現在の支給額は児童1人の場合月額42,290円であり、2人以上の場合はこれに9,990円が、3人以上の場合は児童1人につき5,990円が加算される。所得制限限度額は扶養親族などの数に応じて設定されており、例えば、親と児童1人の2人世帯であれば、親の前年の年収が130万円未満の場合には全額支給、130万円以上365万円未満の場合は、所得に応じて42,280円から9,980円まで10円きざみで支給される。2016年3月末の受給者数は約104万人である。

(2) 子どもの貧困対策

子どもの貧困対策を総合的に推進するため、「子どもの貧困対策の推進に関する法律」が2014（平成26）年1月17日に施行され、同年8月には「子供の貧困対策に関する大綱」が閣議決定された。大綱では、生活保護世帯に属する子供の高等学校等進学率、スクールソーシャルワーカーの配置人数、ひとり親家庭の就業率、子供の貧困率など、子供の貧困に関する25の指標が定められ、指標の改善に向けて、教育の支援、生活の支援、就労支援、経済的支援などの各分野で重点施策を進めている。これに基づき、厚生労働省では、ひとり親家庭の子どもへの学習支援の充実や「生活困窮者自立支援法」による生活困窮世帯の子どもに対する学習支援事業の実施、ひとり親家庭の親の学び直し支援などによる就業支援などを進めている。

また、2015（平成27）年12月には、「子どもの貧困対策会議」において、経済的に厳しい状況に置かれたひとり親家庭や多子世帯が増加傾向にあることから、これらの方の自立支援に向けて、「すくすくサポート・プロジェクト」（すべての子どもの安心と希望の実現プロジェクト）を策定した。これに基づき、自治体の相談窓口のワンストップ化の推進、放課後児童クラブなどの終了後にひとり親家庭の子どもの生活習慣の習得・学習支援や食事の提供など行うことが可能な居場所づくりの実施、児童扶養手当の機能の充実、教育費負担軽減など子どもの学習支援の充実、高等職業訓練促進給付金の充実などひとり親家庭の親の就職に有利な資格の取得の促進、ひとり親家庭などに対する住居確保の支援などを推進している。

5 生活保護制度・生活困窮者自立支援制度

(1) 生活保護制度

(生活保護制度：基本的な考え方)

生活保護は、憲法第25条に規定する生存権を保障するための制度であり、生活に困窮する方の健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的としている。他法に基づく社会保障給付を含め、その利用し得る資産や能力その他あらゆるものを活用してもなお生活に困窮する方を対象としているため、社会保障の「最後のセーフティネット」といわれている。

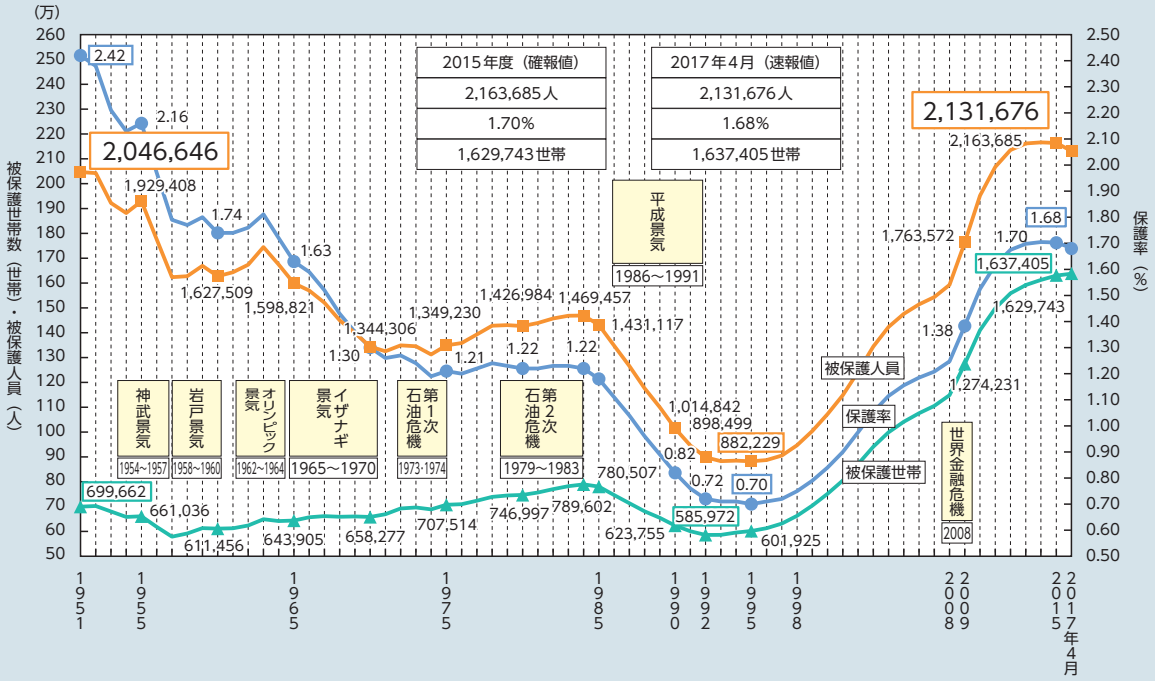
保護の種類には、生活扶助、教育扶助、住宅扶助、医療扶助、介護扶助、出産扶助、生業扶助、葬祭扶助の8種類あり、日常生活を送る上で必要となる食費や居住費、病気の治療費などが必要な限度で金銭給付又は現物給付により支給される。支給される生活保護費は、厚生労働大臣が定める基準（生活保護基準）により計算される最低生活費から収入を差し引いた額を支給することとしている。この最低生活費は、居住地域や世帯構成などにより設定される。財源は全て公費であり、国が4分の3、自治体が4分の1を負担する。保護に要する費用は2015（平成27）年度で3.7兆円であり、そのうち約1.8兆円（約48%）を医療扶助が占めている。

生活保護基準は、一般低所得世帯の消費実態などとの均衡がとれたものとなっているかという観点から、定期的に検証を行うこととしており、2013（平成25）年8月から2015年にかけて段階的に生活扶助を見直し、2015年には住宅扶助及び冬季加算の見直しを行っている。

（生活保護の受給状況）

2017（平成29）年4月の生活保護受給者数は約213万人、保護率は1.68%である。1995（平成7）年の約88万人、0.77%を底に増加傾向が続いていたが、2015年3月をピークに減少に転じている。また、生活保護世帯数は2017年4月現在で約164万世帯であり、1992（平成4）年の約58万世帯を底に増加傾向が続いている（図表3-1-22）。

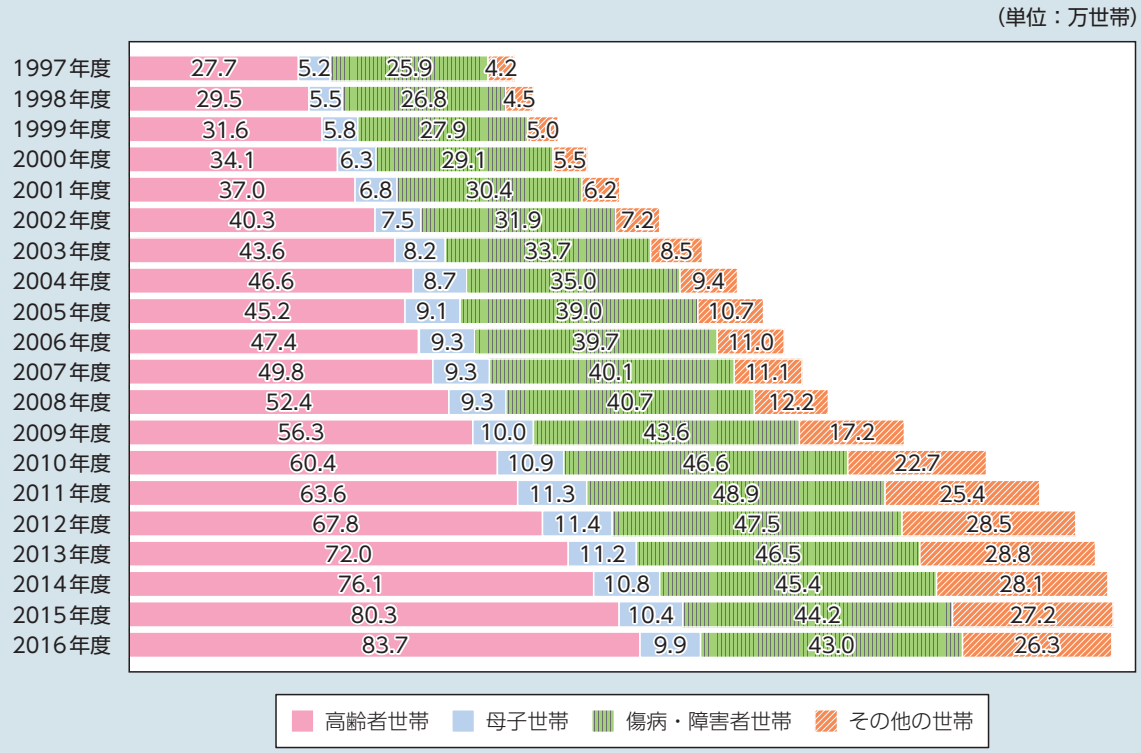
図表3-1-22　被保護世帯数、被保護人員、保護率の年次推移



資料：厚生労働省社会・援護局保護課「被保護者調査」より厚生労働省社会・援護局保護課作成（2012年3月以前の数値は厚生労働省政策統括官付参事官付行政報告統計室「福祉行政報告例」）

生活保護世帯を世帯類型別に見た場合、2017年2月現在で、高齢者世帯が約84万世帯、高齢者世帯を除く世帯が約79万世帯である。高齢者世帯を除く世帯については、2008年の世界金融危機後、特に稼働年齢層と考えられる「その他の世帯」が大きく増加したが、2013年2月をピークに減少傾向が続いており、2017年2月ではピーク時から約9万世帯減少している。一方、高齢者世帯については、社会全体の高齢化の進展と単身高齢世帯の増加を背景に、単身高齢者世帯を中心に増加が続いている（**図表3-1-23**）。

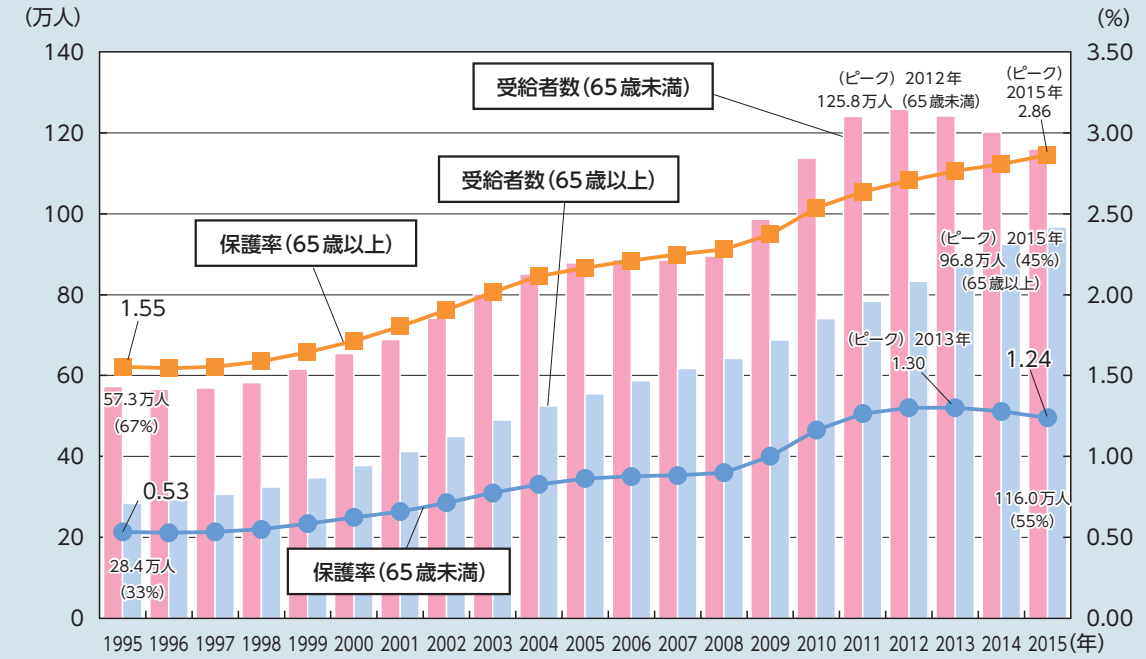
図表3-1-23　世帯類型別生活保護受給世帯数の年次推移



資料：2011年度以前は厚生労働省政策統括官付参事官付行政報告統計室「福祉行政報告例」、2012年度以降は厚生労働省社会・援護局保護課「被保護者調査」（2016年度は速報値）
（注）　世帯数は各年度の1か月平均であり、保護停止中の世帯は含まない。
高齢者世帯の定義：男女とも65歳以上（2005年3月以前は、男65歳以上、女60歳以上）の者のみで構成されている世帯か、これに18歳未満の者が加わった世帯

また、生活保護受給者数を年齢別に見た場合、65歳以上の受給者数及び保護率は増加している一方、65歳未満の生活保護受給者数及び保護率は、近年減少傾向にあり、2015年7月末現在では、生活保護受給者数の約45%は65歳以上の者となっている（**図表3-1-24**）。

図表3-1-24　年齢階級別生活保護受給者数、保護率の年次推移



資料：厚生労働省社会・援護局保護課「被保護者調査」
※年齢階級別生活保護受給者数のデータは年次データのみ

(生活保護制度と自立の助長)

生活保護制度は、最低限度の生活を保障するのみならず、自立の助長も目的としている。2013年に成立した「生活保護法の一部を改正する法律」では、就労による自立の促進のため、保護からの脱却を促すための給付金（就労自立給付金）の創設、生活保護受給者からの相談に応じ、必要な情報提供及び助言を行う事業（被保護者就労支援事業）の法定化などの措置を規定した。そのほかにも、福祉事務所に設置するハローワークの窓口を増やすなど、福祉事務所とハローワークの連携強化にも努めているほか、就労に向けた課題を抱える被保護者で、日常生活習慣、基礎技能などを習得することにより就労が見込まれる者に対して支援を行う事業（被保護者就労準備支援事業）も実施している。

(2) 生活困窮者自立支援制度

2015（平成27）年4月1日より施行された「生活困窮者自立支援法」（平成25年法律第105号）は、生活保護に至る前の段階での自立支援策の強化を図るため、福祉事務所を設置する地方自治体において、様々な課題を抱える生活困窮者に対し以下の各種支援を実施するほか、地域のネットワークを構築し、生活困窮者の早期発見や包括的な支援につなげるものである（図表3-1-25）。

①生活困窮者からの相談を受け、ニーズに応じた計画的・継続的な支援をコーディネートする「自立相談支援事業」（必須事業）

②離職により住居を失った者などに対し家賃相当額の給付を行う「住居確保給付金」（必須事業）

③生活リズムが崩れているなど就労に向け準備が必要な者に集中的な支援を行う「就労準備支援事業」（任意事業）

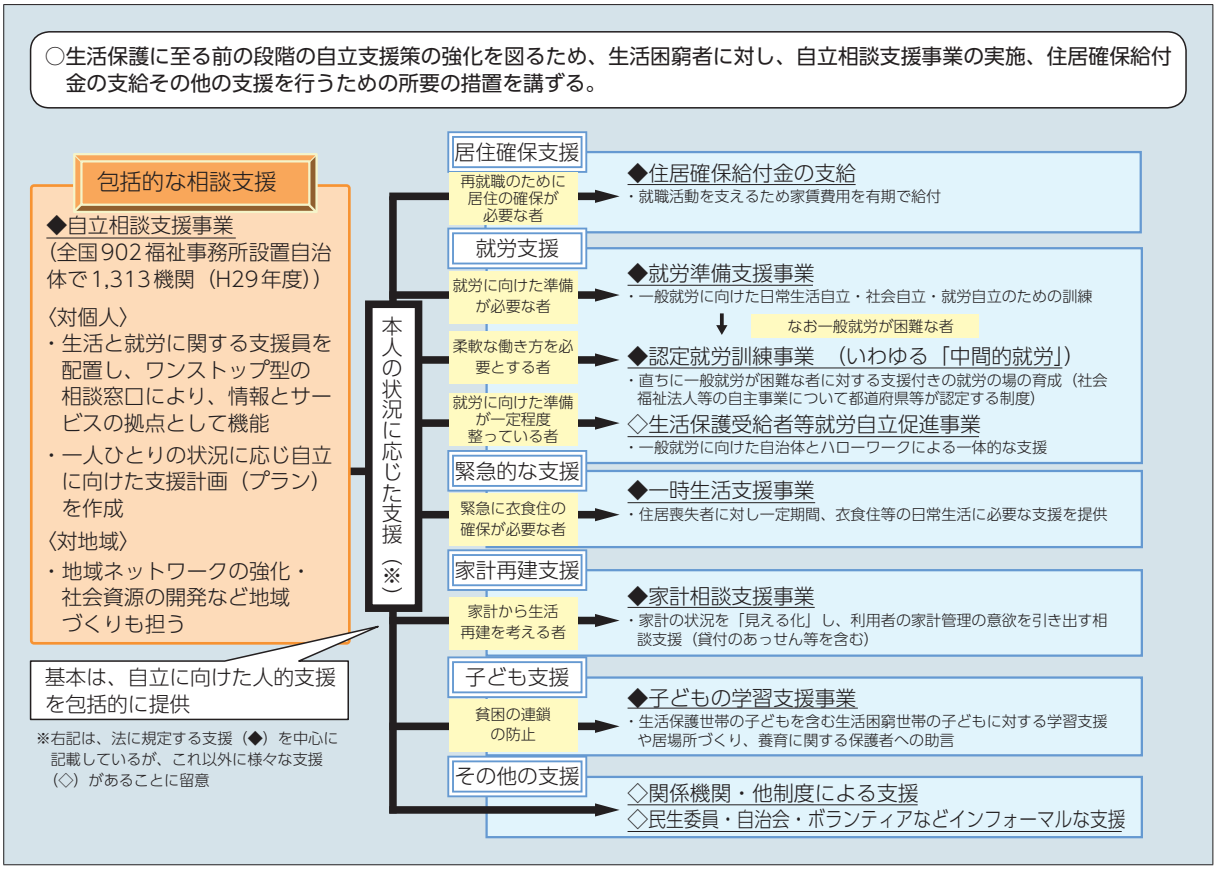
④緊急的・一時的に衣食住を提供する「一時生活支援事業」（任意事業）

⑤家計の再建に向けた支援を行う「家計相談支援事業」（任意事業）

⑥生活困窮家庭の子どもに対する「学習支援事業」（任意事業）

施行後2年間での支援状況は、新規相談受付件数は約45万人、プラン作成により継続的に支援した人は約12万人であり、それぞれの必要に応じた包括的な支援の提供により、約6万人が就労や増収につながった。

図表3-1-25 生活困窮者自立支援制度の概要



コラム　生活困窮者の自立支援　～岡山県総社市の事例～

「福祉先駆都市」を目指す総社市

岡山県総社市は、岡山市と倉敷市に隣接する人口約6万8千人の小規模な都市だが、その福祉政策はとてもパワフルだ。同市の片岡聡一市長は「障がい者千人雇用」を公約に掲げ、約6年で目標を達成するなど、斬新な政策で「全国屈指の福祉先駆都市」を目指す。同市の“熱い”取組みの一つとして、生活困窮者自立支援を紹介する。

相談者に徹底的に「寄り添う」支援

総社市生活困窮支援センター（社会福祉協議会に委託）では、2016（平成28）年度は96人に延べ3,024回、一人当たり平均約32回にわたる相談支援を行った。支援全体に共通するのは、相談者に徹底的に「寄り添う」姿勢だ。

まず、相談者には自立生活へのプランの作成を働きかけ、相談者と一緒にプランをつくることで、自ら自立に取り組む気持ちを引き出す。

相談者が抱える問題には、就労、住まい、物資の問題が多く、それぞれに解決策を考えて提供する。本人の状態に合わせた就労支援はもちろん、派遣契約の解除などで住居を失った人には、福祉施設の一角を一時提供する。また、食料を始め、家電や衣類など生活用品の寄付を地域で募り、必要な人に提供・貸与している。

家計の相談も多い。2016年度の相談者53人のうち、約7割は債務や滞納を抱えており、ファイナンシャル・プランナーとも連携して債務の整理や家計収支改善などを図っている。

こうしたきめ細かな支援は、「弱い立場の方々に全力投球」するという総社市政全般に共通する意識と、日頃からの地域との様々なネットワークがあって実現しているものだ。

これらの支援により、就労して自立した人もいれば、自立意欲や家族関係など、精神的な面での改善が見られた人も多い。相談者には成功体験が少なく自信を失っている人が多いため、「次の一歩を踏み出してみよう」という意欲を引き出し、自立の可能性を高めていくことも、重要な自立支援なのだ。

子どもの学習支援が、未来を担う若者を育てる

同市の自立支援の中でも特徴的なのは、子どもの学習支援の取組みだ。生活保護世帯などの中高生を対象に、週2回開催する学習等支援教室「ワンステップ」の講師は、岡山大学（岡山市）や岡山県立大学（総社市）の学生が務める。

このうち岡山大学は、同市の学習支援を授業化して単位認定している。これは、学習支援の開始に当たり、年齢の近い大学生を継続的に確保したいと考えていた市と、「実践人」の育成に本腰を入れ始めていた大学の思惑が合致して実現した。



学習支援は、ほぼマンツーマンで行われる。まるで談笑しているかのような和やかな雰囲気だ。これは、学習と同等以上に「居場所づくり」を重視する同市の方針にもよる。その結果、席にじっと座っていられなかったり、コミュニケーションが苦手な子も、次第に落ち着いて学習に取り組めるようになるという。2016年度末までに中学卒業を迎えた5人の受講生は、全員が希望の高校に進学した。

大学生側にもメリットがある。岡山大学の前田芳男准教授は「むしろ我々が恩恵を受けている」という。大学生は、年間を通じ責任を持って子ども達と接することで、子どもの言葉にできない気持ちを汲み取ったり、子どもの成長を間近で感じたりと、座学では味わえない学びを得ている。

同市の学習支援は、貧困問題の改善にとどまらず、地域の未来を担う若者を育てる基盤となりつつあるといえるだろう。

第2節 就労と所得向上の支援

（「一億総活躍社会」の実現が、持続的な成長の鍵）

成長の基盤をつくる分配政策として、税や社会保障給付などによる所得の「再分配」も重要であるが、就業を通じ「当初の所得」として必要な所得を得られるようにすることが、労働参加の拡大や生産性の向上といった形で、より直接的に成長に寄与すると考えられる。

また、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）では、全ての人が包摂される社会、すなわち「一億総活躍社会」が実現できれば、安心感が醸成され、将来の見通しが確かになり、さらには多様な能力の発揮によるイノベーションの創出を通じて、生産性の向上や経済成長の加速が期待できるとしている。

そこで、本節では、「一億総活躍社会」の実現に向けた取組みを中心に、就業の拡大や就労所得の向上に向けた最近の主な取組みを紹介する。

1 働き方改革

（働き方改革実行計画の策定）

「ニッポン一億総活躍プラン」では、一億総活躍社会の実現に向けた最大のチャレンジは働き方改革であるとされた。

これを踏まえて、「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）が策定され、以下の9項目についての具体的対応策が示された（**図表3-2-1**）。

①非正規雇用の処遇改善
- 同一労働同一賃金の実効性を確保する法制度とガイドラインの整備
- 非正規雇用労働者の正社員化などキャリアアップの推進

②賃金引上げと労働生産性向上
- 企業への賃上げの働きかけや取引条件改善・生産性向上支援など賃上げしやすい環境の整備

③長時間労働の是正
- 法改正による時間外労働の上限規制の導入
- 勤務間インターバル制度導入に向けた環境整備
- 健康で働きやすい職場環境の整備

④柔軟な働き方がしやすい環境整備
- 雇用型テレワークのガイドライン刷新と導入支援
- 非雇用型テレワークのガイドライン刷新と働き手への支援
- 副業・兼業の推進に向けたガイドライン策定やモデル就業規則改定などの環境整備

⑤病気の治療、子育て・介護等と仕事の両立、障害者就労の推進
- 治療と仕事の両立に向けたトライアングル型支援などの推進
- 子育て・介護と仕事の両立支援策の充実・活用促進
- 障害者等の希望や能力を活かした就労支援の推進

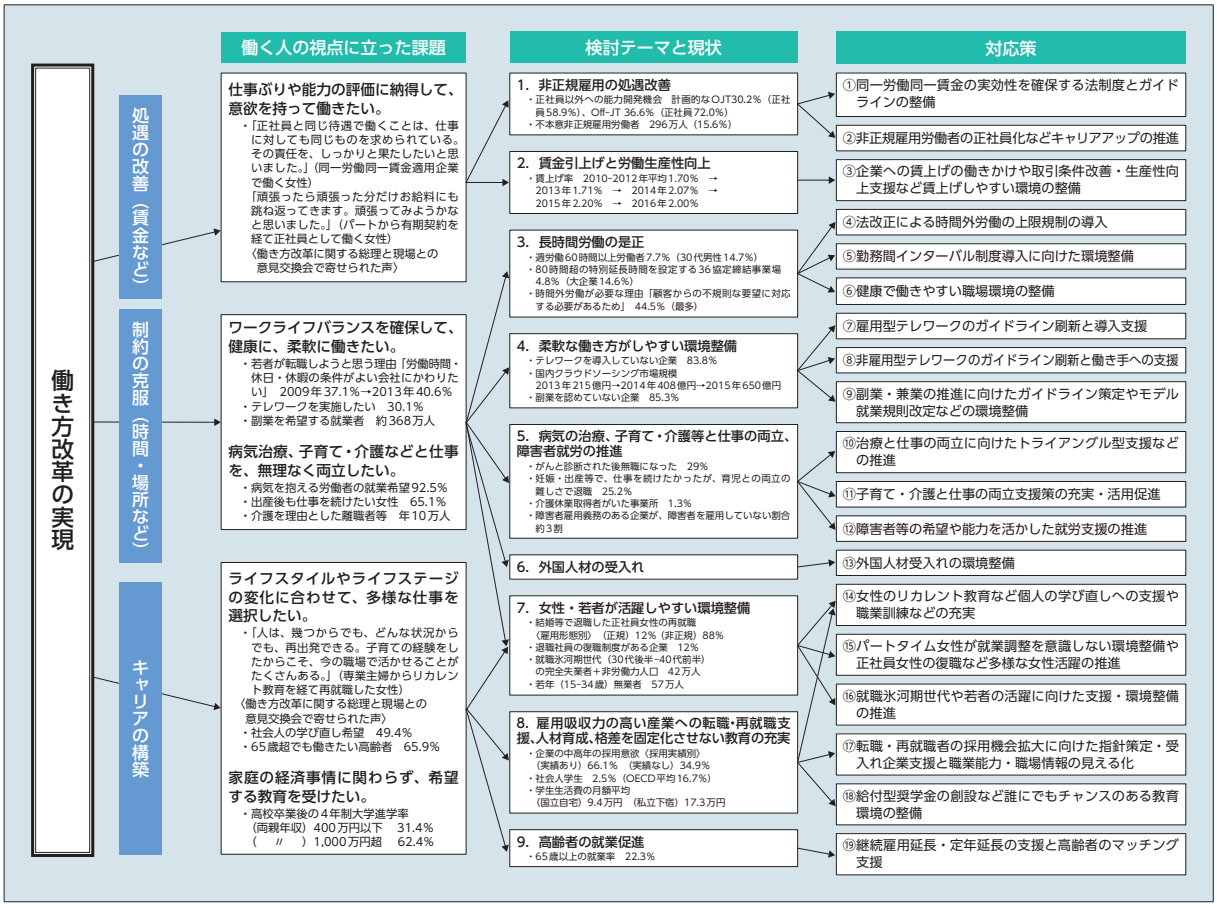
⑥外国人材の受入れ
- 外国人材受入れの環境整備

⑦女性・若者が活躍しやすい環境整備
- 女性のリカレント教育など個人の学び直しへの支援や職業訓練などの充実
- パートタイム女性が就業調整を意識しない環境整備や正社員女性の復職など多様な女性活躍の推進
- 就職氷河期世代や若者の活躍に向けた支援・環境整備の推進

⑧雇用吸収力の高い産業への転職・再就職支援、人材育成、格差を固定化させない教育の充実
- 女性のリカレント教育など個人の学び直しへの支援や職業訓練などの充実
- 転職・再就職者の採用機会拡大に向けた指針策定・受入れ企業支援と職業能力・職業情報の見える化
- 給付型奨学金の創設など誰にでもチャンスのある教育環境の整備

⑨高齢者の就業促進
- 継続雇用延長・定年延長の支援と高齢者のマッチング支援

図表3-2-1　働き方改革実行計画の全体像



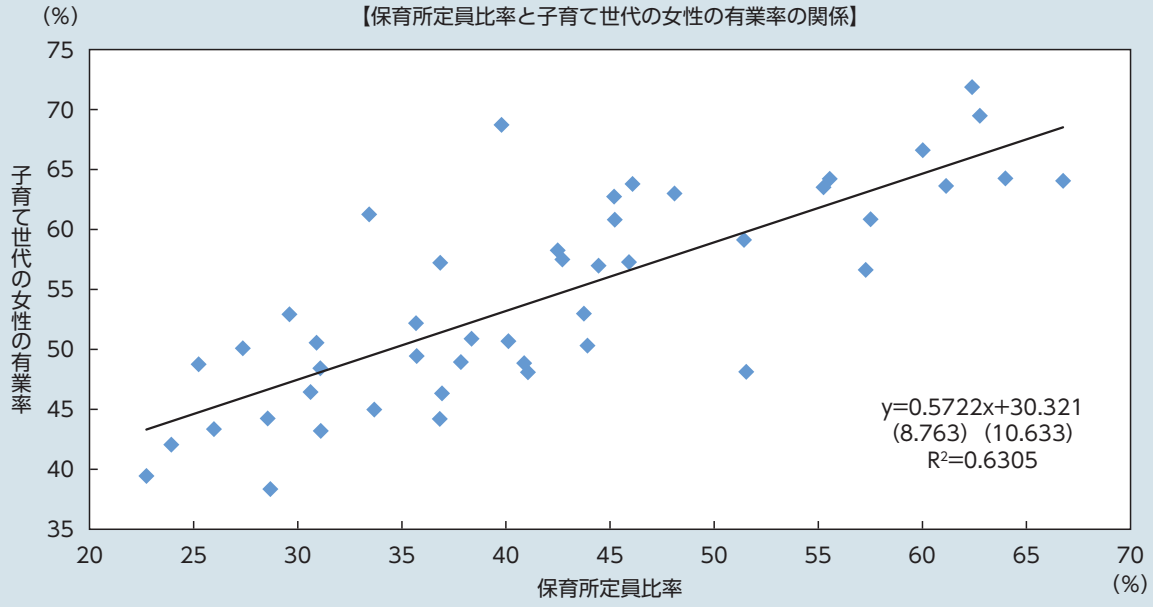
2 子育て支援の充実

（ニッポン一億総活躍プランでは、「夢をつむぐ子育て支援」を目標として提示）

「ニッポン一億総活躍プラン」では、新しい第二の矢として、「夢をつむぐ子育て支援」を掲げた。これは、人口減少という我が国の根源的な課題に立ち向かうため、子育て支援の充実を通じ、一人でも多くの若者たちの結婚や出産の希望を叶えられる社会を目指すものである。

子育て支援の充実は、子育て中の女性が意欲に応じて労働参加しやすくなるという効果も期待できる。我が国の子育て世代の女性の有業率と保育所の定員比率を都道府県別に見ると、一定の相関が見られる（図表3-2-2）。

図表3-2-2 都道府県別保育所定員比率と子育て世代の女性の有業率の関係



資料出所：厚生労働省「平成27年版労働経済の分析」
厚生労働省「保育所関連状況取りまとめ（平成24年4月1日）」、総務省統計局「平成24年就業構造基本調査」（調査票情報を厚生労働省政策統括官にて独自集計）「人口推計」をもとに厚生労働省政策統括官にて推計

（注）
1. 末子が5歳以下の20～49歳層を「子育て世代」とした。
2. 子育て世代の女性の有業率は、子育て世代のうち、「夫婦と子供から成る世帯」「夫婦、子供と両親から成る世帯」「夫婦、子供とひとり親から成る世帯」「母子世帯」のいずれかに属する女性の有業率とした。
3. 保育所定員比率は、5歳以下人口（2012年10月1日現在の0～4歳人口＋5～9歳人口／5により算出）に対して保育所定員が占める比率とした。

（1）保育の受け皿確保

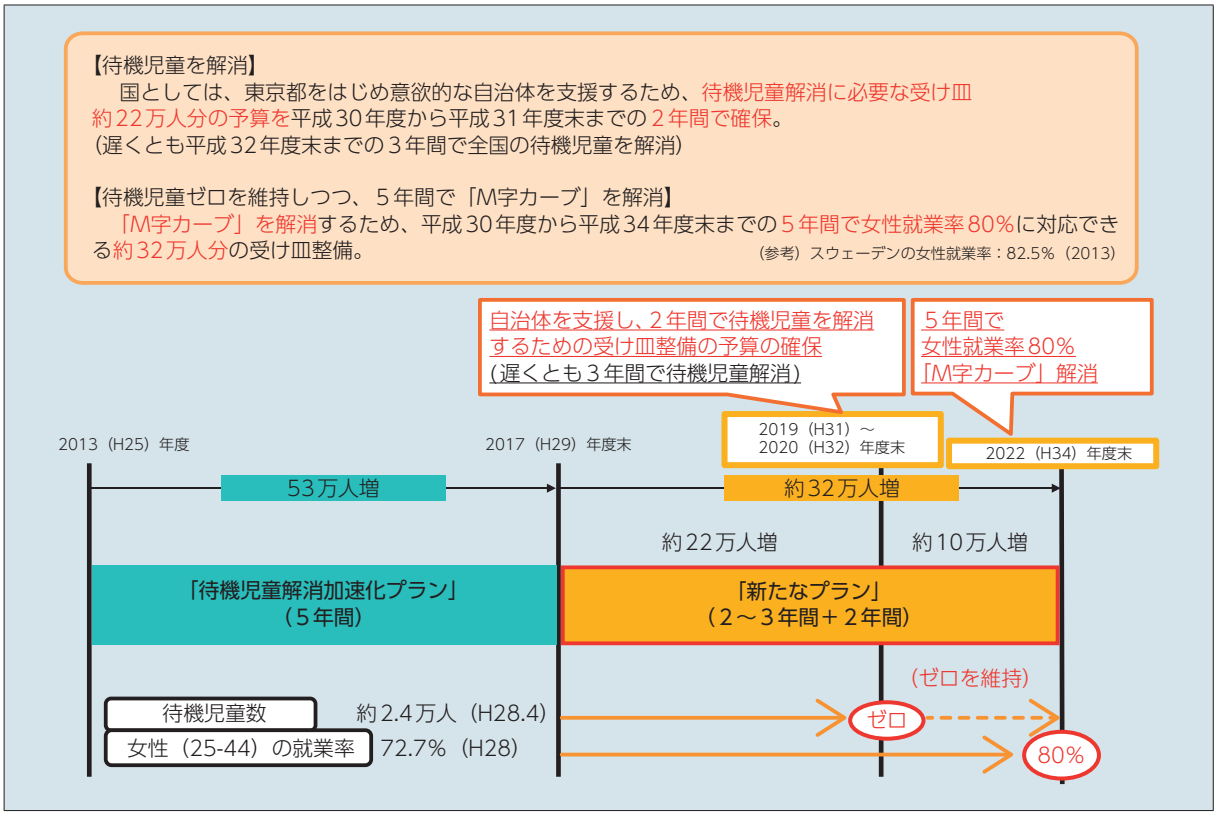
（2017年度末までに53万人分の保育の受け皿の確保を推進）

都市部を中心に深刻な問題となっている待機児童の解消を図るため、厚生労働省では、2013（平成25）年4月に「待機児童解消加速化プラン」を策定し、2017（平成29）年度末までに新たに40万人分の保育の受け皿確保を目指すこととした。

この目標は、2015（平成27）年11月に策定された「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策」に基づき、50万人分に引き上げられた。さらに、2016（平成28）年4月から事業主拠出金制度に基づく企業主導型保育事業による最大5万人の保育の受け皿整備を含めることにより、約53万人分の保育の受け皿の確保を推進することとした。

2017年6月には、今後も女性の就業率の上昇や、保育の利用希望の増加が見込まれる中、「子育て安心プラン」が公表され、待機児童解消に必要な受け皿約22万人分の予算3年分を2019（平成31）年度末までの2年間で確保し、遅くとも2020年度末までの3年間で全国の待機児童を解消することとしている。さらに、2022年度末までの5年間で、女性就業率80%にも対応できるよう、約32万人分の保育の受け皿を整備することとしている（**図表3-2-3**）。

図表3-2-3　子育て安心プラン



1 保育士の確保

（2017年度末までに9万人の保育士の確保を目指す）

保育の受け皿確保の目標設定に合わせて、厚生労働省では、2015年1月に「保育士確保プラン」を策定し、保育士の確保目標を6.9万人とした。

その後、上記のとおり同年11月に、保育の受け皿確保の目標が上積みされたことに併せ、保育士の確保目標も9万人に上積みした。

（保育補助者の雇上げ支援、再就職準備金の充実、保育士配置に係る特例）

更なる保育人材の確保という課題に対応するため、2015年度から、保育事業者に対しては、保育補助者の雇上げの費用を貸付し、一定の場合返還を全額免除することとしている。

また、いったん離職した保育人材に対して、円滑に再就職できるよう、就職準備金の貸付けを行っており、一定の要件を満たした場合、貸付金の返還を免除することとしている。

さらに、緊急的・時限的な対応として、保育所等に対しては、保育士配置に係る特例を設け、一定の場合、子育て支援員研修を修了した者等を保育士の代替要員として活用することを認めている。

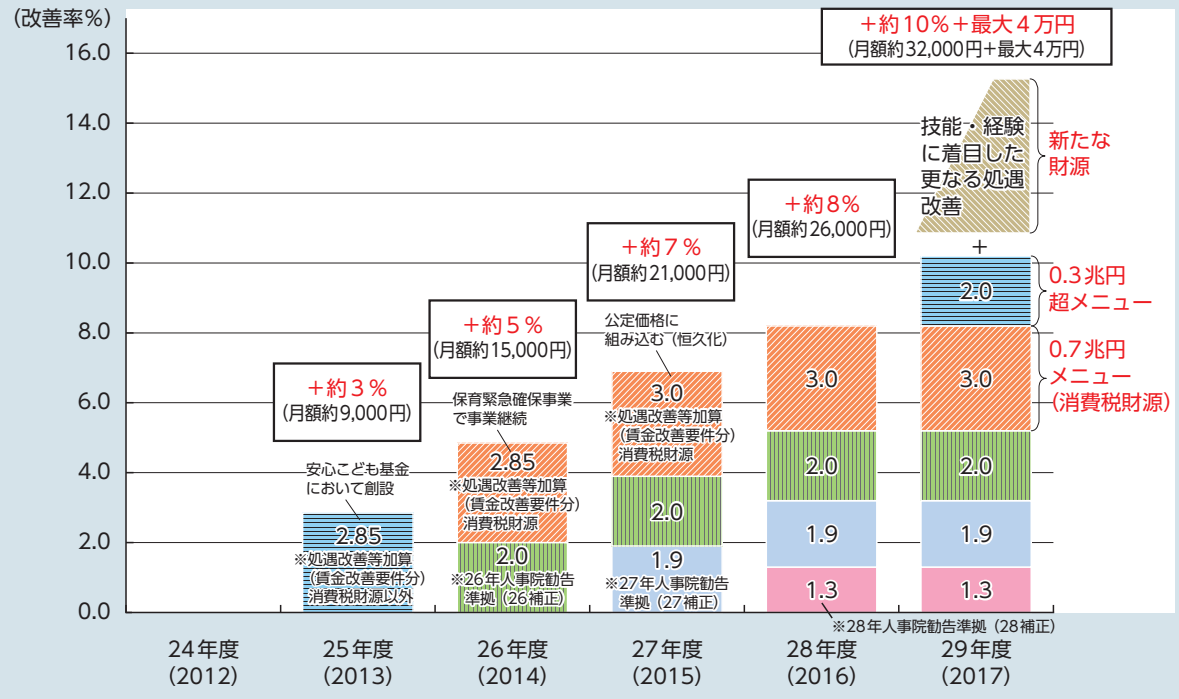
2 保育士の処遇改善

（2016年度までに26,000円相当の処遇改善）

2013年度以降、保育士等処遇改善臨時特例事業などによる保育所への補助金の交付により、保育士等の処遇改善に向けた取組みを行っており、2012（平成24）年度と比較すると、2016年度までに約26,000円の処遇改善を行ってきた。

「ニッポン一億総活躍プラン」では、保育士の「キャリアアップの仕組みを構築し、保育士としての技能・経験を積んだ職員について、現在4万円程度ある全産業の女性労働者との賃金差がなくなるよう、追加的な処遇改善を行う」とされたことを踏まえ、2017年度は、さらに6,000円（2012年度からの累計は32,000円）の処遇改善を行った上で、キャリアアップの仕組みを構築し、技能・経験に着目した最大4万円の処遇改善を行うこととした（図表3-2-4）。

図表3-2-4　保育士等の処遇改善の推移（平成24年度との比較）



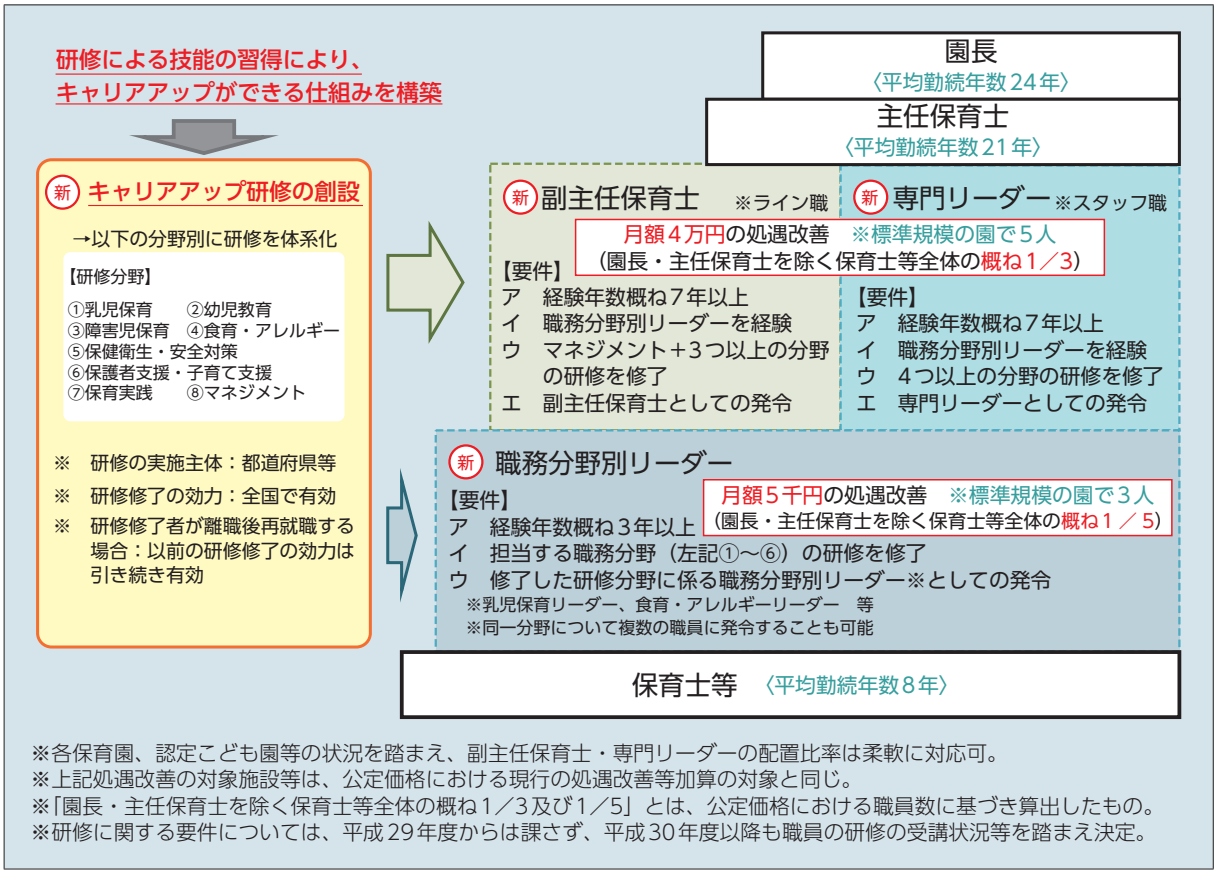
※処遇改善等加算（賃金改善要件分）は、平成25、26年度においては「保育士等処遇改善臨時特例事業」により実施。
※各年度の月額給与改善額は、予算上の保育士の給与改善額。
※上記は常勤保育士のモデル例。

（キャリアアップの仕組みの構築）

「賃金構造基本調査」によると、保育士の勤続年数は、産業計と比較して短い傾向にあり、「ニッポン一億総活躍プラン」でも、保育士はキャリアパスの展望が見えにくいことが指摘されている。

保育士のキャリアアップの仕組みを構築するため、2017年度から、都道府県等でキャリアアップ研修を開始するとともに、保育所内に副主任保育士・専門リーダー及び職務分野別リーダー等の中間役職を設置することとした（図表3-2-5）。

図表3-2-5　保育士等（民間）のキャリアアップの仕組み・処遇改善のイメージ



※各保育園、認定こども園等の状況を踏まえ、副主任保育士・専門リーダーの配置比率は柔軟に対応可。
※上記処遇改善の対象施設等は、公定価格における現行の処遇改善等加算の対象と同じ。
※「園長・主任保育士を除く保育士等全体の概ね1／3及び1／5」とは、公定価格における職員数に基づき算出したもの。
※研修に関する要件については、平成29年度からは課さず、平成30年度以降も職員の研修の受講状況等を踏まえ決定。

(2) 育児休業の取得促進

(育児休業制度の見直し)

妊娠・出産及び育児による離職を防ぎ、働き続けることができるように、育児休業を取得しやすくすることが重要である。

そのため、2016(平成28)年3月に育児・介護休業法を改正し(2017(平成29)年1月施行)、有期契約労働者の育児休業の取得要件を緩和したほか、事業主に妊娠や育児休業等を理由とする嫌がらせ等を防止するために必要な措置を義務づけた(**図表3-2-6**)。

さらに、2017年3月の改正により、原則1歳までである育児休業を6か月延長しても保育所に入れない場合等に限り、更に6か月(2歳まで)の再延長が可能となった(2017年10月施行)。

図表3-2-6 育児・介護休業法の改正(育児)

改正の趣旨

○非正規雇用労働者の育児休業の取得促進や妊娠・出産・育児休業・介護休業等を理由とする不利益取扱い等の防止を図ることが必要。

改正内容【多様な家族形態・雇用形態に対応した育児期の両立支援制度等の整備】

	改正内容	改正前	改正後
1	子の看護休暇(年5日)の取得単位の柔軟化	1日単位での取得	半日(所定労働時間の二分の一)単位の取得を可能とする。 ※所定労働時間が4時間以下の労働者については適用除外とし、1日単位。 ※業務の性質や業務の実施体制に照らして、半日を単位として取得することが困難と認められる労働者は、労使協定により除外できる。 ※労使協定により、所定労働時間の二分の一以外の「半日」とすることができる。(例:午前3時間、午後5時間など)
2	有期契約労働者の育児休業の取得要件の緩和	①当該事業主に引き続き雇用された期間が1年以上であること、②1歳以降も雇用継続の見込みがあること、③2歳までの間に更新されないことが明らかである者を除く	①当該事業主に引き続き雇用された期間が過去1年以上であること、 ②子が1歳6ヶ月になるまでの間に、その労働契約(労働契約が更新される場合にあっては、更新後のもの)が満了することが明らかでないものとし、取得要件を緩和する。
3	育児休業等の対象となる子の範囲	法律上の親子関係である実子・養子	特別養子縁組の監護期間中の子、養子縁組里親に委託されている子といった法律上の親子関係に準じると言えるような関係にある子については育児休業制度等の対象に追加する。 ※法律上の親子関係に準ずる子については、省令で規定
4	妊娠・出産・育児休業・介護休業をしながら継続就業しようとする男女労働者の就業環境の整備	事業主による不利益取扱い(就業環境を害することを含む。)は禁止	・妊娠・出産・育児休業・介護休業等を理由とする、上司・同僚による就業環境を害する行為を防止するため、雇用管理上必要な措置を事業主に義務づける。 ・派遣先で就業する派遣労働者については、派遣先も事業主とみなして、上記防止措置義務を適用する。また事業主による育児休業等の取得等を理由とする不利益取扱いの禁止規定を派遣先にも適用する。

3 「介護離職ゼロ」

(ニッポン一億総活躍プランで「介護離職ゼロ」を目標として提示)

総務省統計局「就業構造基本調査」(2012年)によると、家族の介護・看護を理由にした離職者は、2011(平成23)年10月から2012(平成24)年9月までの1年間で10.1万人であった。いわゆる団塊の世代が2020年に70歳を超える中で、介護をしながら仕事を続けられるという現役世代の「安心」を確保する必要がある。

「ニッポン一億総活躍プラン」では、介護サービスが利用できずやむを得ず離職する者をなくすとともに、特別養護老人ホームに入所が必要であるにもかかわらず自宅で待機をしている高齢者を解消することを目指し、「介護離職ゼロ」に向けた取組みの方向が示さ

れた（図表3-2-7）。その主な内容は、①必要な介護サービスの確保、②働く環境の改善・家族の支援である。

図表3-2-7　ニッポン一億総活躍プラン（介護部分抜粋）

4.「介護離職ゼロ」に向けた取組の方向
（1）介護の環境整備

（介護人材確保のための総合的な対策）
「介護離職ゼロ」の実現に向けて、昨年末の緊急対策において、介護の受け皿を38万人分以上から50万人分以上へ拡大することなどを盛り込んだ。

介護人材の処遇については、競合他産業との賃金差がなくなるよう、平成29年度（2017年度）からキャリアアップの仕組みを構築し、月額平均1万円相当の改善を行う。この際、介護保険制度の下で対応することを基本に、予算編成過程で検討する。なお、障害福祉人材の処遇についても、介護人材と同様の考え方に立って予算編成過程で検討する。

多様な介護人材の確保・育成に向けて、介護福祉士を目指す学生に返済を免除する月5万円の修学資金貸付制度や、いったん仕事を離れた人が再び仕事に就く場合の20万円の再就職準備金貸付制度の更なる充実、高齢人材の活用等を図る。また、介護ロボットの活用促進やICT等を活用した生産性向上の推進、行政が求める帳票等の文書量の半減などに取り組む。さらに、改正介護休業制度の着実な実施や、介護休業の取得促進に関する周知・啓発の強化を行うなど、仕事と介護の両立が可能な働き方の普及を促進する。

このように、介護の受け皿整備に加え、介護の仕事の魅力を向上し、介護人材の処遇改善、多様な人材の確保・育成、生産性の向上を通じた労働負担の軽減を柱として25万人の介護人材の確保に総合的に取り組む。

（1）介護サービスの確保

（2020年代初頭までに介護サービス50万人分の整備を目指す）

2015（平成27）年4月に策定された「第6期介護保険事業計画」では、2025年までに不足が見込まれる約38万人分の介護サービスの整備を目指すこととしていた。

2015年11月に策定された「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策」では、この目標を上乗せ、前倒しして、2020年代初頭までに介護サービス約50万人分の整備を目指すこととされた。

この目標の達成に向け、介護施設等の整備と併せて、以下の取組みを進めている。

1 介護人材の確保

（再就職準備金、修学資金の貸付けの充実）

介護職としての知識や経験を有する即戦力として期待される介護人材の呼び戻しを促進するため、いったん離職した介護人材に対しては、円滑な再就職活動を行えるよう、再就職準備金貸付事業により必要な経費を貸付け、2年間介護職員として勤務した場合に貸付金の返済を全額免除できることとしている。2016（平成28）年度からは、人材確保が特に困難な地域（大都市及び被災地等）の再就職準備金の貸付けの上限額を倍増（20万円→40万円）している。加えて、2017（平成29）年度から稼働している離職した介護福祉士等の届出システムを活用し、再就職準備金等による復職支援の強化を図っている。

また、介護職を目指す介護福祉士養成施設の学生に対しては、修学資金（学費上限月5万円等）を貸し付け、5年間介護の仕事に継続して従事した場合、修学資金の返済を全額免除することとしている。2015年度からは、国家試験受験対策費用（年額4万円）を修学資金のメニューに追加している。

2 介護人材の処遇改善

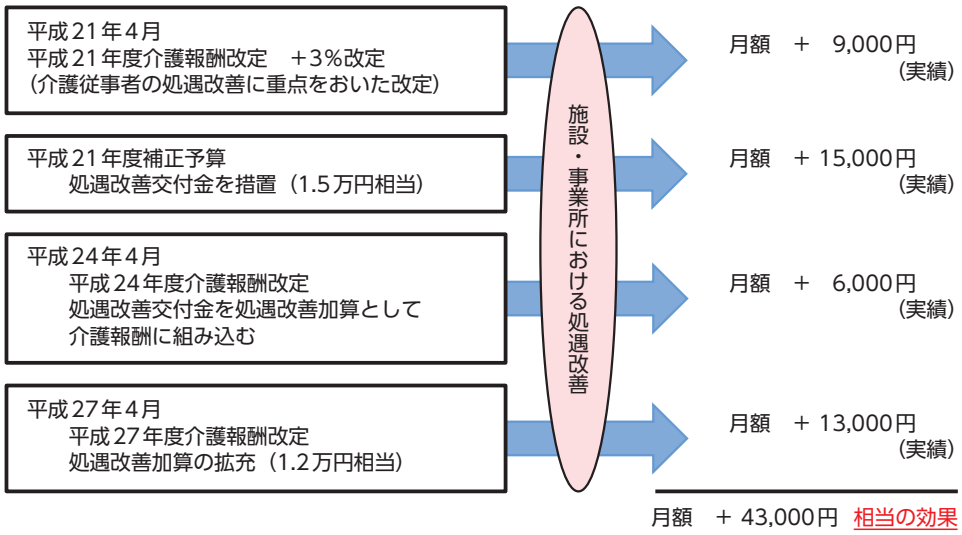
（介護報酬改定）

介護サービス事業者が利用者（要介護者又は要支援者）に介護サービスを提供した場合に、その対価として事業者に支払われるサービス費用（介護報酬）は、厚生労働大臣が介護職員の処遇改善の確保・物価の下落傾向・介護事業者の経営状況・地域包括ケアの推進等を踏まえて３年に１度改定している。

この介護報酬改定の中で、2009（平成21）年以降、介護人材の処遇改善に向けた取組みを行っており、2015年４月までの改定により、合計すれば月額43,000円相当の改善を行っている（**図表3-2-8**）。

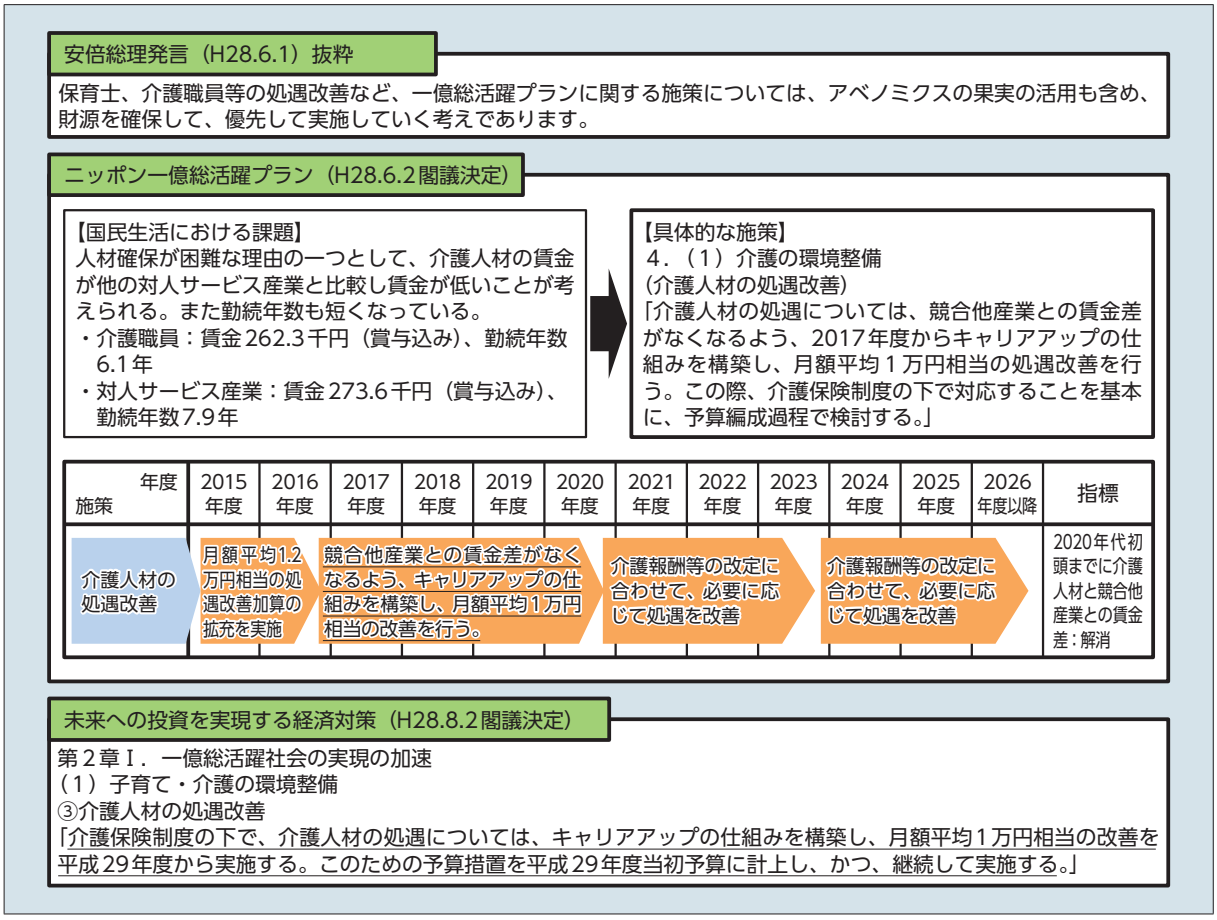
また、「未来への投資を実現する経済対策」（平成28年８月２日閣議決定）では、2017年度から、①経験、②資格、③評価のいずれかに応じた昇級の仕組みを新たに構築していき、月額10,000円相当の改善を行っていくこととしている（**図表3-2-9**）。

図表3-2-8　介護報酬改定における介護人材の処遇改善



※１　上記４つの取組み等により、それぞれ実績として給与が改善されている。
※２　上記実績はそれぞれ調査客体等が異なるが、これを合計すれば月額4.3万円相当の改善となっている。

図表3-2-9　今後の介護従事者の処遇改善について



3 介護人材のキャリアアップの推進及び生産性向上

（介護職員の研修受講に必要な経費を支援）

介護職員の医療的ケアに関する研修の受講機会を確保し、介護職員のキャリアアップを推進するため、2016年度から、地域医療介護総合確保基金の活用により、新たに喀痰吸引及び経管栄養の研修機関の登録を受けた上で研修に必要な機械器具を購入した事業主に、機械器具の購入経費の補助を実施している。

また、介護職員がキャリアアップの研修を受講している期間に代替職員の確保を行えるように、事業主に代替職員に係る経費（給与等）の補助を実施するとともに、介護福祉士を目指す介護職員に対して、返済免除付きの実務者研修受講費用の貸付けを行っている。

（ICTの活用、介護ロボットの開発）

介護従事者の業務負担の軽減と業務の効率化を図るため、2016年度に、訪問介護や通所介護の事業所においてモデル事業を実施し、ICTの導入に向けた課題の把握や、導入支援のための手引きの作成等を行った。

また、介護ロボットの開発・普及に向けた各種の支援を行っている（第１部第３章第３節参照）。

(2) 働く家族を支える環境づくり

(介護休業制度の見直し)

「就業構造基本調査」(2012年)によると、介護休業を取得している有業者は有業者全体の約3%と低い水準にとどまっている。介護離職を防ぐためにも、より柔軟に介護休業を取得できるようにする必要がある。

このため、2016(平成28)年3月に育児・介護休業法が改正され(2017(平成29)年1月施行)、介護休業の分割取得や介護休暇の半日単位での取得が可能となった(**図表3-2-10**)。

図表3-2-10 育児・介護休業法の改正(介護)

改正の趣旨

○介護が必要な家族を抱える労働者が介護サービス等を十分に活用できるようにするため、介護休業や柔軟な働き方の制度を様々に組み合わせて対応できるような制度の構築が必要。

改正内容【介護離職を防止し、仕事と介護の両立を可能とするための制度の整備】

	改正内容	改正前	改正後
1	**介護休業(93日:介護の体制構築のための休業)の分割取得**	原則1回に限り、93日まで取得可能	取得回数の実績を踏まえ、介護の始期、終期、その間の期間にそれぞれ対応するという観点から、対象家族1人につき通算93日まで、3回を上限として、介護休業の分割取得を可能とする。
2	**介護休暇(年5日)の取得単位の柔軟化**	1日単位での取得	半日(所定労働時間の二分の一)単位の取得を可能とする。 〈日常的な介護ニーズに対応〉 子の看護休暇と同様の制度
3	**介護のための所定労働時間の短縮措置等(選択的措置義務)**	介護休業と通算して93日の範囲内で取得可能	介護休業とは別に、利用開始から3年の間で2回以上の利用を可能とする。 〈日常的な介護ニーズに対応〉 事業主は以下のうちいずれかの措置を選択して講じなければならない。(措置内容は現行と同じ)①所定労働時間の短縮措置(短時間勤務)②フレックスタイム制度 ③始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ ④労働者が利用する介護サービス費用の助成その他これに準じる制度
4	**介護のための所定外労働の免除(新設)**	なし	介護終了までの期間について請求することのできる権利として新設する。 〈日常的な介護ニーズに対応〉 ・当該事業主に引き続き雇用された期間が1年未満の労働者等は、労使協定により除外できる。 ・1回の請求につき1月以上1年以内の期間で請求でき、事業の正常な運営を妨げる場合には事業主は請求を拒否できる。
5	**有期契約労働者の介護休業の取得要件の緩和**	①当該事業主に引き続き雇用された期間が過去1年以上であること、②休業開始予定日から93日を経過する日以降も雇用継続の見込みがあること、③93日経過日から1年経過する日までの間に更新されないことが明らかである者を除く	①当該事業主に引き続き雇用された期間が過去1年以上であること、 ②93日経過日から6ヵ月を経過する日までの間に、その労働契約(労働契約が更新される場合にあっては、更新後のもの)が満了することが明らかでない者 とし、取得要件を緩和する。

介護休業等の対象家族の範囲の拡大【省令事項】
同居・扶養していない祖父母、兄弟姉妹及び孫も追加。(改正前:配偶者、父母、子、配偶者の父母、同居かつ扶養している祖父母、兄弟姉妹及び孫)

4 非正規雇用労働者の処遇改善

(非正規雇用労働者の正社員への転換及び処遇改善を推進)

総務省統計局「労働力調査」(2016年)によると、雇用労働者(役員を除く)に占める非正規雇用労働者の割合は37.5%となっている。

非正規雇用の場合、正規雇用と比較すると、①雇用が不安定、②賃金が低い、③能力開発の機会が少ないなどの課題があり、非正規雇用労働者の処遇の改善を推進するとともに、希望する場合には正社員への転換を進めていくことが重要である。

(1) 正社員転換・待遇改善実現プラン

(不本意非正規雇用労働者の割合を10%以下とする等の目標を提示)

2015（平成27）年9月に厚生労働大臣を本部長とする「正社員転換・待遇改善実現本部」が設置され、同本部にて2016（平成28）年1月に「正社員転換・待遇改善実現プラン」を決定した（図表3-2-11）。

同プランでは、2016年4月から2021年3月までの5カ年を計画期間とし、期間内に不本意非正規雇用労働者の割合を10%以下とする等の目標を掲げた。

目標達成に向けて、ハローワークによる正社員求人の積極的な確保を進めているほか、キャリアアップ助成金の活用促進などにより、企業の正社員転換及び待遇改善を促進している。

図表3-2-11　正社員転換・待遇改善実現プラン

計画期間等

○計画期間は、2016（平成28）年度（2016年4月）～2020年度（2021年3月）の5か年とする。
○プランの着実かつ効果的な推進を図るため、プランの進捗状況を毎年把握・公表する。
○プランの中間年である2018（平成30）年度に、進捗状況等を踏まえ、必要に応じ、目標値等を見直すほか、状況等の変化に対応し、目標値等を見直すこともあり得る。
○地域プラン（各都道府県労働局に設置されている本部において、2016年3月中に策定）は、本省のプランの内容も参考としつつ、産業構造など地域の実状等を考慮して、具体性かつ実効性のあるものとする。

主要な目標

■不本意非正規

○不本意非正規雇用労働者の割合（全体平均）：10%以下	（2014（平成26）年平均：18.1%）

■若者

○新規大学卒業者の正社員就職の割合：95%	（2015（平成27）年3月卒：92.2%）
○新規高校卒業者の正社員就職の割合：96%	（2015（平成27）年3月卒：94.1%）

■待遇改善

○正社員と非正規雇用労働者の賃金格差の縮小を図る。

(2) 同一労働同一賃金の実現

(非正規雇用労働者の処遇改善のため同一労働同一賃金の実現が重要)

我が国の非正規雇用労働者は、現在、全雇用者の4割を占めている。不本意ながら非正規の職に就いている方の割合はここ数年低下しているが、特に女性では結婚、子育てなどもあって、30代半ば以降自ら非正規雇用を選択している方が多い。非正規雇用で働く方の待遇を改善し、女性や若者などの多様な働き方の選択を広げていく必要がある。これは、デフレで傷んだ中間層を再興し、ますます希少となってくる人材を社会全体で育て、一人一人に自己実現の道を切り開くことにもなる。非正規雇用の割合が高いシングルマザーや単身女性の貧困問題の解決のためにも重要である。

(同一労働同一賃金の実効性を確保する法制度とガイドラインの整備)

「ニッポン一億総活躍プラン」では、「同一労働同一賃金の実現に向けて、我が国の雇用

慣行には十分に留意しつつ、躊躇なく法改正の準備を進める。労働契約法、パートタイム労働法、労働者派遣法の的確な運用を図るため、どのような待遇差が合理的であるかまたは不合理であるかを事例等で示すガイドラインを策定する。」とされた。

これを踏まえ、第5回働き方改革実現会議（2016年12月20日）において、「同一労働同一賃金ガイドライン案」が公表された。

同ガイドライン案は、いわゆる正規雇用労働者と非正規雇用労働者との間で、待遇差が存在する場合に、いかなる待遇差が不合理なものであり、いかなる待遇差が不合理なものでないかが示されたものである。

「働き方改革実行計画」においては、パートタイム労働法、労働契約法及び労働者派遣法の改正を図るとされており、その改正事項の概要は以下のとおりとされている。①労働者が司法判断を求める際の根拠となる規定の整備、②労働者に対する待遇に関する説明の義務化、③行政による裁判外紛争解決手続の整備、④派遣労働者に関する法整備を行うとしている。

また、同ガイドライン案については関係者の意見や改正法案についての国会審議を踏まえて、最終的に確定し、改正法の施行日に施行することとされている。

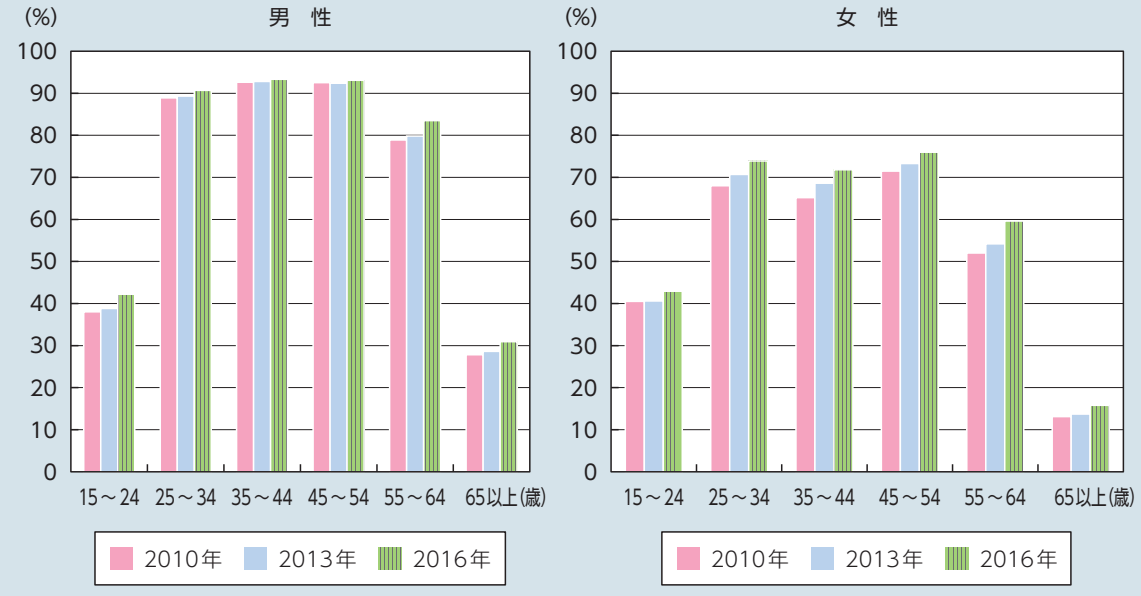
5 女性・若者の活躍推進

（女性や若者が意欲や能力に応じて活躍できるようにすることが重要）

我が国が経済の持続的成長を続けていく上で、女性や若者の労働参加への期待は大きい。

我が国の男女別・年齢階級別就業率を見ると、男女ともに、2010（平成22）年から2016（平成28）年にかけて、全ての年齢階級で就業率が上昇しており、特に女性の25～64歳層で増加幅が大きくなっている（図表3-2-12）。

図表3-2-12 男女別及び年齢階級別就業率



資料：総務省統計局「労働力調査」（基本集計）
（注） 15歳以上の人口に占める「就業者」の割合。

女性や若者が持つ就業上の多様なニーズに応えながら、意欲や能力に応じて更に活躍できる環境整備を進めていくことが重要となる。

(1) 女性の活躍推進

(女性活躍推進法)

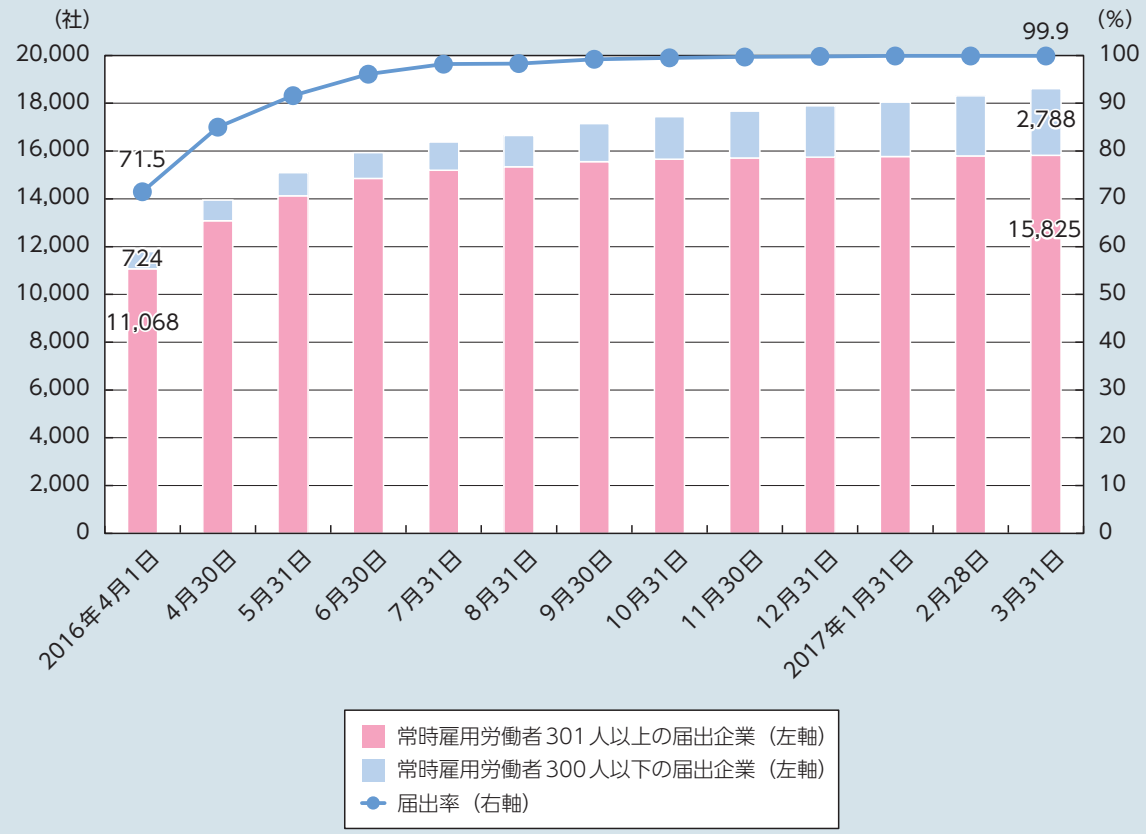
働く女性の個性や能力が十分に発揮されるようにすることを目的として、「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律」(女性活躍推進法)が2015(平成27)年8月に成立し、2016(平成28)年4月に完全施行された。

同法に基づき、常用雇用する労働者が301人以上の事業主は、女性労働者の採用・登用や労働時間に関する行動計画を策定・公表することが義務づけられた(第2部第1章第8節参照)。

2017(平成29)年3月31日現在、計画策定を義務づけられた事業主のうち99.9%(15,825社)が計画の届出を行っている。

また、計画策定の努力義務の対象企業(常用雇用する労働者が300人以下の企業)では、同日現在で、2016年4月1日時点の約4倍にあたる約2,800社が計画の届出をしている(図表3-2-13)。

図表3-2-13　女性活躍推進法に基づく一般事業主行動計画策定届出状況



資料：厚生労働省雇用環境・均等局「女性活躍推進法に係る一般事業主行動計画策定届出状況」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

さらに、同法に基づき、行動計画を策定した企業のうち女性活躍推進の状況等が優良な企業を厚生労働大臣が認定する制度が創設され、2017年3月末現在291社が認定されている。この認定を受けると、認定マーク（えるぼし）を商品や広告に付してアピールできるほか、公共調達において加点評価を受けられるなどのメリットがある（**図表3-2-14**）。

図表3-2-14　女性活躍推進法に基づく認定制度

女性活躍推進法に基づく認定制度
○行動計画の策定・届出を行った企業のうち、女性の活躍推進に関する状況等が優良な企業は、都道府県労働局への申請により、厚生労働大臣の認定を受けることができる。
○認定を受けた企業は、厚生労働大臣が定める認定マーク「えるぼし」を商品などに付すことができる。

認定の段階※ 法施行前からの実績の推移を含めることが可能

1段階目	○下の□の5つの基準のうち1つ又は2つの基準を満たし、その実績を厚生労働省のウェブサイトに毎年公表していること。 ○満たさない基準については、事業主行動計画策定指針に定められた当該基準に関連する取組みを実施し、その取組みの実施状況について厚生労働省のウェブサイトに公表するとともに、2年以上連続してその実績が改善していること。 ○下段の★印に掲げる基準を全て満たすこと。
2段階目	○5つの基準のうち3つ又は4つの基準を満たし、その実績を厚生労働省のウェブサイトに毎年公表していること。 ○満たさない基準については、事業主行動計画策定指針に定められた当該基準に関連する取組みを実施し、その取組みの実施状況について厚生労働省のウェブサイトに公表するとともに、2年以上連続してその実績が改善していること。 ○下段の★印に掲げる基準を全て満たすこと。
3段階目	○5つの基準の全てを満たし、その実績を厚生労働省のウェブサイトに毎年公表していること。 ○下段の★印に掲げる基準を全て満たすこと。

□の5つの基準とは、採用、継続就業、労働時間等の働き方、管理職比率、多様なキャリアコース。
★□に掲げる基準以外のその他の基準
○事業主行動計画策定指針に照らして適切な一般事業主行動計画を定めたこと。
○定めた一般事業主行動計画について、適切に公表及び労働者の周知をしたこと。
○法及び法に基づく命令その他関係法令に違反する重大な事実がないこと。

2016年2月に開設した「女性の活躍推進企業データーベース」においては、企業における女性の活躍状況に関する情報を一元的に集約して公表しており、2017年6月1日現在7,668社が登録されている。

（子育て中の女性等の職業能力開発の支援）

ハロートレーニング（公的職業訓練）においては、2016年度から、子育て中の女性等に対して、育児等の時間に配慮して1日の訓練時間数を短く設定した短時間訓練コースを設置している。

また、子どもを保育所に預けられず受講が困難な求職者に対しては、受講の際に託児サービスを提供している。

2017年度から、離職した保育士などの職場復帰を支援するための訓練コースを設定するとともに、教育訓練給付においては、子育て女性が土日・夜間でも受講できる対象講座の拡充を図ることとしている。

コラム　子育て女性の「ハロートレーニング」

公共職業訓練を託児サービス付きで

ハローワークで求職活動をしている方が、公共職業訓練（愛称：ハロートレーニング）を受講する際、訓練時間中に子どもを無料で預かる「託児サービス」を一部で利用できることをご存じだろうか。

2016（平成28）年度は、39府県816コースの委託訓練で託児サービスが提供され、延べ654人が託児サービスを利用して職業訓練を受講した。



訓練で憧れの子ども英語講師に

公共職業訓練の委託先の一つであるコスモグローバルコミュニケーションスクール（愛知県名古屋市）では、「子ども英語講師養成講座」を託児サービス付きで実施している。

同スクールの村上美保子代表は、「働く女性をサポートしたい」との思いから、5年ほど前、近隣のビルに間借りして、受講生の子どもなどの一時預かりを行う保育園を開設した。

以後、3か月間の職業訓練の開講のたび、1～5名程度が託児サービスを利用している。

小学校の英語教育の必修化の影響で、子どもに英語を教えるスキルを持つ人材の需要は高まっており、職業訓練の受講によって、就職の選択肢は確実に広がるという。

名古屋市では保育所の定員事情が厳しく、職業訓練を理由に認可保育所に入ることは事実上難しいことから、託児サービス付きの訓練コースは、子育て中の女性がスキルアップを図る貴重な機会となっている。

生後8か月の子どもを預けて職業訓練を受講しているという女性（写真）は、「以前から子ども英語講師になりたいと思っていた。職業訓練の成果を生かして就職したい」と話し、その後、希望通りの就職を実現した。



社会とのつながりを取り戻すきっかけに

子育て中の女性が職業訓練を受けるメリットは、スキルアップにとどまらない。

2歳の子どもを預けて同スクールで受講している別の女性は、出産を機に仕事を辞めたが、時間がたつうちに、もう一度「社会とつながりたい」という思いがわいてきて、職業訓練を受講したという。そして、実際に受講した結果、「子どもと離れて、自分のキャリアを考える機会が得られた」、「仕事をするときの生活リズムの想像がつくようになった」という。

職業訓練が、子育てに専念する中で見失いかけていた社会とのつながりを取り戻すきっかけになっているとも言えるだろう。

就職には課題も

しかし、訓練後の就職では、子育て女性ならではの課題も残る。

同スクールのキャリアコンサルタント佐野恵子氏によると、託児サービスを利用する受講生は、子育てとの両立を重視して就職先を探すため、結果的に雇用保険の適用のない不安定な仕事に就くことが多く、また認可保育所に入れず就職できないこともあるという。そのため、スクール側も、託児サービスの利用者をいかに就職に結びつけていくかが大きな課題となっている。

子育て中の女性が意欲や能力を十分に生かせる社会へ、まだ模索が続く。

(2) 若者の活躍推進

(若者雇用促進法による支援)

若者の雇用の促進等を図り、その能力を有効に発揮できる環境を整備することを目的として、「青少年の雇用の促進等に関する法律」(以下「若者雇用促進法」という。)が2015(平成27)年9月に成立し、2016(平成28)年3月から全面施行された(詳細は第2部第3章第1節6参照)。

当該法律に基づき、新規学卒者の募集を行う事業者に対し、就労実態等の職場情報を応募者に提供することを義務づけたほか、一定の労働関係法令違反があった場合にハローワークで新卒求人を受け付けないこととした。

また、若者の雇用管理の状況などが優良な中小企業について、厚生労働大臣が認定する「ユースエール認定制度」を創設した。2017(平成29)年3月末現在、195社が認定を受けている。この認定を受けると、一部の雇用関係助成金で加算額を受けられる、公共調達で加点評価を受けられる、日本政策金融公庫の融資を低利で受けられるなどのメリットがあり、企業における若者の雇用管理改善意欲を高める仕組みとなっている(図表3-2-15)。

図表3-2-15 若者雇用促進法(「青少年の雇用の促進等に関する法律」)

若者の雇用の促進等を図り、その能力を有効に発揮できる環境を整備するため、若者の適職の選択並びに職業能力の開発及び向上に関する措置等を総合的に講ずる「勤労青少年福祉法等の一部を改正する法律」が、平成27年9月18日に公布され、同年10月1日から順次施行されている。

若者雇用促進法の主な内容

① 職場情報の積極的な提供(平成28年3月1日施行)

新卒段階でのミスマッチによる早期離職を解消し、若者が充実した職業人生を歩んでいくため、労働条件を的確に伝えることに加えて、若者雇用促進法において、平均勤続年数や研修の有無及び内容といった就労実態等の職場情報も併せて提供する仕組みを創設した。

※職場情報については、新卒者の募集を行う企業に対し、企業規模を問わず、(ⅰ)幅広い情報提供を努力義務化、(ⅱ)応募者等から求めがあった場合は、以下の3類型ごとに1つ以上の情報提供を義務としている。
➢提供する情報:(ア)募集・採用に関する状況、(イ)職業能力の開発・向上に関する状況、(ウ)企業における雇用管理に関する状況

② ハローワークにおける求人不受理(平成28年3月1日施行)

ハローワークにおいて、一定の労働関係法令違反があった事業所を新卒者などに紹介することのないよう、こうした事業所の新卒求人を一定期間受け付けない仕組みを創設した。

➢不受理の対象:○労働基準法と最低賃金法に関する規定について、
(1)1年間に2回以上同一条項の違反について是正勧告を受けている場合
(2)違法な長時間労働を繰り返している企業として公表された場合
(3)対象条項違反により送検され、公表された場合
○男女雇用機会均等法と育児介護休業法に関する規定について
(1)法違反の是正を求める勧告に従わず公表された場合
※職業紹介事業者においても、ハローワークに準じた取扱いを行うことが望ましいことが若者雇用促進法に基づく事業主等指針によって定められた。

③ ユースエール認定制度(平成27年10月1日施行)

若者雇用促進法において、若者の採用・育成に積極的で、若者の雇用管理の状況などが優良な中小企業について、厚生労働大臣が「ユースエール認定企業」として認定する制度を創設した。

➢メリット:ハローワーク等によるマッチング支援、助成金の優遇措置、日本政策金融公庫による低利融資などを受けることができる

➢認定基準:・若者の採用や人材育成に積極的に取り組む企業であること
・直近3事業年度の新卒者などの正社員として就職した人の離職率が20%以下
・前事業年度の月平均の所定外労働時間、有給休暇の平均取得日数、育児休業の取得対象者数・取得者数(男女別)について公表している
等

〈認定マーク〉

（高校中退者等の就労・自立支援）

高校中退者等の就労や自立の支援のため、2016年度から、教育委員会や学校、地域若者サポートステーションの連携を一層強化し、アウトリーチ（訪問）型等による切れ目のない支援を実施している。

（就職氷河期世代に対する就職支援について）

いわゆる就職氷河期[*9]に就職時期を迎え、現在、不本意ながら非正規雇用で働いている方々に対して、2017年度から、支援対象者の意欲喚起などを行う短期・集中セミナーの実施、正社員として雇い入れた事業主に対する助成措置として特定求職者雇用開発助成金（長期不安定雇用者雇用開発コース）の新設等、集中的な支援を実施している。

（若者の能力開発支援）

将来のものづくりの担い手である若者の確保、育成を進めるため、2017年9月から、若年者に対して、ものづくり分野の技能検定の2級又は3級の実技試験の受検料の減免（最大9,000円）を実施することとしている。

＊9　「就職氷河期」の明確な定義はないが、一般的に1993（平成5）年から2004（平成16）年頃を指すものとして用いられている。

6 障害者、難病患者、がん患者等の就労支援

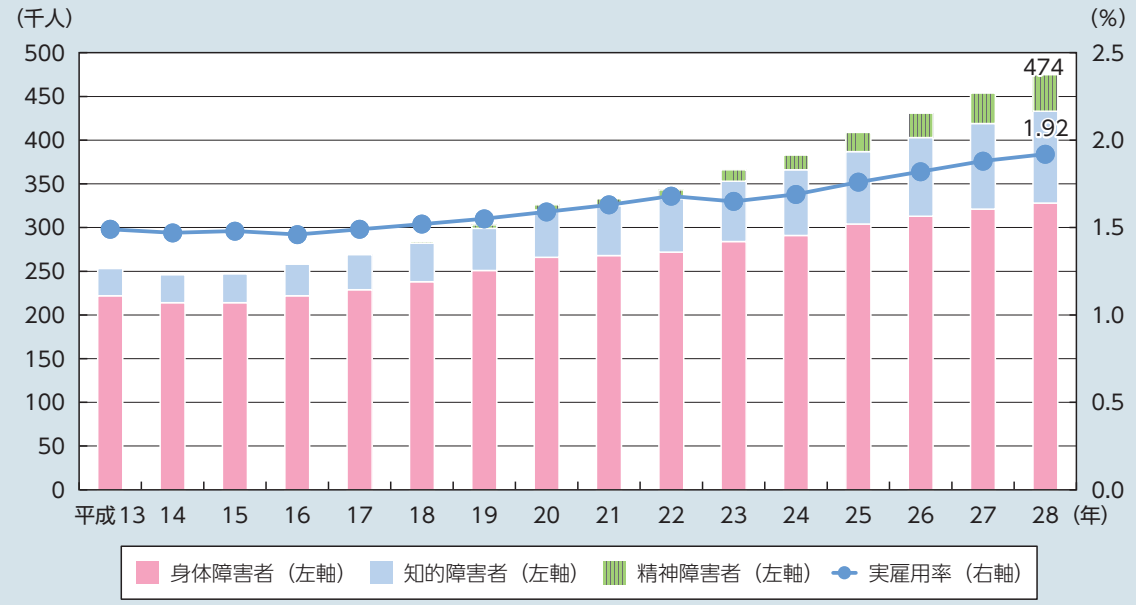
（障害者及び難病患者の就業者数は増加傾向）

「ニッポン一億総活躍プラン」では、「障害者、難病患者、がん患者等が希望や能力、障害や疾病の特性等に応じて最大限活躍できる環境を整備することが必要である」とされた。

また、「働き方改革実行計画」及び「未来投資戦略2017」（平成29年6月9日閣議決定）によると、2018（平成30）年の障害者の法定雇用率の引上げ等を通じて、障害者の希望と能力を活かした就労支援の取組みを進めるとしている。

近年、障害や疾病に応じた様々な就労支援の取組みが進展しており、障害者や難病患者の就業者数は増加傾向にある（図表3-2-16、図表3-2-17）。

図表3-2-16 障害者雇用の現状



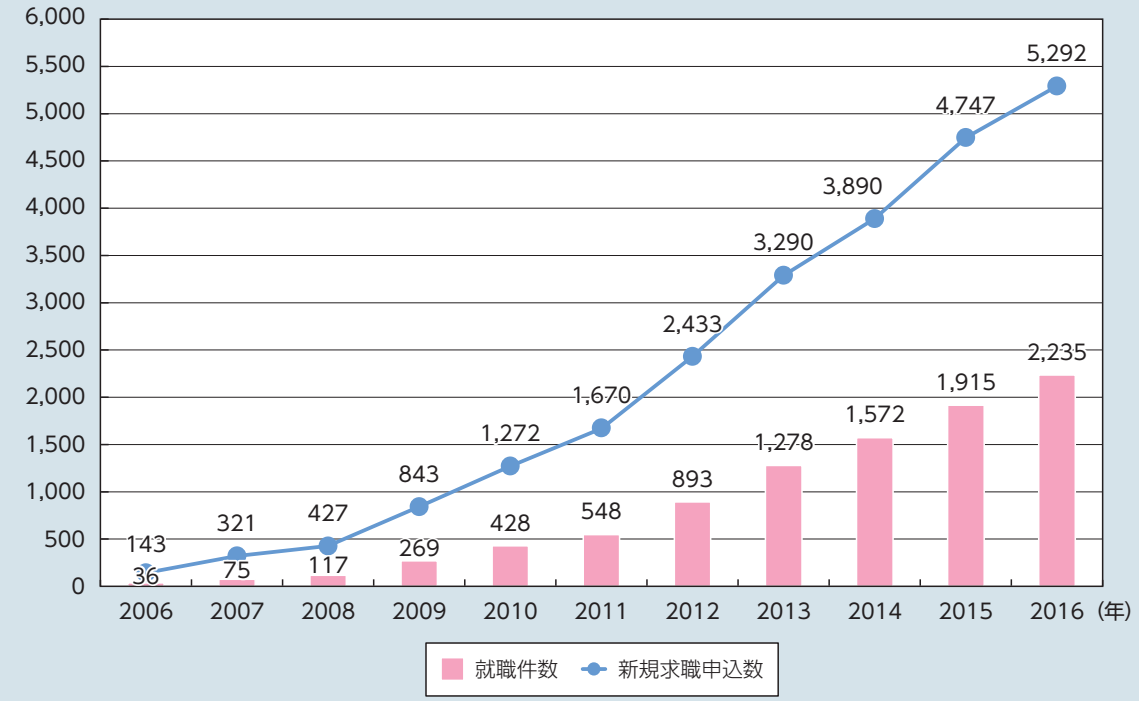
資料：厚生労働省　職業安定局「平成28年障害者雇用状況の集計結果」

（注）1. 雇用義務のある企業（平成24年までは56人以上規模、平成25年以降は50人以上規模の企業）についての集計である。

2. 「障害者の数」とは、次に掲げる者の合計数である。
「平成17年まで」は身体障害者（重度身体障害者はダブルカウント）、知的障害者（重度知的障害者はダブルカウント）、重度身体障害者である短時間労働者、重度知的障害者である短時間労働者である。
「平成18年以降平成22年まで」は身体障害者（重度身体障害者はダブルカウント）、知的障害者（重度知的障害者はダブルカウント）、重度身体障害者である短時間労働者、重度知的障害者である短時間労働者、精神障害者、精神障害者である短時間労働者（精神障害者である短時間労働者は0.5人でカウント）である。
「平成23年以降」は身体障害者（重度身体障害者はダブルカウント）、知的障害者（重度知的障害者はダブルカウント）、重度身体障害者である短時間労働者、重度知的障害者である短時間労働者、精神障害者、身体障害者である短時間労働者（身体障害者である短時間労働者は0.5人でカウント）、知的障害者である短時間労働者（知的障害者である短時間労働者は0.5人でカウント）、精神障害者である短時間労働者（精神障害者である短時間労働者は0.5人でカウント）である。

3. 法定雇用率は平成24年までは1.8%、平成25年4月以降は2.0%となっている。

図表3-2-17　ハローワークにおける難病のある方（注１）の職業紹介状況



資料：厚生労働省　職業安定局調べ
（注）　1．難病のある方のうち、障害者手帳を所持しない方。

（1）障害者への就労支援

障害者の就労促進のため、従来から、企業に対する障害者雇用率の達成指導やハローワークにおける障害特性等に応じた就労支援を推進している（第２部第３章第２節参照）が、近年の主な取組みとしては、以下のものがあげられる。

（障害者の雇用の促進等に関する法律の改正）

2013（平成25）年６月に「障害者の雇用の促進等に関する法律」が改正され、2016（平成28）年４月以降、雇用の分野における障害を理由とする差別的取扱いが禁止されるとともに、過重な負担となる場合を除き事業主に障害者が職場で働くに当たっての支障を改善するための措置（合理的配慮の提供）が義務づけられた。

（障害者の一般就労に向けた在学中からの一貫した支援）

障害者の在学中から個々の希望や能力に応じた就労支援を行うため、2017（平成29）年度から、教育委員会・大学、福祉・保健・医療・労働等行政関係機関や企業等が連携する支援体制モデルとなるネットワークづくりを全国で進めることとしている。

（農福連携）

農業は、障害の特性に応じて作業の役割を担うことができ、障害者と地域とのつながりを生むことができる。障害者が農業へ就労すれば、過疎化や人手不足に悩む農村地域にも利点がある。

このため、「農林水産業・地域の活力創造プラン」（平成28年11月29日改訂）に基づき、農業を通じて障害者に就労体験や雇用の場を提供し、障害者の社会参加を進める取組み（農福連携）を厚生労働省と農林水産省の連携により進めている。

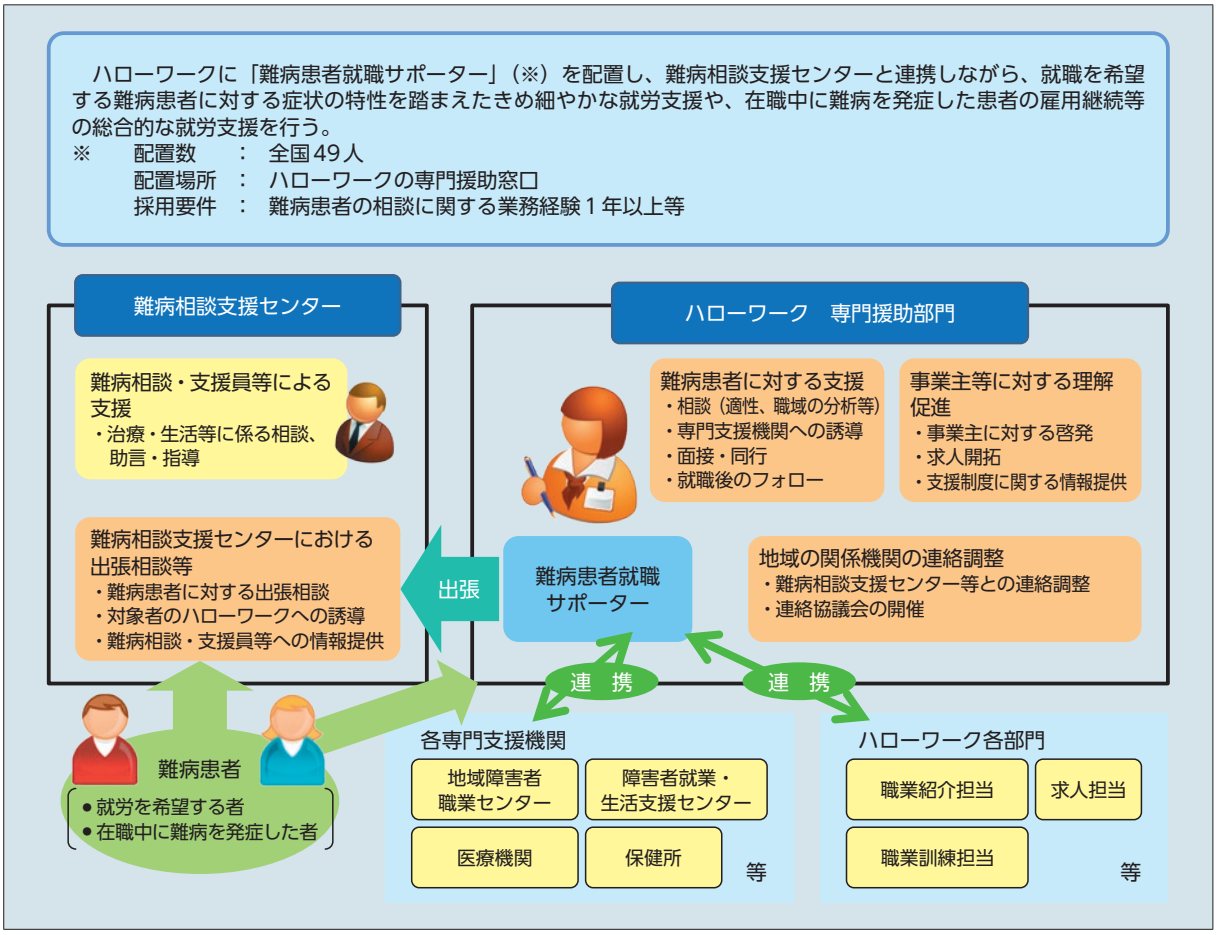
厚生労働省と農林水産省では、両省連携して農福連携に係る広報資料を作成し、セミナー等を開催するとともに、厚生労働省では、障害者就労施設への農業に関する専門家派遣による農業技術に係る指導・助言や6次産業化支援、農福連携マルシェの開催等を支援している。

(2) 難病患者の就労支援

(難病相談支援センターと連携した難病患者就職サポーターによる支援)

ハローワークでは、難病患者就職サポーター（全国49人）を配置し、都道府県が設置する難病相談支援センターと連携しながら、就職を希望する難病患者に対する症状の特性を踏まえたきめ細やかな就労支援などを実施している（図表3-2-18）。

図表3-2-18 難病相談支援センターと連携した就労支援



（難病患者を雇用する事業主に対する支援）

難病の患者等をハローワーク等の紹介により常用労働者として新たに雇い入れ、雇用管理に関する事項を把握・報告する事業主に対する助成措置を講じている。

また、難病患者の雇用管理に資するマニュアルとして「難病のある人の就労支援のために」を改定し周知する等、事業主等への支援を推進している。

(3) がん患者等への就労支援

（「がん対策加速化プラン」でがん患者の就労支援策を提示）

2015（平成27）年12月に策定された「がん対策加速化プラン」では、がん患者の就労支援のため実施すべき具体策が提示された（図表3-2-19）。

これに基づき、以下の取組みが進められている。

図表3-2-19　がん対策加速化プラン

がん対策は、「がん対策推進基本計画」（平成24年6月）に沿って進めている。基本計画では、平成19年度から10年でがんの年齢調整死亡率を20%減少させることを全体目標としているが、このままでは目標達成が難しいと予測されている。このため、平成27年6月1日に開催された「がんサミット」で内閣総理大臣の指示を受け、厚生労働省が中心となり、基本計画に示されている分野のうち、①遅れているため「加速する」ことが必要な分野、②当該分野を「加速する」ことにより死亡率減少につながる分野に絞り、短期集中的に実行すべき具体策を明示した「がん対策加速化プラン」を策定することとした。プランの3つの柱は「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」である。

実施すべき具体策

予防

①がん検診
- 精検受診率等の目標値設定
- 市町村、保険者の受診率及び取組事例等の公表
- 保険者に対する検診ガイドラインの策定
- 検診対象者等へのインセンティブの導入

②たばこ対策
- FCTCや海外のたばこ対策を踏まえた、必要な対策の検討
- 厚生労働省としては、たばこ税の税率の引上げを継続して要望
- ラグビーW杯、東京オリンピック・パラリンピックに向けた受動喫煙防止対策の強化

③肝炎対策
- 患者の自己負担の軽減を通じた、重症化予防の推進

④学校におけるがん教育
- 「がんの教育総合支援事業」の実施

治療・研究

①がんのゲノム医療
- ゲノム医療実現に向けた実態調査
- 全ゲノム情報等の集積拠点の整備
- 家族性腫瘍の検査・治療等の検討

②標準的治療の開発・普及
- 高齢者や他疾患を持つ患者への標準的治療の検証

③がん医療に関する情報提供
- 患者視点で簡単に検索できる拠点病院検索システムの構築

④小児・AYA世代のがん、希少がん
- 小児がん医療提供体制、長期フォローアップ体制等の検討
- AYA世代のがん医療等の実態調査

⑤がん研究
- 「健康・医療戦略」・「医療分野研究開発推進計画」及び「がん研究10か年戦略」を踏まえた研究の推進

がんとの共生

①就労支援
- 拠点病院における仕事の継続を重視した相談支援の実施
- ハローワークにおける就職支援の全国展開、事業主向けセミナー等の開催
- 産業保健総合支援センターの相談員による企業等に対する相談対応等の支援
- 企業向けのガイドラインの策定及び普及啓発

②支持療法の開発・普及
- 支持療法に関する研究の推進

③緩和ケア
- 緩和ケアチームの実地研修の実施
- 患者の苦痛のスクリーニング方法の事例集の作成
- 地域連携のための訪問看護師の育成

避けられるがんを防ぐ　**がん死亡者の減少**　**がんと共に生きる**

“がん”を克服し、活力ある健康長寿社会を確立

（事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン）

病気を治療しながら仕事をしている方は、労働人口の３人に１人と多数を占める。病気を理由に仕事を辞めざるを得ない方々や、仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど治療と仕事の両立が困難な状況に直面している方々も多い。厚生労働省では、2016（平成28）年２月に、事業場が、がんなどの疾病を抱える労働者に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と職業生活が両立できるようにするため、事業場における取組みなどをまとめた「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を策定し、企業等に対して普及を図っている（図表3-2-20）。

図表3-2-20　事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン

本ガイドラインは、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎などの治療が必要な疾病を抱える労働者に対して、事業場において適切な就業上の措置や治療に対する配慮が行われるよう、事業場における取組みをまとめたもの。

背景・現状

○治療技術の進歩等により、「不治の病」から「長く付き合う病気」に変化
（例：がん5年相対生存率が向上　平成5～8年53.2%→ 平成15～17年58.6%）
○仕事をしながら治療を続けることが可能な状況
（例：仕事を持ちながら、がんで通院している者が多数　平成22年32.5万人）
○仕事上の理由で適切な治療を受けることができないケースがみられる
（例：糖尿病患者の約8%が通院を中断、その理由は「仕事（学業）のため、忙しいから」が最多の24%）
⇒ 疾病に罹患した労働者の治療と職業生活の両立が重要な課題
○治療と職業生活の両立に悩む事業場が少なくない
（例：従業員が私傷病になった際、企業が従業員の適正配置や雇用管理等に苦慮する事業所90%）
⇒ 事業場が参考にできるガイドラインの必要性

治療と職業生活の両立支援を行うための環境整備

○労働者や管理職に対する研修等による意識啓発
○労働者が安心して相談・申出を行える相談窓口の明確化
○短時間の治療が定期的に繰り返される場合などに対応するため、時間単位の休暇制度、時差出勤制度などの検討・導入
○主治医に対して業務内容等を提供するための様式や、主治医から就業上の措置等に関する意見を求めるための様式の整備
○事業場ごとの衛生委員会等における調査審議

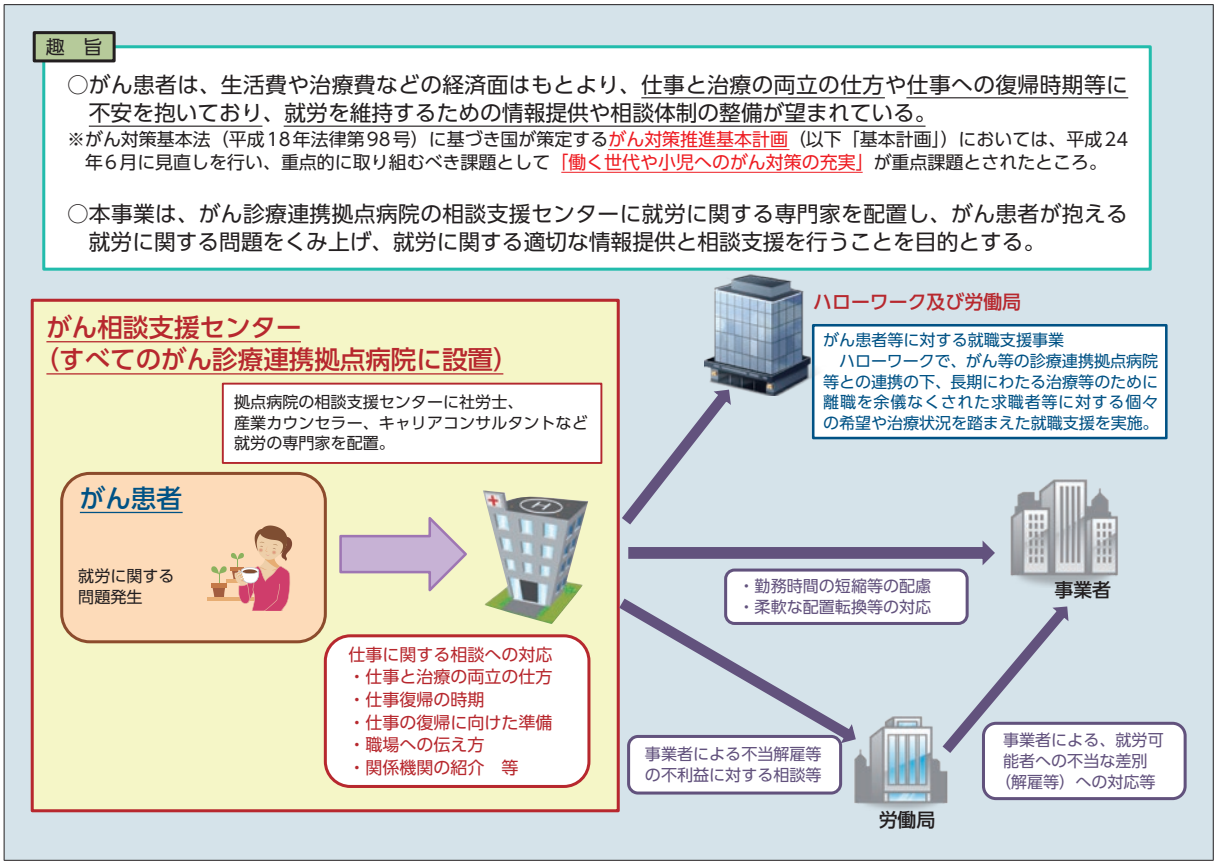
治療と職業生活の両立支援の進め方

① 労働者が事業者へ申出
・労働者から、主治医に対して、一定の書式を用いて自らの業務内容等を提供
・それを参考に主治医が、一定の書式を用いて症状、就業の可否、時短等の望ましい就業上の措置、配慮事項を記載した書面を作成
・労働者が、主治医に作成してもらった書面を、事業者に提出
② 事業者が産業医等の意見を聴取
・事業者は、労働者から提出された主治医からの情報を、産業医等に提供し、就業上の措置、治療に対する職場での配慮に関する意見を聴取
③ 事業者が就業上の措置等を決定・実施
・事業者は、主治医、産業医等の意見を勘案し、労働者の意見も聴取した上で、就業の可否、就業上の措置（作業の転換等）、治療に対する配慮（通院時間の確保等）の内容を決定・実施
※その際には、上記の具体的な支援内容をまとめた「両立支援プラン」の作成が望ましい

（がん相談支援センター、地域統括相談支援センターの相談支援）

全てのがん診療連携拠点病院に設置されているがん相談支援センター（全国400か所（2017（平成29）年４月現在））では、がん患者の就労に関する相談に対応している。また、がん相談支援センターに社会保険労務士、産業カウンセラー、キャリアコンサルタントなどを配置する事業を行っており（2016年度は全国121か所）、病気の治療と仕事の両立を重視した相談支援を実施している（図表3-2-21）。

図表3-2-21　がん患者の就労に関する総合支援事業



また、都道府県の地域統括相談支援センター（全国14か所）では、保健師やピアサポーター等によるがん患者や家族への就労相談を含めた様々な分野の相談をワンストップで提供している。

（産業保健総合支援センターによる支援）

各都道府県にある産業保健総合支援センター（全国47か所）では、がん患者等が就労を継続できるように、事業者、人事労務担当者等を対象とする啓発セミナー等の開催や、社会保険労務士等の専門家による企業への個別訪問指導、相談対応や働く方と企業との間の個別の調整支援などを行っている。

（ハローワークによる支援）

ハローワークでは、がん患者の就職支援をするために、がん診療連携拠点病院等と連携し、就職支援事業を全国で実施するとともに、事業主向けセミナーや就職支援ナビゲーターの交流会等を開催している。

コラム　病院による仕事とがん治療の両立支援

がんは、医療技術の進歩により、「不治の病」から「長く付き合う病気」に変化してきた。がん患者の約3人に1人は、就労可能な年齢でがんに罹患しており、仕事と治療の両立が課題となっている。仮にがん患者が全員仕事を辞めたら、年間の労働損失は最大1.8兆円との試算[1]もあり、患者本人だけでなく、社会にとっても大きな問題である。

医療者がひと声かければ、仕事を辞めずにすむ

聖路加国際病院（東京都中央区）の乳腺外科部長である山内英子医師は、2009（平成21）年にアメリカの病院勤務から日本に帰国した際、驚いたことがある。それは、日本では、がんと知っただけで仕事を辞める人が、アメリカと違って非常に多いことだった。がんによる離職者の約4割が、診断確定時から治療開始までに離職するとの調査[2]もある。山内医師は、医療者として患者の就労問題に手を差し伸べるべきと感じたという。

そこで、まず自分たちが患者に自信をもって声がけできるようになろうと、院内の医療従事者向けに、就労に関わる基礎知識の勉強会を行った。



山内氏（左）と橋本氏（右）

また、患者への「問診票」に、就労に関する質問項目を設け、初診段階で就労の悩みを把握した上で、院内のがん相談支援室の利用を促している。

山内医師によると、実際には仕事を辞めるほどの病状ではないのに、「このまま死んでしまうのでは」という誤解や、「周りに言いたくない」という気持ちから、早々に仕事を辞めてしまう人が多いという。早い段階でひとこと声をかけるだけで、仕事を辞めずにすむ人は大勢いるはずだと、同医師は考えている。

グループ学習を通じたつながりが精神的安定に

また、同病院のがん相談支援室では、独自の就労支援として、2012（平成24）年から「就労Ring」というグループでの学習会を開催している。認知行動療法[3]の手法を取り入れ、1回1時間、3回のコースの中で、患者が就労の悩みや課題を話し合ったり、社会保険労務士などの専門家から意見を聞いたりする。医療者は、個々の患者の病状の違いなどを踏まえて話の流れをフォローする役割だ。

「就労Ring」の参加者は、同病院に乳がん患者が多いため女性が多く、約7割が30～40歳代だ。同じ悩みを持つ人とつながりを持てることや、自分の経験が人の役に立つと感じることで、患者の精神的な安定に効果がある。また、就労に関わる専門家が同席することで、患者は必要な知識を得られるとともに、専門家の側にとっても、がん患者の悩みや気持ちを学ぶ貴重な機会になっている。



1　2012、2013年度厚生労働科学研究費がん臨床研究事業　キャンサーサバイバーシップ　治療と職業生活の両立に向けたがん拠点病院における介入モデルの検討と医療経済などを用いたアウトカム評価
2　2015年度厚生労働科学研究費　がん対策推進総合研究事業　働くがん患者の職場復帰支援に関する研究
3　認知（物事の受け取り方や考え方）に働きかけて気持ちを楽にする心理療法の一種。

患者本人のエンパワーメントに重要な役割

もちろん、がん患者の就労には、職場の理解なども不可欠だ。しかし、同病院の事例は、患者本人のエンパワーメント（例えば、患者自身が仕事を続けられると思えるようになること）という点で、医療者が重要な役割を果たしうることを示す。

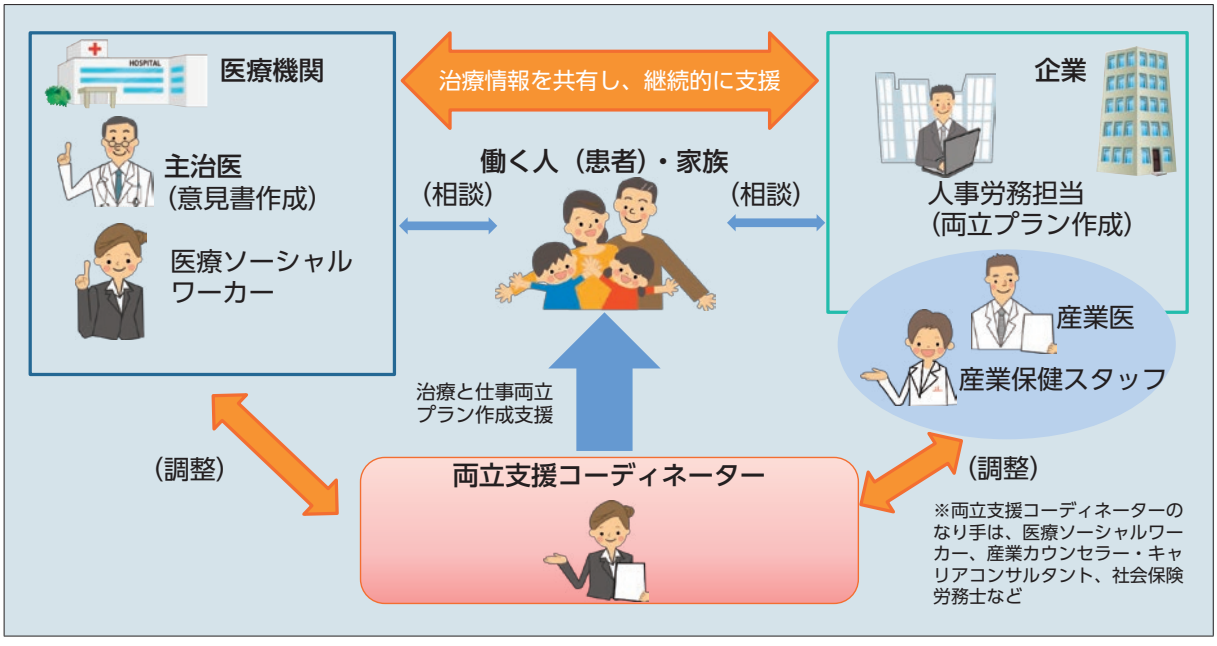
同病院のがん相談支援室の橋本久美子アシスタントナースマネジャーによると、職場や知人、親族に対し、自分の病気のことを言うか言わないかは、患者によって異なるため、「長い治療経過の中で、困ったときに、病院の中に相談できる人がいることは大事」という。それは、がん患者と真剣に向き合うからこそ出てくる答えなのだろう。

(4) 病気の治療と両立に向けたトライアングル型のサポート体制

(病気の治療と仕事の両立に向けた両立支援コーディネーターによる支援)

働き方改革実行計画を踏まえ、病気の治療と仕事の両立を支援するため、主治医と会社の連携の中核となり、患者に寄り添いながら継続的に相談支援を行いつつ、個々の患者ごとの治療・仕事の両立に向けたプランの作成支援などを担う両立支援コーディネーターの育成・配置等を2017（平成29）年度から進め、主治医、会社・産業医と、両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制を構築することとしている（図表3-2-22）。

図表3-2-22　病気の治療と両立に向けたトライアングル型支援のイメージ



7 能力開発・人材育成

(能力開発による労働生産性の向上が重要)

生産年齢人口の減少が続く中、我が国の持続的な経済成長を実現するためには、労働者一人一人が能力開発を通じて労働生産性を高めていくことが、きわめて重要である。

我が国では、従来より、公的職業訓練のほか、企業における人材の育成支援や労働者の

自発的な職業能力開発の支援を通じ、労働者の能力開発を促進している。

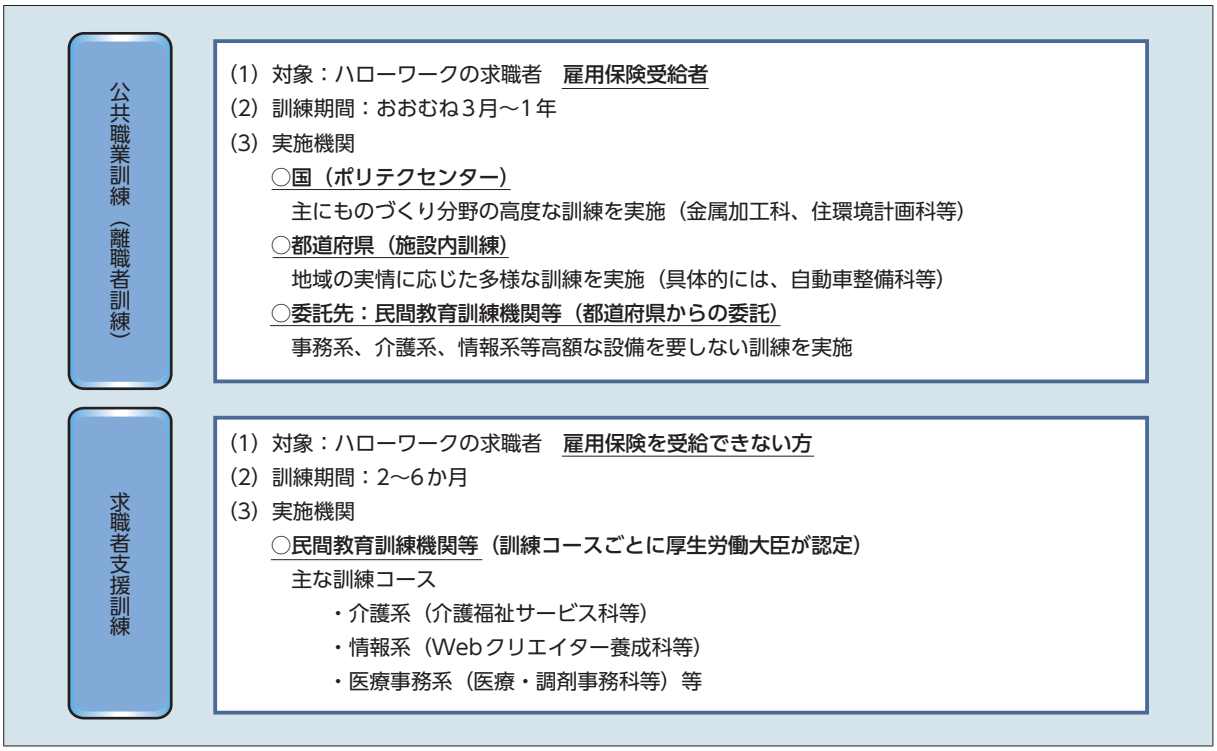
「働き方改革実行計画」においては女性のリカレント教育など社会人の学び直しの充実策が盛り込まれるとともに、「未来投資戦略 2017」においては、「第４次産業革命の進展により付加価値を生み出す競争力の源泉が「モノ」や「カネ」から「ヒト（人材）」「データ」に移っていくとして、IT・データスキル等の習得支援の拡充が必要であるとしている。

（1）ハロートレーニング（公的職業訓練）

（公共職業訓練と求職者支援訓練）

ハロートレーニング（公的職業訓練）には、雇用保険の受給者を主な対象とする「公共職業訓練」と、雇用保険を受給できない求職者を対象とする「求職者支援訓練」があり、いずれもハローワークで求職中の場合は原則無料で受講できる（図表3-2-23）。

図表3-2-23 ハロートレーニング（公共職業訓練及び求職者支援訓練）



2016（平成28）年度には、離職者訓練については、公共職業訓練で約11.9万人、求職者支援訓練で約3.2万人に対して訓練を実施した。

また、「働き方改革実行計画」では、IT・保育・介護など人材需要の高い分野の長期の離職者訓練を新設・拡充することとされた。

（生産性向上人材育成支援センターによる事業主支援）

2017（平成29）年４月から、全国のポリテクセンター等に「生産性向上人材育成支援センター」を設置した上で、中小企業等の生産性向上に向けた人材の育成を支援することを目的とし、各企業のニーズに応じた在職者訓練のコーディネートや人材育成の相談対応等の総合的な事業主支援を実施している。

なお、在職者訓練メニューには、第４次産業革命で求められているIT関連分野（IoT

等）も含まれている。

(2) 企業における人材育成の支援

(人材開発支援助成金)

企業における人材育成を支援するため、事業主が職業訓練を行った場合、人材開発支援助成金により、事業主に訓練経費及び訓練期間中の賃金の一部を助成している。

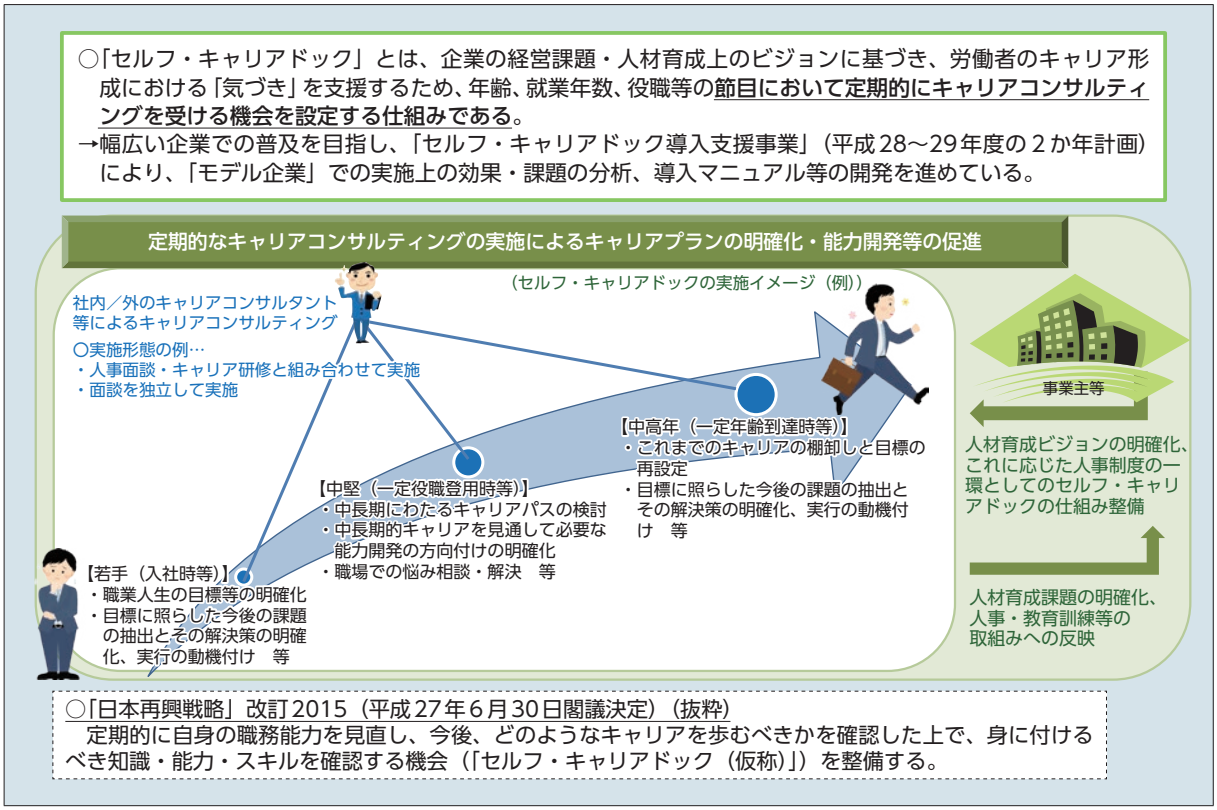
2017（平成29）年度からは、労働生産性の向上に資する人材育成を促進する観点から、労働生産性が向上している企業については、助成率または助成額を引き上げるなどの見直しを行った。

(セルフ・キャリアドック)

「セルフ・キャリアドック」とは、企業の人材育成ビジョンに基づき、従業員の主体的なキャリア形成を促進・支援することを目的として、体系的・定期的なキャリアコンサルティングを実施する仕組みである。企業での取組みが進めば、従業員のキャリアプランや身につけるべき知識・技術などを明確にできることが期待される。

「『日本再興戦略』改訂2015」（平成27年6月30日閣議決定）等を踏まえ、導入マニュアル等の開発を行うための事業や、人材開発支援助成金による事業主への助成措置等を実施している（図表3-2-24）。

図表3-2-24　セルフ・キャリアドック



(3) 労働者の自発的な能力開発の支援

(教育訓練給付の拡充)

自発的な能力開発に取り組む労働者や離職者に対しては、雇用保険の教育訓練給付により教育訓練経費の一部を支援している。

子育て等により離職した女性の学び直しや高度なIT分野での働き手に必要なスキルの向上を促進するため、2017(平成29)年3月に改正された雇用保険法に基づき、2018(平成30)年1月以降、専門実践教育訓練給付の給付率の引上げを行う(給付率は6→7割、上限額は、年間48万→56万円)とともに、子育て等の理由がある場合に給付を受けられる期間を離職後最大4年から20年までに延長することとしている。

また、今後、給付率の引上げ等と併せて、対象講座についても、高度IT分野の講座や女性のリカレント教育のための講座、土日・夜間でも受講できる講座等を重点に、関係省庁との連携により拡充を図ることとしている。

8 最低賃金

(最低賃金)

我が国では、「最低賃金法」に基づき、国が賃金の最低額を定めており、使用者は賃金の最低額以上の賃金を払うこととされている。

賃金は、本来、労使が自主的に決定するものであるが、中小企業では最低賃金に近い水準の賃金を実際に支払っているケースも見られ、最低賃金が実際の賃金水準に大きな影響を与えている。

一方、持続的な経済成長のためには、過去最高の企業収益を継続的に賃上げにつなげ、近年低下傾向にある労働配分率を上昇させ、経済の好循環を更に確実にすることが重要である。

最低賃金については、「働き方改革実行計画」、「経済財政運営と改革の基本方針2017」(平成29年6月9日閣議決定)及び「未来投資戦略2017」において、年率3%程度を目途として、名目GDP成長率にも配慮しつつ引き上げていき、全国加重平均1,000円を目指すとされている。

(1) 最低賃金の引上げ

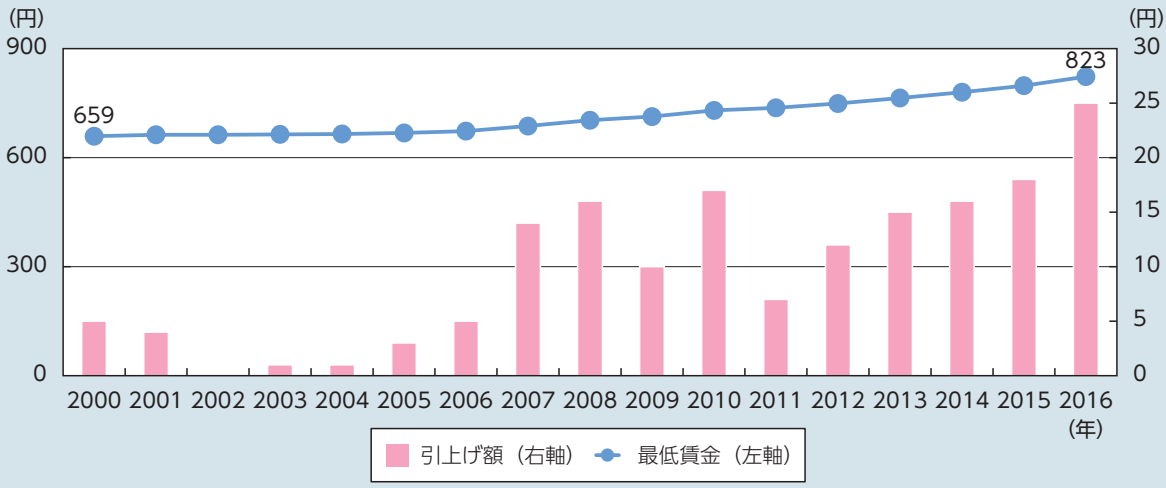
(最低賃金の決定の仕組み)

最低賃金には、都道府県ごとに定められる「地域別最低賃金」と特定産業ごとに定められる「特定最低賃金」がある。地域別最低賃金については、公労使三者構成による中央最低賃金審議会及び地方最低賃金審議会での審議を経て、都道府県労働局長が決定しており、特定最低賃金については、労使の申出に基づき、地域別最低賃金より高い最低賃金が必要とされるものに設定されている。

(最低賃金の大幅な引上げ)

2016(平成28)年の最低賃金額(全国加重平均額)は、最低賃金が時給表示となった2002(平成14)年以降過去最大となる25円引上げの823円となった(**図表3-2-25**)。

図表3-2-25　最低賃金の年次推移（2016年）



資料：厚生労働省労働基準局「地域別最低賃金の全国一覧」

(2) 中小企業等の生産性向上の支援

(専門家派遣・相談等支援事業)

最低賃金の引上げに伴い、労働者に実際に支払う賃金を引き上げる中小企業等においては、賃金原資の確保のため、生産性の向上を実現することが必要となる。

このため、生産性向上に向けた中小企業の経営課題及び労務管理の相談に対応するべく、民間事業者に委託し、無料の相談、中小企業への専門家派遣を実施する最低賃金総合相談支援センターを各都道府県に設置している。

(業種別中小企業団体助成金)

全国規模及び都道府県規模の33業種の事業主団体が、業界全体として賃金底上げを図ることを目的として市場調査の実施や新たなビジネスモデル開発等を行う場合、業種別中小企業団体助成金により、取組みの経費を助成している。

また、厚生労働省ホームページにおいて、助成金の活用事例の周知を図っている。

(業務改善助成金)

生産性向上のための設備投資等を行い、事業場内最低賃金1,000円未満の中小企業・小規模事業者が事業場内最低賃金を一定額以上引き上げた場合には、業務改善助成金により、設備投資等に要した経費を助成している。

2016（平成28）年度補正予算により、事業場内最低賃金の引上げ幅に応じた助成額となるよう、助成制度を拡充している。

また、厚生労働省ホームページにおいて、助成金の活用事例の周知を図っている。

第3節 社会保障分野における技術進歩

（健康・医療・介護分野は、技術革新による成長や社会保障サービスの向上が期待される）

社会保障の主要な分野のひとつである健康・医療・介護分野は、革新的な技術の導入による成長余力が高い分野として注目されている。同時に、技術革新を通じて、社会保障サービスの質の向上や効率化にも寄与することが期待されている。

「日本再興戦略2016」（平成28年6月2日閣議決定）では、「ICTやロボット、人工知能、ゲノム解析等の技術革新を最大限に活用し、医療・介護の質や生産性の向上、国民の生活の質の向上、革新的な医薬品・医療機器等の開発・事業化につなげ、世界最先端の健康立国の実現を目指すとともに、グローバル市場の獲得を目指す」とされた。また、「未来投資戦略2017」（平成29年6月9日閣議決定）では、技術革新を活用した新しい健康・医療・介護システムについて、「2020年には新しいシステムを構築し、国民が安心できる医療・介護が2025年に国民生活に定着していることを目指す」とされた。

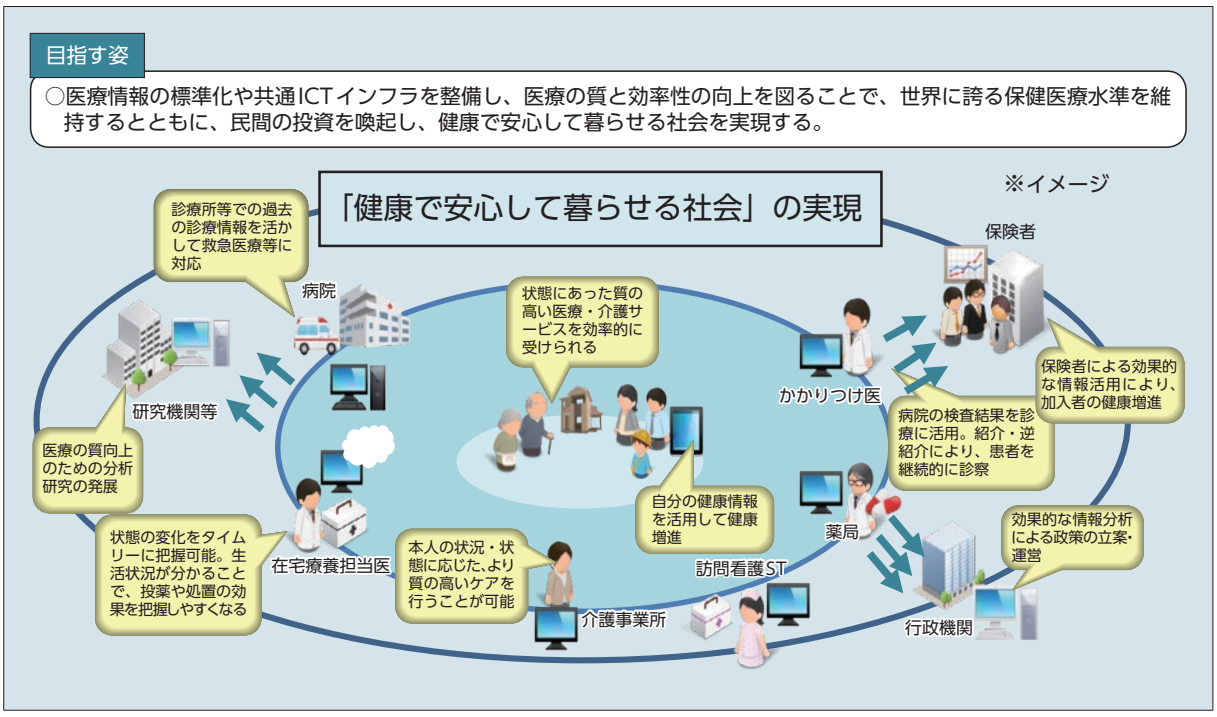
そのため、革新的な医薬品・医療機器の創出に向けた基盤整備なども進められているが（第2部第6章参照）、本節では、情報通信技術（Information and Communication Technology：ICT）とロボット技術、人工知能（Artificial Intelligence：AI）、ゲノム解析等に関連した政府の取組みを中心に紹介する。

1 健康・医療・介護分野のICT化の取組み

(1)「データヘルス改革推進本部」の設置

健康・医療・介護分野は、膨大な個人データを扱う領域であり、ICT化により情報連携や情報提供の迅速化・効率化、情報の蓄積による分析の高度化など、様々な効果が期待できる（図表3-3-1）。

図表3-3-1 医療等分野におけるICT化の徹底が目指す姿

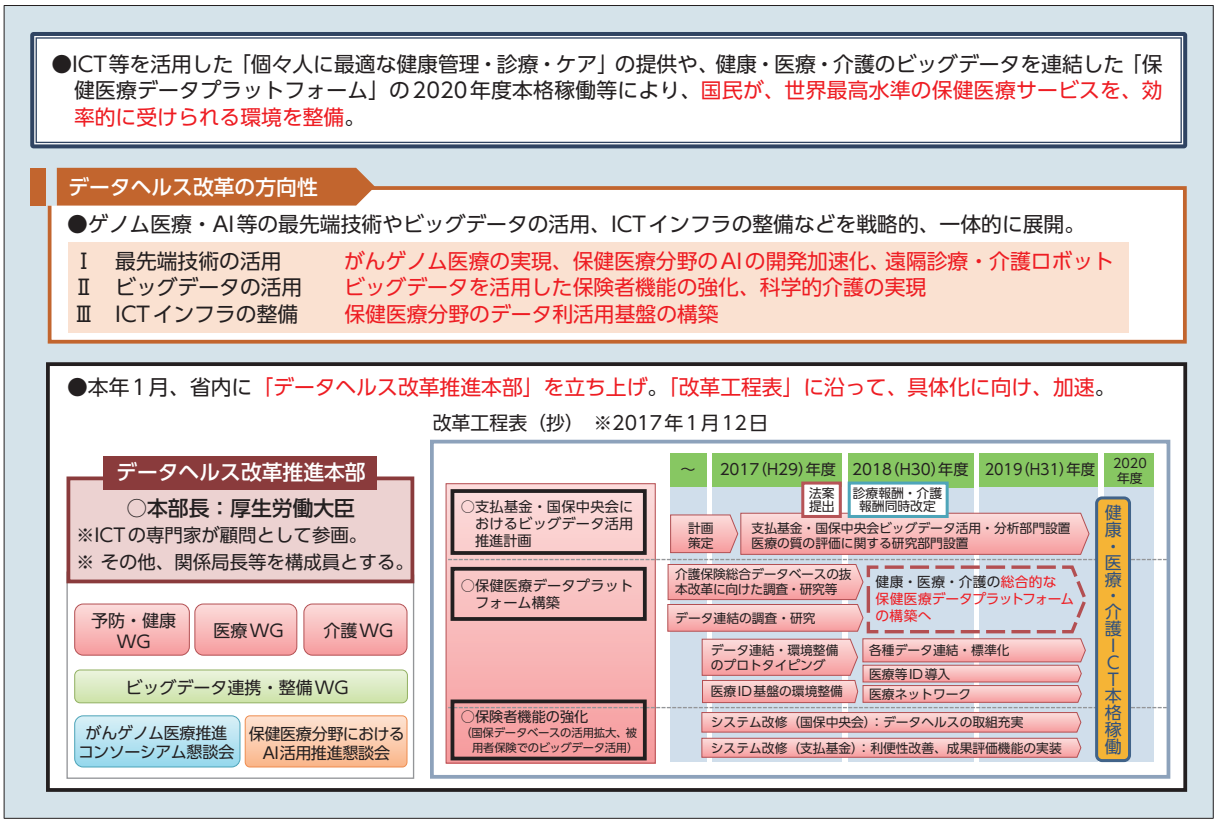


これまでの我が国の健康・医療・介護施策におけるICTの利活用は、さまざまな縦割り構造を背景に、その前提となるデータが分散し、相互につながらない形で取組が進められてきた結果、一体的に機能せず、必ずしも現場や産官学の力を引き出したり、患者・国民がメリットを実感できる形とはなっていなかった。

一方、世界に先駆けて超高齢社会を迎える我が国では、国民の健康寿命の延伸は喫緊の課題であり、ゲノム医療やAI等の最先端技術の導入やビッグデータの活用、ICTインフラの整備を、戦略的、一体的に進め、早急に国民が世界最高水準の保健医療サービスを効率的に受けられる環境を整備していく必要がある。

このため、健康・医療・介護の分野を有機的に連結したICTインフラの2020年度本格稼働に向けて、2017（平成29）年1月に、厚生労働大臣を本部長とする「データヘルス改革推進本部」を設置し、具体化に向けた検討を進めている（図表3-3-2）。

図表3-3-2　厚生労働省のデータヘルス改革の全体像



(2) 医療情報のネットワーク化の取組み

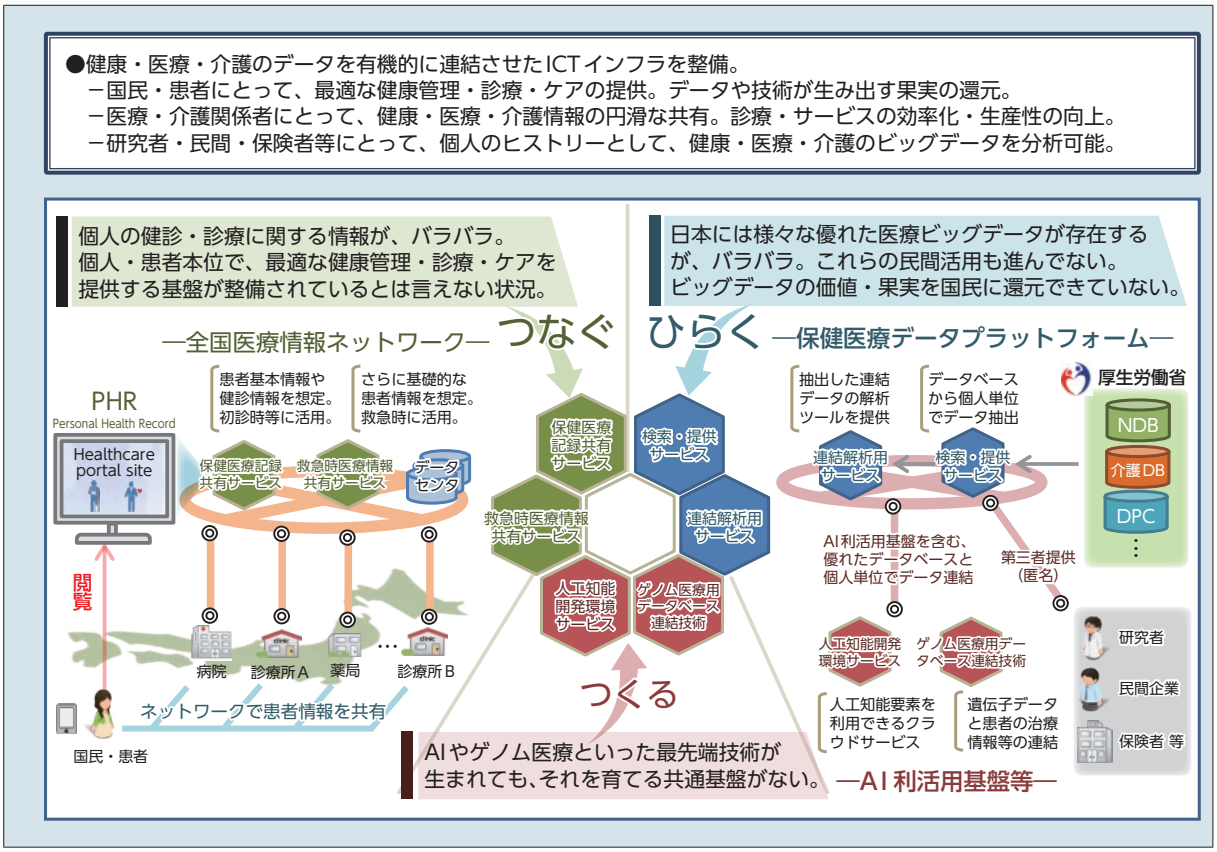
(全国保健医療情報ネットワークの整備)

近年、各地で、医療機関・薬局・介護事業者等が患者の保健医療情報を共有する医療情報連携ネットワークづくりが進められてきている。これにより地域の医療・介護連携の促進や、患者の状態にあった質の高い医療の提供等の効果があげられている一方で、ネットワーク間の連携不足や連携項目のばらつき等により、個人・患者本位で最適な健康管理・診療・ケアを提供する基盤が整備されているとは言えない状況となっている。

このため、全国的に、個人・患者本位で最適な健康管理・診療・ケアの提供を実現していくことを目指し、患者基本情報や健診情報等を医療機関の初診時等に本人の同意の下で

共有できる「保健医療記録共有サービス」や、更に基礎的な患者情報を救急時等に活用できる「救急時医療情報共有サービス」等のサービスを提供する「全国保健医療情報ネットワーク」の整備を目指している（図表3-3-3）。

図表3-3-3　実効的施策を支える『データ利活用基盤』整備の概観

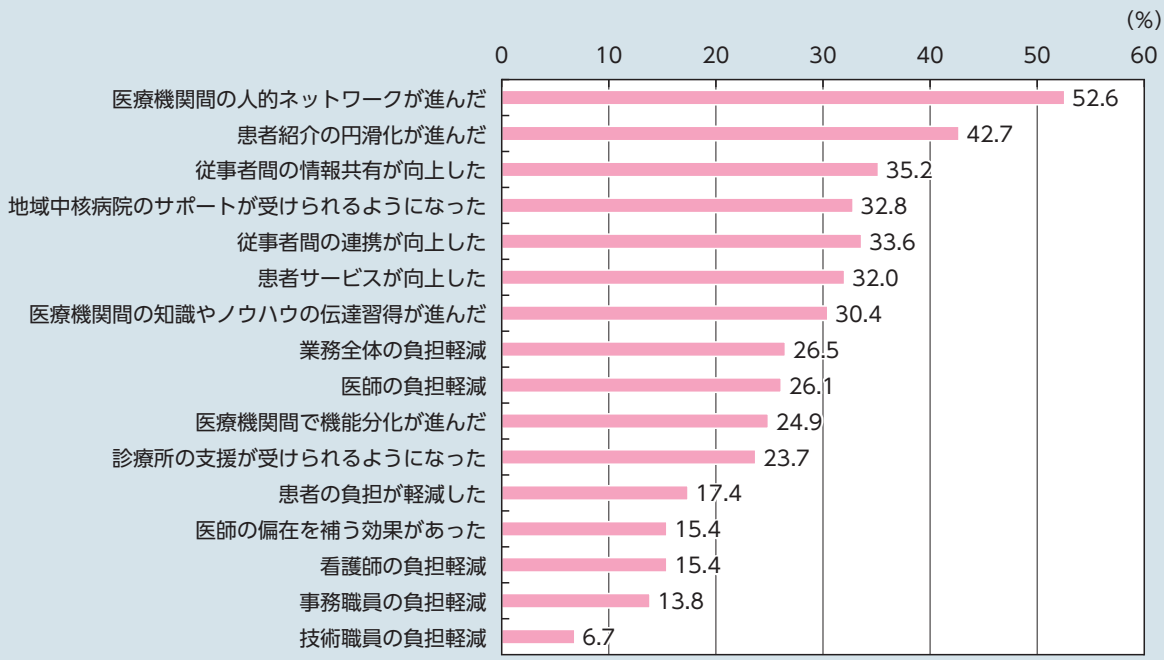


（現行の地域医療情報連携ネットワークの効果と課題）

日本医師会総合政策研究機構「日医総研ワーキングペーパー　ITを利用した全国地域医療連携の概況（2015年度版）」によると、現行の地域医療情報連携ネットワークの導入の効果としては、「医療機関間の人的ネットワークが進んだ」、「患者紹介の円滑化が進んだ」といった人的ネットワーク強化が多くあげられている（図表3-3-4）。

一方で、多くの地域医療連携の運営主体において、費用負担の確保や、参加医療機関・利用者の拡大が課題となっている。また、地域ネットワーク相互の互換性がないという課題もある。

図表3-3-4　地域医療情報連携ネットワークの導入による効果



資料：日本医師会総合政策研究機構「日医総研ワーキングペーパー ITを利用した全国地域医療連携の概況（2015年度版）」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注）　有効回答を得られたネットワーク（合計253）のうち、効果ありと回答したものの割合（複数回答）。

(3) ビッグデータ化の取組み

1 保健医療データプラットフォームの構築

現在、医療レセプトのデータや、特定健診等のデータは、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）に蓄積されており、その数は、医療レセプトで約128.8億件（電子化されたデータのみを収載。2017年3月末時点）、特定健診等情報で約1.9億件（全データを収載。2017年3月末時点）となっている。また、介護レセプトについては、その個人の要介護認定情報等とともに、介護保険総合データベースに蓄積されており、その数は、介護レセプトで約5.2億件（2015年10月時点）、要介護認定情報で約4千万件（2016年5月時点）に上っている。

これらのデータは、全体として見れば、各個人の健康・医療・介護に関する詳細な情報が記載された、優れたデータベースであるが、現在、個別に管理されており、また、それぞれも十分に活用できているとは言えない状況にある。

こうした健康・医療・介護のデータを個人単位で連結し、個人のヒストリーをビッグデータとして分析可能とする「保健医療データプラットフォーム」の構築を目指すこととしている。

プラットフォームのデータは、公的機関のみならず、民間企業や保険者等も活用できるようにし、新たな医薬品や治療法の開発、生活習慣病予防対策、自立支援介護の実現など、最大限、その果実を国民に還元できる環境を整備していく。

2 現行の健康・医療・介護のビッグデータ

①レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース：NDB）

（レセプト情報と特定健診等情報をデータベース化）

NDBは、「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）に基づき、レセプト情報と特定健診等情報を収集し、格納しているものである（**図表3-3-5**）。

NDBに格納されているデータは、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資することを目的として、国や都道府県が行う調査及び分析等のために用いている他、政策に資する研究等一定の目的を有するもの及び学術研究に資するものであって、公益性が高いものについて、個別審査を経た上でデータを提供しており、2011（平成23）年度から2年間の試行期間を経て、2013（平成25）年度からレセプト情報等の第三者提供を実施している。また、2016（平成28）年度からは、NDBデータから汎用性の高い基礎的な集計表を作成し、NDBオープンデータとして公開を開始した。

図表3-3-5　NDB、介護保険総合データベース、KDBの比較

	レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）	介護保険総合データベース	国民健康保険データベース（KDB）
保有主体	国（厚生労働大臣）	国（厚生労働大臣）	保険者（国保連合会）
機能	国・都道府県が、主体的に医療費適正化計画に資する分析をしながら、施策立案に活かす。	国が、主体的に介護保険の運営状況を地域別や事業所別等に分析しながら、政策立案に活かす。	利用する市町村・後期高齢者医療広域連合は、個人の保健・医療・介護に関する情報を閲覧できるようになり、保健指導等に活用する。市町村等が、保健事業を効果的に実施できるように支援する。
保有情報	・医療保険レセプトデータ ・特定健診・特定保健指導データ ※匿名化処理	・介護保険レセプトデータ ・要介護認定データ ・日常生活圏域ニーズ調査データ ※匿名化処理	・医療保険レセプトデータ ・特定健診・特定保健指導データ ・介護保険レセプトデータ ・要介護認定データ ※国保と後期高齢のみ
利用者	○国・都道府県、医療保険者等、研究者等	○国 介護保険事業の適正な運営等に資するように活用する。 ○都道府県・市町村 要介護認定情報の集計結果を閲覧できる。	○市町村・後期高齢者医療広域連合 個別の保健指導や保健事業の適正な運営に活用する。 ○国保連合会 統計情報の作成、保険者への提供

②DPCデータベース

（急性期病院の入院医療の情報をデータベース化）

DPC制度[*10]の対象病院（1,664病院（2017（平成29）年4月時点））では、レセプト情報よりも詳細な患者臨床情報（身長・体重・がんの進行度等）や診療行為情報（診療行為、医薬品、医療材料等）を厚生労働省に提出することとされており、これらが全国統一形式の電子データセット（DPCデータ）として厚生労働省で収集・蓄積されている。

集積されたデータは、DPC制度導入の影響の評価やDPC制度の見直しに利用することを目的として、厚生労働省で集計し公表されてきたが、第三者には利用できない状態であったため、データベースの構築が進められ、2017年度中に、システム運用・第三者提供を開始する予定である。

＊10 DPC制度（DPC/PDPS）とは、急性期入院医療の診療費について、診断群分類に基づき1日当たりの包括評価を行う制度。2003年に82病院に導入された後、徐々に参加病院が拡大し、現在の参加病院（1,664病院）は、一般病床の半数以上をカバーしている。

③介護保険総合データベース

（介護レセプトと要介護認定データをデータベース化）

介護保険総合データベースは、全国の保険者の特徴や課題、取組み等を客観的かつ容易に把握するため、介護レセプト情報と、要介護認定データを収集したものであり、2013（平成25）年度から厚生労働省で運用を開始した（図表3-3-5）。

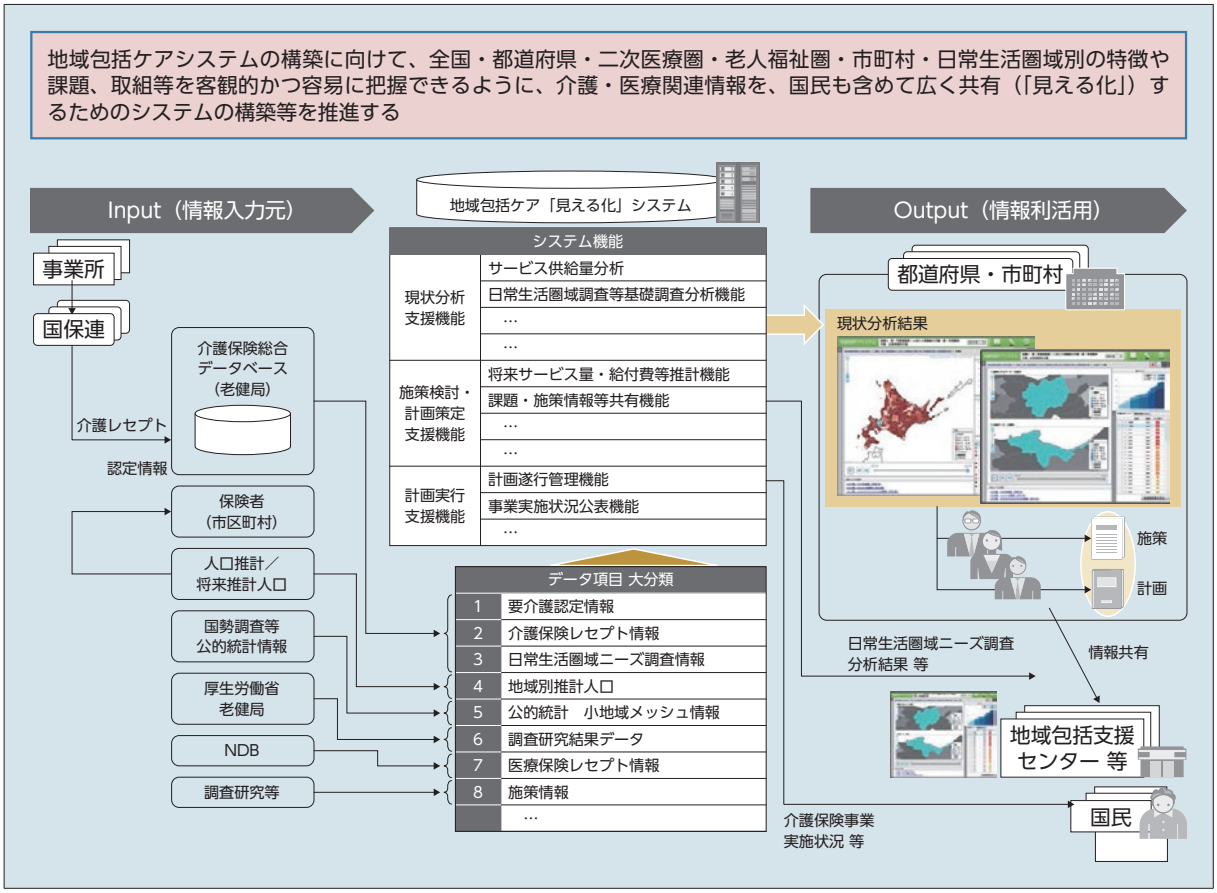
介護DBのデータは、現行では行政のみが利用しており、第三者（大学や研究機関等）からの依頼に応じて、集計・提供した実績はないが、介護の質の向上や研究開発促進等のために、データの一層の活用が求められており、今後、提供の手法等について、検討することとしている。

④地域包括ケア「見える化」システム

（地域の医療・介護の現状把握・分析を支援）

地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業（支援）計画等の策定・実行を総合的に支援するため、介護保険総合データベース（上記3）参照）を始め、地域包括ケアシステム*11の構築に関する様々な情報が一元化された情報システムであり、2015（平成27）年の厚生労働省における運用開始以降、一部の機能を除いて誰でも利用することができるようになっている（図表3-3-6）。

図表3-3-6　介護・医療関連情報の「見える化」の推進イメージ



＊11　地域包括ケアシステムとは、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」（「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」第4条第4項）とされている。

システムの活用により、地域間比較等による自治体の課題抽出や、自治体の取組み事例の参照等による施策の検討が容易になるほか、地域包括ケアシステムの構築に向けて、住民も含めた地域の関係者間で、地域の課題や解決に向けた取組みの共有が可能になる。

⑤国保データベース（KDB）

（医療・介護データを活用した統計等の作成支援システム）

国保データベースは、国保連合会において、健診・医療・介護情報を取り扱う各システムと連携し、各種統計・データを作成するシステムであり、市町村や後期高齢者医療広域連合（保険者）における保健事業計画の作成・実施を支援することを目的として、2013（平成25）年から稼働を開始した（**図表3-3-5**）。

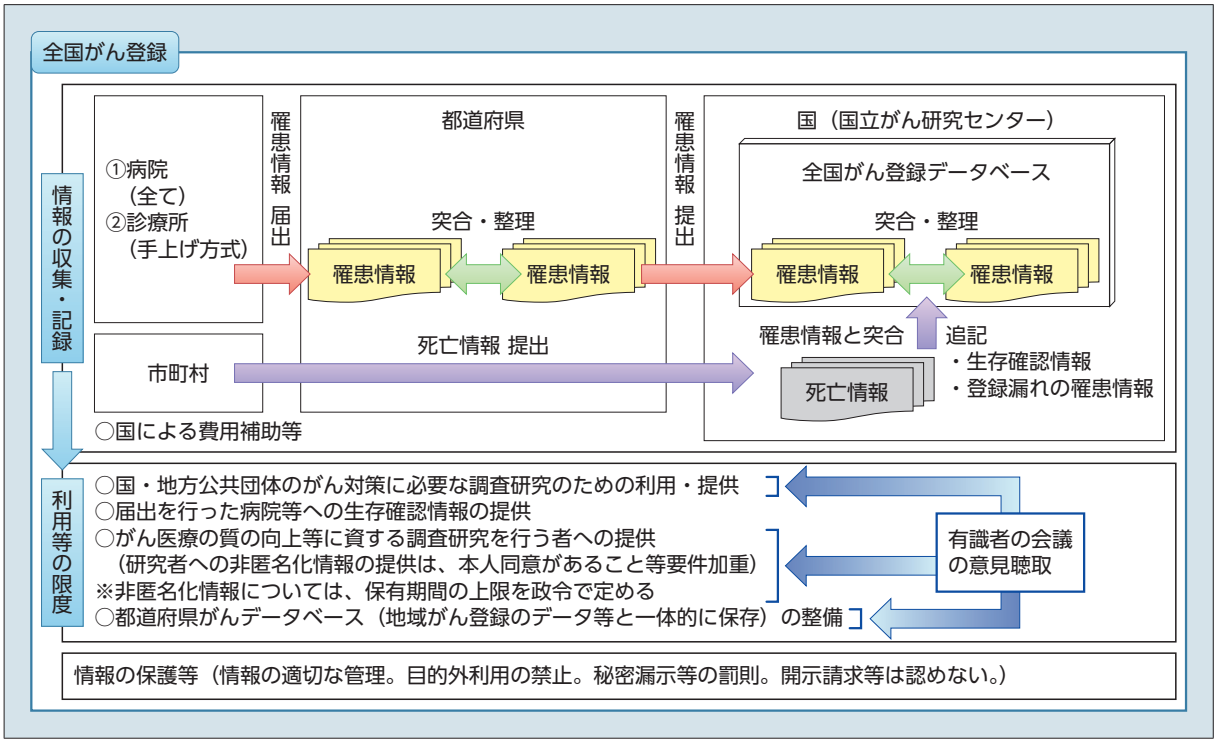
システムの活用により、市町村や後期高齢者医療広域連合が、地域の健康状況の把握や他地域との比較、特定の個人に対する効果的な保健事業の実施に役立てることが可能となっている。

⑥全国がん登録データベース

「全国がん登録」とは、がんの罹患や診療、転帰等に関する情報をデータベースに記録し、保存する仕組みである。

がん対策を推進するためには、正確ながんの実態把握が必要であることから、2016（平成28）年1月に施行された「がん登録等の推進に関する法律」（平成25年法律第111号）において、全ての病院と指定された診療所に対し、診断時のがんの種類、進行度、治療の内容等、各種の情報を都道府県に届け出ることが義務づけられた。これらの情報や、市町村から提供される患者の死亡者情報を国（国立がん研究センター）で管理し、がんに係る調査研究等に活用することとしている（**図表3-3-7**）。

図表3-3-7　全国がん登録データベース



⑦医療情報データベース（MID-NET）

（医薬品の安全性評価のためのデータ提供システム）

協力医療機関（10拠点23病院）の医療情報（電子カルテ、検査値、レセプトデータなど）を収集し、医薬品の安全性の評価等のための分析用データを提供するシステムである。分析の目的に応じて、協力医療機関の承認を得た上で必要なデータのみが抽出・提供される仕組みとなっている。

医薬品の安全対策を目的として、2011（平成23）年度から協力医療機関及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）にシステム構築を始め、2018（平成30）年度から本格運用を開始し、行政、製薬企業、アカデミア等により利活用される予定である。本格運用に向け、現在は利活用ルール等の検討を進めている。

(4) 次世代医療基盤法

匿名加工された医療情報の安全・適正な利活用を通じて、健康・医療に関する先端的研究開発や新産業創出を促進するため、「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律」(次世代医療基盤法)が2017(平成29)年4月に成立した。

同法では、医療情報を匿名加工する事業者に対する規制を整備し、一定の基準を満たす事業者を国が認定する仕組みを設けるとともに、医療機関等は、あらかじめ本人に通知し、本人が提供を拒否しない場合、認定事業者に医療情報を提供できることとされている。

(5) 医療分野のICT化の基盤整備

1 医療等ID制度の導入

(患者個人にIDを付与し、患者情報の共有などを効率化)

地域の医療機関の間で患者情報を共有する地域医療情報連携ネットワークにおいて、他のネットワークに参加する医療機関との間で患者情報を共有したり、医学研究において、複数の医療機関からデータを収集し、安全かつ効率的に連結するためには、患者ごとの全国共通のIDが必要である。

「未来投資戦略2017」において、こうした医療等分野におけるIDの導入について、2018(平成30)年度から段階的な運用を開始し、2020(平成32)年から本格運用を目指すこととされた。

2 レセプトの電子化

(レセプトの電子化はほぼ完了)

前述した医療保険のレセプト(医療機関が医療保険者に提出する月ごとの診療報酬明細書)には、傷病名、診療開始日、診療行為(投薬、注射、手術など)といった、傷病とその治療内容に関するデータが記載されている。

医療保険のレセプトは、2015(平成27)年には、98.6%のレセプトが電子化され、電子化はほぼ完了している。

電子化されたレセプト情報は、匿名化処理をした上で、レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)に格納されている((3) 2) ①)を参照)。また、2015(平成27)年以降、市町村や協会けんぽ、企業の健康保険組合などの医療保険者が、レセプト情報などを分析した上で、加入者の健康状態に即したより効果的・効率的な保健事業*12に取り組む「データヘルス」の取組みを行っている。

*12 保健事業とは、保険者が被保険者等の健康の保持増進のために行う健康教育、健康相談、健康診査などの事業。健康保険法等において、保険者による保健事業の実施が努力義務として規定されている。

3 電子カルテの普及

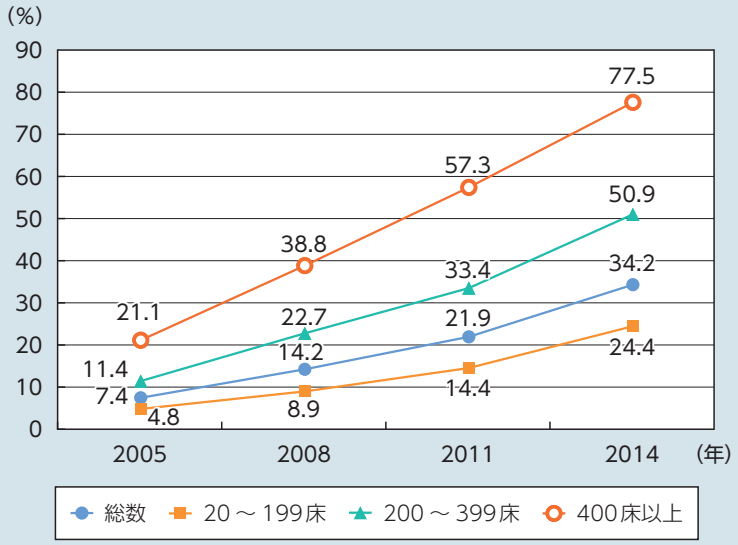
（電子カルテは各医療機関で個別に導入が進む）

電子カルテやオーダリングシステム*13は、大病院を中心に各医療機関で個別に導入が進んでおり、400床以上の一般病院の電子カルテ導入率は77.5%（2014（平成26）年）に達している（図表3-3-8）。

「『日本再興戦略』改訂2015」においては、2020（平成32）年度までに「400床以上の病院における電子カルテの全国普及率を90%以上に引き上げる」という目標が示されている。

ただし、各医療機関の自主的な判断により導入されてきたものであるため、電子カルテのデータの仕様が統一されていないという課題がある。

図表3-3-8　電子カルテの導入率（一般病院）



資料：厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室「医療施設調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注）1.「導入率」とは、電子カルテを「医療機関全体で導入（電子化）している」又は「医療機関の一部で導入（電子化）している」とした病院の割合。
2.「一般病院」とは、病院のうち、精神病床のみを有する病院以外（2011年までは結核病床のみを有する病院も除く）をいう。
3. 2011年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

＊13 オーダリングシステムとは、医師等から各部門に対して指示・依頼を出す際に、従来の紙伝票に代わり電子的に作成・送信するシステム。

2 がんゲノム医療の実現

がん分野においては、近年、個人のゲノム解析技術やその結果を解釈するための情報通信技術が飛躍的に向上しており、一人一人の患者の特性に即した、従来よりも効果が高く、副作用の少ないがん治療を届けることが可能となりつつある。厚生労働省では、「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」を開催し、がんとの闘いに終止符を打つため、がんのゲノム情報や臨床情報等を集約し、質の高いゲノム医療を提供する体制（がんゲノム医療推進コンソーシアム）を構築するとともに、がんの革新的治療法や診断技術等の開発を行うこととしている（図表3-3-9）。

図表3-3-9 がんゲノム医療の実現

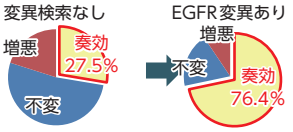
●「がんに立ち向かう国民の命（いのち）を守るため、がんゲノム医療の計画的な推進を実施」
（がんゲノム医療フォーラム2016（2016.12.27開催）における総理メッセージ）
●一人ひとりに最適な最先端のがん治療を、医療保険で受けられるようにする。解析したゲノム情報や臨床情報を集約・管理・活用する体制を構築し、革新的な医薬品・治療法等の開発を推進。

がん診療の課題と現状

①約2人に1人が、がんに罹患
—2016年 新たながん罹患数は約100万人の見込み
—1981年以降、「がん」が死因の第一位。

②がんゲノム情報により分子標的薬の奏効率が大幅に上昇

ゲフィチニブ（イレッサ®）
肺腺がんのうち、EGFR※遺伝子変異がある例では奏効率が大幅に上昇。
→無効例への投与が回避。



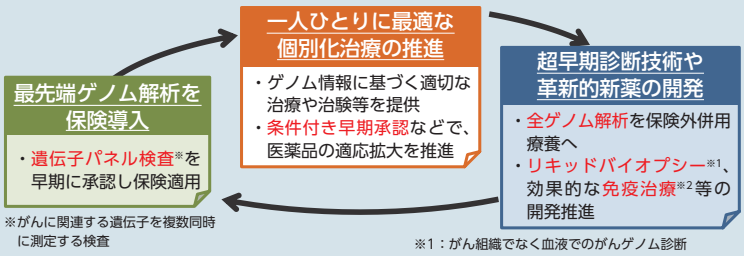
※epidermal growth factor receptor：上皮成長因子受容体

③ゲノム解析技術の急速な進歩

一人の全ゲノム解析に必要な時間・費用
（2003年） 13年間・30億ドル → （2016年） 1週間・約1000ドル

がんゲノム医療の戦略的推進

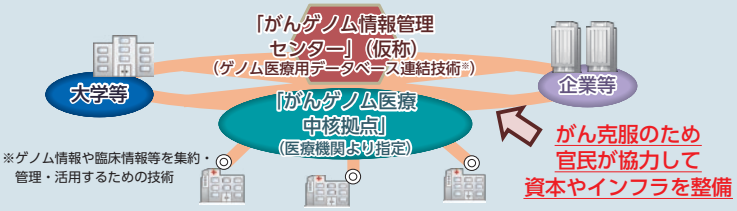
●ゲノム医療の果実を国民・患者に還元。



※がんに関連する遺伝子を複数同時に測定する検査

※1：がん組織でなく血液でのがんゲノム診断
※2：生体の免疫機能に作用しがん細胞を傷害する治療

●全国の医療機関等が参加し「がんゲノム医療推進コンソーシアム」を構築。



※ゲノム情報や臨床情報等を集約・管理・活用するための技術

3 保健医療分野における人工知能の活用

人工知能（AI）によって、新たな診断方法や治療方法の創出、全国どこでも最先端の医療を受けられる環境の整備、医療・介護従事者の負担軽減等の実現が可能となると考えられる。そこで、厚生労働省では、データヘルス改革推進本部の下に「保健医療分野におけるAI活用推進懇談会」を開催し、保健医療分野におけるAIの活用に向けて必要な方策を検討した。今後は、画像診断支援、医薬品開発、手術支援、ゲノム医療、診断・治療支援、介護・認知症を重点6領域と定めた上で、AI開発用のクラウド環境の整備・認証の仕組みを構築するとともに、実用化に向けて、AIを活用した医療機器の質や安全性を確保するための評価の在り方等のルール整備を行うこととしている（図表3-3-10）。

図表3-3-10 保健医療分野における人工知能の活用

●AI（ディープラーニング、機械学習等）によって、
（1）新たな診断方法や治療方法の創出
（2）全国どこでも最先端の医療を受けられる環境の整備
（3）患者の治療等に専念できるよう、医療・介護従事者の負担軽減を実現。
●このため、次の両面からAI開発を進めるべき重点6領域を選定。
①我が国における医療技術の強みの発揮
②我が国の保健医療分野の課題の解決（医療情報の増大、医師の偏在等）
●AIの開発を促進する基盤整備とAIの質や安全性を確保するためのルール整備を実施。

重点6領域	我が国の強みの発揮	我が国の保健医療分野の課題解決
画像診断支援	①	
医薬品開発	①	ディープラーニング※を活用
手術支援	①	
ゲノム医療	機械学習等※を活用	②
診断・治療支援		②
介護・認知症		②

※【ディープラーニング】ヒトの能力を超える画像認識能力の獲得と、機械ではこれまで為し得なかった運動機能の習熟などの高度な認知能力を実現する革新的技術
※【機械学習等】機械学習、自然言語処理等による大量の情報から推定等を行う技術

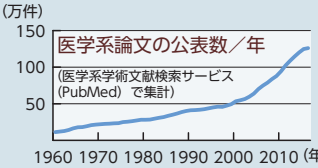
重点6領域の選定

①我が国の強みの発揮
⇒画像診断等とAI（ディープラーニング）を組み合わせて世界をリード
例：内視鏡市場のシェア上位企業（2012年）



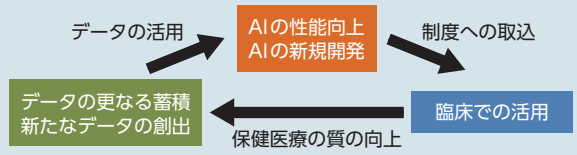
（平成26年度特許出願技術動向調査報告書）

②我が国の保健医療分野の課題の解決（医療情報の増大 医師の偏在 等）
⇒全国どこでも最先端の医療を受けられるよう、AI（機械学習等）を活用



AI開発の加速化

○全国をカバーした保健医療人工知能に必要となるビッグデータを整備するとともに、AI開発用のクラウド環境も整備・認証。



AIの活用例／カプセル型の内視鏡

（1回の検査で数千～数万枚の画像が発生）

※カプセル内視鏡は、口から飲み込む内視鏡であり、通常の内視鏡に比べて患者の負担が軽いことに加え、通常の内視鏡では届かなかった小腸の観察も可能



4 遠隔医療

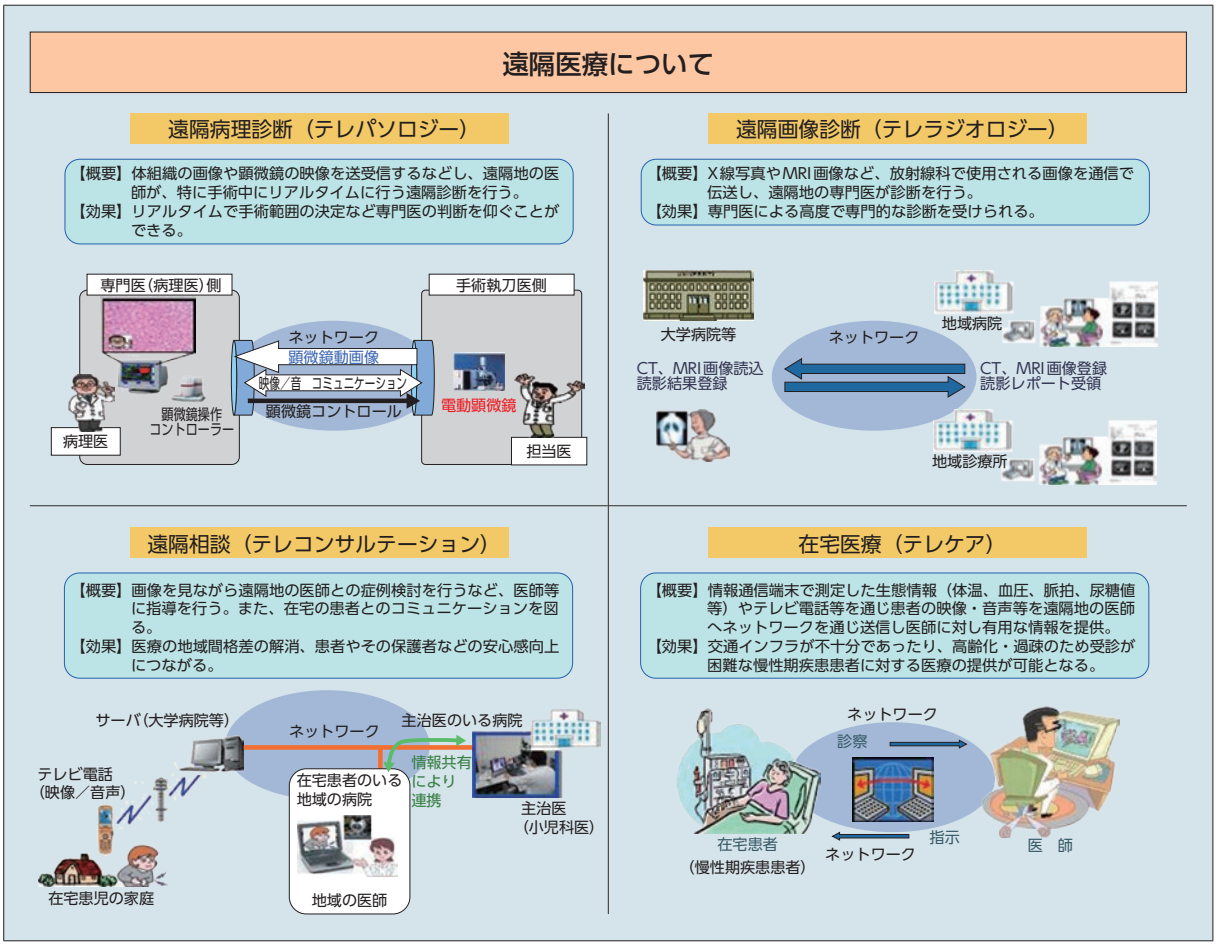
（遠隔医療は、医療の地域格差是正策として期待される）

ICTを活用した遠隔医療は、特に医師不足に悩む地域にとって、医療の地域格差の是正策となりうるとともに、医療の質や患者の利便性を向上させることが期待される。

遠隔医療には、医師が患者に対し診察・診断を行う場合だけでなく、医師が他の専門医などへ診断を求める場合も含まれる（図表3-3-11）。

遠隔画像診断及び遠隔病理診断に係るシステムの導入施設数は、病院と診療所で共に増加し普及が進んでいる（図表3-3-12）。

図表3-3-11 遠隔医療の種類



図表3-3-12　遠隔医療システムの導入状況

【遠隔医療システムの導入施設数】

〈病院〉

	施設数	
	2011年	2014年
総数	[8,605]	
	8,460	8,493
遠隔画像診断	1,157	1,335
遠隔病理診断	190	226
遠隔在宅医療	8	18

〈一般診療所〉

	施設数	
	2011年	2014年
総数	[99,547]	
	98,004	100,461
遠隔画像診断	1,246	1,798
遠隔病理診断	229	808
遠隔在宅医療	552	544

資料：厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室「医療施設調査」
（注）　平成23年について、[8,605]、[99,547] は全国の数値。それ以外は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

（遠隔医療の普及推進）

「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定）では、「医療資源を効果的・効率的に活用するための遠隔医療の推進」を含め、医療分野のICT化を強力に推進するとされた。これを踏まえ、同年8月の事務連絡により、医師法上許容される遠隔医療についての考え方をより明確にするとともに、以下の施策に取り組み、遠隔医療の普及を図っている。

①厚生労働科学研究費補助金による研究に対する助成
②遠隔病理診断（術中迅速病理診断）・遠隔画像診断等に対する診療報酬上の評価
③遠隔医療のための情報通信機器への補助（地域医療の充実のための遠隔医療補助事業）
④医療従事者等に対する、遠隔医療に関する正しい知識や技術の習得を目的とした研修（遠隔医療従事者研修事業）

さらに、「未来投資戦略2017」では、対面診療と遠隔診療を適切に組み合わせることにより効果的・効率的な医療の提供に資するものについては、次期診療報酬改定で評価を行うこととされた。

5 介護ロボットの開発・普及促進

（介護ロボットの導入により、利用者の生活の質の維持・向上と介護者の負担軽減が期待される）

世界でロボットが成長の鍵として注目されている中、我が国においても「ロボット新戦略」（平成27年2月10日日本経済再生本部決定）に基づき、日本を世界一のロボットイ

ノベーション拠点とするとともに、ロボットを活用して社会課題の解決につなげようとする取組みが始められている。

その中でも、介護ロボットは、我が国において要介護高齢者が増加し、介護人材の不足が今後とも懸念される中で、利用者の生活の質の維持・向上と介護者の負担軽減を図る効果が期待されている。

厚生労働省は経済産業省と連携して、2011（平成23）年度以降、重点分野を定めて介護ロボットの開発・普及の促進に取り組んでいる（**図表3-3-13**）。2017（平成29）年3月までに総計133件の開発支援が行われた。

さらに、介護ロボット等導入支援特別事業（2015年度補正予算）により、介護施設等への介護ロボット導入費用の助成を行い、2017年3月までに約5,000施設へ介護ロボットが導入された。また、都道府県においても、地域医療介護総合確保基金を活用し、介護ロボット導入費用の助成を行っている。

図表3-3-13　介護ロボットの重点開発分野



出典：「介護ロボットポータルサイト」

（ロボットを活用した新しい介護への国民の理解も重要）

介護ロボットの導入に関する人々の意識を、内閣府「介護ロボットに関する特別世論調査（平成25年8月）」により見ると、介護をする際に介護ロボットを「利用したい」とする者は59.8%、介護を受ける際にロボットを「利用してほしい」とする者は65.1%で、「利用したくない」、「利用してほしくない」とする者もそれぞれ3割程度いる。このような介護ロボットへの一部の抵抗感は、介護事業所などに導入が進まない一因との指摘もあり、ロボットを活用した新しい介護への国民の理解を図っていくことも、今後重要である。なお、今後、介護ロボットを実際に使い始めれば、意識は変わっていく可能性もある（コラム参照）。

上記「ロボット新戦略」では、介護ロボットを「利用したい」、「利用してほしい」とする意向をそれぞれ80%にする目標を掲げている。

コラム　介護ロボットが変えゆく介護の風景

介護ロボットは、少子高齢化が進む中で特に期待の高い技術分野だ。各メーカーで開発競争も活発化しているが、介護現場では、まだ広く一般に普及しているとはいいがたい。実際に使ってみるとどうなるのだろうか。介護ロボットを活用する先駆的な施設を訪ねてみた。

約20種のロボットを使いこなす

社会福祉法人シルヴァーウィングが運営する「特別養護老人ホーム新とみ」（東京都中央区）では、様々な介護ロボットを積極的に導入している。同法人の石川公也理事長は、「介護現場の雇用環境を改善したい」と、2013（平成25）～2014（平成26）年度に東京都のモデル事業に取り組んだことがきっかけで、介護ロボットの導入を始めた。現在、同施設では、約20種類の介護ロボットを用途に応じて使いこなす。

重度の認知症で寝たきりの高齢者が多い同施設で、利用効果が高いと感じているロボットの一つが、「見守り支援」型の機器という。ベッド周辺に取り付けて、センサーで高齢者の動静を感知する。呼吸や睡眠の状態までわかるものもある。介護者は、各高齢者の状態を一か所で集約して見られるようになるため、職員の少ない夜勤時の精神的負担を軽減できるという。



また、高齢者のリハビリに力を入れる同施設では、歩行支援などのリハビリロボット（写真）が活躍している。自立が困難な人でも歩く練習ができるようになるなど、高齢者の喜びは大きく、また介助者の負担も軽減できる。

このほか、人やぬいぐるみの形をしたコミュニケーションロボットも、高齢者の気持ちが安定したり、入所者同士の会話が増えるなどの効果を感じるという。

ロボットの得意分野を見つけ、協働する

一方、介護者の身体負担の軽減を目的としたロボットは、機器により、また人によっても評価は異なり、まだ技術的な改善の余地があるということが多い。電動の階段昇降機や、車椅子への移乗を楽にするベッド（写真）など、明確な負担軽減を感じるものもあるが、使う場面は限られており、介護職員の全面的な身体負担軽減にはまだ至っていない。



石川理事長は、現在の介護ロボットはいずれも「完全に任せる」ことはできない構造のため、介護職員に代替するほどの効果は期待できないという。しかし、ロボットの得意分野を見つけ、うまく協働することで、人の手による介護を基本としつつ、高齢者の生活の質の向上や、職員の負担軽減を図ることは可能だと考えている。

高齢者の抵抗感は少ない

意外なことに、介護ロボットを使うことに対する高齢者の抵抗感は、ほぼゼロだという。高齢者の中には、介護する家族や職員に日頃から「申し訳ない」と気兼ねしている方も多く、ロボットを使うと、むしろ気軽に離床や外出ができるようになるという効果もある。

一方、介護する側は、様々な機器を安全に使用するための操作方法の習得が必要で、なかなか慣れない人もいるため、丁寧な研修が欠かせないという。しかし、そうした使い勝手の問題は、今後の技術進歩により解消される部分もあるだろう。

介護ロボットが支えとなって、介護をする側と受ける側がもっと快適に過ごせる、そんな介護現場が日常の風景となる日は、それほど遠くないかもしれない。

6 今後に向けた政府の動き

ここまで見てきたように、健康・医療・介護分野では、新技術を活用した様々な取組みが進んでいるが、今後は、国民全体がその恩恵を実感できるようにしていく必要がある。今後の方向性については、近年多岐にわたる提言がされており、それらを踏まえた改革の実行も始まっている。

(1)「保健医療2035」(2015年6月)

(イノベーションを取り込んで保健医療のパラダイムシフトを目指す)

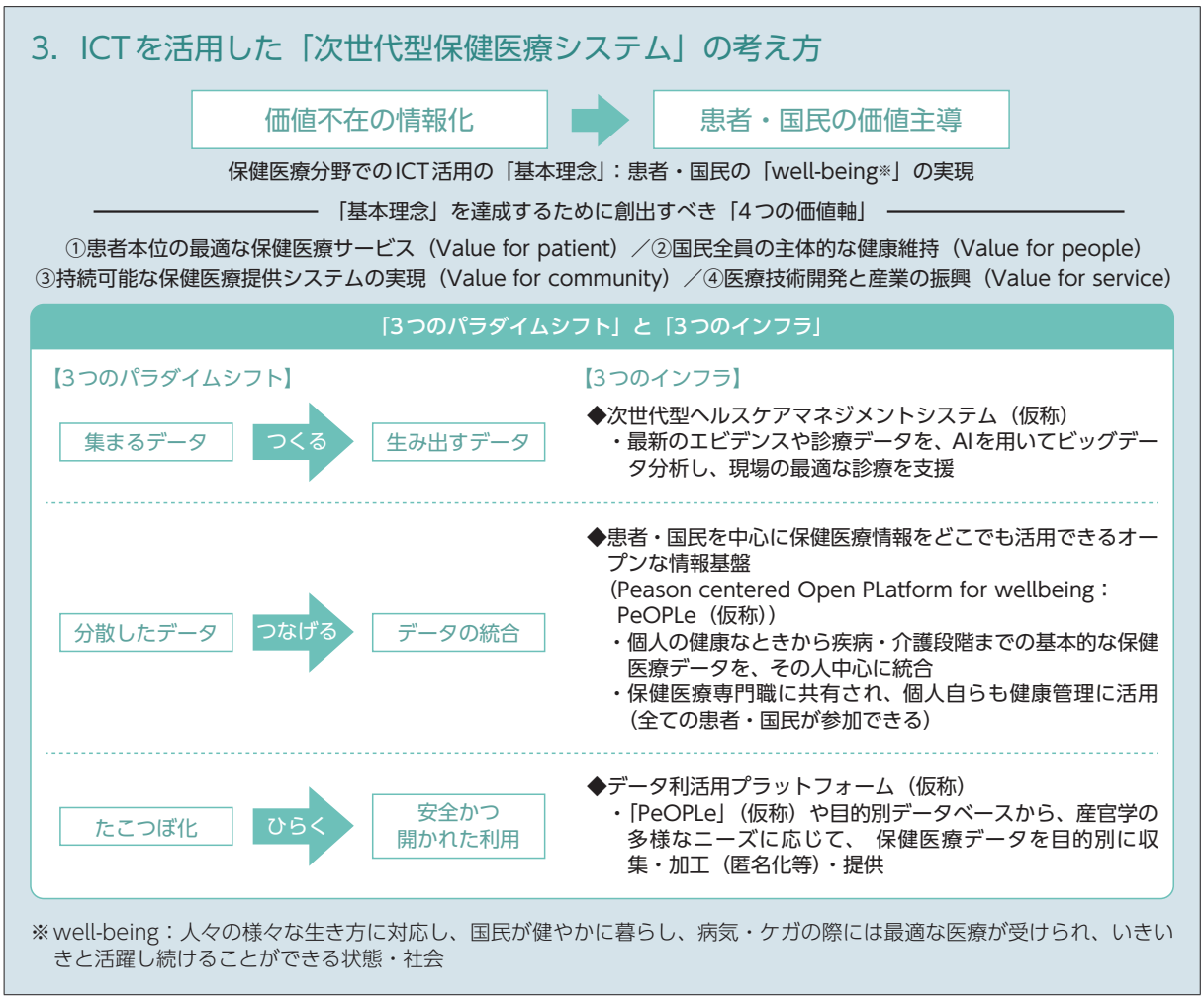
厚生労働大臣の私的懇談会として開催された「保健医療2035」策定懇談会でとりまとめられた本提言では、保健医療システムの在り方について、負担増と給付削減による現行制度の維持のみを図るのではなく、イノベーションを取り込みながら、システムの在り方そのものを変革(パラダイムシフト)し、「2035年においては、ICT等の活用により、医療の質、価値、安全性、パフォーマンスが飛躍的に向上していなければならい」などとされた。

(2) 保健医療分野におけるICT活用推進懇談会　提言(2016年10月)

(次世代型のシステム構築に向け、データを「つくる」・「つなげる」・「ひらく」)

厚生労働大臣の私的懇談会として開催された本懇談会の提言では、これまでの保健医療分野のICT活用が、サービス自体の質の向上には不十分であったとの認識の下、ICTの利活用を「価値不在の情報化」から「患者・国民にとっての価値主導」に作りかえる必要がある等とされた。保健医療システムのパラダイムシフトの実現に向け、患者・国民にとって価値あるデータを「つくる」こと、患者・国民中心にデータを「つなげる」こと、保健医療の価値を高めるためにデータを「ひらく」ことを進め、2020年度には「次世代型保健医療システム」のインフラの段階運用を目指すとされた(**図表3-3-14**)。

図表3-3-14　保健医療分野におけるICT活用推進懇談会　提言（抜粋）



(3) データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会報告（2017年1月）

（審査支払機関の改革を提言）

本検討会の報告では、レセプトの電子化が進む中で、レセプトの審査支払機関については、これまでの「業務集団」から、ビッグデータとICTを活用して医療の質の向上に寄与するいわば「頭脳集団」として役割を再定義すべきとの観点から、①審査業務の効率化・審査基準の統一化、②ビッグデータを活用した保険者機能の強化及び医療の質の向上、③審査支払機関の組織・体制の在り方についての考え方が示された。

本検討会の議論を踏まえ、2017（平成29）年7月に「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」及び「国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関するデータヘルス改革計画・工程表」を公表した。

(4) 未来投資会議

（産業競争力の強化に関する実行計画）

「日本再興戦略 2016」で提示された第4次産業革命を始めとして、将来の成長に資する分野への大胆な投資を官民で連携して進めるため、2016（平成28）年9月、成長戦略の司令塔として、内閣総理大臣を議長とする「未来投資会議」が設置された。

同会議において、医療・介護分野における技術革新の活用等をテーマの一つとして検討した結果、「産業競争力の強化に関する実行計画」（平成29年2月10日閣議決定）では、世界最先端の健康立国を目指し、当面3年間に実施する規制・制度改革として主に以下の3点を進めるべきとされた。

①ロボット・センサー等の活用による介護現場の生産性向上、負担軽減
②医療等分野の情報を活用した創薬や治療の研究開発の促進に向けた治療や検査データの収集・管理・匿名化
③個人の医療・健康等情報の統合的な活用

（未来投資戦略2017）

また、同会議での議論をもとにとりまとめられた「未来投資戦略2017」では、我が国の中長期的な成長を実現していく鍵は、近年急激に起きている第4次産業革命（IoT、ビッグデータ、人工知能（AI）、ロボットなど）のイノベーションをあらゆる産業や社会生活に取り入れることにより、様々な社会課題を解決する「Society 5.0」を実現することにあるとし、その実現のための重要戦略分野の一つとして「健康寿命の延伸」を掲げた。そして、健康管理と病気・介護予防、自立支援に軸足を置いた「新しい予防・医療・介護システム」を構築することにより、健康寿命を更に延伸し、世界に先駆けて生涯現役社会を実現させるため、我が国の政策資源を集中投入していくとしている（**図表3-3-15**）。

図表3-3-15　未来投資戦略2017（概要・抜粋）（一部修正）

*Society 5.0*に向けた戦略分野【健康寿命の延伸】

【データ利活用基盤の構築】
・現在バラバラになっている健康・医療・介護データを個人個人が生涯にわたって一元的に把握できる仕組みの構築【2020年度から本格稼働】

【保険者・経営者による「個人の行動変容の本格化」】
・保険者に対する予防インセンティブ強化（後期高齢者支援金の加算・減算率の引上げ（「+0.23%－▲0.048%」→「±10%」等）
・各保険者の取組状況（加入者の健康状態・医療費・健康への投資状況等）の見える化（成績表）と経営者への通知。健康経営による生産性の向上。

【遠隔診療、AI開発・実用化】
・かかりつけ医等による対面診療と組み合わせた効果的・効率的な遠隔診療の評価（次期診療報酬改定において位置付け）
・AI開発・実用化の促進（AI開発用のクラウド環境の整備・認証等）

【自立支援に向けた科学的介護の実現】
・データ収集・分析のデータベース構築【2020年度の本格運用開始を目指す】
・効果のある自立支援の促進（次期介護報酬改定において位置付け）
・介護ロボット等の導入促進（次期介護報酬改定において位置付け、人員・設備基準見直し）

【革新的な再生医療等製品等の創出促進、医療・介護の国際展開の推進】

コラム　ICTの活用が実現する「未来の保健医療」のイメージ

ICTの発展により、保健医療の現場は今後どう変わるのだろうか。未来の保健医療の現場における住民や医療関係者などの発言をイメージしてみた。

【若手医師Aさん】



ある町の医療を担当しており、専門医もいない中、日々の診療で求められる知見は、とても多岐にわたります。
でも、海外の最新のエビデンスや、「どのような患者にどんな医療を行ったのか」といった「経験知」がビッグデータとして蓄積されており、これを活用すれば、一人の医師が全てを抱え込むこともなく、とても心強いです。

【老親を持つBさん】



親は都市部の病院を退院後、在宅で療養しています。親の体の微候はウェアラブル端末やセンサーで察知し、データが共有され、ケアが必要な状態になったら、看護師さん・ヘルパーさんなどが自宅に来てくれます。私たちは、色々な職種の方から、親の心身の状況を丁寧に聞き、相談できるようになりました。

【小児科医Cさん】



ある薬について、副作用が出たという情報が流れることもあります。でもビッグデータの蓄積で、個々の子どもについて副作用が発生するかの判断もできるようになりました。

【糖尿病患者Dさん】



私の保健医療データを広く共有することで、保健師・主治医が、食事療法か、インスリン注射か、透析かといったことを、遠隔地の専門の先生と連携して決めてくれました。ヘルスケアサービス会社は、私のその日の体調をデータで把握し、最善の健康改善プランを提示してくれます。

【都道府県の医療政策担当者Eさん】



蓄積されたデータを使って、地域の保健医療ニーズも的確に把握できるようになります。保健医療施設は住民の財産。人口の分布や交通網、社会インフラなど幅広いデータ・情報を集めて、連携体制を考えなくてはいけないでしょう。最近は、機関間の連携で、地域の患者さんの健康水準が上がるというシミュレーションもできるようになってきました。

出典：厚生労働省「保健医療分野におけるICT活用推進懇談会提言書」（2016年10月）参考「「次世代型保健医療システム」が実現する保健医療の現場」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室にて要約・再編

第4節 成長と分配の確実な好循環に向けて

第1節から第3節までは、成長の視点から、我が国の成長の基盤をつくる社会保障の様々な機能や、最近の取組みについて見てきたが、最後に、社会保障に対する国民意識も踏まえつつ、今後の社会保障がどのような形で成長との好循環を確実なものにしていくべきかを考えていく。

1 社会保障の在り方に関する国民の意識

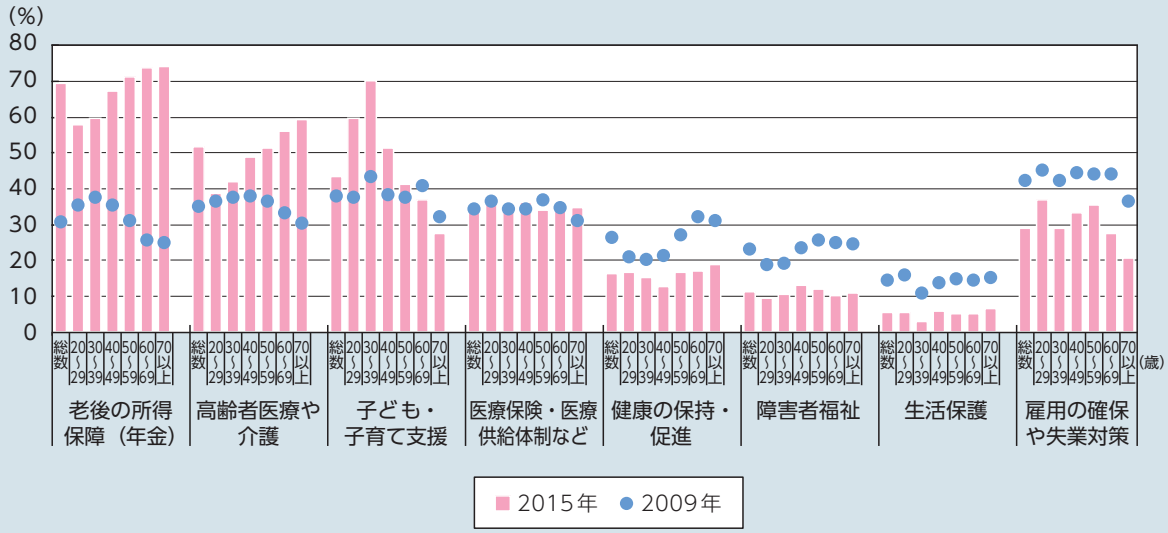
まず、国民が今後どのような社会保障を望ましいと考えているか、またそうした意識がどのように変化してきたかについてのデータを概観する。社会保障は国民による多大な負担から成り立つ相互扶助の仕組みであり、どのような負担・給付バランスで、どのようなサービス水準を目指すかは、国民の選択によるところが大きいからだ。

（社会保障の在り方については、分野により、世代間の関心度の違いがある）

社会保障の在り方に対する国民の意識を分野ごとに見ていくと、分野により、世代による考え方の違いがあることがわかる。

まず、今後更に充実させるべき社会保障分野についての考え方を図表3-4-1により見ると、2015（平成27）年においては、「老後の所得保障（年金など）」と「高齢者医療や介護」で高齢者の関心が高い。ただしこれらは、前回調査（2009（平成21）年）と比べてほぼ全世代で関心が高まっており、現役世代の関心も高まっているといえるだろう。一方、「子ども・子育て支援」については、2015年には、30歳代を中心とする若年層の関心が2009年より大きく高まり、60歳代以上の関心は逆に低下している。「医療保険・医療供給体制など」は、世代による関心の差が比較的少なくなっている。「雇用の確保や失業対策」は、前回調査（2009年）と比べると、2015年は近年の景気好転なども反映して、各世代で関心が低下しているが、各世代の中では20歳代や50歳代の関心が高くなっている。

図表3-4-1 今後、さらに充実させるべき社会保障分野（複数回答）

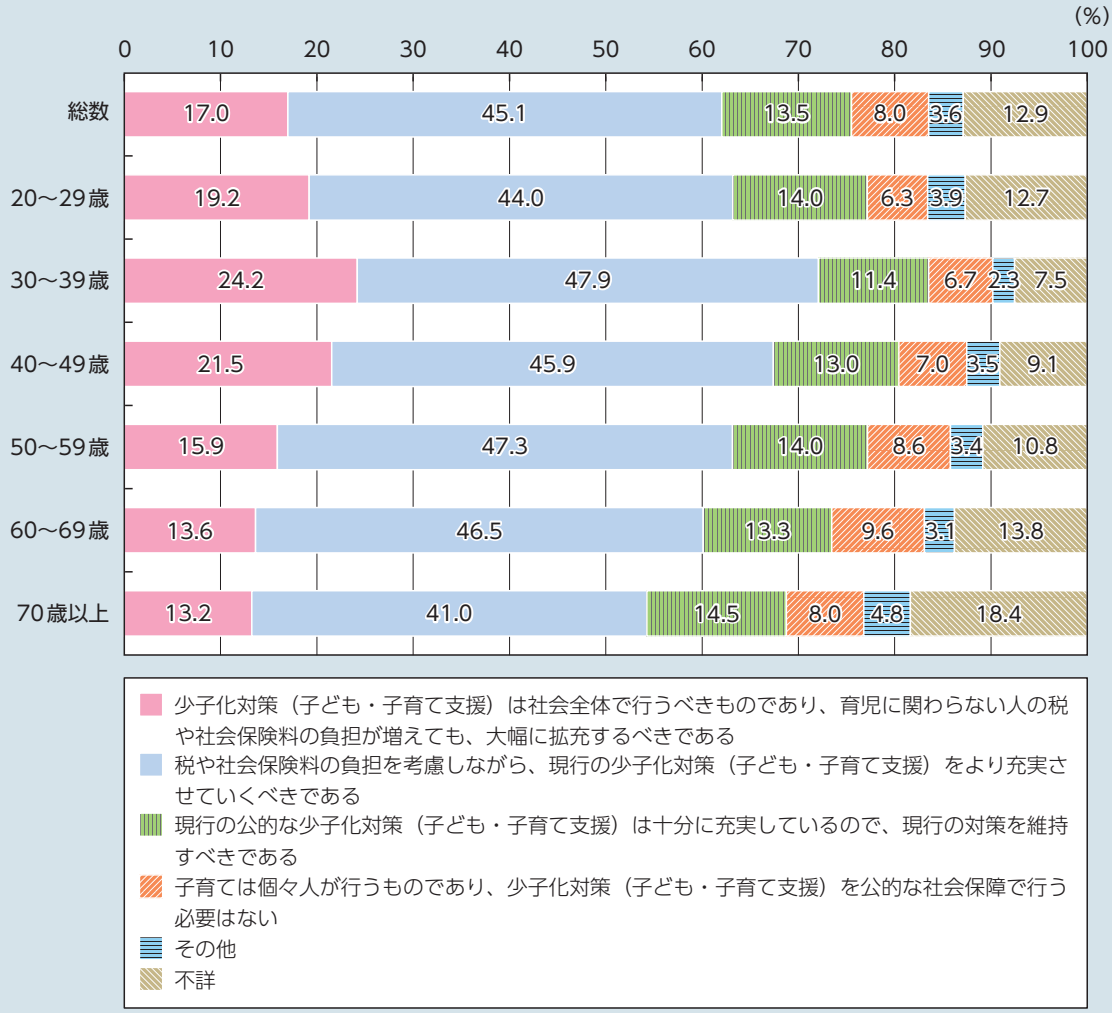


資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室「社会保障における公的・私的サービスに関する意識等調査報告書」（2009年）、「社会保障における公的・私的サービスに関する意識調査報告書」（2015年）

（少子化対策は、子育て世代とそれ以外の世代で意識の差が見られる）

社会保障の主な分野ごとに、それぞれの在り方についてより具体的な考え方を見ていくと、まず少子化対策では、「税や社会保険料の負担を考慮しながら現行施策を充実すべき」との考え方が各年代とも4割以上で最多となっている（**図表3-4-2**）。ただし、「育児に関わらない人の税や社会保険料の負担が増えても、大幅に拡充するべき」との考え方が30～40歳代で2割を超える一方、それ以外の世代では、「現行の対策を維持すべきである」、「少子化対策を公的な社会保障で行う必要はない」といった少子化対策の拡充に否定的な考え方が2割を超えており、少子化対策の拡充については、子育て世代とそれ以外の世代で温度差が見られる。

図表3-4-2　少子化対策の在り方

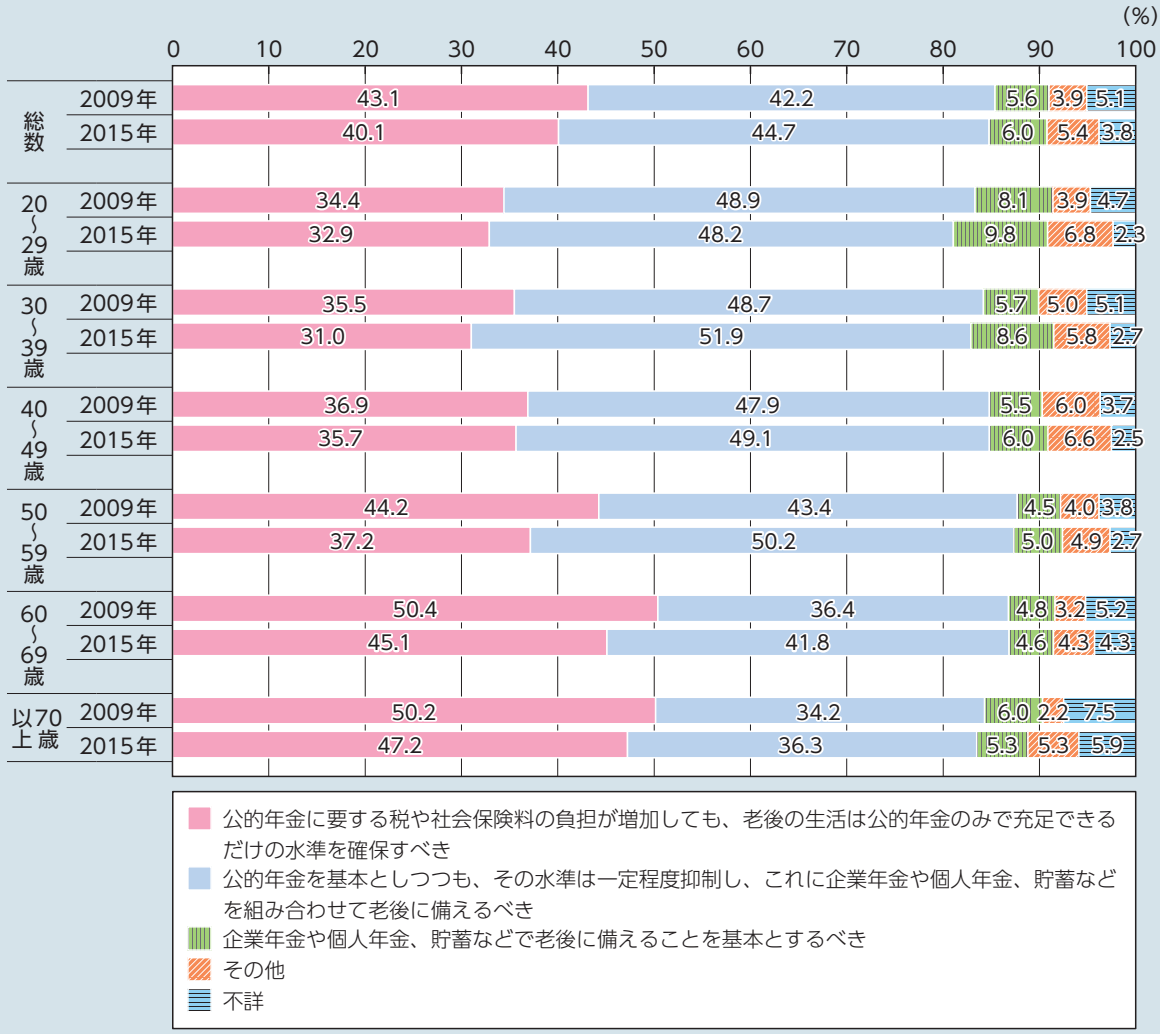


資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室「社会保障における公的・私的サービスに関する意識調査報告書」（2015年）

（若年層を中心に、多様な保障により老後に備えるべきとする傾向が強まっている）

また、年金制度については、2009年には「老後の生活は公的年金のみで充足できるだけの水準を確保すべき」との考え方が最多であったが、2015年は「公的年金を基本としつつも、その水準は一定程度抑制し、これに企業年金や個人年金、貯蓄などを組み合わせて老後に備えるべき」との考え方が最多となった（図表3-4-3）。世代別には、高齢層ほど「老後の生活は公的年金のみで充足できるだけの水準を確保すべき」と考える者が多くなる傾向があるが、2009年から2015年にかけては、いずれの年代でもこの考え方は減少している。また、20～30歳代では「企業年金や個人年金、貯蓄などで老後に備えることを基本とするべき」との考え方もやや増加しており、若年世代を中心に各年齢層で、公的年金制度を基本としつつ多様な老後保障により老後に備えるべきとする傾向が強まっていると考えられる。

図表3-4-3　今後の老後の生活を支える年金給付等の在り方



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室「社会保障における公的・私的サービスに関する意識等調査報告書」（2009年）、「社会保障における公的・私的サービスに関する意識調査報告書」（2015年）

（社会保障の給付・負担バランスは、高齢層や高所得層で負担増を容認する割合が高い）

社会保障の給付・負担のバランスの考え方について、年齢別と所得階級別に見てみる。図表3-4-4を見ると、まず給付面では、全体では現行の社会保障の給付水準の「維持」又は「引上げ」

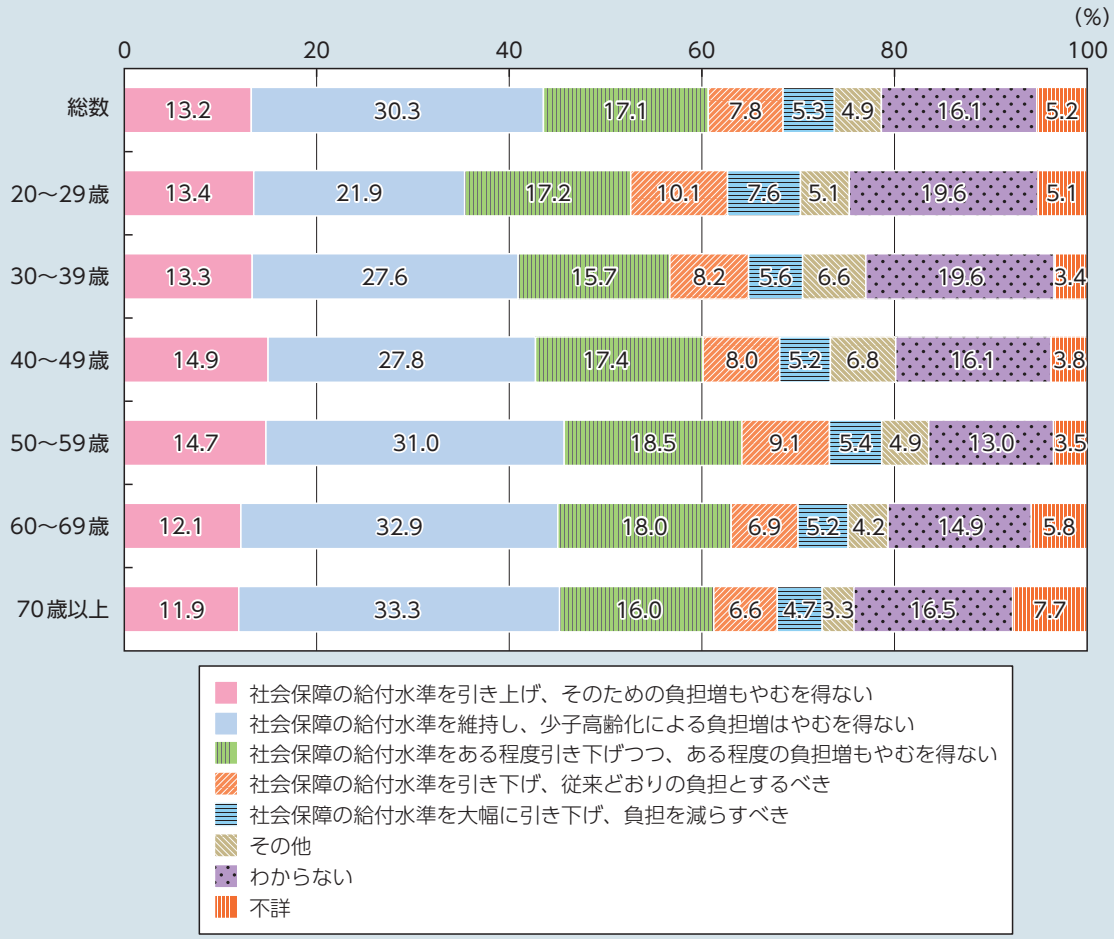
を望む者が4割を超えている。ただし、「引上げ」を求める者は1割程度にとどまっている。また、負担面では、全体では国民の約6割が、何らかの形での負担増をやむを得ないと考えている。

年齢別には、それほど大きな違いがあるとはいえないが、若年層より高齢層で、給付水準の維持を望む者や、負担増を容認する者の割合がやや高い傾向が見られる。逆に、若年層は負担の増加に対してより慎重になっているといえる。

また、**図表3-4-5**により等価総所得階級別に見ると、まず給付面では、等価所得1,000万円未満で、所得が多いほど現行の給付の「維持」を望む割合が強まる傾向が見られる。また、負担増をやむを得ないと考える者の割合は、等価所得階級が200万円未満では半数程度、200～400万円未満では6割程度、600～800万円未満では7割程度、1,000万円以上では8割近くと、等価所得が高いほど増加する。一方、等価所得階級が低い層では「わからない」とする者の割合が増える傾向にある。

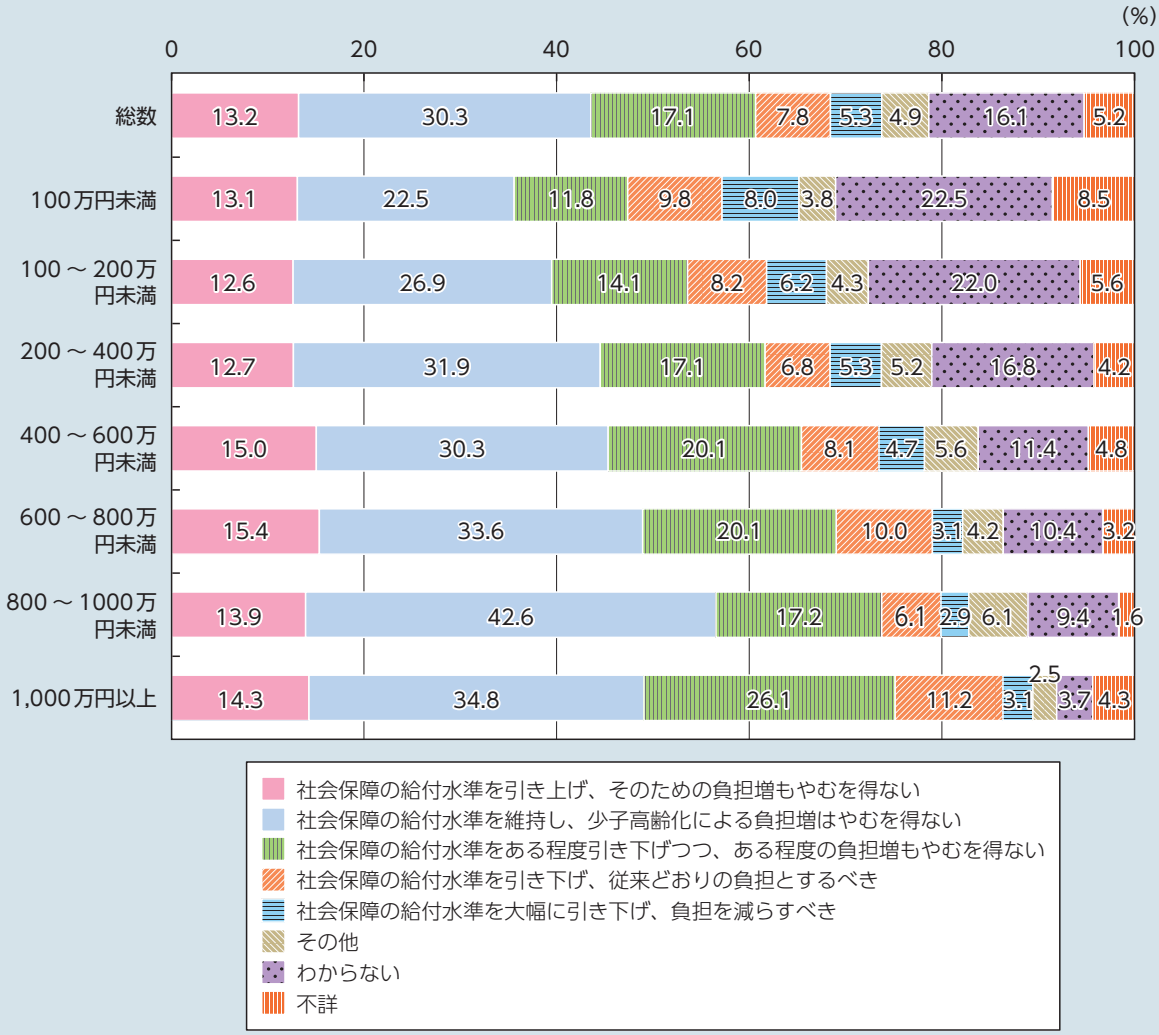
国民全体で納得性の高い社会保障の負担や給付の在り方を考えていく場合には、こうした国民間の考え方の違いも考慮する必要がある。なお、若い世代や低所得層で「わからない」と回答する者が多いことは、現在の社会保障の意義やメリットについて、国民が普段からもっと理解を深められるようにしていく必要性があることも示している。

図表3-4-4　今後の社会保障の負担と給付の在り方（年齢別）



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室「社会保障における公的・私的サービスに関する意識調査報告書」（2015年）

図表3-4-5　今後の社会保障の負担と給付の在り方（等価所得階級別）



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室「社会保障における公的・私的サービスに関する意識調査報告書」（2015年）

2 まとめと今後の展望

上記で見てきた国民意識を考慮しつつ、第1部全体を通し、国民生活の現状や経済社会の変化を踏まえて、今後の社会保障の在り方について考えられる方向性を整理する。

（少子高齢化の中、持続的な経済成長は世界に先駆けた課題）

2012（平成24）年12月の政権交代以来、4年余りにわたるアベノミクス（大胆な金融政策、機動的な財政政策、民間投資を喚起する成長戦略）は、国民総所得や就業者数の増加など、我が国経済の活性化に一定の成果を生み出した。

しかし、1990年代以降のいわゆる「失われた20年」と呼ばれる経済の低成長の中で、家計所得や賃金は様々な要因により長期的な減少傾向をたどり、直近では回復傾向が見られるものの、まだ「失われた20年」を取り戻すところまでには至っていない。少子高齢化が進む中で、アベノミクスにより活気づいた経済を長期的に持続・発展させ、国民が豊かさを実感できる社会にしていくことは、世界に先駆けた大きな課題となっている。

（「世代間再分配」中心の我が国社会保障は、持続性が課題に）

我が国の社会保障は、1960～1970年代に確立された国民皆保険・皆年金を中核として発達し、国民生活の安心と安定を図ることを通じて豊かな社会づくりに貢献してきた。しかしその中心的な仕組みは、高度経済成長期に形成された「世代間再分配」、すなわち、負担は現役世代中心、給付は高齢者中心という仕組みであり、少子高齢化が今後更に進む中において、その持続可能性が課題となっている。

（社会保障を支える現役世代は、以前より厳しい立場に）

国民の所得や生活水準について長期的な動向を見ると、高齢世代は、現役世代よりも所得が少なく、以前は高齢世代内の格差も大きかった。しかし、年金制度の成熟化などにより所得の分布のばらつきが縮小し、資産の蓄積も進み、高齢者全体で見た生活水準は着実に改善してきている。また、高齢世帯主の世帯の１人当たり所得は現役世帯と同等の水準となっている。

一方、現役世代は、足下での所得や賃金の水準は改善しているが、長期的に見ると、所得分布のばらつきの拡大はないものの、単独世帯やひとり親世帯の増加などにより世帯所得が低下してきている。さらに、バブル崩壊後の賃金の伸び悩みや、非正規雇用など低所得の働き方の増加に加え、人口高齢化に伴う社会保障負担の増加などにより、１人当たりで見た生活水準の向上に明るい展望を見いだせずにいる。景気回復局面にある現在においても、社会保障を支える側の世代は、以前より厳しい立場に立たされているといえるだろう。

（成長という視点から社会保障を考える）

これまでは、経済の「成長」による豊かさと、社会保障による「分配」を通じた豊かさは、別々のものとして議論されることが多かった。また、「成長」か「分配」かの二者択一で議論されることもあり、「分配」は「成長」を阻害するとの考え方さえあった。

しかし社会保障は、負担というマイナス面でも、給付というプラス面でも、国民の経済活動に多大な影響を及ぼすものであり、「成長」と「分配」は決して無関係ではなく、むしろ密接に関わるものである。また、我が国の「成長」と「分配」は、少子高齢化という共通の構造的課題も抱えている。

そうした中、「ニッポン一億総活躍プラン」では、「成長と分配の好循環」というメカニズムが提示された。同プランでは、育児・介護・高齢者雇用などを中心に好循環モデルが提示されたが、今後は、社会保障全般について、成長という視点からも考えていく必要がある。

（多様な個人の能力発揮の促進による労働参加率・生産性向上、イノベーションの創出を図る）

我が国経済の持続的成長にとって大きな懸念の一つが、少子高齢化の進行に伴う労働供給の減少である。これまで労働市場に積極的に出てこなかった層も含め、多様な個人の労働参加と能力発揮を促すことは、単に労働参加率の向上だけでなく、生産性の上昇やイノベーションの創出にもつながり、経済成長を加速させることが期待される。

社会保障は、成長との関係を考えた際、単なるセーフティネットではなく、全ての人が希望に応じて社会で活躍するための「後押し役」となる必要がある。そのためには、多様な働き方が可能となる「働き方改革」や、多様な個人の就業支援や人材育成などの直接的な労働市場政策はもとより、育児や介護など様々な事情を抱える人たちも仕事を続けられるよう、受け皿づくりを含めた環境整備を更に進めていかなければならない。

また、今後更なる増加が見込まれる高齢世代については、雇用就業に限らず、様々な社会活動への参加を進めていくことも重要である。より多くの高齢者が社会の中での役割意識を持ち、同時に健康維持への意欲を高めていくことで、地域の産業の活性化や、健康寿命の延伸による社会保障負担の軽減につながることも期待できる。

（現役世代が生活の安心感を持てる社会保障を構築する）

国民が求める社会保障の在り方は、世代によって異なる部分もあるが、現役世代の社会保障ニーズを十分に考慮する必要がある。生産年齢人口の減少が我が国経済の潜在的成長率の制約要因となりつつある中、我が国の経済の支え手となる層が、将来にわたる生活に安心感と明るい見通しを持てるようになることで、本来持つ能力を十分に発揮できるようになるとともに、自身のキャリア形成や子どもへの教育投資を積極的に行えるなどにより、人的資本の充実につながることが期待される。また、若年層が安心して子どもを産み育てられるという確信が持てるようになれば、少子化問題の改善にも寄与する可能性がある。

そのためには、子育て支援など、現役世代の利用ニーズが多い社会保障分野を充実させることも重要であるが、年金、医療などについても、現役世代の関心が高いことを忘れてはならない。現役世代が将来にわたって安心できるかどうかという観点から、社会保障の在り方を検証していく必要がある。

また、現役世代のライフサイクル全般にわたる安心を確保できるようにしていくためには、社会保障だけでなく、教育や住宅施策など他分野との連携も重要である。

（「全世代型」社会保障への方向転換を更に進める）

現役世代の安心という観点から社会保障を考える際、負担や給付の在り方についても考える必要がある。国民の意識を見る限り、若年層ほど社会保障の費用負担の増加に慎重な傾向が見られる中、これまで「世代間」再分配を中心に構築されてきた我が国の社会保障は、今後、人口高齢化に伴い現役世代の負担がますます過重となることが懸念される。これまで一律に「支援される側」として扱われる傾向にあった高齢層の理解も十分に得ながら、年齢にかかわらず、あらゆる世代がその負担能力に応じて公平に負担を分かち合い、同時に恩恵を感じられる「全世代型」社会保障への方向転換を更に進めていく必要がある。

また、特に年金制度などは、若年層を中心とする国民ニーズの多様化を踏まえ、公的な保障を基本としつつ、私的年金なども組み合わせることで、個人の価値観に合った多様な保障を支えることも重要である。

（技術革新による医療・介護の生産性・サービス向上などを進める）

社会保障に関連する分野のうち、健康・医療・介護分野では、技術の進歩が経済成長の原動力となるとともに、これまでにない新たな価値を生み出すことで、現在の医療や介護が抱える様々な課題への解決策をもたらす可能性を秘めている。ICT技術を活用した業務効率化や生産性・サービスの向上、研究開発・イノベーションの推進、ロボット技術による介護の質の向上や介護労働の負担軽減などを更に進め、質が高く効率的な新しい医療・介護のかたちをつくり出して行く必要がある。

（おわりに）

以上、「成長」との関係から、今後の社会保障の在り方として考えられる方向性を整理してきたが、もっとも重要なのは、社会保障が国民の納得をどれだけ広く得られているかということだろう。それこそが、まさに社会保障が目指すべき国民の安心の基礎となるからだ。

私たちの生活や人生に深く関わる社会保障について、本白書で提示した視点も参考にしながら、もっと国民自身が理解し、将来の在り方を考え、世代による考え方の違いを超えて議論していくことを期待したい。

参考文献

◉内閣府「年次経済財政報告」(平成18年度、21年度、24年度)
◉厚生労働省「厚生労働白書」(各年版)
◉厚生労働省「労働経済の分析」(平成23年版、27年版、28年版)
◉トマ・ピケティ「21世紀の資本」(みすず書房、2014年)
◉アンソニー・B・アトキンソン「21世紀の不平等」(東洋経済新報社、2015年)
◉A. M. オーカン「平等か効率か－現代資本主義のジレンマ」(日本経済新聞社、1976年)
◉橘木俊昭「21世紀日本の格差」(岩波書店、2016年)
◉小塩隆士「効率と公平を問う」(日本評論社、2012年)
◉小塩隆士「社会保障の経済学［第4版］」(日本評論社、2013年)
◉深澤映司「格差と経済成長の関係についてどのように考えるか」(国立国会図書館調査及び立法考査局「レファレンス」2015年2月号)
◉宮阪雅幸「分配と経済成長に関する理論分析－政治・経済アプローチの展開－」(中央学院大学商経論叢、2005年)
◉Ostry, J., A. Berg, and C. Tsangarides “Redistribution, Inequality, and Growth” (IMF Staff discussion note, 2014年)
◉Cingano, F. “Trends in Income Inequality and its Impact on Economic Growth” (OECD Social, Employment and Migration Working Papers No.163, 2014年)
◉OECD “In It Together：Why Less Inequality Benefits All” (2015年) (日本語要約：「格差縮小に向けて」(OECDホームページ))
◉京極髙宣「社会保障と日本経済」(慶應義塾大学出版会、2007年)
◉Kuznets, s. “Economic Growth and Income Inequality” (The American Economic Review, 1955年)

第2部

現下の政策課題への対応

第1章 子どもを産み育てやすい環境づくり

第1節 少子社会の現状

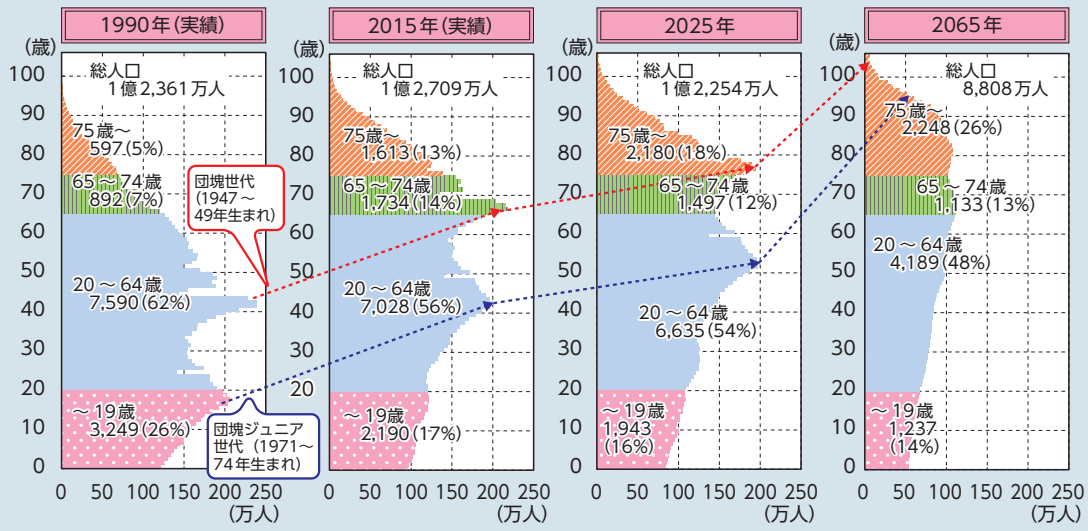
我が国の合計特殊出生率は、2005（平成17）年に1.26となり、その後、横ばいもしくは微増傾向となっているが、2016（平成28）年も1.44と依然として低い水準にあり、長期的な少子化の傾向が継続している。

また、2017（平成29）年に発表された国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2017年推計）」によると、現在の傾向が続けば、2065年には、我が国の人口は8,808万人、1年間に生まれる子どもの数は現在の半分程度の約55万人となり、高齢化率は約38%に達するという厳しい見通しが示されている（図表1-1-1）。

さらに、ライフスタイルが従来とは異なるものになってきている。例えば、2035年には50歳時の未婚割合が男性で約29%、女性では約19%になるものと見込まれている（図表1-1-2）ほか、共働き世帯と専業主婦世帯（男性雇用者と無業の妻からなる世帯）とを比べると、1997（平成9）年には既に前者の数が後者の数を上回っている状況にも配慮する必要がある（第1部第1章第2節図表1-2-11）。

こうした状況に加え、多くの国民が結婚したい、子どもを生み育てたい、結婚した後も子どもを育てながら働きたいと希望しているにもかかわらず、その希望がかなえられず、結果として少子化が進んでしまっているものと考えられることなどから、国民が希望する結婚や出産を実現できる環境を整備することが重要となる。

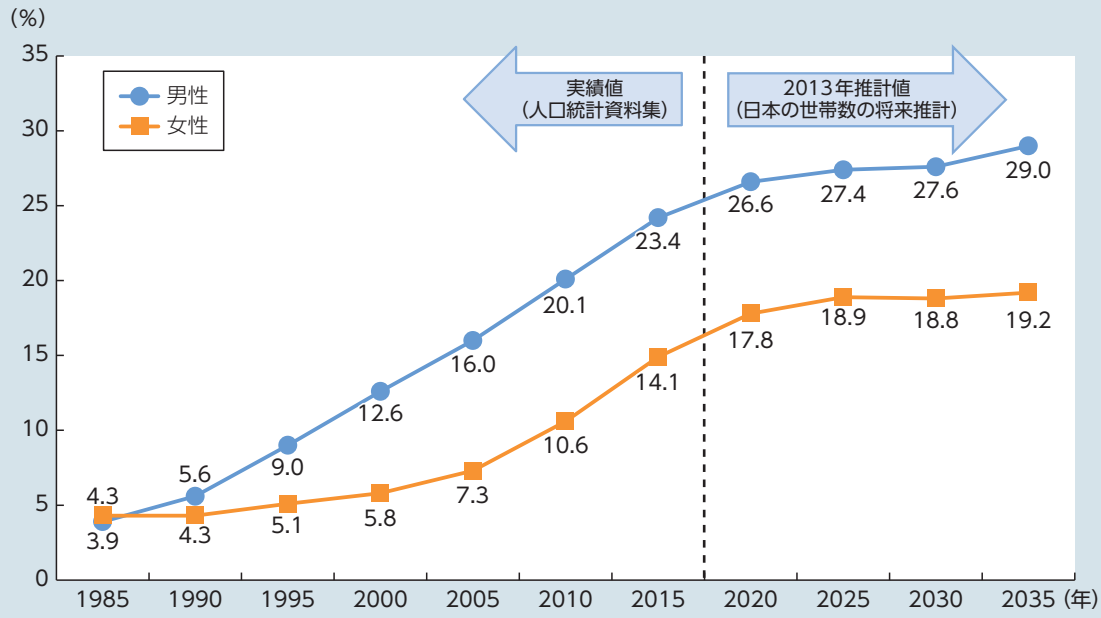
図表1-1-1 人口ピラミッドの変化（1990、2015、2025、2065）－平成29年中位推計－



出所：実績値（1990年及び2015年）は総務省「国勢調査」をもとに厚生労働省作成、推計値（2025年及び2065年）は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）

（注） 1990年及び2015年の総人口は、年齢不詳を含む。

図表1-1-2　50歳時の未婚割合の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（2013年1月推計）」、「人口統計資料集（2017年版）」

（注）　50歳時の未婚割合は、50歳時点で一度も結婚をしたことのない人の割合であり、2015年までは「人口統計資料集（2017年版）」、2020年以降は「日本の世帯数の将来推計」より、45～49歳の未婚率と50～54歳の未婚率の平均。

第2節　総合的な子育て支援の推進

1　子ども・子育て支援新制度

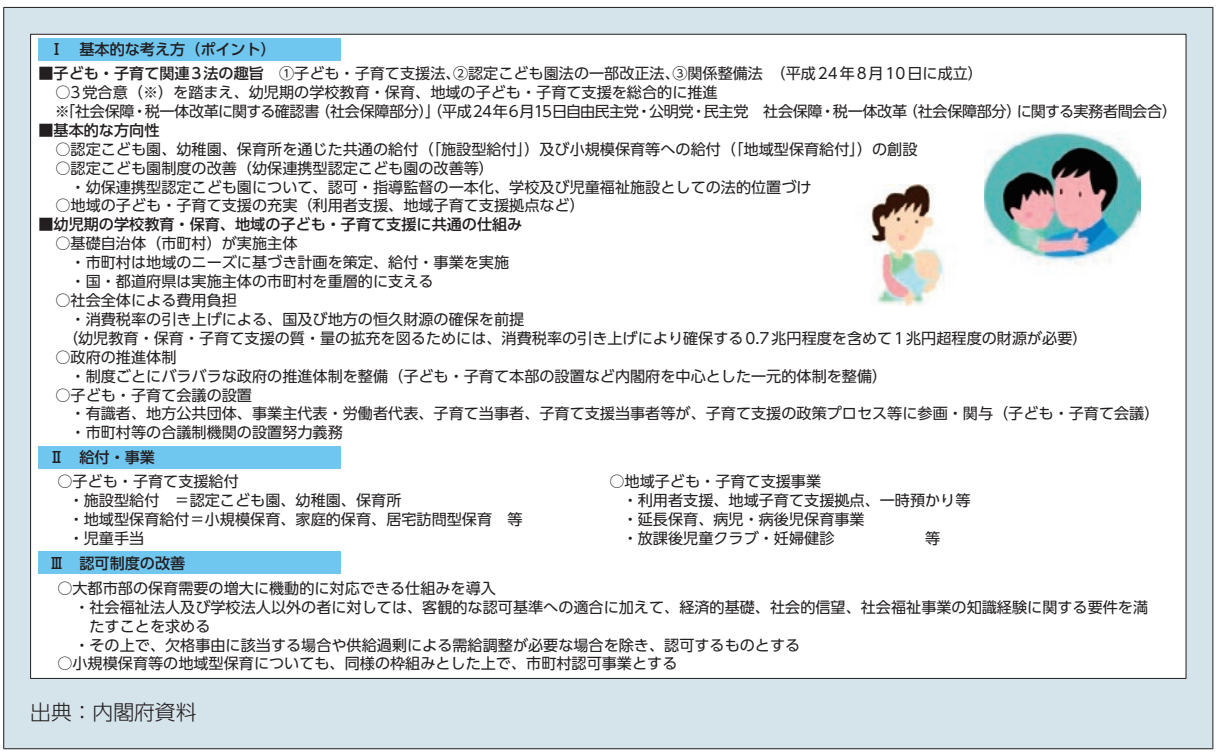
2012（平成24）年8月に成立した子ども・子育て関連三法（「子ども・子育て支援法」、「就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律」、「子ども・子育て支援法及び就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律」）に基づく子ども・子育て支援新制度（以下「新制度」という。）は、社会保障・税一体改革の一項目として、消費税率の引上げによる財源の一部を得て実施されるものであり、2015（平成27）年4月から施行された。

新制度では、「保護者が子育てについての第一義的責任を有する」という基本的な認識の下に、幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援を総合的に推進することとしている。具体的には、①認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付（「施設型給付」）及び小規模保育等への給付（「地域型保育給付」）の創設、②認定こども園制度の改善、③地域の実情に応じた子ども・子育て支援の充実を図ることとしている（**図表1-2-1**）。実施主体は基礎自治体である市町村であり、地域の実情等に応じて幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援に必要な給付・事業を計画的に実施していくこととしている。

2015年4月の新制度の施行と併せ、内閣府に子ども・子育て本部が発足した。子ど

も・子育て本部は、内閣府特命担当大臣を本部長とし、行政各部の施策の統一を図る観点から少子化対策や子育て支援施策の企画立案・総合調整を行うとともに、子ども・子育て支援法に基づく給付等や児童手当など子育て支援に係る財政支援の一元的な実施等を担うほか、認定こども園制度を文部科学省、厚生労働省と共管している。

図表1-2-1　子ども・子育て支援の新制度について



出典：内閣府資料

新制度では、消費税率10%への引上げにより社会保障の充実の財源に充てられる2.8兆円のうち、0.7兆円程度を子ども・子育て支援に充てることとされており、また、これを含め1兆円超程度の財源を確保し、子ども・子育て支援新制度に基づく幼児教育・保育・地域の子育て支援の更なる充実を図ることとしている（**図表1-2-2**）。

2016（平成28）年度においては、消費税率10%への引上げが延期される中で子ども・子育て支援は、社会保障の充実において優先的に取り組む施策と位置付けられ、市町村の事業計画等を踏まえた「量的拡充」に対応するとともに、消費税率10%への引上げにより確保する0.7兆円程度の財源により実施する「質の向上」に係る事項を引き続き全て実施するために必要な予算が計上されたところである。2017（平成29）年度においても同様に、必要な予算が計上されている。

図表1-2-2　子ども・子育て支援の「量的拡充」と「質の向上」項目（案）

○消費税の引き上げにより確保する0.7兆円の範囲で実施する事項と0.3兆円超の追加の恒久財源が確保された場合に1兆円超の範囲で実施する事項の案。

	量的拡充	質の向上※
所要額	0.4兆円程度	0.3兆円程度～0.6兆円超程度
主な内容	●認定こども園、幼稚園、保育所、地域型保育の量的拡充（待機児童解消加速化プランの推進等）	◎3歳児の職員配置を改善（20：1→15：1） △1歳児の職員配置を改善（6：1→5：1） △4・5歳児の職員配置を改善（30：1→25：1） ○私立幼稚園・保育所等・認定こども園の職員給与の改善（3%～5%） ◎小規模保育の体制強化 ◎減価償却費、賃借料等への対応　など
	●地域子ども・子育て支援事業の量的拡充（地域子育て支援拠点、一時預かり、放課後児童クラブ等）	○放課後児童クラブの充実 ○一時預かり事業の充実 ○利用者支援事業の推進　など
	●社会的養護の量的拡充	◎児童養護施設等の職員配置基準の改善 ○児童養護施設等での家庭的な養育環境の推進 ○民間児童養護施設の職員給与等の改善　など

量的拡充・質の向上　合計　0.7兆円程度～1兆円超程度

※「質の向上」の事項のうち、◎は0.7兆円の範囲ですべて実施する事項。○は一部を実施する事項、△はその他の事項

2 全ての子育て家庭への支援

子ども・子育て支援新制度においては、教育・保育施設を利用する子どもの家庭だけでなく、全ての子育て家庭を対象に地域のニーズに応じた多様な子育て支援を充実させることとしている。このことから、①子育て家庭や妊産婦が、教育・保育施設や地域子ども・子育て支援事業、保健・医療・福祉等の関係機関を円滑に利用できるよう、身近な場所での相談や情報提供、助言等必要な支援をするとともに、関係機関との連絡調整、連携・協働の体制づくり等を行う「利用者支援事業」や、②子育て家庭等の負担感・不安感を軽減するため、子育て親子が気軽に集い、交流することができ、子育てに関する相談・援助を行う場の提供や、地域の子育て関連情報の提供、子育て及び子育て支援に関する講習を行う「地域子育て支援拠点事業」、③家庭において保育を受けることが一時的に困難となった乳幼児について、主として昼間において、認定こども園、幼稚園、保育所、地域子育て支援拠点その他の場所において、一時的に預かり、必要な保護を行う「一時預かり事業」、④乳幼児や小学生等の児童を有する子育て中の保護者を会員として、児童の預かり等の援助を受けることを希望する者と当該援助を行うことを希望する者との相互援助活動に関する連絡、調整を行う「ファミリー・サポート・センター事業」、⑤保護者の疾病等の理由により家庭において養育を受けることが一時的に困難となった児童について、児童養護施設等に入所させ、必要な保護を行う「子育て短期支援事業」等を「地域子ども・子育て支援事業」として子ども・子育て支援法に位置付け、財政支援を強化して、その拡充を図ることとしている。

第3節 待機児童の解消などに向けた取組み

1 待機児童解消に向けた保育の充実と総合的な放課後児童対策の推進

厚生労働省では、喫緊の課題である待機児童の解消に向け、「待機児童解消加速化プラン」に基づき取組みを進めているところであり、2013（平成25）から2015（平成27）年度までの3か年で合計約31.4万人分の保育の受け皿拡大を達成し、2017（平成29）年度までの5か年の合計では、約48.3万人分の保育の受け皿拡大を見込んでいる。

2016（平成28）年度補正予算及び2017年度予算において、保育所等整備に必要な予算を確保するとともに、2016年度から実施している企業主導型保育事業により、約5万人分の保育の受け皿拡大を進めていくこととしている。また、預かり保育への補助の充実等により、幼稚園における待機児童の受入れを推進している。

保育の受け皿拡大と合わせて重要な課題である保育人材の確保については、処遇改善や新規の資格取得、就業継続、離職者の再就職といった支援に総合的に取り組むこととしている。特に、民間の保育士等の処遇改善については、従来の取組みに加え、2017年度においては、全ての職員を対象とした2%（月額6千円程度）の改善に加えて、技能・経験に応じたキャリアアップの仕組みを構築し、経験年数がおおむね7年以上の中堅職員に対して月額4万円、経験年数がおおむね3年以上の職員に対して月額5千円の処遇改善を行うこととしている。

また、共働き家庭など留守家庭における小学生の児童に対しては、学校の余裕教室等を活用し、放課後に適切な遊びと生活の場を与えて、その健全な育成を図ることを目的とする放課後児童クラブを実施している。2016年5月1日時点では、放課後児童クラブ数は全国で2万3,619か所、登録児童数は109万3,085人になっている一方で、利用できなかった児童（待機児童）数は1万7,203人となっている。2014（平成26）年7月31日には、文部科学省と厚生労働省が共同で、「小1の壁」を打破するとともに、次代を担う人材を育成するため、「放課後子ども総合プラン」を策定した。

「放課後子ども総合プラン」では、国全体の目標として、2019（平成31）年度末までに、放課後児童クラブについて、約30万人分の追加的な受け皿整備を行い、合計で約122万人分の受け皿を確保することで、利用できない児童の解消を目指すとともに、全小学校区（約2万か所）で、放課後児童クラブと放課後子供教室を一体的に又は連携して実施し、うち一体型の放課後児童クラブ及び放課後子供教室について、1万か所以上で実施することを目指している。

2016年度予算では、「放課後子ども総合プラン」の目標達成に向けて、放課後児童クラブを設置するために小学校の余裕教室や民家・アパート等の改修等を行う事業の補助基準額の増額や、放課後児童クラブをより広い場所に移転して実施する場合の補助事業の創設等を行うとともに、18時半を超えて開所する放課後児童クラブに対し、処遇改善や常勤職員の配置促進に必要な経費の補助を行う放課後児童支援員等処遇改善等事業などを実施し、放課後児童クラブの「量的拡充」と「質の向上」を図った。また、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）において、約30万人分の追加的な受け皿整

備を2018（平成30）年度末に前倒して実現するための方策を検討するとされたことを踏まえ、待機児童が発生している市町村などにおける施設整備の補助率のかさ上げを行った。

さらに、2017年度においても、「ニッポン一億総活躍プラン」を踏まえ、施設整備の補助率のかさ上げの継続や、放課後児童支援員の経験等に応じた新たな処遇改善の実施などに必要な予算が計上されたところである。

第4節　児童虐待防止対策、社会的養護の充実、女性保護施策の推進

1 児童虐待防止対策の取組みの推進

(1) 児童虐待の現状

児童虐待への対応については、2000（平成12）年11月に施行された「児童虐待の防止等に関する法律」（以下「児童虐待防止法」という。）及び「児童福祉法」の累次の改正や、「民法等の一部を改正する法律」（平成23年）による親権停止制度の新設等により、制度的な充実が図られてきた。この間、全国の児童相談所における児童虐待に関する相談対応件数は一貫して増加し、2015（平成27）年度には児童虐待防止法制定直前の約8.9倍に当たる10万3,286件となっている。子どもの生命が奪われるなど重大な児童虐待事件も後を絶たず、児童虐待の防止は社会全体で取り組むべき重要な課題である。

(2) 児童虐待防止対策の取組状況

①児童虐待防止対策に関する総合調整権限について

児童虐待防止対策については、これまでも関係府省庁の協力の下、政府全体として取り組んできたところであるが、児童虐待相談対応件数は増加が続き、また、児童虐待事例が深刻化及び複雑化していることから、児童相談所、学校、警察等の関係機関の連携の強化をはじめ、子どもに関する他の施策とも連携した児童虐待防止対策を講ずることが求められている。

このため、「児童虐待防止対策に関する業務の基本方針について」（平成28年3月29日閣議決定）に基づき、2016（平成28）年4月以降は、児童福祉法及び児童虐待の防止等に関する法律を所管している厚生労働省において、児童虐待について、関係府省庁間の必要な総合調整を行うこととなった。

これらを踏まえ、内閣府、警察庁、総務省、法務省、文部科学省を始めとする関係府省庁と緊密に連携し、児童虐待の発生予防、発生時の迅速・的確な対応、被虐待児童への自立支援について、政府全体で強化を図り、児童虐待防止対策を一層効果的に推進していくこととしている。

②児童福祉法等の一部を改正する法律の成立

児童虐待の現状を踏まえ、発生予防から自立支援までの一連の対策の更なる強化等を図るため、初めて子どもを権利の主体として法律に位置付けるなど児童福祉法の理念を

明確化するとともに、子育て世代包括支援センターの全国展開、市町村及び児童相談所の体制の強化、里親委託の推進等の所要の措置を講ずる「児童福祉法等の一部を改正する法律」（以下「児童福祉法等改正法」という。）が2016年5月27日に成立、同年6月3日に公布された。

③児童福祉法等改正法の円滑な施行に向けた取組み等

1947（昭和22）年の制度創設以来の抜本的な改正をした児童福祉法等改正法の円滑な施行を行うとともに、児童福祉法等改正法案の提出までに結論が出なかった子どもや家庭を巡る諸課題についてスピード感をもって検討する必要がある。さらに、児童福祉法等改正法の進捗状況を把握したり、「新たな子ども家庭福祉」の実現に向けた制度改革全体を鳥瞰するために、2016年7月以降、「新たな社会的養育の在り方に関する検討会」等の4つの検討会等を開催している。

本検討会等のこれまでの議論等を踏まえ、⑴児童福祉司等に義務付けられた研修等の到達目標やカリキュラム等の策定、⑵市町村における子ども等に対する必要な支援（実情の把握、情報の提供、相談、調査、指導、関係機関との連絡調整等）を行うための拠点（市区町村子ども家庭総合支援拠点）の設置運営要綱の策定、⑶児童相談所と市町村が通告等により受理した「児童虐待」又は「児童虐待が疑われる」ケースに関して、共通理解や円滑な情報共有を図り、役割分担を行う指標となる「共通リスクアセスメントツール」の作成等を行うなど、施行に向けて必要な体制・基準等を構築するとともに、全国の自治体へ通知し、児童福祉法等改正法の円滑な施行に向けた取組みを促している。

④児童福祉法及び児童虐待の防止等に関する法律の一部を改正する法律案の提出

児童福祉法等改正法附則第2条第2項では、要保護児童を適切に保護するための措置に係る手続における裁判所の関与の在り方について、児童虐待の実態を勘案しつつ検討し、必要な措置を講ずることとされている。

上記事項についての調査・検討を行うため、前述の4つの検討会等の一つである、「児童虐待対応における司法関与及び特別養子縁組制度の利用促進の在り方に関する検討会」を開催し、議論を進め、2017（平成29）年1月に「児童虐待対応における司法関与の在り方について（これまでの議論の整理）」を取りまとめた。

2017年3月には、これらを踏まえ、虐待を受けている児童等の保護を図るため、家庭裁判所が都道府県等に対して保護者指導を勧告することができることとするなど、児童等の保護についての司法関与を強化する等の措置を講ずる「児童福祉法及び児童虐待の防止等に関する法律の一部を改正する法律案」を第193回通常国会に提出し、児童虐待防止対策の更なる強化に向けて取り組むこととしている（**図表1-4-1**）。

図表1-4-1　児童福祉法及び児童虐待の防止等に関する法律の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

虐待を受けている児童等の保護を図るため、里親委託・施設入所の措置の承認の申立てがあった場合に、家庭裁判所が都道府県に対して保護者指導を勧告することができることとする等、児童等の保護についての司法関与を強化する等の措置を講ずる。

改正の概要

※昨年の「児童福祉法等の一部を改正する法律」（平成28年法律第63号）の附則において、施行後速やかに裁判所の関与の在り方について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとするとされている。

1. 虐待を受けている児童等の保護者に対する指導への司法関与（児童福祉法）

① 里親委託・施設入所の措置の承認（児童福祉法第28条）の申立てがあった場合に、家庭裁判所が都道府県に対して保護者指導を勧告することができることとし、都道府県は、当該保護者指導の結果を家庭裁判所に報告することとする。
② ①の勧告を行い、却下の審判をする場合（在宅での養育）においても、家庭裁判所が都道府県に対して当該保護者指導を勧告することができることとする。
③ ①及び②の場合において、家庭裁判所は、勧告した旨を保護者に通知することとする。

2. 家庭裁判所による一時保護の審査の導入（児童福祉法）

○ 児童相談所長等が行う一時保護について、親権者等の意に反して２ヶ月を超えて行う場合には、家庭裁判所の承認を得なければならないこととする。

3. 接近禁止命令を行うことができる場合の拡大（児童虐待の防止等に関する法律）

○ 接近禁止命令について、現行では、親権者等の意に反して施設入所等の措置が採られている場合にのみ行うことができるが、一時保護や同意のもとでの施設入所等の措置の場合にも行うことができることとする。

4. その他所要の規定の整備

施行期日

公布の日から起算して１年を超えない範囲内において政令で定める日（予定）

⑤児童相談所全国共通ダイヤルについて

児童虐待を受けたと思われる子どもを見つけた時などに、ためらわずに児童相談所に通告・相談ができるように、2015年7月1日から、児童相談所全国共通ダイヤルについて、これまでの10桁番号から3桁番号「189（いちはやく）」に変更し、運用している。さらに、2016年4月に、音声ガイダンスの内容を見直し、児童相談所に電話がつながるまでの平均時間を約70秒から約30秒へ短縮した。

⑥児童虐待による死亡事例等の検証について

児童虐待による死亡事例等について、2004（平成16）年度より、社会保障審議会児童部会の下に設置されている「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」において、児童虐待による死亡事例等について分析・検証し、事例から明らかとなった問題点、課題に対する具体的な対応策を提言として取りまとめており、2016年9月には、「子どもの虐待による死亡事例等の検証結果等について（第12次報告）」を取りまとめた。

第12次報告においては、心中以外の虐待死（43例・44人）では、0歳児死亡が最も多く（約6割）、うち月齢0か月が約半数を占めること、実母が抱える問題として「予期しない妊娠／計画していない妊娠」、「妊婦健診未受診」が高い割合を占めること、心理的虐待による死亡事例の発生が初めて報告されたこと等が特徴としてあげられた。

(3) 児童虐待防止に向けた広報啓発の取組み

児童虐待問題に対する社会的関心の喚起を図るため、2004（平成16）年から、毎年11月を「児童虐待防止推進月間」と位置付け、関係府省庁や、地方公共団体、関係団体

等と連携した集中的な広報・啓発活動を実施している。2016（平成28）年度においては、「さしのべて　あなたのその手　いちはやく」を月間標語として決定し、「子どもの虐待防止推進全国フォーラム」の開催（11月19日・福井県福井市）、広報用ポスター、リーフレット等の作成・配布、政府広報（新聞、インターネットテレビ）により、児童虐待は社会全体で解決すべき問題であることを周知・啓発した。また、児童虐待防止の啓発を図ることを目的に民間団体（認定NPO法人児童虐待防止全国ネットワーク）が中心となって実施している「オレンジリボン運動」を後援している。



2 社会的養護の充実

（1）社会的養護の基本的方向

2016（平成28）年5月に成立した児童福祉法等改正法において、

・国及び地方公共団体は、児童が家庭において心身ともに健やかに養育されるよう、児童の保護者を支援しなければならない。

・ただし、児童及びその保護者の心身の状況、これらの者の置かれている環境その他の状況を勘案し、児童を家庭において養育することが困難であり、又は適当でない場合にあっては、児童が家庭における養育環境と同様の養育環境において継続的に養育されるよう、必要な措置を講じなければならない。

・児童を家庭及び家庭における養育環境と同様の養育環境において養育することが適当でない場合にあっては、児童ができる限り良好な家庭的環境において養育されるよう、必要な措置を講じなければならない。

と規定されたことを踏まえ、養子縁組や里親・ファミリーホームによる家庭養護の推進等を図るとともに、児童養護施設等の施設についても小規模化や地域分散化を図ることとしている。

（2）家庭養護及び家庭的養護の推進

社会的養護が必要な子どもは、温かく安定した環境で養育されることが望ましく、特に乳幼児期は、安定した養育環境の中で愛着関係の基礎が作られるべき大切な時期であり、子どもの最善の利益を考えれば、できる限り家庭における養育環境と同様の環境で育つということが、子どもの心身の健やかな成長、発達が図られる上で非常に重要である。

このため、児童福祉法等改正法においては、都道府県（児童相談所）の業務として、里親の開拓から児童の自立支援までの一貫した里親支援や、養子縁組に関する相談・支援が位置づけられた。また、養子縁組里親を法定化するとともに、養育の質について全国的に一定の水準を確保するため、研修の義務化や欠格要件、都道府県知事による名簿の作成についても、新たに法律に規定された。

これを踏まえ、家庭養護（養子縁組や里親、ファミリーホーム）を優先することを原則とするとともに、児童養護施設等での施設養護についても、施設の小規模化や、地域分散

化によりできる限り家庭的な養育環境に変えていく必要がある。

これまで、「里親支援機関事業」により里親に対する研修や相談・支援を実施しているほか、2011（平成23）年3月に策定した「里親委託ガイドライン」において、里親委託優先の原則を明示し、2012（平成24）年度から、児童養護施設及び乳児院に里親支援専門相談員を配置するなどによる里親の孤立防止等、里親支援の体制を整備している。さらに、2017（平成29）年度予算においては、里親制度の普及促進による新規里親の開拓、里親と児童とのマッチング、委託児童に係る自立支援計画策定、委託後の相談支援等及び養子縁組に関する相談・支援を行う「里親支援事業」を創設した。

また、第192回国会において、議員立法として提出された民間あっせん機関による養子縁組あっせんに係る児童の保護等に関する法律（平成28年法律第110号）が、2016（平成28）年12月9日に成立した。同法は、養子縁組あっせん事業について許可制度とし、その業務の適正な運営を確保するための措置を講じようとするものであり、施行日は公布の日から2年以内に政令で定める日とされている。

一方、施設では、ケア形態の小規模化を図るため、児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設及び児童自立支援施設を対象とした小規模グループケアの実施や、地域小規模児童養護施設の設置を進めてきている。2012年度から、地域小規模児童養護施設等を賃貸物件を活用して運営する場合に、賃借料の一部を措置費に算定できるようにするなどしている。また、2015（平成27）年度からの15年間を推進期間とした里親等への委託及び児童養護施設等の小規模化を推進するための計画を各施設（児童養護施設、乳児院）と各自治体が策定し、当該計画に基づく地域の実情に即した計画的な取組みを行っているところである。

(3) 施設を退所した子どもの自立支援策の拡充

社会的養護の下で育った子どもは、施設等を退所し自立するに当たり、保護者等から支援を受けられない場合が多く、その結果様々な困難に突き当たることが多いことから、個々の児童の状況に応じた支援を実施し、将来の自立に結びつけることが重要である。

2015（平成27）年度には、養育環境等により十分な学習機会が確保されていない児童養護施設入所児童等に対して退所後の自立支援につなげるため、学習支援の充実を図るほか、新たに自立援助ホーム入居者についても、就職に際して退居した場合に、就職支度費の支弁対象とした。

また、児童養護施設等を退所し、就職や進学する者等の安定した生活基盤を築き、円滑な自立を実現するため、家賃相当額や生活費の貸付及び児童養護施設等に入所中の子ども等を対象に、就職に必要な各種資格を取得するための経費について貸付を行い、就業継続等の条件により返還を免除する「児童養護施設退所者等に対する自立支援資金貸付事業」を創設した。

また、児童福祉法等改正法において、自立援助ホームについて、22歳の年度末までの間にある大学等就学中の者が対象に追加されたことを受け、20歳到達後から22歳の年度末までの間における支援に要する費用の補助として「就学者自立生活援助事業」を創設するとともに、大学等に就学していない自立援助ホームの入所者や里親等への委託、児童養護施設等への入所措置を受けていた者についても同様に18歳（措置延長の場合は20歳）

到達後も、原則22歳に達する日の属する年度の末日まで引き続き必要な支援を受けることができるよう「社会的養護自立支援事業」を創設した。

(4) 社会的養護に関する施設機能の充実

社会的養護の施設が質の高い支援を実施するためには、体制面の充実や第三者評価の適切な実施が不可欠である。このため、2011（平成23）年6月に、施設の最低基準を改正し、児童養護施設等の居室の面積基準の引上げその他の改善を行った。また、施設運営の質を向上させるため、2011年9月に施設の最低基準を改正し、第三者評価及び施設長研修を義務付けた。

第三者評価については、2012（平成24）年度から3か年度に1回以上の受審を義務化し、2015（平成27）年3月には、評価効果を上げるために基準の改定を行った。

また、社会的養護関係施設等の運営や支援の質の向上を図るため、2012年3月に、児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設、児童自立支援施設、母子生活支援施設の5つの施設運営指針と里親及びファミリーホーム養育指針を策定し、2015年4月には自立援助ホーム運営指針を策定した。

2015年度には、虐待を受けた子どもなど社会的養護が必要な子どもを、より家庭的な環境で育てることができるよう職員配置の改善や、職員の処遇改善、人材定着を図るため、民間児童養護施設等の職員給与の改善を行った。さらに2017（平成29）年度には、民間児童養護施設等の業務の困難さに応え、人材確保と育成を図るため、民間の児童養護施設職員等について2%の処遇改善を行うとともに、虐待や障害等のある子どもへの夜間を含む業務内容を評価した処遇改善に加え、職務分野別のリーダー的業務内容や支援部門を統括する業務内容を評価した処遇改善を実施することとした。

(5) 被措置児童等虐待の防止

施設入所や里親委託などの措置がとられた児童等（被措置児童等）への虐待があった場合には、児童等を保護し、適切な養育環境を確保することが必要である。また、施設や事業者を監督する立場にある都道府県等は、不適切な施設運営や事業運営について、児童福祉法に基づき適切に対応する必要がある。

このため、2009（平成21）年に施行された改正児童福祉法では、

①被措置児童等虐待に関する都道府県等への通告や届出

②通告した施設職員等に対する不利益取扱いの禁止

③届出通告があった場合に都道府県等が講じるべき調査等の措置

等が規定された。これを受けて厚生労働省では「被措置児童等虐待対応ガイドライン」を作成し、被措置児童等虐待の防止に取り組んでいるところである。

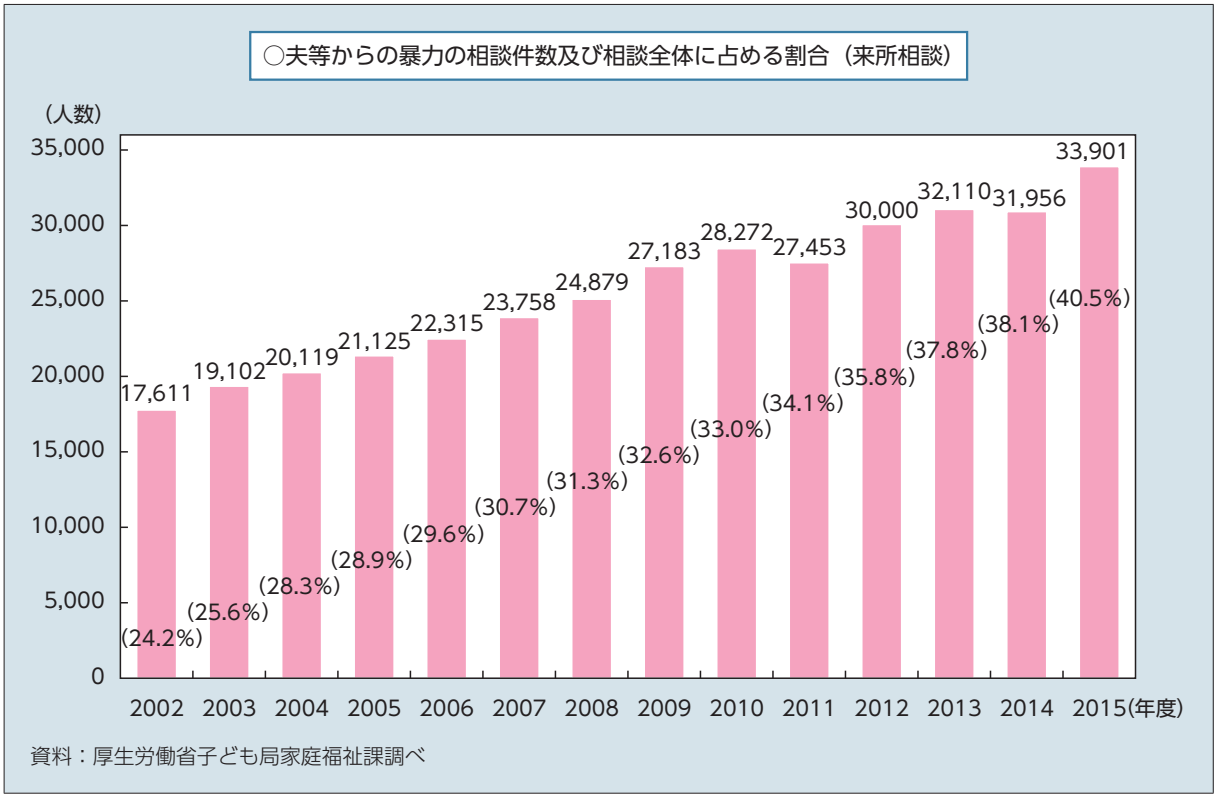
3 女性保護施策の推進

(1) 配偶者からの暴力の現状

配偶者からの暴力は、人権を著しく侵害する大きな社会問題である。2015（平成27）年度の全国の婦人相談所及び婦人相談員の受け付けた来所による女性相談者の実人員を見ても、83,718人（2014（平成26）年度83,886人）のうち、「夫等の暴力」を主訴とす

る者が33,901人（2014年度31,956人）であり、相談理由の40.5%（2014年度38.1%）を占めるなど、配偶者からの暴力被害者の割合が増加しており（図表1-4-2）、関係府省（内閣府、警察庁等）及び関係機関（配偶者暴力相談支援センター、警察、裁判所等）との密接な連携を図り、引き続き取組みの強化が必要とされている。

図表1-4-2　婦人相談所及び婦人相談員による相談



資料：厚生労働省子ども局家庭福祉課調べ

(2) 配偶者からの暴力対策等の取組状況

配偶者からの暴力被害者等に対する相談・保護等の支援については、

①配偶者からの暴力を受けた被害者の一時保護及び民間シェルターや母子生活支援施設等一定の基準を満たす者への一時保護委託の実施

②婦人相談所職員や婦人相談員等の相談担当職員に対する専門研修の実施

③婦人相談所における休日・夜間電話相談事業の実施及び関係機関とのネットワーク整備

④婦人相談所一時保護施設及び婦人保護施設における心理療法担当職員及び同伴児童へのケアを行う指導員の配置

⑤婦人相談所一時保護施設及び婦人保護施設の夜間警備体制の強化

⑥婦人相談所における法的対応機能強化事業の実施

⑦外国人被害女性等を支援する専門通訳者養成研修事業の実施

など、各種施策を実施している。

2013（平成25）年に、「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」（以下「配偶者暴力防止法」という。）が一部改正され、生活の本拠を共にする交際相手からの暴力及びその被害者に対しても、配偶者暴力防止法が適用されることとなった。（2014（平成26）年1月3日施行。施行後は、「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に

関する法律」）

2013年には、「ストーカー行為等の規制等に関する法律」が一部改正され、「婦人相談所その他適切な施設」においてストーカー行為等の相手方（婦人相談所においては被害女性）に対する支援に努めることが明記された（2013年10月3日施行）。

また、2017（平成29）年度より、婦人相談所等で行う相談、保護、自立支援等の取組みを強化するため、福祉事務所等に配置されている婦人相談員の手当を勤務実態に応じた手当額となるよう見直すとともに、都道府県において、婦人相談員等の経験年数等に応じた研修が実施できるよう、研修実施回数の増加を図っている。また、婦人保護施設等における同伴児童対応職員の配置を拡充することにより、同伴児童に対する支援体制の強化を図るとともに、婦人保護施設入所者の就職活動のための旅費を支給することにより、自立のための就労支援の充実を図っている。

(3) 人身取引被害女性の保護

人身取引被害女性の保護については、婦人相談所においては、409名（2001（平成13）年4月1日～2016（平成28）年3月31日）の保護が行われてきたところである。

なお、「人身取引対策行動計画2014」に基づき、人身取引被害女性の保護・支援を図っているところであり、婦人相談所等においても、警察、入国管理局、大使館、IOM（国際移住機関）等の関係機関と連携を図りながら、被害女性の立場に立った保護・支援を実施している。

第5節 子どもの貧困対策

2014（平成26）年8月に策定した「子供の貧困対策に関する大綱」に基づき、ひとり親家庭の子どもへの学習支援の充実や生活困窮者自立支援法による生活困窮世帯の子どもに対する学習支援事業の恒久的な実施、児童養護施設の職員配置の改善など社会的養護の体制整備、ひとり親家庭の親の学び直し支援などによる就業支援などを進めた。また、こうした取組みを含む子供の貧困対策については官公民の連携等によって国民運動として展開する必要があるため「子供の未来応援国民運動」を立ち上げ、各種支援情報の総合的なポータルサイトの整備などを行った。

また、2015（平成27）年12月に開催された「子どもの貧困対策会議」において「すくすくサポート・プロジェクト」（すべての子どもの安心と希望の実現プロジェクト）を決定し、施策の更なる充実を図ることとした。

これらの取組みにより、厳しい環境にある女性や子ども達を支援し、子どもの将来がその生まれ育った環境によって左右されることのないよう、必要な環境整備を進めている。

子供の貧困率については、「平成28年国民生活基礎調査」によると、13.9%となり、前回調査の16.3%と比べて2.4ポイント改善した。また、いわゆるひとり親家庭（大人が一人で子供がいる現役世帯）の貧困率は50.8%となり、前回の54.6%と比べて3.8ポイント改善した[*1]。

＊1 厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査」及び「平成25年国民生活基礎調査」

第6節　ひとり親家庭の総合的な自立支援の推進

1 ひとり親家庭を取り巻く状況

母子世帯数（未婚、死別又は離別の女親と、その未婚の20歳未満の子どものみから成る一般世帯）は、2015（平成27）年で75万4,724世帯になっており、父子世帯数（未婚、死別又は離別の男親と、その未婚の20歳未満の子どものみから成る一般世帯）は、同年で8万4,003世帯になっている*2。

母子世帯になった理由別にみると、死別世帯が7.5%、生別世帯が92.5%になっている*3。

就業の状況については、2011（平成23）年には、母子家庭の母は80.6%が就業している。このうち、常用雇用者が39.4%、臨時・パートが47.4%になっている。一方、父子家庭の父は91.3%が就業しており、このうち常用雇用者が67.2%、事業主が15.6%、臨時・パートが8.0%になっている*4。

母子世帯の母自身の平均年間収入は223万円であり、児童のいる世帯の1世帯当たり平均所得金額673万円と比べて低い水準となっている。一方、父子世帯の父自身の平均年間収入は380万円であり、母子世帯より高い水準にあるが、300万円未満の世帯も43.6%になっている*5。

2 ひとり親家庭の自立支援の取組み

ひとり親家庭等に対する支援については、「母子及び父子並びに寡婦福祉法」等に基づき、①保育所の優先入所、日常生活支援事業等の子育て・生活支援策、②母子家庭等就業・自立支援センター事業、母子家庭等自立支援給付金等の就業支援策、③養育費相談支援センターの設置等の養育費の確保策、④児童扶養手当の支給、母子父子寡婦福祉資金の貸付けによる経済的支援策といった総合的な自立支援策を展開してきた。

しかしながら依然として、経済的に厳しい状況に置かれたひとり親家庭や多子世帯が増加傾向にあり、これらの方の自立のためには、

・支援が必要な方に行政のサービスを十分に行き届けること
・複数の困難な事情を抱えている方が多いため一人一人に寄り添った支援の実施
・ひとりで過ごす時間が多い子ども達に対し、学習支援も含めた温かい支援の実施
・安定した就労による自立の実現

が必要である。

このため、2015（平成27）年12月に「すくすくサポート・プロジェクト」を策定し、就業による自立に向けた就業支援を基本としつつ、子育て・生活支援、学習支援などの総合的な支援を充実している（図表1-6-1）。

具体的には、①支援につながる、②生活を応援、③学びを応援、④仕事を応援、⑤住ま

＊2　総務省「国勢調査」(2015年)
＊3　厚生労働省「全国母子世帯等調査」(2011年)
＊4　厚生労働省「全国母子世帯等調査」(2011年)
＊5　厚生労働省「全国母子世帯等調査」(2011年)、児童のいる世帯については厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査」

いを応援、⑥社会全体で応援という6つの柱に沿って、

・自治体の相談窓口のワンストップ化の推進
・放課後児童クラブ等の終了後に、ひとり親家庭の子どもの生活習慣の習得・学習支援や食事の提供等を行うことが可能な居場所づくりの実施
・児童扶養手当の機能の充実
・教育費負担軽減など、子どもの学習支援の充実
・高等職業訓練促進給付金の充実など、就職に有利な資格の取得の促進
・ひとり親家庭等に対する住居確保の支援
・「子供の未来応援国民運動」の推進

などを推進している。

児童扶養手当の機能の充実については、第2子・第3子以降の加算額を最大で倍増させる「児童扶養手当法等の一部を改正する法律」が、第190回通常国会で成立し、2016（平成28）年8月1日から施行されている。

図表1-6-1 ひとり親家庭等の自立支援策の体系

「すくすくサポート・プロジェクト」（すべての子どもの安心と希望の実現プロジェクト）
（平成27年12月21日子どもの貧困対策会議決定）

Ⅰ ひとり親家庭・多子世帯等自立応援プロジェクト（全体像）

支援につながる

自治体窓口ワンストップ化の推進
○ワンストップ相談体制整備
○窓口の愛称・ロゴマークの設定
○相談窓口への誘導強化
○携帯メールによる双方型支援
○集中相談体制の整備　等

生活を応援

1 子どもの居場所づくり
○放課後児童クラブ等の終了後に生活習慣の習得・学習支援等を行う居場所づくりの実施
2 児童扶養手当の機能の充実
○第2子・第3子加算額を倍増
3 養育費の確保支援
○地方自治体での弁護士による養育費相談
○離婚届書等の交付時に養育費の合意書ひな形も同時交付
○財産開示制度等に係る所要の民事執行法の改正の検討　等
4 母子父子寡婦福祉資金貸付金の見直し
○利率の引き下げ
5 保育所等利用における負担軽減
○年収約360万円未満の世帯の保育料負担軽減

学びを応援

1 教育費の負担軽減の推進
○幼児教育無償化へ向けた取組の段階的推進
○高校生等奨学給付金事業の充実
○大学等奨学金事業の充実　等
2 子どもの学習支援の充実
○高等学校卒業認定試験合格事業の対象追加
○生活困窮世帯等の子どもの学習支援の充実
○地域未来塾の拡充
○官民協働学習支援プラットフォームの構築　等
3 学校をプラットフォームとした子どもやその家族が抱える問題への対応
○SSWの配置拡充
○訪問型家庭教育支援の推進　等

社会全体で応援

1 子どもの未来応援国民運動の推進
○支援情報ポータルサイトの準備　等
2 子どもの未来応援地域ネットワーク形成支援
○「地域応援子供の未来応援交付金」創設

仕事を応援

1 就職に有利な資格の取得の促進
○高等職業訓練促進給付金の充実
○高等職業訓練促進資金貸付事業創設
○自立支援教育訓練給付金の充実　等
2 ひとり親家庭の就労支援
○出張ハローワークの実施
○マザーズハローワークでの支援
○企業への助成金の活用・拡充　等
3 ひとり親が利用しやすい能力開発施策の推進
○求職者支援訓練における託児サービス支援付き訓練コース等の創設
○職業訓練におけるeラーニング
○ジョブ・カードを活用した雇用型訓練の推進　等

住まいを応援

ひとり親家庭等に対する住居確保支援
○公的賃貸住宅等における居住の安定の確保
○ひとり親家庭向け賃貸住宅としての空き家の活用の促進
○生活困窮者に対する住居確保給付金の支給
○新たな生活場所を求めるひとり親家庭等に対する支援　等

第7節　母子保健医療対策の推進

1 地域における切れ目のない妊娠・出産支援の強化

地域のつながりの希薄化等から、地域において妊産婦の方やその家族を支える力が弱くなっているとの指摘がある。より身近な場で妊産婦等を支える仕組みが必要であることから、妊娠・出産を経て子育て期にわたるまでの切れ目のない支援の強化を図っていくことが重要である。このため、2015（平成27）年度から、妊娠期から子育て期にわたるまでの様々なニーズに対して総合的相談支援を提供する子育て世代包括支援センターを立ち上げ、保健師等の専門職が全ての妊産婦等の状況を継続的に把握し、必要に応じて支援プランを作成するとともに、関係機関と連携することにより、妊産婦等に対し切れ目のない支援を提供する体制の構築に向けて取り組んでいるところである。ニッポン一億総活躍プラン等において、今後、おおむね2020年度末までに地域の実情等を踏まえながら全国展開を目指すこととしており、同センターを法定化する改正母子保健法が2017（平成29）年4月から施行された。さらに、特に支援が必要とされる産前・産後の時期において助産師等による相談支援を行う「産前・産後サポート事業」や、退院直後の母子の心身のケアを行う「産後ケア事業」の推進を図っている。

2 不妊に悩む夫婦への支援

経済的な負担が大きい体外受精と顕微受精については、2004（平成16）年度から、費用の一部の助成を行っている。この助成事業については、2009（平成21）年度から助成額の治療1回当たり上限額を15万円まで、2011（平成23）年度から、1年度目の助成対象回数を年3回まで拡大するとともに、2013（平成25）年度には、一部助成単価の適正化を図っている（2014（平成26）年度支給実績：152,320件）。

2013年度には助成事業の今後のあり方についての検討会を開催し、不妊治療に係る医学的知見を踏まえ、より安心・安全な妊娠・出産に資するよう、助成対象範囲の見直しを行い、2014年度から見直しの一部実施、2016（平成28）年度から見直しを全面実施し、対象年齢を43歳未満、通算助成回数を6回（助成開始年齢が40歳以上の場合は3回）とし、年間助成回数の制限を撤廃した。さらに、2016年1月から、早期の受診を促すため、出産に至る割合が多い初回治療の助成額を15万円から30万円に拡充するとともに、不妊の原因が男性にある場合に精子回収を目的とした手術療法を実施した場合、更に15万円を上限に上乗せして助成している。

さらに、不妊に関する医学的な相談や、不妊による心の悩みの相談などを行う「不妊専門相談センター事業」を実施している。

3 子どもの心の健康支援等

様々な子どもの心の問題等に対応するため、都道府県域における拠点病院を中核とし、各医療機関や保健福祉機関等と連携した支援体制の構築を図る「子どもの心の診療ネットワーク事業」を実施している。

また、入院を必要とする未熟児に対しては、その養育に必要な医療の給付等を行っており、2013（平成25）年度からは事務の実施権限が都道府県、政令市及び特別区から市区町村に移譲された。

これらのほか、新生児スクリーニングとして、先天性代謝異常等の早期発見・早期治療を図るための都道府県における先天性代謝異常等検査や、聴覚障害の早期発見・早期療育を図るための市区町村における新生児聴覚検査の確実な実施に向け取組みを促している。

4 妊婦の健康管理の充実と経済的負担の軽減

妊婦健康診査については、2013（平成25）年度以降、実施に必要な回数及び項目につき地方財源を確保し、地方交付税措置を講じている。また、妊婦健康診査が、子ども・子育て支援法の地域子ども・子育て支援事業の一つに位置づけられたことに伴い、妊婦に対する健康診査の望ましい基準（平成27年厚生労働省告示第226号）を定め、妊婦健康診査における望ましい検査項目や内容等について定めている。

加えて、出産育児一時金制度については2011（平成23）年4月以降、支給額を原則42万円にしている。

5 「健やか親子21」の推進

「健やか親子21」は、21世紀の母子保健の取組みの方向性と目標を示し、関係機関・団体が一体となって推進する国民運動であり、2001（平成13）年から取組みを開始した。

「健やか親子21（第2次）」（2015（平成27）年度～2024年度）では、3つの基盤課題と2つの重点課題[*6]を設定し、「すべての子どもが健やかに育つ社会」の実現に向けて取り組むこととしている。なお、この取組みの一環である「マタニティマーク」については2017（平成29）年3月で11周年を迎えた。これからの10年に向け、マークの意味を正しく理解していただく等の取組みを進める「マタニティマーク　ファクトブック」を作成し公表した。引き続き妊産婦にやさしい環境づくりを推進していく。

第8節 仕事と育児の両立支援策の推進

1 現状

育児・介護期は特に仕事と家庭の両立が困難であることから、労働者の継続就業を図るため、仕事と家庭の両立支援策を重点的に推進する必要がある。

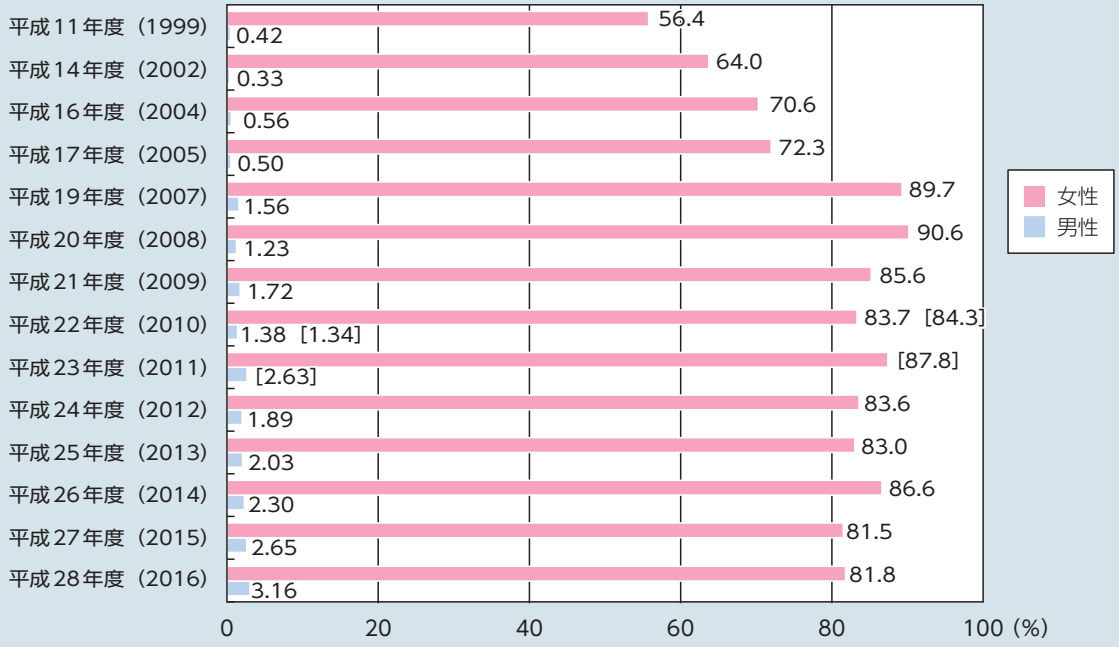
直近の調査では、女性の育児休業取得率は81.8%（2016（平成28）年度）と、育児休業制度の着実な定着が図られている（**図表1-8-1**）。しかし、第1子出産後の女性の継続就業割合をみると、53.1%（2015（平成27）年度）となっており、いまだに半数近く

＊6 「健やか親子21（第2次）」の課題は、以下の通り。
基盤課題A　切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策
基盤課題B　学童期・思春期から成人期に向けた保健対策
基盤課題C　子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり
重点課題①育てにくさを感じる親に寄り添う支援
重点課題②妊娠期からの児童虐待防止対策

の女性が出産を機に離職している（図表1-8-2）。

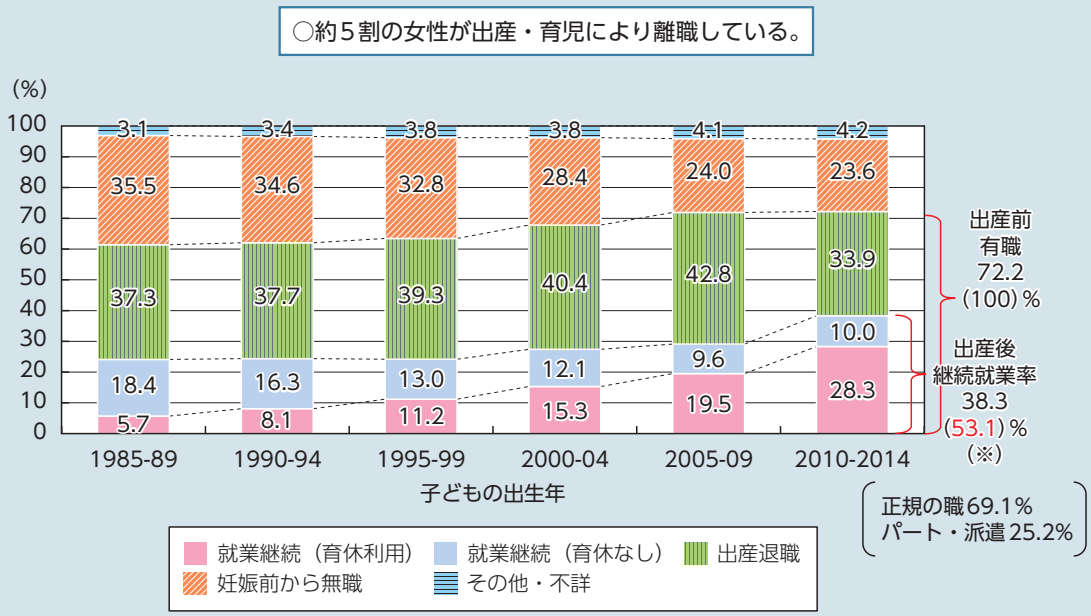
また、男性の約3割が育児休業を取得したいと考えているとのデータもある中、実際の取得率は3.16%（2016年度）にとどまっている。さらに、男性の子育てや家事に費やす時間も先進国中最低の水準である。こうした男女とも仕事と生活の調和をとることが難しい状況が女性の継続就業を困難にし、少子化の原因の一つになっていると考えられる。

図表1-8-1　育児休業取得率の推移



出典：厚生労働省「雇用均等基本調査」
（※）　平成26年度調査においては、平成24年10月1日から平成25年9月30日までの1年間。
（注）　平成22年度及び平成23年度の［　］内の比率は、岩手県、宮城県及び福島県を除く全国の結果。

図表1-8-2　第１子出生年別にみた、第１子出産前後の妻の就業変化



資料：国立社会保障・人口問題研究所「第15回出生動向基本調査（夫婦調査）」
（※）（　）内は出産前有職者を100として、出産後の継続就業者の割合を算出

2 育児・介護休業法

こうした状況の中、男女ともに子育て等をしながら働き続けることができる環境を整備するため、「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」（以下、「育児・介護休業法」という。）において、短時間勤務制度や所定外労働の制限の義務化のほか、父母がともに育児休業を取得する場合の育児休業取得可能期間の延長（パパ・ママ育休プラス）、父親が配偶者の出産後８週間以内に育児休業を取得した場合に再度の育児休業の取得を可能とする等、父親の育児休業取得を促進するための制度が規定されている。

また、2017（平成29）年１月から、有期契約労働者の育児休業の取得要件緩和や、子の看護休暇の半日単位での取得などを可能とする改正育児・介護休業法が施行されている。

この改正内容を含めた育児・介護休業法の定着を図るとともに、育児・介護休業や短時間勤務制度等の両立支援制度を安心して利用できる職場環境の整備を支援している。

さらに、都市部を中心に待機児童が多く見られることが背景となり、子が１歳６か月に達するまで育児休業を取得してもなお保育所に入れず、やむを得ず離職する方が一定数いることから、同様の場合に、緊急的なセーフティネットとして、最長で子が２歳に達するまで育児休業を延長できることのほか、男性の育児休業取得の促進等のため、事業主に対して育児休業等を従業員に個別に周知すること、子が小学校就学前まで利用できる育児目的休暇を設けることを努力義務とする育児・介護休業法の改正を含む「雇用保険法等の一部を改正する法律」が成立し、2017年10月１日より施行されることとなっている。

3 企業における次世代育成支援の取組み

次代の社会を担う子どもが健やかに生まれ育つ環境をつくるために、「次世代育成支援対策推進法」（以下「次世代法」という。）に基づき、国、地方公共団体、事業主、国民が

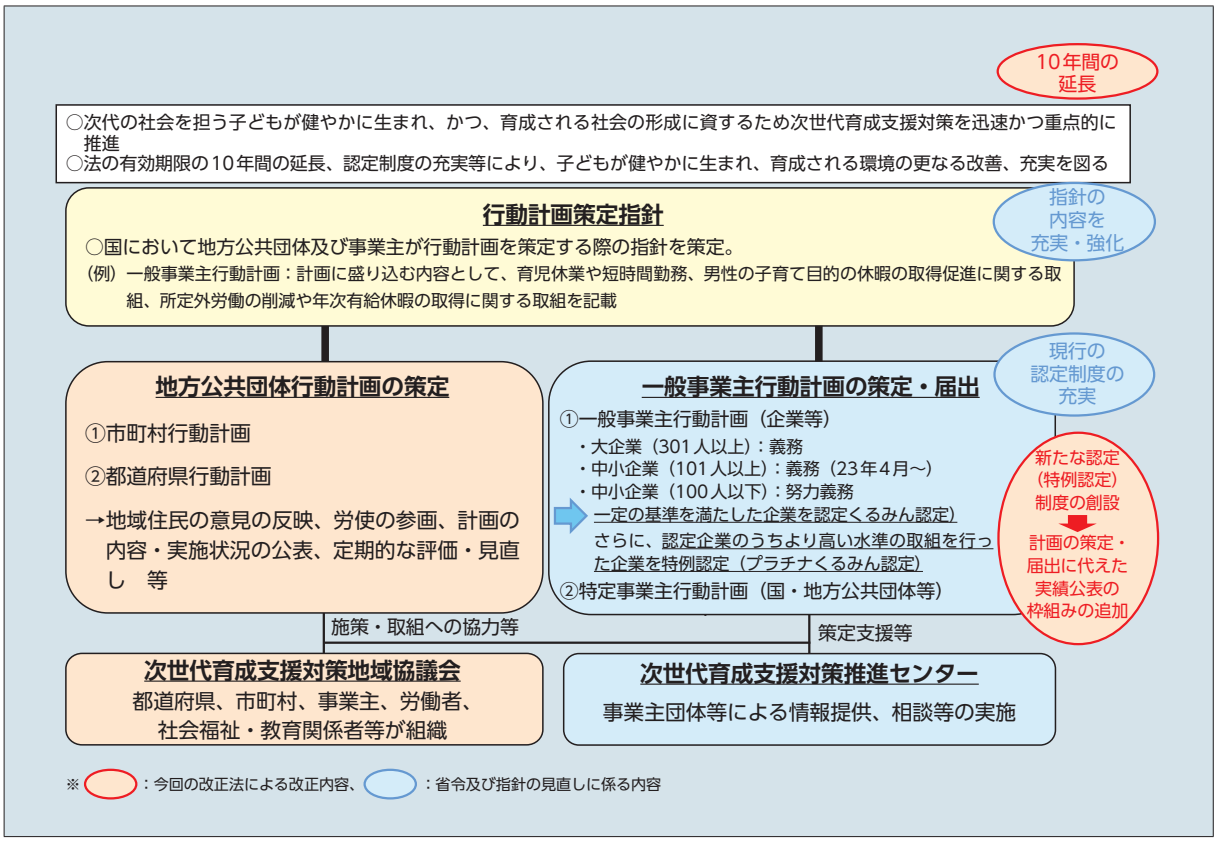
それぞれの立場で次世代育成支援を進めている（図表1-8-3、図表1-8-4）。

地域や企業の子育て支援に関する取組みを促進するため、常時雇用する従業員数が101人以上の企業に対し、一般事業主行動計画（以下「行動計画」という。）の策定・届出等を義務づけ、次世代育成支援対策推進センター（行動計画の策定・実施を支援するため指定された事業主団体等）、労使団体及び地方公共団体等と連携し、行動計画の策定・届出等の促進を図っている。

また、適切な行動計画を策定・実施し、その目標を達成するなど一定の要件を満たした企業は「子育てサポート企業」として厚生労働大臣の認定（くるみん認定）を受け、認定マーク（愛称：くるみん）を使用することができる。

2015（平成27）年4月1日からはくるみん認定を受けた企業のうち、より高い水準の両立支援の取組みを行い、一定の要件を満たした場合に認定を受けられる特例認定（プラチナくるみん認定）制度が施行されており、特例認定を受けた企業は認定マーク（愛称：プラチナくるみん）を使用することができる。

図表1-8-3　次世代育成支援対策推進法の概要と改正のポイント（平成17年4月から平成27年3月までの10年間の時限立法を、10年間延長）



この認定制度及び認定マークの認知度を高めるため、認定企業の取組事例や認定を受けるメリット等を積極的に紹介するとともに、認定企業に対する税制上の優遇措置や公共調達における加点評価について、幅広く周知し、認定の取得促進を図っていく。

また、2017（平成29）年4月には、多方面から子育てサポートに取り組む企業を認定するため、労働時間に関する基準の追加、男性の育児休業取得に関する基準の厳格化、関係法令に違反する重大な事実の範囲の拡大など、認定基準等の見直しを行った。

図表1-8-4 企業における次世代育成対策推進の取組み状況

【参考：平成29年3月末時点】

○一般事業主行動計画届出状況

規模計	70,373社	
301人以上企業	15,726社	（届出率98.5%）
101人以上300人以下企業	30,560社	（届出率97.8%）
100人以下企業	24,087社	

○くるみん認定企業　2,695社



「くるみん」



「プラチナくるみん」

4 仕事と家庭を両立しやすい環境整備の支援

育児や介護を行う労働者が働き続けやすい雇用環境の整備を行う事業主を支援するため、両立支援等助成金を支給している。

①事業所内保育施設コース

労働者のための事業所内保育施設を設置・運営等したとき

②出生時両立支援コース

男性労働者が育児休業を取得しやすい職場風土作りに取り組み、子の出生後8週間以内に開始する育児休業を取得した男性労働者が生じたとき

③介護離職防止支援コース

仕事と介護の両立のための職場環境整備に関する取組みを行うとともに、介護休業の取得・職場復帰や仕事と介護の両立のための勤務制度の円滑な利用のための取組みを行ったとき

④育児休業等支援コース

・育休取得時

育休復帰支援プランを作成した上で、プランに基づく取組みを実施し、労働者が育児休業を取得したとき

・職場復帰時

「育休取得時」の対象労働者を原職等に復帰させたとき

・代替要員確保時

育児休業取得者の代替要員を確保し、同育児休業取得者を原職等に復帰させたとき

⑤再雇用者評価処遇コース

妊娠、出産、育児又は介護を理由として退職した者が、就業が可能になったときに復職できる再雇用制度を導入し、希望する者を採用したとき

また、インターネットで設問に答えると自社の「仕事と家庭の両立のしやすさ」を点検・評価することができる両立指標や両立支援を積極的に取り組んでいる企業の取組み等

を掲載したサイト「女性の活躍・両立支援総合サイト」[*7]による効果的・効率的な情報提供等により、仕事と家庭の両立に向けた企業の自主的な取組みを促進している。

さらに、事業主が労働者の育児休業の取得及び育児休業後の円滑な職場復帰による継続就労を支援するために策定する「育休復帰支援プラン」の普及を図っている。また、労働者が育児休業を取得しやすくし、職業生活の円滑な継続を援助、促進するために、育児休業給付金を支給している。

加えて、仕事と育児・介護等との両立支援のための取組みを積極的に行って成果を上げている企業に対し、公募で「均等・両立推進企業表彰」を実施し、その取組みを広く周知することにより、労働者が仕事と家庭を両立しやすい職場環境の整備を促進している。2016（平成28）年度はファミリー・フレンドリー企業部門厚生労働大臣優良賞を大和証券株式会社、社会医療法人明和会医療福祉センター、株式会社リコーが受賞した。

このほか、育児を積極的に行う男性「イクメン」を応援し、男性の育児休業取得を促進する「イクメンプロジェクト」を実施している。男性の仕事と育児の両立を積極的に促進する企業を対象とした「イクメン企業アワード」、管理職を対象とした「イクボスアワード」等表彰の実施のほか、人事労務担当者向けセミナーの実施や啓発用動画の作成、企業の事例集等広報資料の作成・配付、公式サイトの運営等により男性が育児をより積極的に楽しみ、かつ、育児休業を取得しやすい社会の実現を目指している。

さらに、職場における母性健康管理を推進するため、企業や女性労働者に対して母性健康管理に関する情報を提供する支援サイト「妊娠・出産をサポートする　女性にやさしい職場づくりナビ」の運営等を行っている。

＊7　「女性の活躍・両立支援総合サイト」ホームページ　http://positive-ryouritsu.mhlw.go.jp/

第2章 働き方改革の推進などを通じた労働環境の整備など

第1節 非正規労働者の待遇改善、長時間労働の是正等

1 非正規雇用の現状と対策

(1) 非正規雇用の現状と課題

近年、有期契約労働者やパートタイム労働者、派遣労働者といった非正規雇用労働者は全体として増加傾向にあり、2016（平成28）年には2,023万人と、雇用者全体の約4割を占める状況にある。しかし、これらは、高齢者が増える中、高齢層での継続雇用により非正規雇用が増加していることや、景気回復に伴い女性を中心にパートなどで働き始める労働者が増加していることなどの要因が大きい。

高齢者や学生アルバイトなど、非正規雇用の全てが問題というわけではないが、正規雇用を希望しながらそれがかなわず、非正規雇用で働く者（不本意非正規）も15.6%（2016年）存在し、特に25～34歳の若年層で24.3%（2016年）と高くなっている。非正規雇用の労働者は、雇用が不安定、賃金が低い、能力開発機会が乏しいなどの課題がある。このため、正規雇用を希望する非正規雇用労働者の正規雇用化を進めるとともに、雇用の安定や処遇の改善に取り組んでいくことが重要である。

(2) 非正規雇用の労働者への総合的な対策の推進

1 正社員転換・待遇改善の推進

正社員を希望する方の正社員転換や非正規雇用を選択する方の待遇改善を推進するため、「正社員転換・待遇改善実現プラン」（2016（平成28）年1月正社員転換・待遇改善実現本部決定）や「地域プラン」（2016年3月までに都道府県労働局本部にて決定）に基づき、非正規雇用労働者の正社員転換・待遇改善を強力に推進している。これらの施策のうちの1つであるキャリアアップ助成金は、非正規雇用労働者の正社員化、人材育成、処遇改善の取組みを図る事業主に対して助成を行っており、2017（平成29）年4月からは、正規雇用労働者と共通の諸手当制度を非正規雇用労働者に適用した事業主に対する助成を新設する等、拡充を行っている。

また、どの働き方を選択してもしっかりした処遇を受けられるようにし、人々が自分のライフスタイルに合わせて多様な働き方を自由に選べるようにすべく、同一労働同一賃金の実現に取り組むことが重要である。このため、2016年12月に「同一労働同一賃金ガイドライン案」が公表された。これは、いわゆる正規雇用労働者と非正規雇用労働者との間で、待遇差が存在する場合に、いかなる待遇差が不合理なものであり、いかなる待遇差は不合理なものでないかが示されたものである。

さらに、「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）では、ガイドライン案の実効性を担保するため、その根拠を整備する法改正を行うこととされている。今後は実行計画に基づき、関連法案を早期に国会に提出することとされている。ガイドライン案については、関係者の意見や改正法案についての国会審議を踏まえて最終的

に確定し、改正法の施行日に施行することとされている。

加えて、企業における非正規雇用労働者の待遇改善を支援するため、2017年度より全都道府県に「非正規雇用労働者待遇改善支援センター」を設置し、労務管理の専門家による個別相談援助や電話相談等を実施する。

フリーターなどの就職支援のため、「わかものハローワーク」（2017年4月1日現在28か所）等を拠点に、担当者制による個別支援、正社員就職に向けたセミナーやグループワーク等各種支援、就職後の定着支援を実施しており、2016年は約30.8万人が就職した。

また、ニート、フリーターなどの職業経験、技能、知識の不足等から安定的な就職が困難な求職者について、正規雇用化等の早期実現を図るため、これらの者を公共職業安定所等の紹介を通じて一定期間試行雇用する事業主に対して助成措置（トライアル雇用助成金）を講じているところである。

さらに、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）を受けて、職務、勤務地、労働時間に着目した「多様な正社員」モデルの普及・促進を図るため、2013（平成25）年9月から開催した「「多様な正社員」の普及・拡大のための有識者懇談会」において取りまとめられた、多様な正社員の「雇用管理上の留意事項」について、周知を行った。また、導入を促進するための取組みとして、周知徹底（シンポジウムやセミナーの開催）、導入支援（モデル就業規則の作成等）、相談支援（コンサルティング）を実施した。合わせて、キャリアアップ助成金において、勤務地限定正社員制度や職務限定正社員制度を新たに導入し、対象労働者を転換した企業に対し、助成額の加算を行い、一層の制度普及の促進を図ることとしている。

2 能力開発機会の確保

ハローワークの求職者のうち、就職のために職業訓練が必要な者に対して無料のハロートレーニング（公的職業訓練）を実施し、安定した就職に向けて能力開発機会を提供している。具体的には、主に雇用保険受給者を対象として、おおむね3か月から1年の公共職業訓練を実施しているほか、雇用保険を受給できない者を対象として2か月から6か月の求職者支援訓練を実施している。また、2017年度より、非正規雇用労働者等を対象として、国家資格の取得等を目指す長期の訓練コースを新設・拡充し、高い可能性で正社員就職に導くことができる訓練を新設する。

また、非正規雇用労働者等に対して、キャリアコンサルティングや実践的な職業訓練の機会の提供及びその職務経歴等や訓練修了後の能力評価結果を取りまとめたジョブ・カードの就職活動における活用を通じて、求職者と求人企業とのマッチングやその実践的な職業能力の習得を促進し、安定的な雇用への移行等を目指すため、ジョブ・カード制度の活用促進を図っている。

さらに、非正規雇用労働者である若者等の専門的・実践的な教育訓練の受講による中長期的なキャリア形成の促進を図るため、教育訓練給付の給付率の引上げ等を盛り込んだ「雇用保険法の一部を改正する法律案」が第193回通常国会において提出され、2017年3月31日に成立した。今後は、その内容の周知徹底を図るなど、円滑な施行に取り組む。

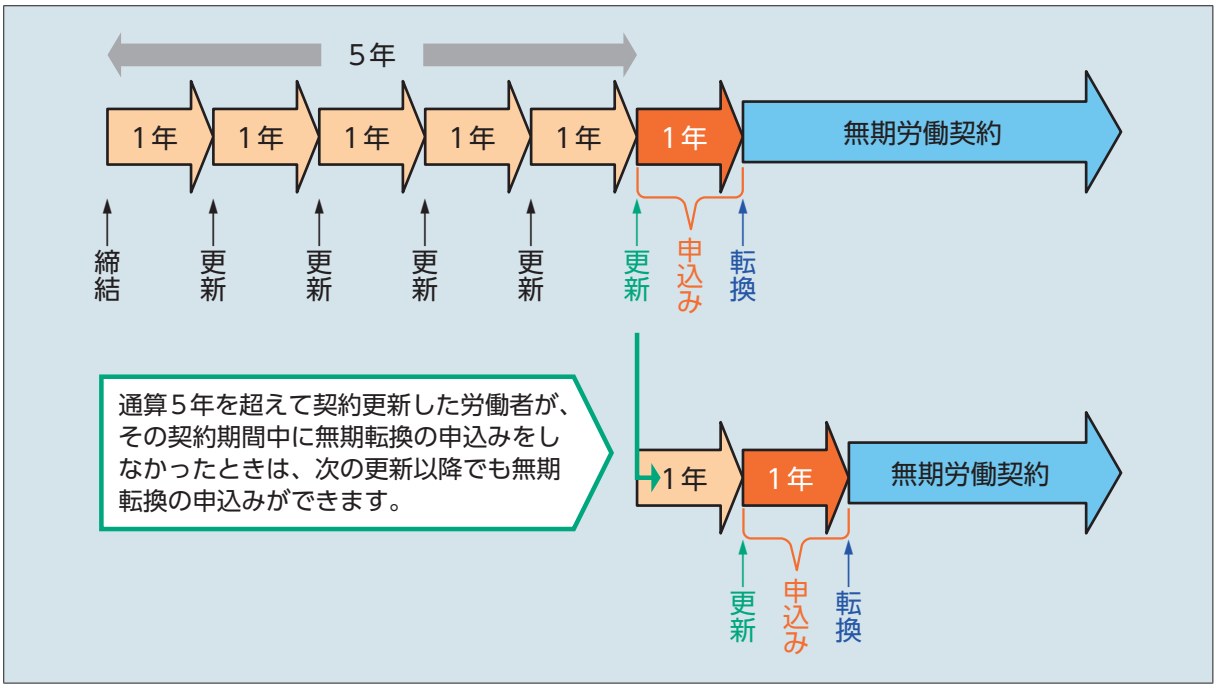
2 有期労働契約に関するルール

労働契約の期間の定めは、パートタイム労働、派遣労働などを含め、いわゆる正社員以外の多くの労働形態に関わる労働契約の要素であり、非農林業のうち有期労働契約で働く人は1,531万人（2016（平成28）年平均）となっている。労働市場における非正規雇用の労働者の割合が増大している中で、有期労働契約の反復更新の下で生じる雇止めの不安の解消や、有期労働契約であることを理由として不合理な労働条件が定められることのないようにしていくことが課題となっている。

2013（平成25）年4月1日に全面施行された改正労働契約法では、こうした有期労働契約に関する問題に対処し、働く人が安心して働き続けることができる社会を実現するため、(1) 有期労働契約が繰り返し更新されて通算5年を超えたときは、労働者の申込みにより、期間の定めのない労働契約（無期労働契約）に転換できる制度を導入すること、(2) 最高裁判例として確立した「雇止め法理」を法定化すること、(3) 有期契約労働者と無期契約労働者との間で、期間の定めがあることによる不合理な労働条件の相違を設けてはならないとしている*1。

この改正労働契約法を円滑かつ着実に施行するため、2016年度は、労働局・労働基準監督署・ハローワーク等の窓口でのチラシの配布や全国47都道府県でのセミナーの開催等による周知啓発を行った。2017（平成29）年度においても、引き続き制度の周知を徹底する。

図表2-1-1 無期労働契約への転換制度の概要



なお、大学等及び研究開発法人の研究者、教員等については、「研究開発システムの改革の推進等による研究開発能力の強化及び研究開発等の効率的推進等に関する法律及び大

＊1 制度の詳しい内容については、厚生労働省ホームページ（http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/keiyaku/kaisei/）参照。

学の教員等の任期に関する法律の一部を改正する法律」（2014（平成26）年4月1日施行）において、5年を超える一定の期間に完了することが予定されている業務に就く高度専門的知識を有する有期雇用労働者及び定年後引き続いて雇用される有期雇用労働者については、「専門的知識等を有する有期雇用労働者等に関する特別措置法」（2015（平成27）年4月1日施行）において、それぞれ無期労働契約への転換制度の特例が設けられている。

3 パートタイム労働者の均等・均衡待遇の確保と正社員転換の推進

近年、パートタイム労働者が増加し、非農林業でみると2016（平成28）年には1,683万人と雇用者総数の30.3%に達し、従来のような補助的な業務ではなく、役職に就くなど職場で基幹的役割を果たす者も存在している。一方で、パートタイム労働者の待遇がその働き・貢献に見合ったものになっていない場合もある。このため、パートタイム労働者について正社員との不合理な待遇の格差を解消し、働き・貢献に見合った公正な待遇を確保することが課題となっている。

こうしたことから、パートタイム労働者がその能力を一層有効に発揮することができる雇用環境を整備するため、「短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律」[*2]（平成5年法律第76号）に基づく是正指導等により、同法の着実な履行確保を図っている。

また、専門家による相談や援助、事業主に対する職務分析・職務評価の導入支援及び助成金の活用などにより、パートタイム労働者と正社員との均等・均衡待遇の確保や正社員への転換の実現のための取組みを推進している。

さらに、事業主がパートタイム労働者の雇用管理の現状と課題を自主的に分析する「パートタイム労働者均等・均衡待遇指標（パート指標）」やパートタイム労働者の活躍に向けて取り組む事業主として発信する「パート労働者活躍企業宣言」の活用、パートタイム労働者の均等・均衡待遇の実現等に積極的に取り組む事業主を対象とした「パートタイム労働者活躍推進企業表彰」の実施や、これらの情報を総合的に提供する「パート労働ポータルサイト[*3]」の活用等により、パートタイム労働者の雇用管理改善に向けた事業主の取組みを支援している。

4 職業紹介等に関する制度の見直し

職業紹介等に関する制度については、社会経済の変化に伴い、職業紹介事業や募集情報等提供事業等、求職者や求人者が利用する事業の多様化が進む中、求職者等が不利益を被るなどの不適切な事案に対して的確に対応していくことはもとより、求職と求人のより適切かつ円滑なマッチングを進めていくことが求められていた。このため、

(1) ①ハローワークや職業紹介事業者等の全ての求人を対象に、一定の労働関係法令違反を繰り返す求人者等の求人を受理しないことを可能とする。
②職業紹介事業者に紹介実績等の情報提供を義務付ける。
③ハローワークでも、職業紹介事業者に関する情報を提供する。

(2) 求人者について、虚偽の求人申込みを罰則の対象とする。また、勧告・公表など指導監督の規定を整備する。

＊2 「短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律」については、http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000046152.html を参照。
＊3 「パート労働ポータルサイト」については、https://part-tanjikan.mhlw.go.jp/ を参照。

(3) 募集情報等提供事業者の講ずべき措置を指針（大臣告示）で定めるとともに、指導監督の規定を整備する。
(4) 求人者・募集者について、採用時の条件があらかじめ示した条件と異なる場合等に、その内容を求職者に明示することを義務付ける

等の措置を講ずる「雇用保険法等の一部を改正する法律案」を第193回通常国会に提出し2017（平成29）年3月に成立、同年4月1日に一部を施行し、その他の事項についても今後施行を予定している（(1) ③については2017年4月1日施行、(1) ②、(2)～(4)については2018（平成30）年1月1日施行、(1) ①は公布後3年以内の施行を予定）。

5 仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）の実現に向けた基本的方向

「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」（平成19年12月18日仕事と生活の調和推進官民トップ会議策定・平成22年6月29日一部改正）及び「仕事と生活の調和推進のための行動指針」（平成19年12月18日仕事と生活の調和推進官民トップ会議策定・平成28年3月7日一部改正）[*4]に基づき、厚生労働省は、フリーター等を対象とした正社員就職支援、長時間労働の削減や年次有給休暇の取得促進等に向けた企業の取組みの促進、育児・介護休業法の周知徹底や男性の育児休業の取得促進などの、仕事と家庭の両立支援等に取り組んでいる。

6 労働時間法制の見直し

年間総実労働時間は、減少傾向にあり、近年では1,700時間台半ばの水準となっているが、いわゆる正社員等については2,000時間前後で推移している。また、週の労働時間が60時間以上の労働者割合も、特に30歳代男性で15.1％に上っており、これらの長時間労働の問題への対応が求められている。さらに、経済のグローバル化やサービス経済化の中で、多様なニーズに対応した新たな働き方の選択肢を設けることが求められている。

このような状況の中で、長時間労働の是正については、「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）を踏まえ、労働基準法を改正し、週40時間を超えて労働可能となる時間外労働の限度を原則として、月45時間、かつ、年360時間とし、違反には以下の特例の場合を除いて罰則を科す。特例として、臨時的な特別の事情がある場合として、労使が合意して労使協定を結ぶ場合においても、上回ることができない時間外労働時間を年720時間（＝月平均60時間）とする。かつ、年720時間以内において、一時的に事務量が増加する場合について、最低限、上回ることのできない上限を設けることとしている。

この上限について、①2か月、3か月、4か月、5か月、6か月の平均で、いずれにおいても、休日労働を含んで、80時間以内を満たさなければならないとする。②単月では、休日労働を含んで100時間未満を満たさなければならないとする。③加えて、時間外労働の限度の原則は、月45時間、かつ、年360時間であることに鑑み、これを上回る特例の適用は、年半分を上回らないよう、年6回を上限とする。

さらに、労使が上限値までの協定締結を回避する努力が求められる点で合意したことに

＊4 憲章及び行動指針の全文については、内閣府仕事と生活の調和推進室ホームページ（http://wwwa.cao.go.jp/wlb/government/index.html）を参照

かんがみ、さらに可能な限り労働時間の延長を短くするため、新たに労働基準法に指針を定める規定を設け、必要な助言指導を行うこととしている。

また、2015（平成27）年4月3日に、①中小企業における月60時間超の時間外労働に対する50%以上の割増賃金率の適用猶予の廃止、②著しい長時間労働に対する監督指導の強化、③一定日数の年次有給休暇の確実な取得、④フレックスタイム制の清算期間の1か月から3か月への延長、⑤企画業務型裁量労働制の対象業務の追加、⑥高度プロフェッショナル制度の創設等を内容とする「労働基準法等の一部を改正する法律案」を第189回通常国会に提出したが、現在、継続審議の取扱いとなっており、早期成立を図る。

7 過重労働解消に向けた取組みの促進

厚生労働省では、厚生労働大臣を本部長とする「長時間労働削減推進本部」を設置し、長時間労働削減の徹底に向けた重点監督の実施、省内幹部による企業への訪問等、企業等における長時間労働が是正されるよう取り組んでいる。また、2016（平成28）年12月26日に、長時間労働を行う企業本社に対する指導を、新たに実施するなどの違法な長時間労働を許さない取組みの強化やメンタルヘルス・パワーハラスメント防止対策のための取組みの強化などを内容とする「『過労死等ゼロ』緊急対策」を決定し、2017（平成29）年1月から順次実施している。

また、長時間労働の抑制、年次有給休暇の取得促進等への労使の自主的な取組みを促進するため、

- 各企業に対し、所定外労働時間の削減、年次有給休暇の取得率の目標設定や取得状況の確認等の具体的な取組みを求める「労働時間等見直しガイドライン」の周知・啓発
- 中小企業が、労働時間等の設定の改善[*5]を目的として、所定外労働時間の削減や年次有給休暇の取得促進等の必要な措置を講じるために行った事業に対する「職場意識改善助成金」の支給
- 都道府県労働局に配置する「働き方・休み方改善コンサルタント」等による個々の企業に対する支援の実施
- 企業における取組事例を広く普及させるために「働き方・休み方改善ポータルサイト」を活用した情報発信を実施
- 10月の年次有給休暇取得促進期間に加え、連続休暇を取得しやすい夏季、年末年始及びゴールデンウィークに周知・啓発を実施
- 地域のイベント等に合わせた計画的な年次有給休暇の取得等を企業、住民等に働きかけ、地域の休暇取得促進の気運を醸成する「地域の特性を活かした休暇取得促進のための環境整備」を実施

などの取組みを行っている。

過労死等の防止のための対策については、「過労死等防止対策推進法」（平成26年法律第100号）及び「過労死等の防止のための対策に関する大綱」（平成27年7月24日閣議決定）に基づき、調査研究等、啓発、相談体制の整備等、民間団体の活動に対する支援等の対策に取り組んでいる。

＊5　「労働時間等の設定の改善」とは、労働時間、年次有給休暇等に関する事項について、労働者の生活と健康に配慮するとともに、多様な働き方に対して労働時間等をより良いものにしていくことをいう。

8 医療従事者の勤務環境の改善に向けた取組みの推進

国民が将来にわたり質の高い医療サービスを受けるためには、長時間労働や当直、夜間・交代制勤務など厳しい勤務環境にある医療従事者が健康で安心して働ける環境の整備が喫緊の課題である。

このような中で、2014（平成26）年10月の改正医療法の施行により、各医療機関はPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境の改善に取り組む仕組み（医療勤務環境改善マネジメントシステム）を導入すること、各都道府県は医療従事者の勤務環境の改善を促進するための拠点としての機能（医療勤務環境改善支援センター）を確保すること等とされた。

また、同法の規定に基づき、「医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針」（平成26年厚生労働省告示第376号）を定めるとともに、この指針に規定する手引書を「医療分野の『雇用の質』向上のための勤務環境改善マネジメントシステム導入の手引き（改訂版）」（2015（平成27）年3月厚生労働省「医療分野の『雇用の質』向上マネジメントシステムに基づく医療機関の取組みに対する支援の充実を図るための調査・研究委員会」）とし、医療機関が医療従事者の勤務環境の改善のための具体的な措置を講じるに当たっての参考とすることとした。

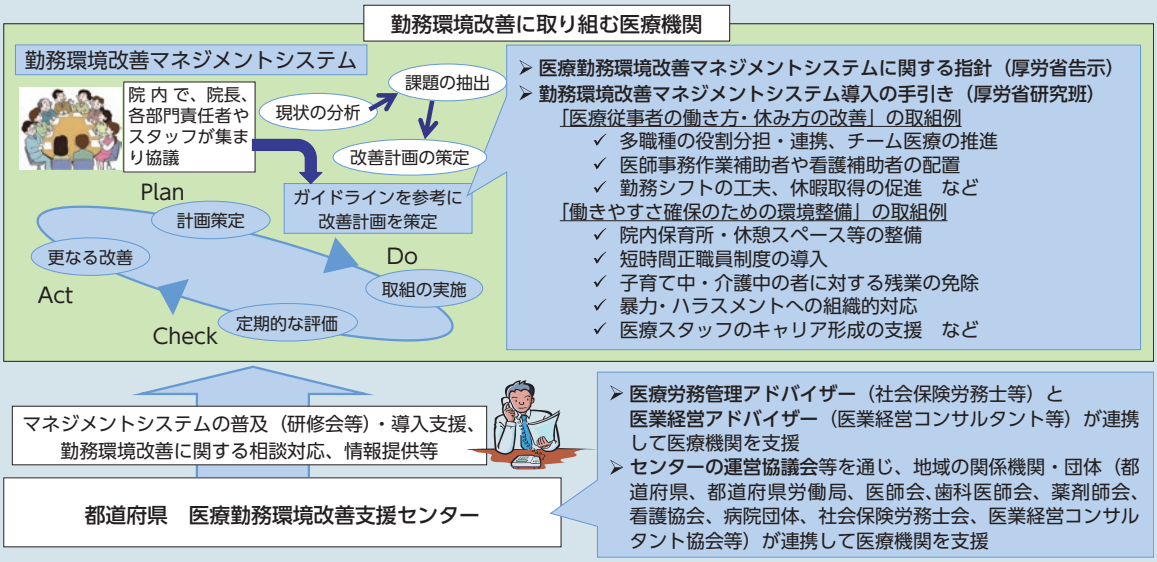
これらの指針及び手引書を活用して、医療勤務環境改善マネジメントシステムの各医療機関への普及促進を図っているところである。また、各都道府県においては、医療勤務環境改善支援センターの運営等の取組みが進められている[*6]。

＊6 医療従事者の勤務環境改善については、ウェブサイト「いきいき働く医療機関サポートWeb」（いきサポ）で詳細を紹介している。
http://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/

図表2-1-2　医療従事者の勤務環境改善について

医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、改正医療法（2014（平成26）年10月1日施行）に基づき、
- ➢医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設。医療機関の自主的な取組みを支援するガイドラインを国で策定。
- ➢医療機関のニーズに応じた総合的・専門的な支援を行う体制（医療勤務環境改善支援センター）を各都道府県で整備。センターの運営には「地域医療介護総合確保基金」を活用。

➡医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取組み（現状分析、改善計画の策定等）を促進。



9 テレワークの推進

適正な労働条件下における良質なテレワークの普及を図るため、仕事と子育て・介護等の両立など柔軟な働き方が可能となるテレワークモデルを構築し、仕事と育児・介護の両立のための好事例集を作成・周知するとともに、「情報通信機器を活用した在宅勤務の適切な導入及び実施のためのガイドライン」（以下「在宅勤務ガイドライン」という。）の周知・啓発、テレワーク相談センターでの相談対応、企業等に対する労務管理や情報通信技術に関する専門家の派遣、事業主・労働者等を対象としたセミナーの開催、テレワークに先進的に取り組む企業等に対する表彰の実施、テレワーク導入経費に係る支援等を実施している。

2017（平成29）年度は、これらの施策に加え、新たに、在宅勤務ガイドラインを見直し、新たなガイドラインを策定することや、サテライトオフィスの有効な活用方法を実証するためのモデル事業等を実施する予定である。在宅ワーク[*7]については、在宅就業者が適正な契約条件で、安心して在宅就業に従事することができるよう、発注者と在宅就業者が契約を締結する際のルールを定めた「在宅ワークの適正な実施のためのガイドライン」の周知のほか、在宅ワークに関する総合支援サイト「ホームワーカーズウェブ」による情報提供や在宅就業者、発注者等を対象としたセミナーの開催、相談対応等を実施している。

＊7　情報通信機器を活用して請負契約に基づきサービスの提供等を行う在宅形態での就労（法人形態により行っている場合や他人を使用している場合などを除く。）。

10 治療と職業生活の両立支援の推進

病気を治療しながら仕事をしている方は、労働人口の３人に１人と多数を占め、病気を理由に仕事を辞めざるを得ない方々や、仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど治療と仕事の両立が困難な状況に直面している方々も多く、疾病を持つ労働者の治療と仕事の両立のための支援体制が課題となっている。

このため、2016（平成28）年２月に、事業場が、がん、脳卒中などの疾病を抱える労働者に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と仕事が両立できるようにするため、事業場における取組みなどをまとめた「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を作成しており、その普及や企業等に対する各種支援を行っている。

また、2017（平成29）年３月に決定された「働き方改革実行計画」に基づき、主治医、会社・産業医と、患者に寄り添う両立支援コーディネーターによる治療と仕事の両立に向けたトライアングル型のサポート体制の構築などを推進することとしており、両立支援コーディネーターの育成・配置を行うとともに、疾患ごとの治療方法や症状の特徴、両立支援に当たっての留意事項等を示した、会社向けの疾患別サポートマニュアル等の作成・普及、企業等への相談対応、個別訪問指導、助成金による制度導入支援などに取り組んでいる。さらに、治療と仕事の両立等の観点から、傷病手当金の支給要件等について検討することとしている。

加えて、「働き方改革実行計画」を踏まえ、産業医・産業保健機能の強化を図るため、過重な長時間労働やメンタル不調などにより過労死等のリスクが高い状況にある労働者を見逃さないため、産業医による面接指導や健康相談等が確実に実施されるようにし、企業における労働者の健康管理を強化する他、産業医の独立性や中立性を高めるなど産業医の在り方を見直し、産業医等が医学専門的な立場から働く方一人一人の健康確保のためにより一層効果的な活動を行いやすい環境を整備することとしている。

11 バス、トラック、タクシーの自動車運転者の長時間労働の抑制

バス、トラック、タクシーの自動車運転者は、他業種の労働者に比べて長時間労働の実態にあり、労働基準関係法令や「自動車運転者の労働時間等の改善のための基準」（平成元年労働省告示第７号。以下「改善基準告示」という。）の違反が高水準で推移している状況にある。

このため、労働基準関係法令のみならず改善基準告示の遵守徹底を図るため、重点的な監督指導を実施している。また、運輸事業の新規参入者に対して、国土交通省と連携して労働基準関係法令等を教示するための講習等を行っているほか、労働時間管理適正化指導員が、使用者等に対して、適正な労働時間管理等に関する指導・助言を行っている。

また、自動車運転者に係る賃金制度のうち、累進歩合制度については、長時間労働やスピード違反を極端に誘発するおそれがあり、交通事故の発生も懸念されることから、その廃止に係る指導等について、引き続き徹底を図っている。

また、「働き方改革実行計画」において、自動車の運転業務についても罰則付きの時間外労働規制の適用除外とせず、改正法の一般則の施行期日の５年後に、年960時間以内の

規制を適用することとし、かつ、将来的には一般則の適用を目指す旨の規定を設けることとなった。5年後の施行に向けて、関係省庁とも連携しつつ荷主、事業者、学識経験者等からなる協議会で労働時間の短縮策を検討するなど、長時間労働を是正するための環境整備を強力に推進することとしている。

12 短時間正社員制度の導入・定着の促進

短時間正社員は、所定労働時間が短いながら正社員として適正な評価と公正な待遇が図られた働き方であり、育児・介護や地域活動など個々人のライフスタイルやライフステージに応じた働き方を実現させるものとして期待されている。短時間正社員制度については、「仕事と生活の調和推進のための行動指針」で、2020年に29%の企業で導入されることが目標として設定されている。

こうした中、短時間正社員制度の導入・定着を促進するため、制度導入支援マニュアルの配布のほか、制度を導入した事業主に対する助成金等の活用、「短時間正社員制度導入支援ナビ」の運営、人事労務担当者を対象にしたセミナーの実施等により、短時間正社員制度の概要や取組事例等についての情報提供を行うなど、制度の周知・啓発に努めている。

第2節　人材確保対策の推進や労働生産性の向上等による労働環境の整備

1 労働生産性向上のための雇用関係助成金の見直し

(1) 雇用関係助成金の整理統合

雇用保険二事業を原資として事業主に支給される雇用関係助成金について、事業主が行う雇用安定や能力開発を支援、促進するものとなるよう、政策的に類似のものを統合するとともに、利用率が低いものを廃止するなどし、数が多く、かつ、体系が複雑であったものをわかりやすく使いやすいものとした。

(2) 労働関係助成金における生産性要件の設定等

雇用環境の改善や、職業能力開発の向上等に取り組む企業を支援するための労働関係助成金について、企業が労働生産性を高めていくことに対するインセンティブとして生産性要件を設け、要件の判定に当たっては、金融機関が行う「事業性評価」の結果も参考とすることとした。労働生産性が向上されることで、更に企業が働く方の処遇の改善や人材育成への投資を図ることが期待される。

なお、経済上の理由により事業を縮小等せざるを得ない企業への助成金や、就職が困難な方々の就労支援のための助成金等の一部の助成金については、対象外としている。

2 労働移動支援施策の推進

(1) 労働移動支援助成金を活用した企業の再就職支援の実施

「日本再興戦略2016」(平成28年6月2日閣議決定)でうたわれるGDP600兆円を実現するためには、成熟分野から成長分野へ失業なき労働移動を図っていくことが必要であ

る。2016（平成28）年度においては、事業規模の縮小等に伴い離職を余儀なくされる労働者等に対して、その再就職を実現するための支援を民間職業紹介事業者に委託等して行う事業主に対して助成する「労働移動支援助成金（再就職支援奨励金）」、当該労働者について早期に期間の定めのない労働者として雇い入れた事業主や訓練を実施した事業主に対して助成する「労働移動支援助成金（受入れ人材育成支援奨励金）」等を支給している。

本助成金が適正に活用され、成熟分野から成長分野への労働移動の促進について一層の機能を果たせるようにすることを目的として、労働政策審議会職業安定分科会において審議を行い、成熟企業から成長企業への労働移動と認められる場合の優遇措置を設けるなどの見直しを行った。

さらに2017（平成29）年度は、成長企業が転職者を受け入れて行う能力開発や賃金アップに対する助成の拡充や、中途採用者の雇用管理制度を整備した上でその採用を拡大させた成長企業への新たな助成を実施する。

3 雇用管理改善による「魅力ある職場づくり」の推進

全国的な雇用情勢の改善や景気の好転に伴い、雇用創出の中核的な担い手である中小企業等では採用意欲がありながら人材が確保できない等の雇用管理上の課題を抱えており、人材不足が顕著となっている。この解消のためには、現在就業している従業員の職場定着を高めるなど、雇用管理改善の取組みを通じた、「魅力ある職場づくり」を推進する必要がある。

このため、事業主団体が構成中小企業者のために労働環境向上のための事業を実施した場合、事業主が就業規則や労働協約の変更による雇用管理制度の導入を通じて従業員の離職率を低下させた場合、介護事業主が介護労働者の身体的負担軽減に資する介護福祉機器の導入を行った場合、並びに保育事業主及び介護事業主が、賃金制度の整備を通じて従業員の離職率を低下させた場合に職場定着支援助成金による助成等を実施している。

2017（平成29）年度においては、職場定着支援助成金の介護福祉機器を導入した場合の助成について、助成率を見直すとともに、従業員の離職率を低下させた場合の助成を創設する。

また、2016（平成28）年度から「働きやすく生産性の高い企業・職場表彰」を実施している。労働生産性の向上と雇用確保・雇用環境の改善を両立させる取組みについて応募を求めるとともに事例収集し、応募・収集された事例に対しては、広く産業界の意見を踏まえながら審査等を行う。特に優良な取組みについては、厚生労働大臣表彰を行うとともに、ポータルサイトによる周知等を図ることにより、企業の生産性向上と雇用管理改善の両立を促進している。

建設業に関しては、2016年度からの5か年計画である「第九次建設雇用改善計画」を策定し、若者が展望をもって安心して活き活きと働ける魅力ある職場づくりを推し進めることを課題とし、若年技能労働者等の確保・育成、魅力ある労働環境づくりに向けた基盤整備、職業能力開発の促進、技能継承を最重点事項として、施策を推進している。

4 最低賃金・賃金の引上げ等の支援の強化

最低賃金については、年率3%程度を目途として、名目GDP成長率にも配慮しつつ引

き上げていく。これにより、全国加重平均が1000円となることを目指す。このような最低賃金の引き上げに向けて、中小企業、小規模事業者の生産性向上等のための支援や取引条件の改善を図る。また、生産性向上に資する人事評価制度及び賃金制度を整備し、生産性向上と賃上げを実現した企業への助成制度を創設した。

5 成長分野などでの人材育成の推進

(1) 成長分野・ものづくり分野での離職者訓練や在職者訓練の推進

離職者を対象としたハロートレーニング（公的職業訓練）として、①（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構と都道府県の運営する公共職業能力開発施設を実施主体として、主に雇用保険受給者を対象に職業に必要な知識や技能を習得させることによって再就職を容易にするための「公共職業訓練」のほか、②民間教育訓練機関を実施主体として、雇用保険を受給できない求職者の早期就職を支援するため、厚生労働大臣が認定する「求職者支援訓練」を実施している。介護、情報通信、環境・エネルギー分野など今後成長が見込まれる分野を中心に、専修学校、大学・大学院、企業や特定非営利活動法人を含む民間教育訓練機関を積極的に活用し、多様な人材ニーズに応じた訓練機会を提供するとともに、公共職業能力開発施設では、主にものづくり分野における公共職業訓練を実施している。また、公共職業能力開発施設において、在職中の労働者を対象に、技術革新、産業構造の変化などに対応する高度な技能や知識や技能を習得させるための在職者訓練を実施している。

2016（平成28）年度においては、離職者訓練については、公共職業訓練で約11.9万人、求職者支援訓練で約3.2万人に対して訓練を実施したところである（平成29（2017）年3月末時点）。2017年度は、公共職業訓練で約16.8万人、求職者支援訓練で約4.0万人が訓練を受講できるように措置している。

なお、2016年11月に公的職業訓練の愛称・キャッチフレーズを公募により「ハロートレーニング　～急がば学べ～」に決定した。今後、決定した愛称・キャッチフレーズの定着や、制度の更なる活用の促進に取り組むこととしている。

図表2-2-1　ハロートレーニング（公共職業訓練・求職者支援訓練）について（第1部図表3-2-23再掲）

公共職業訓練（離職者訓練）

(1) 対象：ハローワークの求職者　雇用保険受給者
(2) 訓練期間：おおむね3月～1年
(3) 実施機関
○国（ポリテクセンター）
主にものづくり分野の高度な訓練を実施（金属加工科、住環境計画科等）
○都道府県（施設内訓練）
地域の実情に応じた多様な訓練を実施（具体的には、自動車整備科等）
○委託先：民間教育訓練機関等（都道府県からの委託）
事務系、介護系、情報系等高額な設備を要しない訓練を実施

求職者支援訓練

(1) 対象：ハローワークの求職者　雇用保険を受給できない方
(2) 訓練期間：2～6か月
(3) 実施機関
○民間教育訓練機関等（訓練コースごとに厚生労働大臣が認定）
主な訓練コース
・介護系（介護福祉サービス科等）
・情報系（Webクリエイター養成科等）
・医療事務系（医療・調剤事務科等）等

(2) ものづくり立国の推進

1 熟練技能者を活用した技能継承、技能尊重気運の醸成等

若者のものづくり離れ・技能離れが見られる中、業界団体等を活用した技能継承に取り組んできたところであるが、2013（平成25）年度から若年技能者人材育成支援等事業を創設し、若年技能者が技能を向上させる、あるいは、若者が進んで技能者を目指す環境の整備等に取り組んでいる。

若年技能者人材育成支援等事業においては、ものづくりに関して優れた技能・経験を有する「ものづくりマイスター」[*8]が企業、業界団体、教育訓練機関において、若年技能者への実技指導を行い、効果的な技能向上及び後継者の育成を行っている。

また、技能者を活用した技能習得機会の提供等を行うとともに、地域における技能尊重気運の醸成を図るため、地域関係者の創意工夫による取組みを推進している。

さらに、2015（平成27）年度から、各中小企業・学校等の実技指導ニーズに応じた「ものづくりマイスター」のより広域的な活動を促すとともに、ものづくりに適性のあるフリーター等の若者向け実技指導方法等の開発・活用を進めるなど、若年技能者の人材育成の取組みを一層強化している。

＊8　「ものづくりマイスター」を紹介したホームページ　https://www.monozukuri-meister.javada.or.jp/mm/mm/contents/home/

図表2-2-2　ものづくりマイスターの企業派遣による実技指導の具体事例

製造系職種の実技指導	建設系職種の実技指導
実施職種：電子機器組立て	実施職種：建築大工
実施期間：2016年1月22日～2月1日のうち4日間	実施期間：2015年6月17日～11月18日のうち20日間
実施場所：桐山電気株式会社（長野県）	実施場所：本田建築（熊本県）
指導対象：4名	指導対象：10名
〈実技指導テーマ〉 ・電子機器組立てに重要な、はんだ技能のフォローアップ。	〈実技指導テーマ〉 ・若い人たちの技能の底上げ
〈指導内容〉 ・はんだとフラックス、温度関係の座学 ・はんだ付けの原理について座学 ・クリンチ実装、端子部品のはんだ付け	〈指導内容〉 ・勾配、三角関数、振れ隅木の計算 ・平面図、側面図、展開図の作成 ・木ごしらえ
〈指導を終えたマイスターの感想〉 ・指導法については、経験が重要。受講者により分からないところが違うので試行錯誤を繰り返すことで自分自身を高め、指導者として信頼されるようになっていくと思う。 	〈指導を終えたマイスターの感想〉 ・受講者の能力を見極め、順序よく説明する場合と途中をとばしながらもどんどん上に進める場合もあるということを知った。自分自身も勉強になった。
〈受入担当者の感想〉 ・社内教育というと、緊張感がなくなる。ものづくりマイスターに来ていただいて緊張感があり画期的な教育ができたと思います。	〈受入担当者の感想〉 ・言葉で表現できないことを数値化してくれ、短時間で理解できるように合理的に教えてくれました。これからマイスターを受け入れようとする会社は、受講する体制と環境を整備する必要があります。 
〈受講者の感想〉 ・一人一人が作業をしているところを見ながら適切に指導してくれた。ものづくりマイスターの指導により技能や技術を教わって力がつき、より仕事ができるというのは、会社への貢献でもあり自分の幸せでもあります。	〈受講者の感想〉 ・今まであいまいに理解していたところを、きちんと数字と言葉で、途中の計算まで出し惜しみすることなく丁寧に教えてくれた。







「厚生労働省ものづくりマイスター」シンボルマーク（2014年2月決定）

2 各種技能競技大会等の推進[*9]

各種の技能競技大会を実施し、技能者に技能向上の目標を与えることによる効果的な技能習得意欲の向上、ものづくり分野の裾野の拡大や技能者の社会的評価の向上を図るとともに、若年者を始めとした国民各層に技能の素晴らしさ、重要性をより深く浸透させることにより技能尊重の気運の醸成を図っている。

①若年者ものづくり競技大会

公共職業能力開発施設や認定職業訓練施設、工業高等学校等において技能を習得中の原

＊9　各種技能競技大会を紹介したホームページ
①若年者ものづくり競技大会　http://www.javada.or.jp/jyakunen20/index.html
②技能五輪全国大会　http://www.javada.or.jp/jigyou/gino/zenkoku/index.html
③技能グランプリ　http://www.javada.or.jp/jigyou/gino/ginogpx/index.html
④技能五輪国際大会　http://www.javada.or.jp/jigyou/gino/kokusai/index.html

則20歳以下の者を対象として若年者ものづくり競技大会を実施しており、2016（平成28）年8月に栃木県・沖縄県を主会場に第11回大会を開催し、14職種358名の選手が参加して技能を競い合った。

②技能五輪全国大会

原則23歳以下の青年技能者を対象に、競技職種ごとに技能レベルの日本一を競う技能五輪全国大会を実施しており、2016年10月に山形県を会場に第54回大会を開催し、41職種1,318名の選手が参加して技能を競い合った。

③技能グランプリ

各都道府県から選抜された特に優れた技能を有する一級技能士等を対象として技能グランプリを隔年で実施しており、2017（平成29）年2月に静岡県を会場に第29回大会を開催し、30職種514名の選手が参加して技能を競い合った。

④技能五輪国際大会

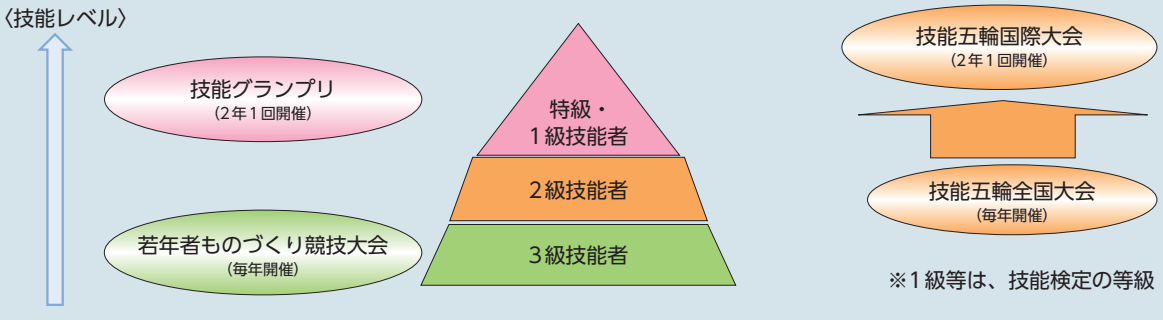
原則22歳以下の若い世代の技能者が世界のトップを目指して技を競う技能五輪国際大会は、創設当初の1950（昭和25）年から1971（昭和46）年まで毎年開催され、それ以降は、原則、隔年で開催されており、日本は、1962（昭和37）年にスペイン・ヒホンで開催された第11回大会から参加している。

2017年10月にはアラブ首長国連邦・アブダビにおいて第44回大会が開催される予定であり、日本からは40職種45名の選手が参加する予定である。

図表2-2-3 各種技能競技大会の概要

○若者の就業意欲の喚起や円滑な技能継承に資するため、技能五輪全国大会をはじめとする各種技能競技大会を推進している。

項目	技能グランプリ	技能五輪全国大会	若年者ものづくり競技大会
目的	技能士の技能の一層の向上を図るとともに、その熟練した技能を広く国民に披露することにより、その地位の向上と技能の振興を図る。	青年技能者がその技能レベルの日本一を競うことにより、国内の青年技能者の水準向上を図り、併せて技能尊重気運の醸成を図る。 （西暦偶数年は、技能五輪国際大会の予選を兼ねる）	技能習得中の者に目標を付与し、技能を向上させることにより、若年者の就業促進を図り、併せて若年技能者の裾野の拡大を図る。
出場資格	特級、１級及び単一等級の技能検定に合格した技能士	技能検定２級以上の技能を有する原則23歳以下の青年技能者	工業高等学校、工業高等専門学校、公共職業能力開発施設、認定職業訓練施設等において技能を習得中の原則20歳以下の者。
競技レベル	上級レベル	上級から中級レベル（技能検定２級以上）	初級レベル（技能検定３級程度）
競技職種 参加者数	建築大工、和裁等の職種 平成28年度実績：30職種514名	技能五輪国際大会で実施されている職種、国内の青年技能者の技能水準の向上と技能尊重気運の醸成に資するものと認められる職種 平成28年度実績：41職種1,318名	旋盤、電子機器組立て、建築大工等の工業高校等の学校等において技能習得中の者が多い職種 平成28年度実績：14職種359名
直近の開催地	静岡県（平成28年度）	山形県（平成28年度）	沖縄県・栃木県（平成28年度）



【第54回技能五輪全国大会の競技風景】



精密機器組立て職種の競技風景



洋菓子製造職種の競技風景

6 職業生涯を通じたキャリア形成支援の一層の推進

(1) 労働者・企業に対する職業能力開発への支援

1 人材開発支援助成金（旧キャリア形成促進助成金）*10

企業内における労働者のキャリア形成を効果的に促進するため、事業主や事業主団体が、雇用する労働者等に対して、職務に関連した専門的な知識及び技能を習得させるための職業訓練等を計画に沿って実施した場合や人材育成に係る制度を導入し、労働者に適用させた場合に、訓練経費や訓練期間中の賃金の一部等を助成している。

2017（平成29）年4月より、人材開発支援助成金に改称するとともに、助成メニューを4コース（①特定訓練コース、②一般訓練コース、③キャリア形成支援制度導入コース、④職業能力検定制度導入コース）に整理し、企業内の人材育成に取り組む事業主などに対する支援を行っている。

2 中小企業などでのキャリア形成支援

職業能力開発サービスセンターに人材育成に係る相談員を配置し、窓口相談や企業訪問などにより計画的な人材育成のための相談・助言を行うなど、中小企業を含む事業主に対して、企業内における労働者のキャリア形成について総合的な支援を実施している。

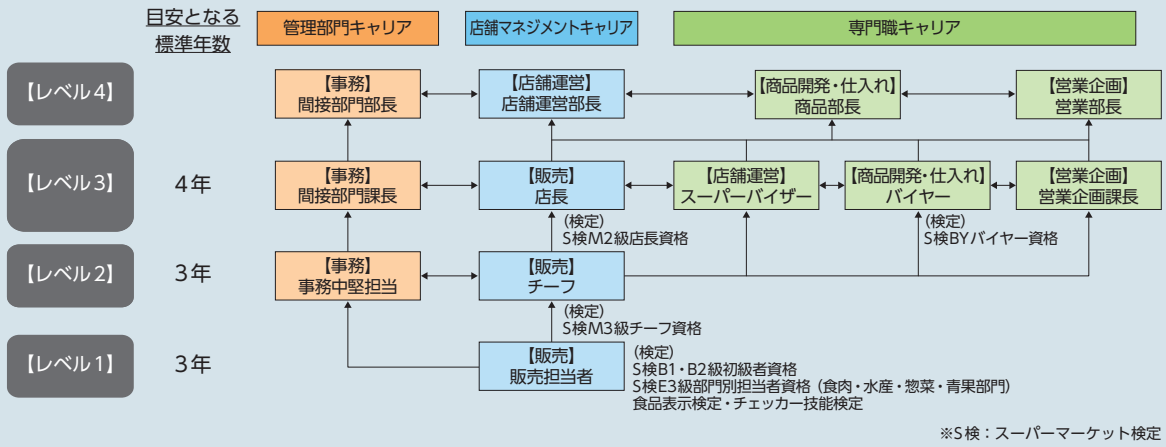
(2) 職業能力評価基準の整備・活用促進

職業能力が適正に評価されるための社会基盤として、職業能力を客観的に評価する「職業能力評価基準*11」の策定に、2002（平成14）年から取り組んでいる。この職業能力評価基準は、業種横断的な経理・人事等の事務系職種のほか、電気機械器具製造業やホテル業など業種別に策定している。さらに、主に人材育成に活用できるツールとして、職業能力評価基準を基にキャリア形成の過程をモデル化した「キャリアマップ」及び職業能力を簡易にチェックできる「職業能力評価シート」については、スーパーマーケット業やビル

＊10 人材開発支援助成金（旧キャリア形成促進助成金）の詳細を紹介したホームページ
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/kyufukin/d01-1.html
お問い合わせ先（事業所の所在地を管轄する都道府県労働局）
http://www.mhlw.go.jp/general/seido/josei/kyufukin/madoguchi.html
＊11 職業能力評価基準、キャリアマップ、職業能力評価シートの詳細を紹介したホームページ
厚生労働省　http://www.mhlw.go.jp/bunya/nouryoku/syokunou/index.html

メンテナンス業など業種別に作成している。

図表2-2-4 キャリアマップ　～スーパーマーケット業～



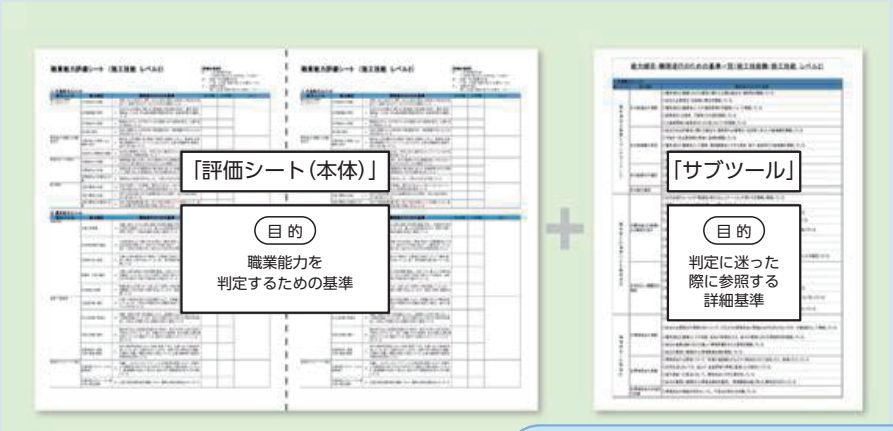
○職業能力評価基準で設定しているレベル１～４をもとに、スーパーマーケット業の代表的な職種における能力開発の標準的な道筋を示したもの

○①キャリアの道筋と②各レベルの習熟の各レベルの習熟の目安となる標準年数が一目でわかるようになっている

○従業員に対してキャリア形成の道筋を示すことによって、将来のキャリアに関する目的意識を高め、その実現に向けた具体的な行動を促す

○上司と部下との間のキャリア形成についてコミュニケーションを活性化することで、効率的な技術・技能の習得を実現

図表2-2-5 職業能力評価シート　～スーパーマーケット業～



評価シートの種類



○職業能力評価基準に記載されている項目を簡素化し、使いやすいチェックシートの形式に変換したもの

○「評価シート（本体）」では、各レベルにて求められる基準の全体像を把握し、習熟度をチェック、「サブツール」は、具体的に求められる知識や能力基準を掲載

○「自分の（部下の）能力レベルはどの程度なのか」「次のレベルにいくには何が不足しているのか」を具体的に把握

○定期的にチェックすることで習熟度を把握することが可能

(3) 技能検定制度の整備

「技能検定制度[*12]」は、労働者の有する技能の程度を検定し、これを公証する国家検定制度であり、技能検定に合格した者は、「技能士」と称することができる。職業能力開発促進法に基づき1959（昭和34）年から実施され、ものづくり労働者を始めとする労働者の技能習得意欲を増進させるとともに、労働者の社会的地位の向上に重要な役割を果たしている。

技能検定は、2017（平成29）年4月1日現在で、126職種について実施しており、2015（平成27）年度には全国で約71万人の受検申請があり、約27万人が合格し、技能検定制度開始からの累計で延べ約602万人が技能士となっている。

また、対人サービス分野を重点とした成長分野の検定制度の整備を図るため、2016（平成28）年度までに、8業種の検定制度のモデル事例を開発した。今後は、検定の枠組みが完成した業界に対して円滑な技能検定への移行に向けた技術的指導を実施していく。

なお、若者が技能検定を受検しやすい環境を整備するため、2級と3級の実技試験を受検する35歳未満の者に対して、最大9,000円を支援する措置を予定している。

図表2-2-6　試験実施内容の詳細

●実施体制

1）都道府県方式（機械加工職種など111職種）
厚生労働省、中央職業能力開発協会、都道府県及び都道府県職業能力開発協会で事務を分担。

2）指定試験機関方式（ファイナンシャル・プランニング職種など15職種）
厚生労働省と職種ごとに民間の指定試験機関で事務を分担（試験の実施に係る部分は全て指定試験機関が行う）。

●実施内容

職種ごとに、実技試験と学科試験により行われ、試験の難易度によって等級に区分するもの（特級、1級、2級、3級、基礎1級、基礎2級）と、等級に区分しないもの（単一等級）がある。

●受検申請

1）申請方法
都道府県方式は、都道府県職業能力開発協会に申請する。また、指定試験機関方式は、各指定試験機関に申請する。

2）受検手数料
①都道府県方式
学科試験受検手数料：3,100円、実技試験受検手数料：17,900円
※上記の金額を標準額として各都道府県で決定（学生は減額される場合がある）。
②指定試験機関方式
職種ごとに各指定試験機関が決定。

＊12 検定制度の詳細を紹介したホームページ
厚生労働省　http://www.mhlw.go.jp//stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/shokugyounouryoku/ability_skill/ginoukentei/index.html

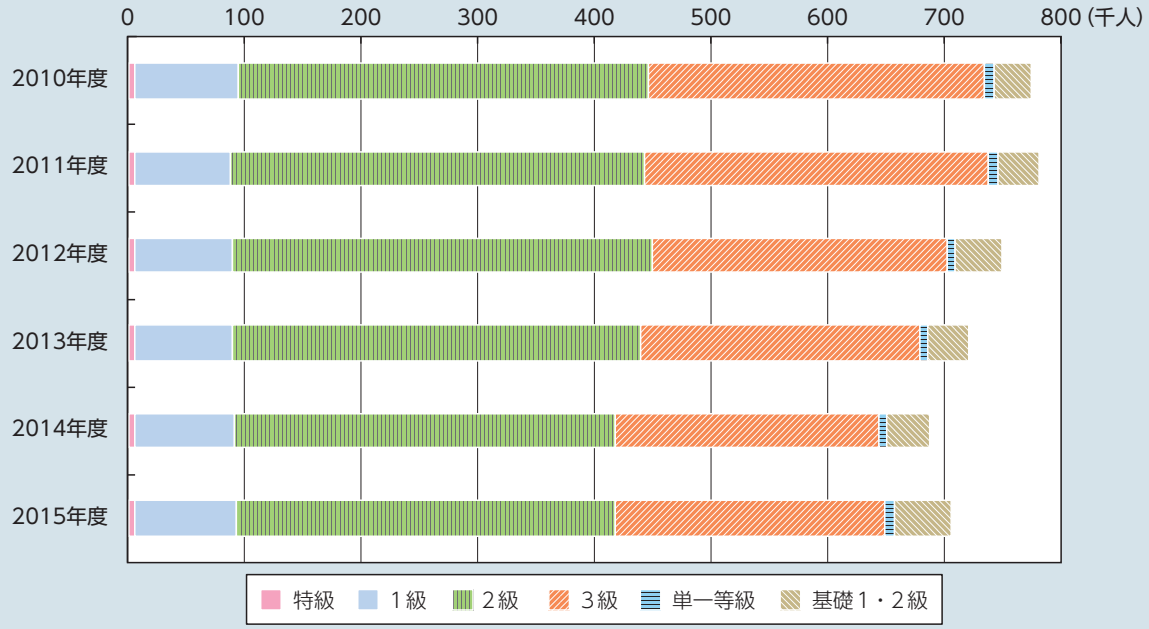
図表2-2-7 試験実施内容の一例

機械加工職種	とび職種
■実技試験 普通旋盤を使用し、材料を内外径削りなどで切削加工を行い、はめ合わせのできる部品を製作する。 試験時間　2時間30分 ■学科試験 工作機械加工一般、機械要素、機械工作法、材料、材料力学、製図、電気、安全衛生、旋盤加工法	■実技試験 枠組、単管及び木製足場板を使用して、枠組応用登り桟橋の組立てを行う。 試験時間　2時間 ■学科試験 施工法、材料、建築構造、関係法規、安全衛生


普通旋盤作業の作品


とび作業の作品

図表2-2-8 受検申請者数の推移（過去6年）



(4) 社内検定認定制度

社内検定認定制度は、職業能力の開発及び向上と労働者の経済的社会的地位の向上に資するため、事業主等が、その事業に関連する職種について雇用する労働者の有する職業能力の程度を検定する制度であって、技能振興上奨励すべき一定の基準を満たすものを厚生労働大臣が認定する制度である。

2017（平成29）年4月1日現在、48事業主等127職種が認定されており、認定を受けた社内検定については、「厚生労働省認定」と表示することができる。

（社内検定認定制度ロゴマーク）

7 国と地方自治体が連携した雇用対策の推進

セーフティネットとしての雇用対策を実施する国と、地域の実情を踏まえた雇用対策を

実施する地方自治体が、それぞれの役割を果たし、それぞれの強みを活かしながら一体となって雇用対策を行うことが効果的である。そのため、ハローワークが行っている無料職業紹介等と、地方自治体が行っている福祉に関する相談等を、共同運営施設においてワンストップで実施する取組み（「一体的実施事業」）を進めている（2017（平成29）年4月1日現在、33道府県130市区町）。

また、国と地方自治体が一体となって地域の雇用問題に取り組むため、国と地方自治体による「雇用対策協定」の締結が進んでいる。2016（平成28）年度には、新たに12県31市町村と締結し、2017年3月末現在、134自治体となった。

さらに、2014（平成26）年9月より、ハローワークが保有する求人情報を、地方自治体や民間人材ビジネス等にオンラインで提供する取組みを開始するとともに、2016年3月22日からハローワーク求職情報の提供サービスを開始した。

このような国と地方自治体の連携を今後とも強化していくため、「平成27年の地方からの提案等に関する対応方針」（平成27年12月22日閣議決定）において、ハローワーク利用者の利便性を高めることを第一義として、国と地方自治体の連携を抜本的に拡充した新たな制度を構築することとなった。これを受け、①地方自治体が民間とは明確に異なる公的な立場で無料職業紹介を実施（「地方版ハローワーク」の創設）できるよう、届出要件その他各種規制を廃止すること等（職業安定法の改正）、②国と地方自治体の連携を強化するため、雇用対策協定や一体的実施事業の法定化及び雇用対策に関する地方自治体の国に対する要請を可能とすること（雇用対策法の改正）を内容とする「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律案」が内閣府取りまとめのもと、第190回国会に提出され、2016年5月20日に成立し、同年8月20日に施行された。

第3節　地方創生の推進

1　地方創生に向けた地域雇用対策の推進

全国の雇用情勢は改善が進んでいるものの、ミスマッチの問題や地方特有の課題など、地域ごとに産業構造、人口構成、社会情勢等は異なっていることから、地域の実情に応じた雇用対策に取り組む必要がある。

また、政府が人口減少や地域経済の縮小といった課題を克服するために取り組む地方創生の観点から、地域に魅力のある仕事をつくるとともに、そこに必要な人材の育成や大都市圏からの人材還流等を推進することが重要となる。

厚生労働省では、雇用情勢の回復が遅れている都道府県を対象に、製造業を中心に産業政策と一体となって雇用の創造に取り組む事業を支援する「戦略産業雇用創造プロジェクト」を実施してきたが、上記の状況を踏まえ、2016（平成28）年度からは新たに「地域活性化雇用創造プロジェクト」を創設し、全都道府県を対象に、地域の戦略産業と位置付けた産業を中心に正社員雇用の創造に取り組む事業を支援することとした。

また、雇用機会が不足している市町村単位の地域において、産業振興施策や各府省の地

域再生関連施策との連携に基づき、地域の協議会が提案する雇用拡大、人材育成、就職促進及び地域の産業興し（地域ブランド商品の開発、販路開拓など）を通じたしごと作りにつながる事業を支援する「実践型地域雇用創造事業」を実施した。

このほか、地方への正社員就職を促進するため、2009（平成21）年度から実施している「地方就職希望者活性化事業」において、東京圏・大阪圏で、地方就職に関するセミナー、イベント、個別相談などを実施するとともに、地方自治体が実施する就労体験事業などへの参加を勧奨することにより、地方への移住・就職をより明確にイメージさせ、地方就職の準備が整った者をハローワークへ誘導し、全国ネットワークを活用したマッチングにより就職へ結びつけている。

2 雇用促進税制

「新成長戦略実現に向けた3段構えの経済対策」（平成22年9月10日閣議決定）を踏まえ、雇用を増加させる企業に対し、法人税の税額控除などを行う雇用促進税制が平成23年度に創設された。内容としては、事業年度中に雇用保険一般被保険者を5人（中小企業は2人）以上、かつ、前年度比10%以上増やすなど一定の要件を満たす事業主に対し、「地域雇用開発促進法」（昭和62年法律第23号）第7条に規定する同意雇用開発促進地域内に所在する事業所において、新たに雇用した無期雇用かつフルタイムの雇用増加数1人当たり40万円の税額控除を行うものである。

さらに、2015（平成27）年8月10日より、地方創生の一環として、地方における良質な雇用を創出するため、「地域再生法」（平成17年法律第24号）に基づき、企業の本社機能等の東京からの移転や地方における新増設を行う事業主に対し、税額控除額の上乗せ（増加雇用者1人当たり50万円）、適用要件の緩和（増加割合が前年度比10%未満の場合でも20万円の税額控除）などを内容とする制度（地方拠点強化税制）の創設が行われた。

本税制は、2017（平成29）年度税制改正により、無期雇用かつフルタイムの雇用増加数に対して1人当たり10万円の上乗せ等が行われることとなった。

第4節 労働者が安全で健康に働くことができる職場づくり

1 労働災害の状況と取組み

(1) 労働災害の発生状況

労働災害は長期的には減少し、2016（平成28）年の労働災害については、死亡災害は928人（前年比44人（4.5%）減）となり、2年連続で過去最少となった。しかしながら、休業4日以上の死傷災害は前年より増加し、117,910人（前年比1,599人（1.4%）増）となった。

労働者の健康面については、定期健康診断での有所見率が、2016年には53.8%と半数を超えており、特に脳・心臓疾患につながる血中脂質、血圧等に係る有所見率が増加傾向にある。また、精神障害による労災支給決定件数は、2016年度には498件と前年度と比較して増加している。自殺者数については、2016年は、約2万2千人と5年連続で3万

人を下回っているが、このうち約2,000人について勤務問題が理由の1つとされているなど、働く人々の職場環境は引き続き厳しい状況にある。

(2) 第12次労働災害防止計画の推進

労働安全衛生法では、労働災害の防止のための主要な対策等に関する事項を定めた「労働災害防止計画」を策定することになっている。現在、2013（平成25）年4月からの5年間を計画期間とする「第12次労働災害防止計画」の期間中であり、2012（平成24）年と比較して、2017（平成29）年までに「死亡災害の撲滅を目指して、労働災害による死亡者数を15%以上減少させる」こと、「労働災害による休業4日以上の死傷者の数を15%以上減少させる」ことを目標として、同計画に基づき各種取組みを進めている。

2016（平成28）年度は、業種横断的な対策として、転倒災害対策や交通労働災害防止対策等に取り組むとともに、第三次産業（特に災害の多い「小売業」「社会福祉施設」「飲食店」）、製造業、建設業、陸上貨物運送業を中心に「第12次労働災害防止計画」に定める各種災害防止対策等の取組みを行った。

2 労働災害を防止するための対策の充実

(1) 業種横断的な対策の推進

休業4日以上の労働災害の2割を占める転倒災害を防止するため、2015（平成27）年から「STOP！転倒災害プロジェクト」を実施し、労働災害防止団体と連携の上、周知啓発を行うなどの取組みを実施している。

また、死亡災害の約2割を占める交通事故の減少を図るため、関係業界団体が開催する集会等事業者が参集する機会や事業者と接する機会を捉え、「交通労働災害防止のためのガイドライン」に基づく対策の実施について、周知を実施している。

(2) 第三次産業（小売業、社会福祉施設等）の労働災害防止対策

第三次産業については、小売業、社会福祉施設での転倒、腰痛等の労働災害の増加が著しいことから、これらの業種を重点として対策を実施している。小売業については、多店舗展開をしている企業の本社や中核的な支店を中心として4S（整理・整頓・清潔・清掃）活動の推進などについて、指導を行っている。また、社会福祉施設については、都道府県等と連携し、新設された施設を中心に4S活動や腰痛対策の推進などについて指導を行っている。

さらに、安全管理者や安全衛生推進者の選任義務がない業種における労働災害が全体の3分の1を上回っていること、そのほとんどが第三次産業であること等を踏まえ、2014（平成26）年3月に「労働安全衛生法施行令第2条第3号に掲げる業種における安全推進者の配置等に係るガイドライン」を策定しており、2014年度より、小売業、社会福祉施設、飲食店を対象として、本ガイドラインを踏まえて安全推進者の配置等について指導を行うとともに、危険に対する「気づき」を促し、安全意識を高めるため、各職場における安全活動の活性化の促進を行っている。併せて、2017（平成29）年1月から小売業、社会福祉施設、飲食店での労働災害の減少を図るため、「働く人に安全で安心な店舗・施設づくり推進運動」を実施し、周知啓発や指導に取り組むほか、社会福祉施設等における腰

痛予防のための講習会等を行っている。

(3) 陸上貨物運送事業での労働災害防止対策

陸上貨物運送事業においては、死亡災害のうち約6割が交通事故であり、休業4日以上の死傷災害のうち約7割が荷役作業時の災害である。このような状況を踏まえ、交通労働災害、墜落・転落、荷崩れ、フォークリフト使用時の事故等の荷役作業時の災害防止対策等について重点的に指導を行っている。

特に荷役作業時の墜落・転落災害については、その大半が、荷主等が管理する施設で発生していることから、陸運事業者への指導はもとより、荷主等に対して、新たに策定した「陸上貨物運送事業における荷役作業の安全対策ガイドライン」に基づき、安全な荷役作業を行うための設備の設置等について指導等を行っている。

(4) 建設業等での労働災害防止対策

建設業における労働災害は、墜落・転落災害によるものが最も多く、特に死亡災害の約4割を占めている。このような状況を踏まえ、2015（平成27）年に施行された改正労働安全衛生規則により強化された足場からの墜落防止措置の徹底を図るとともに、2015年5月に改正された足場からの墜落・転落防止対策推進要綱に基づき、手すり先行工法等の「より安全な措置」の一層の促進に取り組んでいる。

また、2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会の大会施設工事における労働災害防止の徹底を図ること等を目的として、2016（平成28）年1月に、関係省庁、発注機関及び建設業団体による「2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会 大会施設工事安全衛生対策協議会」を設立した。同協議会では、大会施設工事を今後の快適で安全な建設工事のモデルとすること等を内容とする安全衛生対策の基本方針をとりまとめている。

高所で使用する安全帯については、墜落時に身体にかかる衝撃が比較的少ないハーネス型安全帯の普及を図るため、2016年11月から「墜落防止用の個人用保護具に関する規制のあり方に関する検討会」においてハーネス型安全帯を義務付けることについて検討を行っている。

2017（平成29）年3月に施行された「建設工事従事者の安全及び健康の確保の推進に関する法律」に基づき、国土交通省と連携しつつ、施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「建設工事従事者の安全及び健康の確保に関する基本的な計画」を作成している。

(5) 機械災害の防止

機械災害は労働災害の約4分の1を占めており、死亡災害や後遺障害が残る重篤な災害も多いため、労働安全衛生規則による規制のほか、危険性の高い機械の種類ごとに構造規格や労働災害防止対策ガイドラインを作成するなどの個別対策を行っている。一方で、産業現場では新たな機械設備が導入されていることから、機械一般について、メーカー、ユーザーの両者が製造段階及び使用段階で機械のリスクの低減を図ることを目的とした「機械の包括的な安全基準に関する指針」の普及・定着を図っている。

また、電気・電子技術やコンピュータ技術の進歩に伴い、これら技術を活用することに

より、機械、器具その他の設備に対して高度かつ信頼性の高い制御が可能となってきている。従来の機械式の安全装置等に加え、新たに制御の機能を付加することによって、機械等の安全を確保する方策（機能安全）を労働安全衛生法令に位置づけることとし、機能安全に係る信頼性（安全度水準）が一定以上であることを労働基準監督署長が認定した自動制御装置を備えたボイラーについて、制御装置の点検の頻度を従来の1日に1回から3日に1回にする等のボイラー及び圧力容器安全規則（昭和47年労働省令第33号。）の改正を行った。

この改正に併せ、機能安全において要求される安全度水準を決定するにあたって必要な事項を定めた「機能安全による機械等に係る安全確保に関する技術上の指針」を制定した。

さらに、林業現場で導入が進んでいる伐木、造材、集材等の作業を行う機械である車両系木材伐出機械について、作業計画の作成、機械の危険箇所への立入禁止などの危険防止措置、運転者に対する特別教育の実施を2014（平成26）年より改正労働安全衛生規則に規定しており、その周知・徹底を図っている。

(6) 職業性疾病等の予防対策

粉じん障害防止対策については、2013（平成25）年度から開始した「第8次粉じん障害防止総合対策」により、アーク溶接、金属の研磨作業、ずい道等建設工事における粉じん障害防止等を重点事項とした中期計画を立て、計画的な指導を実施するなど、対策の強化を図っている。

熱中症の予防対策については、WBGT値（暑さ指数）の活用や熱への順化、水分・塩分の自覚症状によらない定期的な摂取、健康診断結果に基づく対応等について指導等を行うとともに、2017（平成29）年は、新たに「STOP！熱中症　クールワークキャンペーン」を実施し、関係省庁や労働災害防止団体などとの連携の上、横断的な熱中症予防対策の推進を図ることとしている。

振動障害の防止対策については、チェーンソー等の振動工具の振動加速度のレベルに応じて、振動にばく露される時間を抑制すること等を内容とした、「チェーンソー取扱い作業指針」や「チェーンソー以外の振動工具の取扱い業務に係る振動障害予防対策指針」の周知等を行っている。

腰痛予防対策については、2013年6月に改正した「職場における腰痛予防対策指針」に基づく対策を推進するとともに、社会福祉施設を中心に、腰痛予防のための講習会等を行っている。

3 企業による労働者の安全と健康に対する取組みの推進

(1) 安全衛生優良企業公表制度

労働安全衛生に関して積極的な取組みを行っている企業を認定、企業名を公表し、社会的な認知を高め、より多くの企業に安全衛生の積極的な取組みを促進するための「安全衛生優良企業公表制度」の運用を2015（平成27）年6月から開始している。過去3年間労働安全衛生関連の重大な法違反がないなどの基本事項に加え、労働者の健康保持増進対策、メンタルヘルス対策、過重労働防止対策、安全管理など、幅広い分野で積極的な取組

みを行っている企業を「安全衛生優良企業」として認定することとしており、2017（平成29）年4月1日現在、32社の企業が認定を受けている。



(2) あんぜんプロジェクト

事業場等における安全運動を活性化させるため、安全な職場づくりに熱心に取り組んでいる事業場等が国民や取引先に注目されるための運動「あんぜんプロジェクト*13」の展開をはじめ、安全に関する創意工夫事例を企業や事業場から募集し、広く国民からの評価・投票で優良事例を決める「『見える』安全活動コンクール」の実施（2016（平成28）年度は78事例を選定）など、現場の安全力の維持・向上を図るための様々な取組みを推進している。

4 化学物質、石綿による健康障害の防止

(1) 職場における化学物質管理のあり方の見直し

2014（平成26）年度から、原則として、有機溶剤又は特定化学物質を取り扱う全ての事業場に対して、健康障害の防止、労働衛生管理体制の確立等を目的とした監督指導を計画的に実施している。

また、改正法及び関係政省令の改正により事業者及び労働者がその危険有害性を認識し、事業者がリスクに基づく必要な措置を検討・実施する仕組みを創設し、一定の危険・有害性が明らかになっている化学物質について、化学物質等を取り扱う際のリスクアセスメントの実施及び化学物質を譲渡又は提供する際の容器又は包装へのラベル表示を義務付け（2016（平成28）年6月施行）、自律的な化学物質管理の促進を図っている。また、これらのラベル表示、安全データシート（SDS）交付、リスクアセスメントの対象物質を追加し、2017年3月から663物質とした。

2015（平成27）年12月に判明したオルトートルイジンなどを取り扱う事業場で複数の労働者が膀胱がんを発症した事案について、独立行政法人労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所（以下、「労働安全衛生総合研究所」という。）が、管轄する労働局・労働基準監督署とともに、原因究明のための調査を行い、2016年6月に報告書を取りまとめた。この報告書を踏まえ、専門家による検討を経て、2016年にオルトートルイジンについて、特定化学物質第2類、特別管理物質として指定する等の政省令改正を行うとともに、経皮吸収のある化学物質の規制強化を行った（2017（平成29）年1月施行）。

2016年には、3,3'－ジクロロ－4,4'－ジアミノジフェニルメタン（MOCA）などを取り扱う事業場で複数の労働者が膀胱がんを発症した事案が判明したため、管轄する労働局・労働基準監督署とともに、労働安全衛生総合研究所が原因究明のための調査を行った。また、業界団体に対し、MOCAによる健康障害防止対策に係る要請を行うとともに、全国の労働局及び労働基準監督署において、MOCAを取り扱ったことがあると考えられる他の事業場に対する調査を実施するなど必要な対応を行っている。

＊13 あんぜんプロジェクトホームページ　http://anzeninfo.mhlw.go.jp/anzenproject/

(2) リスク評価に基づく化学物質管理の一層の推進

国は、有害な化学物質について、事業者から提出される有害物ばく露作業報告や取扱い事業場におけるばく露実態調査等に基づき、そのリスクについて順次評価を行い、必要な措置を講ずることとしている。2017（平成29）年においては、2015（平成27）年度にリスクが高いと評価された三酸化二アンチモンを特定化学物質第2類、特別管理物質へ指定する等の政省令改正を行った（2017年6月施行）。オルトートルイジンを取り扱う事業場で複数の労働者が膀胱がんを発症した事案について、当該物質が直接皮膚に接触し体内に吸収されたと推定されたことを踏まえて、経皮吸収が勧告されている物質に関し、経皮吸収等に留意したリスク評価を実施することとしている。

(3) 石綿（アスベスト）対策の適切な実施

石綿[*14]製品については、2006（平成18）年9月から、国内での製造等を禁止しており、代替化が困難であったため製造等禁止の措置を猶予していた一部の特殊な製品についても、2012（平成24）年3月には代替化が完了し、製造等は完全に禁止されている。

他方、石綿が建材として使用された時期に建てられた建築物の解体・改修等の工事は今後も増加を続けることが予想される中、建築物の解体等の作業に従事する労働者の石綿ばく露の防止は引き続き重要な課題となっており、石綿障害予防規則や「建築物等の解体等の作業及び労働者が石綿にばく露するおそれがある建築物等における業務での労働者の石綿ばく露防止に関する技術上の指針」に基づき指導を行っている。2017（平成29）年3月には同指針に基づくマニュアルを刷新し、関係業界に対して対策の充実を要請した。また、大阪泉南アスベスト訴訟において、2014（平成26）年10月に、石綿工場の元労働者の健康被害について国の損害賠償責任を一部認める最高裁判決が言い渡されたことを受け、厚生労働大臣談話を発表し、国の損害賠償責任が認められた方々と同様の状況にあった方々について、同判決に照らして訴訟上の和解の途を探ることとしており、その周知を図っている。

(4) 石油コンビナート等における災害防止対策

石油コンビナート等の事業所において多数の死傷者を出す爆発火災等の重大事故が頻発したことを受け、2014（平成26）年5月に、消防庁、経済産業省及び厚生労働省の3省から成る「石油コンビナート等災害防止3省連絡会議」を設置した。連絡会議では、関係業界団体に対し、石油コンビナート等の災害防止対策について行動計画の策定等を要請し、適宜、フォローアップを行うとともに、3省連絡会議において継続的に情報の共有や連携を図り、3省共同運営サイトにより、事故情報や再発防止策等の発信に努めている。

5 労働者の健康確保対策の充実

(1) ストレスチェック制度の創設

労働者の心理的な負担の程度を把握し、セルフケアや職場環境の改善につなげ、メンタルヘルス不調の未然防止の取組みを強化することを目的として2014（平成26）年に労働

＊14 石綿（アスベスト）は、天然に産する繊維状けい酸塩鉱物で、そのばく露により、主に石綿肺、肺がん、中皮腫のような健康障害を生ずるおそれがある。

安全衛生法が改正され、新たにストレスチェック制度が創設された（2015（平成27）年12月施行）。

制度の概要は以下のとおりである。

○1年に1回、医師、保健師等による労働者の心理的な負担の程度を把握するための検査（ストレスチェック）の実施を事業者に義務付ける。ただし、従業員50人未満の事業場については当分の間、努力義務とする。

○ストレスチェックの結果については、医師等から直接労働者に通知され、労働者の同意がなければ事業者に通知してはならないこととする。

○ストレスチェックの結果、一定の要件に該当する労働者から申出があった場合は、医師による面接指導を実施することを事業者の義務とする。また、申出を理由とする不利益な取扱いをしてはならないこととする。

○事業者は、その結果に基づき、医師の意見を聴いた上で、必要な場合には、作業の転換、労働時間の短縮その他の適切な就業上の措置を講じなければならないこととする。

また、労働安全衛生規則において、事業者は、ストレスチェックの結果を当該事業場の当該部署の労働者の集団その他一定規模の集団ごとに集計・分析し、さらに、分析の結果に基づき、職場環境の改善の措置を講ずるよう努めなければならないこととしている。

運用に当たっての重要な事項（ストレスチェックの具体的な実施方法、実施体制、不利益な取扱いの防止等）については、「心理的な負担の程度を把握するための検査及び面接指導の実施並びに面接指導結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」等で示しており、制度の周知などを進めている。

さらに、ストレスチェック制度の適切な運用のため、実際に事業場においてストレスチェックの導入に携わる人事労務担当者や産業保健スタッフ向けに、より具体的な運用方法等を解説した「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」や「ストレスチェック制度簡単導入マニュアル」を作成し周知するほか、全国の産業保健総合支援センターにおいて、事業者、人事労務担当者や産業医、保健師等の産業保健スタッフに対して研修を実施している。

このほか、ストレスチェック制度の実施が努力義務となっている労働者50人未満の小規模事業場においても取組みが進むよう、一定の要件を満たした場合にその費用を助成する事業を実施している。また、ITを利用してオンラインでストレスチェックを実施する場合に活用していただけるよう、「ストレスチェック実施プログラム」を作成し、厚生労働省のWebサイトで無料配布している。

企業向けの相談対応としては、2015年5月に独立行政法人労働者健康安全機構による「ストレスチェック制度サポートダイヤル」を開設している。

これらの取組みを通じて、ストレスチェック制度の周知・啓発等を進めている。

（2）その他メンタルヘルス対策及び過重労働による健康障害防止対策

2006（平成18）年に労働安全衛生規則が改正され、労働者数50人以上の事業場に設置されている衛生委員会の調査審議事項として「労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策の樹立に関すること」が追加された。また、同年策定された「労働者の心の健康の保持増進のための指針」では、メンタルヘルスケアの基本的な実施方法を示し、この指

針に即した取組みが行われるよう事業者に対し指導を行っている。取組方策が分からないなどの理由から取組みが遅れている事業場に対しては、47都道府県の産業保健総合支援センターで、事業者からの相談に応じるとともに、個別事業場を訪問して助言を行うことなどにより、メンタルヘルス不調の未然防止から休業者の職場復帰に至るまでの総合的なメンタルヘルス対策導入についての支援を行っている。

また、働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳[*15]」において、事業者、産業保健スタッフ、労働者やその家族に対して「メンタルヘルス対策の基礎知識」や「悩みを乗り越えた方の体験談」など、職場のメンタルヘルス対策に関する様々な情報を提供しているほか、2014（平成26）年からは労働者からのメール相談を実施している。

さらに、過重労働による健康障害防止対策については、2006年施行の改正労働安全衛生法により、一定以上の時間外・休日労働を行い、疲労の蓄積が認められた労働者に対しては、医師による面接指導の実施を義務付け[*16]るとともに、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（2011（平成23）年2月一部改正）に基づき、過重労働を防止するために事業者が講じるべき措置について指導等を行っている。

2015（平成27）年9月からは、メンタルヘルス不調や過重労働による健康障害の防止対策に関することについて、全国の労働者等からの電話相談に応じる窓口「こころの耳電話相談（旧こころほっとライン）」を開設している。

また、2016（平成28）年12月に決定された「『過労死等ゼロ』緊急対策」に基づき、メンタルヘルス対策に係る企業本社に対する特別指導などの取組みを実施している。

(3) 産業保健活動の促進

企業や地域での産業保健活動は、近年、メンタルヘルス不調や過重労働等による健康障害が課題となっている中、これらの予防や早期の対応を行う上で一層重要な役割を担うものである。各都道府県労働局では、事業者に対し、産業医等の適切な選任、衛生委員会の活動の活性化等について指導等を行うとともに、産業保健総合支援センターにおいて、産業医等の産業保健関係者からの専門的相談対応、研修等を実施している。

また、産業保健体制が不十分な労働者数50人未満の小規模事業場に対する支援として、産業保健総合支援センターの地域窓口（地域産業保健センター）において、健康診断の結果に関する相談、脳・心臓疾患のリスクの高い労働者に対する保健指導、メンタルヘルス不調者への相談指導、長時間労働者に対する面接指導等を実施している。

さらに、独立行政法人労働者健康安全機構において、小規模事業場におけるストレスチェックの実施などに対して助成しているほか、2017（平成29）年度からは、ストレスチェック実施後の集団分析を踏まえた職場環境改善計画の実施、心の健康づくり計画の作成・実施、小規模事業場における産業医の要件を備えた医師の選任に対する助成金を新設している。

(4) 受動喫煙防止対策の推進

2013（平成25）年2月に策定した「第12次労働災害防止計画」では、「2017（平成

＊15 こころの耳ホームページ　http://kokoro.mhlw.go.jp/
＊16 ただし、常時50人未満の労働者を使用する事業場においては、2008（平成20）年から義務付け。

29）年までに職場で受動喫煙を受けている労働者の割合を15%以下とする」という目標を掲げ、受動喫煙の健康への有害性に関する理解を得るための教育啓発や事業者に対する効果的な支援を実施することとしている。また、2014（平成26）年に改正された労働安全衛生法により、2015（平成27）年6月から労働者の健康の保持増進のための措置という位置づけで、事業者及び事業場の実情に応じた適切な受動喫煙防止措置の実施が事業者の努力義務とされ、職場における一層の取組みが求められている。

こうした事業者の受動喫煙防止の取組みへの支援として、中小企業事業主を対象にした喫煙室の設置の費用の助成をはじめとして、専門家による電話相談や説明会、空気環境把握のための測定機器の無料貸出などを実施している。

第5節 良質な労働環境の確保等

1 労働条件の確保改善

全国の労働基準監督署には、賃金の不払、解雇等に関する申告・相談が依然として数多く寄せられている。全ての労働者が適法な労働条件の下で安心して働くことができるよう、事業主等の法令遵守に対する意識をより一層高めていくことが必要である。

このため、法定労働条件の履行確保を図るための的確な監督指導等を行うとともに、申告・相談がなされた場合には、申告・相談者が置かれている状況に十分配慮し、その解決のため迅速かつ的確な対応を図っている。また、万一、企業倒産、事業場閉鎖等が起こった場合であっても、賃金不払等の事態が起こらないようにするため、賃金・退職金の支払、社内預金の保全等についても早い段階から的確な対応を行っている。

(1) 労働時間に関する法定基準等の遵守

豊かでゆとりある国民生活を実現するためには、長時間労働の削減等を図っていくことが必要である。

このため、労働基準監督署では、「時間外労働・休日労働に関する労使協定」（以下「36協定」という。）について、「労働基準法第36条第1項の協定で定める労働時間の延長の限度等に関する基準」（平成10年労働省告示第154号。以下「限度基準」という。）に適合したものとなるよう、指導を行っている。また、時間外労働・休日労働は必要最小限にとどめられるべきものであることから、36協定上、月45時間を超える時間外労働を行わせることが可能となっていても、実際の時間外労働については月45時間以下とするよう指導を行っている。

また、2016（平成28）年においては、「過労死等防止啓発月間」である11月に「過重労働解消キャンペーン」を実施し、重点監督や全国一斉の無料電話相談などの取組みを行った。

特に、重点監督では、長時間の過重な労働による過労死などに関する労災請求のあった事業場など、7,014事業場に対して重点的な監督指導を行い、その結果、4,711事業場（67.2%）において労働基準関係法令違反が認められ、そのうち2,773事業場（39.5%）

で違法な時間外労働が認められたため、是正・改善に向けた指導を行った。

さらに、法規制の執行強化を図るため、

①2016年4月からは、

○月100時間超の残業を把握したすべての事業場等に対する監督指導の徹底（2015（平成27）年1月から実施）について、月80時間超の残業を把握したすべての事業場等に対象を拡大

○東京労働局及び大阪労働局に設置していた複数の労働局にまたがる過重労働に係る事案等に対応する特別チーム（通称「かとく」、2015年4月に設置）に加え、厚生労働省本省に過重労働に関する広域捜査の指導調整を行う対策班（通称「本省かとく」）を設けるとともに、全ての労働局に長時間労働に関する監督指導等を専門とする担当官を新たに任命

②2017（平成29）年4月からは、上記本省かとくを再編し、省令組織として「過重労働特別対策室」を新設

などの取組みを行っている。

これらの執行強化に加え、2016年12月に決定された「『過労死等ゼロ』緊急対策」に基づき、

①使用者向けの新たな「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」による労働時間の適正把握の徹底

②長時間労働等に係る企業本社に対する指導

③是正指導段階での企業名公表の強化

などの取組みを2017年1月から順次実施している。

また、賃金不払残業の解消を図るためには、各企業において労働時間を適正に把握する必要があることから、同ガイドラインを幅広く周知・徹底するとともに的確な監督指導等を実施している。

全国の労働基準監督署で、時間外労働に対する割増賃金が支払われないとして労働基準法第37条違反の是正を指導したもののうち、1企業当たり合計100万円以上の割増賃金が支払われた企業数は1,348社であり、対象労働者数は92,712人、支払われた割増賃金の合計額は約100億円となっている。（2015年4月から2016年3月までの1年間）

(2) 経済情勢を踏まえた労働基準行政及び雇用環境・均等行政の対応

昨今の我が国の経済は改善の動きをみせており、雇用情勢についても改善傾向が続くことが見込まれる中で、依然として、賃金不払や解雇等の申告が労働基準監督署へ数多く寄せられている状況にある。いかなる経済情勢の下においても、全ての労働者が安心して働くことができるように、労働基準法等で定める法定労働条件は確保されなければならない。

このため、都道府県労働局と労働基準監督署では、各種情報から法定労働条件に問題があると考えられる事業場に対して監督指導を実施し、労働基準関係法令を遵守するよう指導するとともに、企業倒産に伴い賃金の支払を受けられないまま退職した労働者の救済を図るため、未払賃金立替払制度により迅速かつ適正な立替払を実施している。

また、解雇や雇止め、労働条件の切下げ等については、労働契約法や裁判例等に照らして、適切な取扱いが行われることが重要である。

(3) 若者の「使い捨て」が疑われる企業等への対応策

政府においては、若者の活躍推進の観点から、「『日本再興戦略』改訂2014」（平成26年6月24日閣議決定）等の中で、若者の「使い捨て」が疑われる企業等への対応策の充実強化を図ることとしている。

それを受け、厚生労働省では、若者の「使い捨て」が疑われる企業等への対応策の強化として、次のような取組みを行った。

①2016（平成28）年11月の「過重労働解消キャンペーン」において、若者の「使い捨て」が疑われる企業等に対しても重点的な監督指導を行った。

②常設のフリーダイヤル「労働条件相談ほっとライン」を設置（2014（平成26）年9月）し、労働基準監督署が閉庁している平日夜間・土日における相談対応（2017（平成29）年4月からは今まで対応していなかった水曜日も含め、年末年始を除く毎日実施）を行うことにより、相談体制の充実を図った。

③労働条件ポータルサイト「確かめよう　労働条件」の設置（2014年11月）や、大学・高等学校等でのセミナーの開催により、働く際に知っておきたい労働基準法などに関する基礎知識の周知を行い、情報発信の強化を図った。

④新卒応援ハローワーク、わかものハローワークに、職場における悩み等に関する相談に対応する「在職者相談窓口」を設置した。

今後とも、過重労働や賃金不払残業などが疑われる企業等に対して、監督指導を行うとともに、こうした相談体制の強化や情報発信の取組みを進めていく。

(4) 学生アルバイトの労働条件確保

2015（平成27）年の夏に実施した「大学生等に対するアルバイトに関する意識等調査」に引き続き、2015年12月～2016（平成28）年2月にかけて「高校生に対するアルバイトに関する意識調査」を実施した。高校生に対する調査においても、労働条件の明示が適切になされなかったものや、中には満18歳未満に禁止されている深夜業をさせられたなど、労働基準関係法令違反のおそれがある回答があったほか、採用時に合意した以上のシフトを入れられたなど、学業とアルバイトの適切な両立への影響が疑われる回答もあった。

このような状況を踏まえ、厚生労働省では、文部科学省と連携し、事業主団体や高校生アルバイトが多い業界団体に対し労働基準関係法令の遵守のほか、シフト設定等の課題への配慮について要請を行った。これと併せ、引き続き、4月から7月にかけて学生等へのアルバイトの労働条件の確認を促すことを目的としたキャンペーンを実施する等の取組みを進めていく。

また、高校生などのより早い段階から労働法の理解を深めてもらうために、高等学校等での労働法教育のための指導者用資料等を作成し、2017（平成29）年3月に全国の高等学校等へ配布するなど、高等学校等における労働法に関する知識のさらなる周知・啓発に取り組んでいる。

(5) 特定分野における労働条件の確保・改善対策

技能実習生、自動車運転者等、労働条件の確保上問題が認められる特定分野については、重点的な監督指導を実施している。

技能実習生については、違法な時間外労働や賃金不払残業など、法定労働条件に問題があると考えられる実習実施機関に対して、積極的に監督指導を実施した。監督指導において確認した法違反については、未払いの賃金を支払わせるなど是正を指導し、技能実習生の適正な労働条件や安全衛生を確保するとともに、重大又は悪質な事案については送検するなど厳正に対処している。

自動車運転者については、依然として長時間労働の実態が認められるところであり、労働基準関係法令のみならず改善基準告示の遵守徹底を図るための監督指導を行っている。

自動車運転者に係る賃金制度のうち、累進歩合制度については、長時間労働やスピード違反を極端に誘発するおそれがあり、交通事故の発生も懸念されることから、その廃止に係る指導等について、引き続き徹底を図っている。

また、2016（平成28）年1月に長野県軽井沢町の国道で発生したスキーツアーバス事故を受け、同様のツアーを運行する貸し切りバス事業者に対して、同年1月から3月までの間に、緊急の集中監督を実施するとともに、その結果を踏まえ、同年4月に（公）日本バス協会等に対して「バス運転者の労働時間管理等の徹底に関する要請」を実施した。加えて、2016年8月には、国土交通省との連携を強化し、自動車運転者の健康確保のため、労働安全衛生法に基づく健康診断を実施していない違反が認められた事案についても相互に通報することとした。

(6) 司法処分について

労働基準監督機関が行った監督指導の結果、重大又は悪質な法違反が認められた場合には、司法処分を含め厳正に対処しており、2016（平成28）年における送検件数は890件となっている。

2 最低賃金制度について

日本では労働者の生活の安定や労働力の質的向上、事業の公正な競争の確保に資することなどを目的として最低賃金制度を設けている。すなわち、国が法的強制力をもって賃金の最低額を定めており、使用者はその金額以上の賃金を労働者に支払わなければならない。

最低賃金には、各都道府県内のすべての使用者及び労働者に適用される地域別最低賃金（2017（平成29）年4月1日現在、適用労働者数約5,133万人）と、特定の産業の使用者及び労働者に適用される特定最低賃金（2017年4月1日現在、233件。適用労働者数約319万人）がある。



最低賃金制度パンフレット（平成28年度版）

地域別最低賃金は、毎年公労使三者からなる中央最低賃金審議会が、厚生労働大臣の諮問を受け、その年の改定額の目安の答申を行う。この目安を参考に各都道府県労働局に設置された地方最低賃金審議会からの答申を受け、各都道府県労働局長が改正決定をする。

2016（平成28）年度の地域別最低賃金額の改定は、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）、「経済財政運営と改革の基本方針2016」（同日閣議決定）及び「『日本再興戦略』改訂2016」（同日閣議決定）に配慮した審議が行われた結果、全国加重平均で対前年度25円引上げの823円となり、最低賃金が時給のみで示されるようになった2002（平成14）年以降最大の引上げとなった（全国の地域別最低賃金の一覧は最低賃金特設サイト*17を参照）。また、特定最低賃金の全国加重平均額は854円（2017年4月1日現在）となった。

最低賃金の引上げを巡っては、「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）において、最低賃金については、年率3%程度を目途として、名目GDP成長率にも配慮しつつ引き上げていく。これにより、全国加重平均が1000円となることを目指す。このような最低賃金の引き上げに向けて、中小企業、小規模事業者の生産性向上等のための支援や取引条件の改善を図る。」こととしている。また、「経済財政運営と改革の基本方針2017」及び「未来投資戦略2017」（平成29年6月9日閣議決定）においても同趣旨の方針が示されている。

厚生労働省では、最低賃金の引上げに向けた中小企業・小規模事業者への生産性向上等のため、以下の支援策*18を講じている。（詳細は「最低賃金の引上げに伴う中小企業・小規模事業者への支援施策紹介マニュアル*19」を参照）

①経営改善と労務管理の相談等にワンストップで対応するため、「最低賃金総合相談支援センター（全国47か所）」を設置し、無料の相談対応・専門家派遣を実施。

②小規模事業者が、生産性向上のための設備投資（機械設備、POSシステム等の導入）などを行い、事業場内で最も低い賃金（事業場内最低賃金）を一定額以上引き上げた場合、その設備投資などにかかった費用の一部を助成。

③最低賃金引上げの影響が大きい業種の中小企業団体を対象として、傘下企業の賃金の引上げに向けた販路拡大のための市場調査や新たなビジネスモデル開発等に要した経費を助成。

また、最低賃金の周知等については、リーフレットの配布に加え、インターネットや広報媒体を活用した周知広報を行うほか、説明会の実施などにより労使を始め広く国民に周知徹底を図っている。

3 未払賃金立替払事業について

賃金は労働者の生活の原資であり、最も重要な労働条件の一つである。しかしながら、企業が倒産して事業主に賃金支払能力がない場合には、実質的に労働者は賃金の支払を受けることができない実情にある。

このため、「賃金の支払の確保等に関する法律」に基づき、企業倒産に伴い、賃金が支払われないまま退職を余儀なくされた労働者に対して、一定の要件の下で、未払賃金の一部を、事業主に代わって政府が立替払する「未払賃金立替払事業」を実施し、2016（平成28）年度には、2,029企業の21,941人に対して約84億円の立替払を行った。

＊17 最低賃金特設サイト　http://pc.saiteichingin.info/
＊18 最低賃金引上げに向けた中小企業・小規模事業者支援事業：
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/zigyonushi/shienjigyou/index.html
＊19 最低賃金の引上げに伴う中小企業・小規模事業者への支援施策紹介マニュアル
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/zigyonushi/shienjigyou/index.html

なお、企業倒産件数の減少により、立替払を行った企業数、支給者数及び金額は、いずれも2015（平成27）年度から減少した。

立替払を行った企業数、支給者数及び金額は、2010（平成22）年度から減少を続けているが、未払賃金立替払事業は、労働者とその家族の生活の安定を図るためのセーフティネットとして欠くことのできないものであり、今後とも、事業の適切な運営に努めていく。

4 「労災かくし」対策の推進

労働基準行政として、災害発生原因を把握し、当該事業場に対し同種災害の再発防止対策を確立させるため、労働災害が発生した場合には、事業主は災害発生状況やその原因などを記載した労働者死傷病報告を労働基準監督署に提出しなければならない。

「労災かくし」とは、「故意に労働者死傷病報告を提出しないこと」、「虚偽の内容を記載した労働者死傷病報告を提出すること」をいう。

「労災かくし」の排除のための対策については、労災かくしにより、必要な労災保険の申請がなされない事案について、全国健康保険協会各都道府県支部から健康保険の不支給決定者の情報を入手するといった連携等の方策により、「労災かくし」の疑いのある事案の把握及び調査を行い、その存在が明らかとなった場合には、司法処分を含め厳正に対処することとしている。

5 障害者虐待防止について

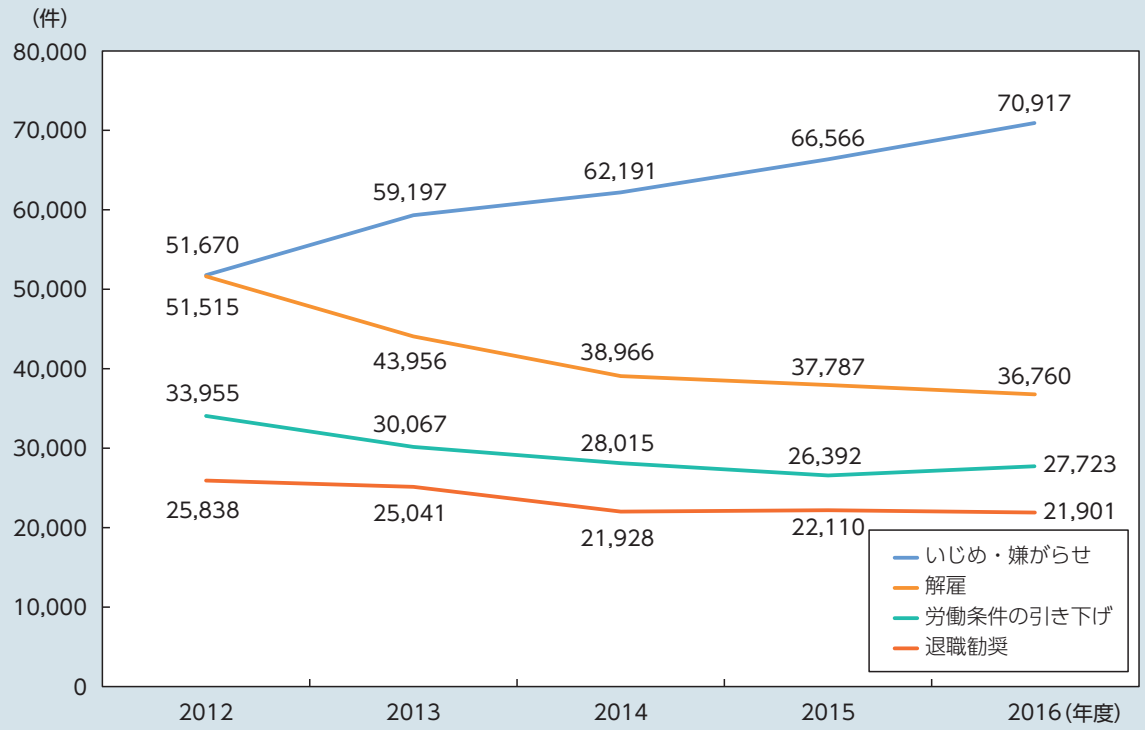
賃金不払等の使用者による障害者虐待の発生防止及び早期是正のため、関係機関との連携を深め、積極的な情報の共有を図り、障害者を使用する事業主に対する啓発・指導を行うとともに、そのような事案を把握した場合には、迅速かつ確実に監督指導等を行っている。

6 パワーハラスメント対策の推進

近年、都道府県労働局や労働基準監督署等に設けた総合労働相談コーナーに寄せられた職場のいじめ・嫌がらせに関する相談が増加を続ける（**図表2-5-1**）等、職場のパワーハラスメント（以下、「パワハラ」という。）は社会問題として顕在化している。

パワハラの防止・解決を促進するため厚生労働省では、企業等に対して、パワハラ対策の取組みの周知啓発を行うとともに、上記の総合労働相談コーナーで相談に対応し、情報提供を行うほか、都道府県労働局長による助言・指導や紛争調整委員会によるあっせんを行っている（第2章第5節9を参照）。

図表2-5-1 民事上の個別労働紛争の主な相談内容の件数の推移



資料：厚生労働省「平成28年度個別労働紛争解決制度の施行状況」

(1) パワハラの定義・行為類型

こうした各職場でのパワハラの判断の助けになるよう、「職場のいじめ・嫌がらせ問題に関する円卓会議」（2011（平成23）年度）において、「職場のパワーハラスメント」の定義として、「同じ職場で働く者に対して、職務上の地位や人間関係などの職場内の優位性を背景に、業務の適正な範囲を超えて、精神的・身体的苦痛を与える又は職場環境を悪化させる行為」とするよう提案するとともに、パワハラに当たりうる行為類型（図表2-5-2）を整理した。パワハラは企業によっても何がパワハラかの判断が異なったり具体的な状況や態様で判断が左右されたりするため、こうした具体例を活用し、各職場で何がパワハラか認識をそろえ、解決することが望ましい。

図表2-5-2 パワハラの行為類型とその具体例

行為類型	具体例
1. 身体的な攻撃	暴行・傷害
2. 精神的な攻撃	脅迫・名誉棄損・侮辱・ひどい暴言
3. 人間関係からの切り離し	隔離・仲間外し・無視
4. 過大な要求	業務上明らかに不要なことや遂行不可能なことの強制、仕事の妨害
5. 過小な要求	業務上の合理性なく、能力や経験とかけ離れた程度の低い仕事を命じることや仕事を与えないこと
6. 個の侵害	私的なことに過度に立ち入ること

(2) 各職場でのパワハラの予防・解決を支援する取組み

パワハラの予防・解決に取り組む社会的な気運を醸成するためのリーフレット等を都道府県労働局等を通じて配布しているほか、啓発用Webサイト「あかるい職場応援団」*20を開設し、対策に取り組んでいる企業の紹介、社内アンケートや就業規則のひな形、研修資料、パワーハラスメントに関する動画や裁判事例の掲載等、様々な情報を提供している。また、企業がパワーハラスメント対策の基本的な枠組みを構築する際に参考となる「パワーハラスメント対策導入マニュアル」を策定し、これを活用したパワーハラスメント対策支援セミナーを全都道府県で開催している。

また、上記の円卓会議での提案等から4年が経過し、パワハラ対策に取り組む企業等の状況も変化していると考えられることから、企業や労働者を対象にした「職場のパワーハラスメントに関する実態調査」を実施したほか、パワハラ対策に積極的に取り組んでいる企業の事例を掲載した好事例集を策定している。

7 労災補償の現状

(1) 労災補償の現状

労働災害については、過重労働の防止や各種の安全衛生対策など、その発生の防止を最優先課題として取組みを進めているが、労働災害が発生した場合には、労働者の負傷、疾病、障害、死亡などについて迅速かつ公正な補償が不可欠である。労災保険制度は、業務上の事由又は通勤による労働者の負傷、疾病、障害、死亡などに対して、迅速かつ公正な保護を行うために保険給付を行う制度である。

2015（平成27）年度の労災保険給付の新規受給者数は61万8,149人であり、前年度に比べ1,450人の減少（0.23%減）となっている。そのうち業務災害による受給者が54万5,433人、通勤災害による受給者が7万2,716人となっている。

(2) 過労死等の労災認定

2016（平成28）年度の過労死等の労災補償状況については、脳・心臓疾患の請求件数は825件であり、支給決定件数は260件となっており、精神障害の請求件数は1,586件であり、支給決定件数は498件となっている。脳・心臓疾患、精神障害ともに、前年度と比べ請求件数・支給決定件数ともに増加している。（**図表2-5-3**）。

労災認定に当たっては、脳・心臓疾患の認定基準及び精神障害の認定基準に基づき、迅速かつ適正な労災補償に努めている。

＊20 啓発用Webサイト「あかるい職場応援団」 http://www.no-pawahara.mhlw.go.jp/

図表2-5-3　過労死等の労災補償状況（2012（平成24）～2016（平成28）年度）

		2012（平成24）年度	2013（平成25）年度	2014（平成26）年度	2015（平成27）年度	2016（平成28）年度
脳・心臓疾患	請求件数	842（94）	784（81）	763（92）	795（83）	825（91）
	支給決定件数	338（15）	306（8）	277（15）	251（11）	260（12）
精神障害	請求件数	1,257（482）	1,409（532）	1,456（551）	1,515（574）	1,586（627）
	支給決定件数	475（127）	436（147）	497（150）	472（146）	498（168）

資料：厚生労働省労働基準局調べ。
（注）　1．脳・心臓疾患とは、業務により脳・心臓疾患（負傷に起因するものを除く。）を発症した事案（死亡を含む。）をいう。
2．精神障害とは、業務により精神障害を発病した事案（自殺を含む。）をいう。
3．請求件数は当該年度に請求されたものの合計であるが、支給決定件数は当該年度に「業務上」と認定した件数であり、当該年度以前に請求されたものも含む。
4．（　）内は女性の件数で内数である。

（3）石綿による健康被害の補償・救済

石綿を取り扱う作業に従事したことにより中皮腫や肺がんなどを発症した労働者などやその遺族は、労災保険給付を受けることができる。また、2006（平成18）年2月には、「石綿による健康被害の救済に関する法律」が成立し、同年3月には、時効によって労災保険法に基づく遺族補償給付を受ける権利が消滅した者に対し「特別遺族給付金」が支給されるなどの措置が講じられた。

なお、特別遺族給付金については、2011（平成23）年8月の「石綿による健康被害の救済に関する法律の一部を改正する法律」により、請求期限が2022年3月27日まで延長されるとともに、支給対象が2016（平成28）年3月26日までに死亡した労働者などの遺族であって時効によって遺族補償給付を受ける権利が消滅した者へ拡大されている[*21]。

石綿による健康被害の補償・救済については、石綿による疾病の労災認定基準に基づき、迅速かつ適正に行うように努めている。

＊21「特別遺族給付金」に関する大切なお知らせ（厚生労働省ホームページ）
(http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/sekimen/izoku/dl/231011.pdf)

図表2-5-4　労災保険法に基づく石綿による肺がん、中皮腫等の労災補償状況

		2011（平成23）年度	2012（平成24）年度	2013（平成25）年度	2014（平成26）年度	2015（平成27）年度
肺がん	請求件数	480	495	420	465	414
	支給決定件数	401	402	382	391	363
中皮腫	請求件数	579	587	593	561	578
	支給決定件数	543	522	528	529	539
良性石綿胸水	請求件数	28	41	40	26	26
	支給決定件数	42	45	44	32	20
びまん性胸膜肥厚	請求件数	57	48	62	44	45
	支給決定件数	51	39	53	50	47
計	請求件数	1,144	1,171	1,115	1,096	1,063
	支給決定件数	1,037	1,008	1,007	1,002	969

		2011（平成23）年度	2012（平成24）年度	2013（平成25）年度	2014（平成26）年度	2015（平成27）年度
石綿肺	支給決定件数	68	75	77	78	64

資料：厚生労働省労働基準局調べ。
（注）1. 請求件数は当該年度に請求されたものの合計であるが、支給決定件数は当該年度に請求されたものに限るものではない。
2. 「石綿肺」はじん肺の一種であり、石綿肺又はじん肺として労災請求されたもののうち、石綿肺として労災認定されたものを抽出し、集計している。

図表2-5-5　石綿健康被害救済法に基づく特別遺族給付金の請求・支給決定状況

	2011（平成23）年度	2012（平成24）年度	2013（平成25）年度	2014（平成26）年度	2015（平成27）年度
請求件数	140	178	40	36	30
支給決定件数	39	167	24	20	20

資料：厚生労働省労働基準局調べ。
（注）請求件数は当該年度に請求されたものの合計であるが、支給決定件数は当該年度に請求されたものに限るものではない。

8 労働保険適用徴収制度

労働保険（労災保険と雇用保険の総称）の適用徴収業務は、適正な労災保険給付や雇用保険給付のみならず、労働行政全体の的確な運営を財政面から支える重要な業務であり、労働保険制度の健全な運営と費用負担の公平性を確保するため、労働保険の適用促進、適正徴収に取り組んでいる。

労働保険は、農林水産の事業の一部を除き、労働者を一人でも雇用するすべての事業に適用されるため、適用事業の事業主は、保険関係の成立手続を行わなければならないが、未手続となっている事業が少なからず見受けられる。

このような未手続となっている事業に対しては、都道府県労働局、労働基準監督署及びハローワークの緊密な連携や関係機関からの協力による未手続事業の把握、労働保険の加入勧奨活動の強化、さらに、自主的に成立手続を行わない事業主に対し職権による保険関係の成立手続を行っている。

9 個別労働紛争対策の総合的な推進

社会経済情勢の変化に伴う企業組織の再編や人事労務管理の個別化の進展等を背景として、解雇、職場におけるいじめ・嫌がらせ等について個々の労働者と事業主との間の紛争が増加傾向にある。

これらの個別労働紛争について、「個別労働関係紛争の解決の促進に関する法律」に基づき、2001（平成13）年10月1日から、次のような個別労働紛争解決制度が運用されている。

①全国の労働局や労働基準監督署等に総合労働相談コーナー[*22]を設け、労働問題に関するあらゆる相談に対応し、情報提供を行うワンストップサービスの実施

②紛争当事者に対し、紛争の問題点を指摘し、解決の方向性を示唆する都道府県労働局長による助言・指導の実施

③都道府県労働局に設置される紛争調整委員会において、紛争当事者双方の合意に向けたあっせん制度の実施

この制度の施行状況（2016（平成28）年4月～2017（平成29）年3月）は、総合労働相談コーナーにおいて受け付けた総合労働相談件数が1,130,741件、民事上の個別労働紛争に係る相談件数が255,460件、都道府県労働局長による助言・指導の申出件数が8,976件、紛争調整委員会によるあっせんの申請件数が5,123件となっている。

このように数多くの労働者、事業主に利用されているところであるが、引き続き制度の周知・広報に努めるほか、個別労働紛争の迅速・適正な解決を図るべく、制度の趣旨に沿った運用に取り組んでいくこととしている。

10 透明かつ公正な労働紛争解決システム等の構築

個別労働紛争解決制度や労働審判制度、民事訴訟等の個別労働紛争解決システムについては、透明かつ公正・客観的でグローバルにも通用する紛争解決システムを構築するため、「『日本再興戦略』改訂2015」（平成27年6月30日閣議決定）等に基づき、2015（平成27）年10月から「透明かつ公正な労働紛争解決システム等の在り方に関する検討会」において、既存の個別労働紛争の解決手段がより有効に活用されるための方策と、解雇無効時における金銭救済制度の在り方とその必要性について検討を進め、2017（平成29）年5月に報告書が取りまとめられた。今後、同報告書及び「未来投資戦略2017」（平成29年6月9日閣議決定）を踏まえ、透明かつ公正な労働紛争解決システム等の構築に向けて、労働政策審議会における検討を進めていくこととしている。

11 雇用労働相談センターの設置・運営

新規開業直後の企業や海外からの進出企業等が、日本の雇用ルールを的確に理解して、個別労働関係紛争を生じることなく、円滑に事業展開できるよう、また、長時間労働の抑制や雇用の安定等を図り、これらの企業の労働者が意欲と能力を発揮できるよう、国家戦略特別区域（以下「国家戦略特区」という。）内に「雇用労働相談センター」（以下「セン

＊22 総合労働相談コーナーのご案内（厚生労働省ホームページ）
http://www.mhlw.go.jp/general/seido/chihou/kaiketu/

ター」という。）を設置・運営している。2014（平成26）年度は福岡市、関西圏、東京圏に、2015（平成27）年度は、新潟市に、2016年（平成28）年度は新たに愛知県、仙台市、広島県・今治市の国家戦略特区にセンターを設置した。

第6節　震災復興のための労働安全衛生対策等

1　原発事故を受けた労働者の安全衛生と労働条件の確保

現在、東京電力福島第一原子力発電所（以下「東電福島第一原発」という。）においては、廃炉に向けた作業が進行しているが、構内における作業者数が依然として多く、様々な作業が輻輳して行われていること、また、燃料取り出し等の高線量下における作業が行われることから、事業者に対しては、労働安全衛生法により、労働者の安全衛生対策、被ばく管理に係る各種措置の履行確保を図り、加えて2015（平成27）年8月に策定した「東京電力福島第一原子力発電所における安全衛生管理対策のためのガイドライン」により、安全衛生管理体制の強化、健康管理対策等について指導を行っている。

2011（平成23）年3月11日の東電福島第一原発事故発生時においては、原子力災害の拡大防止を図るため応急の対策を実施する必要があり、緊急作業時の被ばく限度をやむを得ず引き上げた（同年3月14日から同年12月16日まで）。このような経緯を踏まえ、今後、仮に、緊急作業を実施する必要が生じた場合に備え、あらかじめ特例的な緊急被ばく限度等に関する基準を定めるため、2015年8月に電離放射線障害防止規則の一部改正を行った。事故当時の緊急作業従事者（約2万人）については、「原子力施設等における緊急作業従事者等の健康の保持増進のための指針」に基づき、被ばく線量や健康診断等の情報を蓄積するデータベースを構築している。これを活用し、健康相談、被ばく線量に応じたがん検診等を実施する体制の整備などにより、緊急作業従事者の長期的な健康管理に努めている。

また、緊急作業従事者の放射線による健康影響を調査するため、2014（平成26）年度から、公益財団法人放射線影響研究所を統括研究機関として、緊急作業従事者全員を対象とした疫学研究を実施している。今後も、廃炉に向けた作業が長期にわたり続くことが想定されるため、職場の安全管理、作業員の被ばく管理、被ばく低減、健康管理が適切に実施されるとともに、労働時間や賃金等の労働条件が確保されるよう、東京電力及び関係事業者に指導等を行うなど、労働者の安全衛生及び労働条件の確保に引き続き取り組んでいく。

さらに、廃炉等作業に従事する労働者が作業中や作業時間外に体調を崩したり、持病を悪化させて死傷する事例が少なからず発生しているため、健康管理も強化する必要がある。そのため、2016（平成28）年7月より廃炉等作業員の健康支援相談窓口を独立行政法人労働者健康安全機構と連携して設置し、労働者からの健康や放射線に関する不安に関する相談や、事業者からの労働者の健康支援に関する相談を受け付けている。なお、2017（平成29）年度からは、健康支援相談窓口の機能を強化し、国の事業として行っている。

2 除染等業務における安全衛生と労働条件の確保

東電福島第一原発事故により放出された放射性物質の除染等作業、廃棄物の処理等における被ばく管理等を図るため、2012（平成24）年1月に、新たな規則である「東日本大震災により生じた放射性物質により汚染された土壌等を除染するための業務等に係る電離放射線障害防止規則」（以下「除染電離則」という。）を施行するとともに、ガイドラインを策定した。

その後、原発周辺の地域における様々な復旧・復興作業に従事する労働者の放射線障害防止対策を整備するため、同年7月に改正除染電離則を施行し、除染電離則が適用される業務を拡大した。

また、事故由来廃棄物等の処分業務が本格的に実施されることを受けて、電離放射線障害防止規則の一部改正を行い、2013（平成25）年7月に施行した。

このように除染等業務における放射線障害防止対策の枠組みを順次整備するとともに、除染等業務を行う事業者に対して重点的な監督指導を実施している。

2014（平成26）年12月からは、これらの業務に従事する者の被ばく線量を管理する公益財団法人放射線影響協会の取組みとして、除染等作業従事者が除染等事業者間や除染等事業者と原子力事業者間を移動しても継続的に被ばく線量等が把握できる、除染等作業従事者等被ばく線量登録管理制度が本格的に稼働しており、当該制度への参加を促進している。2015（平成27）年4月からは、当該制度に登録された除染作業者等の被ばく線量分布図が公表されている。

3 復旧・復興工事における災害防止対策

東日本大震災の被災地の復旧・復興に伴い、各種の建設工事等が実施されることから、これらの作業に従事する方々の労働災害を防止する必要がある。そのため、宮城、岩手、福島の3県において、安全衛生専門家による工事現場の巡回指導及び安全衛生教育支援等を引き続き実施している。

さらに、復旧・復興工事における労働災害防止対策を官民が一体となって徹底するため設置した「東日本大震災復旧・復興工事安全推進本部」において、個別の企業の枠組みにとらわれない安全対策について、工事の進捗に合わせた検討を実施した。

また、被災地のがれき処理等の作業に従事する労働者の石綿ばく露の防止については、これらの作業の石綿気中濃度モニタリングを継続的に実施するとともに、環境省と合同で開催する東日本大震災アスベスト対策合同会議において結果を報告している。

さらに、平成28年（2016年）熊本地震の被災地においても、同様に、石綿気中濃度モニタリングを実施し、環境省と合同開催の熊本地震アスベスト対策合同会議において結果を報告した。

4 本格的な震災復興に向けた取組み

現在の被災3県（岩手県、宮城県、福島県）の雇用情勢は、復興需要等による有効求人数の増加、人口減少、就職決定などによる有効求職者の減少により、有効求人倍率が3県ともに1倍以上となっており、雇用者数は震災前の水準まで回復しているが、沿岸部では、

有効求人倍率は高いものの、人口減少、復旧・復興の遅れにより、雇用者数は震災前の水準まで回復していない地域もある。また、職種や条件によって求人と求職とのギャップが生じ、雇用のミスマッチが課題となっている。

そのため、厚生労働省は、被災地の雇用対策として、ミスマッチの解消などのために、被災地の雇用創出やハローワークによる就職支援などを行っている。

(1) 被災地の雇用創出

被災地の雇用の創出については、「緊急雇用創出事業」により、被災により仕事を失われた方々の当面の雇用の確保や、被災地域の本格的な雇用の創出に努めてきた。具体的には、原子力災害の影響を受けた福島県の被災求職者の一時的な雇用の確保、生活の安定を図る「原子力災害対応雇用支援事業」を実施するとともに、被災地における深刻な人手不足などの雇用のミスマッチに対応するため、産業政策と一体となって雇用面での支援をする「事業復興型雇用創出事業*23」により、中小企業に対して被災求職者の雇入れ費用に係る助成を行ってきた。さらに2017（平成29）年度からは、この事業を拡充し、これまでの雇入れ費用の助成に加えて、住宅の借り上げや住宅手当の導入・拡充の費用に係る助成を新たに行うこととしている。

図表2-6-1　原子力災害対応雇用支援事業の概要

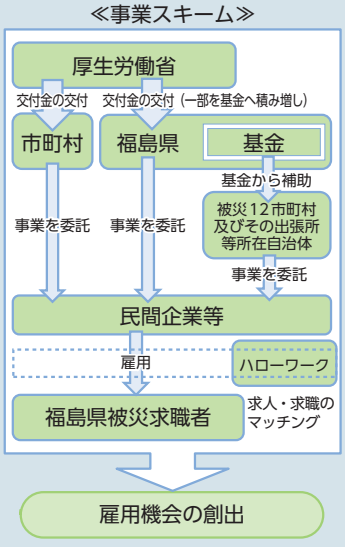
趣　旨

○原子力災害の影響により、福島県における雇用の復興にはなお時間を要するとともに、依然として多くの被災者が避難する状況が続いているが、避難指示区域の解除等を契機に、県外避難者や、長期の非就労状態にあった方が労働市場に流入することが予想されることから、こうした方々の雇用が安定するまでの準備期間に限り、次の雇用までの一時的な雇用の場を確保し、生活の安定を図る。

事業の概要

◆事業概要
　○次の雇用までの一時的な雇用の場を求める福島県被災求職者に対し、企業、NPO等への委託により、雇用・就業機会を創出し、生活の安定を図る。
◆事業内容
　○実施地域：福島県全域
　○対象者：福島県被災求職者
　　①福島県に所在する事業所に雇用されていた者
　　②福島県に居住していた者
　　のいずれかに該当し、かつ過去１年間に福島県内で震災等対応雇用支援事業又は原子力災害対応雇用支援事業以外の仕事に就いていない者
◆実施要件
　○福島県の自治体等が実施する原子力災害由来の事業等（他の事業で措置できない事業に限る）を対象とする。
　○次の安定雇用への円滑な移行につながる人材育成を併せて実施する。
　○事業費に占める新規に雇用される対象者の人件費割合は１／２以上。
　○雇用期間は１年以内（複数回更新可）

≪事業スキーム≫



＊23　2017（平成29）年度より「事業復興型雇用創出事業」は「事業復興型雇用確保事業」に名称変更。

図表2-6-2　事業復興型雇用確保事業の概要

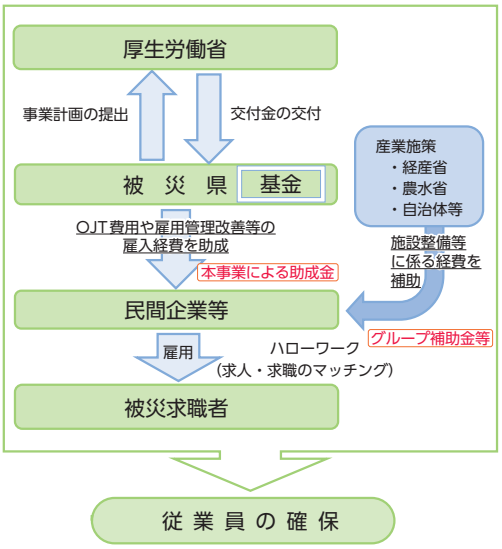
趣　旨

○被災地の事業所においては、復興需要等に伴う人手不足など、被災地特有の事情により人材の確保に困難が生じていることから、産業施策の支援を受けたのち、期間の定めなく求職者を雇用した中小企業の事業主に対し、計画的な人材育成や職場環境整備などのための資金を助成するもの。

事業概要

【事業実施期間】
2017（平成29）年度までに事業を開始した場合に3年間支援（2017年度～2020年度）
【実施地域】
岩手県（沿岸部）、宮城県（沿岸部）、福島県（全域）
【対象事業者】
中小企業法第2条第1項に規定する中小企業者（福島県の被災15市町村を除く）に該当する事業所等であって、以下のいずれかに該当する事業を実施する事業所
①国や自治体の補助金・融資（新しい事業や地域の産業の中核となる事業を対象にするもの。）の対象となっている事業所
②①以外で、雇用のミスマッチが生じている分野等の「産業施策と一体となった雇用支援」と認められる事業

【内容・要件】
○雇入費助成
・被災三県求職者の雇入れ1人当たり120万円（短時間労働者は60万円）を助成。
・1事業所につき2,000万円（3年）を上限とする。
※期間の定めのない雇用等に限る。
※福島県の被災15市町村の事業所については、1人当たり225万円（短時間労働者は110万円）とする。
※助成額は3年間の合計とし、1年ごとに支給する。
※1年ごとの支給額は段階的に減らす仕組みとし、各自治体が独自に設定する。
○住宅支援費助成
・求職者（一般求職者を含む）の雇入れのために、住宅支援の導入等による職場環境の改善を図り、かつ雇用の確保・維持を達成している場合に、要した経費の3/4を助成。
・1事業所につき240万円（年額）を上限とする。
※宿舎の新規借り上げ、追加借り上げ、住宅手当の新規導入、手当拡充を行った場合に限る。
※定着状況を確認し、1年ごとに最大3回支給する。



(2) ハローワークでの就職支援等

産業政策や復旧・復興事業で生じる求人をハローワークで開拓・確保するとともに、求職者に対しては、担当者制による個別支援や、職業訓練への誘導を行うなどきめ細かな就職支援を実施している。また、ハローワークの全国ネットワークを活用し、被災3県も含めた広域的な求人情報提供、マッチング等の支援を実施している。その結果、2011（平成23）年4月から2017（平成29）年1月末までに、被災3県におけるハローワークを通じた就職者の数は、76万人以上にのぼっている。

(3) 福島県内外への避難者に対する支援

原子力災害の影響により、現在もなお避難を余儀なくされている方々がいる。そうした方々の就職支援は極めて重要な課題である。

こうしたことから、前記の対策を講ずるほか、避難指示区域等からの避難者の就職支援体制の整備を図る「福島避難者帰還等就職支援事業」を2013（平成25）年度より実施している。

具体的には、市町村や経済団体から構成される協議会に対し、就職支援セミナーなど避難解除区域等への帰還者の雇用促進に資する事業を委託して実施している。また、福島労働局に専門のコーディネーターを配置し、福島県の市町村や企業に対して、助成金など雇用創出の支援ツールの活用方法を提案することや、手続・運営などに関するアドバイスを行っている。さらに、山形、埼玉、東京、新潟、大阪労働局管内のハローワークに「福島就職支援コーナー」を設置し、福島県へ帰還して就職することを希望している避難者に対

して、きめ細かな支援を実施している。

第7節　豊かで充実した勤労者生活の実現

1 中小企業退職金共済制度について

中小企業退職金共済制度は、独力では退職金制度を設けることが困難な中小企業について、事業主の相互共済の仕組みと国の援助によって退職金制度を確立し、中小企業の従業員の福祉の増進を図るとともに、中小企業の振興に寄与することを目的とした制度である。主に常用労働者を対象とする「一般の中小企業退職金共済制度」と、厚生労働大臣が指定した特定の業種に期間を定めて雇用される労働者（期間雇用者）を対象とする「特定業種退職金共済制度」とがあり、現在、特定業種退職金共済制度として、建設業、清酒製造業及び林業が指定されている。2017（平成29）年3月末現在、加入労働者は約562万1千人であり、2016（平成28）年度の退職金支給件数は約31万件、退職金支給金額は約4,025億円となっている。

なお、中小企業退職金共済制度については、2016年6月に公布された「確定拠出年金法等の一部を改正する法律」（平成28年法律第66号）により、会社合併等に伴う中退共制度と企業年金制度との間の資産移換を可能とする措置が講じられており、公布後2年以内に施行される予定となっている。

2 勤労者財産形成促進制度について

勤労者財産形成促進制度は、勤労者が豊かで安定した生活を送ることができるよう、その計画的な財産形成を促進するため、勤労者の自主的な努力に対して事業主及び国が支援するもので、財形貯蓄制度や財形融資制度等がある。

2017（平成29）年3月末現在、財形貯蓄契約件数は約803万件、貯蓄残高は約16兆円、財形融資貸付件数は約9万件、貸付残高は約8千億円となっている。

第8節　安定した労使関係の形成など

1 2016年度の労使関係

(1) 我が国の労働組合

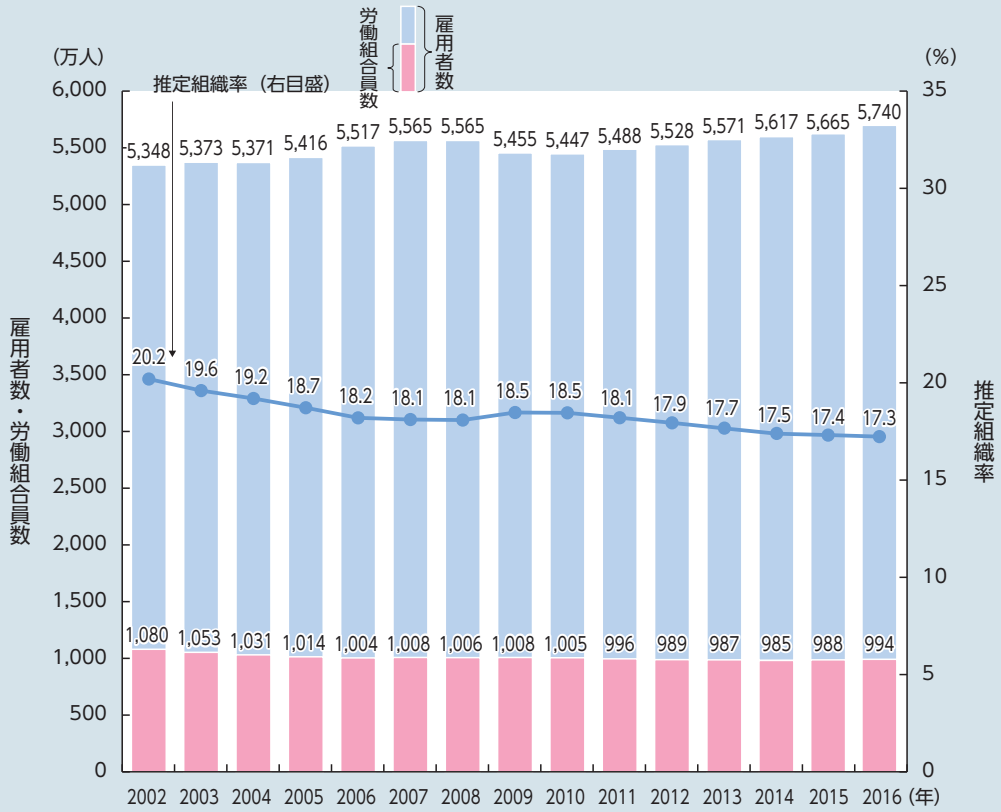
我が国の労働組合は、企業別労働組合を基本に組織されているが、政策・制度面を始め、企業別組織では対応できない課題に取り組むため、これらが集まって産業別組織を形成し、さらに、これらの産業別組織が集まって全国的中央組織を形成している。

2016（平成28）年6月現在、我が国の労働組合員数は994万人（前年988万2千人）で5万8千人増加した（**図表2-8-1**）。

また、パートタイム労働者の労働組合員数は113万1千人で（前年102万5千人）、10

万6千人増加し、これらを調査事項に加えた1990（平成2）年以降、過去最高を更新している。

図表2-8-1　雇用者数、労働組合員数及び推定組織率の推移（単一労働組合）



資料：厚生労働省政策統括官付雇用・賃金福祉統計室「労働組合基礎調査」、総務省統計局「労働力調査」
（注）1. 「雇用者数」は、労働力調査の各年6月分の原数値である。
2. 「推定組織率」は、労働組合数を雇用者数で除して得られた数値である。
3. 平成23年の雇用者数及び推定組織率は、平成24年4月に総務省統計局から公表された「労働力調査における東日本大震災に伴う補完推計」の平成23年6月分の推計値及びその数値を用いて計算した値である。時系列比較の際は注意を要する。
4. 雇用者数については、国勢調査基準切換えに伴う遡及や補正を行っていない当初の公表結果を用いている。

(2) 春闘の情勢

2016（平成28）年11月16日の「第3回働き方改革実現会議」において、安倍総理から経済界に対して、「今世紀に入って最も高い水準の賃上げを3年連続で実現してきておりますので、少なくとも今年並みの水準の賃上げを期待しています。特にベアを3年連続で実現してきていますので、4年連続の実現をお願いしたいと思います」と賃上げの取組みについて要請した。

日本労働組合総連合会（連合）は2016年11月25日に、「賃上げ要求水準は、2%程度を基準とし、定期昇給相当分（賃金カーブ維持相当分）を含め4%程度とする」等を内容とする「2017春季生活闘争方針」を決定し公表した。

また、日本経済団体連合会（経団連）は、2017（平成29）年1月17日、「経済の好循環を力強く回すべく3年間続けてきた経済界の取組みをさらに進めるため、賃金引上げのモメンタムを2017年も継続する必要がある」等を内容とする「2017年版経営労働政策特別委員会報告（経労委報告）」を公表した。

同年3月15日以降、民間主要組合に対して、賃金、一時金等に関する回答が示され、月例賃金は賃上げの流れが4年連続で続いている。

また、非正規雇用労働者についても、時給においては、引上げの回答が行われており、賃金上昇の動きが広がっている。

2 労働委員会に関する動き

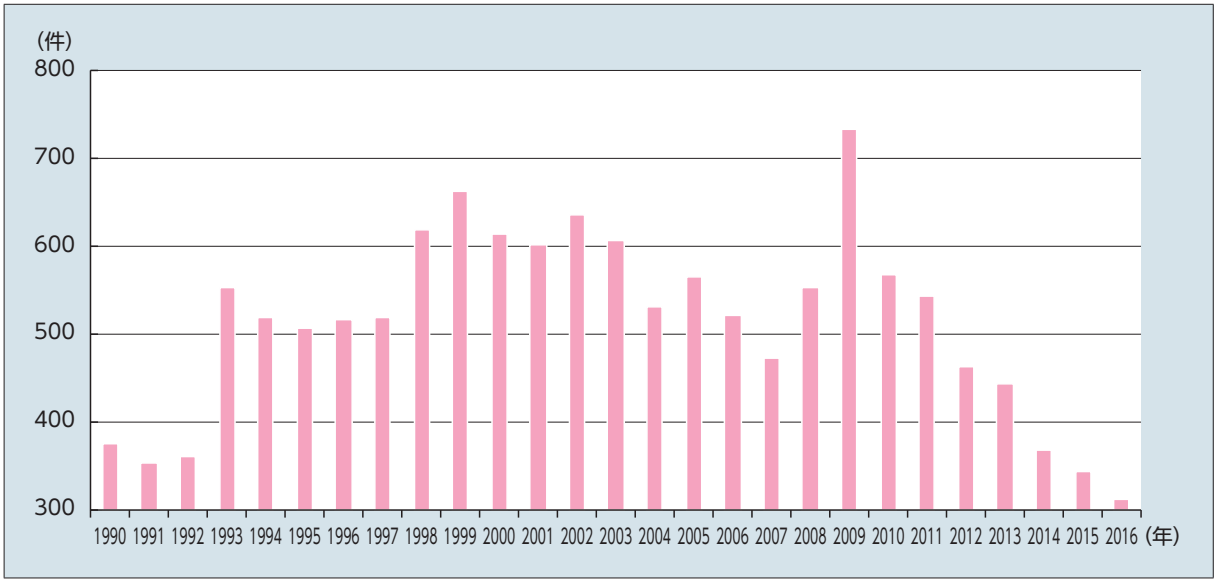
労働委員会（中央労働委員会、都道府県労働委員会）では、不当労働行為事件の審査、労働争議の調整（あっせん、調停及び仲裁）、個別労働紛争のあっせん（中央労働委員会及び一部の労働委員会を除く。）を行っている。

不当労働行為事件の審査について、初審の新規申立件数は、2016（平成28）年が303件であり、同年の平均処理日数は426日であった。再審査及び行政執行法人関係事件審査の新規申立件数は、2016年が76件であり、同年の平均処理日数は621日であった。

また、労働争議の調整について、全国の労働委員会が扱った2016年の労働組合その他の労働者団体と、使用者又は使用者団体との間の集団的労使紛争のあっせん等新規係属件数は、312件であった（図表2-8-2）。

さらに、個別労働紛争のあっせん新規係属件数は、310件であった。

図表2-8-2　労働争議調整事件の新規係属件数



第1節 女性・若者・高齢者等の活躍促進等

1 女性の雇用の現状

総務省統計局「労働力調査」によると、2016（平成28）年の女性の労働力人口は2,883万人（前年差41万人増）で、女性の労働力率は50.3%（前年差0.7ポイント上昇）である。生産年齢（15～64歳）の女性の労働力率は、68.1%（前年差1.3ポイント上昇）である。また、女性の雇用者数は2,531万人（前年差57万人増）で、雇用者総数に占める女性の割合は44.2%（前年差0.3ポイント上昇）となっている。

2 女性の活躍促進等

(1) 男女雇用機会均等対策の推進

労働者が性別により差別されることなく、また、働く女性が母性を尊重されつつ、その能力を十分に発揮できる雇用環境を整備するため、男女雇用機会均等法令に沿った男女均等取扱いがされるよう周知徹底するとともに、法違反が認められる企業に対しては、都道府県労働局雇用環境・均等部（室）において、迅速かつ厳正な指導を行っている。

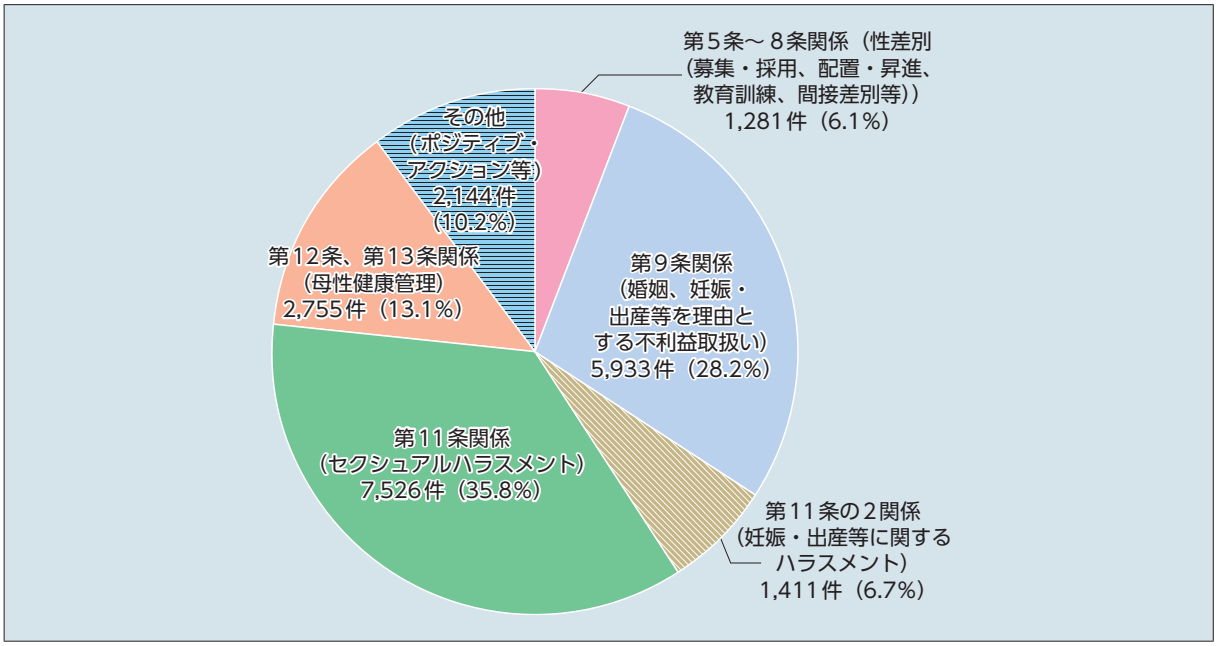
また、労働者と事業主の間の紛争については、都道府県労働局長による紛争解決の援助及び機会均等調停会議による調停で円滑かつ迅速な解決を図っている。

2016（平成28）年度に雇用環境・均等部（室）に寄せられた男女雇用機会均等法に関する相談件数は21,050件である。その内容を見ると、職場におけるセクシュアルハラスメントや妊娠・出産等を理由とする解雇その他不利益取扱いに関する相談が多くなっている（**図表3-1-1**）。また、是正指導件数は9,773件、都道府県労働局長による紛争解決の援助件数は294件、機会均等調停会議による調停件数は71件となっている。

妊娠・出産等に関するハラスメントやセクシュアルハラスメントに関する相談については、適切に対応するとともに、男女雇用機会均等法に沿った対策が講じられていない企業を指導し、必要に応じて、具体的取組事例やノウハウを提供している。妊娠・出産等を理由とする解雇その他不利益取扱いに関する相談には、適切に対応し、相談者にとって最も適切な方法で紛争の円滑かつ迅速な解決を図るとともに、男女雇用機会均等法違反が疑われる場合や、雇用管理上の問題があると考えられる場合には積極的に報告徴収を行い、男女雇用機会均等法違反が認められる場合には、事業主を迅速かつ厳正に指導をしている。

なお、事業主による妊娠、出産、育児休業・介護休業の取得等を理由とする不利益取扱いは、既に男女雇用機会均等法等で禁止されているが、近年、上司・同僚からのハラスメントも問題となっている。そのため、男女雇用機会均等法及び育児・介護休業法が改正され、上司・同僚による職場における妊娠、出産、育児休業等に関するハラスメントの防止措置を講じることが事業主に対し新たに義務付けられた（2017（平成29）年1月1日施行）。改正法の施行に向けて、2016年度は、都道府県労働局において説明会及びハラスメント対応特別相談窓口を開設し、改正法の周知を図った。

図表3-1-1　男女雇用機会均等法に関する相談内容の内訳



（2）女性の活躍推進に向けた企業の取組み支援

図表3-1-2　女性の職業生活における活躍の推進に関する法律の概要（民間事業主関係部分）

1　基本方針等

▶国は、女性の職業生活における活躍の推進に関する基本方針を策定（閣議決定）。
▶地方公共団体（都道府県、市町村）は、上記基本方針等を勘案して、当該区域内における推進計画を策定（努力義務）。

2　事業主行動計画等

※①～③について大企業（301人以上）：義務／中小企業（300人以下）：努力義務

①自社の女性の活躍に関する状況把握・課題分析

状況把握の基礎項目（省令で規定：必ず把握しなければならないもの）
①女性採用比率　②勤続年数男女差　③労働時間の状況　④女性管理職比率
※必要に応じて選択項目（省令で規定）についてさらに把握・分析

②状況把握・課題分析を踏まえた行動計画の策定・届出・公表
（指針に即した行動計画を策定・公表（労働者への周知含む））

行動計画の必須記載事項
▶目標（定量的目標）　▶取組み内容　▶実施時期　▶計画期間

※衆議院による修正により、取組み実施・目標達成の努力義務が追加

③女性の活躍に関する情報公表

情報公表の項目（省令で規定）
女性の職業選択に資するよう、省令で定める情報（限定列挙）から事業主が適切と考えるものを公表

④認定制度

認定基準は、業種毎・企業規模毎の特性等に配慮し、省令で規定

⑤履行確保措置
厚生労働大臣（都道府県労働局長）による報告徴収・助言指導・勧告

－行動計画策定指針（告示）－

▶国は、事業主行動計画の策定に関する指針を策定。

▶女性の活躍のために解決すべき課題に対応する以下の項目に関する効果的取組み等を規定。
▶各企業は、これらを参考に自社の課題解決に必要な取組みを選択し、行動計画を策定。

- 女性の積極採用に関する取組み
- 配置・育成・教育訓練に関する取組み
- 継続就業に関する取組み
- 長時間労働是正など働き方の改革に向けた取組み
- 女性の積極登用・評価に関する取組み
- 雇用形態や職種の転換に関する取組み
  （パート等から正規雇用へ、一般職から総合職へ等）
- 女性の再雇用や中途採用に関する取組み
- 性別役割分担意識の見直し等職場風土改革に関する取組み

3　その他（施行期日等）

▶地域において、女性活躍推進に係る取組みに関する協議を行う「協議会」を組織することができることとする（任意）。
▶原則、公布日施行（事業主行動計画の策定については、平成28年4月1日施行）。　▶10年間の時限立法。

女性の職業生活における活躍を一層推進するため、「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律」が2016（平成28）年4月に全面施行された。同法に定める、自社の女性活躍の状況把握、課題分析、行動計画策定を支援する「一般事業主行動計画策定支援ツール」の提供や、中小企業における法に基づく取組みを支援することを目的とした「中小企業のための女性活躍推進事業」を実施するとともに、実際に行動計画に定めた目標を

達成した事業主に対する助成金の支給、さらに企業の女性の活躍状況に関する情報や行動計画を公表できる場として「女性の活躍推進企業データベース」の提供などにより、事業主の取組支援を行った。なお、一般事業主行動計画の策定・届出が義務付けられている常時雇用する労働者数が301人以上の大企業の届出率は、2017（平成29）年3月末日時点で99.9%となっている。さらに、女性活躍の状況が優良な企業に対して行う「えるぼし」認定については、同じく3月末日時点で291社になっている。

また、ポジティブ・アクション（男女労働者間に事実上生じている格差の解消を目指した企業の自主的かつ積極的な取組み）に積極的に取り組む企業を表彰する「均等・両立推進企業表彰」を実施している。

このほか、男女労働者の間に事実上生じている格差の実態把握とポジティブ・アクションの取組みの必要性について気づきを促す「男女間賃金格差解消に向けた労使の取組支援のためのガイドライン」（http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/seisaku09/）の普及を行っている。

(3) 女性の就業希望の実現

全国189か所（2017（平成29）年3月末現在）のマザーズハローワーク・マザーズコーナーにおいて、子育てをしながら就職を希望する女性等に対して、子ども連れで来所しやすい環境を整備するとともに、担当者制によるきめ細かな就職支援、求人情報や地方公共団体との連携による保育サービス関連情報等の提供など、再就職に向けた総合的かつ一貫した支援を行っている。

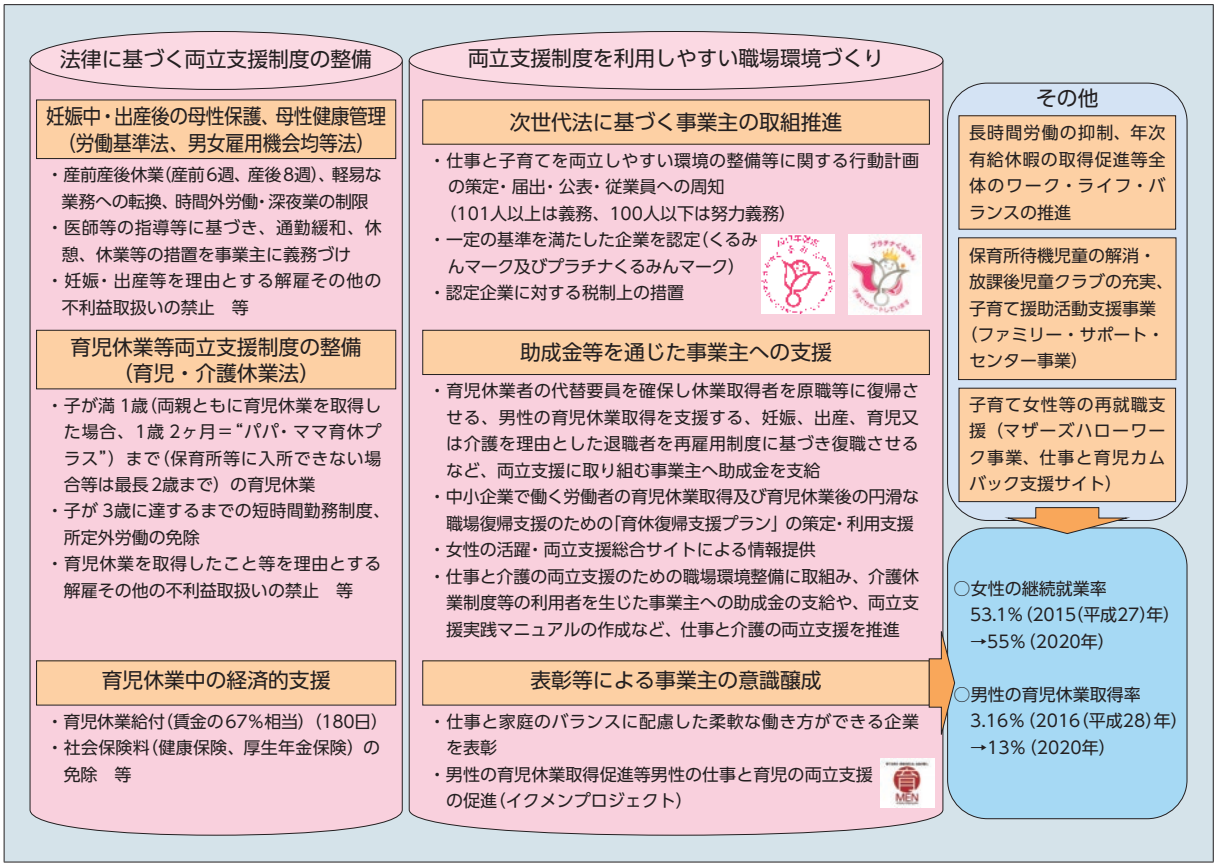
また、育児等を理由とする離職により、一定期間にわたり仕事から離れていた者に対し、ウェブ上の情報提供及び再就職好事例の収集・普及・啓発を行うことにより、仕事と育児の両立が可能な再就職に向けた支援を行っている。

(4) 仕事と育児・介護等の両立支援策の推進

仕事と育児・介護等の両立支援に向けた取組みは、少子化対策や子育て支援策だけでなく、女性の活躍促進に資するとともに、日本経済の活力の維持の観点からも重要となっている。

このため、育児・介護休業法の周知徹底、次世代育成支援対策推進法に基づく事業主の取組促進、助成金の支給を通じた事業主への支援、「育休復帰支援プラン」「介護支援プラン」モデルの普及促進及び育児・介護プランナーによるプラン策定支援、両立支援に関する情報を一元化した「女性の活躍・両立支援総合サイト」の運用、均等・両立推進企業表彰やイクメンプロジェクトの実施など、仕事と育児・介護等の両立を図ることができる雇用環境の整備に取り組んでいる（第1章第8節参照）。

図表3-1-3　仕事と家庭の両立支援対策の概要



3 高年齢者雇用の現状

「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」（昭和46年法律第68号。以下「高年齢者雇用安定法」という。）では、希望者全員が65歳まで働ける制度の導入が企業に義務づけられている。

2016（平成28）年6月1日現在、31人以上規模企業の99.5%で、①65歳までの定年の引上げ、②継続雇用制度の導入、又は③定年の定めの廃止のうちいずれかの措置（以下「高年齢者雇用確保措置」という。）を実施済みである。引き続き、高年齢者雇用確保措置が未実施である企業の早期解消を図るとともに、人口の減少と高齢化の進展により労働力人口が大幅に減少することが懸念される中、高年齢者が健康で意欲と能力がある限り年齢に関わりなく、生涯現役で働き続けることができる社会の実現に向けた取組みを推進していくこととしている。

4 「生涯現役社会」の実現

(1) 企業における高年齢者の就労促進

生涯現役社会の実現に向けた環境の整備に対応するため、65歳以降の定年延長や継続雇用制度の導入、高年齢者の雇用環境の整備や高年齢の有期契約労働者の無期雇用への転換を行う事業主に対して、「65歳超雇用推進助成金」を支給する。

全国の主要なハローワークに「生涯現役支援窓口」を設置し、特に65歳以上の高年齢求職者に対して職業生活の再設計に係る支援や支援チームによる就労支援を重点的に行っている。

また、ハローワーク等の紹介により60歳以上の高年齢者等を雇い入れた事業主に対して、特定求職者雇用開発助成金を支給し、高年齢者の再就職を促進している。

さらに、高年齢者の就職を支援するため、高齢者が経験のない分野等でも円滑に再就職できるよう、高齢者に必要な能力を習得させるための技能講習と、就職先企業の開拓、就職が見込まれる分野の企業における職場体験、就職面接会、就職後のフォローアップ等の就職支援を一体的に行う、高齢者スキルアップ・就職促進事業を実施している。

さらに、2016（平成28）年度から（公財）産業雇用安定センターにおいて高年齢退職予定者の情報を登録して、その能力の活用を希望する事業者に対してこれを紹介する高年齢退職予定者キャリア人材バンク事業を実施している。

また、既存の企業による雇用の拡大だけでなく、起業によって中高年齢者等の雇用を創出していくことも重要である。そのため、中高年齢者（40歳以上）がいわゆるベンチャー企業の創業を行う際に、従業員の募集・採用や教育訓練経費の一部を助成する「生涯現役起業支援助成金」を創設し、2016年度から実施している。

(2) 高年齢者が地域で働ける場や社会を支える活動ができる場の拡大

2016（平成28）年に改正した高年齢者雇用安定法に基づき、地方自治体が中心となって設置された協議会等からの提案による高年齢者の就労促進に向けた事業（生涯現役促進地域連携事業）を開始し、当該事業を通じて、高年齢者の雇用・就業促進に向けた地域の取組みを支援している。

また、定年退職後等に、地域社会に根ざした臨時的かつ短期的又は軽易な就業を通じた社会参加を希望する高年齢者に対して、その希望に応じた就業機会を確保・提供するシルバー人材センター事業を推進している（2016年3月末現在、シルバー人材センターの団体数は1,282団体、会員数は約72万人）。さらに、2016年の高年齢者雇用安定法の改正により、シルバー人材センターにおける業務について、都道府県知事が市町村ごとに指定する業種等においては、派遣・職業紹介に限り、週40時間までの就業が可能となったところであり（2017（平成29）年4月現在25地域にて実施）、今後も引き続き本制度の適正な運用かつ積極的な活用に向け、都道府県と連携して対応していく。

5 若年者雇用の現状

若者の雇用情勢については、15～24歳の完全失業率が、2016（平成28）年には5.1%（前年差0.4ポイント低下）、25～34歳については、4.3%（前年差0.3ポイント低下）と、前年より回復している。

また、2017（平成29）年3月卒業者の就職内定率を見ると、大学については97.6%（2017年4月1日現在）、高校については98.0%（2017年3月末現在）と、いずれも前年同期に比べ上昇（大学0.3ポイント、高校0.3ポイント）したものの、支援を要する新卒者等に対しては、きめ細かい就職支援に引き続き取り組む必要がある。

このため、学校等と密に連携しながら、新卒者等の求人確保や採用意欲のある企業と学生とのマッチングなどにより、新卒者等の就職支援を更に強化する必要がある。あわせて、既卒者及び中途退学者についても、新卒枠での応募機会の拡大及び採用・定着の促進に向けて取り組む必要がある。

フリーター数は、2016年には155万人となり、前年（2015（平成27）年167万人）と比べて12万人減少となっているが、一方、若年無業者数については2016年には57万人となり、前年（2015年56万人）と比べて1万人増加となっている。

我が国の将来を担う若者が安心・納得して働き、その意欲や能力を充分に発揮できるよう、フリーターを含む若者の正社員就職の推進など、包括的な支援を行っている。

6 総合的かつ体系的な若者雇用対策の充実に向けた法的整備

青少年の雇用の促進等を図り、その能力を有効に発揮できる環境を整備するため、青少年の適職の選択並びに職業能力の開発及び向上に関する措置等を総合的に講ずる「若者雇用促進法」が、2015（平成27）年9月18日に公布された。

同法においては、①若者の適職選択に資するよう、職場情報を提供する仕組みの創設、②一定の労働関係法令違反の求人者について、ハローワークでの新卒求人の不受理、③若者の雇用管理が優良な中小企業についての認定制度の創設などの内容が盛り込まれ、その取組みに係る周知等を実施している（③については2015年10月1日、①、②については2016（平成28）年3月1日施行）。

7 就職活動から職場で活躍するまでの総合的なサポート

新卒者・既卒者専門の「新卒応援ハローワーク」（2017（平成29）年4月1日現在、57箇所）で、広域的な求人情報の提供や、就職支援セミナー・面接会を実施している。2016（平成28）年度は延べ約51.3万人が利用し、約9.8万人が就職決定した。また、学生や既卒者の支援を専門に行う相談員であるジョブサポーターを新卒応援ハローワークやハローワークの学生用相談窓口に配置し、担当者制を基本とした個別相談、求人の紹介等就職まで一貫した支援を行うと共に、大学等との連携による学校への出張相談などを行っている。2016年度は約19.2万人のジョブサポーター支援対象者の就職が決定した。

また、就職後の職場定着支援等の相談窓口を設置しており、就職活動から、職場で活躍するまでの総合的なサポートを実施している。

さらに、事業主に対して新卒者採用にあたって卒業後3年以内の者を新卒者として取り扱うよう求めた若者雇用促進法に基づく「青少年の雇用機会の確保及び職場への定着に関して事業主、特定地方公共団体、職業紹介事業者等その他の関係者が適切に対処するための指針」（平成27年厚生労働省告示第406号）の事業主への周知による既卒者の就職促進や、地域の経済団体や教育機関等を構成員とする「新卒者等就職・採用応援本部」の開催を通じた関係機関の連携体制の強化を行っている。

加えて、既卒者及び中途退学者の新卒枠での応募機会の拡大及び採用・定着の促進を図るため、2016年2月より「三年以内既卒者等採用定着奨励金」を創設し、当該奨励金を活用した既卒者及び中途退学者の応募機会の拡大等を図っている。

8 若者と中小企業とのマッチングの強化

若者の採用・育成に積極的で、若者の雇用管理の状況などが優良な中小企業について、若者雇用促進法に基づき厚生労働大臣が「ユースエール認定企業」として認定する制度を2015（平成27）年10月に創設し、2017（平成29）年3月末現在、195社が認定を受け

ている。認定企業の情報発信を後押しすること等により、若者の雇用管理が優良な中小企業と若者のマッチングを強化し、若者の適職選択と企業が求める人材の円滑な採用を支援している。なお、2017年4月から、労働時間の要件を厳格化したほか、離職率及び有給休暇について特例を設けるなどの認定基準の見直しを行った。



〈認定マーク〉

また、「ユースエール認定企業」として認定されるための基準は満たしていないものの、若者の採用・育成に積極的な中小企業については、都道府県労働局、ハローワークが積極的にPR等を行う事業として「若者応援宣言企業」という制度があることも併せて周知し、その普及を図っている。

9 キャリア*1教育の推進

若者が、学校から社会・職業に円滑に移行できないなどの課題に直面している。この問題は、社会全体を通じた構造的な問題があることが指摘されているが、学校教育は若者の社会的・職業的自立や、生涯にわたるキャリア形成を支援するための重要な役割を果たすものであり、キャリア教育の重要性が増している。2011（平成23）年1月31日には中央教育審議会において「今後の学校におけるキャリア教育・職業教育の在り方について(答申)」が取りまとめられた。答申では幼児期の教育から高等教育までの体系的なキャリア教育の推進や職業教育の充実が提示されたが、その中で、キャリア・カウンセリングを行う専門人材の学校への配置、教職員のカウンセリングに関する知識やスキルの習得の重要性、学校・産業界・関係府省間の連携等についても指摘されている。

また、大学設置基準及び短期大学設置基準の改正（2010（平成22）年2月公布、2011年4月施行）により全ての大学等において、社会的･職業的自立に関する指導（キャリアガイダンス）に取り組むための体制を整備することとされている。

そのため、今後のキャリア教育を効果的に推進する上で、キャリア教育を担う専門人材の養成が重要であることから、2010年度から、教職員やキャリアコンサルタント等に対し、雇用・労働に関する知見やキャリア教育や就職支援に資するツール、キャリアコンサルティングやその担い手であるキャリアコンサルタントに係る知識及びその活用方法等についての理解を深める講習を実施しており、2016（平成28）年度は大学等及び高校を対象に講習を実施した。また、キャリア教育に関する先進事例を広く共有し、全国への普及・啓発を図るための「キャリア教育推進連携シンポジウム」を文部科学省、経済産業省と合同で開催した。

2017（平成29）年度も引き続きシンポジウムの開催等を通じて、キャリア教育の推進を図ることとしている。

10 フリーターなどの正社員就職の促進

「わかものハローワーク」（2017（平成29）年4月1日現在、28か所）等で、担当者制による個別支援、正社員就職に向けたセミナーやグループワーク等各種支援、就職後の定

*1 キャリアとは、一般に「経歴」、「経験」、「発展」さらには「関連した職務の連鎖」等と表現され、時間的持続性ないし継続性をもった概念。「職業能力」は「キャリア」を積んだ結果として蓄積されていくもの

着支援を実施し、2016（平成28）年度は約30.8万人が就職した。また、フリーターから正社員に転換した者の体験談や、正社員就職を目指す若者が利用できる支援機関を紹介する動画及びパンフレットを作成し、若者への周知を実施している。さらに、地域若者サポートステーション（以下「サポステ」という。）との連携により、就労意欲のある若年無業者等の支援を行っている。

11 若年無業者等の若者の職業的自立支援の強化

若年無業者等の職業的自立を支援するためには、基本的な能力の開発にとどまらず、職業意識の啓発や社会適応支援を含む包括的な支援が必要であり、こうした支援は各人の置かれた状況に応じて個別的に行うことや、一度限りの支援にとどまらず、継続的に行うことが重要である。

このため、厚生労働省では、地方自治体との協働により、地域の若者支援機関からなるネットワークを構築するとともに、その拠点となるサポステを設置し、キャリアコンサルタント等による専門的な相談や各種プログラムの実施など、多様な就労支援メニューを提供する「地域若者サポートステーション事業」を2006（平成18）年度から実施している。

2016（平成28）年度においては、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）において、若年無業者等についてサポステを含む各関係機関が連携して就労・自立支援に取り組むことが盛り込まれ、特に、高校・高等専修学校とサポステ等との連携により、高校中退者等に対するアウトリーチ型の就労支援を実施するとしていることを踏まえ、学校等関係機関との連携を一層強化し、高校中退者等に対して切れ目ない支援に着手している。

12 キャリアコンサルティングの活用促進

(1) キャリアコンサルティング*2の概要

キャリアコンサルティングとは「労働者の職業の選択、職業生活設計又は職業能力の開発及び向上に関する相談に応じ、助言及び指導を行うこと」（職業能力開発促進法第2条第5項）をいい、ハローワークなどの需給調整機関や、企業、学校などの多くの現場で実施されている。

高齢化の進展に伴う職業人生の長期化や、サービス経済化・グローバル化の進展、企業における人材処遇の在り方の変化などを背景として、働く方自らが職業生活設計を行う傾向が強まり、キャリア形成支援の重要性が一層高まる中で、キャリアコンサルティングは「労働市場のインフラ（基盤）」としての役割も担っている。

(2) キャリアコンサルタント国家資格の創設、キャリア形成支援の更なる推進

キャリアコンサルティングを担うキャリアコンサルタントについては、その資質向上を図るため、2002（平成14）年11月から民間機関が実施するキャリア・コンサルタント能力評価試験をキャリア形成促進助成金の支給対象として指定してきたが、職業生活設計

＊2　キャリアコンサルティングの詳細を紹介したホームページ
厚生労働省
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/shokugyounouryoku/career_formation/career_consulting/index.html

に関する専門的な相談・助言をこれまで以上に安心して受けることのできる環境を整備するため、2016（平成28）年4月1日、職業選択や職業能力開発に関する相談・助言を行う専門家としてキャリアコンサルタント登録制度を法定化し、キャリアコンサルタントを登録制の名称独占資格として位置づけるとともに、守秘義務、信用失墜行為の禁止義務を課した。また、5年ごとの更新に当たって講習の受講を義務づけるなどにより資質の確保を図ることとしている。なお、キャリア・コンサルタント能力評価試験を2016年3月末までに合格した者等については、キャリアコンサルタント国家資格に移行できるよう経過措置を設けている。

この他、キャリアコンサルティングの有用性を広め、キャリアコンサルタントの質量両面での充実を図るため、2008（平成20）年12月よりキャリアコンサルティング職種技能検定試験を実施している。当該検定試験に合格したキャリアコンサルティング技能士（1級・2級）は、その能力の水準がキャリアコンサルタントより上位の資格として位置づけられている。

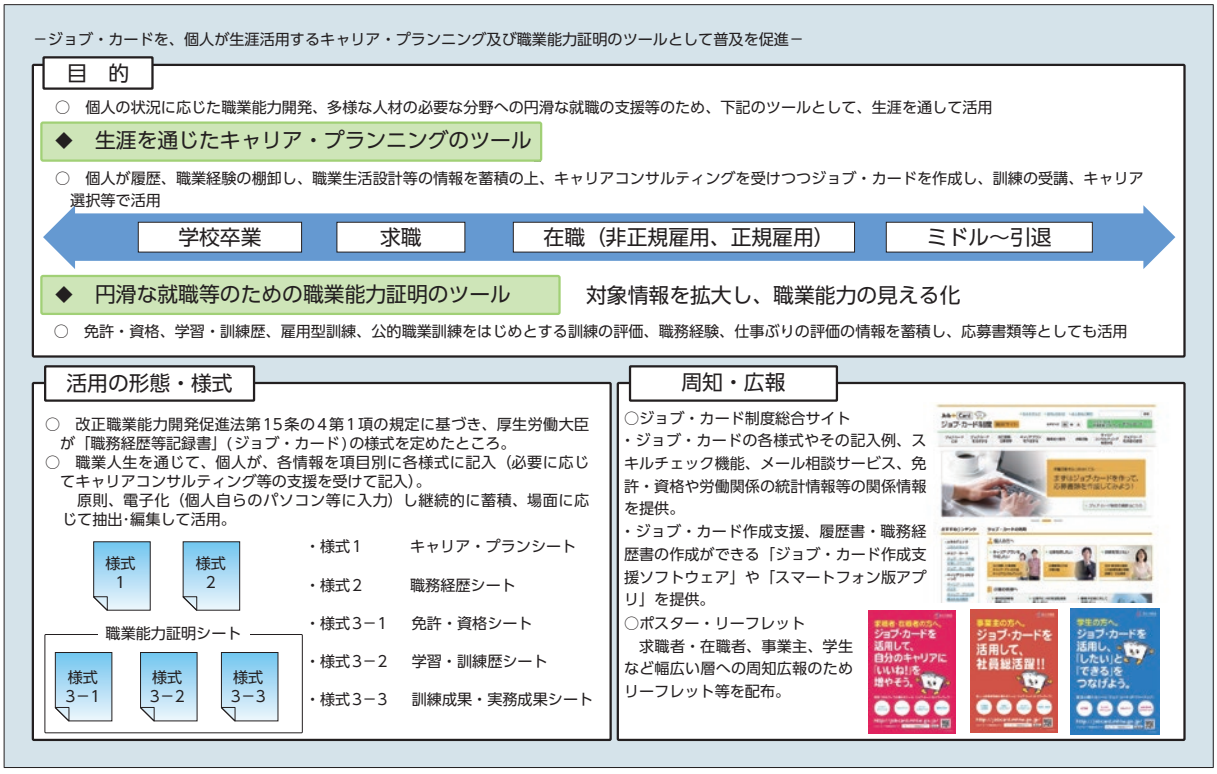
これらの取組みにより、2016年度末で約5万9千人のキャリアコンサルタント有資格者（延べ）が養成されている。

13 ジョブ・カード制度の推進

2008（平成20）年度から職業訓練受講者を中心に活用されてきたジョブ・カードについて、2015（平成27）年10月以降、個人のキャリアアップや、多様な人材の円滑な就職等を促進するために、「生涯を通じたキャリア・プランニング」及び「職業能力証明」の機能を担うツールであることを明確にし、労働市場のインフラとして、キャリアコンサルティング等の個人への相談支援のもと、求職活動、職業能力開発などの各場面において一層活用されるよう、活用方法、様式等の見直しを行ったことを踏まえ、ジョブ・カードの普及促進方策を取りまとめた「新ジョブ・カード制度推進基本計画」に基づき、「ジョブ・カード制度総合サイト」の機能拡充等により、ジョブ・カードの更なる普及促進を行っている。

また、雇用型訓練、求職者支援訓練及び公共職業訓練（離職者訓練・学卒者訓練）においても、引き続き、ジョブ・カードを活用したキャリアコンサルティングや能力評価を実施している。

図表3-1-4　新ジョブ・カード制度（平成27年10月～）



第2節　障害者、難病・がん患者の活躍促進

1　障害者雇用の現状

最近の障害者雇用の状況は、民間企業での障害者の雇用者数（2016（平成28）年6月1日現在47万4千人（前年比4.7%増））が13年連続で過去最高を更新し、実雇用率も1.92%（前年は1.88%）と過去最高を更新するなど、一層の進展がみられる。また、ハローワークを通じた障害者の就職件数は、2016年度は過去最高の93,229件（前年度比3.4%増）であった。特に、精神障害者の就職件数が41,367件と前年度から増加し、身体障害者の就職件数を大きく上回った。

このような障害者雇用の進展の背景には、企業における障害者雇用への理解が進んでいること、就職を希望する障害者が増加していることなどが要因として考えられるほか、ハローワークと福祉、教育、医療などの地域の関係機関との連携による就職支援の推進や障害特性に応じた支援施策の充実などが、障害者雇用の進展を後押ししている。

一方で、民間企業の実雇用率は法定雇用率を下回っており、障害者雇用を率先垂範すべき立場の公的機関についても、都道府県教育委員会を中心に、未達成機関が存在することから、一層の指導が必要である。さらに、精神障害、発達障害、難病に起因する障害など多様な障害特性を有する者に対しても、その障害特性に応じた支援策の充実を図り、更なる雇用促進を図る必要がある。

また、2013（平成25）年6月に、障害者の権利に関する条約等に対応するため「障害者の雇用の促進等に関する法律」（昭和35年法律第123号。以下「障害者雇用促進法」とい

う。）が改正された。この改正においては、①雇用分野における障害者に対する差別の禁止及び合理的配慮の提供義務、②障害者に対する差別等に係る苦情処理・紛争解決援助、③精神障害者を法定雇用率の算定基礎に加えること等を規定している。①、②については2016年4月に施行され、③については2018（平成30）年4月施行となっている。

2 雇用率達成指導と地域の就労支援の強化

（1）雇用率制度の推進等による雇用機会の拡大

1 障害者雇用率制度と厳正な雇用率達成指導

現在、障害者雇用促進法の定めるところにより、事業主は法定雇用率に相当する人数の障害者を雇用しなければならない。障害者雇用率制度は、障害者の雇用促進の柱であり、1976（昭和51）年の障害者雇用促進法改正により、障害者雇用を義務化して以降、本制度を確実に履行させるために、ハローワークが事業主に対する指導を実施している。

具体的には、雇用率が低い事業主に対して2年間の雇入れ計画の作成を命じ、この計画に沿って雇用率を達成するよう指導するとともに、計画が適正に実施されない場合には、厚生労働大臣による計画の適正実施に関する勧告を実施する。さらに、一連の指導にもかかわらず、障害者雇用状況の改善が見られない企業については、企業名を公表している。なお、2016（平成28）年3月においては公表企業数が0社、2017（平成29）年3月における公表企業数は2社であった。

また、国、地方公共団体等の公的機関については、障害者雇用を率先垂範する立場であることから、すべての公的機関で障害者雇用率を達成すべく、指導を徹底している。2016年6月1日現在の公的機関の雇用状況は、国の機関では41の機関で達成、都道府県の知事部局では47の全ての機関で法定雇用率を達成しているものの、法定雇用率未達成の機関もあり、特に都道府県の教育委員会では法定雇用率を達成している機関は35県にとどまっている。

2 関係機関の連携による地域の就労支援力の強化

障害者の地域での自立を推進するためには、雇用施策と福祉施策、教育施策、医療施策などとの連携が重要である。そこで、福祉施設、特別支援学校、医療機関等の関係機関と連携して職場実習を実施し、障害者本人の就労に対する不安や企業の障害者雇用に関する不安を解消するとともに、関係機関の利用者や職員等を対象とした就労支援セミナー、事業所見学会の開催、ハローワークと関係機関が連携し、就職から職場定着まで一貫した支援を行う「チーム支援」により、「福祉、教育、医療から雇用」への円滑な移行を促進している。

さらに、障害者の身近な地域において就業・生活両面にわたる一体的な支援を実施する「障害者就業・生活支援センター」については、センターが就業・生活両面の支援の連携拠点として機能するよう、その実施体制の拡充を図るとともに、職場定着に関する高度な知識と経験を有する主任職場定着支援担当者を配置すること等により、精神障害者・発達障害者等の職場定着支援や企業に対する支援を強化している（2017年4月現在で全国332か所）。

3 障害特性や働き方に応じた支援策の充実・強化

(1) 精神障害者に対する就労支援の推進

精神障害者の就労支援については、ハローワークに「精神障害者雇用トータルサポーター」を配置し、求職者へのカウンセリング業務に加え、事業主に対する精神障害者等の雇用に係る課題解決のための相談援助や職場実習の開拓、就職後のフォローアップ等総合的な支援を行っている。

また、2015（平成27）年度からは、就労支援に係るノウハウを有している精神科医療機関等が、他の医療機関に対し、新たに就労支援を開始するためのノウハウについて普及・導入支援等を行う事業を実施している。

さらに、2016（平成28）年度からは、就労支援プログラム等を実施する精神科医療機関とハローワークが協定を締結し、両者が連携して当該医療機関を利用する精神障害者の就労支援を実施し、支援対象者の効果的かつ効率的な就職の実現を目指す事業を行うこととしている。

このほか、（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構の地域障害者職業センターにおいて、主治医等との連携の下、精神障害者の新規雇入れ、職場復帰、雇用継続に係る様々な支援ニーズに対して、総合的な支援を実施しており、特に職場復帰支援（リワーク支援）では、うつ病等による休職者に対し、生活リズムの立て直しや、ストレス対処等の適応力の向上の支援を行うとともに、事業主に対して職場の受入体制の整備に関する助言等を行っている。

また、精神障害者を雇用している企業担当者等から雇用管理ノウハウを伝えるための説明会を開催し、精神障害者の雇用の促進を図っている。

(2) 発達障害者・難病患者に対する就労支援の推進

発達障害者の就労支援については、ハローワークの一般窓口を利用する発達障害等によりコミュニケーションに困難を抱える者に対し、その希望や特性に応じ専門支援機関に誘導するとともに、障害者向け支援を希望しない場合は、一般窓口で個別相談、支援を行う「若年コミュニケーション能力要支援者就職プログラム」を全国47の都道府県労働局で実施しているほか、2016（平成28）年度からは、小集団方式によるセミナーやグループワーク等を通じた職場において必要となるコミュニケーションスキル等の付与や、個別の職業指導等を行う事業を都市部のハローワーク10か所で実施している。

また、2013（平成25）年度からは、ハローワークに難病に関する専門的な知識を持つ「難病患者就職サポーター」を配置し、難病相談支援センターと連携しながら、就職を希望する難病患者に対して、その症状の特性を踏まえたきめ細かな就労支援等を行っている。

さらに、「発達障害者・難治性疾患患者雇用開発助成金」（2017（平成29）年度より、「特定求職者雇用開発助成金（発達障害者・難治性疾患患者雇用開発コース）」）により、発達障害者や難病患者の就労支援をするとともに、その職業生活上の課題等の把握を行っている。

(3) 障害者の職場適応・定着等に取り組む事業主への支援の拡充

障害者の雇用者数が増加している中で、雇入れ支援のみならず、雇用された障害者の定着支援が求められている。このため、2015（平成27）年度から、職場支援員やジョブコーチの活用により障害者が働きやすい職場づくりに努める事業主に対して助成する「障害者雇用安定奨励金」により、障害者の職場適応・定着等に取り組む事業主への支援を行っている。2017（平成29）年度からは当該奨励金を拡充し、「障害者雇用安定助成金」として障害特性に応じた柔軟な働き方の工夫等の措置を講じる事業主に対しても支援していくこととしている。

また、2017年度からは全国47の都道府県労働局において、広く一般労働者を対象に、職場において精神・発達障害者を支援する応援者となる「精神・発達障害者しごとサポーター」を養成するための講座を新規に実施し、精神・発達障害者が働きやすい環境づくりを推進することとしている。

(4) チャレンジ雇用の一層の推進や在宅就業支援制度の活用促進

各府省・各自治体が知的障害者や精神障害者等を非常勤職員として1～3年雇用し、その後の円滑な一般企業等への就職の実現を図るチャレンジ雇用については、厚生労働省において、各府省に先駆けて2007（平成19）年度から実施し、受入人数を拡大している。

また、障害者の多様な働き方を確保するための支援策として、在宅就業障害者（自宅等において就業する障害者）に仕事を発注する企業に対して、障害者雇用納付金制度において、特例調整金・特例報奨金を支給することにより、障害者の在宅就業を後押しする取組みを実施している。この特例調整金・特例報奨金については、2015（平成27）年4月から小口発注も支給の対象となるよう見直しを行ったところである。

(5) 在宅での就労移行支援の推進

就労移行支援事業所について、在宅での就労に向けた支援を行うことができるようにするため、2015（平成27）年4月から、在宅で就労移行支援を提供する場合にも障害福祉サービス等の報酬の対象となるよう見直しを行ったところである。

4 雇用分野における障害者差別禁止と合理的配慮の提供義務化に係る取組み

2013（平成25）年6月に障害者雇用促進法が改正され、2016（平成28）年4月から雇用分野において、障害者に対する差別を禁止するとともに、合理的な配慮の提供が義務付けられた。

これに関して、2015（平成27）年6月に作成・公表したQ＆A、事例集を2016年4月と2017（平成29）年2月にそれぞれ更改したほか、全国の都道府県労働局・ハローワークにおいて、リーフレットやパンフレットを事業主や働く障害のある方へ配布、ポスターを庁舎内に掲示するなど積極的な周知・啓発に努め、障害を抱える方からの相談等に応じて必要な指導等を行った。

5 障害者の職業能力開発支援の充実

(1) 障害者の職業能力開発校における職業訓練の推進

一般の公共職業能力開発施設において職業訓練を受けることが困難な、重度の障害のある方に対しては、障害者職業能力開発校を全国19か所設置し、職業訓練を実施している。

障害者職業能力開発校においては、「職業訓練上特別な支援を要する障害者」に重点を置いた支援をしており、入校者の障害の重度化・多様化が進んでいることを踏まえ、個々の訓練生の障害の態様を十分に考慮し、きめ細かい支援を行うとともに、職業訓練内容の充実を図ることにより、障害のある方の雇用の促進に資する職業訓練の実施に努めている。

(2) 一般の公共職業能力開発施設における受入れの推進

一般の公共職業能力開発施設において、知的障害や発達障害等のある方を対象とした訓練コースを設置することにより、受講機会の拡充を図っている。

(3) 障害者の態様に応じた多様な委託訓練（障害者委託訓練）

雇用・就業を希望する障害のある方の増加に対応し、障害のある方が居住する地域で障害特性や企業の人材ニーズに応じた職業訓練を受講できるよう、企業、社会福祉法人、特定非営利活動法人、民間教育訓練機関等を活用した障害者委託訓練を各都道府県において実施し、障害のある方の職業訓練を推進している。

(4) 障害のある方の職業能力開発に関する啓発

障害のある方の職業能力開発を促進し、技能労働者としての自信と誇りを持って社会に参加できるよう、その職業能力の向上を図るとともに、広く障害のある方に対する社会の理解と認識を深め、障害のある方の雇用の促進を図ることを目的として、アビリンピックの愛称の下、全国障害者技能競技大会を1972（昭和47）年から実施している。

2016（平成28）年度の全国大会（第36回）は2016年10月に山形県及び（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構の主催で山形市・天童市において、全国技能五輪大会と同時期に開催された。

また、第9回国際アビリンピックがフランス共和国ボルドー市において2016年3月に開催され、日本から、第35回全国大会での成績優秀者31名の選手が参加した。

6 就労支援事業所における「工賃向上計画」の推進

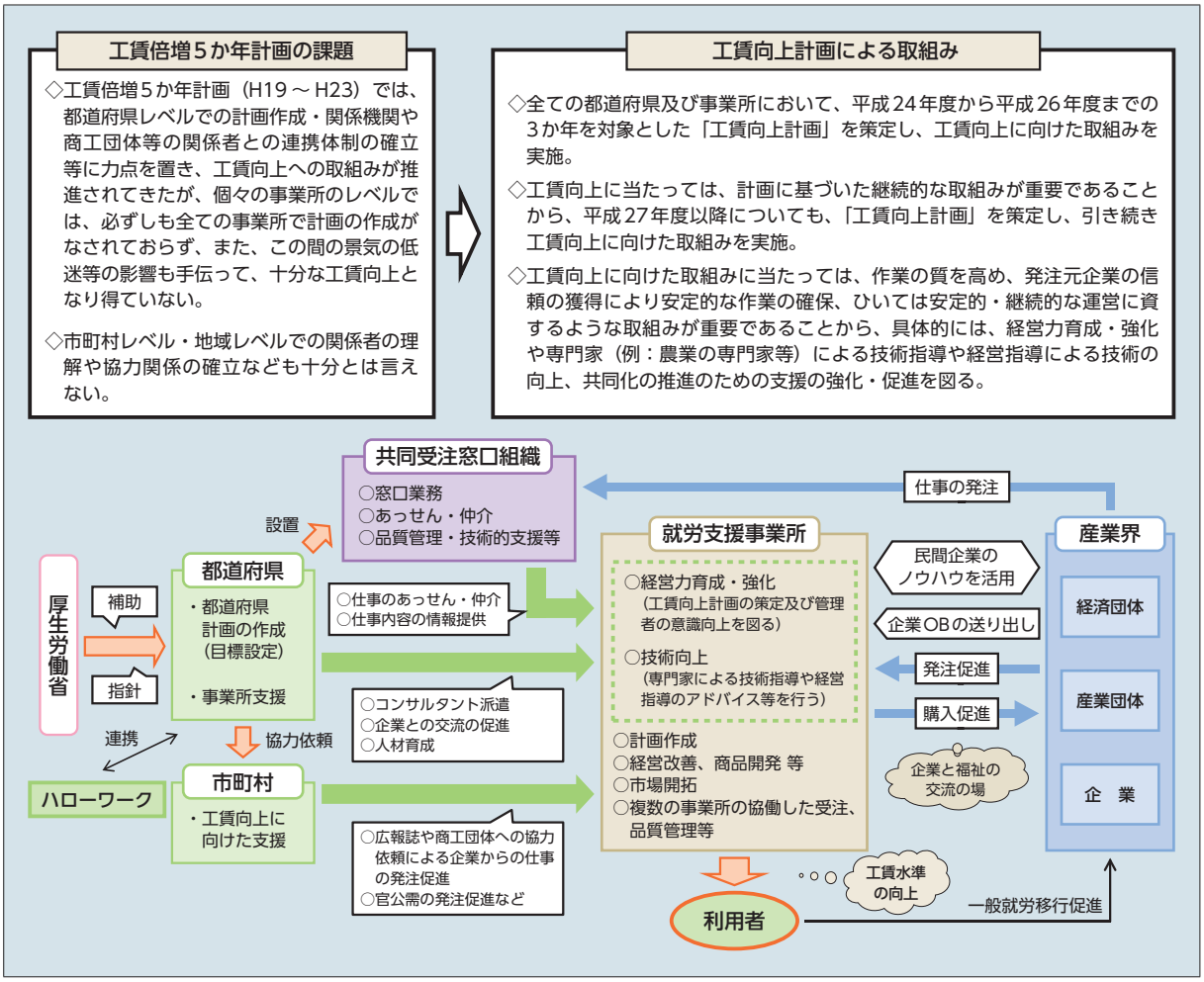
障害者が地域で自立した生活を送るための基盤として就労支援は重要であり、働く意欲のある障害者がその適性に応じて能力を十分に発揮することができるよう、一般就労を希望する方にはできる限り一般就労できるように、一般就労が困難である方には就労継続支援B型事業所等での工賃の水準が向上するように、総合的な支援を推進していくことが必要である。就労継続支援B型事業所等での工賃向上にあたっては、2007（平成19）年度から2011（平成23）年度にかけて、「工賃倍増5か年計画」のもと、各地方自治体や産業界等の協力を得ながら官民一体となり取組みを進めたほか、2012（平成24）年度以降は、個々の事業所において各年度の目標工賃や具体的方策を定めた「工賃向上計画」を作

成することを求めることにより、事業所責任者の意識向上や積極的な取組みを促すこととしている。また、市町村においても、工賃向上への事業所の取組みを積極的に支援していただくよう協力を依頼している。

工賃の向上を図るためには、製品の質を高めるとともに、就労継続支援Ｂ型事業所等で提供する製品・役務の情報発信、共同で仕事を受注できる仕組みの整備が必要であることから、経営コンサルタントや各分野の専門家の派遣、複数の事業所が共同して受注を行う共同受注窓口による情報提供体制の構築等のための支援を行っているところである（図表3-2-1）。

また、農業分野において、高齢化に伴う労働力不足や耕作放棄地の増加という課題がある中で、農業分野での障害者の就労を支援する「農福連携」を進めることは、障害者にとって工賃向上や働く場の拡がりにつながるだけでなく、農業分野の課題の解消にも資するものであり、双方にメリットがあるものである。このため、農業分野に取り組もうとする就労継続支援Ｂ型事業所等に対して、農業分野の専門家を派遣し、農業に関する知識・技術の習得や６次産業化の推進に向けた助言・指導を行うとともに、農業に取り組む就労継続支援Ｂ型事業所等が参加する農福連携マルシェ（市場）の開催を支援している。

図表3-2-1　「工賃倍増５か年計画」と「工賃向上計画」について



7 障害者優先調達推進法

2013（平成25）年４月から、「国等による障害者就労施設等からの物品等の調達の推

進等に関する法律」（障害者優先調達推進法）が施行され、障害者就労施設で就労する障害者や在宅で就労する障害者の自立の促進に資するため、国や地方公共団体などの公的機関が物品やサービスを調達する際、障害者就労施設等から優先的に購入することを進めるために、必要な措置を講じることとなった。2015（平成27）年度においては、国及び独立行政法人の調達実績は約16億円、都道府県の調達実績は約27億円、市町村及び地方独立行政法人の調達実績は約114億円となり、合計で約157億円の調達実績であり、施行初年度である2013年度と比較し、31億円の増額となった（法律の概要については、図表3-2-2、2015年度の調達実績は図表3-2-3）。

図表3-2-2　国等による障害者就労施設等からの物品等の調達の推進等に関する法律の概要

1. 目的（第1条）

平成25年4月1日施行（平成24年6月20日成立）

障害者就労施設、在宅就業障害者及び在宅就業支援団体（以下「障害者就労施設等」という。）の受注の機会を確保するために必要な事項等を定めることにより、障害者就労施設等が供給する物品等に対する需要の増進等を図り、もって障害者就労施設で就労する障害者、在宅就業障害者等の自立の促進に資する。

2. 国等の責務及び調達の推進（第3条～第9条）

＜国・独立行政法人等＞	＜地方公共団体・地方独立行政法人＞
優先的に障害者就労施設等から物品等を調達するよう努める責務	*障害者就労施設等の受注機会の増大を図るための措置を講ずるよう努める責務*
基本方針の策定・公表（厚生労働大臣）	調達方針の策定・公表（都道府県の長等）
⇩	⇩
調達方針の策定・公表（各省各庁の長等）	調達方針に即した調達の実施
⇩	⇩
調達方針に即した調達の実施	調達実績の取りまとめ・公表等
⇩	
調達実績の取りまとめ・公表等	

3. 公契約における障害者の就業を促進するための措置等（第10条）

① 国及び独立行政法人等は、公契約について、競争参加資格を定めるに当たって法定雇用率を満たしていること又は障害者就労施設等から相当程度の物品等を調達していることに配慮する等障害者の就業を促進するために必要な措置を講ずるよう努めるものとする。
② 地方公共団体及び地方独立行政法人は、①による国及び独立行政法人等の措置に準じて必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

4. 障害者就労施設等の供給する物品等に関する情報の提供（第11条）

障害者就労施設等は、単独で又は相互に連携して若しくは共同して、購入者等に対し、その物品等に関する情報を提供するよう努めるとともに、当該物品等の質の向上及び供給の円滑化に努めるものとする。

図表3-2-3　平成27年度　国等における障害者就労施設等からの調達実績

	物品		役務		合計	
	件数	金額	件数	金額	件数	金額
各府省庁	3,055	2.1億円	1,823	4.3億円	4,878	6.4億円
独立行政法人等	1,587	1.8億円	3,465	8.2億円	5,052	10.0億円
都道府県	6,593	7.0億円	14,944	19.8億円	21,537	26.8億円
市町村	40,966	19.4億円	27,647	91.2億円	68,613	110.6億円
地方独立行政法人	1,568	0.3億円	1,215	3.3億円	2,783	3.5億円
合計	53,769	30.6億円	49,094	126.8億円	102,863	157.4億円

（※）四捨五入の関係で、合計が合っていないところがある。

8 がんや肝炎などの長期にわたる治療が必要な疾病を抱えた求職者に対する就職支援

近年、医療技術の進歩や医療提供体制の整備等により、がん患者の5年後の生存率が60%を超える状況などの中、がん、肝炎、糖尿病等の疾病により、長期にわたる治療等を受けながら、生きがいや生活の安定のために就職を希望する者に対する就職支援を推進

することが社会的課題となっている。

このため、ハローワークに専門の就職支援ナビゲーターを配置し、がん等の診療連携拠点病院等との連携の下に、長期にわたる治療等のために離職を余儀なくされた求職者等の個々の希望や治療状況を踏まえた就職支援を行っており、2016（平成28）年度からは、全国で実施している。

第3節 外国人材の活用・国際協力

1 日系人を含む定住外国人に関する就労環境の改善及び離職した場合の支援

従来、日系人を始めとする定住外国人労働者の多くは、製造業の生産過程に従事し、「派遣・請負」のいわゆる非正規雇用として不安定な雇用形態で就労していた。これらの定住外国人労働者は、日本語能力の不足や我が国の雇用慣行の不案内に加え、スキルの蓄積も十分ではないことから、離職した場合には再就職が極めて厳しく、リーマンショック後の雇用失業情勢悪化の影響も深刻であった。このため、日系人集住地域のハローワークを中心に、日本語能力の不足により職業相談等が困難な求職者がハローワークを拠点に求職活動ができるよう、ポルトガル語等の通訳を配置する等の支援を行ってきた[*3]。また、再就職を希望する日系人に対し、日本語能力も含めたスキルアップを行う日系人就労準備研修を実施した。

その後、通訳を配置しているハローワークにおける職業相談件数は、経済情勢の改善等により減少傾向で推移しているものの、依然として相談を繰り返しても就職に至らない求職者が存在していることから、引き続き通訳を活用したきめ細かな職業相談、職業紹介を実施していくこととしている。

また、日系人就労準備研修については、2015（平成27）年度より、日系人を含む定住外国人全般に対象を拡充し、外国人就労・定着支援研修に名称を改めた上で、日本語能力の向上等による円滑な求職活動や職場への定着の促進を図っている。さらに、2017（平成29）年3月より、10カ国語の電話通訳が可能な多言語コンタクトセンターを設置し、全国いずれのハローワーク窓口からも多言語通訳が利用可能な体制を整備し、定住外国人等への支援を行っている。なお、ハローワークにおいては、雇用対策法に基づく外国人雇用状況の届出制度により事業主から把握した情報を基盤に、「外国人労働者の雇用管理の改善等に関して事業主が適切に対処するための指針」に基づく労働関係法令や社会保険関係法令の周知啓発に加えて、安易な解雇の防止や再就職援助の努力等についての指導・啓発を行っている。

2 専門的・技術的分野の外国人の就業促進

グローバル化が進行する中で、我が国の経済活力と国際競争力の強化のためには、国内人材の最大限の活用はもとより、高度の専門的な知識又は技術を有する外国人材の活用が

＊3 通訳を配置している公共職業安定所等一覧
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11650000-Shokugyouanteikyokuhakenyukiroudoutaisakubu/1486.pdf

重要な課題である。厚生労働省においても、外国人雇用サービスセンター*4を中心に全国ネットワークを活用して、その能力発揮及び定着促進を念頭に置いた、企業における高度外国人材の活用促進のための取組みを支援している。

また、留学生の在籍者が多い大学等が多数所在する地域を管轄する新卒応援ハローワークに留学生コーナー*5を設置し、外国人雇用サービスセンターと密接に連携のうえ、留学生に対する就職支援の取組みを推進している。

さらに、「日本再興戦略2016」（平成28年6月2日閣議決定）等を踏まえ、外国人雇用サービスセンターや留学生コーナーを拠点として、大学や企業等の関係機関が連携し、各種セミナーや就職面接会などを実施している。

専門的・技術的分野の外国人労働者の就業促進に係る事業として、2014（平成26）年度において、「外国人技術者の日本企業への就業促進に向けた実態調査及び普及啓発事業」を実施し、外国人技術者や理系留学生の活用の状況について課題等を抱える企業にインタビューを行った。これにより、これらの外国人に特有の課題やミスマッチの要因を分析するとともに、普及啓発事業を全国6都市で開催した。

2014年6月の出入国管理及び難民認定法の一部改正法の成立を受け、2015（平成27）年4月に高度外国人材に特化した在留期間無期限の新しい在留資格等が創設された。

3 緊急に対応が必要な分野等における外国人の受入れ

2014（平成26）年4月4日の関係閣僚会議において、2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会関連の建設需要に的確に対応するための緊急かつ時限的措置として、建設分野における外国人の受入れの実施が決定され、2015（平成27）年度初頭から受入れを開始している。また、「『日本再興戦略』改訂2014」（平成26年6月24日閣議決定）において、建設業との人材の相互流動が高い造船分野についても外国人の受入れに関して同様の措置が講じられており、2015年度初頭から受入れを開始している。

また、「『日本再興戦略』改訂2014」及び「『日本再興戦略』改訂2015」（平成27年6月30日閣議決定）において、国内製造業の海外展開が加速し、産業の空洞化が懸念される状況を踏まえ、海外子会社等従業員を国内に受け入れ、専門技術を修得させ、当該技術を海外拠点に移転することが可能となる制度を2015年度末から実施している。

厚生労働省としては、これら分野における外国人の受入れについて、関係省庁と連携のもと、外国人労働者の適切な雇用管理の観点から対応を行うこととしている。

4 二国間の協定等に基づく外国人看護師候補者及び介護福祉士候補者の受入れ

経済連携協定（EPA）等に基づく外国人看護師候補者及び介護福祉士候補者の受入れは、経済活動の連携強化の観点から、公的な枠組みで特例的に行われているものである。

本枠組みにより入国した看護師候補者及び介護福祉士候補者は、協定等で定められた在留期間（看護師候補者3年、介護福祉士候補者4年）の間、病院・介護施設で就労を行い、国家試験の合格を目指して研修等を受け、日本に在留する期間中又は帰国後に国家資格を取得した場合においては、日本国内において看護師及び介護福祉士としての就労が認めら

＊4　2017（平成29）年度現在、東京、愛知、大阪の3カ所に設置
＊5　2017年度現在、北海道、宮城、埼玉、千葉、東京、神奈川、石川、愛知、三重、京都、大阪、兵庫、岡山、広島、福岡、長崎の16都道府県17カ所に設置

れる。

インドネシアは2008（平成20）年度から、フィリピンは2009（平成21）年度から、ベトナムは2014（平成26）年度から受け入れている。

厚生労働省では、国家資格取得に向けた就労・研修等に関する支援の実施、受入れ調整機関である公益社団法人国際厚生事業団*6（候補者の受入れを適正に実施する観点から、同法人が唯一の受入れ調整機関となっている。）による職業紹介業務等に対する指導監督を行うとともに、外務省、法務省、経済産業省と緊密に連携しその運営を行っている。

また、2010（平成22）年度から、看護師国家試験及び介護福祉士国家試験における用語等を見直し、2012（平成24）年度からは、試験時間の延長などの配慮も実施している。

さらに、「『日本再興戦略』改訂2015」（平成27年6月30日閣議決定）を踏まえ、外国人介護人材受入れの在り方に関する検討会において、EPA介護福祉士候補者等の更なる活躍を促進するための具体的方策について検討し、2016（平成28）年4月からEPA介護福祉士候補者等の受入れ対象施設の範囲の拡大を行うとともに、2017（平成29）年4月から介護福祉士国家試験に合格したEPA介護福祉士の就労先に訪問系サービスも含めることとした。

第4節 重層的なセーフティネットの構築

1 生活保護受給者などの生活困窮者に対する就労支援の推進

2013（平成25）年度から生活保護受給者を含め生活困窮者を広く対象として、地方自治体（福祉事務所）にハローワークの相談窓口（常設窓口や巡回相談）を設置するなど、ワンストップ型の就労支援体制を全国的に整備し、ハローワークと地方自治体の協定に基づき、両者によるチーム支援方式により、就労支援を行う「生活保護受給者等就労自立促進事業」を実施している。2016（平成28）年度における実績は支援対象者数約12.3万人、就職者数約8.2万人となっている。

2 求職者支援制度

求職者支援制度は、雇用保険を受給できない方々に対して公的な職業訓練の受講機会を提供するとともに、収入、資産など一定の要件を満たす場合に、訓練を受けることを容易にするための職業訓練受講給付金を支給している。なお、求職者支援訓練には、多くの職種に共通する基本的能力を習得するための「基礎コース」と、基本的能力と特定の職種の職務に必要な実践的能力を一括して習得するための「実践コース」がある。

また、ハローワークは求職者に対してキャリアコンサルティングを実施し、適切な訓練へ誘導するとともに、個々の求職者の状況を踏まえて作成した就職支援計画に基づき、訓練期間中から訓練修了後まで、一貫して就職支援を行い、求職者の早期の就職に向け取り組んでいる。

＊6 受入れの枠組みを紹介したホームページ「インドネシア、フィリピン、ベトナムからの外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れについて」 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/gaikokujin/other22/index.html

2016（平成28）年度においては、約3.2万人が訓練を受講したところである。（2017（平成29）年3月末時点）また、2016年度中に終了したコースのうち2016年6月末までに終了した訓練コースの雇用保険適用就職率は基礎コース59.6%、実践コース61.9%となっている。

また、労働政策審議会職業安定分科会雇用保険部会及び職業能力開発分科会において、訓練カリキュラムの在り方等の論点について議論が行われ、2015年11月に職業能力開発分科会で、同年12月に雇用保険部会で報告書が取りまとめられ、同報告書に基づき、2016年度から訓練の認定基準等について見直しを行い、新たな運用を開始した。

3 雇用保険制度

雇用保険制度の見直し

雇用保険制度については、基本手当の給付日数を延長する等の暫定措置の期限が今年度末となっていた。また、急速な少子高齢化が進展する中で、就業促進や雇用継続を通じた職業の安定を図り、誰もが安心して活躍できる環境の整備を進めることが我が国における重要な課題となっている。こうした現状を踏まえ、公労使の三者構成による審議会（労働政策審議会職業安定分科会雇用保険部会）における検討を経て、①雇用情勢が悪い地域に居住する者や災害による離職者の給付日数を60日間延長する措置の実施、②雇い止めによる離職者の所定給付日数を倒産・解雇等並みにする措置の実施、③倒産・解雇等により離職した45歳未満の者の所定給付日数の引上げ、④賃金日額の上限額等の引上げ、⑤専門実践教育訓練給付の給付率の引上げ（現行最大60%を70%に）、⑥失業等給付に係る雇用保険料率の時限的な引下げ（現行0.8%を0.6%に）、⑦育児休業給付の支給期間の延長（保育所に入れない等の場合、1歳6ヶ月までを最長2歳までに）等の措置を講ずる「雇用保険法等の一部を改正する法律案」が第193回通常国会に提出され、2017（平成29）年3月31日に成立した（①②③⑥については2017年4月1日、④については同年8月1日、⑦については2017年10月1日、⑤については2018（平成30）年1月1日に施行。）。

4 雇用調整助成金

雇用調整助成金を活用した企業の雇用維持努力への支援の実施

雇用調整助成金は、景気の変動、産業構造の変化等の経済上の理由によって事業活動の縮小を余儀なくされた事業主が、一時的に休業、教育訓練又は出向を行って労働者の雇用の維持を図る場合に、休業手当、賃金などの一部を助成するものである

雇用調整助成金の申請件数については、リーマン・ショック後に大幅に増加したが、2009（平成21）年度をピークに減少傾向が続いており[*7]、2013（平成25）年度に、リーマン・ショックを受けて大幅に拡充してきた助成内容について、おおむねリーマン・ショック前の水準に戻す見直しを行った。

＊7　雇用調整助成金における支給申請件数の推移（事業所延件数）
平成20年度　4,889件、平成21年度　794,113件、平成22年度　755,989件、平成23年度　520,072件、
平成24年度　329,683件、平成25年度　175,739件、平成26年度　26,476件、平成27年度　14,547件

第4章 自立した生活の実現と暮らしの安心確保

第1節 生活保護の適正化及び生活困窮者の自立支援の推進

1 生活保護制度の概要

生活保護制度[*1]は、その利用し得る資産や能力その他あらゆるものを活用してもなお生活に困窮する方に対して、その困窮の程度に応じた必要な保護を行うことにより、健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長する制度であり、社会保障の最後のセーフティネットと言われている。

保護の種類には、生活扶助、住宅扶助、医療扶助等の８種類があり、それぞれ日常生活を送る上で必要となる食費や住居費、病気の治療費などについて、必要な限度で支給されている。

2 生活保護の現状

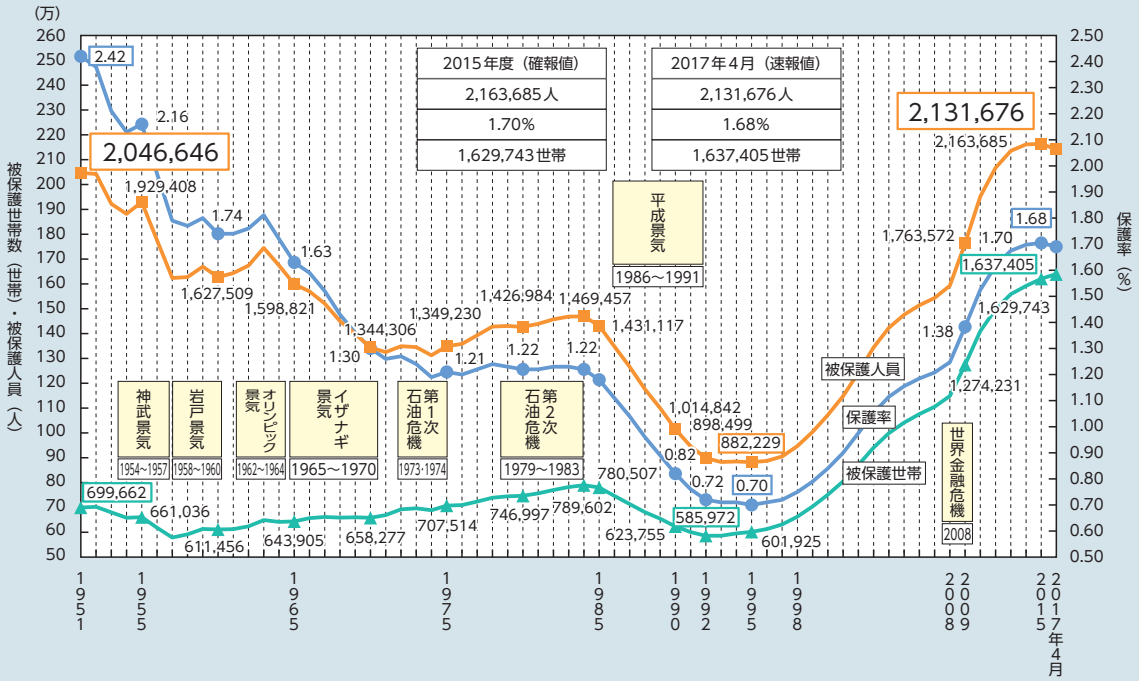
被保護者数は1995（平成7）年を底に増加し、2015（平成27）年3月に過去最高を記録したが、以降減少に転じ、2016（平成28）年1月には約214.4万人となり、ピーク時から約3万人減少している（**図表4-1-1**）。

世帯類型別の被保護世帯数の動向を見ると、高齢者世帯は社会全体の高齢化の進展と単身高齢世帯の増加を背景に増加傾向にあるが、高齢者世帯を除く世帯の数は最近では減少傾向が続いている（**図表4-1-2**）。

＊1 生活保護制度の詳細を紹介したホームページ
厚生労働省　http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/seikatuhogo.html

図表4-1-1　被保護世帯数、被保護人員、保護率の年次推移

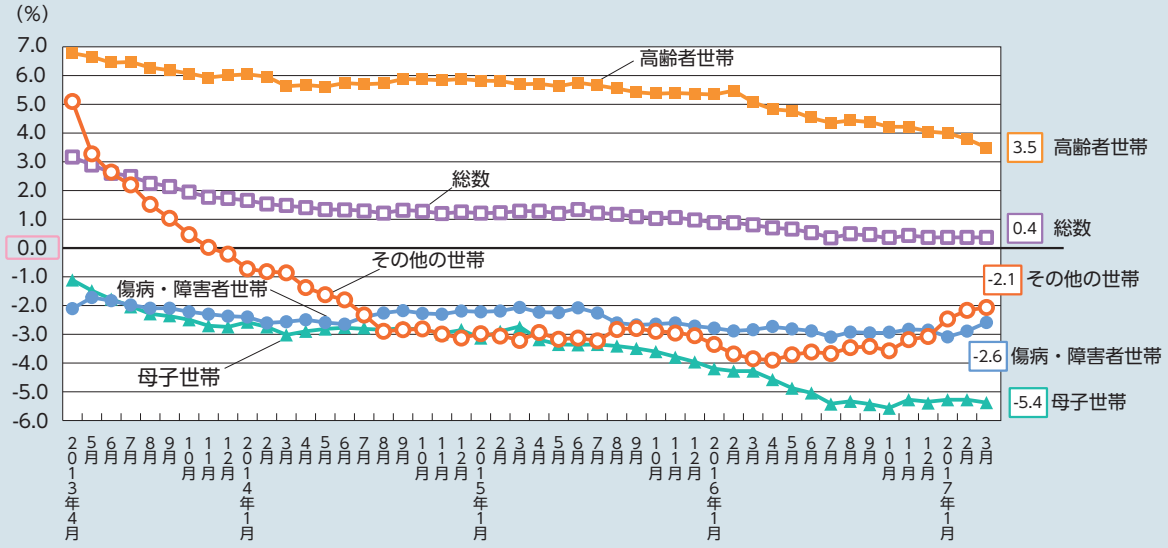
○生活保護受給者数は約214万人。平成27年3月をピークに減少に転じた。
○生活保護受給世帯数は約164万世帯。高齢者世帯の増加により、世帯全体は増加しているが、高齢者世帯以外の世帯については減少傾向が続いている。



資料：被保護者調査より厚生労働省社会・援護局保護課にて作成（平成24年3月以前の数値は福祉行政報告例）

図表4-1-2　世帯類型別被保護世帯数の対前年同月伸び率の推移

○世帯類型別の対前年同月伸び率をみると、「高齢者世帯」は一貫してプラスとなっているが、「高齢者世帯」以外の世帯は、マイナスとなっている。



資料：被保護者調査 月次調査（速報値）

3 生活保護制度に係る取組み

(1) 生活保護制度の見直し

世界金融危機以降の被保護者の急増等を背景に、2013（平成25）年12月に成立した「生活保護法の一部を改正する法律」は、

①保護からの脱却を促すための給付金（就労自立給付金）の創設等による被保護者の自立の促進

②福祉事務所の調査権限の拡大や不正受給に係る罰則の引上げ等による不正・不適正受給対策の強化

③指定医療機関への監督体制の強化や後発医薬品の使用促進による医療扶助の適正化

等を内容とするものである。2014（平成26）年7月の施行以降、各地方公共団体においては、就労に向けた個別支援や就労支援の連携体制の構築等を行う「被保護者就労支援事業」や後発医薬品の使用促進など、改正後の生活保護法に基づいた取組みが実施されている。

(2) 生活保護基準の見直し

食費や光熱費などの日常生活に必要な費用に対応する生活扶助基準については、低所得世帯の消費実態や物価動向を勘案し、適切な水準となるよう2013（平成25）年度から3年度にわたり段階的に見直しを行った。

また、家賃に対応する住宅扶助基準や冬季に増加する費用に対応する冬季加算についても、各地域における家賃や冬季に増加する光熱費支出の実態等を踏まえ、適切な水準となるよう2015（平成27）年度に見直しを行った。

4 生活困窮者自立支援制度について

2015（平成27）年4月1日に施行された「生活困窮者自立支援法」（平成25年法律第105号）は、福祉事務所を設置する地方自治体において、様々な課題を抱える生活困窮者に対し、以下の各種支援を実施するほか、地域のネットワークを構築し、生活困窮者の早期発見や包括的な支援につなげるものである。

①生活困窮者からの相談を受け、ニーズに応じた計画的・継続的な支援をコーディネートする「自立相談支援事業」

②離職により住居を失った者等に対し家賃相当額の給付を行う「住居確保給付金」

③生活リズムが崩れているなど就労に向け準備が必要な者に集中的な支援を行う「就労準備支援事業」（任意事業）

④緊急的・一時的に衣食住を提供する「一時生活支援事業」（任意事業）

⑤家計の再建に向けた支援を行う「家計相談支援事業」（任意事業）

⑥生活困窮家庭の子どもに対する「学習支援事業」（任意事業）

厚生労働省においては、支援の質の向上のため、相談支援員等の養成研修を実施するとともに、好事例の周知や全国会議の開催など、自治体における取組みを推進するため積極的な支援を行った。

また、生活困窮者等のうち生活や住宅に配慮を要する方々の住まいの確保や生活の安定、自立の促進に係るセーフティネット機能の強化に向けて、「福祉・住宅行政の連携強

化のための連絡協議会」を設置し、厚生労働省と国土交通省の関係局職員による情報共有や協議を行っている。

さらに、2017（平成29）年には、予算面において、就労準備支援事業における障害者等への就労支援のノウハウを活用した支援の充実、学習支援事業における教育機関との連携強化、家賃負担や連帯保証人の確保等の課題を抱える生活困窮者に対する居住支援の取組みの強化を図った。

今後は、法施行から3年を目途とした見直しに向け、「生活困窮者自立支援のあり方に関する論点整理」（平成29年3月17日生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理のための検討会）を踏まえ、社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会において検討を行う。

第2節　地域共生社会の実現の推進

1 「我が事・丸ごと」の地域づくりについて

(1) 新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン

少子高齢化や核家族化の進行、人口減少、地域のつながりの希薄化など、現在、地域社会を取り巻く環境の変化もあり、国民の抱える福祉ニーズは多様化・複雑化している。

こうした中、厚生労働省は、2015（平成27）年9月に「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現―新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン―」（以下「福祉ビジョン」という。）を取りまとめた。

これは、高齢者、障害者、児童等といった別なく、地域に暮らす住民誰もがその人の状況に合った支援が受けられるという「全世代・全対象型の地域包括支援体制」を構築していくべきというこれからの福祉の方向性を示したものである。

本ビジョンにおいては、具体的には、

(1) 新しい地域包括支援体制の構築

(2) 効果的・効率的なサービス提供のための生産性向上

(3) 総合的な人材の育成・確保

という3つの方向性を示している。

(2) ニッポン一億総活躍プラン

政府が2016（平成28）年6月に閣議決定した「ニッポン一億総活躍プラン」において、子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる「地域共生社会」の実現を提示し、

- 小中学校区等の住民に身近な圏域における、住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくり
- 市町村における、育児、介護、障害、貧困、さらには育児と介護に同時に直面する家庭など、世帯全体の複合化・複雑化した課題を受け止める総合的な相談支援体制作り
- 共助の活動への多様な担い手の参画と活動の活性化のための寄附文化の醸成に向けた

取組
などを進めることとした。

(3)「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部等について

「ニッポン一億総活躍プラン」を踏まえ、地域共生社会の実現に向けた検討を加速化させるため、厚生労働省では「他人事」になりがちな地域づくりを地域住民が「我が事」として主体的に取り組む仕組みや市町村による地域づくりの取組みの支援、「丸ごと」の総合相談支援の体制整備、対象者ごとに整備された「縦割り」の公的福祉サービスを「丸ごと」へと転換していくためのサービスや専門人材の養成課程の改革等について、省内の縦割りを排して部局横断的に幅広く検討を行うため、2016（平成28）年7月に「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部（以下「実現本部」という。）を設置した。

また、同年10月から、実現本部での検討に資するため、有識者や現場で先駆的な取組みを実践している方々から構成される「地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会（地域力強化検討会）」を開催し、

・住民主体による地域課題の解決力強化・体制づくりの在り方
・包括的な相談支援体制の整備の在り方

等について検討を重ね、同年12月に、中間とりまとめを公表した。

中間とりまとめでは、「他人事」になりがちな地域づくりを地域住民が「我が事」として主体的に取り組む仕組みや「丸ごと」の総合相談支援の体制整備を進めるため、①住民に身近な圏域での「我が事・丸ごと」の地域づくり、②市町村における包括的な相談支援体制、③地域福祉計画等の法令上の取扱い、④自治体、国等の役割について示している。

(4) 社会福祉法の一部改正について

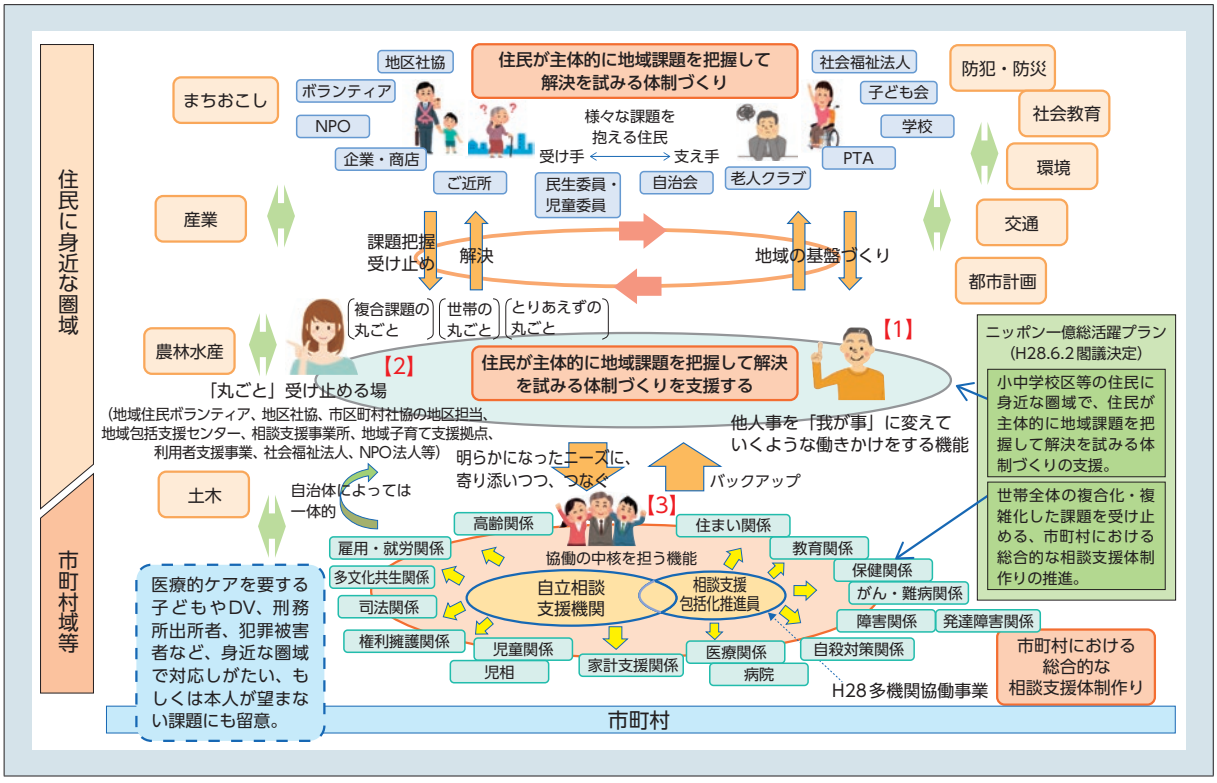
地域力強化検討会の中間とりまとめを踏まえ「我が事・丸ごと」の地域福祉推進の理念及びこの理念を実現するために、市町村が包括的な支援体制を構築する役割を担うことを明確にするとともに、地域福祉計画を福祉各分野の共通事項を記載した上位計画として位置づけるための社会福祉法の一部改正を盛り込んだ「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」が5月に成立し、2018（平成30）年4月から施行される予定である。

(5)「我が事・丸ごと」の地域づくりの強化に向けた取組み等の推進

新たな福祉ビジョンを受け、2016（平成28）年度より、市町村において、世帯全体の複合化・複雑化した課題を的確に捉え、分野別の相談支援体制と連動して対応することができる総合的な相談支援体制を構築するとともに、ボランティアなどとも協働し、地域に不足する社会資源を創出するなどの取組みをモデル的に実施するため、多機関の協働による包括的支援体制構築事業を開始している。

2017（平成29）年度においては、多機関の協働による包括的支援体制構築事業に加え、「ニッポン一億総活躍プラン」に提唱された地域共生社会の実現を確実なものとするために、新たに住民に身近な圏域の単位で、住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくりを支援する事業を実施することとしている。（**図表4-2-1**）

図表4-2-1　地域における住民主体の課題解決力強化・包括的な相談支援体制のイメージ



また、24時間365日つながる電話相談窓口を設置し、電話による相談を受けて様々な悩みを傾聴するとともに、必要に応じ面接相談や同行支援を実施して具体的な問題解決につなげる相談支援事業を2011（平成23）年度から行っている。

このほか、東日本大震災や平成28年（2016年）熊本地震の影響により、仮設住宅等での避難生活を余儀なくされている被災者に対して、孤立防止のための見守りや日常生活上の相談支援など、その安定的な日常生活を確保するための支援を行う「被災者見守り・相談支援事業」や、ひきこもりが社会問題化する中で、2009（平成21）年度から、ひきこもりの状態にある本人や家族の方が、地域の中で最初にどこに相談すべきかを明確にすることで支援に結びつきやすくすることを目的として、都道府県・指定都市において「ひきこもり地域支援センター」による支援などの取組みも進めている。

2 消費生活協同組合について

消費生活協同組合（生協）については、1948（昭和23）年に「消費生活協同組合法」として法制化され、主に組合員に対して、食料品や雑貨などの販売、食堂などの施設の運営、生命共済などの各種共済、医療事業や福祉事業などを行っている。制度の発足以降、生協数や組合員数[*2]は大きく増加し、2016（平成28）年3月31日現在で生協数は976組合、組合員数は延べ6,663万人に達している。

2007（平成19）年に、生協を取り巻く環境や国民の要請の変化に対応するべく、共済事業における契約者保護、経営・責任体制の強化等を内容とした法の改正が行われ、2008（平成20）年から施行されている。

また、災害時に、生協が避難者に対して物品供給を行うことを可能とする要件を拡大す

＊2　組合数・組合員数は、平成28年度消費生活協同組合（連合会）実態調査に対する回答に基づく。

ること等とする「消費生活協同組合法施行規則」の改正が行われ、2013（平成25）年から施行されている。

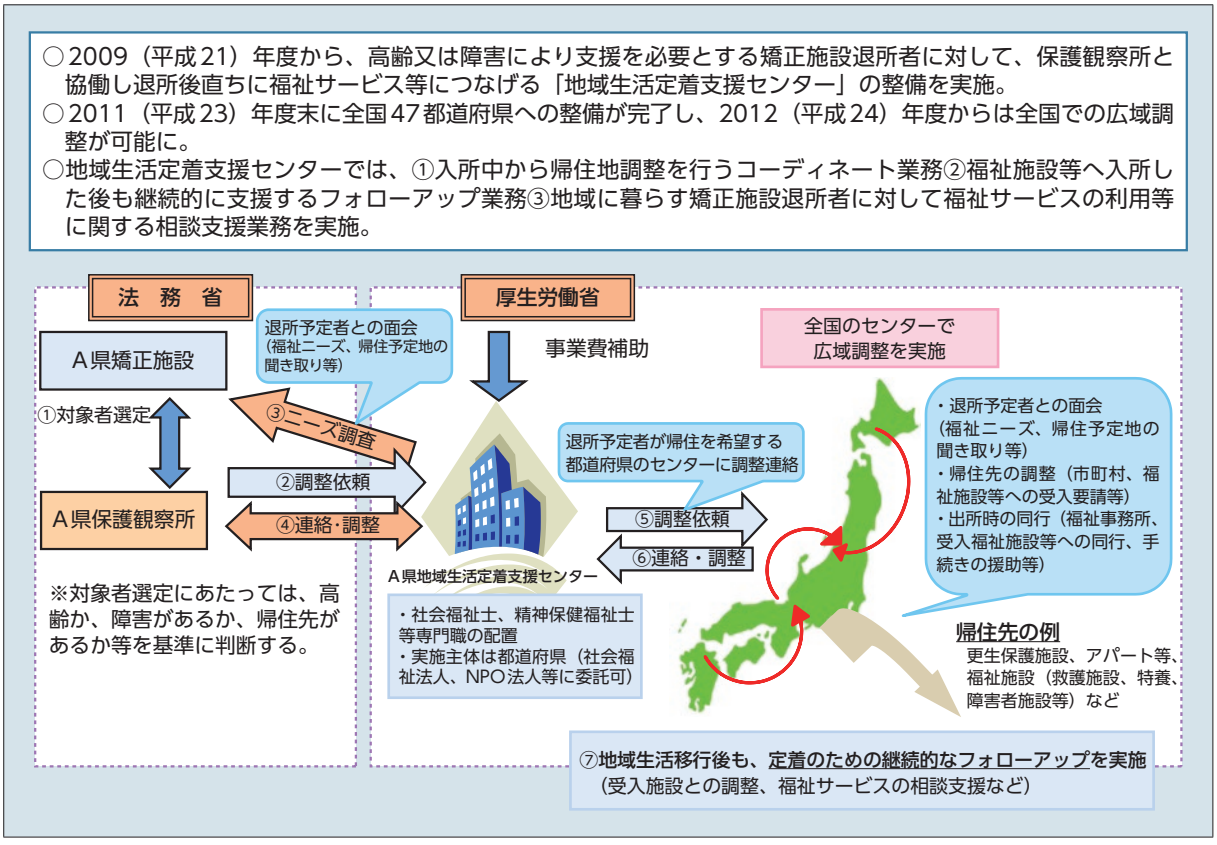
3 地域生活定着促進事業の実施について

刑又は保護処分の執行のため矯正施設（刑務所、少年刑務所、拘置所及び少年院）に収容されている人のうち、高齢又は障害のため釈放後直ちに福祉サービス（例えば、障害者手帳の発給や施設への入所等）を受ける必要があるものの釈放後の行き場のない人等は、釈放後に必要な福祉サービスを受けることが困難である。

そのため、厚生労働省では、2009（平成21）年度から「地域生活定着支援事業（現在は地域生活定着促進事業）」を開始した。

本事業では、各都道府県の地域生活定着支援センター（全国48か所）が、矯正施設収容中から、矯正施設や保護観察所、既存の福祉の関係者と連携して、支援の対象となる人が釈放後から福祉サービスを受けられるよう取り組んでいる（図表4-2-2）。

図表4-2-2 地域生活定着促進事業の概要



第3節　自殺対策の推進

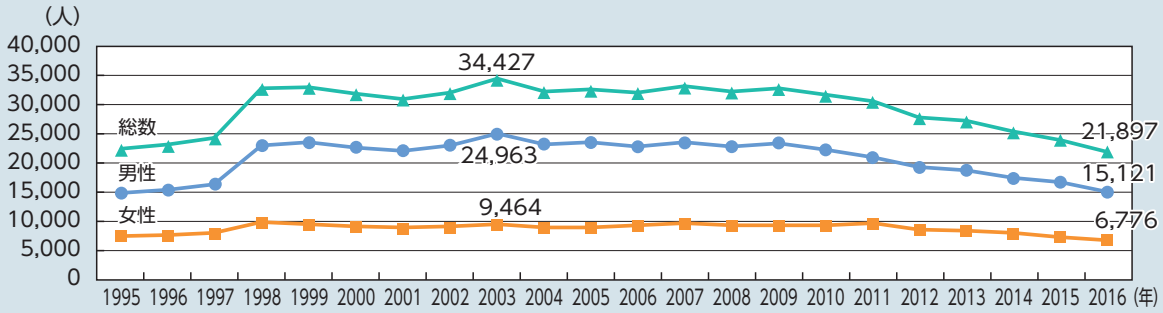
我が国の自殺者数は、1998（平成10）年以降、14年連続で年間3万人を超える水準で推移してきた。自殺者数は、警察庁の自殺統計原票を集計した結果（以下「自殺統計」という。）によると、2016（平成28）年においては、2015（平成27）年を下回る21,897人で、前年に比べ2,128人（8.9%）減少となっている。

また、自殺者数の推移としては、5年連続で3万人を下回り、年間自殺者数は7年連続の減少となっている。（図表4-3-1）

自殺の多くは多様かつ複合的な原因及び背景を有しており、様々な要因が連鎖する中で起きている。2016年中の原因・動機特定者は1万6,297人であり、そのうち原因・動機が「健康問題」にあるものが1万1,014人で最も多く、次いで「経済・生活問題」（3,522人）、「家庭問題」（3,337人）、「勤務問題」（1,978人）の順となっている。

図表4-3-1　自殺者数の年次推移

○自殺者数は５年連続で年間３万人を下回ったものの、依然として深刻な状況にある。



自殺の原因・動機　原因・動機は3つまで計上

	自殺者	原因・動機特定者	原因・動機別							不詳
			健康問題	経済・生活問題	家庭問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他	
2016年	21,897	16,297	11,014	3,522	3,337	1,978	764	319	1,148	5,600

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

こうした中、2006（平成18）年に成立した自殺対策基本法を受けて、2007（平成19）年6月、政府が推進すべき自殺対策の指針として、「自殺総合対策大綱」（以下「大綱」という。）が策定され、2012（平成24）年8月に改定された。大綱においては、国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が緊密な連携を図りつつ、国を挙げて自殺対策に取り組むこととされ、2016年までに、自殺死亡率を2005（平成17）年と比べて20%以上減少させることを目標としている。

2016年3月には自殺対策基本法の一部が改正された。また、2016年から見直しに向けた検討に着手することとなり、9月27日、自殺総合対策会議において、2017（平成29）年夏頃を目途に、新たな自殺総合対策大綱の案を作成すること、及び新大綱の案の作成に資するよう、厚生労働省において、現大綱に基づく諸施策の進捗状況を把握し、有識者か

ら意見を幅広く聴取することが決定された。そこで、厚生労働大臣決定により「新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会」を開催することとなった。同検討会は、2016年12月に第1回会議が開催され、6回にわたって会議を開催した。関係団体からのヒアリングも含め、新大綱の在り方について、今後の我が国の自殺対策の方向性も念頭に置きつつ集中的に検討を行い、2017年5月15日に報告書を取りまとめた。

なお、政府における自殺対策の推進に関する業務については、「内閣の重要政策に関する総合調整等に関する機能の強化のための国家行政組織法等の一部を改正する法律」に基づき、内閣府が所管する自殺対策業務が2016年4月に厚生労働省に移管されている。

厚生労働省では、地域の実情に応じたきめ細やかな取組みを推進するため、「地域自殺対策強化交付金」により各地方公共団体における自殺対策事業を支援しているほか、都道府県・政令指定都市に対し、地域における自殺の実態把握、地域の自殺対策ネットワークの強化等の機能を担う「地域自殺対策推進センター」の設置を支援している。

なお、自殺総合対策推進センター*3は、2016年4月より学際的な観点から関係者が連携して自殺対策のPDCAサイクルに取り組むためのエビデンスの提供や、民間団体を含めた地域の自殺対策の支援を強化する観点から、自殺対策に関する調査研究、情報収集・発信、自治体職員及び医療従事者に対する研修、自治体等の取組みへの支援等を行っている。

第4節 戦没者の遺骨収集、戦傷病者・戦没者遺族等への援護など

厚生労働省では、戦後、一般邦人の海外からの引揚げを支援するとともに、軍人の復員、未帰還者の調査、戦傷病者や戦没者遺族等の援護を行ってきた。

現在はこうした援護のほか、先の大戦による戦没者の追悼、各戦域での戦没者遺骨収集事業や戦没者遺族による慰霊巡拝を実施しており、また、先の大戦による混乱の中で中国や樺太で残留を余儀なくされた中国残留邦人等への支援などを行っている。

1 国主催の戦没者追悼式、次世代への継承

(1) 戦没者追悼式の開催

国は毎年、先の大戦での戦没者を追悼するため、全国戦没者追悼式と千鳥ヶ淵戦没者墓苑拝礼式を開催している。

国が主催する全国戦没者追悼式は、先の大戦で多くの尊い犠牲があったことに思いを馳せ、戦没者を追悼するとともにその尊い犠牲を永く後世に伝え、恒久平和への誓いを新たにしようとするものである。毎年8月15日に、天皇皇后両陛下の御臨席を仰ぎ、日本武道館で実施している。なお、先の大戦の記憶を風化させることなく次世代へ継承していくという観点から、青少年（18歳未満）の遺族にも献花していただくなど、式典に参加していただいている。

厚生労働省主催の千鳥ヶ淵戦没者墓苑拝礼式では、毎年新たに収容した戦没者の遺骨のうち遺族に引き渡すことのできないものについて、毎年度春に、皇族の御臨席の下、国の

＊3 「自殺総合対策推進センター」ホームページ　http://jssc.ncnp.go.jp

施設である千鳥ヶ淵戦没者墓苑に納骨し、拝礼している。



全国戦没者追悼式
（天皇皇后両陛下の御臨席を仰いで実施）

(2) 昭和館・しょうけい館

戦中・戦後の生活上の労苦を伝える「昭和館」、戦傷病者とその家族の労苦を伝える「しょうけい館」では、兵士、戦後強制抑留者及び海外からの引揚げの労苦を伝える「平和祈念展示資料館（総務省委託）」と連携し、小・中学生などを対象とした「夏休み3館めぐりスタンプラリー」を実施するとともに、愛知県において地方展を開催した。

また、昭和館、しょうけい館においては、戦中・戦後の労苦体験を後世へ着実に継承するため、2016（平成28）年度より、戦後世代の語り部の育成を開始した。

2 戦没者の遺骨収集事業、慰霊巡拝等の推進

(1) 遺骨収集事業

先の大戦での戦没者は約310万人に上る。本土以外では約240万人が戦没したが、収容された遺骨は約127万柱である。未収容の遺骨約113万柱のうち、約30万柱が海没のため、また、約23万柱が相手国の事情により収容が困難となっており、約60万柱が収容可能な遺骨と考えられる。

厚生労働省では、1952（昭和27）年度以降、相手国政府の理解が得られた地域などから順次遺骨収容を行い、これまでに約34万柱を収容している。2016（平成28）年度は、874柱の遺骨を収容した。

戦没者の遺骨収集については、戦後70年を経て御遺族や戦友が高齢化し、当時の状況を知る方々が少なくなり、遺骨に関する情報が減少してきている。こうした中、2016年3月に「戦没者の遺骨収集の推進に関する法律」（平成28年法律第12号）が成立し、遺骨収集が国の責務と位置づけられたほか、2024年度までの期間を遺骨収集の推進に関する施策の集中実施期間とすることや、関係行政機関の間で連携協力を図ること、戦没者の遺骨に関する情報収集や遺骨収集を行う者として一般社団法人又は一般財団法人を厚生労働大臣が指定できることなどについて定められた。また、集中実施期間における施策を総合的かつ計画的に行うため、同法に基づき、各国の国立公文書館等の文書等の収集や現地調査といった情報収集に集中的に取り組むことや、地域ごとの取組方針などについて定めた「戦没者の遺骨収集の推進に関する基本的な計画」（平成28年5月31日閣議決定）が策定された。2016年8月には、同法に基づき、一般財団法人日本戦没者遺骨収集推進協会を指定し、今後は、同協会とともに遺骨収集を推進していくこととしている。

1 硫黄島における遺骨収集事業の実施等

硫黄島では、戦没者約2万2,000人のうち未だ約1万2,000柱の遺骨が未収容であることから、政府一体となって遺骨収容に取り組んでおり、2016年度は、2013（平成25）年12月に「硫黄島に係る遺骨収集帰還推進に関する関係省庁会議」で決定された「硫黄島の滑走路地区等の遺骨収集帰還に関する基本的方針」に基づき、滑走路地区において、

探索済みの壕の再確認を行うとともに、2013年度に防衛省が実施した高性能地中探査レーダで反応のあった箇所のうち、集水区域などの掘削調査を実施した。また、外周道路外側の面的調査などを実施し、17柱の遺骨を収容した。

また、沖縄県においても、沖縄県や民間団体等と協力して遺骨収集を実施しており、2016年度は22柱の遺骨を収容した。

2 旧ソ連・モンゴル地域における遺骨収集事業の実施

約57万5,000人が強制抑留され、劣悪な環境のもと、長期にわたり過酷な強制労働に従事させられ、約5万5,000人（うちモンゴル約2,000人）が死亡した旧ソ連・モンゴル地域については「戦後強制抑留者に係る問題に関する特別措置法」（平成22年法律第45号）に基づき閣議決定された「強制抑留の実態調査等に関する基本的な方針」を踏まえ、関係省庁と連携し、民間団体等の協力も得つつ、抑留中死亡者の特定や遺骨収容を進めており、2017（平成29）年3月末までに39,761名（うちモンゴル1,429名）の死亡者を特定し、19,869柱の遺骨を収容した。2015（平成27）年4月には、ロシア連邦政府等から提供された抑留者に関する資料の全てについて、資料の概要と主な記載事項などを公表した。さらに、同月以降、提供資料のうち、死亡者に関する資料については、名簿形式となっているものについて、北朝鮮や樺太などシベリア・モンゴル地域以外の地域も含めて、身元が特定した者から、カナ氏名、死亡年月日などを公表し、厚生労働省ホームページにも掲載している。

3 海外資料調査、南方地域における遺骨収集

近年、残存する遺骨の情報が減少しているため、2006（平成18）年度から、情報が少ないビスマーク・ソロモン諸島、パプアニューギニアなどの海外南方地域を中心に、現地の事情に精通した民間団体に協力を求め、幅広く情報を収集しているほか、2009（平成21）年度から、米国や豪州の公文書館などに保管されている当時の戦闘記録等資料の調査を行うなど、遺骨収集に必要な情報の収集を積極的に進めている。



横須賀港海上自衛隊横須賀基地での遺骨引渡式
（海上自衛隊艦船による遺骨送還の協力を受け実施）

これらにより収集された情報をもとに、2016年度は、海外南方地域においては535柱の遺骨を収容し、日本へ送還したところである。このうち、ソロモン諸島からの遺骨の送還に当たっては、2016年12月に、防衛省の協力を得て、ガダルカナル島において収容した150柱の遺骨について、海上自衛隊艦船による日本への送還を実施しており、引き続き、関係省庁の協力を得ながら、遺骨収集を推進していくこととしている。

4 DNA鑑定の実施

収容した戦没者の遺骨については、遺留品等から身元が判明した場合には遺族に伝達しており、2003（平成15）年度からは、遺留品や埋葬記録等から戦没者を推定できる場合

などであって遺族が希望するときはDNA鑑定を実施し、2017年3月末までに、DNA鑑定により1,084柱の身元が判明した。戦没者のDNA鑑定については、これまでは歯を検体として実施してきたが、2017年度から、従来の歯に加え、DNA情報を比較的多く含むとされる大腿骨等の四肢骨をDNA鑑定の対象とすることとした。

2016年度には、個体性のある遺骨からDNAデータが抽出された場合には遺骨のDNA情報のデータベース化を行うとともに、遺留品等がなくても部隊記録等から戦没者がある程度特定される場合に、遺族へDNAの提供を呼びかけることとし、沖縄県の一部地域の遺骨について実施した。

(2) 慰霊巡拝等

戦没者の遺族の要望に応え、主要戦域や戦没者が眠る海域での慰霊巡拝や、戦没者の遺児と主要戦域などの人々が相互理解のため交流する慰霊友好親善事業を実施している。

また、戦没者の慰霊と平和への思いを込めて、1970（昭和45）年度以降、主要戦域に戦没者慰霊碑を建立（硫黄島と海外14か所）したほか、旧ソ連地域には個別に小規模慰霊碑を建立（14か所）している。

3 戦傷病者、戦没者遺族等への援護

厚生労働省では、先の大戦において、国と雇用関係又はこれに類似する特別の関係にあった軍人軍属等のうち公務傷病等により障害の状態となった者や、死亡した軍人軍属等の遺族に対して、国家補償の精神に基づき援護を行っている。具体的には、1952（昭和27）年に制定された戦傷病者戦没者遺族等援護法や、1963（昭和38）年に制定された戦傷病者特別援護法に基づき、本人に対しては障害年金の支給、療養の給付などを、遺族に対しては遺族年金や葬祭費の支給などを行っている[*4]ほか、都道府県ごとに設置される戦傷病者相談員や戦没者遺族相談員による相談・指導を実施している。

また、戦没者等の妻や父母、戦傷病者の妻などに対して、国として精神的痛苦を慰藉するために、各種特別給付金を支給しているほか、戦後何十周年といった特別な機会をとらえ、国として弔慰の意を表するため、戦没者等の遺族に対して特別弔慰金を支給している。

4 中国残留邦人等への支援

1945（昭和20）年8月9日のソ連軍による対日参戦当時、中国の東北地方（旧満州地区）や樺太に居住していた日本人の多くは、混乱の中で現地に残留を余儀なくされ、あるいは肉親と離別し孤児となって現地の養父母に育てられたりした。厚生労働省では、こうした中国残留邦人等の帰国支援や帰国後の自立支援を行っている。

(1) 中国残留孤児の肉親調査

厚生労働省では、1975（昭和50）年より、中国残留孤児の肉親調査を行っており、2000（平成12）年から、日中両国政府が孤児申立者、証言者から聞き取りを行い、報道機関の協力により肉親を探す情報公開調査を行っている。これまで2,818名の孤児のう

＊4　軍人については、原則として恩給法（1923（大正12）年、総務省所管）が適用されるため、障害年金や遺族年金等の支給対象は、主に恩給法に該当しない軍人、軍属及び準軍属並びにその遺族となっている。

ち、1,284名の身元が判明した。

(2) 中国残留邦人等の帰国支援、自立支援

中国残留邦人等の永住帰国にあたっては、旅費や自立支度金を支給し、親族訪問や墓参等の一時帰国を希望する者には、往復の旅費や滞在費を支給している。

永住帰国後は、中国残留邦人等や同行家族が円滑に社会生活を営むことができるよう、「首都圏中国帰国者支援・交流センター」において、定着促進のための日本語教育、生活指導などを6か月間実施している[*5]。地域定着後は「中国帰国者支援・交流センター（全国7か所）」で日本語学習支援などを行っている。


中国帰国者支援・交流センターでの日本語教室の風景

また、中国残留邦人等は、日本への帰国が遅れ、老後の備えが不十分であることや、日本語が不自由といった特別な事情を抱えていることに鑑み、2008（平成20）年4月から、老後生活の安定に資するよう満額の老齢基礎年金等を支給するとともに、世帯収入が一定基準を満たさない場合には支援給付を支給するほか、2014（平成26）年10月からは、死亡した中国残留邦人等と労苦を共にしてきた永住帰国前からの配偶者に対して配偶者支援金を支給している。

さらに、中国残留邦人等やその家族が地域社会でいきいきと暮らせるよう、地方自治体が中心となって、日本語教室、自立支援通訳の派遣、地域交流などの事業や中国残留邦人等の二世に対して、就労支援事業を行っている。

このほか、2016（平成28）年度より、首都圏中国帰国者支援・交流センターにおいて、次世代へ中国残留邦人等の体験と労苦を継承するため、戦後世代の語り部育成事業を開始した。

＊5 国内唯一の宿泊研修施設であった「中国帰国者定着促進センター」は、建物の老朽化や帰国者の減少などを踏まえ、2015年度をもって閉所したが、2016年度からはその機能を「首都圏中国帰国者支援・交流センター」に統合し、同様の支援を継続している。

第5章　若者も高齢者も安心できる年金制度の確立

公的年金制度は、現役世代の保険料負担により、その時々の高齢世代の年金給付をまかなう世代間扶養の仕組みにより運営されている。

現在では、国民の約3割（約4,025万人（2015（平成27）年度））が公的年金を受給し、高齢者世帯の収入の7割を公的年金が占めるなど、国民の老後生活の柱としての役割を担っている。

第1節　持続可能で安心できる年金制度の運営

1　公的年金制度の最近の動向について

（1）公的年金制度を巡る最近の議論について

1 年金受給資格期間の25年から10年への短縮

無年金者をできる限り救済すると同時に、納付した年金保険料を極力給付に結びつける観点から、老齢基礎年金等の受給資格期間を25年から10年に短縮する措置を消費税率の10%への引上げ時に行うこととしていたが、無年金の問題は喫緊の課題であり、できる限り早期に実施する必要があるため、その施行期日を2017（平成29）年8月1日に改める「公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律の一部を改正する法律」（平成28年法律第84号）が第192回国会において成立した。

本法律により、これまで保険料の納付期間や納付を免除された期間等が25年に足りず、年金を受け取ることができなかった方（約64万人）についても、保険料納付期間等が10年以上あれば、新たに年金の受給対象となり、2017年10月から年金が支給される。具体的には、2017年9月分の年金から受給権が発生し、その9月分の年金が同年10月に支給されることとなり、それ以降は、10月分及び11月分の年金が12月にまとめて支給され、その後、2か月毎に支給されることとなる。

2 持続可能で安定的な公的年金制度の確立

公的年金制度の改革に関しては、2013（平成25）年8月6日にまとめられた社会保障制度改革国民会議報告書を踏まえ、同年12月5日に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（平成25年法律第112号。以下「社会保障改革プログラム法」という。）において、

①マクロ経済スライドに基づく年金給付の額の改定の在り方

②短時間労働者に対する厚生年金保険や健康保険の適用範囲の拡大

③高齢期における職業生活の多様性に応じ、一人一人の状況を踏まえた年金受給の在り方

④高所得者の年金給付の在り方や公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し

の検討事項が規定されており、政府はこれらの事項について検討を加え、その結果に基づ

いて必要な措置を講ずることとしている。

そして、社会保障審議会年金部会において、社会保障改革プログラム法の規定や、2014（平成26）年財政検証の結果等を踏まえて議論が行われ、2015（平成27）年1月21日に取りまとめられた「社会保障審議会年金部会における議論の整理」や与党における議論を踏まえ、公的年金制度の持続可能性を高め、将来の世代の給付水準の確保等を図るため、「公的年金制度の持続可能性の向上を図るための国民年金法等の一部を改正する法律案」を第190回国会に提出し、第192回国会において成立した。本法律の主な内容は以下のとおりである。

①短時間労働者への被用者保険の適用拡大の促進（2017年4月施行）

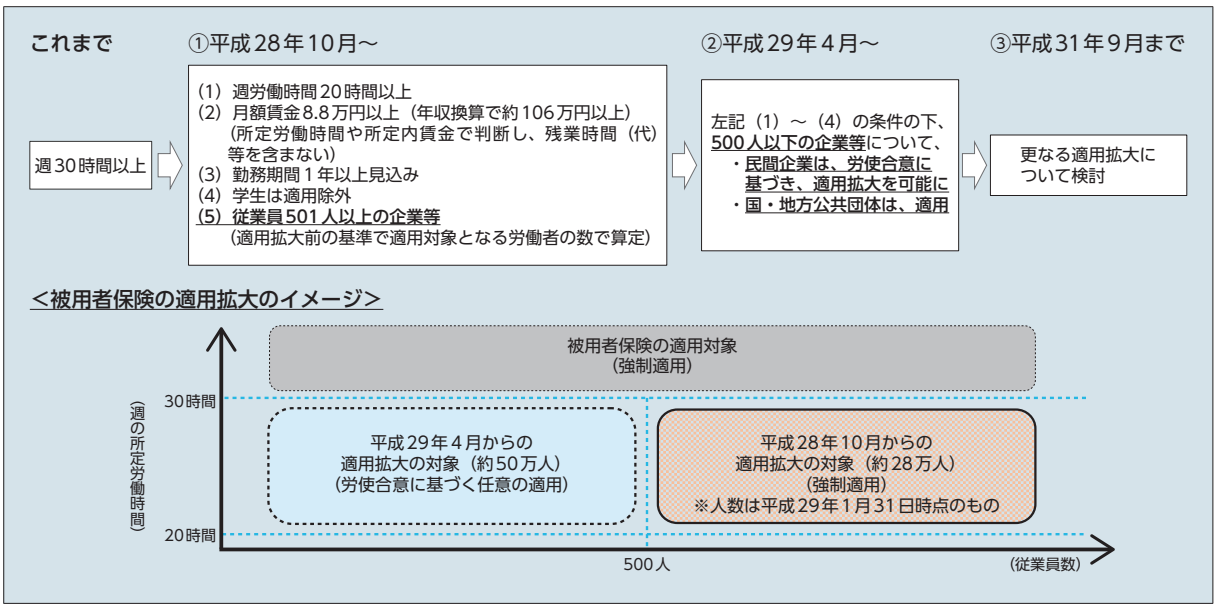
働きたい人が働きやすい環境を整えるとともに、より多くの働く方の年金などの保障を厚くしていく観点から、被用者保険（厚生年金保険・健康保険）の適用拡大を進めていくことは重要である。

2016（平成28）年10月から、従業員数が501人以上の企業において、週に20時間以上働く等の一定の要件を満たす短時間労働者を対象に被用者保険の適用拡大が実施されているが、適用拡大をより一層進める観点から、従業員数が500人以下の中小企業等で働く短時間労働者についても、労使間での合意を前提に、企業単位で適用範囲を拡大することとした（**図表5-1-1**）。

短時間労働者が被用者保険に加入することにより、将来受け取る年金が増えることに加え、障害がある状態になった場合なども、より多くの年金を受け取ることができるほか、医療保険においても傷病手当金や出産手当金を受け取ることができるといったメリットもあり、これらの内容等について、リーフレット等を活用し、引き続き周知・広報に取り組んでいく。

また、今後、適用拡大の施行状況、就労実態や企業への影響等を勘案して、更なる適用拡大に向けた検討を進めていくこととしている。

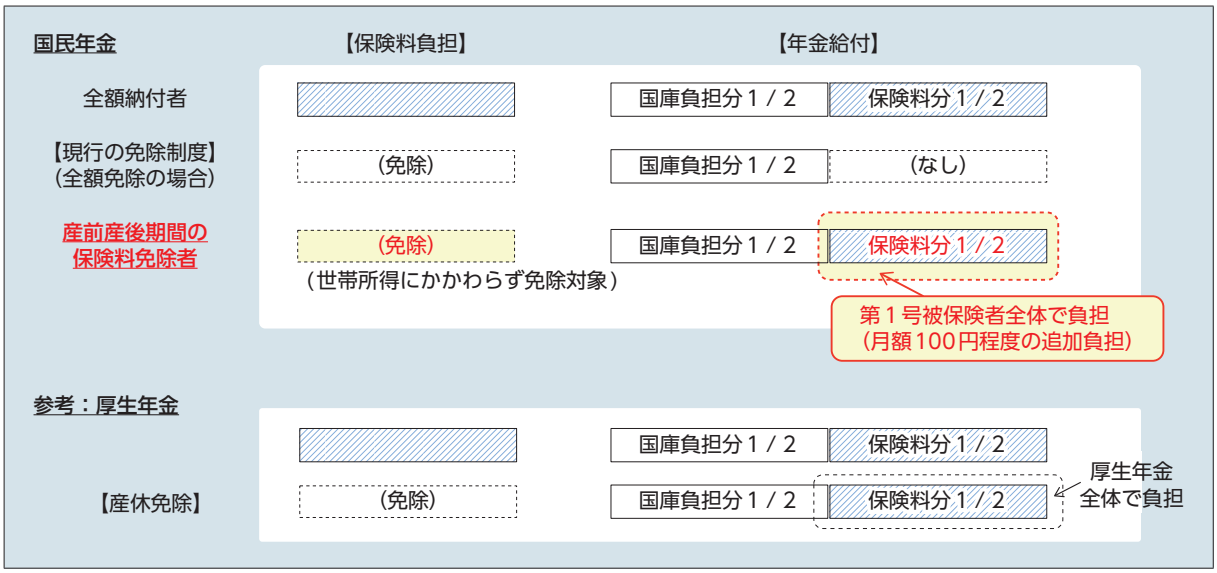
図表5-1-1　短時間労働者への被用者保険の適用拡大の促進



②国民年金第一号被保険者の産前産後期間の保険料の免除（2019（平成31）年４月施行）

次世代育成支援の観点から、国民年金第一号被保険者の産前産後期間（出産予定月の前月から出産予定月の翌々月までの４ヶ月間）の保険料を免除することとした。また、一般的には免除される期間については、満額の基礎年金の半分（国庫負担相当分）が支払われるところであるが、今回の免除については、免除期間に満額の基礎年金を保障することとした（図表5-1-2）。なお、年間約20万人の方が対象となる見込みである。この費用については、国民年金第一号被保険者全体で負担し支え合う観点から、国民年金の保険料が月額100円程度引き上げられる。

図表5-1-2　国民年金第一号被保険者の産前産後期間の保険料の免除（平成31年４月施行）



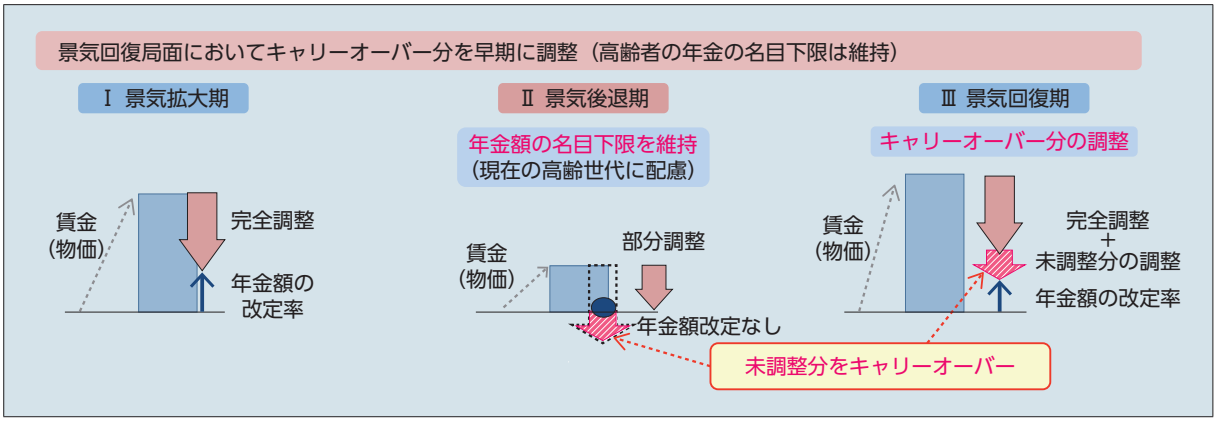
③年金額改定ルールの見直し

（1）マクロ経済スライドによる調整ルールの見直し（2018（平成30）年４月施行）

マクロ経済スライドは、少子高齢化が進む中で、現役世代の負担が過重なものとならないように、保険料の上限を固定し、その限られた財源の範囲内で年金の給付水準を徐々に調整する仕組みとして導入されたものであり、賃金・物価がプラスの場合に限り、その伸びを抑制する形で年金額に反映させるものである。マクロ経済スライドによる調整をより早く終了することができれば、その分、将来年金を受給する世代（将来世代）の給付水準が高い水準で安定することになる。

このため、マクロ経済スライドによる調整をできるだけ早期に実施するために、現在の年金受給者に配慮する観点から、年金の名目額が前年度を下回らない措置（名目下限措置）は維持しつつ、賃金・物価上昇の範囲内で、前年度までの未調整分（キャリーオーバー分）を含めて調整することとした（図表5-1-3）。

図表5-1-3　マクロ経済スライドによる調整ルールの見直し（平成30年４月施行）

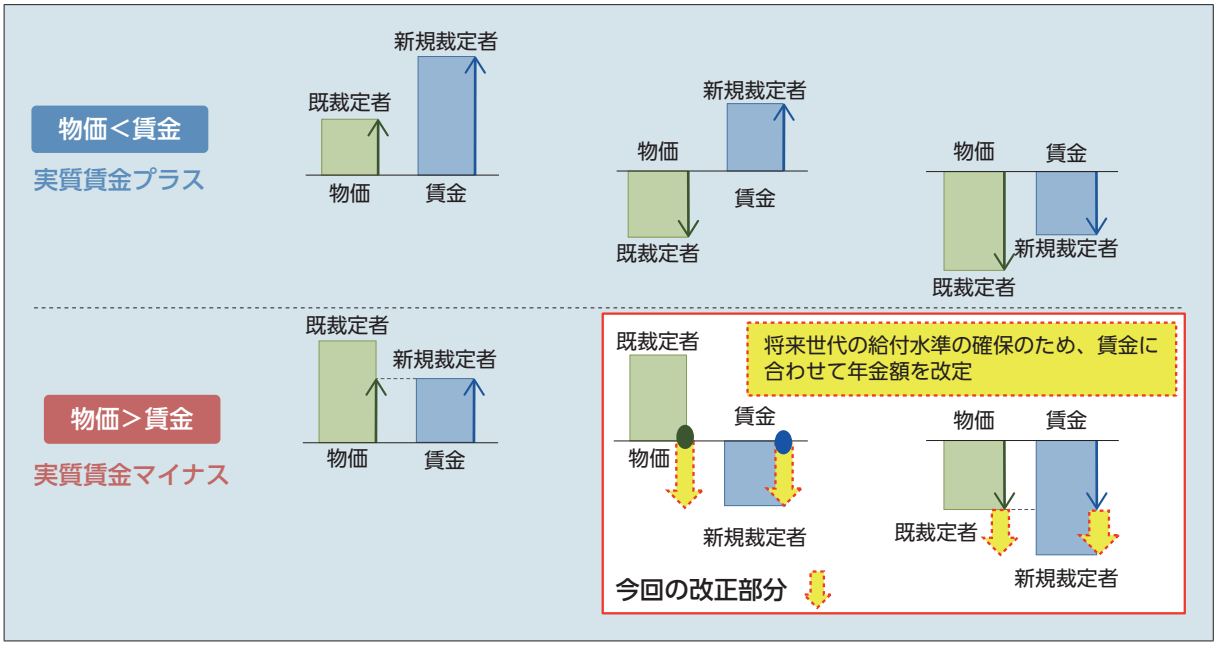


（2）賃金の低下に合わせた年金額の改定ルールの見直し（2021年４月施行）

少子高齢化が進む中で、現役世代の負担が過重なものとならないよう、現役世代の負担能力を示す賃金が変動する範囲内で年金額を改定するという基本的な考え方に立って、これまでも制度改正に取り組んできており、2004（平成16）年の年金制度改革では、賃金が物価ほどには上昇しない場合には、物価変動ではなく賃金変動に合わせて年金額を改定するルールを導入していた。しかしながら、賃金が低下する場合には、こうした考え方が徹底されていなかったため、過去10年余りのデフレ経済の下で賃金が低下した一方で、年金額はこの賃金の低下に連動しなかった結果、現役世代の賃金に対する年金受給者が受け取る年金の比率が従来よりも上昇する一方で、現役世代が将来受け取る年金の比率は従来よりも低下することが、財政検証の結果により明らかとなっていた。

このため、将来年金を受け取る世代の給付水準を確保する観点から、賃金が物価よりも低下する場合に、賃金の低下に合わせて年金額を改定するようルールを見直すこととした（**図表5-1-4**）。なお、この見直しについては低所得・低賃金の方に対する最大年6万円の年金生活者支援給付金を2019（平成31）年10月までに実施した後に施行することとしている。

図表5-1-4　賃金・物価スライドの見直し（2021年４月施行）



この他、本法律には検討規定が設けられており、社会保障改革プログラム法に掲げられている４つの課題について、法律の施行後速やかに検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずることとされている。

(2) 年金積立金の管理・運用

1 年金積立金の管理・運用の考え方

年金積立金は、国民の皆様からお預かりした保険料の一部を積み立て、積立金として長期的な観点から安全かつ効率的に運用し、将来の年金給付に充てることにより、年金財政を安定化させているものである。年金積立金の運用は、年金給付費が基本的に名目賃金上昇率に連動して増減するため、これに対応した実質的な運用利回り（名目運用利回り－名目賃金上昇率）を最低限のリスクで確保することが重要である。2014（平成26）年財政検証では複数の経済前提が設定され、各ケースに対応できる長期の実質的な運用利回りとして1.7％が示された。この年金積立金は、厚生労働大臣が運用に特化した専門の法人である年金積立金管理運用独立行政法人（以下「GPIF」という。）に寄託することにより管理・運用されている。

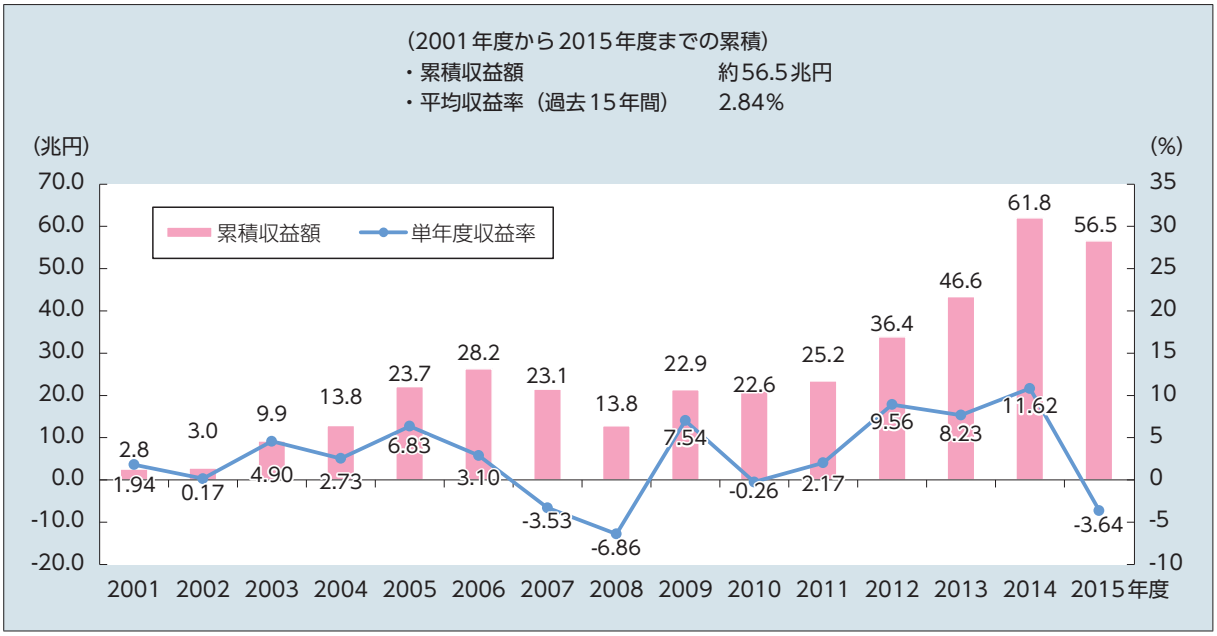
GPIFは、厚生労働大臣から示された中期目標を達成するために、基本的な資産の構成割合（基本ポートフォリオ）を含む中期計画や、運用の具体的な方針を策定し、これらに基づき、年金積立金を国内外の資産に分散して投資することにより、管理・運用を行っている。これらの資産運用は、公募により選定された内外の優れた民間の運用受託機関（信託銀行や投資顧問会社）に委託して行うほか、国内債券等の一部の資産については自家運用により行っている。

2 直近の運用状況について

年金積立金の運用状況については、長期的な観点から評価することが必要であるが、透明性を確保する観点から、GPIFは四半期ごとに公表を行っている。また、年金積立金の

一部は、年金給付等の資金繰り上必要な資金として年金特別会計において管理し、財政融資資金への預託による運用を行っている。これらを合計した年金積立金全体の運用実績には、厚生労働大臣が自主運用を開始した2001（平成13）年度から2015（平成27）年度までの累積で約56.5兆円となっており、収益率でみると名目賃金上昇率を平均で約3.1%上回り、年金財政に貢献していると言える。

図表5-1-5　年金積立金の運用実績（2001年度以降（自主運用開始））



3 最近の年金積立金の運用に係る議論等について

GPIFのガバナンス体制については、「『日本再興戦略』改訂2014」（平成26年6月24日閣議決定）において、年金制度、法人の組織論などの観点から今後の法改正の必要性も含めた検討を行うなど必要な施策の取組みを加速すべく所要の対応を行うこととされ、その後年金部会において、「GPIF改革に係る議論の整理」（2016（平成28）年2月8日）がとりまとめられた。

これを踏まえ、年金積立金の運用に対する国民の信頼を一層高めるため、GPIFに合議制の経営委員会を設け、基本ポートフォリオ等の重要な方針に係る意思決定や執行機関の業務執行に対する監督を行うこと、年金積立金の運用に関し、リスク管理の方法の多様化など運用方法を追加する措置を講じること等を内容とする「公的年金制度の持続可能性の向上を図るための国民年金法等の一部を改正する法律案」を第190回国会に提出し、第192回国会において成立した。GPIFの組織等の見直しは、2017（平成29）年10月に施行される。（一部については、2017年3月に施行。）

2 私的年金制度の最近の動向について

（1）私的年金制度の役割

私的年金制度は、確定給付企業年金、企業型確定拠出年金、個人型確定拠出年金、国民年金基金等の総称であり、公的年金と相まって高齢期における所得を確保するため、国民の自助努力を支援する制度である。少子高齢化の進展、産業構造の変化等の社会経済情勢

が変化する中で、私的年金はますます重要性を増している。私的年金の加入率向上を図るため、今まで以上に利用しやすい確定拠出年金制度や確定給付企業年金制度の整備に向けた取組みを進めている。

(2) 確定拠出年金制度及び確定給付企業年金制度の見直しについて

確定拠出年金については、社会保障審議会企業年金部会での議論等を踏まえた「確定拠出年金法等の一部を改正する法律」が、第190回国会において成立した。

本改正では、私的年金の普及・拡大を図るため、個人型確定拠出年金の加入者範囲を基本的に20歳以上60歳未満の全ての方に拡大したほか、中小企業でも実施しやすい簡易型確定拠出年金の創設、企業年金を実施できない事業主の方でも従業員の自助努力を支援できるようにする小規模事業主掛金納付制度の創設等を行うこととしている。



2017（平成29）年1月からの個人型確定拠出年金の加入者範囲拡大に伴い、個人型確定拠出年金の愛称を「iDeCo（イデコ）」と命名し、iDeCoの認知度向上と制度理解の促進を図るため、官民一体となってiDeCoの意義や重要性、仕組みについて広く周知・広報を進めている。

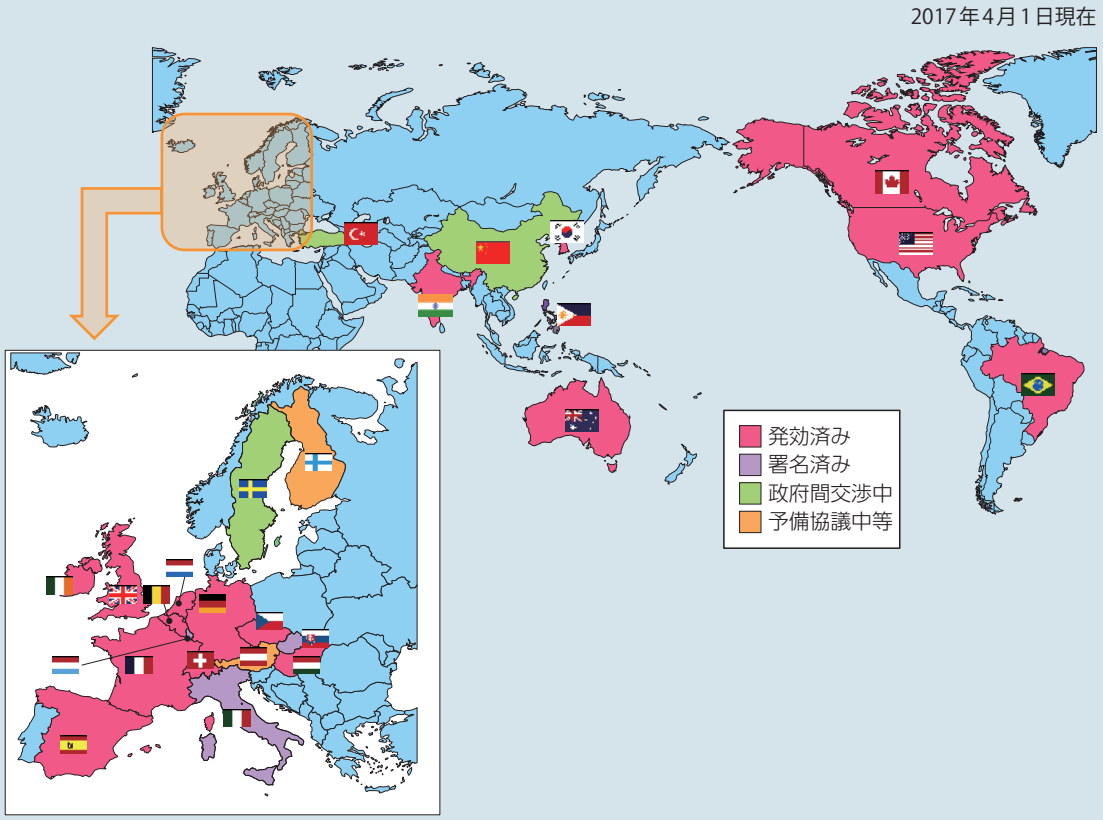
また、確定給付企業年金については、企業の取り得る選択肢を拡大し企業年金制度を実施しやすい環境を整備するため、確定給付企業年金の弾力的な運営を可能とする制度改正を行い、2017年1月より施行された。具体的には、将来の財政悪化を想定した計画的な掛金拠出を可能とするリスク対応掛金の仕組みを導入し、運用リスクを事業主と加入者で柔軟に分け合う仕組みであるリスク分担型企業年金を実施可能とした。

これらの企業年金制度の改正等により、ライフコースや働き方の多様化等が進む中で、私的年金の普及・拡大を図るとともに、高齢期に向けた個人の継続的な自助努力の支援に取り組んでいくこととしている。

3 国際化への対応

海外在留邦人等が日本及び外国の年金制度等に加入し保険料を二重に負担することを防止し、また、両国での年金制度の加入期間を通算することを目的として、外国との間で社会保障協定の締結を進めている。2000（平成12）年2月にドイツとの間で協定が発効して以来、2017（平成29）年4月までに、欧米先進国を中心に16カ国との間で協定が発効している。また、昨今の我が国と新興国との経済関係の進展に伴い、新興国との間でも協定の締結を進めており、2016（平成28）年10月にはインドとの間の協定が発効に至ったほか、中国等とも協定の締結に向けた政府間交渉を行っている（**図表5-1-6**）。

図表5-1-6 社会保障協定の締結状況



(1) 発効済み　16カ国

ドイツ	平成12年 2月発効	カナダ	平成20年 3月発効	ブラジル	平成24年 3月発効
英国	平成13年 2月発効	オーストラリア	平成21年 1月発効	スイス	平成24年 3月発効
大韓民国	平成17年 4月発効	オランダ	平成21年 3月発効	ハンガリー	平成26年 1月発効
アメリカ	平成17年10月発効	チェコ	平成21年 6月発効(※)	インド	平成28年10月発効
ベルギー	平成19年 1月発効	スペイン	平成22年12月発効		
フランス	平成19年 6月発効	アイルランド	平成22年12月発効		

(※)平成29年2月に改正議定書に署名

(2) 署名済み　4カ国

イタリア	平成21年 2月署名	ルクセンブルク	平成26年10月署名	フィリピン	平成27年11月署名
スロバキア	平成29年 1月署名				

(3) 政府間交渉中　3カ国

スウェーデン	平成28年 6月第2回政府間交渉実施	トルコ	平成28年4月第5回政府間交渉実施
中国	平成28年11月第6回政府間交渉実施		

(4) 予備協議中等　2カ国

フィンランド	平成25年12月第3回当局間協議実施	オーストリア	平成29年1月第5回当局間協議実施

(注)　本資料に記載した地図は、我が国の領土を網羅的に記したものではない。

我が国が社会保障協定を締結するに当たっては、相手国の社会保障制度における一般的な社会保険料の水準、当該相手国における在留邦人及び進出日系企業の具体的な社会保険料の負担額その他の状況、我が国の経済界からの具体的要望の有無、我が国と当該相手国との二国間関係及び社会保障制度の違いその他の諸点を総合的に考慮した上で優先度が高いと判断される相手国から順次締結交渉を行うこととしている。今後とも、政府として、社会保障協定の締結に向けた取組みを一層推進していくこととしている。

第2節　公的年金の正確な業務運営

1 日本年金機構と年金業務運営

(1) 日本年金機構について

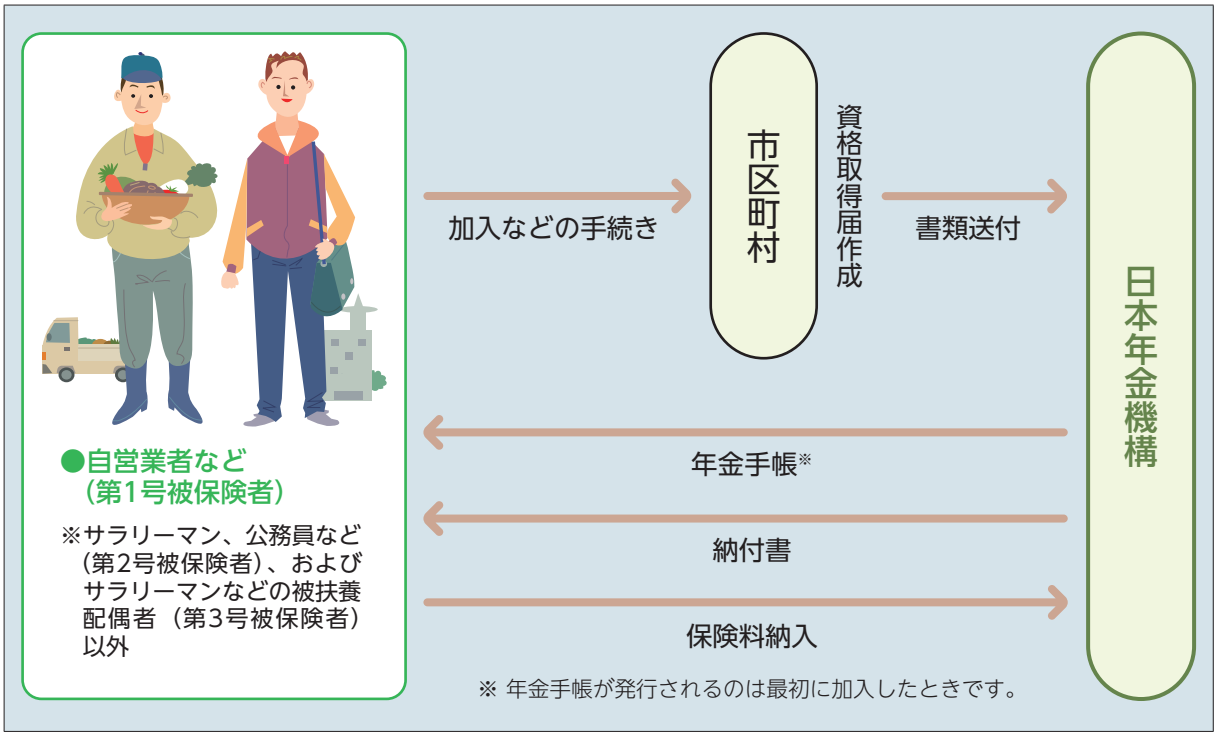
2010（平成22）年1月1日、旧社会保険庁が廃止され、政府が管掌する公的年金事業の運営を担う非公務員型の公法人である日本年金機構が設立された。

日本年金機構は、厚生労働大臣の監督の下、国と密接な連携を図りながら公的年金事業に関する業務運営を行うことにより、公的年金事業及び公的年金制度に対する国民の皆様の信頼を確保し、もって国民生活の安定に寄与することを目的とし、2010年1月に厚生労働省が定めた第1期中期目標（対象期間：2010年1月1日から2014（平成26）年3月31日までの4年3か月間）並びに日本年金機構が策定した中期計画及び各年度の年度計画に基づいて計画的に業務を行ってきた。2014年度からは、第2期中期目標（対象期間：2014年4月1日から2019（平成31）年3月31日までの5年間）及び中期計画に基づいて業務を実施している。

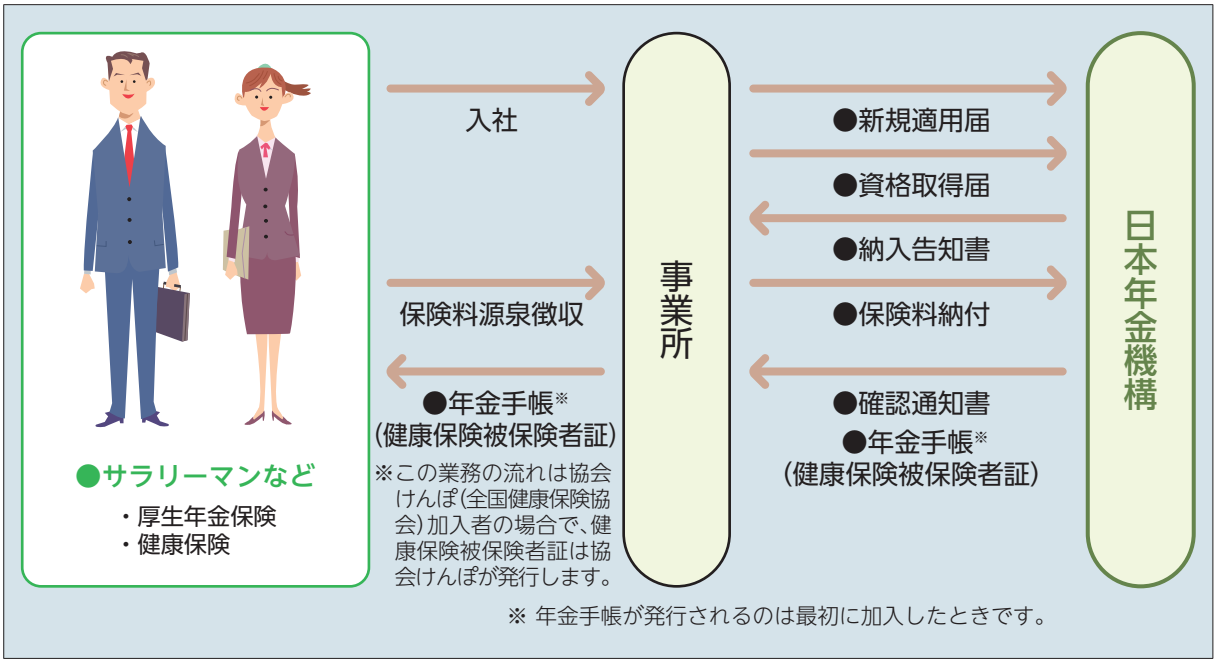
(2) 日本年金機構の取組み

日本年金機構においては、年金の適用、保険料の徴収、年金の給付、年金記録の管理、年金相談という一連の業務を正確かつ確実に遂行するとともに、提供するサービスの質の向上を図ることを基本的な役割としている（図表5-2-1、図表5-2-2）。

図表5-2-1　国民年金の加入・徴収業務の流れ



図表5-2-2　厚生年金保険・健康保険の加入・徴収業務の流れ



1 国民年金の保険料納付率向上と厚生年金の適用促進

国民年金保険料の納付率は、2005（平成17）年度の67.1％から年々低下傾向にあった。このため、市場化テストにより納付督励や免除等勧奨業務を受託する事業者との連携強化、口座振替やクレジットカード納付、コンビニでの納付の促進等による保険料を納めやすい環境づくりなど、保険料の収納対策の強化に取り組んできたところである。2012（平成24）年度以降は上昇傾向にあり、2016（平成28）年度には、対前年同期差＋1.7ポイントの65.0％となった。

2016年度においては、納付猶予制度の拡大、免除委託制度の実施に取り組んだほか、控除後所得350万円以上かつ未納月数7月以上のすべての滞納者に対する督促の実施（督促状を送付し、指定期限内の納付を促しても納付がない場合には、財産差押等の手続に入る。）、悪質な滞納者に関する厚生労働省から国税庁への強制徴収委任制度の活用など、収納対策の強化を図った。

督促の範囲については、所得などによって一定の基準を設けながら段階的に拡大を図ることとしており、2018（平成30）年度を目途に、免除等に該当する可能性のある低所得者などを除いた全ての滞納者への督促を目指し、2017（平成29）年度においては、控除後所得300万円以上かつ未納月数13月以上（控除後所得が350万円以上である場合、未納月数は7月以上）の全ての滞納者に督促を実施することとしている。

厚生年金保険の適用促進については、これまでも雇用保険情報や法務省から法人登記簿情報の提供を受けているところであるが、さらに国税庁からも法人の源泉徴収義務者情報の提供を受けており、これらを活用し適用すべき事業所を把握するとともに、把握した事業所へ加入指導を行うことで、適用に結びつけているところである。加入指導により適用となった事業所数は、2010（平成22）年度は4,808件、2011（平成23）年度は6,685件、2012年度は8,322件、2013（平成25）年度は19,099件、2014（平成26）年度は39,704件、2015（平成27）年度は92,550件、2016年度は115,105件と増加してきて

いる。2017年度においても、事業所の規模に応じて、計画的な適用促進対策を進めることとしている。また、地方自治体に対し、新規営業許可（届出・指定等含む）申請時に社会保険の加入状況を確認し、仮に本来加入すべき事業所が加入していない場合には、情報提供を行うよう求め、その情報提供に基づき加入勧奨を行うこととしている。

2 年金給付や年金相談業務の改善

年金の給付については、年金請求書を受け付けてからお客様に年金証書が届くまでの標準的な所要日数をサービススタンダードとして定め、達成率90％以上を維持するよう取り組むこととしている。このほか、年金受給にできる限り結び付けていくための取組みとして、受給者の申請忘れ・申請漏れを防止するため、年金支給年齢に到達する直前に、年金請求書を本人宛に送付することや、69歳到達時に受給資格期間を満たしながら年金請求を行っていない方に対して、年金請求を促すためのお知らせを送付すること等を行うこととしている。

また、年金の適正な支払いのため、受給者の健在の確認には原則として住民基本台帳ネットワークを活用しており、本人からの届出により確認を行っている方について、マイナンバーの登録や住民票の添付を求めるといった取組みを行っている。

年金相談については、年金事務所等における待ち時間の短縮や平日昼間に相談できない方への相談時間の確保を図るため、毎週月曜日に年金相談の受付時間を延長し、毎月第2土曜日に年金相談を実施するとともに、来訪者の相談内容に応じた相談窓口の設置、予約制による年金相談、待ち時間が長い年金事務所に対する相談ブースの増設や相談要員の確保等の個別対策などを実施している。

お客様の声を反映させる取組みとして、各年金事務所への「ご意見箱」の設置、ホームページ上に「日本年金機構へのご意見、ご要望」コーナーの開設、「お客様満足度アンケート調査」等の実施など、お客様目線に立った業務改善に向けた取組みを行っている。

さらに、地域、企業、教育の中で、年金制度の意義や内容の正しい理解を普及し、制度加入や保険料納付に結び付けるため、年金事務所による高校、大学等での年金セミナーの実施や地域の関係団体とも連携した周知・啓発活動の実施など、地域に根ざした活動に取り組んでいる。

また、日本年金機構の毎年度の事業実績、お客様サービス向上の取組み、予算・決算などの情報を分かりやすくお客様に提供するため、毎年、年次報告書（アニュアルレポート）を作成している。

3 事務処理誤りの防止

日本年金機構における事務処理誤りの発生は、年金権の侵害につながるおそれがあるため、事務処理の正確性の確保は重要であり、事務処理誤りの未然防止及び再発防止の観点から、①統一業務マニュアルに基づく正確な事務処理の徹底や、②事務処理誤り防止の取組みを推進することとしている。

具体的には、①については、統一業務マニュアルに基づく業務の標準化や、職員研修及び自己点検の実施による正確な事務処理の徹底を進めている。

また、②については、事務処理遅延、書類の紛失、誤送付・誤送信・誤交付の根絶を期

すため、届書等の受付から未完結届書等の確認、決裁までの一連の処理が確実に実施されているか点検を行い、取組みが不十分な場合は指導により取組みの徹底を図るとともに、受付進捗管理システムの運用状況及び管理職員による未処理届書の定期的な確認を行っている。これらの取組状況については、日本年金機構の本部による内部監査等により確認を行っているところである。

このほか、立入指導において把握した発生原因や拠点における再発防止に向けた取組みを分析し、事務処理誤りの発生防止について取り組むこととしている。

4 障害年金について

障害基礎年金や障害厚生年金等の障害等級は、「国民年金・厚生年金保険　障害認定基準」に基づいて認定されているが、精神障害及び知的障害の認定において、地域によって認定に差が生じていることが確認された。

こうしたことから、精神障害及び知的障害の認定が当該障害認定基準に基づいて適正に行われ、地域差による不公平が生じないよう、厚生労働省にて開催した「精神・知的障害に係る障害年金の認定の地域差に関する専門家検討会」における議論を踏まえ、「国民年金・厚生年金保険　精神の障害に係る等級判定ガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）等を策定し、2016年9月より実施している。

ガイドラインを用いた認定の流れとしては、まず、主治医が作成する診断書に記載された日常生活状況等の生活上の困難度合いによって定まる「等級の目安」を認識した上で、等級判定に当たり考慮することが妥当なものとして例示される生活環境等の「考慮すべき要素」を考慮し、さらに、それ以外の事項についても、診断書や本人又は家族等が記載する書類から認識して、総合的に判定することとしている。

また、日本年金機構本部及び事務センターで行っている障害年金の審査事務については、2016年10月に障害年金センターを設置し、2017年4月より審査を集約し、全国一体的な審査体制を確保している。

2 年金記録問題への取組み

年金記録問題については、2007（平成19）年7月に年金業務刷新に関する政府・与党連絡協議会で決定した「年金記録に対する信頼の回復と新たな年金記録管理体制の確立について」を踏まえ、日本年金機構と密接に連携しながら、様々な取組みを進めてきた。

その結果、ご本人に記録を確認していただく「ねんきん特別便」等の送付により、約5,095万件の未統合記録について、約3,145万件（2017（平成29）年3月現在）の記録が解明された（**図表5-2-3**）。また、コンピュータ上で管理している年金記録の正確性を確認する「紙台帳とコンピュータ記録の突合せ」などの取組みについても、作業が終了しており、これらの取組み等により回復した年金額（1年間で受け取る年金額の増額分）の合計は、少なくとも約1,256億円（2017年3月現在）となっている。（平均余命を考慮して、65歳から受給した場合の年金額の回復総額を試算すると、約2.6兆円相当となる。）

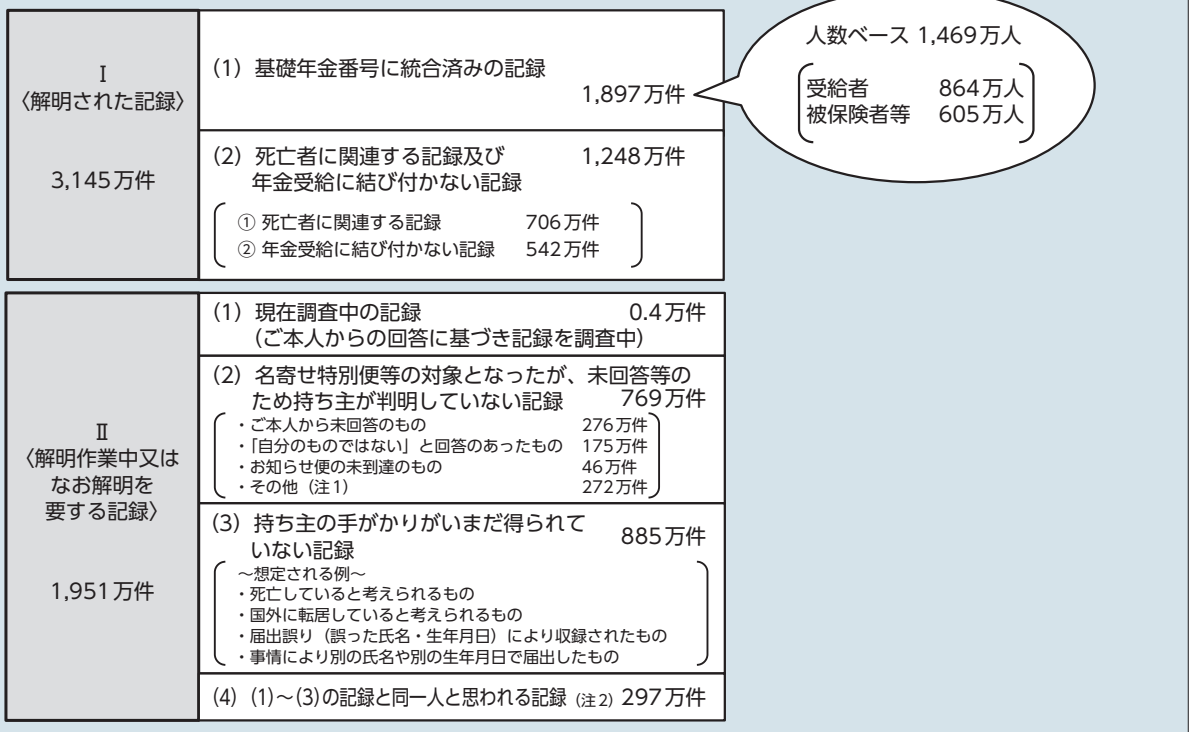
また、年金記録問題への対応に資する取組み（再発防止策）の提言と、これまでの取組内容の整理を行うため、2013（平成25）年3月に社会保障審議会日本年金機構評価部会の下に「年金記録問題に関する特別委員会」が設けられ、全10回にわたる専門的な検

討・整理を経て、2014（平成26）年1月に報告書が取りまとめられた。

これまでの対応や同報告書の提言を踏まえ、年金事業運営改善法において、年金記録が誤っている場合の訂正請求手続の創設、事務処理誤りにより保険料納付ができなかった者についての事後的救済手続の創設等が行われた。

図表5-2-3　未統合記録（5,095万件）の解明状況

〈平成29年3月時点〉



※端数処理の関係上、各項目の合計と未統合記録との間に差が生じる場合がある。

（注）1.「その他」は、「「訂正がある」との回答だったが、調査の結果ご本人のものではなかったもの」、「基礎年金番号のある記録と名寄せされたが、その記録が対象記録と期間重複があり特別便の対象からはずれたもの」、「黄色便の送付対象として氏名等の補正を行ったが、基礎年金番号のある記録と名寄せされず、黄色便が送付されなかったもの」等

2.（4）は、（1）～（3）の記録と氏名、生年月日、性別の3項目が一致した記録

（1）基礎年金番号への記録の統合

国民一人一人にご自身の年金記録に「もれ」や「誤り」がないかを確認していただくため、2007（平成19）年12月から2008（平成20）年10月までに、全ての年金受給者及び現役加入者約1億900万人に「ねんきん特別便」を送付した。

それと並行して、年金記録に記載された氏名が旧姓のままであったケースなどへのきめ細かな対応、住民基本台帳ネットワークの活用、名寄せ作業の結果、未統合記録の持ち主である可能性が高い方に対する電話や訪問等によるフォローアップ照会や市区町村の協力による記録調査、ご本人に年金記録の再確認を呼びかける「気になる年金記録、再確認キャンペーン」などの様々な方法により、未統合記録の解明・統合作業を進めてきた。

（2）紙台帳等とコンピュータ記録の突合せ

「ねんきん特別便」等により、国民の方々から申出をいただくことで年金記録の回復を

進める取組みと並行して、紙台帳等とコンピュータ記録を突き合わせて、年金記録の「もれ」や「誤り」を国の側で見つけ出して、国民の方々にお知らせするという取組みを実施した。

具体的には、全国の年金事務所や市町村が保有している紙台帳等を電子画像データとして取り込んだ「紙台帳検索システム」を使用して、コンピュータ記録と本人の基礎年金番号に結び付いた約6億件（7,900万人分）の紙台帳等を突き合わせ、記載内容の一致・不一致を確認する作業を行った。

突合せは、2010（平成22）年10月より開始し、2013（平成25）年度末でおおむね作業を終え、その結果、約194.6万人の方の年金が平均1.7万円（年額）増額となっている。

(3) 更なる未解明記録の解明のための取組み

更なる未解明記録の解明に向けた取組みとして、「紙台帳とコンピュータ記録の突合せ」等により判明した記録のお知らせに未回答である受給者に対して、2015（平成27）年度末までに文書、電話及び訪問による勧奨（個別アプローチ）を実施し、これに対して回答のあった方の記録確認及び記録訂正を行った。

また、過去に年金事務所に相談に来られた際には記録を発見できなかった方に対するサンプル調査を2015年から2016（平成28）年にかけて実施し、本人のものと確認できた未解明の記録（未統合記録）が判明したケースごとに分類を行った上で、その費用対効果が高いケース等について、2017（平成29）年以降再調査を実施することとしている。

更に、2017年8月から開始される受給資格期間の短縮にかかる制度周知と併せて、文書により未統合記録の確認の呼びかけを行うこととしている。

(4) 基礎年金番号の整備

年金記録を正確に管理するためには、1人に対して1つの基礎年金番号を確実に付番し、適切に管理する必要がある。

基礎年金番号の重複付番の発生を防止するため、資格取得届において基礎年金番号の記載がなく、かつ、対象者の氏名、性別及び生年月日と一致する記録に対応する基礎年金番号が既に存在すると考えられる場合は、仮基礎年金番号の付番により別管理し、照会票により本人確認を行った上で、基礎年金番号を付番するという取組みを行っている。

また、2014（平成26）年10月から、事業主の協力を得て、資格取得届において住民票住所を記載いただくことで、本人の住民票コードを確認し、住民票コードを活用した基礎年金番号の重複付番の新規発生防止を図っている。

(5) ご自身による年金記録確認の推進

年金記録は、国（日本年金機構）において正確な管理を徹底するとともに、ご本人自身にも確認いただき、なるべく早い時点で記録の「もれ」や「誤り」を申し出ていただくことも重要である。

そのため、2009（平成21）年4月から国民年金・厚生年金保険の全ての現役加入者の方に対し毎年誕生月に「ねんきん定期便」を送付しており、年金加入期間、年金見込額、

保険料納付額のほか、最近の月別状況として直近1年間の国民年金の納付状況や厚生年金保険の標準報酬月額等をお知らせしている。また、節目年齢（35歳、45歳、59歳）の方には封書形式で全ての加入記録をお知らせし、ご本人に年金記録をチェックしていただいている。一方、2011（平成23）年2月からは、ご自身の年金記録や将来受け取る年金の見込額などをパソコンやスマートフォンで24時間いつでも手軽に確認できる「ねんきんネット」のサービス提供を行っている。ねんきんネットでは、ご自身の年金記録の「もれ」や「誤り」を見つけやすいよう、年金に加入していない期間や標準報酬月額の大きな変動など、確認すべきポイントについてわかりやすく表示している（**図表5-2-4**）ほか、自身の年金記録の確認だけでなく、持ち主が分からない未統合記録を検索することができる。具体的には、本人や既に亡くなられた家族などの氏名・生年月日・性別を入力し、一致する記録が見つかった場合は日本年金機構へ問い合わせていただくよう案内している（図5-2-5）。また、その他の機能として、現在と今後の職業や収入、期間等について一定の条件を設定した場合における将来受け取る年金の見込額の試算や、年金事務所に提出する保険料免除・納付猶予申請書等の届書の作成・印刷などを行うことができる。

ねんきんネットは、パソコンやスマートフォンから日本年金機構のウェブサイト（http://www.nenkin.go.jp/n_net/）にアクセスし、登録を行うことで利用が可能であり、2017（平成29）年3月現在、約457万人の方にご利用いただいている。

なお、自宅でパソコンが使えない方には、年金事務所や一部の市区町村の窓口において、「ねんきんネット」の年金記録画面を印刷交付しているほか、電話でコールセンターへ請求していただくことにより郵送するサービスも行っている。

厚生労働省では、『国民お一人お一人、「ねんきんネット」等を活用しながら、高齢期の生活設計に思いを巡らしていただく日』として、2014（平成26）年から「11月30日」（「いいみらい」の語呂合わせ）を「年金の日」と定め、その趣旨に賛同いただいた28の金融関係団体等と協働して、イベントの開催等により、

・「ねんきんネット」等を利用して年金記録や年金受給見込額を確認していただくこと
・高齢期に備え、その生活設計に思いを巡らすこと

を呼びかけている。

今後も、「年金の日」をはじめとする様々な機会をとらえて、さらなる利用者の拡大を図るための周知を行い、ご自身による年金記録確認の推進を図ることとしている。

図表5-2-4 「ねんきんネット」のイメージ図



1-1 各月の年金記録の情報

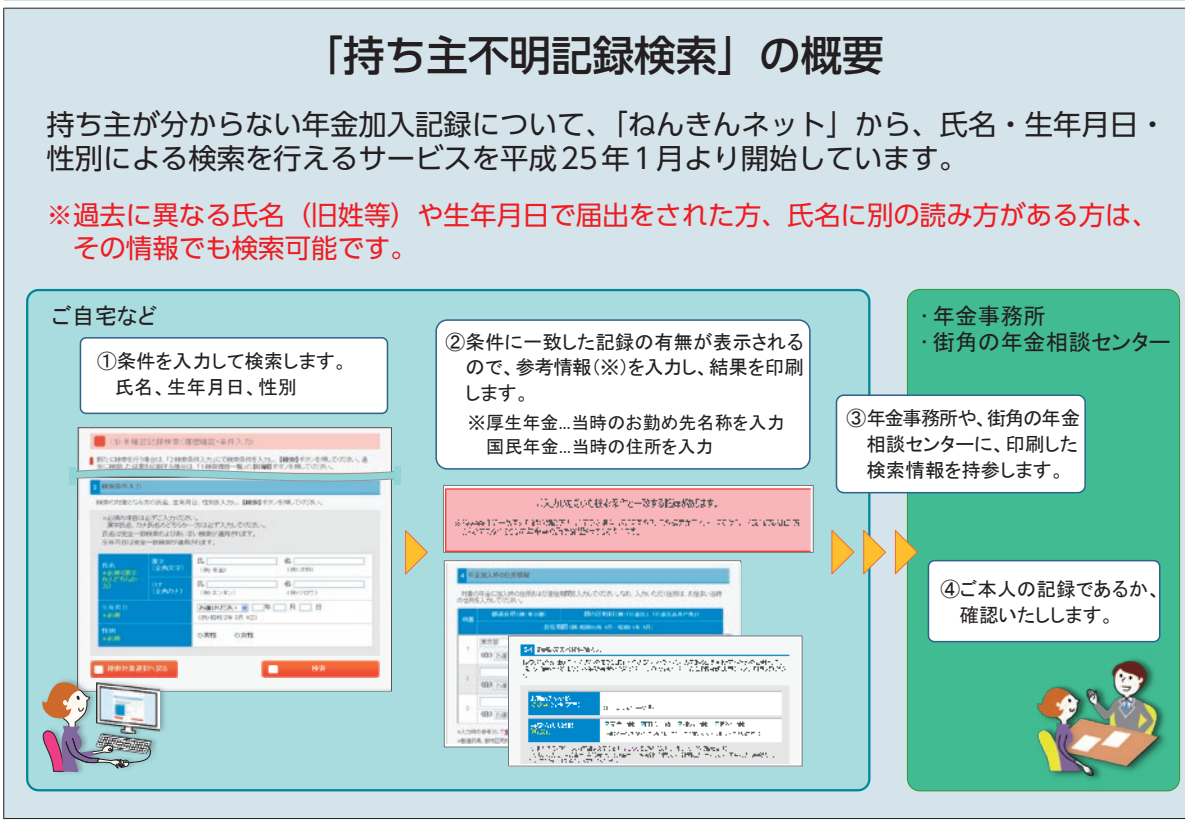
各月の年金記録を表示しております。
各月の年金記録を押すとそれぞれ**詳細画面**を表示することができます。(別ウィンドウで開きます)

[+]各月の年金記録の見方を表示する

年度	年齢	各月の年金記録の情報											
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
平成15年度	20歳	／	／	／	／	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年
平成16年度	21歳	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年
平成17年度	22歳	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年
平成18年度	23歳	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年
平成19年度	24歳	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年
平成20年度	25歳	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年
平成21年度	26歳	船保	船保	船保	船保	船保	重複	重複	重複	厚年	厚年	厚年	厚年
平成22年度	27歳	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年

※赤色等の強調表示をご確認いただき、問題が無ければ【**強調表示しない**】ボタンを押すことにより、強調表示を消去して表示させることができます。

図表5-2-5 「ねんきんネット」のイメージ図

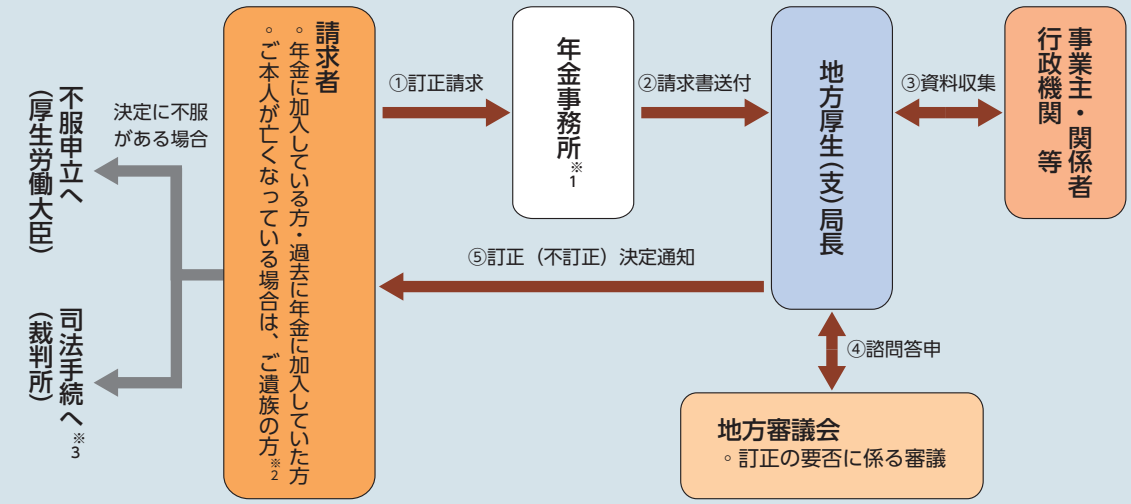


(6) 年金記録の訂正手続

2014（平成26）年6月に「政府管掌年金事業の運営の改善のための国民年金法等の一部を改正する法律」（平成26年法律第64号）が公布されたことにより、総務省に設置された年金記録確認第三者委員会におけるあっせんの仕組みに代わり、年金制度の手続として年金記録の訂正を請求する仕組みが創設された。

具体的には、年金記録の「訂正請求」がされた場合には、厚生労働省（地方厚生（支）局長）は、様々な関連資料や周辺事情を収集・調査し、最終的に、国民の立場に立って、公平・公正な判断を行う地方審議会の審議結果に基づき、訂正、不訂正等の決定を行うこととなった。この「訂正請求」の手続が法律に規定されたことにより、地方厚生（支）局長の決定に不服がある場合は、行政不服審査法に基づく審査請求を行うことや決定の取消を求める訴訟を提起することが可能となった（図表5-2-6）。

図表5-2-6　年金記録の訂正手続きの実施



※1　年金事務所で直ちに記録訂正できるものもあります。
※2　遺族年金の受給権者であるなど一定の条件があります。
※3　不服申立を行わずに訴訟を提起することができます。

これにより、年金に加入している方（過去に加入していた方を含む。）やご本人が亡くなっている場合のご遺族の方は、国民年金及び厚生年金保険の年金記録に誤りがあると思ったときは、厚生労働大臣に対し訂正を請求することができるようになり、2015（平成27）年3月1日から年金事務所で受付を始め、各地方厚生（支）局において処理を進めている。

2017（平成29）年1月末時点で年金事務所が受け付けた訂正請求の件数は12,824件（国民年金事案1,425件、厚生年金保険事案11,399件）となっている。受け付けた件数のうち、11,429件の処理が完了しており、8,088件（地方厚生（支）局で訂正決定したもの2,234件、日本年金機構で記録訂正したもの5,854件）の年金記録が訂正されている。

3　日本年金機構における不正アクセスによる情報流出事案とその対応

2015（平成27）年6月1日に、日本年金機構において、外部からの不正アクセスにより、日本年金機構が保有している個人情報の一部、約125万件（対象者は約101万人）が外部に流出したことが公表された。

同事案について、日本年金機構の情報セキュリティ体制やその運用に基本的な問題があったことは、報告を受けた厚生労働省の対応も含めて、極めて遺憾である。こうした事案が繰り返されることのないよう、日本年金機構及び厚生労働省において、再発防止と国民の皆さまからの信頼回復のための取組みを進めている。

厚生労働省においては、2015年9月18日に取りまとめた「情報セキュリティ強化等に向けた組織・業務改革」に基づく再発防止策に取り組むとともに、日本年金機構に対して、組織の一体化・内部統制の有効性の確保、情報開示の抜本的な見直し及び情報セキュリティ対策の強化について、2015年9月25日に厚生労働大臣から業務改善命令を行い、あわせて、日本年金機構の業務に関するモニタリング機能の強化、報告・連絡や情報共有の徹底などの日本年金機構への指導監督の強化や関係の再構築、年金局の体制強化を行っている。

日本年金機構においては、厚生労働大臣による業務改善命令を受け、2015年10月1日に理事長をトップとする「日本年金機構再生本部」を設置し、ガバナンスや組織風土の改革について外部有識者の助言も受けながらゼロベースで検討した業務改善計画を策定し、同年12月9日、厚生労働省に提出した。2016（平成28）年度から3年間を集中取組期間と位置付け、業務改善計画に基づく改革を進めており、具体的には、

・ブロック本部の本部統合などの、本部と現場の一体的運営のための組織改革
・信賞必罰の人事評価や管理職への若手登用の促進などの人事改革
・業務削減会議の設置による業務効率化や業務集約化などの業務改革

などに取り組むとともに、情報セキュリティ対策については、

・情報管理対策本部や機構CSIRT（シーサート）等の設置
・年金個人情報にインターネットからの攻撃が及ばないようにするための、基幹システムのインターネット環境からの遮断
・情報セキュリティポリシーの整備、情報セキュリティ研修の実施、監査体制の整備

などの、組織面、技術面、業務運営面のそれぞれについての対策を講じている。

4 日本年金機構の保有する財産の適正な管理

2015（平成27）年10月の会計検査院からの指摘を踏まえ、「公的年金制度の持続可能性の向上を図るための国民年金法等の一部を改正する法律」（平成28年法律第114号）において、日本年金機構に不要財産が生じた場合における国庫納付に係る規定が整備され、2016（平成28）年12月に施行された。これを受けて、日本年金機構は、会計検査院から保有する合理的理由が認められないと指摘された8宿舎・4事務所について2017（平成29）1月に国庫納付を完了し、また、その他の保有財産についても、適切な管理の在り方について、外部有識者を含む会議において検討を行っている。

第6章 医療関連イノベーションの推進

第1節 医薬品・医療機器開発などに関する基盤整備

1 健康・医療戦略について

政府の成長戦略の柱の1つである医薬品・医療機器産業を含む健康・医療関連分野において、革新的な医療技術の実用化を加速するため、2014（平成26）年5月に、「健康・医療戦略推進法」（平成26年法律第48号）及び「独立行政法人日本医療研究開発機構法」（平成26年法律第49号。現在の法律名は「国立研究開発法人日本医療研究開発機構法」。）が成立した。また、各省の医療分野の研究開発関連事業を集約し、一体的に実施するため、同年6月に内閣総理大臣を本部長とし、全閣僚で構成する「健康・医療戦略推進本部」が設置された。

2014年7月には、医療分野の研究開発及び健康長寿社会の形成に資する新たな産業活動の創出・活性化に関し、政府が総合的かつ長期的に講ずべき施策を定めた「健康・医療戦略」が閣議決定された。また、医療分野の研究開発に関する施策について、基本的な方針や政府が集中的かつ計画的に講ずべき施策等を定めた「医療分野研究開発推進計画」が策定され、①医薬品開発、②医療機器開発、③臨床研究中核病院などの革新的な医療技術創出拠点、④再生医療、⑤ゲノム医療、⑥がん、⑦精神・神経疾患、⑧感染症、⑨難病の9分野で重点的に研究支援をしていくこととされた。

これらは、2014年度を初年度とする5か年計画であったが、その中間年度にあたる2017（平成29）年2月に、基本的な構成を維持しつつ、これまでの取組状況や社会情勢の変化等を踏まえた見直しを行い、対象期間を1年間延長するとともに、例えば、「健康・医療戦略」については、「アジア健康構想基本方針」（平成28年7月推進本部決定）を踏まえ、日本の事業者等の海外進出の支援を通じ、アジア地域に介護産業等を興すとともに、アジアにおける介護人材の育成及び環流の促進を図ることを新たに盛り込むなどの改訂を行った。

2 研究開発の振興について

各省の医療分野の研究開発関連事業を集約し、基礎段階から実用化まで切れ目のない支援を実現するため、2015（平成27）年4月に、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（Japan Agency for Medical Research and Development：AMED）が設立された。

厚生労働行政に関する研究開発のうち、医療分野の研究開発は、厚生労働省に加え、文部科学省、経済産業省、総務省の4省に計上された医療分野の研究開発関連予算をAMEDに交付し、AMEDにおいて実施している。（2017（平成29）年度医療研究開発推進事業費補助金等約478億円）

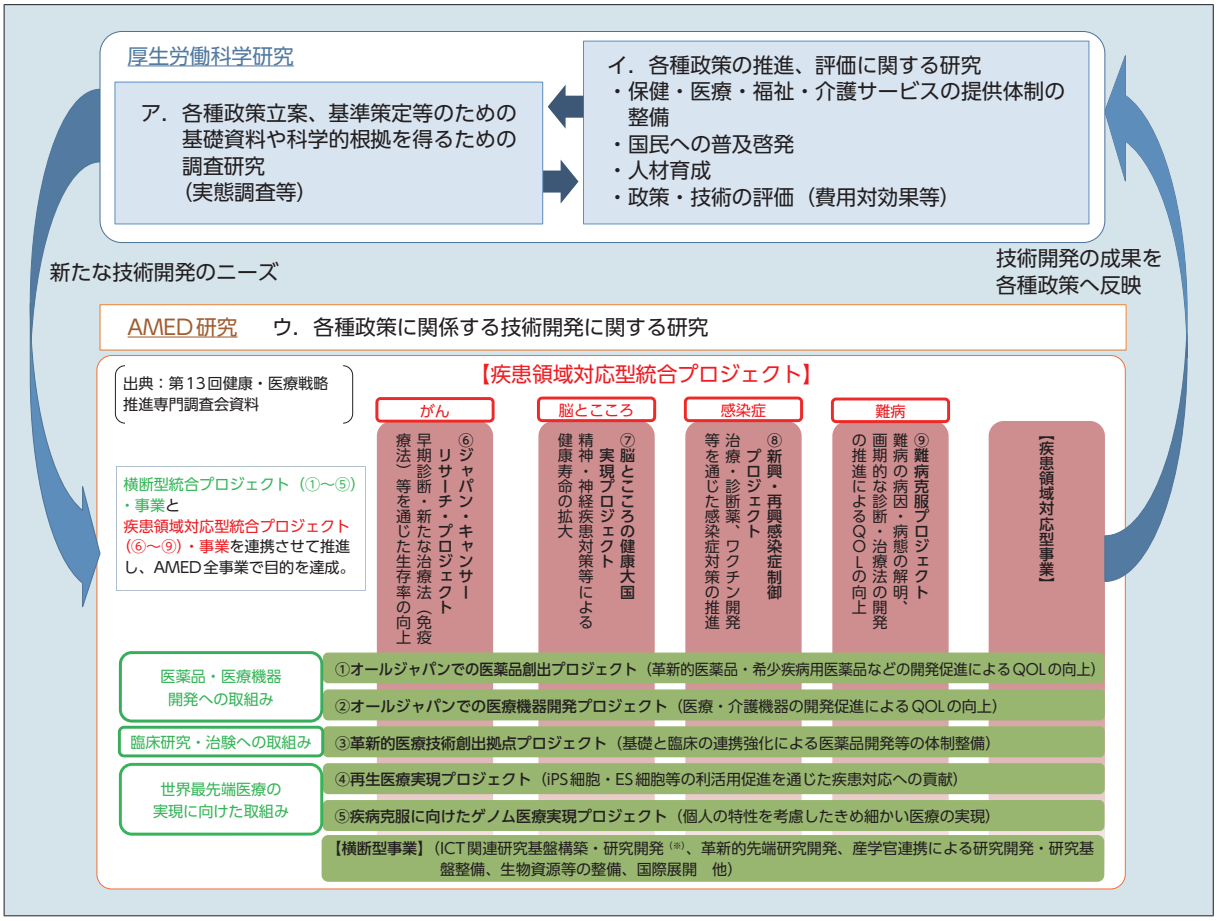
AMEDにおける医療分野の研究開発の取組みとして、例えば、医薬品・医療機器等の開発促進については、国立高度専門医療研究センター（ナショナルセンター）や大学等が蓄積する疾患登録情報等を活用し、臨床研究中核病院を中心とした産学連携による臨床研

究・治験を推進するための仕組みを整備することとしている。ゲノム医療の実現に関しては、オールジャパンのネットワークを形成し、大学病院等医療機関の疾患ゲノム情報等を集積する「ゲノム情報等の集積拠点」に集積されたゲノム情報等を活用して、難病・がん等の個別化医療の実用化等を図ることとしている。がん研究では、「がん研究10か年戦略」に基づき、基礎研究の有望な成果を厳選し、実用化に向けた医薬品、医療機器を開発する研究を推進し、臨床研究及び治験へ導出する。また、臨床研究及び治験で得られた臨床データ等を基礎研究等に還元し、医薬品、医療機器の開発をはじめとするがん医療の実用化を加速する。感染症については、病原体の全ゲノムデータベース等を基に、感染症の病態の解明や病原体の薬剤ターゲット部位の特定に取り組むなど、感染症に関する国内外での研究を推進するとともに、その成果をより効率的・効果的に治療薬・診断薬・ワクチンの開発等につなげることで、感染症対策を強化する。難病については、新しい疾患の病因や病態解明を行う研究、医薬品・医療機器等を用いて画期的な診断法や治療法及び予防法の開発をめざす研究を推進している。また、疾患特異的iPS細胞を用いて疾患の発症機構の解明、創薬研究や予防・治療法の開発等を推進している。医薬品の評価手法の開発及び標準化については、iPS細胞を用いて医薬品の心臓に対する毒性を評価する試験法の開発研究を実施している。

今後とも、医療分野の研究開発の推進に関係省庁と連携して取り組むこととしている。

なお、医療分野の研究開発以外の厚生労働行政の推進に資する研究については、厚生労働省が実施している（2017年度厚生労働科学研究費補助金等約71億円）。

図表6-1-1　医療分野の研究における厚生労働科学研究及びAMED研究の関係



3 研究者等が守るべき倫理指針について

医学研究の分野では、研究を適切に実施する上で、個人情報保護を含む研究対象者保護の観点から研究者等が守るべき倫理指針として、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「遺伝子治療等臨床研究に関する指針」等の各種指針を定めている。これらの指針については、医学研究を取り巻く環境の変化等に応じ、必要な見直しを行っており、2016（平成28）年度には、「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）が改正され、個人情報の定義が明確化されたこと等を受け、医学研究における個人情報の適切な取扱いを確保する等の必要な見直しを行った（2017（平成29）年5月30日施行）。

第2節　医療関連産業の活性化

1 革新的な医薬品・医療機器等の創出

医療関連産業の活性化に向け、以下の取組みを行うこととしている。

(1) 医薬品産業の競争力強化

「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定）において、後

発医薬品の数量シェアを80％とする新たな目標が設定されるとともに、「臨床上の必要性が高く将来にわたり継続的に製造販売されることが求められる基礎的な医薬品の安定供給、成長戦略に資する創薬に係るイノベーションの推進、真に有効な新薬の適正な評価等を通じた医薬品産業の国際競争力強化に向けた必要な措置を検討する」とされたことを受け、2015（平成27）年9月に、「医薬品産業強化総合戦略」を策定した。この戦略を踏まえて、「国民への良質な医薬品の安定供給」・「医療費の効率化」・「産業の競争力強化」を三位一体で実現するため、医薬品産業の競争力強化に向けた取組みを進めていくこととしている。

(2) 創薬支援ネットワークの構築

我が国の優れた基礎研究の成果等を確実に医薬品の実用化につなげるため、オールジャパンでの創薬支援体制として、AMEDを中心に、（国研）理化学研究所や（国研）産業技術総合研究所といった創薬関連研究機関等とともに創薬支援ネットワークを構築している。同ネットワークにおいては、有望なシーズの選定、治験につなげるための戦略の策定・助言、応用研究や非臨床研究を中心とした技術的助言等を行うことを通じて、実用化の支援を行っている。

(3) 臨床研究・治験環境の整備

革新的な医薬品・医療機器の創出のためには、臨床研究・治験の推進が不可欠である。厚生労働省では、日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う病院を臨床研究中核病院として医療法上に位置付け、2015（平成27）年4月から施行された。臨床研究中核病院の承認を受けることにより、国際水準の臨床研究等の中心的役割を担う病院として一般に認知されることから、被験者が集まること、優れた研究者等の人材が集まること、他の施設からの相談や研究の依頼が集まることなどの効果が期待される。2017（平成29）年4月現在、11病院が臨床研究中核病院として承認されている。

また、臨床研究中核病院は、質の高い臨床研究・治験を自ら実施するだけでなく、他施設における臨床研究・治験の計画立案や実施について支援するAcademic Research Organization（ARO）機能を有することから、これを活用し多くのエビデンスを構築することで、我が国における様々な革新的医療技術の創出を推進している。さらに、臨床研究中核病院を中心に、研究者が国際共同臨床研究・治験を円滑に実施するための体制構築や、他施設の臨床研究従事者等の養成を行うことで、国内における臨床研究環境の更なる向上を目指している。なお、これらの事業については、国民の健康寿命の延伸の観点から、医療分野の研究開発を政府として総合的に推進するため、2015年4月に設立された国立研究開発法人日本医療研究開発機構において、文部科学省で整備している橋渡し研究支援拠点と一体的に整備を進め、革新的な医薬品・医療機器の創出を加速することとしている。

さらに、各種疾患登録情報を活用して治験対象となる患者を把握し、効率的な治験が実施できる環境を整備することにより、国内外のメーカーによる国内臨床開発を加速し、新薬等の早期開発により国民の健康寿命を延伸するため、国立高度専門医療研究センター

（ナショナルセンター）や学会等が構築する疾患登録システムなどのネットワーク化を行う「クリニカル・イノベーション・ネットワーク」の構築を推進している。

(4) 臨床研究に対する信頼性確保への取組み

2013（平成25）年以降、高血圧症治療薬に係る臨床研究を始めとする臨床研究に係る不適正事案が次々と明らかになった。厚生労働省では、同年8月に開催した「高血圧症治療薬の臨床研究事案に関する検討委員会」において事実関係の解明や再発防止策の検討を行い、「臨床研究に関する倫理指針」については、研究の質の確保等の観点も踏まえた見直しを行った上で、「疫学研究に関する倫理指針」と統合し、2015（平成27）年4月に、新たに「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を施行した。なお、2017（平成29）年2月に、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）等の改正に伴い、改正を行った。

また、「健康・医療戦略」（平成26年7月22日閣議決定）においては、「法制度を含めた臨床研究に係る制度の在り方について検討を進め結論を得、我が国の臨床研究の信頼回復を図る」こととされ、2014（平成26）年4月から開催した「臨床研究の制度に係る在り方に関する検討会」において検討を行った。これを踏まえ、臨床研究の実施の手続、認定臨床研究審査委員会による審査意見業務の適切な実施のための措置、臨床研究に関する資金等の提供に関する情報の公表の制度等を定めた「臨床研究法案」を国会に提出し、2017年4月の第193回通常国会にて成立した。

(5) 医薬品・医療機器・再生医療等製品の承認審査の迅速化等

医薬品等の承認審査の迅速化に向けては、これまでも（独）医薬品医療機器総合機構（Pharmaceuticals and Medical Devices Agency：PMDA）の体制強化を図ってきたところである。2014（平成26）年度からのPMDAの第三期中期目標期間においては、世界に先駆けて革新的医薬品等の実用化を促進すべく、安全対策も図りつつ、審査の迅速化を目指すとともに、PMDA自らが臨床試験データ等を活用した研究・解析を行い、審査・相談の質の向上等を図ることとしており、そのための更なる体制強化を行っているところである。

なお、2013（平成25）年10月に開設したPMDA関西支部では、レギュラトリーサイエンス総合相談・レギュラトリーサイエンス戦略相談（旧薬事戦略相談）及び製造所の製造管理・品質管理に係る実地調査を実施しているところであるが、2016（平成28）年6月から高度なテレビ会議システムを導入し、治験デザインなどの全ての相談を実施している。

また、厚生労働省では、世界に先駆けて革新的医薬品等の実用化を促進するため、2014年6月に「先駆けパッケージ戦略」を取りまとめた。この中では、世界に先駆けて日本で開発され、早期の治験段階で著明な有効性が見込まれる革新的な医薬品等について、優先的に審査を行い、早期の承認を目指す「先駆け審査指定制度」をはじめ、基礎研究から臨床研究・治験、承認審査、保険適用、国際展開までの対策を一貫して取り組むものとされている。2015（平成27）年度から「先駆け審査指定制度」の試行的運用を行い、対象品目を指定している。引き続き試行的な運用を進め、指定された医薬品及び医療機器

等の世界に先駆けた早期承認を目指す。

医薬品については、上記のほか、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」において、学会・患者団体等から提出された要望のうち、医療上の必要性が高いとされたものに対し、関係製薬企業に開発要請等を行い、開発を促進する取組みを実施している。医療機器についても、「医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会」において、学会・患者団体等から提出された要望のうち、医療上の必要性が高いとされたものに対し、関係企業への開発要請や承認審査における優先審査指定を行う等、開発を促進する取組みを実施するとともに、医療機器審査迅速化のための協働計画を策定し、行政側、申請者側の双方が協働しながら、研修の充実による申請及び審査の質の向上など各種の取組みを実施することにより、承認までの期間の更なる短縮と審査期間の標準化を図ることとしている。

(6) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律の施行

革新的な医薬品・医療機器や再生医療の実用化及び医薬品等の安全対策の強化を図るため「薬事法等の一部を改正する法律」(平成25年法律第84号)が、2013(平成25)年11月27日に公布、2014(平成26)年11月25日に施行された。

具体的には、

・短いサイクルで改善・改良が行われる製品が市場に供給される場合が多い等の医療機器の特性を踏まえ、医療機器の製造業の許可制を登録制に移行し要件を簡素化するとともに、医療機器の民間の第三者機関による認証制度を、基準を定めて高度管理医療機器にも拡大しPMDAの審査の重点化・迅速化を図ること

・均質でない再生医療等製品について、有効性が推定され、安全性が認められれば、特別に早期に、条件及び期限を付して製造販売承認を与えることを可能とし早期の実用化を図ること

等を内容としており、法律名も「薬事法」から「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」に改正された。引き続き、法の厳正な執行に注力していく。

(7) 再生医療の実用化の推進

再生医療については、2014(平成26)年9月に、世界で初めてiPS細胞を用いた移植手術が行われるなど、着実に成果を上げているところであるが、再生医療は、これまで有効な治療法のなかった疾患の治療ができるようになるなど、国民の期待が高い一方、新しい医療であることから、安全性を確保しつつ迅速に提供する必要がある。

このため、再生医療等製品については、同年11月に改正施行した「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」(第6章第2節1(6)参照)の下、再生医療の特性を踏まえた規制を行うこととしており、法改正前までに承認されていた2製品に加え、新たに2製品が承認された。また、薬事法改正と併せて、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」(平成25年法律第85号)が施行され、再生医療等の安全性の確保に関する手続や細胞培養加工の外部委託のルール等を定めた。

また、関係省庁と連携し、基礎研究から臨床段階まで切れ目なく一貫した研究開発助成

を行い、臨床研究やiPS細胞を用いた創薬研究に対する支援など、再生医療の実用化を推進する取組みを実施している。

さらに2016（平成28）年から、再生医療の実用化をさらに推進するため、学会を中心としたナショナルコンソーシアムを構築し、再生医療臨床研究に係る技術支援や人材育成、臨床研究データベースの整備などを行う再生医療臨床研究促進基盤整備事業を開始した。

(8) 医療機器の研究開発及び普及の促進に関する基本計画

「国民が受ける医療の質の向上のための医療機器の研究開発及び普及の促進に関する法律」が2014（平成26）年6月27日に公布・施行され、同法において政府は基本計画を策定するとされていた。

そのため、政府の健康・医療戦略推進本部の下に「国民が受ける医療の質の向上のための医療機器の研究開発及び普及の促進に関する協議のためのワーキンググループ」を設置して議論し、2016（平成28）年5月31日に、研究開発から薬事承認、国際展開までの各段階に応じた関係各省の施策を網羅し、医療機器政策に特化した政府として初めての計画である「国民が受ける医療の質の向上のための医療機器の研究開発及び普及の促進に関する基本計画」を閣議決定した。

(9) 医療系ベンチャーの育成支援について

我が国において、アカデミア等で発見された優れたシーズの実用化を促進するために、医薬品・医療機器・再生医療等製品の研究開発・実用化を目指すベンチャーを育てる好循環（ベンチャーのエコシステム）の確立を図ることが課題となっている。

このため、厚生労働大臣の私的懇談会として「医療のイノベーションを担うベンチャー企業の振興に関する懇談会」を開催し、2016（平成28）年7月29日に、同懇談会より報告書が示された。

報告書においては、厚生労働省が厳格に規制するだけではなくスピードを重視したきめ細かい支援を行うということを原則として、「エコシステムを醸成する制度づくり」、「エコシステムを構成する人材の育成と交流の場づくり」、「『オール厚労省』でのベンチャー支援体制の構築」を「3つの柱」とした取組みを行うことなどが取りまとめられている。

この報告書を踏まえ、2017（平成29）年4月に「ベンチャー等支援戦略室」を厚生労働省医政局に設置する等、ベンチャー支援のための人材確保等の取組みを実施している。

第3節　医療の国際展開等

1 医療の国際展開の推進

国民皆保険制度や優れた医薬品、医療機器、医療技術等を誇る日本の医療システムは、世界でも高く評価され、優れた制度である。

多くの新興国では、経済成長の中で、医療へのニーズや持続的なシステム構築への期待が高まっているものの、公的医療保険等の制度や医療システム構築の経験・技術が乏し

く、また、人材も不足している。

そこで、日本が新興国等に対して、各国の実情を十分に踏まえつつ、高品質な日本の医薬品、医療機器、医療技術等の提供を推進するとともに、日本が長年培ってきた経験や知見をいかし、相手国の医療システムの構築に協力することに取り組んでいる。

医療の国際展開を通じて、日本の医療分野の成長を促進しつつ、相手国の医療水準向上にも貢献し、国際社会における日本の信頼を高めることによって、日本にとっても新興国等にとっても好循環となることを目指している。

なお、医療の国際展開については、政府の「健康・医療戦略」（平成26年7月22日閣議決定）においても位置づけられており、「健康・医療戦略推進本部」（本部長：内閣総理大臣）の下に、「医療国際展開タスクフォース」を設置し、健康・医療戦略に基づき、関係府省等が連携して取り組むこととしている。

（1）厚生労働省と新興国等の保健省との協力関係の構築

厚生労働省としては、医療の国際展開を推進するため、2013（平成25）年に体制を強化し、「『日本再興戦略』改訂2014」（平成26年6月24日閣議決定）や「健康・医療戦略」等を踏まえ、本格的に取組みを開始した[*1]。

このため、2013年8月以降、厚生労働省と新興国等の保健省との間で、協力関係の構築を進めており、ASEAN諸国、中東、中南米、欧州の17か国[*2]と、医療・保健分野における協力関係を構築した。

協力テーマとしては、各国のニーズに合わせて、①日本の経験や知見をいかした相手国の医療・保健分野の政策形成支援や、②医療技術、医薬品・医療機器に関連する人材育成を柱としている。

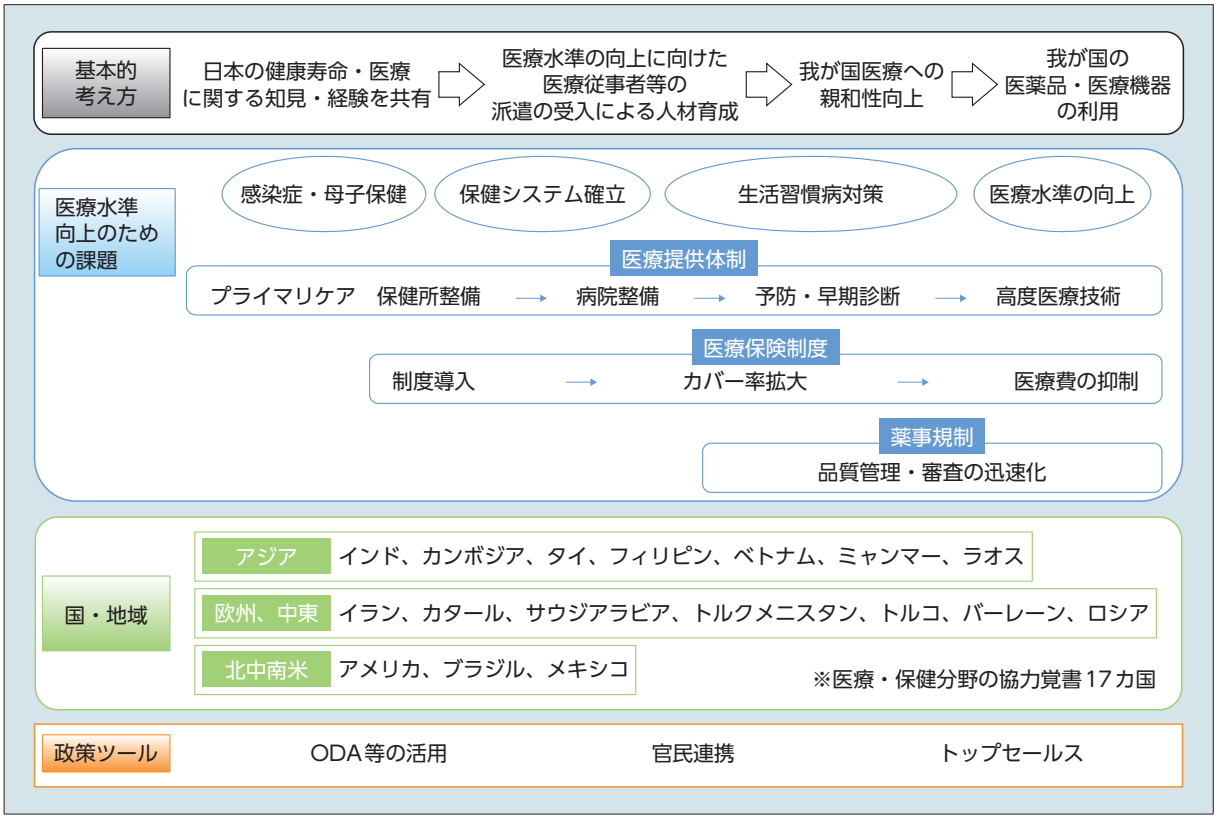
さらに、ASEAN地域については、2014（平成26）年11月、ミャンマーで開催された日・ASEAN首脳会議において、安倍内閣総理大臣が「日・ASEAN健康イニシアチブ」を表明した。本イニシアチブは、日本の健康寿命や高い医療水準に関する経験や知見を総動員して、「健康寿命先進地域実現」に向けたASEAN各国の取組みを関係省等で連携して支援するものである。

具体的には、ODAや官民連携を始め、多様な政策資源を活用して、協力事業を実施し、特に、専門家派遣、研修受入等を通じて、保健・医療分野における人材育成に取り組んでおり、2015（平成27）年8月、日本の健康政策やASEAN諸国で進められている生活習慣病対策の経験・知見を共有する「日・ASEAN健康イニシアチブフォーラム」をインドネシアで開催した。2016（平成28）年度からは、「日・ASEAN招聘プログラム」を実施しており、ASEAN諸国の政府関係者や医療従事者を日本に招聘し、ASEAN各国の保健・医療分野に関する課題について日本の経験・知見を共有してもらうことで、保健・医療分野における人材育成を行っている。また、2017（平成29）年2月には、「日・ASEANヘルスケアICTフォーラム」を日本で開催し、ASEAN諸国のうち8か国から政府高官の参加のもと、日本とASEAN諸国それぞれにおける遠隔医療の取組みの現状や今後の見通しを共有した。

＊1　厚生労働省における医療の国際展開の取組みへのリンク集
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/kokusai/index.html

＊2　医療・保健分野の協力覚書に署名した国：17カ国（2017（平成29）年5月時点※署名を行った順に表記）
バーレーン、トルクメニスタン、カンボジア、ラオス、ミャンマー、トルコ、ベトナム、メキシコ、ブラジル、インド、カタール、イラン、フィリピン、タイ、ロシア、サウジアラビア、アメリカ

図表6-3-1　医療の国際展開の考え方



(2) 各国との協力関係の実現に向けた取組み

医師等の人材育成や公的医療保険制度整備の支援等といった国際展開に資する協力の具体化に向け、国立研究開発法人国立国際医療研究センター（National Center for Global Health and Medicine：NCGM）を拠点として、2015（平成27）年度から、①日本の医療政策等に係る有識者等の諸外国への派遣、②諸外国からの研修生の受入、を実施している。

(3) 国際薬事規制調和戦略に基づく国際規制調和・国際協力の推進

医薬品・医療機器等分野における国際規制調和や国際協力を戦略的かつ強力に推進していくことを目指し、中長期的なビジョンや施策のプライオリティを明確化した「国際薬事規制調和戦略～レギュラトリーサイエンスイニシアティブ～」を2015（平成27）年6月に策定した。

同戦略に基づき、2016（平成28）年4月に、厚生労働省医薬・生活衛生局内に「国際薬事規制室」を設置して国際戦略の司令塔機能を担うとともに、PMDAに「アジア医薬品・医療機器トレーニングセンター」を設置して、アジアを中心とする海外の規制当局担当者に医薬品・医療機器の審査や安全対策等に関する研修を実施している（2016年は27か国161人が参加）。2017（平成29）年10月には京都で、日、米、欧など23か国・地域の薬事規制当局の責任者が集まり、医薬品・医療機器制度の在り方等の課題について意見交換する「薬事規制当局サミット」（ICMRA（薬事規制当局国際連携組織）と同時開催）を初めて我が国主催で開催する予定である。

今後も引き続き、同戦略に基づき、日本の強みを活かした開発環境の整備やレギュラト

リーサイエンスの更なる推進等により世界に先駆けて革新的な医薬品、医療機器、再生医療等製品が承認される環境を整備するとともに、薬事規制に関する我が国の知見、レギュラトリーサイエンスを、アジアをはじめとする世界に発信して国際規制調和・国際協力を積極的に進め、世界のドラッグ／デバイスラグの解決、国際社会の保健衛生の向上に一層貢献していく。また、こうした取組みを推進することは、国内・国外メーカーによる国内開発投資の呼込み、優れた製品の輸出拡大にもつながり、医薬品・医療機器等産業の活性化が図られることが期待される。

2 国内における国際化への対応

国内の医療機関において、外国人が安全・安心に日本の医療サービスを受けられるよう、外国人患者の受入れに関する環境整備を行うこととしている。特に、「2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会」までの期間を体制整備の集中期間とし、医療通訳人材育成カリキュラム・外国人患者向け多言語説明資料の作成や、医療機関における医療コーディネーターや医療通訳の配置支援等、外国人患者が安心・安全に日本の医療サービスを受けられる環境整備を行うこととしている。

また、「未来投資戦略2017」（平成29年6月9日閣議決定）において、医療通訳等の配置支援等を通じて、受付対応等も含めた「外国人患者受入れ体制が整備された医療機関」を2020年までに100か所で整備する目標を前倒し、2017（平成29）年度中の達成を目指すとともに、これらの基幹となる医療機関に加え、地域の実情を踏まえながら外国人患者の受入れ体制の裾野拡大に着手し、受入れ環境の更なる充実を目指すこととしている。

さらに、医療分野における国際交流の進展等に寄与する観点から、従来、医療研修を目的として来日した外国医師等に対し、日本において診療を行うことを特例的に認めてきた臨床修練制度について、日本の医師等に対する医療の教授や臨床研究を行うことを目的として来日した外国医師・外国歯科医師に対しても、日本において診療を行うことが認められるよう、臨床修練制度を改正し、2014（平成26）年10月から施行されている。

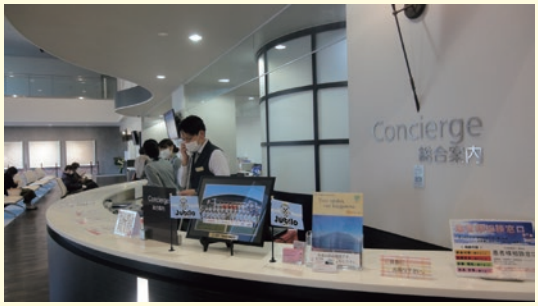
コラム　外国人が安全・安心に医療サービスを受けられる体制づくり

外国人患者のための環境整備の一環として

厚生労働省では、我が国における在留外国人や訪日外国人が安全・安心に日本の医療サービスを受けられるよう、外国人患者のための環境整備の一環として2011（平成23）年度に「外国人患者受入れ医療機関認証制度（JMIP[1]）」を創設し、その普及を推進してきた。同制度では、一般財団法人日本医療教育財団を認証機関として、医療機関における外国人患者受入れ体制や提供する患者サービスなど5つに分類された項目について総合的な審査が行われ、認証が与えられている。

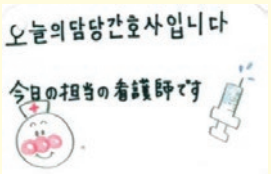
米盛病院における外国人患者の受入れ体制

社会医療法人緑泉会米盛病院（鹿児島県鹿児島市。以下「米盛病院」という。）は、救急科と整形外科という二つの専門科を高度に統合した医療を提供しており、2013（平成25）年3月、全国で最初にJMIPの認証を取得した。



（総合案内カウンターの様子）

全職員が『一秒を救う。一生につなぐ。』との経営指針の下、「いつでも、どこでも、どんな状態の患者さんでも」との救命救急のスピリッツを共有しており、当たり前のこととして外国人患者の受入れに取り組んでいる。



（手づくりの韓国語会話集）

米盛病院においても、当初は、各部署で語学力のある医療従事者が来院した外国人患者ごとに自力で個別対応する体制であった。しかし、2012（平成24）年4月に設置された国際医療交流課が、各部署からの相談窓口となって外国人患者受入れに伴う課題を見出し、集約・共有化して解決に結びつけるなど、病院として円滑に受け入れるための体制づくりを進めた。現在では、救命救急と同様、受付時の初動対応が重要とのことから、同課所属の医療通訳が総合案内に配置されており、日常の業務の中で、迅速かつ適切に言語サポートを提供する体制としている。

認証の取得を契機として外国人患者受入れに当たっての部署間の役割分担が明確にされており、各部署では翻訳アプリや作成した会話集などを活用しながらも対応可能な範囲を見極めて、緊密な連携をとっている。

地域の外国人を対象とした病院体験ツアー

米盛病院では、2014（平成26）、2015（平成27）年度に公益財団法人鹿児島県国際交流協会との共催で、地域の外国人を対象とした病院体験ツアーを実施した。同ツアーは、実際に初診申込書や問診票などを使用して診療の流れを知ってもらおうとするもので、各回とも20人前後の参加者があり、「日本の病院を知って、一人で行く自信がついた。」といった感想が寄せられている。一方で、病院の職員にとっても多数の外国人患者の受入れを疑似体験できる貴重な機会となったという。



（病院体験ツアーの様子：同院提供）

1　JMIPとは、「Japan Medical Service Accreditation for International Patients」の略で、28か所の医療機関が認証を取得している（2017（平成29）年5月末現在）。

第7章 国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現

第1節 地域における医療・介護の総合的な確保の推進

1 医療及び介護の総合的な確保の意義

急速に少子高齢化が進む中、我が国では、2025年までにいわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となり、超高齢社会を迎える。こうした中で、国民一人一人が、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備していくことは喫緊の課題である。

我が国における医療及び介護の提供体制は、世界に冠たる国民皆保険を実現した医療保険制度及び創設から18年目を迎え社会に定着した介護保険制度の下で、着実に整備されてきた。しかし、高齢化の進展に伴う高齢者の慢性疾患の罹患率の増加により疾病構造が変化し、医療ニーズについては、病気と共存しながら、生活の質（QOL）の維持・向上を図っていく必要性が高まってきている。一方で、介護ニーズについても、医療ニーズを併せ持つ重度の要介護者や認知症高齢者が増加するなど、医療及び介護の連携の必要性はこれまで以上に高まってきている。特に、認知症への対応については、地域ごとに、認知症の状態に応じた適切なサービス提供の流れを確立するとともに、早期からの適切な診断や対応等を行うことが求められている。また、人口構造が変化していく中で、医療保険制度及び介護保険制度については、給付と負担のバランスを図りつつ、両制度の持続可能性を確保していくことが重要である。

こうした中で、医療及び介護の提供体制については、サービスを利用する国民の視点に立って、ニーズに見合ったサービスが切れ目なく、かつ、効率的に提供されているかどうかという観点から再点検していく必要がある。また、高齢化が急速に進む都市部や人口が減少する過疎地等といったそれぞれの地域の高齢化の実情に応じて、安心して暮らせる住まいの確保や自立を支える生活支援、疾病予防・介護予防等との統合も必要である。

このように、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築し、国民一人一人の自立と尊厳を支えるケアを将来にわたって持続的に実現していくことが、医療及び介護の総合的な確保の意義である。

2 プログラム法と医療介護総合確保推進法

社会保障・税一体改革の中において、「社会保障制度改革推進法」（平成24年法律第64号）の規定に基づく「社会保障制度改革国民会議」の報告書（2013（平成25）年8月6日）が取りまとめられた。また、医療・介護を含む社会保障制度改革の全体像及び進め方は、2013年の第185回臨時国会で成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（平成25年法律第112号。以下「プログラム法」という。）に規定された。

このプログラム法に基づく措置として、質が高く効率的な医療提供体制や地域包括ケアシステムを構築し、高度急性期から在宅医療・介護サービスまでの一連の医療・介護サー

ビスを一体的・総合的に確保するため、2014（平成26）年6月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成26年法律第83号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）が成立し、医療法、介護保険法等の関係法律の改正が行われた。

3 総合確保方針と地域医療介護総合確保基金

2014（平成26）年に一部改正された「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」（平成元年法律第64号）に基づき、医療・介護サービスの一体的・総合的な確保を図るため、医療・介護の関係者等により構成される「医療介護総合確保促進会議」による議論を踏まえ、同年9月12日、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」（総合確保方針）が策定された。総合確保方針では、地域における医療及び介護の総合的な確保の意義や基本的な方向性、医療計画基本方針や介護保険事業計画基本指針の基本となるべき事項等を規定しているが、2018（平成30）年度からの次期医療計画と介護保険事業（支援）計画の同時開始を見据え、両計画の整合性や都道府県による市町村支援等について医療介護総合確保促進会議で議論を行い、2016（平成28）年12月26日に、総合確保方針の一部を改正した。

また、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に基づき、消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）が創設され、各都道府県に設置された。

都道府県は、総合確保方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画（都道府県計画）を作成し、地域医療介護総合確保基金を活用しながら、当該計画に基づく事業を実施することとしている。

地域医療介護総合確保基金は、2014年度においては、医療分（病床の機能分化・連携に関する事業、在宅医療の推進に関する事業、医療従事者の確保・養成に関する事業）に充てるため、都道府県負担額を含め、904億円が計上された。

2015（平成27）年度においては、都道府県負担額を含めた医療分904億円に加え、介護分（地域密着型サービス等の介護施設等の整備に関する事業、介護従事者の確保に関する事業）に充てるため、724億円が計上された。また、2015年度の補正予算として、一億総活躍社会の実現に向け、介護離職ゼロに向けた取組みを推進するため、都道府県負担額を含め、介護分1,561億円が計上された。

2016年度及び2017（平成29）年度においては、都道府県負担額を含め、2015年度と同額の医療分904億円、介護分724億円が計上された。

なお、地域医療介護総合確保基金については、毎年度、都道府県において事業の評価を行うとともに、医療介護総合確保促進会議においても議論いただくこととされており、基金が有効に活用されるように取り組んでいくこととしている。

第2節　安心で質の高い医療提供体制の構築

1　質が高く効率的な医療提供体制の構築

我が国の医療提供体制は、国民皆保険制度とフリーアクセスの下で、国民が必要な医療を受けることができるよう整備が進められ、国民の健康を確保するための重要な基盤となっている。

しかし、急速な少子高齢化に伴う疾病構造の多様化、医療技術の進歩、国民の医療に対する意識の変化等、医療を取り巻く環境が変化する中で、将来を見据え、どのような医療提供体制を構築するかという中長期的な課題にも取り組む必要がある。また、現在、産科・小児科等の診療科やへき地等における深刻な医師不足問題や、救急患者の受入れの問題等に直面しており、これらの問題に対する緊急の対策を講じる必要がある。

このような状況の中で、「社会保障制度改革国民会議」の報告書（2013（平成25）年8月6日）やプログラム法の規定を踏まえ、2014（平成26）年2月に国会に医療介護総合確保推進法案を提出し、同年6月に成立した。

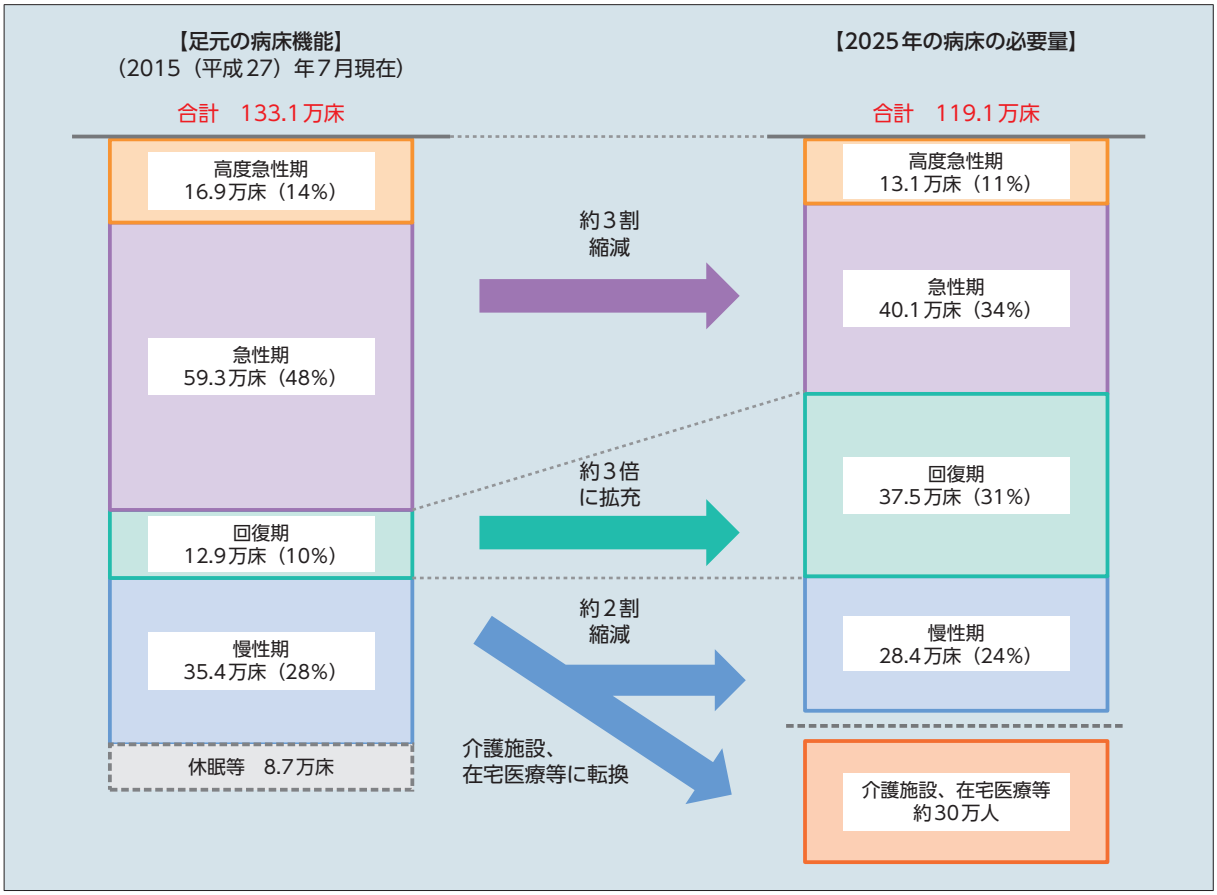
（1）地域医療構想の策定と医療機能の分化・連携の推進

医療・介護サービスの需要の増大・多様化に対応していくためには、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築する必要がある。このため、医療介護総合確保推進法では、病床の機能の分化・連携を進めるとともに、地域医療として一体的に地域包括ケアシステムを構成する在宅医療・介護サービスの充実を図るための制度改正を行った。

具体的には、①病床機能報告制度を創設し、医療機関における病床の機能の現状と今後の方向性等について、都道府県は医療機関に報告を求め、提供されている医療の内容を把握した上で、②都道府県において、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度により報告された情報等を活用し、病床の機能ごとの将来の必要量等、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を地域医療構想として策定し、医療計画に新たに盛り込むことにより、地域ごとにバランスのとれた医療機能の分化・連携を進めることとしている。

2016（平成28）年度末までに、全ての都道府県で地域医療構想の策定を完了しており、今後、その達成に向け、地域医療構想調整会議において、医療関係者、医療保険者など、幅広い関係者と協議を行いながら、地域医療介護総合確保基金などを活用し、将来のあるべき医療提供体制の構築を目指すこととしている。

図表7-2-1　地域医療構想による2025年の病床の必要量



(2) 都道府県医療計画におけるPDCAサイクル推進

都道府県の医療計画においては、2013（平成25）年度から精神疾患及び在宅医療を新たに加えた、五疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞[*1]、糖尿病、精神疾患）・五事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。））及び在宅医療のそれぞれについて、必要となる医療機能を定めるとともに、各医療機能を担う医療機関を明示することとしている。

各都道府県は、医療計画に記載された、疾病・事業ごとのPDCAサイクルを効果的に機能させることにより、医療提供体制の整備を進めている。

2018（平成30）年度から、地域医療構想を内容に含んだ医療計画が本格的に実施されることや、医療計画と介護保険事業計画のサイクルの一致が図られることを踏まえ、「医療計画の見直し等に関する検討会」を開催し、その検討結果を踏まえて、2017（平成29）年3月に新たな医療計画の作成指針を都道府県に提示した。

(3) 地域医療連携推進法人制度の創設と医療法人制度の見直し（改正医療法について）

「『日本再興戦略』改訂2014」（平成26年6月24日閣議決定）や「規制改革実施計画」（同日閣議決定）等を受けて、2013（平成25）年11月より「医療法人の事業展開に関する検討会」において、「地域医療連携推進法人制度の創設」と「医療法人制度の見直し」

＊1　第7次医療計画では、「心筋梗塞等の心血管疾患」という表現に変更

について当該検討会で議論され、2015（平成27）年2月に取りまとめが行われた。これらの議論を踏まえて、「医療法の一部を改正する法律案」が同年4月に国会に提出され、同年9月に成立・公布された。

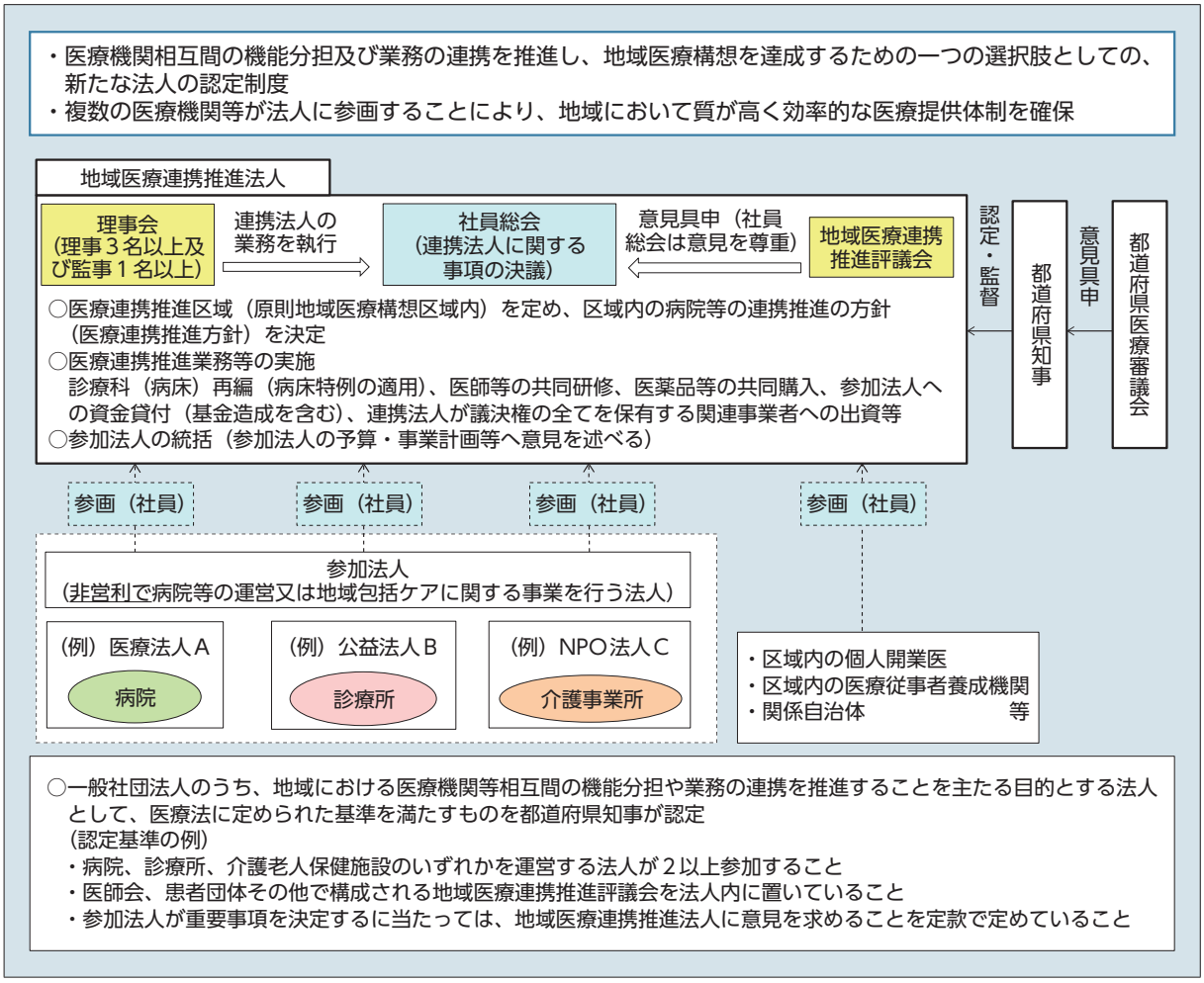
地域医療連携推進法人制度の創設は、医療機関相互間の機能の分担や業務連携を推進することを目的としており、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として創設するものであり、統一的な医療連携推進方針（病院等の連携推進の方針）を決定し、医療連携推進業務等を実施する一般社団法人のうち医療法上の非営利性の確保等の基準を満たすものを都道府県知事が認定するものである。

2017（平成29）年4月から制度が施行され、全国で4法人が認定を受けた。4法人の内訳は、愛知県にある藤田保健衛生大学病院を中心に多数の医療法人や社会福祉法人などが集まった「尾三会」、兵庫県立姫路循環器病センターと社会医療法人製鉄記念広畑病院の将来の統合再編成に向けて設立した「はりま姫路総合医療センター整備推進機構」、広島県三次市と庄原市にある3医療機関で構成する「備北メディカルネットワーク」、鹿児島県奄美大島の南部の町村と医療法人で構成する「奄美南部メディカルケアアソシエーション」である。

また医療法人制度の見直しでは、医療法人について、貸借対照表等に係る公認会計士等による外部監査、公告等に係る規定及び分割に係る規定が整備された。また、二以上の都道府県にまたがる場合の社会医療法人の認定要件を一部追加するとともに、社会医療法人の認定を取り消された医療法人について、救急医療等確保事業に係る業務の実施等、一定の要件に該当する場合に関する経過的措置が講じられた。

これらのうち、地域医療連携推進法人と外部監査に係る事項については2017年4月に施行、その他の規定は2016（平成28）年9月に施行されている。

図表7-2-2　地域医療連携推進法人制度について（概要）



（4）地域医療体制の整備

1 救急医療



救急医療は、国民が安心して暮らしていく上で欠かすことのできないものである。このため、1977（昭和52）年度から、初期救急、入院を要する救急（二次救急）、救命救急（三次救急）の救急医療体制を体系的に整備してきた。

しかし、救急利用の増加に救急医療体制が十分に対応できず、救急患者が円滑に受け入れられない事案が発生している。このような状況を改善するため、2017（平成29）年度予算において、①重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターに対する支援、②地域に設置されているメディカルコントロール協議会に医師を配置するとともに、長時間搬送先が決まらない救急患者を一時的であっても受け入れる二次救急医療機関の確保に対する支援、③急性期を脱した救急患者の円滑な転床・転院を促進するためのコーディネーターの配置に対する支援等を行っている。

また、消防と医療の連携を強化し、救急患者の搬送・受入れがより円滑に行われるよう、各都道府県において、救急患者の搬送及び医療機関による当該救急患者の受入れを迅速かつ適切に実施するための基準を策定し、これに基づいて救急患者の搬送・受入が行わ

れているところである。さらに、ドクターヘリを用いた救急医療提供体制を全国的に整備するため、補助事業を行っており、2017年3月末現在、41道府県で51機のドクターヘリが運用されている。

2 小児医療

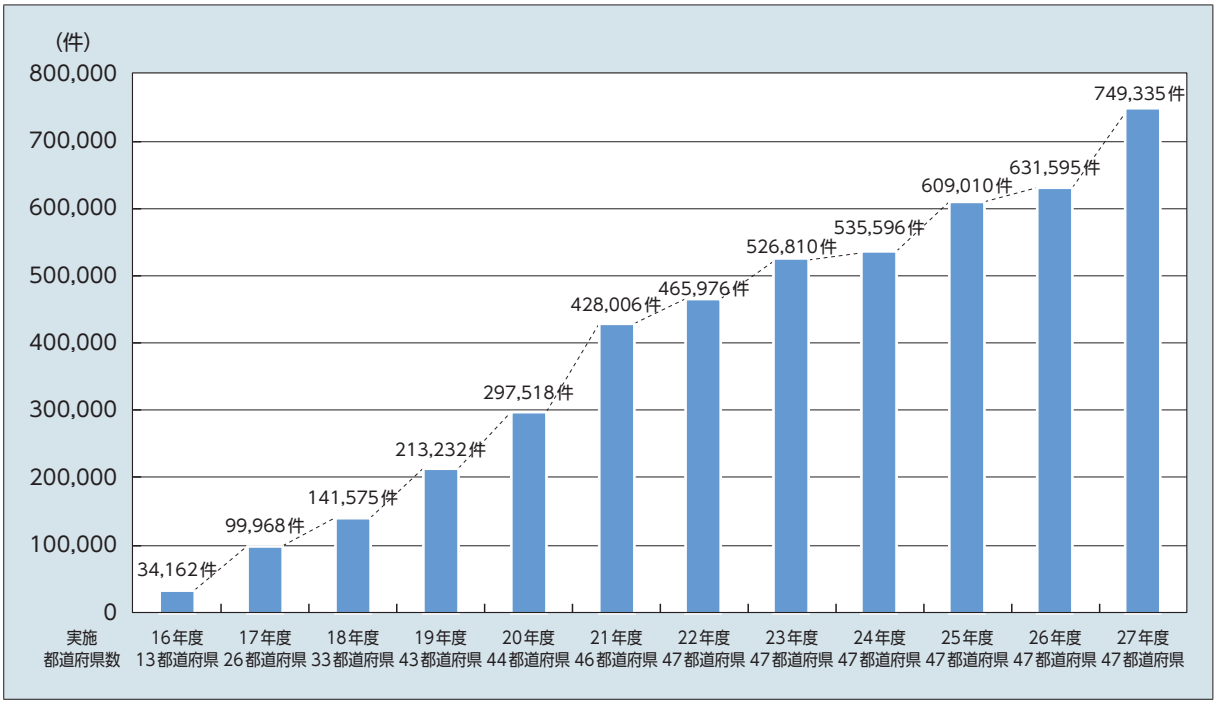


小児医療は、少子化が進行する中で、子どもたちの生命を守り、また保護者の育児面における安心の確保を図る観点から、その体制の整備が重要となっている。

このため、自宅等において小児の急病時に保護者の不安を解消すること等を目的として、小児救急電話相談事業（#8000）を実施してきており、引き続き地域医療介護総合確保基金を活用して支援を行うこととしている。これにより、小児の保護者等が、夜間・休日の急な小児の病気にどう対処したらよいか、病院の診療を受けた方がよいか等の判断に迷ったときに、全国同一の短縮番号#8000により、都道府県の電話相談窓口につながり、小児科医等から、小児の症状に応じた適切な対処の仕方や受診する病院等の助言等を受けることができる。

また、小児の救急医療を担う医療機関等の体制の整備が重要となっており、2017年度予算において、①小児の初期救急医療を担う小児初期救急センターに対する支援、②小児の救命救急医療を担う小児救命救急センターに対する支援等を行っている。

図表7-2-3　小児救急電話相談実績（平成16年度～平成27年度比較）



3 周産期医療

周産期医療体制については、国民が安心して子どもを産み育てることができる環境の実

現に向け、各都道府県において周産期医療体制整備計画を策定し、地域の実情に応じた周産期医療体制を計画的に整備している。各都道府県は、周産期医療体制整備計画[*2]を踏まえ、リスクの高い妊産婦や新生児等に高度な医療が適切に提供されるよう、周産期医療の中核となる総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターを整備し、地域の分娩施設との連携を確保すること等により、周産期医療体制の充実・強化を進めている。これに対し、厚生労働省においては、①周産期母子医療センターの母体・胎児集中治療室（MFICU[*3]）、新生児集中治療室（NICU[*4]）に対する支援、②NICU等の長期入院児の在宅移行へのトレーニング等を行う地域療育支援施設を設置する医療機関に対する支援、③在宅に移行した小児をいつでも一時的に受け入れる医療機関に対する支援を行っているほか、④2016（平成28）年度から「災害時小児周産期リエゾン」の養成を行うことを目的とした研修会を実施している。また、2016年度から、分娩取扱施設が少ない地域において、新規に分娩取扱施設を開設する場合などへの施設整備費用支援事業、2017年度から、設備整備費用支援事業及び、地域の医療機関に産科医を派遣する病院などへの支援事業を開始している。

4 災害医療

地震等の災害時における医療対策として、阪神・淡路大震災の教訓をいかし、災害発生時の医療拠点となる災害拠点病院の整備（2017年4月1日現在723か所）や、災害派遣医療チーム（DMAT[*5]）の養成等を進めてきた（2017年4月1日現在1,571チームが研修修了）。これらについては、東日本大震災の経験を踏まえ、2011（平成23）年10月に取りまとめられた「災害医療等のあり方に関する検討会報告書」に基づき、都道府県における救護班（医療チーム）の派遣調整等を行うための派遣調整本部の設置やコーディネート機能の確保を都道府県に依頼するとともに、診療機能を有する施設の耐震化、衛星（携帯）電話の保有、食料、医薬品等の3日分の備蓄やDMATの保有など災害拠点病院の指定要件の改正を行った。また、2012（平成24）年3月に改正した「日本DMAT活動要領」に基づき、2014（平成26）年度より、統括DMATをサポートする要員を確保する観点から、DMAT事務局及びDMAT都道府県調整本部等に入るロジスティック担当者や、病院支援、情報収集等を担う後方支援を専門とするロジスティック担当者からなる専属チームの養成を行っている。

平成28年（2016年）熊本地震においては、DMATが熊本県外から466チーム（最大時には216チーム）、2,071名派遣され、被災者に迅速な医療提供を行うとともに、建物の倒壊リスクなどにより他病院への搬送が必要となった10病院で計1,500名の大規模転院を実施した。また、ロジスティックチームが19チーム、84名派遣され、後方支援など

＊2　2018（平成30）年度からは、第7次医療計画と一体化される。
＊3　MFICU：「Maternal Fetal Intensive Care Unit」の略。
＊4　NICU：「Neonatal Intensive Care Unit」の略。
＊5　DMAT：「Disaster Medical Assistance Team」の略。災害拠点病院等において、原則4名の医師・看護師等により構成され、災害発生後直ちに被災地に入り、被災地内におけるトリアージや救命処置、被災地内の病院の支援等を行うもの。出動の際には、国立病院機構災害医療センター及び国立病院機構大阪医療センター内に設置されたDMAT事務局が、DMAT派遣の要請等について厚生労働省の本部機能を果たし、活動全般についての取組みを行うとともに、被災地域の各都道府県下に、DMAT都道府県調整本部が設置され、管内等で活動する全てのDMATの指揮及び調整、消防等関連機関との連携及び調整等を行う。その際、一定の研修を修了したDMAT隊員である統括DMATが、責任者としてDMATの指揮、調整等を行う。

を行った。

災害精神保健医療的な観点からは、東日本大震災時に多数の心のケアチームが被災地に派遣された経験を踏まえ、集団災害発生時における精神保健医療への需要拡大に対応するため、災害精神派遣医療チーム（DPAT[*6]）の養成を進めてきた。2017年5月に一部改正された「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」に基づき、効率的な派遣システムの構築・運用のため、DPAT事務局機能や災害時精神保健医療情報支援システムの整備、専門的な研修・訓練による全国におけるDPATチームの養成等を行っている。

また、医療機関の耐震化について、病院の耐震診断・耐震整備に対する補助事業を継続するとともに、2016年度補正予算において、医療提供体制施設整備交付金を追加計上し、災害拠点病院、救命救急センター及び二次救急医療機関等の耐震整備を支援している。

平成28年（2016年）熊本地震では、病院が被災し、ライフラインが途絶し、水の配給が必要となるなどしたため、業務継続計画（BCP）の考え方に基づいた災害対策マニュアルの策定の重要性が改めて認識された。被災後早期に診療機能を回復できるよう、BCPの整備を行うことを災害拠点病院の指定要件に加えるとともに、2017年度からはBCPの整備を促進するための研修事業を実施することとしている。

災害時に様々な救護班の派遣調整業務などを行う地域の医師など（災害医療コーディネーター）の養成については、災害時に市町村単位の細やかな医療ニーズなどに対応するため、現状の都道府県単位に加えて、2017年度からは市町村単位に実施する研修を支援することとしている。

5 へき地・離島医療対策

へき地や離島における医療の確保は、人口が少なく、交通が不便であるなどの難しさを抱えている。このため、都道府県においてへき地保健医療計画を策定し、地域の実情に応じて、へき地診療所における住民への医療の提供、へき地医療拠点病院等による巡回診療や代診医派遣、救急時の搬送手段の確保、遠隔医療の導入等に取り組んでいる。第11次へき地保健医療計画[*7]（2011年度～2017年度）においては、へき地勤務医に対するキャリア形成支援を充実させるなど持続可能性のあるへき地保健医療体制の構築に取り組むこととしている。

(5) 在宅医療の推進

多くの国民が自宅など住み慣れた環境での療養を望んでおり、高齢になっても病気になっても自分らしい生活を送ることができるように支援する在宅医療・介護の環境整備が望まれている。また、急速に少子高齢化が進む中で、高齢者の増加による医療・介護ニーズの急増に対応できる医療・介護提供体制の整備は喫緊の課題であり、病床機能の分化・連携を進めるとともに、在宅医療の充実を図ることが重要である。2013（平成25）年度から、医療計画に在宅医療に関する達成すべき目標や連携体制を盛り込むこととした。

＊6 DPAT：「Disaster Psychiatric Assistance Team」の略。自然災害や犯罪事件・航空機・列車事故等の集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大する。このような場合に、被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関等とのマネージメント、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援活動を行うために、都道府県及び政令指定都市（以下「都道府県等」という。）によって組織される、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チームがDPATである。

＊7 2018（平成30）年度からは、第7次医療計画と一体化される。

2014（平成26）年度には、都道府県に地域医療介護総合確保基金を設置し、これを活用し、在宅医療の提供体制の構築に必要な事業に対し支援を実施している。また、地域の取組みを財政面以外でも支えていくため、2015（平成27）年度から、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域の人材育成事業を推進することができる講師人材の育成研修を実施している。さらに、2014年の介護保険法改正により、在宅医療・介護連携の推進に係る事業を介護保険法の地域支援事業に位置づけ、2015年度以降、住民により身近な基礎自治体である市町村が主体となり、住民に対する普及啓発等の取組みを進めている。

(6) 東日本大震災による被災地の医療提供体制の再構築

東日本大震災による被災地の医療提供体制の再構築を図るため、2011（平成23）年度第三次補正予算、2012（平成24）年度予備費及び2015（平成27）年度予算において、被災3県（岩手県、宮城県、福島県）及び茨城県を対象に基金の積み増しを行い、被災3県が2015年度までの5年間を計画期間として策定した医療の復興計画及び茨城県が策定した地域医療再生計画に基づく取組みを支援している。

なお、地域医療再生計画については建物の完成まで、医療の復興計画については、被災地の医療の復興状況に応じて計画期間を延長して実施することが可能となっている。

また、福島県の避難指示解除区域等における医療提供体制の再構築を図るため、2017（平成29）年度予算において236億円を計上し、医療機関の復興に向けた取組みを支援している。（予算総額1,508億円）

(7) 医療安全の確保

1 医療の安全の確保

① 医療安全支援センターにおける医療安全の確保

2003（平成15）年より、患者・家族等の苦情・相談などへの迅速な対応や、医療機関への情報提供を行う体制を構築するため、都道府県、保健所設置市等における医療安全支援センター（以下「センター」という。）の設置を推進しており、現在全ての都道府県で382か所（2015（平成27）年12月1日現在）設置されている。センターの業務の質の向上のため、職員を対象とする研修や、相談事例を収集、分析するなどの取組みを支援している[*8]。

② 医療機関における安全確保の体制整備

一方で、医療事故を未然に防ぎ、安全に医療が提供される体制を確保するため、病院などに対して、医療に関する安全管理のための指針の整備や職員研修の実施などを義務づけている。また、院内感染対策のための体制の確保や医薬品・医療機器の安全管理、安全使用のため体制の確保についても実施すべきものとし、個々の病院などにおける医療の安全を確保するための取組みを推進している。

＊8　医療安全支援センター総合支援事業を紹介したホームページ　http://www.anzen-shien.jp/

③　医療事故情報収集等事業[*9]

医療事故の原因を分析し、再発を防止するため、2004（平成16）年10月から医療事故情報収集等事業を実施している。医療機関からの報告を基に、定量的、定性的な分析を行い、その結果を3か月ごとに報告書として公表している。また、同事業では、個別の医療行為のリスク低減を目的とした医療安全情報を作成し、事業参加医療機関等に対し、情報提供を行っている。2010（平成22）年からは、医療事故の予防や再発防止に役立つ情報を増やすため、Web上に報告事例のデータベースを構築し、運用を開始している。登録分析機関は、公益財団法人日本医療機能評価機構である。

④　特定機能病院のガバナンス改革

大学附属病院などにおいて医療安全に関する重大事案が相次いで発生したことから、2015年4月に厚生労働省に「大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォース」を設置した。このタスクフォースにおいて、同年6月から9月にかけて特定機能病院に対する集中検査を実施し、集中検査の結果及びそれを踏まえた医療安全確保のための改善策を中心に、同年11月に「特定機能病院に対する集中検査の結果及び当該結果を踏まえた対応について」として報告をとりまとめた。このとりまとめを踏まえ、2016（平成28）年6月10日に「医療法施行規則」を改正し、特定機能病院の承認要件に医療安全管理責任者の配置、専従の医師・薬剤師・看護師の医療安全管理部門への配置、医療安全に関する監査委員会による外部監査などの項目を加えた。施行については、要件ごとに一定期間の経過措置を設けることとしている。

さらに、特定機能病院のガバナンス改革に関して検討の場を設け、可及的速やかに結論を得るとされたことから、2016年2月に「大学附属病院等のガバナンスに関する検討会」を設置し、当該検討会などでの議論を踏まえ、特定機能病院の医療安全管理体制の確保及びガバナンス体制の強化を図るため、以下の内容を含む「医療法等の一部を改正する法律案」を第193回通常国会に提出し、2017（平成29）年6月に成立した。

①特定機能病院は、高度かつ先端的な医療を提供する使命を有しており、患者がそうした医療を安全に受けられるよう、より一層高度な医療安全管理体制の確保が必要であることを法的に位置付け

②特定機能病院の管理者は、病院の管理運営の重要事項を合議体の決議に基づき行うことを義務付け

③特定機能病院の開設者は、管理者が病院の管理運営業務を適切に遂行できるよう、管理者権限の明確化、管理者の選任方法の透明化、監査委員会の設置などの措置を講ずることを義務付け

2 医療事故調査制度の施行

医療の安全の向上のため、医療事故が発生した際に、その原因を究明し、再発防止に役立てていくことを目的とした医療事故調査制度は、2014（平成26）年に公布された第6次改正医療法に基づいて2015年10月に開始した。

この制度は、医療事故の再発防止に繋げ、医療の安全を確保することを目的とし、

＊9　医療事故情報収集等事業を紹介したホームページ　http://www.med-safe.jp/

①医療事故（医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者が死亡又は死産を予期しなかったもの）が発生した医療機関（病院、診療所又は助産所）が、医療事故調査・支援センターへの報告、医療事故調査の実施、医療事故調査結果の遺族への説明及び医療事故調査・支援センターへの報告を行うこと

②その上で、医療機関や遺族からの依頼に応じて、医療機関からも患者側からも中立的な立場である医療事故調査・支援センターにおいて調査を行うこと

③さらに、こうした調査結果を、医療事故調査・支援センターが整理・分析し、再発防止に係る普及啓発を行うこと

とされている。

また、医療法改正を包含した医療介護総合確保推進法附則では、法の公布（2014年6月25日）後2年以内に医療事故調査の実施状況等を勘案し、医療事故調査制度の在り方を見直すこと等について検討を加え、法制上の措置その他の必要な措置を講ずる旨の検討規定が設けられていたことから、与党における議論を踏まえつつ、制度の運用の改善を図るため、2016年6月24日付けで、医療法施行規則の一部改正や、関連通知の発出を行った。具体的には、

①病院等の管理者は、医療事故の報告を適切に行うため、当該病院における死亡及び死産の確実な把握のための体制を確保すること

②支援団体は、支援を行うに当たり必要な対策を推進するため、共同で協議会を組織することができること、また、協議会において、支援団体が行う支援等の状況の情報の共有及び必要な意見の交換を行い、その結果に基づき、支援団体が行う支援の円滑な実施のための研修の実施や病院等の管理者に対する支援団体の紹介を行うこと

③遺族等からの相談に対する対応の改善を図るため、また、当該相談は医療機関が行う院内調査等の重要な資料となることから、医療事故調査・支援センターは、遺族等から相談があった場合、医療安全支援センターを紹介するほか、遺族等からの求めに応じて、相談の内容等を医療機関に伝達する

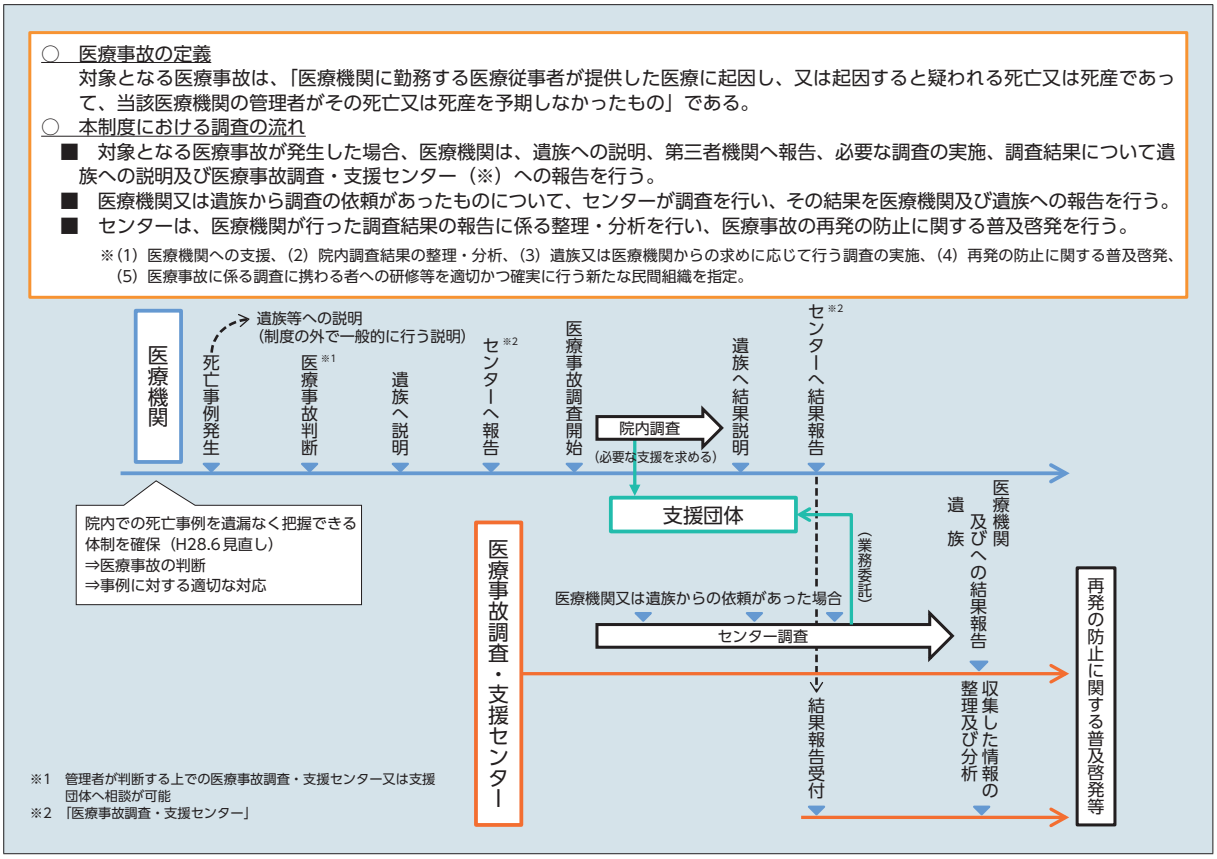
④院内調査の改善・充実を図るため、支援団体や医療機関に対する研修の充実、優良事例の共有を行う

⑤院内調査報告書の分析等に基づく再発防止策の検討に資するため、医療機関の同意を得て、必要に応じて、医療事故調査・支援センターから院内調査報告書の内容に関する確認・照会等を行う

ことなどを示している。

2017年3月末現在までに、医療事故報告件数568件、院内調査結果報告件数330件、医療事故調査・支援センターへの調査依頼件数28件となっており、医療事故調査・支援センターの調査は今後順次終了する見込みである。また、2017年4月には、「中心静脈穿刺合併症」について、初めての医療事故再発防止策の提言をとりまとめ、公表をした。

図表7-2-4　医療事故調査制度の仕組み



3 産科医療補償制度[*10]

安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、2009（平成21）年1月から、産科医療補償制度が開始されている。産科医療補償制度は、お産に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の防止に資する情報を提供することにより、紛争の防止・早期解決及び産科医療の質の向上を図ることを目的としている。なお、この制度の補償の対象は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児であり、その申請期限は、満5歳の誕生日までとなっている。

また、制度創設時、遅くとも5年後を目処に、制度内容について検証し、適宜必要な見直しを行うこととされ、その後、社会保障審議会医療保険部会等で議論のうえ、2015年1月以降に出生した児については、一律該当の補償対象基準を、

①在胎週数の基準を33週から32週にすること

②出生体重の基準を2,000g以上から1,400g以上にすること

とする見直しが行われた。

(8) 医療に関する適切な情報提供の推進

医療に関する十分な情報をもとに、患者・国民が適切な医療を選択できるよう支援するため、①都道府県が医療機関に関する情報を集約し、わかりやすく住民に情報提供する制

＊10　産科医療補償制度の詳細を紹介したホームページ　http://www.sanka-hp.jcqhc.or.jp/index.html

度（医療機能情報提供制度[*11]）を2007（平成19）年4月より開始するとともに、②医療広告として広告できる事項について大幅な緩和を行った。2013（平成25）年度においては、医療広告ガイドラインにおいて、バナー広告等にリンクした医療機関のウェブサイトに関する取扱いを明確化するなど必要な改正を加えた。また、2016（平成28）年3月より「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」を開催し、同年9月にとりまとめがなされた。このとりまとめを踏まえ、医療機関のウェブサイトなどについても、虚偽・誇大などの不適切な表示を禁止し、中止・是正命令及び罰則を課すことができるよう措置する内容を含めた「医療法等の一部を改正する法律」が第193回通常国会において成立した。

(9) 医療の質の向上に向けた取組み

根拠に基づく医療（EBM）の浸透や、患者・国民による医療の質への関心の高まりなどの現状を踏まえ、厚生労働省では、2010（平成22）年度から「医療の質の評価・公表等推進事業」を開始した。本事業では、患者満足度や、診療内容、診療後の患者の健康状態に関する指標等を用いて医療の質を評価・公表し、公表等に当たっての問題点を分析する取組みを助成している。

(10) 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療[*12]の体制整備

人生の最終段階における医療のあり方については、患者・家族に十分に情報が提供された上で、これに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本として行われることが重要である。そのため、医療機関や在宅医療の場では、本人の意思を踏まえた治療方針について、家族や医療関係者とで十分な意思疎通が図れるよう、2007（平成19）年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定した。また、2014（平成26）年度から、ガイドラインに沿って患者の意思決定を支援する医療・ケアチームの育成研修を開始した。これに加え、2017（平成29）年度からは、健康な時から人生の最期に備えられるよう住民向けの普及啓発の強化を図るとともに、患者の意思に反した救急搬送や医療処置が行われないよう、救急医療や在宅医療関係者間における患者情報の共有や連携ルールの策定を支援する取組みを進めることとしている。こうした取組みを通じて、人生の最終段階における医療に関する本人意思が尊重される環境づくりを進めている。

2 医療人材の確保及び質の向上の推進

(1) 医療を担う人材の確保の推進

1 医師養成数の増加

我が国では、地域の医師確保等に対応するため、2008（平成20）年度より医学部入学定員を増員している。また、2010（平成22）年度からは、卒業後に特定の地域や診療科で従事することを条件として奨学金を支給する仕組み（地域枠）等を活用した医学部入学定員の増員を行っており、2007（平成19）年度の定員に比べ、2017（平成29）年度ま

＊11 各都道府県の医療機能情報提供制度へのリンク集
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/teikyouseido/index.html
＊12「人生の最終段階における医療」
厚生労働省では、最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指すことが重要であるとの検討会の指摘を踏まえ、2014（平成26）年から「終末期医療」に代えて「人生の最終段階における医療」と表現している。

でに1,795名の定員が増員（新設による240名の増員含む）され、合計で9,420名（うち、地域枠は610名）となっている。

2 医師の診療科偏在・地域偏在対策

我が国では、都市部に比べ山間部・へき地の医師数が極めて少ないといった医師の地域的な偏在、産科・小児科等の診療科を中心に医師不足が深刻であるなど医師の診療科間の偏在の問題が生じている。

このため、2011（平成23）年度から、こうした医師の偏在を解消するため、大学との緊密な連携を図りつつ、医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、地域枠の医師などを活用して、地域の医師不足病院の医師確保の支援等を行う「地域医療支援センター」の各都道府県への設置を推進し、2016（平成28）年度には全ての都道府県に設置されている。

また、2014（平成26）年には「地域医療支援センター」の取組みを更に進めるため、その機能を医療法に位置付けたところである。

2016年度及び2017年度の予算においては、病院勤務医の負担軽減等の対策を引き続き行っていくほか、地域医療介護総合確保基金における「地域医療支援センター」の運営に対する財政支援等を通して、各都道府県の医師確保対策の取組みを支援している。また、先述の通り、地域の医師確保等の観点から、卒業後に当該地域で従事することを条件とした奨学金を支給する仕組み（地域枠）等を活用した医学部定員の増員を行っている。

臨床研修制度では、地域医療の安定的確保のため、2010年度の研修から、地域医療の研修を一定期間（1か月）以上行うことを要件とするとともに、都道府県ごとに、人口や医師養成数、地理的条件などを勘案して研修医の募集定員の上限を設けるなどの措置を行っている。さらに、2015（平成27）年度の研修から、医学部卒業生の増加を踏まえた形で全国の研修医総数や研修希望者数を推計して全国の研修医の募集定員を設定している。また、地域枠の活用状況等も踏まえつつ、都道府県が都道府県ごとの募集定員の上限の範囲内で、一定の柔軟性をもって定員を調整できる仕組みを創設するなど、研修医の地域的な適正配置を更に誘導していくための見直しを行っている。

2015年12月から医療従事者の需給に関する検討会を開催し、2016年6月には医師需給分科会において、当面の医師養成数の基本的方針や今後検討を深める医師偏在対策の事項について中間取りまとめがなされた。その中で、医師の働き方・勤務状況などの実態について、より精度の高い推計を行い、将来、あるべき医療提供体制とそこにおける医師の新しい働き方を示すビジョンを策定した上で、必要な医師数を推計するプロセスが必要とされた。これを受けて、2016年10月から開催された「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」では、勤務医の勤務実態・働き方の意向について大規模な調査を行うとともに、それも踏まえた議論がなされ、2017年4月に報告書が取りまとめられた。この報告書では、医師－医師間で行うグループ診療や、医師－他職種間などで行うタスク・シフティング（業務の移管）やタスク・シェアリング（業務の共同化）の推進などの具体策が提言されており、今後、厚生労働省としては、この報告書の内容を踏まえ、地域における医師確保に向けて、更なる検討を進めることとしている。

3 看護職員の確保

我が国の看護を取り巻く状況は、医療ニーズの増大・高度化などにより大きく変化している。こうした中、看護職員の確保対策として、看護職員の資質向上、養成促進、再就業支援等を推進してきたことにより、その就業者数は毎年着実に増加（2015年には約163万人が就業）しているが、団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すると、看護職員の確保対策の強化が求められている。

このため、看護師等の人材確保の促進に関する法律が改正され、2015年10月から、①保健師・助産師・看護師・准看護師の免許保持者が離職する場合等には、その連絡先等を都道府県ナースセンターに届け出ることを努力義務とするとともに、②無料職業紹介や復職研修など、都道府県ナースセンターが提供するサービスの充実・改善を行うことにより、看護職員の復職支援の強化を図ることとしている。また、厳しい勤務環境の改善とワーク・ライフ・バランスの確保等を通じた看護職員の定着・離職防止を図るため、医療法が改正され、2014年10月から、医療機関がPDCAサイクルにより看護職員を含む医療従事者の勤務環境の改善に計画的に取り組む仕組み（医療勤務環境改善マネジメントシステム）が導入されている。

また、地域の実情に応じた看護職員の確保対策をより一層推進するため、2014年度から各都道府県に設置されている地域医療介護総合確保基金を通じて、①看護師等養成所の施設整備・運営、②新人看護職員研修の支援、③ナースセンターの機能強化、④病院内保育所の整備を含む医療機関の勤務環境改善等に関する都道府県の取組みを支援している。

4 女性医師等の離職防止・復職支援

近年、医師国家試験の合格者に占める女性の割合が約3分の1に高まるなど、医療現場における女性の進出が進んでいる。このため、出産や育児といった様々なライフステージに対応して、女性医師等の方々が安心して業務に従事していただける環境の整備が重要である。具体的には、

①病院内保育所の運営等に対する財政支援

②出産や育児等により離職している女性医師等の復職支援のため、都道府県に受付・相談窓口を設置し、研修受入れ医療機関の紹介や復職後の勤務形態に応じた研修の実施

③ライフステージに応じて働くことのできる柔軟な勤務形態の促進を図るため、女性医師バンクで就業斡旋等の再就業支援

などの取組みを行ってきた。

なお、①・②については、2014年度から地域医療介護総合確保基金の対象とし、③については、女性医師支援センター事業として継続している。

また、2014年度には、医療や医学の分野の様々な現場において活躍されている女性医師等から構成される「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」を開催した。同検討会では、女性医師がライフステージに応じて活躍することができる環境整備の在り方について検討を行い、その検討結果を報告書として取りまとめた。報告書については、医療現場等で活用していただけるよう、都道府県、関係団体等を通じて広く周知している。さらに、2015年度からは、復職から離職防止までをパッケージとして女性医師支援の先進的取組みを行う医療機関をモデルとして選定し、モデルの普及啓発を図る事業（女性医師

キャリア支援モデル普及推進事業）を実施している。こうした取組みを病院勤務医等の勤務環境の改善対策と併せて実施することで、女性医師等の方々が安心して就業の継続や復職ができ、さらに活躍していただくための環境の整備を行うこととしている。

（2）医療を担う人材の質の向上

1 チーム医療の推進

患者・家族とともに質の高い医療を実現するためには、各医療スタッフの専門性を高めるとともに、それぞれの業務・役割を拡大し、かつ、各スタッフが互いに連携することで、患者の状況に的確に対応した医療を提供することが重要である。こうした観点から、2010（平成22）年3月に「チーム医療の推進に関する検討会」において取りまとめられた報告書を受け、同年5月より、様々な立場の有識者から構成される「チーム医療推進会議」を開催し、同報告書において提言のあった具体的方策の実現に向けた検討を行っているところである。

チーム医療推進会議等において結論が得られた事項のうち、

①診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合に、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるものを特定行為として位置づけ、手順書により特定行為を行う看護師に対して研修の受講を義務付けること

②CT検査等のために必要となる造影剤の血管内投与等の行為を新たに診療放射線技師の業務範囲に追加すること

③診療放射線技師が、病院又は診療所以外の場所で、健康診断として胸部X線撮影のみを行う場合に、医師又は歯科医師の立会いを求めないこととすること

④インフルエンザ検査のために必要となる鼻腔拭い液の採取等の行為を新たに臨床検査技師の業務範囲に追加すること

⑤歯科衛生士がフッ化物塗布などの予防処置を行う際、歯科医師の直接の指導を要しないこととすること

については、医療介護総合確保推進法により関係法律の改正を行うことで対応している。

厚生労働省としては、医療現場の実態等も踏まえ、より良い医療サービスの提供を実現すべく、引き続きチーム医療の推進に取り組んでいくこととしている。

2 新たな専門医の養成の仕組み

厚生労働省では、医師の質の一層の向上等を目的として、「専門医の在り方に関する検討会」を開催し、2013（平成25）年4月に報告書を取りまとめた。報告書では、新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計されるべきであり、また、医療を受ける患者の視点に立って、医師の地域的偏在の解消に向けて寄与するなど地域医療に十分配慮すべきであるとされている。

これを受けて、2017（平成29）年度の養成開始に向け、学会等において準備が進められてきたところであるが、新たな仕組みの導入により、医師及び研修医の地域偏在がさらに拡大するのではないかとの懸念が地域医療関係者から示されたため、養成開始を1年延期し、現在日本専門医機構において、2018（平成30）年度からの養成開始に向けた準備

を行っている。

また、厚生労働省においても、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」を立ち上げ、地域医療関係者の参画のもと、地域医療に求められる専門医制度の在り方について検討を進め、日本専門医機構に対して地域医療への配慮を求めた。その結果、日本専門医機構においては、地域医療従事者などに配慮したカリキュラム制の導入や、地域の中核病院などであっても基幹病院となれる基準の設定など上記検討会の議論を踏まえ、専門医制度新整備指針の見直しが行われた。

さらに、今後、高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増えることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、「総合診療専門医」として新たに位置付けることとしている。

3 看護職員の資質向上

少子高齢化が急速に進展し医療提供の在り方が大きく変化している状況の中、患者の多様なニーズに応え、医療現場の安全・安心を支える看護職員の役割は、ますます重要になると見込まれている。

こうした背景の下、看護職員の資質のより一層の向上を図るため、厚生労働省では、地域医療介護総合確保基金を通じて、病院等が行う新人看護職員研修や都道府県が行う看護職員の実務研修等に対して支援を行っている。

3 国立病院機構や国立高度専門医療研究センター等の取組み

歴史的・社会的な経緯等により他の設置主体での対応が困難な医療や、国民の健康に重大な影響のある疾患に関する医療については、国の医療政策として、国立病院機構や国立高度専門医療研究センター（ナショナルセンター）などが着実な実施に取り組んでいる。

国立病院機構では、災害や新型インフルエンザ発生時など国の危機管理や積極的貢献が求められる医療、重症心身障害、筋ジストロフィーをはじめとする神経・筋疾患、結核、心神喪失者等医療観察法に基づく精神科医療など他の設置主体では必ずしも実施されないおそれのある分野の医療、地域のニーズを踏まえた5疾病・5事業の医療について、全国的な病院ネットワークを活用し、診療・臨床研究・教育研修を一体的に提供している。

国立高度専門医療研究センターでは、国民の健康に重大な影響のある特定の疾患（がんその他の悪性新生物、循環器病、精神・神経疾患、感染症等国際的な調査研究が必要な疾患、成育に係る疾患、加齢に伴う疾患）等について高度先駆的な研究開発、これらの業務に密接に関連する医療の提供や人材育成等を行っている。

地域医療機能推進機構[*13]では、救急からリハビリまでの幅広い医療機能を有し、また約半数の病院に介護老人保健施設が併設されているなどの特長をいかしつつ、地域の医療関係者などとの協力の下、5疾病・5事業の医療、リハビリ、在宅医療等地域において必要な医療及び介護について、全国に施設がある法人として、「急性期医療～回復期リハビリ～介護」まで切れ目なく提供し、地域医療・地域包括ケアの確保に取り組んでいる。

また、国立の医療機関として国立ハンセン病療養所が全国に13施設ある。国立ハンセ

＊13 地域医療機能推進機構（Japan Community Health care Organization：JCHO（ジェイコー））は、年金福祉施設などの整理合理化を目的とした年金・健康保険福祉施設整理機構（RFO）を改組し、病院などの運営などを目的に2014（平成26）年4月1日に設立。

ン病療養所の入所者は、視覚障害等のハンセン病の後遺障害に加え、高齢化に伴う認知症や四肢の障害等を有する者が増加している。このため、必要な職員の確保など、入所者の実情に応じた療養体制、特に充実した介護体制の整備に努めている。

4 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進

後発医薬品とは、先発医薬品と同一の有効成分を同一量含む同一投与経路の製剤で、効能・効果、用法・用量が原則的に同一で、先発医薬品と同等の臨床効果が得られる医薬品をいい、ジェネリック医薬品とも呼ばれる。

後発医薬品を普及させることは、医療の質を保ちつつ患者負担の軽減や医療費の効率化を図ることができ、医療保険財政の改善に資することから、2007（平成19）年に作成した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」において、2012（平成24）年度までに全医療用医薬品をベースとした後発医薬品の数量シェアを30%以上にするという目標を掲げ、後発医薬品の使用を推進してきた。



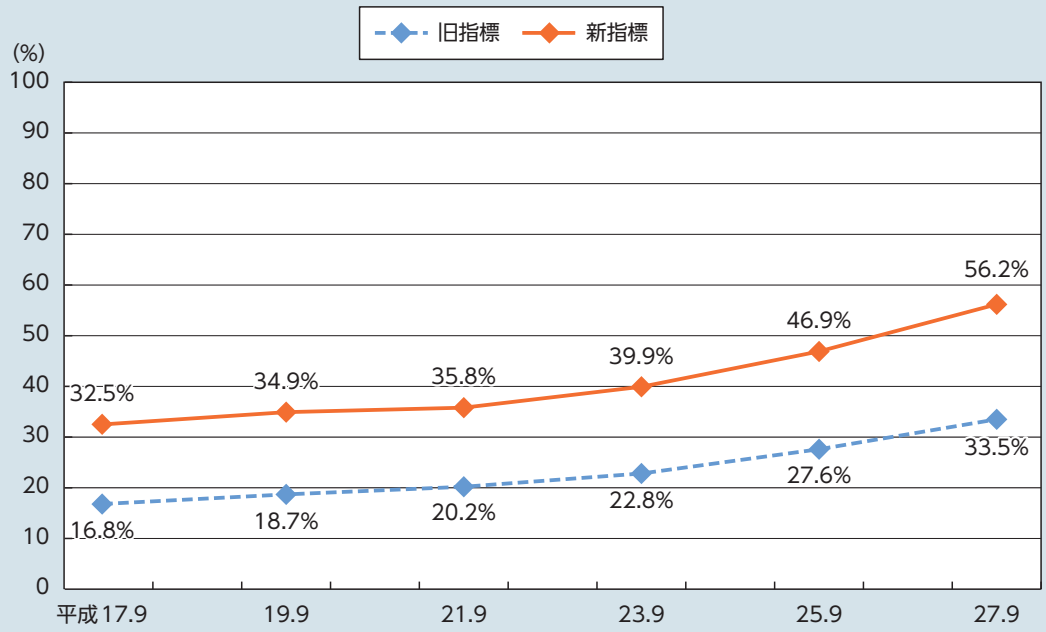
ジェネリック医薬品普及啓発のためのポスター

その後、2013（平成25）年に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を作成し、後発医薬品と後発医薬品のある先発医薬品をベースとした数量シェアを2018（平成30）年3月末までに60%以上にする目標を定め、後発医薬品の使用を進めてきた。2015（平成27）年には、「経済財政運営と改革の基本方針2015」において、後発医薬品の数量シェアを「2017（平成29）年央に70%以上とするとともに、2018年度から2020年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする」という目標が定められ、さらに2017年には、「経済財政運営と改革の基本方針2017」において、「2020年9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。」という新たな目標を定めたところであり、この目標の達成に向けて、引き続き後発医薬品の使用促進を行っていく。

2017年度は、引き続き後発医薬品の品質確保対策の強化、後発医薬品に関する情報提供の充実、ロードマップの取組状況のモニタリングを行うこととしている。また、平成28年度診療報酬改定においては、後発医薬品に係る新たな目標達成のため、①病院、薬局の後発医薬品使用体制に関する評価の基準の引き上げ、②院内処方を行う診療所における後発医薬品使用体制に関する評価の新設等を行ったところである。

また、各都道府県においても、「後発医薬品の安心使用促進のための協議会」を設置する等、地方の実情に応じた普及・啓発をはじめとした環境整備を行っている。

図表7-2-5　ジェネリック医薬品の数量シェアの推移



旧指標とは、全医療用医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア（平成19年に「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」で定められた目標に用いた指標）
新指標とは、後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア（「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標）

厚生労働省調べ

第3節　安定的で持続可能な医療保険制度の実現

1　持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律

(1) 国保改革

国民皆保険を支える重要な基盤である国民健康保険制度の安定化を図るため、持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（以下「国保法等一部改正法」という。）が2015（平成27）年5月に成立、公布された。

改革の内容の一つの柱は、国民健康保険への財政支援の拡充等により、財政基盤を強化することである。具体的には、既に2015年度から低所得者対策の強化のため、保険者支援制度を拡充していることに加え、2018（平成30）年度以降は、保険者努力支援制度により医療費適正化を進める保険者を支援することや財政調整機能を強化する等、更に約1,700億円の財政支援を予定している。

改革内容のもう一つの柱は、2018年度から、都道府県が安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国民健康保険の運営に中心的な役割を担うことである。具体的には、都道府県は、保険給付に要した費用を全額、市町村に対して交付するとともに、市町村から国民健康保険事業費納付金を徴収し、財政収支の全体を管理することとなる。また、都道府県は、都道府県内の統一的な国民健康保険の運営方針を定め、医療保険と医療提供体制の両面をみながら、地域の医療の充実を図り、効率的かつ質の高い医療を提供できるよ

う取り組んでいくこととなる。一方で、市町村は、資格管理、保険料の賦課徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担うこととなる。

法案成立以降、国保基盤強化協議会の下に設置された事務レベルワーキンググループを再開して、地方自治体と、国民健康保険事業費納付金及び標準保険料率の算定方法や、都道府県国民健康保険運営方針の策定内容等、制度の詳細について協議をしており、2018年度からの施行に向けた準備を進めている。

(2) 国保法等一部改正法におけるその他の項目

75歳以上の方々の医療給付費は、約5割を公費、約1割を保険料、残る約4割を現役世代からの後期高齢者支援金によって賄っている。この後期高齢者支援金について、被用者保険者間の按分は、これまでは3分の2を加入者割（加入者数に応じた按分）、3分の1を総報酬割（被保険者の給与や賞与などのすべての所得で按分）としていたが、被用者保険者間の支え合いを強化し、より負担能力に応じた負担とする観点から、2017（平成29）年度から全面総報酬割を実施することとされた。これにあわせて、高齢者医療への拠出金負担の重い被用者保険者への追加的な財政支援を実施することとしている。

また、地域包括ケアシステムを構築する中で入院と在宅療養の公平を図る観点から、入院時の食事代について、一般所得の方を対象に食材費相当額に加えて調理費相当額の負担を求めることとし、1食あたりの自己負担額を従来の260円から2016（平成28）年度に360円、2018（平成30）年度には460円に段階的に引き上げることとしている（ただし、現行の低所得者区分に該当する方、及び難病又は小児慢性特定疾病の患者の方等については負担額を据え置く）。

さらに、2016年度から緊急やむを得ない場合等を除き紹介状なしで特定機能病院等の大病院を受診する場合に特別の料金を患者に求めることとしている。

また、新たな保険外併用療養の仕組みとして、患者申出療養を2016年度から実施している。

2 負担能力に応じた公平な負担等の観点による制度の見直し

(1) 高額療養費制度

70歳以上の高額療養費制度について、制度の持続可能性を高めるため、世代間・世代内の負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、負担能力のある「現役並み所得」区分については69歳以下と同様の上限額にする等といった見直しを2017（平成29）年8月から段階的に実施することとしている。なお、これらの見直しを行うに当たっては、低所得者に配慮して住民税非課税区分の上限額を据え置いたり、長期療養をされている「一般」区分の方の外来の自己負担が増えないよう年間上限を創設して負担額を抑える等の配慮を行うこととしている。（図表7-3-1）

図表7-3-1　高額療養費制度の見直しについて

制度概要

○高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。
（※）入院の場合や同一医療機関での外来の場合、医療機関の窓口での支払を自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みが導入されている。
○自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

見直し内容

○第１段階目（29年８月～30年７月）では、現行の枠組みを維持したまま、限度額を引き上げ。一般区分の限度額（世帯）については、多数回該当を設定。
○第２段階目（30年８月～）では、現役並み所得区分については細分化した上で限度額を引き上げ。一般区分については外来上限額を引き上げ。
○一般区分については、１年間（８月～翌７月）の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限を設ける。

○現行（70歳以上）

区分	外来（個人）	限度額（世帯※1）
現役並み（年収約370万円以上） 健保　標報28万円以上 国保・後期　課税所得145万円以上	44,400円	80,100円＋1%〈44,400円〉
一般（年収156万～370万円） 健保　標報26万円以下 国保・後期　課税所得145万円未満※2	12,000円	44,400円
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税（所得が一定以下）		15,000円

○1段目（29年８月～30年７月）

区分	外来（個人）	限度額（世帯※1）
現役並み	57,600円	80,100円＋1%〈44,400円〉
一般	14,000円（年間上限14.4万円）	57,600円〈44,400円〉
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税（所得が一定以下）		15,000円

○2段目（30年８月～）

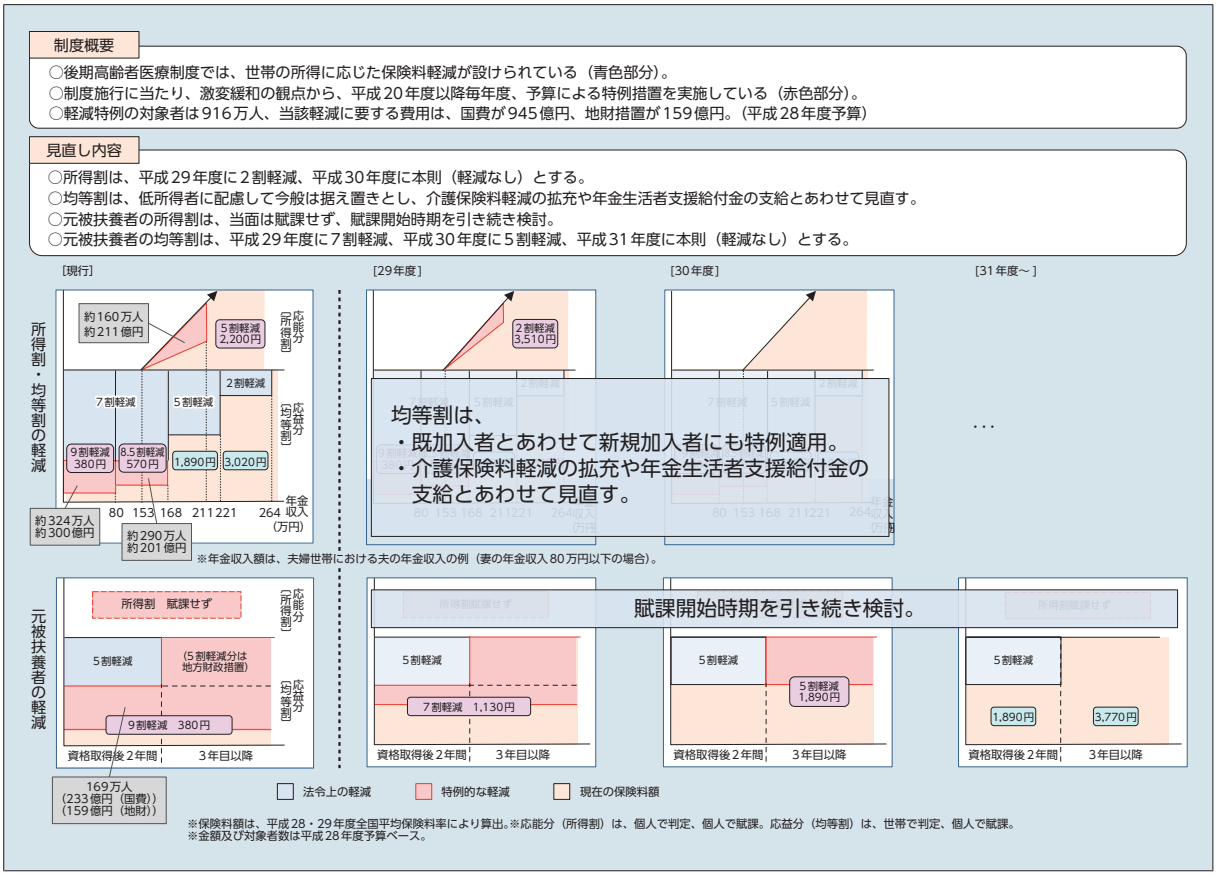
区分（年収）	外来（個人）	限度額（世帯※1）
年収約1,160万円～ 標報83万円以上 課税所得690万円以上	252,600円＋1%〈140,100円〉	
年収約770万～約1,160万円 標報53～79万円 課税所得380万円以上	167,400円＋1%〈93,000円〉	
年収約370万～約770万円 標報28～50万円 課税所得145万円以上	80,100円＋1%〈44,400円〉	
一般	18,000円（年間上限14.4万円）	57,600円〈44,400円〉
住民税非課税	8,000円	24,600円
住民税非課税（所得が一定以下）		15,000円

※1　同じ世帯で同じ保険者に属する者　　※2　収入の合計額が520万円未満（１人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。
〈 〉内の金額は、過去12ヶ月に３回以上高額療養費の支給を受けた場合の４回目以降の限度額（多数回該当）。年収は東京都特別区在住の単身者の例。

（2）保険料軽減特例

75歳以上の保険料軽減特例については、2008（平成20）年度の後期高齢者医療制度発足時における激変緩和措置として、これまで政令で定めた軽減割合を超えて、予算措置により軽減を行っていたが、制度発足から約９年が経過していることや、これまで合計7,200億円もの国費が投入されていることを考慮し、世代間・世代内の負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、元被扶養者の保険料の均等割を９割軽減する等の特例について、政令で定めた本則の軽減割合に戻すといった見直しを、2017（平成29）年４月から段階的に実施している。なお、これらの見直しを行うに当たっては、所得の低い方に配慮し、均等割９割・8.5割軽減の見直しは、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施する等の配慮を行うこととしている（図表7-3-2）。

図表7-3-2　後期高齢者の保険料軽減特例の見直しについて



(3) 入院時の光熱水費

医療と介護、入院と在宅を通じた負担の公平化の観点から、65歳以上の医療療養病床に入院する方で、医療の必要性の低い方については、2017（平成29）年10月に光熱水費相当額の負担額を1日あたり320円から370円に引き上げ、医療の必要性の高い方については、2017年10月に1日あたり200円、2018（平成30）年4月に1日370円と段階的に引き上げることとしている（ただし、指定難病患者については負担を据え置く）。

3 診療報酬改定と薬価制度の抜本改革

平成28年度診療報酬改定では、国民にとって質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指して、地域包括ケアシステムの構築や、医療機能の分化・強化、連携を進めていくため、診療報酬本体を0.49%のプラス改定とした。

具体的には、入院医療については、機能や患者の状態に応じた適切な評価の推進の観点から、「重症度、医療・看護必要度」の見直しや7対1入院基本料の基準の見直し等を行うとともに、チーム医療の推進と勤務環境の改善を目指した評価を行った。

外来医療、在宅医療については、認知症地域包括診療料や小児かかりつけ診療料の新設、かかりつけ歯科医機能の評価等、かかりつけ医の更なる普及を目指すための評価や、患者の状態や居住形態に応じた在宅医療の評価を行った。

また、医療の効率化・適正化を推進するため、後発医薬品の使用促進に向けた対応を更に充実するとともに、多種類の服薬を行っている患者の薬剤を減らすことに対する評価を新設し、調剤報酬については、患者本位の医薬分業を実現するため、かかりつけ薬剤師に

よる一元的・継続的な服薬情報の把握、服薬指導等を評価するかかりつけ薬剤師指導料の新設等を行った。

2018（平成30）年度に行われる次期診療報酬改定は、介護報酬改定との同時改定であり、いわゆる団塊の世代が75歳以上になる2025年以降も見据え、地域包括ケアシステムの構築の推進、医療と介護の連携強化と効率的なサービス提供体制の構築、急性期から回復期、慢性期、在宅医療までの医療機能の分化・連携の推進やICTの活用も含めた現場の負担軽減にもつながる効率的な医療・介護の提供の推進等の観点から、検討を進めていく。

薬価制度については、昨今、革新的かつ非常に高額な医薬品が登場しているが、こうした医薬品に対して、現在の薬価制度は柔軟に対応できておらず、国民負担や医療保険財政に与える影響が懸念されていることから、2016（平成28）年12月20日に経済財政政策担当大臣、財務大臣、厚生労働大臣及び官房長官決定による「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」が策定された。これに基づき、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民が恩恵を受ける「国民負担軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、効能追加等に伴う市場拡大への速やかな対応、中間年における薬価調査・薬価改定の実施に取り組むとともに、費用対効果評価の本格的導入等により真に有効な医薬品を適切に見極めてイノベーションを評価し、研究開発投資の促進を図ることとしている。

4 審査支払機関の改革

社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）をはじめとする審査支払機関には、レセプト電子化により、年間約20億件のビッグデータの集積が進んでいるが、昨今の医療をめぐる状況や技術の進歩に鑑みれば、ビッグデータとICTを最大限に活用することで、保険者と協働しつつ、医療の質の向上に寄与するいわば「頭脳集団」としての役割を期待されている。また、規制改革会議からは、支払基金における診療報酬の審査の在り方をゼロベースで議論し、ICTを活用した業務の効率化や組織の見直しを求められていたことから、2016（平成28）年4月から「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」を開催した。

検討会においては、主に①審査支払機関における審査業務の効率化や審査基準の統一化、②ビッグデータを活用した保険者機能の強化及び医療の質の向上、そして③以上の議論を踏まえた支払基金の組織・体制の在り方、について議論を行い、2017（平成29）年1月に報告書をとりまとめた。

なお、ビッグデータ活用については、2017年1月に設置したデータヘルス改革推進本部において、保健医療データプラットフォームの構築に向けた議論や具体的な活用方策等について、引き続き議論を行っている。

2017年7月に検討会の議論を踏まえ、「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」及び「国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関するデータヘルス改革推進計画・工程表」を公表した。

「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」は、審査支払機関を「業務集団」から「自ら考え、自ら行動する頭脳集団」に改革するものである。支払基金の審査支払業務に

ついて、現在、原則全てのレセプトを審査委員会が審査することとしているが、AI等の技術革新等を活用しながら、2022年度までに、全レセプトの約9割をコンピュータで対応、残りの約1割を直接雇用する医師、看護師等の医療専門職などの職員が対応し、将来的には審査委員会にかけるレセプトは重点審査分に限ることとし、全レセプトの1%以下とすることを目指すこととしている。これにより、医療の質の向上と経済合理性の確保、さらには国民皆保険にふさわしい全国で統一的な基準での審査支払を実現していく。また、こうした改革により、支払基金の年間の運営経費約800億円の一層の削減を図り、国民へ還元することを目指すこととしている。

「国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関するデータヘルス改革推進計画・工程表」は、データヘルス改革推進本部において検討している保健医療データプラットフォームを活用したサービスのうち、国民の健康確保に向けた健康・医療・介護のビッグデータ活用に関するものについて、その具体的な活用方策や運用の在り方等を、保険者を支援する立場にあり、また膨大な保健医療データを取り扱う審査支払機関の役割を含めて、提示したものである。

今後、工程表の内容に沿って着実に改革を進めていく。

5 医療費適正化・予防・健康管理の推進

国及び都道府県は、高齢期における適切な医療の確保を図るため、特定健診・保健指導の実施率等の数値目標や目標達成に向けた取組内容を定めた医療費適正化計画を策定している。2018（平成30）年度から第3期医療費適正化基本方針には、適正化の取組目標として、特定健診・保健指導の実施率の向上に加え、新たに糖尿病の重症化予防の取組み、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用（重複投薬、多剤投与の適正化）を盛り込んだ。これに即して、都道府県は2017（平成29）年度中に第3期都道府県医療費適正化計画（2018年度から2023年度までの6年間の計画）を策定する。また、毎年度、計画の進捗状況の把握を進めながら、新たな取組目標の達成に向け、保険者協議会等とも連携しながら、取組みを進めていくこととしている。

また、保険者は、予防・健康づくりに向けた取組みを行っており、レセプト・健診情報等のデータを活用したデータヘルスなどを進めている。

このような保険者の取組みを横展開し、予防・健康づくりの取組状況の「見える化」をすることで、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図るため、2015（平成27）年7月に、日本健康会議が発足し、「かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする」などの、2020年までの数値目標を定めた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択した。その進捗状況について調査を行い、日本健康会議や「日本健康会議データポータルサイト」で達成状況を公表している。また、2016（平成28）年3月には、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議と厚生労働省は糖尿病性腎症重症化予防の連携協定を締結し、同年4月には国レベルでプログラムを策定するなど、全国展開に向けた糖尿病性腎症の重症化予防の対策の在り方を示すとともに、協力体制の基盤整備を進めている。

さらに、慢性疾患を複数保有し、加齢に伴い心身機能が低下する等の高齢者の特性を踏まえ、国においては、これまでの重複・頻回受診対策等に加え、2016年度から生活習慣

病等の重症化予防や、栄養・口腔・服薬に関する相談・指導等のフレイル（虚弱）対策に資する保険者の取組みをモデル事業として支援し、「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」においてガイドラインの策定に向け検討等を行った。2018年度から全国的に横展開すべく、モデル事業の支援やガイドラインの検討等をさらに推進していく。

こうした予防・健康づくりに取り組む保険者に対するインセンティブを強化するため、健康保険組合・共済組合の後期高齢者支援金の加算・減算制度について、加算率・減算率を、2018年度から段階的に引き上げて2020年度には最大で法定上限の10%まで引き上げるなどの見直しを行うこととしている。また、国民健康保険の保険者努力支援制度等については、2018年度からの本格実施に向け、2016年度から前倒しで実施している。今後、前倒し分の実施状況を踏まえ、本格実施に向け評価指標等について検討を行う予定である。

第4節　地域包括ケアシステムの構築と安心で質の高い介護保険制度

1 介護保険制度の現状と目指す姿

2000（平成12）年4月に社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして創設された介護保険制度は今年で18年目を迎えた。

介護サービスの利用者は在宅サービスを中心に着実に増加し、2000年4月には149万人であったサービス利用者数は、2016（平成28）年4月には496万人と、約3.3倍になっており、介護保険制度は着実に社会に定着してきている。

高齢化がさらに進展し、「団塊の世代」が75歳以上となる2025年の日本では、およそ5.5人に1人が75歳以上高齢者となり、認知症の高齢者の割合や、世帯主が高齢者の単独世帯・夫婦のみの世帯の割合が増加していくと推計されている。特に、首都圏を始めとする都市部では急速に高齢化が進むと推計されている。

そこで、このような社会構造の変化や高齢者のニーズに応えるために「地域包括ケアシステム」の実現を目指している。「地域包括ケアシステム」とは、地域の事情に応じて高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制のことをいう。高齢化の進展のスピードや地域資源の状況などは地域によって異なるため、それぞれの地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築を可能とすることが重要である。

また、介護保険制度が定着し、サービス利用の大幅な伸びに伴い、介護費用が急速に増大している。介護保険制度開始当時の2000年度は3.6兆円だった介護費用は、2017（平成29）年度には10.7兆円となっており、高齢化がさらに進展し、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、介護費用は約21兆円[*14]になると推計されている。介護費用の増大に伴い、介護保険制度創設時に全国平均3,000円程度であった介護保険料は、現在約5,500円になっており、2025年には約8,200円になると見込まれている。

＊14「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」（平成24年3月）の改革シナリオの推計に基づく。

このような介護保険制度の状況等を踏まえ、社会保障制度改革の全体像や進め方を明らかにしたプログラム法が成立したこと等を受け、2014（平成26）年の第186回通常国会において「医療介護総合確保推進法」が成立した。この法律における介護分野の制度改革については、地域包括ケアシステムの構築と介護保険制度の持続可能性の確保のための見直し事項が盛り込まれ、2015（平成27）年から順次施行されている。

このような介護保険制度の状況や、社会保障審議会介護保険部会での議論等を踏まえ、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」を第193回通常国会に提出し、2017（平成29）年5月26日に成立した（平成29年法律第52号）。この法律は、地域包括ケアシステムの深化・推進と介護保険制度の持続可能性の確保を柱としている。

具体的には、地域包括ケアシステムの深化・推進を進める観点から、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組みの推進、医療・介護の連携の推進、地域共生社会の実現に向けた取組みの推進等を行うとともに、介護保険制度の持続可能性の確保の観点から、2割負担者のうち特に所得の高い層への3割負担の導入、介護納付金への総報酬割の導入を行うこととしている。

図表7-4-1　地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

平成29年5月26日成立、6月2日公布

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

Ⅰ　地域包括ケアシステムの深化・推進

1　自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組みの推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

・国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載

・都道府県による市町村に対する支援事業の創設　　・財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

・地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）

・居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）

・認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2　医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

①「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

②医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3　地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

・市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化

・高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

・有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）

・障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

Ⅱ　介護保険制度の持続可能性の確保

4　2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5　介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

・各医療保険者が納付する介護納付金（40 ～ 64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

2 地域包括ケアシステムの構築

(1) 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組みの推進

高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者である市町村の保険者機能を強化し、高齢者の自立支援・重度化防止に向けた取組みを推進することが重要である。

このため、全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に取り組むよう、

①データに基づく課題分析と対応

②適切な指標による実績評価

③取組実績に応じた市町村・都道府県に対する財政的インセンティブの付与

という仕組みを法律により制度化することとしている。

また、市町村の人員体制やノウハウの蓄積等の状況は地域によって様々であるため、厚生労働省や都道府県が積極的かつ丁寧に支援していくことが必要である。具体的には、都道府県が市町村を支援することを法律上に明記し、都道府県による市町村職員に対する研修の実施、医療職等の派遣に関する関係団体との調整等を行うこととしている。また厚生労働省は、市町村が多角的に地域課題を分析することを支援するとともに、都道府県職員に対して研修等を行い、市町村の取組みを支援していくこととしている。

○認知症施策の推進

我が国では、高齢者の４人に１人が認知症又はその予備群と言われており、認知症は、今や誰もが関わる可能性のある身近な病気となっている。世界各国でも認知症の方は増加しており、その対応は世界共通の課題である。

厚生労働省では、内閣総理大臣からの指示を受けて、2015（平成27）年１月に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」（以下「総合戦略」という。）を関係省庁と共同して策定した。その策定に当たっては、認知症の人やその家族をはじめとした様々な関係者から幅広く意見を聴いたところである。

総合戦略は、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年を目指し、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現すべく、７つの柱

①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

③若年性認知症施策の強化

④認知症の人の介護者への支援

⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進

⑦認知症の人やその家族の視点の重視

に沿って、認知症施策を総合的に推進していくもので、2017（平成29）年度末等を当面の目標年度として、施策ごとの数値目標などを定めている。

例えば、認知症初期集中支援チームを2018（平成30）年度までに全市町村に設置するなど医療・介護等が連携し、できる限り早い段階から認知症の方を支援するとともに、根本治療薬について、2020年度までの治験開始を目指すなど、予防や治療のための研究開発を推進し、認知症サポーターを2017年度までに800万人養成するなど、認知症の方や高齢者にやさしい地域づくりを進めることとしている。

また、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、総合戦略の基本的な考え方（認知症に関する施策の総合的な推進等）を法律上にも位置づけ、取組みを推進することとしている。

(2) 医療・介護の連携の推進

今後、要介護認定率や認知症の発生率等が高い75歳以上の高齢者の増加に伴い、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者の増加が見込まれることから、在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の構築とその連携がますます必要となる。

このため、在宅医療・介護連携推進事業を地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、2018（平成30）年４月には全ての市町村において、以下のア～クの８つの事業項目を実施することとしている。

ア　地域の医療・介護の資源の把握
イ　在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
ウ　切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
エ　医療・介護関係者の情報共有の支援
オ　在宅医療・介護連携に関する相談支援
カ　医療・介護関係者の研修
キ　地域住民への普及啓発
ク　在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携

また、地域包括ケアシステムを推進する観点から、医療処置等が必要であるものの、入院する程ではないが自宅や特別養護老人ホーム等での生活が困難な高齢者にも対応可能な受け皿を確保することは重要である。

このため、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」において、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」等の医療機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた新たな介護保険施設として、「介護医療院」を創設した。

(3) 地域共生社会の実現に向けた取組みの推進

我が国は少子高齢化に伴う人口減少という大きな課題を抱えており、こうした中で、既存の縦割りの制度では効果的で適切な解決策を講じることが難しい課題や、既存の制度の狭間にあって、制度による解決が困難な課題などが出てきている。

こうした課題を解決するため、地域の力を強化するとともに、公的な支援体制が様々な分野で縦割りに対応するのではなく、連携・協働しながら包括的に支援を行っていくことが必要となっており、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」においては、市町村が包括的な支援体制を構築する役割を担うことを明確にするとともに、地域福祉計画を福祉各分野の共通事項を記載した上位計画として位置づける

ために、社会福祉法の一部改正を盛り込んでいる。

また、同法では、障害児も含め障害のある方と高齢者が同一の事業所でサービスを受けやすくするために、介護保険と障害福祉両方の制度に新たに共生型サービスを位置づけた。

これにより、障害者が介護保険の被保険者となった際に、使い慣れた障害福祉サービス事業所を引き続き利用しやすくなり、また、福祉に携わる人材に限りがある中で、地域の実情に合わせて、人材をうまく活用しながら適切にサービス提供を行うことが可能となる。

(4) 高齢者の虐待防止

2006（平成18）年4月に施行された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」等に基づき、高齢者虐待の未然防止、早期発見、迅速かつ適切な対応を図るため、自治体等と連携して、虐待を受けた高齢者に対する保護、養護者への支援等に係る措置を講じている。

2015（平成27）年度における対応状況は、養介護施設従事者等による虐待の相談・通報件数が1,640件、虐待判断件数が408件となっており、養護者による虐待の相談・通報件数が26,688件、虐待判断件数が15,976件となっている。

図表7-4-2　高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律の概要（平成17年法律第124号・平成18年4月1日から施行）

目　的

高齢者虐待が深刻な状況にあり、高齢者の尊厳保持のため虐待防止を図ることが重要であることから、虐待防止等に関する国等の責務、虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援の措置等を定めることにより、高齢者虐待の防止に係る施策を促進し、もって高齢者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

定　義

1. 「高齢者」とは、65歳以上の者をいう。（H24.10～65歳未満の養介護施設入所等障害者を含む。）
2. 「高齢者虐待」とは、①養護者による高齢者虐待、②養介護施設従事者等による高齢者虐待をいう。
3. 高齢者虐待の類型は①身体的虐待、②養護を著しく怠る（ネグレクト）、③心理的虐待、④性的虐待、⑤経済的虐待の5つ。

国及び地方公共団体の責務等（法第3条）

「関係機関の連携強化等、体制の整備」、「専門的な人材の確保、資質の向上」、「通報義務、救済制度等の広報、啓発」

虐待防止施策

養護者による高齢者虐待	養介護施設従事者等による高齢者虐待
［市町村の責務］相談等、居室確保、養護者の支援 ［都道府県の責務］市町村の施策への援助等	［設置者等の責務］ 当該施設等における高齢者に対する虐待防止等のための措置を実施
［スキーム］ 虐待発見 → 通報 → 市町村 ①事実確認（立入調査等） ②措置（一時保護、面会制限）	［スキーム］ 虐待発見 → 通報 → 市町村 → 都道府県 ①事実確認 ②老人福祉法、介護保険法の規定による権限の適切な行使 ①監督権限の適切な行使 ②措置等の公表

3 介護人材の確保

(1) 介護ロボット・ICTの活用



要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など介護ニーズがますます増大する一方、核家族化の進行や、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化している中、介護分野においても、日本の高度な水準のロボット技術を活用し、高齢者の自立支援や介護者の負担軽減を図ることが求められている。「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）においても、介護人材確保のための総合的な対策の一つとして、「介護ロボットの活用促進」を掲げている。

これまでも、厚生労働省においては、経済産業省と連携し、重点的に開発等の支援を行う分野を定め、介護ロボット実用化・普及の促進に取り組んできた。

2016（平成28）年度においては、新たに「介護ロボット開発等加速化事業」を実施し、介護現場のニーズを介護ロボットの開発内容に反映させることに併せ、効果的な介護技術を構築するなど、各段階で必要な支援を行っている。

また、介護サービス事業所のICT活用が進んでいない現状を踏まえ、厚生労働省ではICTの普及による業務効率化や生産性向上を図るための取組みを進めている。2016年度には、訪問介護や通所介護の事業所においてモデル事業を実施し、ICTの導入に向けた課題の把握や、導入支援のための手引きの作成等を行った。2017年度は、ICTを活用した場合における複数の居宅サービス事業所の連携の効果について検証すること等を予定しており、こうした取組みを通じてICTの活用を推進していく。

(2) 平成29年度介護報酬改定

高齢化が進む中、介護サービスを安定的に提供していくためには、介護人材を確保することは重要な課題の一つである。

政府は、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年6月2日閣議決定）に基づき、キャリアアップの仕組みを構築し、介護職員1人当たり月額平均1万円相当の処遇改善を行うため、2017（平成29）年度に臨時に介護報酬改定を実施し、介護職員処遇改善加算の拡充を行った。

具体的には、昇給と結びついた形でのキャリアアップの仕組みを構築した事業者について、より手厚く評価を行うための区分を新設したものである。

新たな区分の加算の算定にあたっては、従前の介護職員処遇改善加算（Ⅰ）の算定に必要な要件に加えて、新たに、「経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けること（就業規則等の明確な書面での整備・全ての介護職員への周知を含む）」というキャリアパス要件を設け、これらを全て満たすことを要することとした。

第5節　福祉・介護人材の確保対策

政府においては、一億総活躍社会の実現を目指し、その重要な政策の柱として、「介護離職ゼロ」を掲げ、介護施設等の整備と併せ、必要な介護人材の確保についても、就業促進や離職の防止、生産性の向上などに総合的に取り組んでいくこととしている。

このため、2017（平成29）年度から、技能や経験に応じて昇給する仕組みを構築し、月額平均1万円相当の処遇改善を行うとともに、必要な財源を確保しつつ、

①介護福祉士を目指す学生に、介護職に5年間の勤務で返済を免除する奨学金制度の活用

②いったん仕事を離れた人が再び仕事に就く場合に、介護職に2年間の勤務で返済を免除する再就職準備金貸付制度の拡充

③地域医療介護総合確保基金を活用した、介護施設等における職員のための保育施設の開設支援

④将来を見通せる賃金体系が重要であるため、介護事業者が賃金表を導入した場合の助成

⑤介護ロボットの活用促進や、ICTを活用した生産性向上の推進

などに取り組んでいる。

また、2016（平成28）年3月に成立した「社会福祉法等の一部を改正する法律」に基づき、中核的な役割を担う介護福祉士の資質向上のため、介護福祉士養成施設卒業者への国家試験の義務付けを漸進的に導入するとともに、離職した介護福祉士等の届出制度を創設して、離職者を把握し、求職者になる前段階から効果的な支援を行うなどの取組みを進める。

また、全国の主要なハローワークに設置する「福祉人材コーナー」において、きめ細かな職業相談・職業紹介、求人者に対する求人充足に向けての助言・指導等を行うとともに、「福祉人材コーナー」を設置していないハローワークにおいても、福祉分野の職業相談・職業紹介、求人情報の提供及び「福祉人材コーナー」の利用勧奨等の支援を実施している。

加えて、ハローワークと福祉人材センターや介護労働安定センターの関係団体等が連携し、求職者・求人者を対象に、関係団体のノウハウや情報を活用した合同説明会や合同就職面接会等を開催している。

さらに、各都道府県に設置されている「福祉人材センター」においても、職業相談、職業紹介を行うとともに、当該センターに配属された専門員が求人事務所と求職者双方のニーズを的確に把握した上で、マッチングによる円滑な人材参入・定着支援等の実施を行っているほか、小・中・高校生を対象とした介護の職場体験等を実施し、将来の福祉・介護の担い手の確保につなげる取組みを行っている。

公共職業訓練及び求職者支援訓練においては、人材確保に課題を抱える建設分野、保育分野等に加え介護分野において必要とされる人材の確保に重点を置いて訓練を実施している。

一方、介護労働者は、賃金、労働時間、身体的な負担、精神的な負担に対する不安や不満に端的に示されるように厳しい労働環境にある。2015（平成27）年度介護労働実態調査によると、労働条件・仕事の負担についての悩み、不安、不満等（複数回答）として、

「人手が足りない」が50.9%で最も多く、次いで「仕事内容のわりに賃金が低い」が42.3%、「有給休暇が取りにくい」が34.6%、「身体的負担が大きい（腰痛や体力に不安がある）」が30.4%の順に多くあげられているなど、特に雇用管理の面で解決すべき課題が多い。そのため、介護労働者の身体的負担軽減に資する介護福祉機器（移動用リフト等）を導入・運用した事業主に対する助成措置や、賃金制度の整備を通じて介護労働者の離職率を低下させた事業主に対する助成措置、また、介護労働安定センターによる事業所の雇用管理改善に関する相談援助等により、介護労働者の雇用管理の改善を図っている。

第6節　社会福祉法人制度改革について

社会福祉法人は、公益性の高い社会福祉事業を行うことを目的とする非営利法人として、長年、福祉サービスの供給確保の中心的な役割を果たしてきたが、福祉サービスの利用の仕組みが行政による措置から利用者との契約に移行し、株式会社やNPOなど多様な経営主体による福祉サービスへの参入が進む中、社会福祉事業のみならず、他の経営主体では対応が困難な地域の多様化・複雑化する福祉ニーズを充足するための取組みを積極的に講じ、地域社会に貢献することが求められている。

社会福祉法人がこうした地域福祉の中心的な担い手としての役割を果たせるよう、その公益性・非営利性を徹底するとともに、国民に対する説明責任を果たし、地域社会に貢献する法人の在り方を確立する観点から、「社会福祉法等の一部を改正する法律」（2016（平成28）年3月成立、2017（平成29）年4月本格施行）により、社会福祉法人制度改革を行っている。具体的には、議決機関としての評議員会の必置化、一定規模を超える法人に対する会計監査人の導入、いわゆる内部留保の明確化のための再投下可能な財産額（以下「社会福祉充実財産」という。）の算定とこれを再投下する仕組みの構築、地域における公益的な取組みの実施に係る責務規定の創設等を行っている。

今後、全国の社会福祉法人においては、新制度に基づく組織運営を行うとともに、法人の保有する財産について、事業継続に必要な財産を控除した上で、社会福祉充実財産を算定し、当該財産が生じる場合には、その使途を「見える化」する社会福祉充実計画を策定して、既存事業の拡充や新たな取組みに有効活用するなどにより、地域に貢献していくことが求められる。

第8章 健康で安全な生活の確保

第1節 健康危機管理・災害対策の推進

1 健康危機管理の取組みについて

厚生労働省においては、医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して、「厚生労働省健康危機管理基本指針」に基づき必要な体制を整備して、健康危機管理に取り組んでいる。

具体的には、平素から、関係部局や国立試験研究機関を通じて内外からの情報収集を行っている。また部局横断的な組織である「健康危機管理調整会議」において、幹事会と合わせて毎月2回情報交換を行うとともに、有事の際には緊急の調整会議を招集し、対策本部の設置、職員や専門家の現地派遣、国民の皆様への健康危機情報の提供等を行っている。

また平時の健康危機管理業務としても、①健康危機情報の監視、②公衆衛生対応及び初動期医療の整備（通信環境や資材の整備、希少医薬品等の備蓄等）、③危機管理関連の調査研究（被害予測や対策等）、④ガイドラインの整備、訓練・研修会の開催等を行っている。

2 災害対策の取組みについて

厚生労働省においては、「厚生労働省防災業務計画」に基づき、厚生労働省の所掌事務に係る災害予防対策、災害応急対策及び災害復旧・復興に取り組んでいる。

2016（平成28）年には、平成28年（2016年）熊本地震が発生したほか、8月以降多くの台風が到来するなど、全国で多くの被害が発生した。このうち、とりわけ被害が甚大であった平成28年（2016年）熊本地震においては、

- 「災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team：DMAT）ロジスティックチーム」や「災害医療コーディネーター」により、様々な医療関係者の活動を調整
- 災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team：DPAT）が、発足後初めて被災都道府県以外のDPATによる広域支援を実施
- 全国から登録された被災地の施設へ派遣可能な福祉人材と、被災地の社会福祉施設におけるニーズのマッチングによる、福祉人材の派遣調整
- 失業手当や雇用調整助成金の支給要件の緩和などの実施

など、災害医療分野、福祉分野、労働分野等の幅広い分野において様々な取組みを行った。

また、8月の台風第10号により、岩手県の認知症高齢者グループホームで9名の方が亡くなった事案では、社会福祉施設等において、自然災害からの避難等について盛り込んだ非常災害時の計画が未策定の施設があることが課題として指摘された。そのため、各都道府県等に対して、点検や作成に向けた指導・助言を依頼するとともに、関係省庁とも連携し、計画策定に向けたモデル事業を実施し、非常災害時の体制強化を進めている。

さらに、2017（平成29）年2月には、「厚生労働省防災業務計画」を修正し、災害発生時の対応をより迅速化するなど、大規模な自然災害等の発生に対する備えを強化した。

第2節　ゲノム医療の推進

1 ゲノム医療の推進体制について

近年、個人のゲノム情報に基づき、体質や病状に適した、より効果的・効率的な疾患の診断、治療、予防が可能となる「ゲノム医療」への期待が急速に高まっており、特に、がんや難病の分野では既に実用化が始まっている。このような背景を踏まえ、「日本再興戦略2016」（平成28年6月2日閣議決定）、「健康・医療戦略」（平成26年7月閣議決定）及び「医療分野研究開発推進計画」（平成26年7月健康・医療戦略推進本部決定）では、信頼性の確保されたゲノム医療の実現等に向けた取組みを推進することや、ゲノム情報の取扱いについて、倫理面での具体的対応や法的規制の必要性も含め、検討を進めることとされている。

2015（平成27）年1月に、健康・医療戦略推進会議の下に、ゲノム医療を実現するための取組みを関係府省・関係機関が連携して推進するための、「ゲノム医療実現推進協議会」が設置され、同年7月に「ゲノム医療実現推進協議会中間とりまとめ」が公表された。また、同年11月から、同協議会の下に「ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」（以下「ゲノムタスクフォース」という。）が開催され、上記の「ゲノム医療実現推進協議会中間とりまとめ」において特に重点的かつ早急に検討を要するものとされた課題について、実務的観点から検討を進め、2016（平成28）年10月に「ゲノム医療等の実現・発展のための具体的方策について（意見とりまとめ）」が公表された。厚生労働省においては、この意見とりまとめを同協議会に報告するとともに、とりまとめ事項について、ゲノム医療推進のための必要な取組みを進めている。

2 ゲノム医療推進のための取組みについて

ゲノム医療を推進するためには、ゲノム情報を用いた診断や治療等について、検査の精度や患者のアクセスを確保する必要がある。検査の精度の確保については、上記の「ゲノム医療等の実現・発展のための具体的方策について（意見とりまとめ）」も踏まえ、遺伝子関連検査を含めた検体検査の精度の確保を盛り込んだ「医療法等の一部を改正する法律案」を第193回通常国会に提出し、2017（平成29）年6月に成立した。

また、遺伝子関連検査のうち、特にDNAシークエンサーを用いた遺伝子解析システムでは、検査機器本体とは別に解析プログラムを検査所で設計開発する場合があるが、2014（平成26）年11月に「薬事法」（昭和35年法律第145号。改正後の題名は「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」。以下「医薬品医療機器法」という。）が改正され、プログラムの提供が医薬品医療機器法の規制対象とされたことから、これらの検査システムであっても形態によっては、検査に用いられるプログラムについて、医薬品医療機器法の承認を受けることとなった。2016（平成28）年3月には「医療機器プログラムの承認申請に関するガイダンス」を公表し、解析プログラムを含む遺伝子関連検査の承認申請の論点を明確化することで、遺伝子関連検査の医療機器としての開発を推進している。

他方、患者のアクセスの確保については、「難病の患者に対する医療等に関する法律」（平成26年法律第50号）の施行を踏まえ、平成28年度診療報酬改定において、関係学会の作成する指針に基づいて行われた場合に限り、診断に遺伝子関連検査が必須とされている35の指定難病に対する遺伝子関連検査を保険適用とした。

さらに、がん、難病等の分野では遺伝子関連検査の医療への実利用が始まっているが、ゲノム医療をさらに推進するためにはゲノム情報を集積し、効果的・効率的な診療や新たな医薬品などの開発に利活用する仕組みを構築する必要があるため、2017年3月より「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」を開催し、中核的な医療機関の役割や連携の在り方について議論を開始した。

また、ゲノム医療に関わる人材について、医師の臨床研修等におけるゲノム医療の取扱いについて検討を開始するとともに、ゲノム医療に関わる医療従事者が備えるべき知識や資質等に関する研究を実施している。

第3節 感染症対策、予防接種の推進

1 エボラ出血熱対策について

(1) エボラ出血熱の発生状況について

2014（平成26）年3月に、ギニアが世界保健機関（World Health Organization：WHO）に対しエボラ出血熱の大規模発生を報告して以来、2016（平成28）年2月末までに、西アフリカ3カ国（ギニア、シエラレオネ、リベリア）において、約2万9千人の患者（疑い例を含む。）が報告され、このうち約1万1千人が死亡した。その感染の拡大は3か国にとどまらず、ナイジェリア、マリ、セネガルといった周辺国にも広がった。また、スペインやアメリカ合衆国においても、海外で感染した患者が帰国、入国する例（以下「輸入症例」という。）や、輸入症例から医療従事者に二次感染する症例が報告された。

西アフリカで起きたエボラ出血熱のアウトブレイクに起因する直接的な人から人への感染については、2015（平成27）年11月7日にシエラレオネ、同年12月29日にギニア、2016年1月14日にリベリアについて、WHOから終息が宣言された。しかしながら、終息宣言後にも再発生が報告されるなど、引き続き十分な注意が必要である。

(2) エボラ出血熱の流行を踏まえた対策について

感染症の発生後速やかに患者を治療し、当該感染症のまん延を防止することが重要であるため、エボラ出血熱を含む「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）上の一類感染症の患者の入院を担当する特定感染症指定医療機関や第一種感染症指定医療機関の整備を進めており、2017（平成29）年4月現在で45都道府県（54医療機関107床）において設置が完了している。厚生労働省は、未設置の県を対象として第一種感染症指定医療機関の整備に関する補助を行うほか、全ての第一種感染症指定医療機関を対象として個人防護具などの整備に関する補助を行った。

加えて、エボラ出血熱を始めとした、国内でほとんど経験することのない感染症について海外で医療研修を行う「一類感染症等予防・診断・治療研修事業」を実施しており、また、エボラ出血熱等のウイルス性出血熱の患者が将来国内で発生した際に、行政検査、患者搬送、入院措置、積極的疫学調査等の対応を迅速に行えるよう、2016（平成28）年6月、「ウイルス性出血熱への行政対応の手引き」を作成し、都道府県、保健所を設置する市、特別区（以下「都道府県等」という。）に周知した。

さらに、国際的に脅威となる感染症の危機管理対応で中心的な役割を担う将来のリーダーを育成するため、2015（平成27）年度から「感染症危機管理専門家（Infectious Disease Emergency Specialist：IDES）養成プログラム」を開設し、国立感染症研究所やWHO等の国内外の関係機関と連携して、人材育成に努めている。

2 中東呼吸器症候群（Middle East Respiratory Syndrome：MERS）対策について

（1）MERSの発生状況について

2012（平成24）年9月以降、サウジアラビアやアラブ首長国連邦などの中東地域の国々を中心に、中東呼吸器症候群（MERS）の患者が報告されており、2017（平成29）年4月27日現在、1,952人の患者（うち、少なくとも693人が死亡。）が確認されている。また、世界各国においても輸入症例が報告されており、2016（平成28）年は、タイ、バーレーン、オーストリアで報告された。

人への感染源としてヒトコブラクダが有力視されており、高齢者や糖尿病などの基礎疾患のある者で重症化しやすく、患者から医療機関受診者や医療従事者などへの感染といった限定的な人から人への感染も確認されている。

（2）MERSに対する検疫体制・国内体制について

MERSは、検疫法（昭和26年法律第201号）に基づく検疫感染症に位置づけられており、水際対策として中東地域からの渡航者や帰国者に対して必要に応じ健康監視を実施しているほか、ポスターやリーフレットで注意喚起を実施している。また、MERSは感染症法上の二類感染症に位置づけられており、国内でMERSの患者が発生した際は入院勧告など適切な措置が取られることとなっている。

2015（平成27）年に韓国において、輸入症例を発端として、死亡例を含む多くの二次感染の患者が発生した際に、我が国においても、MERSへの感染が疑われる患者の発生時に、より迅速な措置を行うため、当面の間の疑似症患者の要件を明示し、また、行政検査の手順を変更した。検疫所における水際対策としては、発生地域からの渡航者や帰国者に対し、症状を示す方や患者と接触をした方は検疫所に立ち寄るように、機内アナウンスを実施したほか、空港等において、検疫官による声かけやリーフレットの設置を行い、また、患者の診察や検査、健康監視対象者の監視を適切に実施した。

依然として、サウジアラビアにおいては、医療機関での二次感染を中心とした発生が起きていることから、引き続き、中東地域への渡航に関する注意喚起や感染が疑われる患者に対する迅速な行政対応等を適切に行っている。

3 蚊媒介感染症対策について

ジカウイルス感染症、チクングニア熱、デング熱などの蚊が媒介する感染症（以下「蚊媒介感染症」という。）については、日本国内に広く生息するヒトスジシマカがその病原体を媒介することがあるため、輸入症例を起点として国内感染事例が発生する可能性がある。そのため、厚生労働省は、2015（平成27）年に「蚊媒介感染症に関する特定感染症予防指針」（以下「蚊の指針」という。）を策定し、これらの蚊媒介感染症の国内発生の予防とまん延の防止のため、国、都道府県等、市町村、医療関係者、国民などが連携して取り組むべき施策について基本的な方向性を示し、蚊媒介感染症に関する対策を総合的に推進している。2016（平成28）年は、各省庁、自治体、企業を始めとした国民全体での「夏の蚊対策国民運動」を展開し、特に6月を「夏の蚊対策広報強化月間」とし、政府広報や自治体等による広報・普及啓発を集中的に実施した。

デング熱については、東南アジアなどの流行地からの帰国者の輸入症例が、毎年多数報告されている。2014（平成26）年には、デング熱に国内で感染した事例が約70年ぶりに確認され、東京都内の都市型公園などで感染したと推定される事例が162例報告されたが、2015年、2016年は国内感染事例の報告はない。

また、ジカウイルス感染症については、2015年5月以降、中南米を中心に多数の患者が報告され、ジカウイルス感染とギラン・バレー症候群や胎児の小頭症との関連が疑われ、2016年2月1日、WHOは小頭症と神経障害の集団発生について「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態」（Public Health Emergency of International Concern：PHEIC）に該当すると宣言した。これを踏まえ、厚生労働省では、ジカウイルス感染症を感染症法上の四類感染症、検疫法上の検疫感染症に追加し、医師による保健所への届出を義務付けたほか、検疫所での検査等の措置を可能とした。また、2016年3月に蚊の指針を改正し、ジカウイルス感染症についての対策を示した。

その後、数々のジカウイルスに関する研究により、ジカウイルス感染症と小頭症等との関係性が示され、2016年11月18日、WHOはPHEICの終息を宣言したが、引き続き世界的にジカウイルス感染症対策を推進するためにも、今後も各国が調査研究等の技術的な対策に取り組む必要があるとした。厚生労働省では、引き続きジカウイルス感染症に関する注意喚起や情報収集を行うとともに、調査研究を推進している。

4 インフルエンザ対策について

(1) 2016/2017シーズンのインフルエンザの流行状況と総合対策について

インフルエンザは冬季を中心に毎年流行する感染症の一つであり、その病原体の感染力が強いため、日本国内では毎年約1,500万人前後が、つまり、国民の約10人に1人の割合で、インフルエンザに罹患している。

2009（平成21）年に発生した新型インフルエンザ（A/H1N1亜型）についても、2011（平成23）年3月31日に、感染症法に定める「新型インフルエンザ等感染症」として認められなくなった旨の公表を行い、その後は季節性インフルエンザ対策の一環として対応している。

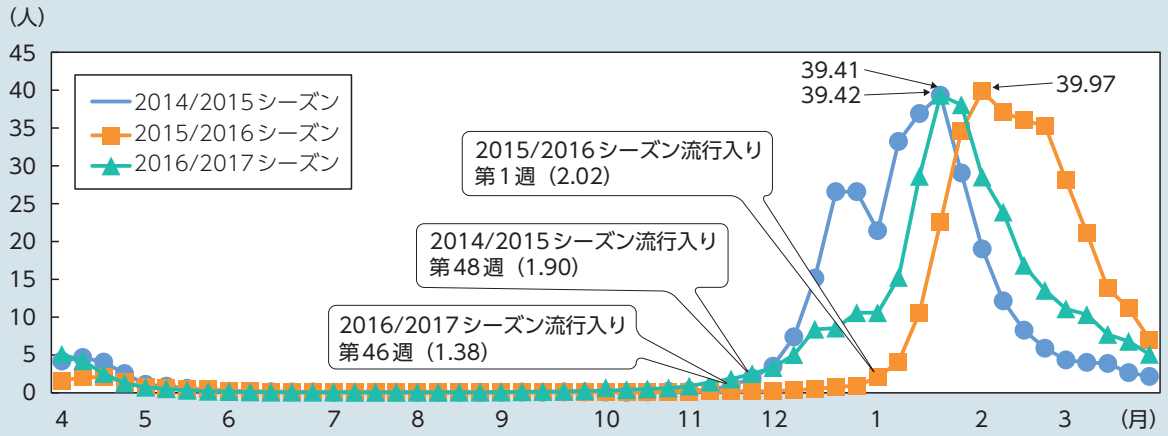
2016/2017シーズンのインフルエンザの流行状況については、2016（平成28）年第

46週（11月14日の週）に、全国の定点当たりの患者数[*1]が、流行入りの基準となる1を超え1.38となって、流行入りし、2017（平成29）年第4週（1月23日の週）に、当該患者数が39.41まで上昇し、流行のピークを迎えた。例年と比較すると、流行入りの時期が早く、過去10シーズンでは、2009/2010シーズンに次いで2番目に早い流行入りとなった（図表8-3-1参照）。

厚生労働省では、インフルエンザの流行に備えて、2016年11月に「今冬のインフルエンザ総合対策」を取りまとめ、厚生労働省のホームページにインフルエンザに関する情報を掲載した専用のページを開設[*2]した。流行状況や予防接種に関する情報を提供するとともに、日常的な予防を啓発するポスター、ツイッター、動画などを用いた感染予防の普及啓発を行っている。

図表8-3-1　インフルエンザの流行状況

2016/2017シーズンは、第46週（11月14日の週）に流行入り（1.38）（※）し、2017年第4週（1月23日の週）に流行のピーク（39.41）を迎えた。
2015/2016シーズンは、第1週（1月4日の週）に流行入り（2.02）（※）し、2016年第6週（2月8日の週）に流行のピーク（39.97）を迎えた。
2014/2015シーズンは、第48週（11月24日の週）に流行入り（1.90）（※）し、2015年第4週（1月19日の週）に流行のピーク（39.42）を迎えた。
※全国約5,000箇所のインフルエンザ定点医療機関から報告された外来患者数が、1定点あたり1以上（1週間に1人以上のインフルエンザ様患者が受診）になると、流行が拡大。



資料：厚生労働省「感染症発生動向調査」

(2) 新型インフルエンザ等対策特別措置法等について

新型インフルエンザ対策については、2009（平成21）年に発生した新型インフルエンザA（H1N1）の経験などを踏まえて、対策の実効性を高めるために、「新型インフルエンザ等対策特別措置法」（平成24年法律第31号。以下「特措法」という。）[*3]が2013（平成25）年4月13日に施行された。

特措法は、病原性が高い新型インフルエンザや同様の危険性がある新感染症に対して、国民の生命・健康を保護し、国民生活・国民経済に及ぼす影響が最小となるようにするこ

＊1　全国約5,000か所のインフルエンザ定点医療機関から報告された1医療機関あたりの外来患者数
＊2　平成28年度今冬のインフルエンザ総合対策について
厚生労働省　http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/influenza/index.html
＊3　「新型インフルエンザ等対策特別措置法」
内閣官房　http://www.cas.go.jp/jp/influenza/120511houritu.html

とを目的とし、政府対策本部の設置や新型インフルエンザ等緊急事態における不要不急の外出の自粛要請など新型インフルエンザ等の発生時における措置の法的根拠の整備を図ったものである。

また、新型インフルエンザ等対策の円滑な推進のため、新型インフルエンザ等対策閣僚会議の下に設置された新型インフルエンザ等対策有識者会議における検討を踏まえ、2013年に関係政令が公布、施行され、「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」[*4]とガイドライン[*5]が策定された。

さらに、新型インフルエンザ等の発生に備えるべく、地方公共団体や指定公共機関との連携の下、新型インフルエンザ等対策訓練が政府全体で実施されている。

(3) 抗インフルエンザウイルス薬の備蓄とワクチン供給体制について

抗インフルエンザウイルス薬については、新型インフルエンザの発生に備え、「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」に基づき国民の45%相当量を備蓄目標とし、国と都道府県などにおいて備蓄を行っている。

また、ワクチンについては、現在の鶏卵培養法では1年半～2年を要する全国民分の新型インフルエンザワクチンの生産期間を約半年に短縮することを目的として、2009（平成21）年度補正予算で「新型インフルエンザワクチン開発・生産体制整備臨時特例交付金」を措置し、細胞培養法による新型インフルエンザワクチンの生産体制の構築を図っている。

これにより、2017（平成29）年度末までに全国民分のワクチン生産のための実生産施設の構築等が行われ、2018（平成30）年度中にはその実用化がなされるよう取り組んでいる。

さらに、高病原性の鳥インフルエンザに由来する新型インフルエンザの流行に備え、鳥インフルエンザに感染した患者や鳥から分離されたウイルスを基に製造されるプレパンデミックワクチンの原液の製造・備蓄を進めている。新型インフルエンザ発生初期に医療従事者や国民生活・国民経済の安定に寄与する業務に従事する者に特定接種（特措法第28条で規定する「特定接種」をいう。以下同じ。）が行えるよう、現在は、A/H5N1亜型を用いて、ウイルス株の種類を変更しながら製造・備蓄を進めるとともに、有効性や安全性に関する研究を行っている。

また、2013（平成25）年12月に医療従事者に関して特定接種の登録申請を開始しており、国民生活・国民経済の安定に寄与する業務の従事者に関する登録申請についても、2016（平成28）年度に特定接種管理システムによる受付が開始され、最終的に登録事業者は公表される予定である。

(4) 鳥インフルエンザ対策について

鳥インフルエンザは、一般的に鳥類がかかる病気であるが、感染した鳥やその臓器に触れるなどの濃厚接触をした場合、稀に人に感染することがある。

＊4 「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」
内閣官房　http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/keikaku.html
＊5 「新型インフルエンザ等対策ガイドライン」
内閣官房　http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/keikaku.html

その中で、鳥インフルエンザ（H5N1亜型）については、東南アジアを中心に、中東、アフリカなどにおいて、2003（平成15）年から2017（平成29）年4月20日までの間に、858人の感染者（うち死亡者453人）が報告されている。また、2013（平成25）年3月以降、中国を中心に鳥インフルエンザ（H7N9亜型）の患者が発生しており、2017年4月20日現在、1,393人の感染者（うち死亡者534人）が確認されている。鳥インフルエンザ（H5N1亜型、H7N9亜型）は感染症法上の二類感染症に位置付けられており、国内で患者が確認された場合には、入院勧告などの適切な措置を講ずることとされている。また、極めて稀ではあるが、H5N1亜型又はH7N9亜型以外の亜型の鳥インフルエンザの人への感染が報告されている。

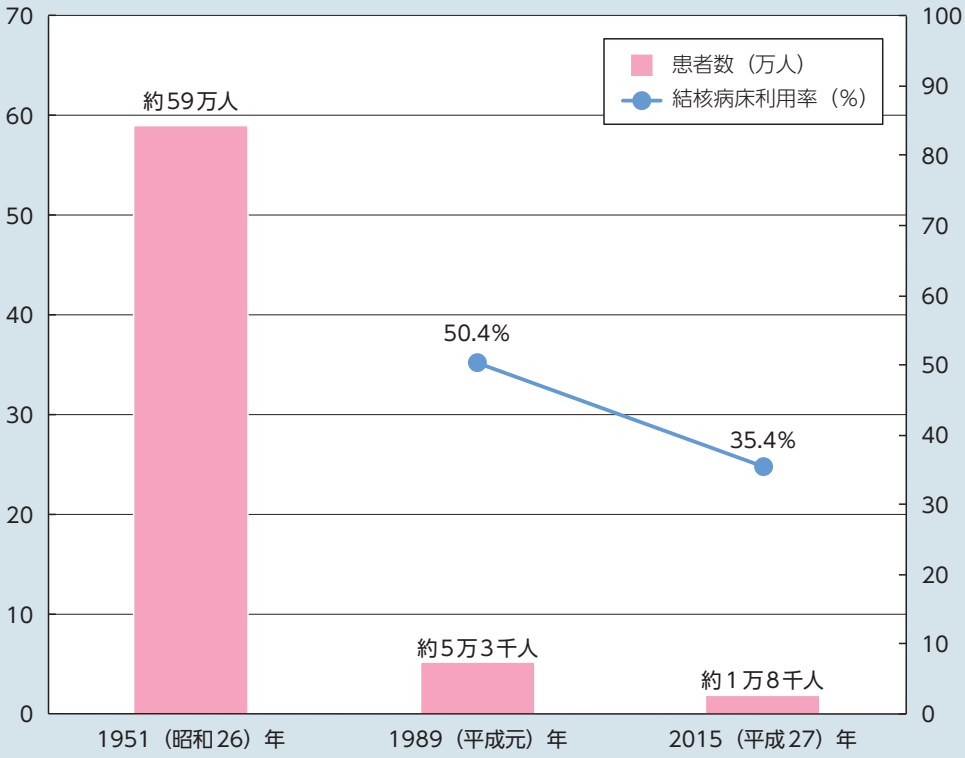
厚生労働省では、海外における鳥インフルエンザの発生状況についてWHOなどから情報を収集し、適時、ホームページなどで情報を公表するとともに、検疫所のポスターなどを通じて、渡航者や帰国者に対して注意喚起を行っている。

5 結核対策について

結核は、かつて「国民病」ともいわれ、我が国の死因第1位を占めるなど、国民の生命と健康を脅かす感染症の一つとして恐れられていた。1951（昭和26）年に結核予防法が制定され、国をあげての取組みにより、患者数が大幅に減少するなど、結核をめぐる状況は飛躍的に改善され、2007（平成19）年には結核予防法を感染症法に統合し、他の感染症とともに総合的な結核対策を行うこととなった。2014（平成26）年には、感染症法を改正し、保健所と医療機関・薬局などとの連携の強化を法律に位置付け、結核の患者に対する服薬確認などを通じた支援体制の強化を図ることとした。また、感染症法上の三種病原体等である多剤耐性結核菌について、結核医療の水準向上やWHOが定める定義などを踏まえ、一次抗結核薬と二次抗結核薬に対して耐性を有する結核菌を病原体等管理規制の対象とすることとした。

近年では、患者数の減少に伴い、国民の間で「過去の病気」とされ、認識が薄れてきているが、年間約1万8千人の患者が新たに発生（**図表8-3-2**参照）するなど、結核は依然として我が国の主要な感染症である。

図表8-3-2　結核患者の発生数の推移



資料：厚生労働省「平成27年結核登録者情報調査年報集計結果」及び「平成27年病院報告」より厚生労働省健康局作成

特に、結核患者の高齢化が進み、結核だけでなく他の疾患を同時に加療する必要があるなど、患者の背景が複雑化しているほか、若年層における新たな結核患者に占める外国人の割合が増加するなどの課題も生じてきており、引き続き対策を講ずる必要がある。このほか、患者の減少に伴う結核病床の利用率の低下などにより、結核病棟を閉鎖する医療機関が相次ぐなど、地域によっては結核医療へのアクセスの悪化が懸念されている。

こうした状況を踏まえ、2016（平成28）年11月、「結核に関する特定感染症予防指針」を改正し、直接服薬確認療法（Directly Observed Treatment, short-course：DOTS）を、地域の関係機関が連携し、患者の生活環境に合わせて実施することや、患者数に見合った結核医療提供体制を確保すること等について盛り込んだ。

厚生労働省としては、東京オリンピック・パラリンピック競技大会が開催される2020年までに、人口10万人対罹患率を、WHOが定める低まん延国の水準である10以下にすることを目標としており、健康診断、公費負担医療、予防接種、DOTSによる対策、地域医療連携体制の強化など、引き続き総合的な結核対策を推進していくこととしている。

また、予防接種については、2013（平成25）年度から、予防接種による小児結核の予防効果、予防接種による副反応（骨炎、骨髄炎）、予防接種スケジュールの観点から検討し、その対象者を「生後6月に至るまでの間にある者」から「生後1歳に至るまでの間にある者」に変更した。

6 薬剤耐性（Antimicrobial Resistance：AMR）対策について

1980年代以降、人に対する抗微生物薬の不適切な使用等を背景として、病院内を中心に、抗微生物薬が効かない新たな薬剤耐性菌が増加した。こうした抗微生物薬が効かなく

なる薬剤耐性（AMR）の問題については、2011（平成23）年、WHOが世界保健デーで取り上げ、ワンヘルス・アプローチ（ヒト、動物といった垣根を超えた世界規模での取組み）に基づく世界的な取組みを推進する必要性を国際社会に訴え、2015（平成27）年5月の世界保健総会では、AMRに関するグローバル・アクション・プランが採択され、加盟各国には2年以内の国家行動計画の策定が求められた。翌月のドイツG7エルマウサミット、2016（平成28）年のG7伊勢志摩サミット、G7神戸保健大臣会合においても、AMRが主要課題の一つとして扱われ、ワンヘルス・アプローチの強化や新薬等の研究開発の必要性等について議論された。

我が国では、これまでも、薬剤耐性感染症を感染症法上の五類感染症に位置づけたほか、医療法、診療報酬等に院内感染対策を位置づけ、院内感染対策サーベイランス事業を実施する等の取組みを推進してきたが、2015年、我が国の国家行動計画である薬剤耐性（AMR）対策アクションプランを取りまとめるべく、厚生労働省に薬剤耐性（AMR）タスクフォースを設置し、有識者等による検討を重ね、また、「国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議」（以下「関係閣僚会議」という。）の枠組みの下に、「薬剤耐性（AMR）に関する検討調整会議」を設置し、政府一体で検討を行った。このような経緯を踏まえ、2016年4月の関係閣僚会議において、我が国でAMR対策を推進するに当たって今後5年間で実施すべき事項をまとめた「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」[*6]が取りまとめられた。

本アクションプランでは、2020年までに実施すべき事項を、普及啓発・教育、動向調査・監視、感染予防・管理、抗微生物剤の適正使用、研究開発、国際協力の6つの分野に分けてまとめ、同時に、ヒト・医療分野、動物・畜産分野における抗微生物薬使用量の削減や薬剤耐性率の低下等の成果指標を示しており、これらの目標を達成するため具体的な施策を進めることとした。特に、ヒトに関しては、2020年の人口1,000人当たりの一日の抗菌薬使用量を、2013（平成25）年の水準の三分の二に減少させることを目標としている。

このような状況を踏まえて、厚生労働省では「抗微生物薬適正使用の手引き」の発行に向けて議論を重ねた。本手引きでは、抗微生物薬の適正使用を推進していくため、急性気道感染症（いわゆる「風邪」）と急性下痢症について、適切な診療の進め方を示している。また、日本における抗微生物薬の使用量、ヒトや動物における微生物の薬剤耐性率等の状況等を検討するため、2017（平成29）年2月に「薬剤耐性ワンヘルス動向調査検討会」を開催し、有識者による議論を開始した。

7 エイズ（AIDS/後天性免疫不全症候群）対策について

国連合同エイズ計画（Joint United Nations Programme on HIV/AIDS：UNAIDS）によると、全世界のヒト免疫不全ウイルス（Human Immunodeficiency Virus：HIV）感染者は、2015（平成27）年末で3,670万人に上ると推計されている。

我が国の状況を見ると、2015年の新規HIV感染者／エイズ患者報告数は1,434件となり、累積HIV感染者報告数は17,909件、累積エイズ患者報告数は8,086件（いずれも血

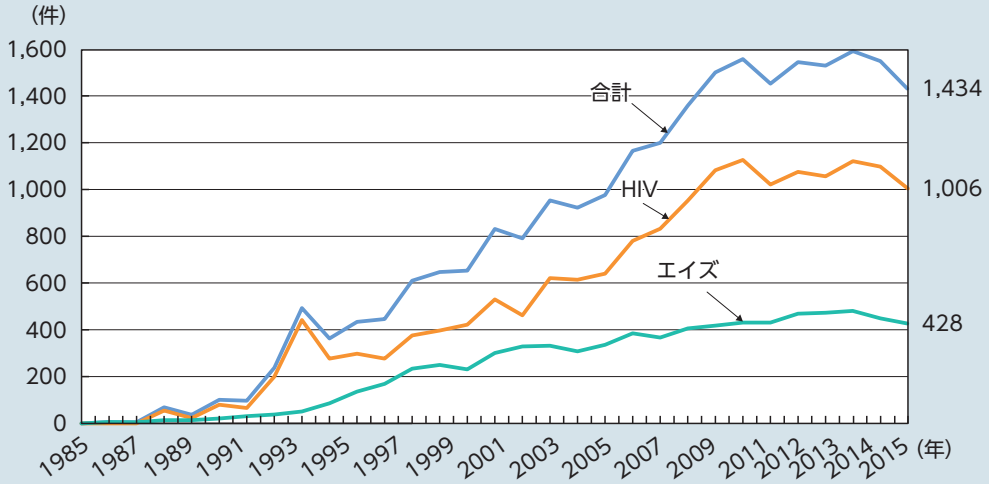
＊6　「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」
厚生労働省　http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000120769.pdf

液凝固因子製剤の投与に起因する感染者数1,439件を除く。）となっている。新規HIV感染者報告数は、2008（平成20）年以降、横ばいであり、新規エイズ患者報告数も減少していない。また、年間1,500件程度のHIV感染者・エイズ患者の新規報告が続いている。こうした状況を踏まえ、引き続きエイズ対策の充実・強化が必要である。

2011（平成23）年9月に取りまとめられた「エイズ予防指針作業班報告書」などを踏まえ、「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」（エイズ予防指針）を見直し、2012（平成24）年1月19日から施行している。

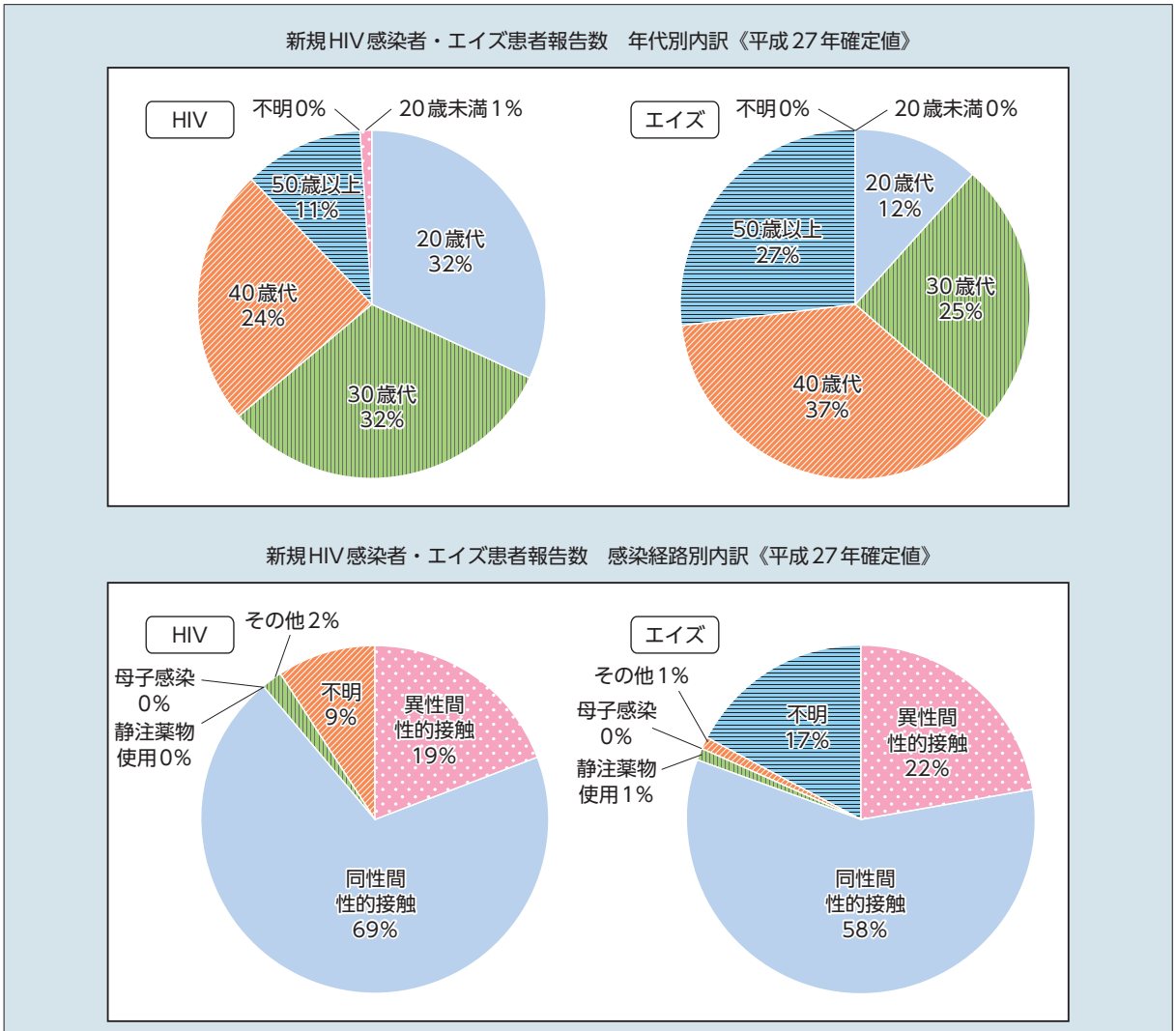
同指針では、引き続き施策の重点化を図るべき3分野（普及啓発及び教育、検査・相談体制の充実、医療の提供）を中心に、新たに、①検査・相談体制の充実、②個別施策層に対する検査に係る目標設定、③地域における総合的な医療提供体制の充実、④NGO等との連携に重点的に取り組み、国、地方公共団体、医療関係者や患者団体を含むNGOなどがともに連携して、HIV感染者／エイズ患者の人権に配慮しつつ、予防や医療に係る総合的施策を展開することとしている。

図表8-3-3　新規HIV感染者・エイズ患者報告数の推移



資料：厚生労働省エイズ動向委員会報告

図表8-3-4　新規HIV感染者・エイズ患者の状況



※小数点第1位を四捨五入しているため、合計は100%とならない
資料：厚生労働省エイズ動向委員会報告

8 性感染症対策について

性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、梅毒、淋菌感染症（以下「性感染症」という。）は、性的接触を介して誰もが感染する可能性があり、生殖年齢にある男女を中心とした大きな健康問題である。特に梅毒については、2011（平成23）年以降報告数が増加している。

性感染症は、感染しても無症状であるか症状が軽く、感染者が治療を怠りやすいという特性があることから、本人に自覚がないまま、感染が拡大する可能性や、感染者本人にとって不妊などの後遺障害、生殖器がんの要因となる場合があること等も問題である。

性感染症のまん延を防止するための具体的な対策としては、保健所での性感染症検査や性感染症に関する相談・普及啓発事業について、都道府県等に対して補助を実施し、毎年11月25日から12月1日の間を「性の健康週間」と位置付け、性感染症予防のための普及啓発活動を特に集中的に行うなどの取組みを行っている。

また、2012（平成24）年6月に厚生労働省ホームページに開設した、性感染症に関する専用ページにおいて、性感染症に関する情報発信に努めている。加えて、発生動向に関

する疫学調査や検査・治療等に関する研究開発を関係機関と連携して取り組んでいる。

なお、性感染症対策については、「性感染症に関する特定感染症予防指針」を踏まえ、コンドームの特性と性感染症の予防効果などに関する情報提供を進めることや、性器クラミジア感染症、淋菌感染症についてはより精度の高い病原体検査を推進していくこと、学会などと連携して医療の質を向上させること、性感染症検査の奨励など、更に対策を推進していくこととしている。



©Naoko Takeuchi
キャラクターを起用した啓発ポスター
(平成28年11月～)

9 HTLV-1対策について

ヒトT細胞白血病ウイルス-1型（Human T-cell Leukemia Virus type1：HTLV-1）の感染者は、全国に約70万～80万人いるとの推定が報告されており、そのうち一部の患者については、成人T細胞白血病（Adult T-cellLeukemia：ATL）やHTLV-1関連脊髄症（HTLV-1 Associated Myelopathy：HAM）といった重篤な疾病を発症する可能性がある。

2010（平成22）年12月に取りまとめられた「HTLV-1総合対策」において、国は、地方公共団体、医療機関、患者団体などと密接な連携を図り、総合対策を強力に推進することとされている。これを踏まえ、厚生労働省においては2017（平成29）年3月までに、HTLV-1対策に携わる患者団体、学識経験者その他の関係者から意見を求めるため「HTLV-1対策推進協議会」を11回開催している。

具体的な対策としてHTLV-1抗体検査を妊婦健康診査の標準的な検査項目に追加し、2011（平成23）年度から、HTLV-1母子感染対策事業として、都道府県において「HTLV-1母子感染対策協議会」を開催するとともに、医師、助産師、市町村職員などに対しての研修や妊婦などへの普及啓発を実施している。また、都道府県、政令市、特別区に対して、保健所におけるHTLV-1検査や相談への補助事業を行っている。

加えて、各都道府県、政令市、特別区に相談窓口を設置し、教育資材の作成、医療関係者への研修などを通して相談支援体制の充実を図るとともに、厚生労働省のホームページに専用ページを作成するなど、普及啓発・情報提供を行っている[*7]。

さらに、2011年度より厚生労働科学研究費補助金において、2015（平成27）年度より厚生労働省及び国立研究開発法人日本医療研究開発機構において、HTLV-1関連疾患研究領域を設け、治療法などの研究を戦略的に推進している。

10 麻しん・風しん対策について

麻しんについては、「麻しんに関する特定感染症予防指針」において、2015（平成27）年度までに麻しんを排除し、その後も排除状態を維持することを目標としており、麻しん患者が一例でも発生した場合に迅速に対応することとしている。

＊7 HTLV-1（ヒトT細胞白血病ウイルス1型）に関する情報
厚生労働省 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou29/

日本の麻しん対策については、毎年、麻しん排除認定会議で評価され、WHOに報告されており、2015年3月27日にはWHO西太平洋事務局により日本が麻しんの排除状態にあることが認定された。

一方で、2016（平成28）年7月以降、複数の自治体で麻しんの届出数が増加したことから、厚生労働省では、予防接種歴の確認など麻しんの発生を意識した診療や、診断した場合の速やかな届出、麻しんの感染力の強さを意識した院内感染対策の実施について、都道府県等や医療機関に対して注意喚起し、MR（麻しん風しん混合）ワクチンが偏在することなく供給されるよう関係機関に対して要請した。また、国立感染症研究所では、専門家を自治体に対して派遣し、積極的疫学調査を支援するなどの対応を行った。

風しんについては、「風しんに関する特定感染症予防指針」に基づき、定期の予防接種を推進する普及啓発や、先天性風しん症候群の予防の観点から、妊娠を希望する女性を主な対象とした抗体検査の費用の助成を実施しており、2014（平成26）年以降、大規模な風しんの流行は認められていない。本指針においては、2020年度までに風しんの排除を達成することを目標に掲げており、引き続き対策を徹底していく。

11 予防接種施策について

(1) 予防接種施策の現状について

感染症の発生とまん延の予防を目的として、一定の疾病に対しては、市町村を実施主体とした定期の予防接種が、予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づき行われている。その対象は、ジフテリア、百日せき、破傷風、麻しん、風しん、ポリオ、日本脳炎、結核、Hib感染症、小児の肺炎球菌感染症、ヒトパピローマウイルス感染症、水痘、B型肝炎（以上、A類疾病）やインフルエンザ、高齢者の肺炎球菌感染症（B類疾病）の15疾病であり、接種する年齢、接種回数、接種間隔、接種に用いるワクチンの種類などを予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）などの関係政省令に規定している。

予防接種は、感染症の発生とまん延の予防に大きな効果を持つ反面、ワクチンの性質上ごくまれにではあるが重い副反応[*8]の発生を避けられないため、予防接種の効果、安全性、健康被害が生じたときの救済制度などに関して、接種を受ける者やその保護者の十分な理解と同意の下に実施するべきものである。そのため、厚生労働省や各地方公共団体では、ホームページやリーフレットなどの各種媒体を通じて適切な情報提供に努めている。

(2) 定期接種に追加するワクチンについて

他の先進諸国と比べて公的に接種するワクチンの種類が少ない、いわゆるワクチン・ギャップの解消や、予防接種施策を総合的かつ継続的に評価・検討する仕組みの構築などのため、2012（平成24）年5月に厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会で「予防接種制度の見直しについて（第二次提言）」が取りまとめられた。この提言や2013（平成25）年3月の予防接種法改正法の衆議院、参議院両院の附帯決議などを踏まえ、「広く接種を促進していくことが望ましい」とされている4ワクチン（水痘、おたふくかぜ、高齢者の肺炎球菌感染症、B型肝炎）のうち、水痘と高齢者の肺炎球菌感染症については、2014（平成26）年10月から、B型肝炎のワクチンについては、2016（平成28）年10

＊8　ワクチン接種により免疫をつけることに伴って発生する、免疫の付与以外の反応。通常の医薬品でいう「副作用」と同様の意味

月から定期の予防接種に位置づけている。

おたふくかぜのワクチンについては、より副反応の発生頻度が低いワクチンの開発が望ましいとの厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会などにおける結論に基づき、ワクチン製造販売企業に対して開発要請を行い、引き続き定期接種化に向けた課題の整理、検討を行っていくこととしている。

(3) HPVワクチンについて

HPVワクチンについては、広範な慢性の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状が接種後に特異的に見られたことから、2013（平成25）年6月以来、この症状の発生頻度等がより明らかになり、国民に適切に情報提供できるまでの間、定期接種の積極的な勧奨を差し控えている。

2015（平成27）年9月の厚生科学審議会副反応検討部会・安全対策調査会（合同会議）で、副反応疑い報告がなされた患者の追跡調査結果を報告し、議論の結果、更なる知見充実が必要であり、現時点では積極的勧奨の差し控えは継続することが適当と整理されている。

また、合同会議での検討結果も踏まえ、「寄り添う姿勢」「科学的知見の尊重」を基本方針として、速やかな救済の審査、医療面・生活面での支援等を実施している。

具体的には、全都道府県の協力医療機関（85施設）の医師に対する研修の実施や診療の手引きの周知により診療の質の向上を図ること、協力医療機関等を受診した方のフォローアップ研究を実施すること、等により医療的な支援の充実を図ることとしている。さらに、多様な相談に対応するべく、2015年11月に各都道府県等の衛生部門及び教育部門に相談窓口を設置した。

2015年12月には予防接種法に基づく定期接種に位置づける前の「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業」による接種後の症状について、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）に基づき因果関係が否定できないと認定された方の「入院相当」でない通院に係る医療費等について、健康管理支援手当の対象とした。

2016（平成28）年12月の合同会議において、研究班から疫学調査の結果（HPVワクチン接種歴のない者においても、HPVワクチン接種後に報告されている症状と同様の「多様な症状」を呈する者が、一定数存在したことなど）が報告された。なお、その際、委員から、疫学調査の追加分析に関する要望が出された。

その後、2017（平成29）年4月の合同会議において、研究班から、疫学調査の追加分析の結果が報告され、2016年12月の合同会議で報告されたものから結論は変わらなかった。

第4節 がん・生活習慣病（NCDs（非感染性疾患））、アレルギー疾患等対策の総合的かつ計画的な推進

1 がん対策の総合的かつ計画的な推進

(1) がん対策の推進

がんは、我が国において1981（昭和56）年より死因の第1位であり、2015（平成

27）年には、年間約37万人が亡くなり、生涯のうち約2人に1人ががんにかかると推計されている。更に、人口の高齢化とともに、がんの罹患者や死亡者の数は今後も増加していくものと見込まれている。

このため、政府においては、1984（昭和59）年度から「対がん10カ年総合戦略」、1994（平成6）年度から「がん克服新10か年戦略」、そして2004（平成16）年度から「第3次対がん10か年総合戦略」を策定し、がんの罹患率と死亡率の減少を目指し、研究、予防、医療などの総合的な推進に取り組んできた。更に、2006（平成18）年6月に議員立法により成立した「がん対策基本法」（平成18年法律第98号）に基づき、2007（平成19）年6月に「がんによる死亡者の減少」と「すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を目標とした「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）を閣議決定した。2012（平成24）年6月に基本計画の見直しを行い、二期目の基本計画では、新たな目標として「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を加え、がん患者とその家族やがんの経験者を社会全体で支えていくこととした。また、2015（平成27）年6月に報告された「がん対策推進基本計画中間評価報告書」では、2007年度からの10年間の目標である「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」について、目標の達成が難しいと予測されたことから、2015年12月、次期基本計画策定までの残された期間で短期集中的に実行すべき具体的施策を明示した「がん対策加速化プラン」を策定した。2016（平成28）年12月にはがん対策基本法が改正され、基本理念の追加や基本的施策の拡充が行われた。

(2) がん医療及び相談支援など

全国どこでも質の高いがん医療を提供できるよう、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。2017（平成29）年4月現在400か所）及び拠点病院のない空白の2次医療圏へのがん医療の均てん化のための地域がん診療病院（2017年4月現在34か所）を指定し、集学的治療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の構築、セカンドオピニオンの提供、がん患者に対する相談支援及び情報提供などを行っている。

また、拠点病院などには、がん患者及びその家族に対する不安や疑問に適切に対応するため、がん相談支援センターが設置されており、電話や面接などにより、がん医療に関する相談支援及び情報提供を行っている。

がんのゲノム医療について、2016年12月27日に「がんゲノム医療フォーラム2016」を開催し、がんとの闘いに終止符を打つことを目指し、がん患者、研究者、医療従事者などによる意見交換を行った。今後、がんのゲノム医療の実現に向けた取組みを推進していく。

(3) がんと診断された時からの緩和ケアの実施

がん患者の多くは、がんと診断された時から身体的苦痛、精神心理的苦痛や社会的苦痛を抱えており、また、その家族も様々な苦痛を抱えていることから、全人的な対応が求められている。

このため、厚生労働省は、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」で研修内容についてのプログラムなどを定め、各地域において、がん診療に携わる医師を

対象とした緩和ケア研修を行っており、2016（平成28）年9月末時点で約8万2千人が修了している。また、拠点病院において、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する医師や看護師などを構成員とする緩和ケアチームの整備や、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制の整備など、適切な緩和ケアを提供できる体制の充実を進めている。

2013（平成25）年度からは、都道府県拠点病院において、これまでの緩和ケアの提供体制をさらに強化した緩和ケアセンターを設置し、より迅速かつ適切な緩和ケアを切れ目なく提供する体制を整備することとしている。このほか、一般国民を対象とした緩和ケアに関する普及啓発などにも取り組んでいる。

コラム　痛みを和らげ、患者が望む生活を支援する緩和ケア

「あらゆる苦痛」を和らげる緩和ケア

がんなどの生命を脅かす疾患に罹った患者とその家族は、トータルペイン（全人的苦痛）[1]と呼ばれる痛みや苦しみに直面している。患者と家族にとっては、疾患の診断がきっかけとなり、日常生活が大きく変化してしまうことも多い。緩和ケアは、そのような患者と家族が感じているあらゆる苦痛を和らげながら、日常生活の質（QOL）を維持する一連の取組みである。

がんの緩和ケアについては、残された時間を過ごす終末期のためのケアや看取りの場所を決めるためのものと誤解されることも少なくないが、決してそのような限定的なものではない。身体や心の痛み、社会で生活する上で困難に感じていることなどのあらゆる痛みを和らげ、取り除きながら、患者と家族が自分（たち）らしく生きていくためのケア全てが含まれる。

患者と家族がリラックスできる診療の場づくり

日本海総合病院（山形県酒田市）は、2008（平成20）年に開院した庄内医療圏の中核病院である。経営母体の山形県・酒田市病院機構は、山形県と酒田市が地方独立行政法人を新たに組織するという全国的にも珍しい運営形態により設立された。

身体や心に痛みを抱える患者と家族は、緊張した状態にあることも少なくないことから、同病院では、患者と家族がリラックスした状態で診療が受けられることを大切にしている。



緩和ケアの案内リーフレット

緩和ケア外来の問診では、緩和ケアの担当医師と緩和ケア認定看護師が、睡眠や食事の量、疲れやすさなどについて訊ね、患者と家族自身に生活の中でできていること、難しいことを具体的に把握してもらう。診療の場が治療と療養を踏まえた今後の生活へのイメージにつなげられるよう配慮しているという。診察室は、ゆとりのある空間になっており、患者と家族の心理的な負担が少しでも軽減されるよう工夫している。


日本海総合病院

1　トータルペインは4つの側面の苦痛（患者と家族が感じる身体的苦痛、精神的苦痛、スピリチュアルペイン、社会的苦痛）に分類。

通院しながら自宅で過ごす患者を支援する事例

胃がんを発症した60代の女性。日本海総合病院で手術と化学療法を受けた後、病状が進行し、経過観察の状態にあった。女性は家族と緩和ケア外来を受診し、今後さらに衰弱していくことを不安に感じているため、緩和ケア外来に通院しながら在宅医療を受けたいとのことだった。緩和ケア外来の診療では、痛みやむくみなどの症状を和らげる投薬やスキンケアの指導などを行った。

受診予定日に女性の状態が悪化した場合には、家族だけが受診し、女性の様子を伝え、緩和ケア医師や緩和ケア認定看護師が自宅での過ごし方について助言などをした。緩和ケア医師は、訪問看護ステーションのスタッフが女性を訪問するのに同行し、在宅医の手配などの在宅療養に必要な医療ケアについての相談に応じた。在宅医が決定し、自宅への訪問診療が開始され、緩和ケア外来の初診から約1か月半後に亡くなるまで、女性は希望していたように自宅で過ごすことができた。

このように、同病院では、患者が在宅療養となっても継続的に支援し、自宅で生活できる体制づくりに積極的に関わっている。同病院の緩和ケアは、患者と家族の心身の状態に寄り添い、患者の情報を地域の医療機関や介護事業所などと共有し、連携しながら提供されている。患者が願う過ごし方を支援し、実現することを通じて、患者と家族がより良く生きるために効果的なケアであるといえるだろう。

(4) がん登録の推進

がん登録は、がんの発生状況や治療後の経過などの状況を登録・把握し、分析する仕組みであり、科学的根拠に基づいたがん対策や質の高いがん医療を実施するため、また、国民や患者への情報提供を通じてがんに対する理解を深めるために必要なものである。

2013（平成25）年12月に「がん登録等の推進に関する法律」（平成25年法律第111号）（以下「がん登録推進法」という。）が議員立法により成立し、本法律に基づき、「全国がん登録」と「院内がん登録」が実施されている。

「全国がん登録」は、2016（平成28）年1月から、これまで健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく事業として、全都道府県で実施されてきた「地域がん登録」から移行する形で開始した。がん登録推進法では全ての病院と指定された診療所にがん患者の情報の届出が義務づけられている。

また、「院内がん登録」は、院内でがんの診断、治療を受けた患者について、診断、治療、予後などの情報を登録する仕組みである。院内がん登録の実施は、拠点病院の指定要件としており、院内がん登録の集計結果を国立がん研究センターに情報提供することなどを義務づけている。

(5) がん検診の推進

がん検診は健康増進法に基づく市町村（特別区を含む。）の事業として実施されており、厚生労働省では、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を定め、科学的根拠に基づくがん検診として、胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がんのがん検診を推進している。

我が国のがん検診の受診率は、国際的にみても低い状況にあることを踏まえ、受診率を50%以上とすることを基本計画の個別目標とした。

目標達成のため、2009（平成21）年7月に厚生労働大臣を本部長とする「がん検診

50%推進本部」を設置し、同年より毎年10月を「がん検診受診率50%達成に向けた集中キャンペーン月間」と定め、この期間中に「がん検診50%推進全国大会」を開催するなど、国民一人ひとりの行動を検診受診につなげるための各種施策を展開している。

また、2009年度より「がん対策推進企業等連携事業」を実施し、職域におけるがん検診受診率の向上などを推進している。

2017（平成29）年に公表された「平成28年国民生活基礎調査」において、男性の肺がん検診の受診率は目標としている50%に達し、その他のがん検診の受診率についても目標に達していないものの、前回調査（平成25年）に比べ受診率が上昇していた。引き続き、受診率向上に向けた取組みなどを進め、がんの早期発見につなげる。

(6) がん研究の推進

がん研究は、文部科学大臣、厚生労働大臣、経済産業大臣の3大臣確認のもと、2014（平成26）年3月に「がん研究10か年戦略」を基軸として、健康・医療戦略に基づく医療分野の研究開発に関する方針を踏まえがんの根治を目指した治療法の開発に加え、がん患者とその家族のニーズに応じた苦痛の軽減や、がんの予防と早期発見、がんとの共生といった観点を重視して推進している。さらに2015（平成27）年度に設立された国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）において、関係三省の予算を一元的に管理し、「ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト」として、がん研究10か年戦略に基づき、基礎研究の有望な成果を臨床研究などへ導出し、がん医療の実用化を加速している。

(7) 小児がん対策の推進

2期目の基本計画においては、「働く世代や小児へのがん対策の充実」が重点的に取り組むべき課題として盛り込まれた。「がん」は小児の病死原因の第1位である。小児がんは成人のがんと異なり生活習慣と関係なく、乳幼児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症し、希少で多種多様ながん種からなる。小児がんの年間の患者数は2,000人から2,500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され、医療機関によっては少ない経験の中で医療が行われている可能性があり、小児がん患者が必ずしも適切な医療を受けられていないことが懸念されている。

こうした現状を踏まえ、2012（平成24）年度に、全国に15の小児がん拠点病院を指定し、2014（平成26）年2月には小児がん拠点病院を牽引し全国の小児がん医療の質を向上させるため小児がん中央機関を指定した。今後は、小児がん拠点病院及び小児がん中央機関を中心として、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備をより一層推進している。

(8) がん患者の治療と仕事の両立の推進

2期目の基本計画においては、がん患者の就労を含めた社会的な問題に関する事項が新たに盛り込まれた。がん患者やがん経験者は、がん医療の進歩とともに長期間生存し、社会で活躍する中で治療と仕事の両立や仕事への復帰方法などに悩みを持っており、がん患者やがん経験者の方が仕事を継続するための情報提供体制や相談体制の整備が望まれている。2013（平成25）年度には、基本計画に基づき、拠点病院のがん相談支援センターに

おける就労に関する情報提供や相談機能を強化するため、がん相談支援センターに社会保険労務士などの就労に関する専門家を配置する事業及びハローワークに専門相談員を配置し、拠点病院と連携した就職支援を行う事業を開始した。また、2014（平成26）年1月には拠点病院の整備指針を見直し、がん相談支援センターの業務として「就労に関する相談」を新たに位置付けた。さらに、2014年2月から、「がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会」を開催し、がん患者の治療と仕事の調和に関する課題や求められる取組みについて検討し、同年8月に報告書を取りまとめた。また、2016（平成28）年2月には、企業における取組みを促進するため、「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を策定し、がんに関する基本情報や支援については「がんに関する留意事項」として取りまとめた。これらに基づき、関係者・機関と有機的な連携の下、がん患者の就労支援を一層推進していく。

2 国民健康づくり運動の展開

がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの生活習慣病は、日本人の死因の約6割を占めるなど、日本人の健康にとって大きな課題となっている。また、死亡のリスク要因を見てみると、喫煙・高血圧・運動などの個人の生活習慣と関係するものや、ピロリ菌の感染などが上位となっている（**図表8-4-1**）。厚生労働省では、2000（平成12）年から生活習慣の改善などに関する目標を盛り込んだ「21世紀における国民健康づくり運動」（「健康日本21」）を開始し、一次予防の観点を重視しながら健康増進を図るための国民運動を進めてきた。その間、2003（平成15）年には、健康増進法が施行され、2011（平成23）年からは、幅広い企業連携を主体とした取組みとして「スマート・ライフ・プロジェクト」を開始するなど、様々な取組みを進めてきた。2013（平成25）年度からは、「健康日本21」の取組結果などを踏まえて、「健康日本21（第二次）」を開始し、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を最終的な目標として掲げた。

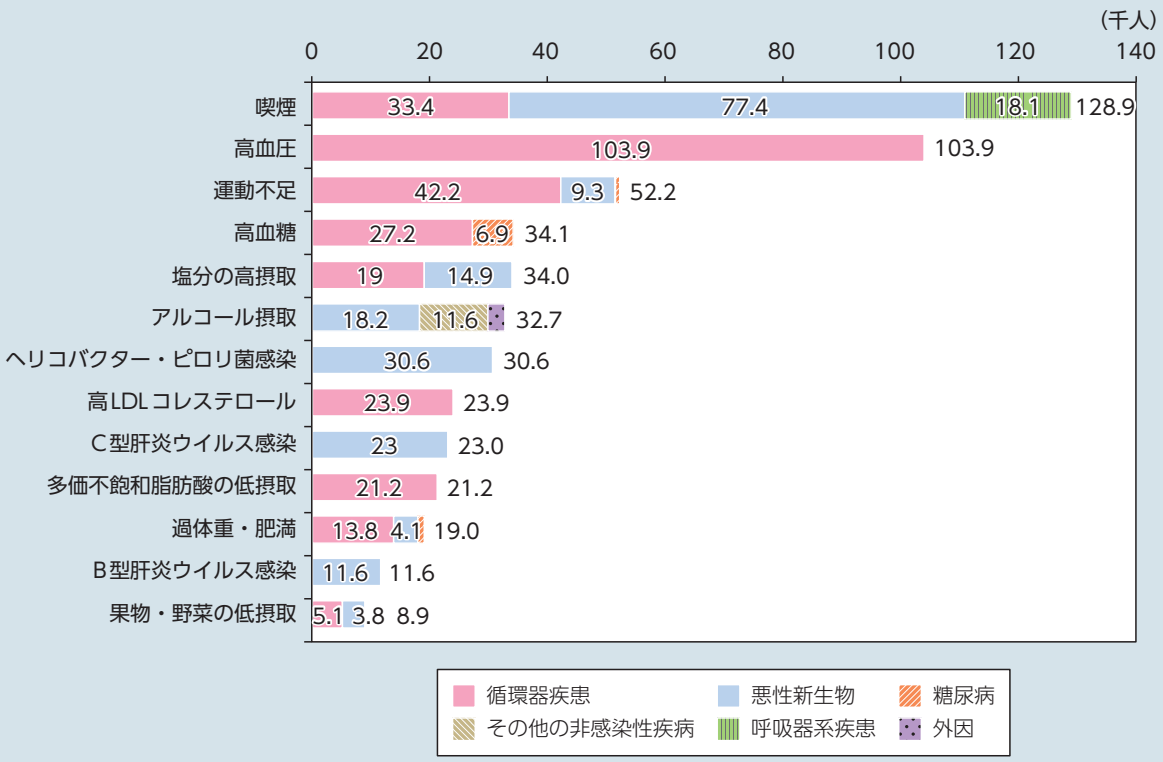
近年、がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）などを非感染性疾患（Non Communicable Diseases：NCDs）という概念で一括りにとらえ、包括的な社会政策として取り組むことが国際的な潮流となっている。これは、NCDsの発症や重症化は、個人の意識や行動だけでなく、個人を取り巻く社会環境による影響が大きいため、地域、職場等における環境要因や経済的要因等の幅広い視点から、社会政策として包括的に健康対策に取り組む必要があるという考えに基づくものである。「健康日本21（第二次）」の推進に当たっては、こうした視点に立った対応が求められる。

非感染性疾患対策の重要性が増大していることや、近年の地域保健を取り巻く環境が変化していることを踏まえ、2012（平成24）年に「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」を改正し、地域のソーシャルキャピタル（信頼、社会規範、ネットワークといった社会関係資本等）を活用して、住民による自助及び共助への支援の推進や地域の特性をいかした健康なまちづくりの推進を図るなど、地域保健対策の推進の基本的な方向性や重要事項を改めて示すとともに、2013年に「地域における保健師の保健活動に関する指針」を改正し、地域保健を担う行政保健師が保健活動を行う上で留意すべき事項を示した。本指針において、各自治体は体系的な人材育成を図ることとされており、2016（平成28）年3月、「保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ」で自治体におけ

る保健師の人材育成体制構築に向けた推進策が示された。これらを踏まえて、自治体保健師の更なる資質向上及び人材育成体制の構築を推進している。

熱中症予防については、2013年度から、熱中症関係省庁連絡会議において、熱中症にかかる方が急増する7月を熱中症予防強化月間と定め、予防法や応急処置等に係る普及啓発の取組みを進めている。

図表8-4-1　リスク要因別の関連死亡者数（2007年）



資料：Ikeda N, et al: PLoS Med. 2012; 9(1): e1001160.
（注）　日本における2007年の非感染性疾患と障害による成人死亡（96万件を対象）について、喫煙・高血圧等の予防可能な危険因子別に死亡数を推計したもの。

（1）栄養・食生活

栄養・食生活は、生命を維持し、子どもたちが健やかに成長し、また人々が健康で幸福な生活を送るために欠くことのできない営みであり、生活習慣病の予防のほか、生活の質の向上及び社会生活機能の維持・向上の観点から重要である。また、健康な社会環境づくりとして、企業等による食環境の改善を促進することも重要である。

国民健康・栄養調査は、国民の健康・栄養状態を把握するために毎年実施しており、2016（平成28）年2月に開催した国民健康・栄養調査企画解析検討会において、2017（平成29）年から2020年までの調査方針や調査テーマを決定している。2015（平成27）年の国民健康・栄養調査は、重点項目として社会環境の整備に関する実態を把握し、2016年の国民健康・栄養調査では、「健康日本21（第二次）」の中間評価にあわせた生活習慣等の地域格差の把握を重点項目として実施した。

2015年の調査結果においては、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事は、若い世代ほど食べられていない傾向にあり、この世代は、外食や中食の利用割合が高い傾向などが見

られた（図表8-4-2～5）。

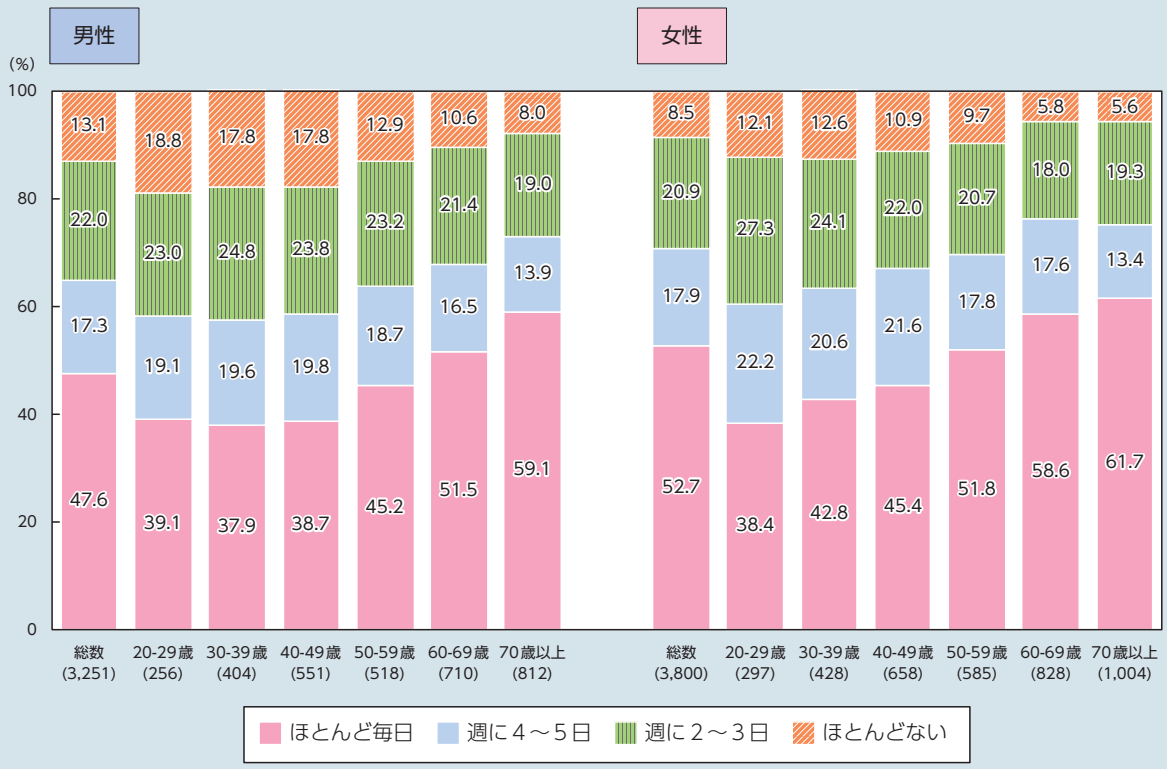
また、地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理の在り方について検討を行うため、2016年7月に検討会を立ち上げ、2017年3月に検討会報告書が取りまとめられた。また、事業者の自主的取組みによる地域高齢者等の健康支援を推進するため、報告書を基にした配食事業者向けのガイドラインを策定した。2017年度には、ガイドラインを踏まえた配食サービスの利活用の促進に向けて、配食事業者向けと配食利用者向けの支援ツールを作成し、その支援ツールを広く公表する仕組みの整備を進めることとしている。

望ましい食生活を実現するため、2000（平成12）年に文部省（当時）、厚生省（当時）及び農林水産省が連携して策定した「食生活指針」については、「健康日本21（第二次）」の開始や食育基本法に基づく第3次食育推進基本計画の作成等、食生活に関する幅広い分野での動きを踏まえ、2016年6月に改定を行い、その普及・啓発を進めている。

地域における栄養指導の充実を図ることも重要である。このため、2012（平成24）年度より、栄養ケア活動支援整備事業を実施しており、増大する在宅療養者に対する支援を担う管理栄養士等の確保や継続的に人材を供給できる体制の整備を、引き続き進めていく予定である。

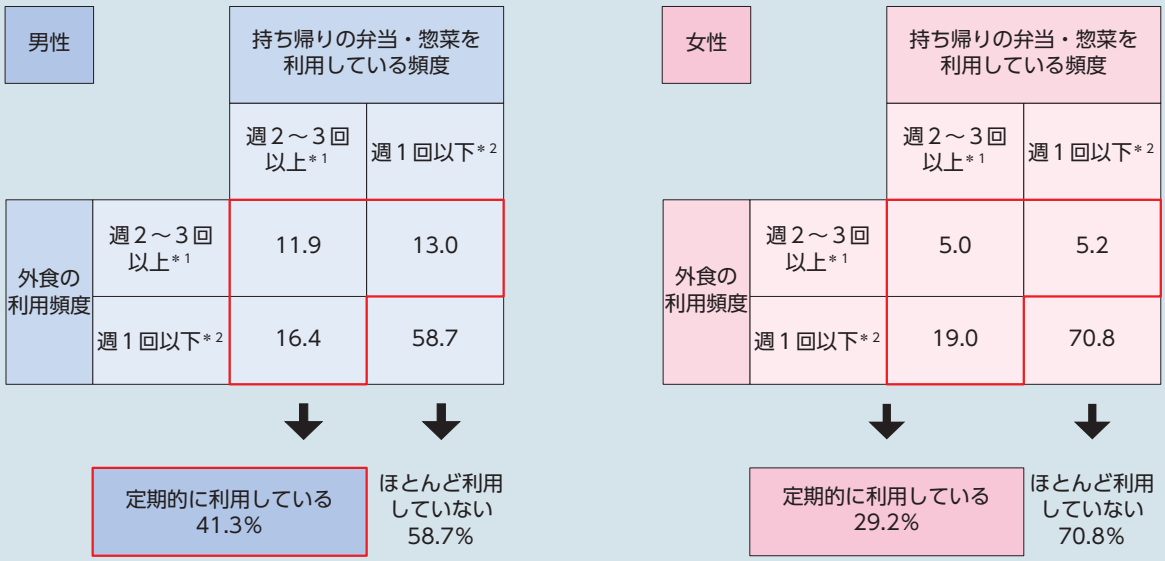
また、がん、腎臓病、摂食嚥下、在宅等、特定の領域別に特化した知識・技術を深めた管理栄養士を育成するため、管理栄養士専門分野別人材育成事業を実施している。

図表8-4-2　主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の頻度（20歳以上、性・年齢階級別）



出典：平成27年国民健康・栄養調査

図表8-4-3 外食及び持ち帰りの弁当・惣菜の利用状況（20歳以上、男女別）



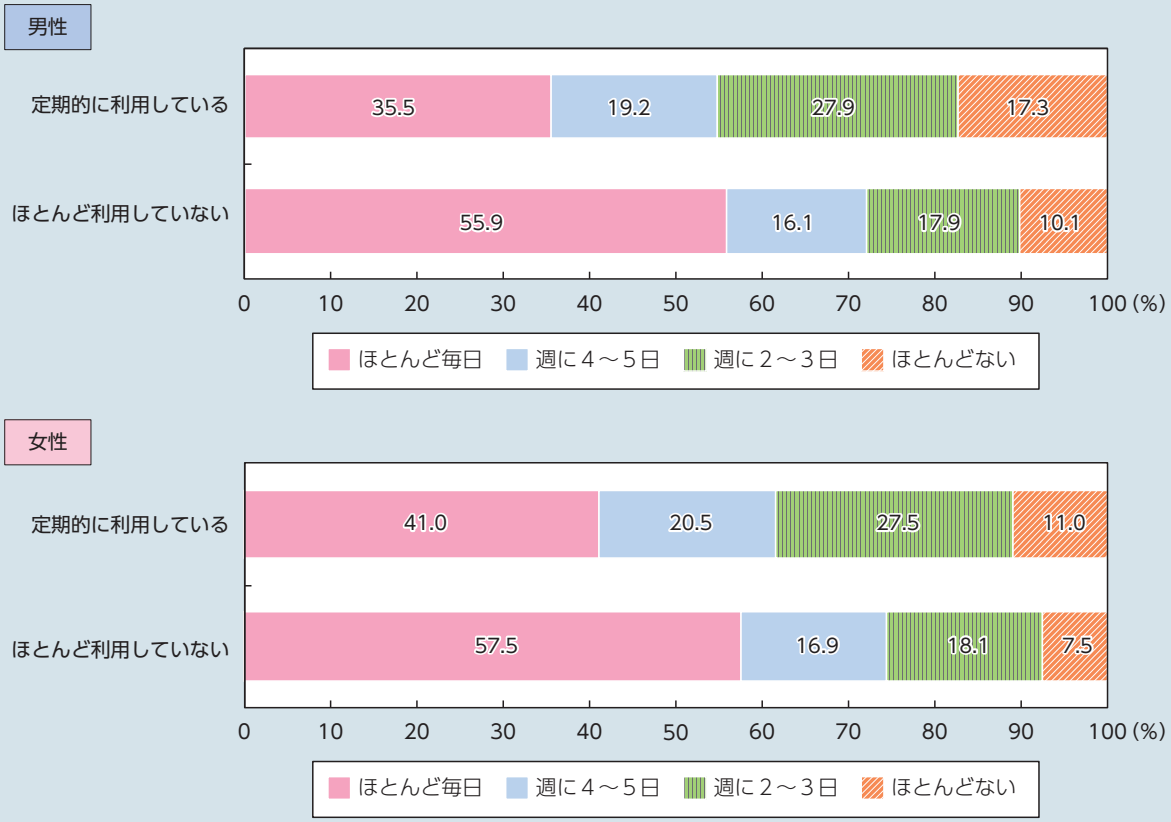
出典：平成27年国民健康・栄養調査
＊1 「週２回以上」は、「週２～３回」、「週４～６回」、「毎日１回」、「毎日２回以上」と回答した者の割合の合計。
＊2 「週１回以下」は、「週１回」、「週１回未満」、「全く利用しない」と回答した者の割合の合計。

図表8-4-4 外食及び持ち帰りの弁当・惣菜を定期的に利用している者の割合（20歳以上、性・年齢階級別）

	総数		20～29歳		30～39歳		40～49歳		50～59歳		60～69歳		70歳以上	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
男性	1,341	41.3	137	53.7	195	48.1	276	50.2	263	50.9	264	37.2	206	25.4
女性	1,106	29.2	126	42.6	143	33.4	227	34.5	193	32.9	201	24.4	216	21.6

出典：平成27年国民健康・栄養調査

図表8-4-5　外食及び持ち帰りの弁当・惣菜の利用頻度別、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の頻度（20歳以上、男女別）



出典：平成27年国民健康・栄養調査
※外食及び持ち帰りの弁当・惣菜を「定期的に利用している者」とは、外食又は持ち帰り弁当・惣菜のいずれかの利用頻度が週２回以上の者、「ほとんど利用していない者」とは、外食及び持ち帰り弁当・惣菜のいずれの利用頻度も週１回以下の者である。

(2) 身体活動

身体活動（生活活動・運動）には、生活習慣病に至るリスクを下げる効果があるため、厚生労働省では、2006（平成18）年に「健康づくりのための運動基準2006～身体活動・運動・体力～報告書」（以下「旧基準」という）と「健康づくりのための運動指針2006～生活習慣病予防のために～〈エクササイズガイド2006〉」を策定し、これらを活用して身体活動・運動に関する普及啓発等に取り組んできた。

2013（平成25）年度から開始した「健康日本21（第二次）」では、①日常生活における歩数の増加、②運動習慣者の割合の増加、③住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加、についての具体的な数値目標を設定している。上記の旧基準等の策定から６年以上経過し、身体活動に関する新たな科学的知見が蓄積されてきたこと、国民の歩数の減少等が指摘されており、身体活動の重要性について普及啓発を一層推進する必要があること等を踏まえ、「健康日本21（第二次）」の始期に合わせて旧基準の改定を行い、「健康づくりのための身体活動基準2013」を策定した。

旧基準と異なる主な点は、①身体活動全体に着目することの重要性が国内外で高まっていることから、「運動基準」から「身体活動基準」に名称を改めたこと、②身体活動の増加でリスクを低減できるものとして、従来の糖尿病・循環器疾患等に加え、がん、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）及び認知症が含まれることを明示したこと、③子ど

もから高齢者までライフステージに応じた基準を検討し、科学的根拠があるものについて基準を定めたこと、④保健指導の現場で生活習慣病予備群の方々にも安全に運動指導を行っていただけるよう、保健指導の一環として運動指導を検討する際の具体的な手順を示したこと、⑤身体活動を推進するための社会環境整備を重視し、まちづくりや職場づくりにおける保健事業の活用例を紹介したことである。

また、新たな基準の内容を、指針として国民にわかりやすく伝えるため、親しみやすいパンフレットを作成し、自治体や団体、個人でカスタマイズして自由に印刷・配布できる電子媒体で提供することとした（**図表8-4-6**）。

これらにより、身体活動に関する普及啓発を推進し、「健康日本21（第二次）」の目標達成に向けて取り組んでいくこととしている。

図表8-4-6　アクティブガイド



(3) 休養

休養は、生活の質に係る重要な要素であり、日常的に質・量ともに十分な睡眠をとり、余暇等で体や心を養うことは、心身の健康の観点から重要である。

睡眠分野における国民の健康づくりについては、2000（平成12）年度に「健康日本21」において、睡眠に関する具体的な項目として「睡眠による休養を十分にとれていない者の減少」などの目標を設定し、更に2002（平成14）年度には「健康づくりのための睡眠指針」（以下「旧指針」という。）を策定し、取組みを進めてきたところである。

旧指針の策定から10年以上が経過し、睡眠に関する科学的知見の蓄積が更に進んだこと、さらに、2013（平成25）年度に「健康日本21（第二次）」を開始したことから、旧指針に代わる新たな指針として、有識者の検討を踏まえ、2014（平成26）年3月に「健康づくりのための睡眠指針2014」を策定した。

新指針では、最新の科学的知見に基づいて見直しを行った結果、指針を7箇条から12箇条に拡大するとともに、その視点も「快適な睡眠」から「健康づくりに資する睡眠」へと変更することとした。さらに、世代ごとの睡眠のとり方や睡眠と生活習慣病との関係などについても記載を充実した。この指針により、睡眠について正しい知識を身につけ、定期的に自らの睡眠を見直して、適切な量の睡眠の確保、睡眠の質の改善、睡眠障害への早期からの対応を目指すことで、体と心の健康づくりに取り組んでいる。

(4) たばこ

喫煙は、がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの生活習慣病の最大の危険因子である。また、受動喫煙は、虚血性心疾患や脳卒中、肺がんに加え、乳幼児突然死症候群等のリスクを高める。

2005（平成17）年2月には、世界保健機関（WHO）の下で策定された公衆衛生分野で初めての多数国間条約である「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（FCTC）」が発効した。我が国は2004（平成16）年にこの条約を批准しており、喫煙や受動喫煙が健康、社会、環境や経済に与える破壊的な影響から、現在及び将来の世代を保護するという基本理念に沿って、たばこ対策の充実強化に取り組んでいる。

2012（平成24）年6月8日付けで閣議決定された「がん対策推進基本計画」や2013（平成25）年度に開始した「健康日本21（第二次）」では、①成人の喫煙率低下、②未成年者の喫煙をなくす、③妊娠中の喫煙をなくす、④受動喫煙の機会を有する者を減らす、について具体的な数値目標を設定した。また、2015（平成27）年12月に策定した「がん対策加速化プラン」においても、海外のたばこ対策を踏まえた必要な対策の検討、日本人におけるたばこの健康影響の評価及び受動喫煙防止対策の強化が明記された。

2016（平成28）年8月には、たばこを取り巻く社会環境の変化とともに新たに蓄積された科学的知見、たばこの現状と健康影響及び諸外国のたばこ対策等を整理するため、「喫煙の健康影響に関する検討会」を開催し、「喫煙と健康　喫煙の健康影響に関する検討会報告書」（たばこ白書）を取りまとめた。

禁煙や受動喫煙防止の普及啓発活動として、WHOが世界禁煙デーとして定める毎年5月31日から1週間を禁煙週間として、厚生労働省主催の各種イベントを実施している。また、受動喫煙防止対策の必要性という共有認識を拡大し、受動喫煙のない社会を目指すことに多くの人が賛同でき、社会的機運を向上するために、「受動喫煙のない社会を目指して」ロゴマークを募集し、2016年11月に発表した。



成人の喫煙率を低下させる取組みとして、たばこをやめたい人がやめられるよう支援するため、2013年に「禁煙支援マニュアル（第二版）」を作成するなど、禁煙治療と共に禁煙支援の充実を図っているところである。

受動喫煙防止対策については、2003（平成15）年に施行した健康増進法第25条に、多数の者が利用する施設の管理者は、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない旨を規定し、これに基づく受動喫煙対策を進めてきた。しかし、同法の施行から14年が経過しても、依然として多くの人が受動喫煙に遭遇していることが明らかとなっている。さらに、「喫煙と健康　喫煙の健康影響に関する検討会報告書」（たばこ白書）においても、日本人における受動喫煙と肺がんや脳卒中等の因果関係が明らかとなったこと、受動喫煙により非喫煙者の肺がんリスクが1.3倍となることなどが報告されており、さらなる受動喫煙防止対策が必要である。また、世界保健機関（WHO）と国際オリンピック委員会（IOC）は、たばこのないオリンピックを共同で推進することについて合意しており、「2020年東京オリンピック競技大会・東京パラリンピック競技大会の準備及び運営に関する施策の推進を図るための基本方針」（平成27年11月27日閣議

決定）においても、受動喫煙防止対策の強化が明記されたことを踏まえ、2016年1月には、2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会関係府省庁連絡会議の下に「受動喫煙防止対策強化検討チーム」を立ち上げ、受動喫煙防止対策の強化策について検討を進めている。

(5) アルコール

アルコールは、がん、高血圧、脳卒中及び虚血性心疾患等の様々な生活習慣病のリスクを高めることが明らかとなっている。また、近年は未成年者や妊娠中の飲酒の弊害がより強く認識されるようになっている。国際的にも2010（平成22）年5月のWHO総会において、「アルコールの有害な使用を軽減するための世界戦略」が採択されるなど、国際的に見てもアルコール対策は重要な課題と認識されている。

こうした状況を踏まえ、厚生労働省では、文部科学省を始め関係省庁と連携を図りながら、2013（平成25）年度に開始した「健康日本21（第二次）」において、①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少、②未成年者の飲酒をなくす、③妊娠中の飲酒をなくす、という3つについて具体的な数値目標を中心に立て、アルコールによる健康障害の防止に取り組んでいる。

また、2013年度に、健診・保健指導の現場で活用されている「標準的な健診・保健指導プログラム」を改訂した際、減酒支援のための保健指導（ブリーフインターベンション）を示した。「健康日本21（第二次）」で目指す生活習慣病の発症予防・重症化予防を多角的に推進していくためには、保健・医療の現場における生活習慣の改善支援の一環として、食生活・身体活動・禁煙の支援とともに減酒支援を推進していくことが重要である。

さらに、2013年12月に「アルコール健康障害対策基本法」が成立し、同法に基づく「アルコール健康障害対策推進基本計画」が2016（平成28）年5月31日に閣議決定され、この計画をもとにアルコール健康障害対策を総合的に推進している。

(6) 歯・口腔の健康

歯・口腔の健康は、摂食や構音などを良好に保つために重要であり、食事や会話を楽しむなどの生活の質（QOL）の向上にも大きく寄与する。厚生労働省では、1989（平成元）年から80歳になっても自分の歯を20本以上保つことにより、健やかで楽しい食生活を過ごそうという「8020（ハチマル・ニイマル）運動」を推進しており、8020達成者の割合は1987（昭和62）年の7.0%から2016（平成28）年には51.2%へ増加している。また、6月4日から10日までの一週間を「歯と口の健康週間」として歯と口の健康に関する知識の普及啓発等を行っているほか、2016年12月には「全国歯科保健大会」を、2017（平成29）年3月には「口腔保健シンポジウム」を開催し、歯科口腔保健の一層の推進を図っている。

2011（平成23）年8月に成立した「歯科口腔保健の推進に関する法律」に基づき、国や地方公共団体が歯科口腔保健に関する施策を総合的に推進するための基本的事項を、2012（平成24）年7月に制定した。この基本的事項は、高齢化が進む中で将来を見据え、ライフステージごとの特性等を踏まえつつ、乳幼児期からの生涯を通じた歯科疾患の予

防、口腔機能の獲得・保持等により、すべての国民が心身ともに健やかで心豊かな生活ができる社会の実現を目的とするものである。2015（平成27）年10月には、省内に「歯科口腔保健推進室」を設置し、口腔の健康を保持するため、関連施策について関係部局と部局横断的な連携を図っている。なお、2017年度に基本的事項の中間評価を行う予定であることから、2016年度には国民の歯の健康状態を把握するため、歯科疾患実態調査を行った。また、2013（平成25）年度から開始した「健康日本21（第二次）」では、歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善について示している。このように「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」と「健康日本21（第二次）」とはともに、各ライフステージに応じた歯・口腔の健康づくりの基本的な方向性を示している。

各ライフステージの取組みとして、むし歯が発生しやすい時期である乳幼児期では、1歳6か月児歯科健康診査、3歳児歯科健康診査とともに歯科保健指導を行い、「食べる」機能の確立の支援を行っている。成人期では、歯の喪失を予防することを目的とし、市町村を主体として歯周疾患検診、歯周疾患の発症予防、重症化予防のための健康教育や健康相談が実施されている。高齢期では、おいしく、楽しく、安全な食生活を営めるよう、「口腔機能の向上」が介護予防として導入されている。

また、歯の健康の取組みとして、現在、健康増進法に基づく健康増進事業として実施されている歯周疾患検診について、その実施方法を解説する「歯周疾患検診マニュアル」が最終改正後10年以上経過したことから、近年の歯周疾患検診の現状を踏まえ、「歯周病検診マニュアル2015」として、2015年6月に改定した。

歯・口腔の健康が、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしていることから、より一層歯科保健対策を推進していくことが求められている。

コラム　高齢者が最期まで自分の口で味わう幸せを叶えるために ～岡山県鏡野町における口腔などの機能低下を予防する取組み～

無料の歯科健診で町民の口腔状態が改善

「食べること」は生きる喜びのひとつであり、口腔と摂食嚥下の機能に障害が生じると心身の活力低下を招くことがある。しかしながら日常生活において、その重要性や全身の健康への予防効果などが広く認識されているとは言い難い。岡山県鏡野町では、介護予防の観点から、町民の口腔などの機能低下を防ぐとともに全身の健康との関わりを十分に理解してもらうため、無料で歯科健診を特定健診などと同時に実施している。

鏡野町は、岡山県北部の中国山地から南に緩やかに続く肥沃な土地に位置する県内では最も面積の広い町である。平成に入って、同町においても人口の減少とともに高齢化が進んでおり、現在は13千人の町民のうち3人にひとりが65歳以上の高齢者となっている。

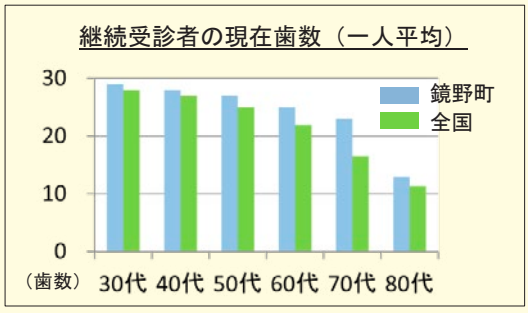
歯科健診は、町にある3か所の国民健康保険歯科診療所（以下、国保歯科診療所という。）と岡山大学病院の協力の下で集団健診として行っており、健診結果を書面に基づきその場で受診者へ伝え、歯周病など口腔と全身の健康との関連についても分かりやすく説明している。これまでの受診者データからは、重症の歯周病の罹患率が抑えられており、5年間継続して受診した町民の口腔の状態が特に60歳代以降において全国平均よりも良好であることが認められている。



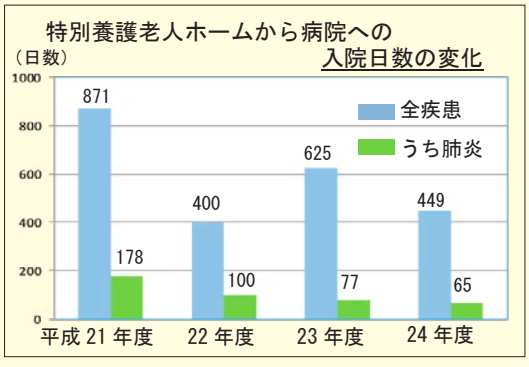
（老人ホームでの診療の様子）

歯科医師などからの支援により入院日数が減少

町域が広く、公共交通が十分ではない鏡野町では、行政サービスが町民に行き届くよう、町役場の職員が積極的に出向いて対処する体制を採っている。脳血管疾患などから摂食嚥下の機能に障害が生じた場合など重度の要介護高齢者に対しては、国保歯科診療所の歯科医師と歯科衛生士が介護保険施設や居宅を訪ねて、口腔ケアや摂食のための訓練を実施している。さらに、特別養護老人ホームでは看護師や言語聴覚士、管理栄養士などとチームを結成して入所者の食事の様子を観察することを通じて、最も適した食形態や介助の方法を導き出している。このような摂食を支援する取組みには誤嚥性肺炎[1]を予防する効果などが期待され、当該老人ホームでは入所者が疾患や肺炎を原因として入院する日数が減少している。



（草苅良子ほか「鏡野町の成人・高齢期における歯科保健の現状と課題」（鏡野町保健福祉課））



（鷲尾憲文ほか「鏡野町における口腔ケア・口腔機能維持向上の普及活動の効果」「胃瘻栄養の要介護者に対する口腔ケア」（公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会、第16・18回優秀研究表彰研究論文））

1　食べ物やだ液などが、食道ではなく気管に入ってしまうことを誤嚥（ごえん）と言い、入り込んだ細菌などにより肺炎を発症することがある。

3 リウマチ・アレルギー疾患対策について

リウマチ・アレルギー疾患対策については、「医療提供等の確保」、「情報提供・相談体制の確保」、「研究開発等の推進」を三つの柱として、総合的・体系的に推進してきた。このうち、「医療提供等の確保」については、アレルギー疾患の新規患者数の減少などを目的として、「リウマチ・アレルギー特別対策事業」を実施している。また、「情報提供・相談体制の確保」については、2007（平成19）年度からアレルギー相談センター事業を実施し、相談員養成研修会の充実を図るとともに、電話相談やウェブサイトを通じた普及啓発に努めている。「研究開発等の推進」については、厚生労働科学研究において、リウマチ・アレルギー医療の均てん化へ向けた研究や疫学調査などを行っている。さらに、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）において、免疫アレルギー疾患の病態の解明と根治的治療法の確立を目的とした実用研究を行っている。

2014（平成26）年には通常国会において「アレルギー疾患対策基本法」（平成26年法律第98号）が議員立法により成立し、2015（平成27）年12月に同法が施行されたことを踏まえ、2017（平成29）年3月21日にアレルギー疾患対策の総合的な推進を図るための基本指針を告示した。本指針では、アレルギー疾患対策の総合的な推進を図ることを目的として、国、地方公共団体が取り組むべき方向性を示している。

第5節 肝炎対策

1 肝炎対策について



B型・C型肝炎は、国内最大級の感染症であり、その対策は国民的課題である（国内感染者は、B型・C型合わせて、300万人以上とも推計される）（**図表8-5-1**）。

肝炎は自覚症状が現れにくいため、肝炎ウイルスに感染していることに気がつかないまま、肝硬変・肝がんなどの重い病態に進行してしまうことも多い。早期に適切な治療を実施すれば、肝炎ウイルスの排除や肝がんなどへの進行の防止あるいは遅らせることが可能であるため、肝炎ウイルス検査の受検者を増やすこと、また、検査の結果、陽性と分かった方が早期に肝臓専門医へ受診することが重要である。

そのため、厚生労働省では、2002（平成14）年度から、肝炎ウイルス検査を開始するなど各種の取組みを実施しており（**図表8-5-2**）、とりわけ、2008（平成20）年からは、都道府県などが委託した医療機関における検査の無料化や、インターフェロン治療に対する医療費助成を行うなど、肝炎総合対策を行っている。肝炎医療費助成については、順次、対象医療を拡充し、2014（平成26）年度に新たに保険適用されたインターフェロン

フリー治療薬を助成対象とするなど、肝炎患者が早期に適切な治療を受けられるよう制度の運用が図られている。また、2014年度から、肝炎ウイルス陽性者に対する受診勧奨を実施するとともに、初回精密検査費用及び定期検査費用の助成を行っている。

更に、2012（平成24）年度からは、7月28日を日本肝炎デーと定め、この日を中心に国や地方自治体などで様々な普及啓発活動を行っている。今後とも、「肝炎対策基本法」（平成21年法律第97号）及び「肝炎対策の推進に関する基本的な指針」（2011（平成23）年5月策定、2016（平成28）年6月改定（以下、「肝炎対策基本指針」という））を踏まえ、肝炎総合対策を推進していく。

図表8-5-1　B型肝炎及びC型肝炎について

	B型肝炎	C型肝炎
原因ウイルス	B型肝炎ウイルス	C型肝炎ウイルス
病原体の発見	1968（昭和43）年	1988（昭和63）年
主な感染経路	血液感染等 （母子感染、家族内感染、医療行為、性感染等）	血液感染等 （大半は原因不明。血液製剤、医療行為等）
持続感染 （キャリア化）	・2、3歳頃までに感染した場合は90%以上（最年長6歳頃まで）がキャリア化 ・成人の感染の場合は約1%（欧米型のウイルスでは10%程度）がキャリア化 ・キャリアの85～90%は無症状のまま経過	・約70%（年齢に関係なし）がキャリア化 ・自然経過では病状が徐々に進行し、多くは慢性肝炎を発症
キャリア数※1	約110～140万人（推定）	約190～230万人（推定）
患者数※2	約7万人（推定） （慢性肝炎　約5万人／ 肝硬変・肝がん　約2万人）	約37万人（推定） （慢性肝炎　約28万人／ 肝硬変・肝がん　約9万人）
治療法 （抗ウイルス療法）	・インターフェロン治療（注射薬） 間接的に、ウイルスの増殖を抑え、肝炎を鎮静化させる。 ・核酸アナログ製剤（経口薬） ウイルスの増殖を強力に抑える。 →原則として、一生飲み続ける。	・インターフェロン治療（注射薬） 間接的に、ウイルスの増殖を抑え、ウイルスを排除させる。 ・インターフェロンフリー治療（経口薬） 直接的に、ウイルスの増殖を強力に抑え、ウイルスを排除させる。 →12週間～24週間で飲みきり。
ウイルスの 完全排除（治癒）	不可	可
ワクチン	あり	なし

※1　平成16年度厚生労働科学研究費補助金肝炎等克服緊急対策研究事業報告書（吉澤班）より推計。
※2　患者数は、平成20年患者調査より推計。

図表8-5-2　肝炎対策に係る近年の動き

H14.4	・Ｃ型肝炎等緊急総合対策の開始　　肝炎ウイルス検査の開始
H19.1	・都道府県における肝炎検査後肝疾患診療体制に関するガイドライン （全国Ｃ型肝炎診療懇談会取りまとめ） ・肝疾患診療体制の整備開始
H20.1	＜緊急肝炎ウイルス検査事業の開始＞委託医療機関での検査を無料化
H20.4	＜肝炎総合対策の開始＞インターフェロン治療に対する医療費助成の開始
H21.4	・インターフェロン医療費助成の運用変更 ①助成期間の延長（72週投与への対応） ②所得階層区分の認定に係る例外的取扱い
H22.1	・肝炎対策基本法施行
H22.4	・肝炎医療費助成の拡充 ①自己負担限度額の引下げ 所得に応じ、1、3、5万円→原則1万円（上位所得階層 2万円） ②Ｂ型肝炎の核酸アナログ製剤治療への助成開始 ③インターフェロン治療に係る利用回数の制限緩和
H23.5	・肝炎対策基本指針策定
H23.7	・肝炎医療費助成の拡充 Ｃ型代償性肝硬変に対するペグインターフェロン＋リバビリン併用療法への助成開始
H23.9	・肝炎医療費助成の拡充 Ｂ型肝炎に対するペグインターフェロン療法への助成開始
H23.11	・肝炎医療費助成の拡充 Ｃ型肝炎に対するテラプレビルを含む3剤併用療法への助成開始
H24.7	・第1回日本肝炎デー
H25.11	・肝炎医療費助成の拡充 Ｃ型肝炎に対するシメプレビルを含む3剤併用療法への助成開始
H26.4	・初回精密検査及び定期検査費用の助成開始
H26.9	・肝炎医療費助成の拡充 Ｃ型肝炎に対するインターフェロンフリー治療への助成開始
H28.6	・肝炎対策基本指針の改正

2 過去の集団予防接種などによりＢ型肝炎ウイルスに感染した方への対応について

過去の集団予防接種など（予防接種及びツベルクリン反応検査）の際の注射器の連続使用により、Ｂ型肝炎ウイルスに感染したとして国を提訴した5名の原告について、2006（平成18）年6月の最高裁判決により国の損害賠償責任が認められた。

その後、これらの原告と同様の状況にあるとして、全国の地方裁判所において集団訴訟が提起され、裁判所の仲介の下、国と全国Ｂ型肝炎訴訟原告団・弁護団との間で協議が進められた結果、2011（平成23）年6月に国と全国Ｂ型肝炎訴訟原告団・弁護団との間で「基本合意書」が締結された。

これらの経緯などを踏まえ、「特定Ｂ型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法」（平成23年法律第126号）が2012（平成24）年1月に施行され、特定Ｂ型肝炎ウイルス感染者の救済が進められている（2016（平成28）年12月末現在和解者数約26,000人）。

また、基本合意書に基づき、2012年5月から、「集団予防接種等によるＢ型肝炎感染拡大の検証及び再発防止に関する検討会」を開催し、2013（平成25）年6月に報告書[*9]を

＊9　集団予防接種等によるＢ型肝炎感染拡大の再発防止策について
厚生労働省　http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000034y5f-att/2r98520000034yd7.pdf

まとめた。本報告書においては、予防原則の徹底不十分など、国の体制と体質が大きな問題であったこと、国の予防接種行政における体制や制度の枠組みや具体的運用などにおいて課題があったことから、B型肝炎ウイルスの感染拡大を引き起こしたと考えられるとした上で、

・国は、集団予防接種などでの注射針・注射筒の連続使用によるB型肝炎感染拡大の被害者の肉体的・精神的・経済的負担及び社会的差別・偏見の実態を受け止め、早期の被害回復の実現に努力すべきであり、また、原因の如何にかかわらずB型肝炎ウイルスの拡大防止とB型肝炎対策に引き続き取り組んでいく必要があること
・国の予防接種を担当する部署の体制充実、国立感染症研究所・地方衛生研究所などの関係機関の体制充実と国の連携強化、予防接種のリスク管理・対応の役割を担う組織として厚生科学審議会の予防接種制度評価、検討組織の充実などに取り組むこと
・予防接種が、現在は自治事務になっていることを踏まえつつ、各行政機関の責任と役割分担の下、国は現場への技術的助言の徹底のため、きめ細かな取組みに努めていくこと
・医療従事者の予防接種に関する知識・技術レベルの向上を図るための取組みを強化すること

などの再発防止策の提言がなされた。

2015（平成27）年3月に、死亡又は発症後20年を経過した死亡・肝がん・肝硬変の方々との和解について、国と全国B型肝炎訴訟原告団・弁護団との間で、「基本合意書(その2)」が締結された。

2016年5月に、給付金の請求期限の5年間延長、死亡又は発症後20年を経過した死亡・肝がん・肝硬変の患者などに対する給付金額の規定などを内容とする「特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法の一部を改正する法律」（平成28年法律第46号）が公布され、同年8月に施行された。

第6節 難病・小児慢性特定疾病対策、移植対策の推進

1 難病対策について

難病対策については、1972（昭和47）年10月に策定された「難病対策要綱」に基づき本格的に推進されるようになって40年以上が経過した。その間、各種の事業を推進してきた結果、難病の実態把握や治療方法の開発、難病医療の水準の向上、患者の療養環境の改善及び難病に関する社会的認識の促進に一定の成果をあげてきた。

しかしながら、医療の進歩や患者及びその家族のニーズの多様化、社会・経済状況の変化に伴い、同じような疾病であっても、医療費助成の対象となる疾病とならない疾病があり、疾病間で不公平感があるなど、様々な課題が指摘されるようになった。特に、都道府県における財政的超過負担の問題は制度自体の安定性を揺るがすものとされ、難病対策全般にわたる改革が強く求められるようになった。

このため、厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会において、2013（平成25）年

12月に、「難病対策の改革に向けた取組について（報告書）」が取りまとめられ、報告書の内容に沿って、厚生労働省では更なる検討を進めた。その結果、2014（平成26）年第186回国会において「難病の患者に対する医療等に関する法律」（以下「難病法」という。）が成立し、2015（平成27）年1月1日に施行された。難病法では、医療費助成の対象となる疾病を指定難病として指定することとしており、2017（平成29）年4月までに、同法の施行前に特定疾患治療研究事業で対象としていた56疾病から330疾病に拡大している。

難病に関する研究については、これまで、患者数が少なく、原因が不明で、根本的な治療方法が確立されておらず、かつ、後遺症を残すおそれが少なくない難治性疾患について、厚生労働科学研究の「難治性疾患克服研究事業」において、難治性疾患の画期的な診断法及び治療法の研究開発を推進してきた。2014年度からは、これらを再編し、診療ガイドラインの確立や更新、新たな疾患概念の確立、難病患者のQOL向上に資する知見の収集及びこれらの普及啓発といった、主に政策的な研究を行う「難治性疾患政策研究事業」と、病態解明、医薬品・医療機器等の実用化を視野に入れた画期的な診断法や治療法及び予防法の開発を目指す「難治性疾患実用化研究事業」とに分類して実施している。なお、2015年度から、「難治性疾患実用化研究事業」については、医療分野の研究開発及びその環境の整備の実施や助成等を行う国立研究開発法人日本医療研究開発機構にて実施している。引き続き、難病法において「難病」と定義されている発病の機構が明らかでなく、治療方法が確立していない希少な疾病であって、長期にわたり療養が必要な疾病についての研究の推進を行う方針である。

難病患者の生活支援や保健医療福祉の充実については、これまで難病患者等の療養上、日常生活上の悩みや不安等の解消を図るとともに、難病患者が安心して在宅療養ができるよう、難病相談支援センターや在宅人工呼吸器使用患者支援事業等を予算事業として実施してきた。これらについては、難病法において、難病患者の療養生活の質の維持向上を支援することを目的とした療養生活環境整備事業に位置付け、更なる難病患者等の生活支援や保健医療福祉の充実を図っている。

また、難病患者やその家族及び医療関係者が求めている最新の医学・医療情報については、難病情報センター（http://www.nanbyou.or.jp/）で提供している。

さらに、難病の医療提供体制の整備については、2016（平成28）年10月に、厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会において「難病の医療提供体制の在り方について（報告書）」が取りまとめられた。この報告書を踏まえ、各都道府県において、2018（平成30）年度から医療提供体制が整備されることを目指し、取組みを進めている。

2 小児慢性特定疾病対策について

慢性疾患を抱え、その治療が長期間にわたり身体面、精神面及び経済面で困難な状況に置かれている子どもやその家族を支援するため、2015（平成27）年1月の児童福祉法の一部を改正する法律（以下「改正法」という。）の施行により、持続可能で公平かつ安定的な医療費助成制度を確立するとともに、2017（平成29）年4月までに、改正法の施行前に対象としていた医療費助成の対象疾病を514疾病（11疾患群）から722疾病（14疾患群）に拡大している。

また、慢性疾患を抱える子どもについては、幼少期から慢性的な疾病にかかっているこ

とにより、学校生活での教育や社会性の涵養に後れが見られ、自立を阻害されている場合があることから、医療面での支援のみならず、社会参加に向けた自立支援等、地域による総合的な支援の強化を図る「小児慢性特定疾病児童等自立支援事業」を改正法により2015年1月から児童福祉法に位置付けたところであり、同法に基づき都道府県等において実施されている。

さらに、同年10月に、児童福祉法第21条の5に基づく「小児慢性特定疾病その他の疾病にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成に係る施策の推進を図るための基本的な方針」を定め、この基本方針に基づき、疾病等に関する研究事業、小児期から成人期に向けた移行期医療の体制整備を促進するモデル事業の実施等、総合的な対策を推進していくこととしている。

3 臓器移植の適切な実施

(1) 臓器移植の実施状況

「臓器の移植に関する法律」(以下「臓器移植法」という。)が、1997(平成9)年に施行されたことにより、本人の書面による意思表示があり、かつ家族が拒まない場合に、脳死した方の身体から眼球(角膜)、心臓、肺、肝臓、腎臓などの臓器を摘出し、移植を行うことが制度化された。

また、2010(平成22)年には、「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律」(以下「改正臓器移植法」という。)が全面施行され、親族へ臓器を優先的に提供する意思表示を行うことが可能となったほか、本人の臓器提供に関する意思が不明な場合であっても、家族の書面による承諾により脳死判定・臓器摘出が可能となり、15歳未満の小児からの臓器提供もできるようになった。

臓器移植の状況を見ると、臓器移植法が施行された1997年から2017(平成29)年3月末までの間に、臓器移植法に基づき441名の方から脳死下での臓器提供が行われている。2016(平成28)年度においては、臓器移植法に基づき、脳死下及び心停止下における提供を合わせて、心臓は56名の提供者から56件、肺は51名の提供者から59件(心臓・肺のうち、心臓と肺を同じ方に同時に移植した事例は1件)、肝臓は59名の提供者から64件、腎臓は97名の提供者から190件、膵臓は45名の提供者から45件(腎臓・膵臓のうち、膵臓と腎臓を同じ方に同時に移植した事例は37件)、小腸は1名の提供者から1件、角膜は828名の提供者から1,312件の移植が行われた。

臓器を提供した方に対しては、その崇高な心をたたえ、感謝の意を表するため、御家族に対して厚生労働大臣感謝状を贈呈している。

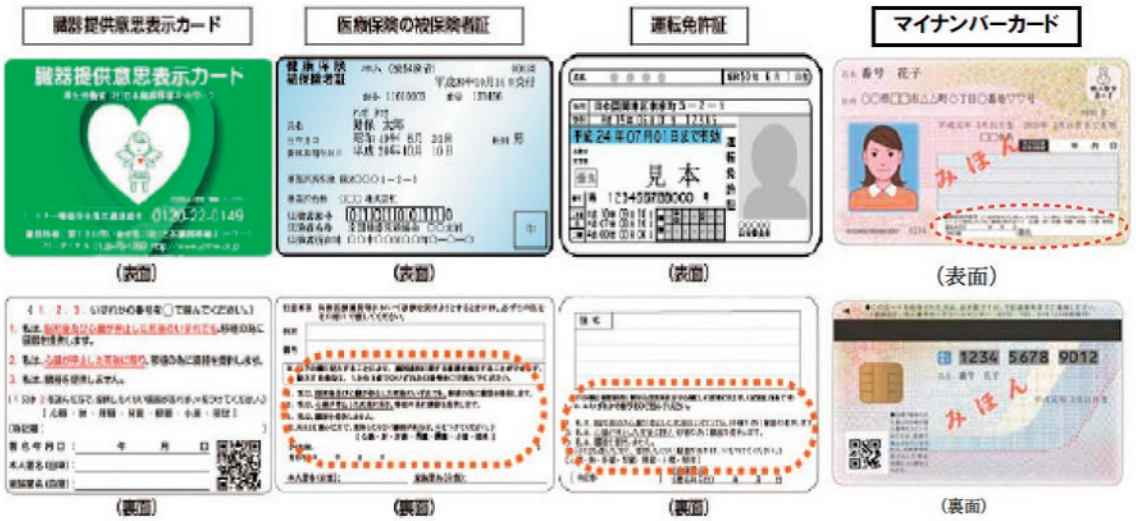
一方、移植希望登録者数は、2017年3月末現在、心臓587名、肺319名、肝臓325名、腎臓12,432名、膵臓194名、小腸3名、眼球2,042名となっている。

なお、脳死下での臓器提供事例については、厚生労働大臣が有識者を参集して開催する「脳死下での臓器提供事例に係る検証会議」において、臓器提供者に対する救命治療、法的脳死判定等の状況及び公益社団法人日本臓器移植ネットワークによる臓器のあっせん業務の状況などについての検証が行われている。2015年5月には、これまでの事例(200例)について総括が行われ、報告書として取りまとめられた。

(2) 臓器移植の適切な実施に向けた普及啓発

2013（平成25）年に実施された「臓器移植に関する世論調査」（内閣府大臣官房政府広報室）では、臓器提供に関する意思を臓器提供意思表示カード等に「記入している」と回答した者の割合が12.6%となっており、前回調査（2008（平成20）年）の4.2%と比較して増加している。また、同調査では、脳死と判定された家族が、脳死下で臓器を提供する意思表示をしていなかった場合に、臓器提供を「承諾する」と回答した者の割合が38.6%となっているのに対し、書面により脳死下で臓器を提供する意思表示をしていた場合には、その意思を「尊重する」と回答した者の割合が87.0%となっており、本人の意思表示の重要性が改めて明らかになっている。

厚生労働省においては、関係府省庁や公益社団法人日本臓器移植ネットワークと連携し、運転免許証や医療保険の被保険者証の裏面等に臓器提供に関する意思の記入欄を設けることを進めているほか、臓器移植に関する知識や意思の記入方法等の説明書きと「臓器提供意思表示カード」が一体となったリーフレットの作成・配布など、一人でも多くの方が臓器移植について理解し、臓器提供に関する意思表示を行うことが可能となる環境の整備を図っている。



(3) 造血幹細胞移植について

骨髄移植や、臍帯血移植などの造血幹細胞移植は、重い血液疾患に有効な治療法の一つであり、近年、治療成績（生存率）が向上し、白血病などが半数程度は治るようになってきた。

移植の際には、患者と提供者（ドナー）又は保存されている臍帯血のヒト白血球抗原（Human Leukocyte Antigen：HLA）（白血球の型）が適合する必要があり、HLAは、きょうだい間では4分の1の確率で一致するものの、きょうだいがいてもHLAが一致しない場合やきょうだいがいない場合などには、非血縁者間での移植が必要になる。非血縁者間でHLAが一致する確率は数百分の1から数万分の1といわれており、造血幹細胞移植を必要とする全ての患者に移植の機会を提供するためには、多くのドナーや臍帯血の確保が重要となる。こうした中で、骨髄バンクのドナー登録者数は年々増加し、2017（平成29）年3月末現在470,270人となり、また、臍帯血保存公開数は11,287個となるな

ど、造血幹細胞移植に関する協力の輪は着実に広がっている。今後も、骨髄等のドナー登録を推進するとともに、質の高い臍帯血の採取・保存の推進を図ることとしている。

一方、高齢化の進展に伴い血液疾患を有する患者が増加し、非血縁者間での造血幹細胞移植を希望する患者数は2016（平成28）年度末で3,483名となっており、治療成績の向上とあいまって、2015（平成27）年度における非血縁者間の造血幹細胞移植の実施件数は、2,597件（骨髄移植1,127件、臍帯血移植1,347件、末梢血幹細胞移植[*10]123件）となった。

このような状況の下、2012（平成24）年9月には、造血幹細胞の適切な提供の推進に関する基本理念を明らかにするとともに、骨髄バンクや臍帯血バンクに対する必要な規制や助成について定める「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」が成立し、2014（平成26）年1月に全面施行された。また、同法に基づき、「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進を図るための基本的な方針」が定められており、厚生労働省では、当該基本方針にのっとり、移植を希望する患者の方々にとって、病気の種類や病状に合った最適な移植が行われるとともに生活の質の改善が図られるよう、取り組んでいるところである。

第7節 医薬品・医療機器の安全対策の推進等

1 医薬品等の安全対策

医薬品等は、基本的にヒトの身体に何らかの影響を及ぼして疾患の治療などを行うものであるため、それが期待通りに治療効果などとして現れる一方で、予期しない副作用が起きることも避けられない。これら有効性と安全性のバランスが重要であるため、治験等のデータに基づき有効性と安全性の両面についての検討を行い、厚生労働大臣の承認を得てから販売される。しかし、治験等を通じて医薬品の承認までに得られる安全性に関する情報には限界があるため、市販後に副作用情報などを的確に収集し、その情報を適切に分析・評価した上で、必要な安全対策上の措置を迅速に講じていくことが必要である。

また、薬害肝炎事件等を踏まえ、医薬品等による健康被害の発生、拡大防止の観点から、医薬品の適正使用に関する医薬品製造販売会社及び医薬品関係者の責務、国民の役割、医薬品等の添付文書の届出義務化等を内容とする「薬事法等の一部を改正する法律」（平成25年法律第84号）が2013（平成25）年11月27日に公布、2014（平成26）年11月25日に施行された。

（1）副作用等の報告制度

市販後の副作用情報などは、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」（旧薬事法。以下「医薬品医療機器法」という。）に基づいて医薬品等の製造販売業者、医薬関係者から厚生労働大臣に報告することとされている。これら医薬品医

＊10 末梢血幹細胞移植とは、末梢血幹細胞移植は骨髄やさい帯血からの造血幹細胞移植と同様、白血病等に有効な治療法の一つ。造血幹細胞は、通常でも血液の中に存在するが、極めて少ないために移植に用いることができない。そのため、「顆粒球コロニー刺激因子（G－CSF）」と呼ばれる造血幹細胞を増やす作用のある薬剤を4～6日間連続して皮下注射することにより、血液中の造血幹細胞を増やし、成分献血と同様の手法によって移植に必要な造血幹細胞を採取する。骨髄採取と異なり、全身麻酔による骨髄採取や自己血採血、手術室の確保が不要である。

療機器法に基づく副作用等の報告件数は、2015（平成27）年度においては、医薬品は年間約5万7千件、医療機器には約4万4千件、再生医療等製品は35件であった。

(2) 副作用情報等の評価及び提供

厚生労働省は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）と連携し、企業や医薬関係者から報告された副作用情報等について、迅速・的確に評価するとともに、その結果に基づいて、必要に応じて添付文書の「使用上の注意」の改訂の指示を行うなどの安全対策上の措置を講じている。また、緊急かつ重要な情報については、企業に対して緊急安全性情報（イエローレター）や安全性速報（ブルーレター）の配布を指示するなどにより、医療機関などへ迅速に情報提供を行っている。

さらにこれらの医薬品などの安全対策情報が迅速に入手できるよう、タイムリーにその情報を配信するメールサービスとして、「医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）」の提供を行っている。

(3) 医薬品リスク管理計画（RMP）の導入とGVP・GPSP省令

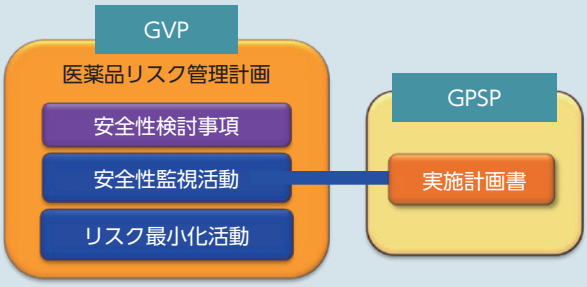
医薬品のリスクを最小にすることを目的に、得られた知見に基づいて、安全性上の検討課題（安全性検討事項）を明らかにし、市販後臨床試験、市販直後調査、使用成績調査等の市販後に実施する調査を計画する（医薬品安全性監視計画）とともに、適正使用に資する資材の作成・配布などの方策（リスク最小化計画）を講じる、「医薬品リスク管理計画」（Risk Management Plan：RMP）を導入した。確実な履行を図るため、GVP省令及びGPSP省令を2013（平成25）年3月に改正、2014（平成26）年10月1日より施行している。（図表8-7-1）

図表8-7-1　医薬品リスク管理計画

■医薬品のリスクを最小に管理するため、
　■安全性検討事項：得られた知見に基づく、安全性に係る検討課題
　■安全性監視活動：市販後に実施する情報収集・調査・試験
　■リスク最小化活動：リスクを最小化するための対策を「医薬品リスク管理計画」（RMP）として明らかにし、開発から市販後まで一貫したリスク管理を行い、安全対策の充実強化を図る。
■RMP指針及び計画書の様式 ➡ 平成24年4月に通知。
　新医薬品及びバイオ後続品 ➡ 平成25年4月以降の申請品目から適用。
　後発医薬品 ➡ 平成26年8月以降の申請品目から適用。
■策定されたRMPを順次PMDAのホームページで公表（平成28年5月よりRMP概要も掲載）。平成28年10月末現在の掲載数は以下のとおり。
　RMP：230件　　うち概要付きのもの：174件

RMPの策定及び実施が確実に履行されるために

■GVP・GPSP省令の改正（平成25年3月11日）
　●RMPをGVPに位置付け（RMPは承認条件として付与）
　●安全性監視活動をGPSPに基づき実施
　●平成26年10月施行



※GVP省令：医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器及び再生医療等製品の製造販売後安全管理の基準に関する省令
　GPSP省令：医薬品の製造販売後の調査及び試験の実施の基準に関する省令

(4) 予測・予防型の積極的な安全対策

こうした従来の安全対策に加え、学会、医療機関、企業と連携して予測・予防型の安全対策の充実・強化を図っている。医療現場において患者の重篤な副作用を早期に発見し対応できるよう、2005（平成17）年度より、関係学会等と連携の上、初期症状、診断法等を取りまとめた「重篤副作用疾患別対応マニュアル」を作成し、情報提供しているが、作成から10年程度経過していることから、最新の知見を踏まえ、より使用しやすいものとなるよう、2016（平成28）年度から5年計画での更新・改定作業に着手している。

また、国立研究開発法人国立成育医療研究センター（以下「成育医療研究センター」という。）に設置した「妊娠と薬情報センター」において、服薬の影響を心配する妊婦等からの相談業務を通じ、出生児への薬の影響に関する情報を収集している。2016年度から、これまでに集積した情報などを整理・評価し、医薬品の添付文書への反映が可能か検討を行う取組みに着手している。

さらに、成育医療センターに設置した「小児と薬情報センター」において、小児患者に医薬品が投与された際の投与量情報、検体検査情報、患者の状態・症状等の情報を収集している。今後、これまでに得られている情報などの整理・評価等を行い、必要な情報提供を行うことで、小児に対する医薬品の適正使用の推進を目指すこととしている。

加えて、現在の自発報告による副作用報告制度の限界に対処するため、大規模な医療データを薬剤疫学的手法による医薬品等の安全対策に活用することを目指し、10拠点23病院の協力を得て医療情報データベースシステム（MID-NET）の構築を進めている。2018（平成30）年度の本格運用開始後には製薬企業や研究者等による利活用も可能とする方針のもと、利活用のルールや費用負担のあり方について検討を進めている。

2 医薬品の販売制度に係る最近の動向

医薬品は、医師などの処方箋に基づき調剤される医薬品である医療用医薬品と、処方箋なしで薬局・店舗販売業で購入することができる医薬品である一般用医薬品の2つに分類されており、このうち、一般用医薬品については、そのリスクの大きさに応じて第1類医薬品から第3類医薬品の3つに分けられていた。

しかし、2013（平成25）年1月の最高裁判決や「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）などを踏まえて、消費者の安全を確保しながら医薬品のインターネット販売ができるよう、2013年12月に薬事法が改正され、2014（平成26）年6月12日に施行された。

新たな販売制度では、医薬品の区分を見直し、使用に特に注意が必要な一部の医薬品を「要指導医薬品」という新たな区分に位置づけて薬剤師による使用する本人への対面販売に限る一方、国民の安全性の確保のため、以下のとおり一般用医薬品の販売ルールを整備した上で、第1類、第2類、第3類のすべての一般用医薬品は、インターネット等による販売（特定販売）が可能になった。

①薬局・店舗販売業の許可を取得した店舗での販売
②購入者の状態に応じた情報提供と、購入者側の理解の確認など、専門家の適切な関与
③情報提供義務免除の範囲及び判断者の見直し（継続使用者等について、薬剤師が情報提供の要否を判断）
④濫用等のおそれのある医薬品の販売個数の制限等

⑤使用期限切れの医薬品の販売禁止
⑥オークション形式での販売の禁止
⑦購入者によるレビューや口コミ、レコメンドの禁止
⑧指定第二類について、禁忌の確認を促すための掲示・表示
⑨販売サイトの届出など偽販売サイトの監視対策

さらに、厚生労働省のホームページに、一般用医薬品のインターネット販売を行うサイトのリスト[*11]を掲載し、安心して一般用医薬品を購入できるようにするための措置を行っているほか、一般消費者を調査員とし、全国の薬局・店舗販売業等を対象とした、医薬品の販売ルールを遵守しているかを確認する調査を行っている。

3 偽造医薬品対策

2017（平成29）年1月、C型肝炎治療薬「ハーボニー配合錠」の偽造品が卸売販売業者を通じて流通し、奈良県内の薬局において調剤され、患者の手に渡る事案が発生した。偽造医薬品は国際的に問題となっているが、本邦では近年報告されておらず、日本に偽造医薬品の流通はないという認識が一般的であっただけに、医薬品に対する国民の信頼を損ないかねない重大な事案であったといえる。偽造医薬品を使用した場合、期待する治療効果が得られないばかりでなく、成分によっては健康被害をもたらす可能性もあり、偽造医薬品の流通は保健衛生上の大きな問題である。

厚生労働省は、本事案の発生を受け、直ちに、薬局及び卸売販売業者を所管する都道府県等に依頼し、偽造品の流通ルートの解明に向けた調査を開始した。また、医療機関や薬局等に対して注意喚起を行うとともに、流通ルートから発見された偽造医薬品の確保を直ちに行うことにより、偽造医薬品の更なる流通を阻止した。さらに、過去に奈良県内の薬局から調剤を受けた患者の健康状態等を奈良県等が確認し、偽造医薬品を受け取った患者1名も含め、偽造医薬品を服用した患者はいなかったことを確認した。

調査の結果、東京都内の特定の卸売販売業者が、医薬品医療機器法に基づく販売業の許可等を得ていない個人から購入したこと、偽造医薬品は全て外箱から取り出され、裸のボトルの状態で流通していたことなどが判明した。これを受け、2017年2月、厚生労働省は、薬局や医薬品の販売業者に対し、医薬品を譲り受ける際には、譲渡人に身分証明書等の提示を求めて本人確認を行うこと、譲り受ける医薬品が本来の容器包装等に収められているかどうか確認することなどを求める通知を発出するとともに、都道府県等に対して監視指導を徹底することを求めている。

さらに、2017年3月から「医療用医薬品の偽造品流通防止のための施策のあり方に関する検討会」を開催し、偽造医薬品の流通を防止する観点から、製造から販売に至る一貫した施策のあり方の検討を開始した。

一方、海外から個人輸入により国内に入ってくる医薬品については、その一部に偽造品が存在することが以前から知られている。

このため、2013（平成25）年に「あやしいヤクブツ連絡ネット」を開設し、個人輸入された医薬品等に関連する健康被害事例、医薬品の違法な販売等の事例の収集、広報啓発

＊11 一般用医薬品の販売サイト一覧
http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/ippanyou/hanbailist/index.html

ホームページ（http://www.yakubutsu.com）などを通じた国民への情報提供、コールセンターにおける国民からの相談対応を実施している。また、厚生労働省のホームページ*12に、医薬品医療機器法違反の疑いがあるインターネットサイトを発見した場合の通報窓口を掲載している。

さらに、2014（平成26）年からインターネットパトロール事業を開始し、医薬品の不正なインターネット販売を能動的に監視し、違反サイトについてはレジストラにドメインの停止を要請するなどの対応を行っている。

4 薬剤師の資質向上と薬局機能の強化等

（1）薬剤師の資質向上

医療の高度化、医薬分業の進展などに伴う医薬品の適正使用の推進といった社会的要請に応えるため、質の高い薬剤師が求められており、大学における薬学教育及び卒後の生涯学習の充実を図ることにより、薬剤師の資質向上に努める必要がある。

質の高い薬剤師養成に向けて、大学における薬学教育については、臨床に係る実践的な能力を培うことができるよう、2006（平成18）年度から、修業年限を4年から6年に延長し、6年制課程を修めて卒業した者に薬剤師国家試験の受験資格を与えることとした。

また、2013（平成25）年12月に薬学教育モデル・コアカリキュラムが6年制課程に特化した内容に改訂され、2015（平成27）年度入学生から適用されていることから、薬剤師国家試験を改訂モデル・コアカリキュラムに対応したものとするため、2016（平成28）年2月に薬剤師の国家試験のあり方に関する基本方針を取りまとめた。これを受け、2016年11月に新たな薬剤師国家試験出題基準を策定し、2020年度に実施する薬剤師国家試験から適用することとした。

さらに、2010（平成22）年度から、チーム医療について先行・先端的に取組みを行っている薬局・医療機関を実務研修機関として指定し、医療に従事している薬剤師を対象に実地研修を実施している。

また、2008（平成20）年4月以降、医道審議会の意見を踏まえ行政処分を実施するとともに、行政処分を受けた薬剤師に対して再教育研修を実施している。

（2）薬局機能の強化と医薬分業の推進



薬局は、2007（平成19）年4月に施行された「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」（平成18年法律第84号）により、医療提供施設として位置づけられ、地域医療計画の下、在宅医療や医薬品などの供給拠点としての貢献が期待されている。

また、医薬分業については、医薬品の適正使用の観点から、その推進に努めているが、2015（平成27）年度の院外処方箋発行枚数は約7億9千万枚に達し、いわゆる医薬分業率は前年度に比べて1.3ポイント増加し、70.0%（公益社団法人日本薬剤師会「処方せん受取率の推計」（2015年度））と推計されている。

＊12 医薬品医療機器法違反の疑いがあるインターネットサイトの情報をお寄せください
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/topics/tp131111-01.html

一方、規制改革会議等で、現状の薬局が本来の医薬分業における役割やコストに見合うサービスを提供できていないとの指摘がなされたことを踏まえ、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定）において、「かかりつけ薬局の推進のため、薬局全体の改革について検討する」とされた。これを踏まえ、2015年10月23日に「患者のための薬局ビジョン」を策定・公表した。

ビジョンの主な内容としては、かかりつけ薬剤師・薬局の機能として、

①服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導

②24時間対応・在宅対応

③医療機関等との連携

をあげ、また、患者等のニーズに応じて強化・充実すべき機能として、

①積極的に地域住民の健康の維持・増進を支援する健康サポート機能

②専門的な薬物療法を提供する高度薬学管理機能

を提示し、薬局再編の全体像として、2025年までにすべての薬局を「かかりつけ薬局」に再編することを目指している。

また、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）を踏まえ、セルフメディケーションの推進の観点から、薬局・薬剤師を地域の健康情報の拠点として活用する各種取組みを総合的に推進しており、2016（平成28）年10月からかかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を備えた上で、積極的に地域住民の健康の維持・増進を支援する健康サポート薬局の届出・公表を開始した。また、2016年4月から2018（平成30）年3月までの2年間、健康サポート薬局の用に供する不動産に係る不動産取得税の優遇措置を設けている。



引き続き、国民が利点を実感できるような質の高い医薬分業を地域の実情に応じた医療計画等に基づいて推進していく必要があり、厚生労働省ホームページ上の「おくすりe情報[*13]」や「薬と健康の週間」（毎年10月17日から10月23日に開催）での広報活動等を通じて、医薬品の適正使用等の啓発を行っている。

また、薬局における医療安全のため、2009（平成21）年度から薬局医療安全対策推進事業（2012（平成24）年度までは、「薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」）を開始し、医薬分業の質の向上に努めている。

5 化学物質の安全対策

(1) 化学物質の安全性情報の取得と評価

「化学物質の審査及び製造等の規制に関する法律」（以下「化審法」という。）に基づき、我が国で初めて製造、我が国に初めて輸入される化学物質については、その安全性等を事前に審査し、製造・輸入などに関して必要な規制を行っている。他方で、化審法制定以前から存在していた既存化学物質については、産業界と連携して実施した「官民連携既存化

＊13 おくすりe情報　http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/okusuri/index.html

学物質安全性情報収集・発信プログラム」を通じて、安全性情報の収集を行ったほか、国による安全点検、経済協力開発機構（OECD）における国際的な取組みを通じても安全性情報収集を行っている。それらの情報は、ホームページ*14を通じて広く公表するとともに、化学物質のリスク評価等にも活用し、化学物質の適正管理に貢献している。

化学物質管理を取り巻く国際的環境の大きな変化などを踏まえて見直された化審法の改正法は、2009（平成21）年5月に公布、2011（平成23）年4月から全面施行された。改正法では、包括的な化学物質の管理を行うことを目的として、既存化学物質を含むすべての一般化学物質を一定数量以上の製造・輸入を行った事業者に対して、毎年度その数量等を届け出る義務を課しており、届出により把握した製造・輸入数量及びその性状などを踏まえ、リスク評価を優先的に行う必要のある化学物質として、優先評価化学物質を指定している。2017（平成29）年3月末までに、211物質を指定した。さらに、優先評価化学物質について順次リスク評価を実施することにより、我が国における厳格な化学物質管理を推進している。

なお、2016（平成28）年は、改正法が全面施行されてから5年が経過することから、厚生労働省、経済産業省、環境省が合同で、2015（平成27）年8月から化審法施行状況検討会を開催し、施行状況等について予備的な点検・検討を行った。2016年3月に同検討会が取りまとめた化審法施行状況検討会報告書に基づき、各課題への対応について検討を進めている。

この報告書の提言を踏まえ、法改正を伴う政策的な事項であり、緊急性の高い項目である①少量新規化学物質確認制度及び低生産量新規化学物質確認制度における全国単位の製造・輸入数量の上限見直し、②毒性が強い新規化学物質の管理等を内容とする「化学物質の審査及び製造等の規制に関する法律の一部を改正する法律案」を2017年3月7日に、第193回通常国会に提出した。

(2) 家庭用品の安全対策

家庭用品に使用される化学物質による健康被害を防止するため、有害物質を含有する家庭用品の規制に関する法律に基づき、繊維製品、洗浄剤、ガーデニング用木材等について規制基準を定めている。2017（平成29）年3月末までに、21物質群を指定している。

また、家庭用品の使用に伴い生じた重大製品事故のうち、化学物質が原因であることが推定されたものの公表や、医療機関から収集した家庭用品に係る健康被害情報などを活用し、事故防止の指導や啓発に努めている。

(3) 毒物及び劇物の安全対策

毒物及び劇物取締法に基づき、急性毒性作用がある化学物質を毒物又は劇物に指定し、毒物又は劇物の取扱事業者などに対する規制を実施している。なお、2017（平成29）年3月末までに、同法に基づき124項目を毒物に指定し、389項目を劇物に指定している。

＊14 J-CHECK ホームページ　http://www.safe.nite.go.jp/jcheck/top.action?request_locale=ja

第8節　薬物乱用対策の推進

1 薬物乱用防止対策

我が国における薬物事犯の検挙人員[*15]は、2016（平成28）年には13,841人（医薬品医療機器法違反を除く）であり、このうち覚醒剤事犯は最も多い10,607人であり、検挙人数は前年に比べて減少した。大麻事犯は2,722人と昨年から更に増加し、3年連続の増加となった。この原因は、危険ドラッグからの大麻への回帰や、若年層による大麻の濫用が増大していること等があげられる。

このため、政府は引き続き、薬物乱用の根絶を図るため、薬物乱用対策推進会議において、2013（平成25）年8月に策定された「第四次薬物乱用防止五か年戦略」[*16]に基づき、政府をあげた総合的な対策を推進することとしている。

最近の薬物事犯、特に覚醒剤事犯については、暴力団や外国人密売組織による組織的な密輸・密売が主流を占めており、密輸ルートの分散化や手口の一層の巧妙化が進む一方、検挙者数が減少しないことなどから、覚醒剤の国内への安定した供給がうかがわれる。2016年の覚醒剤押収量は、1,521.4kgであり、これは過去最大を記録した1999（平成11）年に次ぐ大量の押収量である。押収量のほとんどが、組織的な密輸事件が摘発されたものであり、ますます我が国が外国の薬物密輸組織の標的になっている事実がうかがわれる。

地方厚生局麻薬取締部（全国8部、1支所、3分室）においては、警察、海上保安庁、税関等の関係機関と緊密な連携の下、これら薬物密輸組織、密売組織の壊滅を視野に入れた取締りを行っている。

また、2015（平成27）年には医師による大量の向精神薬不正譲渡事件が発覚し、医療用に出回る向精神薬の横流しが問題となった。厚生労働省は、関係団体に対し適正流通を目的とした通知を発出するとともに、不正流通に対しては厳しく取り締まる方針を打ち出し、各医療機関に対して指導・監督を行っている。



さらに、処方箋医薬品として正規流通しているエチゾラム、ゾピクロンについて、乱用が問題となっていたことから、2016年9月に麻薬及び向精神薬取締法上の向精神薬に指定し、乱用による保健衛生上の危害を防止した。

薬物乱用防止対策は、社会が薬物を受け入れない環境をつくることが非常に重要である。この観点から、地域における啓発として、「麻薬・覚醒剤乱用防止運動」などの国民的運動を展開するとともに、薬物の有害性・

＊15 本節の検挙人員は、厚生労働省、警察庁、海上保安庁調べ（厚生労働省集計）による。
＊16 第四次薬物乱用防止五か年戦略
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubutsuranyou_taisaku/index.html

違法性[*17]に関する正しい知識を周知するため、薬物乱用防止普及啓発読本等の広く薬物乱用防止に係る啓発資料を作成し、配布している。また、薬物乱用防止啓発訪問事業として、教育機関等に講師を派遣して、専門の教材を基に効果的な普及啓発を図るとともに、FacebookやTwitterを活用して情報を発信している。

薬物の再乱用を防止するための取組み[*18]として、都道府県と連携し、薬物依存症についての正しい知識の普及を行い、また、保健所及び精神保健福祉センターの薬物相談窓口において、薬物依存症者やその家族に対する相談事業、家族教室の実施等により再乱用防止対策の充実を図っている。

2 危険ドラッグ対策

危険ドラッグについては、健康被害や他者を巻き込む重大な交通事故等が社会問題化したことを受け、2014（平成26）年7月に薬物乱用対策推進会議において「危険ドラッグの乱用の根絶のための緊急対策」[*19]が策定され、政府一丸となって危険ドラッグ対策を推進している。

対策の一つとして、新たに発見された乱用薬物を医薬品医療機器法の指定薬物[*20]として指定し、その取締りを図っている。指定においては、指定薬物部会の開催頻度の増加、パブリックコメントの省略、指定薬物省令の公布から施行までの期間の短縮等により、迅速な指定を実施している。基本骨格を同一とする2,104物質について包括指定を行った。2016（平成28）年度は26物質を新たに指定し、その結果、2017（平成29）年3月末現在、2,362物質が指定薬物となっており、危険ドラッグ販売業者に対する効果的な取締りが推進された。

2013（平成25）年10月に麻薬取締官及び麻薬取締員への指定薬物の取締権限の付与、2014年4月に指定薬物の所持等の禁止と指定薬物に対する規制の強化を進めてきたが、同年12月の医薬品医療機器法の改正により、検査命令・販売等停止命令の対象となる物品の拡大、広告中止命令の創設、被命令者だけが対象となっていた販売等停止命令の規制の告示による広域化等により、より効率的に指導・取締りが行えることとなった。

危険ドラッグを容易に入手できる機会を減らすため、危険ドラッグ販売店舗やインターネットを利用した危険ドラッグ販売サイトへの対策も進めてきた。危険ドラッグを販売する店舗への対策として、2014年8月に初めて指定薬物である疑いがある物品を販売する店舗に対する検査命令・販売等停止命令を実施し、その後も継続的に検査命令等を実施することにより、2014年3月時点で215店舗存在した危険ドラッグ販売店舗を2015（平成27）年7月に全滅させた。また、医薬品医療機器法の改正に伴い、インターネットによる危険ドラッグ販売に対しても、2014年12月から2016年12月までの間で、販売サイト303サイトに削除要請を実施し、247サイトを閉鎖又は販売停止させた。

また、この医薬品医療機器法の改正に伴い、財務省と厚生労働省の間で輸入される危険

＊17 薬物乱用防止に関する情報
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html
＊18 薬物の再乱用を防止するための取組み
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html
＊19 2014年7月に策定された「「脱法ドラッグ」の乱用の根絶のための緊急対策」が同年8月に一部改正され、「危険ドラッグの乱用の根絶のための緊急対策」となったもの。
＊20 指定薬物
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html

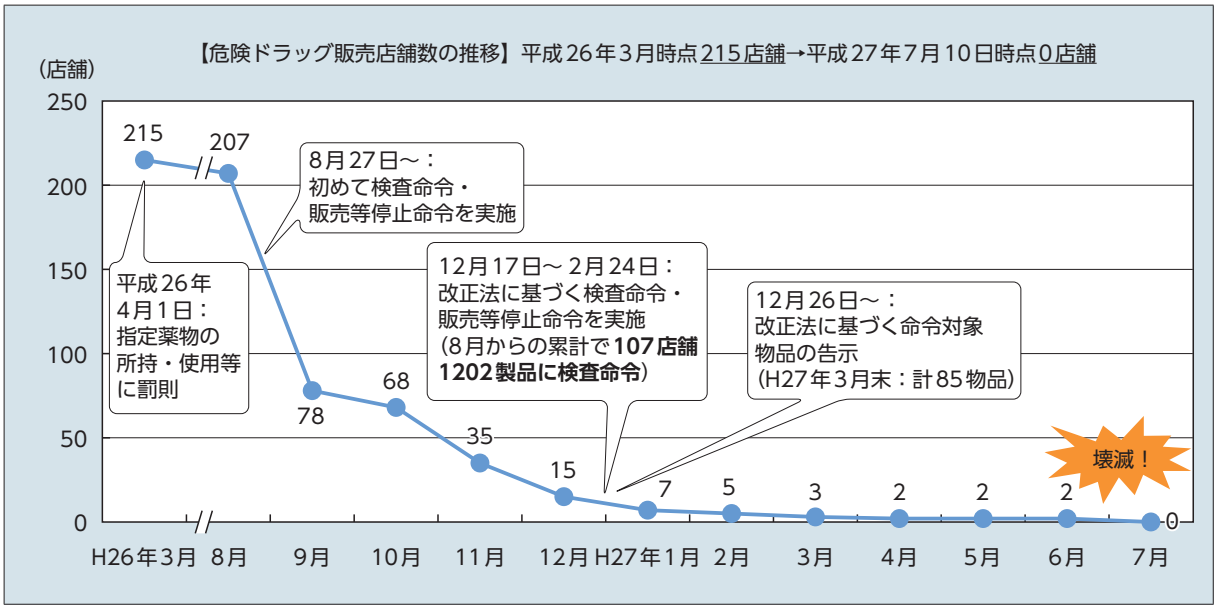
ドラッグ情報を共有し、指定薬物の疑いがある物品については検査命令を行うなど、危険ドラッグについても水際対策を進めた。

2016年における危険ドラッグ事犯（医薬品医療機器法違反、麻薬及び向精神薬取締法違反、交通関係法令違反等）に係る検挙人員は計988人であり、うち指定薬物に係る医薬品医療機器法違反の検挙人員は826人にのぼった。

国民への啓発については、2013年に個人輸入・指定薬物等適正化対策事業による「あやしいヤクブツ連絡ネット」を開設し、危険ドラッグを含む指定薬物等に関連する健康被害事例等の収集、広報啓発ホームページ（http://www.yakubutsu.com）等を通じた消費者等への情報提供、及び消費者等からの相談対応（コールセンター）業務を実施している。これにより国民が一元的に危険ドラッグを含む指定薬物などの危険性等に関する情報にアクセスできるようにし、健康被害や乱用を防ぐための正しい情報の広報・啓発を推進している。

これまでの取組みの結果、危険ドラッグの販売店舗は全滅したものの、インターネット販売やデリバリー販売に移行し販売手法が巧妙化、潜在化の一途をたどっていることから、引き続き関係機関と連携し、危険ドラッグの根絶に向けて対策を講じている。

図表8-8-1　危険ドラッグ販売店舗等の取締状況



第9節　血液製剤対策の推進

1　献血の推進について

2015（平成27）年度の延献血者数は約488万人（対前年比約11万人減、2.1%減）で、約193万Lの献血量を確保した。（図8-9-1、8-9-2参照。）年代別の献血者数を見ると、前年度と比較して10代から40代で減少しているが、ここ数年は輸血用血液製剤の供給も減少しており、製剤在庫は日々安定的に確保されている。

厚生労働省では、今後、少子高齢社会の進展を踏まえ、血液の安定供給を行える体制を確保するため、2014（平成26）年度までの達成目標「献血推進2014」を策定し、特に若年層を対象とした「はたちの献血」キャンペーンの実施、高校生への普及啓発のための副読本の配布などの広報活動を行ってきた。その後、2015年度から2020年度までの新たな中期目標として、2014年12月に、「献血推進2020」を策定し、①若年層（10代から30代）の献血者数の増加、②企業等による安定的な集団献血の確保、③複数回献血の増加、④献血の周知度の上昇を目標に掲げ、引き続き、献血推進の取組みを強化している。

具体的には、以下の事項を重点的に取り組んでいる。

（1）献血の普及啓発

広く国民に献血の意義を理解し、献血を行ってもらうため、効果的な普及啓発を促進する。

（2）若年層対策の強化

①10代への働きかけ

献血への理解を深めてもらうことにより、初めての献血を安心して行っていただくため、日本赤十字社が実施する「献血セミナー」などの積極的な活用を推進する。

②20代・30代への働きかけ

20代・30代は、リピータードナーにならずドロップアウトする方が多いため、献血を体験した方が、長期にわたり複数回献血に協力してもらえるように普及啓発、環境整備に取り組む。

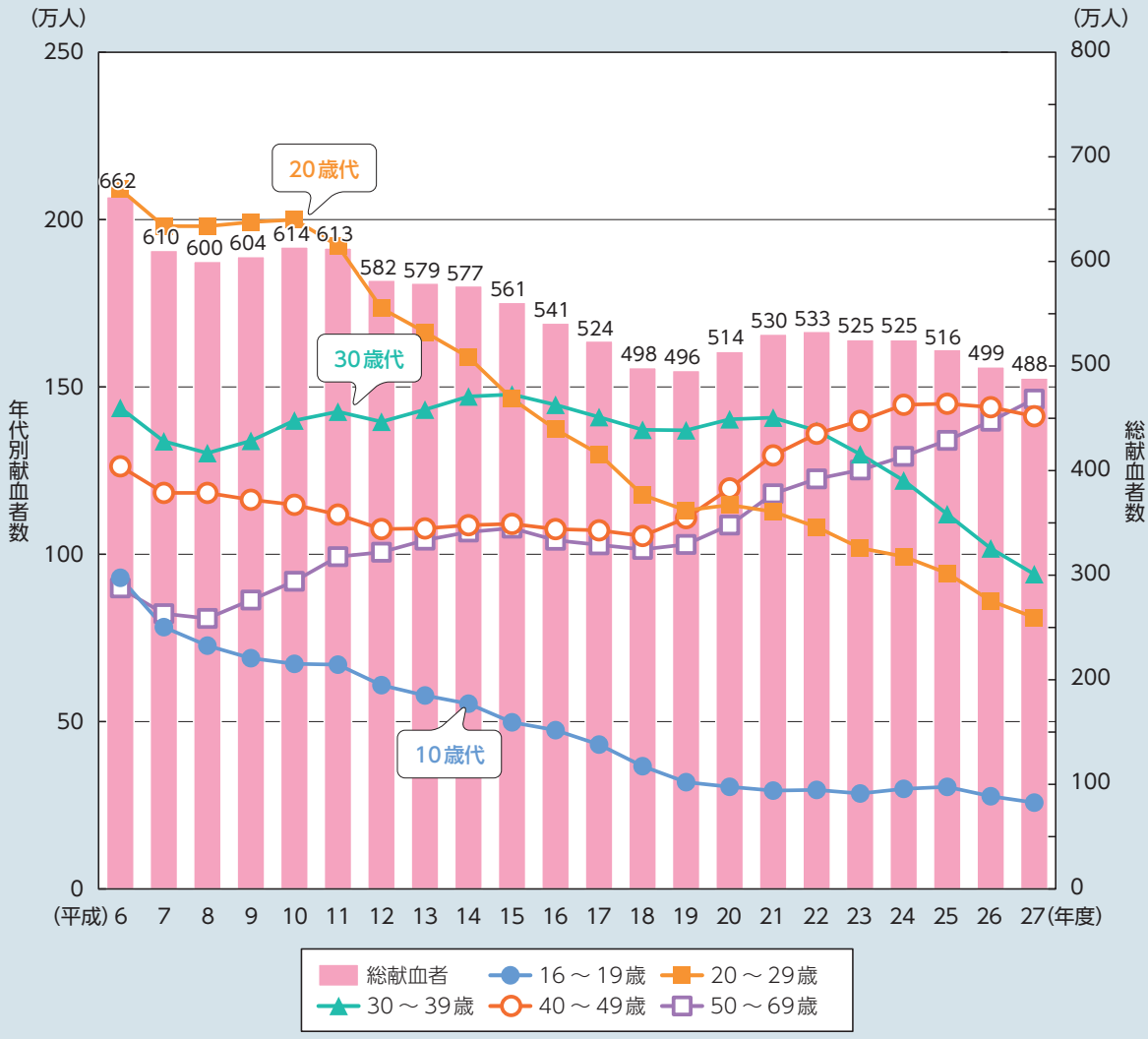
また、企業などへの働きかけを一層強化し集団献血を行うことにより、安定的な献血者の確保を図る。

（3）安心・安全で心の充足感が得られる環境の整備

献血は相互扶助と博愛精神による自発的な行為であり、献血者一人一人の心の充足感が活動の大きな柱となっている。

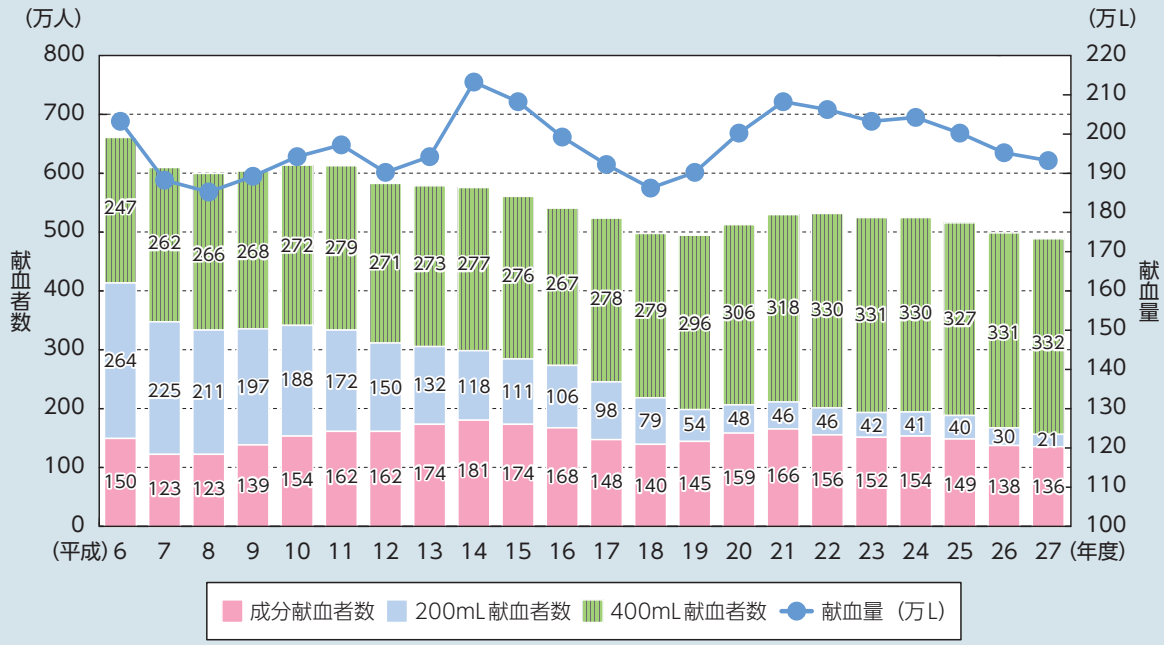
献血に協力いただく方々が、より安心・安全に献血できるとともに、心の充足感を得られ継続して献血いただける環境整備を図る。

図表8-9-1　献血者数の推移



資料：日本赤十字社調べ／厚生労働省医薬・生活衛生局作成

図表8-9-2　血液確保量及び採血種類別採血人数



資料：日本赤十字社調べ／厚生労働省医薬・生活衛生局作成



キャンペーンポスター



普及啓発のための副読本

2　欧州等滞在歴のある方の献血制限等による血液製剤の安全対策について

我が国では、2005（平成17）年2月に国内で初めて変異型クロイツフェルト・ヤコブ病（vCJD）の患者が確認されたことから、輸血等によるvCJDの伝播防止に万全を期するため、同年6月から当分の間の暫定措置として、1980（昭和55）年から1996（平成8）年までの間に英国に1日以上滞在歴のある方からの献血を制限していた。その後、2009（平成21）年12月に、vCJDの国内外での発生状況、数理モデルを用いたリスク評価の結果、諸外国での献血制限状況、血液製剤の供給状況等に基づき、この献血制限措置を見直し、1980年から1996年までの間に英国に通算1か月以上の滞在歴のある方からの献血を制限することを決定し、2010（平成22）年1月27日から実施している（**図表8-9-3**）。

中南米地域に棲息するサシガメ（昆虫）を介する感染症であるシャーガス病に関して

は、輸血伝播を未然に防止するための措置として、中南米諸国に通算４週間以上滞在歴のある方、中南米諸国出身の方、あるいは母親が中南米諸国出身の方の献血血液は、血漿分画製剤の原料にのみ使用することを決定し、2012（平成24）年10月15日より実施した。その後、保管検体の抗体検査及び疫学研究の結果を踏まえ、2016（平成28）年８月からは、中南米諸国に連続４週間以上滞在歴のある方、中南米諸国出身の方、あるいは母親が中南米諸国出身の方を対象に抗体検査を行っており、陰性だった方の献血血液については、血漿分画製剤の原料に加え、輸血用血液製剤の原料として使用する措置を実施している。

また、2013（平成25）年11月に、10年ぶりに輸血によるHIV感染症例が報告されたことなどを踏まえ、問診などの安全対策の見直しを行い、これまで以上にエイズ等の検査を目的とする献血の危険性の周知徹底及び匿名で行うエイズ検査に係る保健所などの活用について広く呼びかけを行うとともに、問診時等に虚偽の申告をしないよう周知している。

さらに、2014（平成26）年８月に蚊を介して感染するデング熱の国内感染事例が発生した際、輸血を介して感染するおそれもあることから、献血時の問診などの強化、国内感染発生地域に行かれた方の献血制限、「デング熱国内感染事例発生時の対応・対策の手引き　地方公共団体向け」（国立感染症研究所）に感染者への問診事項として最近の献血の有無の質問を付記するなど、献血血液の安全対策を講じた。

図表8-9-3　欧州等滞在歴による献血制限

		滞在国	滞在期間	滞在時期
A（注）	①	英国	通算１か月以上（96年まで） 通算６か月以上（97年から）	1980年～2004年
	②	アイルランド、イタリア、オランダ、スペイン、ドイツ、フランス、ベルギー、ポルトガル、サウジアラビア	通算６か月以上	
	③	スイス	通算６か月以上	1980年～
B（注）	①	オーストリア、ギリシャ、スウェーデン、デンマーク、フィンランド、ルクセンブルグ	通算５年以上	1980年～2004年
	②	アイスランド、アルバニア、アンドラ、クロアチア、サンマリノ、スロバキア、スロベニア、セルビア（2008年に独立したコソボ含）、モンテネグロ、チェコ、バチカン、ハンガリー、ブルガリア、ポーランド、ボスニア・ヘルツェゴビナ、マケドニア、マルタ、モナコ、ノルウェー、リヒテンシュタイン、ルーマニア	通算５年以上	1980年～

（注）　Bに掲げる国の滞在歴を計算する際には、Aに掲げる国の滞在歴を加算するものとする。

第10節　医薬品・医療機器による健康被害への対応

1　医薬品副作用被害救済制度・生物由来製品感染等被害救済制度

国民の健康の保持増進に欠かせない医薬品は、適正に使用しても副作用の発生を完全に防止できず、時に重い健康被害をもたらす場合があることから、迅速かつ簡便な救済を図るため、1980（昭和55）年５月に、医薬品製造販売業者等の拠出金を財源とする医薬品

副作用被害救済制度が創設された。2004（平成16）年度には、適正に使用された生物由来製品を介した感染等による健康被害に対して生物由来製品感染等被害救済制度が設けられている。

医薬品副作用被害救済制度では、これまでに14,572名（2016（平成28）年度末時点）の方々に救済給付が行われており、近年給付件数が増加している。最近の取組みとしては、必要な時に制度が適切に活用されるよう、テレビや新聞等を活用した広報や医師、薬剤師などの医療関係者を中心とした広報、医療機関等が開催する研修会への講師派遣などを行っている。



2 薬害被害者への恒久対策

サリドマイド製剤やキノホルム剤、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）が混入した血液製剤など医薬品の使用により生じた健康被害については、訴訟の和解に基づいて手当の支給や相談支援事業などの恒久対策を実施してきている。

(1) サリドマイド訴訟

昭和34年頃から妊娠中の母親がサリドマイド製剤（鎮静催眠剤など）を服用したことにより、四肢、耳などに重篤な障害のある子どもが出生した事件で、1974（昭和49）年10月に和解が成立した。和解に基づいて設立された「サリドマイド福祉センター」（公益財団法人いしずえ）では、和解一時金の一部を長期継続年金として被害者に支給するとともに、国の補助を受けて被害者の生活全般に関する相談・生活支援のための事業を実施している。

(2) スモン訴訟

昭和30年代から発生した腸疾患加療中に神経炎症状や下半身麻痺症状を併発した原因不明の疾病（スモン＝亜急性脊髄視神経症）は、その後キノホルム剤（整腸剤）が原因であると判明し、1979（昭和54）年9月に和解が成立した。国は介護費用の支給費の一部を負担するとともに、難病対策（特定疾患治療研究事業）の一環としての医療費の公費負担、厚生労働科学研究費補助金による調査研究、はり、きゅう、マッサージの利用料補助などの事業を実施している。2012（平成24）年には、公的支援の内容をまとめた「スモン手帳」をスモン患者に配布した。

(3) HIV訴訟

血友病治療のために血液製剤を使用していた患者が製剤に含まれたヒト免疫不全ウイルス（HIV）に感染した事件で、1996（平成8）年3月に和解が成立した。国では、エイズ発症者健康管理手当・エイズ発症予防のための健康管理費用の支給を行うとともに、国立国際医療研究センターにエイズ治療・研究開発センターを設置し、全国8地域に整備さ

れた地方ブロック拠点病院、各都道府県の中核拠点病院及び地域のエイズ治療拠点病院の連携をもとに、必要な医療の確保に努めている。さらに、遺族に対する相談会の開催や医療に関する相談窓口の設置、被害者団体を通じた被害者に向けた医療・福祉・生活面での相談援助事業を実施している。2016（平成28）年3月には、公的支援の内容をまとめた「血友病薬害被害者手帳」を被害者に配布した。

(4) クロイツフェルト・ヤコブ病訴訟

脳外科手術に使用したヒト乾燥硬膜「ライオデュラ」を介してクロイツフェルト・ヤコブ病（CJD）を発症した事件で、2002（平成14）年3月に和解が成立した。国はCJD患者の安定した療養を確保するため、専門医による在宅医療支援チームの派遣体制を整備するとともに、CJD患者と家族・遺族の福祉の向上を図るため、遺族自身による電話相談を中心としたサポート・ネットワーク事業に対する支援を行っている。

(5)「誓いの碑」

サリドマイド、スモン、HIV感染のような医薬品による悲惨な被害を再び発生させることのないよう医薬品の安全性・有効性の確保に最善の努力を重ねる決意を銘記した「誓いの碑」を厚生労働省前庭に設置している。



3 「C型肝炎救済特別措置法」に基づくC型肝炎ウイルス感染被害者の救済

出産や手術等の際に使用した血液製剤に含まれていたC型肝炎ウイルスに感染した者に対しては、「特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法」（2008（平成20）年成立。以下「C型肝炎救済特別措置法」という。）に基づき、製剤投与の事実等について裁判所での確認を経て、給付金の支給を行っている。支給額は、①慢性C型肝炎の進行による肝硬変・肝がん・死亡で4,000万円、②慢性C型肝炎で2,000万円、③①及び②以外（無症候性キャリア）で1,200万円であり、給付金の支給を受けた後20年以内に症状が進行した場合には、差額が追加給付金として支給される。2017（平成29）年3月末日現在で2,277名と和解等が成立している。

厚生労働省は、フィブリノゲン製剤や血液凝固因子製剤の納入先医療機関名の公表等により、これらの製剤を投与された可能性のある方に対して、肝炎ウイルス検査受検を呼びかけるとともに、同法の内容の周知を図っている。

4 薬害を学ぶための教材

若年層が、これまでに発生した薬害を学ぶことで医薬品に対する理解を深めることを目的として、厚生労働省は、2010（平成22）年から「薬害を学び再発を防止するための教育に関する検討会」を開催している。この研究会での議論に基づき、2011（平成23）年度から、全国の中学3年生を対象とした薬害を学ぶための教材「薬害を学ぼう」を作成し、全国の中学校に配布している。2016（平成28）年からは、「薬害を学ぼう」の視聴覚教材と教員用の「指導の手引き」を作成し、公開している。



第11節 食の安全の確保

1 厚生労働省に求められる食品の安全性確保対策

近年の食生活の多様化、食品流通のグローバル化、健康意識の高まりなどを背景に、食品の安全に対する国民の関心が高まっている。また、食品流通の発達に伴い、複数の自治体にまたがる広域大規模食中毒の発生が課題となっており、食品の一層の安全性確保が求められている。

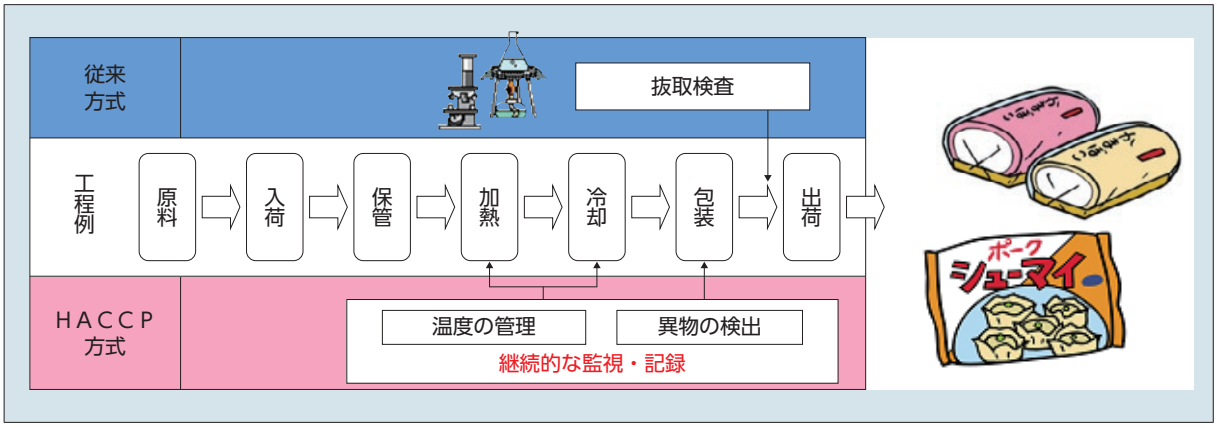
このため、厚生労働省では、食品などの規格基準の策定やそれに基づく監視指導の業務などを担うリスク管理機関として、関係省庁及び地方公共団体と連携しながら、食品の安全の確保を図っている。

2 最近の食品安全行政の主な動き

(1) HACCP（ハサップ）の制度化に向けた検討

HACCP（Hazard Analysis and Critical Control Point）による衛生管理とは、食品等事業者自らが食中毒菌汚染、異物混入等の危害要因（ハザード）を把握した上で、原材料の入荷から製品の出荷に至る全工程の中で、それらの危害要因を食品衛生上問題の無いレベルにまで除去又は低減させるために特に重要な工程を管理することにより、製品の安全性を確保しようとする手法である（図表8-11-1）。

図表8-11-1　HACCP方式と従来方式との違い



HACCPによる食品の衛生管理は、1993（平成5）年、国際連合食糧農業機関（Food and Agriculture Organization：FAO）及び世界保健機関（World Health Organization：WHO）合同の国際政府間組織である食品規格委員会（コーデックス委員会）において、ガイドラインが示されてから20年以上が経過し、先進国を中心に義務化が進められてきた。HACCPによる衛生管理は、我が国から輸出する食品にも要件とされるなど、今や国際標準となっている。

2016（平成28）年3月から「食品衛生管理の国際標準化に関する検討会」において、HACCPの制度化の枠組みについて検討を行い、同年12月、本検討会の最終取りまとめを公表した。これまで、我が国では、食品衛生法に基づく規格基準や各種ガイドラインなどに基づき、食品や業態の特性に応じて衛生管理の向上に取り組むとともに、「総合衛生管理製造過程承認制度」を始めとする様々な施策によりHACCPの普及を進め、国内の食品の安全確保を図ってきた。しかし、近年食中毒の発生事件数は下げ止まりの傾向が見られており、また、高齢化人口の割合の増加に伴い、食中毒リスクが高まっていくことも懸念されている一方で、近年の食品流通の更なる国際化や、訪日外国人観光客の増加、2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会の開催などを見据えると、我が国の食品衛生管理の水準が国際的に見ても遜色ないものであることを、国内外に示していく必要性が高まっている。

検討会の最終取りまとめでは、こうした状況を踏まえ、これまでの衛生管理を基本としつつ、科学的な根拠に基づいた重要な工程の管理とその記録により、食品の安全性確保の取組みを効率化し、「見える化」しようとするHACCPによる衛生管理を制度として位置づけ、定着を図る必要があるとされた（**図表8-11-2**）。

厚生労働省では、最終取りまとめを踏まえ、HACCPの制度化に当たっては、フードチェーン全体を通じて食品の安全性の更なる向上を図る観点から、食品の製造・加工、調理、販売等を行う全ての食品等事業者を対象とする方向で検討を進めることとしている。このため、今後、小規模事業者も含め、食品等事業者が円滑に対応できるよう、食品ごとの特性や各業界の実態も踏まえつつ、HACCPの制度化に向けた制度設計の検討を進めていく。

図表8-11-2 食品衛生管理の国際標準化に関する検討会最終とりまとめの概要

■食品衛生法等に基づく食品衛生管理の規制について、これまでの国内の取組、諸外国の状況等を踏まえ、国内の食品の安全性の更なる向上を図るため、HACCPによる衛生管理を制度として位置づけ、定着を図る必要。
■その際、食品ごとの特性や事業者の状況等を踏まえつつ、実現可能な方法で着実に取組を進めていくことが重要。

＊こうした観点から、国内や諸外国の現状を踏まえつつ、我が国のHACCPによる衛生管理の制度のあり方について、業界団体からヒアリングを行いつつ、平成28年3月～12月に計9回の議論を行った。
＊平成28年10月～11月に中間とりまとめについて、パブリックコメントを実施した。

【具体的な枠組み】

対象　全ての食品等事業者（食品の製造・加工、調理、販売等）

衛生管理計画の策定

一般衛生管理　施設設備、機械器具等の衛生管理、食品取扱者の健康や衛生等の管理

HACCPによる衛生管理

基準A
（コーデックスのHACCP7原則）
・事業者の規模等を考慮
・と畜場、食鳥処理場は基準Aを適用

基準B
（食品や業態などの特性に応じ一般衛生管理に加え重要管理点を設定したもの、一般衛生管理のみのもの等多様な対応が想定される。）

基準A以外の事業者
・小規模事業者
・当該店舗での小売販売のみを目的とした製造・加工・調理事業者/提供する食品の種類が多く、変更頻度が頻繁な業種/一般衛生管理の対応で管理が可能な業種　等（例：飲食業、販売業等）

厚生労働省
HACCP導入手引書やモデルプランの作成
業界団体の手引書作成への支援

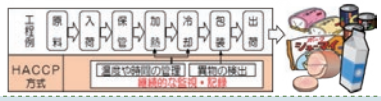
地方自治体
食品衛生監視員による導入支援、指導・助言

業界団体等
個別の食品・業態ごとに手引書を作成

【今後の課題】

■現場での導入手順の理解、人材の育成
■分かりやすい導入ツールの作成、きめ細かな支援
■HACCPの正確な知識の普及
■小規模事業者を含む食品等事業者が円滑かつ適切にHACCPによる衛生管理に取り組むことが可能となるよう、十分な準備期間を設定。

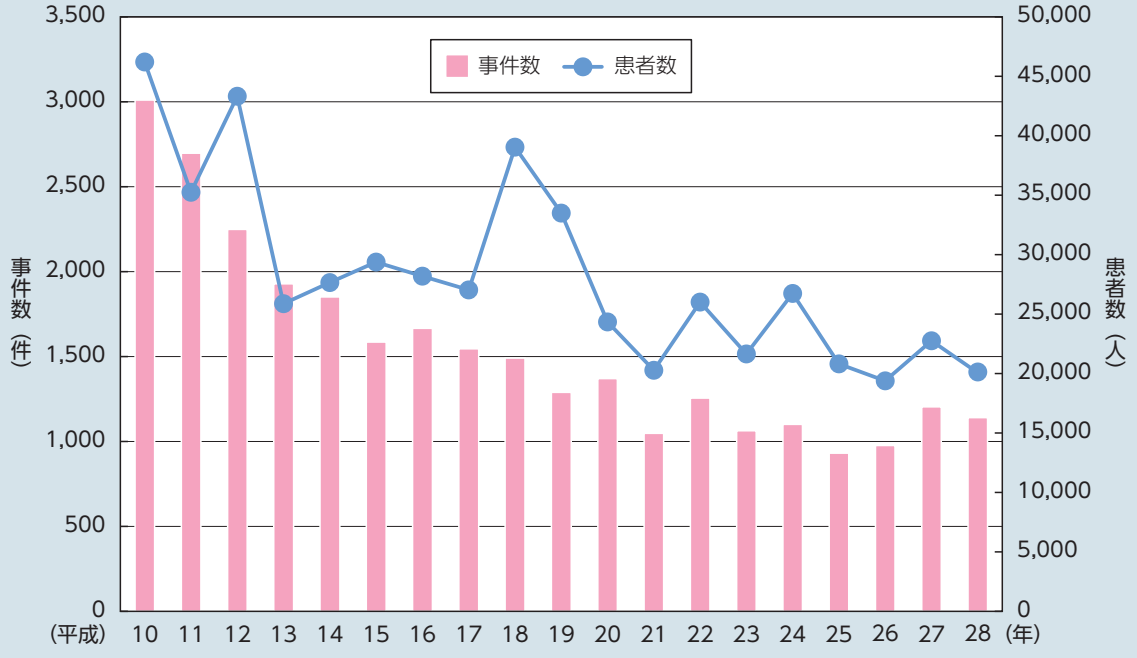
HACCP(Hazard Analysis and Critical Control Point)とは
原材料の入荷から出荷までに発生するかもしれない食中毒菌汚染や異物混入を防止する特に重要な工程を管理する食品の衛生管理の手法



(2) 食中毒対策

食中毒の事件数は1998（平成10）年をピークにおおむね減少傾向を示してきたが、近年では、事件数は900件から1,500件、患者数は20,000人から25,000人程度で推移している（図表8-11-3）。

図表8-11-3 食中毒対策の事件件数の推移



食中毒による死者数は、2013（平成25）年は1人、2014（平成26）年は2人、2015（平成27）年は6人、2016（平成28）年は14人となっている。

1998年当時、食中毒の原因としてサルモネラ属菌や腸炎ビブリオなどが事件数の半分以上を占めていたが、近年ではノロウイルスやカンピロバクター・ジェジュニ／コリなどの占める割合が高まっており、食中毒予防の観点から重要な課題となっている。特に冬場に多発するノロウイルスによる食中毒は、食中毒患者数全体の5割以上を占めている。ノロウイルスは、感染力が強く、弁当や給食の調理施設で発生し、大規模な食中毒となることがあり、発生原因としては、食品取扱者を介した発生が主要なものとなっている。

厚生労働省では、食中毒予防に関して国民に正しく理解されるよう、ノロウイルスやカンピロバクターなどに関するQ＆Aのほか、家庭でできる食中毒予防のポイントをまとめたリーフレットやアニメーションを作成し、厚生労働省ホームページに公開している。また、厚生労働省Twitterにより、有毒植物や毒きのこ、ノロウイルス等の食中毒予防のポイントを周知し、食中毒予防に関する注意喚起を行っている。

(3) 食品中の放射性物質への対応について

食品中の放射性物質については、2011（平成23）年3月に発生した東京電力（株）福島第一原子力発電所の事故後の長期的な状況に対応するため、薬事・食品衛生審議会食品衛生分科会放射性物質対策部会等において、食品安全委員会の食品健康影響評価や、コーデックス委員会の指標が年間1ミリシーベルトを超えないように設定されていることなどを踏まえて、事故直後に設けた暫定規制値に代わる現行の基準値（一般食品100Bq/kg、牛乳及び乳児用食品50Bq/kg、飲料水10Bq/kg）を2012（平成24）年4月に設定した。この基準値は、子どもを含む全ての世代に配慮されたものになっている。

食品中の放射性物質の状況については、原子力災害対策本部が定めたガイドラインに基づき、地方自治体において、主に出荷前の段階でモニタリング検査を実施しており、検査の結果については厚生労働省で取りまとめ、基準値を超えない場合を含め、全て公表している。

直近約1年間の検査結果では、食品から検出される放射性物質のレベルは全体的に低下し、基準値を超える食品も、一部の水産物、野生のきのこ類、山菜類、野生鳥獣肉などが中心となっている。同ガイドラインについては、これまでも定期的な改正が行われてきたが、2016（平成28）年度には、これまでの検査結果や関係府省（消費者庁、内閣府食品安全委員会、厚生労働省、農林水産省）が主催した消費者を含む関係者向けの意見交換会での意見等に基づき、より合理的かつ効果的な検査の在り方の検討がなされた。この結果を受け、2017（平成29）年3月24日、同ガイドラインが改正され、検査対象自治体、検査対象品目、出荷制限等の解除等に関する見直しが行われた。こうした中で、福島県をはじめとする各地域で実際に流通している食品を購入して調査した結果、食品中の放射性セシウムから受ける線量は、食品から追加で受ける線量の上限（1ミリシーベルト／年）の1パーセント以下であり、極めて小さい値に留まっている。引き続き、食品中の放射性物質から受ける線量の推定調査をしていくこととしている。

また、関係省庁と連携して、基準値の考え方や上記の調査結果などに関する説明会を全国で開催するなど、多様な媒体を活用して周知を行った。今後とも、消費者、生産者、事

業者など、様々な立場の方々に、十分に安全な基準値であることが理解されるよう、丁寧に説明していく。

(4) 生食用食肉などの安全対策



2011（平成23）年4月に、飲食チェーン店での腸管出血性大腸菌を原因とする食中毒により、5名が死亡する事件が発生した。従来の衛生基準には法的な強制力がなく、事業者において衛生基準が十分に遵守されていなかったことを受け、食品衛生法に基づく生食用食肉（牛肉）の規格基準として、加工段階における肉塊の加熱殺菌の規定などを定め、同年10月から適用している。

また、牛肝臓については、2011年秋に厚生労働省が実施した汚染実態調査において肝臓内部から腸管出血性大腸菌及び大腸菌が検出され、また、牛肝臓を安全に生食するための有効な予防対策が見出せなかったため、新たな知見が得られるまでの間、国民の健康保護の観点から食品衛生法に基づく規格基準として、生食用としての牛肝臓の販売を禁止する旨などを定め、2012（平成24）年7月から適用している。

牛肝臓の生食禁止後、豚の肝臓が生食用として提供されている実態が認められたことから、牛の肝臓以外の内臓、豚、鶏を含むその他の食肉などの生食の対応について、2013（平成25）年に薬事・食品衛生審議会において検討を開始した。2014（平成26）年8月に、食肉の種別ごとに食中毒菌やウイルスなどの危害要因などを整理し、公衆衛生上のリスクの大きさに応じた対応方策について検討した結果、豚の食肉及び内臓についてはE型肝炎ウイルスによる健康被害の重篤性などにかんがみ、法的に生食用としての提供を禁止することが必要との結論を得た。厚生労働省においては、これを踏まえて、豚の食肉及び内臓を生食用として提供することを禁止する規格基準を策定し、2015（平成27）年6月から適用している。

なお、食肉などの生食や生焼けによる食中毒の防止を図るため、加熱の必要性について、消費者や事業者が正しく理解できるよう、Q＆Aやリーフレット、ポスターなど普及啓発資材を作成し、厚生労働省ホームページに掲載している。

3 食品安全行政の概要

(1) 規格基準の設定及び見直し

1 既存添加物の使用・流通実態及び安全の確認

1947（昭和22）年の食品衛生法制定時から、化学的合成品である食品添加物については、安全性が確認され、厚生大臣（当時）が指定したものに限り、その製造、使用、販売などを認めてきた。その後、それまで食経験のない動植物から抽出した物質が食品添加物として使用される可能性が出てきたことなどに対応するため、1995（平成7）年の食品衛生法改正において、この指定制度の対象となる添加物の範囲を化学的合成品に限定せず

に天然添加物（天然香料及び一般に食品として飲食に供されているものであって添加物として使用されるもの（一般飲食物添加物）を除く。）にまで拡大した。

この指定制度の拡大に当たり、1995年当時流通していた489品目の天然添加物については、長い使用実績があり、安全性に問題があるとの個別報告はないことなどから、既存添加物として継続使用を認めることとしたが、これらの既存添加物については、厚生労働省が中心となって安全性確認を計画的に進めるとともに、使用・流通実態のないものを、既存添加物名簿（平成8年厚生省告示第120号）から消除する手続を進めている。これまで安全性に問題があるとされた1品目と使用実態がないとされた123品目が消除され、2017（平成29）年4月1日現在、365品目となっている（図表8-11-4）。

図表8-11-4　食品添加物の種類

食品添加物の種類

	定義	例	品目数※
指定添加物	食品衛生法第10条に基づき、厚生労働大臣が定めたもの	ソルビン酸、キシリトールなど	454品目
既存添加物	平成7年の法改正の際に、我が国において既に使用され、長い食経験があるものについて、例外的に指定を受けることなく使用・販売等が認められたもの。既存添加物名簿に収載	クチナシ色素、柿タンニンなど	365品目
天然香料	動植物から得られる天然の物質で、食品に香りを付ける目的で使用されるもの	バニラ香料、カニ香料など	約600品目
一般飲食物添加物	一般に飲食に供されているもので添加物として使用されるもの	イチゴジュース、寒天など	約100品目

※平成29年4月1日現在の品目数

2 国際的に安全性評価が確立している添加物の指定の検討

2002（平成14）年から、国際的な整合性を図るため、①FAO／WHO合同食品添加物専門家会議（Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives：JECFA）で一定の範囲内で安全性が確認されており、かつ、②欧米諸国などで使用が広く認められており、国際的に必要性が高いと考えられる添加物については、企業からの要請がなくとも、指定に向け安全性及び必要性の検討を行うとの方針をとっている。2017（平成29）年4月1日現在、上記要件を満たす食品添加物45品目中41品目と香料全54品目について、薬事・食品衛生審議会における審議を経て指定を行った。

3 食品添加物公定書の改訂

食品添加物の規格基準については、「食品添加物公定書」に収載している。食品添加物公定書は、食品添加物の製造・品質管理技術、試験法の発展などに対応するため、おおむ

ね5年ごとに改訂を行っており、現在、2007（平成19）年に刊行された第8版食品添加物公定書の改訂作業を進めている。

4 食品中に残留する農薬などに関する対策

食品中に残留する農薬など（農薬、飼料添加物及び動物用医薬品）の規制について、2006（平成18）年5月からいわゆるポジティブリスト制度（一定の量を超えて農薬などが残留する食品の流通を原則禁止する制度）が施行されている。

本制度の導入に当たり暫定的に残留基準を設定した758品目の農薬などについては、順次残留基準の見直しを行っており、2016（平成28）年度には35品目の見直しを行い、これまでに344品目の見直しを行った（2017（平成29）年4月1日現在）。農薬の残留基準の設定に当たっては、健康への悪影響を防ぐため、従来一日摂取許容量（ADI：Acceptable Daily Intake）に照らして基準値を設定してきたが、2014（平成26）年度からは新たに急性影響の指標である急性参照用量（Acute Reference Dose：ARfD）も考慮した残留基準の設定を開始するなど、国際的な動向や最新の科学的知見に基づき、食品安全委員会による評価結果を踏まえて行っている。

5 食品中の汚染物質対策

食品中の汚染物質については、薬事・食品衛生審議会において、規格基準の設定に係る基本的な考え方が示されている。具体的には、国際規格が定められている食品については、我が国でも規格基準の設定を検討し、国際規格を採用すること、また、我が国の食料生産の実態などから国際規格を採用することが困難な場合は、関係者に対し汚染物質の低減対策に係る技術開発の推進などについて要請を行うとともに、必要に応じて関係者と連携し、「合理的に達成可能な範囲でできる限り低く設定する」というALARA（As low as reasonably achievable）の原則に基づく適切な基準値又はガイドライン値などの設定を行うことなどとしている。

この考え方に基づき、2010（平成22）年4月に米中のカドミウムに係る規格基準の見直しを講じた。また、農林水産省及び環境省に対する農産物中のカドミウム低減対策の推進の要請、食品中のアフラトキシンに係る規制の見直し、妊婦への魚介類の摂食と水銀に関する注意事項の周知等の措置を講じている。

6 乳児用調整液状乳（液体ミルク）に関する規格基準設定の検討

液体ミルクについては、災害時における有用性、育児負担の軽減等の社会的ニーズ等を踏まえ、安全性確保の観点から規格基準の設定に向けた議論を進めている。2017（平成29）年3月31日に、薬事・食品衛生審議会乳肉水産品部会を開催し、常温で流通可能な牛乳に関する規格基準などを参考に、液体ミルクに必要となる規格基準の在り方等について具体的な議論を開始した。

7 器具・容器包装及びおもちゃの対策

食品用の器具・容器包装について、欧米や中国などでは、原則、安全性が評価された原材料のみに使用を認めるポジティブリスト制度が導入され、韓国、台湾、タイなどでも制

度化の検討が進められている。このような国際的動向を踏まえ、我が国においても、2008（平成20）年度から欧米の規制状況や使用される原材料の実態調査等を開始し、2012（平成24）年には検討会を立ち上げ、2015（平成27）年6月に「中間取りまとめ」として公表した。さらに、2016（平成28）年8月以降、「食品用器具及び容器包装の規制に関する検討会」を随時開催し、現状と課題の整理や諸外国の状況等を共有、事業者へのヒアリングなどを通じて、我が国におけるポジティブリスト制度の導入の必要性と、導入するとした場合の①制度の対象となる材質、物質の種類、②事業者間での情報伝達、③製造管理の仕組み、④地方自治体の監視指導のあり方等について検討を行っている。

おもちゃについては、乳幼児が接触することによりその健康を損なうおそれのあるものとして厚生労働大臣が指定するもの（以下「指定おもちゃ」という。）に関して、食品衛生法に基づく規格基準を設定し、フタル酸エステルの指定おもちゃへの使用について、国際的な整合性も踏まえ、2010（平成22）年9月に規制対象となる種類を拡大した。また、器具・容器包装におけるフタル酸エステルの規制の見直しについて、食品安全委員会の食品健康影響評価結果等をもとに検討を進めることとしており、おもちゃに関する追加規制の必要性の有無等についても検討することとしている。

なお、一部の食品用の容器等に使用されているビスフェノールＡについては、2008年7月にリスク評価を食品安全委員会に依頼し、現在、同委員会において審議中である。あわせて、消費者に対しては、妊婦や乳幼児の保護者のための食生活や授乳に関するアドバイスを含め、正確な理解のためのＱ＆Ａを厚生労働省ホームページに公表している。

(2) 監視・検査体制の整備

1 計画に基づく監視指導

食品の安全性を確保するためには、厚生労働省や地方公共団体など関係行政機関が連携して、食品衛生法に基づく監視指導を実施することが重要である。これを効率的かつ効果的なものとするため、「食品衛生に関する監視指導の実施に関する指針」（平成15年厚生労働省告示第301号）を定め、輸入時については厚生労働省が、国内流通時については都道府県等が地域の実情に応じて、毎年度、監視指導計画を策定し、公表の上、適切な監視指導を実施している。

2 輸入食品の安全性確保

食品流通のグローバル化の進展、消費者ニーズの多様化などを背景に、輸入食品の届出件数は年々増加している。増加する輸入食品の安全性を確保するため、年度ごとに「輸入食品監視指導計画」を策定し、効率的かつ効果的な監視指導に取り組んでいる。この計画では、輸出国、輸入時（水際）、国内流通時の3段階で関係行政機関が対策を講じることとしている（図表8-11-5）。



輸出国での安全対策として、輸入食品について違反が確認された場合は、輸出国政府などに対して原因の究明及び再発防止対策の確立を要請するとともに、二国間協議を通じて生産段階

などでの安全管理の実施、監視体制の強化、輸出前検査の実施などの推進を図っている。また、中国及びカナダの現地日本大使館へ「食の安全担当官」を配置するとともに、他の輸出国に対しては、必要に応じ日本から担当官を派遣し、安全対策の調査や要請などを実施しており、2016（平成28）年度は、ノルウェー産サーモンや、マレーシア産加工食品などの食品安全に関する情報収集などを行った。引き続き、二国間協議及び現地調査を通じて輸出国段階の安全対策を検証するほか、計画的に主要な輸出国の安全管理体制に関する情報収集を進めていく。また、日中間における食品の安全性向上のため、「日中食品安全推進イニシアチブ覚書」に基づき、日中両国で輸出入される食品などの安全分野における交流及び協力の促進を目的とした行動計画を策定するとともに、実務者レベル協議及び現地調査を実施している。

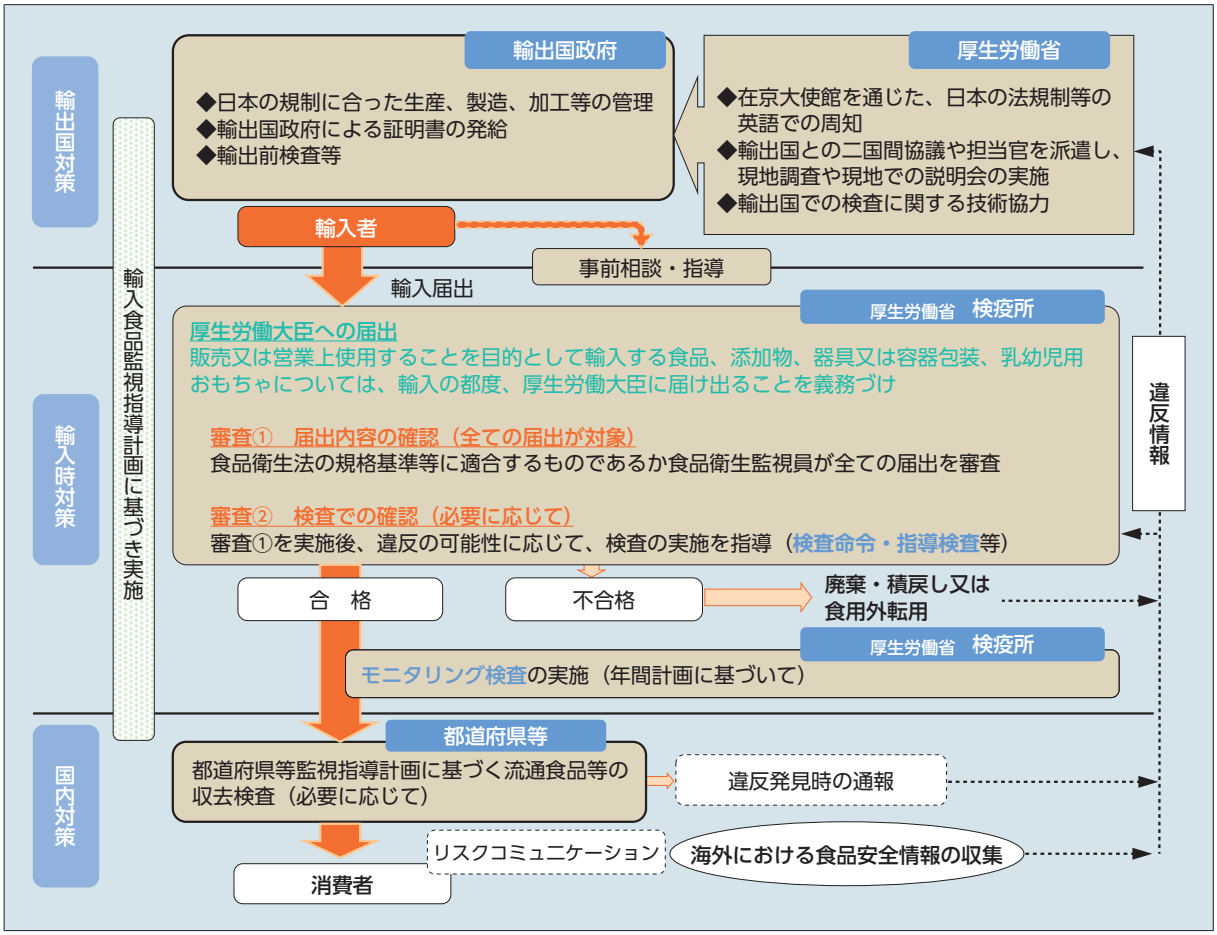


輸入時（水際）の対策では、輸入業者に対して、輸入の都度、届出を義務づけるとともに、多種多様な輸入食品を幅広く監視するため、年間計画に基づくモニタリング検査を実施している。モニタリング検査における違反状況を踏まえ、違反の可能性が高いと見込まれる輸入食品については、輸入の都度、輸入者に対して検査命令を実施している。2015（平成27）年度には、約226万件の輸入届出に対して52,211件のモニタリング検査、58,874件の検査命令及び93,272件の指導検査などを実施しており、そのうち、違反と確認されたものは858件（届出件数の0.04%）である。違反の内容としては、冷凍食品の成分規格違反、添加物の使用基準違反、野菜の残留農薬基準違反など食品の成分規格違反が多く、こうした違反が確認された食品については、廃棄、積戻しなどの措置を講じている。

国内流通時の対策では、都道府県等が店舗等から輸入食品を抜き取り、検査や指導を行っている。違反と確認された際は、廃棄等の措置を講じるとともに、厚生労働省は通報を受け、輸入時監視の強化を図っている。

また、輸入食品の安全確保について消費者や事業者の理解が深まるよう、リーフレットや動画を作成し、厚生労働省ホームページに掲載している。

図表8-11-5　輸入食品の監視体制の概要



3 輸出食品の安全性確保

和食がユネスコ無形文化遺産に登録され、世界的な和食ブームや日本産食品の持つ高品質で安全であるといったイメージから、日本産食品の需要が拡大していくことが予想されている。そのような中、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）、「『日本再興戦略』改訂2015」（平成27年6月30日閣議決定）などにおいて、農林水産物・食品の輸出促進が政府全体の施策として掲げられ、「農林水産業の輸出力強化戦略」（平成28年5月19日農林水産業・地域の活力創造本部とりまとめ）において、輸出促進のための取組みが求められている。

厚生労働省では、相手国から輸出食品の衛生管理について証明することを求められた場合には、農林水産省と連携し、輸出相手国との間で輸出のための衛生要件及びその手続を取り決め、地方公共団体等の協力のもと、衛生証明書の発行などの手続を行っている。さらに、輸出しようとする食品が国内で問題なく流通していることを証明するいわゆる自由販売証明書の発行を行っている。2016（平成28）年度には、「農林水産業の輸出力強化戦略」を受け、輸出手続の簡素化・迅速化・利便性の向上の観点から、証明書発行申請時の添付書類の簡素化、証明書発行申請手続の電子化等の取組みを行うなど、証明書発行手続の見直しを行った。

また、東京電力（株）福島第一原子力発電所での事故の発生に伴い、一部の輸出相手国で日本産食品の検査強化や輸入禁止などの措置が取られていることから、厚生労働省では、関係省庁と連携し、定期的に国内での食品の放射性物質の検査結果を公表するなど、

世界に向けた情報発信を継続して行っている。

4 健康食品の安全性確保

国民の健康に対する関心の高まりなどを背景として、これまで一般に飲食に供されることのなかったものや特殊な形態のものなど、様々な食品が「健康食品」として流通している。こうした中、消費者にとってより安全性の高い製品が供給されることが重要であり、製造段階における方策として、原材料の安全性確保、製造工程管理による安全性の確保及びこれらの実効性の確保として第三者認証制度による認証についての取組みを推進している。また、「健康食品・無承認無許可医薬品健康被害防止対応要領」に基づく健康被害情報の収集・処理体制により、健康食品による健康被害の発生防止等を講じている。さらに、リスクコミュニケーションの実施、パンフレットの作成などにより、消費者に対し、「健康食品」の利用に関する正しい知識の普及啓発に努めている。

5 遺伝子組換え食品などの安全性確保

2001（平成13）年4月から、食品衛生法による安全性審査を経ていない遺伝子組換え食品など（食品及び食品添加物）の輸入、販売などは禁止されている。安全性審査においては、食品安全委員会における食品健康影響評価を踏まえ、安全性に問題がないと判断された食品などを厚生労働省が公表しており、2017（平成29）年4月1日現在、とうもろこし、大豆などの食品8種類（310品目）、食品添加物25品目について安全性審査を経た旨を公表している。

また、国内で遺伝子組換え食品などを製造する場合には、その製造所について、定められた製造基準の適合確認を受ける必要があり、2017年4月1日現在、1施設（2品目）について製造基準への適合の確認が終了している。

6 牛海綿状脳症（BSE）対策の見直し

2001（平成13）年10月の国内での対策開始から10年以上が経過し、国内外のBSEの発生リスクが低下していることから、最新の科学的知見に基づき、国内の検査体制、輸入条件といった対策全般の再評価を行うこととし、2011（平成23）年12月に食品安全委員会に食品健康影響評価を依頼し、2012（平成24）年10月及び2013（平成25）年5月に評価結果が出された。

厚生労働省では、2012年10月の食品安全委員会の評価結果を踏まえ、2013年2月に国内措置として、BSE検査対象月齢を20か月齢超から30か月齢超への引上げ及び特定危険部位（SRM）の範囲の見直しを行った。また、輸入措置として、アメリカ、カナダ、フランス及びオランダなどの主要国について月齢条件を30か月齢以下とし、SRMは国内と同様の見直しを行った。

さらに、2013年5月の評価結果を踏まえ、同年7月にBSE検査対象月齢を48か月齢超とする見直しを行った。

その後もBSE感染牛は発見されておらず、国内のBSEリスクは更に低下していると考えられたことから、2015（平成27）年12月に、食品安全委員会に対して、国内措置について、健康牛のBSE検査の廃止及びSRMの範囲の改正について評価を依頼した。

2016（平成28）年8月、食品安全委員会からの健康牛のBSE検査を廃止しても人への健康リスクは変わらないとする旨の評価結果を踏まえ、2017（平成29）年4月1日から健康牛のBSE検査を廃止した。また、SRMの範囲については、今後、食品安全委員会の評価結果を踏まえて、必要な管理措置の見直しを行うこととしている。

牛肉の輸入措置に関しては、食品安全委員会の評価結果を踏まえ、2013年12月にアイルランド、2014（平成26）年8月にポーランド、2015年12月にブラジル、2016年2月にはノルウェー、デンマーク及びスウェーデン、2016年5月にイタリア、2016年7月にスイス及びリヒテンシュタインについて月齢条件を30か月齢以下とし（ブラジルのみ48か月齢以下）、輸入を再開した。今後とも、現地調査の実施や検疫所における検査などにより、各国の対日輸出プログラムの遵守状況の検証を行っていくとともに、国内同様、食品安全委員会の評価結果を踏まえて、必要な管理措置の見直しを行うこととしている。

4 国民への正確でわかりやすい情報提供等

(1) リスクコミュニケーションの取組み



リスクコミュニケーション（リスクに関する情報及び意見の相互交換）については、2003（平成15）年、リスク分析の重要な一要素として、「食品安全基本法」（平成15年法律第48号）にその実施に関する規定が盛り込まれたほか、個別の食品の安全性確保に係る施策（リスク管理措置）について定める食品衛生法などにおいても、より具体的な形で、国民や住民からの意見聴取の規定（いわゆるリスクコミュニケーション規定）が盛り込まれた。

厚生労働省では、食品安全委員会、農林水産省、消費者庁及び地方公共団体などと連携しつつ、リスクコミュニケーションを進めている。2016（平成28）年度には、食品中の放射性物質対策、BSE、食品の安全性全般、輸入食品や健康食品の安全性確保などをテーマとし、意見交換会や子どもを対象とした施設見学などを開催した。また、新たな取組みとして、全国4会場（東京都2会場、宮城県、大阪府）で実施された親子参加型イベントに出展し、小学生とその保護者の方々に食品安全に関する情報提供を行った。このほか、各種パンフレットの作成・配布、動画の配信、ホームページの充実、関係団体・消費者団体との連携の推進などに取り組んでいる。

今後とも、消費者等関係者とのリスクコミュニケーションを積極的に行うとともに、意見交換会の在り方や情報発信の手法について、より良いものを目指して改善を重ねていくこととしている。

(2) 食品の安全性確保に関する情報収集及び研究について

食生活の多様化に伴い、飲食に起因するリスクもまた多様化している。このような中、食品の安全性確保のためには、国内外の様々な情報を収集し、関係機関が情報を共有することや、科学に基づいたリスク管理措置を講じることが必要となる。

そのため、食中毒が発生した際に自治体から収集した情報や、国立医薬品食品衛生研究所安全情報部において収集・分析した国内外の食品安全に関する情報などを関係者に対して情報発信等を行っている。また、食品の安全性確保に関する研究は、国立試験研究機関において行われているほか、厚生労働科学研究費補助金により、規格基準策定のための調査研究、公定検査法確立のための研究開発、安全性に関する研究などが幅広く行われている。

5 食品の安全性確保のための国際的な取組み



コーデックス委員会は、1963（昭和38）年にFAO及びWHOが設置した国際政府間組織であり、国際貿易に重要な食品の安全と品質の規格や基準の策定を通じて、消費者の健康を守るとともに、食品貿易における公正な取引を確保することをその目的としている。コーデックス委員会が策定した食品規格は、世界貿易機関（World Trade Organization：WTO）の多角的貿易協定の下で、国際的な制度調和を図るものとして位置づけられている。2017（平成29）年2月末現在、187か国及び1機関（EU）がコーデックス委員会に加盟しており、我が国は1966（昭和41）年に加盟した。

コーデックス委員会には、総会、執行委員会を始めとして、一般問題部会（10部会）、個別食品部会（12部会）、特別部会（1部会）と地域調整部会（6部会）が置かれている。コーデックス委員会が策定した食品規格は、我が国の食品のリスク管理にも大きな影響を及ぼすものであることから、我が国では、厚生労働省のほか、農林水産省を始めとする関係行政機関、研究機関などが連携しながらコーデックス委員会の活動に参画している。

第12節 水道事業の基盤強化

1 新水道ビジョン

厚生労働省では、人口減少社会の到来、東日本大震災の経験など、水道を取り巻く環境の変化に対応すべく、2013（平成25）年3月に新水道ビジョンを策定し、「安全」「強靱」「持続」を目指す方向性として位置づけ、各種施策の推進を図っている。また、水道関係機関と連携し各種施策の推進状況の確認等を行う「新水道ビジョン推進協議会」を開催するとともに、都道府県及び水道事業者等が地域内で連携を図り、各種施策について議論を行う「新水道ビジョン推進のための地域懇談会」を全国各地で展開し、強靱で安全な水道の持続に向けた取組みにつなげている。

2 水道事業基盤強化等に向けた水道法の改正

水道は、97.9%（2015（平成27）年度末時点）の高い普及率に達し、国民の生活の基盤として必要不可欠なものとなっている一方、水道施設の老朽化、耐震性の不足、職員数の減少、人口減少による料金収入減といった課題に直面し、将来にわたり安全な水の安定供給を維持していくためには、水道事業の基盤強化を図ることが喫緊の課題となっている。

厚生労働省では、これまで、新水道ビジョンの提示及び水道事業におけるアセットマネジメント（資産管理）に関する手引き（2009（平成21）年7月策定）等各種ツールの提供等により、水道事業者等による課題の把握及び対策の実施を支援してきた。

加えて、制度的対応についても検討するため、2015年9月より水道事業基盤強化方策検討会を開催し、同検討会の中間取りまとめを踏まえ、2016（平成28）年3月2日に「水道事業の基盤強化に向けた取組みについて」及び「水道事業の広域連携の推進について」（いずれも厚生労働省水道課長通知）を通知した。さらに、2016年3月からは、厚生科学審議会生活環境水道部会水道事業の維持・向上に関する専門委員会を開催し、同専門委員会において、適切な資産管理や広域連携の推進など水道事業の基盤強化を図るための具体策について議論を重ね、2016年11月22日に報告書「国民生活を支える水道事業の基盤強化等に向けて講ずべき施策について」が取りまとめられた。

厚生労働省では、この専門委員会報告書の提言を踏まえ、2017（平成29）年3月7日に、①水道の基盤の強化に関する関係者の責務の明確化、②経営面のスケールメリット創出につながる広域連携の推進、③適切な資産管理の推進、④官民連携の推進等を内容とする「水道法の一部を改正する法律案」を第193回通常国会に提出した。

3 すべての国民が安心しておいしく飲める水道水の供給

厚生労働省では、安全で良質な水道水の確保を図るため、最新の科学的知見や浄水における検出状況を踏まえて逐次水質基準等の見直しを行っている。また、水道事業者における水安全計画の策定や、クリプトスポリジウム等の耐塩素性病原生物の対策指針等に基づいた対策の徹底を促進するとともに、貯水槽水道の管理水準の向上に向けた取組みを促進している。

水道水質検査の信頼性を確保するための取組みとして、水道事業者や水道事業者の委託を受けて水質検査を行う登録水質検査機関等に対して、水質検査の外部精度管理調査等を実施している。

4 危機管理への取組み

2016（平成28）年度には、平成28年（2016年）熊本地震による九州地方での断水や、2016年8月下旬の記録的な豪雨による北海道、岩手県等での断水等への対応を行った。

地震等の自然災害時や水質事故等の非常時においても、利用者への給水を確保するため、水道事業者等には基幹的な水道施設の強靭化や迅速な復旧体制が求められる。このため、厚生労働省では、水道施設の耐震診断等の実施や、その耐震性能の把握、耐震化計画を策定した上での計画的な耐震化を図る取組みを推進している。また、東日本大震災を教訓として、東海地震や南海トラフ地震など、大地震の切迫性が高いと想定される地域を重

点対象として水道の耐震化を推進している。

5 東日本大震災からの復興に関する取組み

水道施設については、総断水戸数257万戸に及ぶ大きな被害を受けたが、津波の被災地域や東京電力（株）福島第一原子力発電所の事故による避難指示区域を除いて復旧はほぼ完了した。復旧完了以外の地域についても、厚生労働省や県、水道事業者、公益社団法人日本水道協会等の関係団体から構成される「東日本大震災水道復興支援連絡協議会」において、現地の課題や支援ニーズの把握に努め、早期復興に向けた取組みを推進している。

6 水道産業の国際展開に向けた取組み

世界では、いまだ約6億6千万人が安全な飲料水の供給を受けられない状況にあり、我が国は、このような状況にある国に対し政府開発援助等の国際協力を行ってきている。今後、これらの国々において水ビジネス市場の成長が見込まれることから、厚生労働省では、今までの国際協力に加え、地方自治体（水道事業者）や公益社団法人日本水道協会と連携し、主に東南アジアを中心に民間企業等の進出を支援するための水道セミナー、案件発掘調査などを実施し、我が国の水道産業の国際展開を推進している。

第13節 生活衛生関係営業の振興など

1 生活衛生関係営業の振興

国民生活に密着した営業である理容業、美容業、クリーニング業、旅館業、浴場業、興行場営業、飲食店営業、食肉販売業、食鳥肉販売業、氷雪販売業をあわせて「生活衛生関係営業」（以下「生衛業」という。）といい、全国で約112万店が営業している[*21]（**図表8-13-1**）。これらの衛生水準の維持向上や営業の振興を図り、公衆衛生の向上・増進及び国民生活の安定に寄与する観点から、予算や日本政策金融公庫の政策融資、税制措置等の施策を実施している。

公衆衛生の確保の観点からは、営業者自身の自主的取組み、生活衛生関係営業同業組合等の互助・支援、保健所等を通じた指導・規制の組み合わせにより衛生水準を向上させ、消費者の安全、安心の確保を図っている。

他方、生衛業の大半は中小零細事業者であり、市場が成熟する中で、大規模チェーン店等との競争の激化もあり、厳しい経営環境にある。こうした中で、生衛業の経営者には、消費者のニーズを的確に把握し、専門性や対面販売、地域密着等の経営特質を活かしながら、顧客満足や付加価値を高めていくことが求められる。また、高齢化等の進展により、地域で身近に必要な商品・サービスの提供が得られにくくなる、いわゆる「買物弱者」問題も懸念されている。生衛業の多くは住民に身近な事業者であり、買物弱者対策のほか、地域の健康づくりや地域コミュニティの活性化等に積極的に貢献していくことが期待される。

＊21 総務省「平成26年経済センサス-基礎調査」を厚生労働省で再編加工。

生衛業の振興については、こうした課題も踏まえ、生活衛生関係営業対策事業費補助金における先進的モデル事業（特別課題）により各営業が抱える課題に対応していくとともに、生活衛生関係事業者の連携促進を通じた地域活性化等の施策を進めている。

図表8-13-1　身近な生活衛生関係営業

地域で身近な業種	生活衛生関係営業の概要
事業所数	1,122千店
1中学校区あたりの数	106.3店
従業者数	6,891千人
経営特質（強み）	■専門性、技術 ■対面販売（顔の見えるサービス） ■独自性、個性 ■個別ニーズ対応、小回り ■地域密着、地域性 ■顧客基盤、つながり、温もり
経営課題（弱み）	■大規模チェーン店等との競争激化 ■小規模零細、経営基盤の脆弱性 ■経営者の高齢化、後継者の確保難 ■市場の成熟 ■顧客の価格志向

地域で身近な生活衛生関係営業の事業所数

種別	事業所数	1中学校区あたりの数
飲食店（喫茶店を除く）	606千店	57.4店
美容業	175千店	16.6店
理容業	104千店	9.9店
喫茶店	70千店	6.6店
洗濯業	61千店	5.8店
宿泊業	52千店	5.0店
食肉販売業	19千店	1.8店
一般公衆浴場	3千店	0.3店
興行場（映画館を含む）	4千店	0.4店
（参考）　商店街	13千箇所	1.2箇所

（注）　事業所数及び従業者数は総務省「平成26年経済センサス―基礎調査」、「（参考）商店街」は経済産業省「平成19年商業統計表」による

2 理容業及び美容業の規制緩和に向けた取組み

理容業・美容業の規制については、現在の消費者ニーズに即したものとすることを目的として、2015（平成27）年11月に「理容師・美容師の養成のあり方に関する検討会」を立ち上げ、2016（平成28）年12月に報告書を公表した。これを受けて2017（平成29）年3月に理容師・美容師の養成課程等に関する省令等を改正し、理容師・美容師のいずれか一方の資格を取得した者が、他方の資格を取得しやすくする等の措置を講じた。

3 「民泊サービス」の規制改革に向けた取組み

近年、住宅を活用して宿泊サービスを提供するいわゆる民泊について、空室を一時的に提供しようとする者と旅行者をインターネット上でマッチングするビジネスが世界各国で展開されており、我が国でも急速に普及している。この民泊については、観光先進国の実現を図る上で、急増する訪日外国人旅行者のニーズや宿泊需給の逼迫状況への対応のために、その活用を図ることが求められている。一方、民泊については、感染症まん延防止等の公衆衛生の確保や、地域住民等とのトラブル防止に留意したルールづくりはもとより、旅館業法の許可が必要な旅館業に該当するにもかかわらず、無許可で実施されているものもあることから、その是正を図ることも急務となっている。

このため、国土交通省と連携の上、民泊を実施する場合の一定のルールを定めた「住宅宿泊事業法案」を提出し、2017（平成29）年6月9日に成立した。

具体的には、①住宅に人を180日を超えない範囲で宿泊させる事業を住宅宿泊事業と

し、当該事業を営む者に係る届出制度を創設すること、②家主不在型の住宅宿泊事業者から委託を受け、宿泊者の衛生の確保等の業務を行う事業を住宅宿泊管理業とし、当該事業を営む者に係る登録制度を創設すること、③宿泊者と住宅宿泊事業者との宿泊サービス提供についての媒介等を行う事業を住宅宿泊仲介業とし、当該事業を営む者に係る登録制度を創設すること、などを内容としている。

国内外からの観光旅客の来訪及び滞在の促進並びに国民経済の発展を目指すこの法は、公布の日（同年6月16日）から起算して一年以内に施行することとされている。

4 建築物における衛生対策の推進

「建築物における衛生的環境の確保に関する法律」（昭和45年法律第20号）に基づき、興行場、百貨店、店舗、事務所、学校などの用途に供される建築物で相当の規模[*22]を有するもの（特定建築物）については、特定建築物の維持管理について権原を有する者（特定建築物維持管理権原者）に対して建築物環境衛生管理基準に従って維持管理するよう義務づけるなど、建築物内の衛生の確保を図っている。

建築物の衛生管理については、空気環境、給排水、清掃、ねずみ等防除と多岐にわたっており、建築物清掃業などの8業種について都道府県知事の登録制度が設けられている。今後も建築物をめぐる状況に適切に対応しながら、建築物の衛生的環境の確保のための取組みを進めていく必要がある。

第14節 原爆被爆者の援護

被爆者援護法[*23]に基づき、被爆者健康手帳を交付された被爆者に対しては、従来から、①健康診断の実施、②公費による医療の給付、③各種手当等の支給、④相談事業といった福祉事業の実施など、保健・医療・福祉にわたる総合的な援護施策を推進している。

また、厚生労働大臣は被爆者援護法に基づく原爆症の認定（医療特別手当を支給）を行うに当たっては、「疾病・障害認定審査会原子爆弾被爆者医療分科会」において、科学的・医学的見地からの専門的な意見を聴いている。

原爆症認定集団訴訟については、2009（平成21）年8月6日、集団訴訟の早期解決と原告の早期救済を図るため、総理と被爆者団体との間で、「原爆症認定集団訴訟の終結に関する基本方針に係る確認書」を締結した。この確認書の内容を踏まえ、2009年12月1日に、「原爆症認定集団訴訟の原告に係る問題の解決のための基金に対する補助に関する法律」が、議員立法として全会一致で成立し、集団訴訟原告に係る問題の解決のための支援を行う基金が設けられた（2010（平成22）年4月1日施行）。

さらに、この法律の附則において、原爆症認定制度の在り方について検討を加える旨規定されたことも踏まえ、2010年12月から「原爆症認定制度の在り方に関する検討会」を開催した。2013（平成25）年12月には、報告書が取りまとめられ、これを受けて「新しい審査の方針」（2008（平成20）年4月決定）の改正が行われ、審査基準の明確化とと

＊22 興行場、百貨店、美術館などにおいては3,000㎡以上、小学校、中学校などでは8,000㎡以上が対象となる。
＊23 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律

もに、積極認定範囲が拡大された。2017（平成29）年3月末までに約15,000件の認定を行っている。

在外被爆者に対しては、被爆者援護法に基づき、国外からの被爆者健康手帳の交付申請を可能としているほか、医療費や各種手当の支給などの援護施策を講じている。

第15節　ハンセン病対策の推進

1　ハンセン病問題の経緯について

1996（平成8）年4月に「らい予防法の廃止に関する法律」が施行され、入所者などに対する必要な療養、社会復帰の支援などを実施してきた。その後、国を被告とした国家賠償請求訴訟が熊本地裁などに提起され、2001（平成13）年5月に熊本地方裁判所で原告勝訴の判決が言い渡された。政府は控訴しないことを決定し、同月25日に「ハンセン病問題の早期かつ全面的解決に向けての内閣総理大臣談話」を発表、同年6月22日に「ハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に関する法律」（以下「補償法」という。）が公布・施行され、入所者などに対する補償を行うこととした。さらに、2006（平成18）年2月に補償法が改正され、国外療養所の元入所者についても補償金を支給することとした。

その後も、厚生労働省と元患者の代表者等との間で、定期的に「ハンセン病問題対策協議会」を開催し、名誉の回復や福祉の増進の措置などについて協議を行っている。

元患者の方々に対しては、裁判による和解金に加え、2002（平成14）年度から、退所者の生活基盤の確立を図るための「ハンセン病療養所退所者給与金」、死没者の名誉回復を図るための「国立ハンセン病療養所等死没者改葬費」、2005（平成17）年度から、裁判上の和解が成立した入所歴のない元患者が平穏で安定した平均的水準の社会生活を営むことができるための「ハンセン病療養所非入所者給与金」の支給を行っている。

2　「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」について

これらの取組みにより、ハンセン病の元患者の方々が受けた被害の回復については一定の解決が図られていたが、元患者の方々の名誉の回復、福祉の増進等に関し、未解決の問題が残されていた。このような状況を踏まえ、これらの問題の解決の促進に関して、必要な事項を定めた「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」（以下「促進法」という。）が、2008（平成20）年6月に議員立法により成立し、2009（平成21）年4月1日から施行された。

これにより「らい予防法の廃止に関する法律」は廃止され、促進法の下、①国立ハンセン病療養所等における療養及び生活の保障、②社会復帰の支援並びに日常生活及び社会生活の援助、③名誉の回復及び死没者の追悼、④親族に対する援護などに関する施策が実施されることとなった。

また、2014（平成26）年11月に促進法の一部が議員立法により改正され、ハンセン病療養所退所者給与金受給者の配偶者等の生活の安定等を図るための「特定配偶者等支援

金」を2015（平成27）年10月から支給している。

3 ハンセン病の歴史に関する普及啓発の取組みについて

ハンセン病及びハンセン病対策の歴史に関する正しい知識の普及啓発として、2002（平成14）年度から中学生向けのパンフレットを作成し、全国の中学校などに配付するとともに、厚生労働省等の主催で「ハンセン病問題に関するシンポジウム」を開催している。また、2009（平成21）年度から、補償法の施行の日である6月22日を「らい予防法による被害者の名誉回復及び追悼の日」とし、厚生労働省主催の追悼、慰霊と名誉回復の行事を実施している。2011（平成23）年度には、厚生労働省玄関前に「らい予防法による被害者の名誉回復及び追悼の碑」が建立され、追悼等の行事に併せて除幕式が執り行われた。

国立ハンセン病資料館については、2007（平成19）年の再オープン以来、①普及啓発の拠点、②情報発信の拠点、③交流の拠点として位置づけ、ハンセン病及びハンセン病の対策の歴史に関するより一層の普及啓発に向けた取組みを行っている。

また、ハンセン病に対する偏見・差別の早期かつ抜本的な解消が実現されるよう、普及啓発活動の一環として、ハンセン病隔離政策の歴史において象徴的な施設である重監房（特別病室）の一部を再現し、更なる啓発活動に資するため、群馬県草津町に重監房資料館が整備され、2014（平成26）年にオープンした。

さらに、2016年（平成28）年は「らい予防法」が廃止されてから20年という節目の年でもあり、今後の普及啓発の在り方を検討するため「ハンセン病資料館等運営企画検討会」を開催し、2017（平成29）年3月に報告書を取りまとめた。



国立ハンセン病資料館



重監房資料館

第16節 カネミ油症患者に対する新たな総合的な支援策の実施

カネミ油症事件は、1968（昭和43）年10月、カネミ倉庫株式会社製造のライスオイル（米ぬか油）中に、脱臭工程の熱媒体として用いられたカネクロール（ポリ塩化ビフェニル（PCB）やダイオキシン類の一種など）が混入したことを原因とする大規模な食中毒事件で、被害は、西日本を中心に広域に及んだ。

カネミ油症の患者への支援については、これまで、原因企業であるカネミ倉庫株式会社（以下「カネミ倉庫」という。）が医療費等の支払を行ってきたが、政府としても油症治療

研究班による研究・検診・相談事業の推進やカネミ倉庫に対する政府所有米穀の保管委託を通じた支援を行ってきた。

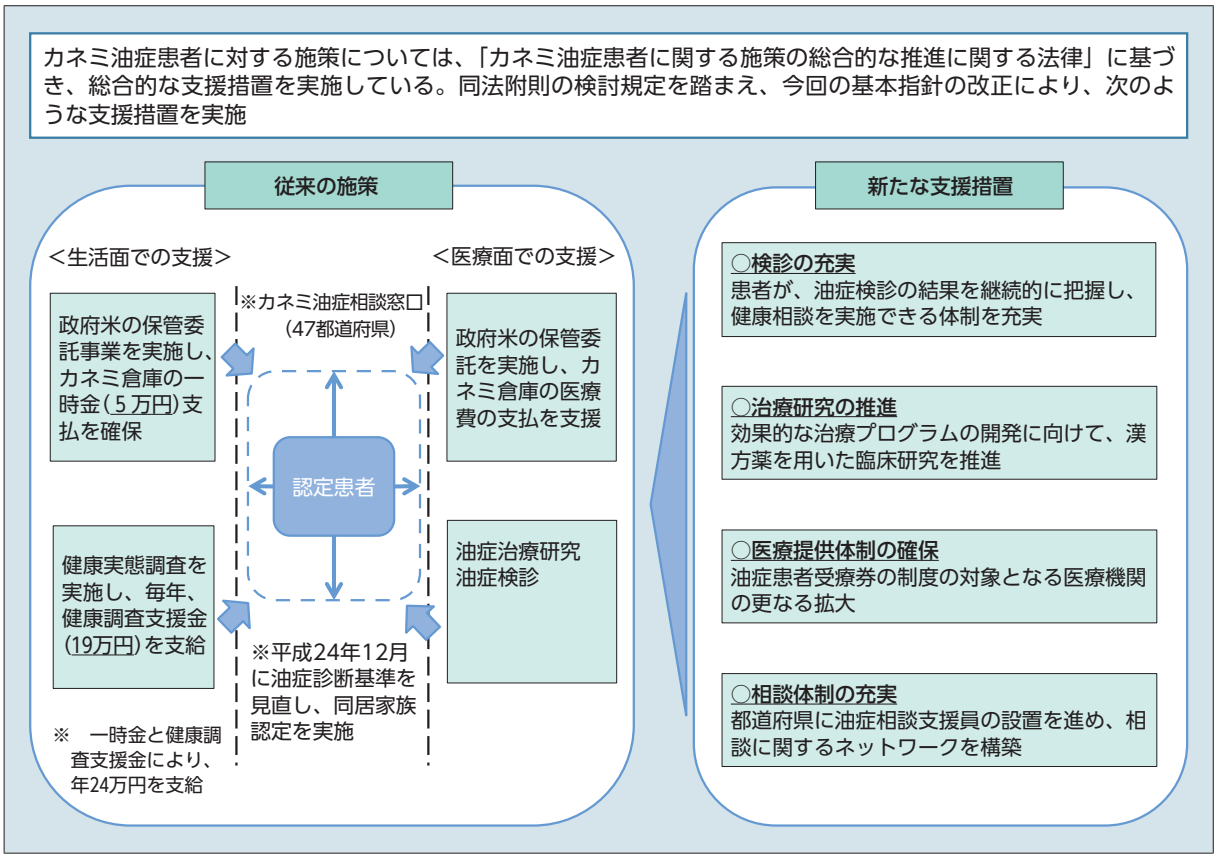
2012（平成24）年8月には、超党派の議員連盟等における新たな総合的な支援策を講じるべきとの意見を踏まえ、議員立法により「カネミ油症患者に関する施策の総合的な推進に関する法律」（平成24年法律第82号）が成立し、この法律に基づいて、カネミ油症患者の支援を行っていくこととなった（図表8-16-1）。

同法律やカネミ油症患者に関する施策の推進に関する基本的な指針（平成24年厚生労働省・農林水産省告示第2号）に基づき、2012年12月に油症診断基準が改定され、新たな基準に基づき、307名（2017（平成29）年3月31日現在）がカネミ油症患者として認定された。また、2013（平成25）年度からカネミ油症患者に対する健康実態調査を実施し、毎年度調査に協力いただいた方々に健康調査支援金（19万円）を支給している。

また、同年9月にカネミ油症患者に関する施策の総合的な推進に関する法律施行後3年を迎えたことから、三者協議で意見交換を実施し、法附則第2条の検討規定に基づく必要な措置の一環として、相談体制の充実など4つの支援措置を実施するため、2016（平成28）年4月1日にカネミ油症患者に関する施策の推進に関する基本的な指針の一部改正を行った。

2016年7月2日に第8回、2017年1月21日に第9回の国（厚生労働省、農林水産省）、カネミ倉庫、カネミ油症患者による三者協議が開催され、カネミ油症患者に関する施策の推進のために必要な事項について協議を行った。

図表8-16-1　カネミ油症患者に対する総合的な支援策の体系



第9章 障害者支援の総合的な推進

第1節 障害福祉施策の推進について

1 障害者総合支援法等に基づく支援

(1) 障害者総合支援法の施行について

障害保健福祉施策については、「障害者自立支援法」を「障害者総合支援法」とする内容を含む「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」が2012（平成24）年6月に成立し、2013（平成25）年4月より施行（一部、2014（平成26）年4月施行）された。

また、2016（平成28）年5月には、同法の附則で規定された施行後3年（2016年4月）を目途とした見直しを行う、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律」（平成28年法律第65号。以下「障害者総合支援法等改正法」という。）が成立した（概要については、**図表9-1-1**）。

(2) 難病患者等への対象拡大

2013（平成25）年4月から障害者の定義に難病患者等を追加して障害福祉サービス等の対象とし、新たに対象となる難病患者等は、障害者手帳の所持の有無にかかわらず、必要に応じて障害支援区分の認定などの手続きを経た上で、市区町村において必要と認められた障害福祉サービス等（障害児にあっては、「児童福祉法」に基づく障害児支援）を利用できることとなった。

難病等の対象疾病については、当初、難病患者等居宅生活支援事業と同じ範囲である130疾病を対象としていたが、難病医療費助成の対象となる指定難病の検討状況等を踏まえて対象疾病の検討を行い、2015（平成27）年1月1日より151疾病に、同年7月1日より332疾病に拡大した。その後の指定難病の検討状況等を踏まえ、2017（平成29）年4月1日より358疾病に拡大している。

(3) 重度訪問介護の対象拡大、相談支援の強化

2014（平成26）年4月には、重度訪問介護の対象として重度の知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有する障害者の追加、共同生活介護（ケアホーム）と共同生活援助（グループホーム）の一元化やグループホームのサテライト型住居の創設、地域移行支援の対象として保護施設や矯正施設等に入所等している障害者の追加、障害程度区分から障害支援区分への見直しが行われるなど、障害者の地域生活を支援する施策のより一層の充実を図った。

また、「障害者総合支援法等改正法」により、重度訪問介護について、医療機関への入院時も一定の支援を可能とすることとなった。

相談支援については、2015（平成27）年4月から、支給決定の前のサービス等利用計画案の作成をすべての利用者について行うこととされた。

（4）障害児支援の強化等

「障害者総合支援法等改正法」において、重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対し、居宅を訪問して発達支援を提供するサービスの新設や、医療的ケアを要する障害児が適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めることなどを規定し、障害児支援のニーズの多様化へのきめ細かな対応を行った。

（5）第５期障害福祉計画等に係る基本指針

「障害者総合支援法」では、障害のある人に必要なサービスが提供されるよう、将来に向けた計画的なサービス提供体制の整備を進める観点から、国の定めた基本的な指針（以下「基本指針」という。）に即して、市町村及び都道府県は、数値目標と必要なサービス量の見込み等を記載した障害福祉計画を策定することとされている。現行の第４期計画の計画期間が2017（平成29）年度末までであること、また、「障害者総合支援法等改正法」により、2018（平成30）年度から新たに障害児福祉計画を策定することとされたことを踏まえ、2017年３月に、現行の基本指針の見直しを行った（概要については、図表9-1-2）。

図表9-1-1　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律（概要）

（平成28年５月25日成立・同年６月３日公布）

趣　旨

障害者が自らの望む地域生活を営むことができるよう、「生活」と「就労」に対する支援の一層の充実や高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進するための見直しを行うとともに、障害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応するための支援の拡充を図るほか、サービスの質の確保・向上を図るための環境整備等を行う。

概　要

1．障害者の望む地域生活の支援

（1）施設入所支援や共同生活援助を利用していた者等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行うサービスを新設する（自立生活援助）

（2）就業に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整等の支援を行うサービスを新設する（就労定着支援）

（3）重度訪問介護について、医療機関への入院時も一定の支援を可能とする

（4）65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた低所得の高齢障害者が引き続き障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合に、障害者の所得の状況や障害の程度等の事情を勘案し、当該介護保険サービスの利用者負担を障害福祉制度により軽減（償還）できる仕組みを設ける

2．障害児支援のニーズの多様化へのきめ細かな対応

（1）重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対し、居宅を訪問して発達支援を提供するサービスを新設する

（2）保育所等の障害児に発達支援を提供する保育所等訪問支援について、乳児院・児童養護施設の障害児に対象を拡大する

（3）医療的ケアを要する障害児が適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとする

（4）障害児のサービスに係る提供体制の計画的な構築を推進するため、自治体において障害児福祉計画を策定するものとする

3．サービスの質の確保・向上に向けた環境整備

（1）補装具費について、成長に伴い短期間で取り替える必要のある障害児の場合等に貸与の活用も可能とする

（2）都道府県がサービス事業所の事業内容等の情報を公表する制度を設けるとともに、自治体の事務の効率化を図るため、所要の規定を整備する

施行期日

平成30年４月１日（2.⑶については公布の日（平成28年６月３日））

図表9-1-2　第５期障害福祉計画等に係る国の基本指針の見直しについて

1. 基本指針について

・「基本指針」（大臣告示）は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。平成29年３月に告示。
・都道府県・市町村は、基本指針に即して３か年の「障害福祉計画」及び「障害児福祉計画」を策定。次期計画期間はH30～32年度

2. 基本指針見直しの主なポイント

・地域における生活の維持及び継続の推進
・地域共生社会の実現に向けた取組
・障害児のサービス提供体制の計画的な構築
・就労定着に向けた支援
・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
・発達障害者支援の一層の充実

3. 成果目標（計画期間が終了するH32年度末の目標）

①施設入所者の地域生活への移行
・地域移行者数：H28年度末施設入所者の９%以上
・施設入所者数：H28年度末の２%以上削減
※高齢化・重症化を背景とした目標設定

②精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築【項目の見直し】
・保健・医療・福祉関係者による協議の場（各圏域、各市町村）の設置
・精神病床の１年以上入院患者数：14.6万人～15.7万人に（H26年度末の18.5万人と比べて3.9万人～2.8万人減）
・退院率：入院後３ヵ月　69%、入院後６ヵ月84%、入院後１年90%（H27年時点の上位10%の都道府県の水準）

③地域生活支援拠点等の整備
・各市町村又は各圏域に少なくとも１つ整備

④福祉施設から一般就労への移行
・一般就労への移行者数：　H28年度の1.5倍
・就労移行支援事業利用者：H28年度の２割増
・移行率３割以上の就労移行支援事業所：５割以上
※実績を踏まえた目標設定
・就労定着支援１年後の就労定着率：80%以上（新）

⑤障害児支援の提供体制の整備等【新たな項目】
・児童発達支援センターを各市町村に少なくとも１カ所設置
・保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
・主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも１カ所確保
・医療的ケア児支援の協議の場（各都道府県、各圏域、各市町村）の設置（H30年度末まで）

4. その他の見直し

・障害者虐待の防止、養護者に対する支援
・障害を理由とする差別の解消の推進
・難病患者への一層の周知
・意思決定支援、成年後見制度の利用促進の在り方　等
・障害者の芸術文化活動支援

2 障害者の虐待防止

障害者虐待の防止などに関する施策を促進するため、2012（平成24）年10月から「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」が施行され、虐待を受けた障害者に対する保護、養護者に対する支援のための措置が図られた（法律の概要については、**図表9-1-3**）。

図表9-1-3　障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律の概要

（平成23年6月17日成立、同6月24日公布、平成24年10月1日施行）

目　的

障害者に対する虐待が障害者の尊厳を害するものであり、障害者の自立及び社会参加にとって障害者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等に鑑み、障害者に対する虐待の禁止、国等の責務、障害者虐待を受けた障害者に対する保護及び自立の支援のための措置、養護者に対する支援のための措置等を定めることにより、障害者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって障害者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

定　義

1　「障害者」とは、身体・知的・精神障害その他の心身の機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活・社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。
2　「障害者虐待」とは、①養護者による障害者虐待、②障害者福祉施設従事者等による障害者虐待、③使用者による障害者虐待をいう。
3　障害者虐待の類型は、①身体的虐待、②放棄・放置、③心理的虐待、④性的虐待、⑤経済的虐待の5つ。

虐待防止施策

1　何人も障害者を虐待してはならない旨の規定、障害者の虐待の防止に係る国等の責務規定、障害者虐待の早期発見の努力義務規定を置く。
2　「障害者虐待」を受けたと思われる障害者を発見した者に速やかな通報を義務付けるとともに、障害者虐待防止等に係る具体的スキームを定める。

養護者による障害者虐待	障害者福祉施設従事者等による障害者虐待	使用者による障害者虐待
[市町村の責務]相談等、居室確保、連携確保	[設置者等の責務]当該施設等における障害者に対する虐待防止等のための措置を実施	[事業主の責務]当該事業所における障害者に対する虐待防止等のための措置を実施
[スキーム] 虐待発見 →通報→ 市町村 ①事実確認（立入調査等） ②措置（一時保護、後見審判請求）	[スキーム] 虐待発見 →通報→ 市町村 →報告→ 都道府県 ①監督権限等の適切な行使 ②措置等の公表	[スキーム] 虐待発見 →通報→ 市町村 →通知→ 都道府県 →報告→ 労働局 ①監督権限等の適切な行使 ②措置等の公表

3　就学する障害者、保育所等に通う障害者及び医療機関を利用する障害者に対する虐待への対応について、その防止等のための措置の実施を学校の長、保育所等の長及び医療機関の管理者に義務付ける。

その他

1　市町村・都道府県の部局又は施設に、障害者虐待対応の窓口等となる「市町村障害者虐待防止センター」・「都道府県障害者権利擁護センター」としての機能を果たさせる。
2　市町村・都道府県は、障害者虐待の防止等を適切に実施するため、福祉事務所その他の関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。
3　国及び地方公共団体は、財産上の不当取引による障害者の被害の防止・救済を図るため、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずる。

※虐待防止スキームについては、家庭の障害児には児童虐待防止法を、施設入所等障害者には施設等の種類（障害者施設等、児童養護施設等、養介護施設等）に応じてこの法律、児童福祉法又は高齢者虐待防止法を、家庭の高齢障害者にはこの法律及び高齢者虐待防止法を、それぞれ適用。

3 発達障害者の支援

発達障害については、2004（平成16）年12月に「発達障害者支援法」が成立し、発達障害の法的位置づけが確立され（**図表9-1-4**）、発達障害の早期発見・早期支援や発達障害児者の生活全般にわたる支援が進められてきた。

また、第190回国会においては、近年の共生社会の実現に向けた新たな取組み等を踏まえ、発達障害児者の支援をより一層充実させるための「発達障害者支援法の一部を改正する法律」が2016（平成28）年5月に成立し、同年8月より施行された（平成28年法律第64号）。

図表9-1-4　「発達障害」の法的位置づけ

・広汎性発達障害（自閉症、アスペルガー症候群等）
・学習障害
・注意欠陥・多動性障害
その他これらに類する脳機能の障害で、その症状が通常低年齢で発現するもの（発達障害者支援法第２条）

（注）　ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）におけるF80-98に含まれる障害（2005（平成17年）4月1日付け文部科学事務次官、厚生労働事務次官連名通知）

（1）発達障害者に対する地域支援体制の確立

厚生労働省においては、法改正を踏まえ、都道府県等が「発達障害者支援地域協議会」を設置することを支援することとしている。

また、発達障害児者及びその家族等に対して相談支援、発達支援、就労支援及び情報提供などを行う「発達障害者支援センター」の整備を図ってきたところであり、2012（平成24）年度までに全67都道府県・指定都市に設置されている。

さらに、乳幼児期から高齢期までの一貫した支援体制の整備、困難ケースへの対応などを図るため、発達障害者支援センター等に発達障害者地域支援マネジャーを配置し、市町村、事業所等への支援や医療機関との連携強化を推進している。また、都道府県等において、ペアレント・プログラム等を通じた家族支援体制の整備や発達障害特有のアセスメントツールの導入を促進する研修等を実施している。

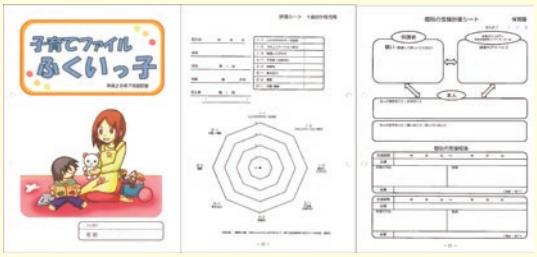
コラム

地域における発達障害児者への支援 ～福井県発達障害児支援センタースクラム福井の取組み～

発達障害は先天的なものであり、その障害特性やこだわりは成長とともに変化していくので、できるだけ早期にアセスメントを行うとともに、幼児期、学齢期、就労期までのライフステージを通して継続的に、その時点の状況に応じた適切な支援を行うことが重要である。

発達障害児の親としての経験を生かして

福井県は、2006（平成18）年から発達障害者支援センターとして「福井県発達障害児支援センタースクラム福井」（以下「スクラム福井」という。）を設置し、社会福祉法人ウェルビーイングつるがに運営を委託して、県内3か所の窓口を通じて相談支援を実施している。同法人の理事長の福田氏は自らも発達障害児の親として子育てで苦労を重ねた経験を生かして、当事者ならではの視点で、発達障害児者とその家族に寄りそった支援を進めようとしている。



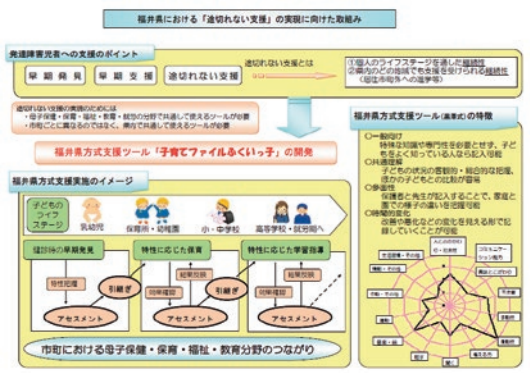
子育てファイル　ふくいっ子

誰でも使えるツールで、切れ目のない支援

発達障害児者のそれぞれの時点の状態を正しく把握するためには、いつでもどこでも誰でも使えるアセスメントツールが必要だが、代表的な既存のアセスメントツールは、専門的で特別な研修を受けないと使いこなせないと言われている。

スクラム福井では、誰でも、どこでも、本人の特性をとらえて、発達障害全体を把握することができるアセスメントツールを探し続けた。その中で、法政大学講師で臨床発達心

理士の黒澤礼子氏の「基礎調査票」に関する著書を見出し、同氏の「基礎調査票」を取り入れた支援ツールの導入を福井県に提案し、その結果、同県から黒澤氏等に申入れを行い、2010（平成22）年から「子育てファイルふくいっ子」の共同開発が始められた。



福井県における「途切れない支援」の概念

子どもの状態を分かりやすく見える化

「子育てファイルふくいっ子」に掲載された「基礎調査票」の特徴としては、調査票の点数をレーダーチャートにすることで、子どもの状態をわかりやすく目に見える形にすることがあげられる。また、特殊な知識や専門性を必要とせず、客観的な把握が可能で、赤ちゃんから成人までのアセスメントが用意されており、時間的変化を見ることもできる。

また、例えば同じシートを両親で採点して、レーダーチャートを比較して、両親の間での認識のずれを把握できるといった利点もある。同様に、親と保育士や教師、青年期では本人と親などでも比較してみると、支援の仕方で気づきを得ることが多いと支援担当者は指摘する。

「子育てファイルふくいっ子」の広がり

福井県では、公私立に関係なく、保育園、幼稚園、小中学校、高等学校からの福井県特別支援教育センターへの相談依頼については、「子育てファイルふくいっ子」の「基礎調査票」と「評価シート」を提出する方式となった。また、医療機関での「子育てファイルふくいっ子」の活用についての調整や、就労時期を迎える学生に対しては、縮小版を持たせて、困ったときに自分を説明するツールにも使うことができるような指導も行っている。発達障害児者への「途切れない支援」に向け、関係機関が協力して「子育てファイルふくいっ子」を共通のツールとして利用することができるよう、スクラム福井では更なる普及に取り組んでいる。

(2) 発達障害者への支援手法の開発・早期支援や普及啓発の着実な実施

厚生労働省においては、発達障害児者を支援するための支援手法の開発、関係する分野との協働による支援や切れ目のない支援等を整備するため、「発達障害児者地域生活支援モデル事業」を実施している。2017（平成29）年度は、今般の法改正の趣旨を踏まえ、地域での生活支援のために「地域で暮らす発達障害児者に困り事が生じた時に、発達障害児者の特性を理解した上で地域や関係機関において適切な対応が行われるための支援手法の開発」等のテーマを設け、モデル事業を実施することとしている。

国立障害者リハビリテーションセンターでは、各部門が連携して支援手法の開発や早期支援等に取り組んでいる。また、全国の発達障害者支援センターの中核として、同センター内に発達障害情報・支援センターを設置し、各センターや研究機関等との情報共有を図るとともに、発達障害に関する情報を集約しホームページで発信することにより普及啓発を実施している。2017年度は、「情報分析提供事業」を実施し、新たに全国の研究者、有識者及び団体等と連携して、先進的研究やその活用による支援の情報分析及び情報発信を行うことにより、全国の発達障害児者支援の質的・量的な向上及び地域差の解消を図ることとしている。

また、2011（平成23）年度から、発達障害などに関して知識を有する専門員が保育所や放課後児童クラブ等を巡回し、施設の職員や親に対し、障害の早期発見・早期対応のための助言などの支援を行う「巡回支援専門員」の派遣に対して財政支援を行い、地域における発達障害児等の福祉の向上を図っている。

この他、2007（平成19）年12月に、毎年4月2日を「世界自閉症啓発デー」とする決議が国連で採択されたことを受け、厚生労働省と一般社団法人日本自閉症協会の主催により都内でシンポジウムを開催するなど、自閉症をはじめとする発達障害に関する正しい知識の浸透を図っている。全国各地においても、「世界自閉症啓発デー」や4月2日から8日までの「発達障害啓発週間」（関係団体等が提唱）において、様々な啓発活動が実施されている。

(3) 人材の育成

厚生労働省においては、2016（平成28）年度は、発達障害における早期発見・早期支援の重要性に鑑み、最初に相談を受け、又は診療することの多い小児科医などのかかりつけ医等に対して、発達障害に関する国の研修内容を踏まえて実施する研修への補助を行い、都道府県・指定都市のどの地域においても一定水準の発達障害の診療・対応が可能となるよう取り組んでいる。また、国立障害者リハビリテーションセンターでは、市町村や事業所への支援、医療機関との連携や困難ケースへの対応などを行う発達障害者地域支援マネジャー等の専門職に対する研修を行っており、発達障害情報・支援センター等、各部門が連携して発達障害者支援に携わる専門的な人材の育成に取り組んでいる。

4 高次脳機能障害者の支援

高次脳機能障害とは、事故や病気などにより脳に損傷を受け、その後遺症として記憶、注意、遂行機能、社会的行動といった認知機能（高次脳機能）が低下した状態を指し、日常生活の中で症状が現れるものの、外見からは障害がわかりにくいことが多い。

高次脳機能障害者の支援については、厚生労働省の「高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業」により、病院などの支援拠点機関に相談支援コーディネーター（社会福祉士、保健師、作業療法士等）を配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携や調整を行うなど、地域での高次脳機能障害者支援の普及を図っている。

国立障害者リハビリテーションセンターでは、各部門が連携して、事例の集積、分析、研究、専門職員への研修等を行っている。また、全国の支援拠点機関の中核として、同センター内に高次脳機能障害情報・支援センターを設置し、高次脳機能障害支援普及全国連絡協議会、支援拠点機関の職員向け研修会等により、各支援拠点機関等との情報共有を図るとともに、高次脳機能障害に関する情報を集約しホームページで発信することにより、普及啓発を実施している。

第2節　障害者の社会参加支援について

障害者の社会参加を支援するため、地域生活支援事業や身体機能を補完する補装具の購入等に要する費用を支給する事業などを行っている。地域生活支援事業は、各地方自治体が、地域の実情や利用者の状況に応じ、柔軟な形態により実施する事業であり、例えば、意思疎通を図ることに支障がある障害者等へ手話通訳を行う者の派遣などを行い意思疎通を支援する事業、日常生活上の便宜を図るための用具を給付する事業、屋外での移動が困難な障害者等への移動を支援する事業、身体障害者補助犬の育成事業、障害者の芸術文化活動への参加を促進する事業など様々な事業を行っている。これらの事業に加え、「障害者総合支援法」によって、「障害者やその家族、地域住民等が自発的に行う活動に対する支援」や「障害者に対する理解を深めるための研修・啓発」等が新たに必須事業（法律で定められている各地方自治体が行う事業）として追加された。

また、2016（平成28）年には、障害者の芸術文化活動の全国的な発表の場である「全国障害者芸術・文化祭」を愛知県で開催（2017（平成29）年は奈良県で開催予定）するとともに、2013（平成25）年に厚生労働省と文化庁が共同で開催した「障害者の芸術活動への支援を推進するための懇談会」の中間とりまとめを受け、2014（平成26）年度からは芸術活動を行う障害者やその家族、福祉事業所等で障害者の芸術活動の支援を行う者を支援するモデル事業を実施するなど、国民の障害への理解と障害者の芸術文化活動の振興を深める取組みを行っている。

第3節　精神保健医療福祉について

1　精神保健医療福祉の現状と課題について

精神疾患患者は、2014（平成26）年は392.4万人となっており、いわゆる4大疾患（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）よりも多い状況となっている。

治療薬の発展などにより近年の新規患者の入院期間は短縮化傾向にあり、約9割の新規入院患者が1年以内に退院しており、特に統合失調症の入院患者数が減少している。1年以上の長期入院患者も減少傾向にあるが、2014年は18.7万人となっており、入院患者の多くの部分を占めている。

また、うつ病等の気分障害や認知症の患者数が増加し、薬物依存や発達障害への対応等の社会的要請が高まっているなど、精神科医療に対する需要は多様化している。さらに、近年は、身体拘束の判断や本人の同意によらない入院の判断等を行う資格を持つ精神保健指定医の診療所開業が増えている一方で、ニーズの高まっている病院での急性期医療に携わる人材が不足するなどの課題が生じている。

2 精神保健医療福祉の取組状況について

(1) これまでの取組状況

精神保健医療福祉に関しては、2004（平成16）年9月に、厚生労働大臣を本部長とし、省内の関係部局長を本部員として発足した精神保健福祉対策本部において、精神保健福祉施策の改革ビジョン[*1]を決定し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念を示した。その後、2009（平成21）年9月の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書[*2]では、精神保健医療福祉体系の再構築や精神医療の質の向上などに関する様々な提言がなされた。

さらに、1の現状と課題を踏まえ、保護者に関する規定の削除、医療保護入院の見直し等を盛り込んだ「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律」（平成25年法律47号。以下「平成25年改正法」という。）が2013（平成25）年6月13日に成立し、同月19日に公布、2014（平成26）年4月に施行した。

また、2014年3月には「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に沿って、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める指針として、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を公布した。

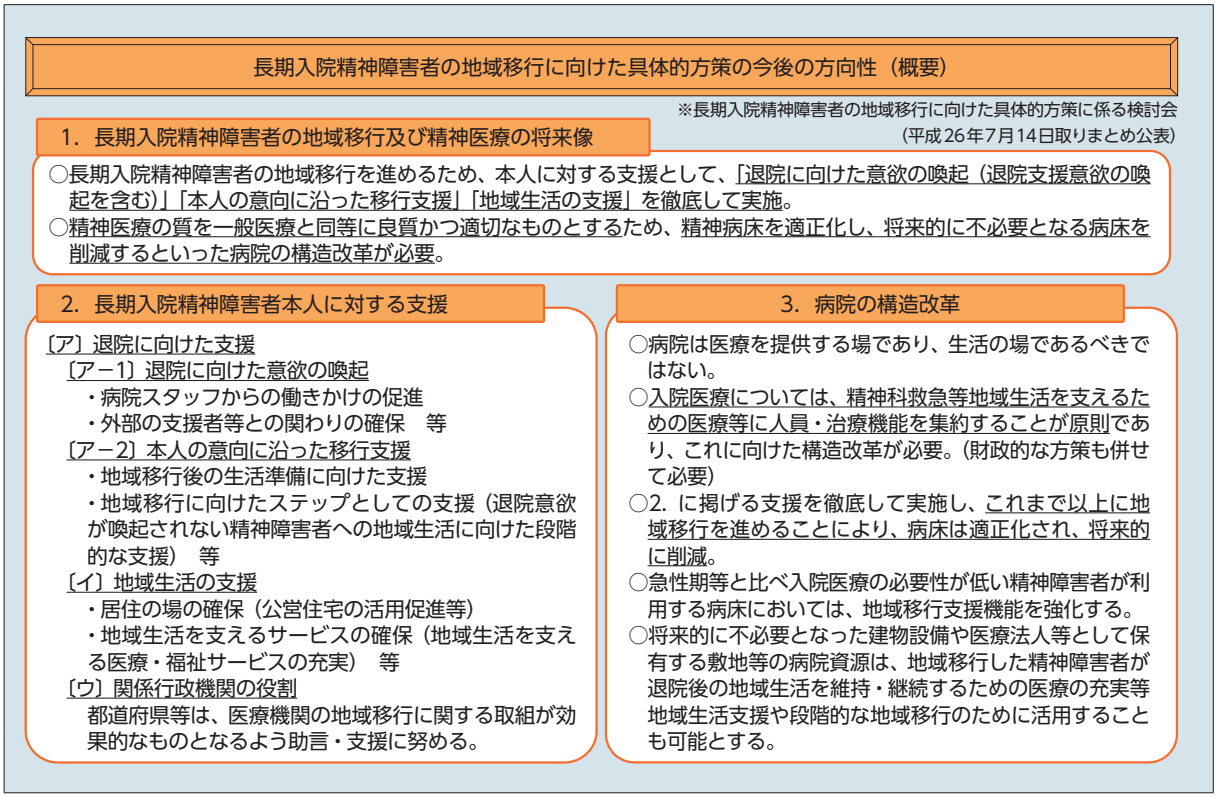
この指針において、長期入院精神障害者のさらなる地域移行が引き続きの検討課題とされ、2014年3月から7月まで「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」で検討が行われ、今後の方向性[*3]が取りまとめられた。

検討会の取りまとめでは、長期入院患者の実態を踏まえ、退院意欲の喚起や本人の意向に沿った移行支援といった退院に向けた支援と、居住の場の確保などの地域生活の支援に分け、それぞれの段階に応じた具体的な支援を徹底して実施することが盛り込まれた（図表9-3-1）。

さらに、この基本理念をより強力に推進する観点から、2016（平成28）年1月から開催された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（以下「あり方検討会」という。）が取りまとめた報告書の内容及び社会保障審議会障害者部会の議論を踏まえ、基本指針に、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が新たな政策理念として掲げられた。

＊1 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」について　http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html
＊2 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）について
＊3 「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」について
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000051136.html

図表9-3-1　長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性（概要）



（2）精神保健福祉法の見直し

2016（平成28）年7月26日に、相模原市の障害者支援施設に施設の元職員である男が侵入し、多数の入所者等を刃物で刺し、19人が死亡、26人が負傷するという事件が発生した。これを受け、様々な観点から必要な対策を早急に検討するため、政府は、直ちに「障害者支援施設における殺傷事件への対応に関する関係閣僚会議」を設置した。さらに、事件関係の徹底した検証と、それを踏まえた再発防止策を関係省庁一丸となって検討するため、厚生労働省を中心に、9名の有識者のほか、関係省庁、関係自治体も参加した「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム」（以下「検証・検討チーム」という。）を同年8月から開催し、同年12月に報告書を取りまとめた（**図表9-3-2**）。

本報告書で明らかになった課題への対応や、不正なケースレポートにより指定された精神保健指定医の指定取消処分について再発防止を図る必要があることを受け、また、「平成25年改正法」附則の検討規定等を踏まえ、あり方検討会において、精神保健医療福祉制度の見直しについて有識者で議論を行い、2017（平成29）年2月に報告書を取りまとめた（**図表9-3-3**）。

本報告書の内容を踏まえ、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案」を2017年2月に、第193回国会に提出した。同法案には、①国及び地方公共団体が配慮すべき事項等の明確化、②措置入院者が退院後に医療等の継続的な支援を確実に受けられる仕組みの整備に関する事項、③精神障害者支援地域協議会の設置に関する事項、④精神保健指定医制度の見直しに関する事項、⑤医療保護入院の入院手続き等の見直しに関する事項等を盛り込んでいる（**図表9-3-4**）。

図表9-3-2 「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム」報告書（概要）

1 共生社会の推進に向けた取組

検証を通じて明らかになった課題

○今回の事件は障害者への一方的かつ身勝手な偏見や差別意識が背景
○偏見や差別意識を払拭し、「互いに人格と個性を尊重しながら共生する社会」の実現に向けた取組を進めることが不可欠

再発防止策の方向性

○「障害者週間」、政府広報などあらゆる機会を活用し、政府の姿勢や障害者差別解消法の理念を周知・啓発
○学校教育をはじめあらゆる場での「心のバリアフリー」の取組の充実
○障害者の地域移行や地域生活の支援

2 退院後の医療等の継続支援の実施のために必要な対応

検証を通じて明らかになった課題

○容疑者は、退院後に、医療機関や地方自治体から医療等の支援を十分受けられず
○入院中から措置解除後まで、患者が医療等の支援を継続的に受け、地域で孤立することなく安心して生活できる仕組みの整備が必要

再発防止策の方向性

○措置入院中から、都道府県知事等が退院後支援計画を作成（退院後支援の関係者による調整会議を開催）
○措置入院先病院が退院後支援ニーズアセスメントを実施。その結果を都道府県知事等に確実に伝達
○退院後は、退院後支援計画に沿って保健所設置自治体が退院後支援全体を調整（他の自治体に転出後も確実に引き継ぎ）
○保健所等の人員体制等の充実

3 措置入院中の診療内容の充実

検証を通じて明らかになった課題

○措置入院中の診療内容における留意事項が示されておらず、診断や治療方針の検討が不十分
○医師の養成段階から生涯にわたる医学教育において、退院後支援や薬物使用に関連する精神障害に関する内容が不十分

再発防止策の方向性

○国が措置入院中の診療内容のガイドラインを作成。診療報酬等の対応を検討
○卒前・卒後教育の充実による専門知識を有する医師の育成

4 関係機関等の協力の推進

検証を通じて明らかになった課題

○警察官通報が行われたもののうち、措置入院等につながった割合は地方自治体ごとにばらつき
○措置入院の過程で認知された具体的な犯罪情報について、関係者間で情報共有する手続き等が協議されていない
○グレーゾーン事例（※）があることについて、関係者が共通認識を持つ必要
※他害のおそれが精神障害によるものか判断が難しい事例

再発防止策の方向性

○措置診察等の判断に係るチェックポイントの作成
○地域の関係者（自治体、警察、精神科医療関係者等）の協議の場（※）を設置
※措置診察に至るまでの地域での対応方針、具体的な犯罪情報を把握した場合の情報提供のあり方等
○グレーゾーン事例のうち、医療・福祉による支援では対応が難しいものについての他害防止の措置は、人権保護等の観点から極めて慎重であるべき

5 社会福祉施設等における対応

検証を通じて明らかになった課題

○地域に開かれた施設という基本的な方針と安全確保の両立を目指す必要
○容疑者は施設の元職員。施設の職員が、心身ともに疲弊して孤立することなく、やりがいや誇りを持って働ける職場環境づくりが重要

再発防止策の方向性

○９月に発出された防犯に係る点検項目通知を踏まえた各施設の取組を支援
○権利擁護の視点を含めた職員研修の更なる推進、処遇改善や心の健康管理面の強化等による職場環境の改善

図表9-3-3　これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（概要）（平成29年２月８日）

新たな医療計画等の策定に向けた精神保健医療のあり方及び精神保健福祉法の３年後見直し規定の検討事項について議論するとともに、措置入院後の医療等の継続的な支援のあり方や、精神保健指定医の指定のあり方等を検討し、今後の取組について取りまとめた。次期医療計画・障害福祉計画等の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を図るべき。（通常国会に関係法律の改正案を提出）

1. 新たな地域精神保健医療体制のあり方について

（1）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
○精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、障害福祉計画に基づき、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築することが適当。
（2）多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築
○統合失調症、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できるように、医療計画に基づき、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の医療連携による支援体制を構築することが適当。
（3）精神病床のさらなる機能分化
○長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、平成32年度末（第５期障害福祉計画の最終年度）、平成37（2025）年の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推進することが適当。

2. 医療保護入院制度について

○医療保護入院にあたり、医師が入院が必要となる理由を本人や家族等に文書等により丁寧に説明することが必要。
○本人との関係が疎遠であること等を理由に、家族等から意思表示が行われないような場合について、市町村長同意を行えるよう検討することが適当。
○家族等がどのような観点から同意することを求められているかを明確にし、同意を行う際に医療機関側からその旨を伝えることとすることが適当。
○現在、退院支援委員会を開催する対象となっている患者であって、１年以上の入院となった者についても、一定の期間ごとに定期的に開催されるよう検討することが適当。
○医療保護入院制度等の特性を踏まえ、医療機関以外の第三者による意思決定支援等の権利擁護を行うことを、障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業に位置づけることが適当。

3. 措置入院制度に係る医療等の充実について

（1）措置入院に係る手続及び関係機関等の協力の推進
○都道府県知事等の適切な判断の参考になるよう、判断に当たっての留意点や必要な手続を明確化することが適当。
○措置入院時に精神医療審査会における入院の必要性の審査を行うことが考えられる。また、医療保護入院について検討しているように、措置入院についても患者に対して入院の理由を都道府県等が文書により説明することが適当。
○措置入院の適切な運用を図るため、保健所設置自治体が主体となって、都道府県や市町村、警察、精神科医療関係者が地域で定期的に協議する場を設置することにより、相互理解を図っていくことが必要。
（2）措置入院中の診療内容の充実
○患者に対する適切な診断、治療や、措置解除後の患者に対する必要な医療等の支援が行われるよう、措置入院中の診療内容等についてのガイドラインを作成することが必要。
（3）措置入院者の退院後の医療等の継続支援
○医療は治療、健康維持増進を図るものであることを十分に踏まえ、措置入院者の退院後の医療等の充実を図ることが重要。
○措置を行った都道府県等が、原則として措置入院中から、全ての措置入院者に「退院後支援計画」を作成することが適当。
○退院後支援計画では、通院医療、精神保健福祉法に基づく相談指導、障害福祉サービス等の退院後の支援の内容や関係機関の役割、通院が中断した時点以降の対応等を定めることが適当。
○計画の作成に当たっては、都道府県等が、関係者と支援内容等について検討する調整会議を開催することが適当。
○措置入院先病院の病院管理者が、精神保健福祉士等を退院後生活環境相談員として選任する仕組みを設けることが適当。
○病院管理者が、全ての措置入院者について「退院後支援ニーズアセスメント」を行い、退院後支援計画に関する意見を都道府県等に確実に伝達する仕組みを設けることが必要。
○退院後は保健所設置自治体が退院後支援計画に沿って関係者の調整を行い、必要な支援を継続的に確保することが適当。
○転出先の保健所設置自治体への必要な情報提供について、国において制度的に対応することが必要。

4. 精神保健指定医の指定のあり方について

○研修内容について、現行の座学中心による受動的な研修から、グループワーク等の能動的な研修へと見直しを検討。
○指定医としての業務を適切に行うことができるように、経験すべき症例要件の見直しを検討。
○指定医としての実務の経験（指定医業務、精神医療審査会や精神科救急等への参画など）の更新要件への追加を検討。
○指導医の役割及び一定の要件について、法令上の位置づけを明確化することが適当。
○ケースレポートの記載内容を実践的に確認する観点から、口頭試問を導入することを検討。
○指定医の取消処分等を受けた医師の再指定を認める場合における再教育研修に関する制度を導入することを検討。

図表9-3-4　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

○医療の役割を明確にすること―医療の役割は、治療、健康維持推進を図るもので、犯罪防止は直接的にはその役割ではない。
○精神疾患の患者に対する医療の充実を図ること―措置入院者が退院後に継続的な医療等の支援を確実に受けられ、社会復帰につながるよう、地方公共団体が退院後支援を行う仕組みを整備する。
○精神保健指定医の指定の不正取得の再発防止―指定医に関する制度の見直しを行う。

改正の概要

改正の趣旨を踏まえ、以下の措置を講ずる。

1. 国及び地方公共団体が配慮すべき事項等の明確化
　国及び地方公共団体の義務として、精神障害者に対する医療は病状の改善など精神的健康の保持増進を目的とすることを認識するとともに、精神障害者の人権を尊重し、地域移行の促進に十分配慮すべきことを明記する。

2. 措置入院者が退院後に医療等の継続的な支援を確実に受けられる仕組みの整備
　措置入院者が退院後に社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な医療その他の援助を適切かつ円滑に受けることができるよう、以下のような退院後支援の仕組みを整備する。
（1）措置を行った都道府県・政令市が、患者の措置入院中から、通院先の医療機関等と協議の上、退院後支援計画を作成することとする。（患者の帰住先の保健所設置自治体が別にある場合は、当該自治体と共同して作成）
（2）退院後は、患者の帰住先の保健所設置自治体が、退院後支援計画に基づき相談指導を行うこととする。
（3）退院後支援計画の対象者が計画の期間中に他の自治体に居住地を移転した場合、移転元の自治体から移転先の自治体に対して、退院後支援計画の内容等を通知することとする。
（4）措置入院先病院は、患者等からの退院後の生活環境の相談に応じる「退院後生活環境相談員」を選任することとする。

3. 精神障害者支援地域協議会の設置
　保健所設置自治体は、措置入院者が退院後に継続的な医療等の支援を確実に受けられるよう、精神障害者支援地域協議会を設置し、（1）精神科医療の役割も含め、精神障害者の支援体制に関して関係行政機関等と協議するとともに、（2）退院後支援計画の作成や実施に係る連絡調整を行う。

4. 精神保健指定医制度の見直し
　指定医の指定の不正取得の再発防止を図り、その資質を担保するため、指定医の指定・更新要件の見直しや、申請者が精神科医療の実務を行うに当たり指導する指導医の役割の明確化等を行う。

5. 医療保護入院の入院手続等の見直し
　患者の家族等がいない場合等に加え、家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切な医療の提供を確保する。

施行期日

公布の日から起算して１年を超えない範囲内において政令で定める日（1. については公布の日）（予定）

3 こころの健康対策

こころの健康対策については、うつ病が重症化する前に早期に治療を行うことが重要であることから、うつ病等に罹患している者を早期に発見し適切に対応できるよう、一般内科医等、地域のかかりつけ医や医師以外の保健福祉業務従事者に対する研修などを実施するとともに、一般かかりつけ医と精神科医の連携を強化し、円滑に精神科医療につながる

仕組みづくりを進めるなど、うつ病の早期発見、早期治療が実施できる医療体制の充実を図っている。

その他、各地方公共団体において、保健所及び精神保健福祉センター等での精神疾患や心の健康に関する相談、相談活動に従事する者の養成と技術の向上、精神保健に関する普及啓発活動などにより、地域の実情に合った取組みを推進している。

一方、医療や福祉サービスにつながっていない段階からアウトリーチ（多職種チームによる訪問支援）を実施し、精神障害者に対し支援を行うことや、薬剤のみの治療に頼らない治療法である認知行動療法の普及を推進するなど、精神保健医療提供体制の充実と質の向上を図っている。

なお、2015（平成27）年９月に、「公認心理師法」（平成27年法律第68号）が成立し、保健医療，福祉、教育等の分野において、心理学に関する専門的知識や技術をもって、心理に関する相談や助言、指導等を行う国家資格として、公認心理師が創設されることとなった。同法のうち、指定試験機関に関する規定が2016（平成28）年３月に施行され、同年４月に、指定試験機関として、一般財団法人日本心理研修センターが指定された。また、同法の全面施行は、公布の日から２年を超えない範囲内とされており、施行に向けて、同年９月から、公認心理師カリキュラム等検討会を開催し、公認心理師となるために必要な科目や国家試験に関する事項等について、検討を行っている。

労働者へのメンタルヘルス対策としては、「労働安全衛生法」に基づく指針を定め、労働者の心の健康の保持増進のための対策について原則的な実施方法を示し、事業者への啓発等を行うほか、うつ病等メンタルヘルス不調により休業した労働者の職場復帰のための対策を進めている[*4]。また、「改正労働安全衛生法」により創設されたストレスチェック制度（2015年12月施行）は、労働者の心理的な負担の程度を把握し、セルフケアや職場環境の改善につなげ、メンタルヘルス不調の未然防止の取組みを強化することを目的としたものであり、当該制度の周知啓発等を進めている。

また、経済・生活問題への対応としては、ハローワークにおいて求職者のための各種相談窓口の設置や、各種生活支援に関する専門家による巡回相談、メール相談事業などの支援策を強化しているところである。

4 依存症対策

依存症対策については、全国の保健所及び精神保健福祉センターで依存症に関する相談を行っている。

2016（平成28）年度までに、依存症回復施設の職員等を対象とした研修や依存症者の家族に対する支援、認知行動療法を用いた依存症者に対する治療・回復プログラムの普及促進、依存症に関する正しい理解を深めるための普及啓発を行ってきた。2017（平成29）年３月11日には、厚生労働省の主催により、「依存症への理解を深めるためのシンポジウム」を開催した。また、５府県において、依存症の治療拠点となる医療機関を中心に、①依存症の方やその家族への相談支援、②他の精神科医療機関等への技術援助、などを行うモデル事業を実施してきた。

2017年度においては、2016年度までの事業に加え、上記モデル事業で得られた知見

＊4　職場におけるメンタルヘルス対策については、第２章第４節参照。

を基に、依存症対策の全国拠点機関を指定し、都道府県・指定都市において依存症対策の指導的役割を果たす者の養成等を行うこととしている。また、都道府県・指定都市における専門医療機関の選定や専門相談員の配置などを行い、地域における依存症の治療や支援体制の整備を図る取組を推進していくこととしている。

また、2016年12月には、依存症対策を総合的かつ計画的に推進するため、厚生労働大臣を本部長とする「依存症対策推進本部」を厚生労働省内に設置するとともに、その下に「アルコール健康障害対策チーム」、「薬物依存症対策チーム」、「ギャンブル等依存症対策チーム」をそれぞれ設け、省内横断的に施策を進めることとしている。

第10章　国際社会への貢献

第1節　国際社会における課題設定及び合意形成への積極的参加・協力

近年、厚生労働行政の多くの分野で、国際社会での動きと国内政策が連動するようになってきている。例えば、エボラ出血熱の流行拡大のように、感染症は国境を越えて世界の社会経済に大きな影響を与えるほか、高齢化の進展や生活習慣病の増加は、世界保健機関（World Health Organization：WHO）の総会やG7サミット等でも取り上げられる大きな課題となっている。また、世界的なサプライチェーンの拡大が進む中で労働者の権利の保護や雇用の安定にどう取り組んでいくかは、各国共通の課題となっている。日本国民の健康と生活の安定を守るため、厚生労働省は、WHOや国際労働機関（International Labour Organization：ILO）を始めとする国際機関の活動等へ積極的に参画し、国際社会における課題設定や合意形成に努めている。

1　保健医療分野

(1) G7及びG20

2016（平成28）年5月に日本が議長国となって開催したG7伊勢志摩サミットでは、「国際保健のためのG7伊勢志摩ビジョン」が取りまとめられ、①公衆衛生危機（エボラ出血熱等）に対する国際保健の枠組み強化、②高齢化を焦点とするユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage：UHC）の達成と生涯を通じた健康増進、③薬剤耐性（Antimicrobial Resistance：AMR）への対応強化と④研究開発・イノベーションの推進をG7として協調して対応していくことが確認された。

同年9月に神戸市で開催したG7神戸保健大臣会合では、伊勢志摩サミットで打ち出された「国際保健のための伊勢志摩ビジョン」を踏まえた各課題への対応について議論し、①危機時に中心的な役割を担うWHOの改革の進捗確認と更なる後押し、②これから高齢化を迎えるG7以外の国々に対する支援の促進、③官民連携やイノベーションの促進等を内容とする「神戸コミュニケ」が採択された。

また、同年9月に中国で開催されたG20杭州サミットでは、薬剤耐性（AMR）への対応強化を盛り込んだ首脳宣言が採択された。

(2) 世界保健機関（WHO）

WHOは、全ての人々が可能な最高の健康水準に到達することを目的とし、感染症対策、医薬品・食品安全対策、健康増進対策等を行う国際機関である。日本は、総会や執行理事会における審議や決定等に積極的に関与している。

WHOにおける取組みの一つとして、2005（平成17）年の国際保健規則（International Health Regulations：IHR）の改正があげられる。この改正により、加盟国は「原因を問わず、国際的な公衆衛生上の脅威となりうる、あらゆる事象」を評価後24時間以内にWHOに通報し、その後も引き続き詳細な公衆衛生上の情報をWHOに通報することとなり、日本は、新型インフルエンザ（A/H1N1）の国内発生の際や、2011（平成23）年

3月の東日本大震災の発生に当たっても、IHRに基づき通報を行った。

2016（平成28）年5月に開催された第69回WHO総会では、高齢化という各国共通の課題に対し、日本から4年ぶりとなる決議案を提出し、5地域から幅広い共同提案国（23か国）を得て採択された。また、その他に、エボラ出血熱などの健康危機への対応体制やWHO改革などに関する議論が行われた。

(3) 経済協力開発機構（OECD）

経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-operation and Development：OECD）は、先進国間の自由な意見交換・情報交換を通じて、経済成長、貿易自由化、途上国支援に貢献することを目的とした先進35か国からなる国際機関であり、国際経済の「スタンダード・セッター」、「世界最大のシンクタンク」とも呼ばれている。

OECDの保健医療分野に関する事業の主な活動として、保健医療分野の政策分析・研究、それらに関する議論を行う「医療委員会」の開催及びOECD加盟国等の保健関連統計データ（「ヘルスデータ」）の収集・編纂を行っており、こうした客観的な政策分析や国際比較データは、厚生労働省関連の政策を検討する際の一助になっている。

厚生労働省では、医療委員会に参加し、OECDの作業に対して方向性を示すことや日本の事例をOECD加盟国に紹介することで、積極的な貢献を行っている。2017（平成29）年1月にフランスで開催された第3回OECD保健大臣会合では、医療分野での効率化のための日本の取組みを紹介したほか、高額な医療に関して、患者にとっての価値を最大化し、医療保険制度の持続可能性とイノベーションを均衡させるため、率先して取り組む決意を表明した。

(4) 東南アジア諸国連合（ASEAN）

東南アジア諸国連合（Association of Southeast Asian Nations：ASEAN）と日本、韓国、中国の3か国との連携強化の流れの中で、厚生労働行政分野では、保健、労働及び社会福祉の分野ごとにASEAN＋3の担当大臣会合・高級事務レベル会合が行われており、積極的に参加している。保健分野においては、2016（平成28）年8月にASEAN＋3保健高級事務レベル会合がブルネイで開催され、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）や高齢化対策、災害医療等の協力優先分野に関する議論を行った。また、2013（平成25）年から日・ASEANの枠組みで高齢化対策に関する政策対話や二国間協力を推進している。ASEAN諸国における高齢化施策の現状を整理し、アクティブ・エイジング（Active Aging）の達成に向けて必要な人的資源、施策等を検討するため、2014（平成26）年からはASEAN日本アクティブ・エイジング地域会合を開催している。2015（平成27）年8月には、タイで第2回ASEAN日本アクティブ・エイジング地域会合を開催し、「アクティブ・エイジングに向けた高齢者の疾病予防と健康増進」「高齢者介護：人的資源の開発」「高齢者特有のケア：認知症」のテーマについて議論を行い、提言を取りまとめた。

(5) 日中韓三国保健大臣会合

2016（平成28）年12月に韓国で開催された第9回日中韓三国保健大臣会合では、三

国に共通する保健課題である感染症への備えと対応、薬剤耐性（AMR）対策、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）、高齢化社会、非感染性疾患、ICTとビッグデータの利活用などに関し、協力関係の維持及び一層の強化を行うことを内容とする「第９回日中韓三国保健大臣会合共同声明」が採択された。

（6）その他の国際保健分野への取組み

世界的な健康危機管理の向上及びテロリズムに係る各国の連携強化等を目的とし、G7とメキシコ、欧州委員会（EC）の保健担当閣僚等の会合として、世界健康安全保障イニシアティブ（Global Health Security Initiative：GHSI）が毎年開催されている。2017（平成29）年２月には、ベルギーで閣僚級会合が開催され、テロ対応における多機関連携、特に保健セクターとセキュリティセクターとの連携の重要性などを確認する旨の共同声明を採択した。なお、2018（平成30）年の本会合は英国が主催する予定となっている。

また、2016（平成28）年９月にオランダで開催された第３回世界健康安全保障アジェンダ（Global Health Security Agenda：GHSA）ハイレベル会合では、世界各国での感染症対策の能力向上を目指し、各アクションパッケージに基づく進捗報告や今後の取組みについて協議するとともに、同月の国連総会でのハイレベル会合を受け、今後の薬剤耐性（AMR）のモニタリングをフォローアップする枠組みについて検討を行った。

そのほか、2016年４月には、国際保健において脅威となりつつある薬剤耐性（AMR）についてアジア地域全体でその現状と取組みを共有し、今後の協力体制のあり方について議論することを目的として、アジア太平洋地域の12か国及びWHO等の国際機関から担当閣僚級を招請し、東京でアジアAMR閣僚会合を開催した。

2 労働分野

（1）G7及びG20

2015（平成27）年６月にドイツで開催されたG7エルマウサミットでは、労働分野について、世界的なサプライチェーンにおいて労働者の権利、一定水準以上の労働条件及び環境保護を促進すること等が確認された。

同年10月にはベルリンで関連の閣僚会合が開催された。このうち、G7雇用・開発大臣会合では、サミットで取りまとめられた枠組みの具体的な対策について協議され、①中小企業への適正手続の支援、②消費者への情報提供、③マルチステークホルダーによるイニシアティブ、④発展途上国への支援、⑤ビジョン・ゼロ・ファンド、⑥OECDの苦情処理手続に関するピアレビュー及びピアラーニングの各事項についての対応が合意された。

また、2016（平成28）年７月に中国で開催されたG20労働雇用大臣会合では、「十分な雇用機会の創出」、「エンプロイアビリティの向上」、「ディーセント・ワークの促進」の三つのテーマの下で議論が行われ、①起業リサーチセンターの設立、②賃金上昇の促進、③包摂的成長に向けた取組みの継続、④移民・難民の労働市場への統合等を内容とする大臣宣言を採択した。

（2）国際労働機関（ILO）

ILOは、労働条件の改善を通じて社会正義の実現等に寄与することを目的として、雇

用・労働の分野における国際的な取組みを行う機関であり、労働組合や使用者団体も交えた政労使三者構成を特徴としている。日本は、政労使ともに総会や理事会における審議に積極的に関与しており、常任理事国となっている。ILOにおける取組みとして、1998（平成10）年第86回総会において「労働における基本的原則及び権利に関するILO宣言」が採択された。この採択により、4つの分野（結社の自由及び団体交渉権の効果的な承認・強制労働の禁止・児童労働の撤廃・雇用及び職業における差別の排除）に関する基本条約について、その批准の有無にかかわらず尊重することが確認された。また、2008（平成20）年第97回総会において「公正なグローバル化のための社会正義に関するILO宣言」が採択された。この採択により、進歩と社会正義を促進、達成するために、加盟国政労使の「ディーセント・ワークの実現に向けた取組み」の4つの戦略目標（雇用の促進・社会的保護の方策の展開及び強化・社会対話の促進・労働における基本的原則及び権利の尊重、促進及び実現）に基づく取組みをILOが実効的に支援することとされた。さらに、ILOは、国際労働基準として、これまで189の条約及び204の勧告を採択しており、日本は、このうち49の条約を批准している。また、毎年6月に開催されるILO総会においては、加盟国の政府、労働者、使用者の各代表によって新たなILO条約及び勧告等について討議が行われている。2016（平成28）年5、6月に開催された第105回総会では、「グローバル・サプライチェーンにおけるディーセント・ワーク」、「平和、安全及び災害からの回復のためのディーセント・ワーク：第71号勧告の改正」、「社会正義宣言の影響評価」に関する議論が行われた。

(3) 経済協力開発機構（OECD）

OECDの労働分野に関する事業の主な活動として、雇用労働問題の政策分析・研究、それらに関する議論を行う「雇用・労働・社会問題委員会」の開催及びOECD加盟国等の労働経済の分析や雇用関連データの提供を行う「雇用アウトルック」の作成を行っている。また、経済危機後に最も不利な立場に置かれた15～29歳の若者（ニート）の状況を分析・評価するとともに、彼らの技能を育成し自立へ導くより効果的な政策立案を支援することを目的とした「ニートプロジェクト」を実施している。日本は、2014（平成26）年9月に参加を表明、2017（平成29）年5月に報告書を公表した。

また、2016（平成28）年1月には第8回OECD雇用労働大臣会合が開催され、「より強靭で包摂的な労働市場の構築」をテーマにして議論を行い、厚生労働省からは日本の女性の活躍促進政策等の取組みについてPRした。会合終了後には、日本政府の「一億総活躍社会の実現」に向けた取組みと軌を一にした内容を盛り込んだ、各国大臣の共同声明を発表した。

(4) 東南アジア諸国連合（ASEAN）

ASEANと日本、韓国、中国の3か国との連携強化の流れの中で、労働行政分野においても、ASEAN＋3の担当大臣会合及び高級事務レベル会合が毎年交互に行われており、積極的に参加している。2016（平成28）年5月にはラオス・ビエンチャンでASEAN＋3労働大臣会合が行われ、「ディーセント・ワーク促進に向けたインフォーマル雇用からフォーマル雇用への移行」などについて議論が行われた。なお、2017（平成29）年5月

にはシンガポールで第9回ASEAN＋3労働高級事務レベル会合が開催された。

(5) アジア欧州会合（ASEM）

アジア欧州会合（Asia-Europe Meeting：ASEM）は、アジア地域の21か国と1機関、欧州地域の30か国と1機関の合計51か国と2機関によって構成される国際フォーラムで、相互尊重と平等の精神に基づき、アジア・欧州両地域の協力関係を強化することを目的として政治・経済・社会・文化等の様々な分野で活動を行っている。

2015（平成27）年12月には、ブルガリアにおいて、第5回ASEM雇用労働大臣会合が開催され、「アジアと欧州における持続可能な社会開発に向けて：ディーセント・ワークと社会的保護のための共通のビジョン」をテーマに議論が行われ、若年労働者市場の改善やサプライチェーンにおけるディーセント・ワークと労働安全衛生の促進に関する具体的取組みについてまとめた「ソフィア宣言」が採択された。

3 社会保障・福祉分野

ASEAN諸国と隣接する日中韓の相互の依存関係がますます深まる中、社会福祉・開発分野における共通課題や、日本等からの技術協力等について意見交換を行うことを目的として、ASEAN+3社会福祉大臣会合が2004（平成16）年から3年に1回、高級実務レベル会合が毎年開催されている。2016（平成28）年9月にインドネシアで開催されたASEAN+3社会福祉大臣会合では、ASEANにおける社会福祉開発の強化をテーマに議論が行われた。2017（平成29）年はミャンマーでASEAN+3社会福祉高級事務レベル会合が開催される予定である。

また、2003（平成15）年から毎年、ASEAN地域の社会保障分野における人材育成の強化並びに日本及びASEAN諸国間の情報・経験の共有と中長期的な協力関係の構築・強化を目的として、ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合を開催している。本会合の結果は、ASEAN＋3保健大臣会合及び社会福祉大臣会合において報告され、ASEAN諸国から高い評価を得ると同時に、今後の会合への期待も表明されている。2016年11月には、世界公共雇用サービス協会（World Association of Public Employment Services：WAPES）と連携し、第14回ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合・WAPESアジア太平洋地区ワークショップ合同会合を東京で開催し、ASEAN各国の社会福祉、保健医療、雇用政策を担当する行政官並びにWAPES理事国及びアジア・太平洋地区の雇用政策担当行政官の参加を得た。同会合では、「社会的支援が必要な人々の社会参画の促進とアクセシビリティの改善」をテーマとし、移動の円滑化と情報へのアクセス確保、心のバリアフリーの促進、障害者・高齢者雇用の促進による自立支援、共生社会実現のための住民参加による地域基盤整備等について、意見交換・経験の共有を行った。

第2節　開発途上国等への国際協力

厚生労働省では、保健医療、水道、社会福祉、社会保障、雇用環境整備、職業能力開発の各分野において、日本の知識・経験を活かして、WHO、ILOをはじめとする国際機

関、ASEANやアジア太平洋経済協力（Asia-Pacific Economic Cooperation：APEC）等の枠組みを通じた国際協力、また、外務省や国際協力機構（Japan International Cooperation Agency：JICA）、民間団体と連携して、ワークショップ開催、専門家派遣、研修員受入れ、プロジェクト計画作成指導などの技術協力を行い、開発途上国の人材育成、制度づくりに貢献している。

1 保健医療分野

WHOを通じて、鳥・新型インフルエンザやエボラ出血熱などの公衆衛生上の危機への対応強化に努めるとともに、国立感染症研究所や国立国際医療研究センターを中心に開発途上国への専門家の派遣や技術協力を行っている他、エイズの感染拡大に対処するため、国際連合エイズ合同計画（Joint United Nations Programme on HIV/AIDS：UNAIDS）を通じて援助を行うなど、様々な形で保健医療分野における国際協力を行っているところである。

また、全ての人々が質の担保された保健医療サービスを享受でき、サービス使用者が経済的困難を伴わない状態を指すユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に関して、疾病負荷が多様化し、健康格差が拡大する現状に鑑み、公平性や経済的リスク保護を重視する意味において、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の推進は今後ますます重要になると認識している。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）達成による世界の人々の健康確保と公衆衛生向上のために、各国政府、開発パートナー、その他の関係者は一体となって取り組む必要があり、日本はWHO等の国際機関や各国政府と協力し、他の途上国への支援を通じて全世界でのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）達成を目指している。具体的には、約50年間にわたる国民皆保険の経験を踏まえ、効率化や補償サービス向上に資する戦略等を他国と共有するとともに、世界的に進行する高齢化への対応など検討を続けていく。

さらに、水道分野については、日本の産学官の専門家の知見を活用しながら、国際協力の方針を検討する委員会の設置、水道プロジェクト計画策定支援のための開発途上国現地指導、JICAを通じた専門家派遣や研修員受入れ等を行っている。

2 労働分野

(1) 国際機関等を通じた取組み

労働分野において、各種専門技術や幅広い人材等を有するILOに任意の資金拠出を行い、ILOを通じて特定国あるいは地域を対象とした技術協力事業（マルチ・バイ事業）等を実施している。現在、ILO国際研修センターにおける研修プログラム開発実施事業、アジア太平洋地域の社会セーフティネットの基盤整備事業、アジア展開日系企業等ビジネス基盤整備事業等を実施している。

職業能力開発分野については、開発途上国において人材育成を重視する機運が一層高まっていることから、日本との経済的相互依存関係が拡大・深化しつつある東南アジアを中心に、質の高い労働力の育成・確保を図るため、技能評価システム移転促進事業を通じて、日系企業と連携しつつ、技能評価システムの構築・改善のための協力を行っている。

また、外務省やJICAと連携し、開発途上国における職業能力開発関係施設の設置・運営に対する協力、職業能力開発関係専門家の派遣、職業能力開発関係研修員の受入れ等を行っている。

さらに、ASEANやAPEC、アジア太平洋地域技能就業能力計画の枠組みを通じて職業能力開発に関する各種研修事業などの国際協力事業を実施している。また、開発途上国の職業訓練体制充実のため、開発途上国の現職の職業訓練指導員を対象に、能力向上研修を行っている。このほかにも、2011（平成23）年度より、アジアの貧困地域において、国際的な労使団体のもつネットワークを活用し、公的サポートが行き届かない人々を組織化し、草の根レベルでの社会セーフティネット支援を行っている。

(2) 外国人技能実習制度の適正な実施

外国人技能実習制度[*1]は、技能移転を通じた開発途上国への国際協力を目的とし、1993（平成5）年に創設されたものである。入国時に原則2か月間の日本語や法令関係等の講習を行い、技能実習1年目で技能検定基礎2級相当、3年目で技能検定3級相当の技能修得を目標に、最長3年間日本において技能を修得する。2010（平成22）年7月より入国1年目から技能実習生として、労働基準法等の労働関係法令が適用されている。厚生労働省では、技能実習制度が適正に行われるよう、監理団体・実習実施機関への巡回指導、技能実習生に対する母国語による電話相談等を行っている。

技能実習は、我が国の国際貢献において重要な役割を果たしており、送出国からも積極的な評価を受けている一方で、入管法令・労働関係法令違反等が発生している。こうした状況を受けて、外国人の技能実習における技能等の適正な修得等の確保及び技能実習生の保護を目的とした「外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律」が、2016（平成28）年11月18日に成立、同月28日に公布された。施行は、公布の日から1年以内とされている。

3 社会保障・福祉分野

アジア地域の開発途上国における高齢化対策や社会保障制度整備を支援するため、高齢者保健福祉制度の構築に対する専門家派遣や社会福祉・社会保険行政能力向上に関する研修員受入れなどを行っている。

また、社会保険制度の構築と運用に関する日本の知見を生かし、アジア地域の社会保険制度とその実施体制を支援することを目的としたアジア地域における社会保険制度整備支援事業を実施している。

第3節 各国政府等との政策対話の推進

急速に高齢化が進展している日本においては、共通の課題に取り組む諸外国との国際比較の中で日本の制度の特性や問題点等について検証し、日本の政策立案の参考とすること

＊1　外国人技能実習制度の詳細を紹介したホームページ
厚生労働省　http://www.mhlw.go.jp/bunya/nouryoku/gaikoku/index.html

が重要である。一方、日本の取組みに対する諸外国からの関心も非常に高くなっている。このため、2016（平成28）年5月には、スウェーデンで「福祉テクノロジー及びイノベーション、認知症ケア、人材提供の分野における将来の各シナリオ」をテーマとする日北欧高齢化セミナーが開催されたほか、同年7月には、「認知症」及び「農村の空洞化」をテーマとする日中韓高齢化セミナーが、2017（平成29）年1月には、「高齢者を支える仕組み作り」をテーマとする日独高齢化シンポジウムが日本で開催された。

また、経済の国際化の進展等に伴い、先進国が抱えるようになった雇用・労働分野における共通の課題を解決するため、労使、専門家を交えた政策対話が重要となっている。このため、2016年7月には、日本で「現代における労使関係の役割」をテーマとする日EUシンポジウムが開催された。

第4節　経済連携協定（EPA）等への対応

1990年代以降、世界貿易機関（World Trade Organization：WTO）を中心とした多角的貿易体制における貿易自由化を補完する二国間又は多国間の経済連携協定（Economic Partnership Agreement：EPA）等の締結により、世界各地で経済連携が加速・拡大されてきた。こうした流れを受けて、2017（平成29）年3月末現在、我が国との間でシンガポール、メキシコ、マレーシア、チリ、タイ、インドネシア、ブルネイ、ASEAN、フィリピン、スイス、ベトナム、インド、ペルー、オーストラリア及びモンゴルとの協定が発効している。また、直近では、環太平洋パートナーシップ（Trans-Pacific Strategic Economic Partnership Agreement：TPP）協定について、2015（平成27）年10月の大筋合意、2016（平成28）年2月の署名を経て、同年12月には協定承認案及び関連法案が国会承認され、2017年1月に国内手続を完了した旨が寄託国であるニュージーランドに通報された。交渉においては、様々な懸念等を踏まえ、国民の生命や生活の安全・安心が損なわれないよう、厚生労働省として責任をもって対応した。その結果、厚生労働省の所掌分野である、食の安全・安心、公的医療保険制度等の社会保障制度、労働関係制度等については、我が国の制度を堅持する内容となっている。

さらに、日本政府は、現在、日EU・EPA、東アジア地域包括的経済連携（RCEP）、日中韓FTA等、数か国・地域と交渉を行っている。EPA等の交渉では、物品貿易の自由化促進等を中心に様々な分野の交渉が行われており、厚生労働省は、関連分野である「衛生植物検疫措置」、「貿易の技術的障害」、「サービス貿易」、「自然人の移動」、「知的財産」、「労働」などの分野で積極的な対応を行っている。また、インドネシア、フィリピン及びベトナムとのEPAでは、インドネシア人、フィリピン人及びベトナム人の看護師・介護福祉士の候補者に対し、一定の条件の下で入国し、日本の国家資格を取得するための研修・就労、国家資格取得後の就労等を認めている。

第11章 行政体制の整備・情報政策の推進

第1節 独立行政法人等に関する取組み

1 無駄削減に向けた取組みの実施

厚生労働省では、所管する事業について、無駄削減に向けた取組みを進めてきた。

これまでに実施した行政事業レビュー等により、2010（平成22）年度から2016（平成28）年度までで計約2兆2,400億円の削減を行った。

（内訳：2010年度▲約6,500億円、2011（平成23）年度▲約5,500億円、2012（平成24）年度▲約2,500億円、2013（平成25）年度▲約4,800億円、2014（平成26）年度▲約1,300億円、2015（平成27）年度▲約1,100億円、2016年度▲約700億円）

今後も、無駄削減に取り組むこととしている。

2 独立行政法人に関する取組み

厚生労働省所管の独立行政法人は、2017（平成29）年4月1日現在19法人（他省との共管法人2法人を含む。）となっている。

(1) 独立行政法人改革の推進

独立行政法人については、行政改革の推進という観点から、これまでも様々な取組みが進められているが、2013（平成25）年12月24日に独立行政法人の制度や組織等を見直すことを内容とする「独立行政法人改革等に関する基本的な方針」が閣議決定された。

同方針の内容を踏まえた、「独立行政法人に係る改革を推進するための厚生労働省関係法律の整備等に関する法律」（平成27年法律第17号）が第189回国会において成立し、同法律により、2016（平成28）年4月1日から、独立行政法人労働安全衛生総合研究所と独立行政法人労働者健康福祉機構が統合され、独立行政法人労働者健康安全機構が発足するなど、独立行政法人の組織や事務・事業の見直し等の改革を着実に推進している。

(2) 中期目標期間終了時における業務や組織の全般にわたる見直し

独立行政法人通則法（平成11年法律第103号）の規定により、3年から5年までの定められた期間（中期目標期間）の終了時に、主務大臣（厚生労働大臣）は、独立行政法人の業務や組織の全般にわたる検討等を行うことになっているが、2016（平成28）年度中に中期目標期間が終了した以下の独立行政法人について次のとおり検討を行い2017（平成29）年度からの中期目標の設定に反映することとした。

【(独）労働政策研究・研修機構】

・労働市場を取り巻く環境の変化等も見据えた労働行政に関する中長期的な政策の方向性を踏まえ、以下に掲げる4つの視点の下、プロジェクト研究を実施する。

①一億総活躍社会及び働き方改革を実現する視点

②20年先の働き方を見据え、新しい労働政策を構築する視点

③労働政策の基礎となる研究を体系的・継続的に推進していく視点
④実施された施策の効果を検証し、より効果的かつ効率的な労働政策のための知見を得る視点

・中期目標の達成度をより厳格に評価するため、基本的には、既存の指標は第3期の目標水準を上回る水準を設定し、2017年度からの中期目標における新規の指標は第3期の類似実績を踏まえ、適切な水準を設定した。

第2節 広報体制の充実

1 新しい情報発信手段の活用

従来の報道発表資料等による情報発信に加え、国民の幅広い層にイベントや会議の案内、新制度の情報等をお知らせするため、ツイッター、フェイスブック等の情報発信手段を活用している。

ツイッターについては、2010（平成22）年9月に開始し、約43.5万のフォロワー（閲覧者）を持ち、月平均約280件ツイート（投稿）している。

フェイスブックについては、2016（平成28）年9月に開始し、約2,200のフォロワーを持ち、月平均35件投稿している。

第3節 情報化の推進

1 情報化の推進

厚生労働分野では、社会保障費の増大や国民の厚生労働行政に対するニーズの多様化、開かれた行政への取組みなど、多くの課題に直面している。こうした課題に対して、発展著しいITを活用して解決を図れないかという問題意識の下、厚生労働省としては、健康・医療・介護・福祉・労働・行政サービスの各分野において、2017（平成29）年5月30日に閣議決定された「世界最先端IT国家創造宣言・官民データ活用推進基本計画」なども踏まえつつ、引き続き、情報政策の推進による改革に取り組んでいくこととしている。

2 情報化の推進に向けた主な取組み

（1）厚生労働分野におけるIT利活用の促進

1 就労・労働分野の情報化

就労・労働分野においては、ハローワークインターネットサービスにおいて、全国のハローワークで受理した求人情報のほか、ハローワークの利用方法等、求職者や事業主に役立つ情報を提供している。

また、事業主がハローワークに対して行う雇用保険関係手続についてもオンライン申請を行うことが可能となっており、「離職票の交付を伴う雇用保険被保険者資格喪失届」の

受付を行う等の利便性向上により、活用促進に取り組んでいる。

さらに、ハローワークを利用したことがない方も含めて、新規大学卒業者等に対して、就職活動に役立つ様々なイベントの情報や新規学卒者等を募集する企業の求人情報等をインターネットにより提供する「大卒等就職情報WEB提供サービス」も行っている。

そのほか、「若者雇用促進総合サイト」では、全国のユースエール認定企業や若者応援宣言企業の情報に加え、2016（平成28）年8月より上記以外の企業も職場情報を掲載することが可能となった。個別の企業概要、雇用管理の状況などを掲載することで、企業情報の積極的な発信や企業と若者とのマッチングを促進している。

2 「社会保障・税番号制度」の導入

社会保障と税の一体改革の一環として、社会保障制度や税制の公平性・透明性・効率性を高めるために必要な情報連携基盤を整備するという観点から社会保障・税番号制度の検討が進められ、2013（平成25）年5月には「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」が成立した。厚生労働分野においては、年金、医療保険、介護保険、福祉、労働保険等の各分野における手続が対象となっており、これらの手続において、国民一人一人に付番されるマイナンバーを活用して安全かつ迅速に情報の連携を行うことで、所得証明書等の添付書類の省略や給付調整事務の効率化等のメリットが期待されている。また、2015（平成27）年9月9日に、「個人情報の保護に関する法律及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の一部を改正する法律」が成立し、マイナンバーの利用範囲が拡大された。具体的には、社会保障分野においては、マイナンバーを利用して、医療保険者が特定健康診査等の情報を管理することが可能とされるとともに、地方公共団体間における予防接種履歴に関する情報連携を行うことが可能とされた。2015年10月に住民へのマイナンバーの通知、2016年1月に行政機関等におけるマイナンバーの利用が開始された。2017（平成29）年7月からは、国や地方公共団体等間での情報連携開始を予定している。

(2) 行政サービス分野におけるIT利活用の推進

社会保険・労働保険分野等の行政手続については、「電子政府の総合窓口（e-Gov）」のホームページから、オンライン申請が可能となっている。

オンライン申請については、「オンライン手続の利便性向上に向けた改善方針」（平成26年4月1日各府省情報化統括責任者（CIO）連絡会議決定）に基づき「厚生労働省改善取組計画」を策定し、オンライン手続に係る更なる負担軽減、処理の迅速化等を図るための改善事項や評価指標を定めて、計画的に取り組むこととしている。

また、「世界最先端IT国家創造宣言」（平成28年5月20日閣議決定）に基づき、情報システムの統廃合、クラウド化等の政府全体を通じた業務・システム改革の推進に取り組んでおり、引き続き「世界最先端IT国家創造宣言・官民データ活用推進基本計画」（平成29年5月30日閣議決定）を踏まえ取り組んでいく。

日本年金機構では、2011（平成23）年2月から自身の年金記録をパソコンやスマートフォンでいつでも確認できる「ねんきんネット」のサービスを開始している。「ねんきんネット」では、ご自身の人生設計に合わせた働き方などの条件を設定して将来受け取る年

金の見込額を試算できる機能や、持ち主不明の年金記録を検索できる機能、年金事務所に提出する届書を作成する機能などを提供している。

3 個人情報保護

これまで厚生労働省では、2005（平成17）年に施行された「個人情報の保護に関する法律」（個人情報保護法）について、厚生労働省所管の業務の適正な運用が図られるようにガイドライン等の整備・改正を行う等、医療や介護、社会保険、福祉、労働など各分野の実情に応じた対応を行ってきた。

2015（平成27）年9月3日に、要配慮個人情報や匿名加工情報といった概念を創設し、個人情報保護委員会を新設する等の内容を含む「個人情報の保護に関する法律及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の一部を改正する法律」が成立し、2017（平成29）年5月30日に施行された。この改正個人情報保護法により、これまで各主務大臣が有していた所管事業者への監督権限が、個人情報保護委員会に一元化されることを踏まえ、改正個人情報保護法についてすべての分野に適用される汎用的なガイドラインを個人情報保護委員会が策定し、個人情報に関する全般的な取扱いが示された。

これらを踏まえ、厚生労働省の所管する分野のガイドラインの在り方についても見直しを行った。特に改正個人情報保護法により取扱いが大きく変わる医療関連（医療・介護・医療保険）の分野においては、基本的な考え方や取扱いを示した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」や「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」等を策定するなど、医療等の現場において混乱が生じないように取組みを進めている。

第4節 行政機関における情報公開・個人情報保護等の推進

1 行政機関情報公開法の施行

「行政機関の保有する情報の公開に関する法律」（行政機関情報公開法）（2001（平成13）年4月1日施行）は、政府の諸活動に係る説明責任が全うされるようにするとの考え方を基本に、何人も国の行政機関の保有する行政文書の開示を求めることが出来る権利を定めたものであり、厚生労働省としても、同法に基づき、保有する行政文書について開示請求があった場合は、不開示情報として規定された六つの類型（①個人に関する情報、②法人等に関する情報、③国の安全等に関する情報、④公共の安全等に関する情報、⑤審議、検討等に関する情報、⑥行政事務、事業に関する情報）に該当するもの以外の情報を開示している。

2015（平成27）年4月から2016（平成28）年3月までの厚生労働省に対する開示請求件数は10,735件であり、この受付件数は全省庁で3番目に多く、また、その開示請求のあった分野も広範囲にわたっており、国民生活に密接に関連する厚生労働行政に対する国民の関心の高さをうかがうことができる。

また、同時期における開示決定等件数は9,798件（取下げが1,050件）であり、開示決定等件数のうち、開示請求のあった行政文書について全部を開示する決定がされた件数は2,110件、一部を開示する決定がされた件数は7,303件、不開示の決定がされた件数は385件であった。

2 行政機関個人情報保護法の施行

「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」（行政機関個人情報保護法）（2005（平成17）年４月１日施行）は、行政機関における個人情報の取扱いに関する基本的事項を定めることにより、行政の適正かつ円滑な運営を図りつつ、個人の権利利益を保護することを目的としたものであり、厚生労働省としても、同法に基づき、保有個人情報について開示請求があった場合は、不開示情報として規定された七つの類型（①生命、健康、生活又は財産を害するおそれがある情報、②開示請求者以外の個人に関する情報、③法人に関する情報、④国の安全等に関する情報、⑤公共の安全等に関する情報、⑥審議、検討等に関する情報、⑦行政事務、事業に関する情報）に該当するもの以外の情報を開示している。

2015（平成27）年４月から2016（平成28）年３月までの厚生労働行政に対する開示請求件数は7,408件、訂正請求件数は17件、利用停止請求件数は11件であった。開示請求件数は全省庁で３番目に多く、行政事務の性格上、個人情報を多数保有する厚生労働省の特徴を示している。

また、同時期における開示決定等件数は7,314件（取下げが103件）であり、開示決定等件数のうち、開示請求のあった個人情報について全部を開示する決定がされた件数は1,851件、一部を開示する決定がされた件数は5,230件、不開示の決定がされた件数は238件であった。

3 公益通報者保護法の施行

2006（平成18）年４月１日に、公益通報をしたことを理由とする公益通報者の解雇の無効等並びに公益通報に関し事業者及び行政機関が取るべき措置を定めることにより、公益通報者の保護を図るとともに、国民の生命、身体、財産その他の利益の保護に関わる法令の規定の遵守を図り、もって国民生活の安定及び社会経済の健全な発展に資することを目的とする「公益通報者保護法」が施行された。厚生労働省においては、公益通報窓口を設置し、内部職員等及び外部の労働者からの公益通報の受付を行っている。受理した公益通報については、通報に関する秘密を保持した上で、必要な調査を行い、通報対象事実があると認められる場合は、法令に基づく処分又は勧告等の措置を講ずることとしている。

2015（平成27）年４月から2016（平成28）年３月までの厚生労働省が所管する法律に関する外部からの公益通報の受理件数は4,389件であり、この受理件数は全行政機関の受理件数の95.5％を占めており、国民生活に密接に関連する厚生労働行政の特徴を表している。

4 「国民の皆様の声」の集計報告

厚生労働省に寄せられる「国民の皆様の声」については、厚生労働行政の政策改善につながる契機となるものであることから、2009（平成21）年11月２日より、集計結果と

対応等を取りまとめたものを公表しているところである。

昨年度の集計件数は104,477件（2016（平成28）年4月～2017（平成29）年3月集計分）となり多数のご意見、ご指摘等が寄せられているが、省内で情報を共有し、業務の改善に努めているところである。

5 厚生労働行政モニターについて

厚生労働省が担当する施策には、福祉、医療、年金、働く環境の整備や職業の安定など、国民生活に密着したものが多数ある。

厚生労働省では、これらの施策の企画・立案、実施に当たって、広く人々が日々の生活で、どのようなことを体験し、問題と感じ、また、それを解決するためにどうすべきと考えているのかを把握することが重要であることから、2001（平成13）年10月に「厚生労働行政モニター制度」を創設した。

厚生労働行政モニターは、毎年募集を行い、地域、職種などのバランスをとった上で450名程度の方々を選定し、厚生労働行政の各種施策についての意見などをインターネットを介したアンケートで報告いただくほか、モニター会議を開催し参加された方と直接意見交換できる機会を設けている。

アンケート調査の結果や施策に関する意見については、省内関係部局に配布し、今後における施策の企画・立案並びに実施のための貴重な参考資料としている。

モニター会議については、2017（平成29）年2月22日に厚生労働省にモニターの方をお招きし、かかりつけ薬剤師について意見交換を行った。（東京都、6名参加）

第5節 政策評価などの取組み

1 政策評価の取組み

厚生労働省における2016（平成28）年度の政策評価については、2012（平成24）年度から2016年度までを計画期間とする「厚生労働省における政策評価に関する基本計画（第3期）」に基づき実施した。

基本計画では、PDCAサイクルを通じたマネジメントの向上及び国民に対する説明責任の徹底に資する見地から目標管理型の政策評価を推進するとの政府全体の方針を踏まえ、政策評価と行政事業レビューとの連携の確保などを盛り込んでいる。

2016年度は、事前評価として①個別公共事業（事業採択時）4件、②個別研究事業27件、③規制の新設・改廃に係る政策33件、④租税特別措置12件に関して事業評価方式によりそれぞれ実施し、事後評価として①厚生労働行政全般にわたる施策（12の基本目標及び70の施策目標からなる政策体系）のうち14件に関して実績評価方式により、②重要施策6件に関して総合評価方式により、③個別公共事業（事業採択後5年経過時に継続中のもの）16件、④個別研究事業162件、⑤成果重視事業1件、⑥租税特別措置1件に関して事業評価方式によりそれぞれ実施した。

これらの評価結果については、作成後順次公表している[*1]。

2 独立行政法人評価の取組み

厚生労働省では、総務大臣が定める「独立行政法人の評価に関する指針」を踏まえ、外部有識者の知見を活用するために「独立行政法人評価に関する有識者会議」及び「厚生労働省国立研究開発法人審議会」を開催し、所管する中期目標管理法人及び国立研究開発法人の業務実績の評価を実施している。

2016（平成28）年度は、共管法人3法人を除く18法人の2015（平成27）年度の業務実績の評価を行うとともに、2015年度に中期目標期間が終了した独立行政法人労働安全衛生総合研究所（独立行政法人労働者健康福祉機構と統合され、2016年4月から独立行政法人労働者健康安全機構として発足）の中期目標期間全体の業務実績の評価を行った。

また、2016年度に中期目標期間が終了する独立行政法人労働政策研究・研修機構の中期目標期間終了時の見直し等が行われた（第11章第1節2（2）参照）。

3 アフターサービスの推進

アフターサービス推進室の活動状況

アフターサービス推進室は、厚生労働省の制度や事業が本来の目的どおりに機能しているかどうか、国民の目線から調査・分析し、改善に結び付けることを目的として2010（平成22）年9月に民間出身者を主たる構成員として設置された。

同室は国民、現場職員、専門家に対するヒアリング、各種資料やデータの分析を通じての調査・分析を行い、これまでに29件の調査を実施した（**図表11-5-1**）。改善提案等を行った事項については、国民生活の改善に役立つよう、関係部局で推進が図られている。

＊1　「政策評価に関する計画／結果」は、
厚生労働省　http://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/hyouka/keikaku-kekka.html

図表11-5-1 これまでの活動内容

（平成28年3月末現在）

	調査案件	調査概要
1	女性医師の復職支援方法に関する調査 （平成23年3月）	女性医師支援センター事業を利用して復職した医師の意見や離職したままの医師の意見を聴取し、事業の更なる効率的・効果的運営を検討し、改善提案を行った。
2	障害者雇用情報HP改善 （平成23年3月）	障害者のための雇用支援のホームページを見やすくすることを内容とする改善提案を行った。
3	「退所児童等アフターケア事業」の推進に向けて－先行事例調査に基づく提案－ （平成23年6月）	児童養護施設を退所した児童の支援事業に関し、事業が果たしている役割や効果及び課題を明らかにし、所管課から各自治体へ調査結果を情報提供するなどを内容とする改善提案を行った。
4	年金フロントサービス改善支援 （平成23年6月）	「日本年金機構の対応が悪い」「マナーが悪い」という国民の皆様の声が多いため、更なる改善策を日本年金機構とともに検討し、年金事務所の待ち時間を短縮するなどを内容とする改善提案を行った。
5	年金支払サービスの向上 （平成23年9月）	国民年金保険還付金等の支払いを早くするなどを内容とする改善提案を行った。
6	労働基準行政の実態調査 （平成23年9月）	労働局・労働基準監督署の案内表示を見やすくするなど利用者の目線での改善提案を行った。
7	仕事、住まい、生活に関するきめ細かな相談支援を実施するために－「本人記録用SOS窓口一覧」活用の提案－ （平成23年12月）	各ハローワークなどで活用してもらうリーフレットの改善提案を行った。
8	健康診査・保健指導による生活習慣病予防対策－先進事例についての調査－ （平成24年4月）	健康診査・保健指導によって生活習慣病予防対策として成果を上げているケースについて調査し、先進事例を紹介した。
9	HIV/エイズ予防・支援活動を担っているNGOの実態調査 （平成24年7月）	HIV/エイズ予防・支援活動では行政とNGOなどとの連携が重要であることから、大都市圏にあるNGOの活動状況等を調査し、行政とNGO間の連携の活動状況を紹介した。
10	厚生労働省の東日本大震災対応調査 （平成24年7月）	東日本大震災後の厚生労働省の初期対応の検証が求められる6分野（①厚生労働省の対応体制、②医師、看護師等の被災地から求められた人材の確保等、③高齢者・病人・障害者の避難所等への移送、避難所等への必要な医薬品、医療機器等の配備、④義援金の早期配分、⑤心のケアを含めた子ども・子育ての復興、⑥雇用の復興）を中心に調査し、今後の緊急事態に速やかに対応できるよう課題・反省点を踏まえた今後の対応について報告書にとりまとめた。
11	子どもを守る地域ネットワーク（「要保護児童対策地域協議会」）の強化の推進に向けた調査 （平成24年12月）	虐待を受けるなど見守りが必要な子どもたちを守るためのネットワーク（子どもを守る地域ネットワーク）が関係機関と連携し、求められている役割をより効果的に果たすことができるよう、事例の収集を通じ、取組促進の提案を行った。
12	お薬手帳の電子化にかかる調査 （平成25年1月）	お薬手帳について、その紙版の普及状況及び電子版の推進状況を調査し、普及促進を図る上での提案を行った。
13	職業訓練事例調査－就職率向上支援に向けた調査－ （平成25年4月）	都道府県から民間に委託している公共職業訓練のうち、より質の高い職業訓練を確保し、就職率の向上支援を目的に、熱心に取り組んでいる職業訓練施設の工夫事例等をとりまとめた。
14	第三者行為による健康保険等の利用状況調査 （平成25年4月）	第三者行為による傷病治療における健康保険の利用状況等を調査し、把握できる課題について関係部局と協働し、改善を行った。
15	日本年金機構年金事務所フロントサービス改善のフォローアップ調査 （平成25年9月）	平成23年6月に改善提案した日本年金機構年金事務所フロント（窓口）サービスについて、フォローアップ調査を行ったもの。改善状況を確認するとともに、取組状況をとりまとめた。
16	シルバー人材センター事例調査－高齢者の就業機会の確保に向けた調査－ （平成25年12月）	高年齢者の生きがいの充実と就業機会の確保・地域の活性化に努めているシルバー人材センターを調査し、その取組状況等についてとりまとめた。
17	家庭的保育事業に関する調査 （平成26年3月）	家庭的保育者の確保を効果的に行っている自治体の取組事例を収集し、その結果をとりまとめた。
18	訪問看護ステーションの事業運営に関する調査 （平成26年6月）	訪問看護事業所の事業運営上の課題を調査し、関係部局に改善提案を行った。
19	健康づくりにかかる調査 （平成26年8月）	住民の健康増進・社員の健康づくりに取り組んでいる企業、地方自治体を調査し、特定健診受診率の向上や医療費削減等効果のある取組を収集し、その結果をとりまとめた。
20	保育士・保育所支援センターの取組事例に関わる調査 －保育士人材の確保を目指して－ （平成27年2月）	保育士・保育所支援センターにおける保育士の職場復帰支援にかかる取組事例を収集し、その結果をとりまとめ、改善提案も行った。
21	生活困窮者自立支援法の施行に向けて－6自治体の取組－ （平成27年3月）	生活困窮者自立支援モデル事業に取り組んでいる地方自治体と事業関係者を取材し、取組事例をとりまとめた。

22	労働基準行政等の実態調査に係るフォローアップ調査 （平成27年5月）	平成23年9月に改善提案した労働基準行政の窓口サービスについて、フォローアップ調査を行ったもの。改善状況を確認するとともに、取組状況をとりまとめた。
23	薬局における先進的な取組に関する調査－ジェネリック医薬品の販売を通じて－ （平成27年11月）	ジェネリック医薬品の調剤を積極的に行っている7薬局について、①ジェネリック医薬品の評価と採用、②調剤時における患者対応、③服用後のアフターフォローの3段階に分けて取組事例をとりまとめた。
24	自治体におけるひとり親家庭就業支援の取組内容に関する調査－「母子・父子自立支援プログラム策定事業」を中心とした取組について－ （平成27年12月）	母子・父子自立支援プログラム策定事業をはじめとするひとり親家庭就業支援施策に積極的な自治体について、各種事業のメニューを組み合わせた支援を進めるプログラム策定員の取組状況を中心にとりまとめた。
25	ひきこもり地域支援センター設置運営事業に関する調査 （平成28年3月）	ひきこもり地域支援センターにおける相談や支援の状況等を調査し、①窓口誘導のための取組、②相談対応、③家族への支援、④本人への段階的な支援の4つの取組についてとりまとめた。
26	シニアワークプログラム地域事業に関する調査 （平成28年5月）	55歳以上の高年齢求職者の再就職や雇用の実現に向けた支援策である「シニアワークプログラム地域事業」について調査し、取組事例をとりまとめた。
27	認知症の本人及び家族への地域資源を活用した支援に関する調査 －自治体における新オレンジプランの実施状況について－ （平成28年6月）	認知症の人が自分らしく暮らし続けることができる地域づくりについて、自治体が地域資源（地域住民の協力、医療・介護の関係機関の連携等）を活用しながら主体的に進めている取組を調査し、とりまとめた。
28	高齢者の口腔と摂食嚥下の機能維持・向上のための取組に関する調査 （平成29年1月）	介護予防事業などにおける高齢者の口腔と摂食嚥下の機能支援について、先進的な取組を行っている5つの自治体を調査し、とりまとめた。
29	発達障害者支援センター運営事業における新たな支援のあり方に関する調査 （平成29年3月）	改正発達障害者支援法に位置付けられた取組を先駆的に実施していた6つの発達障害者支援センターを対象とした調査の結果を取りまとめた。

人口について







性別は?
男性 48.7人
女性 51.3人

学生は?
小学生 5.1人
中学生 2.7人
高校生 2.6人
大学生・大学院生 2.3人





年齢は?
15歳未満 12.4人
65歳以上 27.3人

そのうち75歳以上は? 13.3人

人口100人でみた日本

日本を100人の国に例えてみました。
それぞれの直近の数字である。(平成23年～平成28年)

雇用について



雇われているのは? 45.3人
自営しているのは? 4.2人

仕事についているのは? 51.0人

雇われているのは?
男性 25.3人
女性 20.0人

雇用形態は?
パート 7.8人
アルバイト 3.3人
派遣 1.0人
契約社員・嘱託 3.2人

フリーターは? 1.2人

失業者は? 1.6人

短時間で働いているのは?
週35時間未満 15.6人

長時間働いているのは?
週60時間以上 4.1人

雇用保険加入者は? 32.1人

雇用保険受給者は? 0.3人

会社の健康診断で「有所見」は? 24.3人

福祉・年金について

保育所に入所しているのは？ 1.8人

障害者は？ 6.8人

生活保護受給者は？ 1.7人

介護サービスを受けているのは？ 4.5人



国民年金の被保険者は？
- 第1号（自営業、学生等） 13.1人
- 第2号（サラリーマン、公務員） 31.1人
- 第3号（第2号被保険者の配偶者） 7.2人

老齢年金の受給者は？ 25.5人

医療について



健康状態が「よくない」「あまりよくない」と感じているのは？※
6歳以上 13.0人

日常生活の悩み・ストレスを感じているのは？※
12歳以上 47.7人





健診や人間ドックを受けたことがあるのは？※
20歳以上 67.3人

病気やけがなどで通院しているのは？※ 39.0人

※熊本県を除く。

生活習慣病の患者の方は？

がん	1.3人	心疾患	1.4人
糖尿病	2.5人	脳血管疾患	0.9人
高血圧性疾患	7.9人		

タバコを吸うのは？
- 男性 12.0人
- 女性 3.4人

生涯でがんになるのは？
- 男性 30.7人
- 女性 24.1人

骨髄移植ドナーに登録しているのは？ 0.37人

習慣的に運動をしているのは？
- 男性（20歳以上） 15.0人
- 女性（20歳以上） 11.7人

健康保険加入者は？
- 組合健保・協会けんぽ 51.9人
- 国民健康保険 28.0人

日本の1日

日本で一日に起こる出来事の数を調べてみました。
それぞれの直近の数字である。(平成23年～平成28年)

人口について



▶ 生まれるのは?
2,669人

人口の減少数は
1日当たりだと
904人

▶ 亡くなるのは?
3,573人

- ●がんでは? …… 1,019人
- ●心疾患では? …… 540人
- ●脳血管疾患では? …… 298人
- ●事故では? …… 104人
- ●仕事中の事故では? …… 3人
- ●老衰では? …… 253人
- ●自殺では? …… 60人

成人について

▶ 成人の平均野菜摂取量は?
294g

▶ 成人の平均歩数は?
男性 **7,194歩**
女性 **6,227歩**



▶ 歯磨きは?
2回以上みがく
77.0%

雇用について

▶ ハローワークで
新たに仕事を探し始めたのは?
14,670人

▶ ハローワークを通じて
就職するのは?
4,940人

▶ 仕事中にけが等
(労働災害)を
したのは?
322人



▶ 労働相談の件数は?
3,098件
(厚生労働省:総合労働相談コーナーの受理件数)

結婚について

▶ 結婚するのは?
1,695組

- ●離婚するのは?
  …… 592組



育児について

▶ 6歳未満の子どもをもつ親が育児、家事に費やす時間は?

夫 1時間7分*1
妻 7時間41分

▶ 児童虐待の相談対応件数は?

282件



*1：日本の男性が家事・育児をする時間は先進諸国の中でも最低水準です。

介護について

▶ 介護をしている人が介護・看護に費やす時間は?

40分

▶ デイサービスの利用回数は?

470,965回

▶ ホームヘルパーの利用回数は?

711,243回

▶ 一人当たりの介護保険からの給付費は?

4,018円



医療について

▶ 入院しているのは?

1,318,800人

- 循環器系では? …… 240,100人
- 統合失調症では? … 165,800人
- がん等では? …… 144,900人

▶ 通院しているのは?

7,238,400人

- 循環器系では? …… 933,000人
- がん等では? …… 231,600人
- 糖尿病では? …… 222,300人

▶ 国民全体の医療費は?

約1,118億27万円

- 一人当たりだと …… 879.7円



犯罪について

▶ 薬物事犯の検挙者は?

- 麻薬及び向精神薬取締法では? …… 1.38人
- あへん法では? …… 0.02人
- 大麻取締法では? …… 7.44人
- 覚せい剤取締法では? …… 28.98人