

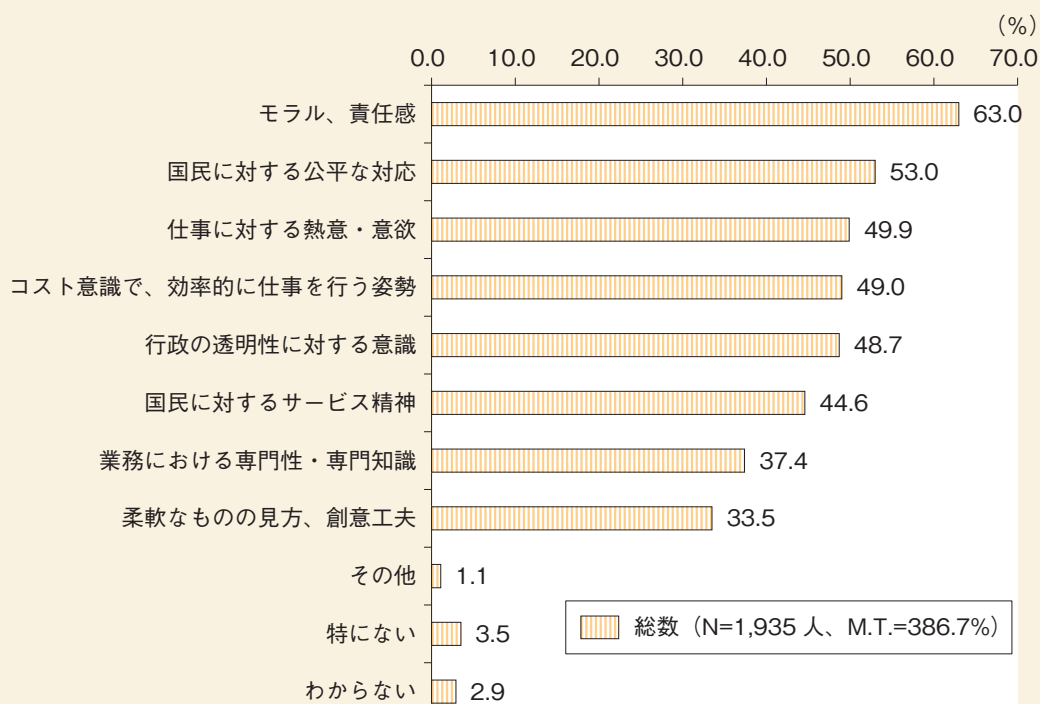
おわりに

2009（平成21）年10月15日に内閣府が発表した、全国20歳以上の者3,000人を調査対象として（有効回収率64.5%）行われた「国家公務員制度改革に関する特別世論調査」において、「国家公務員に対して、どのようなことを求めますか。」との問いに対し、63.0%から「モラル・責任感」という回答があり（複数回答）、それがトップとなっている。また、1988（昭和63）年6月に行われた同種の調査（「その他」、「特にない」、「わからない」を除くと選択肢は九つ）に比べ、複数回答の割合の合計が386.7%と、1988年調査では214.0%であったのに比べ約1.8倍となっており、行政に対する国民の評価は大変厳しいものとなってきていると言えるであろう。

一方において、国民の「政府に対する要望」として厚生労働行政分野への期待は高い。内閣府では2001（平成13）年より毎年「国民生活に関する世論調査」を行っているが、その中で尋ねられている「政府に対する要望」に対する回答をみると、2004（平成16）年の調査から「医療・年金等の社会保障構造改革」を選ぶ割合がすべての選択肢の中で連続して一位となっている。このほか、「高齢社会対策」、「雇用・労働問題」、「少子化対策」等の厚生労働省の所管分野に関するものも上位に位置している。

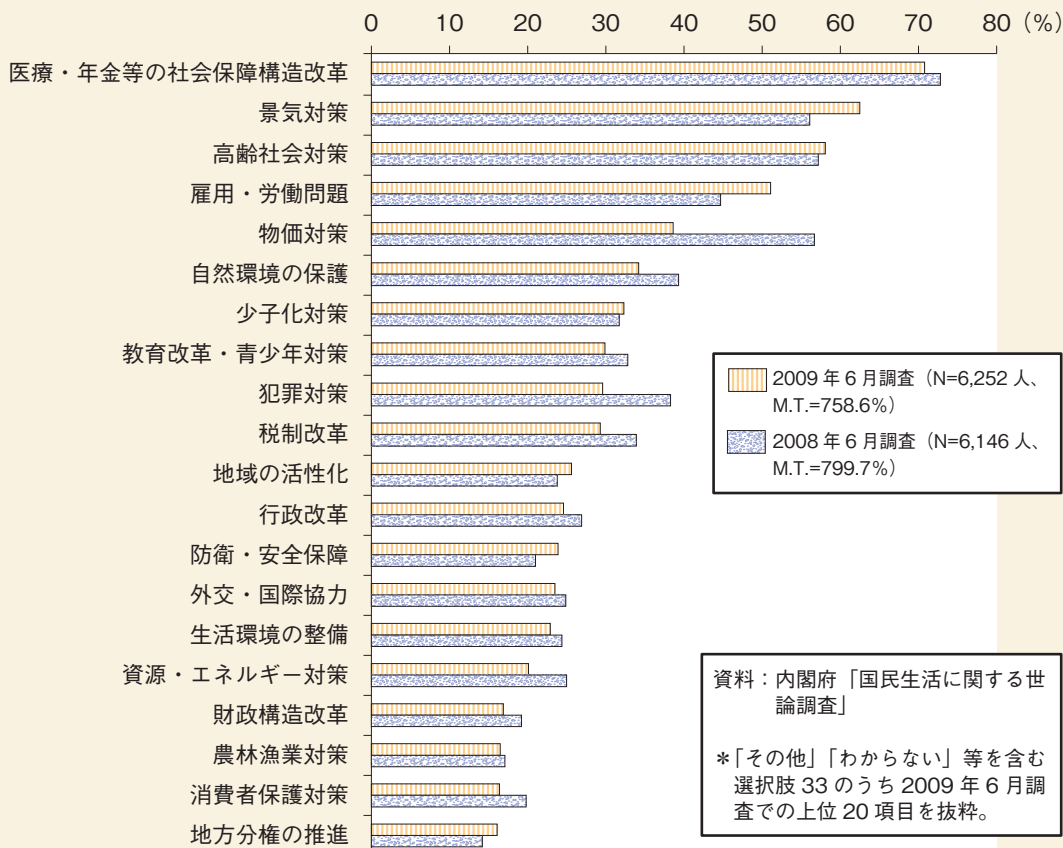
いうまでもなく厚生労働省の仕事は山積し、積極果敢に取り組む必要がある。社会保障は、国

国家公務員に求めること（複数回答）



資料：内閣府「国家公務員制度改革に関する特別世論調査」（2009（平成21）年9月調査）

政府に対する要望（複数回答）



民相互の助け合いを政府を通じて行う仕組みであり、その仕組みを司る行政機関が厚生労働省である。厚生労働行政への期待は高いものの、厚生労働行政を信じていることができない状況にあることは国民にとって最大の不幸であり、厚生労働省としても真摯に反省しなければならない。

長寿の進展は、栄養や衛生水準の向上、医療体制の整備やアクセスの保障等を始めとした、経済発展と社会制度の整備の結果の反映であり、人類が目指してきた社会の実現を意味する。また少子高齢化の進展の中で負担だけが注目されがちであるが、少子高齢化への対応は、我々の社会の発展を促す未来への投資でもあり、人類史上の新たな局面を切り開くものでもある。

我が国は、世界で最も高齢化が進んだ国の一つであり、世界の先陣を切って、前例のない状況に対応しなければならない。それだけに、今後の社会保障制度の運営に際しては、国民生活の実態を常時的確に把握し、情報開示を徹底した上で、国民の皆様の理解を得ながらともに歩んでいく必要がある。厚生労働行政への信頼を得ていくことは、そうした取組みを進める上で基本中の基本である。

過去の厚生労働行政において、不信感を自ら醸成したことに関し、率直な反省の意を示す。国民の皆様の不信感の払拭に向け、自ら引き続き地道な努力を重ねていく決意である。

また、今年度を厚生労働省改革の元年と位置づけ、その一環として厚生労働省の省及び局の組織目標を定め、2010年（平成22年）4月20日に公表した（省の組織目標は以下のとおり）。これらの目標を胸に刻み、その達成に向けてより一層業務に励む所存である。

【平成22年度厚生労働省の目標（平成22年4月20日 厚生労働省）】

国家の礎（いしずえ）である二つの保障は、社会保障と安全保障。

国家の礎の一翼を担う社会保障において、憲法25条が保障する「健康で文化的な最低限度の生活」（ナショナルミニマム）を全国民に保障する。

いのちを守る政策の柱は、社会保障と雇用政策である。

厚生労働省の分野において、引き続き連立政権合意、マニフェストの実現に向けた具体策に取り組む。

1. あるべき厚生労働省の姿

○ 生活者の立場に立つ信用される厚生労働省

従来の役所文化を変えて、生活者（利用者）の立場に立つ、信用される厚生労働行政に変革する。

2. 厚生労働省が目指す目標

○ 世界に誇る少子高齢社会の日本モデルを策定し、国民と共有する

目指す社会は、格差が少なく、何歳になっても働きたい男女が働くことができ、安心して子どもが産め、地域で健康に長寿を迎えられる等の姿。

(1) 政策の方向

① ナショナルミニマムの基準の設定と実現

・「健康で文化的な最低限度の生活」（ナショナルミニマム）の基準を明確化し、全国民にナショナルミニマムを保障する。また、格差の縮小に向けた取り組みを強化する。

② ポジティブ・ウェルフェアの推進

・「機会の平等」を後押しし、能力を生かしてチャレンジできる環境を整備する。社会保障については、自助を引き出す観点から再定義し、経済成長の基盤を作ることを明確にする。

③ 自助・共助・公助の適切な組合せ

・自助・共助・公助それぞれの考え方の整理と役割分担の明確化を図る。
とりわけ共助については、「新しい公共」の考え方の下、幅広い民の力を結集する政策を実行する。

④ 成長戦略の中核としての社会保障の展開（「未来への投資」）

・社会保障や雇用政策を「未来への投資」と位置付け、医療、介護、子育て、新しい職業訓練等の分野で成長戦略につながる政策を立案し実行する。その際、行政と市場の役割分担を見直し、市場の力を一定のルールの下で取り入れる。アジアの成長活力を導入する。

(2) 個別政策及び制度改革の方向

① 少子高齢社会の日本モデルの構築に向けて、

- ・年金制度改革
- ・高齢者医療制度改革
- ・医療・介護一体改革
- ・障害者制度改革

- ・第二のセーフティネット整備
 - ・幼保一体化等子育て支援改革
 - ・雇用の「量」の拡大と「質」の向上
- 等の道筋をつける。

- ② 将来の安心を確保する前提として、特に「消えた年金」問題の対応に注力し、政府の信頼を回復する。
- ③ 医療サービス等を安定的に提供する。
 - ・医療従事者等と患者・家族の対話を促進する（国会議の設置、医療メディエーターの推進）。
 - ・予防医療に関する国民的議論を喚起し、合意に基づいた予防接種を推進する。
 - ・自殺者数を減少させる。
- ④ ワークライフバランスを確保し、子どもの成長を担う家族の負担を社会全体で分かち合う環境作りに取り組む。
 - ・厚生労働省の男性の育児休暇取得率を 10%に引き上げる。
 - ・子ども貧困率を削減する。
- ⑤ 就業率の向上とディーセントワークの実現に向けて取り組む。
 - ・職業能力開発などにより雇用の安定・就業の促進を図る。恒久的な求職者支援制度の創設など第二のセーフティネットを整備する。
 - ・労働者派遣制度の見直し、均等・均衡待遇の推進、最低賃金の引き上げ、労働時間の短縮、労働災害の防止など、働く人の環境整備に努める。
 - ・基金事業、職業訓練の就職率アップの数値目標を決める。
- ⑥ 社会保障財源に対する考え方を提示する。
 - ・格差や貧困等の経済損失額を明らかにし、所要財源への理解を得る。
 - ・今後の社会保障財源の確保に関して、関連する税制、保険料等の在り方も含め一定の考え方を提示する。その際、社会保障の所得再分配機能を強化することにも配慮する。

3. 政策実現及び業務遂行の考え方

(1) コスト意識・ムダ削除の徹底

- コスト意識を向上させ、無駄遣いや過剰給付を不断に見直す恒常的取組みを組織に埋め込む。天下り団体や事業等への評価を徹底させ、必要性の低いものは廃止する。併せて給付と負担の明確化と透明化を図る。

(2) 国民の意識・実態の把握による国民との意識共有、あるべき国民合意プロセスの確立

- 制度改革、政策実施等における国民との適切な合意形成を実現するため、国民調査・アンケート等のあるべきプロセスを確立する。
- 国民の悩みをどこまで社会で共有するか、国民の意識と実態を把握して不断の改廃を実施し、必要に応じて新しい政策を提言する。

（例）かつては親の介護は、子どもの役割で個人の悩みだったが、これを介護保険という形で社会が共有する問題とした。

(3) 利用者満足度指標の作成による満足度向上

- 利用者満足度指標を作り、できるだけコストをかけずに満足度やサービスの向上を実現する。
- (4) 各局各課の組織目標において、できる限り目標を数値化し、達成への道筋を付ける。
(注) 既に策定済みの数値目標例：「消えた年金」対策、子ども・子育てビジョン、介護職員の処遇改善、介護施設の整備計画、国産ワクチン製造体制、がん検診率等
- (5) 規制改革の推進
 - 最低限度の規制やナショナルミニマムの観点から規制を検証し、必要な規制改革を実施する。資格ごとに規定される業務に関する規制改革を必要に応じて推進する。
- (6) 地方分権の推進
 - ナショナルミニマムの保障を前提に、国と地方の役割分担を必要に応じて再構築する。

4. 組織力強化の取り組み

(1) 人材の育成・評価・登用等に関する新しい人事システムの構築

- 次代の厚生労働行政を担う人物像を明確にし、育成・評価・登用（抜擢人事）等、前例にとられない新しい人事システムを構築する。各部署単位でも人材育成・健康管理・チーム力向上・モラル向上により注力する。

(2) 省からの「驕り」の一掃

- 実態を把握していなければ、一見どんな立派に見えるビジョンも政策も机上の空論になってしまう。現状把握にとって最も障害になるものが「驕り」であることを認識し、その一掃を図るための取り組みを知恵を出し合って実施する。

* 「驕り」は、事実を見る目を曇らせる。

* 「驕り」は、現場に運ぶ足を重くする。

* 「驕り」は、批判を聞く耳を塞ぐ。

* 「驕り」は、全体像を正しく想像する思考を鈍らせる。

(3) 省に不足する7つの能力の向上

①実態把握能力

- 既存の統計は正しく実態を反映しているのか。先進国と比較して日本の置かれた状況を正確に把握しているか。現場によく足を運んでいるか。現実にもどのような政策が求められているのか。声なき声を想像して聞く力があるか。

②コスト意識・ムダ排除能力

- コスト意識を常に持ち、ムダ排除に努めているか。コストは上げずにサービスを向上させる工夫がなされているか。制度の中に潜むムダについてもメスを入れているか。天下一団体、事業等にあるムダを常にチェックできる恒常的システムがあるか。

③コミュニケーション能力

- 国民や地方自治体等への通知やお知らせ等が、誰が読んでも分かりやすい表現となっているか。的確にポイントを伝えることができているか。負担と給付関係が分かりやすく示され、正確に国民に理解されているか。厚生労働行政が分かりやすく国民に説明されているか。

④情報公開能力

- 国民のいのちや財産に影響を与える情報や不祥事について、指摘される前に速やかに公表しているか。

(例) いわゆる「消えた年金」は、50年前から省内で指摘されていた。

⑤制度・業務改善能力（アフターサービスの考え方）

- 寄せられた苦情等を反映させ、制度・業務を不断に見直しているか。生活者（利用者）の立場に立つ制度・業務になっているか。制度等の使い勝手について現場の声を聞き、自ら検証しているか。国民との接点の中でサービス精神の向上に努めているか。

⑥政策マーケティング・検証能力

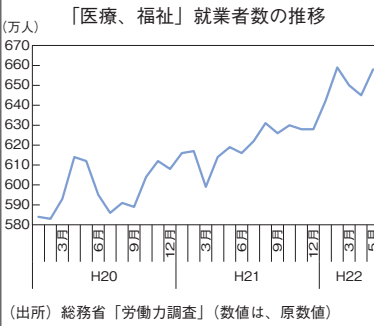
- 新しい制度や政策を実施する前に、徹底した事前調査、マーケティングを実施し、予めニーズや影響を詳細に分析しているか。国民の理解を得られない制度や政策が事前に是正される仕組みがあるか。
- 実施された政策がどのような費用効果を上げているか、正確に検証できるか。「見える化」を浸透させ、できる限り分かり易い数値目標やそれに対する達成率を明示して誰もが政策を検証できるようになっているか。
- 新しい制度が生活者（利用者）の立場に立ったものになっているか。以下の10原則に沿っているか。
 - ・生活者（利用者）の立場に立つ制度か
 - ・公平・公正な制度か
 - ・安心・安全な制度か
 - ・透明性・説明責任が確保されている制度か
 - ・シンプルな（簡明で分かり易い）制度か
 - ・コストパフォーマンス（費用対効果）に優れた制度か
 - ・無駄の出にくい制度か
 - ・不服申し立て機能が充実している制度か
 - ・最低限の保障機能が充実している制度か
 - ・財源の裏付け等持続可能な制度か

⑦新政策立案能力

- いかにして前例や既成概念にとらわれず、新しい大胆な発想で、国民のための新政策を立案するか。

以上

厚生労働省における生活密着施策の実績について

項目	実績・見込み								
○診療報酬の大幅改定（22年度～） ・救急・産科・小児科・外科等を重点的に評価 ・中小病院の再診料の増点（60点→69点） ・診療時間外でも患者からの問い合わせに対応する診療所の加算（3点）を創設。 ・診療明細書の原則無料発行を義務化 ・後期高齢者に関する診療報酬項目を廃止。	約5,700億円（前回改定の約4倍）のプラス改定（診療報酬本体） ※22年4月～								
○失業者の国民健康保険料の軽減措置の創設（22年度～） ・倒産・解雇等で職を失った失業者が在職中と同程度の保険料負担で医療保険に加入できるよう、前年の給与所得を30/100とみなして国民健康保険料（税）を軽減。 ※これにより保険料が軽減前に比べて概ね半分となる。	対象見込：約87万人 ※22年4月～ （失業者とその家族）								
○国民健康保険料の滞納にかかわらず一定の窓口負担で医療を受けることができる子どもの範囲の拡大 ・「中学生以下」→「高校生世代以下」 （今国会に法案提出、成立。22年7月施行）	新たに対象となる子ども： 10,647人 ※21年9月時点								
○医療・介護等分野の就業者の増加 【考えられる要因】 （介護分野） ・21年度の介護報酬のプラス3%改定により介護従事者について、9000円の賃金引き上げ。 ・介護職員処遇改善交付金により介護職員について、15000円の賃上げ見込み。 ・ハローワークに設置された福祉人材コーナー等における職業紹介の実施や、働きながら介護福祉士やホームヘルパーの資格を取得できる介護雇用プログラムの開始。 （医療分野） ・21年度予算において、以下の対策に取り組み ①病院内保育所の運営への支援 ②退職した女性医師に対する復職のための研修を支援する事業や「女性医師バンク」への支援 ③短時間正規雇用や交代勤務制を導入する病院に対する助成事業	22年5月： 658万人 （前年同月差39万人増）  <p>「医療、福祉」就業者数の推移 （出所）総務省「労働力調査」（数値は、原数値）</p>								
○第三者委員会に送付することなく、年金事務所段階で年金記録を回復するための基準の追加 ・第1弾：3つの新たな回復基準を追加（21年12月） ・第2弾：更なる回復基準を追加（22年4月）	左記も含めた、これまでの取組による政権交代後の記録回復累計： 延べ28万人 ※21年10月第1週～22年6月第1週 （平均余命を考慮した回復額総額：約2,700億円相当）								
○国民年金保険料のさかのぼり納付期間の延長 ・「2年」→「10年」 （22年通常国会に法案提出、継続審議中）	65才未満の方のうち、さかのぼり納付をすれば、 年金額を増やせる人： 最大約1,600万人 無年金とならずにすむ人： 最大約40万人 ※サンプル調査に基づく粗い推計。								
○年金給付遅延特別加算金の支給 ・年金記録の訂正がなされ、本来の支給日より大幅に遅れて支払われた場合、物価上昇相当分を支給 （実施のための法律が衆厚労委員長提案により4月21日に成立。5月より支払い。）	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>支給対象者</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1回目の支給 （平成22年5月14日）</td> <td>14.7万人</td> </tr> <tr> <td>第2回目の支給 （平成22年6月15日）</td> <td>103.2万人</td> </tr> <tr> <td>第3回目の支給 （平成22年7月15日）</td> <td>7.6万人</td> </tr> </tbody> </table>		支給対象者	第1回目の支給 （平成22年5月14日）	14.7万人	第2回目の支給 （平成22年6月15日）	103.2万人	第3回目の支給 （平成22年7月15日）	7.6万人
	支給対象者								
第1回目の支給 （平成22年5月14日）	14.7万人								
第2回目の支給 （平成22年6月15日）	103.2万人								
第3回目の支給 （平成22年7月15日）	7.6万人								
○障害年金の加算対象の拡大 ・障害年金を受け始めた後に子や配偶者を有した場合にも加算 ※加算額 約1.9万円（月額） （衆厚労委員長提案により4月21日に成立。23年度より施行。）	障害年金の加算が新たに支給される人の見込み： 約7万人								

項目	実績・見込み
○非正規労働者に対する雇用保険の適用基準の緩和(22年度～) ・「6か月以上雇用見込み」→「31日以上雇用見込み」 (今国会に法案提出、成立)	新たに対象となる見込み： 約255万人 ※22年4月～
○住宅手当の支給期間延長と収入要件の緩和(22年度～) ・一定の条件の下で支給期間(6ヶ月)を最長9ヶ月間に延長 ・収入要件の緩和等を通じて利用者の拡大 ・併せて、受給者の方の就労支援を促進。 (各自治体の住宅確保・就労支援員を約1,250名増配置 (1,250→2,500名(※予算の積算上)))	・支給決定件数： 19,741件 ※21年10月～22年3月末 ・利用者数の増見込み： 約1.3倍増 (支給要件の見直しによるもの) ・住宅手当の支給額：地域ごとの上限額(東京都区市・単身者：月額53,700円を上限) ※収入に応じた調整あり
○生活保護世帯の高卒予定者の免許取得費の支給(22年度～) ・就労を支援し、自立を助長するため、卒業後の就職が内定し、仕事上自動車の運転免許証が必要な場合については、運転免許証取得費用を支給できることを明確化	(参考) 18歳以上の高等学校等に通っている被保護者数(推計)： 約2,800人 ※20年
○家庭的保育事業(保育ママ等)の更なる普及・促進 ・22年度から事業を法定化 ・保育士に限らず、研修により市町村長が認めた者へ資格要件を拡大	見込み： 0.3万人 ※21年見込み → 1.9万人 ※26年 (子ども・子育てビジョンより)
○都市部における軽費老人ホームの設置要件の緩和(22年度～) ・都市部における軽費老人ホームの居室面積や職員配置基準の特例を創設。	(参考) 軽費老人ホームの定員： 88,059人 ※20年10月1日現在 軽費老人ホームの施設数： 2,095 ※20年10月1日現在
○障害者福祉の見直し ・「障がい者制度改革推進会議」(1月から開催)の下で、新たな福祉制度の検討のための「総合福祉部会」を4月27日から開催。 ・低所得者の障害福祉サービス等の利用者負担を無料化(22年度～)	障害福祉サービス利用者： 54万人 うち、無料化の対象： 40万人 (このほか、生活保護の6万人は既に無料) ※人数は22年3月時点 ※無料化は22年4月～
○ハローワークにおける障害者の就職件数の増加 ・21年度のハローワークにおける障害者の就職件数は、前年度を上回る45,257件(対前年度比1.8%増)となった。	就職件数 20年度： 44,463件 →21年度： 45,257件 (対前年度比794件(1.8%)増)
○仕事と家庭の両立支援のための制度改正(改正育児・介護休業法の施行)(22年6月30日～) ・3歳に満たない子を養育する労働者について、事業主が短時間勤務制度を設けることを義務化等 ・男性の育児休業取得促進(両親ともに育児休業を取得した場合の休業期間の延長(1歳→1歳2か月。「パパ・ママ育休プラス」)や妻が専業主婦でも育児休業を取得可能とすること等)	第1子出産前後の女性の継続就業率 38% ※17年 → 55% ※32年 男性の育児休業取得率 1.72% ※21年 → 10% ※29年 → 13% ※32年 (子ども・子育てビジョン、「新成長戦略」より)
○ドラッグラグ解消に向けた取組の実施 ・ドラッグラグについて、5カ年戦略策定(19年4月)から5年以内に、2.5年から0年にする。 ・医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬について、国内企業に開発要請(未承認薬について、開発を行うべき国内企業が特定できない場合は開発企業を公募)。	・20年度のドラッグラグ 2.2年 ・新薬審査員 286名 (22年4月)(112名(19年1月)から増員) ・22年2月「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」開催 ・22年5月第1回開発要請(公募) 109品目 *22年11月第2回開発要請(又は公募)予定

厚生労働行政の各分野における主な課題について

「医療」に関する主な課題

医師養成数の増加

我が国では、人口当たりの医師数がOECD平均を下回っており、医師の絶対数が不足していることが指摘されており、医学部定員を緊急臨時的に増員し、2010年度入学定員が8,846人となった。

チーム医療の推進

平成21年度は、チーム医療を推進する観点から、日本の実情に即した医療スタッフの協働・連携の在り方について検討を行うため、「チーム医療の推進に関する検討会」を開催し、報告書を取りまとめた。平成22年度は、幅広い医療行為を実施できる「特定看護師（仮称）」制度の導入等、当該報告書において提言された具体的方策の実現に向け、「チーム医療推進会議」を開催し検討を進める。

新型インフルエンザ対策

新型インフルエンザ（A/H1N1）が発生して以来、医療機関や都道府県・市町村をはじめ、多くの関係者や国民の皆様のご協力のもと、対策を進めてきた。今回の対策の総括を踏まえて、今後の再流行時の対応及び鳥インフルエンザ（H5N1）発生時の対策の充実を図ることとしている。また、新型インフルエンザワクチンの生産体制についても可能な限り前倒しで整備できるよう、最大限取り組む。

予防接種行政の抜本改正

予防接種の対象となる疾病・ワクチンのあり方など予防接種法の抜本見直しについて、厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会において議論を行うとともに、予防接種の重要性についての国民の理解を図る。

新たな高齢者医療制度の創設

後期高齢者を年齢で差別するなどの問題を抱える現行の制度を廃止し、新たな制度を構築する。平成23年の通常国会を目途に法案提出し、平成25年4月を目途に新たな制度の施行といったスケジュールの下に取り組む。

「子育て」に関する主な課題

子育て支援

「子ども手当」を創設し、平成22年度は中学生修了までの児童を対象に、1人につき月額1万3千円を支給することとした。平成23年度以降の実施については、平成23年度予算編成過程において改めて検討する。また、「子ども・子育て新システム検討会議」において、保育サービスを始めとする子育て支援サービス・給付の充実等、社会全体で子ども・子育てを支援する仕組みづくりについても検討を進める。

保育所待機児童の解消

女性の就業率が段階的に上昇することを勘案し、平成26年度までに35%の保育サービス提供割合を目指し、潜在需要にも対応した待機児童の解消を図る。

児童虐待の防止、社会的養護の充実

児童相談所等における虐待相談件数が増加していることから、子どもを守る地域ネットワークの設置促進・機能強化等の児童虐待防止対策を進める。また、虐待を受けた子どもや発達障害のある子どもなどの課題の多様化・複雑化に対応するため、社会的養護の質・量の拡充を図る。

妊娠・出産期の健康管理の充実や経済的負担の軽減

出産年齢の上昇等により、健康管理がより重要となる妊婦が増加傾向にあることや、経済的理由等で健康診査を受診しない妊婦もみられること等を踏まえ、市町村による妊婦等に対する早期の妊娠届出の勧奨等により、妊娠・出産期の健康管理の充実を図るとともに、妊婦健診の公費負担や出産育児一時金等により経済的負担の軽減を図る。

育児休業制度

育児休業取得率（平成21年度）は、男性1.72%と低く、女性は85.6%に達しているが、育児休業を取得できず継続就業を断念する等の問題もみられることから、制度の普及・定着に向けた指導等を行い、男女ともに育児休業を取得しやすい雇用環境の整備を目指す。

「福祉・介護」に関する主な課題

福祉サービスの基盤整備（地域包括ケア体制の構築、障害者へのサービスの充実等）

高齢者が住み慣れた地域で生活できるよう、地域包括ケア体制の構築を目指す他介護労働者の処遇改善にも取り組む。また、障害者が地域で安心して暮らすために必要なサービスの充実や障害者の地域生活を支援する人材の育成等を進める。福祉人材の質的向上・量的確保、グループホーム・ケアホーム等の整備、福祉事務所の体制整備など各分野にわたる共通基盤を整備する。

元気高齢者の増加

我が国の健康寿命は76歳で世界一である。活力ある高齢社会を構築していくためには、元気高齢者の増加や介護にできる限りならないようにする支援が必要である。このため、介護予防事業について健診に代わる対象者の把握方法の見直し、事業内容の充実等を行う。

新たな総合的な障害者福祉制度の検討

新たな総合的な福祉制度（遅くとも平成25年8月までに実施）に向け、「障がい者制度改革推進会議総合福祉部会」等において当事者や現場の方々意見を伺いながら、検討を進める。

精神保健医療改革の推進

精神障害者の地域生活を支えるため、アウトリーチ（訪問支援）の充実など新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討を行い、精神保健医療改革の具体化のための取組みを進める。

自殺対策の推進

我が国の自殺者数が平成10年以来12年連続で3万人を超える水準で推移している状況等を踏まえ、平成22年1月に厚生労働省内に設置した「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」における検討をもとに、ゲートキーパー機能の充実、職場におけるメンタルヘルス対策、地域の精神保健医療体制の充実を柱に、より実効性の高い自殺対策をしっかりと進めていく。

「雇用」に関する主な課題

厳しい雇用情勢と対策

厳しい雇用失業情勢を踏まえ、雇用調整助成金による雇用維持支援、緊急人材育成支援事業や介護・福祉・医療等の分野での職業訓練、「住居・生活支援アドバイザー」による総合相談、「高卒・大卒就職ジョブサポーター」の倍増配置など、様々な政策を総動員し、雇用対策に取り組む。

求職者支援制度の創設

平成21年7月末以降、雇用保険を受給できない方々に対し、無料の職業訓練と訓練期間中の給付金の支給を実施している。平成23年度中に恒久的な求職者支援制度を創設することとしており、労働政策審議会において恒久的な制度の在り方について検討する。

雇用保険法の適用拡大

雇用保険法の改正により、適用要件が「週所定労働時間20時間以上、かつ31日以上雇用見込み」に緩和された。これにより、非正規労働者の方に対するセーフティネット機能がより強化され、新たに約255万人が対象となる見込みである。今後、事業主に対する周知等を通じた着実な施行を図っていく。

労働者派遣制度の見直し

派遣労働者の雇用の不安定さが指摘される中、派遣労働者の保護を図り、派遣労働者が安心・納得して働くことが出来るような環境を整備するため、登録型派遣や製造業務派遣の原則禁止、派遣労働者の待遇の改善等を内容とする労働者派遣法の改正法案を、第174回通常国会に提出したが、継続審議となった。

パートタイム労働者の均衡待遇の確保と正社員転換の推進

パートタイム労働者の雇用管理の改善等を図るため、平成20年4月より施行されている改正パートタイム労働法に基づき、事業主へ行政指導等や助成金の支給により、正社員との均衡のとれた待遇の確保と正社員転換のための取組みを推進する。

「働き方」に関する主な課題

最低賃金の引上げ

平成19年の最低賃金法の改正以来、生活保護との乖離の解消にも考慮し、最低賃金額の改定を行っている。また、政労使トップ及び有識者による雇用戦略対話において、2020年までの目標として「できる限り早期に全国最低800円を確保し、景気状況に配慮しつつ、全国平均1,000円を目指すこと」が合意された。今後は、この目標の達成に向けて、雇用・経済への影響にも配慮し、労使関係者との調整を行いつつ、最低賃金の引上げを進めていく。

仕事と生活の調和の推進

近年、「労働時間分布の長短二極化」が見られ、また、年次有給休暇の取得率が5割以下で推移している。こうした状況を受け、いわゆる残業代の引上げ等を内容とする改正労働基準法（本年4月施行）の周知徹底に取り組むとともに、年次有給休暇の取得促進に向けては、「労働時間等見直しガイドライン」を本年3月に改正したが、引き続きその周知に努める。

有期労働契約法制の見直し

雇用の安定、公正な待遇等を確保するため、有期労働契約のルールの内実を検討することが課題となっており、2009年2月から、学識経験者をメンバーとする「有期労働契約研究会」において、有期労働契約に係る施策の方向性の検討を行っている。その成果を労働政策審議会における審議につなげ、必要となる施策を検討する。

職場のメンタルヘルス対策

仕事や職業生活に強いストレス等を感じる労働者は約6割に上り、精神障害等の労災認定件数・請求件数も高水準となっている。こうした状況を踏まえ、学識経験者等により、職場におけるメンタルヘルス対策の充実のための具体的な方法について検討している。また、現在実施中の職場における心理的負荷に係る調査結果等を踏まえ、精神障害に対する支給決定手続の迅速化等を検討する。

職場における受動喫煙防止対策

2005年の「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」の発効や、受動喫煙に対する意識の高まり等を踏まえ、本年5月に「職場における受動喫煙防止対策に関する検討会」の報告書を取りまとめた。今後、たばこの煙の濃度基準等について専門家による検討を行い、必要な施策を検討する。

「年金」に関する主な課題

新年金制度の創設

総理を議長とし、関係閣僚から構成される「新年金制度に関する検討会」において取りまとめられた基本原則に基づき、新たな年金制度の創設に向けて、具体的な制度設計などについての国民的議論を進める。

無年金・低年金対策を始めとする現行制度の改善及び公的年金積立金の運用の改善

今後任意加入などを行っても無年金となる者が最大118万人に上ると見込まれるなど、無年金・低年金問題への対応は極めて重要な課題となっている。今後、新制度の制度設計を進めると併せ、保険料のさかのぼり納付期間の延長など、無年金・低年金対策を始めとする現行制度の改善について引き続き検討を進める。また、公的年金積立金の運用の内実についても検討を進める。

年金記録問題への取組み

年金記録問題への対応を「国家プロジェクト」と位置づけ、厚生労働省と日本年金機構が一体となって、2010年度、2011（平成23）年度の2年間に集中的に取り組み、2013（平成25）年度までの4年間にできる限りの対応を進める。

日本年金機構の円滑な業務運営

日本年金機構における円滑な業務運営を確保することにより、厚生年金保険の適用徴収対策や国民年金保険料の未納対策など、公的年金事業の正確・確実な業務遂行を進める。また、サービスの質の向上を図るため、お客様目線に立って不断の業務改善を行う。

現行の企業年金制度の改善

企業年金制度は、国民の老後の生活設計の柱である公的年金とあいまって高齢期における所得確保において重要な役割を果たしている。その充実を図るべく、企業型確定拠出年金において従業員拠出（マッチング拠出）を可能とする等、更なる制度改善を進めていく。

「国民の安心・安全」に関する主な課題

薬害肝炎検証・検討委員会の最終提言を受けた取組み

「薬害肝炎検証・検討委員会」の最終提言を踏まえ、薬害発生防止に向け、承認審査の透明性の向上や安全対策の充実・強化など、医薬品行政を見直す。

ドラッグ・ラグの解消に向けた取組み

ドラッグ・ラグ(欧米で承認されている医薬品が我が国では未承認であって、国民に提供されない状態)については、「革新的医薬品・医療機器創出のための5カ年戦略」に基づき新薬の上市までの期間を2.5年間短縮することを目標として審査員の増員等を進めてきており、引き続き取組みを進める。

食品等の規格基準の策定推進

農薬、添加物等が含まれる食品については、人の健康を損なうおそれがないように規制する必要があることから、食品に残留する農薬等に関するポジティブリスト制度*1を着実に推進する等、食品等の規格基準の策定を推進する他、国際基準を参考に基準の見直し等も実施する。

輸入食品の安全性確保

近年の輸入食品における有害・有毒物質の混入事案の相次ぐ発生を踏まえ、輸入食品の安全性を確保する必要がある。このため、毎年度、「輸入食品監視指導計画」を定めて対策を実施しており、今後とも、検疫所における人員の拡充や検査機器の整備等を図るとともに、問題発生未然防止の観点から、輸出国の衛生対策の推進を図る。

食中毒対策

中国産冷凍ギョウザによる薬物中毒事案を踏まえ、都道府県等からの食中毒情報の集約・一元化を強化する観点から、厚生労働省に食中毒被害情報管理室を設置し、広く国民から情報を把握するために「食品健康被害情報メール窓口」を開設。今後とも、重大な食中毒事案の早期発見と被害拡大防止を図る。

*1 人の健康を損なうおそれのない量を定め、これを超える残留を許容する場合には、個別にリスク評価を行って残留基準を設定することとする制度。

医療分野についての国際比較 (2008年)

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口千人当たり総病床数	3.1	3.4	8.2	6.9	—	13.8
人口千人当たり急性期医療病床数	2.7 (※1)	2.7	5.7	3.5	—	8.1
人口千人当たり医師数	2.4	2.6	3.6	3.3 #	5.6 (※1)	2.2
病床百床当たり医師数	77.9	76.5	43.3	48.5 #	—	15.7
人口千人当たり看護職員数	10.8 #	9.5	10.7	7.9 #	10.8 (※1)	9.5
病床百床当たり看護職員数	344.1 #	279.6	130.0	115.1 #	—	69.4
平均在院日数	6.3	8.1	9.9	12.9	5.8 (※1)	33.8
平均在院日数 (急性期)	5.5	7.1	7.6	5.2	4.5 (※1)	18.8
人口一人当たり外来診察回数	4.0 (※1)	5.9	7.8	6.9	2.8 (※2)	13.4 (※1)
女性医師割合 (%)	30.8	41.5	40.6	39.6	43.1 (※2)	18.0
一人当たり医療費 (米ドル)	7,538	3,838	4,714	4,996	4,879	2,781 (※1)
総医療費の対 GDP 比 (%)	16.0	8.7	10.5	11.2	9.4	8.1 (※1)
OECD 加盟諸国間での順位	1	17	4	2	13	23

出典：「OECD Health Data 2010」

(注) 1) 「※1」は2007年のデータ「※2」は2006年のデータ

2) スウェーデンは病床数非公表

3) スウェーデンは臨床医師数ではなく総医師数

4) 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

子どもにかかる手当等についての国際比較

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
合計特殊出生率 (注1)	2.09 (2008)	1.96 (2008)	1.38 (2008)	1.99 (2009)	1.94 (2009)	1.37 (2009)
子どもにかかる手当 (注2)	制度なし	<ul style="list-style-type: none"> 第1子 週20.00ポンド (月額換算約1.1万円) 第2子以降 週13.20ポンド (月額換算約0.7万円) 	<ul style="list-style-type: none"> 第1・2子 月184ユーロ (約2.3万円) 第3子 月190ユーロ (約2.4万円) 第4子以降 月215ユーロ (約2.7万円) 	<ul style="list-style-type: none"> 第2子 月123.92ユーロ (約1.5万円) 第3子以降 月158.78ユーロ (約2.0万円) 11歳以上の児童には加算 (11～15歳 月34.86ユーロ (約0.4万円)、16歳以上 月61.96ユーロ (約0.8万円)) 	<ul style="list-style-type: none"> 子1人1,050スウェーデンクローナ 子2人2,200スウェーデンクローナ 子3人3,604スウェーデンクローナ 子4人5,514スウェーデンクローナ 子5人7,614スウェーデンクローナ 支給額は子1人あたり月額1,050スウェーデンクローナ。これに加え子の数が増えるに従い、付加的な給付 (多子割増手当) が支給される。 ※上記の額は子がすべて16歳未満の場合の額 	<ul style="list-style-type: none"> 子1人あたり一律月額1.3万円 (2010年度)
各国の家族関係社会支出の対 GDP 比 (注3)	0.60% (2005)	3.19% (2005)	2.22% (2005)	3.00% (2005)	3.21% (2005)	0.81% (2005)

(注) 1) 出典 National Vital Statistics Reports (アメリカ)、Population Trends (イギリス)、Statistisches Bundesamt (ドイツ)、Bilan démographique (フランス)、Summary of Population Statistics (スウェーデン)、人口動態統計 (日本)

2) 換算レートは、1ユーロ=125円、1ポンド=139円、1スウェーデンクローナ=12円 (平成21年7月～12月の基準外国為替相場及び裁定外国為替相場)。

3) 出典 OECD: Social Expenditure Database (Version: November 2008) 2010.2.8 取得データ等

介護分野についての国際比較

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
健康寿命※ 1	70 歳 (男性) 68 歳 (女性) 72 歳 (2007 年)	72 歳 (男性) 71 歳 (女性) 73 歳 (2007 年)	73 歳 (男性) 71 歳 (女性) 75 歳 (2007 年)	73 歳 (男性) 71 歳 (女性) 76 歳 (2007 年)	74 歳 (男性) 72 歳 (女性) 75 歳 (2007 年)	76 歳 (男性) 73 歳 (女性) 78 歳 (2007 年)
65 歳以上の利用者 比率 (%) ※ 2	【在宅】 2.7 (2000 年)	【在宅】 6.9	【在宅】 7.0	【在宅】 6.5	【在宅】 9.8	【在宅】 9.8 (2006 年)
	【施設※ 3】 3.9 (2007 年)	【施設※ 3】 4.2 (2004 年)	【施設※ 3】 3.7 (2008 年)	【施設※ 3】 6.7 (2007 年)	【施設※ 3】 6.8 (2006 年)	【施設※ 3】 2.9 (2009 年)
介護費の対 GDP 比 (%) ※ 2	—	—	1.3 (2007 年)	1.6 (2007 年)	3.5 (2007 年)	1.6 (2006 年)

出典：※ 1 「WHO World Health statistics 2009」

※ 2 「OECD Health Data 2010」

※ 3 国により定義が異なることに留意が必要。

障害者福祉分野についての国際比較

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
障害者の割合 (注) 1)	10.5%	18.2%	18.0%	16.0%	20.5%	(5.8%)
障害福祉サー ビスの利用者 割合 (注) 2)	【カリフォルニア州 の例】 約 1.1% (高齢者も含む。)	1.1% (高齢者も含 む。)	約 0.5%	約 0.2%	約 0.6%	約 0.4%
障害福祉サー ビスの利用者 負担	【カリフォルニア州 の例】 なし (低所得者のみが制 度の対象)	サービス利用量 及び所得に応じ た負担	要介護度別の限 度額までは負担 なし。 限度額を超える 分は自己負担。	低所得者は無料 低所得者以外の 負担率は 20%	収入に応じた費 用徴収 (各市で 決定)	低所得者は無料 低所得者以外は 最高 1 割 (上限 額あり)
障害者施策等 予算 (対 GDP 比) (注) 3)	1.47%	2.42%	2.93%	1.98%	6.02%	0.88%

出典：OECD 編著／岡部史信訳「図表で見る世界の障害者政策 障害をもつ人の不可能を可能に変える OECD の挑戦」、国立社会保障・人口問題研究所「平成 18 年度社会保障給付費」、(財)日本障害者リハビリテーション協会「障害者の福祉サービスの利用の仕組みに係る国際比較に関する調査研究事業報告書」(2009)、医療経済研究機構「介護保険の被保険者・受給者の範囲に関する外国調査報告書」(2009)

- (注) 1) 日本以外の障害者の割合は、回答者が主観的に自身を障害者にとらえている場合にはこれを障害者として算定した調査を OECD がまとめたもの。
日本については、障害者の基準を設定し、調査員が当該基準に基づき調査対象者が障害者に該当することについての確認等を行った上で実施している調査に基づくものであり、他国と単純に比較できるものではない。
- 2) 障害福祉サービスの利用者割合については、上記「障害者の福祉サービスの利用の仕組みに係る国際比較に関する調査研究事業報告書」及び「介護保険の被保険者・受給者の範囲に関する外国調査報告書」を基に作成。
各国の利用者の人口比を記載したものであり、各国の認定方法や高齢者介護制度との関係等が異なるため、単純に比較できるものではない。
- 3) 障害者施策等予算は、OECD がまとめたもの。また、『障害者施策等予算』とは、障害者福祉サービス給付、障害年金、療養中の所得保障としての傷病手当金、業務災害補償制度下で給付されたすべての給付などを計上したもの。
各国の障害者施策等予算については、国によって、障害年金の支給年齢や水準が異なること、介護保険の給付費が含まれる国があること、障害者のための設備の整備費が含まれる国があることなどから、単純に比較できるものではない。

年金分野についての国際比較

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
制度体系	2階建て 厚生年金保険 国民年金 共済年金	1階建て (適用対象外) 老齢・遺族・障害保険	2階建て (適用対象外) 国民年金 職業年金 個人年金 基礎年金	1階建て (適用対象外) 国民年金 一般年金 職業年金 個人年金 社労年金	1階建て (適用対象外) 自職・自治体制度 一般制度 特別制度	1階建て 保証年金 所得比例年金
強制加入対象者	全居住者	被用者及び自営業者	被用者及び自営業者	民間被用者及び一部の職業に従事する自営業者(弁護士、医師等)	被用者及び自営業者	被用者及び自営業者
保険料率(2009年)	(一般被用者) 厚生年金保険: 15.704% (2009.9～、労使折半) ※第1号被保険者は定額(2010.4～、月あたり15,100円)	12.4% (労使折半)	(一般被用者) 23.8% 本人: 11.0% 事業主: 12.8% ※保険料は労災、雇用保険等の財源にも利用	(一般被用者) 19.9% (労使折半)	(一般被用者) 16.65% 本人: 6.75% 事業主: 9.9%	17.21% 本人: 7.0% 事業主: 10.21% ※その他に遺族年金の保険料1.7%が事業主にかかる(老齢年金とは別制度)
支給開始年齢(2009年)	国民年金(基礎年金): 65歳 厚生年金保険: 60歳 ※男性は2025年度までに、女性は2030年度までに65歳に引上げ	66歳 ※2027年までに67歳に引上げ	男性: 65歳 女性: 60歳 ※女性は2010年から2020年にかけて65歳に引上げ ※さらに、2024年から2046年にかけて男女ともに65歳から68歳に引上げ	65歳 ※2012年から2029年までに67歳に引上げ	60歳	61歳以降本人が選択(ただし、保証年金の支給開始年齢は65歳)
年金受給のために必要とされる加入期間	25年	40加入四半期(10年相当)	なし (2007年の法改正により受給資格期間は撤廃。ただし、旧法適用対象者の年金受給には男性11年、女性9.75年の加入期間が必要)	5年	なし	なし (保証年金については最低3年のスウェーデンでの居住が必要であり、満額受給は40年の居住が必要)
国庫負担	基礎年金給付費の2分の1	なし	原則なし	給付費の26.4% (2008年)	一般税、一般社会拠出金(CSG)等より約25.7% (2008年)	保証年金部分

資料: Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2008/The Americas, 2009
Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the European Union
先進諸国の社会保障 ①イギリス ④ドイツ ⑤スウェーデン ⑥フランス ⑦アメリカ(東京大学出版会)ほか

雇用分野についての国際比較データ（2008年）

注）以下の指標は、できる限り比較可能なように定義をそろえているが、国により、労働法制や雇用慣行が異なるので、数字のみで比較するのは注意が必要。

資料：（独）労働政策研究・研修機構が国際機関資料、各国資料等から整理したデータに基づき厚生労働省において編集、作成。

雇用分野についての国際比較①

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
労働力人口	1億5,429万人	3,112万人	4,187万人	2,798万人	490万人	6,650万人
労働力率	66.0%	63.4%	58.8%	56.6%	71.2%	60.2%
	1)	1)	2)	2)	3)	2)
	注) 1) 16歳以上計 2) 15歳以上計 3) 15~17歳					
原資料	ILO LABORSTA イギリス：OECD.Stat Extracts					
就業者数	1億4,536万人	2,948万人	3,864万人	2,598万人	459万人	6,385万人
	1)	1)	2)	2)	1)	2)
	注) 1) 16歳以上計 2) 15歳以上計					
原資料	OECD.Stat Extracts					
就業率	70.9%	72.7%	70.2%	64.6%	75.7%	70.7%
(上段：15~64歳)	1)	1)			2)	
(下段：15歳以上)	62.2%	60.1%	54.8%	52.3%	67.9%	57.8%
	2)	2)			2)	
	注) 就業者数 / 生産年齢人口 1) 16~64歳 2) 16歳以上計					
原資料	OECD.Stat Extracts					
雇用者数	1億3,701万人	2,937万人	3,349万人	2,319万人	412万人	5,524万人
	1)	1)	2)	2)	3)	2)
	注) 1) 16歳以上 2) 15歳以上 3) 15~74歳					
原資料	ILO LABORSTA					

雇用分野についての国際比較②

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
失業率 (ILOのガイドラインに基づき標準化された失業率)	5.8%	5.6%	7.3%	7.9%	6.1%	4.0%
原資料	OECD.Stat Extracts					
就業者に占める 短時間労働者の割合	12.2%	22.9%	22.1%	13.4%	14.4%	19.6%
	1)					2)
	注) ・短時間労働者の定義は、主たる仕事について通常の労働時間が週30時間未満の者。 1) 雇用労働者のみを対象とし、自営業等はのぞく。 2) 労働時間は、通常の労働時間ではなく、調査週に実際に働いた時間。					
原資料	OECD.Stat Extracts					
テンポラリー (有期)労働者の割合	4.2%	5.3%	14.6%	14.2%	16.1%	13.6%
	(2005年) 1)	2)	2)	2)	2)	3)、4)
	注) 1) 特定企業の業務を1年以下の期間を定めて請負う自営業者及び独立請負人を含む。 2) 労使双方の合意により、客観的な条件により雇用期間が定められた労働者。 3) 契約が1年未満の労働者を対象。 4) 非農林業雇用者のうち1年以内の期間を定めて雇われる者。					
原資料	OECD.Stat Extracts					
労働者に占める 派遣労働者の割合	1.8%	4.1%	1.9%	2.3%	1.4%	2.2%
	注) 労働時間で、通常の労働時間の労働者に換算した場合の派遣労働者の割合。					
原資料	CIETT（国際人材派遣事業団体連合）“Agency Work Key Indicators”					

雇用分野についての国際比較③

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
失業給付受給者数	261万人 (2007年)	13万人	92万人	169万人 (2009年8月現在)	—	61万人
失業(雇用)保険以外の非抛油性の求職者給付受給者数	—	58万人	501万人	40万人 (2009年8月現在)	—	—
原資料	各国業務データ					
実労働時間あたり賃金(製造業)	17.74ドル 1,839円	13.20ポンド 3,110円	19.51ユーロ 2,974円	13.30ユーロ 2,145円	139.5クローナ 2,432円	2,288円
	1)	(2007年) 2)	2)	(2007年) 2)	(2007年) 2)	3)
原資料	注)・日本円には年平均の為替レートで換算 1) 全労働者 2) 事業所規模10人以上 3) 事業所規模5人以上 アメリカ: Current Employment Statistics 日本: 厚生労働省「毎月勤労統計調査」 その他: ILO LABORSTA					
雇用人1人当たり平均年間総実労働時間	1,797時間	1,638時間	1,352時間	1,461時間	—	1,792時間
原資料	OECD "Employment Outlook 2009"					
最低賃金額(1時間あたりの額)(2009年)	(連邦最低賃金) 1) 7.25ドル 678円	5.80ポンド (22歳以上) 848円 4.83ポンド (18～21歳) 706円 3.57ポンド (16～17歳) 522円	— 2)	8.82ユーロ (19歳以上) 1148円 7.94ユーロ (17～18歳) 1034円 7.06ユーロ (～17歳) 919円	—	713円 3)
	注) 日本円には年平均の為替レートで換算。 1) 州際通貨商及び州際通貨商のための物品生産に従事する労働者、年商50万ドル以上の企業に雇用される労働者等に限られる。それ以外の労働者は州別最低賃金となる。 2) 地域別、業種別で労働協約によって決まっており、全国一律の額はない。 3) 地域別最低賃金の全国加重平均額。					
原資料	各国業務データ					
労働組合員数組織率	16,098千人 12.4%	6,883千人 27.4%	8,170千人 23.6% (2006年)	1,845千人 8.2% (2003年)	—	10,065千人 18.1%
原資料	各国データ					