平成28年版

厚生労働白書

（平成27年度厚生労働行政年次報告）

―人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える―

厚 生 労 働 省

本白書は再生紙を使用しております。

平成 28 年版
厚生労働白書刊行に当たって

厚生労働大臣

塩崎恭久

我が国は、世界でもトップクラスの長寿を実現しましたが、既に４人に１人が高齢者という「少子高齢社会」です。2060 年には、５人に２人が高齢者となり、人口も 9,000 万人を割ると見込まれています。少子高齢化・人口減少は、我が国の経済社会に様々な影響を及ぼす非常に重要な問題です。この問題を将来に先送りせず、真正面から取り組むべく、本年６月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」に基づき、厚生労働省が先頭に立って努力していきます。

さて、昨年の「人口減少社会」に続き、今年の白書では「人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える」と題し、高齢化する社会を取り上げました。高齢期に関する意識や高齢期を支える制度を概観し、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域の先進的取組を紹介しています。

地域包括ケアは、これまで高齢者施策の文脈で語られることが多かったわけですが、その目指す姿は、文字通り「地域まるごとの支援」です。制度はいろいろあっても、住民にとって、地域は一つです。「地域包括ケア」を、「地域」という面で今一度、考えていきたいと思います。そして、高齢者施策の問題にとどめることなく、すべての住民のための仕組みに深化させたいと思います。このため、今回の白書では、新たに、高齢者だけでなくすべての人々が地域に暮らし、生きがいをともに創り、高め合う「地域共生社会」のコンセプトを提示しました。

「地域共生社会」の実現には大きく２つの取組が必要です。１つは、「他人事」になりがちな地域づくりを住民が「我が事」として主体的に取り組んでいただく仕組みを作るとともに、市町村が地域づくりの取組の支援と、公的サービスへのつなぎを含めた「丸ごと」の総合相談支援の体制を整備することです。２つめは、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、サービスや専門人材の養成課程の改革を進めることです。2020 年代初頭の「我が事・丸ごと」の全面展開を目指し、今後、改革を具体化していきます。

高齢化を乗り越えるためには、行政のみならず、地域住民の方々一人一人に考え行動いただくことが必要です。この白書が皆様の考える際の一助になることを願って、刊行の挨拶とさせていただきます。

平成 28 年 10 月

平成28年版
厚生労働白書

目　次

第１部　人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える

はじめに…… 2

第１章　我が国の高齢者を取り巻く状況…… 4
第１節　高齢化の状況…… 4
1　総人口の推移…… 4
2　人口構成の変化…… 5
3　地域別に見た高齢化の状況…… 10
4　平均寿命と健康寿命…… 12
5　死亡の動向…… 13

第２節　高齢者の暮らしの状況…… 17
1　高齢者の居住状況…… 17
2　高齢者の経済状況…… 21
3　高齢者の社会参加…… 26

第３節　高齢期の就労の状況…… 31
1　高齢者の労働力人口…… 31
2　高齢者の就業者数と就業率…… 33
3　ハローワークにおける高齢者…… 35
4　高齢者の就業形態…… 36
5　今後の労働力人口…… 38
6　高年齢者雇用確保措置について…… 39
7　65歳以降の雇用確保 …… 42
8　地域の日常生活に密着した仕事を提供するシルバー人材センター…… 43

第２章　高齢期の暮らし、地域の支え合い、健康づくり・介護予防、就労に関する意識 …46
第１節　高齢者の意識…… 46

第２節　暮らしに関する意識…… 47
1　老後は誰とどのように暮らすか…… 47
2　高齢期に生活したい場所…… 48
3　高齢期の一人暮らしに関する認識…… 51
4　高齢期に頼る相手及び期待するサービス…… 53
5　老後の一人暮らしの際に住みたい場所の条件…… 54
6　どこで介護を受けたいか…… 55
7　最期を迎える場所…… 56

第３節　地域の支え合いに関する意識…… 58
1　地域の支え合い…… 58
2　現在住んでいる地域で高齢期になっても住みつづけたいか…… 59
3　地域で困っている人がいたら助けようと思うか…… 61
4　実施したいと思う支え合い活動と有効だと思う施策…… 62

第４節　健康づくり・介護予防に関する意識 …… 66
1　高齢者であると思う年齢 …… 67
2　健康寿命を延ばすために重要なこと …… 69
3　健康づくり・介護予防の取組みとしていいと思う施策 …… 70

第５節　就労に関する意識 …… 72
1　働ける年齢 …… 72
2　働く理由 …… 73
3　就労にあたり重視すること …… 74
4　60歳以降に希望する就労形態 …… 75
5　高齢期の就労にあたり、企業に望むこと・国の取り組むべき施策 …… 76

第３章　高齢期を支える医療・介護制度 …… 81

第１節　医療保険制度 …… 81
1　我が国の医療保障制度 …… 81
2　我が国の医療保険制度 …… 84

第２節　医療提供制度 …… 88
1　制度の基本構造 …… 88
2　指標から見る我が国の医療提供体制の現状 …… 89
3　国際比較による我が国の医療提供体制の現状 …… 92
4　医療計画制度 …… 94

第３節　介護保険制度 …… 96
1　介護保険制度創設の経緯 …… 96
2　介護保険制度の基本的な仕組み …… 99

第４章　人口高齢化を乗り越える視点 …… 105

第１節　意欲と能力のある高齢者の活躍する「生涯現役社会」 …… 105
1　現在の状況 …… 105
2　今後の高齢者の活躍に向けた取組み …… 111

第２節　健康づくり・疾病等の予防の取組み …… 124
1　客観的なデータ分析の結果を根拠とした政策の実施 …… 127
2　健康づくりに取り組むインセンティブの改革 …… 129
3　健康づくり施策を実施する主体の連携 …… 135
4　フレイル対策 …… 139

第３節　地域で安心して自分らしく老いることのできる社会づくり …… 146
1　地域包括ケアシステムとは何か。今、なぜ地域包括ケアシステムなのか。 …… 147
2　医療 …… 152
3　介護 …… 164
4　住まい …… 193
5　まとめ …… 198

第４節　暮らしと生きがいをともに創る「地域共生社会」へのパラダイムシフト …… 201
1　背景 …… 201

2　地域の状況に照らした共生型の地域社会の再生に向けて…… 207
3　新しい地域包括支援体制の構築…… 209
4　総合的な福祉人材の育成・確保 …… 220

おわりに…… 225

第２部　現下の政策課題への対応

特集１　一億総活躍社会の実現に向けて …… 230

第１節　一億総活躍社会とは …… 230
1　経済社会の現状 …… 230
2　一億総活躍社会の意義 …… 230
3　新たな三本の矢 …… 230
4　成長と分配の好循環の形成 …… 231

第２節　ニッポン一億総活躍プランの検討経緯 …… 232

第３節　一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策 …… 232

第４節　ニッポン一億総活躍プラン …… 233
1　ニッポン一億総活躍プランの内容 …… 233
2　ニッポン一億総活躍プランにおける厚生労働省の取組み …… 234

特集２　平成28年熊本地震への厚生労働省の対応について …… 240

第１節　被害の概況 …… 240

第２節　震災の発生を受けての厚生労働省の対応 …… 240
1　厚生労働省における震災への対応 …… 240
2　被災地・被災者への支援 …… 240

第１章　子どもを産み育てやすい環境づくり …… 249

第１節　少子社会の現状 …… 249

第２節　総合的な子育て支援の推進 …… 251
1　子ども・子育て支援新制度 …… 251
2　すべての子育て家庭への支援 …… 252

第３節　待機児童の解消などに向けた取組み …… 253
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 …… 253

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 …… 254
1　児童虐待防止対策の取組みの推進 …… 254
2　社会的養護の充実 …… 256
3　女性保護施策の推進 …… 258

第５節　子どもの貧困対策 …… 260

第６節　ひとり親家庭の総合的な自立支援の推進 …… 260
1　ひとり親家庭を取り巻く状況 …… 260
2　ひとり親家庭の自立支援の取組み …… 261

第７節　母子保健医療対策の推進…… 262
1　地域における切れ目のない妊娠・出産支援の強化 …… 262
2　不妊に悩む夫婦への支援…… 263
3　子どもの心の健康支援等…… 263
4　妊婦の健康管理の充実と経済的負担の軽減…… 263
5　「健やか親子21」の推進 …… 263

第８節　仕事と育児の両立支援策の推進…… 264
1　現状…… 264
2　育児・介護休業法 …… 265
3　企業における次世代育成支援の取組み…… 266
4　仕事と家庭を両立しやすい環境整備の支援…… 268

第２章　経済社会の活力向上と地域の活性化に向けた雇用対策の推進… 269
第１節　若者・女性・高年齢者・障害者等の就業実現 …… 269
1　若年者雇用の現状…… 269
2　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…… 269
3　就職活動から職場で活躍するまでの総合的なサポート…… 269
4　若者と中小企業とのマッチングの強化…… 270
5　キャリア教育の推進…… 270
6　フリーターなどの正社員就職の促進…… 271
7　ニート等の若者の職業的自立支援の強化…… 271
8　女性の雇用の現状…… 272
9　女性の活躍促進等…… 272
10　高年齢者雇用の現状…… 275
11　「生涯現役社会」の実現…… 276
12　障害者雇用の現状…… 277
13　雇用率達成指導と地域の就労支援の強化…… 277
14　障害特性や働き方に応じた支援策の充実・強化 …… 278
15　改正障害者雇用促進法の施行に向けた取組み…… 279
16　障害者の職業能力開発支援の充実…… 280
17　就労支援事業所における「工賃向上計画」の推進…… 281
18　障害者優先調達推進法…… 282
19　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 … 283
20　キャリアコンサルティングの活用促進…… 284
21　ジョブ・カード制度の推進 …… 284

第２節　成長分野などでの雇用創出、人材の育成の推進 …… 285
1　労働移動支援施策の推進…… 285
2　地域の活性化と雇用対策…… 286
3　雇用管理改善による「魅力ある職場づくり」の推進…… 287
4　成長分野などでの人材育成の推進…… 288
5　職業生涯を通じたキャリア形成支援の一層の推進…… 292
6　雇用促進税制…… 296

第３節　重層的なセーフティネットの構築…… 296
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…… 296

2　求職者支援制度…… 297
3　雇用保険制度…… 297
4　雇用調整助成金…… 297
5　国と地方自治体が連携した雇用対策の推進…… 298

第４節　震災復興のための雇用対策…… 298
1　本格的な震災復興に向けた取組み…… 298

第3章　安心して働くことのできる環境整備…… 302
第１節　非正規雇用の労働者の雇用の安定及び人材の育成・処遇の改善 …… 302
1　非正規雇用の現状と対策…… 302
2　有期労働契約に関するルール…… 303
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 …… 304
4　労働者派遣制度の見直し…… 306

第２節　仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）の実現…… 306
1　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…… 306
2　労働時間法制の見直し…… 307
3　過重労働解消に向けた取組みの促進…… 307
4　医療従事者の勤務環境の改善に向けた取組みの推進…… 309
5　テレワークの推進…… 310
6　仕事と育児・介護等の両立支援策の推進 …… 310
7　治療と職業生活の両立支援の推進…… 311
8　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…… 311
9　短時間正社員制度の導入・定着の促進 …… 312

第３節　労働者が安全で健康に働くことができる職場づくり…… 312
1　労働災害の状況と取組み…… 312
2　労働災害を防止するための対策の充実…… 313
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…… 315
4　化学物質、石綿による健康障害の防止 …… 315
5　労働者の健康確保対策の充実…… 317

第４節　良質な労働環境の確保等…… 319
1　労働条件の確保改善…… 319
2　最低賃金制度について…… 322
3　未払賃金立替払事業について…… 323
4　「労災かくし」対策の推進…… 324
5　障害者虐待防止について…… 324
6　職場のパワーハラスメントの予防・解決に向けた環境整備 …… 324
7　労災補償の現状…… 326
8　労働保険適用徴収制度…… 327
9　働く人のためのルールに関する教育の実施…… 328
10　個別労働紛争対策の総合的な推進…… 328
11　雇用労働相談センターの設置・運営 …… 329

第５節　震災復興のための労働安全衛生対策等…… 329
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…… 329
2　除染等業務における安全衛生と労働条件の確保…… 330
3　復旧・復興工事における災害防止対策 …… 330

第６節　豊かで充実した勤労者生活の実現…… 330
1　中小企業退職金共済制度について…… 330
2　勤労者財産形成促進制度について…… 331

第７節　安定した労使関係の形成など…… 331
1　2015年度の労使関係…… 331
2　労働委員会に関する動き…… 333

第４章　自立した生活の実現と暮らしの安心確保…… 334

第１節　生活保護の適正化及び生活困窮者の自立・就労支援等の推進 …… 334
1　生活保護制度の概要…… 334
2　生活保護の現状…… 334
3　生活保護制度に係る取組み…… 335
4　生活困窮者自立支援制度について…… 336

第２節　「社会的包容力」の構築…… 337
1　地域福祉の再構築…… 337
2　消費生活協同組合について…… 338
3　地域生活定着促進事業の実施について…… 338
4　ひきこもり対策推進事業の実施について…… 339
5　新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン…… 340

第３節　自殺対策の推進…… 341

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、中国残留邦人等への支援など… 342
1　国主催の戦没者追悼式、次世代への継承 …… 342
2　戦没者の遺骨収集事業、慰霊巡拝等の推進 …… 343
3　戦傷病者、戦没者遺族等への援護 …… 345
4　中国残留邦人等への支援…… 345

第５章　若者も高齢者も安心できる年金制度の確立…… 347

第１節　持続可能で安心できる年金制度の運営…… 347
1　公的年金制度の最近の動向について…… 347
2　私的年金制度の最近の動向について…… 350
3　国際化への対応…… 351

第２節　公的年金の正確な業務運営…… 352
1　日本年金機構と年金業務運営…… 352
2　年金記録問題への取組み…… 356
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…… 360

第6章　医療関連イノベーションの推進…… 363
第1節　医薬品・医療機器開発などに関する基盤整備 …… 363

第2節　医療関連産業の活性化…… 364
1　革新的な医薬品・医療機器等の創出 …… 364

第3節　医療の国際展開等…… 367
1　医療の国際展開の推進…… 367
2　国内における国際化への対応…… 370

第4節　健康寿命を延ばす科学技術の振興…… 370

第7章　国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現 …… 372
第1節　地域における医療・介護の総合的な確保の推進 …… 372
1　医療及び介護の総合的な確保の意義…… 372
2　プログラム法と医療介護総合確保推進法…… 372
3　総合確保方針と地域医療介護総合確保基金…… 373

第2節　安心で質の高い医療提供体制の構築…… 373
1　質が高く効率的な医療提供体制の構築…… 373
2　医療人材の確保及び質の向上の推進…… 384
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…… 387
4　後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進…… 388

第3節　安定的で持続可能な医療保険制度の実現…… 389
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… 389
2　医療費適正化・予防・健康管理の推進…… 391
3　診療報酬改定…… 391

第4節　「保健医療2035」策定　～2035年、日本は健康先進国へ～ …… 392

第5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…… 393
1　介護保険制度の現状と目指す姿…… 393
2　地域包括ケアシステムの構築…… 394
3　介護分野の生産性向上…… 398

第6節　福祉・介護人材の確保対策 …… 399

第7節　社会福祉法人制度改革について…… 400

第8章　健康で安全な生活の確保…… 401
第1節　感染症対策、予防接種の推進 …… 401
1　感染症法の改正について…… 401
2　エボラ出血熱対策について…… 401
3　中東呼吸器症候群（Middle East Respiratory Syndrome：MERS）対策について … 402
4　蚊媒介感染症対策について…… 403
5　インフルエンザ対策について…… 404

6　結核対策について…… 407
7　薬剤耐性（Antimicrobial Resistance：AMR）対策について …… 408
8　エイズ（AIDS/後天性免疫不全症候群）対策について …… 408
9　性感染症対策について…… 410
10　HTLV-1 対策について…… 411
11　麻しん・風しん対策について …… 411
12　重症熱性血小板減少症候群
（Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome:SFTS）対策について … 412
13　予防接種施策について…… 412

第２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… 414
1　がん対策の総合的かつ計画的な推進…… 414
2　国民健康づくり運動の展開…… 417
3　アレルギー疾患等対策について…… 424

第３節　肝炎対策…… 424
1　肝炎対策について…… 424
2　過去の集団予防接種等によりＢ型肝炎ウイルスに感染した方への対応について … 427

第４節　難病・小児慢性特定疾病対策、移植対策の推進…… 428
1　難病対策について…… 428
2　小児慢性特定疾病対策について…… 429
3　臓器移植の適切な実施…… 430

第５節　健康危機管理対策の推進…… 432

第６節　医薬品・医療機器の安全対策の推進等 …… 432
1　医薬品等の安全対策…… 432
2　医薬品の販売制度に係る最近の動向…… 434
3　偽造医薬品対策…… 435
4　薬剤師の資質向上と薬局機能の強化等…… 435
5　化学物質の安全対策…… 437

第７節　薬物乱用対策の推進…… 438
1　薬物乱用防止対策…… 438
2　危険ドラッグ対策…… 439

第８節　血液製剤対策の推進…… 441
1　献血の推進について…… 441
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…… 443

第９節　医薬品・医療機器による健康被害への対応 …… 444
1　Ｃ型肝炎訴訟への対応 …… 444
2　HIV 問題及びクロイツフェルトヤコブ病（CJD）問題 …… 445
3　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 …… 446
4　薬害を学ぶための教材…… 446

第10節　食の安全・安心の確保 …… 447
1　厚生労働省に求められる食品の安全性確保対策 …… 447
2　最近の食品安全行政の主な動き …… 447
3　食品安全行政の概要 …… 451
4　国民への正確でわかりやすい情報提供等 …… 457
5　食品の安全性確保のための国際的な取組み …… 458

第11節　水道の安全・強靱・持続の確保 …… 459
1　新水道ビジョン …… 459
2　水道事業基盤の強化に向けた取組み …… 459
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 …… 459
4　危機管理への取組み …… 460
5　東日本大震災からの復興に関する取組み …… 460
6　水道産業の国際展開に向けた取組み …… 460

第12節　生活衛生関係営業の活性化や振興など …… 461
1　生活衛生関係営業の振興等 …… 461
2　建築物における衛生対策の推進 …… 462

第13節　原爆被爆者の援護 …… 462

第14節　ハンセン病対策の推進 …… 463
1　ハンセン病問題の経緯について …… 463
2　「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」について …… 464
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 …… 464

第15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 …… 465

第9章　障害者支援の総合的な推進 …… 467

第1節　障害福祉施策の推進について …… 467
1　障害者総合支援法等に基づく支援 …… 467
2　障害者の虐待防止 …… 470
3　発達障害者の支援 …… 471
4　高次脳機能障害者の支援 …… 473

第2節　障害者の社会参加支援について …… 473

第3節　精神保健医療福祉について …… 474
1　精神保健医療福祉の現状と課題について …… 474
2　精神保健医療福祉の取組状況について …… 474
3　心の健康対策 …… 476
4　依存症対策 …… 477

第10章　国際社会への貢献と外国人労働者問題などへの適切な対応 … 478

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 …… 478
1　保健医療分野 …… 478
2　労働分野 …… 481

3　社会保障・福祉分野 …… 482

第2節　開発途上国等への国際協力 …… 483
1　保健医療分野 …… 483
2　労働分野 …… 484
3　社会保障・福祉分野 …… 485

第3節　各国政府等との政策対話の推進 …… 485

第4節　経済活動の国際化への対応 …… 485
1　経済連携協定（EPA） …… 485
2　環太平洋パートナーシップ（TPP）協定 …… 486

第5節　外国人労働者等への適切な対応 …… 486
1　日系人を始めとする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 … 486
2　専門的・技術的分野の外国人の就業促進 …… 487
3　緊急に対応が必要な分野等における外国人の受入れ …… 487
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 …… 488

第11章　行政体制の整備・情報政策の推進 …… 489

第1節　独立行政法人に関する取組み …… 489
1　無駄削減に向けた取組みの実施 …… 489
2　独立行政法人に関する取組み …… 489

第2節　広報体制の充実 …… 490
1　新しい情報発信手段の活用 …… 490

第3節　情報化の推進 …… 490
1　情報化の推進 …… 490
2　情報化の推進に向けた主な取組み …… 490
3　個人情報保護 …… 493

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 …… 493
1　行政機関情報公開法の施行 …… 493
2　行政機関個人情報保護法の施行 …… 494
3　公益通報者保護法の施行 …… 494
4　「国民の皆様の声」の集計報告 …… 495
5　厚生労働行政モニターについて …… 495

第5節　政策評価などの取組み …… 496
1　政策評価の取組み …… 496
2　独立行政法人評価の取組み …… 496
3　アフターサービスの推進 …… 497

コラム

「生涯活躍のまち」制度　～日本版CCRC～……50

地域のよろず相談所（主に医療）　～「暮らしの保健室」～ ……52

「気づき」と「支援」のネットワーク
～おおた高齢者見守りネットワーク（愛称『みま～も』）～ ……63

ITを用いた見守り　～兵庫県伊丹市「安全・安心見守りネットワーク事業」～ ……65

高齢社会とコンビニ　～セブン－イレブン・ジャパン～ ……77

定年後の働き方支援　～グランドシッター養成で保育士をサポート～ ……79

オランダの在宅ケア組織　～『Buurtzorg（ビュートゾルフ）』～ …… 103

選択肢としてのシニア「起業」　～銀座セカンドライフ株式会社～ …… 120

ヘルスケアポイント　～グラクソ・スミスクライン健康保険組合の取組み～ …… 132

管理栄養士の訪問によるフレイル対策　～神奈川県大和市の取組み～ …… 145

ICTを活用した医療介護連携　～宮城県石巻市の場合～ …… 163

認知症になっても地域で暮らすために　～地域で支える取組事例～ …… 167

三方よし研究会（滋賀県東近江圏域）の取組み
～多職種連携による「地域まるごとケア」をめざして～ …… 171

お節介やさかい（堺）プロジェクト
～「さかいお節介士」が介護者にちょっとした手助けを～ …… 192

地域から「生えてきた」家!?　～宮崎市　かあさんの家～ …… 196

ダブルケア　～高齢化少子化の同時進行から顕在化する育児と介護の両立～ …… 205

「ごちゃまぜ」!?　～多世代の共生に向けた佛子園の取組み～ …… 217

イマドキの長屋!?　～鹿児島市　NAGAYA TOWER～ …… 218

新しい働き方のルール、「勤務間インターバル」とは？
～KDDI株式会社などで導入～ …… 308

総合事業の先行事例（秋田県　小坂町の場合） …… 397

第1部

人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える

はじめに

「健康で長生きしたい」という思いは、世界中の誰もが、世代を超えて持っている。我が国は、この願いを世界に先がけて実現してきた国である。これは、これまでの様々な関係者の努力の賜物であるとともに、世界に冠たる皆保険制度や2000（平成12）年に導入した介護保険制度の果たした役割は極めて大きいものと言える。

しかしながら、世界で最も高齢化が進んだ国となり、今後更に少子高齢化が進むことを展望すると、我々は新たな社会モデルを構築することを求められていると言える。

生涯を通じて健康で生きがいを持って暮らし続ける社会づくりが求められており、高齢期になっても意欲のある方々が活躍でき、地域で皆が支え合える社会を作るとともに、何歳になっても健康で過ごせる環境づくりと支援の仕組みが求められている。

また、医療や介護が必要となった場合にはそれぞれ必要なサービスを受けながらも、住み慣れた地域でなるべく自立して過ごせることを可能としていくことが、今求められている。

世界に目を向けてみると、欧州においては高齢化が一定の時間をかけて進んできたが、韓国、中国や東南アジアなどでは、今後少子高齢化が急激に進むことが予測されている。

我が国の対応はこれらの国から注視されており、高齢化を克服した「高齢化先進国」として、これらの国にモデルを示す役割を担っているのである。

団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年を見据えて、既に多くの取組みが進んでいる。この白書においては、取組みの方向性と現時点の到達点を、国民の方々にお示しすることを心がけた。

「高齢化」への対応は、確かにチャレンジングな目標かもしれないが、その克服に向けて様々な努力がされていることを、この白書を通じて知っていただければ幸いである。

また、詳細は本文の中で述べるが、人口高齢化を乗り越えていくためには、「地域づくり」が不可欠であり、これは地域住民一人一人の努力によってしかなし得ない。この白書を読まれた方々一人一人が「自分ができることは何か」を考え、地域包括ケアなど地域の取組みに参画されることを切に願っている。

最後に、第1部の構成について順に説明する。

第1章「我が国の高齢者を取り巻く状況」においては、人口構成の変化の状況、高齢者人口の推移と予測といった高齢化に関する基礎的なデータや、世帯構成、健康・栄養の状況、地域のつきあいなど暮らしについてのデータに加え高齢者の就労に関するデータについて見ていく。

第2章「高齢期の暮らし、地域の支え合い、健康づくり・介護予防、就労に関する意識」においては、高齢者だけでなく今後高齢者になる世代について今回の白書のため行った意識調査や他の意識調査を用いて、高齢期にどのような暮らし方を望んでいるのかについて見ていく。

第3章「高齢者を支える医療・介護制度」においては、高齢期を支える医療・介護制度の概略を説明する。

第4章「人口高齢化を乗り越える視点」、この章が第1部のメインであるが、まずはアクティブな高齢者であるための「就労」や「健康づくり」について、次に高齢者を支える

「地域包括ケアシステム」の現時点での到達点と今後の方向性について、最後に、高齢者だけではなく、障害者、児童、生活困窮者など支援が必要とする者に包括的に支援を行う「支え・支えられる共生型の地域社会の再構築」について説明する。

第1章 我が国の高齢者を取り巻く状況

本章では、我が国の高齢者を取り巻く状況について、第1節で各種指標を用いて我が国の高齢化の状況を概観した後、第2節で高齢者の暮らしの状況、第3節で高齢期の就労の状況について見ていく。

第1節 高齢化の状況

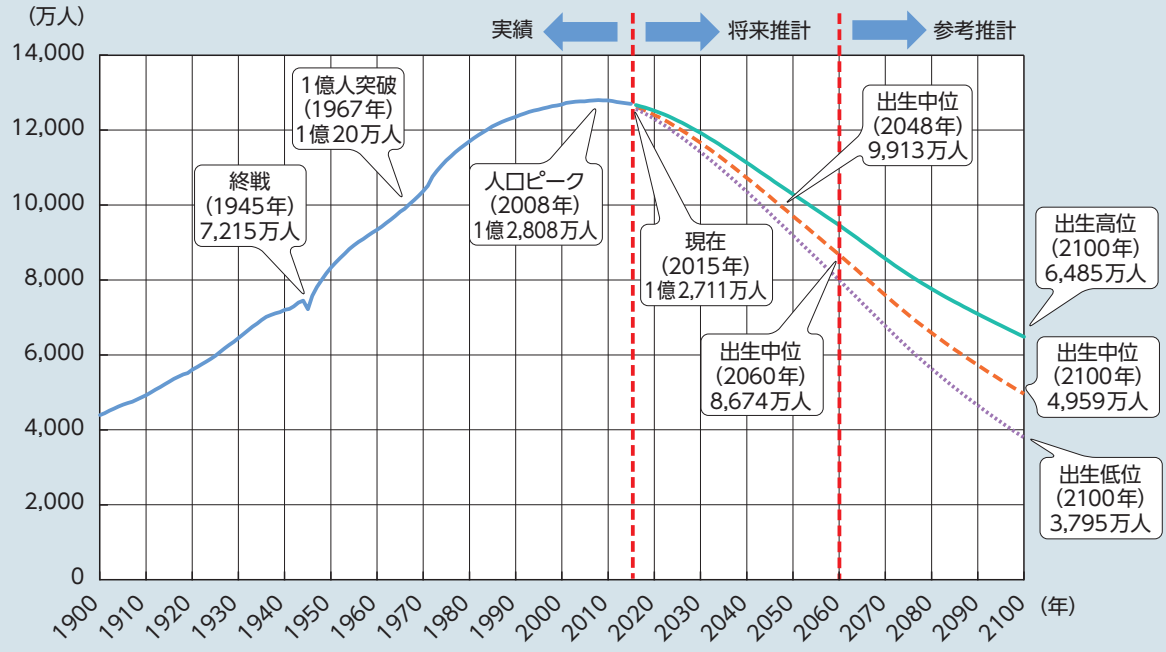
1 総人口の推移

（これまで増加し続けていた我が国の人口は、一転して減少していく見通し）

終戦直後の1945（昭和20）年に7,215万人であった我が国の人口は、その後、ほぼ一貫して増加を続け、1967（昭和42）年には1億人を突破し、2008（平成20）年には1億2,808万人とピークに達した。しかし、その後は減少局面に転じ、2015（平成27）年の総人口は1億2,711万人と2011（平成23）年から5年連続で減少している。

国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位推計によると、我が国の人口は今後も減少し続け、2048（平成60）年には9,913万人と1億人を割り込み、2060（平成72）年には8,674万人になると推計されている。また、2061（平成73）年以降の人口については、参考推計ではあるものの、2100（平成112）年には4,959万人と5,000万人を下回る見込みとなっており、明治時代後半の1900年頃から100年をかけて増えてきた人口が、今後100年のうちに再び同じ水準に戻ることが見込まれている（**図表1-1-1**）。

図表1-1-1　長期的な我が国の人口推移



資料：1920～2015年：総務省統計局「国勢調査」、「人口推計」。
2016年以降：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1月推計）」出生3仮定・死亡中位仮定

（注）1. 2015年は、「国勢調査人口速報集計」による人口。
2. 2011～2014年は、「国勢調査人口速報集計」による2015年の人口を基準として算出した人口推計の確定値。
3. 1945～1971年は沖縄県を含まない。
4. 1900～1919年は、内閣統計局の推計による各年1月1日現在の内地に現存する人口。
5. 1920年以降は、国勢調査人口又は国勢調査人口を基準とする全国推計人口で、各年10月1日現在人口。

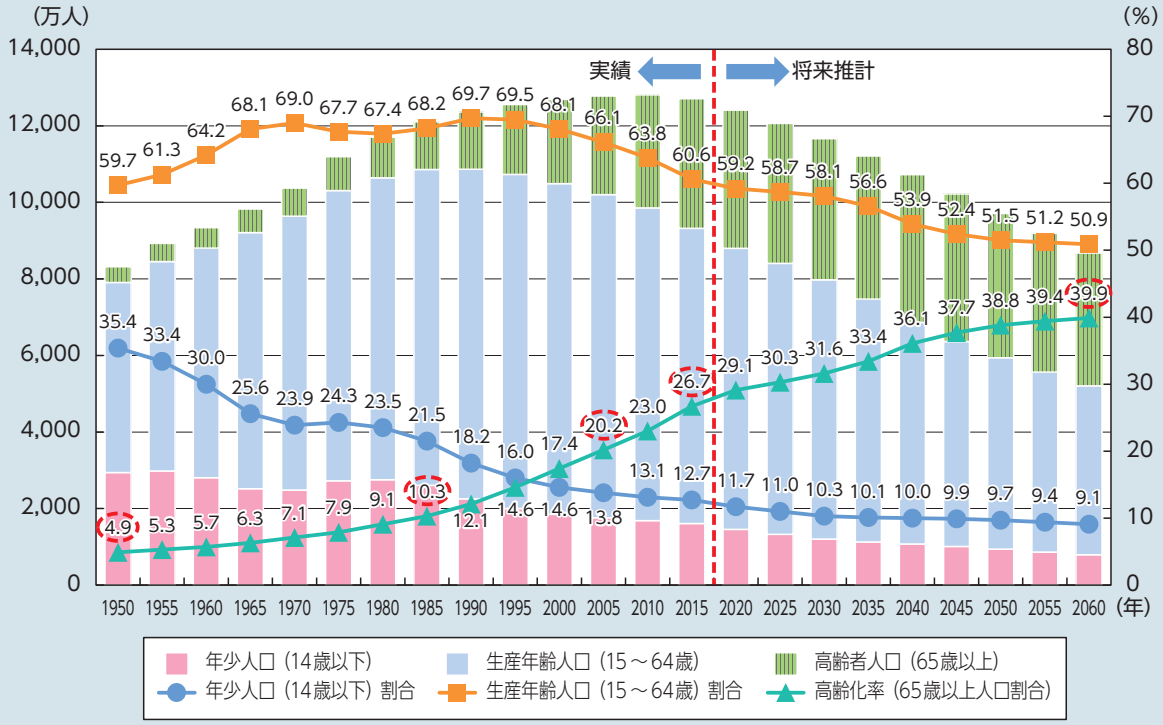
2 人口構成の変化

（今後も高齢化は急速に進展。2060年には約2.5人に1人が高齢者となる見込み）

我が国の人口を年齢3区分別人口で推移を示すと図表1-1-2のとおりとなる。これを見ると、年少人口（14歳以下）割合は、1950（昭和25）年以降、ほぼ一貫して現在まで減少しており、生産年齢人口（15～64歳）割合についても、図には示していないが、1992（平成4）年の69.8%をピークに現在まで減少し続けている。将来（出生中位・死亡中位推計）においても、年少人口及び生産年齢人口の割合は、2060（平成72）年まで一貫して減少が続いていくことが見込まれている。

一方で、1950年時点で5%に満たなかった高齢化率（65歳以上人口割合）は、1985（昭和60）年には10.3%、2005（平成17）年には20.2%と急速に上昇し、2015（平成27）年は26.7%と過去最高となっている。将来（出生中位・死亡中位推計）においても、2060年まで一貫して高齢化率は上昇していくことが見込まれており、2060年時点では約2.5人に1人が65歳以上の高齢者となる見込みである。

図表1-1-2　年齢3区分別人口及び高齢化率の推移

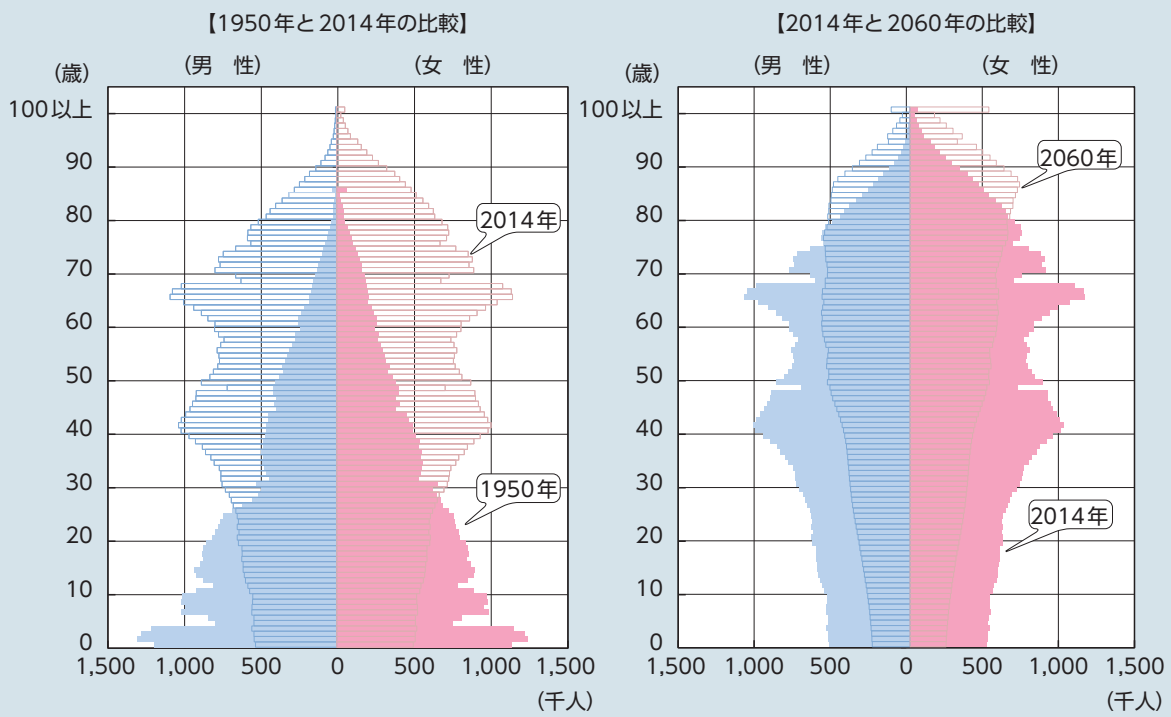


資料：2015年以前：総務省統計局「国勢調査」及び「人口推計」（年齢不詳の人口を按分して含めた）
2020年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」（出生中位・死亡中位推計）
（注）1. 2015年は、総務省統計局「人口推計」（平成27年国勢調査人口速報集計による人口を基準とした平成27年10月1日現在確定値）
2. 1970年までは沖縄県を含まない。

さらに、人口構成の変化を人口ピラミッド（**図表1-1-3**）で見てみると、1950年時点では、若い年齢ほど人口が多い富士山型であったのが、2014（平成26）年になると山型のパターンはすっかり消失し、中高年層の部分が増大している。1950年と2014年の人口ピラミッドを重ねてみると、若年層が大きく減少する一方で中高年層が大きく増加していることがよく分かる。

2060年になると、少子高齢化はさらに進展し、その結果、重心が非常に高い、いかにも安定のよくない逆ピラミッド型へと変化している。2014年と2060年の人口ピラミッドを重ねてみると、総人口が減少していることが分かるが、年齢区分別で見てみると、年少人口及び生産年齢人口が大きく減少している一方で、高齢者人口、特に75歳以上の後期高齢者人口は、逆に増加していることが分かる。

図表1-1-3　人口ピラミッドの比較



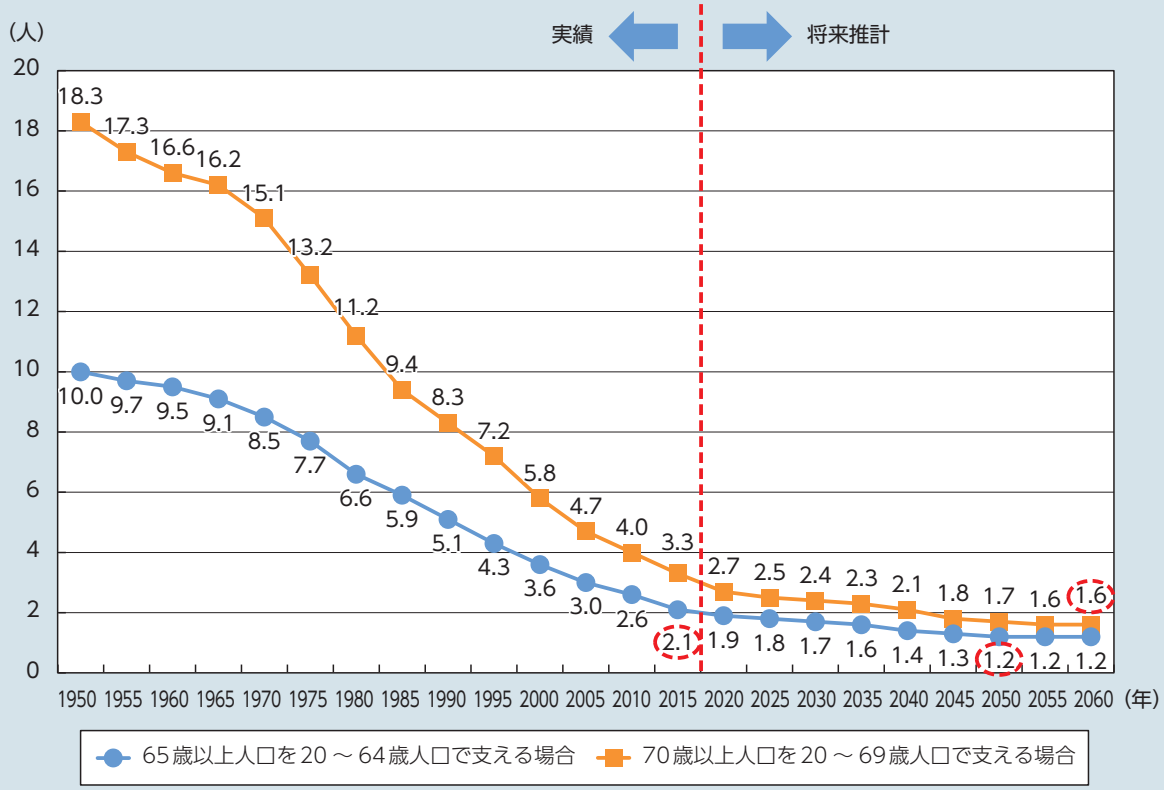
資料：1950年及び2014年：総務省統計局「国勢調査」及び「人口推計」（年齢不詳の人口を按分して含めた）
　　2060年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」（出生中位・死亡中位推計）
（注）　1950年の85歳人口には、86歳以上人口も含まれている。

（2050年には、65歳以上の高齢者１人を1.2人の現役世代で支える見込み）

65歳以上の高齢世代人口と20～64歳の現役世代人口の比率の推移を見てみると、1950年時点では65歳以上の高齢者１人を10人の現役世代で支えていたのが、2015年には65歳以上の高齢者１人に対して現役世代2.1人へと急激に減少している。今後も支え手は減少し続け、2050（平成62）年には1.2人の現役世代で65歳以上の高齢者を支える見込みとなっている。

仮に20～69歳を現役世代人口、70歳以上を高齢世代人口として計算してみても、2060年には高齢者１人に対する現役世代の人数は1.6人まで減少する見込みである。

図表1-1-4 高齢世代人口と現役世代人口の比率の推移



資料：2010年までは総務省統計局「国勢調査」、「人口推計」、2015年は、総務省統計局「人口推計」（平成27年国勢調査人口速報集計による人口を基準とした平成27年10月1日現在確定値）、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」（出生中位・死亡中位推計）」をもとに、厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

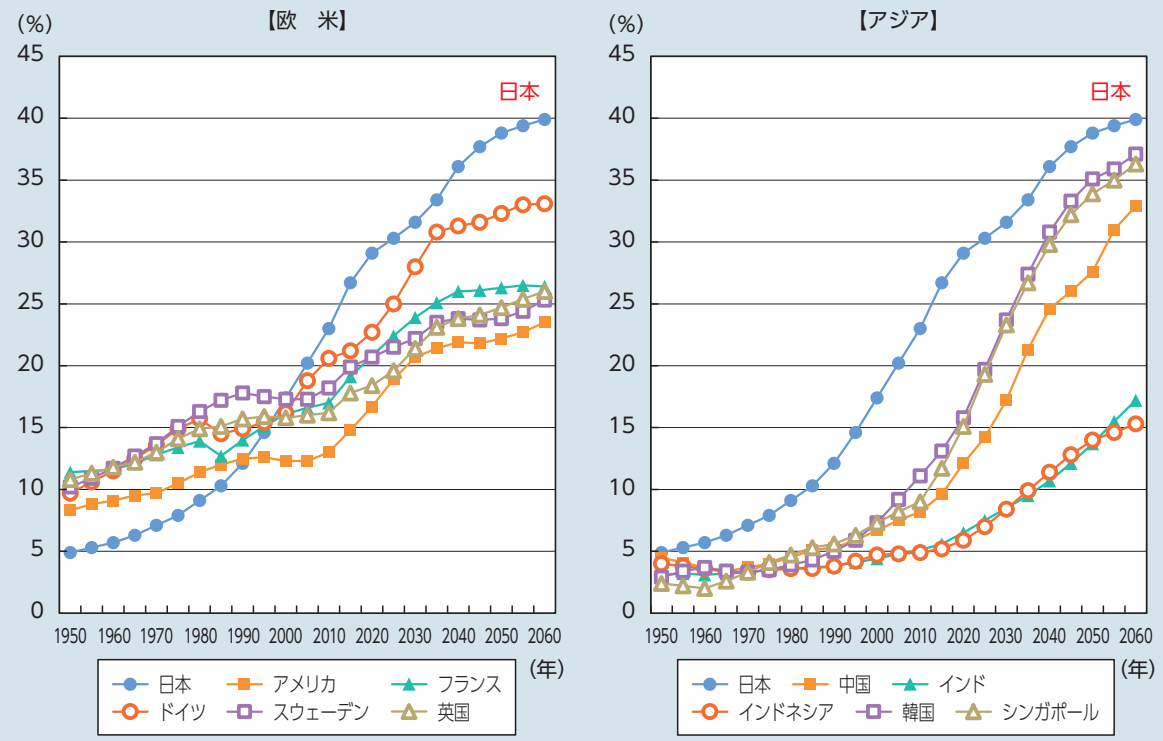
（我が国の高齢化は、世界に類を見ないスピードで進展。今後はアジアで急速に高齢化が進展していく見込み）

欧米主要国の高齢化率を比較してみると、1980年代までは最低水準であった我が国の高齢化率は、2005年には最も高い水準となり、その後も将来にわたって最高水準を維持していくことが見込まれている。続いて、アジア主要国の高齢化率について見てみると、今後、我が国を上回るスピードで急激に高齢化が進行していく見込みであり、2060年の各国の高齢化率は、2015年と比較しておよそ3倍になる見込みである（**図表1-1-5**）。

また、高齢化の速度について、高齢化率が7%を超えてからその倍の14%に達するまでの所要年数（倍加年数）によって比較すると、フランスが115年、スウェーデンが85年、比較的短いドイツが40年、英国が46年であるのに対し、我が国は、1970（昭和45）年に7%を超えると、その24年後の1994（平成6）年には14%に達している。どの国も高齢化は進展しているが、特に我が国の高齢化が著しく速いスピードで進展してきたことが分かる。さらに、韓国、中国の倍加年数を見てみると、それぞれ18年、23年と予測されており、我が国を上回るペースで高齢化が進展する見込みである（**図表1-1-6**）。

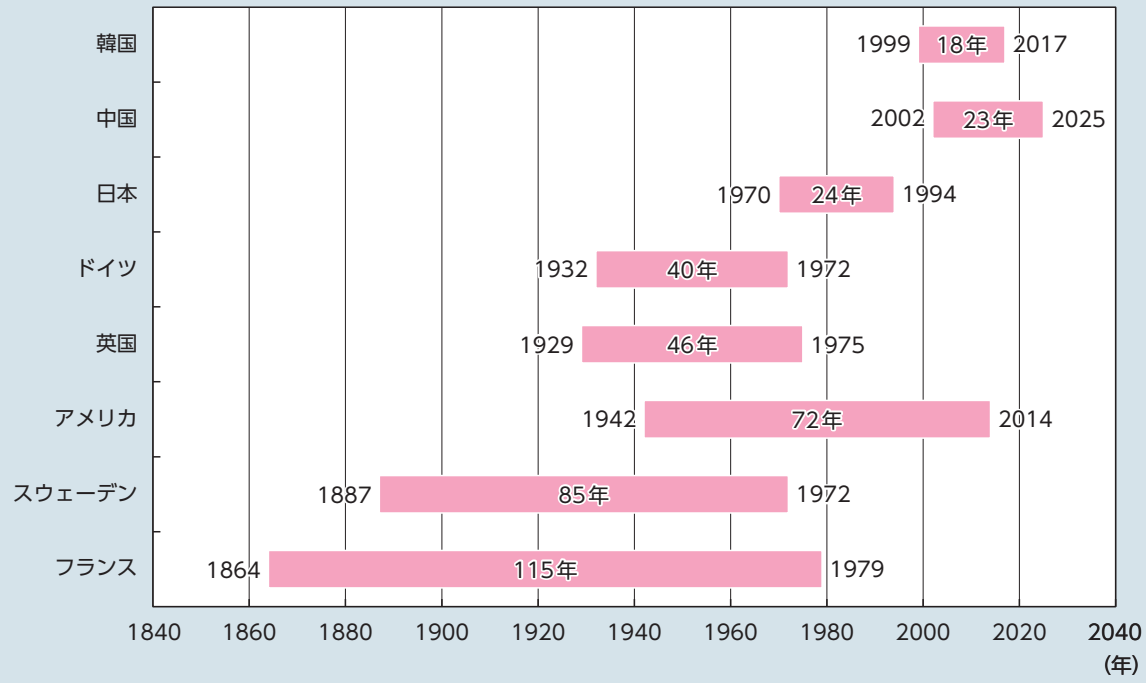
このように、高齢化は世界各国においても我が国の後を追って直面する問題であり、その先陣を切っている我が国の対応には、グローバル社会が極めて高い関心を寄せている。

図表1-1-5　主要国における高齢化率の推移



資料：各国に関しては、UN. World PopulationProspects : The 2015 Revision のうち中位推計
日本に関しては、2010年以前は総務省統計局「国勢調査」、2015年は、総務省統計局「人口推計」（平成27年国勢調査人口速報集計による人口を基準とした平成27年10月1日現在確定値）2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」（出生中位・死亡中位推計）

図表1-1-6　主要国の倍加年数（高齢化率7%から14%へ要した期間）



資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」（2016年）
（注）　1950年以前はUN, The Aging of Population and Its Economic and Social Implications（Population Studies, No.26,1956）およびDemographic Yearbook,
1950年以降はUN, World Population Prospects : The 2015 Revision（中位推計）による。ただし、日本は総務省統計局「国勢調査」、「人口推計」による。1950年以前は既知年次のデータを基に補間推計したものによる。

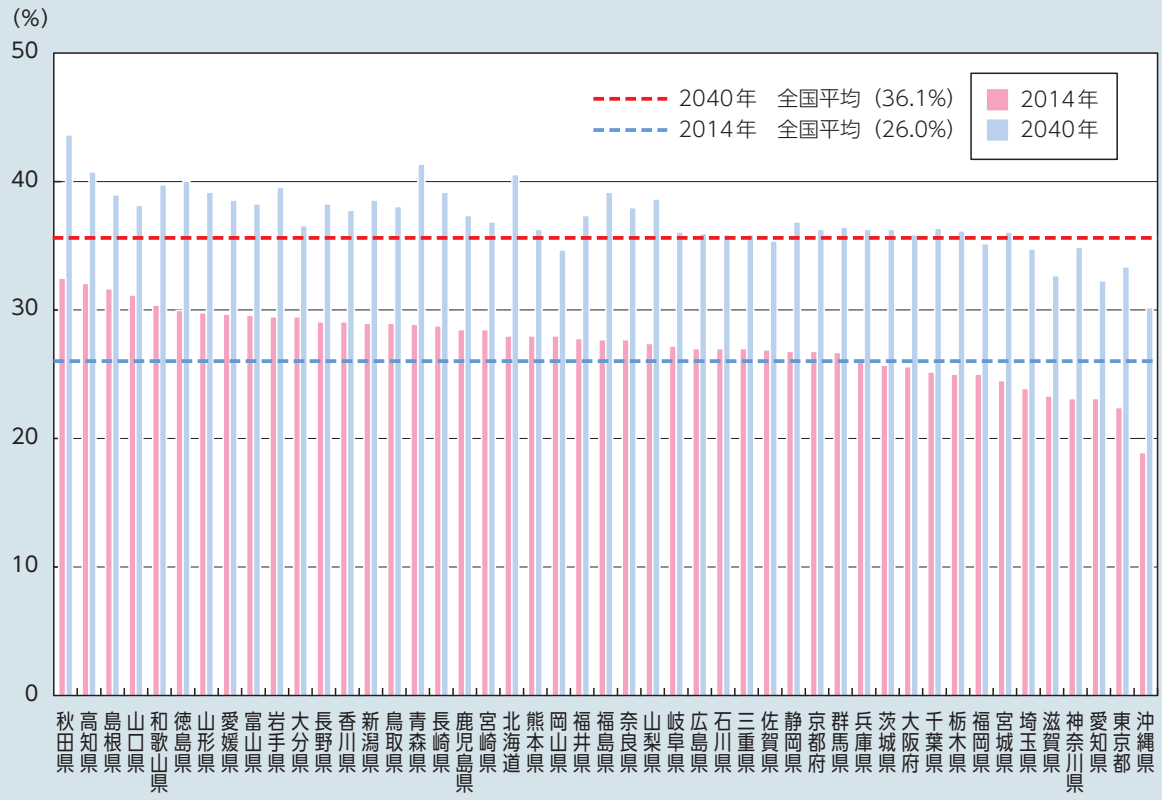
3 地域別に見た高齢化の状況

（大都市圏に属する都府県や沖縄県で高齢化率は低く、それ以外の地方圏で高い傾向）

次に地域別の高齢化の状況について見ていくこととする。

都道府県別の高齢化率（65歳以上人口比率）について、2014（平成26）年の状況を見てみると、大都市圏に属する都府県や沖縄県で低く、それ以外の地方圏で高い傾向であることが見てとれる。将来の2040（平成52）においても、大都市圏に属する都府県や沖縄県で低く、それ以外の地方圏で高いという傾向に変わりはないが、2014年時点と比較して全ての都道府県で高齢化率は上昇し、最も低い沖縄県でも高齢化率が30％を超える見込みとなっている（図表1-1-7）。

図表1-1-7 都道府県別高齢化率（65歳以上人口割合）

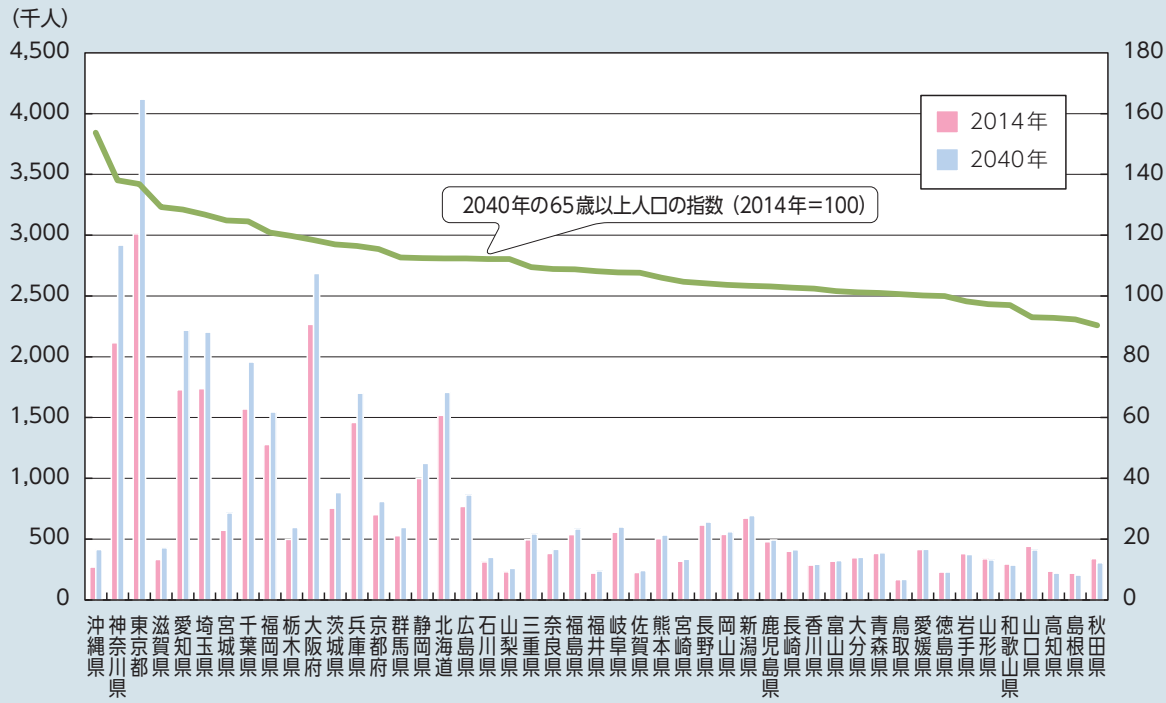


資料：2014年：総務省統計局「人口推計」（年齢不詳の人口を按分して含めた）
2040年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」

（今後、大都市圏に属する都府県で65歳以上人口は急増。一方で、秋田県などの7県では減少の見通し）

一方で、都道府県別の65歳以上人口について、2014年と2040年で比較してみると、大都市圏に属する都府県で65歳以上人口が急増している。また、2040年の65歳以上人口を、2014年の値を100としたときの指数で見ても、大都市圏に属する都府県で大きな値となっている。逆にその他の地方圏では、65歳以上人口は大きく増加はせず、秋田県などの7県では減少することが見込まれている（図表1-1-8）。

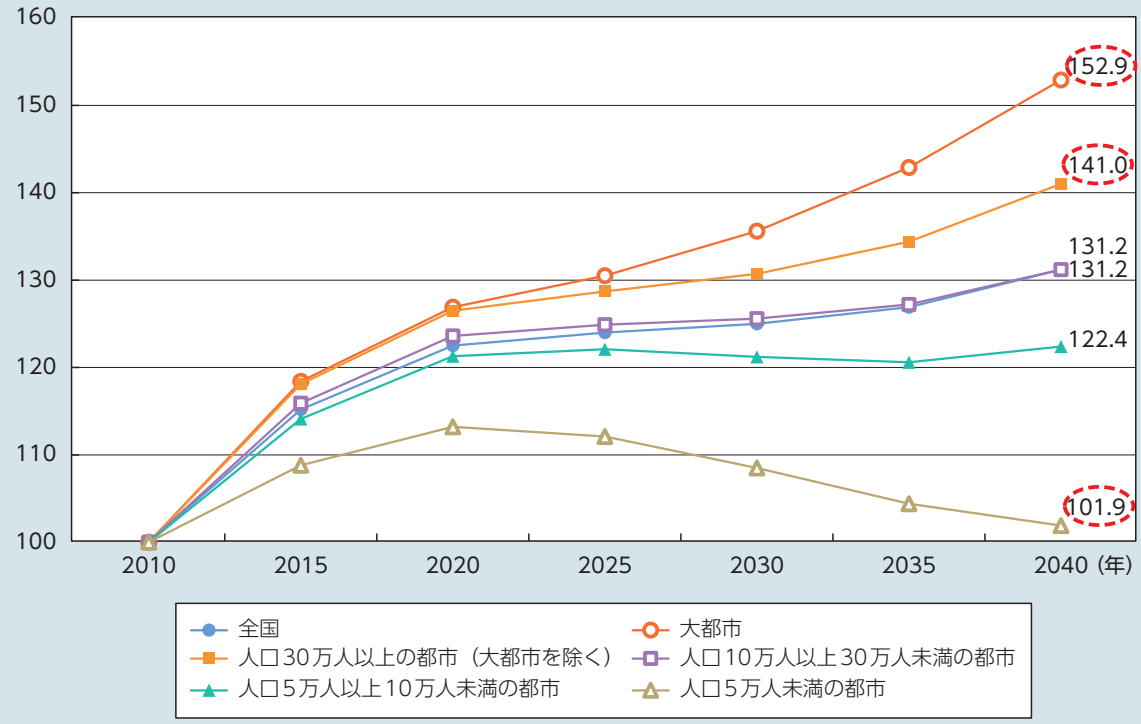
図表1-1-8　都道府県別65歳以上人口



資料：2014年：総務省統計局「人口推計」（年齢不詳の人口を按分して含めた）
2040年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」

さらに、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」をもとに、都市規模別に65歳以上人口指数（2010年＝100）の推移を見てみると、都市規模が大きいほど65歳以上人口の伸びが大きく、「大都市」や「人口30万人以上の都市（大都市を除く）」では、2040年にかけて大きく増加する見込みである。一方で、「人口5万人未満の都市」では、2020（平成32）年をピークに減少していく見込みであり、2040年時点の65歳以上人口は、2010年と大きく変わらない水準となる見込みである（**図表1-1-9**）。

図表1-1-9　都市規模別に見た65歳以上人口指数（2010年＝100）の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」をもとに、厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注）1. 各カテゴリーごとに総計を求め、2010年の人口を100とし、各年の人口を指数化した。
2. 「大都市」は、東京都区部及び政令指定都市を指す。
3. 「全国」を除くカテゴリーには、福島県のデータは含まれていない。

4 平均寿命と健康寿命

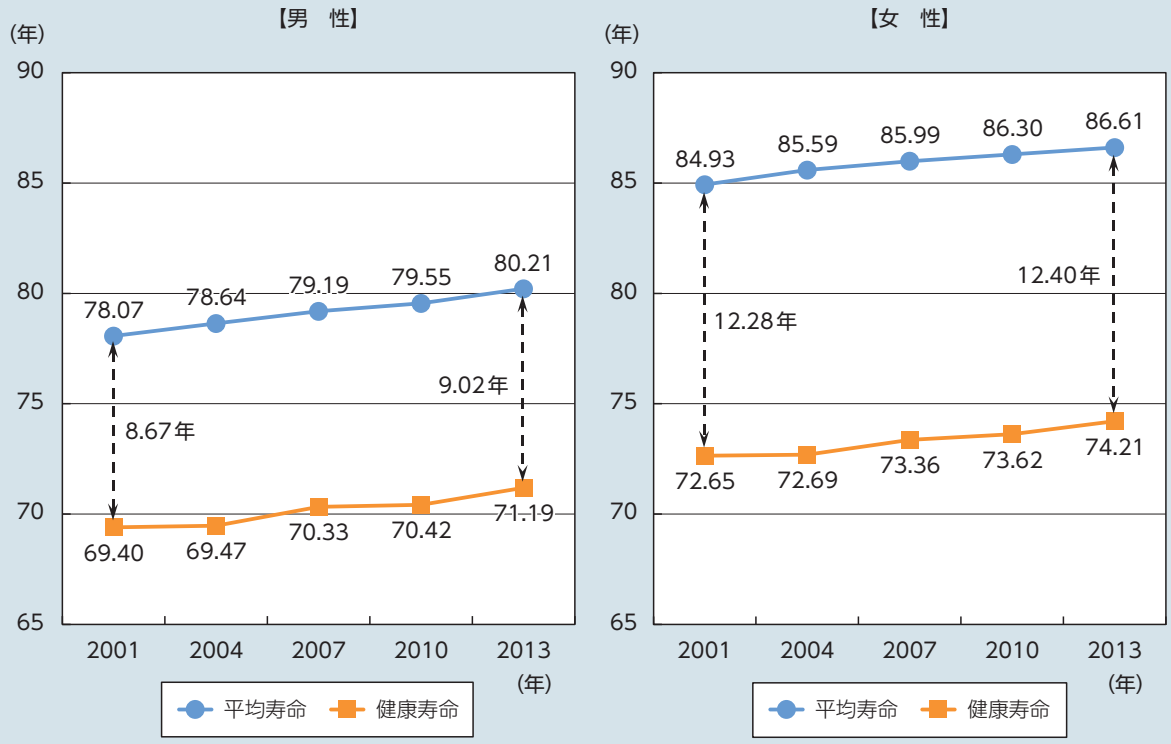
（平均寿命と健康寿命の差（不健康な期間）は縮まっていない）

我が国の平均寿命は、戦後、生活環境の改善や、医学の進歩により急速に延び、2015（平成27）年の平均寿命は、男性80.79年、女性87.05年と世界トップクラスの長寿国となっている。「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」である健康寿命についても、2013（平成25）年時点で、男性71.19年、女性74.21年と世界トップクラスである。

一方で、我が国の平均寿命と健康寿命の推移について見てみると、平均寿命、健康寿命ともに延びているが、平均寿命と健康寿命との差、すなわち、日常生活に制限のある「不健康な期間」で見ると、2001（平成13）年から2013年にかけて、男性で8.67年から9.02年、女性で12.28年から12.40年へと若干広がり縮まっていない（**図表1-1-10**）。日常生活に制限のある「不健康な期間」の拡大は、個人や家族の生活の質の低下を招くとともに、医療費や介護給付費等の社会保障費の増大にもつながる。

国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計人口（平成24年1月推計）によれば、今後も我が国の平均寿命はさらに延びることが予測されており、平均寿命の延び以上に健康寿命を延ばす（不健康な期間を短縮する）ことが重要となる。

図表1-1-10　平均寿命と健康寿命の推移



資料：平均寿命：2001、2004、2007年、2013年は、厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「簡易生命表」、2010年は、厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「完全生命表」
健康寿命：2001～2010年は、厚生労働科学研究補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」、2013年は、「厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料」(2014年10月)

5 死亡の動向

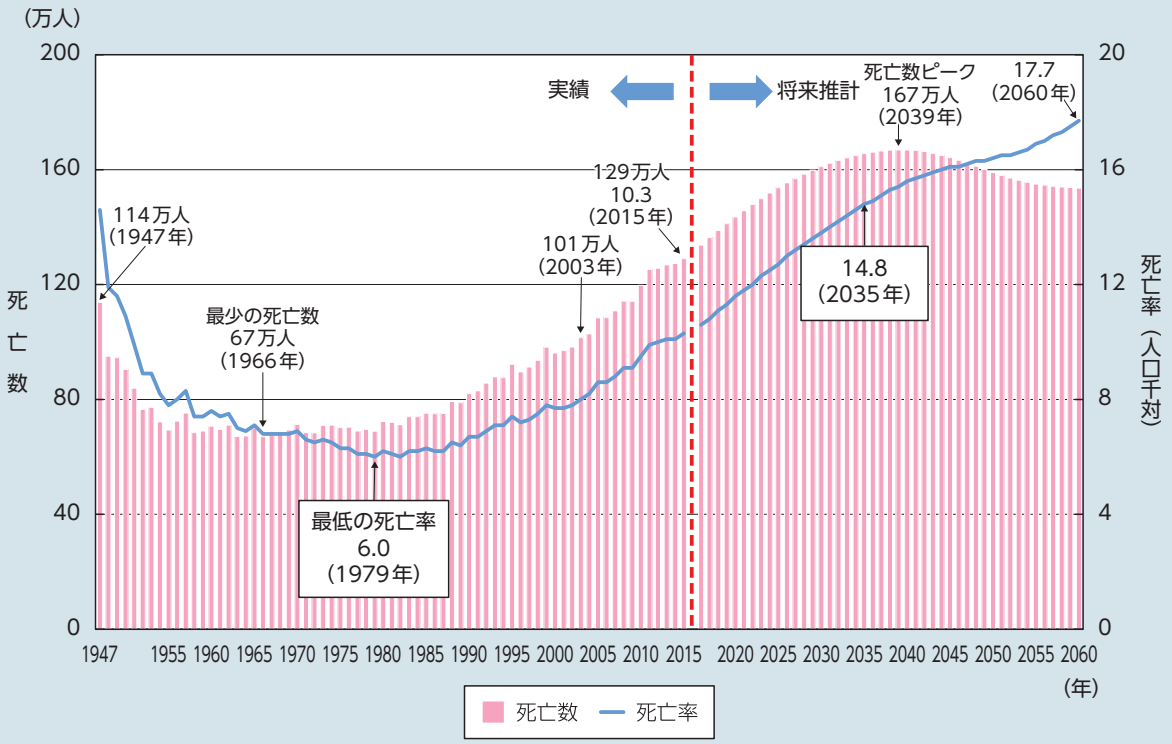
(1) 死亡数及び死亡率の推移と将来推計

(高齢化に伴い、死亡数、死亡率は今後も増加していく見込み)

戦後の1947（昭和22）年の死亡数は114万人、死亡率（人口千対）は14.6であったが、医学や医療の進歩及び公衆衛生の向上などにより死亡の状況は急激に改善され、1966（昭和41）年には死亡数がもっとも少ない67万人、1979（昭和54）年には死亡率がもっとも低い6.0となった。その後、人口の高齢化を反映して死亡数は緩やかな増加傾向に転じ、2003（平成15）年に100万人を超え、2015（平成27）では、死亡数129万人、死亡率10.3となっている。

将来の推移（出生中位・死亡中位推計）を見てみると、死亡数は2039（平成51）年に167万人とピークを迎えた後、減少していくことが見込まれている。一方で、死亡率については2060（平成72）年まで一貫して上昇していくことが見込まれており、2035（平成47）年には14.8と戦後の水準（14.6）を超え、2060年には17.7まで上昇することが見込まれている（図表1-1-11）。

図表1-1-11 死亡数及び死亡率の推移と将来推計



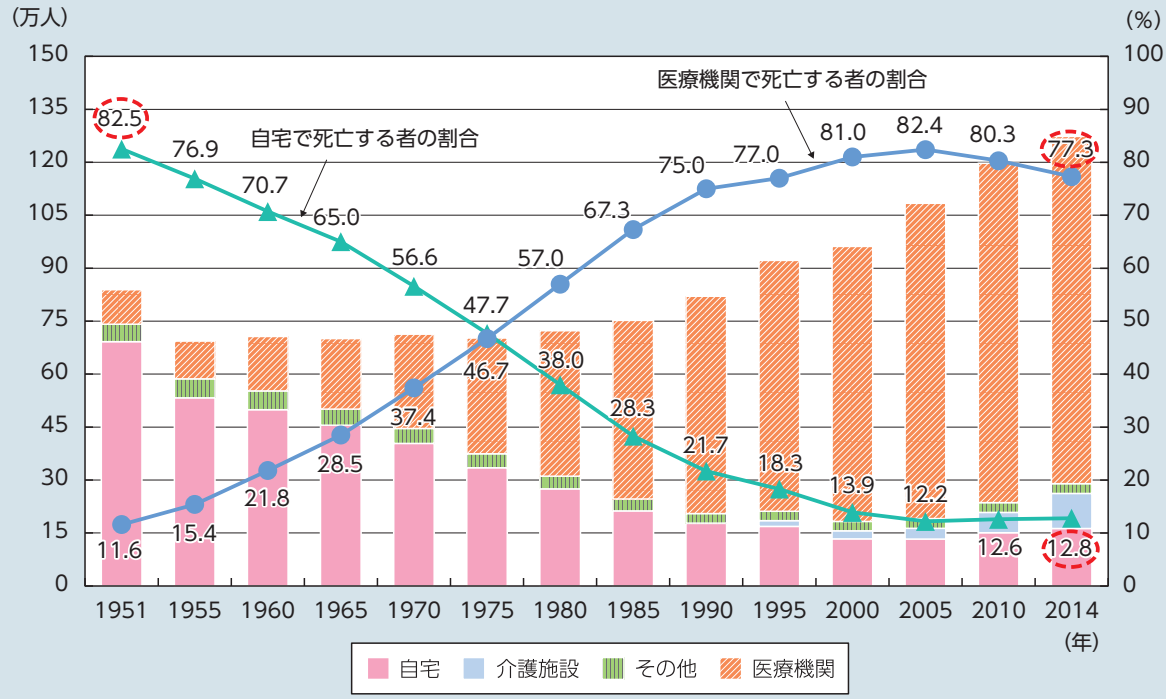
資料：2015年以前：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」
2016年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」（出生中位・死亡中位推計）
（注） 1. 1972年までは沖縄県を含まない。
2. 2014年までは確定数、2015年は概数である。
3. 将来推計値には日本における外国人を含む。

(2) 死亡場所の推移

(「医療機関」で死亡する者の割合は年々増加。近年では、「医療機関」で死亡する者の割合がおよそ8割で推移している)

次に死亡場所の推移について見てみると、1951（昭和26）年の時点では「自宅」で死亡する者の割合は8割以上を占めていたが、「医療機関」で死亡する者の割合は年々増加し、1976（昭和51）年には「自宅」で死亡する者の割合を上回り、2014（平成26）年では、「医療機関」で死亡する者の割合が77.3%を占め、「自宅」で死亡する者の割合は12.8%にまで低下している（**図表1-1-12**）。

図表1-1-12　死亡場所別に見た、死亡数・構成割合の推移



資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
(注)　1.「介護施設」は、「介護老人保健施設」と「老人ホーム」を合計したもの。
　　2.「医療機関」は、「病院」と「診療所」を合計したもの。
　　3. 1990年までは老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。

(3) 死因の推移（疾病構造の変化）

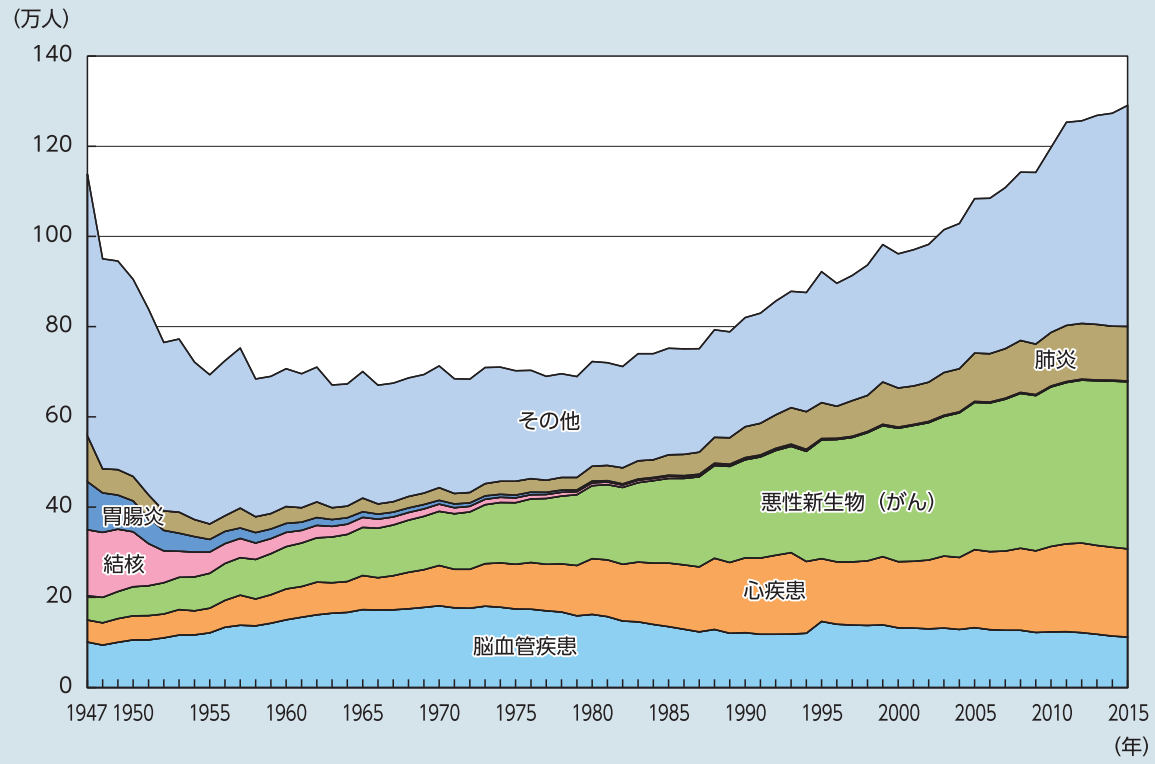
(戦後、我が国の死因は、感染症から生活習慣病中心へと大きく変化。生活習慣病中心への疾病構造の変化や高齢化に伴い、要介護認定者数や認知症に関係する患者数は大幅に増加している)

さらに、戦後の主な死因の推移について見てみると、結核や胃腸炎といった感染症によるものが低下する一方で、悪性新生物（がん）や心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病（慢性疾患）が死因の多くを占めるようになり、疾病構造は大きく変化してきた（**図表1-1-13**）。

こうした生活習慣病（慢性疾患）中心への疾病構造の変化や高齢化の進展に伴い、要介護（要支援）認定者数は、介護保険制度開始時の2000（平成12）年の約218万人から2015（平成27）年では約608万人と大幅に増加している（**図表1-1-14**）。また、認知症のうちアルツハイマー病の患者数についても1999年（平成11）年の約3万人から2014（平成26）年では約53万人へと大幅に増加している（**図表1-1-15**）。

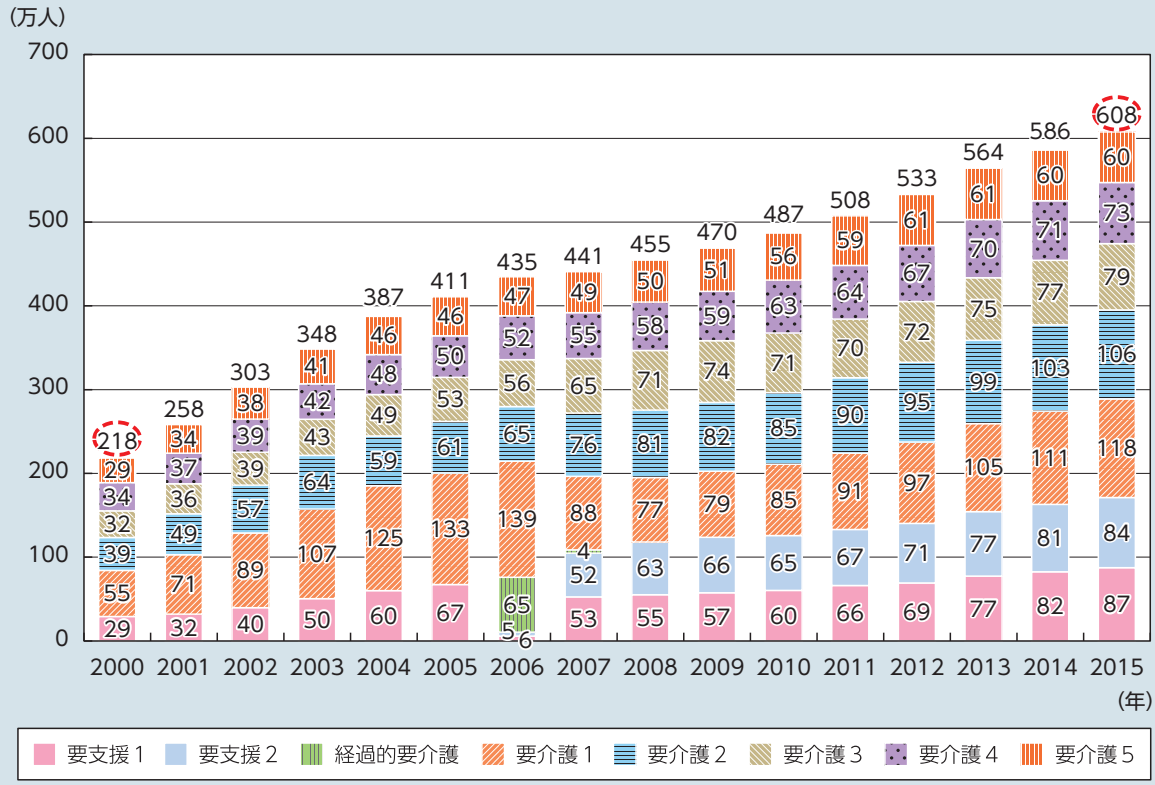
将来においても、高齢化のさらなる進展に伴い、要介護（要支援）認定者数や認知症患者数は増加していくことが見込まれていることから、要介護状態や認知症になっても安心して生活できる社会の構築が必要となる。

図表1-1-13 主な死因別に見た死亡者数の推移



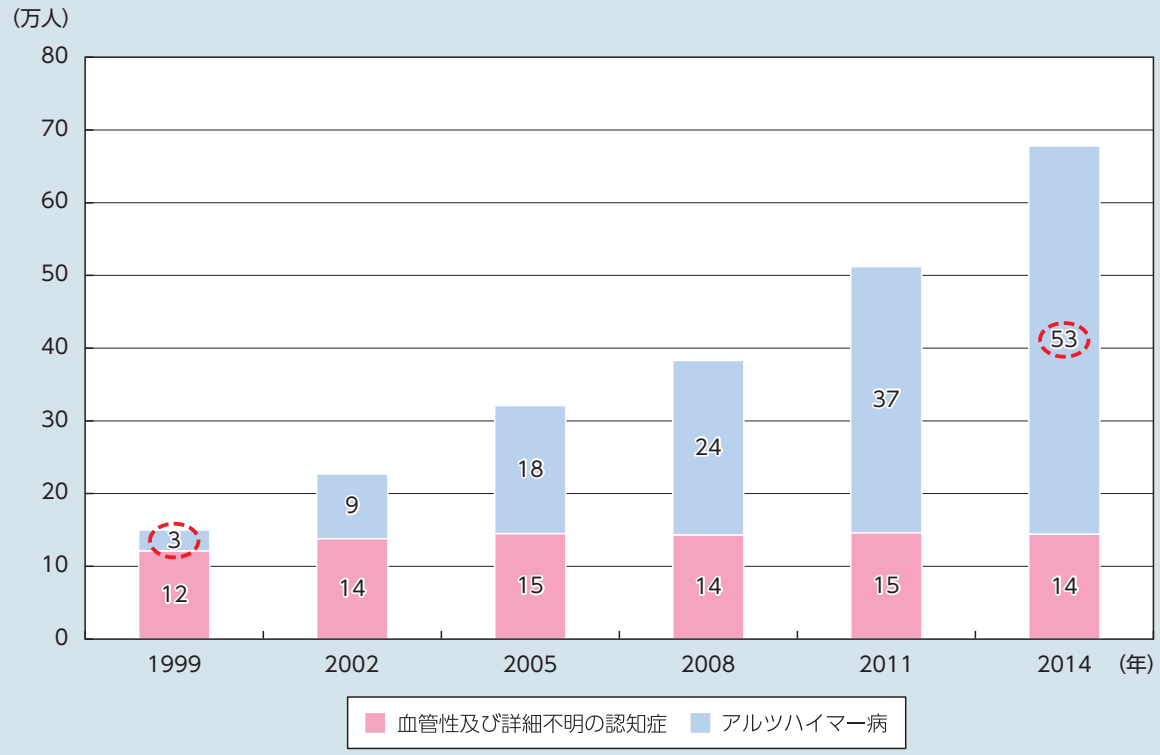
資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」
(注)　2014年までは確定数、2015年は概数である。

図表1-1-14 要介護（要支援）認定者数の推移



資料：厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」
(注)　1. 各年4月末時点の数値である。
2. 介護保険法改正時（2006年4月1日施行）に要支援認定を受けていた者は、その認定期間の満了まで「経過的要介護」となっている。

図表1-1-15　血管性及び詳細不明の認知症、アルツハイマー病の患者数の推移



資料：厚生労働省政策統括官付保健統計室「患者調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
(注)　1. 2011年は、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である。
2. 患者数とは、調査日現在において、継続的に医療を受けている者（調査日には医療施設で受療していない者を含む。）の数を推計したものである。

第2節　高齢者の暮らしの状況

1 高齢者の居住状況

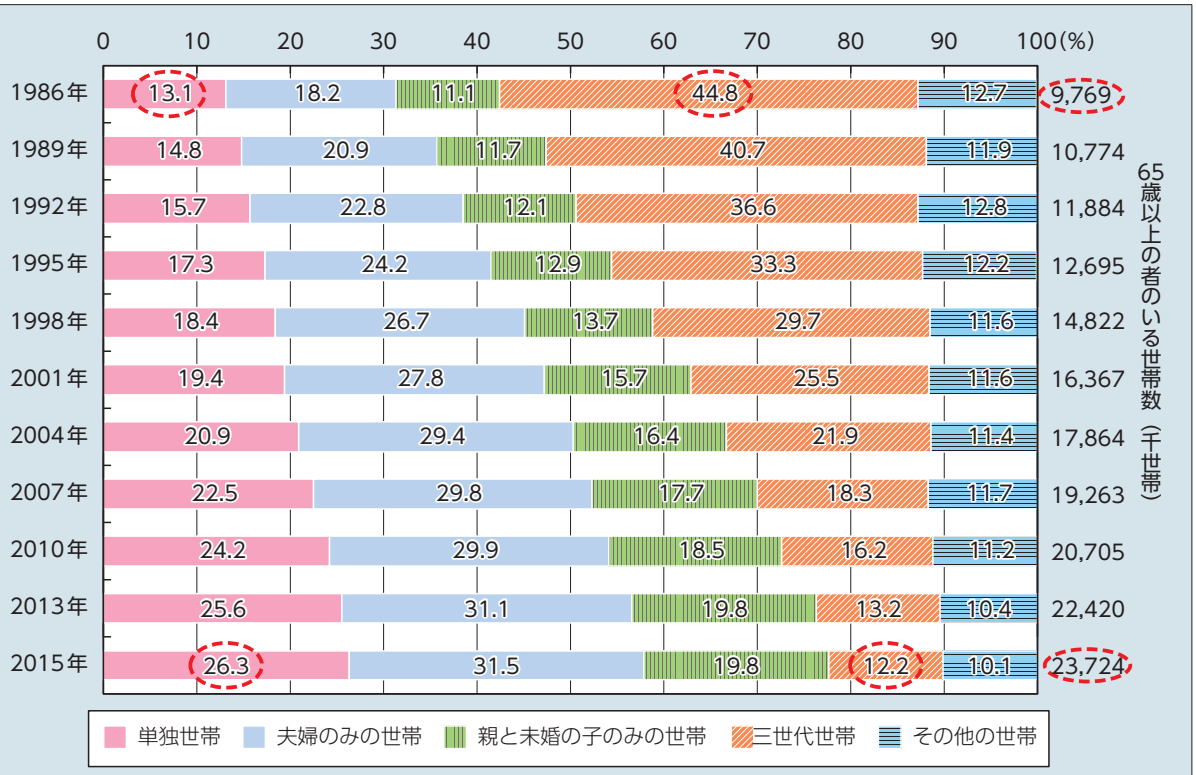
(1) 世帯構成の変化

(高齢者のいる世帯数は、約30年前に比べて2倍以上に増加。「単独世帯」は全世帯の4分の1を占め、「夫婦のみ世帯」と合わせると半数を超える状況)

厚生労働省「国民生活基礎調査」によると、1986（昭和61）年時点で976万9千世帯であった我が国の65歳以上の高齢者のいる世帯数は、2015（平成27）年時点では2,372万4千世帯へとおよそ30年間で2倍以上増加した。

65歳以上の高齢者のいる世帯について、世帯構造別の構成割合の推移を見てみると、1986年時点では、三世代世帯が全体のおよそ半数近くを占めていたが、その後、一貫して減少し、2015年では12.2%となっている。一方で、1986年時点で13.1%であった単独世帯の構成割合は、その後、一貫して上昇し、2015年では全世帯の約4分の1が単独世帯となっており、夫婦のみ世帯と合わせると半数を超える状況となっている（図表1-2-1）。

図表1-2-1 世帯構造別に見た65歳以上の者のいる世帯数の構成割合の推移

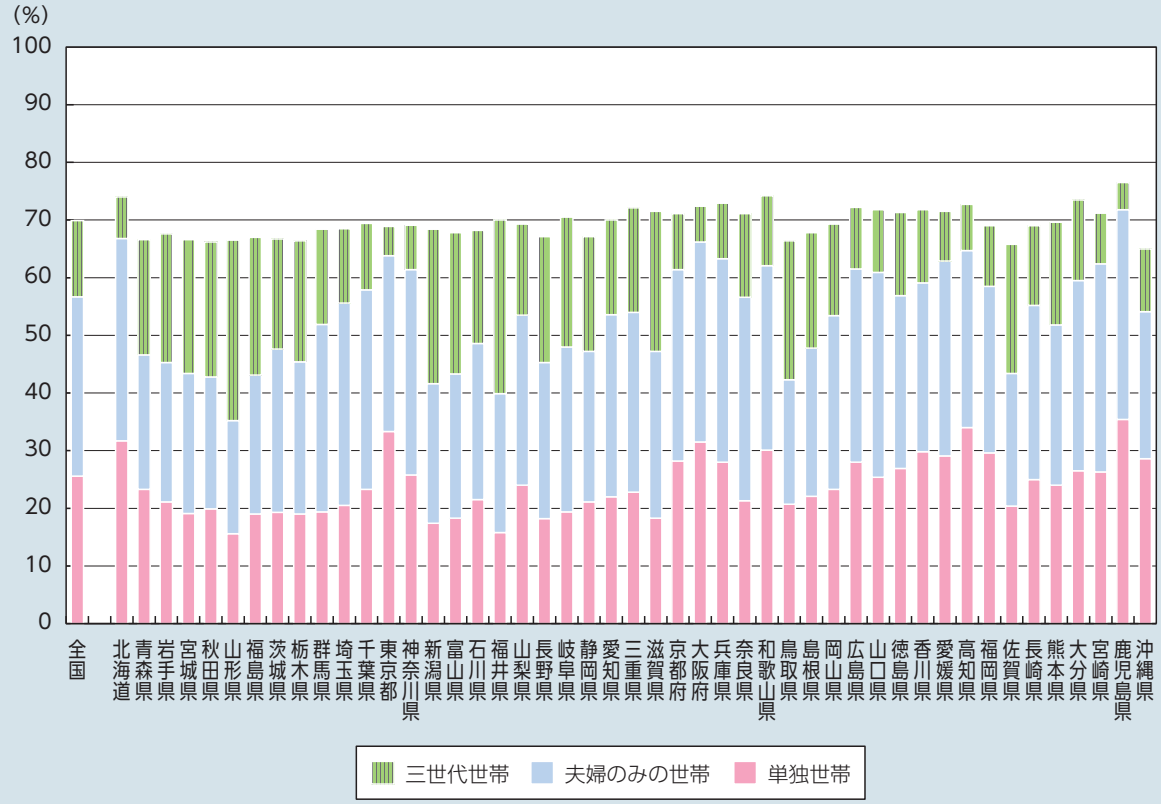


資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室「国民生活基礎調査」
（注） 1. 1995年の数値は、兵庫県を除いたものである。
2. 「親と未婚の子のみの世帯」とは、「夫婦と未婚の子のみの世帯」及び「ひとり親と未婚の子のみの世帯」をいう。

（「単独世帯」・「夫婦のみ世帯」の割合は、東北・北陸地方で低く、西日本や都市部では高い傾向）

次に、2013（平成25）年における65歳以上の者のいる世帯数に占める単独世帯、夫婦のみ世帯及び三世代世帯の構成割合を都道府県別に示したのが**図表1-2-2**である。おおまかな傾向でいうと、東北・北陸地方では三世代世帯の割合が高く（単独世帯及び夫婦のみの世帯の割合は低く）、西日本や都市部では三世代世帯の割合が低く（単独世帯及び夫婦のみの世帯の割合は高く）なっている。

図表 1-2-2　都道府県別に見た、65歳以上の者のいる世帯数に占める単独世帯、夫婦のみの世帯及び三世代世帯の構成割合

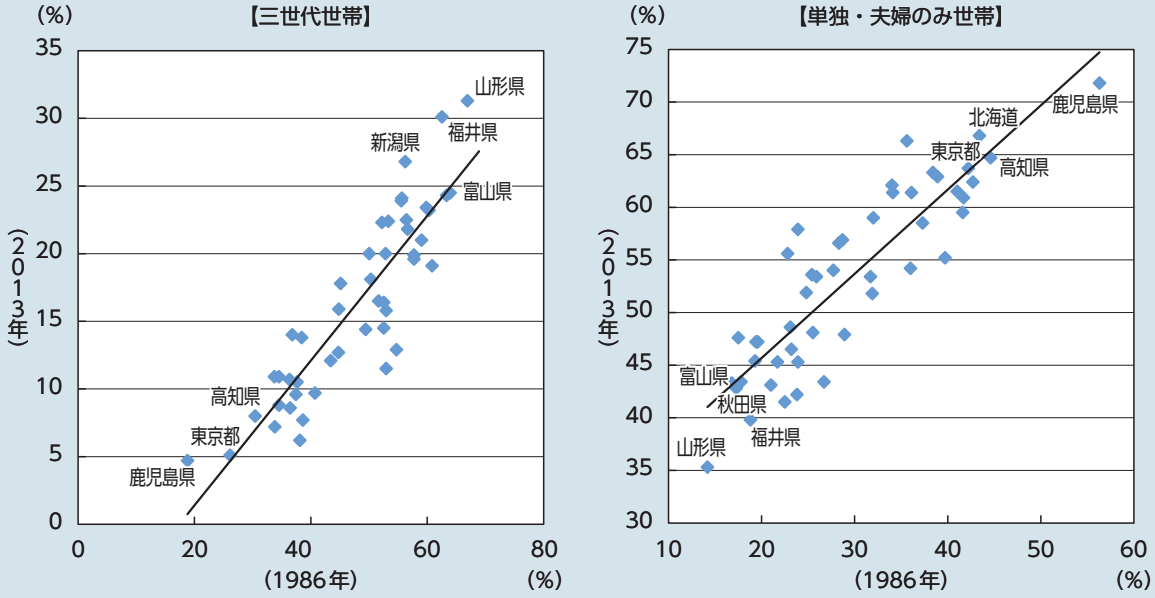


資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室「国民生活基礎調査」(2013年)

(約30年前と比較して、全ての都道府県で「単独」・「夫婦のみ世帯」の割合は増加。ただし、三世代世帯の割合は東北・北陸地方で高く、西日本や都市部では低い傾向は大きく変わっていない)

こうした地域別の傾向は、1986年と比較しても大きな変化は起きていない。**図表1-2-3**は、「三世代世帯」及び「単身・夫婦のみ世帯」の割合について、2013年の割合を縦軸、1986年の割合を横軸にとって描いた都道府県別の散布図であるが、これを見ると、時代の変化とともに全ての都道府県において、「三世代世帯」の割合は低く（「単独・夫婦のみ世帯」の割合は高く）なっているものの、東北・北陸地方では三世代世帯の割合が高く（単独世帯及び夫婦のみの世帯の割合は低く）、西日本や都市部では三世代世帯の割合が低い（単独世帯及び夫婦のみの世帯の割合は高い）傾向そのものに変化は起きていないことが見てとれる。

図表1-2-3 65歳以上の者のいる世帯数に占める「三世代世帯」及び「単独・夫婦のみ世帯」の割合（1986年・2013年）



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」

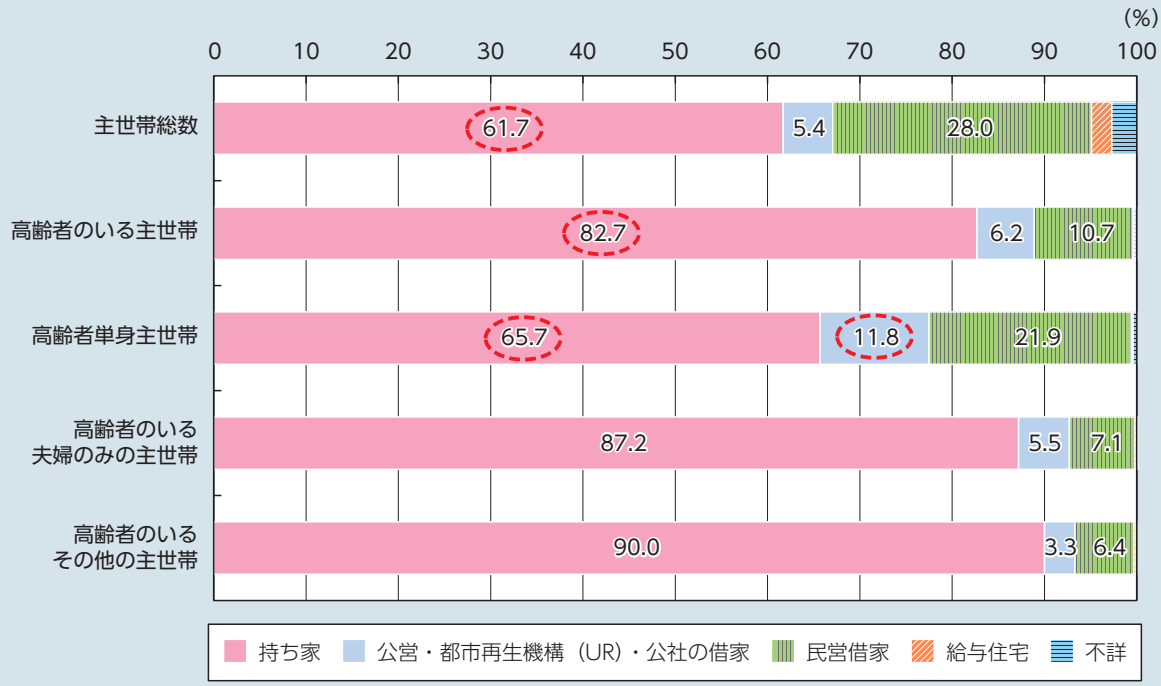
(2) 住宅の所有状況

(高齢者のいる世帯の８割以上が持ち家に居住。ただし、高齢者単身世帯では６割代と相対的に持ち家の割合は低い)

総務省「住宅・土地統計調査」で居住している住宅の所有の関係について見てみると、65歳以上の高齢者のいる主世帯では、持ち家が8割を超えており、主世帯全体（61.7%）に比べ、持ち家の割合が高くなっている。

一方で、高齢者のいる主世帯について、世帯構造別に住宅の所有の関係を見てみると、高齢者のいる夫婦のみの主世帯や高齢者のいるその他の主世帯では、9割近くが持ち家に居住しているのに対し、高齢者単身主世帯では、持ち家が6割代となっており、借家の割合が1／3を超えている。また、主世帯全体では民営借家の割合が多いのに対し、高齢単身主世帯では公営・都市再生機構（UR）・公社の借家の割合が多くなっている（**図表1-2-4**）。

図表1-2-4　世帯構造別に見た住宅の所有の関係別割合



資料：総務省統計局「住宅・土地統計調査」(2013年)
(注)　主世帯とは、住居と生計を共にしている家族や一戸を構えた単身者の内、同居世帯（1つの住宅に2世帯以上居住している世帯の内、家の持ち主や借り主でない世帯）以外の世帯を指す。

2 高齢者の経済状況

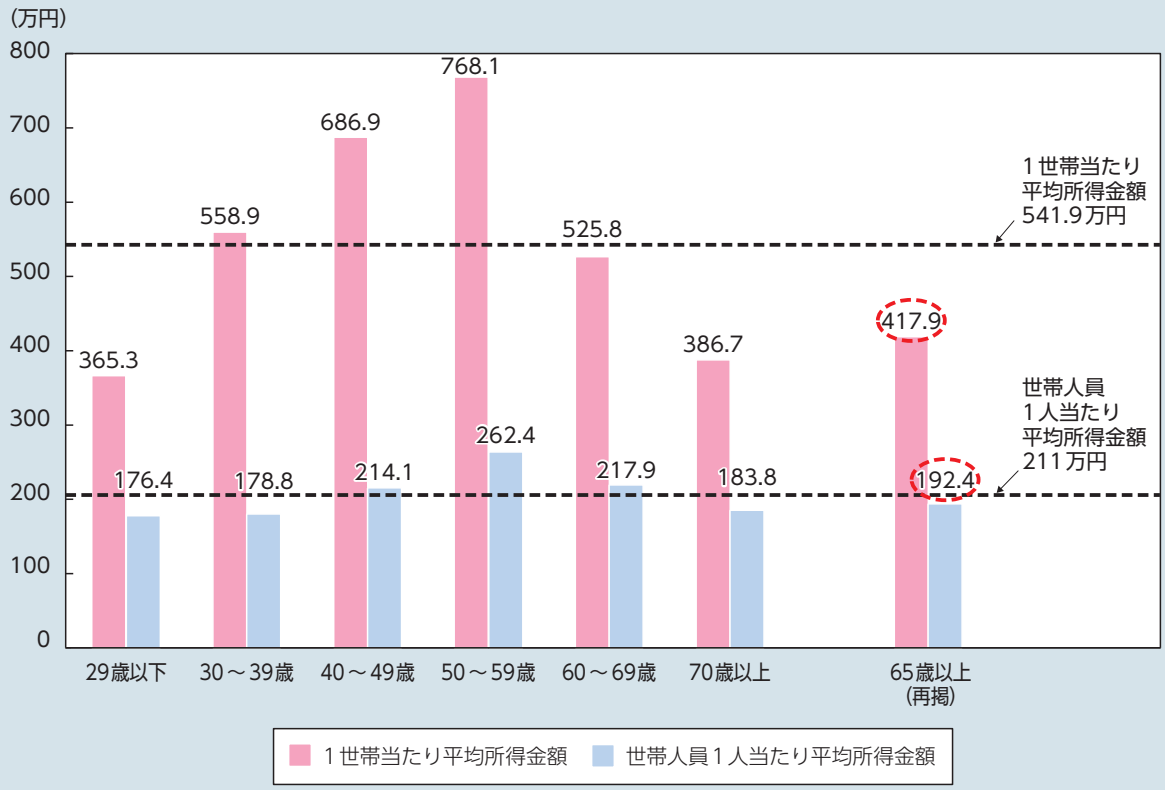
(1) 高齢者の所得

(高齢者の所得の中心は公的年金。世帯主の年齢が高くなるほど所得額に占める公的年金の割合は増加)

厚生労働省「国民生活基礎調査」により、世帯主の年齢階級別に1世帯当たりの平均所得金額を見てみると、世帯主が65歳以上の世帯では417.9万円と全世帯の541.9万円と比較して少ない。ただし、世帯人員1人当たりの平均所得額で見てみると、世帯主が65歳以上の世帯では192.4万円と全世帯の211万円と比較して大きくは変わらない（図表1-2-5）。

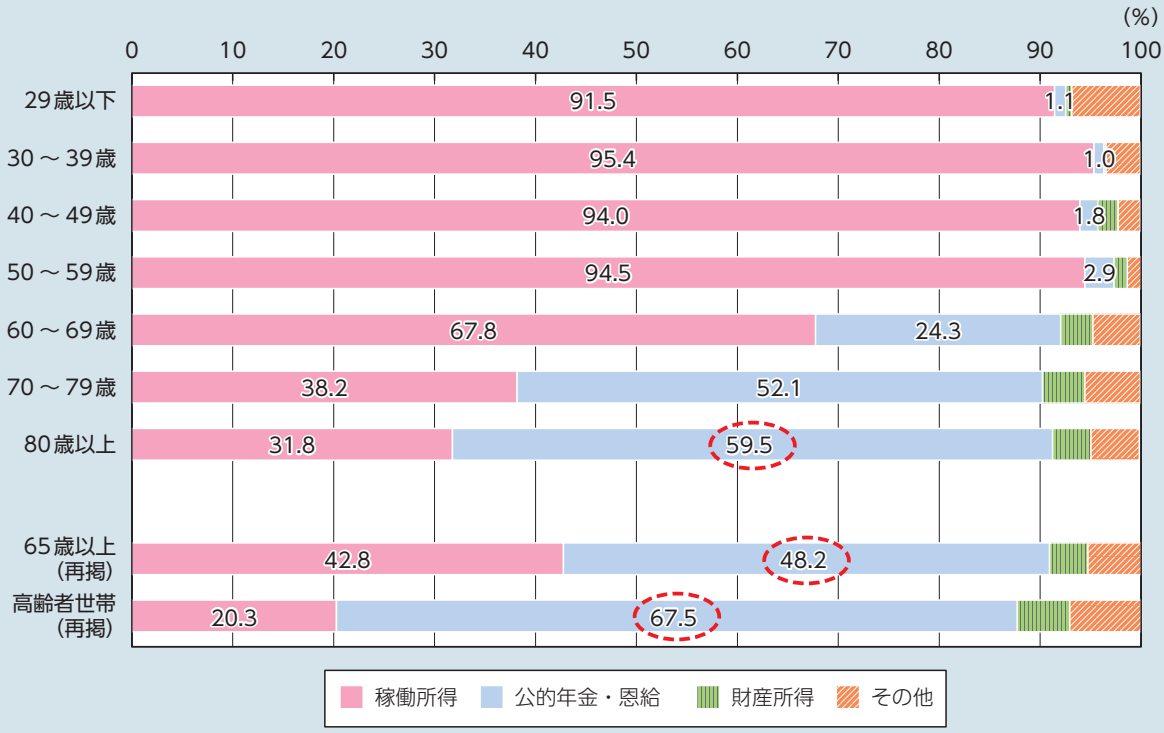
次に、世帯主の年齢階級別に1世帯当たりの平均所得額の構成割合を見てみると、世帯主が60歳未満の世帯では、稼働所得が中心であるのに対し、世帯主が65歳以上の世帯では公的年金・恩給が48.2%ともっとも多くなっている。年齢階級が高くなるほど、平均所得額に占める公的年金・恩給の割合が高くなり、世帯主が80歳以上の世帯ではおよそ6割を占めている。また、高齢者世帯（65歳以上の者のみで構成するか、これに18歳未満の未婚の子が加わった世帯）では、平均所得額に占める公的年金・恩給の割合は7割近くとなっている（図表1-2-6）。

図表1-2-5 世帯主の年齢階級別に見た1世帯当たり及び世帯人員1人当たり平均所得金額



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」(2015年)
(注) 2014年1月1日から12月31日までの1年間の所得。

図表1-2-6 世帯主の年齢階級別に見た所得の種類別1世帯当たり平均所得金額の構成割合



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」(2015年)
(注) 1. 2014年1月1日から12月31日までの1年間の所得。
2. 高齢者世帯とは、65歳以上の者のみで構成するか、これに18歳未満の未婚の子が加わった世帯を指す。

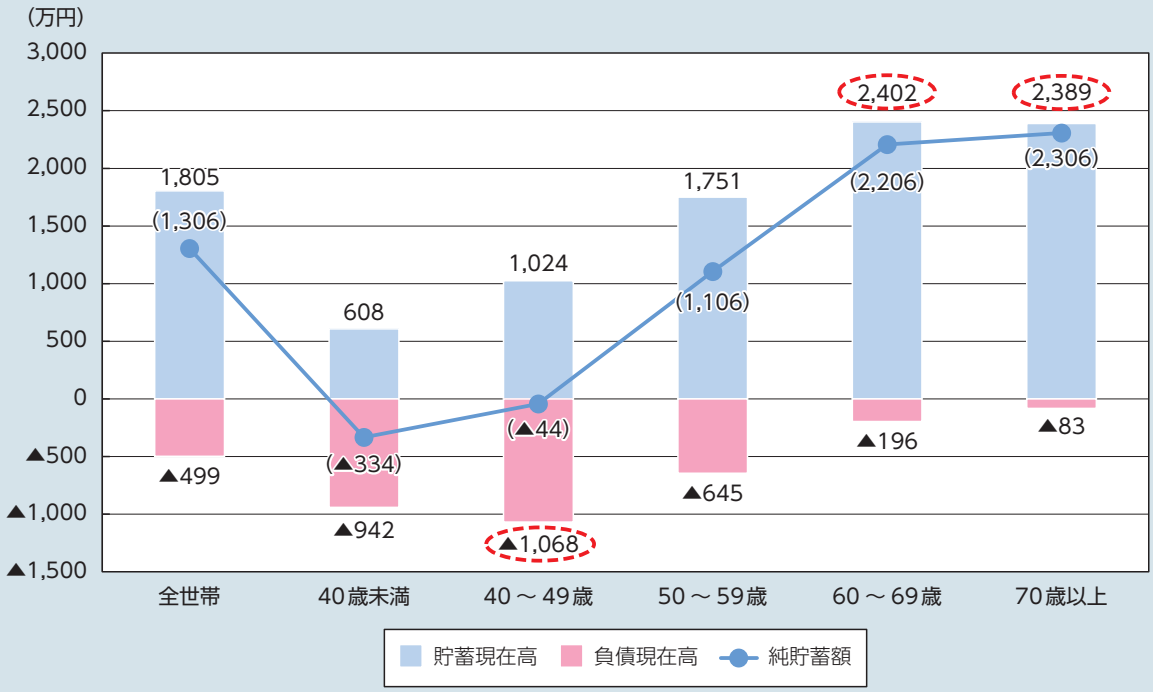
(2) 高齢者の貯蓄

(現役世代と比較して高齢者の貯蓄額は多いが、分布のばらつきが大きい)

総務省統計局「家計調査」により、二人以上の世帯について世帯主の年齢階級別に１世帯当たりの貯蓄現在高の状況を見てみると、年齢階級が高くなるに従い多くなる傾向にあり、60歳以上の年齢階級では2,000万円を超える貯蓄現在高となっている。１世帯当たりの負債現在高の状況を見てみると、40～49歳の1,068万円をピークに、それ以降は年齢階級が高くなるに従って少なくなっており、60歳以上の年齢階級では非常に少なくなっている。

60歳以上の年齢階級では、他の世代と比べて貯蓄現在高が多く負債現在高が少ないため、１世帯当たりの純貯蓄額（貯蓄現在高－負債現在高）は、60歳未満の年齢階級と比較して大きな額を保有していることが分かる（図表1-2-7）。

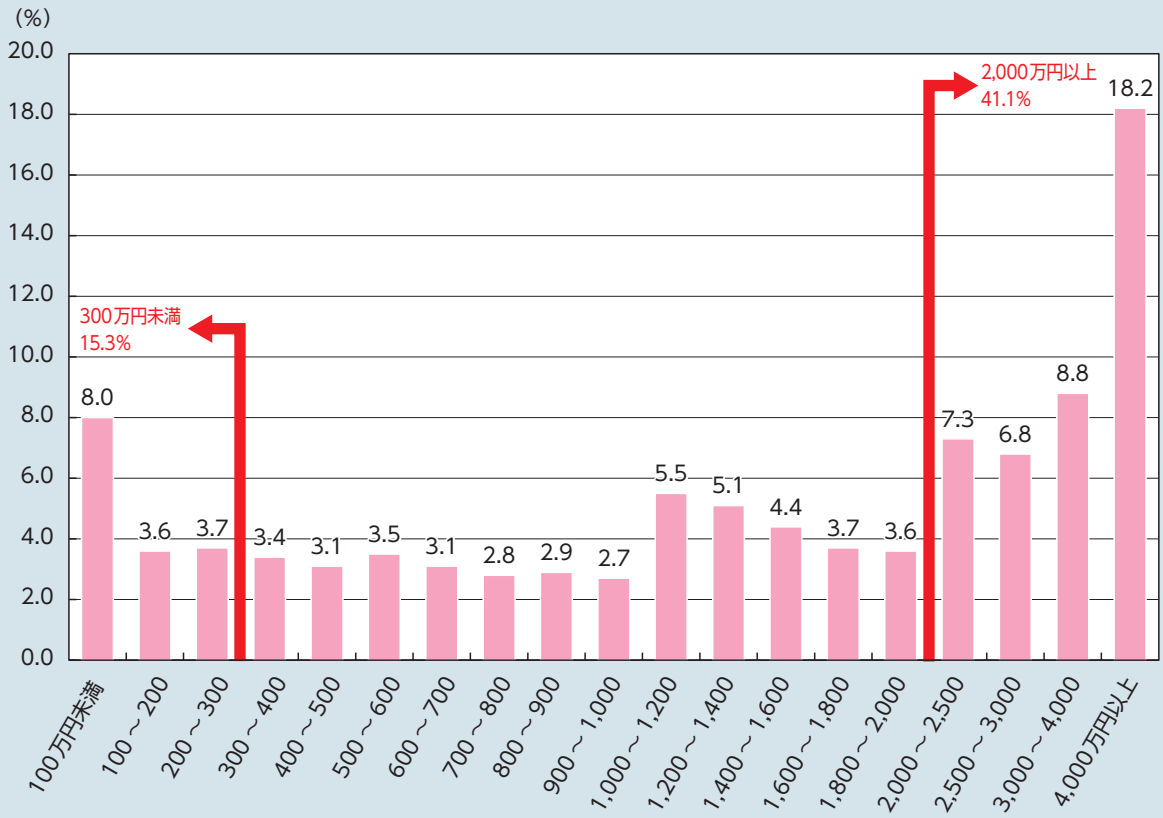
図表1-2-7　世帯主の年齢階級別に見た貯蓄・負債現在高



資料：総務省統計局「家計調査（二人以上世帯）」(2015年)

次に、世帯主が60歳以上の世帯について貯蓄現在高階級別の世帯分布を見てみると、貯蓄額2,000万円以上の世帯が全体の４割強を占めている一方で、貯蓄額300万円未満の世帯も全体の15.3％を占めており、分布のばらつきが大きくなっている（図表1-2-8）。

図表1-2-8 世帯主が60歳以上の世帯の貯蓄現在高階級別世帯分布



資料：総務省統計局「家計調査（二人以上世帯）」(2015年)

(3) 高齢者の生活水準

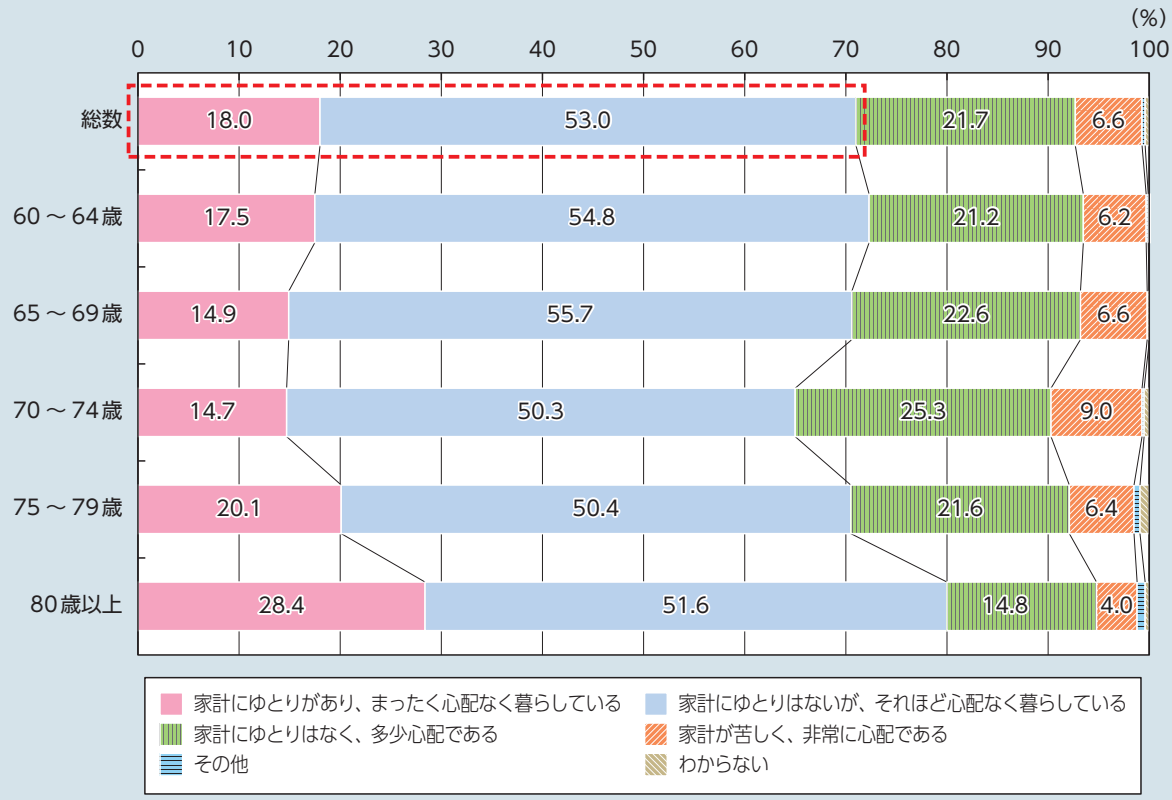
(経済的に心配なく暮らしている高齢者は7割以上。諸外国と比較しても経済的に困っていないと感じている高齢者の割合は高い)

これまで見てきたとおり、我が国の高齢者はその他の世代に比べて貯蓄額は多く持ち家率も高いことから、平均的に見れば、それなりの生活水準が維持出来ているといえる。

60歳以上の高齢者の経済的な暮らし向きについて、内閣府が実施した「高齢者の経済生活に関する意識調査」でも、「心配ない」(「家計にゆとりがあり、まったく心配なく暮らしている」と「家計にゆとりはないが、それほど心配なく暮らしている」の計）と感じている高齢者の割合は全体で7割を超えており、80歳以上では80.0%と高い割合になっている（図表1-2-9）。

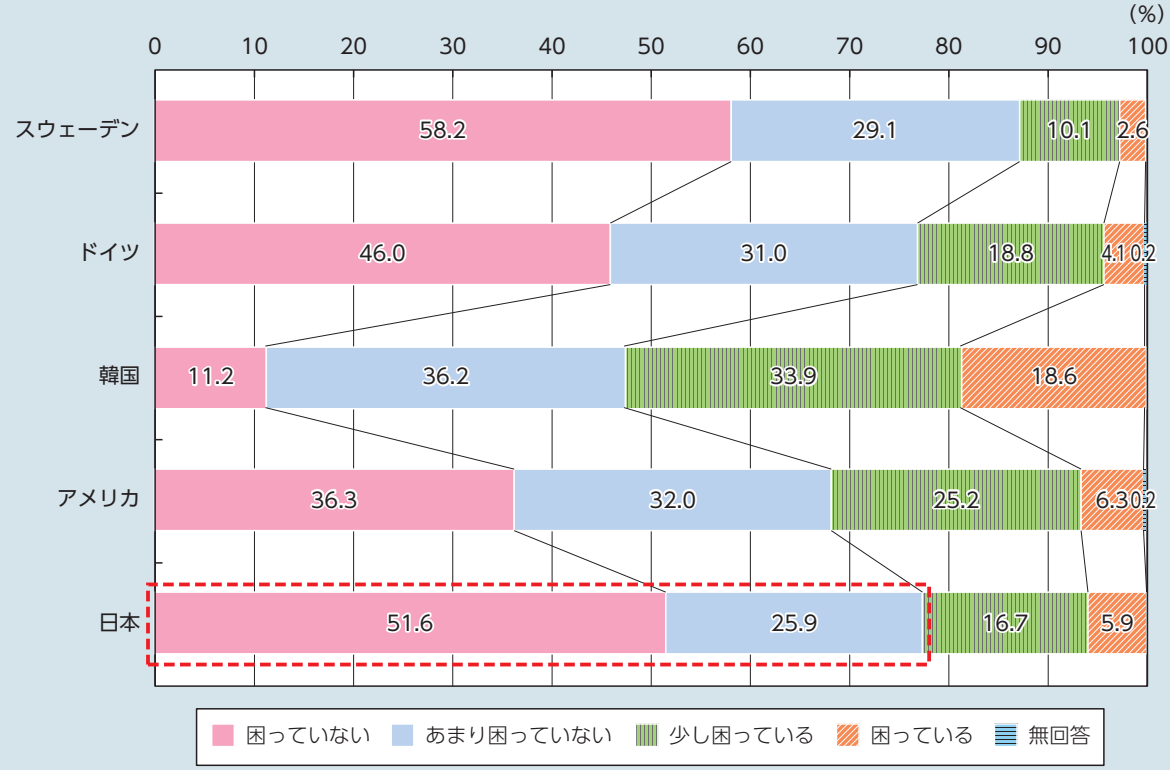
また、高齢者の経済的暮らしについて、内閣府が実施した「高齢者の生活と意識　第8回国際比較調査」で諸外国と比較をしてみても、経済的に困っていないと感じている高齢者の我が国の割合は高い（図表1-2-10）。

図表1-2-9　高齢者の暮らし向き



資料：内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査」(2011年)
(注)　対象は60歳以上の男女

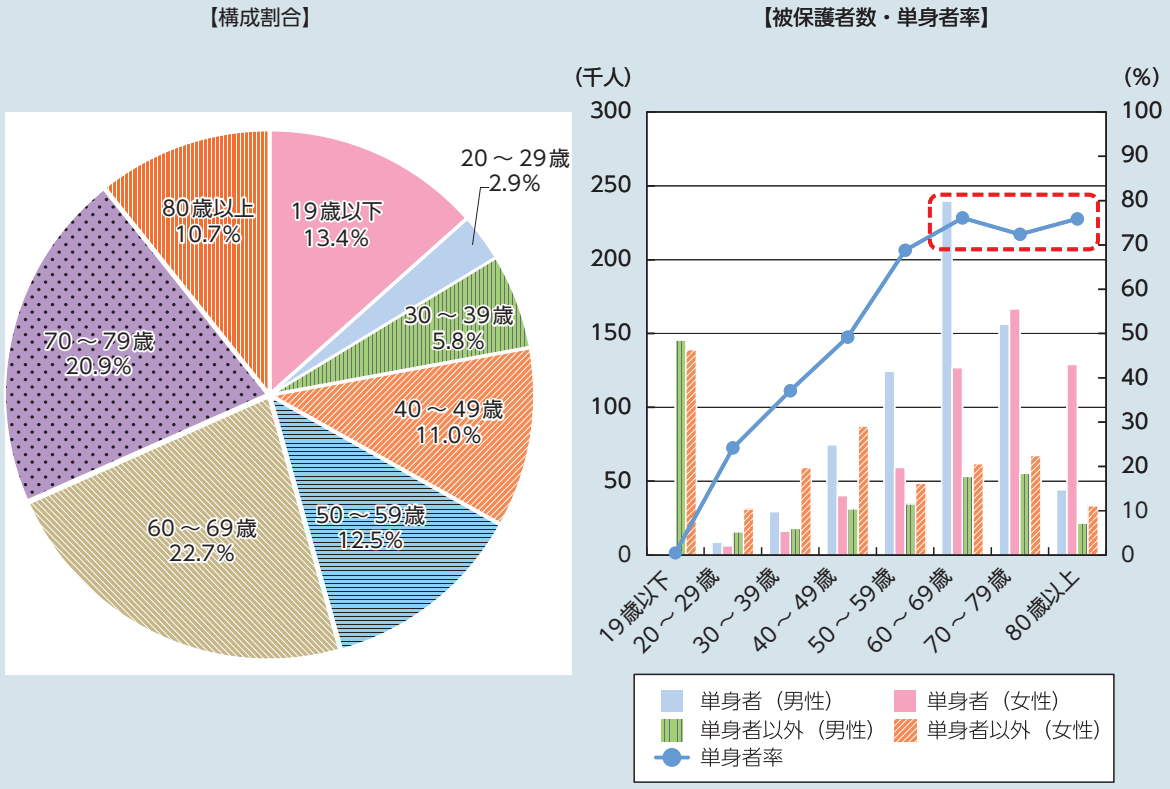
図表1-2-10　高齢者の経済的な暮らし向き（国際比較）



資料：内閣府「高齢者の生活と意識　第８回国際比較調査」(2015年)
(注)　1. 対象は60歳以上の男女
2. 韓国については、直近で調査が行われた「高齢者の生活と意識　第７回国際比較調査」(2010年）の結果を計上している。

一方で、年齢階級別に生活保護受給者数の構成割合を見ると、受給者総数に占める60歳以上の高齢者の割合は5割を超えている。また、年齢階級別に生活保護受給者数について単身者と単身者以外で分けて状況を見てみると、年齢階級が高くなるに従い、生活保護受給者数に占める単身者の割合（単身者率）は高くなる傾向にあり、60歳以上の年齢階級では7割を超えている（図表1-2-11）。

図表1-2-11 年齢階級別にみた被保護者の状況



資料：厚生労働省社会・援護局「被保護者調査」（2014年）
（注） 単身者率とは、年齢階級別の被保護人員に占める単身者の割合。

3 高齢者の社会参加

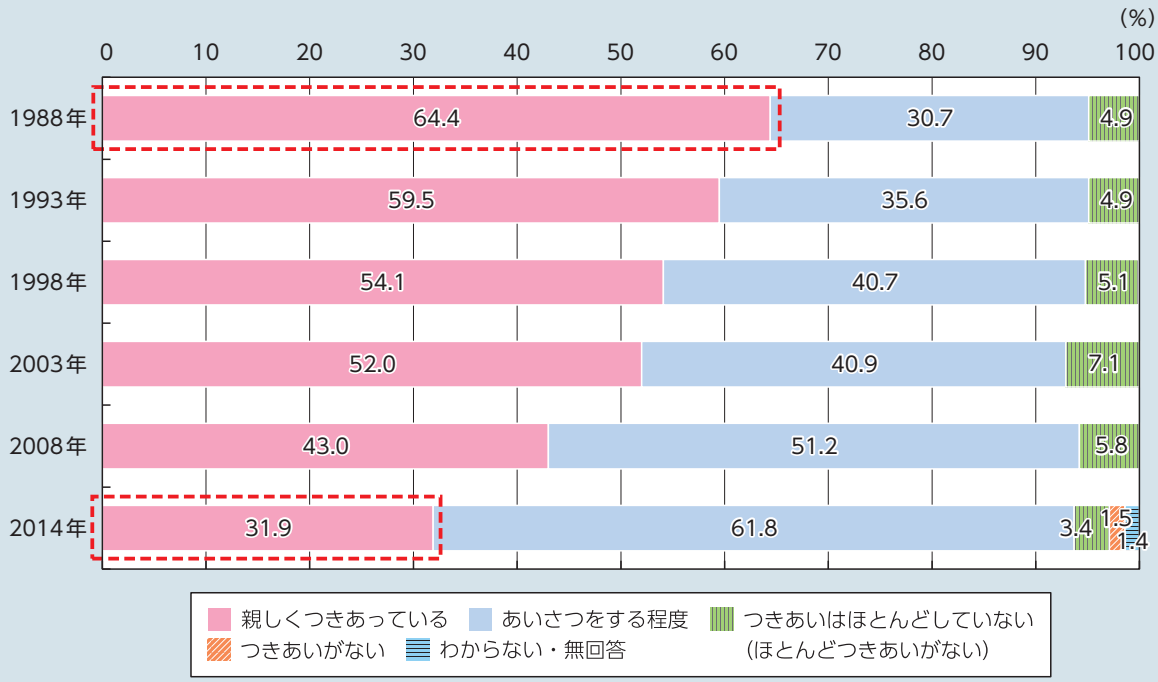
（高齢者の近所の人たちとの交流は年々減少。都市規模が大きいほど近所の人たちとの交流が少なくなる傾向）

（1）高齢者の近所づきあい

内閣府が実施した意識調査をもとに、60歳以上の高齢者の近所の人たちとの交流について見てみると、「親しくつきあっている」と回答した割合は、年々減少しており、1988（昭和63）年には64.4%と6割を超えていたものが、2014（平成26）年には31.9%と半分以下にまで減少している。（図表1-2-12）。

また、都市規模別に見てみると、都市規模が大きいほど近所の人たちとの交流が少ない傾向にあり、特に大都市では22.8%と低い割合となっている（図表1-2-13）。

図表1-2-12　高齢者の近所の人たちとの交流

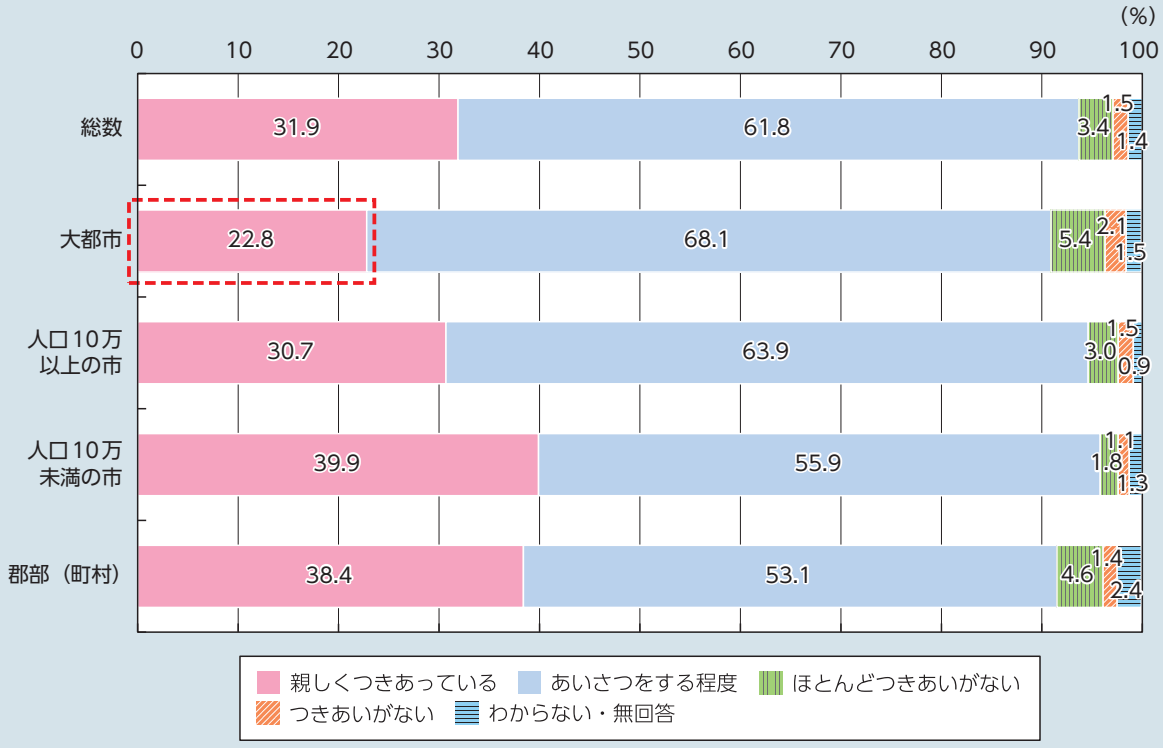


資料：2008年以前：内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」、2014年：内閣府「高齢者の日常生活に関する意識調査」

(注)　1. 対象は60歳以上の男女

2. それぞれの調査における選択肢は以下のとおり。
高齢者の地域社会への参加に関する意識調査：「親しくつきあっている」、「あいさつをする程度」、「つきあいはほとんどしていない」
高齢者の日常生活に関する意識調査：「親しくつきあっている」、「あいさつをする程度」、「ほとんどつきあいがない」、「つきあいがない」、「わからない」、「無回答」

図表1-2-13　都市規模別に見た高齢者の近所の人たちとの交流



資料：内閣府「高齢者の日常生活に関する意識調査」(2014年)

(注)　1. 対象は60歳以上の男女

2. 大都市とは、東京都区部と政令指定都市を指す。

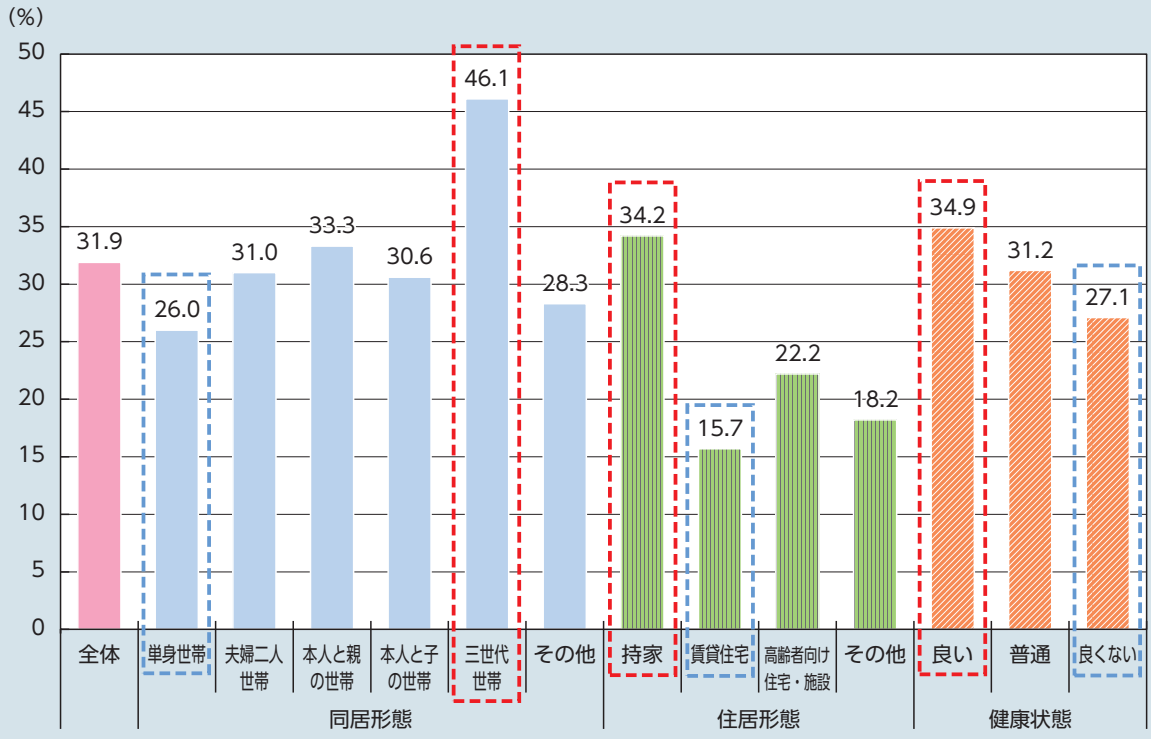
（近所付き合いの程度は、「単身世帯」、「賃貸住宅」で低い。また、近所の人たちと親しくつきあっている人ほど、健康状態は良い傾向）

さらに、属性別に近所の人たちと親しくつきあっている人の割合を示したのが図表1-2-14である。まず、同居形態別で見てみると、親しくつきあっている人の割合は、「三世代世帯」で高く「単身世帯」で低くなっている。特に「三世代世帯」では46.1％と全体の31.9％と比較して高い割合となっている。

次に、住居形態別で見てみると、親しくつきあっている人の割合は、「持家」で高く「賃貸住宅」で低くなっている。特に「賃貸住宅」では15.7％と全体の半分に満たない割合となっている。なお、図には示していないが、「持家」でも集合住宅で所有している人の割合で見ると14.0％と低い割合となっている。

また、近所の人たちと親しくつきあっている人ほど、健康状態が良い傾向であることも見てとれる。

図表1-2-14　属性別に見た近所の人たちと親しくつきあっている人の割合



資料：内閣府「高齢者の日常生活に関する意識調査」（2014年）
（注）　1. 対象は60歳以上の男女
　　2. 「三世代世帯」とは、同調査における「本人と子と孫の世帯」のことを指す。

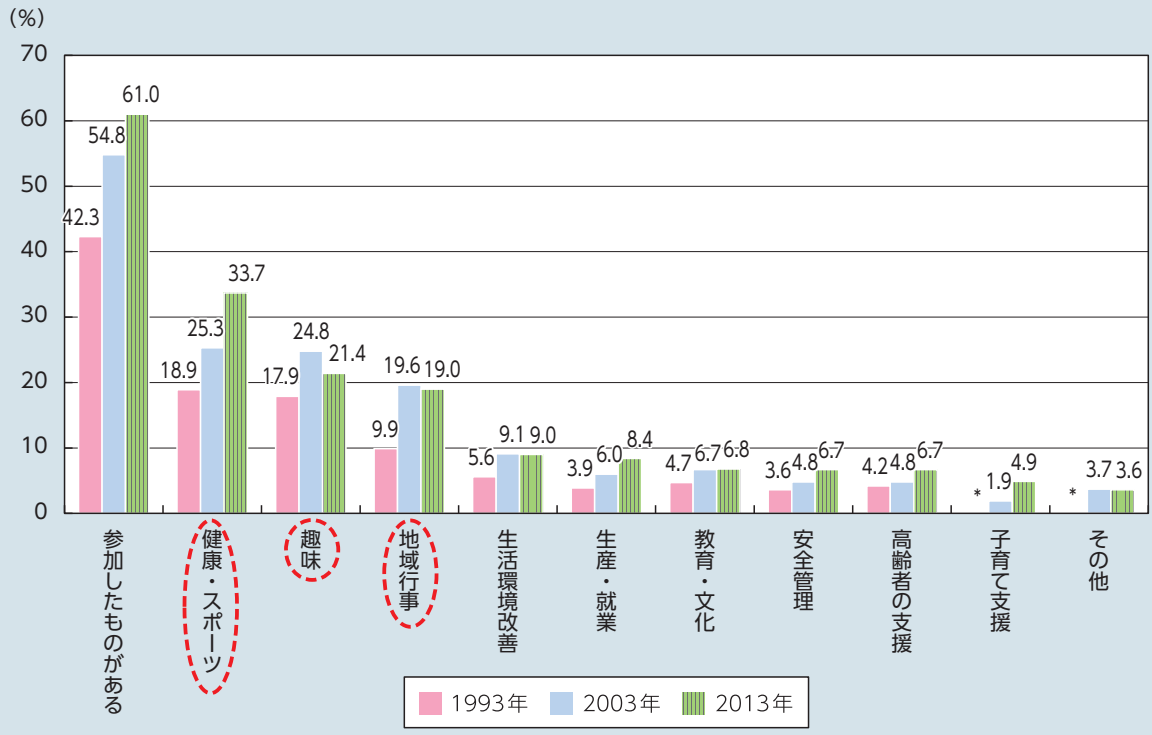
（2）高齢者の社会参加活動の状況

（高齢者の自主的社会活動への参加は年々増加している）

内閣府が実施した「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」より、60歳以上の高齢者の自主的社会活動への参加状況について見てみると、何らか自主的な活動に参加している高齢者の割合は、1993（平成5）年では42.3％であったのが、2003（平成15）年では54.8％、2013（平成25）年では61.0％と年々増加している。

具体的な活動について見てみると、「健康・スポーツ」、「趣味」、「地域行事」の順となっており、特に「健康・スポーツ」は年々増加している（図表1-2-15）。

図表1-2-15　高齢者の自主的社会活動への参加状況



資料：内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」
(注)　1. 対象は60歳以上の男女
　　2. *は、調査時に選択肢がないなどで、データが存在しないもの。

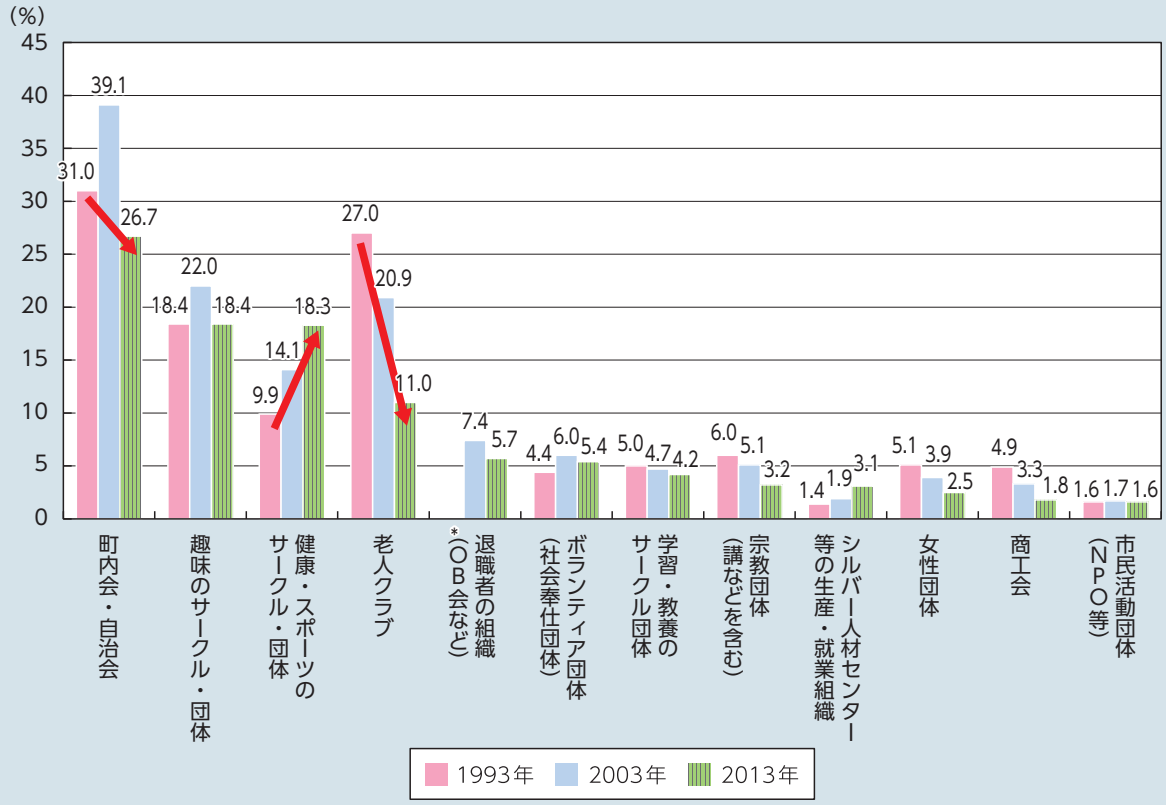
（高齢者が参加している団体は、「町内会・自治会」が最も多い。ただし、「町内会・自治会」や「老人クラブ」といった伝統的な地域組織への参加は1993年と比べて減少）

次に、高齢者が参加している団体（2013年）について見てみると、「町内会・自治会」が26.7%ともっとも多く、「趣味のサークル・団体」（18.4%）、「健康・スポーツのサークル・団体」（18.3%）、「老人クラブ」（11.0%）と続いている。時系列で見てみると、「健康・スポーツのサークル・団体」への参加は増加している一方で、「町内会・自治会」や「老人クラブ」といった伝統的な地域組織への参加については、1993年と比較して減少している（**図表1-2-16**）。

（「ボランティア団体」、「市民活動団体（NPO等）」に参加したいと考えている高齢者のうち、実際に参加している高齢者はおよそ3割にとどまっている）

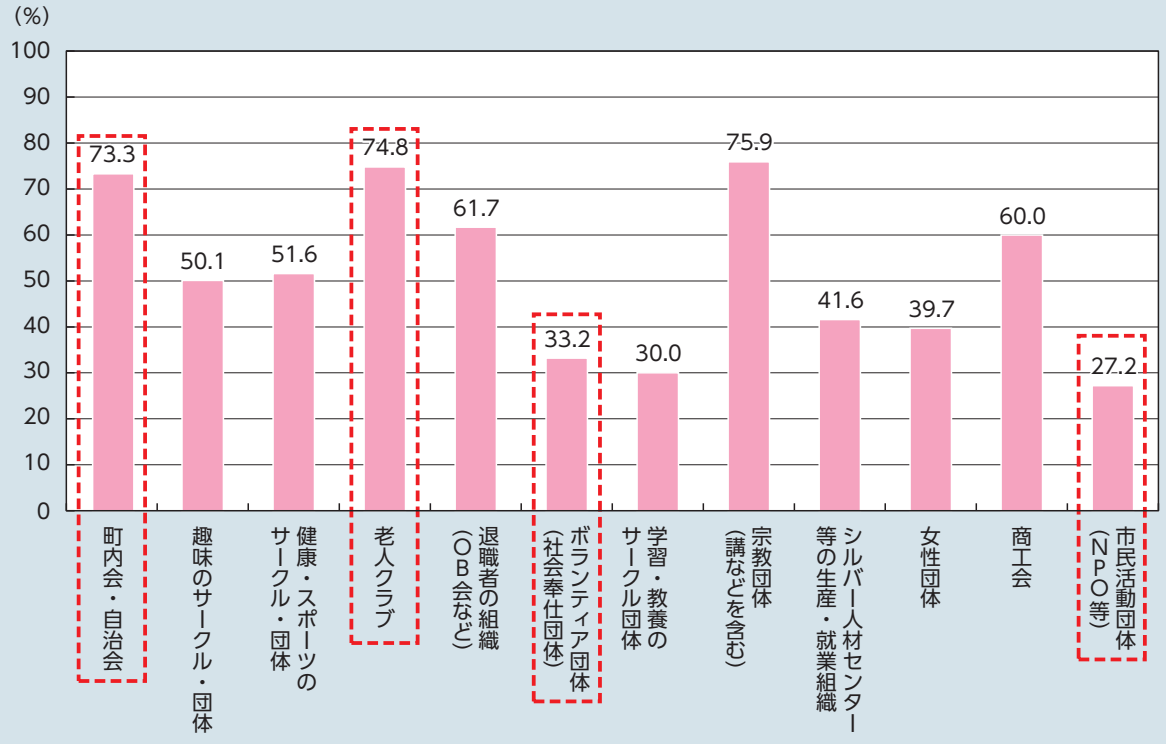
また、団体に参加したいと考えている高齢者のうち、実際に参加している人の割合を団体別に見たものが**図表1-2-17**である。これを見てみると、伝統的な地域組織である「町内会・自治会」や「老人クラブ」では、「参加したい」と考えている人の7割以上が「参加している」と回答している一方で、「ボランティア団体」、「市民活動団体（NPO等）」では「参加したい」と考えている人で「参加している」と回答した人は約3割にとどまっている。地域での活動等に興味を持っている高齢者のうち、その興味が実際の地域活動へと結びついていない実態があることがうかがえる。

図表1-2-16 高齢者の参加している団体



資料：内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」
（注） 1. 対象は60歳以上の男女
2. *は、調査時に選択肢がないなどで、データが存在しないもの。
3. 「その他」や「参加したくない」などの回答を除く。

図表1-2-17 参加したいと回答した団体への参加状況



資料：内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」（2013年）
（注） 1. 対象は60歳以上の男女
2. 「その他」を除く。

第3節　高齢期の就労の状況

我が国における65歳以上人口が総人口に占める割合である高齢化率は、2060（平成72）年には約40%に達すると推計されている。団塊の世代も2012（平成24）年から2014（平成26）年にかけて65歳に到達した。今後、生産年齢人口（15～64歳の人口）の減少が懸念される中で、高齢期における就労は、若者・女性の就労に並び重要な問題である。ここでは、主に65歳以上の者を中心に高齢期における就労の状況について見てみることとする。

1 高齢者の労働力人口

（高齢者の労働力人口は年々増加）

2015（平成27）年の労働力人口[*1]は、6,598万人で、前年に比べ11万人の増加となった。

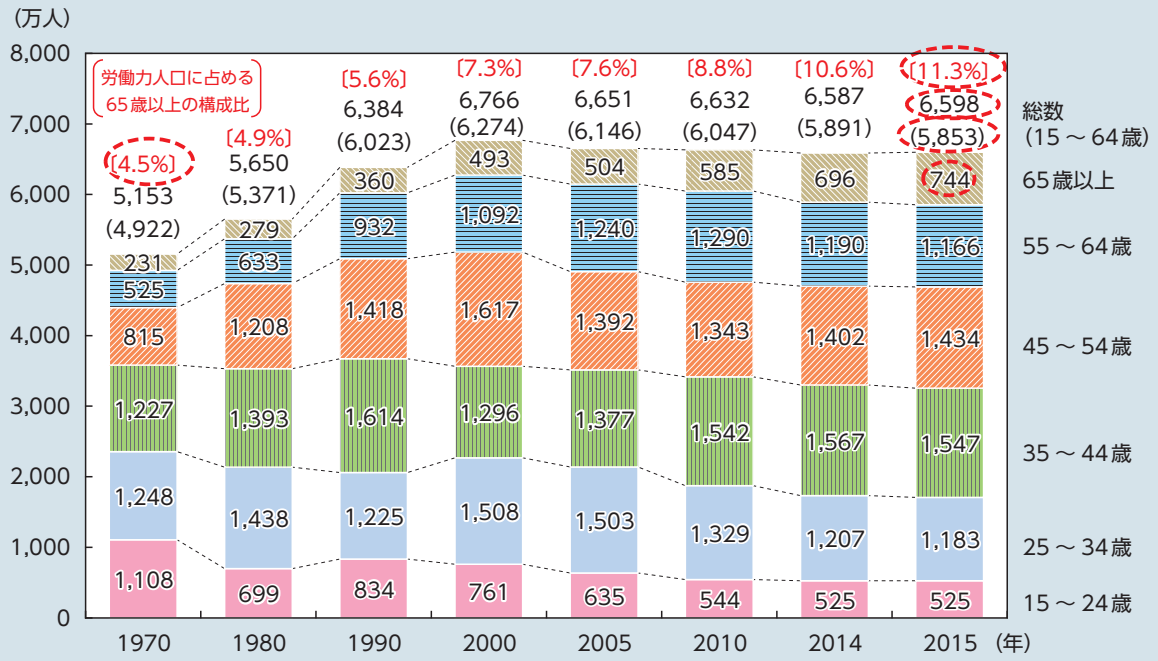
15～64歳（生産年齢人口に当たる年齢）の労働力人口は5,853万人と前年に比べ38万人の減少となっているのに対し、65歳以上の労働力人口は744万人と前年に比べ48万人の増加となっており、65歳以上の労働力人口の増加が総数を押し上げたことがうかがえる。

また、遡って1970（昭和45）年当時と2015年の労働力人口総数に占める65歳以上労働力人口の割合を比較すると、4.5%から11.3%とおよそ2.5倍に増えており、人口構成の高齢化と同じく、労働力人口の構成においても高齢化の傾向が見てとれる（**図表1-3-1**）。

労働力人口比率[*2]を2005（平成17）年と2015年で比較して見てみると、10年の間で特に60～69歳において上昇が見られる。男性で60～64歳は70.3%から78.9%、65～69歳は46.7%から54.1%に上昇している。なお、女性は60～69歳に限らず、全体として上昇が見られる（**図表1-3-2**）。

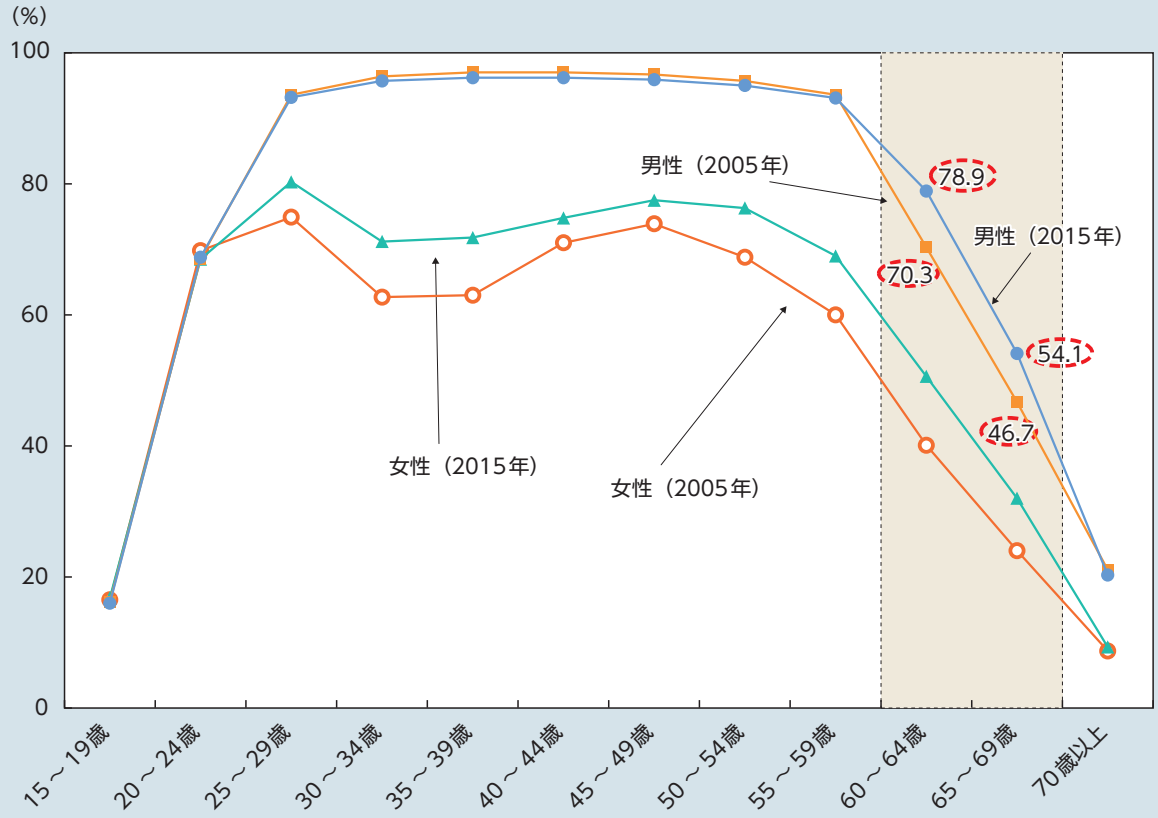
＊1　「労働力人口」とは、15歳以上人口のうち，「就業者」と「完全失業者」を合わせたものをいう。
＊2　「労働力人口比率」とは、15歳以上の人口に占める「労働力人口」の割合をいう。

図表1-3-1 労働力人口の推移



資料：総務省統計局「労働力調査」(基本集計)
(注) 1. 「労働力人口」とは、15歳以上の人口のうち、「就業者」と「完全失業者」を合わせたものをいう。
2. 1970年は、沖縄県を含まない。

図表1-3-2 年齢階級別労働力人口比率の比較



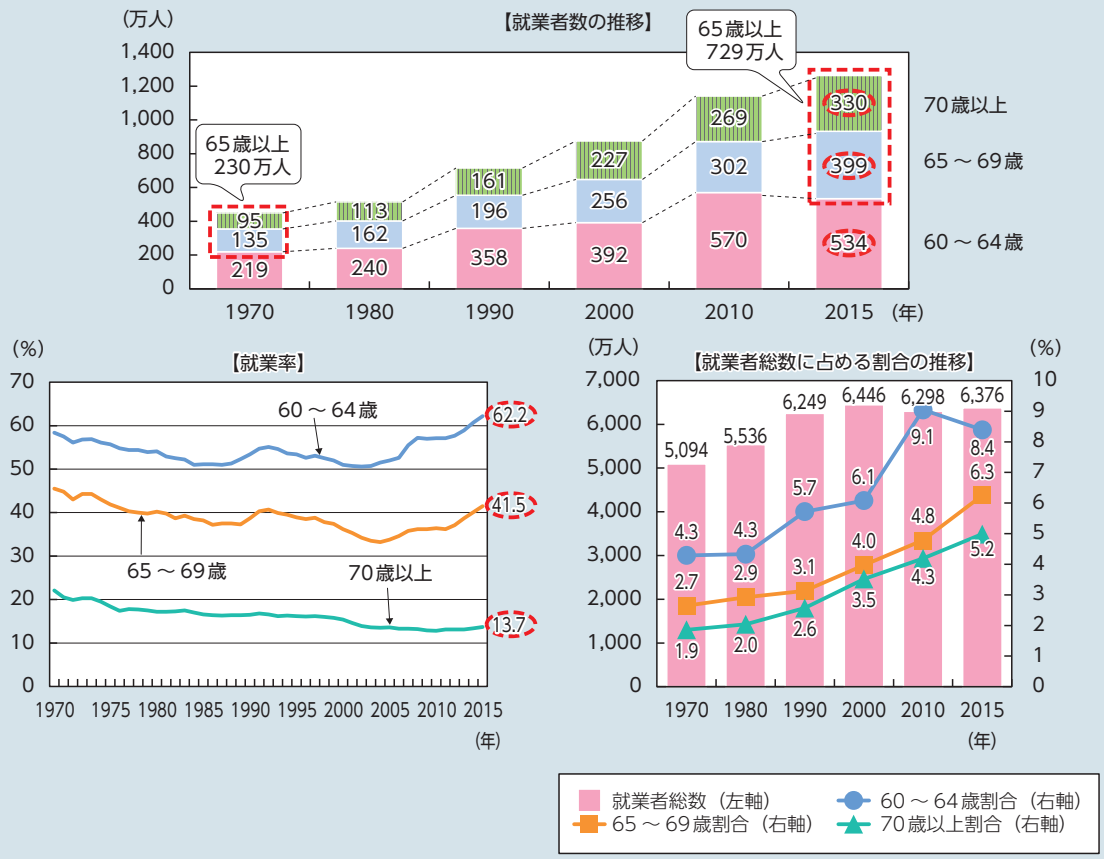
資料：総務省統計局「労働力調査」(基本集計)
(注) 各年齢階級の人口に占める「労働力人口」の割合。

2 高齢者の就業者数と就業率

（高齢者の就業者数は年々増加、60歳以上の男性の就業率は各国と比較して高水準）

2015（平成27）年の60歳以上の就業者数（就業率）について見てみると、60～64歳は534万人（62.2%）、65～69歳は399万人（41.5%）、70歳以上は330万人（13.7%）となっている。60～64歳層は、高年齢者雇用確保措置の導入が義務付けられた2006（平成18）年以降、就業率が上昇している（高年齢者雇用確保措置については、後述）。65歳以上の就業者数は、1970（昭和45）年に230万人であったが、2015年には729万人と3倍以上に増加しており、就業者総数に占める割合も上昇傾向にある（図表1-3-3）。

図表1-3-3　就業者数と就業率などの推移

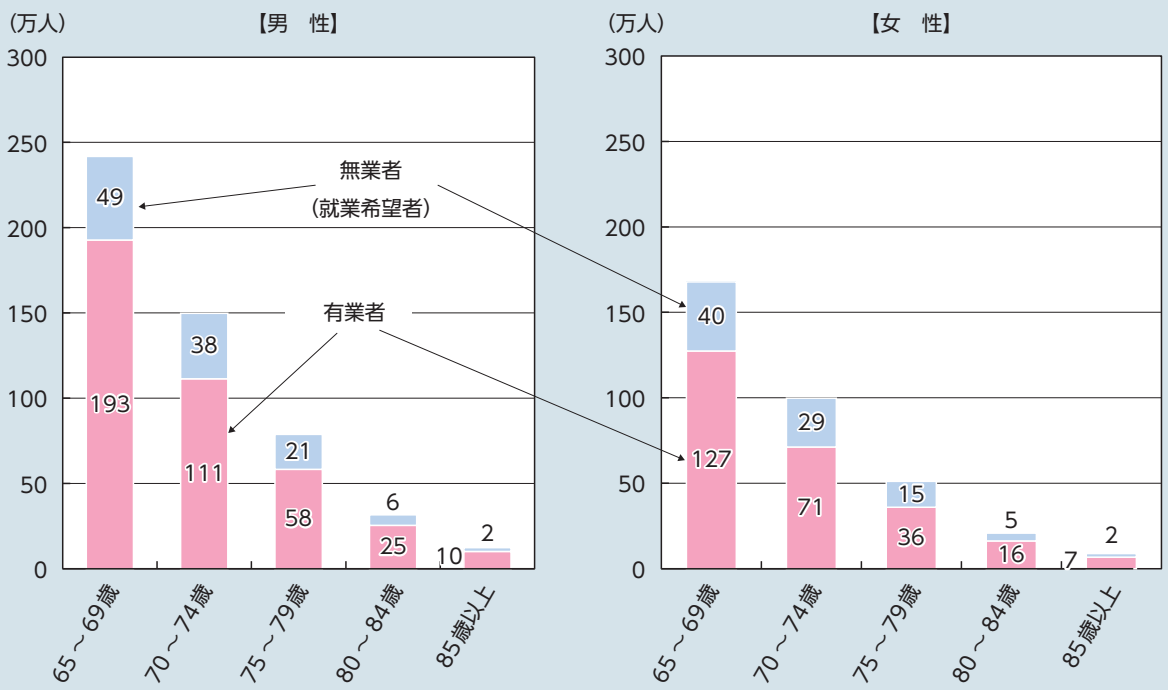


資料：総務省統計局「労働力調査」（基本集計）
（注）1. 1970年は、沖縄県を含まない。
2. 2011年は、補完推計値を使用している。

また、現在は働いていないが、就職を希望している者も多い。65歳以上の男女で就業希望がありながら就業できていない者は合計で207万人にのぼる（図表1-3-4）。

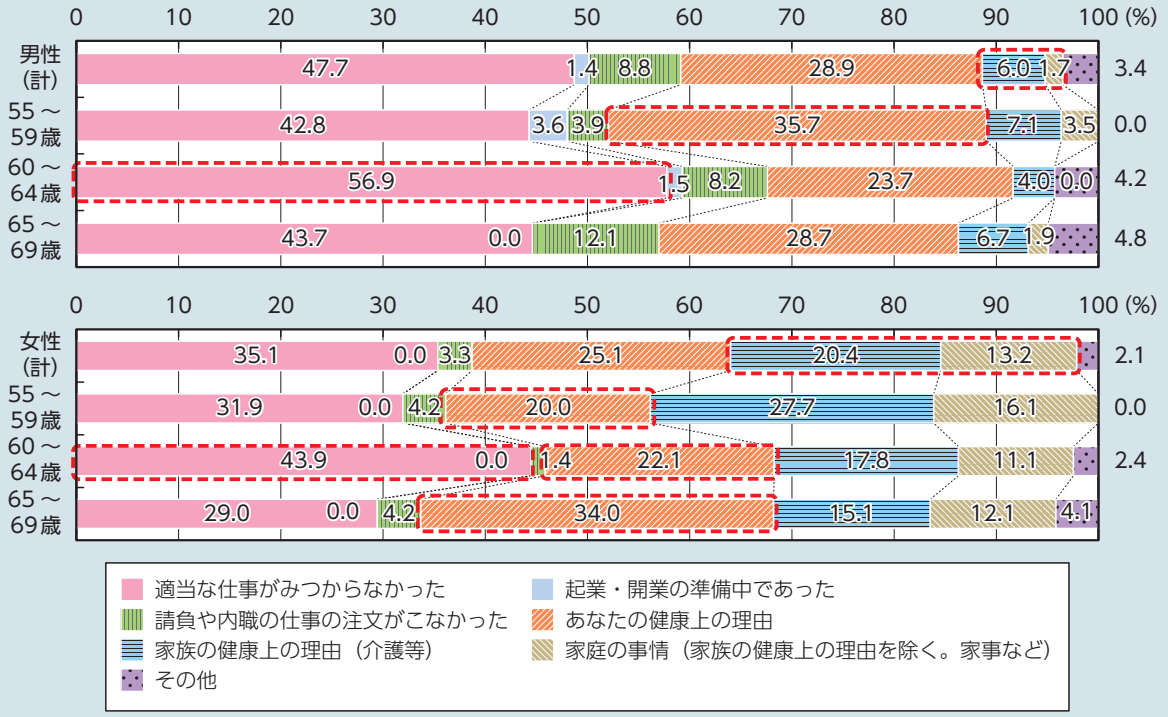
別の調査ではあるが、就業希望者の仕事に就けなかった理由について性・年齢階級別に見てみると、男女ともいずれの年齢階級でも「適当な仕事がみつからなかった」が最も多いが、60～64歳でその割合が高い。「あなたの健康上の理由」は男性が55～59歳で最も割合が高いのに対して女性では年齢階級が高くなるほど増加している。女性では「家族の健康上の理由（介護等）」や「家庭の事情（家族の健康上の理由を除く。家事など）」が男性に比べ高い（図表1-3-5）。

図表1-3-4 有業者数と就業希望者数



資料：総務省統計局「就業構造基本調査」(2012年)
(注) 就業希望者とは、普段仕事をしていない「無業者」のうち、何か収入になる仕事をしたいと思っている者

図表1-3-5 仕事につけなかった主な理由（性・年齢階級別）



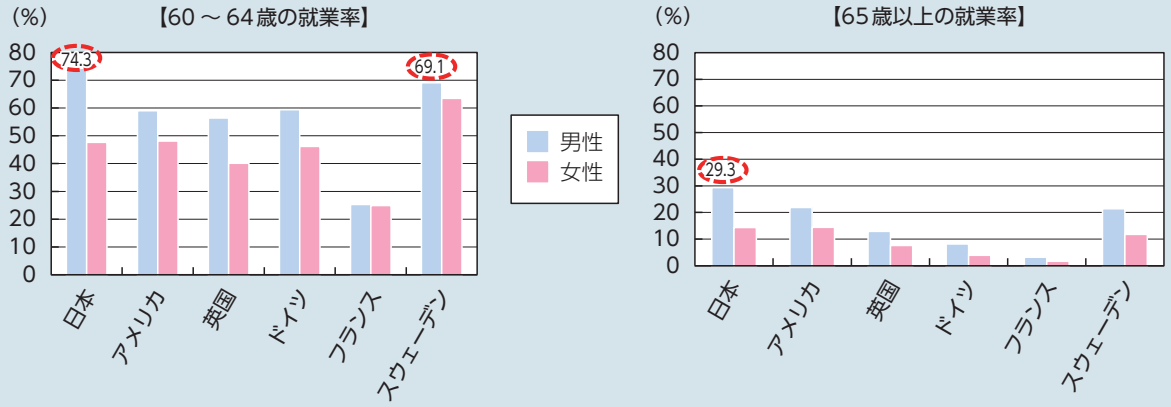
資料：(独) 労働政策研究・研修機構「高年齢者の雇用・就業の実態に関する調査」(2010年7月)
(注) 1. 全国の55～69歳の男女を対象。
2. 「仕事をしたいと思いながら仕事につけなかった」に「仕事につけなかった主な理由はなんですか」と尋ねたもの。
3. 無回答は省略している（総数について無回答率は1.5%）。

ここまでみてきたように、我が国の高齢者の就業率は、近年は上昇傾向にあるが、国際的にみても高水準にある。就業率について各国と比較して見てみると、我が国の60～64

歳の男性の就業率は、74.3%とスウェーデン（69.1%）と同水準であり、65歳以上でも29.3%と高い水準にある。

また、各国の主な雇用対策を見てみると、年齢を理由にした差別を禁止している点で共通している。また、フランスは、就業率が低いものの、高齢者の雇用維持施策として世代契約制度を創設し、若年者の雇用創出と高齢者の雇用維持に加え、企業内の円滑な技能継承を目指すなどの取組みを行っている（図表1-3-6）。

図表1-3-6　就業率の国際比較（2014年）と高齢者雇用対策等の概況



資料：日本の値は、総務省統計局「労働力調査」（基本集計）
その他の国は、OECD.Statより厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。
（注）　スウェーデンは75歳以上のデータがないため、65～74歳の状況

［主な高齢者雇用対策の概況］

日本	アメリカ	英国	ドイツ	フランス	スウェーデン
・定年を定める場合は、60歳を下回ってはならない。 ・定年制の廃止、定年の引上げ、継続雇用制度の導入のいずれかの措置（高年齢雇用確保措置）の実施義務 ・募集・採用における年齢制限の禁止	・1967年雇用における年齢差別禁止法により、使用者が40歳以上の労働者に対し、年齢を理由とする差別を行うことを禁止している。 ・強制的な定年退職制度は、ごく一部の例外（上層の管理職を退職前に2年間務めた65歳以上の者で、年間44,000ドルの退職年金等を受け取れる者）を除き違法である。	・年齢を理由とする差別は2010年平等法により正当な理由がある場合を除き禁止されている。 ・標準退職年齢は、2011年10月1日に完全に廃止されている（※） ※航空管制官や警察官など、標準退職年齢を設けることについて合理的な理由があることを事業主が立証できる場合には引き続き標準退職年齢を設けることが可能。	・2006年8月に制定された「一般均等待遇法」により原則として雇用及び職業訓練等における年齢を理由とする差別は禁止されている。	・労働法典により、雇用における年齢差別が厳格に禁止されている。 ・高齢者雇用促進措置として、各企業に対して高齢者雇用のための行動計画策定を義務付けている。 ・世代契約制度を創設し、若年者の雇用促進と高齢者の雇用維持の両立かつ企業内の技能継承を目指している。	・雇用保護法において、希望する者に対しては67歳まで雇用を保障することが義務付けられている。 ・差別禁止法により、年齢を理由とする直接・間接の差別的取扱いは禁止されている。

資料：厚生労働省大臣官房国際課「2015年海外情勢報告」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

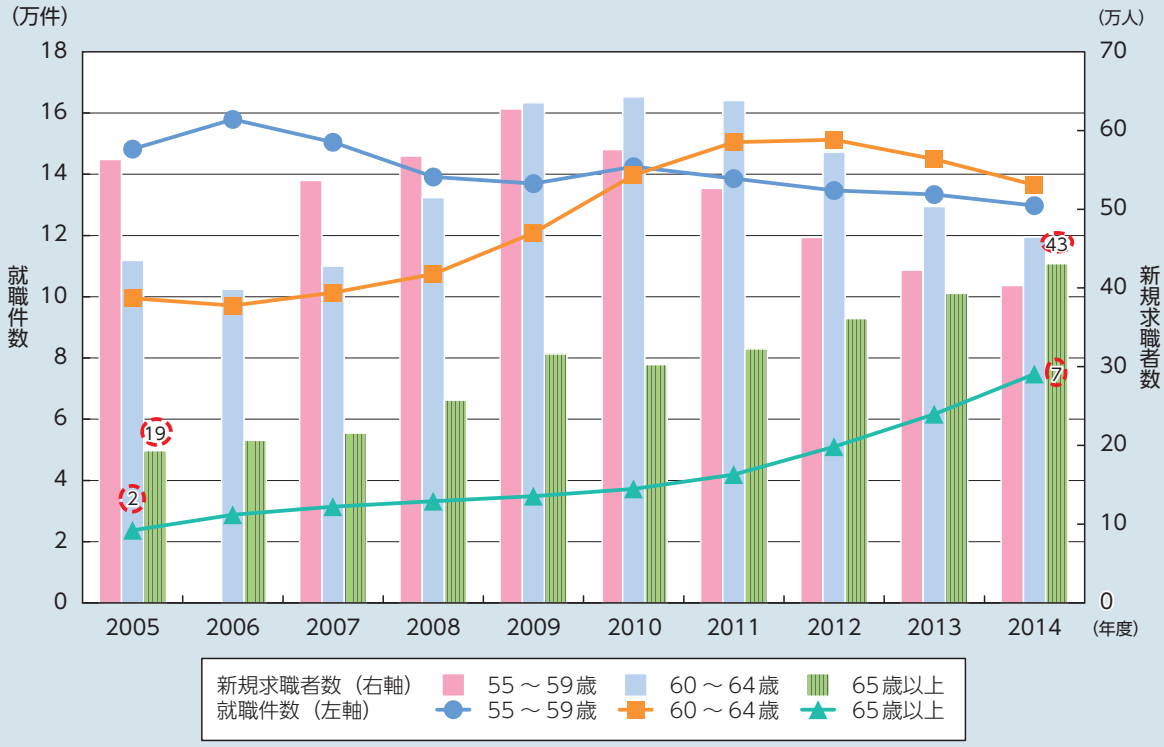
3 ハローワークにおける高齢者

（2005年度と比べると、65歳以上の高齢者の就職件数は3.5倍増加、その新規求職者数は約2倍増加）

ハローワークにおける高齢者の就職状況についても、65歳以上の者については増加の傾向を見せている。就職件数については、2005（平成17）年度の2万人から2014（平

成26）年度には7万人と3.5倍の増加、新規求職者数も2005年度の19万人から2014年度には43万人と2倍以上の増加となっている（図表1-3-7）。

図表1-3-7　ハローワークにおける高齢者の就職状況の推移



資料：厚生労働省職業安定局「職業安定業務統計」
（注）　数値は、パートタイムを含む常用のもの。

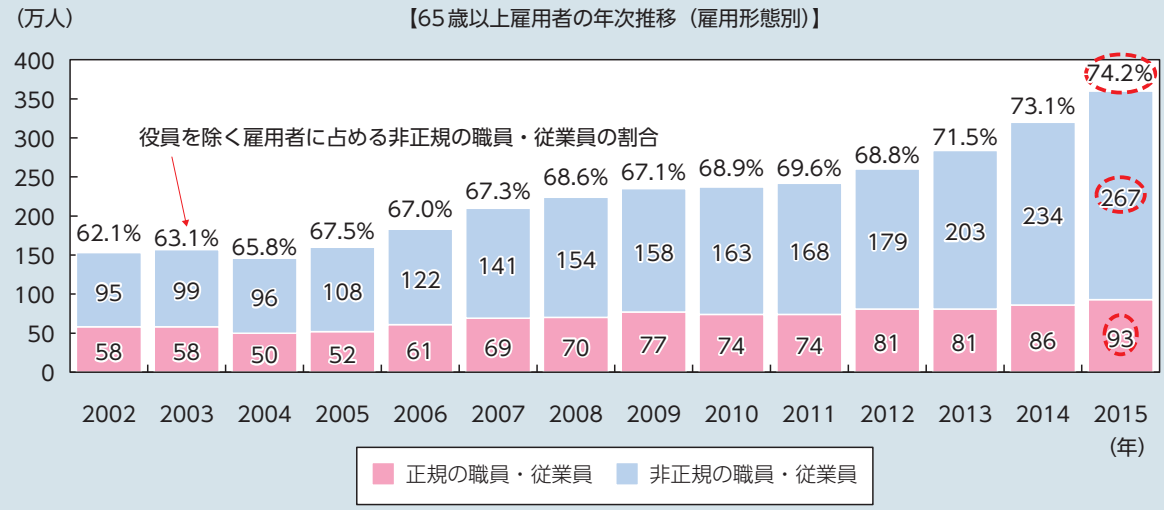
4 高齢者の就業形態

（65歳以上の非正規の職員・従業員の割合が7割以上。その理由は、「自分の都合のよい時間に働きたいから」が最多）

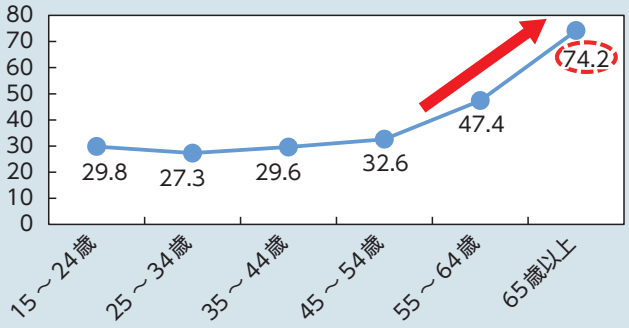
次に、65歳以上の者の役員を除いた雇用者の形態について見てみると、2015（平成27）年の正規の職員・従業員は、前年に比べ7万人増加し93万人、非正規の職員・従業員の数は、前年に比べ33万人増加し267万人、65歳以上の雇用者に占める非正規の職員・従業員の割合は74.2%となっている。雇用者に占める非正規の職員・従業員の割合について年齢階級別に見てみると、高齢になるにつれ、割合が大きく増えていることがわかる。

また、65歳以上の非正規の職員・従業員の雇用者について、現在の雇用形態についた主な理由別にみると、「自分の都合のよい時間に働きたいから」が31.7%と最も高く、次いで「家計の補助・学費等を得たいから」が20.1%、「専門的な技能等をいかせるから」が14.9%などとなっている（図表1-3-8）。

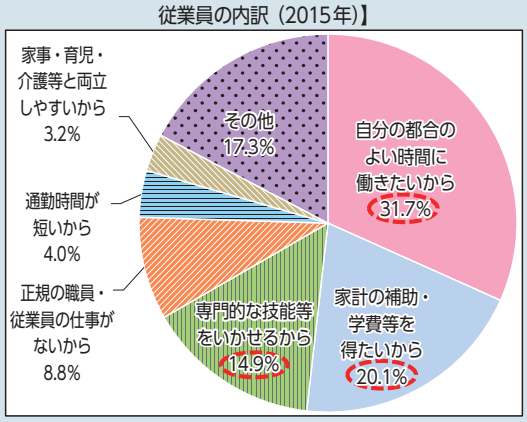
図表1-3-8　雇用形態別でみた雇用者の状況



（注）　1. 2011年は補完推計値を使用している。
2. 役員を除く雇用者の数値である。



（注）　1. 役員を除く雇用者に占める非正規の職員・従業員の割合である。
2. 15～24歳は在学中の者を除いた数値である。

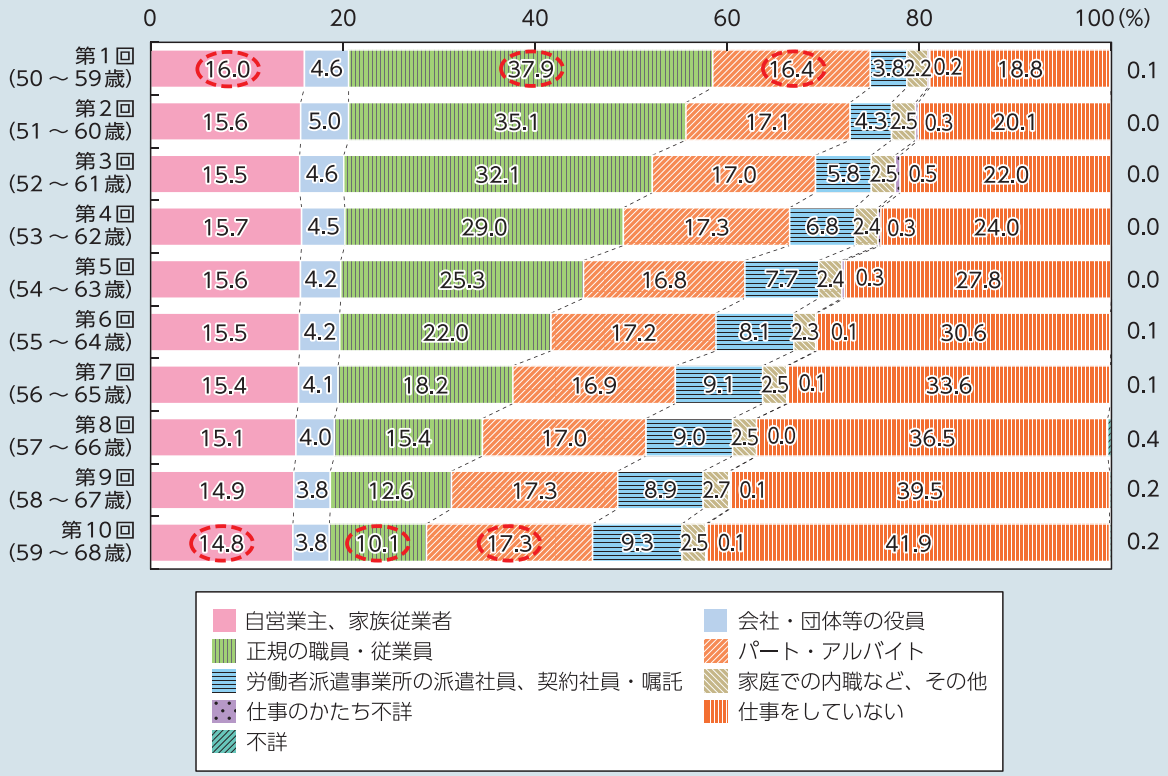


資料：総務省統計局「労働力調査」（詳細集計）

2005（平成17）年10月末現在で50～59歳であった世代の就業状況の変化を追ったのが**図表1-3-9**である。

第1回調査から第10回調査までの就業状況の変化をみると、「正規の職員・従業員」は、第1回の37.9%から第10回の10.1%まで減少している。一方、「自営業主、家族従業者」は、第1回の16.0%から第10回の14.8%、「パート・アルバイト」は、第1回の16.4%から第10回の17.3%とほぼ横ばいの状況である。年齢を重ねるにつれて、「仕事をしていない」割合は増えていくものの、仕事をしている者の中では、「正規の職員・従業員」を除いては大きな変化はなく、「正規の職員・従業員」の割合は相対的に低くなっていく様子がうかがえる。

図表1-3-9 就業状況の変化



資料：厚生労働省政策統括官付世帯統計室「中高年者縦断調査」
（注） 2005年10月末現在で50～59歳であった全国の中高年者世代の男女に対して、家族の状況、就業の状況、社会活動等の状況などを継続的に調査したもの。

5 今後の労働力人口

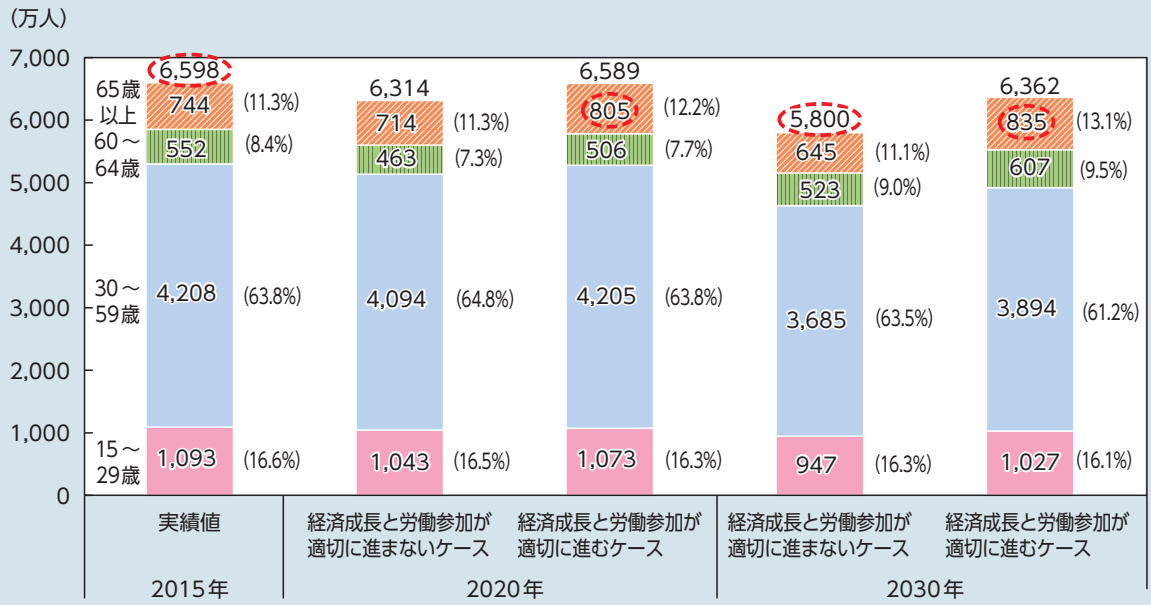
（今後総数は減少する見込み。「経済成長と労働参加が適切に進むケース」では、65歳以上の高齢者数が増加）

今後、人口減少が進むなかで労働力人口はどうなっていく見込みだろうか。

「経済成長と労働参加が適切に進まないケース」と「経済成長と労働参加が適切に進むケース」について2020（平成32）年と2030（平成42）年のそれぞれの労働力人口の推計を示したものが**図表1-3-10**である。どちらのケースにおいても、2015（平成27）年の労働力人口よりも減少する見込みとなっている。特に、「経済成長と労働参加が適切に進まないケース」では、2030年は5,800万人と推計されており、2015年の6,598万人から約800万人減少する見込みとなっている。

一方、「経済成長と労働参加が適切に進むケース」は、2015年から2020年では9万人と2030年では236万人の減少でとどまる見込みであるが、65歳以上の労働力人口は増加する見込みとなっている。

図表1-3-10　労働力人口の推計



資料：2015年は、総務省統計局「労働力調査」（基本集計）
2020年及び2030年は、（独）労働政策研究・研修機構推計

（注）1. 推計は、（独）労働政策研究・研修機構が、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1月推計）」等を用いて行ったもの
2. （　　）内は構成比
3. 経済成長と労働参加が適切に進むケース：「日本再興戦略」を踏まえた高成長が実現し、かつ労働市場への参加が進むケース
4. 経済成長と労働参加が適切に進まないケース：復興需要を見込んで2020年まで一定程度の経済成長率を想定するが、2021年以降は経済成長率はゼロ、かつ労働市場への参加が進まないケース（2014年性・年齢階級別の労働力率固定ケース）
5. 図表中の数値は、表章単位未満の位で四捨五入しているため、年齢計と内訳の合計は必ずしも一致しない。

6 高年齢者雇用確保措置について

（継続雇用制度の雇用形態は、「自社の正社員以外（嘱託・契約社員・パート等）」が約7割）

高齢者の雇用については、1986（昭和61）年に60歳定年が努力義務化、1998（平成10）年に義務化された。その後、企業における65歳までの継続雇用を実現させるため、2006（平成18）年から、定年を65歳未満に定めている企業に「定年制の廃止」や「定年の引上げ」、「継続雇用制度の導入」のいずれかの措置（高年齢者雇用確保措置）を講じることが義務付けられた。2013（平成25）年には継続雇用の対象者を限定できる仕組み[*3]を廃止し、原則として希望者全員に適用することとなった（図表1-3-11）。

＊3　継続雇用制度の対象となる高年齢者につき事業主が労使協定により定める基準により限定できる仕組み

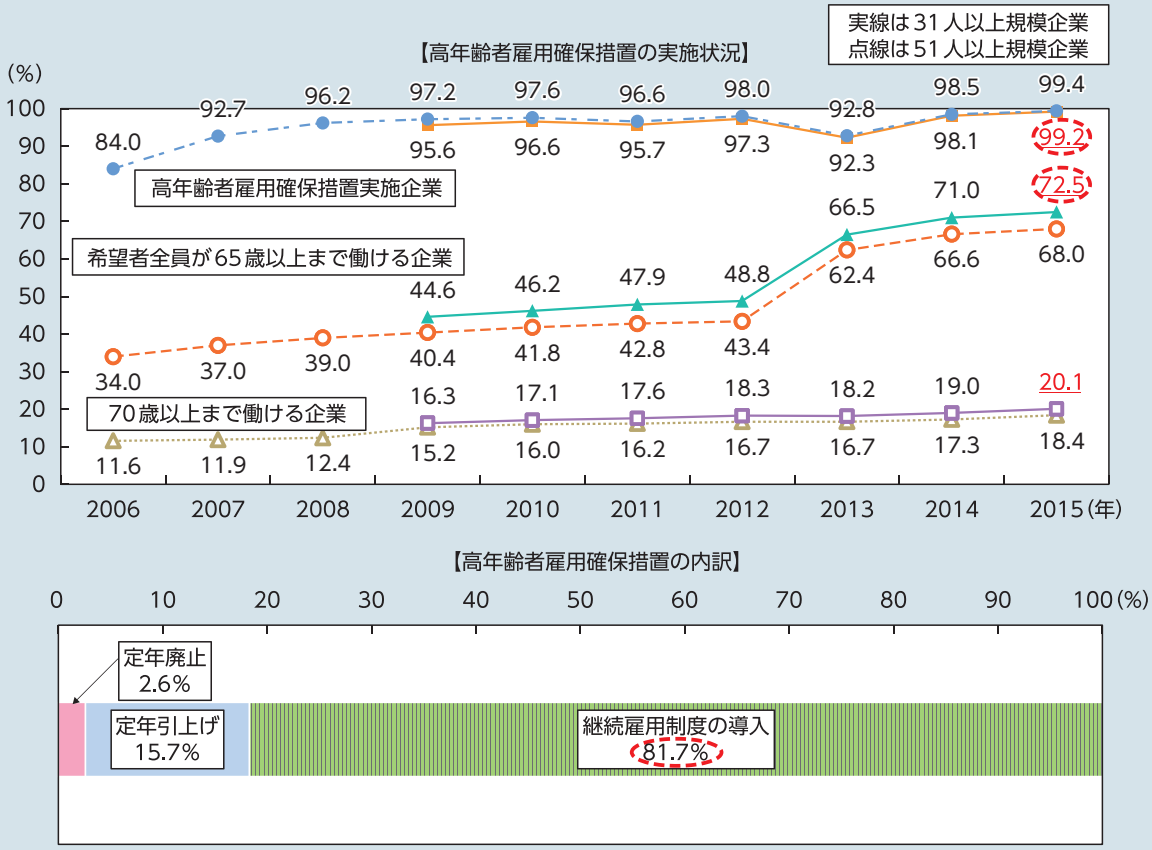
図表1-3-11 これまでの高年齢者雇用安定法の主な改正内容

法改正年	高年齢者雇用安定法
昭和61年 (1986年)	○**中高法改正―高年齢者の雇用就業対策に関する総合的な法律に抜本改正** ①題名を「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」(高年齢者雇用安定法) に改正 ②60歳定年の努力義務化 (昭和61年10月1日施行) ③定年引上げの要請、定年引上げに関する計画の作成命令、計画の変更・適正実施勧告等 ④再就職援助の努力義務化、再就職援助計画の作成要請等 ⑤高年齢者雇用安定センター、シルバー人材センターの指定等
平成2年 (1990年)	○**65歳までの継続雇用の推進** ①高年齢者等職業安定対策基本方針の策定 ②定年到達者が希望する場合の定年後の再雇用の努力義務化、再雇用の前提となる諸条件の整備に関する公共職業安定所長による勧告
平成6年 (1994年)	○**60歳定年の義務化** ①60歳定年の義務化 (定年を定める場合、60歳を下回ることができない) (平成10年4月1日施行) ②継続雇用制度の導入等に関する計画の作成指示、計画の変更・適正実施勧告 ③高齢者に係る労働者派遣事業の特例 ④高年齢者職業経験活用センター等の指定等
平成8年 (1996年)	○**シルバー人材センター事業の発展・拡充** ・シルバー人材センター連合の指定等
平成12年 (2000年)	○**再就職援助計画制度拡充** ①定年の引上げ等による高年齢者雇用確保措置導入の努力義務化 (平成12年10月1日施行) ②再就職援助計画の個別交付・対象者の拡大 (45歳以上) ③シルバー人材センターの業務の拡大
平成16年 (2004年)	○**雇用確保措置法的義務化** ①定年の引上げ等による高年齢者雇用確保措置導入の法的義務化 (平成18年4月1日施行) (※義務化年齢を平成25年度までに段階的に引上げ) ②募集・採用時に年齢制限を設ける場合の理由提示を義務化 ③求職活動支援書の作成・交付の義務化等 ④シルバー人材センターの労働者派遣事業の特例 (許可を届出とする) ⑤高年齢者職業経験活用センターの指定法人制度を廃止
平成24年 (2012年)	○**継続雇用制度の対象者を限定できる仕組みの廃止** ①継続雇用制度の対象者を限定できる仕組みの廃止 (平成25年4月1日施行) ②継続雇用制度の対象者を雇用する企業の範囲の拡大 ③義務違反の企業に対する公表規定の導入 ④高年齢者雇用確保措置の実施及び運用に関する指針の策定 ⑤厚生年金 (報酬比例部分) の受給開始年齢に到達した以降の者を対象に、基準を引き続き利用できる12年間の経過措置を設けるほか、所要の規定の整備

2015 (平成27) 年6月1日現在、高年齢者雇用確保措置を導入している企業は、99.2% (31人以上企業) となっており、雇用確保措置の内訳は、「継続雇用制度の導入」が約8割を占めている。また、希望者全員が65歳以上まで働ける企業も72.5%と近年増加傾向にある (**図表1-3-12**)。

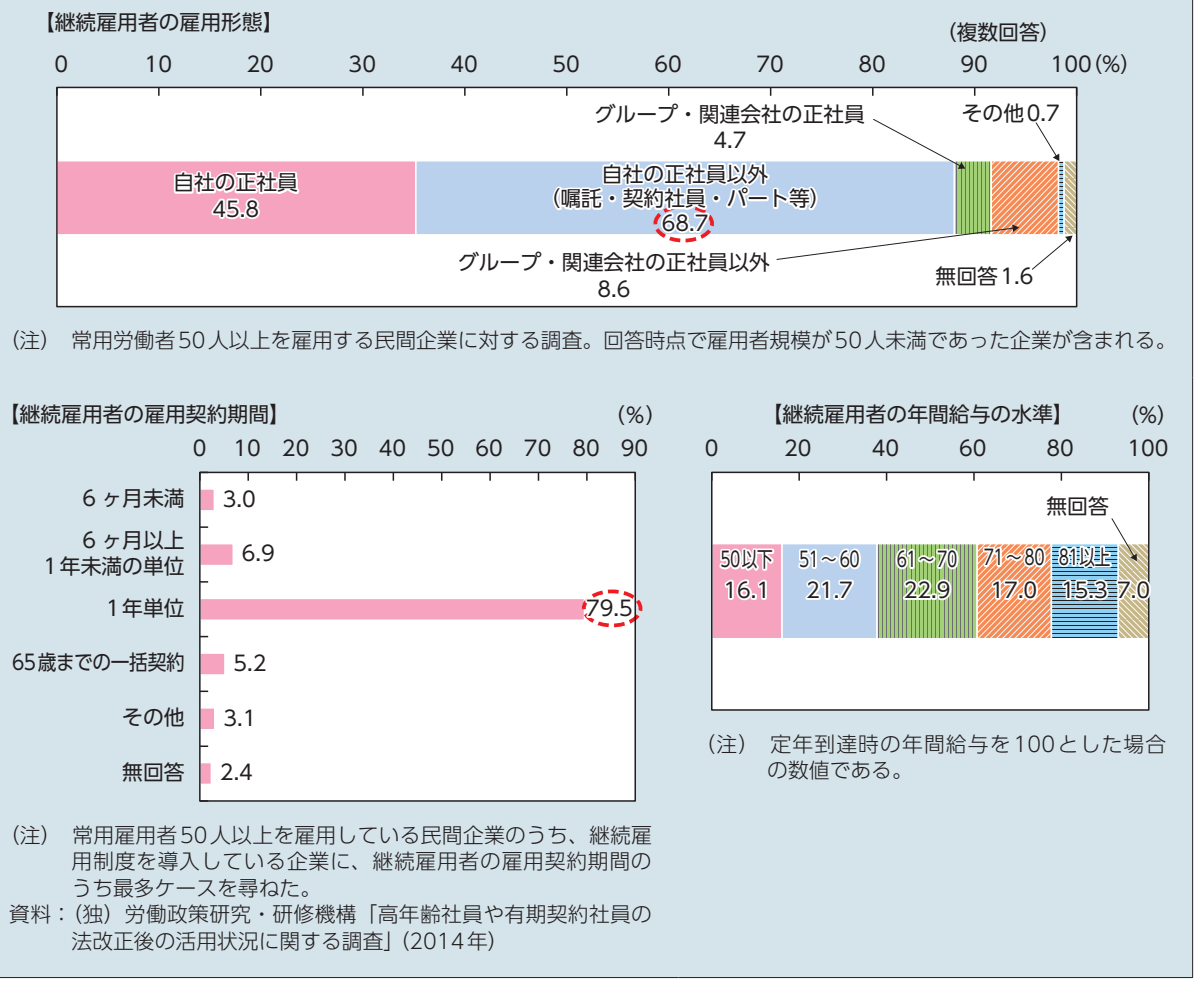
多くの企業が導入している「継続雇用制度の導入」であるが、その状況をまとめたのが**図表1-3-13**である。雇用形態として最も多いのが、「自社の正社員以外 (嘱託・契約社員・パート等)」で68.7%であった。雇用契約期間は、「1年単位」としている企業が8割を占めており、給与も定年到達時を100とした場合に多くのケースで減少している。このように継続雇用のケースでは定年到達前と様々な面において状況が変化している。

図表1-3-12　高年齢者雇用確保措置の状況



資料：厚生労働省職業安定局「高年齢者の雇用状況」（2015年）
（注）1. 2015年6月1日現在。
2. 2013年4月に制度改正（継続雇用制度の対象者を限定できる仕組みの廃止）があったため、2012年と2013年の数値は単純比較できない。

図表1-3-13 継続雇用後の状況



(注) 常用労働者50人以上を雇用する民間企業に対する調査。回答時点で雇用者規模が50人未満であった企業が含まれる。

(注) 常用雇用者50人以上を雇用している民間企業のうち、継続雇用制度を導入している企業に、継続雇用者の雇用契約期間のうち最多ケースを尋ねた。

(注) 定年到達時の年間給与を100とした場合の数値である。

資料：(独) 労働政策研究・研修機構「高年齢社員や有期契約社員の法改正後の活用状況に関する調査」(2014年)

7 65歳以降の雇用確保

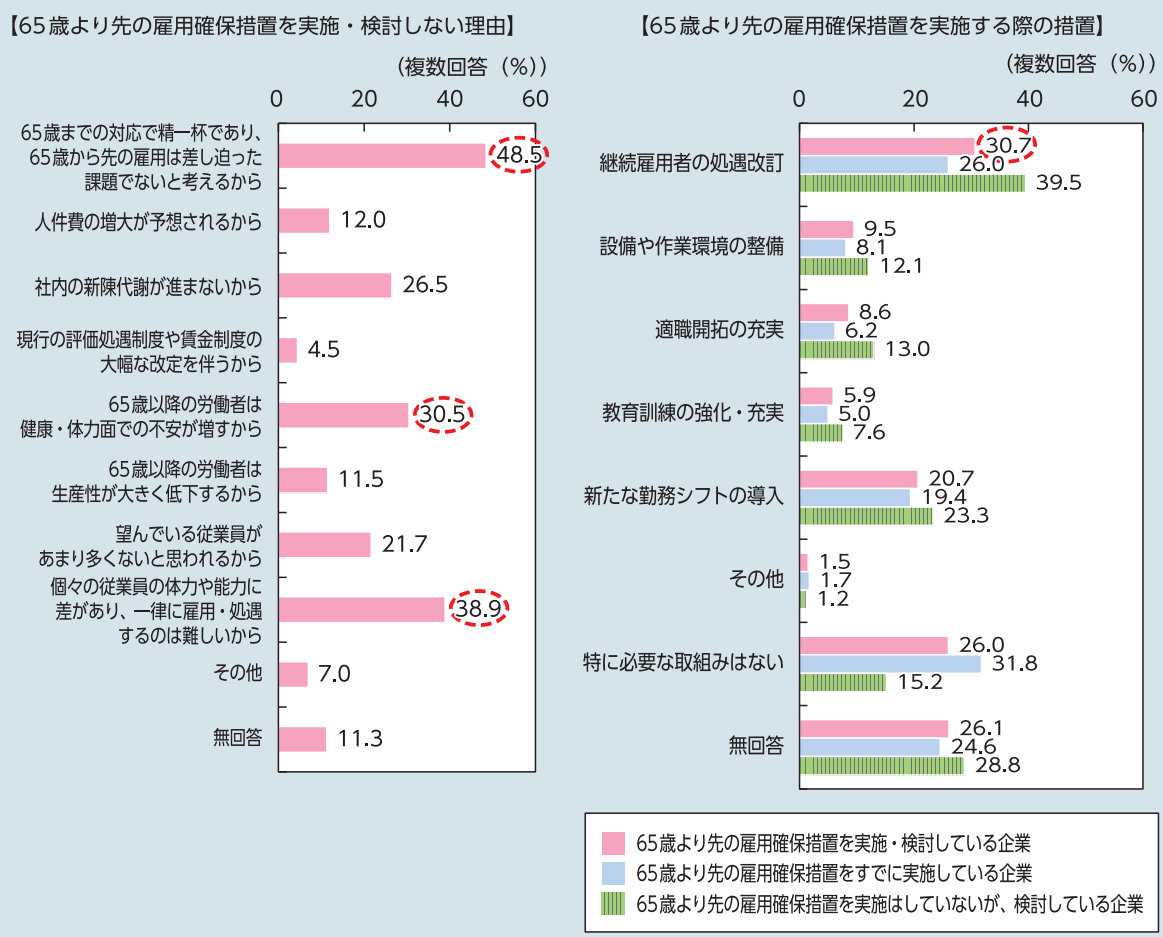
(65歳以降の雇用確保措置を実施する際の措置は、「継続雇用者の処遇改訂」が3割以上)

希望者全員が65歳以上まで働ける企業も近年増えてきているが、年齢に関わりなく働き続ける社会を実現するには、65歳以降の就業環境の整備は今後も引き続き重要な課題である。

65歳より先の雇用確保措置を実施も検討もしていない企業について、65歳より先の雇用確保措置を実施・検討していない理由を尋ねたところ、もっとも多いのが「65歳までの対応で精一杯であり、65歳から先の雇用は差し迫った課題でないと考えるから」で48.5%、次いで「個々の従業員の体力や能力に差があり、一律に雇用・処遇するのは難しいから」が38.9%、「65歳以降の労働者は健康・体力面での不安が増すから」が30.5%となっている。

また、65歳より先の雇用確保措置を「実施」あるいは「実施していないが検討」をしている企業に、65歳より先の雇用確保措置を実施する場合に必要になると思われること、あるいは既に実施していることについて尋ねると、「継続雇用者の処遇改訂」が最も多く30.7%となっている（図表1-3-14）。

図表1-3-14　65歳以降の雇用確保の検討状況



（注）　65歳より先の雇用確保措置を実施も検討もしていない企業を対象。
資料：（独）労働政策研究・研修機構「高齢者の雇用・採用に関する調査」（2008年）

8 地域の日常生活に密着した仕事を提供するシルバー人材センター

（団体数及び会員数は、横ばい。高齢者の就業機会確保のため、一定の機能を果たしている）

シルバー人材センターは、「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」に定められた、市町村（特別区を含む）単位ごとに設置された団体で、臨時的・短期的・軽易な業務を主に請負・委任の形態で行う公益法人等であり、概ね60歳以上の健康で就業意欲のある者とされる会員が構成している団体である。近年、草取り・襖張りといった従来の請負等業務に加え、労働者派遣及び職業紹介の形態で育児や介護施設へ会員を派遣・紹介する等様々な取組みをしている（図表1-3-15）。

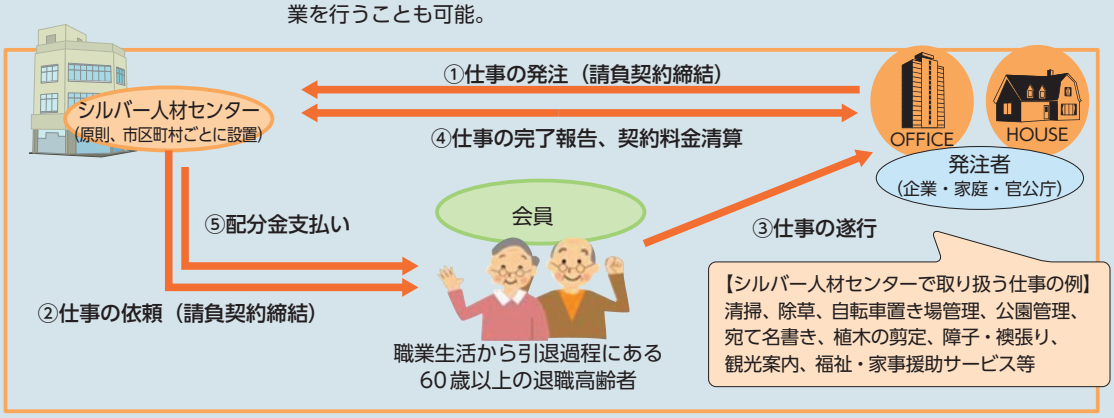
2014（平成26）年度現在で法人数1,272、会員数72万人となり、高齢者の就業機会確保のための基盤として一定の機能を果たしているが、高齢者の就業のニーズが変化し多様化してきている現状に対応するため、地域の課題に対応した多様な就業機会を掘り起こして対象者に提供する仕組みを作っていくことが課題である（図表1-3-16）。

図表1-3-15 シルバー人材センター事業の概要

目的 定年退職後等に、臨時的かつ短期的（※1）又は軽易（※2）な就業を希望する者に対して、地域の日常生活に密着した仕事を提供し、もって高齢者の就業機会の増大を図り、活力ある地域社会づくりに寄与する。

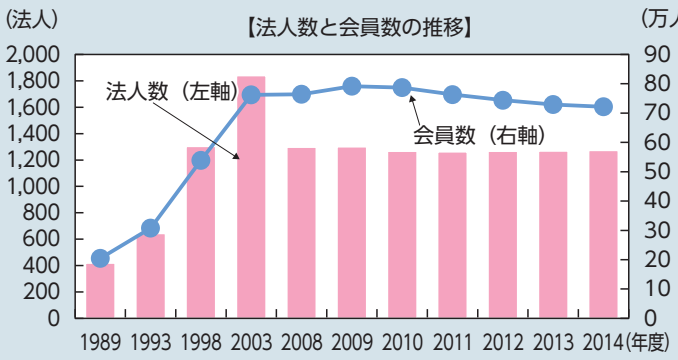
※1「臨時的かつ短期的な業務」とは職業安定局長通達（平成16年11月4日）によって「おおむね月10日程度以内の就業」を指す。
※2「軽易な業務」とは労働省告示第82号（平成12年8月25日）及び職業安定局長通達（平成16年11月4日）によって「1週間当たりの就業時間がおおむね20時間を超えないもの」を指す。

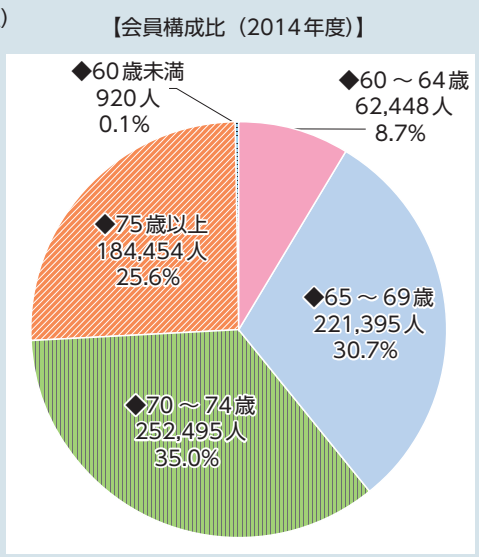
仕組み
（1）会員　概ね60歳以上の健康で就業意欲のある者
（2）事業内容
・家庭、事業所、官公庁から、地域社会に密着した臨時的かつ短期的又は軽易な就業機会を確保し、これを希望する会員に提供。
・就業機会の確保、提供の仕方としては「請負（センターが発注者より仕事を受注し、それをさらに会員に対して請負の形で提供）」が中心だが、「職業紹介」「労働者派遣」事業を行うことも可能。



【現状】団体数：1,272法人、会員数：72万人（男性48万人・女性24万人（約3割））、契約件数：360万件、契約金額：3,050億円、就業延人員：6,914万人・日※平成27年3月末日現在【国庫補助開始：昭和55年度　根拠法令制定：昭和61年度】月平均就業日数：9.7日、月平均配分金収入：36,747円※平成26年度実績

図表1-3-16　シルバー人材センターの利用状況





[事業実績の推移]

	法人数	会員数（人）	1団体あたり会員数（人）	契約件数	就業実人員（人）	就業延人員（人日）
1989年度	419	204,770	474	1,056,908	150,771	17,279,158
1993年度	643	307,773	466	1,188,079	224,522	23,983,220
1998年度	1,303	538,942	406	2,011,875	406,483	41,415,512
2003年度	1,839	762,289	409	3,081,939	605,766	63,320,834
2008年度	1,297	764,162	575	3,412,906	626,576	72,850,034
2009年度	1,300	791,859	594	3,377,190	641,762	70,332,510
2010年度	1,266	786,906	606	3,458,749	642,629	70,406,549
2011年度	1,262	763,427	590	3,487,709	629,824	69,785,779
2012年度	1,267	743,969	573	3,543,941	615,626	68,952,969
2013年度	1,268	729,206	561	3,600,721	604,735	68,874,800
2014年度	1,272	721,712	567	3,602,944	596,507	69,141,288

資料：公益社団法人全国シルバー人材センター事業協会「シルバー人材センター事業統計」(2014年度)

団塊の世代も65歳に突入した。我が国の人口が減少し、65歳以上人口の増加が見込まれている。こうした状況下において、高齢者の就労状況も増加傾向を見せながら、様々な理由・就業形態で就労していることがうかがえる。

今後は、引き続き65歳までの雇用を確保しつつ、多様な形態により、健康で意欲と能力がある限り年齢に関わりなく、働き続けることができることが可能となるような就業機会の確保が重要な課題である。

第2章 高齢期の暮らし、地域の支え合い、健康づくり・介護予防、就労に関する意識

第1節 高齢者の意識

（健康上及び経済上の問題で、老後に不安を感じる割合が高い）

ここまでは、様々な指標から現在および将来に向け、急速に高齢者が増加していること、世帯構成も核家族化により、単独世帯の割合も増加していること、高齢期における就労が活発となっていることなどの状況を見てきた。このように、めまぐるしく状況が変化するなか、国民は老後をどのように考えているだろうか。

厚生労働省で行った意識調査（調査の概要は**図表2-1-1**を参照。）で40歳以上の男女に「あなたにとって、老後に不安が感じられるものは何ですか」とたずねたところ、「健康上の問題（73.6%）」が最も多く、次いで「経済上の問題（60.9%）」、「生きがいの問題（23.1%）」、「住まい・生活上の問題（17.6%）」、「家族や地域とのつながりの問題（10.8%）」となっている（**図表2-1-2**）。

図表2-1-1 委託調査の概要

(1) 調査目的

高齢社会を克服するための論点や方向性を浮き彫りにし、厚生労働白書及び今後の制度検討の基礎資料として活用することを目的として、40歳以上の男女を対象に意識調査を実施した。

(2) 調査方法

アンケート調査を三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社に委託し、インターネットモニター会社に登録しているモニターから、40歳以上のモニターを対象として、地域・男女・年代別に国勢調査の人口分布に基づいてサンプル割付を行い、調査を実施。

(3) 調査期間

平成28年2月24日（水）～平成28年2月29日（月）

(4) 回答数

回答数・・・3,000件

全体	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上
3,000	328	367	376	300	343	414	574	217	63	18

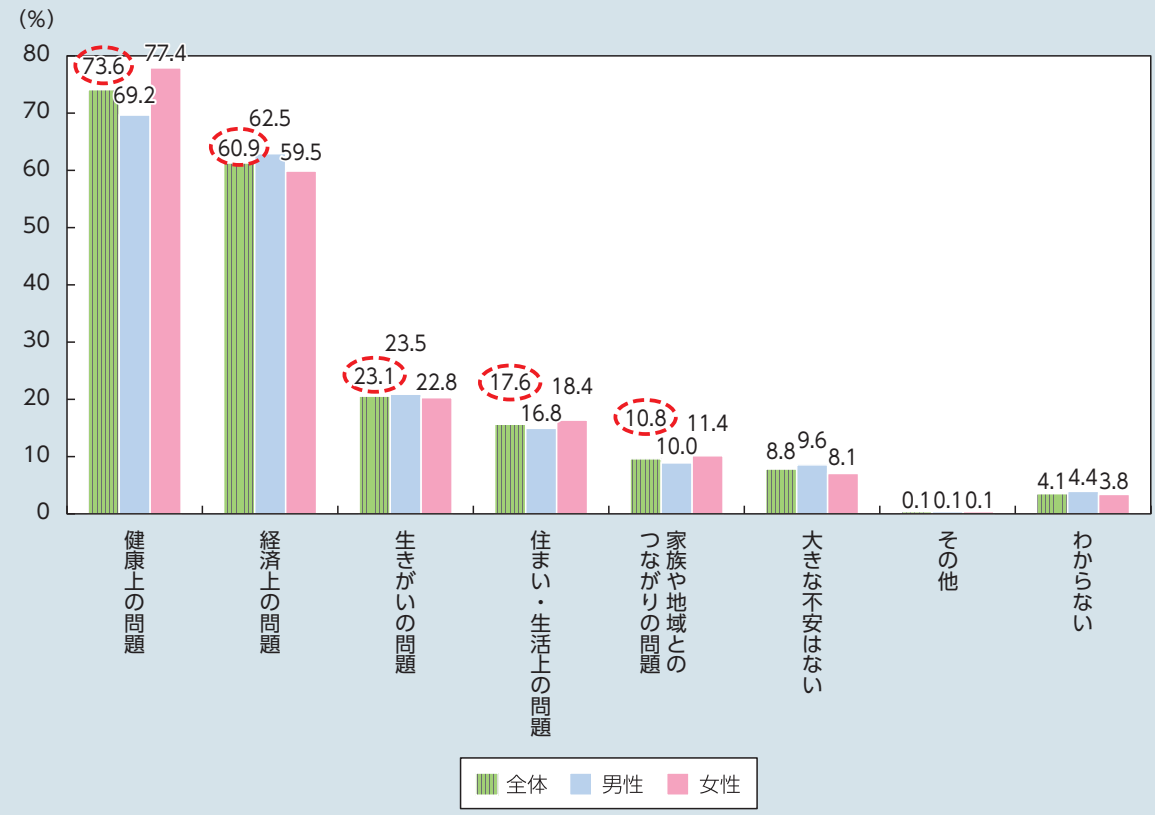
(5) 属性

1）性別
2）年齢
3）居住地
4）就業状態
5）職業
6）世帯状況
7）世帯年収
8）最終学歴

(6) 主な意識調査項目

1） 就労希望年齢・理由
2） 高齢期の仕事選びにおける重視点
3） 高齢期の就労に向けた取組み
4） 高齢期の就労における企業への要望
5） 高齢期の就労促進において国に期待する施策
6） 老後の不安
7） 「高齢者」の年齢定義
8） 健康寿命を延ばすために重要なこと
9） 高齢者の健康づくり・介護予防に関して期待する施策
10） 高齢期に居住したい場所・条件
11） 自身が望む介護の姿
12） 高齢期の一人暮らしに関する不安・理由
13） 高齢期の一人暮らしで頼りたい相手
14） 高齢期の一人暮らしで頼りたいサービス
15） 高齢期の一人暮らしで住みたい住居の立地条件
16） 現居住地に住み続けたいか・理由
17） 高齢者が地域で安心して暮らすために期待する行政の取組み
18） 地域における「支え合い・助け合い」展開状況・参加意向など
19） 「支え合い・助け合い」機能向上において有効な施策
20） 「ダブルケア」の問題について

図表2-1-2　老後に不安なこと



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

そこで本章では、厚生労働省で行った意識調査の結果を中心に高齢期の「暮らし」、「地域の支え合い」、「健康づくり・介護予防」、「就労」についての意識を見ていくこととしたい。

第2節　暮らしに関する意識

「住まい・生活上の問題」も高齢期における不安な要素としてあげられる。また、第1章第2節でみたように近年高齢者の単身世帯の割合も増えてきているため、一人暮らしについての意識についても考察する。

1　老後は誰とどのように暮らすか

（70歳以上の６割以上の人が、家族との同居または近居を希望）

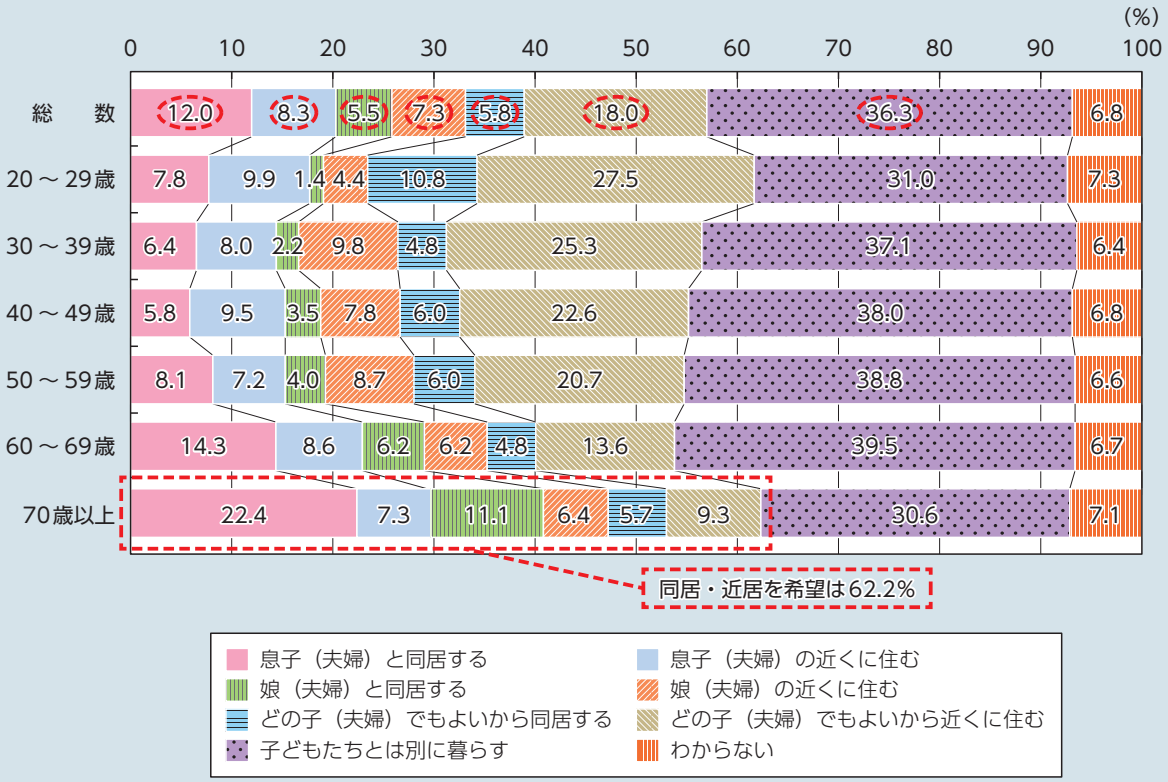
65歳以上の者のいる世帯の構成割合は、単独世帯及び夫婦のみの世帯が増加する一方で三世代世帯の割合は減少している状況にある（第１章第２節**図表1-2-1**を参照）。

内閣府の調査において老後は誰とどのように暮らすのがよいと思うか聞いたところ、「息子（夫婦）と同居する」と答えた者の割合が12.0%、「息子（夫婦）の近くに住む」と答えた者の割合が8.3%、「娘（夫婦）と同居する」と答えた者の割合が5.5%、「娘（夫婦）の近くに住む」と答えた者の割合が7.3%、「どの子（夫婦）でもよいから同居する」と答えた者の割合が5.8%、「どの子（夫婦）でもよいから近くに住む」と答えた者の割

合が18.0%、「子どもたちとは別に暮らす」と答えた者の割合が36.3%となっている。

年齢階級別に見ると、「息子（夫婦）と同居する」と答えた者の割合は60歳代、70歳以上で高くなり、70歳以上では62.2%もの人が同居または近居を希望している状況にある（図表2-2-1）。

図表2-2-1　老後は誰とどのように暮らすのがよいか



資料：内閣府「国民生活に関する世論調査」（2014年度）
（注）1. 全国20歳以上の日本国籍を有する者が対象（有効回収数：6,254人）
2. 設問は、「あなたは、一般的に、老後は誰とどのように暮らすのがよいと思いますか。あなたの考え方に近いものをこの中から1つお答えください。」

2 高齢期に生活したい場所

（自宅が7割以上。希望する場所で暮らすために必要なことは、医療機関が身近にあることが5割以上）

年を取って生活したいと思う場所はどこかを聞いたところ、「自宅」が最も多く、72.2%であった。年齢階級別に見ると、65～69歳では78.0%となっており、生活の場として住み慣れた自宅を希望する傾向がある*1（図表2-2-2）。

また、希望する場所で暮らすために必要なことは、「医療機関が身近にあること（54.3%）」、「介護保険のサービスが利用できること（38.2%）」という医療・介護に関することが上位にあり、次いで「買い物をする店が近くにあること（34.0%）」、「交通の便がよいこと（30.1%）」と生活利便性に関することなどが多かった（図表2-2-3）。

＊1　実際に65歳以上の高齢者のいる主世帯では、持ち家率が8割を超えている状況にある（第1章第2節図表1-2-4を参照）。

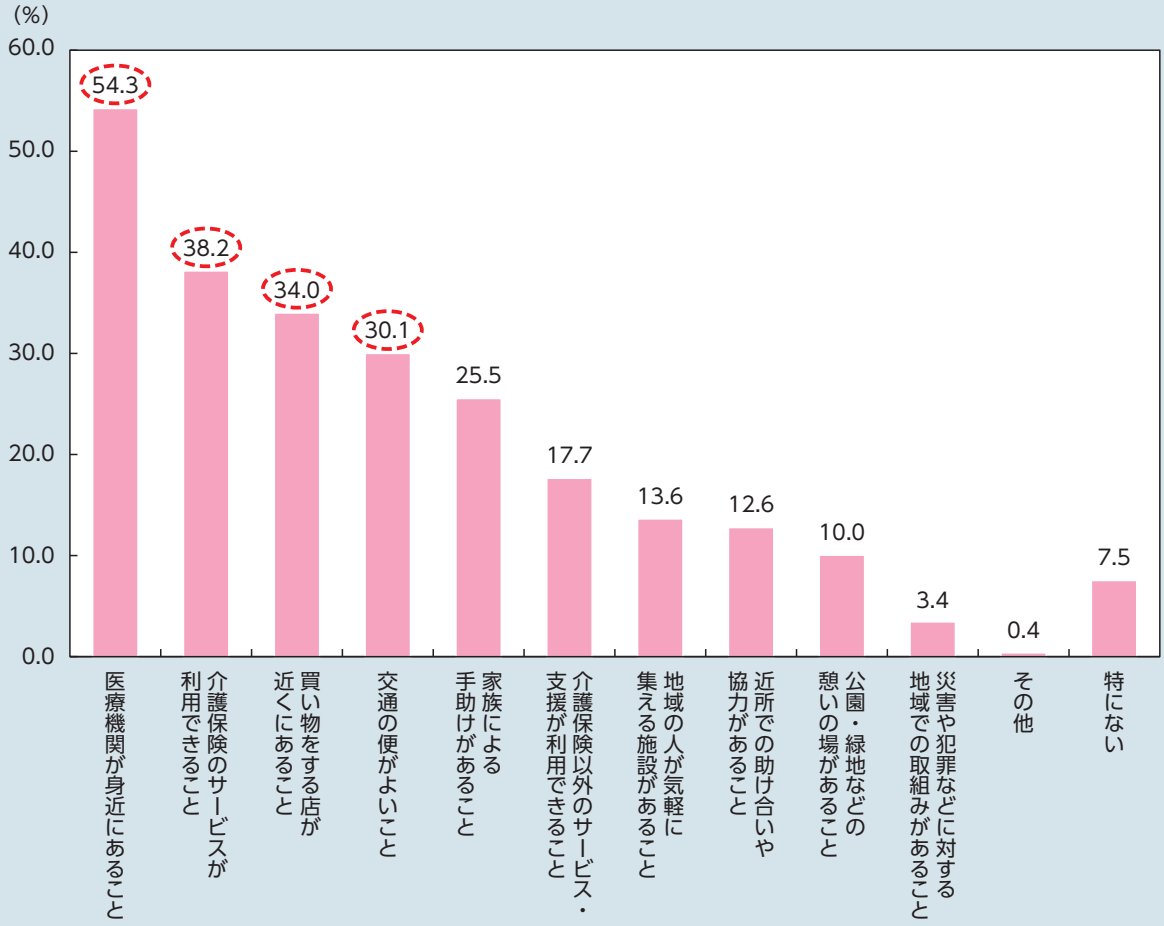
図表2-2-2　年を取って生活したいと思う場所

【設問】年を取って生活したいと思う場所はどこですか（ひとつだけ）。

資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

図表2-2-3 高齢期に希望する場所で暮らすために必要なこと

【設問】高齢期に希望する場所で暮らすために必要なことは何ですか（3つまで）。



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

コラム 「生涯活躍のまち」制度 ～日本版CCRC[1]～

「生涯活躍のまち」制度とは、地方創生に関する様々な取組みのうちの一つで、「地方への新しいひとの流れをつくる」ため考えられた仕組みだ。簡単に言えば「中高年齢者が希望に応じて地方や「まちなか」に移り住み、地域住民や多世代と交流しながら、健康でアクティブな生活を送り、必要に応じて医療・介護を受けることができる地域づくり」だ。

内閣官房で行った調査[2]によれば、東京都在住者のうち地方へ移住する予定又は移住を検討したいと考えている人は50代では男性50.8%、女性34.2%、60代では男性36.7%、女性28.3%にのぼっている。「生涯活躍のまち」は、こうした中高年齢者の希望を実現するための取組みでもあり、また、今後見込まれる東京圏の高齢化による医療や介護の問題に対応するという面でも意義がある。

「生涯活躍のまち」は、要介護状態になってから入居する高齢者施設とは異なる。中高年齢者が、健康時から希望に応じて選択するもので、仕事や社会活動、生涯学習などに積極的に参加することや、地域社会に溶け込み子どもや若者などの多世代と交流・協働することが重視されている。単なる福祉施設を整備するという発想ではなく、地域包括ケアシステムの構築とも連携しながら、中高年齢者

1 米国では、高齢者が移り住み、健康時から介護・医療が必要となる時期まで継続的なケアや生活支援サービス等を受けながら生涯学習や社会活動等に参加するような共同体（Continuing Care Retirement Community）が約2,000か所存在している。
2 「東京在住者の今後の移住に関する意向調査」（2014（平成26）年8月）

が元気に活躍できるコミュニティづくりを目指す「まちづくり」の取組みだ。

「生涯活躍のまち」は、2016（平成28年）4月、地域再生法の改正により制度化され、地方公共団体が地域再生計画を作成し、国の認定を受けて取り組むという枠組みが設けられた。具体的には、地域再生計画の認定を受けた市町村が「生涯活躍のまち形成事業計画」を作成することになる。市町村が責任を持って取り組む必要があるが、この「生涯活躍のまち」は、移住に向けた「お試し居住」などの支援から、住まいの整備や、就労・生涯学習・社会参加など多様なプログラムの提供、医療介護サービスの提供など、多様なサービスを一体的に提供する必要があり、検討段階から関係事業者と協力しながら取組みを進めていくことが重要だ。

こうした地方公共団体の取組みが円滑に進むよう、国は、「手引き」の作成等による情報支援、関係府省からなる「生涯活躍のまち支援チーム」による人的支援、先駆的な取組みに対する地方創生推進交付金による財政支援等を通じて、事業の具体化を支援していくこととしている。

2015（平成27）年11月の時点で、推進の意向を持つ地方公共団体は263団体ある。幅広い関係者とともに行う「まちづくり」の取組みであるため、「生涯活躍のまち」の実現にはしばらく時間がかかると思われるが、それぞれの地域の特性や実情に応じた魅力ある「生涯活躍のまち」が、数多く実現されることが期待される。

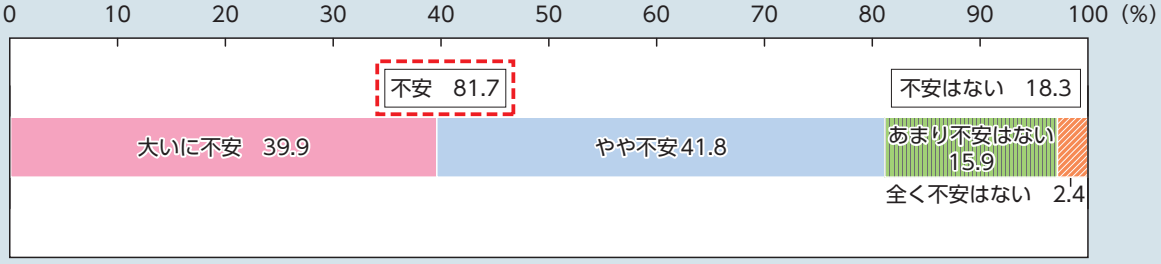
3 高齢期の一人暮らしに関する認識

（不安だと考える人は8割以上。具体的に病気や介護になった時に不安を感じている）

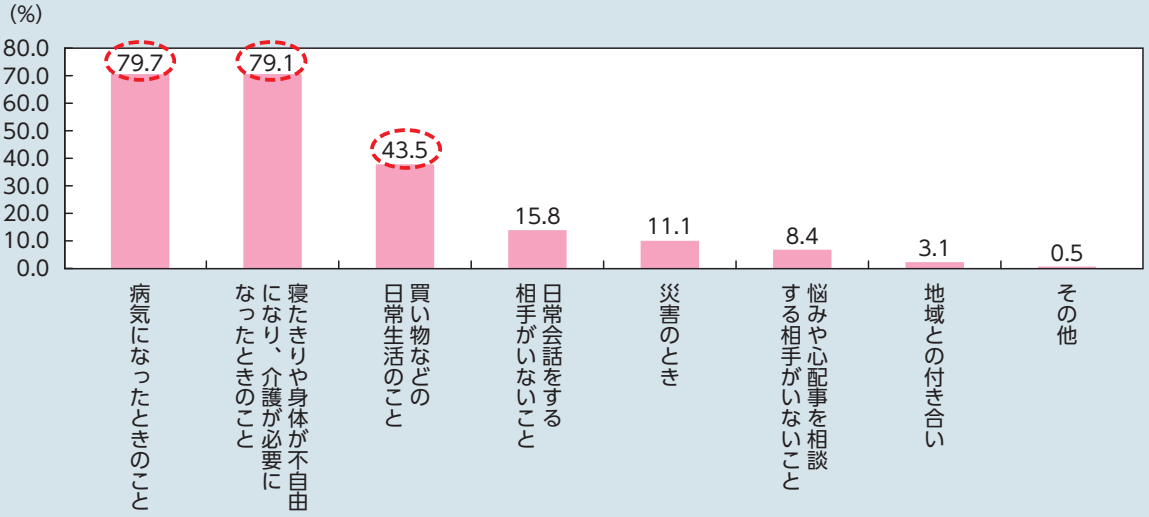
高齢期の一人暮らしを不安だと考えている人は、81.7%となっている。また、「大いに不安」・「やや不安」と回答した方の具体的な不安事項は、「病気になったときのこと（79.7%）」や「寝たきりや身体が不自由になり、介護が必要になったときのこと（79.1%）」が特に多くなっており、「買い物などの日常生活のこと（43.5%）」が続いており、病気や介護が必要になった時の不安を感じている割合が高い（**図表2-2-4**）。

図表2-2-4 高齢期の一人暮らしに関する認識

【設問】高齢者の単身世帯が増えていますが、老後に一人暮らしをすることになった場合に不安はありますか（ひとつだけ）。



【設問】（一人暮らしを「大いに不安」・「やや不安」と回答した方に）具体的にどのようなことが不安ですか（3つまで）。



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

コラム 地域のよろず相談所（主に医療） ～「暮らしの保健室」～

「ちょっと病気の相談がしたい」と思うことは多くの人（特に高齢者）にはあると思う。かかりつけのお医者さんがいればよいが、それ以外の人には医療機関はいささかハードルが高く、「相談できずそのまま」というケースも多いと思う。東京都新宿区戸山にはそのような人のよろず相談を受ける場所がある。秋山正子さんが運営する「暮らしの保健室」だ。

秋山さんは、そもそも新宿区で訪問看護ステーションを20数年間運営する訪問看護のプロで、住民の在宅療養を長い間支えてきた。症状が重くなってから訪問看護は利用される方が多かったため「軽症のうちにもう少し気軽に相談できる場所があった方がよいのでは」と思い始めていた。

とはいえ、医療の相談をするにしても、場所をどうするかといった問題があり、すぐには実現しなかったが、ひょんなことから場所の目処がついた。秋山さんは住民の方に「地域において在宅療養・看取りが可能である」ということを知ってもらうため2007（平成19）年から毎年在宅療養のシンポジウムを行ってきた。2010（平成22）年の10月に

「暮らしの保健室」外観

そのシンポジウムに参加した方から「社会貢献したいので空き店舗を安く貸してもいいですよ」という申し出があったのだ。

そうして、新宿区の戸山ハイツに2011（平成23）年7月「暮らしの保健室」が誕生した。「新宿区」というと高層ビル街や歌舞伎町を想像される方が多いと思うが、戸山ハイツは昭和40年代に建てられた大規模な団地で、高齢者が非常に多い（高齢化率は約50%！）。まさに求められている場所に誕生したのだ。

「マギーズ・キャンサー・ケアリング・センター」というイギリスのがん患者の相談支援拠点を参考に、内装は木をふんだんに使っており、落ち着いたなごやかな空間となっている。相談員として看護師が常駐しており（薬剤師がいることもある）、ボランティアがこれを支えている。

相談の概ね半分が医療関係で、介護関係の相談も多い。「まずはお話を聞く」というのが第一で、だいたい30分くらいとにかく気持ちをよく吐き出してもらい傾聴する。そうすると自己解決するケースも多いという。そのあと少々の助言と情報提供をするとかなりの割合が解決していくという。

「暮らしの保健室」には「医療介護の連携拠点」という大きな役割もある。日々の相談を受けていると「地域の医療介護連携がうまくいっていない」ケースがあるという。そういう時は必要なところに連絡し、複数の機関の連携が必要ならばその調整を行っている。

また、月に１回地域の医療や介護の関係者の勉強会を行っており（これまで50回開催）、ここでは「連携がうまくいっていない」ケースをどういう連携のつなぎ替えをして解決をしたかを図示し、「見える化」したものを使って検討している。いろんな立場の人が一堂に会して検討することにより、連携のスキルアップに繋がるとともに、顔が見える関係となり連携がスムーズになるという。

相談風景（右手前が秋山さん）

「相談」「連携」で始まった「暮らしの保健室」だが、最近は住民交流の「場」にもなっている。ボランティアが中心となり毎週木曜日には「食事会」が開かれ、ストレッチや手芸といった講座も開催されている。

秋山さんのやり方を参考としつつ、全国で20を超える団体が「暮らしの保健室」と名乗り活動している。また、最近は地方自治体からの見学者も多いという。このような取組みが全国に広がることにより「地域包括ケア」が目に見える形で実現していくに違いない。

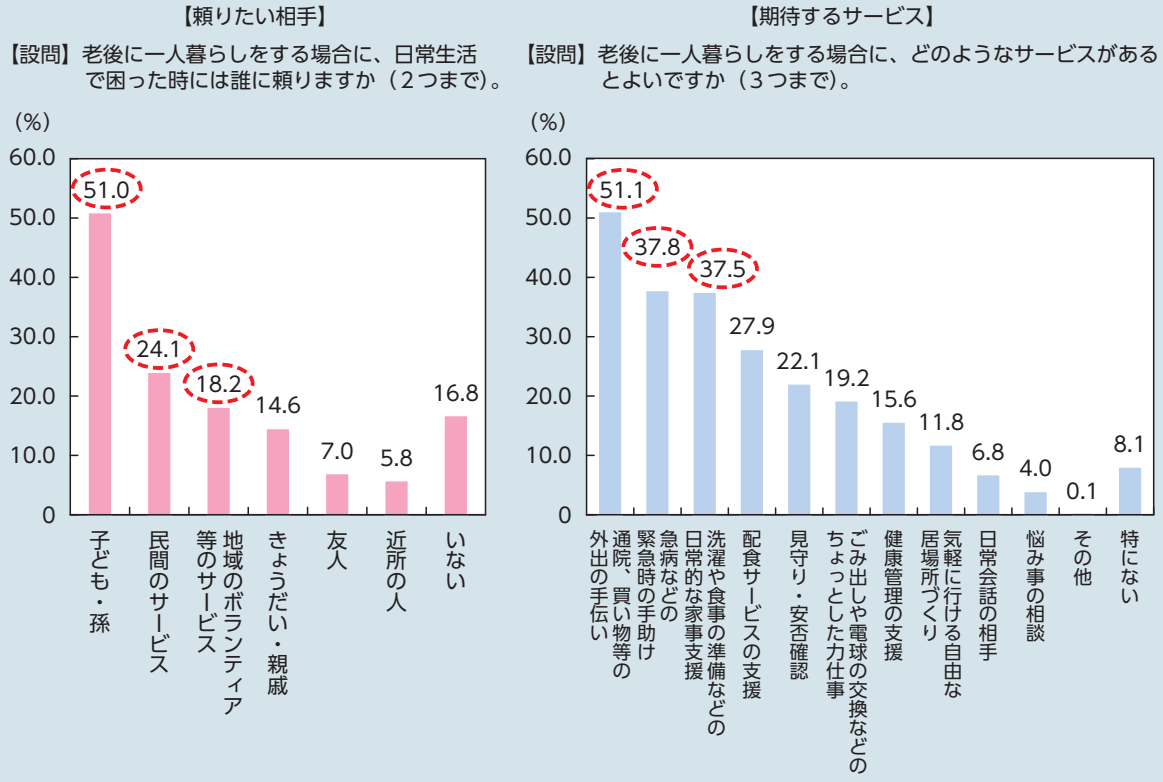
4 高齢期に頼る相手及び期待するサービス

（頼る相手は子ども・孫が５割以上。期待するサービスは病気や日常生活支援に関するもの）

高齢期に一人暮らしをする場合に、日常生活で困った時には誰を頼るかをたずねたところ、「子ども・孫（51.0%）」で最も多かった。また、「地域のボランティア（18.2%）」と「民間のサービス（24.1%）」を合わせると、42.3%となっており、子ども・孫を頼りにし、それ以外であればサービス等に頼りたいという傾向がうかがえる。では、期待するサービスは何かをたずねたところ、「急病などの緊急時の手助け（37.8%）」といった病気に関すること、「通院、買い物等の外出の手伝い（51.1%）」・「洗濯や食事の準備などの日常的な家事支援（37.5%）」といった日常生活支援に関するものが多く挙げられてお

り、高齢期に一人暮らしをする場合に不安なこととして多く挙げられたものと対応する結果となった（図表2-2-5）。

図表2-2-5　高齢期の一人暮らしの際に頼りたい相手・期待するサービス



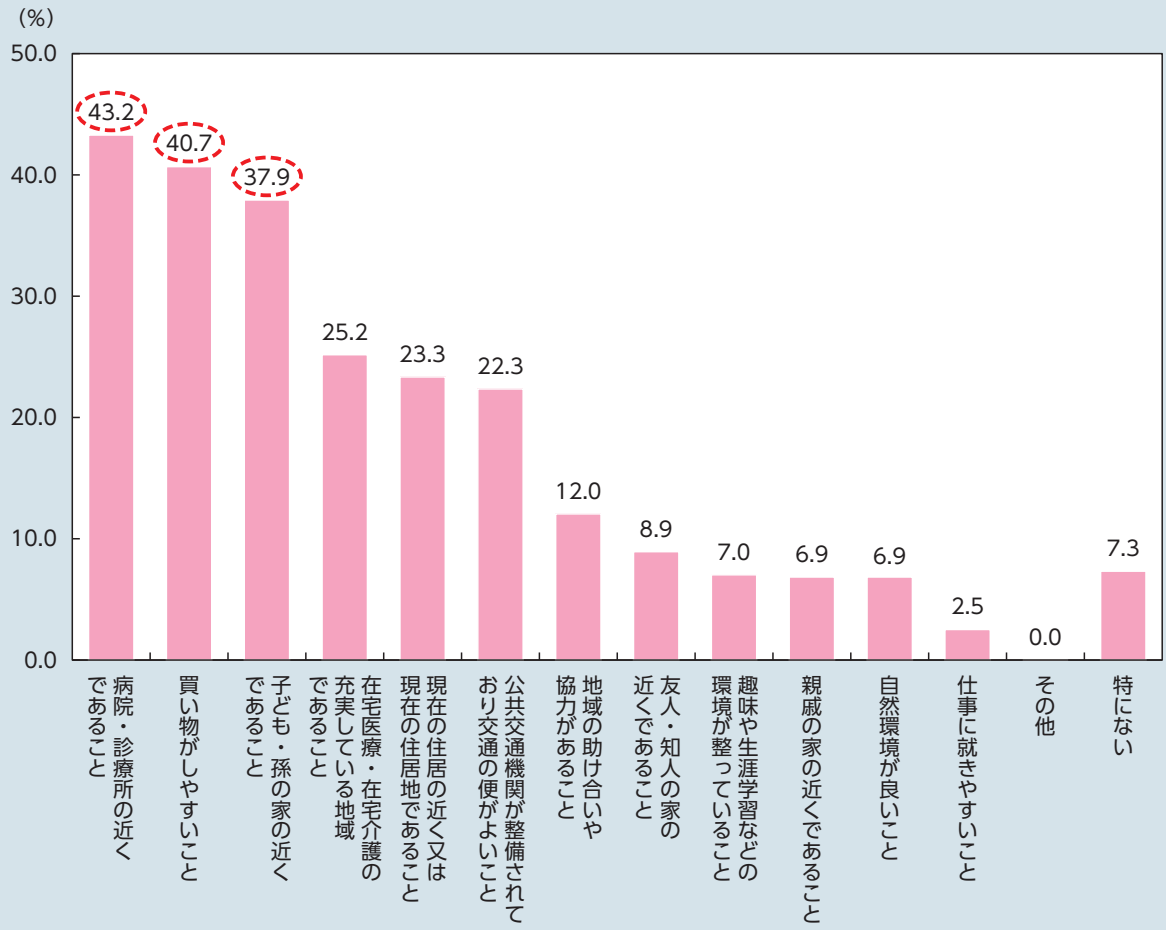
資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

5　老後の一人暮らしの際に住みたい場所の条件

（病院等の近くにある及び買い物がしやすいこと等日常生活に絡む条件を重視）

老後に一人暮らしをする場合、住みたい住居の立地条件として重視するところを尋ねたところ、「病院・診療所の近くであること（43.2%）」「買い物がしやすいこと（40.7%）」「子ども・孫の家の近くであること（37.9%）」となっており、前述の頼りたい相手と期待するサービスの回答傾向と共通した傾向が見られる（図表2-2-6）。

図表2-2-6　老後に一人暮らしをする場合の立地条件



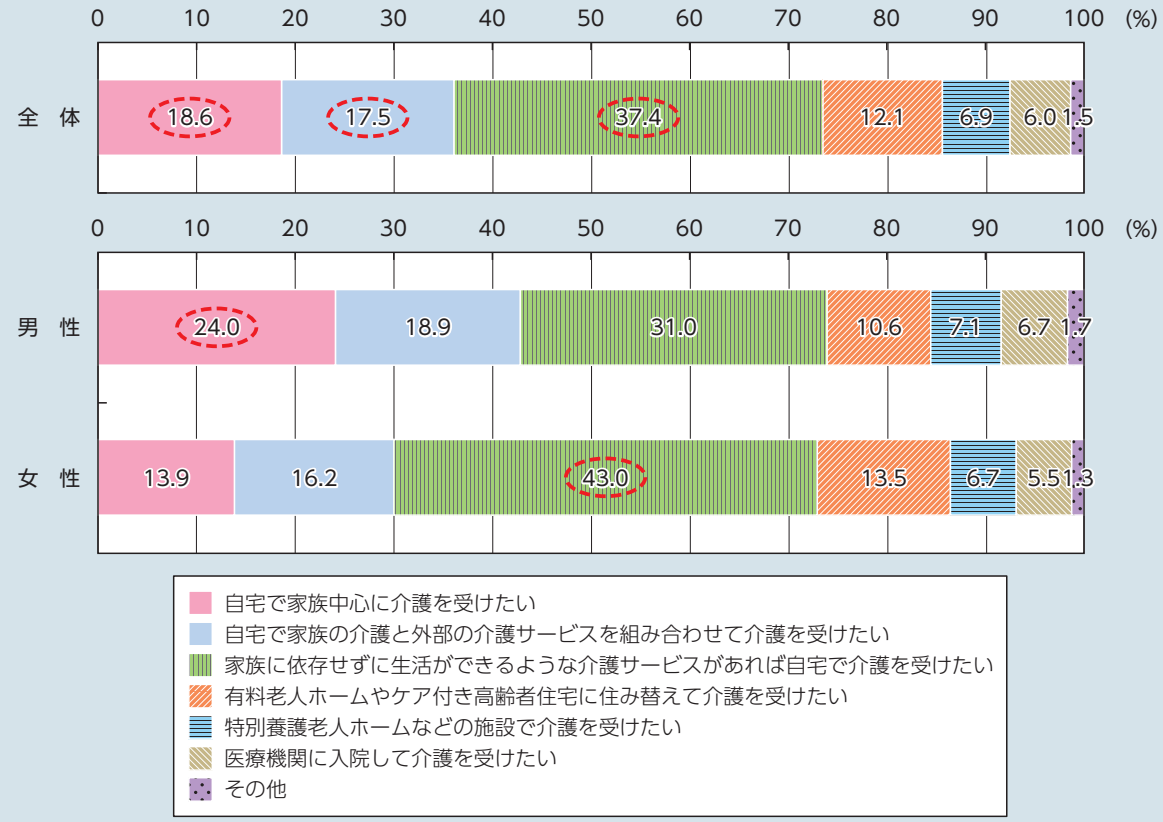
資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

6 どこで介護を受けたいか

（多くの人が自宅での介護を希望）

近年、要介護（要支援）認定者数及び認知症に関係する患者数は大幅に増加してきている（第1章第1節**図表1-1-14**、**1-1-15**を参照）。今後も増加していくことが見込まれていることから、要介護（要支援）状態や認知症になっても安心して生活することができる社会の構築が求められる。では、自分の介護が必要になった場合にどこでどのような介護を受けたいと考えているだろうか。このことについてたずねたところ、「家族に依存せずに生活ができるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい（37.4%）」で最も多く、次いで「自宅で家族中心に介護を受けたい（18.6%）」、「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい（17.5%）」であった。性別に見てみると、男性は「自宅で家族中心に介護を受けたい（24.0%）」の割合が高い一方で、女性は「家族に依存せずに生活ができるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい（43.0%）」の割合が高い（**図表2-2-7**）。

図表2-2-7　どこでどのような介護を受けたいか



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

7 最期を迎える場所

（自宅を希望するが5割以上。急変時の対応や家族への介護の負担に不安を感じている）

誰にでも平等におとずれる「死」というものについても考えていくことが必要であろう。

我が国の死亡場所別にみた死亡者は、医療機関で亡くなる人の割合が高い（第1章第1節**図表1-1-12参照**）。一方、治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいかについて見てみると、「自宅」が54.6%と最も多く、次いで「病院などの医療施設」が27.7%となっている。自宅が最も多いが、更に詳細な場合に分けてみるとケースによって状況は異なる。2013（平成25）年に厚生労働省が行った「人生の最終段階における医療に関する意識調査」では、「末期がんであるが、食事はよくとれ、痛みもなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合」を除いて、医療機関や介護施設が多かった（**図表2-2-8**）。また、2008（平成20）年の調査になるが、自宅で最後まで療養することは困難であると6割以上の人が考えていて、その理由としては、「家族の負担」、「症状急変の際の対応に不安」が多い。これらをみると、最も望んでいるのは「自宅」であるものの、症状や治療の程度、家族への負担などの要素が重なることで病院などを希望していることが考えられる。

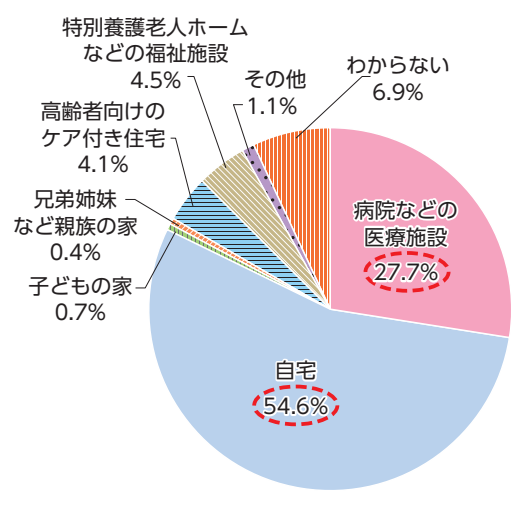
人生の最終段階における医療について家族と「全く話し合ったことがない」と答えた人は55.9%と過半数を超えていた（**図表2-2-9**）。

日頃、自身の人生の最終段階においてどのような医療を受けたいかを家族で話し合った

りすることは、自分自身・家族のためにもなるうえ、日常生活における健康の大切さにも改めて気づくきっかけにもなるのではないだろうか。

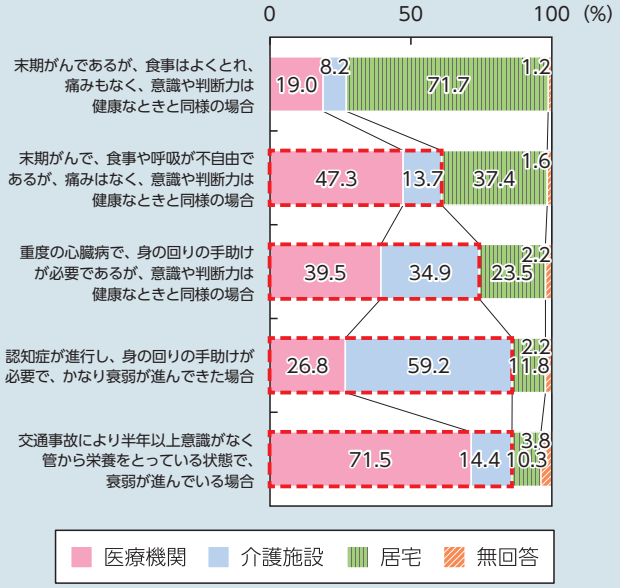
図表2-2-8　人生の最終段階について～最期を迎えたい場所～

【最期を迎えたい場所】



資料：内閣府「平成24年度高齢者の健康に関する意識調査」
（注）1. 全国の55歳以上の男女が対象（有効回収数：1,919人）
2. 設問は、「万一、あなたが治る見込みがない病気になった場合、最期はどこで迎えたいですか」

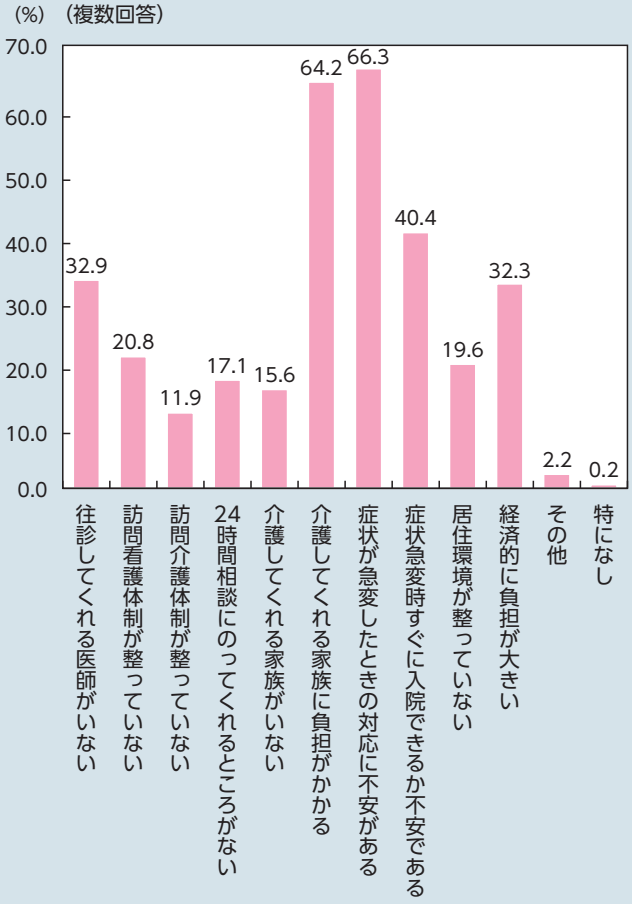
【ケース別にみた「人生の最終段階を過ごしたい場所」】



資料：厚生労働省医政局「人生の最終段階における医療に関する意識調査」（2014年）

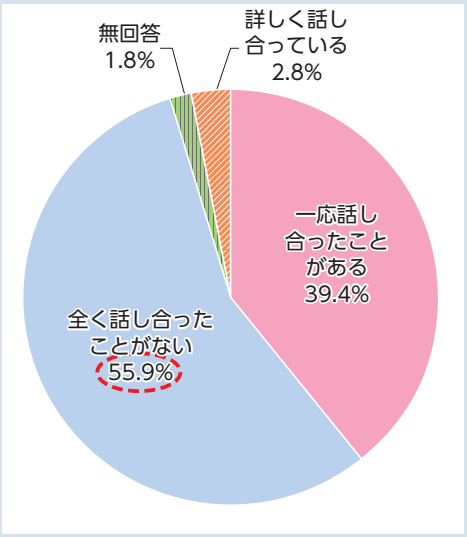
図表2-2-9　人生の最終段階について～自宅で療養することが困難な理由・家族との話し合い～

【自宅で最期まで療養することが困難な理由】



資料：厚生労働省医政局「終末期医療に関する調査」(2010年)

【人生の最終段階における医療についての家族との話し合い】



資料：厚生労働省医政局「人生の最終段階における医療に関する意識調査」(2014年)

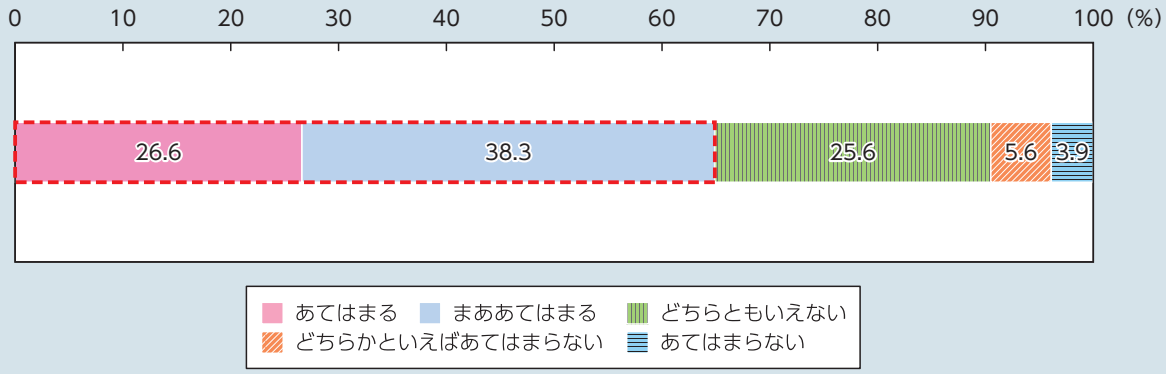
第3節　地域の支え合いに関する意識

1　地域の支え合い

(愛着があるが5割以上)

少子高齢化や人口減少などによって地域のつながりが弱くなってきていると言われている。高齢者の近所の人たちとの交流も年々減少してきている（**図表1-2-12**を参照）。しかし、つながりが薄まりつつある中でも、人々の地域への思いは依然として強い（**図表2-3-1**）。

図表2-3-1　地域に愛着があるか



資料：内閣府「平成22年度国民生活選好度調査」
（注）1. 全国に居住する15歳以上80歳未満の男女を対象
2. 設問は、「お住まいの地域に対して、どのように感じていますか。あなたのお気持ちに最も近いもの1つに○をつけてください→地域に愛着があるか」

2 現在住んでいる地域で高齢期になっても住みつづけたいか

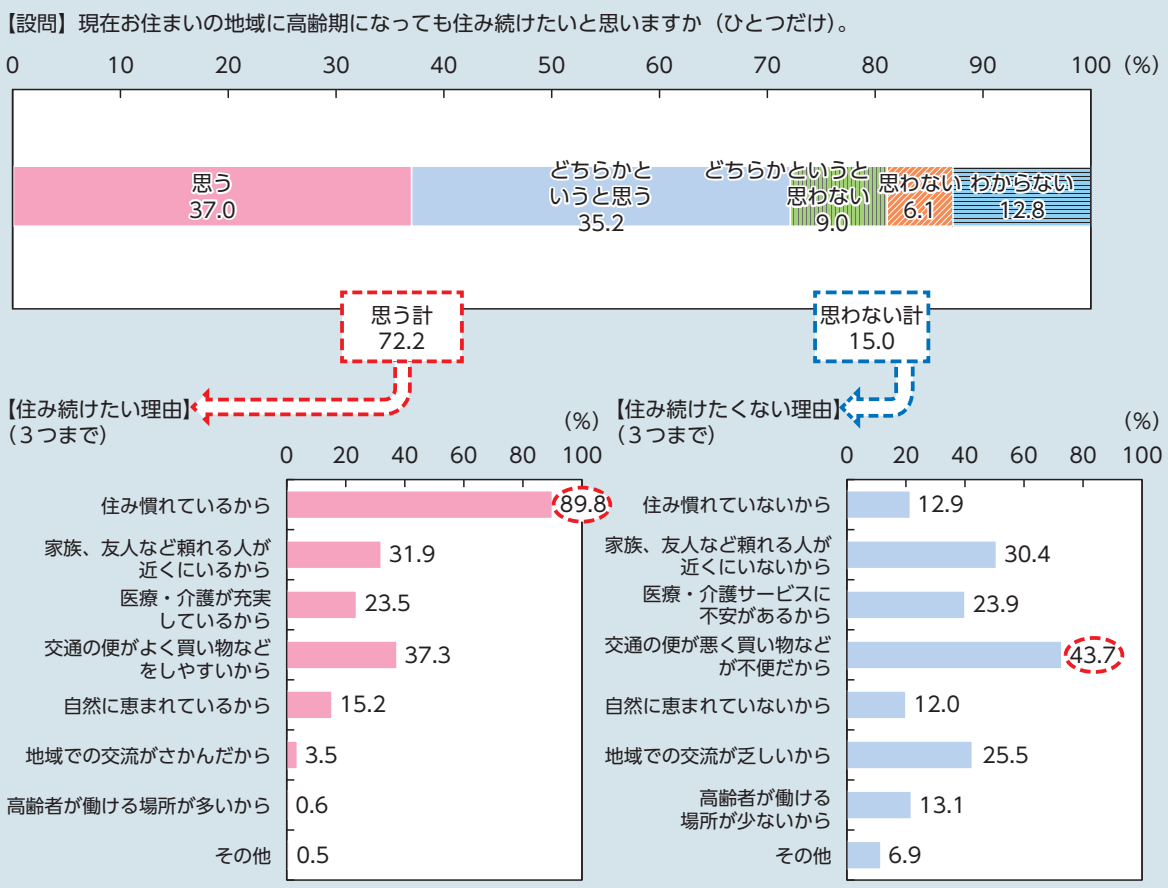
（高齢期になっても住み続けたいが、7割以上）

まず、現在のお住まいの地域に高齢期になっても住み続けたいと思うかを聞いてみると、「思う」が72.2%であるのに対し、「思わない」が15.0%となっている。

多くの人が現在住んでいる地域に高齢期になっても住み続けたいと思っている。

「思う」とした人に理由を聞いてみると、「住み慣れているから」が89.8%であるのに対し、「思わない」とした人に理由を聞いてみると、「交通の便が悪く買い物などが不便だから」が43.7%となっている。（**図表2-3-2**）。

図表2-3-2　現居住地の継続意向

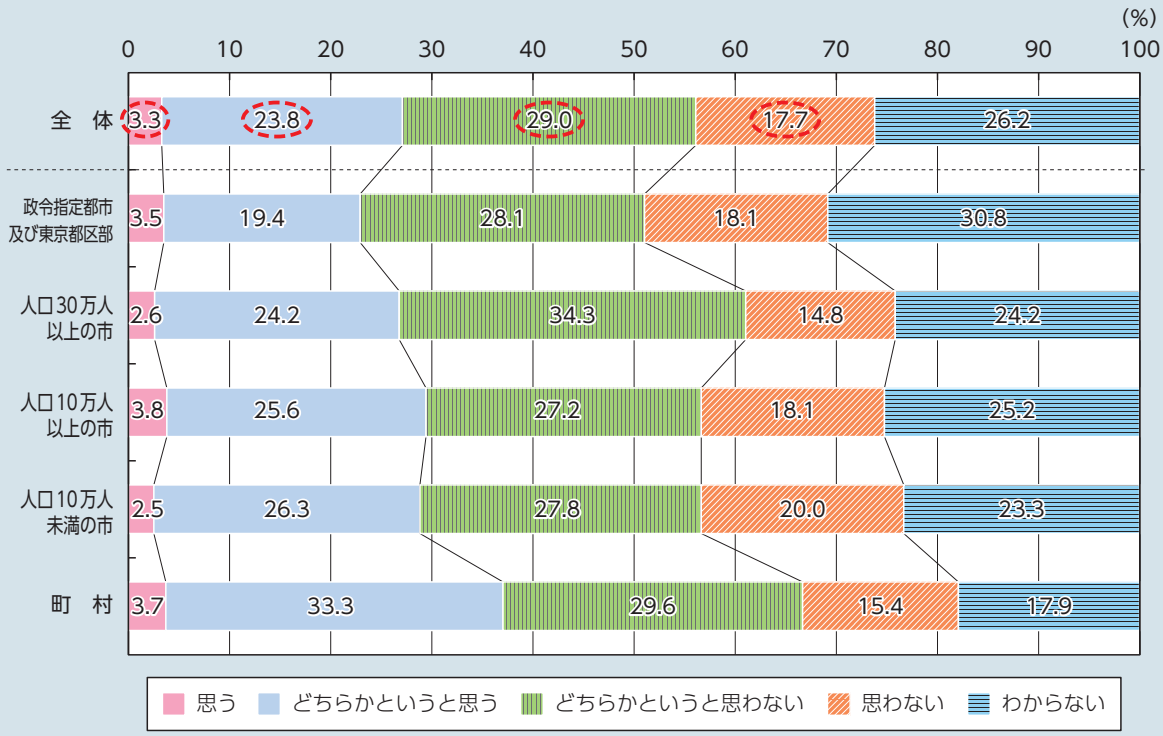


資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

地域社会は、日常生活やコミュニケーションの場であるとともに、人々とつながり、支え合う相互扶助の場でもあることから、高齢単身世帯にとっては家族と同じくらい重要な居場所となりうる。

自分の住んでいる地域では支え合いの活動は展開されていると感じているだろうか。「思う（3.3%）」「どちらかというと思う（23.8%）」を合わせると27.1%あるのに対して、「どちらかというと思わない（29.0%）」「思わない（17.7%）」を合わせると46.7%となり、支え合いが展開されていないと感じている割合が高かった。また、都市規模別に見てみると、都市規模が大きい地域において支え合いが展開されていないと感じる割合が高い傾向が見られる（**図表2-3-3**）。

図表2-3-3　地域における支え合い活動の展開



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

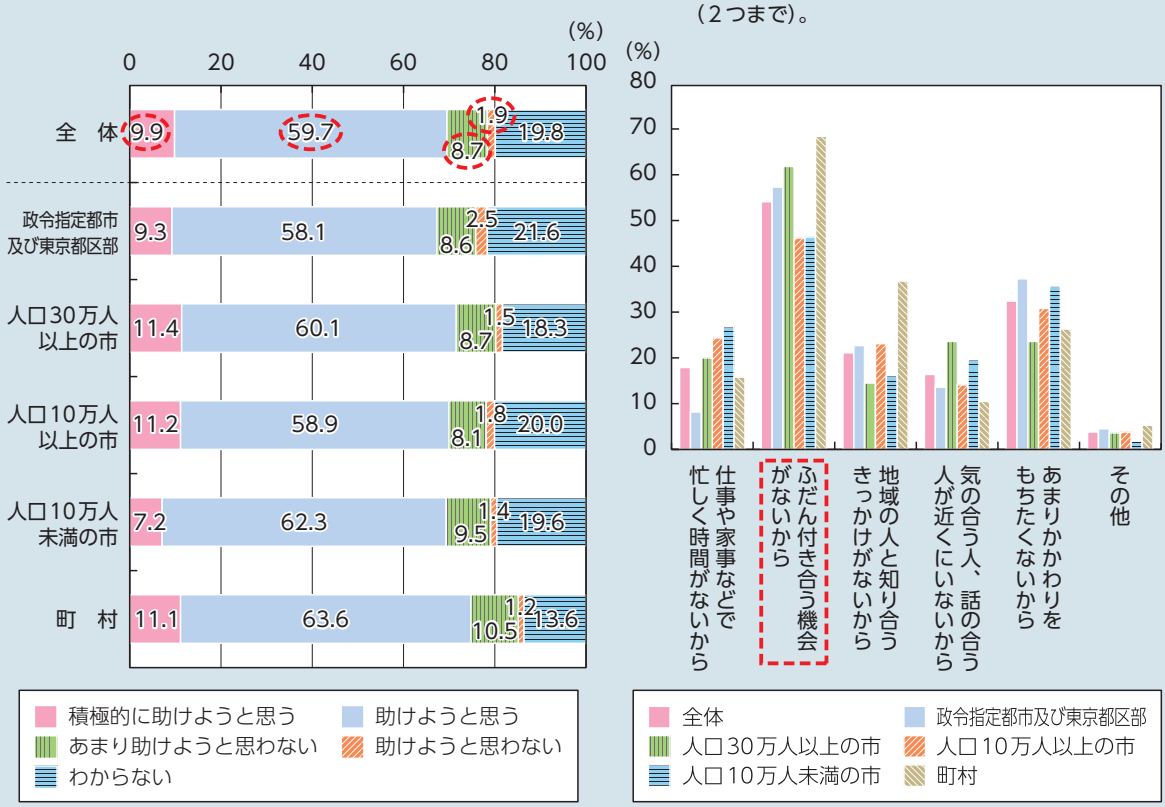
3 地域で困っている人がいたら助けようと思うか

（助けようと思う人が約7割。助けようと思わない人の理由は、「ふだん付き合う機会がないから」が最多）

自分の住んでいる地域での支え合いの活動は展開されていると考える人は比較的少ない一方で、「地域で困っている人がいたらあなたは、助けようと思いますか」という質問に対し、「積極的に助けようと思う（9.9%）」と「助けようと思う（59.7%）」をあわせた「助けようと思う」と回答した人は69.6%であるのに対し、「あまり助けようと思わない（8.7%）」と「助けようと思わない（1.9%）」をあわせた「助けようと思わない」と回答した人は、10.6%となっている。

また、「助けようと思わない」とした人に理由を聞いてみると、「ふだん付き合う機会がないから」が最も多く、都市規模別にみると町村が特に高くなっている（図表2-3-4）。

図表2-3-4　困っている人がいたら助けようと思うか



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

4 実施したいと思う支え合い活動と有効だと思う施策

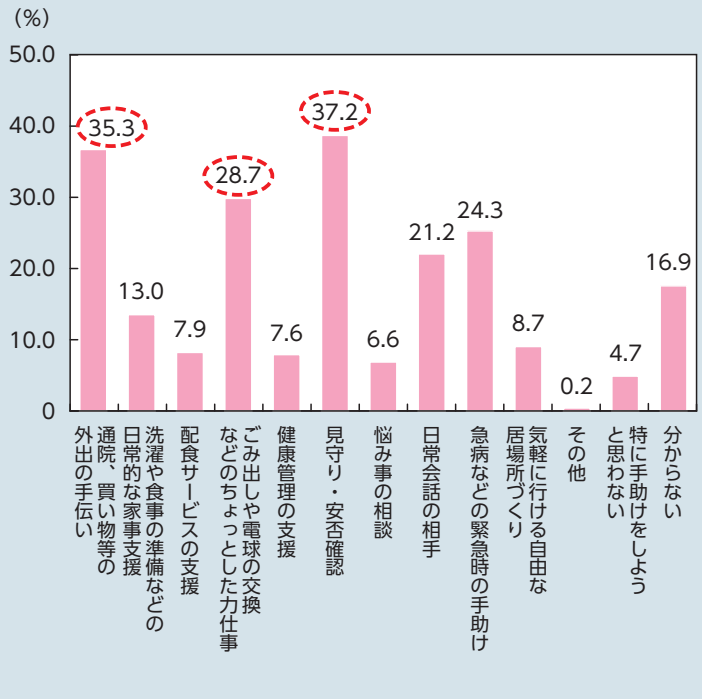
（見守り・安否確認などを実施したい。要援護者の支援マップづくりなど実施したいことをすすめていく環境づくりが求められる）

また、自分が実施したいと思うことはどんなことかを尋ねると、「見守り・安否確認」が37.2%、「通院、買い物等の外出の手伝い」が35.3%、「ごみ出しや電球の交換などのちょっとした力仕事」が28.7%となった。

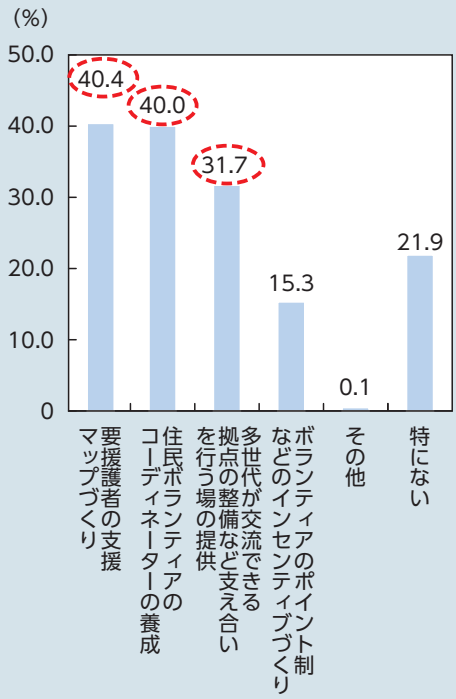
また、地域の支え合いの機能を向上させるためにはどのような施策が有効かを尋ねたところ、「要援護者の支援マップづくり」が40.4%、「住民ボランティアのコーディネーターの養成」が40.0%、「多世代が交流できる拠点の整備など支え合いを行う場の提供」が31.7%となった（図表2-3-5）。

図表2-3-5　実施したいと思う支え合い活動と有効と思う施策

【設問】あなたが実施したい地域での支え合い活動は何ですか（3つまで）。



【設問】地域の支え合いの機能を向上させるためにどのような施策が有効だと思いますか（2つまで）。



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

コラム　「気づき」と「支援」のネットワーク ～おおた高齢者見守りネットワーク（愛称『みま～も』）～

「地域包括ケア」の実現のため、日本全国の地方自治体、各種団体、住民の方々は「どうやってネットワークを作っていくか」ということを非常に悩まれていると思う。地域によって事情が異なるため作り方やあり方などに「これ」という正解はないが、ここでは地域包括支援センターが核となって見事なネットワークを作った話を紹介しよう。

「地域包括ケア」という言葉がまだ世間でもそれほど知られていない2007（平成19）年ごろ、その前年に東京都にある「大田区地域包括支援センター入新井（さわやかサポート入新井）」のセンター長となった澤登久雄さんは悩んでいた……地域包括支援センター（以下「包括センター」）は、いわば「高齢者のよろず相談所」であるが、当時は「何か問題が起きたときに個別に対応する」いわば事後対応を繰り返していたおり、「本当に高齢者が安心して暮らせるためには、事前に地域で高齢者を支えるシステムのようなものが必要ではないか」と感じ始めていた。

そこで、澤登さんは仲間とともに「何がこの地域に必要なのか」という検討に入り2つ

「みま～もくん」と「みま～もちゃん」

のネットワークが必要であるという結論に達した。1つは地域の人々が高齢者の異変に早期に気づくための「気づきのネットワーク」であり、2つめは医療、介護、保健、福祉の専門機関の「支援のネットワーク」である。この2つが揃うことにより、高齢者にとって望ましい「早期発見・早期対応」が可能になると考えたのだ。

次にこのコンセプトを元に実現に向けての戦略を練った。「地域での見守りの重要性を伝え」「専門機関だけでなく地域のあらゆる関係者を巻き込む」ため、「地域づくりセミナー」（以下「セミナー」）を月1回「賛同し協力してくれる企業、事業所の協賛金」で開催することとし、第1回はお披露目ということでイベントとして2008（平成20）年4月に開催された。これが『みま～も』の船出であった。

「地域づくりセミナー」は『みま～も』当初からの事業で現在も継続中であり、講師は地域の医療、介護などの専門職が担い、「住民にお互いの異変に気づくことの大切さを知ってもらう」よう毎回テーマを変えて開催されている。この毎回130人ほどが参加するセミナーにより、住民の「気づき」への理解が深まるとともに、普段は何かなければ知り合うこともない地域の専門職を知ることにより、地域の住民の安心にも繋がっていると澤登さんは感じている。

『みま～も』の名を一躍有名にした「高齢者見守りキーホルダー」は、セミナーの打ち合わせのため集まった医療ソーシャルワーカーの「外出先で倒れて病院に救急搬送されてきても、身元を証明するものを持っていないことが多い」という一言から始まった。キーホルダーの表には連絡先（昼間は包括センター、夜間はコールセンター）裏には登録番号が記載されている。あらかじめ高齢者が包括センターに住所、氏名、緊急連絡先などを登録し、何かがあったとき医療機関などが包括センターなどに連絡し、登録番号を言えば、その登録情報がわかり連絡がつくという仕組みだ。この仕組みは登録情報が命なので、毎年誕生月に更新することとしており、元気なうちから包括センターとつながりを持っていただくため、原則として包括センターに来てもらうこととしている。2009（平成21）年の開始当初は『みま～も』独自の取組みであったが、現在では大田区の事業となっており（大田区で3万人以上が登録済み）、類似の身元確認システムは全国に広がっている模様だ。

高齢者見守りキーホルダー（見本）

次に『みま～も』が取り組んだのは地域での交流の「場」づくりだ。商店街が空き店舗を改装して作った無料お休み処「アキナイ山王亭」を借りて、2011（平成23）年4月「みま～もステーション」という活動拠点を開いた。

開設と同時に「みま～もサポーター」というボランティアを募集した。「みま～もサポーター」になるには、なんと（！）2,000円の登録料がかかる（当然ながら活動費に充当）。これは「お客さん」ではなく主体的に関わってもらうための仕組みで、現在90人ほどが登録をしている。ステーションでは毎月約15講座が開催されており、講師は地域の専門職だけでなくサポーターが担っているものも多く（手芸や手話ダンスなど）、毎週金曜日にはサポーターのおかあさん方が提供する「元気かあさんのミマモリ食堂」が開催

「みま～もサポーター」のおかあさん方

されている。お祭りや餅つきなど商店街との合同企画もありその活動は多彩で、地域住民の交流だけでなく商店街の活性化にも一役買っている。

『みま～も』の成り立ちを聞くとネットワークづくりには相当の「熱意」が必要だ（「高齢者見守りネットワーク『みま～も』のキセキ（ライフ出版社）」という本に詳細が書かれている）。『みま～も』のノウハウについては積極的に提供することとしており、いくつかの団体では「のれん分け」され活動を開始している。地域でネットワークを作りたいという「熱意」を持っている方は、澤登さんに『みま～も』の話を聞いてみるのもいいかもしれない。

コラム　ITを用いた見守り ～兵庫県伊丹市「安全・安心見守りネットワーク事業」～

兵庫県伊丹市は、兵庫県の南東部に位置する大阪市から10㎞ほどのいわゆる衛星都市で、大阪国際空港（伊丹空港）のある街として知られている（人口20万人）。

伊丹市においては、全国で子どもが巻き込まれる痛ましい事件が多発していることや市内で発生した局地的集中豪雨により生じた被害の経験から、安全・安心な街づくりを目指し、2014（平成26）年10月市長のトップダウンにより、1,000台（160㎡に1台（広大な伊丹空港の面積を含む））の防犯・防災カメラの設置に向けて検討を開始した。

カメラの設置は、犯罪の抑止などに効果がある一方で、様々な課題についても指摘されることがある。そこで伊丹市は、市内17小学校区で「地域懇談会」を開催し、市長自らこの構想について説明し地域の住民から意見を伺ったところ、98％近い住民の方がカメラ設置に「賛成」した。子供の見守りなど「安全・安心が優先」という住民の気持ちを反映した結果なのであろう。

「地域懇談会」において「認知症高齢者を探すシステムを作って欲しい」との要望があり、また、今後伊丹市においても認知症高齢者が増えることが明らかであったことから、伊丹市においては更にもう一つの機能を持たせることとした。それが位置情報通知サービスである「まちなかミマモルメ」である。

「まちなかミマモルメ」はカメラと一緒に設置されるビーコン受信機と、ビーコン（小型発信器）と、スマートフォンを連動させるシステムだ。

極小さなビーコン（服に縫い付けたり、靴に付けることが可能な大きさ）を高齢者や子どもに持たせ、家から出た場合（一定の距離が離れた場合）には保護者のスマートフォンにお知らせする。

カメラ・ビーコン受信機1号機

それでも、気づかずに外に出てしまった場合には、市内1,000台のビーコン受信機がビーコンを感知し、捜索対象者の位置情報を保護者にスマートフォンに通知する。

更にビーコン受信機がないところにいる場合でも、市民ボランティアが持つアプリをインストールしたスマートフォンが捜索対象者の位置を感知した場合、その位置情報を保護者のスマートフォンに連絡する。市民のボランティアが多いほど見守りが強化される仕組みだ。

伊丹市においては「地域懇談会」、パブリックコメントなどを経て、2015（平成27）年9月に肖像権やプライバシーの保護に関する「伊丹市安全安心のまちづくりのためのカメラの設置に関する条例」とともに1,000台のカメラ設置などを決定した。

2016（平成28）年1月に第1号のカメラが設置され、3月までに3小学校区と防災用

小型発信器

で計200台が設置された。同年4月から2017（平成29）年3月までに残りの小学校区でも設置される予定だ。

市外に出た場合への対応など今後の課題はあるが、まずはこの新たな取組みの結果に期待したい。

第4節 健康づくり・介護予防に関する意識

（自分の健康について不安を感じることでは「体力が衰えること」及び「重い病気になること」が6割以上）

年齢に関わらず活躍するには、本人の健康状態も大きく関係してくる。高齢期において最も不安に感じることとして「健康」があげられている（**図表2-1-2**）。

健康であることで就労を含めた様々な活動に参加し、また、健康づくりや介護予防につながるという循環が生まれる。

内閣府の調査では「高齢期における自分の健康についてどのようなことに不安を感じているか」という質問に対し、「体力が衰えること（66.8%）」が最も多く、次いで「がん、心臓病、脳卒中などの重い病気になること（61.0%）」、「認知症になること（53.8%）」、「介護が必要になること（53.1%）」となっている（**図表2-4-1**）。

図表2-4-1　自分の健康について不安に感じること

資料：内閣府「高齢期に向けた「備え」に関する意識調査（2014年）
(注)　1. 全国の35～64歳の男女を対象（有効回収数2,707人）
2. 設問は、高齢期の健康に関しての不安について「常に感じている」、「時々感じている」と回答した人（1,975人）を対象に「あなたは、高齢期におけるご自分の健康についてどのようなことに不安を感じていますか（いくつでも）」

1 高齢者であると思う年齢

（70歳以上が4割以上。健康上の問題で日常生活に影響があるは、70歳以上から増加傾向）

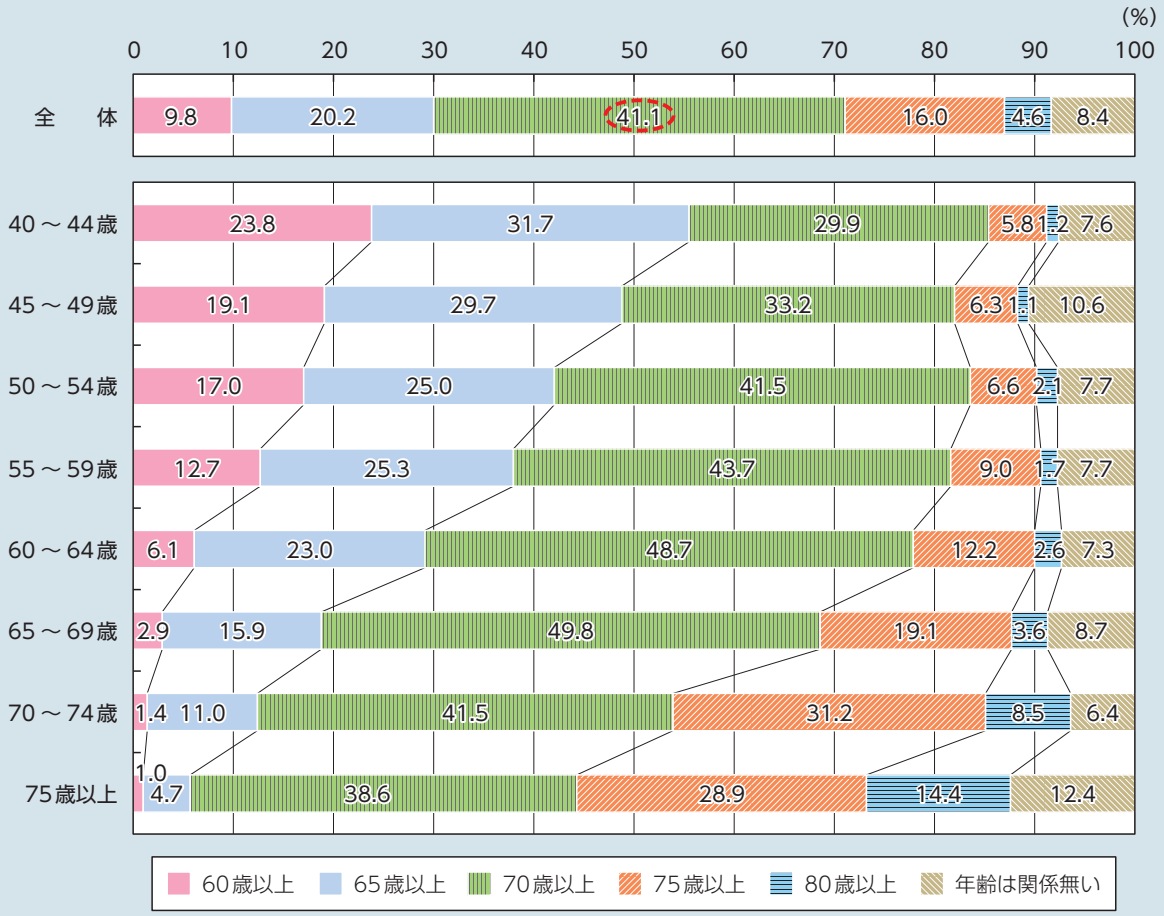
どのくらいの年齢から高齢者になると思うか。この質問に対し、最も多かったのは、「70歳以上」で41.1%であった。更に年齢階級別に見てみると、年齢を重ねるほど、その年齢は上がる傾向にあった（**図表2-4-2**）。

近年は平均寿命と健康寿命との差にも注目されているが（第1部第1章第1節**図表1-1-10**を参照）、高齢者になると思う年齢は、健康寿命と近い。健康寿命の定義は、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」であるが、内閣府の調査で「健康上の問題で日常生活に何か影響があるか」とたずねた結果を年齢階級別に見てみると、55～59歳、60～64歳では、「ある」が10.8%と低く、「ない」は89.2%となっている。「ある」は、64歳以下では10.8%であるが、年齢階級が上がるほど割合は増え、75～79歳では27.7%、80歳以上では41.1%となっている（**図表2-4-3**）。

高齢者になると思う年齢は、なにかしら健康上の問題で日常生活に影響がでる頃で、そ

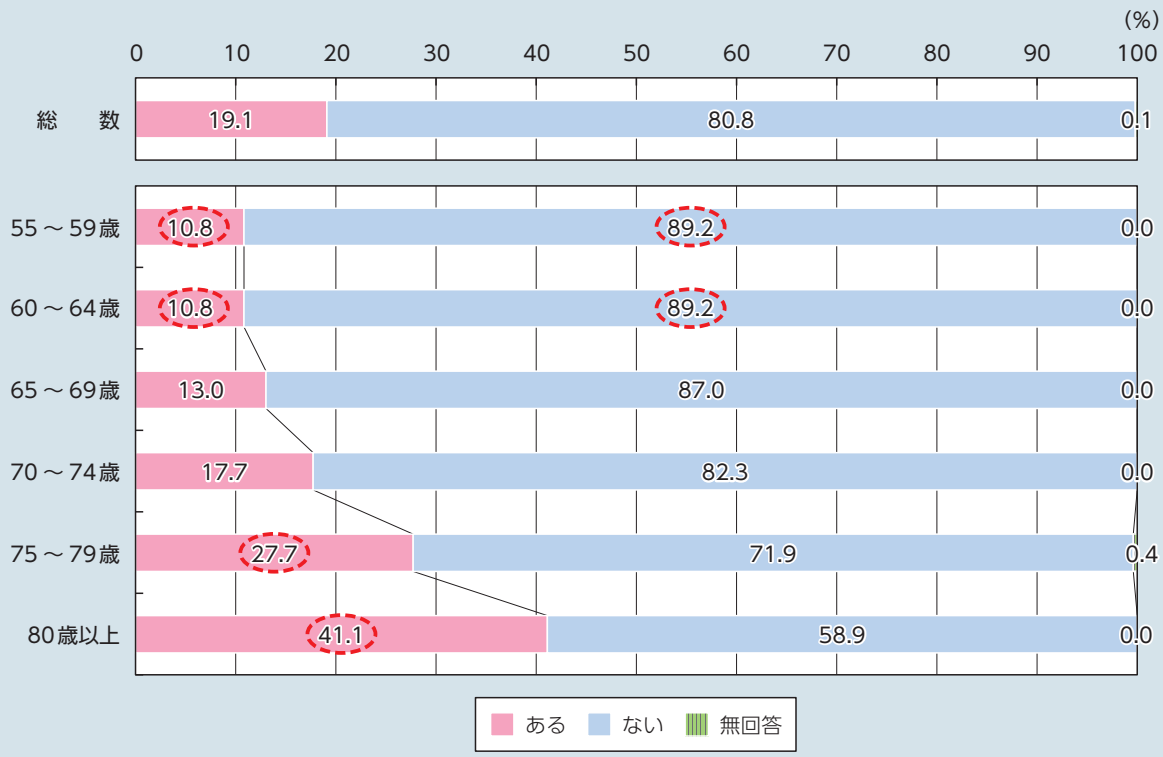
れは健康寿命に近い70歳を超えたあたりと言えそうである。

図表2-4-2　高齢者であると思う年齢



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

図表2-4-3　日常生活への影響



資料：内閣府「平成24年度高齢者の健康に関する意識調査」
（注）　1. 全国の55歳以上の男女が対象（有効回収数：1,919人）
　　2. 設問は、「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか。」

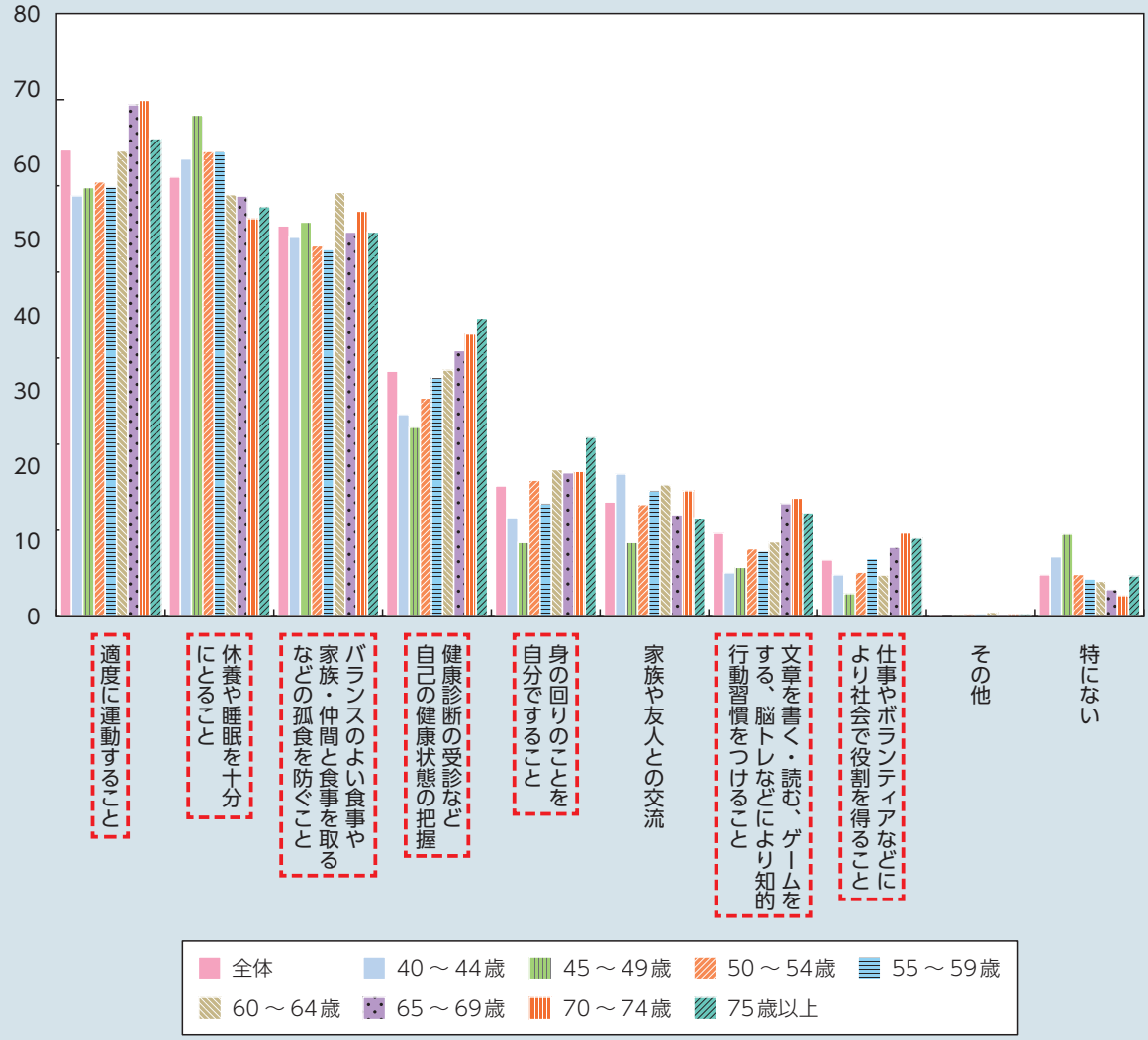
2 健康寿命を延ばすために重要なこと

（高年齢になると「休養や睡眠を十分にとること」が減少する一方、「適度に運動すること」及び「孤食を防ぐこと」が増加する傾向）

では、健康寿命を延ばすためにはどのようなことが重要だと思うか。最も多かったのは、「適度に運動すること」で61.9%、次に「休養や睡眠を十分にとること」58.3%、「バランスのよい食事や家族・仲間と食事を取るなどの孤食を防ぐこと」51.8%、「健康診断の受診など自己の健康状態の把握」32.5%の順であった。また、年齢階級別では年齢があがるにつれ「休養や睡眠を十分にとること」の割合が減少する一方、「適度に運動すること」「健康診断の受診など自己の健康状態の把握」「身の回りのことを自分ですること」「文章を書く・読む、ゲームをする、脳トレなどにより知的行動習慣をつけること」「仕事やボランティアなどにより社会で役割を得ること」などの割合が増加する傾向にあった（図表2-4-4）。

図表2-4-4　健康寿命を延ばすために重要だと思うこと

【設問】ご自身の健康寿命を延ばすためにどのようなことが重要だと思いますか（3つまで）。



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

3 健康づくり・介護予防の取組みとしていいと思う施策

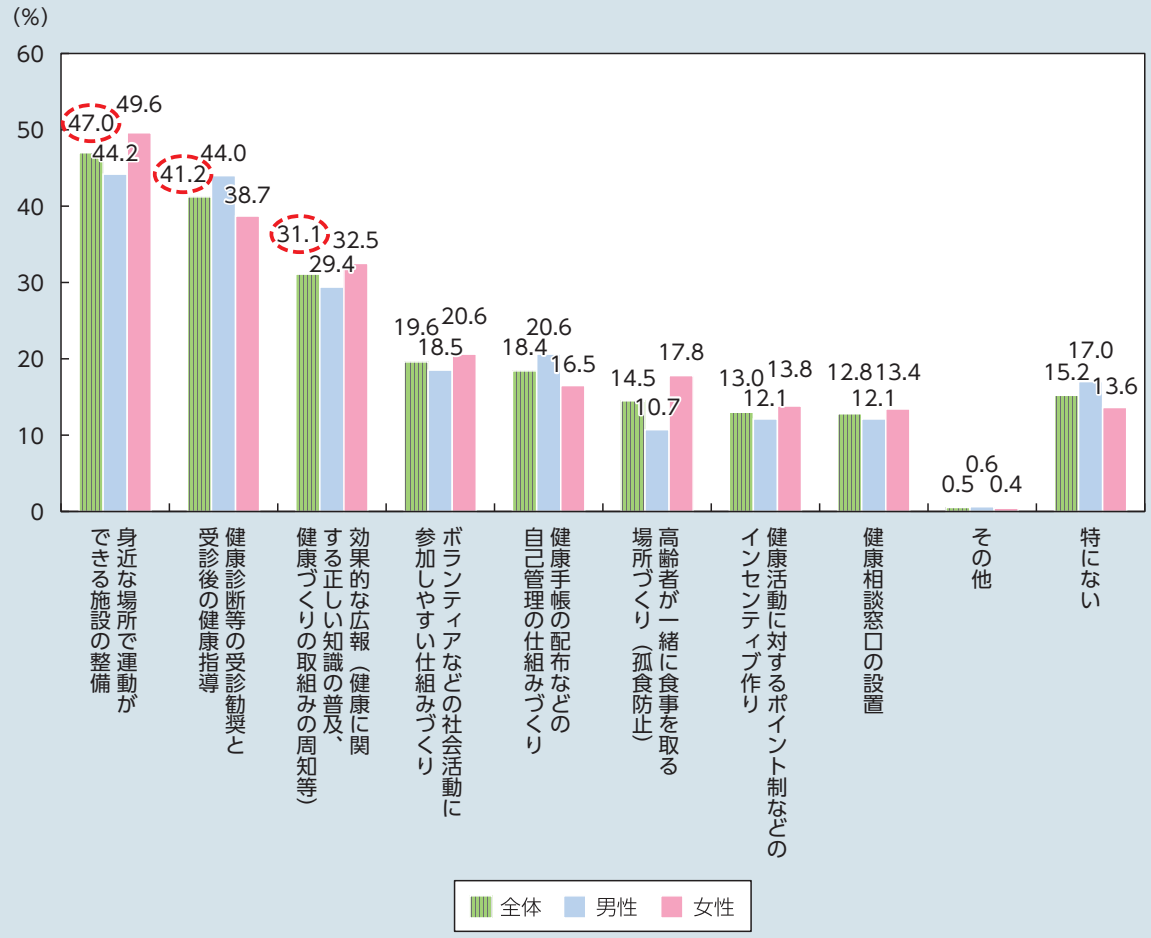
（「施設の整備」・「健康診断に関すること」及び「健康に関する効果的な広報」等の順。）

高齢者の健康づくり・介護予防を促す取組みとしてどのような施策があるとよいと思うかを聞いたところ、最も多かったのは、「身近な場所で運動ができる施設の整備」で47.0%、次に「健康診断等の受診勧奨と受診後の健康指導」41.2%、「効果的な広報（健康に関する正しい知識の普及、健康づくりの取組みの周知等）」31.1%の順であった。また性別で比較すると、男性は「健康診断等の受診勧奨と受診後の健康指導」「健康手帳の配布などの自己管理の仕組みづくり」などの割合が高く、女性は「身近な場所で運動ができる施設の整備」「効果的な広報」「ボランティアなどの社会活動に参加しやすい仕組みづくり」「高齢者が一緒に食事を取る場所づくり（孤食防止）」などの割合が高い傾向にあった（図表2-4-5）。

一方で、これらの取組みを既に実施している自治体なども多い。しかし、自治体の取組みについては、「積極的に取り組んでいる」又は「どちらかというと取り組んでいる」と

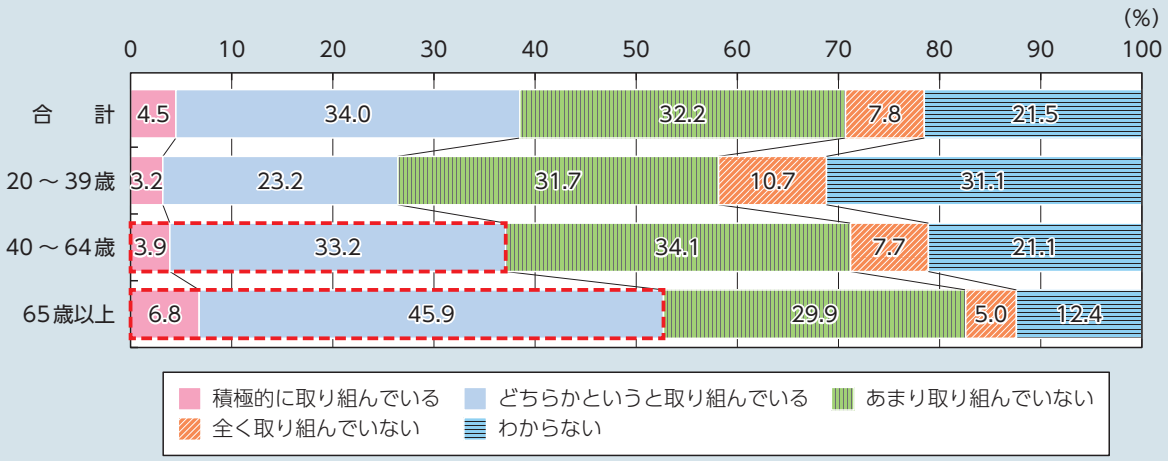
評価した人は、65歳以上で過半数を超えているものの、40～64歳では3割台にとどまっている（図表2-4-6）。この世代は仕事をしていることで自治体の取組みについてあまり知らないことも考えられるため、高齢期の前の段階への普及啓発も非常に重要である。

図表2-4-5　健康づくり・介護予防を促す取組みとしてよいと思う施策



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

図表2-4-6　自治体の健康づくりに対する評価



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「健康意識に関する調査」(2014年)
(注)　「あなたの居住する自治体は、住民の健康づくりに積極的に取り組んでいるとお考えですか」という質問に対する回答(n=5,000)。

第5節　就労に関する意識

1　働ける年齢

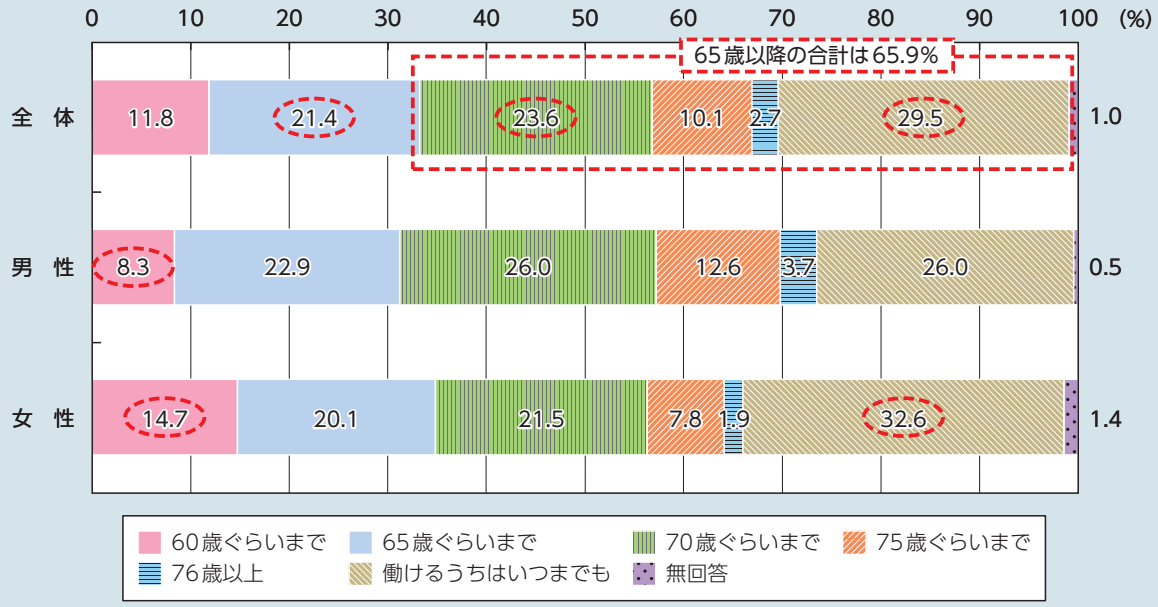
(「65歳を超えて働きたい」は約7割)

第1章第3節でも触れたが、高齢者の就業者は増加傾向にある。では、高齢期において何歳くらいまで就労したいと考えているだろうか。

60歳以上の男女に対し、「何歳ごろまで仕事をしたいか」についてたずねたところ、「働けるうちはいつまでも（29.5%）」が最も多く、次いで「70歳ぐらいまで（23.6%）」、「65歳ぐらいまで（21.4%）」となっている。なお、65歳を超えて働きたいと回答した人は合計で65.9%となっている。性別に見てみると、男性は「60歳ぐらいまで」が8.3%と低い割合に対し、女性は、14.7%と2倍近くの差が見られ、「働けるうちはいつまでも(32.6%)」も比較的高い割合を示している（**図表2-5-1**）。

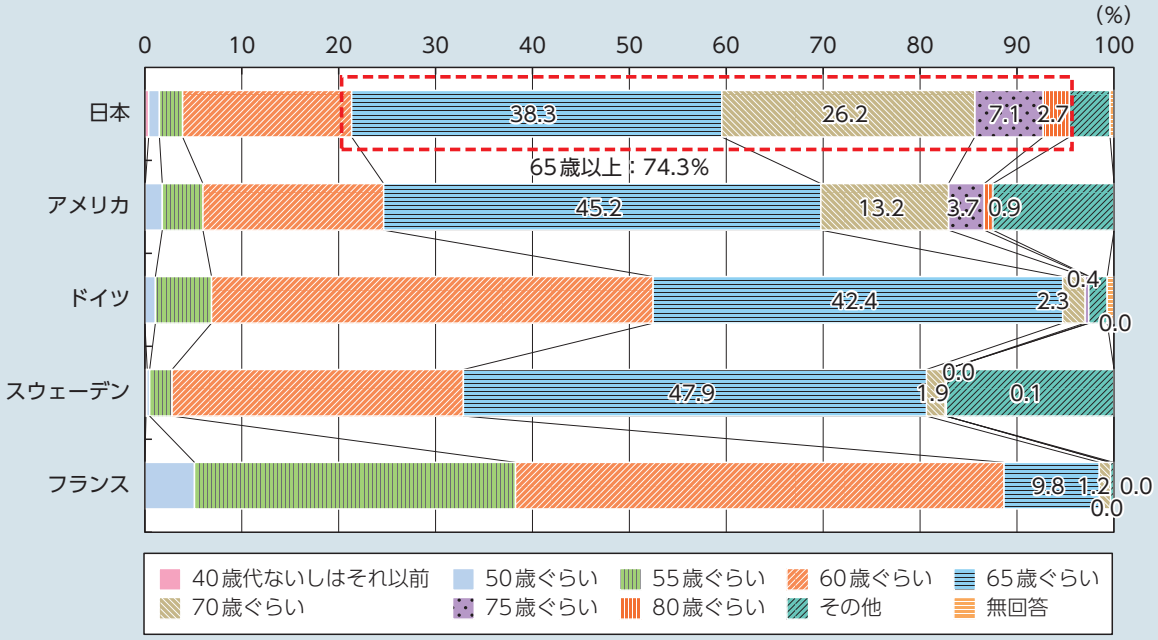
また、内閣府の調査で国際的な比較を見てみると、我が国は仕事を辞める時期として適当と考える年齢で「65歳以上」と考えている人の割合は74.3%を占めており、欧米諸国と比較しても高い水準にある（**図表2-5-2**）。総じて我が国の高齢者は就業意欲が高く、また実際に就労している人も多いと言える。

図表2-5-1　何歳まで働きたいか



資料：内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」（2013年）
（注）　1. 全国の60歳以上の男女を対象にした調査（有効回収数：1,999人）
　　2. 設問は「あなたは、何歳ごろまで仕事をしたいですか」

図表2-5-2　仕事を辞める時期として適当と考える年齢（国際比較）



資料：内閣府「第7回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」（2010年）
（注）　1. 60歳以上の男女を対象に「現在の就労の有無にかかわらず、収入の伴う仕事を辞めるJ時期は何歳ぐらいが適当か」との設問に対して回答した者の割合。
　　2. フランスは、第6回調査の結果である。

2 働く理由

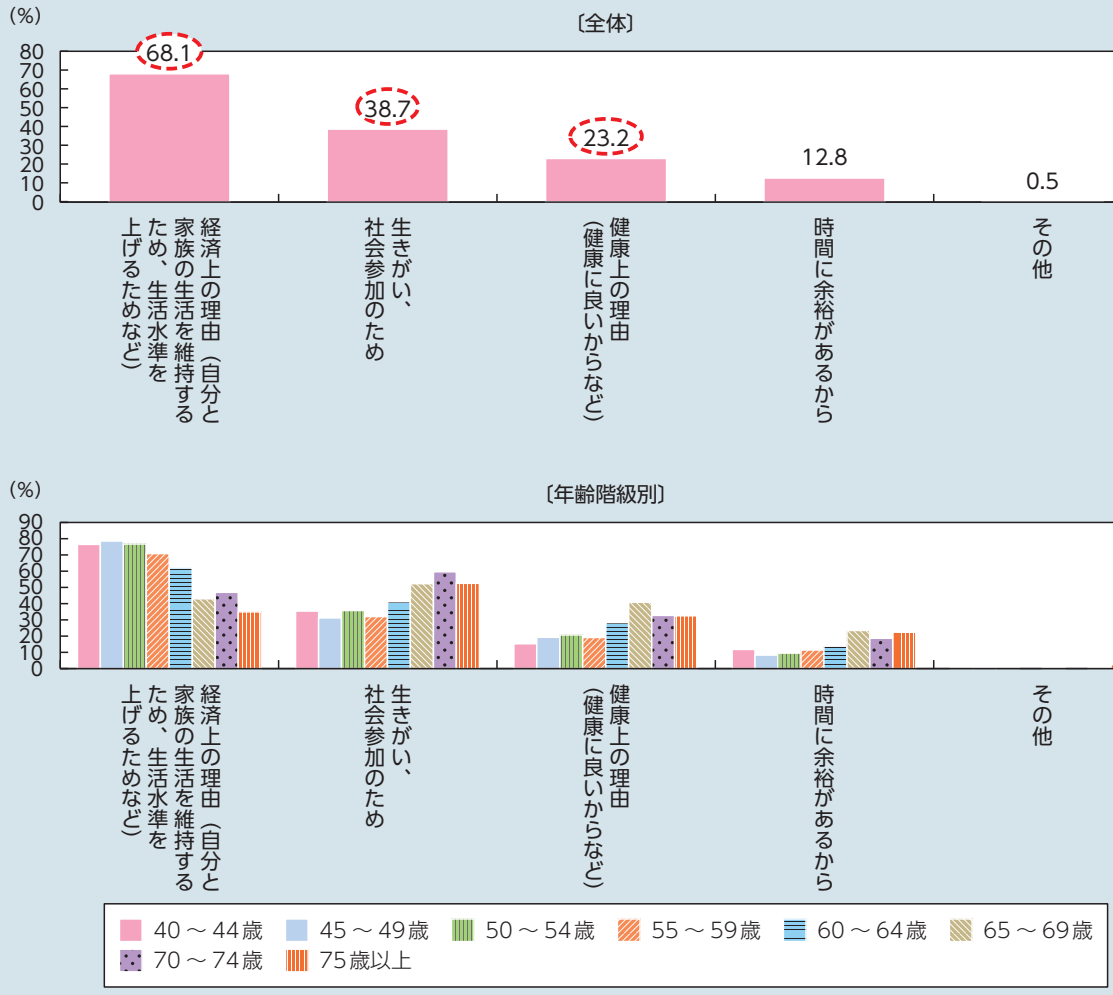
（「経済上の理由」が最多。高齢者になると「生きがい、社会参加のため」や「健康上の理由」が上昇）

また、働く理由についてたずねたところ、全体としては、「経済上の理由（68.1%）」

が最も多く、次いで「生きがい、社会参加のため（38.7%）」、「健康上の理由（23.2%）」となっている。年齢階級別に見てみると、年齢階級が上がるにつれて、「経済上の理由」の割合が低下していき、「生きがい、社会参加のため」や「健康上の理由」等の割合が増えていき、高齢になるほど働くことを通じて生きがい・健康といった要素が考慮されるようになる傾向にあった（図表2-5-3）。

多くの人が65歳を超えても働くことを希望し、意欲のある高齢者が働くことを通じて生きがい、社会参加、健康といったことを実現していくということは、単に人口減少が進行する中で社会の活力維持や持続的な成長を実現するために必要という以上に、積極的な意義を持つと言えよう。

図表2-5-3 働く理由



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

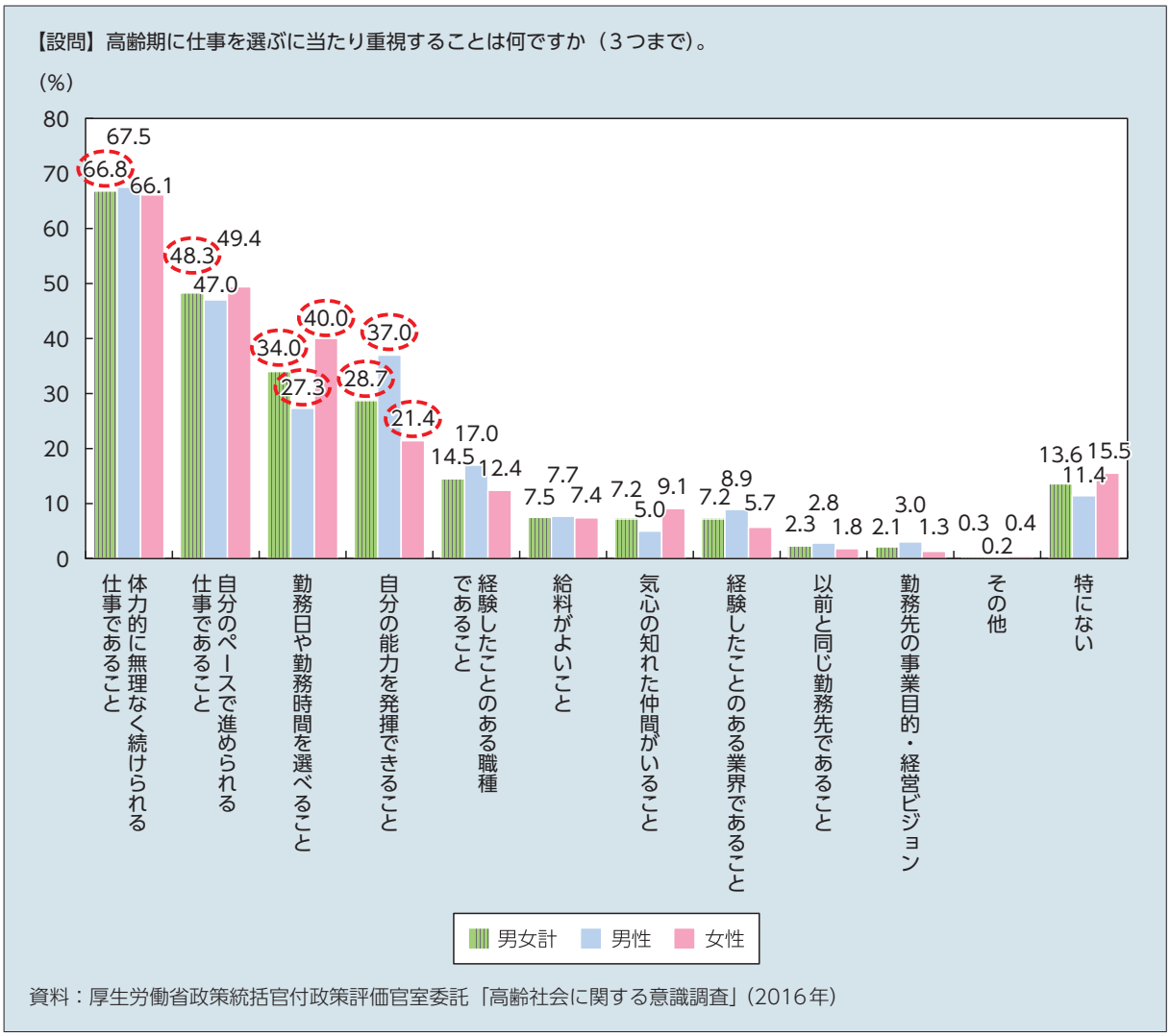
3 就労にあたり重視すること

（男女ともに健康を主に重視しつつ、男性は能力の発揮を、また女性は勤務日・時間を重視する）

高齢者が就労にあたって重視することと、働く理由は当然のことではあるが、密接に関連している。

「体力的に無理なく続けられる仕事であること（66.8%）」が最も多く、次いで「自分のペースで進められる仕事であること（48.3%）」、「勤務日や勤務時間を選べること（34.0%）」、「自分の能力を発揮できること（28.7%）」となった。また、性別に見てみると、男性では「自分の能力を発揮できること（37.0%）」が女性（21.4%）に比べて高い割合となっており、女性では「勤務日や勤務時間を選べること（40.0%）」が男性（27.3%）に比べて高い割合となっている。就労希望理由では、「経済上の理由」が最も高いが、就労にあたっても、体力的な点や勤務日・時間といった観点を重視する傾向がある（**図表2-5-4**）。

図表2-5-4　高齢期に仕事を選ぶにあたり重視すること



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

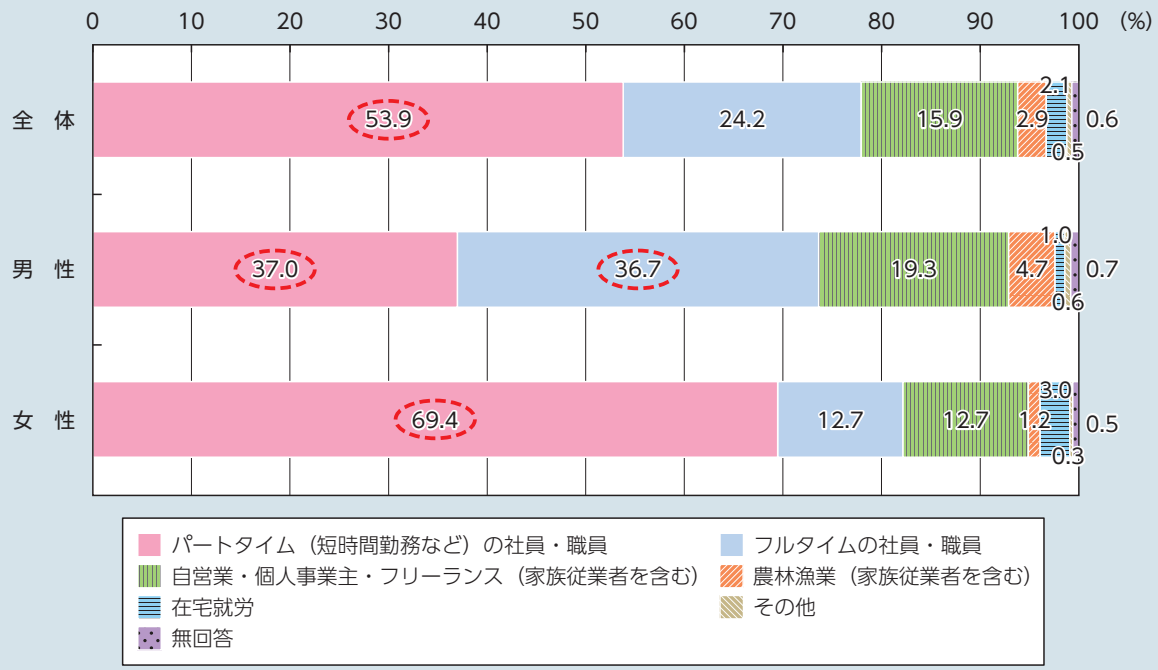
4　60歳以降に希望する就労形態

（「パートタイム（短時間勤務など）の社員・職員」が5割以上）

内閣府の調査で60歳以降に希望する就労形態をたずねている。60歳以降に希望する就労形態は、「パートタイム（短時間勤務など）の社員・職員（53.9%）」と最も多く回答している。ただし、性別にみると、傾向ははっきり分かれる。女性は、69.4%もの人が「パートタイム（短時間勤務など）の社員・職員」を選んでいるものの、男性は、37.0%となっており、「フルタイムの社員・職員」を選んでいる人も36.7%でほぼ二分されてい

る状況であることも留意する必要があろう（図表2-5-5）。

図表2-5-5　60歳以降に希望する就労形態



資料：内閣府「高齢期に向けた「備え」に関する意識調査（2014年）
（注）1. 全国の35～64歳を対象にした調査（有効回収数：2,707人）
2. 60歳以降も収入を伴う仕事をしたと回答した人（2,214人）に「あなたは、60歳以降も収入を伴う仕事をする場合、どのような形態での就労を希望するか」とたずねた際の割合を示したもの

5 高齢期の就労にあたり、企業に望むこと・国の取り組むべき施策

（企業に望むのは「健康や体力に配慮した配置などの健康管理」が3割以上。国が取り組むべき施策は「企業が65歳以上の人を雇用するインセンティブ作り」が約4割）

高齢期に就労する人は、働く意欲も高く、また就労する理由も生きがいや社会参加、健康など多様であり高齢者が社会の支え手として活躍できるという点でも意義があるといえる。

こうした意欲ある高齢者が企業にどのようなことを望んでいるか、国の取り組むべき施策はどのようなものと考えているのかを知ることは年齢にかかわらず働くことができる社会を実現するうえで有用なことである。

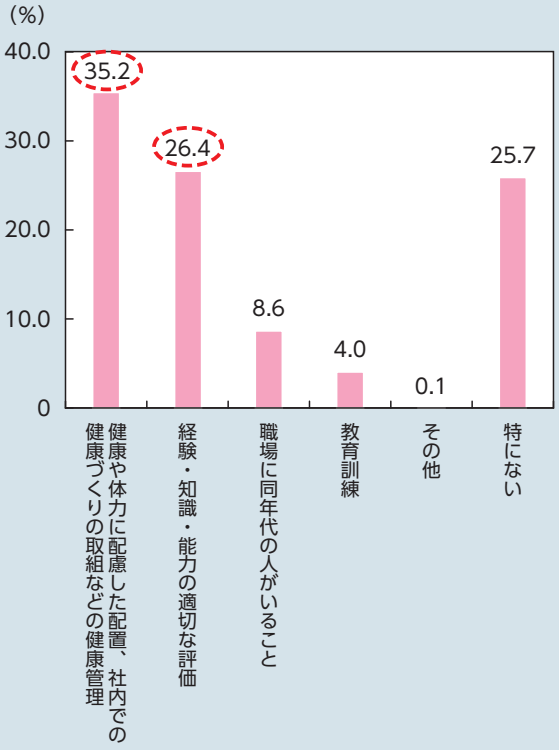
企業にどのようなことを望むかでは、「健康や体力に配慮した配置、社内での健康づくりの取組などの健康管理（35.2%）」が最も多く、次いで「経験・知識・能力の適切な評価（26.4%）」となっている。

国が取り組むべき施策としては、「企業が65歳以上の人を雇用するインセンティブ作り（39.1%）」で最も多く、次いで「希望者全員が65歳まで働ける仕組みの徹底（36.3%）」、「ハローワークでの高齢者への職業紹介の取組の強化（29.1%）」、「シルバー人材センターで紹介できる職種の拡大などシルバー人材センターの機能強化（25.6%）」となっている（図表2-5-6）。

図表2-5-6　就労にあたり企業に望むこと・国の取り組むべき施策

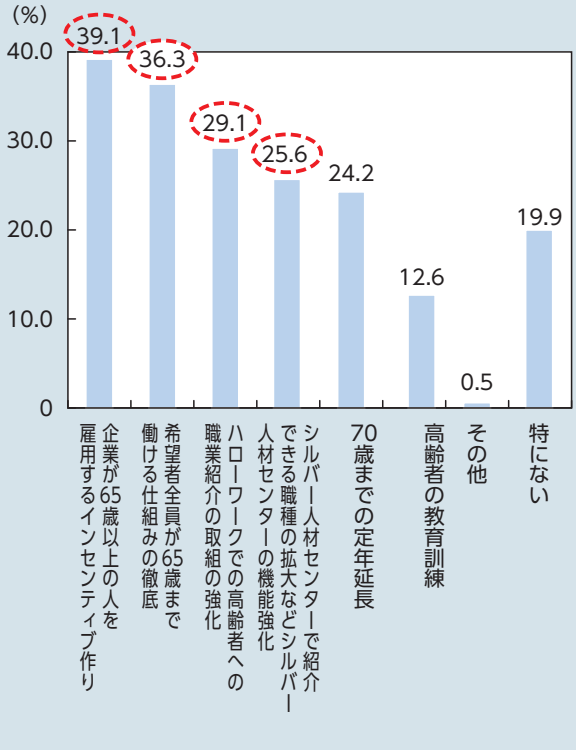
【企業に望むこと】

【設問】高齢期に就労する場合に、企業にどのようなことを望みますか（ひとつだけ）。



【国が取り組むべき施策】

【設問】少子高齢化が進み、労働力が減少する中で、高齢者の就労促進が必要となっていますが、国が取り組むべき施策はどのようなものだと思いますか（3つまで）。



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）

コラム　高齢社会とコンビニ　～セブン－イレブン・ジャパン～

1974（昭和49）年、東京都江東区豊洲に日本初のコンビニエンスストア（以下「コンビニ」）セブン－イレブン第1号店がオープンした。コンビニは夜遅くまで開いている便利さから若者中心に支持されていたが、それから42年……現在は客層が大きく変わっており、セブン－イレブン・ジャパンでは来店客の30％は50代以降となっている。個人商店が大きく減って、街中にちょっと買い物できる場所が減ったということもあるし、当時の若者が現在では高齢者になり、若いころからの習慣としてコンビニを使い続けているということもある。

このような状況に対応するため、セブン－イレブン・ジャパンでは商品構成やサービスも高齢化や働く女性の増加などの環境変化に対応できるよう進化させてきた。

商品構成でいえば、高齢者に多い夫婦のみの世帯や単独世帯に対応できるよう、カット野菜など商品のボリュームを見直したり、パウチ総菜などは、毎日食べていただけるよう美味しく食べ飽きない（割とあっさりとした）味付けとしているそうだ。

サービスについては2000（平成12）年から始めた「セブンミール」という宅配サー

ビスに力を入れている。現在では全店舗（約18,000）の約8割が実施しており、サービス利用者の6割以上が高齢者だ。

客層の変化とともに、近年は高齢者の雇用なども進めてきた。2013（平成25）年の福岡県との協定を皮切りに、「働きたい高齢者に近くのコンビニを紹介すること」と「商品を配達した際に安否を確認すること（見守り）」を主な内容とする協定を全国220の地方自治体と締結している（2016（平成28）年2月現在））。

自治体によって細部では異なるが、おおよそ以下のような感じで職業紹介は進められている。まずは自治体が高齢者向けの職業説明会を主催する（セブン－イレブン単独の場合もあるし、他の企業と一緒にする場合もある）。説明会で特徴的なのは直接の雇用者であるコンビニのオーナーからの説明だけでなく、実際に働くシニア従業員が説明することだ。これによって参加者の「高齢者もコンビニで働けるんだ」という気づきがあるようで、評判はよいという。

高齢者はコンビニで実際にどういう業務を行っているのだろうか。コンビニでは「レジ」「品出し」「清掃」「宅配」など様々な仕事がある。特にこれが高齢者の仕事ということはなく、個々人のできる仕事を担当しているそうだが、「宅配」は高齢者のお客さんも多いため、高齢者の従業員が担当するとちょっとした話し相手にもなり利用者に好評のようだ。

勤務時間については、1日3～5時間、週3～5日勤務が多いという。一般的に高齢者はフルタイムでバリバリ働きたいというより、自分のペースで働きたいという人が多い。勤務時間が選びやすいという点でもコンビニ勤務は高齢者に向いているのであろう。

高齢者なので「レジの操作などを覚えるのに時間がかかる」というマイナスの点がないわけではないが、「休まない、時間を守る」「気が回る」「人によっては管理的な仕事もできる」といった豊かな人生経験や職業経験によるプラスの点も多く、最初はおっかなびっくりで採用したオーナーにも好評だそうだ。高齢者本人もやりがいを感じる人が多く「できる限り働き続けたい」という声がよく聞かれるという。

セブン－イレブン・ジャパンでは65歳以上の高齢者を9千人以上雇用している。今後も増えて行くであろうし、高齢者向けの新たなサービスもきっと提供してくれるに違いない。

コラム　定年後の働き方支援 ～グランドシッター養成で保育士をサポート～

日本は世界でも有数の長寿国であるが、寿命が延びることにより、高齢になってからの人生も長くなり、その過ごし方が課題となっている。定年後仕事を離れ、趣味に生きる過ごし方もあるが、職業人生で培ってきたものを活かしたい、世の中に役立ちたいという理由から、可能な限り働き続け、社会に貢献する過ごし方を選択する人も少なくない。

他方、東京の保育士の有効求人倍率は５倍を超えるなど都市部における保育人材の確保は喫緊の課題となっており、都市部の自治体は、保育士の養成や潜在保育士の再就職支援に苦慮している。

このような中、「企業OB・OGのシニア人材」の育成事業を通じて、保育所への人材紹介を行っている一般社団法人日本ワークライフバランスサポート協会（東京都千代田区、呼称Jサポート）における取組を取り上げる。

（グランドシッター養成認定講座）

「長く会社組織にいた経験があるからこそ、保育所という組織にも対応可能。」と、企業で管理職の経験を持ち、自ら保育士の資格を持つ武市海里理事長は語る。

保育所は、子育てに重きが置かれる所で、組織的発想が生まれにくい。そこに、社会人経験と人生経験豊富な知恵を身につけたベテランシニアが加わることで、保育士や保育所にゆとりが生まれてくるとの信念のもと武市理事長は、2015（平成27）年３月Jサポートを設立した。

Jサポートでは、シニアの就労支援の一環として「グランドシッター養成認定講座」を首都圏で定期的に開催している。

（認定講座の模様）

この認定講座は、保育の現場の補助業務（用務員、散歩時の見守り）を行う人材を養成するものであり、ボランティアではなく、「保育に関わる仕事」の有資格者として、保育現場から信頼される「グランドシッター」（グランパシッター（男性）とグランマシッター（女性）の総称）を養成している。

２日間の認定講座では、専門家から「こどもの心と体の発達」、「安心安全講習」、「遊びや絵本の読み聞かせ」など、保育の現場や地域での子育てに必要な知識を学ぶことができる。

1日目	10：00～	保育の現状とシニアの役割
	11：00～	保育園、幼稚園、学童保育概論
	13：00～	子どもの発達（1）概論
	14：00～	子どもの発達（2）概論と実技
	15：00～	絵本の読み聞かせ（1）
2日目	10：00～	子どもの発達　特別支援児への対応
	11：00～	心を育む絵本の選び方、読み聞かせ
	13：00～	創造の窓を開くワーク（折紙）
	14：00～	知恵を磨くワーク（工作）
	15：00～	筆記試験、修了認定式、記念撮影

（認定講座のカリキュラムの例）

（グランドシッターの就労第１号）

40年間、金融機関に勤めていた椎名啓治さん（67歳）は認定講座の受講を機に、東京都墨田区の認可保育所で働き始めた。退職後、地域に貢献したいと考えていた椎名さんには、うってつけの仕事。保育士に代わって、機材や会場の準備等のさまざまな用務を引き受けている。

保育士からは「子どもたちの様子を見て臨機応変に対応できるので必要な存在、貴重な

人材になっている。」との声が寄せられている。

これまで仕事や生活から多くのことを学んできたシニア世代の経験を、子育て支援分野で活かす興味深い試みのひとつではないだろうか。

ここまで「暮らし」、「支え合い」、「健康づくり・介護予防」、「就労」の意識について見てきた。共通しているのは、『住み慣れた地域』で『健康』に暮らすということであろう。

就労や社会参加などを通じて住み慣れた地域において支え手となることで、高齢者自身が健康寿命の延伸を実現できる可能性が見いだされる。また、地域に住んでいる一人ひとりが支え手であると同時に、支えられる側であるということを認識することが必要であり、それが「支え合い」につながる。

今後の人口高齢化に向け、活き活きと生活していくには、「地域」という視点が重要であると言える。

第3章 高齢期を支える医療・介護制度

第1節 医療保険制度

第１節では、我が国の医療保障制度である社会保険の意義・機能や医療保険制度の概要について概観する。我が国では国民皆保険制度により誰もが安心して医療を受けることができ、高齢者の自己負担については、原則として現役世代よりも低く抑えられている。このような制度の下、世界最長の平均寿命と高い医療水準が達成されていることを改めて確認していく。

1 我が国の医療保障制度

（自立と連帯という理念に即した仕組みである社会保険方式を採用）

我が国の医療保障制度は社会保険方式を採っている。社会保険は、病気やケガ、失業など、貧困に陥る原因となる事故に対してあらかじめ備え、現実にこれらが発生してもそれによって生活困難に陥らないようにするもので、人々が集まって保険集団をつくり、あらかじめ保険料を出し合い、このような事故にあった場合に必要な給付をする仕組みである。民間保険会社の保険も、加入者で保険料を出し合ってリスクを分担・軽減する仕組みであるが、例えば病歴のある人など高いリスクを持った人は、保険会社から加入を拒否されたり、保険料が極めて高額になるため実質的に加入できなくなったりすることが起きてしまう。

これに対して我が国の社会保険は、すべての人々のリスクを分かち合うため、法律ですべての人々に加入を義務付けており、保険料は各自のリスク、例えば病気であるかどうかなどにかかわりなく、賃金などの拠出能力に応じたものとなっている。また、社会保険の財源は保険料が中心であるが、被用者保険では被保険者（被用者）本人のみならず、被保険者の職場の事業主も負担するのが原則となっている。さらに、応能負担の見地から、低所得者を対象に保険料を軽減・免除するために、国や地方公共団体も費用の一部を負担している。

このように、社会保険制度は、保険料を支払った人々が給付を受けられるという点で、自立・自助という近現代社会の基本原則の精神を生かすと同時に、強制加入の下で所得水準を勘案して負担しやすい保険料水準を工夫することで、社会連帯や共助の側面も併せ持っており自立と連帯という理念に、より即した仕組みであると言える。

（ドイツ、フランスは社会保険方式、英国、スウェーデンは税方式、アメリカは民間保険が中心）

諸外国における医療保障制度は、ドイツやフランスが我が国同様に社会保険方式を採用しているのに対して、英国やスウェーデンでは、保険料ではなく専ら租税を財源にして、国や地方公共団体の施策として国民や住民に給付を行う「税方式」を採用している。

ドイツでは、日本のように全ての住民を公的医療保険に強制加入させるという形にはなっておらず、一定所得以上の被用者、自営業者（農林業者及び芸術家・ジャーナリストを除く）、公務員等については、公的医療保険が強制適用されない。そのため、実際に公

的医療保険でカバーされている者は全国民の８割強である。ただし、2007（平成19）年に成立した公的医療保険競争強化法により、2009（平成21）年１月以降、すべての住民が公的医療保険又は民間医療保険に加入することが義務付けられている。

フランスには、我が国の国民健康保険のような地域保険はないが、法定制度として職域ごとに強制加入の多数の制度がある。強制適用の各制度の対象とならないフランスに常住するフランス人及び外国人は、2000（平成12）年１月から実施されている普遍的医療カバレッジ（給付）制度の対象となる。

これに対して、1942（昭和17）年の「ベヴァリッジ報告」による、拠出を条件とせず、必要な場合はいつでも住民に無料の医療を提供するという考え方を受け継ぐ英国では、税方式により国営の医療保健サービスの提供という形態[*1]を採っている。スウェーデンでは、税方式により広域自治体による医療保健サービスの提供という形態を採っている。

一方で、アメリカでは、高齢者及び障害者に対するメディケアと一定の条件を満たす低所得者に対する公的扶助であるメディケイドによる対応を採っている。現役世代の医療保障は民間医療保険を中心に行われており、企業の福利厚生の一環として事業主の負担を得て団体加入する場合も多く、民間医療保険の加入は69.3％と大きな役割を担っている。なお、医療制度改革法の成立により、2014（平成26）年から個人に対し医療保険に加入することが原則義務化され、民間の医療保険を含め、いずれかの医療保険に加入していない場合には罰金が課されることとなった。

＊１　税財源による医療提供は公的病院に限られ、私立病院にかかる場合は任意の民間保険に入っていなければ多額の負担を強いられることとなる。

図表3-1-1　主要国の医療保障制度の概要

		日本（2015）	ドイツ（2014）	フランス（2013）	スウェーデン（2014）	イギリス（2014）	アメリカ（2014）
制度類型		社会保険方式 ※国民皆保険 ※職域保険及び地域保険	社会保険方式 ※国民の約87%が加入。 ※被用者は職域もしくは地域ごとに公的医療保険に加入。一定所得以上の被用者、自営業者、公務員等は強制適用ではない。 ※強制適用の対象でない者に対しては民間医療保険への加入が義務付けられており、事実上の国民皆保険。	社会保険方式 ※国民皆保険（国民の99%が加入） ※職域ごとに被用者制度、非被用者制度（自営業者）等に加入。（強制適用の対象とならない者：普遍的医療給付制度の対象となる。）	税方式による公営の保健・医療サービス ※全居住者を対象 ※広域自治体（ランスティングなど）が提供主体（現金給付は国の事業として実施）	税方式による国営の国民保健サービス（NHS） ※全居住者を対象	メディケア・メディケイド ※65歳以上の高齢者及び障害者等を対象とするメディケアと一定の条件を満たす低所得者を対象とするメディケイド ※2014年から医療保険の加入が原則義務化。現役世代は民間保険が中心（65.0%）で、無保険者は14.5%（2013年）
自己負担		3割 義務教育就学前　2割 70歳～74歳　2割（現役並み所得者は3割） ※平成26年4月以降に新たに70歳になる者　2割 同年3月末までに既に70歳に達している者　1割 75歳以上　1割（現役並み所得者は3割）	・外来：なし ・入院：1日につき10ユーロ（年28日を限度） ・薬剤：10%定率負担（上限10ユーロ、下限5ユーロ）	・外来：30% ・入院：20% ・薬剤：35%（抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品は0%、胃薬等は35%、有用性の低い薬剤60%、ビタミン剤や強壮剤は100%） ※償還制であり、一旦窓口で全額を支払う必要あり（入院等の場合は現物給付）。 ※自己負担分を補填する補足疾病保険が発達している。（共済組合形式、国民の8割が加入） ※上記の定率負担のほか、外来診療負担金（1回1ユーロ、暦年で50ユーロが上限）、入院定額負担金（1日18ユーロ、精神科は13.50ユーロ）があり、これについては補足疾病保険による償還が禁止されている。	・外来 ：ランスティングが独自に設定 プライマリケアの場合の自己負担は、1回100～300クローナ ※法律による患者の自己負担額の上限は全国一律1年間1,100クローナ。各ランスティングはこれより低い額を定めることもできる ※多くのランスティングでは20歳未満については無料。 ・入院 ：日額上限100クローナの範囲内でランスティングが独自に設定 ※多くのランスティングでは18～20歳までは無料。 ・薬剤 ：全国一律の自己負担額 900クローナまでは全額自己負担 ※年間2,200クローナが上限	原則自己負担なし ※外来処方薬については1処方当たり定額負担（8.05ポンド）、歯科治療については3種類の定額負担あり。 なお、高齢者、低所得者、妊婦等については免除があり、薬剤については免除者が多い。	・入院（パートA）（強制加入） ～60日：$1,216までは自己負担 61日～90日：$304／日 91日～：$608／日 ※生涯に60日だけ、それを超えた場合は全額自己負担 ・外来（パートB）（任意加入） 年間$147＋医療費の20% ・薬剤（パートD）（任意加入） $310まで：全額自己負担 $310～$2,850：25%負担 $2,850～$4,550：47.5%負担（ブランド薬）／72%負担（ジェネリック） $4,550～：5%負担又は$2.55（ジェネリック）／$6.35（ブランド薬）
財源	保険料	報酬の10.00%（労使折半） ※協会けんぽの場合	報酬の15.5% 本人　：8.2% 事業主：7.3% ※全被保険者共通 ※自営業者：本人全額負担	賃金総額の13.85% 本人　：0.75% 事業主：13.1% ※民間商工業者が加入する被用者保険制度（一般制度）の場合	なし	なし ※NHS費用の2割強は、退職年金等の現金給付に充てられる国民保険の保険料から充当されている。	入院（パートA） 給与の2.9%（労使折半） ※自営業者は本人全額負担 外来（パートB） $104.9／月（全額本人負担） 薬剤（パートD）（平均保険料） $31.10／月（全額本人負担）
	国庫負担	給付費等の16.4% ※協会けんぽの場合	被扶養者に対する給付や保険料率の軽減等に対する充当として140億ユーロ	一般社会拠出金（CSG）：35.1% 目的税（タバコ、酒等）：13.7% 国庫からの移転等：1.8%	ランスティングの税収（主に住民所得税）を財源として運営 ※わずかであるが、国からの一般交付税、補助金あり。	主に税を財源として運営（NHS費用の約8割）	任意加入保険の収支差を国が負担

2 我が国の医療保険制度

（国民皆保険制度により誰もが安心して医療を受けることができ、世界最長の平均寿命と高い保健医療水準を達成）

我が国の公的医療保険は、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歳以上の高齢者等[*2]が加入する後期高齢者医療制度に分けられており全ての国民がいずれかの制度に強制加入し、保険料を納付することとなっている。そして、病気等の際には、一定の自己負担により、保険証1枚で誰もが安心して医療を受けることができ、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成している。このような仕組みを「国民皆保険」といい、社会全体でリスクをシェアすることで、患者が支払う医療費の自己負担額が軽減され、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している。

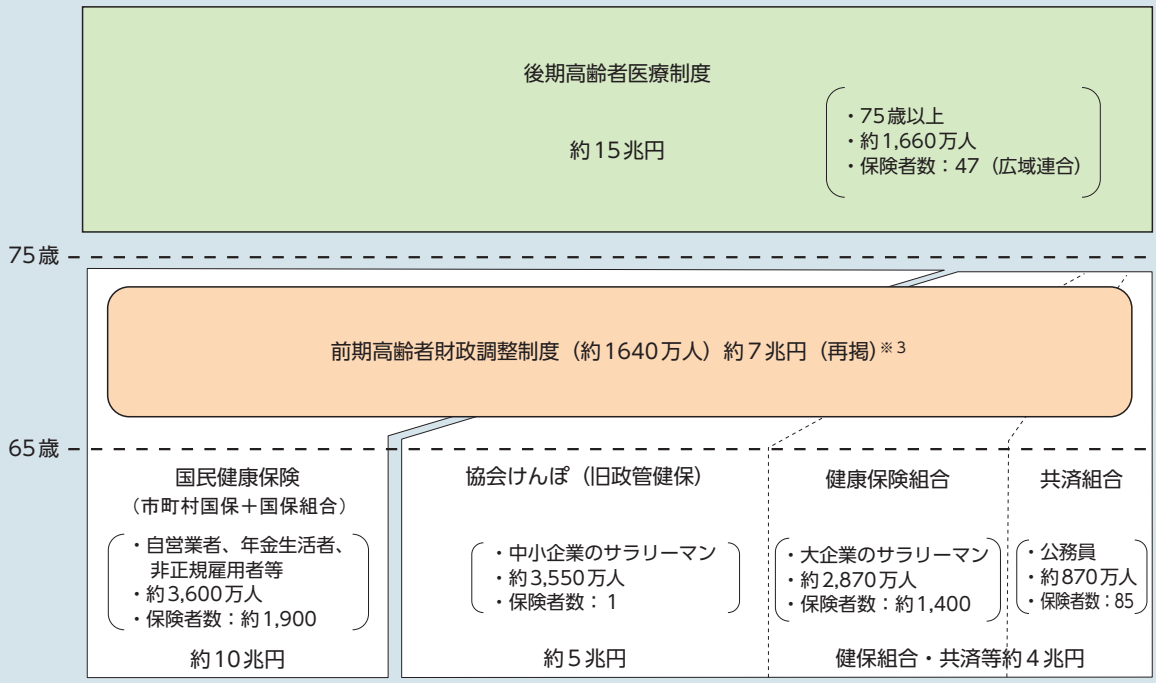
（職域保険と地域保険の2本建て、75歳以上は後期高齢者医療制度という構成による国民皆保険）

被用者保険は保険者別に大企業の労働者が加入する組合管掌健康保険、中小企業の労働者が加入する全国健康保険協会管掌健康保険、公務員が加入する共済組合に分けられ、保険料は、被保険者の給与・ボーナスの額に応じて労使折半している。これに対して、国民健康保険は、年金生活者等の各種被用者保険に加入していない方々が加入する医療保険であり、運営主体は市町村である。世帯人員・所得などに応じて保険料額が決まり、市町村が徴収している。

高齢者に関する医療については、2008（平成20）年4月から新たな高齢者医療制度として、75歳以上の高齢者等を対象とする「後期高齢者医療制度」が創設され、現役世代と高齢者の費用負担のルール（給付費の約5割が公費、約4割が現役世代からの支援金、約1割が高齢者の保険料）を明確化するとともに、都道府県単位ですべての市町村が加入する後期高齢者医療広域連合を運営主体とすることにより、運営責任の明確化及び財政の安定化を図ることとした。後期高齢者医療の保険料は世帯人員・所得などに応じて決まり、市町村が徴収するが、財政運営は後期高齢者医療広域連合が行い、後期高齢者医療広域連合の財政リスクの軽減については、国と都道府県が共同して責任を果たす仕組みとなっている。

＊2　65歳から74歳の一定の障害の状態にある旨を後期高齢者医療広域連合により認定された者も対象となる。

図表3-1-2　医療保険制度の体系



※１　加入者数・保険者数、金額は、平成28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1640万人）の内訳は、国保約1310万人、協会けんぽ約220万人、健保組合約90万人、共済組合約10万人。

（保険者ごとの財政状況）

各保険者の財政状況は、加入する被保険者の違いを反映して、各制度によって異なる。例えば、健康保険組合の運営する健康保険では、他の医療保険制度と比べると、加入者の平均年齢が若いため１人当たりの医療費が相対的に安くなり、また、平均所得が比較的高いため保険料収入は相対的に安定している。

これに対し、国民健康保険では、他の医療保険制度と比べると、加入者の平均年齢が高いため１人当たりの医療費は相対的に高くなり、また平均所得が比較的低いため保険料収入は相対的に不安定なものとなっている。特に退職後には被用者保険から国民健康保険に移ることが多くなっているため、財政的には厳しい状況となっている。

このような保険者間で構造的に生じている財政力の格差を是正するため、65歳から74歳までの高齢者の偏在による負担の不均衡の調整（前期高齢者財政調整）が行われている。また、他の医療保険制度と比べて相対的に財政基盤が脆弱な国民健康保険については、2015（平成27）年度から低所得者対策の強化のため、保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充（約1,700億円）したところである。さらに、「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」が2015年5月に成立・公布され、これに基づき、2018（平成30）年度以降、医療費適正化等を進める保険者等に対し、更に約1,700億円の財政支援を行うこととしている。また、2018年度から、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業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としている。市町村は、地域住民との身近な関係の中、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している。

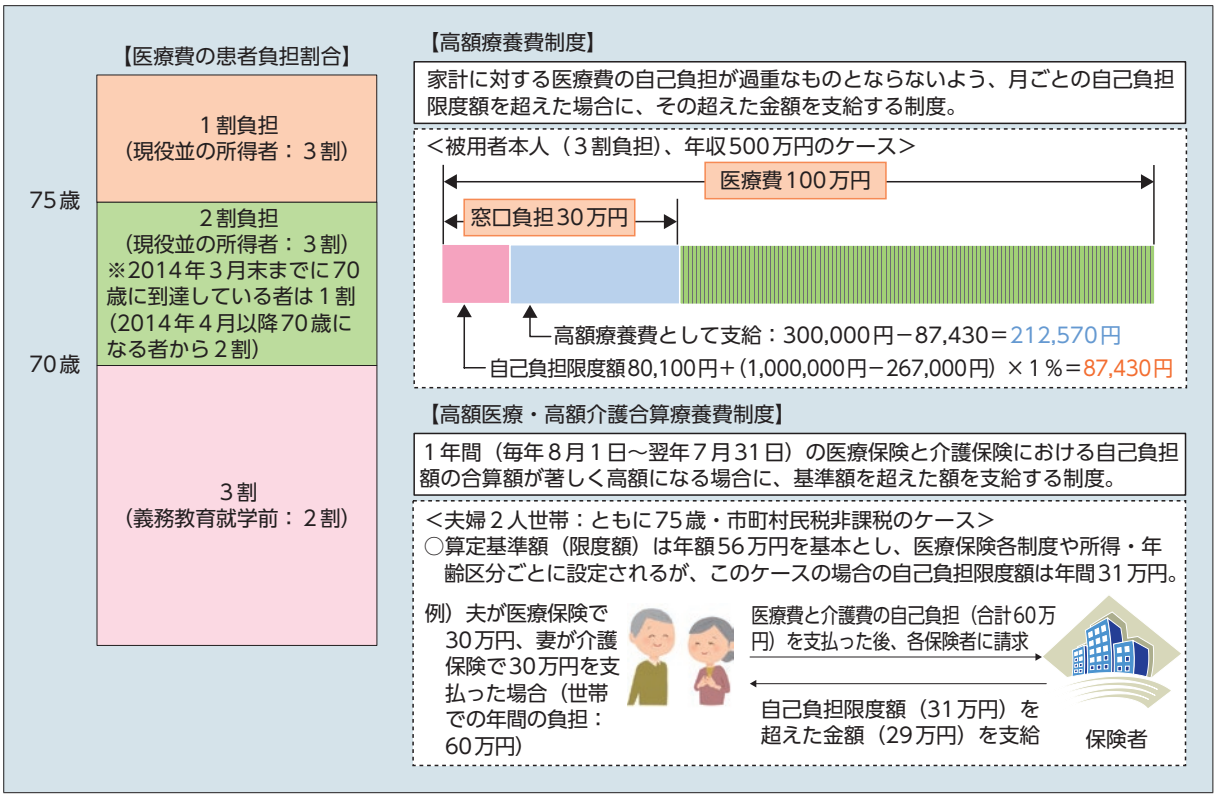
(医療費の患者負担割合)

医療費の患者負担割合は、原則的にかかった医療費の3割となっている。ただし、義務教育就学前の子どもでは2割、70歳以上75歳未満の者は所得に応じて2割[*3]又は3割、75歳以上の者は所得に応じて1割又は3割となっている。

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、医療費の自己負担に一定の歯止めを設ける「高額療養費制度」という仕組みがある。医療機関や薬局での自己負担額[*4]が月単位で一定額を超えた場合にその超えた金額を支給する制度で、負担の上限額は年齢や所得によって異なる。

さらには、世帯内の同一の医療保険の加入者について、1年間（毎年8月1日～翌年7月31日）にかかった医療保険と介護保険の自己負担額を合計し、基準額を超えた場合に、その超えた金額を支給することで負担の軽減を図る高額医療・高額介護合算療養費制度を設けている。

図表3-1-3 医療費の患者負担について



(診療報酬制度)

診療報酬とは、公的医療保険において、保険医療機関等が実施した医療サービスの対価として支払われるものであり、保険医療の範囲・内容を定める品目表としての性格と、個々の診療行為の価格を定める価格表としての性格を有する。具体的な診療報酬は、原則として実施[*5]した医療行為ごとに、それぞれの項目に応じた点数が加えられ、1点の単価

＊3 70歳以上75歳未満の自己負担は、2008（平成20）年4月から2割であったものを、毎年の特例措置で1割としてきたが、2014（平成26）年4月以降に新たに70歳となる者（69歳まで3割であった者）から法律上の2割とし、同年3月末までに既に70歳に達している者は1割の特例措置を継続することとしている。
＊4 入院時の食費負担や差額ベッド代等は含まない。
＊5 急性期入院医療については、一般病床の約55％において、診断群分類に基づく1日当たり包括支払い制度（DPC制度）が導入されている。

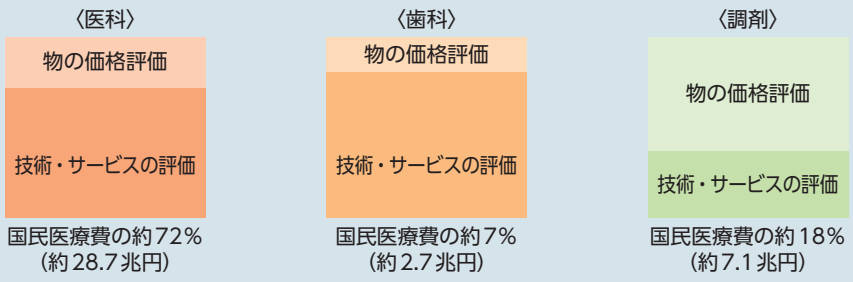
を10円として計算される（いわゆる「出来高払い制」）。例えば、虫垂炎で入院した場合、初診料、入院日数に応じた入院料、虫垂炎の手術代、検査料、薬剤料と加算され、保険医療機関は、その合計額から患者の一部負担金を差し引いた額を審査支払機関から受け取ることになる（図表3-1-4）。

診療報酬は、概ね２年に１回、厚生労働大臣が厚生労働省に設置した中央社会保険医療協議会（中医協）で改定の必要性について審議された後に、諮問・答申を経て、厚生労働大臣が定めることとしている。

図表3-1-4　診療報酬とは

○診療報酬とは、保険医療機関及び保険薬局が医療サービスに対する対価として受け取る報酬。
○診療報酬は、「技術・サービスの評価」と「物の価格評価」から構成されており、医科・歯科・調剤のそれぞれについて、個々の技術、サービスを点数化して評価。
※医薬品・医療材料については薬価基準・材料価格基準で価格を定める。

《診療報酬の全体像（イメージ）》



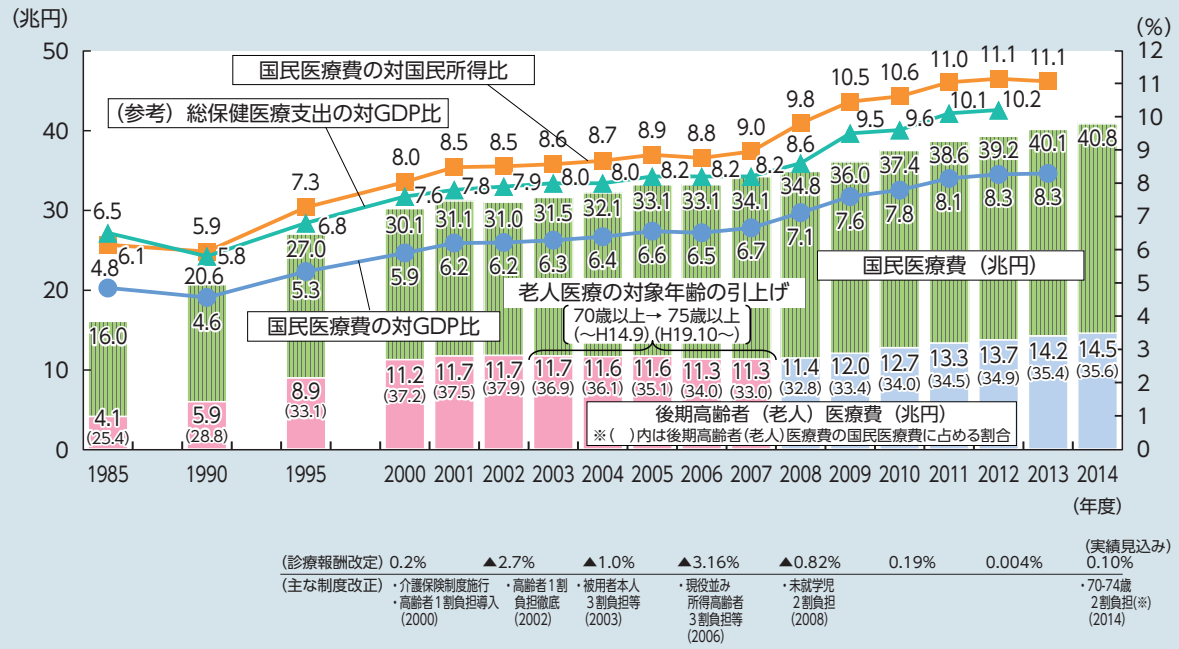
○具体的な診療報酬は、原則として実施した医療行為ごとに、それぞれの項目に対応した点数が加えられ、１点の単価を10円として計算される。
（例）虫垂炎で入院した場合、初診料、入院日数に応じた入院料、虫垂炎の手術代、検査料、薬剤料と加算される。
○厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会（中医協）の議論を踏まえ決定。

※　診療報酬の全体像の医科、歯科、調剤における国民医療費の割合については、厚生労働省「平成25年度国民医療費」から作成。推計額であることに留意。

（医療費は近年増加傾向）

我が国の医療費の動向について、国民医療費の年次推移を示したものが図表3-1-5である。ここでいう国民医療費とは、医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものであり、具体的には、医療保険制度等による給付、後期高齢者医療制度や公費負担医療制度による給付、これに伴う患者の一部負担などによって支払われた医療費を合算したものである。国民医療費は増加傾向が続いており、2014（平成26）年度は40.8兆円となり、このうち35.6%（14.5兆円）を後期高齢者医療費が占めている。国民医療費に占める後期高齢者（老人）医療費の割合は、老人医療受給対象者の年齢が2002（平成14）年10月から70歳から75歳へ5年間で段階的に引き上げられた際に低下したが、近年では微増傾向にある。

図表3-1-5　医療費の動向



＜対前年度伸び率＞

	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	*1.8*
後期高齢者 (老人) 医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	*2.3*
国民所得	7.2	8.1	1.1	1.7	▲2.2	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.0	2.4	▲0.9	0.5	2.3	1.5
GDP	7.2	8.6	1.8	0.8	▲1.8	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.4	▲1.3	0.0	1.7	1.5

(%)

(注) 1. 国民所得及びGDP：1985年及び1990年は、「平成21年度国民経済計算確報」、1995年及び2000年以降は、「平成26年度国民経済計算確報」に基づく。総保健医療支出はOECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2012年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.3%

2. 2014年度の国民医療費（及び後期高齢者医療費。以下同じ。）は実績見込みである。2014年度分は、2013年度の国民医療費に2014年度の概算医療費の伸び率（上表の斜字体）を乗じることによって推計している。

※2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月末までに既に70歳に達している者は1割に据え置く。

第2節　医療提供制度

第2節では、我が国の医療提供体制の現状について概観する。

1 制度の基本構造

(医療施設について規定する医療法と医療従事者について規定する医師法等)

我が国の医療提供体制にかかる施策体系は、主に医療施設と医療従事者に対する法律を中心に構成されている。すなわち、医療法では、医療提供施設や居宅における医療提供の理念を規定するとともに、場所として、20床以上の病床を有する病院や、病床を有さない又は19床以下の病床を有する診療所の構造設備、医療機関の運営主体（医療法人）に関する規制等の主に医療施設のあり方について規定している。

医療従事者については、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等において、医師、歯科医師、看護師等の医療従事者の資格や業務内容等について規定している。医師法（歯科医師法）においては、医師（歯科医師）でなければ、医業（歯科医業）をしてはならないことが規定されており、また、保健師助産師看護師法等においては、看護師等が医

師（歯科医師）の指示の下に診療（歯科診療）の補助を業として行うことができることが規定されている。また各資格の免許を取得するためには、原則として、所定の養成課程を修めた上で試験に合格しなければならないこととされている。

2 指標から見る我が国の医療提供体制の現状

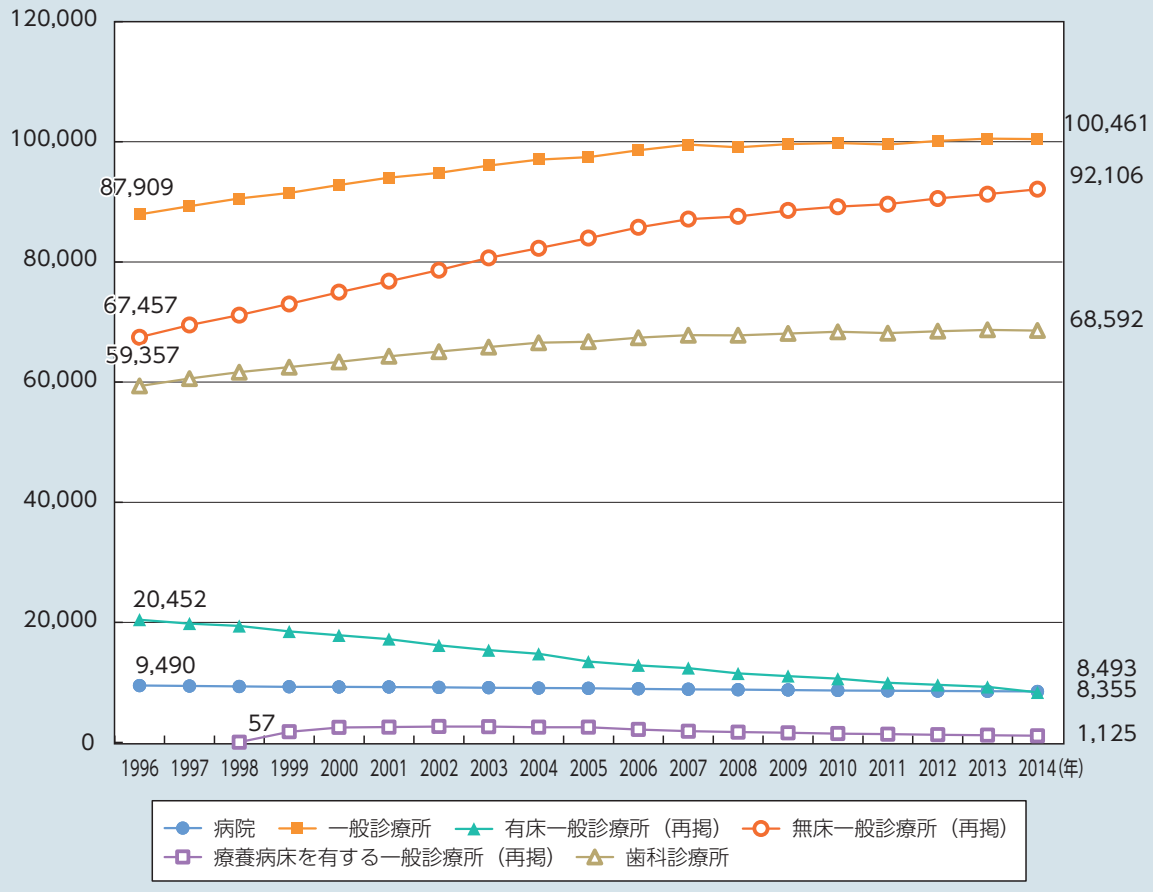
(1) 医療施設数

（有床診療所は大幅に減少する一方で、無床診療所が増加）

全国の医療施設は177,546施設であり、その内訳は一般診療所100,461施設、病院8,493施設、歯科診療所68,592施設となっている。時系列推移の特徴としては、1996（平成8）年と比べて、19人以下の患者を入院させるための施設を有する有床一般診療所が約6割減と大幅に減少する一方で、患者を入院させるための施設を有しない無床一般診療所は1.4倍に増加している（図表3-2-1）。

このような中で、病床を有する診療所は、病院を退院する患者に対し、療養生活に円滑に移行するために必要な医療を提供する、在宅医療を提供する、患者の病状が急変した場合に入院させ必要な医療を提供する等、地域住民の多様な医療ニーズに対応して地域医療を支えており、地域包括ケアシステムの構築にあたり重要な役割を担っていることから、2014（平成26）年の医療法改正において、医療法上に役割が明記されたところである。

図表3-2-1　医療施設数の推移



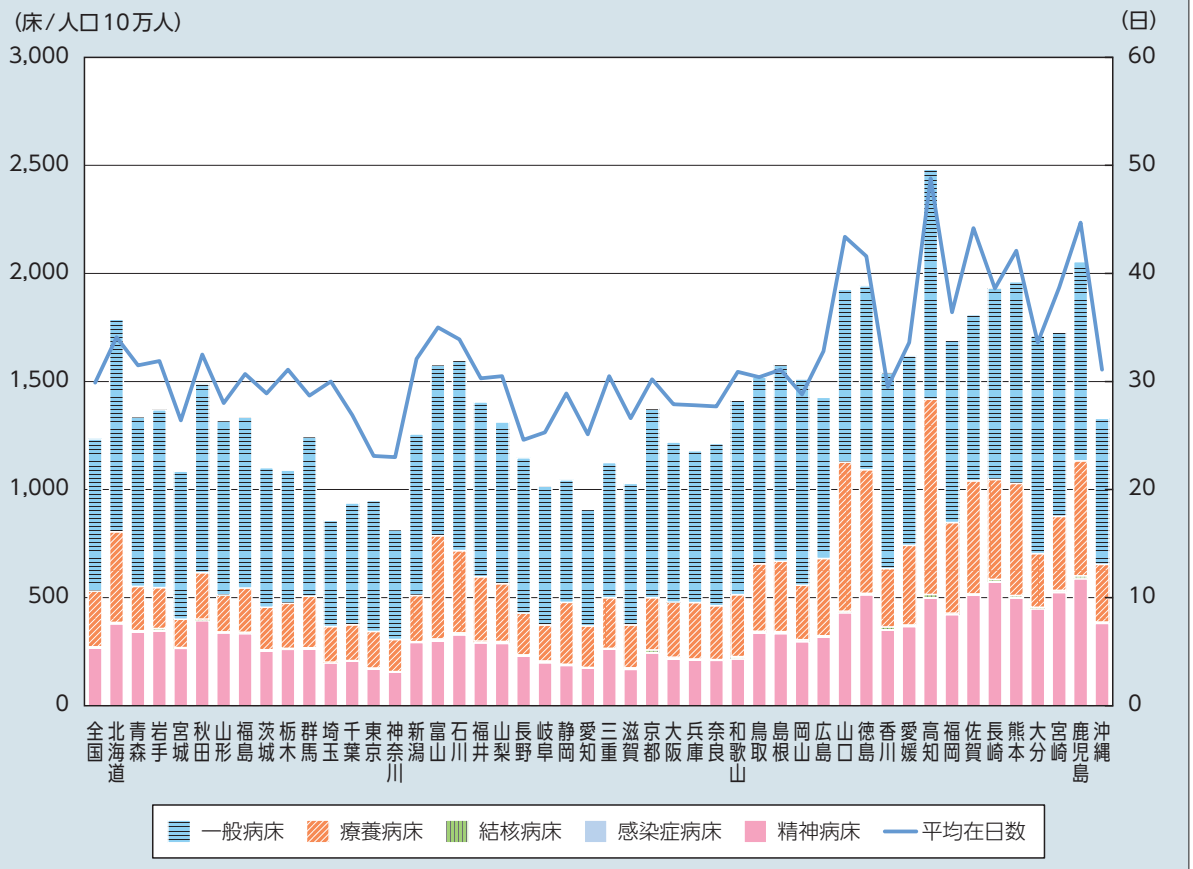
資料：厚生労働省政策統括官付保健統計室「医療施設調査」（平成8年～平成26年）
（注）　2008年までの「一般診療所」には「沖縄県における介輔診療所」を含む。

(2) 病床数と平均在院日数

(人口10万人当たりの病院病床数と病院平均在院日数は都道府県によってばらつきがある)

人口10万人当たりの病院病床数と病院平均在院日数を示したのが**図表3-2-2**である。これを見ると、人口10万人当たりの病院病床数、病院平均在院日数ともに都道府県ごとにばらつきがあることがわかるが、両者は概ね相関関係にあると言える。人口10万人当たりの病院病床数については、最多は高知県(2482.4床)、最小は神奈川県(814.9床)であり、病院平均在院日数については、最多は高知県(48.8日)、最短は神奈川県(23.0日)である。全国的な傾向としては、東日本に比べ西日本の方が、人口10万人当たりの病院病床数が多く、病院平均在院日数も長くなる傾向がおおむね見てとれる。

図表3-2-2 人口10万人当たり病院病床数、病院平均在院日数



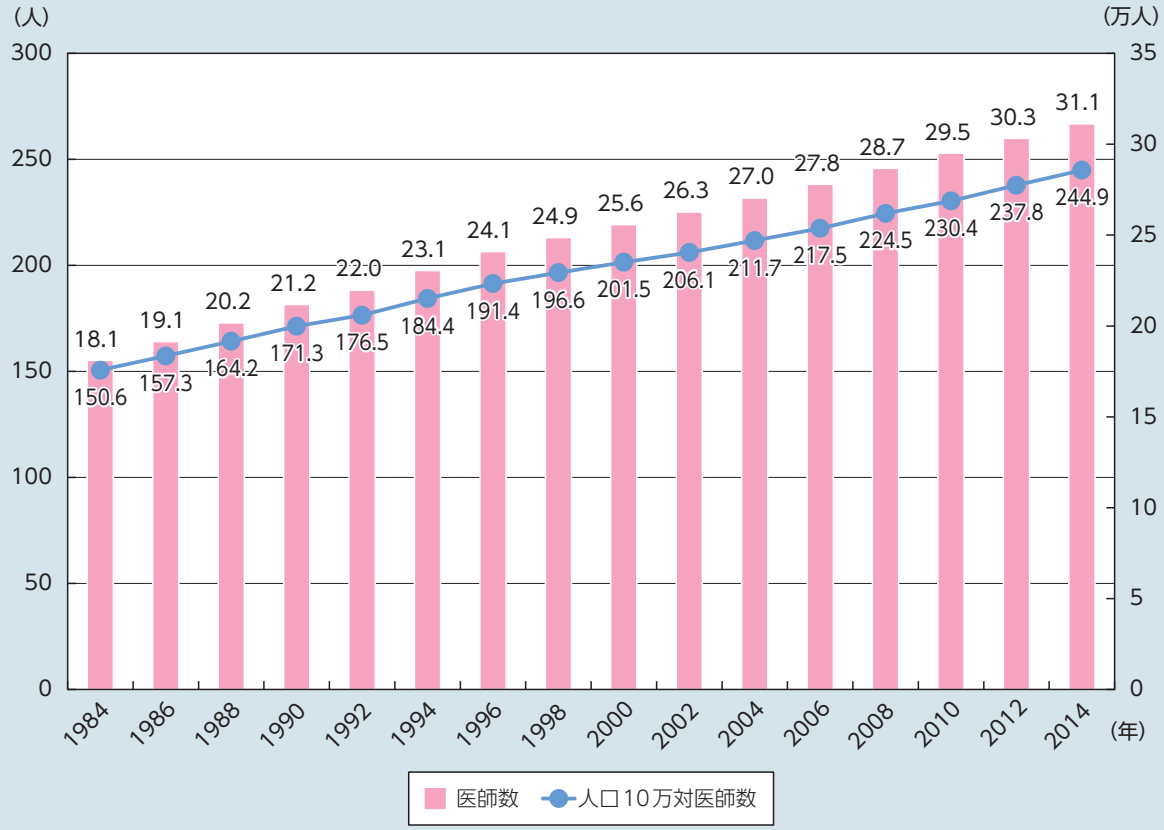
資料:厚生労働省政策統括官付保健統計室「医療施設調査」、「病院報告」(平成26年)

(3) 医師数

(医師数は毎年増加してきている)

近年、医師国家試験の合格者は毎年7,500人~8,000人程度であり、死亡等を除いても、医師数は毎年4,000人程度増加し、2014(平成26)年では31.1万人となっている。人口10万人に対する医師数の年次推移をみても、医師数は年々増加しており、2014年では244.9人と20年前の1.3倍程度となっている(**図表3-2-3**)。また、医学部定員は2007(平成19)年度は7,625人であったが2016(平成28)年度には過去最大の9,262人まで増員している。

図表3-2-3　医師数、人口10万対医師数の年次推移



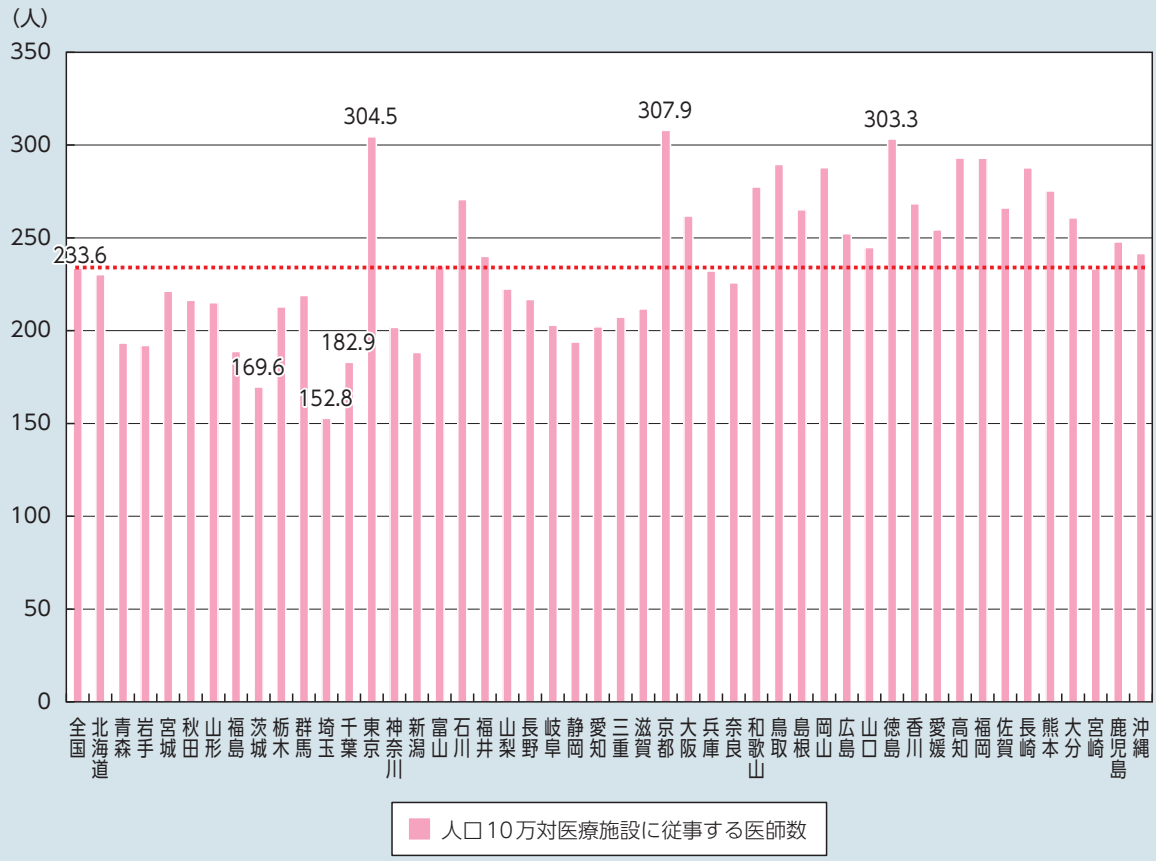
資料：厚生労働省政策統括付保健統計室「医師・歯科医師・薬剤師調査」

（都道府県ごとの状況と地域の医師確保対策について）

一方で、都道府県ごとの状況について見ると、人口10万人に対する医療施設に従事する医師数が多い都道府県は、京都府（307.9人）、東京都（304.5人）、徳島県（303.3人）である。一方で、埼玉県（152.8人）、茨城県（169.6人）、千葉県（182.9人）等では全国平均（233.6人）よりも少なくなっている（**図表3-2-4**）。地域によっては、一層の医師の確保を必要とするところもあることから、特定の地域や診療科での勤務を条件とした「地域枠」を活用した医学部入学定員の増員や、地域における医師の偏在解消などを目的とした都道府県での「地域医療支援センター」の設立等により、地域の医師確保対策を進めている。

このような医師をはじめとする確保対策を講ずる中でも、未だに医師の地域偏在等が解消されていないとの指摘があることから、現在、医療従事者の需給を見通しつつ、その確保策・地域偏在対策等を検討している。（詳しくは、第４章第３節に記載）

図表3-2-4　人口10万対医療施設に従事する医師数の分布



資料：厚生労働省政策統括官付保健統計室「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成26年)

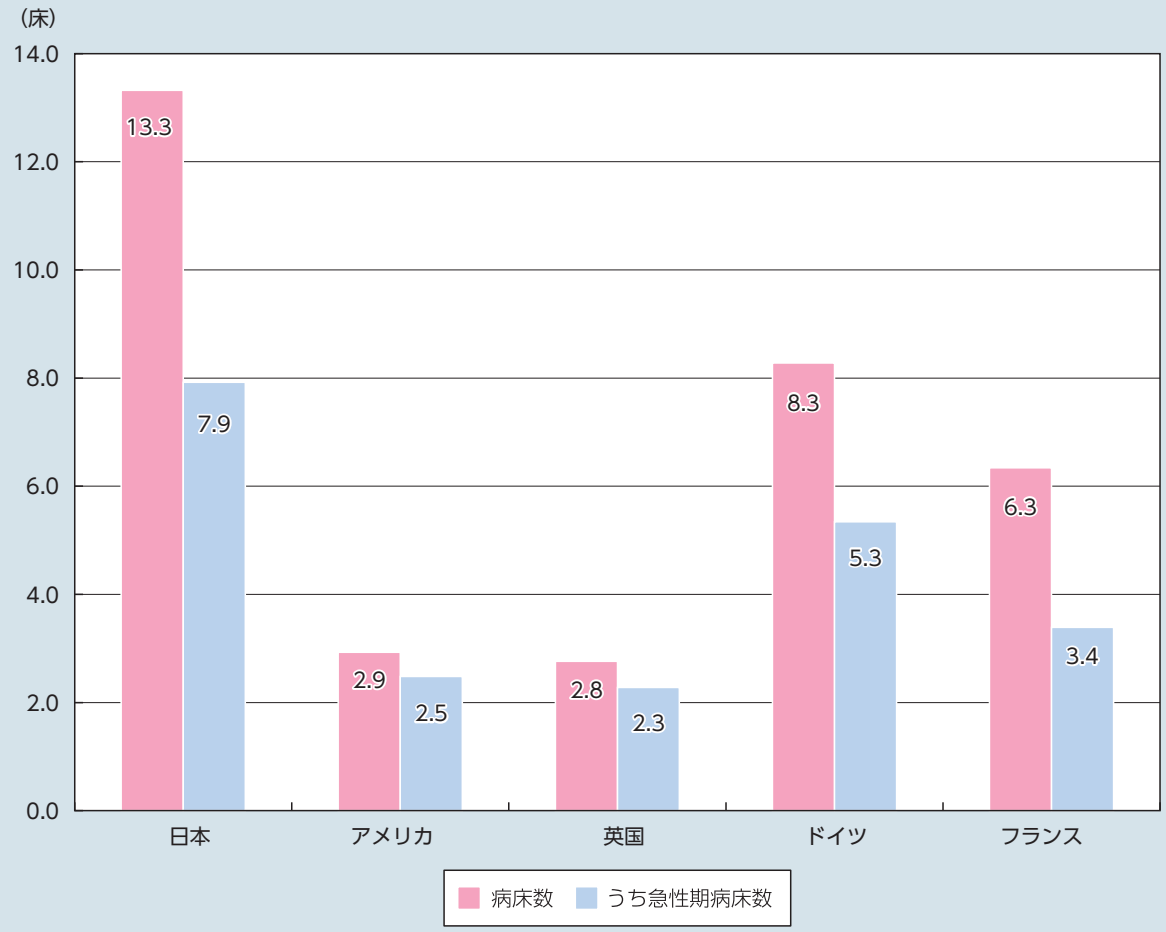
3 国際比較による我が国の医療提供体制の現状

(1) 病床数

(総病床数・急性期医療病床数ともに多い)

人口1,000人当たりの総病床数・急性期医療病床数について、我が国では、人口1,000人当たりの総病床数は諸外国と比べて多く、1.6倍～4.8倍となっている。また、急性期医療病床数についても同様の傾向が見られ、諸外国の1.5倍～3.4倍となっている。(**図表3-2-5**)。

図表3-2-5　人口1000人当たり病床数の国際比較



資料：OECD Health Statistics 2015
(注)　日本は2013年、アメリカは2012年、英国は2013年、ドイツは2013年、フランスは2012年のもの。

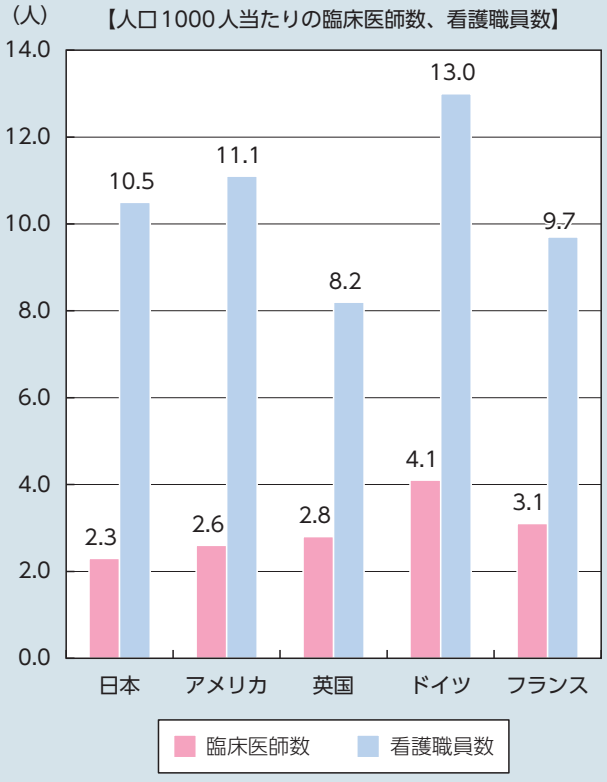
(2) 医療従事者数

(諸外国と比較して人口当たりの臨床医師数及び病床当たりの臨床医師数は少ない状況)

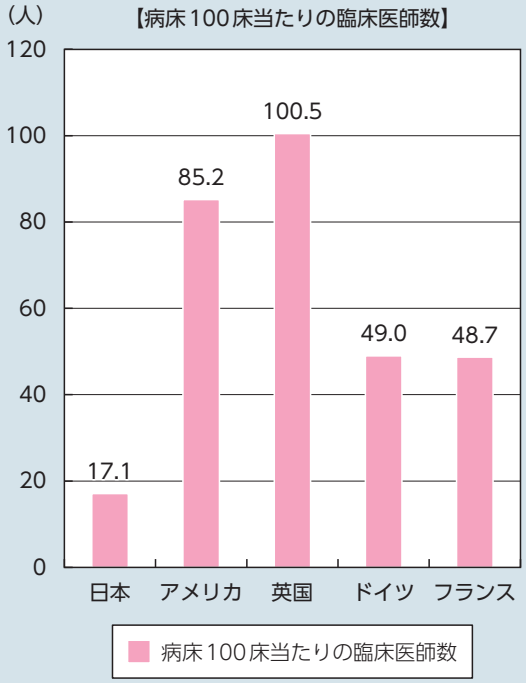
我が国の人口1,000人当たりの臨床医師数は2.3人（2012年）であり、ドイツの4.1人（2013年)、フランスの3.1人（2014年）など諸外国と比較して少ない。一方で、我が国の人口1,000人当たりの看護職員数は10.5人（2012年）であり、アメリカ11.1人（2013年）と同程度の水準にある。

一方で、病床100床当たりの臨床医師数は17.1人（2012年）であり、アメリカ85.2人（2012年)、英国100.5人（2013年)、ドイツ49.0人（2013年)、フランス48.7人（2012年）と比べて大幅に少ない状況にある（図表3-2-6)。

図表3-2-6 人口1000人当たりの臨床医師数、看護職員数、病床100床当たりの臨床医師数の国際比較



資料：OECD Health Statistics 2015
(注) 日本は2012年、アメリカは2013年、英国は2013年、ドイツは2013年、フランスは2014年のもの。



資料：OECD Health Statistics 2015より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
(注) 1. 日本は2012年、アメリカは2012年、英国は2013年、ドイツは2013年、フランスは2012年のもの。
2. 病床100床当たりの臨床医師数は、臨床医師数を病床数で単純に割って100をかけた数値である。

4 医療計画制度

(1) 制度の背景

(医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進を目指して導入)

医療計画制度とは、1985（昭和60）年の第1次医療法改正で導入された制度である。終戦後の医療資源が不足する中、我が国の医療サービスは非常に脆弱な状況にあったことから、医療施設の量的整備が目指された。公的病院の整備・充実とあわせて、医療法人制度によって民間病院の整備・充実も進み、1973（昭和48）年の老人医療費無料化による病床の増加もあって、我が国の病床数の量的な確保は1985年頃までにはほぼ達成された。

しかしながら、全国規模での量的な整備が進む一方で、地域的な偏在が見られたことから、地域における体系立った医療体制の実現を目指すため、1985年の第1次医療法改正により、都道府県ごとに医療計画を策定する制度が導入された。

(2) 制度内容

(都道府県ごとに概ね5年に1度改正され、医療圏を定めるほか、五疾病五事業ごとに、必要な医療機能と各医療機能を担う医療機関の名称を記載し、地域の医療連携体制の構築を図るもの)

医療計画とは、医療法の規定に基づき都道府県が策定する計画である。都道府県は、厚生労働大臣が定める医療提供体制の確保に関する基本方針に即して、かつ、地域の実情を

踏まえて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために「医療計画」を定めることとされている。概ね５年に１回改正され、多くの都道府県の現行計画では、2013（平成25）年度～2017（平成29）年度を計画期間としている。

医療計画では、病床の整備を図るべき地域的単位として医療圏を定めることとされており、病院等における一般的な入院医療を提供する二次医療圏（多くの場合、複数の市町村を束ねた範囲）、専門的かつ特殊な保健医療サービスを提供する三次医療圏（多くの場合、都道府県単位）を設定している。さらに、病床の種別ごとに基準病床数を算定し、既存病床数が基準病床数を超える地域から下回る地域へ誘導することを通じて病床の地域的偏在を是正することとしている。

また、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、2006（平成18）年の第５次医療法改正により、生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病である、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病という４疾病（2012（平成24）年より精神疾患が加わり５疾病）による類型や、医療の確保に必要な救急医療、災害時における医療、へき地医療、周産期医療、小児医療という５事業による類型ごとに、必要な医療機能（目標、医療機関に求められる事項等）や各医療機能を担う医療機関の名称を記載するとともに、在宅医療の確保目標や病床の機能分化・連携、医療の安全の確保などの医療の質に関わる事項についても記載することとされている。

このように、地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、関係者が、自らの行っている医療内容やその連携体制に基づき将来目指していく医療について検討を進め、地域の医療連携体制の構築を図っていくこととなるほか、住民や患者に対し、地域の医療機能の理解の促進を図ることとしている。

図表3-2-7 医療計画制度について

趣旨

○各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
○医療提供の量（病床数）を管理するとともに、質（医療連携・医療安全）を評価。
○医療機能の分化・連携（「医療連携」）を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

平成25年度からの医療計画における記載事項

○新たに精神疾患を加えた五疾病五事業（※）及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策
※五疾病五事業･･･五つの疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）と五つの事業（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））をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。
○地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
○医療の安全の確保　○二次医療圏（※）、三次医療圏の設定　○基準病床数の算定　等
※国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

【医療連携体制の構築・明示】
◇五疾病五事業ごとに、必要な医療機能（目標、医療機関に求められる事項等）と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
◇地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
◇指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う（疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進）。

第3節 介護保険制度

（介護保険制度は、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）

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17年目を迎えた。この制度は、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な状態になったり、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、かかった費用の1割又は2割を負担することにより、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ものである。

1 介護保険制度創設の経緯

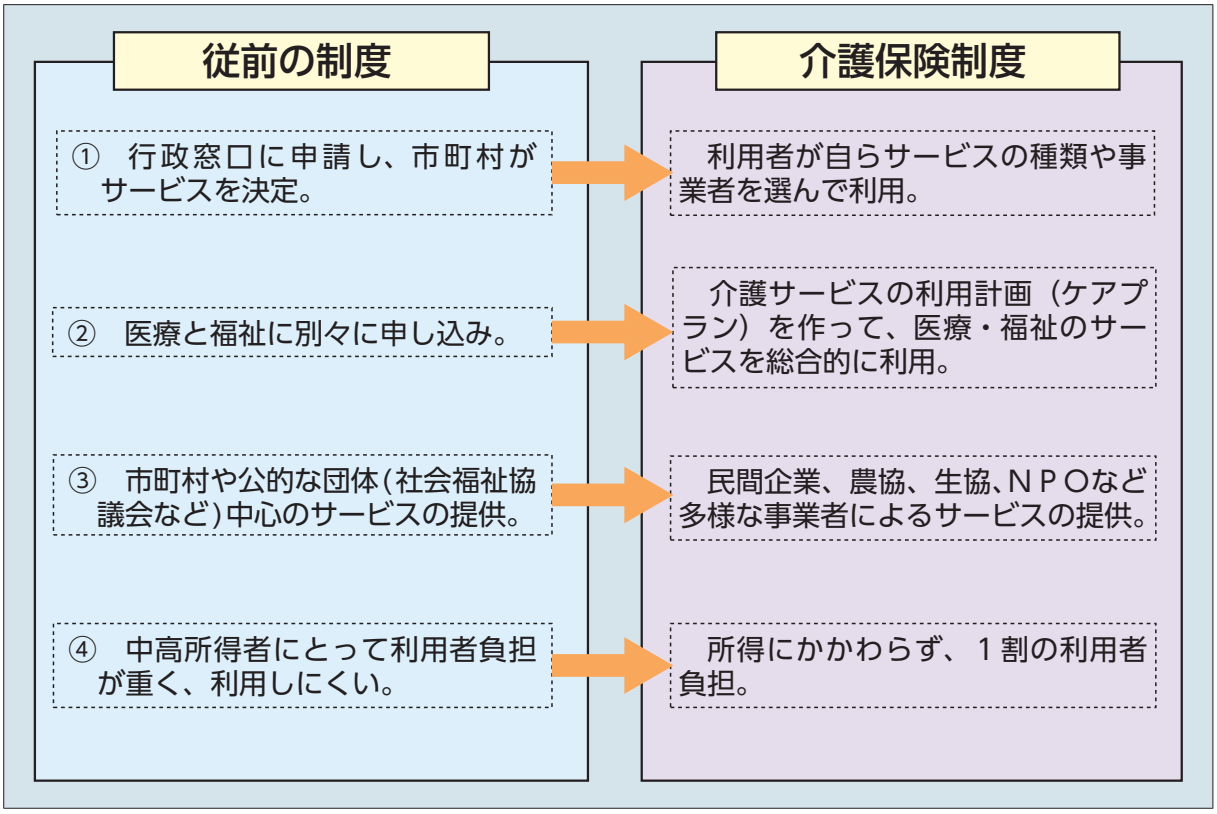
介護保険制度創設前の老人福祉政策は、1963（昭和38）年に老人福祉法が制定されたことにより始まった。その前年には訪問介護（ホームヘルプサービス）事業が創設され、老人福祉法の制定により特別養護老人ホームが、1978（昭和53）年には短期入所生活介護（ショートステイ）事業が、1979（昭和54）年には日帰り介護（デイサービス）事業が相次いで創設された（図表3-3-1）。

図表3-3-1　介護保険制度創設前の老人福祉・老人医療政策の経緯

年　代	高齢化率	主な政策
1960年代 老人福祉政策の始まり	5.7% (1960)	1962（昭和37）年　訪問介護（ホームヘルプサービス）事業の創設 1963（昭和38）年　老人福祉法制定 ◇特別養護老人ホームの創設、訪問介護の法制化
1970年代 老人医療費の増大	7.1% (1970)	1973（昭和48）年　老人医療費無料化 1978（昭和53）年　短期入所生活介護（ショートステイ）事業の創設 1979（昭和54）年　日帰り介護（デイサービス）事業の創設
1980年代 社会的入院や寝たきり老人の社会的問題化	9.1% (1980)	1982（昭和57）年　老人保健法の制定 ◇老人医療費の一定額負担の導入等 1987（昭和62）年　老人保健法改正（老人保健施設の創設） 1989（平成元）年　消費税の創設（3%） ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）の策定 ◇施設の緊急整備と在宅福祉の推進
1990年代 ゴールドプランの推進 介護保険制度の導入準備	12.0% (1990)	1990（平成2）年　福祉8法改正 ◇福祉サービスの市町村への一元化、老人保健福祉計画 1992（平成4）年　老人保健法改正（老人訪問看護制度創設） 1994（平成6）年　厚生省に高齢者介護対策本部を設置（介護保険制度の検討） 新ゴールドプラン策定（整備目標を上方修正） 1996（平成8）年　介護保険制度創設に関する連立与党3党（自社さ）政策合意 1997（平成9）年　消費税の引上げ（3%→5%） 介護保険法成立
2000年代 介護保険制度の実施	17.3% (2000)	2000（平成12）年　介護保険法施行

当時の老人福祉政策は、市区町村がサービス内容を決定する、いわゆる措置（行政処分）としてサービスを提供していたため、利用者自身がサービスを選択することがしにくかった。また、利用に当たっては所得調査が必要であるため、多くの人にとっては心理的抵抗があって利用しづらく、また、本人と扶養義務者の収入に応じた費用徴収があり、中高所得者層の負担が重いものとなっていた（**図表3-3-2**）。

図表3-3-2 介護保険制度と従前の制度との違い

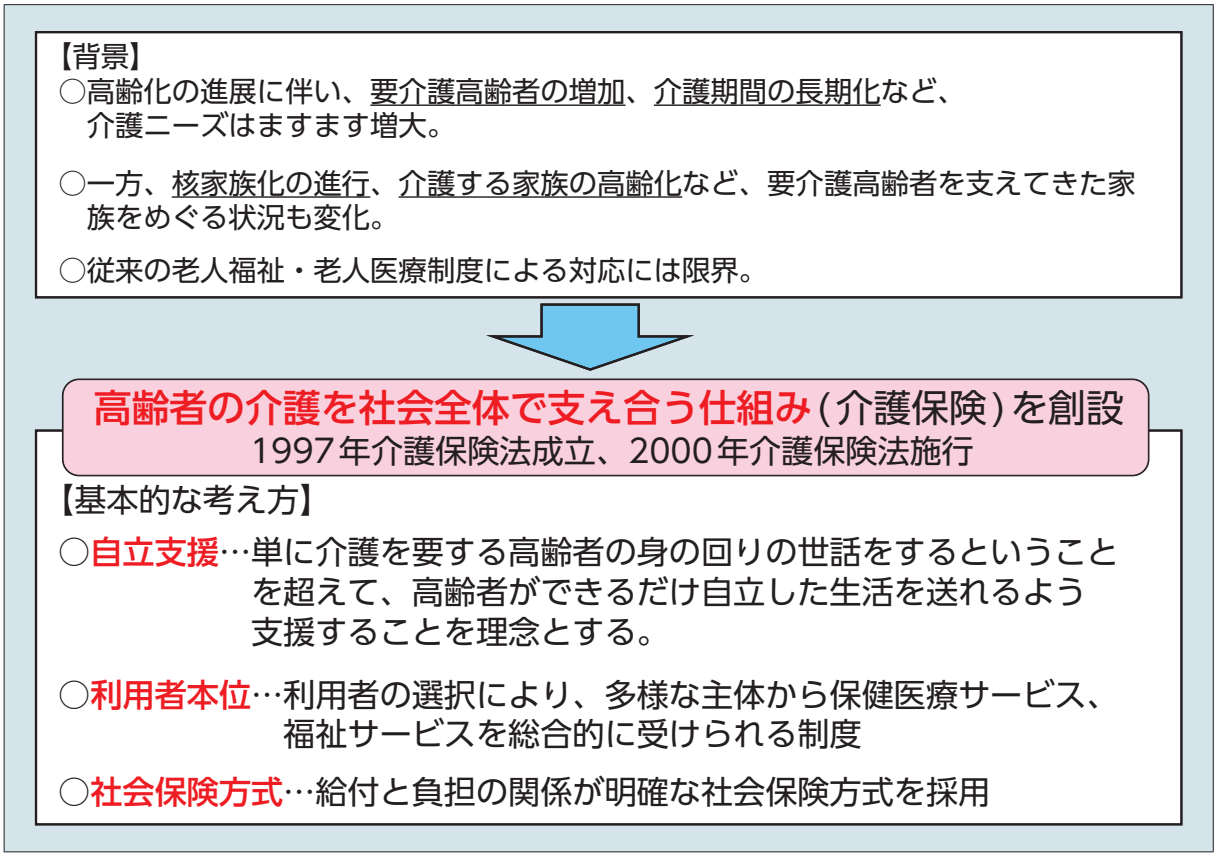


こうした中で高齢化は進展し、1960年には5.7%であった高齢化率は、1980年には9.1%、1990年には12.0%となり、要介護高齢者の増加に伴って、介護ニーズはますます増大した。加えて、介護期間の長期化、核家族化の進行、介護する家族自身の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化し、従来の老人福祉制度による対応には限界が出てきた。

そこで、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとしての介護保険制度を創設することとし、2000（平成12）年に介護保険法が施行された。

制度の基本的な考え方は、自立支援、利用者本位、社会保険方式の3つである。具体的には、自立支援とは、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするということを超えて、高齢者ができるだけ自立した生活を送れるよう支援することを理念とするものである。また、利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービスや福祉サービスを総合的に受けられる制度とした。さらに給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用した（図表3-3-3）。

図表3-3-3　介護保険制度導入の基本的な考え方



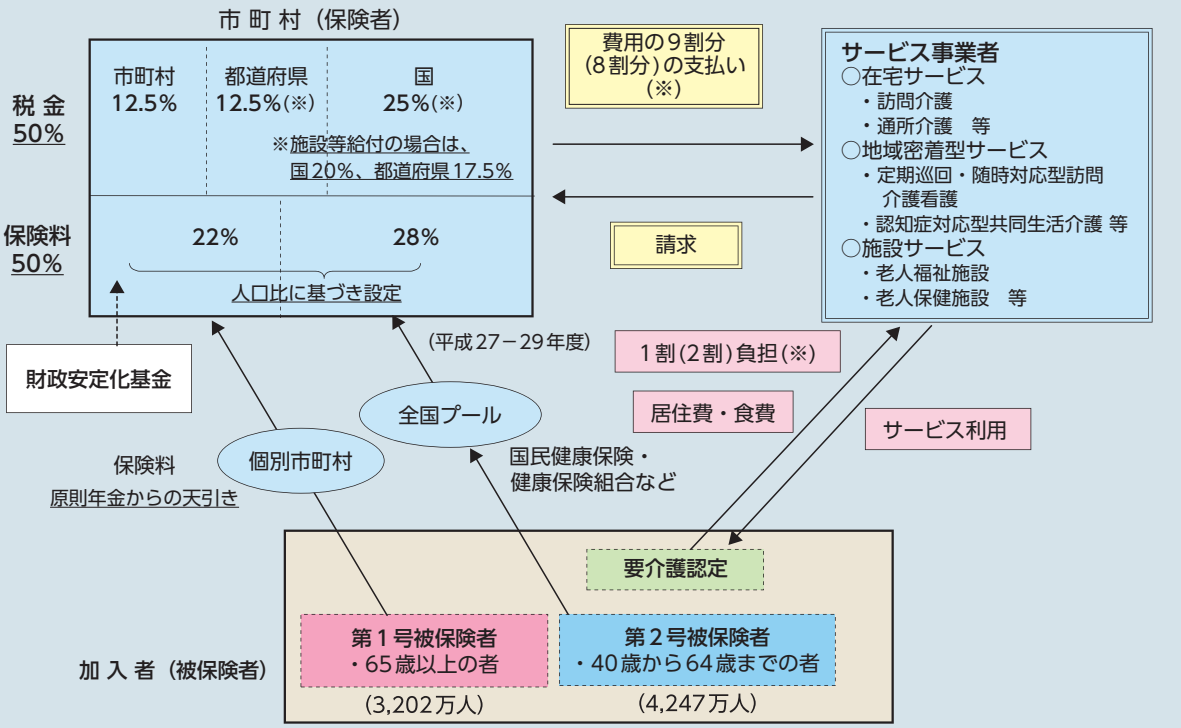
制度創設当初の2000（平成12）年は218万人であった要介護・要支援認定者数は、2014（平成26）年4月現在では586万人と約2.69倍になっており、介護保険制度は着実に社会に定着してきている。

2 介護保険制度の基本的な仕組み

（介護保険制度の財源構成）

介護保険制度は、市町村及び特別区（以下「市町村」という。）が運営主体（保険者）となり、国と都道府県は、財政面及び事務面から市町村を支援する体制となっている（図表3-3-4）。

図表3-3-4 介護保険制度の仕組み



（注） 第1号被保険者の数は、「平成25年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成25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、平成25年度内の月平均値である。
（※） 平成27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。

介護保険の財源は保険料が50%である。2016（平成28）年現在、そのうち第1号被保険者の保険料が2.1兆円で全体の22%、第2号被保険者の保険料が2.7兆円で全体の28%となっている。残りの50%は公費（国が25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%）で賄われている。全体の財政規模は、9.6兆円となっている。

（介護保険制度の被保険者）

介護保険制度の被保険者は、40歳以上の者が対象となり、二種類に分類される。第1号被保険者は65歳以上の者であり、第2号被保険者は医療保険に加入している40歳から64歳までの者である。介護保険サービスについては、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は特定疾病*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。

（被保険者の申請に基づき市町村が要介護認定を行い、被保険者は要介護度に応じて介護サービスを選択する）

市町村は、第1号被保険者から保険料を徴収するとともに、被保険者からの申請があれば要介護認定を行う。

その認定に基づいて、ケアマネジャー（介護支援専門員）が、要介護・要支援者がその

＊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等、罹患率や有病率（類似の指標を含む。）等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ヶ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。

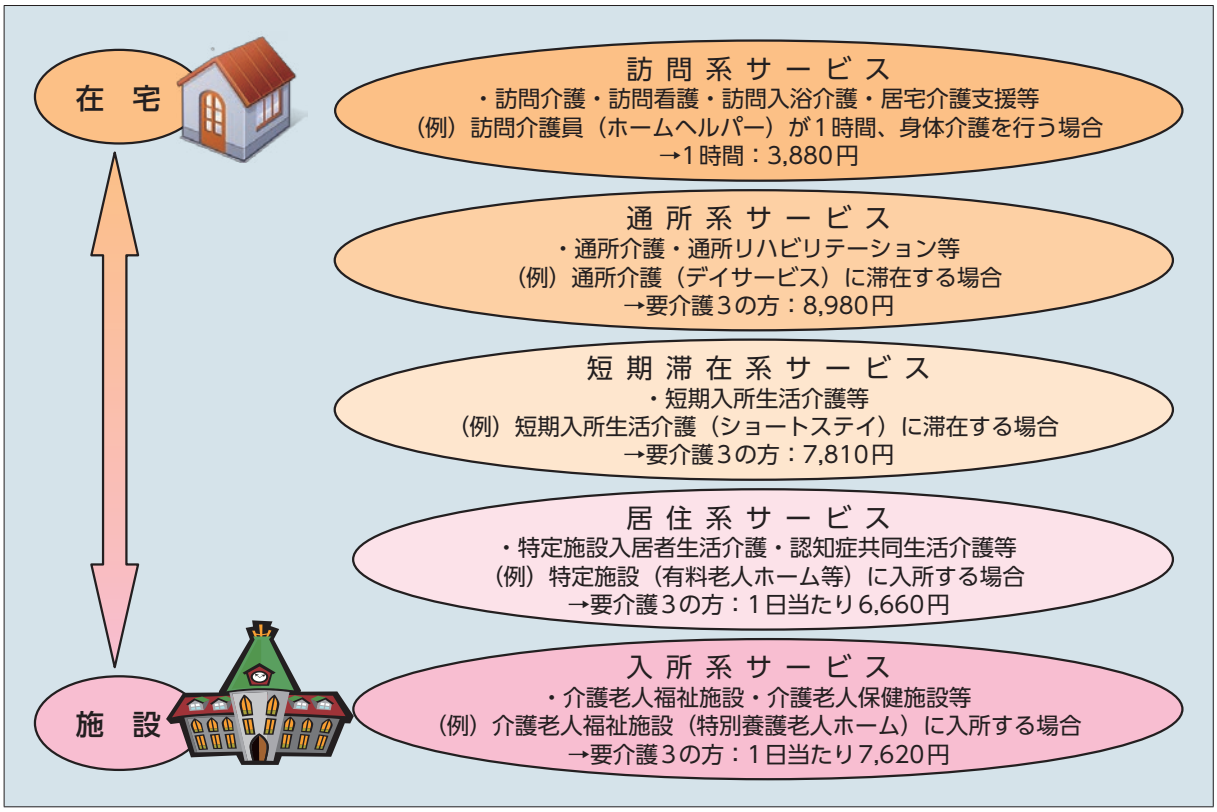
心身の状況などに応じた適切なサービスを利用できるように「介護サービスの利用計画」（ケアプラン）や「介護予防ケアプラン」を作成する。

ケアプランの作成に当たっては、それぞれの利用者の要介護度と希望に応じた介護サービスが選択される。

（介護保険サービスの種類）

介護保険サービスについては、訪問介護（ホームヘルプ）に代表される訪問系サービス、通所介護（デイサービス）に代表される通所系サービス、短期入所生活介護（ショートステイ）に代表される短期滞在系サービス、特定施設（有料老人ホーム等）に代表される居住系サービス、そして介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に代表される入所系サービスまで様々なものがある。（図表3-3-5）。

図表3-3-5　介護保険サービスの体系

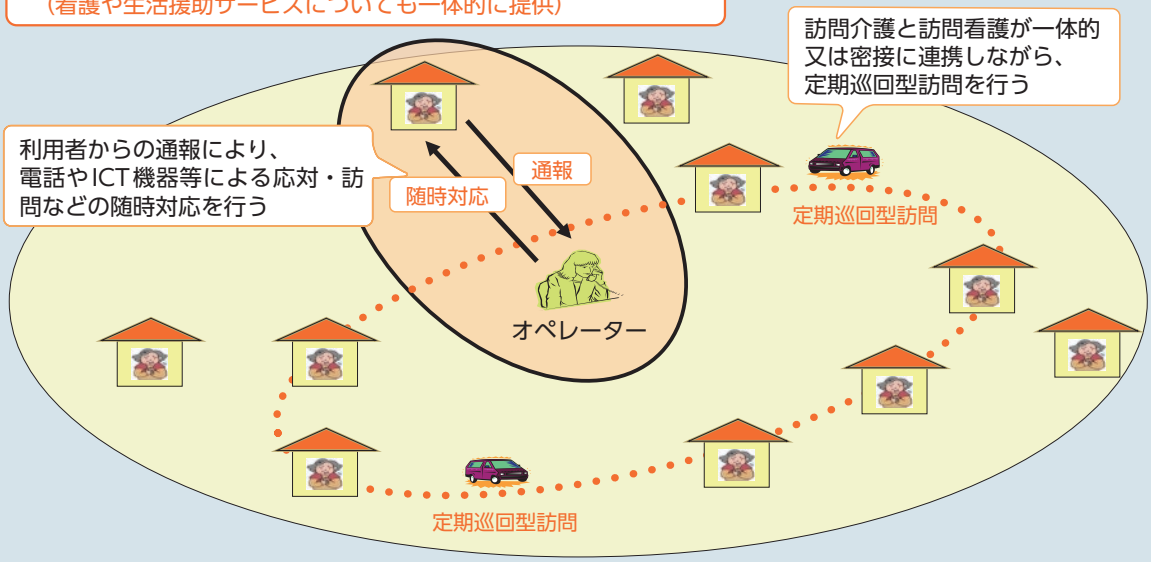


2012（平成24）年度には、単身・重度の要介護者などができる限り在宅生活を継続できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービス（看護小規模多機能居宅介護等）が新たに創設されるなど、地域包括ケアシステムの推進に向け一層のサービスの充実が図られている（図表3-3-6、図表3-3-7）。

図表3-3-6 定期巡回・随時対応サービスの創設

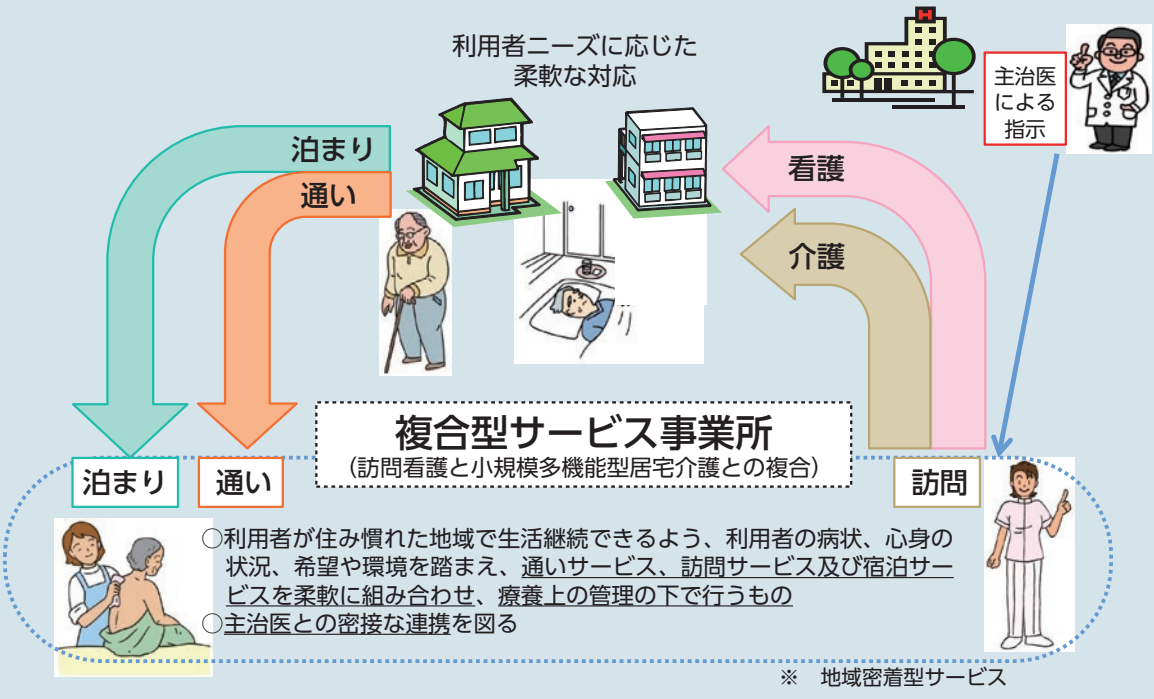
○重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

○地域密着型サービスの一類型として創設
○対象者は要介護者のみ（介護予防サービスは規定していない）
○身体介護サービスを中心とした一日複数回サービス
（看護や生活援助サービスについても一体的に提供）



図表3-3-7 複合型サービスの創設

○訪問看護と小規模多機能型居宅介護の複数のサービスを組み合わせた複合型サービス事業所を創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図る。



コラム　オランダの在宅ケア組織 ～『Buurtzorg（ビュートゾルフ）』～

オランダ観光局のHPによると「オランダ人は創造的で、開放的、そして合理的」だそうだ。そのオランダで始まり、近年世界的に注目を集めている『ビュートゾルフ』という在宅ケア組織をここで紹介したい。

地域包括ケア先進国とも評価されるオランダだが、1990年代は暗黒の時代といわれ、「できるだけ多くのケアを教育レベルの低いスタッフに提供させれば儲かる」という誤ったインセンティブに基づくビジネスベースのケア提供が優勢となる。そこで利用者は細切れで継続性のないケアへの不満を高め、専門職は組織の論理に飲み込まれて自律とやりがいを奪われ、合併・組織再編に失敗した多くの事業者が財政破綻に陥った。

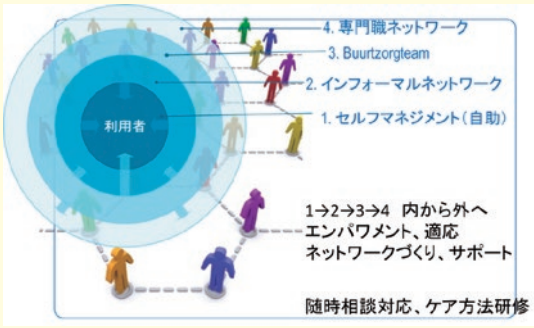
『ビュートゾルフ』（オランダ語で「コミュニティケア」の意）は、こうした中、利用者と専門職の関係性を基盤とする人間的なケアを復興すべく、看護師のJos de Blok（ヨス・デ・ブロック）氏らが、2006（平成18）年に4人の仲間たちと起業した非営利の在宅ケア組織である。利用者満足度は例年最高水準、スタッフ満足度は全産業トップ、利用者1人あたりのコストは他の在宅ケア組織の約半分で、創業から10年で急拡大、九州ほどの広さのオランダ全土で約830チーム、約9,000人の地域ナース（看護師・介護士・リハ職など。看護師が約7割を占める）が約6万人の利用者をサポート、さらに要請に応じて欧米・アジア各国で展開を計画している。

ビュートゾルフのミッション（使命）は、「自立支援」であり、利用者にとって「最善の解決策」を見出すために、利用者と利用者の持つネットワークとの協働を重視し、専門職によるケアをできるだけ「自助（セルフマネジメント）」や「互助（インフォーマルネットワーク）」に置き換えていくことも特徴である（これをビュートゾルフでは「玉ねぎモデル」と呼んでいる）。

ビュートゾルフは、1チーム最大12人の地域ナースからなる自律型チームのネットワーク組織で、各チームは利用者、ナースの採用・教育、計画、教育、財務、イノベーション等すべてに裁量をもち、あらゆる年齢・疾患・障害の利用者に対する全人的ケアを提供、近年は地域に根ざすさまざまな予防プロジェクトにも取り組んでいる。チーム内に管理者はおらず（！）、事務職もいない。完全にフラットなチームで、利用者との対話を経験・専門性の異なるナースたちが共有して振り返り、柔軟で一貫性ある統合ケアを実現している。

この自律型チームを支えるのが、わずか40人のバックオフィス（本部）と18人のコーチである。バックオフィスは報酬請求、労働契約、給与支払い、財務諸表の作成といった在宅ケア組織にとって避けがたい事務を担うとともに、ヘルプデスクとしても機能する。人事・財務・広報部門等はないシンプルな組織であり、やはりマネジャーはいない。コーチは、チームからの要請があると、担当チームを訪ねるなどして問いを投げかけ、ミッションに照らしてチーム自らが解決策に至ることを支援する。

ビュートゾルフでは、地域ナースがよりよい実践に集中し、互いに高め合うことができる仕組みとして「ビュートゾルフ・ウェブ」を構築、全スタッフがiPadを支給され、こ



玉ねぎモデル

ビュートゾルフの自律型チーム

のウェブを使っている。ビュートゾルフ・ウェブは、一般的な業務管理の機能（利用者情報、勤務時間管理など）だけでなく、事例やイノベーション等を含むナース間のナレッジを共有する「コミュニティ」、自分のチームのケアの提供状況を全体と比較して振り返ることができる「チームコンパス」、オマハシステム[1]に基づきアセスメント・目標設定・ケアプラン作成・アウトカムのモニタリングを行う「クライアントコンパス」といった機能を擁する。ビュートゾルフ・ウェブの活用によるケアの質と生産性に関するアカウンタビリティの徹底が、オランダ政府や様々なステークホルダーがビュートゾルフモデルを支援する基盤となっている。

2010年以降、ビュートゾルフと我が国の交流が重ねられ、一般財団法人オレンジクロスが事務局となり、2015（平成27）年2月から「地域包括ケアステーション実証・開発プロジェクト」が行われた。住み慣れた地域でのその人らしい暮らしの継続を支える持続可能な地域ケアの実現をミッションに、ビュートゾルフと全国の地域包括ケアにかかわる参加主体が対話を重ね、玉ねぎモデルに基づき、生涯を通じて看護・介護・予防・リハビリテーション・ケアマネジメント・医療を統合的に提供するフラットなチームの開発に取り組んだ。この原稿の執筆時点ではまだプロジェクトは終了していないが、その成果は注目されている。

参考文献1：『訪問看護と介護』（医学書院）2014年6月 号「 特 集 Buurtzorgとの邂逅：何を学び、どう活かすのか」
参考文献2：『訪問看護と介護』（医学書院）2016年5月号「特集　日本版ビュートゾルフ　始動！」

1 1970年代に、アメリカのネブラスカ州オマハの訪問看護協会等が中心となって開発した地域看護活動の標準分類方式。看護診断（問題分類）→介入分類→アウトカム評定からなる体系を持つ。

第4章　人口高齢化を乗り越える視点

第１節　意欲と能力のある高齢者の活躍する「生涯現役社会」

既に到来している超高齢社会を、皆が生き生きと活躍し、安心して暮らすことのできる社会にするためには、その前提として、まずは社会の構成員である国民ひとりひとりが健康を維持し、また様々な活躍の場があることが重要である。この節と次節では、高齢者の雇用を中心とした最近の施策と、人々の健康維持のために国等が行っている取組みについて概観する。

1　現在の状況

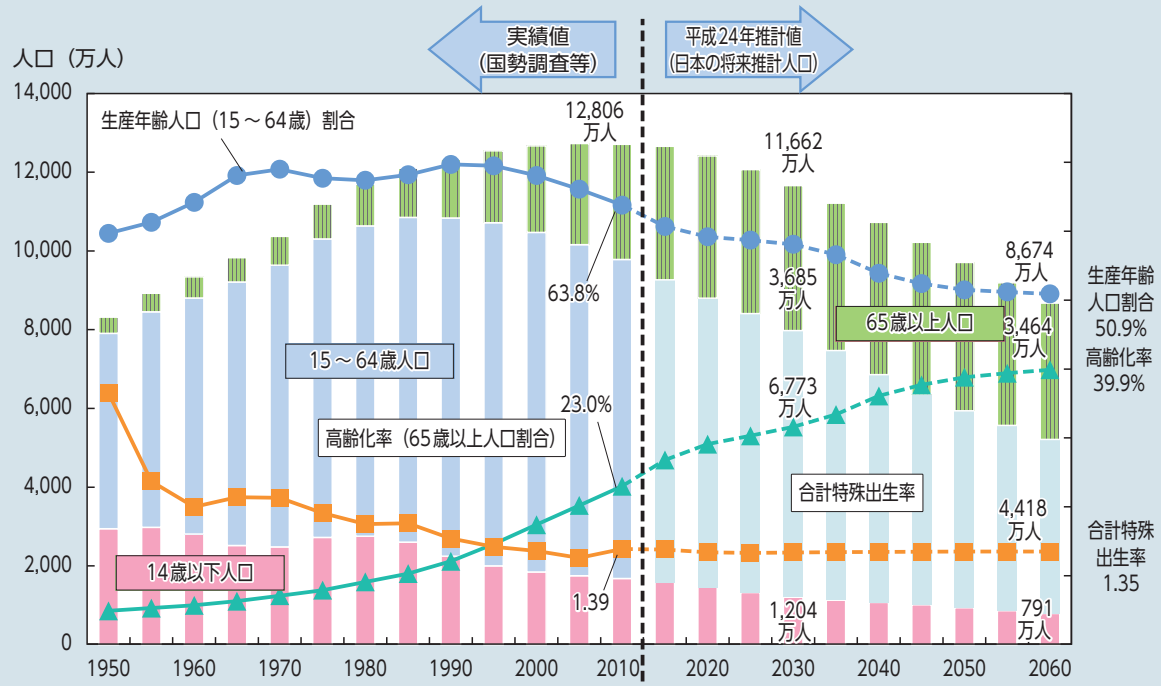
(1) 現在の高齢者をめぐる状況

(人口は減少し、高齢化率は40%近い水準に)

我が国においては、少子高齢化が進展し、総人口は2008（平成20）年をピークに減少局面を迎えている。2060（平成72）年には総人口が9,000万人を割り込み、65歳以上人口が総人口に占める割合である高齢化率は、40%近い水準となることが推計されている（図表4-1-1）。

図表4-1-1　日本の人口の推移

○日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。



資料：総務省「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1月推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）、厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」

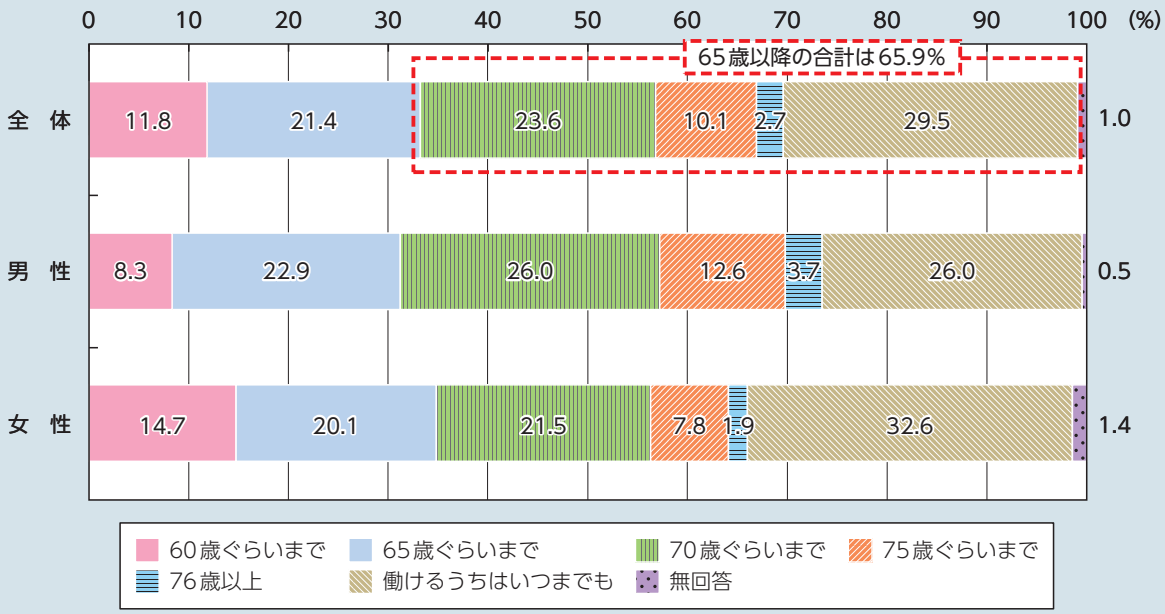
（高齢者の就労意欲は高く、年齢に関わりなく活躍できる「生涯現役社会」の実現が重要）

こうした中で、将来に必要な労働力人口が減少することが懸念されており、働く意欲のある高齢者が、長年培ってきた知識や経験を生かし、年齢に関わりなく活躍し続けることができる「生涯現役社会」を実現することがますます重要になっている。

また、高齢者が働くことは、高齢者自身が支えられる側から支える側に回り、健康や生きがいにもつながるものと考えられる。

我が国における高齢者の就労意欲は高く、65歳を超えても働きたいとする者は約7割を占めるとともに、高齢者の人口に占める労働力人口の割合についても近年上昇を続けている（図表4-1-2、図表4-1-3）。

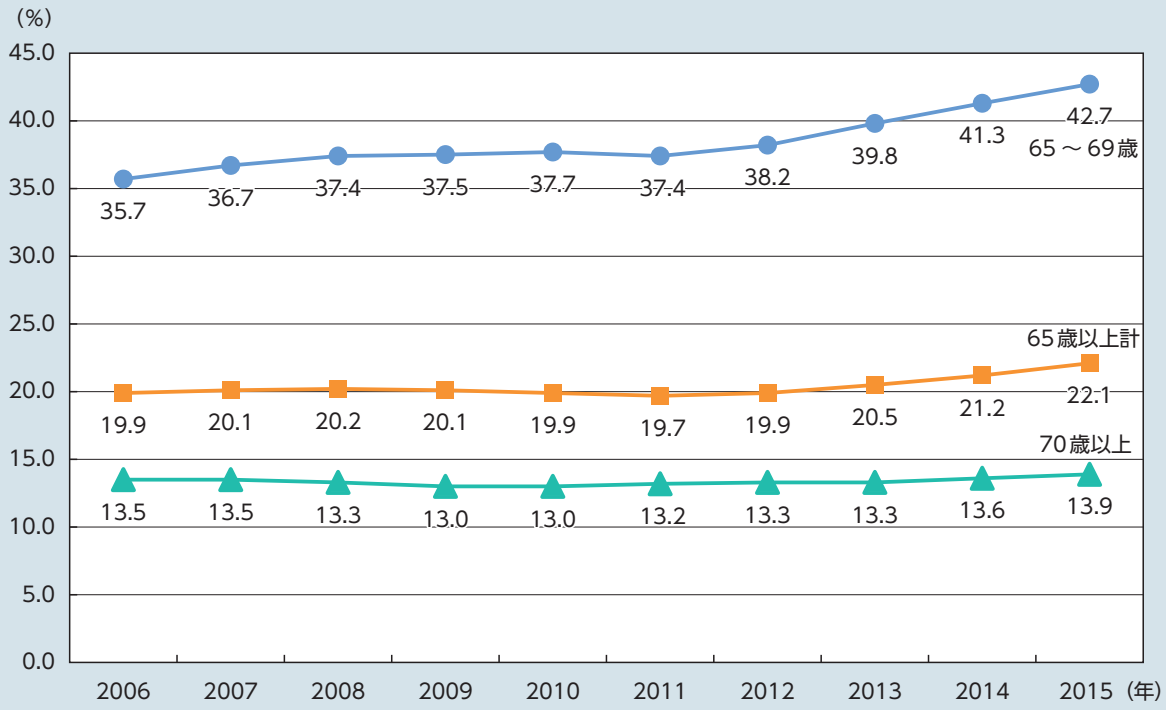
図表4-1-2　何歳まで働きたいか（図表2-5-1再掲）



資料：内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」（2013年）
（注）1. 全国の60歳以上の男女を対象にした調査（有効回収数：1,999人）
2. 設問は「あなたは、何歳ごろまで仕事をしたいですか」

図表4-1-3　労働力人口比率の推移

○高齢者の人口に占める労働力人口（働く意思と能力のある者（＝就業者数＋完全失業者数））の比率は、近年上昇傾向にあり、65歳以上では2015年（平成27年）に22.1％となっている。



資料：総務省統計局「労働力調査」
（注）　2011年は、補完推計値を使用している。

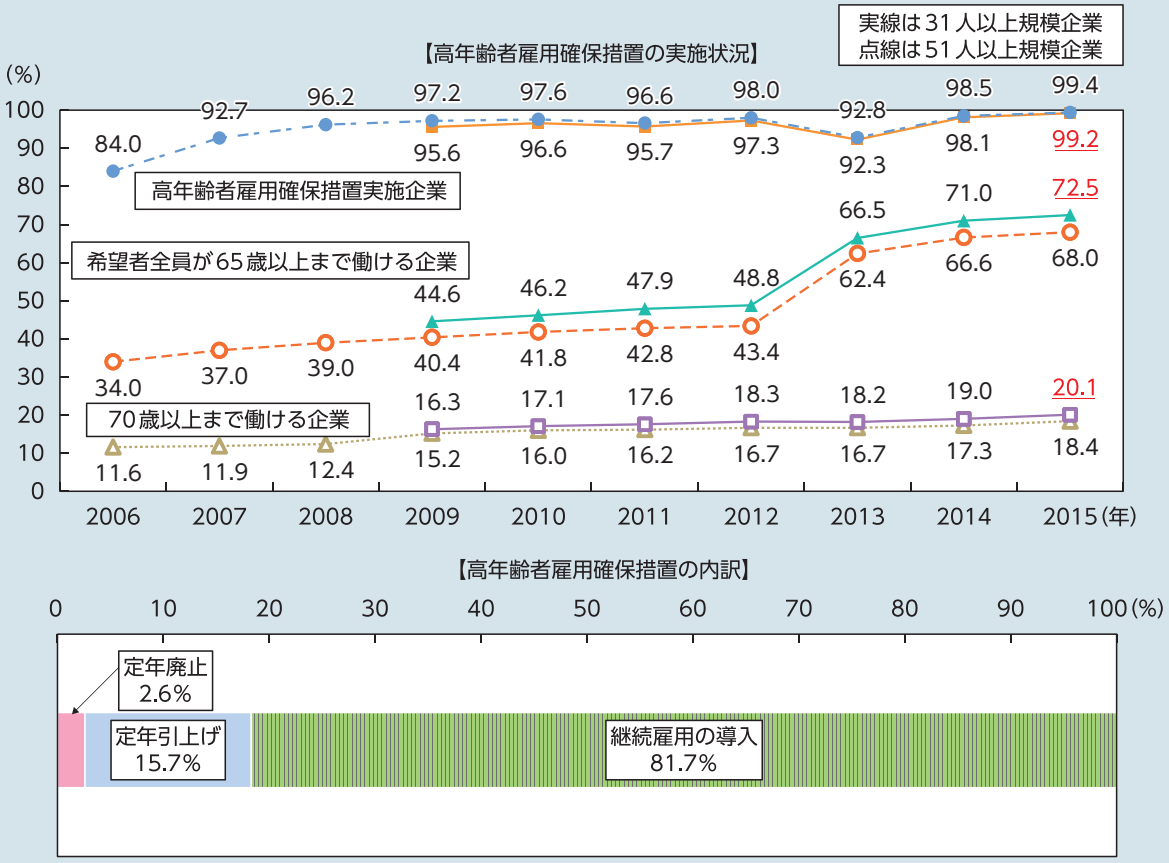
(2) 2012年の高年齢者雇用安定法改正

(2012年の法律改正により、企業における希望者全員の65歳までの雇用確保の仕組みが整備された)

高齢者の雇用を巡っては、2012（平成24）年の高年齢者等の雇用の安定等に関する法律の改正により、「定年制の廃止」、「定年の引上げ」又は「継続雇用制度の導入」のいずれか（高年齢者雇用確保措置）を実施することが企業の義務とされるなど、企業における希望者全員の65歳までの雇用確保の仕組みが整備された。

厚生労働省職業安定局「高年齢者の雇用状況」（2015年）によれば、2015（平成27）年6月1日現在で、31人以上の規模企業の高年齢者雇用確保措置の実施割合の合計は99.2%、実施した企業のうち継続雇用制度を導入したものが81.7%を占めている（**図表4-1-4**）。

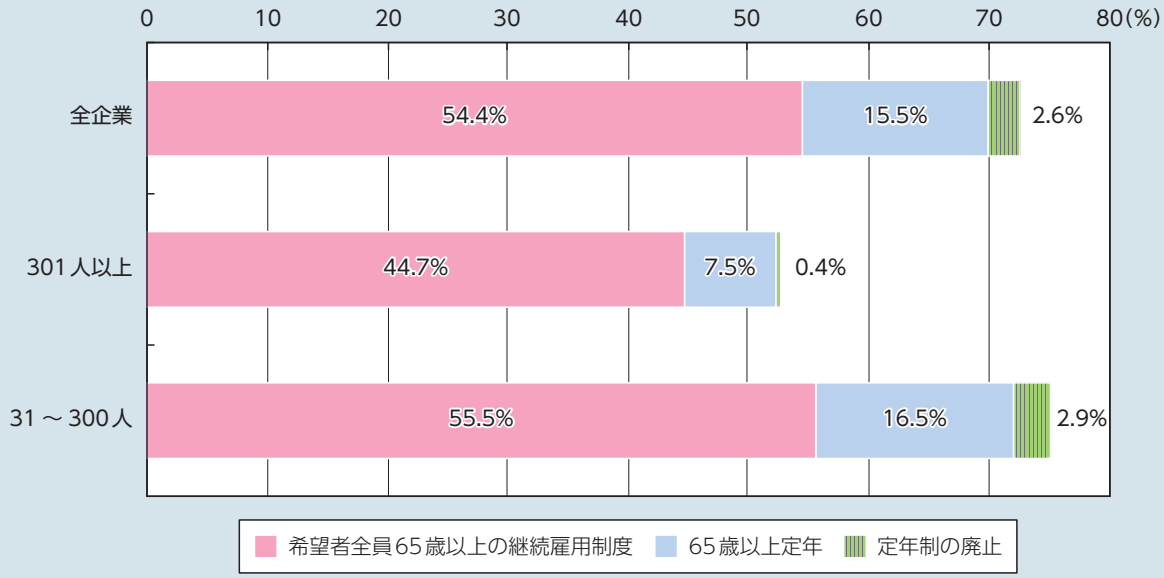
図表4-1-4　高年齢者雇用確保措置の状況（図表1-3-12再掲）



資料：厚生労働省職業安定局「高年齢者の雇用状況」（2015年）
（注）1. 2015年6月1日現在。
2. 2013年4月に制度改正（継続雇用制度の対象者を限定できる仕組みの廃止）があったため、2012年と2013年の数値は単純比較できない。

また、希望者全員が65歳以上まで働ける企業の割合は72.5%であり、労働者ベースでみても、60歳定年到達者のうち82.1%が継続雇用されている（**図表4-1-5**、**図表4-1-6**）。

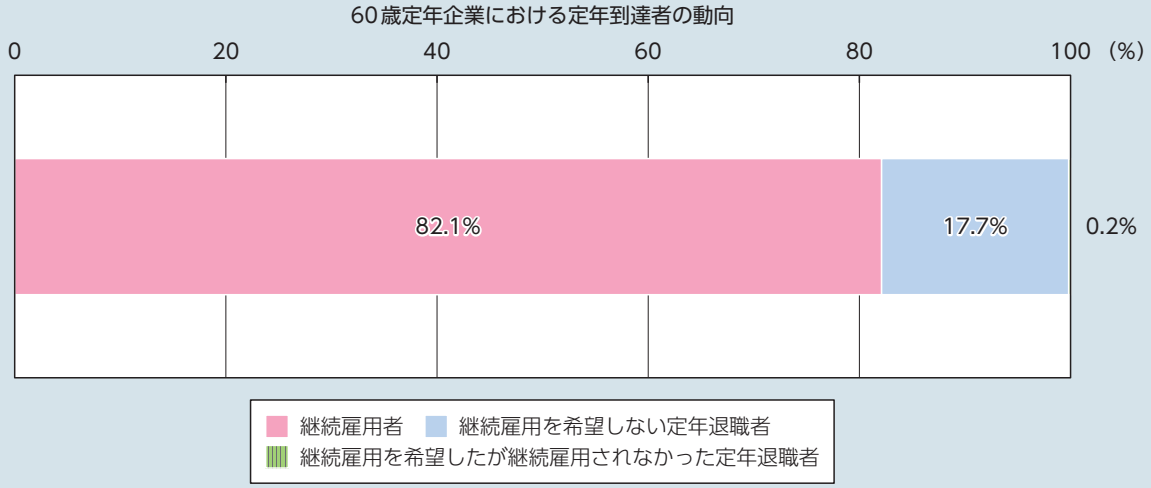
図表4-1-5　希望者全員が65歳以上まで働ける企業



資料：厚生労働省職業安定局「高年齢者の雇用状況」（2015年）
（注）　2015年6月1日現在。

図表4-1-6　定年到達者の動向

○過去１年間の60歳定年企業における定年到達者約35万人のうち、定年後に継続雇用された者は、約８割。



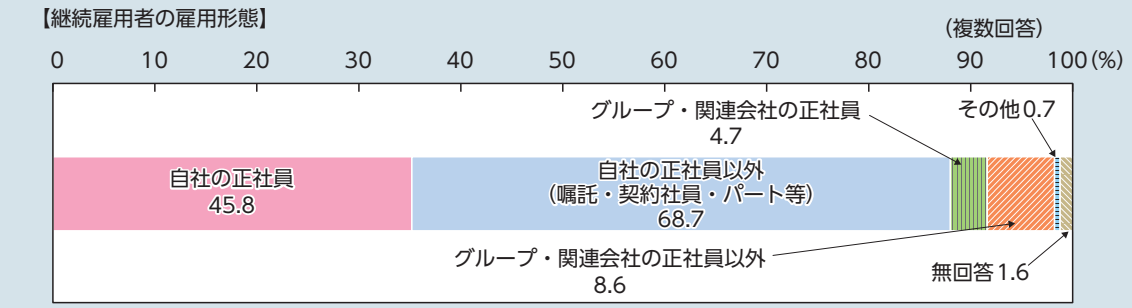
資料：厚生労働省職業安定局「高年齢者の雇用状況」（2015年）
（注）　2015年6月1日現在。

（継続雇用を行うに当たり企業は様々な調整や努力を行った）

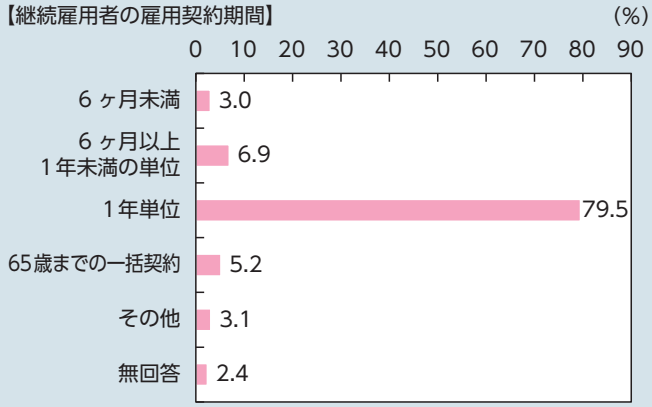
独立行政法人労働政策研究・研修機構「高年齢社員や有期契約社員の法改正後の活用状況に関する調査」（2014年）によれば、継続雇用を行う際には、正社員以外の雇用形態としたり、雇用契約期間を１年単位としたりするほか、給与水準の調整や、社内組織や人事・処遇制度等の変更や新設を行っている企業がみられる（**図表4-1-7**、**図表4-1-8**）。

2012年の法改正への対応は、企業が様々な調整や努力を行うことにより、着実に進んでいるといえる。

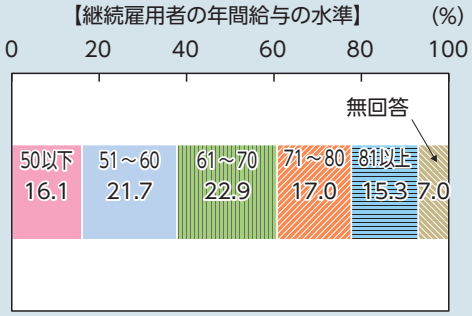
図表4-1-7 継続雇用後の状況（図表1-3-13再掲）



（注） 常用労働者50人以上を雇用する民間企業に対する調査。回答時点で雇用者規模が50人未満であった企業が含まれる。



（注） 常用雇用者50人以上を雇用している民間企業のうち、継続雇用制度を導入している企業に、継続雇用者の雇用契約期間のうち最多ケースを尋ねた。



（注） 定年到達時の年間給与を100とした場合の数値である。

資料：（独）労働政策研究・研修機構「高年齢社員や有期契約社員の法改正後の活用状況に関する調査」（2014年）

図表4-1-8 改正高齢法に対応するための社内組織や人事・処遇制度等の全社的な変更・新設

（複数回答（%））

	実施したもの	実施を検討しているもの
人事格付け制度の見直し	5.7	9.6
役職定年制・任期制の見直し	3.5	7.6
人事評価制度の見直し	8.0	16.0
賃金制度の見直し	11.3	20.7
出向・配転を含むグループ全体での人員配置の見直し	2.4	5.0
新規学卒者の採用計画の見直し	9.3	9.4
中途採用者の採用計画の見直し	7.9	8.4
非正規社員の採用計画の見直し	7.7	9.6
転職や早期退職を促す制度の導入・見直し	0.6	2.3
人材育成・能力開発にかかる制度の見直し	4.3	8.7
積み立て制度など休暇制度にかかる見直し	1.0	1.6
退職金制度の見直し	4.2	7.3
福利厚生制度の見直し	2.4	4.9
職場での安全衛生対策の強化	8.7	8.4
社内組織の改編（部署改編や事務所等の新設・開設）	5.2	6.0
無回答・特になし	65.1	55.0

資料：独立行政法人労働政策研究・研修機構「高年齢社員や有期契約社員の法改正後の活用状況に関する調査」（2014年）
（注） 常用労働者50人以上雇用する民間企業に対する調査（回収数n＝7179）。回答時点で雇用者規模が50人未満であった企業が含まれる（n＝463）。
無回答非掲載。「改正高齢法」は、高年齢者雇用安定法の平成24年の改正（企業が講ずべき65歳までの雇用確保措置が原則として希望者全員となったことなど）を指す。

2 今後の高齢者の活躍に向けた取組み

（今後は65歳を超えても働き続けたい高齢者の就業機会の確保が課題）

一方で、2014（平成26）年には、団塊の世代（1947（昭和22）から1949（昭和24）年までの生まれ）の全体が65歳に達していることから、今後「生涯現役社会」の実現を一層推進していくための高齢者の雇用対策については、改正高年齢者雇用安定法に基づくこうした雇用確保措置の確実な実施を行うともに、65歳を超えても働きたい高齢者の就業機会を確保していくことが重要な課題となっている。

こうした中で、「『日本再興戦略』改訂2015」（平成27年6月30日閣議決定）では、「65歳以上の高年齢者の雇用が一層推進されるよう、企業側のインセンティブや雇用保険の適用の在り方等について、必要な検討を進める。」とされた。加えて、「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策」（平成27 年11月26 日）では、「高齢者が安心して働き続けられる環境を整備するため、高齢者が働きやすい環境をつくる企業、NPO や起業を支援するとともに、雇用保険の適用年齢の見直しを検討する。」とされた。

（1）2016年の法律改正

（2016年の法律改正により、65歳以降に働きたい者のための仕組みを整備）

これらも受ける形で、2015（平成27）年8月より、労働政策審議会雇用保険部会において11回にわたり検討が行われ、12月24日に、「65歳以降に新たに雇用される者を雇用保険の適用対象とする」こと等を内容とする報告書が出された。さらに、2015年10月より、労働政策審議会職業安定分科会雇用対策基本問題部会において3回にわたり検討が行われ、12月18日に「今後の高年齢者雇用対策について」（建議）が出された。厚生労働省は、これらを受け、2016（平成28）年通常国会に「雇用保険法等の一部を改正する法律案」を提出し、3月29日に成立した。

この建議は、①企業における高年齢者の雇用の促進、②中高年齢者の再就職の支援、③地域における多様な雇用・就業機会の確保、④シルバー人材センターの機能強化といった内容となっており、また、法律については、シルバー人材センターでの就業時間について、週20時間から週40時間までの要件緩和を可能とする改正を行っているほか、65歳以降に新たに雇用される者を雇用保険の適用の対象とする（ただし、保険料徴収は2019（平成31）年度分まで免除）等の措置を講じている（**図表4-1-9**、**図表4-1-10**）。

図表4-1-9　今後の高年齢者雇用対策について（建議）（2015年12月18日）①

1　企業における高年齢者の雇用の促進
(1) 企業における高年齢者雇用については、平成24年の高年齢者雇用安定法の改正により、希望者全員の65歳までの雇用確保措置を講じることが企業の義務とされたところであり、未実施企業に対する指導の徹底等により、これが確実に実施されるようにしていくとともに、改正法施行後における高年齢者の雇用動向等を把握することが必要である。
(2) その上で、法的な義務を超えた65歳を超える高年齢者の雇用の確保については、企業の自主的な取組を支援していくことが適当であり、高年齢者を多数雇用する事業主や高齢者向けに健康管理制度等を導入した事業主等高年齢者の雇用確保に積極的に取り組む企業に対する支援が必要である。
(3) 雇用確保措置の対象とならない高齢の有期雇用労働者への対応は引き続きの課題であり、当面は、高年齢者に限らず有期雇用労働者については、「反復継続して契約の更新がなされているときには、期間の定めのない雇用とみなされることがある」とされていることを周知していくことが重要である。また、65歳までの雇用機会確保を図るため、無期雇用への転換を図る事業主を支援し、これを促していくことが必要である。

2　中高年齢者の再就職の支援
(1) 高年齢者の就職支援については、これまでも高年齢者就労総合支援事業等の取組を進めてきたところであるが、特に60歳代後半の高齢者にとって、ハローワークが重要な入職経路となっている現状も踏まえ、ハローワークにおける65歳以上の高齢者に対する就職支援を強化していく必要がある。
(2) また、自社内にとどまらずに活躍の場を探す高年齢者については、人手不足に悩む地域の中小企業やNPO等における雇用に繋げていくことも重要であり、このため、労働者本人の意向を最大限に尊重した上で、産業雇用安定センターによる出向・移籍のあっせん機能を活用していくことが必要である。

3　地域における多様な雇用・就業機会の確保
(1) 高年齢者の就業機会の確保において、地域の果たす役割は重要である。このため、地方自治体が中心となって、地域の実情を踏まえた高年齢者雇用のあり方を協議、推進していくため、地域の高年齢者の就業に関する機関で構成する協議会を設置することができるようにし、その設置促進を図ることが必要である。
(2) その際、協議会の構成員としては、地域のニーズや高年齢者の多様な就業ニーズを的確に反映することができるよう、関係行政機関、シルバー人材センター、労使関係者、社会福祉協議会、地域の金融機関、NPO等、地域における高年齢者の就業機会確保に関係する関係者を幅広く含めることができるようにすることが必要である。
(3) また、協議会においては、地域の高年齢者の就業機会に関する計画等の作成に関することやその実現のために必要な事業の実施に関することについても協議を行うことが適当であり、国としても、地域の主体性を尊重しつつ、協議会が定めた事業の実施に対する支援や、取組状況のフォローアップ、普及促進等を行うことが必要である。

図表4-1-10　今後の高年齢者雇用対策について（建議）（2015年12月18日）②

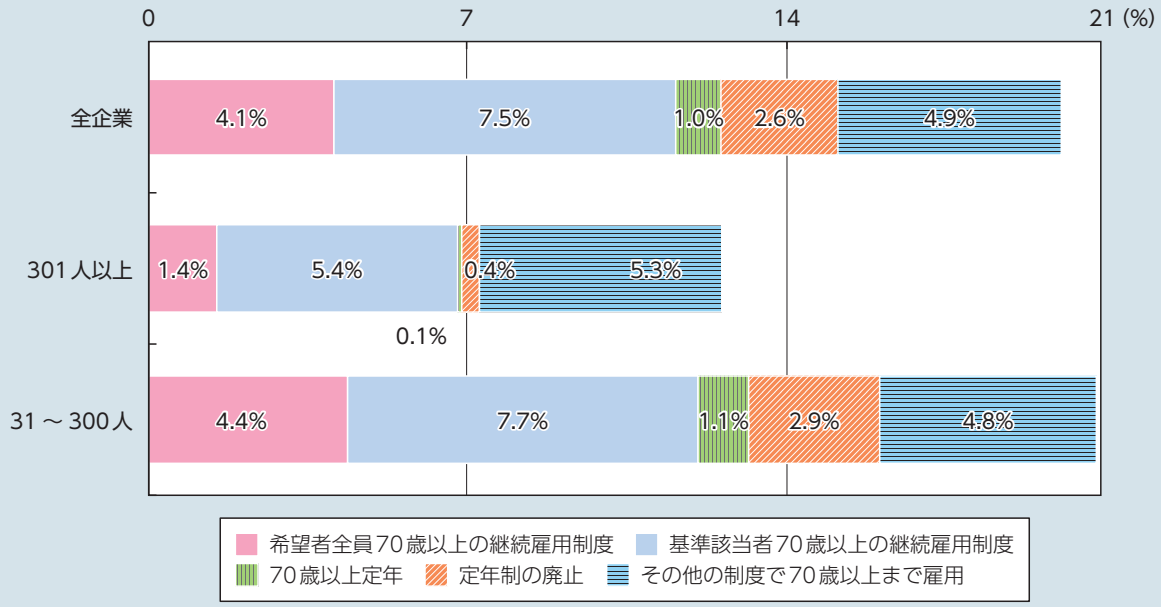
4　シルバー人材センターの機能強化
(1) 高年齢者の多様な就業ニーズを踏まえた就業機会を確保していく上で、シルバー人材センターの機能強化を図ることは重要である。このため、シルバー人材センターにおいては、従来からの清掃や剪定等の職域ばかりにとどまらず、人手不足分野や育児支援等の現役世代を支える分野における就業機会の拡大に取り組んでいるところであるが、こうした取組を今後とも積極的に展開していくことが期待される。
(2) また、シルバー人材センターが取り扱う就業については、現状で、臨時的かつ短期的又は軽易な業務に限定されているが、シルバー人材センターが、生きがいとしてこうした就業を希望する高年齢者に対して就業の機会を提供していくものであるという原則は堅持しつつも、将来我が国の必要な労働力が減少していくことが懸念される中で、より長く働きたい高年齢者の就業ニーズ等にも対応することができるよう、この取扱業務に係る要件は緩和することが適当である。
(3) ただし、その際、取扱業務に係る要件の緩和を行ったことにより、労働者保護を害することになったり、民業を不当に圧迫することや地域の労働市場へ重大な影響を及ぼすようなことのないよう、以下の措置を講じる必要がある。
　① 要件緩和は、シルバー人材センターの業務のうち、就業者の適切な保護の観点から、職業紹介事業及び労働者派遣事業に限って実施すること。
　② 要件緩和の実施は、シルバー人材センターの指定・監督権限を有する都道府県知事が、厚生労働省が定める基準に適合すると認められる場合に、対象となる業務の範囲や地域を指定することにより可能とすること。
　③ 都道府県知事が、要件緩和を実施する地域等の指定を行うに当たっては、要件緩和を行おうとする業務に関する地域の関係者の意見をあらかじめ聴取するとともに、広域的な雇用情勢や労働力需給への影響等の観点から国の関与を必要とすること。
　④ 要件緩和を実施する地域等の指定は解除することができるものとすること。
(4) さらに、シルバー人材センターを通じた就業について、会員である高年齢者の適切な就業環境を確保することも重要である。このため、派遣・請負の区分に関する基準や会員の就業条件等に関すること等、シルバー人材センターが業務運営に当たって、発注者、会員それぞれとの関係の中で留意すべき事項について、適正就業確保のためのガイドラインとして示していくことが必要である。なお、シルバー人材センターが行う労働者派遣事業及び職業紹介事業については、許可ではなく届出により事業を実施することが可能となっているため、シルバー人材センターの適正な事業運営を確保していく必要がある。

(2) 65歳を超える者の雇用の状況

(65歳を超える者の雇用率はまだ低い)

先の「高年齢者の雇用状況」によれば、2015（平成27）年6月1日現在で70歳以上まで雇用されうる制度のある企業は、31人以上規模の企業のうち20.1%にとどまっており、低い状況が続いている（図表4-1-11）。

図表4-1-11 70歳以上まで働ける企業



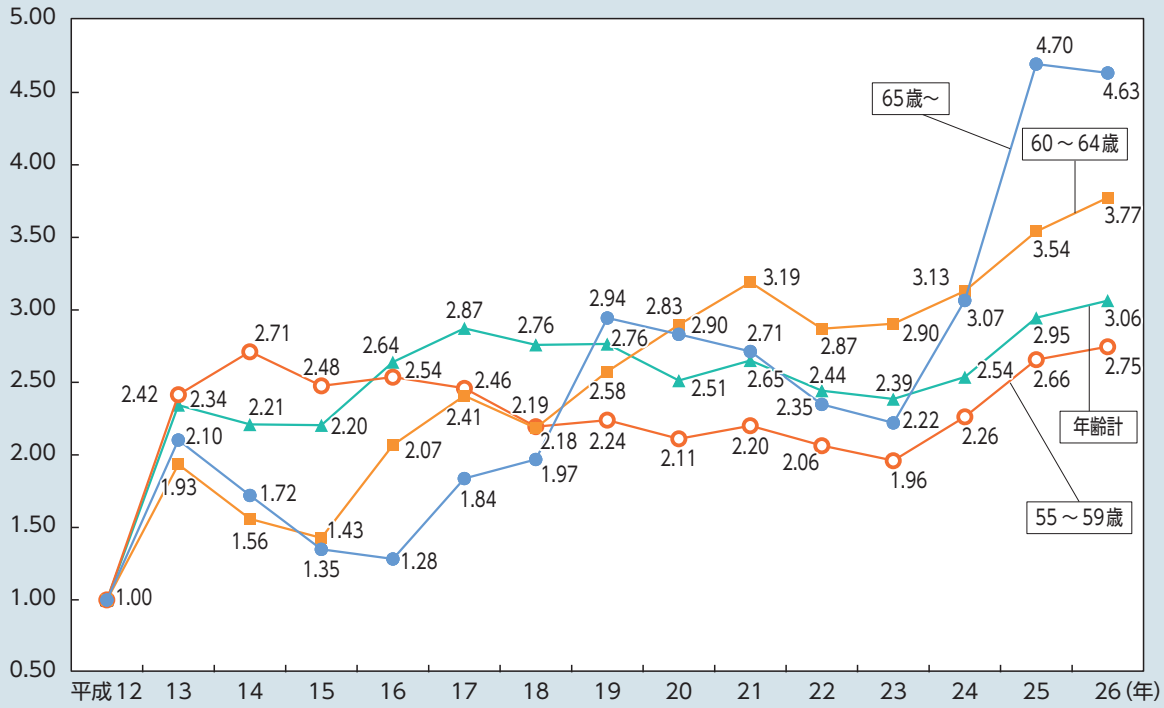
資料：厚生労働省職業安定局「高年齢者の雇用状況」(2015年)
(注) 2015年6月1日現在。

(65歳以上の者の再就職活動は他の年齢層に比べ厳しい)

一方で、65歳以降の雇用のうち「65歳以上の者の雇入れ」については、2014(平成26)年の転職入職者数が2000(平成12)年と比較して約4.6倍となるなど、近年大幅に増加している(**図表4-1-12**)。

しかし、65歳以上の者の再就職活動は、他の年齢層に比べて厳しい状況にあり、例えば、前職の離職から再就職までの期間が6ヶ月以上であったとする者は、すべての年齢層の平均が16.0%であるのに比べ、65歳以上の層では22.8%となっている(**図表4-1-13**)。

図表4-1-12　55歳以上の者の転職入職者数の推移



資料出所：雇用動向調査（平成12～26年）をもとに作成
（注）　各年齢層について、平成12年を1.00としたときの値をプロットした。値が1.00超の場合は増加、1.00未満は減少を意味する。

図表4-1-13　年齢階級別離職期間

	計	離職期間1年未満						離職期間1～2年未満		
		計	15日未満	15日～1か月未満	1か月～3か月未満	3か月～6か月未満	6か月～1年未満	計	1年～1年6か月未満	1年6か月～2年未満
年齢計	100.0	93.8	43.1	10.8	18.7	11.2	9.8	6.2	3.8	2.3
～19歳	100.0	94.5	20.5	32.1	21.4	13.1	7.3	5.5	4.9	0.6
20～24歳	100.0	92.4	28.7	18.1	22.6	11.7	11.3	7.6	5.4	2.2
25～29歳	100.0	94.4	42.1	10.4	20.7	11.7	9.3	5.6	2.9	2.6
30～34歳	100.0	93.1	41.8	11.4	18.9	11.0	9.7	6.9	3.1	3.8
35～39歳	100.0	93.7	41.5	8.8	20.3	11.5	11.7	6.3	3.7	2.6
40～44歳	100.0	94.8	45.9	7.8	21.6	9.5	10.0	5.2	4.0	1.1
45～49歳	100.0	94.1	48.8	8.5	17.1	9.8	9.8	5.9	3.2	2.7
50～54歳	100.0	94.2	46.2	12.9	12.3	12.4	10.1	5.8	4.2	1.2
55～59歳	100.0	95.2	45.8	7.8	15.4	16.9	9.2	4.8	3.8	0.8
60～64歳	100.0	93.3	64.2	4.0	10.3	7.5	5.1	6.7	5.0	1.8
65歳～	100.0	91.1	37.9	16.4	12.2	10.8	13.9	8.9	5.6	2.7

（%）

資料出所：厚生労働省「雇用動向調査」（平成26年）
（注）　1. 平成26年1年間に入職した者のうち前職雇用者・現職在職者・一般労働者（常用労働者のうちパートタイム労働者を除く）についての数字。
2. 離職期間1年未満及び離職期間1～2年未満には不詳を含む。

(3) 65歳を超える者の雇用の確保に向けた取組み

(2016年度より、高年齢者雇用安定助成金を拡充するとともに、ハローワークにおける支援を強化した)

今後、2012（平成24）年法改正の内容について、高年齢者雇用確保措置未実施企業に

対する指導の徹底等により、確実に実施されるようにするとともに、65歳以上の者の雇用の確保について、企業の自主的な取組みを支援していくことが必要である。

60歳以上の者の雇用環境整備について、新たな事業分野への進出や機械設備の導入、雇用管理制度の整備等を行った企業に対しては、これまでも高年齢者雇用安定助成金を支給してきているが、2016（平成28）年度からはこれを拡充し、新たに60歳以上の者を対象とした健康管理制度の導入を行った場合には、それらの実施に要した費用の一部を助成することとし、助成額についても拡充した。また、50歳以上かつ定年年齢未満の有期契約労働者を無期雇用労働者に転換させた企業に対しても助成を行うこととした（**図表4-1-14**）。

図表4-1-14 高年齢者雇用安定助成金の拡充

平成28年度予算額　31.7億円

高齢者が意欲と能力がある限り年齢に関わりなくいきいきと働ける社会の構築に向けて、高齢者の雇用環境整備や、有期契約の高年者を定年後も安定した雇用形態に転換する事業主に対して助成することを通じて、高齢者の雇用の安定を図る。

※2つのコースで構成（赤字下線部は平成28年度より制度拡充）

1　高齢者の雇用の環境整備支援

高年齢者活用促進コース

●助成内容

① 新たな事業分野への進出等（新たな事業分野への進出、職務の再設計等による職場又は職務の創出）
② 機械設備の導入等（機械設備、作業方法、作業環境の導入又は改善）
③ 高齢者の雇用管理制度の整備（短時間勤務制度・在宅勤務制度の導入、高年齢者に係る賃金・能力評価制度等の構築、専門職制度の導入、研修等能力開発プログラムの開発等）
④ 健康管理制度の導入（制度導入をした場合、コンサルタントへの依頼等について30万円の費用を要したものとみなす）
⑤ 定年の引上げ等（66歳以上への定年の引上げ、定年の定めの廃止又は希望者全員を66歳以上の年齢まで雇用する継続雇用制度の導入のいずれかを実施した場合、当該措置の実施に100万円の費用を要したものとみなす）

●助成額

①～⑤に係る環境整備計画の実施に要した費用の額の2/3（大企業1/2）
※　60歳以上の雇用者1人当たり20万円上限（上限1,000万円）
※　ただし、以下のいずれかの事業主の場合は、歳以上の雇用者人当たり30万円上限
a　建設・製造・医療・保育・介護の分野に係る事業を営む事業主
b　65歳以上の者（高年齢継続被保険者）の雇用割合が4%以上の事業主
c　高年齢者活用促進の措置のうち「高年齢者の生産性の向上に資する機械設備、作業方法や、高年齢者が安全に働ける作業環境の導入または改善等」を実施した事業主

2　有期契約の高齢者に対する安定した雇用形態への転換促進

高年齢者無期雇用転換コース（新設）

●助成内容
50歳以上定年年齢未満の有期契約労働者を無期雇用に転換させた事業主に対して、その人数に応じ助成する

●助成額
対象者1人につき50万円（中小企業以外は1人につき40万円）

さらに、高齢者の就職支援については、特に60歳代後半の者にとってはハローワークが重要な入職経路になっていることも踏まえ、ハローワークにおける65歳以上の者に対する支援を強化していく必要がある（**図表4-1-15**）。

図表4-1-15　年齢階級別入職経路

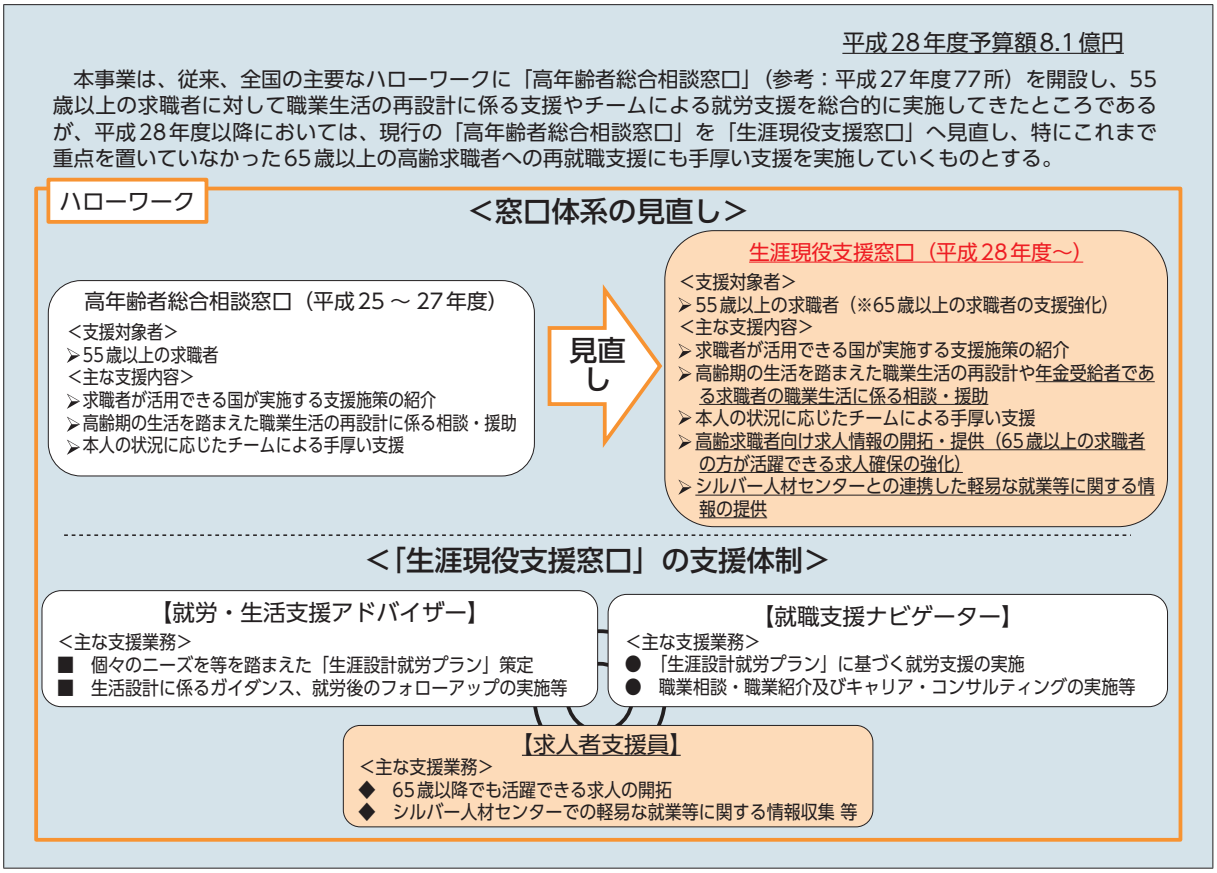
	計	職業紹介機関等						縁故・出向等			
		ハローワーク	ハローワークインターネットサービス	民営職業紹介所	学校	広告	その他	縁故	うち前の会社	出向	出向からの復帰
年齢計	100.0	17.6	4.1	3.3	5.9	35.1	11.6	19.7	4.9	1.9	0.7
～19歳	100.0	13.9	2.8	0.2	9.4	49.3	8.9	15.0	0.0	0.4	0.0
20～24歳	100.0	8.9	5.3	3.4	20.5	38.1	10.1	13.1	0.7	0.4	0.2
25～29歳	100.0	18.6	5.1	7.2	2.6	38.4	10.8	15.0	3.1	1.9	0.4
30～34歳	100.0	20.7	4.0	5.0	0.7	34.8	12.0	20.1	5.2	1.6	1.2
35～39歳	100.0	22.7	4.5	3.7	0.7	34.8	13.4	17.8	4.9	1.5	1.0
40～44歳	100.0	19.4	4.8	3.1	0.2	34.1	12.7	22.5	5.1	1.9	1.3
45～49歳	100.0	23.0	4.9	3.5	0.1	29.7	9.7	24.0	6.6	3.7	1.4
50～54歳	100.0	23.3	3.3	2.0	0.1	26.8	11.1	24.0	7.6	7.9	1.5
55～59歳	100.0	23.8	2.8	1.9	0.0	21.6	17.5	25.0	5.9	6.3	0.9
60～64歳	100.0	16.4	2.1	2.3	0.5	15.5	17.4	43.2	26.4	1.6	1.0
65歳～	100.0	28.1	2.0	1.6	0.2	19.1	13.8	34.5	14.8	0.5	0.1

(%)

資料出所：厚生労働省「雇用動向調査」（平成26年）をもとに作成

これについても、2016年度より、全国の主要なハローワークに設置している「高年齢者総合相談窓口」を「生涯現役支援窓口」へと見直し、窓口の積極的な周知を図るとともに、新たに求人者支援員を設置することにより、高齢求職者の方が活躍できる求人確保の強化等を開始した（**図表4-1-16**）。

図表4-1-16 生涯現役支援窓口



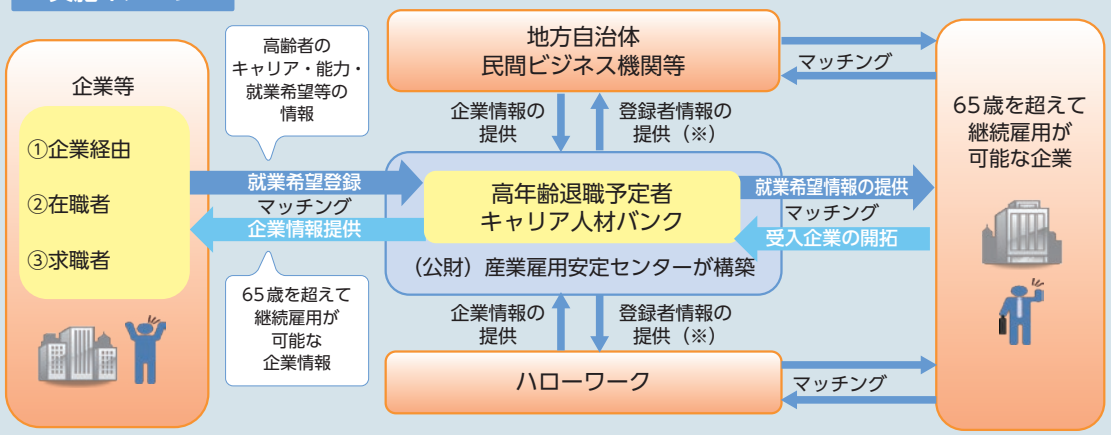
さらに就職支援の関係では、公益財団法人産業雇用安定センターが退職予定者のキャリア・能力・就業希望等の情報の登録を受け、「高年齢退職予定者キャリア人材バンク」を構築してマッチングを行うとともに、さらに、この人材バンクに登録された情報をハローワークや民間の人材サービス機関等に提供し、こちらでもマッチングを実施することにしている（**図表4-1-17**）。

図表4-1-17　高年齢退職予定者キャリア人材バンク

平成28年度予算額2.6億円

生涯現役社会の実現に向けて、（公財）産業雇用安定センターにおいて、高齢退職予定者のキャリア等の情報を登録し、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ことにより、高齢者の就業促進を図る。

実施イメージ



（※）地方自治体や民間ビジネス機関等、ハローワークへの登録者情報の提供は、本人の認める範囲

実施概要

○企業等より高年齢者雇用確保措置の終了を予定する65歳前の者のキャリア・能力・就業希望等の情報を受け、産業雇用安定センターにおいて、高年齢退職予定者キャリア人材バンクを構築し、マッチングを実施。
○地方自治体などの公的機関や民間の人材サービス機関及びハローワークに高年齢退職予定者キャリア人材バンクの登録情報を、本人の認める範囲内で広く提供し、各機関等においてマッチングを実施。

（雇われて働くのみならず、自ら起業する高齢者の支援も実施）

また、既存の企業による雇用の拡大だけでなく、起業によって高齢者の雇用を創出していくことも重要である。このため、同じく2016年度から、高齢者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・採用や教育訓練の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、支援を開始した（**図表4-1-18**）。

図表4-1-18 高齢者の起業支援

平成28年度予算額　8.7億円（新規）

趣旨

○少子・高齢化が進展する中、持続的な成長を実現させていくためには、年齢に関わりなく働くことができる生涯現役社会の実現を推進する必要があるが、そのためには、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の雇用機会を創出していくことも重要である。
○このため、中高年齢者が、起業（いわゆるベンチャー企業の創業）する際に必要となる、募集・採用や教育訓練の経費の一部を助成することにより、中高年齢者の起業と雇用機会の創出を図る。

事業の概要

助成額

○起業者の区分に応じて、計画期間内における募集・採用、教育訓練に要した経費（人件費等を除く）の一部を助成。

＜起業者の区分＞
➢60歳以上の者［助成率2/3、上限200万円］
➢40歳～59歳の者［助成率1/2、上限150万円］

対象経費

経費の区分	経費の内容
対象労働者の募集・採用、教育訓練に要した経費	求人情報掲載経費、選考会等の参加経費、職場見学・職場体験（インターンシップ等）の実施経費、遠隔地採用に係る経費、資格取得費、講習及び研修受講費用　等

支給手続きの流れ

事業継続性の確認
↓
「雇用創出等の措置に係る計画書」を都道府県労働局に提出
↓
計画期間（12ヵ月以内）中に、雇用創出等（人材確保・教育訓練）の措置を実施
↓
計画期間終了後、2ヵ月以内に支給申請書を労働局に提出
↓
支給決定、助成金の支給

主な支給要件

○新たな事業を開始するために法人を設立した事業主であって、当該法人の業務に専ら従事していること（個人事業主の場合は、新たな事業を開始したものであって、当該事業の業務に専ら従事していること）
○事業継続性の確認を受けていること
○計画期間開始前（事業開始から12ヵ月以内）に「雇用創出等の措置に係る計画書」を提出していること
○計画期間（12ヵ月以内）内に、事業に必要となる者（60歳以上の者の場合は2名以上、又は40歳以上の者の場合は3名以上）を、継続して雇用する労働者かつ雇用保険の一般被保険者として雇い入れること（※39歳以下の者のみの雇入れは支給対象外。）
○支給申請時点で、当該事業所における離職者等の人数が、雇い入れた対象労働者の人数を上回っていないこと

コラム 選択肢としてのシニア「起業」 ～銀座セカンドライフ株式会社～

高齢期になっても働き続けたいという人は多い。多くの人は企業に雇われるという道を歩むが、起業する人も多くなってきている。中小企業白書（2014年版）によれば、2012（平成24年）の22.3万人の起業家[1]の47%は50代以降だ（全人口に占める高齢者の割合が上がっているというのも背景としてはあるが）。

一方でいざ起業ということとなると、どうしたらよいかわからないというケースも多い。そのような人を総合的に支援するのが東京都中央区にある「銀座セカンドライフ株式会社」だ。

この会社の代表は若き起業家片桐実央さん。彼女も起業家であるが、元々起業を志していたわけではない。祖母の介護をきっかけに、「シニアのためになにかできないか」、「自分の専門性を生かしたことができないか」と考えた結果（当然ながら市場性、採算性も）、2008（平成20）年にこの会社を立ち上げた。主な事業内容は、「起業コンサル・事務サポート」、「セミナー・交流会」、「レンタルオフィス」だ。既に7,000人の起業を支援してきた。

代表の片桐さん

起業を思い立ったらまずは事業内容を決めなければならない。同社でコンサルをする場合「やりたいこと」、「できること」、「お金になること」を考えてもらうが、この3つの要素が重なったところを事業のターゲットとして考えるのがよいという。楽しく仕事をするためには「やりたいこと」をまずは考えるべ

1 過去1年間に職を変えた又は新たな職についた者のうち、現在は自営業主（内職者を除く）となっている者

きだが、「やりたいこと」がない場合、まず「できること」を考える。シニアは若い人と比べて経験豊富なため、知識、ノウハウ、人脈を棚卸しすれば何かの「できること」は見つかるという。

この最初の事業内容（アイデア）を考える段階で迷っている人が多い。具体的な起業のプロセスについてイメージが持てないからだ。起業コンサルを受けるのも一つ手であるが、起業セミナーや交流会に参加して、実際に起業している活躍されている方の体験談を聞いて具体的なイメージを掴むというのもおすすめだそうだ。

起業（予定）者の交流会

事業内容が決まったら次は事業計画書の作成だ。まずはSWOT分析[2]をして自分の強みをどう生かすか、自分の弱みをどう克服するかを検討する。ある程度事業計画が固まったら売上と経費を予測し損益計画を作る（経費は概ね予測可能なので特にしっかりと）。あとは起業形態（法人か個人か）の決定だ。

基本的には通常の起業と何ら変わらないが、シニアの場合会社員時代に培ったスキルや人脈を用いた分野の起業が圧倒的に多く、そもそも大きく事業を拡大したいと思っていない人が多いので、店舗を持つとか在庫を持つとかそういう大きなリスクをとらず小リスクで起業される方が多いそうだ（50万円以下の起業が多く、レンタルオフィスの利用などにより毎月の経費も抑えている）。

また、起業を通じてお金を稼ぐという目的は当然あるのだが、「事業を通じて社会に貢献したい！」という方が多く、そういう人たちの起業を支援することが片桐さんの喜びともなっている。

高齢期の生活を充実させるためには様々な方法があるが、「起業」を考えてみるのもいいかもしれない。

2　自己分析（強み（Strength）、弱み（Weakness））、外部環境（機会（Opportunity）脅威（Threat））から事業性を評価する方法

（地域における多様な雇用・就業機会の確保のための協議会を設置）

2016年の高年齢者等の雇用の安定等に関する法律の改正により、企業を退職した高齢者等の活動の中心となる地域社会において、多様な就業機会を確保するため、地方自治体が中心となって、地域の実情を踏まえた高齢者雇用のあり方を協議、推進するための、地域の高齢者の就業に関する機関で構成される協議会が設置できることとなった。

この協議会は、都道府県や市区町村のほか、シルバー人材センター、労使関係者、社会福祉協議会、地域の金融機関等が参加して、高齢者の多様な就業の機会の確保に関する地域の課題について情報を共有し、連携の緊密化を図るとともに、地方公共団体が作成する「地域高年齢者就業機会確保計画」に関し必要な事項や、その他地域の実情に応じた高齢者の多様な就業の機会の確保の方策について協議を行う（図表4-1-19）。

図表4-1-19　地域の高年齢者の就業に係る協議会

趣旨

地域の実情に応じた高齢者の多様な就業機会を確保するため、高齢者の就業等に係る地域の関係者から構成される協議会を設置する。

内容【平成28年4月1日施行】

○地方公共団体、事業主団体など地域の関係者は、協議会を組織することができるものとする。
○協議会は、地域の実情に応じた高齢者の多様な就業機会の確保について、関係者間の情報の共有や連携の強化を図るとともに、「地域高年齢者就業機会確保計画」の策定やその実施に必要な事項等について協議を行うものとする。
○協議会の協議を経て地方公共団体が策定した計画については、厚生労働大臣に協議し、同意を求めることができるものとし、同意が得られた計画に定める高齢者の雇用に資する事業については、雇用保険二事業として実施することとする。

【協議会のイメージ】

（シルバー人材センターの臨時的、短期的又は軽易な業務との現行の要件を緩和し、さらに高齢者が活躍する機会の増大を図る）

定年退職後に地域の日常生活に密着した仕事を提供して高齢者の就業機会の増大をはかり、活力ある地域社会づくりに寄与することを目的として、シルバー人材センター事業が行われている。

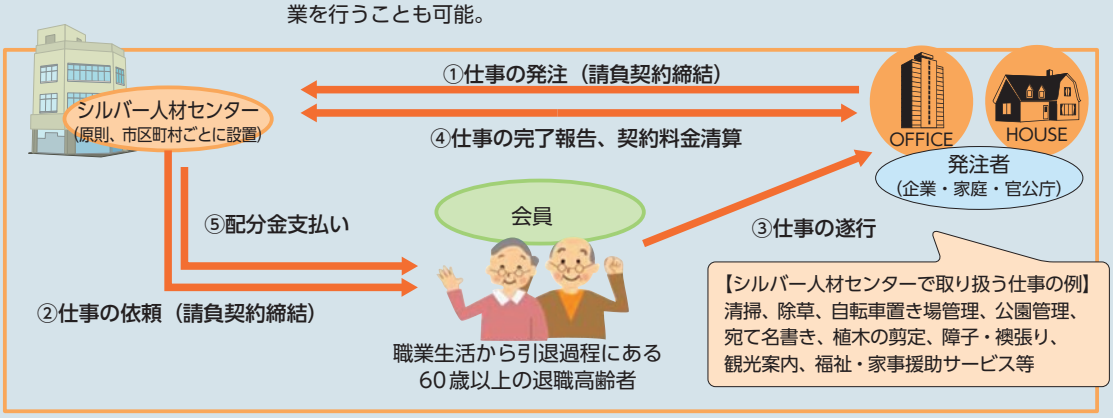
シルバー人材センター事業は、概ね60歳以上の健康で就労意欲のある者が会員となり、センターが企業や一般家庭、官公庁等から発注を受けた仕事を会員に依頼する仕組みとなっている。また、取り扱う就業については、臨時的かつ短期的（概ね月10日まで）又は軽易な（概ね週20時間まで）業務に限定されており、清掃、家事援助、剪定などが代表的な仕事である（図表4-1-20、図表4-1-21）。

図表4-1-20　シルバー人材センター事業の概要（図表1-3-15再掲）

目的　定年退職後等に、臨時的かつ短期的（※1）又は軽易（※2）な就業を希望する者に対して、地域の日常生活に密着した仕事を提供し、もって高齢者の就業機会の増大を図り、活力ある地域社会づくりに寄与する。

※1「臨時的かつ短期的な業務」とは職業安定局長通達（平成16年11月4日）によって「おおむね月10日程度以内の就業」を指す。
※2「軽易な業務」とは労働省告示第82号（平成12年8月25日）及び職業安定局長通達（平成16年11月4日）によって「1週間当たりの就業時間がおおむね20時間を超えないもの」を指す。

仕組み　(1) 会員　概ね60歳以上の健康で就業意欲のある者
(2) 事業内容
・家庭、事業所、官公庁から、地域社会に密着した臨時的かつ短期的又は軽易な就業機会を確保し、これを希望する会員に提供。
・就業機会の確保、提供の仕方としては「請負（センターが発注者より仕事を受注し、それをさらに会員に対して請負の形で提供）」が中心だが、「職業紹介」「労働者派遣」事業を行うことも可能。



【現状】団体数：1,272法人、会員数：72万人（男性48万人・女性24万人（約3割））、契約件数：360万件、契約金額：3,050億円、就業延人員：6,914万人・日※平成27年3月末日現在【国庫補助開始：昭和55年度　根拠法令制定：昭和61年度】月平均就業日数：9.7日、月平均配分金収入：36,747円※平成26年度実績

図表4-1-21　シルバー人材センターの就業分野（平成26年度）

職群	就業延人日（構成比）（%）	備考
一般作業群	3,786万 55%	清掃、除草、チラシ配布　等
管理群	1,486万 21%	ビル管理、駐輪場管理　等
サービス群	630万 9%	家事援助、介護補助、育児支援、見守り、観光案内　等
うち　家事援助、介護補助、育児支援	*312万 5%*	
技能群	593万 9%	剪定、障子張り　等
折衝外交群	158万 2%	販売、配達、検針　等
技術群	150万 2%	教育、翻訳　等
事務群	100万 1%	一般事務、筆耕　等
その他	12万 0%	
合計	6,914万 100%	
	100%	

資料出所：公益社団法人全国シルバー人材センター事業協会「シルバー人材センター事業統計」（平成26年度）
（注）　サービス群のうち「家事援助、介護補助、育児支援」については公益社団法人全国シルバー人材センター協会にて独自集計。
端数計算の関係で合計の一致しない部分あり。

こうした中で、高齢者の多様な就業ニーズを踏まえた就業機会を確保していくことが重要であることから、2016年度より、市町村ごとに業種・職種等を指定すること等により、現行の臨時的、短期的（概ね月10日程度まで）又は軽易な業務（概ね週20時間まで）との要件を緩和して週40時間まで就業できることにした（図表4-1-22）。

図表4-1-22　シルバー人材センターの「臨・短・軽」要件の緩和（高齢法関係）

改正の趣旨

地域の実情に応じ、高齢者のニーズを踏まえた多様な就業機会を確保する観点から、現行、臨時的かつ短期的又は軽易な業務に限定されているシルバー人材センター等の取り扱う業務の要件を緩和する。

現行の内容

シルバー人材センターの取り扱う業務は、「臨時的・短期的」（概ね月10日程度まで）又は「軽易な業務」（概ね週20時間程度まで）に限定されている。

改正の内容【平成28年4月1日施行】

○シルバー人材センターの業務のうち、派遣・職業紹介に限り、週40時間までの就業を可能とする。
○要件緩和により、民業圧迫等が起きることのないよう、以下の仕組みを設ける。
・要件緩和は、都道府県知事が、高齢退職者の就業機会の確保に寄与することが見込まれ、厚生労働省が定める基準（※1）に適合すると認められる場合に、対象となる市町村ごとに業種・職種を指定することにより可能とすること。
・要件緩和を実施する業種等を指定するに当たっては、あらかじめ地域の関係者（※2）の意見を聴取するとともに、厚生労働大臣に協議すること。
・要件緩和に係る指定が厚生労働省が定める基準に適合しなくなったときは、指定を取り消すこと。

※1　次の2つの基準を想定。要件緩和を行う市町村の区域において、
①指定しようとする業種・職種について労働者派遣事業、職業紹介事業等を行う事業者の利益を不当に害することがないと認められること。
②他の労働者の雇用の機会や労働条件に著しい影響を与えることがないと認められること。
※2　次の関係者を規定。①市町村長、②シルバー人材センター等、③指定しようとする業種・職種について派遣業、職業紹介業等を行う事業者を代表する者、④当該市町村の労働者を代表する者

本節では、年齢に関わりなく誰もが意思と能力に応じて活躍できる「生涯現役社会」の実現に向けた昨今の取組み等を紹介してきたが、生き生きと活躍するためには、その前提として、心身が健康であることが重要である。そこで、次節では、健康づくりの取組みのうち、現役世代も含めて取り組んでいるもの、そして高齢者になったときに健康でいることを支援するために取り組んでいるものについて紹介していきたい。

第2節　健康づくり・疾病等の予防の取組み

（高齢化や生活習慣の変化により、国民が係る疾病のうち生活習慣病に占める割合が高まっており、健康寿命を延ばすためには健康づくり・疾病等の予防への取組みが大切）

前節でも述べたように、「生涯現役社会」を実現するにあたっては、国民ひとりひとりが健康であることが大切である。

2013（平成25）年における我が国の国民の「健康で過ごすことのできる期間」を表す健康寿命は、男性71.19歳、女性74.21歳で、平均寿命とともに世界一の長さであるが、健康寿命をさらに延ばす方向で両者の差を縮めていくため、健康づくり・疾病等の予防へ

の取組みが非常に重要である。

我が国における健康をめぐる施策については、衛生水準の向上が中心であった時代から第二次世界大戦を経て、戦後の健康水準の上昇とともに、より積極的な健康増進の対策が行われるようになってきた。

一方で、急速な高齢化や生活習慣の変化により、国民がかかる疾病全体に占めるがんや虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加するといった変化が見られた。こうした生活習慣病は、薬を投与すればたちどころに完治するといった種類の病気とは異なり、また自らの心がけにより、ある程度予防することが可能である。

したがって、日頃から各人が健康の大切さを認識し、自らの健康づくりに責任を持って取り組むことが大切であり、国や医療機関、保険者等も、それをサポートすべく、それぞれの役割をしっかりと果たすことが重要である。

（第二次健康日本21では、健康寿命の延伸という大きな目標とともに、生活習慣病の予防等について、具体的な数値目標を設定している）

こうした中で、国は、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするために、2000（平成12）年からは、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を策定しており、2013（平成25）年から2022（平成34）年までについては、第二次健康日本21による取組みが行われている（**図表4-2-1**）。

この中では、①健康寿命の延伸及び健康格差の縮小、②がん、循環器疾患、糖尿病、慢性閉塞肺疾患（Chronic Obstructive Pulmonary Disease：COPD（長年の喫煙習慣が主な原因の肺の生活習慣病））といった生活習慣病の発症予防や重症化予防の徹底（非感染性疾患（Non Communicable Diseases：NCDs）の予防）、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、④健康を支え、守るための社会環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善という５つの柱を立て、それぞれの柱に含まれる項目ごとの達成目標を１つないし複数設定している。

この目標は、科学的根拠に基づいて実態把握が可能な具体的なものとしており、例えば、①健康寿命の延伸については、「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」、健康格差の縮小については「都道府県格差の縮小」、②のうちがんについては「がん検診の受診率の向上」、循環器疾患については「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」、糖尿病については「有病者の増加の抑制」、COPDについては「認知度の向上」、③のうち高齢者の健康との項目については「ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の認知割合の向上」といった具合になっている。

これらの目標は、おおむね10年間を目途として設定しており、５年後に中間評価、10年後に最終評価を実施して、その後の健康増進の取組みに反映することにしている。

図表4-2-1 健康日本21（第2次）の概要

○平成25年度から平成34年度までの国民健康づくり運動を推進するため、健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（平成15年厚生労働大臣告示）を改正するもの。
○第1次健康日本21（平成12年度～平成24年度）では、具体的な目標を健康局長通知で示していたが、目標の実効性を高めるため、大臣告示に具体的な目標を明記。

① **健康寿命の延伸と健康格差の縮小**
- 生活習慣の改善や社会環境の整備によって達成すべき最終的な目標。
- 国は、生活習慣病の総合的な推進を図り、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

② **生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）**
- がん、循環器疾患、糖尿病、COPDに対処するため、一次予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進。
- 国は、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

③ **社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上**
- 自立した日常生活を営むことを目指し、ライフステージに応じ、「こころの健康」「次世代の健康」「高齢者の健康」を推進。
- 国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援等を推進する。

④ **健康を支え、守るための社会環境の整備**
- 時間的・精神的にゆとりある生活の確保が困難な者も含め、社会全体が相互に支え合いながら健康を守る環境を整備。
- 国は、健康づくりに自発的に取り組む企業等の活動に対する情報提供や、当該取組の評価等を推進。

⑤ **栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善**
- 上記実現のため、各生活習慣を改善するとともに、国は、対象者ごとの特性、健康課題等の十分な把握を行う。

（「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）でも、「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」という数値目標（KPI）を掲げている）

また併せて、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）では、成長戦略を実行・実現するものとして、政権を挙げて優先的に取り組むべき施策を厳選した3つのアクションプランを定めた。このうち、戦略市場創造プランのテーマとして「国民の「健康寿命」の延伸」が挙げられ、2030（平成42）年のあるべき姿を「予防サービスの充実等により、国民の医療・介護需要の増大をできる限り抑えつつ、より質の高い医療・介護を提供することにより「国民の健康寿命が延伸する社会」を目指すべき」とし、そのあるべき姿に向けて整理した「中短期工程表」では、「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」という数値目標（Key Performance Indicator：KPI）を掲げている。

（目標達成の前提として、いくつかの課題がある）

こうした目標値を達成していくにあたり、健康づくりに関する現状の課題としては、①客観的なデータ分析の結果を根拠とした政策を実施すべきであるが、科学的知見に基づく検証が不十分であること、②健康づくりに取り組むインセンティブが弱いこと、③市町村、保険者、事業主、医療関係者等の間の連携が不十分であること等がある。

現在、設定した目標を実現するために、こうした課題も踏まえつつ、以下のような方策がとられている。

1 客観的なデータ分析の結果を根拠とした政策の実施

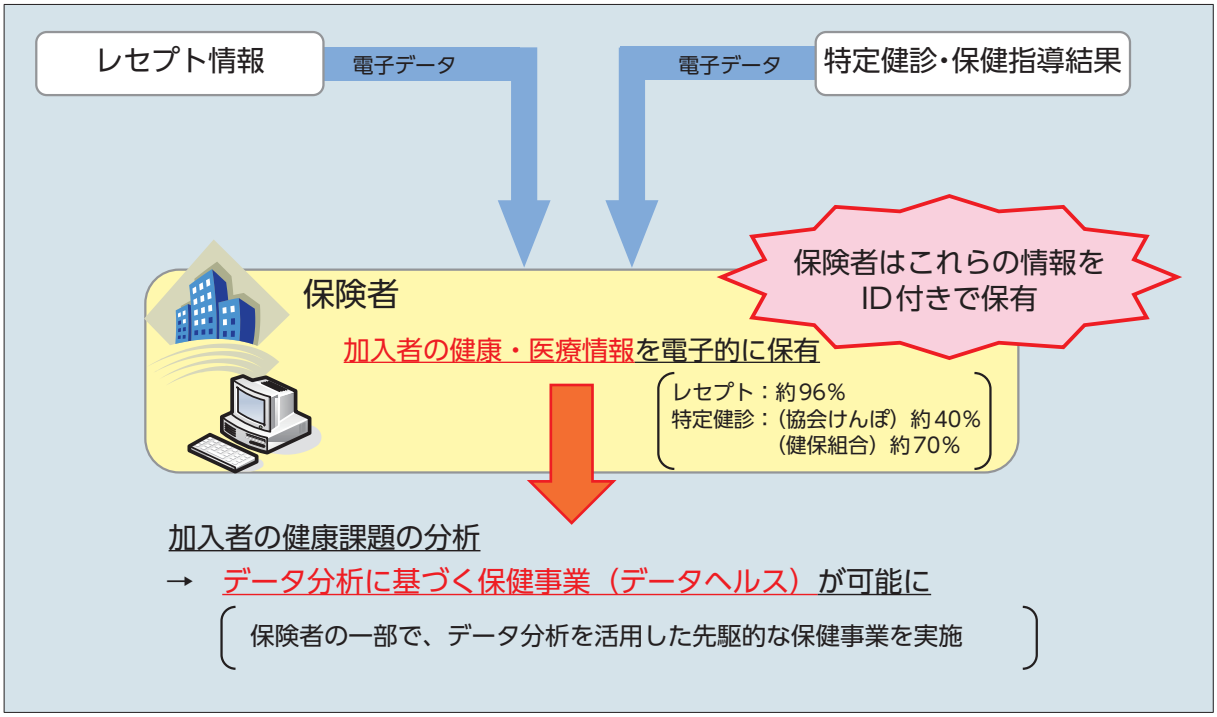
（健康・医療情報の電子化に伴い、医療保険者に集積しているこれらの情報を活用して効果的・効率的な保健事業を行うデータヘルス計画の取組みが始まっている）

2006（平成18）年の医療制度改革により、2008（平成20）年度からレセプトデータが電子化され、保険者が被保険者等の健診・レセプトのデータを電子的に集積することとなった。こうして保険者が保有することとなったデータを活用して分析を行い、それに基づいて効率的・効果的に被保険者等の健康づくりを行う、データヘルスの取組みが始まっている（図表4-2-2、図表4-2-3）。

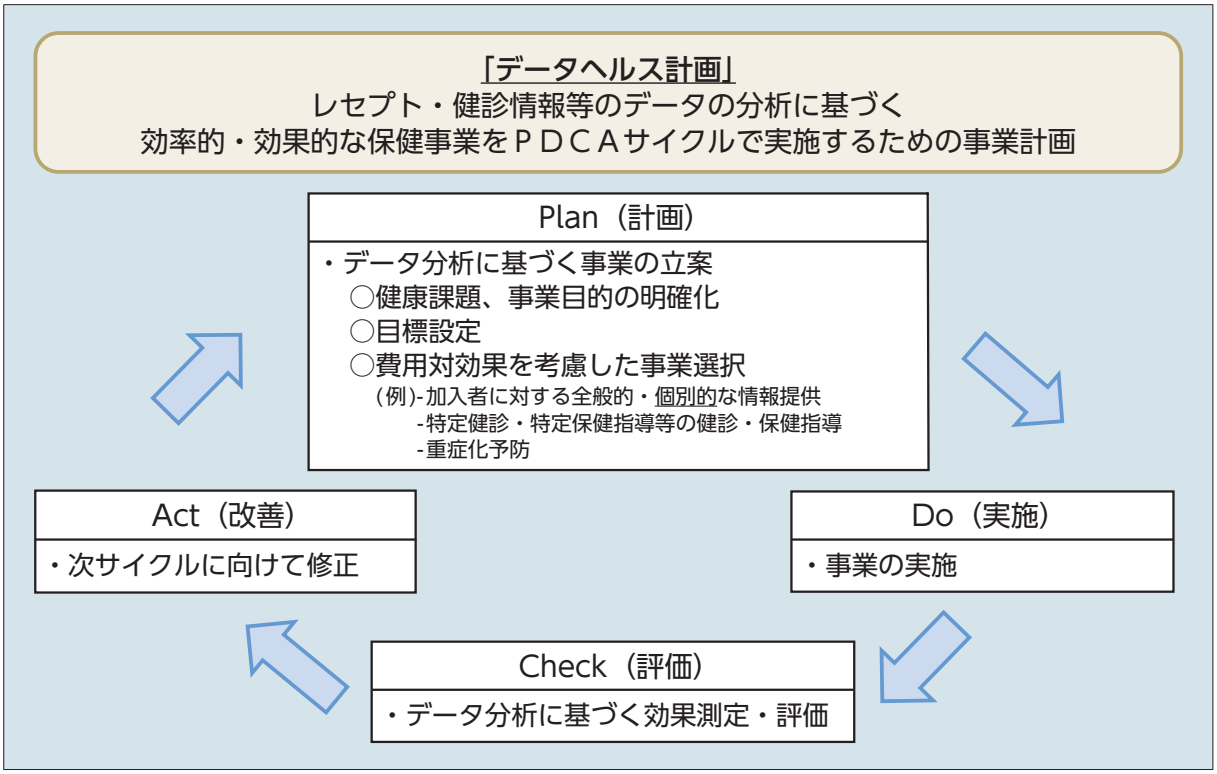
「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）では、保険者がそれぞれデータヘルス計画を策定することとしており、2015（平成27）年度からデータヘルス計画に基づく取組みを行っている。

これは例えば、ある企業の健康保険組合で、データ分析により循環器系疾患に関するひとり当たり医療費が高いことがわかった場合、同疾患の予防対策に力を入れたり、またメタボリックシンドローム該当者の減少率が低いとの結果が出た場合、特定保健指導を受けやすい職場環境づくりに取り組んだりするといったアプローチにより事業の実効性を高めていくことが目指されている。

図表4-2-2　データヘルスの発想



図表4-2-3 データヘルス計画



（がん対策加速化プラン）

こうしたデータに基づいた予防の取組みについては、国は、例えばがん検診について見直しを行っている。また、2015年12月に発表した「がん対策加速化プラン」は対策として3本の柱を立てており、そのうちの1つである「がんの予防」は、集積されたデータに基づき対策がとられている。

がん検診の見直しについては、具体的には、胃がん罹患率・死亡率が減少し、ピロリ菌感染率が減少傾向にあること等から、2016（平成28）年度からは、これまで40歳以上としていた検診対象者を50歳以上とし、これまで1年としていた検診間隔を2年とすることにした（図表4-2-4）。

図表4-2-4 市町村のがん検診の項目について

厚生労働省においては、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成20年3月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添）を定め、市町村による科学的根拠に基づくがん検診を推進。

指針で定めるがん検診の内容

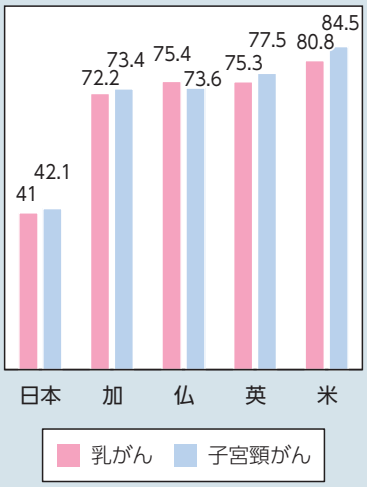
種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については40歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
肺がん検診	質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上	年1回
乳がん検診	問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ） ※視診、触診は推奨しない	40歳以上	2年に1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回

さらに、市町村でなく健康保険組合等の保険者が提供するがん検診の実態がつかめていないという課題があるため、データの把握に着手したところである。また、市町村間で検診受診率に格差があり、それが住民への受診勧奨に温度差があることに原因があると考えられるといった事実もデータ分析等により判明していることから、個別の受診勧奨や再勧奨等を始めることにしている（図表4-2-5）。

図表4-2-5　がん検診についての取組み（がん対策加速化プラン）

①市町村がん検診へのアプローチ

【課題1　低い検診受診率】



【課題2　市町村間の格差】

受診勧奨の方法	実施している市町村
個別に郵送で通知	48.3%
世帯主に郵送等で通知	25.0%
ホームページで周知	77.5%

出典：平成25年厚生労働省調べ

具体策
- 各市町村の受診率・取組事例等の公表、精検受診率等の目標値設定
- かかりつけ医等による受診勧奨、市町村による個別受診勧奨の徹底
- 検診対象者、市町村に対するインセンティブ・ディスインセンティブの導入
- 胃内視鏡検査実施の体制整備

②職域におけるがん検診へのアプローチ

【課題3　職域でがん検診を受けている人は多いが、実態調査もガイドラインもない】

	職域で受けている者の割合
胃がん	66.4%
肺がん	69.9%
大腸がん	64.4%
子宮頸がん	42.7%
乳がん	48.9%

具体策
- 保険者によるがん検診の実態把握・ガイドラインの策定
- 各保険者の受診率・取組事例等の公表、精検受診率等の目標値設定
- 検診対象者、保険者に対するインセンティブ・ディスインセンティブの導入

2 健康づくりに取り組むインセンティブの改革

（日本再興戦略や経済財政運営と改革の基本方針2015で、インセンティブ改革の制度設計を行う旨を掲げている）

個人や保険者が健康づくりに取り組むインセンティブが弱いという二つめの課題については、データヘルスの取組みにも立脚しつつ、「『日本再興戦略』改訂2014」（平成26年6月24日閣議決定）及び「『日本再興戦略』改訂2015」（平成27年6月30日閣議決定）で、上記KPIについてのフォローアップを行うとともに、健康寿命の延伸のためには、国民ひとりひとりが意識して自らの疾病を予防し、健康づくりを行っていくことが何よりも重要であるという考えから、新たに講ずべき具体的施策として「個人・保険者・経営者等に対する健康・予防インセンティブの付与」を挙げている。また、「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）でも、インセンティブ改革について制度設計を行うこととしている（図表4-2-6、図表4-2-7）。

図表4-2-6 「『日本再興戦略』改訂2015」（平成27年6月30日閣議決定）（抄）

二．戦略市場創造プラン

テーマ1：国民の「健康寿命」の延伸

(3) 新たに講ずべき具体的施策

⑦個人・保険者・経営者等に対する健康・予防インセンティブの付与

ア）個人に対するインセンティブ
　保険者が加入者に対して実施するヘルスケアポイント付与や保険料への支援等に係るガイドラインの策定に当たっては、ICTを活用した健康づくりモデルの実証成果も踏まえつつ、予防・健康づくりに向けた加入者の自助努力を促すメリハリあるインセンティブ付けを可能とするよう検討を行う。

イ）保険者に対するインセンティブ
　後期高齢者支援金の加算・減算制度や、国民健康保険制度において新たに創設される「保険者努力支援制度」については、被保険者の健康の保持増進や医療費適正化等に向けた保険者の努力を促すよう、特定健診・特定保健指導の実施状況や後発医薬品の使用状況等を積極的に評価するメリハリの効いたスキームとすべく、検討を行う。また、協会けんぽ、後期高齢者医療制度についても、新たなインセンティブ制度の創設に向けた検討を行う。

図表4-2-7 経済財政運営と改革の基本方針2015（抄）

第3章「経済・財政一体改革」の取組－「経済・財政再生計画」

5．主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

［1］社会保障

（インセンティブ改革）
　全ての国民が自らがんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診やがん検診の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築することが重要である。
　このため、保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度（平成30年度）までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立、国民健康保険料に対する医療費の地域差の一層の反映、後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化、医療保険の審査支払機関の事務費・業務の在り方など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。
　個人については、健康づくりの取組等に応じたヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与を行うことにより、国民一人ひとりによる疾病予防、健康づくり、後発医薬品の使用、適切な受療行動を更に促進する。

（以下略）

（個人にはヘルスケアポイント付与やセルフメディケーション税制、保険者には保険者ごとのインセンティブ強化策といった仕組みを検討することが求められている）

　個人に対するインセンティブについては、健康づくりを行った場合に健康グッズ等と交換できるヘルスケアポイントの付与等を行い、健康づくりを促す取組みの推進が、保険者に対するインセンティブについては、現行制度を見直し、保険者が保健事業に取り組んだ場合に、その実施状況に応じて支援金を交付する制度の創設等、保険者ごとにインセンティブを強化する仕組みの検討が求められている。

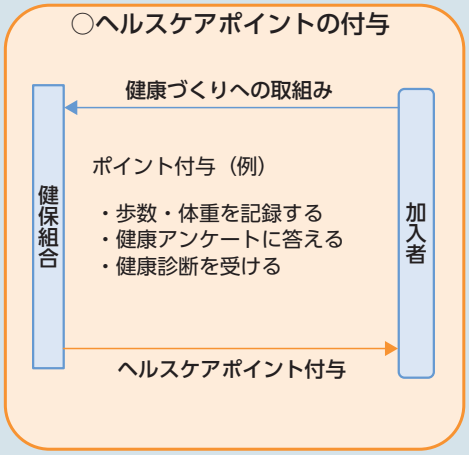
　具体的には、現在、以下のとおり検討を進めている（**図表4-2-8**）。

図表4-2-8　個人や保険者による予防・健康づくりのインセンティブの強化

（個人）

○保険者が、加入者の予防･健康づくりに向けた取組みに応じ、ヘルスケアポイント付与や保険料への支援等を実施。

※国が策定するガイドラインに沿って保健事業の中で実施



（保険者）

○後期高齢者支援金の加算･減算制度について、予防･健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視するための見直しを行い、平成30年度から開始する。

・特定健診･保健指導の実施率のみによる評価を見直し、後発医薬品の使用割合等の指標を追加し、複数の指標により総合的に評価する仕組みとする。

・保険者種別共通の項目を設定することとし、各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は保険者種別ごとに設定する。

（1）個人に対するインセンティブ

（ヘルスケアポイント付与を実施する際のガイドラインを策定）

まず、個人による予防・健康づくりのインセンティブの強化については、2015年9月より、保険者、医療関係者及び学識経験者により構成される「個人への予防インセンティブ検討ワーキンググループ」を6回にわたり開催し、ヘルスケアポイント付与等を実施する際のガイドラインの策定を行った。

ガイドラインは、健康長寿社会の構築に向け、国民一人ひとりが、「自らの健康は自らがつくる」という意識を持ち、個人が具体的行動として第一歩を踏み出すことが重要であるとの考えに立ち、インセンティブを提供するに当たっての基本的な考え方及び留意点を示したものとなっている。具体的には、レーダーチャートやグラフも活用しながら分かりやすく健診結果等を提供すること、個人の努力の評価に当たって、健康教室への参加やウォーキングなどの本人の積極的な取組みを重視すること、報奨の内容は多様な個人の価値観に合わせ、健康グッズや社会的な表彰などの多様なものとすることが望ましいことなどを示すとともに、取組みを広めるための推進方策についても、事例も交えながら紹介している。

コラム ヘルスケアポイント ～グラクソ・スミスクライン健康保険組合の取組み～

当たり前の話だが、病気になると本人も不幸だし、医療費もかかり社会的にもいいことではない。しかしながら、皆さん日々忙しい生活を送っているからかもしれないが、個々人の健康づくりに関する意識は十分とは言えず、生活習慣病の予防に必要な運動もされていないというのが現実だ。

そこで、最近は健康保険組合などで「ヘルスケアポイント」という試みがされている。加入者が健診を受けたり、健康づくりのため運動したりした場合にポイントが付与され、そのポイントを使用してモノなどと交換できるという仕組みである。

ここではグラクソ・スミスクラインという大手製薬メーカーの健康保険組合（以下「GSK健保」）の取組みについて取り上げる。GSK健保では2013（平成25）年度から「インセンティブプログラム」というヘルスケアポイント（GSKポイント）を付与するシステムを導入した。

ポイントについては、①健診の結果に応じたポイントと②生活習慣改善への努力に応じたポイントに分けられる。①については、「健診の結果が良かった人」や「健診の結果が改善した人」にポイントが付与される。②については、KENPOSという専用ウェブ上でまず30問の問診を受けると改善すべきカテゴリが分かる（例えば「栄養・食生活が問題」など）ので、自ら行動目標を設定し（例えば「週に5日以上腹八分とする」など）、実行し、達成したその結果をKENPOSに入力するとポイントが付与される。

KENPOS上の個人のGSKポイントのページ

貯まったポイントについては、アマゾンなどのウェブポイントと交換、歯磨きセットとの交換、カタログ（結婚式の引き出物であるようなカタログ）からグルメ、キッチン用品、家電といったものから選んで交換という形で交換できる。

3年ほどこの仕組みをGSK健保が実施した結果、「健診の結果に応じたポイント」は自動的に入力されることもあり、多くの社員が付与された。自身が目標設定して実行し入力する「生活習慣改善への努力に応じたポイント」は全社員3,300人の中で500～600人の付与に留まっており、リピーターが多いという。

GSK健保が実施したアンケートの結果で、この仕組み自体を「よくわからない、あまり興味がない」「知っているが、めんどうなのでポイント交換を利用したことがない」という人が約半数を占めるように、「仕組みが十分に周知されていない」、「使い勝手がよくない」という課題もわかった。これらに対しては広報を強化するとともに、いちいちウェブ上で記録しなくてもよいよう、ウェラブル端末の利用で日々の活動量を「見える化」する仕組みを検討しているそうだ。

健康保険法等が改正され、健康保険組合等の保険者が加入者の行う予防・健康づくりを支援することが努力義務として位置づけられた（2016（平成28）年4月から）。これから全国で様々な新たな取組みが進んで行くであろう。

（薬局で購入した一定の医薬品の代金を所得控除の対象とするセルフメディケーション税制を創設する）

さらに、自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てするというセルフメディケーションを推進する観点から、市町村や医療保険者等が行う特定健康診査、予防接種、定期健康診断、がん検診等の健康の維持増進・疾病の予防の取組みを行った人

が、薬局で一定の医薬品を購入した場合に、その代金の一部を所得控除の対象とする制度（セルフメディケーション税制）を創設した（例えば、インフルエンザの予防接種を受けた人が、薬局で一定の風邪薬を購入した場合などが対象となる。）（図表4-2-9）。

図表4-2-9　セルフメディケーション（自主服薬）推進のための医療費控除の特例の創設

適切な健康管理の下で医療用医薬品からの代替を進める観点から、健康の維持増進及び疾病の予防への取組として一定の取組（※１）を行う個人が、平成29年１月１日から平成33年12月31日までの間に、自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族に係る一定のスイッチＯＴＣ医薬品（※２）の購入の対価を支払った場合において、その年中に支払ったその対価の額の合計額が１万２千円を超えるときは、その超える部分の金額（その金額が８万８千円を超える場合には、８万８千円）について、その年分の総所得金額等から控除する。

（※１）特定健康診査、予防接種、定期健康診断、健康診査、がん検診

（※２）要指導医薬品及び一般用医薬品のうち、医療用から転用された医薬品（類似の医療用医薬品が医療保険給付の対象外のものを除く。）。本特例の適用を受ける場合には、現行の医療費控除の適用を受けることができない。

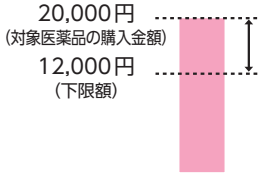
※セルフメディケーションは、世界保健機関（WHO）において、「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」と定義されている。

■対象となる医薬品（医療用から転用された医薬品：スイッチOTC医薬品）について

○スイッチOTC医薬品の成分数：82（平成28年6月1日時点）
－対象となる医薬品の薬効の例：かぜ薬、胃腸薬、鼻炎用内服薬、水虫･たむし用薬、肩こり･腰痛･関節痛の貼付薬
－具体的な対象医薬品の範囲等は、厚生労働省ホームページに掲載。

本特例措置を利用する時のイメージ

○課税所得400万円の者が、対象医薬品を年間20,000円購入した場合（生計を一にする配偶者その他の親族の分も含む）



○8,000円が課税所得から控除される
（対象医薬品の購入金額：20,000円－下限額：12,000円＝8,000円）
○減税効果
・所得税：1,600円の減税効果（控除額：8,000円×所得税率：20％＝1,600円）
・個人住民税：800円の減税効果（控除額：8,000円×個人住民税率：10％＝800円）

(2) 保険者に対するインセンティブ

（健康保険組合等の現役世代が加入する保険者に関しては、後期高齢者支援金の加算・減算制度について、保険者が予防・健康づくりに取り組むインセンティブを高めるための見直しを行う）

また、保険者に対する予防・健康づくりのインセンティブの強化については、2015年10月より、保険者、医療関係者及び学識経験者により構成される「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」を開催し、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より重視するための見直しを行い、2018（平成30）年度から実施する予定である。

後期高齢者支援金は、75歳以上の高齢者の医療給付費の一部を健保組合などの保険者（現役世代）が拠出して支えるものであるが、各保険者の特定健康診査・特定保健指導の実施状況に応じ、実施状況が著しく高い保険者においては支援金が減算され、実施率が0%の場合には加算される制度が2013年度よりスタートしている（加算・減算制度）。これを見直し、よりインセンティブを重視する仕組みとするとともに、例えば後発医薬品の使用割合や糖尿病等の重症化予防の取組みの実施状況なども指標として追加するなど、複数の指標により評価する仕組みとすることにしている（図表4-2-10、図表4-2-11）。

図表4-2-10 保険者に対する予防・健康づくり等のインセンティブの見直しについて

〈現行（～2017（平成29）年度）〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	国保組合	後期高齢者医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度				なし
指標	特定健診・保健指導の実施率				

〈見直し後（2018（平成30）年度～）〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（都道府県・市町村）	国保組合	後期高齢者医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設	各国保組合の取組等を特別調整補助金に反映	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
指標	保険者種別共通の項目を設定 （各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は保険者種別毎に設定）				

○　なお、指標の設定に当たっては、以下の附帯決議に留意する必要がある。
◎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案に対する附帯決議
参議院厚生労働委員会
一、国民健康保険について
5　保険者努力支援制度の実施に当たっては、保険者の努力が報われ、医療費適正化に向けた取組等が推進されるよう、綿密なデータ収集に基づく適正かつ客観的な指標の策定に取り組むこと。

図表4-2-11 今後の保険者における予防・健康づくり等の取組の推進に当たって共通的に評価する指標

○保険者による健診・保健指導等に関する検討会（座長：多田羅浩三日本公衆衛生協会会長）において、今後、保険者が種別に関わりなく共通的に取り組むべき指標について検討し、以下のとおり、2016年1月にとりまとめた。

ア　予防・健康づくりに係る指標

【指標①】特定健診･特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
○特定健診･特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、健診未受診者・保健指導未利用者対策

【指標②】特定健診･特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況
○がん検診や歯科健診などの健（検）診の実施、健診結果等に基づく受診勧奨や精密検査の必要な者に対する働きかけ、歯科のリスク保有者への保健指導等の取組の実施状況

【指標③】糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況
○糖尿病等の治療中断者への働きかけや、治療中の加入者に対して医療機関等と連携して重症化を予防するための保健指導等を実施する取組

【指標④】広く加入者に対して行う予防･健康づくりの取組の実施状況
○ITC等を活用して本人に分かりやすく健診結果の情報提供を行うことや、ヘルスケアポイント等による予防・健康づくりへのインセンティブ付与の取組のうち、実効性のあるもの

イ　医療の効率的な提供への働きかけに係る指標

【指標⑤】加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況
○地域のかかりつけ医師、薬剤師等との連携の下、重複頻回受診者、重複服薬・多剤投与と思われる者への訪問指導の実施や、訪問による残薬確認・指導等の取組

【指標⑥】後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況
○後発医薬品差額通知の実施や後発医薬品の希望カードの配付など、実施により加入者の後発医薬品の使用を定着・習慣化させ、その後の後発医薬品の継続使用に資するもの

（国民健康保険については、保険者努力支援制度を創設）

また、国民健康保険については、2018（平成30）年度に保険者努力支援制度を創設し、保険者としての努力（生活習慣病の予防を行うなど）を行う自治体に交付金を交付するこ

とで財政基盤を強化する仕組みを設けることにしている。さらに、2016年度から保険者努力支援制度の趣旨を現行の補助制度に前倒しで反映することにしている。自治体の努力を評価するための指標は、保険者共通のものに加え、例えば保険料収納率向上のための取組み状況などを追加するなど、国民健康保険固有の指標も加えることとされている（図表4-2-12）。

図表4-2-12　保険者努力支援制度　前倒し分の指標の候補

保険者共通の指標	国保固有の指標
指標①特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 ○特定健診受診率 ○特定保健指導受診率 ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	**指標①収納率向上に関する取組の実施状況** ○保険料（税）収納率 ※過年度分を含む
指標②特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況 ○がん検診受診率 ○歯科疾患（病）検診実施状況	**指標②医療費の分析等に関する取組の実施状況** ○データヘルス計画の策定状況
指標③糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況 ○重症化予防の取組の実施状況	**指標③給付の適正化に関する取組の実施状況** ○医療費通知の取組の実施状況
指標④広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況 ○個人へのインセンティブの提供の実施 ○個人への分かりやすい情報提供の実施	**指標④地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況** ○国保の視点からの地域包括ケア推進の取組
指標⑤加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況 ○重複服薬者に対する取組	**指標⑤第三者求償の取組の実施状況** ○第三者求償の取組状況
指標⑥後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況 ○後発医薬品の促進の取組 ○後発医薬品の使用割合	

(3) 個人に対するインセンティブ強化策の実例

(個人向けインセンティブの強化については、既に実施している健康保険組合や市町村がある)

これまで紹介したもののうち、個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの強化については、すでに一部の健康保険組合や市町村で、被保険者がウォーキングやジョギング等の健康づくりを行った場合に、健康グッズやスポーツクラブ利用券等と交換できるポイント（ヘルスケアポイント）を付与する取組みを実施している。

また、ICTを活用し、例えば個人が行ったジョギングやウォーキングの量などを可視化し、さらに頑張ろうという動機付けを行うようにしたり、健診の結果を本人の意思でスマホに取り込み、自分の健康管理に利用したりするといった試みもなされている。

3 健康づくり施策を実施する主体の連携

(健康づくりを進める主体が連携することが、効率的かつ効果的な事業実施のために重要)

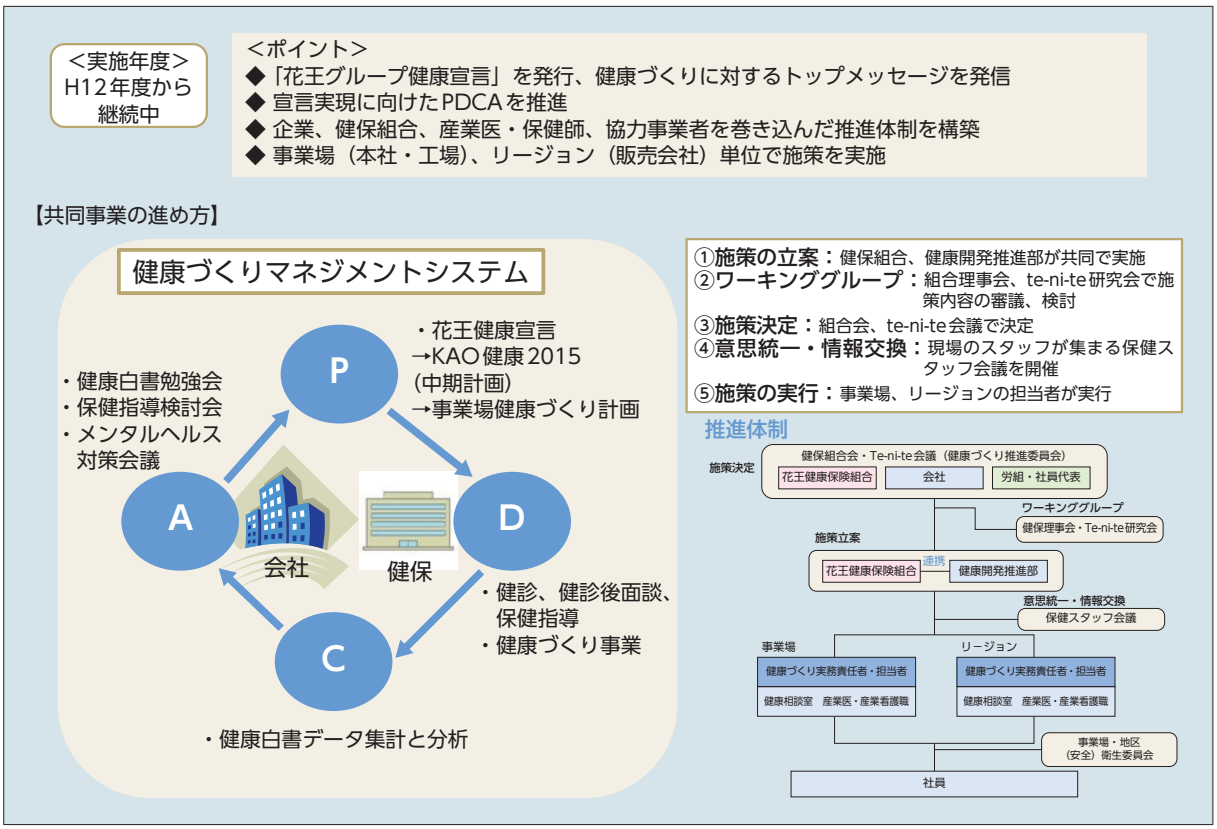
健康づくりに取り組む主体としては個人、医療保険者、地方自治体、医療関係者等様々な者がおり、こうした者が連携しつつ施策を展開していくことが、効率的かつ効果的な保

健事業の実施のためには重要である。例えば、健診などにより保険者が医療機関未受診者等の情報を把握している場合、その情報をもとに受診勧奨を行い、医療機関での治療につなげたり、専門的な知識を有する医療関係者と連携する保健指導をしたりすることができれば、重症化を予防することができる。このように、健康づくりに取り組む主体が互いに連携することは、非常に有益である。

（健康づくりを進める主体が連携するため、コラボヘルスなどの取組みが行われている）

健康づくりのために行われている様々な施策について、市町村、医療保険者や事業主、医療関係者などの連携が不十分との課題を解決するため、保険者と事業主が協働して従業員の健康づくりの推進を行うコラボヘルスという取組みが行われている（**図表4-2-13**）。

図表4-2-13 コラボヘルスの例（花王株式会社）

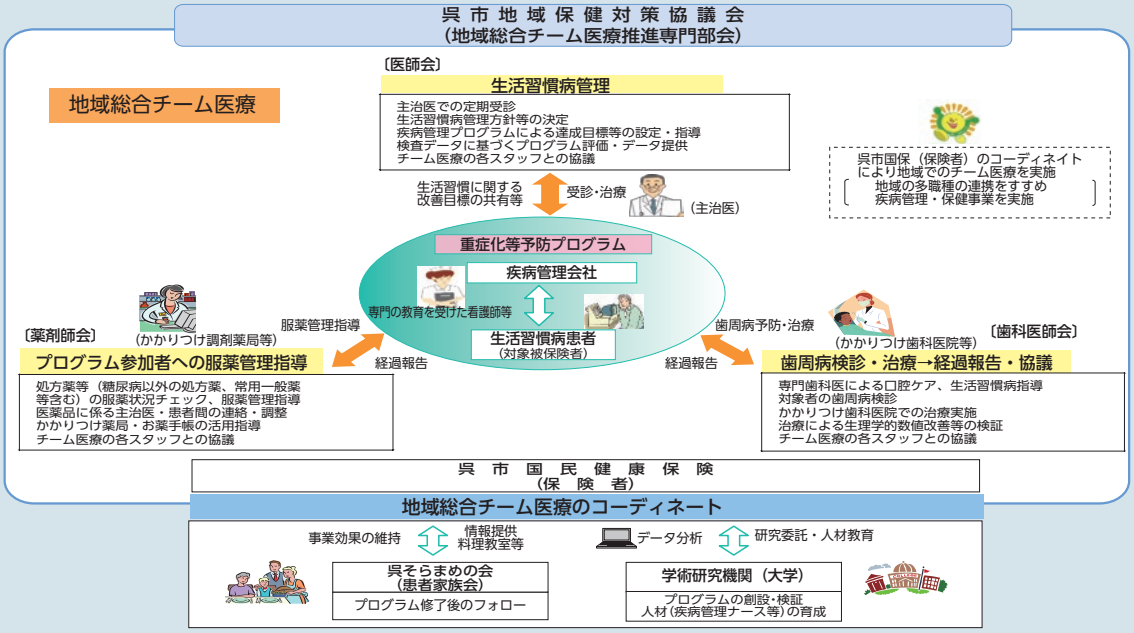


このほか、国民健康保険の保険者である市町村がデータ分析や保健指導を行う民間事業者、医師会、歯科医師会、薬剤師会といった専門家集団とのコーディネートを行い、重症化予防や重複受診者・頻回受診者に対する訪問指導等の取組みを行うもの、県庁が主導して体制を構築し、県医師会等とともに独自の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを作成するものなど、様々な形で各主体の連携が進んでいる（**図表4-2-14**、**図表4-2-15**）。

図表4-2-14　市町村の国民健康保険がコーディネートを行う例（広島県呉市）

＜実施年度＞
H20年度から
継続中

＜ポイント＞
◆呉市国保（保険者）によるコーディネート
◆医師会、歯科医師会、薬剤師会との連携
◆データ分析、保健指導の民間事業者への委託
◆学術研究機関（広島大学）との連携
◆患者家族会での交流・情報交換

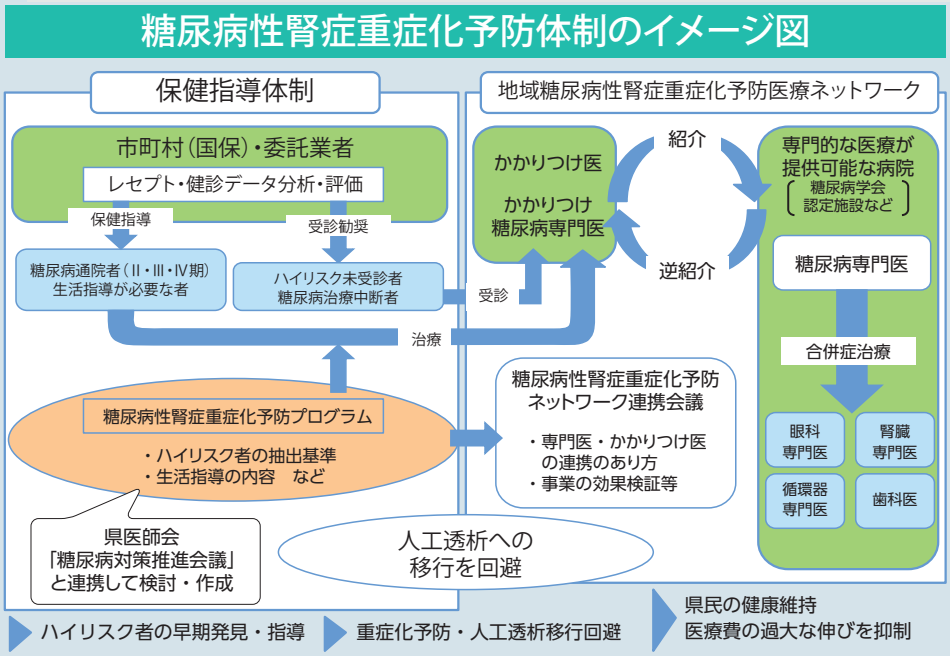


出典：株式会社データホライゾン作成資料を基に加工

図表4-2-15　県主導で体制を構築する例（埼玉県）

＜実施年度＞
H26年度から
継続中

＜ポイント＞
◆県知事のコミットメントのもと、県が主導して体制を構築
◆県医師会と連携して、独自の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを検討・作成
◆ハイリスク未受診者や、糖尿病治療中断者への受診勧奨から開始



出典：埼玉県保健医療政策課ホームページ

（全国で行われている取組みを横展開するため、日本健康会議が開催されている）

こうした各地で行われている先進的な予防・健康づくりの取組みを全国に広げ、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化も図ることを目的として、経済界・医療関係団体・自治体のリーダーが一同に会する「日本健康会議」が2015年7月に発足した（**図表4-2-16**）。

日本健康会議では、2020年までのKPIを入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択し、宣言ごとにワーキンググループを設置して、厚生労働省等の協力のもと、具体的な推進方策を検討することにしている（**図表4-2-17**）。

図表4-2-16　日本健康会議

◆経済界・医療関係団体・自治体のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導の活動体である「日本健康会議」を2015年7月10日に発足。
◆自治体や企業・保険者における先進的な取組を横展開するため、2020年までの数値目標（KPI）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
◆この目標を着実に達成するため、
①取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
②「日本健康会議ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

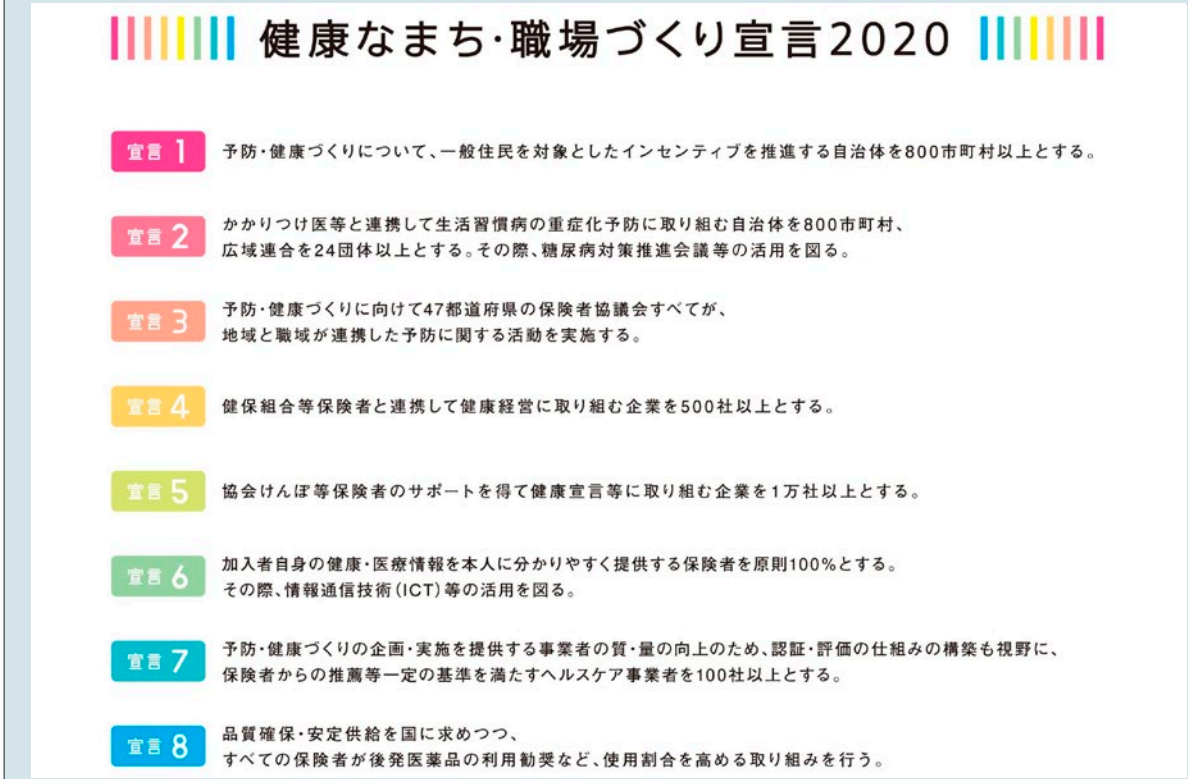
日時：2015年7月10日（金）11:45－12:35
会場：ベルサール東京日本橋
人数：報道メディア、保険者、関係者など、計1,000名程度

1．趣旨説明	日本商工会議所	（会頭	三村明夫）
2．キーノートスピーチ	東北大学大学院医学系研究科	（教授	辻　一郎）
3．メンバー紹介			
4．「健康なまち・職場づくり宣言2020」	健康保険組合連合会	（会長	大塚陸毅）
5．今後の活動について	日本医師会	（会長	横倉義武）
6．来賓挨拶	厚生労働省	（大臣	塩崎恭久）
（総理挨拶）		（官房副長官	加藤勝信）
7．フォトセッション			

日本健康会議の様子

（参考）第二部　先進事例の取組紹介（13:00－15:00）
・津下一代（あいち健康の森健康科学総合センター長）・西川太一郎（東京都荒川区長）・向井一誠（協会けんぽ広島支部長）
・谷村遵子（三菱電機健康保険組合）・南場智子（株式会社ディー・エヌ・エー取締役会長）

図表4-2-17　健康なまち・職場づくり宣言2020



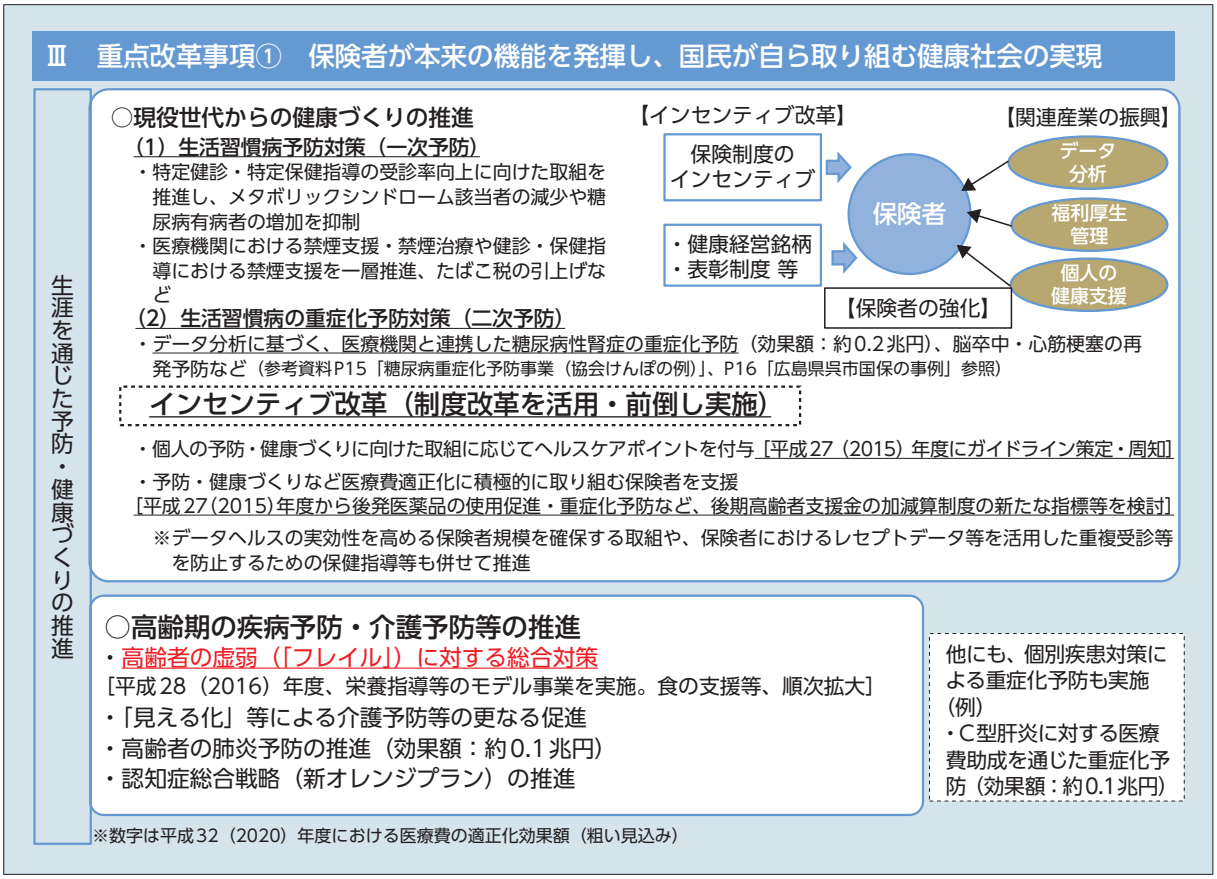
4 フレイル対策

（高齢者となった後の健康維持を支援するための取組み）

これまでは、高齢者となった際に健康で活躍するためには、現役時代からの健康づくりが重要との考えから、こうした現役世代を含めた人々の健康づくりについて見てきたが、ここでは、主として高齢者となった後の健康維持を支援するための取組みについて見てみたい。

多くの場合、健康であった高齢者が介護を必要とする状態に至るまでの間には、加齢により心身の活力が徐々に低下していく等の中間的な段階がある。この段階で適切な支援を行うことにより、要介護の状態となるのを食い止めたり遅らせたりすることや、疾病の重症化等を予防することが可能であると考えられる。こうした観点から、2015年5月26日の経済財政諮問会議において、厚生労働大臣が、「中長期的視点に立った社会保障政策の展開」の中の重点改革事項の一つとして、「保険者が本来の機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現」を挙げ、その中で、高齢者の疾病予防・介護予防等の推進を図るため、高齢者の虚弱（「フレイル」）に対する総合対策を行うと表明した（図表4-2-18）。

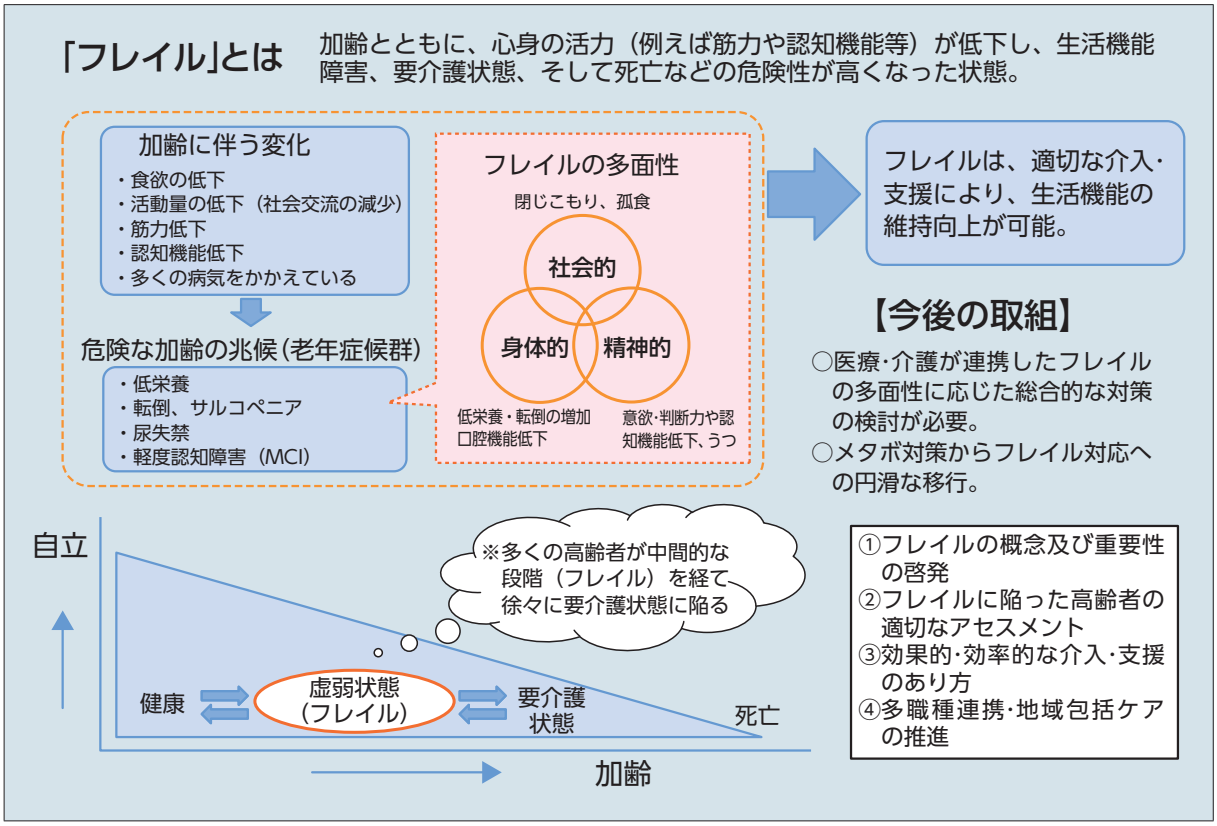
図表4-2-18　2015年5月26日経済財政諮問会議厚生労働大臣提出資料（一部修正）



（フレイルの定義）

フレイルとは、学術的な定義は定まっていないが、加齢とともに、心身の活力（運動機能、認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能障害が起きたり、要介護状態となったり、疾病等の重症化を招いたりするなど、心身の脆弱化が出現するが、一方で、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態のことを指している（**図表4-2-19**）。

図表4-2-19　高齢者の虚弱（「フレイル」）について

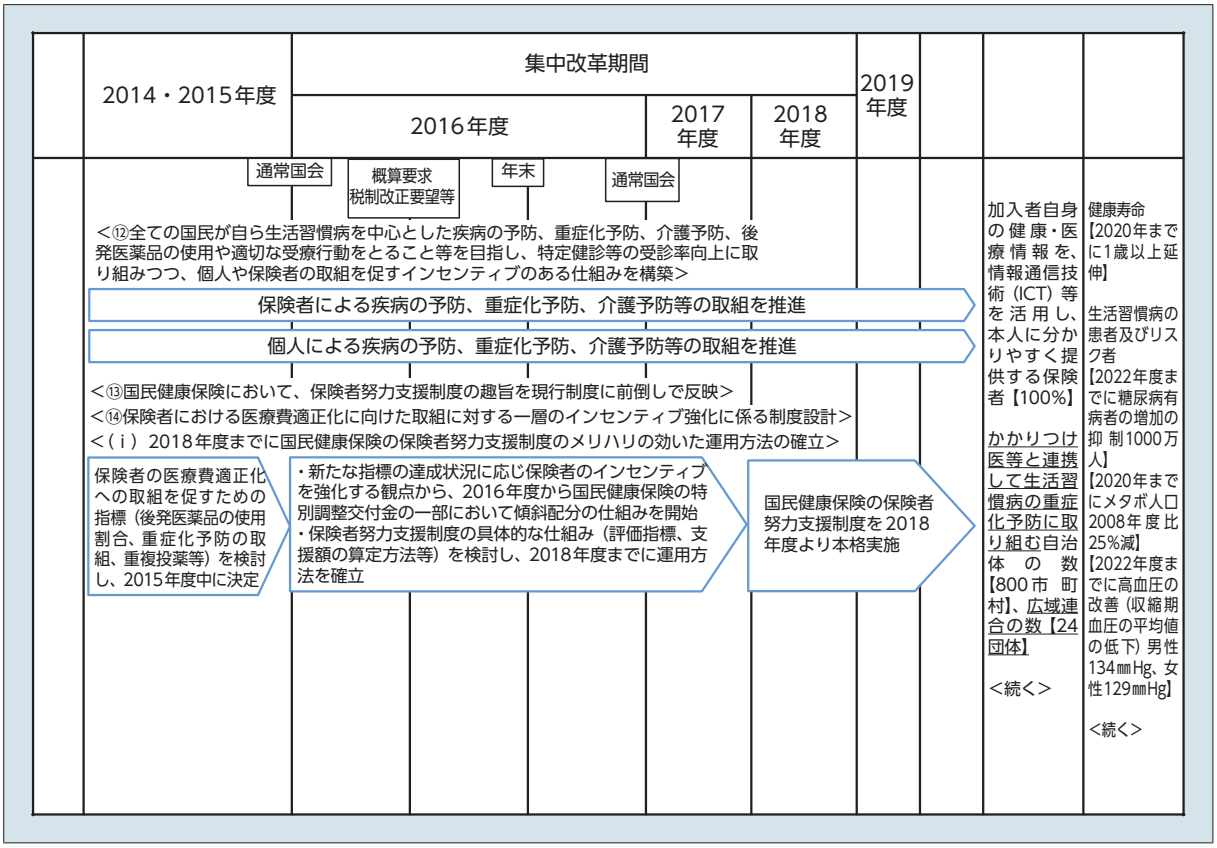


（経済財政運営と改革の基本方針2015や経済・財政再生計画改革工程表でもフレイル対策について言及）

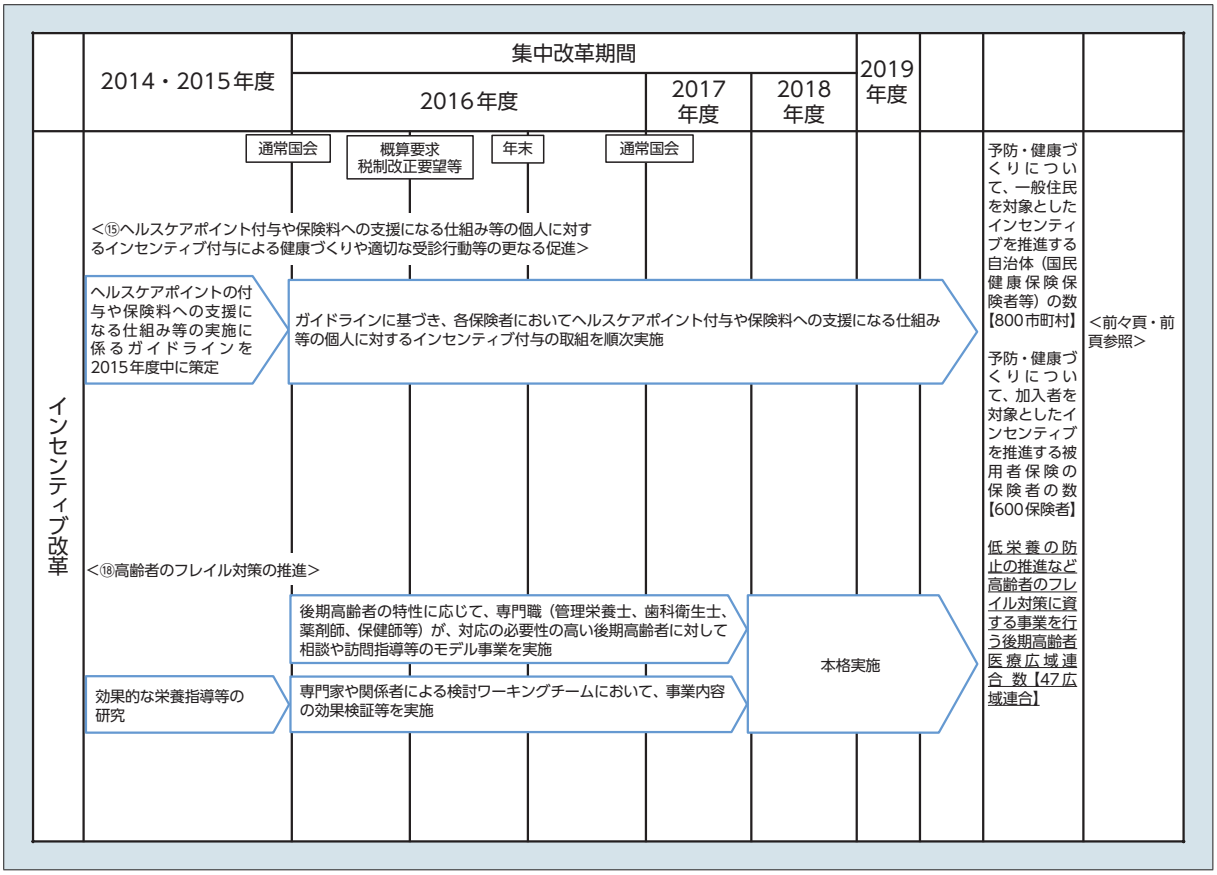
これを踏まえ、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定）で、インセンティブ改革の項目において、「民間事業者の参画も得つつ高齢者のフレイル対策を推進する」とされた。

また、「経済・財政再生計画改革工程表」（平成27年12月24日経済財政諮問会議決定）において、2020年度までに達成するKPIとして、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広域連合の数を24、低栄養の防止の推進など高齢者のフレイル対策に資する事業を行う広域連合の数を47とすることとされている（図表4-2-20、図表4-2-21）。

図表4-2-20 経済・財政再生計画　改革工程表（2015年12月24日　経済財政諮問会議決定）①



図表4-2-21 経済・財政再生計画　改革工程表（2015年12月24日　経済財政諮問会議決定）②



（管理栄養士等の専門職が訪問等して高齢者を支援）

高齢者のフレイル対策の具体的な取組みとして、厚生労働省では、後期高齢者医療の保健事業を担う後期高齢者医療広域連合において、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等の専門職が、低栄養や筋力低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のために、地域の実情に応じ地域包括支援センターや保健センター等を活用し、必要性の高い高齢者への介入、支援（栄養や口腔に関する指導や相談などの食の支援や服薬相談・指導等）を行うことを推進する事業を行っている（2016年度予算で3.6億円）（図表4-2-22）。

また、介護保険制度の一般介護予防事業や介護予防・生活支援サービス事業においても、高齢者の心身の状態等の把握を行い、被保険者が要介護状態になるのを防止すべく努めている。

図表4-2-22　経済財政運営と改革の基本方針2015（2015年6月30日閣議決定）

＜高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進＞

（インセンティブ改革）
民間事業者の参画も得つつ高齢者のフレイル対策を推進する。
（公的サービスの産業化）
民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国に展開する。

概 要

○低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のため、高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施。

○後期高齢者医療広域連合において、地域の実情に応じて、地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、薬局等を活用し、課題に応じた専門職（管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等）が、対応の必要性が高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等を実施。
〈例〉・低栄養、過体重に対する栄養相談・指導　・摂食等の口腔機能低下に関する相談・指導
・外出困難者への訪問歯科健診　・複数受診等により服用する薬が多い場合における服薬相談・指導　等

推進のための事業イメージ

（特に後期高齢者についてはフレイル進行が顕著なため、高齢者の特性を踏まえた適切な保健事業のあり方を今後ワーキンググループで議論していく）

また特に、75歳以上の後期高齢者についてはフレイルの進行が顕著であり、今後の後期高齢者医療における保健事業では、重症化予防や心身機能の低下防止などの高齢者の特性に応じた具体的な取組みが必要であるとして、2015年度厚生労働科学研究特別研究において、後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究が行われた。

2016年3月に出された報告書では、現役世代の肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策からフレイルに着目した対策に徐々に転換することが必要、生活習慣病の発症予防というよりは、生活習慣病の重症化予防や低栄養、運動機能・認知機能の低下などフレイルの

進行を予防する取組みがより重要、等の指摘がされた。そこで、同年度から、この報告をベースとして、厚生労働省に医療関係者や保険者などの関係者を含め「高齢者の保健事業の在り方に関する検討ワーキンググループ」を設け、より効果的で実効性のある保健事業の在り方を議論、検討するとともに、高齢者の特性を踏まえた効果的な保健事業のガイドラインを策定し、広域連合や市町村の保健事業の推進を図ることにしている（**図表4-2-23**）。

図表4-2-23　「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」（ポイント）

○フレイルの予防などを中心とし、後期高齢者の主な特性を踏まえ今後の保健事業のあり方について、提言。
（※なお、本研究においては、あわせて、後期高齢者の保健事業ガイドライン（試案）も提案。）

1．高齢者の心身機能の特性

○後期高齢期にはフレイルが顕著に進行。
※「フレイル」については、学術的な定義がまだ確定していないため、本報告書では「加齢とともに、心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義している。

○慢性疾患を複数保有し、加齢に伴う老年症候群も混在。包括的な疾病管理が重要。

○医療のかかり方として、多機関受診、多剤処方、残薬が生じやすいという課題。

○健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が大きい。

2．左記特性を踏まえた後期高齢者の保健事業の在り方・方向性

○現役世代の肥満対策に重点を置いた生活習慣病対策からフレイルに着目した対策に徐々に転換することが必要。

○生活習慣病の発症予防というよりは、生活習慣病等の重症化予防や低栄養、運動機能・認知機能の低下などフレイルの進行を予防する取組がより重要。

○高齢者の特性に応じた健康状態や生活機能の適切なアセスメントと適切な介入支援が必要。

○したがって、医療保険者としては、介護予防と連携しつつ、広域連合が保有する健診、レセプト情報等を活用しながら、個人差が拡大する後期高齢者の状況に応じ専門職によるアウトリーチを主体とした介入支援（栄養指導など）に取り組むことが適当。

○後期高齢者は慢性疾患の有病率が高く、疾病の重症化予防や再入院の防止、多剤による有害事象の防止（服薬管理）が特に重要であるため、医療機関と連携して保健事業が実施されることが必要。

コラム　管理栄養士の訪問によるフレイル対策 ～神奈川県大和市の取組み～

神奈川県大和市は、2009（平成21）年に「健康都市やまと」を宣言。以来、一人ひとりがいつまでも元気でいられるまちを目指しており、2015（平成27）年には「第４回健康寿命をのばそう！アワード[1]」で厚生労働省健康局長優良賞（自治体部門）を受賞している。

（モデル地区からスタート）

高齢者は食事量の低下や生活環境の変化により、低栄養やフレイルになりやすいため、大和市では市民教室形式の栄養指導を行ってきた。

しかし、この教室に通えるのは元気に外出できる人に限られることから、「こちらからアプローチしなくてはいけない」と発想を転換。2013（平成25）年、鶴間地区をモデル地区として、管理栄養士の訪問による高齢者の相談を開始した。

大和市では、65歳以上の市民を対象に「介護予防アンケート」を実施しており、鶴間地区では7,250名が該当。このアンケートの中で、「体重が６カ月で2～3kg以上減少」と「BMI[2]18.5未満」の２項目に該当する高齢者58名がフレイルの可能性が高いと判断。このうち、要介護認定になったり、訪問を拒否した人を除く38名（65～93歳）を訪問相談の対象とした。

（訪問相談）

訪問に当たっては、事前に訪問先に電話すると断られることもあるため、初回は連絡せずに訪ね、何度か足を運ぶことによって、信頼を得ていった。訪問販売と間違われて、置き手紙などで理解を求めることもあったという。

健康づくり推進課の管理栄養士田中和美さんらが手探り状態で訪問相談を始めたところ、「実態は想像以上にひどく、驚いた」という。

訪問相談は、初回訪問から３か月ごと実施。

初回訪問	BMIと体重の減少の理由、買い物の不自由の有無、食事摂取量、健康観について聴取
３か月後	状況の確認
６か月後	目標達成と体重、食事摂取量の変化について確認

訪問先には「健康のためには痩せている方がいい」「コレステロール値が高いので、あまり食べないようにしている」などの誤った考えを持つ高齢者も多く、訪問の度に丁寧な説明を繰り返してきた。

（訪問相談の模様）

また、田中さんは、「犬と散歩したい」「孫の結婚式に出席したい」など生活スタイルや趣味に合わせた具体的な目標を提案し、適正体重まで増やすよう呼び掛けていった。

1　生活習慣病の予防の啓発、地域包括ケアシステムの構築に向け介護予防・高齢者生活支援及び母子の健康増進に関して優れた取組みを行っている企業・団体・自治体を表彰する制度。
2　1994（平成６）年にWHOが定めた肥満判定の国際基準Body Mass Index。「体重（kg）÷（身長（m）×身長（m））」により算出する。BMIでは18.5未満を低体重、18.5以上25.0未満を標準、25.0以上30.0未満を肥満（１度）、30.0以上35.0未満を肥満（２度）、35.0以上40.0未満を肥満（３度）、40.0以上を肥満（４度）としている。

訪問では、下表のとおり体重が減少した原因に応じて指導を続けた。

体重減少の原因	指導内容
疾病（消化器系、呼吸器系、がん等）	・疾病に応じた栄養指導（腎機能悪化や糖尿病、義歯）
重いものが持てない・外出がおっくう	・軽くてエネルギーの多い食品や配食弁当の紹介 ・食材の宅配の導入
経済的理由	・同じ価格帯での代替食の提案（総菜パン等） ・日持ちする食品（缶詰等）の利用 ・食費の増額（年金受給の際に乾物等の購入をすすめる）
孤食	・共食を増やす（家族、友人）
買い物、食事の回数・量の減少	・買い物回数、欠食の解消、補食 ・代替食の提案

（2年間の訪問結果）

38名を2年間訪問相談した結果、改善（体重増加1kg以上）22名（58%）、維持（体重増加1kg未満）11名（29%）、悪化（体重減少1kg以上）5名（13%）であった。鶴間以外の地区で「介護予防アンケート」とその後の特定健診結果から体重の増減について320名を調べたところ、改善114名（29%）、維持134名（42%）、悪化72名（23%）であり、鶴間地区は改善した高齢者の割合が他地区に比べて2倍という結果が出た。

（市内全域に拡大）

2年間取り組んだモデル地区は拡大され、2015（平成27）年度は管理栄養士を2名増員し、4名で6地区182名を対象に、さらに、2016（平成28）年度から全内全域400名を対象に訪問相談を行うこととなり、今後の取組みがますます期待される。

Aさん（84歳・女性）の事例	
初回訪問時	・体重42kg、BMI17.0 ・体力の低下、体調不良があり、趣味のダンスサークルを休んでいた。
課題	・欠食が多く、エネルギー摂取量とたんぱく質食品の摂取が少ない。
指導内容	・なるべく欠食をやめる。 ・間食にヨーグルト1個や豆乳1杯を飲むようにする。 ・食事の主食（ご飯）の量を1/3杯から1杯に増やす。ご飯1杯が難しければ、きな粉やあんこをつけた餅1個でもよい。
6か月後の変化	・体重2.5kg増加。BMI18.4 ・苦手にしていたヨーグルトが好物になり、ヨーグルトや豆乳を1日3回食べるようになった。 ・初回訪問時は杖がないと歩けなかったが、現在は杖が不要になった。 ・足に筋肉がついたことを実感。毎日徒歩で買い物に行くようになった。 ・雨天以外は、公園で健康遊具を使ったストレッチを行うようになった。 ・ダンスサークルの活動を再開した。

第3節 地域で安心して自分らしく老いることのできる社会づくり

我が国の高齢化は世界に類を見ないスピードで進展し、高齢者人口が急激に増加した。このような社会の変化への対応として、今その構築を目指しているのが「地域包括ケアシステム」である。この概念の具現化に向けて、この概念を構成する医療、介護、予防、生活支援、住まいの5つの要素のそれぞれを充実させるとともに、それらをネットワークとして一体的に提供していかなければならない。また、地域包括ケアシステムを推進していくためには、介護保険等の公的サービスに加え、高齢者の生活の質の向上に資する公定保険外サービス等も充実させていく必要がある。ここでは、地域包括ケアシステムを構築していくための国の方向性や取組みを紹介する。

さらに、第1章で見たとおり、高齢化の状況は地域によって異なるからこそ、それぞれの地域で目指すべき地域包括ケアシステムの姿も変わってくるが、地域の資源を活用しながら、住民を含め地域における多様な主体の連携による「地域づくり」を通して、地域の特性を踏まえた支え合いのネットワークが構築されていくことが重要である。

1 地域包括ケアシステムとは何か。今、なぜ地域包括ケアシステムなのか。

(1) 背景

(疾病構造の変化や高齢化により「治し、支える医療」への転換と医療、介護、生活支援等の各種の多様なサービスにより、住み慣れた地域で尊厳ある暮らしの継続を図ることが求められている)

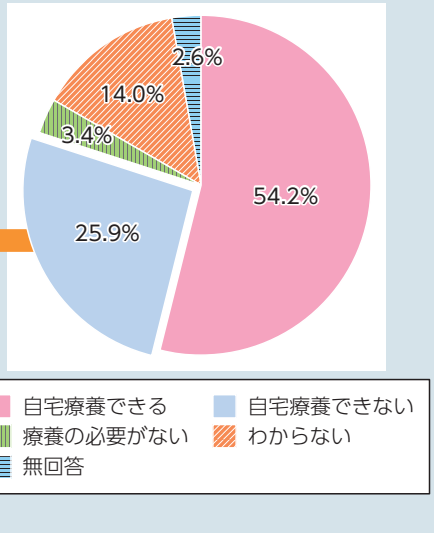
図表1-1-13で見たとおり、疾病構造が変化するとともに、高齢化によって複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす人が増加している。このような変化に対し、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められている。それと同時に、地域での生活を支えるためには、急性期後の長期ケアにかかわる医療、介護、生活支援等の各種の多様なサービスによって、住み慣れた地域での尊厳ある暮らしの継続を支援していくことが、高齢者個人の生活の質の向上へとつながると考えられる。

しかしながら、入院患者の退院許可が出た場合の自宅療養の見通しを見ると、「自宅で療養できる」との回答は54.2%である一方で、「自宅で療養できない」との回答も25.9%に上っている。「自宅で療養できない」と回答した者について、自宅療養を可能にする条件を見ると、「入浴や食事などの介護が受けられるサービス」が41.8%と最も高く、次いで、「家族の協力」が35.7%、「療養に必要な用具（車いす、ベッドなど)」が28.4%となっている（図表4-3-1)。

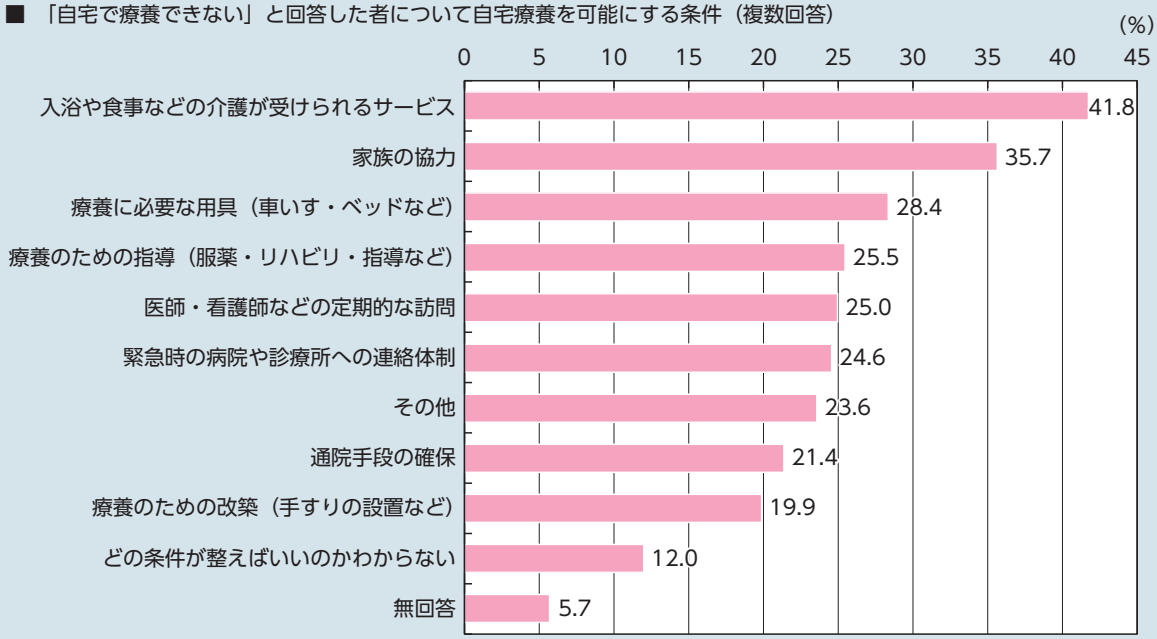
また、退院後の生活の場となる「家庭」については、高齢者の単独・夫婦のみ世帯が増加し、患者を家族の力だけでは支えきれないケースも多くなってきている。それがゆえに、必要なリハビリや状態に応じて必要な医療が身近で提供されるかどうかが、急性期後の患者の生活の質（QOL）に大きく関わってくることになる。高齢化が急速に進む中にあっても、個々人のレベルで見れば、在宅から再び在宅に戻ってくるように循環する形で、必要な時に必要なサービスが提供される体制が用意されていることが重要である（図表4-3-2)。

図表4-3-1 退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通し

■ 退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通し

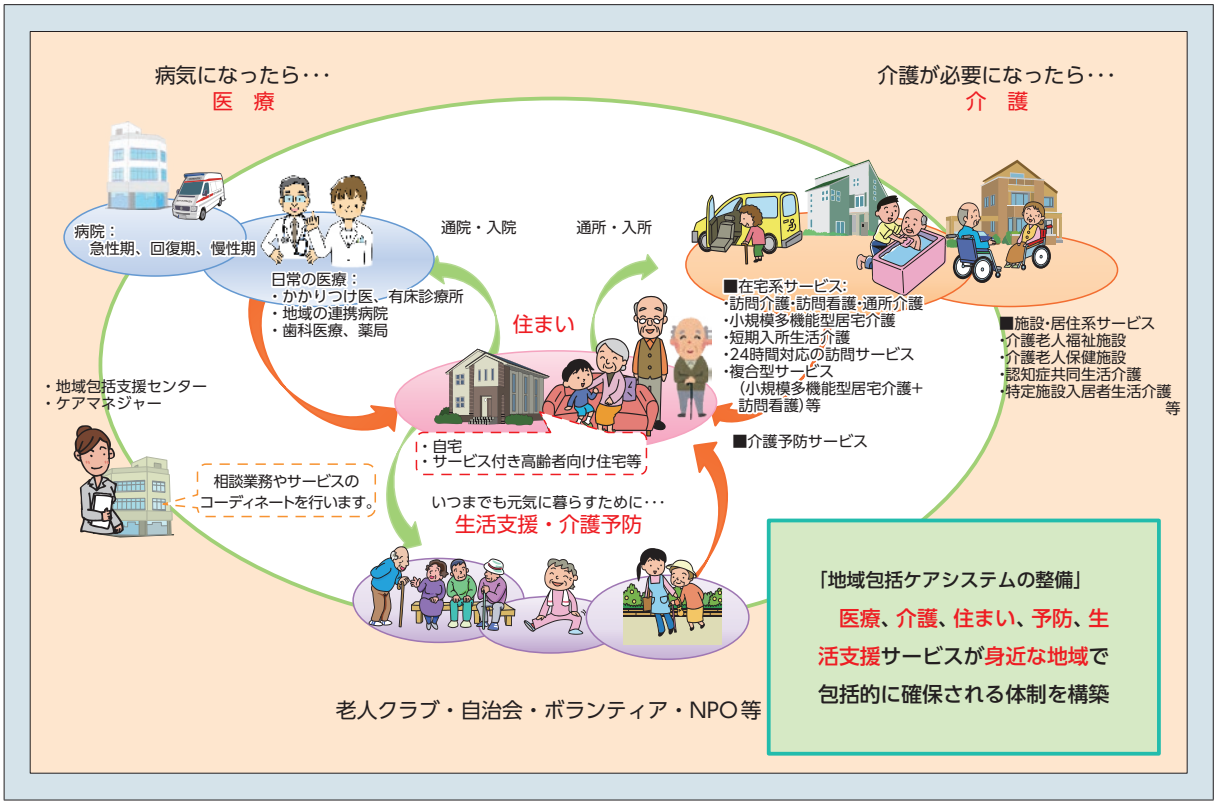


■ 「自宅で療養できない」と回答した者について自宅療養を可能にする条件（複数回答）



資料：厚生労働省政策統括官付保健統計室「受療行動調査」（平成26年）

図表4-3-2　地域包括ケアシステムの姿



(2) 定義

(医療、介護、介護予防、住まい、生活支援の5つの要素が連携しながら在宅生活を支える仕組み)

地域包括ケアシステムの定義は、2013（平成25）年12月に成立した「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」（以下「社会保障改革プログラム法」という。）第4条第4項に、「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」と規定されている。より簡略化すると、「医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が包括的に提供されるネットワークを作る」ということになる。

この定義に基づけば、地域包括ケアシステムは大きく5つの要素から構成される。すなわち、①医療、②介護、③介護予防、④住まい、⑤生活支援の5要素であり、高齢の単身者や夫婦のみで構成される世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を本人や家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要となる。これを表現したものが図表4-3-3である。この植木鉢の図で、5つの要素は並列的な関係ではなく、「住まい」という土台の上で生活を構築するために必要なのが「介護予防・生活支援」であり、この2つが生活の基礎を構成する。その上に、専門職によってニーズに応じた「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・福祉」といったサービスが提供されることで、5つの要素が相互に関係し連携し合いながら、在宅生活を支える仕組みを構成する。とりわけ、「介護予防」については、自助や互助などの取組みを通して、社会参加の機会が確保され、それぞれの人の日常生活の中で機能が発揮されるため、生活支援と一体となっている。一方で、重度化予防や自立支援に向けた生活機能の改善は生活リハビリテーションを中心に

専門職による多職種連携によって取り組まれるものである。

図表4-3-3　地域包括ケアシステムの捉え方

○地域包括ケアシステムの５つの構成要素をより詳しく、またこれらの要素が互いに連携しながら有機的な関係を担っていることを図示したもの。
○地域における生活の基盤となる「住まい」「介護予防・生活支援」をそれぞれ、植木鉢、土と捉え、専門的なサービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」を植物と捉えている。
○植木鉢・土のないところに植物を植えても育たないのと同様に、地域包括ケアシステムでは、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた「住まい」が提供され、その住まいにおいて安定した日常生活を送るための「介護予防・生活支援」があることが基本的な要素となる。そのような養分を含んだ土があればこそ初めて、専門職による「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」が効果的な役目を果たすものと考えられる。

資料：三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント」（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年

(3) 社会保障改革プログラム法制定の経緯

(急速な少子高齢化の中、社会保障制度を持続可能なものとするための改革の方向性を示すもの)

社会保障改革プログラム法の制定経緯についても触れておこう。我が国においては、世界に類を見ないスピードで少子高齢化が進み、社会保障に要する費用（社会保障給付費）が大きく増加する傾向を辿っている。そのような中、今後その財源をどのように安定的に確保し、制度を持続可能なものとするかが大きな課題となっており、社会保障制度を抜本的に見直すため、与野党、政府で様々な議論がなされてきた。その集大成が2013年８月に取りまとめられた「社会保障制度改革国民会議報告書」であり、すべての世代が安心感と納得感の得られる「全世代型」の社会保障制度への転換を図り、社会保障制度を将来世代にしっかりと伝えるために、各分野の改革の方向性が示された。とりわけ、医療・介護分野については、「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」への転換のため、受け皿となる地域の医療・介護の基盤を充実させるとともに、地域ごとに医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク、すなわち「地域包括ケアシステム」の構築を目指すこととされた。これに基づき、社会保障制度改革の全体像・進め方を明らかにする社会保障改革プログラム法が制定され、消費税率を段階的に引き上げ、増収分は社会保障４経費（年金、医療、介護、子育て）に充て、社会保障制度の安定財源の確保を図ることとした。この社会保障改革プログラム法に基づき、上記４分野で法律改正などにより改革を進めているところである。

(4) 地域医療介護総合確保基金

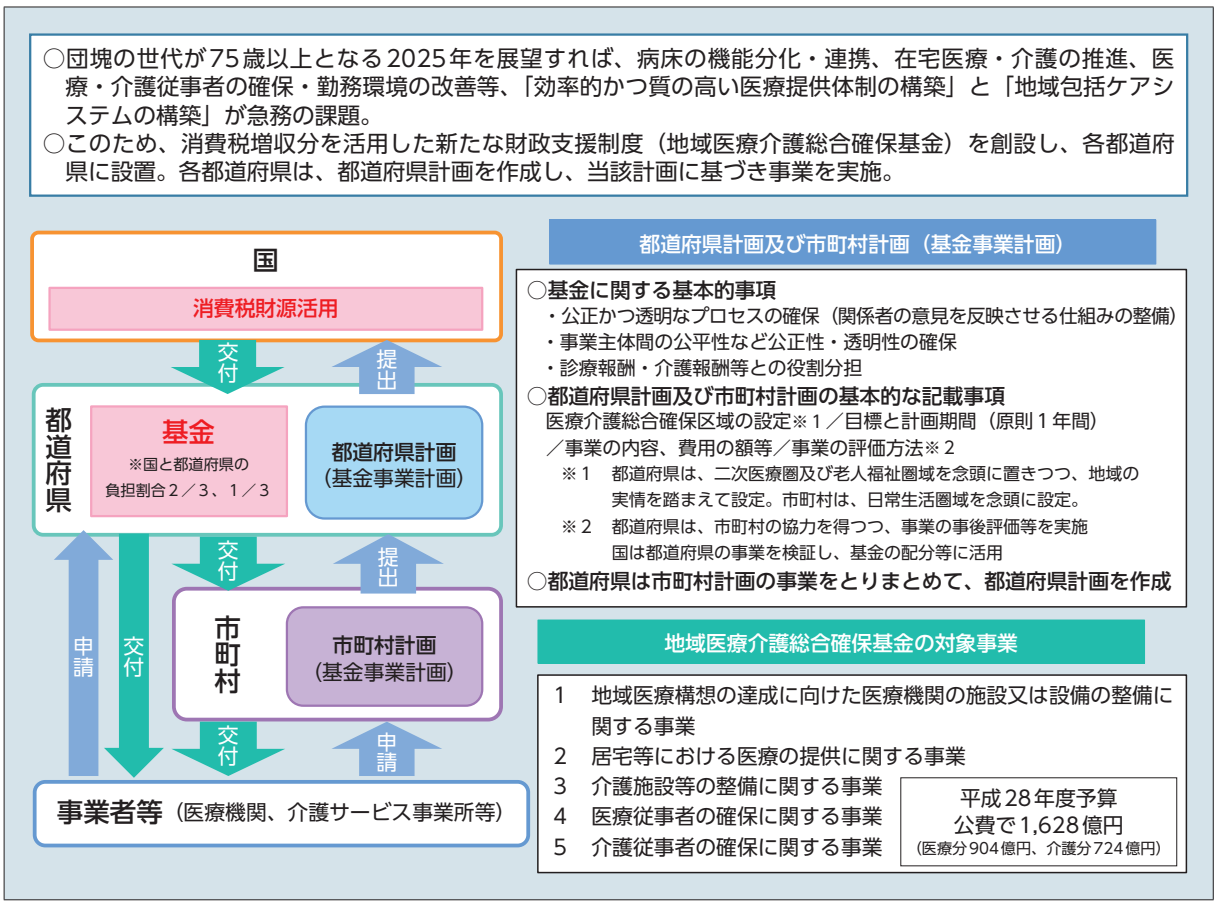
(基金により地域包括ケアシステムの構築に向けた地域での事業を支援)

社会保障改革プログラム法は、今後の改革のプログラム（事項）を規定したものであったが、これを具体化した「医療介護総合確保推進法*1」が、2014（平成26）年6月に成立した。医療介護総合確保推進法においては、地域包括ケアシステムの構築のため、それぞれの地域で様々な事業ができるよう「地域医療介護総合確保基金」が創設された。

この基金を使った具体的な事業の内容については、この後の「医療」や「介護」の部分で触れるので、ここでは簡単に仕組みを説明しておく。

この基金は消費税の増収分を活用したもので、都道府県・市町村が事業計画を作り、これらのうち国が認めたものについて、国の基金から事業費の2／3が交付され、都道府県が残り1／3を負担し、事業者などに交付される（図表4-3-4）。2016（平成28）年度予算では医療分野に係る事業分で602億円（公費全体で904億円）、介護分野に係る事業分で483億円（公費全体で724億円）となっている。

図表4-3-4　地域医療介護総合確保基金



(5)「地域包括ケアシステム」の実現に向けた道のり

(団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年を見据えて、2018（平成30）年度に一定の完成形となるよう改革を実施)

地域医療構想など医療介護総合確保推進法による政策については、既に様々なものが動

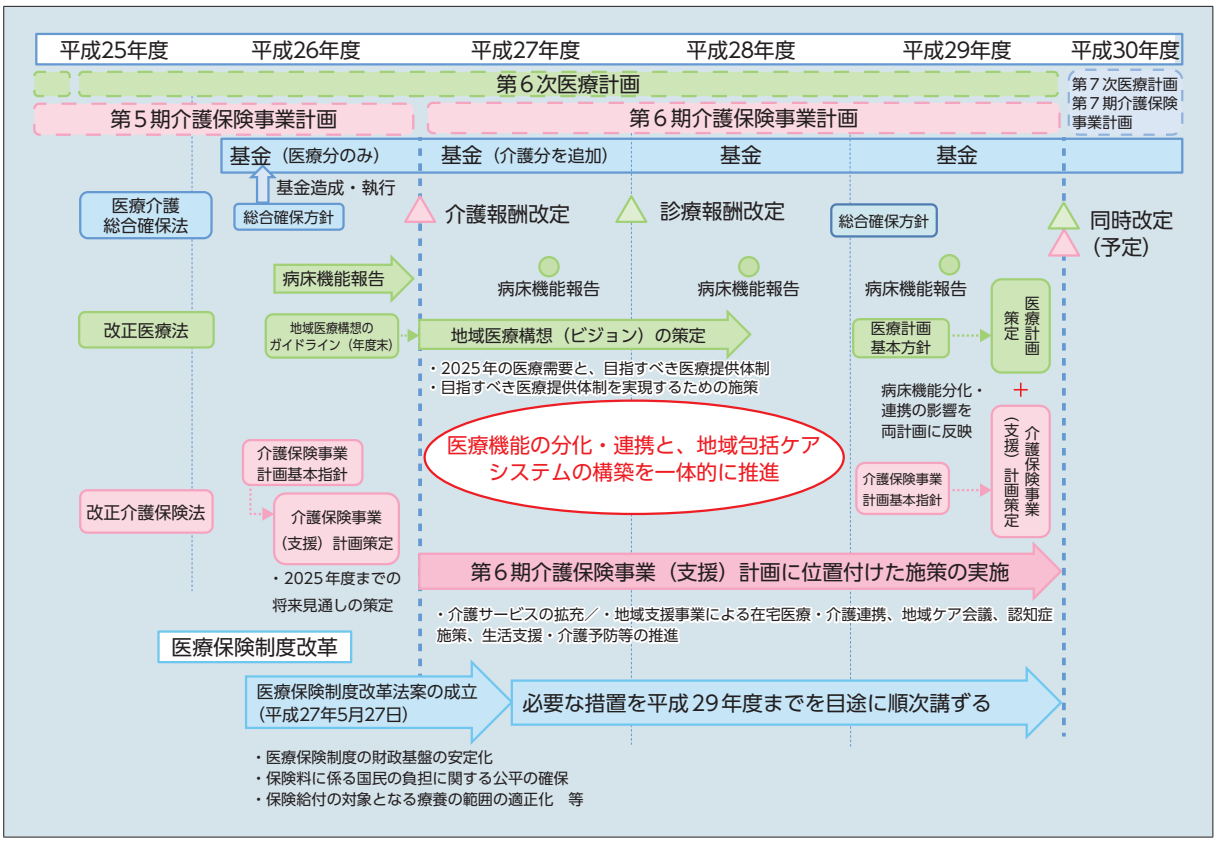
＊1　正式名称は「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成26年法律第83号）

き出しているが、それは「医療」、「介護」など個別の項目でふれるとして、ここでは「地域包括ケアシステム」の実現に向けた道のりを簡単に紹介したい。

医療については「医療計画」が、介護については「介護保険事業（支援）計画」があり、これに基づき都道府県、市町村が実際に政策を実行しているが、これまでは別々の時期に改定されてきたため、開始時期が異なっていた。診療報酬と介護報酬の改定についても概ね同様であった。

「地域包括ケアシステム」については、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年を見据えて、実現に向けて既に様々な取組みが動き出しているが、2018（平成30）年度に医療計画、介護保険事業（支援）計画、診療報酬、介護報酬を同時改定し、医療と介護の取組みに一層の整合性が確保されるよう取り組んでいるところである（**図表4-3-5**）。

図表4-3-5　医療・介護提供体制の見直しに係る今後のスケジュール



2 医療

（1）方向性

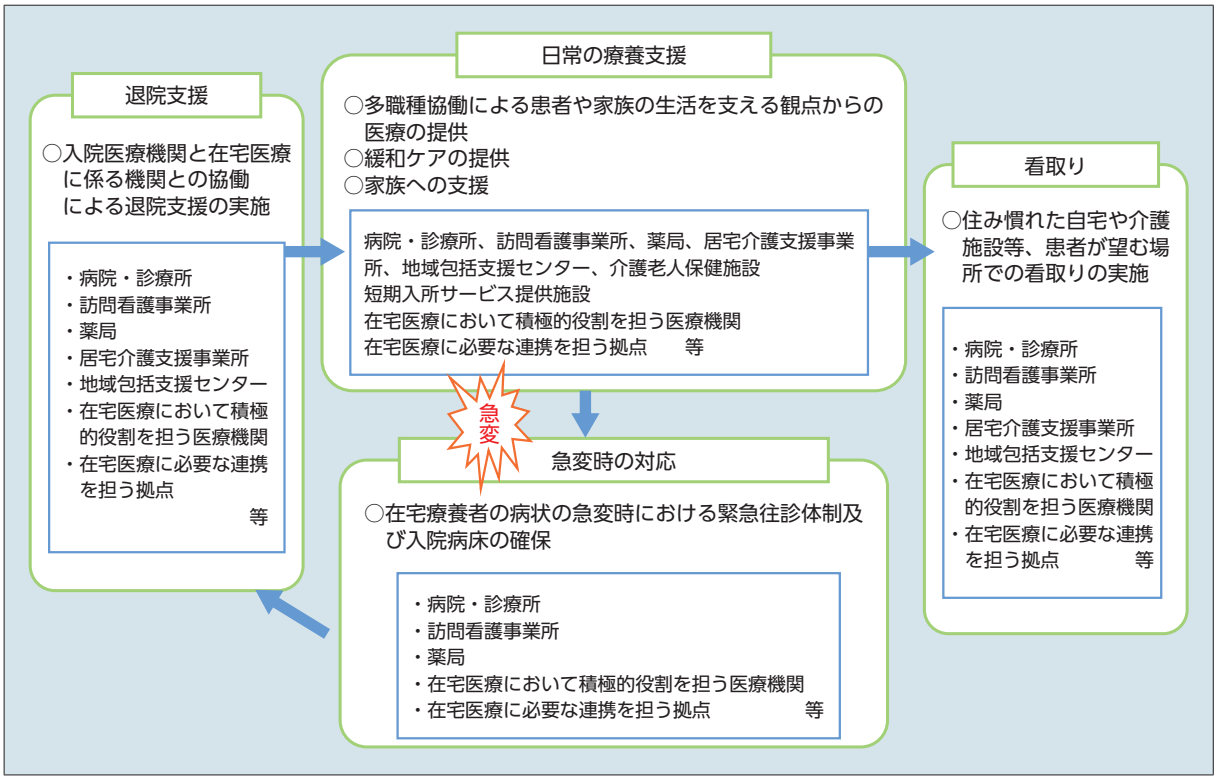
（「治す医療」から「治し、支える医療」への転換を図るため、病院医療の機能分化を進めるとともに、かかりつけ医が参画した地域の在宅医療体制を整備する必要がある）

高齢化の進展に伴い疾病構造が変化していく中で、生活習慣病を持っていることが特別なことではなく、「誰にでも起こりうること」になりつつある。それゆえに、病気を治すというよりも、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、そういった人をどのようにケアしていくかに問題は移行している。これが、よく言われているような、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められているということだ。

その中でも、急性期と連携した地域での在宅医療の果たす役割は非常に大きい。在宅医

療に求められている役割は次の4つの機能に分けられる（図表4-3-6）。1つ目は、入院医療機関と在宅医療機関との協働による「退院支援」である。2つ目は、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリ職種等の多職種連携により、患者の疾患や重症度に応じて、患者や家族の生活を支える観点からの緩和ケアを含む医療の提供を行う「日常の療養生活の支援」である。3つ目は、在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制や入院機能を有する病院・診療所との連携推進による「急変時の対応」である。4つ目は、住み慣れた自宅や介護施設等の患者が望む場所での「看取りの実施」である。このように、在宅医療は、患者が住み慣れた地域で暮らし続けるため、各段階における必要な医療を提供することが期待されており、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素と言える。

図表4-3-6　在宅医療の体制（イメージ）



また、身近な地域で日常的な医療を受けたり、健康の相談等ができる存在として、かかりつけ医等の普及・定着を図る必要がある。高齢者は複数の疾病を持ち、複数の診療科を受診し、薬の種類も多くなりがちである。そのような時に、かかりつけ薬剤師・薬局と協力して、かかりつけ医が地域の医療現場でリーダーシップを発揮することが求められている。

在宅医療の提供を含む地域包括ケアシステムを、日常生活圏域の中で、これまでの生活との連続性をもって実現するためには、都道府県と市町村が地域の医師会等と協働して、面的で恒久的な地域の在宅医療の体制を構築することが求められる。

(2) 病院の医療　～病床機能の分化・連携～

(「病床機能報告制度」や「地域医療構想」による病床機能の分化・連携)

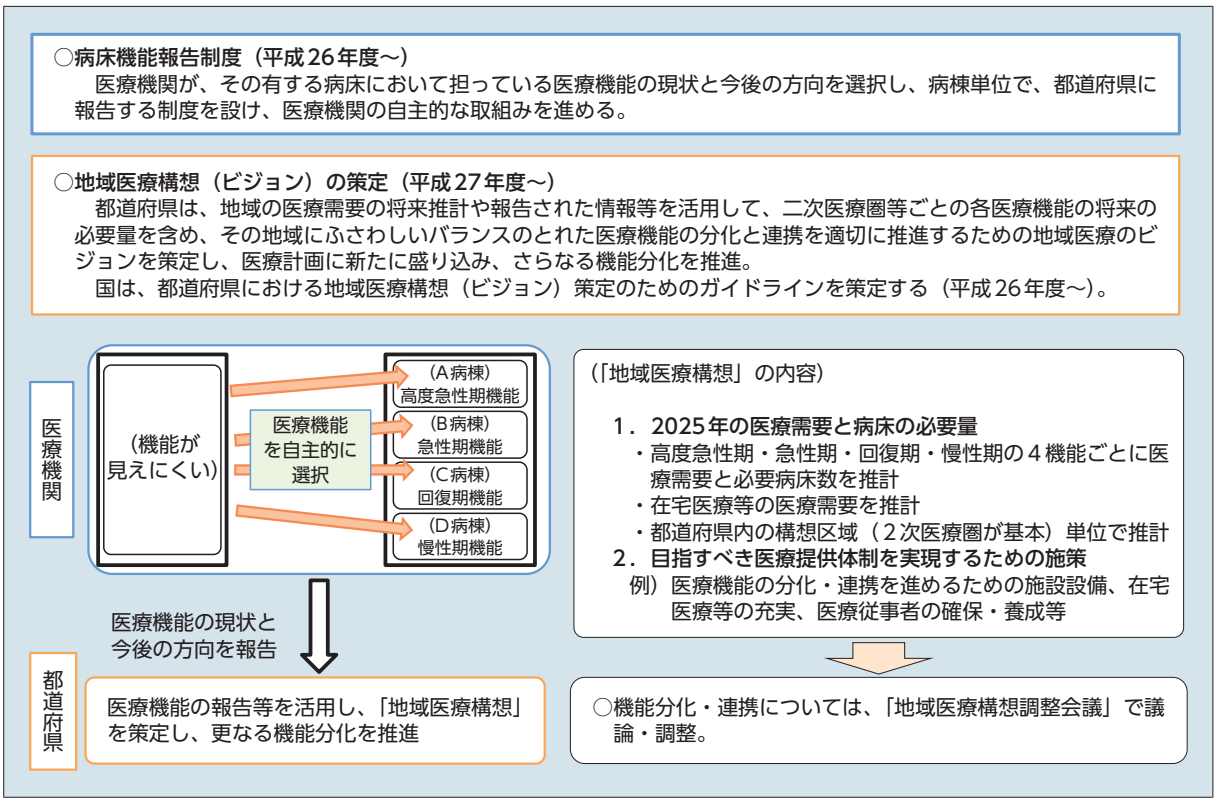
2014（平成26）年6月に医療介護総合確保推進法が成立し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域におけ

る医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法が改正され、「病床機能報告制度」（2014年10月～）と「地域医療構想」（2015（平成27）年4月～）という制度が導入された。

我が国の医療政策については、主として医療法などの法律に基づく制度により対応するものと、医療機関に支払う診療報酬により促進するものがあるが前者に該当する。

「病床機能報告制度」と「地域医療構想」は、病床の機能の分化・連携を推進するための仕組みである（**図表4-3-7**）。「地域医療構想」は、都道府県が二次医療圏[*2]を基本とした「構想区域」毎に、2025（平成37）年の「高度急性期機能」「急性期機能」「回復期機能」「慢性期機能」という4機能別の必要病床数を定め、その達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する施策を検討する制度である。

図表4-3-7　病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定



＊2　一般的な入院医療が提供される圏域。全国で344の圏域がある。

図表4-3-8　病床機能について

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

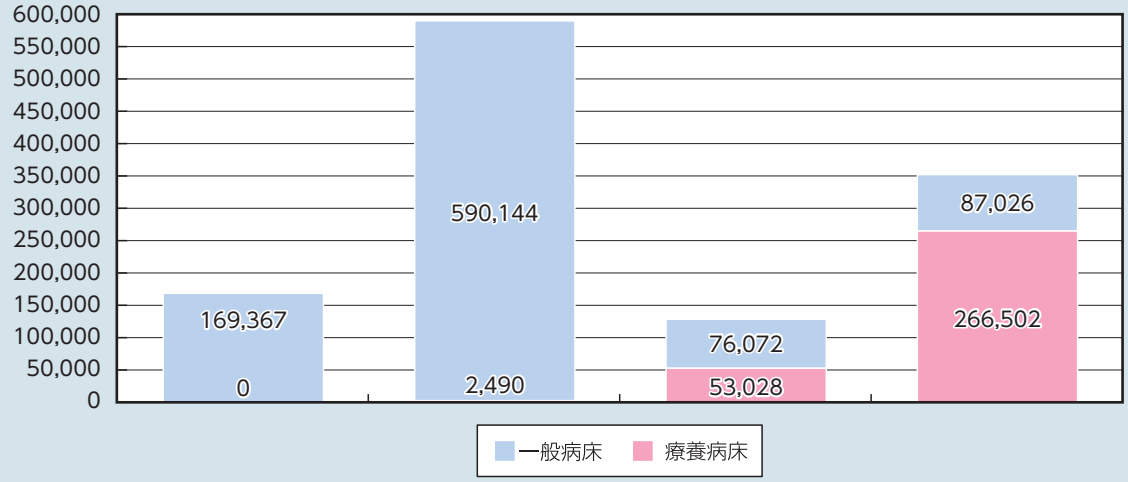
また、「病床機能報告制度」は、医療機関が、病棟ごとに現在４つの機能のうちいずれの機能を担っており、さらに、将来（6年後）にはどの機能を担うこととするかを都道府県に報告する制度（医師、看護師等の人員配置、医療機器の保有状況、患者数、算定している診療報酬の種類などの情報も併せて報告）であり、都道府県が「地域医療構想」を作る際の基礎資料になるとともに、医療機関自身が今後の方向性を考え、自主的な取組みを進めることを目指している（**図表4-3-9**、**4-3-10**）。

図表4-3-9 平成27年度病床機能報告における機能別病床数の報告状況（速報値）①

○以下の集計は、2月16日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを集計した速報値である。

- 報告対象となる病院7,370施設、有床診療所7,168施設のうち、2月16日までにデータクリーニングが完了した病院7,236施設(98.2%)、有床診療所6,627施設(92.5%)のデータを集計した。(2月16日時点の医療機関全体の報告率95.6%)
- 集計対象施設における許可病床数合計は、1,270,683床（cf. 医療施設調査（動態）における平成27年6月末時点の許可病床（一般、療養）の総数は1,331,374床）
- 今回の集計対象施設についても追加のデータ修正等が生じる可能性があり、集計内容は変動し得る。

≪2015（平成27）年7月1日時点の病床機能別の病床数（許可病床）≫



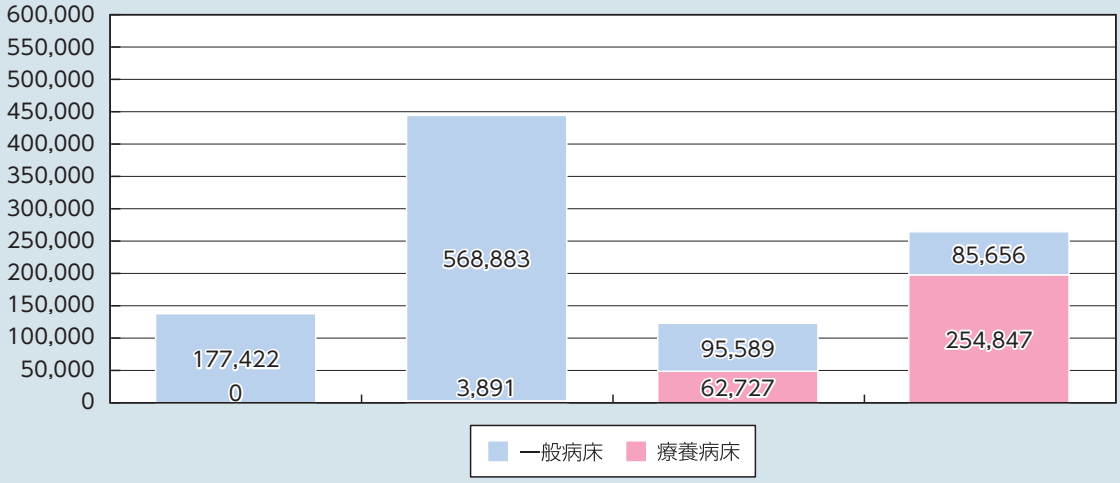
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	169,367	590,144	76,072	87,026	922,609
療養病床	0	2,490	53,028	266,502	322,020
合計	169,367	592,634	129,100	353,528	1,244,629
構成比（2015年）	13.6%	47.6%	10.4%	28.4%	100.0%
構成比（2014年）	15.5%	47.1%	8.8%	28.6%	100.0%

（注） 集計対象施設のうち、2015年7月1日時点の病床の機能について未回答の病床が26,054床分あり、上表には含めていない。

図表4-3-10　平成27年度病床機能報告における機能別病床数の報告状況（速報値）②

○2015（平成27）年7月1日から6年が経過した日（2021（平成33）年7月1日）における予定する病床機能別の病床数を4機能別に集計した。
○2014年の報告（6年後（2020年）において予定する病床機能の病床別構成比）を合わせて表記する。

≪6年が経過した日（2021（平成33）年7月1日時点）における予定する病床機能別の病床数≫



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	177,422	568,883	95,589	85,656	927,550
療養病床	0	3,891	62,727	254,847	321,495
合計	177,422	572,774	158,316	340,503	1,249,015
構成比（2021年）	14.2%	45.9%	12.7%	27.3%	100.0%
構成比（2020年）	16.1%	44.7%	11.4%	27.8%	100.0%

（注）　集計対象施設のうち、6年が経過した日における病床の機能について未回答の病床が21,668床分あり、上表には含めていない。

「地域医療構想」は、以下のプロセスにより策定・実現される（図表4-3-11、4-3-12）。

図表4-3-11 地域医療構想（ビジョン）を実現する仕組み

（1）「協議の場」の設置

○都道府県は、地域医療構想の実現について、医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置。
医療機関相互の協議により、地域医療構想を推進していくが、協議だけでは進まない場合には、都道府県知事が以下の措置を講ずることができることとする。

（2）都道府県知事が講ずることができる措置

①病院の新規開設・増床への対応

○都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

②既存医療機関による医療機能の転換への対応

[医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合]

○都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができることとする。

[「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合]

○都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができることとする。

③稼働していない病床の削減の要請

○医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。
※現行の医療法上、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっている。

【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

○医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置（管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等）に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。
イ 医療機関名の公表
ロ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

図表4-3-12 地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス

○地域医療構想は、平成27年4月から、都道府県が策定作業を開始。
○医療計画の一部として策定することから、都道府県医療審議会で議論するとともに、医師会等の地域の医療関係者や住民、市町村等の意見を聴取して、適切に反映。
○具体的な内容の策定とその実現に向けた都道府県のプロセスは以下のとおり。

①都道府県は、機能分化・連携を図る区域として「構想区域」を設定。
※「構想区域」は、現在の2次医療圏を原則とするが、①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院へのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定

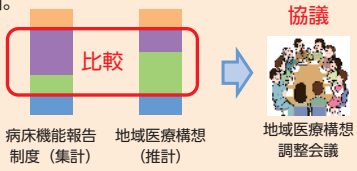
↓

②「構想区域」ごとに、国がお示しするガイドライン等で定める推計方法に基づき、都道府県が、2025年の医療需要と病床の必要量を推計。地域医療構想として策定。

↓

③地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。
※「地域医療構想調整会議」には、医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者等が参加。

・病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
・医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整。



↓

④都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。

地域医療構想については、2016（平成28）年3月末現在で12県が策定しており、残りの35県についても2016年度中には策定する見込みとなっている。

策定後には、構想区域ごとに都道府県が開催する「地域医療構想調整会議」において、機能分化・連携について（どの病院がどのような機能を担うかについて）議論され調整を

行うこととなる。

（「地域医療構想」の実現のため基金も活用）

地域医療構想の実現のためには、「地域医療介護総合確保基金」の活用が可能であり、例えば急性期病床から回復期病床への転換など医療機関が実施する施設や設備の整備、在宅医療実施のための拠点の整備、在宅医療従事者の育成など医療提供体制の整備といったことに対する助成事業を行っている。

（「病床の機能分化・連携」のため、２年に一度の診療報酬改定において見直しを実施）

一方、２年に一度改定される診療報酬においても、病床の機能分化・連携はメインテーマの一つとなっている。

平成26年度診療報酬改定においては、急性期の病院が７対１入院基本料[*3]を算定する際の基準である「重症度、医療・看護必要度」（重症な患者や看護の必要な患者の割合）を見直したり、「在宅復帰率」（自宅や介護施設等に退院した患者の割合）を基準として新設するなどして、急性期医療が急性医療を必要とされる者にきちんと提供されている場合にのみ算定できることとした。

また、急性期治療を経過した患者及び在宅等において療養を行っている患者の受け入れができ、医療とともにリハビリの機能も持った病棟が算定できる「地域包括ケア病棟入院料」が新設された。

平成28年度診療報酬改定においても、７対１入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」や「在宅復帰率」の基準がさらに見直された。

（3）在宅医療の体制の整備

（予算、診療報酬、制度（医療計画）のそれぞれによって在宅医療の体制整備を進めており、平成28年度診療報酬改定でも、地域包括ケアシステムの構築に向け「地域・在宅」を重視した改定を行った）

多くの人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支援するためには、多職種による在宅医療の体制を整備する必要がある。

制度としての在宅医療の提供体制の整備は、高齢化の進展や患者の受療行動の変化等を背景に、1992（平成４）年の第二次医療法改正において、「居宅」が医療提供の場として位置付けられたことから始まる。2006（平成18）年の第五次医療法改正においては、医療計画の記載事項に在宅医療の確保に関する事項を追加し、また、同年の診療報酬改定では、在宅療養支援診療所を創設するなど、在宅医療に関わるサービス給付も段階的に拡充してきた。2014（平成26）年に、医療介護総合確保推進法に基づき、都道府県に「地域医療介護総合確保基金」を設置し、これを活用して、在宅患者の退院調整や急変時の入院受入整備等に資する病院との医療連携体制の運営支援、在宅医療関係者等で構成する多職種協働による「在宅医療推進協議会」の設置・運営、在宅医療に取り組む病院関係者への理解を深めるための「在宅医療導入研修」の実施等、在宅医療の推進に必要な事業の支援

＊3　入院患者７人当たり看護師を１人配置するなどの要件を満たした、重症の患者に手厚い医療を提供する病院が算定できる入院料で、他の入院料よりも報酬が高い。

を行っている。

このような流れの中、平成28年度診療報酬改定では、2018（平成30）年度に予定されている診療報酬と介護報酬の同時改定など2025（平成37）年を見据えた中長期の政策の流れの一環としての位置付けを踏まえ、地域包括ケアシステムや効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築に向けた改定を行った（**図表4-3-13**）。

具体的には、かかりつけ医の普及を図るため、平成26年度診療報酬改定で地域包括診療料・加算[*4]を新設したが、更なる普及を図るため要件緩和を行った。また、認知症患者の増加への対応として、医師、看護師、社会福祉士等の多職種が連携して、入院環境を整えたり、看護計画を作成する等、認知症患者を受け入れるためのサポート体制に対しての加算や、認知症を含む複数疾患を持つ患者に対して、在宅医療や24時間対応等ができる医療機関に高い報酬をつけるというように、認知症に特化したかかりつけ医の報酬を新設した。

また、次の①～③によって、質の高い在宅医療・訪問看護の確保を図っている。

① 医療機関の実績に応じた評価（在宅医療を専門に実施する医療機関の開設を認める一方で評価の厳格化を図る、十分な看取り実績を有する医療機関を評価する等）

② 診療内容に応じた評価（休日往診への評価を充実する等）

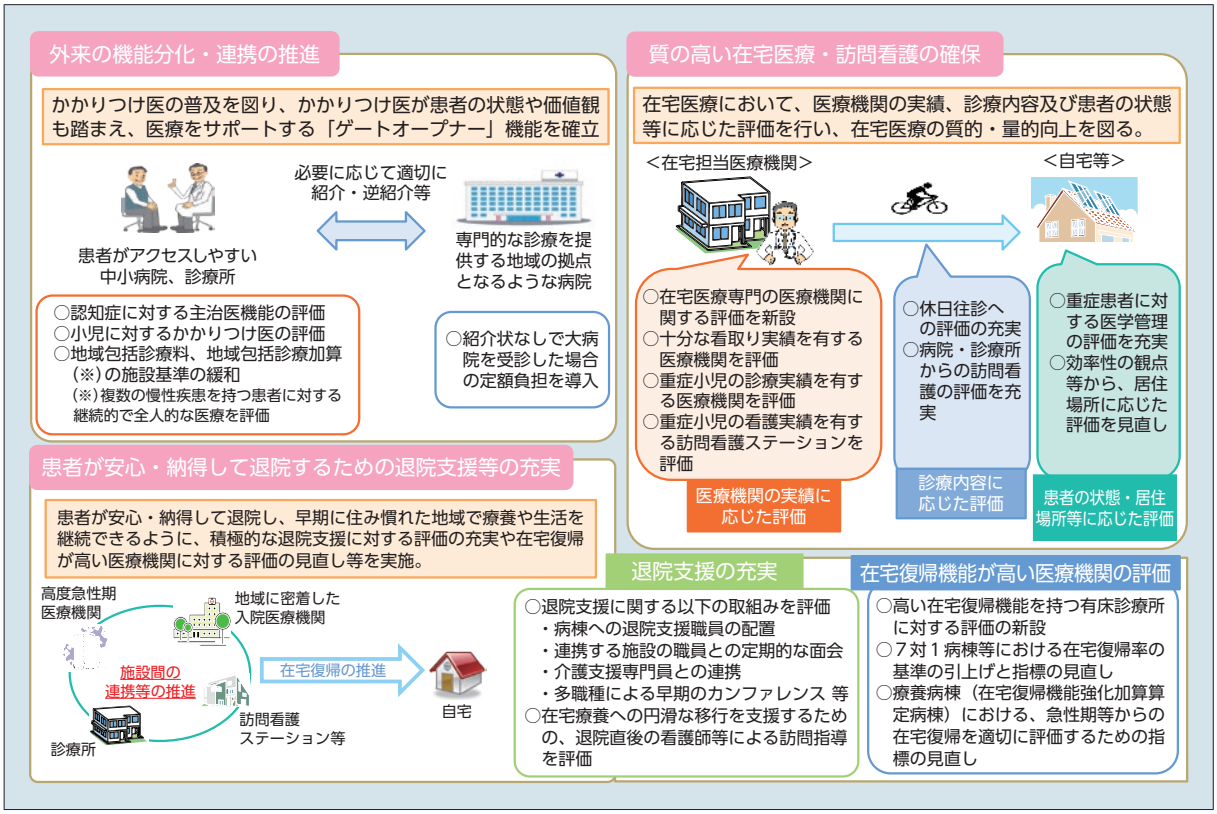
③ 患者の状態・居住場所等に応じた評価（在宅医療では、比較的重症な患者から軽症な患者まで幅広い患者に対して診療が行われていることから、重症度の高い患者に対する医学管理の評価を充実する等）

さらに、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、積極的な退院支援に対する評価を充実するとともに、在宅復帰機能が高い医療機関への評価の見直し等を行った。

このほか、かかりつけ医の評価と同様に、かかりつけ歯科医やかかりつけ薬剤師についても、その機能の評価を行った。

＊4 外来機能の分化のため、複数の慢性疾患を持つ患者に対し、健康管理や服薬管理等も含め、継続的かつ全人的な医療を行うかかりつけ医機能を評価するものとして新設されたもの。地域包括診療料は許可病床数が200床未満の病院及び診療所で算定可能であり、地域包括診療加算は診療所のみが算定できる。

図表4-3-13　平成28年度診療報酬改定



（4）地域医療構想の達成に向けた医療従事者の需給の見通し、医師偏在対策の検討

（地域医療構想の実現に向けて、医療従事者の需給の見通しやその確保策、地域偏在対策等について検討している。医師については、今後、実効性のある偏在対策を検討することとしている）

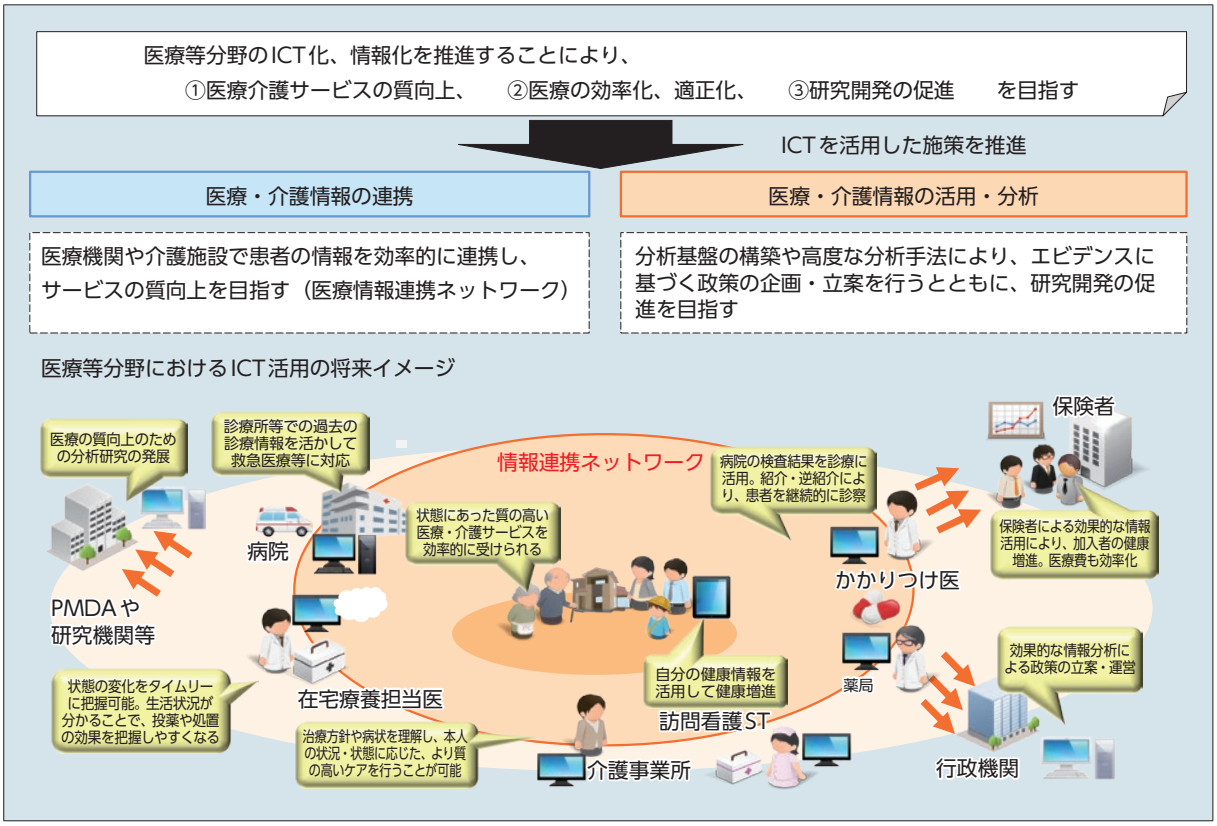
今後、高齢社会が一層進む中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医療従事者の需給の検討が必要であることから、医師・看護職員等の医療従事者の需給を見通し、医療従事者の確保策、地域偏在対策等について検討するため、2015（平成27）年12月から医療従事者の需給に関する検討会を開催している。本検討会では、全国・地域の需給状況や確保のための対策が異なることから医師、看護職員、理学療法士・作業療法士それぞれに分科会を設けており、都道府県が2017（平成29）年度中に第７次医療計画を策定するに当たり、医療従事者の確保対策について具体的に盛り込むことができるよう、各分科会とも2016（平成28）年内の取りまとめを目指している。医師需給分科会については、他の分科会に先行させて2015年12月から開催している。2016年6月の中間取りまとめでは、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取りまとめた。今後、医師偏在対策については、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行っていく観点から、さらに強力な偏在対策について年末に向けて議論していくこととしている。

(5) 医療・介護分野におけるICTの活用

(ICTの活用による患者・利用者情報の共有・連携により医療・介護サービスの質の向上や効率的な提供につながるほか、遠隔医療は医療の地域格差を是正する有効な手段となりうる)

地域における医療機関や介護事業者などの間で、情報通信技術（Information and Communication Technology：ICT）を活用したネットワークを構築し、迅速かつ適切に患者・利用者情報の共有・連携が図られることは、地域の医療・介護サービスの質の向上や効率的な提供につながるものである。また、レセプト・健診情報等を活用したデータ分析に基づく保健事業の実施や医療・介護情報の「見える化」等によって、エビデンスに基づく効果的な医療・介護政策の企画・立案が可能となる。これに加えて、医療・介護制度における様々な側面において、必要なデータベース等の情報利活用の基盤が整備され、情報の利活用や分析の高度化が進むことで、医療技術や医療の質の向上、ひいては医学研究の発展につながることが期待される（図表4-3-14）。

図表4-3-14 医療等分野におけるＩＣＴ化の推進の方向性

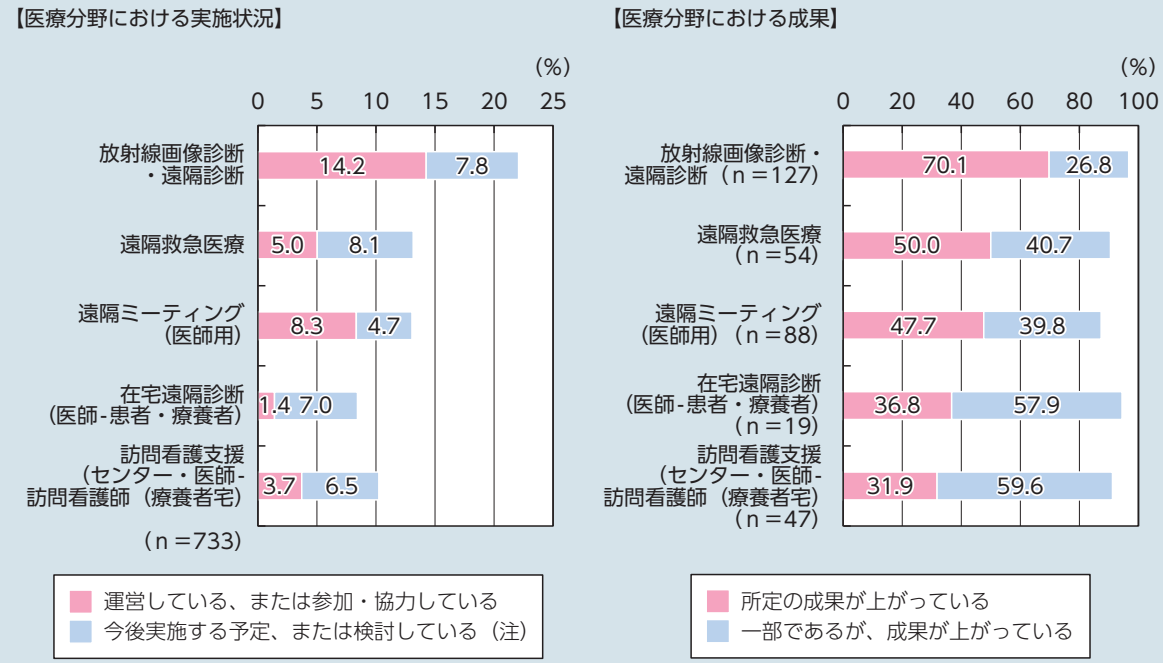


このほか、医療の地域格差を是正し、医療の質と患者の利便性を向上させる上で、遠隔医療は有効な手段のひとつである。例えば、放射線科専門医や病理専門医が不足する地方の医療機関では、遠隔画像診断や遠隔病理診断のような取組みが進められており、患者がより質の高い医療サービスを受けるために必要な遠隔医療を活用することも考えられる。

地方自治体における遠隔医療の利活用の実態に関するアンケート調査では、遠隔医療に関する事業を導入している自治体は現状では少ないものの、これらの事業を運営又は何らかの形で参加・協力している自治体に対して、当初想定していた成果の有無について確認したところ、いずれの事業についても８割強が一定の成果を得られていることがわかる

（図表4-3-15）。

図表4-3-15　地方自治体における遠隔医療の利活用の実態（アンケート調査）



資料：総務省「地域におけるＩＣＴ利活用の現状に関する調査研究」（平成26年）
（注）　母集団ｎ＝733のうち、現在実施していない、または把握していないの回答から算出

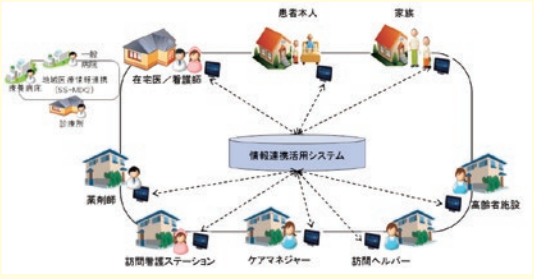
厚生労働省では、遠隔医療システムの導入に対する補助事業を実施し、医療機関のシステム構築を支援するとともに、2014（平成26）年度より医療・介護事業者等を対象とした遠隔医療研修を実施し、医療・介護従事者のリテラシー向上を図っている。また、地域の特性に応じた遠隔医療の提供を推進するため、各地域における取組事例の収集・分析を行い、関係者への情報提供を行っている。

コラム　ICTを活用した医療介護連携　～宮城県石巻市の場合～

在宅で最後まで生活することを選んだ場合、様々な医療関係者・介護関係者がそれぞれサービスを提供することとなるので、医療介護だけでなく生活の質（QOL）を高めるためには、これらの専門職が連携しつつ十分に力を発揮することが重要で、そのためには「情報」が必要だ。全国各地でICTを活用した医療介護連携事業が行われているが、ここでは宮城県石巻市で行われている取組みについて取り上げる。

この取組みは、東日本大震災から半年後の2011（平成23）年11月に、医療法人社団鉄祐会の理事長を務める武藤真祐さんが、「被災地にこそ在宅医療が必要」と考え、石巻の地に「祐ホームクリニック石巻」（以下「クリニック」）を立ち上げたことを契機に始まった。

2012（平成24）年、在宅診療所、訪問薬局、訪問看護ステーション、介護事業所、



高齢者施設がクラウドでアクセスできるシステムの構築を開始した。このシステムの3本柱は①訪問記録の共有、②メッセージ共有、③スケジュール共有であり、①によって各専門職が共通の指標をもとに患者さんの現状を確認し、②により双方向で専門職が相談して対応することが可能となり、③によって他のチームの訪問日を確認し、専門職同士がスケジュールを共有することが可能となる。

システム構築に当たっては、当然ながら「使いやすさ」を重視したという。得てしてシステムはあれもこれも盛り込んでしまい使い勝手が悪くなってしまうが、「どういう情報を共有すべきか」「どのタイミングで誰が入力すべきか」といったことをクリニック主導というわけではなく、様々な事業主体の意見を聞きながら詰めていったという。「使いやすさ」ということとではUI（ユーザインターフェイス）にも気を配ったそうだ。

専門職用ポータルサイト

このシステムについては、不断の見直しがされている。2013（平成25）年には、情報共有は「医療介護事業者のみ」だったものを、「患者本人、家族」にも共有できるようにしたり、入力負荷軽減のため、入力補助者を置き「代理入力」を行える仕組みにした。2014（平成26）年には、3本柱の②のメッセージ共有機能を追加するとともに、「挨拶文は割愛し、簡潔なやりとりとする」「相手が翌営業日に見ても問題ない内容とする（緊急対応が必要なものは電話で）」といった具体的な運用ルールを定めた。また、「訪問看護と診療所」「ケアマネジャーと診療所」「薬局と診療所」といった3つのワーキンググループを立ち上げ、共有情報の選別を進めている。

導入当初は10事業所の連携から始めたこのシステムも、現在では70事業所が参加するものになっており、当初クリニックの事業だったものが2014年から石巻市医師会の事業となっており、確実に輪が広がっている。

連携事業所へのアンケートによれば「情報量が増えた・少し増えた」が80%で、「情報が役に立った・少し役に立った」がほぼ100%、「作業量が増えた」が15%となっており、システム導入を評価する事業所がほとんどだ。

武藤さんの活動の一部をここでは取り上げたが、武藤さんの夢は、在宅医療をメジャーな分野にすることだ。最近は在宅医療・プライマリケアに熱心な若手の医師も増えており、そうした人たちがきっと新しい医療のあり方を創り出すに違いない。

在宅で診療中（右が武藤さん）

3 介護

（1）方向性

（保険者である市町村が、国や都道府県と連携しながら、地域の主体性に基づき、地域の特性に応じて地域包括ケアシステムを作り上げていくことが必要）

高齢者が地域での自立した生活を維持するためには、介護サービスの提供とあわせて、必要な介護予防や生活支援サービスが一体的に提供されることが重要となる。

さらには、介護ニーズの量的拡大に応える基盤整備を進めることが重要であり、とりわ

けサービスを担う介護人材を量・質ともに安定的に確保する方策を講じなければならない。

また、要介護認定率や認知症の発生率の高い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中、大きな課題となるのが認知症施策である。認知症の有病者数がますます増加すると予測される中、高齢者が認知症を発症しても、尊厳をもって質の高い生活を送ることができる認知施策を進める必要がある。それと同時に、在宅医療と介護の連携も欠かせない。

一方で、一億総活躍社会の実現に向けた新三本の矢の一つ「介護離職ゼロ」という観点からも、介護する家族に対する相談・支援体制の充実や、柔軟な働き方の確保など、働く家族を支える仕組みづくりを進めて行く。

(2) 認知症施策

(新オレンジプランの策定)

我が国における認知症の人の数は、2012（平成24）年で約462万人、65歳以上の高齢者の７人に１人と推計されている。正常と認知症の中間の状態の軽度認知障害と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約４人に１人が認知症又はその予備群とも言われている。高齢化の進展に伴い、認知症の人は今後さらに増加していく見込みであり、2025（平成37）年には認知症の人は約700万人前後となり、65歳以上高齢者に対する割合は約５人に１人まで上昇するとの推計もある。このような状況を踏まえ、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができる環境づくりを目指して、「認知症施策推進５か年戦略」（オレンジプラン）（2012年９月厚生労働省公表）を改め、関係府省庁と共同して、2015（平成27）年１月に「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が策定された（**図表4-3-16**）。

新オレンジプランでは、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、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の実現を目指し、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と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といった７つの柱を設定し、施策に対応する具体的な数値目標を設定している。

図表4-3-16 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の概要

・高齢者の約４人に１人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加
2012（平成24）年462万人（約７人に１人）⇒2025（平成37）年約700万人（約５人に１人）
・認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

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の実現を目指す。

・厚生労働省が関係府省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同して、2015（平成27）年１月に策定
・新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017（平成29）年度末等
・策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

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

（新オレンジプランに基づく施策の実施）

本人や家族が小さな異常を感じたとき速やかに適切な支援機関に相談することができ、早期に認知症の鑑別診断が行われ、迅速に適切な医療・介護サービス等を利用できるように、できる限り早い段階からの支援体制の構築が必要である。そのため複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人と、その家族を訪問し、認知症の専門医による鑑別診断等を踏まえて、観察・評価を行った上で、家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートをする「認知症初期集中支援チーム」を2018（平成30）年度に全ての市町村に配置することとしている。

また、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、容態の変化に応じ必要な医療・介護等が有機的に連携したネットワークによる支援を行うことが重要である。そのため、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関の間の連携のコーディネートや認知症の人やその家族への相談支援等を行う「認知症地域支援推進員」を2018年度に全ての市町村に配置することとしている。

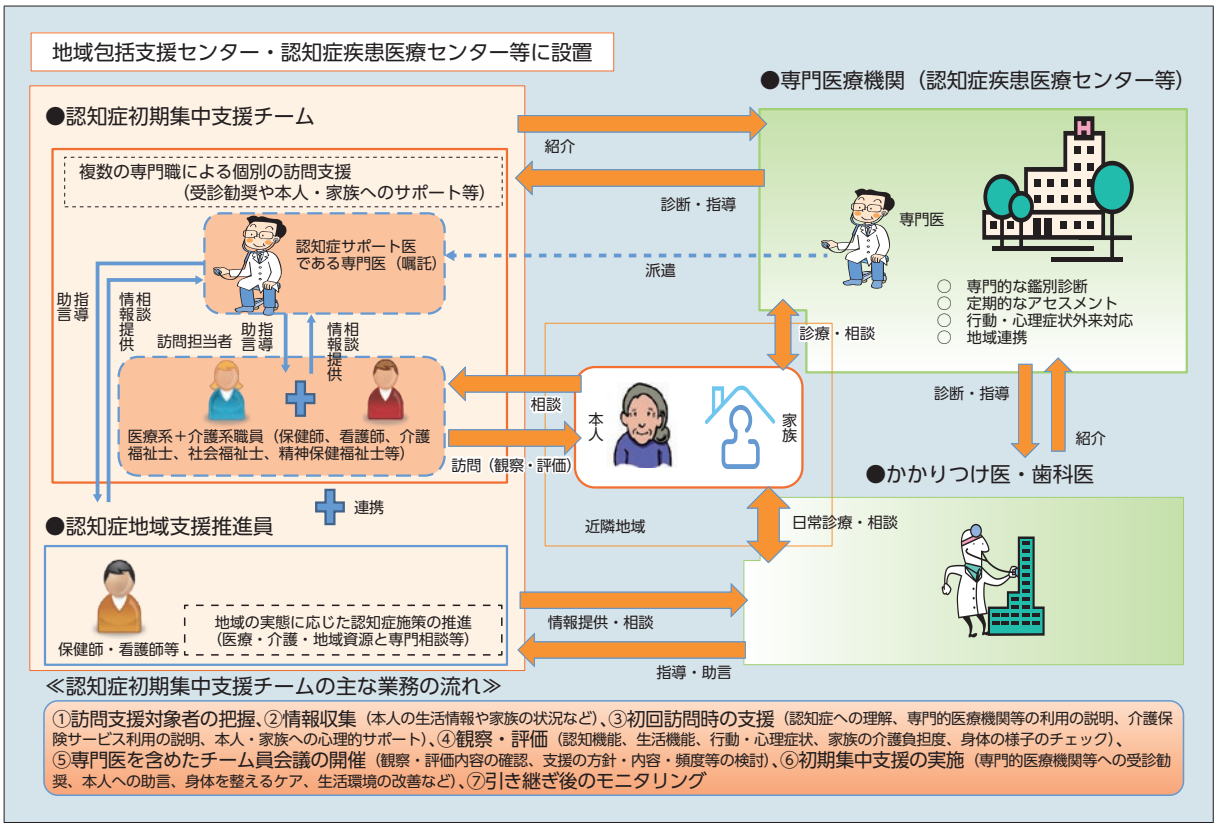
さらに、身近なかかりつけ医の認知症に対する対応力を高め、認知症サポート医の支援を受けつつ、地域で必要となる医療・介護等の連携を確保し、鑑別診断や行動・心理症状（BPSD）への対応等に当たり、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことができるようにすることが重要である。そのため専門的な知識を有する医師等が在籍し地域における治療の拠点となる「認知症疾患医療センター」等の専門医療機関を2017（平成29）年度末に500箇所整備することとしている（**図表4-3-17**）。

このほか、誰もが認知症とともに生きることとなる可能性があり、また、誰もが介護者等として認知症に関わる可能性があることなど、認知症は皆にとって身近な病気であることを社会全体で正しく理解する必要がある。そのため、認知症に関する正しい知識と理解を持って、認知症の人やその家族を支援する「認知症サポーター」を2017年度末に800

万人養成することとしている。なお、量的な養成だけでなく、認知症サポーターに様々な場面で活躍してもらうことにも重点を置き、認知症サポーター養成講座を修了した者のステップアップを図るための手引きや参考材料等を作成し、修了した者に地域の見守り活動や、認知症の人やその家族が地域の専門家と相互に情報を共有しながら、お互いを理解し合う「認知症カフェ」にボランティアとして参画してもらう取組みなどを、地域の実情に応じて進めることとしている。

これらをはじめとした各種の取組みによって、新オレンジプランの総合的な推進を図っている。

図表4-3-17　早期診断・早期対応のための体制整備



コラム　認知症になっても地域で暮らすために ～地域で支える取組事例～

認知症になっても、いつまでも住み慣れた地域で暮らし続けたい―国民ひとりひとりが将来にわたって自分らしく生活するために、自治体では、地域包括ケアシステムの構築とともに、認知症の方がより良く生きていくための環境整備を進めている。地域資源を活かしながら認知症の方とその家族を支える自治体の取組みを紹介する。

1　認知症初期集中支援チームによる早期診断・早期対応（北海道砂川市）

砂川市では、地域包括支援センターと砂川市立病院認知症疾患医療センター（以下「医療センター」という。）が、市内のかかりつけ医と連携しながら認知症初期集中支援チーム（以下「集中支援チーム」という。）を運営し、認知症が疑われる人を早期に適切な医療や介護につなげる取組みをしている。砂川

市の集中支援チームの構成員は、①地域包括支援センターの主任介護支援専門員（介護福祉士）１人、②医療センターの認知症サポート医[1]１人、③医療センターの認知症看護認定看護師[2]１人となっているが、月に２回開催するチーム員会議には、④市の介護福祉課職員、⑤地域包括支援センターの認知症地域支援推進員[3]、⑥医療センターの精神保健福祉士等も参加する。④～⑥は、チーム員会議への参加だけでなく、支援活動の中で気になる点があれば、随時情報を共有し相談・連携している。

早期診断・早期対応はまず、支援対象者の把握から始まる。支援が必要とされている方に関する情報は、家族や介護関係者、地域からの相談や、見守り活動に用いる個人情報の聞き取りのため、行政等による高齢者宅への訪問等を通じて把握される。

集まった情報に基づいて、医師以外のチーム員２人が対象となる家庭を訪問し、初回の訪問では、約１時間をかけて、支援対象者とその家族との会話を通じて、身体や生活全般の状況確認を行う。その後、集中支援チームの会議で、支援が必要とされるそれぞれの方の状況に合わせて、どのような支援がふさわしいかを多職種間で話し合う。その際、集中支援チームとして行う支援のゴールを最初に決めることで、支援に携わるそれぞれの機関・職種が何をするのかといった役割分担を明確にし、きめ細やかな支援につなげている。

支援は医療面と介護面の両面からのアプローチが行われる。医療面では、かかりつけ医や医療センターへの受診勧奨を行い、早期診断につなげている。介護面では、本人の同意に基づいて地域の介護支援専門員がケアプランを作成して介護保険サービスによる支援を実施したり、有償のボランティア活動などの介護保険には含まれない日常生活の支援サービスを案内している。

集中支援チームによる支援が終了した後でも、社会的に孤立しやすい一人暮らしの高齢者については、医療や介護の機関につないで終了ということではなく、定期的に連絡をし、引継ぎ後の状況に課題がある場合には、医療・介護の機関と連携して対応し、認知症の方が地域で孤立しないようアフターフォローも行っている。

砂川市　認知症初期集中支援チームの案内

1　地域における認知症の人を支えるために必要な知識・技術を持つ医師。
2　認知症の専門知識を持つ看護師。
3　医療、介護等に関する地域の支援機関の間の連携支援や認知症の方やその家族の相談業務等を行う者。

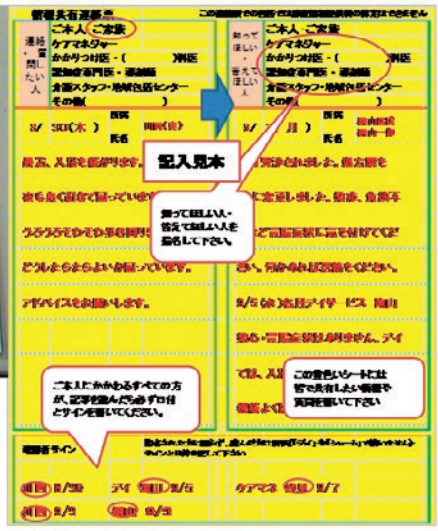
2　認知症の方や家族の声に寄り添い、各専門職の有機的な連携を推進する「つながりノート」の活用（兵庫県川西市）

川西市では、認知症の方の支援を進める上で、医療・介護等の関係者の連携を深めるとともに、認知症の方とその家族がちょっとしたことでも相談がしやすい体制づくりを重視しており、そのためのツールとして「つながりノート」を活用している。「つながりノート」は、認知症の方とその家族が、認知症の支援に関わる医療・介護の関係者とコミュニケーションを円滑に図ることを目的として、川西市と川西市医師会、大阪大学が協力して作成した。2013（平成25）年2月の導入以降、市内において様々な周知を行っている。

「つながりノート」は3分冊になっており、Ⅰ「基本情報・医療情報・介護情報編」は、認知症の方の習慣や生活パターン、既往歴・薬歴、介護事業所の利用状況等を記入し、Ⅲ「資料編」には、認知症の症状と対応方法、市内の相談窓口と医療機関の連絡先が掲載されている。Ⅱ「情報共有連絡票・日々の記録編」は、認知症の方の支援内容について、連絡したい人や質問したい人を記入者が指定し、読後にサインする構成になっている。

使い方の例として、かかりつけ医に向けて、家族が認知症の周辺症状（入浴を嫌がる、夜中に起き出すなど）について気になっていることを書き、受診の際に受付に提出する。かかりつけ医は受診の前に、つながりノートに目を通す。普段の様子を知った上で診療が行えるので、適切な診断につながるなどの効果が出ている。

認知症の介護の現場では、家族が医療と介護の専門職に質問や意見がしづらいという状況も見受けられる。「つながりノート」は、このような状況に対して、コミュニケーションを図るきっかけとなっているとともに、認知症の方とその家族が孤立を感じずに、安心感を得られるツールとなっている。



川西市　つながりノート
↑クリアファイルに入れて持ち運びができる
→つながりノートⅡの内容（一部）

3　認知症サポーターのさらに先へ～「サポートリーダー」の養成（熊本県山鹿市）

山鹿市では、認知症の方を地域でサポートする際に中心的な役割を担う存在として、「認知症サポーター」をさらに進めた「認知症地域サポートリーダー」の養成を進めている。サポートリーダー養成講座は、2007（平成19）年度から実施しており、認知症の当事者、医療や介護の関係者を講師として招き、グループワーク等を通して、認知症の方を取り巻く実情を学ぶとともに、顔の見える関係づくりに取り組んでいる。

サポートリーダーの活動内容の一例を挙げると、認知症の方が行方不明になった時に地域で捜索する仕組みづくりの一環として、地区の区長とサポートリーダーが中心となって「徘徊者捜索声かけ模擬訓練」を行っている。当初は1地区での実施であったが、2015（平成27）年度は8地区で実施し、710人が参加した。参加者からは「もし認知症になっても、地域で見守られているという安心感を

得ることができる」といった感想が聞かれ、「認知症になってもこの街で暮らし続けられる」、「認知症の方を地域で支えていく」という意識の醸成に役立っている。

山鹿市　徘徊者捜索声かけ模擬訓練の様子

(3) 医療と介護の連携の推進

(在宅医療と介護の連携の推進を介護保険法上の恒久的な制度として位置付け、市町村が主体となり、地域の医師会等と連携しながら、地域における関係機関の連携体制の構築を図る)

入院医療から在宅への円滑な復帰を可能とするためには、医療・介護関係職種による包括的なケアのための協働・連携の体制を整える必要がある。在宅医療・介護の連携推進については、これまで国の補助制度に基づき対応してきたが、2014（平成26）年の医療介護総合確保推進法による介護保険法の改正により、在宅医療・介護の連携推進を、介護保険制度の中で、市町村が地域の実情を踏まえて行う地域支援事業（包括的支援事業）として、恒久的な制度として位置付け、全ての市町村において取り組むこととした。これにより、地域における医療・介護の関係機関が連携し、多職種協働により、在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するために、市町村が主体となり、地域の医師会等と連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図ることとなる（**図表4-3-18**）。

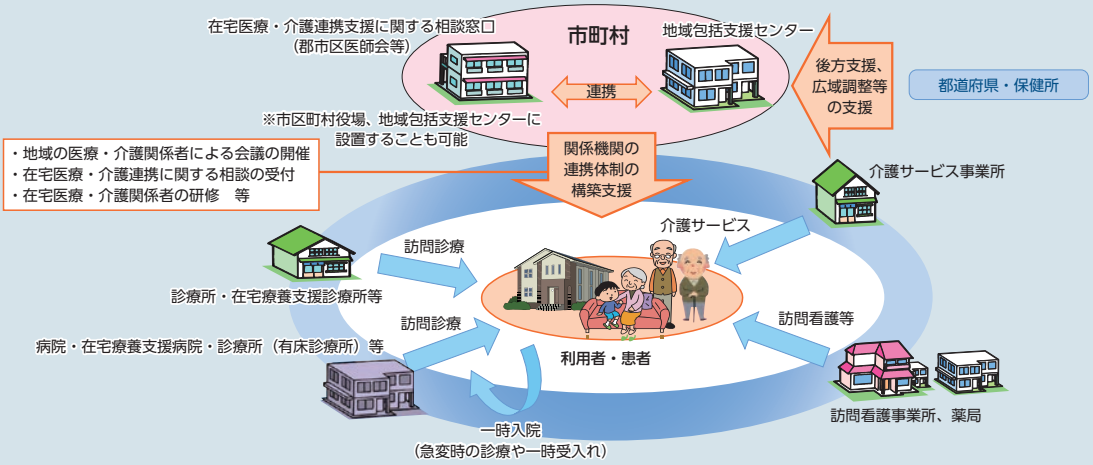
市町村の具体的な取組みは、①地域の医療・介護の資源の把握、②在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、③切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進、④医療・介護関係者の情報共有の支援、⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援、⑥医療・介護関係者の研修、⑦地域住民への普及啓発、⑧広域的連携が必要な事業についての関係市町村の連携の８項目であり、実施可能な市町村は2015（平成27）年４月から取組みを開始し、2018（平成30）年４月には全ての市町村で実施される予定である。

これまで医療に関する施策は主として都道府県が担ってきたことから、経験や地域の医師会との連携が乏しい市町村もある。そのため、市町村と地域の医師会等の関係団体や病院等との協議への支援や、広域での研修の実施といった、都道府県による支援が重要である。

また、国は、在宅医療・介護連携推進事業に関する計画作成の支援、在宅医療・介護連携に関する現状分析のためのデータの提供や好事例の展開等を行うこととしている。

図表4-3-18　在宅医療・介護連携の推進

○医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
（※）在宅療養を支える関係機関の例
・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等　（定期的な訪問診療等の実施）
・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等　（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
・訪問看護事業所、薬局　（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
・介護サービス事業所　（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
○このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



コラム　三方よし研究会（滋賀県東近江圏域）の取組み ～多職種連携による「地域まるごとケア」をめざして～

団塊の世代が全て75歳以上となる2025（平成37）年を見据えて、高齢化の進展がより一層見込まれる中、医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けていけるよう、地域の医療・介護関係者が緊密に連携していくことが重要である。

本コラムでは、様々な職種が車座での意見交換を通じて「顔の見える関係」を構築し、職種の枠を超えた連携を実現している事例として、滋賀県東近江圏域の「三方よし研究会」を取り上げる。

（「三方よし研究会」とは）

滋賀県の東近江圏域（東近江市、近江八幡市、日野町、竜王町）では、脳卒中の地域連携クリティカルパス[1]づくりをきっかけとして、2007（平成19）年に「三方よし研究会」が発足した。

医療・保健・福祉・介護の関係機関の機能分担と連携の在り方を検討する場として、「売り手よし・買い手よし・世間よし」の近江商人の三方よしの精神にならい、「患者よし・医療機関よし・地域よし」のネットワークの構築を目指したものである。また、地域のリーダーたる開業医、急性期病院医、さらには保健所長等のキーパーソンの尽力によって始まり、地域ぐるみで育んできた。

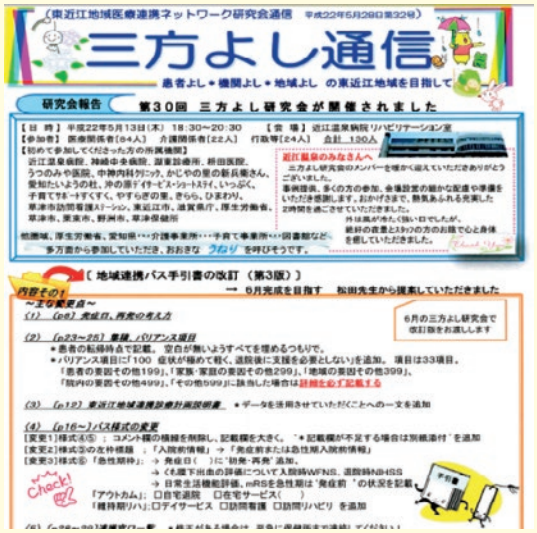
研究会の様子

1　急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの

（「三方よし研究会」の取り組み）

この研究会は、地域の医療資源を有効活用し、患者にとって最も有効な体制で医療が提供できるよう、多職種で協議し、各病院の機能の明確化・役割分担を整理するところから始まった。開始当初より欠かさず月１回の頻度で開催。2016（平成28）年３月で第100回を迎えている。圏域内の病院・診療所・介護施設・公共機関など地域の多職種約100人が参加し、車座になって自己紹介、当番施設（毎月持ち回り）の取組紹介や連携を必要とした困難事例の報告などを行っている。

これらの取組みにより、患者の安心感、満足度が向上するとともに、①患者の症状の改善を機関や職種を超えて喜び合い、共感できることがモチベーションアップにつながる、②仲間意識が生まれ、弱み、強みが言い合える、無理を頼める、助けて！と言える持ちつ持たれつの関係が構築できる、③相手のことがわかっているから安心して連絡ができる、④患者や家族の声が聞ける場であることが自分たちのケアの振り返りにつながる、⑤悩みはみんなで共有し、その解決のために知恵を出し合う場としてみんなで盛り上げていこうとする機運が高まってきたなど、患者にも医療機関にも地域にも、つまり三方に喜ばれる結果となっている。



毎月発行されている「三方よし通信」

そして、顔の見える関係の構築により、市民公開講座などの市民啓発や、障がい者のスポーツ参加を可能にした風船バレー大会の開催など、様々なフィールド活動も生まれてくるようになった。

（「三方よし研究会」が目指すところと各地への広がり）

これらの取組みを通して、三方よし研究会では患者１人１人の尊厳が尊重され、快適に社会復帰ができるための町づくりの発想が重要であるという認識に至ってきた。つまり、歳をとっても、認知症になっても、病気やがんになっても安心して暮らせる、在宅看取りなどができる町づくりを実現することである。行政とも連携しながら、顔の見える関係でお互いを助け合う優しい互助の心を育むことにより市民のコンセンサスを得ながら歩みを進めていくことを目指している。

三方よし研究会の取組みを参考に、秋田県At Home「介護と医療と在宅をつなぐ会」、東京都「ケアコミュニティせたカフェ」、長野県「佐久コミュニティ・ケア・ネット」、鹿児島県「鹿児島医療介護塾」など、多職種連携によるネットワークづくりの動きが広がっている。今後、このような動きがより一層活発化することが期待される。

（4）生活支援

1 介護保険制度の地域支援事業としての実施

（生活支援サービスは新しい介護予防・日常生活支援総合事業として介護予防と一体的に提供されるほか、コーディネーター配置等により生活支援サービスの体制整備の事業を実施）

介護保険制度には、要介護者に対する介護給付、要支援者に対する予防給付のほか、保険者である市町村が、要介護・要支援認定者のみならず、地域の高齢者全般を対象に、地域で必要とされているサービスを提供する「地域支援事業」という仕組みがある。生活支援サービスは、この「地域支援事業」に位置付けられ、市町村が中心となって、要支援者

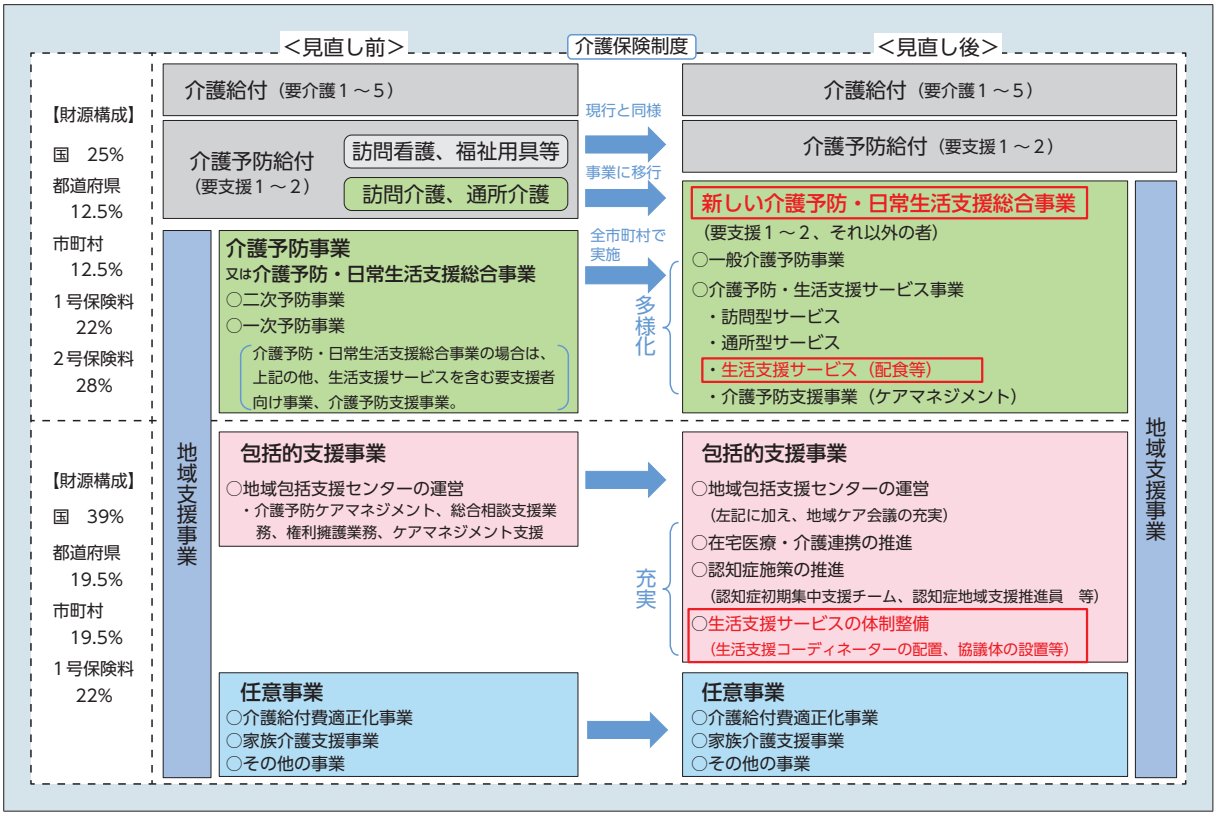
や要介護状態等となるおそれのある高齢者を対象に、介護予防と日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる介護予防・日常生活支援総合事業（「総合事業」）として実施されてきた。地域支援事業については、2014（平成26）年の介護保険法の改正により、2015（平成27）年4月から、従来予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を市町村が行う総合事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、介護予防訪問介護等と住民等が参加する多様なサービスを総合的に提供する仕組み（「新しい総合事業」）へと見直しを行った（**図表4-3-19**）。市町村は、生活支援等のサービスの体制整備等を進め、2017（平成29）年4月までに移行を終えることとされている。

また、新しい総合事業の実施に当たっては、ボランティア活動との有機的な連携を図る等、地域の人材を活用していくことが重要である。元気な高齢者が生活支援の支え手となって地域で社会参加する機会を増やしていくことで、高齢者自身の介護予防にもつながる。

このため、2015年度より、地域支援事業に新たに生活支援サービスの体制整備の事業を設けた（**図表4-3-19**）。この事業は、「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置等を進め、担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加と生活支援の充実・強化を図るものである。生活支援コーディネーターが、既存の地域資源の整理・確認を行い、既存の地域資源では対応できていない生活支援ニーズを特定し、必要な資源開発やサービス提供主体間のネットワーク構築等を行う。そして、民間企業、NPO、ボランティア等の多様な関係主体間の協議体を活用して、定期的な情報共有や連携・協働による取組みを進め、地域に不足している資源を特定し、必要な資源の開発を行う。このような地域資源の整理・開発の過程で、新しい総合事業として実施していくべき取組みを、地域の実情を踏まえて選定していく。

厚生労働省では、2018（平成30）年度までに全市町村でこのような取組み（生活支援体制整備事業）が実施されるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組みを支援している。2015年10月時点の調査では、2016（平成28）年4月までに実施する保険者は873保険者となっており、全保険者（1,579）の半数以上の保険者が取り組む状況である。

図表4-3-19　新しい地域支援事業の全体像

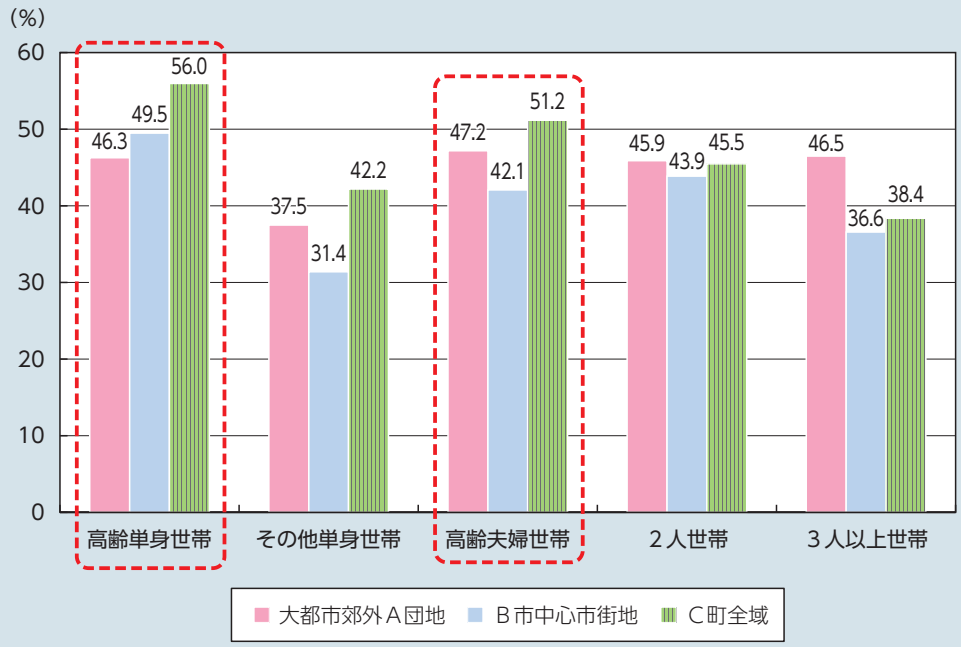


2 多様な生活支援ニーズと地域における支え合いの体制づくり

（高齢者の生活支援ニーズは多様で公的介護サービス外のものも多い。一方で助け合いの活動への意欲を持つ人も相当程度いることから、市町村が中心となって地域の支え合い体制づくりを進めることが重要）

高齢の単身者や夫婦のみで構成される世帯の増加や認知症高齢者の増加により、地域での日常生活を継続する上で、生活支援のサービスや見守りを必要とする人は少なくなく、そのニーズも多様である。買い物で不便や苦労がある世帯の割合は、高齢者単身世帯や高齢夫婦世帯について見ると、都市規模にかかわらず、約4～5割の世帯が不便や苦労があると回答している（**図表4-3-20**）。

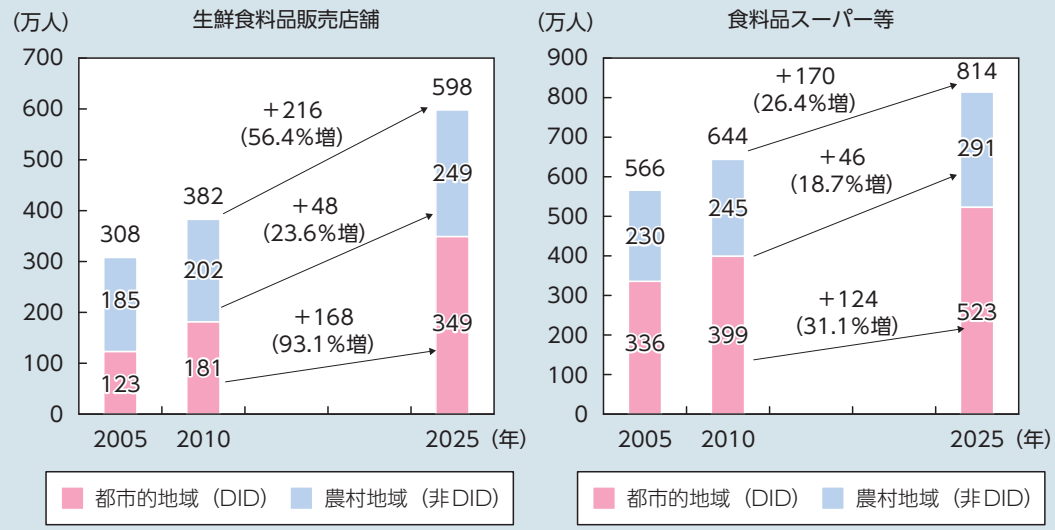
図表4-3-20　食料品の買い物で不便や苦労がある割合



資料：農林水産政策研究所「食料品アクセス問題の現状と対応方向」（平成24年）
（注）　調査時期はＡ：平成22年7～8月、Ｂ：平成22年9～10月、Ｃ：平成22年10～11月。調査時点における調査地域の概要はそれぞれ以下のとおり。
Ａ：東京都西部の団地。団地内に食料品スーパー、団地周辺に総合スーパー有り。店舗への距離は250～500mと2～5kmが最も多い。徒歩による買い物が最も多く、次いでバスが多い。
Ｂ：福島県南部の地方都市中心市街地。郊外の国道沿いに量販店が多く出店し、中心市街地は空洞化。店舗への距離は1～2kmが最も多い65歳未満は6割以上が自動車を利用、65歳以上の自動車利用は3割以下。
Ｃ：鳥取県南部の山村、町全域。役場の近くに食料品スーパーが1店舗、いくつかの個人商店が存在。店舗への距離は10km以上が最も多い。65歳未満は8割、65歳以上も5割が自動車を利用。

買い物に苦労していると想定される、生鮮食料品販売店舗や食料品スーパー等まで500m以上で自動車がない65歳以上人口の将来推計は、生鮮食料品販売店舗までのアクセスについては、2010（平成22）年は382万人であったが、2025（平成37）年には598万人（56.4%増）となり、特に都市的地域（DID）で顕著に増加すると推計されている。食料品スーパー等までのアクセスについては、2010年は644万人であったが、2025年には814万人（26.4%増）となり、その多くの部分が都市的地域（DID）での増加と推計されている（**図表4-3-21**）。

図表4-3-21 店舗まで500m以上で自動車がない人口の将来推計（65歳以上）

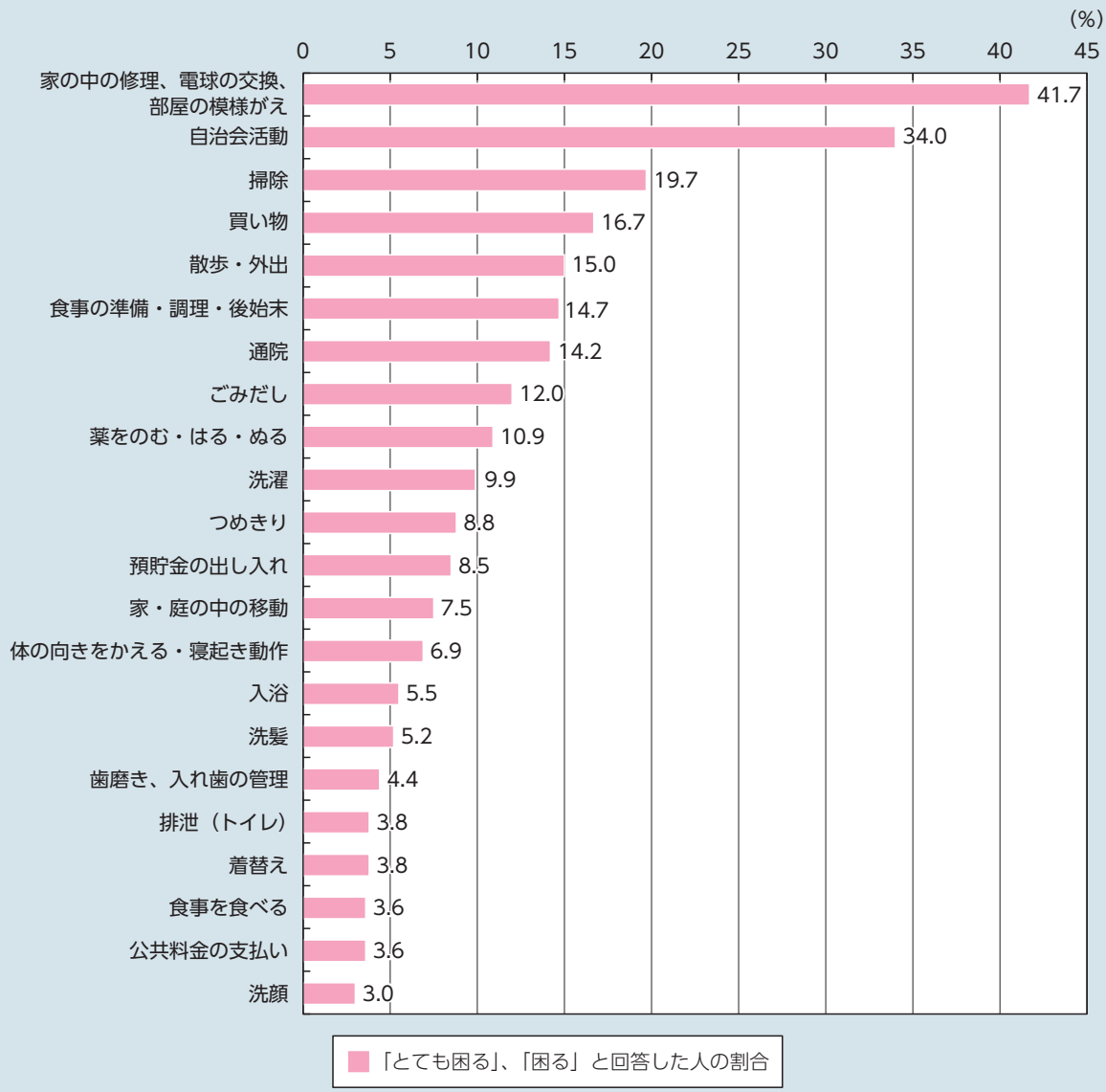


資料：農林水産政策研究所「食料品アクセス問題と高齢者の健康」（平成26年）
（注） 1. 2005年、2010年は、それぞれ2002、2007年商業統計の店舗数、それぞれ2005、2010年国勢調査の人口を用いて推計。
2. 2025年は、店舗数は2022年推計値、人口は2025年推計人口（国立社会保障・人口問題研究所2013）を用いて推計。
3. 「生鮮食料品販売店舗」は、生鮮品専門店（食肉小売業、鮮魚小売業、果実・野菜小売業）及び百貨店、総合スーパー、食料品スーパー。
4. 「食料品スーパー等」は、百貨店、総合スーパー、食料品スーパー

一人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていることに関する調査によれば、「とても困る」「困る」と回答した人の割合が高い事項として「家の中の修理、電球交換、部屋の模様がえ」（41.7%）、「自治会活動」（34.0%）、「掃除」（19.7%）、「買い物」（16.7%）、「散歩・外出」（15.0%）、「食事の準備・調理・後始末」（14.7%）、「通院」（14.2%）、「ごみだし」（12.0%）などが挙げられ、公的介護サービスでカバーできないものも多いことが分かる（**図表4-3-22**）。

そこで、2016年3月に厚生労働省、経済産業省、農林水産省で共同して、事業者及び地方自治体が公的介護保険外のサービスを創出・活用するにあたって参考となる事例やノウハウを記載した「地域包括ケアシステム構築に向けた公的介護保険外サービスの参考事例集」（保険外サービス活用ガイドブック）を作成した。この事例集は、これから保険外サービスの提供を開始しようとしている事業者や既に提供を開始提供している事業者にとって、市場参入や事業拡大の際の参考となることが期待されるものである。また、地域において保険外サービスも視野に入れて地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある自治体にとっては、既に地域にある保険外サービスを把握するきっかけや、事業者との連携を図っていく際の一助となる。

図表4-3-22　一人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていること



資料：みずほ情報総研株式会社「一人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支援方策に関する調査研究事業報告書」（平成24年3月）
（注）　愛知県大府市に居住している、在宅独居の75歳以上の高齢者全数を対象とした調査。対象者には、自立支援高齢者又は要支援高齢者が含まれている（要介護認定を受けた高齢者は含まれていない）。有効回答数は379件。

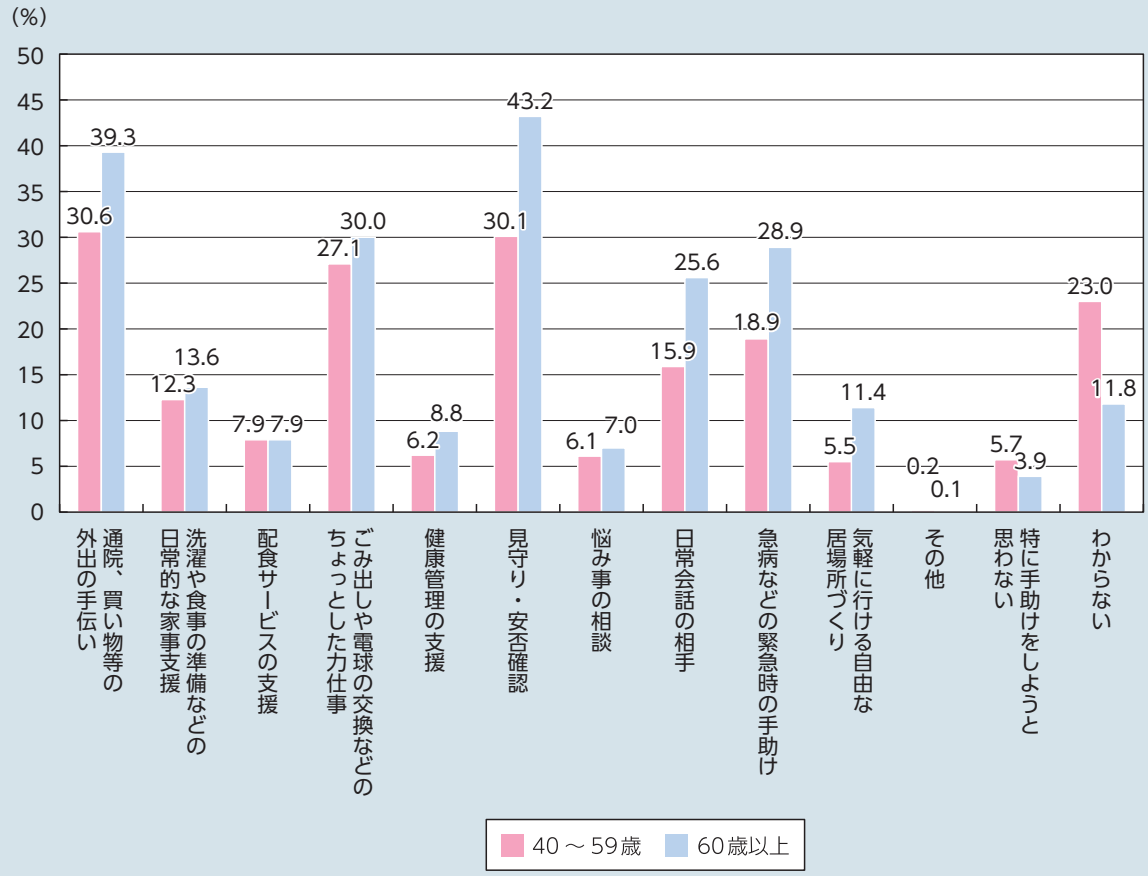
一方で、**図表1-2-15**によれば、60歳以上の高齢者の自主的社会活動への参加状況について、高齢者の支援を目的としたものの割合は6.7%（2013（平成25）年）に過ぎない。また、高齢者の見守りネットワークを形成している自治体もあるが、全国で一般的に実施されているわけではなく、住民の互助活動による生活支援サービスや見守り活動は十分とは言えない状況にある。

このような多様な生活支援のニーズに対して、元気で意欲のある高齢者には、支援の担い手となることも期待される。見守り・安否確認、通院・買い物等の外出の手伝い、ごみ出しや電球の交換などのちょっとした力仕事等の活動を実施したいと考える高齢者も相当程度存在し（**図表4-3-23**）、地域における支え合いの力となり得るだろう。また、高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいにつながり、介護予防や閉じこもりの防止にも資すると考えられる。

地域貢献はしたいが何をどうしてよいかわからないとの声もあり、これらを地域の力と

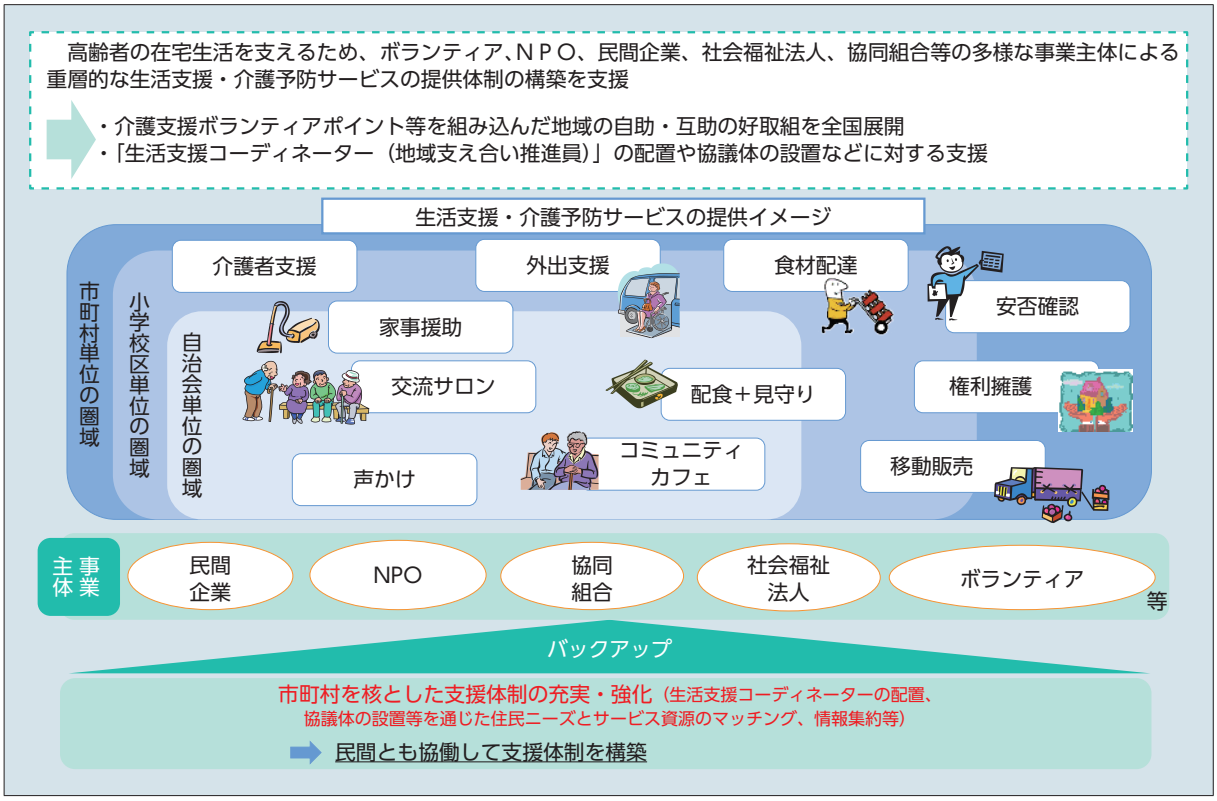
して活かしていくことができるよう、市町村が中心となって高齢者も含めて生活支援等サービスを提供したいと考えている者と地域における生活支援ニーズをマッチングするほか、多様な主体の参加を促し、地域における支え合いの体制づくりを進めていくことが重要である（図表4-3-24）。

図表4-3-23　実施したいと思う「支え合い・助け合い」活動（3つまで）



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）
（注）　調査対象は、全国の40歳以上の男女。回答数は3,000人。

図表4-3-24　多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供



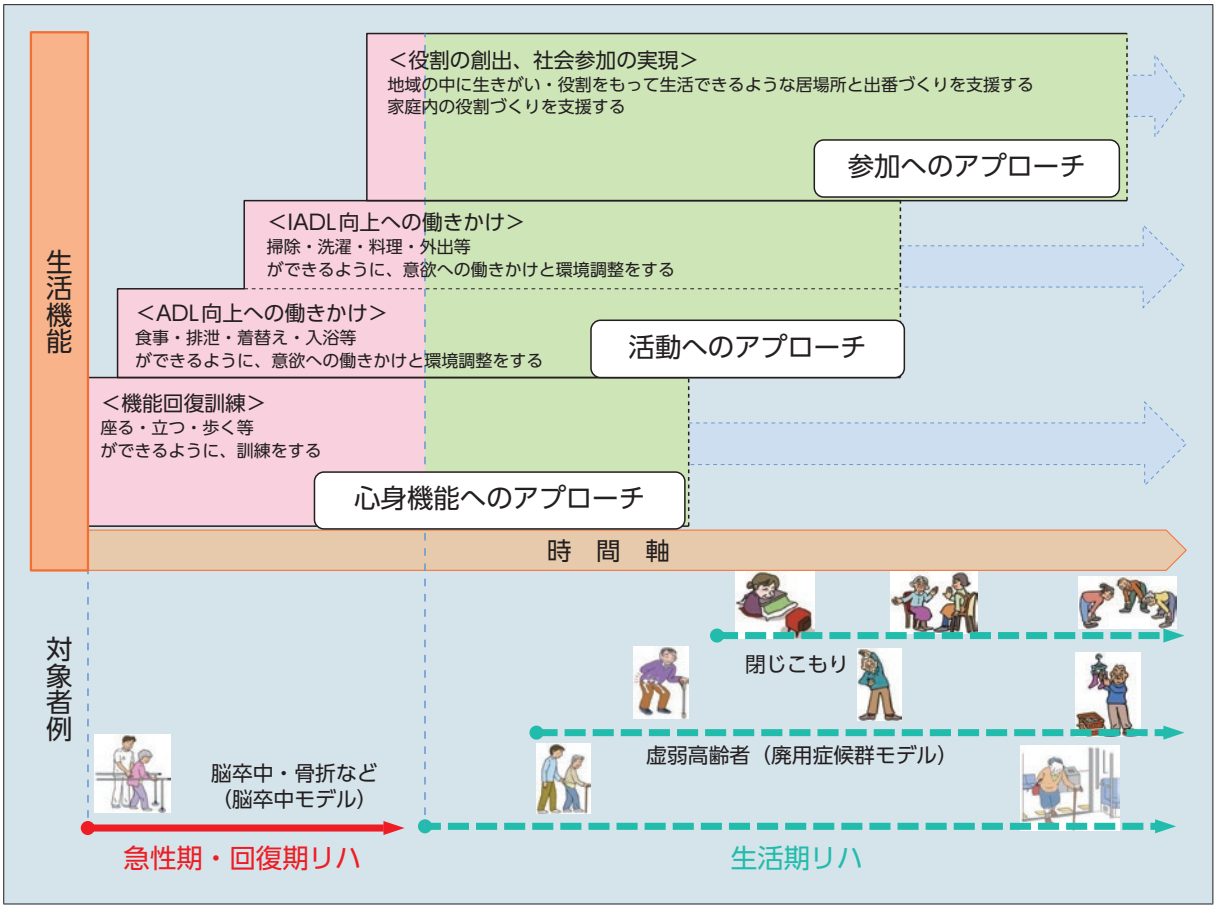
(5) 介護予防

1 介護予防の意義

(介護予防は運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけでなく、日常生活の活動を高め、生きがいや自己実現の取組みを支援して、生活の質を高めるもの)

2001（平成13）年5月に世界保健機関（WHO）総会において採択された国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health：ICF）では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②食事摂取などの身の回りの生活行為（ADL）・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成されるとしている。そのため、生活機能の低下した高齢者に対しては、この理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要である。介護予防とは、「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と定義されるが、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組みを支援して、生活の質（Quality Of Life：QOL）の向上を目指すものである（図表4-3-25）。

図表4-3-25 高齢者リハビリテーションのイメージ



2 新たな介護予防事業

（全国一律の基準で実施されていた予防給付の一部は市町村の実情に応じて実施する「地域支援事業」に移行。機能回復訓練に加えて、高齢者本人の環境へのアプローチを含む新しい総合事業に順次移行）

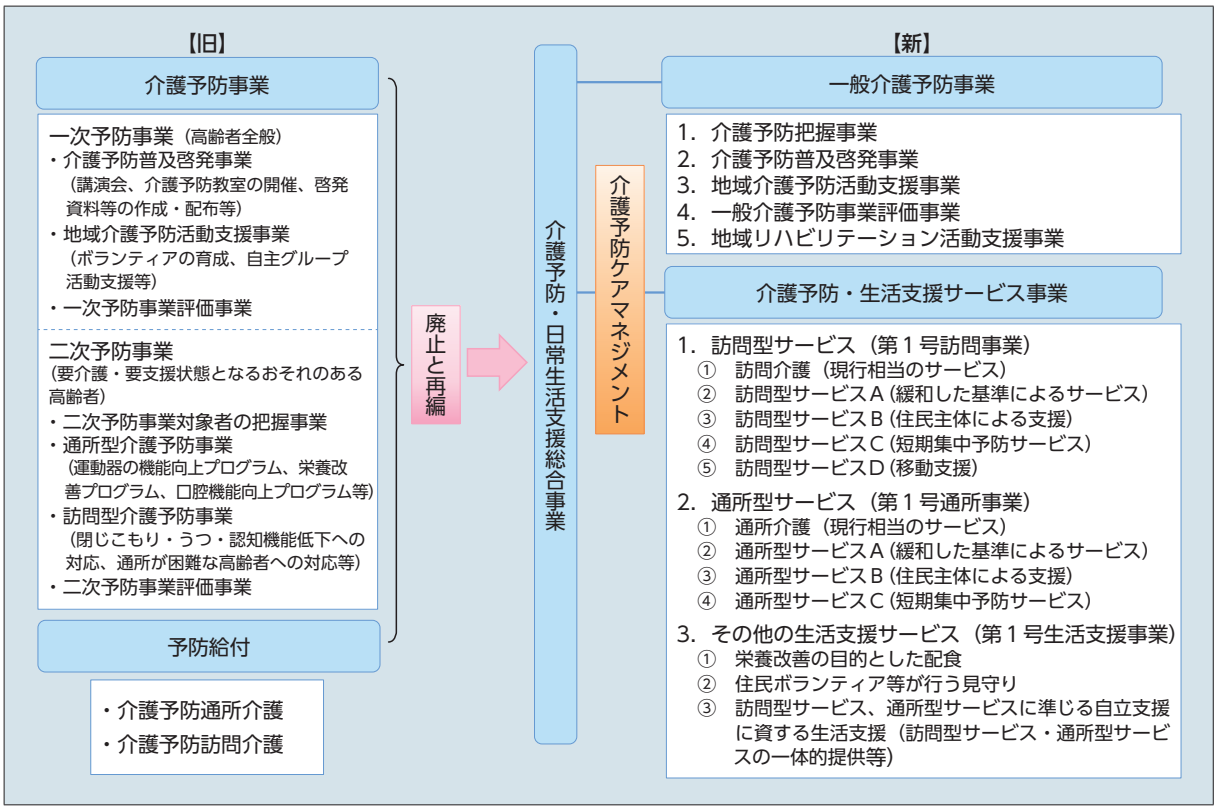
2014（平成26）年の介護保険法の改正において、2015（平成27）年4月から、従来予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を地域支援事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、介護予防訪問介護等と住民等が参加する多様なサービスを総合的に提供する仕組み（「新しい総合事業」）へと見直しを行った（**図表4-3-26**）。

新しい総合事業のうち一般介護予防事業は、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職等による自立支援に資する取組みを推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指すものである。

介護予防・生活支援サービス事業は、要支援者や事業の対象者の多様な生活支援のニーズに対応するため、介護予防訪問介護等のサービスに加え、住民主体の支援等も含め、多様なサービスを事業の対象として支援するものである。事業は大きく分けて4つに分類され、要支援者等に対し、掃除・洗濯等の日常生活上の支援を訪問により提供する「訪問型サービス」、機能訓練や集いの場等への通所により日常生活上の支援を提供する「通所型サービス」、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守り等の提供を行う

「その他の生活支援サービス」、そしてこれらの新しい総合事業によるサービス等が適切に提供されるよう調整する「介護予防ケアマネジメント」によって構成される。

図表4-3-26　新しい介護予防事業の体系



今後の介護予防においては、まず、地域の高齢者の心身の状態や生活環境等の情報収集により、閉じこもり等の何らかの支援を必要とする者を把握することが重要となる。元気な高齢者は、地域の介護予防の担い手として活動したり、身近にある住民主体の通いの場への参加を通じて、自身の元気な状態を維持する。一方で、支援が必要と判断された高齢者に対しては、市町村やその委託を受けた事業者に所属する保健・医療専門職の訪問を通じて生活課題を抽出するとともに、高齢者自身の興味・関心を把握する。その結果を基に、自立に向けて利用するサービスの内容やその目標等を地域ケア会議等の多職種が参加する場で検討し、支援策を決定する。その後、3～6ヶ月の短期間で、訪問・通所サービスを通じて状態の改善を図るとともに、高齢者自身の意欲を高め、支援が必要な状態からの「卒業」、つまり自立を目指す。さらに「卒業後」も、高齢者が容易に通える範囲に住民主体の介護予防活動を実施する場があることで、状態の維持を図ることができるようにする。

3 地域づくりによる介護予防の推進

（継続した介護予防のためには、地域の幅広い層の高齢者が参加できる住民主体の場を構築する「地域づくり」が必要であり、このためのモデル事業を実施）

高齢者の誰もが継続して介護予防に取り組むには、取組みの効果を高齢者自身が実感できること、かつ、近隣に通いの場があり、継続して介護予防の取組みを行えることが必要である。知り合いからの声かけが通いの場への参加のきっかけとなったり、介護予防の効

果を実感して通いの場に参加していた人も、一緒に介護予防に取り組む仲間の存在によって、継続して通いの場に通い続ける動機を持つこともあるだろう。身近な範囲における虚弱な高齢者の存在を把握しやすいのも地域の住民である。そのため、住民が主体となって、地域の幅広い層の高齢者が参加できる住民の通いの場が継続的に広がっていく仕組みを構築することが重要である。

このため、市町村は高齢者人口の１割以上が通いの場に参加することを目標に地域づくりを推進するとの考えのもと、2014年度から「地域づくりによる介護予防推進支援事業」を実施している（**図表4-3-27**）。本事業では、モデル市町村が住民に対する動機付け、住民運営の通いの場の立ち上げの支援を行い、地域づくりを通じた効果的・効率的な介護予防の取組みを推進するとともに、市町村の取組みに地域間格差が生じないよう、国と都道府県が連携して研修や個別相談等の技術的支援を行うものである。2015年度は35都道府県で同事業が実施された。

図表4-3-27 地域づくりによる介護予防推進支援事業

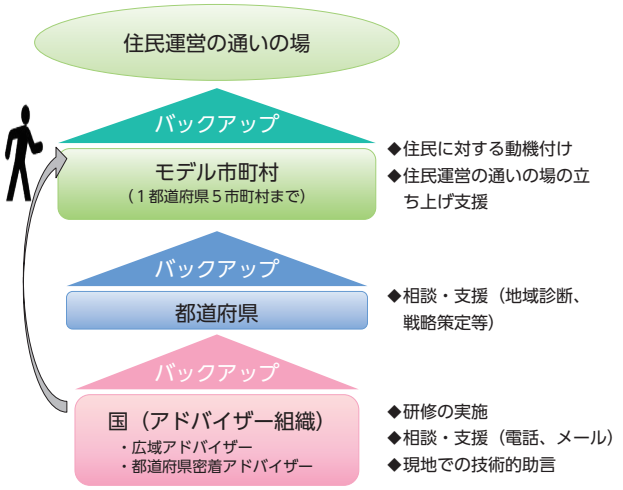
＜事業内容＞
都道府県が管内全市町村の介護予防の取組を支援するにあたり参考となるモデル事例及び知見を得るために、国（アドバイザー組織）と都道府県が連携し、モデル市町村が住民運営の通いの場を充実していく各段階において、研修及び個別相談等の技術的支援を行う。

＜市町村支援における役割分担＞

[都道府県]
・アドバイザーとモデル市町村との連携調整
・研修会の開催
・モデル市町村における取組から得た知見を基にした管内全市町村の取組支援

[広域アドバイザー]
・１～２都道府県を広域的に担当
・地域づくりによる介護予防の実践経験を活かした具体的な技術支援

[都道府県密着アドバイザー]
・所在の１都道府県を担当
・市町村担当者が地域づくりを実践する中で抱える課題等に対する日常的な相談・支援



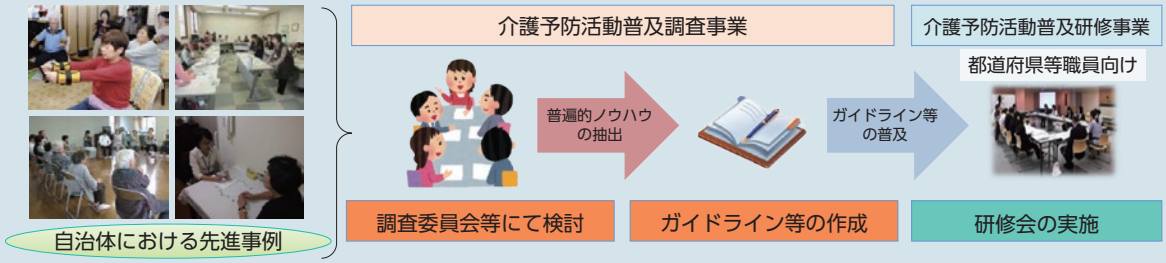
4 効果的な介護予防の取組推進のための先進事例の展開

3で示した取組みフローに沿った介護予防を全国的に実施していくためには、効果的な介護予防に先進的に取り組んでいる市町村の事例を展開することが有効である。そこで、2016（平成28）年度からは、介護予防に積極的な自治体において取り組まれている介護予防の手法について普遍的なノウハウを抽出したガイドライン・研修用のカリキュラムを策定することとしている（**図表4-3-28**）。

図表4-3-28　介護予防活動普及展開事業

●目的
　生涯現役社会を実現するため、先進的な市町村で取り組んでいる効果的な介護予防の仕組みを全国展開し、元気な高齢者を増やすことを目的とする。
　具体的には、①介護予防における市町村のリーダーシップ構築、②市町村が主体的に介護予防に取り組むための組織づくりと運営、③効率的・効果的な短期集中介護予防プログラムの実施と地域の受皿づくりを全国の市町村で実践できるよう、以下のような技術的な支援を行う。

●平成28年度事業内容
全国の市町村における上記①～③の取組を強化するため、先進事例から普遍的なノウハウを抽出、普及し、実践につなげる。
⑴介護予防活動普及調査事業
　介護予防に積極的な自治体において取り組まれている、「要介護状態からの卒業」を見据えた介護予防の手法について、全国の市町村において取り入れることができるよう、普遍的なノウハウを抽出し、ガイドラインを作成する。都道府県との連携の下、ガイドラインに沿った取組を全国の市町村が実践できるよう、研修・フォローアップのためのカリキュラムを策定し、市町村に提供する。
⑵介護予防活動普及研修事業
　上記研修カリキュラムを用いた研修会を試行的に開催し、ガイドライン、カリキュラム改訂時に内容の充実を図る



(6) 一億総活躍社会の実現に向けた取組み

1 一億総活躍社会と「介護離職ゼロ」について

(一億総活躍社会の実現に向けた新・三本の矢としての「介護離職ゼロ」)

2015（平成27）年10月、政府は、少子高齢化という構造的な課題に正面から取り組むことで、2050（平成62）年度も1億人の人口を維持し、誰もが、家庭で、職場で、地域で、生きがいを持って充実した生活を送ることができる「一億総活躍社会」を目指す方針を新たに示した。あわせて、このための実現手段として、①「希望を生み出す強い経済（名目GDP600兆円の実現）」、②「夢をつむぐ子育て支援（希望出生率1.8の実現）」、③「安心につながる社会保障（介護離職ゼロの実現）」という3つの方向性が示された（「新・三本の矢」）。

このうち第三の矢の指標である、いわゆる「介護離職ゼロ」について、家族の介護・看護を理由とした離職・転職者数は、2011（平成23）年10月～2012（平成24）年9月で10.1万人となっており、希望に反して介護のために離職せざるを得ない状況を改善する必要がある。また、特別養護老人ホームの入所申込者数は2013（平成25）年度において約52.4万人、そのうち在宅の要介護3～5の入所申込者数は約15.3万人であり、特別養護老人ホームの待機者の解消も求められている。

このような問題に対して、2015年11月に一億総活躍国民会議で緊急に実施すべき対策が取りまとめられた（「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策」（以下「緊急対策」という））。「介護離職ゼロ」の実現に向けては、ニーズに見合った介護施設・在宅サービスの整備、介護人材の育成・確保・待遇改善、介護事業の生産性向上に取り組むこととした。また、2016（平成28）年6月には、一億総活躍社会の実現に向けた中長期的な工程表となる「ニッポン一億総活躍プラン」が閣議決定された。

2 介護サービス提供体制の確保

①在宅・施設サービス等の整備の充実・加速化

（都市部を中心とした在宅・施設サービス等の整備の加速化、規制緩和）

高齢化が進み、介護を必要とする高齢者の増加が見込まれる中で、地域包括ケアシステムの構築に必要となる介護サービス確保に向け、必要な在宅サービスや施設サービスといった基盤を整備していくことが必須である。そのため、医療介護総合確保推進法の成立に伴い、各都道府県に設置された「地域医療介護総合確保基金」を活用して、介護施設等の整備や介護従事者の確保に関する事業が進められてきた。

緊急対策による介護基盤の整備に向けた具体的な施策としては、2020年代初頭を目標に、現行の介護保険事業計画等における約38万人分以上（2015年度から2020年度までの増加分）の整備に加え、約12万人分の在宅・施設サービスの上乗せ整備を行うこととした。このうち、約10万人分については、特別養護老人ホームや定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の整備であり、約2万人分は、サービス付き高齢者向け住宅の整備である（**図表4-3-29**）。

また、施設等の用地の確保を容易にし、特別養護老人ホーム等の整備を図るため、定期借地権で国有地をはじめとした施設用地を借りる場合に、土地所有者に支払う一時金の一部を支援する対象を拡充するとともに、今後需要の増加が見込まれる看護小規模多機能型居宅介護事業*5等を対象施設に追加する等した。

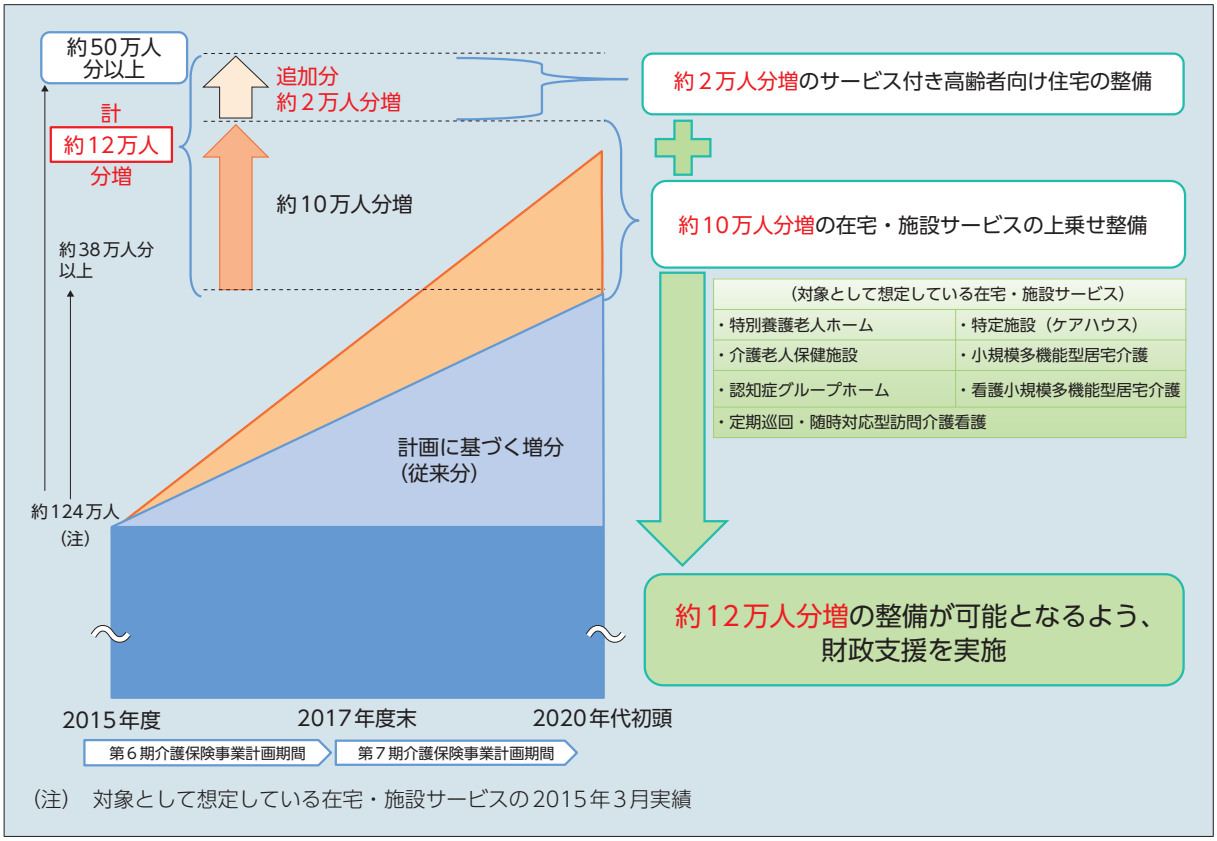
さらに、限られた用地で効率的に介護施設の整備を行い、効果的な介護サービスを提供するため、介護施設等の合築・新設を行う場合の補助の新設や、空き家を活用した認知症高齢者グループホームや小規模多機能型居宅介護事業等の整備への補助を新設した。

以上のような、在宅・施設サービスの整備の加速化・支援の拡充のため、地域医療介護総合確保基金を、2015年度補正予算で約921億円、2016年度予算で約423億円積み増した。

さらに、こうした予算による対応に加えて、都市部の特別養護老人ホームについて、入所施設を経営している既存の社会福祉法人であること等の一定の要件を満たした場合には、建物の民間からの貸与を認めることとした。また、高齢者施設と保育所等の合築の場合には、調理室等の併用が可能であることを明確化し、合築等による整備の促進を図ることにしている。

＊5 看護小規模多機能型居宅介護とは、①退院直後の在宅生活へのスムーズな移行、②がん末期等の看取り期、病状不安定期における在宅生活の継続、③家族に対するレスパイトケア、相談対応による負担軽減といったニーズのある方々を支援するため、2012（平成24）年度介護報酬改定で創設されたもの。

図表4-3-29　在宅・施設サービスの上乗せ整備のイメージ



(注)　対象として想定している在宅・施設サービスの2015年３月実績

②介護人材の確保

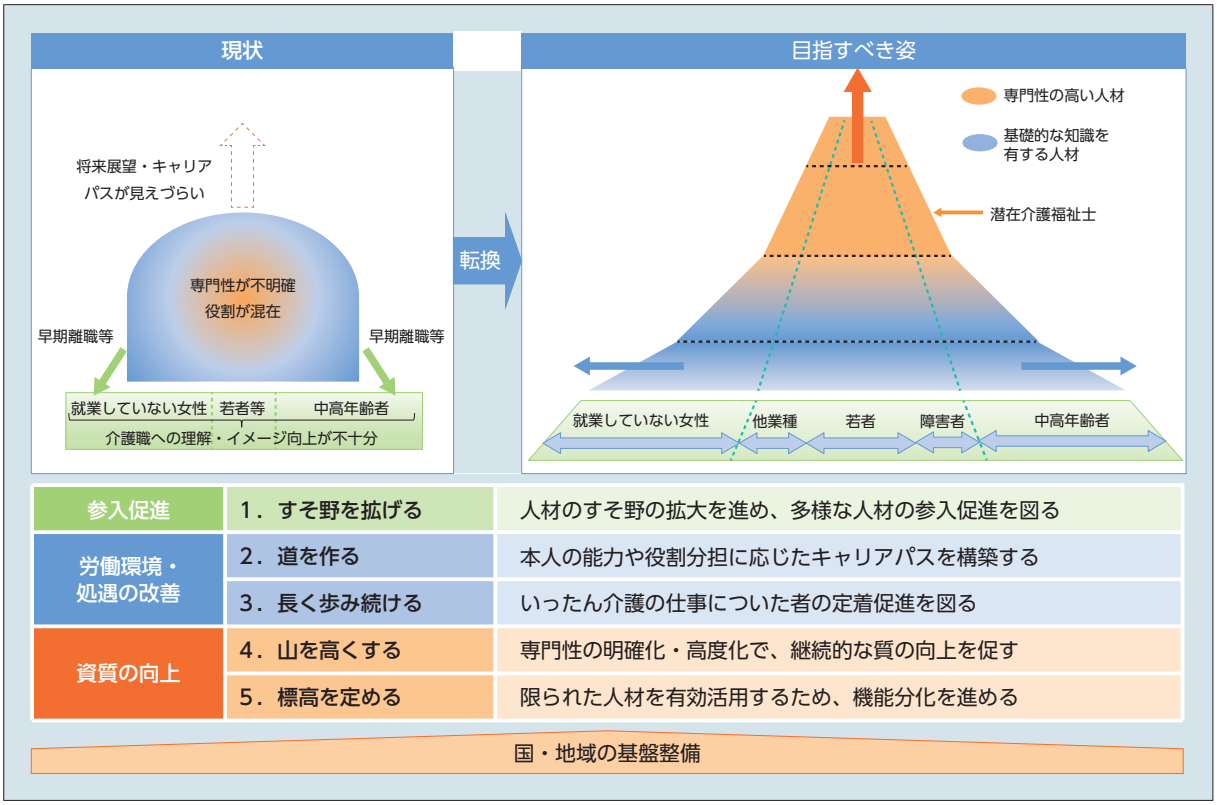
(介護人材の需給推計)

在宅・施設両面の介護サービス基盤の整備とともに、それを支える介護人材の確保も必要となる。2014（平成26）年度に各都道府県において行った介護人材にかかる需給推計結果では、2025（平成37）年には約253万人の介護人材が必要との見通しが示されている。一方、近年の入職・離職等の動向に将来の生産年齢人口の減少等の人口動態を反映した「現状推移シナリオ」に基づく供給見込みは215.2万人であり、約37.7万人の介護人材が不足するとの見通しが示されている。

(総合的・計画的な人材確保の推進)

介護人材の需給推計により37.7万人の需給ギャップが発生することが見込まれる中、厚生労働省では、2025年を介護人材確保にかかる当面の目標年とした上で、戦略的な政策展開により計画的に介護人材確保を進めていくための施策の全体像として、2015年２月に社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会における報告書として「2025年に向けた介護人材の確保～量と質の好循環の確立に向けて～」を取りまとめた。当該報告書では、「参入促進」、「労働環境・処遇の改善」、「資質の向上」の３つを柱とし、2016年３月に成立・公布された「社会福祉法等の一部を改正する法律」（平成28年法律第21号）による制度による対応、地域医療介護総合確保基金を活用した介護人材の確保に関する事業の実施等の予算による対応、介護職員の処遇改善等の介護報酬による対応など、2025年に向けた介護人材の量的・質的確保のための総合的な取組みを示している（**図表4-3-30**）。

図表4-3-30 介護人材確保の目指す姿～「まんじゅう型」から「富士山型」へ～

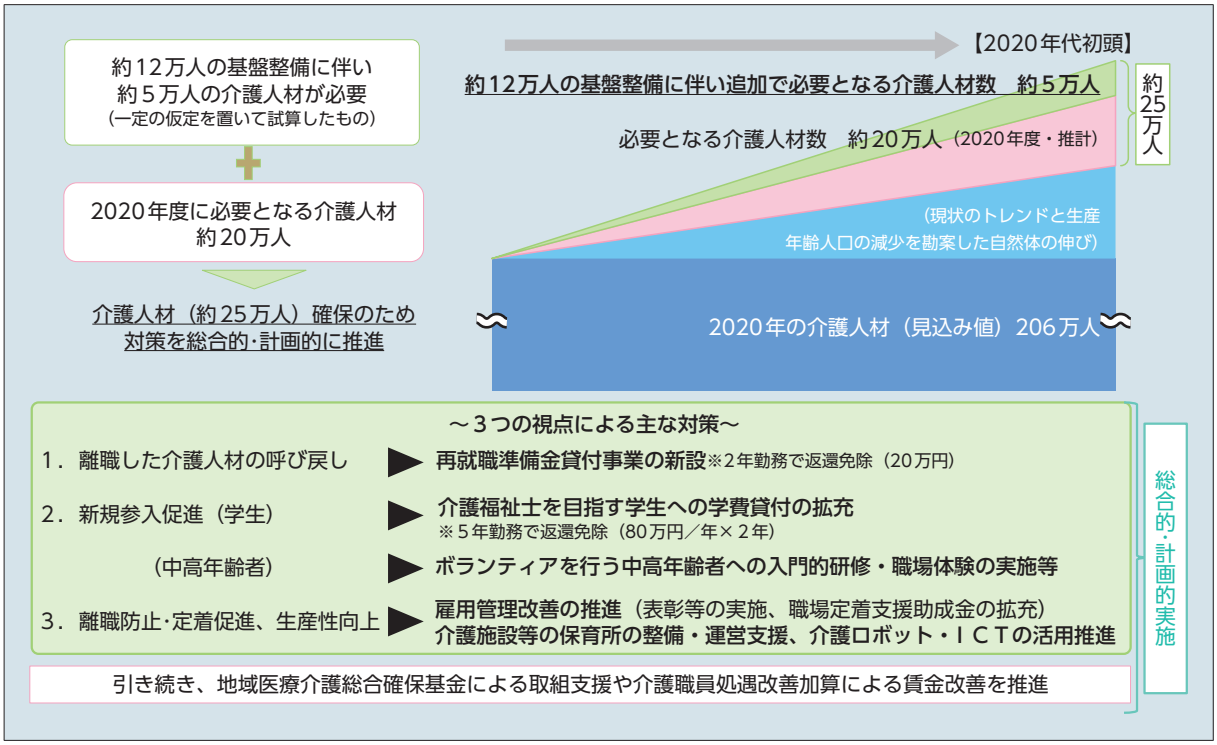


（2020年代初頭に向けた介護人材確保の方向性）

「介護離職ゼロ」の実現に向けた緊急対策として、2020年代初頭に向け利用者約12万人分の在宅・施設介護サービス基盤を上乗せ整備することとなったが、これを支える介護人材の確保も併せて必要となる。前述の介護人材の需給推計によると、2020年における介護人材の需給ギャップは約20万人であり、これに約12万人分の介護サービス基盤の上乗せに伴い追加的に必要と見込まれる約5万人をあわせ、2020年代初頭に向け、合計約25万人の介護人材を確保する必要がある。そのため、「離職した介護人材の呼び戻し」、「新規参入促進」、「離職防止・定着促進、生産性向上」という3つの視点による施策を新たに行うこととしている（**図表4-3-31**）。

また、ニッポン一億総活躍プランでは、介護人材の処遇について、2017（平成29）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ととし、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こととしている。

図表4-3-31　2020年代初頭に向けた介護人材確保の方向性



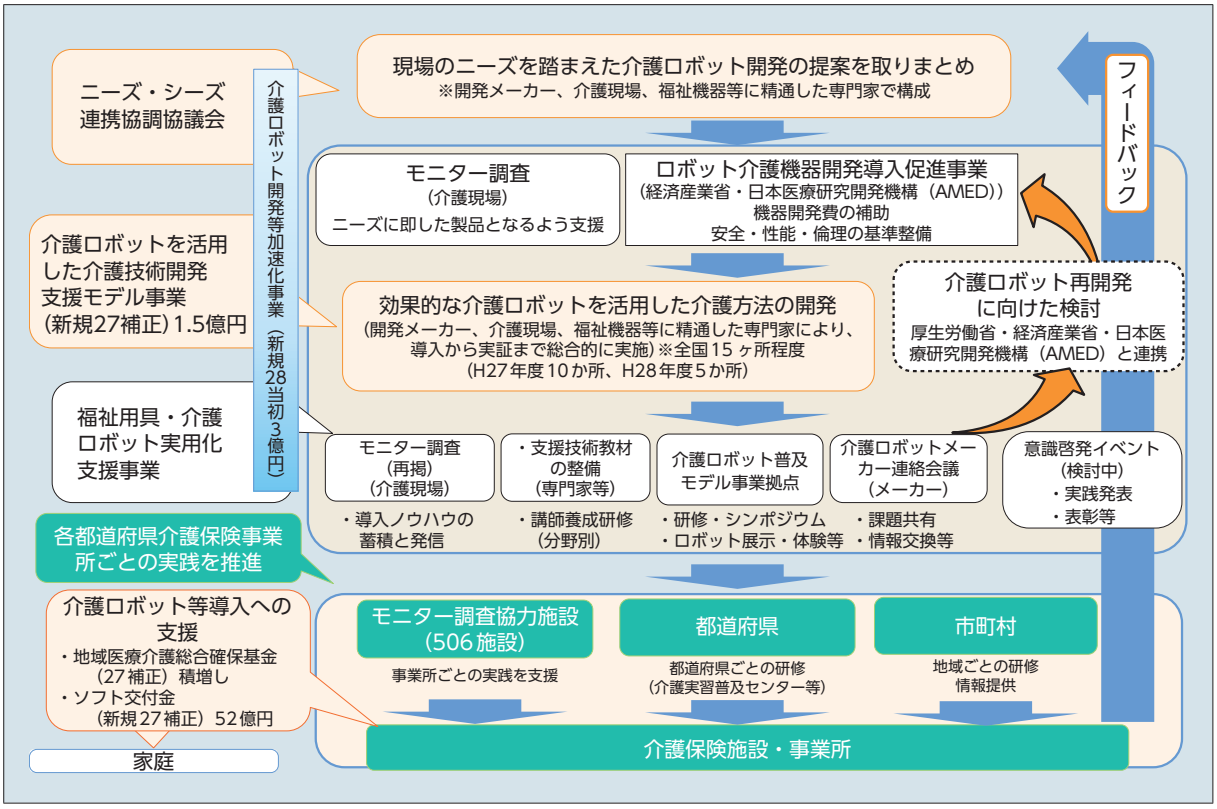
（介護事業の生産性向上の取組み）

介護ニーズが増加する一方で労働力人口は減少すると見込まれ、介護サービスの効果的・効率的な提供も課題となっている。介護ロボットは、介護従事者の身体的負担の軽減や業務の効率化に資する新たな技術が用いられており、介護従事者が継続して就労するための環境整備として活用が期待される。そこで、厚生労働省では、介護ロボットの開発・導入・普及の加速化に向けた支援を行っている（図表4-3-32）。

具体的には、開発企業と介護現場の協議を通じて着想段階から現場の開発ニーズを開発内容に反映し、開発中の試作機へのアドバイス、開発された機器を用いた効果的な介護技術の構築など、各段階で必要な支援を行っている。また、介護ロボットの導入を支援することにより、介護環境の改善に即効性を持たせるとともに、広く一般の介護事業所の取組みの参考となるような先駆的な取組みについて、地域医療介護総合確保基金を通じて支援を行っている。さらに、介護従事者の介護負担の軽減を図る取組みが一層推進されるよう、一定額（20万円超）の介護ロボットを介護保険施設・事業所に導入する費用について助成しており、事業者の負担が大きい介護ロボットの導入を特別に支援している。このほか、介護ロボットを活用した効果的な介護方法の開発・実証成果等の普及啓発に向けた取組みを実施している。

また、介護の質を低下させずに現場の業務負担の軽減を図る観点からは、介護記録の作成・保管等のICT化により事務を効率化することで、間接的業務の所要時間を削減し、介護職員が直接処遇に係る業務に多くの時間をかけることができるようにする取組みが重要である。厚生労働省はこれまでに、ICTの活用等を要件とした訪問介護のサービス提供責任者の配置基準の緩和や、介護事業所におけるICTの活用による業務上の文書削減及び業務の効率化の効果について検証するモデル事業などの取組みを実施している。

図表4-3-32　介護ロボットの開発・導入・普及の加速化に向けた支援について



3 介護に取り組む家族等への支援

①家族等への支援の意義

（要介護者の在宅生活の継続のためにも介護に当たる家族等への支援は重要。また介護による離職は社会的な損失）

介護保険のサービスは、要介護者の生活を支えていくための制度として整備が進められ、介護の社会化に大きな役割を果たしてきた。他方、要介護者の生活を支える上で、家族等は引き続き大きな役割を果たしている。在宅要介護者を支える家族等に過度の負担がかかって「燃え尽き」が生じてしまい、要介護者が施設等へ入所することになる場合もある。そのため、要介護者の在宅生活の継続という観点から見ても、介護者に対する総合的な支援は重要な課題である。また、家族等が介護を理由に仕事や学業等の社会生活を断念せざるをえなくなることは、社会全体の損失であることからも、介護者への効果的な支援に取り組むべきである。

②仕事と介護の両立を可能とするための制度の整備

（介護離職の防止のため、介護休業の分割取得等の制度改正を実施）

1995（平成7）年に介護休業制度が創設されて以降、認知症高齢者の増加や世帯構造の変化など家族の介護をめぐる状況にも変化が生じている。介護は長期間にわたって続く可能性があり、その状態も個人の状況によって異なる。また、介護サービスの利用等にあたって、家族の対応が必要となる時期も様々である。それらのニーズに柔軟に対応できるよう、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とされている。

このような視点を踏まえ、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

度の見直しを行うため、「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」（平成３年法律第76号。以下「育介法」という。）の一部改正を含む「雇用保険法等の一部を改正する法律」（平成28年法律第17号）が第190回通常国会で成立した。

この改正により、原則１回、最長93日間の介護休業について、分割取得（最大３回、通算93日間）を可能とするとともに、介護休業等を取得できる対象家族の範囲を拡大する。また、対象家族１人につき年５日（２人以上は10日）の介護休暇については、介護保険の手続き、ケアマネジャーとの打ち合わせ、通院等の日常的な介護ニーズに対してより柔軟に対応するため、半日（所定労働時間の２分の１）単位の取得を可能とする。さらに、事業主が①短時間勤務制度、②フレックスタイム制度、③始業・終業時刻の繰り上げ・繰り下げ、④介護サービスを利用する場合、労働者が負担する費用を助成する制度その他これに準ずる制度のいずれかを講ずることとされている「選択的措置義務」については、措置内容は維持した上で、現行では介護休業とあわせて93日とされているが、これを介護休業から独立させて、３年の間で２回以上の利用を可能とする制度とする。また、これまでは、育児のための所定外労働の免除のみが育介法に規定されていたが、介護のための所定外労働の免除についても法律上の制度とし、介護終了までの期間について請求できる権利とした。

このほか、2016年８月１日より、介護休業給付の給付率の引上げ（40%→67%）を行うこととしている。（**図表4-3-33**、**図表4-3-34**）

このような制度的対応に加えて、中小企業における労働者の円滑な介護休業の取得及び職場復帰などを図るための「介護支援プラン」の策定を支援するとともに、介護離職防止等の取組みを行う事業主に対する助成金を2016年度より新設している。

図表4-3-33 仕事と介護の両立支援制度の見直し

改正趣旨

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。

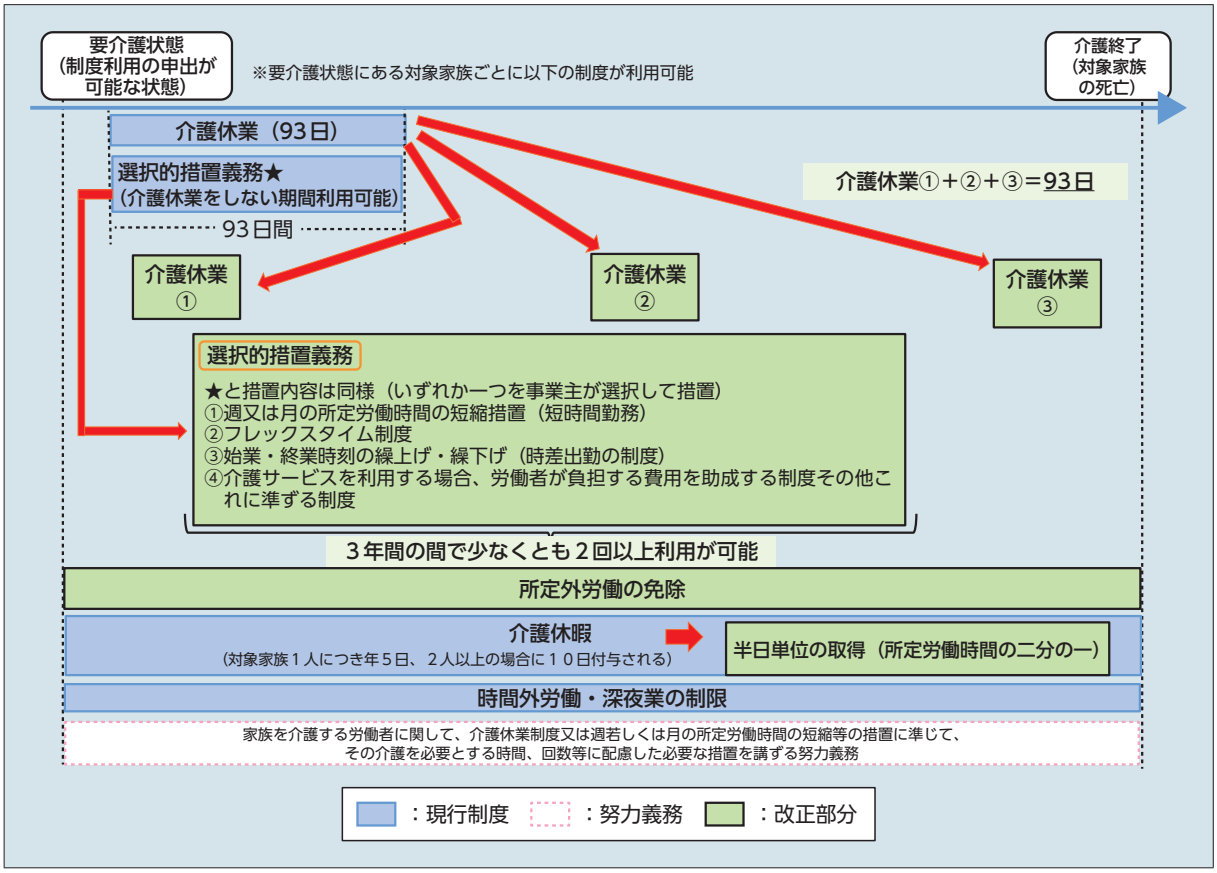
改正内容【介護離職を防止し、仕事と介護の両立を可能とするための制度の整備】

	改正内容	現行	改正案
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	**介護休業給付の給付率の引上げ**	賃金の40％	67％に引上げを行う。
3	**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＞ ※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）
4	**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
5	**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。

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。（現行：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）

図表4-3-34　仕事と介護の両立支援制度の見直し（イメージ）



③家族等への情報提供・相談体制の充実

（地域における適切な支援窓口となるのが地域包括支援センター。またボランティアによる認知症の人の居宅訪問等による家族の身体的・精神的負担の軽減を図る）

地域包括ケアセンターは、介護サービスの利用に係る相談も含め、高齢者、住民の各種相談を本人、家族等から幅広く受け付け、地域における適切な保健・医療・福祉サービスや関係機関・利用可能な制度につなげる等の支援を行う相談窓口としての機能を有している。そのため、介護をしながら働く家族への相談など、介護離職ゼロに向けた取組みでも重要な役割を果たすことが期待される。介護をしながら働く家族からは、土日祝日において介護に関する相談がしやすい体制づくりを求める声もあることから、こうした介護にあたる家族の希望に応えた柔軟な運営も求められている。

また、介護サービス情報公表システムでは、地域包括支援センターの所在地や営業日だけでなく、事業内容や地域包括ケアセンターの特色まで公表できる仕組みとなっており、例えば遠方に暮らす家族が支援を必要とする高齢者の居住する地域の地域包括支援センターの情報を入手することも可能である。

さらに、認知症地域支援推進員の企画・調整により、認知症カフェ等を通じて顔なじみになったボランティアが認知症の人の居宅を訪問して一緒に過ごす取組みや、認知症に関する基本的な知識や介護技術の習得、関係制度への理解を深めるための家族向け介護教室の開催を2016年度から新たに実施し、家族の介護の身体的・精神的な負担の軽減を図っていく（**図表4-3-35**）。

図表4-3-35 ボランティアによる居宅訪問（「認とも」）や家族向け介護教室等の推進

概　要

○認知症の人やその家族が地域の住民や医療・介護の専門家と交流する認知症カフェを発展的に展開するなど、家族等への支援を充実

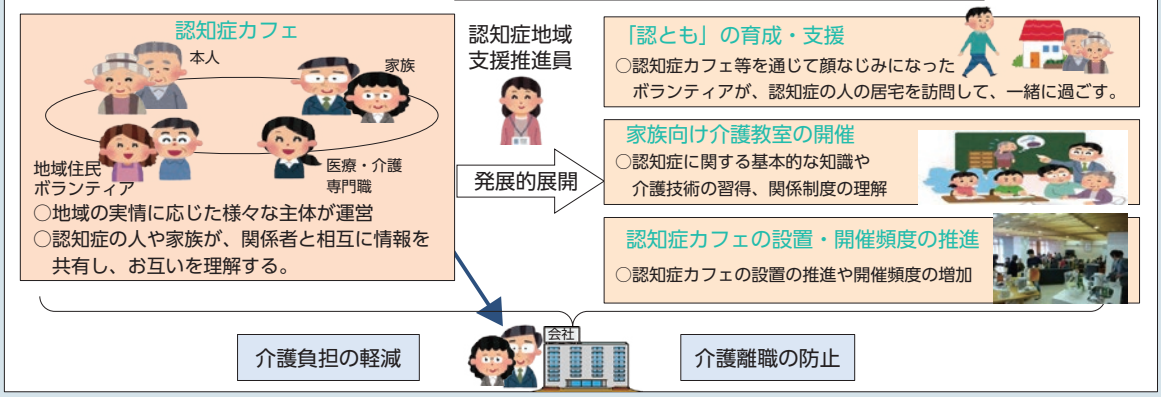
・認知症カフェ等を通じて顔なじみになったボランティアで一定の資質を有する者（例えば、認知症サポーターの上乗せ講座を修了した者）が、認知症地域支援推進員の企画・調整の下、認知症の人の居宅を訪問して、一緒に過ごす取組を新たに実施する（「認とも」）。

・認知症の人の家族を対象として、認知症に関する基本的な知識や介護技術の習得、関係制度への理解を深めるための介護教室を認知症地域支援推進員の企画・調整を通じて開催し、家族の介護の身体的・精神的な負担の軽減を図る。

※認知症地域支援・ケア向上事業（地域支援事業）において、認知症地域支援推進員が企画・調整して実施する事業として実施

認知症地域支援推進員の業務内容

○医療・介護等の支援ネットワークの構築　○認知症対応力向上のための支援（認知症カフェの開設等）　○相談支援



コラム　お節介やさかい（堺）プロジェクト ～「さかいお節介士」が介護者にちょっとした手助けを～

「平成25年国民生活基礎調査」によれば、在宅の要介護者がいる世帯の「主な介護者」は、同居の配偶者、子、子の配偶者などの親族が約6割を占め、そのうち4分の1が、「ほとんど終日」介護している。同居の主な介護者の7割が日常生活での悩みやストレスを抱えており、2割超が介護サービスを利用していない。サービスを利用しない理由として、「家族介護でなんとかやっていける」が5割弱を占めている。

また、平成26年度の高齢者虐待への対応状況調査[1]では、養護者[2]による高齢者虐待と認められた件数は1万5千件超で、その要因は、前年度に引き続き、「介護疲れ・介護ストレス」が最も多い結果となっている。

先の見えない介護を続けるためには、介護者の息抜き（レスパイト）が必要だ。介護保険にはデイサービスやショートステイといった要介護者を預かるサービスはあるが、介護者・要介護者や地域社会がレスパイトの重要性を理解しなければ、サービスを利用したとしても介護者にとっては真のレスパイトとはならない。

大阪府堺市では、在宅介護を担っている家族の精神的、身体的負担を軽減するためには、レスパイトに関する市民の理解や支援が不可欠と考え、2012（平成24）年度から、市民ボランティア組織を立ち上げ、イベントの開催や情報紙を発行し、市民と一緒に普及啓発を図ってきた。

さらに、直接的な介護者支援を行うために、堺市では「お節介やさかいプロジェクト」を2015（平成27）年度に立ち上げた。このプロジェクトの中心は「さかいお節介士」だ。「さかいお節介士」とは、市が主催する養成講座で半日ほど介護に関する基本的な知識や介護者支援について学び、その後、定期的に勉強会などをもちながら、身近な介

1　平成26年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査
2　高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等

お節介士が主催する「出前レスパイトカフェ」
参加者がウクレレの伴奏で合唱

護者へ声かけしたり、必要な情報を届けたり、ちょっとした手助けをする介護者支援の担い手である。

堺市は、「お節介士」という任意の資格認定を行っている日本エルダーライフ協会の協力を得て、「さかいお節介士」の養成を始め、既に163人（2016（平成28）年3月現在）の市民が講座を修了した。受講者は60代が中心であるが、民生委員、介護職員、喫茶店主、訪問理美容事業者、介護経験者・未経験者などその経歴は様々だ。堺市は、介護者支援のハードルを低くし、介護者自身を知る人だからできる「お節介」をすすめているが、既にお節介士自身の経歴やネットワークを活かして、自主的な活動が始まっている。

活動内容をみると、近所や友人との会話の中で積極的に介護やレスパイトを話題にするという簡単な取組みから、自治会とのコラボにより介護について語り合う「出前レスパイトカフェ」の開催、インターネットラジオによる介護情報の発信、専門家の協力を得て介護者が自由に集い、相談できる「介護者同士のよりあい所」の運営までさまざまだ。

堺市が進める「さかいお節介士」は、行政がきっかけを作ってはいるが、その活動は市民が考え行動する仕組みだ。きっと行政が思いつかないような自由な発想と市民力・地域力で、これから様々な活動を展開してくれるだろう。

年１回の介護者・要介護者のファッションショー
お節介士が裏方で活躍

4 住まい

(住まいの種類)

地域包括ケアシステムでは、必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に照らして、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住まい方が確保されていることが前提となる。この場合の住まいとは、実際に暮らす建物と、その建物を取り巻く地域の様々なつながりが一体となったものを指す。建物としては、一般住宅（持ち家・賃貸）の他に、家屋や家族の状況等の理由により一般住宅での生活が難しい高齢者が入所・入居する、特別養護老人ホーム等の施設や有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等も含まれる。急速に進む高齢化とともに、高齢の単身者や夫婦のみで構成される世帯が増加しているが、高齢者がそれぞれの状態に応じて必要な生活支援、介護等のサービスを利用しながら生活できるよう、様々な住まいの確保が必要である（図表4-3-36）。

図表4-3-36 高齢者向け施設・住まいの概要

	特別養護老人ホーム	老人保健施設	介護療養型医療施設	養護老人ホーム	軽費老人ホーム	有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅	認知症高齢者グループホーム
基本的性格	要介護高齢者のための生活施設	要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指す施設	医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設	環境的、経済的に困窮した高齢者の施設	低所得高齢者のための住居	高齢者のための住居	高齢者のための住居	認知症高齢者のための共同生活住居
利用できる介護保険	介護福祉施設サービス（介護老人福祉施設）	介護福祉施設サービス（介護老人保健施設）	介護福祉施設サービス（介護療養型医療施設）	特定施設入所者生活介護 ※外部サービスの活用も可			なし（有料老人ホームの基準を満たす場合、特定施設入居者生活介護が可能） ※外部サービスを利用	認知症対応型共同生活介護
主な設置主体	地方公共団体 社会福祉法人	地方公共団体 医療法人	地方公共団体 医療法人	地方公共団体 社会福祉法人	地方公共団体 社会福祉法人 知事許可を受けた法人	限定なし（営利法人中心）	限定なし（営利法人中心）	限定なし（営利法人中心）
対象者	65歳以上であって、身体上又は精神上著しい障害があるために常時介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難な者	病状安定期にあり、看護・介護・機能訓練を必要とする要介護者	病状安定期にあり、療養上の管理・看護・介護・機能訓練が必要な要介護者	65歳以上の者であって、環境上及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難な者	身体機能の低下等により自立した生活を営むことについて不安であると認められる者であって、家族による援助を受けることが困難な60歳以上の者	老人 ※老人福祉法上、老人に関する概念がないため、解釈においては社会通念による	次のいずれかに該当する単身・夫婦世帯等 ・60歳以上の者 ・要介護／要支援認定を受けている60歳未満の者等	要介護者／要支援者であって認知症である者（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）

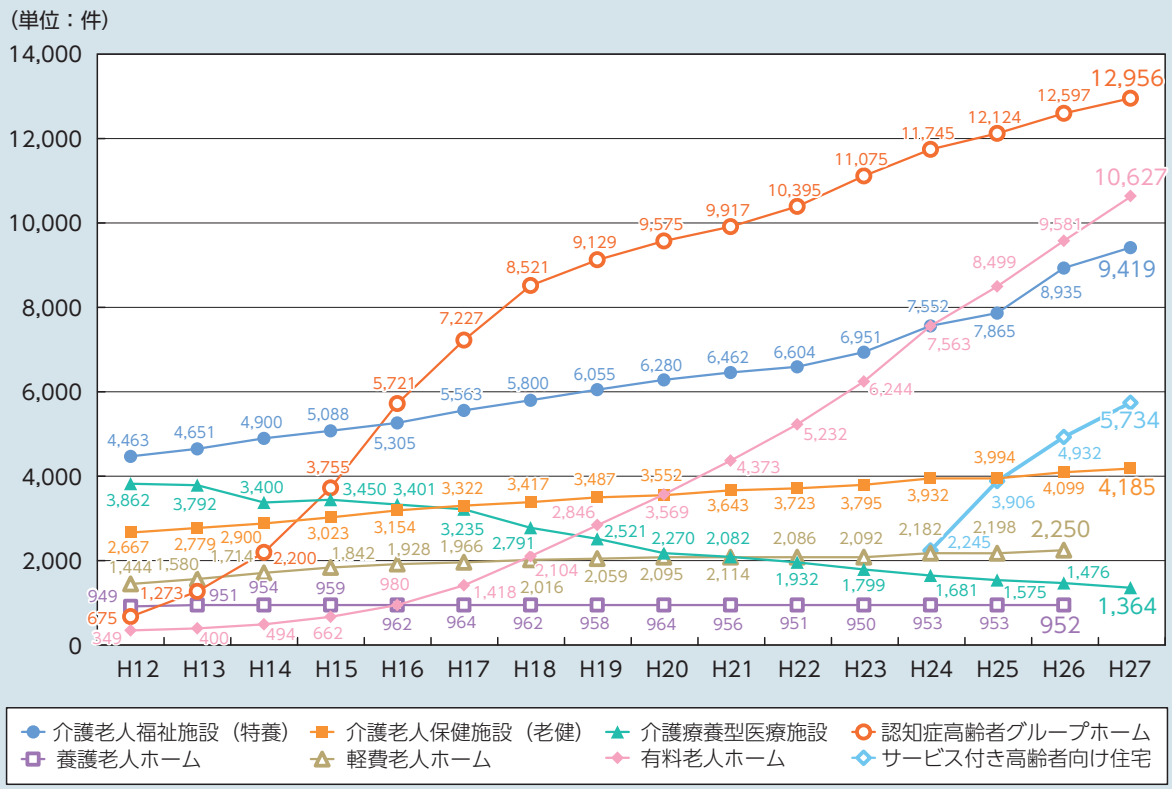
（注） 特定施設入居者生活介護とは、特定施設に入居している要介護者・要支援者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。特定施設の対象となる施設は、①養護老人ホーム、②軽費老人ホーム、③有料老人ホーム。サービス付き高齢者向け住宅は、有料老人ホームに該当するものは特定施設となる。

そのため、住宅のユニバーサルデザイン化や住み替え支援などの住宅政策に加えて、各種の高齢者向けの住まいを計画的に整備していく必要があるが、その際に介護や生活支援などのサービス提供体制も併せて確保しなければならない。また、低所得高齢者に対する住まいの支援も引き続き実施していく。

（高齢者向け住まいの整備）

有料老人ホームや2011（平成23）年の「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（平成13年法律第26号）の改正によって創設されたサービス付き高齢者向け住宅など、高齢者向け住まいについては、近年に急激に増加している（**図表4-3-37**）。2016（平成28）年3月に閣議決定された新たな住生活基本計画においても、①高齢者が安全に安心して生涯を送ることができるための住宅の改善・供給、②高齢者が望む地域で住宅を確保し、日常生活圏において、介護・医療サービスや生活支援サービスが利用できる居住環境の実現が目標として掲げられている。このような目標に対して、高齢者人口に対するサービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等の高齢者向け住宅の割合については、2014（平成26）年は2.1％であったところ2025（平成37）年には4％とすること等を成果指標としている。

図表4-3-37　高齢者向け住まい・施設の件数



※１：介護保険３施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」及び「介護給付費実態調査（10月審査分）【H14～】」による。
※２：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護福祉施設サービスの請求事業所を合算したもの。
※３：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。
※４：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（10/1時点）」による。ただし、H21～H23は調査対象施設の数、H24～H26は基本票に基づく数。
※５：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（7/1時点）による。
※６：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（9/30時点）」による。

厚生労働省では、介護保険事業計画に基づく介護サービス量の増加を図るため、特別養護老人ホーム等の施設整備を進めてきた。加えて、2020年代初頭までに、介護を原因とした離職を防ぎ、特別養護老人ホームへの入所を希望しながら自宅待機せざるを得ない方をなくすことを目指して、「一億総活躍社会」に向けた緊急対策として、在宅・施設サービス等について上乗せ整備を進めることとした。

サービス付き高齢者向け住宅については、国土交通省と連携しながら、高齢者を対象とした安否確認サービスや生活相談サービスを提供する高齢者向け住まいとして、その供給を更に促進していくことが求められており、緊急対策でも、サービス付き高齢者向け住宅の整備を進めることとしている。

なお、住まいの整備に当たっては、高齢者の場合、介護が必要になったり、認知症を発症したりすることが想定されるため、必要な医療・介護等のサービス提供体制の確保を併せて進めていく（**図表4-3-38**）。

図表4-3-38 高齢者向け住まいと医療・介護の連携イメージ

日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、「サービス付き高齢者向け住宅」「有料老人ホーム」などの高齢者向け住まいに、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」などの介護サービスや、診療所などの医療機関や訪問診療などの医療を組み合わせた仕組みの普及を図る。

コラム 地域から「生えてきた」家!? ～宮崎市 かあさんの家～

数年前、市原美穂さんが理事長を務める「認定NPO法人ホームホスピス宮崎」が運営する「かあさんの家」をある厚生労働省の職員が訪問した。その際に漏らした感想が「これは地域から生えてきた家だ！」というものだった……

市原さんは1998（平成10）年に任意団体として「ホームホスピス宮崎」を仲間と立ち上げた（2000（平成12）年にNPO化）が、介護保険ができた2000（平成12）年を境として、受け入れる施設もなく自宅には一人では生活できない高齢のがん患者についての相談が増えた。「どげんかせんといかん！」と思い、「それなら空いている家を借りてみんなで住んで、地域の開業医の先生や訪問看護・介護が入ればいいじゃない」と考えたのが、「かあさんの家」のはじまりだ。

市原さんは早速不動産屋巡りを始めたが、「高齢者を受け入れるホームホスピス」と聞くと誰も貸してくれなかった……

あきらめかけていたところ、ある日、「家を貸す代わりに一人暮らしの認知症の親父の面倒を見てくれないか」という話があり、一番初めの「かあさんの家　曽師」が2004（平成16）年に誕生した。

「おじいさんごと家を借りた」のだが、結果として「おじいさんへの近所の信頼」いわばご近所の方々のサポートのネットワークもそのまま借りることとなった。そのため近所との関係も良好だ。現在は宮崎市内に4つの「かあさんの家」があるが、全部おじいちゃん、おばあちゃん付きで借りたものだ。

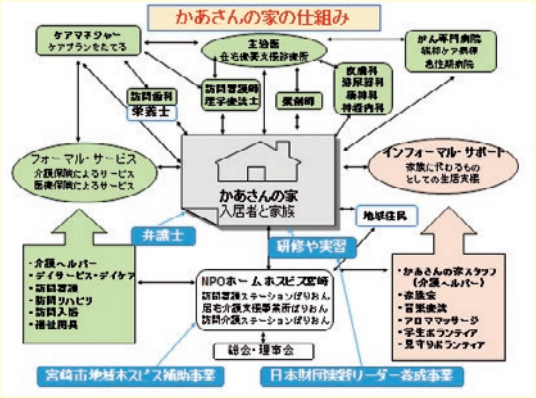
中央が市原さん（写真提供：岡本峰子）

「かあさんの家」１軒につき概ね５人の方が住まわれている。「どんな状況の人もどんな病気の人も断わらない」という方針で受け入れているため、要介護度の平均値は４を超えており、神経難病、認知症の方や呼吸器や胃瘻を付けているなど医療的な処置が必要な方も多い。

「最後まで普通に暮らすことを支える」ことをモットーに、集団生活であるものの本人の意思を尊重した日々の個別ケアを行っている。個別ケアの中心は「日常の生活を整えること」だ。具体的には「食べること」「出すこと」「よく眠ること」で、「胃瘻を外してみんなと食卓を囲む」、「できる限り自分で排泄する」、「なるべく睡眠薬を用いない」ことにより、病気があっても「病人」ではなく「生活する人」として暮らせるという。「普通の家」で「普通に暮らすこと」の効果は大きく、入居されるとたいてい前より元気になるそうだ。

当然介護保険も使っている。介護保険の使い方も特徴的で個別ケアの考え方が貫かれている。外部のケアマネジャーに個別のケアプランを作成してもらっている（５人いれば５通りのプランが出来上がる）。ケアプランに基づくサービスについても「ぱりおん」という自前の訪問看護・訪問介護事業所は６割程度で残りは外部の事業所を利用している。経営的には丸抱えした方がよほど楽ではあるが「サービスの透明性を高め、質を確保するため」このような形にしているそうだ。

この日々の生活の延長線上に「看取り」がある。「かあさんの家」では約８割の方をこの家で看取っている。現在の日本においてはほとんどの人が病院で亡くなっているため、多くの家族は看取りの経験がない。そのため、看取りが近づくと「かあさんの家」のスタッフも家族の支援にシフトすることとなる。家族が手を握ったり、体をさすったり、語りかけたりしていく中でゆっくりと亡くなられる……市原さんは「看取りは「医療」ではなく「文化」であり、大切な人の死を通じて生きることを学ぶことができるもの」と考えており、ホームホスピスの活動を「看取りの文化を地域に取り戻すムーブメント」と位置づけている。

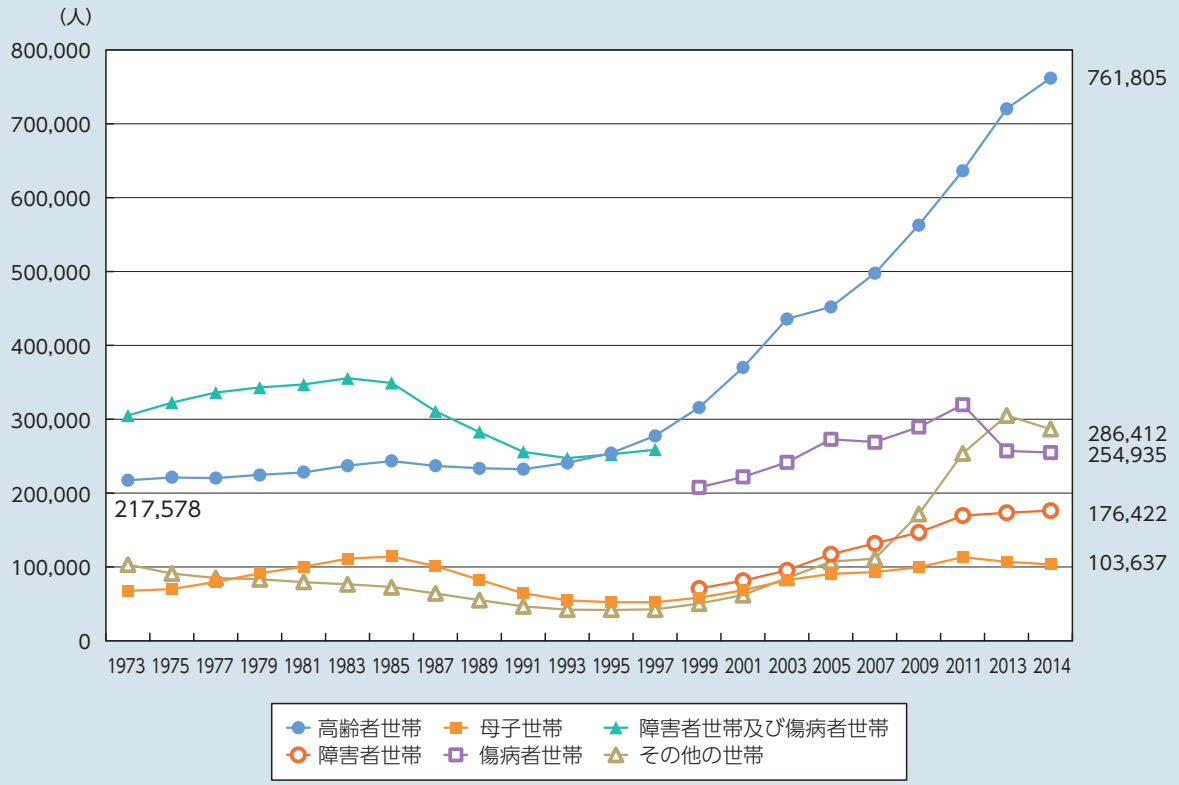


このほか、生活保護受給者の世帯類型別の年次推移をみると、高齢者世帯の生活保護の受給は、1970年代以降長らく横ばい傾向であったが、1990年代後半から上昇をはじめ、2014年には1973（昭和48）年の約3.5倍となっている（**図表4-3-39**）。そのため、近年では、低所得な高齢者でも安心・安全に暮らせるための環境の整備も課題の一つとなっている。居宅での生活が困難な低所得高齢者の住まいの受け皿として、今後も、養護老人ホームや軽費老人ホームがその機能を活かして、重要な役割を果たしていくべきものと考えられる。

受け皿としての住まいの確保とともに、高齢者の権利を擁護し、尊厳を守る上で必要不可欠なのが、養介護施設等における高齢者の虐待防止である。そのため、未然防止、早期発見、迅速・適切な対応、有料老人ホームに対する指導の徹底等により、都道府県や市町

村による対応を強化していくと同時に、養介護施設等における、従業員のストレスの軽減等を通じて、介護の質を向上させる仕組みづくりを支援していく必要がある。

図表4-3-39　生活保護受給世帯の推移（世帯種類別）



資料：厚生労働省政策統括官付行政報告統計室「福祉行政報告例」（平成23年度）、厚生労働省社会・援護局保護課「被保護者調査」（平成25年、平成26年）

（注）
1. 1973年～2011年については、各月における被保護者世帯（保護停止中の世帯を除く）を各年度について1か月平均としたもの。2013～2014年については、各年7月31日時点のもの。
2. 高齢者世帯：2004年度までは、男65歳以上、女60歳以上の者のみで構成されている世帯若しくは、これらに18歳未満の者が加わった世帯。2005年度からは、男女ともに65歳以上の者のみで構成されている世帯若しくは、これらに18歳未満の者が加わった世帯。
3. 母子世帯：2004年度までは、現に配偶者がいない（死別、離別、生死不明及び未婚等による。）18歳から60歳未満の女子と18歳未満のその子（養子を含む。）のみで構成されている世帯。2005年度からは、現に配偶者がいない（死別、離別、生死不明及び未婚等による。）65歳未満の女子と18歳未満のその子（養子を含む。）のみで構成されている世帯。
4. 障害者世帯・傷病者世帯：世帯主が障害者加算を受けているか、障害、知的障害等の心身上の障害のため働けない者である世帯並びに世帯主が入院（介護老人保健施設入所を含む。）しているか、在宅患者加算を受けている世帯若しくは世帯主が傷病のため働けない者である世帯
5. その他の世帯：上記以外の世帯

5 まとめ

（地域包括ケアシステムの構築のためには、住民を主体とした地域全体で目指すべき方向性を共有するとともに、多主体の連携・ネットワーク構築という地域づくりが不可欠）

ここまでで地域包括ケアシステムを構成する各要素の充実について示してきたが、第1章で示したとおり、大都市など若年人口は減少する一方で高齢者人口が急増する自治体、地方都市など若年人口の減少が加速化するとともに高齢者人口が横ばいになっている自治体、過疎地域の市町村など若年人口の減少が一層加速化するともに高齢者人口も既に減少しはじめている自治体といったように、直面している高齢化の状況は地域ごとに異なっている。また、都市部では地縁・血縁が希薄化し、互いに助け合う互助機能が弱まっているのに対して、地方の小規模都市や農村等の地域の中には、家族・親族・近隣といった伝統

的な地域のネットワークが存在している地域もあり、地域で活用できる資源にも大きな差がある。そのため、それぞれの地域の特性・資源の状況を踏まえた「地域包括ケアシステム」を構築していくことが必要である。

また「地域包括ケアシステム」という概念を具現化するには、多様な専門職も含めた地域のあらゆる人の力を生かして多主体間の連携を図り、高齢者だけでなく、障害者や子どもなどすべての人の暮らしを地域で支えるためのネットワークを張りめぐらすことが重要である。

そのためには、医療関係者、介護関係者、民生委員、地域のボランティア等の多職種や多様なサービス主体間の調整・連携を強化するなど、適切なケアマネジメント支援を推進していくことが求められる。このような多職種間の情報共有・ネットワーク構築のための場として、地域ケア会議をより一層推進していくことが重要である。課題解決にあたる多職種の間で「顔の見える関係」を築く中で、コミュニケーションを取り、相互理解を深めることで、ネットワークによる総合的な切れ目のない支援が可能となる。

このように、地域包括ケアシステムの実現のためには、地域ごとに今後の地域の在り方を考え、住民同士、住民と専門職、専門職同士といった多主体間の連携によってネットワークを作りあげていくこと、すなわち「地域づくり」を進めていくことが重要である。この「地域づくり」においては、住民にとって最も身近な行政主体であり、介護保険制度における保険者でもある市町村が保険者機能を発揮し中心的役割を果たすことが期待される。高齢者の自立した日常生活の支援や介護予防などを図るため、多職種連携の先進的な取組みを行う市町村や、好事例を普及展開する取組みを行う都道府県も存在している。具体的には、高齢化の進展に伴い要介護認定率が全国的に上昇する中で、地域ケア会議の活用による適切なケアプランの実施といった取組みを通じて、要介護認定率を低下させるといった成果をあげている自治体もある。こうした先進的な取組事例の全国展開に当たっては、保険者のリーダーシップ、地域の状況の実態把握・分析・課題抽出、ノウハウの共有・人材育成、専門職能団体等との連携、介護予防等に関する住民の意識向上などが重要と考えられる（**図表4-3-40**）。

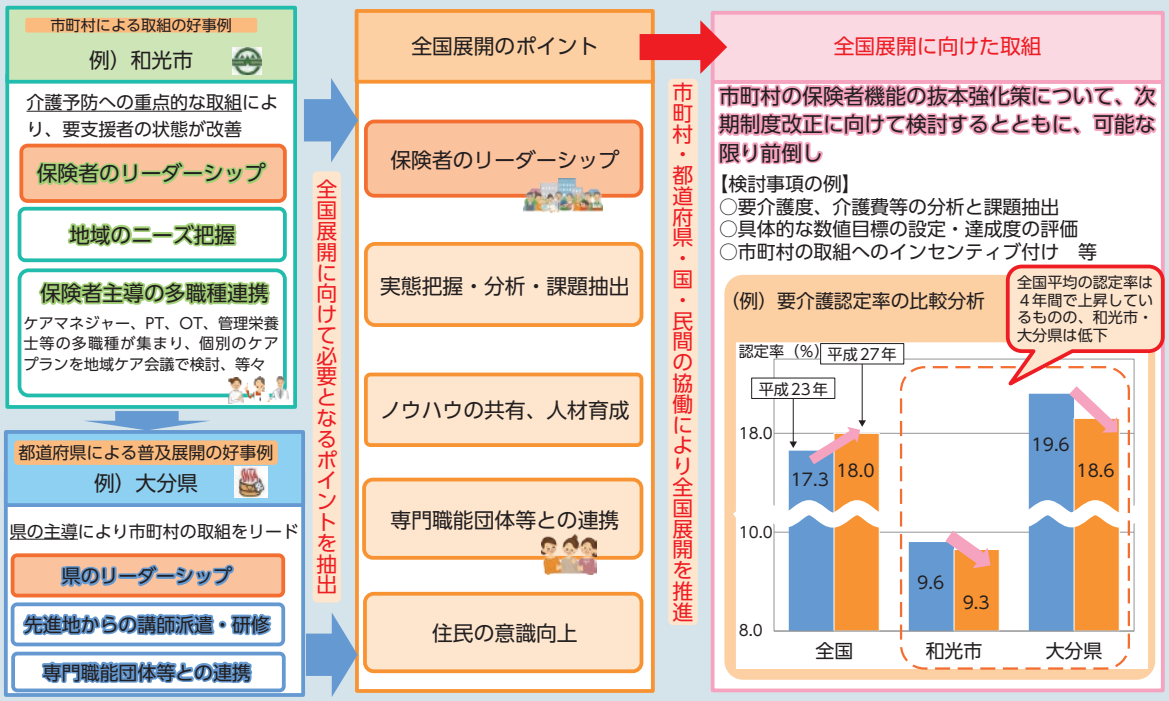
このような保険者機能の抜本的強化のため、国としても、市町村の取組みへのインセンティブ付けに係る制度的枠組み等について検討を進めていく。自治体の取組みを加速化し、好事例を全国に展開していくことこそ、全国的な地域包括ケアシステムの推進につながる。

このように市町村が、各サービス主体、専門職、ボランティア等の地域資源を有機的に連携させ、住民を主体とする地域包括ケアシステムの実現を図ることが、人口の著しい高齢化を迎えている我が国として今取り組むべき方向性である（**図表4-3-41**）。

図表4-3-40 保険者機能の強化～介護予防の横展開～

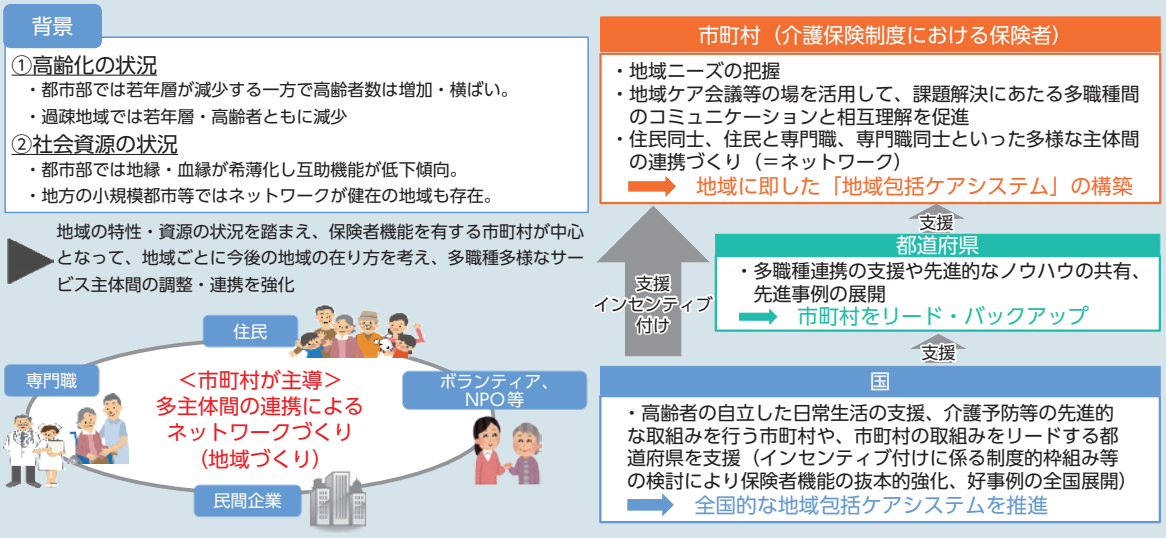
高齢者の自立支援・介護予防に取り組む先進的な保険者の取組の全国展開

高齢化が進展する中で、高齢者の自立した日常生活の支援、介護予防、要介護状態等の軽減に向けた保険者の取組を一層加速化することが必要



図表4-3-41 「地域づくり」を通じた地域包括ケアシステムの実現

○高齢化や社会資源の状況等は地域によって異なり、地域包括ケアシステムの実現には、地域ごとに今後の地域の在り方を考え、住民同士、住民と専門職、専門職同士という多主体間の連携によるネットワーク構築（地域づくり）を進めることが重要。
○地域づくりは、住民にとって最も身近な行政主体で介護保険制度の保険者である市町村が保険者機能を発揮し、中心的な役割を果たすことが期待される。また市町村における多職種連携の推進支援を行う等、都道府県が中心となって市町村をリードすることも期待されている。
○国は、保険者機能の抜本的強化のための検討を進めるとともに、好事例を全国に展開し、自治体の取組みを加速化させ、全国的な地域包括ケアシステムを推進する



第４節　暮らしと生きがいをともに創る「地域共生社会」へのパラダイムシフト

ここまでで、今後我が国が超高齢社会を迎えることを念頭に、病気になっても、介護が必要になっても、住み慣れた地域で最後まで自分らしく暮らすための体制として、「地域包括ケアシステムの構築」を提案し、その実現のための方策を示してきた。

地域包括ケアシステムとは「地域で暮らすための支援の包括化、地域連携、ネットワークづくり」に他ならないが、このような発想は、高齢者だけに当てはまるものではない。歳をとっても、障害があっても、その他様々な生活課題を抱えながらも、住み慣れた地域で自分らしい生き方を全うするため、地域に暮らす住民誰もがその人の状況に合った支援を受けられる体制を構築していく必要がある。すなわち、今後は、地域で支援を必要とする全ての方々の暮らしを支えられるよう、地域包括ケアを深化させていく必要がある。

こうした体制の整備を行うのは行政の役割だが、実際に地域での体制を担う主体を考える時、住民を含む多様な主体の参加と「支え合い」が重要となる。これまでの「支え手」「受け手」に分かれた社会から全ての人々が一人一人の暮らしと生きがいを共に創り、共に高め合う地域社会を構築し、時代の変化に対応した新たな福祉のあり方を提示することが求められている。

1 背景

(1) 社会の変化と地域の現状

(核家族化や移動性・流動性の高まりを背景に地縁・血縁による支え合いの機能は低下している)

歴史的に見ると、かつての地域社会では「おたがいさま」といった相互扶助により人々の暮らしが支えられてきた。日常生活における不安や悩みを相談できる相手がおり、また世帯の状況の変化を周囲が気づき支えるという関係性のある地域が身近に存在していた。しかし、戦後、急速な高度成長を遂げる中で、世代間の価値観の差の拡大、核家族化、人々の移動性・流動性の高まりを背景として地縁や血縁といった伝統的なつながりが弱くなってきた。さらに、成熟した社会において、人々が個人の自由を求める中で、家族の中でも一人一人が孤立し、少子高齢化の中で世帯のさらなる少人数化が進むなど、地域社会を構成する基本である家族のつながりも弱まってきている。このような中で、地域の人と人のつながりは弱まり、地域への帰属意識は低下するなど、地域社会の脆弱化が進んできている。特に都市部において地域の助け合いの機能が次第に縮小しているが、農村部においても、高齢化や人口流出によって、そのような機能が停滞しているところも多い。その結果、育児不安があっても気軽に愚痴を言い相談できる相手がいない子育て世代や、生活において身の回りの困り事が生じても頼める相手がいない単身高齢者など、地域において孤立する世帯が、世代を問わず生じている。

このような社会構造の変化に対応し、我が国では、それまで家庭や地域が果たしてきた支え合いの機能を、介護や保育など公的な支援制度を整備することで代替してきた。そして、今では、公的な支援制度が生活を支える中心的な役割を担うこととなっている。

しかしながら、共働き世帯の増加や高齢者の増加により子育てや介護の支援がこれまで以上に必要となり、高齢者介護・障害者福祉・子育て支援・生活困窮等様々な分野におい

て、核家族化、ひとり親世帯の増加、地域のつながりの希薄化等により家族又は地域内の支援力が低下しているという状況の中では、地域全体で支える力を再構築することが求められる。

一昔前の日本に戻るということではなく、今の時代に適した形で、地域から孤立しない取組みを進めていく地域を一つでも多く増やしていくことが期待される。

(2) 福祉サービスの発展と求められる変化

(個々のニーズの多様化が進む中で質の高い生き方・暮らしを実現し、複合的な課題を包括的・総合的に解決していくことが必要)

かつては、工業化、都市化といった社会の変化、核家族化などの家族の変容の中で、行政が提供する公的なサービスが中心となって、サービスを提供する人とサービスを受ける人の関係の中で困り事を解決し、国民の生活を支えてきた。そして、公的なサービスは、その時々の社会的ニーズの高まりに応じて、分野ごとに質・量共に充実が図られてきた。例えば、相談支援であれば、高齢者については地域包括支援センターが行い、障害者については障害者相談支援事業、子育て世帯については地域子育て支援拠点事業が対応してきたところである。

こうした中、2015（平成27）年4月に施行された生活困窮者自立支援制度により、複合的な課題を抱える生活困窮者が「制度の狭間」に陥らないようにするため、生活困窮という状態に着目して、生活保護に至る前の生活困窮者に対する支援を包括的に行う仕組みが開始されている。こうした包括的な支援システムを拡げ、分野ごとの専門的サービスによる対応と併せて、家族・地域社会の変化を踏まえた新たな福祉のあり方に向けて対応していく必要がある。

(誰もが支え合う地域社会・福祉への転換)

戦後から高度経済成長期を経て、日本は有数の経済先進国、健康先進国となった。こうした成熟した先進国では、個々のニーズの多様化が進むとともに、質の高い生き方、暮らしを実現していく必要がある。この質の高い生き方、暮らし方とは、富裕な生活ということではなく、地域で集い、社会での役割を持って暮らしている障害者や高齢者のいきいきとした顔を見れば、その人のできることを通して社会と結びつき、生きがいを常に感じ、社会と自らの暮らしを高めることであることは自明である。高齢者、障害者、児童、生活困窮者等、すべての人が世代やその背景を問わずに、一人一人の暮らしと生きがいを共に創り、共に高め合う地域社会にしていくことが求められる。

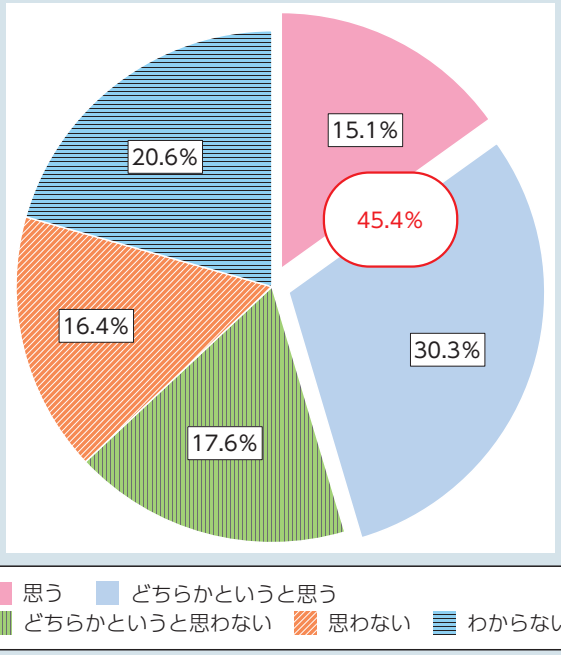
(複雑化・多様化したニーズに対応する福祉の必要性)

さらに昨今では、様々な分野の課題が絡み合って複雑化したり、世帯単位で複数分野の課題を抱えるといった状況がみられ、こうした場合、対象者を制度に当てはめるこれまでの福祉サービスのあり方では対応できず、適切な支援を受けられないといった課題がある。

例えば働き方にも変化が生じ、さらには、貧困のリスクも一定程度あることが明らかになっている中、現役世代は晩婚化・晩産化の傾向になっており、結果として、1人の人や1つの世帯が同時期に介護と育児の両方に直面するという「ダブルケア」の問題が生じて

きている。40歳以上の男女を対象に「ダブルケア」の問題が身近な問題であるかどうかを尋ねた厚生労働省の委託調査では、45.4％と約半数の人が「ダブルケア」の問題を身近な問題として「思う」「どちらかというと思う」と回答している（図表4-4-1）。

図表4-4-1　「ダブルケア」を身近な問題と思うか

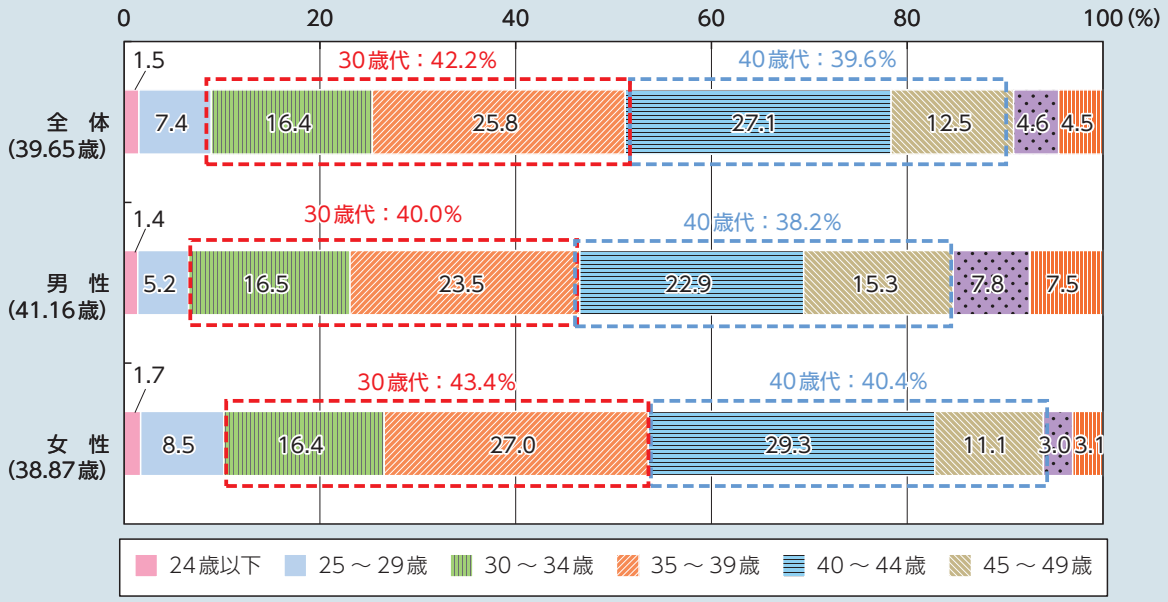


資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）
（注）1.「「ダブルケア」の問題（※）はあなたにとって身近な問題だと思うか」との質問に対する回答の割合。
※晩婚化と出産年齢の高齢化により、育児と介護に同時に携わる際の負担等の問題
2. 調査対象は、全国の40歳以上の男女。回答数は3,000人。

また、内閣府の調査によれば、ダブルケアを行う者の推計人口は25万3千人となっており、男女別では、男性が8万5千人、女性が16万8千人と女性が男性の約2倍であり、女性により負担が偏っている実態がうかがえる。年齢構成別の内訳では、ダブルケアを行う者は30歳～40歳代が多く、男女ともに全体の8割を占めている（図表4-4-2）。

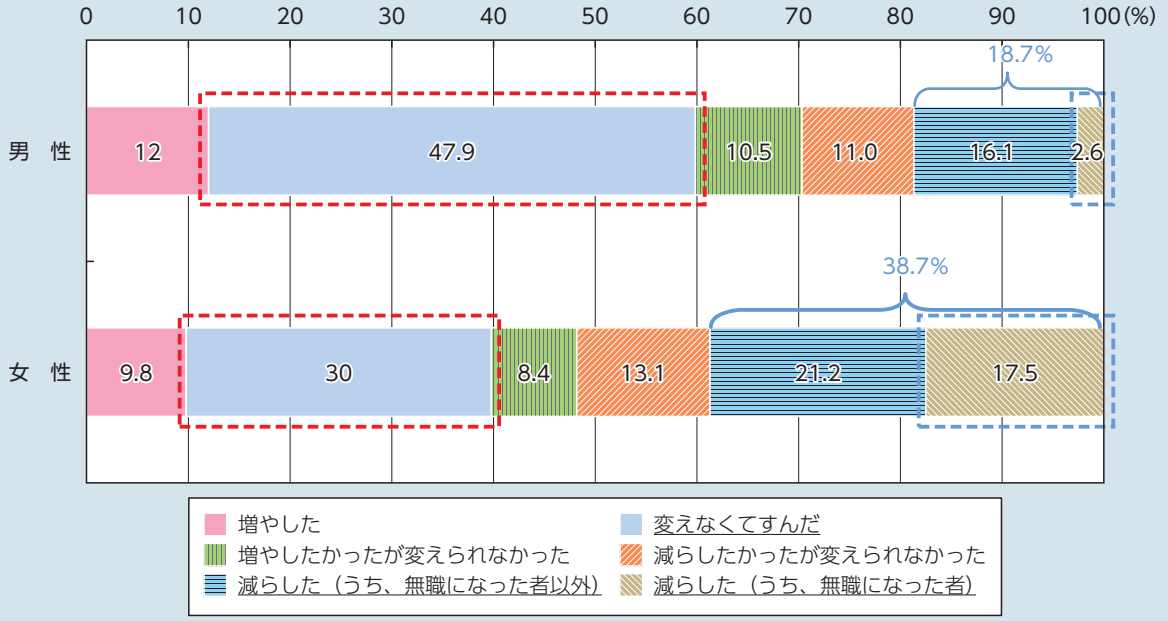
さらに、ダブルケアに直面する前に就業していた者のうち、ダブルケアに直面したことにより「業務量や労働時間を変えなくてすんだ」者は、男性で約半数であるのに対し、女性では約3割に留まっている。また、「業務量や労働時間を減らした」者は、男性で約2割、女性で約4割となっており、そのうち離職して無職になった者は、男性で2.6％、女性で17.5％となっている。このことから、ダブルケアを行うことになった場合の就業への影響は、女性でより大きくなることが分かる（図表4-4-3）。

図表4-4-2 ダブルケアを行う者の年齢構成



(資料) 内閣府委託調査「育児と介護のダブルケアの実態に関する調査」(2016年)
(注) 1. 総務省「就業構造基本調査」(平成24年) より内閣府にて特別集計。
2. 「ふたん育児をしている」「ふだん介護をしている」の両方を選択した者を「ダブルケアを行う者」として集計。
3. ( ) 内の年齢は、平均年齢。

図表4-4-3 ダブルケアに直面する前後の業務量や労働時間の変化



(資料) 内閣府委託調査「育児と介護のダブルケアの実態に関する調査」(2016年) のうちインターネットモニター調査「育児と介護のダブルケアに関するアンケート」(2016年2月実施)
(注) 1. 「ふたん育児をしている」「ふだん介護をしている」の両方を選択した者を「ダブルケアを行う者」として集計。
2. 「育児」の対象は小学生以下、「介護」の対象は親・義親、祖父母、義理の祖父母
3. 同居・別居は問わない。

このほか、軽度の認知症が疑われる80代の老親が、無職で引きこもっている50歳代の子と同居している、がん患者や難病患者が福祉ニーズや就労ニーズ等分野をまたがるニーズを有する場合にニーズに合った支援が受けられない、といったような複合的な課題を抱え地域から孤立している家庭に対し、必要なサービスを的確に組み合わせて提供できてお

らず、複雑化・多様化する福祉ニーズに対応しきれていないという問題が生じている。

このような場合、対象者毎の制度別の対応ではなく、複合的な課題を包括的・総合的に解決していくことが必要となっている。

コラム　ダブルケア　～高齢化少子化の同時進行から顕在化する育児と介護の両立～

子育てと親の介護を同時に抱えている状態は「ダブルケア」と呼ばれている。日本では、女性の社会進出などを背景に女性の晩婚化・晩産化が進むとともに、女性の出産年齢が高齢化している。この結果、子育てと親の介護を同時に抱える「ダブルケア」の注目度が高くなっている。

横浜市にある任意団体であるダブルケアサポート横浜では、「ダブルケア」を地域で支える仕組みを作ろうと他の地域に先駆けて取り組みを進めている。高齢者の介護をする者への支援や介護者同士の交流会等は増えてきているものの、子育てもあわせて抱えている「ダブルケア」当事者を支える支援は少ない。ダブルケアサポート横浜の事務局を担うNPO法人シャーロックホームズの理事長東恵子さんは、「介護者同士の集まりは参加する年齢層が高い場合が多く、また、集まりの際に、子どもを預けられる場所も無い。30歳台後半から40歳台のダブルケアを抱えている方への支援や居場所が必要だ」と語る。そこで、ダブルケアサポート横浜では、ダブルケアを抱える方の体験を元に、役に立つ情報やアドバイスなどをまとめた冊子を製作し、「ダブルケア」に直面し困っている方に発信している。また、「ダブルケア」当事者同士の座談会や地域でダブルケアカフェを開催し、当事者の居場所作りや相談の機会の確保を行っている。

「ダブルケア」当事者向けの冊子づくりの様子

昔から、「ダブルケア」は存在していた。しかし、「ダブルケア」という言葉が使われはじめて、幅広い層の人が介護と育児の両立問題を認識するきっかけになっているという。東さんは、「課題は、『ダブルケア』という言葉や考え方を現場のケアマネジャー（介護支援専門員）や介護支援の中核を担う地域包括支援センターの職員の多くが知らないことだ」と語る。地域包括支援センターなどが「ダブルケア」を認識することで、家庭の状況をよりきめ細かく把握した上で、適切な支援につなげることも可能になる。「ダブルケア」への理解を広めるため、ダブルケアサポート横浜では、介護サービスや子育てサービスに従事する者を中心にサポーターの養成にも取り組もうとしている。また、「ダブルケア」当事者が必要な情報を得られるようにポータルサイトも開設した。

この「ダブルケア」の支援は、まだまだ一部の地域で始まった取組みであるが、高齢化と少子化が同時に進行する日本にとって、乗り越えなくてはならない課題である。ダブルケアサポート横浜では、他の地域で「ダブルケア」の支援の中核を担う人材の育成にも着手した。核家族化が進み、地域住民同士のつながりも希薄となるなど社会に様々な変化が出ている中で、地域発の「ダブルケア」当事者を支える取組みが始まっている。

図　冊子の表紙

(3) 人口減少社会への対応

(労働力人口の減少が見込まれる一方で、福祉ニーズは質・量ともに増加が予想され、効果的・効率的な福祉サービスの提供体制を検討する必要がある)

急速な少子高齢化により、日本全体の労働力人口は今後減少することが見込まれており、これが経済成長の鈍化につながることも予測される。日本の社会保障制度は、企業・産業を中心として作られてきたことから見ても、経済成長と一体不可分であり、経済成長なくして社会保障の持続可能性の確保は実現しない。我が国は、人口減少、労働力の減少で、国の在り方をどのように適切なものとするかを考えなければならない時期にきている。例えば、人口が減少し、全産業において就業者の確保が困難となる中、医療・福祉の分野において費用を投入して有資格者を養成するも就業しない者が相当の割合を占めることは、我が国の人材を最大限活用しているとは言い難い。

一方で、2042(平成54)年頃までは高齢化率が上昇し続けることが見込まれており、福祉的支援を必要とする方は今後も増えていくことが予想される。加えて、支援を必要とする方の抱える課題は複雑化・困難化しているところである。

このような福祉のニーズの変化に対応していくためには、人材に加え、施設なども含め、社会資源の最大活用を図ることが大前提であるが、従来の対象者別に縦割りとなっている国による制度運営を行うことは、これを困難にするものである。社会資源の最大活用が図られない場合には、我が国が持続的な経済成長を達成する上での支障となり、さらには、社会保障の持続可能性の確保を危うくするおそれがある。増大する医療・介護のニーズにしっかりと応えながら、経済の好循環を同時に生み出すために、地域づくり、サービス・相談、人材育成について、分野横断的な取組みを推進していく必要がある。

また、これからの日本の人口が減っていく様子を見ると、

・2040(平成52)年までは、高齢者が増加し、現役世代が減少する
・2060(平成72)年までは、高齢者が維持・微減の状況になり、現役世代が減少する
・2060年以降は、高齢者も現役世代も減少する

という3つの局面がある。これを更に詳しく見ていくと、人口規模別に、我が国の地域は「高齢者が増加し、現役世代が減っていく地域」と「高齢者も現役世代も減っていく地域」との二分化が始まる。このことは、高齢化による支援ニーズが増加し続け、介護に関する公的支援制度による相談支援やサービスの提供が増加し続ける地域と、高齢者も減少し、相談支援やサービスなどを縮小していかざるを得ない地域が存在することを示している。

このため、従来どおりの国が一律に公的支援制度を用いて相談支援やサービスについて決定していては、地域の状況と乖離したサービス運営・相談実施となり、それぞれの地域の状況に見合った地域発の取組みが生み出されることを阻害することとなる。地域がそれぞれの地域の人口減少の状況にかんがみて、地方創生の観点を踏まえつつ、それぞれの特徴を生かした地域・住民による主体的な取組みを育成し、公的制度と連動させていくことが必要である。

2 地域の状況に照らした共生型の地域社会の再生に向けて

(1) 地域社会の再生の意義

(住民の主体的な福祉への参加により、誰もが支え・支えられる共生型の地域社会の再生が求められており、それを通じて住み慣れた地域で生きがいや社会的役割を持つことで豊かな生活につながることも期待できる)

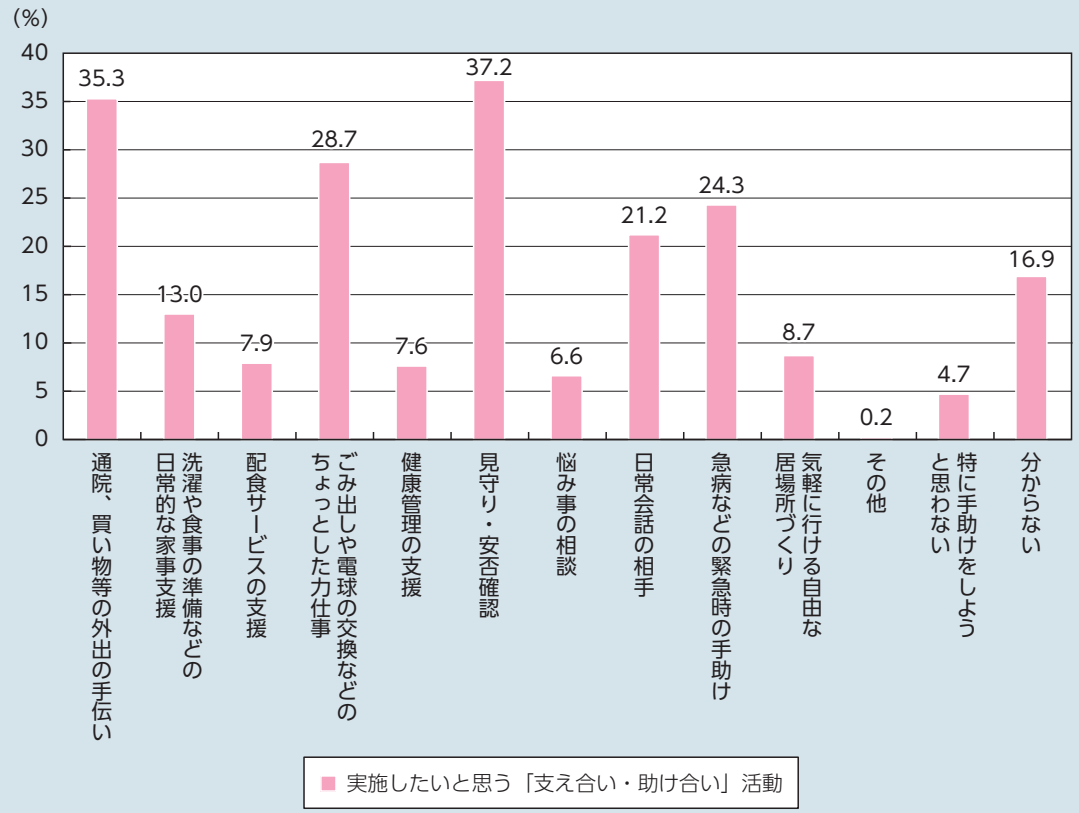
戦後、我が国は経済成長と医療技術の進歩による平均寿命の延伸により、物質的には満たされ、既に成熟した社会となった。しかし、その一方で地域の連帯感は希薄化し、個人主義的傾向も強まる中で、地域社会の支え合う関係の脆弱化は著しい。

本来、地域とは人々が暮らす場であり、子育てや青少年の育成、防災・防犯、高齢者や障害者の支援、健康づくり、そして人々の社会貢献や自己実現など、様々な活動の基本となる場である。特に、少子高齢化の中で世帯の少人数化や家族の機能のさらなる低下が進む中で、地域の交流や支え合いなど、共同体の営みが、現代社会が抱えている様々な問題を解決する一助となることへの期待も大きい。時代は移り変わり、人口減少の状況も地域によって異なっていく中で、都道府県、市町村ごとに人口規模、地形、歴史、社会資源の量や質、人々の意識など地域の状況に照らした、地域社会の再構築を進める環境整備が喫緊の課題である。

その際には、例えば「この人は支援を必要とする人」と一面的に捉えるのではなく、それぞれの能力・持ち味を活かして、ボランティアや就労等といった形で地域で活躍し、一人一人の暮らしと生きがいを共に創り、高め合うという地域共生型の社会を創造していくことが重要である。

団塊の世代が退職年齢を迎え、職域を中心とした生活を終えた多くの人が地域の一員として新たに入ってくる。こうした人々は、住民の地域活動への参加が期待されており、また、見守り・安否確認（37.2%）、通院、買い物等の外出の手伝い（35.3%）、ごみ出しや電球の交換などのちょっとした力仕事（28.7%）、急病などの緊急時の手助け（24.3%）、日常会話の相手（21.2%）など日常における様々な支え合いの活動に関心を寄せている（図表4-4-4）。このように、住民が「我が事」として地域活動に参加することで、住み慣れた地域で生きがいや社会的役割を持ち、より豊かな生活につながるものと考えられる。また、現役世代についても、仕事を介在してコミュニティを作り地域コミュニティに入っていなかった人々が多く存在するが、企業が、CSR活動などにより、地域活動に積極的に携わっていくことにより、現役世代も地域の活動を通して企業での就労以上により豊かな生活を感じることを可能とすることが期待される。

図表4-4-4　実施したい地域での支え合い活動（3つまで）



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）
（注）　調査対象は、全国の40歳以上の男女。回答数は3,000人。

（2）行政と住民の関係

（住民は身近だからこそ地域の生活課題を早期発見することができ、行政は地域の困難な事例に専門的に対応できるというように、住民と行政は地域の生活課題の発見、解決という共通の目的のために協働する相手）

住民は、地域で生活している人にしか見えない地域の生活課題、身近でなければ早期発見が難しい問題を見つけ、迅速に対応することができるが、資源や専門的知識が十分ではないといった限界がある。一方で、行政や専門家は、地域で発見された生活課題で、困難な事例や専門的な対応を要する課題について、公的な福祉サービスによって対応することができる。最初に住民が近隣住民のちょっとした変化に気づき、それを解決すべき課題として共有し解決していく、あるいは、専門的対応が必要な場合には、住民が専門家や行政に相談し、公的な福祉サービスにつなげるというように、行政と住民とは、互いに相手の特性を活かしながら、地域の生活課題の発見、解決という共通の目的のために協働する相手である。

加えて、行政は住民が地域福祉活動を積極的、安定的に続けられるよう、その基盤を整備する必要もある。このような住民の地域福祉活動への参加によって、地域において新しい支え合いが広がってゆくことは重要なことである。ただし、それによって行政の役割が小さくなることはなく、住民の福祉を最終的に担保する主体として、公的な福祉サービスを適切に運営し、必要なサービスを住民に提供する必要がある。

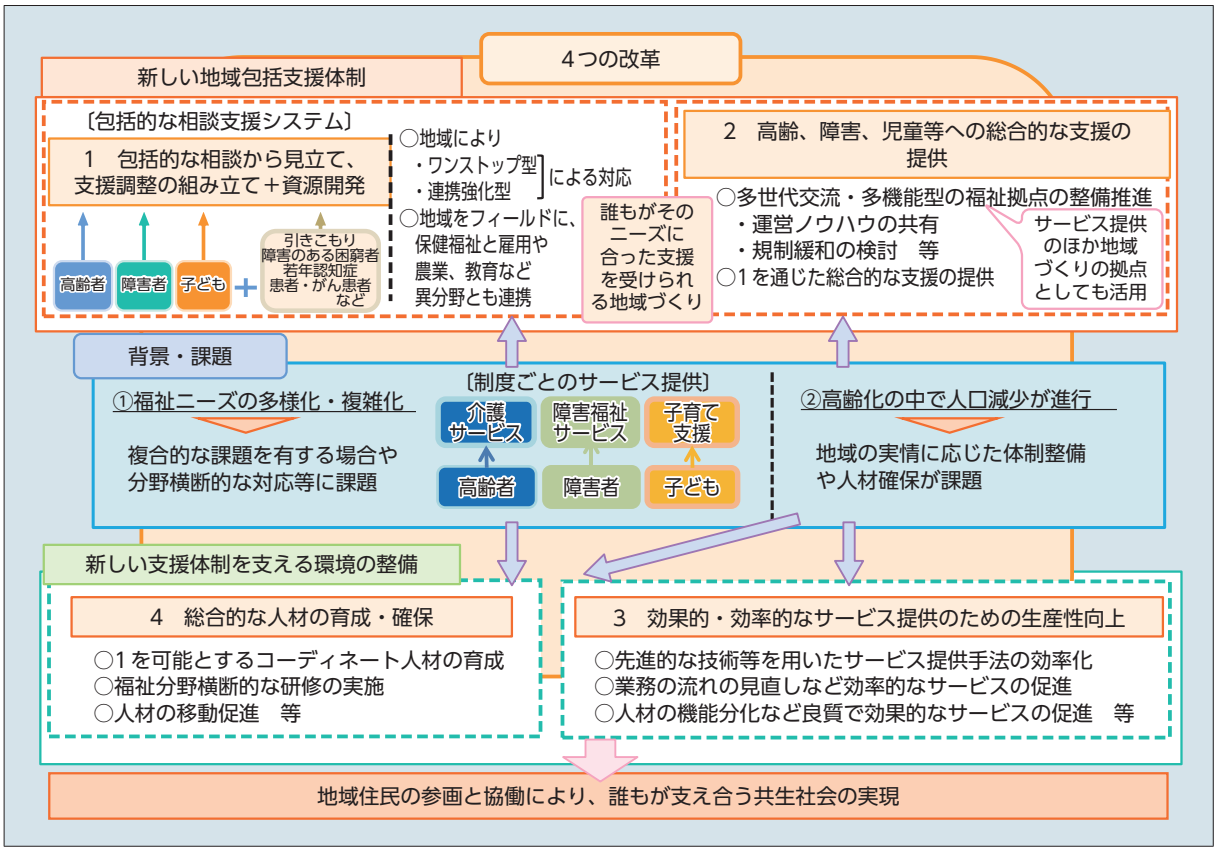
3 新しい地域包括支援体制の構築

（1）新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン

（地域社会を取り巻く環境の変化を踏まえて、ニーズに即応できる地域の福祉サービスの包括的な提供の仕組み等に関する新たなビジョンを策定）

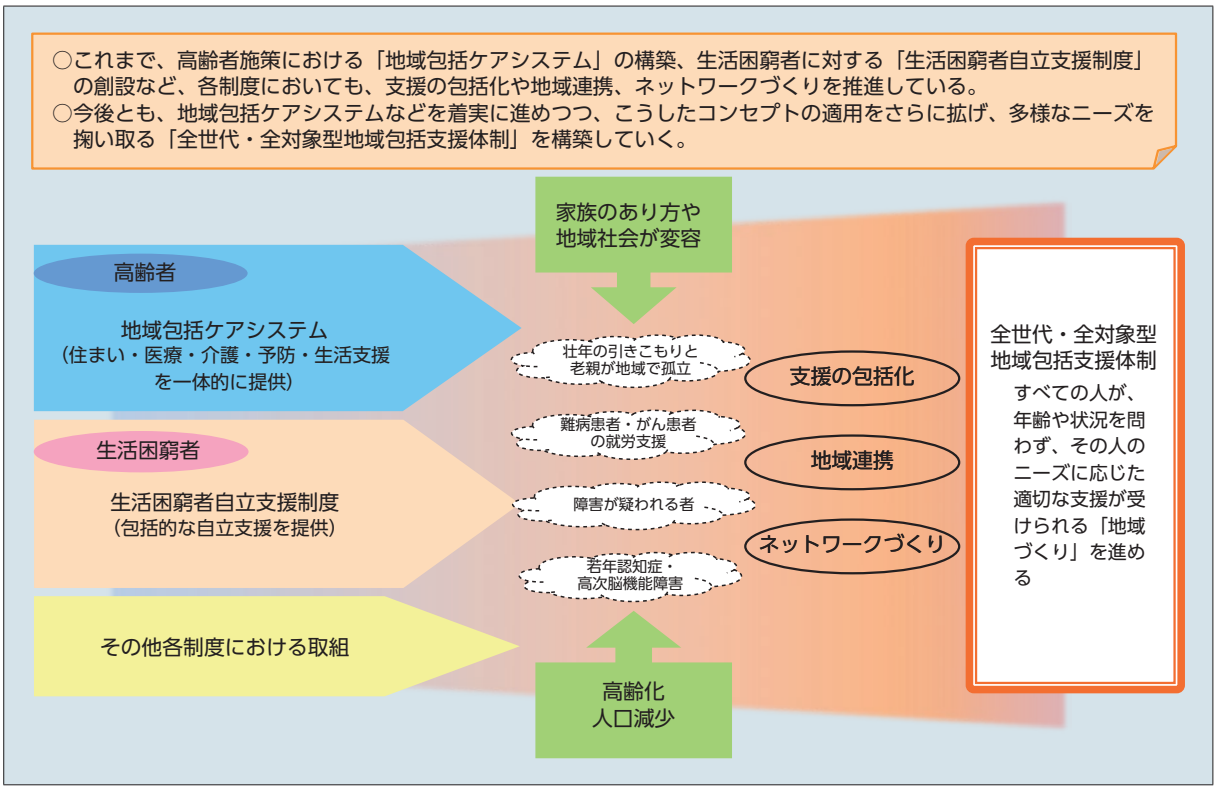
少子高齢化や核家族化の進行、人口減少、地域のつながりの希薄化など、地域社会を取り巻く環境の変化により、国民の抱える福祉ニーズは多様化・複雑化している。こうした中、厚生労働省においては、2015（平成27）年6月に「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム」を設置し、時代に即した、ニーズに即応できる地域の福祉サービスの包括的な提供の仕組み等について検討を重ね、同年9月に「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」を取りまとめた（図表4-4-5）。

図表4-4-5　新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン



これは、これまで高齢者施策による「地域包括ケアシステム」の構築、生活困窮者に対する「生活困窮者自立支援制度」の創設等、各制度においても、支援の包括化や地域連携、ネットワークづくりを推進してきたところ、こうした包括的仕組みを着実に進めつつ、こうしたコンセプトの適用をさらに拡げ、多様なニーズを掬い取る「全世代・全対象型地域包括支援体制」を構築していくことを目指すものである（図表4-4-6）。

図表 4-4-6　新しい地域包括支援体制の構築



ビジョンでは、①新しい地域包括支援体制の確立（分野を問わない包括的な相談支援の実施、地域の実情に見合った総合的なサービス提供体制の確立）、②効果的・効率的なサービス提供のための生産性の向上、③総合的な福祉人材の育成・確保を柱として、それぞれについての方向性を示している。

(2) 地域共生社会の実現

（支え手と受け手を二分するのではなく、あらゆる住民が支え合いながら自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、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」の実現を目指して）

厚生労働省が2015（平成27）年9月に取りまとめた「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」を実行するものとして、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、子ども・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」の実現を提示した。

このプランの中では、今後の対応の方向性として「支え手側と受け手側が常に固定しているのではなく、皆が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域社会の実現を目指す」ことが示されるとともに、①地域課題の解決力の強化、②福祉サービスの一体的提供、③総合的な相談支援体制づくり、④医療、介護、福祉の専門資格における共通の基礎課程の検討・業務独占資格の対象範囲の見直しについて、それぞれ2015年度から2026（平成38）年度までの10年あまりのロードマップが示されている。

子どもと高齢者や障害者との関わりは、子どもの健全育成だけでなく、高齢者や障害者の自立・自己実現に資するという「好循環」が達成される。「ニッポン一億総活躍プラン」

ではこのことに着目して、今後、支え手と受け手とに二分するのではなく、あらゆる住民が支え合いながら自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成する方針を明確に示している。

こうした「地域共生社会」の実現のための具体策の検討の加速化に資するよう、2016年7月に「「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部」を設置した。

今後、2017（平成29）年度予算や、2017年の介護保険法改正、2018（平成30）年度・2021（平成33）年度の介護・障害福祉の報酬改定、さらには2018年に予定されている生活困窮者自立支援制度の見直しに向けて、具体策の検討を進める。

(3) 地域課題の解決力の強化

(「地域で活躍する」ことが増えていくことで地域の人々が抱える課題が地域で解決されることを目指した取組みを進めていく)

一億総活躍の議論がされる中で、「職場で活躍する」「家庭で活躍する」ということに加え、地域コミュニティの基盤が弱まっていく中では、「地域で活躍する」というコンセプトについても提示された。これは、「地域で活躍する」ことが増えていくことにより、人々が抱える地域の課題が解決され、これにより、職場や家庭での活躍に邁進することを可能とする、という考え方である。

地域によっては、地域住民による地域課題解決のための主体的取組みが進んでいる。例えば、認知症対策で行方不明者を出さないよう、地域で認知症高齢者を見守る取組みをしている事例がある。

また、地域住民が子どもの貧困に問題意識を持ち、「子ども食堂」を立ち上げ、子ども達に団らんの場を作り出し、子育ての拠点と見立て、地域の親子に声を掛けて、「子ども食堂」に集うことを促し、親子の状況を把握している事例が存在する。このように、地域住民がボランティアや自らの得意分野での就労等を通して地域活動に関わり、地域活動を通して見守り、さらには、集いの場を設けてそこを拠点として地域の人々を集め、様々な悩みや課題を把握し、時に解決し、必要に応じて公的支援制度に基づく総合相談につなげていくということが自然な形で地域でなされる。このことは、地域の人々を孤立させない、地域コミュニティを強化する重要な取組みになる。

こうした事例を少しでも増やしていくため、「ニッポン一億総活躍プラン」では、地域包括支援センター、社会福祉協議会、地域に根ざした活動を行うNPOなどが中心となって、小中学校区等の住民に身近な圏域で、住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制作りを支援し、2020（平成32）年から2025（平成37）年を目途に全国展開を図ることとしている。その際、社会福祉法人の地域における公益的な活動との連携を図ることとし、多様な活躍・就労の場づくりを推進するため、公共的な地域活動やソーシャルビジネスなどの環境整備を進めることとしている。

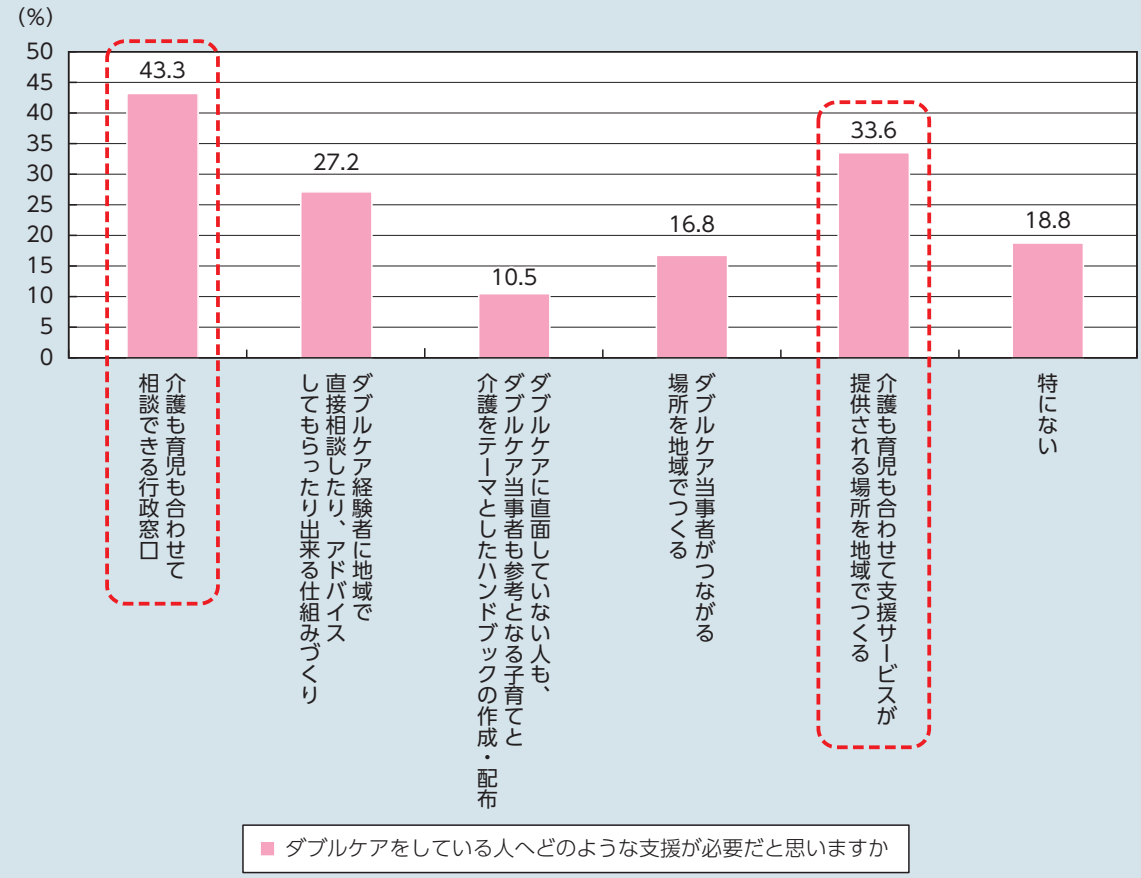
(4) 総合的な相談支援体制

(対象者や世帯のニーズを起点として、分野横断的に包括的に相談・支援を行うとともに、必要な社会資源の開発を進める体制の構築)

複数分野の問題や複雑に絡む問題を抱える対象者や世帯の存在など、ニーズが多様化・複雑化する中で、いかにしてその様なニーズを包括的に受け止めるかが課題になる。「ダ

ブルケア」の問題に対してどのような支援が必要だと思うかを尋ねた調査でも、介護と育児を合わせて相談できる窓口や総合的な支援サービスを受けられる場所を求める回答も多い（**図表4-4-7**）。

図表4-4-7　ダブルケアをしている人へどのような支援が必要だと思うか（2つまで）



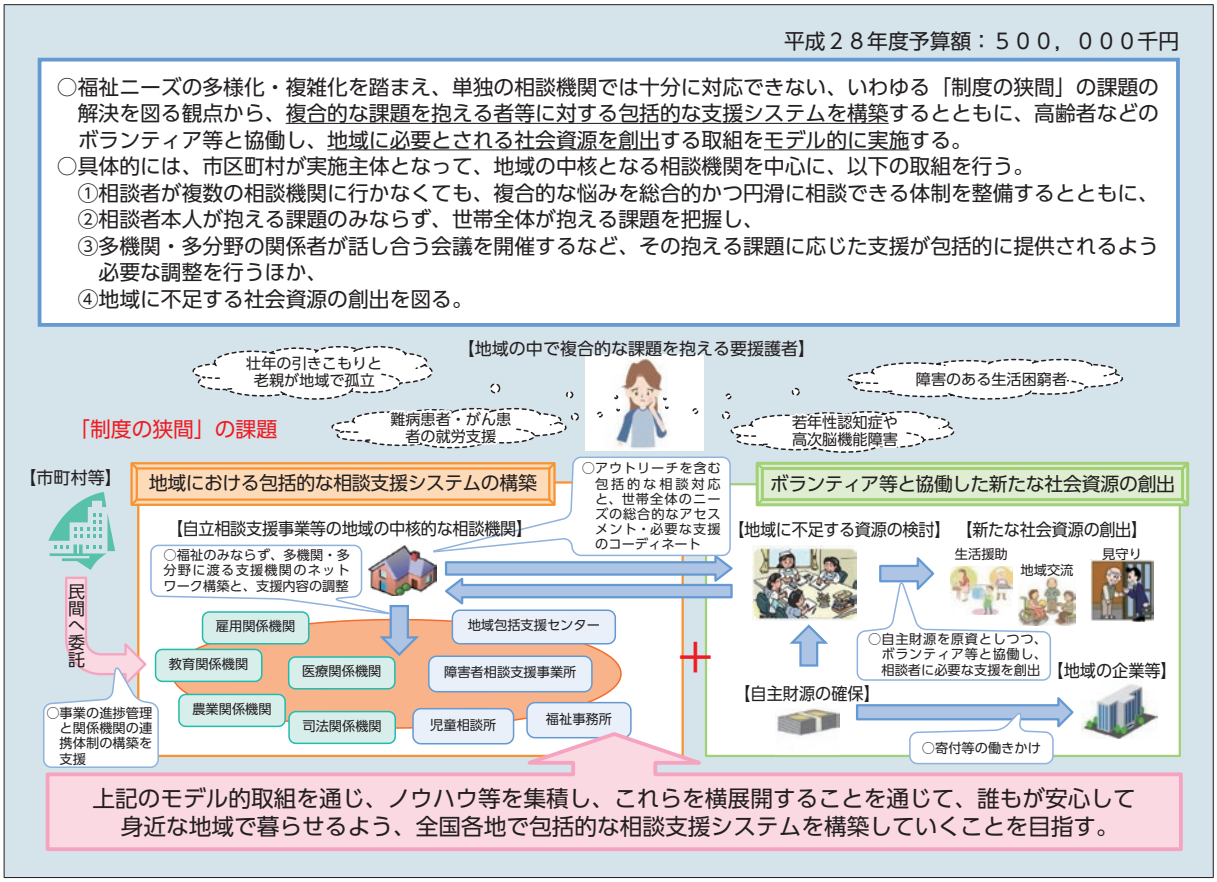
資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」（2016年）
（注）　調査対象は、全国の40歳以上の男女。回答数は3,000人。

そこで、複合する課題を受け止め、各分野間の相談機関で連携を密にとることや、各分野の相談機関を同じ場所に集めること等により、対象者やその世帯について、分野横断的かつ包括的な相談・支援の体制を整備する必要がある。すなわち、本人のニーズを起点として、包括的に受け止める相談体制、複合的な課題に対するアセスメントと支援のコーディネート、ネットワークの強化と関係機関の調整、必要な社会資源の開発といった体制を構築することが求められている。また、複合的な課題を抱えた対象者や世帯は、地域から孤立したり、複合的な課題ゆえにどこに相談すればよいのか分からないことも多いことから、アウトリーチのアプローチにより、早期・積極的な把握をすることが望ましい。

このような考え方を踏まえて、「ニッポン一億総活躍プラン」では、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ための、市町村における総合的な相談体制作りを進めることとし、2020（平成32）年から2025（平成37）年を目途に全国展開を図ることとしている。こうした中、複合的な課題を抱える者等に対する包括的な支援システムを構築し、高齢者などのボランティア等を活用し、地域に必要とされる社会資源を創出する取組みをモデル的に実施するため、2016（平成28）年度より「多機関の協働による包括的相談支援体制構築事業」

を創設した（図表4-4-8）。

図表4-4-8　「多機関の協働による包括的支援体制構築事業」のイメージ



本事業は、市区町村等が実施主体となって、地域の中核となる相談支援機関を選定して、多様なニーズに対応し総合的なアセスメントや関係機関との調整を行うとともに、地域づくりも含めたコーディネーターの役割を担う「相談支援包括化推進員」を配置する。そして、①相談者が複数の相談機関に行かなくても、複合的な悩みを総合的かつ円滑に相談できる体制を整備するとともに、②相談者本人が抱える課題のみならず、世帯全体が抱える課題を把握し、③多機関・多分野の関係者が話し合う会議を開催するなど、その抱える課題に応じた支援が包括的に提供されるよう必要な調整を行うほか、④ボランティア等地域住民の参画を促し、単身世帯への見守りや買い物支援、各種の制度の対象とはならない生活支援サービスなど、地域に不足する社会資源の創出を図るなどの取組みを行うものである（図表4-4-9）。

また、事例集の作成、実践者による事例発表、各地域において参考となる好事例の選定等を行い、自治体における創意工夫ある効果的な取組み事例の横展開を図っていくこととしている。

図表4-4-9 「多機関の協働による包括的支援体制構築事業」のポイント

○家族・地域社会の変容等に伴い、ニーズの多様化、抱える困難の複合化、必要な支援の複雑化が進行する一方で、我が国は人口減少局面に入っており、福祉サービスの持続可能性が課題。

○対象者別の制度ごとの縦割りの相談支援体制では対応が困難なケースについて、世帯全体が抱える複合的な課題を的確に把握し、既存の相談支援機関等の機能を最大限活用しつつ、包括的な支援を受けることができるよう、多分野・多機関に渡る相談支援機関等の連携体制の構築を図るとともに、企業等に対する寄付等の働きかけや、ボランティアの活用などにより、地域に不足する社会資源の創出を図るための取組をモデル的に推進するため、「多機関の協働による包括的支援体制構築事業」を創設する。

1．実施主体

○市区町村又は都道府県（一又は複数の市区町村と連携して、本事業を広域的かつ総合的に調整する場合に限る。）
※各都道府県１か所程度で実施することを想定。

○社会福祉法人やNPOなど、実施主体が適当と認める団体に委託可。

2．支援対象者のイメージ

○本事業による支援対象者は、①相談者本人が属する世帯の中に、課題を抱える者が複数人存在するケース、②相談者本人が複数の課題を抱えているケース、③既存サービスの活用が困難な課題を抱えているケース、④これらが複合しているケースなどが考えられ、具体的には、例えば以下のようなものを想定。

※要介護高齢者の親と、無職でひきこもり状態にある子どもとが同居している世帯
※医療・就労ニーズを抱えたがん患者と、障害児が同居している世帯
※共働きの世帯であって、親の介護と子育てを同時に抱えている世帯
※障害者手帳を取得していないが、障害が疑われる者等

3．補助率 3／4

4．補助基準額 １自治体当たり15,000千円

5．事業内容

（1）相談支援包括化推進員の配置
○実施主体は、自立相談支援機関（生活困窮者自立支援法）や地域包括支援センター（介護保険法）、相談支援事業所（障害者総合支援法）など、地域における相談支援機関の中から、関係機関を円滑にコーディネートすることが可能な機関を選定し、当該機関に相談支援包括化推進員を適当数配置。

（2）相談者等に対する支援の実施
○相談支援包括化推進員は、相談者等が抱える課題の把握、プランの作成、相談支援機関等との連絡調整、相談支援機関等による支援内容等に関する指導・助言等の業務を実施。

（3）相談支援包括化ネットワークの構築
○実施主体及び相談支援包括化推進員は、地域において、相談支援機関等がそれぞれの役割を果たしつつ、チームアプローチによる支援が行われるよう、地域の相談支援機関等のネットワークを構築。

（4）相談支援包括化推進会議の開催
○実施主体及び相談支援包括化推進員は、定期的に相談支援包括化推進会議を開催し、①各相談支援機関の業務内容の理解、②それらとの連携方法、③地域住民の福祉ニーズの把握方法、④地域に不足する社会資源創出の手法、⑤本事業による支援実績の検証等について、各相談支援機関等の関係者間で意見交換を実施。

（5）自主財源の確保のための取組の推進
○実施主体及び相談支援包括化推進員は、多職種間での連携・協働を図りつつ、社会福祉法人による地域貢献の取組や共同募金の活用、企業又は個人からの寄付金拠出の働きかけ等の取組を推進。

（6）新たな社会資源の創出
○実施主体及び相談支援包括化推進員は、多職種間での連携・協働を図りつつ、ボランティア等地域住民の参画を促し、単身世帯への見守りや買い物支援、各種制度の対象とはならない生活支援サービスなど、地域に不足する社会資源の創出を図るための取組を推進。

（7）その他
○実施主体及び相談支援包括化推進員は、上記のほか、本事業の目的を達成するために必要な取組を実施。

(5) 地域の実情に見合った総合的なサービス提供

(高齢・障害・児童等の対象者を問わずに福祉サービスの総合的な提供を進めている)

具体的な支援提供のあり方は、各地域の人口規模や高齢化の状況、地域資源の状況等によって異なるが、地域において地域共生社会を実現し、人口減少下における効率的で柔軟

な事業運営を確保するため、まちづくりの一つのかたちとして、高齢・障害・児童等の福祉サービスを総合的に提供できる仕組みを構築することが重要である。

このため、厚生労働省では、こうした共生型の福祉拠点を全国的に推進するため、現状の先進事例を整理し、各事例の有効性の検証等を行う調査研究を実施するとともに、兼務・共用の取扱いが明確でない人員・設備の取扱いについて、現行制度で運用上対応可能な事項を明確化し、高齢者、障害者、児童等の福祉サービスの総合的な提供の阻害要因を解消するためのガイドラインを取りまとめた。ガイドラインでは、高齢者、障害者、児童等の福祉サービスを組み合わせて福祉サービスを総合的に提供する際に、①兼務可能な人員、②共用可能な設備、③基準該当障害福祉サービスが活用可能であること、を明確化している（**図表4-4-10**）。

また、「ニッポン一億総活躍プラン」において、高齢者、障害者、児童等の福祉サービスについて、高齢者、障害者、児童等が相互に又は一体的に利用しやすくなるようにすることを考えていくことが盛り込まれており、今後、2018（平成30）年度の報酬改定における議論を視野に、設置基準、人員配置基準の見直しが検討されていくこととなる。

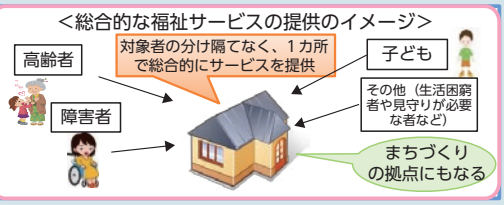
また、これに関連して、地域の集いの場を整備していくため、対象者を問わずに誰もが通い福祉サービスを受け、あるいは居場所ともなる取組みについては、2015（平成27）年度から「地域住民生活等緊急支援のための交付金」（地方創生先行型）を活用した整備を進めてきたが、さらに、地域再生法の一部を改正する法律（平成28年法律第30号）により創設された地方創生推進交付金を活用し、地域間連携、官民協働、政策間連携により生活サービスや地域活動の場をつなぎ、人やモノ、サービスの循環を図ることで、基礎的な生活圏において生活を支える新しい地域運営の仕組みである「小さな拠点」の形成・活性化が推進されることとされている。

図表4-4-10　地域の実情に合った総合的な福祉サービスの提供に向けたガイドライン（概要）

ポイント

○兼務・共用の取扱いが明確でない人員・設備の取扱いについて、現行制度で運用上対応可能な事項を明確化し、高齢者、障害者、児童等の福祉サービスの総合的な提供の阻害要因を解消。

<総合的な福祉サービスの提供のイメージ>



明確化する事項

○高齢者、障害者、児童等の福祉サービスを組み合わせて福祉サービスを総合的に提供する際の、以下の①～③の事項を明確化。

<福祉サービスを総合的に提供する際に利用が想定されるサービス（例）>

高齢者等	通所介護、小規模多機能型居宅介護、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護　等
障害者	生活介護、短期入所、機能訓練、就労継続支援（A型、B型）、放課後等デイサービス　等
児童	保育所、小規模保育事業、地域子育て支援拠点事業、放課後児童健全育成事業　等

① 兼務可能な人員

・管理者、代表者、医師、栄養士、調理員

② 共用可能な設備

【基準上規定がある設備】

・食堂、居間、機能訓練室、訓練・作業室、指導訓練室、浴室、医務室、静養室、事務室、相談室、調理室、洗面所、洗濯室、非常災害に際して必要な設備、便所　等

【基準上規定がない設備】

・玄関、廊下、階段、エレベータ、送迎バス

※高齢者、障害者、児童等がそれぞれ利用する設備を区切る壁等の設置が不要なことも併せて明確化

③ 基準該当障害福祉サービス等（注）が活用可能であること

高齢者、障害者、児童等に対する福祉サービスの総合的な提供を実施する場合は、基準該当障害福祉サービスを実施することが可能であることを明確化。

（注）基準該当障害福祉サービス等：指定障害福祉サービスや指定通所支援としての基準は満たしていないが、介護保険事業所等の基準を満たす事業所であり、市町村が認めたものにおいては、当該事業者が障害者（児）を受け入れた場合、基準該当障害福祉サービス等として特例介護給付費等が支給。

コラム　「ごちゃまぜ」!?　～多世代の共生に向けた佛子園の取組み～

石川県を中心に事業を展開する社会福祉法人佛子園。

高齢化が進む中、高齢者が地域で活き活きと活躍することができるように、福祉拠点を核とした地域づくりの取組みを進めている。

政府において、地方創生を進めている中、注目を浴びている生涯活躍のまち（日本版CCRC[1]）のモデルの一つと言われる石川県金沢市にある「シェア金沢」を運営するのもこの法人である。「シェア金沢」には、高齢者デイサービス、サービス付き高齢者住宅といった高齢者向けサービスに加えて、同じ敷地の中に障害者の就労支援サービス、障害児の入所施設がある。また、天然温泉やレストラン、地域の住民が経営する店舗、学生向けの住宅もある。「シェア金沢」には、福祉サービスを利用する人だけではなく、温泉やレストランを利用するために地域の住民もやってくるし、オープンスペースには近所の学校の子どもも遊びにやってくる。

「『シェア金沢』を作ったきっかけは、高齢者がずっと社会に参加できるコミュニティを作りたかった」と施設長の奥村俊哉さんは語る。生きがいのある高齢者は、生存率が高くなる傾向にあるという調査や、「人生の目的」がある高齢者は要介護になりにくいという調査もある。デイサービスを利用する高齢者が作った品物がレストラン横の売店に並び、サービス付き高齢者住宅に住む高齢者は、仕事として敷地内の植木の手入れをする。敷地内にある施設に入所する障害児への声かけが、「シェア金沢」の住人や地域住民の日課になっている。また、温泉やレストランの厨房では障害者が働き、地域の独居高齢者などに配る弁当も障害者が作り、配達もこなす。そこにはそれぞれの者に役割がある。

障害児の施設を挟むようにサービス付き高齢者住宅が建ち、店舗や学生が住む住宅もバラバラに配置されている。これも、つながりを作るための工夫だという。キーワードは「ごちゃまぜ」。ケア自体を「ごちゃまぜ」にするということではなく、普通の地域がそうであるように、人や建物を「ごちゃまぜ」にするという趣旨である。

実は、佛子園では、「シェア金沢」ができるよりも前から地域づくりに取り組んでいる。その原点とも言える場所は、石川県小松市野田町の西圓寺（さいえんじ）である。元々、西圓寺は檀家を持ち、法要なども行われる普通のお寺だった。しかし、今から11年前に住職が亡くなり、廃寺となることが決まり、今後の行く末について、地域の住民を中心に話し合いを重ねた結果、地域の福祉拠点を作りたいという思いから、佛子園に任されることとなった。廃寺を改築し、高齢者デイサービスや障害者の就労支援サービスを提供する拠点となる一方で、温泉や喫茶スペースも設け、地域住民なども出入りする地域コミュニティに生まれ変わった。デイサービスを利用する高齢者も地域住民も同じ温泉を利用し、障害者が温泉の掃除や喫茶スペースの運営を行う。今ではサービスの利用者、地域住民、地域外の利用者などが平日で130人程度が集い、福祉サービスを利用する人も住民も相互に支え合う、地域づくりの中核を担う場になった。野田町は人口200人強の町だが、今では、西圓寺と野田町のすべての住民と何らかのつながりを持つようになったという。

なぜ、ここまで地域とのつながりを重視するのか。西圓寺の施設長安倍真紀さんは、「佛子園が数十年障害児施設を運営してきた地域で、障害者が地域に出て行くためのグループホームを新たに建てようとしたら、地域住民から反対の声が上がり、衝撃を受けた。地域とのつながりを作り、福祉を『特別』なものから『日常』のものに変える必要があると思った」と語る。地域の人の顔が見え、理解し合える多世代が共生する地域を作りたいという思いから、高齢化が進む地域で福祉拠点を核とした地域づくりの模索が始まった。こうした取組みは石川県白山市の行善寺でもスタートしている。行善寺では、地域住民が主体的に参画する形での地域づくり

1　Continuing Care Retirement Community

が現在進行形で進んでいる。

いろいろな人やものが「ごちゃまぜ」になることで、人がつながり、人が集まる。そこには活気や仕事が生まれ、福祉拠点を利用する高齢者にも障害者にも活躍できる場所を新たに生み出す。高齢化がさらに進む中、福祉の既存資源も活用しながら、支える側と支えられる側の分け隔てなく共に地域づくりに参画する、将来を見据えた新たな取組みが動き始めている。

図　シェア金沢の全体像

シェア金沢の写真

西圓寺の写真

コラム　イマドキの長屋!?　～鹿児島市　NAGAYA TOWER～

九州新幹線の終点である鹿児島中央駅から歩いて5分ほどのところに、「NAGAYA TOWER」というちょっと変わった賃貸住宅がある。

大家の堂園晴彦さんは、1996（平成8）年から「堂園メディカルハウス」という緩和ケアを中心とした有床診療所を運営されている医師だ。年に100人以上の看取りをはじめ数多くの患者さんを診る中で、物質的に満たされていても「精神的孤独」や「社会的孤立」に悩む人の多さに危機感を募らせていた。

2008（平成20）年に堂園さんはインドにあるマザー・テレサの作ったハンセン病の村を訪ね、そこで衝撃を受けた。軽いハンセン病患者が重いハンセン病患者にご飯を作ってあげたり、食事の介助をしたり、おばあさんが乳飲み子の面倒を見たりしていた。血のつながりはないのに相互扶助による共同体が成り立っている……自分が思い続けたのは「これだ！」と閃いたそうだ。

そうして2013（平成25）年NAGAYA TOWERは産まれた。老若男女、病人、障害者などが互いに助け合い暮らす「長屋」のような集合住宅を目指しており、居心地のよい「場」を提供することにより血のつながりによらない「絆」を作り出すための試みだ。

左がNAGAYA TOWER（右が堂園メディカルハウス）

「微笑みを交わす人がいれば、人生は幸せ」がNAGAYA TOWERのモットーであるが、これを実現するためハード面、ソフト面に様々な工夫を凝らしている。

6階建て35戸のNAGAYA TOWERは、外壁は地中海をイメージした鮮やかな黄色で、どの住宅からもよい眺めを確保でき、中庭側で住民同士が交流できるよう、建物はV字型をしている。共用スペースが多く設けられており、2階にはみんなのリビング・台所（138㎡）が、3階には空中庭園が、4階、5階には眺めのよい岩風呂がある。

住戸のタイプはワンルームから2LDKだが、豊富な共有スペースで交流を促すため、シャワーだけの部屋を半数以上にするなどあえて住戸で完結しないようにしている。また、各戸のバルコニーも広めにとっており、隣の部屋との隔壁板を入れていない。これも交流を促す仕組みだ。

共同生活を円滑に運営していくためには調整役が必要であり、事務局3名がその任に当たっている。事務局の役割としては、日常生活から、医療・介護の相談・支援やイベントの企画など多岐にわたる。何かあれば「まずは事務局へ」ということだ。NAGAYA TOWER内には「冨永さんち」という冨永さんが里親として子どもたちを迎え入れているファミリーホーム[1]があるが、そこの子どもたちを預かることもあるという。

イベントを通じた住人の交流にも力を入れており、おかずを一品ずつ持ち寄りみんなでごはんを食べる「ナガヤのばんごはん」、絵手紙サークル、歌の会、映画会（ナガヤシネマ）など週2回程度なんらかのイベントが開催されている。

住民以外との交流も進めている。近隣の児童養護施設の子どもたちにダンスを披露してもらったり、1階にテナントとして入っている児童発達支援事業所「まふぃん」の子どもたちにナガヤで行うイベントに参加してもらったりしている。町内会やお達者クラブの方々との交流も構想中だそうだ。

現在の住人は、下は3歳から上は95歳まで、独身、子育て世代、高齢者世帯など年齢層もさまざまだが、ちょうどよい距離感で交わっている感じがする。

多世代交流の「場」の創り方は様々だが、「住まい方」を中心に据えたNAGAYA TOWERの試みは、「場」の創出を考えている人にとって一つの参考となるではないか。

1　正式には児童福祉法に基づく「小規模住居型児童養育事業」

4 総合的な福祉人材の育成・確保

(1) 医療・福祉人材の最大活用

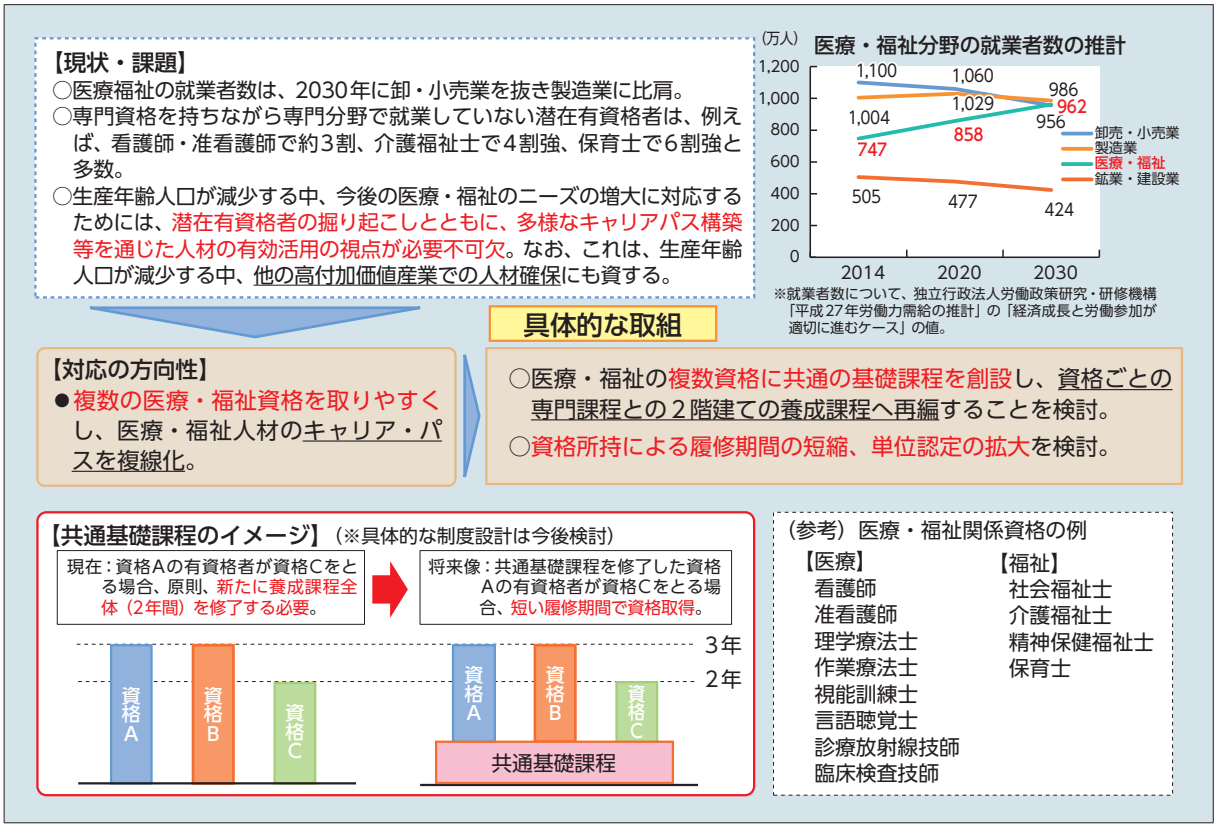
(潜在有資格者の活用とあわせて、地域包括ケアシステムの深化のための担い手の育成・確保が必要)

社会保障の持続可能性を考えれば、経済成長を常に図っていく必要があり、人口減少社会に直面する我が国では、医療・福祉人材の確保と同時に、他の高付加価値産業における人材確保の達成についてもあわせて考える必要がある。こうした中、有資格者のうち資格に係る専門分野で就業していない者の割合が4~6割に達する職種もあり、医療・福祉人材の確保に向けては、新たな資格者の養成のみならず、潜在有資格者の人材活用が必要となる。

また、高齢者のみならず、地域で支援を必要とする方々への地域包括ケアシステムの深化を進めて行く中で、多機関協働による包括的な相談支援体制、地域の実情にあった総合的な福祉サービスの提供システムの構築と併せて、その担い手を育成、確保していく必要がある。

こうしたことから、「ニッポン一億総活躍プラン」において、医療、介護、福祉の専門資格について、専門資格に共通の基礎課程を設け、一人の人材が複数の資格を取得しやすいようにすることを検討することとした。これにあわせて、医療、福祉の業務独占資格の業務範囲についても、現場で効率的、効果的なサービス提供が進むよう、見直していくこととしている。これにより、医療、福祉人材のキャリアパスが複線化され、従前まで特定の現場でどのようにキャリアを描くかと考えられていたことが、医療・福祉の幅広い現場での理想とする働き方からキャリアを描くことが可能となり、ひいては処遇改善などにもつながることが期待される(図表4-4-11)。

図表4-4-11　医療・福祉人材の最大活用のための養成課程の見直し



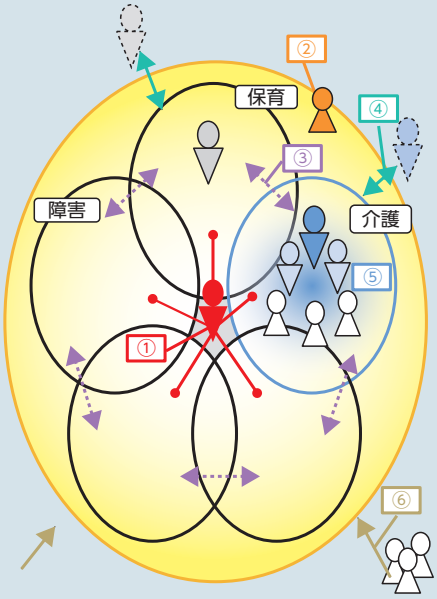
(2) 新しい地域包括支援体制を担う人材の育成・確保のための取組み

(①制度の狭間のニーズをすくい取り総合的な見立てを行えるコーディネート人材の配置、②分野横断的な基礎知識の研修の実施、③多様なキャリア形成支援・人材移動促進のための環境整備、④潜在有資格者の再就業促進、⑤人材の機能分化、⑥参入促進により人材の育成・確保を進める)

新しい福祉サービスの提供のあり方として目指す、地域包括支援体制を担う人材の育成・確保に当たっては、分野横断的な視点から、福祉分野の中での人材移動を円滑にし、汎用性の高い多様な人材の育成を行うという基本的な考え方に立ち、具体的な人材の育成・確保を進める必要がある。図表4-4-12で示すとおり、求めるべき人材は具体的な取組みとしては以下の6つに分けられるが、多様化するニーズをコーディネートする人材とサービス提供を担う人材に分けられる。それぞれの施策は、1から3までがコーディネート人材の確保・育成、2から6までがサービス提供を担う人材の確保・育成のためのものである。

図表4-4-12 新しい福祉サービスの提供体制を担う人材の育成・確保

○新しい福祉サービスの提供体制を担う人材として、次のような人材の育成・教育を進める。
①地域の中で「狭間のニーズ」を掬い取り総合的な見立てとコーディネートを行うことができる人材
②特定の分野に関する専門性のみならず福祉全般に一定の知見を有する人材
○さらに、生産年齢人口が減少する中で、限られた人材を有効に活用し、必要な人材の確保を着実に進める。



①コーディネート人材の配置等による新たな地域包括支援システムの構築等
　コーディネート人材の配置等により新しい地域包括支援体制をモデル的に実施する自治体を支援する。また、コーディネート人材としての社会福祉士の在り方を検討する。

②福祉分野横断的な基礎的知識の研修
　他の福祉分野との共通基盤を修得するための研修等について検討する。

③福祉人材の多様なキャリア形成支援・福祉労働市場内での人材の移動促進のための環境整備
　専門性の高い人材として介護現場で中核的な役割を果たすべき介護福祉士の養成を促進する。また、福祉資格保有者が他資格を取得する際の試験科目の免除等について検討し、複数の資格を取得しやすくするための環境整備を図る。さらに、社会的養護に係る人材育成のための研修プログラムを開発する。

④潜在有資格者の円滑な再就業の促進
　潜在有資格者の掘り起こしを進めるため、離職した介護福祉士の届出システムの構築や再就業に向けた支援、潜在保育士に対する保育所の優先利用・保育料の補助等により、潜在有資格者の円滑な再就業の促進を図る。

⑤介護人材の機能分化の推進
　生産年齢人口が減少する中で、限られた人材を有効に活用するため、介護人材の在り方・機能分化について、具体的な検討を進める。

⑥多様な人材層からの参入促進
　業務委託によるサテライト展開の推進等により、福祉人材センターの機能強化を図るとともに、すそ野拡大のため、入門的な研修の創設等について検討する。

コーディネート人材
サービス提供を担う人材

1 包括的な相談支援システム構築のモデル的な実施への支援と効果的な取組事例の展開

コーディネート人材を育成・確保するため、コーディネート人材を配置等して多機関の協働による包括的支援体制の構築をモデル的に行う自治体を支援するとともに、地域の実情に応じた効果的な取組み事例の横展開を図ることとしている。このほか、専門的知識や技術を持って、福祉に関する相談に応じ、助言、指導、関係者との連絡・調整その他の援助を行う者として位置付けられている社会福祉士については、複合的な課題を抱える者の支援においてその知識・技能を発揮することが期待されることから、新しい地域包括支援体制におけるコーディネート人材としての活用を含め、そのあり方や機能を明確化することとしている。

2 福祉分野横断的な基礎的知識の研修

複合的な課題に対するアセスメントや、様々な支援のコーディネート、様々な福祉サービスの一体的提供に資するため、保育・障害・介護などの様々な福祉分野の共通的な基礎的知識を習得する研修等についての検討を行う。

3 福祉人材の多様なキャリア形成支援・福祉労働市場内での人材の移動促進

専門性の高い人材として、介護現場で中核的な役割を果たすべき介護福祉士の養成を促進するため、介護福祉士を目指す学生に対する修学資金等の貸付事業の拡充や地域医療介護総合確保基金を活用した資格取得の支援を行っている。

また、福祉資格保有者が他資格を取得する際の試験科目の免除や、複数資格の取得を容易にするための環境整備を行うこととしている。

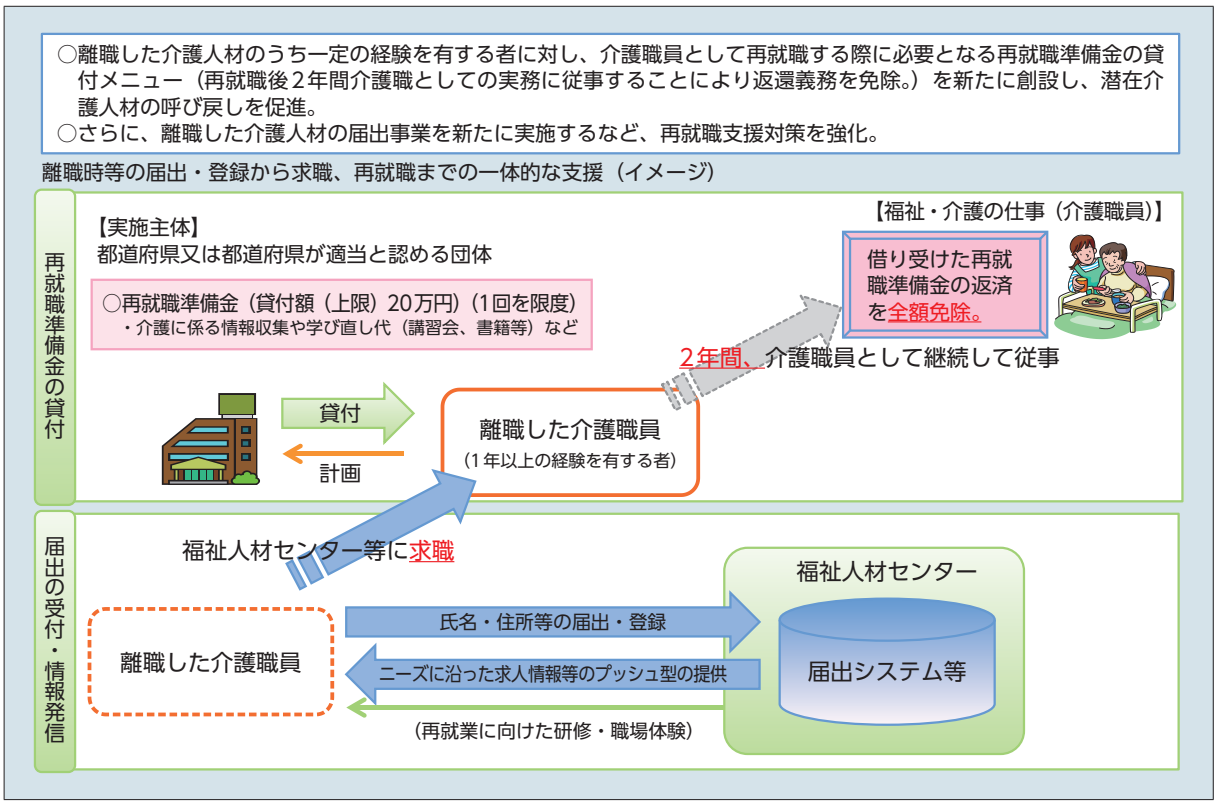
さらには、社会的養護において様々な課題を抱えた児童等の養育に対応できる人材の育成を進めるため、児童養護施設等の職員の資質向上のための研修事業を行っており、児童養護施設等への就職を希望する学生等の実習を受け入れる施設で、実習を指導する職員の代替職員を雇い上げる経費や、学生等の就職を促進するため、実習を受けた学生等を非常勤職員として雇い上げる経費の支援を行っている。

4 潜在有資格者の円滑な再就業の促進

潜在有資格者の掘り起こしを進めるため、潜在介護福祉士向けに介護サービスの知識や技術等を再認識し、介護分野への円滑な再就業を促進する研修を実施しているほか、離職した介護人材の届出と、離職者のニーズに沿った求人等の情報提供を行うためのシステムを新たに構築するとともに、再就職準備金貸付制度を創設し、潜在介護人材の呼び戻しを促進する（図表4-4-13）。

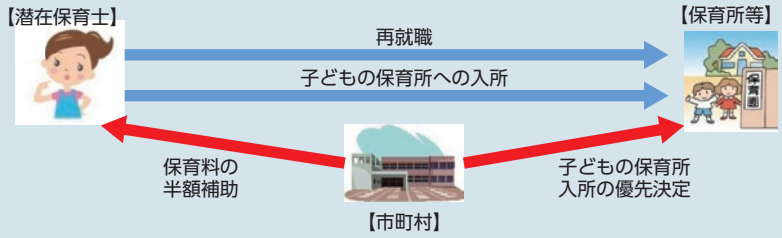
また、潜在保育士の再就職支援のため、ハローワークや保育士・保育所支援センターによるマッチング支援のほか、保育士として２年間勤務することで返還を免除する再就職準備金や、保育士が支払うこととなる保育士の子どもの保育料の一部を貸し付けるなどの支援を行っている。（図表4-4-14）。

図表4-4-13　離職した介護人材の呼び戻し対策

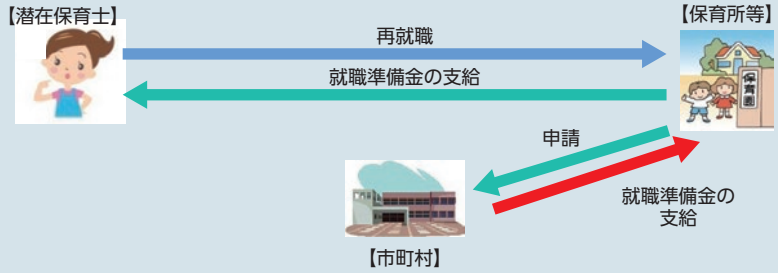


図表4-4-14 潜在保育士の再就職支援

○未就学児をもつ潜在保育士に対する保育所復帰支援
未就学児を有する潜在保育士（保育士資格を有する者であって、保育士として勤務していない者）が、保育士として保育所等への勤務を希望する場合、当該保育士の未就学児を優先的に保育所等に入所させるとともに、当該保育士が支払うべき未就学児の保育料の一部を支援する。



○潜在保育士の再就職促進
潜在保育士（保育士資格を有する者であって、保育士として勤務していない者）が、保育士として保育所等に勤務することが決定した場合、就職準備金を助成する。
※１回限り。支給条件として就職後一定程度の保育所等への勤務要件あり。



5 介護人材の機能分化の推進

生産年齢人口が減少する中で、限られた人材を有効に活用するため、介護人材を一律に捉え、一様に量的・質的な確保を目指してきたこれまでの考え方を転換し、介護人材の機能分化を進めることとしている。チームケアのリーダーとしてのマネジメントの能力や多職種との連携の能力を有する職員の育成が求められており、これらの能力獲得に向けた研修受講支援を行っている。

6 多様な人材層からの参入促進

資格を有しない者を含めた多様な人材層からの参入を促進するため、初任者向けの入門的な研修の創設等により未経験者を含むすそ野の拡大を図るとともに、地域における介護人材確保対策の基盤である都道府県福祉人材センターの機能強化を図る。

また、多様な人材層の一部として、地域住民の活動意欲とサービスを必要としている人とを結び付ける等の環境の整備により、例えば、時間に余裕のある住民が、気軽にサービス提供の担い手として参加したり、要援護者・世帯の早期把握・見守りを、地域全体で行うための新たなネットワークの形成につながることが期待される。

福祉サービスが総合的に提供される拠点が共生型のまちづくりの中心と位置付けられることと相まって、新たな「まちづくり」に住民が主体的に関わり、地域の生活課題に対する問題意識を共有し、解決のために協働することは、地域での人々のつながりの強化、地域の活性化につながることが期待される。そのような意味で、新たな地域福祉の実現は地域社会の再生の軸となりうるだろう。

おわりに

これまで、高齢化の状況や高齢社会を乗り越えるための様々な取組みについて述べてきたが、皆さんはどのような感想を持たれたであろうか。

第４章第３節で述べたとおり、「地域包括ケアシステム」を完成させるためには、医療、介護等の各要素を充実させるだけではなく、それらを担う専門職と住民の連携ネットワーク、すなわち「地域づくり」が重要な鍵となる。また、第４章第４節で述べた「地域共生社会」は、あらゆる住民が支え合いながら自分らしく活躍できるコミュニティづくりを目指すものである。

しかし、こうした地域づくりを、誰がどのように担っていけばよいかについては、単純な正解はない。

ひとつ重要なのは、地域づくりの主要な担い手として、高齢者を位置づけるということである。例えば、介護予防や健康づくりなどは、付き合ってくれる仲間がいると取り組みやすい。日常生活のちょっとした援助も、高齢者どうしの方が気兼ねなく頼めることもあるだろう。支援を求める高齢者の役に立つことは、支える側の高齢者にとっても生きがいとなり、心身の健康にもよい効果をもたらすだろう。

また、支える側の高齢者が、ボランティアではなくビジネスとして地域貢献し、地域経済の活性化にも寄与できるように知恵を絞る必要がある。

人口高齢化は決して恐れるものではなく、高齢期になっても意欲のある方々が活躍でき、地域で皆が支え合える社会づくりを通じて、経済社会の活力を維持、発展させることは十分可能であることを、高齢化先進国である日本が、率先して示していく必要がある。

参考文献

◉島崎謙治「医療政策を問いなおす－国民皆保険の将来」(筑摩書房、2015年)
◉遠藤久夫・池上直己「医療保険・診療報酬制度」(勁草書房、2005年)
◉二木立「地域包括ケアと地域医療連携」(勁草書房、2015年)
◉結城康博「在宅介護－「自分で選ぶ」視点から」(岩波書店、2015年)
◉薬師寺哲郎（農林水産政策研究所)、高橋克也（農林水産政策研究所)、田中耕市（徳島大学大学院ソシオ・アーツ・アンド・サイエンス研究部)「食料品アクセスに関する住民意識」(2012年)
◉薬師寺哲郎（農林水産政策研究所)「食料品アクセス問題と高齢者の健康」(2014年)
◉三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「〈地域包括ケア研究会〉地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」(2008年度)
◉三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「〈地域包括ケア研究会〉地域包括ケア研究会報告書」(2010年)
◉三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「〈地域包括ケア研究会〉地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点」(2013年)
◉三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「〈地域包括ケア研究会〉地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業」(2014年)
◉株式会社三菱総合研究所「地域づくりによる介護予防を推進するための手引き」(2015年)
◉株式会社NTTデータ経営研究所「平成27年度育児と介護のダブルケアの実態に関する調査報告書」(2016年)
◉株式会社法研「欧米諸国の医療保障」(2000年)
◉株式会社情報通信総合研究所「地域におけるICT利活用の現状に関する調査研究」報告書（2015年)
◉厚生労働省「厚生労働白書」(各年版)
◉厚生労働省「2015年海外情勢報告」
◉厚生労働省「健康・医療・介護分野におけるICT化の推進について」(2014年)
◉厚生労働省「生涯現役社会の実現に向けた就労のあり方に関する検討会報告書」(2013年)
◉厚生労働省「生涯現役社会の実現に向けた雇用・就業環境の整備に関する検討会報告書」(2015年)
◉厚生労働省「高年齢者の雇用状況」(2015年)
◉厚生労働省「健康日本21」(第1次及び第2次)
◉厚生労働省これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告書「地域における「新たな支え合い」を求めて－住民と行政の協働による新しい福祉－」(2008年)
◉厚生労働省新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム報告書「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－」(2015年)

◉高齢社会対策大綱（2012年）
◉独立行政法人国立長寿医療研究センター「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」(2013年)
◉独立行政法人労働政策研究・研修機構「高年齢社員や有期契約社員の法改正後の活用状況に関する調査」(2014年)
◉医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集」(2010年版)
◉医療経済研究機構「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書」(2011年度版)
◉医療経済研究機構「フランス医療関連データ集」(2011年版)
◉医療経済研究機構「アメリカ医療関連データ集」(2011年版)
◉健康保険組合連合会「社会保障年間」(2009年版)
◉全国健康保険協会「医療計画と地域医療構想に関する基礎的ハンドブック」(2015年)
◉全国国民健康保険診療施設協議会「地域医療Vol.52 No.4」(2015年)
◉一般社団法人医療介護福祉政策研究フォーラム「地域包括ケアのイノベーションに関する研究」(一般社団法人医療保険業務研究会、2014年度調査研究事業)

第2部

現下の政策課題への対応

特集1　一億総活躍社会の実現に向けて

第1節　一億総活躍社会とは

1 経済社会の現状

3年間のアベノミクス（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、国民総所得や税収の増加など、大きな成果を生み出した。日本企業の収益は、史上最高の水準に達しており、また、就業者数は100万人以上増え、ベースアップが3年連続、多くの企業で実現見込みとなり、有効求人倍率が24年ぶりの高水準となる等、企業収益は、着実に雇用や賃金に回っている。日本経済はデフレ脱却が見えてきており、実質賃金は昨年下半期からプラスに転じている。その一方で、個人消費や設備投資といった民需に力強さを欠いた状況となっている。

こういった我が国の経済成長の隘路の根本には、少子高齢化という構造的な問題がある。この30年ほどの間で、出生率は大幅に低下（1984（昭和59）年の1.81から2005（平成17）年の1.26までに低下し、その後も1.3～1.4程度で推移）し、一方で高齢化率は着実に上昇している（1984年の9.9%から2014（平成26）年の26.0%）。さらに、日本の総人口は、2008（平成20）年を境に減少局面に入っている。一旦、人口が減少し始めると、減少スピードは今後加速度的に高まっていき、2020年代初めは毎年60万人程度の減少であるが、それが2040年代頃には毎年100万人程度の減少スピードにまで加速し、このままでは2100年には人口5,000万人を切ることが推計されている。

2 一億総活躍社会の意義

こうした現状を踏まえ、2015（平成27）年9月、安倍内閣総理大臣は少子高齢化という構造的な問題に真正面から取り組んでいくとの姿勢を表明し、一億総活躍社会の実現を目標に掲げた。一億総活躍社会は、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、誰もが活躍できる、いわば全員参加型の社会である。

全ての人が包摂される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。また、多様な個人の能力の発揮による労働参加率向上やイノベーションの創出が図られることを通じて、経済成長が加速することが期待される。

このように、一億総活躍社会は、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新たな経済社会システム創りに挑戦するものであり、究極の成長戦略である。

3 新たな三本の矢

少子高齢化の流れに歯止めをかけ、誰もが活躍できる一億総活躍社会を創っていくため、「戦後最大の名目GDP600兆円」、「希望出生率1.8」、「介護離職ゼロ」という目標を掲げ、この3つの的に向かって新しい3本の矢を放つ。

新たな第一の矢は、「希望を生み出す強い経済」である。イノベーションと働き方改革による生産性の向上と労働力の確保により、サプライサイドを強化するとともに、経済の好循環を回し続け、潜在的な需要を掘り起こして内需を拡大していく。地方に眠る可能性を更に開花させる。既存の規制・制度の改革を断行する。あらゆる政策を総動員していくことにより、「戦後最大の名目GDP600兆円」の実現を目指すものである。

新たな第二の矢は、「夢をつむぐ子育て支援」である。18～34歳の独身者の約9割は「いずれ結婚するつもり」であり、結婚した場合に欲しい子どもの数は男性2.04人・女性2.12人となっている。また、既婚者の予定する子どもの数は2.07人である。こうした若い世代における結婚・出産に関する希望が叶うとした場合に算出される出生率を「希望出生率」として、一定の仮定に基づく計算を行えば、概ね1.8程度となる。2015（平成27）年の合計特殊出生率（概数）は1.46となっている。一億総活躍の最も根源的な課題は、人口減少問題に立ち向かうこと。そのために、一人でも多くの若者たちの、結婚や出産の希望を叶える。これが「希望出生率1.8」の目標である。安心して子供を産み育てることができる社会を創る。子供たちの誰もが、頑張れば大きな夢をつむいでいくことができる社会を創り上げるものである。

新たな第三の矢は、「安心につながる社会保障」である。介護を機に離職・転職した方は、2011（平成23）年10月から2012（平成24）年9月までの1年間で、約10万人となっている。介護を機に離職した理由は、男女ともに、「仕事と介護の両立が難しい職場だったため」との割合が最も高くなっている。東京オリンピック・パラリンピックが開催される2020（平成32）年には、いわゆる団塊の世代が70歳を超える。日本の大黒柱、団塊ジュニア世代が大量離職すれば、経済社会は成り立たない。そのため、介護しながら仕事を続けることができる、「介護離職ゼロ」という明確な目標を掲げ、現役世代の「安心」を確保する社会保障制度へと改革を進めていくものである。

4 成長と分配の好循環の形成

強い経済、「成長」の果実なくして、「分配」を続けることはできない。

新たな第二・第三の矢により、子育てや介護をしながら仕事を続けることができるようにすることで、労働参加を拡大し、潜在成長率の底上げを図る。賃上げを通じた消費や民間投資を更に拡大し、成長戦略を進化させ、多様な方々の参加による多様性がイノベーションを通じた生産性向上を促し、更に経済を強くする。

他方で、子育て支援や社会保障の充実のためにも、強い経済が必要である。新たな第一の矢による成長の果実なくして、新たな第二の矢と第三の矢を放つことはできない。

つまり、新・三本の矢は、三つ全てがそろっていないと意味がないのであり、三本あわせて究極の成長戦略となるものである。

こうした成長と分配の好循環を形作っていくためには、新・三本の矢に加えて、これら三本の矢を貫く横断的課題である働き方改革と生産性向上という重要課題への取組みが必要となる。

第2節 ニッポン一億総活躍プランの検討経緯

我が国の構造的な問題である少子高齢化に真正面から挑み、新たな三本の矢の実現を目的とする一億総活躍社会に向けたプランの策定等を審議するため、2015（平成27）年10月には内閣総理大臣を議長とし、関係閣僚と有識者からなる「一億総活躍国民会議」が設置され、概ね月1回のペースで精力的な議論が行われた。また、国民会議の開催と並行して、一億総活躍国民会議有識者委員が様々な立場の方と意見交換を行う「一億総活躍社会に関する意見交換会」や、安倍内閣総理大臣や加藤一億総活躍担当大臣が仙台や福岡など地域の国民と直接意見交換を行う「一億総活躍社会実現対話」を開催するなどして、一億総活躍社会の実現に向けた国民との意見交換が実施された。

国民会議においては、緊急に実施すべき措置として、2015年11月26日の一億総活躍国民会議（第3回）で、「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策－成長と分配の好循環の形成に向けて－」（以下「緊急対策」という。）が取りまとめられた。

また、2016（平成28）年5月18日の一億総活躍国民会議（第8回）では、「ニッポン一億総活躍プラン」（案）が取りまとめられ、同年6月2日閣議決定された。

第3節 一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策

緊急対策では、「希望出生率1.8の実現」「介護離職ゼロ」という二つの目標達成に直結する政策に重点を置いた事業が盛り込まれ、中でも特に緊急対応を要する事業については、平成27年度補正予算に計上されることとなった。

平成27年度補正予算の主な内容は次のとおりであり、「希望出生率1.8」の実現に向けて2017（平成29）年度末までの保育の受け皿整備量を40万人から50万人分に上積みすることや、「介護離職ゼロ」の実現に向けて介護の受け皿を2020年代初頭までに約38万人分以上から約50万人分以上に拡大することなどを柱として、2016（平成28）年1月20日に成立した。

●平成27年度補正予算の主な内容

【「希望出生率1.8」に直結する緊急対策】

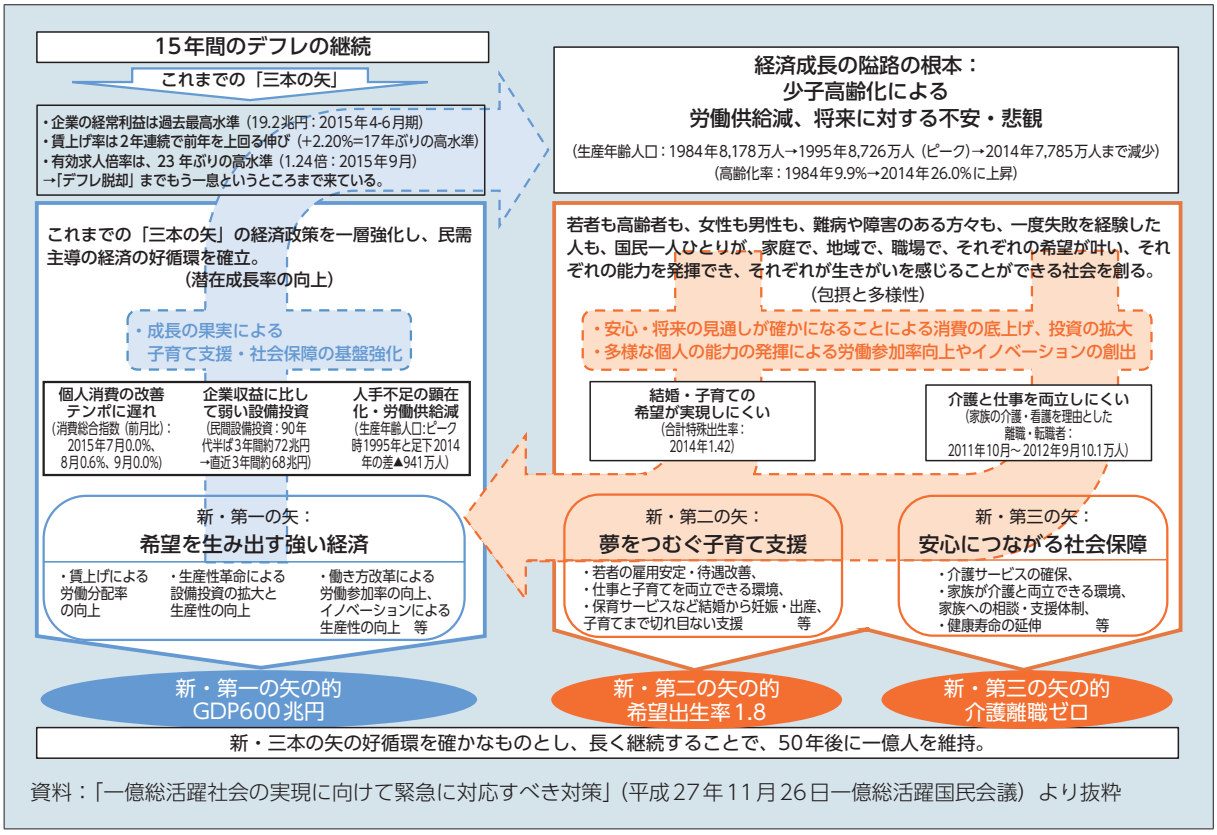
・3年以内の既卒者及び中退者を対象とした助成金制度の創設。
・キャリアアップ助成金について、有期雇用から正規雇用への転換等に係る助成の拡充。
・不妊治療への初回の助成額の増額と、男性不妊治療の助成を拡大。
・小児医療施設及び周産期医療施設の設備整備。
・「待機児童解消加速化プラン」に基づく認可保育所等の整備を前倒し。（2017年度末までの整備拡大量：40万人分→50万人分）
・保育所等が保育補助者の雇上げに要する費用や、潜在保育士再就職時の就職準備金等の貸付事業を創設。保育所のICT化の支援。
・保育士の人件費について、国家公務員の給与改定に準じた内容を公定価格に反映。
・資格の取得を目指すひとり親家庭の親に対し、養成機関の入学準備金・就職準備金を貸

付。
・児童養護施設退所者等に対する自立支援資金の貸付。　　等

【「介護離職ゼロ」に直結する緊急対策】
・2020年代初頭までに、介護施設・在宅サービスやサービス付き高齢者向け住宅の整備量を約12万人分上乗せし、約50万人分以上に拡大。
・離職した介護人材に対する再就職準備金貸付制度の創設。介護福祉士を目指す学生に対する修学資金等の貸付事業の拡充。
・介護施設等の介護ロボット導入の支援。
・障害福祉サービス事業所等の整備の補助。　　等

【「名目GDP600兆円」の強い経済実現に向けた当面の緊急対策】
・アベノミクスの成果の均てんの観点から、賃金引上げの恩恵が及びにくい低所得の高齢者に対する給付金の支給。　　等

図表特-3-1　一億総活躍社会は少子高齢化に直面した我が国経済の活性化策
－包摂と多様性による持続的成長と分配の好循環－



資料：「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に対応すべき対策」（平成27年11月26日一億総活躍国民会議）より抜粋

第4節　ニッポン一億総活躍プラン

1　ニッポン一億総活躍プランの内容

ニッポン一億総活躍プランは、一億総活躍社会の実現に向けた横断的課題である「働き

方改革」の方向を提示したうえで、新たな三本の矢の目標の実現に向けた取組みの方向について、具体的に記載している。また、新たな三本の矢の目標の達成に向けて、どのような施策をいつ実行するのかを「ロードマップ」[*1]の形で提示している。ロードマップでは、個別の政策課題ごとに、関連する施策を列挙し、可能な限り定量的な指標も掲げながら、施策の検討・実施時期を具体的に期限を区切って定めている。ロードマップの進捗状況については、今後継続的に調査し、必要に応じて見直しを行っていく。

2 ニッポン一億総活躍プランにおける厚生労働省の取組み

一億総活躍社会の実現に必要な施策の多くは、厚生労働省が担当する分野であり、以下に主な内容を紹介する。

(1) 一億総活躍社会の実現に向けた横断的課題である働き方改革の方向

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。多様で柔軟な働き方が可能となるよう、社会の発想や制度を大きく転換しなければならない。このため、次の内容に取り組んでいく。

(同一労働同一賃金の実現など非正規雇用の待遇改善)

女性や若者などの多様で柔軟な働き方の選択を広げるためには、我が国の労働者の約4割を占める非正規雇用労働者の待遇改善は待ったなしの課題である。このため、正規か、非正規かといった雇用の形態にかかわらない均等・均衡待遇を確保し、同一労働同一賃金の実現に踏み込む。

プロセスとしては、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し、これを通じ、不合理な待遇差として是正すべきものを明らかにする。そして、その是正が円滑に行われるよう、欧州の制度も参考にしつつ、不合理な待遇差に関する司法判断の根拠規定の整備、非正規雇用労働者と正規労働者との待遇差に関する事業者の説明義務の整備などを含め、労働契約法、パートタイム労働法及び労働者派遣法の一括改正等を検討し、関連法案を国会に提出する。

これらにより、正規労働者と非正規雇用労働者の賃金差について、欧州諸国に遜色のない水準を目指す。

また、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き、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っていく。

(長時間労働の是正)

長時間労働は、仕事と子育てなどの家庭生活の両立を困難にし、少子化の原因や、女性のキャリア形成を阻む原因等となっている。これを是正し、多様なライフスタイルを可能にし、ひいては生産性の向上につなげる必要がある。そこで、長時間労働の背景として、

＊1 「ロードマップ」の詳しい内容については、首相官邸ホームページ（http://www.kantei.go.jp/jp/singi/ichiokusoukatsuyaku/pdf/plan1.pdf）を参照

親事業者の下請代金法・独占禁止法違反が疑われる場合に、中小企業庁や公正取引委員会に通報する制度を構築し、下請などの取引条件にも踏み込んで長時間労働を是正する仕組みを構築する。さらに、労働基準法については、労使で合意すれば上限なく時間外労働が認められる、いわゆる36（サブロク）協定における時間外労働規制の在り方について、再検討を開始する。こうした取組みを通じ、時間外労働時間について、欧州諸国に遜色のない水準を目指す。

（高齢者の就労促進）

日本には、豊かな経験と知恵を持っているアクティブシニアが多いが、高齢者の7割近くが65歳を超えても働きたいと願っているのに、実際に働いている方は2割にとどまっている。このため、65歳以降の継続雇用延長や65歳までの定年延長を行う企業等に対する支援を実施し、企業への働きかけを行う。また、継続雇用延長や定年延長を実現するための優良事例の横展開、高齢者雇用を支える改正雇用保険法の施行、企業における再就職受入支援や高齢者の就労マッチング支援の強化などを進める。

(2)「希望出生率1.8」に向けた取組みの方向

1 子育て・介護の環境整備

緊急対策では、保育の受け皿整備の拡大（40万人→50万人）を決定したが、ニッポン一億総活躍プランでは更に、求められる保育・介護サービスを提供するための人材の確保に向けて、安定財源を確保しつつ、保育士や介護人材の処遇改善、多様な人材の確保・育成、生産性向上を通じた労働負担の軽減、さらには安心・快適に働ける環境の整備を推進するなどの総合的対策が示されている。このため、次の内容に取り組む。

（保育人材確保のための総合的な対策）

保育士の処遇については、新たに「経済財政運営と改革の基本方針2015」等に記載されている更なる「質の向上」の一環としての2%相当の処遇改善を行うとともに、予算措置が執行面で適切に賃金に反映されるようにしつつ、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。また、児童養護施設等においても、その業務に相応の処遇改善を行う。なお、我が国の男女間の賃金格差について、男性を100とした場合の女性は、2005（平成17）年の65.9が2015（平成27）年には72.2と縮小傾向にあるものの、未だ格差があり、しっかりと取り組んでいかなければならない課題である。女性活躍推進法や同一労働同一賃金に向けた取組みを進める中で、今後、全体として、男女の賃金差を縮めていき、保育士についても、必要に応じて、更なる処遇改善を行う。

また、多様な保育士の確保・育成に向けて、保育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を拡充し、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を創設した。さらに、保育所が保育補助者を雇用して保育士の負担を軽減する場合には、約295万円の返還免除付きの貸付を行う事業を創設した。このような施策については、更なる充実を図る。さらに、ICT等を活用した生産性向上による労働負担軽減、保育士の勤務環境の改善などに取り組んでいく。

このように、保育の受け皿整備に加えて、保育士の処遇改善、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9万人の保育人材の確保に総合的に取り組み、待機児童解消の実現を目指す。

（放課後児童クラブ・放課後子供教室の整備及び一体実施）

保育の受け皿に加えて、いわゆる小1の壁を打破する必要があることから、2019（平成31）年度末までに放課後児童クラブ30万人の追加的な受け皿整備を進め、全小学校区に当たる約2万か所で放課後児童クラブと放課後子供教室を連携して事業実施し、その半分に当たる約1万か所で一体として事業実施する。さらに、放課後児童クラブについて、経験等に応じた職員の処遇改善や業務負担軽減対策を進めるとともに、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。

2 すべての子供が希望する教育を受けられる環境の整備

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るためには、未来を担う子供たちへの投資を拡大し、格差対策などを通じて、誰にもチャンスがある一億総活躍社会を創っていく必要がある。こうした観点から、次の内容に取り組む。

（ひとり親家庭や多子世帯等への支援）

幼児教育の無償化拡大によって所得の低い世帯では第二子は半額、第三子以降は無償とする。ひとり親家庭への支援については、児童扶養手当の機能を充実し、第二子は36年ぶり、第三子以降は22年ぶりに加算額を最大で倍増した。さらに、放課後児童クラブ等が終わった後の地方自治体による子供の居場所づくりを支援する。この際、子供の生活習慣の習得・学習支援、食事の提供等を行う。児童養護施設や里親の下で育った子供の進学支援のため、毎月家賃相当額に加え生活費を貸し付け、就業継続等の条件により返還を免除する制度を本年度から創設したところ、今後も必要な対応を検討していく。また、いわゆる団塊ジュニア世代の人口構造上の重要性も踏まえつつ、多子世帯への支援を推進する。

児童虐待の問題に社会全体で対応し、児童の最善の利益が優先して考慮されるよう、児童相談所の専門性強化等による発生時の迅速・的確な対応に加え、予防から児童の自立支援（家庭養護の推進等）に至るまでの総合的な対策を進める。これを踏まえ、児童保護手続における裁判所の関与の在り方や、特別養子縁組制度の利用促進の在り方について検討し、必要な措置を講ずる。

3 女性活躍

我が国にはポテンシャルを秘めた女性が数多くおり、一人ひとりの女性が自らの希望に応じて活躍できる社会づくりを加速する必要がある。女性の活躍が一億総活躍の中核であるとの認識のもと、就職支援、働く環境の整備などに取り組んでいく。具体的には、子育て等で一度退職した正社員が復職する道が一層開かれるよう、企業への働きかけを行う。また、大学・専修学校等における実践的な学び直し機会の提供を図るとともに、マザーズハローワーク事業について、拠点数の拡充及びニーズを踏まえた機能強化を図る。さらに、2016（平成28）年4月から全面施行された女性活躍推進法に基づき、企業における女性活躍のための行動計画の策定・女性の活躍状況に関する情報公表などを推進する。

さらに、多様な正社員、テレワークの普及など女性が働きやすい環境整備、職場におけるハラスメントの防止に向けた取組み等を推進する。

4 若者・子育て世帯への支援

子育て中の保護者の約4割が悩みや不安を抱えていることに鑑み、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を実施する子育て世代包括支援センターについて、児童福祉法等改正により市町村での設置の努力義務等を法定化し、2020（平成32）年度末までの全国展開を目指す。

また、不妊に悩む方が増加している現状を踏まえ、不妊専門相談センターを2019年度までに全都道府県・指定都市・中核市に配置して相談機能を強化し、不妊治療支援の充実を継続するとともに、不妊治療をしながら働いている方の実態調査を行い、必要な支援を検討する。

さらに、地域において分娩を扱う施設の確保など、小児・周産期医療体制の充実を図る。子どもの医療制度の在り方等に関する検討会での取りまとめを踏まえ、国民健康保険の減額調整措置について見直しを含め検討し、年末までに結論を得る。

5 社会生活を円滑に営む上での困難を有する子供・若者等の活躍支援

社会生活を円滑に営む上での困難を有する子供・若者（発達障害者など）等に対して、個々人の特性に応じて将来の目指すべき姿を描きながら、医療，福祉、教育、進路選択、中退からの再チャレンジ、就労などについて、専門機関が連携して伴走型の支援に取り組む。さらに、若年無業者等についても、ハローワーク、地域若者サポートステーション、自治体、NPO等の関係機関が連携して、就労・自立に向けた支援に取り組む。

(3)「介護離職ゼロ」に向けた取組みの方向

1 介護の環境整備

(介護人材確保のための総合的な対策)

緊急対策では、在宅・施設サービスの整備の拡大（38万人以上→50万人以上）を決定したが、本プランでは更に、介護人材の処遇について、競合他産業との賃金差がなくなるよう、2017（平成29）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。

また、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、人材確保のためには、給与のみならず、労働負担の軽減も含めた総合的な取組みが必要である。このため、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も取り組む。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。

2 健康寿命の延伸と介護負担の軽減

健康寿命が延伸すれば、介護する負担を減らすことができ、高齢者本人も健康に暮らすことができるようになるため、健康寿命の延伸は一億総活躍社会の実現にとって重要である。このため、生涯を通じた予防により、平均寿命を上回る健康寿命の延伸加速を実現し、2025（平成37）年までに健康寿命を2歳以上延伸するとの目標を掲げた。対策としては、自治体や医療保険者、雇用する事業主等が、意識づけを含め、個人が努力しやすい環境を整える。また、老後になってからの予防・健康増進の取組みだけでなく、現役時代からの取組みも重要であり、必要な対応を行う。

3 障害者、難病患者、がん患者等の活躍支援

一億総活躍社会を実現するためには、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必要がある。このため、就職支援及び職場定着支援、治療と職業生活の両立支援、障害者の身体面・精神面にもプラスの効果がある農福連携の推進、ICTの活用、就労のための支援、慢性疼痛対策等に取り組む。

また、2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会を契機に、ユニバーサルデザインの社会づくり（心のバリアフリー、街づくり）を推進するとともに、障害者のスポーツ、文化芸術活動の振興を図る。

4 地域共生社会の実現

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」を実現する。このため、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの地域の公的サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる仕組みを構築する。

おわりに

一億総活躍社会の実現に向けては、長期的かつ継続的な取組みが必要である。そのため、「経済・財政再生計画」の枠組みの下、安定した恒久財源を確保しつつ、施策の充実を検討していくことが重要である。

日本にとって最も重要な課題をロードマップにおいて示し、真に効果的な施策に重点化して推進する。ここに盛り込まれた施策のうち、保育士、介護職員等の処遇改善など、特に急を要するものについては、速やかに実施していくなど、機動的な政策運営を行うことが求められるものである。

また、一億総活躍社会を実現するためには、政府による環境整備の取組みだけでは限界があり、多様な生活課題について住民参画の下に広く地域の中で受け止める共助の取組みを進めることが期待される。

さらに、民間の各主体が、経済社会の担い手として新たな行動に踏み出すことが不可欠

である。多様で柔軟な働き方改革をはじめとして、国民一人ひとりの経済活動・社会生活に強い影響力がある企業には、積極的な取組みが期待される。

特集2 平成28年熊本地震への厚生労働省の対応について

第1節 被害の概況

熊本県熊本地方で、2016（平成28）年4月14日21時26分及び16日01時25分に最大震度7の地震が発生。その後も多くの地震が続き、その被害は、死者49名、重傷者345名、軽傷者1,318名（2016年5月31日現在）、避難所数187箇所、避難者数8,231名（2016年5月30日現在、なお、最大は、それぞれ855箇所、183,882名）に上った。

施設については、医療施設で12病院が病棟の損壊等により、入院診療に制限が生じたほか、社会福祉施設についても多数の施設で損壊が報告された。また、水道については、熊本県ほか、九州全県で一時期最大約45万戸が断水。2016年6月1日現在で断水戸数は75戸となっている。

第2節 震災の発生を受けての厚生労働省の対応

1 厚生労働省における震災への対応

厚生労働省では4月14日21時26分の地震発生後直ちに、「厚生労働省災害情報連絡室」を設置、情報収集を開始した。その後、同日に厚生労働大臣を本部長とする「厚生労働省災害対策本部」に改組し、6月1日までに計6回の会合を開き、被害情報等の共有や対応方針を決定した。

さらに、地震発生翌日（15日）には、「厚生労働省現地対策本部」を設置し、現地のニーズを直接把握する体制を整え、必要な支援につなげた。このほか、厚生労働大臣が現地を3回にわたって訪問し、被災状況などを視察した。

2 被災地・被災者への支援

(1) 発災直後の救急対応等

1 DMATの派遣等

（災害派遣医療チーム（DMAT）の派遣）

2016（平成28）年4月14日の最大震度7の地震の発生時は、熊本県及び九州地域の災害派遣医療チーム（DMAT[*1]）に派遣を要請し、2016年4月16日の最大震度7の地震の発生時は、全国のDMATに派遣を要請した。これにより、DMATについては、最大216チーム（4月17日時点）を全国から派遣した。派遣に当たっては、防衛省と連携し、自衛隊機も活用した。

現地において、DMATは、傷病者の応急措置を行うとともに、建物の倒壊リスクやラ

＊1 DMAT（災害派遣医療チーム）：「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。

イフライン途絶などにより、転院搬送が必要となった10箇所の病院から約1,500人の搬送を行うなど、災害急性期における医療に対応した。

また、東日本大震災の教訓を踏まえ創設されたDMATロジスティックチームが、初めて被災地に派遣され、県の医療救護調整本部において、医療ニーズの情報収集等の現地の支援を実施した（最大27人）。

（医療関係団体による医療チームの派遣）

日本医師会、日本歯科医師会、日本赤十字社、日本看護協会等の関係団体も、医療チームの派遣を行った。厚生労働省としても、これらの団体から構成される「被災者健康支援連絡協議会」に参加し、被災地の病院の稼働状況や避難所における医療ニーズに応じた医療チームの派遣を要請した。この結果、日本医師会災害医療チーム（JMAT）等の医療チームが最大150チーム（4月25日時点）派遣され、避難所等における住民の健康管理に対応した。

（災害派遣精神医療チーム（DPAT）の派遣）

精神医療チームの派遣については、厚生労働省が、発災直後からDMHISS[*2]を活用してDPAT[*3]の情報集約、派遣調整を行い、熊本県からの派遣要請に基づき、震災発生当日にDPATを派遣し、これまで延べ911チームが現地入りした[*4]。現地では、精神科医療機関への支援として、被災した精神科医療機関から県内及び県外の医療機関に591人の患者搬送を行った[*5]。また、避難所内の巡回活動は延べ2,395箇所で行われ[*6]、被災者の精神面に関する相談や健康調査、不眠に係るリーフレットの配布等の活動が実施された。発災当初は主に入院が必要となるような精神科救急的な事例への対応が多かったが、発災1週間後からは急性ストレス反応（不眠、不安、抑うつ症状の増悪）への対応が多くなった（精神疾患の診断のついた834名のうち419名が該当）[*7]。更に、現地支援者の支援として、地方公共団体の行政職員等を対象としたメンタルヘルス相談等が実施された。

DPATの活動の様子

（災害医療本部における活動）

発災直後は、熊本県庁にDMAT調整本部が設置され、医療チームを通じた情報を集約・評価し、DMAT等の配置・調整を行った。その後、災害急性期の対応が終了するに伴い、県の医療救護調整本部が調整機能を引き継ぎ、現場の保健所等からの情報を集約・評価し、JMAT等の医療チームの配置等を行った。

＊2　DMHISS（災害精神保健医療情報支援システム）：Disaster Mental Health Information Support System。災害時に厚生労働省及び都道府県等が行う精神科医療及び精神保健活動の支援に関して、事前の支援体制の登録、災害時の派遣調整、支援のニーズや実績に関する情報共有、活動記録の分析等を目的としたインターネットを介して運用されるシステム。
＊3　DPAT（災害派遣精神医療チーム）：Disaster Psychiatric Assistance Team。自然災害、犯罪事件及び航空機・列車事故等の大規模災害後に被災者及び支援者に対して、被災地域の都道府県の派遣要請により被災地域に入り、精神科医療及び精神保健活動の支援を行うための専門的な精神医療チーム。
＊4　2016年6月1日時点
＊5　2016年6月1日時点
＊6　2016年6月1日時点
＊7　2016年6月1日時点

（厚生労働省における情報収集）

厚生労働省では、東日本大震災の経験を基に、発災翌日から熊本県やDMAT事務局へ職員を派遣し、現地の情報収集等に当たった。また、被災地の医療機関に対しては、厚生労働省から直接電話により連絡をとり、ライフラインの状況の確認、水や食料等の支援の連絡調整を行った。

2 避難所の衛生対策等

〈避難所等の各種衛生対策〉

南阿蘇村の避難所において、約20名の急性感染性胃腸炎患者が発生したように、集団生活を余儀なくされる避難所においては、感染症の発生・拡大予防策を適切に講じる必要がある。そのため、保健師が避難所等を巡回して、手洗いタンク等を使用した流水による手洗いを徹底するよう指導するとともに、感染症患者の早期発見に努め、患者が発見された場合は、他の避難者との接触を避け別室等での生活を徹底させる等の対策をとった。また、国立感染症研究所等の専門家を派遣し、避難所やトイレ等の衛生状況の把握、避難所の管理者、熊本県担当課への感染症対策に関する指導・助言を行った。

また、被災者のいわゆるエコノミークラス症候群対策としては、エコノミークラス症候群の予防策を周知するため、熊本県及び熊本市に対して「避難所生活を過ごされる方々の健康管理に関するガイドライン」を送付するとともに、厚生労働省ホームページの「平成28年熊本地震関連情報」においてエコノミークラス症候群に関するページを設置した。また、今回の震災後は車中泊をしている被災者が多くあったため、「エコノミークラス症候群の予防のために」という注意喚起のチラシを作成し、避難所で生活されている方や車中泊をされている方に対して配布したほか、コミュニティラジオでもエコノミークラス症候群の予防策について放送した。さらに、弾性ストッキングの配布を含む、専門家チームによるエコノミークラス症候群の予防活動を支援した。

避難所で医療に携わる方々に対し、アレルギー疾患を抱える方への対応マニュアルを配布し、避難所で生活される被災者の方々等に対しては、患者への正しい理解を促進するためのパンフレットを配布した。また、地方公共団体、企業、関係学会、国立病院機構等の協力をいただき、被災地へアレルギー対応食を提供する仕組みを構築し、患者への提供を行った。

エコノミークラス症候群
予防のために

○ エコノミークラス症候群とは
食事や水分を十分に取らない状態で、車などの狭い座席に長時間座っていて足を動かさないと、血行不良が起こり血液が固まりやすくなります。その結果、血の固まり（血栓）が血管の中を流れ、肺に詰まって肺塞栓などを誘発する恐れがあります。

○ 予防のために心掛けると良いこと
予防のためには、
① ときどき、軽い体操やストレッチ運動を行う
② 十分にこまめに水分を取る
③ アルコールを控える。できれば禁煙する
④ ゆったりとした服装をし、ベルトをきつく締めない
⑤ かかとの上げ下ろし運動をしたりふくらはぎを軽くもんだりする
⑥ 眠るときは足をあげる
などを行いましょう。

○ 予防のための足の運動
❶足の指でグーをつくる
❷足の指をひらく
❸足を上下につま先立ちする
❹つま先を引き上げる
❺ひざを両手で抱え、足の力を抜いて足首を回す
❻ふくらはぎを軽くもむ

熊本県など、避難所設置県内の自治体に対し、食中毒の発生防止や食中毒発生時の情報共有を依頼するとともに、避難所生活者に食中毒予防の留意点をまとめたチラシを配布し、注意を呼びかけるよう依頼した。

さらに、熊本市内の避難所で提供された食事（おにぎり）を原因とする黄色ブドウ球菌による食中毒事案の発生を踏まえ、避難所設置自治体に対し、避難所生活者に加え、避難所管理者、食事提供者及び調理従事者等に向けて、食中毒

の予防対策に関する情報提供や指導を行うよう依頼した。

（保健師の広域応援）

厚生労働省では、熊本県及び熊本市からの要請に基づき、全国自治体からの保健師の派遣調整を行っている。避難している方々の心身の健康管理は大変重要であり、現地の保健師に加え、全国の自治体から派遣された保健師等が中心となって、避難所や公園、駐車場等を巡回し、避難者の健康管理やこころのケア、医療、保健、福祉のニーズの把握を行っている。このニーズに応じて、関係者と情報を共有し、医療や福祉など必要な支援につなげている。

（栄養・食生活支援）

避難所の栄養・食生活支援については、現地の管理栄養士、熊本県からの要請に基づき国が派遣調整を行った全国の都道府県・政令市等の栄養管理士及び日本栄養士会の管理栄養士等が連携し、避難所の食事状況の情報を集約し改善につなげる活動を行っている。さらに、熊本県が地震発生約1ヶ月後に実施した、避難所における食事提供状況のアセスメントを踏まえ、長期化する避難所生活における栄養不足の回避や生活習慣病の予防の観点から、避難所における食事提供のためのエネルギー・栄養素の参照量と適切な栄養の管理の留意事項を提示した。

〈特別の配慮を要する方などのための旅館・ホテル等の活用〉

2016年4月15日付けで全国公衆浴場業生活衛生同業組合連合会及び全国旅館ホテル生活衛生同業組合連合会に対し、被災者等の宿泊支援などに関して、被災自治体から依頼があった場合には、緊急時の対応として、積極的な協力を行うよう文書で要請した。これらに基づき、高齢者、障害者、妊産婦等の避難所での生活において特別な配慮を要する方などを対象に、旅館・ホテル等への受入れや被災者の入浴支援が無料で行われた。なお、旅館・ホテル等での受入れとしては、同年6月1日現在、熊本県、福岡県、佐賀県、長崎県、宮崎県、鹿児島県の6県で2,028名の方の受入が決定済みとなっている。

3 水道の復旧

（被害状況、復旧に向けた対応、現状）

平成28年熊本地震では、7県34市町村の水道施設が被災し、最大で445,857戸が断水した。最も多く断水が発生した熊本県では、熊本市の326,873戸を含めて、全断水戸数の約97%となる432,457戸が断水した。今回の地震による水道施設への被害の特徴としては、大規模な斜面崩壊による水道管流出、基幹的な役割を持つ水道管への被害発生、水源として用いた井戸での濁り発生、井戸の枯渇や揚水量の減少が挙げられ、これらが断水被害の拡大や断水解消までの期間に影響を及ぼした可能性がある。

厚生労働省では、地震発生直後から、震度5弱以上を記録した市町村の水道事業者に対し、水道施設の被害情報を直接確認するとともに、2016年4月15日付けで、水道関係の4団体（公益社団法人日本水道協会、一般社団法人日本水道工業団体連合会、全国管工事業協同組合連合会、公益財団法人水道技術研究センター）に対し、応急給水・応急復旧活動への協力を依頼した。

応急給水活動としては、被災した水道事業者からの給水車の派遣要請に対し、全国の水道事業者から最大で108台の給水車が派遣され、被災地での応急給水に従事した。同年4月30日、最も多く断水被害が発生した熊本市の復旧が進んだことから、公益社団法人日本水道協会、全国管工事業協同組合連合会に対し、熊本市に派遣していた技術職員や管工事業者を、要請に応じて熊本市周辺の被災水道事業者へ派遣するよう依頼した。

また、応急復旧活動を迅速かつ円滑に進めるため、発災翌日（2016年4月15日）から、厚生労働省職員が被災した水道事業者を個別訪問し、水道施設の被害状況を確認するとともに、被災した水道事業者が抱えている課題に応じた対応策を講じた。短期的に解決可能な水道管からの漏水等の課題への対応としては、公益社団法人日本水道協会や全国管工事業協同組合連合会に対して、速やかに漏水調査や応急復旧工事を実施するための技術職員及び管工事業者の派遣を要請した。中長期的な対応を要する周辺一帯の土砂崩れや、配水池などの水道施設の損壊等の課題への対応としては、公益社団法人日本水道協会や全国管工事業協同組合連合会に対して、専門的な知識を有する技術職員及び管工事業者の派遣を要請し、技術職員による調査や復旧計画策定を支援するなど、最大で総勢約1,000名の体制で応急復旧活動を実施した。

これらの応急復旧活動により、熊本市では2016年4月30日に断水から復旧した。被災地全域でも、地震により家屋等が大きく損壊し、地域の復興に併せて水道を復旧・整備する予定の地域を除いて、2016年6月1日現在で断水戸数は75戸と、ほぼ復旧は完了している。

4 医療保険・年金などにおける対応

震災発生当初、医療が必要であっても被保険者証を所持していない被災者のために、医療保険については、医療機関の窓口で氏名、生年月日等を申し出ることにより保険診療を受けることを可能とした。また、熊本県内の全ての市町村国保と熊本県後期高齢者医療、協会けんぽ等に加入されている方については、当面の間、住宅の全半壊・主たる生計維持者が死亡又は行方不明であること等を申し出た場合は、一部負担金の支払いを免除することとした。

年金関係については、熊本県内の事業所に対して厚生年金保険料等の納期限の延長措置を講じるとともに、年金受給権者を対象として現況届や生計維持確認届等の提出期限の延長措置を講じた。また、災害により、財産に相当な損害を受けた場合には、申請により、国民年金保険料の免除や厚生年金保険料等の納付の猶予を受けることができることを、ホームページ、政府広報や地元FMラジオなどを通じて周知している。

5 その他

（医薬品・生活支援物資に関する対応）

厚生労働省は、関係団体と連携して、医薬品・医療機器等の供給状況の把握を行い、安

定供給を確保するとともに、関係団体・企業の協力のもと、紙おむつ等の生活支援物資の調達及び被災地への搬送に取り組んだ。

(2) 生活再建、復旧の支援

1 福祉分野のニーズへの対応

被災地の社会福祉施設等では、熊本地震の影響により、人命に関わるような人的被害はなかったものの、一部の施設では建物の損壊や屋根の崩落など、大きな物的被害が生じた。

こうした中にあっても被災地の一部の社会福祉施設等では、高齢者や障害者等の避難者を受け入れるなど、緊急的な避難先としての役割を果たした一方で、職員自身の罹災等により、職員体制の確保に困難な状況が発生した。

こうした状況を踏まえ、厚生労働省においては、利用者の生活の確保、職員の負担軽減を図る観点から、熊本県や全国の自治体、福祉サービス事業者団体などと連携し、被災地の社会福祉施設等に対して、広域的な福祉人材の応援派遣を調整した。

この福祉人材の応援派遣においては、2016（平成28）年6月1日までの間に、約2,700人日もの介護職員等が派遣され、利用者や避難者等の支援にご協力をいただいた。

また、社会福祉施設等の建物が全半壊するなどのやむを得ない理由により、一時的に設置された仮設の施設等において、避難者に対してサービスを提供する場合は、従前どおり、事業者が介護報酬等を請求することができる。こうした柔軟な取扱いについては、都道府県や関係団体等に事務連絡を発出するなど、周知を行ったところである[*8]。

引き続き、こうした仕組みも活用して頂きつつ、災害復旧費等の活用により、一日も早い施設等の復旧ができるよう支援していく。

2 雇用・労働に対する対応

（雇用の確保等）

熊本地震により、事業活動及び雇用への影響が生じ、多くの国民が離職や休業を強いられる懸念があったため、厚生労働省では発災後ただちに

・熊本労働局、同局内のハローワーク、労働基準監督署に雇用・労働に関する相談体制を確保
・（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構に対して、雇用促進住宅の空戸を被災者へ提供することを要請
・雇用保険の失業給付について、一時離職の場合でも受給できる特例を実施

等の取組みを実施し、さらに、2016年4月22日には、

・雇用調整助成金の要件緩和（事業活動縮小の確認期間を短縮）
・労働保険料の申告・納付期限の延長
・熊本県・大分県の新卒応援ハローワークにおける「学生等震災特別相談窓口」の設置

＊8　○介護保険施設・事業所…「平成28年（2016年）熊本地震及びそれに伴う災害における介護報酬等の取扱いについて」（平成28年4月22日事務連絡）
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseikagakuka/0000122581.pdf
○障害施設…「平成28年熊本地震により被災した障害者等に対する支給決定等について」（平成28年4月25日事務連絡）
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseikagakuka/0000122932.pdf
○児童福祉施設…「平成28年熊本県熊本地方の地震により被災した要援護者への対応及びこれに伴う特例措置等について」（平成28年4月17日事務連絡）
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseikagakuka/0000122608.pdf
「子ども・子育て支援に係る災害対応について（周知）」（平成28年4月20日事務連絡）
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseikagakuka/0000123511.pdf

・未払賃金立替払制度における申請手続の簡略化

等を内容とする「平成28年熊本地震に係る当面の緊急雇用・労働対策」を取りまとめた。また、同月26日には、激甚災害の指定により、熊本県内の事業所の休止・廃止のため休業を余儀なくされた方も、雇用保険の失業給付を受給できる特例を実施した。

雇用調整助成金について、2016年5月16日に、助成率の引上げ（中小企業の場合は1/2から2/3、大企業の場合は1/2から2/3に引上げ）等の特例措置を実施するとともに、2016年6月1日に、熊本地震の影響により事業活動が縮小した場合、起業1年未満の事業所も助成対象とする特例を実施した。あわせて、2016年5月13日には、厚生労働大臣名により主要経済団体に対して、雇用維持等への配慮について要請を実施した。また、労働局から企業に対して、電話連絡や事業場訪問により、雇用調整に関する情報の収集や雇用維持に係る支援を積極的に行うとともに、町役場や商工会等への出張相談を実施する等、労働局における取組みを強化した。これらの取組みを実施するため、厚生労働省本省や全国各地の労働局の職員による熊本労働局、同局内のハローワークへの応援派遣を実施・強化した。

〈復旧作業に従事する労働者の安全と健康の確保〉

①復旧・復興工事における労働災害防止対策

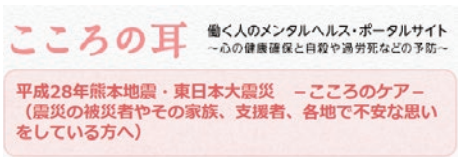
平成28年熊本地震により損壊した建物の解体作業や災害廃棄物の処理、道路等交通インフラの復旧工事など、復旧・復興に向けた作業は膨大なものとなっている。これらの作業に従事する方々の労働災害を防止するため、労働災害防止対策の徹底を図るよう建設業団体に要請するとともに、安全衛生パトロールを実施し、その際に、安全に作業を進めるための注意点をまとめたリーフレットを配布した。

また、被災地域では、夏にかけて気温が上昇し、災害廃棄物の処理や復旧・復興工事などにおける熱中症の発生も危惧されるため、こまめな水分・塩分補給などによる熱中症予防対策について、安全衛生パトロールでのリーフレット配布などを通じて注意喚起を行っている。

災害廃棄物や損壊した建築物等には、有害なアスベストが含まれている恐れがあることから、熊本県及び関係市町村と連携してアスベスト使用建築物等を把握し、災害廃棄物処理、損壊した建物等の解体作業におけるばく露防止対策の徹底を図っている。併せて、ボランティアも含めて、アスベストへのばく露を防ぎ、作業を安全に行うための防じんマスク等を、保護具メーカーからの無償提供を受けて配布するとともに、石綿気中モニタリングを実施している。

②メンタルヘルス等の健康確保対策

独立行政法人労働者健康安全機構において、被災した事業者や労働者及びその家族の方々からのメンタルヘルスを含めた健康問題の相談を受け付けるフリーダイヤルを設置した。また、メンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」（http://kokoro.mhlw.go.jp/）に特設ページを設置し、被災した労働者やその家族の方、支援者の方などに向けて、こころのケアに関する情報提供を行った。さらに、上記相談窓口及びポータルサイトの情報をまとめたリーフ



レットを作成し、被災者支援を行っている方々を含め広く周知を行った。

〈労災補償給付等の支給の特例〉

仕事中に地震に遭い、負傷、死亡された方々への労災補償を的確、迅速に行うため、労災診療や休業補償の請求書に医療機関や事業主の証明がなくても請求を可能とするなどの弾力的な取扱いを実施した。

3 施設の復旧に向けた支援

〈医療施設等災害復旧費の補助率の嵩上げ〉

平成28年熊本地震で被災した医療施設等の復旧のため、医療施設等災害復旧費補助金により、医療施設等の建物の工事費等について補助することとしている。平成28年熊本地震が激甚災害に指定されたことに伴い、①公立病院や日本赤十字社などの公的医療機関への補助率の嵩上げ（1/2→2/3）、②救命救急センターや災害拠点病院などの政策医療を実施している民間医療機関への補助額の上限の撤廃、③これらの医療機関の医療機器の購入費の補助対象への追加を行い、今後、実地調査により災害復旧額を確定するなど、迅速な支援を実施する予定である。

〈社会福祉施設災害復旧費の補助率の嵩上げ〉

社会福祉施設等の災害復旧に要する費用については、社会福祉施設等災害復旧費において補助対象としている。

平成28年熊本地震が激甚災害に指定されたことにより、対象施設においては、被害状況に応じて補助率が嵩上げされる。

〈水道施設災害復旧費の補助率の嵩上げ〉

水道施設の災害復旧に要する費用は、水道施設災害復旧費の補助対象であり、激甚災害の指定に伴い、被災した水道施設の復旧を支援するために補助率が嵩上げ（1/2→2/3）される。

4 その他

〈災害ボランティア活動の取組み〉

一般市民や学生等によるボランティア活動を円滑に進めるため、被災地の市町村社会福祉協議会においては、各地域の安全確保の状況を見つつ、順次、災害ボランティアセンターを開設し、被災者のニーズ把握やそれに応じたボランティアの募集、マッチング等を行い、避難所における物資の仕分けや避難所の運営支援、被災家屋の片付け等を中心にボランティア活動が行われている。

〈日本政策金融公庫における災害融資の特別措置を通じた中小事業者の支援〉

2016年4月15日に熊本県に対し災害救助法が適用され、（株）日本政策金融公庫（以下「公庫」という。）に特別相談窓口が設置されたことを受け、被災した生活衛生関係営業者等の資金繰り支援として、公庫に対し、窓口における親身な対応、適時適切な貸出、返済猶予等既往債務の条件変更及び担保徴求の弾力化について配慮要請を行った。

また、同月25日には、平成28年熊本地震の激甚災害指定及び公庫の災害融資における貸付金利引下げの特別措置が閣議決定されたことを受け、関係省庁と連名で、公庫に対し、当該特別措置に関する対応を要請した。

5月31日に平成28年熊本地震復旧等予備費の使用が閣議決定されたことを受け、生活衛生関係経営業者等への支援として、災害により直接被害等を受けた営業者等に対し、公庫の災害融資等の貸付限度額や貸付期間、貸付金利の引下げ措置の拡充を行うため、「生活衛生関係営業平成28年熊本地震特別貸付」を創設した。また、生活衛生同業組合等の経営指導を受ける小規模事業者の支援として、生活衛生改善貸付において、貸付限度額の別枠措置や貸付金利の引下げの特例を実施した。

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）年には1.26と過去最低を更新した。

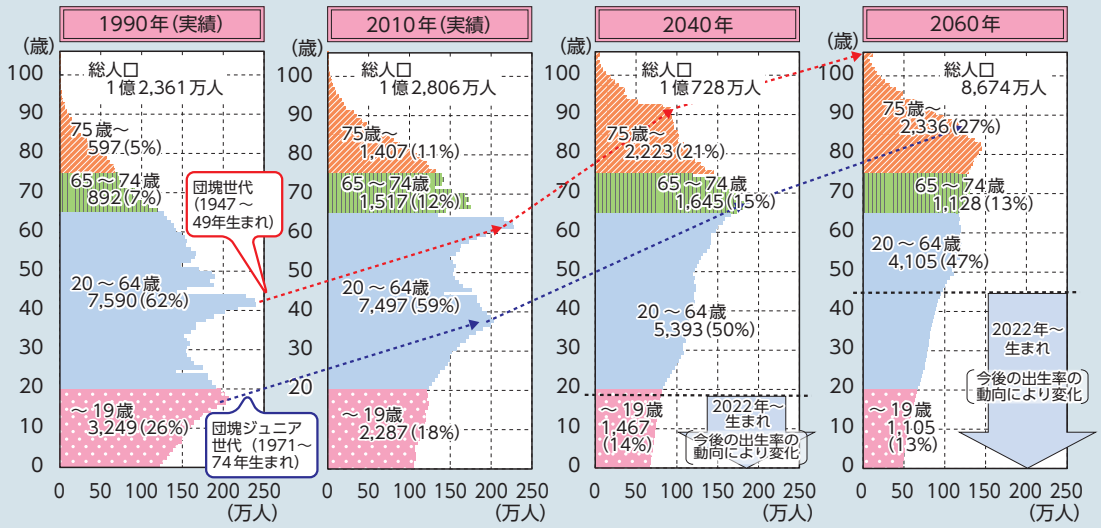
2006（平成18）年以降の合計特殊出生率は、横ばいもしくは微増傾向だが、2015（平成27）年も1.46と依然として低い水準にあり、長期的な少子化の傾向が継続している。

また、2012（平成24）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（2012年1月推計）」によると、現在の傾向が続けば、2060（平成72）年には、我が国の人口は8,674万人となり、1年間に生まれる子どもの数が現在の半分以下の50万人を割り、高齢化率は約40%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（平成47）年には生涯未婚率が男性で約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（図表1-1-3）。

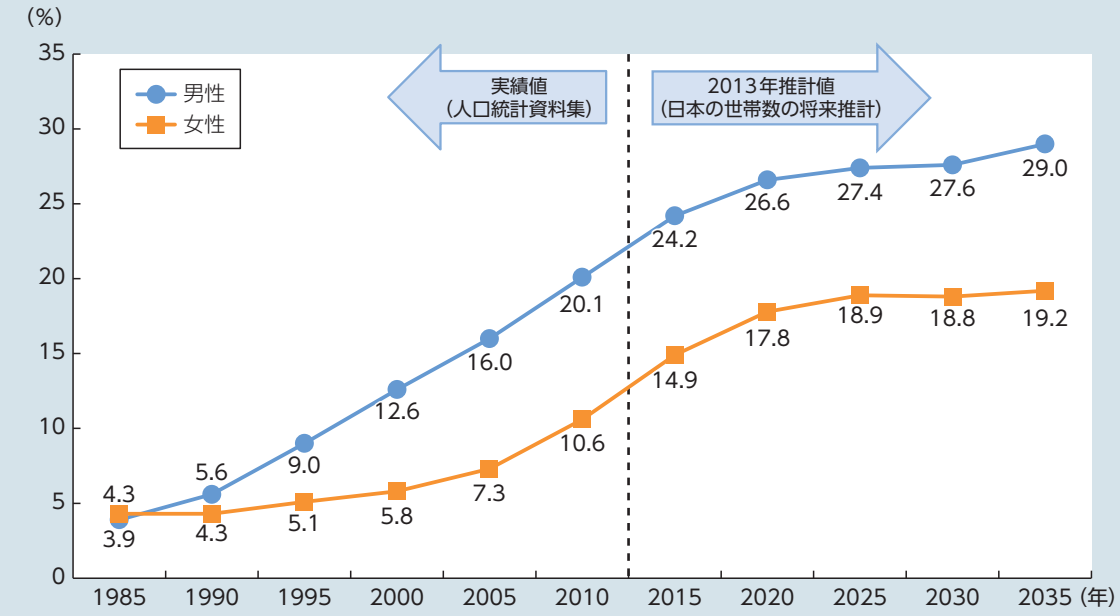
こうした状況に加え、多くの国民が結婚したい、子どもを生み育てたい、結婚した後も子どもを育てながら働きたいと希望しているにもかかわらず、その希望がかなえられず、結果として少子化が進んでしまっているものと考えられることなどから、国民が希望する結婚や出産を実現できる環境を整備することが重要となる。

図表1-1-1　人口ピラミッドの変化（1990、2010、2040、2060）－平成24年中位推計－



出所：総務省「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1月推計）：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2010年の総人口は、年齢不詳を含む。

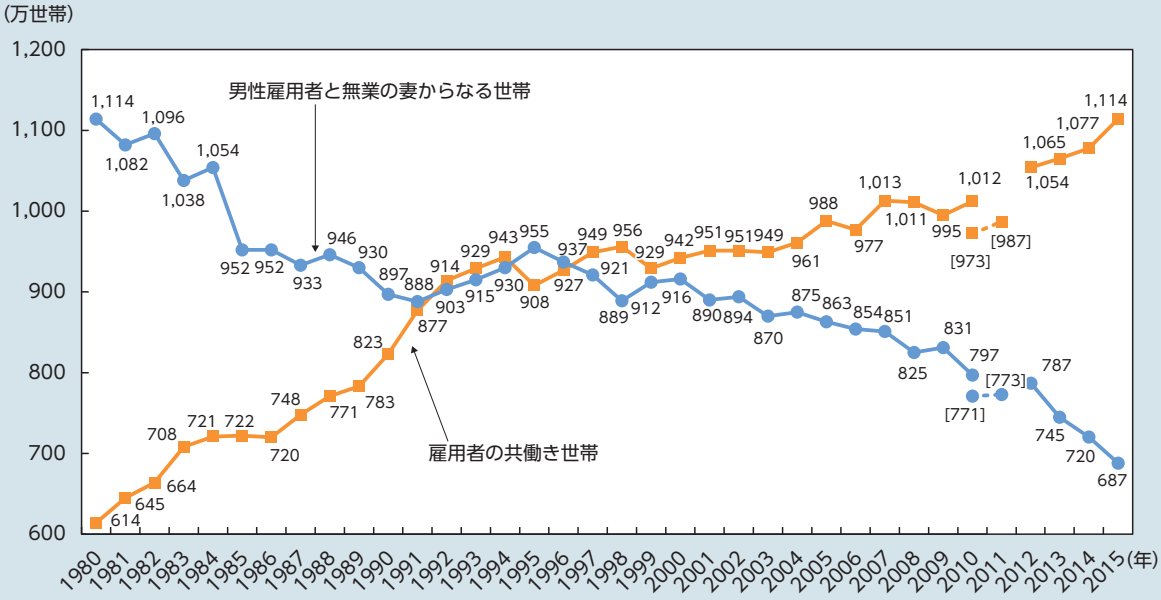
図表1-1-2 生涯未婚率の推移



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（2015年版）」

（注） 生涯未婚率は、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、2010年までは「人口統計資料集（2015年版）」、2015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。

図表1-1-3 共働き等世帯数の推移



資料：内閣府「平成28年版男女共同参画白書」

（注） 1. 1980年から2001年は総務省統計局「労働力調査特別調査」（各年2月。ただし、1980年から1982年は各年3月）、2002年以降は総務省統計局「労働力調査（詳細集計）」（年平均）より作成。「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、調査月等が相違することから、時系列比較には注意を要する。

2.「男性雇用者と無業の妻から成る世帯」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。

3.「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。

4. 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。

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もとに、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。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

Ⅰ　基本的な考え方（ポイント）

■子ども・子育て関連3法の趣旨　①子ども・子育て支援法、②認定こども園法の一部改正法、③関係整備法　（平成24年8月10日に成立）
○3党合意（※）を踏まえ、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
※「社会保障・税一体改革に関する確認書（社会保障部分）」（平成24年6月15日自由民主党・公明党・民主党　社会保障・税一体改革（社会保障部分）に関する実務者間会合）

■基本的な方向性
○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
○認定こども園制度の改善（幼保連携型認定こども園の改善等）
・幼保連携型認定こども園について、認可・指導監督の一本化、学校及び児童福祉施設としての法的位置づけ
○地域の子ども・子育て支援の充実（利用者支援、地域子育て支援拠点など）

■幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援に共通の仕組み
○基礎自治体（市町村）が実施主体
・市町村は地域のニーズに基づき計画を策定、給付・事業を実施
・国・都道府県は実施主体の市町村を重層的に支える
○社会全体による費用負担
・消費税率の引き上げによる、国及び地方の恒久財源の確保を前提
（幼児教育・保育・子育て支援の質・量の拡充を図るためには、消費税率の引き上げにより確保する0.7兆円程度を含めて1兆円超程度の財源が必要）
○政府の推進体制
・制度ごとにバラバラな政府の推進体制を整備（子ども・子育て本部の設置など内閣府を中心とした一元的体制を整備）
○子ども・子育て会議の設置
・有識者、地方公共団体、事業主代表・労働者代表、子育て当事者、子育て支援当事者等が、子育て支援の政策プロセス等に参画・関与（子ども・子育て会議）
・市町村等の合議制機関の設置努力義務

Ⅱ　給付・事業

○子ども・子育て支援給付
・施設型給付　＝認定こども園、幼稚園、保育所
・地域型保育給付＝小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育　等
・児童手当

○地域子ども・子育て支援事業
・利用者支援、地域子育て支援拠点、一時預かり等
・延長保育、病児・病後児保育事業
・放課後児童クラブ・妊婦健診　等

Ⅲ　認可制度の改善

○大都市部の保育需要の増大に機動的に対応できる仕組みを導入
・社会福祉法人及び学校法人以外の者に対しては、客観的な認可基準への適合に加えて、経済的基礎、社会的信望、社会福祉事業の知識経験に関する要件を満たすことを求める
・その上で、欠格事由に該当する場合や供給過剰による需給調整が必要な場合を除き、認可するものとする
○小規模保育等の地域型保育についても、同様の枠組みとした上で、市町村認可事業とする

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。

2015年度においては、消費税10%への引き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、量的拡充のみならず、消費税10%への引き上げにより確保する0.7兆円程度の財源の確保を前提に実施を予定していた「質の向上」に係る事項を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。2016（平成28）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 すべ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、すべ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、2013（平成25）年4月に策定した「待機児童解消加速化プラン」に基づき取り組みを進め、2013・2014（平成25・26）年度の2か年で合計約22万人分（当初目標値20万人）の保育の受け皿拡大を達成した。

他方、待機児童数が2015（平成27）年4月1日時点で5年ぶりに増加したことや、今後、女性の就業が更に進むことを想定し、待機児童解消加速化プランに基づく2017（平成29）年度末までの整備目標を40万人から50万人に上積みすることとした。

さらに、2016（平成28）年3月28日には、子どもを預けられず困っている方々への早急な対策として、短期間で実効性のある施策を中心に「待機児童解消に向けて緊急的に対応すべき施策について」をとりまとめ、保育の実施主体である地方自治体と連携しながら待機児童解消に向けた取組みを積極的に進めている。また、2016年4月1日に子ども・子育て支援法の一部を改正する法律が施行され、2016年度から企業が主体となって事業所内保育を整備する企業主導型保育を推進していくこととしている。

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、2015年に作成した「保育士確保プラン」の目標を2万人程度上積みし、約9万人の保育人材を確保することを目標としている。具体的な取組みとして、保育士の処遇改善については、2015年度から消費税財源を活用した3%相当の改善を行っている。また、人事院勧告を踏まえ、2014年度補正予算で2%相当、2015年度補正予算で1.9%相当の改善を行っており、今後、更なる「質の向上」の一環として2%相当の処遇改善を行うとともに、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、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こととしている。その他、保育士を目指す学生に対する奨学金制度の拡充、保育士が職場に復帰するための再就職準備金の創設、保育現場の厳しい勤務環境の改善のための保育補助者の雇上げ支援や、ICTの活用による業務の効率化などの保育人材の確保に向けた対策を総合的に講じることとしている。

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。2015年5月1日時点では、放課後児童クラブ数は全国で2万2,608か所、登録児童数は102万4,635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1万6,941人となっている。2014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30万人分を新たに整備し、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。

2015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学校敷地内等に整備する場合の施設整備費の補助基準額の引上げや10人未満の放課後児童クラブへの補助対象の拡大、消費税財源を活用した、放課後児童支援員等の処遇の改善に取り組むとともに、18時半を超えて事業を行う放課後児童クラブに対し、賃金改善若しくは常勤職員の配置促進に必要な経費の補助を行うことで、保育所との開所時間の乖離の解消を図る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。

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、2014（平成26）年度には児童虐待防止法制定直前の約7.6倍に当たる8万8,931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。このような状況を踏まえ、児童虐待について、発生予防から自立支援までの一連の対策の更なる強化を図るため、2015（平成27）年12月21日に開催された第4回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」（「児童虐待防止対策強化プロジェクト」及び「ひとり親家庭・多子世帯等自立応援プロジェクト」からなる「すべての子どもの安心と希望の実現プロジェクト」の愛称）が決定され、2016（平成28）年3月10日には、社会保障審議会児童部会新たな子ども家庭福祉のあり方に関する専門委員会において、報告（提言）がとりまとめられた。

(2) 児童虐待防止対策の取組み状況

2016（平成28）年3月には、これらを踏まえ、「児童福祉法等の一部を改正する法律案」を第190回通常国会に提出、5月27日に成立、6月3日に公布された。本改正法の概要は**図表1-4-1**のとおりであり、その内容の周知徹底を図るなど、円滑な施行に向けて取

り組んでいくこととしている。

図表1-4-1　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）の概要

全ての児童が健全に育成されるよう、児童虐待について発生予防から自立支援まで一連の対策の更なる強化等を図るため、児童福祉法の理念を明確化するとともに、母子健康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。

改正の概要

1．児童福祉法の理念の明確化等
（1）児童は、適切な養育を受け、健やかな成長・発達や自立等を保障されること等の権利を有することを明確化する。
（2）国・地方公共団体は、保護者を支援するとともに、家庭と同様の環境における児童の養育を推進するものとする。
（3）国・都道府県・市町村それぞれの役割・責務を明確化する。
（4）親権者は、児童のしつけに際して、監護・教育に必要な範囲を超えて児童を懲戒してはならない旨を明記。

2．児童虐待の発生予防
（1）市町村は、妊娠期から子育て期までの切れ目ない支援を行う母子健康包括支援センターの設置に努めるものとする。
（2）支援を要する妊婦等を把握した医療機関や学校等は、その旨を市町村に情報提供するよう努めるものとする。
（3）国・地方公共団体は、母子保健施策が児童虐待の発生予防・早期発見に資することに留意すべきことを明確化する。

3．児童虐待発生時の迅速・的確な対応
（1）市町村は、児童等に対する必要な支援を行うための拠点の整備に努めるものとする。
（2）市町村が設置する要保護児童対策地域協議会の調整機関について、専門職を配置するものとする。
（3）政令で定める特別区は、児童相談所を設置するものとする。
（4）都道府県は、児童相談所に①児童心理司、②医師又は保健師、③指導・教育担当の児童福祉司を置くとともに、弁護士の配置又はこれに準ずる措置を行うものとする。
（5）児童相談所等から求められた場合に、医療機関や学校等は、被虐待児童等に関する資料等を提供できるものとする。

4．被虐待児童への自立支援
（1）親子関係再構築支援について、施設、里親、市町村、児童相談所などの関係機関等が連携して行うべき旨を明確化する。
（2）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を位置付ける。
（3）養子縁組里親を法定化するとともに、都道府県（児童相談所）の業務として、養子縁組に関する相談・支援を位置付ける。
（4）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を対象に追加する。

（検討規定等）
○施行後速やかに、要保護児童の保護措置に係る手続における裁判所の関与の在り方、特別養子縁組制度の利用促進の在り方を検討する。
○施行後2年以内に、児童相談所の業務の在り方、要保護児童の通告の在り方、児童福祉業務の従事者の資質向上の方策を検討する。
○施行後5年を目途として、中核市・特別区が児童相談所を設置できるよう、その設置に係る支援等の必要な措置を講ずる。

施行期日
平成29年4月1日（1、2(3)については公布日、2(2)、3(4)(5)、4(1)については平成28年10月1日）

児童相談所全国共通ダイヤルについて、覚えやすい3桁番号にすることで、より広く一般に周知し、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（平成27）年7月1日から、これまでの10桁番号（0570-064-000）から3桁番号（189）に変更し、運用を開始した。

さらに、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を分析・検証し、明らかとなった問題点、課題から、望まない妊娠に係る相談体制の充実、相談窓口の周知や、要保護児童対策地域協議会の特性を活かした関係機関における連携の強化、検証報告の積極的な活用による虐待死事例の再発防止などの具体的な対応策の提言を行っている。

児童虐待防止啓発ポスター

(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、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広報・啓発活動を実施している。2015（平成27）年度にお

いては、月間標語の公募、「子どもの虐待防止推進全国フォーラム」の開催（11月8日・神奈川県横浜市）、広報用ポスター、リーフレットや児童相談所全国共通ダイヤル紹介しおり等の作成・配布、政府広報を活用した各種媒体（新聞、インターネットテレビ等）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、民間団体（特定非営利活動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

社会的養護は、かつては、親のない、親に育てられない子どもを支援する施策であったが、現在では、虐待を受けた子どもや何らかの障害のある子どもを支援する施策へと変化しており、一人一人の子どもをきめ細やかに支援していけるような社会的資源として、その役割・機能の変化が求められている。

社会的養護が必要な子どもたちを社会全体で温かく支援していくことが必要であることから、厚生労働省では、2011（平成23）年1月から、「児童養護施設等の社会的養護の課題に関する検討委員会」を開催して、社会的養護の短期的課題と中長期的課題を集中的に検討し、同年7月に、同委員会及び社会保障審議会児童部会社会的養護専門委員会で、「社会的養護の課題と将来像」を取りまとめた。家庭養護及び家庭的養護の推進、里親委託・里親支援の推進、施設運営の質の向上、親子関係の再構築の支援、自立支援の充実、子どもの権利擁護などを進めており、また、2016（平成28）年5月に成立した改正児童福祉法に基づき、家庭と同様の環境における児童の養育や被虐待児童への自立支援の一層の推進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

虐待を受けた子どもなど、家庭で適切に養育されない子どもに対しては、家庭的な環境の下で愛着関係を形成しつつ養育を行うことが重要である。原則として、家庭養護（里親、ファミリーホーム）を優先するとともに、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。

このため、2011（平成23）年3月に、里親委託優先の原則を明示した「里親委託ガイドライン」を策定したほか、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しており、里親の孤立防止など里親支援の体制を整備している。また、2015（平成27）年度から、里親に対する相談支援等を行う「里親支援機関事業」において、新たに里親登録されているが、児童を委託されていない里親（未委託里親）に対して、委託に向けたトレーニングを実施する事業を実施し、里親委託を推進している。

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、情緒障害児短期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、2012年11月に通知を発出し、2015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）と各自治体において策定することとし、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。

また、児童が心身ともに健やかに養育されるよう、2016（平成28）年5月に成立した改正児童福祉法では、国・地方公共団体の責務として家庭と同様の環境における養育の推進等を明記したほか、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を位置付けることなどにより、家庭養護及び家庭的養護の一層の推進を図ることとしている。

(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、さまざまな困難に突き当たることが多い。このような子どもたちが他の子どもたちと公平なスタートが切れるように自立への支援を進めるとともに、自立した後も引き続き子どもを受け止めるような支援の充実を図ることが必要である。

このため、2007（平成19）年度から、施設等を退所する子ども等に対しては、親がいない等の事情で身元保証人を得られないために就職やアパート等の賃借に影響を及ぼすことがないように、施設長等が身元保証人となる場合の補助を行う「身元保証人確保対策事業」を実施している。

また、2009（平成21）年からは、児童自立生活援助事業（自立援助ホーム）について、都道府県等に実施を義務付け、費用を負担金で支弁することとしたほか、2010（平成22）年度から、施設を退所した後の地域生活及び自立を支援するとともに、退所した人同士が集まり、意見交換や情報交換・情報発信を行えるような場を提供する「退所児童等アフターケア事業」を実施している。

2012（平成24）年度には、就職支度費、大学進学等自立生活支度費、就職に役立つ資格取得や講習の受講等のための特別育成費の改善を図り、進学や就職を支援している。

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等入所等児童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。

2015年度には、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、家賃相当額の貸付及び生活費や、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、これまで自立援助ホーム入居者は20歳に到達した時点で退所することとなっていたが、2016（平成28）年5月に成立した改正児童福祉法では、自立援助ホームの入居者であって大学等に修学している場合には、22歳に到達する日の属する年度の末日まで支援の対象とすることが盛り込まれた。

(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、情緒障害児短期治療施設、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た。

さらに、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。

(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

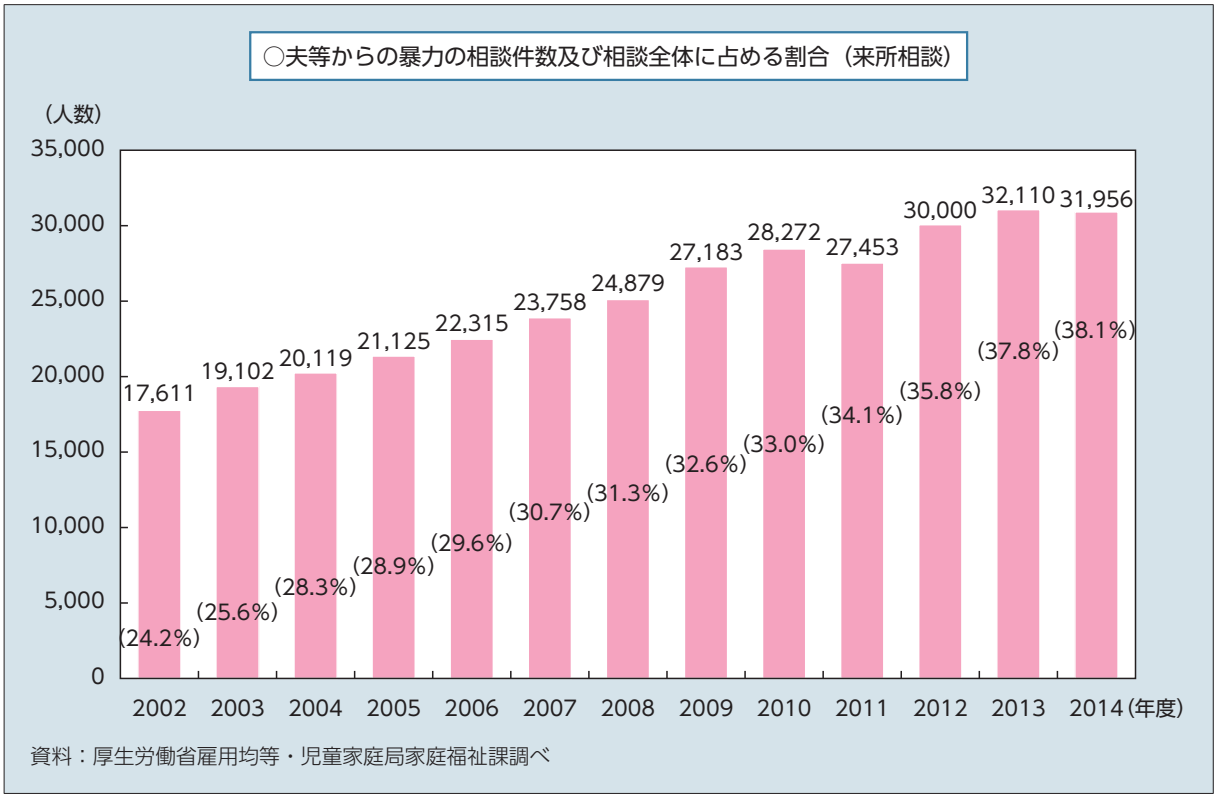
等が規定された。これを受けて厚生労働省では「被措置児童等虐待対応ガイドライン」を作成し、被措置児童等虐待の防止に取り組んでいるところである。

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。2014（平成26）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、83,886人（2013（平成25）年度85,044人）のうち、「夫等の暴力」を主訴とする者が31,956人（2013年度32,110人）であり、相談理由の38.1%（2013年度37.8%）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、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：厚生労働省雇用均等・児童家庭局家庭福祉課調べ

(2) 配偶者からの暴力対策等の取組み状況

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」）

また、2013年に、「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。）

(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、389名（2001（平成13）年4月1日～2015（平成27）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。

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、2010（平成22）年で75万5,972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8万8,689世帯になっている[*1]。

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[*2]。

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[*3]。

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

＊1 総務省「国勢調査」2010年
＊2 厚生労働省「全国母子世帯等調査」2011（平成23）年
＊3 厚生労働省「全国母子世帯等調査」2011年

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*4。

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供達に対し、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することとしている（**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、

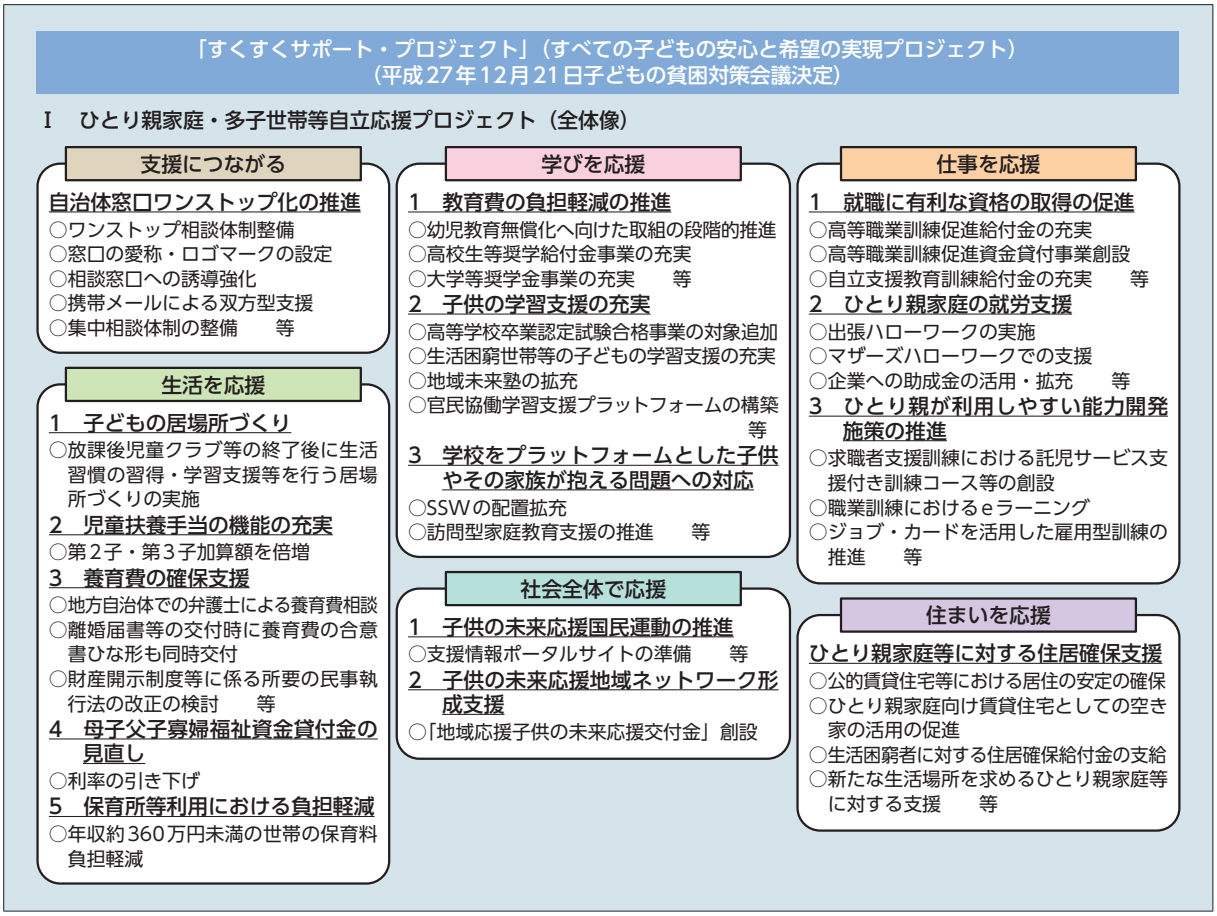
・自治体の相談窓口のワンストップ化の推進
・放課後児童クラブ等の終了後に、ひとり親家庭の子どもの生活習慣の習得・学習支援や食事の提供等を行うことが可能な居場所づくりの実施
・児童扶養手当の機能の充実
・教育費負担軽減など、子供の学習支援の充実
・高等職業訓練促進給付金の充実など、就職に有利な資格の取得の促進
・ひとり親家庭等に対する住居確保の支援
・「子供の未来応援国民運動」の推進

等を推進することとしている。

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。

＊4　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」

図表1-6-1 ひとり親家庭等の自立支援策の体系



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により、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。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。今後、おおむね2020（平成32）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、同センターの法定化を盛り込んだ「児童福祉法等の一部を改正する法律」が本年6月に公布された。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

体外受精については経済的な負担が大きいため、2004（平成16）年度から、配偶者間の不妊治療（体外受精）に要する費用の一部を助成して、経済的負担の軽減を図っている。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年度から一部施行、2016（平成28）年度から完全施行し、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、高額な医療費の負担を軽減するため、更に15万円を上限に上乗せして助成することとした。

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・早期治療や聴覚障害の早期発見・早期療育を図るため、各都道府県における先天性代謝異常等検査や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たところである。

加えて、2011（平成23）年4月以降の出産育児一時金制度については、引き続き、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（平成36）年度）では、3つの基盤課題と2つの重点課題[*5]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。

第8節　仕事と育児の両立支援策の推進

1 現状

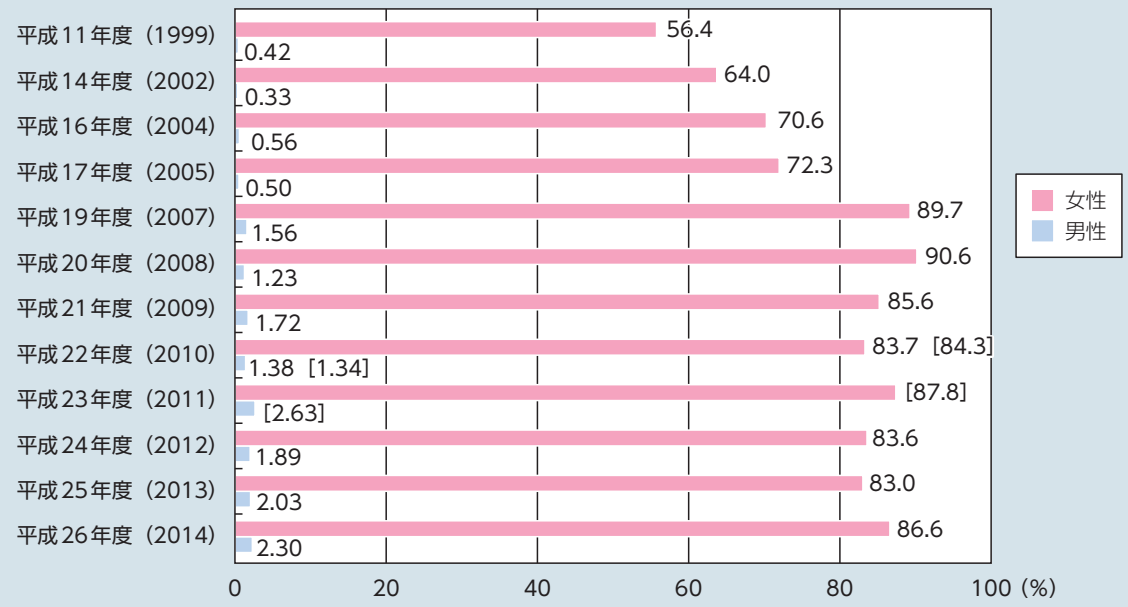
育児・介護期は特に仕事と家庭の両立が困難であることから、労働者の継続就業を図るため、仕事と家庭の両立支援策を重点的に推進する必要がある。

直近の調査では、女性の育児休業取得率が86.6%（2014（平成26）年度）になり、育児休業制度の着実な定着が図られつつある。しかし、第1子出産後も継続就業をしている女性は約4割にとどまっており、仕事と育児の両立が難しいため、やむを得ず仕事を辞めた女性も少なくない。

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が、実際の取得率は2.30%（2014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のとれな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。

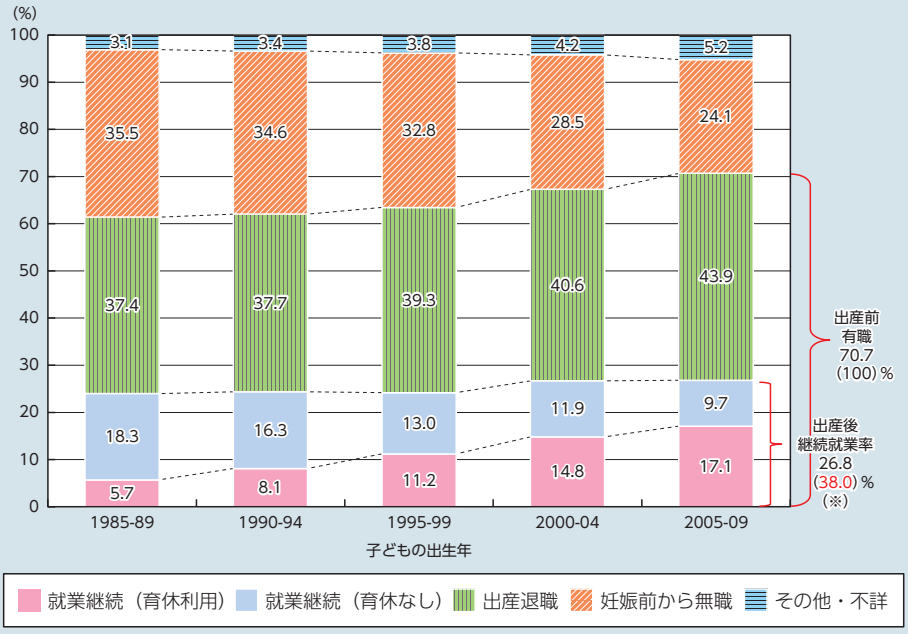
＊5 「健やか親子21（第2次）」の課題は、以下の通り。
基盤課題A　切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策
基盤課題B　学童期・思春期から成人期に向けた保健対策
基盤課題C　子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり
重点課題①　育てにくさを感じる親に寄り添う支援
重点課題②　妊娠期からの児童虐待防止対策

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　女性の出産後の継続就業率



資料：国立社会保障・人口問題研究所「第14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、2016（平成28）年３月には、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」が成立した。

この育児・介護休業法の周知・徹底を図るとともに、法律に規定されている育児・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。

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。

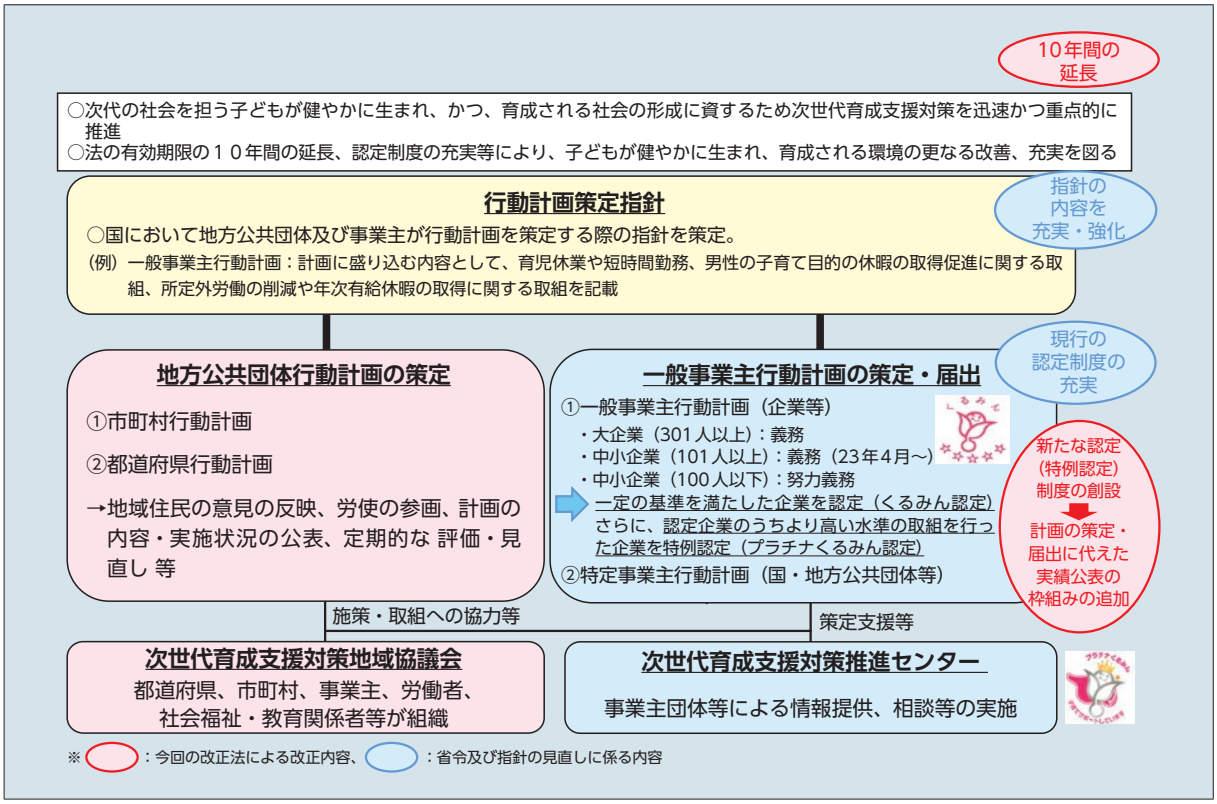
地域や企業の更なる取組みを促進するため、2008（平成20）年12月に次世代法が改正され、2011（平成23）年４月１日から一般事業主行動計画（以下「行動計画」という。）の策定・届出等が義務となる企業は常時雇用する従業員数301人以上企業から101人以上企業へ拡大された。これを受けて次世代育成支援対策推進センター（行動計画の策定・実施を支援するため指定された事業主団体等)、労使団体及び地方公共団体等と連携し、行動計画の策定・届出等の促進を図っている。

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。

次世代法については2014（平成26）年度末までの時限立法であったが、同法の有効期限の10年間の延長、新たな認定（特例認定）制度の創設等を内容とする「次代の社会を担う子どもの健全な育成を図るための次世代育成支援対策推進法等の一部を改正する法律案」が第186回通常国会に提出され、2014年４月16日に成立した。

これにより、2015（平成27）年４月１日から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）制度が施行された。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、認定企業の取組み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、2011年6月に創設された認定企業に対する税制上の優遇措置について、「所得税法等の一部を改正する法律」において2015年度から新たにプラチナくるみん認定企業に対する措置を拡充し、対象資産及び割増償却率について見直しを図った上で、2018（平成30）年3月まで3年間延長されている。今後も当該優遇措置について幅広く周知し、認定の取得促進を図っていく。

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28年3月末時点】

○一般事業主行動計画届出状況

規模計	63,782社	
301人以上企業	14,974社	（届出率97.4%）
101人以上300人以下企業	30,700社	（届出率97.6%）
100人以下企業	18,108社	

○くるみん認定企業　2,484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。

○事業所内保育施設設置・運営等支援助成金

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

○出生時両立支援助成金

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

○介護支援取組助成金

仕事と介護の両立支援を推進するため仕事と介護の両立に関する取組みを行ったとき

○中小企業両立支援助成金

・代替要員確保コース

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

・育休復帰支援プランコース

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及び原職等に復帰したとき

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」[*6]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、「育休復帰支援プラン」のモデルを改定し、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。2015（平成27）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アステラスリサーチ＆テクノロジー株式会社が受賞した。

このほか、育児を積極的に行う男性「イクメン」を広め、「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、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。

＊6 「女性の活躍・両立支援総合サイト」ホームページ　http://www.positive-ryouritsu.jp/

第2章　経済社会の活力向上と地域の活性化に向けた雇用対策の推進

第1節　若者・女性・高年齢者・障害者等の就業実現

1 若年者雇用の現状

若者の雇用情勢については、24歳以下の完全失業率が、2015（平成27）年には5.5%（前年差0.8ポイント低下）、25～34歳については、4.6%（前年と同率）と、前年より回復している。

また、2016（平成28）年3月卒業者の就職内定率を見ると、大学については97.3%（2016年4月1日現在）、高校については97.7%（2016年3月末現在）と、いずれも前年同期に比べ上昇（大学0.6ポイント、高校0.2ポイント）したものの、引き続き新卒者に対する就職支援に全力を尽くす必要がある。

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。

また、フリーター数は、2015年には167万人となり、前年（2014（平成26）年179万人）と比べて12万人減少となっており、また、ニート数については2015年も56万人となり、前年（2014年56万人）と同水準となっている。

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。

2 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「勤労青少年福祉法等の一部を改正する法律」（平成27年法律第72号）が、2015（平成27）年9月18日に公布された。

同法において改正された「青少年の雇用の促進等に関する法律」（昭和45年法律第98号。以下「若者雇用促進法」という。）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）。

3 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」（2016（平成28）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。2015（平成27）年度は延べ約58.5万人が利用し、約10.6万人が就職決定した。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。2015年度は約20.6万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、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」を創設したところであり、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くこととしている。

4 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月に創設した。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。

〈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。

5 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。

＊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

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急務となっていることから、2010年度から、教職員、民間サポート機関等の外部機関及び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、2015（平成27）年度は大学等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・形発を図るための「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。

2016（平成28）年度においても、大学等高等教育段階におけるキャリア教育を担う専門人材等を養成するための講習、シンポジウム等についてを引き続き実施し、キャリア教育の推進を図ることとしている。

6 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」（2016（平成28）年4月1日現在、28箇所）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、就職後の定着支援を実施し、2015（平成27）年度は約32.6万人が就職した。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、就労意欲のあるニートの支援を行っている。

7 ニート等の若者の職業的自立支援の強化

ニート等の若者の職業的自立を支援するためには、基本的な能力の養成にとどまらず、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「地域若者サポートステーション」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。

2015（平成27）年度においては、サポステの支援を経て就職した者に対して、職場定着支援やキャリアアップに向けての相談支援等を行うことを内容とする定着・ステップアップ事業を全国に拡大し、ニート等の若者の就労支援の強化を図っている。

さらに、2015年9月18日に公布された「勤労青少年福祉法等の一部を改正する法律」（平成27年法律第72号）において、いわゆるニート等の若者を法律上に規定した上で、その職業的自立を支援するための整備等に努めなければならないことを規定し、引き続き、サポステにおいて支援を実施していく。

8 女性の雇用の現状

総務省統計局「労働力調査」によると、2015（平成27）年の女性の労働力人口は2,842万人（前年差18万人増）で、女性の労働力率は49.6%（前年差0.4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、66.8%（前年差0.8ポイント上昇）である。また、女性の雇用者数は2,474万人（前年差38万人増）で、雇用者総数に占める女性の割合は43.9%（前年差0.4ポイント上昇）となっている。

9 女性の活躍促進等

（1）男女雇用機会均等対策の推進

1 男女雇用機会均等法の履行確保

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。

特に、2015（平成27）年度は、6月の「男女雇用機会均等月間」において、男女雇用機会均等法等のより一層の周知を行うとともに、妊娠、出産等を理由とする不利益取扱いの禁止について、事業主に対して集中的に指導を実施した。

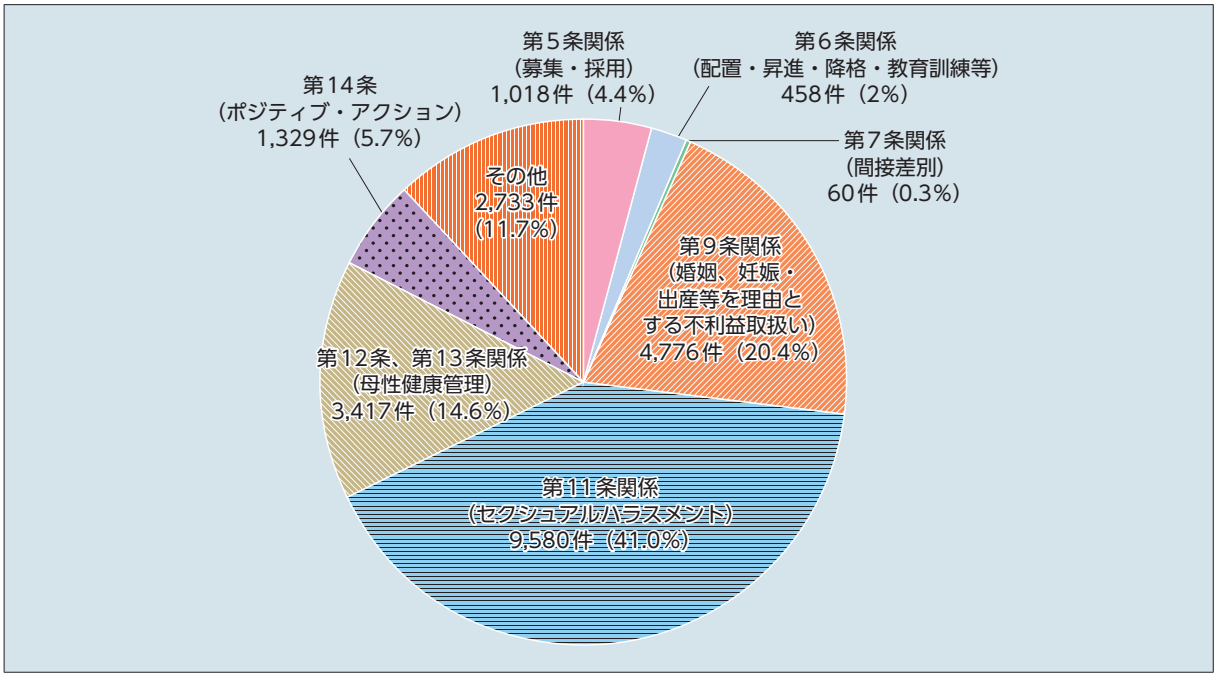
また、労働者と事業主の間の紛争については、都道府県労働局長による紛争解決の援助及び機会均等調停会議による調停で円滑かつ迅速な解決を図っている。

2015年度に雇用均等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23,371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2-1-1）。また、是正指導件数は12,964件、都道府県労働局長による紛争解決の援助件数は346件、機会均等調停会議による調停件数は58件となっている。

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、具体的取組み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・同僚からの嫌がらせ等も問題となっている。そのため、上司・同僚からの言動により、妊娠、出産、育児休業・介護休業の取得等をした労働者の就業環境が害されることのないよう、事業主に雇用管理上の措置を義務付ける等の改正を行うため、男女雇用機会均等法等の改正を含む「雇用保険法等の一部を改正する法律」が2016（平成28）年3月29日に成立した。

図表2-1-1　男女雇用機会均等法に関する相談内容の内訳



（2）女性の活躍促進

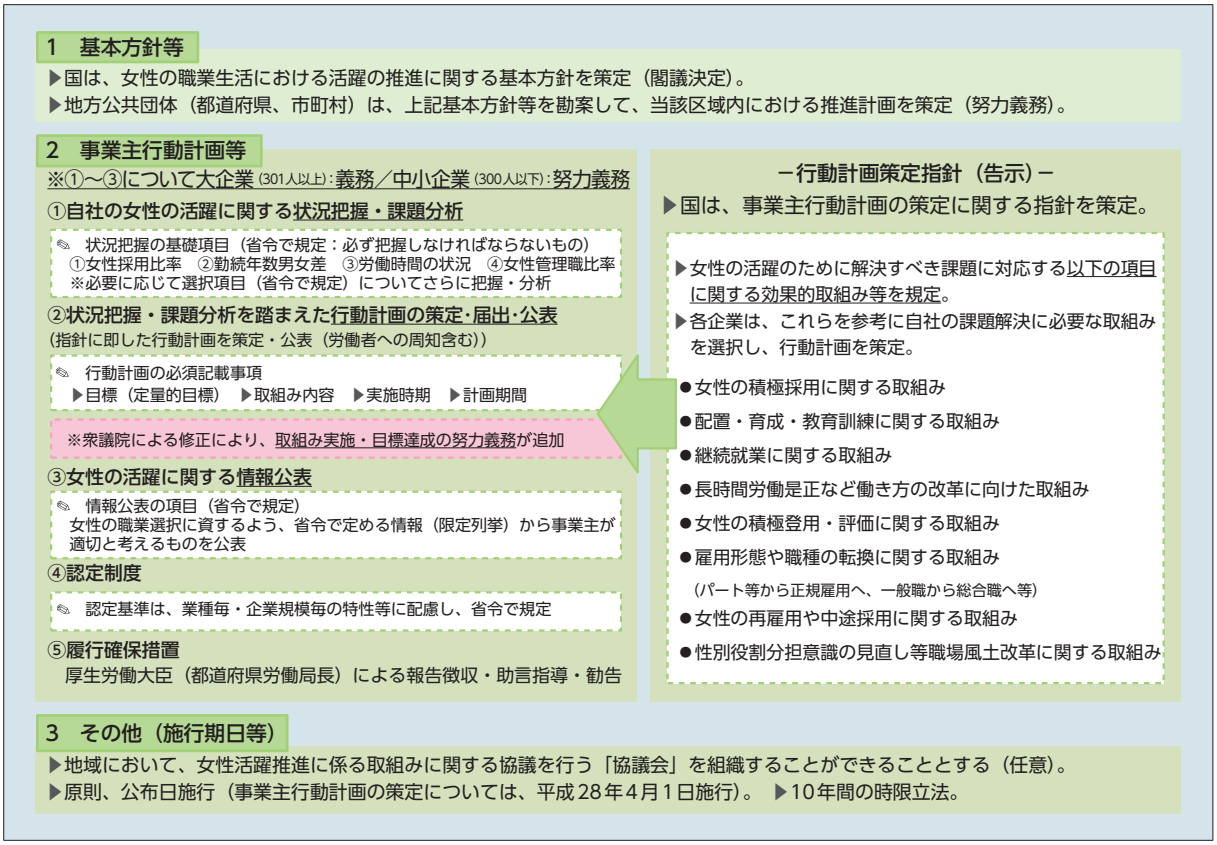
1 女性の職業生活における活躍の推進に関する法律

「『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、「女性の活躍推進の取組みを一過性のものに終わらせず、着実に前進させるための新たな総合的枠組みを検討する」とされ、国・地方公共団体、民間事業者における女性の登用の現状把握、目標設定、目標設定に向けた自主行動計画の策定及びこれらの情報開示を含め、各主体がとるべき対応等について、検討するとされた。

民間事業主の取組みについては、労働政策審議会雇用均等分科会における審議を踏まえ、同年9月30日に同審議会が建議をとりまとめ、これを踏まえて10月7日に「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律案要綱（一般事業主関係）」について厚生労働省から諮問し、同審議会から妥当である旨の答申がなされ、「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律案」を第189回国会に提出、2015（平成27）年8月28日に成立、9月4日に公布された。

本法律の内容は以下の通りで、2016（平成28）年4月1日から全面施行された。本法律の内容の周知徹底や企業への働きかけ等を通して、着実な履行確保を図っている。

図表2-1-2　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）



2 女性の活躍推進に向けた企業の取組み支援

女性活躍推進法に基づく一般事業主行動計画の策定・届出や情報公表等について、あらゆる機会をとらえ、直接企業に対して働きかけを行うなどの周知を行っている。なお、周知に当たっては、自社の女性活躍に関する状況把握、課題分析、行動計画策定を簡易に行える「一般事業主行動計画策定支援ツール」や女性活躍加速化助成金の活用を促し、企業の取組み支援を行っている。

企業における女性の活躍推進に向けた取組みを一層促進する上で、企業における女性の活躍状況や女性の活躍推進のための取組み内容の情報開示を進めることが効果的であることから、その意義・効果の周知を図るとともに、企業や就職希望者に対して「女性の活躍・両立支援総合サイト」内の「女性の活躍推進企業データベース」の活用を促し、情報開示を勧奨している。

さらに、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184箇所（2016（平成28）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。

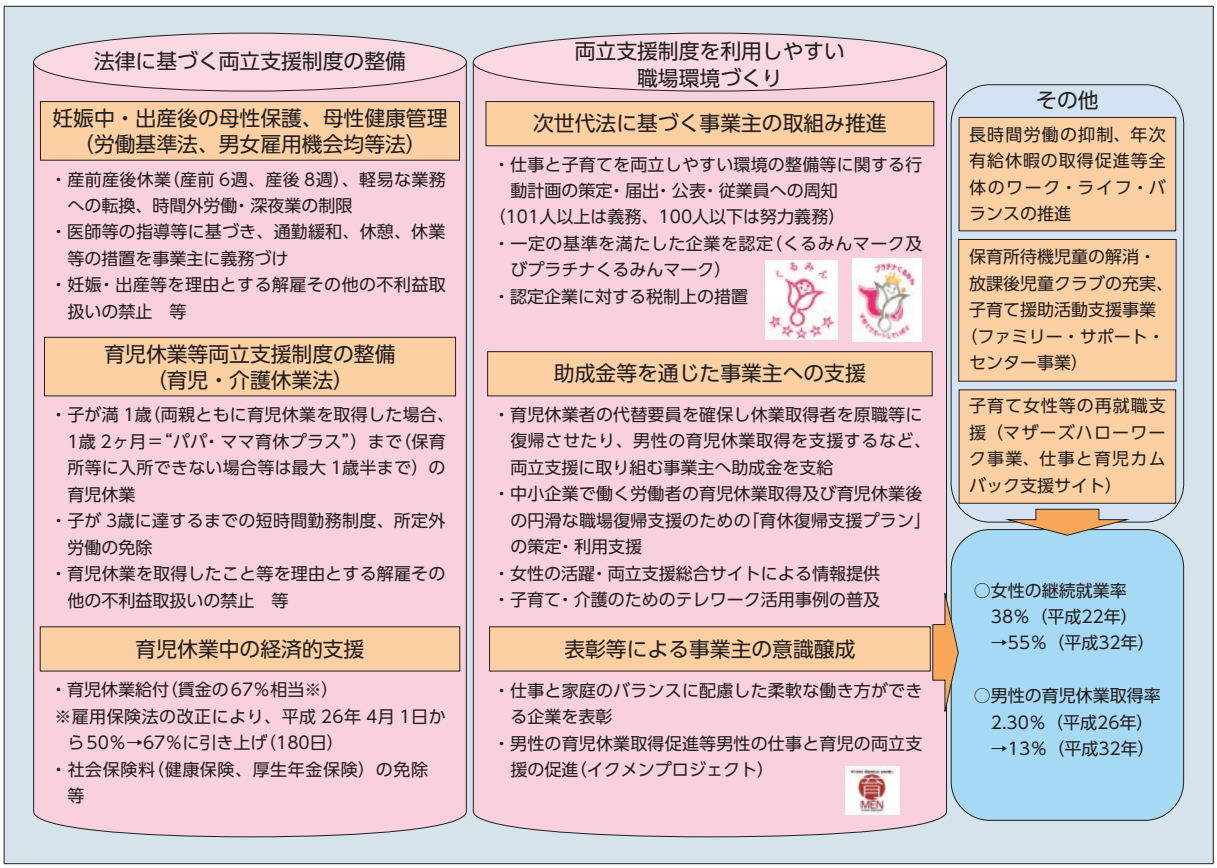
また、育児等を理由とする離職により、一定期間にわたり仕事から離れていた者に対し、託児付き再就職支援セミナー、ウェブ上の情報提供及び再就職好事例の収集・普及・啓発を行うことにより、仕事と育児の両立が可能な再就職に向けた支援を行っている。

(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み促進、助成金の支給を通じた事業主への支援、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2-1-3　仕事と家庭の両立支援対策の概要



10 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」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。

最近の制度の導入状況は、2015（平成27）年6月1日現在、31人以上規模企業の

99.2%では、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。

11 「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、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、「高年齢者雇用安定助成金」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う。

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、特に、65歳以上の高年齢者を雇い入れる事業主に対する支援の拡充を行い、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、事業主団体や公共職業安定機関の協力の下、雇用を前提とした技能講習、面接会、フォローアップ等を一体的に実施するシニアワークプログラム事業を実施している。

さらに、2016（平成28）年度に（公財）産業雇用安定センターにおいて高年齢退職予定者キャリア人材バンクを構築し、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ことにより、高年齢者の就業促進を図る。

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（40歳以上）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

高年齢者の希望に応じた多様な就業機会を確保していくため、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（2015（平成27）年3月末現在、シルバー人材センターの団体数は1,272団体、会員数は約72万人）。2016（平成28）年度からは、新たにシルバー人材センターが地域の地方公共団体や経済団体等の関係機関と連携して、地域企業の雇用問題の解決等につながる新たな就業機会を創造する事業（地域就業機会創出・拡大事業）を創設し、高年齢者の就業促進を図っている。また、「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」が改正され、2016年4月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ことから、今後は本制度の適正な運用に向け、都道府県と連携して対応していく。

12 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（2015（平成27）年6月1日現在45万3千人（前年比5.1％増））が12年連続で過去最高を更新し、実雇用率も1.88％（前年は1.82％）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、2015年度は過去最高の90,191件（前年度比6.6％増）であった。特に、精神障害者の就職件数が38,396件と前年度から大幅に増加し、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、障害者権利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、「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（平成28）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。

13 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、法の定めるところにより、事業主は法定雇用率以上の障害者を雇用しなければならない（法定雇用率については、2013（平成25）年4月に、15年振りに引き上げを実施）。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、2015（平成27）年については公表企業数が8社であったが、2016（平成28）年3月における公表企業数は0社となった。

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。2015年6月1日現在の公的機関の雇用状況は、国の機関では40の機関全てで達成、都道

府県の知事部局では46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28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、センターが就労・生活両面の支援の連携拠点として機能するよう、全障害保健福祉圏域（364圏域）への設置を目指し、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を強化している（2016年4月現在で全国328か所）。

14 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、企業への意識啓発や職場実習の開拓、就職後のフォローアップまでの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周知・普及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公共職業安定所が協定を締結し、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局で実施しているほか、2016（平成28）年度から新たに小集団方式によるセミナーやグループワーク等の支援を通じて、職場において必要となるコミュニケーション能力等の効果的な習得を目指す事業を都市部のハローワーク10か所で実施する。

また、2013（平成25）年度からは、ハローワークにおいて、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」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、その雇用管理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」や、中途障害等により休職した労働者について雇用の継続を図るための措置を講じ職場復帰させた事業主に対して助成する「障害者職場復帰助成金」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。

(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、毎年受け入れ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。

15 改正障害者雇用促進法の施行に向けた取組み

2013（平成25）年6月に成立した「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正

する法律」により新設された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については、厚生労働大臣が差別禁止及び合理的配慮に関する2つの指針を定めることとされている。このため、「改正障害者雇用促進法に基づく差別禁止・合理的配慮の提供の指針の在り方に関する研究会」において報告書をとりまとめた後、同報告書を踏まえて、2014（平成26）年9月から労働政策審議会障害者雇用分科会において検討を行い、2015（平成27）年3月に「障害者に対する差別の禁止に関する規定に定める事項に関し、事業主が適切に対処するための指針」（差別禁止指針）及び「雇用の分野における障害者と障害者でない者との均等な機会若しくは待遇の確保又は障害者である労働者の有する能力の有効な発揮の支障となっている事情を改善するために事業主が講ずべき措置に関する指針」（合理的配慮指針）をとりまとめ、公布された。

2015年度においては、6月にQ＆A、事例集等を公表し、全国の都道府県労働局において事業主・就労支援機関等に向けた説明会（2015年度においては1,096回）を各地で開催するなど、施行に向けて積極的に周知・啓発を行った。

16 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。

2014（平成26）年度の全国大会（第35回）は2014年11月に愛知県及び（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構の主催で名古屋市において、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（平成28）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。

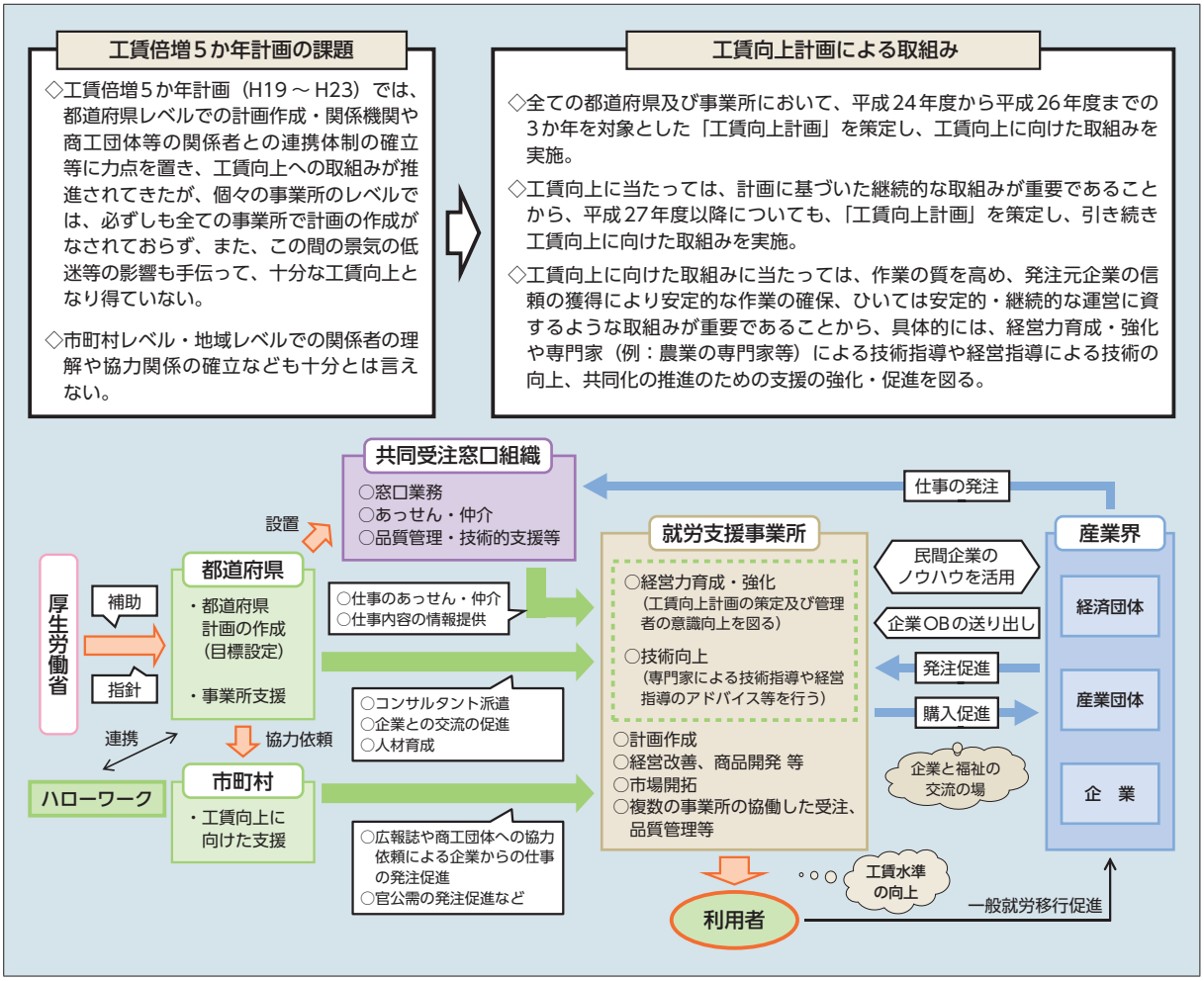
17 就労支援事業所における「工賃向上計画」の推進

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、情報提供体制の構築、共同化の推進のための支援を行っているところである（**図表2-1-4**）。

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。

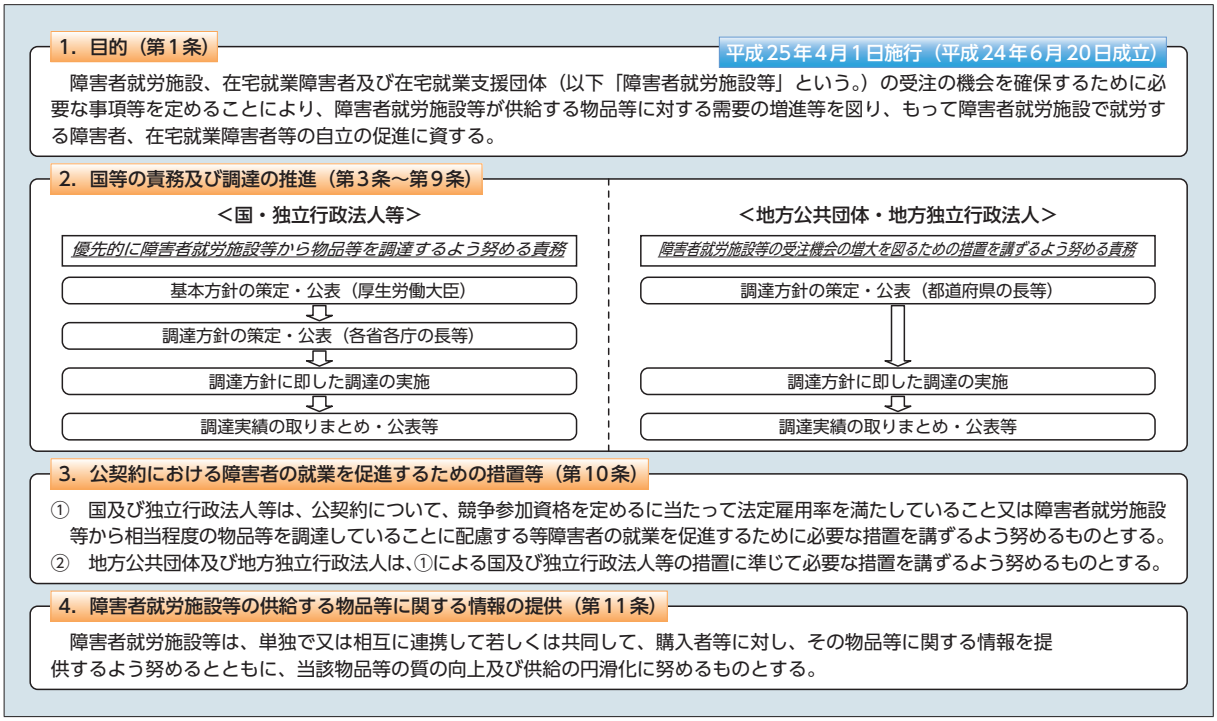
図表2-1-4 「工賃倍増5か年計画」と「工賃向上計画」について



18 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。2014（平成26）年度においては、国及び独立行政法人の調達実績は約15億円、都道府県の調達実績は約26億円、市町村及び地方独立行政法人の調達実績は約111億円となり、合計で約151億円の調達実績であり、施行初年度である2013年度と比較し、28億円の増額となった（法律の概要については、図表2-1-5、2014年度の調達実績は図表2-1-6）。

図表2-1-5　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



図表2-1-6　平成26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	2,822	2.6億円	1,669	3.9億円	4,491	6.4億円
独立行政法人等	1,530	0.9億円	2,944	7.3億円	4,474	8.2億円
都道府県	5,870	7.7億円	12,498	18.2億円	18,368	25.9億円
市町村	33,919	18.2億円	24,055	87.9億円	57,974	106.1億円
地方独立行政法人	2,480	0.5億円	1,271	4.1億円	3,751	4.7億円
合計	46,621	29.8億円	42,437	121.5億円	89,058	151.3億円

（※）四捨五入の関係で、合計が合っていないところがある。

19 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、2013（平成25）年度から、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（「長期にわたる治療等が必要な疾病をもつ求職者に対する就職支援モデル事業」）を開始し、2015（平成27）年度は、実施箇所数を全国16箇所に拡大している。

20 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、労働者のキャリア形成支援を行っているハローワークなどの需給調整機関や、企業、学校などの現場で展開されている。

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、職業訓練機会、能力評価などと並ぶ、「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（2015（平成27）年10月1日時点で10試験を指定）が、職業生活設計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は、その能力の水準・範囲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、2015年度末で約5万3千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。さらに、2015年度は、キャリアコンサルタント等を対象とした経験交流会の開催等を通じてキャリアコンサルティングの普及促進を図った。

21 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、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

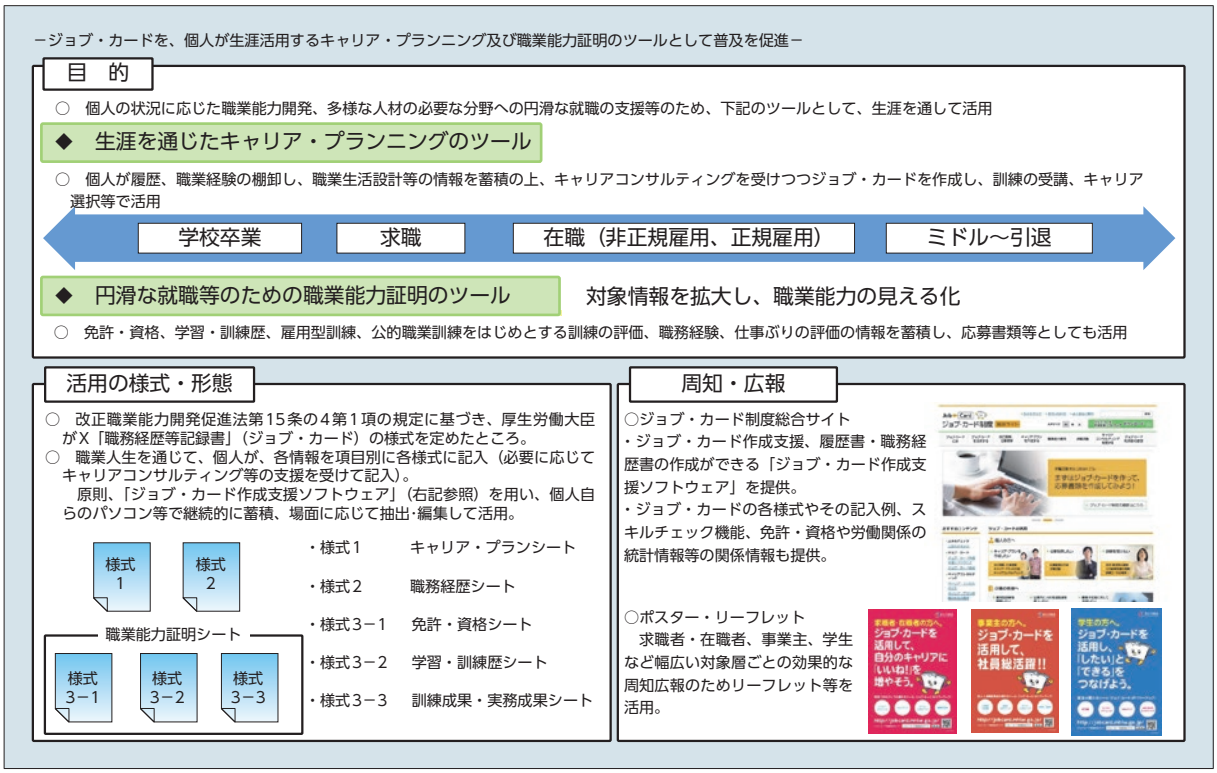
＊2 キャリアコンサルティングの詳細を紹介したホームページ
厚生労働省
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/shokugyounouryoku/career_formation/career_consulting/index.html

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。

さらに、第189回通常国会で成立した勤労青少年福祉法等の一部を改正する法律（平成27年法律第72号）による職業能力開発促進法の一部改正において、ジョブ・カードを同法に「職務経歴等記録書」として位置づけ、新たなジョブ・カードの様式を2015（平成27）年9月30日厚生労働省告示第408号により規定した。さらに、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」を策定するとともに、「ジョブ・カード制度総合サイト」の開設等により、ジョブ・カードのさらなる普及促進を行った。

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た。

図表2-1-7　新ジョブ・カード制度（平成27年10月～）



第2節　成長分野などでの雇用創出、人材の育成の推進

1　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』改訂2015」（平成27年6月30日閣議決定）において「失業なき労働移動の実現」が掲げられ、引き続き円滑な労働移動の実現を図ることが求められている。

2015（平成27）年度は、2015年4月に行った労働移動支援助成金の拡充分を含め、

その活用促進に取り組んだ。

具体的には、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）」を実施している。また、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を離職後３か月以内に期間の定めのない労働者として雇い入れ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（早期雇入れ支援））」、当該労働者を雇い入れ、または移籍等により労働者を受け入れ、その労働者に対して訓練を行っ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（人材育成支援））」を実施している。

また、2016（平成28）年度からは、自発的にキャリアチェンジを希望する中高年人材を移籍により受け入れる事業主への支援を実施する。

さらに、2016年度、４月１日から支給要件の厳格化を行うとともに、労働政策審議会職業安定分科会において審議を行い、助成率の引き下げ及び対象者が良質な雇用へ再就職した場合等の優遇措置など、更なる適正化とより効果的な制度の実施のため、支給要件及び助成内容の見直しを行った（同年８月１日に施行。）。

2 地域の活性化と雇用対策

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必要がある。

(1) 地域における産業政策等と一体となった雇用創造の支援

リーマン・ショックから数年が経過し、雇用情勢の地域差が再び顕在化しつつある中、引き続き、雇用機会が不足している地域で雇用構造の改善を図る必要が生じている。また、特に、回復が遅れている地域では、地域の産業構造の転換を図り、産業政策と一体となった雇用創造の取組みを実施していく必要性もある。

こうした状況を踏まえ、都道府県レベルの地域の関係者の提案に基づく産業政策と一体となった質の高い雇用創造の取組みを支援する「戦略産業雇用創造プロジェクト」を2013（平成25）年度に創設し、2015（平成27）年度は23道府県で実施している。

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」について、2015年度は69地域で実施している。

(2) 緊急雇用創出基金事業

リーマン・ショック後の急激な雇用情勢の悪化に対応し、緊急的に失業者の当面の雇用の場を確保するため、都道府県に基金を造成し、国から交付金を交付して、都道府県及び

市町村が地域の実情に応じた雇用創出の取組みを行う「緊急雇用創出基金事業」を2008（平成20）年度から実施している。こうした基金事業は、雇用創出だけでなく地域経済の活性化に繋がるものであることから、創設以降、経済情勢に応じて累次の積み増しを行うとともに、成長が期待される分野における新たな雇用機会の創出、地域に根ざした起業の雇用面からの支援や地域の実情に応じた創意工夫による多様な「人づくり」の支援等に活用されてきた。

このように基金事業は、経済情勢や地域の実情を反映した雇用創出策として大きな役割を果たしてきた。リーマン・ショック直後の一時的・臨時的な雇用創出から、雇用情勢の改善に伴い人的資本の充実により重きを置く設計とされてきたことで、地方自治体が地域の実情に基づき中期的な地域雇用のあり方を見据えてフレキシブルにかつ財政面でも安定して対策を講ずることができた意義は大きい。

(3) 地方創生に向けた雇用対策の推進

地方創生の取組みにおいては、人口減少と地域経済の縮小を克服するため、地方に、「しごと」が「ひと」を呼び、「ひと」が「しごと」を呼び込む好循環を確立することで、地方への新たな人の流れを生み出すことが重要である。このため、2015（平成27）年度からは、人口減少等に伴う雇用課題に対応するため、これまで雇用情勢の厳しい市町村で実施してきた「実践型地域雇用創造事業」の対象地域の要件を見直し、人口減少地域の取組みも支援している。また、地域経済に必要な人材を大都市圏から地方へ呼び込むため、関係省庁や地方公共団体等と連携してUIJターンの取組みを強化している。

さらに、2016（平成28）年度からは、都道府県の産業政策と一体となった雇用創出の取組みを支援する「戦略産業雇用創造プロジェクト」の対象地域の拡充、「地域雇用開発奨励金」の中小企業に対する上乗せ措置等を講じることにより、地方創生に向けた取組みを強化することとしている。

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り雇用管理改善につながる制度を導入・実施した場合及び介護事業主が介護労働者の労働環境の整備に資する介護福祉機器を導入し、介護労働者の身体的負担の軽減等を図った場合に職場定着支援助成金による助成を実施している。2016（平成28）年度においては、これまで重点分野に限定していた団体向け及び個別企業向けの一部について支給対象を重点分野関連事業主以外の事業主へ拡大するとともに、介護事業主が賃金制度を整備（賃金テーブルの設定等）した場合の助成を拡充している。

建設業に関しては、2016年度からの5カ年計画である「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 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。

2015（平成27）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12.6万人、求職者支援訓練で約4.1万人に対して訓練を実施したところである。2016（平成28）年度は、公共職業訓練で約15万人、求職者支援訓練で約5.3万人が訓練を受講できるように措置している。

図表2-2-1 公的職業訓練の概要

公共職業訓練（離職者訓練）

○主に雇用保険受給者（例えば一定の職業経験を有し、基礎的な能力を有する者）に対して、実践的能力を習得する職業訓練を実施

＜施設内訓練＞
○国（（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構）　※主にものづくり分野の訓練を実施
　訓練コース：制御技術科、テクニカル・オペレーション科、金属加工科等
　訓練期間：標準6か月
○都道府県　※地域の実情に応じた訓練を実施
　訓練コース：自動車整備科、溶接技術科、造園科等
　訓練期間：標準6か月～1年

＜委託訓練＞　（委託元は都道府県）
・委託先：民間教育訓練機関等
・訓練コース：介護サービス科、情報処理科等
・訓練期間：標準3か月（最長2年）

求職者支援訓練（求職者支援制度における職業訓練）

○雇用保険を受給できない人（例えば非正規労働者や就業経験の無い者等）に対して、基礎的能力から実践的能力までを一括して付与する職業訓練を実施
　➢受講者の多様な状況に対応できるよう、基礎的能力のみを付与する訓練も設定

○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）
　訓練コース：介護職員初任者研修科、Webプログラミング科等
　訓練期間：3～6か月

※訓練期間中、収入・資産など一定要件を満たす方に職業訓練受講給付金を支給
　・月10万円の他、訓練機関へ通うための交通費（通所経路に応じた所定の額）を支給
　・希望する方には貸付を上乗せ（月5万円、配偶者等がいる場合は月10万円）

(2) 長期の訓練コースの開発・設定

今後、成長が見込まれる分野において中核的な役割を果たし得る人材を育成することや、不安定な就労を繰り返す若年層に対し実践的な職業能力を付与し、今後の社会を支えていく人材を育成していくことがますます重要となっていることから、ある程度高い仕上がり像を念頭においた訓練として、これまでよりも長期の訓練コース（6か月～1年）の開発や積極的な設定を進める。また、2014（平成26）年度に引き続き2015（平成27）年度においても、企業・業界団体、民間教育訓練機関、行政機関等地域の関係機関の協働（地域レベルのコンソーシアム）による職業訓練コースの開発及び検証事業を実施し、不安定な就労の若者の安定的な就職の実現等を図るため、より就職可能性を高めるための職業訓練コースの開発等に取り組んでいるところである。

(3) 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ところである。

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」[*3]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する。

＊3 「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

実施職種：機械加工（普通旋盤）

実施期間：平成26年4月12日～平成27年3月14日のうち12日間

実施場所：有限会社カヨーメカニカル（岡山県）

指導対象：従業員５名

〈実技指導テーマ〉
・技能検定課題を活用した実技指導。技能者としての大切な基本姿勢。

〈指導内容〉
・S45Cの材料への端面削り、仕上げ削り、外径加工
・ドリルでの穴あけ加工作業
・切削に使用する刃物の選択方法

〈指導を終えたマイスターの感想〉
・指導時には「次回までの目標」を決めており受講者の誰もが、目標をクリアするために努力するので、毎回訪問が楽しみでした。

〈受入担当者の感想〉
・技能のみならず、社員の技能者としての姿勢や、人間としての成長にもつながればいいと思う。

〈受講者の感想〉
・マイスターの助言により、今まで出来なかったこと苦手だったことが一気に解決でき自分の引き出しが増えた。まさに、「目指すべき存在に出会えた！」と思った。

建設系職種の実技指導

実施職種：塗装

実施期間：平成26年4月26日～平成26年7月5日のうち7日間

実施場所：佐竹鉄工株式会社（広島県）

指導対象：従業員２名

〈実技指導テーマ〉
・日々の練習で技能を改善していくコツ。基本動作を意識した作業

〈指導内容〉
・スプレーガンの調整
・スプレーパターンの作成・訓練
・塗装の吹付方法、測定

〈指導を終えたマイスターの感想〉
・技能のレベルが上がるにつれて、独自のやり方もでてくると思いますが、常に基本動作を意識して作業を行う習慣を付けていくことを忘れないで欲しいと思います。

〈受入担当者の感想〉
・ものづくりマイスターの指導は、塗装職人の基礎を学べるもので受講者本人にとって、将来、自分が教える立場となったときの指導方法についても、勉強になる点が多かったものと思います。

〈受講者の感想〉
・「教える文化」が根付くようなハイレベルなチームにする起点になれるように、今後も自分自身の技能を磨き続けていきたいと思います。

「厚生労働省ものづくりマイスター」シンボルマーク（2015年２月決定）

2 各種技能競技大会等の推進*4

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。

＊4 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

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、2015年7月に山形県山形市を主会場に第10回大会を開催し、14職種352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

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、2015年12月に千葉県幕張メッセを主会場に第53回大会を開催し、41職種1,183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、2015年2月に千葉県幕張メッセを主会場に第28回大会を開催し、28職種444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

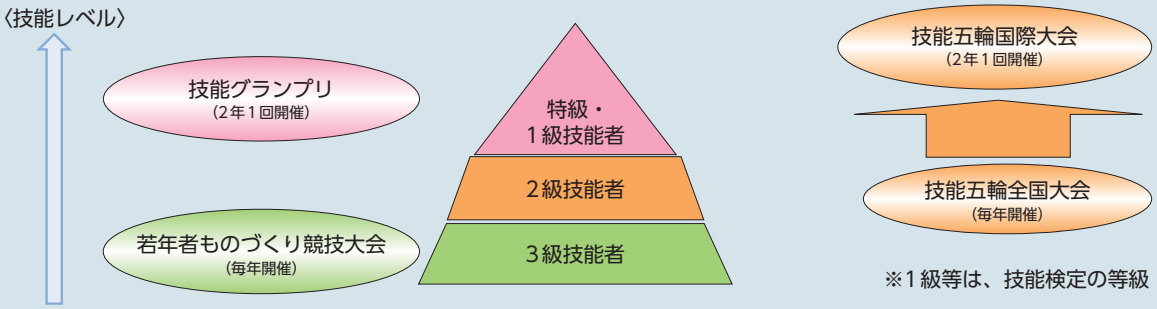
22歳以下の若い世代の技能者が世界のトップを目指して技を競う技能五輪国際大会は、創設当初の1950（昭和25）年から1971（昭和46）年まで毎年開催され、それ以降は、原則、隔年で開催されており、日本は、1962（昭和37）年にスペイン・ヒホンで開催された第11回大会から参加している。

2015年8月にはブラジル・サンパウロにおいて第43回大会が開催され、日本からは40職種45名の選手が参加した結果、「情報ネットワーク施工」、「製造チームチャレンジ」、「自動車板金」、「電子機器組立て」、「移動式ロボット」の5職種で金メダルを獲得したほか、銀メダル3個、銅メダル5個、敢闘賞14個の成績を収め、国・地域別金メダル獲得数では3位であった。

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26年度実績：28職種444名 （千葉県にて開催）	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27年度実績：41職種1,183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27年度実績：14職種352名
直近の開催（予定）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53回技能五輪全国大会の競技風景】

【機械組立て職種の競技風景】

【洋菓子製造職種の競技風景】

5 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 キャリア形成促進助成金*5

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。

2016年（平成28）年4月より、企業内人材育成推進助成金を「制度導入コース」とし

＊5 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

て統合し、助成メニューを4類型（①雇用型訓練コース、②重点訓練コース、③一般型訓練コース、④制度導入コース）に整理する等、制度の拡充を図り、企業内の人材育成に取り組む事業主などに対する支援の充実を図っている。

2 中小企業などでのキャリア形成支援

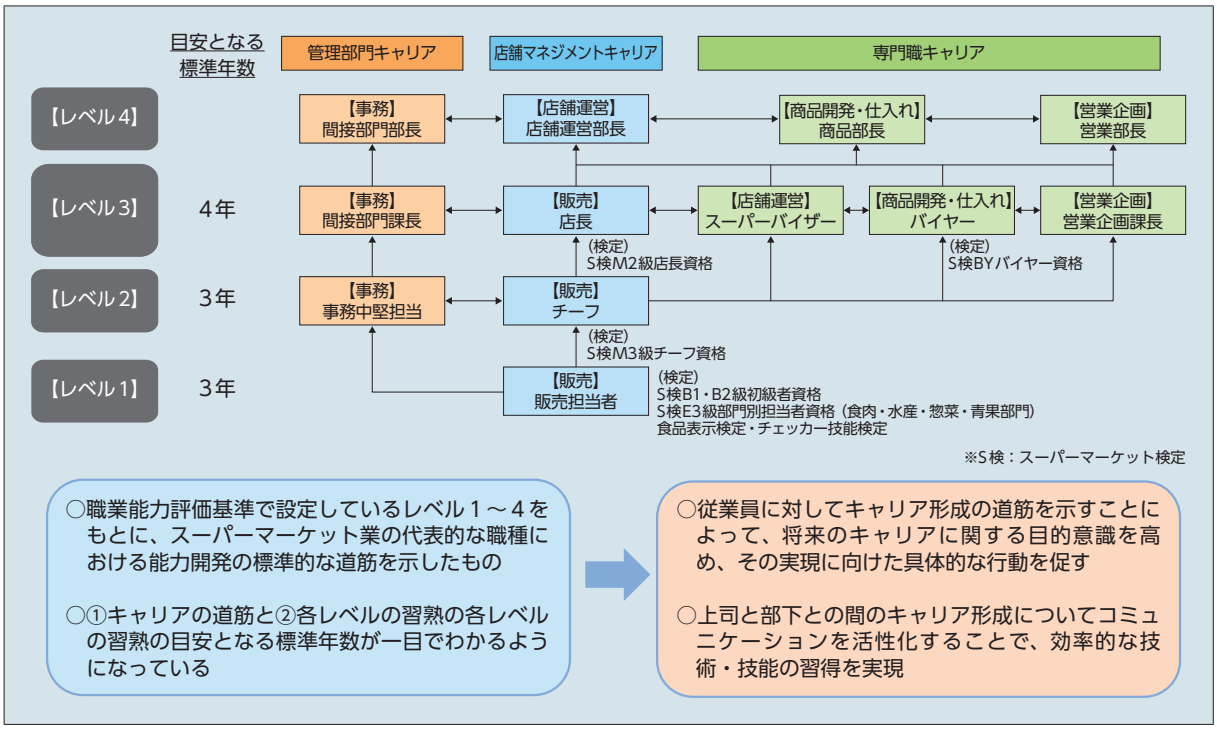
職業能力開発サービスセンターに人材育成に係る相談員を配置し、窓口相談や企業訪問などにより計画的な人材育成のための相談・助言を行うなど、中小企業を含む事業主に対して、企業内における労働者のキャリア形成について総合的な支援を実施している。

また、グローバル化が進展する中、海外インターンシップ等の海外での経験を有する若者を対象としたキャリア形成支援を2013（平成25）年度から実施している。

(2) 職業能力評価基準の整備・活用促進

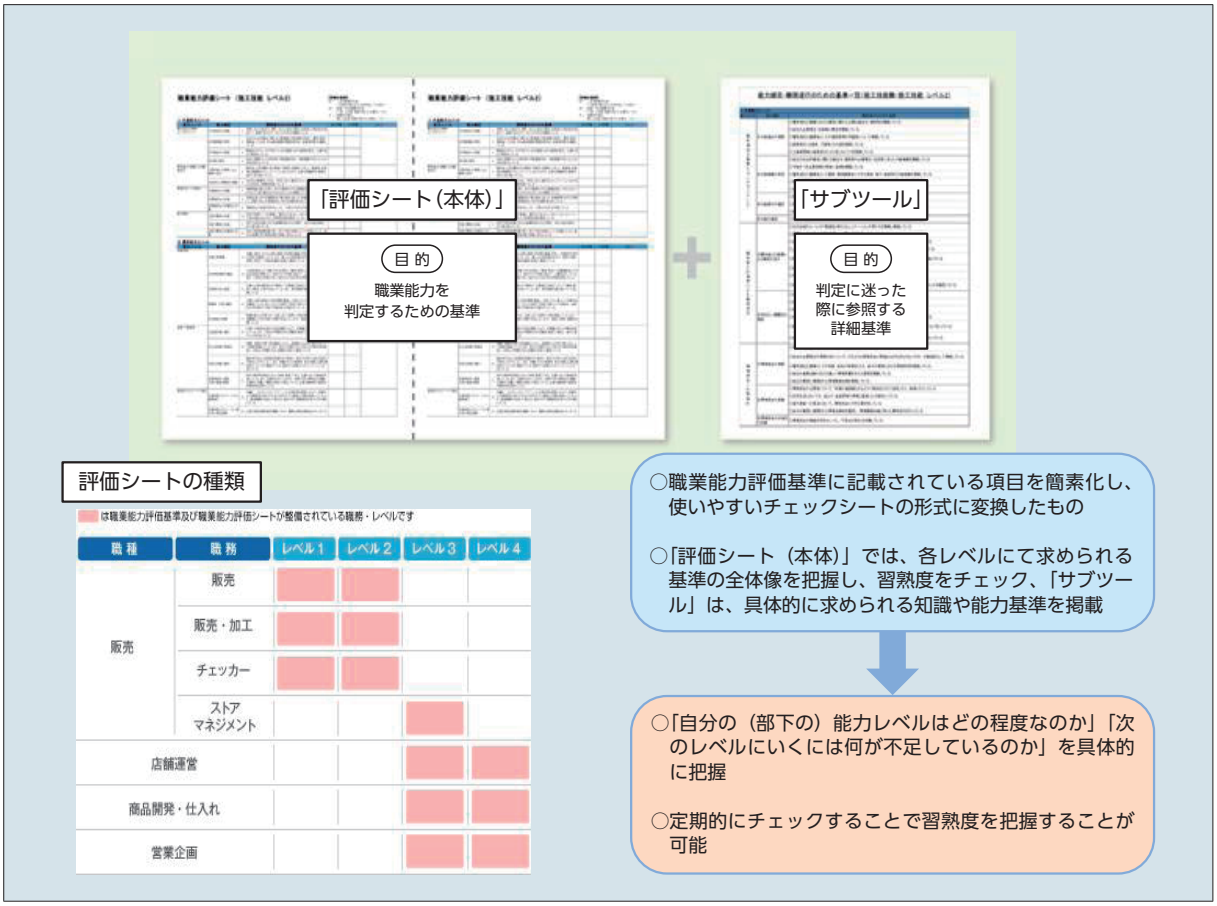
職業能力が適正に評価されるための社会基盤として、職業能力を客観的に評価する「職業能力評価基準*6」の策定に、2002（平成14）年から取り組んでいる。この職業能力評価基準は、業種横断的な経理・人事等の事務系職種のほか、電気機械器具製造業やホテル業など業種別に策定しており、2015（平成27）年度末現在で54業種が完成している。さらに、主に人材育成に活用できるツールとして、職業能力評価基準を基にキャリア形成の過程をモデル化した「キャリアマップ」及び職業能力を簡易にチェックできる「職業能力評価シート」については、スーパーマーケット業やビルメンテナンス業など業種別に作成しており、2015年度末現在で11業種が完成している。

図表2-2-4　キャリアマップ　～スーパーマーケット業～



＊6　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

図表2-2-5　職業能力評価シート　～スーパーマーケット業～



(3) 技能検定制度の整備

「技能検定制度[*7]」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、2016（平成28）年4月1日現在で、127職種について実施しており、2014（平成26）年度には全国で約69万人の受検申請があり、約28万人が合格し、技能検定制度開始からの累計で延べ約574万人が技能士となっている。

＊7　技能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2-2-6　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112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。

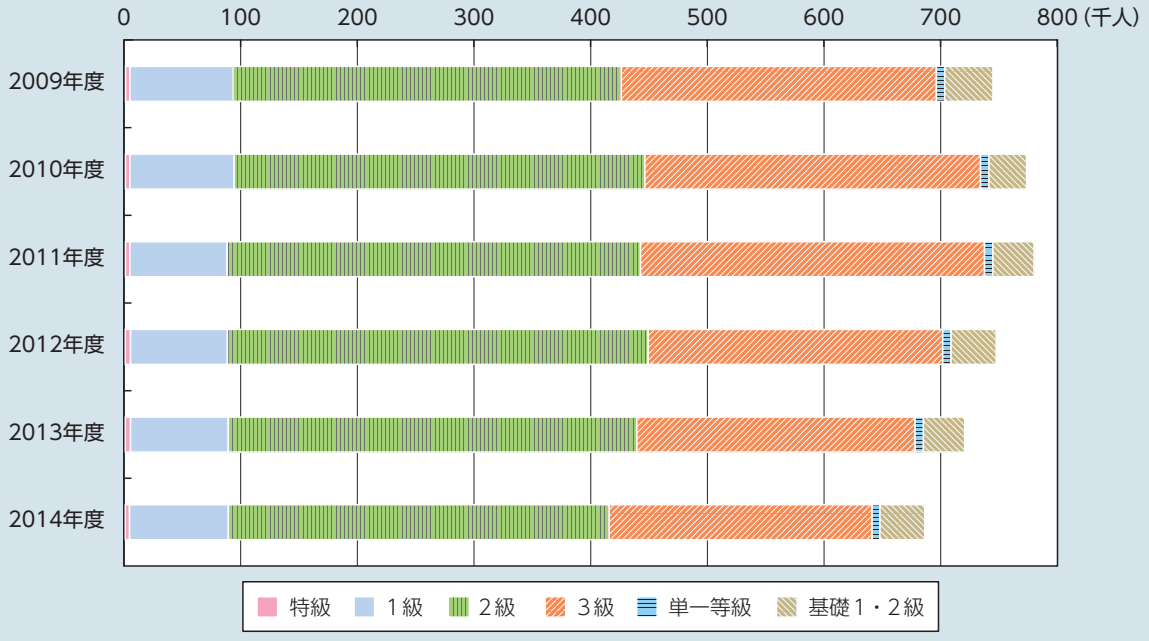
図表2-2-7　試験実施内容の一例

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) 業界共通の「ものさし」としての職業能力評価制度の構築

「『日本再興戦略』改訂2014」（平成26年6月24日閣議決定）を踏まえ、業界共通の職業能力の「ものさし」として、産業界で活用される実践的な職業能力評価制度を構築するため、2014（平成26）年度から、対人サービス分野等を対象として業界団体が設計及び運営主体となる検定制度のモデル事例の創出（2年計画で4業界）に着手しており、2015（平成27）年度では、新たに4業界を対象として「業界検定スタートアップ支援事業」を実施している。

6 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、増加雇用者数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、税額控除額の更なる上乗せ（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。

また、雇用促進税制は、税制控除の対象を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者のうち無期雇用かつフルタイムである者に限定する見直しを行った上で、2016（平成28）年4月1日より2年間延長されることとなった。

第3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。2014（平成26）年度における実績は支援対象者数約11万人、就職者数約7万人となっている。

また、2015（平成27）年度に施行された「生活困窮者自立支援法」に基づき設置された生活困窮者自立支援機関等との連携を図るとともに、福祉事務所へ設置する公共職業安定所の常設窓口を増設するなど、ハローワークと地方自治体が一体となった就労支援の充実を図り、生活保護受給者等の生活困窮者の就労による自立を促進している。

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。

2015（平成27）年度においては、約4.1万人が訓練を受講したところである。また、2015年度中に終了したコースのうち2015年9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54.8%、実践コース60.4%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あ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（平成28）年度から順次、訓練の認定基準等について見直すこととしている。

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、高齢者の雇用が進展している状況を踏まえ、失業中のセーフティネットを確保することが求められていた。加えて、着実に改善が進んでいる現下の雇用情勢、雇用保険財政の状況を踏まえた失業等給付に係る雇用保険料率の見直しや、介護を理由とする離職を防止するため、介護休業中の経済的負担の軽減が求められていた。このため、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、①65歳以降に新たに雇用される者を雇用保険の適用対象とすること②失業等給付に係る雇用保険料率の引下げ（現行1.0%を0.8%に）③介護休業給付の給付率の引上げ（現行40%を67%に）④再就職手当の給付率の引上げ（支給日数の1/3以上を残した場合：現行50%を60%に、支給日数の2/3以上を残した場合：現行60%を70%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」を第190回通常国会に提出し、2016年3月29日に成立した（②については2016（平成28）年4月1日、③については同年8月1日、①、④については2017（平成29）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している。

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[*8]続いており、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、概ねリーマン・ショック前の水準に戻す見直しを行った。

5 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（2016（平成28）年4月1日現在、33道府県127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。2015（平成27）年度には、新たに17県46市町村と締結し、2016年3月末現在、91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回国会に提出された。

第4節 震災復興のための雇用対策

1 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、就職決定等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。

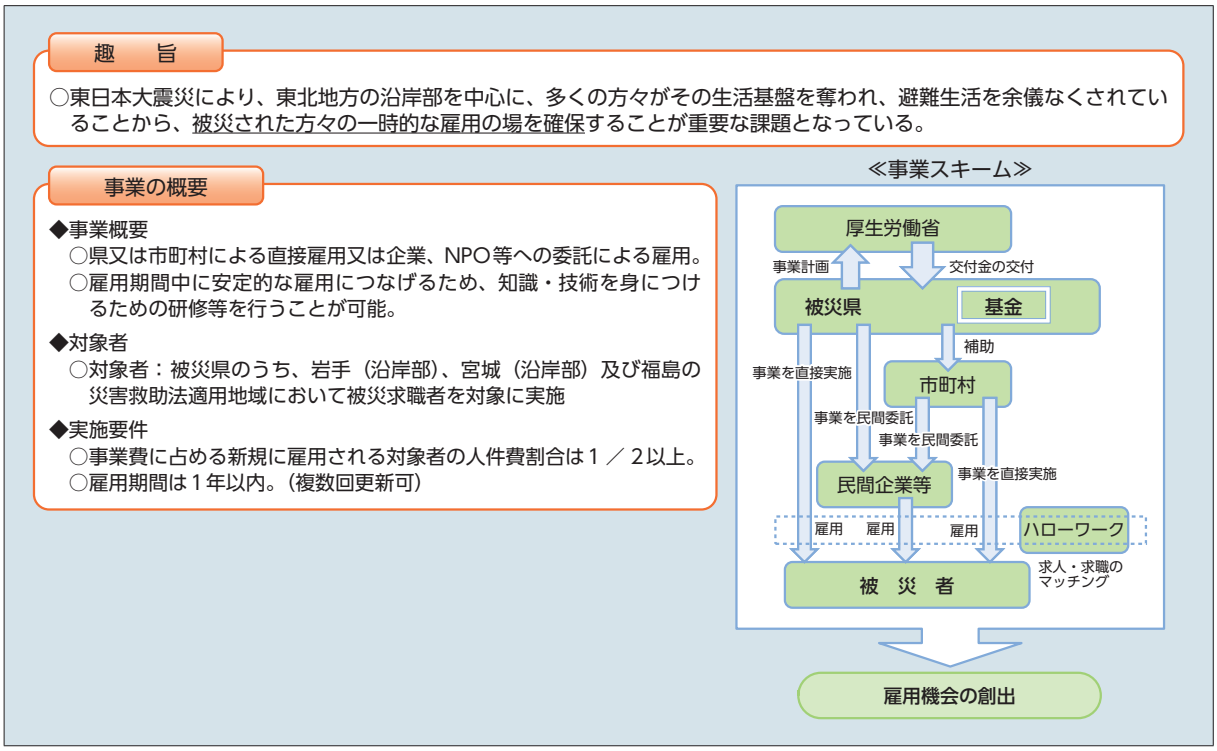
＊8 雇用調整助成金における支給申請件数の推移（事業所延件数）
平成20年度　4,889件、平成21年度　794,113件、平成22年度　755,989件、平成23年度　520,072件、
平成24年度　329,683件、平成25年度　175,739件、平成26年度　26,476件

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、被災された方々の一時的な雇用の確保、生活の安定を図るための「震災等緊急雇用対応事業」や、被災地での安定的な雇用を創出するため、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」を行ってきた。2016（平成28）年度は、原子力災害の影響を受けた福島県の被災求職者を対象にした「原子力災害対応雇用支援事業」が創設され、「震災等対応雇用支援事業*9」と合わせて約0.2万人の、「事業復興型雇用創出事業」により約4.6万人の雇用創出が見込まれる。

図表2-4-1　震災等対応雇用支援事業の概要



＊9　2011（平成23）年度より実施している「震災等緊急雇用対応事業」を改編したもの。

図表2-4-2 震災等対応雇用支援事業の事業例（平成27年度）

岩手県

岩手県 治安・防災

■治山施設等点検事業

沿岸地域の山間部に設置されているダム等の既存治山施設の点検及び東日本大震災以降の保全対象（道路、住居等）の状況変化の確認作業を実施する。

（雇用創出数：4人）

岩手県山田町 農林漁業

■地域漁業の復興に向けた漁協業務復興促進支援委託事業

海中のガレキ撤去作業による漁場環境保全や水産資源増養殖業務等、地域水産業の復興に向けた包括的な業務を行う。

（雇用創出数：8人）

宮城県

宮城県 産業振興

■特用林産物の販売拡大に係る人材育成・能力開発事業

風評被害により、売り上げが減少した特用林産物（木工品やキノコ等）の販路拡大のため、接客や商品開発等の研修を通した人材育成を行う。

（雇用創出数：6人）

宮城県塩竈市 市臨時職員

■災害公営住宅入居関連事務等事業

整備中の災害公営住宅の完成に伴い発生する入居関連事務や維持修繕といった管理業務を行う。

（雇用創出数：7人）

福島県

福島県福島市 市臨時職員

■窓口業務等支援業務

県内各支所での放射線測定機器の貸出や、食品の放射線測定等を実施し、地域住民が安心して生活できる環境づくりに寄与する。

（雇用創出数：10人）

福島県飯館村 治安・防災

■飯舘村全村見守り隊事業

計画的避難により無人化した村内の巡回を行い、窃盗や放火等の犯罪を未然に防止し、住民が帰還できるための環境整備を図る。

（雇用創出数：201人）

（注）「雇用創出数」は計画上の人数

図表2-4-3 原子力災害対応雇用支援事業の概要

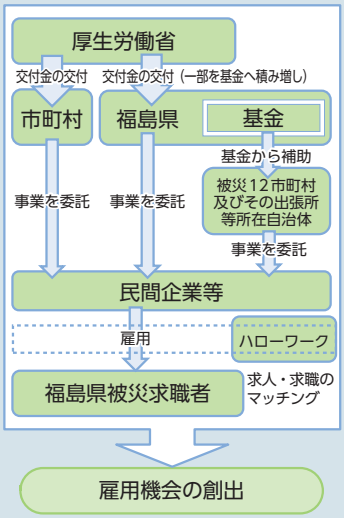
趣　旨

○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≫



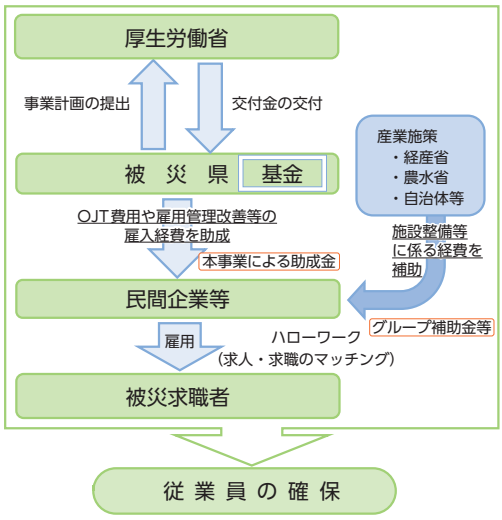
図表2-4-4　事業復興型雇用創出事業の概要

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、産業政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】
平成28年度までに事業を開始した場合に3年間支援（平成28年度～平成31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「産業政策と一体となった雇用支援」と認められる事業
【対象者】
被災求職者
【助成内容】以下の要件の下、国が示す目安額を参考にしつつ、自治体が独自に設定
・1人当たりの助成額120万円〔短時間労働者は60万円〕（3年間）
※支給額は段階的に減らす仕組みとする
（目安1年目：60万円、2年目：40万円、3年目：20万円）
※ただし、福島県にあっては、被災15市町村内で事業を行う対象事業所の1人当たりの助成額を225万円（短時間労働者は110万円）とする。
・1事業所につき2,000万円を上限



(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2016（平成28）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、65万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、福島県外への避難者の就職支援を充実させるために、山形県など避難者が多い都府県内のハローワークに「福島就職支援コーナー」を設置している。

第3章 安心して働くことのできる環境整備

第1節 非正規雇用の労働者の雇用の安定及び人材の育成・処遇の改善

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、2015（平成27）年には約1,980万人と、役員を除く雇用者全体の3分の1超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16.9%（2015年）存在し、特に25～34歳の若年層で26.5%（2015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

雇用情勢が着実に改善している時機を捉え、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ことが重要である。このため、厚生労働大臣を本部長として「正社員転換・待遇改善実現本部」を2015（平成27）年9月に設置し、今後5年間の正社員転換・待遇改善に係る目標や取組みをまとめた「正社員転換・待遇改善実現プラン」を2016（平成28）年1月に策定した。また、各都道府県労働局にも本部を設置し、同年3月までにそれぞれの地域プランを策定した。今後、これらのプランに基づき、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く。

また、女性や若者などの多様で柔軟な働き方の選択を広げるためには、非正規雇用労働者の待遇改善を更に徹底していくことが必要であり、同一労働同一賃金の実現に踏み込むことが重要である。同一労働同一賃金の実現に向け、我が国の雇用慣行には留意しつつ、同時に躊躇なく法改正の準備を進めるとともに、あわせて、どのような賃金差が正当でないと認められるかについては、早期にガイドラインを制定し、事例等を示すこととしている。このため、「同一労働同一賃金の実現に向けた検討会」で我が国における「同一労働同一賃金」の実現に向けた具体的方策について、検討することとしている。

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」（2016年4月1日現在28箇所）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、2015年は約32.6万人が就職した。

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（トライアル雇用奨励金）を講じているところである。

さらに、「『日本再興戦略』改訂2014」（平成26年6月24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月より開催した「「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」等について、企業における「多様な正社員」の活用事例と併せて周知を行った。また、導入を拡大するための支援として、モデル就業規則の作成、コンサルティング等を実施した。あわせて、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た企業に対する助成を行い、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、概ね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3か月から6か月の求職者支援訓練を実施している。

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、教育訓練給付金の拡充等を盛り込んだ「雇用保険法の一部を改正する法律案」が第186回通常国会において提出され、2014（平成26）年3月に成立した。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

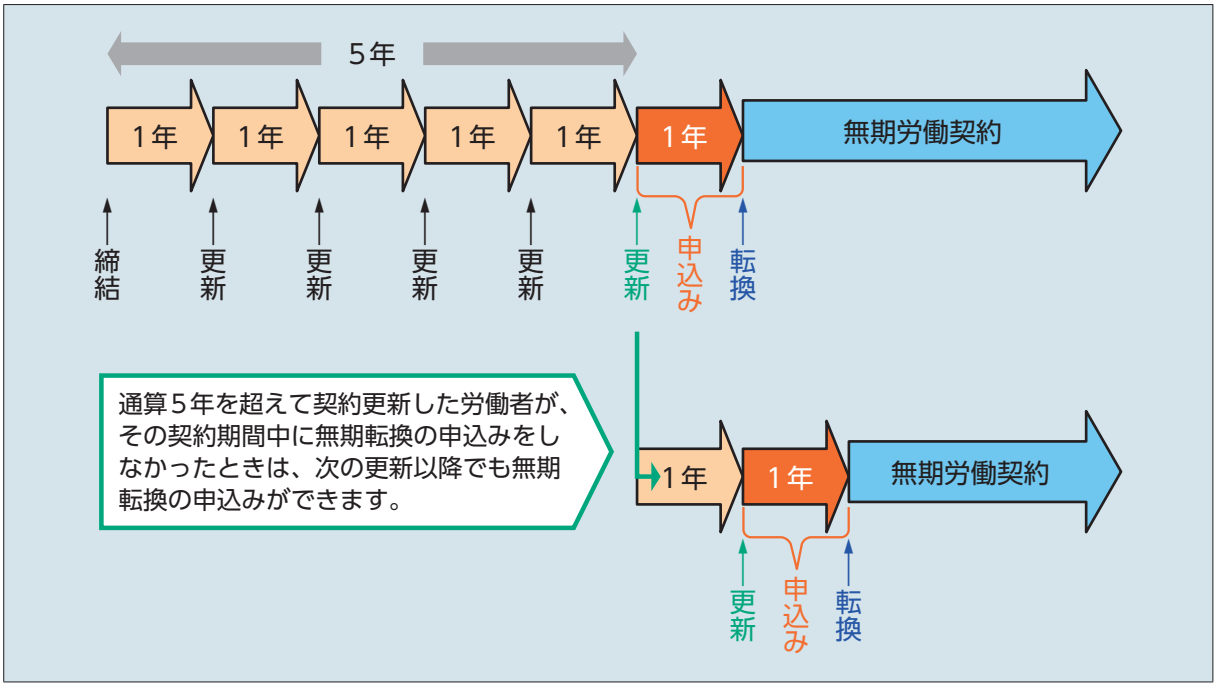
労働契約の期間の定めは、パートタイム労働、派遣労働などを含め、いわゆる正社員以外の多くの労働形態に関わる労働契約の要素であり、非農林業のうち有期労働契約で働く人は1,493万人（総務省「労働力調査」（基本集計）（2015（平成27）年平均）となっている。労働市場における非正規雇用の労働者の割合が増大している中で、有期労働契約の反復更新の下で生じる雇止めの不安の解消や、有期労働契約であることを理由として不合理な労働条件が定められることのないようにしていくことが課題となっている。

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、2015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。2016（平成28）年度においても、引き続き制度の周知を徹底する。

図表3-1-1　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学の教員等の任期に関する法律」（2014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、2015（平成27）年には1,634万人と雇用者総数の29.9%にも達し、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増加している。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、パートタイム労働者の均等・均衡待遇の確保及び納得性の向上

＊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。

を図るための措置等の更なる充実等を内容とする「短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律の一部を改正する法律」[*2]が2015年4月から施行された。

同法に基づく是正指導や、専門家による正社員との均等・均衡待遇や正社員への転換に関する相談・援助のほか、事業主に対する職務分析・職務評価の導入支援や助成金の活用などにより、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。

また、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企業として発信する「パート労働者活躍企業宣言」の活用、均等・均衡待遇の実現等に特に積極的に取り組む企業を対象とした「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自主的かつ積極的な取組みを支援している。

あわせてパートタイム労働者にその能力を十分に発揮してもらうため、キャリアアップに関するモデル事例の収集、ハンドブックの作成、セミナーの開催等により、パートタイム労働者のキャリアアップ支援を行った。

図表3-1-2　短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律の一部を改正する法律（平成26年法律第27号）

短時間労働者の雇用管理の改善等の促進を図るため、通常の労働者と同視すべき短時間労働者に対する差別的取扱い禁止の対象者を拡大する等の所要の措置を講ずる。

＜平成26年4月16日成立、23日公布＞

1. 短時間労働者の均等・均衡待遇の確保

①短時間労働者の待遇について、通常の労働者の待遇との相違は、職務の内容、人材活用の仕組み、その他の事情を考慮して、不合理と認められるものであってはならないと規定する。

②通常の労働者と差別的取扱いが禁止される「通常の労働者と同視すべき短時間労働者」の範囲を拡大する。

【現行】「通常の労働者と同視すべき短時間労働者」：（1）職務の内容が通常の労働者と同一、（2）人材活用の仕組みが通常の労働者と同一、（3）無期労働契約を締結している

↓

【改正後】（1）、（2）が同一であれば、「通常の労働者と同視すべき短時間労働者」に該当し、差別的取扱いが禁止される。

2. 短時間労働者の納得性を高めるための措置

①短時間労働者を雇い入れたときは、短時間労働者の雇用管理の改善等に関する措置の内容について、事業主が説明する義務を導入する。

3. その他

①雇用管理の改善等に関する措置の規定に違反している事業主に対して、厚生労働大臣が是正の勧告をした場合に、事業主がこれに従わなかったときは、事業主名を公表することができる規定等を創設する。

②指定法人（短時間労働援助センター）の指定は平成23年に廃止され、現在、短時間労働者の雇用管理の改善等の援助に係る業務は都道府県労働局が実施していることから、関係規定を削除する。

【施行期日】平成27年4月1日

＊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、http://part-tanjikan.mhlw.go.jp/を参照。

4 労働者派遣制度の見直し

労働者派遣制度については、2012（平成24）年4月に公布された改正労働者派遣法の国会審議において、登録型派遣・製造業務派遣・特定労働者派遣事業の在り方や、いわゆる専門26業務に該当するかどうかによって派遣期間の取扱いが大きく変わる現行制度の在り方について、検討すべき旨の附帯決議が付されている。

このため、2012年10月に学識経験者からなる「今後の労働者派遣制度の在り方に関する研究会」を立ち上げ、労働者派遣制度の在り方について、法的・制度的な観点から専門的な検討を行い、2013（平成25）年8月20日に報告書をとりまとめた。

その後、2013年8月末より、労働政策審議会職業安定分科会労働力需給制度部会において、公労使の三者による検討が行われ、2014（平成26）年1月29日に、全ての労働者派遣事業を許可制とすることや派遣期間制限の見直し、派遣労働者の均衡待遇やキャリアアップの推進等を内容とする建議が、厚生労働大臣に対しなされた。

これらを踏まえ、労働者派遣法の改正法案が第186回通常国会及び第187回臨時国会に提出されたが、いずれも廃案となった。その後、2015（平成27）年1月の改正法案の修正に関する与党合意を踏まえ、修正を行った改正法案が同年3月13日に第189回通常国会に提出された。その後、国会審議による修正を経て同年9月11日に成立し、同年9月30日に施行された。

第2節 仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）の実現

1 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決定・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決定・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。

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、「最大のチャレンジは働き方改革である。多様で柔軟な働き方が可能となるよう、社会の発想や制度を大きく転換しなければならない」とした上で、長時間労働の是正等に取り組むこととしている。具体的には、①下請などの取引条件にも踏み込んで長時間労働を是正する仕組みの構築、②労使で合意すれば上限なく時間外労働が認められる、いわゆる36（サブロク）協定における時間外労働規制の在り方についての再検討等を通じて、時間外労働時間について欧州諸国に遜色のない水準を目指すこととしている。

＊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

2 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16.0％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、労働時間法制の見直しについて、2013（平成25）年9月より労働政策審議会において総合的な検討を行い、以降22回に渡る議論を経て、2015（平成27）年2月に厚生労働大臣に対し、今後の労働時間法制等の在り方について建議がなされた。

これらを踏まえ、2015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、同通常国会に引き続き、第190回通常国会においても、審議が行われないまま、継続審議の取扱いとなった。

3 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、労働基準局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。

長時間労働の問題に対応するため、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している。具体的には、

- 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」による個々の企業に対する支援の実施
- 企業の先進的な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、夏季、年末年始の連続休暇を取得しやすい時季に周知・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

＊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。

等の取組みを行っている。

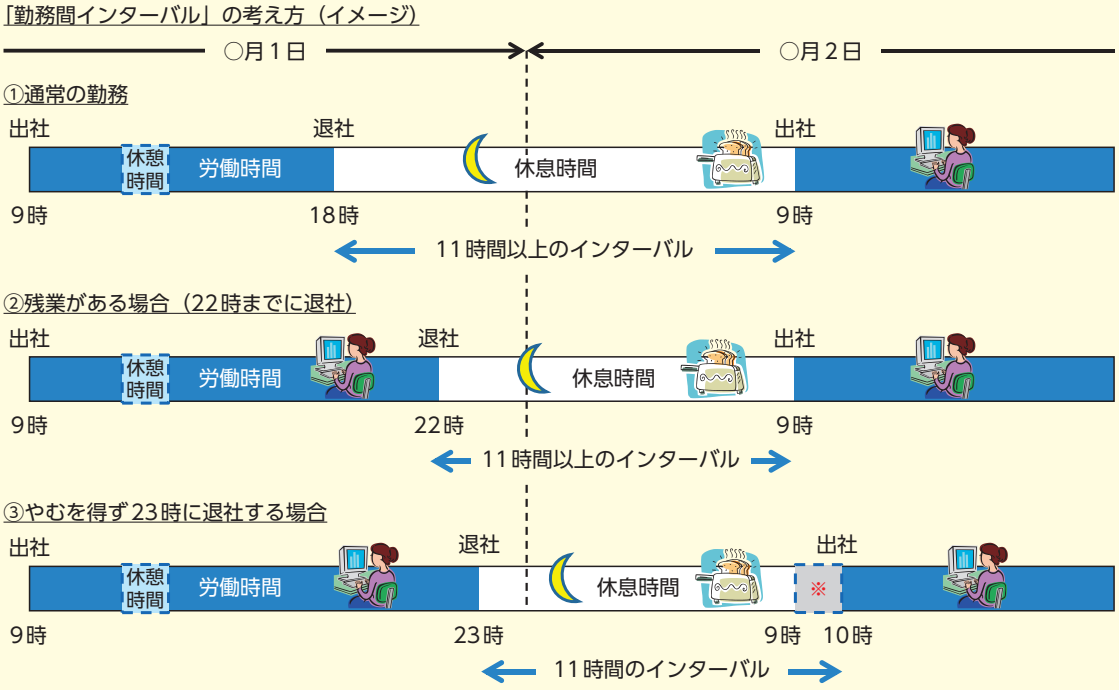
また、労働基準監督署では、月100時間超の残業を把握した全ての事業場に対する監督指導について、2016（平成28）年4月から、その対象を月80時間超に拡大するなど、法規制の執行強化に取り組んでいる。

過労死等の防止のための対策については、2014（平成26）年11月1日に施行された過労死等防止対策推進法（平成26年法律第100号）に基づき、過労死等防止対策推進協議会の意見を聴いた上で、「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）を策定した。さらに、この大綱に沿って、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。

コラム　新しい働き方のルール、「勤務間インターバル」とは？ ～KDDI株式会社などで導入～

「勤務間インターバル」という言葉をご存知だろうか。一般的に、「ある日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の休息時間」を指すが、労働者が日々働くにあたり、必ず一定の休息時間を取れるようにするという考え方に関心が高まっている。

例えば、所定労働時間が9時から18時の8時間（休憩1時間）である職場で、11時間の「勤務間インターバル」をルール化した場合、下図のような働き方になる。



※23時に退社した場合、このルールの下では翌日の勤務開始は10時以降になる。
（本来の勤務開始時間である9時から出勤可能時間である10時までの間については、
①9時～10時までを勤務したものとみなす、②勤務開始時間を10時に繰り下げる等の対応が取られる。）

このように、一定の休息時間をルール化することで、労働者が十分な生活時間や睡眠時間を確保でき、ワーク・ライフ・バランスを保ちながら働き続けることができるようになると考えられている。

この「勤務間インターバル」の考え方は、EU諸国では既に広く浸透している。EUの労働時間指令において、加盟国は、すべての労働者に、24時間につき連続11時間の休息時間を確保するための措置を取らなければならないとされており（一部の業種等について例外規定あり）、各加盟国は、これを踏まえ

て国内法を整備している。

我が国ではまだあまり馴染みがないが、近年、労使の自主的な取組みにより、「勤務間インターバル」を企業内でルール化する動きが見られる。例えば、KDDI株式会社では、労働組合との話し合いを経て、2015（平成27）年7月から、従業員の健康管理と長時間労働抑制を目的とする「勤務間インターバル制度」を導入している。同社の制度は2本立てとなっており、就業規則上の休息時間を8時間、安全衛生規程上の健康配慮としての休息時間を11時間としている。就業規則上の休息時間の確保は労働組合員のみが対象とされ、本人の義務として必ず守られるべきものだが、繁忙期などで休息時間の確保が困難な場合には、上長の許可を得て適用除外を申請できる。また、安全衛生規程上の休息時間は、いわゆる健康管理指標として設定され、管理職を含む全従業員が健康管理の目安とするものである。休息時間が11時間未満となる日が月に11回以上（月の勤務日数の約半分）となった場合には、問診票や産業医との面談により健康状態をチェックする仕組みとなっている。

同社では制度を導入するにあたり、勤怠管理システムの機能を整備し、休息時間の状況を可視化した。これにより、本人及びその上長は前日どれだけの休息時間を確保できたのかを日々確認することができる。「勤務間インターバル制度」を導入してからまだ日が浅く、その効果はまだはっきりとは表れていないとのことだが、今まで見えていなかった過重労働がしっかりと見えるようになったことで、同社は、長時間労働の抑制に向けた従業員一人一人の意識付けにつながるものと期待を寄せている。

このように徐々に広がりを見せている「勤務間インターバル」は、働き方の見直しのための他の取組みとあわせて実施することで一層効果が上がると考えられ、働き方改革についての議論が活発になるなか、健康やワーク・ライフ・バランスの確保策として今後の動向が注目される。

4 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）」（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。

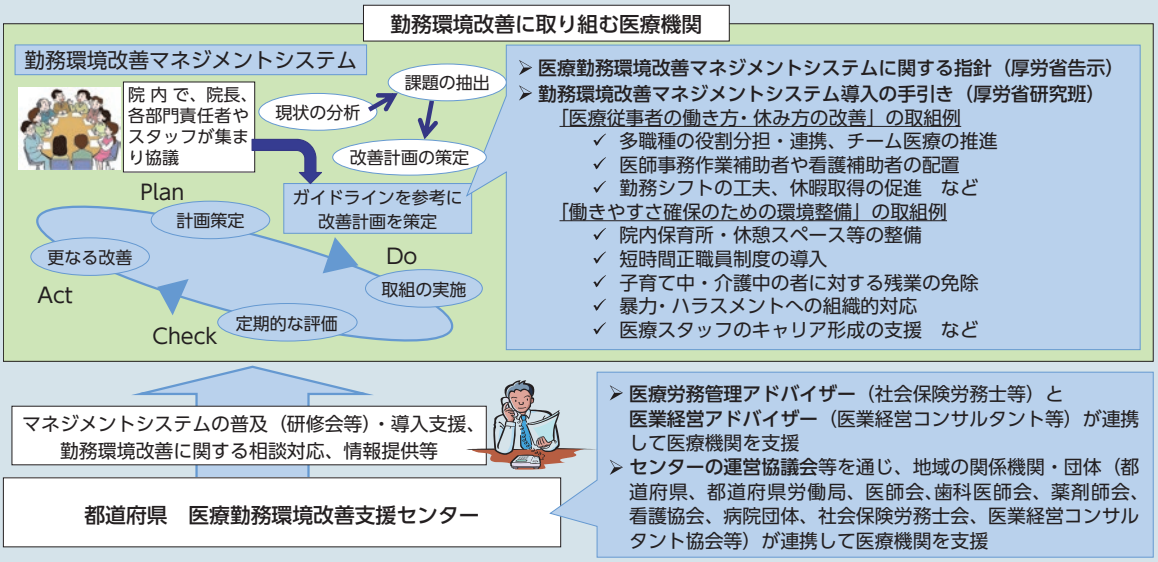
これらの指針及び手引書を活用して、医療勤務環境改善マネジメントシステムの各医療機関への普及促進を図っているところである。また、各都道府県においては、医療勤務環境改善支援センターの設置等の取組みが順次進められている[*6]。

＊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3-2-1　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（現状分析、改善計画の策定等）を促進。



5 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確立するための実証を実施し、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、在宅勤務ガイドラインの周知・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。

2016（平成28）年度は、これらの施策に加え、新規に労働者向けシンポジウムを開催する予定である。

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。

6 仕事と育児・介護等の両立支援策の推進

男女ともに仕事と育児・介護等を両立させながら働き続けることのできる環境を整備するため、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

＊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。）。

組み促進、助成金の支給を通じた事業主への支援、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、「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、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、仕事と家庭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2-1-3**参照）。

また、高齢化社会に対応した取組みとして、2013（平成25）年度に作成し、2014（平成26）年度に企業への導入実証実験を行った、介護離職を予防するための「両立支援対応モデル」を周知するとともに、介護休業等の制度を活用して就業を継続している労働者の事例を収集・周知すること等により、労働者の仕事と介護の両立を支援し、継続就業を促進している。

さらに、労働者が介護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、介護休業給付金を支給している。さらなる介護休業の取得促進のため、介護休業給付の給付率の引上げ（40%→67%）等を盛り込んだ「雇用保険法等の一部を改正する法律案」が第190回通常国会において提出され、2016（平成28）年3月に成立した。

7 治療と職業生活の両立支援の推進

職場環境等の複雑化や労働者の高齢化等に伴い、作業関連疾患の予防のための労働者の健康管理や、疾病を持つ労働者の治療と職業生活の両立のための支援体制が課題となっている。

厚生労働省では、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」を作成しており、今後、その普及や企業等に対する各種支援を行う予定である。

また、病気休暇制度をはじめ、特に配慮を必要とする労働者に対する休暇制度について、事業主を対象とするセミナーの開催等により引き続きその普及を図る予定である。

8 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。

加えて2015（平成27）年4月より、荷主、事業者、学識経験者等からなる協議会を立ち上げ、トラック運転者の長時間労働抑制等に向けた環境整備を図っている。

9 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（平成32）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3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

労働災害による死亡者数、休業4日以上の死傷者数は、長期的には減少傾向にあり、2015（平成27）年はいずれも前年を下回った。

死亡災害は統計を取り始めて以来、初めて1,000人を下回り、972人（前年比85人（8.0%）減）となった。特に、建設業及び製造業で大幅に減少し、いずれの業種でも過去最少となった。また、休業4日以上の死傷者数については116,311人（前年比3,224人（2.7%）減）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、2015年には53.6%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、2015年度には472件と前年度と比較して減少しているものの、概ね横ばい傾向となっている。自殺者数については、2015年は、約2万4千人と4年連続で3万人を下回っているが、このうち2,000人を超える者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。

2015（平成27）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。

(3) 労働安全衛生法改正等について

2012（平成24）年に印刷事業場における胆管がん事案の発生が明らかになったことや精神障害の労災認定件数の増加等を受け、①一定の危険・有害な化学物質に係るリスクアセスメント実施の義務づけ、②重大な労働災害を繰り返す企業への対応、③ストレスチェック制度の創設等を内容とする労働安全衛生法の改正法案が2014（平成26）年3月に国会へ提出され、同年6月に成立した。

改正法の内容のうち、2014年12月には電動ファン付き呼吸用保護具の型式検定対象への追加等が施行され、2015（平成27）年6月に上記②の事項等が、同年12月に上記③の事項が施行された。2016（平成28）年6月には上記①の事項が施行される。今後も労働者の安全と健康の確保対策について一層の充実を図るため、これら事項の確実な施行を行うこととしている。

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、2015（平成27）年度には社会福祉施設、飲食店において、労働災害防止のための専門家によるコンサルティングを実施するとともに、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、荷役作業時の墜落・転落災害、交通労働災害、重量物取扱いや長時間の車両運転による腰痛の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、のり面保護工事やビルの外装清掃等で行われるロープ高所作業における墜落・転落災害を防止するため、2016（平成28）年に改正労働安全衛生規則を施行し、特別教育や作業時のライフラインの使用等を義務付けている。

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」の普及に取り組んでいる。

さらに、建設工事に要する安全衛生経費の確保について、国土交通省と連携して発注者や建設事業者に周知啓発を行っている。

(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、機械設備による災害の中でも特に災害の多い食品加工用機械について、機械の危険な部分への覆いの設置や、食品の送給・取り出し時の運転停止、用具の使用など、作業の特性に応じた安全対策を講じるよう、法令に基づく措置の徹底を図っている。

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、2016（平成28）年の夏は、建設業を中心に、屋外作業を行う際に留意すべき事項について重点的に指導等を行っていくこととしている。

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[*8]」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、2016（平成28）年4月1日現在、18社の企業が認定を受けている。

(2) あんぜんプロジェクト

企業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企業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[*9]」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（2015（平成27）年度は75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

2012（平成24）年以降、労働者の胆管がん発症が相次いで明らかとなった事案への対応として、原因物質である蓋然性が高いとされた1,2-ジクロロプロパンについて、2013

＊8　安全衛生優良企業公表制度ホームページ　http://anzeninfo.mhlw.go.jp/shindan/shindan_index.html
＊9　あんぜんプロジェクトホームページ　http://anzeninfo.mhlw.go.jp/anzenproject/

（平成25）年5月に取りまとめられたリスク評価の結果に基づき、2013年8月に発がんのおそれのある物質として特定化学物質第2類、特別管理物質として指定する等の政省令改正を行った（2013年10月施行）。

また、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。

さらに、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・実施する仕組みが創設され、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が義務付けられ、2016（平成28）年6月から施行されることとなっている。

2015（平成27）年12月にはオルト-トルイジンをはじめとする芳香族アミンを取り扱う事業場で複数の労働者が膀胱がんを発症する事案が発生したため、業界団体に対し、芳香族アミンによる健康障害防止対策に係る要請を行った。また、原因究明のため、当該事業場について、管轄する労働局・労働基準監督署及び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による調査を行うとともに、全国の労働局及び労働基準監督署において、オルト-トルイジン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。

(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。2015（平成27）年においては、2014（平成26）年度にリスクが高いと評価されたナフタレン及びリフラクトリーセラミックファイバーを特定化学物質第2類、特別管理物質へ指定する等の政省令改正を行った（2014年11月施行）。

(3) 石綿（アスベスト）対策の適切な実施

石綿[*10]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、2014（平成26）年には石綿障害予防規則の改正を行い、作業場所の隔離の措置や建築物に使用されている石綿含有建材の管理について規制を強化するとともに、「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」を新たに制定しており、今後も、これらの法令に基づく対策の徹底を図っていく。また、大阪泉南アスベスト訴訟において、2014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

＊10 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。

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

近年、石油コンビナート等における事業所で多数の死傷者を出す爆発火災等の重大事故が頻発していることを受け、2014（平成26）年5月、消防庁、経済産業省及び厚生労働省の3省により「石油コンビナート等災害防止3省連絡会議」を設置するとともに、関係業界団体に対し、3省連名で石油コンビナート等における災害防止対策の推進について要請を行った。3省連絡会議において継続的に情報の共有や連携を図るとともに、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。

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、制度の周知等を進めている。

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。取組み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[*11]」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[*12]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「こころほっとライン」を開設している。

(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

＊11 こころの耳ホームページ　http://kokoro.mhlw.go.jp/
＊12 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。

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。

(4) 受動喫煙防止対策の推進

職場での受動喫煙防止対策については、2005（平成17）年2月に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効し、諸外国では規制の強化が進んでいる。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4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) 経済情勢を踏まえた労働基準行政の対応

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。

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。

このため、都道府県労働局と労働基準監督署では、

①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、
②大型倒産、大量整理解雇等の事案に対し、法定労働条件に係る問題の未然防止や早期解決を図り、
③解雇や雇止め、退職勧奨、出向等については、労働契約法や裁判例等に照らして不適切な取扱いが行われることがないようパンフレット等を活用し、事業主に対し適切な労務管理の必要性について啓発指導を行っている。

さらに、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。

(2) 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」(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、2015(平成27)年においては、「長時間労働削減推進本部」の指示の下、11月を「過重労働解消キャンペーン」とし、重点監督の実施や全国一斉の無料電話相談の実施などに取り組んだ。

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、5,031事業場に対して重点的な監督指導を行い、その結果、約半数の2,311事業場(45.9%)において違法な時間外労働が認められ、また、3,718事業場(73.9%)で労働基準関係法令違反が認められたため、是正・改善に向けた指導を行った。

さらに、
①2015年1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
②同年4月から、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」)を東京労働局及び大阪労働局に設置
③同年5月から、社会的に影響力の大きい企業が、違法な長時間労働を繰り返している場合に、是正を指導した段階で公表
など、働き過ぎ防止のための取組みを強化している。

これらの取組みに加えて2016(平成28)年4月からは、「一億総活躍国民会議」における総理指示を踏まえ、
①月80時間超の残業を把握したすべての事業場等に監督指導対象を拡大
②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を設けるとともに、全ての労働局に長時間労働抑制対策等に関する担当官を配置したほか、同年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」を踏まえ、違法な長時間労働の背景に下請法第4条違反又は特流特殊指定に該当する独占禁止法第19条違反のおそれがある事案を公正取引委員会等に通報する制度を設ける

など、さらなる取組みの強化を図っている。

また、賃金不払残業の解消を図るため、労働時間管理の適正化等、各企業において労使が賃金不払残業解消のために講ずべき事項を示した「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基準」について、あらゆる機会を通じて周知・徹底を図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1,329社であり、対象労働者数は203,507人、支払われた割増賃金の合計額は約142億円となっている。（2014（平成26）年4月から2015年3月までの1年間）

(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。

①2015（平成27）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・高校等でのセミナーの開催（2015年10月から2016（平成28）年2月）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）年の夏に大学生等を対象にアルバイトに関する実態調査を行ったところ、労働条件の明示が適切になされなかったなど、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、事業主団体や学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。今後も、引き続き文部科学省と連携し、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。

(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・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、緊急の集中監督を行った。

(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、2015（平成27）年における送検件数は966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。

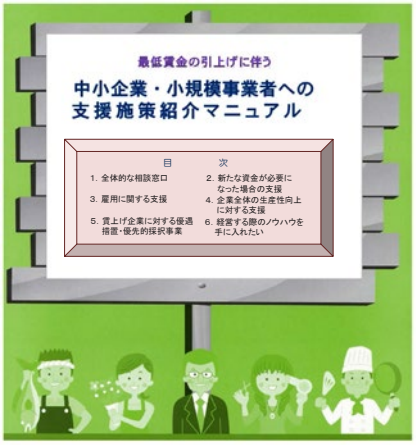
最低賃金制度パンフレット（平成27年度版）

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（2016（平成28）年4月1日現在、適用労働者数約4,942万人）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（2016年4月1日現在、235件。適用労働者数約316万人）がある。

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。

2015（平成27）年度の地域別最低賃金額の改定は、「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）及び「『日本再興戦略』改訂2015」（同日閣議決定）

等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18円引上げの798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[*13]を参照）。また、特定最低賃金の全国加重平均額は840円（2016年4月1日現在）となった。



最低賃金の引上げを巡っては、経済財政諮問会議等においても議論が重ねられたことを踏まえ、「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、「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。

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。

また、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[*14]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[*15]」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全国40道県で事業場内の最低賃金（事業場内で最も低い時間給）が800円未満の労働者の賃金を60円以上引き上げるとともに、労働能率増進のための設備投資等を行う中小企業・小規模事業者に対し、その経費の一部を助成。（上限100万円）

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。

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、2015（平成27）年度には、2,187企業の24,055人に対して約95億円の立替払を行った。

＊13 最低賃金特設サイト　http://pc.saiteichingin.info/
＊14 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
＊15 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2014（平成26）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。

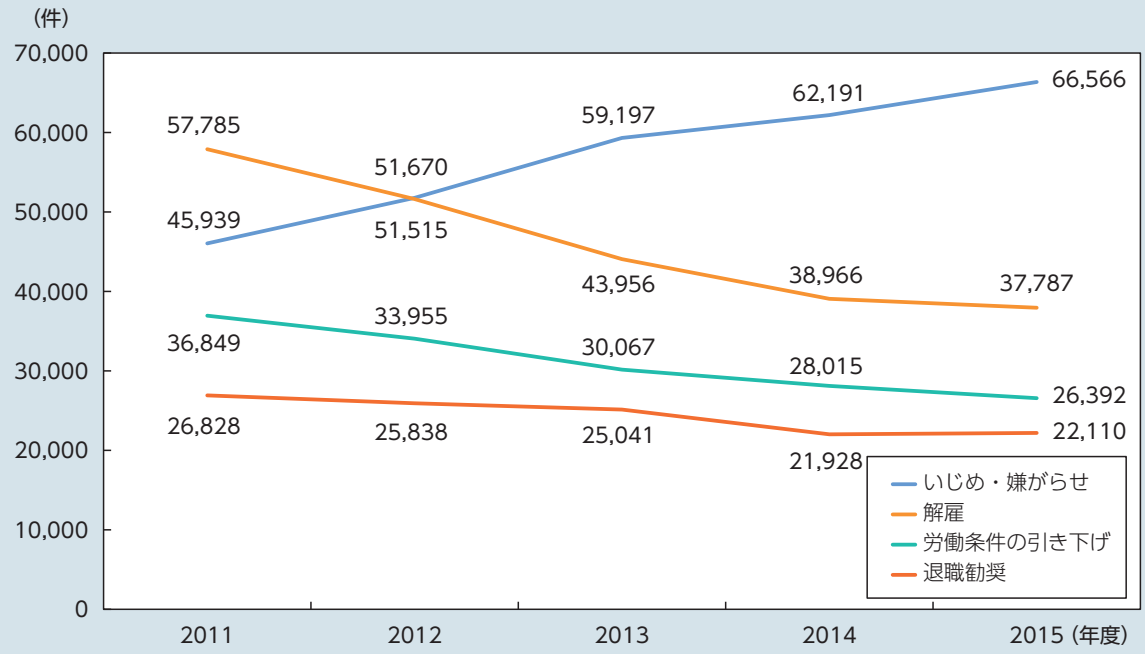
6 職場のパワーハラスメントの予防・解決に向けた環境整備

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3-4-1**）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。

職場のパワハラは労働者の尊厳や人格を傷つけ、職場環境を悪化させるものであり、こうした行為はなくしていかなければならない。

厚生労働省では、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3章第4節10を参照）

図表3-4-1　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27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3-4-2）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3-4-2　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作成し、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」[*16]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。

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。

2014（平成26）年度の労災保険給付の新規受給者数は61万9,599人であり、前年度に比べ1万6,672人の増加（2.8%増）となっている。そのうち業務災害による受給者が54万5,007人、通勤災害による受給者が7万4,592人となっている。

(2) 過労死等の労災認定

過労死等（脳・心臓疾患と精神障害）の労災請求件数と支給決定件数は高水準で推移している（図表3-4-3）。

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。

図表3-4-3 過労死等の労災補償状況（2011（平成23）～2015（平成27）年度）

		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
脳・心臓疾患	請求件数	898（99）	842（94）	784（81）	763（92）	795（83）
	支給決定件数	310（13）	338（15）	306（8）	277（15）	251（11）
精神障害	請求件数	1,272（434）	1,257（482）	1,409（532）	1,456（551）	1,515（574）
	支給決定件数	325（100）	475（127）	436（147）	497（150）	472（146）

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

＊16 啓発用Webサイト「あかるい職場応援団」 http://www.no-pawahara.mhlw.go.jp/

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（平成34）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[*17]。また、「石綿による健康被害の救済に関する法律」については、同法の施行状況等に関する検討が行われている。

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。

図表3-4-4　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

		2010（平成22）年度	2011（平成23）年度	2012（平成24）年度	2013（平成25）年度	2014（平成26）年度
肺がん	請求件数	509	480	495	420	465
	支給決定件数	424	401	402	382	391
中皮腫	請求件数	552	579	587	593	561
	支給決定件数	498	543	522	528	529
良性石綿胸水	請求件数	37	28	41	40	26
	支給決定件数	37	42	45	44	32
びまん性胸膜肥厚	請求件数	44	57	48	62	44
	支給決定件数	35	51	39	53	50
計	請求件数	1,142	1,144	1,171	1,115	1,096
	支給決定件数	994	1,037	1,008	1,007	1,002

石綿肺	支給決定件数	2010（平成22）年度	2011（平成23）年度	2012（平成24）年度	2013（平成25）年度	2014（平成26）年度
		-	68	75	77	78

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、平成22年度までは「石綿肺」単独の集計はしていない。
平成23年度から、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3-4-5　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

	2010（平成22）年度	2011（平成23）年度	2012（平成24）年度	2013（平成25）年度	2014（平成26）年度
請求件数	54	140	178	40	36
支給決定件数	42	39	167	24	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、

＊17「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)

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 働く人のためのルールに関する教育の実施

就業形態の多様化等による個別労働紛争の増加等を背景にして、2007（平成19）年に「労働契約法」が制定され、労働契約についての基本的ルールが分かりやすい形で明らかにされている（2008（平成20）年3月1日から施行）。

非正規雇用の労働者の解雇・雇止めや正規雇用の労働者の労働条件の変更、新規学卒者の内定取消し、入社直後の悪質な退職勧奨などの民事上のトラブル事例が多数見られ、総合労働相談コーナーへの相談件数も高止まりしている。

このため、未然に労働者と使用者との間の労働条件等をめぐるトラブルを防止し、労働者の保護が図られるよう、労働基準監督署等においては、労働契約法や裁判例等の内容について、パンフレット等を活用した啓発指導を行っている。また、2013（平成25）年度には労働者・事業主・就職内定者など就職前の学生等に対し、労働関係法令の教育、情報提供等を行うことを目的に、周知啓発セミナーを開催した。

10 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[*18]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（2015（平成27）年4月～2016（平成28）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1,034,936件、民事上の個別労働紛争に係る相談件数が245,125件、都道府県労働局長による助言・指導の申出件数が

＊18 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/

8,925件、紛争調整委員会によるあっせんの申請件数が4,775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。

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、東京圏の3つの国家戦略特区にセンターを設置し、2015（平成27）年度は新たに、新潟市にもセンターを設置した。

第5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、2015（平成27）年には死亡災害が2件発生するなど、近年労働災害が増加傾向にある。汚染水対策等の工事量の増加に伴い、1日あたりの労働者数は、最近2年間で約3,500人から約7,000人に倍増しており、このような状況下において、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を義務づけている。また、2015年8月には「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」を策定し、安全衛生管理体制の強化等について当該ガイドラインに基づき、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。

このほか、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）年度より、公益財団法人放射線影響研究所に補助金を交付することにより、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。

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。

加えて、これらの業務に従事する者の被ばく線量管理の一元化を促進するため、元方事業者等が自発的に除染等作業従事者等被ばく線量登録管理制度を設立し、2014（平成26）年12月から本格的に制度を稼働している。また、2015（平成27）年4月より、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の公表を開始した。

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。

第6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。2016（平成28）年3月末現在、加入労働者は約648万9千人であり、2015（平成27）年度の退職金支給件数は約32万件、退職金支給金額は約4,088億円となっている。

なお、中小企業退職金共済制度については、「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）により、制度改正がなされ、勤労者退職金共済機構における資産運用のリスク管理体制を強化するとともに、特定業種退職金共済制度からの資産移換などの制度のポータビリティの向上等を通じた事務・事業の見直しがなされるところである。

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。

2016（平成28）年3月末現在、財形貯蓄契約件数は約823万件、貯蓄残高は約16兆円、財形融資貸付件数は約10万件、貸付残高は約9千億円となっている。

第7節 安定した労使関係の形成など

1 2015年度の労使関係

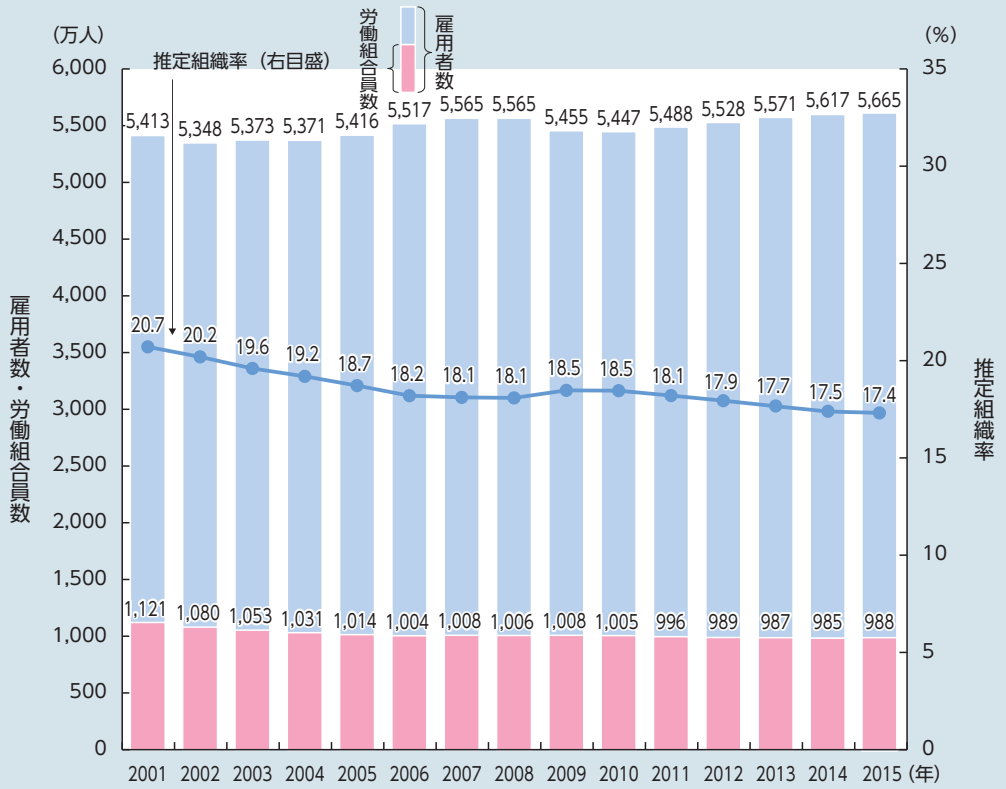
(1) 我が国の労働組合

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。

2015（平成27）年6月現在、我が国の労働組合員数は988万2千人（前年984万9千人）で3万3千人増加した（図表3-7-1）。

また、パートタイム労働者の労働組合員数は102万5千人で（前年97万人）、5万5千人増加し、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3-7-1　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、労働組合員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

2015（平成27）年10月16日に「『日本再興戦略』改訂2015」（平成27年6月30日閣議決定）に基づき、政府として取り組むべき環境整備の在り方と民間投資の目指すべき方向性を共有することを目的として「未来投資に向けた官民対話」の第1回会議が開催された。同年11月5日に開催された第2回会議において、安倍総理から経済界に対して、引き続きの賃上げや仕入れ価格転嫁等の取組みについて要請した。

日本労働組合総連合会（連合）は同年11月27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「2016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、2016（平成28）年1月19日、「2015年を上回る年収ベースの賃金引上げについて、前向きで踏み込んだ検討が望まれる」等を内容とする「2016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16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3年連続で2%台と続いている。

また、非正規雇用労働者についても、時給、月給いずれも引き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

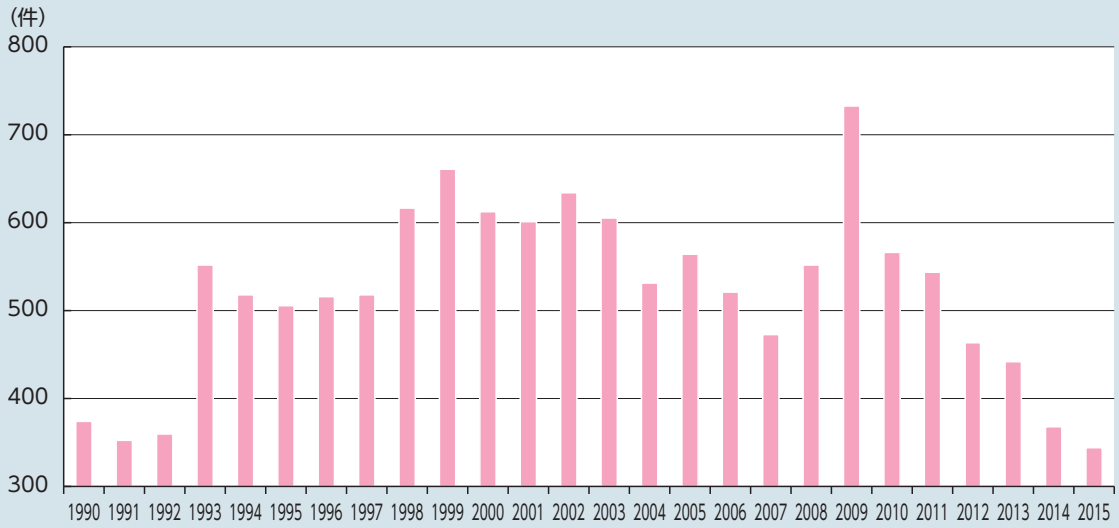
労働委員会（中央労働委員会、都道府県労働委員会）では、不当労働行為事件の審査、労働争議の調整（あっせん、調停及び仲裁）、個別労働紛争のあっせん（中央労働委員会及び一部の労働委員会を除く。）を行っている。

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、2015（平成27）年が347件であり、同年の平均処理日数は417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、2015年が60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2015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、344件であった（図表3-7-2）。

さらに、個別労働紛争のあっせん新規係属件数は、350件であった。

図表3-7-2　労働争議調整事件の新規係属件数



資料：中央労働委員会事務局調べ

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・就労支援等の推進

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）年を底に増加に転じ、2011（平成23）年7月に過去最高を記録したが、足下ではほぼ横ばいで推移しており、2015（平成27）年12月には約216.5万人となっている（**図表4-1-1**）。

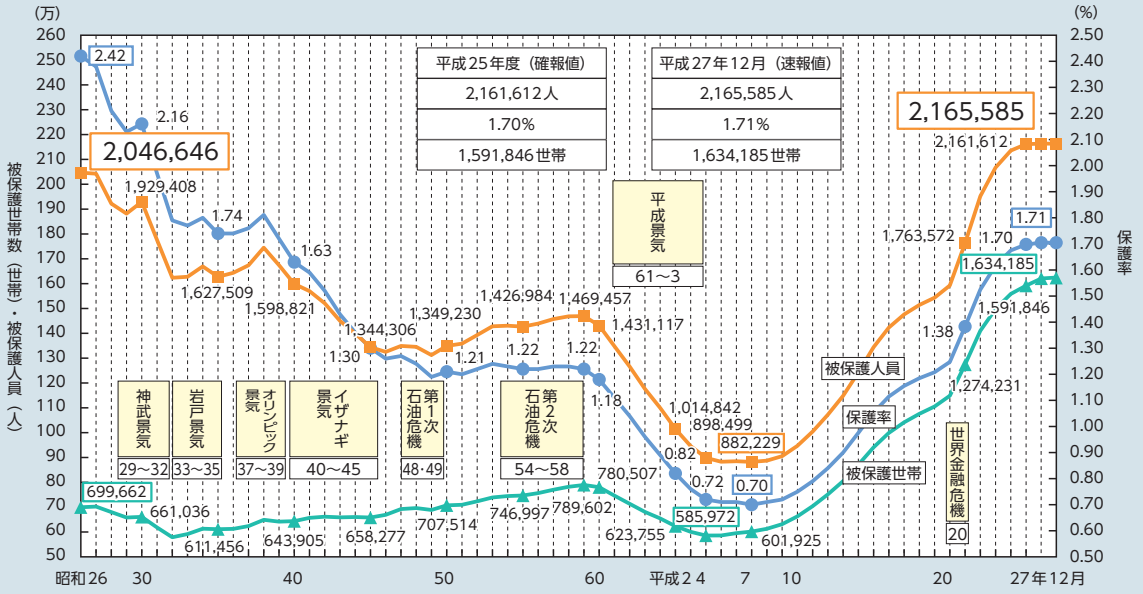
世帯類型別の被保護世帯数の動向を見ると、高齢者世帯は一貫して増加傾向にあるが、高齢者世帯を除く世帯の数は最近では減少傾向にある（**図表4-1-2**）。

また、生活保護制度については、個々の被保護者が多様な課題を抱えていることを踏まえた支援を実施することや保護費負担金の約半分を占める医療扶助の適正化などに取り組むことが重要であるとの指摘がなされている。

＊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

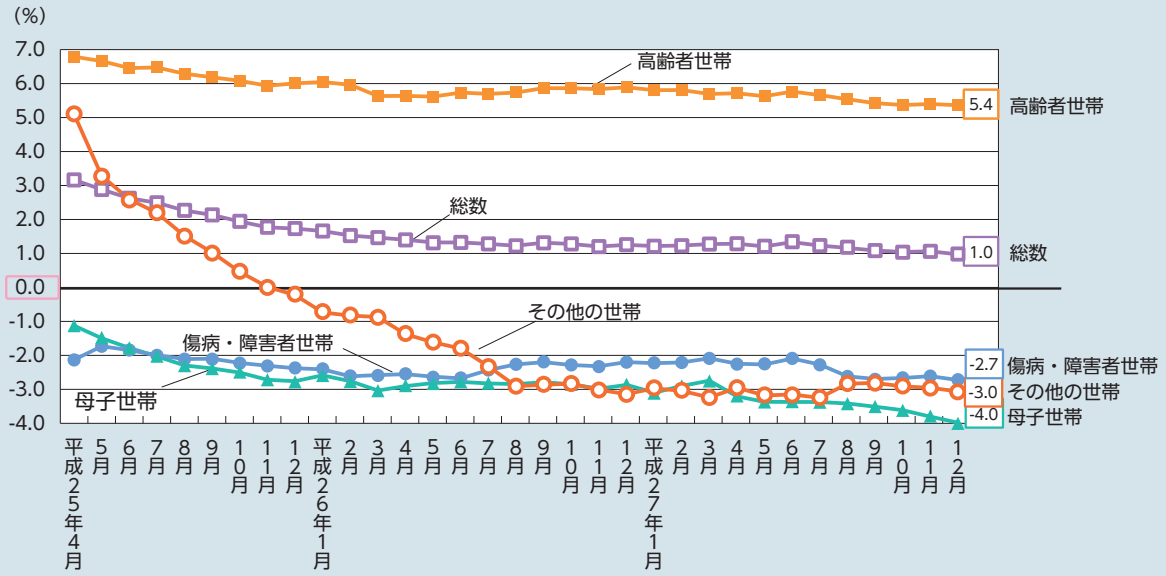
○生活保護受給者数は約217万人であり、平成23年に過去最高を更新したが、足下ではほぼ横ばいで推移。（平成25年10月以降、対前年同月伸び率は1%以下となっており、平成27年9月～12月にはマイナスとなっている。）



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、足元で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生活困窮者の自立に向けた包括的かつ継続的な相談支援を行う「自立相談支援事業」
②離職により住居を失うおそれのある者等に対し家賃相当額の給付を行う「住居確保給付金」
③一般就労に向けた準備として日常生活や社会生活の訓練を行う「就労準備支援事業」
④緊急的・一時的に衣食住を提供する「一時生活支援事業」
⑤家計の再建に向けた支援を行う「家計相談支援事業」
⑥生活困窮家庭の子どもに対する「学習支援事業」

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。

2016（平成28）年には、民間団体のノウハウの活用による農業体験や研修を実施し生活困窮者等の就農や社会参加促進を支援するほか、「学習支援事業」において、高校中退防止及び家庭訪問の取組みを強化するなどの取組みを行ったところであり、引き続き制度の推進を図っていく。

第2節　「社会的包容力」の構築

1 地域福祉の再構築

これまで公的な福祉サービスは高齢や障害といった対象者ごとに制度が整備され、質・量共に充実が図られてきたが、近年、地域では、公的なサービスだけでは対応できない多様な生活課題が生まれている。さらに、例えば要介護の親と障害児が同居しているなど、複合的な課題を抱える世帯に対し、公的福祉サービスが総合的に提供されていないといった問題もある。一方、住民の福祉活動を通じた自己実現ニーズは高まってきており、要援護者の見守りなど、住民参加の下、多様な活動が行われるようになってきている。

こうした背景の下、2007（平成19）年10月から「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」が開催され、2008（平成20）年3月に報告書「地域における『新たな支え合い』を求めて－住民と行政の協働による新しい福祉－[*2]」が取りまとめられた。

報告書においては、基本的なニーズは公的な福祉サービスで対応するという原則を踏まえつつ、地域における「新たな支え合い」（共助）の領域を拡大、強化し、地域の多様な生活課題を広く受け止め、柔軟に対応する地域福祉を進める必要があるとされた（図表4-2-1）。

厚生労働省としては、報告書の提言を踏まえ、地域の課題解決のための効果的な取組みを行う「地域福祉等推進特別支援事業」や、行政と地域の様々な社会資源とが協働し、見守りや買物支援など、住民誰もが安心して日常生活を営むことができる地域づくりを行う「安心生活創造推進事業」などの地域福祉関係事業を実施してきたところである。

2015（平成27）年4月からは生活困窮者自立支援法が施行され、各地域において、生活困窮者の自立支援が展開されていることなどを踏まえ、既存の地域福祉関係事業を再編し、地域住民相互の支え合いによる共助の取組みの基盤整備を行う「地域における生活困窮者支援等のための共助の基盤づくり事業」を創設した。今後、生活困窮者自立支援法に基づく各事業を中核としつつ、こうした事業も組み合わせながら、引き続き地域福祉の推進を図っていく。

図表4-2-1　地域福祉を推進するために必要な条件とその整備方策

- 住民主体を確保する条件があること
- 地域の生活課題発見のための方策があること
- 適切な圏域を単位としていること
- 地域福祉を推進するための環境（情報の共有、活動拠点、地域福祉のコーディネーター、活動資金）
- 核となる人材

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」などにも取り組んでいる。

＊2　「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」報告書
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/s0331-7a.html

2 消費生活協同組合について

消費生活協同組合（生協）は、1948（昭和23）年に法制化され、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、生協数や組合員数は大きく増加し、2015（平成27）年3月31日現在で生協数は955組合、組合員数は延べ6,433万人に達している[*3]。

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「消費生活協同組合法」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ること等を内容とした「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。

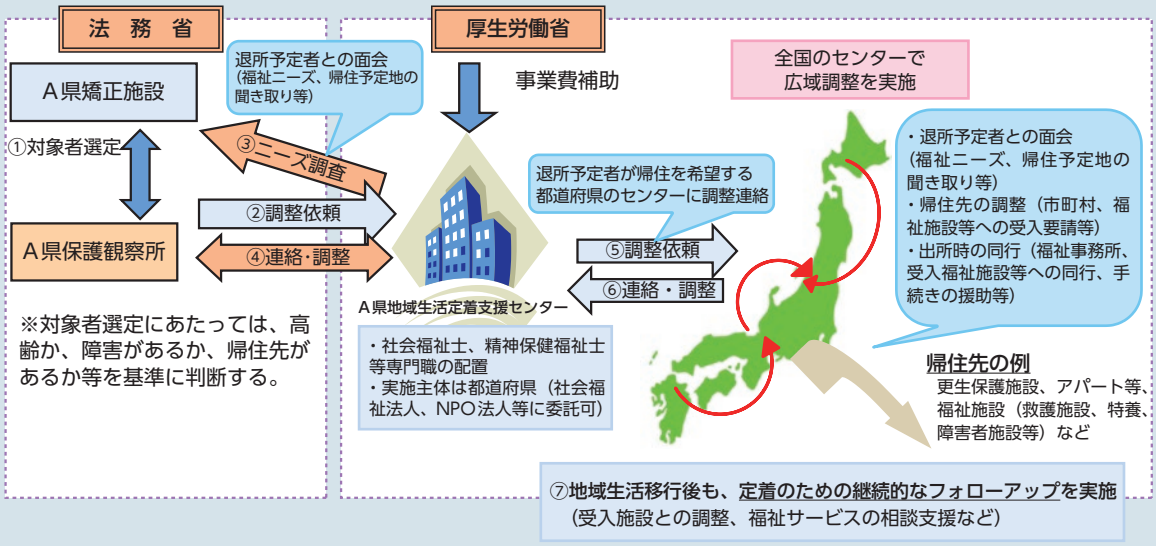
そのため、厚生労働省では、2009（平成21）年度から「地域生活定着支援事業（現在は地域生活定着促進事業）」を開始した。

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カ所）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**）。

＊3　組合数・組合員数は、平成27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。

図表4-2-2　地域生活定着促進事業の概要

○2009（平成21）年度から、高齢又は障害により支援を必要とする矯正施設退所者に対して、保護観察所と協働し退所後直ちに福祉サービス等につなげる「地域生活定着支援センター」の整備を実施。
○2011（平成23）年度末に全国47都道府県への整備が完了し、2012（平成24）年度からは全国での広域調整が可能に。
○地域生活定着支援センターでは、①入所中から帰住地調整を行うコーディネート業務②福祉施設等へ入所した後も継続的に支援するフォローアップ業務③地域に暮らす矯正施設退所者に対して福祉サービスの利用等に関する



4 ひきこもり対策推進事業の実施について

ひきこもりとは、「様々な要因の結果として、社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には6ヶ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と関わらない形での外出をしている場合も含む）」と定義[*4]され、全国で約26万世帯[*5]と推計されている。

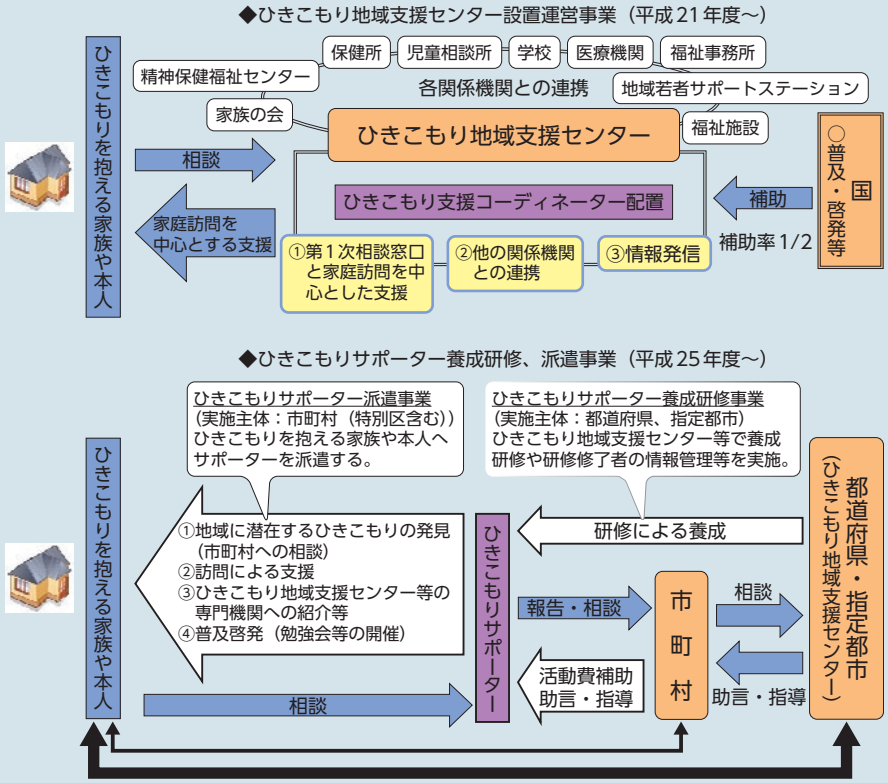
厚生労働省では、これまで各自治体の精神保健福祉センター、保健所、児童相談所等を中心とした相談等の充実に努めてきた。ひきこもりが社会問題化する中で、2009（平成21）年度から、ひきこもりの状態にある本人や家族の方が、地域の中で最初にどこに相談すべきかを明確にすることで支援に結びつきやすくすることを目的として、都道府県・指定都市において「ひきこもり地域支援センター」による支援を進めている[*6]。

さらに、2013（平成25）年度からは、地域に潜在するひきこもりを早期に発見し、ひきこもりの状態にある本人やその家族に対するきめ細かな支援が可能となるよう、継続的な訪問支援等を行う「ひきこもりサポーター」（ピアサポーターを含む。）を養成し、派遣する事業を新たに行うことにより、ひきこもりの支援の一層の充実及び身近な地域における支援体制の強化に努めている（図表4-2-3）。

＊4　厚生労働科学研究「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」2007年度から2009年度
＊5　厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」2006年度
＊6　2016（平成28）年3月末現在65ヵ所

図表4-2-3　ひきこもり地域支援センターの概要

○各都道府県・指定都市に、ひきこもり本人や家族等からの相談等の支援を行う「ひきこもり地域支援センター」を平成21年度から整備。
○ひきこもりに関しては、ひきこもりの長期化・高齢化や、それに伴うひきこもりを抱える家族や本人からの多様な相談にきめ細かく対応できていないのではないか、当事者による支援（ピアサポート）や訪問などが十分に行われていないのではないか、等の課題があることから、地域に潜在するひきこもりを早期に発見し、ひきこもりを抱える家族や本人に対するきめ細やかな支援が可能となるよう、継続的な訪問支援等を行う「ひきこもりサポーター」（＝ひきこもり家族等の当事者（ピアサポート）等含む）を養成し、派遣する事業を平成25年度から開始。



5 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―」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。2016（平成28）年3月には、本ビジョンの施策全般についての工程表を作成したところであり、工程表に基づき今後順次取組みを進めることとしている。この取組みの一つとして、2016年度においては、複合的な課題を抱える

者等に対する包括的な支援システムを構築するとともに、高齢者などのボランティア等と協働し、地域に必要とされる社会資源を創出する取組みをモデル的に実施することとしている。

第3節　自殺対策の推進

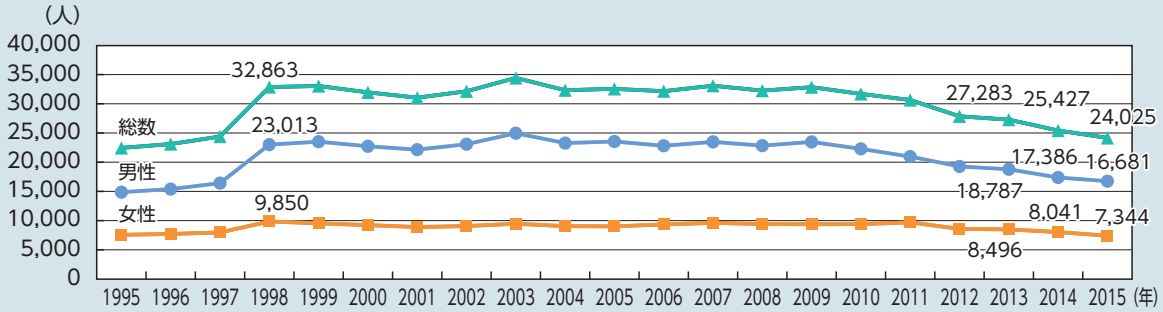
我が国の自殺者数は、1998（平成10）年以降、14年連続で年間3万人を超える水準で推移してきた。自殺者数は、警察庁の自殺統計原票を集計した結果（以下、「自殺統計」という。）によると、2015（平成27）年においては、2014（平成26）年を下回る24,025人（確定値）で、前年に比べ1,402人（5.5%）減少となっている。

また、自殺者数の推移としては、4年連続で3万人を下回り、年間自殺者数は6年連続の減少となっている。

自殺の背景には多様かつ複合的要因が関連するが、自殺統計によれば、2015年における自殺者について、「病気の悩み・影響（うつ病）」が自殺の原因・動機の一つとして推定できるとされたものは5,080人に及んでいる（**図表4-3-1**）。

図表4-3-1　自殺者数の年次推移

○自殺者数は4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。
○自殺は様々な要因が重なって生じるが、精神疾患、中でもうつ病、統合失調症は特に自殺の大きな要因と考えられている。



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	健康問題	うつ病	統合失調症	アルコール依存症	その他の精神疾患の悩み	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
2015年	24,025	17,981	12,145	5,080	1,118	206	1,313	4,082	3,641	2,159	801	384	1,342

出典：内閣府・警察庁「平成27年中における自殺の状況」

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（平成28）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、大綱についても今後見直しを行うこととしている。

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。

このほか、ハイリスク者である自殺未遂者への対策が効果的であると考えられることから、自殺未遂者のケアについて、2008（平成20）年度に相談や支援における指針を作成・公表し、指針の内容に基づいた研修などにより、医療機関や地方公共団体のケア従事者の資質向上を進めるとともに、2015年度からは、医療機関において、自殺未遂者が当該医療機関に搬送された際に再度自殺を図ることを防止するため、臨床心理技術者等によるケースマネジメント等を行う自殺未遂再企図防止事業を実施している。

なお、自殺予防総合対策センター*7（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター内に設置）においては、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し、自殺総合対策推進センターとして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、中国残留邦人等への支援など

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。

さらに、戦後70年に当たる2015（平成27）年度は、戦没者の遺族に対する特別弔慰金の支給、戦没者遺児による洋上慰霊の実施や、次世代への労苦継承等の取組みを行った。

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、2015（平成27）年度の式典からは、先の大戦の記憶を風化

＊7 「自殺総合対策推進センター」ホームページ　http://ikiru.ncnp.go.jp/index.html

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を国の施設である千鳥ヶ淵戦没者墓苑に納骨し、拝礼している。毎年春に、皇族の御臨席を賜り、実施している。

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、戦中・戦後のさまざまな労苦を次世代に伝えることを目的とした戦後70年3館連携展示会・合同企画講演会「伝えたい　あの日、あの時の記憶」を東京都、長野県、和歌山県の3会場で開催した。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、語り部の育成を実施することとしている。

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等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。2015（平成27）年度は、1,053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（平成28）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（平成36）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等について定められた。また、同法に基づき「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、厚生労働省では、取組みを一層強化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、2015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、滑走路地区等のうち、

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について、滑走路下71箇所の掘削調査を終え、2014（平成26）年度に実施した30箇所と合わせ、滑走路下101箇所全ての掘削調査を完了したほか、外周道路外側の面的調査等を実施し、23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、2015年度は110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、2016年3月末までに39,474名（うちモンゴル1,429名）の死亡者を特定し、19,602柱の遺骨を収容した。2015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等を公表した。さらに提供資料のうち、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、カナ氏名、死亡年月日等を公表し、厚生労働省ホームページにも掲載した。

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等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等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。

これらにより収集された情報をもとに、2015年度は、海外南方地域においては723柱の遺骨を収容し、日本へ送還したところである。

特にミャンマーでは、国内の政情不安等により長らく遺骨収集が困難な時期が続いていたが、民主化・国民和解の進展を受け、民間団体から寄せられた情報をもとに、チン州北部等の少数民族地域において10柱の遺骨を収容した。少数民族地域における遺骨収容は、1977（昭和52）年3月以来、39年ぶりに実現したものである。

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鑑定を実施しており、2016年3月末までに、DNA鑑定により1,044柱の身元が判明した。今後は、個体性のある遺骨（歯）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こととしている。さらに、DNA鑑定の範囲の拡大として、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は、遺族へDNAの提供を呼びかけることとしており、沖

縄県の一部地域の遺骨について実施している。

(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等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おり、2015（平成27）年度は戦後70年の記念事業として、南西諸島沖やフィリピン東方沖など主要な戦没海域を遺族が船舶で巡る洋上慰霊を実施した。

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（13か所）している。

戦後70年に当たる2015年4月には、天皇皇后両陛下がパラオ共和国にある「西太平洋戦没者の碑」を御訪問・御供花され、2016（平成28）年1月には、フィリピン共和国にある「比島戦没者の碑」を御訪問・御供花された。

天皇皇后両陛下による「比島戦没者の碑」への御供花
（フィリピン共和国ラグナ州カリラヤ）

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[*8]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。

戦後70周年に当たる2015（平成27）年に法改正を行い、国として改めて弔慰の意を表するため、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金の支給を行っている。

さらに、戦後長年にわたり大きな負担に耐えてきた戦傷病者等の妻に対し、国として引き続き慰藉を行うため、「戦傷病者等の妻に対する特別給付金支給法及び戦没者等の妻に対する特別給付金支給法の一部を改正する法律案」を第190回通常国会に提出し、同法案は2016（平成28）年4月に全会一致で可決・成立した。

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

＊8　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。

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。

中国帰国者支援・交流センターでの日本語教室の風景

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、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。これまでは「中国帰国者定着促進センター」で研修を行ってきたが2015（平成27）年度をもって閉所し、2016（平成28）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実施していくこととしている[*9]。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。

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、地域交流等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、中国残留邦人問題への理解と地域における支援の輪が広がるよう、シンポジウムを開催しており、2015年度は京都市で開催した。今後は、将来を見据えた普及啓発を行っていくため、中国帰国者支援・交流センターにおける語り部の育成等を中心に実施することとしている。

＊9 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等を踏まえ、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く。

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おり、賃金や物価の伸びなどに応じてスライドした年金を終身にわたって受けることができるという特長を有している。

現在では、国民の約3割（約3,991万人（2014（平成26）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 社会保障・税一体改革における制度改正

少子・高齢化が急速に進む中、社会保障の充実・安定化と財政健全化を図るための社会保障・税一体改革において、2012（平成24）年に年金関連4法[*1]が成立した。

これら4法のうち、国年法等一部改正法の施行により、2013（平成25）年10月から2015（平成27）年4月にかけて特例水準が解消[*2]したため、2004（平成16）年の制度改正により導入されたマクロ経済スライドが2015年4月に実施されており、また、2015年10月には被用者年金一元化法の施行により厚生年金と共済年金が一元化されている。

今後は、2016（平成28）年10月に、年金機能強化法の一部施行により短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大が行われることになっている。また、年金機能強化法等においては、消費税率の10%への引上げに合わせて、年金生活者支援給付金法の施行による低所得者等への支援給付金の支給や、年金機能強化法の一部施行による受給資格期間の短縮[*3]が規定されている。

2 プログラム法や平成26年財政検証を踏まえた制度改正

公的年金制度の改革に関しては、2013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、2013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「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

＊1　年金関連4法の法律名は下記のとおり。
・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（平成24年法律第62号）（以下「年金機能強化法」という。）
・被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律（平成24年法律第63号）（以下「被用者年金一元化法」という。）
・国民年金法等の一部を改正する法律等の一部を改正する法律（平成24年法律第99号）（以下「国年法等一部改正法」という。）
・年金生活者支援給付金の支給に関する法律（平成24年法律第102号）（以下「年金生活者支援給付金法」という。）

＊2　2000（平成12）～2002（平成14）年にかけ、物価が下落したにも関わらず、特例措置により年金額を据え置いた。その結果、2013年9月時点において、本来の年金額より2.5%高い水準（特例水準）の年金額が支給されている状況であった。国年法等一部改正法により、年金財政を安定化し、現役世代である将来の年金受給者の年金額を確保する観点から、2013年10月から2015年4月にかけて特例水準の解消が行われた。

＊3　老齢基礎年金の受給資格期間を、25年から10年に短縮する。

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。

また、年金制度では、少なくとも5年に1度、将来の人口や経済の前提を設定した上で、長期的な年金財政の見通しやスライド調整期間の見通しを作成し、年金財政の健全性を検証する「財政検証」を行っており、平成26年財政検証（2014（平成26）年6月公表）の結果、日本経済の再生と労働市場参加の促進が進めば、現行制度の下で、将来的に所得代替率50％の給付水準が確保できることが確認された。加えて、検証作業の中で、社会保障制度改革国民会議報告書やプログラム法に明記された年金制度の課題の検討に資するよう、一定の制度改正を仮定したオプション試算を初めて実施した。

そして、社会保障審議会年金部会において、プログラム法の規定や、平成26年財政検証の結果等を踏まえて議論が行われ、2015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、短時間労働者への被用者保険の適用拡大の一層の促進、国民年金第1号被保険者の産前産後期間の保険料の免除、年金額の改定ルールの見直し等を内容とする「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回通常国会に提出した（**図表5-1-1**）。

図表5-1-1　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の概要

公的年金制度について、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、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に基づく社会経済情勢の変化に対応した保障機能の強化、より安全で効率的な年金積立金の管理及び運用のための年金積立金管理運用独立行政法人の組織等の見直し等の所要の措置を講ずる。

概要

1. **短時間労働者への被用者保険の適用拡大の促進**（平成28年10月実施）
   500人以下の企業も、労使の合意に基づき、企業単位で短時間労働者への適用拡大を可能とする。
   （国・地方公共団体は、規模にかかわらず適用とする。）
   ※501人以上の企業等を対象に、平成28年10月から適用拡大を実施することは既に法定化。
2. **国民年金第1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）
   次世代育成支援のため、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し、免除期間は満額の基礎年金を保障。
   この財源として、国民年金保険料を月額100円程度引上げ。
3. **年金額の改定ルールの見直し**（(1)は平成30年4月、(2)は平成33年4月施行）
   公的年金制度の持続可能性を高め、将来世代の給付水準を確保するため、年金額の改定に際して、以下の措置を講じる。
   (1) マクロ経済スライドについて、年金の名目額が前年度を下回らない措置を維持しつつ、賃金・物価上昇の範囲内で前年度までの未調整分を含めて調整。
   (2) 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。
4. **年金積立金管理運用独立行政法人（GPIF）の組織等の見直し**（平成29年10月（一部公布日から3月以内）施行）
   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を行うとともに、執行機関の業務執行に対する監督を行うほか、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ずる。
5. **日本年金機構の国庫納付規定の整備**（公布日から3月以内施行）
   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を設ける。

(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

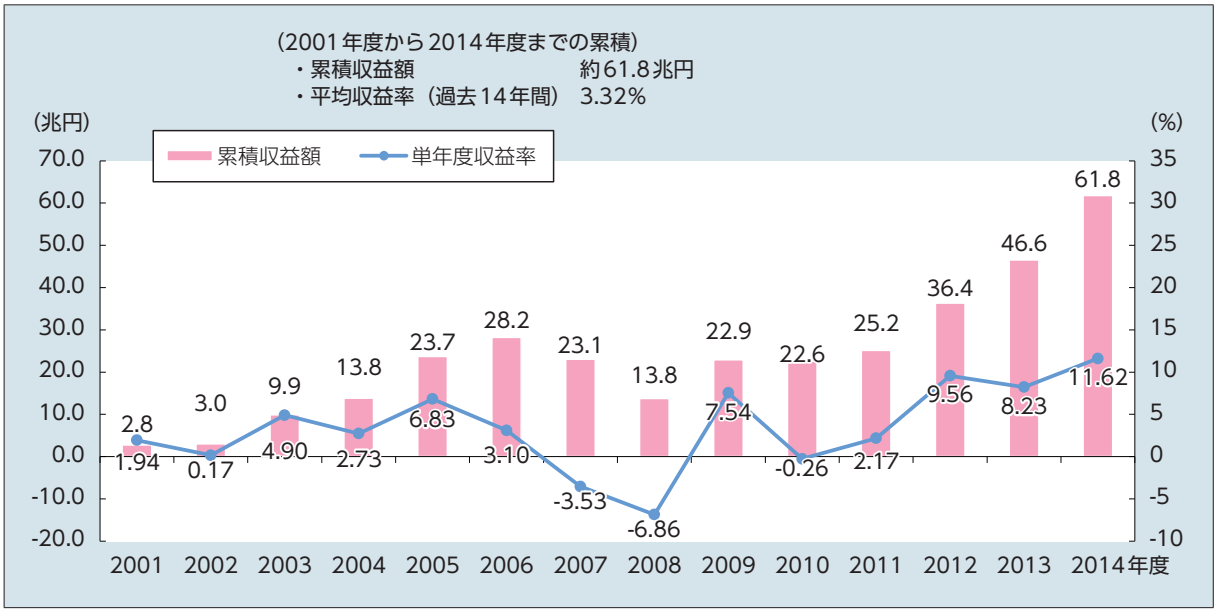
年金積立金は、国民の皆様からお預かりした保険料の一部を積み立て、積立金として長期的な観点から安全かつ効率的に運用し、将来の年金給付に充てることにより、年金財政を安定化させているものである。年金積立金の運用は、年金給付費が基本的に名目賃金上昇率に連動して増減するため、これに対応した実質的な運用利回り（名目運用利回り－名目賃金上昇率）を最低限のリスクで確保することが重要である。2014（平成26）年財政検証では複数の経済前提が設定され、各ケースに対応できる長期の実質的な運用利回りとして1.7%が示された。この年金積立金は、厚生労働大臣が運用に特化した専門の法人である年金積立金管理運用独立行政法人（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2014年度までの累積で約61.8兆円となっており、収益率でみると名目賃金上昇率を平均で約3.7%上回り、年金財政に貢献していると言える。

図表5-1-2　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たことを踏まえ、年金部会において、2014年10月よりGPIFのガバナンス体制等について議論を行い、2016（平成28）年2月8日に「GPIF改革に係る議論の整理」（2016年2月8日）をとりまとめた。

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回通常国会に提出した（**図表5-1-1**）。

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

社会保障審議会企業年金部会での議論等を踏まえ、第189回通常国会に「確定拠出年金法等の一部を改正する法律案」を提出し、第190回通常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、希望する全ての方の個人型確定拠出年金への加入を可能とすること、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や、確定拠出年金の運用改善を図るための措置として、分散投資効果が期待できる商品設定の促進、自ら運用商品を選択しない者を対象にした指定運用方法の設定、事業主の従業員に対する継続投資教育の努力義務化等を盛り込んでいる。

また、企業が確定給付企業年金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改正を行う予定である。

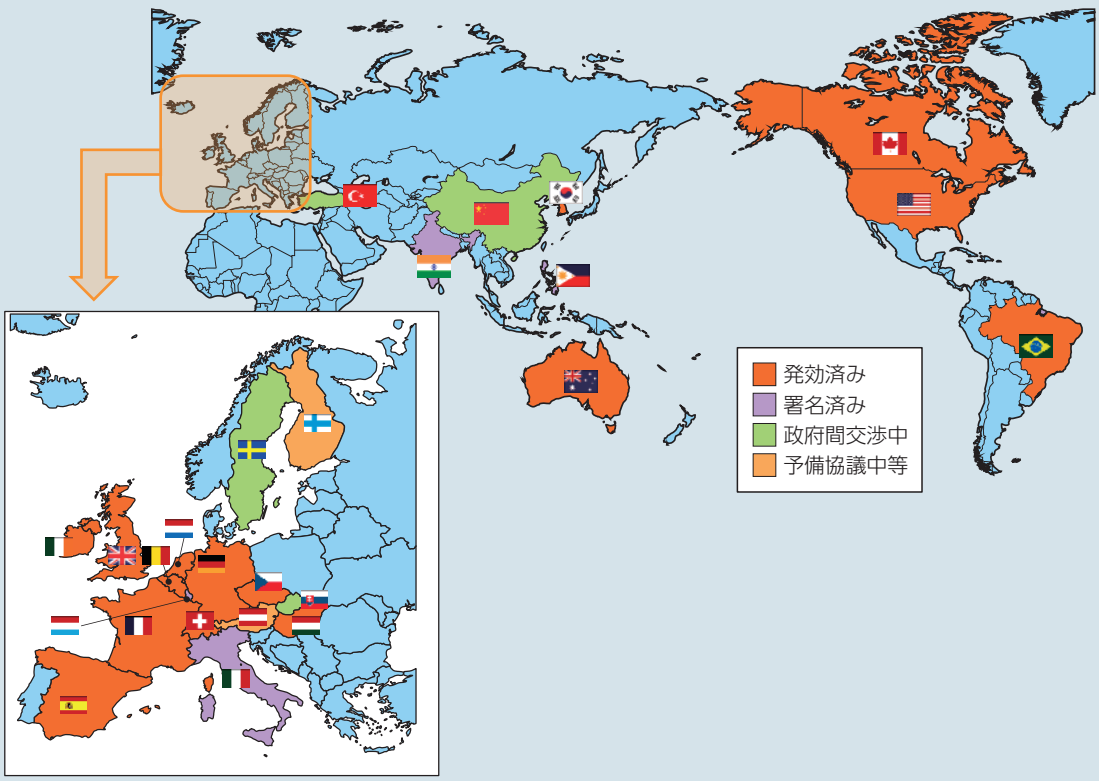
具体的には、将来の財政悪化を想定した計画的な掛金拠出を可能とするリスク対応掛金の仕組みや、運用リスクを事業主と加入者で柔軟に分け合う仕組みであるリスク分担型確定給付企業年金を実施可能とするものであり、これらにより、ライフコースや働き方の多様化等が進む中で、私的年金の普及・拡大を図るとともに、高齢期に向けた個人の継続的な自助努力の支援に取り組んでいくこととしている。

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、2016（平成28）年4月までに、欧米先進国を中心に15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、2015（平成27）年11月にはフィリピンとの間の協定が署名に至ったほか、中国やトルコとも協定の締結に向けた政府間交渉を行っている（図表5-1-3）。

図表5-1-3　社会保障協定の締結状況

2016年4月1日現在



(1) 発効済み　15カ国

ドイツ	平成12年 2月発効	フランス	平成19年 6月発効	スペイン	平成22年12月発効
英国	平成13年 2月発効	カナダ	平成20年 3月発効	アイルランド	平成22年12月発効
大韓民国	平成17年 4月発効	オーストラリア	平成21年 1月発効	ブラジル	平成24年 3月発効
アメリカ	平成17年10月発効	オランダ	平成21年 3月発効	スイス	平成24年 3月発効
ベルギー	平成19年 1月発効	チェコ	平成21年 6月発効	ハンガリー	平成26年 1月発効

(2) 署名済み　4カ国

イタリア	平成21年 2月署名	インド	平成24年11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				

(3) 政府間交渉中　4カ国

スウェーデン	平成23年10月第1回政府間交渉実施	トルコ	平成27年 8月第4回政府間交渉実施
中国	平成27年11月第4回政府間交渉実施	スロバキア	平成27年12月第1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27年 6月第4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

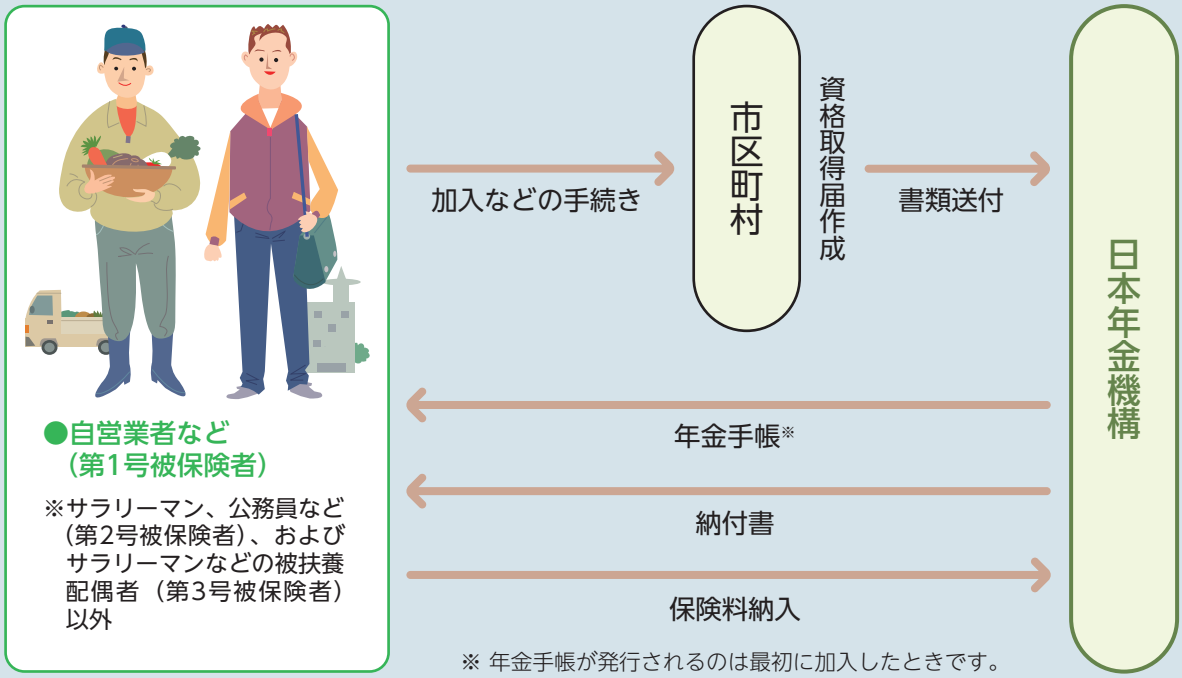
2010（平成22）年1月1日、旧社会保険庁が廃止され、政府が管掌する公的年金事業の運営を担う非公務員型の公法人である日本年金機構が設立された。

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。

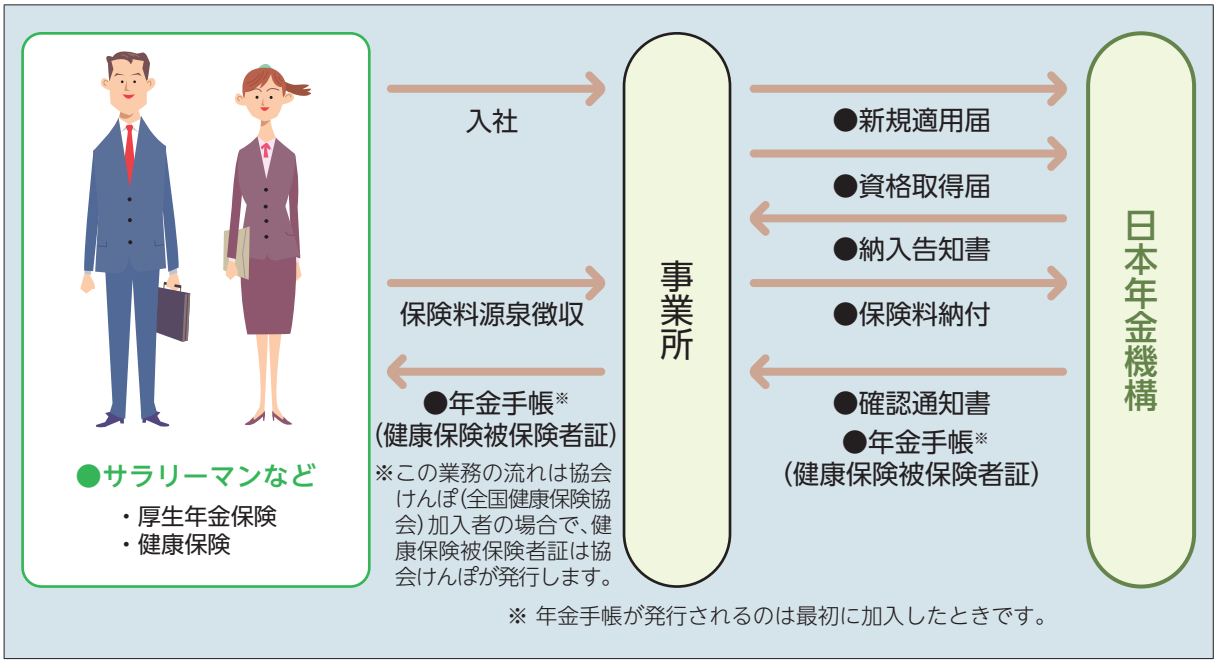
(2) 日本年金機構の取組み

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、口座振替の促進等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、2014（平成26）年度には、対前年同期比＋2.2％の63.1％となった。

2015（平成27）年度においては、控除後所得400万円以上かつ未納月数7月以上のすべての滞納者に督促を実施（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。）したほか、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を活用するなど、収納対策の強化を図った。

今後、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すべての滞納者への督促を目指し、2016（平成28）年度においては、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、2012年度は8,322件、2013（平成25）年度は19,099件、2014年度は39,704件、2015年度は92,550件と倍増してきている。2016年度においても、引き続きより一層効果的、効率的な適用促進対策を進めていくこととしている。

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、本人からの届出により確認を行っている方については、住民票コードの収録を促進するなどの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業務処理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、業務処理マニュアルの一元化や内容の充実を行い、業務の標準化を進めている。

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

我が国の年金制度は、社会保険方式をとっており、障害年金については、初診日（障害の原因となった病気やけが等で初めて医師の診療を受けた日）において被保険者であること及び保険料納付要件を満たしている必要があり、初診日において加入していた制度から障害年金が支給されるため、初診日がいつであったかの判断を適切に行う必要がある。

しかし、傷病の発生・受診から相当の期間を経て重症化し、障害年金を請求する場合には、カルテの保存期限（5年）の経過や医療機関の廃院等により初診日を明らかにすることができる書類（診断書等の医療機関の証明）を添付できず、初診日が特定できない場合があった。

このような場合には、これまでも申請者の状況に応じ、健康保険の給付記録等の幅広い資料を参照し、初診日を判断することとしていたが、初診日が特定できないという理由で年金をもらえないことが極力ないように、省令を改正し、2015年10月からは、初診日を合理的に推定できるような一定の書類により、本人が申し立てた日を初診日と認めることができるように見直した。

具体的には、初診日を証明する書類がないときは、①初診日について第三者（隣人、友人、民生委員など）からの証明書類及びその他の参考資料が提出された場合、②初診日が一定の期間内にあることを示す参考資料が提出され、保険料納付要件など一定の条件を満たしている場合などに、日本年金機構が審査の上、本人の申し立てた初診日が認められるようになった。

また、2015年1月に、「障害基礎年金の障害認定の地域差に関する調査結果」を公表したことを受け、認定に係る地域差を解消し、より公平な認定を実現していくことを目的として、同年2月以降、「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」を計8回開催した。

専門家検討会では、認定に当たり一定の標準的な考え方を示した「等級判定ガイドライン」の検討を行ってきたが、第8回専門家検討会において、等級判定ガイドライン案のほ

か、等級判定に用いる情報の充実に向けた対策として、診断書を作成する医師向けに、診断書の標準的な記載の仕方を示した「診断書の記載要領案」、請求者本人の詳細な日常生活状況を把握するための「照会文書様式案」が取りまとめられた。

等級判定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。

今後、十分に周知を行い、夏頃を目途にガイドラインによる認定を開始する予定である。

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3,110万件（2016（平成28）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1,237億円（2016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、これまでの取組み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月に報告書がとりまとめられた。

これまでの対応や同報告書の提言を踏まえ、後述の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を行った。

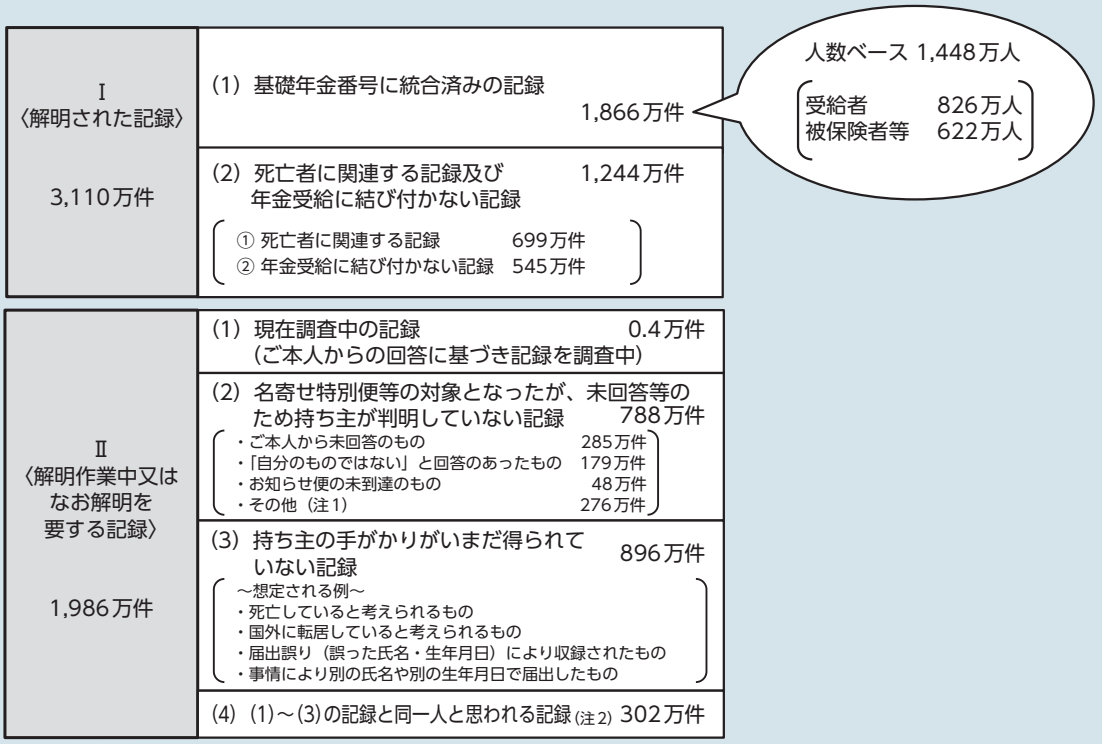
(1) 基礎年金番号への記録の統合

国民一人ひとり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。

図表5-2-3　未統合記録（5,095万件）の解明状況

〈平成28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

(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）年度末で概ね作業を終え、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) 未解明記録の解明のための取組みとご自身による年金記録確認の推進

未解明記録について、引き続き、基礎年金番号への統合を進めていくため、年金裁定請求時や全加入者に送信するねんきん定期便などを通じて国民の皆様にご自身の年金記録の確認を呼びかけるなど、今後とも国民の皆さまの協力をいただきながら、一人でも多くの方の記録の回復につなげていけるよう取り組んでいく。

年金記録については、国（日本年金機構）側で正確に管理すべきであるが、ご本人自身

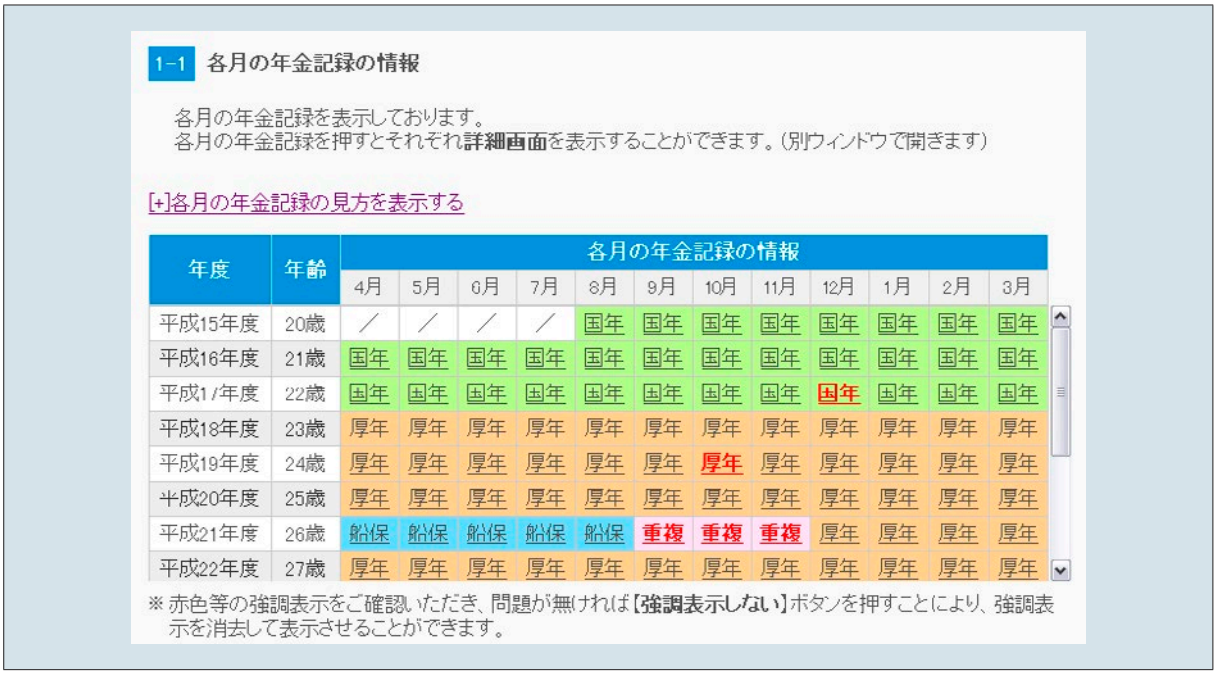
にも確認いただき、なるべく早い時点で記録の「もれ」や「誤り」を申し出ていただくことも重要である。

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するとともに、更に35歳、45歳、59歳の方には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。また、年金額改定通知（振込通知書）でも、年金記録の「もれ」や「誤り」の確認を呼びかけている。

また、2011（平成23）年2月から、ご自身の年金記録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サービスとして「ねんきんネット」を実施している。

このサービスは、自身の年金記録を確認できるだけでなく、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**）。

図表5-2-4　「ねんきんネット」のイメージ図



また、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。

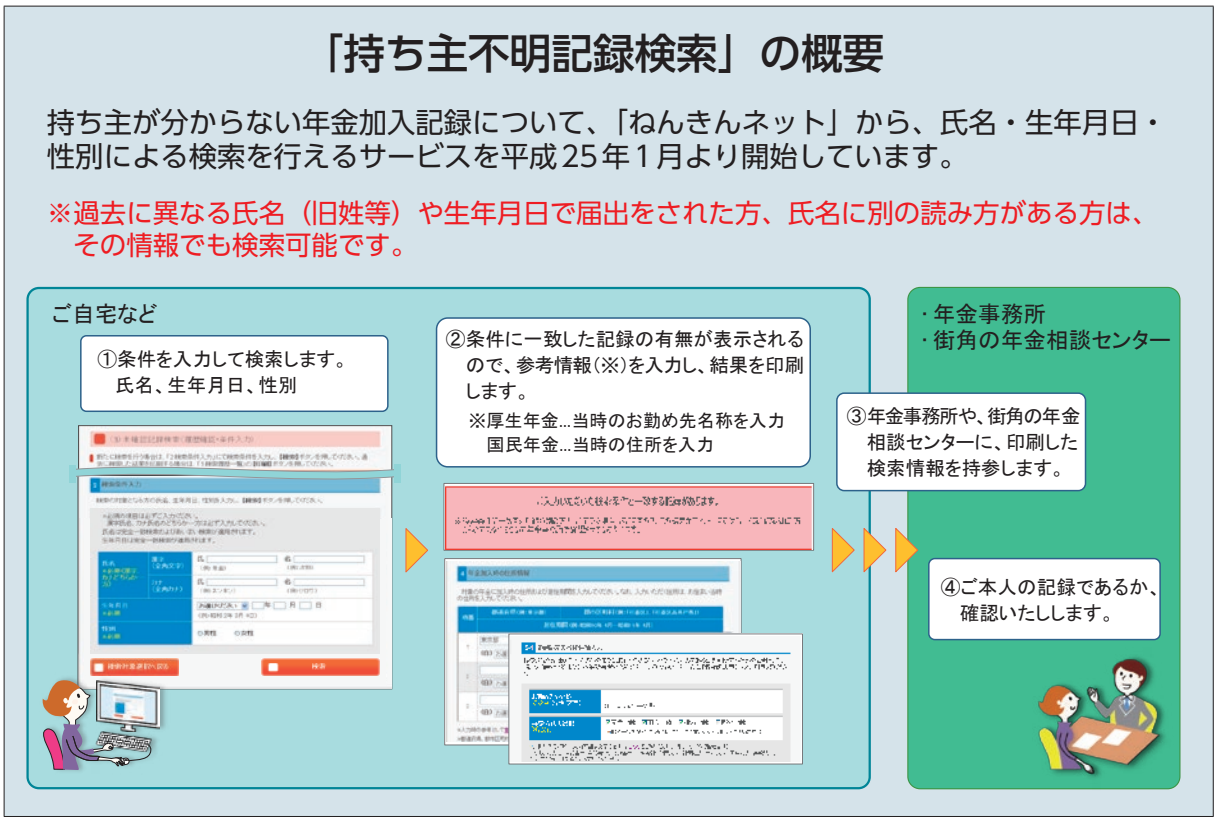
「ねんきんネット」は、そのサービス開始以降、将来受給する年金の見込額を試算する機能や、年金の支払いに関する通知書を確認できる機能、基礎年金番号に統合されていない記録（未統合記録）を検索する機能（**図表5-2-5**）など、順次、機能を追加している。

2014（平成26）年3月には、年金記録を一覧形式で確認できる画面の追加、年金事務所に提出する届書の作成・印刷、スマートフォンでの年金記録の確認などの新たな機能を追加するなどその機能の充実を図っており、2015（平成27）年からは、年金見込額試算にワンクリックで試算できる「かんたん試算」やスマートフォンでの年金見込額試算が可

能となっている。

なお、2016（平成28）年3月現在、約418万人の方にご利用いただいている。

図表5-2-5　「ねんきんネット」のイメージ図



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年から「11月30日」（「いいみらい」の語呂合わせ）を「年金の日」とした。

こうした「年金の日」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、

・「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

を呼び掛けており、イベントの開催や金融関係団体等の協力を得て、「ねんきんネット」の利用を呼びかけている。

このように、年金記録の確認や未統合記録の検索ができる「ねんきんネット」は、年金記録問題の再発防止や未解明記録の解明に資することから、この「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。

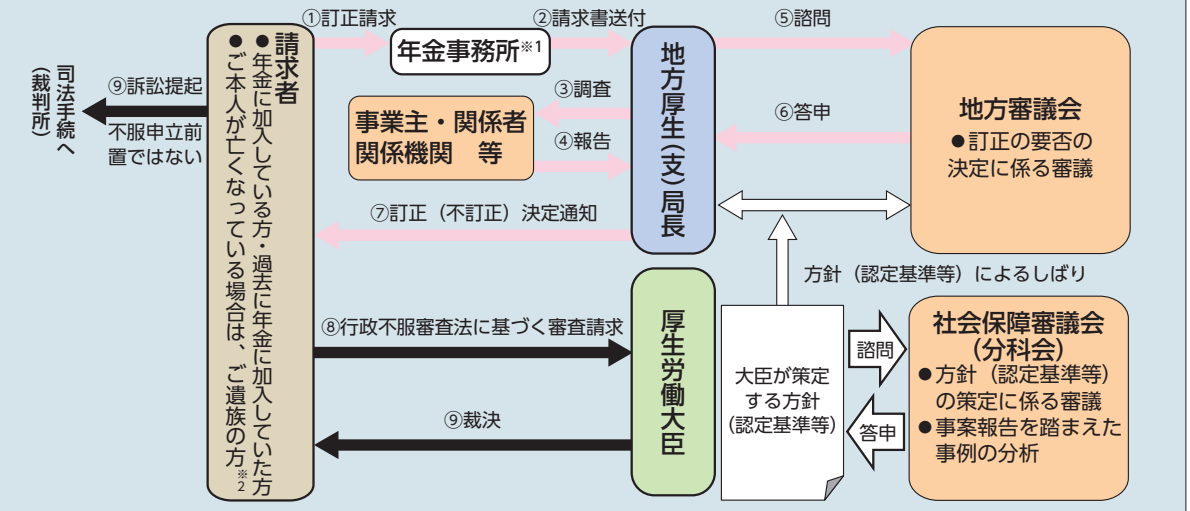
(4) 年金記録の訂正手続

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、新たに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。

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。

2016（平成28）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6,888件（国民年金事案941件、厚生年金保険事案5,947件）となっている。受け付けた件数のうち、4,813件の処理が完了しており、3,256件（地方厚生（支）局で訂正決定したもの897件、日本年金機構で記録訂正したもの2,359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。（その後の調査の結果、2016（平成28）年5月末現在、これ以外の年金に関する個人情報の流出は確認されていない。）

今回の事案について、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、再発防止のための取組みを進めている。

(1) 厚生労働省における取組み

日本年金機構の事案を検証し、原因究明と再発防止策を検討するため、外部専門家からなる「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検証委員会」が開催され、2015（平成27）年8月21日に検証報告書が取りまとめられた。また、2015年8月20日に、日本年金機構により「不正アクセスによる情報流出事案に関する調査結果報告」が公表されるとともに、サイバーセキュリティ戦略本部により「日本年金機構における個人情報流出事案に関する原因究明調査結果」が公表され、9月11日に官房長官から厚生労働大臣に対して、本事案を踏まえた再発防止策について勧告がなされた。

これらの報告書等を踏まえ、厚生労働省として、2015年9月18日に、「情報セキュリティ強化等に向けた組織・業務改革」を取りまとめ、本事案を総括し、再発防止策を整理した。具体的には、厚生労働省において、情報セキュリティ対策として①組織的、②人的、③業務運営、④技術的な観点から以下の再発防止策に取り組んでいる。

①情報システムや情報セキュリティに関する機能を再集約、再編による、司令塔機能の強化やインシデント事案発生時の即応性と専門性の向上

②情報セキュリティに対する独自の集中的な取組期間の設定などによる職員の意識改革、実践的な訓練の実施、外部の専門家を常勤で配置するなどの専門人材の確保など

③事案発生からの各対応過程における責任者への報告・連絡等について明記するなどの報告・連絡体制の確立、責任の明確化など

④外部からの攻撃を完全には防御することはできないことを前提に、攻撃を受けても実際の被害は出さないよう、高度な標的型攻撃を想定した多重防御対策への取組みなど

また、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った。あわせて、政府管掌年金事業の適正な運営は厚生労働省と日本年金機構が車の両輪となって共に担うとの考え方のもと、日本年金機構自身の改革の取組みと併せて、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。

(2) 日本年金機構における取組み

日本年金機構においては、事案発生後、専用電話窓口（コールセンター）の設置やお知らせ・おわびの送付を行うとともに、情報が流出した方の基礎年金番号を新しい番号に変更し、新しい年金手帳等を2015（平成27）年9月に発送するなど、二次被害の防止のための対応を行った。

また、前述の報告書等において、組織としての一体感の不足、ルールの不徹底などの構造的な問題が指摘されたことから、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、ゼロベースでのガバナンス、組織風土改革について外部有識者の助言も受けながら検討した業務改善計画を策定し、2015年12月9日、厚生労働省に提出した。その内容は、情報セキュリティ対策はもとより、ガバナンス・組織風土を含む内部統制システムや情報開示の在り方について、抜本的に改革を行うものであり、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
などに取り組むこととしている。

また、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ることとしている。

日本年金機構においては、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き改革を進めていくこととしており、厚生労働省においても、機構における改革が確実に実行されるよう監督指導を行い、再発防止と国民の皆さまからの信頼回復に取り組む。

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

医薬品・医療機器産業は、革新的な医薬品・医療機器を開発し、国民の医療の質を向上させることにより、健康長寿社会の実現に寄与することが求められている。また、グローバル化が進展し、国際競争が厳しくなる中、知識集約産業である医薬品・医療機器産業は、資源が乏しい日本の成長を牽引することが期待されている。

このように医薬品・医療機器産業を含む健康・医療関連分野は政府の成長戦略の柱の1つであることから、革新的な医療技術の実用化を加速するため、第186回通常国会において、「健康・医療戦略推進法」及び「独立行政法人日本医療研究開発機構法」が成立し、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、2014（平成26）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。また、同年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」が閣議決定されるとともに、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。

また、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。

こうした取組みとして、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。「全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。

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り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、（独）医薬基盤研究所の創薬支援戦略室を中心に、（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た。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。なお、2015（平成27）年4月の（独）医薬基盤研究所と（独）国立健康・栄養研究所の統合に際して、（独）医薬基盤研究所の創薬支援戦略室で行っていた創薬支援業務は、2015年4月に（国研）日本医療研究開発機構に移管された。

(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。2016（平成28）年4月現在、8病院が臨床研究中核病院として承認されている。

また、厚生労働省では、これまでも、臨床研究・治験を推進するため、「臨床研究・治験活性化5か年計画2012」（2012（平成24）年3月30日文部科学省・厚生労働省）及びそれを具体的に実施していくための取組み内容等をまとめた「臨床研究・治験活性化5か年計画2012アクションプラン」（2012年10月15日文部科学省・厚生労働省）を策定し、様々な取組みを実施している。

具体的には、国際水準（ICH-GCP準拠）の臨床研究を自ら実施するとともに大規模ネットワークの中核として他の病院に対する支援を行う臨床研究品質確保体制整備事業等を実施するなど、質の高い臨床研究を実施する拠点の整備等を進めている。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（NC）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）臨床研究に係る不正への対応

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（第6章第4節参照）。

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、これを踏まえ、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、2016（平成28）年5月に、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」を第190回通常国会に提出した。

（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、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、薬事戦略相談を含む治験デザインなどの全ての相談を実施することとしている。

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）年度は「先駆け審査指定制度」の試行的運用を行い、対象品目を初めて指定した。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、題名も「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、同年11月に「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）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）を施行し、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。

(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）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。

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、中南米の14か国[*2]と、医療・保健分野における協力関係を構築した。

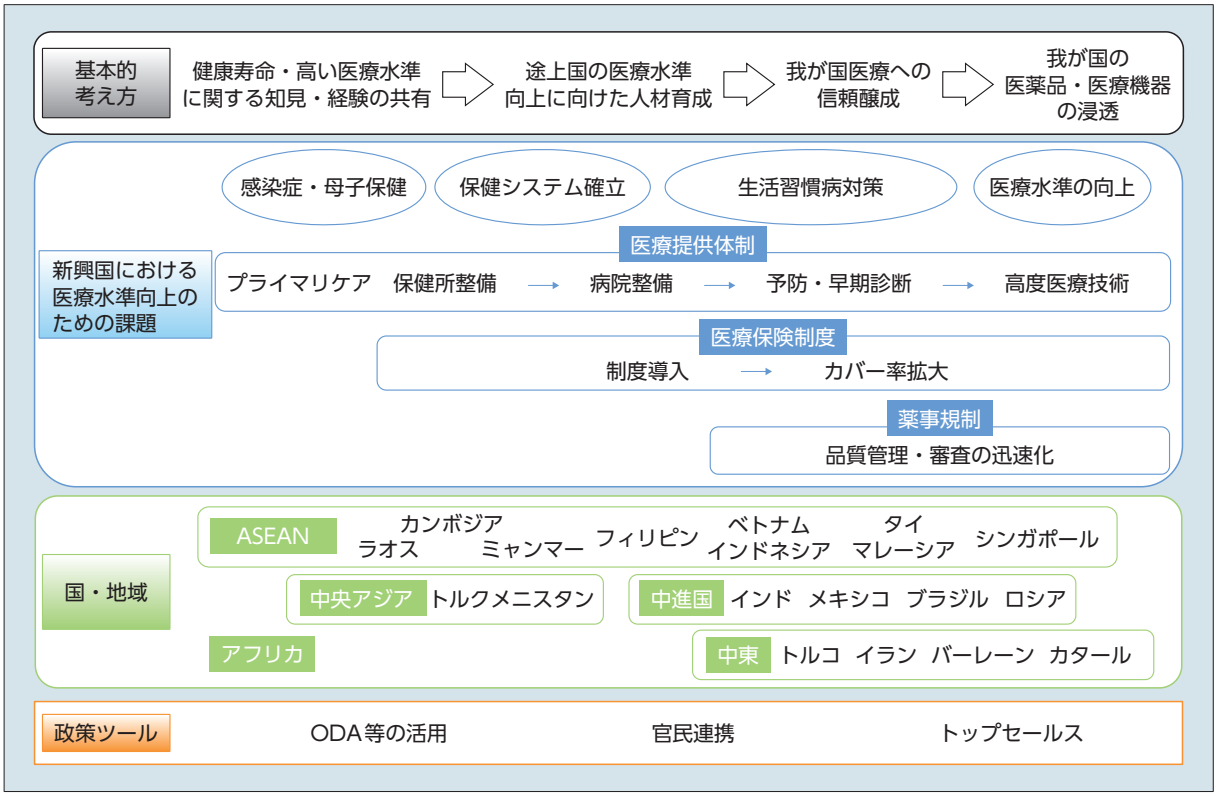
協力テーマとしては、各国のニーズに合わせて、①日本の経験や知見をいかした相手国の医療・保健分野の政策形成支援や、②医療技術、医薬品・医療機器に関連する人材育成を柱としている。

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。

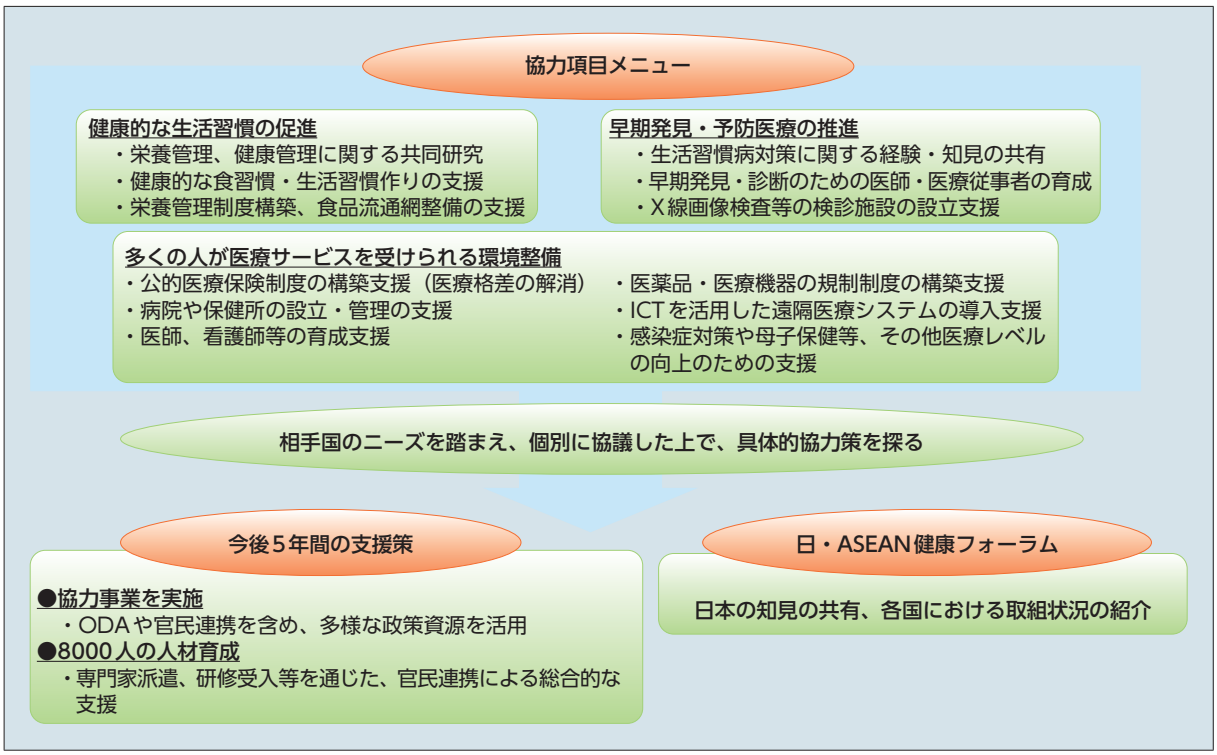
具体的には、ODAや官民連携を始め、多様な政策資源を活用して、協力事業を実施し、特に、専門家派遣、研修受入等を通じて、保健・医療分野における人材育成に取り組んでおり、2015（平成27年）8月、日本の健康政策やASEAN諸国で進められている生活習慣病対策の経験・知見を共有する「日・ASEAN健康イニシアチブフォーラム」をインドネシアで開催した。

＊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：14カ国　（2015（平成27）年9月時点）
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

図表6-3-1　医療の国際展開の考え方



図表6-3-2　日・ASEAN健康イニシアチブ



(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。

今後、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。特に、「2020（平成32）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複数言語の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。

また、「明日の日本を支える観光ビジョン」（平成28年3月30日明日の日本を支える観光ビジョン構想会議決定（議長：内閣総理大臣））において、2020年までに、訪日外国人が特に多い地域を中心に、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、現在の約5倍にあたる100箇所で整備することを目指すこととしており、まずは2016（平成28）年度中に40箇所程度へ拡大する。

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。

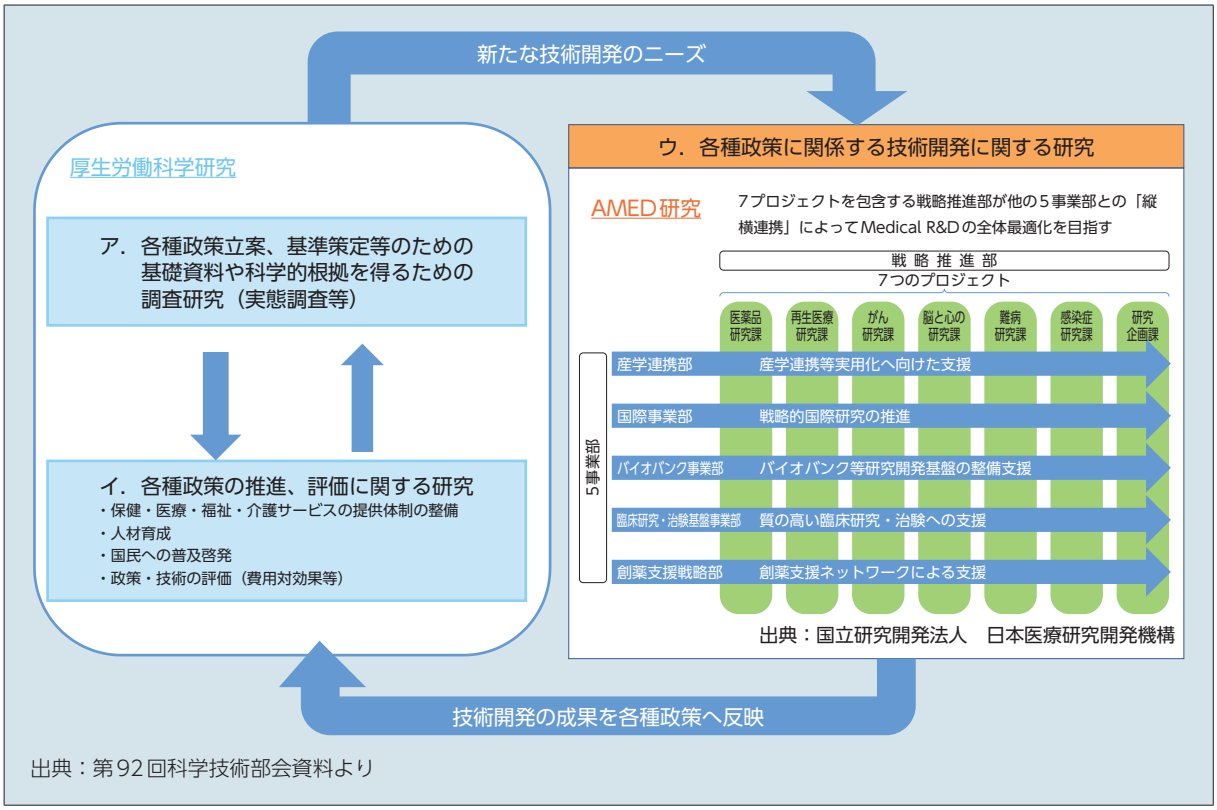
第4節 健康寿命を延ばす科学技術の振興

厚生労働省が担う、保健医療、福祉、生活衛生、労働安全衛生などの様々な行政施策は、科学的根拠に基づいて行われる必要がある。このため、厚生労働行政に関する研究を推進することにより、厚生労働行政を理論面・科学面から支え、適切なルールづくりにつなげている。また、特に、医療や介護など健康分野の技術の発展は、国の経済成長を支え

る大きな柱の一つとなることも期待されている。国民の健康の向上等につながるよう、研究を振興し、技術水準の向上を図っている。

2015（平成27）年4月に設立した国立研究開発法人日本医療研究開発機構により、文部科学省、厚生労働省、経済産業省の3省に計上されている医療分野の研究開発関連予算は国立研究開発法人日本医療研究開発機構に集約化され、それ以外の厚生労働行政の推進に資する研究については、引き続き厚生労働省が実施することになった。（2016（平成28）年度医療研究開発推進事業費補助金等約478億円、厚生労働科学研究費補助金等約69億円））

図表6-4-1　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



出典：第92回科学技術部会資料より

また、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」等の各種指針を定めている。これらの指針については、研究の進展等に応じ、必要な見直しを進めている。

「遺伝子治療臨床研究に関する指針」については、諸外国の動向等の近年の遺伝子治療臨床研究を巡る状況の変化を踏まえた見直しを行い、2015年8月に「遺伝子治療等臨床研究に関する指針」を新たに策定した。

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（平成37）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17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。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においては、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、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。また、同法に基づき、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（平成28）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。

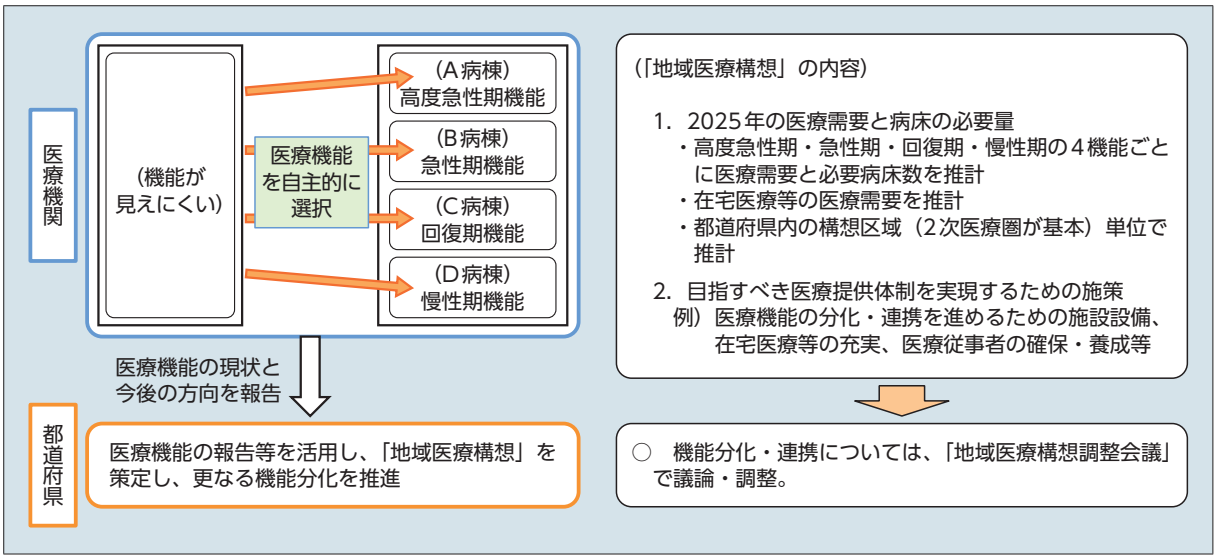
（1）地域医療構想の策定と医療機能の分化・連携の推進

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うえで、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。

都道府県は、医療関係者、医療保険者等、幅広い関係者と連携を図りつつ、地域医療構想を策定し、地域医療介護総合確保基金等を活用し、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。2015（平成27）年度に12府県が策定済みであり、2016（平成28）年度中に全都道府県が策定予定である。

図表7-2-1　地域医療構想（ビジョン）について



（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、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、2016（平成28）年5月より「医療計画の見直し等に関する検討会」を開催しており、その検討結果を踏まえて、新たな医療計画の作成指針を都道府県に提示する予定である。

(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」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。

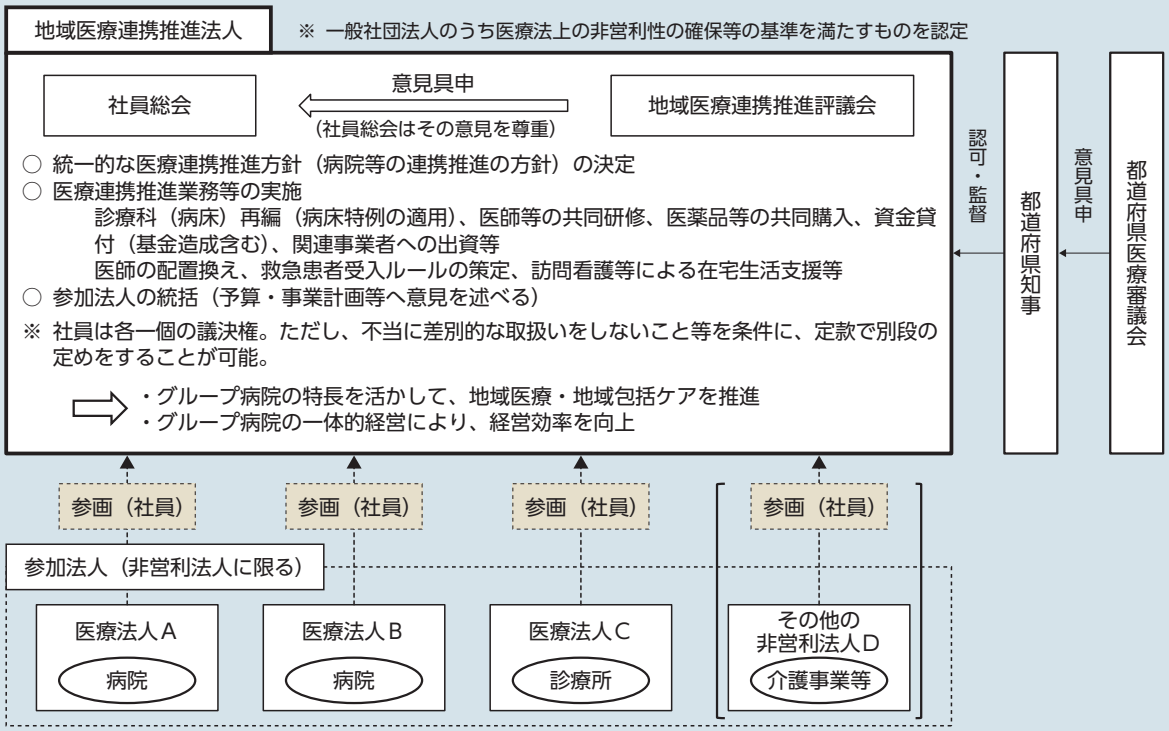
地域医療連携推進法人制度の創設は、医療機関相互間の機能の分担や業務連携を推進することを目的としており、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として創設するものであり、統一的な医療連携推進方針（病院等の連携推進の方針）を決定し、医療連携推進業務等を実施する一般社団法人のうち医療法上の非営利性の確保等の基準を満たすものを都道府県知事が認定するものである。

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（平成29）年4月に施行、その他の規定は2016（平成28）年9月に施行される予定である。

図表7-2-2　地域医療連携推進法人制度について（概要）

医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人の認定制度を創設する。これにより、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保。



（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、2016（平成28）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専任の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専任者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、2016年3月末現在、38道府県で46機のドクターヘリが運用されている。

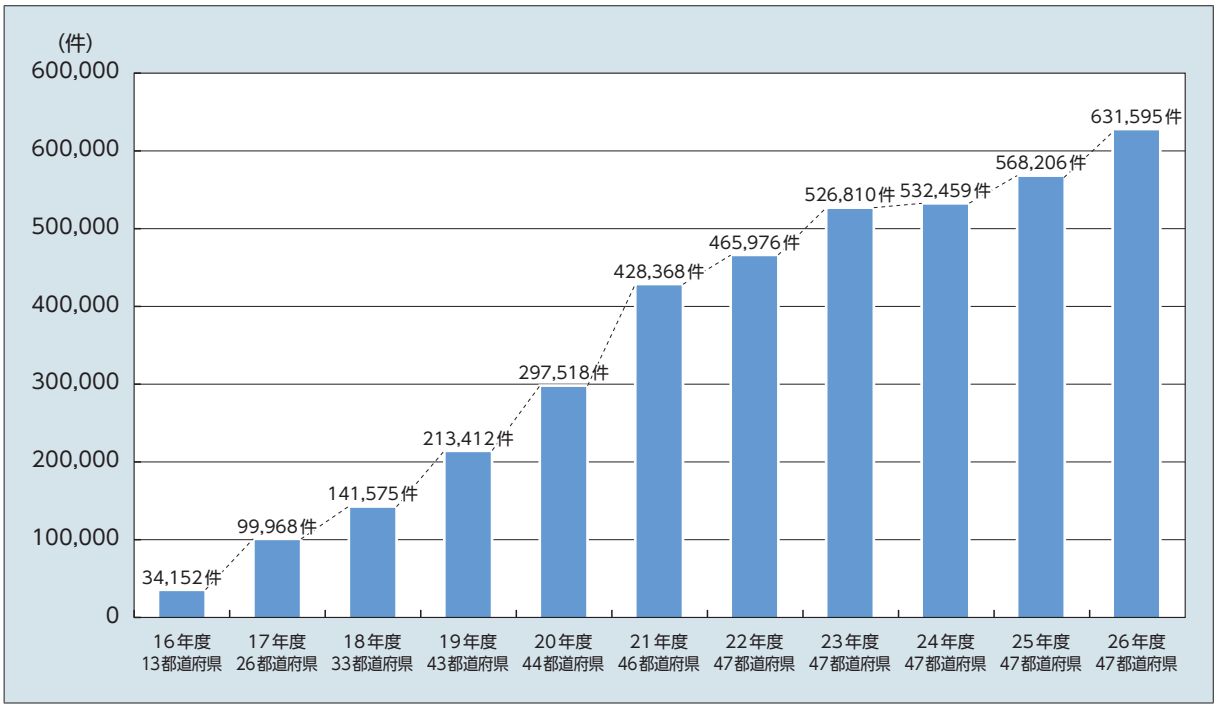
2 小児医療

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、2016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　小児電話相談実績（平成16年度～平成26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、2016年度予算において、①周産期母子医療センターの母体・胎児集中治療室（MFICU[*1]）、新生児集中治療室（NICU[*2]）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、地域医療介護総合確保基金を活用し、④産科医等の分娩手当、NICUの新生児医療担当医の手当に対する支援等を行うこととしている。

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（2016年4月1日現在712か所）や、災害派遣医療チーム（DMAT[*3]）の養成等を進めてきた（2016年4月1日現在1,508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。

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[*4]）の養成を進めてきた。2014年1月に改訂された「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、病院の耐震整備に対する補助事業を継続するとともに、2014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

＊1 MFICU：「Maternal Fetal Intensive Care Unit」の略。
＊2 NICU：「Neonatal Intensive Care Unit」の略。
＊3 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。
＊4 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。

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。

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（2011（平成23）年度～2017（平成29）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、病院における病床機能の分化・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、在宅医療に関する達成すべき目標や連携体制が盛り込まれた医療計画がスタートし、地域医療再生基金や、2014（平成26）年度からは、地域医療介護総合確保基金を活用し、各都道府県において、目標の達成に向け必要な事業を実施している。また、2015（平成27）年度からは、こうした在宅医療推進に向けた地域の取組みを自治体と連携しながら自ら推進することができる講師人材を育成する「在宅ハイレベル人材育成事業」を実施している。さらに、地域包括ケアシステムの構築に向けて、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、市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ取組みを進めることとしている。

(6) 地域医療再生基金

地域における医療課題の解決を図るため、2009（平成21）年度補正予算において、都道府県に地域医療再生基金を設置するとともに、2010（平成22）年度第一次補正予算及び2012（平成24）年度補正予算において基金の積み増しを行い、都道府県が2013（平成25）年度までの5年間を計画期間として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。（予算総額4,950億円）

なお、地域医療再生計画のうち、2013年度末までに開始した事業については、2014（平成26）年度以降も延長して実施することが可能となっている。

また、2011（平成23）年度第三次補正予算、2012年度予備費及び2015（平成27）年度予算においては、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、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。（予算総額1,272億円）

(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、現在では、センターは全ての都道府県に設置されている。センターにおける業務の質の向上のため、センターの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[*5]。

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が義務づけられている。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。

③ 医療事故情報収集等事業[*6]

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、財団法人日本医療機能評価機構（2011（平成23）年4月に公益財団法人へ移行）を登録分析機関として、医療事故などに関する情報を収集、分析する事業（以下「医療事故情報収集等事業」という。）を実施している。

医療事故情報収集等事業は、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。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。

④ 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等を踏まえた特定機能病院の承認要件の見直し

高度医療の提供等の役割を担う大学附属病院等において医療安全に関する重大な事案が相次いで発生したことを踏まえ、国民の信頼回復に向けて、2015（平成27）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、特定機能病院に対する集中検査を同年6月から9月にかけて実施し、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。この報告の内容を実施に移していく際に必要な承認要件の見直し等を検討するため、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」を開催し、2016（平成28）年2月に検討結果がとりまとめられた。当該とりまとめを踏まえ、2016年6月10日に、以下の項目等の新たな承認要件を示した省令の公布等を行った。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。

＊5 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/
＊6 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医療安全管理責任者を法令上明確に位置づけ、医療安全担当副院長がこれを担うこととする。また、医療安全管理部門に専従の医師、薬剤師及び看護師を配置すること等を求める。

②医療安全管理部門において、平時から医療安全に資する診療内容のモニタリングを行うこと、全ての死亡事例及び死亡以外でも一定レベル以上の事例を当該部門に報告すること等を求める。

③高難度新規医療技術又は未承認新規医薬品等を用いた医療を提供する際の手続を定め、当該手続に基づく対応を義務化する。

④医療の安全確保に係る内部統制が機能しているかどうかを、外部委員を含む監査委員会や、特定機能病院間の相互立入で確認することを求める。等

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に、2012（平成24）年2月より医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会において議論が行われた。この検討部会は、医療関係者、ご遺族、法曹界等の有識者を構成員とし、その他様々な立場の方からのヒアリングも重ねつつ13回にわたり議論を行った結果、2013（平成25）年5月に、「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」として、医療事故調査の目的や対象、あり方などの制度の基本的なあり方がとりまとめられた。

このとりまとめを踏まえ、社会保障審議会医療部会において議論を行い、医療事故調査制度を医療法に位置づける内容を盛り込んだ医療介護総合確保推進法案を2014（平成26）年2月に国会に提出し、同年6月に成立した。

この医療事故調査制度は、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、

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

とし、2015年10月より施行されている。

また、医療介護総合確保推進法附則では、法の公布（平成26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、医療事故調査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を改正し、

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

を新たに規定した。

また、同日付け厚生労働省医政局総務課長通知「医療法施行規則の一部を改正する省令の施行に伴う留意事項等について」により、

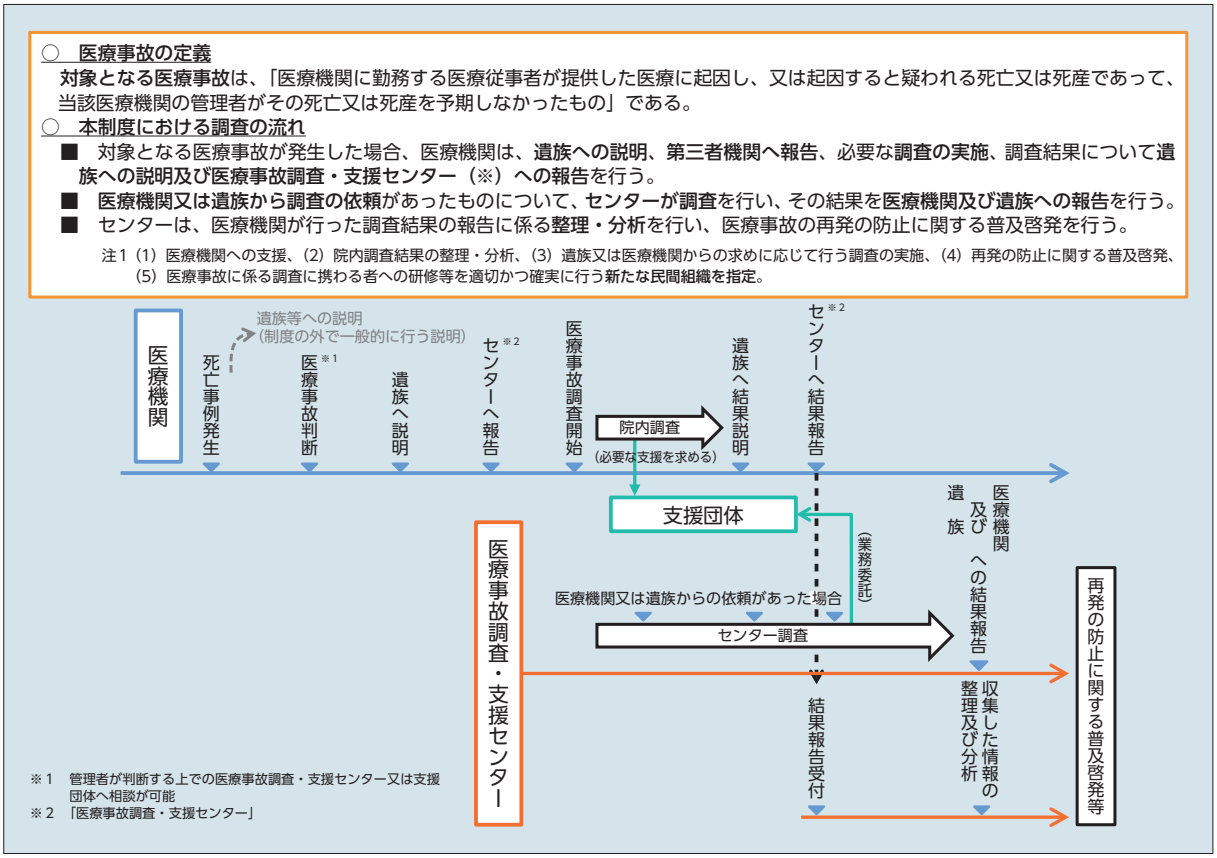
① 遺族等からの相談に対する対応の改善を図るため、また、当該相談は医療機関が行う院内調査等の重要な資料となることから、医療事故調査・支援センターは、遺族等から相談があった場合、医療安全支援センターを紹介するほか、遺族等からの求めに応じて、相談の内容等を医療機関に伝達する

② 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

③ 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。

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*7

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、

*7 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

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度（医療機能情報提供制度[*8]）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、医療機関のウェブサイト等の取扱いについて検討を開始した。

(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[*9]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、一人一人の生命観や倫理観に係る問題であることから、国民の間で広く議論が必要な課題である。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。さらに、2014（平成26）年度から、医療機関に医療・ケアチームを配置し、ガイドラインに沿って患者の人生の最終段階における医療についての相談に乗るモデル事業を実施した。さらに、2016（平成28）年度からは、モデ

＊8　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

＊9　「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。

ル事業で作成した研修プログラムを活用し、全国の主要都市で研修を開催し、その成果の普及を図ることとしている。こうした取組みを通じて国民が人生の最終段階における医療に関する意思表示をすることを支援している。

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、2016（平成28）年度までに1,637名の定員が増員（新設による100名の増員含む）され、合計で9,262名（うち、地域枠は592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）年度予算から、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。

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（2014年には約160万人が就業）しているが、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）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 医療従事者の需給に関する検討会

今後、高齢社会が一層進む中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医療従事者の需給の検討が必要であることから、医師・看護職員等の医療従事者の需給を見通し、医療従事者の確保策、地域偏在対策等について検討するため、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ている。本検討会では、全国・地域の需給状況や確保のための対策が異なることから医師、看護職員、理学療法士・作業療法士それぞれで分科会を開催し、都道府県が2017（平成29）年度中に第7次医療計画を策定するに当たり、医療従事者の確保対策について具体的に盛り込むことができるよう、各分科会とも2016年内の取りまとめを目指している。

医師需給分科会については、他の分科会に先行させて2015年12月から開催している。2016年6月の中間取りまとめでは、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取りまとめた。今後、医師偏在対策については、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行っていく観点から、さらに強力な偏在対策について年末に向けて議論していくこととしている。

5 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、2010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。

また、チーム医療に関する事業として、2011（平成23）年度は、看護師、薬剤師等の医療関係職種の活用の推進や役割の拡大によりチーム医療を推進し、各種業務の効率化や

負担軽減を図るとともに、医療サービスの質の向上を実現するため、チーム医療の安全性や効果の実証を行った（チーム医療実証事業）。さらに、2012（平成24）年度は、チーム医療実証事業の取組みを行った医療機関が、地域の医療関係職種を対象としたワークショップを開催し、質の高いチーム医療の実践を地域の医療現場に普及・定着させる取組みを行った（チーム医療普及推進事業）。2013（平成25）年度は、職種間の相互理解やコミュニケーション能力を向上させ、多職種協働のチーム医療の取組みを全国に普及させるために複数の医療関係職種が合同で行う研修事業を実施した（多職種協働によるチーム医療の推進事業）。

厚生労働省としては、これらの取組みや、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、医師及び研修医が都市部の大学病院等大規模な急性期医療機関に集中し、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、医療界において、地域医療や患者・国民の代表など幅広い視点を大幅に加えた新たな検討の場を設け、医師及び研修医の偏在の深刻化が起こらないかどうか集中的な精査を早急に行うこととされた。

新たな専門医の養成においては、研修施設は、都道府県など地域の関係者と十分に連携を図りながら、地域医療に配慮した研修体制を構築することが期待されている。

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中堅看護職員実務研修、専門分野における質の高い看護師を育成するための研修等に対して財政支援等を行い、看護職員の資質の向上を推進しているところである。

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[*10]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。

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。さらに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

ジェネリック医薬品普及啓発のためのポスター

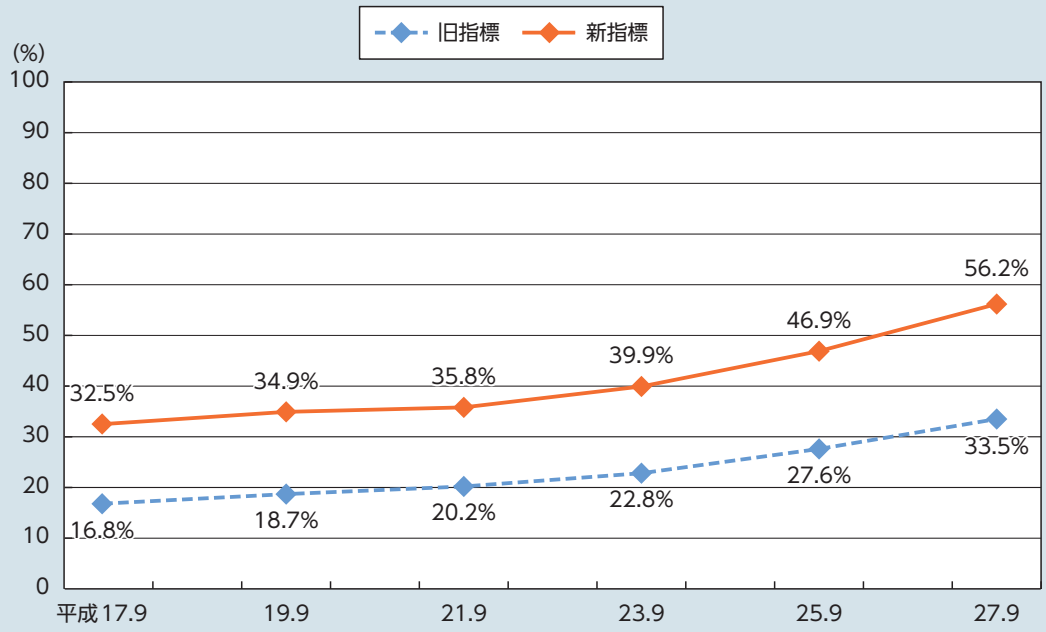
＊10 地域医療機能推進機構（Japan Community Health care Organization：JCHO（ジェイコー））は、年金福祉施設などの整理合理化を目的とした年金・健康保険福祉施設整理機構（RFO）を改組し、病院などの運営などを目的に2014（平成26）年4月1日に設立。

るとともに、2018年度から2020（平成32）年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする」という新たな目標が定められたところであり、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。

2016（平成28）年度は、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おり、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、2014（平成26）年1月以降、厚生労働省と地方との間で「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（国保基盤強化協議会）」で協議を進め、2015（平成27）年2月12日に、改革内容について合意し、当該内容を踏まえた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の按分方法について、これまでは各保険者の加入者数に応じた負担を原則としつつ、被用者保険者間の按分については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）となっていたが、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、総報酬割部分を段階的に引き上げ、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現行の260円から2016（平成28）年度には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た（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、かかりつけ医と大病院に係る外来の機能分化を更に進め、大病院の勤務医の負担軽減を図るため、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た。

その他にも、協会けんぽの国庫補助率の安定化、所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直し、医療費適正化計画の見直し等が盛り込まれた。また、先進的な医療について、患者からの申出を起点とし、安全性・有効性等を確認しつつ、身近な医療機関で迅速

に受けられるようにするための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年度から創設する。

2 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・保健指導の実施率及び平均在院日数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作成している。国保法等一部改正法では、①計画期間を6年間とする、②病床の機能の分化及び連携の推進の成果等を踏まえた医療費目標の設定をする、③計画最終年度に進捗状況の調査・分析をする等、計画の見直しが行われ、2016（平成28）年度以降速やかに次期計画を策定することとしている。

また保険者は、2015（平成27）年度からデータヘルス計画（レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画）に基づく取組みを行っている。先進的な事例として、広島県の呉市では、レセプト等から抽出した対象病名ごとに指導対象者を選定し、個別に保健指導プログラムを行うことにより糖尿病性腎症等の重症化を予防する取組みが実施されている。

このような保険者の先進的な取組みを全国的に横展開していくため、2015年7月には、民間主導の活動体である日本健康会議が発足し、2020（平成32）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。これを踏まえ、2016年3月に日本医師会、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、全国展開に向けた方法論の確立と協力体制の基盤整備を推進している。

また、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た、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支援し、推進していく。

こうした保険者の予防・健康づくりの取組みの実施に向けたインセンティブを強化するため、後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直しや、国保法等一部改正法により創設される保険者努力支援制度の具体化等の検討を行うこととしている。なお、保険者努力支援制度については、2016年度から現行の補助制度にその趣旨を反映することとしている。

3 診療報酬改定

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、機能に応じた適切な評価の推進と手厚い医療に対する評価の充実を目指し、急性期に密度の高い医療を必要とする状態を適切に評価するための「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、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。また、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるよう、積極的な退院支援に対する評価の充実や在宅復帰機能が高い医療機関に対する評価の見直し等を実施した。

外来医療、在宅医療については、かかりつけ医、かかりつけ歯科医の更なる普及を目指

すため、複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に主治医機能としての評価を行う認知症地域包括診療料等の新設や、小児外来医療において、適切な専門医療機関等と連携することにより継続的かつ全人的な医療を行うことを評価する小児かかりつけ診療料の新設、一定の基準を満たしたかかりつけ歯科医機能を持つ歯科医師が行う歯科疾患の重症化予防等についての評価、患者の重症度に応じた在宅医療の評価、緊急やむを得ない場合を除き紹介状なしで特定機能病院等の大病院を受診した場合の定額負担の導入等を行った。

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さらに充実するとともに、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整することに対する評価を実施した。

調剤については、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や、かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制や機能を評価する基準調剤加算の見直し、いわゆる大型門前薬局の評価の見直し等を行った。

薬価制度については、イノベーション評価と国民皆保険の維持を両立させる観点から、革新的な医薬品の開発等を促進するため、後発医薬品のない一定の新薬の薬価を維持する新薬創出・適応外薬解消等促進加算の継続等を行うとともに、年間販売額が企業の予想額を特に大きく超えた医薬品について、一定程度薬価を引き下げる市場拡大再算定の特例の導入等を行った。また、新規収載される後発医薬品の薬価について先発品の５割を原則とすることとした。

第４節　「保健医療2035」策定　～2035年、日本は健康先進国へ～

我が国の保健医療水準は世界に誇るべきものである。しかし、その一方で、今後の高齢化の更なる進展と人口減少という大きな人口構造の変化に伴い、保健医療のニーズは増加・多様化し、必要な人材・財源等も大きく増大することが予想される。こうした状況の中で、保健医療の機能を発展させるとともに我が国が世界の繁栄と安定に貢献するためには、部分最適に留まらず、長期的な視点に基づく変革を行うことが求められる。

2015（平成27）年６月９日に取りまとめられた「保健医療2035」提言書においては、20年後の2035（平成47）年の保健医療のあるべき姿を実現するため、「量の拡大から質の改善へ」、「インプット中心から患者にとっての価値中心へ」といった、必要なパラダイムの転換を図るべきこととしており、併せて、目標達成のために、①リーン・ヘルスケア～保健医療の価値を高める～②ライフ・デザイン～主体的選択を社会で支える～③グローバル・ヘルス・リーダー～日本が世界の保健医療を牽引する～の３つのビジョンを示している。さらに、これらのビジョンを実現するため、医療技術の費用対効果を測定する仕組みの制度化・施行、グローバル・ヘルスを担う人材を官民一体となって育成し、プールする仕組みの創設など、120に及ぶ具体的な施策案が示されている。

この提言書により示された2035年の保健医

療の姿とその方向性、具体的施策案については、実現できるものから、可能な限り実現を図っていくこととしており、まず、2016（平成28）年の診療報酬改定において、かかりつけ医機能の評価の充実、アウトカム評価の拡大、費用対効果評価の試行的導入等に取り組むとともに、国際保健に関する懇談会や保健医療分野におけるICT活用推進懇談会を開催して、今後の国際保健戦略や保健医療分野におけるICT の活用についてのグランドデザインの検討を進めている。

さらに、2016年3月には、健康なコミュニティづくり、地域包括ケアシステムの一層の推進を図ることを目的とする「保健医療2035推進シティ」を創設し、今後3年間、市町村が個々の取組状況の進捗状況や知見の交換・共有を行う全国会議の実施等を進めることとしている。

こうした「保健医療2035」提言書の内容については、これを広く周知し、国民的な議論を喚起し、理解を深めること目的として、「保健医療2035」シンポジウムを、2015年8月以降、東京・京都・福岡において計3回開催している。

第5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17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、2015（平成27）年4月には511万人と、約3.4倍になっている。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（平成37）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。一方で、自身や家族が介護を必要とする時に受けたい介護の希望を調査したアンケートによれば、自宅での介護を希望する人は70%を超えている。（「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集」）

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、2016（平成28）年度には10.4兆円となっており、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[*11]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。

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年から順次施行されている。（**図表7-5-1**）。

図表7-5-1　介護保険制度の改正について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。

サービスの充実

○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
①在宅医療・介護連携の推進
②認知症施策の推進
③地域ケア会議の推進
④生活支援サービスの充実・強化
＊介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
＊介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

重点化・効率化

①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化
＊段階的に移行（～29年度）
＊介護保険制度内でのサービス提供であり、財源構成も変わらない。
＊見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、特定非営利活動法人、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。
②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に重点化（既入所者は除く）
＊要介護1・2でも一定の場合には入所可能

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大
・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大
＊保険料見通し：現在5,000円程度→2025年度8,200円程度
＊軽減例：年金収入80万円以下 5割軽減→7割軽減に拡大
＊軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ
・2割負担とする所得水準は、65歳以上高齢者の上位20％に相当する合計所得金額160万円以上（単身で年金収入のみの場合、280万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
・医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ
②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加
・預貯金等が単身1,000万円超、夫婦2,000万円超の場合は対象外
・世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
・給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案
＊不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

○　このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

2 地域包括ケアシステムの構築

（1）在宅医療・介護連携の推進

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、日常生活圏域等において、在宅医療・介護の提供体制の構築とその連携がますます必要となる。

また、地域包括ケアシステムを構築していく上で、介護サービスなどの充実だけでなく、急性期医療から円滑な在宅への復帰を可能とする体制整備等が重要であり、この観点からも在宅医療・介護連携が特に必要である。

このため、これまでの在宅医療・介護連携のモデル事業の成果も踏まえ、市町村が実施主体となる介護保険制度に基づく地域支援事業の包括的支援事業に、在宅医療・介護連携を推進する事業を制度的に位置づけ、2018（平成30）年4月1日までに全ての市町村に

＊11「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。

おいて、以下のア～ク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区町村の連携

さらに、2015（平成27）年度より稼働している地域包括ケア「見える化」システムにおいて、在宅医療・介護連携に関するデータを掲載し、都道府県・市区町村が地域の現状分析に活用できる機能の運用開始を2017（平成29）年４月に予定している。都道府県が医療機能情報提供制度により把握している在宅医療を実施する医療機関の情報や介護サービス情報公表システムに登録されているサービス事業所等の情報の地図上への表示及び地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等の情報を掲載することにより、在宅医療・介護連携推進事業のさらなる普及・充実を図っていく。

(2) 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。

2014（平成26）年に行われた認知症サミット日本後継イベントでは、内閣総理大臣から厚生労働大臣に対して、認知症施策を加速させるための新たな戦略の策定指示があり、これを受けて、厚生労働省では、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。また、策定・公表に当たって、認知症施策推進関係閣僚会合が開催され、総合戦略に基づき、関係省庁が一丸となって認知症施策に取り組んでいくことが確認された。

総合戦略は、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）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（平成32）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。

(3) 多職種協働による地域における包括的な支援の推進

地域における包括的な支援を推進するためには、地域に共通している課題を明確化し、その解決のために必要な資源開発や地域づくりにつなげることが重要であり、地域ケア会議がその役割を担っている。

地域ケア会議は、地域包括支援センターや市町村が主催し、医師やケアマネジャー、介護事業者など医療・介護の専門職をはじめ、市町村の担当者やNPO、ボランティア、自治会長のような地域の多様な関係者の多職種協働による個別事例の検討等を行い、ネットワーク構築やケアマネジメント支援、地域課題の把握等を図る場である。国では、地域ケア会議を高齢者の方々に対する支援の充実と、これを支える社会基盤の整備を同時に進める手法として活用するため、介護保険法で制度的に位置づけ、ケアマネジャーの協力や守秘義務の取扱い等について枠組みを設けることで、さらなる普及・充実を図ることとした。

地域ケア会議は2015（平成27）年4月以降、各自治体において開催されており、例えば、大分県豊後高田市では、閉じこもり傾向や、廃用性症候群などによる運動機能の低下傾向が全国平均より高いという地域課題があったが、地域ケア会議で、地域の多様な関係者の多職種協働により個別課題解決の積み上げを行うことで、自立支援に資するケアマネジメントの視点が地域へ浸透し、地域の要介護認定率が低下するといった介護予防の効果が現れている。また、同県では、市町村に対する研修の実施や、専門職等の派遣などを通じて、地域ケア会議の充実・強化に取り組み、県レベルにおいても要介護認定率の低下といった効果が現れている。

(4) 生活支援サービスの充実・強化

高齢者の一人暮らしや夫婦のみの世帯、認知症高齢者等が増加し、高齢者が地域での生活を継続するための多様な生活支援ニーズの高まりが見込まれる中、ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体によって配食、見守り等の多様な生活支援サービスが地域で提供される体制の構築が重要となる。また、同時に高齢者の介護予防が求められるが、社会参加することや社会的役割を持つことが高齢者の生きがいや介護予防につながる。

このため、多様な主体による生活支援・介護予防サービスの基盤整備について、地域支援事業の包括的支援事業に位置付け、市町村が中心となって「住民主体の通いの場の充実」「互助の取組みによる見守りや外出、買い物等の支援」など地域の実情に応じて支え合いの体制づくりの充実、強化を図っていく。

具体的には、地域のニーズに応じたサービスの創出やボランティア等の生活支援の担い手の養成、その担い手として活動する場づくり等を行う生活支援コーディネーターの配置や多様なサービス提供主体間の定期的な情報共有及び連携等のネットワークを構築し、協

働しての支援体制となる協議体の設置等を通じて、市町村による取組みの推進を図っていく。

(5) 介護予防・日常生活支援総合事業の充実

予防給付のうち、訪問介護と通所介護については、高齢者の様々な生活支援や社会参加のニーズに応えていくため、NPOや民間企業、協同組合、ボランティア等の多様な主体による柔軟な取組みにより効果的・効率的なサービスが提供できるように、2017（平成29）年4月までに新しい総合事業に移行することとなった。これにより、既存の介護事業所によるサービスに加えて、多様なサービスが多様な主体により提供され、利用者がこれらのサービスの中から選択できるようになる。

また、介護予防の推進を一層図るため、居場所づくりなど高齢者の環境づくりを構築する取組みが強化されたほか、リハビリテーションに関わる専門職等も関与した自立支援の推進を図っていく。

コラム　総合事業の先行事例（秋田県　小坂町の場合）

秋田県北東部に位置している小坂町は、人口約5,400人の小さな町である。全国的にみても秋田県は人口減少や高齢化の進行が顕著であり、小坂町も決して例外ではない。町内全域で抜本的な対応策を講じる必要に迫られている。

小坂町は、2015（平成27）年4月に新しい総合事業を開始した自治体の一つである。早期に移行を決断した背景として、上記の地域課題がもたらす影響が既に出始めていることがある。地域包括ケアシステムの構築に向けて、高齢者のニーズに応えつつも、先細りしていく地域の現状を変えていかなければならない危機感を強く感じていた。

また、総合事業への早期の移行は、2018（平成30）年度からの第7期介護保険事業計画の策定に向けた準備作業や法改正対応に余裕を持って対応することが出来る点などメリットが多い点を総合的に判断した。

小坂町の総合事業は、みなし指定制度を活用した訪問・通所型サービスのほかに、4月から基準緩和型の通所サービスを、2016（平成28）年1月からは住民が主役となった訪問型サービスを開始することで総合事業を運用している。移行準備期間中には事業者の総合事業に対する不安を少しでも解消するため、積極的に勉強会を開催するなどした。

総合事業に対する利用者やその家族からの反応は、移行直後の数週間こそ制度そのものに対して不安視するような意見が寄せられた。地域包括支援センターの相談体制を見直し、窓口での相談時に十分な説明に努めるなどの対応策を講じたことにより、現在では否定的な意見は全く聞かれない。

総合事業の目玉のもう一つとして、一般介護予防事業への取組みがある。小坂町では、総合事業の開始に合わせて介護予防ポイントカードを開始した。これは、自らの介護予防に資する事業に参加した被保険者や、前述した住民主体による訪問型サービスの活動者に

対してポイントを付与することで、自らの介護予防に対して意欲を喚起するとともに、自らの活動に対して目標を設定させるために開始した事業である。

小坂町では、年齢を重ねても安心して健康的な在宅での生活を送れるよう、地域内での支え合いによる生活支援と介護予防の視点から総合事業に取り組んでいる。

3 介護分野の生産性向上

(1)「介護のシゴト　魅力向上懇談会」

介護の仕事や職場の魅力向上を更に進めるため、業務プロセスの改善とテクノロジー（介護ロボット・ICT等）の活用による業務負担の軽減、生産性の向上等について、介護の業務に詳しい経営者、ICTの専門家やコンサルティング会社の方、福祉の現場で先駆的な取り組みをしている方などを迎え、今後の政策の検討の参考にすることを目的として、「介護のシゴト　魅力向上懇談会」（以下「懇談会」という。）を開催した。

懇談会では、参加者独自の取組実績等を踏まえた発表や意見交換が行われ、「ICT化により、事務が効率化し、管理業務の時間が半減した」、「研修体制を整え、育成し、実際の業務を評価した上で処遇改善につなげている」、「利用者の笑顔が生まれることが、介護の魅力の向上につながる」等の意見があがった。これらを踏まえ、議論の整理では魅力ある職場づくりのための実践として①業務の生産性と効率性の向上、②資質向上・キャリアアップの実現と専門性の確保、③利用者本位の仕事観が必要であるとされた。

(2) 介護ロボットの推進

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。「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）では、介護ロボットの急速な普及拡大を図る「ロボット介護機器開発5ヵ年計画」を掲げ、それに先立ち2012（平成24）年11月には今後重点的に開発等の支援を行う分野を経済産業省と連携して定めたところである。これらを受けて、厚生労働省では福祉用具・介護ロボット実用化支援事業により高齢者や介護現場の具体的なニーズに応える介護ロボットの実用化のための環境整備を図ってきたところである。

また、「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）において、介護分野における介護ロボットを活用した2020（平成32）年に目指すべき姿等をまとめており、介護ロボットの実用化・普及を一層促進することとしている。

第6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。

このため平成27年度補正予算及び平成28年度予算において、

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拡充

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創設

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の創設

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

などに取り組むこととしている。

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。

公共職業訓練や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。2014（平成26）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48.3%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34.9%、「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、介護労働者の労働環境の整備に資する介護福祉機器（移動用リフト等）や雇用管理制度を導入・運用した事業主に対する助成措置や、介護労働安定センターによる事業所の雇用管理改善（募集、採用、労働時間、賃金制度、従業員間のコミュニケーション等）に関する相談援助等を行い、介護労働者の雇用管理の改善を図っている。

第7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。

この間、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んでいる。こうした中、福祉サービスの供給体制における社会福祉法人の位置付けは変化している。

社会福祉法人の今日的な意義は、社会福祉事業に係る福祉サービスの供給確保の中心的な役割を果たすだけではなく、他の経営主体では困難な福祉サービスの供給を含め、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にある。

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すことができるよう、2006（平成18）年の公益法人制度改革を踏まえて社会福祉法人の公益性・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、議決機関としての評議員会の設置の義務化や一定規模を超える法人に対する会計監査人の設置の義務化、いわゆる内部留保の実態の明確化のための再投下可能な財産額の算定とこれを社会福祉事業の拡充等へ計画的に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整備等を講ずる「社会福祉法等の一部を改正する法律案」が2015（平成27）年4月に国会に提出され、2016（平成28）年3月に成立した。

第8章 健康で安全な生活の確保

第1節 感染症対策、予防接種の推進

1 感染症法の改正について

昨今の感染症の発生状況などを踏まえ、「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の一部を改正する法律案」を第187回臨時国会に提出し、2014（平成26）年11月14日に成立、同年11月21日に公布された。この改正法は公布以来順次施行されてきたが、2016（平成28）年4月1日から全面施行となった。これにより、感染症の患者等に対する検体の提出要請や季節性インフルエンザの指定提出機関制度に係る規定が設けられ、感染症に関する情報収集体制を強化する等の措置が講じられた。

2 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か国（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ている。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ヒト-ヒト感染については、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) エボラ出血熱に対する検疫体制について

エボラ出血熱の国内への流入を防ぐため、検疫所においては、空港で日ごろから実施している入国者へのサーモグラフィーによる体温測定に加え、2014（平成26）年8月より西アフリカ3か国から入国する者に対して、エボラ出血熱についてより一層の注意喚起を行うとともに、確実に問診、健康相談などを行う体制を整備した。また、2014年10月からは、過去21日以内に西アフリカ3か国に滞在していたことが確認された入国者を、エボラ出血熱患者等との接触の有無にかかわらず健康監視の対象としており、健康監視の強化を図った。さらに、各海空港において検疫ブースで、質問ボードの提示などによって滞在歴を確認するなど検疫体制を一層強化するとともに、より確実に滞在歴を確認できるよう、各海空港における検疫所と入国管理局との連携を強化した。

最大の流行国であったギニアにおける終息宣言を踏まえ、2015（平成27）年12月29日、西アフリカに21日以内に渡航又は滞在していたことのみをもって健康監視対象とする対応を取りやめたが、西アフリカ各国では、その後も流行が再燃する危険性があること

から、空港等の検疫所での検疫対応として、渡航者への注意喚起、渡航歴・接触歴の自己申告を促す啓発活動を継続している。

(3) エボラ出血熱に対する国内体制について

今般の西アフリカにおけるエボラ出血熱の流行を受け、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。）に対し、管内での患者発生時の対応について改めて確認するよう要請した。また、2014（平成26）年10月28日には、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって対応するため、内閣総理大臣が主宰するエボラ出血熱対策関係閣僚会議が設置・開催された。さらに、厚生労働省では、国内での患者発生時に備えて積極的疫学調査実施要領を配布するとともに、2014年11月13日のエボラ出血熱対策関係全国担当課長会議において、全ての都道府県等に対し患者や検体の搬送に係る実地訓練を行うよう要請し、各都道府県等で実地訓練が実施された。

また、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、2016（平成28）年3月現在で42都道府県（50医療機関99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の医療研修を海外で行い、感染症に関する国内の医療体制を充実させることを目的として、「一類感染症等予防・診断・治療研修事業」を実施するとともに、国立国際医療研究センターなど関係機関と連携し、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医療従事者などに対し感染防御などに関する各種研修を実施した。

さらに、国民、医療関係者などに対して、ホームページやポスターなど様々な媒体を通じて適切な情報提供に努めている。

3 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、2016（平成28）年2月2日現在、1,638人の患者（うち、少なくとも587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いる。2015（平成27）年5月、韓国において輸入症例が発生し、医療機関を中心に感染が拡大した。同年12月にWHOの基準に基づく感染終息が発表されるまでに、のべ186名の患者（うち、38名が死亡。）が確認された。

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、患者間や、患者から医療従事者などへの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。）に基づく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。

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ことを踏まえ、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周知を図った。また、より迅速に二次感染拡大防止のための措置を実施できるよう行政検査の手順を変更するとともに、積極的疫学調査実施要領を改正した。検疫所における水際対策については、韓国からの渡航者及び帰国者に対する検疫対応を強化した。具体的には、従来の検疫対応に加えて、韓国から日本に来る航空機内において、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、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配布を行い、適切に患者の診察や検査又は健康監視対象者の監視を実施した。MERSは、感染症法に基づく二類感染症であるため、患者は、特定、第一種及び第二種感染症指定医療機関への入院が可能であるが、二次感染のリスクを最小限に抑えるために、原則として、陰圧制御が可能な病室に入院させることとし、各自治体における医療体制を確保した。MERSに関する留意事項を医療機関や国民に広く周知するために、日本医師会と協力して、ポスターを作成し、啓発を行った。2015（平成27）年７月５日以降、韓国において新たなMERS患者が報告されていないことから、韓国から我が国への感染拡大の懸念は極めて低くなったが、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集団発生が起きていること等から、引き続き、中東地域への渡航の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。

4 蚊媒介感染症対策について

蚊が媒介する感染症（以下「蚊媒介感染症」という。）の一つである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。このような中で、2014（平成26）年８月、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。

デング熱、チクングニア熱などの蚊媒介感染症については、その病原体を媒介する蚊（ヒトスジシマカ）が日本国内に広く生息していることから、今後も輸入症例を起点とした国内感染事例が発生する可能性がある。これを踏まえ、厚生労働省は、2015（平成27）年４月、「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。）を策定した。

当該指針は、デング熱、チクングニア熱など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、医療機関関係者、国民など、全ての関係者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ており、この指針に基づき、蚊媒介感染症に関する対策を総合的に推進してきた。

また、蚊媒介感染症の一つであるジカウイルス感染症について、2015年５月以降、ブラジルなど中南米で多数の患者が報告されている。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（平成28）年２月１日、WHOは小頭症及

び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及び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他、検疫所での検査等の措置を可能とした。また、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。

5 インフルエンザ対策について

(1) 2015/2016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1,000万人が、つまり、国民のうち約10人に1人の割合で、インフルエンザにり患している。

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日づけで、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。

2015/2016シーズンのインフルエンザの患者発生報告数は、2016（平成28）年第1週（1月4日の週）に全国の定点当たりの患者数[*1]が2.02となって流行入りし、2016年第6週（2月8日の週）に39.97まで上昇し、流行のピークを迎えた。2015/2016シーズンは、例年と比較すると、流行入りの時期が1カ月程度遅く、過去11シーズンで1月に入って流行入りしたのは、今シーズン以外では2004/2005シーズン、2006/2007シーズンのみとなっている（**図表8-1-1**参照）。

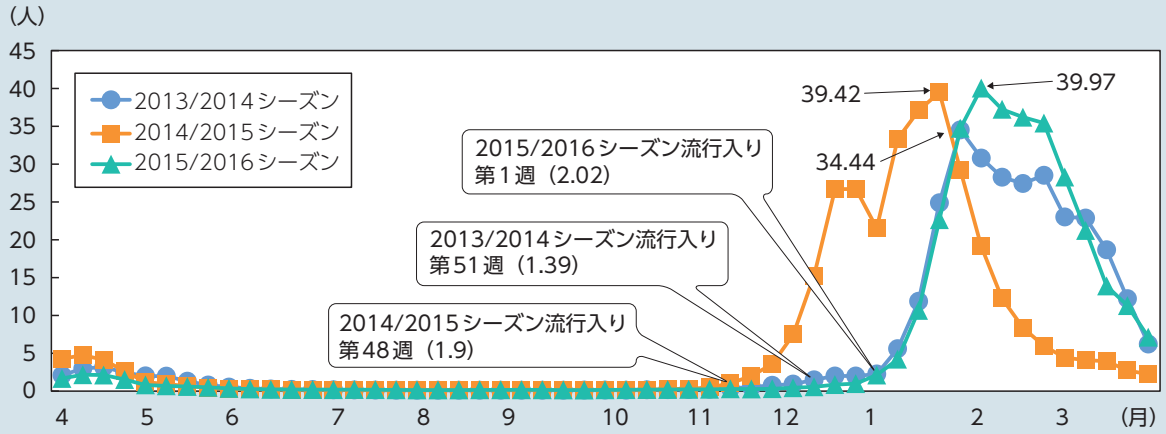
また、2015/2016シーズンにおいて、流行初期はA/H1N1亜型が流行株のうち最も大きな割合を占め、これに続いてB型、A/H3N2亜型の順で多く見られた。

厚生労働省では、2015/2016シーズンのインフルエンザの流行に備えて、2015（平成27）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。

＊1　全国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27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

図表8-1-1　インフルエンザの流行状況

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。
2013/2014シーズンは、第51週（12月16日の週）に流行入り（1.39）（※）し、2014年第5週（1月27日の週）に流行のピーク（34.44）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2012（平成24）年5月11日に公布され、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、地方公共団体及び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　「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
＊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

(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、2016（平成28）年3月末時点で、国においてはタミフル3,000万人分、リレンザ530万人分、各都道府県においてはタミフル2,435万人分、リレンザ873万人分を備蓄しており、全体として目標数量を確保している。

今般、備蓄薬の一部が有効期限を迎えるに当たり、今後の備蓄方針について、厚生科学審議会感染症部会及び新型インフルエンザ等対策有識者会議において検討を行い、2015（平成27）年10月、新たな備蓄方針が取りまとめられ、備蓄量については、国民の45%相当量を維持し5,650万人分（うち流通備蓄1,000万人分）とすること、備蓄薬剤については、既存のタミフル、リレンザの他、タミフルドライシロップ、イナビル及びラピアクタとすること等が決定した。

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、基金管理団体である一般社団法人未承認薬等開発支援センターに基金を造成するなどして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ところである。

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。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、できる限り早期に開始する予定である。

(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。

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2016（平成28）年1月までの間に、846人の感染者（うち死亡者449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、2016年1月現在、693人の感染者（うち死亡者277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

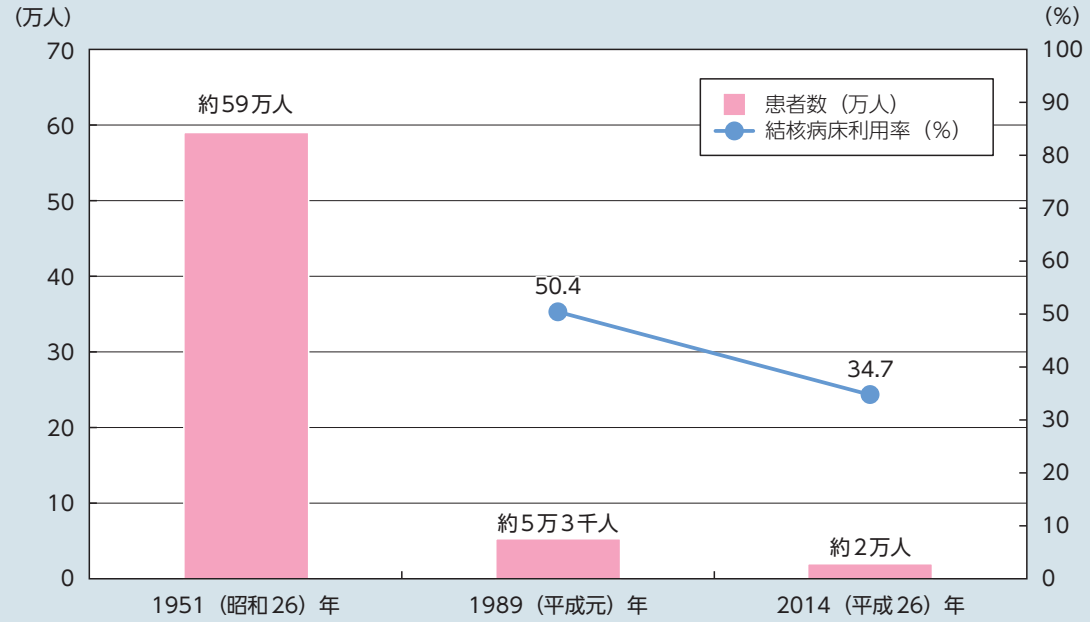
の感染が報告されている。厚生労働省では、海外における鳥インフルエンザの発生状況についてWHOなどから情報を収集し、適時、ホームページなどで情報を公表するとともに、検疫所のポスターなどを通じて、渡航者や帰国者に対して注意喚起を行っている。

6 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2万人の患者が新たに発生（**図表8-1-2**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8-1-2　結核患者の発生数の推移



資料：厚生労働省「平成26年結核登録者情報調査年報集計結果」、「平成元年病院報告」及び「平成26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、感染症法、結核に関する特定感染症予防指針（平成19年厚生労働省告示第72号）などに基づき、健康診断、公費負担医療、予防接種、患者への服薬管理を徹底し確実に治療を行う直接服薬確認療法（Directly Observed Treatment, short-course：DOTS）による対策、地域医療連携体制の強化など、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。

7 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、病院内を中心に新たな薬剤耐性菌が増加した。一方で、先進国における主な死因が感染症から非感染性疾患へと変化し、新たな抗微生物薬の開発は減少している。こうした中で、国外においては、多剤耐性結核や耐性マラリア等が世界的に拡大しており、脅威となっている。

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2年以内の国家行動計画の策定を求めた。翌月のドイツG7エルマウサミットにおいても、AMRが主要課題の一つとして扱われ、ワンヘルス・アプローチの強化と新薬等の研究開発の必要性について議論された。

我が国においては、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11月、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てきた。

以上の経緯を踏まえ、2016（平成28）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」が取りまとめられた。今後は本プランに基づき、AMRに関する包括的な取組みを一層推進していく。

8 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。

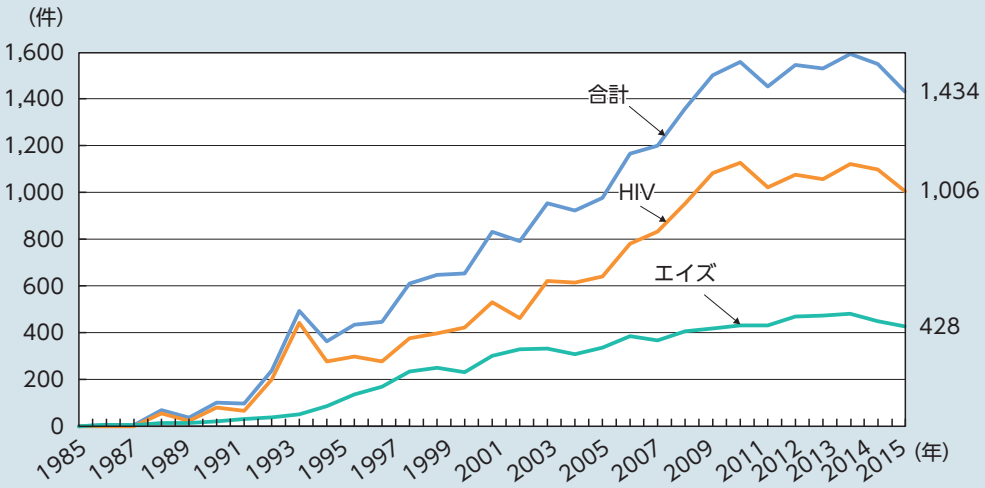
我が国の状況を見ると、2015年の新規HIV感染者／エイズ患者報告数は1,434件となり、累積HIV感染者報告数は17,909件、累積エイズ患者報告数は8,086件（いずれも血液凝固因子製剤の投与に起因する感染者数1,439件を除く。）となっている。新規HIV感

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、引き続き普及啓発等のエイズ対策の充実・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などが共に連携して、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。

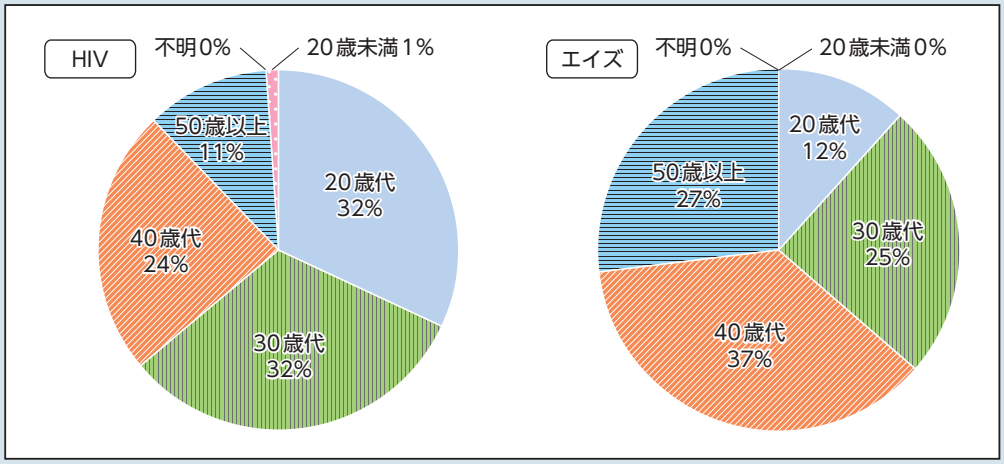
図表8-1-3　新規HIV感染者・エイズ患者報告数の推移



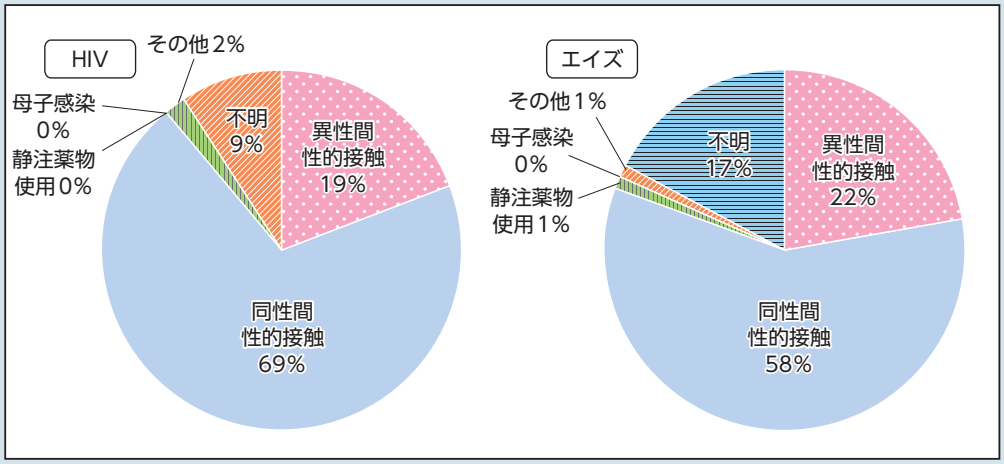
資料：厚生労働省エイズ動向委員会報告

図表8-1-4　新規HIV感染者・エイズ患者の状況

新規HIV感染者・エイズ患者報告数　年代別内訳《平成27年確定値》



新規HIV感染者・エイズ患者報告数　感染経路別内訳《平成27年確定値》



※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

9 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。

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点である。

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、保健所設置市、特別区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。

なお、性感染症対策については、2012年1月に一部改正した「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、更に性感染症対策を推進していくこととしている。

10 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100万人以上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2015（平成27）年9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9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するとともに、医療関係者への研修などを実施し、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[*6]。

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年度より厚生労働省及びAMED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。

11 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」が改正され、2013（平成25）年4月1日から適用された。本指針においては、2015（平成27）年度までに麻しんを排除し、かつ、その後も排除状態を維持することを目標とすること、今後は、麻しん患者が一例でも発生した場合の迅速な対応を強化することが必要であることなど、麻しんの排除に向けた新たな取組みを推進していくこととした。

2013年には麻しんの患者数が229人まで減少したものの、2014（平成26）年には、東南アジアを中心に麻しんの流行が見られた影響などから、輸入症例を発端として国内でも麻しんの再流行が見られた。しかし、各自治体の迅速な対応やこれまでの麻しん対策によって獲得された集団免疫などによって、全国的な流行には至らなかった（462例の報告数）。

日本の麻しん対策の現状については、毎年、排除認定会議で評価され、WHOに報告

＊6　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/

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。その後、2015年には大規模な麻しんの流行は認められず、患者数は35例と、全数把握疾患となった2008（平成20）年以降最少の報告数であった。

風しんは、かつて全国的に大きな流行を繰り返していたが、予防接種の進展とともに、流行は小規模化し、2004（平成16）年以降、大きな流行は見られていなかった。しかし、2012（平成24）年から、首都圏や関西地方などの都市部において、20～40歳代の成人男性を中心に患者数が増加し、2013年には14,344人の患者が報告された。また、これらの流行の影響で、2012年10月以降、2016（平成28）年2月までに45人の先天性風しん症候群の患者が報告されている。

流行の終息後においても、中長期的な視点で風しん対策を推進するため「風しんに関する特定感染症予防指針」が告示され、2014年度より適用された。この指針に基づき、特に、妊娠を希望する女性、風しんの定期の予防接種を受ける機会がなかった者、接種率の低かった年齢層の者などを対象に、抗体検査や予防接種による対策を更に推進するため、ホームページなどを通じて普及啓発活動を実施するほか、先天性風しん症候群の発生を予防する観点から、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事業を実施している。これらの対策などにより、2014年以降には大規模な風しんの流行は認められていない（2014年 319例、2015年162例の患者数）。

12 重症熱性血小板減少症候群（Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome：SFTS）対策について

中国で2009（平成21）年頃より発生が報告され、2011（平成23）年に初めて原因となる病原体が特定された新しいダニ媒介性疾患「重症熱性血小板減少症候群（SFTS）」の症例が2013（平成25）年1月に国内で初めて確認された。これを受け、同月、医療機関に対し、同様の症状の患者を診察した際は情報提供するよう、協力要請を行った。また、SFTSを感染症法における四類感染症に指定する政令改正を行った（2013年2月公布、同年3月施行）。

SFTSの病原体を媒介するマダニは、日本各地の森林や草地などに生息しており、家庭内に生息するダニとは種類が異なる。感染予防には、マダニに咬まれないことが重要であり、草むらややぶなどマダニが多く生息する場所で活動する場合は、長袖、長ズボンなどを着用し、肌の露出を少なくすることなどが必要である。

厚生労働省では、「重症熱性血小板減少症候群に関するQ＆A」を作成して、厚生労働省ホームページなどに公表し、疾患の特徴や予防方法などを広く国民に対して周知している。また、2013年度より、マダニ類や動物のSFTSウイルスの保有状況調査、迅速診断法の開発など、多方面にわたる研究調査が進められている。

13 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（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14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[*7]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月から定期の予防接種に位置づけている。

B型肝炎のワクチンについては、2016（平成28）年2月の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会において了承され、2016年10月から定期の予防接種に位置づけることとしている。

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。

また、予防接種基本計画（予防接種に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図るための計画）（平成26年4月適用）において、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（昭和35年法律第145号）の製造販売承認は得ているが定期接種化されていないワクチンについて、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会などの意見を聴き、評価・検討を行うことを明記した。当該計画に基づき、2015（平成27）年度は2014年以降新たに同法の製造販売承認が得られた高齢者に対する沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン、小児に対する沈降10価肺炎球菌結合型ワクチン、沈降ヘモフィルスb型ワクチンなどのワクチンについて、予防接種法の定期の予防接種への位置付けに関し検討を行った。

(3) HPV（子宮頸がん予防）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）

＊7　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

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（84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。

さらに、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。

なお、現在、HPVワクチン接種後に生じたとされる多様な症状に関する疫学調査を実施しており、HPVワクチンの取扱いについては、この疫学調査によって得られる知見も含め、総合的に判断していくこととしている。

第2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）加速化プランの策定

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、2013（平成25）年には、年間36万人以上が亡くなり、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。さらに、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か年総合戦略」、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、医療等の総合的な推進に取り組んできた。さらに、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」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。基本計画については、がん対策基本法に基づく5年目の見直しを2012（平成24）年6月に行った。二期目の基本計画では、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を新たな目標として掲げ、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ている。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。

(2) がん医療及び相談支援等

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。2015（平成27）年４月現在401ヶ所）、特定のがんに実績のある特定領域がん診療連携拠点病院（2015年４月現在１ヶ所）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（2015年４月現在20ヶ所）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等を行っている。

また、拠点病院等には、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、電話や面接等により、がん医療に関する相談支援及び情報提供を行っている。

(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や精神心理的苦痛、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、厚生労働省においては、2008（平成20）年４月に「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」に研修内容についてのプログラム等を定め、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、2015（平成27）年９月末時点で約、６万３千人が修了している。また、緩和ケアに携わ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、外来において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を整備している。

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等にも取り組んでいる。

(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等、罹患の状況を把握・分析する仕組みであり、エビデンスに基づいたがん対策や質の高いがん医療を実践するため、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」が議員立法により成立し、2016（平成28）年１月から、これまで健康増進法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」を「全国がん登録」に移行する形で開始した。本法律に基づき、全ての病院にがん患者の罹患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等を国立がん研究センターに情報提供すること等を義務づけている。本法律に基づき、院内がん登録の推進にも取り組んでいる。

(5) がん検診の推進

がん検診は健康増進法（平成14年法律第103号）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、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奨している。

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から、がん検診の受診率の向上を総合的に推進するため、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等を推進している。

2014（平成26）年に公表された「平成25年国民生活基礎調査」において、がん検診の受診率はいずれも40%前後まで上昇したものの、目標としている50%には達していないため、引き続き、子宮頸がん及び乳がん検診のクーポン券の配布や受診勧奨の実施とともに、要精密検査と判断された者を受診に結びつける取組み等を進め、がんの早期発見につなげる。

(6) がん研究の推進

がんの研究については、基本計画に基づく新たながん研究戦略として、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」が策定され、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つつ、総合的かつ計画的にがん研究を推進しているところである。更に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等へ導出し、がん医療の実用化を加速することとしている。また、前述のがん対策加速化プランに基づいて、ゲノム医療の実現に資する研究や疾患ゲノム情報等を集約する「全ゲノム情報等の集積拠点」の整備を推進するとともに、がんの治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対する予防とケア（支持療法）に関する研究を推進する。

このようにがん研究は、がんの根治をめざ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、「患者・社会と協働するがん研究」を念頭において、推進していく。

(7) 小児がん対策の推進

二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。一方、小児がんの年間患者の数は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程度と推定されており、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）年度は、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、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く。

(8) がん患者の治療と職業生活の両立の推進

二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。長期の治療が必要ながん患者は、仕事と治療の両立や仕事への復帰方法等に悩みを持っており、在職中の就労を維持するための情報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相談及び情報提供機能を強化することとした。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、がん患者の治療と職業生活の調和に関する課題やニーズ及び求められる取組みについて検討し、8月に報告書をとりまとめた。また、2016年（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」としてとりまとめた。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。

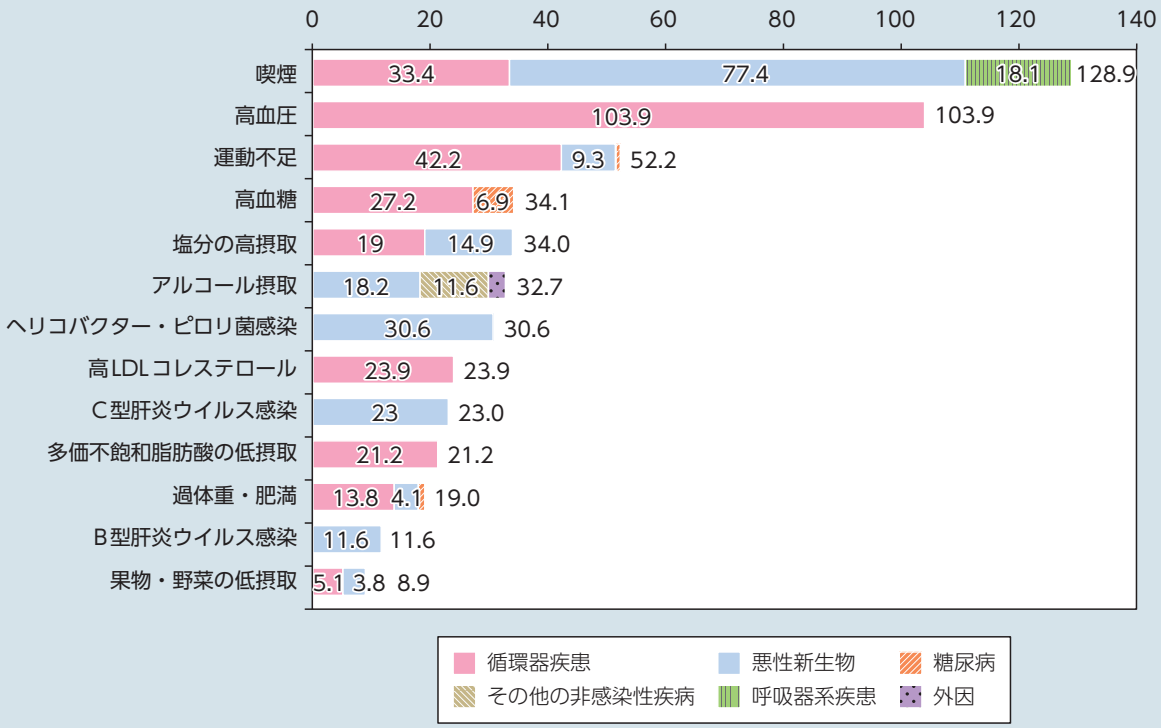
2 国民健康づくり運動の展開

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8-2-1**）。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」の取組み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捉え、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

図表8-2-1　リスク要因別の関連死亡者数（2007年）



(Ikeda N, et al: PLoS Med. 2012; 9(1): e1001160.)

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構築の推進を図ることとしている。

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。

（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、2013（平成25）年4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、2013年から2016（平成28）年までの調査方針や調査テーマを決定している。2014（平成

26）年の国民健康・栄養調査は、重点項目として所得と生活習慣等に関する状況を把握し、2015（平成27）年の国民健康・栄養調査では、社会環境に関する状況を重点項目として実施した。

2014年の調査結果においては、生活習慣等の状況について、所得の低い世帯では、所得の高い世帯と比較して、穀類の摂取量が多く野菜類や肉類の摂取量が少ない、習慣的に喫煙している者の割合が高い、健診の未受診者の割合が高い、歯の本数が20歯未満の者の割合が高いなど、世帯の所得の違いにより差がみられた（**図表8-2-2**）。

また、日本人の長寿を支える「健康な食事」について、国民や社会の理解を深め、取り組みやすい環境の整備が重要であることから、2013年6月から「健康な食事」のあり方に関する検討を重ね、2014年10月に検討会報告書としてとりまとめた。この検討会報告書をふまえ、2015年9月に「健康な食事」の普及に関する通知を自治体及び関係団体宛に発出した。通知では、①健康な食事の普及について、健康な食事の考え方を整理したリーフレットの作成、また、栄養バランスの確保のため、主食・主菜・副菜を組み合わせた食事の推奨をはかるためにシンボルマークを作成し、②生活習慣病予防や健康増進の観点から、事業者等による栄養バランスのとれた食事の提供のための、主食・主菜・副菜ごとの目安について示している。

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、腎臓病等、特定の疾患別に特化した知識・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。さらに、調理師養成施設の指定基準について、調理師養成施設が独自性を活かした教育が実現できるよう、2013年12月26日に調理師法施行規則の一部を改正する厚生労働省令を公布、2015年4月1日より施行した。また、この指定基準の見直しに伴い、調理師試験基準についても改正し、2016年4月1日より施行した。

図表8-2-2 所得と生活習慣等に関する状況（20歳以上）

※世帯の所得額を当該世帯員に当てはめて解析
※★は 600 万円以上の世帯の世帯員と比較して、群間の有意差のあった項目

		世帯所得200万円未満		世帯所得200万円以上～600万円未満		世帯所得600万円以上		200万円未満**	200万円以上～600万円未満**
		人数	割合または平均*	人数	割合または平均*	人数	割合または平均*		
1. 食生活#	穀類摂取量（男性）	423	535.1g	1,623	520.9g	758	494.1g	★	★
	（女性）	620	372.5g	1,776	359.4g	842	352.8g	★	
	野菜摂取量（男性）	423	253.6g	1,623	288.5g	758	322.3g	★	★
	（女性）	620	271.8g	1,776	284.8g	842	313.6g	★	★
	肉類摂取量（男性）	423	101.7g	1,623	111.0g	758	122.0g	★	★
	（女性）	620	74.1g	1,776	78.0g	842	83.9g	★	★
2. 運動	運動習慣のない者の割合（男性）	267	70.9%	973	68.0%	393	68.2%		
	（女性）	417	78.0%	1,146	74.4%	546	74.8%		
	歩数の平均値（男性）	384	6,263	1,537	7,606	743	7,592	★	
	（女性）	570	6,120	1,675	6,447	814	6,662	★	
3. たばこ	現在習慣的に喫煙している者の割合（男性）	499	35.4%	1,853	33.4%	867	29.2%	★	★
	（女性）	705	15.3%	1,996	9.2%	935	5.6%	★	★
4. 飲酒	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合（男性）	502	11.5%	1,853	17.0%	867	15.0%	★	
	（女性）	705	9.7%	1,996	8.8%	936	9.2%		
5. 睡眠	睡眠による休養が充分とれていない者の割合（男性）	502	18.0%	1,855	20.0%	867	18.8%		
	（女性）	705	21.4%	1,997	19.5%	937	18.5%		
6. 健診	未受診者の割合（男性）	501	42.9%	1,854	27.2%	867	16.1%	★	★
	（女性）	703	40.8%	1,998	36.4%	937	30.7%	★	
7. 体型	肥満者の割合（男性）	383	38.8%	1,457	27.7%	659	25.6%	★	
	（女性）	576	26.9%	1,565	20.4%	750	22.3%	★	
8. 歯の本数	20歯未満の者の割合（男性）	500	33.9%	1,844	27.5%	865	20.3%	★	★
	（女性）	702	31.2%	1,991	26.5%	936	25.8%	★	★

*年齢（20-29歳、30-39歳、40-49歳、50-59歳、60-69歳、70歳以上の6区分）と世帯員数（1人、2人、3人以上世帯の3区分）での調整値。割合に関する項目は直接法、平均値に関する項目は共分散分析を用いて算出。
**多変量解析（世帯の所得額を当該世帯員に当てはめて、割合に関する項目はロジスティック回帰分析、平均値に関する項目は共分散分析）を用いて600万円以上を基準とした他の2群との群間比較を実施。
#詳細はp.8の表3を参照
※「運動習慣のない者の割合」とは、「運動習慣のある者（1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続している者）」に該当しない者。
※「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者とし、以下の方法で算出。
①男性：「毎日×2合以上」＋「週5～6日×2合以上」＋「週3～4日×3合以上」＋「週1～2日×5合以上」＋「月1～3日×5合以上」
②女性：「毎日×1合以上」＋「週5～6日×1合以上」＋「週3～4日×1合以上」＋「週1～2日×3合以上」＋「月1～3日×5合以上」
※「睡眠で休養が充分とれていない者」とは、睡眠で休養が「あまりとれていない」又は「まったくとれていない」と回答した者。

（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こ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8-2-3**参照）。

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8-2-3　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予防可能な最大の危険因子である。喫煙や受動喫煙は、虚血性心疾患や脳卒中、肺がんに加え、子どもの喘息重症化や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）年にこの条約を受諾しており、たばこの消費及び受動喫煙が健康、社会、環境及び経済に及ぶ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。

具体的な取組みとしては、毎年5月31日をWHOが定める世界禁煙デーとして、その日から1週間を禁煙週間と定め、厚生労働省主催の、各種イベントを実施している。

また、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」及び2013（平成25）年度に開始した「健康日本21（第二次）」においては、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。

これを踏まえて、成人の喫煙率低下に関して、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。また、受動喫煙防止対策については、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が規定されており、2010（平成22）年2月25日付け厚生労働省健康局長通知「受動喫煙防止対策について」及び、2012年10月29日付け厚生労働省健康局長通知「受動喫煙防止対策の徹底について」により、今後の受動喫煙防止対策の基本的な方向性として、多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべき旨を、各自治体宛てに周知している。

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。

受動喫煙については、受動喫煙による健康影響は科学的に明らかであり、FCTCの締約国としても積極的な受動喫煙防止対策の推進が求められている。また、「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。これを踏まえ、2016（平成28）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、検討を進めている。

さらに、たばこを取り巻く社会環境の変化とともに新たな科学的知見が蓄積されたことから、たばこの現状と健康影響及び対策に関する報告書をとりまとめることを目的とし、2015年から「喫煙の健康影響に関する検討会」を開催している。

(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さまざま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日に閣議決定された。今後は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くこととなる。

(6) 歯・口腔の健康

歯・口腔の健康は、摂食と発音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2011（平成23）年には40.2%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、2015（平成27）年11月には「全国歯科保健大会」を開催し、歯科保健事業の一層の推進を図っている。

2011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。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、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。

3 アレルギー疾患等対策について

アレルギー疾患等対策については、「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」の三つの柱として、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、「喘息死ゼロ作戦」を2006（平成18）年度より実施し、2010（平成22）年度から、アレルギー疾患の新規患者数の減少等を目的とする都道府県向けのリウマチ・アレルギー特別対策事業として事業を拡充し、2012（平成24）年度からは、補助先に政令市、中核市を追加し事業の見直しを行っている。また、「情報提供・相談体制の確保」については、相談員養成研修会の充実の他に、アレルギー相談センターの開設や普及啓発の推進に努めている。さらに、「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を実現するための研究等を行っている。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」が成立し、2015（平成27）年12月に同法が施行されたことを踏まえ、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策定することとしている。

第3節 肝炎対策

1 肝炎対策について

B型・C型ウイルス性肝炎は、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8-3-1**参

照)。

「知って、肝炎プロジェクト」2015の様子

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・肝がん等の重い病気に進行してしまうことが多い。しかしながら、早期に適切な治療を実施すれば、肝炎の治癒あるいは肝がん等への進行を遅らせることが可能である。このため、肝炎ウイルス検査の陽性者を肝臓専門医の受診に結びつけていくことが重要になっている。

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8-3-2**参照)、とりわけ、2008（平成20）年からは、都道府県等が委託した医療機関における無料検査や、インターフェロン治療に対する医療費助成を行うなど、肝炎総合対策を強化している。肝炎医療費助成については、順次、対象医療を拡充し、2015（平成27）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、平成2014（平成26）年度から、肝炎ウイルス陽性者に対してフォローアップ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、肝炎対策基本法に基づき2011（平成23）年5月に策定した肝炎対策基本指針に沿って肝炎対策を推進している。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。

図表8-3-1　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（S43）年	1988（S63）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8-3-2　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） ②核酸アナログ製剤治療への助成開始
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3剤併用療法への助成開始）
H24.7	・第1回日本肝炎デー
H26.4	・初回精密検査費用及び年1回の定期検査費用の助成開始 （定期検査費用助成については、平成27年度より年2回に拡充し、平成28年度より所得制限を緩和）
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）

2 過去の集団予防接種等により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等（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。

これらの経緯等を踏まえ、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が2012（平成24）年1月に施行され、救済が進められている（2015（平成27）年12月末現在和解者数約19,000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[*8]をまとめた。本報告書においては、予防原則の徹底不十分等、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、具体的運用等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等した上で、

・国は、集団予防接種等での注射針・注射筒の連続使用によるB型肝炎感染拡大の被害

＊8　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

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・地方衛生研究所等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、検討組織の充実等に取り組むこと

・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、きめ細かな取り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

等の再発防止策の提言がなされた。

2015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（平成28）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・肝硬変の患者等に対する給付金額を規定する等を内容とする特定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が公布された。

第4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、第1次実施分として、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110疾病に、さらに同年7月1日

に、第1次実施分と合わせて306疾病に拡大した。

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向上に資する知見を収集するといった、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、2015年9月に、難病法第4条に基づく「難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な指針」を定め、この基本方針に基づき、指定難病、難病相談支援センター、医療提供体制等に係る検討を進め、2016（平成28）年度以降においても難病相談支援センターの体制強化等について計画的に取り組むこととしている。

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、医療費助成の対象疾病を514疾病（11疾患群）から704疾病（14疾患群）まで拡大した。

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」を改正法により同年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、児童福祉法第二十一条の五に基づく「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2016（平成28）年3月末までの間に、臓器移植法に基づき369名の方から脳死下での臓器提供が行われている。2015（平成27）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39名の提供者から39件、肺は32名の提供者から38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0件）、肝臓は44名の提供者から48件、腎臓は82名の提供者から157件、膵臓は29名の提供者から29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27件）、小腸は0名の提供者から0件、角膜は857名の提供者から1,367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、2016年3月末現在、心臓485名、肺315名、肝臓362名、腎臓12,872名、膵臓205名、小腸5名、眼球1,967名となっている。

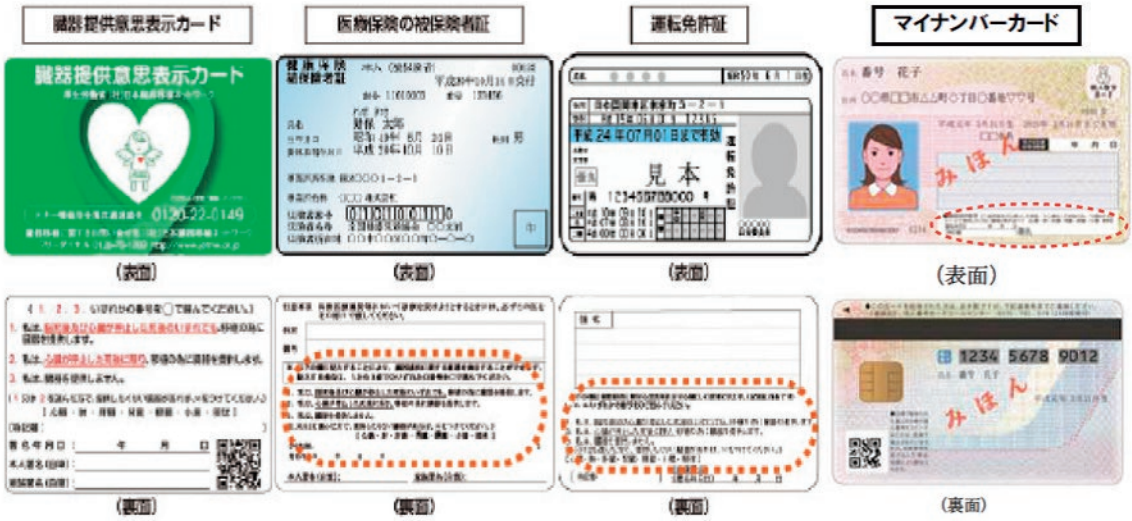
なお、脳死下での臓器提供事例については、厚生労働大臣が有識者を参集して開催する「脳死下での臓器提供事例に係る検証会議」において、臓器提供者に対する救命治療、法的脳死判定等の状況及び公益社団法人日本臓器移植ネットワークによる臓器のあっせん業務の状況などについての検証が行われている。2015年5月には、これまでの事例（200例）について総括が行われ、報告書として取りまとめられた。

(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と言われており、造血幹細胞移植を必要とするすべ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、2016（平成28）年3月末現在458,352人となり、また、臍帯血保存公開数は11,185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2015（平成27）年度末で3,242名となっており、治療成績の向上とあいまって、2015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、2,545件（骨髄移植1,176件、臍帯血移植1,311件、末梢血幹細胞移植[*9]58件）となった。

＊9　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。

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5節　健康危機管理対策の推進

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ところである。

具体的には、省内に「健康危機管理・災害対策室」を設置し、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。

第6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等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等を的確に収集し、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及び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）を2013（平成25）年11月27日に公布、2014（平成26）年11月25日に施行した。

（1）副作用等の報告制度

市販後の副作用情報等については、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。医薬品等の製造販売業者は、副作用等によると疑われる疾病等の発生を知ったときは、厚生労働大臣に報告しなければならず、また、医師、歯科医師、薬剤師等の医薬関係者も、同様に「医薬品・医療機器等安全性情報報告制度」に基づいて厚生労働大臣に報告することとされている。これら医薬品医療機器法に基づく副作用等の報告件数は、2013（平成25）年度においては、医薬品については年間約４万３千件、医療機器については約２万６千件に上っている。その他新薬等特に安全性の検証に慎重を期す必要がある医薬品について、製造販売業者は、市販直後調査等の実施が義務づけられ、定期的な医療機関への訪問等によって適正使用のための情報を提供し、重篤な副作用等の発生を速やかに把握している。

（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、必要に応じて安全対策上の措置を講じている。特に、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）の配布を指示する等により、医療機関等へ迅速に情報提供を行う。また、「医薬品・医療機器等安全性情報」により使用上の注意の改訂等について情報提供している。

（3）医薬品リスク管理計画（RMP）の導入とGVP・GPSP省令

「医薬品リスク管理計画」（Risk Management Plan：RMP）の策定については、2012（平成24）年４月に、指針及び策定様式を通知し、新医薬品及びバイオ後続品については2013（平成25）年４月１日以降に製造販売承認申請する品目又は新たな安全性上の懸念が判明した品目に対して、後発医薬品については2014（平成26）年８月26日以降に製造販売承認申請する品目又は新たな安全性上の懸念が判明した品目に対して適用している。

また、RMPの策定及び実施の確実な履行の確保を図るため、製造販売事業者の許可要件たる「医薬品、医薬部外品、化粧品及び医療機器の製造販売後安全管理の基準」（GVP省令）のもとでRMPを策定するものとし、2013年３月にGVP省令及び「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」（GPSP省令）の改正を行い、2014年10月１日より施行した。

（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。

また、国立成育医療研究センターに設置した「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。

さらに、2006（平成18）年1月からPMDAのホームページ（http://www.pmda.go.jp）において、製薬企業からの副作用報告や特に患者に注意喚起すべき情報のある医薬品について各製薬企業が作成した「患者向医薬品ガイド」を公表し、医療関係者及び患者・家族等への情報提供を行っている。

また、同ホームページに掲載された医薬品等の安全対策情報や、通知等の情報が迅速に入手できるよう自動メール配信サービス「医薬品医療機器情報配信サービス（愛称：PMDAメディナビ）」の提供を行っている（**図表8-6-1**）。

図表8-6-1　医薬品・医療機器の安全情報提供の取組み

医薬品医療機器総合機構（PMDA）においては、医療関係者等や患者・国民に向け積極的に医薬品・医療機器の安全性に関する情報を伝えるサービスを行っているところであり、「第一次提言」を踏まえ、その充実に努めている。

【医療関係者向けのメールによる情報提供】
登録した医療関係者等に直接メールを無料配信して、能動的に医療現場に安全性に係る情報を伝えている。

〈配信内容の例〉
・緊急安全性情報（イエローレター）
　厚生労働省が製薬企業に指示して発出させる、緊急に安全対策上の措置をとる必要がある情報
・医薬品・医療機器等安全性情報
　厚生労働省が発出する医薬品や医療機器の安全性に関する情報を原則月１回とりまとめたもの
・使用上の注意の改訂指示通知（医薬品）
　厚生労働省が製薬企業に指示した、医薬品を使う上での新たな注意事項の情報
・DSU（医薬品安全対策情報）
　医薬品を使用する上での新たな注意事項について、月１回製薬業界が取りまとめたもの
・回収情報クラスⅠ
　医薬品の回収（リコール）のうち、その製品の仕様等が重篤な健康被害又は死亡の原因となりうる情報 等

2 医薬品の販売制度に係る最近の動向

医薬品は、医師等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・薬店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・薬店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[*10]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

インターネットの普及をはじめとした販売方法の多様化に伴い、これらを通じた偽造医薬品の販売事例が見られるようになってきている。偽造医薬品[*11]は、国内で未承認の医薬品成分が含有されているもの、国内で承認されていない量の成分が含有されているもの等、多種多様なものが発見されており、これらを消費者が個人輸入等で購入し、自己判断で服用したことによる健康被害が発生している。このため個人輸入等により入手した医薬品等に関する危険性について国民への啓発や注意喚起を行うとともに、関係省庁及び都道府県と連携しながら監視・指導を行っている。

2013（平成25）年から個人輸入・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、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。さらに、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。

また、2014（平成26）年に、偽造医薬品や指定薬物等に関する情報収集、広報啓発、個人輸入の制度運用の適正化方策について、有識者、医薬品の製造・販売、メディア、行政の関係者が一体となって協働で対策の一層の推進を図ることを目的として、「偽造医薬品・指定薬物対策推進会議」を設置している。さらに、医薬品等インターネット販売監視体制整備事業によるインターネットパトロール事業を開始し、偽造医薬品の疑いがあるものを含め、医薬品の不正なインターネット販売を能動的に監視し、発見した事例について指導を行っている。海外サイトについては、レジストラにドメインの停止を要請する等、インターネットから当該サイトが削除されるよう、関係機関の協力を求めている。

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。

＊10 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
＊11 製剤、その容器又は被包の形状、色彩、図案等が他の医薬品に似せて作られているもの
＊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

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、薬剤師国家試験について、改訂モデル・コアカリキュラムに対応することが求められた。そのため、医道審議会薬剤師分科会薬剤師国家試験制度改善検討部会において、6年制移行後の国家試験の実績も踏まえて、改善が必要な事項について検討が行われ、合格基準の変更等を内容とする報告書が2016（平成28）年2月4日に取りまとめられた。

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、2014（平成26）年度の院外処方箋発行枚数は約7億8千万枚に達し、いわゆる医薬分業率は前年度に比べて1.7ポイント増加し、68.7%（公益社団法人日本薬剤師会「処方せん受取率の推計」(2014年度)）と推計されている。

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（平成27）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

を挙げ、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（平成37）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、2014年度、2015年度には、47都道府県において、薬局・薬剤師を活用した健康情報拠点推進のモデル事業を実施した。その結果を踏まえ、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的機能を備えた上で、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基準や住民に公表する仕組み等についての検討会を2015年6月から9月にかけて開催し、2015年9月24日に報告書を公表した。

この報告書を踏まえ、2016年2月12日に健康サポート薬局の基準等に係る省令・告示を公布し、2016年4月1日に健康サポート薬局の公表制度が施行された。

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、新しく製造・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・輸入等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、国による安全性点検を順次実施してきたほか、経済協力開発機構（OECD）における国際的な取組みや、産業界と連携して推進する「官民連携既存化学物質安全性情報収集・発信プログラム」（通称「Japanチャレンジプログラム」）において安全性情報の収集・公表を行ってきた。

また、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、厚生労働省においては、経済産業省及び環境省と共同で化審法の見直しを行い、改正法が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。改正法に伴い、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（2016（平成28）年1月現在、177物質を指定）。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。

＊13 おくすりe情報　http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/okusuri/index.html

(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（2016（平成28）年1月現在、20物質群を指定）。なお、化学物質安全対策部会における審議に基づく答申を踏まえ、化学的変化により容易に特定芳香族アミンを生成するアゾ化合物（アゾ染料）に係る規制基準が、2016年4月1日から新たに施行された。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、2016（平成28）年1月末現在、同法に基づき123項目を毒物に指定し、382項目を劇物に指定している。

第7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[*14]は、2015（平成27）年には13,887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薬物事犯で最も多い11,200人であり、検挙人数は前年に比べてやや増加した。大麻事犯は2,167人であり、2010（平成22）年以来5年ぶりに2千人を突破し、落ち着きを見せる危険ドラッグから大麻への回帰が見られる。特に「小6大麻問題」に代表される若年層による大麻の濫用が増大していることが、大麻事犯の増加の原因の一つである。

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」[*15]に基づき、政府を挙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等から、覚醒剤の国内への安定した供給が窺われる。2016（平成28）年2月には海上で取引された約100kgの覚醒剤が押収されるという、組織的大規模密輸事件が摘発された。この事件のように、我が国で濫用される薬物のほとんどが外国から密輸入されたものであることから、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、税関等の関係機関と緊密な連携の下、薬物密売組織の壊滅を視野に入れた取締りを行っている。

さらに、2015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

＊14 本節の検挙人員は、厚生労働省、警察庁、海上保安庁調べ（内閣府集計）による。
＊15 第四次薬物乱用防止五か年戦略
http://www8.cao.go.jp/souki/drug/know.html

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。

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」等の国民的運動を展開するとともに、薬物の有害性・違法性[*16]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。

薬物の再乱用を防止するための取組み[*17]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」[*18]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[*19]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。2015（平成27）年5月には基本骨格を同一とする827物質について包括指定を行い、2015年度は874物質を新たに指定した。その結果、2016（平成28）年3月末現在、2,340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

＊16 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
＊17 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
＊18 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。
＊19 指定薬物
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html

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2015年12月までの間で、販売サイト299サイトに削除要請を実施し、234サイトを閉鎖又は販売停止させた。

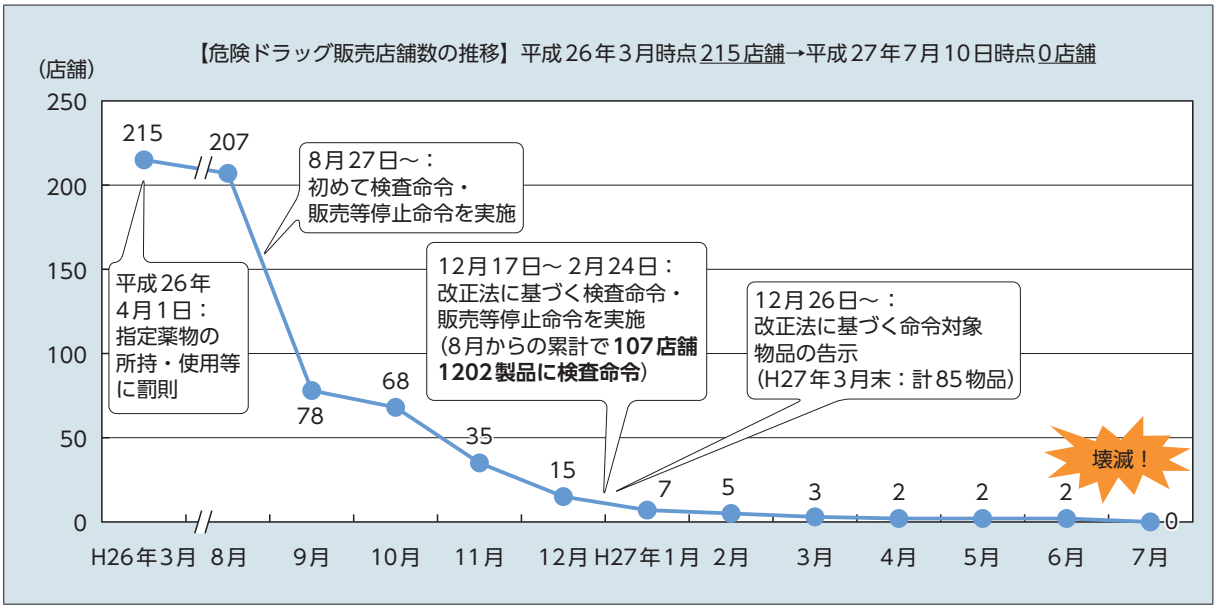
また、この医薬品医療機器法の改正に伴い、財務省と厚生労働省の間で輸入される危険ドラッグ情報を共有し、指定薬物の疑いがある物品については検査命令を行うなど、危険ドラッグについても水際対策を進めた。

2015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1,276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1,040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等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、濫用は沈静化の傾向を見せているが、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8-7-1　危険ドラッグ販売店舗等の取締状況



第8節　血液製剤対策の推進

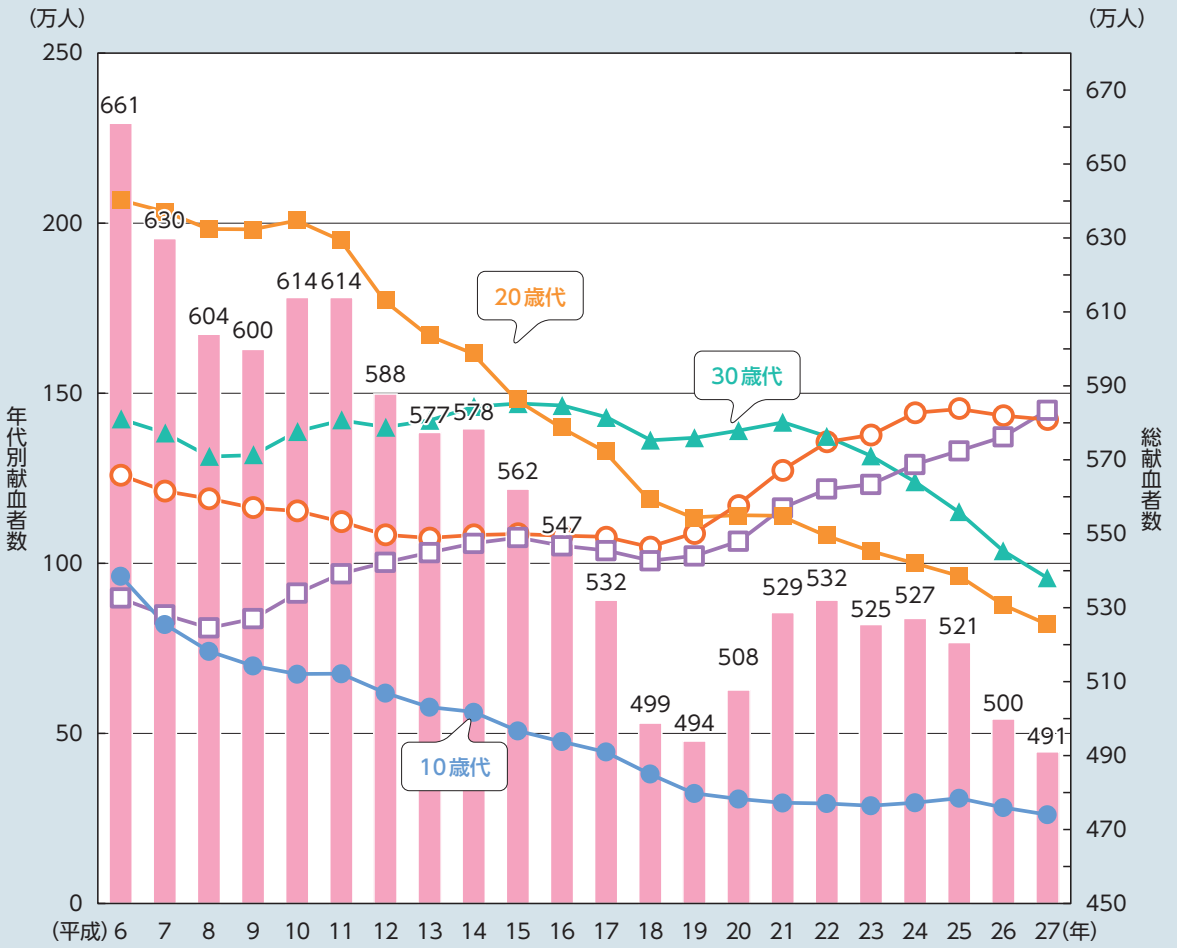
1 献血の推進について

2015（平成27）年の延献血者数は約491万人（対前年比約9万人、1.8%減）で、約194万Lの献血量を確保したところである。年代別の献血者数を見ると、前年と比較して10歳代から40歳代で減少している。

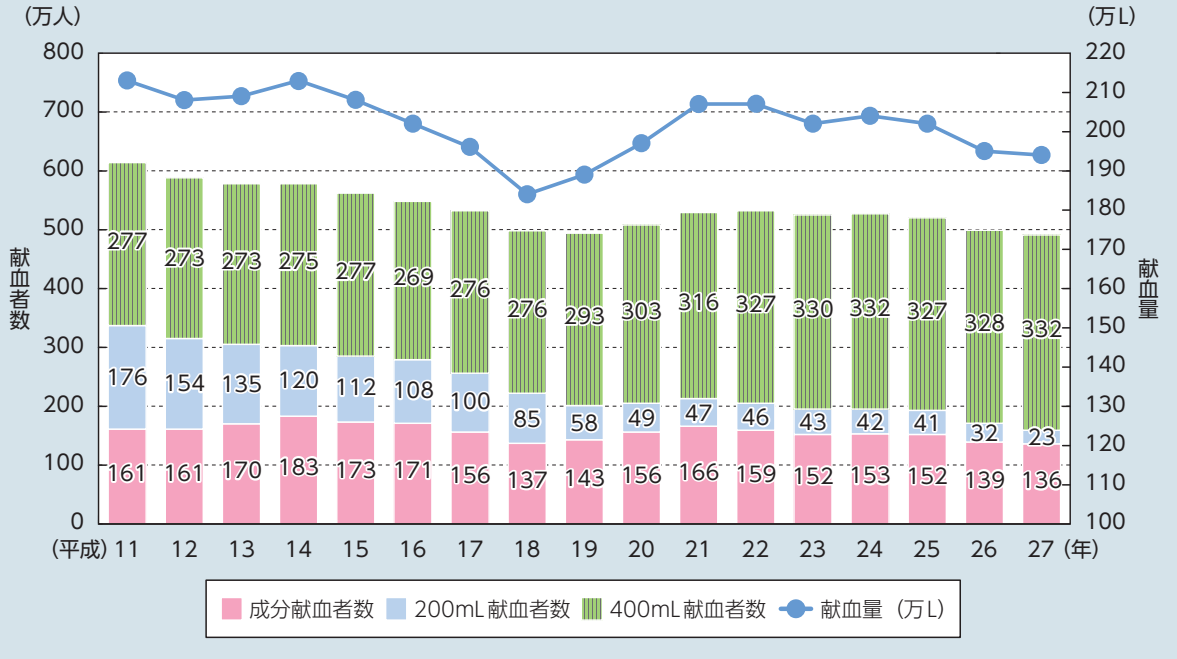
厚生労働省では、今後、少子高齢化が進み、献血が可能な人口が減少するとともに、血液需要が増加することから、血液の安定供給を行える体制を確保するため、2014（平成26）年度までの達成目標「献血推進2014」を策定し、特に若年層を対象とした「はたちの献血」キャンペーンの実施、高校生への普及啓発のための副読本の配布などの広報活動を行ってきた。その後、2015年度からの新たな中期目標として、2014年12月に、「献血推進2020」を策定し、①若年層（10歳代から30歳代）の献血者数の増加、②企業等による安定的な集団献血の確保、③複数回献血の増加、④献血の周知度の上昇を目標に掲げ、引き続き、献血推進の取組みを強化することとしている。

なお、2011（平成23）年4月1日から施行された採血基準により、これまで18歳以上であった400ミリリットル献血について、男性に限り17歳から実施可能になっている。

図表8-8-1 献血者数の推移



図表8-8-2 血液確保量及び採血種類別採血人数



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。

また、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ついて、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については、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等を踏まえ、問診等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等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、献血時の問診等の強化、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等、献血血液の安全対策を講じたところである。

図表8-8-3　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、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9節　医薬品・医療機器による健康被害への対応

1　C型肝炎訴訟への対応

(1)「C型肝炎救済特別措置法」に基づく感染被害者の救済

「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、フィブリノゲン製剤等の特定製剤を投与されてC型肝炎に感染した患者に対し、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（2016（平成28）年3月末日現在、2,175名の方と和解等が成立している。）。

厚生労働省としては、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、肝炎ウイルス検査の呼びかけを行うとともに、同法の内容の周知を図っている。また、感染被害者の方々が給付金の請求をしやすくなるよう、給付金の請求に関する仕組みや手続について、「給付金支給等に関するQ＆A」（2014（平成26）年9月改訂）を作成し、厚生労働省のホームページ等で周知するとともに、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）のフリーダイヤルでも相談を受け付けているところである。

なお、2012（平成24）年9月にC型肝炎特別措置法が改正され、給付金の請求期限の5年間延長（2018（平成30）年1月15日まで）、症状が進行した場合に支給される追加給付金の対象者の見直しが行われた。

(2) 薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会

C型肝炎救済特別措置法の成立を受け、2008（平成20）年1月に薬害肝炎全国原告団及び弁護団と厚生労働大臣との間で合意された「基本合意書」等を踏まえ、厚生労働省

は、2008年5月、「薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会」（以下「検証・検討委員会」）を開催した。

検証・検討委員会では、市販後安全対策の強化や薬害肝炎事件の検証等について議論を行い、2010（平成22）年4月に「最終提言」を行った。

この最終提言を受けて、2011（平成23）年3月、厚生科学審議会に医薬品等制度改正検討部会を設置し、①薬害再発防止の観点から安全対策への対応とともに、②医療上必要性の高い医薬品・医療機器等を迅速に提供できるための方策について議論を行い、2012（平成24）年1月に報告書である「薬事法等制度改正についてのとりまとめ」を取りまとめた。

これらを踏まえ、医薬品等による健康被害の発生及び拡大防止の観点から、薬事法の目的規定の見直しや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」が2014（平成26）年11月に施行された。

(3) フィブリノゲン資料問題

2002（平成14）年、三菱ウェルファーマ社（当時）から報告命令を受けて提出されたフィブリノゲン製剤投与に関連する418名の症例一覧表を含む資料はマスキング（個人情報等の箇所を黒くぬりつぶすこと）をして公表されているが、厚生労働省の地下倉庫にマスキングのされていない患者2名の実名の入った資料が2007（平成19）年に確認された。

これを受けて行われた「フィブリノゲン資料問題及びその背景に関する調査プロジェクトチーム」を踏まえ、厚生労働省では省内の文書管理の適正化に向けた取組みを進めるとともに、フィブリノゲン製剤、血液凝固因子製剤の納入先医療機関名の公表等を行い、一日も早く肝炎の検査・治療を受けていただくための対策に、全力を挙げて取り組んでいる。

2 HIV問題及びクロイツフェルトヤコブ病（CJD）問題

(1) HIV問題及びCJD問題における訴訟の和解成立と確認書の締結等

血液製剤によりHIVに感染し、被害を被ったことに関する国、製薬企業等を被告とする損害賠償請求訴訟は、1996（平成8）年3月29日和解が成立した。また、ヒト乾燥硬膜「ライオデュラ」を介してCJDに感染し被害を被ったことに関する国、製薬企業等を被告とする損害賠償請求訴訟は、2002（平成14）年3月25日和解が成立した。

(2) 各種恒久対策の推進

厚生労働省では、HIV及びCJD訴訟の和解を踏まえ、恒久対策として、以下のような方策を講じている。

1 医療体制の整備

地域におけるエイズ医療水準の向上と地域格差の是正を図るため、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するとともに、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が連携して適切な医療の確保に努めている。また、CJD患者等の安定した療養生活を確保するため、都道府県に配置した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患者を診察した医師への技術的サポート体制を整備している。

2 患者及び遺族等への支援

血液製剤によるHIV感染により子や配偶者等を亡くした遺族等の精神的な苦痛の緩和を図るため、遺族等相談会の開催等を実施しているほか、2010（平成22）年度から、国立国際医療研究センター及び独立行政法人国立病院機構大阪医療センターに遺族が必要な医療を円滑に受けられるための相談窓口を設置するとともに、2012（平成24）年度からは遺族に対する健康診断を開始した。2016（平成28）年3月には、HIV訴訟の和解から20年を迎えるに当たり、HIV感染被害者が、医療，福祉、介護等各種公的サービスを必要に応じて適切に利用できるよう、和解に基づく恒久的被害者対策や主な公的サービス等を取りまとめた「血友病薬害被害者手帳」を作成し、配布している。さらに、HIV感染症等に対する偏見差別の撤廃に取り組んでいる。

また、CJD患者及びその家族・遺族の福祉の向上を図るため、CJD患者の遺族等が行う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。

3 弔意事業

鎮魂・慰霊の措置として、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た（1999（平成11）年8月）。

3 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社会的責任に基づく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、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13,927名（2015（平成27）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。これまでも、請求期限の延長など、利用者の便宜向上に資する取組みが行われているが、さらに、必要な時に制度が適切に活用されるよう、特に医師、薬剤師等の医療関係者を中心に、より効果的に周知するための取組みを行っている。

4 薬害を学ぶための教材

若年層が医薬品に関する基本的知識を習得し、これまで発生した薬害を学ぶことにより、医薬品に関する理解を深めること等を目的として、厚生労働省は、2010（平成22）年7月から「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。同検討会における議論に基づき、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。ま

た、2016（平成28）年1月から、「薬害を学ぼう」視聴覚教材と教員用の「指導の手引き」を作成し、厚生労働省ホームページで公開している。

第10節　食の安全・安心の確保

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として、食品の安全についての国民の関心は、非常に高まっている。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。

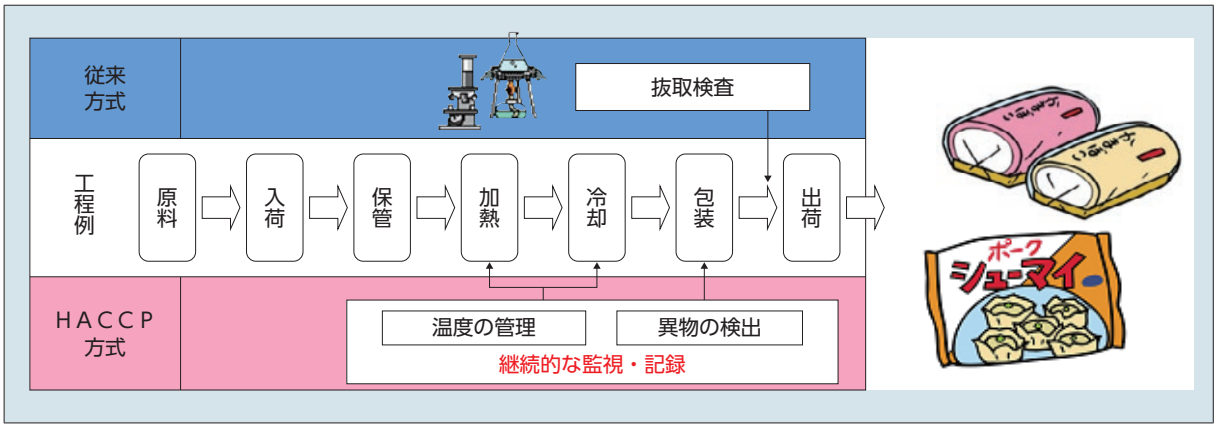
このため、厚生労働省は、食品などの規格基準の策定やそれに基づく監視指導の業務などを担うリスク管理機関として、関係省庁及び地方公共団体とも連携しつつ、食品の安全の確保を行っている。

2　最近の食品安全行政の主な動き

(1) HACCPの普及推進

HACCP（Hazard Analysis and Critical Control Point）とは、食品の製造等の各工程ごとに微生物による汚染や異物の混入などの危害の発生要因を分析し、危害の防止につながる特に重要な工程を継続的に監視・記録することにより、製品の安全性を確保する衛生管理手法である（図表8-10-1）。

図表8-10-1　HACCP方式と従来方式との違い



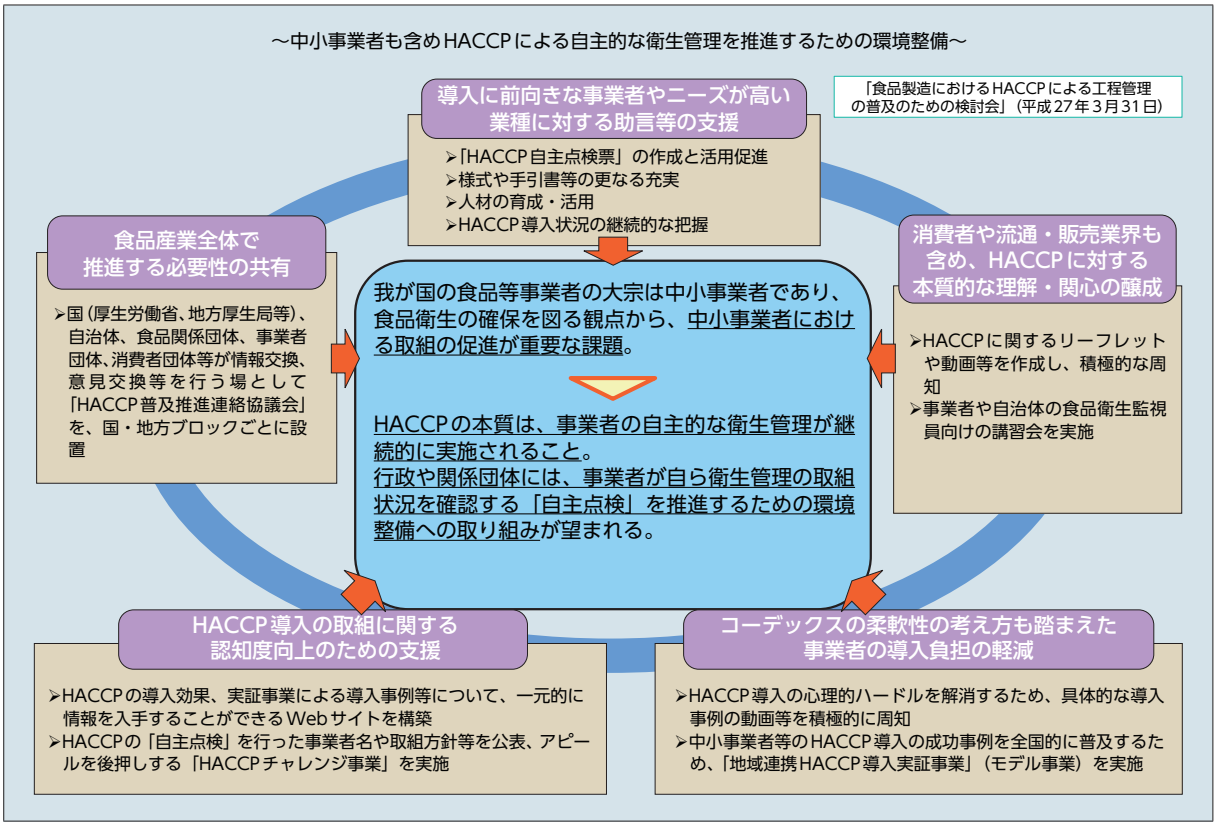
HACCPによる食品の衛生管理は、1993（平成5）年、国際連合食糧農業機関（Food and Agriculture Organization：FAO）及び世界保健機関（World Health Organization：WHO）合同の国際政府間組織である食品規格（コーデックス）委員会が策定した国際基準である。

HACCPは、国際標準として世界的に普及しており、食中毒の発生防止、食品衛生法（昭和22年法律第233号）違反食品の製造などの防止や農林水産物・食品の輸出促進を一層進める観点から、HACCPによる工程管理の普及を加速させる必要がある。

このため、厚生労働省では、2015（平成27）年3月に「食品製造におけるHACCPによる工程管理の普及のための検討会」において取りまとめられた「我が国におけるHACCPの更なる普及方策について」（提言）を踏まえ、中小事業者を含め事業者が自ら衛生管理の取組状況を確認する自主点検を推進するための環境整備を進めるため、関係機関・団体などの連携のもと、更なるHACCPの普及方策を推進している。具体的には、①行政、事業者等の関係者がHACCPに関する情報交換、意見交換等を行う「HACCP普及推進連絡協議会」、②HACCPに自ら積極的に策定、実行している事業者をウェブサイトで公開することにより応援する「HACCPチャレンジ事業」、③食品事業者のHACCP導入の取組みを自治体を通じて支援する「地域連携HACCP導入実証事業」などを実施している。

また、HACCPの制度化による我が国の食品衛生管理の国際標準化を進めるための枠組み等を検討するため、新たに「食品衛生管理の国際標準化に関する検討会」を2016（平成28）年3月に立ち上げたところであり、こうした取組みを通じてHACCPの円滑な導入を推進することとしている。（**図表8-10-2**、**8-10-3**）

図表8-10-2　我が国におけるＨＡＣＣＰの更なる普及方策について（提言）【概要】

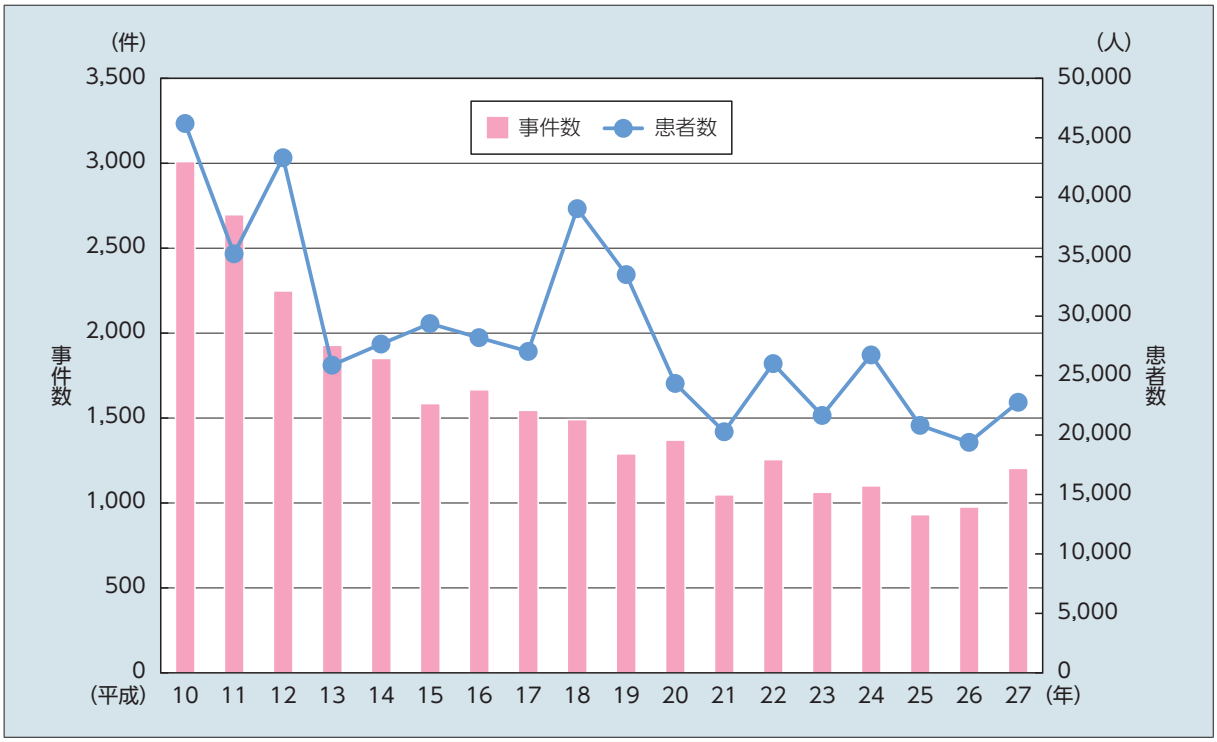


図表8-10-3　ＨＡＣＣＰチャレンジ事業

(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8-10-4**）。食中毒による死者数は、2012（平成24）年は11人、2013（平成25）年は1人、2014（平成26）年は2人、2015（平成27）年は6人となっている。

図表8-10-4　食中毒事件数及び患者数



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／コリなどによる事件数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してもらえるよう、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、子どもを含むすべ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、すべて公表している。

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。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を理解されるよう、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、牛の肝臓の他の内臓、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より、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、2016（平成28）年4月1日現在、365品目となっている（**図表8-10-5**）。

図表8-10-5　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	449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28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、①国連食糧農業機関（Food and Agriculture Organization：FAO）／世界保健機関（World Health Organization：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。2016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基準を設定した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年3月末現在、残留基準が設定されている農薬などの数は、本制度の施行後に残留基準が設定されたものを含め、788品目となっている。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）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（ARfD）も考慮した基準値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順次見直しを行っている。

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 器具・容器包装及びおもちゃの対策

食品用の器具・容器包装についても、飲食に起因する衛生上の危害を防止する観点から、食品衛生法に基づく規格基準の設定を行っている。食品用の器具・容器包装に使用されるフタル酸エステル及びビスフェノールAについては、食品安全委員会に食品健康影響評価を依頼しているところであり、今後その評価結果を踏まえ、必要な措置を講ずることとしている。

また、合成樹脂製の器具・容器包装について、我が国の規制は、ポジティブリスト制度を導入して使用可能な化学物質を管理している欧米の規制とは異なることから、「食品用器具・容器包装の規制のあり方に係る検討会」を立ち上げ、国際整合や業界の取組みを踏まえた規制のあり方について検討を行い、2015（平成27）年6月に、現状において実施可能な点について「中間取りまとめ」を行った。これを踏まえ、製造管理や情報伝達に関する自主管理ガイドラインの作成等の施策を進めつつ、将来の規制のあり方について検討を進めることとしている。

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。）について、食品衛生法に基づく規格基準を設定している。指定おもちゃに使用されるフタル酸エステル類について、国際的な整合性も踏まえ、2010年9月に規制対象となる種類を拡大した。

(2) 監視・検査体制の整備

1 計画に基づく監視指導

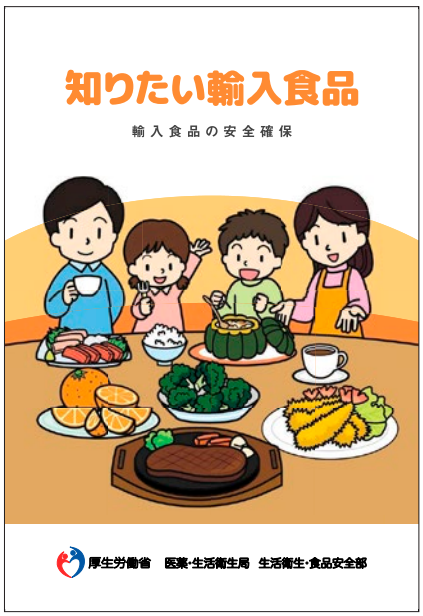
食品の安全性を確保するためには、厚生労働省や地方公共団体など関係行政機関が連携して、食品衛生法に基づく監視指導を実施することが重要である。これを重点的・効率的かつ効果的なものとするため、「食品衛生に関する監視指導の実施に関する指針」（平成15年厚生労働省告示第301号）を定め、輸入時については厚生労働省が、国内流通時については都道府県等が地域の実情に応じて、毎年度、監視指導計画を策定・公表の上、実施している。

2016（平成28）年1月に発生した、廃棄食品の不正流通事案を受け、環境省において「廃棄物の処理及び清掃に関する法律」（昭和45年法律第137号）に基づく再発防止策を進めている。本事案では、食品衛生法に基づく営業許可を受けた食品等事業者が産業廃棄物処理業者からの廃棄食品の転売先となっていたことを踏まえ、厚生労働省においても都道府県等に対し、食品等事業者の状況を十分に把握するとともに、監視指導計画に基づく立入検査を適切に実施するよう要請した。

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、重点的、効率的かつ効果的な監視指導の実施に取り組んでいる。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8-10-6）。

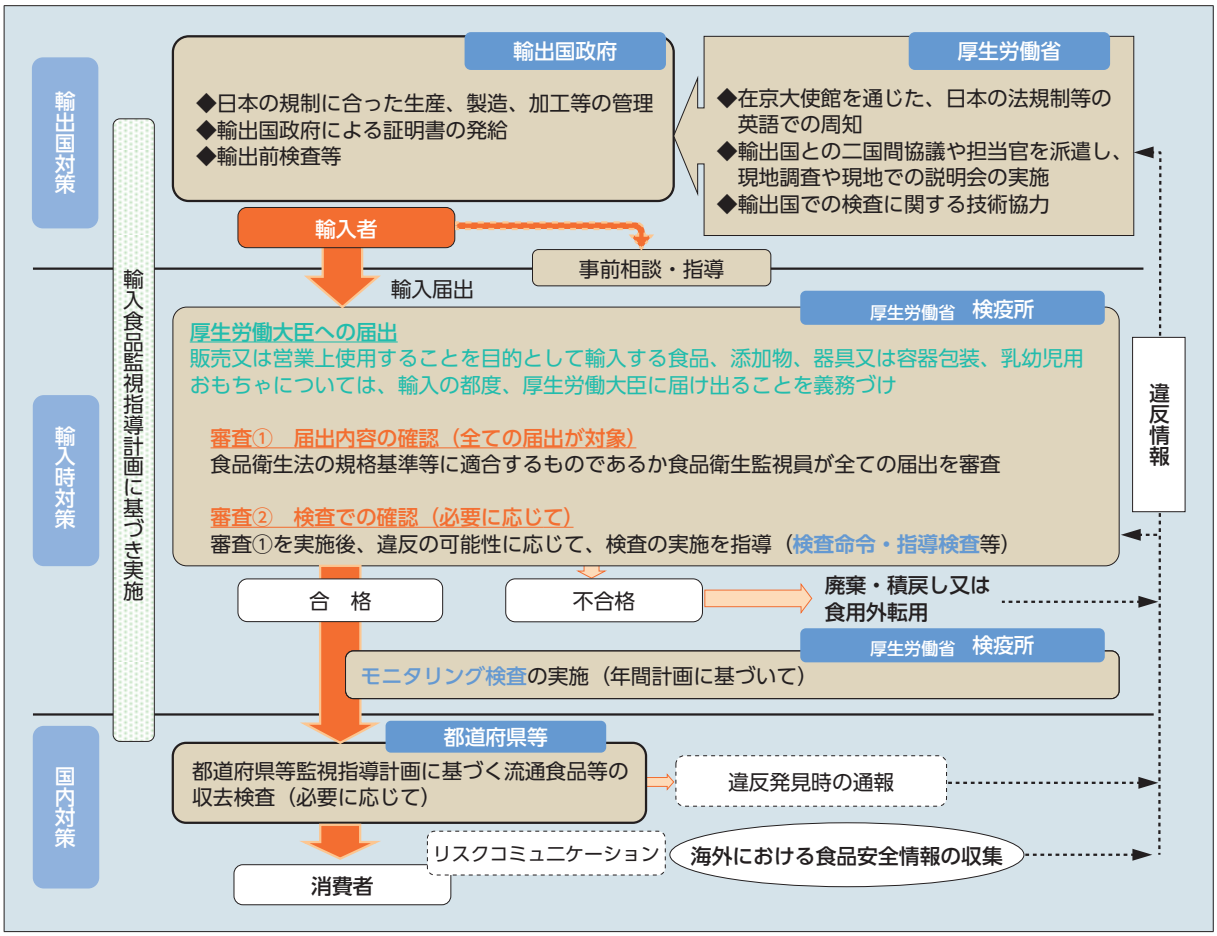
輸出国での安全対策として、輸入食品について違反が確認された場合は、輸出国政府などに対して原因の究明及び再発防止対策の確立を要請するとともに、二国間協議を通じて生産などの段階での安全管理の実施、監視体制の強化、輸出前検査の実施などの推進を図っている。また、必要に応じ担当官を派遣し、輸出国の安全対策の調査などを実施しており、2015（平成27）年度は、中国及びカナダの現地日本大使館へ引き続き「食の安全担当官」を配置するとともに、ベトナムやパラグアイなどには担当官を派遣し食品安全に関する情報収集などを行った。引き続き、二国間協議及び現地調査を通じて輸出国段階の安全対策を検証するほか、計画的に主要な輸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、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おり、モニタリング検査の違反の状況を踏まえ、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。また、検疫所の食品衛生監視員の増員や検査機器の整備など、輸入食品の安全性確保体制の強化を図っている。2014（平成26）年度には、約222万件の輸入届出に対して53,065件のモニタリング検査、58,727件の検査命令及び92,441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877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。

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8-10-6　輸入食品の監視体制の概要



3 輸出食品の安全性確保

「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、食品の輸出促進が政府全体の施策として掲げられており、我が国の農林水産物・食品の輸出のための体制整備が求められている。また、和食がユネスコ無形文化遺産に登録され、世界的な日本食ブームや日本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。厚生労働省においては、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

められる場合には、農林水産省と連携しつつ、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きを取り決め、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きを行っている。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。

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、厚生労働省においても、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とから、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る。また、「栄養機能食品」、「特定保健用食品」に加え、2015年度から、消費者庁において食品表示法（平成25年法律第70号）に基づき企業などの責任で科学的根拠に基づく機能性の表示が可能となる「機能性表示食品制度」が施行された。

こうした中、製造段階における具体的な方策として、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、健康被害情報の収集・処理体制の強化として、「健康食品・無承認無許可医薬品健康被害防止対応要領」に基づき健康被害情報を引き続き収集し、監視指導を行っている。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安全性評価を受け、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、2016年2月末現在、とうもろこし、大豆などの食品8種類（303品目）、食品添加物21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、2016年2月末現在、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 BSE対策の見直し

2001年10月の国内での対策開始から10年以上が経過し、国内外の牛海綿状脳症（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諮問し、2012（平成24）年10月及び2013（平成25）年5月に答申が出された。

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（BSE検査対象月齢を20か月齢超から30か月齢超へ引き上げ、特定危険部位（SRM）の範囲を改正。）及び輸入措置（月齢条件として米国、カナダ、フランス及びオランダについて30か月齢以下等。SRMは国内と同様）の見直しを行った。

また、厚生労働省では、2013年5月の評価結果を踏まえ、2013年7月にBSE検査対象月齢を48か月齢超へ引き上げ、これまで都道府県等が自主的に行ってきた全頭検査を見直した。

現在のリスク管理措置の根拠の一つである2013年5月の評価結果では、2009～2015年には摘発頭数はゼロとなり、以降、日本のBSE発生が極めて低くなる旨及び当面の間の検証後に発生状況に関するデータを踏まえて検査対象月齢の引き上げの検討が適当である旨記述されている。実際にBSE感染牛は発見されておらず、国内のBSEリスクは2011年の諮問時及び2013年の答申時に比較してさらに低下していると考えられることから、2015年12月に、食品安全委員会に対して、BSE検査対象月齢（健康牛の検査を廃止した場合）及びSRMの範囲（30か月齢超の頭部（舌、頬肉、皮及び扁桃を除く。）及び脊髄とした場合）のリスク評価を依頼した。

なお、我が国は2013年5月に、国際獣疫事務局（OIE）から最上位の「無視できるBSEリスク」の国に認定され、我が国のBSE対策は世界的にも評価されている。

牛肉の輸入措置に関しては、食品安全委員会のリスク評価結果を踏まえ、2013年12月にアイルランド、2014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からの輸入を再開した。また、輸入条件を満たす米国産牛肉の牛肉由来加工品は2015年1月に、製造基準などを満たすBSE発生国の牛由来ゼラチンなどは同年3月に輸入を再開した。今後とも、定期的な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、BSE対策の全般の見直しについて消費者などに対する適切な情報の提供を図っていく。

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。

厚生労働省においては、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。2015（平成27）年度には、食品中の放射性物質対策、食中毒予防、農薬の残留基準の考え方、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（子どもを対象とした施設見学などを含む。）を開催した。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。2016（平成28）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（現在なし）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、厚生労働省の他、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11節　水道の安全・強靱・持続の確保

1 新水道ビジョン

人口減少社会の到来、東日本大震災による水道施設の大規模な被災の経験など、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た。新水道ビジョンでは、「地域とともに、信頼を未来につなぐ日本の水道」を基本理念に、「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。このため、厚生労働省では、水道関係機関と密接に連携するための枠組みとして「新水道ビジョン推進協議会」を開催し、各種施策の推進状況の確認と今後の取組みの方向性等について検討を行っている。また、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するため、「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 水道事業基盤の強化に向けた取組み

厚生労働省では、水道を取り巻く厳しい環境に対応し、水道事業の運営基盤の強化を図るため、広域化や官民連携などの多様な形態の連携、水道施設の更新計画の策定を推進している。

更新需要と財政収支を踏まえた更新計画の策定を支援するため、2009（平成21）年7月に「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」及び支援ソフトを策定した。また、2013（平成25）年6月には小規模水道事業者でも容易にアセットマネジメントの実施が可能となるよう支援ソフトの改良を行い、各水道事業者に送付した。

官民連携の支援としては、2010（平成22）年度より、厚生労働省と経済産業省が連携し、人口減少社会に対応して、水道事業者等と民間事業者双方の強みを活用できるよう、官民のマッチングの促進を目的とした「水道分野における官民連携推進協議会」を全国各地[*20]で実施している。

さらに、厚生労働省では、2015（平成27）年9月以降6回にわたり水道事業基盤強化方策検討会を開催して、2016（平成28）年1月に都道府県を推進役として広域連携を推進することなどを内容とする「水道事業の基盤強化方策に盛り込むべき事項」をとりまとめ、同年2月、厚生科学審議会生活環境水道部会に報告した。今後は、同部会の下に設置された水道事業の維持・向上に関する専門委員会において、制度改正も視野に入れ、広域連携などの推進による新たな基盤強化方策の実現に向けた議論を深めていく。

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、最新の科学的知見を踏まえて逐次水質基準の見直しを行っており、2015（平成27）年4月にジクロロ酢酸及びトリク

＊20 2010（平成22）年度：仙台市、さいたま市、名古屋市
2011（平成23）年度：広島市、福岡市、さいたま市
2012（平成24）年度：札幌市、郡山市、仙台市、盛岡市、大阪市
2013（平成25）年度：札幌市、東京都、大津市、高松市
2014（平成26）年度：東京都、新潟市、仙台市、福岡市
2015（平成27）年度：富山市、東京都、大阪市、広島市

ロロ酢酸の基準値を強化した。また、新たに浄水処理対応困難物質を設定し、当該物質の取扱事業者等に注意を促す等、良質な水道原水を確保するための取組みについて推進している。

水質検査の信頼性を確保するための取組みとしては、水道事業者等や、水道事業者等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や精度管理のための研修会を実施している。また、クリプトスポリジウム等の耐塩素性病原生物について、対策指針に基づいた水道施設整備、モニタリング等の対策の徹底を図っている。さらに、貯水槽水道について管理水準の向上に向けた取組みを推進している。

4 危機管理への取組み

2015（平成27）年度には、同年9月の関東・東北豪雨による茨城県常総市等での断水や、2016（平成28）年1月下旬の記録的な寒波による九州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、東海地震や東南海・南海地震など、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福島第一原発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。今後、高台移転などの新たなまちづくりとともに水道の復興が今後本格化するなかで、被災3県を訪問する現地調査部会を実施し、被災事業体のニーズの把握や意見交換、国庫補助の申請手続きに係る助言を行うことにより復興予算の迅速な執行に努めている。また、現地調査部会で明らかとなった課題の解決に向け、被災3県、水道関係団体及び有識者からなる「東日本大震災水道復興支援連絡協議会」を開催し、支援策について意見交換を行うことにより関係者間の連携を図り、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（公社）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12節　生活衛生関係営業の活性化や振興など

1　生活衛生関係営業の振興等

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]。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、ソーシャルキャピタル[*22]である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「買い物弱者」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、買い物弱者対策のほか、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。

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。

また、近年の訪日外国人旅行者の急増による宿泊施設の供給対策として、2014（平成26）年4月に国家戦略特別区域において、旅館業法（昭和23年法律第138号）の適用を除外した外国人滞在施設経営事業の制度を創設し、2016（平成28）年1月には東京都大田区において、同年4月には大阪府において、事業が開始されている。

さらに、ここ数年我が国においても、インターネットを通じたマッチングビジネスの展開により、自宅の一部や別荘、マンションの空き室などを活用して宿泊サービスを提供するいわゆる「民泊サービス」が急速に普及している。こうした「民泊サービス」は、観光立国の推進の観点や、地域の人口減少等により急増している空き家の有効活用といった地域活性化の観点から活用を図ることが求められているが、感染症のまん延防止やテロ対策などの安全性の確保、地域住民等とのトラブル防止に留意した早急なルールづくりが必要である。また、「民泊サービス」を反復継続して有償で行う場合には、「旅館業法」の許可が必要であるが、許可を得ない違法な「民泊サービス」が広がっており、対応が必要となっている。

このため、厚生労働省及び観光庁では、2015（平成27）年11月に、「「民泊サービス」のあり方に関する検討会」を立ち上げ、2016年3月に「中間整理」を公表した。これを

＊21　総務省・経済産業省「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。
＊22　ソーシャルキャピタルとは、人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴をいう。

受け、当面、旅館業法施行令（昭和32年政令152号）で定められている簡易宿所の客室面積基準を緩和することにより、営業許可の取得を促進している。また、同年6月に同検討会の最終報告書が取りまとめられ、厚生労働省では同報告書を踏まえ、関係省庁と連携して、必要な法整備等に向けた取組みを進めているところである。

図表8-12-1　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 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[*23]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13節　原爆被爆者の援護

被爆者援護法[*24]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

＊23　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。
＊24　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律

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もに、積極認定範囲が拡大された。2016（平成28）年3月末までに約14,000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。なお、在外被爆者が国外で受けた医療費については、2004（平成16）年度から予算事業として支給してきたが、2015（平成27）年9月8日の最高裁判決を踏まえ、2016年1月1日から、被爆者援護法を適用しての支給を行うこととした。

第14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3月31日の再オープン以来、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4月30日にオープンした。

国立ハンセン病資料館

重監房資料館

第15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8-15-1**）。

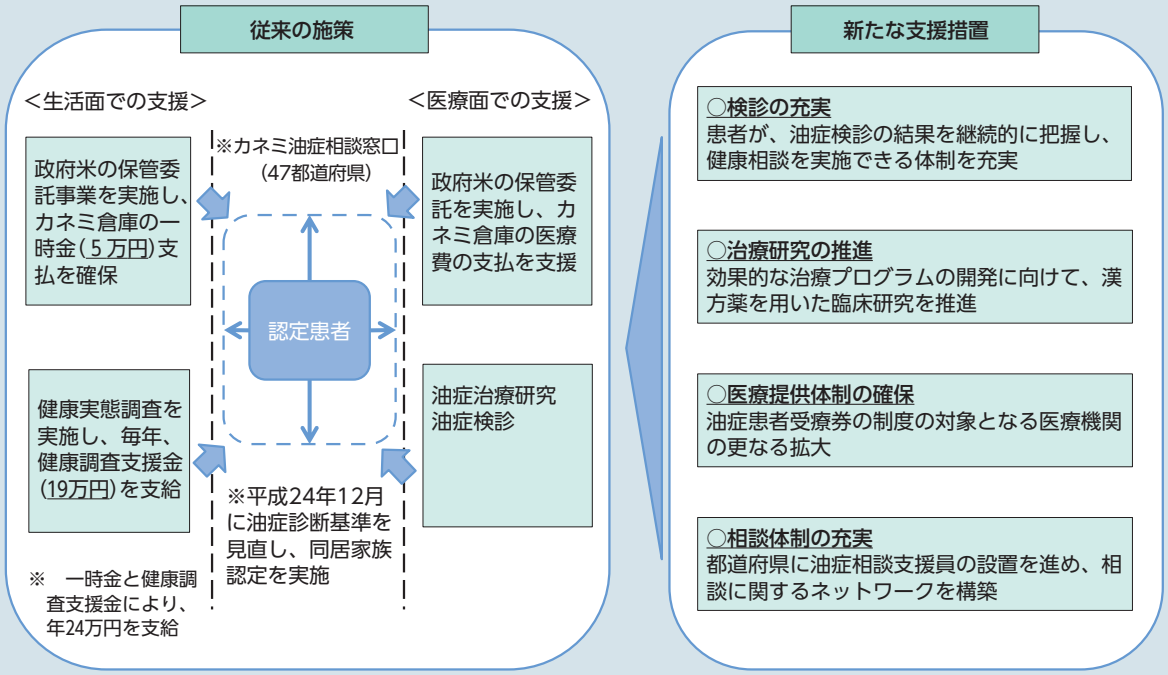
同法律やカネミ油症患者に関する施策の推進に関する基本的な指針（平成24年厚生労働省・農林水産省告示第２号）に基づき、2012年12月に油症診断基準が改定され、新たな基準に基づき、297名（2016（平成28）年３月31日現在）が認定された。また、2013（平成25）年度からカネミ油症患者に対する健康実態調査を実施し、毎年度調査に協力いただいた方々に健康調査支援金（19万円）を支給している。

2015（平成27）年６月20日に第５回、同年10月24日に第６回、2016年１月16日に第７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。

また、同年９月に法施行後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年４月１日に同指針の一部改正を行った。

図表8-15-1 カネミ油症患者に対する総合的な支援策の体系

カネミ油症患者に対する施策については、「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」に基づき、総合的な支援措置を実施している。同法附則の検討規定を踏まえ、今回の基本指針の改正により、次のような支援措置を実施



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。

(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）が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。

(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若しく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、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、2016（平成28）年3月時点で9割以上の利用者についてサービス等利用計画が作成されている。

(4) 障害児支援の強化等

2014（平成26）年度には、①地域における「縦横連携」を進めるための体制づくり、②「縦横連携」によるライフステージごとの個別の支援の充実、③特別に配慮された支援が必要な障害児のための医療・福祉の連携、④家族支援の充実、⑤個々のサービスの質のさらなる確保を内容とする「障害児支援の在り方に関する検討会」のとりまとめ報告がなされた。これらを踏まえ、地域の中核となる児童発達支援センターの地域支援機能を強化

するとともに、2015（平成27）年度障害福祉サービス等報酬改定において関係機関連携加算の創設等の対応を行った。

また、学齢期の障害児を支援する「放課後等デイサービス」について、単なる居場所となっている事例や、発達支援の技術が十分ではない事業所が軽度の障害児を集めている事例があるとの指摘を踏まえ、放課後等デイサービス事業所の質の向上や他の事業との適切な役割分担を図るための取組みを進めている。

(5) 障害者総合支援法施行３年後の見直しについて

障害者総合支援法の附則においては、同法施行後３年を目途として検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずることとされている。

これを受け、社会保障審議会障害者部会において、2015（平成27）年４月から同年12月にかけて計19回の審議を行い、今後の取組みについて報告書を取りまとめた（報告書の概要については、**図表9-1-1**）。報告書に盛り込まれた事項のうち法律改正を要する事項に対応するため、障害福祉サービス及び障害児通所支援の拡充等を内容とする「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案」を2016（平成28）年３月１日に第190回国会に提出した。この法律は同年５月25日に成立した（平成28年法律第65号）（概要については、**図表9-1-2**）。

図表9-1-1　障害者総合支援法３年後の見直しについて

（社会保障審議会障害者部会 報告書概要／平成27年12月14日）

障害者総合支援法（H25.4施行）の附則で、施行後３年を目途として障害福祉サービスの在り方等について検討を加え、その結果に基づいて、所要の措置を講ずることとされている。これを受けて、社会保障審議会障害者部会で平成27年４月から計19回にわたり検討を行い、今後の取組についてとりまとめた。（次期通常国会に関係法律の改正案を提出予定）

１．新たな地域生活の展開

（１）本人が望む地域生活の実現
- ○ 障害者が安心して地域生活を営むことができるよう、地域生活支援拠点の整備を推進（医療との連携、緊急時対応等）。
- ○ 知的障害者や精神障害者が安心して一人暮らしへの移行ができるよう、定期的な巡回訪問や随時の対応により、障害者の理解力・生活力等を補う支援を提供するサービスを新たに位置付け。
  あわせて、グループホームについて、重度障害者に対応可能な体制を備えたサービスを位置付け。また、障害者の状態とニーズを踏まえて必要な者にサービスが行き渡るよう、利用対象者を見直すべきであり、その際には、現に入居している者に配慮するとともに、障害者の地域移行を進める上でグループホームが果たしてきた役割や障害者の状態・ニーズ・障害特性等を踏まえつつ詳細について検討する必要。
- ○ 「意思決定支援ガイドライン（仮称）」の作成や普及させるための研修、「親亡き後」への備えも含め、成年後見制度の理解促進や適切な後見類型の選択につなげるための研修を実施。

（２）常時介護を必要とする者等への対応
- ○ 入院中も医療機関で重度訪問介護により一定の支援を受けられるよう見直しを行うとともに、国庫負担基準について重度障害者が多い小規模な市町村に配慮した方策を講ずる。

（３）障害者の社会参加の促進
- ○ 通勤・通学に関する訓練を就労移行支援や障害児通所支援により実施・評価するとともに、入院中の外出に伴う移動支援について、障害福祉サービスが利用可能である旨を明確化。
- ○ 就労移行支援や就労継続支援について、一般就労に向けた支援や工賃等を踏まえた評価を行うとともに、就労定着に向けた支援が必要な障害者に対し、一定の期間、企業・家族との連絡調整等を集中的に提供するサービスを新たに位置付け。

２．障害者のニーズに対するよりきめ細かな対応

（１）障害児に対する専門的で多様な支援
- ○ 乳児院や児童養護施設に入所している障害児や外出が困難な重度の障害児に発達支援を提供できるよう必要な対応を行うとともに、医療的ケアが必要な障害児への支援を推進するため、障害児に関する制度の中で明確に位置付け。
- ○ 放課後等デイサービス等について、質の向上と支援内容の適正化を図るとともに、障害児支援サービスを計画的に確保する取組として、自治体においてサービスの必要量の見込み等を計画に記載。

（２）高齢の障害者の円滑なサービス利用
- ○ 障害者が介護保険サービスを利用する場合も、それまで支援してきた障害福祉サービス事業所が引き続き支援できるよう、その事業所が介護保険事業所になりやすくする等の見直しを実施するなど、障害福祉制度と介護保険制度との連携を推進。
- ○ 介護保険サービスを利用する高齢の障害者の利用者負担について、一般高齢者との公平性や介護保険制度の利用者負担の在り方にも関わることに留意しつつ、その在り方についてさらに検討。

（３）精神障害者の地域生活の支援
- ○ 精神障害者の地域移行や地域定着の支援に向けて、市町村に関係者の協議の場を設置することを促進するとともに、ピアサポートを担う人材の育成等や、短期入所における医療との連携強化を実施。

（４）地域特性や利用者ニーズに応じた意思疎通支援
- ○ 障害種別ごとの特性やニーズに配慮したきめ細かな対応や、地域の状況を踏まえた計画的な人材養成等を推進。

３．質の高いサービスを持続的に利用できる環境整備

（１）利用者の意向を反映した支給決定の促進
- ○ 主任相談支援専門員（仮称）の育成など、相談支援専門員や市町村職員の資質の向上等に向けた取組を実施。

（２）持続可能で質の高いサービスの実現
- ○ サービス事業所の情報公表、自治体の事業所等への指導事務の効率化や審査機能の強化等の取組を推進。
- ○ 補装具について、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など、個々の状態に応じて、貸与の活用も可能とする。
- ○ サービス提供を可能な限り効率的なものとすること等により、財源を確保しつつ、制度を持続可能なものとしていく必要。

図表9-1-2　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））

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25日に成立した。（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、発達障害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。

また、乳幼児期から成人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。

（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

2007（平成19）年度から、発達障害者の支援手法の開発、関係分野との協働による支援や切れ目のない支援等を開発するための「発達障害児者支援開発事業」（モデル事業）を実施している。2016（平成28）年度は、地域で暮らす発達障害者に困り事が生じた時に、発達障害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を行うこととしている。

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。2016年度は、「発達障害者支援施策の支援事業」を実施し、自治体において効果的、効率的な発達障害支援施策が展開できるよう、専門家と連携を図りつつ、自治体等に対して地域における支援体制構築に向けた指導、助言を行うこととしている。

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者に対する支援体制の充実を図っている。

この他、2007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・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

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の医療従事者に対して、発達障害に関する国の研修内容を踏まえた対応力向上研修を都道府県、指定都市において実施し、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に取り組むこととしている。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、交通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、外見からは障害が分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、2015（平成27）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」を鹿児島県で開催（2016（平成28）年は愛知県で開催予定）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、2013（平成25）年は19.2万人となっており、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

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ところである。

さらに、1の現状と課題を踏まえ、精神障害者の医療の提供を確保するための指針（厚生労働大臣告示）の策定、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が2013（平成25）年6月13日に成立し、同月19日に公布された。

同法においては、医療保護入院者の退院を促進するため、精神科病院の管理者に対し、①医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置、②地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携、③退院促進のための体制整備（医療保護入院者退院支援委員会の設置）を義務付けることとした（②については努力義務）。

また、同法の2014（平成26）年4月の施行を見据え、2013年7月より「精神障害者

＊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
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html

に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」を開催し、「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2014年3月に公布した。

この指針は「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示したもので、この実現に向け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策定したものである。

具体的には、①精神病床の機能分化に関する事項として「地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、様々な関係者で検討する」「急性期の患者に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員は一般病床と同等の配置を目指す」「在院期間が1年を超えないうちに退院できるよう、多職種による質の高いチーム医療を提供し、退院支援等の取組みを推進する」「1年以上の長期在院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組みを推進する」といった内容について記載したほか、②精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項、③医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項等を盛り込んでいる。

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。

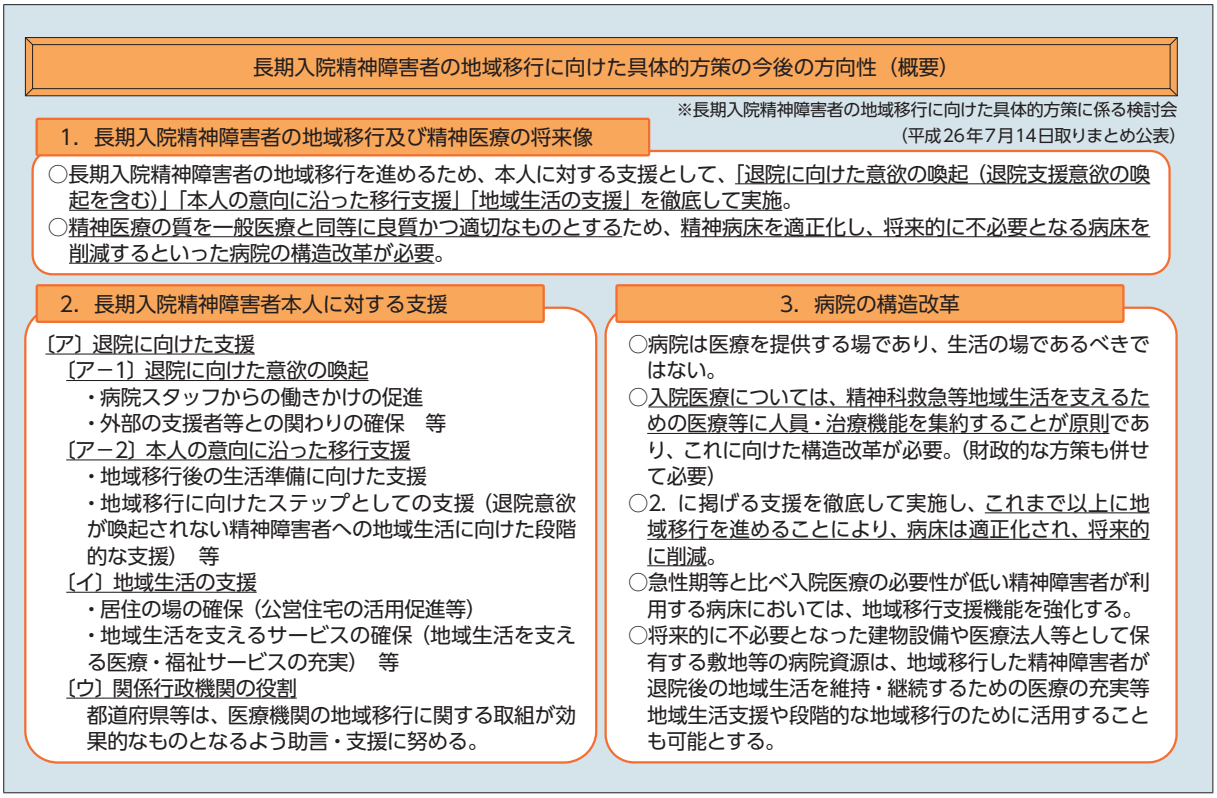
検討会の取りまとめでは、長期入院患者の実態を踏まえ、退院意欲の喚起や本人の意向に沿った移行支援といった退院に向けた支援と、居住の場の確保などの地域生活の支援に分け、それぞれの段階に応じた具体的な支援を徹底して実施することが盛り込まれた。

また、長期入院患者の地域生活への移行が進むと、病院においても外来治療はもとより、精神科救急、急性期医療など、退院後の地域生活を維持・継続するための医療ニーズが高まっていくことから、マンパワー等の医療資源を地域医療や救急医療等にシフトするなど、病院の構造改革を行っていくことが必要とされた。これらの方向性を踏まえ、その具体化に向けた検討を進めており、直ちに着手できるものについては着実に実行・検討するとともに、中長期的にも長期入院精神障害者の地域移行及び病院の構造改革に係る取組みを総合的に実施することとしている（**図表9-3-1**）。

なお、2013年に改正された精神保健福祉法附則第3条において、同法の施行後3年（2017（平成29）年4月）を目途として、規定事項について検討を加え、その結果に基づき、所要の措置を講ずることとされており、これに加えて、2014年7月に取りまとめた「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」を踏まえた精神科医療の在り方についての更なる検討を行う場として、有識者で構成される「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」を開催し、議論を行っている。

＊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）



3 心の健康対策

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、精神医療サービスの多様化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。本法は、公布の日から2年を超えない範囲内において政令で定める日から施行されることとなっており、国民の心の健康の保持増進に寄与することが期待されている。

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うとともに、厚生労働科学研究において、依存症の治療プログラムの研究を行っている。また、2010（平成22）年度より、依存症回復施設の職員に対して薬物やアルコール、ギャンブル等の依存症に関する基礎的な知識、薬物等の身体への影響、依存症者が利用可能な支援内容などについて研修を行っている。あわせて、2012（平成24）年度から2014（平成26）年度にかけて、依存症者の家族に対し、依存症者を支える家族関係や依存症の正しい理解等を図ることを目的とした研修を行った。さらに、2015（平成27）年度から、全国3か所の精神保健福祉センターにおいて、依存症者の家族に対する認知行動療法を用いた心理教育プログラムを実施することを目的とした、「依存症家族対策支援事業」を実施している。

2009（平成21）年度から2011（平成23）年度にかけて実施した地域の実情に即した効果的な依存症対策の開発を行う「地域依存症対策推進モデル事業」の結果を踏まえ、2012年度から2014年度にかけて、全国5自治体で「地域依存症対策支援事業」を実施し、モデル事業で特に効果が高いと考えられた研修事業や普及啓発事業等の好事例に計画的に取り組むとともに、依存症者の家族への相談支援などを行う「家族支援員」の設置等を行った。

2012年度において、精神科医や自助団体、依存症者の家族等を構成員とした「依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会」を開催し、依存症治療及び回復支援の現状及び今後求められる取組み等について議論し、報告書を取りまとめた。この報告書を踏まえ、2014年度から依存症の治療及び回復支援体制モデルの構築を目的とした「依存症治療拠点機関設置運営事業」を実施している。また、2015年度から認知行動療法を用いた依存症の治療・回復プログラムの普及・促進を図ることを目的に、これらの治療・回復プログラムを行っている医療機関がない都道府県・指定都市の精神保健福祉センターで、治療・回復プログラムを行うための「依存症者に対する治療・回復プログラムの普及促進事業」を実施している。さらに、2016（平成28）年度から、依存症の早期発見・早期治療のため、依存症に関する普及啓発を実施することとしている。

＊4　職場におけるメンタルヘルス対策については、第3章第3節参照。

第10章 国際社会への貢献と外国人労働者問題などへの適切な対応

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、エボラ出血熱等の感染症対策は国境を越えて世界の社会経済に大きな影響を与えることが懸念されるほか、薬剤耐性（Antimicrobial resistance：AMR）は世界的に広がっており、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問題となっている。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

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、保健分野について、①公衆衛生危機（エボラ出血熱等）について、②薬剤耐性（AMR）、③顧みられない熱帯病をG7として協調して対応していくことが確認された。具体的には、①エボラ出血熱発生件数をゼロに向けて取り組むこと、②薬剤耐性（AMR）について、自国の国別行動計画の見直し、策定及び他国の国別行動計画策定に係る支援等を盛り込んだ首脳宣言（Leaders’ Declaration）が合意された。

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保健大臣会合では、薬剤耐性（AMR）及びエボラ出血熱からの教訓が協議され、会合の成果として、①薬剤耐性（AMR）については、好事例の共有や抗生物質の適正使用の促進等、②エボラ出血熱からの教訓については、公衆衛生危機の予防、察知、対応への尽力等を内容とする大臣宣言が合意された。

2016（平成28）年は日本がG7の議長国となっており、同年5月26日、27日の両日に伊勢志摩サミットが開催される。ここでは、世界が直面する保健課題への取組みも議論される見込みであり、同年9月には、同サミットの成果を受け、G7神戸保健大臣会合を開催することとしている。

(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おり、2013（平成25）年5月から2016（平成28）年5月までの3年間は総会で選出された34の執行理事国の1つとなっている。

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（詳細は第8章第1節参照）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。

2015（平成27）年5月に開催された第68回WHO総会では、様々な技術案件として、マラリア、ポリオ、薬剤耐性（AMR）、てんかん、大気汚染、国際保健規則などの決議が採択された。また、その他に、WHO改革や事業予算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34カ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。また、医療の質を改善する効果的な政策を示すことを目的とした「医療の質レビュー」にも参加し、2014（平成26）年度にはOECD調査団による訪日調査への対応や報告書の公表イベントを実施した。

なお、2017（平成29）年1月には第3回OECD保健大臣会合が開催される予定である。

(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、2015（平成27）年9月にASEAN＋3保健高級事務レベル会合がベトナムで開催され、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage：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。次回の保健大臣会合は、2017（平成29）年にブルネイにて開催される予定である。

なお、2014（平成26）年11月には、エボラ出血熱への準備と対応をテーマに、ASEAN＋3エボラ出血熱への準備と対応に関する保健大臣特別会合が開催され、日本はASEAN地域における長期的な保健システムの強化の必要性について発言した。会合では共同声明及び戦略枠組みが採択された。

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

2015（平成27）年11月に日本・京都で開催された第8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エボラ等の感染症や薬剤耐性（AMR）対策、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）、高齢化、非感染性疾患対策等に関し、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8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。2016（平成28）年2月には、アメリカで閣僚級会合が開催され、WHO、世界銀行とも協力し、公衆衛生危機発生時の各国の協調した対応を強化していくことなどを確認する旨の共同声明を採択した。なお、2017（平成29）年の本会合は欧州委員会が主催する予定となっている。

また、2015（平成27）年9月に韓国で開催された第2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、GHSA行動計画の取組みを加速するため、感染症の予防、早期発見、効果的対応のための行動計画の実行に向けたさらなる連携強化などを盛り込んだ大臣宣言（ソウル宣言）が採択された。

その他、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、アジアの主要国の担当閣僚級を我が国に招請し、東京においてアジアAMR閣僚級会合を開催する予定となっている。

そのほか、2013（平成25）年にG8認知症サミットが開催され、認知症に取り組むための「宣言」と「共同声明」が合意された。その後、日本を含む各国でサミットの後継イベントが開催され、2014（平成26）年11月の日本後継イベントは「（認知症に対する）新しいケアと予防のモデル」をテーマに開催された。その中で、内閣総理大臣から指示があり、2015年1月に厚生労働省をはじめとする関係12省庁と共同して「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン）が策定された。また、WHOは同年3月に大臣級会合を主催し「アクションの呼びかけ」を発表した。今後、認知症への対応は中低所得国も含めて推進されることとなった。

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。

G20の枠組みにおいて各国の雇用労働担当大臣がお互いの知見を持ち寄って雇用失業問題に対処するための会合が2010（平成22）年から開催されている。2015年9月にトルコで開催されたG20雇用労働大臣会合では「より包摂的な労働市場」、「人的資源への投資増大」、「効果的なモニタリングを通じた実行」の3つの柱の下で議論が行われ、「労働市場から永久に取り残される可能性の最も高い若者を2025（平成37）年までに15%削減する」という数値目標との目標に合意した。

(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」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の条約に批准している。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。2015（平成27）年5、6月に開催された第104回総会では、インフォーマル経済からフォーマル経済への移行促進についての勧告が採択された。また、その他に、中小企業におけるディーセントで生産的な雇用の創出に関する議論や社会的保護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、経済的又は技術的理由、もしくは構造変化により非自発的に職を失った者に対する効果的な政策について分析する「失職者レビュー」にも参加し、2014（平成26）年度にはOECD調査団による訪日調査への対応や報告書の公表イベントを行った。

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。2015（平成27）年5月にはフィリピンでASEAN＋3労働高級事務レベル会合が行われ、日本の労働分野における援助方針等の説明を行うとともに、ASEANに対する協力事業の報告及び今後の協力事業の説明・周知等を図った。なお、2016（平成28年）5月にはラオスで第9回ASEAN＋3労働大臣会合が開催される予定である。

(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。2015（平成27）年9月のASEAN+3社会福祉高級事務レベル会合では、ASEANにおける高齢者のエンパワーメントをテーマに議論が行われた。2016（平成28）年はインドネシアでASEAN+3社会福祉大臣会合及び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。2015年10月には、第13回ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合を神戸市で開催し、ASEAN各国の社会福祉、保健医療、雇用政策を担当する行政官の参加を得た。同会合では、「災害から人、くらし、みらいを守る」をテーマとし、災害時の医療提供や地域福祉の視点に基づく被災者の生活支援、復興時における被災者の就労支援と雇用創出、コミュニティを主体とした弱者支援のための災害前からの備えや、今後の防災や災害対応に関する保健・福祉・労働分野におけるASEAN地域の協力と連携について議論を行い、提言を取りまとめた。

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、アジア地域における社会保険制度整備支援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として、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学ぶ。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とから、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図るため、2015（平成27）年3月6日に、第189回通常国会に「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案」を提出し、継続審議となっている。

＊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

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

世界で最も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、2015（平成27）年5月には、ドイツで「高齢社会における予防」をテーマとする日独高齢化シンポジウムが開催されたほか、同年12月には、韓国で介護保険や高齢化社会に対応する産業の発展・促進をテーマとする日中韓高齢化セミナーが開催された。

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、2015年1月には、日本で「女性の雇用と家庭及びキャリアの両立支援」をテーマとする日独政労使交流が開催されたほか、同年9月には、フランスで「職場における男女均等」や「仕事と家庭の両立支援」をテーマとする日仏セミナーが開催された。

第4節 経済活動の国際化への対応

1 経済連携協定（EPA）

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1990年代以降世界各地で経済連携が加速・拡大されてきた流れを受けて、2016（平成28）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、ペルー及びオーストラリアとの協定が発効している。さらに、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「衛生植物検疫措置」、「貿易の技術的障害」、「サービス貿易」、「電子商取引」、「自然人の移動」、「知的財産」、「労働」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10章第5節4参照）。

2 環太平洋パートナーシップ（TPP）協定*2

環太平洋パートナーシップ（Trans-Pacific Strategic Economic Partnership Agreement：TPP）協定は、2010（平成22）年3月に交渉が開始され、日本は、2013（平成25）年7月から交渉に参加した。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3月にTPP協定及び関連法案が閣議決定され、国会に提出された。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ところ、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。

第5節 外国人労働者等への適切な対応

1 日系人を始めとする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、2008（平成20）年秋以降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増配置するとともに、ハローワークと市町村が連携して、生活相談等を含む各種相談をワンストップで行える相談窓口の設置により情報提供・相談体制の構築を行っている*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、依然としてリーマンショック前の水準までには改善しておらず、相談を繰り返しても就職に至らない求職者が滞留していることから、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。

なお、日系人就労準備研修については、近年の定住外国人の多国籍化傾向を鑑みて、2015（平成27）年度より、日系人を含む定住外国人全般を対象として、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る、外国人就労・定着支援研修として実施している。また、定住外国人の居住地の分散化も進みつつあることから、2016

＊2 この協定は、モノの関税だけでなく、サービス、投資の自由化を進め、さらには知的財産、電子商取引、国有企業の規律、環境等、幅広い分野で新しいルールを構築する包括的協定。日本、シンガポール、ニュージーランド、チリ、ブルネイ、米国、オーストラリア、ペルー、ベトナム、マレーシア、メキシコ及びカナダの12カ国が参加している。

＊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/tsuuyaku.pdf

（平成28）年度中には、三者間通話による多言語通訳機能などを可能にする多言語コンタクトセンターを設置し、各ハローワーク窓口での多言語通訳が可能な相談体制の整備を図ることとしている。

また、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』改訂2015」（平成27年6月30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（平成32）年オリンピック・パラリンピック東京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」（平成26年6月24日閣議決定）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

＊4　2016（平成28）年度現在、東京、愛知、大阪の3カ所に設置
＊5　2016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、福岡の15都道府県16カ所に設置

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、外国人の就労が認められていない分野（看護補助・介護）において、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、介護福祉士候補者の受入れ対象施設の範囲の拡大等を行うこととした。

＊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

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2015（平成27）年度までで計2兆1,700億円の削減を行った。

（内訳：2010年度▲6,500億円、2011年度▲5,500億円、2012年度▲2,500億円、2013年度▲4,800億円、2014年度▲1,300億円、2015年度▲1,100億円）

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、2016（平成28）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、厚生労働省においても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ところである。

(2) 中期目標期間終了時の見直し

独立行政法人においては、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、組織体制や業務全般の見直しが行われることになっているが、2015（平成27）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、次のとおり見直しを行うこととした。

【(独）労働安全衛生総合研究所】

・国内外の大学等との連携・交流を一層促進するなどにより、本法人が担うべき真に必要な労働災害防止、職場における労働者の健康と安全に資する調査研究の業務に重点化する。

・労働安全衛生総合研究所の労働災害防止に係る基礎・応用研究機能と労災病院が持つ臨床研究機能との一体化による相乗効果を最大限に発揮できる研究に取り組むとともに、研究が機動的かつ機能的に実施できる体制を構築する。

※（独）労働安全衛生総合研究所については、上記（1）のとおり2016（平成28）年度より（独）労働者健康福祉機構と統合し（独）労働者健康安全機構となった。上記見直しについては、（独）労働者健康安全機構の中期目標に盛り込んだ。

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、YouTube等の新しい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37万のフォロワー（閲覧者）を持ち、月平均約151件ツイート（投稿）している。

YouTubeについては、約930本の動画を配信し、これまで延べ523万回の再生回数を数えている。

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技術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、医療・健康・介護・福祉・労働・行政サービスの各分野において、2016（平成28）年5月20日に閣議決定された「世界最先端IT国家創造宣言」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 医療・健康・介護分野等の情報化

ICT（情報通信技術）の発展を受け、政府としては、2001（平成13）年に高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（IT戦略本部）を設置して以来、高度なIT利活用社会の実現に向けた議論を続けてきており、2013（平成25）年からは、毎年「世界最先端IT国家創造宣言」が閣議決定されている。

急速に進む高齢化や厳しい保険財政のなかで、健康・医療・介護分野においても、ICTが課題解決のためのツールとしてより質の高いサービス提供の実現に資することができるものと期待されることから、「『日本再興戦略』改訂2015」（平成27年6月30日閣議決定）においても、医療・介護等分野におけるICT化に関する施策が多く盛り込まれている。これらを踏まえ、厚生労働省としては、今後主に、次の3つの取組みを行うこととしてい

る。

1点目は、保険医療分野での地域医療連携や医学研究に利用可能で患者を一意的に識別可能なID（情報連携等に用いる識別子）の導入である。まず、マイナンバーカードを健康保険証として利用可能とすることとしている。具体的には、マイナンバー制度のインフラを活用して、医療機関の窓口でのオンラインによる医療保険資格確認のシステムを導入することとしている。さらに、こうしたオンライン資格確認のインフラを活かし、医療機関間の連携や研究開発に利用可能な、医療等分野のIDを導入することとしている。これらについては、2018（平成30）年度から段階的運用を開始し、2020（平成32）年から本格運用することとしている。

2点目は、医療機関のデータのデジタル化と、地域の医療機関間のネットワーク化である。現在、各地域の取組みとして、医療機関や介護事業者等の間で、ICTを活用したネットワークが構築されており、こうした取組みについて、2018年度までの全国への普及・展開を目指すこととしている。また、医療機関のデータのデジタル化の推進として、地域医療において中核的な役割を担うことが特に期待される400床以上の一般病院の90%が電子カルテを導入することを目指すこととしている。

3点目は、医療データの利用拡大のための基盤整備である。具体的には、レセプトの全国規模のデータベース（NDB）や、手術症例の実績などカルテ情報のデータベース（NCD等）等の各種データベースについて、拡充や研究分野等への利用拡大を図るとともに、各種データベースの相互利用の実現に向けた研究事業等を2015（平成27）年度から実施している。

2 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、2015年11月より、「ユースエール認定企業・若者応援宣言企業検索システム」を開設した。当該サイトでは、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として若者雇用促進法に基づき認定を受けた「ユースエール認定企業」や、一定の数値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「若者応援宣言企業」について、企業ごとに企業概要、雇用管理の状況、求職者に向けたメッセージ等を掲載している。これらの企業のインターネットを利用した情報発信を後押しすることで、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。

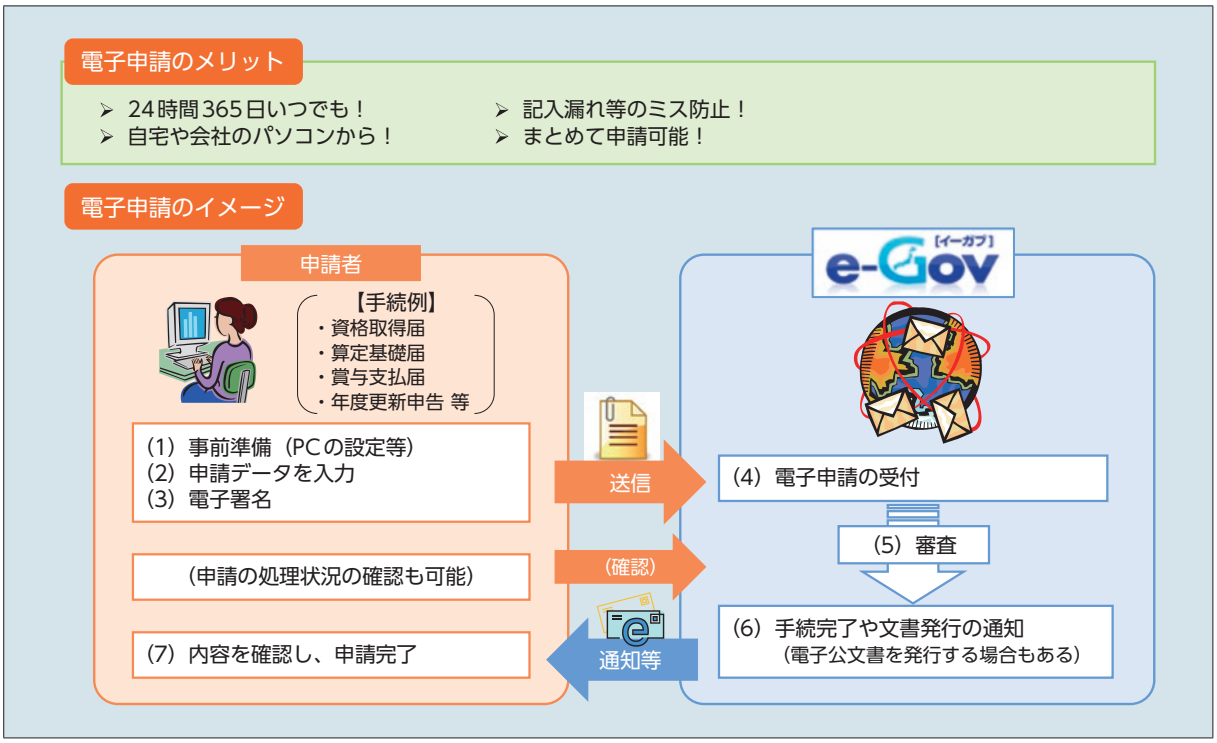
3 「社会保障・税番号制度」の導入

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、国民一人ひとり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年9月3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、健康保険組合等の行う特定健康診査情報の管理等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（平成28）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、地方公共団体等と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（**図表11-3-1**）。

図表11-3-1 電子政府の概要



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いる。

日本年金機構では、2011（平成23）年2月からいつでもご自身の年金記録を確認できる「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、自分の人生設計に合わせた働き方などの条件を設定して年金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等に加え、年金の届書を作成する機能やスマートフォンへの対応など、更なるサービスの拡充を進めている。

3 個人情報保護

「個人情報の保護に関する法律」（個人情報保護法）（2005（平成17）年4月1日全面施行）の施行に伴い、厚生労働行政の分野においても、その分野の実情に応じたガイドライン等を策定している。

2006（平成18）年2月には、政府として、法律に対する誤解等に起因するいわゆる「過剰反応」等に対して、法の解釈や運用基準を明確化し、ガイドライン等を必要に応じて見直し、民間事業者等へ周知徹底等の取組みを連携して推進すること「個人情報保護関係省庁連絡会議申合せ」（2006年2月28日）とされたことを受けて、同年4月には、「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ドライン」の見直しを行った。

また、診療記録の開示も含めた診療情報の提供については、患者と医療従事者とのより良い信頼関係の構築、情報の共有化による医療の質の向上等の観点から積極的に推進することが求められている。医療機関による診療情報の提供について不適切な事例が見受けられるため、2010（平成22）年9月に、医療機関の保有する個人情報の開示等に当たって、患者・利用者等の自由な求めを阻害しないよう、開示等を求める理由を尋ねることは不適切であることをガイドライン上に具体的に明示した。そのほか、2013（平成25）年10月には、モバイル端末の普及や外部保存の進展に鑑み、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の改正を行った。

さらに、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」が成立した。

現在、同法の施行に向け、個人情報保護委員会を中心に、個人情報の定義の明確化等についての具体的な内容や現行のガイドラインの改正等について検討が行なわれている。

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。

2014（平成26）年4月から2015（平成27）年3月までの厚生労働省に対する開示請求件数は13,009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12,025件（取下げが840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2,814件、一部を開示する決定がされた件数は8,858件、不開示の決定がされた件数は353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。

2014（平成26）年4月から2015（平成27）年3月までの厚生労働行政に対する開示請求件数は6,736件、訂正請求件数は21件、利用停止請求件数は1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6,497件（取下げが101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1,850件、一部を開示する決定がされた件数は4,442件、不開示の決定がされた件数は205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。

2014（平成26）年4月から2015（平成27）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4,122件であり、この受理件数は全行政機関の受理件数の96.2%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106,961件（2015（平成27）年4月～2016（平成28）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書面で報告していただく随時報告のほか、モニター会議を開催し参加された方から直接ご意見をいただいている。

随時報告については、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。

また、当省ホームページにて、主な随時報告の内容に対する厚生労働省の考え方を掲載している[*1]。

モニターの方々から、日々寄せられる報告のほか、2015（平成27）年度においては、厚生労働行政に関するアンケートなどを行い、そのご意見を参考としながら、各種施策の設計などを行った。

モニター会議については、2015年11月17日（東京都、8名参加、ハローワーク池袋の施設見学）、12月14日（大阪府、10名参加、保育の現状と課題）で開催し、それぞれのテーマについて意見交換などを行った。

＊1　「随時報告に対する厚生労働省の考え方」は、
http://www.mhlw.go.jp/houdou_kouhou/sanka/gyousei_monitor/kangaekata_h25.html

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2015（平成27）年度の政策評価については、2012（平成24）年度から2016（平成28）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）」に基づき実施しているところである。

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。

2015年度は、事前評価として①個別公共事業（事業採択時）6件、②個別研究事業27件、③規制の新設・改廃に係る政策24件、④租税特別措置11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15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）21件、④個別研究事業712件、⑤新規事業の事前評価を実施した事業のうち事業開始から3年を経過したもの6件、⑥成果重視事業1件、⑦租税特別措置4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[*2]。

2 独立行政法人評価の取組み

第186回国会において独立行政法人通則法の一部を改正する法律（平成26年法律第66号）が成立し、2015（平成27）年4月1日の施行に伴い、厚生労働省独立行政法人評価委員会が廃止され、主務大臣が独立行政法人の業務実績の評価を行う仕組みとなった。

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」を新設し、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に際して、外部有識者からの意見聴取を行うこととしている。

2015年度は、共管法人3法人を除く18法人の2014（平成26）年度の業務実績の評価を行うとともに、2014年度に中（長）期目標期間が終了した独立行政法人国立健康・栄養研究所及び独立行政法人医薬基盤研究所（両法人は統合され、2015年4月から国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所として発足）、年金積立金管理運用独立行政法人、独立行政法人国立がん研究センター、独立行政法人国立循環器病研究センター、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター、独立行政法人国立国際医療研究センター、独立行政法人国立成育医療研究センター並びに独立行政法人国立長寿医療研究センターの中(長)期目標期間全体の業務実績の評価を行ったところである。

また、2015年度に中期目標期間が終了する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（平成28）年4月から独立行政法人労

＊2　「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

働者健康安全機構として発足）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25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。

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。

人口について

性別は?
男性 48.6人
女性 51.4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 12.7人
65歳以上 26.7人

そのうち75歳以上は? 12.9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27年)

雇用について

仕事についているのは? 50.2人

雇われているのは? 44.4人
自営しているのは? 4.3人

雇われているのは?
男性 24.9人
女性 19.5人

雇用形態は?
パート 7.6人
アルバイト 3.2人
派遣 1.0人
契約社員・嘱託 3.2人

フリーターは? 1.3人

失業者は? 1.7人

短時間で働いているのは?
週35時間未満 15.3人

長時間働いているのは?
週60時間以上 4.3人

雇用保険加入者は? 31.6人

雇用保険受給者は? 0.4人

会社の健康診断で「有所見」は? 23.8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？ 4.1人

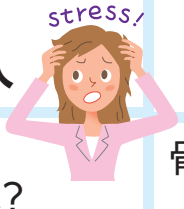
国民年金の被保険者は？
- 第1号（自営業、学生等） 13.7人
- 第2号（サラリーマン、公務員） 30.6人
- 第3号（第2号被保険者の配偶者） 7.3人

老齢年金の受給者は？ 24.9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 13.4人

日常生活の悩み・ストレスを感じているのは？
12歳以上 48.1人



健診や人間ドックを受けたことがあるのは？
20歳以上 62.3人

病気やけがなどで通院しているのは？ 37.8人

生活習慣病は？ 14.0人

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	8.0人		

タバコを吸うのは？
- 男性 12.8人
- 女性 3.6人

生涯でがんになるのは？
- 男性 30.2人
- 女性 23.6人

骨髄移植ドナーに登録しているのは？ 0.36人

習慣的に運動をしているのは？
- 男性（20歳以上） 12.4人
- 女性（20歳以上） 10.8人

健康保険加入者は？
- 組合健保・協会けんぽ 51.4人
- 国民健康保険 28.9人

※「生活習慣病」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である。

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27年)

人口について

▶ 生まれるのは?
2,755人

人口の減少数は1日当たりだと
780人

▶ 亡くなるのは?
3,535人

- ●がんでは? …… 1,014人
- ●心疾患では? …… 537人
- ●脳血管疾患では? …… 307人
- ●事故では? …… 105人
- ●仕事中の事故では? …… 3人
- ●老衰では? …… 232人
- ●自殺では? …… 66人

成人について

▶ 成人の平均野菜摂取量は?
292g

▶ 成人の平均歩数は?
男性 **7,043歩**
女性 **6,015歩**

▶ 歯磨きは?
2回以上みがく
73.5%

結婚について

▶ 結婚するのは?
1,740組

- ●離婚するのは? …… 620組

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?
15,725人

▶ ハローワークを通じて就職するのは?
5,225人

▶ 仕事中にけが等(労働災害)をしたのは?
319人

▶ 労働相談の件数は?
2,835件
(厚生労働省:総合労働相談コーナーの受理件数)

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?

244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?

398,508回

▶ ホームヘルパーの利用回数は?

614,212回

▶ 一人当たりの介護保険からの給付費は?

4,025円

医療について

▶ 入院しているのは?※1

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?※1

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1,097億6,000万円

- 一人当たりだと …… 862.2円

※1：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である。

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? …… 1.41人
- あへん法では? …… 0.01人
- 大麻取締法では? …… 5.94人
- 覚せい剤取締法では? …… 30.68人