平成27年版
厚生労働白書

目　次

第１部　人口減少社会を考える
～希望の実現と安心して暮らせる社会を目指して～

はじめに…… 2

序　章　人口減少の見通しとその影響…… 4
第１節　人口減少の見通し…… 4
1　我が国の総人口の見通し…… 5
2　我が国の地域別将来推計人口…… 7

第２節　人口減少がもたらす影響と長期ビジョンが目指す将来の方向…… 13
1　人口減少がもたらす影響～経済、地域社会、社会保障・財政～…… 13
2　「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」による目指すべき将来の方向…… 19

第１章　人口減少社会…… 24
第１節　我が国の人口の概況…… 24
1　人口の長期的な推移…… 24
2　出生及び死亡動向の概況（人口の自然動態）…… 27
3　国際人口移動及び国内人口移動の概況（人口の社会動態）…… 38

第２節　我が国の人口に関わる施策の変遷…… 45
1　戦後～第１次ベビーブームの収斂（1945～1970年）…… 45
2　第２次ベビーブーム～昭和末期（1971～1989年）…… 47
3　1.57ショック～少子化社会対策大綱（1990～2004年）…… 52
4　2005年以降の少子化対策について…… 57
5　「1.57ショック」のあとの取組みの進展と最近の動き…… 61

第３節　人口減少社会を取り巻く背景・現状と国民の意識…… 66
1　結婚をめぐる状況と意識…… 66
2　出産をめぐる状況と意識…… 88
3　子育てをめぐる状況と意識…… 104
4　家族をめぐる状況と意識…… 116
5　地域の中での子育てと地域のつながりの変化…… 144
6　人口減少の中での地域のつながりを維持するために…… 162
7　まとめ…… 180

第４節　諸外国の動き…… 182
1　合計特殊出生率の水準…… 182
2　出生率と関連する各種指標…… 183
3　諸外国の施策…… 187
4　フランス・スウェーデンの出生率向上の取組み…… 189

第５節　まとめ　～人口減少克服に向けた取組みのあり方～…… 196
1　これまでの人口減少と関連する取組みや状況を振り返って…… 196
2　人口減少の克服に向けて必要な基本的姿勢…… 197
3　人口減少克服のために必要となる具体的施策の方向性…… 199

第2章　人口減少克服に向けた取組み…… 201
序　節　国の動きの全体像…… 201
1　政府全体の動き…… 201
2　厚生労働省の動き　～厚生労働省まち・ひと・しごと創生サポートプラン～…… 213

第1節　若い世代が新しい世代を希望どおり産み育てられるために…… 217
1　雇用の確保…… 217
2　妊娠・出産支援 …… 220
3　子育て支援の充実…… 227
4　働き方の見直し…… 241

第2節　人口減少に応じて地域での生活を支えるために…… 250
1　人口減少と高齢化が急速に進む中でも住み慣れた地域で安心して暮らす仕組み
～地域包括ケアシステム～…… 251
2　小さな拠点（多世代交流・多機能型） …… 260
3　福祉サービスや人材に関する連携等の検討…… 263

第3節　まとめ…… 264

おわりに…… 266

第２部　現下の政策課題への対応

第１章　子どもを産み育てやすい環境づくり…… 270

第１節　少子社会の現状…… 270

第２節　総合的な子育て支援の推進…… 272
1　子ども・子育て支援新制度 …… 272
2　すべての子育て家庭への支援…… 273

第３節　待機児童の解消などに向けた取組み…… 274
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…… 274

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…… 275
1　児童虐待防止対策の取組みの推進…… 275
2　社会的養護の充実…… 276
3　女性保護施策の推進…… 278

第５節　子どもの貧困対策…… 280

第６節　ひとり親家庭の総合的な自立支援の推進…… 280
1　ひとり親家庭を取り巻く状況…… 280
2　ひとり親家庭の自立支援の取組み…… 281

第７節　母子保健医療対策の推進…… 283
1　地域における切れ目ない妊娠・出産支援の強化 …… 283
2　不妊に悩む夫婦への支援…… 284
3　小児慢性特定疾病対策や子どもの心の健康支援等…… 284
4　妊婦の健康管理の充実と経済的負担の軽減…… 285
5　「健やか親子21」の推進 …… 285

第８節　児童手当制度…… 285

第９節　仕事と育児の両立支援策の推進…… 286
1　現状…… 286
2　育児・介護休業法 …… 288
3　企業における次世代育成支援の取組み…… 288
4　仕事と家庭を両立しやすい環境整備の支援…… 290

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… 291

第１節　若者・女性・高年齢者・障害者等の就業実現 …… 291
1　若年者雇用の現状…… 291
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…… 291
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…… 291
4　若者と中小企業とのマッチングの強化…… 292
5　キャリア教育の推進…… 292
6　キャリア・コンサルティングの活用促進 …… 293
7　フリーターなどの正規雇用化の促進…… 294

8 ニート等の若者の職業的自立支援の強化…… 294
9 ジョブ・カード制度の推進 …… 295
10 女性の雇用の現状…… 297
11 女性の活躍促進…… 297
12 高年齢者雇用の現状…… 301
13 「生涯現役社会」の実現…… 301
14 障害者雇用の現状…… 301
15 雇用率達成指導と地域の就労支援の強化…… 302
16 障害特性や働き方に応じた支援策の充実・強化 …… 303
17 改正障害者雇用促進法の施行に向けた取組み…… 304
18 障害者の職業能力開発支援の充実…… 305
19 就労支援事業所における「工賃向上計画」の推進…… 305
20 障害者優先調達推進法…… 306
21 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 … 307

第2節 成長分野などでの雇用創出、人材の育成の推進 …… 308
1 労働移動支援施策の推進…… 308
2 地域の活性化と雇用対策…… 308
3 成長分野などの中小企業による魅力的な職場づくりの取組みの支援…… 309
4 成長分野などでの人材育成の推進…… 310
5 職業生涯を通じたキャリア形成支援の一層の推進…… 315
6 雇用促進税制…… 318

第3節 重層的なセーフティネットの構築…… 319
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…… 319
2 求職者支援制度…… 319
3 雇用保険制度…… 319
4 雇用調整助成金…… 320
5 国と地方自治体が連携した雇用対策の推進…… 320

第4節 震災復興のための雇用対策…… 321
1 本格的な震災復興に向けた取組み…… 321

第3章 安心して働くことのできる環境整備…… 324
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 …… 324
1 非正規雇用の現状と対策…… 324
2 有期労働契約に関するルール…… 325
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 …… 326
4 労働者派遣制度の見直し…… 328

第2節 仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）の実現…… 328
1 仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）の実現…… 328
2 労働時間法制の見直し…… 329
3 過重労働解消に向けた取組みの促進…… 329
4 医療従事者の勤務環境の改善に向けた取組みの推進…… 329
5 テレワークの推進…… 330
6 仕事と育児・介護等の両立支援策の推進 …… 331

7　仕事と治療の両立支援の推進…… 331
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…… 332
9　短時間正社員制度の導入・定着の促進 …… 332

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…… 332
1　労働災害の状況と取組み…… 332
2　労働災害を防止するための対策の充実…… 333
3　化学物質、石綿による健康障害の防止 …… 336
4　労働者の健康確保対策の充実…… 337

第4節　良質な労働環境の確保等…… 339
1　労働条件の確保改善…… 339
2　最低賃金制度、中小企業への支援策について …… 341
3　未払賃金立替払事業について…… 342
4　「労災かくし」対策の推進…… 342
5　障害者虐待防止について…… 343
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 …… 343
7　労災補償の現状…… 344
8　労働保険適用徴収制度…… 346
9　働く人のためのルールに関する教育の実施…… 347
10　個別労働紛争対策の総合的な推進…… 347
11　雇用労働相談センターの設置・運営 …… 347

第5節　震災復興のための労働安全衛生対策等…… 348
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…… 348
2　除染等業務における安全衛生と労働条件の確保…… 348
3　復旧・復興工事における災害防止対策 …… 349

第6節　豊かで充実した勤労者生活の実現…… 350
1　中小企業退職金共済制度について…… 350
2　勤労者財産形成促進制度について…… 350

第7節　安定した労使関係の形成など…… 350
1　2014年度の労使関係…… 350
2　労働委員会に関する動き…… 352

第4章　自立した生活の実現と暮らしの安心確保…… 353

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 …… 353
1　生活保護制度の概要…… 353
2　生活保護の現状と課題…… 353
3　生活保護制度の見直しと新たな生活困窮者自立支援制度の創設…… 355

第2節　「社会的包容力」の構築…… 356
1　地域福祉の再構築…… 356
2　消費生活協同組合について…… 357
3　地域生活定着促進事業の実施について…… 357
4　ひきこもり対策推進事業の実施について…… 358

第３節　自殺・うつ病対策の推進 …… 359

第４節　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 …… 361
1　国主催の戦没者追悼式典 …… 361
2　戦傷病者、戦没者遺族等への援護 …… 362
3　戦没者の遺骨収集帰還事業、慰霊巡拝等の推進 …… 364
4　中国残留邦人等への支援 …… 365

第５章　若者も高齢者も安心できる年金制度の確立 …… 367

第１節　持続可能で安心できる年金制度の運営 …… 367
1　公的年金制度の最近の動向について …… 367
2　企業年金制度の最近の動向について …… 370
3　国際化への対応 …… 371

第２節　公的年金の正確な業務運営 …… 373
1　日本年金機構と年金業務運営 …… 373
2　年金記録問題への取組み …… 377
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について …… 382

第６章　医療関連イノベーションの推進 …… 385

第１節　医薬品・医療機器開発などに関する基盤整備 …… 385

第２節　医療関連産業の活性化 …… 386
1　革新的な医薬品・医療機器等の創出 …… 386

第３節　医療の国際展開等 …… 388
1　医療の国際展開の推進 …… 388
2　国内における国際化への対応 …… 391

第４節　健康寿命を延ばす科学技術の振興 …… 391

第７章　国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現 …… 393

第１節　地域における医療・介護の総合的な確保の推進 …… 393
1　医療及び介護の総合的な確保の意義 …… 393
2　プログラム法と医療介護総合確保推進法 …… 393
3　総合確保方針と地域医療介護総合確保基金 …… 394

第２節　安心で質の高い医療提供体制の構築 …… 394
1　質が高く効率的な医療提供体制の構築 …… 394
2　医療人材の確保及び質の向上の推進 …… 402
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 …… 406
4　後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及促進 …… 407

第３節　安定的で持続可能な医療保険制度の実現 …… 408
1　医療保険制度の現状 …… 408
2　医療保険制度改革の推進 …… 409

第４節　「保健医療2035」策定　～2035年、日本は健康先進国へ～ …… 411

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…… 412
1　介護保険制度の現状と目指す姿…… 412
2　地域包括ケアシステムの構築…… 415
3　費用負担の公平化…… 417
4　平成27年度介護報酬改定 …… 418

第６節　福祉・介護人材の確保対策 …… 419

第７節　社会福祉法人制度改革について…… 420

第８章　健康で安全な生活の確保…… 422

第１節　感染症対策、予防接種の推進 …… 422
1　感染症法の改正について…… 422
2　エボラ出血熱対策について…… 423
3　デング熱対策について…… 424
4　インフルエンザ対策について…… 424
5　中東呼吸器症候群
(Middle East respiration syndrome:MERS)対策について …… 427
6　結核対策について…… 427
7　性感染症対策について…… 428
8　HTLV-1対策について…… 429
9　麻しん・風しん対策について …… 429
10　重症熱性血小板減少症候群
(Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome:SFTS)対策について… 430
11　予防接種施策について…… 430

第２節　がん・生活習慣病(NCDs(非感染性疾患)対策の総合的かつ計画的な推進) …… 432
1　がん対策の総合的かつ計画的な推進…… 432
2　国民健康づくり運動の展開…… 435

第３節　肝炎対策…… 441

第４節　難病などの各種疾病対策、移植対策の推進 …… 442
1　難病対策について…… 442
2　リウマチ・アレルギー対策について …… 443
3　エイズ(AIDS/後天性免疫不全症候群)対策の推進 …… 444
4　臓器移植の適切な実施…… 446

第５節　健康危機管理対策の推進…… 448

第６節　医薬品・医療機器の安全対策の推進等 …… 448
1　医薬品等の安全対策…… 448
2　医薬品の販売制度に係る最近の動向…… 450
3　偽造医薬品対策…… 452
4　薬剤師の資質向上と薬局機能の強化等…… 453

5　化学物質の安全対策…… 454

第7節　薬物乱用対策の推進…… 455
1　薬物乱用防止対策…… 455
2　危険ドラッグ対策…… 456

第8節　血液製剤対策の推進…… 457
1　献血の推進について…… 457
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…… 459

第9節　医薬品・医療機器による健康被害への対応 …… 460
1　C型肝炎訴訟への対応 …… 460
2　HIV問題及びクロイツフェルトヤコブ病（CJD）問題 …… 462
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 …… 462
4　薬害を学ぶための教材…… 463

第10節　食の安全・安心の確保 …… 463
1　厚生労働省に求められる食品の安全性確保対策…… 463
2　最近の食品安全行政の主な動き…… 463
3　食品安全行政の概要…… 468
4　国民への正確でわかりやすい情報提供等…… 474
5　食品の安全性確保のための国際的な取組み…… 474

第11節　水道の安全・強靱・持続の確保 …… 475
1　新水道ビジョン…… 475
2　すべての国民が安心しておいしく飲める水道水の供給…… 475
3　危機管理への取組み…… 475
4　運営基盤の強化に向けた取組み…… 476
5　東日本大震災からの復興に関する取組み…… 476
6　水道産業の国際展開に向けた取組み…… 476

第12節　生活衛生関係営業の活性化や振興など …… 477
1　生活衛生関係営業の振興等…… 477
2　建築物における衛生対策の推進…… 478

第13節　B型肝炎訴訟の給付金などの支給 …… 479
1　B型肝炎訴訟への対応について …… 479

第14節　原爆被爆者の援護 …… 480

第15節　ハンセン病対策の推進 …… 481
1　ハンセン病問題の経緯について…… 481
2　「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」について…… 481
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…… 481

第16節　カネミ油症患者に対する新たな総合的な支援策の実施 …… 482

第９章　障害者支援の総合的な推進…… 484
第１節　障害福祉施策の推進について…… 484
1　障害者総合支援法に基づく支援…… 484
2　障害者の虐待防止…… 487
3　障害児支援の強化等…… 487
4　発達障害者の支援…… 488
5　高次脳機能障害者の支援…… 489

第２節　障害者の社会参加支援について…… 489

第３節　精神保健医療福祉について…… 490
1　精神保健医療福祉の現状と課題について…… 490
2　精神保健医療福祉の取組み状況について…… 490
3　依存症対策…… 492

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… 494
第１節　国際機関の活動等への積極的参加・協力…… 494
1　WHOを通じた活動…… 494
2　ILOを通じた活動…… 494
3　OECDを通じた活動…… 495
4　G20、ASEAN等を通じた活動…… 495

第２節　人材育成を通じた国際社会への貢献…… 497
1　WHOなどを通じた保健医療分野における国際協力…… 497
2　ILOを通じた労働分野における技術協力…… 498
3　民間企業、JICAなどを通じた国際協力…… 498
4　ASEAN地域等への国際協力…… 498
5　外国人技能実習制度の適正な実施…… 499

第３節　二国間政策対話の推進…… 499

第４節　経済活動の国際化への対応…… 500
1　WTOを通じた活動…… 500
2　経済連携協定（EPA）…… 500

第５節　外国人労働者等への適切な対応…… 500
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… 500
2　専門的・技術的分野の外国人の就業促進…… 501
3　緊急に対応が必要な分野等における外国人の受入れ…… 502
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…… 502

第１１章　行政体制の整備・情報政策の推進…… 503
第１節　独立行政法人に関する取組み…… 503
1　無駄削減に向けた取組みの実施…… 503
2　独立行政法人に関する取組み…… 503

第２節　広報体制の充実…… 504
1　新しい情報発信手段の活用…… 504

第３節　情報化の推進…… 505
1　情報化の推進…… 505
2　情報化の推進に向けた主な取組み…… 505
3　個人情報保護…… 507

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 …… 508
1　行政機関情報公開法の施行…… 508
2　行政機関個人情報保護法の施行…… 509
3　公益通報者保護法の施行…… 509
4　「国民の皆様の声」の集計報告…… 510
5　厚生労働行政モニターについて…… 510

第５節　政策評価などの取組み…… 511
1　政策評価の取組み…… 511
2　独立行政法人評価の取組み…… 511
3　アフターサービスの推進…… 512

コラム

国立社会保障・人口問題研究所について ……12

人口減少・少子化に対する国民の意識 ……19

「合計特殊出生率」と「国民希望出生率」について ……22

世界の人口問題への対応 ……51

大学における「婚育」教育～明治大学における「婚育」講義 ……77

少子化対策の一環としての婚活支援事業 ……86

不妊について …… 103

都市部の保育所設置をめぐる状況と対応
～地域とのつながりの中で子どもを育む世田谷区太子堂なごみ保育園～ …… 151

国立大学法人福井大学～高い地元就職率達成のための取組み～ …… 166

「移住者誘致の先駆け」　～北海道伊達市の取組み～ …… 173

公共交通を軸とした「コンパクト」なまちづくりをめざす富山市 …… 175

地域で広域的に必要な生活機能を確保し、人口減少を食い止める
～飯田市を中心とした南信州定住自立圏と下條村～ …… 177

名張版ネウボラ　～名張市の妊娠・出産包括支援の取組み～ …… 222

女性の健康づくり …… 226

京都市～平成26年度に新たに待機児童ゼロを達成した政令指定都市～ …… 232

福岡市保育士・保育所支援センター　～保育士就労支援の取組み～ …… 235

子育て・介護と仕事との両立支援
～群馬県桐生市・有限会社COCO－LOの取組み～ …… 246

男性従業員の育児と仕事の両立支援　～アース・クリエイト有限会社の取組み～ … 247

福井県　～高い合計特殊出生率、共働き世帯割合日本一の県～ …… 249

地域包括ケアシステムと地域における保健師の活動 …… 258

「地域を見守る」社会貢献活動　～明治安田生命保険相互会社の取組み～ …… 258

高知県で整備が進む地域福祉の拠点「あったかふれあいセンター」 …… 261

明石市における離婚後の「こども養育支援」に関する取組み …… 282

ニート等の若者の就職を目指す地域若者サポートステーション「サポステ佐賀」… 294

戦中・戦後の労苦を次世代に伝える昭和館・しょうけい館 …… 362

第1部

人口減少社会を考える
～希望の実現と安心して暮らせる社会を目指して～

はじめに

我が国の人口は、戦後、一貫して増加を続けてきたが、2008年の1億2,808万人をピークとして、ついに人口減少局面に入っている。国立社会保障・人口問題研究所の推計（出生中位・死亡中位推計）によると、このままのペースでは、2050年には人口が1億人を割り込み、2100年には約5,000万人（参考推計）まで減少するとも推計されている。

これからの日本の人口減少局面において、特に留意しなければならないのは、急速な高齢化を伴うということである。日本の人口が1億人を超えた1967年には、65歳以上の人口が総人口に占める「高齢化率」は6.6％であった。それが今、25％を超え、国民の4人に1人が高齢者という水準にある。このままいけば、2060年には高齢化率は約40％という、世界に例を見ない超高水準に至るものと推計されており、その間、高齢化は急速に進行することとなる。日本は、世界のどの国も経験したことのないほどの人口急減・超高齢化に直面しているのである。

このような急激な人口減少・高齢化は、我が国の経済、地域社会、財政、社会保障などあらゆる面で問題を引き起こす。特に、世代間の支え合いの要素が不可欠な社会保障制度は、少子高齢化によって既に、年金、医療、介護をはじめ各制度で、給付の増大や現役世代の負担の増加など多くの課題を抱えている。これまでも、不断の改革が行われてきているが、大幅な人口減少がさらに進んでいけば、これらの制度の持続可能な運営を確保することが難しくなる事態にも直面しかねない。

また、地方では、地域活動の担い手が減少するほか、医療や介護を担う人材の確保も困難となって必要なサービスの提供ができなくなり、住民の生活維持に大きな支障を来すことになる。そしてこのことが、ますます過疎化や人口の縮小を招いて、自治体の運営や存続自体が危ぶまれる事態も生じかねない状況にある。

さらに、大幅な人口の転入超過が続いている東京圏でも、高齢者の急増や介護サービスの不足などの多くの課題があり、また、厳しい子育て環境により出生率の低い東京圏に人口が集中することは、ますます日本全体の人口減少につながっていくことになる。

そもそも日本では、一人の女性が生涯に生む平均子ども数を示す「合計特殊出生率」（いわゆる出生率）が、1974年に「人口置換水準」（人口が長期的に維持される水準。現在は2.07）を下回り、今日まで40年間、少子化の流れが進行する状況が続いてきた。ただ、人口全体に関して言えば、戦後のベビーブーム世代やその子どもの世代の人口の多さにより、出生率が下がっても出生数が大きく下がらなかったことや、平均寿命の延びによって死亡数の伸びが抑制されてきたことにより、日本の総人口は長らく増加を続けてきた。

このような事情もあり、人口減少社会の到来やその影響は以前より指摘されてきたものの、これまで国民の間に危機感を持って実感されにくかったことは否めない。しかし、人口減少が現実となって進行し始めた今こそ、国民がそのことの危機感を、改めて広く共有して再認識し、日本をあげてこの問題に立ち向かっていくべき時ではないだろうか。

こうした人口減少の問題については、昨年、民間有識者による「日本創成会議」が、将来的に人口減少によって消滅の可能性が高いとされる自治体を挙げて問題提起し、地方と人口の問題に警鐘を鳴らしたこともあり、今あらためて、一層の関心と危機感が高まっている。政府では「まち・ひと・しごと創生本部」を設置して、人口減少の克服と地方創生に向けた施策を推し進め、地方自治体でもそれぞれ本格的に検討が始まっている。

そして、厚生労働行政は、雇用対策、子育て支援、仕事と家庭の両立支援など、若い世代の結婚、出産、子育ての希望の実現に向けた施策や、地域での生活を支える介護、医療といった多くの分野で、人口減少問題と大きな関わりをもつ。

このようなことから、人口減少の克服に向けて、幅広く議論や取組みを一層推し進めていくことが重要であるとの問題意識のもと、今回、「人口減少社会を考える」を厚生労働白書の特集のテーマとした。

まず序章にて、「人口減少の見通しとその影響」として、今後の我が国の人口減少の見通しを紹介した上で、人口減少がもたらす影響について分析し、人口減少問題への対応がなぜ喫緊の課題となっているのかを見ていく。

次に第１章では「人口減少社会」として、人口の概況、人口に関わる施策の変遷を概観した上で、人口減少社会を取り巻く背景・現状について分析を試み、人口減少社会克服のための取組みや、人口減少が避けられない中での地域のあり方を考えてみたい。

具体的には、第１節「我が国の人口の概況」において、これまでの人口の推移などを紹介し、第２節「我が国の人口に関わる施策の変遷」において、戦後の我が国の人口に関わる施策の変遷を振り返る。また、第３節「人口減少社会を取り巻く背景・現状と国民の意識」において、結婚・出産・育児にまつわる家族の在り方と、人のつながりや地域の姿といった観点から、人口減少社会を取り巻く背景・現状について、国民の意識の紹介も含めて分析をし、第４節「諸外国の動き」では諸外国との比較を試みた。

第２章では「人口減少克服に向けた厚生労働省の取組み」として、昨今の政府全体や厚生労働省における地方創生の観点を中心とした人口減少克服に向けた動きを紹介した上で、厚生労働省が推し進める具体的な施策を紹介している。

我が国が直面している人口減少の現実は厳しく、その解決に特効薬があるものではない。特に、もとより結婚や出産は、あくまで個人の意思で選択して決めることであり、特定の価値観の押しつけになってはならない。

一方で、若い世代の結婚、出産、子育ての希望の実現をしっかり応援していくことや、地方の創生をはじめとして、人口減少の流れを変える大きな原動力となることはたくさんある。流れが変わるかどうかは、今後、官民の垣根を越えて、できる取組みを着実に実行していけるかどうかにかかっている。

この白書が、人口減少という日本のこれからを左右する問題について、多くの国民の皆さんの認識と議論を深めて頂けるきっかけとなることを、切に期待したい。

序 章　人口減少の見通しとその影響

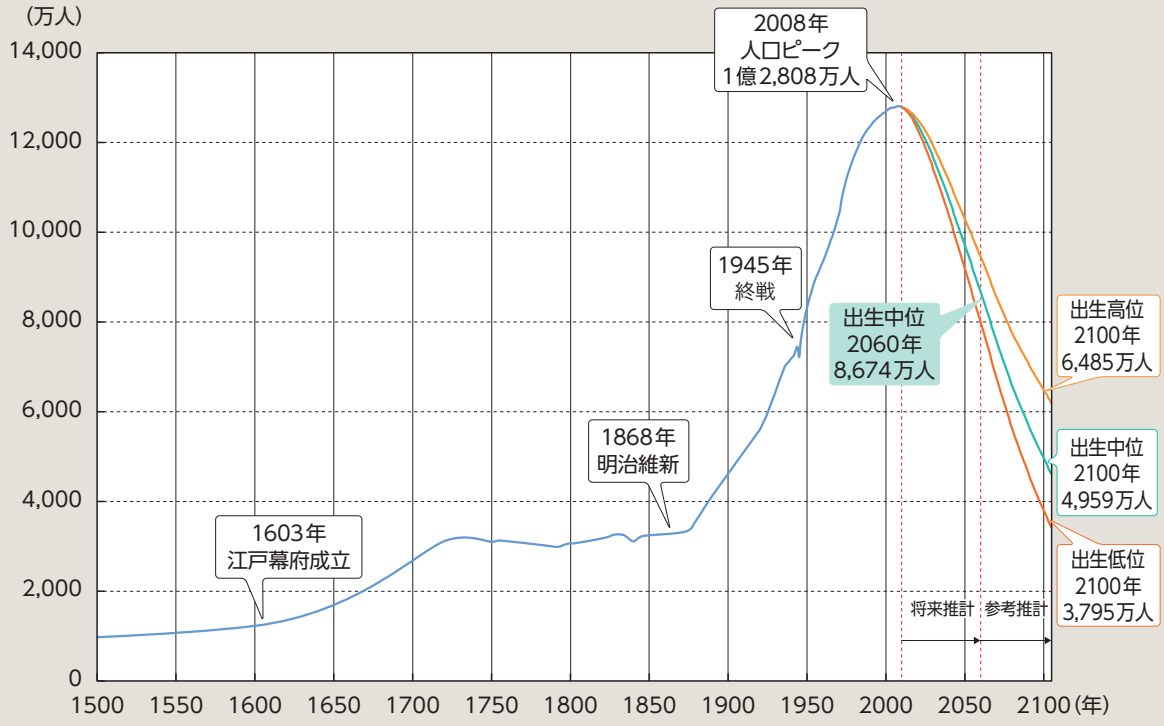
本章では、第1節で我が国の人口減少の見通しを示した後、第2節では人口減少がもたらす影響と2014（平成26）年12月27日に閣議決定された「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」が目指す将来の方向性について説明していく。

第1節　人口減少の見通し

（これまで増加を続けてきた我が国の人口は、一転して減少していく見通し）

我が国の人口の推移を長期的に示したものが、**図表序-1-1**である。これを見ると、我が国の人口は19世紀半ば以降に急増しているのがわかる。江戸時代後半の人口は3,000万人程度で安定していたが、明治に入ると急激な人口増加が始まった。増加はほぼ一貫して続き、1967（昭和42）年には1億人を突破、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入っており、今後は一転して人口減少社会へ突入し、我が国の人口は急勾配の下り坂を降りていくことが見込まれている。

図表序-1-1　長期的な我が国の人口推移



資料：1920年より前：鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」
1920～2010年：総務省統計局「国勢調査」、「人口推計」
2011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
一定の地域を含まないことがある。

1 我が国の総人口の見通し

（45年後の2060年には8,674万人に減少、65歳以上人口割合は約40%に達すると推計）

2010（平成22）年の国勢調査において1億2,806万人であった我が国の総人口は、今後、出生数の減少と死亡数の増加により長期的な減少過程に入る。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）」[*1]の出生中位・死亡中位推計[*2]によると、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。2010年時点より4,132万人の減少となり、半世紀の間におよそ3分の1の人口を失うことになる。その減少規模は、2014（平成26）年の東京都・神奈川県・大阪府・愛知県の人口を合計した数を超えるものとなると見込まれている[*3]。なお、最も人口が多く推移した場合の、出生高位・死亡低位推計の結果においても2060年には9,602万人となると推計されており、いずれにしても人口減少は避けられない状況となっている。

2060年の8,674万人という規模はどの程度のものか。過去をさかのぼって見てみると、総人口が8,500万人前後だったのは、戦後の1950（昭和25）年（8,320万人）である。ただし、2060年と1950年とは人口の構成という点において、大きく異なる。

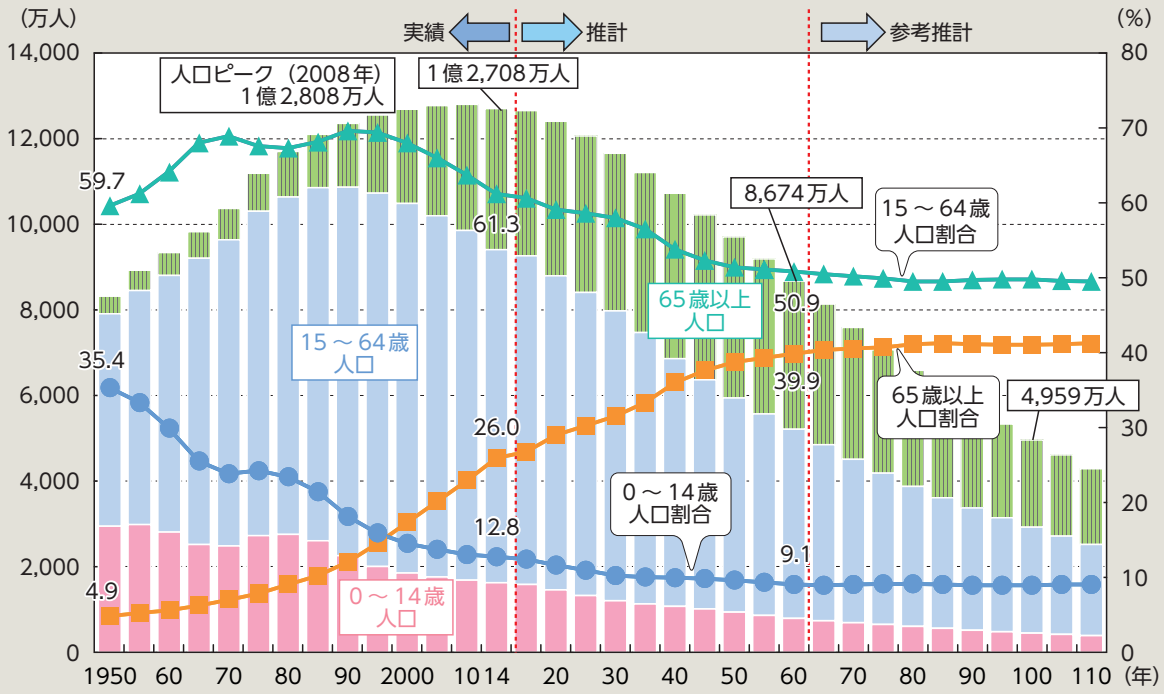
1950年と2060年を年齢3区分別に総人口に占める割合を見てみると、1950年当時は0～14歳と15～64歳の合計で総人口の95%を占めており、65歳以上は5%程度と非常に若い人口構成であったことがうかがえる。これに対し、2060年推計結果では、前者の割合は60%にまで低下する一方、後者の割合は39.9%にまで上昇する見通しとなっている。特に、75歳以上の人口割合は、26.9%に達し、1950年と2060年では、総人口の規模という点では同程度であるものの、その構成について見てみると、大きく相違するものといえる。

なお、65歳以上の人口は今後、いわゆる「団塊の世代」が65歳以上・75歳以上となる2015（平成27）年・2025（平成37）年には、それぞれ3,395万人・3,657万人になると見込まれている。その後も65歳以上の人口は増加を続け、2042（平成54）年に3,878万人でピークを迎え、その後は減少に転じると推計されている。

2061年以降の総人口については、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いる。

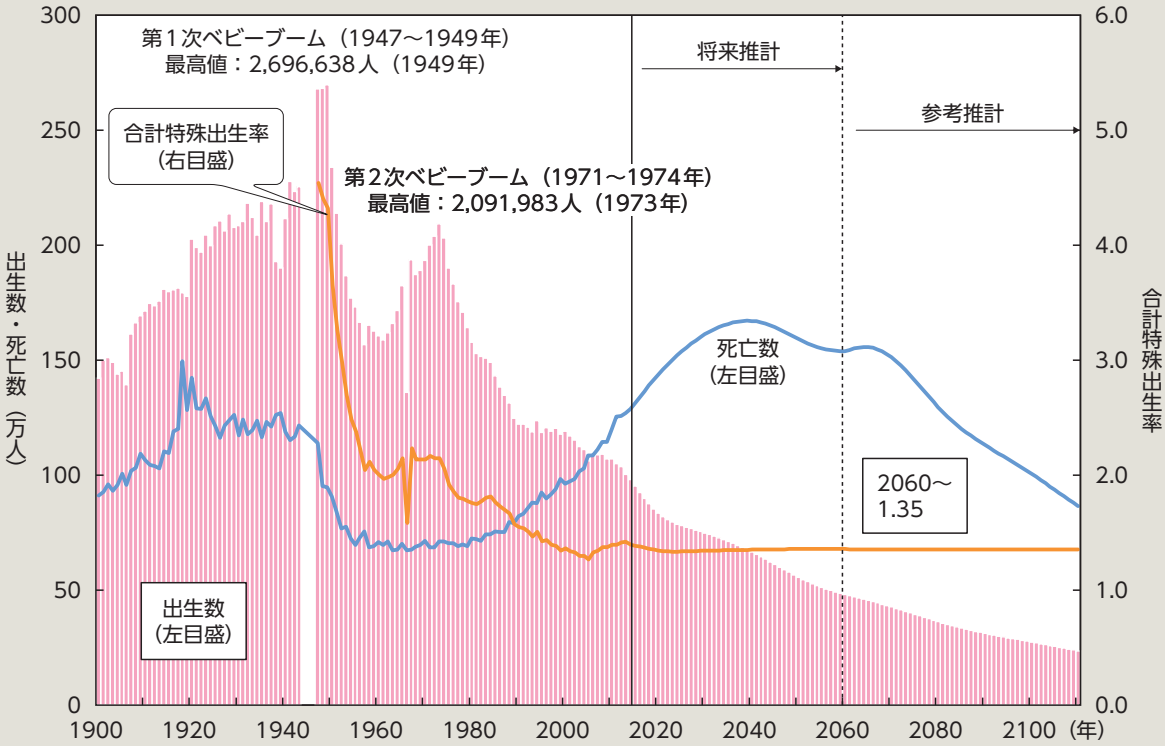
＊1　「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」は、国立社会保障・人口問題研究所ホームページ参照。
http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/sh2401top.html
＊2　「日本の将来推計人口」では、出生、死亡それぞれについて、高位、中位、低位の3通りの仮定をおいた複数の推計が行われている。
＊3　2014年10月時点の人口は、東京都1,339万人、神奈川県910万人、大阪府884万人、愛知県746万人である（総務省統計局「人口推計」）。

図表序-1-2 我が国の人口推移



資料：2014年以前：総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳の人口を按分して含めた）及び「人口推計」
2015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） 1970年までは沖縄県を含まない。

図表序-1-3 出生数・死亡数、合計特殊出生率の推移：1900～2110年



資料：2014年以前：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
2015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） 2013年までは確定数、2014年は概数である。

2 我が国の地域別将来推計人口

（1）地域別にみた人口の見通し

（地方においてより人口減少が加速）

都道府県単位での人口の増減について、総務省統計局の人口推計（2014（平成26）年10月１日現在）によれば、前年に比べ、増加は７都県、減少は40道府県となっている。

増加した７都県では全て社会増加（人口移動による増加）となっており、そのうち４都県[*4]は自然増加（出生数が死亡数を上回るための増加）、３県[*5]は自然減少となっている。

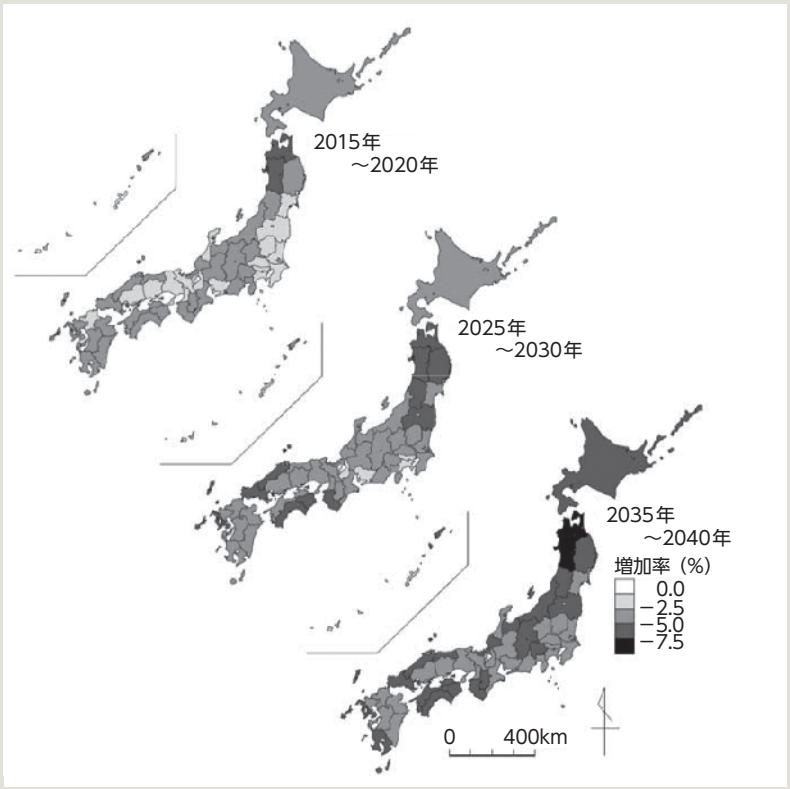
一方、人口減少した40道府県のうち、38道府県[*6]は自然減少かつ社会減少となっている。

将来の都道府県における人口の動向について、国立社会保障・人口問題研究所が公表している「日本の地域別将来推計人口（平成25年３月推計）」[*7]によれば、総人口が減少する都道府県は今後も増加を続け、2010（平成22）年から2015（平成27）年にかけては41道府県[*8]、2015年から2020（平成32）年にかけては沖縄県を除く46都道府県、2020年から2025（平成37）年にかけては沖縄県も減少に転じ、全ての都道府県で総人口が減少すると推計されている。また、2040（平成52）年の総人口は、全ての都道府県で2010年を下回ると推計されている。

都道府県別の総人口の増加率を示したのが、**図表序-1-4**であるが、全ての都道府県において時間の経過とともに、低下していくことがうかがえる。特に、2035（平成47）年から2040年になると、22道県が-5%を下回る見込みとなっており、地方においてより人口減少が加速していくと見込まれている。

＊4　東京都、神奈川県、愛知県、沖縄県
＊5　埼玉県、千葉県、福岡県
＊6　宮城県及び滋賀県の２県を除く
＊7　「日本の地域別将来推計人口（平成25年３月推計）」は、国立社会保障・人口問題研究所ホームページ参照。
http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/t-page.asp
＊8　埼玉県、東京都、神奈川県、愛知県、滋賀県、沖縄県の６都県を除く

図表序-1-4　都道府県別総人口の増加率

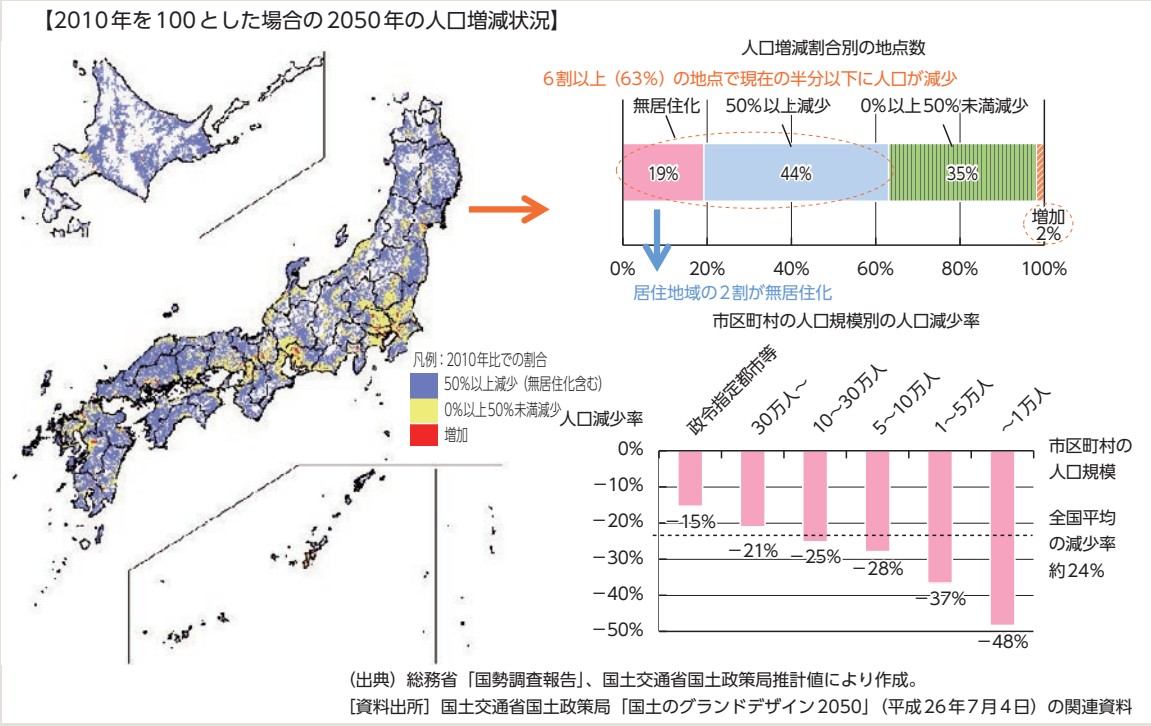


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」
（注）　本資料に記載した地図は、我が国の領土を網羅的に記したものではない。

（人口規模が小さい自治体ほど人口減少率が高くなる。2050年には現在の居住地域の2割が無居住化と推計）

地域別の人口の増減の見通しを更に細かい地域単位で見てみると、市区町村の人口規模別では、人口規模が小さくなるにつれて人口減少率が高くなる傾向が見られ、特に人口1万人未満の市区町村では半分に減少すると見込まれている。また、人口減少がこのまま進むと、2050（平成62）年には、現在人が住んでいる居住地域のうち6割以上の地域で人口が半分以下に減少し、さらに2割の地域では無居住化すると推計されている（**図表序-1-5**）。

図表序-1-5　国土全体での人口の低密度化と地域的偏在



（出典）総務省「国勢調査報告」、国土交通省国土政策局推計値により作成。
［資料出所］国土交通省国土政策局「国土のグランドデザイン2050」（平成26年7月4日）の関連資料

資料：内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン　参考資料集」
（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。

（2）地域別にみた高齢化の見通し

（地方で先行して更なる高齢化が進み、大都市圏では当面、高齢者人口数が大きく増加）

今後の日本の総人口に占める65歳以上の人口割合を見てみると、2040（平成52）年には36.1%、2060（平成72）年には39.9%と更なる高齢化が見込まれているが（**図表序-1-2**）、各都道府県においても今後一貫して増加する。

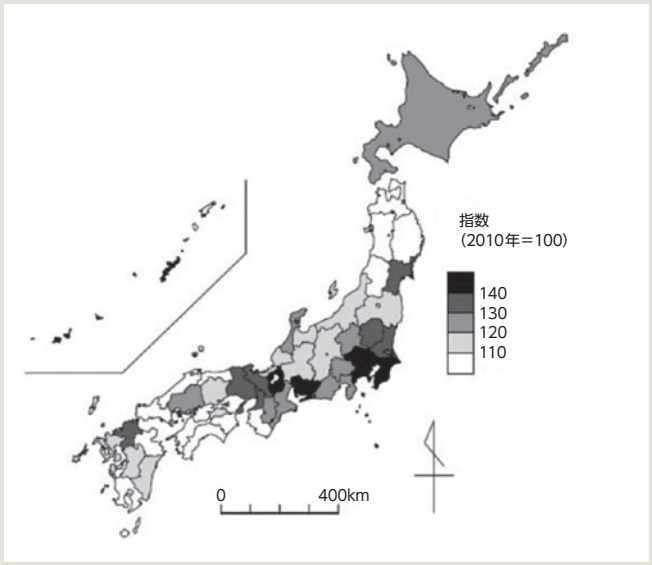
65歳以上人口割合が30%を超える都道府県は2010（平成22）年時点では一つもないが、2040年には全ての都道府県で30%を超える見込みとなっている。なかでも地方では、2010年時点で、既に22県において25%を超えており、2040年には、北海道、青森県、秋田県、徳島県、高知県において40%を超え、先行して高齢化が進んでいくことが見込まれている（**図表序-1-6**）。

図表序-1-6　都道府県別65歳以上人口の割合

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）」
（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。

図表序-1-7は各都道府県別に2010年の65歳以上人口を100としたときの2040年の65歳以上人口の値を指数で表したものであるが、2040年の段階で65歳以上人口の規模が大きいのは、主に大都市圏に属する地域である。指数が140以上、すなわち2010年から2040年にかけて65歳以上人口が1.4倍以上に増加するのは、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、愛知県、滋賀県、沖縄県となっている。例えば、東京都では、2010年時点での65歳以上人口は約268万人であったが、2040年には約412万人に達すると見込まれている。先の**図表序-1-4**で見たとおり、2020年までには大都市圏を含め、ほぼすべての都道府県で人口減少に転じていくが、そのような中で高齢者人口については、当面、このように特に大都市圏を中心に大きく増加していき、若年者が減少し高齢者が増加して超高齢化が進展していくことになる。

図表序-1-7　2010年の65歳以上人口を100としたときの2040年の65歳以上人口の指数



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）」
（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。

(3) 地域別・段階別に進む人口減少

(過疎地を中心に地方では既に、若年人口の減少に加え、高齢者人口の減少も始まっている)

さらに、地域別の人口減少の状況について、次の①～③の３段階に分けて捉えてみることもできる[*9]。

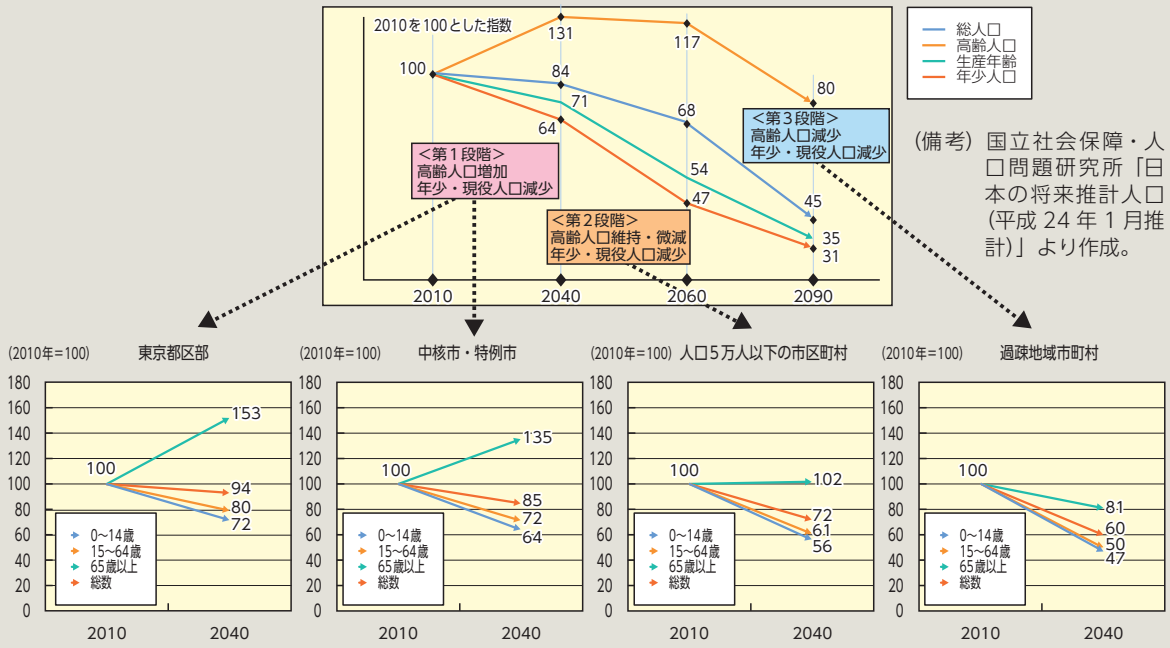
①「第１段階」：若年人口は減少するが、高齢者人口は増加する時期
②「第２段階」：若年人口の減少が加速化するとともに、高齢者人口が維持から微減へと転じる時期
③「第３段階」：若年人口の減少が一層加速化し、高齢者人口も減少していく時期

まず、これを日本全体の今後の人口変化に当てはめると、2010（平成22）～2040（平成52）年は「第１段階」にあり、2040～2060（平成72）年に「第２段階」、2060年以降に「第３段階」を迎えるものと見込まれている。これを地域別の人口動向に当てはめると、日本全体ではまだ「第１段階」にいる2010～2040年において、東京都区部や中核市・特例市は「第１段階」に該当する一方、人口５万人以下の地方都市は「第２段階」、過疎地域の市町村は既に「第３段階」に入っている（**図表序-1-8**）。すなわち、過疎地域においては既に、若年者のみならず高齢者の人口も減少する局面へと入りつつある。

このように、都市部に比べて地方において、人口減少が早く進んでおり、直面する課題も地域により異なることがわかる。

＊9　「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」（平成26年12月27日閣議決定）では、この三段階で将来人口動向を説明した上で、「「第二・第三段階」では「人口急減」とも言える事態が待ち受けている」としている。

図表序-1-8 地域によって異なる将来人口動向



(備考) 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)」より作成。

(備考) 1. 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)」より作成。
2. 上記地域別将来推計人口の推計対象となっている市区町村について、カテゴリー(人口5万人以下の市区町村は2010年の人口規模、中核市・特例市は平成26年4月1日現在、過疎地域市町村は平成26年4月5日現在でみたもの)ごとに総計を求め、2010年の人口を100とし、2040年の人口を指数化したもの。

資料:内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン　参考資料集」

コラム 国立社会保障・人口問題研究所について

1 国立社会保障・人口問題研究所とは?

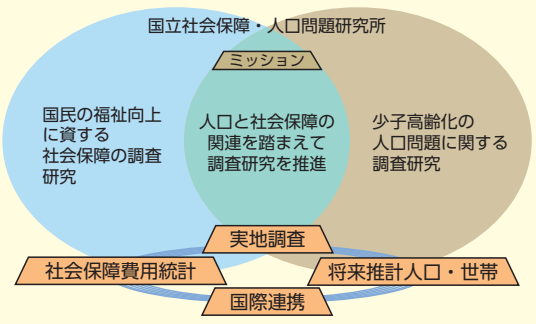
今回の厚生労働白書では、将来推計人口など、種々の人口関連のデータを掲載しているが、こうした人口問題や社会保障に関する研究を行っているのが、「国立社会保障・人口問題研究所」である。

国立社会保障・人口問題研究所は、平成8年に、厚生省人口問題研究所*と特殊法人社会保障研究所を統合して設立された。厚生労働省に所属する国立の研究機関であり、人口や世帯の動向を捉えるとともに、内外の社会保障政策や制度についての研究を行っている。

【国立社会保障・人口問題研究所主催厚生政策セミナー】

2 主な研究内容は?

国立社会保障・人口問題研究所の主なミッションは、①少子高齢化の人口問題に関する調査研究、②国民の福祉向上に資する社会保障の調査研究、③人口と社会保障の関連を踏まえた調査研究の推進の3つである。



＊ 前身の「厚生省人口問題研究所」は、昭和14年に設立。

（1）将来推計人口・世帯
　①の人口問題に関する調査研究としては、人口と世帯に関する将来推計を行っており、「日本の将来推計人口」「日本の地域別将来推計人口」「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）」を公表している。推計には、５年周期で実施している実地調査（「出生動向基本調査」「人口移動調査」「世帯動態調査」など）のデータが用いられている。これらの推計結果は、社会保障制度の中・長期計画や各種政策立案の基礎資料となっており、広く活用されている。
（2）社会保障費用統計（基幹統計）
　②の社会保障に関する調査研究としては、年金、医療、介護などの社会保障制度に関する１年間の支出を、OECD（経済協力開発機構）基準による「社会支出」とILO（国際労働機関）基準による「社会保障給付費」の２通りで集計・公表している。この「社会保障費用統計」は、社会保障政策を検討する際の基礎資料や、社会保障費用の国際比較を行う指標として、広く活用されている。
　このほか、③の人口と社会保障の関連を踏まえた調査研究としては、国内の結婚、出産、子育ての現状と課題を調べるための「出生動向基本調査」等が実施されている。

3　期待されている役割は？

　少子高齢化による人口構成の変化など、社会保障制度を取り巻く状況に大きな変化が生じてきている。こうした中、様々な政策課題にきめ細かく対応していくには、詳細で正確なエビデンスに基づく政策の策定が必要不可欠であり、国立社会保障・人口問題研究所が提供している人口や社会保障に関する基礎的なデータや研究成果は、貴重な基礎資料となっている。今後も更にレベルの高い研究を行い社会に発信していくことが期待されている。
（参照）
　○国立社会保障・人口問題研究所ホームページURL：http://www.ipss.go.jp/

第２節　人口減少がもたらす影響と長期ビジョンが目指す将来の方向

　前節において、我が国が人口減少社会を迎え、今後さらに人口減少が進んでいくとの見通しを紹介した。
　本節では、このような人口減少の動きが、我が国にどのような影響を与えていくのかを概観した上で、「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」（平成26年12月27日閣議決定）において示された政府の方針、具体的には諸施策の実施により2060年には総人口１億人程度を確保し、2090年頃には人口が定常状態を見込むという将来の方向性について紹介する。

1　人口減少がもたらす影響～経済、地域社会、社会保障・財政～

（今後の人口減少は、少子高齢化の進展とともに、経済、地域社会、社会保障・財政に影響）
　世界の総人口は増加の一途を辿り、また我が国の人口も増加を続けてきた中で、人口増加がもたらす影響については、これまで現に我々が経験をして明らかになってきたといえる一方、持続的な人口減少は我が国では2008（平成20）年に初めて迎えたものであり、その具体的な影響は未だ経験されてはいない。
　しかしながら、今後我が国が直面する人口減少については、人口全体の数が減ることに加え、出生数が減る段階で人口の年齢構成において若年層の構成比率が低くなる「少子高齢化」がさらに急速に進んでいくことにより、経済社会全般に大きな影響を与えることが

懸念される。

人口減少がもたらす具体的な影響については、経済、地域社会及び社会保障・財政に分類して捉えることができる。

(1) 経済への影響

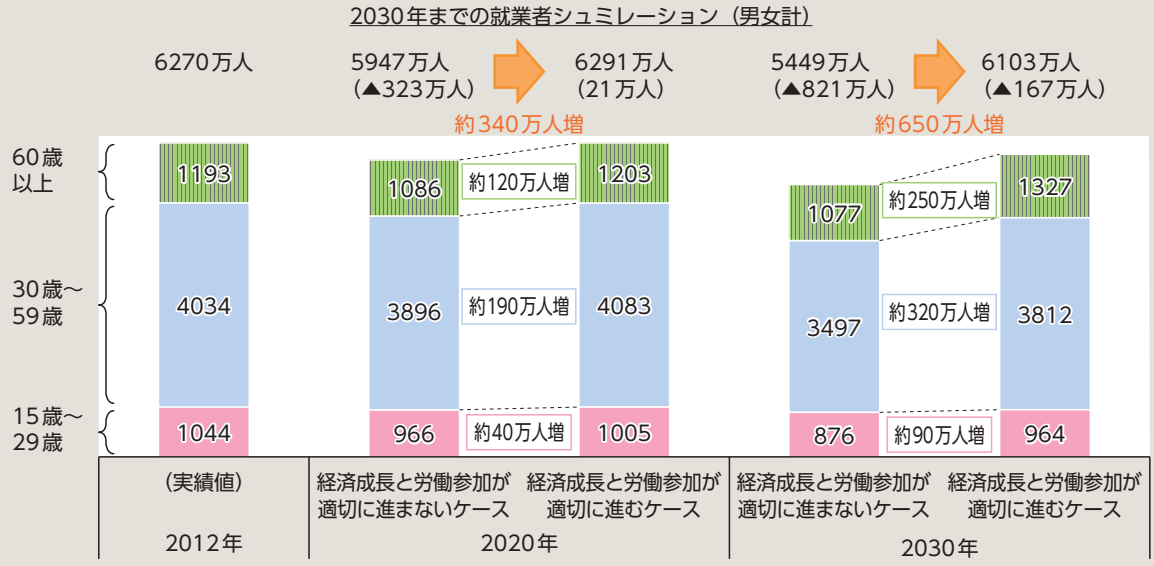
人口の減少は、日本の経済全体の縮小につながると指摘されている。具体的に、モノやサービスを生産し供給する「サプライサイド」への影響と、モノやサービスを国民が購入し消費する「デマンドサイド」への影響がある。そして、人口減少とその対応は、将来の我が国の経済成長にかかわってくる。

(人口減少に伴う就業者数の減少によって労働投入が減少し、日本の経済全体に影響)

まず、サプライサイドにおいては、経済成長の要素である労働投入、資本蓄積及び生産性上昇のそれぞれに対して、人口減少の影響が及ぶと考えられる。

このうち労働投入の減少につながる具体的な就業者数の減少の見込みについてみてみる。**図表序-2-1**にある2013(平成25)年に厚生労働省の雇用政策研究会がとりまとめた報告書で示された数値によると、もし、経済成長と労働参加が適切に進まない場合は2030(平成42)年の就業者数は、2030年に5449万人と、2012年の6270万人と比較して821万人減少するとされている。また、経済成長が実現し、また全員参加型社会の実現により、女性、若者、高齢者、障害者などの労働市場への参加が適切に進む場合であっても、2030年の就業者数6103万人は、2012年と比べて167万人の減少が見込まれている。

図表序-2-1 将来の就業者数の推計



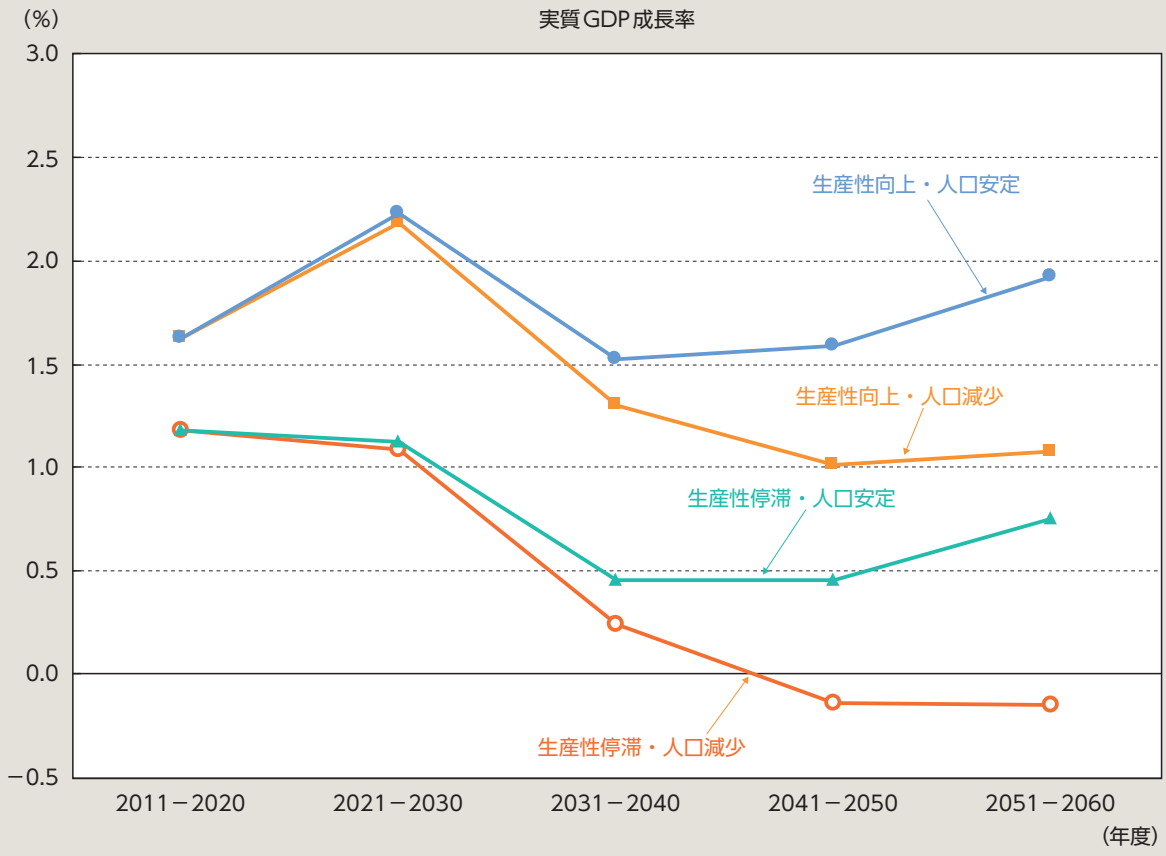
資料出所:2012年実績値は総務省「労働力調査」、2020年及び2030年は(独)労働政策研究・研修機構推計
※推計は、(独)労働政策研究・研修機構が、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」等を用いて行ったもの
※経済成長と労働参加が適切に進むケース:「日本再興戦略」を踏まえた高成長が現実し、かつ労働市場への参加が進むケース
※経済成長と労働参加が適切に進まないケース:復興需要を見込んで2015年までは経済成長が適切に進むケースの半分程度の成長率を想定するが、2016年以降、経済成長率・物価変化率がゼロ、かつ労働市場への参加が進まないケース(2012年性・年齢階級別の労働力率固定ケース)
※図中の数値は、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。増減差は表章単位の数値から算出している。
資料:厚生労働省雇用政策研究会「雇用政策研究会報告書」(2014年2月)

また、デマンドサイドでも、人口減少により消費が減少することで、潜在的な経済成長率を低下させると指摘されている。

（人口の安定化と生産性の向上が図られると、我が国の経済成長が見込まれる）

このように人口減少が我が国の経済全体の縮小につながることが指摘されるなか、経済財政諮問会議専門調査会「選択する未来」委員会の報告によれば、現役世代人口の減少ペースが強まる2030年代、2040年代には経済に対する下押し圧力がかかることが予想され、そのような人口減少下で経済が停滞する場合には、2040年代にはマイナス成長に陥り、そこから脱することが難しくなるおそれもあるとされている。一方で、人口減少に歯止めをかけ、「人口の安定化」を図るとともに、イノベーション創出によって生産性を世界トップレベルの水準に引き上げることができれば、50年後の実質GDP成長率は1.5～2%程度を維持することができる可能性が指摘されている（**図表序-2-2**）。

図表序-2-2　将来の人口と実質GDP成長率の推計



（備考）第13回「選択する未来」委員会（2014年11月14日）成長・発展ワーキング・グループ報告書より抜粋。
［資料出所］経済財政諮問会議専門調査会「選択する未来」委員会報告＜参考資料集＞
資料：内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン　参考資料集」

このことについては、日本の経済全体の規模が縮小することはやむを得ないものであって、その中で国民一人当たり所得の維持を目指すべきとの見解もある。しかし、この場合であっても、人口減少がその過程において必然的に伴う高齢化の進行によって総人口の減少を上回る働き手の減少が生じ、その結果、総人口の減少以上に経済規模を縮小させ、一人当たりの国民所得を低下させるおそれがあると指摘されている。

(2) 地域社会への影響

(人口減少は、地方の地域経済社会の急速な縮小につながる。都市でも機能の低下が生ずるおそれ)

地方での人口減少は、労働力人口の減少や消費市場の縮小を引き起こし、地方の経済規模を縮小させる。それが、社会生活サービスの低下を招き、更なる人口流出を引き起こすという悪循環となり、地域経済社会の急速な縮小につながる。

また、過疎地域においては、地域の伝統行事等の継承の問題、地域の核となっている学校の閉校による活力低下、農林水産業の衰退や森林・農地の荒廃、商業・商店街が衰退するとともに、日常の買い物や医療など地域住民の生活に不可欠な生活サービスの確保が難しくなると考えられる。

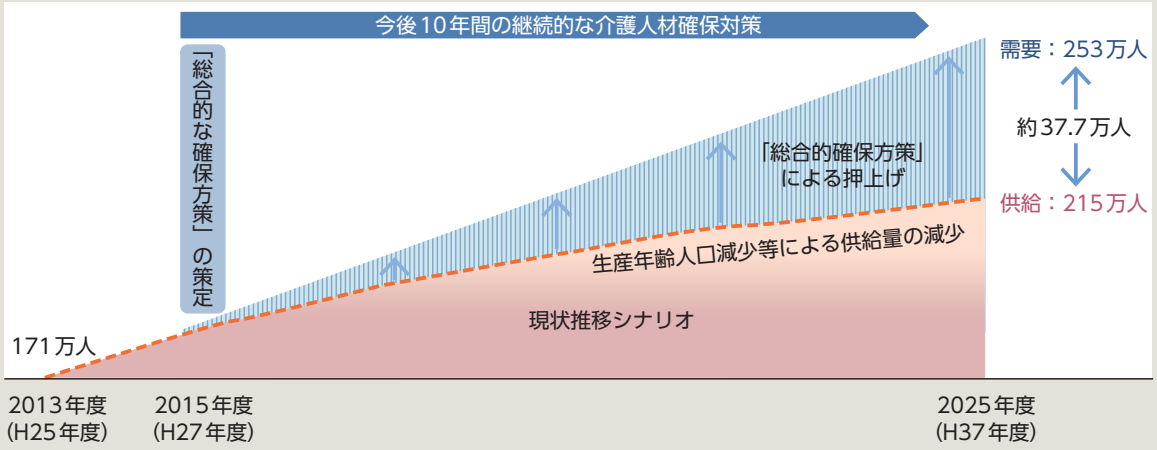
さらに、都市においても、人口減少が進むと、都市機能を支えるサービス産業が成立しなくなり、第3次産業を中心に、雇用機会の大幅な減少や都市機能の低下が生ずるおそれがあるといわれている。

(人口減少は、都市部を中心として、医療・介護の供給にも支障を来すおそれ)

また、都市部を中心に、高齢者数の増大により、医療・介護のニーズが増大し、これにより特に介護サービスを担う人材が不足して、確保が困難となるとともに、これらのサービスの円滑な供給に支障を来すことが考えられる。

図表序-2-3の平成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、生産年齢人口が減少局面に入っている中、現状の施策を継続した場合、2025年には約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。

図表序-2-3　2025年に向けた介護人材の需給推計結果

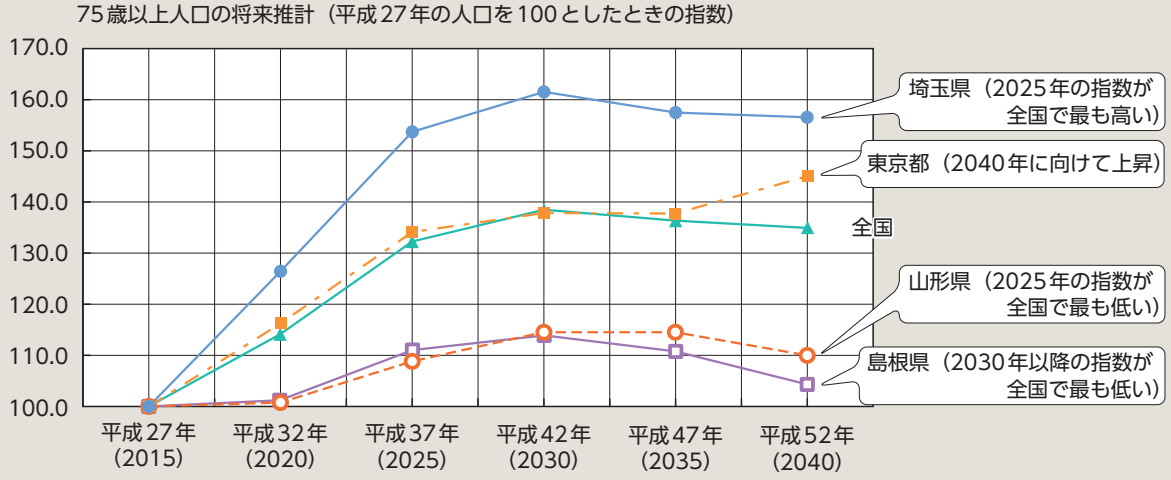


資料：厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室　2015年6月24日公表　「2025年に向けた介護人材にかかる需給推計(確定値)」より

(注) 1. 需要見込み(約253万人)については、市町村により第6期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量等に基づく推計
2. 供給見込み(約215万人)については、現状推移シナリオ(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)による推計(平成27年度以降に追加的に取り組む新たな施策の効果は含んでいない)
3.「医療・介護に係る長期推計(平成24年3月)」における2025年の介護職員の需要数は237万人～249万人(社会保障・税一体改革におけるサービス提供体制改革を前提とした改革シナリオによる。現状をそのまま将来に当てはめた現状投影シナリオによると218万～229万人。推計値に幅があるのは、非常勤比率の変動を見込んでいることによるもの。同推計及び上記の推計結果のいずれの数値にも通所リハビリテーションの介護職員数は含んでいない。)

また、図表序-2-4からは、2015年から10年間の75歳以上人口の伸びが、特に都市部で大きいことがわかる。

図表序-2-4　75歳以上人口の将来推計の地域別の特徴



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（2013）年3月推計）」より作成

(3) 社会保障・財政への影響

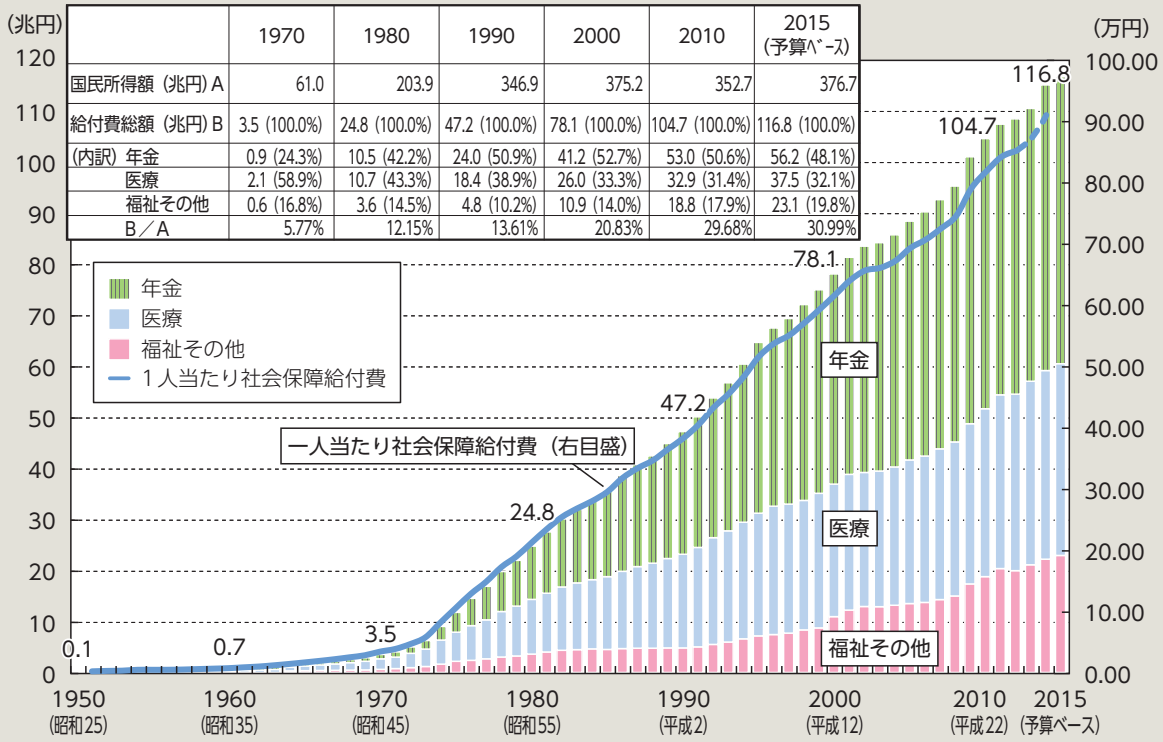
(人口減少により、社会保障の担い手が減少し、社会保障の維持や財政健全化に対し影響が及ぶ)

人口減少が進むなかで、高齢化に伴って年金・医療・介護等の社会保障支出はこれまで延び続けており、今後も増大が見込まれている。図表序-2-5は、社会保障給付費のこれまでの推移を示している。

一方で、図表序-2-6が示すように、この社会保障給付費の財源は保険料と税により賄われている。このまま人口減少が大幅に進み、少子高齢化がさらに進んでいけば、現役世代（生産年齢人口）の全世代に占める割合がますます減少していき、増え続ける社会保障給付費を賄えるだけの保険料収入や税収を確保することが困難になる。ともすれば、現役世代の負担の増大、ないしは負担増を抑制・回避するための借金（国債の発行）による、将来世代への負担のさらなる先送りを余儀なくされることにもつながる。このように、人口減少は、社会保障の担い手の減少により、社会保障制度を安定的に維持していくことや財政の健全化にも影響が及んでいくこととなる。

図表序-2-5 社会保障給付費の推移

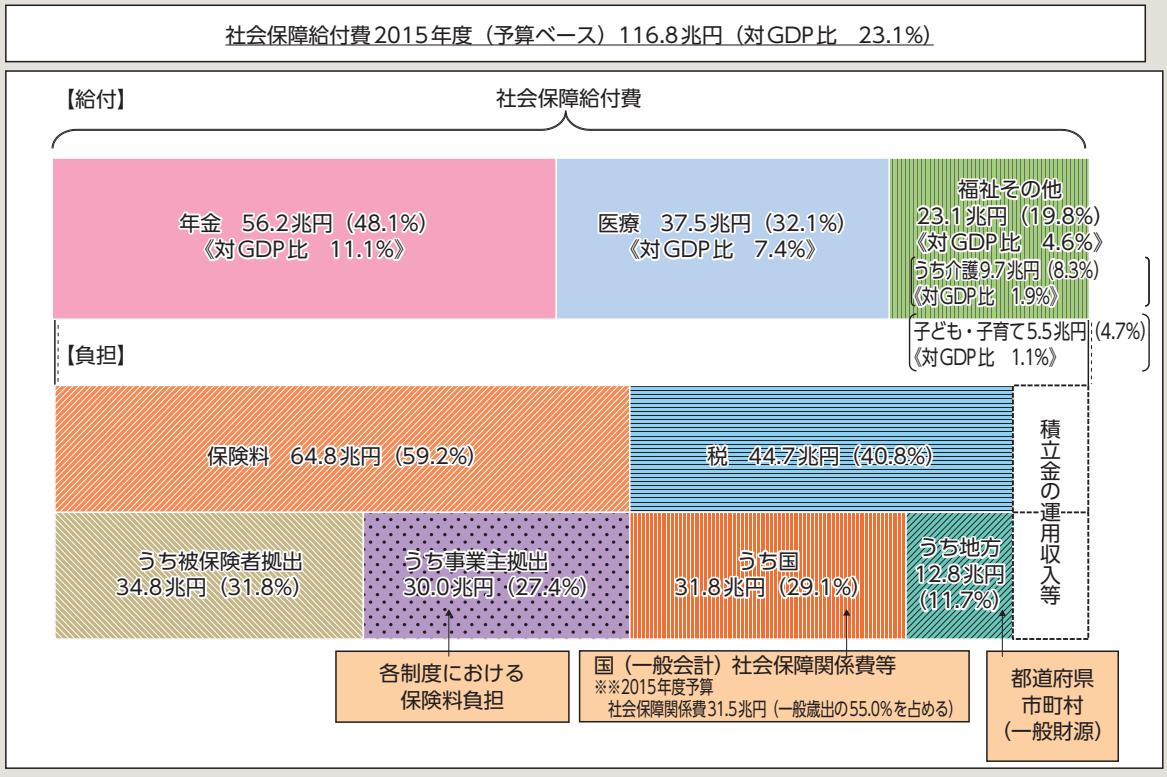
	1970	1980	1990	2000	2010	2015（予算ﾍﾞｰｽ）
国民所得額（兆円）A	61.0	203.9	346.9	375.2	352.7	376.7
給付費総額（兆円）B	3.5（100.0%）	24.8（100.0%）	47.2（100.0%）	78.1（100.0%）	104.7（100.0%）	116.8（100.0%）
（内訳）年金	0.9（24.3%）	10.5（42.2%）	24.0（50.9%）	41.2（52.7%）	53.0（50.6%）	56.2（48.1%）
医療	2.1（58.9%）	10.7（43.3%）	18.4（38.9%）	26.0（33.3%）	32.9（31.4%）	37.5（32.1%）
福祉その他	0.6（16.8%）	3.6（14.5%）	4.8（10.2%）	10.9（14.0%）	18.8（17.9%）	23.1（19.8%）
B／A	5.77%	12.15%	13.61%	20.83%	29.68%	30.99%



資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成24年度社会保障費用統計」、2013年度、2014年度、2015年度（予算ベース）は厚生労働省推計、2015年度の国民所得額は「平成27年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度（平成27年2月12日閣議決定）」

（注）　図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2015年度（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）である。

図表序-2-6 社会保障の給付と負担の現状



（注）　社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

コラム　人口減少・少子化に対する国民の意識

これから人口減少が予想されることについて国民はどのような意識をもっているのであろうか。内閣府が平成26年8月に実施した「人口、経済社会等の日本の将来像に関する世論調査」によれば、次のような結果がでている。

「日本の人口が急速に減少していくことについてどう思うか」との質問には、9割以上の人が「人口減少は望ましくない」と答えている。

○少子化が与えるマイナスの影響で特に重要だと思うことは何か（複数回答可）	
年金や医療費の負担など、社会保障に与える影響	72.0%
労働力人口の減少など、経済活力に与える影響	53.1%
子育てに対する負担や社会支援のあり方など、家庭生活に与える影響	37.3%
過疎化の一層の進行など、社会の活力に与える影響	35.3%

（上位4位）

○日本の人口が急速に減少していくことについてどう思うか	
人口減少は望ましくなく、増加するよう努力すべき	33.1%
人口減少は望ましくなく、現在程度の人口を維持すべき	18.6%
人口減少は望ましくなく、減少幅が小さくなるよう努力すべき	23.5%
人口減少は望ましくないが、仕方がない	19.1%
人口減少は望ましい	2.3%
人口が減少してもしなくてもどちらでもよい	2.2%

○政府は総人口に関する数値目標を立てて人口減少の歯止めに取り組んでいくべきという考え方に対してどう思うか。	
大いに取り組むべき	41.1%
取り組むべきだが、個人の出産などの選択は尊重する必要がある	34.3%
個人の出産などの選択は尊重し、そうした取組は必要最低限であるべきである	18.3%
そうした取組は不要である	4.1%

2「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」による目指すべき将来の方向

(1)「まち・ひと・しごと創生本部」の設置

（人口減少への対応として、政府は「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」を閣議決定）

これまで見たとおり、我が国は「人口減少時代」に突入し、このまま人口減少が続けば、将来的に経済規模の縮小や生活水準の低下、社会保障の負担増や制度維持など、社会経済の全般にわたり深刻な影響をもたらすことが強く懸念される状況にある。

ここで、人口減少の大きな要因である少子化の流れをみると、我が国の合計特殊出生率[*10]は、1974（昭和49）年以降、人口置換水準[*11]を下回る状態が続いてきた。2005（平成17）年に過去最低の1.26を記録したあと、2014（平成26）年には1.42[*12]と、近年はやや回復傾向がみられるが、依然として合計特殊出生率は人口置換水準を下回る状態が続いている。（我が国の人口の概況については第1章第1節で、我が国の人口に関連する施策の変遷については第1章第2節で、それぞれ詳しく紹介する。）

＊10「合計特殊出生率」とは、その年次の15～49歳までの女性の年齢別出生率を合計したものであり、一人の女性が、仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に生むと仮定したときの平均子ども数に相当する。
＊11「人口置換水準」とは、（国際）人口移動がなく、かつ年齢別死亡率が変化しないとした場合に、長期的に人口が維持される合計特殊出生率の水準。年によって変動があり、1974年は2.1、現在は2.07である。
＊12 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成26年人口動態統計（概数）」より。

このような中、政府は、我が国が直面する地方創生・人口減少克服という構造的課題に正面から取り組むため、2014年9月、内閣総理大臣を本部長とする「まち・ひと・しごと創生本部」を設置して議論を重ね、12月に「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」を策定した。

この長期ビジョンは、日本の人口の現状と将来の姿を示し、今後目指すべき将来の方向を提示したものであり、その中で、若い世代の希望を実現すること等により出生率が向上、回復するならば、人口減少に歯止めがかかり、50年後の2060年に1億人程度の人口が確保されることが見込まれるとしている。

(2)「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」の方向

(長期ビジョンの方向性では、人口減少克服の取組みにより、2060年に1億人程度が確保される)

「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」(以下「長期ビジョン」という。)では、人口減少の克服に向けて次のような方向性が示されている。

・人口減少に歯止めをかける。
・若い世代の結婚・子育ての希望が実現すると、合計特殊出生率は1.8程度に向上する。
・人口減少に歯止めがかかると、2060年に1億人程度の人口が確保される。(2030~2040年頃に出生率が2.07まで回復した場合、2060年には総人口1億人程度を確保し、2090年頃には人口が定常状態になると見込まれる。)
・さらに、人口構造が「若返る時期」を迎える。(人口減少に歯止めがかかると、高齢化率は2050年に35.3%でピークに達した後は低下し始め、2090年頃には現在とほぼ同水準の27%程度にまで低下。)
・「人口の安定化」とともに「生産性の向上」が図られると、2050年代に実質GDP成長率は、1.5~2%程度が維持される。

前節で紹介した、現状の人口変化の動向を前提に将来の変動を推計している国立社会保障・人口問題研究所による将来人口推計(出生中位・死亡中位推計)においては、2060年の人口はおよそ8,674万人、2090年の人口はおよそ5,727万人に減少していくと推計している。

これに対し、上述のように長期ビジョンでは、人口減少の克服のための取組みにより、出生率が向上して人口減少に歯止めがかかれば、2060年には総人口が1億人程度、2090年頃にはおよそ9,000万人程度で人口の定常状態となることを見込んでいる。(長期ビジョンによる人口や高齢化率の見通しは、**図表序-2-7**及び**図表序-2-8**を参照。長期ビジョンの詳細は第2章を参照)

(出生率が人口を維持できる水準まで回復しても、人口減少が止まるまで長い年月を要する。人口減少への対応は、待ったなしの課題)

このような長期ビジョンに沿った人口減少の克服を達成するためには、出生率の上昇に向けて社会全体で大きな方向転換をしていくことが不可欠となり、官民を挙げた具体的な施策の実行が求められる。

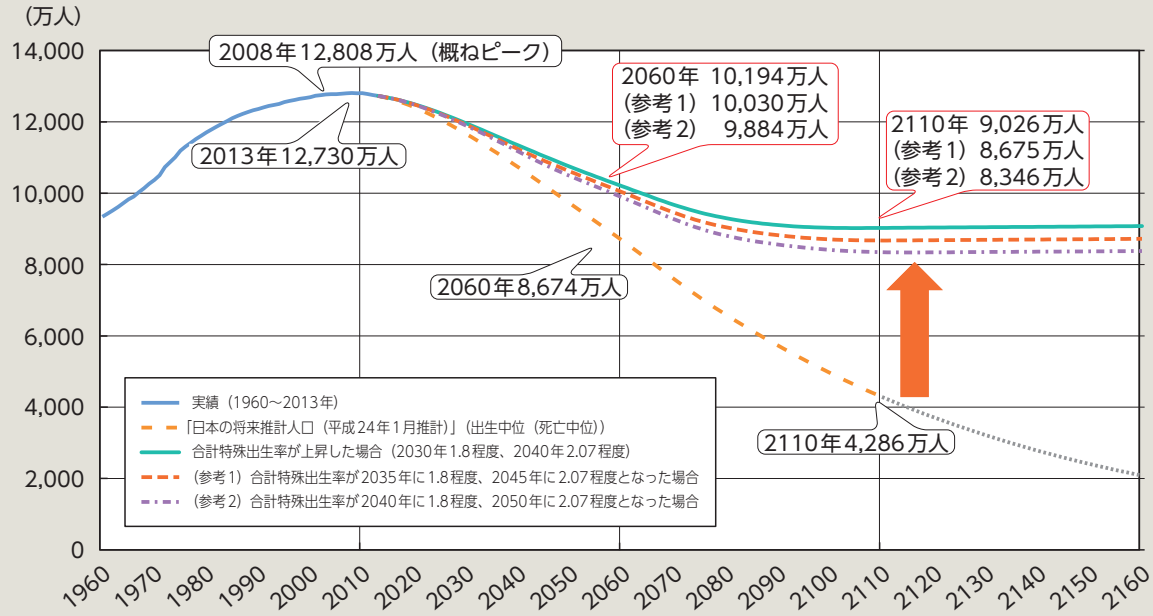
また、長期ビジョンの中でも指摘されているとおり、出生率が人口を維持できる水準にまで回復したとしても、いったん始まった人口減少の流れが止まるまでには長い年月を要

する。これは、これまでの少子化の進行により、今後数十年間の出生を担う世代の人口数が減少し続けたため、その数が既に決まっているためであり、やはり人口減少への対応は、待ったなしの課題である。

（長期ビジョンが示す出生率2.07の回復には、国民の希望の高まりが重要）

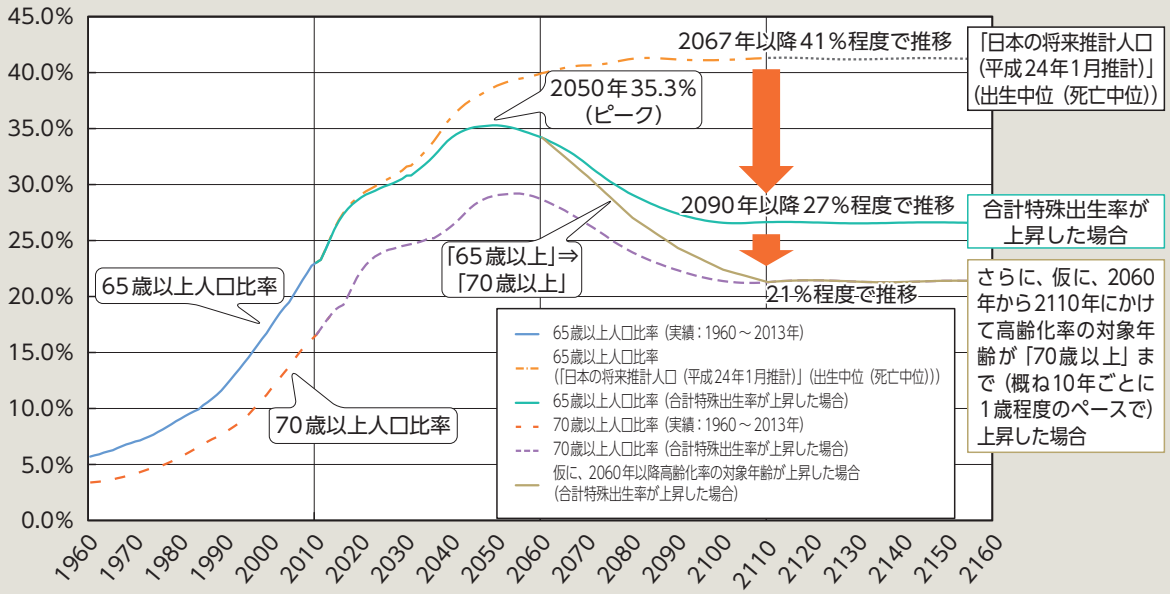
なお、長期ビジョンが示すように、現在の若い世代が抱く、結婚や子どもの数に関わる希望が実現した場合には、合計特殊出生率の水準は、1.8程度まで向上することが見込まれるが、これをさらに超えて、人口置換水準である2.07まで回復していくには、若い世代の希望が、更に高まっていくことが重要となる。

図表序-2-7　「長期ビジョン」で示された人口の見通し



資料：「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」（平成26年12月27日　閣議決定）
（注）1. 実績は、総務省統計局「国勢調査」等による（各年10月1日現在の人口）。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）」は出生中位（死亡中位）の仮定による。2110～2160年の点線は2110年までの仮定等をもとに、まち・ひと・しごと創生本部事務局において機械的に延長したものである。
2.「合計特殊出生率が上昇した場合」は、経済財政諮問会議専門調査会「選択する未来」委員会における人口の将来推計を参考にしながら、合計特殊出生率が2030年に1.8程度、2040年に2.07程度（2020年には1.6程度）となった場合について、まち・ひと・しごと創生本部事務局において推計を行ったものである。

図表序-2-8　「長期ビジョン」で示された高齢化率の見通し



資料：「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」（平成26年12月27日　閣議決定）
（注）1. 実績は、総務省統計局「国勢調査結果」「人口推計」による。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）」は出生中位（死亡中位）の仮定による。2110～2160年の点線は2110年までの仮定等をもとに、まち・ひと・しごと創生本部事務局において機械的に延長したものである。
2.「合計特殊出生率が上昇した場合」は、経済財政諮問会議専門調査会「選択する未来」委員会における人口の将来推計を参考にしながら、合計特殊出生率が2030年に1.8程度、2040年に2.07程度（2020年には1.6程度）となった場合について、まち・ひと・しごと創生本部事務局において推計を行ったものである。

コラム　「合計特殊出生率」と「国民希望出生率」について

○「合計特殊出生率」は、その時点での年齢別出生率を合計した出生率

合計特殊出生率とは、15歳から49歳までの女子の年齢別出生率を合計したもので、1人の女子が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に産むとしたときの子どもの数に相当する。厳密には、ある期間（1年間）の出生状況に着目した「期間合計特殊出生率」とある世代の出生状況に着目した「コーホート合計特殊出生率」とに分けられるが、本白書では、一般的に用いられる期間合計特殊出生率を「合計特殊出生率」としている。

この合計特殊出生率が、人口置換水準である2.07を継続的に下回る場合、長期的に人口は減少することとなる。2014（平成26）年の合計特殊出生率は、1.42（※）であった。

○「国民希望出生率」は、若い世代の結婚・出産の希望が叶うとした場合の想定の出生率

「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」（平成26年12月27日閣議決定。以下「長期ビジョン」という。）では、意識調査をもとにした若い世代の結婚・出産の希望が叶うとした場合に想定される合計特殊出生率を、「国民希望出生率」と称して紹介している。

国立社会保障・人口問題研究所「出生動向基本調査」（第14回、平成22年）によると、18～34歳の独身者では、男女ともに約9割は「いずれ結婚するつもり」であり、結婚した場合の希望子ども数は男2.04、女性2.12人となっており、また夫婦の予定子ども数は2.07人となっている。

この希望が叶うとした場合、一定の仮定に基づいて計算すると、現在の「国民希望出生率」が概ね1.8程度となる。

（計算式）
国民希望出生率
＝（有配偶者割合×夫婦の予定子ども数＋
　独身割合×独身者のうち結婚を希望する者の割合×独身者の希望子ども数）
　×離死別等の影響
＝（34％×2.07＋66％×89％×2.12）
　×0.938
＝1.83
≒1.8程度

長期ビジョンでは、この「国民希望出生率」（1.8）が実際の「合計特殊出生率」よりも高いことから、若い世代が希望どおり結婚や出産を行うことができるよう、支援していくことが、人口減少に歯止めをかけることにつながるとしている。

（※）厚生労働省大臣官房統計情報部「平成26年人口動態統計（概数）」より

第1章 人口減少社会

本章では、第1節で我が国の人口の概況、第2節で我が国の人口に関わる施策の変遷について振り返った後、第3節では「人口減少社会」に対する国民の意識について、厚生労働省の委託調査の結果などを見ながら分析する。その後、第4節で諸外国の動きを概観し、最後に第5節で第1章全体をまとめ、人口減少克服のための取組みのあり方について考えていく。

第1節 我が国の人口の概況

本節では、我が国の人口の概況について、人口の長期的な推移を振り返った後、人口の自然動態（出生及び死亡の動向）と社会動態（国際人口移動及び国内人口移動の動向）について概観していく。

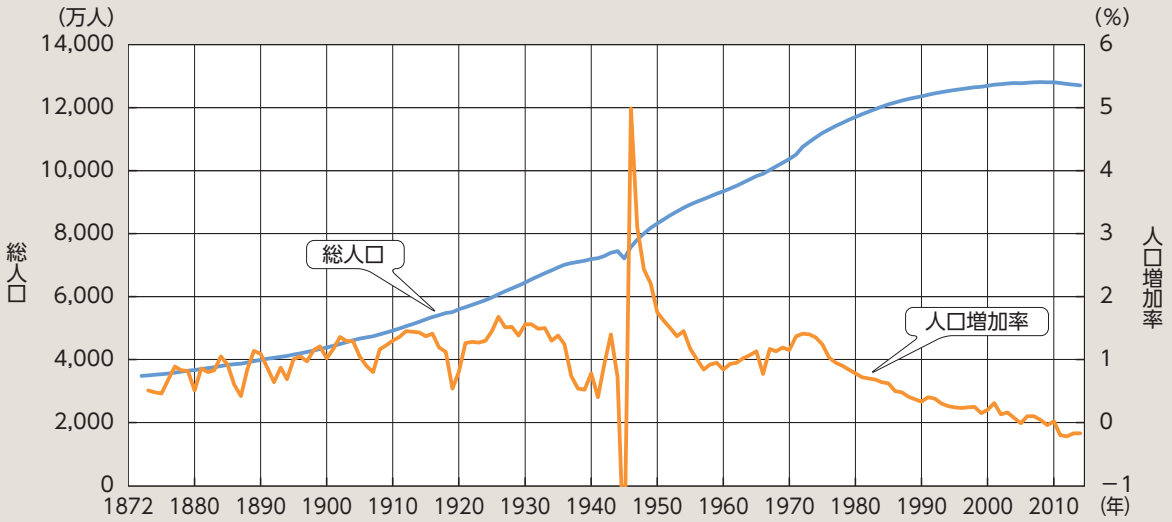
1 人口の長期的な推移

（21世紀初頭より、我が国は人口減少社会へと突入）

総務省「人口推計」によると、2014（平成26）年の我が国の総人口は約1億2,708万人となり、前年比で約21万5千人の減少となった。

我が国の総人口は、江戸時代後半期より3千万人強でほぼ安定していたとされる*1が、明治時代に入ってから急激な人口増加が始まった。明治時代以降の総人口及び人口増加率の推移を示すと図表1-1-1のようになる。

図表1-1-1 日本の総人口及び人口増加率の推移



資料：総務省統計局「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」
（注） 1. 1945～1971年は沖縄県を含まない。
2. 1872～1919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。
3. 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。
4. 1945年の人口増加率は、沖縄県を除く1944年人口（73,839千人）により算出。
5. 1972年の人口増加率は、沖縄県を含む1971年人口（106,100千人）により算出。

*1 「人口から読む日本の歴史」（鬼頭宏著）より。

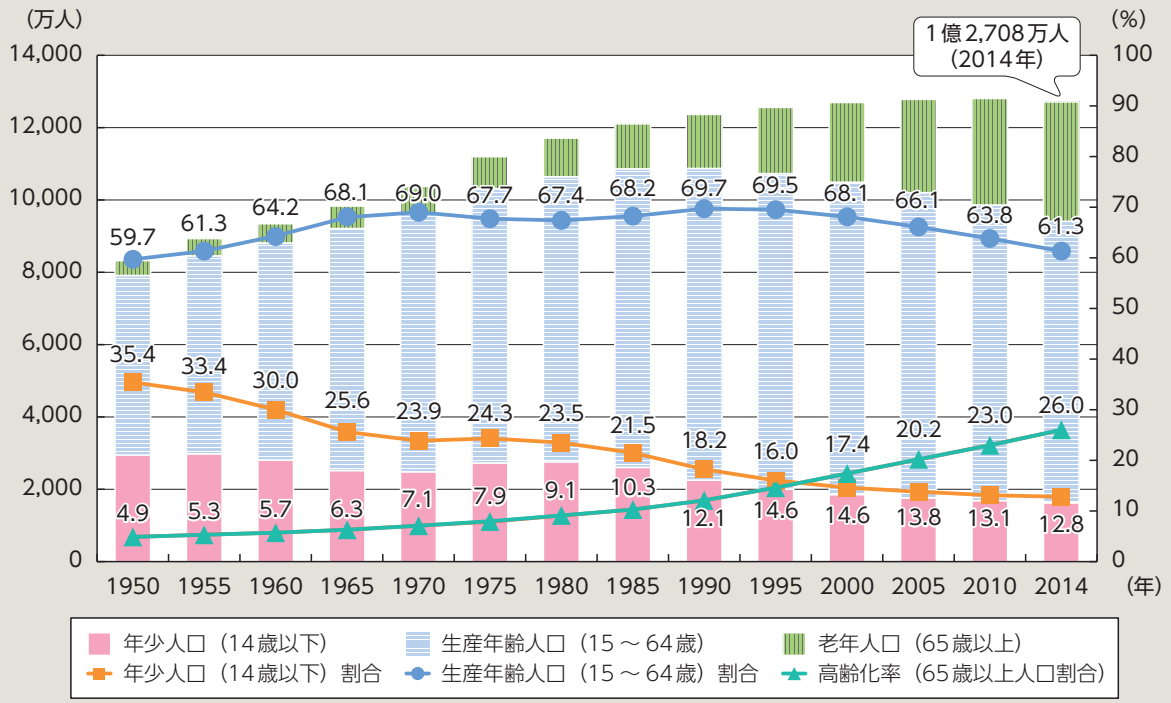
これを見ると、1872（明治5）年における総人口は3,481万人であった[*2]が、その後、人口増加率年平均1%前後を保ちながら急速に増加し、第1回国勢調査が実施された1920（大正9）年には5,596万人へと、およそ50年間で総人口が約1.6倍となった。その後も、人口増加率年平均1%～1.5%前後を保ちながら、戦後直後の1948（昭和23）年には8,000万人台に、そして1967（昭和42）年には1億人の大台に到達した。

しかしながら、1970年代後半以降人口増加率は低下し、2004（平成16）年から2005（平成17）年の人口増加率は、飢饉や戦争といった特殊要因を除き、近代的な人口統計が開始されてから初めてマイナスを記録した。翌2006（平成18）年より人口はプラスに転じたが、2009（平成21）年には再びマイナスに転じ、2011（平成23）年以降はマイナスで推移している。

（少子高齢化は急速に進展している）

次に我が国の人口構成の推移について、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。

図表1-1-2　年齢3区分別人口及び人口割合の推移



資料：総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳の人口を按分して含めた。）及び「人口推計」
（注）　1970年までは沖縄県を含まない。

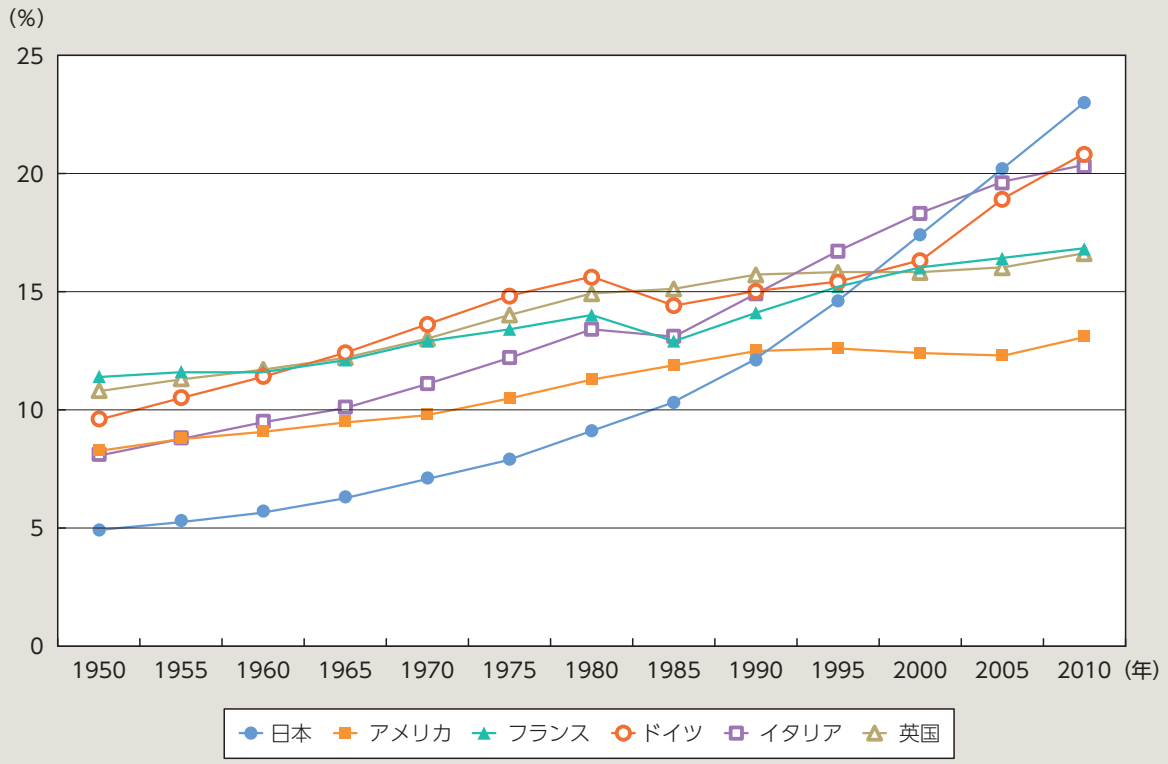
これを見ると、年少人口（14歳以下）割合は、1950（昭和25）年以降、第2次ベビーブームの影響により微増している1975（昭和50）年を除き低下し続けており、2014年は12.8%と過去最低となっている。また、生産年齢人口（15～64歳）割合についても、図には示していないが、1992（平成4）年の69.8%をピークに現在まで低下し続けている。

＊2　我が国の近代的な統計は、1871（明治4）年の太政官布告に基づく戸籍法が施行され、翌年の1872年から戸籍簿に基づく人口が調べられた。

一方で、高齢化率（総人口に占める老年人口割合（65歳以上人口割合））は、1950年以降一貫して増加している。1950年時点では4.9%であったのが、1985（昭和60）年には10.3%、2005（平成17）年には20.2%と急速に上昇しており、2014（平成26）年は26.0%と過去最高となっている。

高齢化率の推移について主要国と比較してみると、我が国の高齢化率が最高水準であるのみならず、高齢化のスピードが著しく速いことが分かる（**図表1-1-3**）。

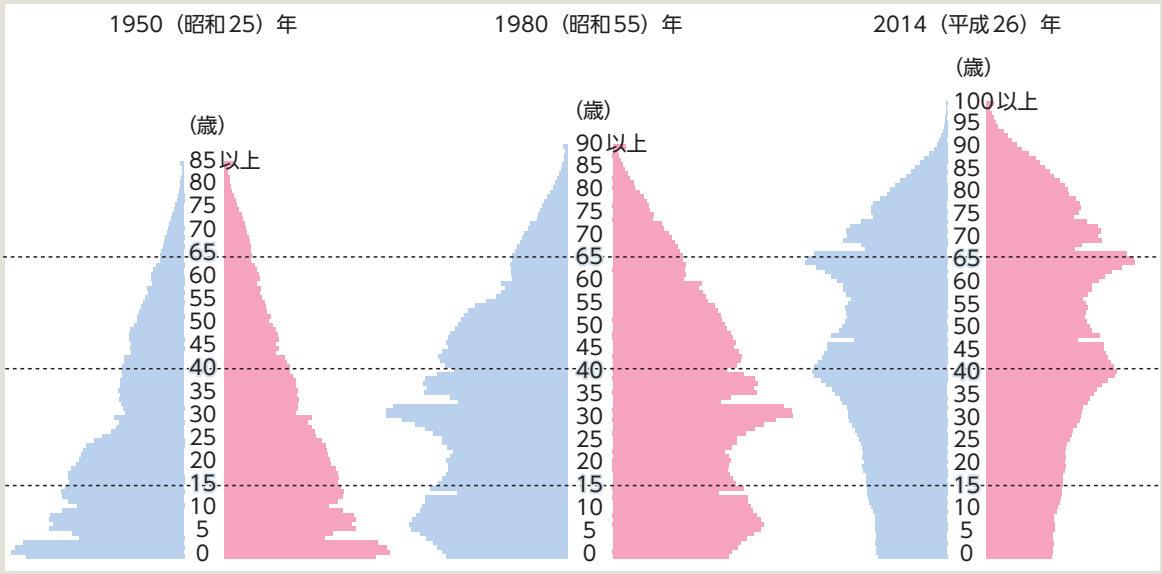
図表1-1-3　主要国における高齢化率の推移



資料：UN、World Population Prospects：The 2012 Revision
ただし、日本は総務省統計局「国勢調査」による。

さらに、人口構成の変化を人口ピラミッドで見てみると、1950年時点では、若い年齢ほど人口が多いいわゆる富士山型であった。1980年時点になると、第二次ベビーブーム以降の出生数の減少傾向が見られる。また、中高年の死亡率の低下が反映され、上半分が円みを帯びて釣鐘に似た形へと変化している。2014年時点の人口ピラミッドでは、団塊ジュニア世代以降の少子化や平均寿命の延伸等による少子高齢化が反映されひょうたん型に近い形へと変化している（**図表1-1-4**）。

図表1-1-4　人口ピラミッドの変化



資料：1950年及び1980年は総務省統計局「国勢調査（年齢不詳の人口を各歳にあん分して含めた。）」
2014年は総務省統計局「人口推計」

2 出生及び死亡動向の概況（人口の自然動態）

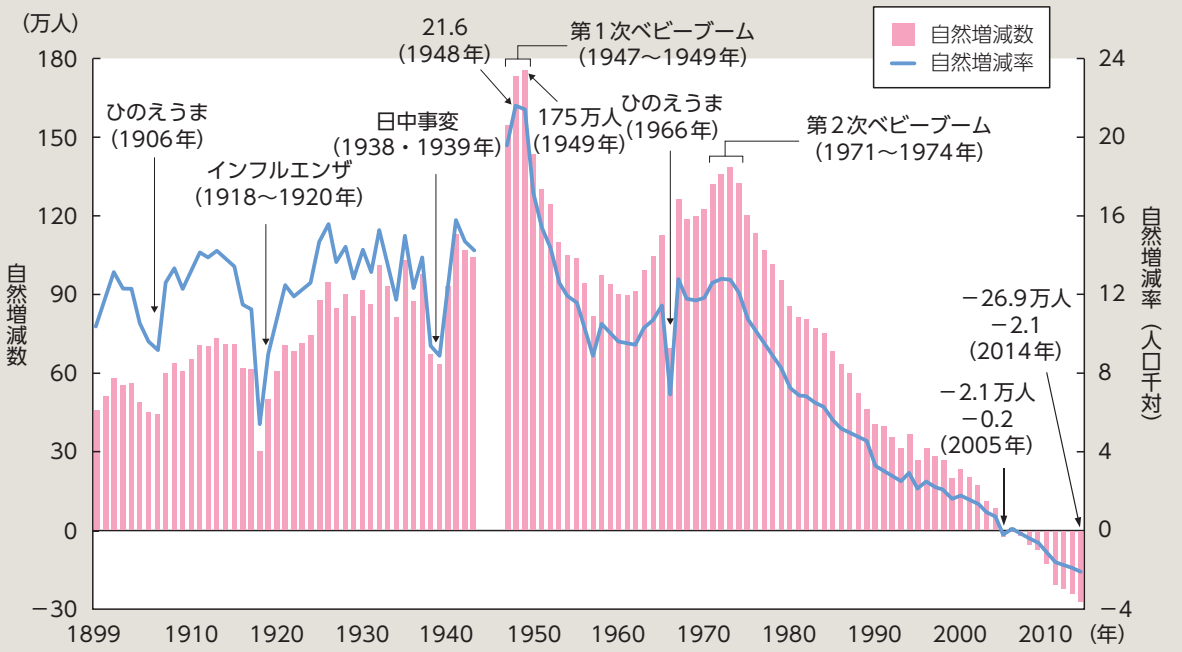
ここでは、人口の自然動態（出生及び死亡）について、はじめに自然増減の長期的な推移を振り返った後、出生及び死亡の動向について概観していく。

（1）自然動態の長期的推移

（21世紀初頭より、死亡数が出生数を上まわり自然減少に転じる）

厚生労働省「人口動態統計」によると、2014（平成26）年の我が国の自然増減数（出生数から死亡数を減じたもの）は▲26万9千人（前年比31千人の減）、自然増減率（人口千対）は▲2.1（前年比0.2の減）となり、自然増減数・自然増減率ともに統計の得られていない1944（昭和19）年から1946（昭和21）年を除き、1899（明治32）年の人口動態調査開始以降、最大の減少となった。遡って我が国の自然増減数及び自然増減率の推移を示すと**図表1-1-5**のようになる。

図表1-1-5　自然増減数及び自然増減率の年次推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
（注）　1947〜1972年は沖縄県を含まない。2013年までは確定数、2014年は概数である。

これを見ると、第2次世界大戦前は増加傾向であったが、戦後は第1次ベビーブーム期の1949（昭和24）年の175万人をピークに減少した。その後、1962（昭和37）年に再び増加に転じ、1971（昭和46）〜1974（昭和49）年の第2次ベビーブーム期には130万人を超えていたが、1975（昭和50）年以降は、出生数の減少により自然増減数も減少し、1989（平成元）年に50万人を割った。

1990（平成2）年からは出生数は横ばいであったが、人口の高齢化による死亡数の増加により自然増減数は減少し、1999（平成11）年には20万人を割った。2000（平成12）年には増加したものの、2001（平成13）年以降は出生数の減少と死亡数の増加の双方により減少し、2004（平成16）年には10万人を割り、2005（平成17）年には、統計の得られていない1944〜1946年を除き、1899年の人口動態調査開始以降、初めて出生数が死亡数を下回りマイナスとなった。2006（平成18）年はプラスとなったものの、2007（平成19）年からは8年連続でマイナスとなっている。

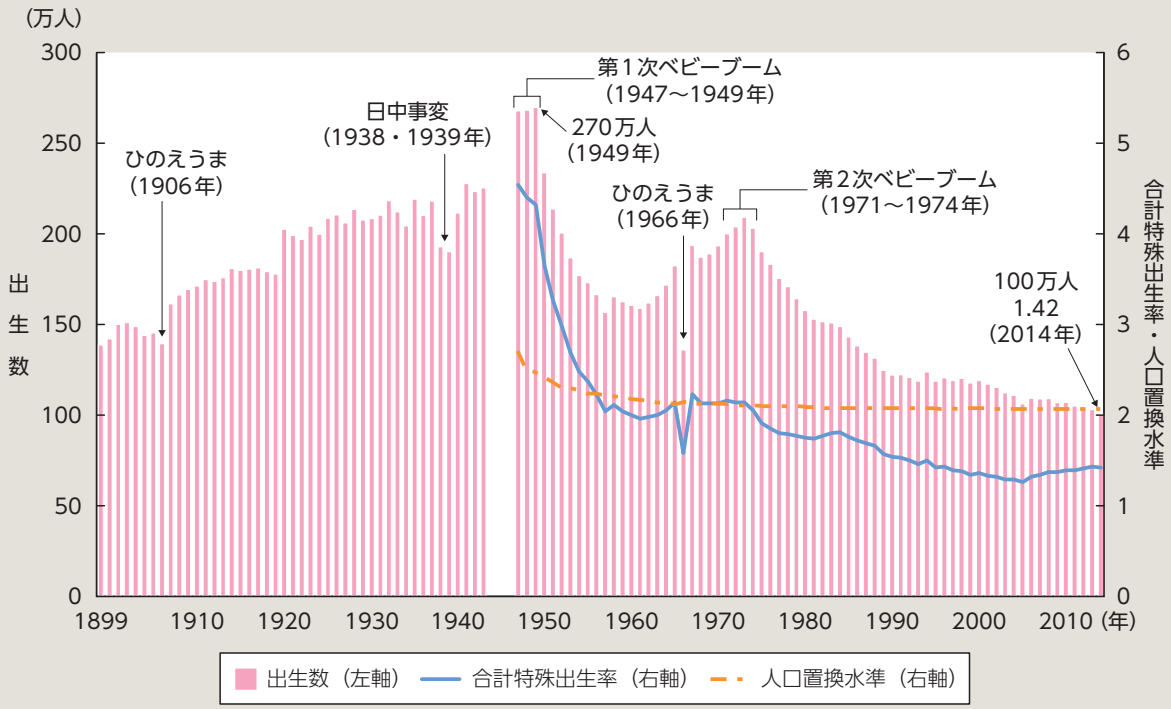
（2）出生動向の概況

1 出生の長期的な推移

（1970年代半ば以降、合計特殊出生率は人口置換水準を下回って推移している）

厚生労働省「人口動態統計」によると、2014（平成26）年の我が国の出生数は約100万人（前年比26千人の減）、合計特殊出生率は1.42（前年比0.01の減）となった。遡って我が国の出生数及び合計特殊出生率の推移を示すと**図表1-1-6**のようになる。

図表1-1-6　出生数及び合計特殊出生率の年次推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
（注）　1947～1972年は沖縄県を含まない。2013年までは確定数、2014年は概数である。

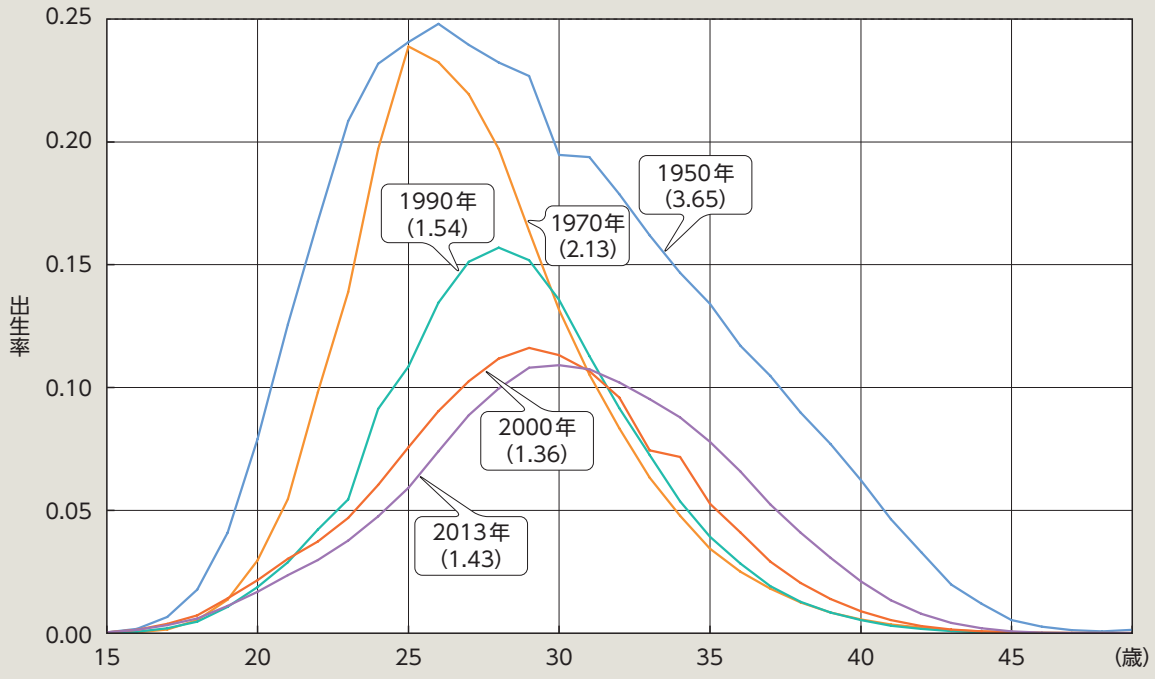
これを見ると、出生数は第２次世界大戦前までは概ね増加していたが、戦後は、終戦直後の第１次ベビーブーム期（1947（昭和22）～1949（昭和24）年）と、その時期に生まれた女性による第２次ベビーブーム期（1971（昭和46）～1974（昭和49）年）に200万人を超えたのを除いて減少傾向にあった。1989（平成元）年以降は120万人前後で推移してきたが、2001（平成13）年から５年連続で減少し、その後増減を繰り返した後、2011（平成23）年以降は減少が続いている。

次に合計特殊出生率の推移を見てみると、第１次ベビーブーム期には４を超えていたが、1950（昭和25）年以降急激に低下し、1956（昭和31）年には2.22となり、当時の人口置換水準（2.24）を初めて下回った。その後、1966（昭和41）年の「ひのえうま[*3]」前後の特殊な動きを除けば、２前後の水準で比較的安定して推移していたが、1974（昭和49）年に再び当時の人口置換水準を下回って以降は低下傾向に転じ、2005（平成17）年には1.26と過去最低を記録した。2006（平成18）年以降は緩やかな上昇傾向である。

さらに、合計特殊出生率の推移について女性の年齢別出生率の変遷を用いて表すと**図表1-1-7**のようになる。この図表において、それぞれの山の面積はその年における合計特殊出生率を表しており、近年になるほど面積（合計特殊出生率）が減少していることが確認できる。また、近年になるほど山の頂点（出産のピーク）は右にずれており、「晩産化」が進行していることも確認することができる。

＊３　ひのえうまとは、干支（えと）の１つ。この年に生まれた女性は気性が激しいという迷信から、この年に子どもを生むのを避けた夫婦が多いと考えられている。

図表1-1-7　女性の年齢別出生率の変遷



資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」
（注）（　）の数値は合計特殊出生率。

2 出生動向の変動要因

次に我が国の出生動向の変動要因について、概ね、①1940年代後半～1970年代半ばまで、②1970年代半ば～2000年代半ばまで、③2000年代半ば以降、と三つの時期に区分して見ていく。

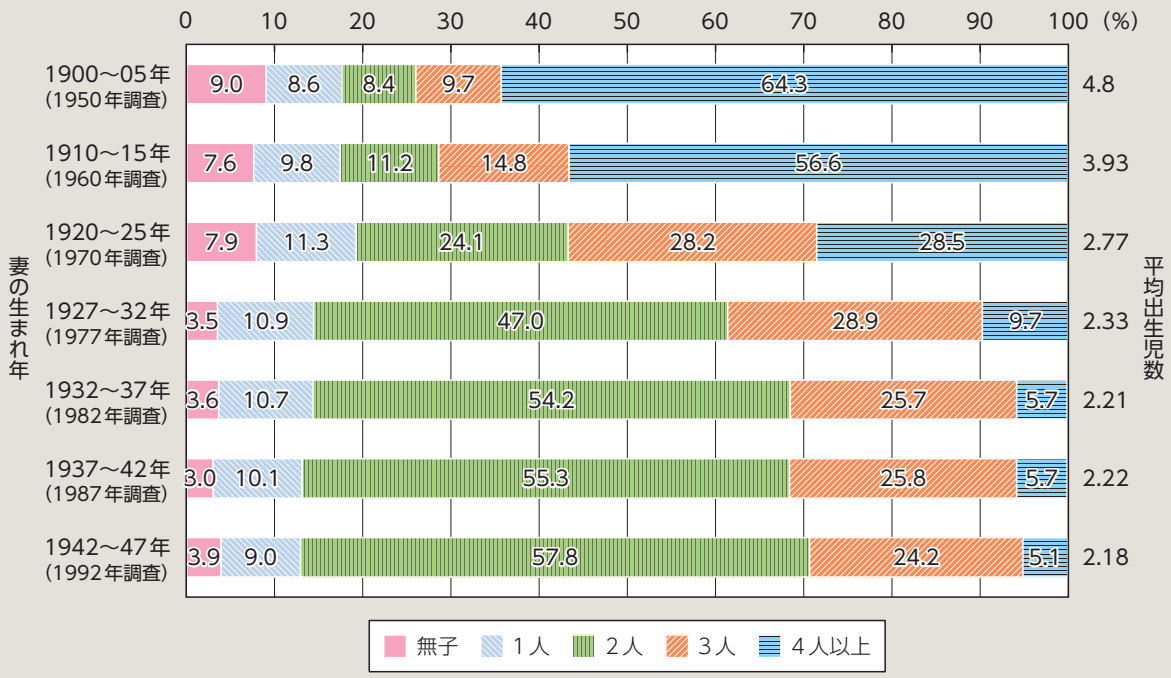
①1940年代後半～1970年代半ばまで（戦後～第2次ベビーブーム期まで）

（1950年代以降、一夫婦あたりの出生数が減少。子ども2人の夫婦が大勢を占めるようになる）

終戦直後の1940年代後半の合計特殊出生率は、戦争により繰り延べられていた結婚・出産が本来の出生と重なることにより、4を超える高い水準を示していた（第1次ベビーブーム）。しかし、1950年代に入ると急激に減少し、1956（昭和31）年には2.22となり、当時の人口置換水準（2.24）を初めて下回り、1960（昭和35）年には2.00となった。

1950年代における合計特殊出生率の低下の要因は、終戦直後の繰り延べられていた結婚・出産の重なりが解消された影響とともに、一夫婦あたりの出生数が減少したことによるものである。妻の世代（生まれ年）別に平均出生児数を見てみると、この時期以降に家族形成を行った世代（概ね、1927～1932年生まれ以降の世代）では、それ以前の世代と比べて大きく減少している。また、出生児数割合で見てみても、1927～32年生まれ以降は子ども3人以上の割合が大きく低下し、子ども2人の夫婦が大勢を占めるようになった（**図表1-1-8**）。

図表1-1-8　妻の世代（生まれ年）別にみた出生児数割合及び平均出生児数



資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」。妻の生まれ年が1900～1925年までは、総務省統計局「国勢調査」より算出、妻の生まれ年が1927年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「出産力調査」及び「出生動向基本調査」による。
（注）「国勢調査」は既婚女性、「出生動向基本調査」は初婚同士夫婦で妻の年齢45～49歳の子ども数。

（1960年以降は「ひのえうま」前後を除き、合計特殊出生率は安定的に推移）

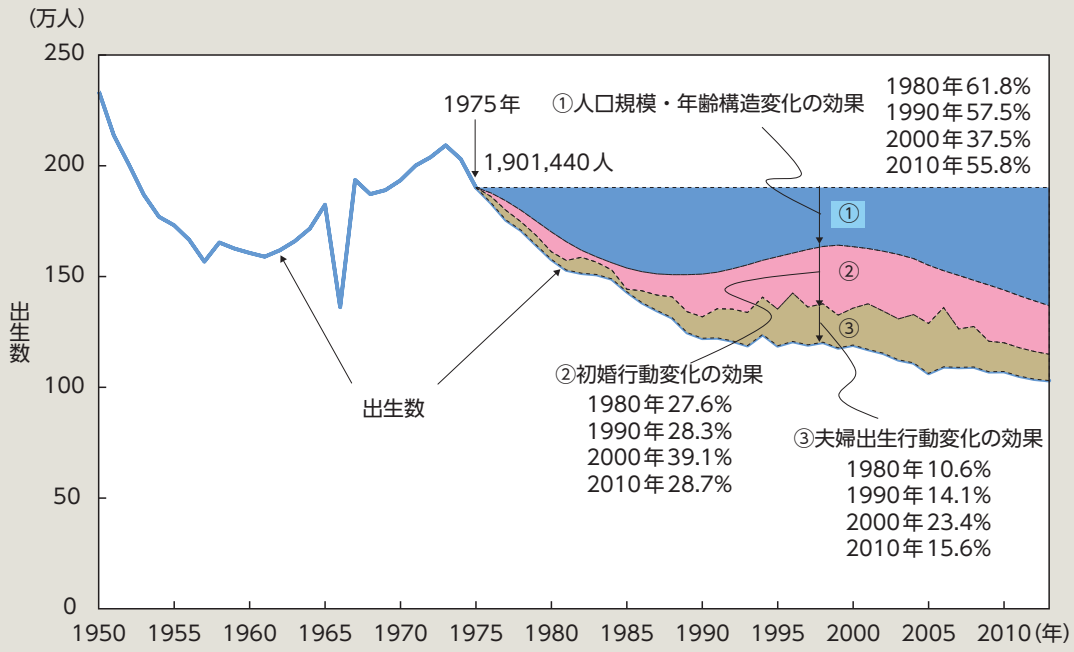
次いで1960年以降の出生動向を見てみると、合計特殊出生率は、1966（昭和41）年の「ひのえうま」の前後を除けば2前後の水準で比較的安定して推移していた。その後、出生数は1960年代末から1970年代前半にかけて大きく増加した。これは、第1次ベビーブーム世代が結婚・出産の盛んな時期に入ったためである。特に1971～1974年には年間200万人超の出生数を記録し、第2次ベビーブームを形成した。

②1970年代半ば～2000年代半ばまで

ここでは、第2次ベビーブーム終息後の1970年代半ばから2000年代半ばまでの少子化の構造について見ていく。

婚外子の少ない我が国において、出生数が変動していく直接の要因は、①人口規模・年齢構造の変化（親となる年齢層の人口の変化）、②結婚行動の変化（出生の主力となる結婚した人々の数の変化）、③夫婦の出生行動の変化（結婚した人々の持つ子どもの数の変化）の3要因に分けることができる。図表1-1-9は、1975（昭和50）年以降に生じた出生数の減少が、①～③のどの要因によってどれだけ生じていたのかを示したものである。

図表1-1-9　出生数推移の構造分析



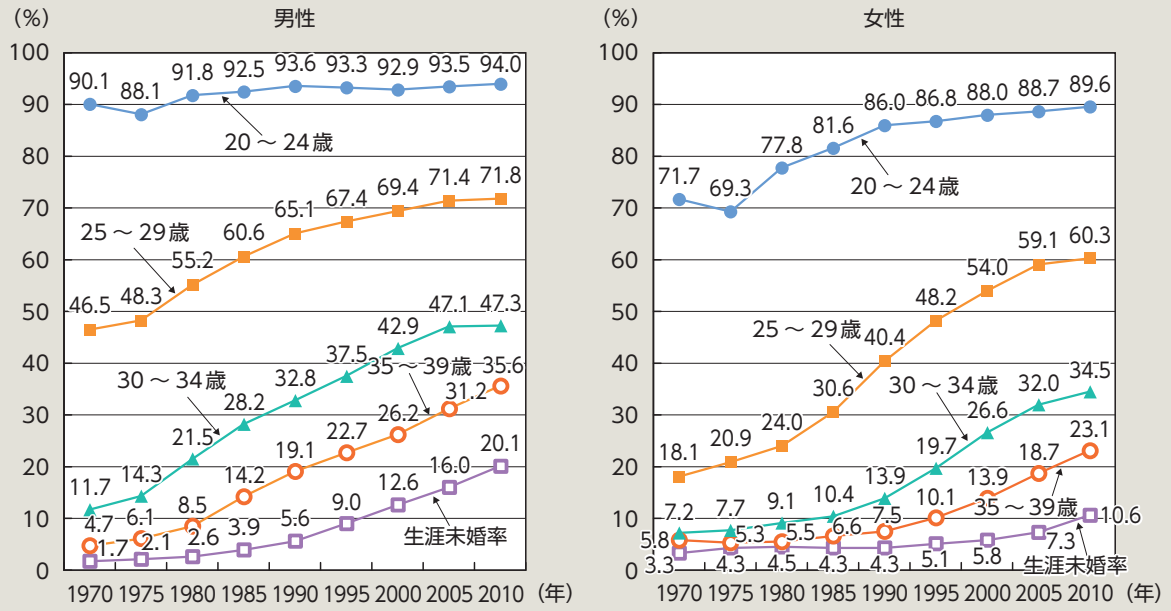
資料：金子（2014）。図のデータは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」出生数年次推移、総務省統計局「国勢調査」「人口推計」年次別・性・年齢別人口、国立社会保障・人口問題研究所「第14回出生動向基本調査」結婚合計出生率年次推移を用いて算出。
引用文献：金子隆一（2014）「少子化の構造と動向―40年の過程が問うもの」『調査季報』（横浜市）第175号
（注）　図中の数値（%）は1975年の出生数と比較した各年次の出生数の減少に対する各要因（①～③）の寄与率を表す。例えば、2000年の出生数は1975年より710,893人減少したが、その37.5%は①人口規模・年齢構造変化、39.1%は②結婚行動変化、23.4%は③夫婦出生行動変化による（計100%）。ただし2010～13年は②③については2009年の構成比を用いている。

（1980年代半ばまでの出生数減少の主な要因は、親となる年齢層の人口の減少によるもの。一方で、晩婚化に伴う若年層の未婚化も出生減に影響）

これを見ると、1980年代半ばまでの出生数の減少は、主に「①人口規模・年齢構造の変化」（親となる年齢層の人口の減少）によるものであったことが分かる。これは、この時期における出生の担い手が、団塊の世代からその後の世代へと急速に交代したことによるものである。

一方で、「②結婚行動の変化」についても出生減に対して一定程度の寄与が見られ、晩婚化とそれに伴う若年層の未婚化が当初から出生減に一定の影響を及ぼしていた。年齢別未婚率の推移を見てみると、1975（昭和50）年以降、特に女性の若年層で大きく上昇していることが見てとれる（**図表1-1-10**）。

図表1-1-10　年齢別未婚率及び生涯未婚率の推移



資料：年齢別未婚率については総務省統計局「国勢調査」、生涯未婚率については国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」
(注)　1. 1970年は沖縄県を含まない。
2. 生涯未婚率は、50歳時の未婚率であり、45～49歳と50～54歳未婚率の単純平均により算出。

（1980年代半ば以降になると、それまで比較的安定していた夫婦あたりの出生数も減少）

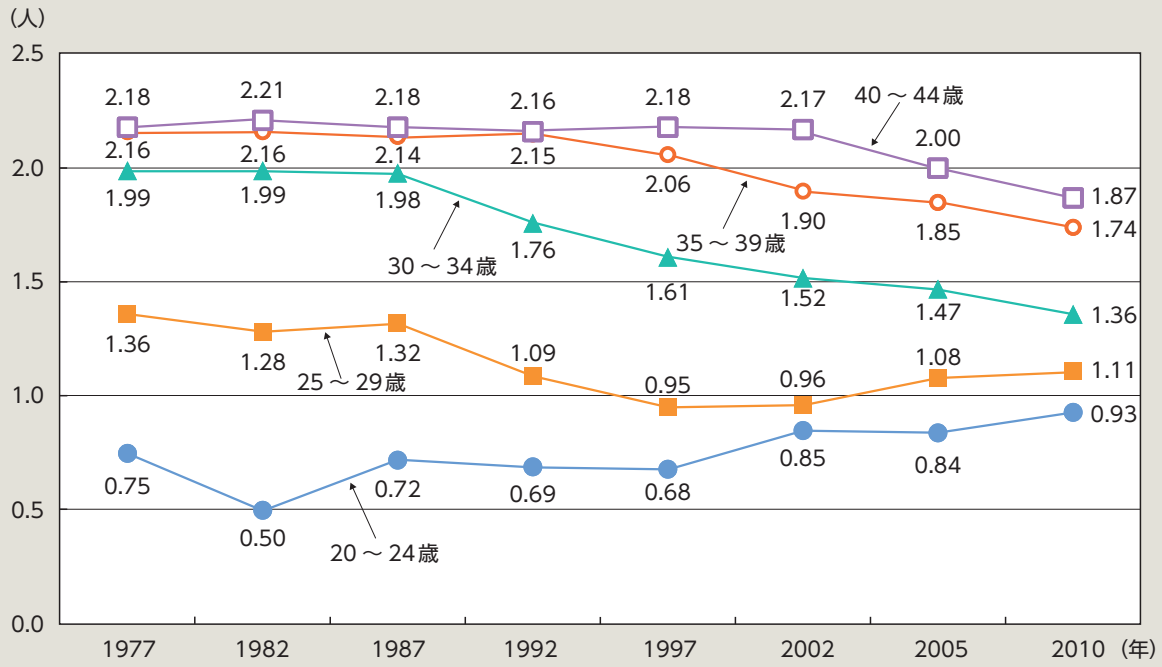
1990年代に入ると、団塊ジュニア世代が出生の担い手となってきたことにより、「①人口規模・年齢構造の変化」が出生数回復の方向へ働いている。これはこの時期に第３次ベビーブームの到来が期待される状況であったことを示している。

しかしながら、年齢別未婚率は1990年代以降も全世代において継続して上昇しており、「②結婚行動の変化」は引き続き出生を減らす方向へ働いた。また、1990年以降では生涯未婚率*4も上昇しており、1940年生まれ（1990年当時で50歳）以降の世代では、晩婚化とともに未婚化も同時に進行していたことが分かる（**図表1-1-10**）。

さらにこれまで出生数の減に対して比較的影響が少なかった「③夫婦の出生行動の変化」についても、1980年代後半以降、出生を減らす方向へ働くようになった。妻の年齢別に夫婦あたりの平均出生児数の推移を見てみても、1987（昭和62）～1992（平成4）年の調査の間に、20歳代後半～30歳代前半（概ね、1960年代生まれ前後）の妻の平均出生児数が減少していることが見てとれる（**図表1-1-11**）。また、それまで長らく2.2人前後で安定していた40～44歳の平均出生児数も2005（平成17）年の調査以降で減少しており、1960年代以降に生まれた女性世代の夫婦で、夫婦あたりの出生数が減少していることが見てとれる。

＊4　生涯未婚率とは、50歳時の未婚率であり、45～49歳と50～54歳未婚率の単純平均により算出。

図表1-1-11 妻の年齢別にみた夫婦あたりの平均出生児数の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「出産力調査」、「出生動向基本調査」

このように、1990年代に入って「①人口規模・年齢構造の変化」が好転したことにより、いわば第三次ベビーブームの到来が期待される状況となったが、「②結婚行動の変化」及び「③夫婦の出生行動の変化」が出生を減らす方向に働き、結果として第3次ベビーブームは起きなかった。

③2000年代半ば以降

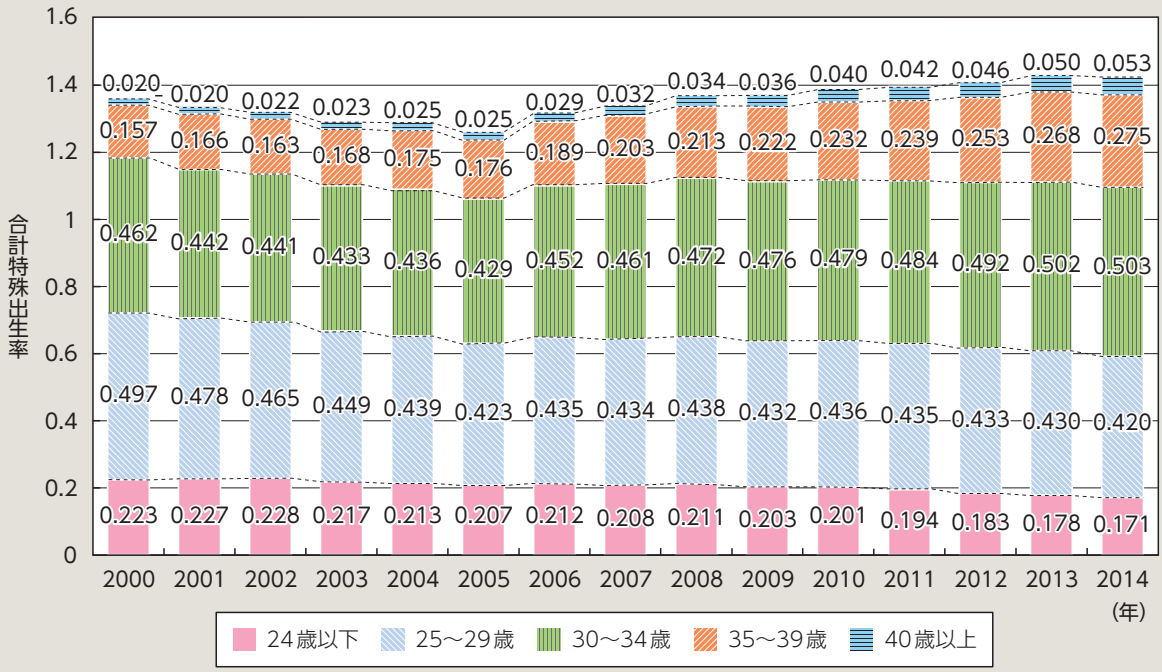
（2000年代半ば以降、合計特殊出生率は緩やかな上昇傾向。特に30代以降の層で大きく上昇している）

最後に、2000年代半ば以降の出生動向について見ていく。

合計特殊出生率は、2005（平成17）年に過去最低の1.26を記録した後は、緩やかな上昇に転じている。合計特殊出生率の推移を年齢階級別で見てみると、上昇に貢献しているのは30代以降であることが見てとれる（**図表1-1-12**）。30代以降の合計特殊出生率の動きを見てみると、2000～2005年までは0.63前後で推移していたのが、2006（平成18）年では0.670へと上昇し、その後2010（平成22）年には0.751、2014（平成26）年には0.831と一貫して上昇している。

一方で、20代以下の若年層の合計特殊出生率の動きを見てみると、2000～2005年にかけて減少が続いていたが、2006年以降では下げ止まりほぼ横ばいとなっている。つまり、若年層の出生動向は、2000～2005年までは合計特殊出生率を押し下げる方向に働いていたが、2006（平成18）年以降では押し下げる要因ではなくなっている。ただし、合計特殊出生率を押し上げる要因とまでには至っていない。

図表1-1-12　合計特殊出生率とその年齢階級別内訳の変化



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
（注）　2013年までは確定数、2014年は概数である。

合計特殊出生率は2006年以降上昇傾向である一方で、2006年以降の出生数は減少傾向で推移している。これは1970年代半ば以降に生まれた、いわば「少子化世代」が2000年を過ぎた頃より出生の担い手となってきたことにより、親世代が縮小した影響によるものである。今後も出生の担い手は、より縮小した世代へと交代していくため、合計特殊出生率が現在の水準を維持したとしても、出生数の減少を止めることは困難となる。

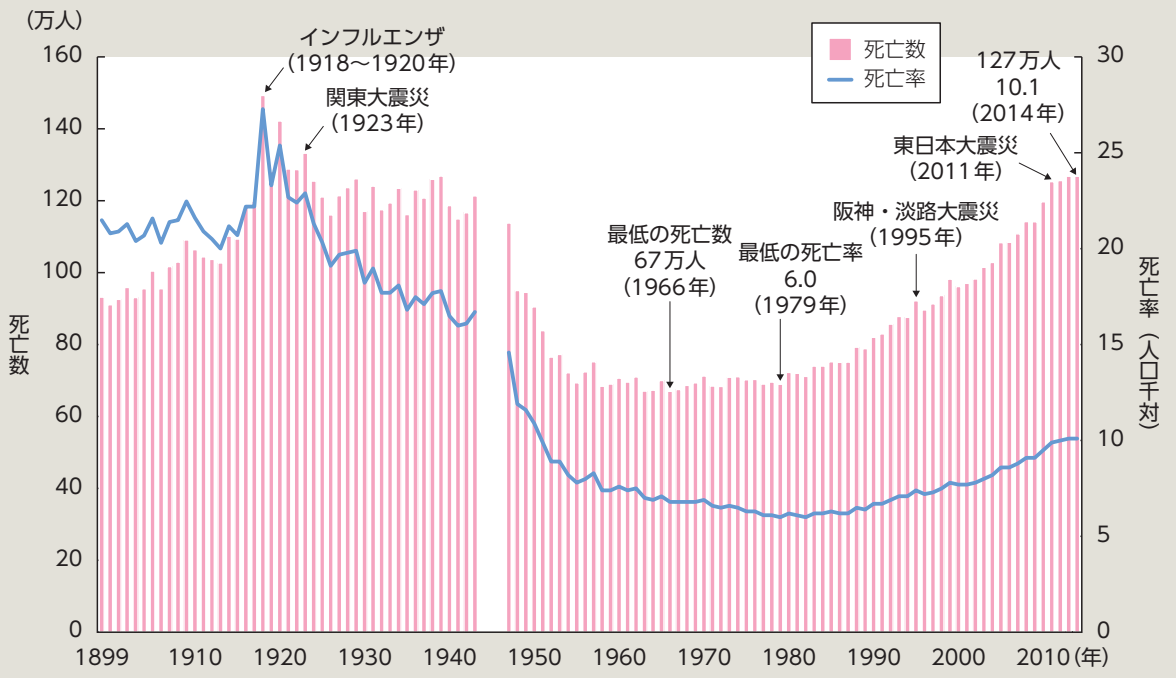
(3) 死亡動向の概況

1 死亡の長期的な推移

（人口の高齢化に伴い、死亡数・死亡率は上昇している）

厚生労働省「人口動態統計」によると、2014（平成26）年の我が国の死亡数は127万3千人（前年比5千人の増）、死亡率（人口千対）は10.1（前年比0.0）となった。遡って我が国の死亡数及び死亡率の推移を示すと図表1-1-13のようになる。

図表1-1-13 死亡数及び死亡率の年次推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
(注) 1947～1972年は沖縄県を含まない。2013年までは確定数、2014年は概数である。

明治から大正にかけての推移を見ると、死亡数は増加傾向だったのに対して死亡率（人口千対）は20台で推移してきたが、昭和に入って初めて20を割り、1941（昭和16）年に死亡数は115万人、死亡率は16.0まで低下した。第2次世界大戦後の1947（昭和22）年に死亡数は114万人、死亡率は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）年には死亡数が最も少ない67万人、1979（昭和54）年には死亡率が最も低い6.0となった。

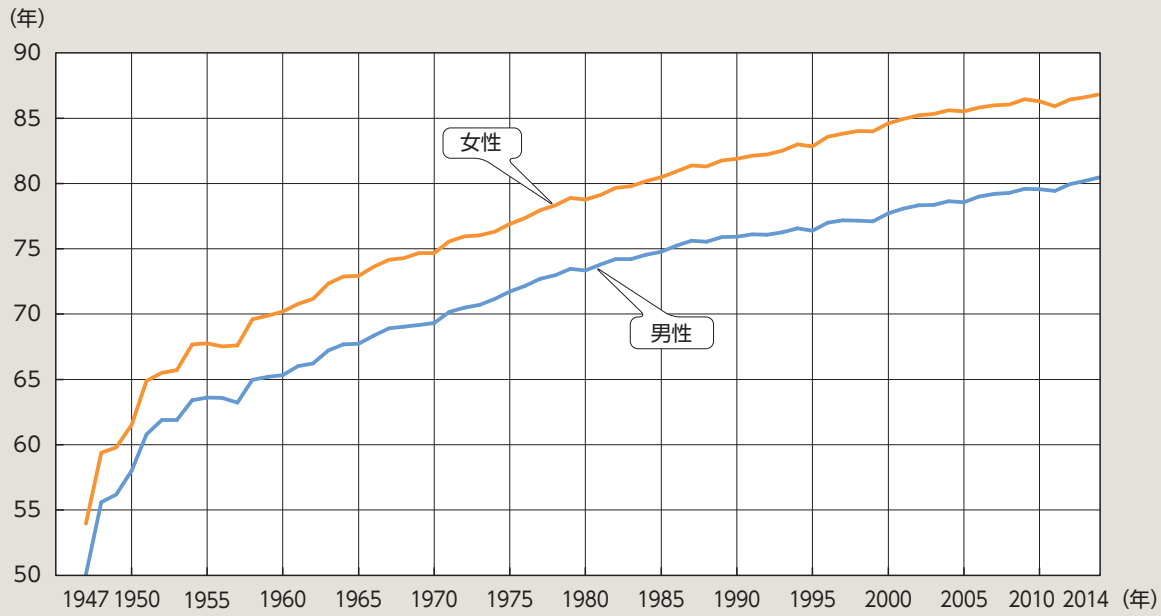
その後、人口の高齢化を反映して死亡数は緩やかな増加傾向に転じ、2003（平成15）年に100万人を超え、死亡率も上昇傾向にある。

2 平均寿命の長期的な推移

（戦後、平均寿命は急速に延伸。1980年代以降、世界トップクラスの長寿国を維持）

次に我が国の平均寿命の推移を示すと図表1-1-14のようになる。これを見ると、戦後直後の1947（昭和22）年時点では、男性50.06年、女性53.96年であったが、その後、寿命は急速に延び続け、女性は1960（昭和35）年、男性は1971（昭和46）年に平均寿命は70年を超えた。1980年代に入ると、平均寿命は女性で80年、男性で75年を超え、男女とも世界トップクラスの長寿国となった。その後も世界トップクラスの平均寿命を維持し、2014（平成26）年では、女性は86.83年、男性は80.50年となっている。

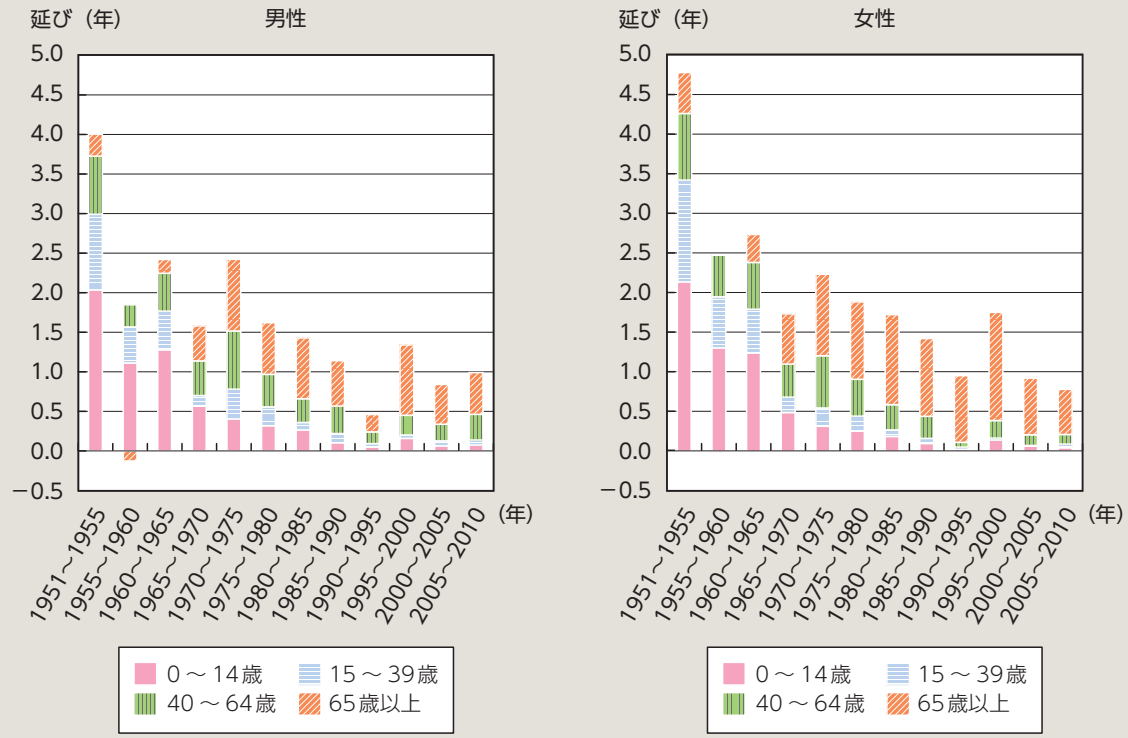
図表1-1-14　平均寿命の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「完全生命表」「簡易生命表」
(注)　1971年以前は、沖縄県を除く値である。

平均寿命の伸びを年齢階級別に要因分解してみると**図表1-1-15**のとおりとなる。これは、それぞれの期間における平均寿命の延びについて、年齢区分別の死亡率変動がどれ位寄与しているかをあらわしたものである。これを見ると、戦前から1960年代までは乳幼児と子どもの死亡率低下が寿命の延びに大きく貢献していたのに対し、1960年代以降は徐々に青年期・中年期、そして高年齢死亡率の改善による貢献が大きくなってきていることが分かる。現代における寿命の延びの多くは、特に女性ではそのほとんどが65歳以上の高齢者の死亡率低下によってもたらされている。これは、当初は乳幼児の感染症、ついで成人の結核、そして最近では脳血管疾患などによる高齢者の死亡率の低下という、我が国における死因構造の歴史的な変化に応じて寿命の改善が起きてきたことと深い関係がある。

図表1-1-15 平均寿命の延びの要因分解



資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」

3 国際人口移動及び国内人口移動の概況（人口の社会動態）

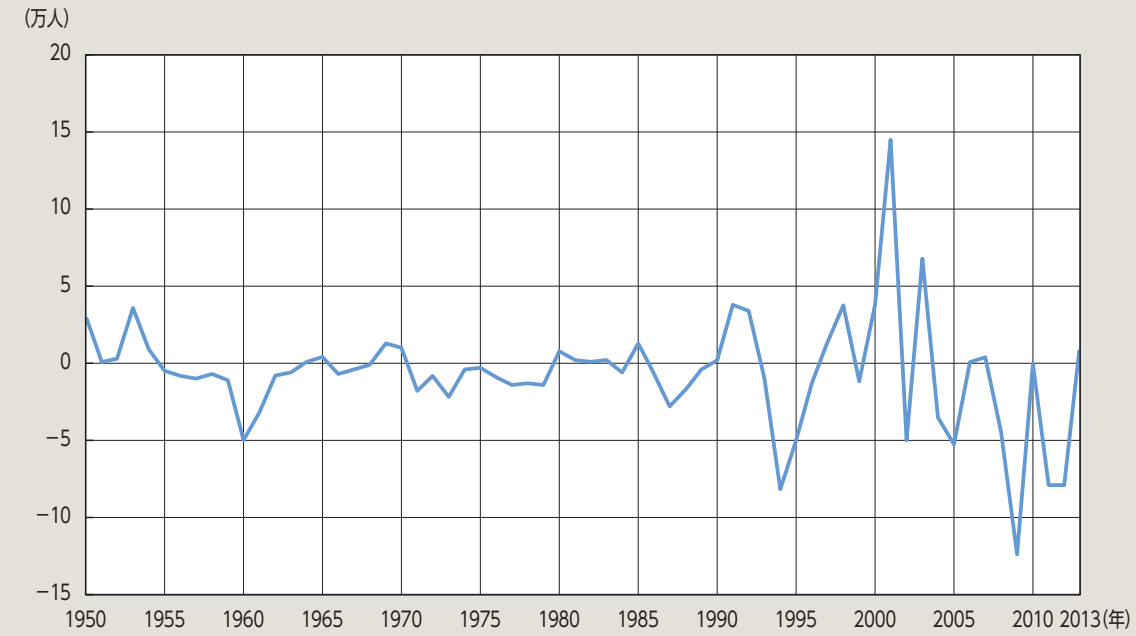
（1）我が国の国際人口移動の概況

1 国際人口移動の推移

（1980年代後半以降、国際人口移動の変動は大きくなっている）

国際人口移動とは国境を越える人の移動であることから、その動向は、人口の自然増減（出生数－死亡数）の動向とともに、我が国の人口増減要因となる。人口の社会動態を示す国際人口移動の動向は、国際化の進展や社会経済情勢の変化等によって影響を受けるとともに、内外における社会経済事象や災害の発生等によっても大きく変動する。我が国の国際人口移動の状況について、入国超過数（入国者数－出国者数）の推移を示すと**図表1-1-16**のとおりとなる。

図表1-1-16　入国超過数の推移



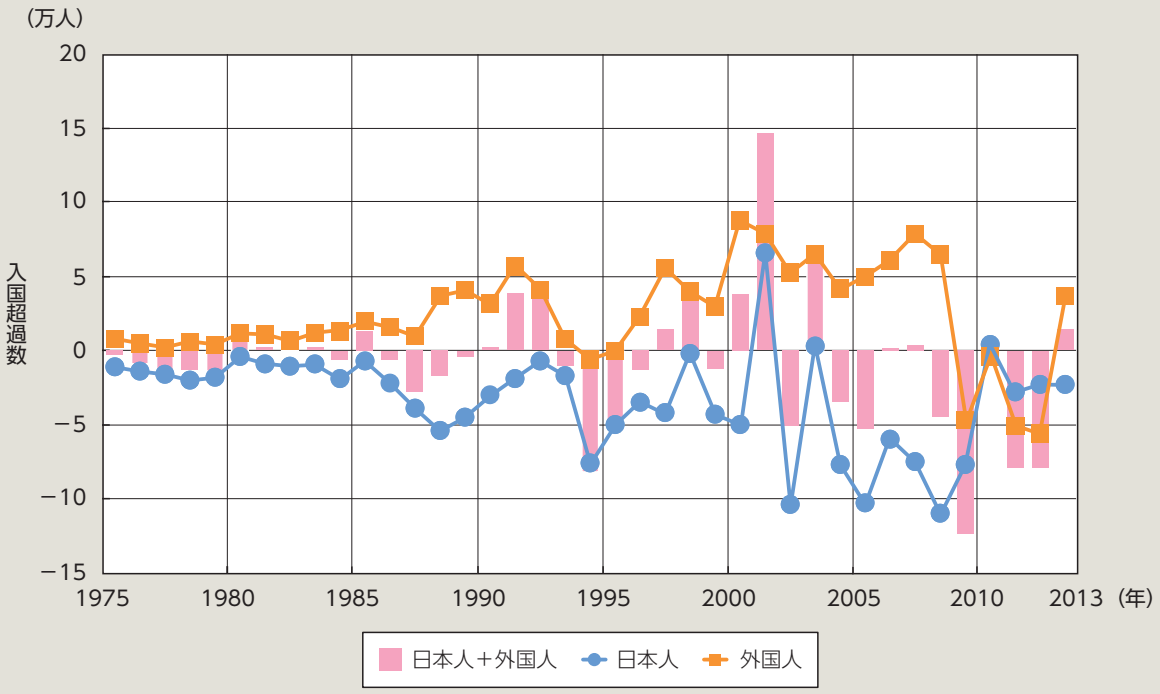
資料：総務省統計局「人口推計」
(注)　1. 各前年10月1日から当年9月30日における入国者数から出国者数を引いたもの。
　　2. 2005年までの日本人については、海外滞在90日以内の入国者数、出国者数を含めている。

これを見ると、1953（昭和28）年では中国からの引揚げによる日本人の入国超過、1960（昭和35）年前後では北朝鮮への帰還による外国人の出国超過により、大きな動きが生じた年があるものの、1980年代半ばまでは概ね±1.5万人以内での動きで安定的に推移をしてきた。一方で、1980年代の半ば以降については、それまでと比べて急激な変化を示すようになり、2001（平成13）年では約15万人の入国超過、2009（平成21）年では約12万人の出国超過と10万人以上の国際人口移動が生じている。

（概ね、日本人は「出国超過」、外国人は「入国超過」傾向である）

次に、我が国の国際人口移動の推移を日本人・外国人別に示すと**図表1-1-17**のとおりとなる。

図表1-1-17 日本人・外国人別入国超過数の推移



資料：総務省統計局「人口推計」
（注） 1. 各前年10月1日から当年9月30日における入国者数から出国者数を引いたもの。
2. 2005年までの日本人については、海外滞在90日以内の入国者数、出国者数を含めている。

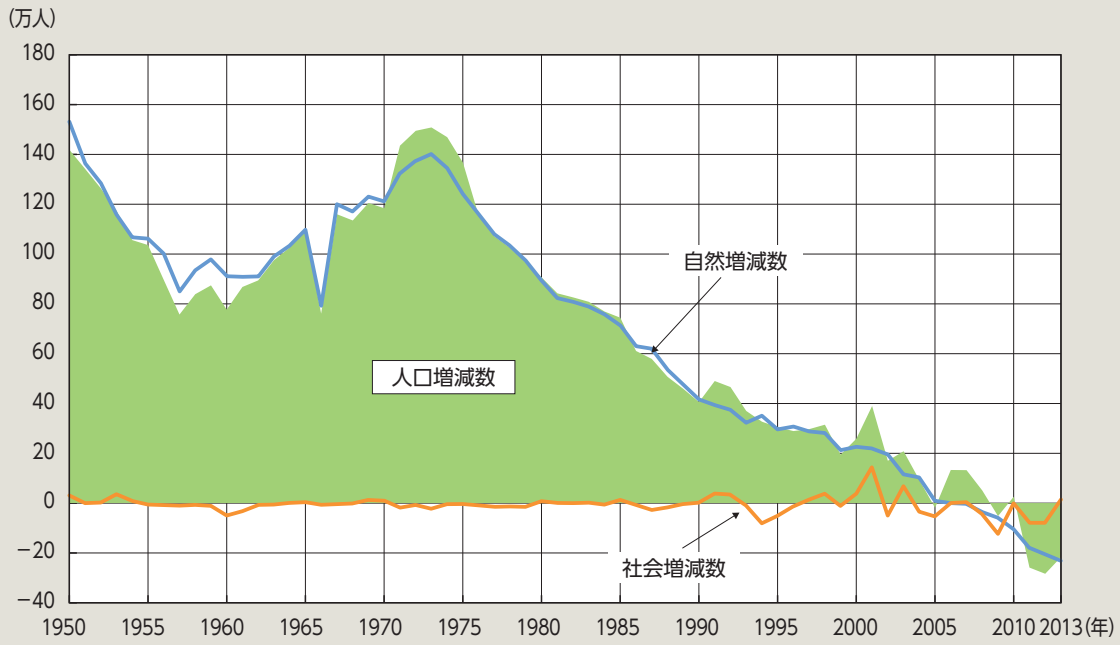
これを見ると、日本人については、概ね出国超過の傾向が見られる。日本人の出国超過は、社会経済の国際化を背景にしたものであり、企業の海外進出のもとで日本人の出国が拡大しているものである。なお、2000（平成12）年以降、対前年比で10万人を超える大きな増加が2度見られるが、これはそれぞれ2001（平成13）年に米国で起こった同時多発テロ、2003（平成15）年に顕在化し中国等を中心に広がった新型肺炎（SARS）により、日本人の帰国ラッシュが起こったことによるものである。

一方で、外国人については、概ね入国超過の傾向が見られるが、1990年代半ばには「バブル景気の崩壊」、2009（平成21）年には「世界同時不況（リーマンショック）」、2011（平成23）には「東日本大震災」に起因する急激な減少が見られる。

（国際人口移動が我が国の人口動態に与える影響は小さい）

なお、我が国においては、国際人口移動（社会増減）の動向が人口の増減に与える影響は小さく、自然増減（出生－死亡）の動向によってほぼ人口の動向が決定されるという特徴がある（**図表1-1-18**）。

図表1-1-18　人口増減数、社会増減数、自然増減数の推移



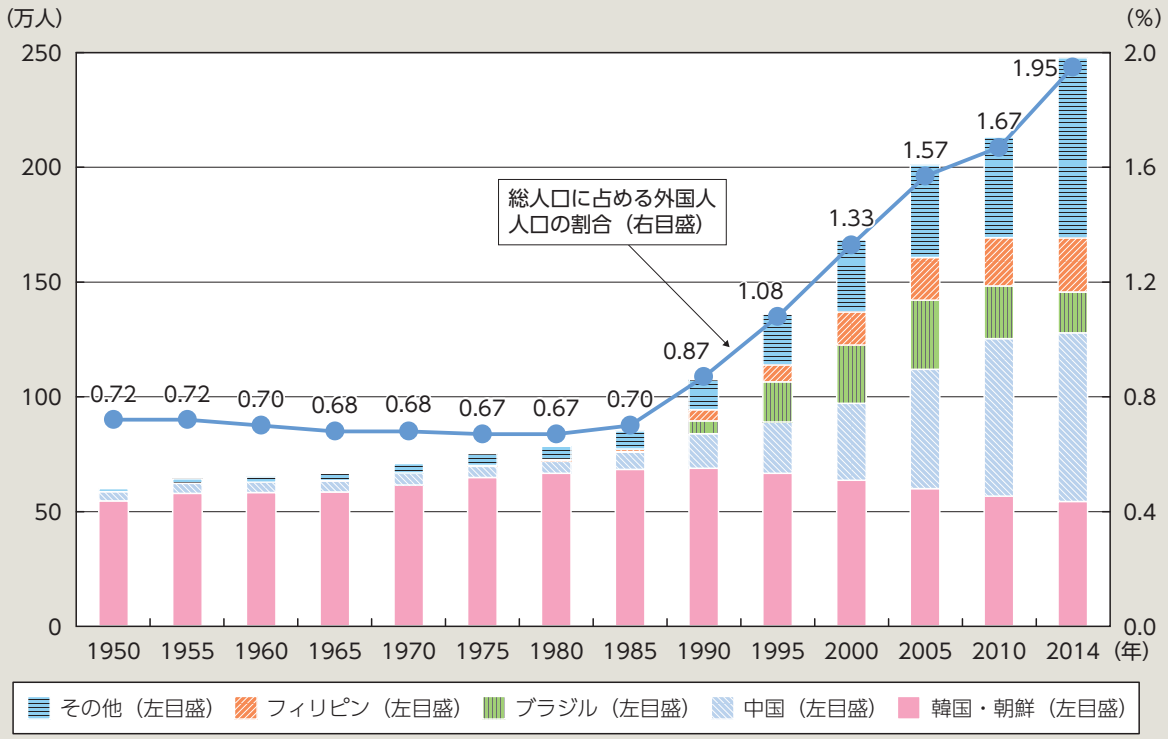
資料：総務省統計局「国勢調査」及び「人口推計」
(注)　1. 前年10月から当年9月までの増減数。
2. 2010年までの人口増減数には、国勢調査結果による補間補正数を含むため、自然増減数と社会増減数の和に一致しない。

2 外国人人口の推移

（我が国の人口に占める外国人人口の割合は少ない。ただし、1980年代半ば以降、急激に増加している）

次に、これまで見てきた国際人口移動の変化、特に外国人の入国超過の増加によって、我が国の外国人人口がどのような変動を示してきたかを見ていく。我が国の外国人人口及び総人口に占める割合の推移を示すと**図表1-1-19**のとおりとなる。

図表1-1-19 外国人人口及び総人口に占める割合の推移



資料：法務省「在留外国人統計」
(注) 1. 2010年までは、「外国人登録令」、「外国人登録法」に基づき登録された各年12月末日現在の外国人登録者数。2014年は、在留資格又は特別永住者の地位をもって在留する総在留外国人数。
2. 総人口に占める外国人人口の割合は、2010年までは総務省統計局「国勢調査」、2014年については総務省統計局「人口推計」における各年10月1日現在の人口を用いて算出。
3. 1950～1970年は沖縄県を含まない。

これを見ると、1980年代半ばまでは、外国人人口は微増傾向を示しているものの、総人口に占める割合で見れば0.7%前後で安定的に推移してきた。しかし、1980年代半ば以降急激に増加し、1990（平成2）年には外国人人口が100万人、2005（平成17）年には200万人を上回った。それに伴い、総人口に占める外国人人口割合も急増し、1985（昭和60）年には0.70%であったが、1995（平成7）年には1.08%となり、2014年では1.95%と1985年当時と比べると、およそ2.8倍となっている。

また、外国人の国籍について見てみると、1980年代までは、ほぼ韓国・朝鮮国籍の人で占められていたが、1990年代以降になると、中国、ブラジル、フィリピン国籍の人が増加し始め、2010（平成22）年以降では、中国国籍の人口が最も多くなっている。

(2) 我が国の国内人口移動の概況

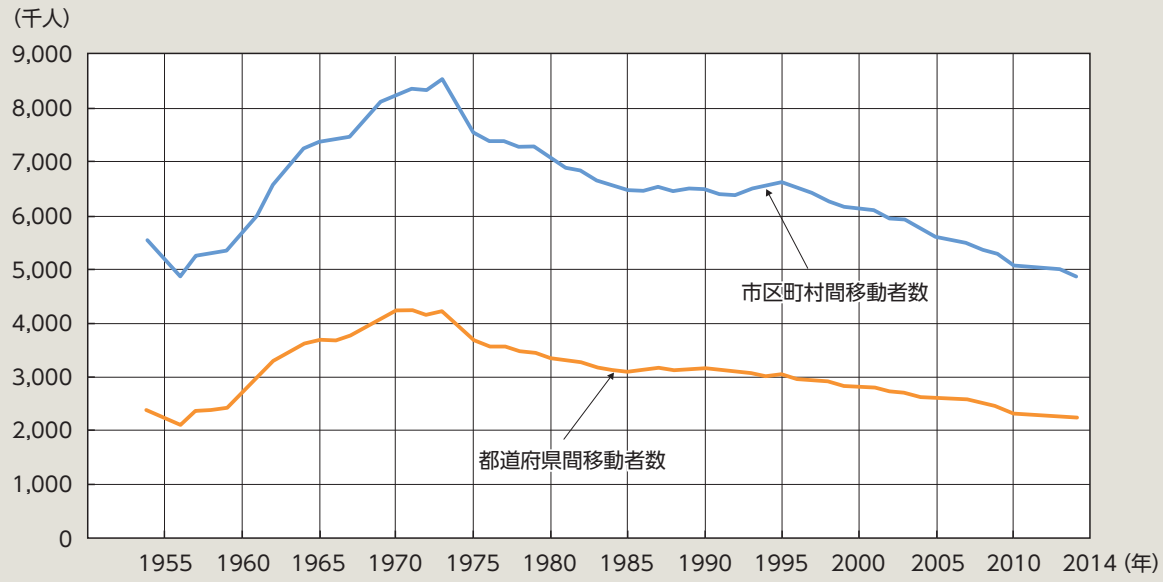
1 広域的な人口移動者数の推移

(高度経済成長期以降、広域的な人口移動者数は減少が続いている)

総務省「住民基本台帳人口移動報告年報」によると、2014（平成26）年の市区町村間移動者数（市区町村をまたいで住所を移した者の数）は約490万8千人で、前年に比べ約10万8千人（2.1%）の減となった。また、都道府県間移動者数（市区町村間移動者数のうち、都道府県をまたいで住所を移した者の数）は約226万人で、前年に比べ約4万2千人（1.8%）の減となった。

遡って我が国の市区町村間移動者数及び都道府県間移動者数の推移を示すと**図表1-1-20**のようになる。

図表1-1-20　市区町村間移動者数及び都道府県間移動者数の推移



資料：総務省統計局「住民基本台帳人口移動報告年報」
(注)　1954年から1972年までは沖縄県の移動者数を含んでいない。

これを見ると、市区町村間移動者数、都道府県間移動者数ともに、1960年代から1970年代前半の高度経済成長期にかけて急速に増加してきたが、1974（昭和49）年を境に現在に至るまで長期的な減少傾向へと転じている。市区町村間移動者数については、2004（平成16）年以降減少が続いており、都道府県間移動者数についても、1991（平成3）年以降は減少傾向が続いている。

2 三大都市圏*5・地方圏*6の人口移動の推移
（1980年代以降、東京圏への人口一極集中が続いている）

次に、三大都市圏・地方圏の人口移動の推移を示すと**図表1-1-21**のとおりとなる。これを見ると、地方圏から大都市圏への人口移動には三つの山があることが見てとれる。

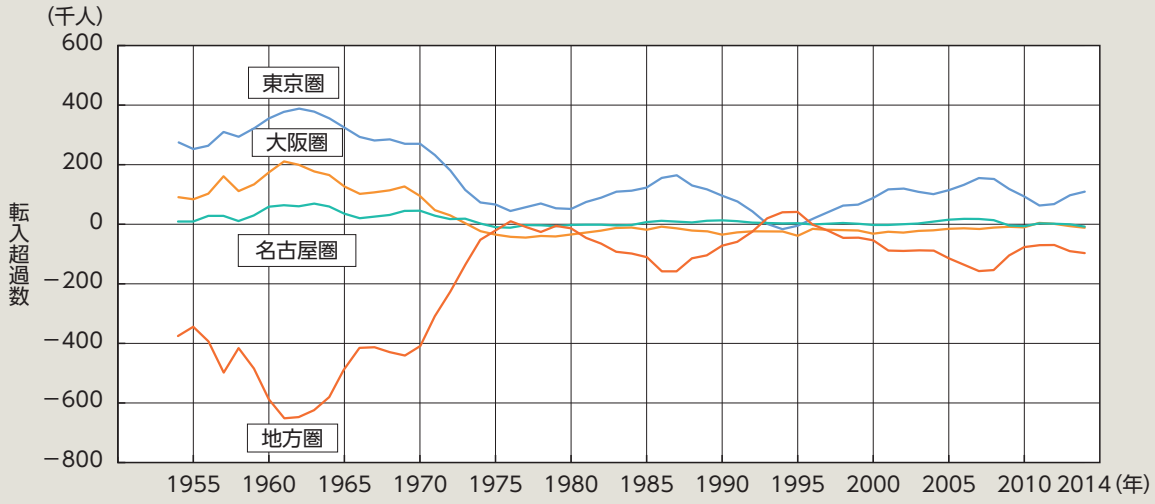
一つ目の山は、1960年代の高度経済成長期である。この時期では、地方圏で大きな転出超過となっている一方、三大都市圏はそろって転入超過となっている。1973（昭和48）年の石油ショック以降、人口移動は一時沈静化した。

二つ目の山は、1980年代半ばから1990年代前半にかけてのバブル期である。高度経済成長期と比べると人口移動の規模は小さくなっているものの、地方圏では大きな転出超過となっている。一方で、三大都市圏を見てみると、東京圏では大きな転入超過となっているのに対し、名古屋圏は若干の転入超過、大阪圏は若干の転出超過となっており、東京圏への人口の一極集中が起きていたことが見てとれる。こうした東京圏への人口の一極集中は、1990年代前半のバブル崩壊とともに一時終焉し、一時的に東京圏は若干の転出超過となった。

1990年代後半になると、再び東京圏への転入超過の山が見られるようになり、東京圏への人口の一極集中傾向は、現在まで続いている。

＊5　三大都市圏とは、東京圏、名古屋圏、大阪圏のことをいう。
東京圏：埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県　　名古屋圏：岐阜県、愛知県、三重県
大阪圏：京都府、大阪府、兵庫県、奈良県
＊6　地方圏とは、三大都市圏以外の地域のことをいう。

図表1-1-21 三大都市圏・地方圏の人口移動の推移

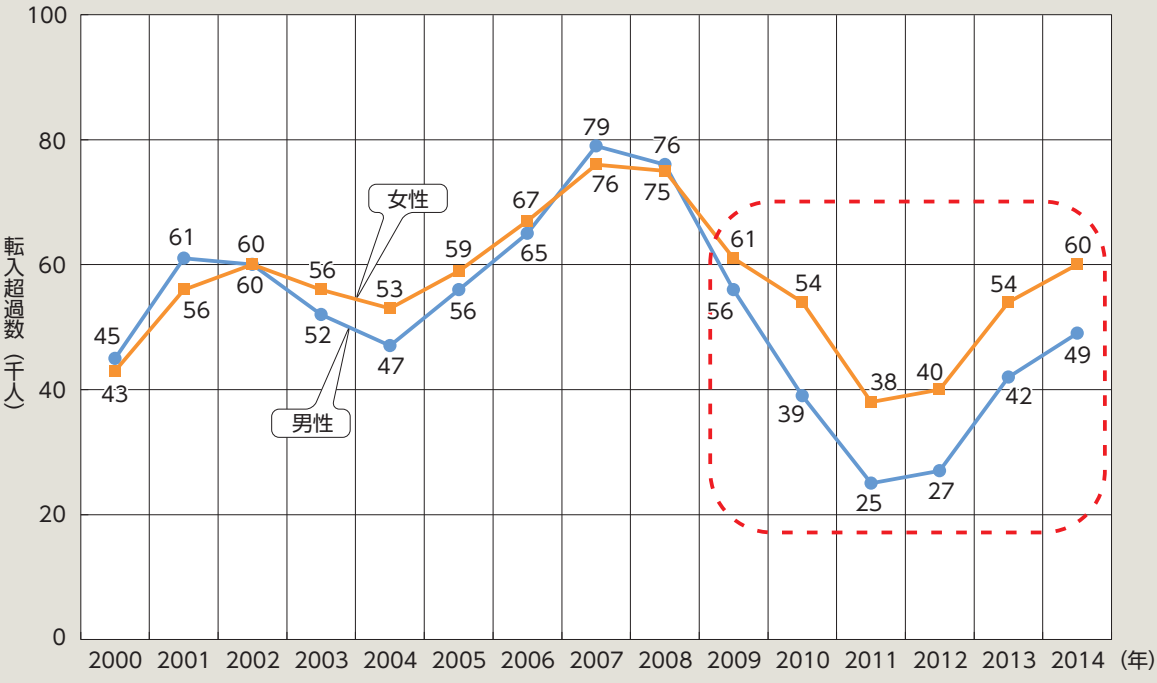


資料：総務省統計局「住民基本台帳人口移動報告年報」
(注)　上記の地域区分については以下のとおり。
東京圏：埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県　　名古屋圏：岐阜県、愛知県、三重県
大阪圏：京都府、大阪府、兵庫県、奈良県　　地方圏：三大都市圏（東京圏、名古屋圏、大阪圏）以外の地域

(近年、東京圏への人口移動は女性が男性を大きく上回って推移している)

さらに、東京圏の転入超過数の推移を男女別に見てみると、2000年以降、男女の転入超過数は概ね同水準で推移していたが、近年、女性が男性を上回って推移するようになり、2014年では、女性が約6万人、男性が約4万9千人となっている（**図表1-1-22**）。

図表1-1-22 東京圏における男女別転入超過数の推移

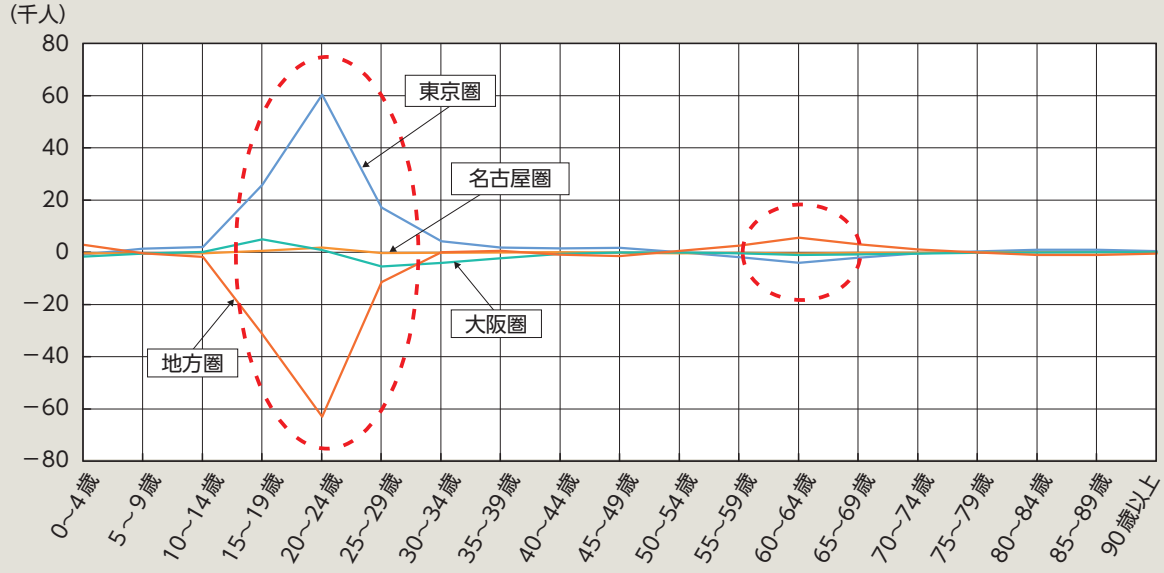


資料：総務省統計局「住民基本台帳人口移動報告年報」
(注)　東京圏とは、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県の1都3県を指す。

（東京圏への人口の一極集中は、若者が中心）

また、2014（平成26）年における三大都市圏・地方圏の年齢別転入超過数の状況を見てみると、若年層を中心に東京圏は転入超過、地方圏は転出超過となっている。一方で、60歳代では、東京圏が転出超過、地方圏が転入超過となっており、東京圏への人口の一極集中は、若者が中心であることが見てとれる（図表1-1-23）。

図表1-1-23　三大都市圏・地方圏の年齢別転入超過数の状況（2014年）



資料：総務省統計局「住民基本台帳人口移動報告年報」
（注）　上記の地域区分については以下のとおり。
東京圏：埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県　　名古屋圏：岐阜県、愛知県、三重県
大阪圏：京都府、大阪府、兵庫県、奈良県　　地方圏：三大都市圏（東京圏、名古屋圏、大阪圏）以外の地域

第2節　我が国の人口に関わる施策の変遷

第1節で述べたとおり、我が国の人口は、第2次世界大戦後一貫して増加傾向にあったが、近年の高齢化と少子化によってそのペースは鈍化し、2008（平成20）年12月に1億2809万9千人になったのをピークとして、それ以降減少傾向にある。

一方、合計特殊出生率をみると、人口を維持するために必要となる「人口置換水準」について、1974（昭和49）年から一貫して下回り続けている状況にある。

我が国では人口問題に対し、どのような施策がとられてきたのだろうか。以下、本節では我が国の戦後これまでの人口に関わる施策、とりわけ平成元年以降は少子化対策について、①戦後～第1次ベビーブームの収斂（1945～1970年）、②第2次ベビーブーム～昭和末期（1971～1989年）、③1.57ショック～少子化社会対策大綱（1990～2004年）及び④2005年以降、の4つの時期に分けて説明していく。

1　戦後～第1次ベビーブームの収斂（1945～1970年）

（終戦直後、出生数増加と海外からの引揚げにより人口は急増。第1次ベビーブームの到来）

第2次世界大戦当時、我が国は人口増加を国是としており、1941（昭和16）年に閣議

決定された人口政策確立要綱では、「東亜共和圏の建設と発展のために、昭和35年に1億人を目標」とされていた。

戦後直後には、出生数の増加と海外からの引揚げによる社会移動による増加が相まって、1945（昭和20）年から1950（昭和25）年までの5年間に総人口は15.6%、1,000万人以上も増加した。特に出生数が多かった1947（昭和22）年から1949（昭和24）年は「第1次ベビーブーム」と言われる。その後は出生数は減少し、人口増加率も低下していくこととなる。

(1) 第1次ベビーブーム・出生抑制

(この時期は、人口増加に対する問題意識から増加抑制が課題との認識)

当時の人口急増は国会でも議論されており、1949（昭和24）年に衆議院において「人口問題に関する決議」がされている。その決議は、当時の人口が著しく過剰であるという認識を示し、人口増加の抑制のため、家族計画（受胎調整思想）の普及、将来の移民の研究・準備[*7]を行うこと等を内容としていた。

このような厳しい人口問題に直面し、我が国の人口問題に関し、調査、審議するため、1949年、内閣に人口問題審議会が設置され、この審議会は、産業振興・国土開発・食糧増産等の必要性を提言した「人口収容力に関する建議」及び受胎調整思想の普及の必要性を提言した「人口調整に関する建議」の2つの建議を政府に提出した。

その後も、引き続く人口の急増を背景として、1953（昭和28）年に厚生省（現在の厚生労働省）に常設の審議機関として人口問題審議会が設置され、この審議会は1954（昭和29）年に、人口増加を抑制する観点から、「人口の量的調整に関する決議」を採択し、人口の増加を抑制する政策をとることや、受胎調整を普及することの必要性を提言した。

なお、これら避妊を含む受胎調整に関しては、1952（昭和27）年の「優生保護法」の改正により、都道府県知事の指定を受けた助産婦、保健婦又は看護婦は受胎調整指導員として受胎調整を指導することが認められており、受胎調整の普及が促進されている。

さらに、1955（昭和30）年に、増大する人口をいかに養うかという観点から「人口収容力に関する決議」が採択され、経済の計画化と産業構造の改編、生産年齢人口の激増を踏まえた就業対策の樹立の必要性を提言し、また経済力に比べて過剰な人口に起因する劣悪な労働問題として、1958（昭和33）年に「潜在失業対策に関する決議」が採択され、特に中小企業等における低賃金や低生産性の就業が多くある潜在失業の問題の解決がうたわれた。

(2) 第1次ベビーブームの収斂

(第1次ベビーブームは終わり、高齢化に伴う変化や大都市への人口移動も問題に)

このように第1次ベビーブームを迎え、人口増加が課題として認識されるなか、出生数は、1949（昭和24）年の269.6万人をピークに1957（昭和32）年には156.6万人にまで低下し、また合計特殊出生率も、1947（昭和22）年の4.54から低下し、2.00前後で推移するようになった。この背景の一つとして、避妊の普及や人工妊娠中絶の増加が指摘

＊7 「移民により過剰人口を解決することは困難であるが、将来移民が認められることは単に国民生活の向上に役立つのみならず（中略）わが国の再建に寄与することが多大である。従ってこのためには過去におけるわが国の移民には相当欠点があったことに対し深い反省を加え、日本国民が今後は真に世界に歓迎せられ、且つ世界の福祉増進に寄与することのできるような移民たり得るよう、国民自らが今から準備をし努力することが必要である」（「人口問題に関する決議」より）

されている[*8]。

このような出生数の急激な低下の後、昭和30年代から昭和40年代にかけて人口動向は落ち着いた一方で、この時期、多産多死型から少産少死型への移行や高齢化に伴う問題や、農村地域から大都市地域への人口移動に伴う問題が指摘されるようになった。

昭和37年版厚生白書では、この時期の短い時間で成し遂げられた多産多死型から少産少死型への変動により、第1次ベビーブームの収斂に伴った若年労働力の急激な縮小、老齢人口の増大、中高年齢労働人口比率の増大等が見込まれ、若年労働力が豊富に供給されていた人口年齢構造と密接な関係にある諸々の社会体制は、その基盤を大きく揺るがされるに至り、幾多の社会的問題が予測される旨が示されている。

また、年によっては合計特殊出生率が人口置換水準を下回るという新たな状況が生じるに至り、1971（昭和46）年に人口問題審議会は「最近における人口動向と留意すべき問題点について」を答申し、合計特殊出生率の減少に寄与していると見られる要因の解消を目指す方向が示されるとともに、老年化の急速な進行が予想される中で、老人福祉の向上が喫緊の課題であるとしている。

さらに、経済の高度成長とともに、著しい人口移動が発生し、働き盛りの人口が農村地区から大都市地域に移動し、都市では過密問題、農村では過疎問題を発生させたことを背景として、1963（昭和38）年に人口問題審議会は「「地域開発に関し、人口問題の見地から特に留意すべき事項」についての意見」を取りまとめている。この意見では、人口構造化に伴う生産年齢人口増加の縮小と中高年問題や、社会保障の充実と保健福祉の推進などが重視されるべきであると指摘されている。

2 第2次ベビーブーム～昭和末期（1971～1989年）

（1）当時の人口の動向の変化

（1974年以降、合計特殊出生率は人口置換水準を下回る状態に）

第1次ベビーブーム後、合計特殊出生率は急減し、2.0前後で推移していたが、第1次ベビーブーム期に生まれた女子の出産する時期に入り1971（昭和46）～1974（昭和49）年の「第2次ベビーブーム」の後、1974年から、合計特殊出生率が恒常的に人口置換水準を下回る状態となった。その後、昭和50年代後半の一時期を除き、合計特殊出生率は減少を続けた。

この結果、高齢者の死亡率の低下とあいまって、人口の高齢化は以後、急速に進むこととなり、老齢年齢人口比率は、1975（昭和50）年には7.9%、1980（昭和55）年には9.1%、そして1985（昭和60）年には10.3%となった。

（2）当時の人口の動向に関する認識

（人口に対する問題意識は、増加抑制から高齢化対策へ。出生力の動向に対しては静観）

このような中で当時の人口動態に対する認識をみてみると、1974（昭和49）年の国際人口会議開催に合わせ、人口問題審議会が「日本人口の動向―静止人口をめざして―」を公表した。この中で、石油ショックによって「高度経済成長による繁栄がいかに根の浅い

＊8　避妊については、毎日新聞社人口問題調査会によると、1950（昭和25）年には、「避妊を一度も実行していない」人の割合が64%であり、「現在実行している」または「前に実行したことがある」人の割合は29%であったが、1960年代以降では前者は約2割に減少し、後者が約8割となった。また、人工妊娠中絶については、1949年には10万件であったが、1950年代半ばには毎年100万件を超え、1960年代以降、徐々に減少していった。

ものであるかを思い知らされた」とした上で、天然資源の多くを輸入に依存する我が国が人口をいかにして扶養すべきか、という観点から「出生抑制にいっそうの努力を注ぐべき」と述べるなど、人口増加の抑制が目標として求められるとの考えの下、将来の人口問題に関して、人口増加抑制のための人工妊娠中絶の減少、人口資質向上対策、地域人口対策の着実な実施などが提言されている。

また、1976（昭和51）年に母親世代を対象に行われた調査[*9]によると、当時の我が国の人口（約1億1千万人）について、「多い」と答えた人が55.3%、「ちょうどよい」と答えた人が10.6%、「少ない」と答えた人は0.8%であった。また、今後の我が国の人口の動向について「もっと早く人口の伸びが止まる方が望ましい」と答えた人が29.8%、「現在の動向のままでよい」と答えた人が28.7%、「もっと増えつづけることが望ましい」と答えた人は1.6%であった。この当時の母親世代の意識として、人口の増加を懸念している様子がうかがえる。

1980（昭和55）年になると、この時期の合計特殊出生率の低下について、人口問題審議会は「出生率動向に関する特別委員会報告書」において、夫婦が生涯に産む子どもの数には変化なく、女子の進学率・就学率の上昇により結婚・出産が遅れているためと分析し、出生力低下の問題については「一応静観が許される」としている。さらに、1984（昭和59）年にはこの審議会の編集書[*10]の中でも、この時期の出生率の低下は、結婚・出産適齢期の女子の総人口に占める割合が小さくなったことと、結婚年齢の上昇によるもので、夫婦の子どもの産み方そのものにはあまり大きな変化はみられないため、今後、結婚年齢の上昇が止まるとともに、出生率は下げ止まり、やがて上向くことが考えられるとしている。

なお、同年6月に国際人口会議開催に合わせて人口問題審議会が作成した報告書においては、我が国の現在及び将来の人口問題について、高齢者を単に扶養すべき人口と考えず高齢者の多様な社会参加を促進し「自立した高齢者」を目指すべきこと、人口高齢化が進む中で社会の活力維持のため、人口資質の向上や総合的な地域開発を行う必要性等が提言されている。

この報告書の中では人口増加抑制に関する提言はなく、昭和50年代の人口問題の議論は人口増加抑制から高齢化対策に変わっていき、人口の高齢化に対する危機感が高まっていくこととなった。

(3) 当時の将来人口推計

この時期の人口問題研究所における将来の人口推計は、合計特殊出生率が人口置換水準を下回った1974（昭和49）年以降、平成元年までの間では計3回行われている（昭和51・56・61年）。

（当時の将来人口推計は、人口増加を示すものから、静止人口・人口減少を示すものへ）

これらにより推計された人口をみると、まず1976（昭和51）年中位推計では人口増加が続くものの、2010年1億3,810万人となる頃から頭打ちとなり2050年では1億4,001万人と推計されていた。ただし、低位推計では、2014年1億3,650万人を頂点として以

＊9　厚生省大臣官房統計情報部「昭和51年度人口動態社会経済面調査報告」より。
＊10　人口問題審議会編『日本の人口・日本の社会』（1984年、東洋経済新報社）

降は減少するとされた。（実際には、年次人口のピークは2008年１億2,808万人であり、その後減少に転じており、2014年１億2,708万人となっている。）

次に行われた1981（昭和56）年中位推計では、2008年に１億3,036万人でピークを迎え、以後約60年間にわたり人口減少が続き、2075年以降は１億1,840万人で静止人口というものであった。しかし低位推計は、2006年に１億2,772万でピークとなり、以後減少の一途を辿るとされている。その次の1986（昭和61）年中位推計では、2013年１億3603万をピークに減少を開始する。

1976（昭和51）年低位推計から、いずれの推計でも2006～2014年の間に人口はピークを迎えた後に減少することが推計されていた。しかし、推計された人口規模は1981（昭和56）年低位推計を除けば、実際よりかなり多く、現実に生じている人口減少は当時の想定より厳しいものである。これは出生率の低下、すなわち少子化の進行が当時はまだ顕在化しておらず、十分に予見されていなかったことによる（**図表1-2-1**）。

図表1-2-1　過去の将来推計人口による総人口の推移

年　次	実　績	1976(昭和51)年11月推計(1975年基準)		1981(昭和56)年11月推計(1980年基準)		1986(昭和61)年12月推計(1985年基準)	
		中位推計	低位推計	中位推計	低位推計	中位推計	低位推計
2000年	1億2,693万人	1億3,368万人	1億3,262万人	1億2,812万人	1億2,657万人	1億3,119万人	1億3,002万人
2010年	1億2,806万人	1億3,810万人	1億3,629万人	1億3,028万人	1億2,707万人	1億3,582万人	1億3,350万人
2050年	－	1億4,001万人	1億3,403万人	1億2,079万人	1億　212万人	1億2,868万人	1億1,853万人
合計特殊出生率の長期仮定値		2.10	2.05	2.09	1.73	2.00	1.85
人口ピーク	1億2,808万人(2008年)	－	1億3,650万人(2014年)	1億3,036万人(2008年)	1億2,772万人(2006年)	1億3,603万人(2013年)	1億3,351万人(2011年)

具体的には、合計特殊出生率の仮定を見るといずれの中位推計においても長期的な仮定値はほぼ人口置換水準に置かれており、長期に継続する少子化の流れは想定されていなかった。その主な理由は次の様なものであった。

- 当時、1986年推計時点で、おおむね出産を終える35歳の累積出生率（当時35歳であった世代が、35歳までに出生した平均子ども数に相当）の数値は1.96であり、36歳以上の出生率0.06（1985（昭和60）年実績）を足すと２を超えると考えられていたこと
- 若い世代の出生率は低下してきていたが、これは晩産化により出産年齢が上昇している影響と捉えていたこと
- 当時のデータからは、晩婚化によって、結婚する女性の生涯に産む子どもの数に変化を与えるとの兆候は明確には見られなかったことや、30代の未婚率の状況などから、晩婚化が非婚化に結びつくとの判断は自然なものとは認識されていない面があったこと
- また、夫婦の完結出生児数についても大きな変動がなかった。このため、合計特殊出生率の低下は、当時のデータからは、コーホートの累積出生水準（各世代での最終的な平均出生数に相当）に変化を与えるとの傾向が見られず、出生の繰り延べによるものと認識されていたこと

なお、これらの推計の後の1992（平成4）年推計では、国勢調査の結果から30歳代についても未婚化の上昇傾向が観察されるようになり、ここで初めて晩婚化が非婚化に結びつく兆候が見られることとなったため、出生率の仮定値の設定に当たっても生涯未婚率の上昇を織り込み、人口置換水準を下回ることとされたため、結果として長期的な人口の見通しにおいても人口は一貫して減少する見通しが示された。

（4）当時の施策

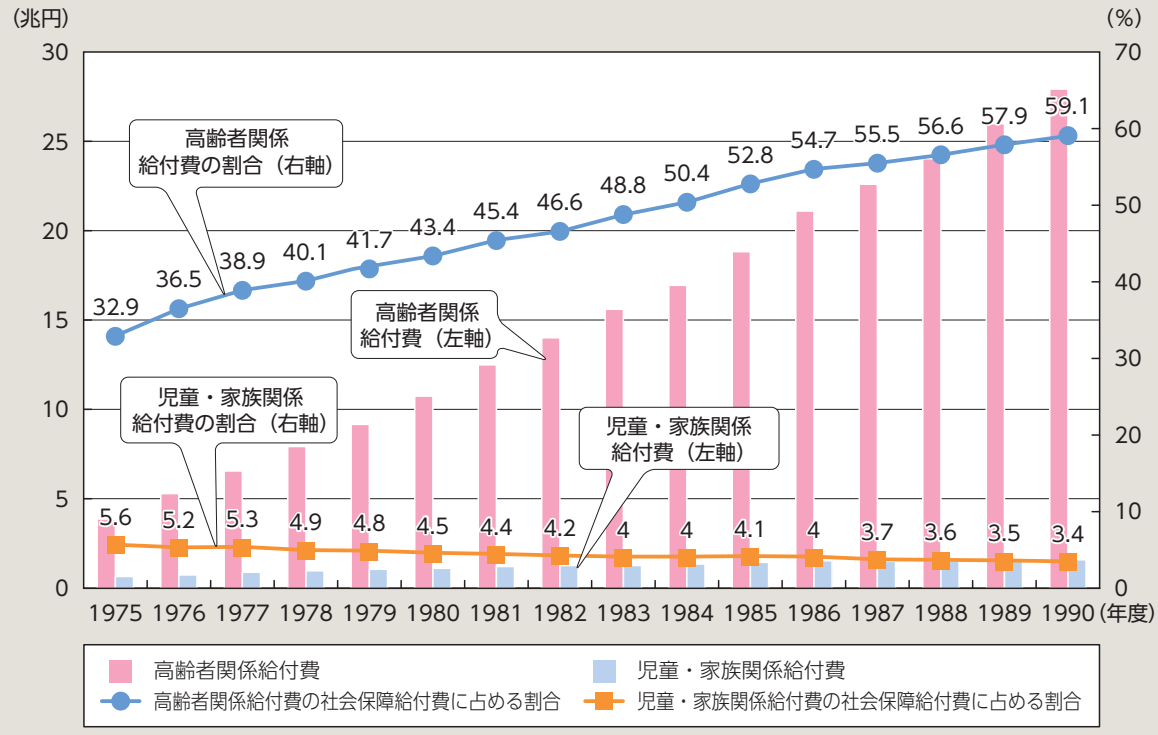
（この時期、高齢化問題への対応として、高齢者福祉が進展）

この時期、このような認識や将来推計のなかで、1970（昭和45）年には「豊かな老後のための国民会議」が開催され、老後問題が国民的課題であることが強調された。

1973（昭和48）年には、老人医療費支給制度が創設され（いわゆる「老人医療無料化」）、また年金制度について、物価スライド導入等による年金給付の大幅な改善等の見直しが行われ、この年は「福祉元年」と呼ばれた。その後、1986（昭和61）年には「長寿社会対策大綱」が閣議決定され、政府を挙げて老後問題に取り組んでいた。

図表1-2-2をみると、1970年代以降、児童・家族関係給付費がほぼ横ばいで推移している一方で、高齢者関係給付費が右肩あがりで増加を続けきたことがうかがえる。また、社会保障給付費全体に占める両給付の割合の変化をみても、同様のことがうかがえる。

図表1-2-2　高齢者関係給付費と児童・家族関係給付費の推移（1975～1990年度）



資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成24年度社会保障費用統計」

（この時期、女性の労働者増大等への対応として、保育所整備も進む）

一方、この時期の保育所の整備を概観すると、昭和30年代、経済の高度成長に伴って女性の労働者の増大、人口の都市集中化、核家族化の進行等がみられ、保育需要が増大、

多様化したことから、保育所制度は進展を続けていた。また、昭和40年代に入ってからは、都市への人口の集中、核家族化の進行に伴い家庭の扶養能力が減退し、その上に女性の職場進出が急増したため、保育所に対する需要はますます高まり、これに応じて保育所の設置が進められた。これに関して、1967（昭和42）年には保育所の緊急整備計画、1971（昭和46）年には社会福祉施設緊急整備5カ年計画の一環として保育所の整備計画が策定されている。

その後、1974（昭和49）年以降に続いた出生率の低下の影響により、保育所の入所措置児童数は1980（昭和55）年をピークに減少していき、昭和59年版厚生白書によれば、人口急増地域等の特定の地域を除き、全国的には施設不足の状況はほぼ解消されていると言える状態となった。また、1981（昭和56）年7月に政府の第二次臨時行政調査会が出した「第一次答申」では、保育所の新設については、地域の実情に配慮しつつ、全体として抑制する旨が示されている。

このほか、家庭生活の安定への寄与と児童の健全な育成を図ることを目的として、1972（昭和47）年に児童手当が創設された。

なお、その後、1990（平成2）年6月に、前年の1989（平成元）年の合計特殊出生率1.57が発表され、いわゆる「1.57ショック」として注目されることとなるが、平成元年厚生白書においては、「これまでのところ、我が国の出生率は、人口推計で前提としたようには回復していない。これからも下がり続けるか、それとも回復がやや遅れているのにすぎないのかについては現時点では断定できず、今後の慎重な検討を要する」とされていた。

コラム　世界の人口問題への対応

○戦後の人口爆発と国際的な議論

世界の人口は、先進地域では増加が落ち着きを見せる一方で、発展途上地域では今も高い増加を続けており、2014年はおよそ72億人となった。特に第二次世界大戦後、発展途上国において死亡率の急低下などを背景とした人口の爆発的増加が始まり、世界でも人口問題は大きな課題となった。こうした中で、世界の人口問題について国際的な会議が開催され、問題解決のための議論もなされてきた。

例えば世界規模の会議としては、1954（昭和29）年に初の世界人口会議がローマで開催され、また国連が世界人口年と定めた1974（昭和49）年には、政府間レベルで人口問題をテーマにした初の国際会議がブカレストで開催され、「世界人口行動計画」が採択された。

1984（昭和59）年にメキシコ・シティで開催された国際人口会議では、世界人口行動計画の継続実施のための勧告と人口と開発に関するメキシコ市宣言を採択した。

さらに1994（平成6）年にカイロで開催された国際人口開発会議では、「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」*の概念を盛り込んだ行動計画が合意されるなど、本会議を通じて世界の人口政策の焦点が国レベルから個人レベルへとシフトしていった。

また、アジアにおいても、1963（昭和38）年に第1回のアジア人口会議がニューデリーで開催された。第2回は1972（昭和47）年に日本政府がホストとなって東京で開催された。

○国内でも世界の人口問題を議論

これらの国際会議への対応は、国内でも人口問題の関心が高まる契機となり、またその開催に当たっては、人口問題審議会が政府に

＊ 子どもを産む産まない、産むとすればいつ、何人産むかを女性が自己決定する権利を中心課題とし、広く女性の生涯にわたる健康の確立を目指すもの（生涯を通じた女性の健康施策に関する研究会報告書（平成11年7月厚生省児童家庭局母子保健課）より）

対して意見書を提出するなどしてきた。例えば、1974年のブカレストでの世界人口会議に当たって示された「国連世界人口会議対処方針についての意見」では、次のように示されていた。

・開発途上国には人口爆発という人口の量的重圧があり、先進国には人口増加はゆるやかでも、大量の資源消費という人口の質的圧力がかかって、これらがともに人類にのしかかる深刻な世界の人口問題となったこと
・日本の将来人口は、現在の一夫婦当たり平均2.1人の子ども数が続けば、2030年以降1億3,500万人の人口規模を維持することになり、資源等の観点から問題があること
・日本政府が人口増加抑制政策への提案国となることを期待する。わが国の人口増加抑制政策に対する進路を示すことこそ、国際舞台での積極的発言に説得力を与えることになること
・人口増加抑制政策は人口政策の重要な一環として政府施策の中で強力に推進されなければならず、なかでも家族計画の普及がはかられなければならないこと

○世界の人口問題に対して我が国は国際的な支援に取り組んできた

これらの国際会議において、我が国は、世界の人口問題が深刻な状況にあることを指摘し、この問題を解決するために、当事国が自ら努力することが基本的に重要であることを強調するとともに、世界各国が資金的、技術的に協力・援助を行うべきことを述べてきた。

そして、戦後の我が国の人口分野における国際協力は、1969（昭和44）年に国際家族計画連盟（IPPF）に対して政府が10万ドルを拠出した頃から拡充され、1970（昭和45）年からは国連人口活動基金（UNFPA。今の国連人口基金）に対する拠出を続けており、今日においても主要な資金拠出国である。

さらに、我が国は戦後、このような国際機関への協力のほか、1969（昭和44）年にインドネシアに対して家族計画のための機材供与等を実施したことをはじめ、二国間協力も進めてきた。

3 1.57ショック～少子化社会対策大綱（1990～2004年）

(1) 1.57ショックと少子化社会対策

（1990年の「1.57ショック」を契機に政府の少子化対策の検討が始まる）

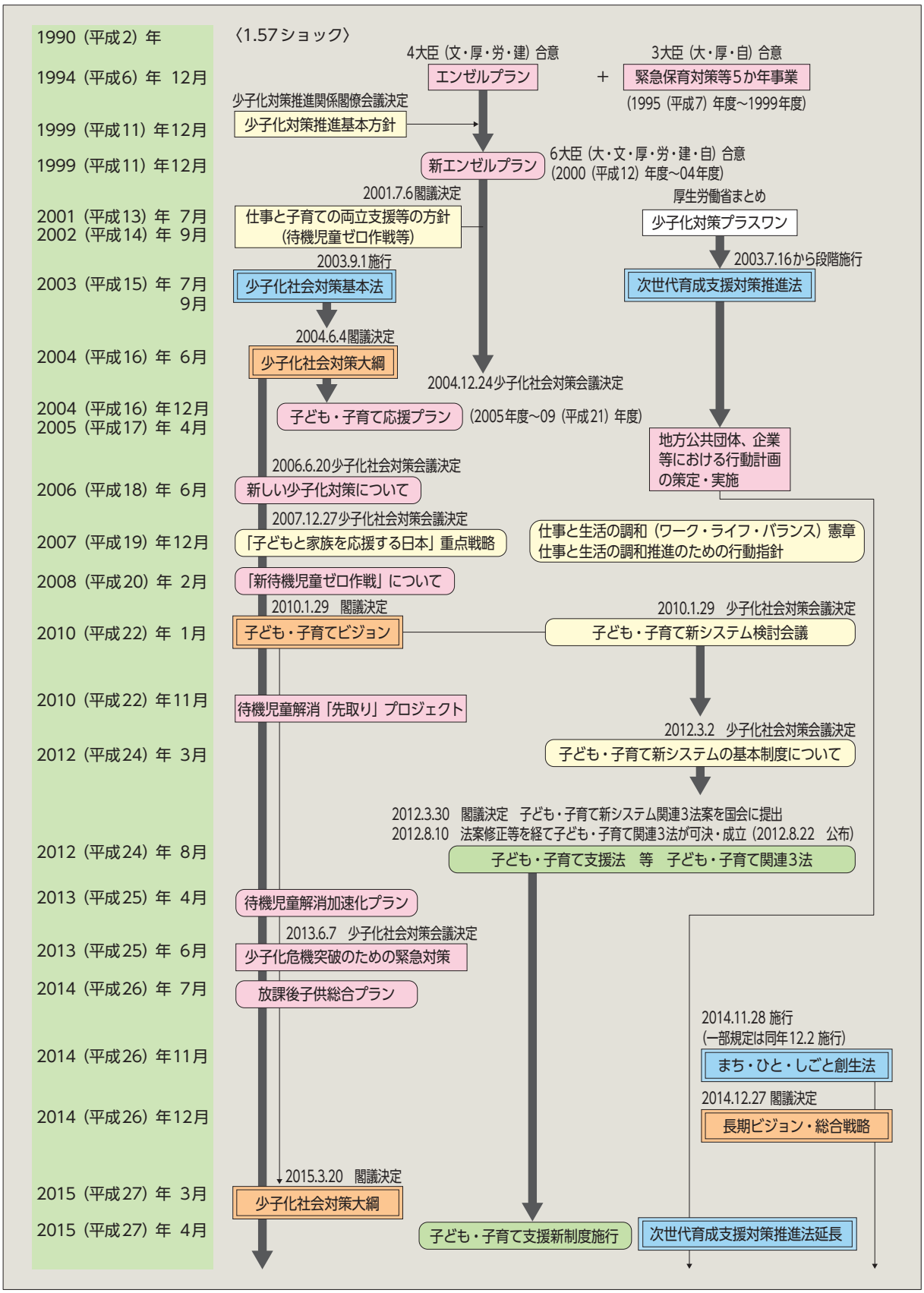
1990（平成2）年の「1.57ショック」[*11]を契機に、政府は、出生率の低下と子どもの数が減少していく少子化への問題認識を強め、国として、少子化社会への対応を重要な政策課題として位置づけて取り組んでいくために、仕事と子育ての両立支援など子どもを生み育てやすい環境づくりに向けての対策の検討を始めた。

政府では早速、「健やかに子どもを生み育てる環境づくりに関する関係省庁連絡会議」の設置（1990（平成2）年8月）や、「ウェルカムベビーキャンペーン」（1992（平成4）年4月）などが行われた。「少子社会」という言葉を一般化させる契機となった「平成4年度国民生活白書」もこの時期（1992年11月）刊行された。

以下、この時期の政府の人口に関わる施策、とりわけ少子化対策の取組みをみていく。（大きな流れについて、**図表1-2-3**を参照）

＊11 1990年の1.57ショックとは、前年（1989（平成元）年）の合計特殊出生率が1.57と、「ひのえうま」という特殊要因により過去最低であった1966（昭和41）年の合計特殊出生率1.58を下回ったことが判明したときの衝撃を指している。

図表1-2-3　少子化対策に関する閣議決定等の変遷



(2) エンゼルプラン・緊急保育対策等5か年事業の策定

(1994年に「エンゼルプラン」・「緊急保育対策等5か年事業」を策定)

少子化対策の本格的な取組の第一歩が、1994(平成6)年12月、文部、厚生、労働、建設の4大臣合意により策定された「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について」(エンゼルプラン)であった。エンゼルプランでは、今後10年間に取り組むべき基本的方向と重点施策が定められた。

図表1-2-4 「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について(エンゼルプラン)」(平成6年12月16日)概要

基本的視点

①「子どもを持ちたい人が持てない状況」を解消し、安心して子どもを生み育てることができるような環境を整備
②家庭における子育てが基本であるが、家庭における子育てを支えるため、あらゆる社会の構成メンバーが協力していくシステムを構築
③子育て支援のための施策については、子どもの利益が最大限尊重されるよう配慮

基本的方向

①子育てと仕事の両立支援の推進
②家庭における子育て支援
③子育てのための住宅及び生活環境の整備
④ゆとりある教育の実現と健全育成の推進
⑤子育てコストの軽減

重点施策

①仕事と育児との両立のための雇用環境の整備
②多様な保育サービスの充実
③安心して子どもを生み育てることができる母子保健医療体制の充実
④住居及び生活環境の整備
⑤ゆとりある学校教育の推進と学校外活動・家庭教育の充実
⑥子育てに伴う経済的負担の軽減
⑦子育て支援のための基盤整備

エンゼルプラン策定後、次に述べる保育サービスの充実をはじめ、育児休業給付の実施(1995(平成7)年)、週40時間労働制の実施(1997(平成9)年)、児童福祉法改正による保育所入所方法の見直し(1998(平成10)年)等、エンゼルプランに掲げられた施策が実現された。

また、エンゼルプランの策定とあわせ、エンゼルプランの施策の具体化の一環として、保育の量的拡大や低年齢児(0~2歳児)保育、延長保育等の多様な保育の充実、地域子育て支援センターの整備等を図るための「緊急保育対策等5か年事業」(大蔵、厚生、自治3大臣の合意)が策定され、1999(平成11)年度を目標年次として、整備が進められることとなった。

(3) 新エンゼルプラン

(1999年「新エンゼルプラン」策定。保育だけでなく、雇用、母子保健、教育等も対象に)

このように1990(平成2)年の「1.57ショック」を契機に少子化対策が講じられるようになったものの、合計特殊出生率は、1990年代半ばになっても、減少を続けた。1997(平成9)年1月の、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口においても、将来の合計特殊出生率について、5年前の推計よりも低い1.61と仮定されている。

このように少子化が進行し、人口減少社会の到来が現実のものとなる中で、人口問題審議会は、1997年10月、「少子化に関する基本的考え方について――人口減少社会、未来への責任と選択――」という報告書を取りまとめた。この報告書は、政府の審議会としては初めて少子化の問題を正面から取り上げ、少子化の影響、原因とその背景について総合的な分析を行うとともに、少子化への対応の必要性を明示した。

また、平成10年版厚生白書においても、少子社会について問題提起を行っている。

その後、1999（平成11）年5月からは少子化対策推進関係閣僚会議が開催され、同年12月に「少子化対策推進基本方針」が同会議で決定された。さらに、この方針に基づく重点施策の具体的実施計画として「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について」（新エンゼルプラン。大蔵、文部、厚生、労働、建設、自治の6大臣合意）が策定された。この新エンゼルプランは、従来のエンゼルプランと緊急保育対策等5か年事業を見直したもので、2000（平成12）年度を初年度として2004（平成16）年度までの計画となっている。目標値を設定した項目には、これまでの保育サービス関係ばかりでなく、雇用、母子保健、相談、教育等の事業も加わり、幅広い実施計画となっている。

図表1-2-5　「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について（新エンゼルプラン）」（平成11年12月19日）概要

趣旨

①少子化対策については、これまで「エンゼルプラン」や「緊急保育対策等5か年事業」等に基づき、その推進を図ってきたところ
②このプランは、「少子化対策推進基本方針」に基づく重点施策の具体的実施計画として策定

主な内容

①保育サービス等子育て支援サービスの充実
②仕事と子育ての両立のための雇用環境の整備
③働き方についての固定的な性別役割分業や職場優先の企業風土の是正
④母子保健医療体制の整備
⑤地域で子どもを育てる教育環境の整備
⑥子どもたちがのびのび育つ教育環境の実現
⑦教育に伴う経済的負担の軽減
⑧住まいづくりやまちづくりによる子育ての支援

（4）次世代育成支援対策推進法

（2003年「次世代育成支援対策推進法」制定。国・自治体・企業が取組みの主体に）

2003（平成15）年7月には、家庭や地域の子育て力の低下に対応して、次世代を担う子どもを育成する家庭を社会全体で支援する観点から、地方公共団体及び企業における10年間の集中的・計画的な取組を促進するため、「次世代育成支援対策推進法」（平成15年法律第120号）が制定された。同法は、地方公共団体及び事業主が、次世代育成支援のための取組みを促進するために、それぞれ行動計画を策定し、実施していくことをねらいとしたものである。

なお、同法は、2015（平成27）年3月31日までの時限立法であったが、「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」（平成26年法律第28号）により、その期限を10年間延長して2025（平成37）年3月31日までとされ、また、その改正により、認定を受けた事業主のうち特に次世代育成支援対策の実施の状況が優良なものについて、厚生労働大臣による新たな認定（特例認定）制度の創設等がなされた。

図表1-2-6 「次世代育成支援対策推進法」（平成15年法律第120号）の概要

基本理念

次世代育成支援対策は、保護者が子育てについての第一義的な責任を有するという基本的認識の下に、家庭その他の場において、子育ての意義についての理解が深められ、かつ、子育てに伴う喜びが実感されるように配慮して行わなければならないこととする。

行動計画の策定等

①国の行動計画策定指針
　主務大臣は地方公共団体及び事業主が行動計画を策定するに当たって拠るべき指針を策定
②地方公共団体の行動計画
　市町村及び都道府県は、地域における子育て支援、親子の健康の確保、教育環境の整備、子育て家庭に適した居住環境の確保、仕事と家庭の両立等について、目標及び目標達成のために講ずる措置の内容等を記載した行動計画を策定
③事業主の行動計画
・事業主については、国の行動計画策定指針に即し、労働者の仕事と家庭の両立を図るために必要な雇用環境の整備等に関し、目標及び目標達成のための対策等を定めた一般事業主行動計画を策定（101人以上の労働者を雇用する事業主は義務づけ、100人以下は努力義務）
・事業主からの申請に基づき、行動計画に定めた目標を達成したこと等の基準に適合する事業主を認定

※本法は当初、平成27年3月31日までの時限立法であったが、「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」（平成26年法律第28号）により、その期限が10年間延長された。（平成37年3月31日まで）
※またその改正により、認定を受けた事業主のうち特に次世代育成支援対策の実施の状況が優良なものについて、厚生労働大臣による新たな認定（特例認定）制度が創設された。

（5）少子化社会対策基本法、少子化社会対策大綱及び子ども・子育て応援プラン

（2003年「少子化対策基本法」制定。少子化対策の総合的な推進が図られる。）

また、2003（平成15）年7月、少子化社会において講じられる施策の基本理念を明らかにし、少子化に的確に対処するための施策を総合的に推進するために「少子化社会対策基本法」（平成15年法律第133号）が議員立法によって制定され、同年9月から施行された。そして、同法に基づき、内閣府に、内閣総理大臣を会長とし、全閣僚によって構成される少子化社会対策会議が設置された。

（2004年「少子化社会対策大綱」閣議決定。少子化の流れを変えるための集中的取組みへ）

また、少子化社会対策基本法は、少子化に対処するための施策の指針としての大綱の策定を政府に義務づけており、2004（平成16）年6月、「少子化社会対策大綱」が少子化社会対策会議を経て、閣議決定された。

この少子化社会対策大綱では、子どもが健康に育つ社会、子どもを生み、育てることに喜びを感じることのできる社会への転換を喫緊の課題とし、少子化の流れを変えるための施策に集中的に取り組むこととされた。そして、子育て家庭が安心と喜びをもって子育てに当たることができるように社会全体で応援するとの基本的考えに立ち、少子化の流れを変えるための施策を、国をあげて取り組むべき極めて重要なものと位置づけ、「3つの視点」と「4つの重点課題」、「28の具体的行動」を提示した。

なお、少子化社会対策基本法に基づく大綱については、その後、2010（平成22）年1月に「子ども・子育てビジョン」が、2015（平成27）年3月には「少子化社会対策大綱」が、それぞれ直前の大綱を廃止した上で新たに閣議決定されることとなる（詳細は、第2章序節1（2）を参照）。

（2004年「子ども・子育て応援プラン」で、大綱の具体的な施策内容と目標を掲げる）

2004年12月、大綱に盛り込まれた施策の効果的な推進を図るため、「少子化社会対策大綱に基づく具体的実施計画について」（子ども・子育て応援プラン）を少子化社会対策会議において決定し、国が地方公共団体や企業等とともに計画的に取り組む必要がある事項について、2005（平成17）年度から2009（平成21）年度までの５年間に講ずる具体的な施策内容と目標を掲げた（図表1-2-7）。

図表1-2-7　「少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画について」（子ども・子育て応援プラン）（平成16年12月24日閣議決定）概要

○少子化社会対策大綱（平成16年６月４日閣議決定）の掲げる４つの重点課題に沿って、平成21年度までの５年間に講ずる具体的な施策内容と目標を提示
○「子どもが健康に育つ社会」「子どもを生み、育てることに喜びを感じることのできる社会」への転換がどのように進んでいるのかが分かるよう、概ね10年後を展望した「目指すべき社会の姿」を掲げ、それに向けて、内容や効果を評価しながら、５年間に施策を重点的に実施

重点課題と目標など

４つの重点課題	平成21年度までの５年間に講ずる施策と目標（例）	目指すべき社会の姿（例）
若者の自立とたくましい子どもの育ち	若年者試用（トライアル）雇用の積極的活用など	若者が意欲を持って就業し経済的にも自立［若年失業者等の増加傾向を転換］など
仕事と家庭の両立支援と働き方の見直し	企業の行動計画の策定・実施の支援と好事例の普及など	希望する者すべてが安心して育児休業等を取得［育児休業取得率男性10%、女性80%］など
生命の大切さ、家庭の役割等についての理解	保育所、児童館、保健センター等において中・高校生が乳幼児とふれあう機会を提供など	多くの若者が子育てに肯定的な（「子どもはかわいい」、「子育てで自分も成長」）イメージを持てるなど
子育ての新たな支え合いと連帯	地域の子育て支援の拠点づくり（市町村の行動計画目標の実現）など	全国どこでも保育サービスが利用できる［待機児童が50人以上いる市町村をなくす］など

4 2005年以降の少子化対策について

（1）新しい少子化対策について

（2005年、合計特殊出生率は過去最低の1.26を記録。少子化対策の推進へ）

上述したような取組みが進められる中、2005（平成17）年、我が国は1899（明治32）年に人口動態の統計をとり始めて以来、初めて出生数が死亡数を下回り、出生数は106万人、合計特殊出生率は1.26と、いずれも過去最低を記録した。こうした予想以上の少子化の進行に対処し、少子化対策の抜本的な拡充、強化、転換を図るため、2006（平成18）年６月、少子化社会対策会議において「新しい少子化対策について」が決定された。

「新しい少子化対策について」では、「家族の日」・「家族の週間」の制定などによる家族・地域のきずなの再生や社会全体の意識改革を図るための国民運動の推進とともに、親が働いているかいないかにかかわらず、すべての子育て家庭を支援するという視点を踏まえつつ、子どもの成長に応じて子育て支援のニーズが変化することに着目して、妊娠・出産から高校・大学生期に至るまでの年齢進行ごとの子育て支援策を掲げた。

(2)「子どもと家族を応援する日本」重点戦略

(就労と出産・子育ての二者択一構造の解決に向けて「ワーク・ライフ・バランスの実現」と「包括的な次世代育成支援の枠組みの構築」を目指す)

「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」において示された少子高齢化についての一層厳しい見通しや社会保障審議会の「人口構造の変化に関する特別部会」の議論の整理等を踏まえ、2007(平成19)年12月、少子化社会対策会議において「子どもと家族を応援する日本」重点戦略(以下「重点戦略」という。)が取りまとめられた。

重点戦略では、就労と出産・子育ての二者択一構造を解決するためには、「働き方の見直しによる仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)の実現」とともに、その社会的基盤となる「包括的な次世代育成支援の枠組みの構築」(「親の就労と子どもの育成の両立」と「家庭における子育て」を包括的に支援する仕組み)を同時並行的に取り組んでいくことが必要不可欠であるとされた。

働き方の見直しによる仕事と生活の調和の実現については、2007年12月、「仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)憲章」及び「仕事と生活の調和推進のための行動指針」が政労使の代表等から構成される仕事と生活の調和推進官民トップ会議において決定された。なお、これらの憲章や行動指針は、その後の施策の進歩や経済情勢の変化を踏まえ、2010(平成22)年6月に新たな視点や取組みを盛り込んだ内容に改定し、取組みを推進している。

また、重点戦略を踏まえ、2008(平成20)年2月に、政府は、希望するすべての人が安心して子どもを預けて働くことができる社会を実現し、子どもの健やかな育成に社会全体で取り組むため、保育所等の待機児童解消を始めとする保育施策を質・量ともに充実・強化し、推進するための「新待機児童ゼロ作戦」を発表した。

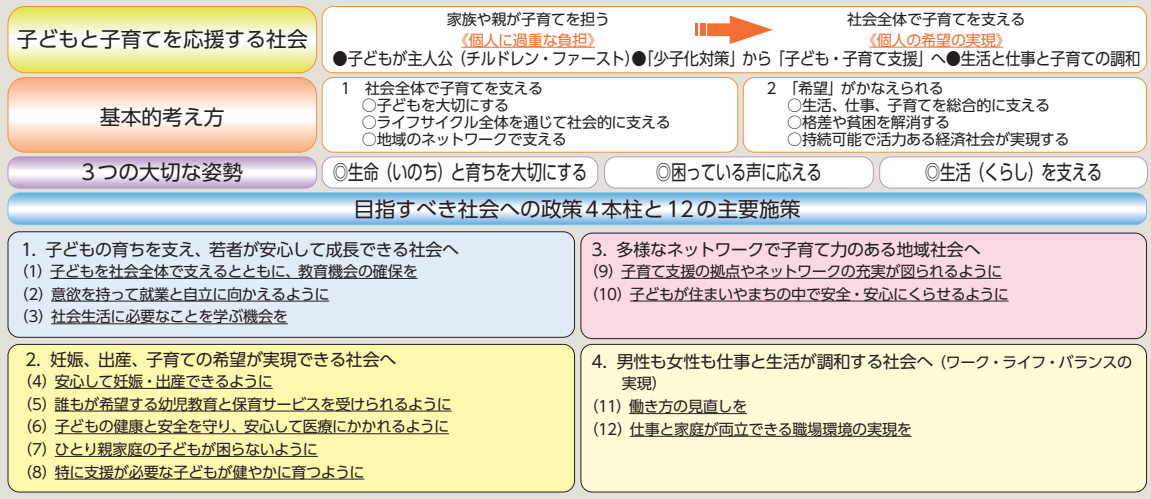
(3) 少子化社会対策基本法に基づく新たな大綱(子ども・子育てビジョン)の策定

(2010年、「子ども・子育てビジョン」を閣議決定。子ども・子育て支援の3つの姿勢)

「新しい少子化社会対策大綱の案の作成方針について」(2008年12月、少子化社会対策会議決定)を受け、2009(平成21)年1月、内閣府に「ゼロから考える少子化対策プロジェクトチーム」を立ち上げ、少子化対策担当大臣の下、全10回の会合、地方での懇談、大学生との公開討論会を開催し、同年6月には提言(“みんなの”少子化対策)をまとめた。

その後、2009年10月、内閣府の少子化対策担当の政務三役(大臣、副大臣、大臣政務官)で構成する「子ども・子育てビジョン(仮称)検討ワーキングチーム」を立ち上げ、有識者、事業者、子育て支援に携わる地方自治体の担当者等からの意見聴取や国民からの意見募集などを行い、2010(平成22)年1月29日、少子化社会対策会議を経て、少子化社会対策基本法に基づく二度目となる新たな大綱として「子ども・子育てビジョン」を閣議決定した。この中で、子ども・子育て支援施策を行っていく際の三つの大切な姿勢として、「1　生命(いのち)と育ちを大切にする」、「2　困っている声に応える」、「3　生活(くらし)を支える」が示され、この三つの大切な姿勢を踏まえ、「目指すべき社会への政策4本柱」と「12の主要施策」に従って、具体的な取組みを進めることとされた(**図表1-2-8**)。

図表1-2-8　「子ども・子育てビジョン」（平成22年1月29日閣議決定）概要



資料：内閣府資料を参照

(4) 待機児童の解消

(2010年以降、保育所の待機児童の解消に向けた取組みが加速)

都市部を中心に深刻な問題となっている保育所の待機児童の解消を図るため、2010（平成22）年に「子ども・子育てビジョン」において、潜在的な保育需要を含めた数値目標を設定し、同年より「国と自治体が一体的に取り組む待機児童解消『先取り』プロジェクト」が推進された。さらに、待機児童解消のための取組みを加速化させるため、2013（平成25）年4月、新たに「待機児童解消加速化プラン」が策定され、同年度から5年間で約40万人分の保育の受皿を確保するため、2015（平成27）年度を予定している子ども・子育て支援新制度の施行を待たずに、待機児童解消に意欲的に取り組む地方自治体に対して、それを全面的に支援することとされた。（詳細は、第2章を参照）

(5)「子ども・子育て支援法」の成立と「子ども・子育て支援新制度」

(社会保障・税一体改革のなかで、2015年から「子ども・子育て支援新制度」が開始)

2012（平成24）年3月に、政府が平成24年通常国会（第180回国会）に提出した「子ども・子育て関連3法案」は、国会審議による修正等を経て、同年8月10日に成立し、8月22日に公布された。子ども・子育て関連3法に基づく子ども・子育て支援新制度は、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）年度から本格施行されている。（詳細は、第2章を参照）

(6) 児童手当制度の見直し

(児童手当は1972年に創設され、少子化対策として見直しが進められてきた)

1972（昭和47）年に創設された児童手当については、累次見直しが行われてきたが、2000（平成12）年以降は支給対象となる児童の拡大、支給額の引上げが行われてきた。その後、2010（平成22）年度、2011（平成23）年度に子ども手当が支給され、2012（平成24）年度から、現行の児童手当が支給されている（図表1-2-9）。

図表1-2-9 児童手当制度の主な変遷

時期	見直し等
1972（昭和47）年	児童手当制度創設（第３子以降の児童を対象）（対象年齢は、義務教育修了前まで）
1986（昭和61）年	第２子以降の児童に対象を拡大（対象年齢は、義務教育就学前まで）
1992（平成　4）年	第１子まで対象を拡大（対象年齢は、３歳未満に重点化）
2000（平成12）年	義務教育就学前まで対象を拡大
2001（平成13）年	所得制限を緩和
2004（平成16）年	小学校第３学年修了前まで対象を拡大
2006（平成18）年	小学校修了前まで対象を拡大。所得制限を緩和
2007（平成19）年	３歳未満児（第１子、第２子）の手当額を引上げ（乳幼児加算）
2010（平成22）年	中学校修了前まで対象を拡大
2010（平成22）年～ 2011（平成23）年度前半	子ども手当の創設（平成22年度子ども手当支給法） 中学校修了前まで対象を拡大
2011（平成23）年後半	手当月額の見直し（平成23年度子ども手当支給特別措置法）
2012（平成24）年	新たな児童手当制度の構築 中学校修了前まで対象を拡大、所得制限を改正 手当月額の増額 特例給付の導入

(7) 育児休業制度の経過

(1992年に創設された育児休業制度は、育児休業給付とともに改善が続く)

上述した1995（平成7）年の育児休業給付に関し、ここで育児休業制度の経過を概観してみる（**図表1-2-10**）。

我が国の育児休業制度は、1992（平成4）年に育児休業法の施行により育児休業制度が創設されたところから始まる。その後、育児休業給付の創設がされ、1999（平成11）年には、介護に関する休業ともあわせた育児・介護休業法となり、そのほか幾度もの改正が繰り返され、制度の改善が進められている。

最近では2014（平成26）年に、育児休業給付の給付率の引上げ（育児休業を開始してから180日目までは、休業開始前の賃金の67%）が行われ、両立支援の一翼を担っている。

図表1-2-10　育児休業制度の主な変遷

時期	見直し等
1992（平成　4）年	育児休業法施行（30以下事業所適用外）
1995（平成　7）年	改正育児休業法施行 →　育児休業給付創設（休業前賃金の25%）、全事業所適用、社会保険料の労働者負担分免除
1999（平成11）年	育児・介護休業法施行 →　深夜業の制限の創設
2000（平成12）年	厚生年金保険料の事業主負担分免除
2001（平成13）年	・健康保険料の事業主負担分免除 ・育児休業給付の引上げ（休業前賃金の40%）
2002（平成14）年	改正育児・介護休業法施行 ・時間外労働の制限 ・子の看護休暇制度創設（努力義務） ・所定労働時間の短縮措置の拡充
2005（平成17）年	・育児休業制度の拡充 ・子の看護休暇制度の義務化
2010（平成22）年	改正育児・介護休業法　改正（※について、100人以下企業は2012（平成24）年施行） ・所定外労働の制限（※） ・短時間勤務制度の義務化（※） ・子の看護休暇制度の拡充（※） ・パパ・ママ育休プラス ・父親の育児休業の再取得を可能とする　等
2014（平成26）年	育児休業給付の引上げ（育児休業を開始してから180日目までは、休業開始前の賃金の67%）

5「1.57ショック」のあとの取組みの進展と最近の動き

これまでに述べたように、1990（平成2）年の「1.57ショック」の後、上述のように、政府は地方公共団体や企業とともに、様々な取組みを進めてきた。

以上で紹介したもののほか、直近の政府の取組みとして、2013（平成25）年3月から内閣府特命担当大臣（少子化対策）の下で発足した「少子化危機突破タスクフォース」での議論や提案を踏まえ、同年6月7日には、少子化社会対策会議において「少子化危機突破のため緊急対策」が決定された。また、少子化社会対策基本法に基づく大綱については、2015（平成27）年3月に3度目となる「少子化社会対策大綱」が閣議決定され、各種目標が設定されたところである（詳細は第2章を参照）。

（「少子化社会対策会議」の設置や取組方針等の閣議決定など、政府全体で対応へ）

政府の検討体制を振り返ってみると、1999（平成11）年には「少子化対策推進関係閣僚会議」が設置され少子化対策に関して閣僚が出席する会議が設けられ、その後2003（平成15）年には、少子化社会対策基本法に基づき内閣総理大臣を会長として全閣僚が委員に任命される「少子化社会対策会議」が設置されて、政府全体での検討体制が確保されるに至った。

また、政府の取組方針等の位置づけ等についても、「1.57ショック」を契機とする検討を通じて1994（平成6）年に策定された「エンゼルプラン」及び「緊急保育対策等5か年事業」は、関係大臣間の合意であった。しかしその後、少子化社会対策基本法に基づく大綱として、2004年に「少子化社会対策大綱」が、2010年に「子ども・子育てビジョン」がそれぞれ閣議決定される等、政府全体での取組みに向けて閣議決定での策定が続い

ている。

（取組方針の設定目標は、より広範かつ詳細な項目へ）

これらの取組みに関する方針における目標の設定についても、進展がみられる。

図表1-2-11は、「緊急保育対策等５か年事業」の策定以降の各種取組方針の策定時期ごとに、特徴的な主な取組み（数値目標設定の項目）と当時の実績をまとめたものである。

政府の取組方針等で設定された数値目標の項目をみてみると、1994年に策定された「緊急保育対策等５か年事業」では、保育所の受入枠数や放課後児童クラブの箇所数など保育サービスに関する項目の設定に限定されていたが、1999年に策定された「新エンゼルプラン」では、保育サービスに関する項目に加え、働き方、母子保健、相談、教育、まちづくり等の事業も加えられた。また、「新エンゼルプラン」では、親の就労の有無にかかわらず全ての子育て家庭を対象に子どもの預かり等の支援を行う「ファミリー・サポート・センター事業」も目標項目に入った。

さらに、2004年に策定された「子ども・子育て応援プラン」では、働き方の見直しの観点で「男性の育休取得率」や、若者の生活基盤の強化を図る視点から「若年者試行雇用の活用」での常用雇用移行率や「新規学卒就業者」の就職後の離職率なども目標設定の項目とされた。

そして、2010年に策定された「子ども・子育てビジョン」での目標項目では、「乳児家庭全戸訪問事業」といった出産に関して全ての子育て世代を対象とした目標や、「第1子出産前後の女性の継続就業」といったより具体的な目標が設定されるとともに、社会的養護の充実に係る項目などが追加されるなど、広範な目標設定を試みていることがわかる。

図表1-2-11　緊急保育対策等５か年事業の策定以降の目標設定項目（主なもの）と実績推移

	1994年12月「緊急保育対策等５か年事業」策定	1999年12月「新エンゼルプラン」策定	2004年12月「子ども・子育て応援プラン」策定	2010年1月「子ども・子育てビジョン」策定	2015年3月「少子化社会対策大綱」策定
子育て関係					
保育所定員	194万人	192万人	203万人	215万人	234万人
	「緊急保育対策等５か年事業」から目標項目				
	(※)	(※)			
放課後児童クラブ	5,300箇所	10,200箇所	14,500箇所	81万人	94万人
	「緊急保育対策等５か年事業」から目標項目				
地域子育て支援拠点	118箇所	1,500箇所	2,954箇所	5,199箇所	6,233箇所
	「緊急保育対策等５か年事業」から目標項目				
ファミリー・サポート・センター事業	－	62箇所	368箇所	570市町村	738市町村
		「新エンゼルプラン」から目標項目			
出産関係					
乳幼児全戸訪問事業	－	－	－	1,512市町村	1,660市町村
				「子ども・子育てビジョン」から目標項目	
働き方関係					
第１子出産前後の女性の継続就業	39.3%	38.1%	39.8%	38.0%	38.0%
				「子ども・子育てビジョン」から目標項目	
男性の育休取得率	－	0.42%	0.56%	1.72%	2.03%
			「子ども・子育て応援プラン」から目標項目		

注）記載した数値は、５つの時期（年月）において把握されていた直近の実績値。
※　保育所定員については、「緊急保育対策等５か年事業」・「新エンゼルプラン」で設定されていた目標項目は、３歳児未満の定員である。（記載した実績値は、いずれも全体の定員）

（保育の受け皿確保や地域の子育て支援体制整備など、個々の取組みは着実に前進してきた）

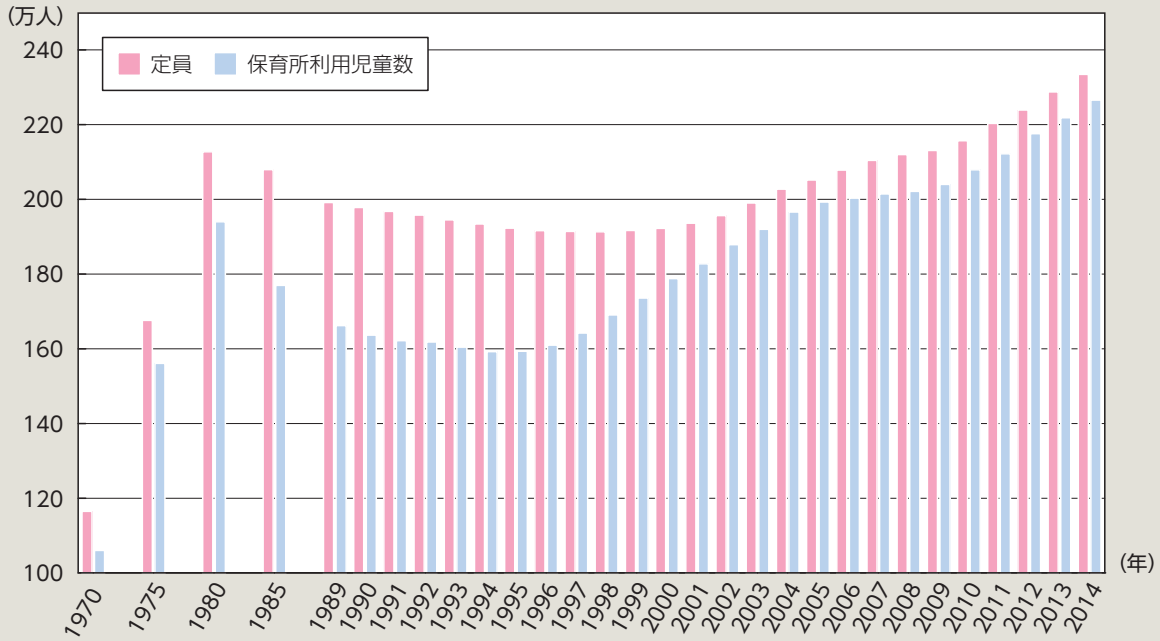
このような中、取組方針等で目標に設定された項目も含め各種の指標の推移をみると、例えば、保育所の定員については、利用児童数の変動も踏まえて増加が図られてきており、近年の待機児童数については、2010（平成22）年をピークに減少傾向にある（図表1-2-12、図表1-2-13）。

また、上の図表1-2-11でみた目標設定項目の実績の推移をみると、「放課後児童クラブ」については、1994（平成6）年には約5,300箇所であったが、2015（平成27）年には約94万人が利用するに至り、また「ファミリー・サポート・センター」は1999（平成11）年に62箇所であったが、平成26年度の交付決定ベースでは738市町村で取り組まれていることがわかる。

2015（平成27）年3月に閣議決定された「少子化社会対策大綱」の目標設定でも更な

る推進が目指されていることからわかるように、少子化対策に関わる取組みは、「1.57ショック」以降、着実に一定の前進がなされてきた。

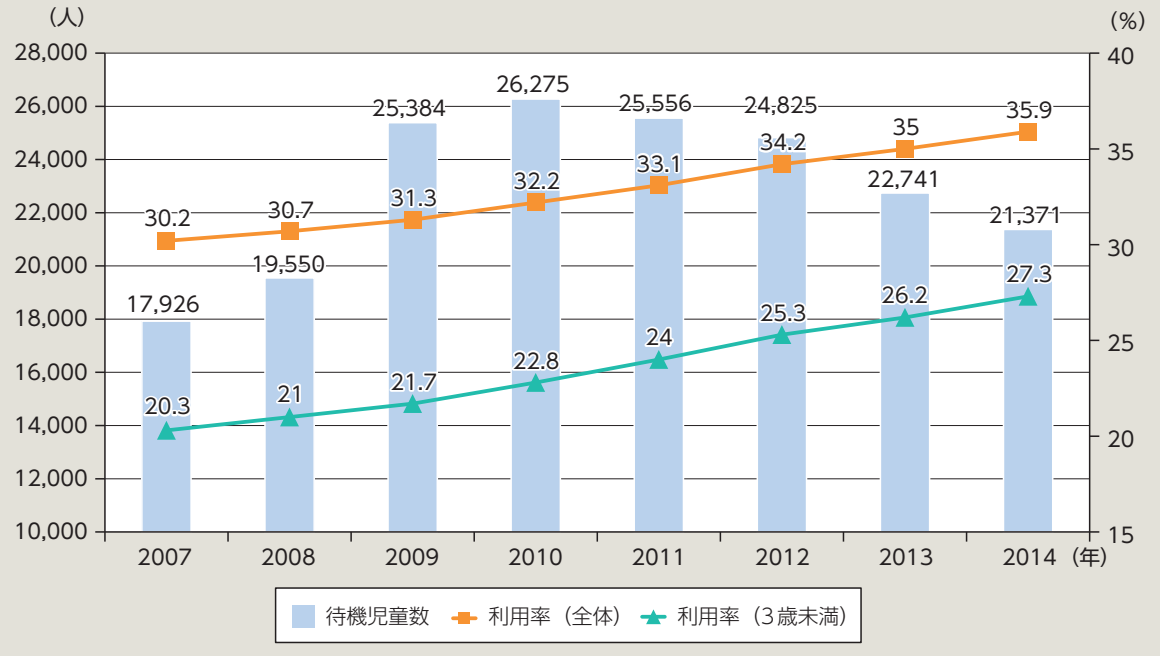
図表1-2-12 保育所の定員・利用児童数の推移



(注) 2011年の数値は、東日本大震災の影響により、宮城県・岩手県・福島県の8市町村を除く数値。

資料：2010年以前：福祉行政報告例（各年について4月1日現在の確定数）
2011～2013年：厚生労働省雇用均等・児童家庭局調べ
2014年：福祉行政報告例（4月1日現在の概数）

図表1-2-13 待機児童数の推移（2007年以降）



資料：厚生労働省雇用均等・児童家庭局調べ

（出生率は近年やや回復傾向がみられるものの、依然、人口置換水準を下回る水準が続いている）

合計特殊出生率については、2005年には過去最低の1.26であったのに対し、2014（平成26）年には1.42[*12]と、近年はやや回復傾向がみられる。

しかしながら、依然として合計特殊出生率は人口置換水準を下回る水準が続いており、少子化の流れが変わったとまでは言えず、日本が人口減少局面に入った今、引き続き、多岐にわたる少子化対策の総合的な推進を継続し、強化していくことが、極めて重要となっている。

＊12 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成26年人口動態統計（概数）」より。

第3節 人口減少社会を取り巻く背景・現状と国民の意識

前節までにおいて、これまでの我が国における人口、出生等の動向や、人口に関わる施策の変遷についてみてきた。我が国では、出生のほとんどは婚姻関係にある男女から生じるため、非婚化・晩婚化は出生率の低下に直結することとなる。このような中、結婚、出産、子育てに関わる若者の理想や希望を着実に実現していけるようにすることが重要であり、そのためには、これらを取り巻く家族、社会、地域の環境や在り方が重要な要素となる。そこで、本節では、結婚・出産・子育てという一連のライフイベントと、それを支える家族や地域について、様々なデータや意識調査の結果を取り上げつつ、考察していきたい。

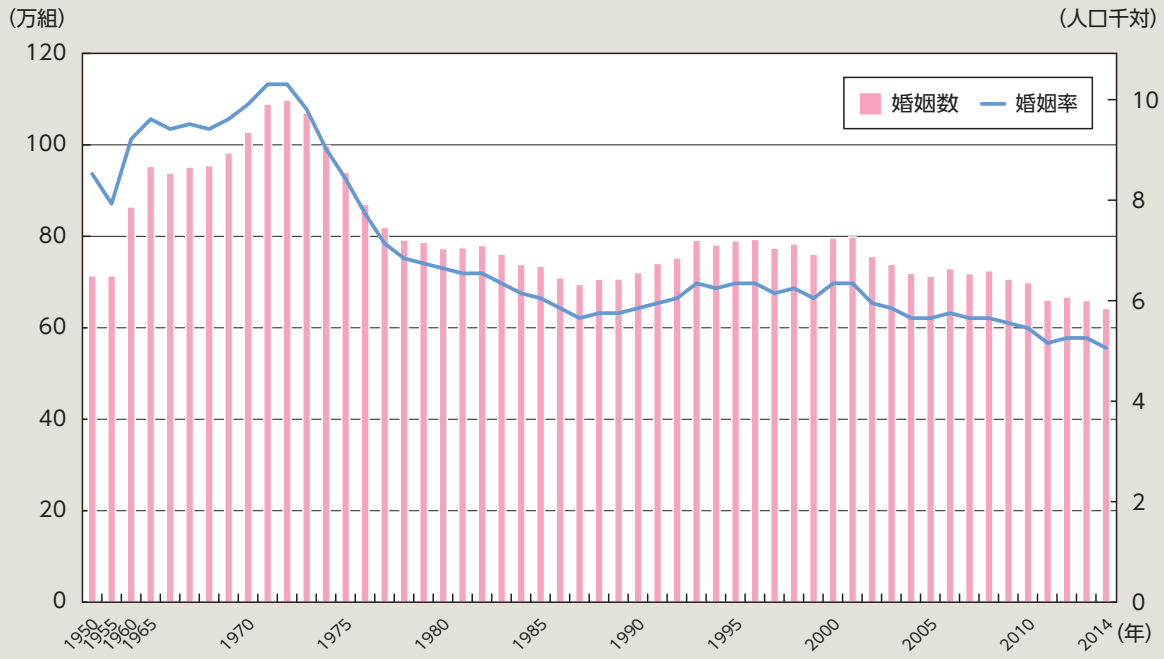
1 結婚をめぐる状況と意識

(1) 我が国の結婚の状況

(我が国の婚姻件数は減少傾向にある)

2014(平成26)年に、我が国では、約64万組が結婚しており、そのうち初婚の割合は男女とも8割強となっている。婚姻件数は、第1次ベビーブーム世代が結婚適齢期を迎えた1970年代前半には年100万組を突破していたが、若者人口の減少とともに大幅に減少して1978年には80万件を割り込み、さらに減少を続けた。その後、1990年代には第2次ベビーブーム世代の結婚の影響もあってやや持ち直したものの、長期的に減少傾向にある。また、婚姻率*13も、1970年代前半と比較すると、半分程度になっている(図表1-3-1)。

図表1-3-1 婚姻数と婚姻率の推移



資料:厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
(注) 2013年までは確定数、2014年は概数

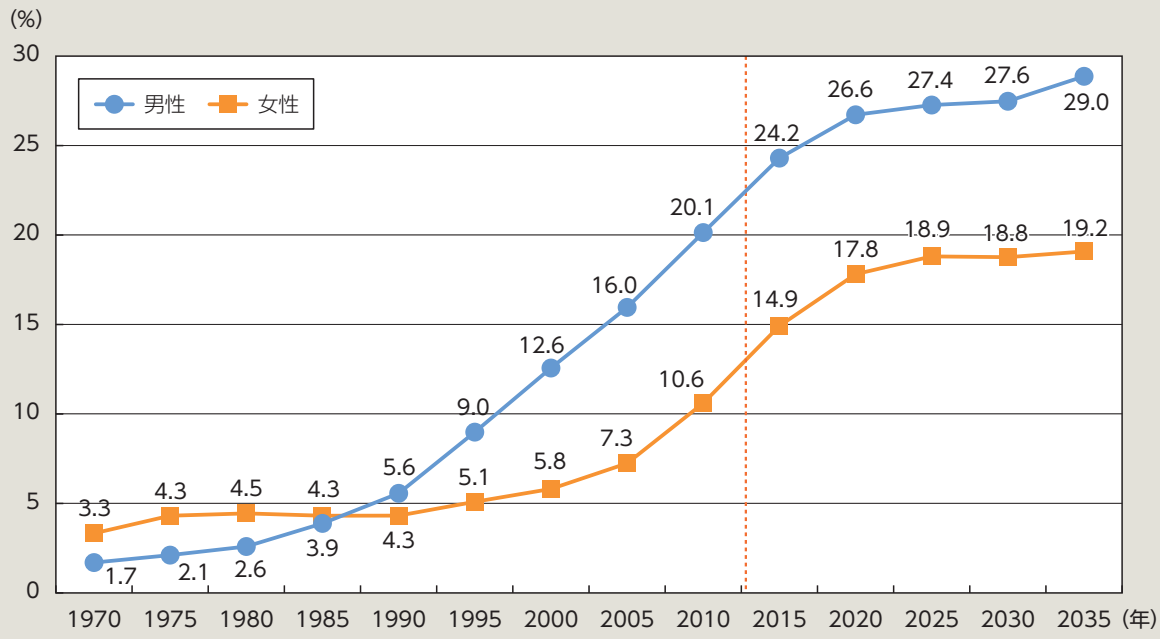
*13 人口1000人当たりの婚姻件数。人口構造の変化の影響も受ける。

（男性の２割、女性の１割が「生涯未婚」であり、その割合は増えていくと推計）

こうした状況の背景となっているのが、若者人口の減少による人口構造の変化に加え、未婚化、晩婚化の流れである。本章第１節でみたとおり、結婚する男女の間でも初婚年齢が上昇して晩婚化が進んでいるのに加え、そもそも結婚しない人の割合も増えており、50歳時点での未婚率である生涯未婚率は、2010（平成22）年時点で男性の２割、女性の１割に達している。

今後も、これまでの未婚化、晩婚化の流れが変わらなければ、生涯未婚率はさらに上昇すると推計されている（図表1-3-2）。

図表1-3-2　生涯未婚率の推移（将来推計含む）



資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集（2015年版）」、「日本の世帯数の将来推計（全国推計2013年1月推計）」

(注)　生涯未婚率とは、50歳時点で1度も結婚をしたことのない人の割合。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歳の未婚率の平均である。

(2) 未婚者の結婚に関する希望

（未婚者の大半が結婚を望んでいる）

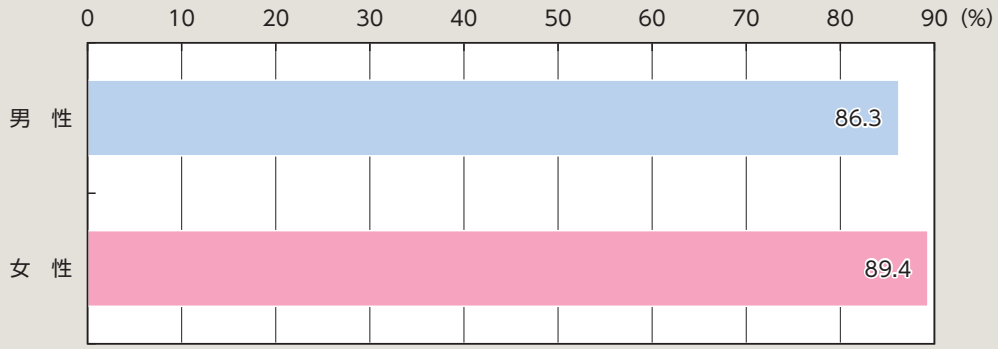
非婚化・晩婚化が少子化の大きな要因とされる中で、若者たちの結婚に関する意識はどのようになっているのだろうか。

2010（平成22）年に国立社会保障・人口問題研究所が行った調査で、未婚者を対象に一生を通じての結婚に対する考えを聞いたところ、「いずれ結婚するつもり」と答えた人が、18～34歳の未婚者において、男性で86.3%、女性で89.4%となっており、未婚の若者の多くは将来的な結婚の希望を抱いている（図表1-3-3）。

また、18～34歳の未婚者における希望する結婚の年齢については、女性の約6割が20代のうちに、また男性については約65%が31歳までに結婚したいと考えている（図表1-3-4）。

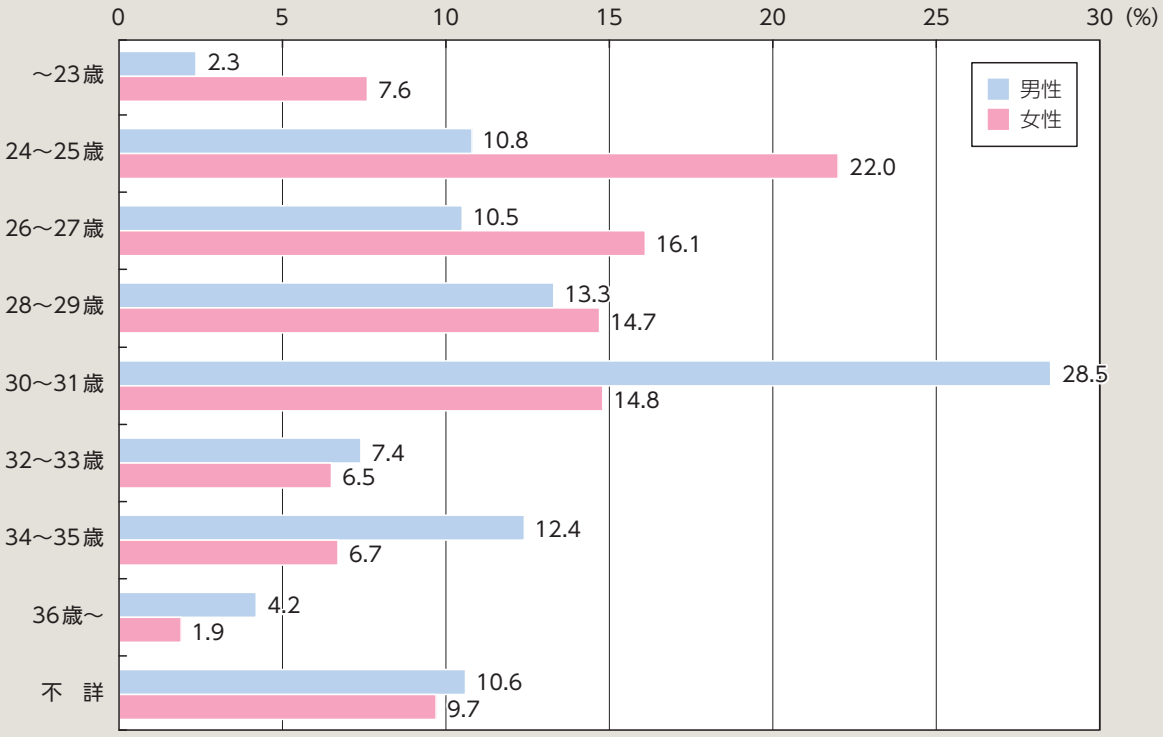
その一方で、2010年における20代後半での未婚率は女性で60.3%、男性で71.8%に上り（図表1-1-10）、希望する結婚年齢と実際との乖離が生じている状況にある。

図表1-3-3 独身者の結婚意向



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（独身者調査）」(2010年)
(注) 18～34歳の未婚男女を対象

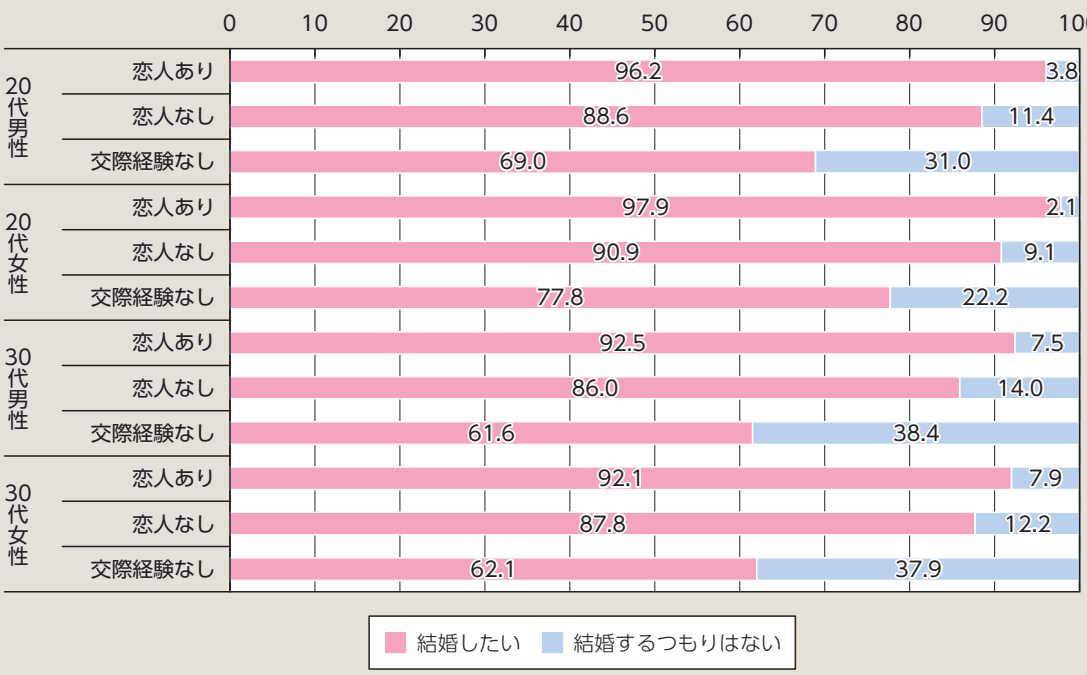
図表1-3-4 希望結婚年齢



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（独身者調査）」(2010年)
(注) 18～34歳の未婚男女を対象

また、別の調査において、20代及び30代の未婚男女の結婚の意向について、恋人や交際経験の有無別に集計したところ、「恋人あり」の人の方が「恋人なし」の人や「交際経験なし」よりも結婚の意向がより強い傾向にあった。もっとも、30代で交際経験のない人においても、その6割以上が「結婚したい」との希望を抱いている（図表1-3-5）。

図表1-3-5　恋人の有無／交際経験別の若者の結婚意向



資料：内閣府「結婚・家族形成に関する意識調査」（2010年）

(3) 未婚者が結婚に至っていない背景

1 結婚できていない・していない理由

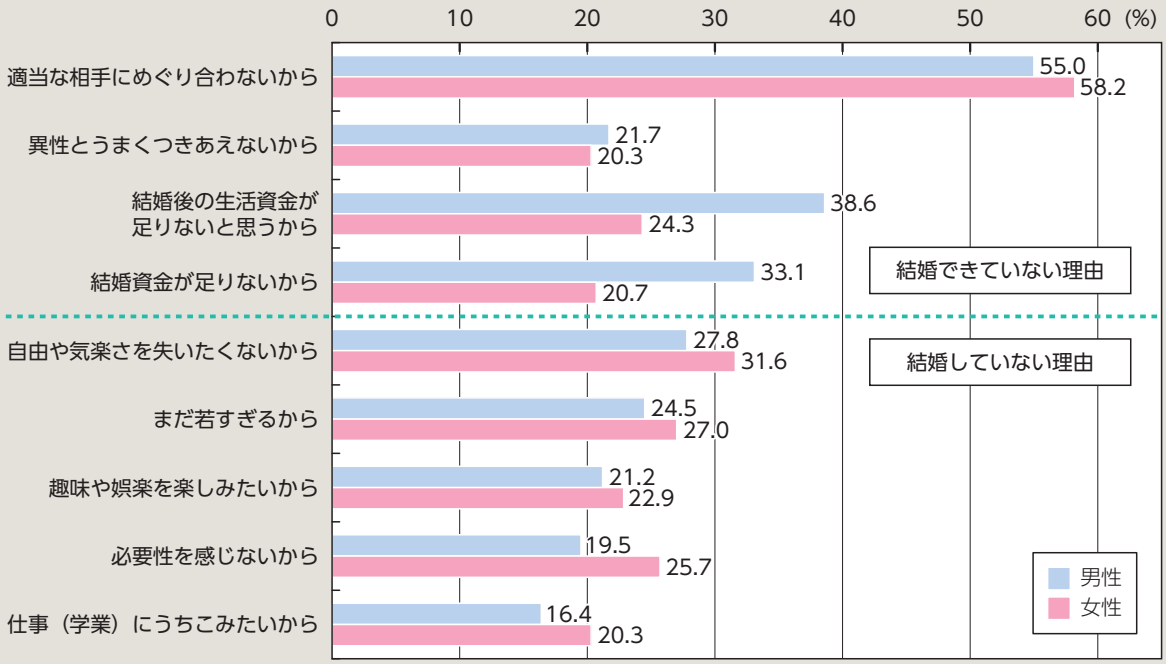
（未婚者が結婚できていない主な理由は「適当な相手にめぐり合わない」「結婚資金・生活資金が足りない」）

では、未婚の若者が独身にとどまっている理由はどのようなものであろうか。内閣府が行った意識調査で、20代・30代の結婚を希望する未婚者に「今まで結婚していない理由」を尋ねた結果を「結婚できていない理由」と「結婚していない理由」とに区分したのが図表1-3-6である。これを見ると、「結婚できていない理由」としては、男女とも「適当な相手にめぐり合わないから」と答えた人が最も多く（男性55.0%、女性58.2%）、次いで、「結婚後の生活資金が足りないと思うから」「結婚資金が足りないから」を選んだ人が多かった。こうした経済的な理由を挙げる人は、特に男性で多い状況にあった。

また、「結婚していない理由」としては、「自由や気楽さを失いたくないから」が男女とも多く、女性では「必要性を感じないから」「仕事（学業）にうちこみたいから」と答えた人が男性よりも多かった。

男性は経済面を懸念し、女性は自分の自由な時間が失われることを懸念する傾向があるが、その背景として、若者を取り巻く厳しい雇用の状況や（本節1(5)1参照）、依然として、女性が家事・育児の多くを負担し、仕事と家庭の両立が容易ではない状況にあること（本節3(2)、4(4)参照）も影響しているものと思われる。

図表1-3-6　今まで結婚していない理由（20代・30代）

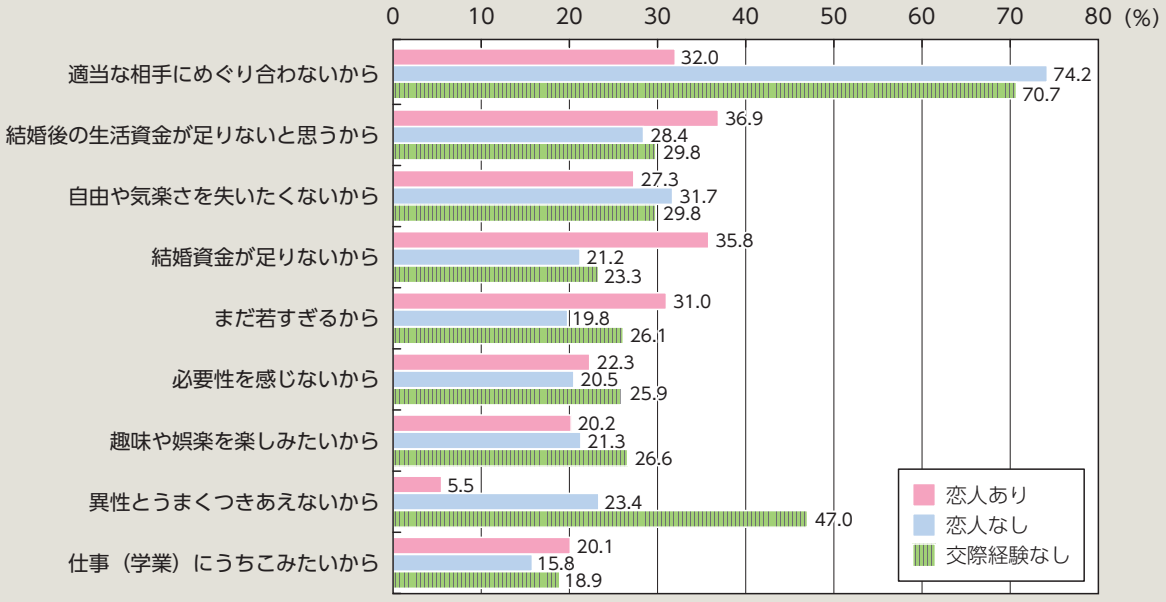


資料：内閣府「結婚・家族形成に関する意識調査」（2010年）

（恋人のいる人では、経済的な懸念から結婚に踏み切れない人が最多）

また、未婚者が結婚していない理由について、恋人や交際経験の有無別にみると、「恋人あり」の人では「結婚後の生活資金が足りないと思うから」など経済的な事情を懸念する傾向にあるのに対し、「恋人なし」の人や「交際経験なし」の人では、「適当な相手にめぐり合わないから」と答えた人が最も多く、また「交際経験なし」の人では「異性とうまくつきあえないから」と答えた人も47.0%いた（**図表1-3-7**）。

図表1-3-7　今まで結婚していない理由（恋人の有無・交際経験別）



資料：内閣府「結婚・家族形成に関する意識調査」（2010年）

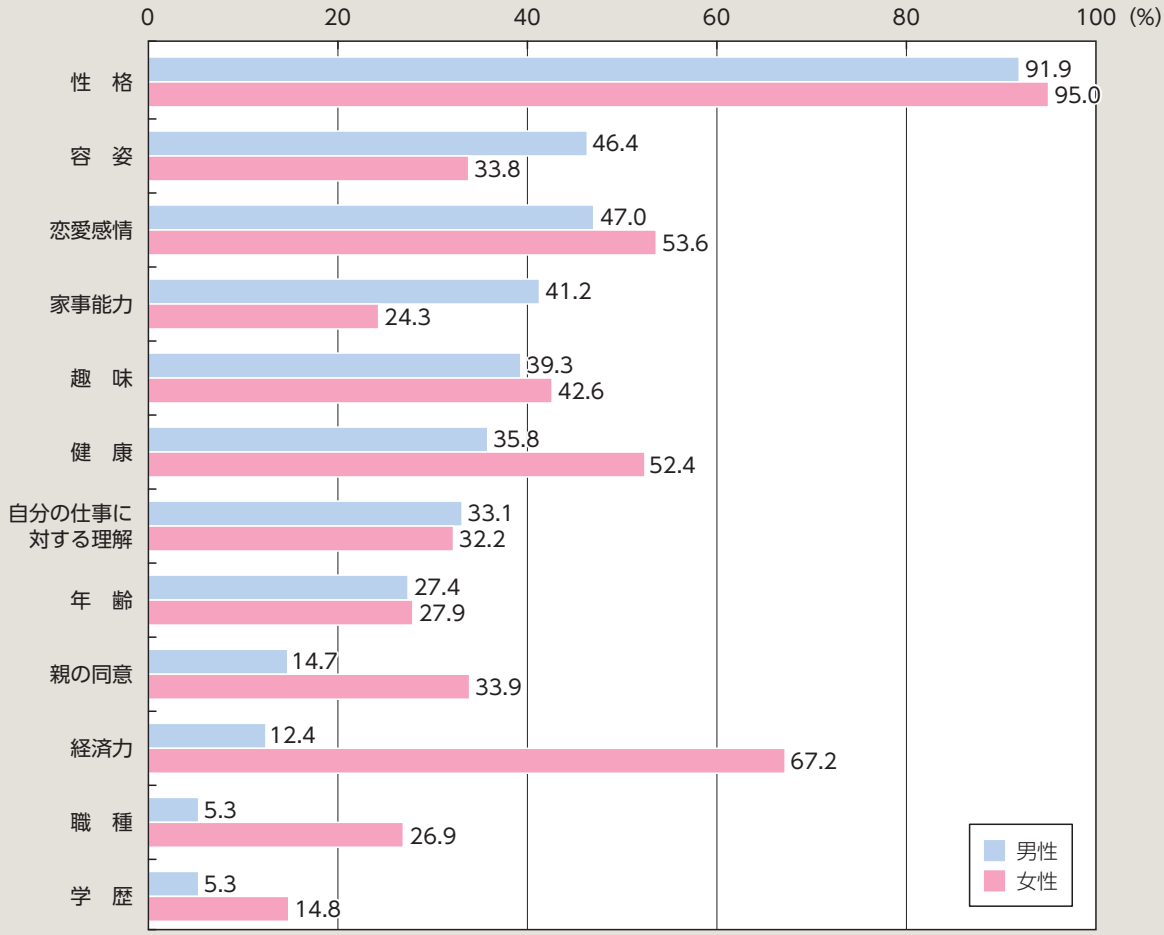
2 結婚相手に求める条件

（男女とも性格重視。男性は女性に家事能力を、女性は男性に経済力を求める傾向も）

次に、20代・30代が「結婚の決め手となった条件」や「結婚相手に求める条件」としては、未婚・既婚を問わず、男女とも「性格」を挙げた人が最も多かった（男性91.9%、女性95.0%）。

一方で、男女で傾向が異なる項目としては、女性は相手の「経済力」をとりわけ重視しているほか、「職種」「学歴」「親の同意」を重視し、また、男性は「容姿」「家事能力」を重視する傾向にあり、従来からの性別役割分担意識（本節４(3)参照）にも通ずるものがうかがえる。そして、このような男女それぞれが結婚相手に求める要素が、先の**図表1-3-6**でみたような、男性の経済面の懸念、女性の自由を失う懸念という、結婚に至っていない要因にも影響を及ぼしていることがうかがえる（**図表1-3-8**）。

図表1-3-8　結婚相手に求めること



資料：内閣府「結婚・家族形成に関する意識調査」(2010年)

(4) 結婚に至るまでのプロセス

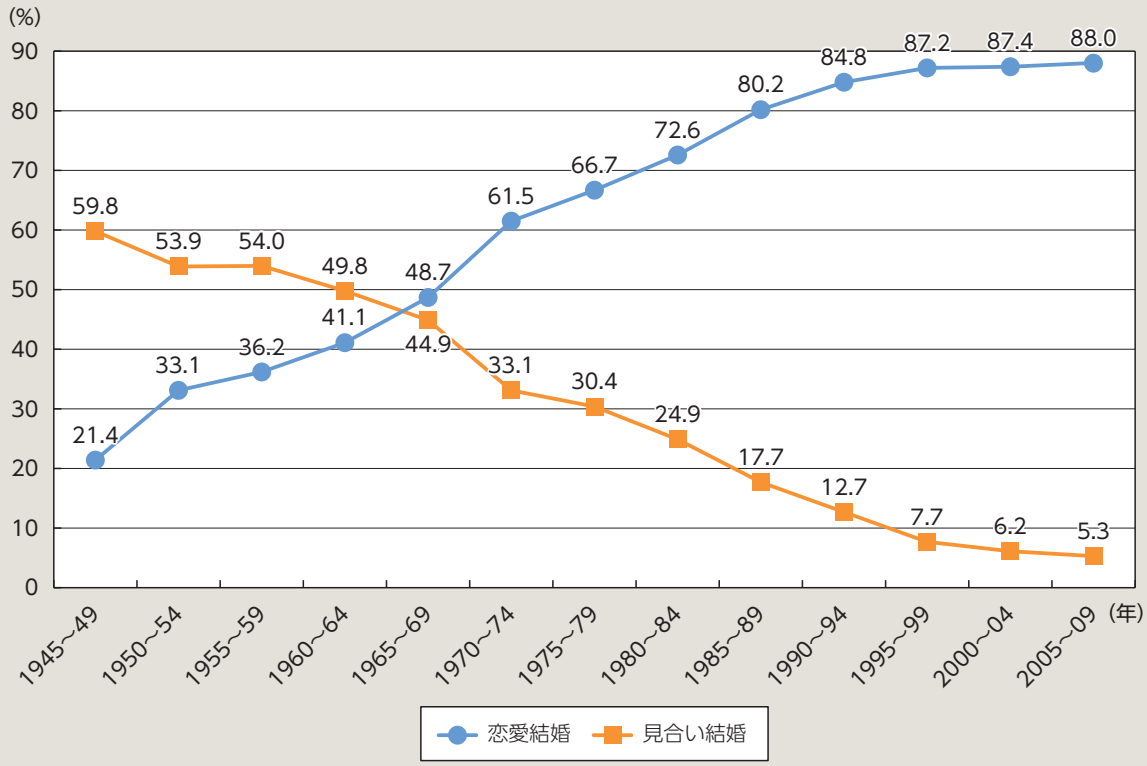
1 恋愛結婚と見合い結婚

（結婚している人のほとんどは恋愛結婚）

先に**図表1-3-6**で見たとおり、若者が独身にとどまっている理由として最も多かったのは「適当な相手にめぐり合わないから」であった。

では、そもそも現代の若者はどのようなプロセスを経て結婚に至っているのだろうか。国立社会保障・人口問題研究所の調査では、2005（平成17）年から2009（平成21）年に結婚した夫婦の88.0%が恋愛結婚で、見合い結婚は5.3%に過ぎなかった。恋愛結婚と見合い結婚の割合は、1965（昭和40）年ころに逆転し、その後、見合い結婚による夫婦の割合は年々減少している（図表1-3-9）。

図表1-3-9 恋愛結婚と見合い結婚の割合の推移



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）」（2010年）
（注） 初婚同士の夫婦について調査したもの。
「その他・不詳」と回答した人もいるため、「恋愛結婚」と「見合い結婚」の和が100%にならない。

2 交際プロセス

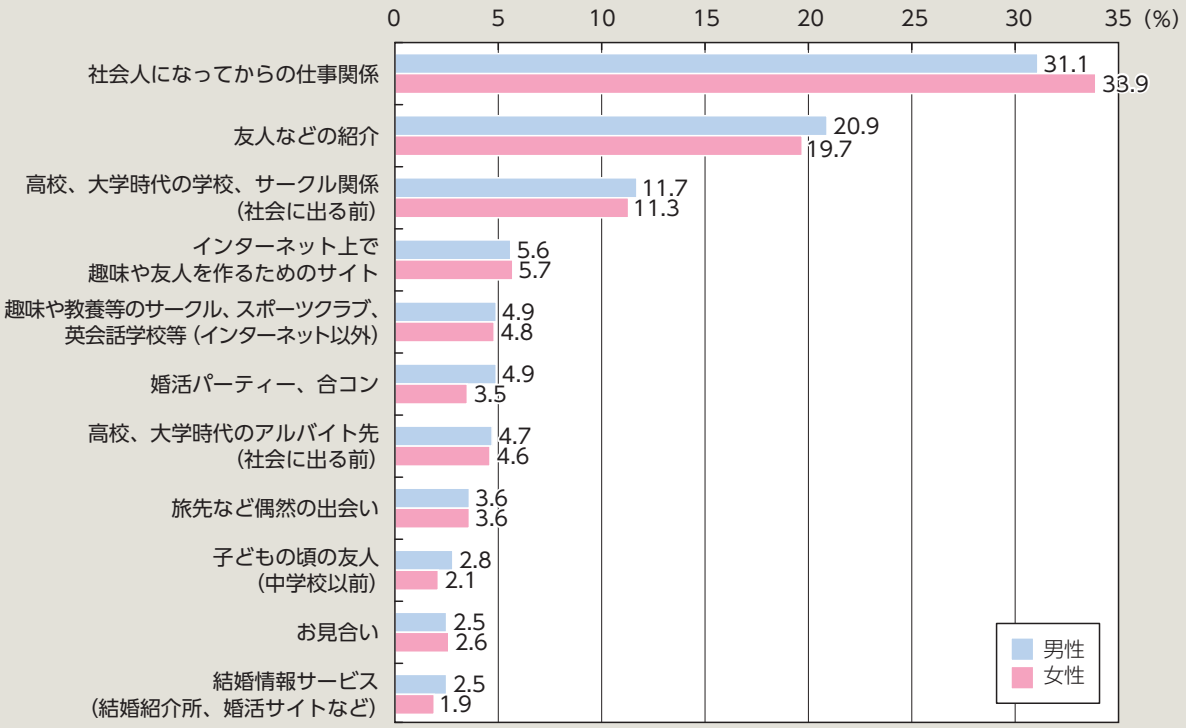
（結婚相手と知り合ったきっかけは、仕事関係や友人関係が多い）

では、恋愛結婚に至るまでの交際プロセスはどのようになっているのか。

そもそも、男女はどのようなきっかけで知り合い、結婚に至っているのだろうか。内閣府が行った調査では、20代から40代の既婚男女が結婚相手と知り合ったきっかけとしては「社会人になってからの仕事関係」と答えた人が最も多く、男女とも3割を超えていた。職場のつながりが薄くなったと言われる中においても、職場や仕事関係における出会いが結婚に結びつくきっかけとなることは、まだ多い現状にある。次いで「友人などの紹介」「高校、大学時代の学校、サークル関係（社会に出る前）」が続き、友人関係からの出会いが多いことがわかる（図表1-3-10）。

出会いのきっかけは多様なものがある一方で、仕事関係や友人関係などが、結婚に至る出会いの多くを占め、これら以外の機会から結婚に至る交際に発展するケースは、相対的には少ない状況となっている。

図表1-3-10　結婚相手と知り合ったきっかけ



資料：内閣府「少子化と夫婦の生活環境に関する意識調査」（2012年）

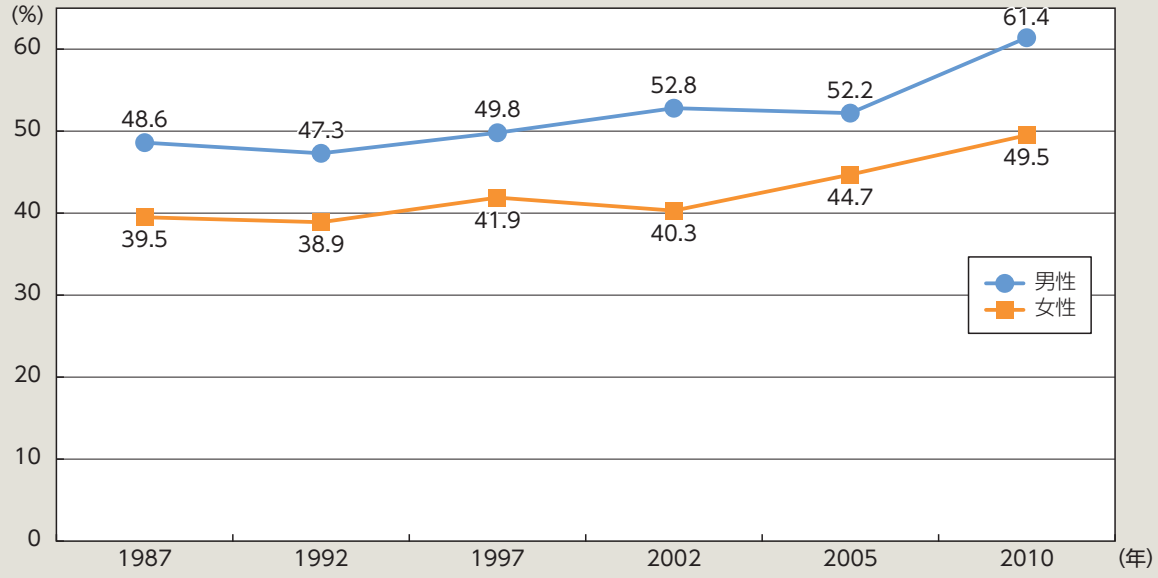
3 交際の現状

（交際している異性がいない人が増えている）

では、このような結婚に至るような出会いのない若者の現状はどのようになっているのか。

国立社会保障・人口問題研究所の調査では、18歳から34歳の未婚者のうち、男性の61.4%、女性の49.5%が「交際している異性はいない」と答えており、この割合は増加傾向にある（**図表1-3-11**）。

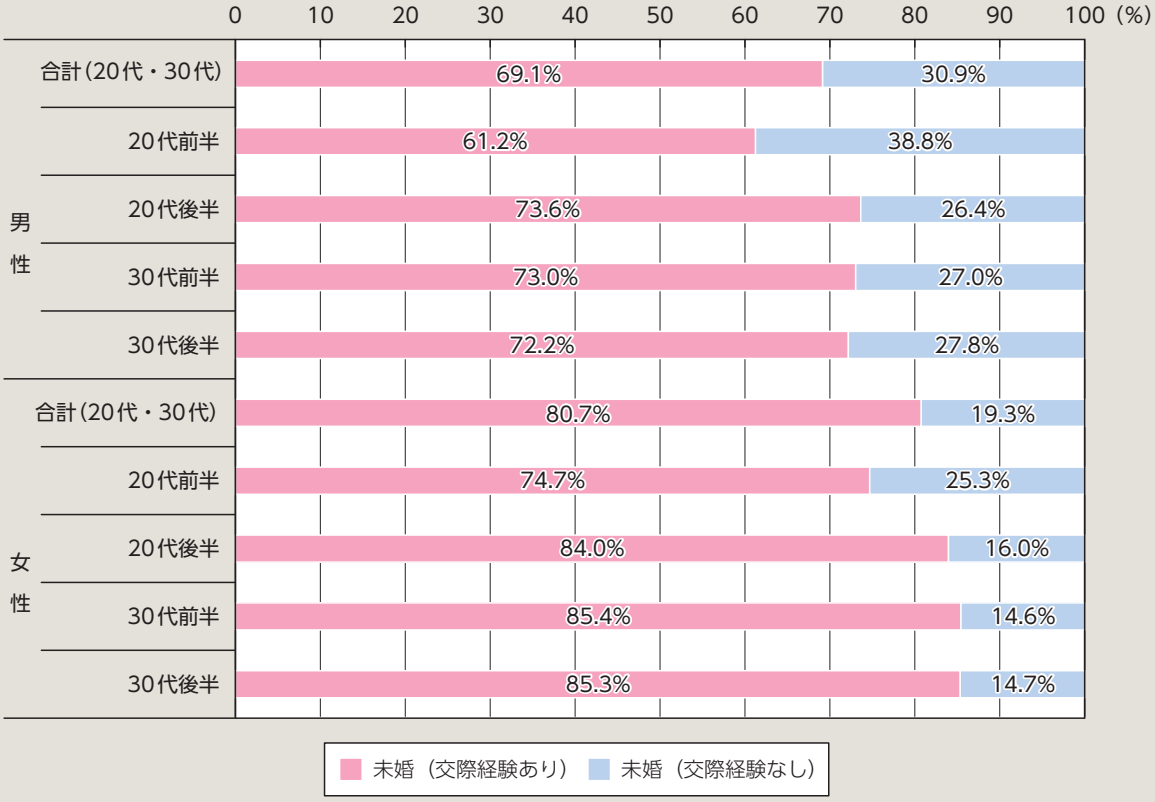
図表1-3-11　交際している異性はいない人の割合の推移



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（独身者調査）」（2010年）
（注）　18～34歳の未婚男女を対象

また、別の調査では、未婚の20代・30代で「交際経験なし」の人は男性30.9%、女性19.3%に上っている。これを年齢別に見ると、20代前半の時点で男性の38.8%、女性の25.3%いた「交際経験なし」の人の割合は、20代後半になって大幅に減少する（男性で2割強、女性で1割強）も、20代後半以降は割合に大きな変化はみられない（図表1-3-12）。

図表1-3-12 年齢別の交際経験なしの人の割合



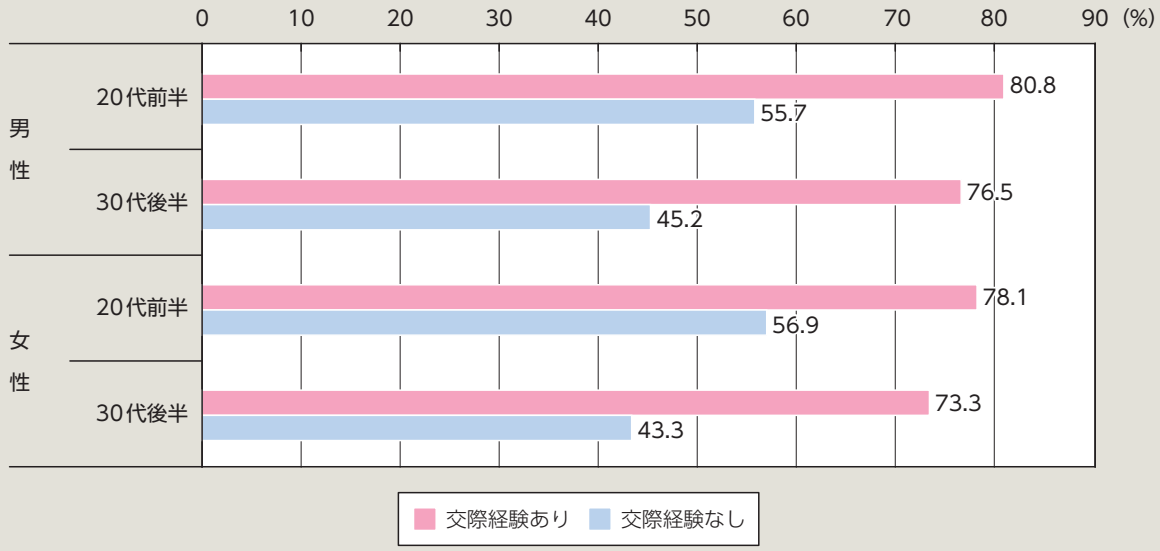
資料：内閣府「結婚・家族形成に関する意識調査」（2010年）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。
（注） ここでいう「未婚（交際経験あり）」とは、本意識調査における「未婚（恋人あり）」と「未婚（恋人なし）」をいう。

4 恋人が欲しい人の割合

（独身者の多くは、恋人を求めている）

では、現在独身で恋人がいない人は、特段交際相手を求めていないのだろうか。内閣府の調査で、現在恋人がいない人に対して「今、恋人が欲しいか」を尋ねたところ、20代では男女とも「交際経験あり」の人の約8割、「交際経験なし」の人の5割強が、「恋人が欲しい」と答えていた。30代後半では、「交際経験あり」の人では「恋人が欲しい」人の割合に大きな変化はないが、「交際経験なし」の人では4割強となっている（図表1-3-13）。交際経験が無い人の場合、年齢が上がるにつれて恋人を欲しいと思う人は減る傾向にある。

図表1-3-13　「恋人が欲しい」と思う人の割合



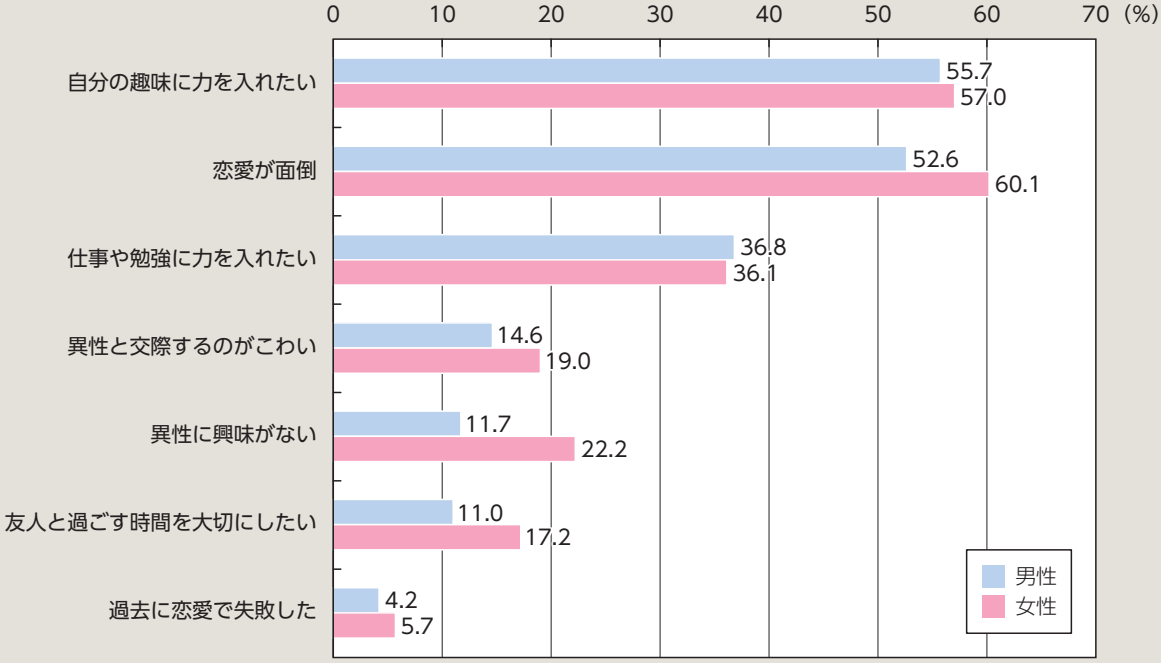
資料：内閣府「結婚・家族形成に関する意識調査」(2010年)
(注)　ここでいう「交際経験あり」とは、本意識調査における「未婚（恋人なし）」をいう。

5 恋人が欲しいと思わない人の理由

(恋人が欲しいと思わない人は、「趣味に力を入れたい」「恋愛が面倒」と考えている)

では、逆に恋人が欲しいとは思わない人の場合、その理由は何か。20代・30代の現在恋人がいない人を対象に尋ねたところ、男性では「自分の趣味に力を入れたい」を挙げる人が55.7%（女性57.0%）と最も多く、女性では「恋愛が面倒」と答えた人が60.1%（男性52.6%）と最も多かった（**図表1-3-14**）。また、一部には「異性と交際するのがこわい」や「異性に興味がない」と答えた人もいた。

図表1-3-14　「恋人が欲しい」と思わない人の理由



資料：内閣府「結婚・家族形成に関する意識調査」(2010年)

6 異性と交際する上での不安

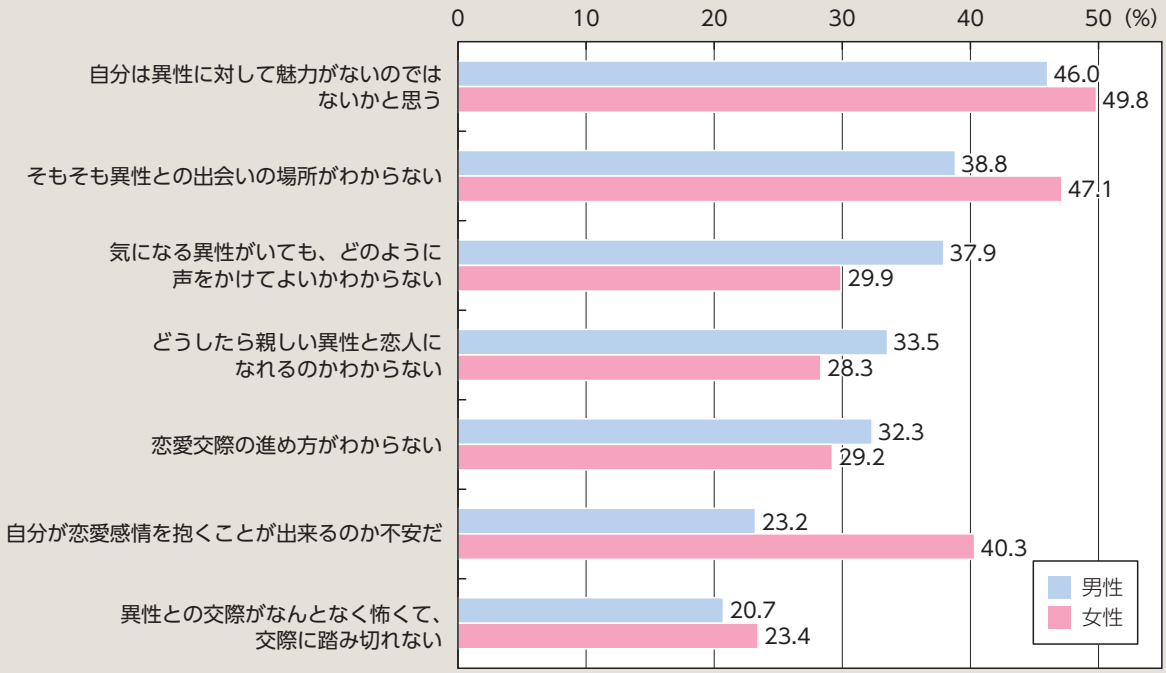
（異性と交際する上での不安を抱きつつも結婚を希望する若者を支援する取組みが求められる）

先に見たとおり、未婚の若者の多くが、いずれ結婚することを希望している一方で、交際している異性がいない若者は、男性で約6割、女性で約5割に上る。

そこで、異性と交際する上での不安について、現在恋人がいない人に聞いたところ、男女とも「自分は異性に対して魅力がないのではないかと思う」と答えた人の割合が最も多かった（男性46.0%、女性49.8%）。

性別では女性の方が男性よりも「そもそも異性との出会いの場所がわからない」（女性47.1%、男性38.8%）、「自分が恋愛感情を抱くことが出来るのか不安だ」（女性40.3%、男性23.2%）と答えた人の割合が多い一方で、男性では「気になる異性がいても、どのように声をかけてよいかわからない」と答えた人の割合が多かった（男性37.9%、女性29.9%）（**図表1-3-15**）。

図表1-3-15 異性と交際する上での不安



資料：内閣府「結婚・家族形成に関する意識調査」（2010年）

将来的な結婚の希望を抱きながら、このように交際を進めるにあたっての様々な不安や課題を抱えている若者も、多いのではないだろうか。

先に**図表1-3-9**や**図表1-3-10**でもみたように、見合い結婚が大幅に減少し、出会いのきっかけは多様で自由なものとなっている反面、交際やコミュニケーションの進めづらさを抱える若者にとっては、かえって交際の機会が確保しづらくなっているように思われる。

このような不安や課題を抱きつつも、出会い、交際のステップを経て結婚を目指していく若者の希望が実現できるよう、支援していく取組みを進めていくことが求められる。

コラム　大学における「婚育」教育～明治大学における「婚育」講義

本編でも述べたとおり、人口減少の大きな要因の１つとして、晩婚化と非婚化が挙げられる。この流れを食い止めるべく、各地の大学で「結婚」をテーマとした講義が開講されている。本コラムでは、そうした「結婚」をテーマとした講義を、早い段階から行ってきた、明治大学の「婚育」講義を取り上げる。

（必要なコミュニケーション能力を育てる「婚育」講義）

明治大学（本部：東京都千代田区）は、1881（明治14）年に法律学校として神田駿河台に設置された私立大学で、現在では４つのキャンパスと10の学部に約３万人の学生が学ぶ総合大学である。「婚育」の講義は、文学部の諸富祥彦（もろとみよしひこ）教授が2008（平成20）年から、文学部の１・２年生を対象に「こころの科学」という授業の中で、和泉キャンパス（東京都杉並区）で行っている。

諸富教授は、カウンセリングの専門家であり、学生の不登校・退学予防と卒業後に就職先でいきいきと働くための力を養うために、前任校の千葉大学時代から、授業の一環で「人間関係育成プログラム」を行ってきた。しかし、授業の中で、特に、男子学生が女子学生と比較しておとなしいことが多く、総じてコミュニケーション能力、特に異性とのコミュニケーション能力が低い傾向がみられた。そのため、仲間との人間関係を構築する力のみならず、将来の結婚にもつながる異性とのコミュニケーション能力を育成することが必要であると考え、本講義で結婚のために必要なコミュニケーション能力を育てようとしている。

諸富教授は、最近の生涯未婚率の上昇の原因として、若者の経済力や自尊感情、コミュニケーション能力の低下を挙げている。特に、若年男性については、コミュニケーション能力の低下に危機感を感じている。

そこで、本講義では、受講者が毎回男女混合６人のグループを組みグループワークを実施し、その中で、①「質問力」などを用いた人間関係構築力、②自分が他人に与える印象を意識する力、③会話をつなげて２者間の関係を深める力、④相手の良いところを見つけて積極的に伝える力、⑤相手の話を「傾聴」する力、⑥相手のことも大切に配慮しながら自分の言いたいことを上手に伝えていく力（アサーティブな関係の構築力）などの、若者の結婚に関する希望の実現にもつながるコミュニケーション上の資質・能力（コンピテンシー）が身につけられるように図っている。

（豊かな人生のためには家庭生活について考える機会も大切）

諸富教授は、「何も大学でそこまでしてあげなくても」と思う人がいることも理解はしつつも、職業生活にフォーカスしたキャリア教育が行われている一方で、家庭生活について考える機会がないことに危機感を覚えており、若者が今後の人生について考えるきっかけ作りとしてこのようなプログラムが有用であると考えている。また、高校段階から「婚育」教育が必要であるとも指摘している。

写真：明治大学和泉キャンパス

(5) 経済的な余裕がなく結婚に踏み出せない若者

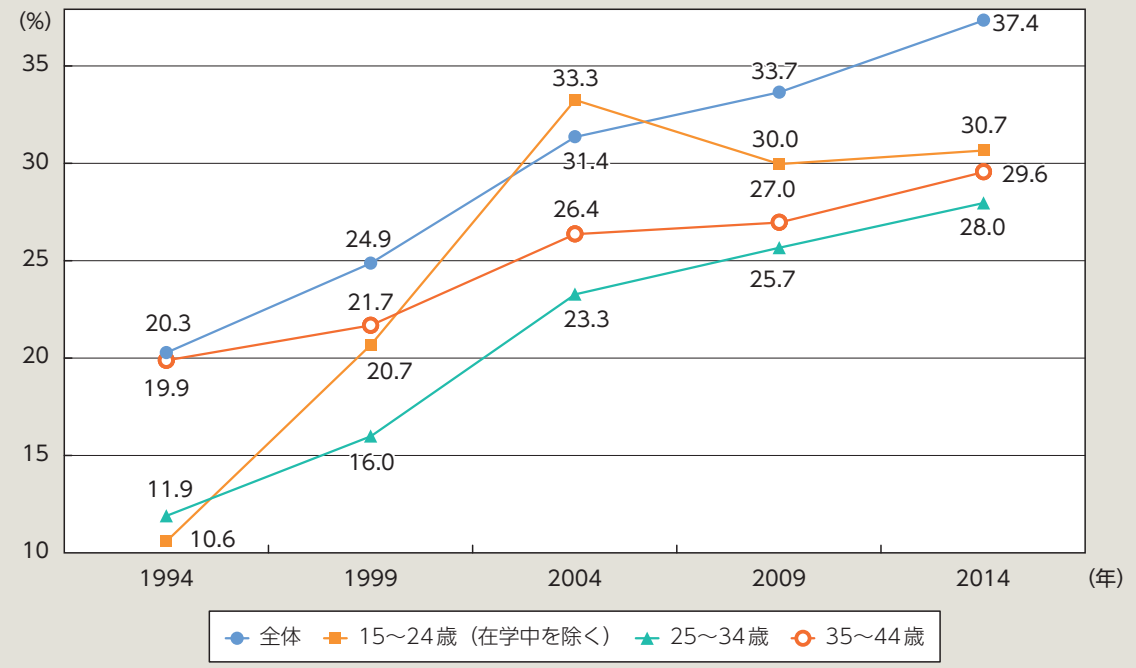
1 結婚に関する正規雇用と非正規雇用の現状

(若い世代の間でも、非正規雇用が増加傾向にある)

若い世代が結婚を希望しながらも実現できていない理由として、経済的な理由も多く挙がっているが、若者の雇用の状況と結婚との関係はどのようになっているだろうか。

2014(平成26)年には、雇用者の37.4%が非正規雇用となっており、若い世代でも15~24歳(在学中を除く)で30.7%、25~34歳で28.0%、35~44歳で29.6%と約3割を占めており、その割合はおおむね増加傾向にある(**図表1-3-16**)。

図表1-3-16 非正規雇用労働者の割合の推移



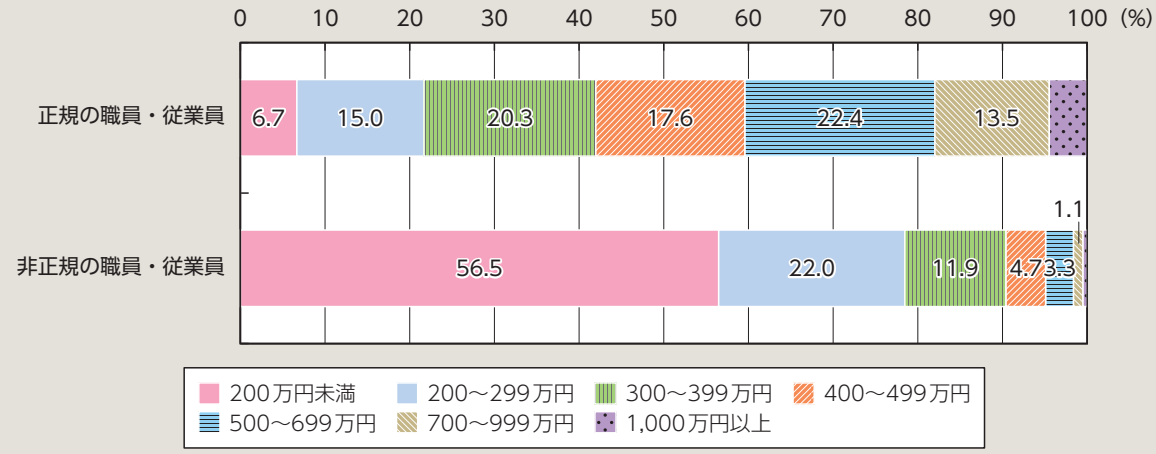
資料:総務省「労働力調査特別調査」、「労働力調査(詳細集計)」
(注) 1994年及び1999年における15~24歳(在学中を除く)については、当時の公表値(非農林業)の「うち在学中」の者を除いている。

(非正規雇用の男性は、正規雇用の男性と比較して配偶者のいる割合が低い)

非正規雇用労働者は、正規雇用労働者と比較して収入が低いことが多いことから(**図表1-3-17**)、近年の非正規雇用労働者の増加が、若者の非婚化・晩婚化に拍車をかける一因となっていると考えられる。

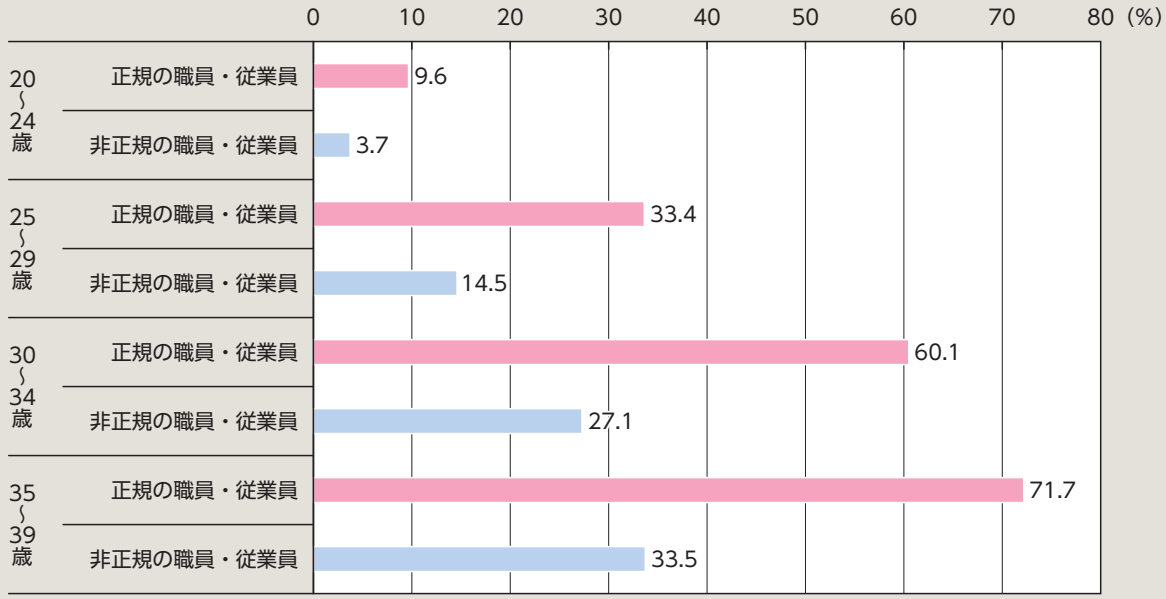
実際に、男性については正規雇用労働者と非正規雇用労働者で配偶者の有無に大きな差が生じており、たとえば30代前半の男性では正規雇用労働者の60.1%に配偶者がいるのに対し、非正規雇用労働者では配偶者のいる割合が27.1%に留まっている(**図表1-3-18**)。

図表1-3-17　雇用労働者の収入の分布（男性）



資料：総務省「労働力調査（詳細集計）」（2014年）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

図表1-3-18　雇用形態別の配偶者がいる割合（男性）



資料：総務省「平成24年就業構造基本調査」（2012年）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注）「死別・離別」「不詳」を含む。

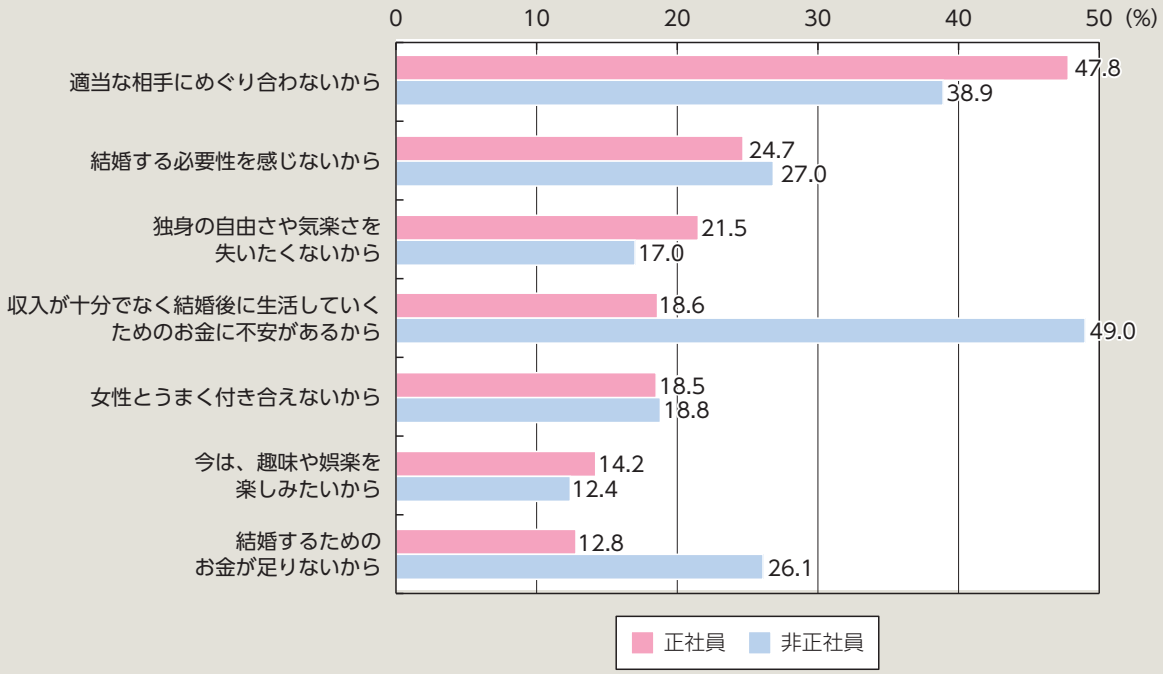
2 結婚に関する正規雇用と非正規雇用の意識の差異

（非正規雇用の男性では、経済的な理由で結婚に不安を持つ人が多い）

では、結婚に関して、正規雇用の人と非正規雇用の人とでどのような意識の違いがあるのだろうか。

30代前半の独身男性に対して、現在結婚していない理由を尋ねたところ、正社員では「適当な相手にめぐり合わないから」と答えた人が最も多かったのに対し、非正社員では「収入が十分でなく結婚後に生活していくためのお金に不安があるから」を選んだ人が最も多かった（図表1-3-19）。

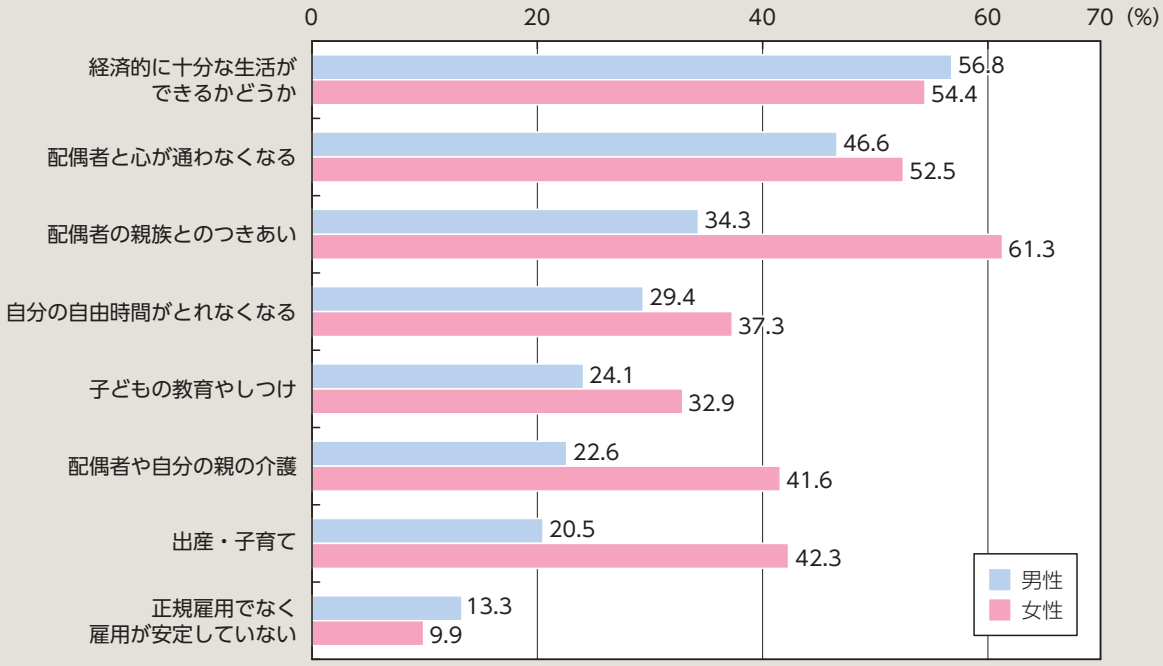
図表1-3-19 30代前半男性の結婚しない理由（雇用形態別）



資料：内閣府「未婚男性の結婚と仕事に関する意識調査」（2011年）

また、別の調査で、独身者に対して結婚生活を送っていく上で不安に思っていることを尋ねたところ、男性では「経済的に十分な生活ができるかどうか」が56.8%で第1位、女性では「配偶者の親族とのつきあい」が61.3%で第1位だった（**図表1-3-20**）。女性では男性と比べて「配偶者の親族とのつきあい」「出産・子育て」「配偶者や自分の親の介護」をより不安視する傾向にあった。

図表1-3-20 未婚者が結婚について不安に思うこと

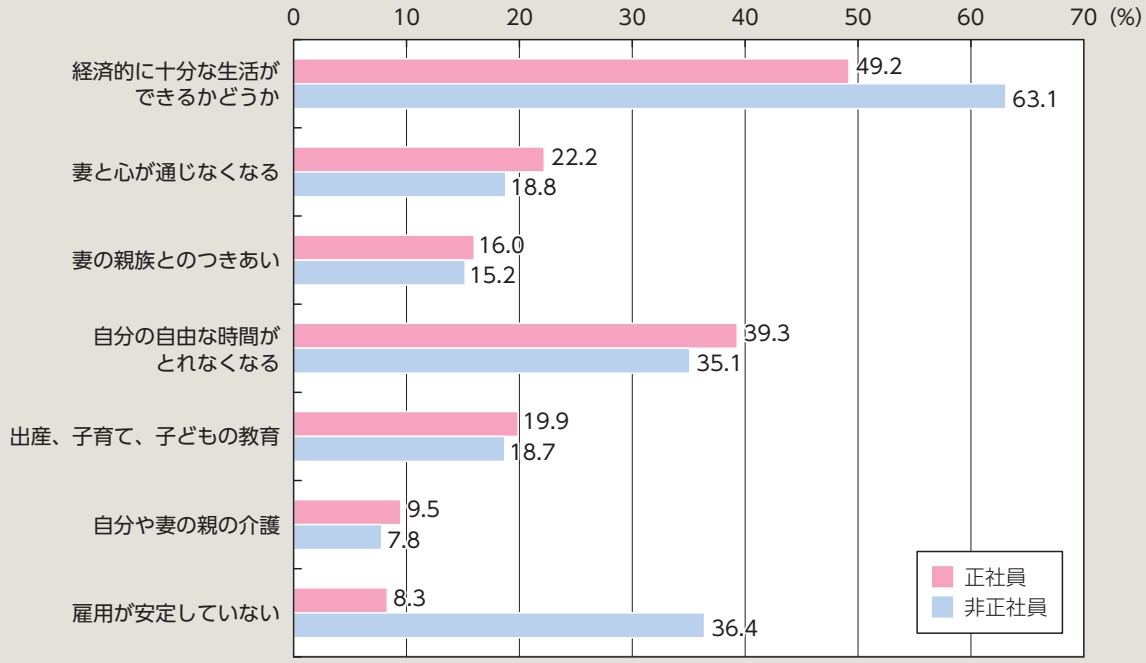


資料：内閣府「結婚・家族形成に関する意識調査」（2010年）

同じ質問を、別の調査で正社員／非正社員別にしたところ、「経済的に十分な生活ができるかどうか」が不安な人は30代前半の正社員で49.2%だったのに対し、非正社員では63.1%であった。また、他の選択肢について、正社員と非正社員を比較したところ、非正社員では「雇用が安定していない」ことを不安に思う人の割合が36.4%と圧倒的に多かった（正社員では8.3%）（図表1-3-21）。

非正社員が、経済的な理由から結婚に対して不安を持ち、消極的にならざるを得ないことがわかる。

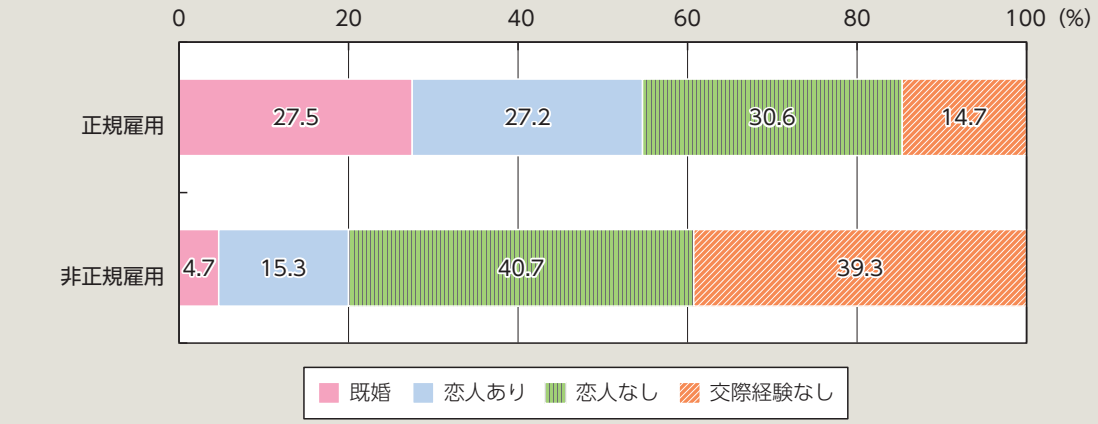
図表1-3-21　30代前半の独身男性が結婚について不安に思うこと（雇用形態別）



資料：内閣府「未婚男性の結婚と仕事に関する意識調査」（2011年）

また、非正規雇用では、正規雇用と比較して「交際経験なし」という人の割合も高く（図表1-3-22）、雇用形態の違いが、交際の実現にも影響を及ぼしている状況がうかがえる。

図表1-3-22　雇用形態別の20代・30代男性の交際状況



資料：内閣府「結婚・家族形成に関する意識調査」（2010年）

(6) 結婚を希望する若者の支援のために求められる取組み

(雇用の安定、出会いの支援、仕事と家庭の両立環境が重要)

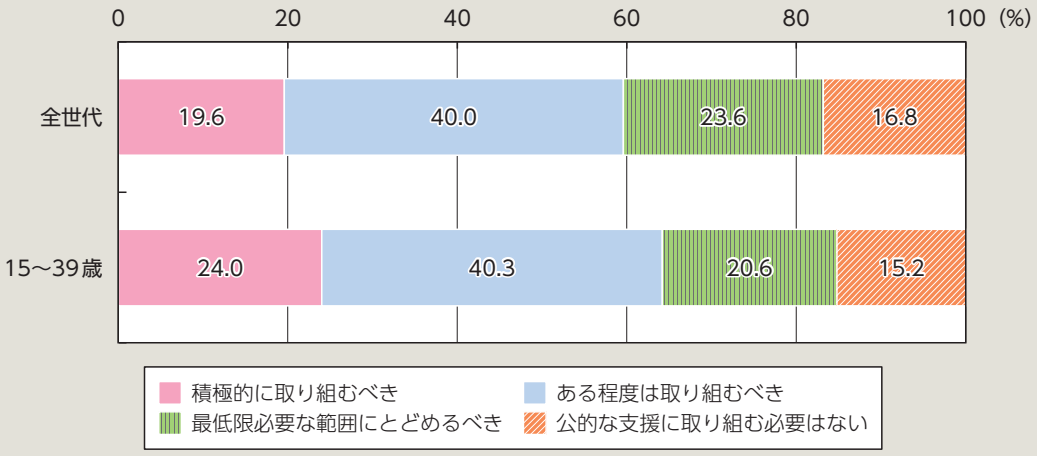
以上を振り返ってみると、若者の結婚に関する希望の実現を支援していくために重要な視点は概ね次のように整理できる。まずは「相手にめぐり合えない」若者を後押しする、出会いの機会の確保や適切な支援である。次に、とりわけ重要なのが、若者の安定した雇用による経済的基盤の確保である。さらに、結婚により「自由な時間を失うこと」「仕事に差し支えること」への懸念や、結婚後の出産・子育てへの不安を払拭していけるよう、仕事と家庭・子育ての両立が実現できるように環境を整備していくことである。

(婚活支援も自治体の取り組む課題として理解されつつある)

近年、出会いの場の提供など、婚活支援に取り組む地方自治体は増えてきている。2015(平成27)年に厚生労働省が実施した委託調査(以下「厚生労働省委託調査*14」という。)において、自治体がいわば公費で、このような取組みを進めていくことについての意見を聞いたところ、59.6%の人が「積極的に取り組むべき」「ある程度は取り組むべき」と答えている(図表1-3-23)。若者の未婚化が、人口減少に直結する問題であり、結婚を個人の問題として見過ごすのではなく、行政が支援に取り組んで行くべき課題として、理解されつつあることがうかがえる。

一方で「最低限必要な範囲にとどめるべき」などの見方もある。今後は、取組内容が、ニーズを抱える若者への的確な支援となっているか、地域活性化に寄与するか、といった点や、取組みの実効性、創意工夫も求められていくと思われる。

図表1-3-23 公的な婚活支援の取組みについての見解



資料:厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」(2015年)

(結婚を支援するために行政に求められる取組み)

では、実際にはどのような取組みが求められているのだろうか。

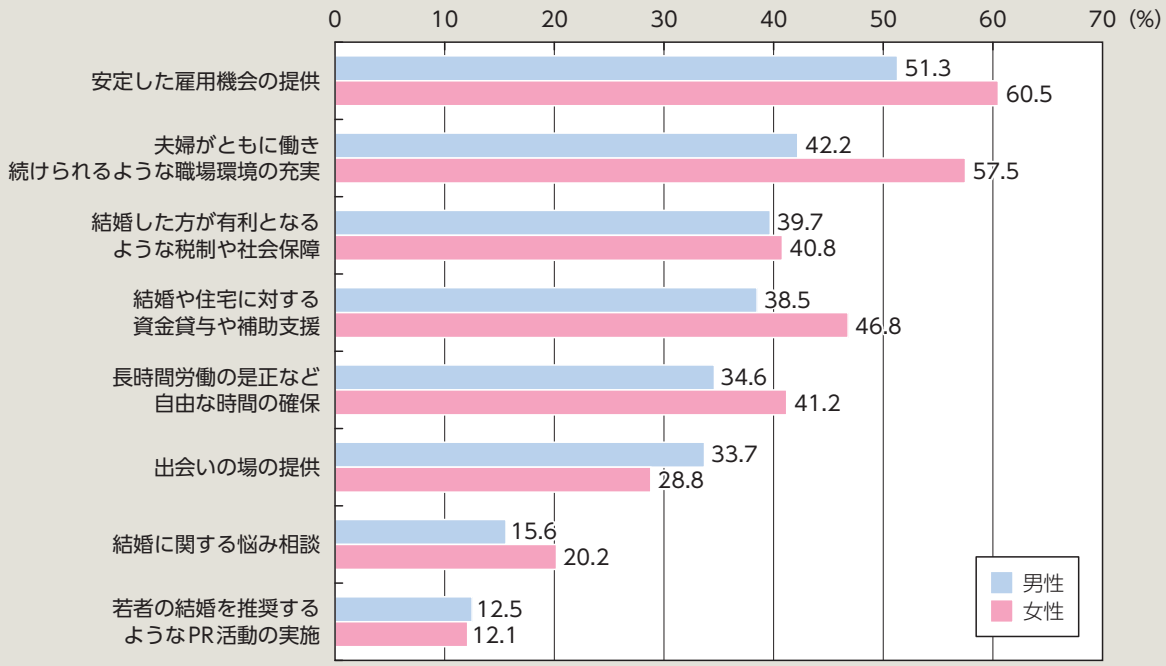
内閣府が実施した調査で、「行政に実施してほしい取組」と「地方自治体やNPOに行っ

*14 厚生労働省委託「人口減少社会に関する意識調査」。アンケート調査をエム・アール・アイリサーチアソシエイツ株式会社に委託し、インターネットモニター会社に登録しているモニターに対し、回答を依頼した。調査期間は2015(平成27)年3月6日(金)～3月9日(月)で、回答数は3,000件。居住地(全国8ブロック)・年齢・性別による構成比に応じて割り付けを行い、結果をウェイトバック補正して集計した。

てもらいたい結婚支援事業」を分けて聞いたところ、前者としては「安定した雇用機会の提供」や「夫婦がともに働き続けられるような職場環境の充実」と答えた人の割合が多かった（図表1-3-24）。また、後者としては「出会い関連事業」を選んだ人が最も多かった（図表1-3-25）。「出会い関連事業」の中身としては、「パーティー、スポーツ、レクリエーションや旅行等「レジャー型」出会い事業」を望む人が多かった（図表1-3-26）。

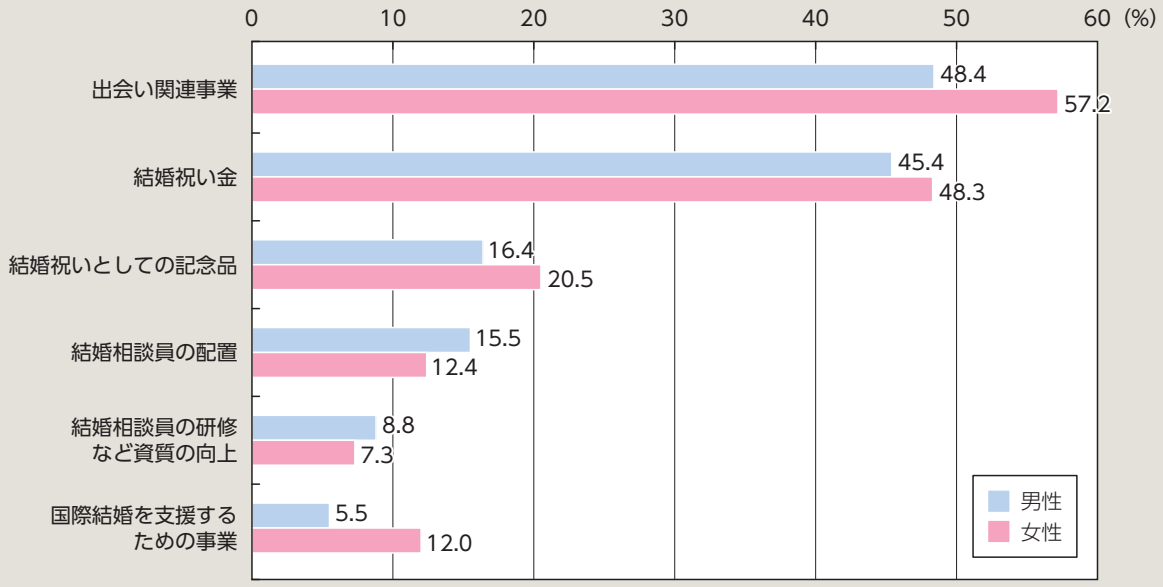
国、自治体を問わず行政全体に求める取組みとしては、雇用の安定や、長時間労働など雇用環境の改善を、また自治体に求める結婚支援の取組みとしてはイベントなどを伴った自然な出会いの創出が期待されている状況にある。

図表1-3-24　結婚を希望する人に対して、行政に実施してほしい取組



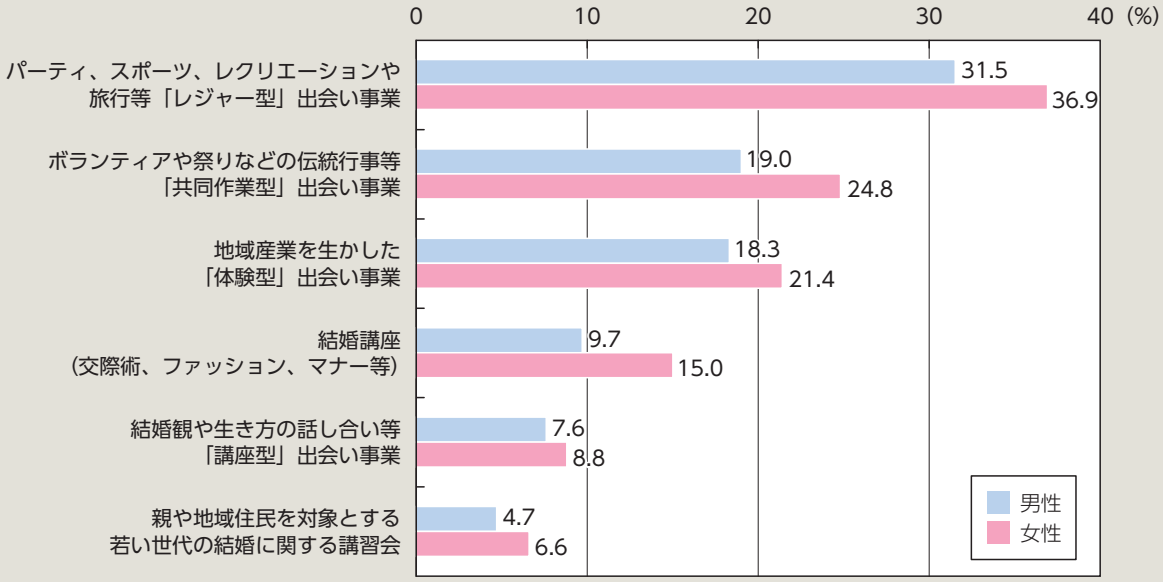
資料：内閣府「結婚・家族形成に関する意識調査」（2010年）

図表1-3-25 地方自治体に行ってもらいたい結婚支援事業



資料：内閣府「結婚・家族形成に関する意識調査」(2010年)
(注) 「出会い関連事業」は「結婚観や生き方の話し合い等「講座型」出会い事業」、「パーティ、スポーツ、レクリエーションや旅行等「レジャー型」出会い事業」、「地域産業を生かした「体験型」出会い事業」、「ボランティアや祭りなどの伝統行事等「共同作業型」出会い事業」、「結婚講座（交際術、ファッション、マナー等)」、「親や地域住民を対象とする若い世代の結婚に関する講習会」のうちのいずれかを選択した割合

図表1-3-26 地方自治体に行ってもらいたい出会い関連事業



資料：内閣府「結婚・家族形成に関する意識調査」(2010年)

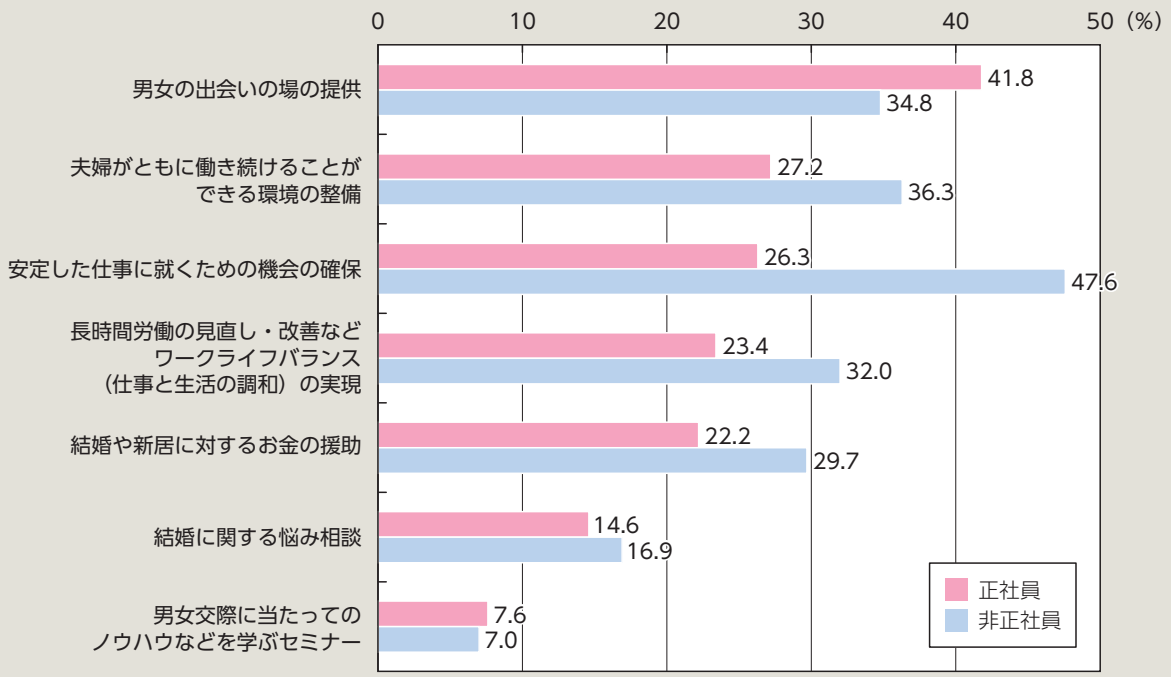
（若者の間に立つ世話役に改めて光を当てる取組みも意義深い）

なお、行ってほしい取組みとして「結婚に関する悩み相談」「結婚相談員の配置」「結婚講座」といったものも、挙がっている。先に**図表1-3-15**のところでも述べたとおり、見合い結婚が減少し、結婚に至るプロセスは多様化している反面、結婚の希望を抱きつつも、交際の進めづらさを抱える若者にとっては、かえって結婚に向けたステップを進めにくくなっているとも思われる。そのようなニーズに的確に応えていける取組みを、創意工夫しながら進めていくことも大事ではないだろうか。

具体的には、この後のコラムでも紹介するが、結婚を希望する若者の出会いや交際を支援する「マリッジサポーター」や「こうのとり大使」といった制度により、サポーター役を市民が担い、若者にきめ細かく寄り添って相談・支援を行って成果を上げている自治体の取組みもある。このように、若者の間に立つ世話役の意義に改めて光をあてる試みは、希薄化する地域の支え合い機能を再生していく観点からも、注目に値するものと思われる。

最後に、**図表1-3-27**は、「結婚を希望する人に対して、行政はどのような支援をすればよいと思うか」を30代後半の未婚男性に、雇用形態別に尋ねたものである。これを見ると、正社員では「男女の出会いの場の提供」と答えた人が4割を超え最も多かったのに対し、非正社員では「安定した仕事に就くための機会の確保」を選んだ人が5割弱で最も多かった。特に非正規雇用により雇用が不安定な若者にとって、安定した雇用の確保が、結婚の希望の実現のためにとりわけ重要視されていることがうかがえる。

図表1-3-27　30代後半の未婚男性が結婚に関して行政に望む支援（雇用形態別）



資料：内閣府「未婚男性の結婚と仕事に関する意識調査」（2011年）

コラム　少子化対策の一環としての婚活支援事業

非婚化と晩婚化は、我が国の人口減少の大きな要因となっている。意識調査の結果でも、結婚しない大きな要因の１つは「適当な相手に巡り会わない」ことであり、異性と知り合うきっかけの不足が考えられる。また、異性と交際するきっかけを掴めないまま年齢を重ね、結婚する意向を抱かなくなる人もいる傾向もうかがえる。より多くの人が結婚の希望を実現できるようにするには、まずは出会いの段階からのサポートも重要になってくる。

このため、最近では多くの自治体が婚活支援に取り組んでおり、一定の成果を挙げているものもある。本コラムでは、そうした取組みの中から兵庫県と茨城県の取組みを紹介する。このような取組みによって、非婚化や晩婚化の流れに歯止めがかけられることを期待したい。

ひょうご出会いサポートセンターの取組み（工夫された様々な取組みによる充実した婚活支援）

兵庫県は、1999（平成11）年に開始された「こうのとりの会」事業から、婚活支援に取り組んできた。この事業は、県内の調和のとれた均衡ある発展を目的として農山漁村の住民と都市住民の交流を図るもので、そのメニューの１つとして、県内の農山漁村に住む男性との出会いの場を創出したものであった。その後、2006（平成18）年からは、対象を県内在住・在勤の全ての独身者に拡大した「ひょうご出会い支援事業」を開始し、これを受託した公益財団法人兵庫県青少年本部「ひょうご出会いサポートセンター」（以下「ひょうごセンター」という。）が様々な取組みを行っている。

具体的には、独身男女の出会いの場を提供する「出会いイベント事業」や県内10箇所に設置された「地域出会いサポートセンター」の専用端末を利用してお見合いをセッティングする「ひょうご縁結びプロジェクト」、男女の出会いを支援する「こうのとり大使」の任命や、結婚に必要なコミュニケーション能力の習得を目指す「婚活力アップ講座」などの取組みを行っている。

ひょうごセンターは、これらの取組みの実施に当たって、様々な工夫を凝らしている。たとえば、出会いの場を設けるイベントを開催するに当たっては、お膳立てされたのではない自然な出会いを演出できるよう、ハイキングや料理などコミュニケーションの図りやすい機会を創出している。また、お見合いのセッティングに際しても、氏名や連絡先を伏せた上で各地域出会いサポートセンターの会議室等を用いて第１回目をセットするなど、利用者のプライバシーにも配慮することで、安心感を与えるよう努めている。

（成果を上げている婚活支援と実態に合わせたさらなる展望）

これらの取組みの結果、2014（平成26）年度には年間171組が結婚に至っており、2015（平成27）年４月には累計1000組の成婚を達成している。ひょうごセンターでは、お見合いに関するルールを明確にしているところや、公的機関が運営している信用感、営利目的ではないため廉価に利用できることなどが支持されていると考えている。

ひょうごセンターでは、現在、農山漁村部で男性の独身者が多く、都市部では女性の独身者が多い現状にあると分析しており、今後、この格差の是正に努めていきたいとも考えている。また、兵庫県内へのUIJターンを増加させるために、新たに東京にセンターを開設するとともに、兵庫県内に在住・在勤等とする現行の会員要件を緩和させることとしている。

いばらき出会いサポートセンターの取組み（出会いのための３つのチャンネル）

茨城県における婚活支援は、1997（平成９）年から、茨城県労働者福祉協議会が勤労者福祉向上の一環として「結婚相談センター」を運営することから始まったが、その取組みを県域全体に広め、かつ、継続して実施していくため、2006（平成18）年に、県が事業に参画して「いばらき出会いサポートセンター」（以下「いばらきセンター」という。）が設立された。

いばらきセンターでは、①会員制のパートナー探しのサポート、②「マリッジサポーター」の育成・支援、③ふれあいパーティーの開催の３つを出会いのためのチャンネルとして展開している。

①会員制のパートナー探しのサポートでは、会員自らタブレット型の端末からお見合い相手を探すことができ、その上で、選択した相手に対して、いばらきセンターの相談員が意思確認を行い、相互の意思が合致した場合に、お見合いを行うシステムを採用している。お見合いから交際まで至る確率は約35％と、比較的高い数字になっている。なお、お見合い後、双方の交際の意思が合致するまで、互いの氏名や連絡先は伝えないなど、利用者のプライバシーにも配慮している。

②「マリッジサポーター」は、結婚を支援するボランティアであり、地域における世話役として、出会いの相談やお見合いのマッチングなどを行っている。マッチングに当たっては、マリッジサポーターどうしがそれぞれの保有する身上書を持ち寄ってプロフィール交換会を行うなどして、男女の出会いの機会を広げるようにしている。また、希望する人にはマリッジサポーターを紹介することも行っている。さらに、いばらきセンターとマリッジサポーターは、利用者に対してお互いの事業を紹介し連携を図っている。

③「ふれあいパーティー」は、料理教室やゴルフなど共通の趣味を活かしたものを主催したり、参加者がカードに沿ったテーマで話をする練習を行う「みんなでしゃべらないと！」を開催するなど、男女のコミュニケーションが円滑に行われるような工夫がされている。

（取組みが結実している要因と今後の目標）

これらの取組みの結果、2014（平成26）年度には年間204組（いばらきセンター開設の2006年からの通算では1386組）が結婚に至っている。その要因としては、会員登録制のパートナー探しのサポート（①）に加えて、自分で結婚相手探しをするよりも相手を紹介されることを好まれる方に対してはマリッジサポーター（②）で、プロフィールの情報次第で出会いが左右されてしまうような方に対してはふれあいパーティー（③）で、と複層的に出会いの機会を創出していることや、いばらきセンターの運営に際して、市町村からも負担金を拠出してもらうなど市町村の当事者意識を喚起していることが挙げられる。

いばらきセンターでは、2018（平成30）年度に成婚組数2000組を目指して、引き続き取組みを続けていくとともに、より多くの独身者にこの事業を知ってもらうための周知広報にも力を入れたいと考えている。

2 出産をめぐる状況と意識

これまで、我が国の出生率の低下の原因にある非婚化・晩婚化の背景について考察した。ここでは、出生そのものに関する状況を取り上げた上で、それに関する意識を探る。

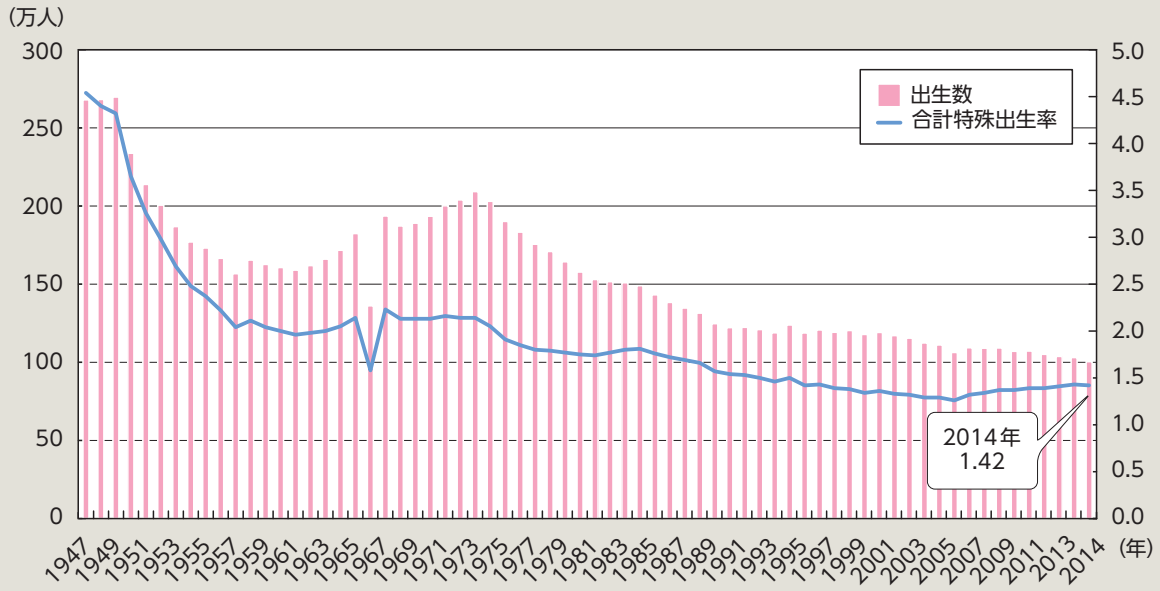
(1) 我が国の妊娠と出産の状況

(過去最低を更新し続けている我が国の出生数)

第1節で述べたとおり、我が国の合計特殊出生率は、戦後ほぼ一貫して減少傾向にあり、2005(平成17)年に1.26を記録してからはやや持ち直したものの、低い水準で推移している。出生数は、2014(平成26)年の1年間で100万3,532人となっており、2011(平成23)年以降、毎年、戦後の過去最低を更新し続けている。

出生数の動向に影響を与える要素としては、合計特殊出生率*15のほか、15~49歳の女性人口等がある。2014年の15~49歳の女性人口は2,566万7,165人で、1997(平成9)年以降、減少傾向となっている。この傾向は今後も続くことから、「合計特殊出生率」が変わらなければ、出生数は今後も減少することになる*16。

図表1-3-28 我が国の出生数と合計特殊出生率の推移



資料:厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
(注) 2013年までは確定数。2014年は概数

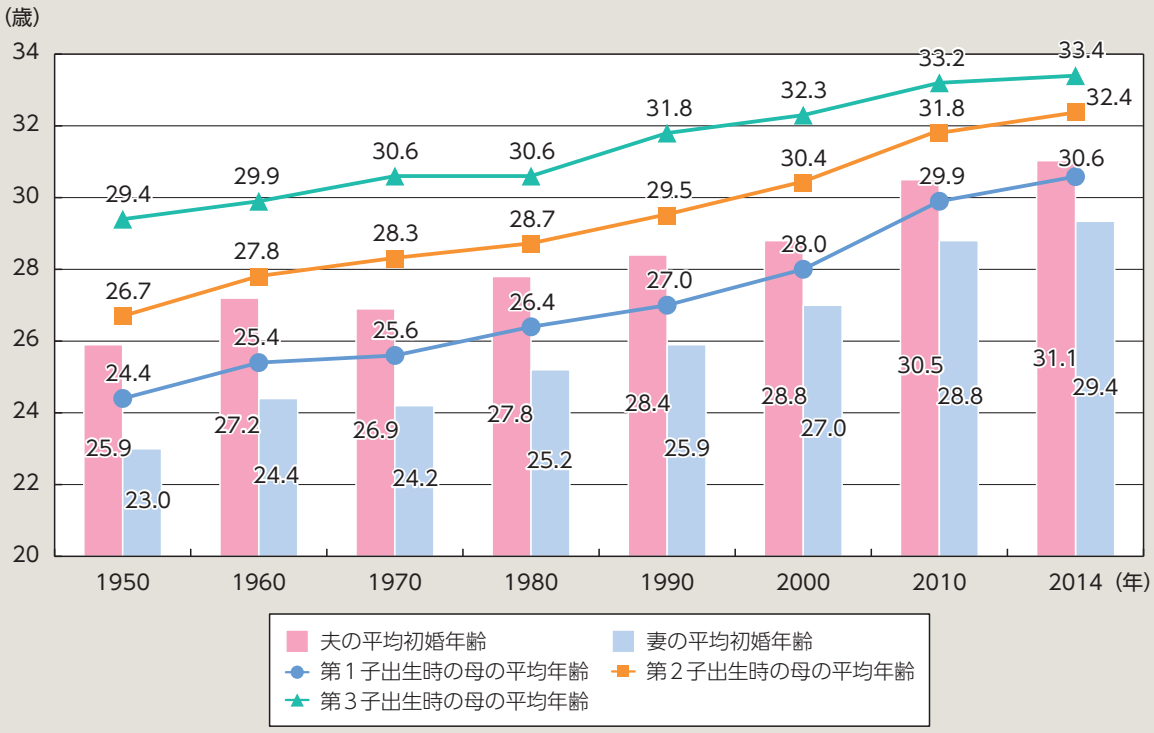
*15 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成26年人口動態統計月報(概数)の概況」
*16 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(出生中位、死亡中位仮定)

（晩婚化に伴い、出産年齢も高齢化している）

このような出生数の減少の背景として、親世代の人口規模の減少や未婚率の上昇とともに、晩婚化に伴って出産年齢が上昇する「晩産化」が進んで、夫婦の持つ子どもの数が減少してきていることが挙げられる。

まず、第１子出生時の母の平均年齢をみると、1950（昭和25）年には24.4歳だったのが、1980（昭和55）年には26.4歳に、2014年には30.6歳となっており、初めて子どもを生むときの平均年齢が30代となっている（**図表1-3-29**）。

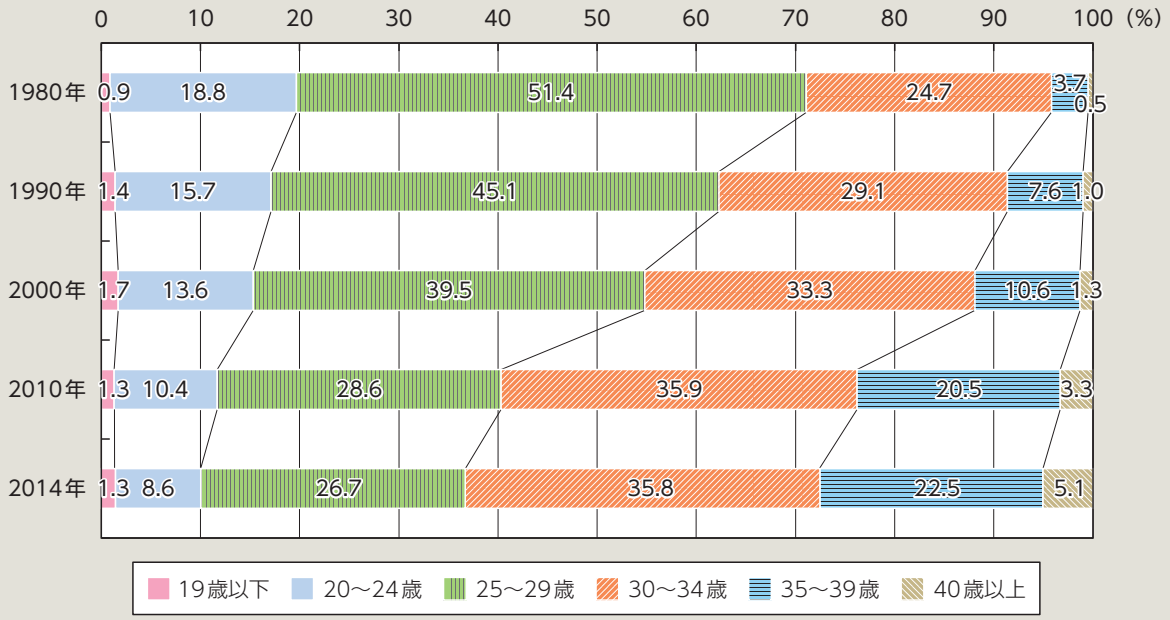
図表1-3-29　初婚年齢と出生時の母の平均年齢の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
（注）　2010年までは確定数、2014年は概数

また、生まれた子どもの母親の年齢をみると、1980年には25～29歳が51.4％と最も多く、20～24歳の割合も２割弱を占めていたが、これらの割合は年々低下し、2014年には、25～29歳が26.7％、20～24歳が8.6％となっている。その一方で、35～39歳の割合は、1980年には3.7％に過ぎなかったが、2014年には22.5％となっており（**図表1-3-30**）、晩婚化に伴う出産年齢の高齢化がうかがえる。

図表1-3-30 母の年齢別出生割合の推移



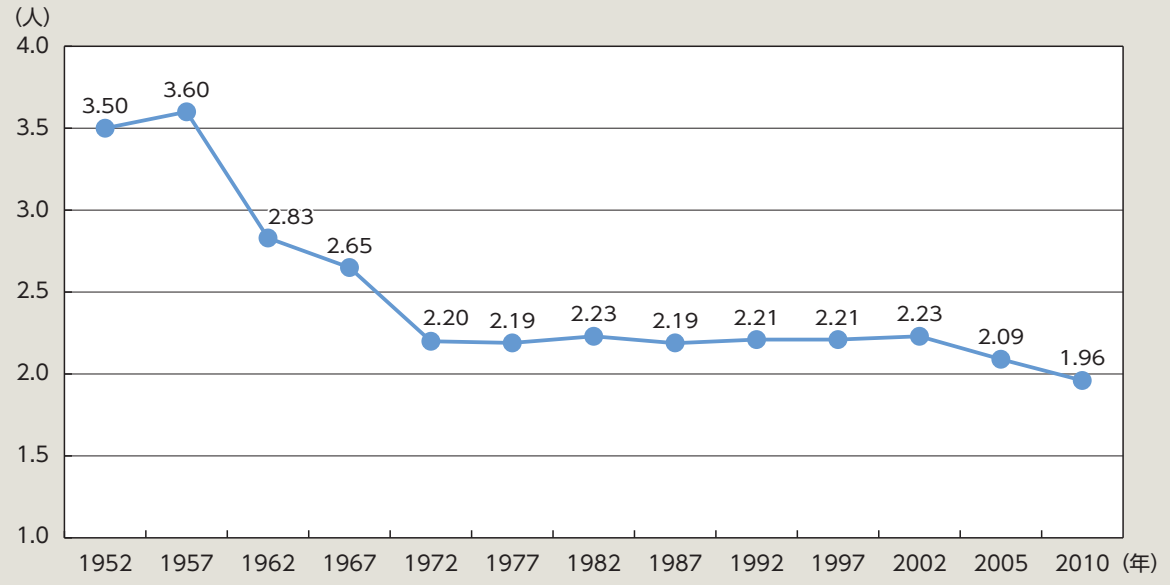
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
（注） 2010年までは確定数、2014年は概数

(2) 晩婚化に伴う出生数の低下

(夫婦の平均出生子ども数も減少している)

年齢が高くなると、妊娠・出産に至る確率が低下していくこともあり、晩婚化に伴う出産年齢の高齢化は、一夫婦あたりの出生数の低下につながっている。これについては、本章第1節の**図表1-1-11**で見たように、1960年代以降に生まれた女性世代の夫婦の平均出生児数が減少してきていた。そして、**図表1-3-31**でもみられるように、晩婚化の推移に伴って、夫婦の完結出生児数*17は低下傾向にある。

図表1-3-31 夫婦の完結出生児数の推移



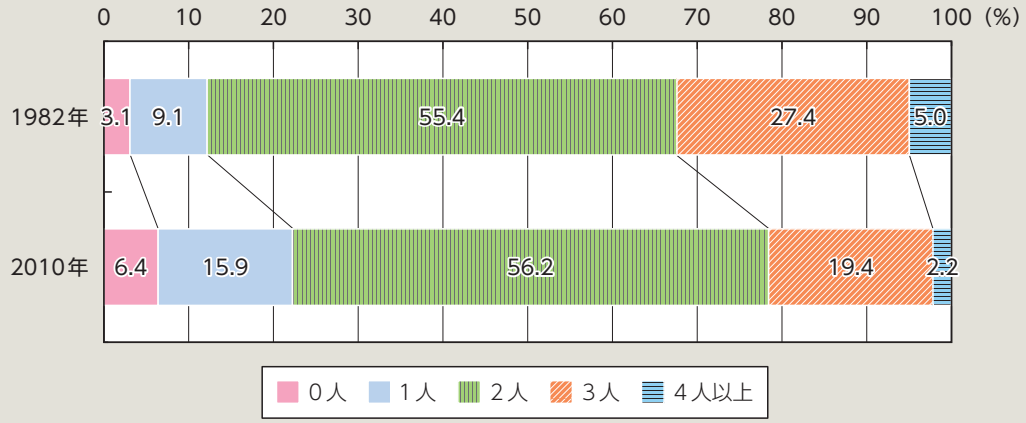
資料：国立社会保障・人口問題研究所「第14回出生動向基本調査（夫婦調査）」(2010年)
（注） 対象は結婚持続期間15～19年の初婚どうしの夫婦（出生子ども数不詳を除く）。

＊17 結婚持続期間（結婚からの経過期間）15～19年夫婦の平均出生子ども数であり、夫婦の最終的な平均出生子ども数とみなされる。

また、結婚持続期間15～19年の夫婦の子どもの数について、3人子どもがいる夫婦の割合は、1982（昭和57）年には27.4%であったが、2010（平成22）年には19.4%に減少している。これに対し、子どもが1人の夫婦は9.1%から15.9%に増加している（図表1-3-32）。

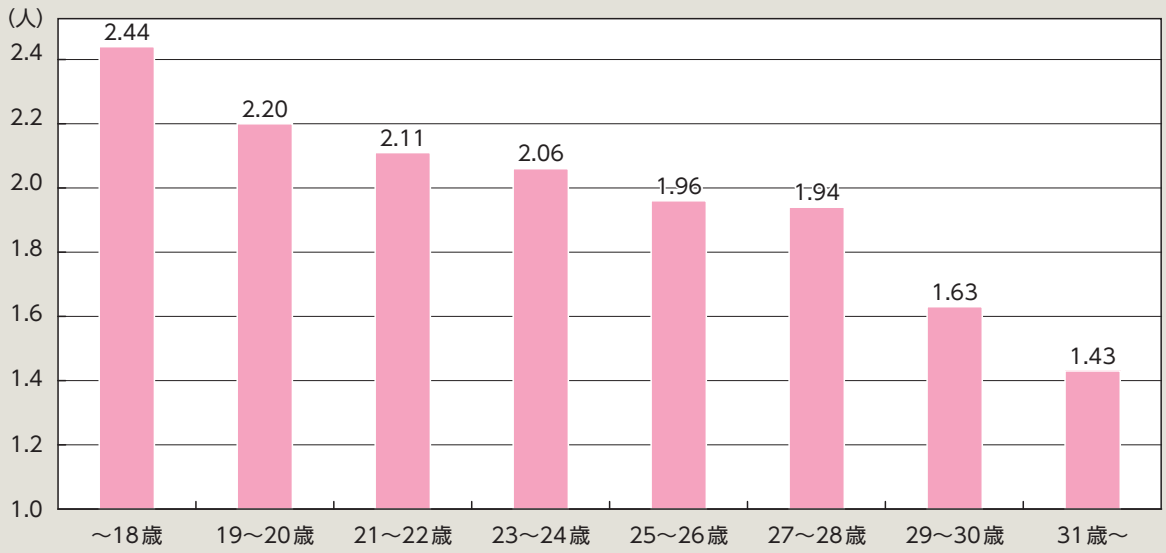
また、結婚したときの妻の年齢が若い方が、より多くの子どもを持つ傾向にある（図表1-3-33）。

図表1-3-32　夫婦の出生子ども数（1982年と2010年の比較）



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）」（2010年）
（注）　対象は結婚持続期間15～19年の初婚どうしの夫婦（出生子ども数不詳を除く）

図表1-3-33　結婚時の妻の年齢別の完結出生児数



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）」（2010年）
（注）　対象は結婚持続期間15～19年の初婚どうしの夫婦（出生子ども数不詳を除く）

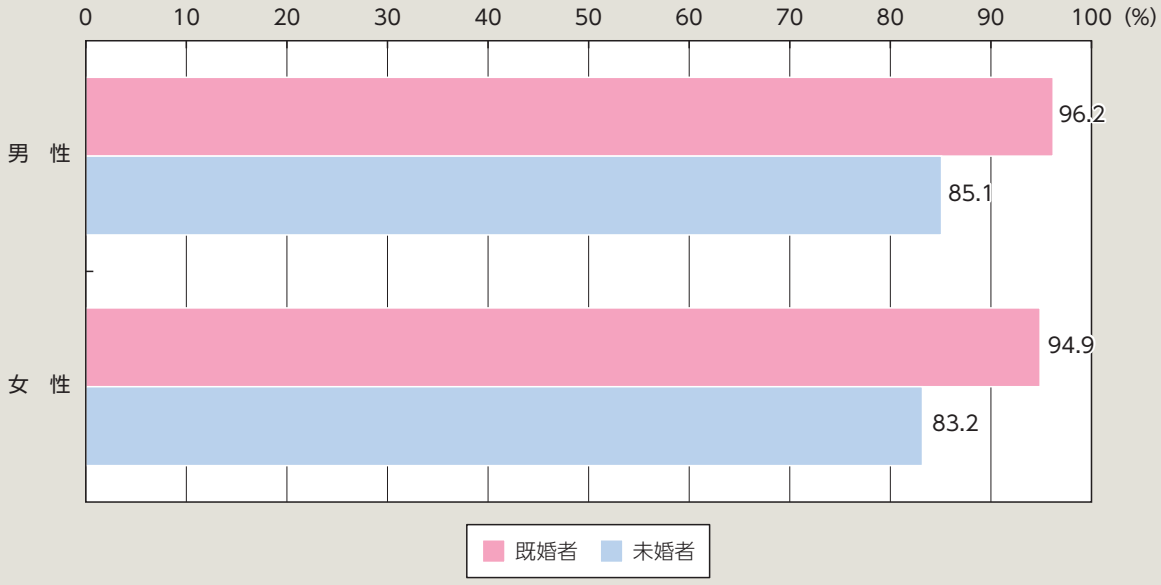
なお、このような晩婚化・晩産化に伴う出生数や出生力の低下に関しては、（7）以降の「年齢と出産の関係とリスク」のところでも詳しく説明する。

(3) 子どもを持つことについての希望

(子どもが欲しいと思う人が多数)

では、若い世代の子どもを持つことについての希望は、どのようになっているであろうか。20代・30代を対象とした内閣府の調査から、子どもが欲しいと思う人の割合は、既婚者では男女ともに9割を超え、また未婚者でも、男女ともに8割を超えていることがわかる（図表1-3-34）。このように若い世代には、既婚、未婚にかかわらず男女ともに子どもを欲しいと思う人が多数いる。

図表1-3-34 「子どもが欲しい」と思う人の割合

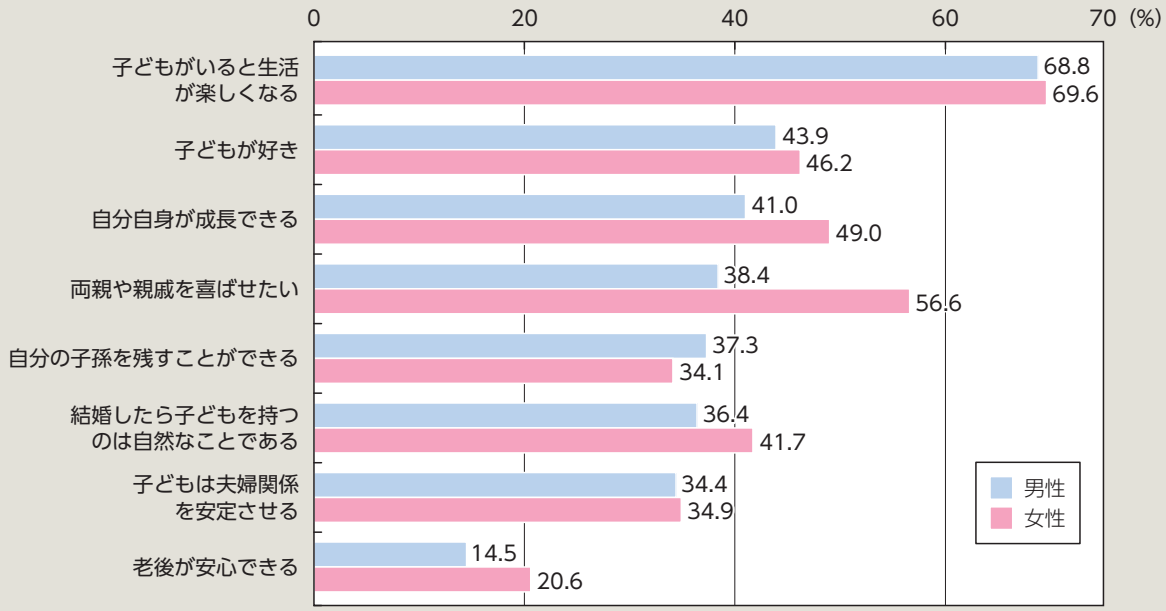


資料：内閣府「結婚・家族形成に関する意識調査」(2010年)
(注) 数値は、「子どもを何人くらい欲しいか」との質問に「1人」以上を回答した者の割合

(子どもが欲しい理由と欲しくない理由)

この調査で、子どもが欲しい理由についても聞いたところ、男女ともに「子どもがいると生活が楽しくなる」と答えた人が最も多かった（男性68.8%、女性69.6%）。また、理由のうち、「両親や親戚を喜ばせたい」と答える人の割合は、男性が38.4%であったのに対し、女性は56.6%と、男女による差が特に大きかった（図表1-3-35）。

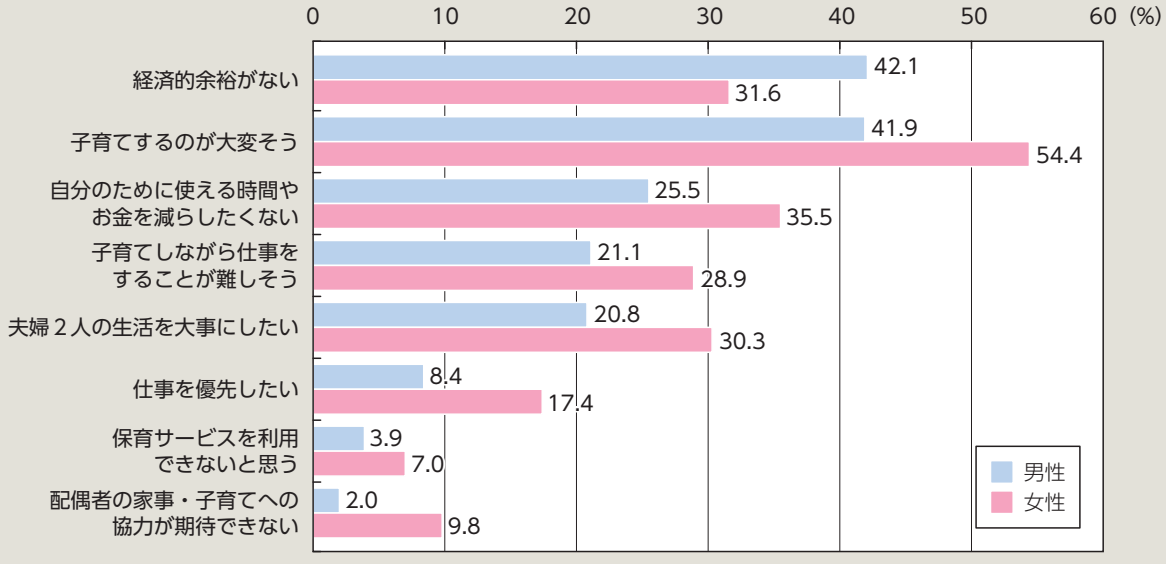
図表1-3-35　子どもが欲しい理由



資料：内閣府「結婚・家族形成に関する意識調査」(2010年)

一方、子どもが欲しくない理由については、男女で傾向が異なり、男性では「経済的余裕がない」が最も多かったのに対し、女性では「子育てするのが大変そう」や「自分のために使える時間やお金を減らしたくない」と答えた人の方が多かった。また、「子育てしながら仕事をすることが難しそう」「夫婦２人の生活を大事にしたい」「仕事を優先したい」と答えた人の割合も女性の方が多く（**図表1-3-36**）、子どもを持つことを望んでいない女性の場合、その理由としては、生活の余裕など経済的な理由よりも、子育ての負担感への懸念や、自らの仕事や生活を重視したい傾向にあることがうかがえる。

図表1-3-36　子どもが欲しくない理由

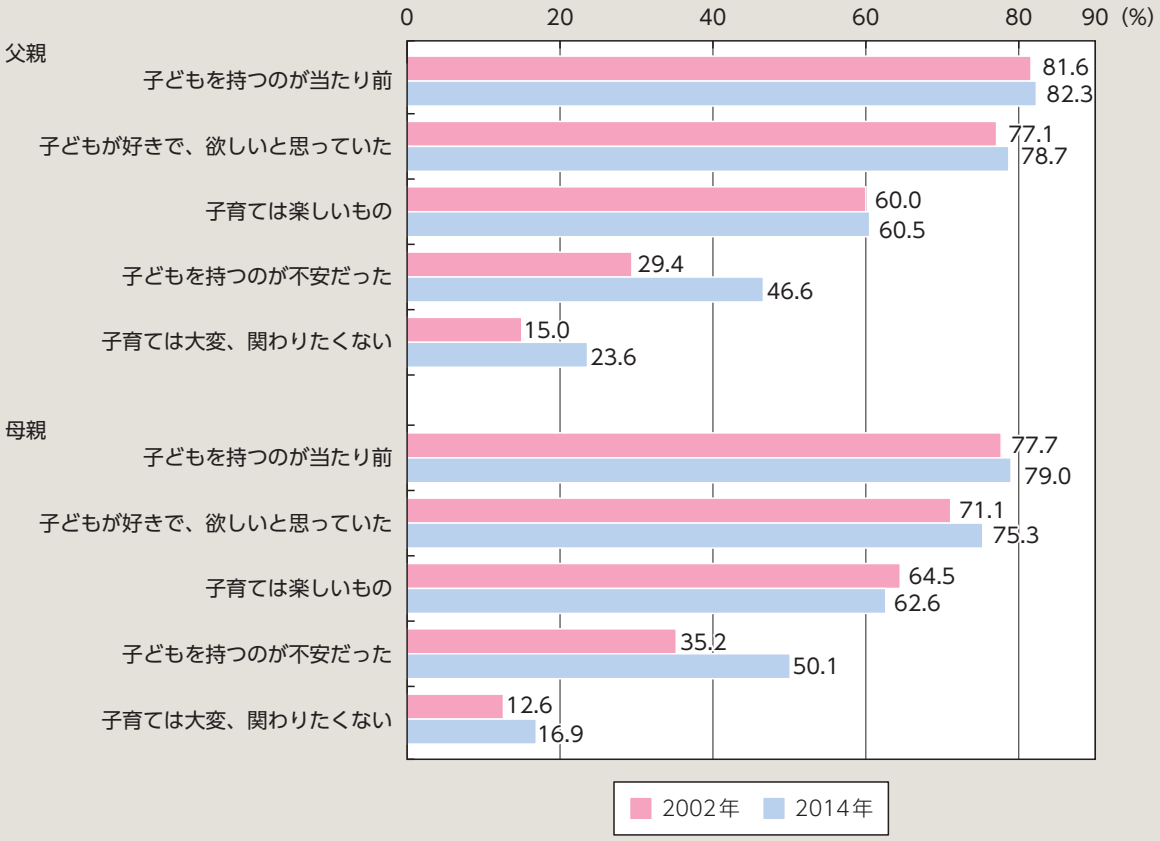


資料：内閣府「結婚・家族形成に関する意識調査」(2010年)

（「子どもを持つのが不安」という人は増えつつある）

また、2014年に実施された別の調査で、現在子育て中の人に、子どもが生まれる前に抱いていた子育て観を聞いたところ、「子どもが好きで、欲しいと思っていた」が父親、母親ともに7割を超えるなど、前向きな子育て観が見受けられる。しかし同時に、「子どもを持つのが不安だった」と答えた人の割合が、2002（平成14）年調査時点と比較して増加しており（図表1-3-37）、子どもを持ちたいと思いつつも、何かしらの不安を持つ人が増えているという現状にあることがわかる。

図表1-3-37 子どもが生まれる前の子育て観（2002年調査と2014年調査の比較）



資料：三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社「子育て支援策等に関する調査（未就学児の父母調査）」（2014年）

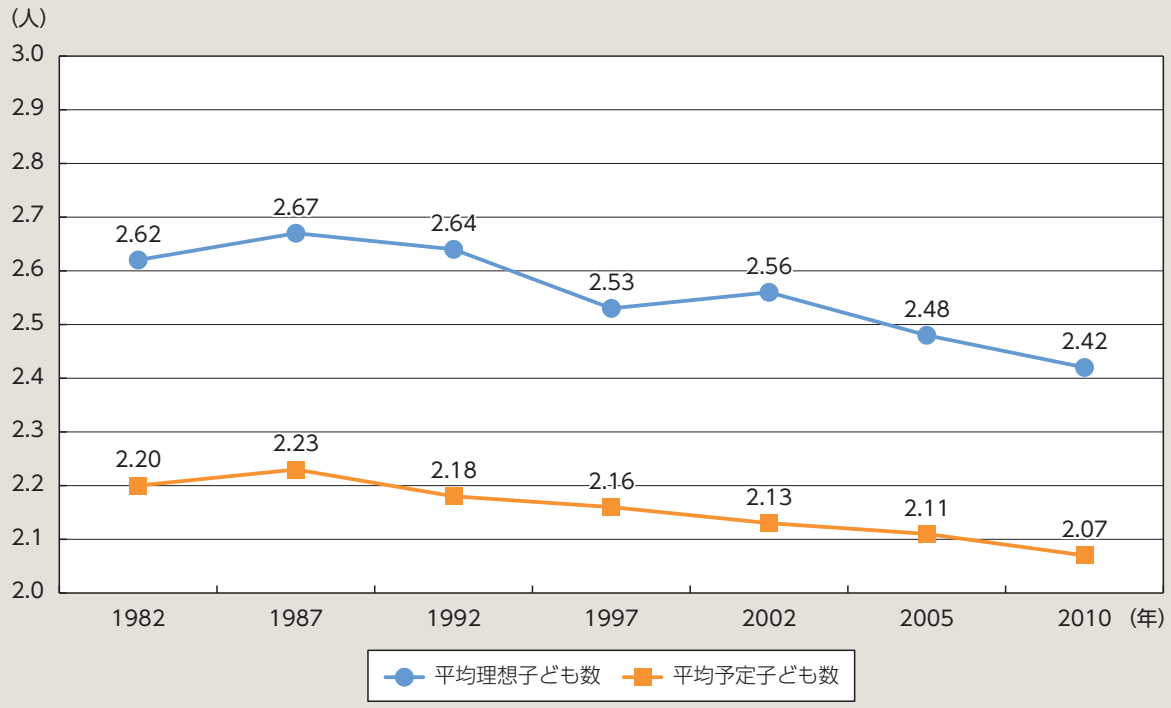
（4）理想子ども数と現実の乖離

1 理想子ども数と現実が乖離している現状

（「理想子ども数」は減少傾向にあるも、なお9割以上が2人以上を理想と回答）

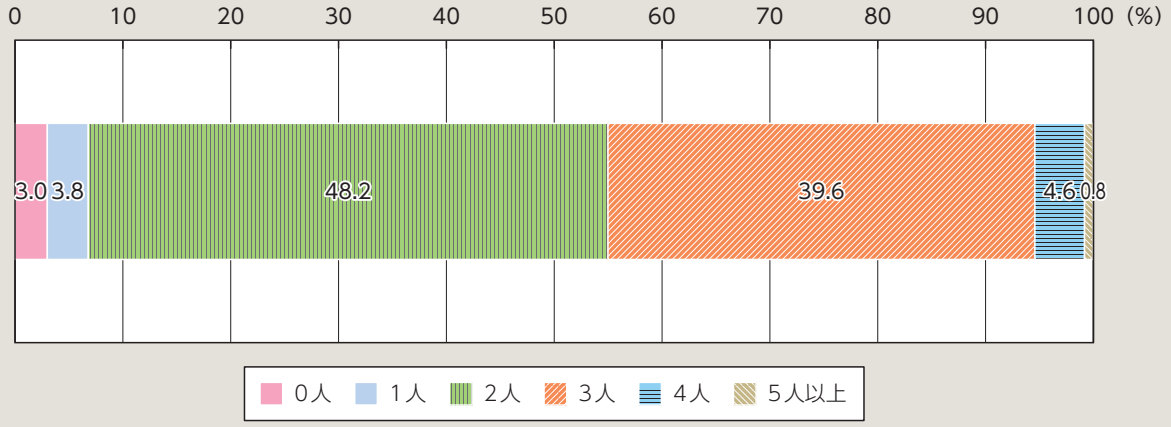
それでは、実際に何人くらい子どもがいることが理想的だと思われているのだろうか。国立社会保障・人口問題研究所の調査では、結婚している夫婦（初婚同士）の理想的な子どもの人数は2.42人であったが、予定する子ども数は2.07人にとどまっており、理想と予定する数とに乖離が生じている。また、経年変化をみると、理想・予定数ともにやや減少傾向にはあるものの（図表1-3-38）、9割を超える夫妻において、2人以上の子ども数が理想であるとしている（図表1-3-39）。

図表1-3-38　理想子ども数と予定子ども数の乖離



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）」(2010年)
(注)　対象は妻の年齢50歳未満の初婚どうしの夫婦。理想・予定子ども数は8人以上を8人とし、予定子ども数は現存子ども数と追加予定子ども数の和として算出

図表1-3-39　理想子ども数の分布



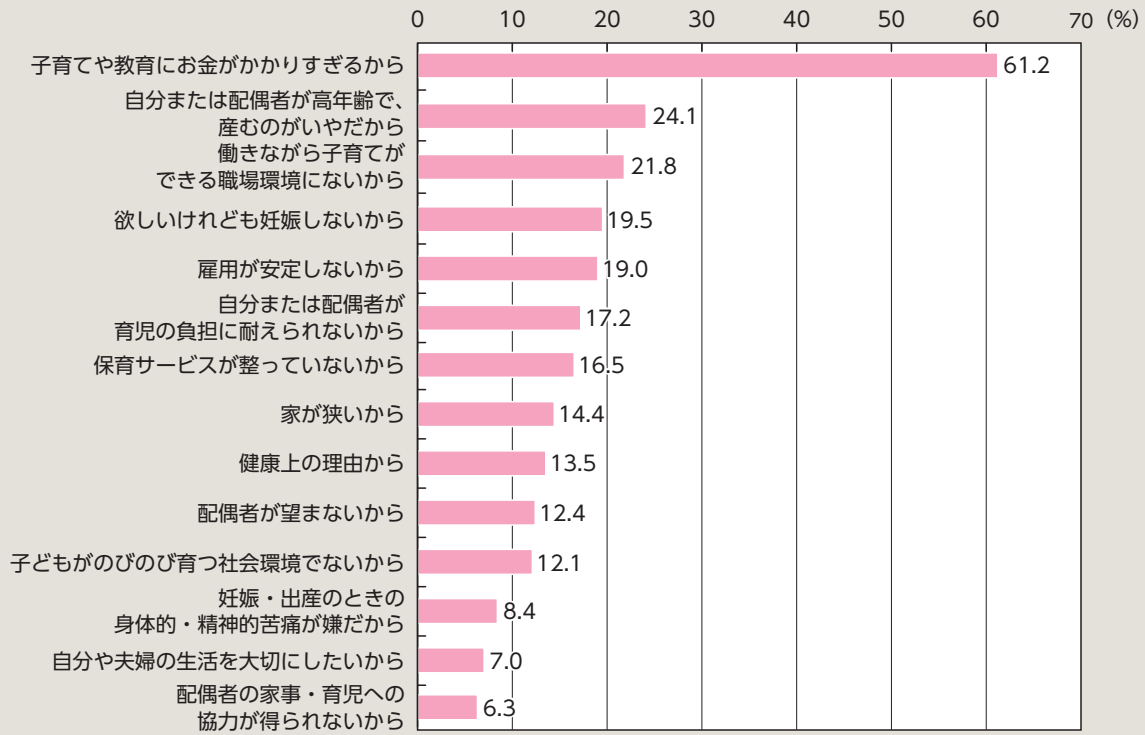
資料：国立社会保障・人口問題研究所「第14回出生動向基本調査（夫婦調査）」(2010年)
(注)　対象は妻の年齢50歳未満の初婚どうしの夫婦

2 理想子ども数と現実が乖離している理由

（主な理由は経済的負担感や仕事と子育ての両立困難、高齢や不妊）

内閣府が行った別の調査で、理想とする子どもの数より現実的に持つつもりの子どもの数が少ない理由について尋ねたところ、「子育てや教育にお金がかかりすぎるから」が61.2%と最も多く、次に多いのが「自分または配偶者が高年齢で、産むのがいやだから」の24.1%となっていた（**図表1-3-40**）。また、「働きながら子育てができる職場環境にないから」と答えた人が21.8%、「欲しいけれども妊娠しないから」と答えた人が19.5%、「雇用が安定しないから」と答えた人が19.0%いた。

図表1-3-40 理想とする子どもの数より現実的に持つつもりの子どもの数が少ない理由



資料：内閣府「少子化と夫婦の生活環境に関する意識調査」（2012年）

年齢階級別にみると、若い世代ほど「子育てや教育にお金がかかりすぎるから」と答える人の割合が高くなる傾向にあり、30代前半では75.2%もの人がこの選択肢を選んでいる（40代前半では55.6%）。また、若い世代ほど「働きながら子育てができる職場環境がないから」や（30代前半で31.4%、40代前半で17.5%）「保育サービスが整っていないから」（30代前半で25.6%、40代前半で12.8%）と答えた人が多い（**図表1-3-41**）。

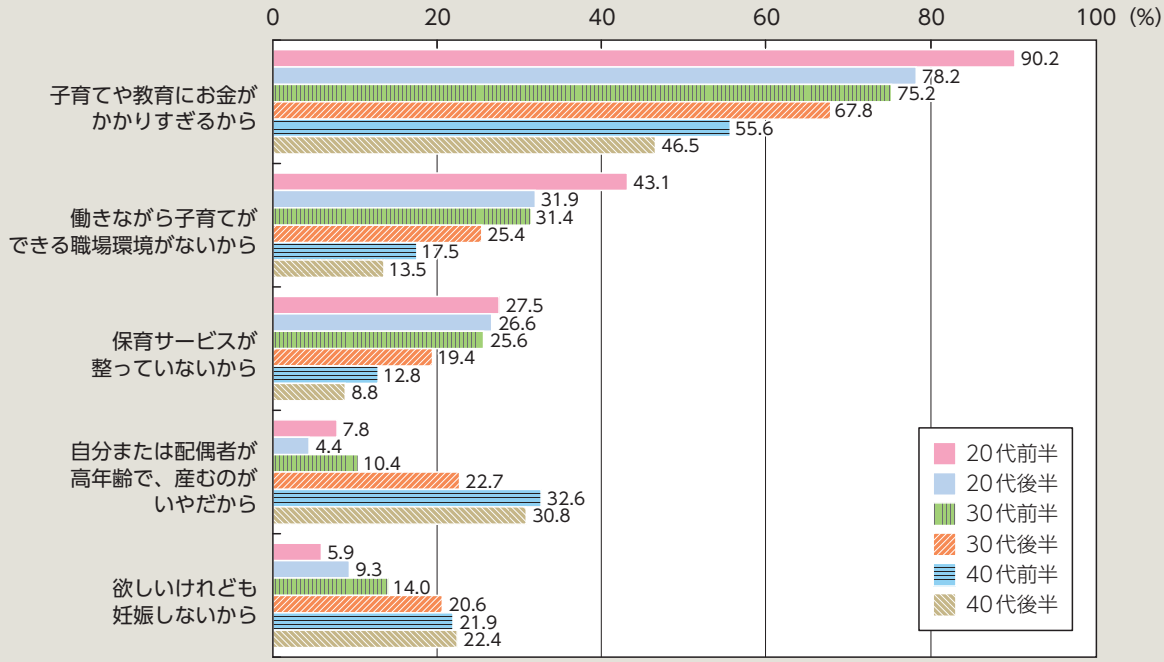
若い世代の経済的負担感が高いことの背景として、先に見たとおり、若年男性の非正規雇用の労働者割合の増加や、これによる所得の低迷が大きく影響していると考えられる。このような中で、子育て世代は共働き等の手段によって、世帯としての収入の増加を図らなければならない状況となるが、一方で、保育の受け皿不足や、この後述べる男性の長時間労働など、仕事と家庭の両立が困難な状況にも直面し、理想の子ども数が実現できない状況にあるものと考えられる。

また、「自分または配偶者が高年齢で、産むのがいやだから」と答えた人の割合は、30代前半では10.4%に過ぎないが、35歳を超えると急増し、40代前半の人では32.6%に

上る。同様に「欲しいけれども妊娠しないから」と答えた人の割合も40代前半では21.9%（30代前半では14.0%）に上り（図表1-3-41）、晩婚化が出産に関する理想と現実の乖離を生んでいる現状にあることがわかる。

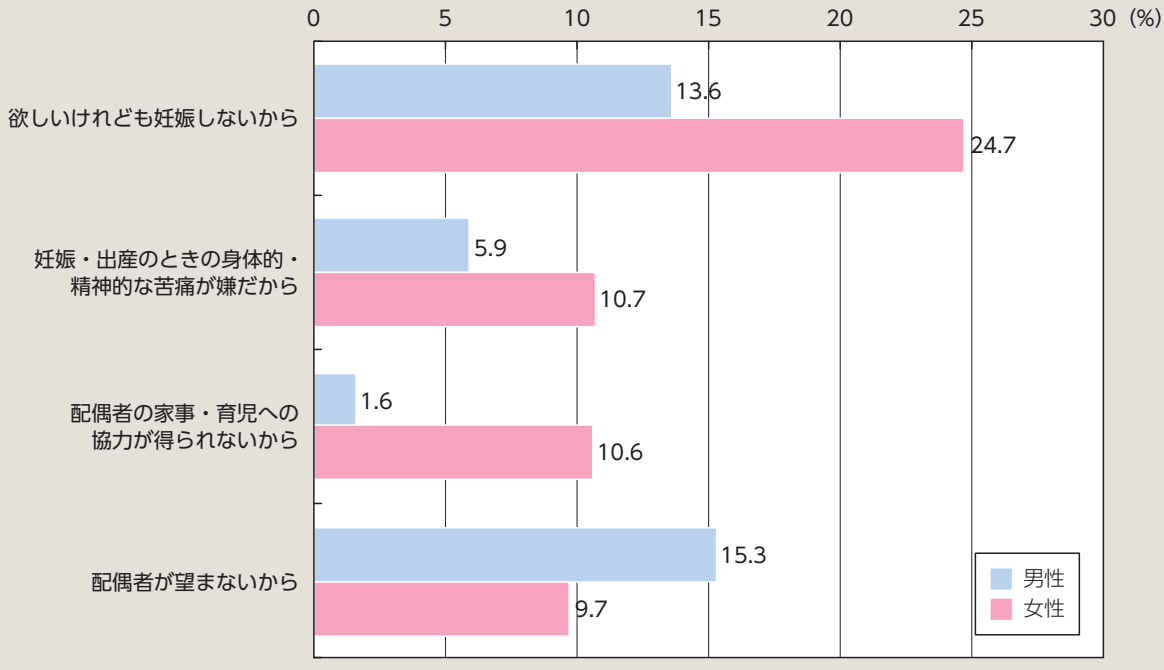
特に女性において、「欲しいけれども妊娠しないから」と答えた人の割合が約25%となっている。晩婚化等により、事実上、不妊のために理想の子ども数を実現できない既婚女性が４人に１人に上る状況がうかがえる（図表1-3-42）。

図表1-3-41　理想とする子どもの数より現実的に持つつもりの子どもの数が少ない理由（年齢階級別）



資料：内閣府「少子化と夫婦の生活環境に関する意識調査」（2012年）

図表1-3-42　理想とする子どもの数より現実的に持つつもりの子どもの数が少ない理由（男女別）



資料：内閣府「少子化と夫婦の生活環境に関する意識調査」（2012年）

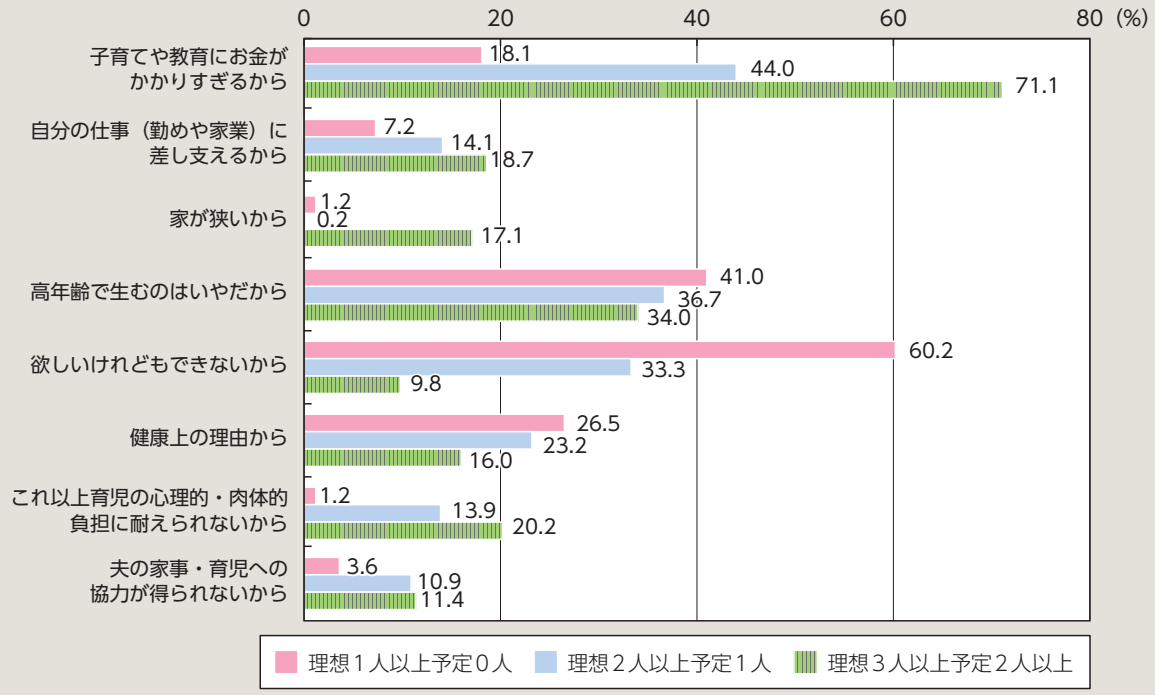
(5) 子どもを持つ「3人目の壁」

(「3人目の壁」としては、経済的な理由を挙げる人が多い)

国立社会保障・人口問題研究所の調査で、予定子ども数が理想子ども数を下回る理由を、予定子ども数別に分析したところ、予定が2人以上（理想は3人以上）の人、いわば3人目の壁に直面している人の場合は、「子育てや教育にお金がかかりすぎるから」と答えた人が71.1％と最も多かった（図表1-3-43）。また「家が狭いから」といった住環境を理由に挙げる割合も、理想が2人以下の人の場合より相対的に多い。

一方、予定が1人以下（理想は2人以下）の場合、つまり2人目の壁、1人目の壁に直面している人の場合、「高齢だから」「欲しいけれどもできないから」など、年齢・身体的理由が多く挙げられている。

図表1-3-43 予定子ども数別の理想子ども数を下回る理由



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）」(2010年)
(注) 対象は、予定子ども数が理想子ども数を下回る初婚同士の夫婦

(6) 地域ごとの出生の状況

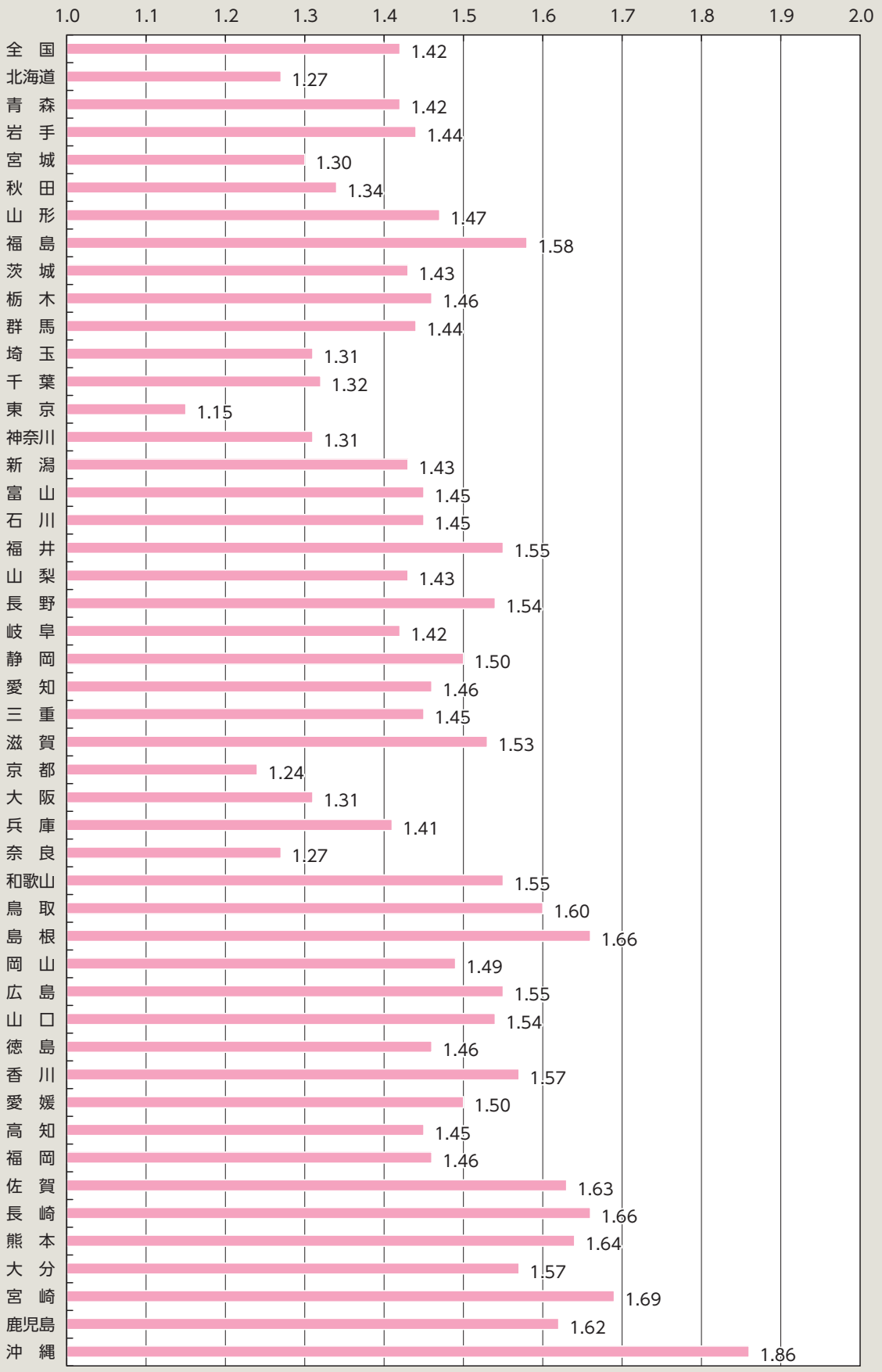
(都市部では出生時の母の年齢は高く、出生率は低い)

都道府県ごとの出生の状況をみると、合計特殊出生率は東京などの都市部において低く、地方において高い傾向にある（図表1-3-44）。

また、都道府県別の出生順位ごとの母の平均年齢も、東京都や神奈川県などの都市部で高く、地方では低い状況にある（図表1-3-45）。夫婦の出生に関する希望を実現するためには、このような地域による特性も踏まえて対応していくことも重要であり、とりわけ、第1子の出生年齢が高い都市部では、未婚化・晩婚化対策として、男女ともに仕事と家庭が両立できるワークライフバランスの実現や働き方の見直しが、特に求められる。

そして、この両立支援を進めるためには、依然として待機児童を多く抱えている首都圏を中心とした都市部において、保育の受け皿の整備を着実に進めていく必要がある。

図表1-3-44　都道府県別の合計特殊出生率



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成26年人口動態統計（概数）」

図表1-3-45 都道府県別にみた出生順位ごとの母の平均年齢

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成25年人口動態統計」

(7) 年齢と出産の関係とリスク

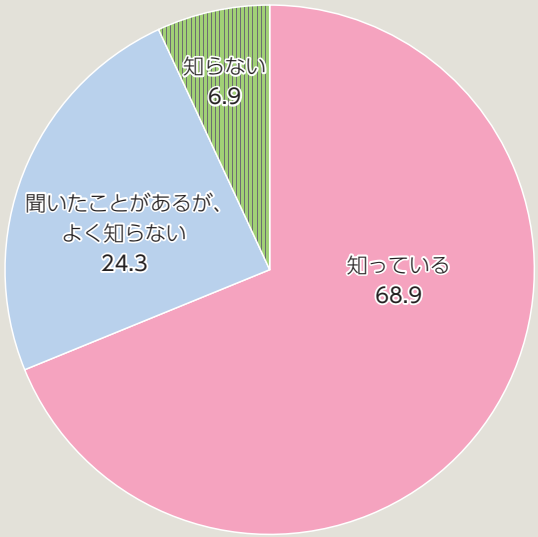
(加齢に伴って妊娠・出産に至る確率は低下するが、それについてあまり認識していない人も多い)

先に（2）でも述べたとおり、晩婚化に伴い夫婦の出生数や妊娠・出産に至る確率が低下している状況にある。また（5）でも述べたとおり、理想の子ども数として1人、2人を思い描いていても、晩産・高齢を理由に望めない実情があることも浮かび上がった。

医学的にも、男性、女性ともに妊娠・出産には適した年齢があることが指摘されており、特に女性は35歳くらいまでが妊娠等の適齢期であり、それ以降年齢が上がるにつれて女性や子どもの健康を害する様々なリスクが相対的に高くなり、妊娠・出産に至る確率が低くなっていくことが指摘されている。

このような妊娠と年齢の関係について知っているかについて、15～39歳の男女に質問した結果、約3割は「聞いたことがあるがよく知らない」「知らない」と回答している（図表1-3-46）。

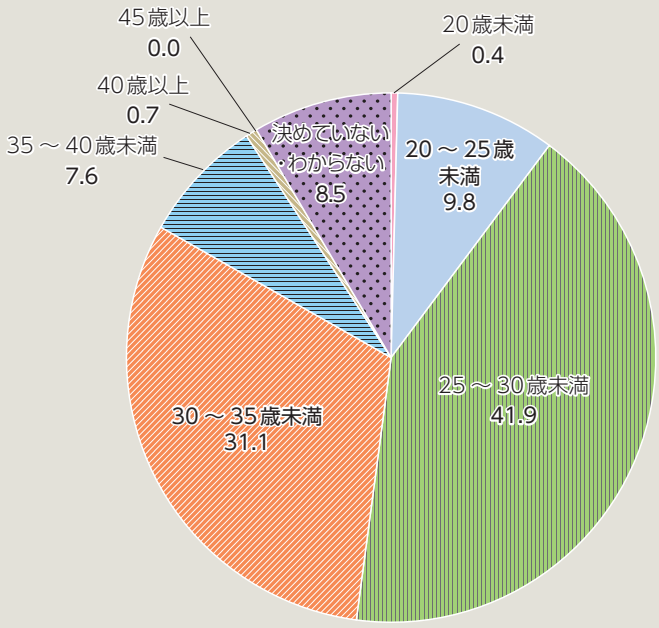
図表1-3-46　妊娠と年齢の関係について知っている若者の割合



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「若者の意識に関する調査」(2013年)
(設問) 妊娠と年齢の関係では、男女ともに年齢が高くなるほど妊娠する確率が下がることや、妊婦の年齢が高くなるほど自然流産率が高くなること、妊娠中の異常（産科合併症）の発症頻度が高くなること、子どもの染色体異常のリスクが高くなることなどが分かっています。このような妊娠と年齢の関係についてご存じですか。当てはまるもの一つを選択してください。

では、子どもを産むとすれば、遅くとも女性が何歳になるまでに最初の出産を迎えるべきだと考えているか。15～39歳の男女に質問した結果、女性が30歳になるまでに最初の出産を迎えるべきと考えている割合は約半数にとどまっていた。一方で、30歳以降と考えている人の割合は約37%に上っていて、このうち約8%は高齢出産でリスクが高くなるとされる35歳以上と回答している（図表1-3-47）。

図表1-3-47　子どもを産むとすれば、遅くとも女性が何歳になるまでに最初の出産を迎えるべきと考えているか



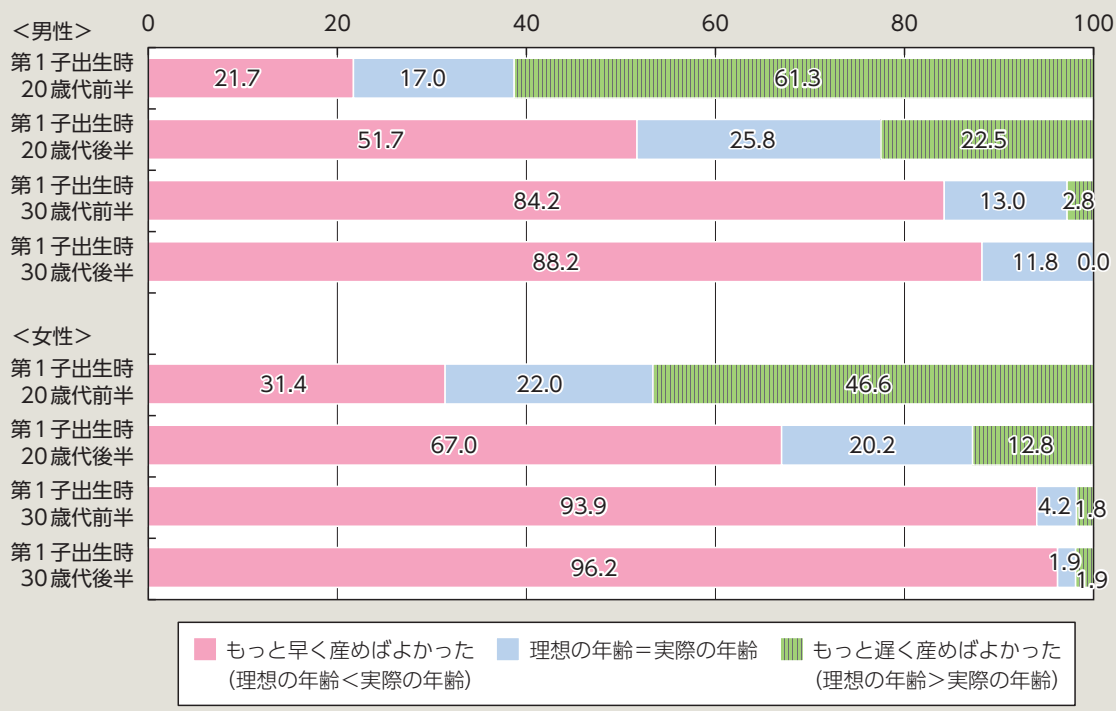
資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「若者の意識に関する調査」（2013年）
（設問）自分の人生設計上、子どもをもうけるとすれば、遅くとも女性が何歳になるまでに最初の出産を迎えるべきと考えていますか。（既に子どものいる方は、子どもが生まれる前にどのように考えていましたか。）
（注）「子どもを持つつもりはない」と回答した人を除いた割合

（もっと早く子どもを持つべきだったと考える人も多い）

全国の20歳以上49歳以下の男女のうち、子どものいる既婚者に対して、「実際に第1子が生まれた時の年齢」と「第1子を産むのに望ましいと思う年齢」を質問した調査結果によると、20歳代後半で第1子が出生した人でも、男性の約半数、女性の7割近くが、実際に第1子が生まれた年齢よりも早い年齢での出産が望ましいと回答しており、30歳代で第1子が出生した女性の9割以上が実際に第1子が生まれた年齢よりも早い年齢での出産が望ましいとしている。晩婚化が進み、第1子出生時の母の平均年齢は上昇しているが、20歳代後半以降の男女について見れば、「もっと早く産めばよかった」と思う人が多いようである（**図表1-3-48**）。

このように、第1子を持つ年齢の理想と現実にギャップが生じていることも、実際の子ども数が理想の子ども数より少ないという結果につながっているものと考えられる。

図表1-3-48　第１子が実際に生まれた時の年齢と第１子を産むのに望ましいと思う年齢の関係（男女別、第１子出生時の年齢別）



資料：株式会社明治安田生活福祉研究所「第７回結婚・出産に関する調査」（2013年）

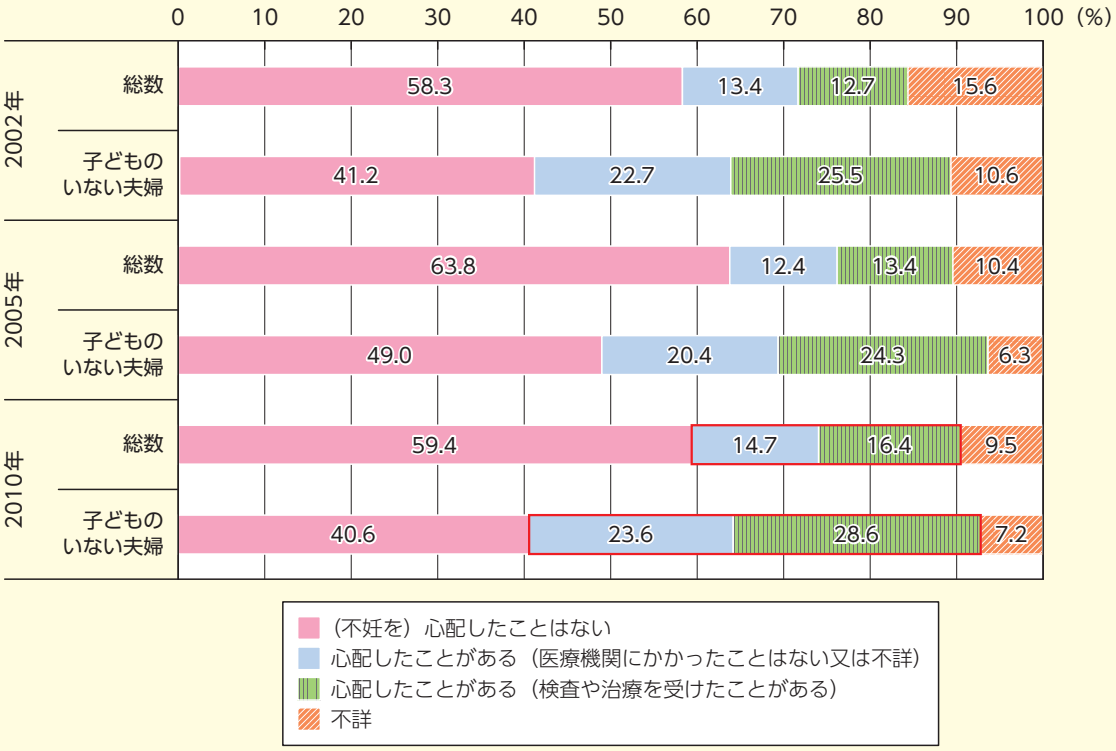
（理想の結婚、出産を実現できるために、年齢と出産の関係やリスクについて理解を深めることも重要である）

結婚や出産の年齢が遅くなるにつれて、夫婦が持ちたいと願う理想の子ども数が、妊娠・出産に至る確率の低下や不妊などにより、必ずしも希望どおり実現できなくなっていくこと、つまり、年齢と出産のリスクについての情報や知識を、若い世代が適切に持てるように、情報提供、理解の浸透を図っていくことが重要ではないだろうか。これは、若い世代が、正しい知識と適切な判断のもとに、希望するライフプランを思い描けるようにし、それにより、就職、結婚、出産、子育てといったライフステージのステップを歩んでいく願いをかなえるためにも、大切なことと思われる。

コラム　不妊について

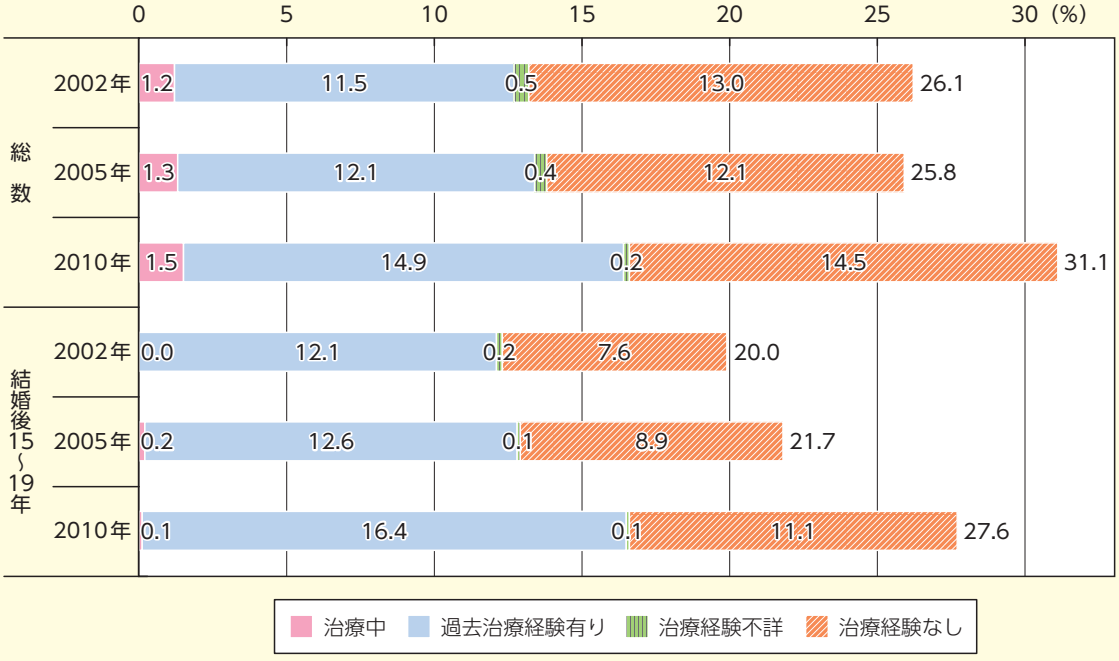
不妊を心配したことがある夫婦の割合は、2010（平成22）年時点で31.1％と、2005（平成17）年時点と比べて５ポイント増加している。子どものいない夫婦に限定すると、この割合は52.2％にのぼる。また、実際に不妊の検査や治療を受けたことがある夫婦は全体で16.4％、子どものいない夫婦では28.6％であった。不妊を心配したり、検査や治療経験のある夫婦の割合は、近年増加傾向にある。結婚後15～19年の夫婦でみると、不妊を心配した経験のある割合は、2002（平成14）年の20.0％から、2005年の21.7％を経て、2010年には27.6％となっている。また、検査や治療の経験がある割合も増加傾向にある。

子どもの有無別にみた、不妊についての心配と治療経験



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）」(2010年)
(注)　対象は初婚どうしの夫婦、「子どものいない夫婦」については、妻20歳未満の夫婦を除いている。

不妊について心配したことのある夫婦の割合と治療経験（調査・結婚持続期間別）



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）」(2010年)
(注)　対象は初婚どうしの夫婦。

3 子育てをめぐる状況と意識

これまで見たとおり、若者が、理想の子ども数の出産を実現できない理由として、主に、子育てに当たっての経済的な負担や、仕事と子育ての両立ができる環境が十分でないことなどをあげる人が多かった。ここでは、子育ての負担や家庭における役割分担の現状

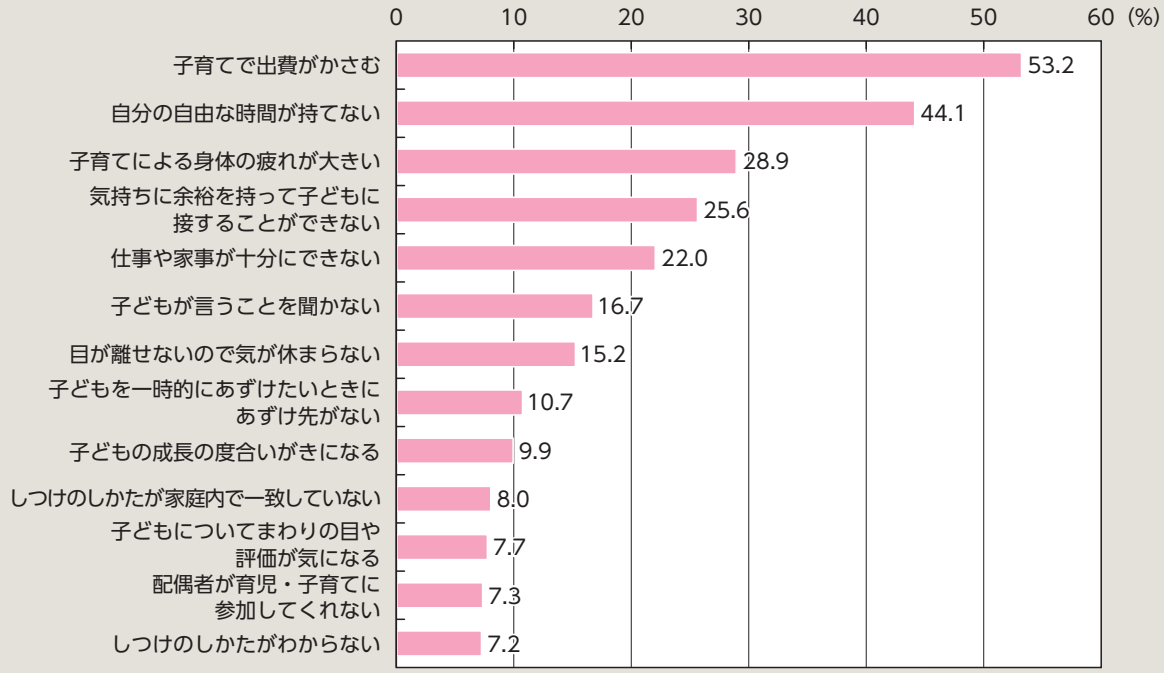
について、意識とともに分析する。

(1) 子育ての負担感

(子育て中の人の多くは、出費のほか、様々な悩みを抱えている)

20代から40代の子育て中の人に対し、子どもを育てていて負担に思うことや悩みについて聞いたところ、「子育てで出費がかさむ」と答えた人が53.2%と最も多く（図表1-3-49)、経済面で負担を感じている人が多いことがわかる。

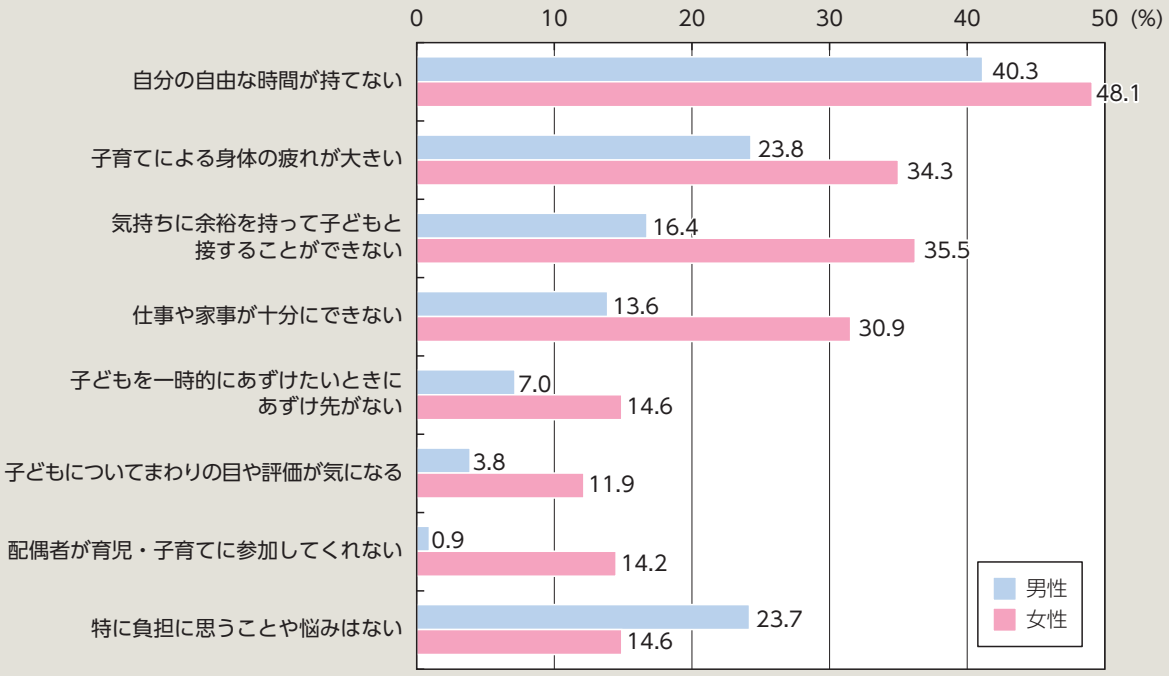
図表1-3-49　子どもを育てていて不安に思うことや悩み



資料：内閣府「少子化と夫婦の生活環境に関する意識調査」(2012年)

また、男女別でみると、ほぼ全ての項目について父親より母親の方が悩みが強い傾向にあり、特に、「気持ちに余裕を持って子どもと接することができない」については男性が16.4%だったのに対し女性では35.5%、「仕事や家事が十分にできない」が男性では13.6%だったのに対し女性では30.9%と、男女で20%程度差が開いている（図表1-3-50)。その一方で、「特に負担や悩みに思うことはない」と答えた人が男性では23.7%、女性で14.6%と男性の方が多くなっている。これは、後述するように家事や育児の負担を主として母親が担う傾向にあることもあり、具体的な子育てについて、母親が悩みを抱えている現状にあることがわかる。

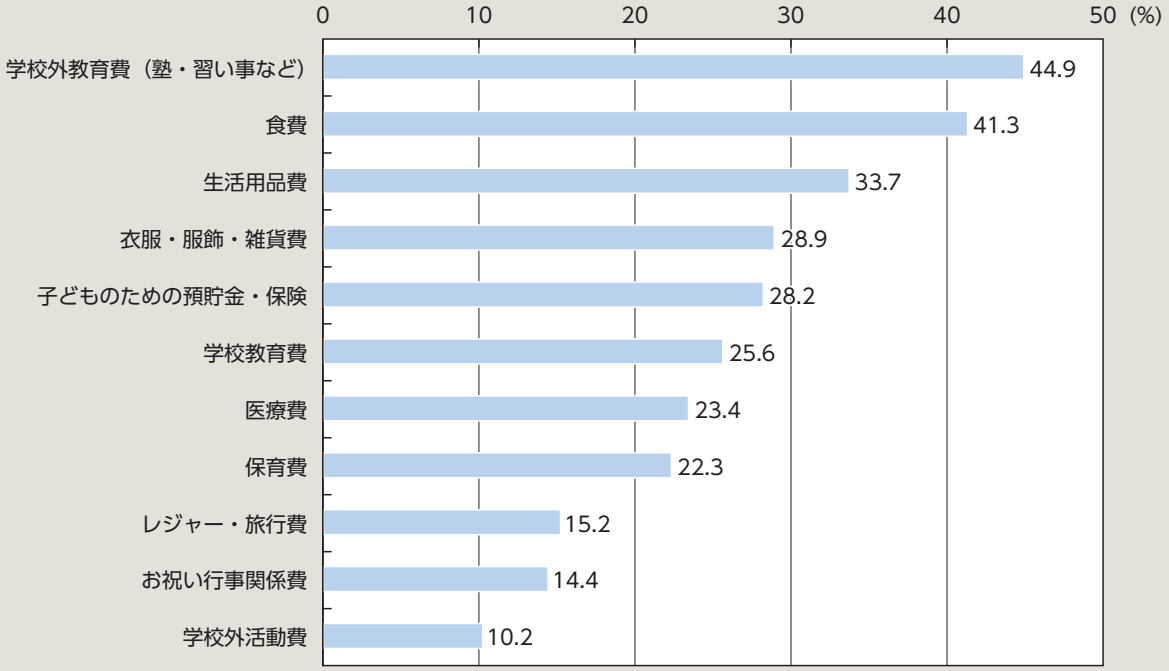
図表1-3-50 子どもを育てていて不安に思うことや悩み（男女別）



資料：内閣府「少子化と夫婦の生活環境に関する意識調査」（2012年）

また、子育て中の妻に対して、子育ての費用の中で負担に感じている出費は何かを尋ねたところ、「学校外教育費（塾・習い事など）」と答えた人が44.9%で最も多く、次いで「食費」が41.3%、「生活用品費」が33.7%だった（**図表1-3-51**）。

図表1-3-51 子育ての費用の中で負担に感じている出費

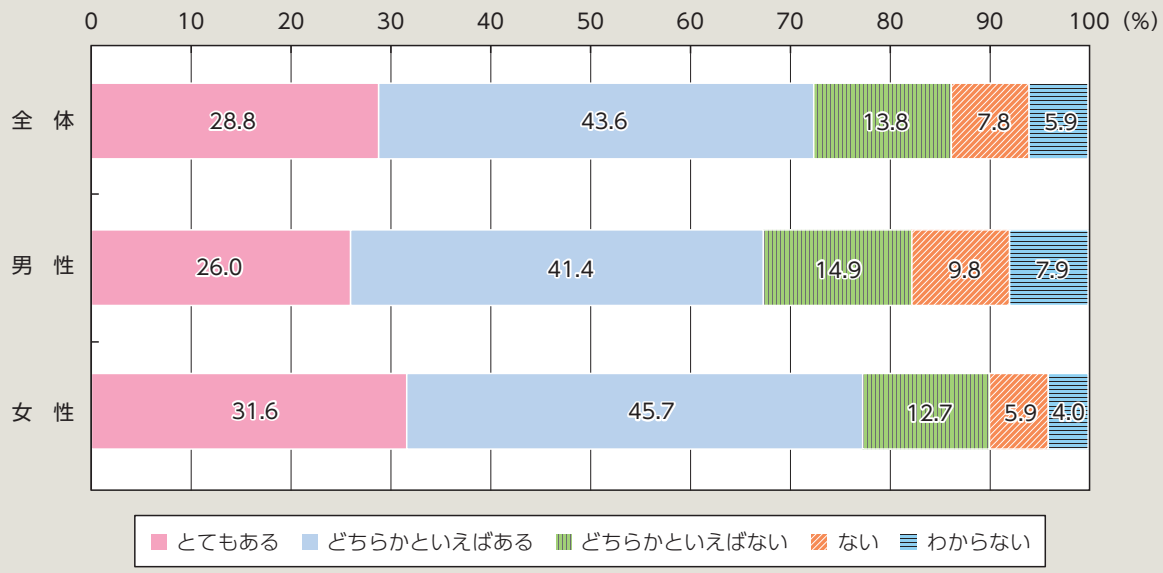


資料：内閣府「都市と地方における子育て環境に関する調査」（2011年）

（子育て中の女性の８割近くが子育ての負担・不安感を抱き、とても負担・不安とする人も３割）

そもそも子育てをしていて不安や悩みに思う人はどれくらいいるのだろうか。厚生労働省委託調査で、15歳以下の子どもがいる人に、子育てをしていてどの程度負担・不安に思うか尋ねたところ、負担・不安が「とてもある」と答えた人と「どちらかといえばある」と答えた人は、男性で67.4%、女性で77.3%となっており、子育て中の女性の８割近くが、程度の差はあれ、子育てに関わる負担感、不安感を抱いている状況にある（図表1-3-52）。

図表1-3-52　子育てをしていて負担・不安に思う人の割合



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）
（注）　０歳～15歳の子どもがいる人を対象に質問

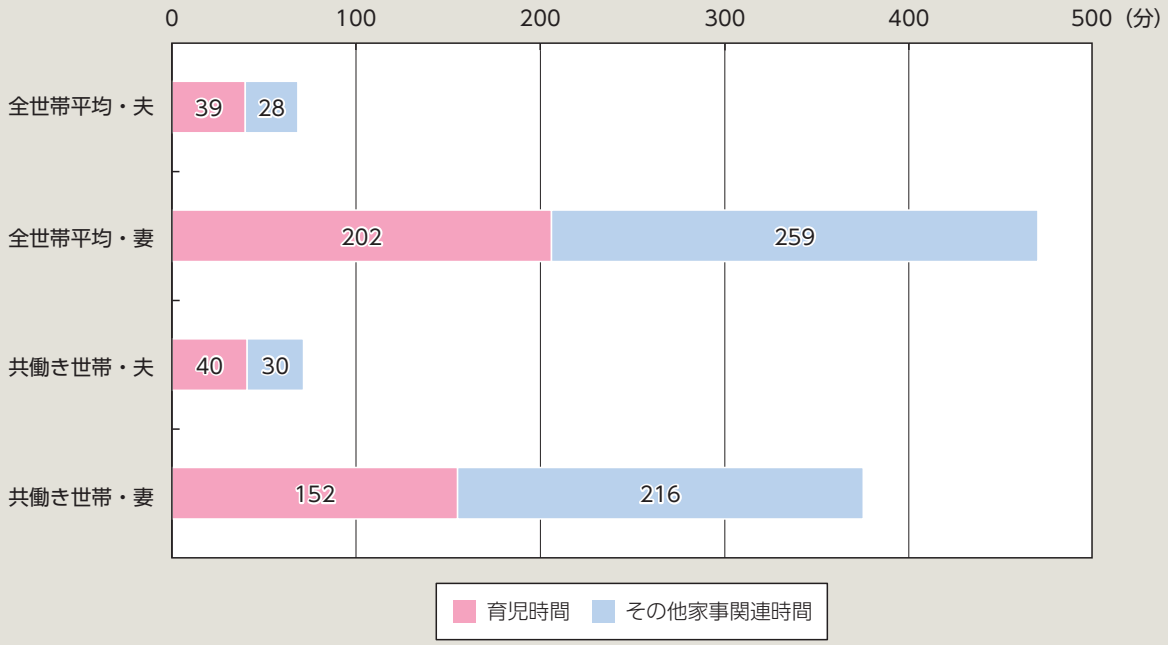
（2）子育てにおける夫・妻の関わりの状況

（育児・家事時間の大半を妻が担っている）

では、夫婦における育児負担・分担の状況はどのようになっているのだろうか。2011（平成23）年の「社会生活基本調査」では、夫婦と子どもの世帯で末子が６歳未満の子育て中の夫・妻の育児・家事時間（１日あたり）は、夫が１時間７分、妻が７時間41分と、妻の方が圧倒的に多くの時間を育児・家事に割いていた（図表1-3-53）。夫婦と子どもの世帯で共働きの世帯でみてもこの傾向は変わらず、共働きで子育て中でも育児・家事は主に妻が負担している現状にある。特に末子が０歳の場合では、夫が１時間45分、妻が９時間17分（１日あたり）と、妻の負担がとりわけ大きいことがわかる（図表1-3-54）。

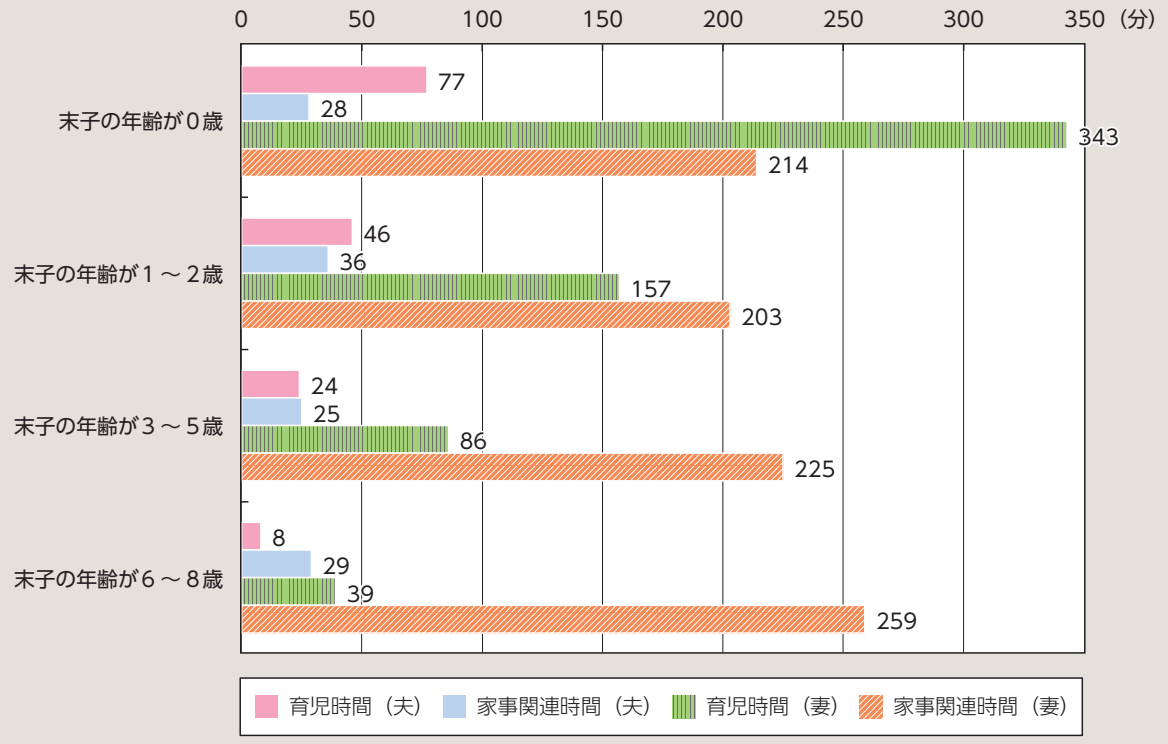
共働き世帯では仕事と家庭の両立が課題になるが、現状では妻に育児・家事の負担が偏っている。専業主婦家庭においては子育ての孤立感を感じやすい状況にあり、妻の負担・不安の軽減と安心できる子育てのために、共働き・専業の別を問わず、男性の育児・家事への一層の参画が求められる状況にある。

図表1-3-53 1日あたりの末子6歳未満の夫婦の育児・家事時間（夫婦と子どもの世帯）



資料：総務省「社会生活基本調査」（2011年）
（注）「その他家事関連時間」は、「家事」「介護・看護」「買い物」時間の合計

図表1-3-54 1日あたりの共働き世帯の夫婦の育児・家事時間（末子年齢別）（夫婦と子どもの世帯）



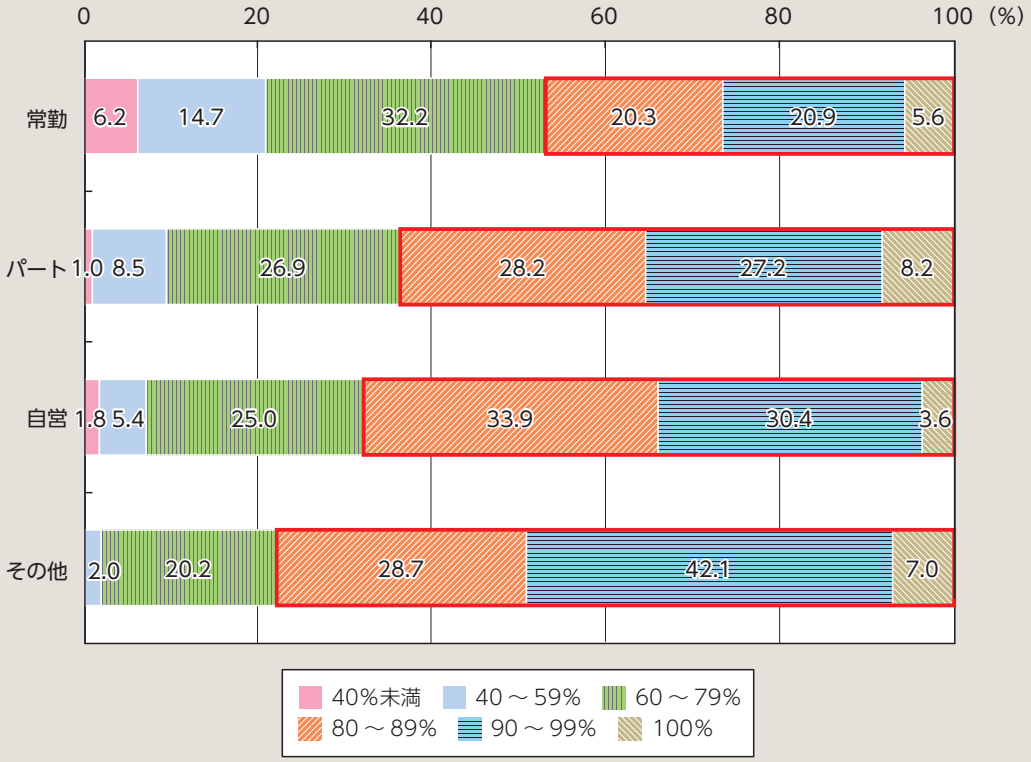
資料：総務省「社会生活基本調査」（2011年）
（注）「その他家事関連時間」は、「家事」「介護・看護」「買い物」時間の合計

（共働きの家庭でも、妻が育児のほとんどを担っている）

さらに、妻の就業形態別にみた妻の育児の分担割合の分布を示したのが、図表1-3-55である。

第１子が12歳未満の女性に育児分担割合がどの程度か尋ねたものであり、全就業形態平均では妻が79.8%、夫が20.2%であった。妻の就業形態別にみると、妻が80%以上担っていると答えた人が「専業主婦その他」で77.8%、「自営」で67.9%、「パート」で63.6%、「常勤労働者」で46.8%となっている。妻が働いている家庭であっても、育児のほとんどを妻が担っている家庭が多いことがわかる。

図表1-3-55　妻の育児分担割合（妻の就業形態別）

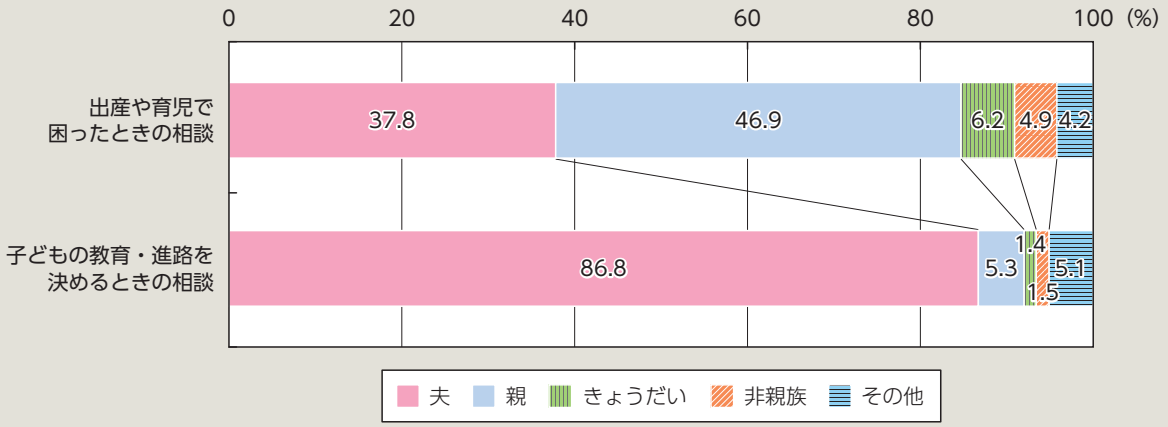


資料：国立社会保障・人口問題研究所「第５回全国家庭動向調査」（2013年）

（出産や育児に関わる相談は、夫よりも親を頼りにしている）

妻が、子育てに関して困ったときに誰に相談するか、その相手について尋ねたところ、「出産や育児」については「夫」が37.8%であったのに対し、「親」が46.9%と夫を上回った。一方、「子どもの教育や進路を決めるときの相談」では、「夫」が86.8%と圧倒的に多かった（図表1-3-56）。

図表1-3-56 妻が子育てにおいて相談する相手

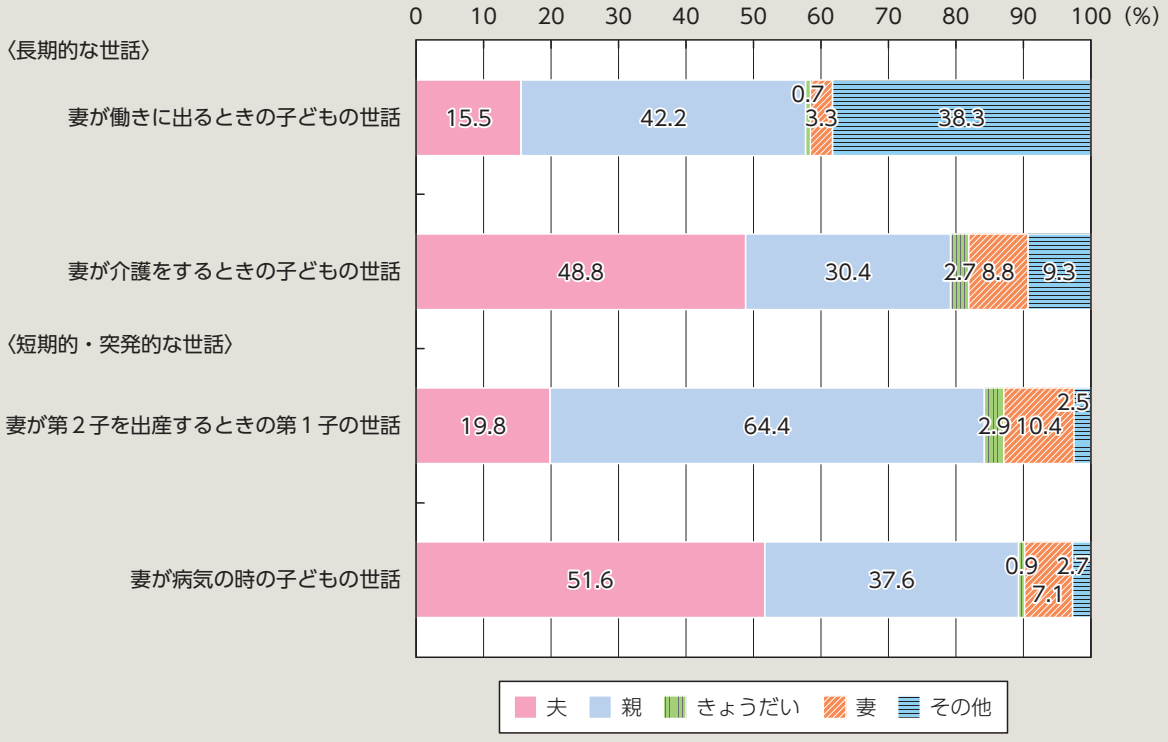


資料：国立社会保障・人口問題研究所「第５回全国家庭動向調査」（2013年）

妻が働きに出た場合など、妻が子どもの世話をするのが難しいような状況にあるときに誰が子どもの世話をするかについては、「妻が働きに出るとき」「妻が第２子を出産するとき」の場合、「親」が最も多くなっており、「妻が介護をするとき」「妻が病気のとき」には「夫」が最も多くなっている。

なお、いずれの場合でも「妻」と答えた人の割合が少数ながら一定数おり（**図表1-3-57**）、子どもの世話が困難な状況にあってなお、妻自身が世話をせざるを得ない状況にある。

図表1-3-57 子どもの世話をする支援提供者（妻の状況別）

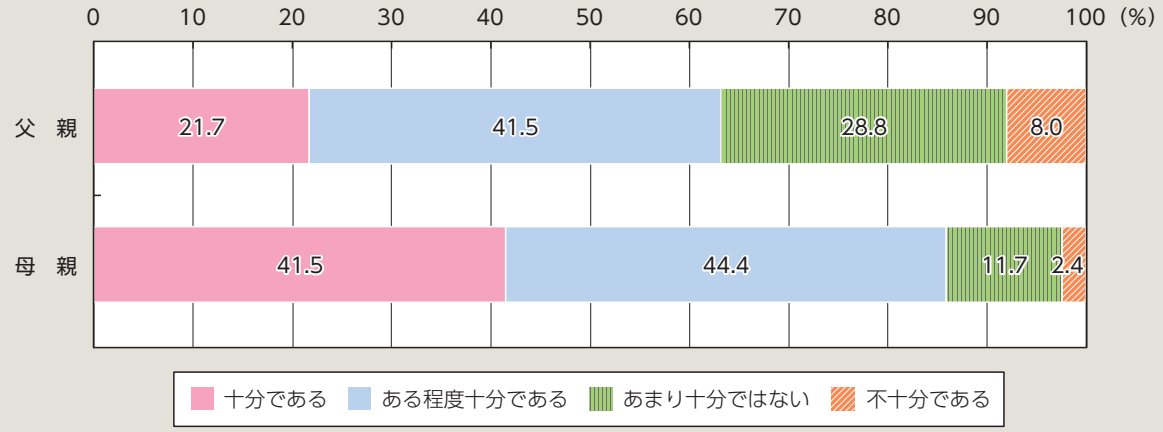


資料：国立社会保障・人口問題研究所「第５回全国家庭動向調査」（2013年）
（注）　長期的な世話における「その他」には、「公共の機関など」が含まれている。

（子育ての関わり度合いについての自己評価は、夫の方が妻より低い）

では、夫、妻はそれぞれ、自分自身の子育てへの関わり度合いについて、どのように考えているのだろうか。三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社が行った調査では、自分自身の子育てへの関わり度合いが「十分」又は「ある程度十分」と考えている割合は、母親においては85.9%、父親は63.2%となっている。父親においても自分自身の子育て参画に一定の評価をしているものの、母親と比べると、十分と自己評価している割合が少ない（図表1-3-58）。

図表1-3-58　子育てへの関わり度合いに関する自己評価



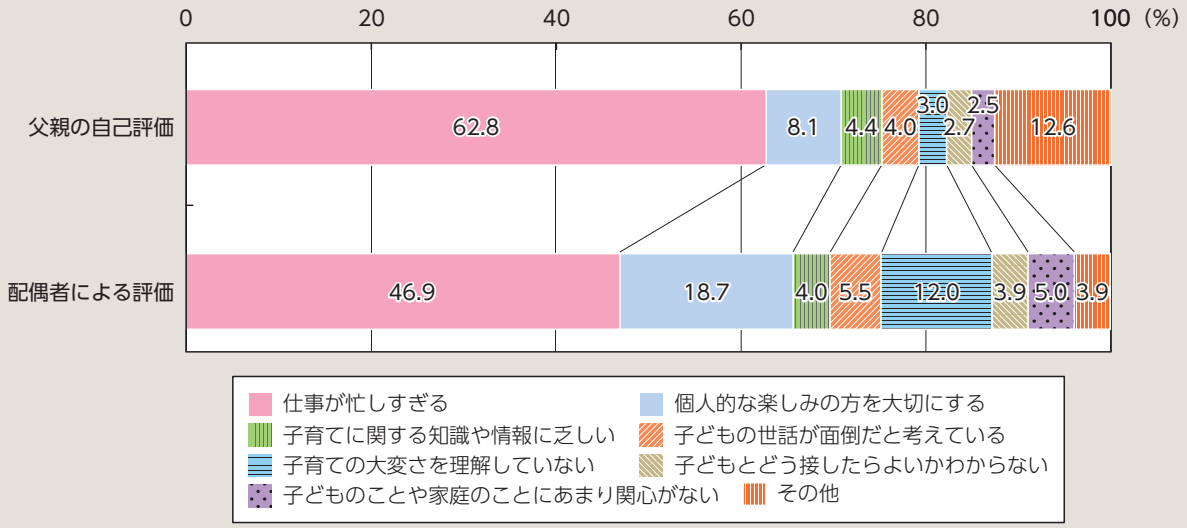
資料：三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社「子育て支援策等に関する調査（未就学児の父母調査）」（2014年）

（十分に子育てに関われていない夫は、仕事が忙しすぎるためと考えている）

また、子育てへの関わり度合いが「あまり十分ではない」又は「不十分である」と考えている父親自身にその理由を尋ねたところ、「仕事が忙しすぎる」と答えた人が6割を超えていた。多くの父親が、子どもの世話を主に妻に任せつつも、自分としてはある程度十分にこなしており、こなしていないとしてもそれは仕事が忙しいからだと考えている傾向がわかる。

もっとも、父親の子育てへの関わりが不十分であると考える母親に対してその原因を尋ねたところ、「仕事が忙しすぎる」と答えた人は46.9%であった。これ以外にも、母親は、父親の子育てへの関わりが十分でない原因を「個人的な楽しみの方を大切にする」（18.7%）又は「子育ての大変さを理解していない」（12.0%）と考えているのに対して、父親ではそのように考えている人は少なく（前者が8.1%、後者が3.0%）、夫婦間で評価の差が見られる（図表1-3-59）。

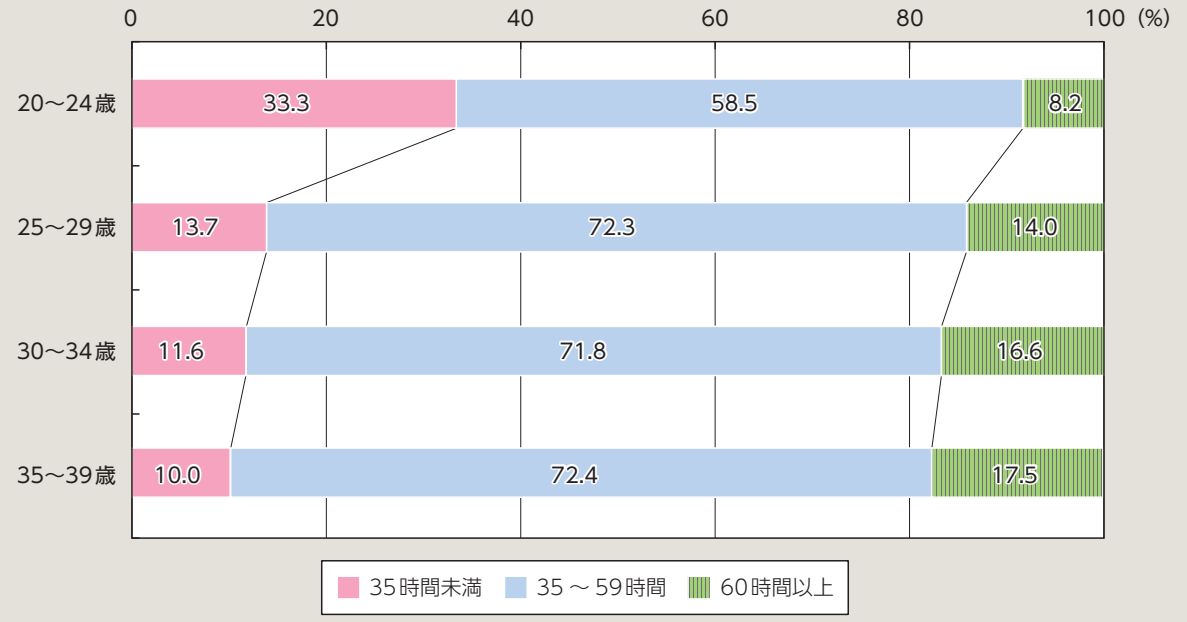
図表1-3-59 父親の子育てへの関わりが十分でない理由



資料：三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社「子育て支援策等に関する調査（未就学児の父母調査）」（2014年）

そこで、男性の労働時間の実情を改めて見てみると、実際、我が国の30代男性の約6人に1人は、週60時間以上就業している（**図表1-3-60**）。父親の育児参加を促進していくためには、その妨げとなっている長時間労働の実情を改善していくことが重要であり、「働き方の改革」も急務となっている。

図表1-3-60 男性就業者の1週間当たりの労働時間



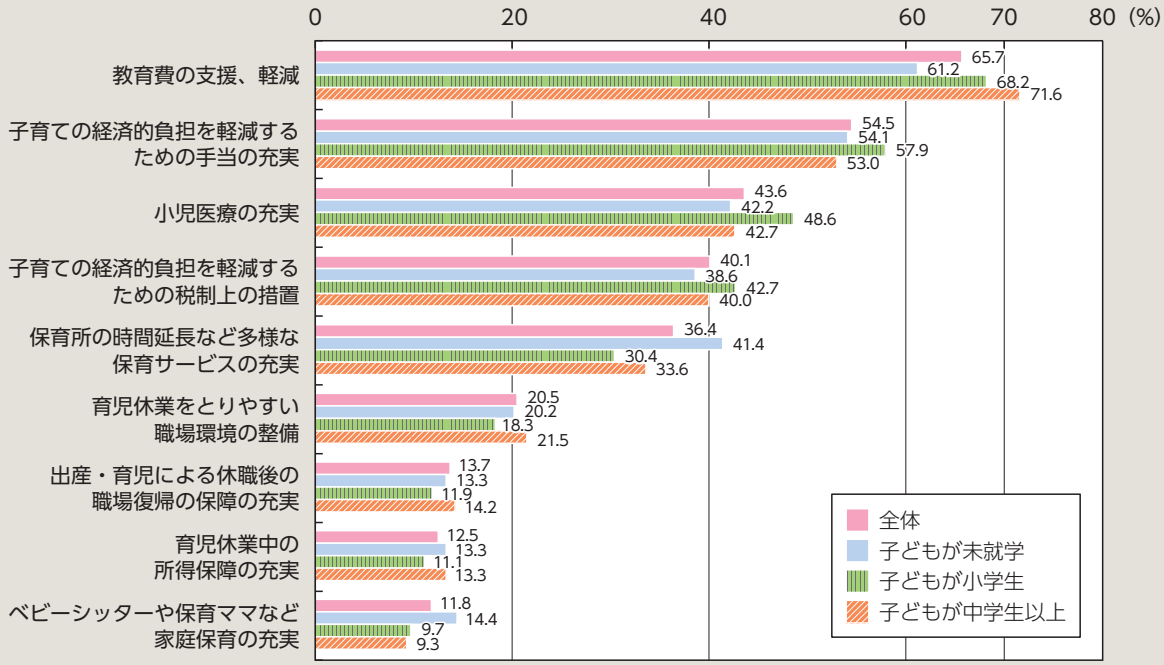
資料：総務省「労働力調査」（2014年）
（注）　農林業を除いた数字。割合は、各内訳の合計に占める割合

(3) 子育て支援で行政に望むこと

それでは、行政に望まれる支援は何だろうか。

2011（平成23）年に内閣府が18歳以下の子どもを持つ20代～40代の妻を対象に行った調査では、「教育費の支援、軽減」を望む人が65.7%と最も多く、次いで「子育ての経済的負担を軽減するための手当の充実」（54.5%）、「小児医療の充実」（43.6%）、「子育ての経済的負担を軽減するための税制上の措置」（40.1%）、「保育所の時間延長など多様な保育サービスの充実」（36.4%）となっていた（図表1-3-61）。

図表1-3-61　行政に望む子育て支援策（子どもの年齢別）



資料：内閣府「都市と地方における子育て環境に関する調査」（2011年）

(4) 若者世代が出産・子育てに前向きになれるために

（出産・子育てにより前向きになれるための重要な要素は「安定した雇用と収入」）

図表1-3-62は、若者世代が出産・子育てにより前向きになれて、安心して楽しく子育てできるために求められる「要素」について、行政の施策に限らず、社会の取組みや環境、意識、価値観なども含めて、それぞれどの程度必要又は大事と思うか尋ねた結果を示したものである。この質問は、子育て世代だけでなく、子育てを終えている世代も含め全世代に尋ねた。

これを見ると、「安定した雇用と収入」について「とても必要、大事」と答えた人が、72.4%と他の選択肢を大きく上回って多く、「ある程度必要、大事」という人も含めると、96.8%の人が必要な要素であると評価している。

その他の項目では、「安心して保育サービスが利用できること」「仕事と家庭の両立支援、長時間労働などの働き方の見直し」「配偶者が家事・育児への参画・分担に理解があり、積極的なこと」といった、仕事と家庭の両立に必要な要素が重視される傾向にあり、さらに「安心できる出産・小児医療の体制確保」も重視されている。

また、「周産期・小児医療費や保育料など経済的負担の軽減」や「教育費の軽減や奨学

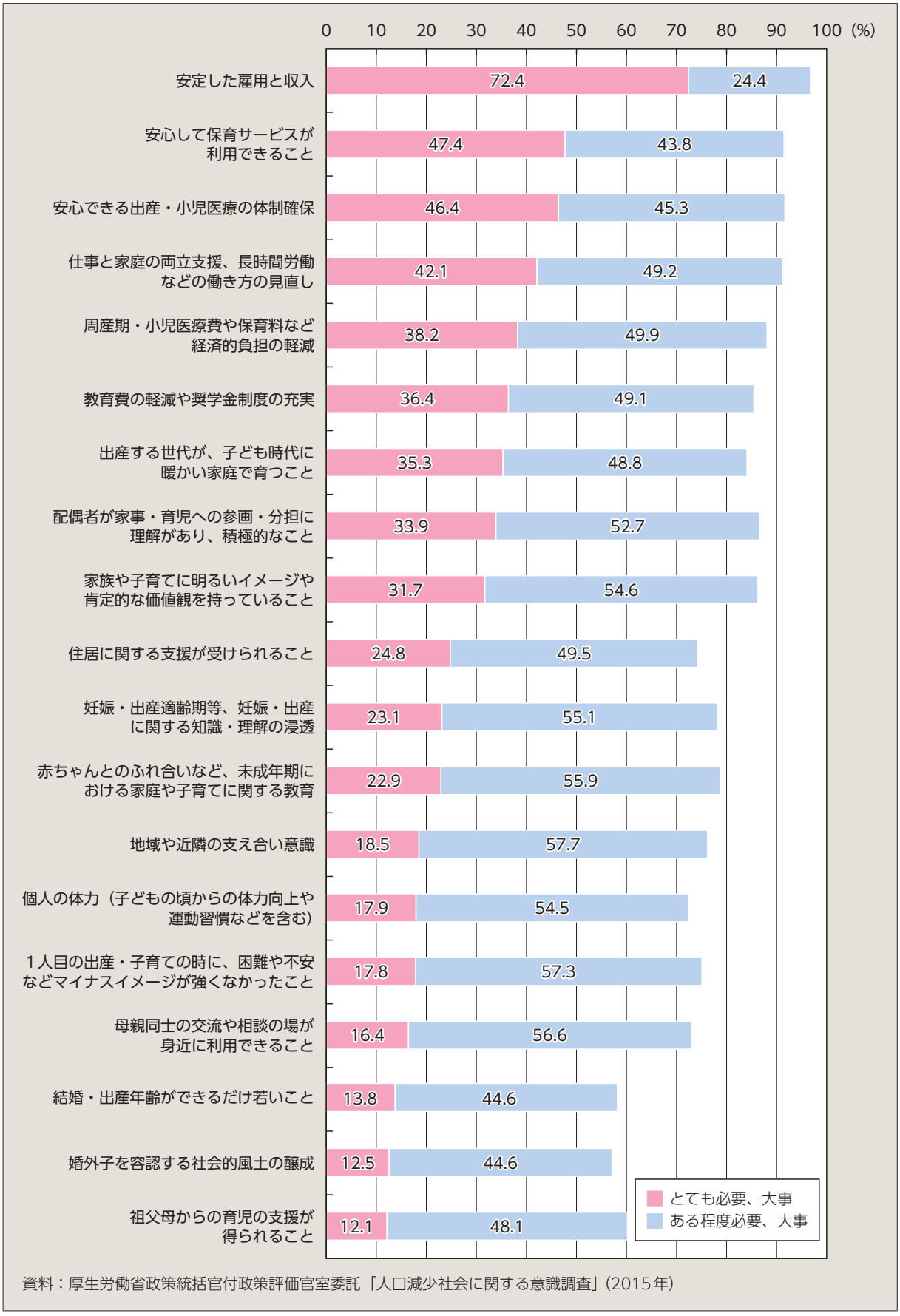
金制度の充実」などの経済的負担の軽減の取組みが重視されている。

さらに、これらに続いて「出産する世代が、子ども時代に暖かい家庭で育つこと」「家族や子育てに明るいイメージや肯定的な価値観を持っていること」といった項目も重視されており、次代の出産・子育てを担っていく若者が家庭や家族に関して明るく前向きな価値観を培っていることも、大事な要素として認識されていることがうかがえる。このため、家族の役割や支え合い機能に改めて着目していくことも重要であり、さらには、子どもが成長してさらに次の世代の育成を担っていけるようにするため、育児の孤立化や児童虐待などを防ぎ、暖かい子育て環境を確保して子どもの育ちを支えていくことが重要となる。

家族やその形態、役割に関する意識や現状については、次で、さらに見ていく。

なお、**図表1-3-62**は、全ての世代の回答結果を示したものであるが、子育て期の世代にあたる20代～40代における回答も、同様の傾向にあった。

図表1-3-62　若者世代が出産・子育てにより前向きになれるために必要なこと



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

4 家族をめぐる状況と意識

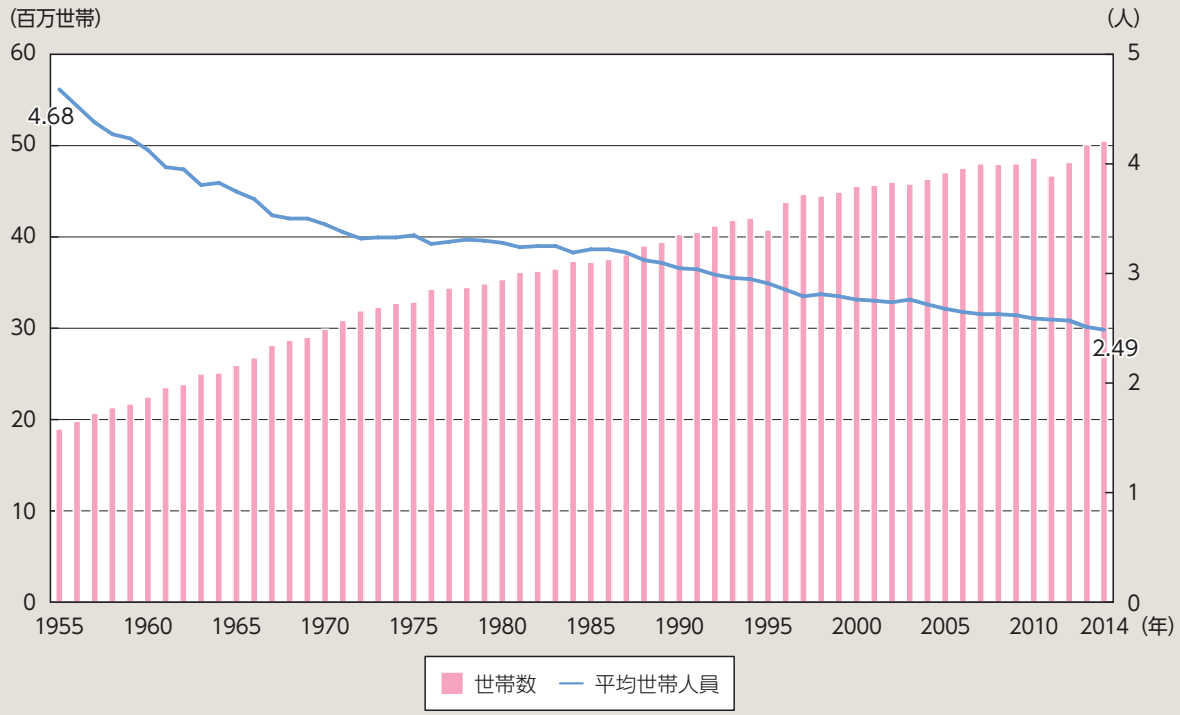
これまで見てきた中で、子育て家庭において経済的負担をはじめとする様々な負担感があり、その軽減が求められていることや、実際の育児や家事は母親がその多くを担っていることなどがわかった。また、出産や子育てにより前向きになれるために、子育て世代の安定した雇用と収入がとりわけ重視されていることについても見てきた。ここでは、子どもが育つ基本単位である「家族」について、その世帯形態などの現状や意識、仕事と家庭の両立の状況や、子育て世代とその親世代との関係の現状と意識などについて見ていく。

(1) 平均世帯人員の減少と共働きの増加

(我が国の平均世帯人員は減少を続けており、子どものいない世帯が増えている)

我が国の平均世帯人員は、1955(昭和30)年には4.68人だったが、年々小規模化し、2014(平成26)年現在では2.49人となっている(図表1-3-63)。

図表1-3-63 我が国の世帯数と平均世帯人員の推移

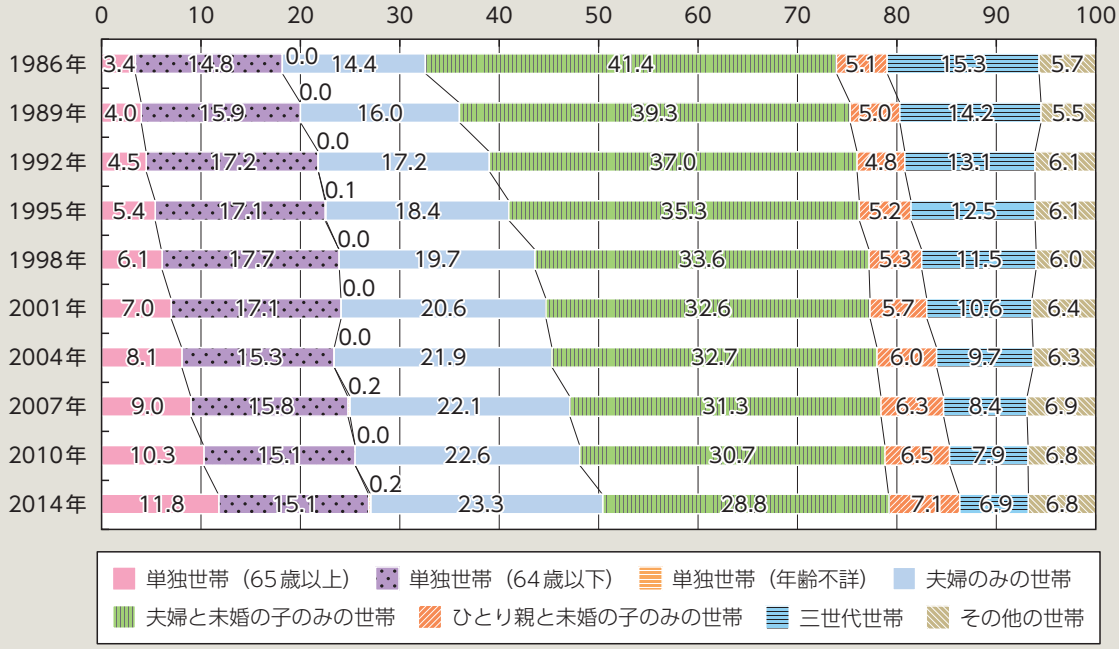


資料:厚生労働省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」(2014年)
(注) 1995年の数値は兵庫県を、2011年の数値は岩手県、宮城県及び福島県を、2012年の数値は福島県を除いたものである。

世帯構造も変化し、単独世帯や夫婦のみの世帯の割合が増えている(図表1-3-64)。また、児童*18のいる世帯は、1989(平成元)年には4割を超えていたものの、2014年には2割強となっており、子どもがいない世帯が増えつつある(図表1-3-65)。

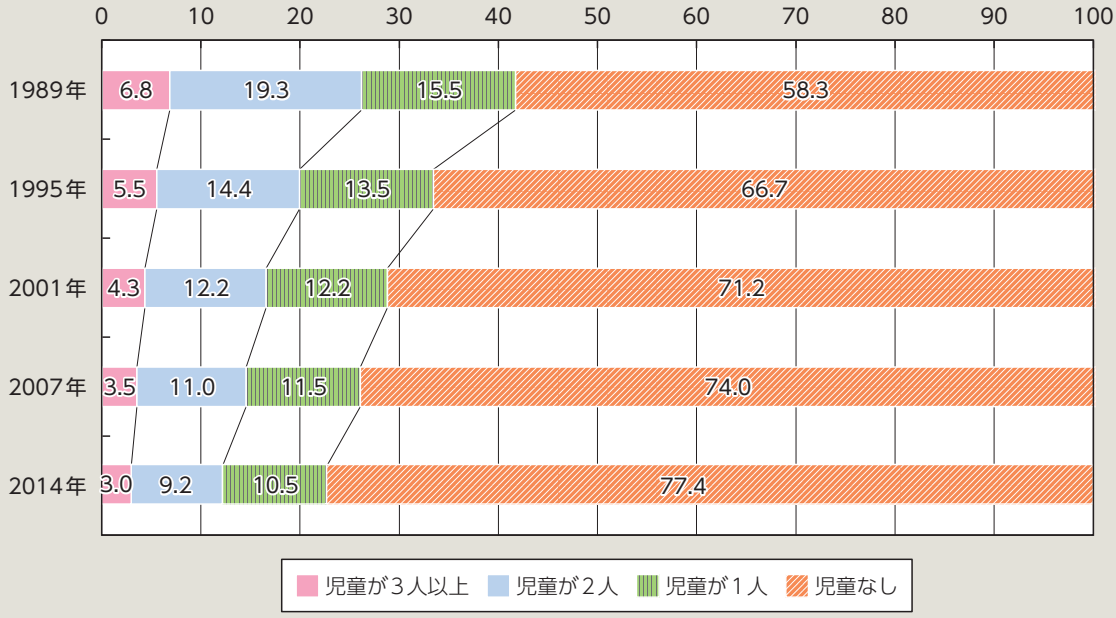
*18 18歳未満の未婚の者をいう。

図表1-3-64　世帯構造の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」(2014年)
(注)　1995年の数値は、兵庫県を除いたものである。

図表1-3-65　児童のいる世帯の推移

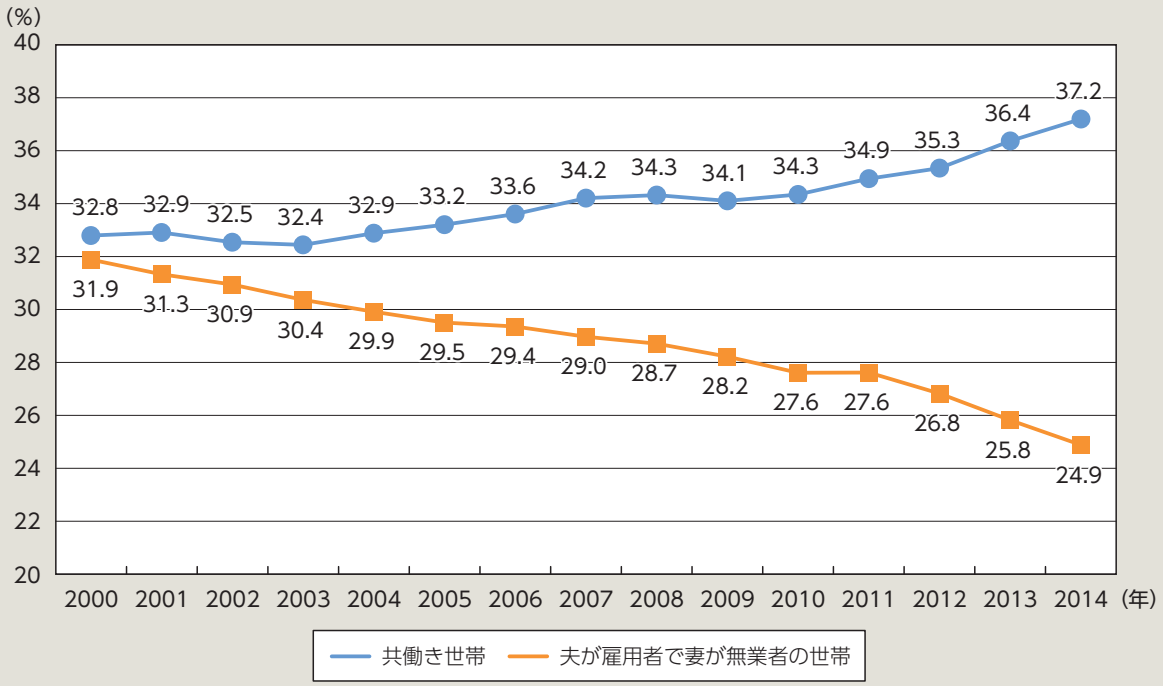


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」(2014年)
(注)　1995年の数値は、兵庫県を除いたものである。
　　児童とは、18歳未満の未婚の者をいう。

（共働き世帯の割合は増加）

近年では夫婦が共働きの世帯の割合も増加する一方で、専業主婦世帯の割合は低下していて、2014年における共働き世帯と夫が雇用者で妻が無業者の世帯の比率は、概ね6：4となっている（図表1-3-66）。

図表1-3-66 「夫婦のいる世帯」に占める共働き世帯と夫が雇用者で妻が無業者の世帯の割合



資料：総務省「労働力調査（基本集計）」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注） 2011年の数値は、岩手県、宮城県及び福島県を除いたものである。
「共働き世帯」は夫・妻ともに「非農林業」かつ「雇用者」の世帯、「夫が雇用者で妻が無業者の世帯」は夫が「非農林業」かつ「雇用者」で妻が「非労働力人口」又は「完全失業者」の世帯

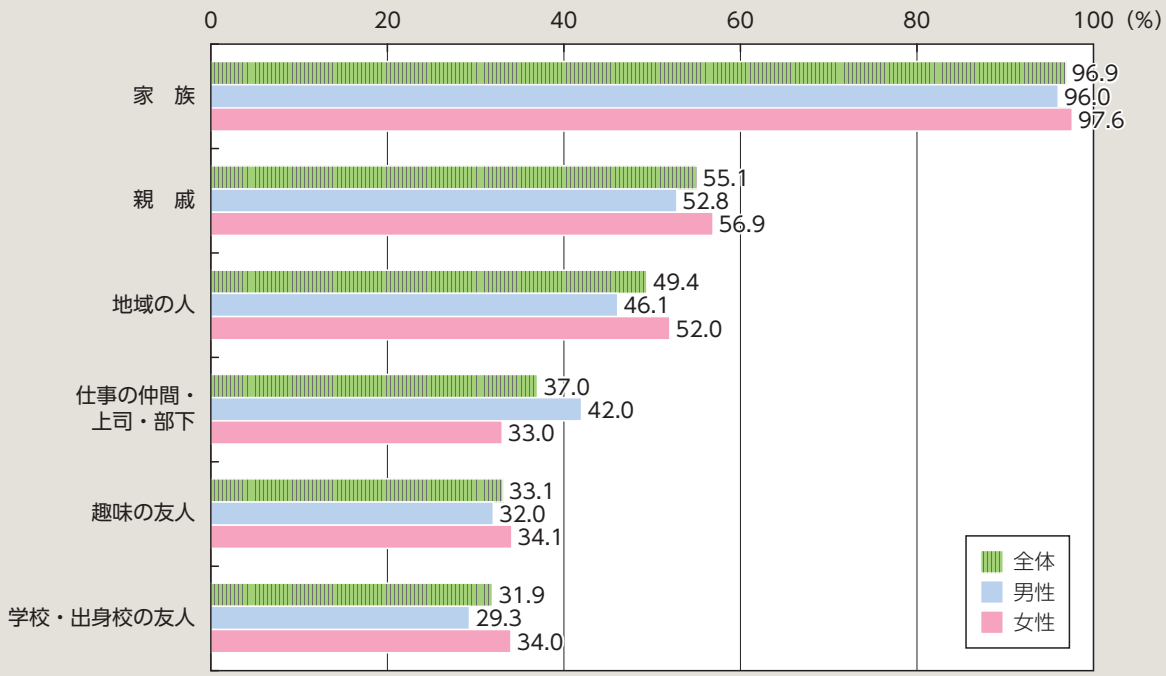
(2) 家族が果たす役割

(家族の形が変わる中でも、ほとんどの人が家族のつながりを大切に感じている)

このように、家族の構成人員の減少、三世代世帯の減少や共働き世帯の増加など家族の形態が変化してきている中において、日本人は家族にどのような役割を期待しているのだろうか。

内閣府が2013（平成25）年に行った調査で、「あなたにとって大切と思う人間関係やつながりは何か」を尋ねたところ、「家族」と答えた人が96.9%と、他の選択肢を大きく上回った（図表1-3-67）。家族の形が変わりつつある現代においても、依然として家族が人間関係の根本にあるものだと認識されていることがわかる。

図表1-3-67　大切と思う人間関係やつながり



資料：内閣府「家族と地域における子育てに関する意識調査」（2013年）

(家族の最も重要な役割は、生活面で助け合うことだと考える人が多い)

また、家族の役割として重要だと思うことについては、「生活面でお互いに協力して助け合う」と答えた人が51.0%で最も多かった。性別でみると、男性は女性に比べ「経済的に支え合う」と答えた人が41.4%（女性で27.9%）、「家を存続させる」と答えた人が18.1%（女性で9.8%）と多かった一方で、女性は男性に比べ「喜びや苦労を分かち合う」と答えた人が39.0%（男性で26.6%）と多かった（図表1-3-68）。男性の方がより社会的な面での役割を、女性の方がより精神的な面での役割を重視する傾向にあることがうかがえる。

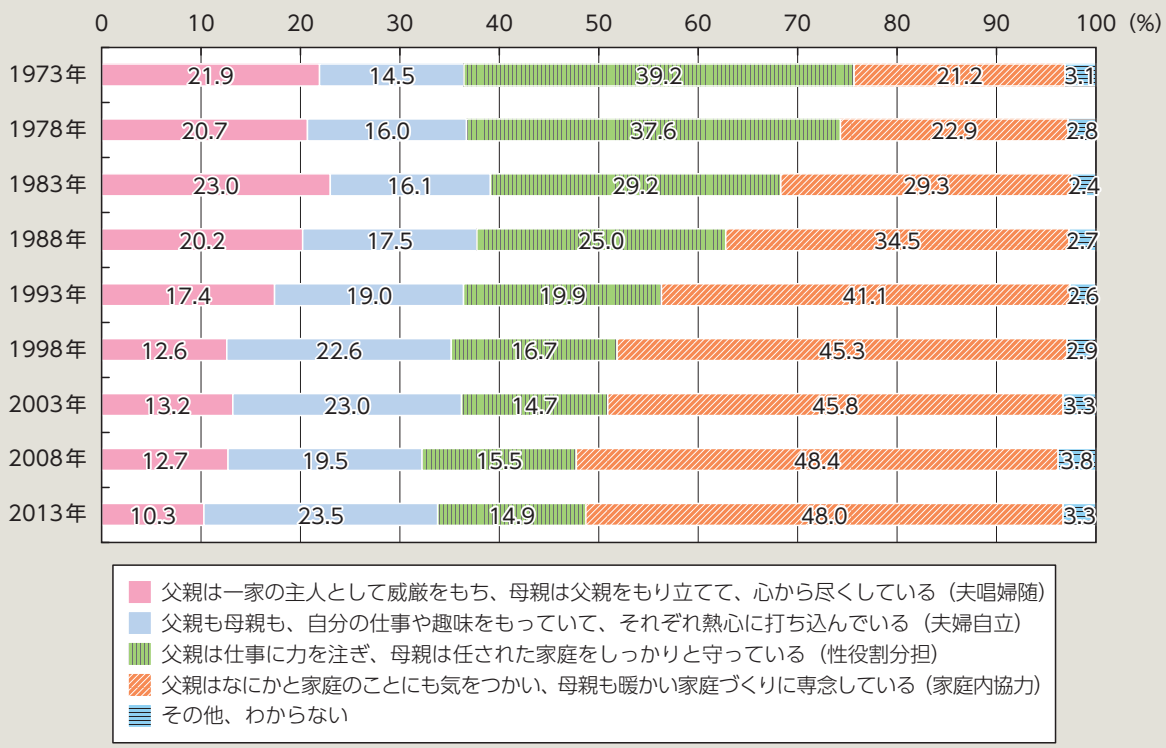
図表1-3-68 家族の役割として重要なこと

資料：内閣府「家族と地域における子育てに関する意識調査」(2013年)

そして、理想の夫婦関係についての意識の推移をみたのが、**図表1-3-69**である。これによると、1973（昭和48）年には「父親は仕事に力を注ぎ、母親は任された家庭をしっかりと守る」という「性役割分担」型が理想と答えた人が39.2%と最も多く、「父親は一家の主人として威厳をもち、母親は父親をもり立てて、心から尽くしている」という「夫唱婦随」型が理想と答えた人が21.9%でこれに続いていた。

しかし、2013年の調査では、「父親はなにかと家庭のことにも気をつかい、母親も暖かい家庭づくりに専念している」という「家庭内協力」型が48.0%と最も多くなっている。次いで多いのが「父親も母親も、自分の仕事や趣味をもっていて、それぞれ熱心に打ち込んでいる」という「夫婦自立」型で、1980～90年代にかけて増えてきている一方で、それ以降はそれほど変化が見られていない。これに併せて「性役割分担」型も1970年代の状況からすると減ってきているが、1990年代以降はそれほど変化は見られない。

図表1-3-69　理想の夫婦関係についての意識の推移



資料：NHK放送文化研究所「第9回『日本人の意識』調査」(2013年)

(3) 妻が働くことに関する意識

(女性の就業と社会での活躍が進む中でも、性別役割分担意識は依然としてある程度支持されている)

我が国では、農業や自営業世帯が主流を占めていた1950年代前半ごろまでは、家庭が生産活動の主たる場であり、妻も夫も共に働くことが一般的であった。しかしその後、高度経済成長期を通じた第2次・第3次産業への産業構造の転換に伴って、急速にサラリーマン化が進んだ。このため職住分離が進み、妻や子どもの労働力としての役割は薄れ、専業主婦世帯が増加してゆく中で「夫は外で仕事、妻は家庭で家事・育児を担う」という役割分業が確立していったとされる。

その後、1986（昭和61）年の男女雇用機会均等法の施行もあり、女性の就業が増加していき、特に2000年代では、**図表1-3-66**でもみたように、共働き世帯が専業主婦世帯を上回る流れが今日まで拡大してきている。

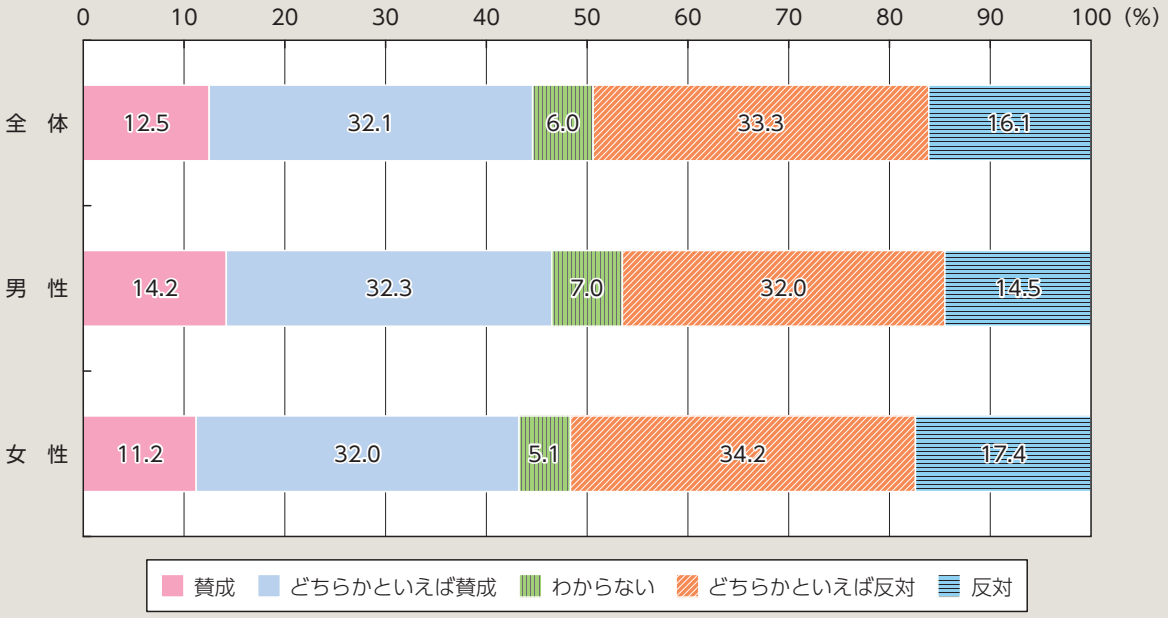
このように女性の就業と社会での活躍が進んできた中、性別役割分担意識の変化については、どのように考えたらよいであろうか。**図表1-3-69**にもあるように、それを理想の夫婦関係という形で意識する人は少なくなってきているが、この分担意識の変化について、もう少し詳しく見てみる。

図表1-3-70は、「夫は外で働き、妻は家庭を守るべきである」との性別役割分担意識の賛否を示している。これを見ると、分担意識に「賛成」「どちらかといえば賛成」とする人の割合は44.6%である一方で「反対」「どちらかといえば反対」とする人の割合は49.4%と、賛否は拮抗しており（**図表1-3-70**）、今日のように女性の就業が従前に比して大きく進んできている中においても、仕事と家庭についての性別役割分担意識が依然と

してある程度支持されている状況にあることがうかがえる。

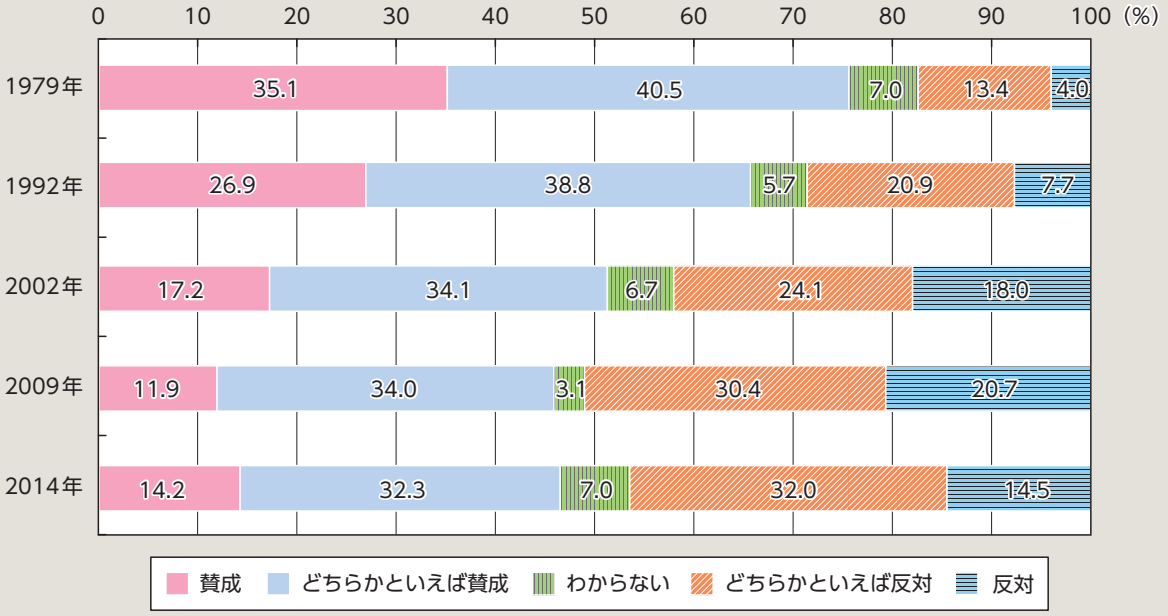
ただし、性別役割分担意識に「賛成」「どちらかといえば賛成」とする人の割合は、男女ともに低下傾向にある（**図表1-3-71**及び**図表1-3-72**）。

図表1-3-70 「夫は外で働き妻は家庭を守るべきである」という考え方について



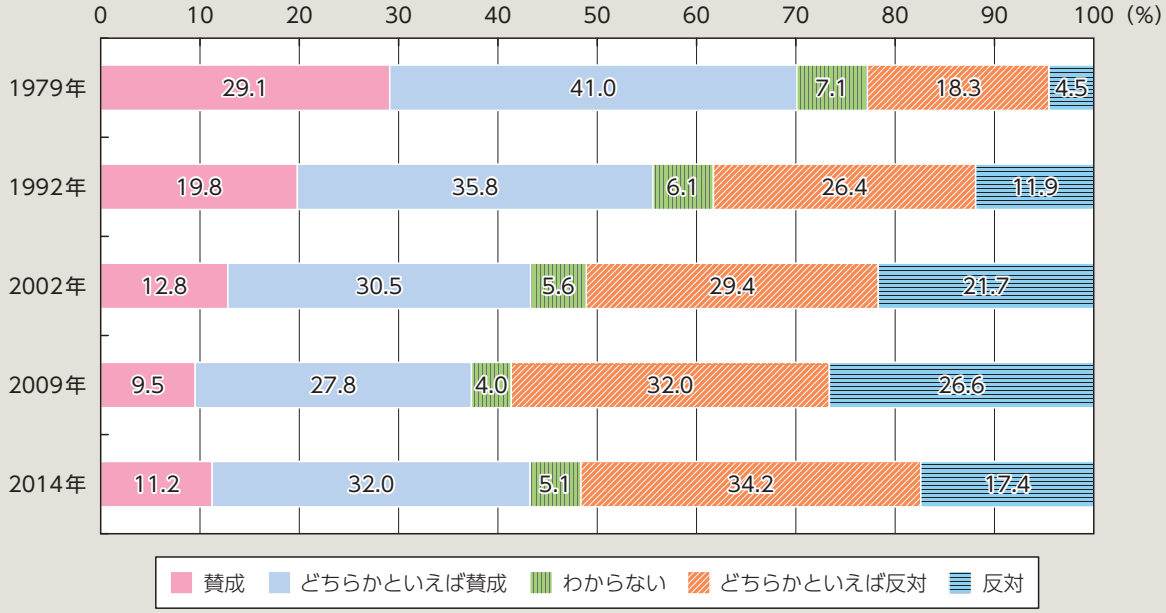
資料：内閣府「女性の活躍推進に関する世論調査」（2014年）

図表1-3-71 「夫は外で働き妻は家庭を守るべきである」という考え方についての賛成／反対の割合の推移（男性）



資料：内閣府「男女共同参画社会に関する世論調査」（2009年以前）、「女性の活躍推進に関する世論調査」（2014年）

図表1-3-72 「夫は外で働き妻は家庭を守るべきである」という考え方についての賛成／反対の割合の推移（女性）



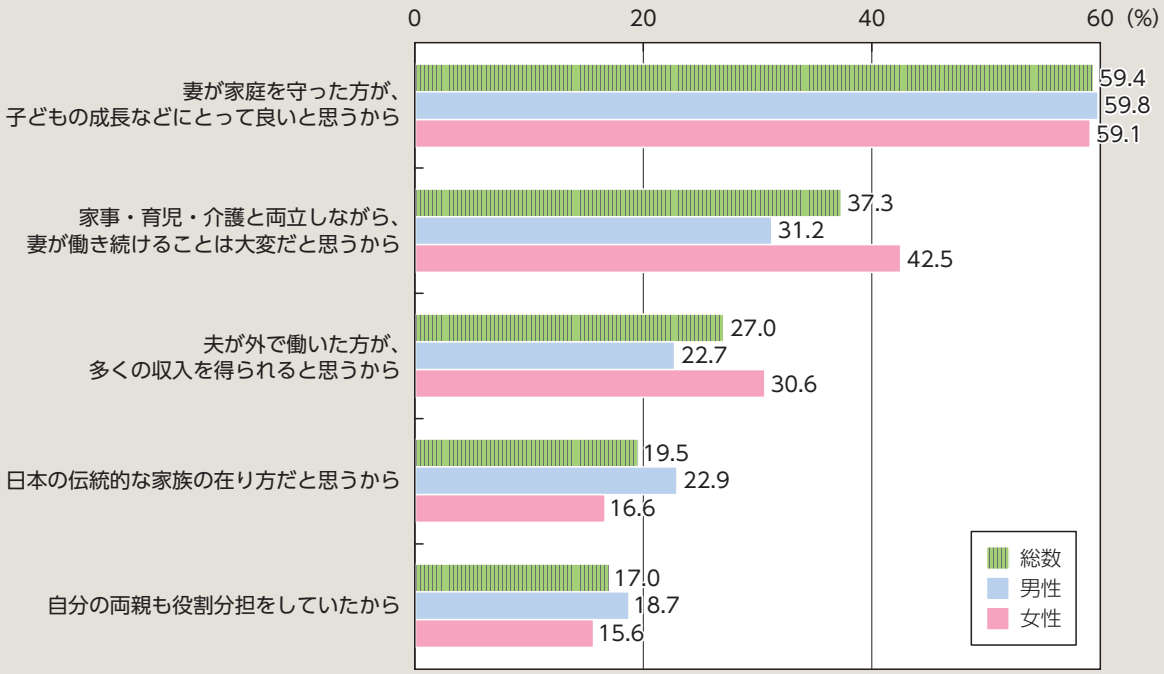
資料：内閣府「男女共同参画社会に関する世論調査」（2009年以前）、「女性の活躍推進に関する世論調査」（2014年）

（性別役割分担意識への賛成理由と反対理由）

では、このような分担意識に賛成、反対するそれぞれの理由はどのようなものか。まず、分担意識に賛成の理由としては「妻が家庭を守った方が、子どもの成長などにとって良いと思うから」と考える人が59.4%と最も多い。次いで「家事・育児・介護と両立しながら、妻が働き続けることは大変だと思うから」が37.3%となっており、特に女性においてこの理由を挙げる人が42.5%と、男性（31.2%）よりも高くなっている（**図表1-3-73**）。分担意識に賛成する女性の割合がかなりの比率に上っているのには、このような仕事と家庭の両立の難しさが依然として背景にあることがうかがえる。また、男性の場合、従来的な価値観もあるものの、長時間労働で育児に十分参画できず、妻の仕事と家庭の両立を十分後押しできない事情もあり、分担意識から脱却しきれていない側面もあるように思われる。

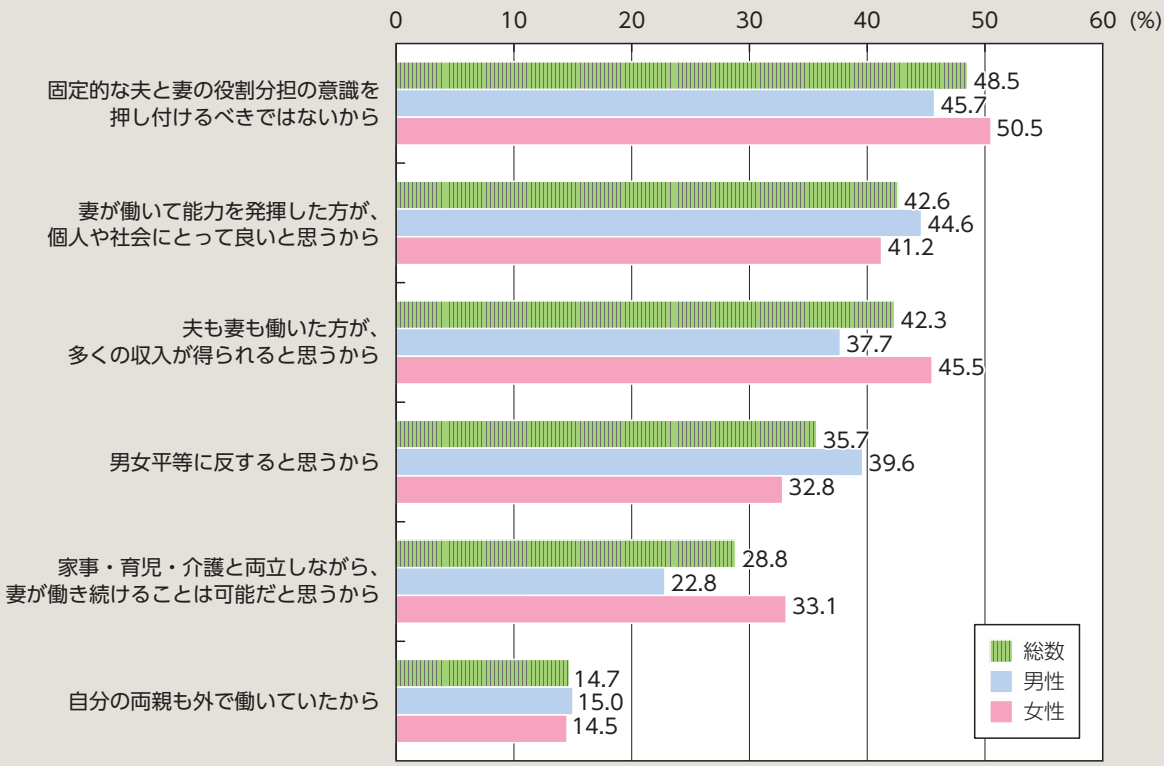
一方で分担意識に反対の理由としては「固定的な夫と妻の役割分担の意識を押し付けるべきではないから」（48.5%）、「妻が働いて能力を発揮した方が、個人や社会にとっても良いと思うから」（42.6%）、「夫も妻も働いた方が、多くの収入を得られると思うから」（42.3%）の順となっている（**図表1-3-74**）。

図表1-3-73 「夫は外で働き妻は家庭を守るべきである」という考え方に賛成する理由



資料：内閣府「女性の活躍推進に関する世論調査」(2014年)

図表1-3-74 「夫は外で働き妻は家庭を守るべきである」という考え方に反対する理由



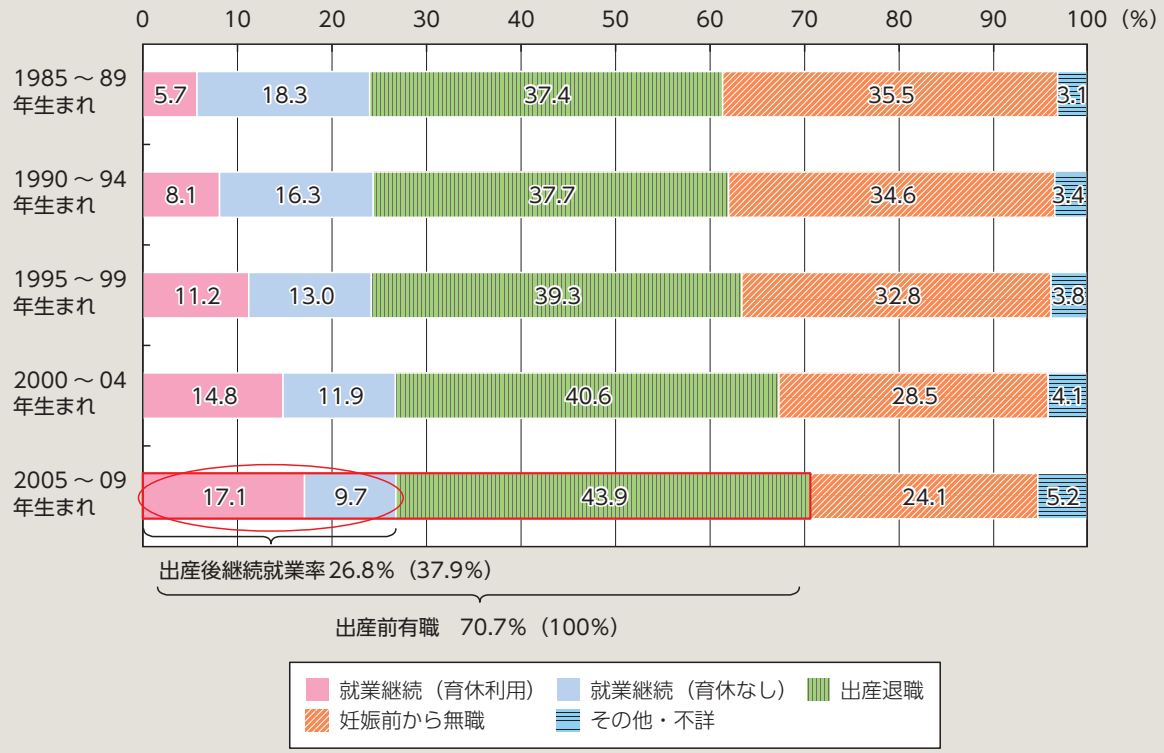
資料：内閣府「女性の活躍推進に関する世論調査」(2014年)

(4) 女性の就業継続の状況

(第１子出産前後で退職する女性は約６割に上る)

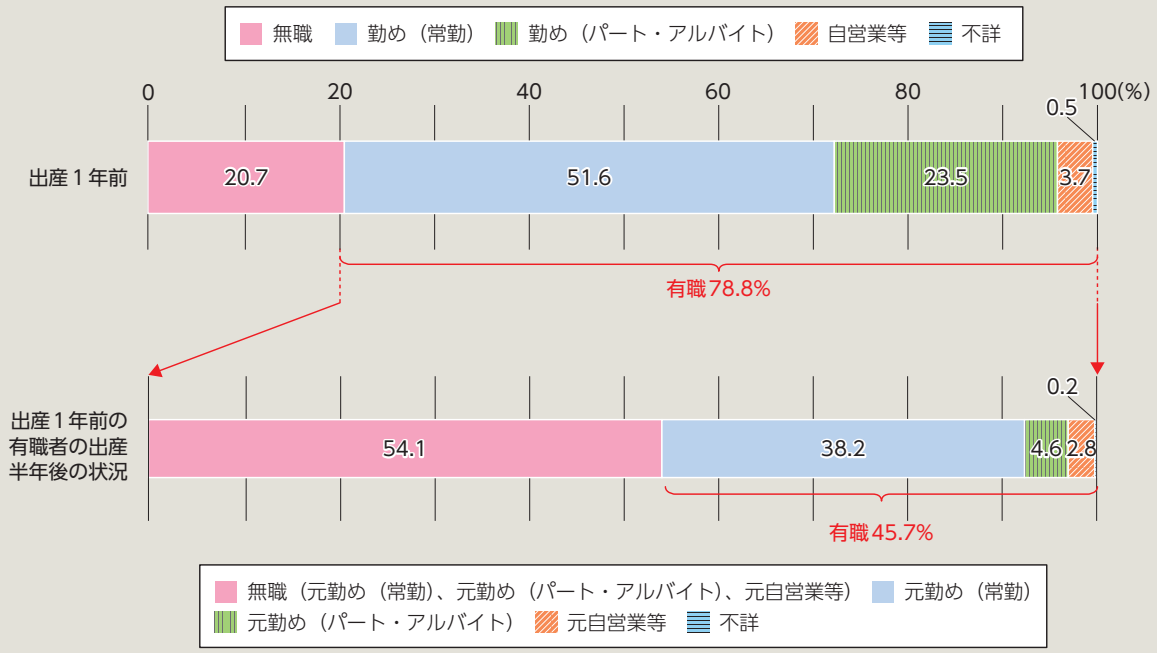
女性が仕事と家庭を両立していく上で、就業を継続できるかどうかが極めて重要であるが、出産前に就業していた既婚女性が、第１子出産前後で継続して就業できている割合は、2005年から2009年に第１子を出生した女性でみると約38%にとどまっており、約６割の女性が出産・育児により退職している（図表1-3-75）。また、出産１年前の就業状況別にみた出産半年後の就業状況を見ると、就業継続できている人のうちの多くは元常勤の人であり、非常勤の人の就業継続は難しい状況にあることがうかがえる（図表1-3-76）。

図表1-3-75　第１子の出生年別、第１子出産前後の妻の就業変化



資料：国立社会保障・人口問題研究所「第14回出生動向基本調査（夫婦調査）」(2010年)
(注)　第12回調査（2000年）～第14回調査（2010年）において、第１子が１歳以上15歳未満の初婚同士の夫婦に尋ねた。各年の値は、各調査回における該当する人の回答を合わせて集計したもの。

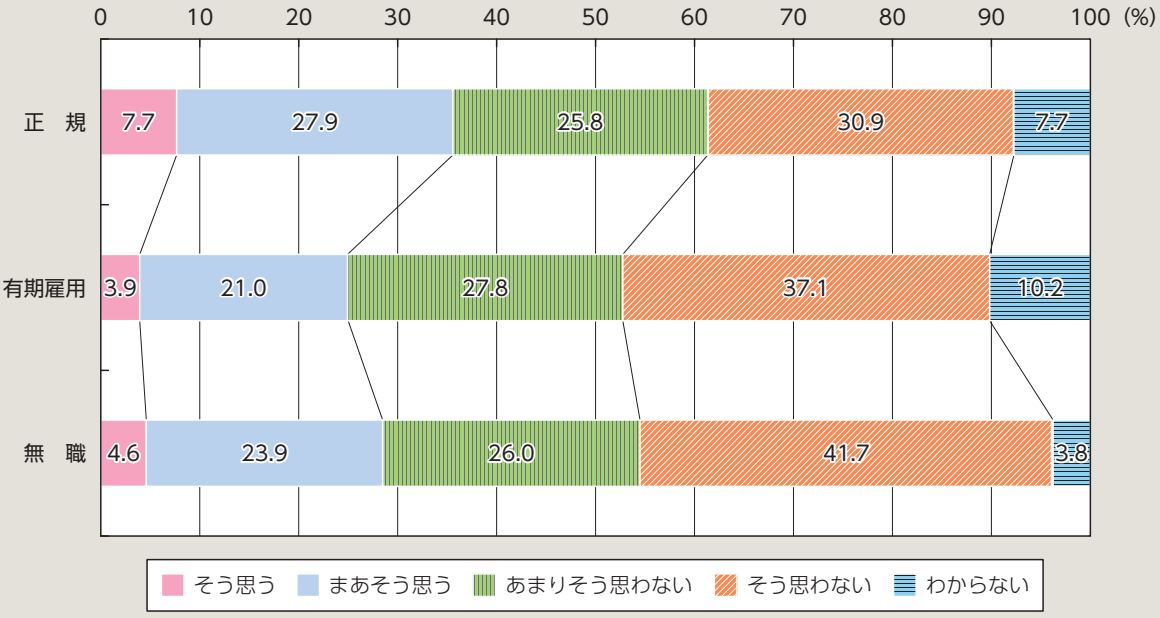
図表1-3-76 第１子出産前後の女性の就業状況の変化



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「第１回21世紀出生児縦断調査（平成22年出生児）結果」（2012年）
（注）　特定年（2010年）の一定時期に出生した子の母の就業状況（育児休業中等の休業を含む。）を見たものであり、出産後の継続就業率についての図表1-3-75（出生動向基本調査）の結果（複数年平均）との比較については留意を要する。

女性が結婚・出産後も正規雇用として仕事を続けるためには、女性自身の職場環境のみならず、配偶者の職場の両立環境も良好であることが重要だが、夫の職場の両立環境について、妻の就業形態別にみたところ、妻が正規雇用の場合、有期雇用、無職の場合に比べ、夫の職場の両立環境についても肯定的に評価する傾向にあった（**図表1-3-77**）。

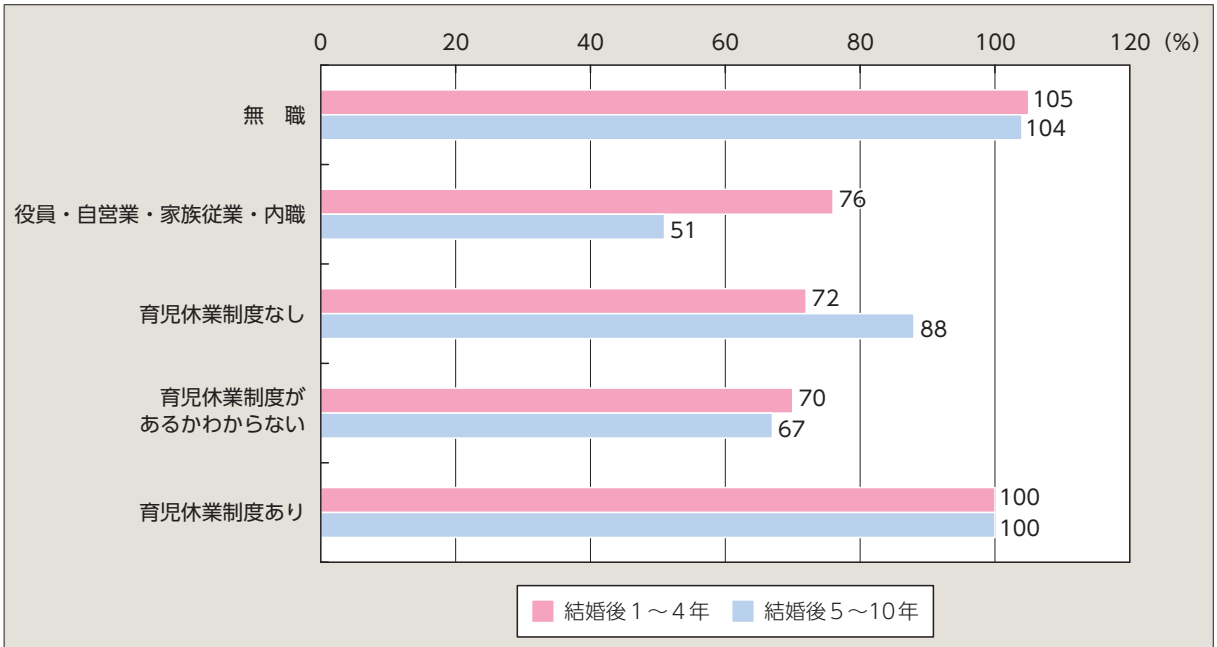
図表1-3-77 夫の職場の両立環境についての妻の評価（妻の就業形態別）



資料：内閣府「少子化と夫婦の就労状況・生活環境に関する意識調査」（2013年）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
対象：25歳以上40歳未満の既婚女性（事実婚を含む。子どもがいる人については、末子年齢が６歳未満まで）
（注）　「子どもが急に病気になったとき、配偶者の職場は、子育てと仕事が両立しやすい環境が整っていると思うか」という質問に対する回答。

既婚女性の職場における育児休業制度の整備状況と第１子出生確率についてみると、「育児休業制度なし」又は「育児休業制度があるかわからない」と答えた人の方が、「育児休業制度あり」と答えた人よりも第１子出生確率が低くなっており（図表1-3-78）、就業する女性にとって、子どもを生み育てる希望を実現するためには、育児休業を取得しやすい環境と、それによる仕事と子育ての両立の実現が重要であることが、改めてうかがえる。

図表1-3-78　妻の職場での育児休業制度と第１子出生

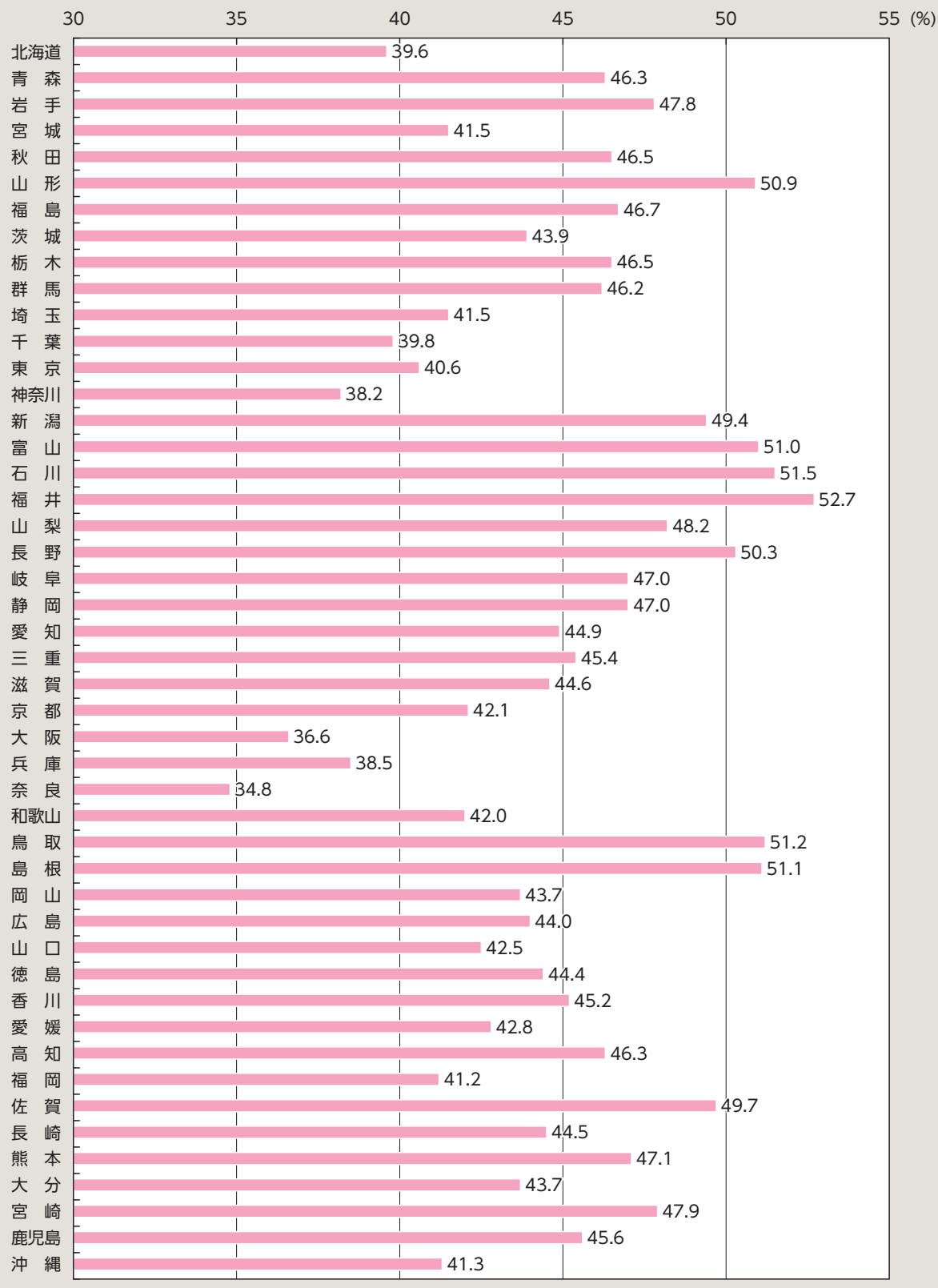


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「21世紀出生児縦断調査及び21世紀成年者縦断調査特別報告書」（2013年）
（注）「育児休業制度あり」を100とした場合の第１子出生確率

（地方の方が夫婦共働きの人の割合が高い）

また、「夫」「妻」ともに就業者の人の割合を都道府県別に見てみると、東京や大阪などの都市部とその近県でその割合が低く、地方の方が比較的高い傾向にあった（図表1-3-79）。地方の方が、地元で親が近くにいる人にとって親からの支援を受けやすいこと（都道府県別の三世代世帯の割合について図表1-3-89参照）や、首都圏や都市部と比べて保育の受け皿が充足していること、通勤がしやすいことなど、全体としてより仕事と家庭の両立がしやすい環境にあることが考えられる。

図表1-3-79 都道府県別の共働きの人の割合



資料：総務省「平成22年国勢調査一産業等基本集計」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（注） 本表にいう「共働きの人の割合」とは、夫婦のうち「夫の労働力状態」「妻の労働力状態」がともに「就業者」となっている夫婦の割合である。

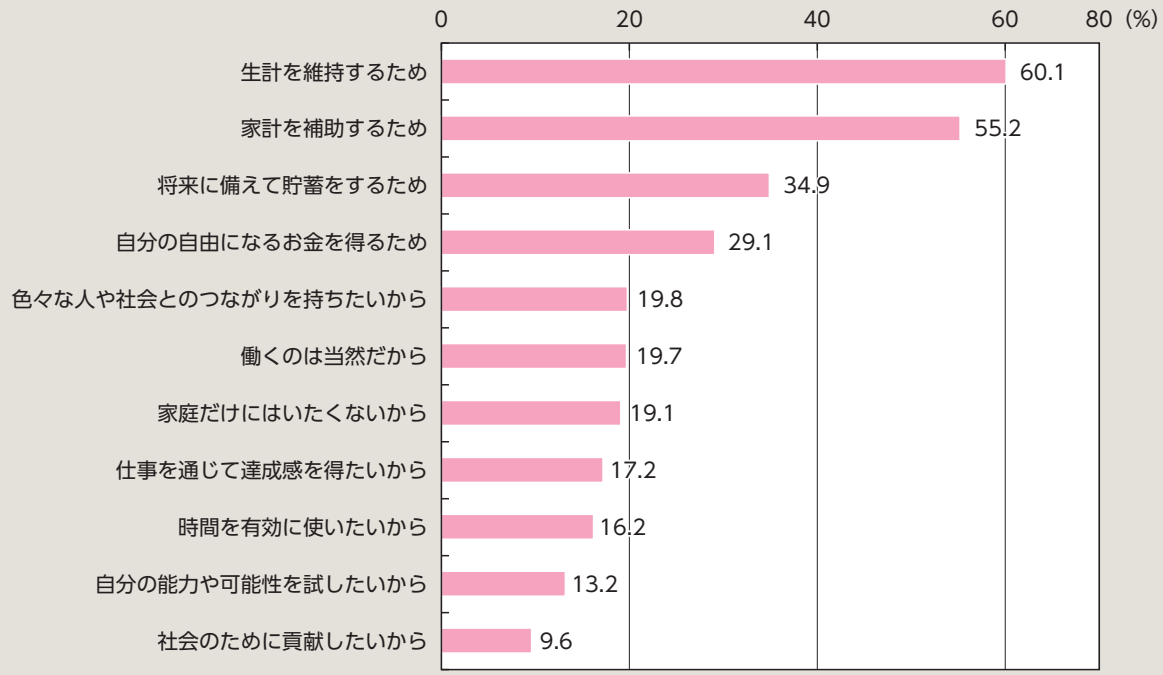
$$\frac{\text{夫の労働力状態が就業者かつ妻の労働力状態が就業者である夫婦数}}{\text{総数（夫婦数）}}$$

(5) 働く女性の意識

(既婚女性の就労する理由は「生計の維持」が最多)

では、働いている女性は、就労する意義や理由について、どのように考えているのだろうか。現在就労している既婚女性にその理由を尋ねたところ、「生計を維持するため」と答えた人が60.1%と最も多く、次いで「家計を補助するため」が55.2%であった。一方、「仕事を通じて達成感を得たいから」と答えた人（17.2%）や「自分の能力や可能性を試したいから」と答えた人（13.2%）はあまり多くなかった（図表1-3-80）。自己実現や社会貢献よりも、経済的な理由から働いている人が多いことがわかる。

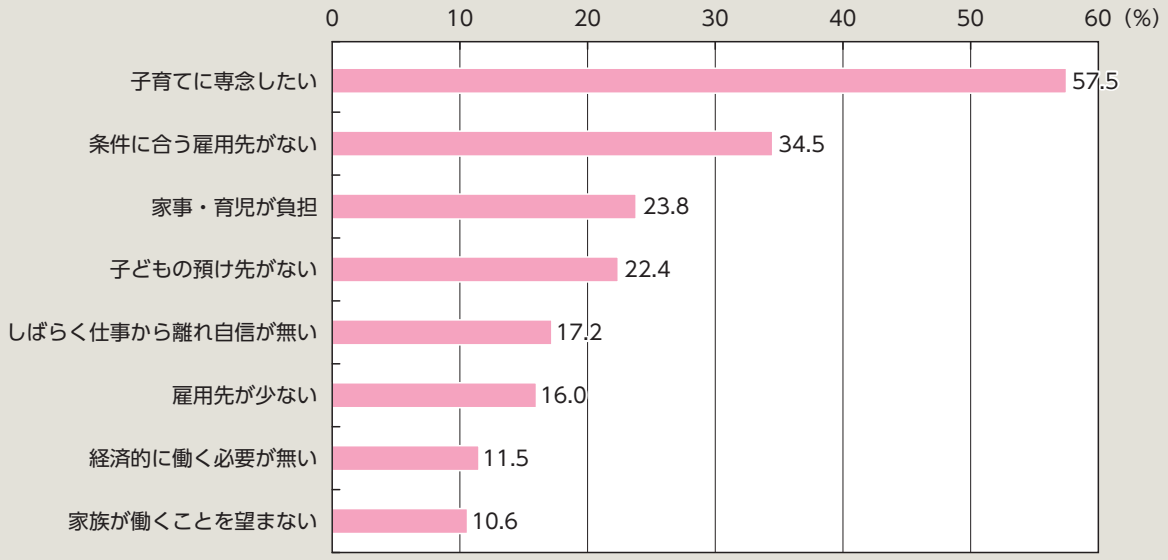
図表1-3-80　現在就労している既婚女性の働く理由



資料：内閣府「都市と地方における子育て環境に関する調査」(2011年)

また、これとは反対に、現在就労していない既婚女性にその理由を尋ねたところ、「子育てに専念したい」と答えた人が57.5%と多かった（図表1-3-81）。

図表1-3-81 現在就労していない既婚女性の就労していない理由



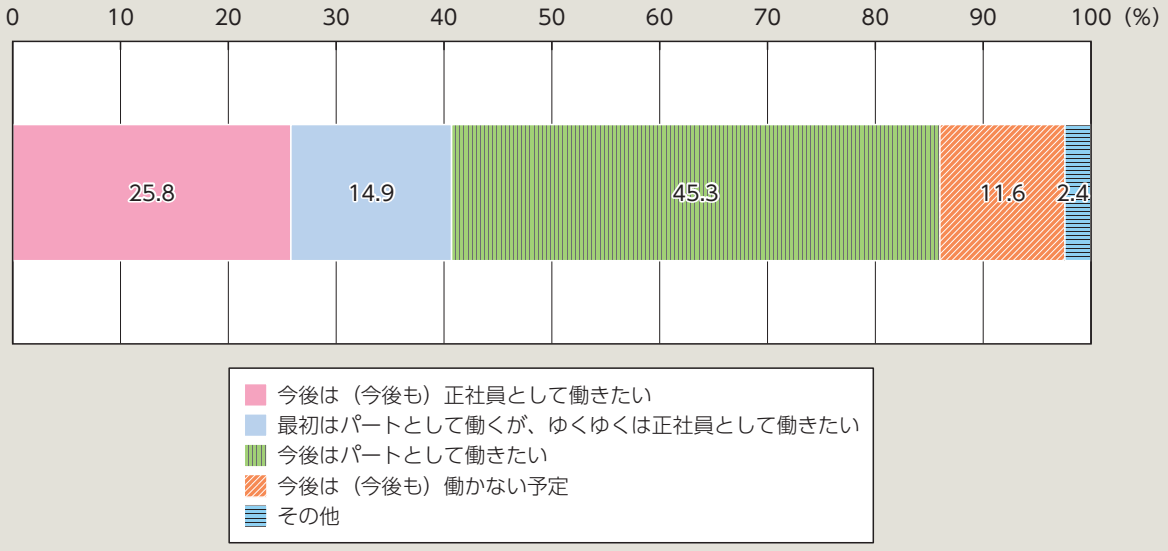
資料：内閣府「都市と地方における子育て環境に関する調査」（2011年）

（現在就労していない既婚女性でも、今後の就労を希望する人が多い）

現在就労していない既婚女性に、今後の就労意向を尋ねたところ、「今後は（今後も）働かない予定」とした人は1割程度で、多くの女性が就労を希望していた（**図表1-3-82**）。

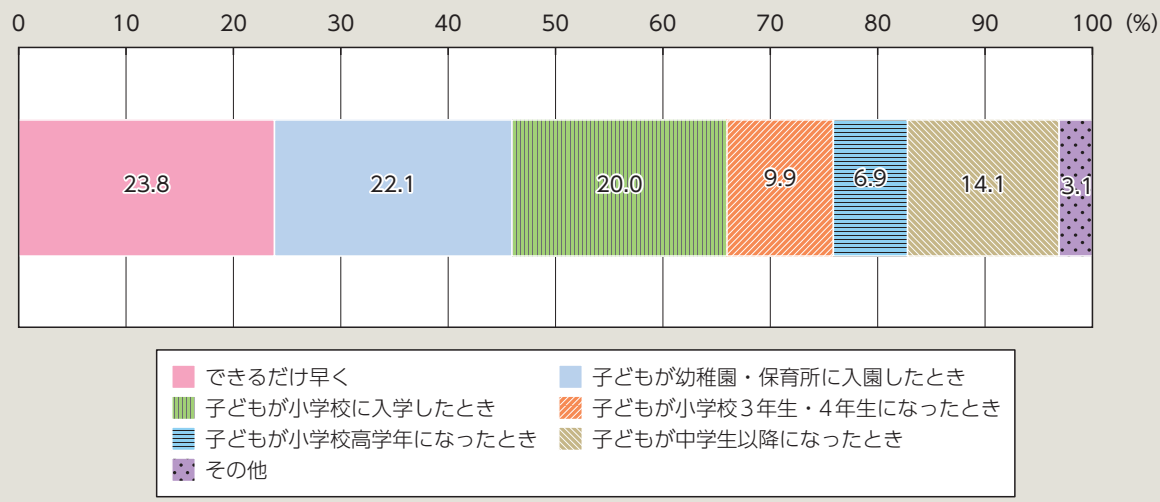
また、就労を希望する時期については、「できるだけ早く」「子どもが幼稚園・保育所に入園したとき」「子どもが小学校に入学したとき」がそれぞれ2割程度ずつだった（**図表1-3-83**）。子育てのために一旦離職した場合でも、子どもの成長を契機に再就職を望む人が多いことがわかる。

図表1-3-82 現在就労していない既婚女性の今後の就労に関する意向



資料：内閣府「都市と地方における子育て環境に関する調査」（2011年）

図表1-3-83　現在就労していない既婚女性が今後就労を希望する時期



資料：内閣府「都市と地方における子育て環境に関する調査」(2011年)

(6) 親世代と子世代

1 親世代との関係

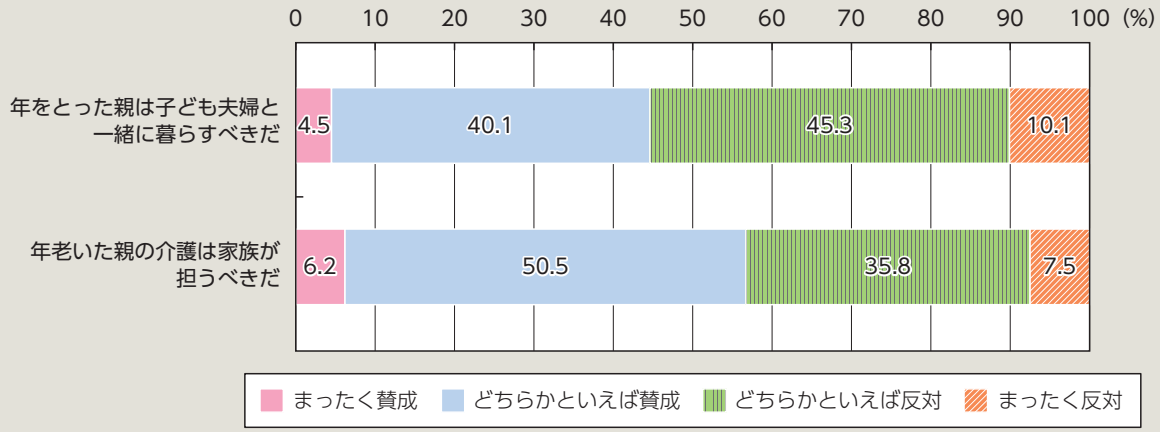
(既婚女性の親世代との関係についての意識)

家族の構成人員が減少し、また、女性の就業と社会での活躍が進んで共働き世代が増加するなど、我が国の家族の形態は大きく変わってきた。そのような中で、親世代と子ども世代との関係についての意識は、どのようになっているだろうか。

全国家庭動向調査*19において、親世代との関係を含む家族に関する様々な意見について賛否を問うた。その結果、「年をとった親は子ども夫婦と一緒に暮らすべき」という考え方については、反対だと考える人の割合が過半数を占めたが、「年老いた親の介護は家族が担うべき」という考え方については、賛成の方が多い状況にあった（図表1-3-84）。経年変化をみると、両方とも「賛成」とする人の割合は減少傾向にある一方、「夫や妻は、自分たちのことを多少犠牲にしても、子どものことを優先すべきだ」に「賛成」とする人の割合は増加傾向にあり（図表1-3-85）、既婚女性の意識が親世代より子ども世代を重視する方向にシフトしつつある様子がうかがえる。

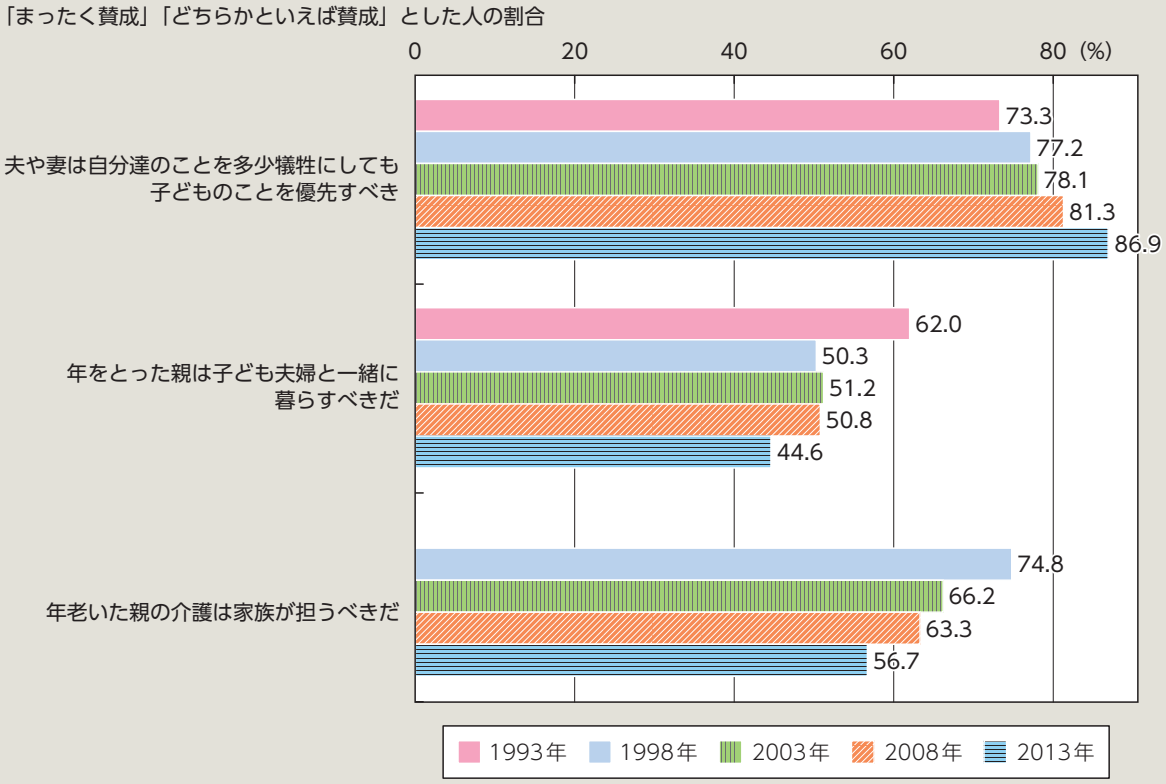
＊19 国立社会保障・人口問題研究所が、結婚経験のある女性を対象として実施する調査。1993（平成5）年以降、5年に1度実施されている。

図表1-3-84 既婚女性の親世代との関係についての意識



資料：国立社会保障・人口問題研究所「第５回全国家庭動向調査」（2013年）

図表1-3-85 親世代・子ども世代との関係についての意識の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「第５回全国家庭動向調査」（2013年）
（注）「年老いた親の介護は家族が担うべきだ」については1998年の調査から追加された。

2 親世代（祖父母）による子育て支援

（祖父母が子ども夫婦の子育てを支援することは、望ましいと思われている）

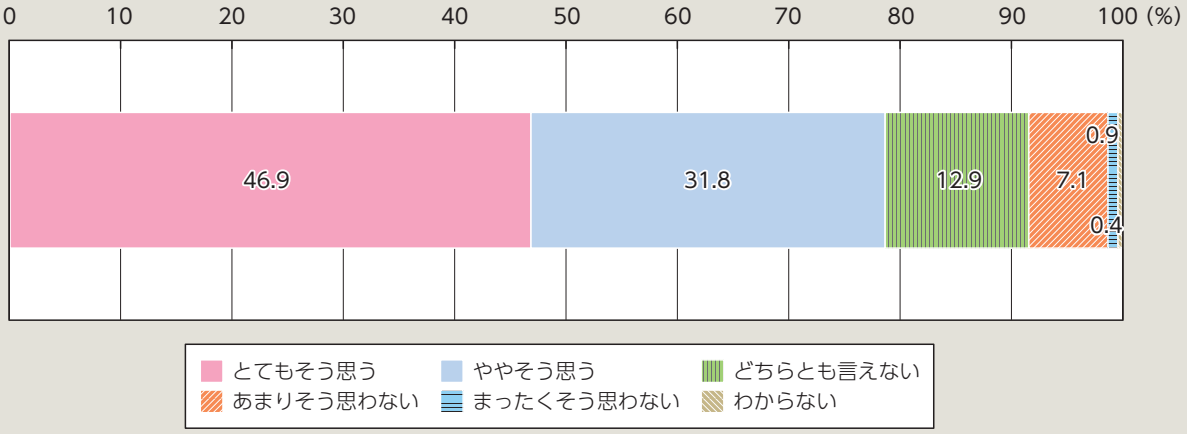
子育てをする世代が、子育ての相談や、仕事時の子どもの世話など、多くの場面で最も頼りにしているのが親であった（**図表1-3-57**参照）。そこで、親世代（祖父母）から子育て世代への支援についての意識や現状について見ていきたい。

まず、親世代（祖父母）がその子どもの子育て（祖父母からみると孫育て）を助けることについて、一般的にどのように受け止められているのだろうか。

内閣府が2013（平成25）年に行った調査では、「子どもが小学校に入学するまでの間子どもからみた祖父母が育児や家事の手助けをすること」について「望ましい」と考える人が8割近くに上っている（**図表1-3-86**）。

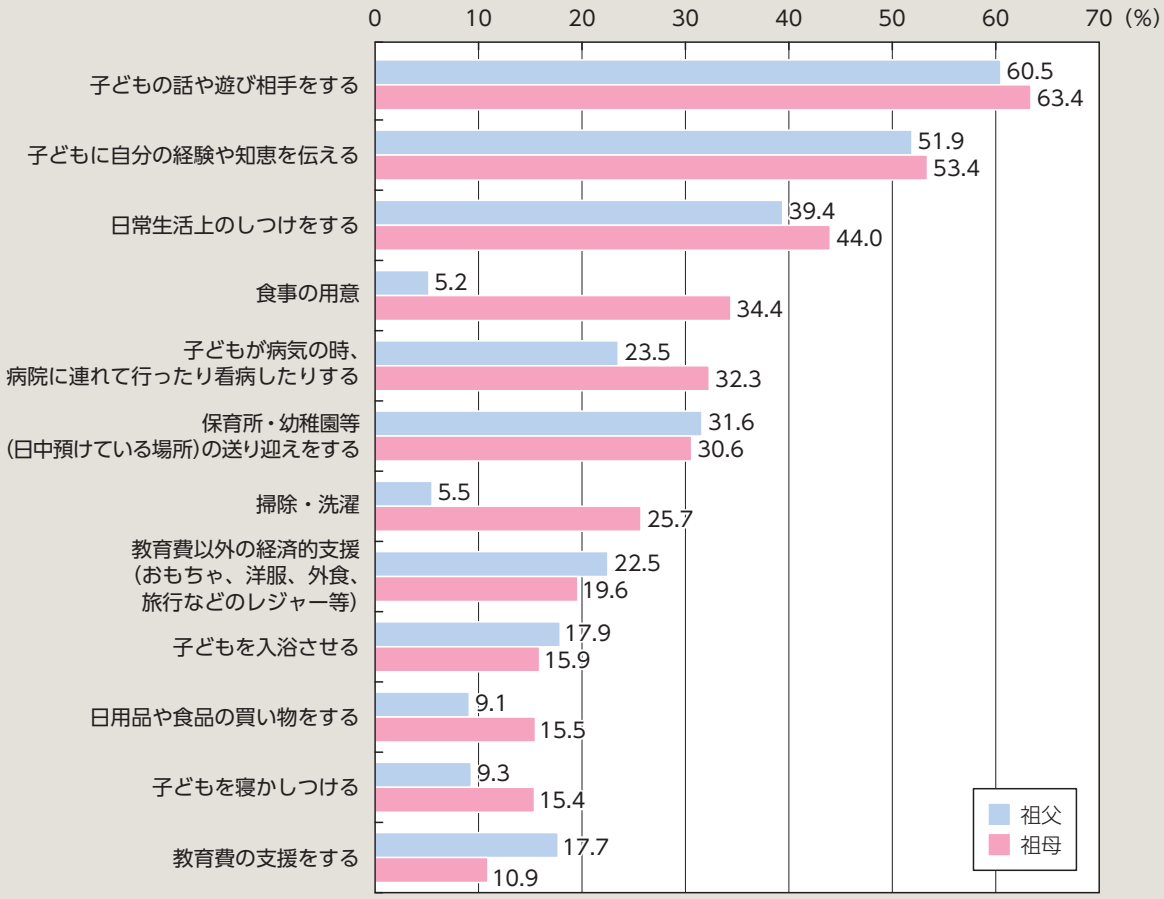
そして、祖父母に期待される手助けとしては、祖父、祖母ともに「子どもの話や遊び相手をする」ことや「子どもに自分の経験や知恵を伝える」こと、「日常生活上のしつけをする」ことが望まれている（**図表1-3-87**）。祖母に対しては「食事の用意」や「掃除・洗濯」などの日常家事の手助けが望まれる一方、祖父に対しては「教育費の支援」などの経済的な手助けが望まれる傾向にある。

図表1-3-86　祖父母が育児や家事の手伝いをすることは望ましいか



資料：内閣府「家族と地域における子育てに関する意識調査」（2013年）

図表1-3-87 祖父母に期待される手助け



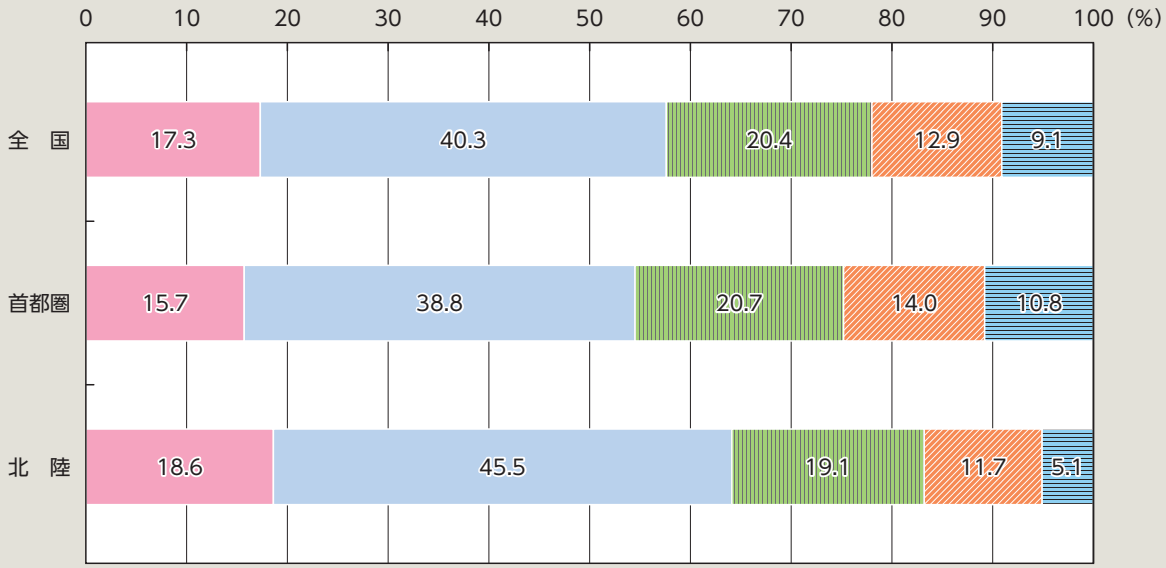
資料：内閣府「家族と地域における子育てに関する意識調査」(2013年)

(首都圏では子育て世代の25%が、親世代からの支援を十分受けられていないと感じている)

では、実際に支援を受ける側の、子育てをする世代の受け止めはどうであろうか。20代～40代の子育て中の妻を対象に行った調査では、「とてもよく支援をしてもらっている」「よく支援をしてもらっている」を合わせて、6割近くの人が親世代からよく支援をしてもらっていると考えている（**図表1-3-88**）。

これについて、首都圏でみると、「とてもよく支援をしてもらっている」「よく支援をしてもらっている」と答えた人の割合は54.5%である一方、「あまり支援をしてもらっていない」「全く支援をしてもらっていない」と答えた人の割合は24.8%である。これに対して、例えば親世代との同居率の高い地域の1つである北陸では、「とてもよく支援をしてもらっている」「よく支援をしてもらっている」と答えた人の割合は64.1%と高い傾向にある。首都圏、とりわけ東京において、三世代世帯の割合が低いことや、地方出身者で親が遠方にいることにより、特に子どもの世話や預かりなどの支援が受けにくいことも影響しているものと思われる。

図表 1-3-88　親世代からの子育て支援の度合いについて

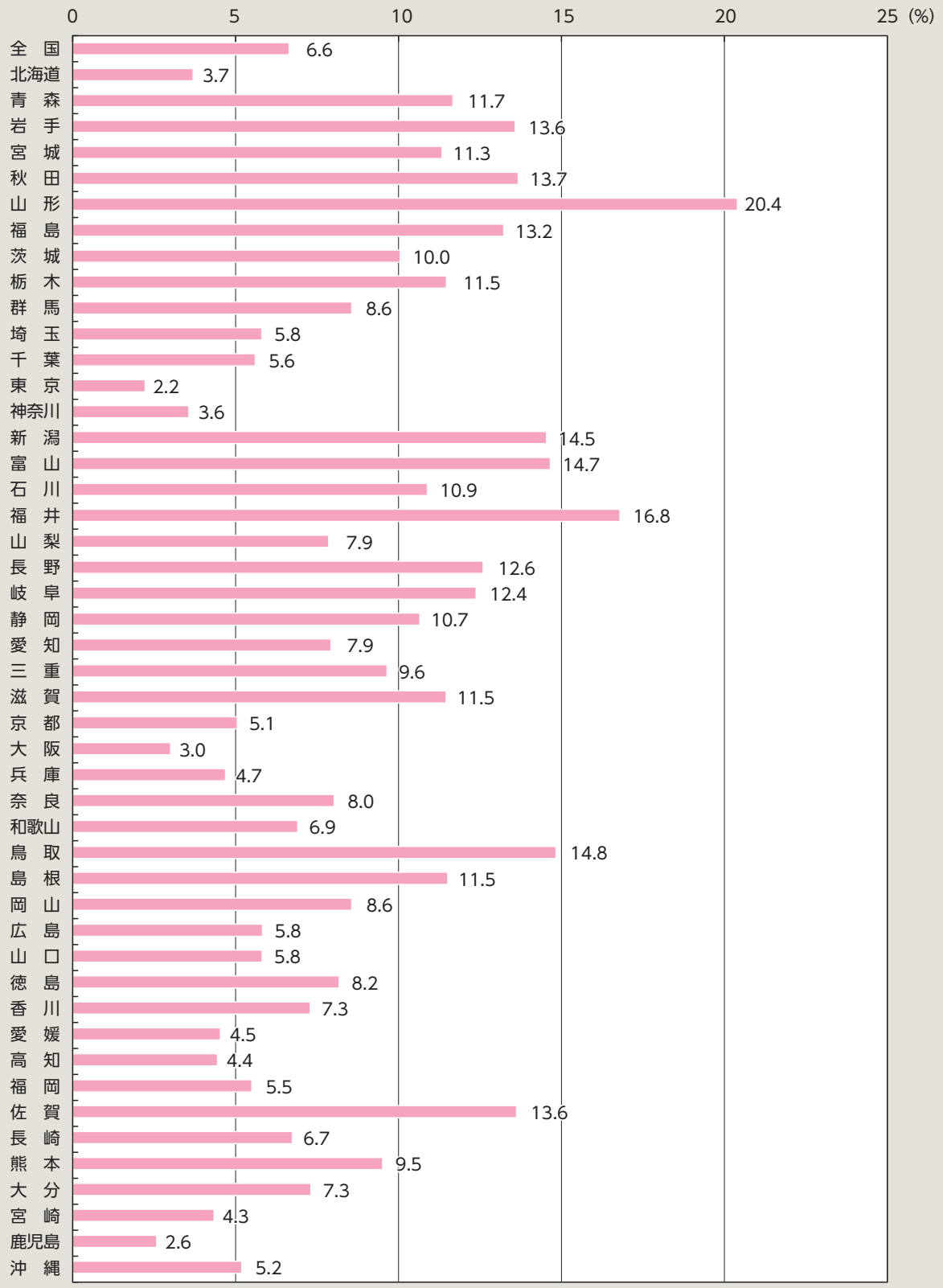


資料：内閣府「都市と地方における子育て環境に関する調査」（2011年）
（注）　首都圏とは、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県
　　北陸とは、新潟県、富山県、石川県、福井県

（三世代世帯の割合は、首都圏や関西圏などで低い）

図表 1-3-89 は、都道府県別の三世代世帯の割合についてみたものである。全体的な傾向をみると、東北・北陸・山陰などで相対的に高い傾向にあり、首都圏や関西圏で低くなっている。

図表1-3-89 都道府県別の三世代世帯の割合

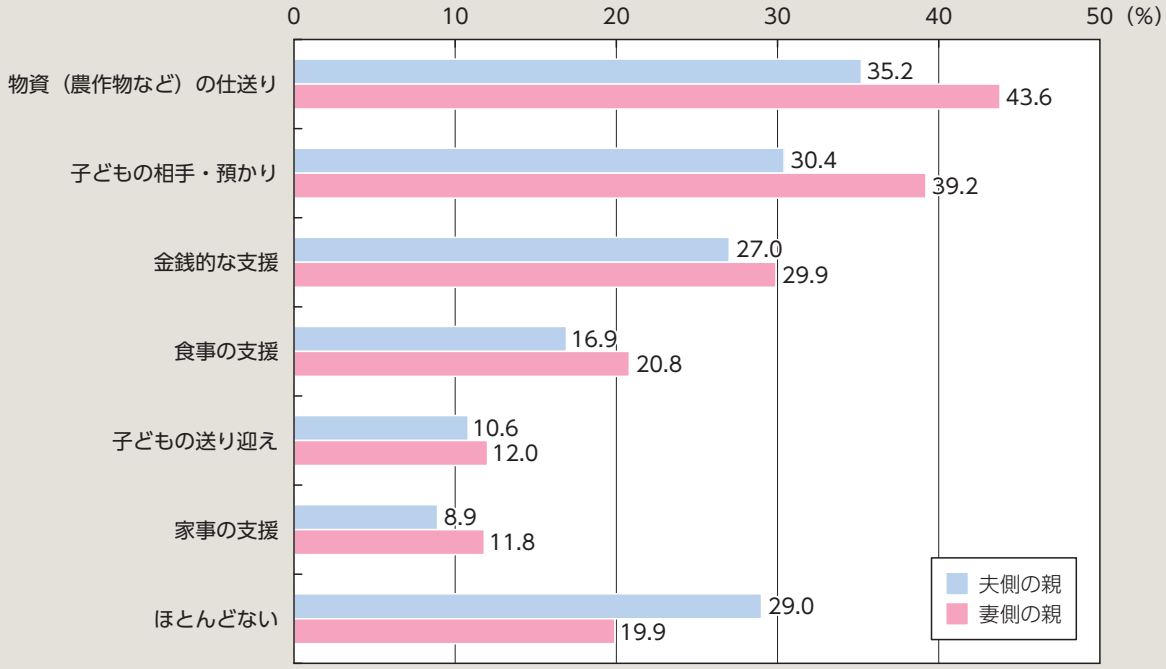


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」(2013年) より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
(注) 全世帯に占める三世代世帯の割合

また、実際に親世代から受けている子育て支援の内容としては、「物資（農作物など）の仕送り」「金銭的な支援」などの物質的な支援が多い傾向にあった。夫側の親と妻側の親では、全ての支援項目について妻側の親が上回っており、夫側の親からは「ほとんどない」とした人も3割近くいた（**図表1-3-90**）。実際に家事や育児の多くを主に妻が担って

いる現状において、妻側の親の方が夫側の親よりも心理的な距離が近く支援を受けやすいという事情があるように思われる。

図表1-3-90　実際に親世代から受けた子育て支援



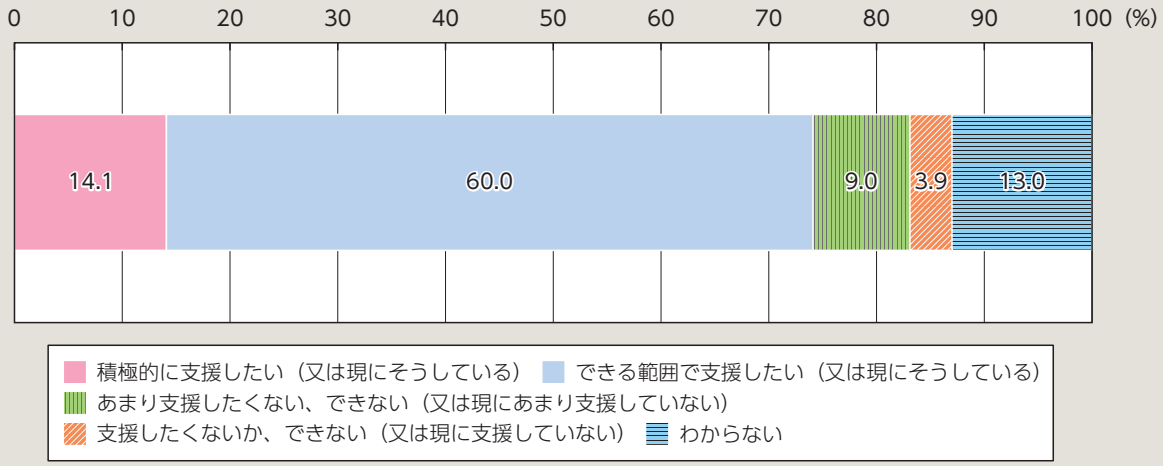
資料：内閣府「都市と地方における子育て環境に関する調査」（2011年）

3 子ども世帯の子育てを支援することについての親世代（祖父母）の意識

（親世代（祖父母）は子ども世帯の育児支援に前向きであるが、「できる範囲で」支援したい人が多い）

次に、支援をする側の祖父母世代の意識についてはどうなっているだろうか。厚生労働省委託調査において、子どもがいる人を対象として「あなたの子ども夫婦の育児（子どもが未婚又は既婚でも孫がまだいない場合は、今後できた場合の育児）の支援をすることについて、どう思うか」を尋ねたところ、「積極的に支援したい（又は現にそうしている）」と答えた人は14.1％で、「できる範囲で支援したい（又は現にそうしている）」と答えた人が60.0％であった（**図表1-3-91**）。祖父母世代の多くが、自分の子どもの育児の支援に前向きな意向を持っているが、支援に当たっては「できる範囲で」と考えている人が多いことがわかる。

図表1-3-91 子ども夫婦の育児を支援することについての祖父母世代の意識

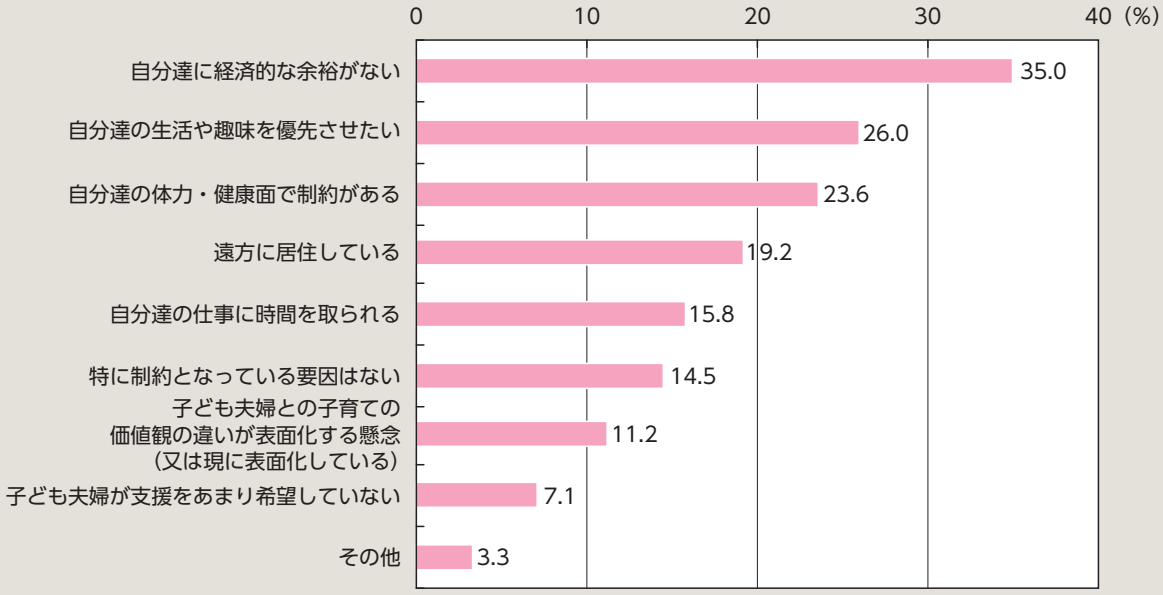


資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

（祖父母世代も子ども夫婦への支援にあたり、経済・生活・体力面など様々な支障となる事情を抱えている。）

その一方で、自分の子どもの育児について「あまり支援したくない、できない（又は現にあまり支援していない）」又は「支援したくないか、できない（又は現に支援していない）」と答えた祖父母世代も合わせて12.9%いた。そのように答えた人に対して、その要因など、支援にあたって支障となる要素を尋ねたところ、「自分達に経済的な余裕がない」と答えた人が35.0%で最も多かった。それ以外の理由も、生活面や仕事などでの事情や、体力・健康面での制約、遠方に居住していることなどを挙げた人が多く、支援できない人でも、育児を支援したくないというよりは、それぞれが抱える事情が支障となって支援をできない現状にあることがわかる（図表1-3-92）。

図表1-3-92 子ども夫婦の育児支援の制約要因



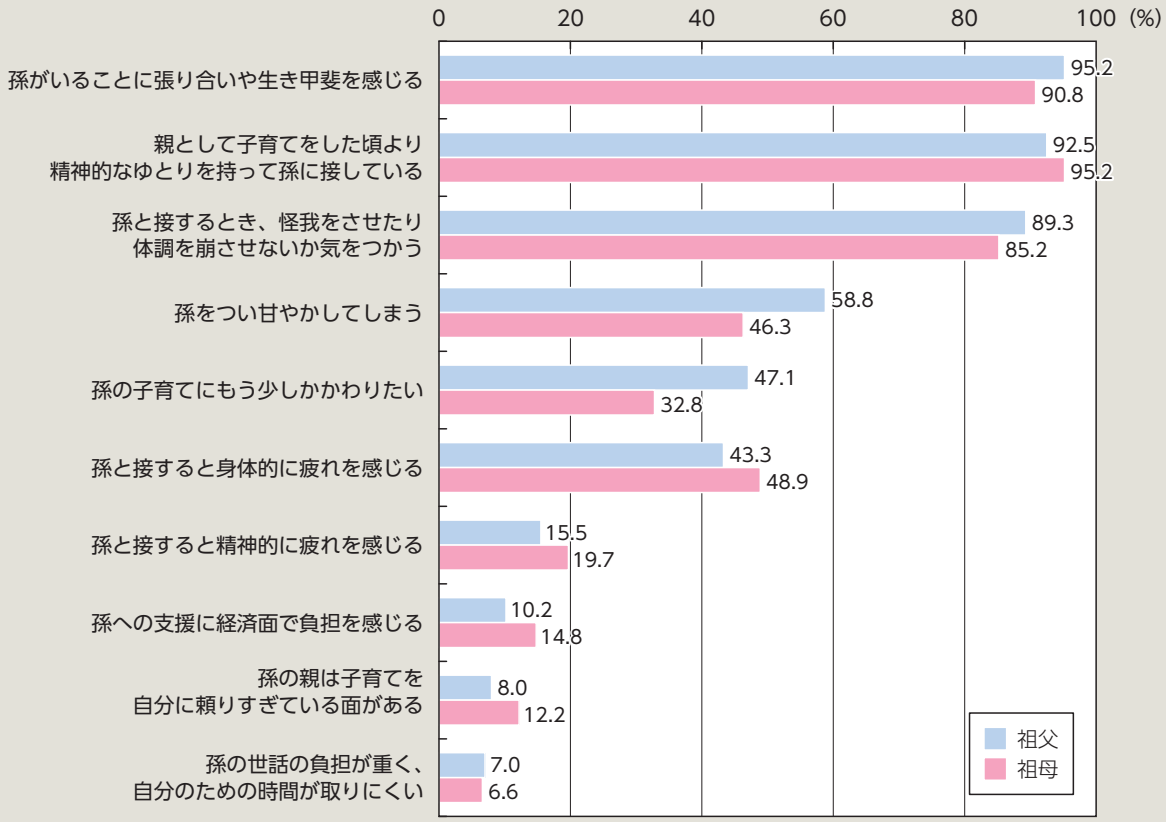
資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

上の図表1-3-92は、子ども夫婦への支援が難しい状況にある祖父母に尋ねた結果を示したものではあるが、図表1-3-91で見たとおり、支援をしたい祖父母世代においても「できる範囲で」とする人が多数であった。現に支援をしている祖父母世代においても図表1-3-92に挙がっているような制約要素をある程度抱えながら、支援をしていることが想定される。

（祖父母が孫の世話をする際に、気遣いや負担もある）

また、株式会社第一生命経済研究所が行った調査で、祖父母世代の孫に対する意識を尋ねたところ、「孫がいることに張り合いや生き甲斐を感じる」や「親として子育てをした頃より精神的なゆとりを持って孫に接している」と答えた人が多かった一方で、「孫に接するとき、怪我をさせたり体調を崩させないか気をつかう」とする人や「孫に接すると身体的に疲れを感じる」人、「孫に接すると精神的に疲れを感じる」人も一定割合いた（図表1-3-93）。

図表1-3-93　祖父母世代の孫との関係に関する意識



資料：株式会社第一生命経済研究所「子育て世代のワーク・ライフ・バランスと〝祖父母力〟」（2007年）
対象：50～79歳の男女
（注）「そう思う」「まあそう思う」と答えた人の割合

共働き世帯の増加により、祖父母が自分の子ども、特に自分の娘から孫の世話を頼まれることは多くなってきていると思われ、その中で、子どものためと思いつつ負担を抱え込んでしまうようなケースがあることも指摘されている。また、晩婚・晩産化が進んだことで、孫ができるころには祖父母世代も高齢となり、体力や健康面での不安、あるいは場合により介護等の様々な生活の事情も抱えながら、子ども世代の育児支援を頼まれるといっ

た状況もあると思われる。

祖父母世代が子ども世代の子育てを支えることは、この後見る三世代同居のような家族形態や世代間相互の生活の支え合いとも相まって、従来から日本の家族において育まれてきた文化的な側面ともいえよう。そして、核家族化の進展など家族形態が変化した今日においても、子育て世代にとって、その親（祖父母世代）からのサポートは、安心できる子育てや、仕事と家庭の両立にあたって期待される力強い味方であり、支援を受けたい子育て世代と、その手助けをしてサポートしたいと考える祖父母世代のそれぞれの希望がかなえられるように取り組んでいくことが重要である。しかし、その一方で、祖父母世代が自らの生活を極力大切にしながら育児支援をしていけるような、望ましい世代間の助け合いを実現していくために、祖父母世代が抱える様々な制約要素にも十分留意していくことが、併せて重要なことではないだろうか。

(7) 親世代（祖父母）との同居や近居に関する意識

以上において、祖父母世代による子育て世代への支援に関する意識や実情について見てきたが、子育て世代が支援を受けることを実現する最も重要な要素の一つが、それぞれの世帯の同居や近居といった両世帯の住まい方である。そこで、それぞれの世帯の住まい方についての意識や現状を見ていく。

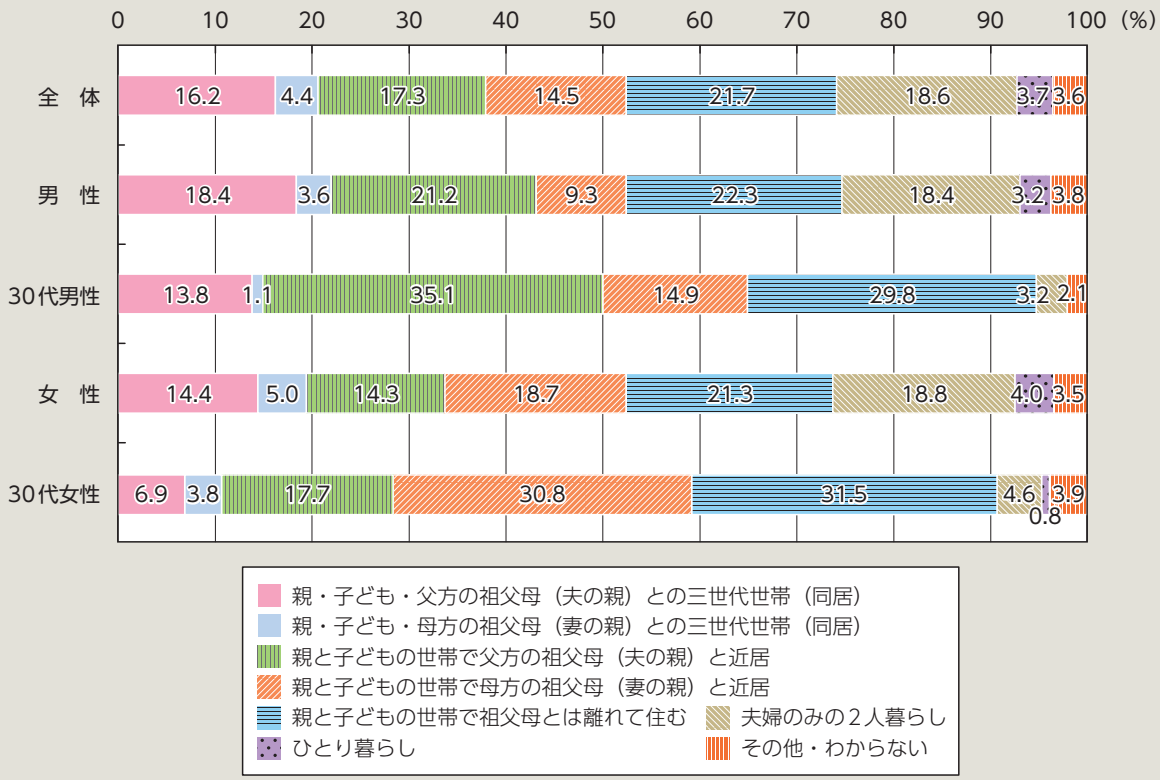
（親世代との同居や近居を理想とする人が過半数。子育て世代は近居を志向する傾向）

親世代と同居しているいわゆる「三世代世帯」の割合の推移をみると、1986（昭和61）年の15.3%から、2014（平成26）年には6.9%にまで減少してきている（**図表1-3-64**参照）。核家族化の進展などを背景としたこのような世帯形態の変化によって、親から子への経験や知恵の継承がしづらくなることや、親子世代間での意思疎通や支え合い機能がさらに低下してきていることが懸念される。

そのような中、理想の家族の住まい方や世帯構成について、一般的にはどのように意識されているだろうか。これについて、全ての世代を対象に意識を聞いたところ、「親と子どもの世帯で父方の祖父母（夫の親）と近居」と「親と子どもの世帯で母方の祖父母（妻の親）と近居」が合わせて31.8%、「親・子ども・父方の祖父母（夫の親）の三世代世帯（同居）」と「親・子ども・母方の祖父母（妻の親）の三世代世帯（同居）」が合わせて20.6%（**図表1-3-94**）と、同居や近居が望ましいと答える人の割合が過半数を占めた。

ただし、子育て世代にあたる30代について見ると、同居を理想とする人は男性で14.9%、女性で10.7%に止まっているものの、近居を理想とする人は男性で50.0%、女性で48.5%に上っており、子育て期の世代では、より近居を指向している傾向がうかがえる。同居には抵抗があっても、近居することにより、仕事と子育ての両立の手助けを得やすくなることなどが背景にあるものと思われる。

図表 1-3-94　理想の家族の住まい方



資料：内閣府「家族と地域における子育てに関する意識調査」（2013年）

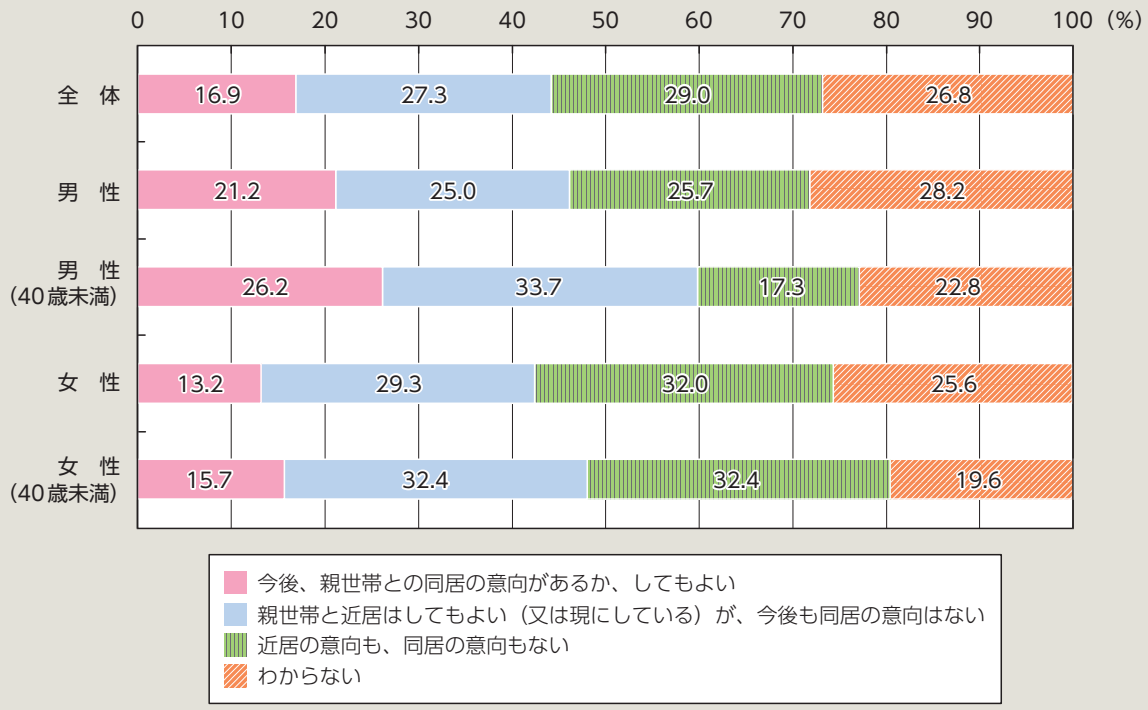
（現に親世代と同居していない既婚者にも一定の同居意向があるが、男女で差がある）

それでは、親世代との同居や近居に関する意向はどのようになっているのであろうか。

厚生労働省委託調査で、親がいるが現在親とは同居していない既婚者に、今後の親世代との同居意向・近居意向について尋ねたところ、「今後親世帯と同居の意向があるか、してもよい」と答えた人は16.9%だった（**図表 1-3-95**）。現に親世代と同居していない人でも、今後同居の意向等がある人が、あまり多くはないものの２割近くいることがうかがえる。

同居意向については、年齢や男女によって差があった。男性では「今後親世帯と同居の意向があるか、してもよい」と答えた人が21.2%だったのに対し、女性では13.2%であった。また、40歳未満でみても、男性では「今後親世帯と同居の意向があるか、してもよい」と答えた人が26.2%だったのに対し、女性では15.7%だった。40歳未満の場合、子育て中の人も多く、親世代の助けを得たい意向もあると考えられるが、この世代においても男女で同居意向に相違があることがわかる。

図表1-3-95 親世帯との同居意向について



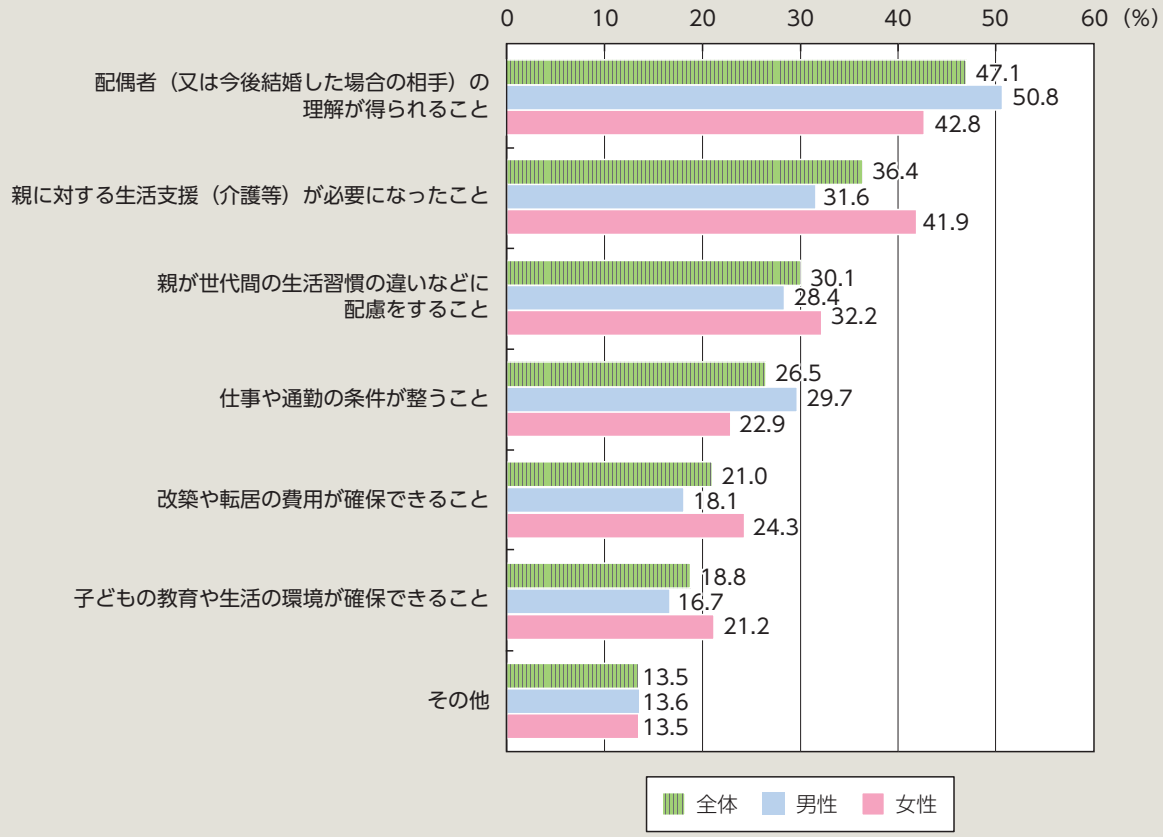
資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

（親世代と同居をしてもよいと思う条件）

では、どのような条件ならば親世帯と同居してもよいと思うのか。同じ調査で、既婚者、未婚者含めて尋ねたところ、男女とも「配偶者（又は結婚相手）の理解が得られること」を挙げた人が最も多く（男性50.8%、女性42.8%）、次いで「親に対する生活支援（介護等）が必要になったこと」（男性31.6%、女性41.9%）だった（**図表1-3-96**）。

また、これ以外では、「仕事や通勤の条件が整うこと」が男性で29.7%いたほか、「改築や転居の費用が確保できること」を挙げた人も全体の21.0%いた。同居を望む人の希望の実現のために、こうしたことも考慮していくことが必要と考えられる。

図表1-3-96　親世代と同居してもよいと思う条件



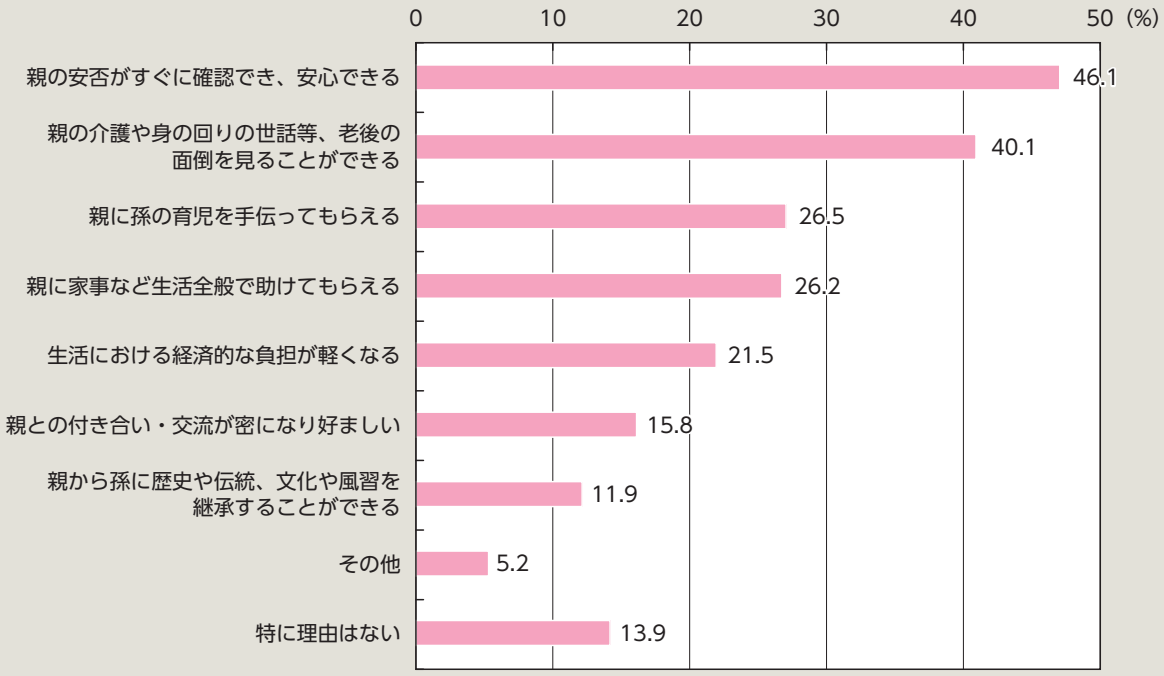
資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

（親世代との同居や近居を望む人は、家族の助け合いを重視している）

では、同居や近居をする又はしたいと思う理由は何か。同じ調査で尋ねたところ、「親の安否がすぐに確認でき、安心できる」と答えた人が46.1％で最も多く、「親の介護や身の回りの世話等、老後の面倒を見ることができる」と答えた人が40.1％でこれに続いた。また、「親に孫の育児を手伝ってもらえる」と答えた人も26.5％、「親に家事など生活全般で助けてもらえる」と答えた人も26.2％いた。親の面倒を見ることや、親に子育てを手伝ってもらうことなど、家族の助け合いを念頭において同居や近居をしたいと思う人が多いようだ（**図表1-3-97**）。

親世代が子ども夫婦の育児支援に前向きなこと（**図表1-3-91**）も併せると、親世代と子ども世代がそれぞれ助け合う姿勢を持っていることが浮かび上がる。

図表1-3-97 親世代と同居・近居してもよいと思う人の理由



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」(2015年)

(同居や近居で支え合う希望の実現と、社会全体での子育て支援に、あわせて取り組むことが重要)

このように、親世代と子ども世代が同居や近居をする住まい方は、子育ての支援、親の安否確認や身の回りの世話などのほか、それぞれが生活上の手助けを必要とするときに生活全般で家族が支え合い、つながりを保っていく上で意義深いものである。三世代同居については、家族の住まい方の意識の変化もあって減ってはきているものの、依然、その意向を持つ若い世代も存在する。また、特に子育て世代において、同居は難しくとも近居を指向する傾向がうかがえる。

このような、同居や近居によってお互いの生活を支え合っていきたいと願う、同じ家族としてのそれぞれの世代の希望を、後押ししていける取組みも今後重要である。そのためには、この後でも触れるように、生まれ育った地元で職を得たいと希望する若者の希望がかなうよう取り組んでいくことが、とりわけ重要となってくる。

なお、同居や近居によっても、祖父母世代に子育て支援の負担が大きくかかることのないよう十分留意していく必要があり、引き続き社会全体での子育て支援の充実を図っていく必要がある。

5 地域の中での子育てと地域のつながりの変化

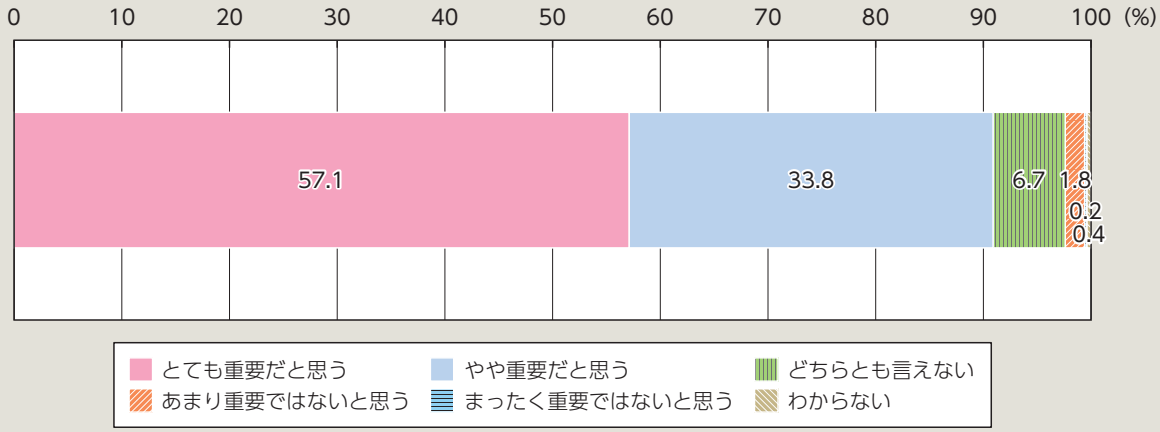
地域におけるつながりの希薄化などが懸念される中、核家族による子育てが一般化し、子育て家庭において孤立感などから不安や負担を抱えやすくなっている現状にある。このため、今後、地域社会が子育てを支える機能をどのように維持し、担っていけるかという視点も重要である。ここでは、子どもや子育て家庭をとりまく地域社会の現状や意識について見ていく。

（1）地域社会で子育てを支えることの大切さ

（子どもの安全や安心できる子育てについて、地域社会が役割を担い、必要な支援体制を確保していくことが求められている）

地域と子育ての関係について、全世代に、子育てをする人にとっての地域の支えの重要性を尋ねたところ、「とても重要だと思う」「やや重要だと思う」と答える人の割合は9割を超えた（図表1-3-98）。

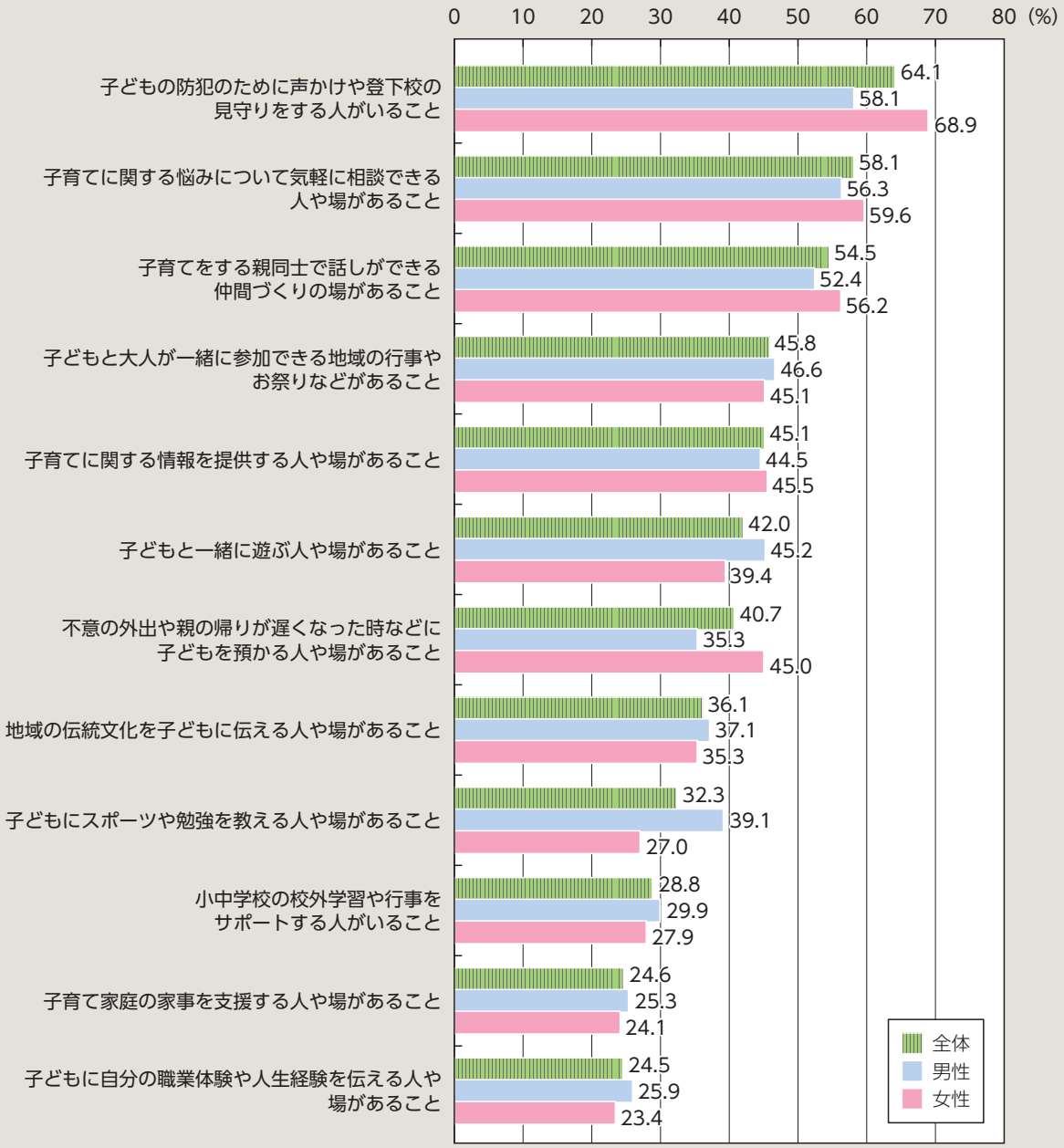
図表1-3-98　子育てにとって地域の支えが重要か否か



資料：内閣府「家族と地域における子育てに関する意識調査」（2013年）

地域で子育てを支えるために重要なこととしては、「子どもの防犯のための声かけや登下校の見守りをする人がいること」が64.1%、「子育てに関する悩みについて気軽に相談できる場があること」が58.1%、「子育てをする親同士で話ができる仲間作りの場があること」が54.5%となっており、これらについては過半数の人が重要だと考えていた。性別でみると、女性の方が男性よりも「子どもの防犯のための声かけや登下校の見守りをする人がいること」や「不意の外出や親の帰りが遅くなったときなどに子どもを預かる人や場があること」等が重要だと考える傾向にあった（図表1-3-99）。このように、子どもの安全や安心できる子育てのために、地域社会が一定の役割を担い、地域で必要な支援の体制を確保していくことが求められている状況がうかがえる。

図表1-3-99 地域で子育てを支えるために重要なこと



資料：内閣府「家族と地域における子育てに関する意識調査」(2013年)

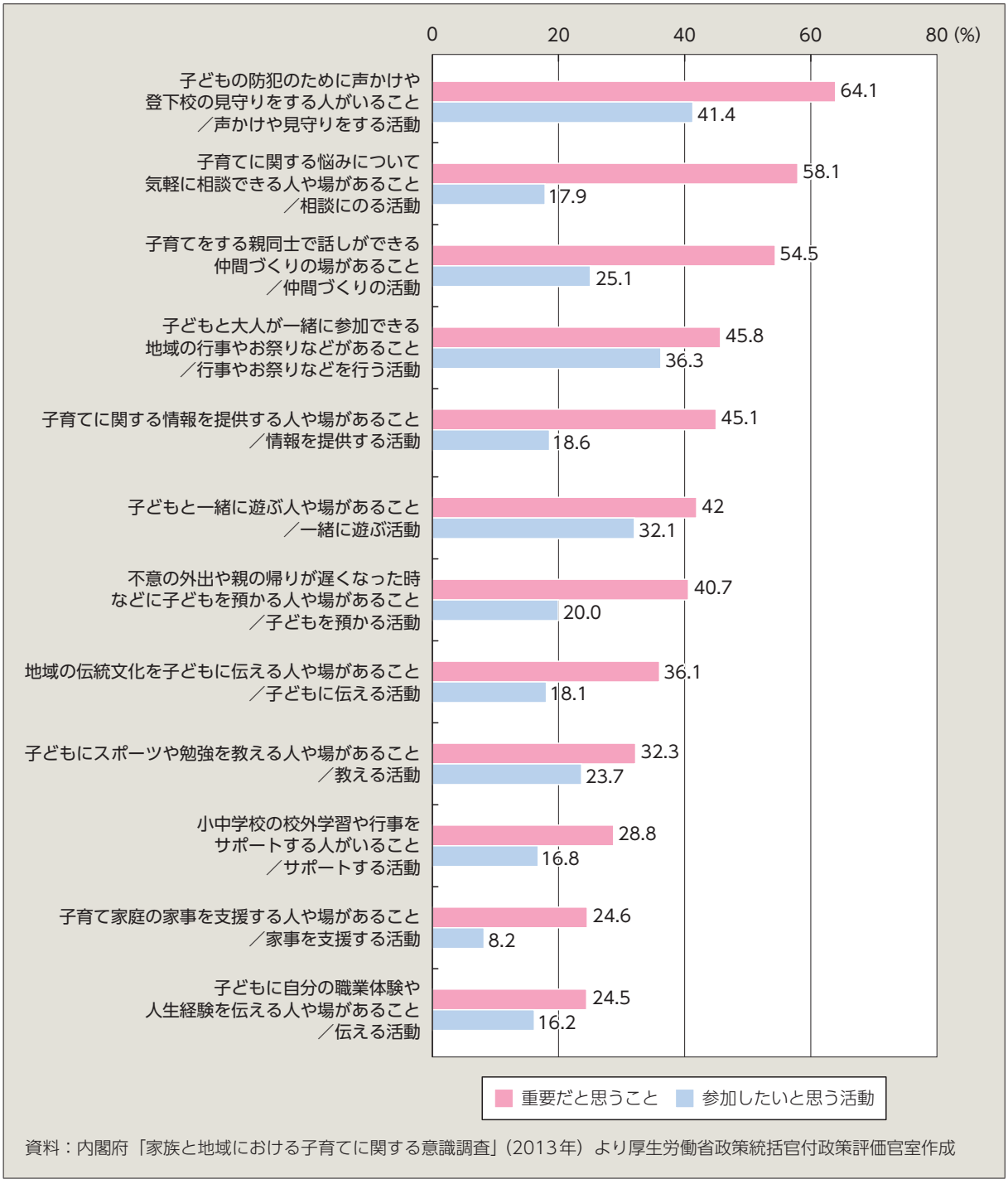
(地域住民が、子育てを支える活動の担い手として参画しやすい環境が求められる)

そして、このような地域で子育てや子どもの育ちを支える取組みとして実際に参加したいと思う活動を尋ねたところ「子どもの防犯のために声かけや登下校の見守りをする活動」や「子どもと大人が一緒に参加できる地域の行事やお祭りなどを行う活動」を挙げた人が多く、これらは一般市民が比較的参画しやすい活動として考えられているものと思われる。一方で、例えば「子育てに関する悩みについて相談にのる活動」については、重要だと思う度合いが58.1%であるのに対し、参加したいと思う人の割合は17.9%にとどまっていた（**図表1-3-100**）。子育ての悩みを相談できる場を確保することの重要性はある程度認識される一方で、一般の市民が気軽に参画しやすい活動としては、必ずしも捉えられていない傾向もうかがえる。

このような地域で子育てを支える様々な取組みのうち、専門性を要する相談支援などに

ついては、有資格者や専門的知見のある人のいる専門機関が対応する体制が必要となる。これに加え、例えば子育て親子の集いの場とあわせて子育て経験者がアドバイスをするような、一般市民も参画しやすい取組みや、意欲のある一般市民が、相談や預かりなど様々な取組みに参画できるための知識や技術を得られる研修等の体制の充実も必要である。これらを通じて、地域住民が地域で子どもの育ちや子育て家庭を支えていく取組みの担い手として、参画しやすい環境を確保していくことが求められる。

図表1-3-100　地域で子育てを支えるため重要だと思うこと、参加したいと思うこと



資料：内閣府「家族と地域における子育てに関する意識調査」（2013年）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

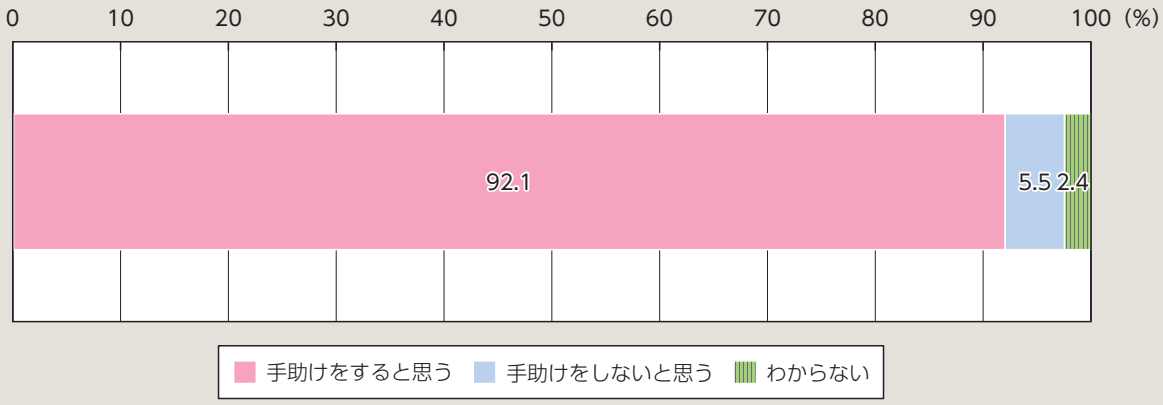
（多くの人は、子ども連れの親に対して配慮をしたいとの意識を持っている）

次に、一般の人は、日々の生活の中で子ども連れの親に対してどのような配慮の意識を抱いているであろうか。

街中や電車・バスなどの公共の場でベビーカーや子ども連れの親が困っている場面を見かけたら手助けをしたいと思う人の割合は92.1％（**図表1-3-101**）と、多くの人が子ども連れに対して配慮をしたいという状況がうかがえた。

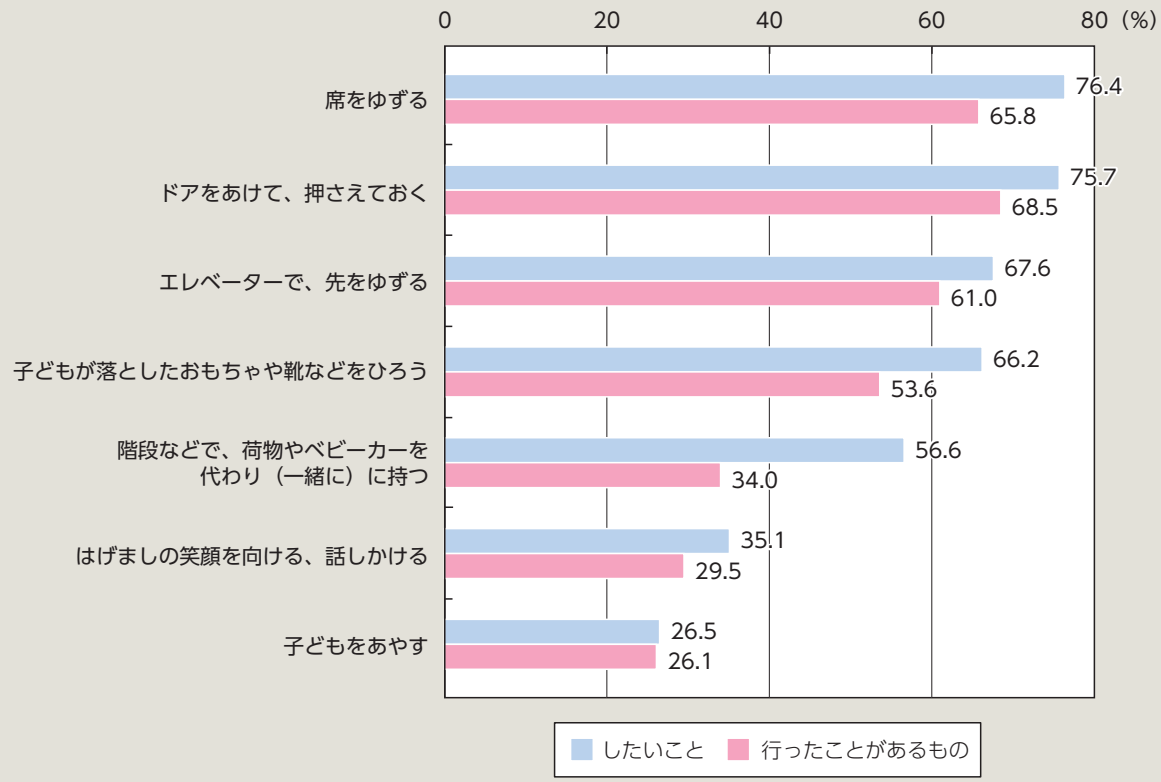
そのうち具体的にしたいこととしては、「席をゆずる」は76.4％の人が、「ドアを開けて押さえておく」は75.7％の人が挙げており、これらを実際に行ったことのあるものとして挙げた割合も、それぞれ65.8％、68.5％と、交通機関などでの配慮は、かなりの人が意識している様子がうかがえる。一方で、「はげましの笑顔を向ける、話しかける」「子どもをあやす」といった行動を行ったことのある人は、3割弱程度となっている。都会で多くの人が行き交う中や、地域の住民同士のつながりが希薄化してきている中で、こうした行動はしづらくなっているようにも思われる（**図表1-3-102**）。

図表1-3-101　子ども連れの親に対して手助けをしたいと思う人の割合



資料：内閣府「家族と地域における子育てに関する意識調査」（2013年）

図表1-3-102　子ども連れの親に対して「したいと思うこと」と「実際に行った行動」



資料：内閣府「家族と地域における子育てに関する意識調査」（2013年）

(2) 地域の中での子どもを通じた付き合いの変化

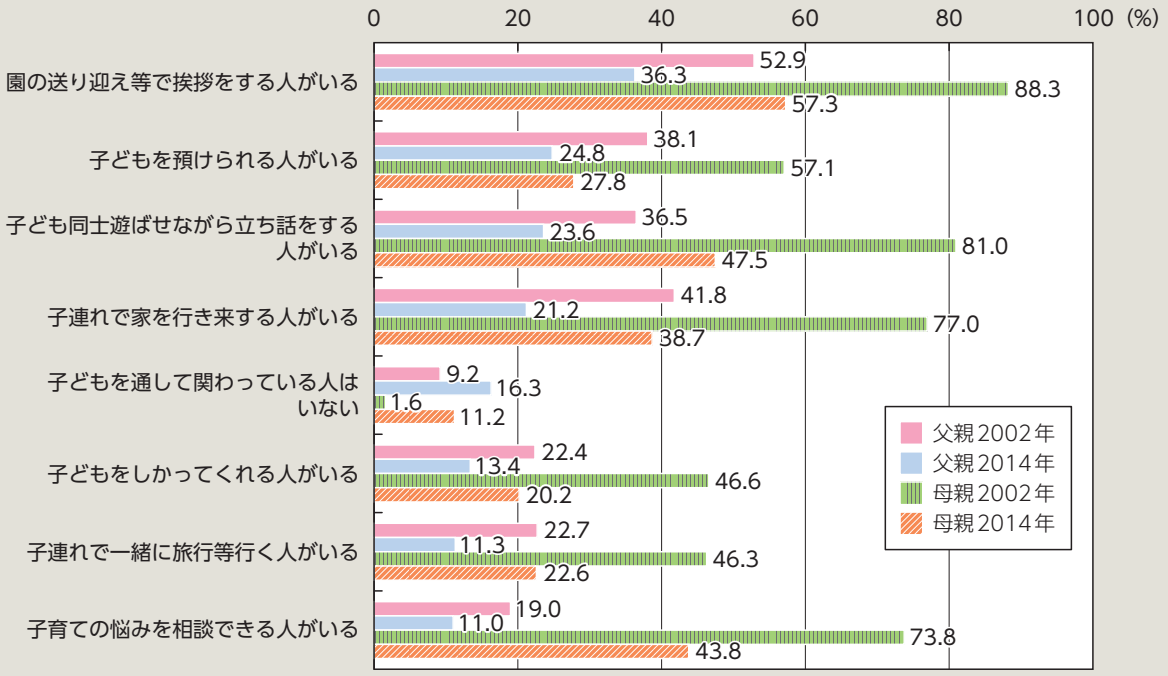
(子育て中の親の、地域の中での子どもを通じた付き合いは弱まっている)

では、実際に子育て中の親は、地域や生活の中で子どもを通じた付き合いをどのように行っているのであろうか。

この点について、三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社が未就学児の父母を対象に2014（平成26）年に行った調査では、「園の送り迎え等で挨拶をする人がいる」との回答が最も多く、父親で36.3%、母親で57.3%となっている。しかしながら、12年前（2002年）の同一の調査と比較すると、この割合は大きく減少している。また、父親・母親ともに「子どもを通して関わっている人はいない」と回答した人の割合が増加する一方、「子ども同士遊ばせながら立ち話をする人がいる」「子育ての悩みを相談できる人がいる」「子連れで家を行き来する人がいる」「子どもを預けられる人がいる」といった選択肢を選ぶ人の割合は軒並み大幅に低下している（**図表1-3-103**）。

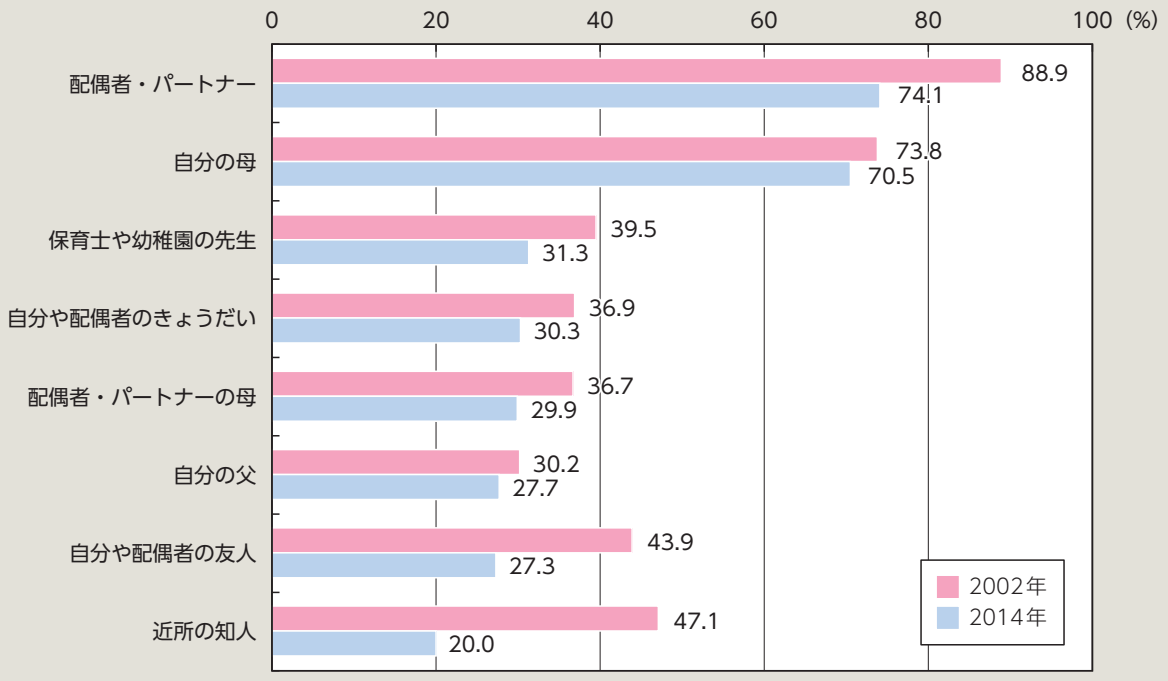
また、母親に対して「子育てについての相談相手」を尋ねたところ、「近所の知人」と回答した人の割合は、12年前と比較して47.1%から20.0%と大幅に低下している（**図表1-3-104**）。地域の中での子どもを通した付き合いが弱まっていることや、家族以外に近所で子育てについて相談できる相手が減少している状況がうかがえる。

図表1-3-103 子育て中の親の地域の中での子どもを通じた付き合い



資料：三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社「子育て支援策等に関する調査（未就学児の父母調査）」（2014年）

図表1-3-104 子育てについての相談相手



資料：三菱UFJリサーチ＆コンサルティング株式会社「子育て支援策等に関する調査（未就学児の父母調査）」（2014年）

（都市部・住宅街における保育所立地への受け止め方について、地域活動への参加度合いにより意識の差がある）

このように、地域の中や、子育て中の親同士でも子どもを通じた付き合いが減っていることもあり、従来よりも子育ての孤立や不安が生じやすくなっていることから、地域で子

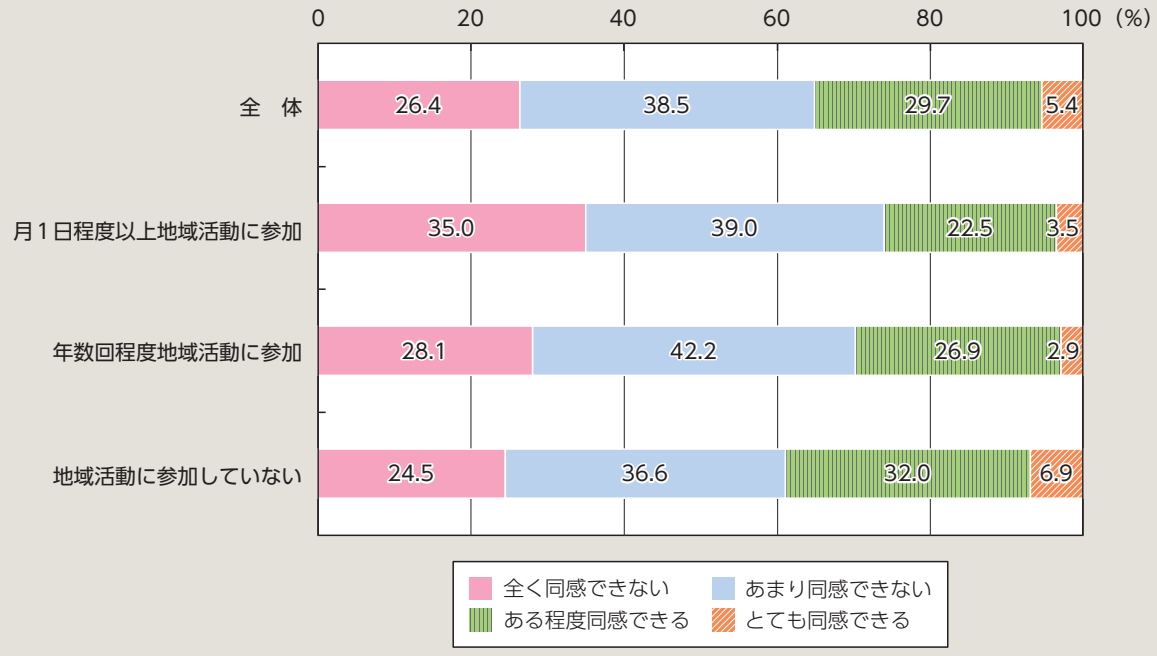
育てを支える機運を維持し、必要な支援体制を整えることはますます重要になっていると思われる。

一方で、最近、都市部において依然として多い待機児童の解消のため保育の受け皿確保の必要性がますます高まる中、住宅地での保育所の立地や運営について、園児の声などにより居住環境が乱されてしまうことの懸念などから、近隣住民が反対するといったケースも生じてきている。

厚生労働省委託調査において、このように園児の声を騒音のように意識する等により保育所立地に反対する住民の立場に、同感できるか、できないかを尋ねたところ、「全く同感できない」「あまり同感できない」とした人は合わせて64.9％であった（**図表1-3-105**）。このように、理解を示して受け入れていく寛容な考え方の人が相対的には多い一方で、そのように考えない人も３割強の割合でいた。

なお、こうした保育所立地や園児の声などへの意識について、地域活動（NPO、ボランティア等を含む）への参加頻度別に比較してみると、参加頻度が高い人の方が、より寛容な傾向にあった。

図表1-3-105　保育園児の声を騒音と意識する住民の立場への共感度



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

コラム　都市部の保育所設置をめぐる状況と対応 ～地域とのつながりの中で子どもを育む世田谷区太子堂なごみ保育園～

都市部を中心に、保育所への入所を希望しながらも入れない「待機児童」は依然多く、その数は2014（平成26）年４月現在で約２万人に上り、そのうち約8000人が東京都に存在する。

現在、この待機児童の解消等のため、保育所の新規設置・拡充や保育士の養成、小規模保育を行う事業者への助成など、様々な施策が講じられ、保育の充実が図られている。その一方で、新たに保育所が設置されるようになった住宅地等において、住民から「子どもの声がうるさい」という苦情が寄せられるよ

うになるなど、地域との摩擦が生じるようなケースも発生しており、実際に防音措置を講ずる保育所なども出てきている。このように住民の居住環境へ配慮が必要となる一方で、子どもの声を騒音扱いするのではなく、地域社会が子どもの健やかな成長・育成を支えていけるようにする視点が重要であり、2014年には、東京都が、騒音について規制している条例から子どもの声を除外するなどの措置もとられている。

このような中、都市部の自治体が、保育所確保に苦心しつつも、建設計画段階から、地域と地道に相互理解を深める対話を重ね、設置・運営に至ったケースもある。そのような取組みの事例として、世田谷区太子堂の「太子堂なごみ保育園」を取り上げる。

地域で子どもを育てる～世田谷区太子堂～

ここは世田谷区の太子堂地区。

「子どもの声のない街に将来はありません。」

住民参加型まちづくりの中心である太子堂2，3丁目地区まちづくり協議会の梅津政之輔代表と、この地区に保育園を開設した社会福祉法人なごみ福祉会の栗田怜子統括園長は異口同音に語る。

ところが、この地区に保育園の建設が計画された当初、この2人は対立する立場にあったという。梅津さんをはじめとする地域住民は、この用地を防災拠点としての公園とすることを区に要望していたからだ。また、保育所ができれば、住宅街の静かな環境が乱されるのではないかとの不安も、住民の間に募った。

しかし、梅津さんは区などと話すうちに、地域で子どもを育てる大切さを感じるようになり、住民代表として、地域が保育所建設を何とか受け入れられないか考えた。区や保育所運営事業者に対しては地域住民の声をよく聞くよう要望しつつ、地域住民には意見や不安を正直に話すよう呼びかけた。その後1年弱の間、10回を超える近隣住民説明会が行われた。

「対立は第1歩、話し合うことが創造的解決策を生む。」

最初は説明会で怒鳴っていた住民が、説明会を重ねることでお互いの立場を徐々に理解するようになり、最後は、街を案内しながら園児のお散歩ルートを提案してくれる程までになったという。

栗田さんは、地域とともに運営できる園の設置を目指す立場から、近隣住民説明会を通じて地域住民の意見や不安などを真剣に受け止め、子育てにとっても大切である地域・住民とのつながりを大事にしていった。そして、住民の様々な意見を取り入れながら、保育園を作り上げていった。

送迎用の駐輪場が園内にあるのは、狭い道路での送迎を懸念した住民の意見から。

敷地の中央に施設があるのは、出火時の飛び火という住民の不安から。

施設の地下に防火水槽を備え、地域の防災拠点となったのは住民の要望から。

そして、子どもの声の近隣への影響も考えながら、窓の配置など構造面で、できる限り工夫もした。

こうして生まれた「太子堂なごみ保育園」

「親ができる子育ては良くて1割、残り9割は地域や社会が育てていくもの。」

そんな意識が地域にも芽生えたのではないかと、梅津さんと栗田さんは感じている。

今では、園児がお散歩の途中で近隣住民のご自宅のトイレを借りることができるまで、

保育園は地域に溶け込み、住民は園児達を支えている。また、ご自宅の池に園児がカエルを見に来るようになり、子どもたちから「カエルのおじさ～ん」と呼ばれるようになったと笑顔で話す梅津さん。

さらに、園児をはじめ子ども達は、近所のお祭りでも欠かせない存在となっている。

お互いの顔を見ながら、時間と手間を惜しまず、率直に話し合うこと。

「太子堂なごみ保育園」の誕生には、近隣との関係が希薄化しつつある時代の流れの中で、地域住民とのつながりを育み、そのつながりの中で子どもを産み育てていくにはどうしたらよいかを考える上で、大切なヒントが隠されているのではないだろうか。

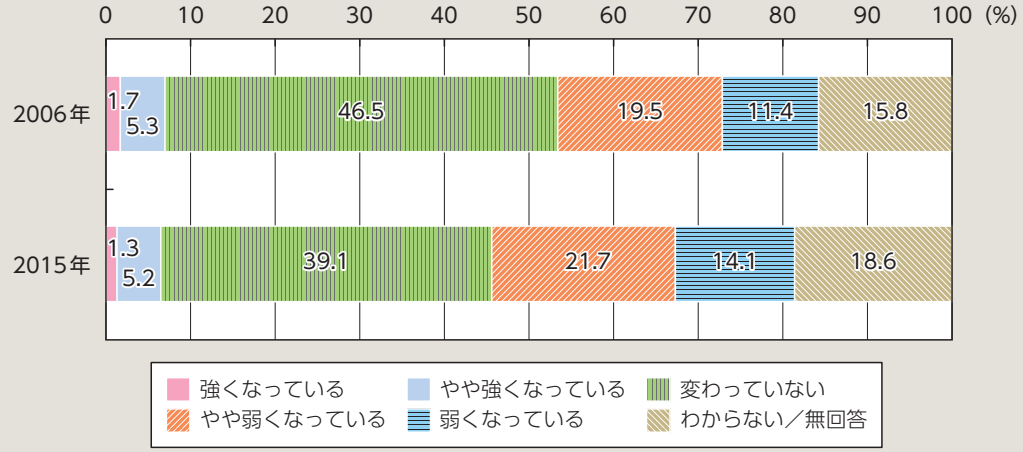
(3) 地域のつながりの希薄化

(地域のつながりの希薄化の原因として少子高齢化と人口減少を挙げる人が多い)

地域の中で子どもを通じた付き合いが減少している中で、地域のつながり自体についてはどのように感じられているのだろうか。

2015（平成27）年の厚生労働省委託調査で、地域のつながりが10年前と比べてどのようになっているかを尋ねたところ、「弱くなっている」又は「やや弱くなっている」と思う人の割合は、合わせて35.8%だった。2006（平成18）年度の国民生活選好度調査では、同一の質問に対して「弱くなっている」又は「やや弱くなっている」と答えた人の割合は30.9%であり、あまり変化はないが、いずれの調査でも、地域のつながりが弱くなっていると考える人が相対的に多いことが見てとれる（図表1-3-106）。

図表1-3-106　地域のつながりが10年前と比較してどうなったか

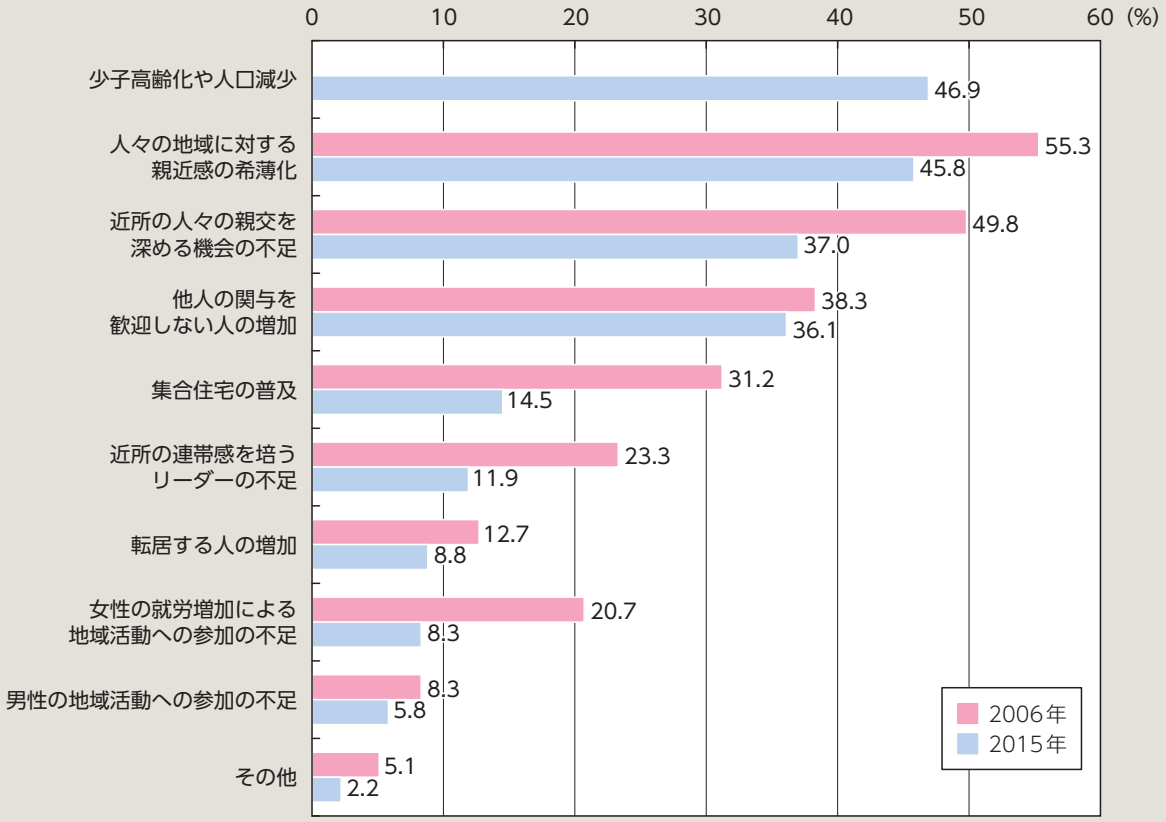


資料：内閣府「平成18年度国民生活選好度調査」（2006年）、厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

そして、「弱くなっている」又は「やや弱くなっている」と答えた人に、そう思う理由を尋ねたところ、厚生労働省委託調査では「少子高齢化や人口減少」を選んだ人が46.9%で最も多かった。9年前の国民生活選好度調査では「人々の地域に対する親近感の希薄化」を選んだ人が55.3%で最も多く、今回も45.8%と2番目に多くの人がこの選択肢を選んでいた（図表1-3-107）。「少子高齢化や人口減少」は、2015年の厚生労働省委

託調査において新たに追加した選択肢であって、9年前の調査からは選択肢が1つ増えたため単純比較はできないが、人口減少が地域のつながりを希薄化させる影響をもたらすものと考えられていることがうかがえる。

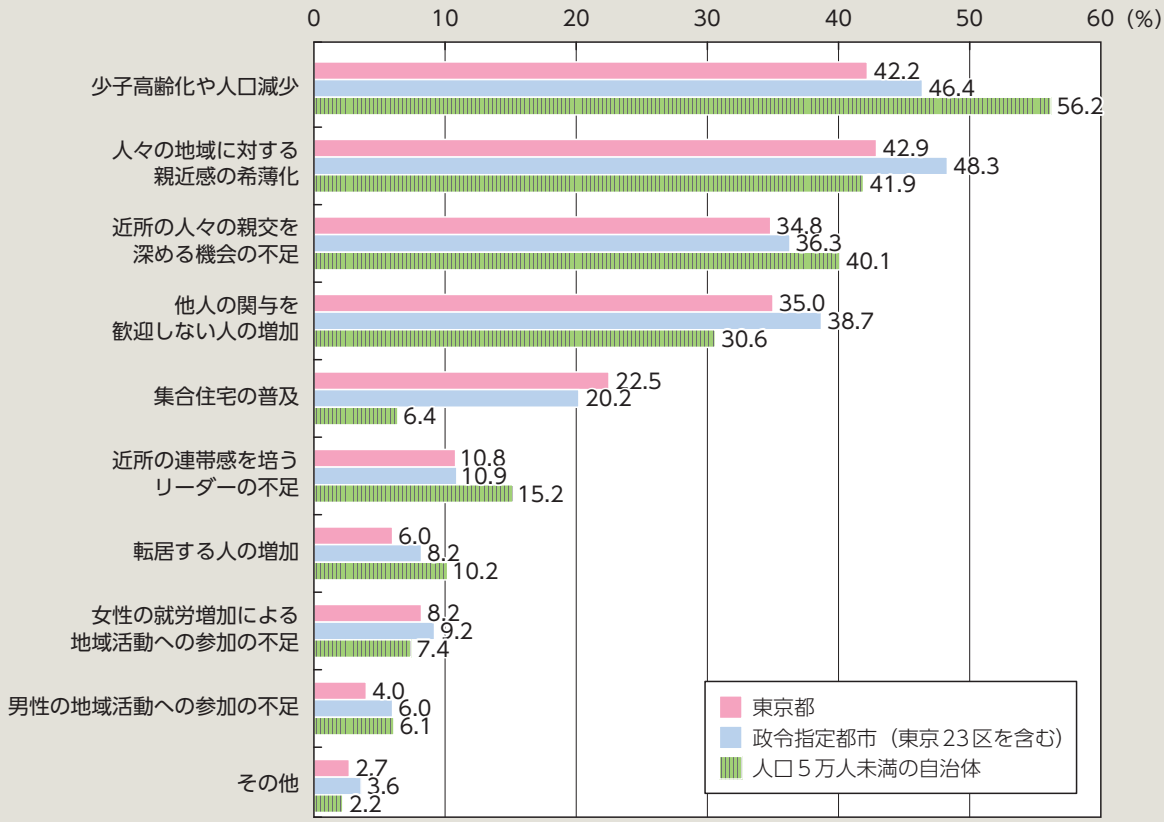
図表1-3-107 地域のつながりが弱くなっていると思う理由



資料：内閣府「平成18年度国民生活選好度調査」(2006年)、厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」(2015年)
(注)「少子高齢化や人口減少」は、2015年の調査で追加した選択肢である。

なお、地域のつながりが弱くなった理由を地域別にみると、人口5万人未満の自治体では「少子高齢化や人口減少」を選んだ人が56.2%と多かったのに対し、東京都では「集合住宅の普及」を選んだ人が22.5%と他の地域と比べて多かった（**図表1-3-108**）。地方において少子高齢化や人口減少の影響がより深刻であること、また都市部においては集合住宅が普及することで近所との往来が少なくなる現状があると考えられる。

図表1-3-108　地域のつながりが弱くなったと思う理由（地域別）

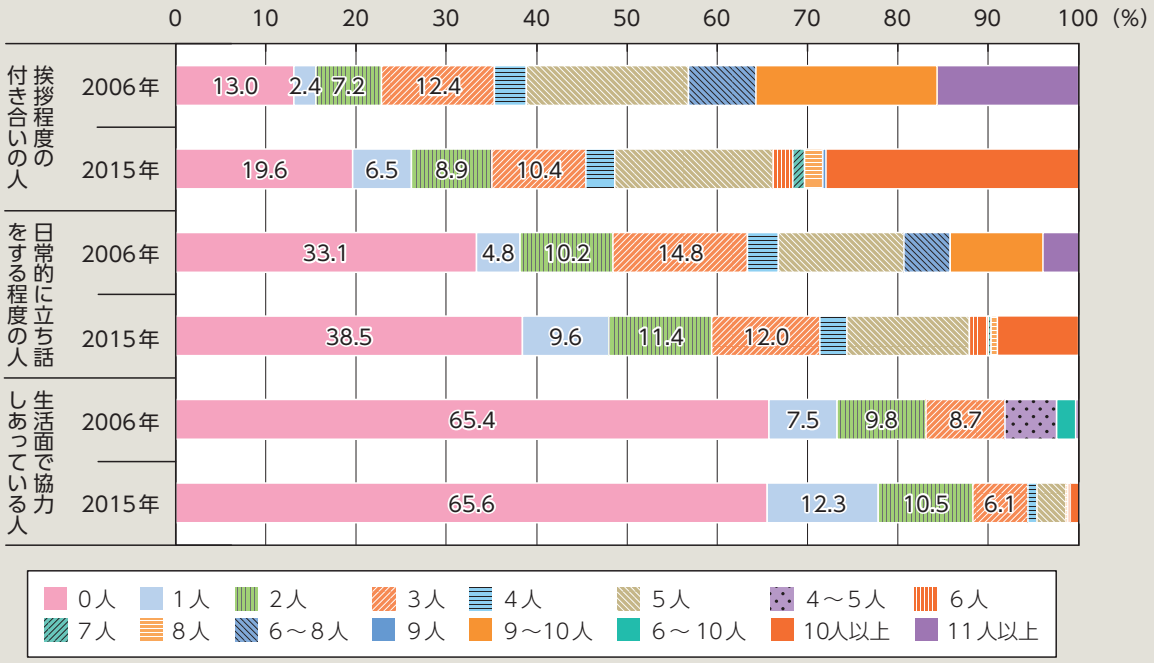


資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

（近所で挨拶程度の付き合いもないという人が、約２割に上る）

このように、地域のつながりが弱まっていることが懸念される中、実際に住民同士で、近所付き合いをする人数も減っているのだろうか。近所付き合いの程度について「挨拶程度の最小限の付き合いの人」「日常的に立ち話をする程度の付き合いの人」「互いに相談したり日用品の貸し借りをするなど生活面で協力し合っている人」がそれぞれどれくらいいるか、2006年と2015年の調査結果を比較した。この結果、全ての項目で、付き合いの人数が「0人」、「1人」、「2人」と比較的少ない人の割合が9年前よりも、それぞれ増える傾向にあった。そして、挨拶程度の最小限の付き合いすらも「0人」と答えた人が、約2割に上っている状況にある（図表1-3-109）。

図表1-3-109 地域で付き合いがある人の人数の変化

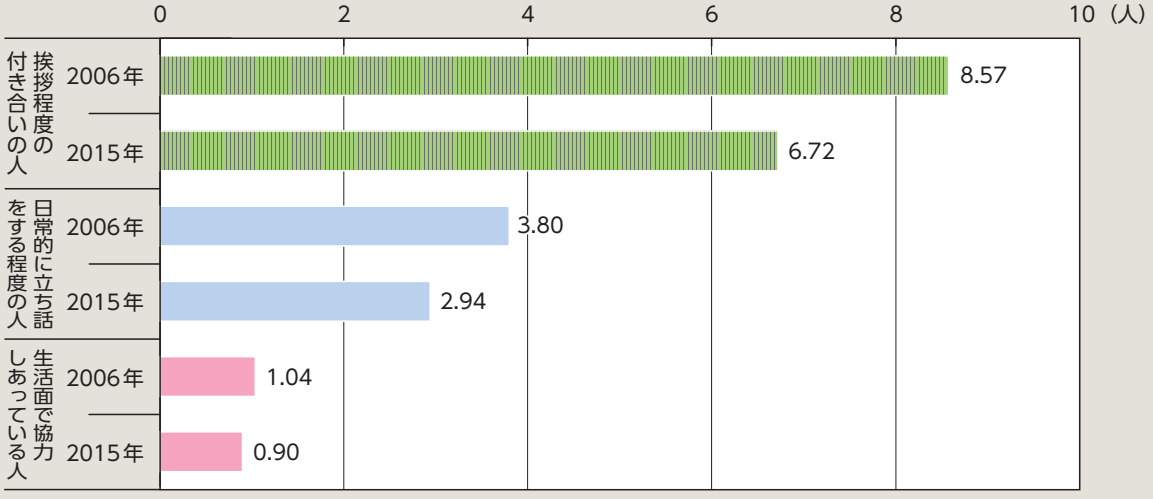


資料：内閣府「平成18年度国民生活選好度調査」（2006年）、厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

具体的に、付き合い等をする平均人数の数値を見てみると、2015年の調査では「挨拶程度の最小限の付き合いの人」が6.72人「日常的に立ち話をする程度の付き合いの人」が2.94人「互いに相談したり日用品の貸し借りをするなど生活面で協力し合っている人」が0.90人となっている。これに対し2006年の調査では、それぞれ8.57人、3.80人、1.04人となっており、両調査の間で、付き合ったり支えあいをする人数が減ってきている（**図表1-3-110**）。

単身世帯の増加（**図表1-3-64**参照）や高齢化に伴い、1人暮らしの高齢者などの社会的孤立の問題が懸念されるようになっている。地域のつながりをはじめ、人との交わりを増やすことや支え合いを通じて、豊かな人間関係を築くことにより、人口減少社会にあっても、暮らしの中で豊かさを実感できるようにすることが重要である。

図表1-3-110 近所でつながりのある人数の平均



資料：内閣府「平成18年度国民生活選好度調査」（2006年）、厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

（小規模な自治体に居住する人や子どもがいる人の方が、近所付き合いが密）

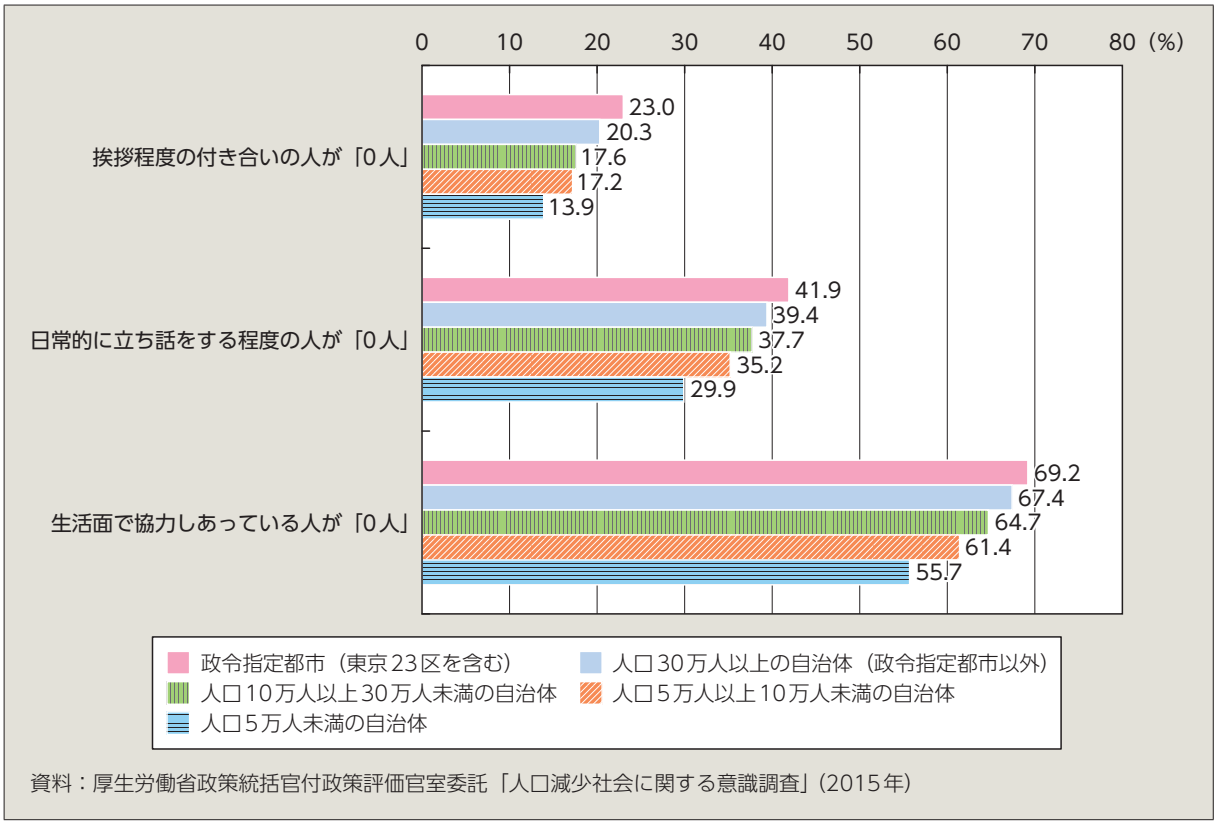
近所付き合いの程度は、居住する自治体の規模や子どもの数、兄弟姉妹の数との相関関係が見られた。

まず、居住する自治体の規模別に見たところ、「挨拶程度の最小限の付き合いの人」「日常的に立ち話をする程度の付き合いの人」「互いに相談したり日用品の貸し借りをするなど生活面で協力し合っている人」が「0人」と答えた人の割合は、政令指定都市ではそれぞれ23.0%、41.9%、69.2%であったのに対して、人口5万人未満の自治体では13.9%、29.9%、55.7%だった（**図表1-3-111**）。小規模な自治体の方が、近所付き合いがない人の割合は低くなっており、近所付き合いが相対的に密である傾向はうかがえるが、小規模な自治体でも、挨拶程度の付き合いがない人の割合が13.9%に上っている。

また、子どもの人数別では、子どもが「0人」の家庭では、「挨拶程度の最小限の付き合いの人」「日常的に立ち話をする程度の付き合いの人」「互いに相談したり日用品の貸し借りをするなど生活面で協力し合っている人」が「0人」と答えた人の割合が、それぞれ33.5%、59.2%、76.3%であったのに対して、子どもが「3人」の家庭では、それぞれ7.1%、18.8%、53.2%となっていた（**図表1-3-112**）。子どもの数が多い人の方が、近所の人とのつながりがない割合は低くなる傾向にある。

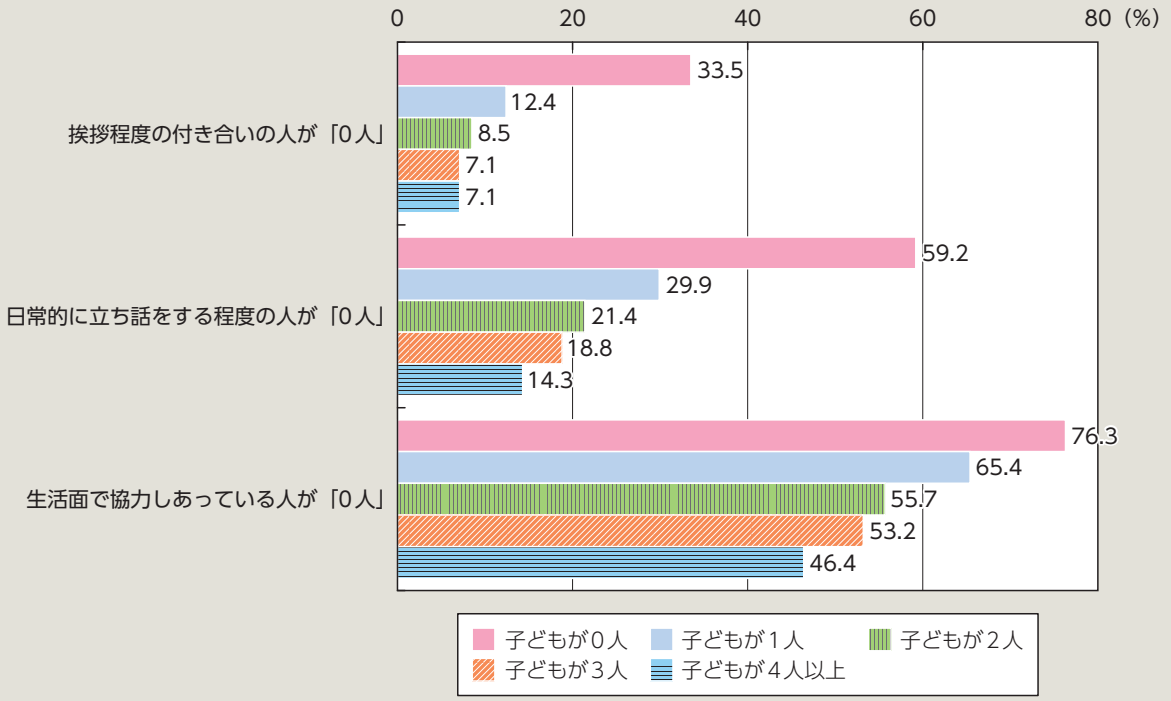
また、兄弟姉妹数別では、1人っ子の人では「挨拶程度の最小限の付き合いの人」「日常的に立ち話をする程度の付き合いの人」「互いに相談したり日用品の貸し借りをするなど生活面で協力し合っている人」が「0人」と答えた人の割合が、それぞれ28.8%、46.7%、70.6%だったのに対し、3人以上兄弟姉妹がいる人では、それぞれ15.3%、32.9%、63.1%だった（**図表1-3-113**）。

図表1-3-111　居住自治体規模別の近所との交際度合い（交際人数が「0人」と答えた人の割合）



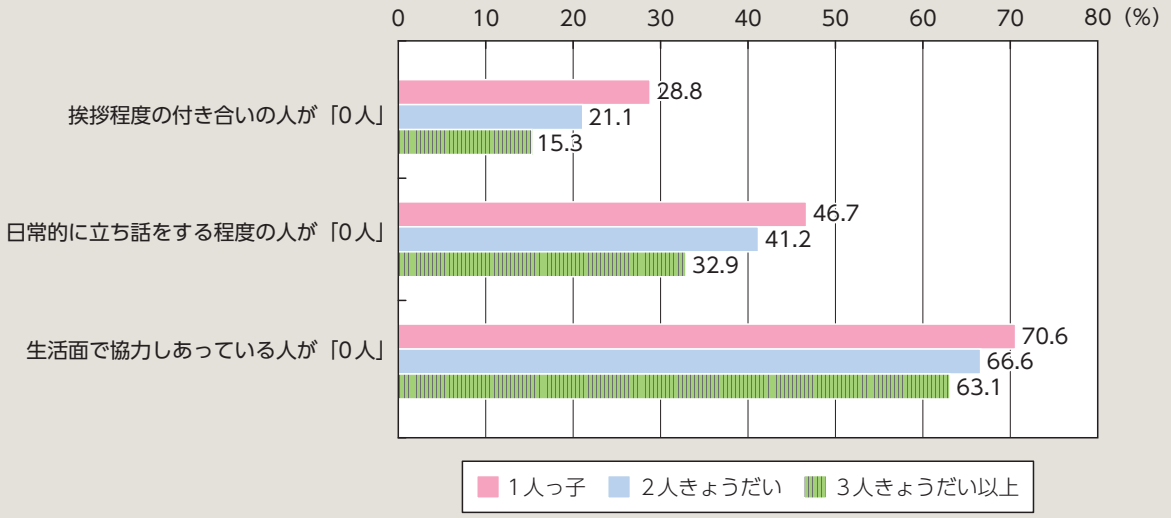
資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

図表1-3-112 子どもの数別の近所との交際度合い（交際人数が「0人」と答えた人の割合）



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

図表1-3-113 きょうだいの数別の近所との交際度合い（交際人数が「0人」と答えた人の割合）



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

（4）地域活動への参加状況

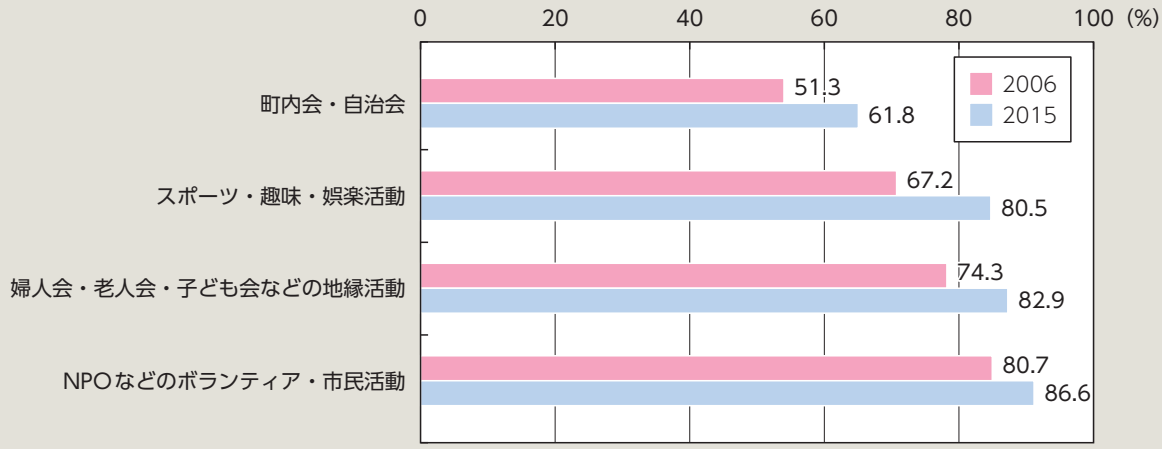
（地域活動への参加状況も低下傾向）

また、地域活動への参加状況も低下傾向にある。

厚生労働省委託調査では、「町内会・自治会」へ参加していない人は61.8%、地域の「スポーツ・趣味・娯楽活動」へ参加していない人は80.5%であった。これに対して9年前（2006年）の国民生活選好度調査では、「町内会・自治会」へ参加していない人は51.3%、地域の「スポーツ・趣味・娯楽活動」へ参加していない人は67.2%となってお

り、地域活動へ参加する人が減ってきている現状にあることがわかる（図表1-3-114）。

図表1-3-114　地域活動へ参加していない人の割合

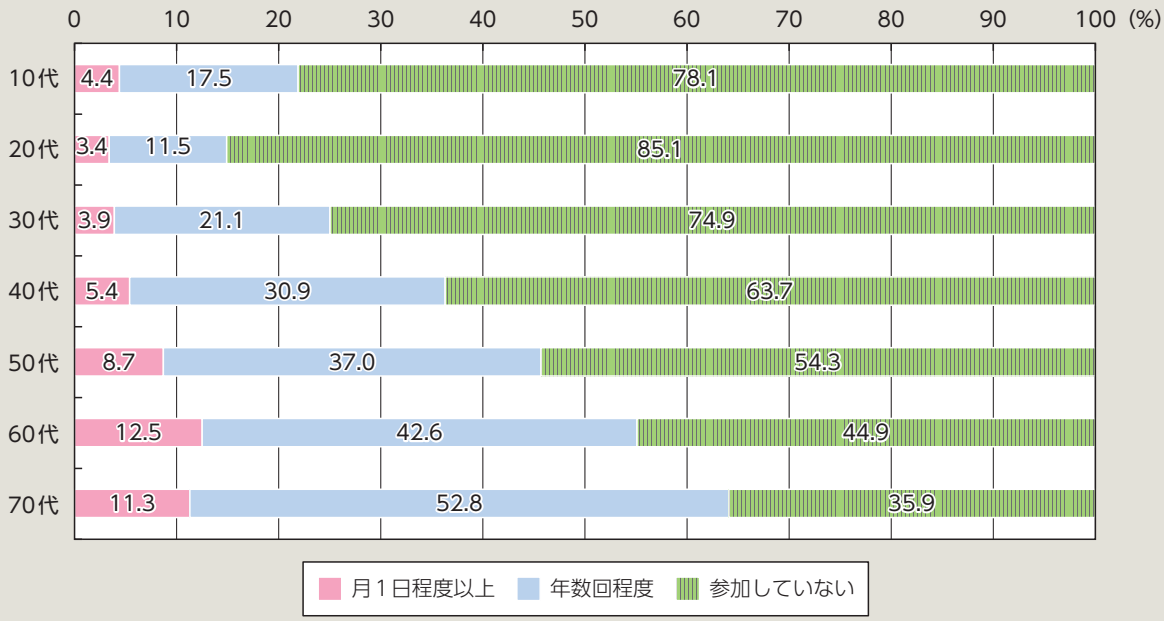


資料：内閣府「平成18年度国民生活選好度調査」（2006年）、厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

また、地域活動への参加状況について、「町内会・自治会」に「月1日程度以上」又は「年数回程度」参加する人は、全体で38.1%いるが、世代別にみると、20代では14.9%しかおらず、年代が上がるにつれて参加率が高くなっている（図表1-3-115）。

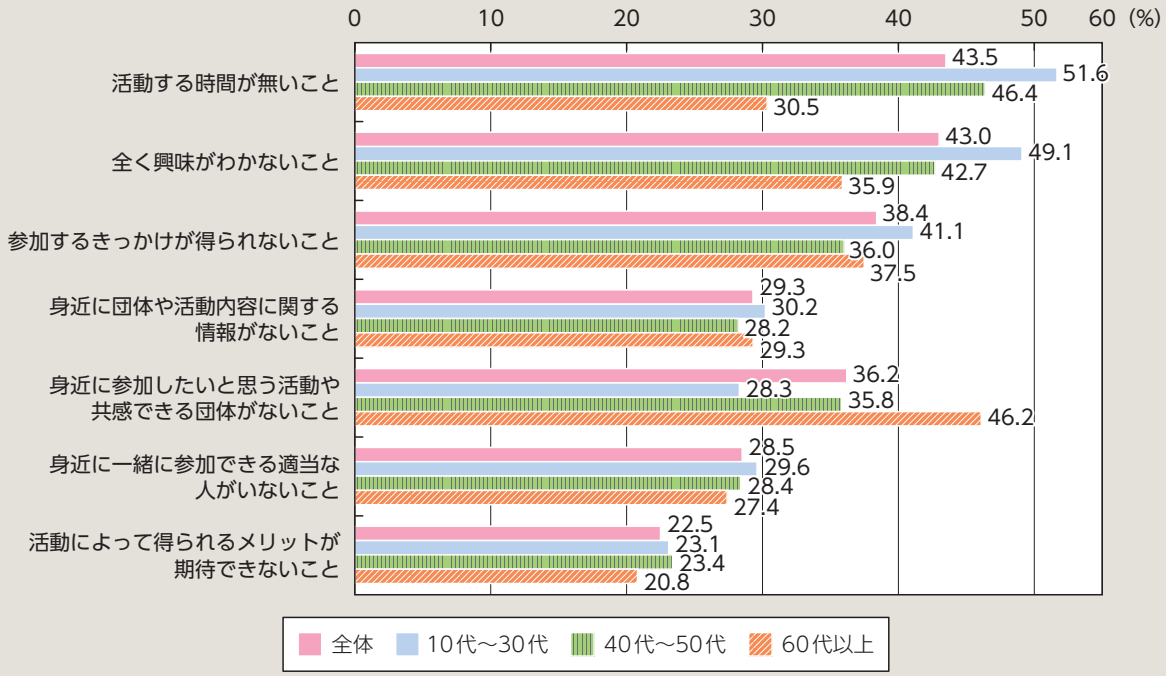
地域活動へ参加する際に苦労すること又は参加できない最も大きな要因としては「活動する時間がないこと」を挙げた人が最も多く（43.5%）、その割合は特に若い世代の方が高かった（図表1-3-116）。特に若い世代について、地域への関心があったとしても時間に余裕がない現状にあることがうかがえる。

図表1-3-115　年齢階級別の町内会・自治会への参加頻度



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）
（注）　10代は、15～19歳を対象とした。

図表1-3-116 地域活動に参加する際に苦労すること、または参加できない要因



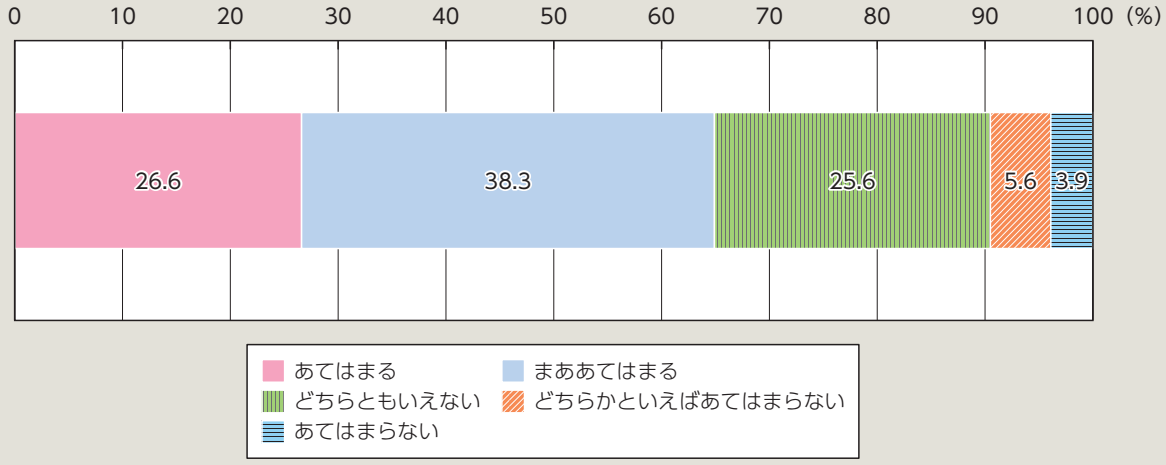
資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」(2015年)
(注) 10代は、15～19歳を対象とした。

(5) 人々の地域への思い

(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)

2010（平成22）年度の国民生活選好度調査において、住んでいる「地域に愛着がある」か否かを尋ねたところ、「あてはまる」又は「まああてはまる」と答えた人は、合わせて64.9%だった（**図表1-3-117**）。比較的多くの人が自分の住む地域に愛着を持っていることがわかる。

図表1-3-117 地域への愛着があると感じるか

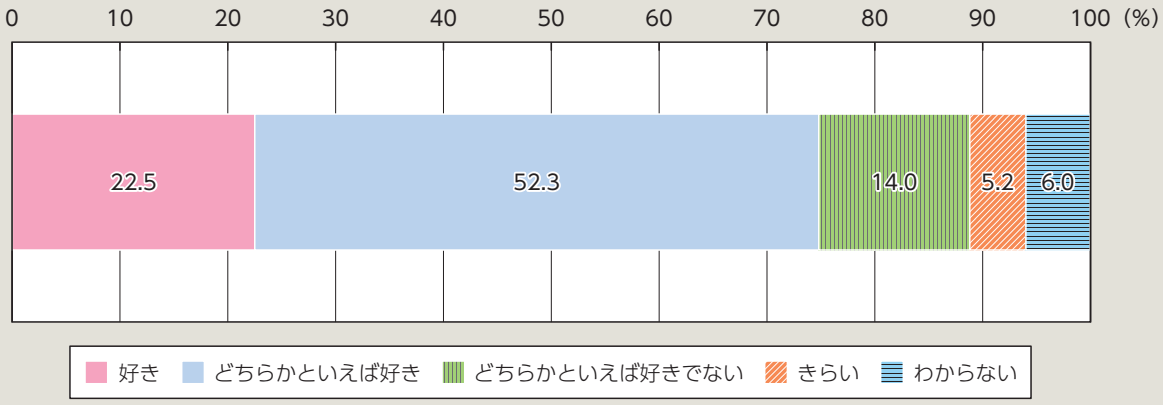


資料：内閣府「平成22年度国民生活選好度調査」(2010年)

また、10代及び20代の若者を対象にした調査で、「今住んでいる地域（市町村）が好き」か否かを尋ねたところ、「好き」又は「どちらかといえば好き」と答えた人は、合わせて74.8%いた（**図表1-3-118**）。その理由としては、「家族がいる」と答えた人が

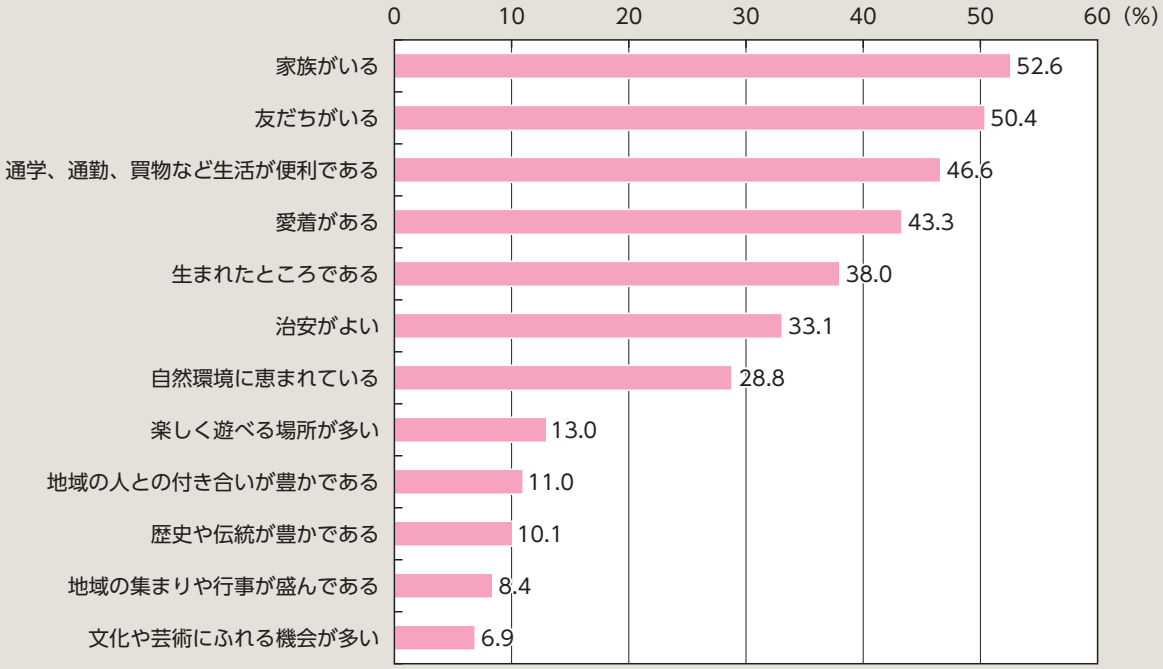
52.6%で最も多く、次いで「友達がいる」の50.4%となっており（図表1-3-119）、家族や友人といった人とのつながりの存在を理由にあげる若者が多い傾向にあった。

図表1-3-118　今住んでいる地域（市町村）が好きか否か（10代・20代）



資料：内閣府「我が国と諸外国の若者の意識に関する調査」（2013年）
（注）　10代及び20代を対象とした調査

図表1-3-119　今住んでいる地域が好きな理由（10代・20代）

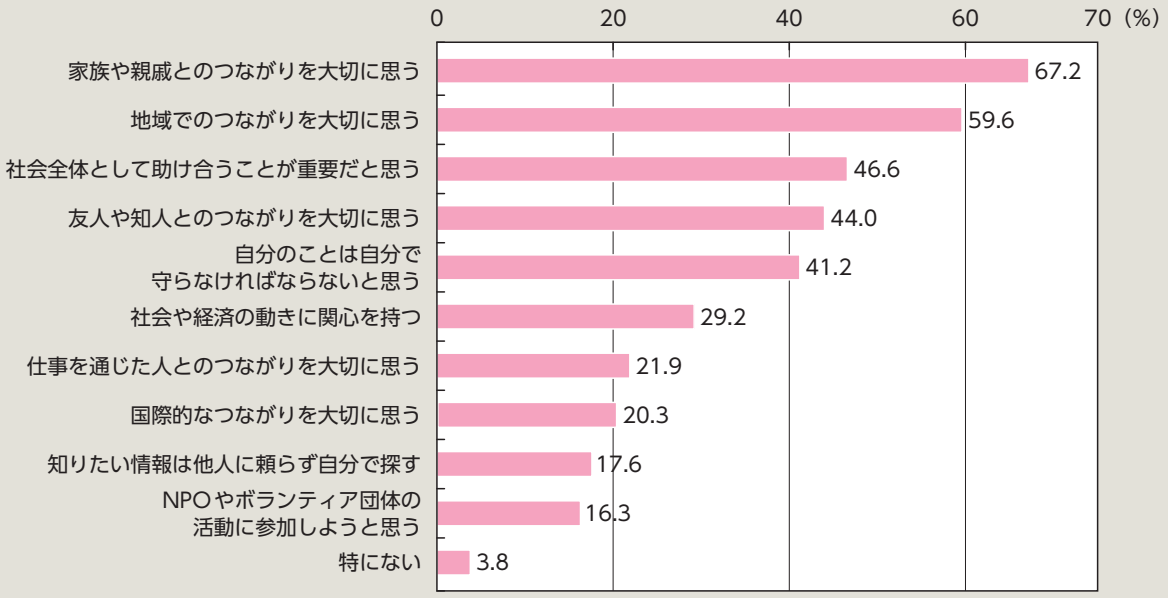


資料：内閣府「我が国と諸外国の若者の意識に関する調査」（2013年）
（注）　10代及び20代を対象とした調査

（東日本大震災後、地域のつながりを大切に思うようになったという人も多い）

また、別の調査で、2011（平成23）年の東日本大震災後の事情の変化について、震災後強く意識するようになったことは何かを尋ねたところ、最も多かったのが「家族や親戚とのつながりを大切に思う」と答えた人で67.2%、次いで「地域でのつながりを大切に思う」と答えた人が59.6%であった（図表1-3-120）。震災以後の助け合いの機運の中で、地域のつながりの大切さを改めて感じた人が多いことがわかる。

図表1-3-120 東日本大震災以降強く意識するようになったこと



資料：内閣府「社会意識に関する世論調査」（2012年）

6 人口減少の中での地域のつながりを維持するために

これまででみたとおり、地域は、子育てにとっても、子どもの育ちにとっても重要な存在であり、そのような重要な機能を持つ地域に対して、住民は愛着を持っているという現実がある。しかしながら、我が国の人口減少は避けられない情勢にあり、それによって地域のつながりが希薄化していると言われている。ここでは、そのような人口減少社会において、地域のつながりを維持していくために必要なものは何か、意識調査の結果を踏まえて分析する。

（1）地域に対する不安

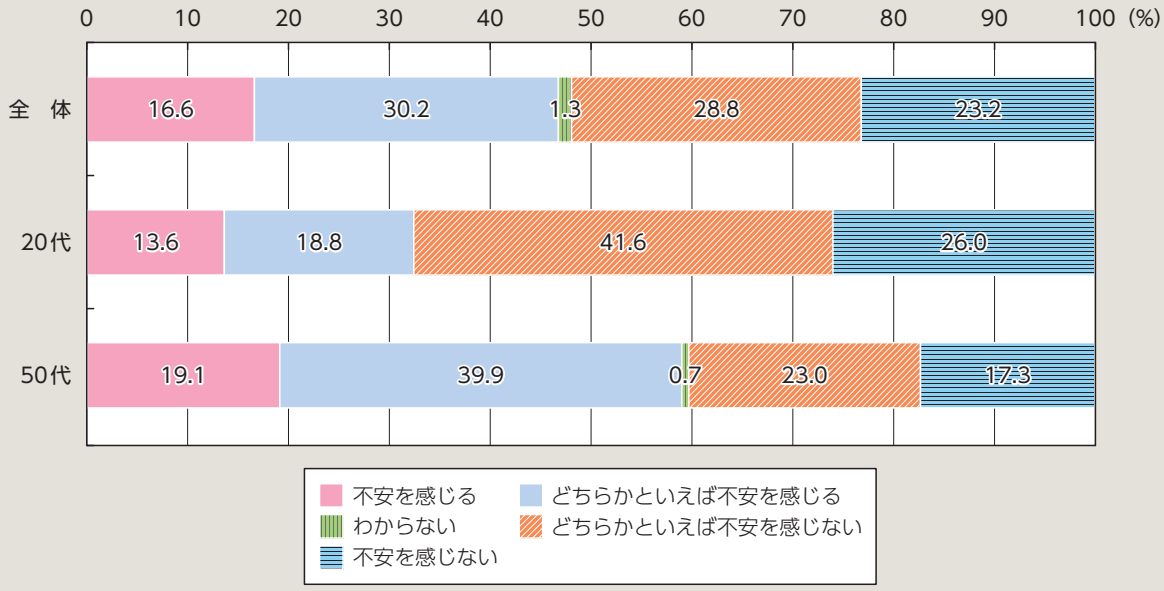
（地域の将来に不安を感じる人は多く、特に地域を支える担い手の不足を懸念する人が多い）

地域のつながりが希薄化する中で、人々は住んでいる地域の将来に不安を感じるのだろうか。2014（平成26）年に内閣府が行った意識調査では、「不安を感じる」又は「どちらかといえば不安を感じる」と答えた人が合わせて46.8%だった。年齢別でみると、こう答えた人は20代では32.4%に過ぎなかったが、50代では59.0%にも上った（**図表1-3-121**）。

不安の具体的な内容としては、「地域を支える担い手の不足」を挙げた人が最も多く55.7%、次いで「商店街などのまちの中心部のにぎわいの喪失」が48.0%となっており（**図表1-3-122**）、人口減少に伴う人手不足や活力の喪失に不安を覚える人が多いようだ。

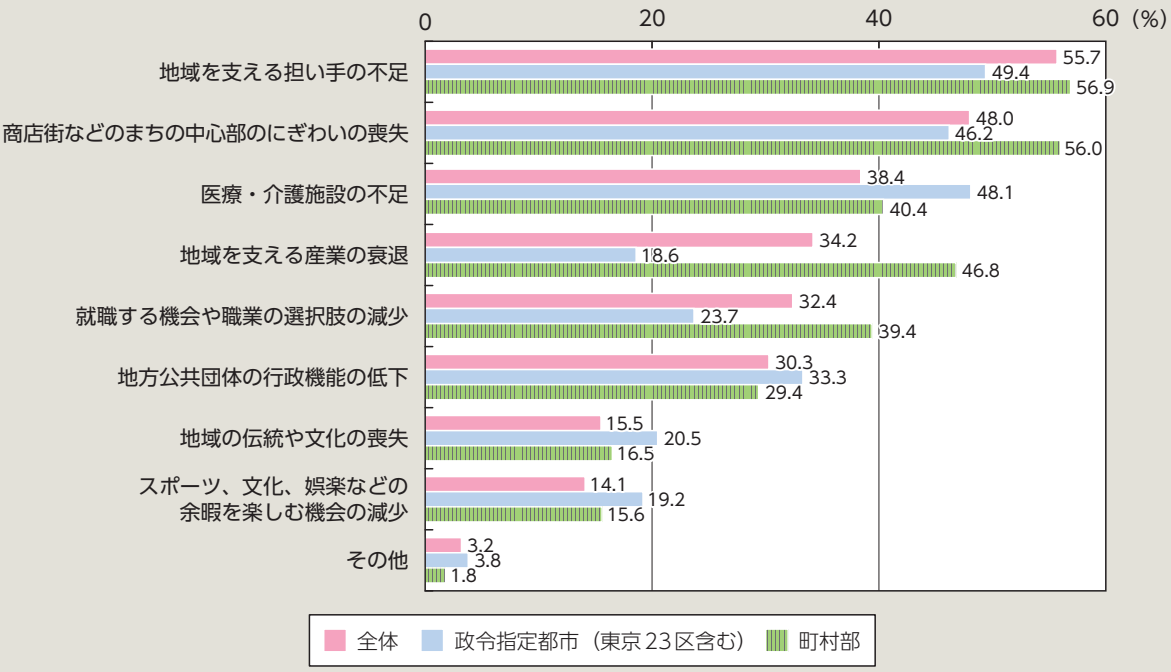
また、不安に感じるものは居住地によって異なり、東京23区を含む政令指定都市では、他の地域に比べ「医療・介護施設の不足」を不安に感じる人の割合が多く、町村部では「商店街などのまちの中心部のにぎわいの喪失」や「地域を支える産業の衰退」を不安に感じる人の割合が多くなっている。都市における急速な高齢化の進展に伴う人口構造の変化と、地方における人口減少という問題が地域への不安につながっていることがわかる。

図表1-3-121　住んでいる地域の将来に不安を感じる人の割合



資料：内閣府「人口、経済社会等の日本の将来像に関する世論調査」（2014年）

図表1-3-122　地域の将来について不安に感じること



資料：内閣府「人口、経済社会等の日本の将来像に関する世論調査」（2014年）

（2）地方の人口減少へ歯止めをかける～地方へ住み続けたい人の希望を実現

（地方に住み続けたいと願う人は多く、人口減少に歯止めをかけるためには、その希望を実現することが重要）

地域のつながりが弱くなった原因や地域の将来への不安として人口減少に起因する問題を挙げる人も多く、人口減少が地域へ及ぼす影響の大きさがわかった。人口減少は地方においてより深刻で、特に本章第1節3（2）❷でもみたとおり、若い世代の大都市圏への流

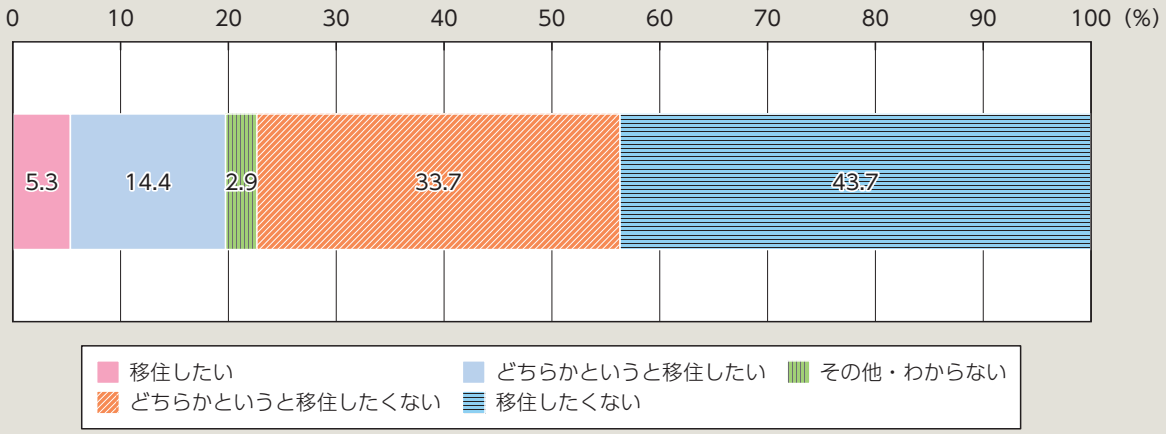
出という社会減と、これに伴う出生数の減少による自然減とが相まって人口減少が進んでいる状況にある。

また、東京をはじめとする首都圏において出生率が低いことから（**図表1-3-44**参照）、地方から人口が流出して首都圏に日本の人口が集中することが、日本全体の出生率の低下を招き、それが日本全体の人口減少につながっている状況がある。

では、実際に地方の人は、地方から都市へ移り住みたいと思っているのか。自分が農山漁村に居住していると考えている人に対し、都市地域への移住意向を尋ねたところ、「移住したい」と答えた人と「どちらかというと移住したい」と答えた人を合わせて2割以下にとどまっており、「どちらかというと移住したくない」と答えた人と「移住したくない」と答えた人を合わせると8割弱となった（**図表1-3-123**）。

地方からの人口減少に歯止めをかけ、さらには日本全体の人口減少に歯止めをかけるためにも、地方に住み続けたいと願う人々の希望が実現できるようにすることが重要であり、そのためにも、地方に住み続けられる環境を維持・確保していくことが必要である。

図表1-3-123 農山漁村住民の都市への移住意向



資料：内閣府「農山漁村に関する世論調査」（2014年）

（地元で就職したいと希望する若者も多く、その希望を実現することも重要）

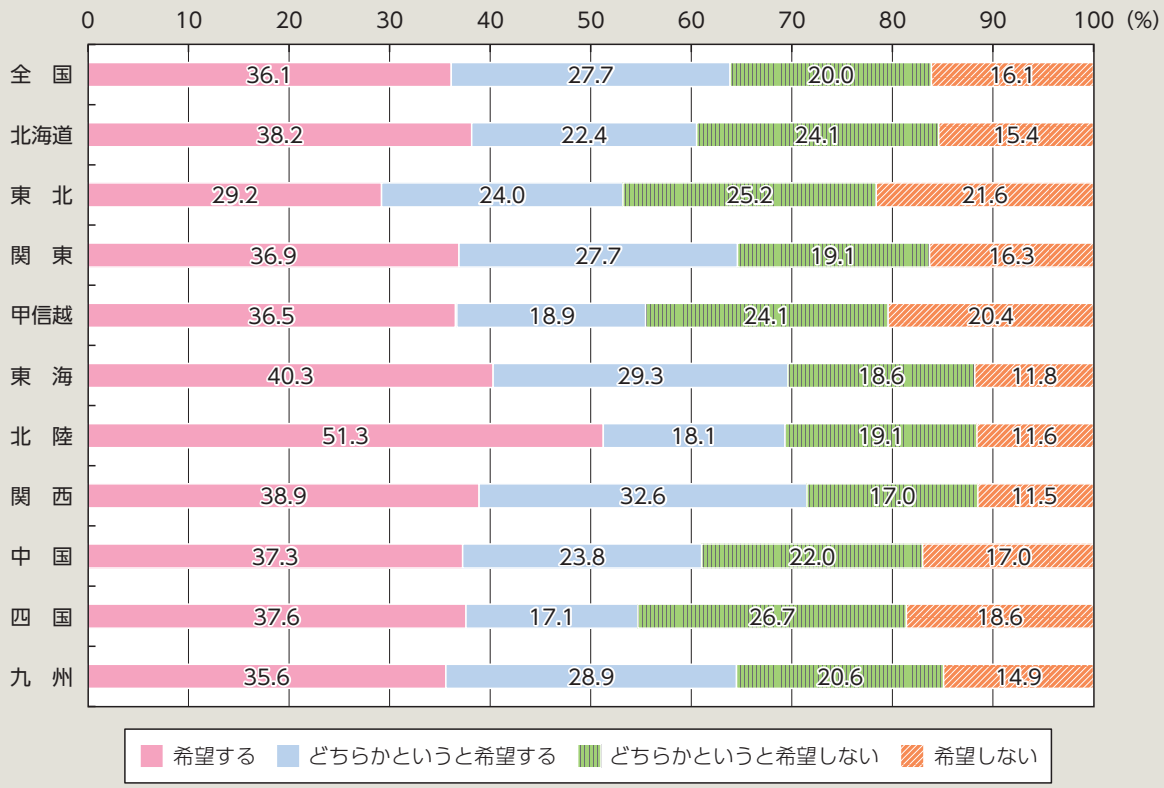
特に、地方生まれの若い世代で地元に留まりたいと望む人の希望を叶えることは、次の世代を再生産して人口減少に歯止めをかけるためにも特に重要となる。

就職情報会社である株式会社マイナビが大学生を対象として行った「Uターン・地元就職に関する調査」では、全体の約3分の2の学生が地元就職を「希望する」又は「どちらかというと希望する」と答えていた（**図表1-3-124**）。地域ごとにみても、全ての地域で過半数の学生が地元就職を「希望する」又は「どちらかというと希望する」と答えており、地元就職を望む人の割合は多い。

その理由としては「（自分の意思から）両親や祖父母の近くで生活したいから」と答えた人が最も多く41.4%、次いで「地元の風土が好きだから」と答えた人が40.1%、「実家から通えて経済的に楽だから」と答えた人が37.9%となっていた（**図表1-3-125**）。

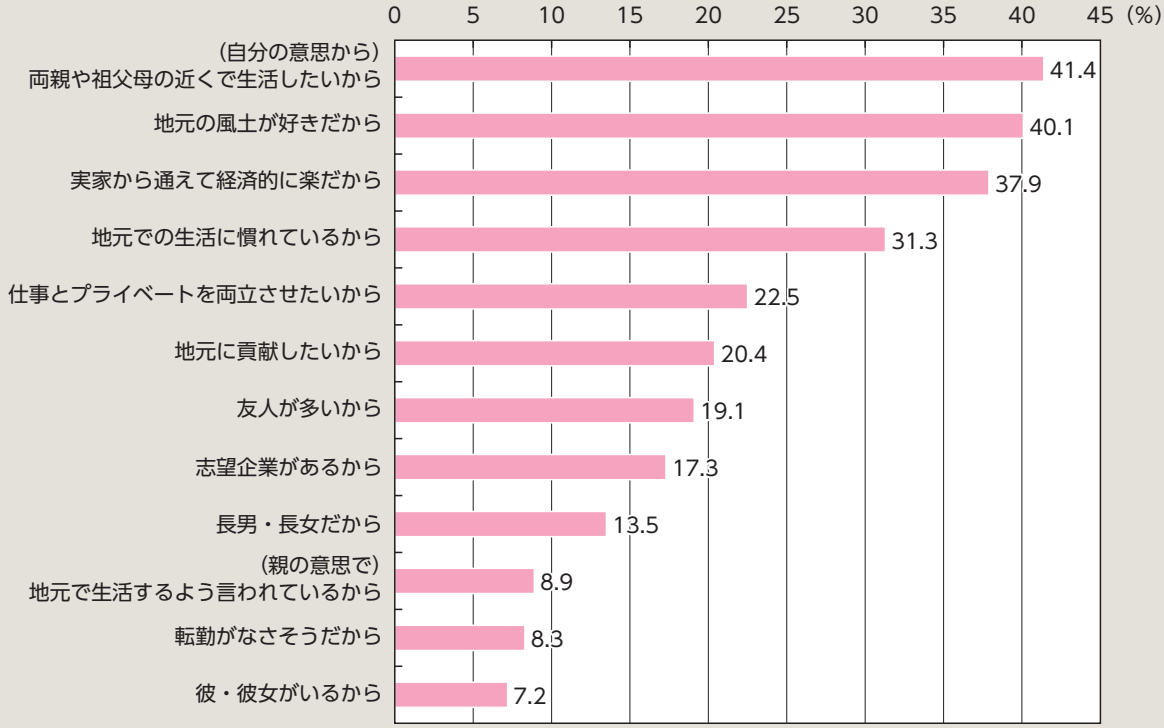
地元で就職して、地域の中で働きたいという若者の希望を実現するためにも、地方における雇用の創出などが重要である。

図表1-3-124 大学生の地元就職希望の有無



資料：株式会社マイナビ「2016年卒マイナビ大学生Uターン・地元就職に関する調査」

図表1-3-125 地元就職を希望する理由



資料：株式会社マイナビ「2016年卒マイナビ大学生Uターン・地元就職に関する調査」

コラム　国立大学法人福井大学～高い地元就職率達成のための取組み～

（個別企業説明会の様子）

（リラックスミーティングの様子）

（高い地元就職率と低い離職率）

国立大学法人福井大学は、高い地元就職率、高い就職率及び低い離職率を達成していることで有名である。まず、地元出身者の地元就職率は、一番低い工学部で2013（平成25）年度は77%に達している。また、就職率は、卒業生1,000人以上の複数学部を有する国立大学の中で7年連続全国第1位を達成している（民間調べ）。さらに、離職率は、在職3年以内で、全国31.0%に対して7.1%と極めて低い水準となっている。このため、総理出席の「まち・ひと・しごと創生に関する有識者懇談会」において、大学では唯一、その優れた就職支援の取り組みについて紹介された。

（組織的取組みの本格化による就職支援の充実）

福井大学は、教育地域科学部、医学部及び工学部の3学部からなり、学生数約5千人である。就職支援体制としては、就職支援室に専任の事務職員3名とキャリアカウンセラー2名を置き、各学部に兼任就職担当教員として就職委員が計24名置かれている。2011（平成23）年の就職支援担当3名のみの体制からキャリアカウンセラーを配置して体制を強化、就職支援室長をはじめとする学内を挙げた組織的取り組みを本格化させ、就職支援が充実したことで、現在の就職率の高さにつながっている。

（きめ細かな就職支援と地元企業の本質的魅力を伝えることによる地元就職率の向上）

福井大学の就職支援活動は、初年次教育プログラムや学内合同企業説明会など「教職協働・産学官連携」、求人票情報のデータベース化やメールによる就職情報発信など「キャリアサポートシステム」、就職ガイダンスや就職相談・模擬面接など「就職活動支援事業」の3本の柱からなっている。具体的には、特に福井大学ならではの地元企業就職に着目した特色ある取組みとして、①個別企業説明会、②福井県中小企業団体連合会との連携が挙げられる。

まず、①の個別企業説明会は、企業等の人事担当者を招き、会社の規模にかかわらず「1社・1教室・90分」で企業の特色や技術紹介をじっくりアピールできる機会である。説明会を通じて、内定につながるケースも多い。2009（平成21）年からの取組み開始以降、年々実施回数と参加者が増加し、2014（平成26）年は、のべ241社・1,766人となっており、うち県内企業が、のべ63社を占めている。個別企業説明会は、特に、地元中小企業とのマッチングに効果的である。

次に、②の福井県中小企業団体連合会との連携については、2014年から「ファクトリーツアーズ＆リラックスミーティング」と称して、少人数で様々な業種・業界の会社を実際見学するとともに、経営者と気軽な雰囲気で直接本音で討論することにより、学生と

経営者の間の認識のずれを埋める機会となっている。

福井大学では、きめ細かく寄り添う学生支援により、学生が十分納得感を得ながら希望の就職を実現できるようサポートするとともに、実体験による地元企業の本質的な魅力を伝える機会の提供を通じて、地元就職率の向上に引き続き努めている。

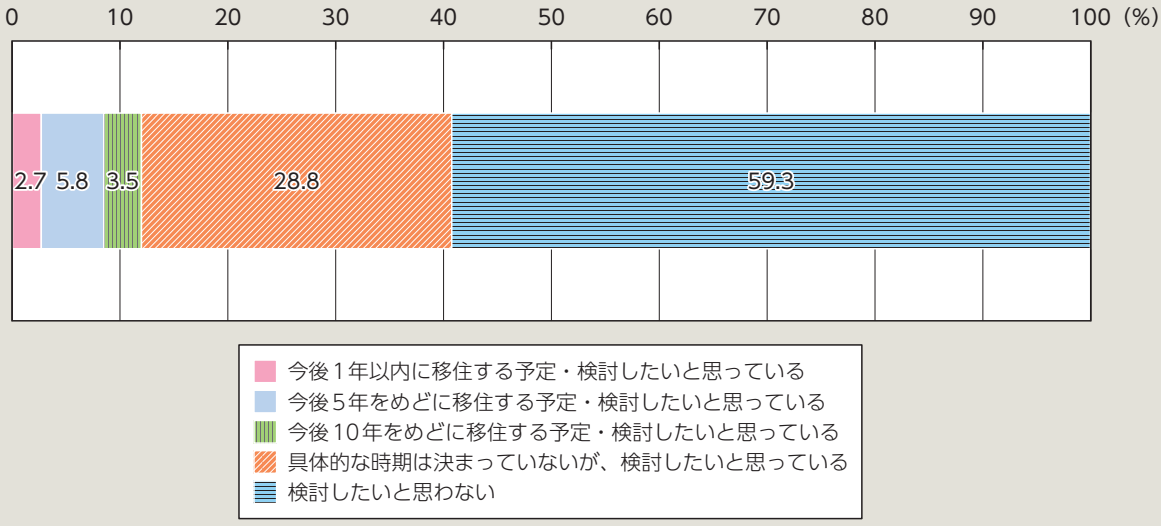
(3) 地方の人口減少へ歯止めをかける～地方へ住んでみたい人の希望を実現

(地方への移住の意向を抱く都市在住者は約４割)

都市に在住している人でも、地方へ関心を持って移住を希望する人もいる。2014（平成26）年に内閣官房が東京在住者に対して行った調査では、約４割の人が地方への移住に対し前向きな姿勢を示した（**図表1-3-126**）。

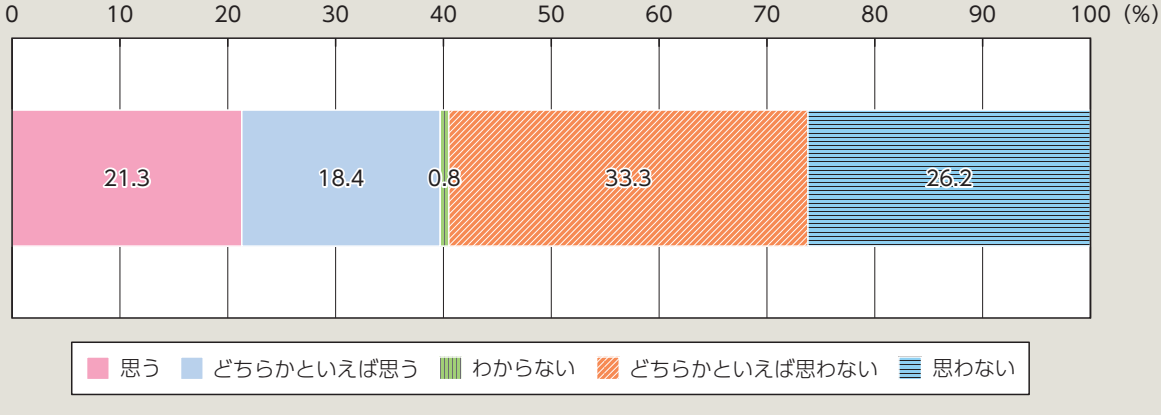
また、別の調査で都市から地方への移住意向を尋ねたところ、こちらも「移住したいと思う」又は「どちらかといえば移住してもよいと思う」と回答した人は、合わせて約４割に及んだ（**図表1-3-127**）。

図表1-3-126　東京在住者の地方への移住意向



資料：内閣官房「東京在住者の今後の移住に関する意向調査」(2014年)

図表1-3-127　都市在住者の地方への移住意向



資料：内閣府「人口、経済社会等の日本の将来像に関する世論調査」(2014年)

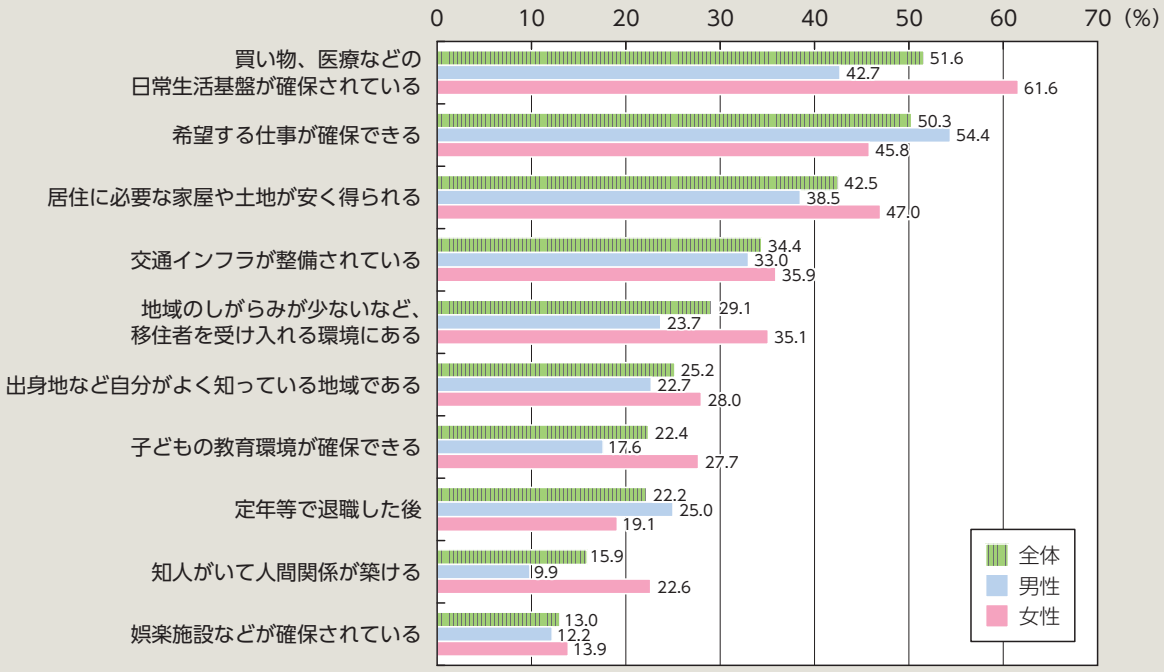
（地方へ移住しても良いと思えるためには、日常生活の基盤や雇用が確保されていることが必要）

また、厚生労働省委託調査において、地方へ移住しても良いと思う人に対して、移住しても良いと思う条件を尋ねたところ、「買い物、医療などの日常生活基盤が確保されている」と答えた人が51.6％で最も多く、次いで「希望する仕事が確保できる」と答えた人が50.3％、「居住に必要な家屋や土地が安く得られる」と答えた人が42.5％となっていた（**図表1-3-128**）。地方への移住に関する希望を実現するためには、日常生活基盤の確保や雇用の創出・確保が重要な要素となる。

移住しても良いと思う条件については、男女で傾向が異なり、女性の方が男性よりも「買い物、医療などの日常生活基盤が確保されている」（男性42.7％、女性61.6％）や「地域のしがらみが少ないなど、移住者を受け入れる環境にある」（男性23.7％、女性35.1％）等をより重視する傾向にあった（**図表1-3-128**）。

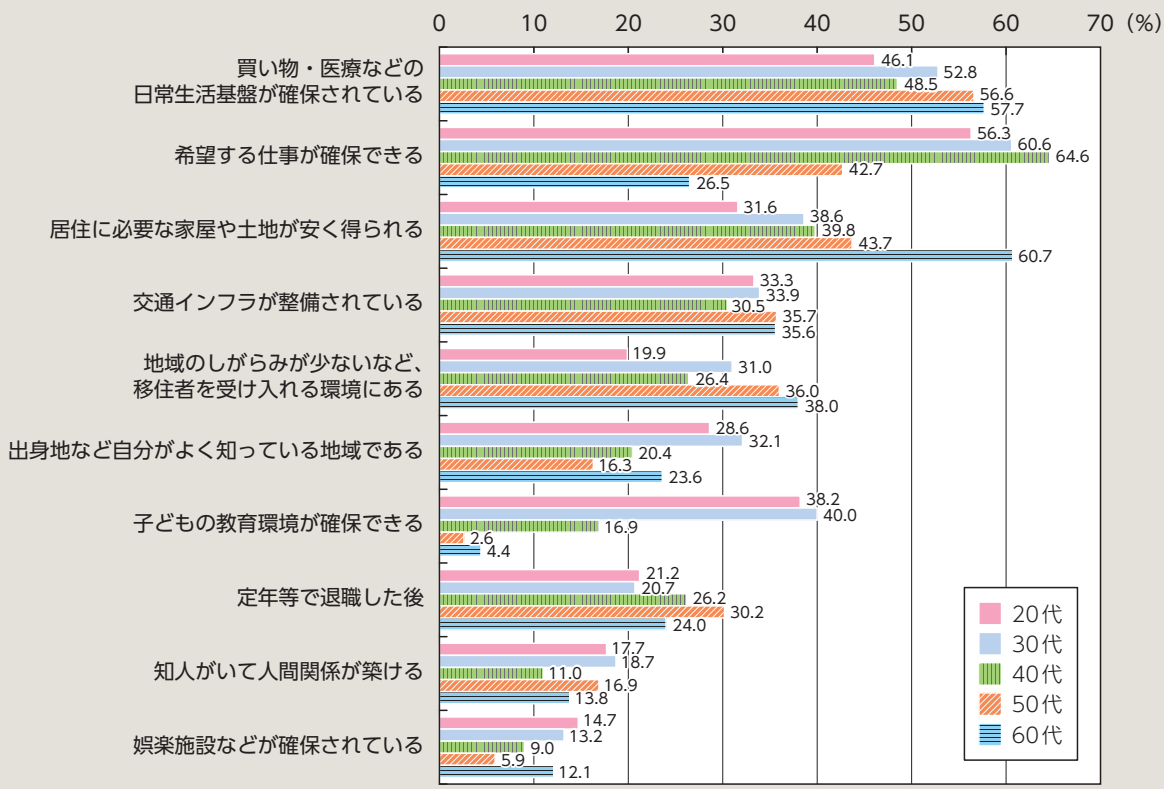
年齢階級別にみると、20・30代では、「子どもの教育環境が確保できる」を条件にする人が多く、30代では40.0％に上った。また、20代～40代では、「希望する仕事が確保できる」と答えた人の割合が最も多くなっており、特に40代では64.6％の人がこの選択肢を選んだ。60代では「居住に必要な家屋や土地が安く得られる」を条件にした人が60.7％と平均を大きく上回った（**図表1-3-129**）。世代を問わず「生活基盤」が重要であることは共通しているが、現役世代では「仕事」「子どもの教育」、シニア世代では「居住費用」が重要となるなど、ライフステージに応じて移住のために必要な条件も変わってくることがわかる。

図表1-3-128 移住しても良いと思う条件（男女別）



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

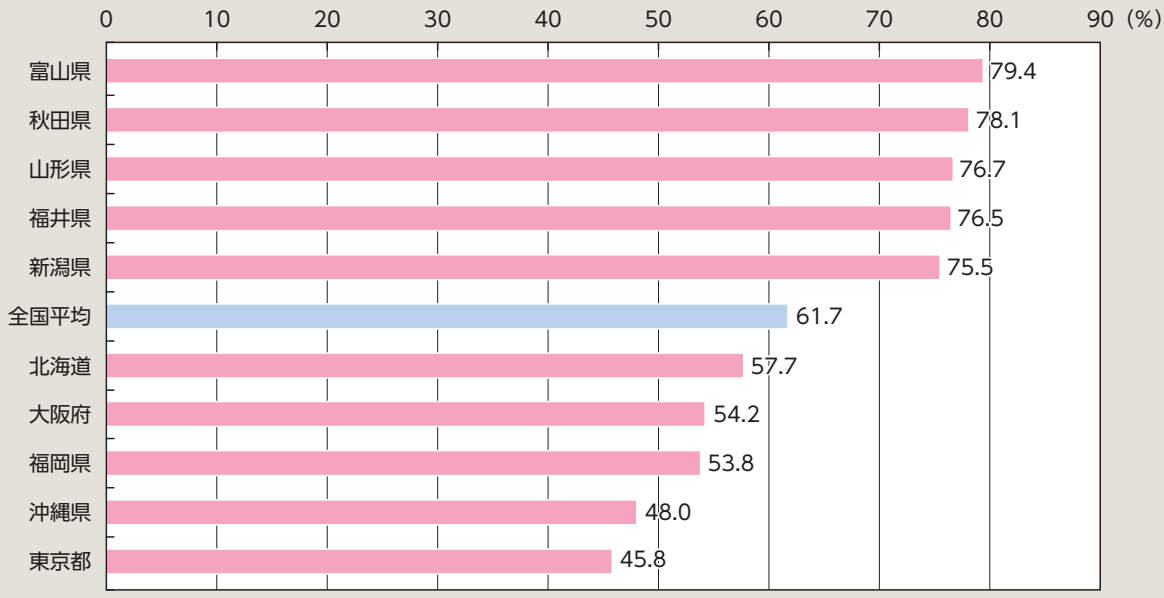
図表1-3-129 移住しても良いと思う条件（年齢階級別）



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

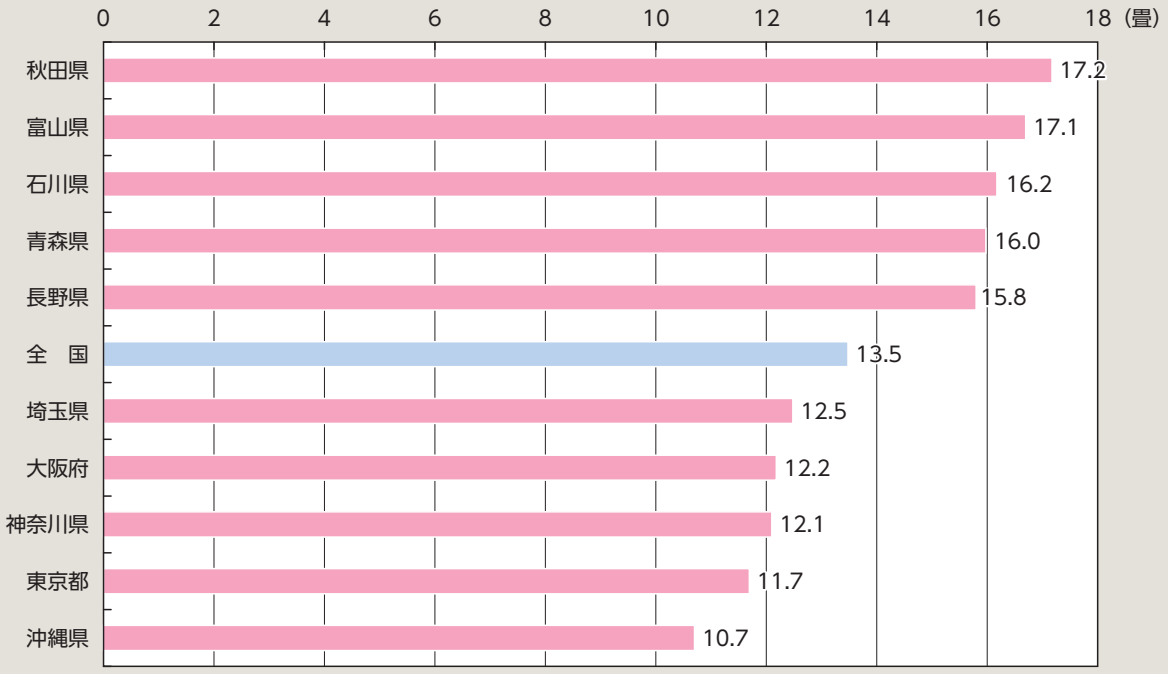
移住しても良いという条件として「居住に必要な家屋や土地が安く得られる」ことを挙げた人は、全体で３番目に多かった。実際に、都道府県別の持ち家住宅率や１人当たりの居住室の畳数をみると、東京都や大阪府といった大都市部の方が持ち家住宅率も低く、１人当たりの居住室の畳数も小さくなっており、地方の方が、都市部と比較してより良好な居住環境にあることがわかる（図表1-3-130、図表1-3-131）。

図表1-3-130 都道府県別の持ち家住宅率（上位・下位５都道府県）



資料：総務省「平成25年住宅・土地統計調査」（2013年）

図表1-3-131 都道府県別１人当たりの居住室の畳数（上位・下位５都道府県）



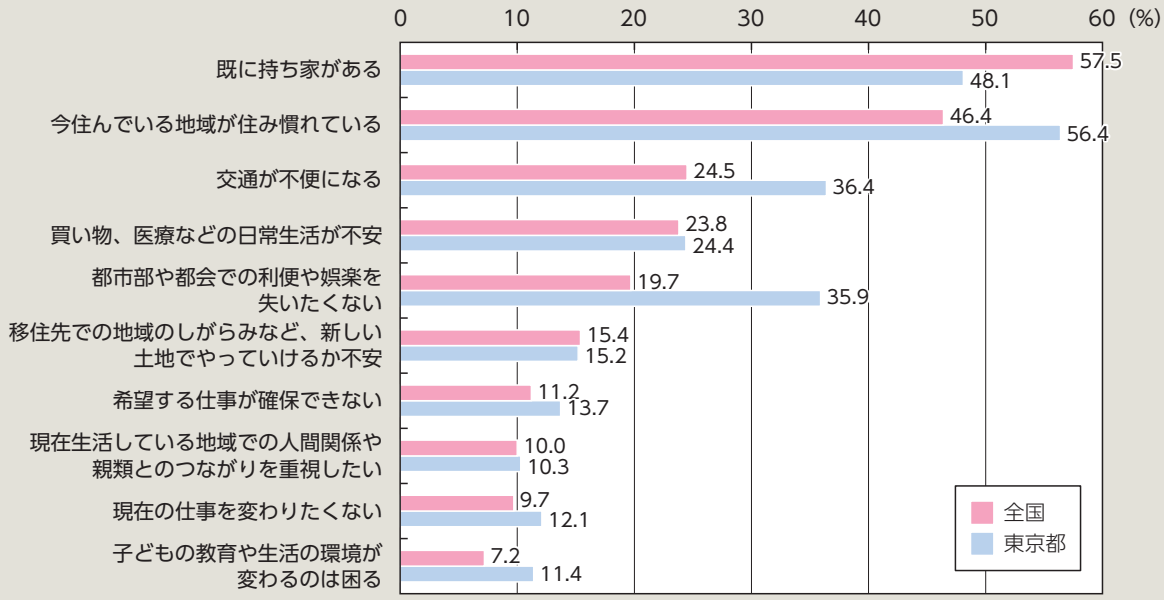
資料：総務省「平成25年住宅・土地統計調査」(2013年)
(注)　畳を敷いていない居住室も、3.3㎡を２畳の割合で換算

(地方への移住を希望しない人は、既に持ち家があることや今の地域に住み慣れていることを理由とする人が多い)

逆に、地方への移住を希望しない人にその理由を尋ねたところ、「既に持ち家がある」と答えた人（57.5%）と「今住んでいる地域が住み慣れている」（46.4%）と答えた人が多かった（**図表1-3-132**）。

地域ごとに見てみると、東京都では「交通が不便になる」を選んだ人が36.4%（全国24.5%）、「都市部や都会での利便や娯楽を失いたくない」を選んだ人が35.9%（全国19.7%）と、他の地方と比較して、日常生活の利便性を理由に挙げる人の割合が大きかった（**図表1-3-132**）。

図表1-3-132　地方への移住を希望しない人の理由



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」(2015年)

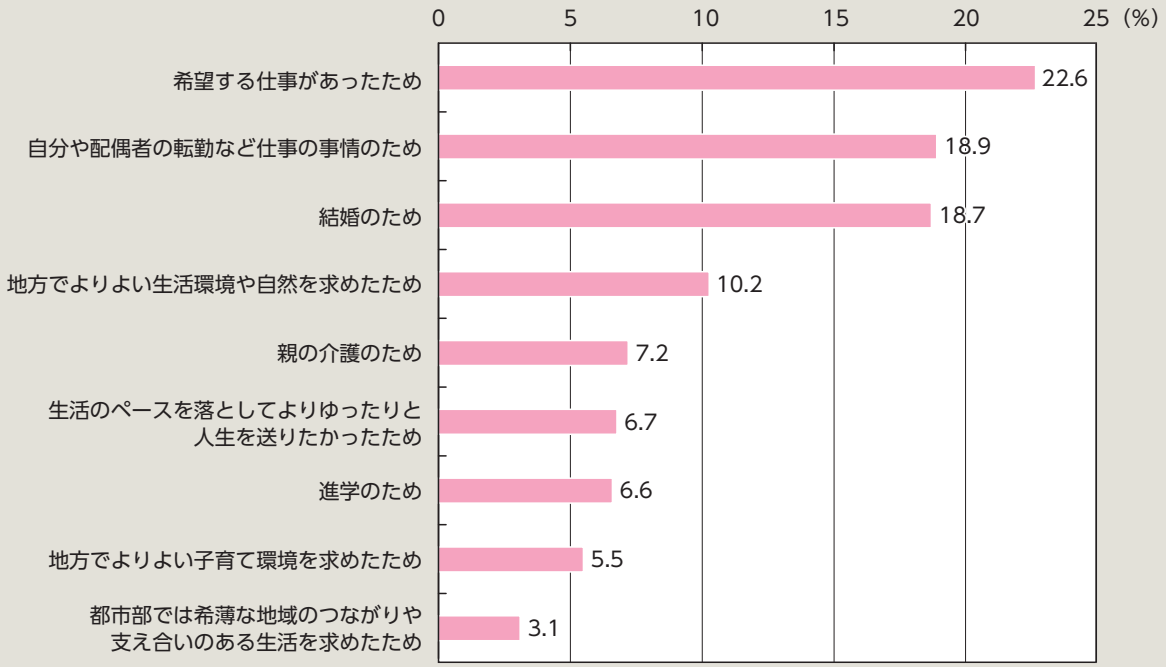
(実際に移住した人では、仕事に関する事情を移住の理由に挙げる人が多い)

では、実際に移住した人の移住理由はどのようなものだろうか。

都市部から地方に移住した人にその理由を尋ねたところ、「希望する仕事があったため」と答えた人が22.6%と最も多く、次いで「自分や配偶者の転勤など仕事の事情のため」と答えた人が18.9%、「結婚のため」と答えた人が18.7%となっていた（**図表1-3-133**）。

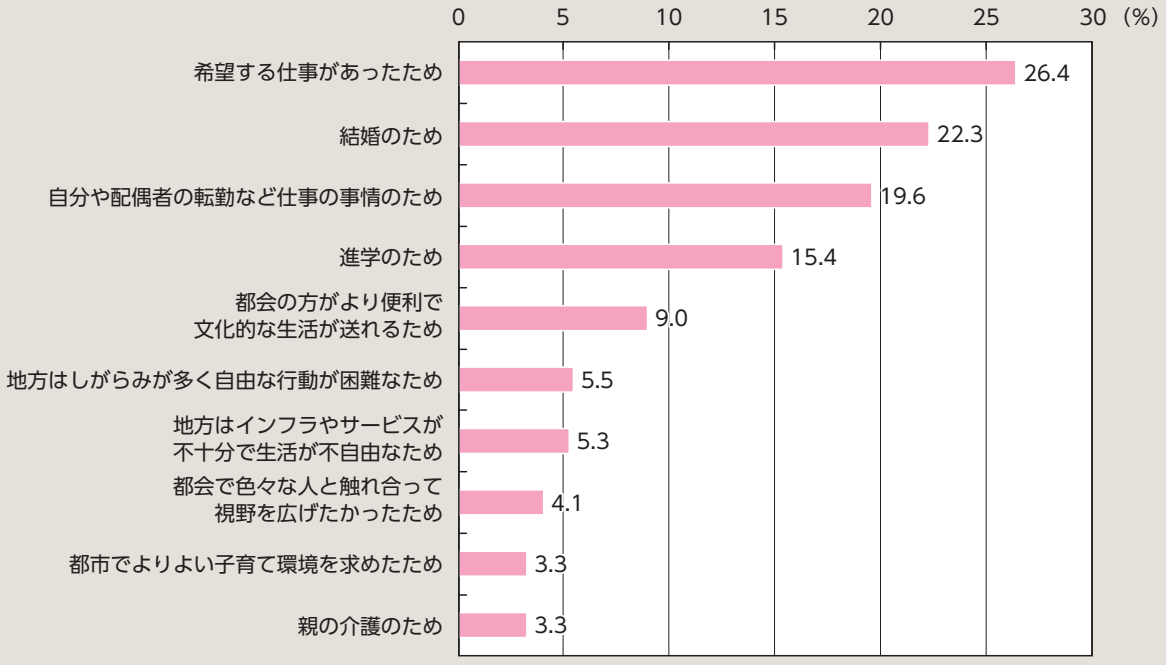
これと反対に、地方から都市部に移り住んだ人の移住理由としては、「希望する仕事があったため」が26.4%と最も多く、次いで「結婚のため」と答えた人が22.3%、「自分や配偶者の転勤など仕事の事情のため」と答えた人が19.6%となっていた（**図表1-3-134**）。地方から都市部への移住でも、都市部から地方への移住でも、希望する仕事が得られるかどうかなど、職に関する事情が移住の決断や行動を左右する大きな要因となっていることがわかる。

図表1-3-133 都市部から地方へ移住した人の理由



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

図表1-3-134 地方から都市部へ移住した人の理由



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「人口減少社会に関する意識調査」（2015年）

コラム　「移住者誘致の先駆け」　～北海道伊達市の取組み～

ここでは、「移住者誘致の先駆け」として、先進的な取組みをしている北海道伊達市の事例を紹介する。

(1) 伊達市の概要

伊達市は、北海道の南西部に位置する人口約３万６千人の市で、海洋性の温暖な気候から「北の湘南」ともよばれている。同市は、その温暖な気候から定年退職後の高齢者の転入が多く、北海道全体の人口が減少傾向にある中で、比較的穏やかな減少に留まっている。その反面、高齢化率は、全国平均・全道平均を上回っている。

そのため、市では、高齢化社会に対応するため、官民協働で中心市街地の整備と商業活性化が一体となったまちづくりを進めており、現在では、総合病院をはじめとした多くの医療機関や銀行、複数の大型スーパー、福祉・介護施設など、生活に必要な都市機能が市街地の半径2㎞以内にあり、買い物も用事も一度に済ませることができる「コンパクトシティ」となっている。

〈上空からみた伊達市〉

(2)「伊達ウェルシーランド構想」

市では、超高齢化・人口減少社会時代の到来を予測し、平成13年に行政と民間の共働による「伊達ウェルシーランド構想」を立ち上げ、少子高齢化が急速に進む中で、高齢者のニーズに応える新たな生活産業を創出することで、①全国の高齢者が住んでみたいと思う魅力あるまちづくり、②新たなサービスの導入により新たな雇用が創出され、女性や若者が働きがいのあるまちづくり、③働く人が住み続けたいと思う安心・安全のまちづくり、を目指している。

このため、伊達市では、以下のような取組みを行っている。

まず、第１に、主に市街地において、高齢者向けの生活支援サービスを組み合わせた建物を「安心ハウス」として認定し、市のホームページ等で広報して普及促進に努めており、２棟65戸（2015年４月１日現在）が供給されている。

また、市への移住を考えている方に対して、移住に対する不安を解消するために、移住体験も行っており、「安心ハウス」の一部は、移住体験施設としても活用している。

第２に、豊かな自然に囲まれた田園地域に建築条件付き宅地「伊達版優良田園住宅田園せきない」の造成を行い、全世代を対象として郊外における居住ニーズの取り込みを図っている。

第３に、公共交通が衰微する中で自動車の運転が困難な高齢者を中心とする住民の生活の足を確保すべく、負担が少なく安心して利用できる会員・予約制の乗り合いタクシー「愛のりタクシー」のサービスを提供している。

こうした取組みにより、道内各地や首都圏その他の地域から多くの方が伊達市に移住・居住している。「自然を育み未来に向かって挑戦する人にやさしいまち」をめざし、活力ある地域社会の実現に向けて、伊達市の挑戦は、さらに続く。

(4) 人口減少社会の中で地域が活力を維持するために

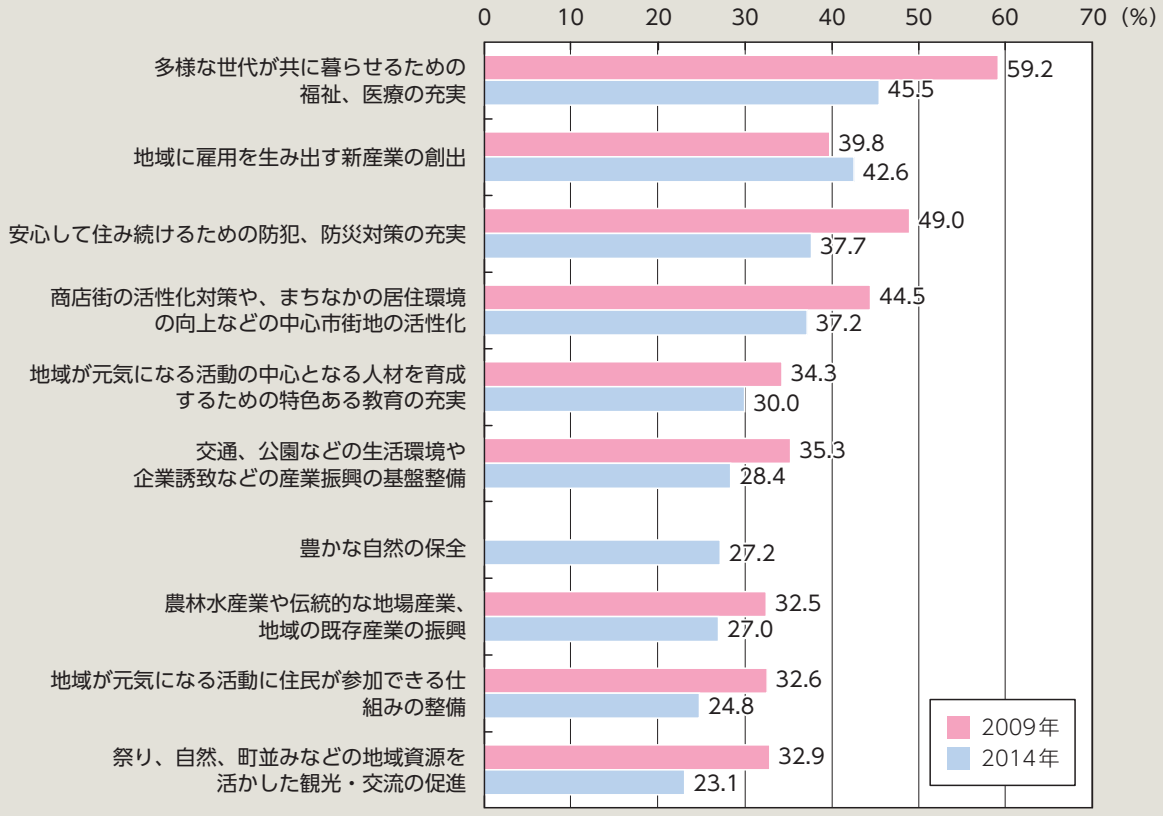
(地域が活力を維持するために、福祉・医療の充実や雇用の確保が必要)

人口減少は地方において特に深刻であり、それによって地域のつながりも希薄化しつつあるという現状にあった。そのような人口減少の流れの中で、地元に残りたい人がその希望を実現できるような取組みも重要ではあるが、一方で、それを実現できたとしても我が国全体の人口減少が避けがたいものであることも事実である。

では、人口減少社会の中で、地域が活力を維持していくためには、どのような取組みが必要だろうか。2014(平成26)年に内閣府が行った調査で、地域が活力を取り戻したり活性化するために期待する政策を尋ねたところ、「多様な世代が共に暮らせるための福祉、医療の充実」を挙げた人が45.5%と最も多く、次いで「地域に雇用を生み出す新産業の創出」が42.6%となっていた。5年前(2009年)の同一の調査でも「多様な世代が共に暮らせるための福祉、医療の充実」を挙げた人が59.2%で最も多く、次いで「安心して住み続けるための防犯、防災対策の充実」が49.0%となっていた(**図表1-3-135**)。

地域の活力を維持するために、生活基盤が整備されていることや、雇用が確保されていること、市街地の活性化などが重要であると考えている人が多いことがわかる。

図表1-3-135 地域が活性化するために特に期待する政策



資料:内閣府「人口、経済社会等の日本の将来像に関する世論調査」(2014年)

(地方において日常生活基盤を維持するためには、コンパクトシティが重要と考える人が多い)

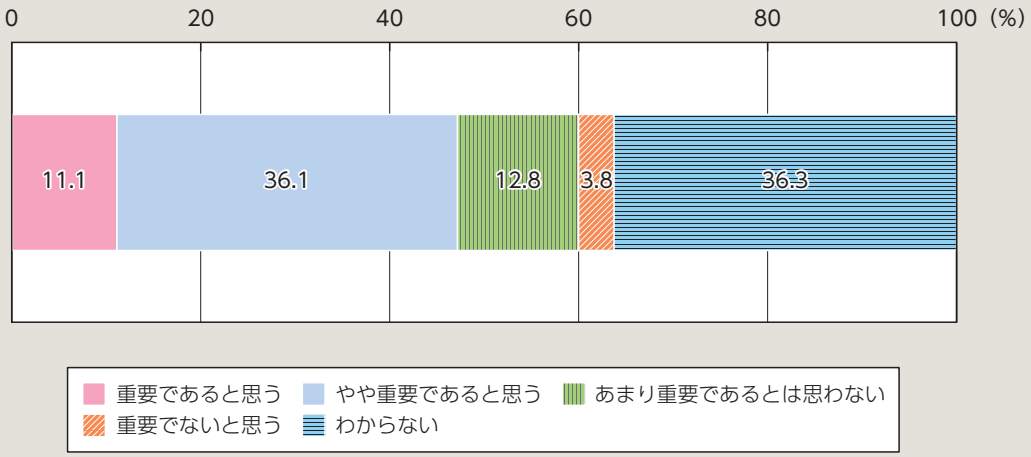
また、都市部から地方への移住者を呼び込むためにも、日常生活の基盤が整備されていることや雇用が確保されていること、交通インフラが整備されていることは重要であると

考えられていた（図表1-3-128参照）。

そのため、地方都市において、医療・福祉・買い物などの日常生活の基盤を都市の中心拠点や生活拠点に集積することで、全ての世代の人にサービスを利用しやすくするとともに、街中への人の回遊を増やし中心市街地の活性化を図ることも重要になってくる。最近では、中心拠点や生活拠点に商業施設や公共施設を集約するとともに、郊外地域と拠点を公共交通で結ぶ「コンパクトシティ」を志向したまちづくりも各地で行われている。

国土交通省が行った意識調査で、このような「コンパクトシティ」の取組みを進めていくことが重要か否かを尋ねたところ、「重要であると思う」「やや重要であると思う」と答えた人が47.2%であり（図表1-3-136）、この取組みが比較的多くの人に支持されていることがわかる。

図表1-3-136　「コンパクトシティ」の取組みを進めていくことが重要だと思うか



資料：国土交通省「平成25年度国土交通白書」（2013年）

このほか、年齢を重ねても住み慣れた地域で住み続けたいという意思を尊重するために、医療や福祉に加えて日常生活の支援など様々なサービスが一体的に提供されるような包括的なケアシステムの整備も重要になってくる。

人口減少が避けられない我が国において、住み続けることのできる地域を維持していくためには、地域における雇用を充実させることや、都市機能を集約して地域の活力を保持するとともに生活の基盤となるサービスを維持することが重要である。

コラム　公共交通を軸とした「コンパクト」なまちづくりをめざす富山市

少子高齢化・人口減少社会を迎えた我が国において、大都市圏に比べ地方において人口減少がより顕著となっている。そうした中、快適で持続可能な都市の構築を目的としたコンパクトなまちづくりが盛んとなっている。本コラムでは、その先進事例となる富山市の取組みを紹介する。

（広大な面積を有し、県内随一の人口規模の富山市）

富山市は、富山県中央部に位置し、日本海から岐阜県境・長野県境までの3000m級の山々にまたがる広大な面積を有する。同市は江戸時代から城下町として栄えるとともに医薬品の製造販売が盛んであり、「くすりのとやま」として全国に知られるようになった。明治以降、富山県の県庁所在地として発展し、平成17（2005）年には周囲の6町村と合併して面積が6倍に拡大し、富山湾から立山連峰までをその市域に含むようになった。現在の人口は約42万人（富山県の人口の約4割）、面積は1,241.77km²（富山県の面積の約3割）である。

（公共交通（串）と徒歩圏（団子）を中心としたコンパクトシティづくり）

富山市は、過去35年間で人口集中地区面積が2倍に増える一方で、当該地区の人口密度は2／3に減少し、全国の県庁所在地の中でも最も人口密度の低い市街地となっていた。

また、1世帯当たり保有自動車台数は全国2位と自動車交通への依存度が高く、それが公共交通機関の衰退を招き、減便などによって利便性が低下し、公共交通機関の利用者数の減少を招くという悪循環に陥っていた。このような公共交通機関の衰退は、自動車を運転できない高齢者などの交通弱者にとって、日常生活を困難にするものであった。

さらに、自動車交通への過度な依存は、店舗の郊外への集積を招き、その結果、中心市街地が空洞化してまちの活力が損なわれたり、市街地が郊外へ拡大したことによって都市管理コストが増大するような事態が生じていた。

これらの問題について検討するため、市は、2002（平成14）年からコンパクトなまちづくり研究会を立ち上げ、これ以上の市街地の拡散に歯止めをかけ、コンパクトなまちづくりに取り組むこととし、鉄軌道をはじめとする公共交通（「串」）を活性化させ、その沿線に居住・商業などの都市機能を集積させることで、徒歩圏（「団子」）で日常生活に必要な機能を享受でき、環境にも高齢者にも子育て世代にもやさしい、公共交通を軸とした拠点集中型のコンパクトシティ（「お団子と串の都市構造」）を目指すこととした。

（公共交通の活性化や沿線地区への居住推進などにより都心が転入超過に）

コンパクトなまちの実現に向けて、富山市は、①公共交通の活性化、②公共交通沿線地区への居住推進、③中心市街地の活性化、の3つを柱として様々な施策に取り組んでいる。

①の公共交通の活性化の観点では、利用者の減少が続いていたJR富山港線を富山市が中心となって設立された第三セクター「富山ライトレール株式会社」に移管、路線をLRT（次世代型路面電車システム）化し、公設民営方式で運行することとした。LRT化と合わせて、運行本数を大幅に増加させ利便性を向上させるとともに、駅前広場や駐輪場の整備など沿線のまちづくりを一体的に推進したことで、利用者は2倍以上に増加した。

また、従来から存在した市内電車の環状線化やパークアンドライド駐車場（車を駐車させた後、公共交通機関を利用して目的地に向かうことができるシステム）の整備、LRTとフィーダーバス（地域自主運行バス）の乗換プラットフォームの同一化などを実施した。

②の公共交通沿線地区への居住推進策としては、全ての鉄道軌道と重要なバス路線を「公共交通軸」と位置づけた。それら「公共交通軸」について、ノンステップバスの導入支援などの利便性の向上を推進した上で、沿線に「公共交通沿線居住推進地区」を設定し、鉄軌道駅から500m、運行頻度の高いバス路線のバス停から300m以内に転居する者等に対する助成措置を行っている。

③の中心市街地の活性化のためには、①・②で挙げた公共交通の活性化と沿線への居住推進のほか、中心市街地の住宅を建設・購入した者に対する資金援助や、賃借人に対する家賃助成などを行う「まちなか居住推進事業」を実施している。また、積雪寒冷地の気候にも配慮した賑わいの核となる全天候型の多目的広場である「グランドプラザ」を整備、65歳以上の高齢者が市内各地から中心市街地に出かける際の公共交通利用料金を1

＜富山ライトレール＞

＜富山グランドプラザ＞

回100円とする「おでかけ定期券事業」を実施するなど、中心市街地に集える環境を整備している。

このような取組みの結果、都心地区の人口の社会動態は、平成20年には転入超過に転じ、公共交通沿線居住推進地区でも平成24年及び26年には転入超過となった。

（「コンパクトシティ」の医療・福祉や環境への波及効果）

LRTの整備や「おでかけ定期券事業」によって、高齢者が家にこもらずに出歩くようになることで、日常生活における歩数を増加させ、健康寿命の延伸につながることも期待される。また、公共交通の整備によって、自家用車の利用が抑制され、CO_2排出量を削減させることにもつながる。

このように、公共交通を軸とした富山型の「コンパクトシティ」は、単に都市政策であるということにとどまらず、医療・福祉や環境など様々な分野に波及効果を及ぼし始めている。

2015（平成27）年3月には北陸新幹線が金沢まで延伸され、富山から東京へ新幹線でのアクセスが可能になった。これと合わせて、富山駅の高架化が進められており、今後、富山駅北口のLRTと南口の市内電車が直通運転できるようになるなど、利便性の向上と市街地の一体化が更に進むことが予測される。

新幹線開業という転換点を迎えた富山市の今後の更なる取組みに期待したい。

コラム　地域で広域的に必要な生活機能を確保し、人口減少を食い止める ～飯田市を中心とした南信州定住自立圏と下條村～

人口減少社会の中で、地域が活力を維持していくためには、地域の中心となる都市と周辺市町村が連携して役割分担をし、地域圏全体で必要な生活機能を確保することが必要となる。本コラムでは、その先駆けとなった事例である長野県飯田市を中心とした南信州定住自立圏と、早くから少子化対策を行い人口減少を食い止めている長野県下條村について取り上げる。

（1）安心して暮らせる地域づくりのため全国で初めて形成された南信州定住自立圏

「中心市」の都市機能と「近隣市町村」のそれぞれの魅力を活用して、相互に役割分担し、連携・協力することにより、地域住民のいのちと暮らしを守るため圏域全体で必要な生活機能を確保し、地方圏への人口定住を促進する仕組みとして、全国で定住自立圏構想が進んでいる。2014（平成26）年4月現在

79圏域が設定されており、政府の「まち・ひと・しごと創生総合戦略」では、2020（平成32）年度には定住自立圏を140の圏域とすることを目指すとされている。飯田市を中心とした南信州定住自立圏は日本で初めて2009（平成21）年7月に定住自立圏が形成された圏域である。

南信州定住自立圏は、飯田市及び下伊那郡13町村からなる。人口は飯田市が約10万人で南信州全体では約16万人、面積は飯田市が東京23区とほぼ同じ658.66平方キロで、南信州全体では大阪府とほぼ同じ1,929平方キロとなっている。

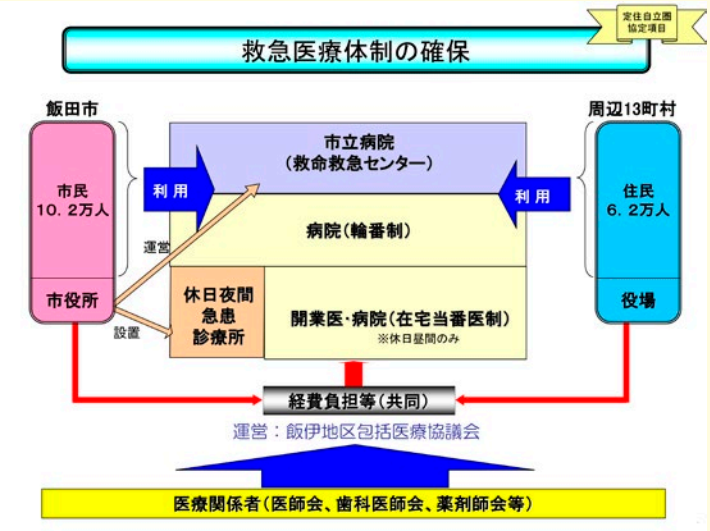
南信州では、定住自立圏構想以前の1999（平成11）年から広域連合[1]を構成しており、首長が月1回会合を持ち、事務局レベルでも会合を持つなど、以前より自治体間のつながりがあった。しかしながら、広域連合では連合体としての意思決定のための機動性に欠け、協定による結びつきではないため、あいまいな面もあった。こうした課題を解消するため、日本最初の定住自立圏形成協定が締結された。

南信州定住自立圏では、医療、産業、公共交通などの分野で16の形成協定が結ばれている。

このうち、救急医療体制については、市立病院がその中核を担いながら、あわせて同病院への過度の集中を抑制し、住民にとって円滑で安心できる医療体制を実現するために、医師会、歯科医師会、薬剤師会などの医療従事者及び圏域全自治体からなる包括医療協議会を設置し、その経費負担で、休日夜間急患診療所の設置や、開業医などからなる在宅当番医制、病院の輪番制が行われている。また、産科医療体制でも、包括医療協議会の枠組みも用いて、妊婦健診について、32週以降は市立病院及び1つの診療所が担う代わりに、32週以前はそれ以外の診療所が担い、市立病院の妊婦健診も医師の他に助産師外来による健診を増やすなど適切な役割分担により、増加する健診に円滑に対応する体制確保を図っている。さらに、若者が帰ってこられる「産業づくり」を推進するため、南信州・飯田産業センターを「ものづくりの拠点」に位置付け、圏域内の企業に対し人材育成、新事業展開、新規創業等への支援を行っている。特に、将来性、自立性を一層高めるために、新たな産業分野の開拓に取り組んでおり、航空宇宙・健康医療等の産業クラスター[2]の形成を図り、雇用創出、販路開拓をねらっている。

このように定住自立圏の枠組みは、圏域市町村の役割分担を協定で明確にし、具体的な相互連携の取組みにつなげていくもので、安心して暮らせる地域を各地に形成し、地方の人口定着促進、人口減少の克服に向けた取組みとして期待される。今後、南信州地域としては、リニア時代を見据えた二地域居住[3]における定住促進や観光の分野についても、広域連合及び定住自立圏の枠組みを用いて南信州全体の取組みができないか考えている。

1 広域連合：地方自治法に基づく制度で、広域的な行政ニーズに対して、広域計画を作成し、必要な連絡調整を図り、総合的かつ計画的に広域行政を推進するもの。
2 産業クラスター：新事業が次々と生み出されるような事業環境を整備することにより、競争優位を持つ産業が核となって広域的な産業集積が進む状態。
3 二地域居住：都市住民が農山漁村などの地域にも同時に生活拠点を持つこと。



（2）いち早く少子化対策に取り組み高い出生率となっている下條村

長野県下條村は、合計特殊出生率の高さで全国的にも注目されている。厚生労働省の公表している市町村別合計特殊出生率の数値は周辺市町村の数値も加味しているので低くなるが、村単独の出生・死亡数から独自試算したところでは、2013（平成25）年の出生率は1.88と全国の1.43に比べて非常に高い。

民間有識者による「日本創成会議」が2014（平成26）年5月にとりまとめた推計では、若年女性人口（20～39歳）が2040（平成52）年に2010（平成22）年比で5割以上減少する自治体は896自治体（全体の49.8%）に上るとし、これらを「将来消滅する可能性が高い」自治体、としている。こうした、地方の今後についての切実な問題提起がなされる中、この推計において下條村に関しては、長野県では南箕輪村と並んで唯一、減少率がひと桁代に止まるとされた。

下條村は、人口約4千人、面積は約38平方キロの村である。約7割が山村で、最寄りの大きな町である飯田市の中心部まで車で約20分の距離である。ほとんどの集落が村役場から半径5キロ以内と比較的近距離だが、まとまった平地が少なく、数十軒からなる集落が点在している。2014（平成26）年5月の時点で、村立の保育園に人口規模からすればかなり多い109人が通い賑わっている。

下條村が少子化対策に本格的に取り組んだきっかけは、今の村長が就任した1992（平成4）年にさかのぼる。村の人口減少に対する並々ならぬ危機感から、①役場の職員の意識改革及び職員数の削減、②農道などの整備に対して村が資材のみ支給して住民自ら整備する資材供給事業、③下水道について公共下水ではなく合併浄化槽の選択などで経費削減を行った上で、1997（平成9）年から補助金を使わない若者定住促進住宅の建設へとつながっていった。

若者定住促進住宅は、家賃を相場より安くする代わりに、入居条件を「子どもがいる」か、これから「結婚をする若者」に限定し、また、入居者には村や地区の行事、消防団活動に参加してもらうこととした。これにより、若者同士が意思疎通をより密にできるコミュニティが生まれ、子育てなどで助け合う姿が見られるようになった。現在、10棟が稼働しているが、まとまった土地が少ないことが幸いし、これらの住宅は点在しており、村内全域に子育て世代が居住している。また、子どもの成長に伴い部屋が手狭になるが、子育て世代が地域との関係を構築できていることから、転居しても約4割が引き続き下條村に住んでいる。

下條村ではそのほか、保育料や給食費などの引き下げなども行っているが、財政状況を見据えて過度の自治体間子育て給付競争に巻き込まれることなく、地域とのつながりを重視した、子育て世代が子育てしやすいまちづくりに努めている。

＜下條村の村立保育所＞

＜若者定住推進住宅＞

7 まとめ

ここまで、我が国の少子化や人口減少を取り巻く背景、現状や国民の意識について分析するとともに、それらを通じて留意や重視をすべき視点や、求められる取組みの方向性について見てきた。改めてまとめてみると、次のようになる。

(1) 結婚について

我が国の未婚率は年々高まりつつあるが、一方で、未婚の若者の多くは結婚を望んでいる。結婚に至っていない主な理由としては、

・適当な相手にめぐり合わないこと
・結婚資金がないことや雇用が不安定なこと（経済的な問題）
・自由な時間が失われることや、結婚後の出産、子育てや仕事との両立などへの不安

といったものである。

このため、結婚の希望を抱く若者の希望の実現に向けて、

・若者の雇用の安定による生活面での経済的基盤の確保
・出会いの機会の確保や、関連する支援の取組みを進めていくこと
・仕事と家庭の両立ができる環境整備

といったことに一層取り組んでいくことが重要である。

(2) 出産・子育て・家族のあり方について

ほとんどの夫婦が子どもを持ちたい希望を抱いている一方、夫婦が抱く理想の子ども数と現実とが乖離している状況にある。

この要因としては、

・子育てに係る様々な負担や不安があること
・仕事と子育て（家庭）との両立ができる環境が十分とはいえないこと
・晩婚化・晩産化に伴い、子どもを持とうとした時点で出産・育児の負担感が大きいことや、妊娠を望めない状況にあること

などが挙げられる。

このため、若い世代が出産の希望を実現し、より前向きに安心して子育てできるように

するため、

・安定した雇用と収入が確保できること
・子育て支援サービスの更なる充実や利用により、子育てに係る様々な負担が軽減されること
・保育サービスの充実や企業の取組み促進により、女性が出産後も就業継続できる環境を整備するなど両立支援を進めること
・妊娠・出産に関する正しい知識の普及を図ること

といった取組みが重要である。

また、女性の就業、社会での活躍が進む一方で、家事や育児のほとんどは妻が担っている現状にあり、性別役割分担の意識が依然として残っている状況にもある。そして、男性が育児に関わるのが難しい理由として長時間労働の実情が改善されていない状況もあることから、働き方の見直しを進めることも重要である。

さらに、子育て世代と、その親（祖父母）世代の双方が支え合いたい意識を抱いている。双方の同居や近居の希望の実現を後押しすることも重要であり、またあわせて、祖父母世代による子育ての手助けにあたり、過度の負担とならないよう、引き続き社会全体での子育て支援サービスの充実に取り組んでいくことが重要である。

(3) 地域について

地域における子育ての相談支援や、地域社会が子育てを支える一定の役割を担うことが重要視されており、必要な体制確保と、地域住民が、子育てを支える活動の担い手として参画しやすくなるよう取り組むことが重要である。

また、地方では、人口減少・高齢化の影響、都市部では人付き合いの希薄化などから、それぞれ、地域のつながりや支え合い機能は弱まりつつある。その一方で、人々の地域への愛着は未だ強い。地方における人口減少に歯止めをかけるためには、地域に住み続けたいと願う人や、地方に移住したいと考える人の希望を実現できるよう取り組むことが重要である。そしてこれは、厳しい住宅事情や子育て環境などから、地方に比べて低い出生率にある首都圏に若者が集中する流れに歯止めをかけ、そのことが、日本全体での人口減少に歯止めをかけていくことにもつながる。

第4節 諸外国の動き

本節では、人口に関する問題の中でも特に少子化問題に関する諸外国の指標や施策について、我が国と比較しつつ紹介していく。

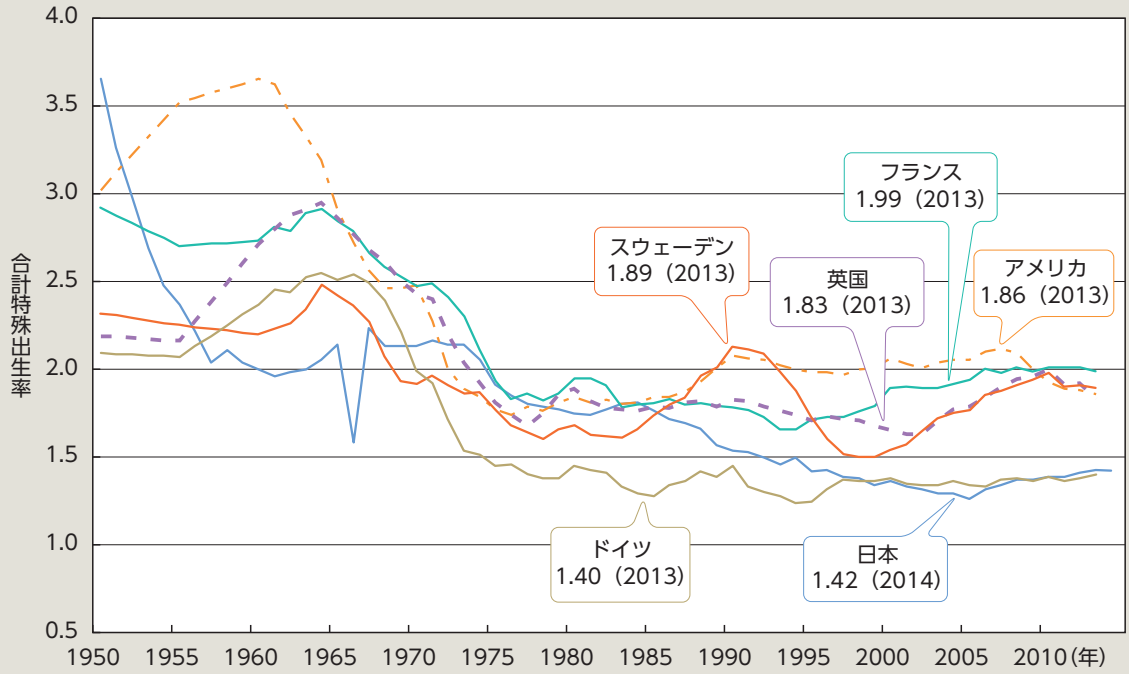
1 合計特殊出生率の水準

（日本やドイツの出生率は1.4前後で推移する一方、フランスやスウェーデンでは2前後まで回復）

図表1-4-1で日本と諸外国の合計特殊出生率の動きをみていくと、1970年から1980年代半ばにかけておおむね低下傾向にある。

その後、1980年代半ば以降、出生率の動きは国によって特有の動きをみせ、直近では、我が国やドイツの出生率が1.4前後で推移する一方で、アメリカや英国、フランス、スウェーデンの出生率は2前後で推移している。特にフランスやスウェーデンは、出生率が1.5～1.6台まで低下した後に回復傾向となっている点で特徴的である。フランスでは1993（平成5）年には1.66まで低下したが、その後は回復して2013（平成25）年には1.99となっており、またスウェーデンでは、近年二度にわたって出生率の低下と回復を経験しており、直近では1999（平成11）年に1.50まで低下した後に回復し、2013年には1.89となっている。

図表1-4-1 諸外国の合計特殊出生率の推移



〔～2012年〕資料：内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン　参考資料」を参照
（出所）人口動態統計（日本）、Eurostat（英国）、Bilan demographique（フランス）、Statistisches Bundesamt（ドイツ）、Summary of PopulationStatistics（スウェーデン）、National Vital Statistics Reports（アメリカ）
〔2013年～〕資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成26年 人口動態統計月報年計（概数）の概況」を参照
（出所）人口動態統計（日本。2013年は確定数、2014年は概数）、Eurostat, Population and Social Conditions（英国、フランス、ドイツ、スウェーデン）、National Vital Statistics Reports（アメリカ）

2 出生率と関連する各種指標

このように、我が国の合計特殊出生率が1.4程度に留まる一方、諸外国の中には合計特殊出生率が２前後で推移しているところもある。このような状況を踏まえ、ここでは、我が国と諸外国の出生率と関連すると考えられる各種指標について、諸外国の状況を概観する。

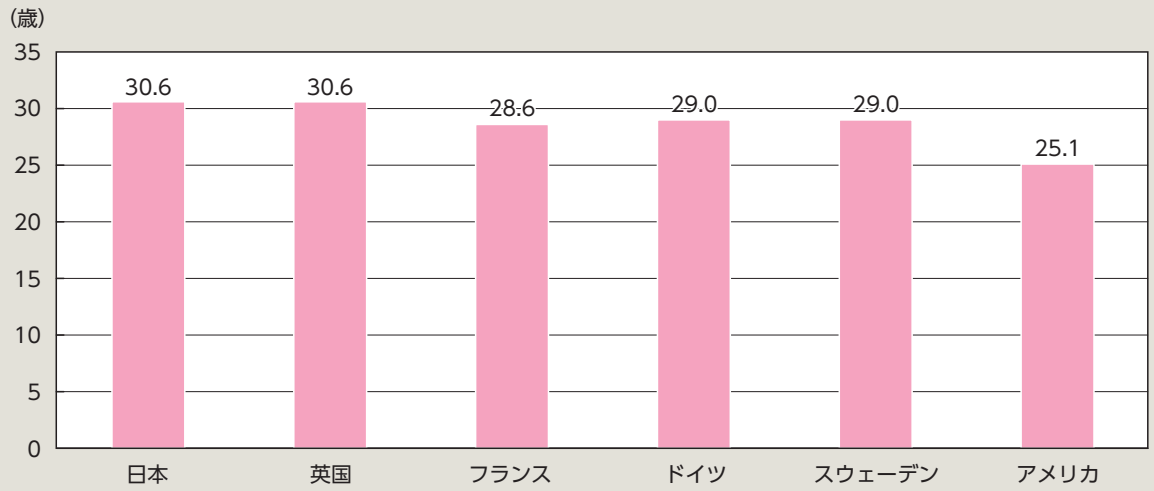
（1）女性の出産年齢や結婚年齢について

（日本の第１子出生時の母の平均年齢は、アメリカを除く諸外国と比べ、大差はみられない）

はじめに、女性の出産行動や結婚行動に着目して比較をしていく。

まず、図表1-4-2で第１子の出生時の母の平均年齢をみると、25.1歳と比較的低いアメリカを除くと、いずれの国も平均年齢が28歳～30歳の間にあり、我が国と他の諸外国との間に大差はみられない。

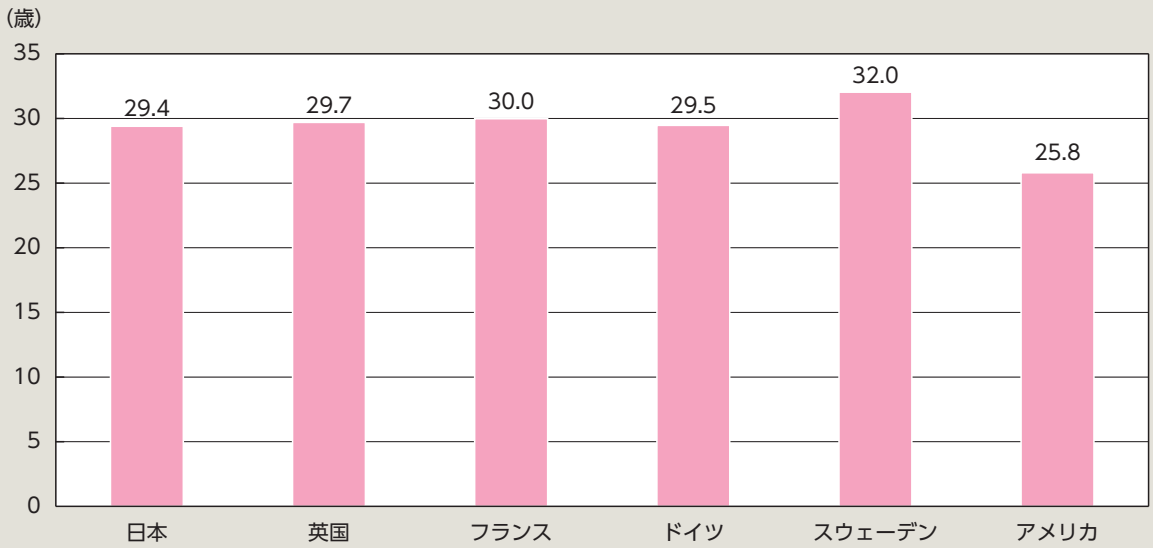
図表1-4-2　第１子出生時の母の平均年齢



（注）　データの対象は、日本は2014年、英国は2010年、フランスは2006年、ドイツは2011年、スウェーデンは2011年、アメリカは2005年。
資料：日本は、厚生労働省大臣官房統計情報部「平成26年人口動態統計（概数）」
日本以外は、「「選択する未来」委員会」内閣府資料より抜粋
（出所）第１子出生時の母親の平均年齢：欧州はEurostat、アメリカはCenters for Disease Control and Prevention 、National Center for Health Statistics “National Health Statistics Report”（2012年3月22日）

また、図表1-4-3で女性の平均初婚年齢をみると、我が国は29.4歳であり、25.8歳のアメリカよりも高い一方で、他の国よりも低くなっている。ただし、出生率との関連で考えると、我が国の場合は婚外子の割合が低く、出生する子どもの約98％が結婚している母親からの出生であるのに対し、諸外国では婚外子の割合が高い場合もみられる。例えばスウェーデンでは、出生する子どもの半数以上が結婚していない母親からの出生である。このため、出生行動との関係で平均初婚年齢を諸外国と比較する際には、この点に留意が必要である（図表1-4-4）。

図表1-4-3 女性の平均初婚年齢の比較



(注) 日本は2014年、英国は2006年、フランス・ドイツ・スウェーデンは2008年、アメリカは2006年から2010年までの平均値。
資料：日本は厚生労働省大臣官房統計情報部「平成26年人口動態統計（概数）」、英国・フランス・ドイツ・スウェーデンは「OECD Family Database」(Age at first marriage)、アメリカは「「選択する未来」委員会」内閣府資料より抜粋

図表1-4-4 婚外子の割合の比較

	日本	英国	フランス	ドイツ	スウェーデン	アメリカ
婚外子の割合	2.11%	43.66%	49.51%	29.96%	55.47%	38.50%

※2006年における、結婚していない母親からの出生数が全出生数に占める割合を比較したもの
資料：OECD「Society at a Glance 2009」

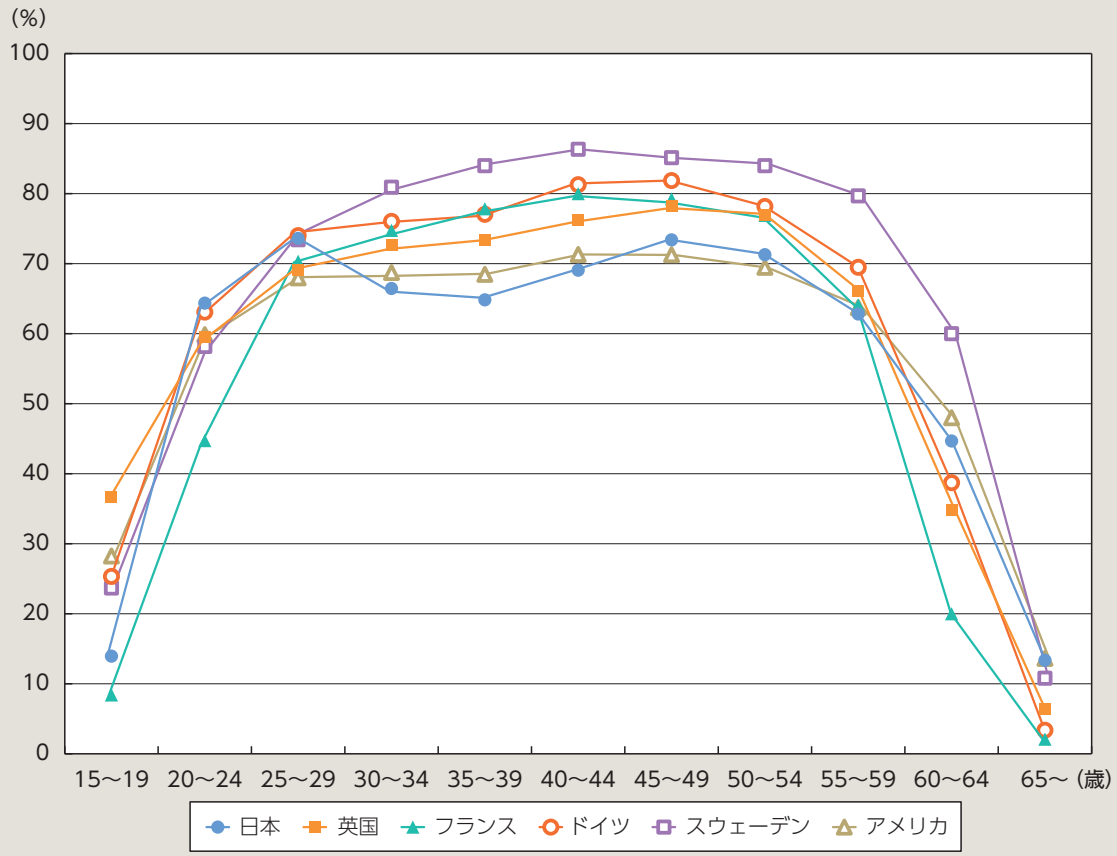
(2) 女性の年齢別の就業率

(日本の女性就業率は、諸外国と異なり30代～40代前半が低い)

次に、女性の年齢別の就業率をみると、我が国は、30代から40代前半の女性の就業率が低下する「M字カーブ」が見られる（**図表1-4-5**）。これは、子育て期に仕事から離れ、子育てが一段落したところで再び仕事に復帰している場合が多いためとみられている。

一方、諸外国では、30代から40代の女性の就業率の低下はほぼみられず、日本のような明確な「M字カーブ」とはなっていない。

図表1-4-5　女性の年齢別の就業率の比較



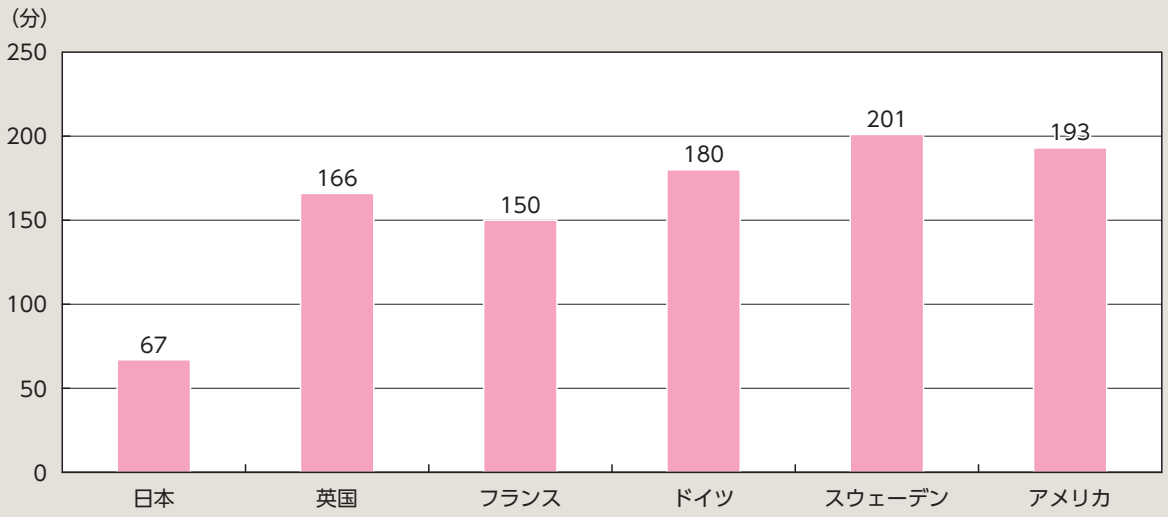
資料：(独) 労働政策研究・研修機構「データブック国際労働比較2014」
(注)　アメリカ、英国、スウェーデンの「15～19」は「16～19」のデータ、スウェーデンの「65～」は「65～74」。

(3) 夫の家事・育児時間について

(夫の家事・育児時間は、日本は諸外国に比べて少ない)

続いて、夫の家事・育児時間の平均についてみると、我が国は、67分であるのに対し、諸外国ではいずれも150分を超えている。中でもスウェーデンは200分ほどで、これは日本のおよそ3倍であり、日本の夫の家事・育児時間が諸外国に比べて非常に少ないことがわかる（図表1-4-6）。

図表1-4-6 夫の一日の家事・育児時間の比較



資料：日本は、総務省「社会生活基本調査」（2011）より、夫婦と子どもの世帯のうち、6歳未満の子どもがいる世帯の夫の「家事」、「介護・看護」、「育児」及び「買い物」の合計時間
日本以外は、「選択する未来」委員会　内閣府資料より抜粋
（出所）Eurostat“How Europeans Spend Their Time Everyday Life of Women and Men”（2004）、Bureau of Labor Statistics of the U.S.“American Time-Use Survey Summary”（2006）

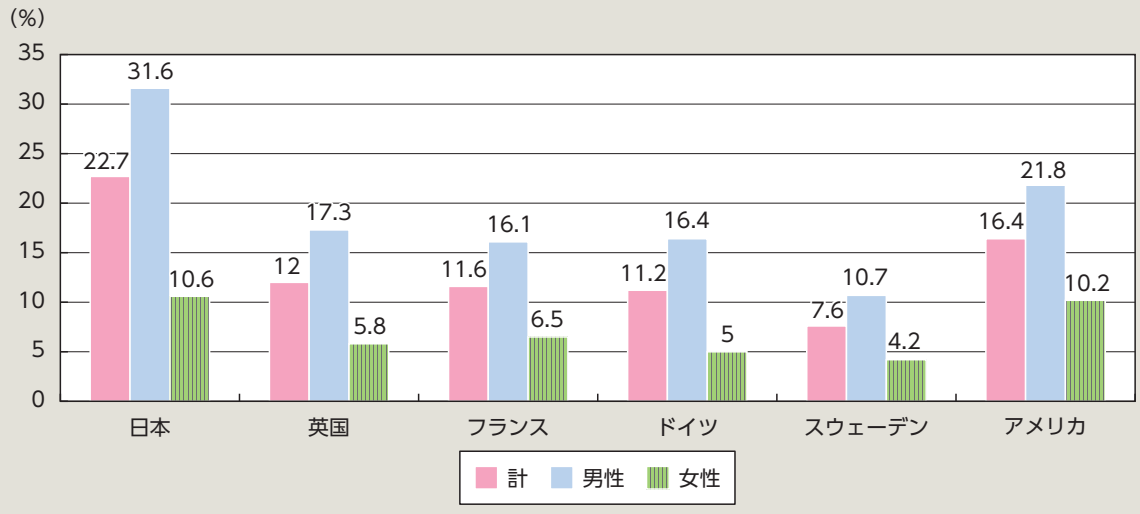
（4）長時間労働者の割合について

（特に男性では長時間労働者の割合が、日本は諸外国に比べて非常に高い）

さらに、仕事と子育ての両立のしやすさと関連する、長時間労働者の割合についてみていく。男女合計では、日本は22.7%であり、スウェーデンの7.6%、ドイツの11.2%、フランスの11.6%、英国の12.0%、アメリカの16.4%よりも高いことがわかる。

男性のみについてみると、日本は31.6%であり、10.7%のスウェーデン、16.1%のフランス、16.4%のドイツ、17.3%の英国、21.8%のアメリカとの差はより大きくなっている。また、女性についても10.6%と、諸外国よりも高くなっている（**図表1-4-7**）。

図表1-4-7 長時間労働者（週49時間以上）の割合



（出所）ILOデータベース。2012年における週49時間以上の長時間労働者の割合。
資料：「選択する未来」委員会　資料

3 諸外国の施策

これまで出生率との関連が考えられる指標をみてきたが、諸外国では、どのような施策がとられているのか、以下で概観する。

(1) 主要国の政策の概要

(出生率が回復した国の施策の特徴は、保育サービスの充実や、仕事と家庭の両立支援の推進)

出生率が回復しているフランスでは、かつては家族手当等の経済的支援が中心であったが、1990年代以降、保育サービスの充実や、仕事と家庭の両立支援を図る方向へ政策転換した。その後、1990年代半ばより、出生率が大きく回復している。

また、同じく出生率が回復しているスウェーデンでは、1970年代より、保育サービスや、仕事と家庭の両立支援環境が整備されてきたが、近年は、雇用・経済情勢の影響等による出生率の上下がみられる。1990年代末からの上昇については、雇用経済情勢の改善に加え、育児休業給付や児童手当の給付の改善等が指摘されている。(これらフランスとスウェーデンの政策については、以下4を参照)

また、英国については、2000年代前半から、出生率が向上しているが、政策面では2002年雇用法による出産休暇や育児休暇を含めた柔軟な働き方の実現、1997年に発表された全国児童ケア戦略をはじめとする保育サービスの拡充、就労支援などが指摘されている。

一方、日本よりも出生率が低い水準にあるドイツでは、従来から家族手当等の経済的支援が中心であった。最近では、両親手当及び両親休暇が改正され、2015(平成27)年7月に施行される予定であり、また保育所も更なる整備が進められることとなっている。

なお、アメリカは、比較的高い出生率を維持しているが、貧困家庭への扶助及び州・地域を通じた保育サービスへの支援を除き、基本的に欧米諸国にみられるような育児休業給付、児童手当制度などの国の家族政策はとられていない。

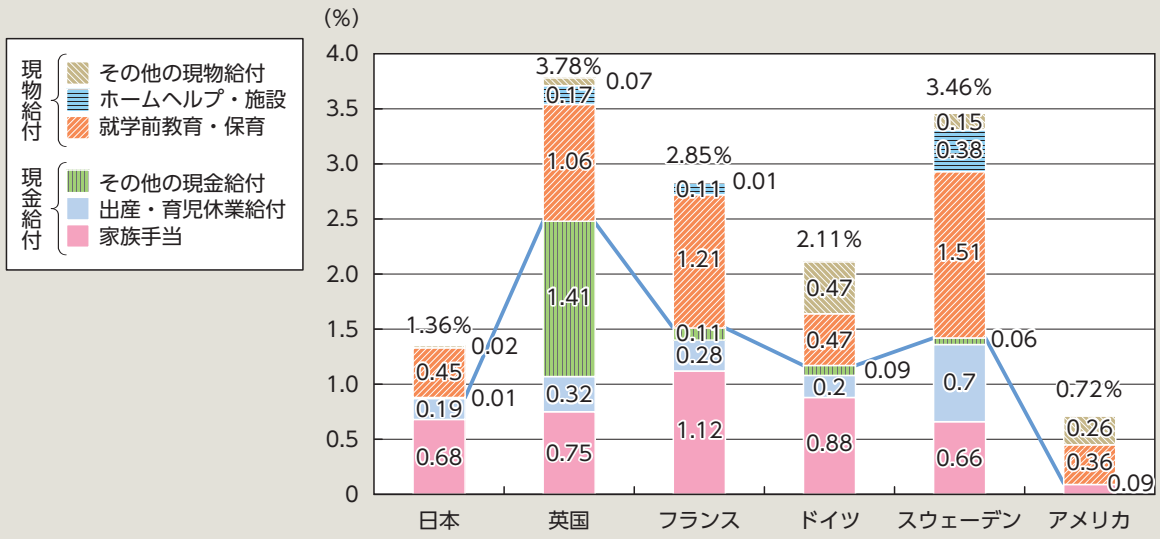
(2) 家族関係支出の比較

(政府の家族関係支出の対GDP比は、日本は諸外国に比べて低い水準)

政府による支出のうち、児童手当、保育、育児休業給付等といった家族を支援するための支出である「家族関係支出」が各国のGDPに占める割合を**図表1-4-8**でみていくと、日本は1.36%であり、英国の3.78%、スウェーデンの3.46%、フランスの2.85%、ドイツの2.11%に比べ低い水準であることがわかる。なお、アメリカは日本よりも低く0.72%である。

また、これら家族関係支出は、児童手当や出産・育児休業給付などの「現金給付」と、保育などの「現物給付」に分けることができるが、家族関係支出に占める現物給付の割合をみると、日本では約35%となっている。この割合について、英国は約34%で日本より低い一方で、フランスは約47%、ドイツは約45%、スウェーデンは約59%、アメリカは約86%と日本よりも高くなっている。

図表1-4-8 家族関係社会支出の対GDP比の比較



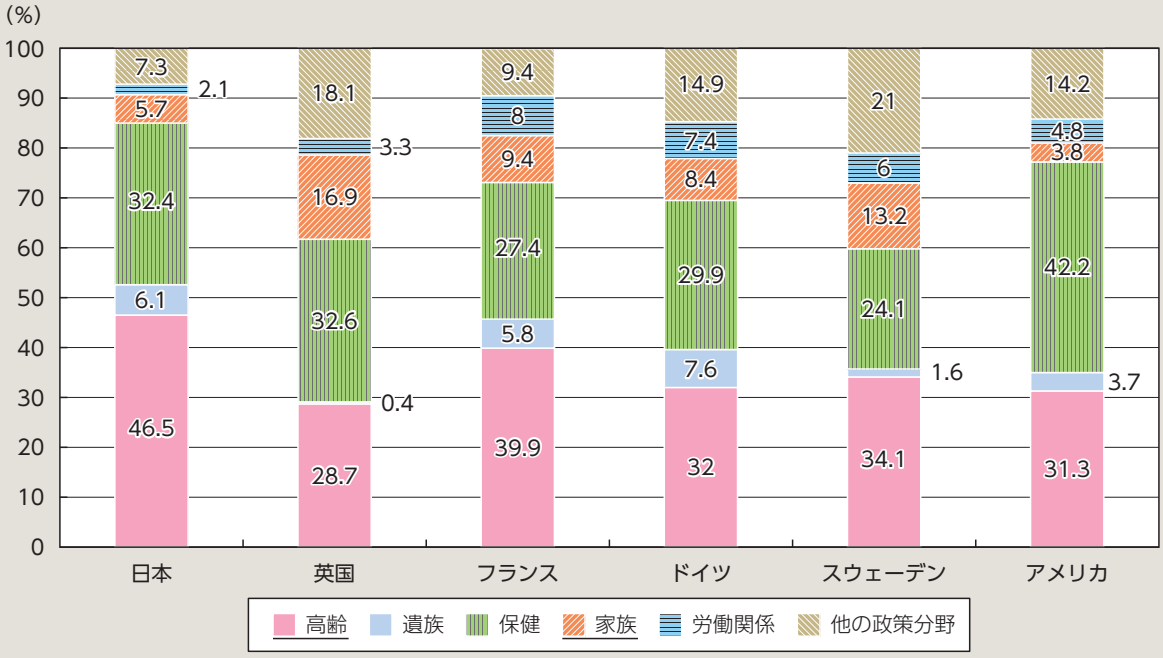
資料：OECD Social Expenditure Database（2015年2月取得データ）。2011年のデータ。

（日本の政府の社会支出は、諸外国に比べ、家族関係支出の割合が低く高齢支出の割合が高い）

また、政府の社会支出の内訳をみると、家族関係支出が占める割合は、日本は5.7%であり、16.9%の英国、13.2%のスウェーデン、9.4%のフランス、8.4%のドイツよりも相対的に低いことが分かる。

一方で、同じく政府の社会支出のなかで、高齢者に対する年金や介護サービスにかかる支出である「高齢支出」をみると、日本は46.5%であり、諸外国よりも相対的に高くなっている（図表1-4-9）。

図表1-4-9 政策分野別社会支出の内訳



資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成24年度社会保障費用統計」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成
（データは2012年度）

4 フランス・スウェーデンの出生率向上の取組み

フランス及びスウェーデンは、いったん出生率が低下しながら、その後、回復している国として、日本のみならず世界的にも注目されている実例である。2014（平成26）年12月27日に閣議決定された「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」においても、先進国における出生率低下は避けられないのではないかとの意見に対する反論として、両国の事例を引用して、「国民負担率が6割程度であることなどから、我が国と単純に比較できないが」と留保しながらも、「示唆に富む実例と言えよう」と高く評価している。フランス、スウェーデンの主な取組みについての日本との比較は以下の表のとおりである。ここでは、フランス・スウェーデンの取組みのうち、特に厚生労働分野に関連する施策を中心に紹介する。

日本、フランス、スウェーデンの主な施策の比較

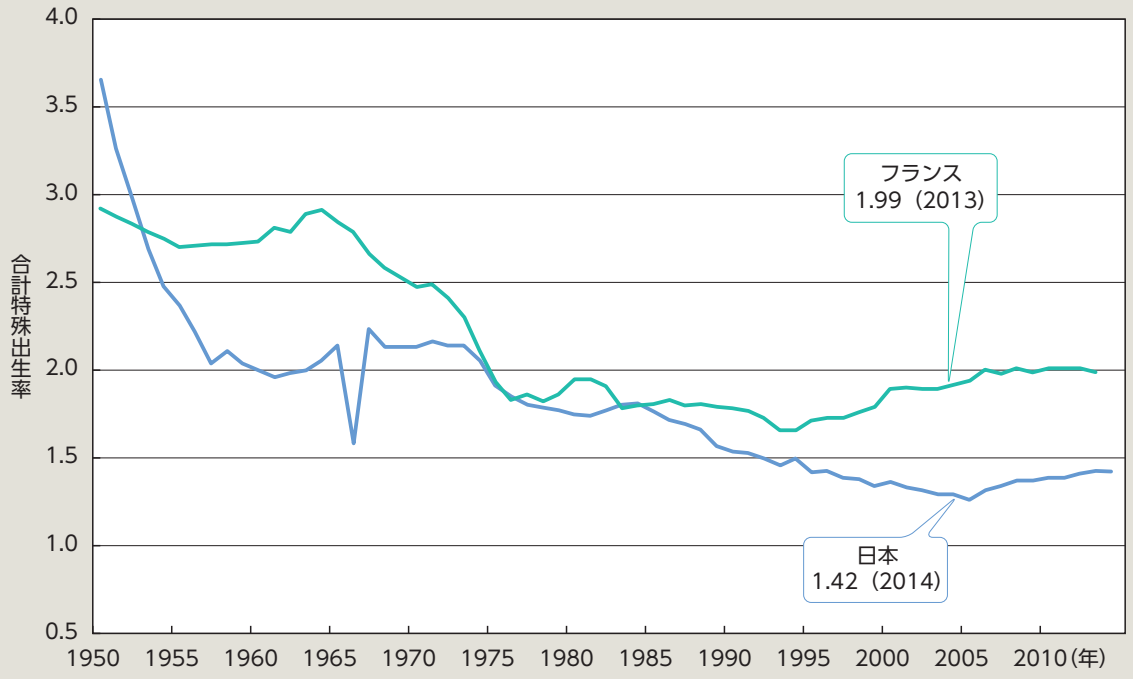
		日本	フランス	スウェーデン
経済的給付	児童手当	・0歳～中学校3年生まで ・3歳未満、第3子以降は加算有 ・所得制限有 ・所得制限以上一律5000円給付（当分の間の特例給付）	・第2子（20歳未満）以降 ・第3子以降と14歳以上は加算有・所得制限有 ※子どもの多い世帯ほど税負担軽減	・第1子から ・16歳未満（義務教育中は延長） ・多子世帯への加算有 ・所得制限なし
	育児休業給付	・休業開始から180日目までは休業開始前の賃金の67%相当額、それ以降は50%相当額	・第1子が1歳になるまで両親が6か月ずつ、第2子以降は3歳まで一方の親が24か月、もう一方の親が12か月、休業給付を受給可	・子が12歳又は小学校5年修了までの間、両親合わせて最高480日の休業給付を受給可
保育サービス等		・3歳未満児の27.3%が保育を利用（1・2歳児では35.1%（2014年4月）、待機児童解消加速化プランにより46.5%に上昇見込み） ・義務教育は6歳から ・保育所待機児童約2万人	・3歳未満児の約半数が保育を利用 ・義務教育は6歳から ・3歳以上の子どもの幼稚園（保育学校）への就学を保障	・育児休業制度の充実により、0歳児の保育利用は極めて稀 ・義務教育は7歳から（6歳児を対象とする就学前クラス有）
育児休業制度		・子が1歳になるまで ・保育所に入所できない場合等は1歳6か月まで	・子が3歳になるまで、3人以上の子を持つ親は子が6歳になるまで（休職又は労働時間の短縮）	・子が1歳6か月になるまで全日休暇、8歳になるまで部分休暇

(1) フランスの取組み

(仕事と子育てを親が望む形で両立できる仕組みを提供)

フランスの出生率は、1993（平成5）年には1.66まで低下したが、2010（平成22）年には2.0まで回復している（**図表1-4-10**）。フランスの出生率向上に関連する取組みとして、以下、①経済的給付、②保育サービス、③出産・育児と就労の両立支援施策について、取り上げる。

図表1-4-10 フランスの合計特殊出生率の推移



〔～2012年〕資料：内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン　参考資料」を参照
（出所）人口動態統計（日本)、Bilan demographique（フランス）
〔2013年～〕資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成26年人口動態統計月報年計（概数）の概況」を参照
（出所）人口動態統計（日本。2013年は確定数、2014年は概数)、Eurostat, Population and Social Conditions（フランス）

1 経済的給付

フランスでは、子育て世帯への経済的支援として、家族手当と乳幼児受入手当の2つの制度があり、家族手当と乳幼児受入手当の基礎手当については、企業の拠出金、一般福祉税などの租税、国及び県の負担金を財源としている。

まず、家族手当については、子ども（20歳未満で、月の収入が893.25ユーロを超えない者（2014年））が2人以上いる家庭に支給される。子どもが2人の場合は、月額で129.35ユーロ、3人の場合は295.050ユーロ、（以降1人につき165.727ユーロ加算）が20歳になるまで支給される。また、14歳～20歳までの子どもには、月額64.67ユーロが加算される（ただし、子どもが2人以下の場合には、その年長子には加算措置は適用されない。)。(2014年)

この家族手当については、これまで、すべての子どもの育児を社会全体で支援するという哲学のもと、所得要件はなく、全ての家庭に対して同額が支給されてきた。しかし、経済成長率が低い中で、国家予算の財政赤字削減及び社会保障制度の持続可能性への信頼性を高めるため、2015年の社会保障予算法において、所得要件を設けることとなり、7月1日から施行される予定である。

次に、乳幼児受入手当は、3歳未満の乳幼児の養育者となる者に支給される手当であり、出産手当、基礎手当、補助手当からなっている。出産手当と基礎手当には、所得上限が設けられているが、補助手当には所得上限はない。出産手当は、出産に係る費用の補てんとして子ども一人当たりに定額が支給されるものであり、基礎手当は、乳幼児一人当たりに毎月定額が支給されるものである。補助手当は、保育費用補助か賃金補助を保育方法により決定するようになっている。認定保育ママなどに子供を預けて働く親への助成として

は、保育費用補助が支給され、育児のために労働時間を削減する親には、賃金補助が支給される。

この、育児休業期間中の所得保障を行う基礎手当、補助手当については、男性の育児休業取得促進という趣旨のもと、2015年1月1日より制度改正で期間が変更となった。第1子は1歳になるまで6か月ずつ両親が受給でき、第2子以降は3歳になるまで一方の親が24か月、もう一方の親が12か月受給できるようになり、母親だけで36か月の休業給付を受給することはできなくなった。

フランスの出生率向上に関連する取組み

経済的給付	保育サービス	両立支援策	
		労働時間制度	出産・育児休業制度
○家族手当 (子が2人以上の家庭に支給) ○乳幼児受入手当 (乳幼児の養育者に支給) ・出産手当 ・基礎手当 ・補助手当	○託児所 (3歳未満の子を預かる施設) ○認定保育ママ (6歳未満の子が対象の事業) ○幼稚園 (3～5歳の子の就学を保障)	○時間外労働の制限 →1日10時間超、週48時間かつ12週平均44時間超の労働は認められない ○休息時間 →2労働日間11時間 ○年次有給休暇 →年間30日、12日以上の連続休暇を1年1度以上	○出産休業制度 →母親：産前6週間・産後10週間 →父親：出産時3日＋父親休暇11日 ○育児休業制度 →子が3歳になるまで、休業かパートタイム労働への移行を選択可 →3人以上の子の親は、子が6歳になるまで取得可能

2 保育サービス

保育サービスについては、託児所によるものと、認定保育ママによるものがある。

託児所は、主に3歳未満の子どもを預かる施設で、集団託児所、ファミリー託児所、親が組織するペアレント保育所などの形態が認められている。利用者負担は、所得や扶養家族数によって異なる。

認定保育ママは、6歳未満の子どもを対象とした事業であり、家族・社会扶助法典に基づき、県議会議長が許可する。事業開始に当たっては、60時間の研修を受ける必要があり、事業開始後2年以内にも、再び60時間の研修を受ける必要がある。認定保育ママによるサービスについては、料金や時間帯について利用者と認定保育ママとの間で自由に取り決めを行うことができるが、子ども一人当たり、最低賃金×0.281に相当する額以上の報酬を支払うなどのルールがある。認定保育ママの従事者数は約31万人である。認定保育ママ等を雇用して6歳未満の子どもを預けながら働いている親には、保育費用補助として手当が支給されるほか、税額控除がある。

また、3歳～5歳の子どもについては、幼稚園への就学が保障されており、ほぼ100%が幼稚園に就学している。

3 出産・育児と就労の両立支援施策

両立支援施策に関連するものとしては、労働時間制度、出産・育児休業制度がある。

まず、労働時間制度については、フランスの法定労働時間は、原則として1週35時間となっている。週35時間の法定労働時間を超える労働については、割増賃金又は代替休息を付与する必要がある。1日について10時間を超える労働、又は、週48時間かつ12

週間平均で週44時間を超える労働は、割増賃金を付与しても認められない。また、年間時間外労働時間として220時間が規定されており、220時間を超える時間外労働に対しては、企業規模に応じて代償休息を付与する義務が課されている。休息については、雇用主は、2労働日の間に、少なくとも連続11時間の休息時間を保障しなければならない、とされているとともに、1週につき6日を超えて労働させることは認められておらず、週休は、少なくとも連続24時間（休息時間と合わせて35時間）としなければならない、とされている。年次有給休暇については、労働者は年間30労働日を取得することができる。年次有給休暇の取得方法については、最低12労働日～最大24労働日の連続した休暇を、1年に1度以上取得させなければならない、とされている。

次に、出産・育児休業制度のうち、出産休業制度については、出産予定の女性労働者に対して、産前2週間・産後6週間の休暇を取得させることが義務づけられており、また、最大で、産前6週間、産後10週間の休暇を取得することが認められている。休暇期間中は、医療保険制度から、休暇前賃金の日額基本給と同額が支給される。また、父親は、母親の出産時に、3日の休暇を取得する権利が保障されている。また、父親休暇の取得も認められており、子どもの誕生から4か月以内に11日間（多胎の場合は18日間）の休暇を連続して取得することができる。休暇期間中は医療保険制度から賃金の日額基本給と同額が支給される。

また、育児休業については、子どもが3歳になるまで取得できるが、2014年の法改正により、3人以上の子どもを持つ親は、子どもが6歳になるまで育児休業を取得できることとなった。この間、全日の休業、又は、パートタイム労働への移行のいずれかを選択することができる。父親と母親がともに取得でき、両方が同時に、あるいは交代で取得できる。

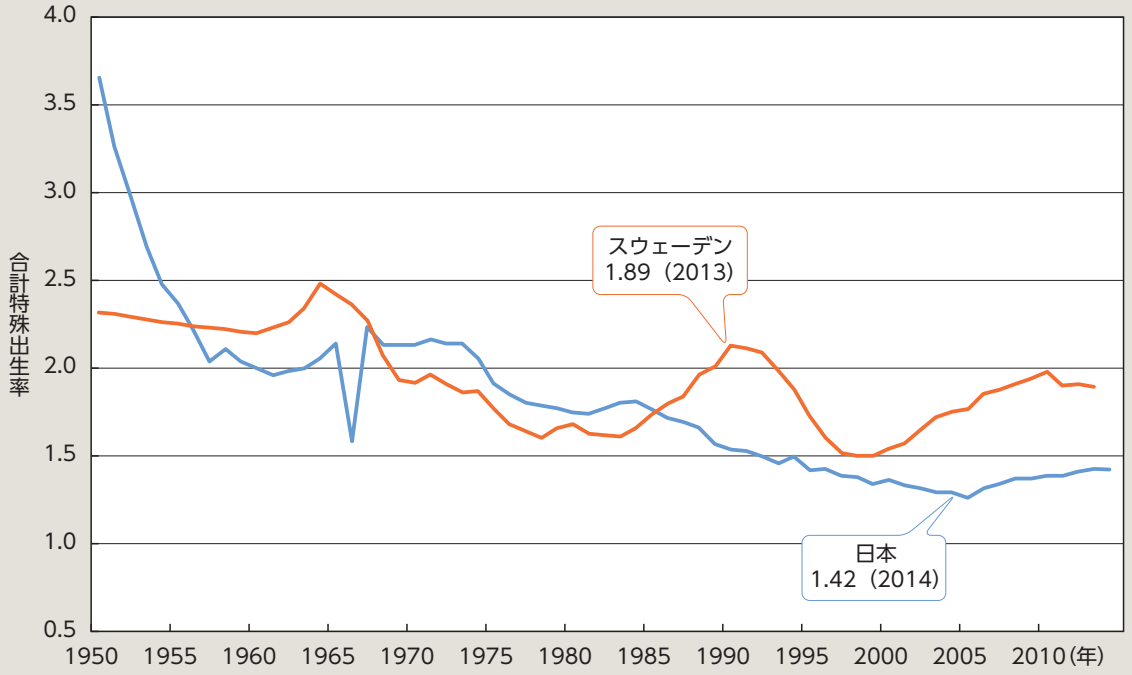
育児休業中は、働いていない期間は賃金は支払われないが、乳幼児受入手当の基礎手当や、就労や保育の状況に応じて補助手当が支給される。

(2) スウェーデンの取組み

(きめ細やかな給付と質の向上が図られた保育サービス)

スウェーデンは、近年、二度にわたって出生率の低下と回復を経験しているが、最近では、1999年に出生率が1.50にまで低下し、11年後の2010年に、1.98まで回復している（図表1-4-11）。スウェーデンの出生率向上に関連する取組みとして、以下、①経済的給付、②保育サービス、③出産・育児と就労の両立支援施策について、取り上げる。

図表1-4-11　スウェーデンの合計特殊出生率の推移



〔～2012年〕資料：内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン　参考資料」を参照
（出所）人口動態統計（日本）、Summary of PopulationStatistics（スウェーデン）
〔2013年～〕資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成26年人口動態統計月報年計（概数）の概況」を参照
（出所）人口動態統計（日本。2013年は確定数、2014年は概数）、Eurostat, Population and Social Conditions（スウェーデン）

1 経済的給付

スウェーデンでは、子育て世帯への経済的支援として、両親保険、児童手当、住宅手当の3つの制度がある。

まず、両親保険は、育児休業期間中の所得保障を行うものであり、その財源は、使用者の保険料（両親保険料）である。1974年から導入された。両親保険の給付は、妊娠手当、両親手当、一時的両親手当からなっている。

両親保険のうち妊娠手当は、女性が妊娠により身体的に負担がかかる仕事に就くことができない場合で配置転換もできない場合に、出産直前の2か月のうち最高50日間支給される。

スウェーデンの出生率向上に関連する取組み

経済的給付	保育サービス	両立支援策	
		労働時間制度	出産・育児休業制度
○両親保険 (育児休業期間中の所得保障) ・妊娠手当 (妊娠により身体に負担がかかる仕事に就けない場合に最高50日支給) ・両親手当 (育児休業期間に計480日間支給。受給期は12歳又は小学校5年修了まで) ・一時的両親手当 (12歳未満の子の看護等のため、子一人につき年60日支給) ○児童手当 (16歳未満の子の親に支給) ・基礎児童手当 (全ての16歳未満の子の親に支給) ・延長児童手当 (子どもが16歳を過ぎても義務教育相当の学校に通っている間支給) ・付加的児童手当 (多子加算) ○住宅手当 (子の数、住居の大きさ、所得に応じた額を支給)	○保育所 (1～6歳児が対象) ○放課後保育所 (就学児が対象) ○家庭保育 (1～12歳児が対象) ○就学前学級 (5・6歳児が対象) ※3歳～就学前の子どもに、年525時間の保育所サービスの提供を保障 ※保育サービスは教育政策の一環として位置付けられている	○時間外労働の制限 →4週48時間以内、年200時間以内（特別な事情がある場合は350時間以内） ○休息時間 →毎日、連続11時間以上 ○年次有給休暇 →年間25日、6～8月に少なくとも4週間	○出産休業制度 →出産予定の女性は、産前産後少なくとも7週間ずつ、フルタイムの妊娠休暇を取得可能 ○育児休業制度 →両親は、子どもが1歳6か月になるまで全日休暇、8歳になるまで部分休暇の取得の権利有

両親保険のうち両親手当は、子どもの出生・養子縁組に際し育児休業をした期間について合計480日間支給される。父親・母親はそれぞれ240日間の受給権を有するが、そのうち各60日間（いわゆる「パパ月・ママ月」）を除けば、父親・母親間で受給権を移転できる。出産10日前（父親は出産後）から子どもが8歳になるまで、又は、小学校の第1学年を修了するまで受給することが可能であり、その支給額は480日間のうちの390日までは従前所得の80%相当額である。なお、従前年収が低くても、最低保障額として日額225クローナが支給される。残り90日間については年収に関わりなく一律日額180クローナが支給される。

また、学校行事への参加等、子どもが成長した後の両親の休暇取得ニーズに対応するとともに、両親によるケアの必要性の高い幼児期に、両親手当の大部分を受給するようにするため、2014年1月1日以降に生まれた子どもについては、受給期は12歳になるまで、又は、小学校の第5学年を修了するまでに延長され、4歳以降に受給可能な日は最大96日とされた。両親手当は、勤務時間を短縮した場合に、通常の勤務時間との差分を受給することも可能である。2008年には、男性の育児休業取得促進を目的として、2008年7月以降に生まれた子どもを対象に、390日のうち「パパ月・ママ月」分を超えて両親のそれぞれが取得した育児休業日数をもとに、事後的に税還付を行う均等ボーナスが導入された。また、2012年からは、子どもが0歳の間、30日間は両親が同時に両親手当を受給することが可能となった。

両親保険のうち一時的両親手当は、原則として12歳未満の子どもの看護や、通常子どもをみている者が病気である場合の休業期間について子一人当たり年60日間まで支給さ

れる。子どもが病気の場合には、120日間まで支給される。また、父親については、出産前後の付き添いのための休業について、10日間の一時的両親手当の受給が認められている。

次に、児童手当は、1948年より導入されたものであり、（基礎）児童手当、延長児童手当、付加的児童手当（多子加算）からなっている。財源は、全額国庫負担である。基本的に、国内に居住する16歳未満の子どもを持つ親は、子ども一人当たり月額1,050クローナの児童手当を受け取ることができる。延長児童手当は、子どもが16歳を過ぎても義務教育相当の学校に通っている間支給されるものである。さらに、複数の子どもを持つ親に対しては、子の人数分の基礎手当に加えて、人数が増えるごとに多子加算が行われる（第2子150クローナ、第3子454クローナ等）。この多子加算は、2010年7月から増額された。

最後に、住宅手当は、1960年代より導入されたものであり、子どものいる家庭と18歳以上28歳以下の子どものいない若年者を対象に、子の数、住居の大きさ、所得に応じた額を支給するものである。財源は、全額国庫負担である。所得制限があり、支給額ベースでみた場合、約60％が女性の単親又は独身世帯向けとなっている。

2 保育サービス

スウェーデンでは、1990年代後半の改革により、保育サービスは、社会福祉ではなく、教育政策の一環として位置付けられている。制度の所管も社会省から教育省に移管されており、公費（税財源）と低額の利用者負担により費用をまかなっている。

スウェーデンの保育サービスには、1歳～6歳児（就学前）を対象とする保育所、就学している子どもを対象とする放課後保育所、1歳～12歳児を対象とする家庭保育（教育的保育）がある。なお、5～6歳児については、義務教育の準備段階として、就学前学級制度が設けられている。

2013年には、1～5歳児の84.2％が保育所、2.6％が家庭保育を、6～9歳児の82.3％が放課後保育所、0.2％が家庭保育を、10～12歳児の19.7％が放課後保育所を利用している。また、6歳児の多くは、就学前学級を利用している。

保育サービスの利用者負担については、3歳～就学前の全ての子どもには、少なくとも年525時間の無料の保育所サービスの提供が保障されている。また、保育サービスの自己負担額については、2002年1月から上限額を設定する制度が導入されている。

2011年6月には、改正教育法及び新カリキュラムが施行され、保育所は明確に学校の一分類とされ、教育目標の明確化、評価・改善の実施、保育士教育の充実等、教育政策の観点から質の向上を図る改革が実施された。

3 出産・育児と就労の両立支援施策

両立支援施策に関連するものとしては、労働時間制度、出産・育児休業制度がある。

まず、労働時間制度については、スウェーデンの法定労働時間は、原則として1週40時間以内となっている。労働時間を増やす特段の必要性がある場合には、4週間で48時間以内、年200時間以内で時間外労働を行わせることができる。また、特別の事情があり、別の方法で対応できない場合には、これに加えて、年最大150時間以内の追加的時間外労働を行わせることができるが、4週間で48時間を超えてはならないとされている。

また、時間外労働を含む労働時間の合計については、7日間の期間ごとに平均48時間を超えてはならないとされている。

休息については、全ての労働者に、毎日、原則として24時間ごとに、深夜0時から5時までの時間帯が含まれる11時間以上の連続した休息時間が確保されなければならないとされている。また、毎週の休息期間として、原則として7日間ごとに、可能な限り週末を含む36時間以上の連続した休息時間が確保されなければならないとされている。

年次有給休暇については、労働者には、1年間で25日の年次有給休暇を取得する権利が保障されている。別段の合意がない限り、労働者は6月～8月に少なくとも4週間の休暇期間となるよう年次有給休暇を取得する権利を有している。20日を超える年次有給休暇については、翌年以降、最大5年後まで、繰り越しをすることができる。また、25日を超える年次有給休暇の繰り越し分については、相当の休暇手当が支給される。

次に、出産・育児休業制度については、両親休暇法により、労働者には、出産・育児のための休暇と所得が保障されている。出産・育児休暇期間中の所得は、社会保険制度である両親保険制度により、従前所得の概ね8割が支給される。

出産予定の女性は、産前産後少なくとも7週間ずつについて、フルタイムの妊娠休暇を取得することができる。このうち、産前産後2週間の休暇取得は義務となっている。また、両親は、子どもが18か月に達するまでの間、フルタイムの休暇を取得する権利を有する。これらの休暇は、両親手当の支給に関わらず、取得することができる。両親は、両親手当が満額支給されている間は、全日休暇を取得する権利を有し、手当が一部支給されている間は、それに応じた部分休暇を取得する権利を有する。また、両親手当支給なしで、子どもが8歳になる前、又は、小学校1年生を終わるまでの間、最大4分の1の労働時間短縮による時短勤務の権利が認められている。子どもの看護等に関しての一時的両親手当受給の間についても、休暇を取得する権利が認められている。

第5節　まとめ　～人口減少克服に向けた取組みのあり方～

前節までにおいて、我が国の人口の長期的な推移とこれまでの人口にかかわる施策を振り返り、また人口減少を取り巻く現状・背景や意識の状況、さらには諸外国の関連の取組みなどの動向について見てきた。これらを踏まえ本節では、今後の人口減少の克服に向けた取組みのあり方を考えていく。

1　これまでの人口減少と関連する取組みや状況を振り返って

前節までにおいて紹介した、我が国のこれまでの人口推移や人口に関わる政策、人口減少の背景の分析について、要点は次のようにまとめられる。

①第2次ベビーブーム直後の1974（昭和49）年から、合計特殊出生率が人口置換水準を下回るようになった。

②1990（平成2）年の「1.57ショック」により、出生率の低下について社会的に問題認識が高まることとなり、国として少子化対策を重要な政策課題として位置づけるようになった。（その後、1994（平成6）年の「エンゼルプラン」の策定をはじめ各種の少子化対策が政府全体で実施されてきた）

③合計特殊出生率は、2005（平成17）年に過去最低の1.26を記録。その後は上昇しているものの、人口置換水準を下回る状況が続いている。（2015（平成27）年の「少子化社会対策大綱」の閣議決定など、政府をあげた取組みが継続している）

④結婚を望む若者は依然として多く、また、結婚した夫婦の希望子ども数と現実の出生数が乖離している。（若い世代の経済的安定、出会いの機会の創出、子育ての様々な負担の軽減、仕事と家庭の両立支援の推進等が重要な課題である）

⑤子育てにとって地域の支えも重要である。また地域のつながりを維持し、安心した生活を維持するためには、都市機能の集約等が必要となる。

2 人口減少の克服に向けて必要な基本的姿勢

このように、これまでの関連の取組みや状況を振り返ると、今後の人口減少克服に向けての取組みに当たって、次のような基本的姿勢が必要となるものと考えられる。

(1) 人口減少に対する危機認識の共有の重要性

今後、人口減少の克服のためには、これまで以上の取組みが必要となるが、その前提として人口減少に対する危機認識の共有がより重要になってくるものと考えられる。

これまで、「1.57ショック」を経験した1990（平成2）年以降、現在に至るまで、国としても人口減少社会の到来への危機感を強めながら総合的に取組みを進めてきているが、人口減少が現実となって進行し始めている今こそ、改めて、国や地方自治体だけでなく、企業や地域も含め、国民全体での危機認識を高め、それぞれの主体における取組強化の原動力としていくことが重要である。

(2) 人々の意識や地域の実情を切実に受け止め、人口減少の背景の的確な把握・分析等をもとに、有効な対応策を見出していくことの重要性

我が国では1974（昭和49）年以降、合計特殊出生率が人口置換水準を下回ってきた。この時期以降の出生率の低下の主な要因は、若い世代の未婚率の上昇であり、これが、晩婚化のみならず非婚化（生涯未婚率の上昇）にもつながっていった。その大きな背景のひとつに、女性の就業と社会での活躍が進む中でも、家庭で妻が育児・家事負担の大半を担う性別役割分担の構図や、仕事と家庭の両立が難しい状況が依然として続き、結婚や出産を希望しつつも、仕事か子育てかの二者択一に直面せざるを得なかった女性の切実な要請に、社会全体が十分に応えてこられなかった状況がある。

また、待機児童が多いなど子育て環境の厳しい状況にある東京や首都圏において、とりわけ出生率が低く、首都圏に日本の人口が集中することにより、日本全体の出生率の低下につながっている状況がある。

これらのことは、今後の人口減少の克服のための取組みを考えるにあたり、あらためて、人々の行動・意識やその変容、地域の実情などを切実に受け止め、その背景の的確な把握・分析等をもとに、有効な対応策を的確に見出して、実行していくことが重要であることを示唆している。

(3) 若者の結婚、出産、子育ての希望の実現に総力をあげて取り組む。取組みの着実な継続・強化と、希望がかなう実感の積み重ねにより、希望・理想の更なる高まりにつながっていくことが重要

若者の結婚、出産、子育てに関わる希望と現実が乖離している状況のなか、若者が実際に希望する子どもの数を持てるようにするなど、理想や希望を実現できる環境を整備すべく、様々な対策に取り組んでいくことが重要である。とりわけ重要となるのが、安定した雇用の確保、妊娠から子育てまでの切れ目のない支援、男女ともに仕事と家庭を両立できる環境整備と支援等、子育ての様々な負担の軽減の取組みである。

このような、希望の実現のための施策の充実や環境整備に総力をあげて取り組むとともに、充実した新たな制度や取組みの進捗や改善点を国民に向けて分かりやすく示し、安心して子どもを産み育てられるための各種制度、サービスが備わっていることを、国民が広く認識でき、十二分に活用していけるようにすることも、あわせて重要である。国民が出産や子育ての不安を抱えたままでいたり、様々な施策や制度の情報を十分に知らずに、活用できない中では、希望の実現をあきらめてしまうことにもつながる。このためにも、妊娠・出産・子育て期を通じて一貫して利用できる包括的な相談・支援を、子育て家庭が身近に利用できる体制を確保し、ここであわせて、必要な制度、サービスや支援の情報も気軽に入手できる体制が求められる。

このような様々な支援の取組みや、子育て世代がサービスを利用することにより、子育ての不安や負担が軽減され、男性の積極的な育児参画なども通じて夫婦で子育てをする喜びと楽しさを実感でき、出産後も就業を継続して仕事と家庭が両立できるようになる中で、結婚や子育ての希望がかない、喜びを感じる実感が積み重なっていき、希望や理想の更なる高まりにもつながっていくようにすることが重要である[*20]。

(4) 非婚化・晩婚化への一層のアプローチの重要性

これまでの人口減少に関わる施策としては、保育等の子育てに関する支援がまず先行して実施され、充実されてきた。しかし、人口減少の背景に関する分析を通してわかるとおり、そもそも安定した雇用環境にないことや、結婚や出会いの機会に恵まれないことから、非婚化・晩婚化が進んでいる実態もうかがえる。

このような状況の中で、今後の人口減少対策・少子化対策の取組みとしては、従来の保育の受け皿などの子育てに関する支援の充実に加え、若年者の雇用の安定など非婚化・晩婚化へのアプローチの視点が一層重要となる。

(5) 地方創生の取組みをはじめ様々な施策が少子化対策と連動し、人口減少の流れを変えていくことの重要性

これまでの人口減少の対策のための取組みを振り返ると、例えば保育の受け皿整備といった、個々の施策で見れば、その充実が図られ、一定の成果が得られてきた。

その一方で、保育の受け皿整備が、これを上回る保育ニーズの増加に追いつかず、主に首都圏や都市部において、現在に至るまで待機児童の解消に至っていない状況もある。

＊20 序章第2節でも触れた「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」（平成26年12月27日閣議決定）において、若い世代の結婚、出産に関わる希望が実現すれば、合計特出生率が1.8程度に向上するとしている。さらに、出生率が2030～2040年ごろまでに人口置換水準である2.07まで改善すれば、2060年に総人口1億人程度を確保し、その後2090年頃に人口が定常状態になっていくとしている。そして、そのためには、国民の希望や理想が、更に高まっていくことが重要となる。

このような中、今後は、更なる保育の受け皿の整備に努め、保育ニーズにしっかりと対応していく一方で、地方での雇用の創出等の、地方創生の取組みを更に推進し、首都圏に人口が集中する流れを変えていくことが、結果として保育ニーズの充足につながることからも、少子化対策と地方創生の連動が一層重要になる。

このように、人口減少の克服に向けての取組みの実効性をより高めていくために、さまざまな施策が横断的・総合的に講じられ、それが連動し相まって人口減少の全体の流れを変えていけるようにすることが重要となる。

このほか、人口減少と高齢化が同時に進行することによる労働供給の制約は、我が国の経済の成長を押し下げる方向に働くことになる。我が国が持続可能な成長を続けるためには、少子化対策を進めるとともに、女性や高齢者の雇用拡大により、生産年齢人口及び高齢人口における労働力率を引き上げることで労働供給を確保することが必要である。また、若者の雇用の安定や障害者の雇用促進を図ることも重要である。

(6) 人口減少・高齢化が進む中でも安心して生活できる基盤を維持する施策の検討

人口の減少に歯止めをかけるため、人口減少の要因や背景に着目した取組みを進める必要がある一方、人口推移の分析も踏まえると、今後ある程度の人口減少が引き起こされることは避けられない状況にある。

この点、人口減少がもたらす影響の中でも特に、地域社会に対する影響は、国民の日々の生活に直結する大きな問題であるが、国民の意識の分析からも、地方で人口減少が進む中にあってもその地方に愛着をもって住み続けたい者は多いことがみえてくる。こうしたそれぞれの地域での住民の居住を支え、安心した生活を維持していくためには、人口減少やそれに伴う高齢化が進む中でも必要な生活基盤を維持するための取組みや工夫が必要となり、このことが、人口減少の克服の一つの側面として重要となってくる。

3 人口減少克服のために必要となる具体的施策の方向性

今後の人口減少克服のためには、上で述べた基本的姿勢に則った取組みの推進が必要と考えられる。中でも厚生労働行政分野における今後の具体的な施策の方向性については、人口減少の克服の２つの観点、すなわち、人口減少に歯止めをかける観点と、人口減少が進む中でも必要な生活基盤を維持する観点とに分けて、特に次のような方向性が重要となってくる。

(1) 人口減少に歯止めをかける観点

まず、人口減少に歯止めをかける観点からは、若い世代が結婚の希望を実現し、新しい世代を希望どおり生み育てられるようにしていくことが重要となり、とりわけ、以下の取組みが求められる。

①若者の雇用の安定を確保すること。また、地方で雇用を拡大し、地元に住み続けたい人や地方に住みたい人が地方で就業して、結婚・子育てなど生活を営めるようにし、地方からの人材の流出を食い止めて、東京への一極集中に歯止めをかけること

②すべての子育て家庭が安心して子育てできる環境の実現のために、保育の受け皿整備による待機児童の解消のみならず、妊娠、出産、子育て期にわたる総合的な相談・支

援を地域で身近に利用できる体制を整備するなど、地域で子育てを支える取組みや体制を充実させること

③ワークライフバランスを実現し、仕事と子育てを両立できる環境が整備されるよう、長時間労働の是正をはじめとした働き方の見直しを進めるとともに、両立支援に関わる企業等の取組みを一層促進すること

(2) 人口減少やそれに伴う高齢化が進む中でも必要な生活基盤を維持する観点

人口減少に歯止めをかける取組みを進めつつも、ある程度の人口減少は避けられない中で、それに応じて、地域の実情に合わせた安心して暮らせる地域を作ることも重要となっており、そのためには次のような取組みが求められる。

①住み慣れた地域や自宅で生活を続けることができるよう、日常生活を支えるサービス基盤を確保するとともに、多様な主体による地域の支えあいの取組みを促進すること

②人材確保やサービス提供が困難な地域の増加を想定し、限られた施設で様々な福祉サービスの一体的な提供を可能とすること

③さらに、福祉サービスの担い手が不足する中で生活基盤を維持する観点から、福祉ニーズの変動等に即応できる福祉サービスの提供の仕組みや総合的な福祉人材の育成等についても検討すること

第2章　人口減少克服に向けた取組み

序章では、我が国の人口減少の見通しやその影響について概観し、第1章では、人口の長期的な推移や我が国の人口に関わる施策について振り返った上で、人口減少社会を取り巻く背景・現状や国民の意識について分析し、人口減少克服に向けた取組みのあり方について述べた。

本章では、現在、人口減少克服に向けて、どのように取組みを進めているかを概観する。

「国の動きの全体像」と題した序節では、まず、政府全体の動きを説明する。具体的には、人口急減・超高齢化に対し政府一体となって取り組み、各地域がそれぞれの特徴を活かした自律的で持続的な社会を創生できるように策定された「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」と「まち・ひと・しごと創生総合戦略」、総合的かつ長期的な少子化に対処するための指針として策定された「少子化社会対策大綱」、社会保障と税の一体改革において、2012（平成24）年8月に成立した子ども・子育て3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）による「子ども・子育て支援新制度」について取り上げる。次に、厚生労働省の動きとして、人口減少克服、地方創生への対応に関する基本的な考え方を取りまとめた「厚生労働省まち・ひと・しごと創生サポートプラン」について述べる。

第1節では、「若い世代が新しい世代を希望どおり産み育てられるために」と題して、子育て世代と女性・若者の支援のために厚生労働省が取り組んでいる、若年者の雇用の確保、妊娠・出産支援、地域のニーズを踏まえた子育て支援の充実、働き方の見直し、について取り上げる。

第2節では、「人口減少に応じて地域での生活を支えるために」と題して、人口が減少する中でも、地域において安心して生活できるよう厚生労働省が取り組んでいる、地域包括ケアシステム、多世代交流・多機能型施設、福祉サービスや人材に関する連携等の検討について取り上げる。

最後に、第3節では、人口減少克服に向けた厚生労働省の取組みの全体をまとめ、各地域において地方創生に取り組む際の方向性や期待について述べる。

序節　国の動きの全体像

本節では、人口減少克服に向けた、政府全体・厚生労働省の動きについて、「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」と「まち・ひと・しごと創生総合戦略」を中心に説明する。

1　政府全体の動き

ここでは、人口減少克服に向けた政府全体の動きとして、①「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」と「まち・ひと・しごと創生総合戦略」、②「少子化社会対策大綱」、③「子ども・子育て支援新制度」の3つを取り上げる。

(1)「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」と「まち・ひと・しごと創生総合戦略」

2014（平成26）年9月3日、内閣官房に、内閣総理大臣を本部長、地方創生担当大臣と内閣官房長官を副本部長とする、「まち・ひと・しごと創生本部」が設置された。これは、人口急減・超高齢化という我が国が直面する大きな課題に対し政府一体となって取り組み、各地域がそれぞれの特徴を活かした自立的で持続的な社会を創生できるよう、設けられたものである。

これに先立つ、2014年5月8日には、民間機関「日本創成会議」により「ストップ少子化・地方元気戦略」が発表された。その中では、大都市圏への人口移動が現在のペースで持続すると仮定した場合、人口の再生産を中心的に担う「20～39歳の女性人口」が2010（平成22）年から2040（平成52）年にかけて半数以下となる地方公共団体は、896団体（全体の49.8%）に上るとされ、人口減少問題に対する機運が高まっていった。

2014年6月24日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2014 ～デフレから好循環拡大へ～」（骨太の方針）においても、50年後に1億人程度の安定した人口構造を保持することを目指すこと、が目標として盛り込まれた。

こうした中、「まち・ひと・しごと創生本部」では、2014年9月から12月にかけて、本部会合とその下に置かれた、「まち・ひと・しごと創生会議」が各4回開催され、2014年12月27日に、「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン－国民の『認識の共有』と『未来への選択』を目指して－」と「まち・ひと・しごと創生総合戦略」が閣議決定された。

なお、当初、閣議決定により設置されていた「まち・ひと・しごと創生本部」は、「まち・ひと・しごと創生法」の施行に伴い、2014年12月2日からは同法に基づく法定の本部として、引き続き司令塔機能を担っている。

1「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」（長期ビジョン）

「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」（長期ビジョン）は、日本の人口の現状と将来の姿を示し、人口減少問題に関する国民の認識の共有を目指すとともに、今後、目指すべき将来の方向を示すためのものである（**図表2-序-1**）。

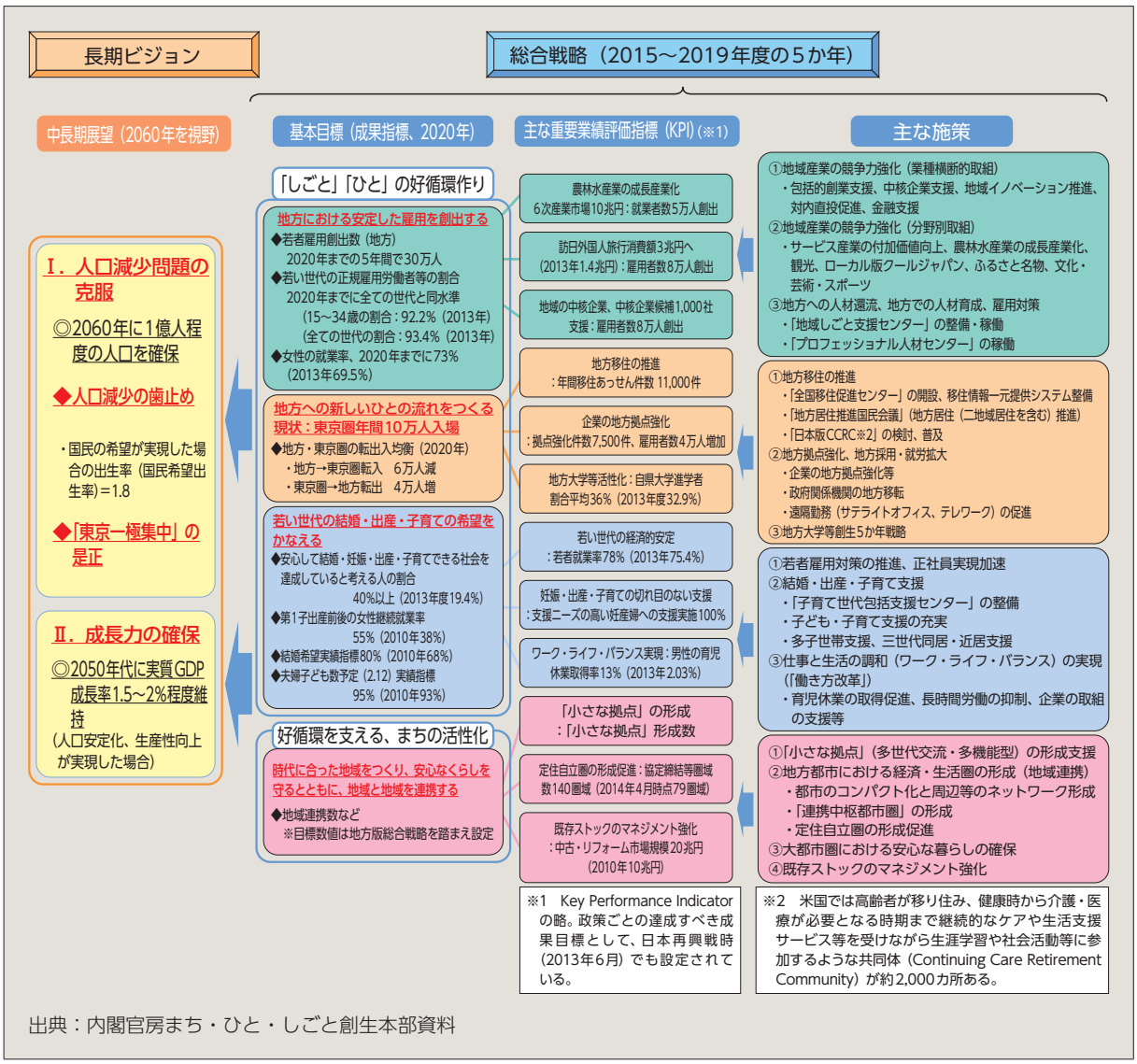
長期ビジョンでは、まず、人口問題に対する基本認識を説明した上で、今後の取組みにおいて必要となる基本的視点を述べ、最後に、目指すべき将来の方向を提示している。

以下、長期ビジョンを引用し、その概要を紹介する。

①人口問題に対する基本認識

まず、人口問題に対する基本認識としては、「人口減少時代」の到来と、「人口減少」が経済社会に与える影響、東京圏への人口の集中、について説明し、国民の認識の共有が最も重要であるとしている。

図表2-序-1　まち・ひと・しごと創生「長期ビジョン」と「総合戦略」の全体像



出典：内閣官房まち・ひと・しごと創生本部資料

（「人口減少時代」の到来）

我が国の人口減少は2008（平成20）年から始まったが、2020（平成32）年代初めまでは毎年60万人程度の減少、2040年代頃には年100万人程度ずつの減少となり、今後、加速度的に進んでいく。

人口減少は、第１段階（若年減少、老年増加）、②第２段階（若年減少、老年維持・微減）、③第３段階（若年減少、老年減少）を経て進行していく。東京都区部等は第１段階だが、地方は既に第２・３段階に突入するなど、地域によって状況が大きく異なっている。

地方は、若い世代の東京圏への流出と、出生率の低下により、都市部に比べ数十年早く人口が減少している。地方の人口が減少し大都市への人材供給が枯渇すると、いずれ大都市も衰退する。このように、人口減少は地方から始まり、都市部へ広がっていくこととなる。

（「人口減少」は経済社会にとって大きな重荷となり地域経済社会に甚大な影響を与える）

人口減少と高齢化が急速に進むことにより、経済規模が縮小し、一人当たりの国民所得が低下するおそれがあり、経済社会にとって大きな重荷となる。

人口減少がこのまま進むと、2050（平成62）年には、居住地域のうち6割以上で人口が半分以下に減少し、2割の地域では無居住化すると推計されており、地方では、地域経済社会の維持が重大な局面を迎える。

（東京圏には過度に人口が集中し、そのことが日本全体の人口減少に結び付いている）

東京圏の人口比率は国際的にみても高く、過度に人口が集中しており、長時間通勤、住宅価格の高さ、待機児童問題等の様々な問題を抱えている。

人口の流入が続いているのは東京圏のみであり、今後、東京オリンピックの開催や高齢化の進展により、人口流入が更に拡大する可能性が高い。

このまま推移すると、「過密の東京圏」と「人口が極端に減った地方」が併存しながら人口減少が進行していく可能性が高い。地方に比べ出生率が低い東京圏に若い世代が集中することが、日本全体としての人口減少に結び付いていると言うことができる。

②今後の基本的視点

次に、人口減少問題に取り組む意義を踏まえた上で、今後の基本的視点について述べている。

（人口減少への対応は「待ったなし」の課題である）

最近の世論調査の結果をみると、9割以上の国民が、「人口減少は望ましくない」と回答しており、人口減少に対する国民の危機感が高まっている。

先進国の中でも、フランス、スウェーデンのように、いったん出生率が低下しながら、回復している国々が存在しており、的確な政策を展開し、官民挙げて取り組めば、人口減少に歯止めをかけることは可能であると考えられる。

人口減少に歯止めをかけるには長い期間を要するが、出生率の向上が早いほど、効果は大きい。一定の仮定を置いた試算では、出生率の向上が5年遅れるごとに、将来の定常人口はおおむね300万人ずつ減少するとされており、人口減少への対応は、「待ったなし」の課題である。

（今後の基本的視点）

人口減少への対応には、人口減少に歯止めをかける「積極戦略」と、人口減少に対応し効率的・効果的な社会システムを再構築する「調整戦略」の2つを同時に進めていくことが必要となる。こうした観点から、今後の取組みにおいて基本的視点となるのは、

ⅰ　「東京一極集中」の是正
ⅱ　若い世代の就労・結婚・子育ての希望の実現
ⅲ　地域の特性に即した地域課題の解決

の3点である。

こうした基本的視点を踏まえ、まず全力を挙げて取り組むべきは、「国民の希望の実現」である。その第一は、地方への移住の希望に応え、地方への新しいひとの流れをつくることである。東京都在住者の4割は、「移住する予定」又は「今後検討したい」という調査結果が出されている。第二は、若い世代の就労・結婚・子育ての希望の実現である。調査結果によると、18～34歳の未婚男女の9割程度は結婚の意思があり、また、夫婦が予定

する平均子ども数は2010年で2.07人である。

若い世代の希望に応えていくため、結婚については、「質」を重視した雇用、すなわち、安定的な経済的基盤の確保をすることが必要である。子育ての希望の実現のため、「子育て支援」は喫緊の課題である。また、男女ともに子育てと就労を両立させる「働き方」の実現に向けて、官民を挙げてその改善に取り組む必要がある。

③目指すべき将来の方向

最後に、目指すべき将来の方向として、「活力ある日本社会」の維持と、地方創生がもたらす日本社会の姿について述べている。

（人口減少に歯止めをかけ「活力ある日本社会」を維持する）

今後目指すべき将来の方向は、「活力ある日本社会」を維持することであり、そのためには、人口減少に歯止めをかけなければならない。出生率が人口置換水準（2.07）に回復することが、人口が安定する上での必須の条件である。OECDレポート（2005（平成17）年）では、日本は、育児費用の直接的軽減や育児休業の取得促進、保育サービス拡充等の対策が講じられれば、出生率が2.0まで回復する可能性があると推計されている。出生率向上には、様々な分野にわたる総合的な取組みを長期的・継続的に実施していくことが重要である。

若い世代の希望が実現すると、出生率は1.8程度に向上することが見込まれる。この、国民希望出生率1.8は、OECD諸国の半数近くが実現している水準である。我が国においてまず目指すべきは、若い世代の結婚・子育ての希望の実現に取り組み、出生率の向上を図ることである。

人口減少に歯止めがかかり、2030（平成42）～2040年頃に出生率が2.07まで回復すると、2060（平成72）年に総人口1億人程度を確保し、2090（平成102）年頃には人口が定常状態になると見込まれる。

人口減少に歯止めがかかると、高齢化率は2050年に35.3％でピークに達した後は低下し始め、2090年頃には現在とほぼ同水準の27％程度まで低下する。人口構造が「若返る時間」を迎え、「働き手」の増加が経済成長を牽引するなど、経済的に好環境となる。さらに、高齢者が経済社会に参加することができる「健康寿命」を延ばすと、事態は更に改善する。

こうした「人口の安定化」とともに「生産性の向上」が図られると、2050年代に実質GDP成長率は、1.5～2％程度を維持することが可能と見込まれている。

（地方創生により未来に希望を持ち個性豊かで潤いのある地域社会を目指す）

地方創生が目指すのは、地域に住む人々が、自らの地域の未来に希望を持ち、個性豊かで潤いのある生活を送ることができる地域社会を形成することである。人口拡大期の全国一律のキャッチアップ型の取組ではなく、地方自らが地域資源を掘り起こし、それらを活用する取組を進めていく必要がある。また、地方の自主性・自立性を高め、分権型社会を確立することもその基盤となる。

地域活性化のためには、都市部から地方への新しいひとの流れを強くし、外部の人材を取り込んでいくことが重要である。また、地域内や国内にとどまらず、海外の市場とつな

がっていくことは、農林水産業や観光業などで大きな飛躍のチャンスとなる。外部との積極的なつながりにより、新たな視点から活性化を図ることが重要である。

地方創生が実現し、地方の人口減少に歯止めがかかるならば、地方の方が、先行して若返ることとなる。「人口の若返り」により、ICTの活用等を通じ、若い人材が豊かな地域資源を活かして、新たなイノベーションを巻き起こし、活力ある地域社会を創生していくことが期待される。

地方創生は、地方と東京圏を対立構造とみるものではない。東京圏の人口集中・過密化の是正は、東京圏が抱える課題の解決につながるものである。東京圏の、日本の成長エンジンとしての重要性は変わらないが、今後は世界をリードする「国際都市」として、ますます発展していくことが期待される。

地方創生は日本の創生であり、地方と東京圏がそれぞれの強みを活かし、日本全体を引っ張っていくものでなければならない、それが目指すべき将来の方向である。

2「まち・ひと・しごと創生総合戦略」(総合戦略)

「まち・ひと・しごと創生総合戦略」(総合戦略)は、「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」を踏まえ、まち・ひと・しごと創生法に基づき、2015(平成27)年度を初年度とする今後5か年の政策目標や施策の基本的方向、具体的な施策をまとめたものである(**図表2-序-1**)。本文に加え、個別施策の工程表である「アクションプラン」が付属している。

総合戦略では、まち・ひと・しごとの創生について基本的な考え方を述べた後、政策の企画・実行に当たっての基本方針として、従来の政策の検証・地方創生の政策5原則・国と地方の取組体制とPDCAの整備を示し、今後の施策の方向として、政策の4つの基本目標を掲げている。

以下、総合戦略を引用し、その概要を紹介する。

①基本的な考え方

(人口減少と地方創生のための3つの基本的視点)

人口減少を克服し、地方創生を成し遂げるため、次の3つの基本的視点から、人口、経済、地域社会の課題に対して一体的に取り組むことが重要である。

ⅰ　「東京一極集中」の是正
ⅱ　若い世代の就労・結婚・子育ての希望の実現
ⅲ　地域の特性に即した地域課題の解決

(まち・ひと・しごとの創生に同時かつ一体的に取り組むことが必要)

「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とともに、その好循環を支える「まち」に活力を取り戻すため、次に示すような、まち・ひと・しごとの創生に、同時かつ一体的に取り組むことが必要である。

ⅰ　しごとの創生

若い世代が安心して働ける「相応の賃金、安定した雇用形態、やりがいのあるしごと」という「雇用の質」を重視した取組みが重要である。

ⅱ　ひとの創生

地方への新しい人の流れをつくるため、若者の地方での就労を促すとともに、地方への移住・定着を促進する。また、安心して結婚・出産・子育てができるよう、切れ目ない支援を実現する。

ⅲ　まちの創生

地方で安心して暮らせるよう、中山間地域等、地方都市、大都市圏等の各地域の特性に即して課題を解決する。

②政策の企画・実行に当たっての基本方針

（従来の政策の検証）

これまでの政策は、個々の対策としては一定の成果を上げたが、大局的には地方の人口流出や少子化に歯止めがかかっていない。その要因としては、次の５点が挙げられる。

ⅰ　府省庁・制度ごとの「縦割り」構造

ⅱ　地域特性を考慮しない「全国一律」の手法

ⅲ　効果検証を伴わない「バラマキ」

ⅳ　地域に浸透しない「表面的」な施策

ⅴ　「短期的」な成果を求める施策

（まち・ひと・しごとの創生に向けた政策５原則）

こうした従来の政策の弊害を排除し、人口減少克服・地方創生を実現するため、次の５つの政策原則に基づき、施策を展開することが必要である。

ⅰ　自立性

構造的な問題に対処し、地方公共団体、民間事業者、個人等の自立につながる。

ⅱ　将来性

地方が自主的かつ主体的に、夢を持って前向きに取り組むことを支援する。

ⅲ　地域性

各地域の実態に合った施策を支援。国は支援の受け手側の視点に立って支援。

ⅳ　直接性

最大限の成果をあげるため、直接的に支援する施策を集中的に実施する。

ⅴ　結果重視

PDCAメカニズムの下、具体的な数値目標を設定し、効果検証と改善を実施する。

（国と地方の取組体制とPDCAの整備が必要）

政策５原則に基づき、まち・ひと・しごとの一体的な創生を図っていくに当たっては、次のような国と地方の役割分担の下、地方を主体とした枠組みの構築に取り組んでいく必要がある。

ⅰ　５か年戦略の策定

国と地方公共団体ともに、５か年の戦略を策定・実行する体制を整え、アウトカム指標を原則とした重要業績評価指標で検証・改善する仕組みを確立する。

ⅱ　データに基づく、地域ごとの特性と地域課題の抽出

国はデータに基づく地域経済分析システムを整備し、各地方公共団体は必要なデータ分

析を行い、地域課題等を踏まえた「地方版総合戦略」を策定する。

ⅲ　国のワンストップ型の支援体制等と施策のメニュー化

国は関係府省庁で統一のワンストップ型執行体制の整備に努め、各地域が必要な施策を選択できるよう支援施策をメニュー化するとともに、人的支援も実施する。

ⅳ　地域間の連携推進

国は新たな「連携中枢都市圏」や定住自立圏の形成を進め、各地方公共団体は、地域間の広域連携を積極的に推進する。

③今後の施策の方向

（政策の基本目標）

「長期ビジョン」を踏まえ、「総合戦略」では、次の４つの「基本目標」を国レベルで設定し、地方における様々な政策による効果を集約し、人口減少の歯止め、「東京一極集中」の是正を、着実に進めていく。

＜基本目標１＞　地方における安定した雇用を創出する

2020年までの５年間の累計で地方に30万人分の若者向け雇用を創出する。

＜基本目標２＞　地方への新しいひとの流れをつくる

2020年に、東京圏から地方への転出を４万人増加させるとともに、地方から東京圏への転入を６万人減少させ、東京圏から地方の転出入を均衡させる。

＜基本目標３＞　若い世代の結婚・出産・子育ての希望をかなえる

2020年に結婚希望実績指標を80％、夫婦子ども数予定実績指標を95％に向上。

＜基本目標４＞　時代に合った地域をつくり、安心な暮らしを守るとともに、地域と地域を連携する

「小さな拠点」の整備や「地域連携」を推進する。目標数値は、地方版総合戦略の状況を踏まえ設定。

これらの基本目標に基づき、国は、「政策パッケージ」の形で、地方が「地方版総合戦略」を策定・実施していくに当たり必要と考えられる支援策を用意していく。また、政策の進捗状況については、重要業績評価指標（KPI）で検証し、改善する仕組み（PDCAサイクル）を確立していく。

「総合戦略」に列挙されている主な厚生労働行政関係の政策は次のとおりである。

ⅰ　地方への人材還流、地方での人材育成、雇用対策

・「地域しごと支援センター」の整備・稼働
・「プロフェッショナル人材センター」の稼働

ⅱ　若年雇用対策の推進、正社員実現加速

ⅲ　結婚・出産・子育て支援

・「子育て世代包括支援センター」の整備
・子ども・子育て支援の充実
・多子世帯支援

ⅳ　仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）の実現（「働き方改革」）

・育児休業の取得促進、長時間労働の抑制、企業の取組の支援等

ⅴ　「小さな拠点」（多世代交流・多機能型）の形成支援
Ⅵ　大都市圏における安心な暮らしの確保

④国家戦略特区・社会保障制度・税制・地方財政等
（あらゆる制度について、地方創生・人口減少克服に向けた検討を行う）
地方を創生し、人口減少を克服するという息の長い取組みの着地点となる効果的・効率的な社会経済システムを構築するという基本的考えの下、国は、国家戦略特区・社会保障制度・税制・地方財政をはじめとしたあらゆる制度について、こうした方向に合わせて検討する。

（地方創生の深化によりローカル・アベノミクスの実現に取り組むとされた「まち・ひと・しごと創生基本方針2015」）
「まち・ひと・しごと創生総合戦略」については、同戦略に掲げられた基本目標及びその達成に向けて作成された政策パッケージ・個別施策について、今後の対応方向を取りまとめた「まち・ひと・しごと創生基本方針2015」が2015年6月30日に閣議決定された。同方針は、「人口減少問題の克服」と「成長力の確保」を実現するため、地方創生の深化によりローカル・アベノミクスの実現に取り組むこととしている。

(2)「少子化社会対策大綱」
少子化社会対策大綱は、少子化社会対策基本法（平成15年法律第133号）に基づく総合的かつ長期的な少子化に対処するための施策の指針であり、2004（平成16）年、2010（平成22）年に続き、3回目の大綱が2015（平成27）年3月20日に閣議決定された。本大綱には、本文に加え「施策の具体的内容」「施策に関する数値目標」が別添で添付されている。
以下、「少子化社会対策大綱　～結婚、妊娠、子供・子育てに温かい社会の実現をめざして～」を引用し、その概要について紹介する。

（少子化に取り組む基本的な考え方）
本大綱では、少子化に取り組む基本的な考え方として、以下の５点を挙げている。
①結婚や子育てがしやすい環境となるよう、社会全体を見直し、これまで以上に少子化対策の充実を図る。
②個々人が結婚や子供についての希望を実現できる社会をつくることを基本的な目標とする。
③「結婚、妊娠・出産、子育ての各段階に応じた切れ目のない取組」と「地域・企業など社会全体の取組」を両輪として、きめ細かく対応する。
④今後５年間を「集中取組期間」と位置づけ、本大綱に掲げる重点課題を設定し、政策を効果的かつ集中的に投入する。
⑤長期展望に立って、子供への資源配分を大胆に拡充し、継続的かつ総合的な対策を推進する。

（今後５年間の「集中取組期間」における５つの重点課題）

本大綱では、上記（少子化に取り組む基本的な考え方）の④のとおり、今後５年間を「集中取組期間」と位置づけ、必要な財源を確保しつつ、政策を抜本的に充実させていくことが必要であるとしている。その上で、以下の５つを重点課題として設定し、選択と集中を行いつつ、政策を効果的かつ集中的に投入するとしている。

①子育て支援施策を一層充実させる。
- ○子ども・子育て支援新制度の円滑な実施
- ○待機児童の解消
- ○「小１の壁」の打破

②若い年齢での結婚・出産の希望が実現できる環境を整備する。
- ○経済的基盤の安定
- ○結婚に対する取組支援

③多子世帯への一層の配慮を行い、３人以上子供が持てる環境を整備する。
- ○子育て、保育、教育、住居など様々な面での負担軽減
- ○社会の全ての構成員による多子世帯への配慮の促進

④男女の働き方改革を進める。
- ○男性の意識・行動改革
- ○「ワーク・ライフ・バランス」・「女性の活躍」の推進

⑤地域の実情に即した取組を強化する。
- ○地域の強みを活かした取組支援
- ○「地方創生」と連携した取組の推進

（長期的視点に立った、きめ細かな少子化対策の推進）

本大綱では、重点課題に加え、長期的視点に立って、きめ細かな少子化対策を総合的に推進するため、以下のとおり、各段階に応じた支援と社会全体での少子化対策を行うとしている。

①結婚、妊娠・出産、子育ての各段階に応じ、一人一人を支援する。
- ○結婚　ライフデザインを構築するための情報提供
- ○妊娠・出産　「子育て世代包括支援センター」の整備、産休中の負担軽減、産後ケアの充実等
- ○子育て　経済的負担の緩和、三世代同居・近居の促進、小児医療の充実等
- ○教育　妊娠や出産に関する医学的・科学的に正しい知識の教育
- ○仕事　正社員化の促進や処遇改善、ロールモデルの提示、地方創生と連携した地域の雇用創出

②社会全体で行動し、少子化対策を推進する。
- ○結婚、妊娠、子供・子育てに温かい社会づくり　マタニティマーク、ベビーカーマークの普及等
- ○企業の取組　企業の少子化対策や両立支援の取組の「見える化」と先進事例の情報共有等

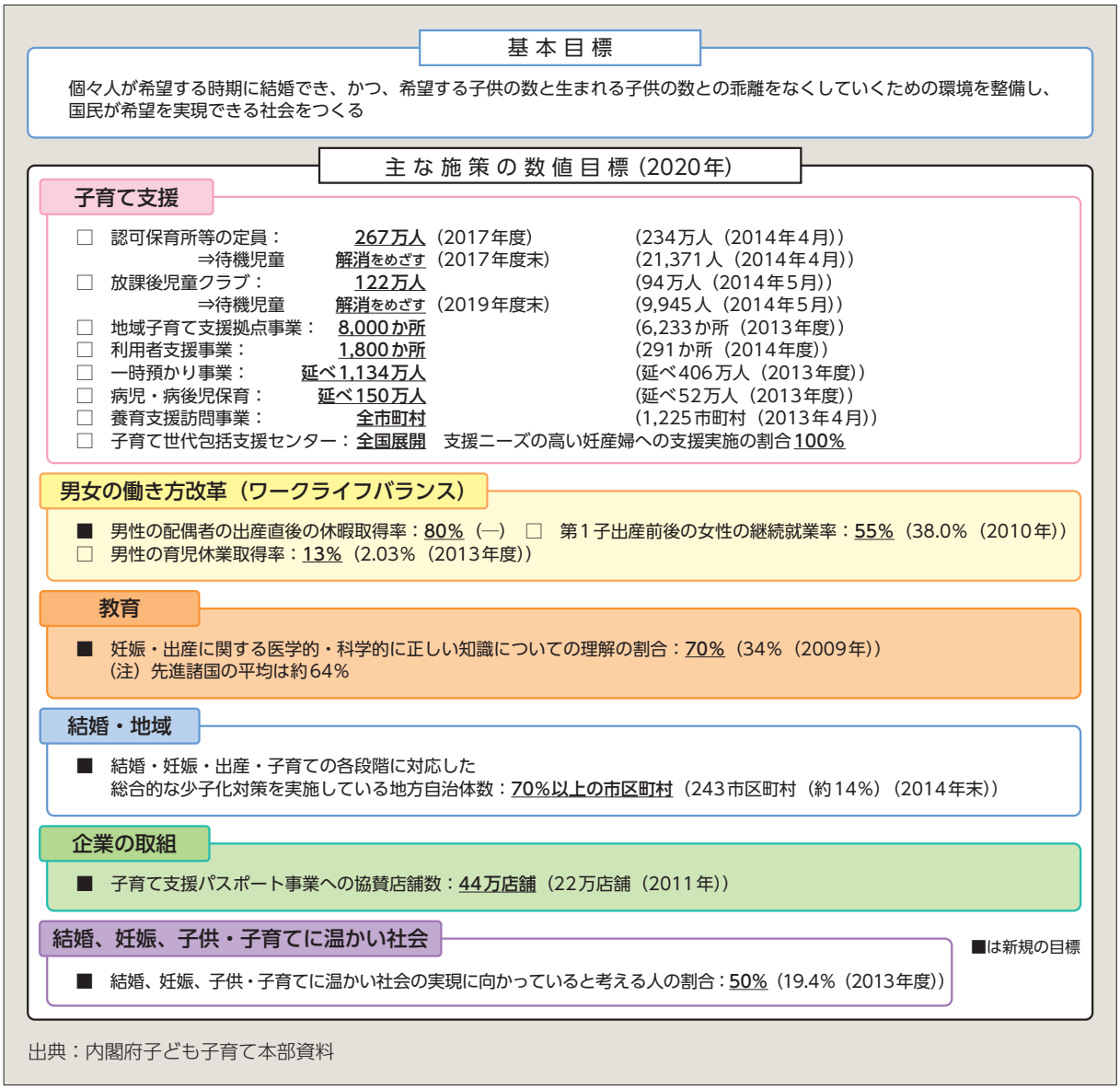
（今後５年間の「集中取組期間」を目途とした数値目標の設定）

本大綱では、「集中取組期間」である今後５年間を目途として、個別施策について、数

値目標を設けるとともに、その進捗をフォローアップするとしている（図表2-序-2）。主な施策の数値目標は次の図のとおりである。

なお、本大綱は、施策の進捗状況とその効果、社会情勢の変化等を踏まえ、おおむね5年後を目途に見直しを行うこととしている。

図表2-序-2　少子化社会対策大綱の基本目標及び主な施策の数値目標（2020年）



出典：内閣府子ども子育て本部資料

(3) 子ども・子育て支援新制度

（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新制度）

子ども・子育て支援新制度は、2012（平成24）年8月に成立した子ども・子育て関連3法に基づく制度であり、2015（平成27）年4月から本格施行された。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認識の下に、幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援を総合的に推進するためのものである（図表2-序-3）。主なポイントは以下の7点となる。

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」）と小規模保育等への給付（「地域型保育給付」）の創設
・地域型保育給付は、都市部における待機児童解消とともに、子どもの数が減少傾向にある地域における保育機能の確保に対応
②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の、認可・指導監督を一本化し、学校及び児童福祉施設として法的に位置づけ
・認定こども園の財政措置を「施設型給付」に一本化
③地域の実情に応じた子ども・子育て支援の充実（利用者支援事業、地域子育て支援拠点、放課後児童クラブなどの「地域子ども・子育て支援事業」）
・教育・保育施設を利用する子どもの家庭だけでなく、すべての家庭とその子どもを対象とする事業として、市町村が地域の実情に応じて実施
④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
・国と都道府県は、実施主体の市町村を重層的に支える
⑤社会全体による費用負担
・消費税率の引上げによる、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１兆円超程度の追加財源が必要）
⑥政府の推進体制の整備
・制度ごとにバラバラな政府の推進体制を整備（内閣府に子ども・子育て本部を設置）
⑦子ども・子育て会議の設置
・国に、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（子ども・子育て支援に関する事業に従事する者）が、子育て支援の政策プロセス等に参画・関与することができる仕組みとして、子ども・子育て会議を設置
・市町村等の合議制機関（地方版子ども・子育て会議）の設置を努力義務とする

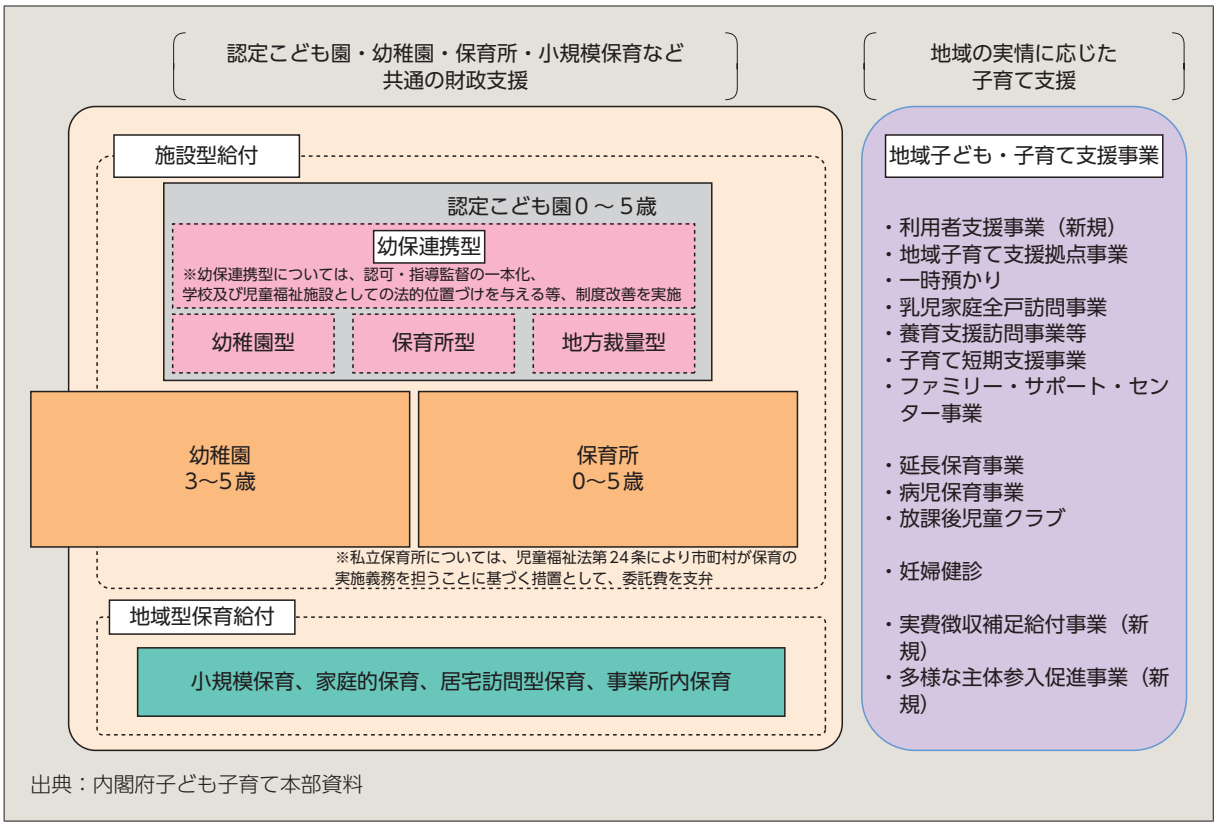
（2015年４月から予定どおり実施されることとなった新制度）

社会保障と税の一体改革において、消費税率の引上げにより安定した財源を確保し、社会保障の充実・安定化を図ることとされているが、全世代を対象とする社会保障の充実を図るため、これまでは、高齢者３経費（基礎年金、老人医療、介護）に限られていた消費税の使途が、子ども・子育て支援にも充てられることとなった。また、消費税率10％への引上げが2017（平成29）年４月に延期されたことに伴い、2015年度の「社会保障の充実」に充てられる消費税増収分は、1.35兆円となるため、2015年度は、施策の優先順位を付けることで対応することとなった。

子ども・子育て支援の充実については、政府を挙げて取り組んでいる重要な施策であることから、優先的に取り組むべき施策として位置づけられ、2015年４月から予定どおり新制度を実施するとともに、平成27年度予算においては、同年度における市町村計画の実現に必要な「量的拡充」に加え、0.7兆円ベースの「質の向上」をすべて実施するため、約5,100億円を措置することとなった。なお、子ども・子育て支援の充実については、消費税率の引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確保を目指し

ている。

図表2-序-3　子ども・子育て支援新制度の概要



出典：内閣府子ども子育て本部資料

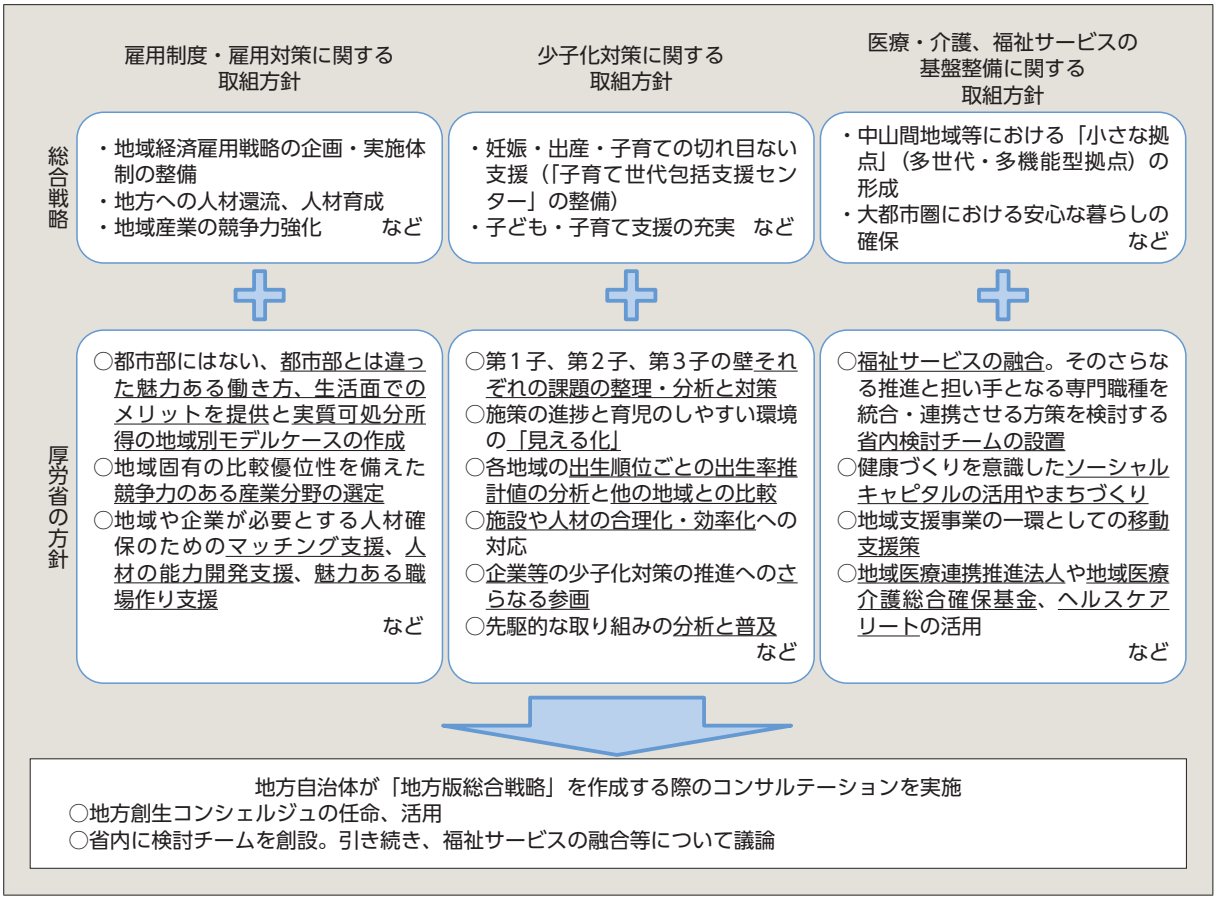
2 厚生労働省の動き　～厚生労働省まち・ひと・しごと創生サポートプラン～

1で示した政府全体の動きを受け、厚生労働省でも2014（平成26）年10月23日に、厚生労働大臣を本部長として、厚生労働省「まち・ひと・しごと創生政策検討推進本部」が設けられた。厚生労働省「まち・ひと・しごと創生政策検討推進本部」は、人口減少を克服し、東京一極集中の是正と地方の活力発揮を図るためのものであり、官邸に置かれる「まち・ひと・しごと」創生本部と密接に連携し、抜本的な少子高齢化対策の検討とともに、若者の東京への流出を止め、それぞれの地域で、若い世代が充実した職業生活を営み、子どもを育て、次世代へと豊かな暮らしをつないでいく「地方創生」に向けた施策を検討するものである。同本部の下には、「地方創生への対応のための検討チーム」が設置され、省としての人口減少克服、地方創生への対応に関する基本的な考え方について議論を重ねた。こうした経緯を経て、2015（平成27）年3月13日に「厚生労働省まち・ひと・しごと創生サポートプラン」が取りまとめられ、公表された。

このサポートプランは、地方版総合戦略の立案や地方の取組みについて厚生労働省関係の施策の相談窓口となる、地方創生コンシェルジェがコンサルテーションを行う際の指針ともなるものであり、また今後、「地方版総合戦略」を作成する自治体の方々にもぜひ参考にしていただきたいとしている（**図表2-序-4**）。

以下、このサポートプランの内容を紹介する。

図表2-序-4 「まち・ひと・しごと創生総合戦略」に対するサポートプランの位置づけ



「厚生労働省まち・ひと・しごと創生サポートプラン」は、総論として、「予想される将来像と基本的考え方」と「自立性、多様性のある地方社会の創生に向けた取組」を述べた上で、各論として、「雇用制度・雇用対策に関する取組方針」、「少子化対策に関する取組方針」、「医療・介護、福祉サービスの基盤整備に関する取組方針」を示している。

（1）総論

（予想される将来像と基本的考え方）

・急速に少子高齢化が進行し、2060年には人口が8,674万人まで減少し、高齢化率は2060年には39.9%となると推計。労働力人口も大幅に減少。
・人口減少の状況は地域によって大きく異なる。
・東京圏への若年層の人口移動が生じており、医療・介護ニーズの大幅な増大とこれによる施設や人材の不足などの問題も生じる。
・人口減少克服・地方創生に対処するためには、国と地方が、国民とともに今後の見通しや基本認識を共有しながら総力をあげて取り組むことが重要。

（自立性、多様性のある地方社会の創生に向けた取組）

・地方に「しごと」をつくり、地方へ「ひと」を呼び込み、「ひと」の暮らしを支える「まち」が活性化する好循環・相乗効果が重要。
・個別施策の羅列ではなく、個々の施策が有機的に関連づけられることが必要。
・市民が主体的に参加する非営利法人や商店街、町内会といった地域組織、営利企業、公的機関等が総出で取り組むことを考える必要。

・取組にあたっては、「まち・ひと・しごと創生」政策５原則に沿った対応やPDCAサイクルの確立が極めて重要。

(2) 各論

1 雇用制度・雇用対策に関する取組方針

(総論)

・①地域を牽引できる産業・雇用創出を図る一定規模の地域とその周辺地域、②人手が不足している中で地域を維持するための産業・雇用創出を図る地域に大別して考える必要。
・地方中核都市に成長力のある産業・企業を誘致するためには、優秀な人材を確保することが必要。
・都市部にはない、都市部とは違った魅力ある働き方、生活面でのメリットを提供し、それをアピールすることを考える必要。
・生活面でのメリットについては、実質可処分所得の地域別モデルケースを作成し、示すことも一つの方策。

(産業・雇用創出)

・各自治体は、地域固有の比較優位性を備えた競争力（強み）のある産業分野を選定し、育成することが求められる。
・地域の産業・雇用創出をマネジメントするための「産官学金労」やボランティア等が連携した組織を整備することが必要。
・国境を越えて、アジアも含めた海外資本や大学で働く研究者等の高度人材等の「ヒト・モノ・カネ」を呼び込み、地域の活性化につなげることも考えられる。

(人材確保・人材育成)

・人材政策にフォーカスし、地域や企業が必要とする人材確保のためのマッチング支援、人材の能力開発支援、魅力ある職場作り支援等に取り組むことが重要。
・人口減少が著しい自治体にあっては、地域の住民サービス基盤の維持が課題。このため、医療、介護、福祉分野における人材確保に喫緊に取り組む必要。

(多様な働き方の確保)

・様々な背景や価値観を持った人々が持てる能力を存分に発揮できる環境の整備が不可欠。
・多様な人材が定着して活躍できるよう、魅力的な働き方やライフスタイルなどを実現するべく、当事者のニーズも把握しながら検討することが必要。

2 少子化対策に関する取組方針

(総論)

・安心して結婚や出産・子育てを行うことができる経済的基礎をつくることが重要。
・少子化対策を進めるに当たっては、第１子の壁、第２子の壁、第３子以降の壁として現状分析した上で課題を整理し、それぞれの対策を講じることが重要。

・施策の進捗と育児のしやすい環境を「見える化」し、若い世代の移動の指標にしていくことが重要。
・各地域で出生順位ごとの出生率推計値を分析し、各自治体が他の地域と比較することも考えられる。

（子育て支援）

・まずは、各自治体は、地域の実情に応じて、子ども・子育て支援新制度のサービスを効果的に組み合わせていくことが求められる。
・企業とも連携した受け皿整備を進めることが必要。
・保育施設や人材の合理化・効率化に対応できるようにすることも考慮すべき。
・企業等が少子化対策の推進にさらに積極的に参画することを促す取組も検討すべき。

（ワークライフバランス）

・企業と連携したワークライフバランス実現に向けた取組を実施することが必要。
・男性の育児休業の取得促進に向けた施策が必要。
・くるみんやプラチナくるみん取得企業について、自治体としてその周知及び支援を行うための方策を検討。

3 医療・介護、福祉サービスの基盤整備に関する取組方針

（総論）

・医療、介護、福祉といった生活支援サービスが備わった「まち」が人々の暮らしを支えることが必要。
・人材確保やサービス提供が困難な地域の増加に備え、福祉サービスの融合を図ることが必要。
・移動のための支援は、都市のコンパクト化や公共交通網の再構築と連携しながら、整備していくことが必要。
・地域支援事業の一環として、社会福祉法人等による移動支援サービス等の提供を支援。
・地方へ移住し、健康で活き活きとした生活を送りたいという希望をもつ高齢者の支援が必要。

（医療・介護）

・安心して暮らすことができる「住まい」を提供することを前提に、見守りなどの「生活支援」やそれぞれの状態に応じた「予防」・「医療」・「介護」が有機的に連携して提供されるシステムを、コンパクトシティの形成とも連動して、構築することが必要。
・医療計画や介護保険事業計画と地方版総合戦略を連携させていくことが重要。
・健康づくりを意識したソーシャルキャピタルの活用やまちづくり。
・地域医療連携推進法人や地域医療介護総合確保基金の活用と高齢者向け住宅や病院を対象とするヘルスケアリートの活用。

（福祉）

・福祉サービスの融合化を進めることにより、各サービスがコーディネートされ、ワンストップでサービス提供できる体制を構築することが必要。
・中山間地域においては、日常生活に不可欠な施設や地域活動を行う場を「小さな拠点」として集約することが重要。

以上が、「厚生労働省まち・ひと・しごと創生サポートプラン」の概要である。

厚生労働省としては、こうした取組みを進めるために、現在進めている、子ども・子育て支援新制度や地域包括ケアシステムの構築、地域医療構想の推進等を着実に進めることが必要である。また、より長期的な視点で考えた場合、人口減少局面を念頭に置きつつ、有機的・総合的な地域づくりのための施策展開と自治体支援が求められる。

第１節　若い世代が新しい世代を希望どおり産み育てられるために

本節では、子育て世代と女性・若者の支援のために厚生労働省が取り組んでいる、雇用の確保、妊娠・出産支援、子育て支援の充実、働き方の見直しについて説明する。

1　雇用の確保

若い世代が新しい世代を希望どおり産み育てるためには、経済的な基盤の安定を図る観点から、若者の安定した雇用を確保することが必要となる。

また、同じく雇用の観点では、地方に住み新しい世代を産み育てることを希望する人々が都市部に流出することを食い止めるために、地方に質の高い雇用機会を拡大することが必要となる。

以下では、これらのうち主な厚生労働省の取組みを紹介する。

（1）若者の雇用の安定

若者の安定した雇用を図る観点から、厚生労働省では、若年者の就労支援として、新卒者等の安定就労の支援、フリーター等の正規雇用に向けた支援、ニート等の職業的自立の支援を実施するとともに、非正規雇用対策を推進している。

（総合的・体系的な若年雇用対策）

新卒者・既卒者の就職支援のため、全国の新卒応援ハローワーク等において、ジョブサポーターによるきめ細かな就職支援を実施するとともに、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。

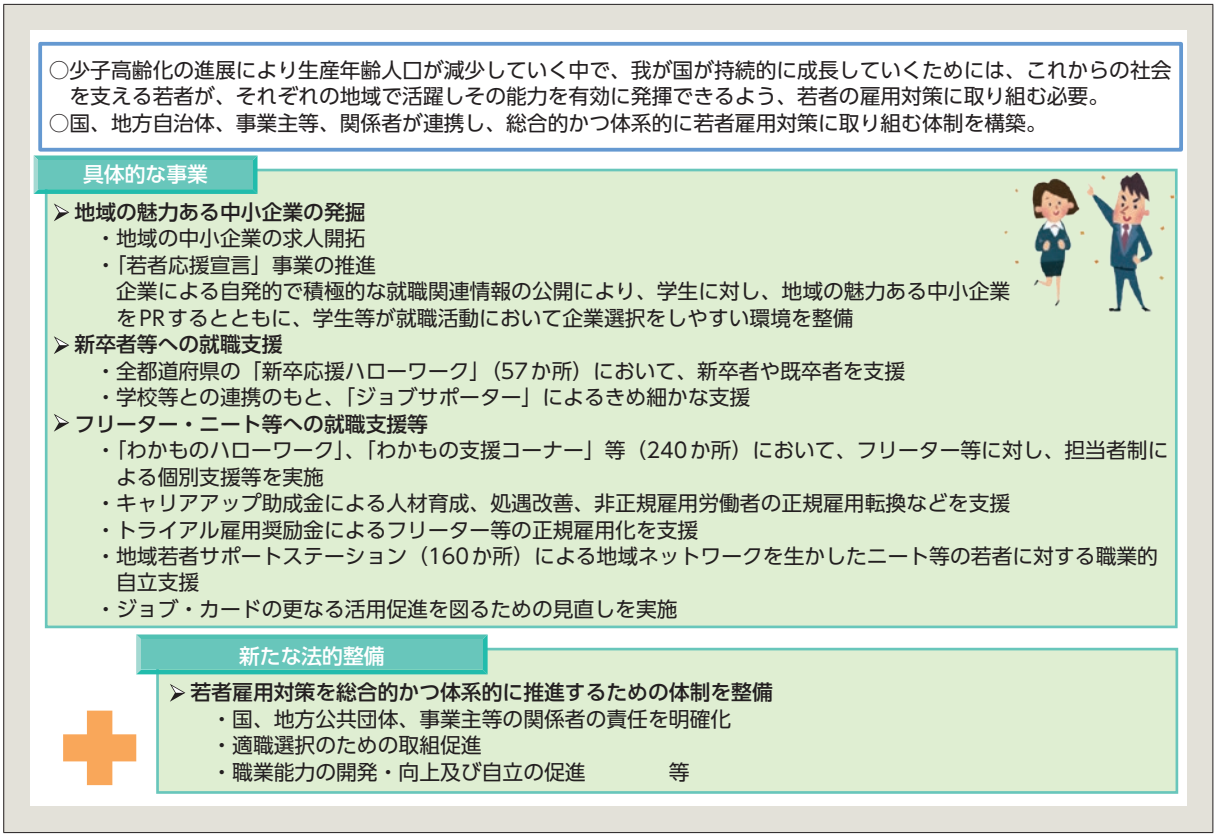
また、中小企業とのマッチングを推進するため、若者の採用・育成に積極的な「若者応援宣言企業」の周知や面接会の開催等を行っているほか、卒業後３年以内の既卒者の就職を促進するため、雇用対策法（昭和41年法律第132号）に基づく「青少年雇用機会確保指針」の周知を進めている。

フリーター等については、全国のハローワークにおいて、トライアル雇用奨励金の活用も含めた正規雇用化に向けたきめ細かな支援を実施するとともに、2012（平成24）年度

からは、特にフリーターの多い地域に、「わかものハローワーク」を設置し、正規雇用に向けた就職支援を強化している。

また、様々な要因により働くことに悩みを抱えている若者の職業的自立を支援するため、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、多様な就労支援メニューを提供している（**図表2-1-1**）。

図表2-1-1　若者の活躍促進に向けた就職支援の概要

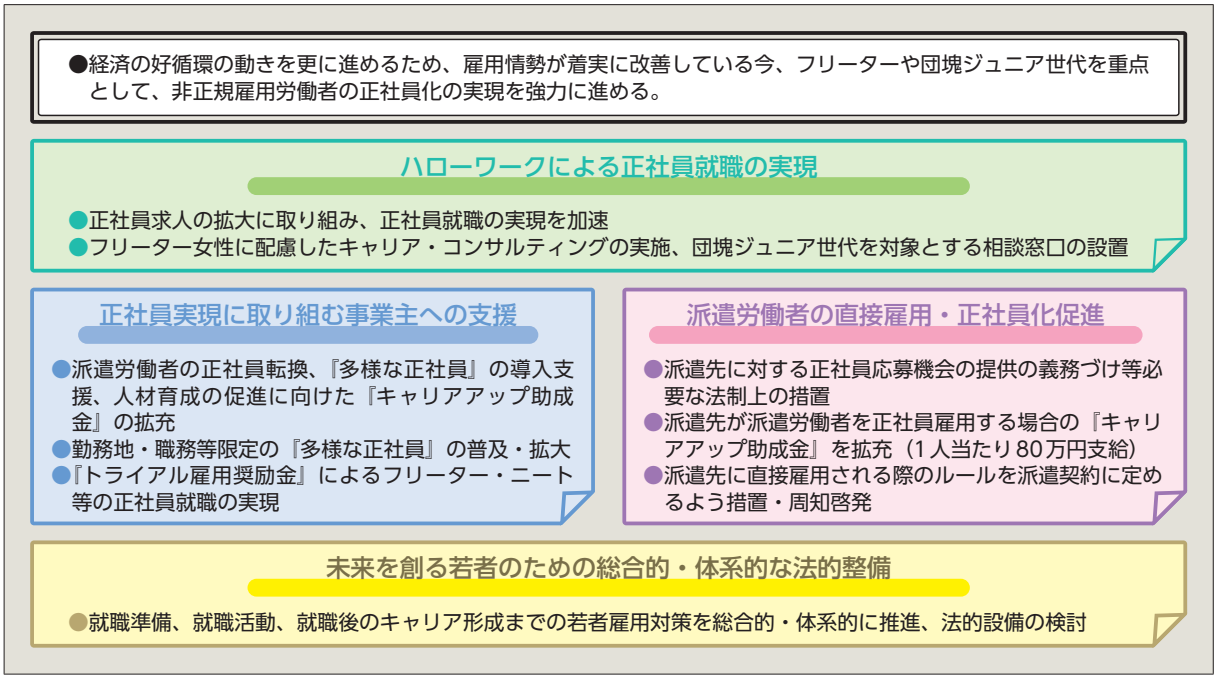


さらに、次代を担う若者が、安定した雇用の中で経験を積みながら職業能力を向上させ、働きがいを持って仕事に取り組んでいくことができる環境を整備するため、若者の適職の選択及び職業能力の開発・向上に関する措置等を総合的に講ずる若年雇用促進法案（勤労青少年福祉法等の一部を改正する法律（平成27年法律第72号））が2015（平成27）年9月11日に第189回国会において成立した。

（非正規雇用労働者の正社員化の実現を強力に進める「正社員実現加速プロジェクト」）

非正規雇用労働者の正社員化の実現を強力に進めるため、2014（平成26）年8月より「正社員実現加速プロジェクト」として、ハローワークにおいて正社員求人の拡大に取り組み正社員への就職の実現を加速するとともに、「キャリアアップ助成金」の拡充等の事業主への支援や、派遣労働者について法制上の措置等により直接雇用・正社員化を加速する取組みを進めているところである（**図表2-1-2**）。

図表2-1-2　「正社員実現加速プロジェクト」の推進（概要）



(2) 地域の雇用対策

厚生労働省では、これまで雇用情勢が厳しい地域において雇用機会を確保するため、市町村が中心となって地元の特産品や観光資源を活かして雇用を創出する「実践型地域雇用創造事業」や、都道府県が産業施策と一体的に雇用の創造を行う「戦略産業雇用創造プロジェクト」等により、地方自治体が創意工夫を活かして行う雇用創出、人材育成の取組みを支援してきた。

（人口減少に伴う地方の新たな雇用課題に総合的に対応する「地域しごと創生プラン」）

政府の地方創生の取組みとも相まって、人口減少等に伴う地域の新たな雇用課題に総合的に対応していくため、従来の雇用失業情勢の悪い地域への対策の実績と経験を踏まえて新たに「地域しごと創生プラン」を策定し、地方創生に向けた雇用面からの取組みを進めることとしている（図表2-1-3）。

図表2-1-3 「地域しごと創生プラン」について

○国民が安心して働き将来に夢や希望を持つことができるような魅力あふれる地方を創生するため、
・地方に魅力のある仕事をつくり安心して働けるようにするとともに、
・そこに必要な人材の育成や大都市圏からの人材還流を促すことにより、
地域に「ひと」と「しごと」の好循環を生み出す。
○従来の雇用失業情勢の悪い地域への対策の実績と経験を踏まえ、地方自治体や関係省とも協力して人口減少に伴う地方の新たな雇用課題にも総合的に対応。

1 地域の魅力ある「しごと」作り、必要な「ひと」作りのための対策

○地域だけでは解決が難しい雇用課題（地域資源を活用した産業で雇用を作りたい、地域ニーズに応じた人材育成プログラムを作りたいなど）について、国が地方自治体と二人三脚で対応。

・実践型地域雇用創造事業の対象地域の拡大（国と自治体が協力して知恵を出し、雇用課題の解決に向けて地域振興による雇用創出）
・地域創生人材育成プロジェクト（国と地方自治体が一緒に、地域ニーズに合った人材育成プログラムを開発）

2 地域に必要とされる「ひと」を還流させるための対策

○大都市圏から地方への人材還流を促すため、
①首都圏、近畿圏から地方への人材の送り出し機能を強化するとともに、
②ハローワークの全国ネットワークを活用し、地方求人への積極的なマッチング等を実施する。

・地方就職希望者活性化事業の拡充（UIJターンを促進）

3 雇用機会が著しく不足している地域への支援

○雇用情勢の厳しい地域（雇用開発促進地域）において、事業所の設置・整備にあわせて地域求職者を雇い入れる事業主に助成金を支給。

・地域雇用開発奨励金の対象要件の緩和（有効求人倍率が改善傾向にあるが、構造的な雇用改善には至っていない地域を支援）

この中で、従来、「実践型地域雇用創造事業」は有効求人倍率が全国平均に比較して低いことを要件としていたが、人口減少が進んでいる地域も新たにこの事業の対象に加え、支援の充実を図ることとしている。また、地域経済に必要な人材を大都市圏から各地方へ呼び込むため、大都市圏で地方就職希望者を掘り起こし、ハローワークの全国ネットワークを活用して地方求人へのマッチングを図り、UIJターン支援を強化している。さらに、地域の人材ニーズを踏まえ、国と県の一体的計画に基づき、公的職業訓練の枠組みでは対応できない新たな人材育成プログラムの開発・実施に係る支援などを行うこととしている。

2 妊娠・出産支援

希望どおり子どもを産み育てるためには、安心・安全に妊娠・出産できる環境を整備するとともに、妊娠期から子育て期までにわたる切れ目のない支援を行うことができる体制づくりが必要となる。

以下では、これらのうち主な厚生労働省の取組みを紹介する。

(1) 妊娠期から子育て期までにわたる切れ目のない支援

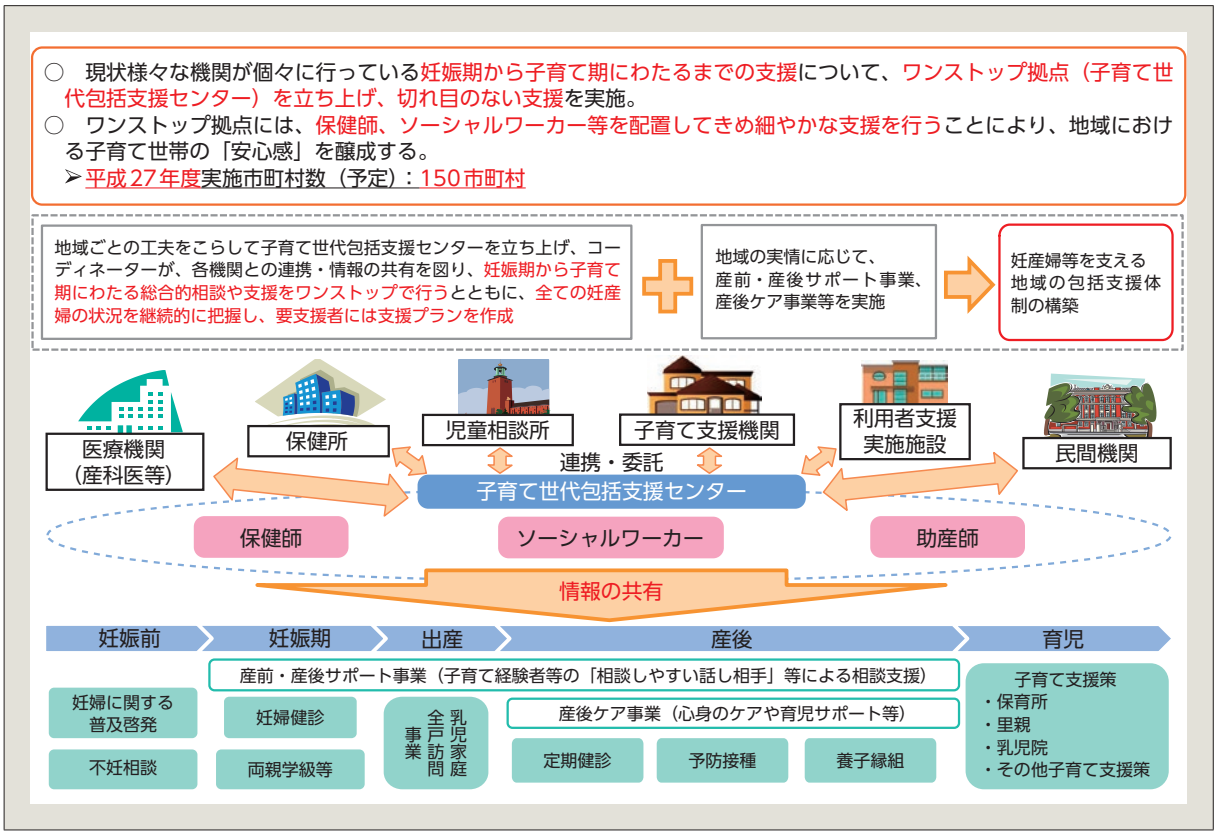
(子育て世代包括支援センターを核とした妊産婦等への総合的な支援の展開)

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、結婚から妊娠・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、2014（平成26）年度には、切れ目のない支援を行うためのモデル

事業として、①妊産婦等の支援ニーズに応じ、必要な支援につなぐ母子保健コーディネーターの配置、②退院直後の母子の心身のケアを行う産後ケア事業、③助産師等による相談支援を行う産前・産後サポート事業を29市町村において実施した。

2015（平成27）年度からは、このような取組みを更に進める観点から、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ワンストップ拠点（子育て世代包括支援センター）を立ち上げ、保健師、助産師、ソーシャルワーカー等のコーディネーター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ことにより、妊産婦等に対し切れ目のない支援の実施を図っているところである。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いる。なお、子育て世代包括支援センターは、子ども・子育て支援新制度の地域子ども・子育て支援事業における利用者支援事業の母子保健型として実施することとしている（**図表2-1-4**）。

図表2-1-4　妊娠・出産包括支援事業の展開



コラム　名張版ネウボラ　～名張市の妊娠・出産包括支援の取組み～

資料：名張市健康支援室提供

（主体的なまちづくりの機運が形成されている名張市）

2014（平成26）年度から厚生労働省が実施した「妊娠・出産包括支援モデル事業」には、全国から29の自治体が参加した。その中でも、いち早くモデル事業をスタートさせた名張市の取組「名張版ネウボラ[1]」を紹介する。

三重県名張市は、奈良県との県境に位置し、人口約8万人、面積は約130平方キロである。同市では、市内を地区公民館のある15区域（おおむね小学校区）に区分し、「住民が自ら考え、自ら行う」を基本理念として、各区域に住民主体の「地域づくり組織」が設けられ、住民による子育て支援活動や高齢者のサポートなど様々な地域活動の育成・定着が図られてきた。市から各「地域づくり組織」へ交付される「ゆめづくり地域交付金」もその原動力となっており、また、公民館の運営も全てこれらの組織に委ねられており、主体的なまちづくりの気運が形成されている。

（高齢者向けの支援を担っていた「まちの保健室」が包括的な子育て支援も担うように）

このような15区域の住民主体の取組みも考慮しつつ、同市ではまず、主として高齢者向けの相談支援を担う「地域包括支援センター」を、中核は市内1カ所のセンターとしつつ、そのサテライト機能も想定して、15区域に「まちの保健室」として公民館の一角に置いた。「まちの保健室」は、健康づくりや地域福祉活動の拠点であり、また、住民の取組みと効果的に連携できる、きめ細かい体制である。この「まちの保健室」には、看護師や介護福祉士などの有資格者職員を2～3名配置し、主に高齢者向けの相談支援を中心に行っていたが、介護についての相談だけではなく、高齢者を介して育児不安のケースを把握することもあった。そこで、2011（平成23）年度に、乳幼児のお母さん向けの相談のニーズが多い、新興住宅地に設置した「まちの保健室」で、相談を身近に受けることにしたところ、非常に効果があった。そこで、国の「妊娠・出産包括支援モデル事業」の認定を機に、この地域をモデルに、産後ケアやシニア世代の子育て支援参画のための講習などの事業とともに、妊娠段階から出産、育児まで継続的に相談支援を行う体制を、市内全域の「まちの保健室」に広げた。

（子育ての不安の予防や関係者の緊密な連携により、きめ細やかな子育て支援を実現）

現在では、全ての「まちの保健室」の職員が、母子保健研修を受け、子育て世代包括支援センターの機能である母子保健コーディネーター（市の保健師）のサテライトとして「チャイルドパートナー」になっており、個別相談業務と月数回の子育てサロン内での相談が行われている。相談に立ち寄ったあるお母さんは、一見順調そうな子育てに見えたが、相談するうちに「子育てで日々泣いていた。相談して、子育てが楽しい、娘がかわいいと思えるようになった。」と心の内を明かした。気軽に立ち寄れる場でチャイルドパートナーが寄り添うことで、隠れた子育て不安を共有し、その解消につなげている。また子育てサロンには、チャイルドパートナーだけではなく、児童委員、市の保健師、地域子育て支援拠点事業の保育士、子育て支援ボランティアなど地域の子育て支援者も多数参加し、来ていただいた母子に一緒に向き合うだ

1　フィンランドで制度化されている妊娠・出産・子育てに関する支援施設のこと。妊娠、出産から就学前までの育児を切れ目なく継続的に支援するのが特長。ネウボラとは、フィンランド語で「アドバイスの場所」という意味。（まち・ひと・しごと創生総合戦略より）

けでなく、子育て支援者同士の情報交換や連携の場にもなっている。

　従来から市において、住民福祉活動の定着に地道に取り組み、また、そうした住民活動と密に連携し運営してきた「まちの保健室」という社会資源を、生活圏域での妊娠・出産、育児の総合相談支援の拠点としても活用することで、子育ての分野でも、市内全域にきめ細かな相談体制と地域との連携を円滑に確保できたのが、「名張版ネウボラ」の大きな特徴である。「チャイルドパートナー」を軸に、各子育て機関や産科等医療機関とも顔の見える連携を常に行うことで、支援の必要な家庭を妊娠段階から的確に把握して支え、またそうした家庭を「まちの保健室」だけで抱え込まずに母子保健コーディネーターを通じて専門機関や地域でのサポートにつなげる体制も確保している。

　今後、各自治体が、妊娠・出産・育児の切れ目ない支援体制を効果的に実現していく先行事例として、示唆に富む取組みの一つである。

(2) 不妊に悩む夫婦への支援

(経済的負担の軽減を図るための不妊治療への助成)

　体外受精及び顕微授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、配偶者間のこれらの不妊治療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）年度から給付額の治療1回当たり上限額を15万円まで、2011（平成23）年度から、1年度目の対象回数を年3回まで拡大するとともに（通算5年、通算10回を超えない）、2013（平成25）年度には、一部助成単価の適正化を図っている（2013年度支給実績：148,659件）。

　また、2013年度は、助成事業等の今後のあり方について検討会を設けて検討を進めた。検討会では、医学的知見を踏まえて、より安心・安全な妊娠・出産に資する観点から、適切な支援のあり方について検討が進められ、同年8月に報告書が取りまとめられた。同報告書では、子どもを産むのか産まないのか、いつ産むのかといった妊娠・出産に関することは、当事者の意思で判断するものであるとの認識のもと、より安心・安全な妊娠・出産に資するよう、①妊娠等に関する正確な知識の普及啓発や相談支援、②助成事業における医療機関の要件や対象者の範囲などについて、見直しの方向性が示された（**図表2-1-5**）。

　具体的には、より早い段階で治療の機会を確保し、治療による安心・安全な出産に至る確率を高めるため、以下のとおりとされた。

- 不妊治療の助成対象年齢について、これまで年齢制限を設けていなかったところ、年齢制限を設け、助成対象を43歳未満とした。
- 年間の助成回数について、これまで2回までであったところを、制限を設けないこととした。
- 通算の助成回数について、これまで10回であったところを6回とした（40歳以降で治療を開始した場合は3回）。

　これを踏まえ、2014（平成26）年度以降、必要な見直しを行うこととしている[*1]。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（**図表2-1-6**）。

＊1　助成対象範囲の見直し後の新制度は、2016（平成28）年度から実施することとしているが、今回の見直しが医学的知見等を踏まえたより安心・安全な妊娠・出産に資するものであることから、2014年度から新規で助成を受ける40歳未満の方については、前倒しで見直し後の新制度を適用することとしている。

図表2-1-5 不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会　報告書（概要）

《不妊治療支援の基本的な考え方》
○妊娠・出産に係る意思決定（子どもを産むのか産まないのか、いつ産むのか等）は、当事者である男女が自らの意思で行う事柄。
○男女が希望する妊娠・出産に資するよう、国が、医学的な情報を整理し、国民に正確に幅広く提供することが重要。
○不妊治療は、身体的・精神的な負担が大きいこと等も踏まえた支援も必要。
○関連する医学的知見を踏まえ、より安心・安全な妊娠・出産に資する実施医療機関の指定要件や助成対象範囲のあり方について、その考え方とともに、国民に丁寧に説明することが重要。

妊娠や不妊に関する知識の普及啓発、相談支援

○希望する妊娠・出産の実現のためには、まず妊娠等に関する正確な知識を持つことが第一歩であり、男性も含め、こうした知識を広く普及・啓発することが必要。
○不妊治療を受ける方の増加に伴い、相談支援の重要性は高まっている。一方、インターネット環境の変化、民間支援団体の増加等により、支援ニーズは変化。

・関係学会や地方自治体、関係省庁等と連携し、様々な方策により国民がわかりやすい形で普及啓発を図ることが適当。
・不妊専門相談センター等における講演会等の開催や、職場での適切な知識の普及や理解の促進、学校教育の充実も重要。
・より専門的な相談ニーズの高まり（治療がうまくいかない場合の心の相談等）などを踏まえた改善、相談しやすい環境づくりが重要。

特定治療支援事業の在り方

①医療機関の指定要件（主な変更事項）

（基本的考え方）
○治療の質を高める観点から、要件の厳格化が必要。一方、治療を受ける方の利便性へ配慮が必要。

【医師、看護師】
・採卵件数等が多い施設は、専門資格を有する者の配置が望ましい。
【医療安全管理体制】
・安全確保の観点から、胚等を扱う場合のダブルチェックを義務化。
※専門資格者の配置については、直ちに義務化が困難なものも、今後の育成・確保の状況等を踏まえ、将来的に配置の義務化も検討。

②特定治療支援事業の対象範囲

（基本的考え方）
○妊娠・出産に伴うリスクが相対的に少ない年齢、治療により出産に至る確率がより高い年齢に、必要な治療を受けられるようにすることが重要。
○長期間の治療による身体面・精神面への負担にも配慮が必要。

	見直し案	（現行）
対象年齢	43歳未満	制限なし
通算回数	6回（40歳以降で開始した場合3回）	10回
年間回数	制限なし	2回（初年度3回）
通算期間	制限なし	5年

※利用する方等に混乱を招かないよう、適切な移行措置を講ずることが必要。

③医療機関に関する情報公開

・「医療機関ホームページガイドライン」に沿って、自主的な取組が行われることが望ましい。
・治療を受ける方が、自ら基礎的な知識を身につけることも重要。
・治療希望者等が容易に医療機関情報を把握できる方策を、引き続き、厚生労働省で検討すべき。

※治療成績等、医学的・統計学的知識がなければ正確な理解が難しい情報は、関係学会等の取組を注視し慎重に検討

図表2-1-6 不妊専門相談センター事業

※「母子保健医療対策等総合支援事業」のメニューとして実施

○　対象者
不妊について悩む夫婦等を対象

○　事業内容
（1）不妊について悩む夫婦に対し、専門的知識を有する医師、心理に関して知識を有する者等が、医学的な相談や心の悩み等について相談指導を行う。
（2）不妊について悩む夫婦に対し、診療機関毎の不妊治療の実施状況などに関する情報提供を実施。
（3）不妊相談を行う専門相談員の研修。
（4）その他不妊相談に必要な事項

○　実施担当者
不妊治療に関する専門的知識を有する医師、心理に関して知識を有する者等
（電話相談）　助産師　42%、医師　22%、保健師　22%、心理職等　7%、看護師 5%
（面接相談）　医師　46%、助産師　26%、保健師　14%、心理職等　11%、
不妊カウンセラー等　2%

○　実施場所（実施主体：都道府県・指定都市・中核市）
全国62ヵ所（平成26年度）　※自治体単独（5か所）も含む
主に大学・大学病院・公立病院23か所（37%）、保健所18か所（29%）において実施
47都道府県、札幌市、さいたま市、千葉市、横浜市、川崎市、相模原市、京都市、堺市、北九州市、福岡市、青森市、川越市、長野市、大津市、和歌山市

○　相談実績
平成25年度：21,396件（内訳：電話10,800件、面接5,683件、メール4,523件、その他390件）
（相談内容）・不妊症の検査・治療（7,559件）　・費用や助成制度に関すること（6,838件）
・家族に関すること（2,134件）
・不妊治療を実施している医療機関の情報（2,172件）　・不妊の原因（2,362件）
・主治医や医療機関に対する不満（715件）　・世間の偏見や無理解による不満（397件）

(3) 妊婦に対する健康診査

(安心・安全な出産のための妊婦健康診査)

妊婦に対する健康診査（以下「妊婦健康診査」という。）については、2013（平成25）年度以降、実施に必要な回数（14回程度）につき基金事業が一般財源化され、地方財政措置が講じられている。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）を策定し、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、その確実な実施を図ることとしている（図表2-1-7）。

図表2-1-7　妊婦健康診査について

根　拠
○　母子保健法第13条（抄）
　市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない。

妊婦が受診することが望ましい健診回数
※「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」（平成27年3月31日厚生労働省告示第226号）
①　妊娠初期より妊娠23週（第6月末）まで　　：4週間に1回
②　妊娠24週（第7月）より妊娠35週（第9月末）まで：2週間に1回
③　妊娠36週（第10月）以降分娩まで　　：1週間に1回
（※これに沿って受診した場合、受診回数は14回程度である。）

公費負担の現状（平成25年4月現在）
○　公費負担回数は、全ての市区町村で14回以上実施
○　里帰り先での妊婦健診の公費負担は、全ての市区町村で実施
○　助産所における公費負担は、全ての市区町村で実施

公費負担の状況
○　平成19年度まで、地方交付税措置により5回を基準として公費負担を行っていたが、妊婦の健康管理の充実と経済的負担の軽減を図るため、必要な回数（14回程度）の妊婦健診を受けられるよう、平成20年度第2次補正予算において妊婦健康診査支援基金を創設して公費負担を拡充。
○　平成22年度補正予算、平成23年度第4次補正予算により、積み増し・延長を行い公費負担を継続。（実施期限：平成24年度末まで）
○　平成25年度以降は、地方財源を確保し、地方財政措置を講ずることとした。

コラム　女性の健康づくり

女性は、妊娠や出産をする可能性もあり、生涯を通じて男性とは異なる健康上の問題に直面している。女性が安心して妊娠・出産期を迎えることができるよう、また生涯を通じて健康で明るく、充実した日々を自立して過ごすことができるよう、女性の健康づくりを社会全体で支援していくことが必要である。

ここでは、厚生労働省の女性の健康づくりを支援する取組みとして、「女性健康支援センター事業」と「女性の健康週間」を紹介する。

(1) 女性健康支援センター事業

(思春期から更年期までの女性を対象に相談指導を実施)

女性健康支援センター事業は、思春期から更年期までの女性を対象とした身体・精神的な悩みに関する相談指導や情報提供を行うとともに、相談指導を行う相談員の研修等を実施することを通じて、女性の健康支援を行うことを目的としている。

女性健康支援センター事業

思春期から更年期に至る女性を対象とし、身体的・精神的な悩みに関する相談指導や、相談指導を行う相談員の研修を実施

※「母子保健医療対策等総合支援事業」のメニューとして実施

○ 対象者
(1) 思春期にあって健康相談を希望する者
(2) 妊娠、避妊について的確な判断を行うことができるよう、相談を希望し、またはこれを必要とする者
(3) 不妊に関する一般的な相談を希望する者
(4) メンタルケアの必要な者
(5) 婦人科疾患、更年期障害を有する者
(6) その他、性感染症を含め女性の心身の健康に関する一般的な相談を希望する者等

○ 事業内容
(1) 身体的、精神的な悩みを有する女性に対する相談指導　(2) 相談指導を行う相談員の研修養成　(3) 相談体制の向上に関する検討会の設置
(4) 妊娠に悩む者に対する専任相談員の配置　(5) その他相談の実施に必要な事項

○ 広報活動等
対象となる者（特に妊娠に悩む者）が、女性健康支援センターの所在等を容易に把握することができるよう、その所在地及び連絡先を記載したリーフレット等を作成し、対象者が訪れやすい店舗等で配布する等広報活動を積極的に実施

○ 実施担当者
医師、保健師又は助産師等

○ 実施場所（実施主体：都道府県・指定都市・中核市）
全国56ヵ所（平成26年度）　※自治体単独（7か所）も含む　主に保健所36か所（64%）、助産師会・看護協会10か所（18%）において実施
北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、栃木県、群馬県、埼玉県（※）、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、富山県、石川県、福井県（※）、山梨県（※）、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、大阪府、兵庫県、奈良県、鳥取県、島根県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県、札幌市、仙台市、さいたま市（※）千葉市、横浜市（※）、川崎市、静岡市（※）、名古屋市、大阪市（※）、福岡市、盛岡市、川越市、船橋市、奈良市、久留米市

○ 相談実績
平成25年度：34,284件（内訳：電話19,295件、面接11,952件、メール2,261件）
（相談内容）・不妊に関する相談（12,188件）・女性の心身に関する相談（10,240件）　・思春期の健康相談（6,178件）
・妊娠・避妊に関する相談（3,350件）　・メンタルケア（2,227件）　・婦人科疾患・更年期障害（465件）　・性感染症等（245件）

実施担当者は、医師、保健師又は助産師等であり、保健医療施設などの、相談者が利用しやすい施設において実施することとしている。

(女性の健康相談についての各地域における特色ある取組み)

各地方公共団体における具体的な取組みの例としては、

○10代のための心身の健康に関する相談室を設置し、助産師による専門的な相談等を実施。
○中学校、高校における性教育の出張講座を実施。
○祝祭日や年末年始を除き、毎日相談を実施し、相談者が相談しやすい体制を構築。
○女性の様々な身体的・精神的悩み等に対応するため、相談内容に応じた専門職（保健師、助産師、臨床心理士、産婦人科医師）による相談指導を実施。
○相談室の周知啓発カードを県内の中学校・高等学校を通じて生徒へ配布。また、商業施設等への周知啓発カードの設置や県の広報（ラジオ等）により、相談窓口の周知啓発を実施。
○県のホームページに、よくある相談をQ＆Aで掲載。

等がある。

2014（平成26）年度は、全国56か所に

おいて、このような取組みを実施しており、女性の心身の健康に関する相談指導や情報提供等の支援を行っている。

(2)「女性の健康週間」

(女性の健康に関する知識の向上と社会的関心の喚起を図る「女性の健康週間」)

健康日本21（第二次）では、①健康寿命と平均寿命の差である「日常生活に制限のある期間」は、女性の方が長いこと、②妊娠中の喫煙は、妊婦自身の喫煙による健康被害とともに、胎児に対する「受動喫煙」による健康被害が明らかにされていること、③子宮頸がんや乳がんの予防や早期発見が重要であることなど、女性特有の健康問題が存在することから、その対策を講ずる必要があるとしている。

これらを踏まえ、厚生労働省では、女性の健康に関する知識の向上と、女性を取り巻く健康課題に対する社会的関心の喚起を図るため、毎年３月１日から８日までを「女性の健康週間」とした。これにより女性の健康づくりを国民運動とし、国・地方公共団体・関係団体等社会全体が一体となって、各種の啓発事業や行事等を展開することで、女性が生涯を通じて健康で明るく、充実した日々を自立して過ごすことを総合的に支援している。

(講演やトークセッションにより現代の女性の健康課題に理解を深めた2015年の女性の健康週間)

2008（平成20）年から数えて８回目となる2015（平成27）年の女性の健康週間では、「女性の健康週間イベント」（主催：広島県呉市、共催：スマート・ライフ・プロジェクト（厚生労働省））が開催され、産婦人科医・執筆家の富坂美織氏による講演や、いきいき健康大使で女子マラソン五輪メダリストの有森裕子氏と富坂美織氏によるトークセッションが行われ、約600名が参加し、盛会のうちに終了した。

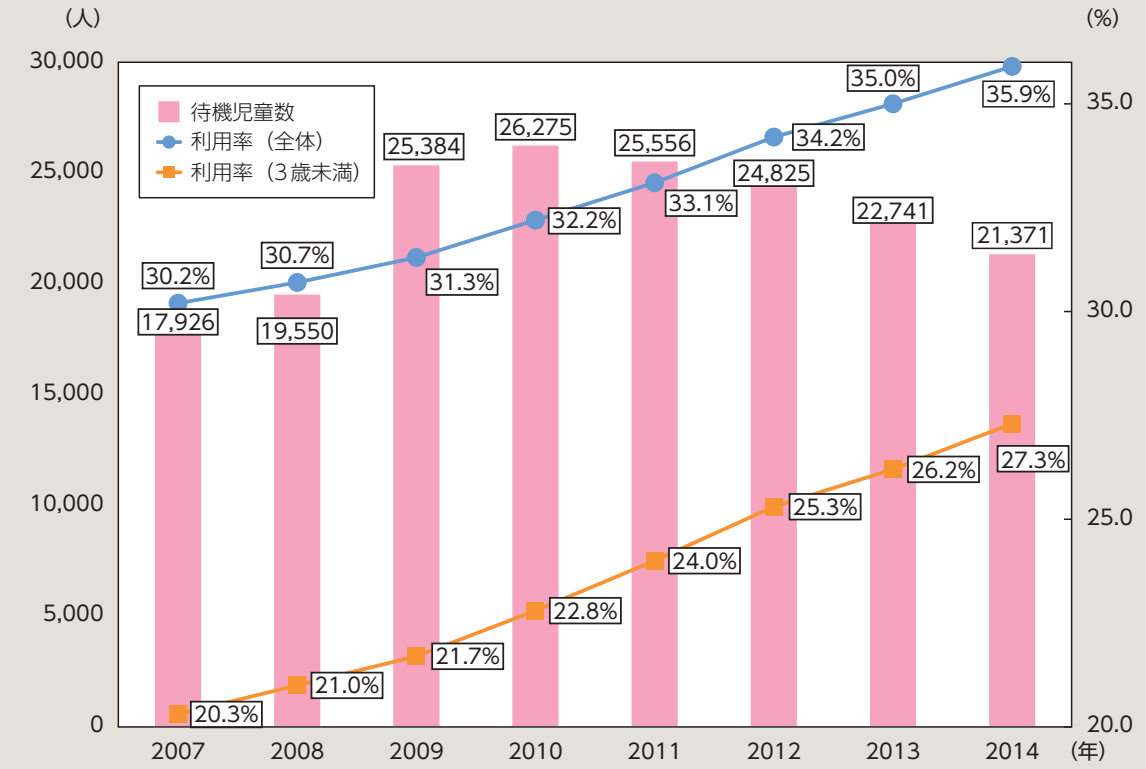
この他、全国各地で女性の健康に関するリーフレット等による広報や、女性の健康づくりについて普及啓発が進められている。

3 子育て支援の充実

子どもを産み育てやすい社会づくりのためには、幼児期の学校教育や保育、地域の子育て支援の量の拡充や質の向上を地域の実態に合わせて総合的に進めていくことが重要である。こうした、新たな次世代育成支援のための包括的・一元的な制度の構築については、子ども・子育て関連三法に基づく、子ども・子育て支援新制度が、2015（平成27）年４月より本格施行されたところである。

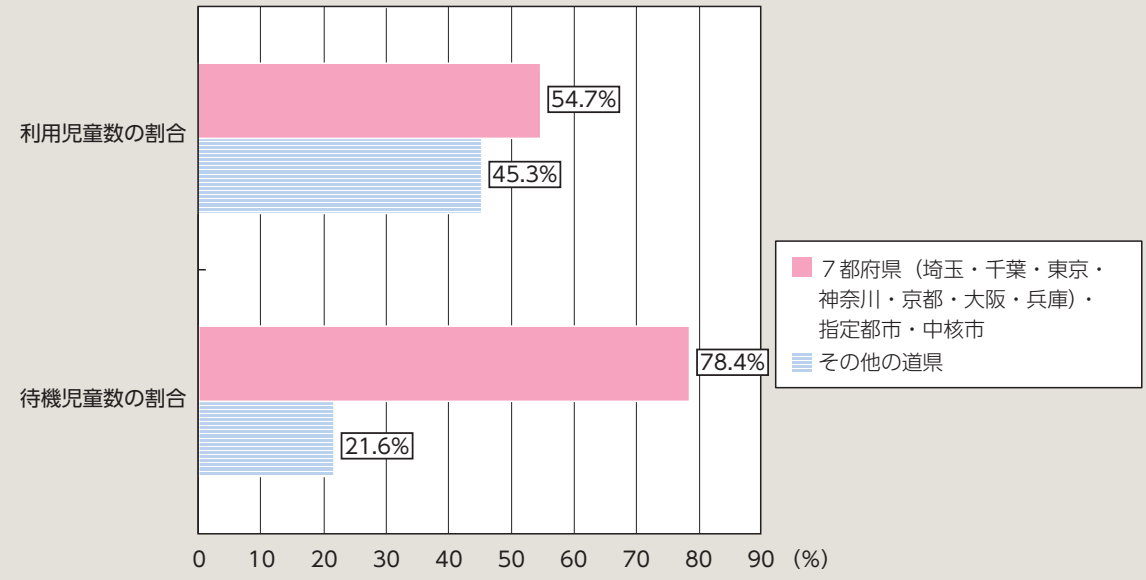
また、子育て支援の中でも、待機児童の解消は取り組むべき最重要課題であり、潜在需要も含めた保護者の保育ニーズに確実に対応した保育の受け皿を確保していくことが必要である。しかしながら、2014（平成26）年４月時点において、待機児童は全国で21,371人おり（2014年９月雇用均等・児童家庭局「保育所関連状況取りまとめ（平成26年４月１日）」）、2010（平成22）年をピークに年々減少しているものの、依然として２万人を超える児童が保育を利用したくても利用できない状況にある（**図表2-1-8**）。また、待機児童は都市部に集中し、全待機児童の約８割を占めており、特に東京都の待機児童数が多くなっている（**図表2-1-9**、**図表2-1-10**）。

図表2-1-8 保育所待機児童数及び保育所利用率の推移



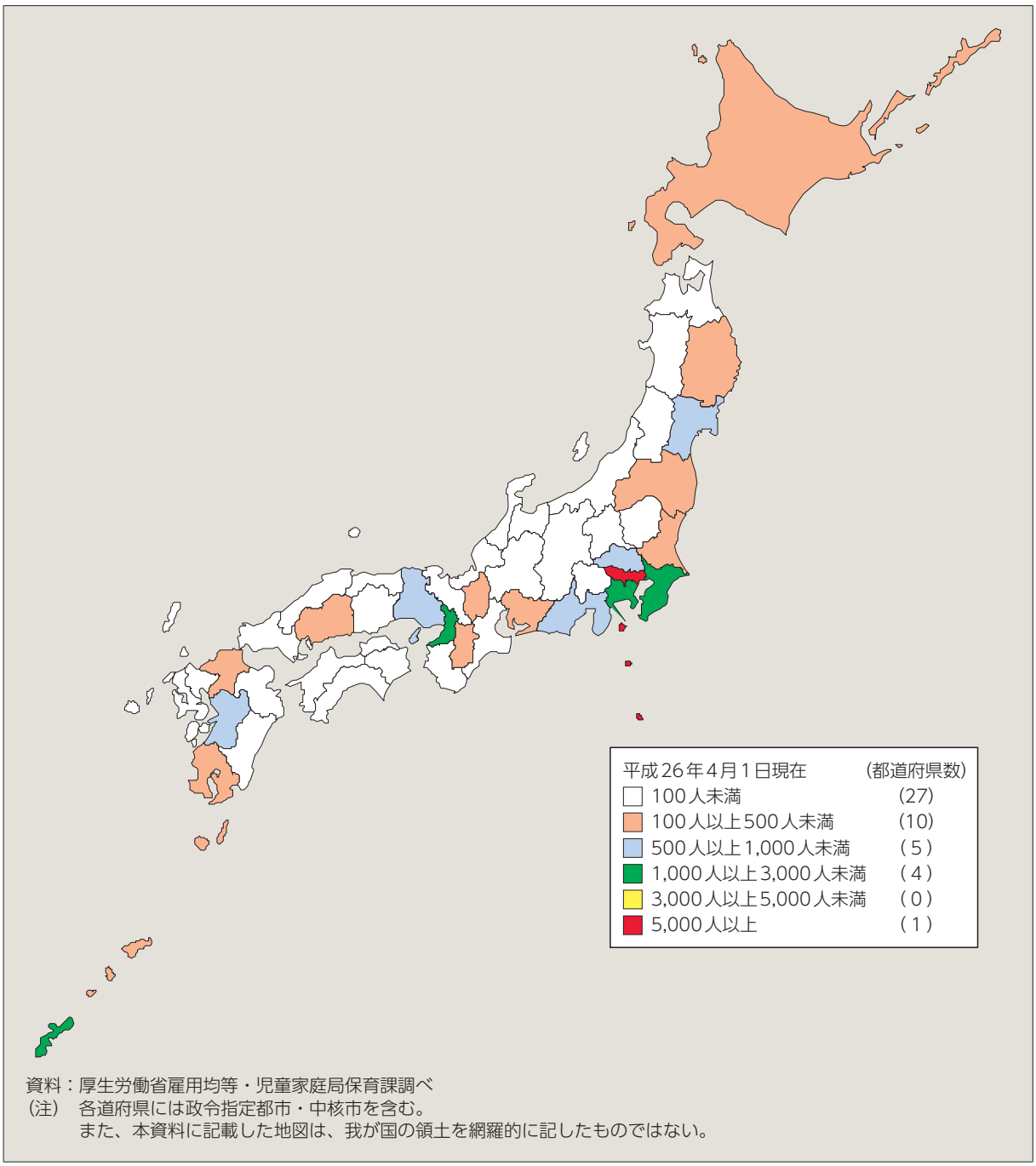
資料：厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課調べ

図表2-1-9 都市部とそれ以外の地域の待機児童



資料：厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課調べ

図表2-1-10　全国待機児童マップ



資料：厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課調べ
（注）　各道府県には政令指定都市・中核市を含む。
　　また、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。

こうした状況を踏まえ、政府は待機児童の早期解消に向け、「待機児童解消加速化プラン」に基づき、待機児童解消のための取組みを進めている。

そこで、ここでは、まず、子ども・子育て支援新制度における教育・保育給付、及び地域型保育事業について紹介した上で、「待機児童解消加速化プラン」と「保育士確保プラン」について言及し、その後、地域子ども・子育て支援事業と妊娠・出産包括支援について説明することとする。

(1) 子ども・子育て支援新制度における教育・保育給付

(認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の施設型給付の創設)

子ども・子育て支援新制度における教育・保育給付には、認定こども園（0～5歳）、幼稚園（3～5歳）、保育所（0～5歳）を通じた共通の給付である施設型給付のほか、地域

型保育給付として、①小規模保育、②家庭的保育、③居宅訪問型保育、④事業所内保育が設けられているが、ここでは施設型給付について説明する。

まず、施設型給付については、新たに、市町村が客観的基準に基づき、教育・保育の必要性を認定することとなっている。教育・保育を利用する子どもについて次の3つの認定区分が設けられ、これに従って施設型給付が行われる。

認定区分		給付の内容	利用定員を設定し、給付を受けることとなる施設・事業
第1号認定	満3歳以上の小学校就学前の子ども（第2号認定を除く）	教育標準時間（※）	幼稚園 認定こども園
第2号認定	満3歳以上の小学校就学前の子どもで、保護者の労働等により家庭で必要な保育を受けることが困難であるもの	保育短時間 保育標準時間	保育所 認定こども園
第3号認定	満3歳未満の小学校就学前の子どもで、保護者の労働等により家庭で必要な保育を受けることが困難であるもの	保育短時間 保育標準時間	保育所 認定こども園 小規模保育等

（※）教育標準時間外の利用については、一時預かり事業（幼稚園型）等の対象となる。

施設型給付については、保護者に対する個人給付を基礎とし、確実に学校教育・保育に要する費用に充てるため、居住市町村から施設が法定代理受領する仕組みとする（保育料等は施設が利用者から徴収）。契約については、市町村の関与の下、保護者が自ら施設を選択し、保護者が施設と契約する公的契約を基本とし[*2]、施設の利用の申し込みがあったときは、「正当な理由」がある場合を除き、施設に応諾義務を課す。入園希望者が定員を上回る場合は「正当な理由」に該当するが、この場合、施設は、国の選考基準[*3]に基づき、選考を行う。

また、認定こども園については、既存3類型（幼稚園型、保育所型、地方裁量型）に加え、2015（平成27）年4月から、学校及び児童福祉施設としての法的位置付けを持つ単一の施設として、新たな幼保連携型認定こども園を創設した。認定こども園の財政措置は、類型を問わず、幼稚園、保育所と共通の財政支援の仕組みである施設型給付とした。設置主体は、幼保連携型については、国、自治体、学校法人、社会福祉法人とし、株式会社等の参入は不可となっている。（なお、幼稚園型は、国、自治体、学校法人のみ、保育所型及び地方裁量型は、設置主体を制限していない。）

（2）子ども・子育て支援新制度における地域型保育事業

（多様な施設や事業の中から利用者が選択できる地域型保育給付の創設）

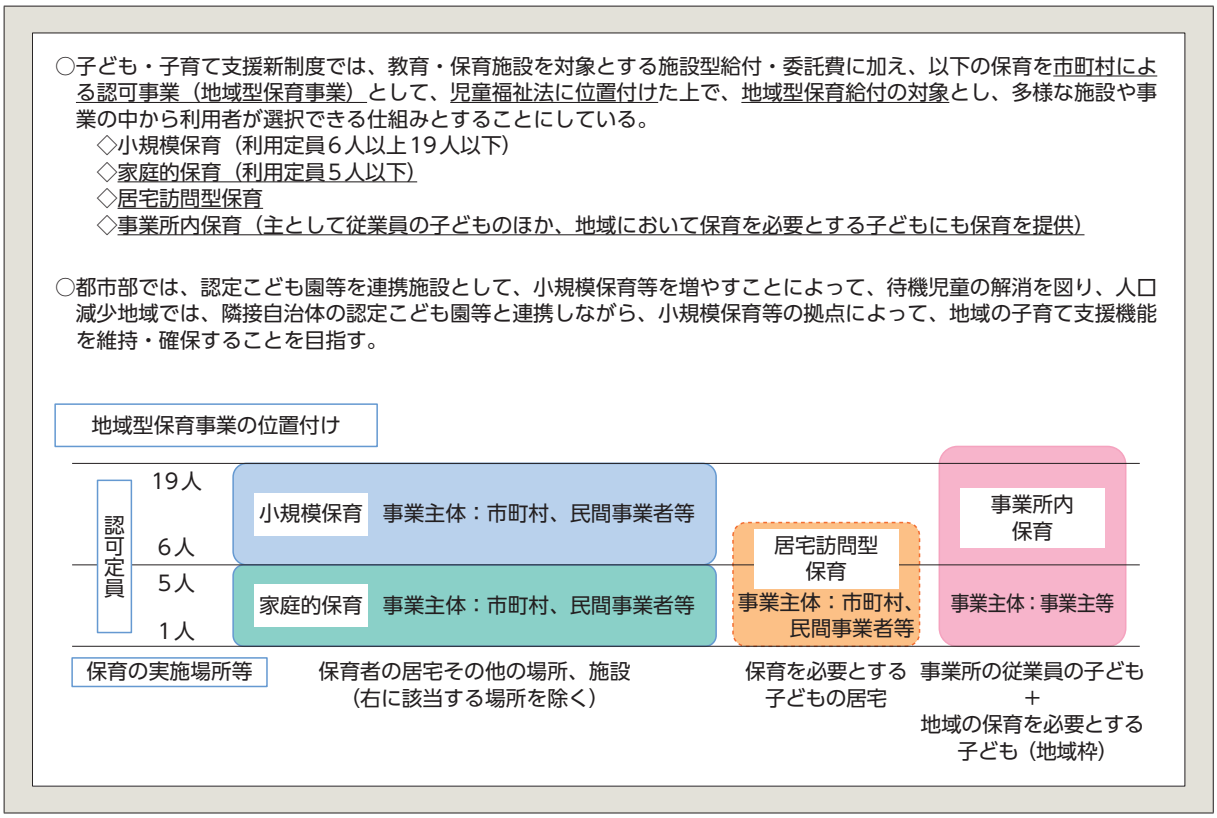
子ども・子育て支援新制度では、教育・保育施設を対象とする施設型給付に加え、①小規模保育（利用定員6人以上19人以下）、②家庭的保育（利用定員5人以下）、③居宅訪問型保育、④事業所内保育を、市町村による認可事業として、児童福祉法に位置づけた上で、地域型保育給付の対象とし、多様な施設や事業の中から利用者が選択できる仕組みとすることにしている。

都市部では、認定こども園等を連携施設として、小規模保育等を増やすことによって、待機児童の解消を図り、人口減少地域では、隣接自治体の認定こども園等と連携しなが

＊2　ただし、私立保育所については、引き続き市町村に保育の実施義務が残り、保護者と市町村との間の契約となる。
＊3　1号認定子どもについては、施設の設置者が定める選考基準に基づき選考することを基本とする。2号・3号認定子どもについては、定員以上に応募がある場合、優先利用に配慮しつつ、保育の必要度に応じて選考する。

ら、小規模保育等の拠点によって、地域の子育て支援機能を維持・確保することを目指している（図表2-1-11）。

図表2-1-11　地域型保育事業について



(3) 待機児童解消加速化プラン

(2017年度末までに待機児童の解消を目指す待機児童解消加速化プラン)

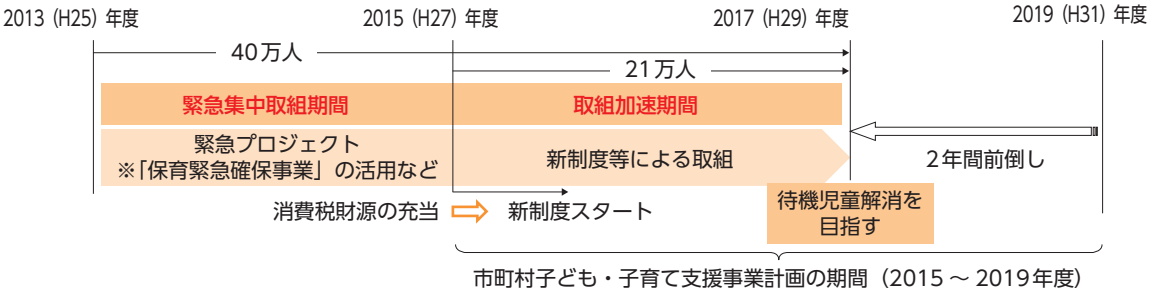
待機児童解消加速化プランとは、2013（平成25）年4月19日の安倍総理による「成長戦略スピーチ」の中で公表されたもので、5年で約40万人分の保育の受け皿を確保し、2017（平成29）年度末までに待機児童の解消を目指すとするものである。

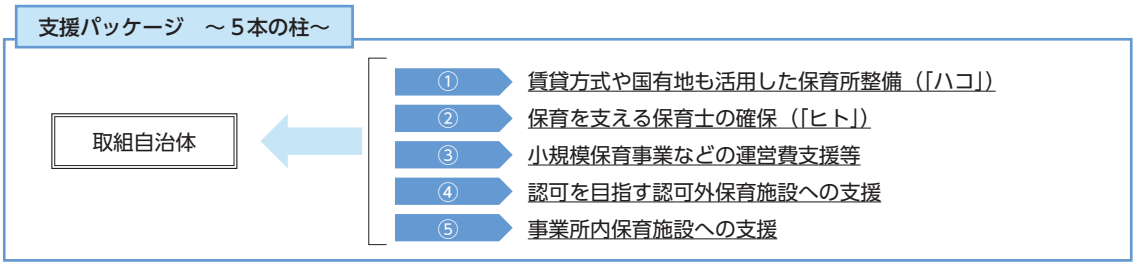
同プランでは、「緊急集中取組期間」（平成25・26年度）に、約20万人分の保育を集中的に整備できるよう、国として万全な支援を行うとともに、「取組加速期間」（平成27～29年度）に、「緊急集中取組期間」と合わせて約40万人分の保育の受け皿を確保するとしている（図表2-1-12）。

同プランに基づき、保育所等の受入れ児童数の拡大を図るとともに、認可を目指す認可外保育施設への支援、小規模保育や幼稚園における長時間預かり保育等の新制度の先取りを実施した結果、2013、2014年度の2か年で保育の受け皿を約19.1万人分（増加分のみ積み上げた場合は約20.1万人分）確保できる見込みであり、2015（平成27）年度からの3か年で約21万人分の保育の受け皿確保を行うこととしている。これらが達成されると、1・2歳児の保育所利用率が35.1％から46.5％になることが見込まれ、潜在的な保育需要への対応が可能となる。

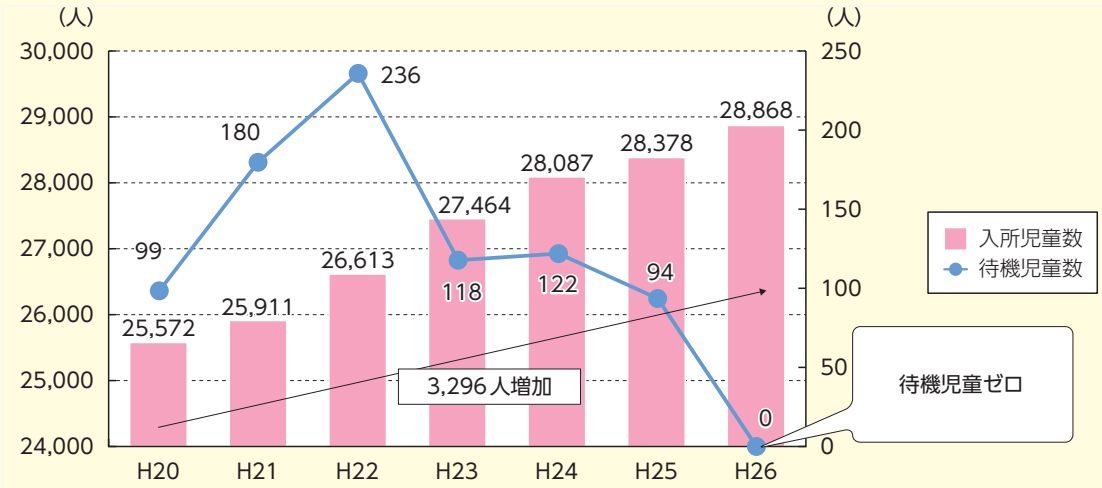
図表2-1-12 待機児童解消加速化プラン

◆平成25・26年度の2か年の保育拡大量は約19.1万人となり、緊急集中取組期間の整備目標（約20万人）はほぼ達成する見込み。 ※保育の受け皿の増加分のみを積み上げた場合の保育拡大量は約20.1万人
◆平成27年度からの3か年（取組加速期間）で、約21万人分の保育の受け皿を確保することで、潜在的な保育ニーズを含め、約40万人分の保育の受け皿を新たに確保し、平成29年度末までに待機児童の解消を目指す。
※引き続き、各自治体における待機児童対策の進展等に応じてフォローアップを継続していく。





コラム 京都市～平成26年度に新たに待機児童ゼロを達成した政令指定都市～



資料：平成26年5月20日京都市長記者会見資料

（高い保育所利用児童割合と待機児童ゼロの達成）

政令指定都市の待機児童については、横浜市が2013（平成25）年4月に待機児童ゼロを達成し、その取組みが国の「待機児童解消加速化プラン」（2013年4月）にも言及されて注目されたが、その翌年の2014（平成26）年4月には、新たに千葉市、名古屋市、京都市、福岡市が待機児童ゼロを達成し、その他の政令指定都市でも大幅に待機児童数を

減少させている。ここでは、そのうち京都市の取組みを取り上げたい。

京都市は、11の行政区から成り、人口は約147万人で、京都府の人口の約55％を占めている。

京都市では、「安心して子どもを生み育てられるまち・京都」を実現するため、子育て環境の充実を市政の最重要課題の一つに位置付け取組みを進めている。

とりわけ、待機児童の解消に向けては、子育て家庭の保育ニーズにしっかりと応えるため、保育所整備（新設、増改築、分園設置など）や保育士確保の取組みを推進し、６年間で約3,300人の受入れ児童数の拡大を図った。その結果、市内の小学校入学前児童全体のうち保育所を利用している児童の割合は過去最高の43.5％（政令市中第２位）となり、併せて、小規模保育事業等の設置促進及び幼稚園における預かり保育の充実を図ったことにより、待機児童ゼロを達成した。

（歴史ある家庭的保育、保育士の処遇改善、保護者の一斉面接といった特色ある取組み）

待機児童ゼロの達成に向けた様々な取組みのうち京都市独自の取組みとしては、以下の３点が挙げられる。

一点目は、昼間里親（ちゅうかんさとおや）である。これはいわゆる家庭的保育事業（保育ママ）であり、本事業自体は他の自治体でも行われているが、京都市では1950（昭和25）年から市が独自助成を行っており、全国で最も長い歴史を有している。子ども・子育て支援新制度施行後は、国の小規模保育事業の区分に従って保育事業を行うこととしている。

二点目は、保育士確保のための処遇改善である。京都市では、保育士を国基準より手厚く配置するとともに、民間保育所保育士の処遇改善を図るための独自の補助制度により、保育士の平均年収は全国平均の約1.4倍となっており、こうした処遇改善により安定的に保育士を確保することが可能となっている。

三点目は、毎年１月に行われる保育所等の利用に係る一斉面接である。これは、利用申込みの受付後、一定期間内に福祉事務所職員が保護者１人１人ときめ細かい面談を行ったうえで、利用決定を判断する制度であり、30年以上前から取り組んでいる。これにより、書面審査だけの場合と比べ、それぞれの家庭の事情を福祉事務所がより的確に把握することが可能となるとともに、各保育所等の利用申込み希望の状況や見通しを直接保護者に伝えることで、できる限り保護者の保育ニーズに沿った保育所等の利用が実現できるようにする機会となっている。

京都市では、今後とも待機児童ゼロを継続するとともに、多様な市民ニーズに応えられるよう、引き続き保育所整備をはじめ、幼稚園預かり保育の更なる充実、時間外保育、病児保育、障害児保育等の拡充等、保育体制の確保のための取組みを積極的に進めていくこととしている。

（4）保育士確保プラン

（数値目標と期限を明示し人材育成や再就職支援等を強力に進める保育士確保プラン）

保育士確保プランとは、「待機児童解消加速化プラン」の確実な実施のため、子ども・子育て支援新制度において国全体で必要となる保育士数を明らかにした上で、数値目標と期限を明示し、人材育成や再就職支援等を強力に進めるために、2015（平成27）年１月14日に策定されたものである（**図表2-1-13**）。

同プランの主なポイントは以下のとおりである。

① 国全体で必要となる保育士の数は、平成29年度末時点において「46.3万人」である。

② 平成29年度末において必要となる保育士「46.3万人」から、平成25年度の保育所勤務保育士数37.8万人及び平成29年度末までの自然体の増加分２万人を差し引いた、新たに必要となる「6.9万人」の保育士を確保するため、新たに次の取組みを実施する（**図表2-1-14**）。

図表2-1-13 保育士確保プラン

平成29年度末までに国全体として新たに確保が必要となる保育士数　6.9万人

子ども・子育て支援新制度における市町村計画のサービス量の見込みを踏まえ、地域の実情や子ども・子育て支援新制度施行後における更なる保育の質の拡充のための取組等を基に、国全体で新たに確保が必要となる保育士の数を推計。

▶「待機児童解消加速化プラン」の確実な実施に向け、国において保育士確保のための様々な方策を図るとともに、地方自治体に対し、できる限りの支援策を講じる。
▶平成29年度末までに必要となる保育士の確保を目指す。
▶平成30年度以降も保育士が充足されるよう、継続的に保育士確保に取り組む。

☆保育士試験の年２回実施の推進【人材育成】
☆保育士に対する処遇改善の実施【就業継続支援、働く職場の環境改善】
☆保育士養成施設で実施する学生に対する保育所への就職促進を支援【人材育成】
☆保育士試験を受験する者に対する受験のための学習費用を支援【人材育成】
☆保育士・保育所支援センターにおける離職保育士に対する再就職支援の強化【再就職支援】
☆福祉系国家資格を有する者に対する保育士試験科目等の一部免除の検討【人材育成】
☆保育士確保施策の基本となる「４本の柱」の確実な実施

４本の柱

Ⅰ　人材育成
・保育士資格を取得しやすくするための取組の実施
・保育士の魅力を伝え、保育士を目指す機運を醸成
・国家資格としての保育士の専門性の向上

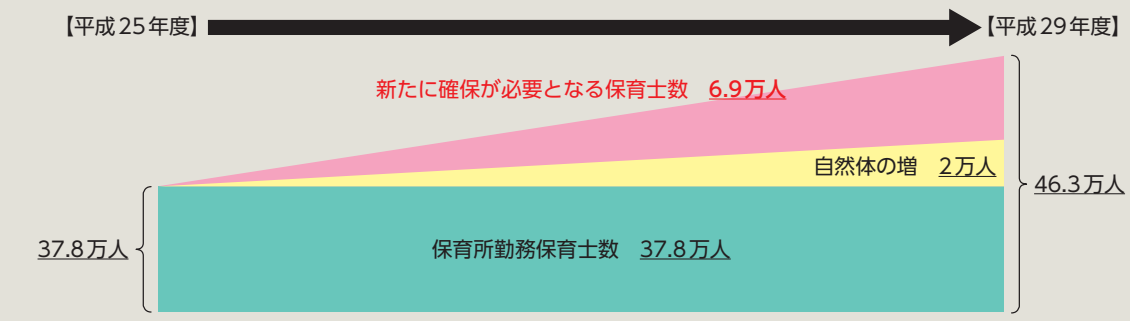
Ⅱ　就業継続支援
・離職防止のための研修支援
・就業継続を図るための各種助成金の活用促進

Ⅲ　再就職支援
・保育士・保育所支援センターの積極的な活用
・保育士マッチング強化プロジェクト

Ⅳ　働く職場の環境改善
・処遇改善
・雇用管理改善を図るための取組の実施
・保育所等と保育士・保育所支援センターとの連携強化

新たに「保育士確保対策検討会」を設置し、継続的な保育士確保施策の検討等を行うとともに、一部の自治体等において効果の検証を実施

図表2-1-14 保育士確保プランによる保育士確保のための取組



6.9万人を確保

加速化プランに基づく保育士確保施策（H25～）
4.9万人

- 幼稚園教諭の特例制度の活用や保育士資格取得支援、修学資金貸付等により、新たな保育人材を輩出　2.5万人
- 処遇改善をはじめ、保育事業者への研修、保育所の雇用管理改善など、離職防止施策を推進　1.5万人
- 保育士・保育所支援センターによる就職支援や、ハローワークにおけるマッチング強化プロジェクトの実施など、潜在保育士の掘り起こしを強化　0.9万人

＋

保育士確保プランの新たな取組
2.0万人

- ○保育士試験の年２回実施の推進　0.8万人
- ○保育士に対する処遇改善の実施
  ○保育士養成施設で実施する学生に対する保育所への就職促進の支援
  ○保育士試験を受験する者に対する受験のための学習費用を支援　1.2万人
  ○保育士・保育所支援センターにおける離職保育士に対する再就職支援の強化

ⅰ　保育士試験の年２回実施の推進
ⅱ　保育士に対する処遇改善の実施
ⅲ　保育士養成施設で実施する学生に対する保育所への就職促進を支援
ⅳ　保育士試験を受験する者に対する受験のための学習費用を支援
ⅴ　保育士・保育所支援センターにおける離職保育士に対する再就職支援の強化
ⅵ　福祉系国家資格を有する者に対する保育士試験科目等の一部免除の検討

③　また、従来の保育士確保施策についても、「人材育成」、「就業継続支援」、「再就職支援」、「働く職場の環境改善」、を「4本の柱」として、主に次の取組みを引き続き確実に実施する。

ⅰ　人材育成
・保育士資格を取得しやすくするための取組みの実施
・保育士の魅力を伝え、保育士を目指す機運を醸成
・国家資格としての保育士の専門性の向上

ⅱ　就業継続支援
・離職防止のための研修支援
・就業継続を図るための各種助成金の活用促進

ⅲ　再就職支援
・保育士・保育所支援センターの積極的な活用
・保育士マッチング強化プロジェクト

ⅳ　働く職場の環境改善
・処遇改善
・雇用管理改善を図るための取組みの実施
・保育所等と保育士・保育所支援センターとの連携強化

このように、保育士確保に向けた新たな施策のほか、従来の保育士確保施策についても引き続き確実に実施し、施策に関する普及啓発を積極的に行うなど、更なる推進を図り、省を挙げて保育士の確保に向けて全力で取り組んでいる。

コラム　福岡市保育士・保育所支援センター　～保育士就労支援の取組み～

（実情に応じた丁寧な取組みにより実績を上げている福岡市保育士・保育所支援センター）

「保育士としてもう一度働きたいけれど、今の保育事情がわからないし、不安の方が大きい……」そんな潜在保育士（現在は離職している保育士資格取得者）の再就職支援を進めているのが「保育士・保育所支援センター」[1]である。

福岡市保育士･保育所支援センター（2013（平成25）年４月開設）は、福岡市が地方公共団体無料職業紹介事業として開設した。保育士有資格者の求職登録と事業所（保育所）の求人登録、求人情報の提供、相談業務（潜在保育士・現職保育士・各保育所）、ハローワークとの連携、一般社団法人福岡市保育協会（保育協会）の園長と保育士養成施設を訪問調査するなど、支援対象者の実情に応じた丁寧な取組みによって、堅調な実績を上げている。

1　潜在保育士、現職保育士、保育士資格取得希望者、保育所等の支援を目的として、都道府県・指定都市・中核市に設置・運営されている。

（求人・求職者の調整に重点を置いたマッチング）

元公立保育所所長を含む保育士有資格者の職員が、求職者と求人保育所とのニーズ調整を行う。求職者には就職相談を実施し、希望の働き方（勤務条件、通勤時間、当番勤務の可否・日数、担当クラス、保育所の方針等）を聞き取り、求人保育所に確認や調整をしながらあっせんをしている。地域ごとに色分けした市内の保育所分布図を作成し、求職者の通勤圏内の保育所を紹介するなど、きめ細かく対応している。

（対象者に応じた研修会の開催）

学生や保育士有資格者に向け、就職や復職の不安を解消する目的で「保護者との関係づくりに効果的な連絡帳の書き方」などの保育業務に関する実践的な内容の研修を開催している。保育所所長・園長など管理者に向けては、担当課長が「働きやすい職場環境と就業の継続」をテーマに保育協会との訪問調査で得られた卒業生からの相談内容等を報告している。「新人保育士へは叱るばかりではなく褒めてほしい」、「残業している保育士へねぎらいの言葉をかけてほしい」などの要望に対し、「ベテランと新人の組み合わせなどに留意したい」「自園で報告し、職員全体で足元を見つめ直す機会となった」などの感想が寄せられている。

（保育協会との連携による改善提案の実現）

保育協会と連携し、臨時職員の時給単価の増加、男性保育士受入保育所の増加などの処遇改善、大学等へ提出する求人票に関する改善（手当、正規・臨時等の明確な記入等）を園長会で報告し、実現するなど効果を上げている。

マッチングをはじめ、潜在保育士の再就職を広範囲に支援する取組みが保育士の雇用環境改善を進める橋渡しとなり、「もう一度働いてみようかな」を後押ししている。

面談による聞き取り

保育士就職支援研修会

（5）子ども・子育て支援新制度における地域子ども・子育て支援事業

地域の子育て支援を充実させ、子どもを産み育てやすい環境を整備するためには、共働き家庭だけでなく、すべての子育て家庭を支援していくことが必要である。子ども・子育て支援新制度では、地域子ども・子育て支援事業により、地域の実情に応じた子ども・子育て支援の充実を推進している。これにより、地域の実情に応じ、地域子育て支援拠点・一時預かりなどの在宅の子育て家庭に対する支援や、延長保育・病児保育・放課後児童クラブなどの多様な保育ニーズに応える事業を展開することができる。

ここでは、まず、子ども・子育て支援新制度の地域子ども・子育て支援事業について概説した後、特に、利用者支援事業と、放課後児童クラブ（放課後子ども総合プランを含む。）について、より詳しく説明する。

地域子ども・子育て支援事業では、市町村は、子ども・子育て家庭等を対象とする事業

として、市町村子ども・子育て支援事業計画に従って、以下の事業を実施することとしている。

①利用者支援事業

子どもとその保護者の身近な場所で、教育・保育施設や地域の子育て支援事業等の情報提供や必要に応じ相談・助言等を行い、また、関係機関との連絡調整等を行うもの

②地域子育て支援拠点事業

乳幼児とその保護者が交流を行う場を開設し、子育てについての相談や情報の提供、助言など援助を行うもの

③妊婦健康診査

妊婦の健康の保持・増進を図るため、妊婦に対する健康診査として、健康状態の把握、検査計測、保健指導を実施し、また、妊娠期間中に必要に応じ医学的検査を実施するもの

④乳児家庭全戸訪問事業

生後４か月までの乳児のいる全ての家庭を訪問し、子育て支援に関する情報提供や養育環境の把握を行うもの

⑤・養育支援訪問事業

養育支援が特に必要な家庭を訪問し、養育に関する指導・助言等を行うことにより、その家庭の適切な養育の実施を確保するもの

・子どもを守る地域ネットワーク機能強化事業

要保護児童対策協議会（子どもを守る地域ネットワーク）の機能強化を図るため、職員等の専門性強化と、ネットワーク機関間の連携強化を図る取組を実施するもの

⑥子育て短期支援事業

保護者の病気等により家庭で養育を受けることが一時的に困難となった児童を児童養護施設等に入所させ、必要な保護を行うもの（ショートステイ事業・トワイライトステイ事業）

⑦子育て援助活動支援事業（ファミリー・サポート・センター事業）

子育て中の保護者等を会員として、児童の預かり等の援助を受けることを希望する者と、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・調整を行うもの

⑧一時預かり事業

家庭で保育を受けることが一時的に困難となった乳幼児を、主として昼間に、認定こども園、幼稚園、保育所、地域子育て支援拠点等で、一時的に預かり、必要な保護を行うもの

⑨延長保育事業

保育認定を受けた子どもに、通常の利用日や利用時間以外の日・時間に、認定こども園、保育所等で保育を実施するもの

⑩病児保育事業

病児を、病院・保育所等に付設された専用スペース等で、看護師が一時的に保育等するもの

⑪放課後児童クラブ

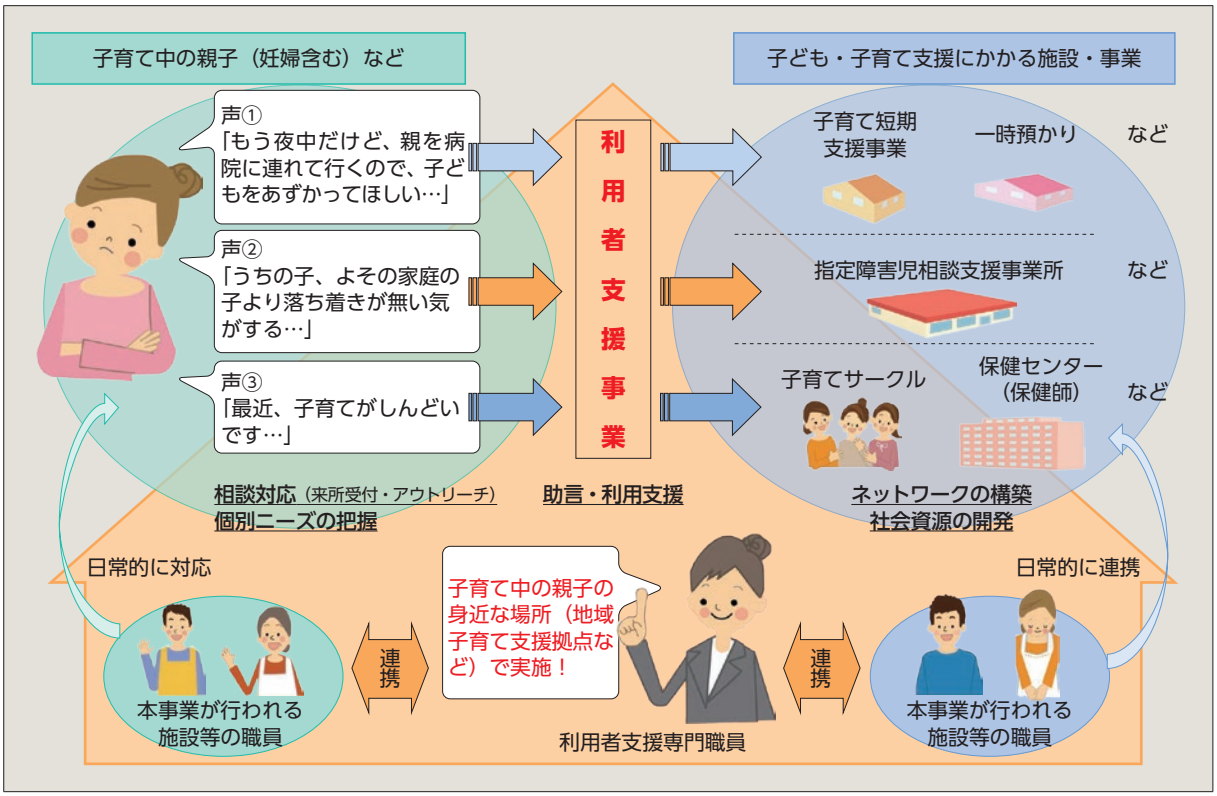
保護者が労働等により昼間家庭にいない小学生に対し、授業の終了後に小学校の余裕教室や児童館等を利用して、適切な遊び・生活の場を与え、健全な育成を図るもの

⑫実費徴収に係る補足給付を行う事業
保護者の世帯所得の状況等を勘案して、特定教育・保育施設等に対して保護者が支払うべき日用品、文房具等の物品の購入に必要な費用や行事への参加に必要な費用等を助成するもの
⑬多様な主体が本制度に参入することを促進するための事業
特定教育・保育施設等への民間事業者の参入促進についての調査研究など多様な事業者の能力を活用した特定教育・保育施設等の設置又は運営を促進するためのもの

（支援を円滑に受けられるよう身近な場所で情報提供・相談等を行う利用者支援事業）

利用者支援事業とは、子どもや保護者の身近な場所で、教育・保育施設や地域の子育て支援事業等の利用について情報収集を行うとともに、それらの利用に当たっての相談に応じ、必要な助言を行い、関係機関等との連絡調整等を実施する事業である（図表2-1-15）。

図表2-1-15 利用者支援事業の役割について



主な事業内容としては、子育て家庭の「個別ニーズ」を把握し、教育・保育施設や地域子育て支援事業等の利用に当たっての「情報集約・提供」「相談」「利用支援・援助」を行う、総合的な利用者支援と、子育て支援などの関係機関との連絡調整や連携・協働の体制づくりを行い、地域の子育て資源の育成や地域課題の発見・共有、地域で必要な社会資源の開発等を行う地域連携がある。

利用者支援事業の実施に当たっては、次の3つの類型からいずれかを選択して行うこととされている。

①基本型：「利用者支援」と「地域連携」の両方を行う形態。
②特定型：主に「利用者支援」を行う形態（「地域連携」は行政がその機能を果たす。）。
③母子保健型：保健師等の専門職が全ての妊産婦等を対象に、「利用者支援」と「地域連

携」の両方を行う形態。

（2019年度末までに約30万人分の新たな整備を目指す放課後児童クラブ）

放課後児童クラブとは、保護者が就労等により昼間家庭にいない、小学校に就学している児童に対し、授業の終了後等に学校の余裕教室、児童館等を利用して適切な遊び及び生活の場を与えて、その健全な育成を図る事業である（図表2-1-16）。

図表2-1-16　放課後児童クラブの概要

【事業の内容、目的】

共働き家庭など留守家庭の小学校に就学している児童に対して、学校の余裕教室や児童館、公民館などで、放課後等に適切な遊び、生活の場を与えて、その健全育成を図る
（平成９年の児童福祉法改正により法定化〈児童福祉法第６条の３第２項〉）
※平成24年の児童福祉法改正により、対象年齢を「おおむね10歳未満」から「小学校に就学している」児童とした（平成27年４月施行）

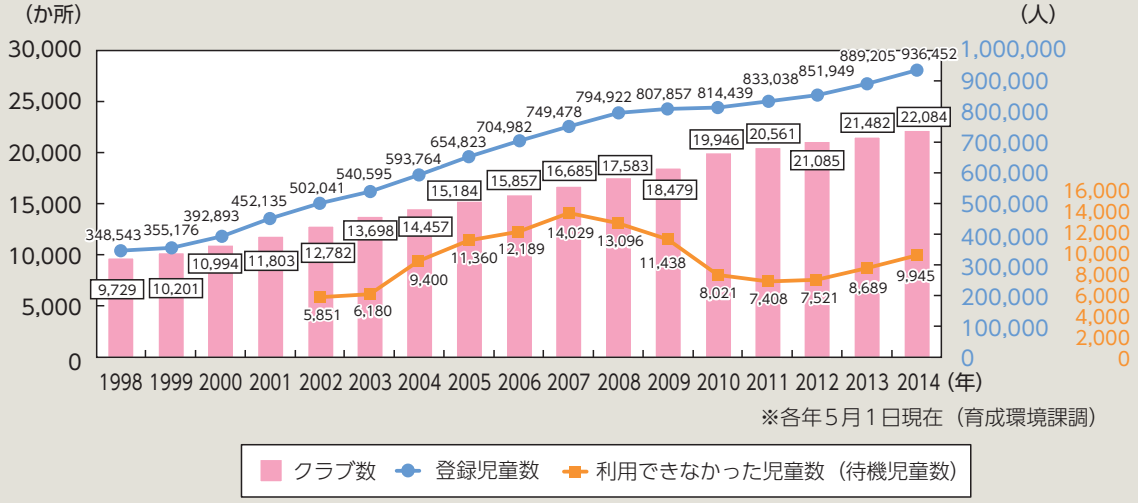
【現状】（クラブ数及び児童数は平成26年５月現在）

○クラブ数　　22,084か所
（参考：全国の小学校20,357校）
○登録児童数　　936,452人
○利用できなかった児童数（待機児童数）　9,945人
〔利用できなかった児童がいるクラブ数　1,753か所〕

【今後の展開】

○「放課後子ども総合プラン」（平成26年７月31日文部科学省と共同で策定）
⇒国全体の目標として、平成31年度末までに、
・放課後児童クラブについて、約30万人分の受け皿を新たに整備
・全小学校区（約２万か所）で一体的に又は連携して実施し、うち１万か所以上を一体型で実施

［参考：クラブ数、登録児童数及び利用できなかった児童数の推移］



放課後児童クラブは保育所と比べると開所時間が短いため、子どもが小学校に入学すると、これまで勤めてきた仕事を辞めざるを得ない状況となる、いわゆる「小１の壁」が問題となっているが、これを打破するとともに、次代を担う人材を育成するため、2014（平成26）年７月31日、文部科学省と厚生労働省が共同で、全ての児童が放課後等を安全・安心に過ごし、多様な体験・活動を行うことができるよう、「放課後子ども総合プラン」を策定し、学校の余裕教室を徹底活用して、放課後児童クラブ及び放課後子供教室の一体型を中心とした取組みを推進することとした。同プランでは、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すること、全小学校区（約２万か所）で一体的に又は連携して実施し、うち１万か所以上を一体型で実施することを目指している。また、新たに放課後児童クラブ又は放課後子供教室を整備する場合には、学校施設を徹底的に活用することとし、新たに開設する放課後児童クラブの約80％を小学校内

で実施することを目指している（**図表2-1-17**）。

放課後児童クラブ及び放課後子供教室の整備が市町村において計画的に進められるよう、国は、次世代育成支援対策推進法に基づく「行動計画策定指針」（2014年11月28日策定）に「放課後子ども総合プラン」に基づく取組等について記載し、市町村行動計画に一体型の放課後児童クラブ及び放課後子供教室の平成31年度に達成されるべき目標事業量等を盛り込むことや、都道府県行動計画に放課後児童クラブ及び放課後子供教室の実施に係る教育委員会と福祉部局の具体的な連携に関する方策等を盛り込むことを求めた。

なお、放課後児童クラブの実施状況については、毎年5月1日現在の状況を取りまとめているところであるが、平成26年においては、クラブ数、登録児童数ともに増加し、過去最高値（放課後児童クラブ数22,084か所、登録児童数936,452人）となった一方で、利用できなかった児童（待機児童）は9,945人となっている。

放課後児童クラブの運営等については、2015（平成27）年4月から、改正後の児童福祉法に基づき、対象となる児童の年齢を「おおむね10歳未満」から「小学校に就学している」児童とするとともに、質を確保する観点から、職員の資格、員数、施設、開所日数・開所時間、集団の規模や一般原則などを定めた「放課後児童健全育成事業の設備及び運営に関する基準」（平成26年厚生労働省令第63号）を策定し、市町村はこれを踏まえて設備及び運営に関する基準を条例で定め、この条例に基づき放課後児童健全育成事業を実施することとした。特に、職員に関する基準については、保育士、社会福祉士等の資格や一定の実務経験を有する者等で都道府県知事が行う研修（認定資格研修）を修了した者を放課後児童支援員として認定し、支援の単位ごとに2名以上配置することなどを定めた。

また、放課後児童クラブの運営の多様性を踏まえつつ、放課後児童クラブにおいて集団の中で子どもに保障すべき遊び及び生活の環境や運営内容の水準を明確化し、事業の安定性及び継続性の確保を図っていくため、2007（平成19）年に策定した「放課後児童クラブガイドライン」を見直して、「放課後児童クラブ運営指針」（2015年3月）を策定し、児童が安心して過ごせる生活の場としての一定水準の質の確保及び向上を図ることとした。

さらに、平成27年度予算では、消費税財源を活用した放課後児童支援員等処遇改善等事業により、保護者の利用意向を反映して開所時間の延長を行う放課後児童クラブに対して、追加的な財政支援を行うことで、保育所の開所時間との乖離の解消を図っている。

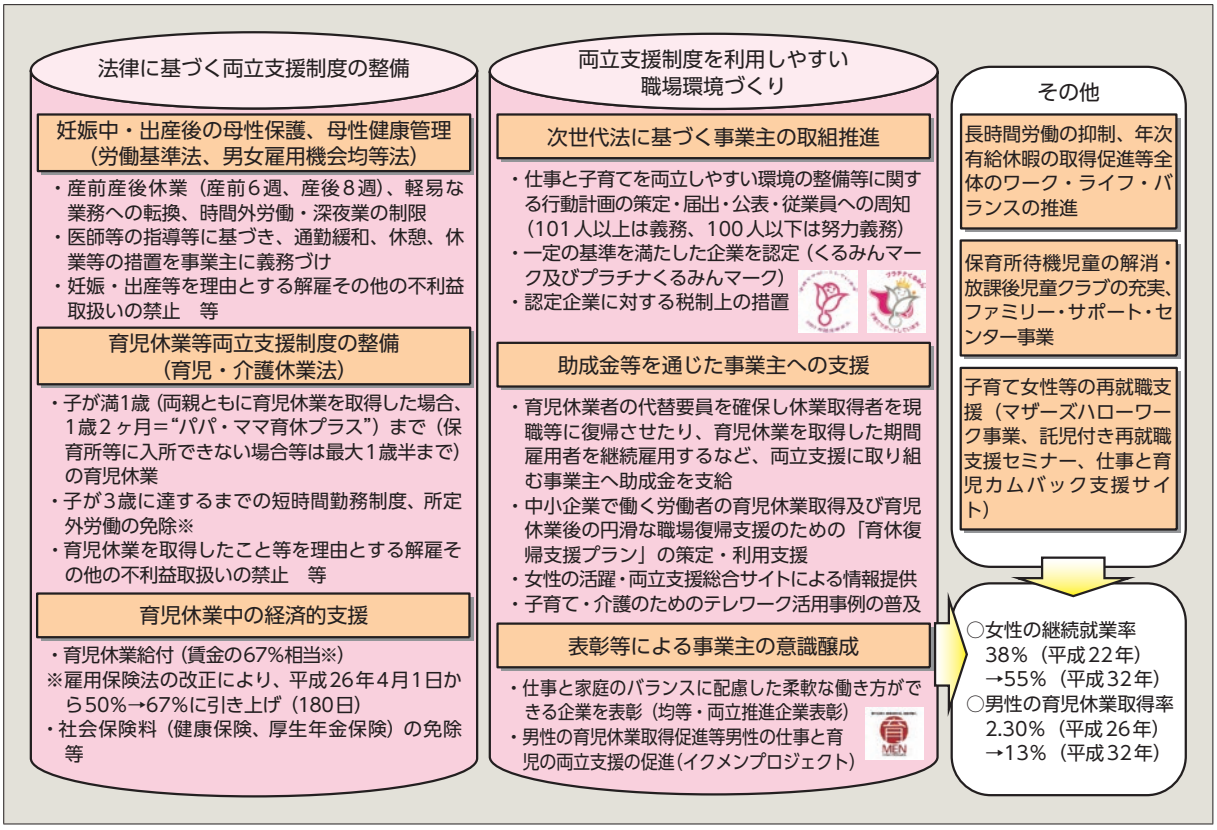
図表2-1-17　「放課後子ども総合プラン」の全体像（平成26年7月31日策定・公表）

4 働き方の見直し

女性の出産後の継続就労については、女性の育児休業取得率が80%を超える一方で、第1子出産後も継続就業している女性の割合は、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）」（2010（平成22）年）によると約4割にとどまっている。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、男性の育児休業取得率も2014（平成26）年に2.30%にとどまっている。

仕事と家庭の両立ができる職場環境の整備は重要な課題であり、図のとおり、法律に基づく両立支援制度の整備に加え、両立支援制度を利用しやすい職場環境づくりなどの仕事と家庭の両立が可能となる雇用環境の整備に取り組んでいる（**図表2-1-18**）。

図表2-1-18 仕事と家庭の両立支援対策の概要



ここでは、特に両立支援制度を利用しやすい職場環境づくりにスポットをあて、①次世代法に基づく事業主の取組推進、②助成金等を通じた事業主への支援、③表彰等による事業主の意識醸成の3点について、より具体的に説明することとしたい。

（1）次世代法に基づく事業主の取組推進

（10年間期限が延長され新たな特例認定制度が設けられた次世代法）

次世代育成支援対策推進法（平成15年法律第120号）は、2015（平成27）年3月までの時限立法であったが、2014（平成26）年に10年間の延長が行われるとともに、新たな特例認定制度の創設を盛り込んだ改正法が成立した。

この改正に伴い、子育てサポートに積極的な企業として厚生労働大臣から認定を受けた企業が表示できる「くるみん」マークのデザインを変更するとともに、新たに創設された、「くるみん」よりも高い基準を満たした特例認定企業が表示できる「プラチナくるみん」マークを策定した（図表2-1-19）。

図表2-1-19　次世代育成支援対策推進法に基づく認定マーク

くるみんマーク
次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画を策定・実施し、一定の基準を満たした企業を認定

プラチナくるみんマーク
くるみん認定企業のうち、さらに高い基準（特例認定基準）を満たした企業を認定
※マントの色彩パターンは12色から選択可能

(2) 助成金等を通じた事業主への支援

(仕事と家庭の両立に向けた企業の取組みを促進するための両立支援等助成金)

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するため、事業所内保育施設設置・運営等支援助成金、中小企業両立支援助成金といった雇用環境の整備を行う事業主を支援するために、両立支援等助成金を支給している。また、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り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」による効果的・効率的な情報提供を行っている。

(3) 表彰等による事業主の意識醸成

両立支援に関して厚生労働省が表彰を行っているのは、以下の3つである。

(女性労働者の能力発揮の促進や両立支援の取組みを表彰する均等・両立推進企業表彰)

「均等・両立推進企業表彰」は、「女性労働者の能力発揮を促進するための積極的な取組」又は「仕事と育児・介護との両立支援のための取組」について、他の模範ともいうべき取組みを推進している企業を表彰し、これを広く国民に周知することにより、男女ともに職業生活の全期間を通じて持てる能力を発揮できる職場環境の整備の促進に資することを目的としている。1999（平成11）年度より実施してきた「均等推進企業表彰」と「ファミリー・フレンドリー企業表彰」を2007（平成19）年度に統合したものである。

これまでの大臣賞の受賞企業一覧は次のとおりである（図表2-1-20、2-1-21）。

図表2-1-20 均等推進企業部門受賞企業一覧 ―大臣賞47企業（平成11年度～26年度）―

年度	賞	企業名	所在地
平成11年度	労働大臣優良賞	（該当なし）	
	労働大臣努力賞	株式会社藤崎	宮城県
		日本アイ・ビー・エム株式会社	東京都
		株式会社有隣堂	神奈川県
		未来工業株式会社	岐阜県
		森本配管株式会社	京都府
		株式会社阿波銀行	徳島県
		株式会社琉球銀行	沖縄県
平成12年度	労働大臣優良賞	（該当なし）	
	労働大臣努力賞	ジャスコ株式会社	千葉県
		株式会社資生堂	東京都
		金沢信用金庫	石川県
		三笠運輸株式会社	静岡県
平成13年度	厚生労働大臣優良賞	（該当なし）	
	厚生労働大臣努力賞	ケーイーエフ株式会社	千葉県
		旭化成株式会社	東京都
		松下電器産業株式会社	大阪府
平成14年度	厚生労働大臣優良賞	（該当なし）	
	厚生労働大臣努力賞	株式会社ニチレイ	東京都
		株式会社大丸	大阪府
平成15年度	厚生労働大臣最優良賞	日本アイ・ビー・エム株式会社	東京都
	厚生労働大臣優良賞	住友スリーエム株式会社	東京都
		アイシン精機株式会社	愛知県
		株式会社平和堂	滋賀県
		株式会社高島屋	大阪府
		帝人株式会社	大阪府
		株式会社西京銀行	山口県
		株式会社福岡銀行	福岡県
平成16年度	厚生労働大臣最優良賞	株式会社資生堂	東京都
		松下電器産業株式会社	大阪府
	厚生労働大臣優良賞	株式会社千葉興業銀行	千葉県
		エヌ・ティ・ティ・コミュニケーションズ株式会社	東京都
		株式会社イズミ	広島県
平成17年度	厚生労働大臣最優良賞	株式会社西京銀行	山口県
	厚生労働大臣優良賞	株式会社荘内銀行	山形県
		ジーイーキャピタルリーシング株式会社	東京都
		ダイキン工業株式会社	大阪府
平成18年度	厚生労働大臣最優良賞	（該当なし）	
	厚生労働大臣優良賞	松下電工株式会社	大阪府
平成19年度	厚生労働大臣優良賞	（該当なし）	
平成20年度	厚生労働大臣優良賞	（該当なし）	
平成21年度	厚生労働大臣優良賞	大和証券株式会社	東京都
		株式会社京都銀行	京都府
		株式会社鹿児島銀行	鹿児島県
平成22年度	厚生労働大臣優良賞	朝日生命保険相互会社	東京都
		住友生命保険相互会社	東京都
		東京電力株式会社	東京都
		三菱UFJ信託銀行株式会社	東京都
		株式会社りそな銀行	大阪府
		株式会社広島銀行	広島県
平成23年度	厚生労働大臣優良賞	（該当なし）	
平成24年度	厚生労働大臣優良賞	株式会社みずほファイナンシャルグループ	東京都
		京都中央信用金庫	京都府
平成25年度	厚生労働大臣優良賞	株式会社横浜銀行	神奈川県
平成26年度	厚生労働大臣優良賞	中外製薬株式会社	東京都

図表2-1-21 ファミリー・フレンドリー企業部門受賞企業一覧 ―大臣賞45企業（平成11年度～26年度）―

年度	表彰の種類	企業名	所在地
平成11年度	労働大臣優良賞	株式会社ベネッセコーポレーション	岡山県
	労働大臣努力賞	秋田精密電子工業株式会社	秋田県
		キッコーマン株式会社	千葉県
		東陶機器株式会社	福岡県
		株式会社山形屋	鹿児島県
平成12年度	労働大臣優良賞	セイコーエプソン株式会社	長野県
	労働大臣努力賞	株式会社東武宇都宮百貨店	栃木県
		株式会社ワコール	京都府
		株式会社阪急百貨店	大阪府
		大阪ガス株式会社	大阪府
平成13年度	厚生労働大臣優良賞	日本電気株式会社	東京都
	厚生労働大臣努力賞	株式会社カミテ	秋田県
		ミノルタ株式会社	大阪府
平成14年度	厚生労働大臣優良賞	富士ゼロックス株式会社	東京都
	厚生労働大臣努力賞	株式会社 増進会出版社	静岡県
		九州電力株式会社	福岡県
平成15年度	厚生労働大臣優良賞	マツダ株式会社	広島県
	厚生労働大臣努力賞	生活協同組合ちばコープ	千葉県
		ローランド株式会社	静岡県
平成16年度	厚生労働大臣優良賞	花王株式会社	東京都
	厚生労働大臣努力賞	生活協同組合ひろしま	広島県
平成17年度	厚生労働大臣優良賞	ソニー株式会社	東京都
		株式会社東芝	東京都
		松下電器産業株式会社	大阪府
	厚生労働大臣努力賞	ヤマハ株式会社	静岡県
平成18年度	厚生労働大臣優良賞	住友スリーエム株式会社	東京都
		株式会社サタケ	広島県
	厚生労働大臣努力賞	東海旅客鉄道株式会社	愛知県
平成19年度	厚生労働大臣優良賞	生活協同組合おかやまコープ	岡山県
平成20年度	厚生労働大臣優良賞	ボッシュ株式会社	埼玉県
		シナノケンシ株式会社	長野県
		参天製薬株式会社	大阪府
平成21年度	厚生労働大臣優良賞	（該当なし）	
平成22年度	厚生労働大臣優良賞	サノフィ・アベンティス株式会社	東京都
		三菱UFJ信託銀行株式会社	東京都
平成23年度	厚生労働大臣優良賞	第一生命保険株式会社	東京都
		シャープ株式会社	大阪府
平成24年度	厚生労働大臣優良賞	曙ブレーキ工業株式会社	埼玉県
		東日本旅客鉄道株式会社	東京都
平成25年度	厚生労働大臣優良賞	明治安田生命保険相互会社	東京都
平成26年度	厚生労働大臣優良賞	有限会社COCO-LO	群馬県
		住友生命保険相互会社	東京都
		東京海上日動火災保険株式会社	東京都
		三井住友海上火災保険株式会社	東京都
		ブラザー工業株式会社	愛知県
		株式会社広島銀行	広島県

（男性労働者の育児と仕事の両立の積極的な促進を表彰するイクメン企業アワード）

「イクメン企業アワード」は、育児を積極的に行う男性＝イクメンを応援する「イクメンプロジェクト」の一環で、2013（平成25）年から、男性労働者の育児と仕事の両立を積極的に促進し、業務改善を図る企業を表彰するために始まったものである。

第1回表彰の2013年には、グランプリとして、花王株式会社（東京都）、医療法人社団三成会（福島県）の2社が、特別奨励賞として、有限会社COCO-LO（群馬県）、ソフトバンクグループ通信3社（東京都）、第一生命保険株式会社（東京都）、明治安田生命保険相互会社（東京都）、株式会社リコー（東京都）の5社が表彰された。

また、第2回表彰の2014（平成26）年には、グランプリとして、アース・クリエイト有限会社（岐阜県）が、特別奨励賞として、昭和電工株式会社（東京都）、住友生命保険相互会社（東京都）、株式会社千葉銀行（千葉県）、日本生命保険相互会社（大阪府）、株式会社日立ソリューションズ（東京都）、株式会社丸井グループ（東京都）の6社が表彰された。

（部下の育児と仕事の両立を支援する上司や経営者を表彰するイクボスアワード）

「イクボスアワード」は、部下の育児と仕事の両立を支援する上司や経営者（＝イクボス）を企業などからの推薦によって募集し、表彰するものである。第1回表彰は2014年であり、グランプリとしては、株式会社セプテーニ メディアソリューション本部 クリエイティブ部部長金原高明氏、株式会社ルミネ取締役開発企画部部長橋本範文氏の2名が、特別奨励賞としては、グラクソ・スミスクライン株式会社安全性管理部部長大石純子氏、株式会社テレワークマネジメント代表取締役田澤由利氏、日本生命保険相互会社浜松支社支配人支社長三木勝也氏の3名が表彰された。

コラム　子育て・介護と仕事との両立支援 ～群馬県桐生市・有限会社COCO－LOの取組み～

（ワークライフバランスを支援するきめ細やかな制度により離職率0に）

群馬県桐生市の有限会社COCO－LOは、2005（平成17）年5月に創業、現在群馬県内で介護等施設7事業所を営んでいる。

離職率が高く、採用も困難で人手が不足している介護事業にあって、2014（平成26）年の介護社員の離職率0%、求人を出すと応募倍率が8倍にも達する異色の会社である。

同社では、小さい子どもを持つなど働き方に制約のある社員が多いが、会社としてワークライフバランスを支援する方針を掲げ、社員のニーズに応じたきめ細やかな制度を設けて働き方の選択肢を増やすことで、働きやすい、魅力のある職場を実現している。

現在、育児や介護のための休暇や短時間勤務制度のほか、次の制度がある。

特別検診休暇	妊婦が検診を受ける際に本人やその配偶者が取得できる特別有給休暇制度
ならし勤務制度	育休明けの1か月間に1時間から勤務時間を選択できる制度
参観休暇	子の学校行事に参加するための特別有給休暇制度
介護すぐとって休暇	家族が緊急入院したときの特別有給休暇制度
介護付き添い休暇	常時介護を必要とする家族の定期検診に付き添うための有給休暇制度
介護楽しんでサービス	COCO - LOでデイサービスを月1回無料で受けることができる福利厚生制度

さらに、無料で利用できる託児所や勤務時間を4.5～7.5時間から選択できる「準社員」の勤務形態もあり、社員の両立支援に非常に役立っている。

（無料託児所の様子）

（残業ホルダー）

（社員の声を大切にし、残業時間の短縮や有給休暇取得率の向上を実現）

これらは、全社員を対象に毎年実施されるアンケートや社長との面談時の社員の声から制度化された。仕事の中で気づいたささいなことも「気づきカード」に記入して職場全体で共有するなど、社員の小さな声も大切にしている同社ならではのきめ細やかな手法である。

また、日常業務において、オリジナルの手帳を全員に配布してスケジュールを記入させる、残業は事前申請制とし残業中は「残業ホルダー」を首から提げるなど、時間を意識しながら働くことで、残業時間の短縮や有給休暇取得率の向上につなげ、ワークライフバランスを推進している。

社員からは「家事・育児と仕事の両立で不安だったが、短時間勤務をしていくうちに、生活のリズムができてきた。無理なく仕事に慣れていくことができたので、ありがたかった。」（「ならし勤務」を利用した社員）、「子どもの学校や園の行事に気兼ねなく参加できるようになった。子どものための時間が取れるので、気持ちにゆとりができた。」（「参観休暇」を利用した社員）などの声が聞かれている。

これらの取組みは、厚生労働省の「均等・両立支援企業表彰」をはじめ多くの表彰を受けており[1]、ワークライフバランスの実現を目指す企業の模範となっている。

1　「均等・両立支援企業表彰」の中で、仕事と育児・介護が両立できる様々な制度を持ち、多様で柔軟な働き方を労働者が選択できるような他の模範となる取組を推進し、その成果が認められる企業を対象とした「ファミリー・フレンドリー企業部門」の平成26年度厚生労働大臣優良賞を受賞した。

コラム　男性従業員の育児と仕事の両立支援　～アース・クリエイト有限会社の取組み～

（社員の声を大切にした業務改善により男性従業員の育休取得率が向上）

近年、「イクメン」という言葉が広く定着し、育児を積極的に行う男性が増加していることに伴い、企業においても男性社員の育児と仕事の両立のための様々な支援が行われるようになってきている。

こうした中、「イクメン企業アワード[1]2014」で、アース・クリエイト有限会社がグランプリを受賞した。

IKUMEN AWARD 2014

1　「イクメン企業アワード」とは、働きながら安心して子どもを産み育てることができる労働環境の整備を促進するため、男性の育児と仕事の両立を積極的に促進し、業務改善を図る企業を表彰するもの。

アース・クリエイトは岐阜県岐阜市に所在し、路面標示や駐車場工事などを行う従業員25名の建設会社。男性従業員の多い建設業でありながら、これまで延べ8名の男性従業員と1名の女性従業員が育児休暇を取得している。

この会社が男性社員の育児支援に力を入れることとなったきっかけは、「就業時間が長い」、「繁忙期には家庭を顧みることが出来ない」といった、子育てをしにくい環境を訴える従業員の声だ。

大企業のように環境整備のための大がかりな投資は困難な中で、自分たちに必要な支援、できる支援は何なのか。

まずは従業員の家庭環境を知るために、岩田営業本部長が全社員と個人面談を行い、家庭環境や子どもの状況の把握を行った。

そのうえで、これまで個人で担当していた業務を複数名で分担するとともに、営業や現場といった業務の垣根を越えてサポートし合う体制を構築し、社内の情報共有体制を強化することで、休暇取得にあたって改めて仕事の引き継ぎをしなくてもスムーズに対応できる環境を整えた。

また、子供の急な病気への対応や運動会、授業参観などの学校行事に積極的に参加できるよう、「始業・終業時間の繰り上げ・繰り下げ制度」や「柔軟な勤務時間変更制度」なども導入した。

これに加え、仕事に対する家族の理解を深められるよう「子ども参観日」を実施し、職場に家族に来訪してもらい、従業員の働く姿を見てもらった。

会社と従業員がお互い顔の見える関係だからこそ、一人一人の声を聞き、素早く、きめ細やかな対応を行うことができたのだ。

こうした取組みを進めていくことで、漫然と働くのではなく、時間を意識し、自分たちで会社を良くしていこうという参加意識が従業員の中で育ち、作業効率も向上したのだという。

（有給休暇取得率の向上と売り上げの倍増を同時に実現）

この取組みを始める前の2007（平成19）年までは約20%であった平均有給休暇取得率が、2013（平成25）年には80%を超えた一方で、売上げは倍増しているというのだ。

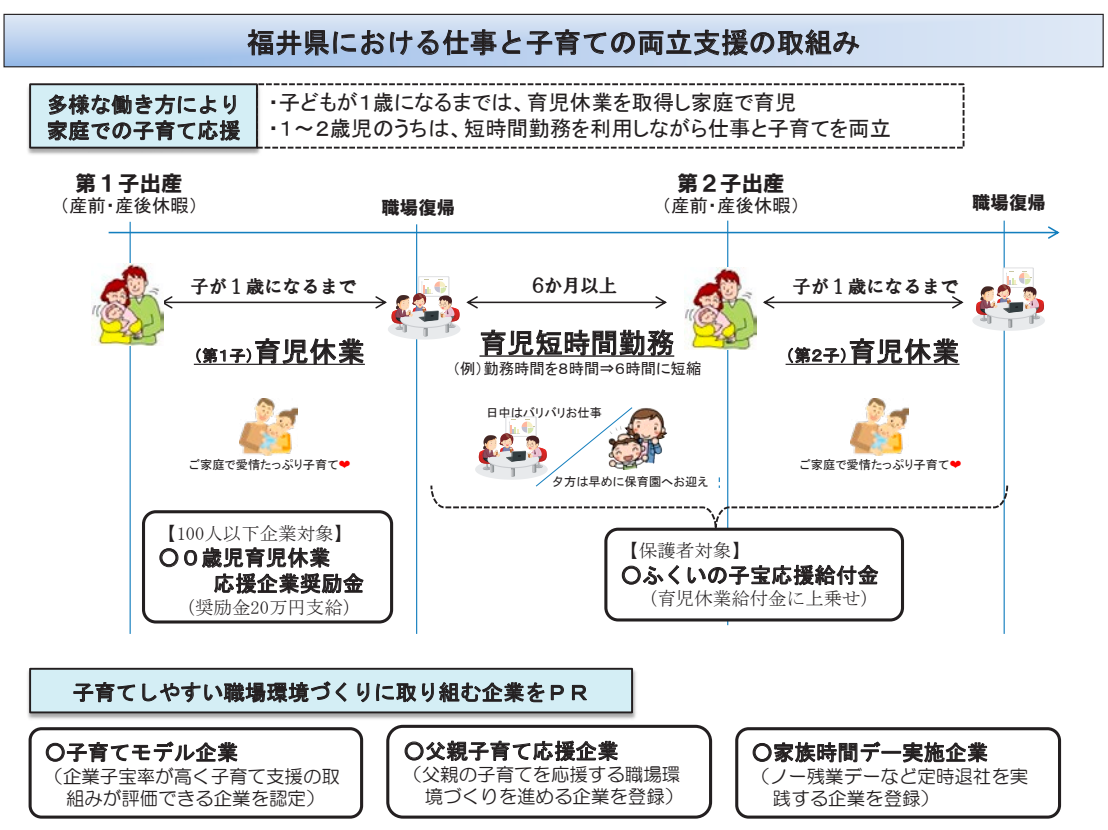
さらには、繁忙期などでも家族が仕事について理解し応援してくれるようになり、従業員の定着率の向上にもつながった。

子供参観日の様子

「自分たちは新しいことをしているわけではない。かつての大家族主義のように、会社全体を家族とみなし、お互いを大事にし合うというところに立ち返っただけだ。」と中石社長は語る。

「道を創り、道を開き、共に歩もう！」という理念のもと、従業員一人一人の環境を大切にし、同僚・家族を尊重する。そんな経営姿勢が、職場環境の改善と業績向上の両立という道を創ったのだ。

コラム　福井県 ～高い合計特殊出生率、共働き世帯割合日本一の県～



（高い出生率などにより全国的に注目される福井県の少子化対策）

福井県は、2013（平成25）年の合計特殊出生率が1.60と全国1.43を上回って全国上位である。また、同県は、女性の就業率（50.9%）、共働き世帯率（56.8%）がともに全国で最も高い。こうしたこともあり、都道府県単位での少子化対策を考える際のモデルケースの一つとして、同県における、仕事と子育ての両立をはじめとした子育て環境や子育て支援の取組みが注目されている。

福井県を概観すると、人口約80万人でその3分の1が県庁所在地の福井市に集中しており、面積は4,189平方キロである。

福井県の少子化対策が全国的に着目されたのは2006（平成18）年のことである。2005（平成17）年の全国の合計特殊出生率が過去最低の1.26となった中、福井県だけが前年に比べ唯一上昇し1.45から1.50となったこと、また、次世代育成支援対策推進法に基づく各地方自治体の行動計画が2005年から5カ年計画で策定され、始まったこともあり、福井県の取組みに注目が集まった。

（中小企業の育児休業取得促進策や２人目を生みやすくする「ふくいの子宝応援給付金」といった福井県独自の取組み）

福井県の少子化対策は、①結婚支援の充実、②仕事と子育ての両立支援の推進、③地域の子育て支援の充実、④子育てに係る経済的支援の充実の４本柱で、ライフステージごとに、子育て世代の置かれている様々な状況に応じて、網羅的できめ細かい支援が行われている。その中で、特に福井県ならではの取組みとしては、仕事と子育ての両立支援の推進の分野で、以下の２つの取組みが行われている。

まずは、育児休業からの職場復帰や育児短時間勤務の促進施策として、①中小企業での育児休業取得促進のため、子どもが１歳になるまでの育児休業者が初めて出た企業に奨励金を支給する「0歳児育児休業応援企業奨励金」、②育児休業給付金は短時間勤務後の育休では額が低くなり２人目の子どもを持つこ

とをためらうことから、フルタイム勤務であればもらえたはずの育児休業給付金との差額を支給する「ふくいの子宝応援給付金」制度を県独自に創設している。

（企業子宝率の算定や子育てモデル企業の認定、多子世帯への経済的支援の充実により、全国の少子化対策をリード）

また、子育てしやすい職場環境づくりに取り組む企業をPRするため、2011（平成23）年から、考案者である渥美由喜氏の監修の下、県下企業について「企業子宝率」（従業員（男女問わず）が当該企業の在職中に持つことが見込まれる子どもの数を指標化したもの）を算定しており、企業子宝率、子育て支援の取組みが評価できる企業の中から子育てモデル企業を毎年認定するとともに、その取組み内容をパンフレットなどで広報している。

この他、2015（平成27）年度からは新たに全国に先駆けて、18歳未満の子どもが3人以上いる世帯について、第3子以降にかかる幼稚園や保育所の保育料を所得制限を設けず小学校入学前まで無償化し、多子世帯への経済的支援を充実するなど、全国の少子化対策をリードしている。

第2節 人口減少に応じて地域での生活を支えるために

本節では、一定程度の人口減少とそれに伴う高齢化が避けられない中にあっても、地域において安心して生活できるよう厚生労働省が取り組んでいる、地域包括ケアシステム、多世代交流・多機能型施設、福祉サービスや人材に関する連携等の検討について説明する。

1 人口減少と高齢化が急速に進む中でも住み慣れた地域で安心して暮らす仕組み　～地域包括ケアシステム～

我が国では人口減少が加速度的に進んでいるが、同時に、高齢化も急速に進んでいくことが見込まれている。2015（平成27）年における75歳以上の高齢者が人口に占める割合は13.0％と見込まれているが、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年には18.1％となり、およそ5.5人に１人が75歳以上の高齢者という状況となる。

さらに、世帯の状況も変化することが見込まれている。今後、世帯主が65歳以上の夫婦のみの世帯や65歳以上の単独世帯が増加し、2025年には世帯数全体に占める割合が４分の１を超える見込みである。このような中でも、介護が必要な状態になっても、高齢者が住み慣れた地域で生活を続けることができるよう、医療、介護、生活支援など日常生活を支えるサービス基盤を確保するとともに、多様な主体による地域の支え合いの取組みを促進することが求められている。

この点、現在、厚生労働省では、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて「地域包括ケアシステム」の構築を推進しているところである。

以下では、この地域包括ケアシステムの概要や取り組んでいる施策について紹介した上で、特に人口減少や高齢化が進む中でも安心して介護・福祉サービスを利用できるよう、各地域で行われている取組みについて紹介する。

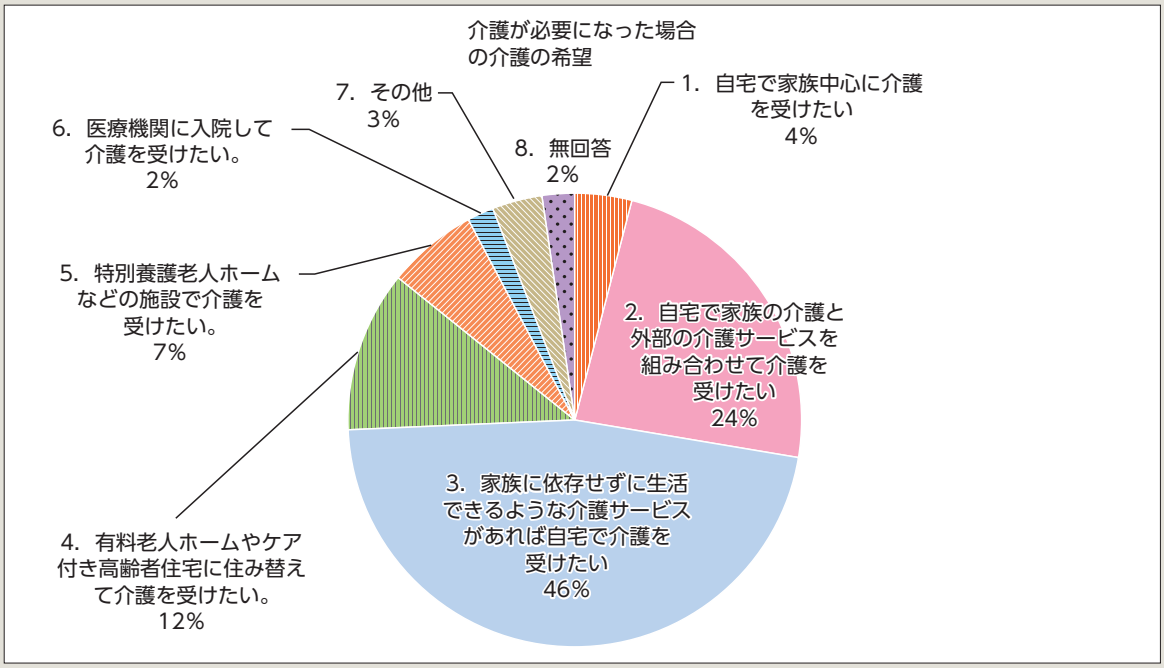
(1) 地域包括ケアシステム

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（**図表2-2-1**、**図表2-2-2**）。しかし、こうした希望を実現するためには、地域において、介護・福祉サービス等が適切に確保される必要がある。また、高齢者の状態に応じて、バリアフリー等の環境が確保された住宅の整備や、自宅での介護が困難となった場合の施設の確保といった観点も含め、地域において高齢者の生活を支えていく体制を整備する必要がある。

「地域包括ケアシステム」とは、介護が必要な状態になっても、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生活を続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制である。厚生労働省では、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年に向けて地域包括ケアシステムの構築を推進している。高齢化の状況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取組みを進めることが重要となっている（**図表2-2-3**）。

図表2-2-1 介護の希望（本人の希望）

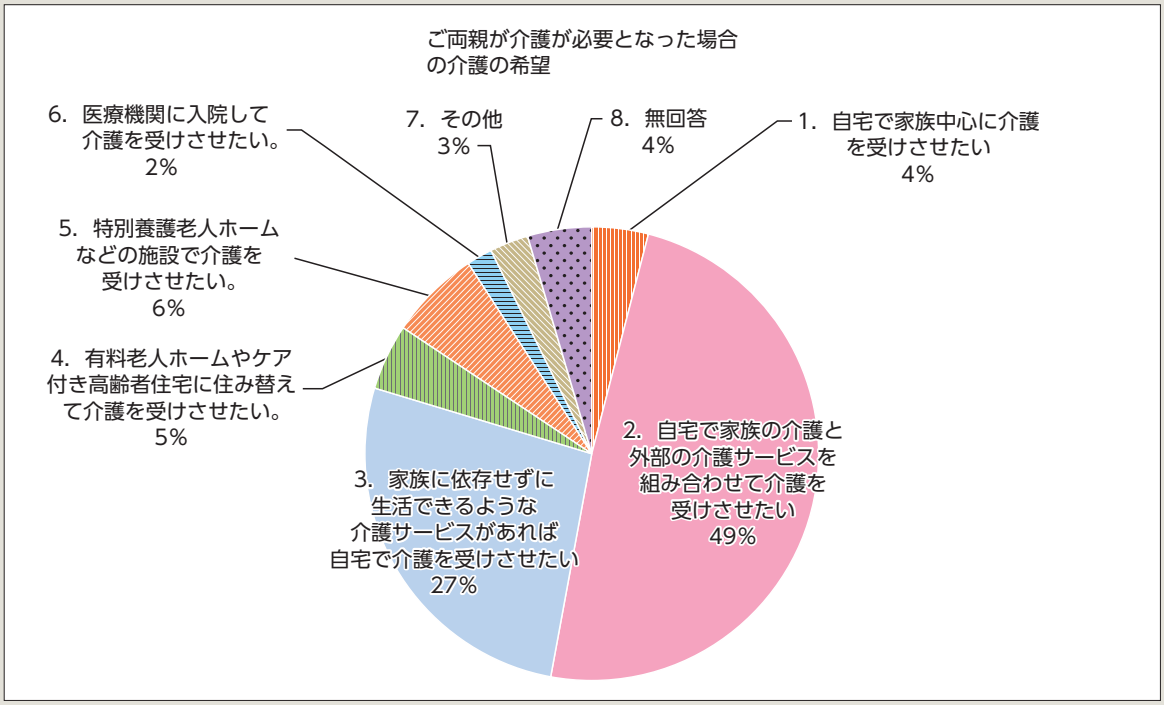
【自分が介護が必要になった場合】
最も多かったのは「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」で46%、2位は「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」で24%、3位は「有料老人ホームやケア付き高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい」で12%。



資料出所：「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集（結果概要について）」厚生労働省老健局（2010年5月）

図表2-2-2 介護の希望（家族の希望）

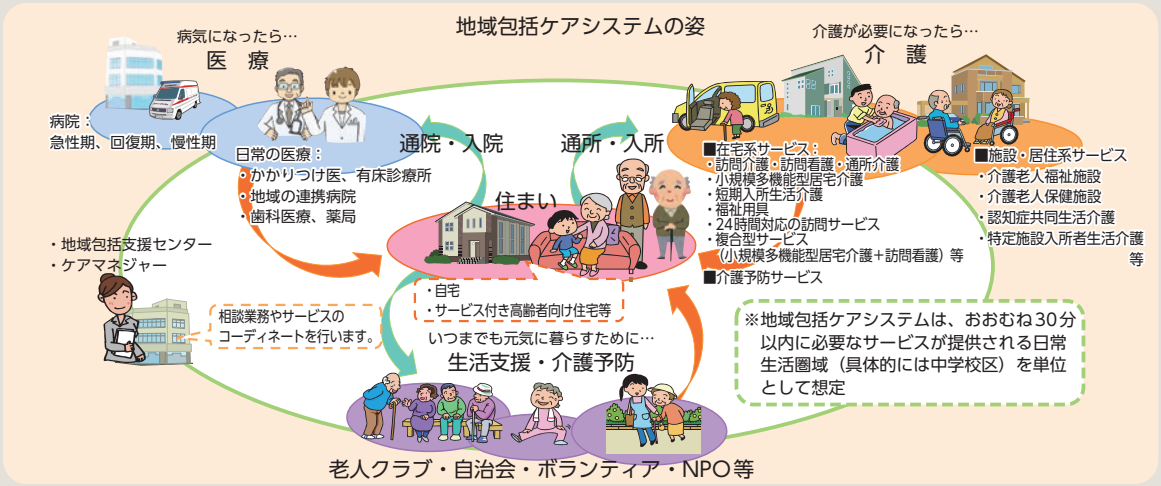
【両親が介護が必要になった場合】
最も多かったのは「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けさせたい」で49%、2位は「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けさせたい」で27%となっており、本人の希望に関する調査の結果と比べて、1位と2位が逆転している。



資料出所：「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集（結果概要について）」厚生労働省老健局（2010年5月）

図表2-2-3　地域包括ケアシステムの構築について

○　団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現。
○　今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
○　人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
○　地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



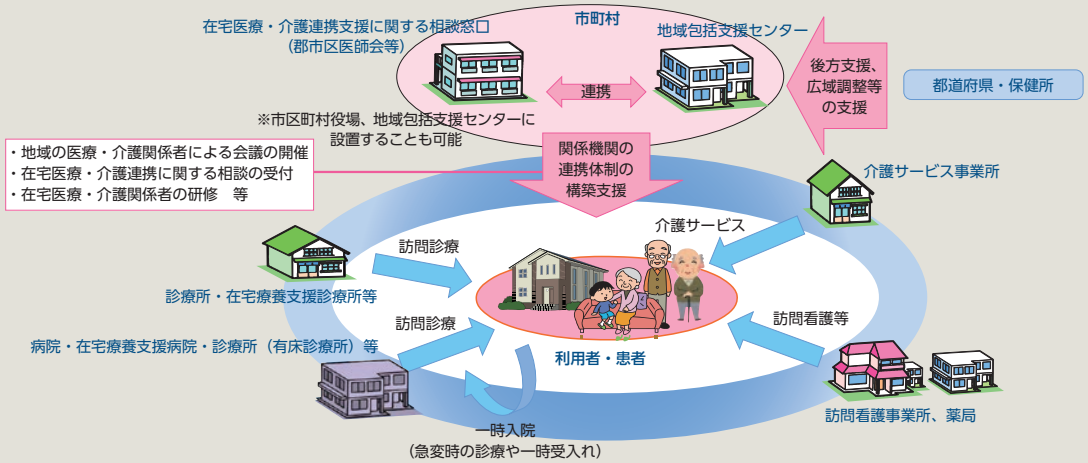
（疾病を抱えても住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられる在宅医療・介護の連携）

高齢化の進展等に伴い、医療と介護の両方のニーズを持つ高齢者が増加することが見込まれている。こうした高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けることができるようするためには、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・介護の提供を行うことが重要となる。

こうした取組みを進めるため、平成26（2014）6月の「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。）」による介護保険法の改正により、市町村が行う地域支援事業に在宅医療・介護連携の推進を位置付けた。この取組みは、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ことを目的に、市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図るものである（図表2-2-4）。

図表2-2-4　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。



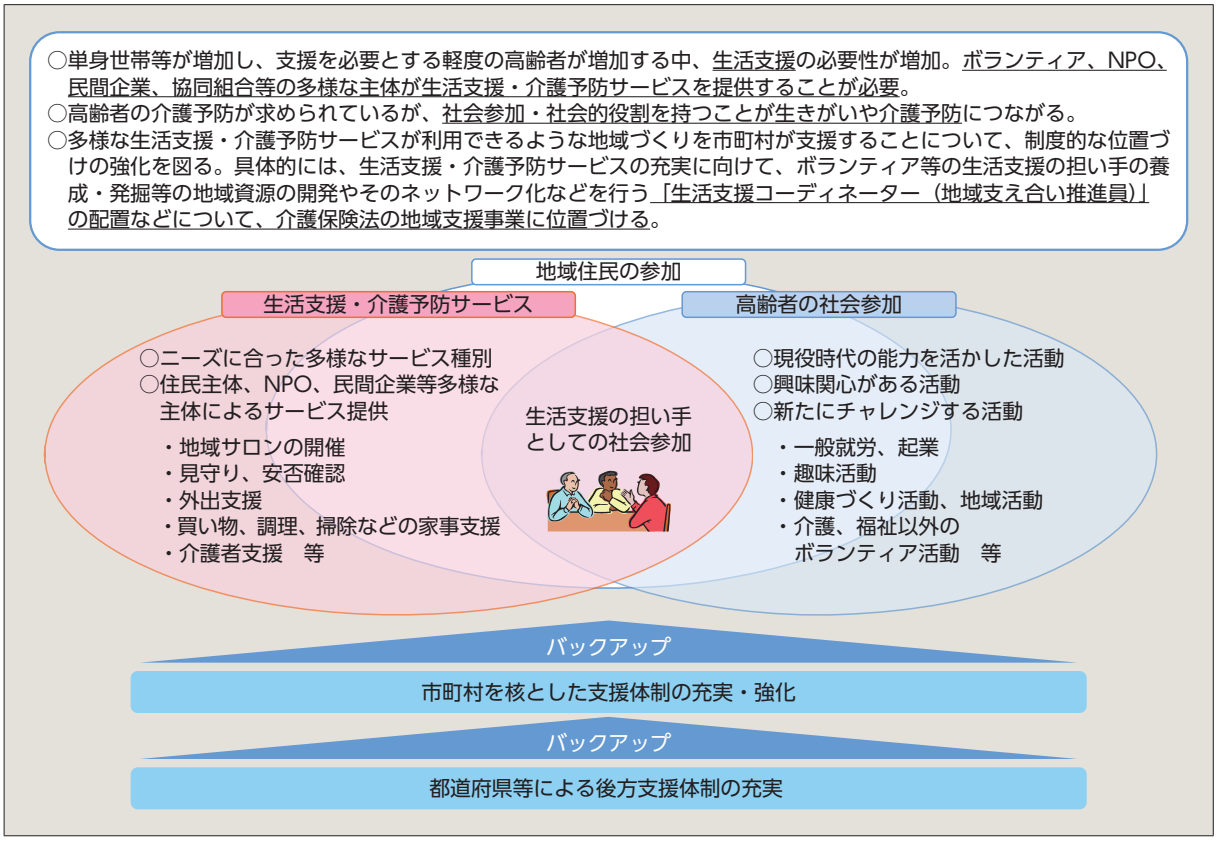
（生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加）

高齢者の単身世帯等が増加すれば、日常生活を過ごす中で支援を必要とする軽度の高齢者が増加することから、生活支援の必要性が増加することが見込まれる。そうした中で、高齢者の生活を支えていくためには、地域においてボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援や介護予防サービスを提供することが必要である。

また、高齢者の介護予防という観点からは、高齢者自身が社会参加の機会や社会的役割を持つことが重要である。

こうした観点から、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、市町村が行う地域支援事業に生活支援・介護予防サービスの充実に向けた取組みを位置付けた。具体的には、各市町村に「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」を配置し、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発や、そのネットワーク化などを行い、多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することとしている（**図表2-2-5**）。

図表2-2-5　生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加



(2) 介護保険事業計画の策定を通じた介護サービス提供体制の構築

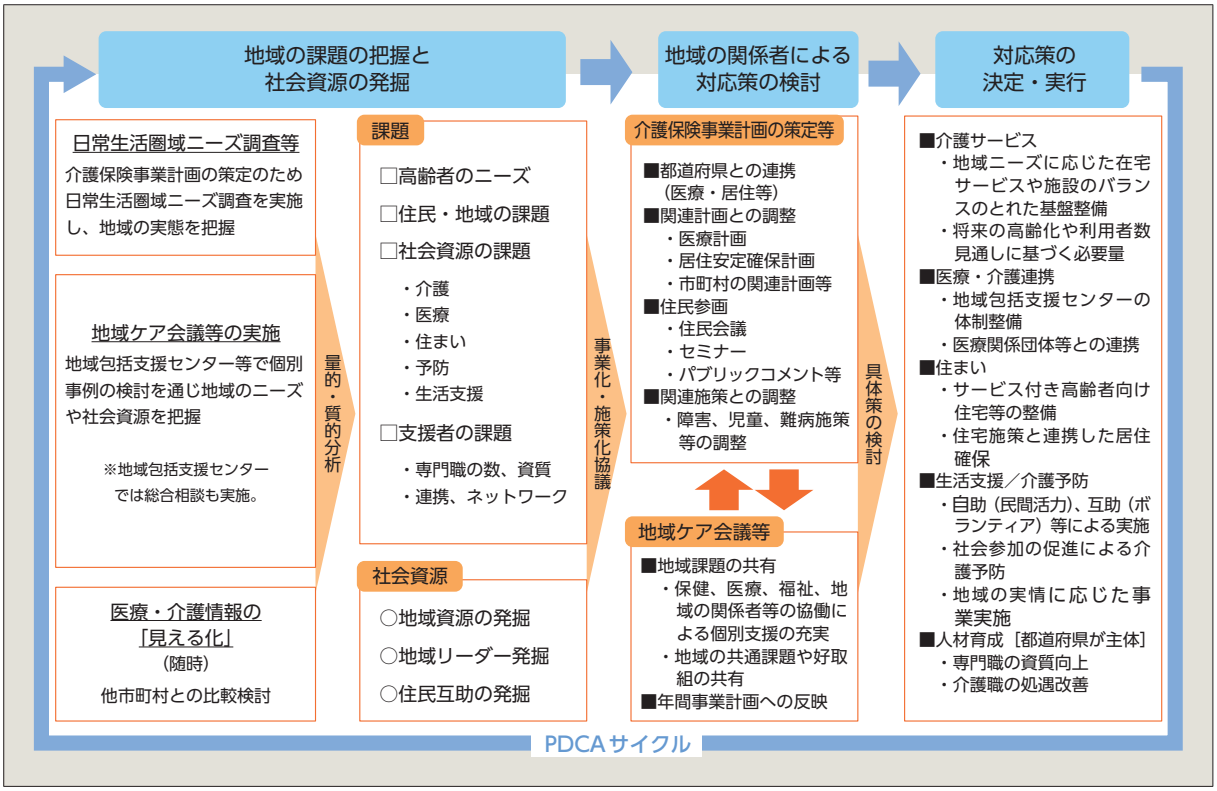
次に、上記の地域包括ケアシステムを構築していくためのプロセスとして、市町村における介護保険事業計画の策定を通じた介護サービス提供体制の構築について見てみたい。

(地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築のための介護保険事業計画)

市町村では、3年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築していくこととしている（**図表2-2-6**）。介護保険事業計画とは、市町村などの保険者が、それぞれの地域の介護需要を推計し、それに見合うサービスを確保するための計画である。介護需要は、将来人口推計や要介護認定率を用いて推計される。団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年に向けて、高齢者のみ世帯や単身者世帯がますます増加することが予想される中、介護保険事業計画の策定を通じて各地域のニーズを把握し、必要なサービス基盤を整備することが、人口減少や高齢化に対応した介護・福祉提供体制を築く上で重要である。

2015（平成27）年から2017（平成29）年までを計画期間とする第6期計画以後は、2025年に向け、第5期計画で開始した地域包括ケアシステム構築に向けた方向性を承継しつつ、新たに地域支援事業に位置付けられた在宅医療・介護連携や認知症施策の推進等の取組みを本格化していくものである。また、2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載するなど、将来を見据えた施策の展開を図っている。

図表2-2-6　市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）



(3) 自治体における取組事例

上記のとおり、高齢化の状況等は地域によって様々であり、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組みも、各地域の実情に応じて進める必要がある。

以下では、自治体における取組事例として、単身高齢者の増加や地域での空き家の増加等に対応しつつ、高齢者が安心して暮らせる地域づくりに取り組んでいる鳥取県南部町の事例と、都市部において高齢化が進む団地において高齢者が安心して暮らせるまちづくりに取り組んでいる千葉県柏市の事例を紹介する。

○鳥取県南部町～空き家等を活用した住まいの確保～

鳥取県西部に位置する南部町は、2004（平成16）年に西伯郡西伯町と会見町が合併して誕生した、人口11,568人（2013年）の町である。近年人口減少が緩やかに進んでおり、2013（平成25）年における高齢化率（人口全体に占める65歳以上高齢者の割合）も31％と、全国平均（25％）を上回っている。特に団塊の世代の高齢化により、一人暮らしや閉じこもりがちな高齢者が増加する一方、低所得高齢者や軽度者向けの住まいが地域に不足していることが課題となっていた。

そこで、地域の中での住まい・居場所づくりに向けて「鳥取型地域生活支援システムモデル事業（地域コミュニティホーム）」の取組みが始まった。空き家等の既存の建物を改修して高齢者の共同住宅を運営することにより、利用者負担を安価に抑えることで、主に

低所得の独居高齢者が地域住民とのつながりの中で暮らせる住まいの構築を図るモデル事業である。実施の主体は地域住民組織「南部町東西町地域振興協議会」であり、見守りや配食といった生活支援サービスを地域住民が必要に応じて提供する一方、医療機関や介護サービス事務所と連携して訪問診療・訪問介護などを必要な時に提供するという体制がとられた。行政はモデル事業のマッチングや財政面での支援を行った。

その結果、「在宅介護」の持つ地域の人間関係維持と「施設サービス」の持つ安心感の提供の両者を併せ持つ「第三の住まい」が実現され、低所得の独居高齢者もできる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けることが可能となった。

○千葉県柏市～高齢化が進む団地における取組み～

千葉県柏市は、東京都のベットタウンとして発展した、人口406,973人（2014年）の市である。高齢化率は全国平均や千葉県の平均を下回っているが、2010（平成22）年から2030（平成42）年にかけて75歳以上人口は2.17倍になると見込まれており、全国の伸び（1.61倍）や千葉県の伸び（2.02倍）を上回る見込みとなっている。そのような柏市の中で、高齢化率が40％を超えている地域がある。1964（昭和39）年度から管理が始まった豊四季台団地では、当時約1万人だった人口が約6,000人程度になるとともに、高齢化率が40％を超えている。また、独居や高齢者のみの世帯も多いため、高齢者が安心して暮らせる仕組みづくりを進める必要があった。

こうした状況を背景として、超高齢・長寿社会に対応したまちづくりを提案し、産学官一体での取組を実践することを目的として、2009（平成21）年に柏市、東京大学高齢社会総合研究機構、UR都市機構の三者で「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」を発足した。

この取組みでは、柏市の目指す姿を「医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが一律的に提供され、いつまでも住み慣れた地域で暮らすことができる社会」と位置づけた。さらに、具体的な手法として、在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムの実現に向けて、①地域のかかりつけ医が合理的に在宅医療に取り組めるシステムの日本のモデルを実現、②サービス付き高齢者向け住宅と在宅医療を含めた24時間の在宅ケアシステム

を組み合わせた日本のモデルの実現、③地域の高齢者が地域内で就労するシステムを構築し、できる限り自立生活を維持（生きがい就労の創成）を掲げ、取組みを進めている。

また、地域包括ケアシステムの構築に向けたモデル拠点として、豊四季台団地に、サービス付き高齢者向け住宅に様々な医療・介護サービス、子育て支援施設等を組み合わせた拠点を整備し、豊四季台団地内にとどまらず、周囲の地域も含め、地域包括ケアシステムの具体化に向けた取組みを進めている。

コラム　地域包括ケアシステムと地域における保健師の活動

地域包括ケアシステムとは、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。

地域における保健師の保健活動について厚生労働省が示している指針では、以下のように地域における保健師の保健活動について記述されており、地域のケアシステムの構築等が明記されている。（一部引用）

①地域のケアシステムの構築
保健師は、健康問題を有する住民が、その地域で生活を継続できるよう、保健、医療、福祉、介護等の各種サービスの総合的な調整を行い、また、不足しているサービスの開発を行うなど、地域のケアシステムの構築に努めること。

②予防的介入の重視
保健師は、あらゆる年代の住民を対象に生活習慣病等の疾病の発症予防や重症化予防を徹底することで、要医療や要介護状態になることを防止するとともに、虐待などに関連する潜在的な健康問題を予見して、住民に対し必要な情報の提供や早期介入等を行うこと。

③地区活動に立脚した活動の強化
保健師は、地区活動（訪問指導、健康相談、健康教育及び地区組織等の育成等）により、住民の生活の実態や健康問題の背景にある要因を把握すること。また、地区活動を通じてソーシャルキャピタル（地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会関係資本等）の醸成を図り、それらを活用して住民と協働し、住民の自助及び共助を支援して主体的かつ継続的な健康づくりを推進すること。

④地域特性に応じた健康なまちづくりの推進
保健師は、ライフサイクルを通じた健康づくりを支援するため、ソーシャルキャピタルを醸成し、学校や企業等の関係機関との幅広い連携を図りつつ、社会環境の改善に取り組むなど、地域特性に応じた健康なまちづくりを推進すること。

このように、保健師は、地域の健康課題を主体的に捉えて明らかにし、住民に対する直接的な保健サービスの提供や総合調整、地域保健関連施策の企画・立案・実施等を通じて、住民の健康の保持増進のための重要な役割を担っている。

コラム　「地域を見守る」社会貢献活動　～明治安田生命保険相互会社の取組み～

（「子どもの命・安全を守る」活動に「ご高齢者等の見守り」活動を加え、「地域を見守る」活動へ発展）

少子高齢化と人口減少が各地で進み、地域社会が、高齢者の単独・単身世帯の増加や孤立化などの課題に直面する中、住民が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、様々な主体による見守りや支えあいの取組みが行われている。

明治安田生命保険相互会社では、2014（平成26）年9月から全国の支社・営業所に所属する約3万5千人の職員が行っている日々の訪問活動を地域社会に生かす取組みとして、「地域を見守る」社会貢献活動を開始

している。同社では、2006（平成18）年から警察庁の協力のもと地域における「子どもの命・安全を守る」活動を推進してきたが、高齢者単独世帯等の増加を踏まえて、それまでの取組みに「ご高齢者等の見守り」活動を加え、「地域を見守る」活動として発展させたものである。

（「活動プレート」や職員研修により見守り活動を効果的に推進）

この活動の主な担い手は、全国に約1,000箇所ある支社・営業所の職員で、本社の事務局から活動支援ツールとして、全員にネック・ストラップ付「活動プレート」が配付されている。各職員は、このプレートに担当地区の最寄りの警察署・小学校・自治体等の緊急時連絡先を記入のうえ常時、携行しており、営業活動の中で通報を要する事態や異変（例えば、郵便物がポストからあふれている、同じ洗濯物が何日も干されている等）に気付いた場合、記入した連絡先窓口へ報告をすることになっている。

「活動プレート」（表面）

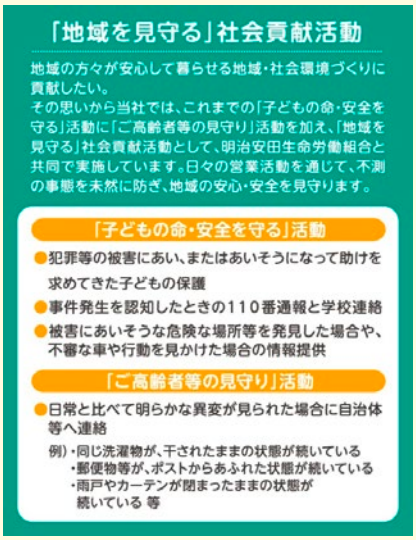
「活動プレート」（裏面）

このような活動の開始に当たって、同社では全職員向けに携行営業端末で視聴できる映像教材と手順・解説書等を提供しており、活動の趣旨や具体的な手順等とともに、どのような異変が通報の手掛かりとなるかについて研修を実施している。実際に活動を始めて、既に「玄関ドアが数センチ開いたままの家の中で倒れている高齢者を発見した」「ケガをして泣いている小学生の状況を確認し、小学校まで連絡のうえ、送り届けた」等の成果が挙がっている。

（活動ポスターにより、地域における周知や理解を推進）

各支社・営業所では、自社作成の活動ポスターを掲示し、職員が訪問先に活動用チラシを届けるなど、地域に「さりげない」見守り活動を知ってもらいながら、そうした取組みの大切さの理解浸透を図っている。今後も、子どもが健やかに育ち、また、高齢者をはじめ住民の誰もが安心して笑顔で過ごせるような地域づくりに貢献していくため、この活動をしっかりと根付かせ発展させていく方針である。

ここでは、生命保険会社の取組みとして明治安田生命の事例を紹介したが、このほかにも、郵便局、宅配、新聞、生協、電気、水道、ガスなど、地域に根ざして活動する多くの事業者による見守り活動が、自治体とも連携しつつ始められており、各地域において、人口減少に直面しながらも、住民生活の安心に向けた取組みが進められている。



「活動プレート」（中面）

「明治安田生命作成の活動ポスター」

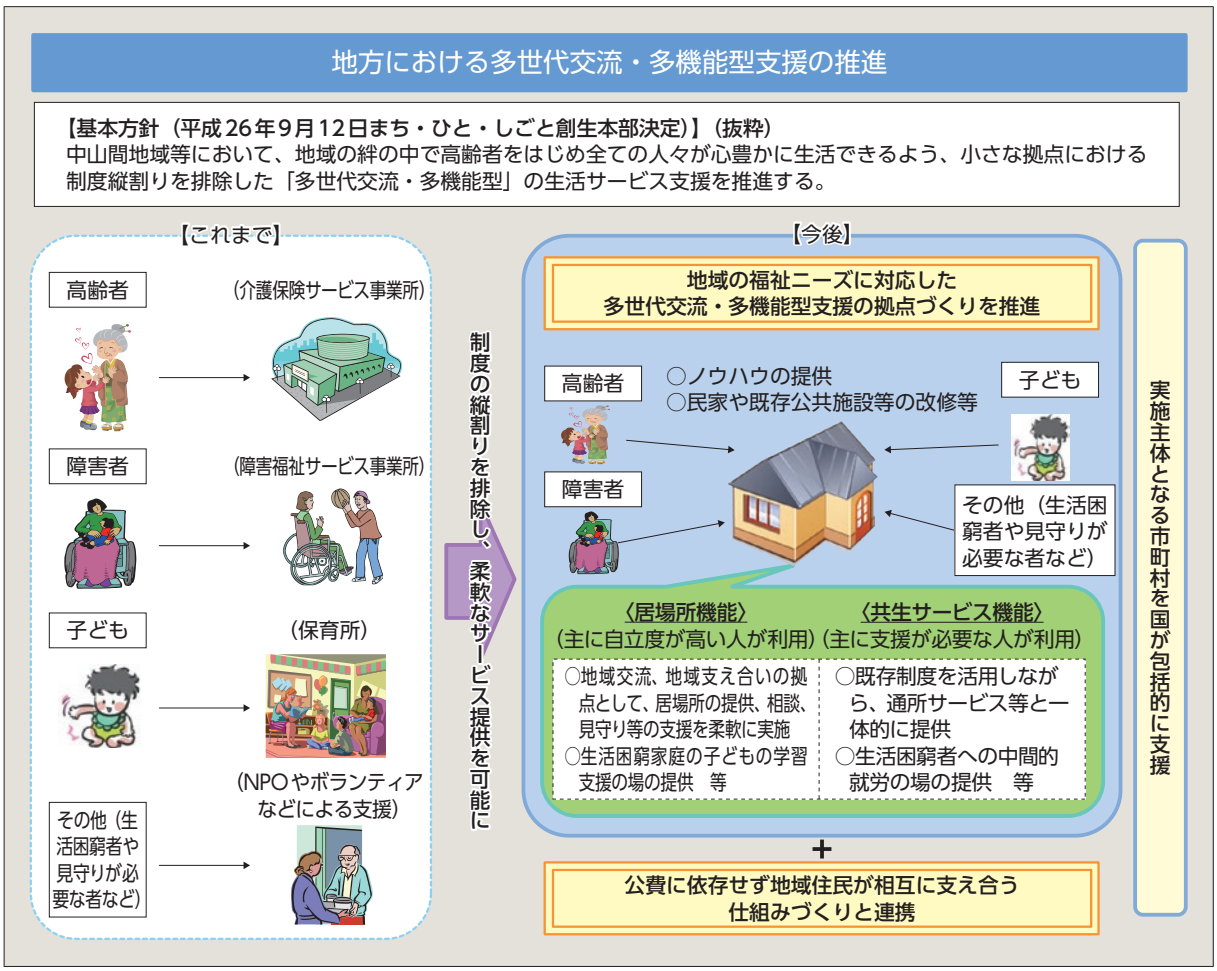
2 小さな拠点（多世代交流・多機能型）

（地域の社会資源を最大限有効に活用し必要なサービスの確保を）

これまでの福祉政策は、基本的には、高齢者、障害者、児童など対象者固有のニーズに対応したサービスを育成・推進することにより、質の高い専門的サービスの提供に寄与してきた。一方、今後の人口減少を見据えれば、特に中山間地域等では、高齢者福祉、障害者福祉、児童福祉などの各制度に基づき、これまで対象者別に提供されてきたサービスをより効果的・効率的に提供する体制を構築し、また地域交流・地域支え合いの拠点としての機能を強化する必要がある。

このため、「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）のメニューとして「多世代交流・多機能型福祉拠点の推進」を設け、地域の福祉ニーズに対応した多世代交流・多機能型の拠点作りを推進している（**図表2-2-7**）。

図表2-2-7　小さな拠点（多世代交流・多機能型）の概要



コラム　高知県で整備が進む地域福祉の拠点「あったかふれあいセンター」

○　過疎地住民の生活を支え孤立を防ぐ

高知県大豊町は、高知市から40kmほど北にある山間部に位置する町。険しい山々に囲まれた町の中央には吉野川が雄大に流れ、自然豊かなところである。かつては2万人を超えていた町の人口は、現在およそ4,300人、高齢化率は実に55％を超える中、町内80を超える集落のそれぞれで、住民が昔から住む土地で生活している。

このような環境の中、町の地域福祉に「大豊町あったかふれあいセンター」が重要な役割を果たしている。これは、高知県が県内で整備を進める「あったかふれあいセンター」の一つで、大豊町が実施する事業として町の社会福祉協議会が運営している。

このセンターでは、高齢者や障害者らの通所型のサロンや地域に出向いてのミニデイサービスなどを行っているほか、あわせて送迎時に行政機関での手続きや買い物などの支援を行い、また自宅への訪問による見守り支援も行っている。

過疎化・高齢化が進む中、それぞれの集落に住む高齢者や障害者は、外出して他の住民と交流する機会が乏しく、またサロンや生活支援を供給する民間福祉サービスが少ない状況の中、このセンターの取組みは町の住民生活の大きな支えとなり、また孤立防止の役割も果たしている。

大豊町あったかふれあいセンターの
拠点の概観
（1階の一部分で実施）

大豊町あったかふれあいセンターでの
活動の様子

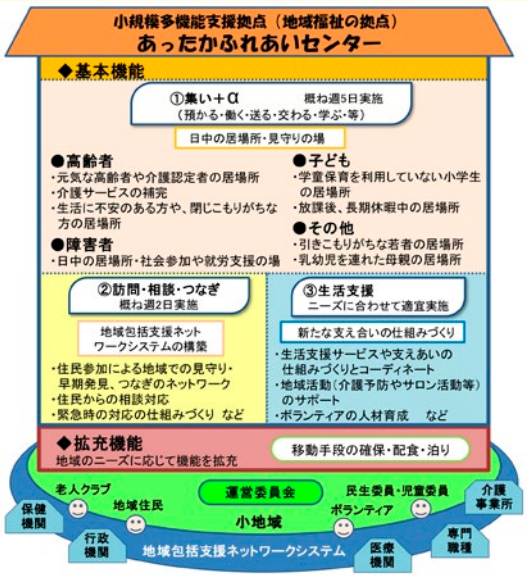
○多世代の多様なニーズに応える総合福祉拠点として県内で整備を推進

高知県では、このような「あったかふれあいセンター」の整備を2009（平成21）年度から独自に進め、今では県内28市町村の38拠点176サテライトで運営されるに至った（平成26年度末現在）。

この背景には、県内で人口減少・高齢化が急速に進む中、それぞれの地域が共通して抱える課題がある。これまで地域が担ってきた支えあいの力が弱まる一方、子育て、介護、障害者支援など多様なニーズがありながらも、利用者が少ないため民間事業者の進出が進まず、各サービスの提供体制を別々に整備することが非効率となってしまっていたのである。

このような課題を解消し、多世代の多様なニーズに応えるため、また、既存制度によるサービスでは担いきれない、「集い」「学び」「交流」「買い物」など「制度の隙間」のニーズにも併せて応えていく総合的な地域福祉の拠点として、県の支援のもと市町村の事業として「あったかふれあいセンター」の整備が進められた。そこでは、高齢者、障害者、子ども等を問わず、日中の居場所・見守りの場の提供、訪問、相談を実施し、住民の生活を支えている。

また、センターによっては、更にサテライト拠点を自治体内の集会所などに設け、それぞれの地区や集落の住民がより身近に利用しやすくする工夫もなされている。



高知県「あったかふれあいセンター」
の取組概要

○地域福祉計画での位置づけや地域福祉コーディネーターの配置によって、地域の課題・住民ニーズに即した支援を実施

この「あったかふれあいセンター」の取組みの特徴の一つとして、拠点で実施するメニューは各市町村が決定をした上で、市町村の多くで地域福祉計画に位置づけていることがあげられる。これにより、各地域のニーズに即した支援が可能となり、上記で紹介した大豊町以外にも、子育て中の母親への相談支援に力を入れたセンターや、介護保険事業と連携して運営するセンターなど、地域のニーズに即した運営がなされている。

また、それぞれのセンターに共通して「地域福祉コーディネーター」が配置されている点も特徴的である。彼らが、地域の生活課題に応じたサービスづくりや、把握した個々の

住民の生活課題を支援するための専門機関へのつなぎのほか、地域で住民同士が支え合う体制構築の支援の役割も担う。さらに、県ではこの「地域福祉コーディネーター」に対する研修を実施してその人材育成を図っており、こうして県内の各拠点の平準化に努めている点も注目すべきである。

今後、県がこれらのセンターの整備を進めるに当たって、拠点の追加のほか、安定した財源の確保、職員の更なるスキルアップ、介護保険の地域支援事業としての活動の検討などが課題であるという。さらに、想定される南海トラフ地震やそれに伴う津波の避難支援体制の構築の観点からも、これらのセンターを活用した地域福祉活動の強化が検討されている。

小規模ながらも一つの拠点において、既存の制度の枠組みを超えて多様なサービスを提供し、地域の支え合いの要となっているこの高知県の「あったかふれあいセンター」の取組みは、人口減少が進む中、それに応じて住民の生活を如何に維持していくかという全国の多くの地域が直面する課題に対して、一つのヒントを与えているといえよう。

3 福祉サービスや人材に関する連携等の検討

（少子高齢化の進展に伴う福祉サービスの人材確保や支援ニーズの変化への対応が必要）

急速な少子高齢化の進展に伴い、介護ニーズが増大する一方で生産年齢人口は減少している。このため、介護・福祉を担う人材の確保が大きな課題となるとともに、質を落とさずに効率的に人材を活用し、サービスを提供する必要性が増している。

また、少子高齢化の進展は人口構成の変動も引き起こし、これに伴って介護・福祉分野での支援ニーズも大きく変動する。特に中山間地域等ではそれぞれの分野ごとで別々に支援を行っていてはサービスが維持できないといったことも生じることが見込まれる。

さらに、核家族化や地域のつながりの希薄化等により、様々な分野の課題が絡み合ったり、世帯単位で複数分野の課題を抱えたりするなど、必要とされる支援の複雑化が進んでいる。

このような現状を踏まえると、

・支援ニーズの変動へも柔軟に対応できる、効果的・効率的なサービスの提供

・対象者の状況に応じた、分野を問わない包括的な支援の実施

が求められる。このため、①分野を問わない包括的な相談支援を実施すること、②業務の効率化をはかり、少ない人数でのサービス提供を可能とすること、③高齢者・障害者・子ども等の複数分野の福祉サービスを緊密に連携して包括的に提供できるようにすること、④これらを担うことができる福祉人材を育成すること、が必要である。

（複数のサービスのコーディネートによる、福祉サービスの一体的な提供を検討）

これらを踏まえ、複数サービスをコーディネートし、一体的に提供することを進めることを検討している。具体的には、

①高齢者・障害者・子ども等対象者に関わらず、相談支援を包括的に行う仕組みやサービスを緊密に連携して包括的に提供できるようにする方策の具体化

②イノベーションを活用した効率的なサービス提供プロセスの分析・検証と横展開

③福祉人材の多様なキャリアステップの推進方策や、分野を超えた包括的な支援に必要なノウハウ等に係る研修方法等の検討

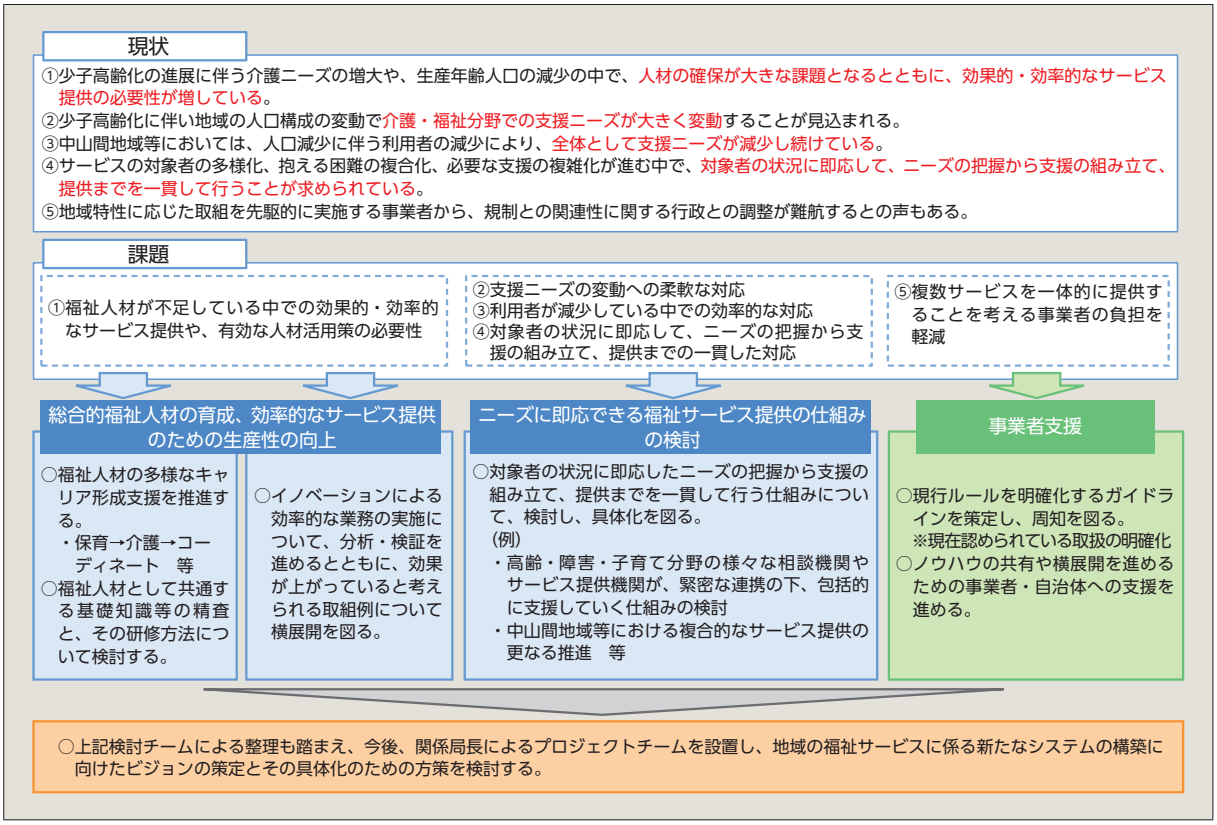
について取り組んでいく。

また、現行の基準の下で、先駆的に複数サービスの実施等に取り組んでいる事業者から、規制に関する行政等との調整が難航するとの声もあったことから、現在認められている取扱いの明確化を図るため、複数サービスの一体的な提供が可能な現行の基準を明確化するガイドラインを策定し、周知することとしている（図表2-2-8）。

（目指すのは全ての人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域作り）

今後とも、地域の福祉サービスに係る新たなシステムの構築に向けたビジョンの策定とその具体化を迅速に行うべく検討を進め、世代や抱える課題を問わず、全ての人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる地域作りを目指していく。

図表2-2-8 複数サービスのコーディネート（平成27年6月16日厚生労働省「介護・福祉サービス・人材の融合検討チーム」）



第3節 まとめ

本章では、現在、人口減少社会の克服に向けて、政府そして厚生労働省がどのように取組みを進めているかを概観してきた。

長期ビジョンにもあるように、人口減少克服のためには、国民が危機意識を共有することが最も重要である。

長期ビジョンや総合戦略の策定、また、それを踏まえた各省での各種取組み、各自治体における総合戦略の策定が進む中で、危機意識の共有については、一定程度進んできたものと考えられる。

今後は、各省、また、各地域ごとの個々の取組みを、実態に合わせて徹底してやり抜き、様々な取組みを総合した政策集合（パッケージ）としての効果に、いかにつなげていくか、が求められていくこととなる。

厚生労働省としては、人口減少に歯止めをかける政策に加え、一定程度の人口減少があっても、それぞれの地域で、安心して暮らせる社会をつくっていくことも大切な役割となる。

状況は常に変化する。変化を敏感に捉え、取組みを不断に見直し、国民が一丸となって人口減少社会の克服に向かって取り組み「続ける」ことが今必要となっている。

おわりに

以上、序章にて、人口減少の今後の見通しや影響を概観した上で、第１章にて人口の推移や人口に関わる施策の変遷を振り返り、また人口減少の現状や背景について国民の意識も含め分析を試みた。

また第２章では、厚生労働省が取り組む人口減少克服のための取組みとして、人口減少を抑えるための試み、また人口減少社会にあっても国民の生活を維持していくための取組みについて紹介した。

いよいよ人口減少社会に突入した今、我が国はこれまで経験したことない岐路に立っている。今後の人口減少をできる限り抑制し、また人口減少が進む中にあっても如何に国民の生活を維持できるか否かは、いまどのように取り組むかにかかっている。

この白書により、人口減少に対する国民の認識がより深まり、人口減少克服のための取組みを推進する一助になれば幸いである。

参 考 文 献

◉内閣官房「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」（2014年）
◉厚生労働省雇用政策研究会「雇用政策研究会報告書」（2014年）
◉経済財政諮問会議 専門調査会「選択する未来」委員会「未来への選択―人口急減・超高齢社会を超えて、日本発 成長・発展モデルを構築―」（2014年）
◉厚生労働省「厚生労働白書」（各年版）
◉国立社会保障・人口問題研究所　京極高宣・高橋重郷編「日本の人口減少社会を読み解く」（中央法規出版2008年）
◉西村周三監修・国立社会保障・人口問題研究所編「社会保障費用統計の理論と分析：事実に基づく政策論議のために」（東京大学出版会2014年）
◉厚生省五十年史編集委員会「厚生省五十年史（記述篇）」（1988年）
◉内閣府「少子化社会対策白書」（各年版）
◉諸富祥彦「明治大学で教える「婚育」の授業」（青春出版社、2011年）
◉厚生労働省「2014年 海外情勢報告」
◉独立行政法人労働政策研究・研修機構「データブック国際労働比較2015」（2015年）
◉内閣官房「まち・ひと・しごと創生総合戦略」（2014年）
◉内閣府「少子化社会対策大綱」（2015年）
◉内閣官房「社会保障・税一体改革大綱」（2012年）
◉厚生労働省「厚生労働省まち・ひと・しごと創生サポートプラン」（2015年）
◉厚生労働省「『不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会』報告書」（2013年）

第2部

現下の政策課題への対応

第1章 子どもを産み育てやすい環境づくり

第1節 少子社会の現状

我が国の合計特殊出生率は、2005（平成17）年には1.26と過去最低を更新した。

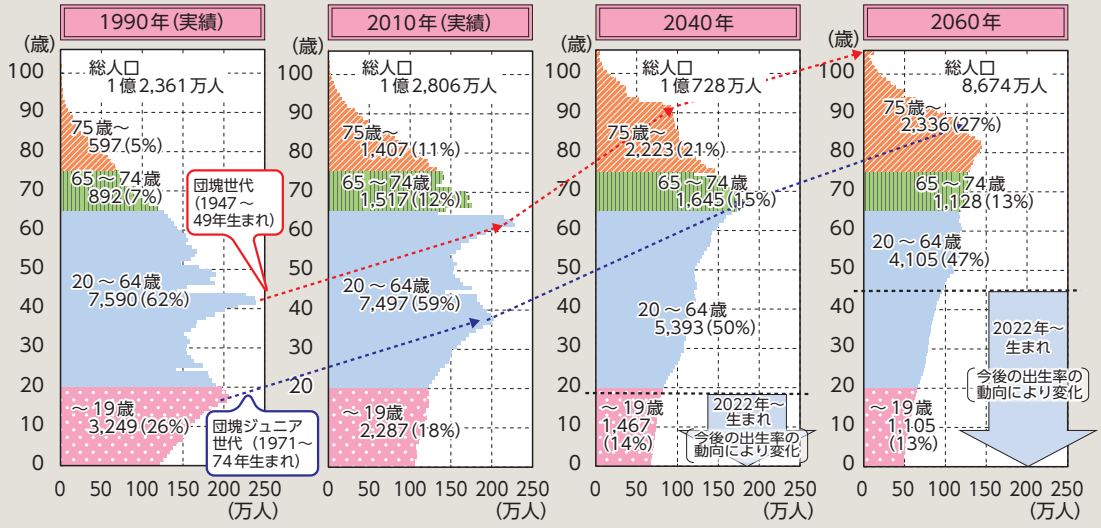
2006（平成18）年以降の合計特殊出生率は、横ばいもしくは微増傾向だが、2014（平成26）年も1.42と依然として低い水準にあり、長期的な少子化の傾向が継続している。

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（平成24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、結婚しても子どもを持って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。

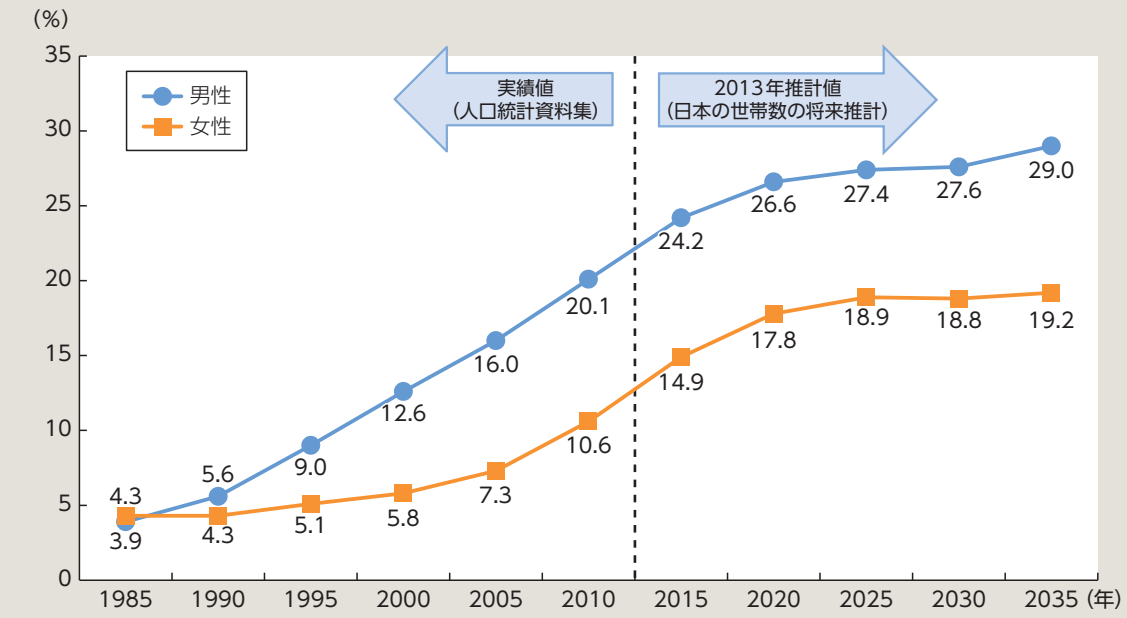
図表1-1-1 人口ピラミッドの変化（1990、2010、2040、2060）－平成24年中位推計－



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。

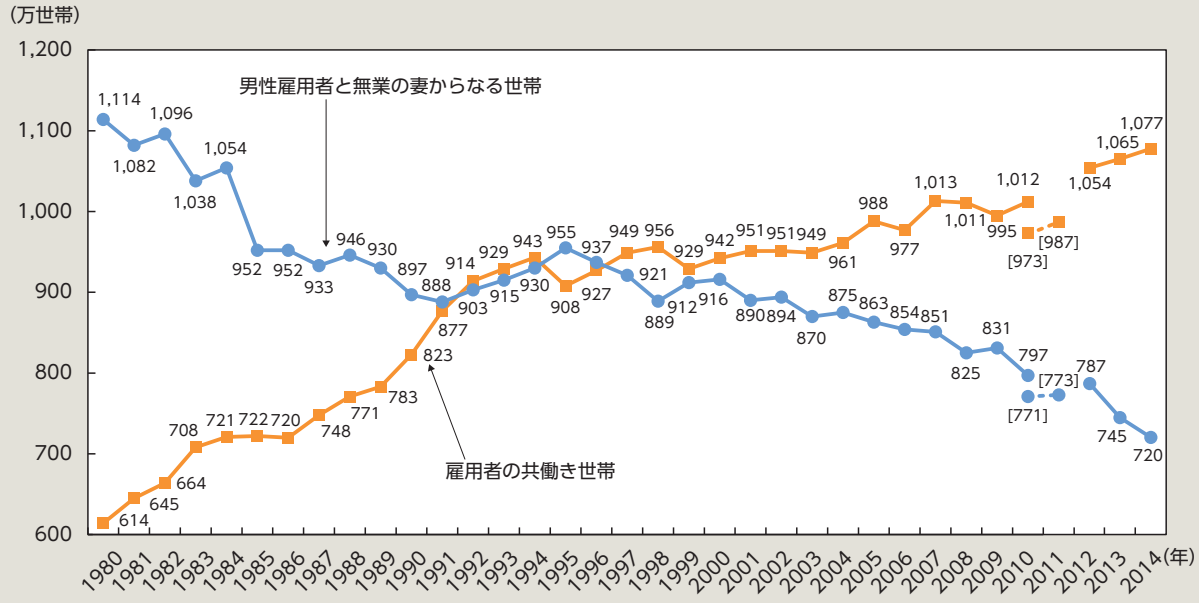
図表1-1-2　生涯未婚率の推移



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27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年度予算においては、消費税10%への引上げが2017（平成29）年4月に延期されたものの、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、所要の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。

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子ども又はその保護者の身近な場所で、教育・保育・保健その他の子育て支援の情報提供及び必要に応じ相談・助言等を行うとともに、関係機関との連絡調整等を実施する事業「利用者支援事業」や、②乳幼児及びその保護者が相互の交流を行う場所を開設し、子育てについての相談、情報の提供、助言その他の援助を行う「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

保育所への入所を希望しながら保育所に入所することができない「待機児童」を解消するため、2002（平成14）年度からの「待機児童ゼロ作戦」等に基づき、保育所の受入れ人数を引上げる等の取組みを進めてきたが、待機児童数は2014（平成26）年4月現在、21,371人となり、4年連続で減少したものの、依然として多くの子どもの受け入れ先が不足している。

このため、2013（平成25）年4月に策定した「待機児童解消加速化プラン」では、2013・2014（平成25・26）年度の2年間で約20万人分の保育の受け皿を確保し、2017（平成29）年度末までに、潜在的な保育ニーズも含め、約40万人分の保育の受け皿を確保し、待機児童の解消を目指すこととしている。

こうした中で、2015（平成27）年度には、「待機児童解消加速化プラン」に基づき、保育所等の施設整備や小規模保育等の改修により、約8.2万人分の受入児童数の増加を図ることとしており、また、「待機児童解消加速化プラン」の確実な実施のため、子ども・子育て支援新制度において国全体で必要となる保育士数を明らかにした上で、数値目標と期限を明示し、人材育成や再就職支援等を強力に進めるための「保育士確保プラン」を2015年1月に策定した。

「保育士確保プラン」では、新たに必要となる6.9万人の保育士確保に向けて、保育士試験の年2回実施の推進や処遇改善など保育士確保に向けた新たな施策を講じるほか、従来の保育士確保施策についても、引き続き確実に実施し、施策に関する普及啓発を積極的に行うなど、更なる推進を図ることとしており、省を挙げて保育士の確保に向けて全力で取り組んでいく。

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。2014年5月1日時点では、放課後児童クラブ数は全国で2万2,084か所、登録児童数は93万6,452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9,945人となっている。こうした中、いわゆる「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、文部科学省と厚生労働省が共同で、2014年7月31日に「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、受入児童数の拡充を図り、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すこととしている。

第4節　児童虐待防止対策、社会的養護の充実、女性保護施策の推進

1 児童虐待防止対策の取組みの推進

(1) 児童虐待の現状

児童虐待への対応については、2000（平成12）年11月に施行された児童虐待の防止等に関する法律（平成12年法律第82号。以下「児童虐待防止法」という。）及び児童福祉法（昭和22年法律第164号）の累次の改正や、民法等の一部を改正する法律（平成23年法律第61号）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、2013（平成25）年度には児童虐待防止法制定直前の約6.3倍に当たる7万3,802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、虐待による死亡事件は毎年100件前後発生・表面化する中で、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、2014（平成26）年8月29日に関係府省庁による児童虐待防止対策に関する副大臣等会議が開催され、同年12月26日の同会議において、居住実態が把握できない児童への関係省庁で連携して行う新たな取組みと併せて、児童虐待を未然に防ぐとともに、虐待を受けたとしても重篤化する前に迅速に発見し、的確に対応するための対応策について、以下の5項目を柱として取りまとめられた。

Ⅰ．妊娠期からの切れ目ない支援のあり方
Ⅱ．初期対応の迅速化や的確な対応のための関係機関の連携強化
Ⅲ．要保護児童対策地域協議会の機能強化
Ⅳ．児童相談所が、虐待通告や子育ての悩み相談に対して確実に対応できる体制整備
Ⅴ．緊急時における安全確認、安全確保の迅速な実施

(2) 児童虐待防止対策の取組み状況

児童虐待は、子どもの心身の発達及び人格の形成に重大な影響を与えるため、児童虐待の防止に向けて、①虐待の「発生予防」から、②虐待の「早期発見・早期対応」、③虐待を受けた「子どもの保護・自立の支援」、「保護者への支援」に至るまでの切れ目のない総合的な支援体制を整備・充実していくことが必要である。

このため、

①発生予防に関しては、生後4か月までの乳児がいる全ての家庭を訪問し、子育て支援に関する情報提供や養育環境等の把握、育児に関する不安や悩みの相談等の援助を行う「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」や、養育支援が特に必要であると判断される家庭に対して、保健師・助産師・保育士等が居宅を訪問し、養育に関する相談に応じ、指導、助言等により養育能力を向上させるための支援を行う「養育支援訪問事業」、子育て中の親子が交流・相談できる「地域子育て支援拠点事業」の推進等、相談しやすい体制の整備

②早期発見・早期対応に関しては、虐待に関する通告の徹底、児童相談所の体制強化のための児童福祉司の確保、市町村の体制強化、専門性向上のための研修やノウハウの共

有、「要保護児童対策地域協議会（子どもを守る地域ネットワーク）」の機能強化

③保護・自立の支援、保護者への支援に関しては、社会的養護の質・量の拡充、家族再統合や家族の養育機能の再生・強化に向けた取組みを行う保護者支援の推進などの取組みを進めている。

児童相談所全国共通ダイヤル（0570-064-000）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桁番号から3桁番号（189）に変更し、運用を開始する。

さらに、社会保障審議会児童部会の下に「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」を設置し、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。

(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。2014（平成26）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24日・和歌山県和歌山市）、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（ラジオ、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。

児童虐待防止啓発ポスター

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。これに沿って、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いる。

(2) 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、里親手当の引上げや、里親に対する相談支援等を行う「里親支援機関事業」を実施するほか、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。さらに、2012（平成24）年度予算から、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、里親の孤立化防止など里親支援の体制を整備しながら、里親委託を推進していく。

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年度予算から、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（平成27）年度からの15年間を推進期間とした計画を各施設（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。

(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、2009（平成21）年に施行された改正児童福祉法では、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。

また、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。

さらに、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支援することが必要である。このため2007（平成19）年度から、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。

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。

(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

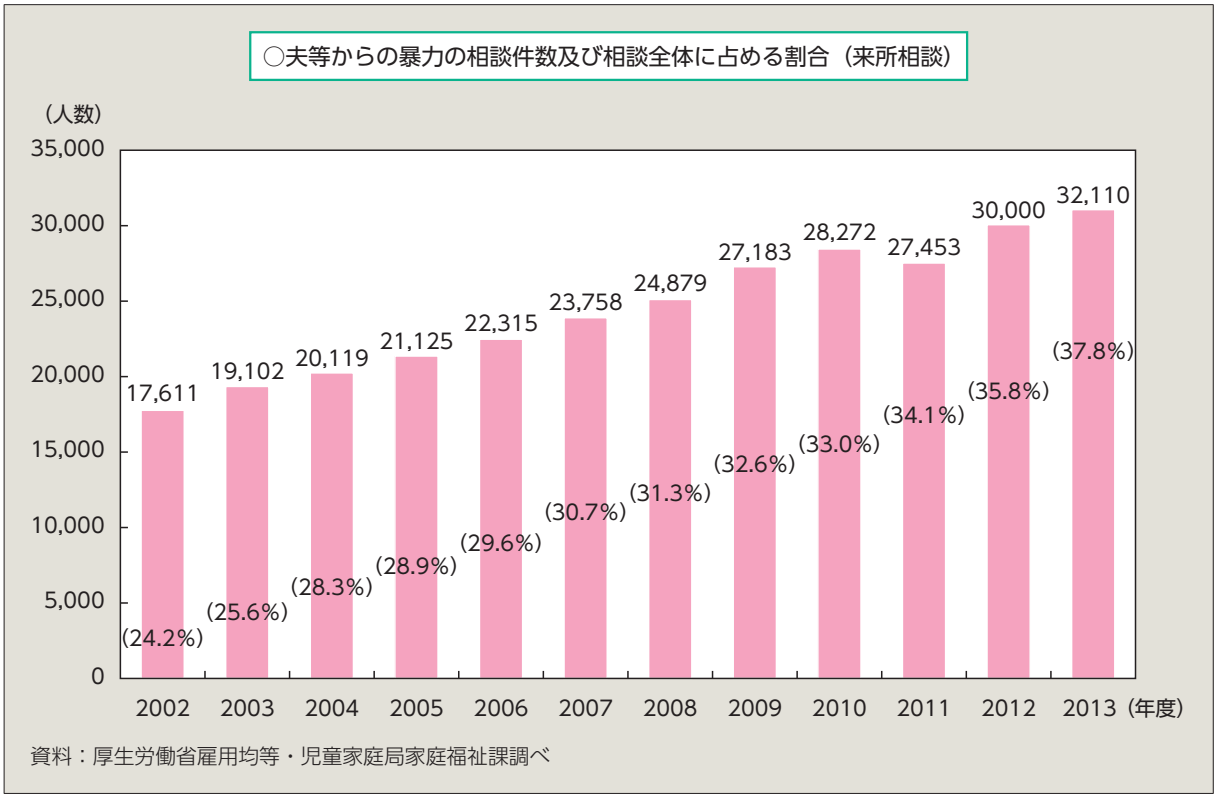
等が規定された。これを受けて厚生労働省では「被措置児童等虐待対応ガイドライン」を作成し、被措置児童等虐待の防止に取り組んでいるところである。

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。2013（平成25）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、85,044人（2012（平成24）年度84,012人）のうち、「夫等の暴力」を主訴とする者が32,110人（2012年度30,000人）であり、相談理由の37.8%（2012年度35.8%）を占めるなど、配偶者からの暴力被害者が増加しており、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1-4-1　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、361名（2001（平成13）年4月1日～2014（平成26）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、子どもの貧困対策を総合的に推進するため、①教育の支援、②生活の支援、③保護者に対する就労の支援などを盛り込んだ「子供の貧困対策に関する大綱」を策定した。

子どもの貧困を解消するためには、貧困の世代間連鎖を断ち切るとともに積極的な人材育成を行うことが重要であることから、ひとり親家庭の子どもへの学習支援の充実や2015（平成27）年4月に施行された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ているところである。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、推進していくこととしている。

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]。

＊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

母子世帯の平均年間収入は291万円であり、児童のいる世帯の1世帯当たり平均所得金額697万円と比べて低い水準となっている。一方、父子世帯の平均年間収入は455万円であり、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」（昭和39年法律第129号）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いる（図表1-6-1）。

特に、母子家庭の母については、就業経験が少なかったり、結婚・出産等で就業が中断したりすることにより、就職に困難を伴うことが多く、就職しても不安定な雇用条件にあることが多いことから、自立に向けた就業支援がとりわけ重要である。

このため、2014（平成26）年度には、

①マザーズハローワークをはじめ、全国のハローワークでのきめ細かな職業相談・職業紹介や、地方自治体が設置する母子家庭等就業・自立支援センターでの就業相談・講習会・就業情報の提供等の実施

②地方自治体とハローワークが締結した協定等に基づき、母子・父子自立支援プログラムを策定する福祉事務所等によって選定された母子家庭の母や父子家庭の父に対して、ハローワークと福祉事務所等の担当者からなる「就労支援チーム」を結成し、対象者のニーズ、経験及び適性等を的確に把握し、対象者の状況に応じて、個別求人開拓、トライアル雇用の実施や就労支援ナビゲーターによるマンツーマン支援等の就労支援を行う「生活保護受給者等就労自立促進事業」の実施

③就労経験が乏しい母子家庭の母等の職業的自立を促進するため、就職の準備段階としての生活講習を加えた「準備講習付き職業訓練」の実施

④就業に結びつきやすい資格取得のために養成機関に通う際の生活費の負担軽減のための高等職業訓練促進給付金の支給

⑤企業における母子家庭の母等の雇い入れを促進するため、トライアル雇用を実施した事業主に対するトライアル雇用奨励金の支給や、継続して雇用する労働者として雇い入れた場合の特定求職者雇用開発助成金の支給

などの取組みを推進している。

また、母子家庭等に対する経済的支援として、

①児童扶養手当の支給

②母子父子寡婦福祉貸付金による生活費や子どもの修学費等に対する貸付け

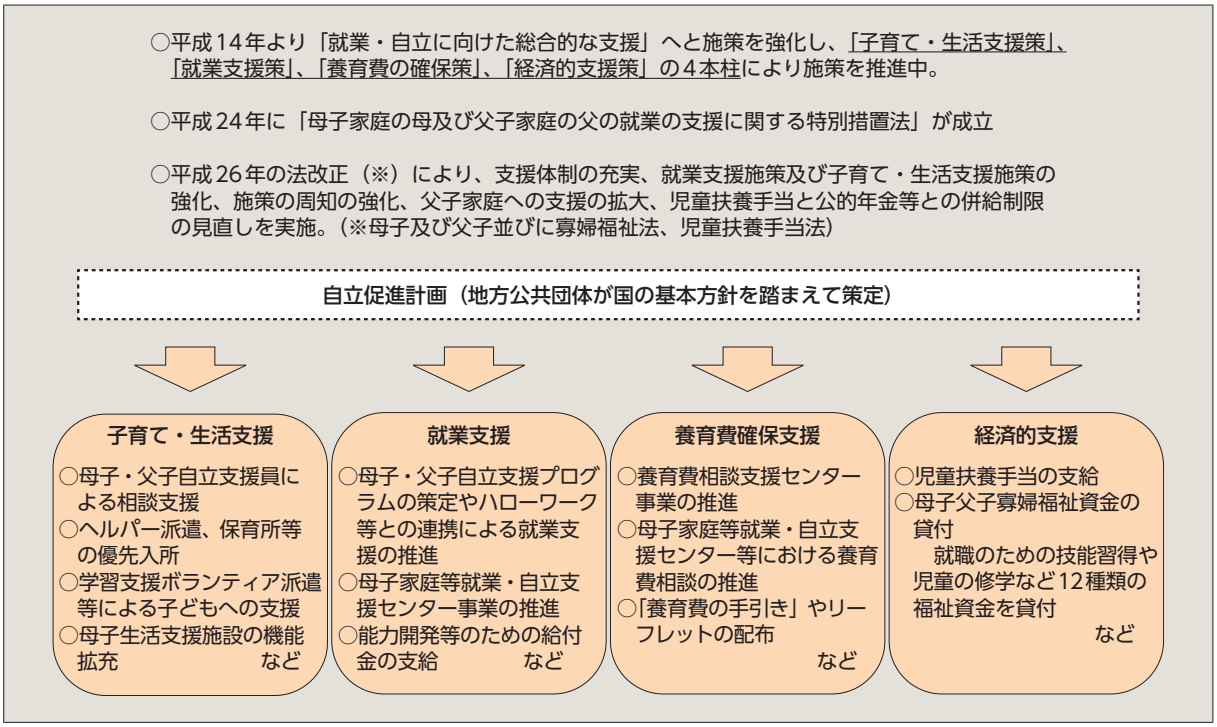
を実施している。このうち、児童扶養手当については、「児童扶養手当法の一部を改正する法律」（平成22年法律第24号）の施行に伴い、2010（平成22）年8月より父子家庭も支給対象としている。

さらに、2014年4月16日に成立した「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」（平成26年法律第28号）によ

＊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24年国民生活基礎調査」

り、2014年10月に「母子及び寡婦福祉法」の法律名が「母子及び父子並びに寡婦福祉法」に改称されるとともに、新たに父子家庭を対象とした福祉資金貸付制度が創設されたほか、高等職業訓練促進給付金及び自立支援教育訓練給付金を法律に位置づけ、公課禁止、差押え禁止とされた。あわせて、2014年12月より、児童扶養手当と公的年金との併給制限が見直され、公的年金の額が児童扶養手当の額を下回る場合は、その差額分の手当を支給できることとされた。

図表1-6-1 ひとり親家庭等の自立支援策の体系



コラム 明石市における離婚後の「こども養育支援」に関する取組み

離婚による子どもの養育は、親権の有無にかかわらず、両親の責任である。

このため、養育費の確保については、養育費の取決めや確保が適切になされるよう、離婚する前からの意識付けが重要であり、離婚当事者に対する周知啓発や相談に対応する者に対する支援が必要である。

また、面会交流については、その意義や課題などを双方の親を含む関係者が認識した上で、取決め・実施が適切になされるよう、関係機関や民間団体と協力して周知啓発や相談対応を実施していくことが重要である。

このため、国においては、養育費相談支援センターにおいて、普及啓発や相談を行うとともに、地域における養育費や面会交流の相談員に対する研修の実施を通じて、相談機能の強化を図っている。

また、都道府県等においても、母子家庭等就業・自立支援センターに養育費に関する専門知識を有する相談員を配置し、相談機能の強化を図っている。

養育費の確保や面会交流については、自治体独自の取組みも進められており、例えば、兵庫県明石市では、「こどもを核としたまちづくり」の一環として、平成26年度から、子どもの健全育成に関わる離婚時や別居時における子どもの養育について、子どもの立場に立った様々な支援を行っている。

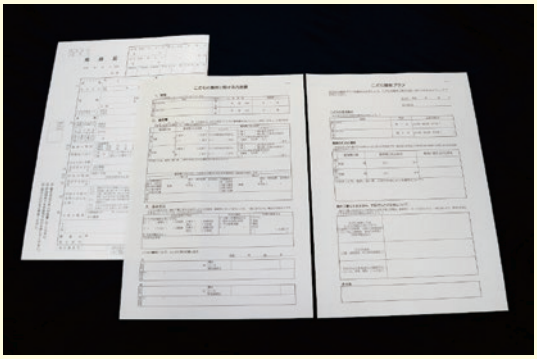
1 関係機関と連携した支援の実施

公益社団法人家庭問題情報センター（FPIC）、日本司法支援センター（法テラス）、弁護士会及び公証役場などと連携して、FPIC相談員、弁護士及び公証人などによる

相談を実施し、必要に応じて市役所内に設置された法テラス窓口や弁護士会につないでいる。

2　参考書式の配布

養育費や面会交流などの取決めを促すため、「こどもの養育に関する合意書」及び「こども養育プラン」を作成し、離婚届と一緒に配布している。



3　その他の主な取組み

(1)「こどもと親の交流ノート」等の配布

離婚や別居後における子どもの情報を父母間で共有し、子どもの日常生活や面会交流の内容について記録する冊子等を配布している。

(2) 親子交流サポート事業

離婚や別居後に離れて暮らす親子間の交流を深めるための場所として市立天文科学館を提供し、イベントなどの優先予約や親の入館料の無料化を実施している。

(3) 講座「離婚後の子育てとこどもの気持ち」の試行実施

離婚時に子どもが心配しやすいことやそれへの対応の仕方を学ぶため、子どもの気持ちを考えるワークショップ等を試行的に実施した。

第7節　母子保健医療対策の推進

1　地域における切れ目ない妊娠・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、結婚から妊娠・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、2014（平成26）年度から、切れ目ない支援を行うためのモデル事業として、①妊産婦等の支援ニーズに応じ、必要な支援につなぐ母子保健コーディネーターの配置、②退院直後の母子の心身のケアを行う産後ケア事業、③助産師等による相談支援を行う産前・産後サポート事業を29市町村において実施した。

2015（平成27）年度からは、このような取組みを更に進める観点から、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ワンストップ拠点（子育て世代包括支援センター）を立ち上げ、保健師、助産師、ソーシャルワーカー等のコーディネーター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ことにより、妊産婦等に対し切れ目のない支援の実施を図っているところ。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いる。

2 不妊に悩む夫婦への支援

体外受精及び顕微授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、配偶者間のこれらの不妊治療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）年度から給付額の治療1回当たり上限額を15万円まで、2011（平成23）年度から、1年度目の対象回数を年3回まで拡大するとともに（通算5年、通算10回を超えない）、2013（平成25）年度には、一部助成単価の適正化を図っている（2013年度支給実績：148,659件）。

また、2013年度は、助成事業等の今後のあり方について検討会を開催して検討を進めた。検討会では、医学的知見を踏まえて、より安心・安全な妊娠・出産に資する観点から、適切な支援のあり方について検討が進められ、同年8月に報告書がとりまとめられた。報告書では、子どもを産むのか産まないのか、いつ産むのかといった妊娠・出産に関することは、当事者の意思で判断するものであるとの認識のもと、より安心・安全な妊娠・出産に資するよう、①妊娠等に関する正確な知識の普及啓発や相談支援、②助成事業における医療機関の要件や対象者の範囲などについて、見直しの方向性が示された。これを踏まえ、2014（平成26）年度以降、必要な見直しを行うこととしている。

さらに、不妊に関する医学的な相談や、不妊による心の悩みの相談などを行う「不妊専門相談センター事業」を実施している。

3 小児慢性特定疾病対策や子どもの心の健康支援等

慢性疾患を抱え、その治療が長期間にわたる子どもやその家族は、身体面、精神面、経済面で困難な状況に置かれている。このような背景を踏まえ、2014（平成26）年5月30日に児童福祉法の一部を改正する法律（平成26年法律第47号）が公布、2015（平成27）年1月1日に施行され、児童の健全育成の観点から、将来の展望に不安を抱えている子どもやその家族への支援として、消費税増収分を活用した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等の必要な措置を講じている。さらに、医療費助成の対象疾病が従来の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遅れが見られ、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事業についても実施していくこととしている。

また、様々な子どもの心の問題、被虐待児の心のケアや発達障害に対応するため、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とともに災害時の子どもの心の支援体制づくりを実施するため、「子どもの心の診療ネットワーク事業」を実施している。

さらに、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、先天性代謝異常の早期発見・早期治療のため、各都道府県で実施している新生児マス・スクリーニング検査について、タンデムマス法を用いた検査の普及を図っている。

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（14回程度）につき地方財源を確保し、地方交付税措置を講じることにより、恒常的な仕組みへ移行した。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。また、出産育児一時金等を医療保険者から医療機関等に直接支給する直接支払制度については、医療機関等への支払いの早期化や、医療機関等における事務手続きの簡素化などの改善を行った。さらに、直接支払制度への対応が困難と考えられる小規模施設等については、受取代理の仕組みを制度化した。

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1次）」が2014（平成26）年に終了することに伴い、2013（平成25）年度には最終評価を行い、2014年度には「健やか親子21（第2次）」（2015（平成27）年度～2024（平成36）年度）の方針をとりまとめた。その中で、「健やか親子21（第2次）」は、①日本全国どこで生まれても、一定の質の母子保健サービスが受けられ生命が守られるという地域間での健康格差を解消することが必要であるということと、②疾病や障害、経済状態等の個人や家庭環境の違い、多様性を認識した母子保健サービスを展開することの2つの方向性が重要であるとされた。これを踏まえ、「健やか親子21（第2次）」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 児童手当制度

児童手当制度については、2012（平成24）年3月に成立した「児童手当法の一部を改正する法律」（平成24年法律第24号）により、家庭等における生活の安定に寄与するとともに、次代の社会を担う児童の健やかな成長に資することを目的として、同年4月から施行された。

2015（平成27）年4月1日の子ども・子育て支援法（平成24年法律第68号）の施行に伴い、児童手当は、一人一人の子どもが健やかに成長することができる社会の実現に寄与することを目的として支給される「子ども・子育て支援給付」のうち「子どものための

＊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

現金給付」に位置づけられ、児童手当制度は、同法を所管する内閣府に移管された。

図表1-8-1 児童手当制度の概要

制度の目的	○家庭等の生活の安定に寄与する ○次代の社会を担う児童の健やかな成長に資する		
支給対象	○中学校修了までの国内に住所を有する児童 （15歳に到達後の最初の年度末まで）	所得制限 （夫婦と児童2人）	○所得限度額（年収ベース） ・960万円未満
手当月額	○0～3歳未満　一律15,000円 ○3歳～小学校修了まで ・第1子、第2子:10,000円・第3子以降:15,000円 ○中学生　一律10,000円 ○所得制限以上　一律5,000円（当分の間の特例給付）	受給資格者	○監護生計要件を満たす父母等 ○児童が施設に入所している場合は施設の設置者等
		実施主体	○市区町村（法定受託事務） ※公務員は所属庁で実施
		支払期月	○毎年2月、6月及び10月（各前月までの分を支払）

費用負担

○ 児童手当等の財源については、国、地方（都道府県、市区町村）、事業主拠出金で構成されている。
事業主拠出金の額は、標準報酬月額及び標準賞与額を基準として、拠出金率（1.5/1000）を乗じて得た額。

		被用者	非被用者	公務員
0歳～3歳未満	特例給付	国 2/3 ／ 地方 1/3	国 2/3 ／ 地方 1/3	所属庁 10/10
	児童手当	事業主 7/15 ／ 国 16/45 ／ 地方 8/45	国 2/3 ／ 地方 1/3	
3歳～中学校修了前	特例給付	国 2/3 ／ 地方 1/3	国 2/3 ／ 地方 1/3	所属庁 10/10
	児童手当	国 2/3 ／ 地方 1/3	国 2/3 ／ 地方 1/3	

財源内訳（27年度予算）			
［給付総額］	2兆2,299億円（2兆2,356億円）		
※（　）内は前年度予算額	（内訳）	国負担分	：1兆2,356億円（1兆2,377億円）
		地方負担分	：6,178億円（6,188億円）
		事業主負担分	：1,821億円（1,801億円）
		公務員分	：1,944億円（1,990億円）

その他	○保育料は手当から直接徴収が可能、学校給食費等は本人の同意により手当から納付することが可能 （いずれも市町村が実施するかを判断）

●児童手当法の一部を改正する法律（平成24年法律第24号）附則

（検討）

第2条　政府は、速やかに、子育て支援に係る財政上又は税制上の措置等について、この法律による改正後の児童手当法に規定する児童手当の支給並びに所得税並びに道府県民税及び市町村民税に係る扶養控除の廃止による影響を踏まえつつ、その在り方を含め検討を行い、その結果に基づき、必要な措置を講ずるものとする。

2　この法律による改正後の児童手当法附則第二条第一項の給付の在り方について、前項の結果に基づき、必要な措置を講ずるものとする。

第9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。

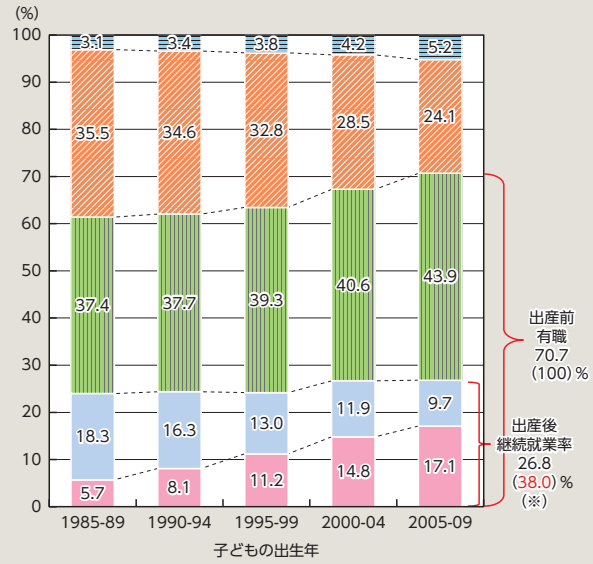
直近の調査では、女性の育児休業取得率が86.6%（2014（平成26）年度）になり、育児休業制度の着実な定着が図られつつある。しかし、第1子出産後も継続就業をしている女性は約4割にとどまっており、仕事と育児の両立が難しいため、やむを得ず仕事を辞めた女性も少なくない。

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。

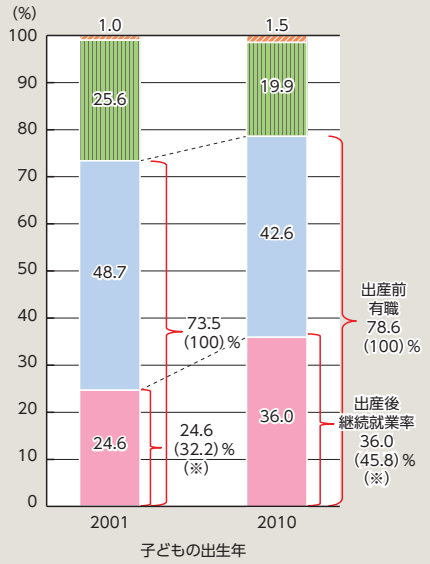
図表1-9-1　育児休業取得率の推移

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1-9-2　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）」



資料：厚生労働省「第1回21世紀出生児縦断調査（平成13年出生児）」及び「第1回21世紀出生児縦断調査（平成22年出生児）」をもとに算出。

(※)（　）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・介護休業法において、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。

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。

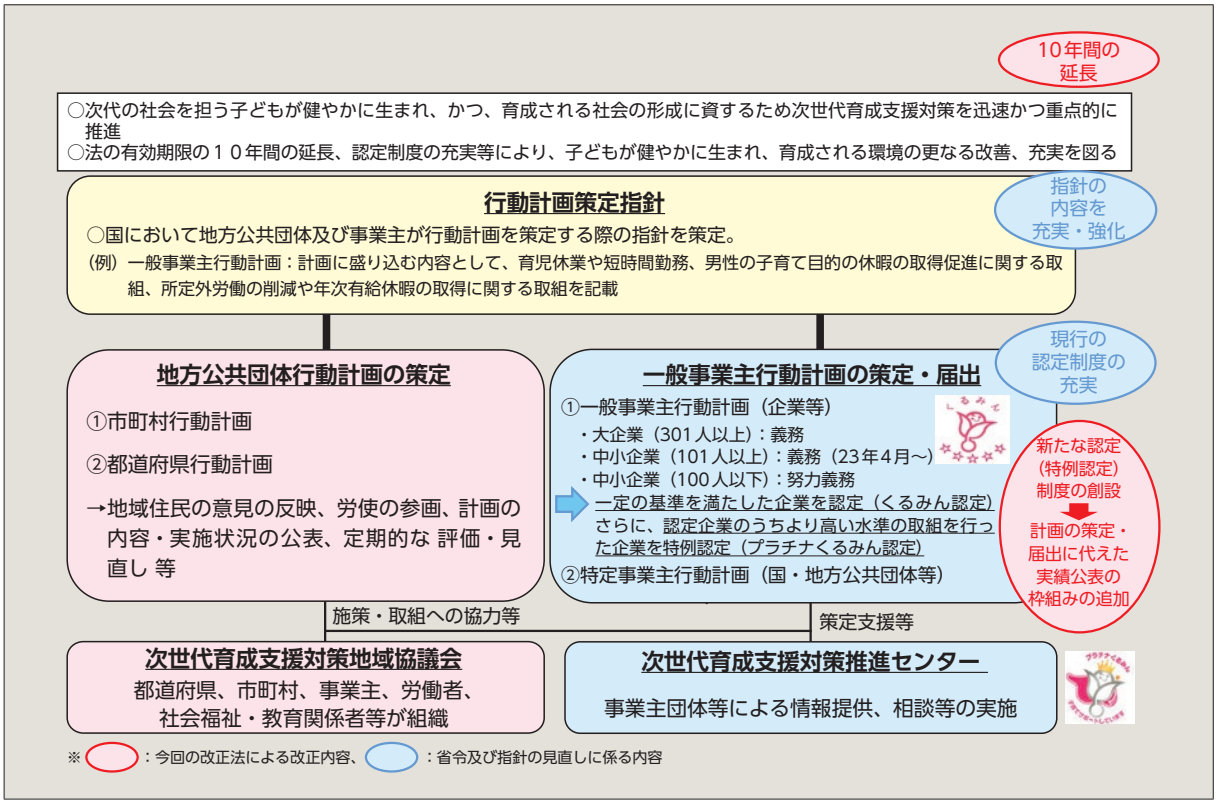
地域や企業の更なる取組みを促進するため、2008（平成20）年12月に次世代法が改正され、2011（平成23）年４月１日から一般事業主行動計画（以下「行動計画」という。）の策定・届出等が義務となる企業は常時雇用する従業員数301人以上企業から101人以上企業へ拡大された。これを受けて次世代育成支援対策推進センター（行動計画の策定・実施を支援するため指定された事業主団体等）、労使団体及び地方公共団体等と連携し、行動計画の策定・届出等の促進を図っている。

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1-9-3　次世代育成支援対策推進法の概要と改正のポイント（平成17年4月から平成27年3月までの10年間の時限立法を、10年間延長）



この認定制度及び認定マークの認知度を高めるため、認定企業の取組事例や認定を受けるメリット等を積極的に紹介するとともに、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1-9-4　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27年3月末時点】

○一般事業主行動計画届出状況

規模計	66,081社	
301人以上企業	14,534社	（届出率97.3%）
101人以上300人以下企業	31,498社	（届出率97.8%）
100人以下企業	20,049社	

○くるみん認定企業　2,138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

○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

・期間雇用者継続就業支援コース

育児休業を終了した期間雇用者を原職等に復帰させたとき（※育児休業を終了した期間雇用者が2013（平成25）年4月1日以降2016（平成28）年3月31日までに出た事業主が対象）

・育休復帰支援プランコース

育休復帰プランナーの支援を受け、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、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」のモデルの策定・普及を行っている。

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。2014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有限会社COCO－LO、住友生命保険相互会社、東京海上日動火災保険株式会社、株式会社広島銀行、ブラザー工業株式会社、三井住友海上火災保険株式会社の6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。

＊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、2014（平成26）年には6.3%（前年差0.6ポイント低下）、25～34歳については、4.6%（前年差0.7ポイント低下）と、前年より回復している。

また、2015（平成27）年3月卒業者の就職内定率を見ると、大学については96.7%（2015年4月1日現在）、高校については98.8%（2015年3月末現在）と、いずれも前年同期に比べ上昇（大学2.3ポイント、高校0.6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。併せて、既卒者についても、企業に対して新卒枠で既卒者も応募受付を行うよう採用拡大を働きかけるなどにより、早期就職に向けて取り組む必要がある。

また、フリーター数は、2014年には179万人となり、前年（2013（平成25）年182万人）と比べて3万人減少となっており、また、ニート数については2014年には56万人となり、前年（2013年60万人）と比べて4万人減少している。

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規雇用化の推進など、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

「『日本再興戦略』改訂2014」において、就職準備段階から、就職活動段階、就職後のキャリア形成に至るまでの若者雇用対策が社会全体で推進されるよう、総合的な対策について検討を行い、法的整備が必要なものについては、次期通常国会への法案提出を目指すこととされた。

これを受けて、労働政策審議会職業安定分科会雇用対策基本問題部会及び職業能力開発分科会において、公労使の三者による検討が行われ、2015（平成27）年1月23日に厚生労働大臣に対し、若者の雇用支援の充実等について建議がなされた。

これらを踏まえ、若者の適職の選択及び職業能力の開発・向上に関する措置等を総合的に講ずる、若者雇用促進法案（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年9月11日に第189回国会において成立した。

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」（2015（平成27）年4月1日現在、57か所）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。2014（平成26）年度は延べ約64.1万人が利用し、約10.5万人が就職決定した。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。2014年度は約19.9万人のジョブサポーター支援対象者の就職が決定した。

さらに、2014年度からは、就職後の職場定着支援等の相談窓口を設置し、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。

また、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雇用対策法に基づく「青少年雇用機会確保指針」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。

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、一定の基準を満たした地域の中小企業について、労働局・ハローワークがPRや重点的マッチングを実施する「若者応援企業宣言」事業を実施している。これにより、若者が就職活動早期から中小企業に目を向けられることによるマッチングの向上、事前の企業情報の理解による職場定着率の向上、地域の若者の職業観の向上などを目指すこととしている。

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。

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、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*2等の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、キャリア教育をサポート・推進する専門人材を養成するため、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、2014（平成26）年度は大学等を対象に講習を実施したほか、文部科学省と連携・協力し、キャリア教育のためのプログラムを開発し、大学等におけるキャリア教育の推進を図った。また、文部科学省、経済産業省と合同

＊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

＊2 キャリア・コンサルタントとは、個人が、その適性や職業経験等に応じて自ら職業生活設計を行い、これに即した職業選択や職業訓練等の職業能力開発を効果的に行うことができるよう個別の希望に応じて実施される相談その他の支援を行う専門家のこと

で「キャリア教育推進連携シンポジウム」を開催した。

2015（平成27）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の充実を図るため、大学等のキャリア教育をサポート・推進する専門人材等を養成する講習を引き続き実施する予定である。

6 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*3の概要

キャリア・コンサルティングとは「個人が、その適性や職業経験などに応じて自ら職業生活設計を行い、これに即した職業選択や職業訓練などの職業能力開発を効果的に行うことができるよう個別の希望に応じて実施される相談その他の支援」をいい、ハローワークなどの需給調整機関や、労働者のキャリア形成支援を行っている企業、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生涯の長期化や、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。

また、2015（平成27）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）により、キャリアコンサルタントを名称独占資格として位置づけ、更新制などを通じた資質の確保を図りつつ、計画的に養成していくこととしている。

(2) キャリア・コンサルタントの資質向上などキャリア形成支援の推進

キャリア・コンサルティングの専門家であるキャリア・コンサルタント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いる（2014（平成26）年10月1日現在、10試験を指定）。また、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開始したところであり、これらの取組みにより、2014年度末で約4万8千人のキャリア・コンサルタント有資格者が養成されている。

さらに、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・コンサルタントに期待される役割は年々増しており、民間職業紹介・就職支援機関や企業の人事管理・人材育成部門、学校におけるキャリア教育などにおけるキャリア・コンサルタントの活用に係る普及・啓発、企業内のキャリア形成支援を推進するための相談・支援や事業主により選任された職業能力開発推進者に対するキャリア・コンサルティングの基礎的技法などに関する講習の実施等による支援を行っている。

＊3　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

7 フリーターなどの正規雇用化の促進

フリーターなどの就職支援のため、全国のハローワークでのきめ細かな職業相談・職業紹介、職業訓練の情報提供・相談などを実施しており、2014（平成26）年度は約31.1万人が就職した。また、フリーターへの専門的な支援拠点として、わかものハローワークを28箇所に拡充し、支援を強化した。さらに、地域若者サポートステーションとの連携により、就労意欲のあるニートの支援を行っている。

8 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」（サポステ）を設置し、専門的な相談やネットワークを活用した適切な機関への誘導など、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。

2014（平成26）年度においては、新たに、全国60箇所のサポステにおいて、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「サポステ卒業者ステップアップ事業」を実施し、ニート等の若者の就労を強力に支援している。

さらに、2015（平成27）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ている。

コラム　ニート等の若者の就職を目指す地域若者サポートステーション「サポステ佐賀」

地域若者サポートステーション（愛称：「サポステ」）では、働くことに悩みを抱えている15～39歳までの若者に対し、キャリア・コンサルタントなどによる専門的な相談、コミュニケーション訓練などによるステップアップ、協力企業への職場体験などにより、就労に向けた支援を行っている。

本コラムでは、若者の職業的自立を支援する取組みを行っている、地域若者サポートステーション佐賀（以下「サポステ佐賀」という。）の事例を紹介する。

（多くの若者の進路を実現してきたサポステ佐賀の取組み）

地域若者サポートステーション事業は、若者支援に実績・ノウハウのあるNPO法人などが厚生労働省からの委託を受けて運営している。

サポステ佐賀は、不登校や引きこもりの若者をサポートする活動を行っていた特定非営利活動法人NPOスチューデント・サポートフェイス（谷口仁史代表）が2006（平成18）年に設置し、以来、2013（平成25）年度までに、3,399人の相談を受け、2,060

人の進路を実現してきた。

サポステ佐賀では、メンタル面や進路、キャリア支援情報や制度に関するものまで、来所者からの幅広い相談に対応できるよう、臨床心理士やキャリア・コンサルタントなどの専門家が対応する体制を整えている。相談の過程では、若者の生育環境を探り、一人一人に寄り添った支援を行い課題の解決を図っている。

その上で、対象者と信頼関係を築いてからは、集団支援に適応するための共同作業などの様々なプログラムを体験してもらい、徐々に就労につながっていくような意識付けを行い、ハローワーク等とも連携して就職支援を行っている。

また、地域の関係機関と連携してネットワークを構築し、困難な状態にある若者が真に必要な支援を受けられるよう、総合的な支援体制を構築している。

（多角的分析と枠組みを超えた協働による若者への支援の重要性）

谷口代表は、支援対象者と家族や関係者との関係性などを多角的に分析した上で支援の枠組みを決定することが重要であると考えている。また、最近の若者が抱える問題が深刻かつ複雑化していることを踏まえ、従来の公的支援の枠組みを超えて関係機関が協働することで、1人でも多くの若者の進路を実現し、すべての若者に「安心」と「希望」を与えられる地域づくりを行いたいと考えている。

若者の職業的自立を支援するサポステ佐賀の今後の取組みに期待したい。

なお、サポステ佐賀を運営する特定非営利活動法人NPOスチューデント・サポートフェイスでは、アウトリーチ（訪問支援）を積極的に行っており、家族などからの相談を受け、複数分野の専門職から成るチームで事前に対応方針を決めた上で、直接家庭を訪問するなどして、支援が必要な自立困難な若者に、積極的にアプローチをする取組みも行っている。

9 ジョブ・カード制度の推進

(1) ジョブ・カード制度の概要

働くことを希望する全ての者が能力を向上させる機会を持ち、その能力を発揮できる社会づくりが求められている中で、フリーターなどの中には、能力を高めて正社員になりたくてもその能力を高める機会に恵まれないため正社員にもなれないという悪循環に陥り、非正規労働の形態にとどまらざるを得ない状況に置かれている者も少なくない。

このため、フリーターなどの非正規雇用の労働者などの職業能力を向上させることなどを通じて、その雇用の安定化などを図ることを目的としたジョブ・カード制度を2008（平成20）年より実施している。

当該制度の主な趣旨・内容としては、非正規雇用の労働者などのうち職業能力の形成機会に恵まれなかった者などに対する①ジョブ・カードを活用した効率的なキャリア・コンサルティングの実施や、②企業における実習と教育訓練機関等における座学とを組み合わせた実践的な職業訓練などの受講機会の提供を行うことにより、その職業能力を高め、社会で活躍する人材としての成長を促すことである。

また、③キャリア・コンサルティングにおいて明らかにされたキャリアに関する希望や訓練修了後の訓練受講者の職業能力に対する評価が記載されたジョブ・カードの就職活動などにおける応募書類としての活用や、④ジョブ・カードにおいて的確に評価された職業能力の可視化を通じて、求職者と企業との適切なマッチングや職業能力を主な基準とした外部労働市場の形成を促進することも重要な役割である。

当該制度における企業実習と座学を組み合わせた実践的な職業訓練は、企業が訓練受講者と雇用契約を結んで行われる雇用型訓練と、民間教育訓練機関などへの委託により行われる委託型訓練がある。なお、公共職業訓練や求職者支援制度における職業訓練においてもジョブ・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が実施されている。

なお、当該制度は全国の地域ジョブ・カードセンター等がハローワークなどと連携しながら普及・促進を行っており、ジョブ・カード取得者数の累計は約123万人（2014（平成26）年12月末）となっている。

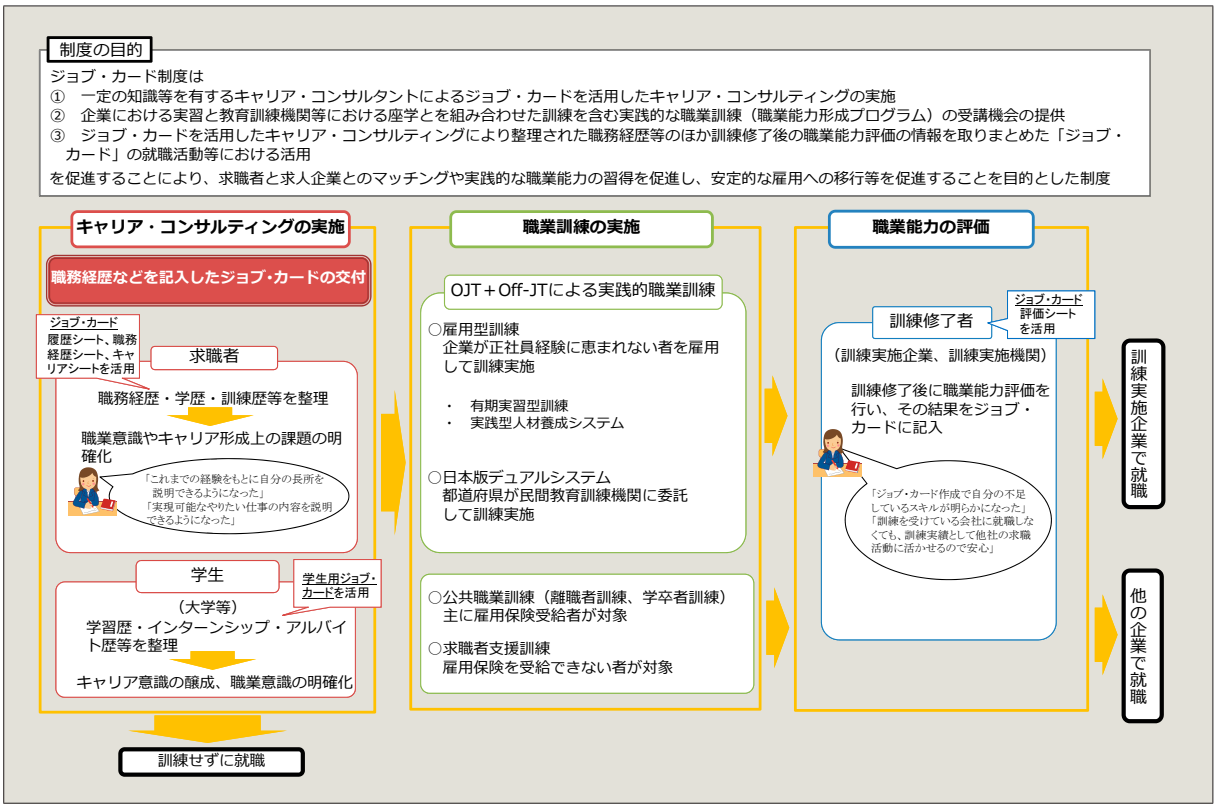
(2) ジョブ・カード制度の見直し

ジョブ・カードについては、産業競争力会議「雇用・人材分科会」中間整理（2013（平成25）年12月）、「『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、学生段階から職業生活を通じて活用できるものとすることなどの見直しが求められたところである。

これらを踏まえて、有識者等による研究会において検討を行い、ジョブ・カードを「生涯を通じたキャリア・プランニング」及び「職業能力証明」のツールとして活用されるよう見直しを行うべきとの報告書をとりまとめるとともに、ジョブ・カード制度推進会議において、新たなジョブ・カード制度の普及促進方策の検討を行った。

さらに、2015（平成27）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、国はジョブ・カードの様式を定め、その普及に努めなければならないことを規定している。

図表2-1-1 ジョブ・カード制度について



10 女性の雇用の現状

総務省統計局「労働力調査」によると、2014（平成26）年の女性の労働力人口は2,824万人（前年差20万人増）で、女性の労働力率は49.2%（前年差0.3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、66.0%（前年差1.0ポイント上昇）である。また、女性の雇用者数は2,436万人（前年差30万人増）で、雇用者総数に占める女性の割合は43.5%（前年差0.2ポイント上昇）となっている。

11 女性の活躍促進

（1）男女雇用機会均等対策の推進

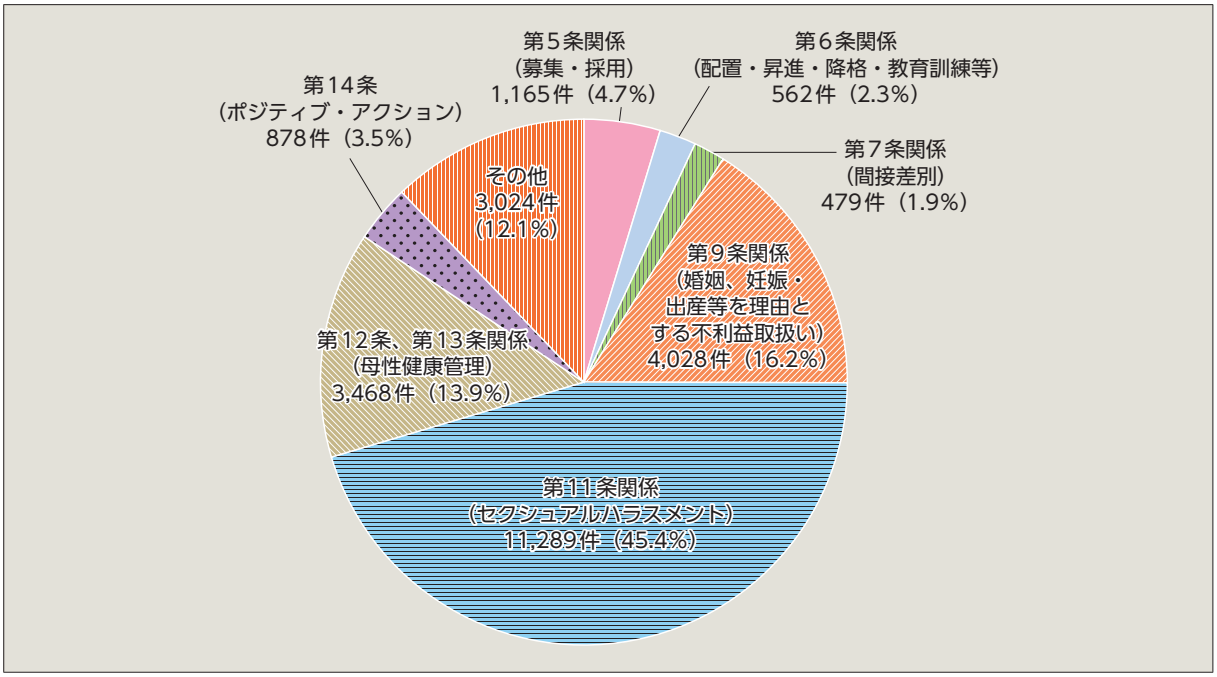
1 男女雇用機会均等法の履行確保

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徹底されるよう周知啓発するとともに、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均等室において、迅速かつ厳正な指導を行っている。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。

2014（平成26）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24,893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2-1-2）。また、是正指導件数は13,253件、都道府県労働局長による紛争解決の援助件数は396件、機会均等調停会議による調停件数は68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。

図表2-1-2 男女雇用機会均等法に関する相談内容の内訳



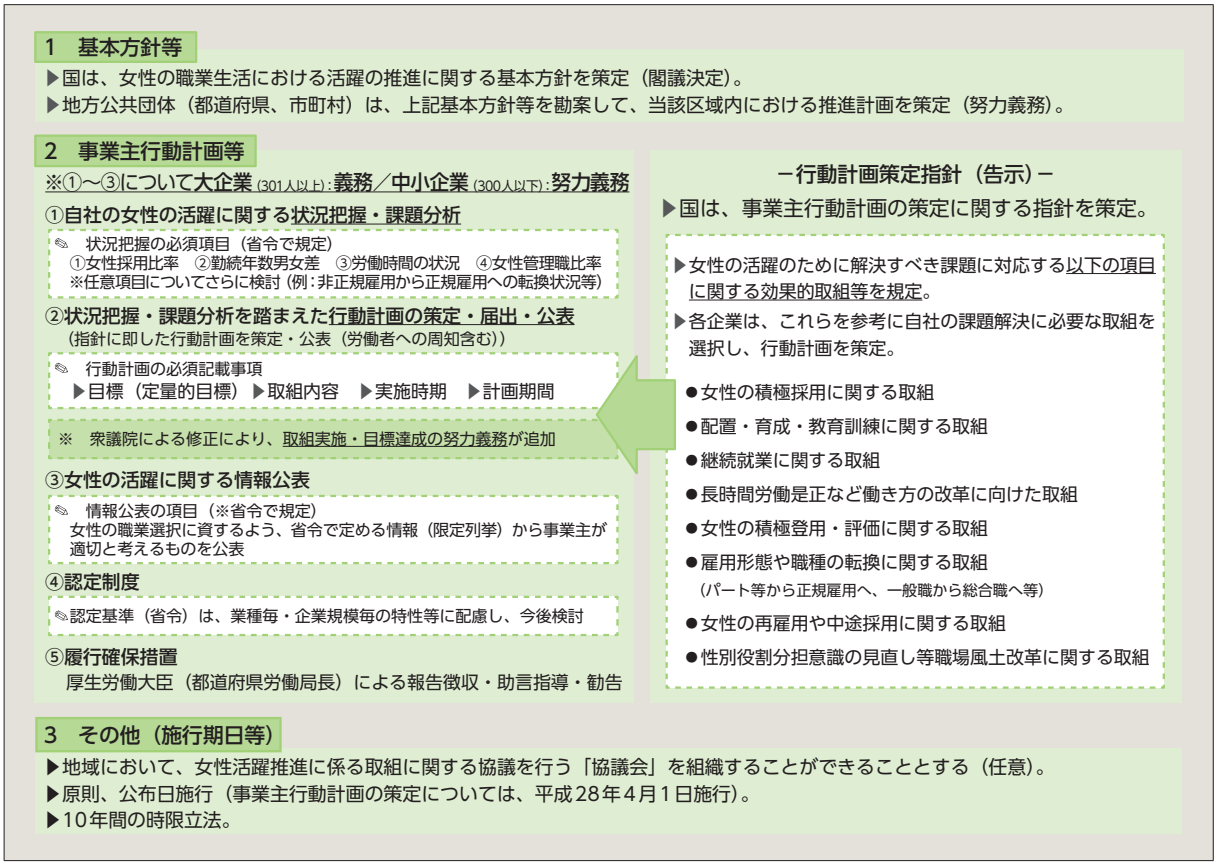
2 女性の職業生活における活躍の推進に関する法律

2014年6月に閣議決定された「『日本再興戦略』改訂2014」において、「女性の活躍推進の取組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日からの事業主行動計画の策定にむけて行動計画策定指針や省令の内容の検討を進めるとともに、適切な履行確保に向け本法律の内容について周知を行っていく。

図表2-1-3　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）



3 女性の活躍推進に向けた企業の取組み支援

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」の活用を促し、情報開示を勧奨している。

また、自社の女性の活躍推進に関する取組みを行う企業に対する助成措置を実施しているほかポジティブ・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）を推進している企業を公募して「均等・両立推進企業表彰」を実施している。2014（平成26）年度は均等推進企業部門厚生労働大臣優良賞を中外製薬株式会社（東京都）が受賞した。さらに、ポジティブ・アクションの取組みを広く普及させていくためには、経営トップが理解して、企業自らが主体的にポジティブ・アクションに取り組むことが必要であることから、2001（平成13）年より、経営者団体と連携し、企業経営者、有識者等で構成される「女性の活躍推進協議会」を開催し、ポジティブ・アクションの取組みについて広く発信している。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/）や「業種別『見える化』支援ツール」の作成・普及により、ポジティブ・アクションの具体的取組みを支援するとともに、メンターの確保が難しい中小企業で働く女性労働者のネットワークを地域でつくるための事例集を作成した。

(2) 女性の就業希望の実現

全国180箇所（2015（平成27）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。

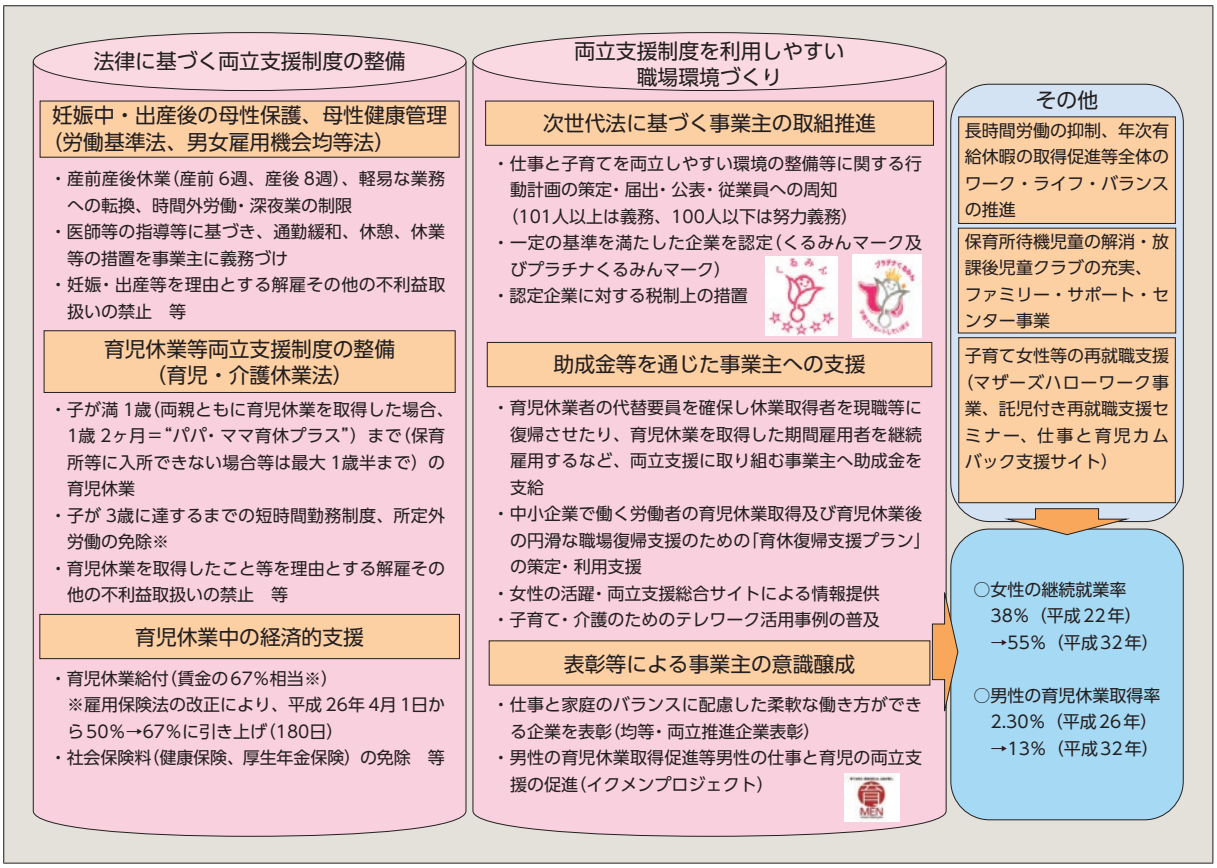
また、2014（平成26）年度から、育児等を理由とする離職により、一定期間にわたり仕事から離れていた者に対し、託児付き再就職支援セミナー、ウェブ上の情報提供及び再就職好事例の収集・普及・啓発を行うことにより、仕事と育児の両立が可能な再就職に向けた支援を行っている。

(3) 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、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9節参照）。

図表2-1-4 仕事と家庭の両立支援対策の概要



12 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、2014（平成26）年6月1日現在、31人以上規模企業の98.1％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。

13 「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を図るため、地域において中核的な役割を果たす業界団体における取組みを通じて、地域ぐるみの機運醸成を図るとともに、高年齢者が生涯現役で働くことができるよう職業生活設計に係るセミナー等を行う。

また、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高年齢者総合相談窓口を設置し、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総合的に行う。

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、高年齢者の再就職を促進している。

さらに、高年齢者の雇用を支援するため、事業主団体や公共職業安定機関の参画の下、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。

(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73万人）。

14 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（2014（平成26）年6月1日現在43万1千人（前年比5.4％増））が11年連続で過去最高を更新し、実雇用率も1.82％（前年は1.76％）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、2014年度は過去最高の84,602件（前年度比8.6％増）であった。特に、精神障害者の就職件数が34,538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依然として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月施行、③については2018（平成30）年4月施行となっている。

15 雇用率達成指導と地域の就労支援の強化

（1）雇用率制度の推進等による雇用機会の拡大

1 障害者雇用率制度と厳正な雇用率達成指導

現在、「障害者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。）の定めるところにより、事業主は一定の割合（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、2014（平成26）年については公表企業数が0社であったが、2015（平成27）年3月における公表企業数は8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。2014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の機関のうち39の機関、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22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」への移行を促進している。

さらに、障害者の身近な地域において就業・生活両面にわたる一体的な支援を実施する障害者就業・生活支援センターについては、センターが就業・生活両面の支援の連携拠点として機能するよう、全障害保健福祉圏域（362圏域）への設置を目指し、その拡充を図るとともに、職場定着支援を専門的に担当する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（2015年4月現在で全国325か所）。

16 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、医療機関等を利用している精神障害者についても治療・社会復帰支援段階から就職を意識した支援が必要である。このため、医療機関の利用者及び職員を対象に、就職活動に関する知識等についてのセミナーを実施することにより、就職に向けた取組み・支援を的確に行えるよう支援を行っている。

加えて、地域障害者職業センターで、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、ストレス対処等適応力の向上を図るとともに、事業主に対して職場の受入体制の整備、雇用管理の助言等を行っている。

2013（平成25）年度からは、より効果的に医療機関と連携し、精神障害者の雇用促進を図っていく方策を検証するために、医療機関と連携した精神障害者の就労支援モデル事業を実施している。

また、2014（平成26）年度からは、企業における精神障害者や発達障害者の雇用・定着のノウハウの蓄積を図るため、精神障害者等の雇用の経験やノウハウが十分でない事業主において、精神障害者等の雇用を促進するモデル事業を実施している。

このほか、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。また、2013（平成25）年度からは、ハローワークに難病に関する専門的な知識を持つ「難病患者就職サポーター」を配置し、難病相談・支援センターと連携しながら、就職を希望

する難病患者に対する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を強化することが求められている。このため、2015（平成27）年度からは、従前の「精神障害者等雇用安定奨励金」を見直し、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雇用を継続した事業主に対して助成する「障害者職場復帰助成金」の創設などにより、障害者の職場適応・定着等に取り組む事業主への支援を拡充することとしている。

(4) チャレンジ雇用の一層の推進や在宅就業支援制度の活用促進

各府省・各自治体が知的障害者や精神障害者等を非常勤職員として1～3年雇用し、その後の円滑な一般企業等への就職の実現を図るチャレンジ雇用については、厚生労働省において、各府省に先駆けて2007（平成19）年度から実施し、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。

17 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（2016（平成28）年4月1日施行予定。）については、厚生労働大臣が差別禁止に関する指針及び均等な機会の確保等に関する指針（合理的配慮の提供の指針）を定めることとされており、2013年9月から「改正障害者雇用促進法に基づく差別の禁止・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、両指針に盛り込むことが必要な事項について検討を行い、2014（平成26）年6月に報告書をとりまとめた。その後、同報告書を踏まえて、同年9月から障害者雇用分科会において検討を行い、2015（平成27）年3月2日に「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案」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案」として諮問・答申がなされ、同月25日に公布された。今後は、合理的配慮の事例集等をまとめ、各地で説明会を開催するなど、2016年4月の施行に向けて周知・啓発を行っていくこととしている。

18 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。

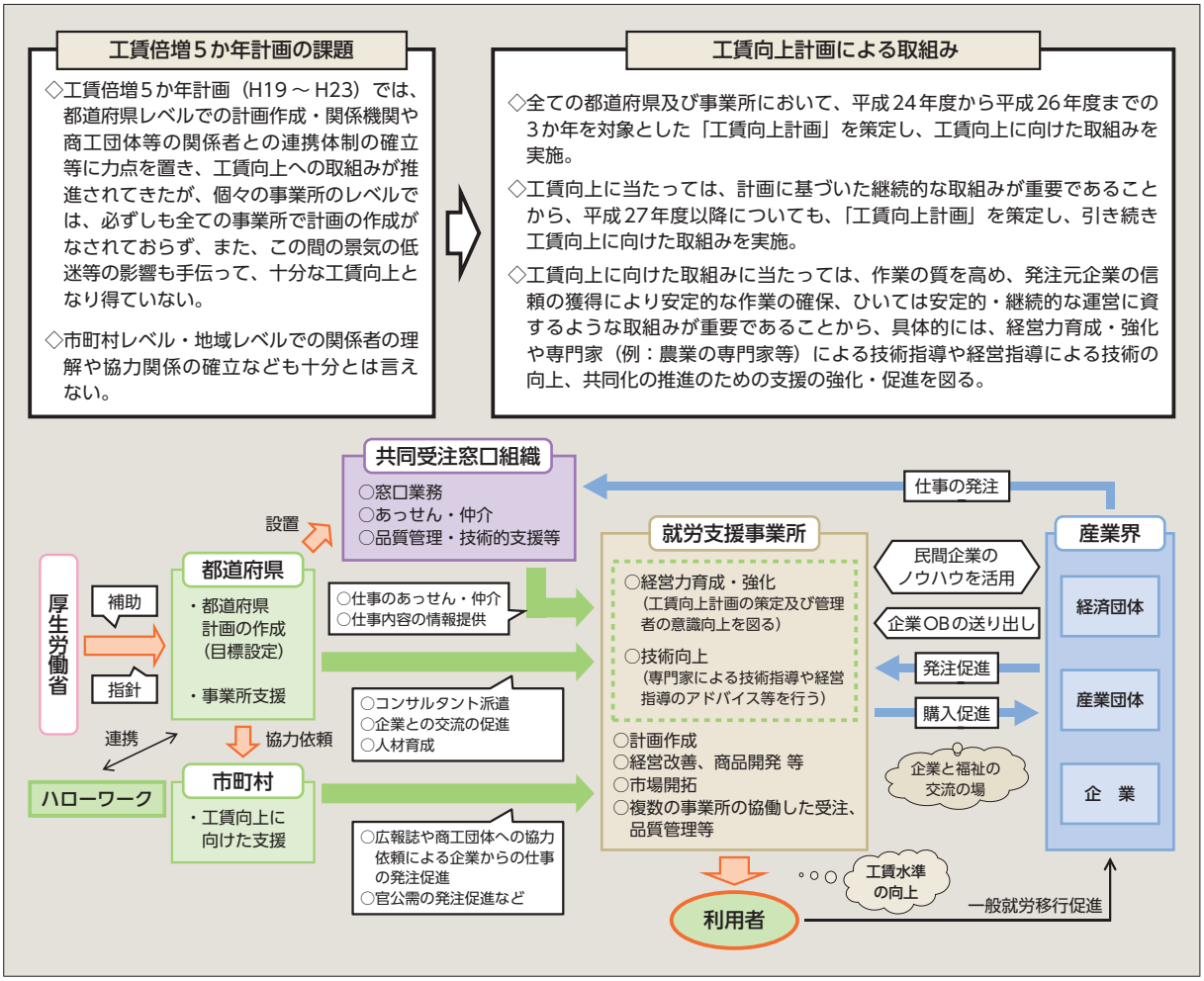
2014（平成26）年度の全国大会（第35回）は2014年11月に愛知県及び独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構の主催で名古屋市において、全国技能五輪大会と同時期に開催された。

19 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、一般就労を希望する方には、できる限り一般就労していただけるように、また、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、それぞれ支援していくことが必要である。このため、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」を作成することを原則とすることにより、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。

また、工賃の向上を図るためには製品の質を高めることや、受注できる製品・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（例：農業の専門家等）の派遣や、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2-1-5）。

図表2-1-5 「工賃倍増5か年計画」と「工賃向上計画」について



20 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のある人や在宅で就業する障害のある人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。施行初年度である2013年度においては、国及び独立行政法人の調達実績は約13億円、都道府県の調達実績は約21億円、市町村及び地方独立行政法人の調達実績は約89億円となり、合計で約123億の調達実績であった（法律の概要については、図表2-1-6、2013年度の調達実績は図表2-1-7）。

図表2-1-6　国等による障害者就労施設等からの物品等の調達の推進等に関する法律の概要

1．目的（第1条）

障害者就労施設、在宅就業障害者及び在宅就業支援団体（以下「障害者就労施設等」という。）の受注の機会を確保するために必要な事項等を定めることにより、障害者就労施設等が供給する物品等に対する需要の増進等を図り、もって障害者就労施設で就労する障害者、在宅就業障害者等の自立の促進に資する。

2．国等の責務及び調達の推進（第3条～第9条）

＜国・独立行政法人等＞

優先的に障害者就労施設等から物品等を調達するよう努める責務

基本方針の策定・公表（厚生労働大臣）
⇩
調達方針の策定・公表（各省各庁の長等）
⇩
調達方針に即した調達の実施
⇩
調達実績の取りまとめ・公表等

＜地方公共団体・地方独立行政法人＞

障害者就労施設等の受注機会の増大を図るための措置を講ずるよう努める責務

調達方針の策定・公表
⇩
調達方針に即した調達の実施
⇩
調達実績の取りまとめ・公表

3．公契約における障害者の就業を促進するための措置等（第10条）

①　国及び独立行政法人等は、公契約について、競争参加資格を定めるに当たって法定雇用率を満たしていること又は障害者就労施設等から相当程度の物品等を調達していることに配慮する等障害者の就業を促進するために必要な措置を講ずるよう努めるものとする。
②　地方公共団体及び地方独立行政法人は、①による国及び独立行政法人等の措置に準じて必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

4．障害者就労施設等の供給する物品等に関する情報の提供（第11条）

障害者就労施設等は、単独で又は相互に連携して若しくは共同して、購入者等に対し、その物品等に関する情報を提供するよう努めるとともに、当該物品等の質の向上及び供給の円滑化に努めるものとする。

5．その他（附則第1条～附則第3条）

(1) 施行期日
この法律は、平成25年4月1日から施行する。
(2) 検　討
政府は、以下の事項について、3年以内に検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。
①　障害者就労施設等の物品等の質の確保等に関する支援及び情報提供の在り方
②　入札者が法定雇用率を満たしていること、障害者就労施設等から相当程度の物品等を調達していること等を評価して公契約の落札者を決定する方式の導入
(3) 税制上の措置
国は、租税特別措置法で定めるところにより、障害者就労施設等が供給する物品等に対する需要の増進を図るために必要な措置を講ずるものとする。

図表2-1-7　2013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	1,508	2.2億円	1,120	3.4億円	2,628	5.6億円
独立行政法人等	739	0.9億円	2,323	6.1億円	3,062	6.9億円
都道府県	4,367	6.6億円	10,231	14.7億円	14,598	21.4億円
市町村	22,864	16.4億円	20,616	70.2億円	43,480	86.6億円
地方独立行政法人	384	0.2億円	766	2.3億円	1,150	2.5億円
合計	29,862	26.4億円	35,056	96.6億円	64,918	123.0億円

21 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50%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、全国5箇所の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、2014（平成26）年度は、実施箇所数を全国12箇所に拡大している。

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

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2014」（平成26年6月24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。

2014（平成26）年度は、2014年3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Off-JTのみまたはOff-JT及びOJT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）」を実施している。

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、政府が人口減少や東京への人口一極集中等の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、2014（平成26）年度は20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、2014年度は89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。

2014（平成26）年度からは、「日本再興戦略」による経済成長を確実なものとするために、2013（平成25）年度補正予算において創設した「地域人づくり事業」（1,020億円）を活用し、全国で約5万人の雇用創出と約2万事業所の処遇改善に向けた支援を実施している。

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

2015（平成27）年度からは、人口減少に伴う雇用課題に対応する政策をパッケージ化した「地域しごと創生プラン」を創設し、地方創生に向けて雇用面から取組みを推進している。

具体的には、これまで雇用状勢の厳しい地域で実施してきた「実践型地域雇用創造事業」の対象地域を拡大して人口減少地域の取組みも支援することとしている。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することとしている。

また、2014（平成26）年度補正予算で創設した「地域活性化・地域住民生活等緊急支援交付金（地方創生先行型）」（内閣府所管）のメニューの1つに「地域しごと支援事業」が盛り込まれており、地方創生に向けて各地方自治体が取り組む魅力あるしごと作りとそれに必要な人材の呼び戻しや育成・定着等の取組みを支援することとしている。

3 成長分野などの中小企業による魅力的な職場づくりの取組みの支援

雇用創出の中核的な担い手である成長分野等の魅力ある雇用創出を図るため、雇用管理の改善の取組みへの総合的かつきめ細かな支援を行っている。

具体的には、健康・環境・農林漁業分野等の事業を営む中小企業（以下「重点分野関連事業主」という。）を含む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や、重点分野関連事業主が、雇用管理改善につながる制度を就業規則や労働協約を変更することにより導入した場合、介護関連事業主が、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助成する、中小企業労働環境向上助成金を実施している。

またその他にも、建設事業主及び団体が若年労働者の入職や定着を図るために魅力ある職場づくりにつながる取組み等を実施した場合に助成する、建設労働者確保育成助成金を実施している。

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独立行政法人高齢・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。

2014（平成26）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12.9万人、求職者支援訓練で約5.5万人に対して訓練を実施したところである。2015（平成27）年度は、公共職業訓練で約16万人、求職者支援訓練で約5.4万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、2013（平成25）年度に引き続き2014（平成26）年度においても、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年度から企業・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創設し、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、若年技能者の技能向上、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」[*4]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、ものづくり産業・技能の魅力発信の取組みを一層強化する。

＊4　「ものづくりマイスター」を紹介したホームページ　https://www.monozukuri-meister.javada.or.jp/mm/mm/contents/home/

図表2-2-2 ものづくりマイスターの企業派遣による実技指導の具体事例

製造系職種の実技指導	建設系職種の実技指導
実施職種：仕上げ	実施職種：畳製作
実施期間：平成26年1月16日～平成26年2月20日のうち10日間	実施期間：平成25年6月3日～平成26年8月18日のうち4日間
実施場所：精密部品製造事業所（長野県）	実施場所：宮崎県技能検定センター（宮崎県）
指導対象：若手従業員3名	指導対象：宮崎県畳業組合に加盟する若手職人16名
〈実技指導テーマ〉 ・技能検定3級レベルの仕上げ（やすりがけ）訓練。きさげ作業の習得 〈指導内容〉 ・機械図面の読み方、機械要素、計量器の取扱い（1日間） ・やすりがけ、ロッド製作、課題製作（8日間） ・きさげ作業の基礎（1日間） 〈指導を終えたマイスターの感想〉 ・新しいことへのチャレンジや、講習内容をよく復習するなど、意欲的に取り組み、右肩上がりで力が伸びていった。 〈受入担当者の感想〉 ・ものづくりマイスターの「ものづくりに対する姿勢や考え方に触れられたことが、大きなプラスになったと思います。 〈受講者の感想〉 ・大きなやすりを使って「手作業でここまでできるんだ」と驚いた。以前は意識しなかった「精度良く」ということを考えるようになった。 	〈実技指導テーマ〉 ・競技課題や技能検定の課題を利用して、手縫いで畳を製作できるまでの技能習得 〈指導内容〉 ・畳の寸法取り、寸法の割出し及び割付け ・框（かまち）裁断、平差し縫い、返し縫い ・畳の敷き込み 〈指導を終えたマイスターの感想〉 ・機械による畳製作が主流の中で、手縫いの経験がほとんどない若者に短い期間の講習で全てを教えることは難しいが、今後も一つひとつ丁寧に伝えていけたらと思う。 〈受入担当者の感想〉 ・業界全体のレベルを上げていくために、この制度の導入をした。応用力をつけるためにも基本の手縫いの技術をものづくりマイスターから学ぶことができ、とてもありがたかった。 〈受講者の感想〉 ・匠の技を間近で見ることができ、大いに参考になった。自分の職場で学べないことを教えていただき感謝。

「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*5

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。

＊5 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、2014（平成26）年7月に山形県山形市を主会場に第9回大会を開催し、14職種353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、2014年11月に愛知県との共催で第52回大会を開催し、41職種過去最多の1,200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月に千葉県千葉市を主会場に第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。

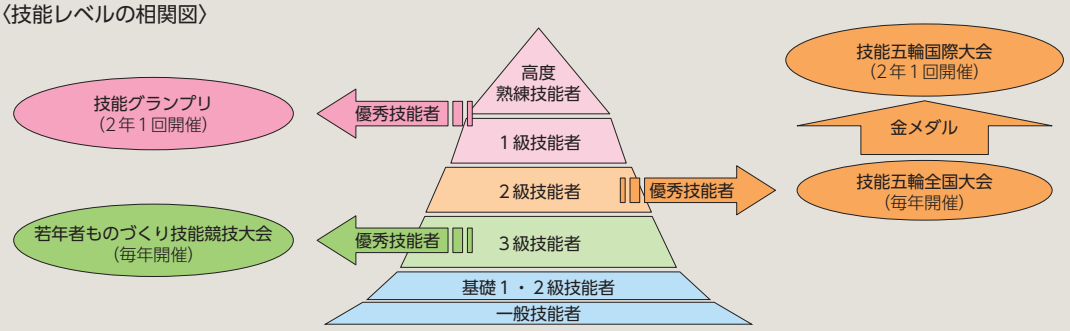
2015年8月にはブラジル・サンパウロにおいて第43回大会が開催される予定であり、日本からは40職種45名の選手が参加する予定である。

図表2-2-3 各種技能競技大会の概要

○若者の就業意欲の喚起や円滑な技能継承に資するため、技能五輪全国大会をはじめとする各種技能競技大会を推進している。

項目	技能グランプリ	技能五輪全国大会	若年者ものづくり競技大会
目的	技能士の技能の一層の向上を図るとともに、その熟練した技能を広く国民に披露することにより、その地位の向上と技能の振興を図る。	青年技能者がその技能レベルの日本一を競うことにより、国内の青年技能者の水準向上を図り、併せて技能尊重気運の醸成を図る。 (西暦偶数年は、技能五輪国際大会への予選を兼ねる)	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	建築大工、和裁等の職種	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	旋盤、電子機器組立て、建築大工等の工業高等学校等において技能習得中の者が多い職種
今年度主な会場	千葉県	愛知県	山形県

〈技能レベルの相関図〉



【第52回技能五輪全国大会の競技風景】

建築大工職種の競技風景

旋盤職種の競技風景

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*6

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業訓練等を計画に沿って実施した場合、訓練経費や訓練期間中の賃金の一部を助成している。

2015（平成27）年4月より、①「ものづくり人材育成訓練」の創設、②「若年人材育成コース」及び「熟練技能育成・承継コース」の助成対象を中小企業以外にも拡大、③「育休中・復職後等能力アップコース」の経費助成率引上げ、④「団体等実施型訓練」に育休中・復職後等の訓練を追加するなど、更なる制度の一層の拡充を図り、事業主等に対する支援を行っている。

2 企業内人材育成推進助成金*7

事業主等が行う人材育成の取組みを推進し、労働者の職業能力の向上及び主体的なキャリア形成を推進するため、事業主等が人材育成制度を導入し、雇用する労働者に適用した場合に助成する「企業内人材育成推進助成金」を2015（平成27）年4月に創設した。

具体的には、①教育訓練・職業能力評価制度、②キャリア・コンサルティング制度、③技能検定合格報奨金制度、を事業主等が導入・適用した場合に助成を行っている。

3 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配置しているキャリア・コンサルタントが企業を訪問し、非正規雇用や中小企業の若年労働者がキャリア・コンサルティングを受けられるようにするとともに、計画的な人材育成のための助言など中小企業への総合的な支援を強化している。

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。

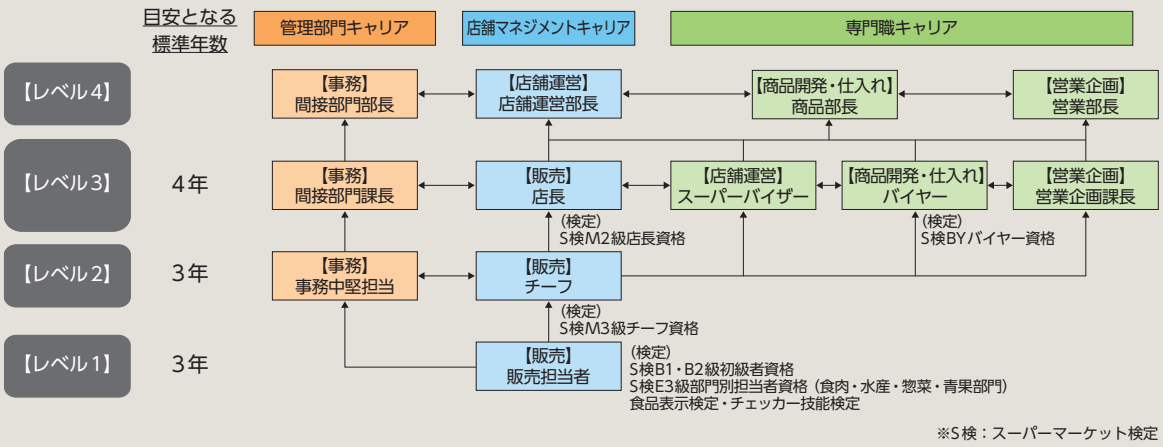
(2) 職業能力評価基準の整備・活用促進

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*8」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、2014（平成26）年度末現在で53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

＊6　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
＊7　企業内人材育成推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/0000081260.html
＊8　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

成しており、2014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～



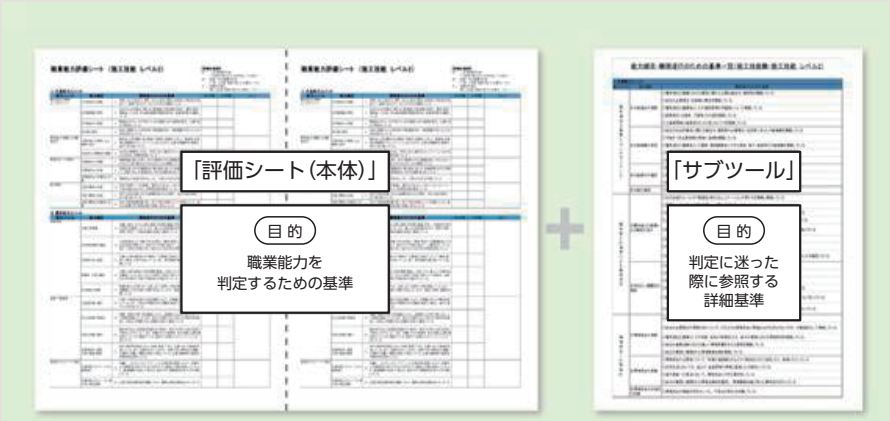
○職業能力評価基準で設定しているレベル１～４をもとに、スーパーマーケット業の代表的な職種における能力開発の標準的な道筋を示したもの

○①キャリアの道筋と②各レベルの習熟の各レベルの習熟の目安となる標準年数が一目でわかるようになっている

○従業員に対してキャリア形成の道筋を示すことによって、将来のキャリアに関する目的意識を高め、その実現に向けた具体的な行動を促す

○上司と部下との間のキャリア形成についてコミュニケーションを活性化することで、効率的な技術・技能の習得を実現

図表2-2-5 職業能力評価シート　～スーパーマーケット業～



評価シートの種類

○職業能力評価基準に記載されている項目を簡素化し、使いやすいチェックシートの形式に変換したもの

○「評価シート（本体）」では、各レベルにて求められる基準の全体像を把握し、習熟度をチェック、「サブツール」は、具体的に求められる知識や能力基準を掲載

○「自分の（部下の）能力レベルはどの程度なのか」「次のレベルにいくには何が不足しているのか」を具体的に把握

○定期的にチェックすることで習熟度を把握することが可能

(3) 技能検定制度の整備

「技能検定制度[*9]」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、労働者の雇用の安定、円滑な再就職、労働者の社会的な評価の向上に重要な役割を果たしている。

技能検定は、2015（平成27）年1月31日現在で、128職種について実施しており、2013（平成25）年度には全国で約72万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547万人が技能士となっている。

図表2-2-6　試験実施内容の詳細

●実施体制

1）都道府県方式（機械加工職種など113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制作する。 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

＊9　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2-2-8 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」として対人サービス分野等を重点に、業界団体が設計及び運営の主体となるなど、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年度から、対人サービス分野等を対象に実践的な「業界検定」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創設された[*10]。

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、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、地域再生法の改正を前提に、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）などを内容とする本税制の拡充が閣議決定されたところであり、上記延長も踏まえ、より一層の雇用機会の確保を図っていく。

＊10 2016（平成28）年度までの時限措置であり、適用期間は、2011（平成23）年4月1日から2016年3月31日までの期間内に始まる各事業年度（法人の場合）又は2012（平成24）年1月1日から2016年12月31日までの各年（個人の場合）。

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）年度からは、「生活困窮者自立支援法」の円滑な施行のため、生活困窮者に対する相談支援を実施する関係機関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する。

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。

2014（平成26）年度においては、約5.5万人が訓練を受講したところである。また、2014年度中に開講し、2014年8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52.6%、実践コース56.7%となっている。

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、これまでの経済・雇用情勢を踏まえて実施してきた一定の離職者に対し給付日数を延長する等の失業等給付の暫定措置の期限が2013（平成25）年度末までとされており、2014（平成26）年度以降の取扱いについて検討することが求められていた。加えて、政府の方針により非正規雇用労働者である若者等の中長期的なキャリア形成支援や育児休業中の経済的支援を強化するため、雇用保険制度の見直しについて検討することとされていた。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、①育児休業給付の充実（50%の給付率を、育児休業開始から180日目までは67%に引上げ）②教育訓練給付の拡充（(1) 専

門実践教育訓練を受講した場合、訓練費用の40%・上限年間32万円（最大3年間）を給付、(2) 受講修了し、資格取得等し、修了から1年以内に一般被保険者として雇用された場合に、訓練費用の20%を追加給付（(1) と (2) の合計が年間上限48万円・最大3年間)）③教育訓練支援給付金の創設（専門実践教育訓練を受講する45歳未満の離職者に基本手当の50%を受講中に支給）④失業等給付の暫定措置の3年間の延長（2016（平成28）年度末まで）等の措置を講ずる「雇用保険法の一部を改正する法律案」を第186回通常国会に提出し、2014年3月28日に成立した（①、④については2014年4月1日、②、③については同年10月1日に施行された。）。

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[*11]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。2015（平成27）年3月31日現在、33道府県113市区町において、この事業が開始されており、国と地方それぞれの長所を活かしながら、効果的な支援を行っている。

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。2014（平成26）年度には、新たに長崎県、鳴門市、神山町、三好市、東京都、阿南市、鳥取県、山口県、長野県、宮崎県、青森県、大阪府などで締結され、2015年3月31日現在、28自治体との間で協定を締結し、連携した取組みを進めている。

さらに、2014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。これにより、地方自治体及び民間人材ビジネスにおいて、ハローワークが全国ネットワークを活かして開拓した求人情報を活用した多様なサービスの提供が可能となり、労働市場全体の需給調整能力が向上するとともに、地方自治体が独自の雇用対策を行うための環境が整備され、各地域における雇用対策の一層の充実が図られることとなる。

＊11 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

そのほか、国と地方自治体はそれぞれの強みを活かし、連携した取組みを行っており、各地域で実施されている取組みをまとめた連携事例集を2014年8月に厚生労働省ホームページに公表した[*12]。

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。

そのため、厚生労働省は、被災地の雇用対策として、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、「緊急雇用創出基金事業」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。2015（平成27）年度は、「震災等対応雇用支援事業[*13]」により約0.2万人の、「事業復興型雇用創出事業」により約5.9万人の雇用創出が見込まれる。

＊12 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000054382.html
＊13 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2-4-1 震災等緊急雇用対応事業の概要

趣　旨

○東日本大震災により、東北地方の沿岸部を中心に、多くの方々がその生活基盤を奪われ、避難生活を余儀なくされていることから、被災された方々の一時的な雇用の場を確保することが重要な課題となっている。

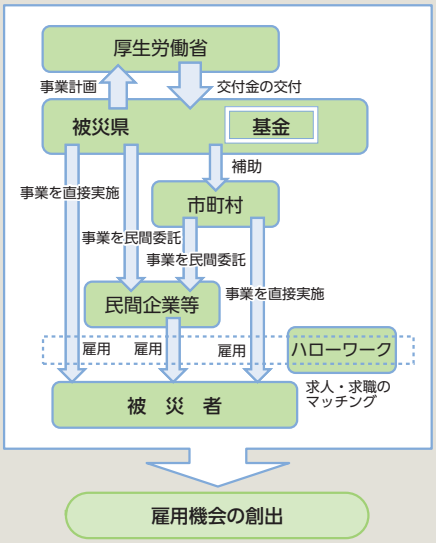
事業の概要

◆事業概要
○県又は市町村による直接雇用又は企業、NPO等への委託による雇用。
○雇用期間中に安定的な雇用につなげるため、知識・技術を身につけるための研修等を行うことが可能。

◆対象者
○対象者：被災県のうち、岩手（沿岸部）、宮城（沿岸部）及び福島の災害救助法適用地域において被災求職者を対象に実施

◆実施要件
○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2-4-2 震災等対応雇用支援事業の事業例

岩手県北上市　その他の分野
■沿岸被災地仮設住宅運営支援事業
沿岸被災地にて仮設住宅団地の規模に応じて談話室や集会所に常駐する支援員を配置し、コミュニティの醸成や、生活課題の解決を支援する。
（雇用創出数：１９４人）

宮城県気仙沼市　子育て
■震災対応移動児童館事業
震災の影響を受けた地区の児童の支援として、被災地区へ出向き移動児童館を実施し交流することにより、児童の心のケアを図る。
（雇用創出数：２人）

福島県　産業振興
■中小企業者復興支援事業
商工会、商工会連合会及び商工会議所に経営指導員を補助する「復興支援員」を配置し、中小企業者の復興支援体制を強化する。
（雇用創出数：１５４人）

岩手県　産業振興
■復興促進戦略的研究開発推進事業
三陸の産業振興に向けて産学官連携等を推進し、被災企業の事業再建に必要な技術力、商品開発力を持った人材の育成を図る。
（雇用創出数：１人）

青森県八戸市　農林漁業
■水産物流対策人材育成事業
水産物流通業務に必要な高度な衛生管理方法や漁獲物の高鮮度保持の技術及び知識を有し、水産物の流通販売にも精通した人材の育成を図る。
（雇用創出数：５人）

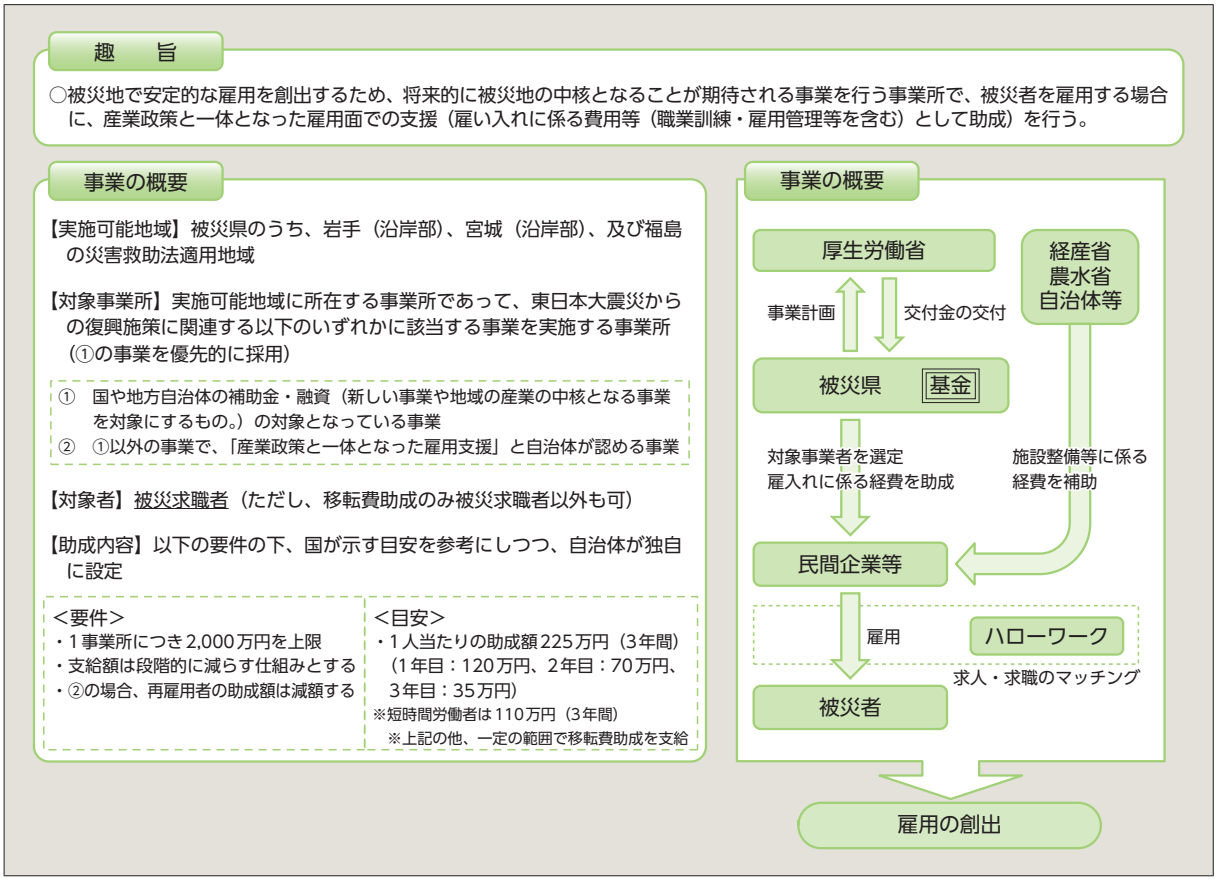
福島県いわき市　農林漁業
■定時降下物モニタリング事業
定時降下物（雨、塵等）の放射能検査を定期的に実施し、結果をインターネット上の専用サイトで随時公表することで、消費者の信頼回復、販路確保を図る。
（雇用創出数：１人）

岩手県大槌町　情報通信
■大槌町臨時災害放送局運営事業
臨時災害放送局を通じて、緊急情報等の伝達、生活情報や行政情報等の広報、復興まちづくりに関わる広報やコミュニケーションの促進を図る。
（雇用創出数：６人）

宮城県　治安・防災
■みやぎ防犯パトロール事業
青色回転灯を装備した車両によるパトロール活動を行い、住民の安心感の醸成を図る。
（雇用創出数：２２９人）

宮城県亘理町　臨時職員
■「新生亘理」まちづくり協働事業
復興に向けた意見交換会・地区計画の策定、情報発信と共有、被災者支援活動等地域と行政との連携、調整を行う。
（雇用創出数：１５人）

図表2-4-3　事業復興型雇用創出事業の概要



(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2015（平成27）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、53万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、福島労働局に専門員を配置し、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う。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、2014（平成26）年には約1,962万人と、役員を除く雇用者全体の約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18.1%（2014年）存在し、特に25～34歳の若年層で28.4%（2014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 正規雇用化等の処遇改善に向けた支援

雇用情勢が着実に改善している時機を捉え、正社員就職及び正社員を希望する非正規雇用労働者の正社員転換等を推進することが重要である。このため、ハローワークにおける正社員就職の実現、非正規雇用労働者の正社員転換・処遇改善・人材育成に取り組む企業に対するキャリアアップ助成金の活用、勤務地や職務等を限定した「多様な正社員」の普及・拡大、就業経験等に応じた公共職業訓練の実施等からなる「正社員実現加速プロジェクト」を推進している。

フリーターなどの就職支援のため、全国のハローワークでのきめ細かな職業相談・職業紹介、職業訓練の情報提供・相談などを実施しており、2014（平成26）年は約31.1万人が就職した。フリーターへの専門的な支援拠点として、わかものハローワークを28箇所に拡充し、支援を強化した。

また、ニート、フリーターなどの職業経験、技能、知識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」を受けて、職務等に着目した「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、多様な正社員の「雇用管理上の留意事項」等について議論し、2014年7月30日に雇用管理上の留意事項や政策提言を内容とする報告書を取りまとめ、公表した。さらに、企業における「多様な正社員」の活用事例を収集し、雇

用管理上の留意事項と併せて周知を行った。併せて、2015（平成27）年度からキャリアアップ助成金を拡充し、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。

多様な働き方の推進等に合わせて、特に、労働需要が増加し、非正規雇用労働者のキャリアアップが課題となっている業種を重点に、各業界固有かつ、業界共通性の高い能力評価の「ものさし」（業界検定等の実践的な能力評価のツール等）を整備することとしている。

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。今後は、産業競争力会議雇用・人材分科会等で示されたジョブ・カードの活用等に係る見直しの必要性やその利用率の向上の必要性を踏まえて、更なるジョブ・カードの活用方策等を検討し、実施する。

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

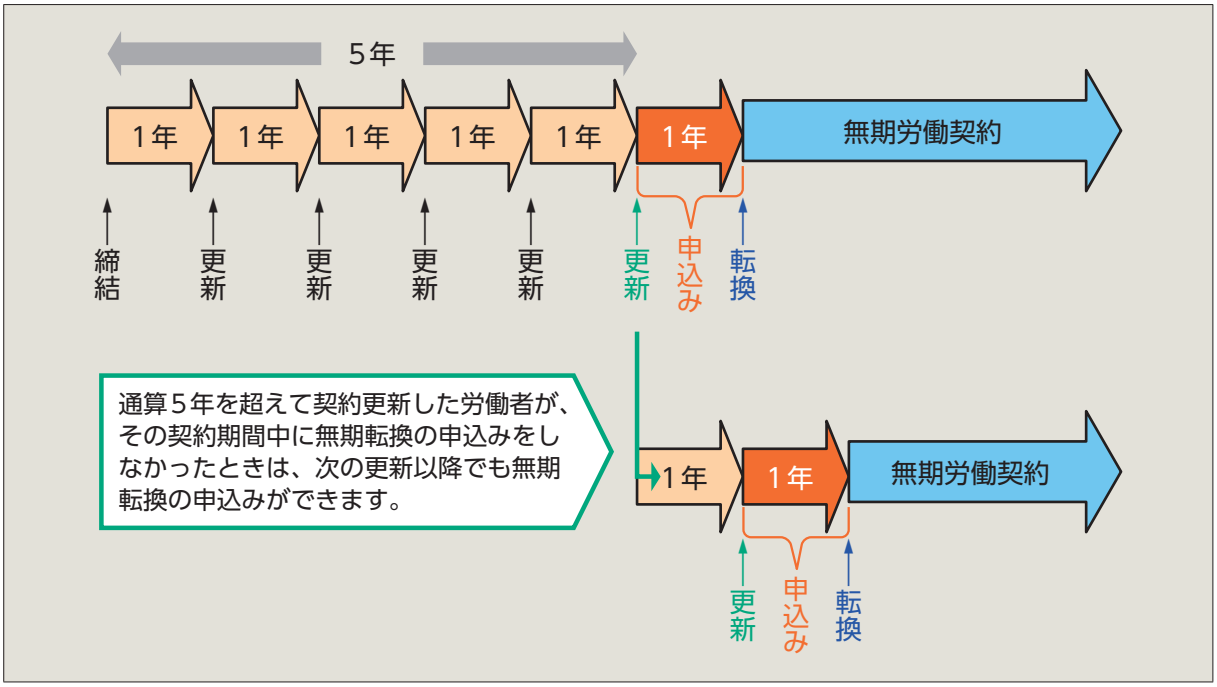
労働契約の期間の定めは、パートタイム労働、派遣労働などを含め、いわゆる正社員以外の多くの労働形態に関わる労働契約の要素であり、有期労働契約で働く人は1,485万人（総務省「労働力調査」（基本集計）（2014（平成26）年平均）となっている。労働市場における非正規雇用の労働者の割合が増大している中で、有期労働契約の反復更新の下で生じる雇止めの不安の解消や、有期労働契約であることを理由として不合理な労働条件が定められることのないようにしていくことが課題となっている。

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、制度に係る周知を引き続き徹底する。特に、2015（平成27）年度は、中小企業や労働者を対象とするセミナーの拡充や、無期労働契約への転換制度に関する社内制度化についての個別企業への支援等を行う予定である。

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、2014（平成26）年には1,651万人と雇用者総数の30.4%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、「短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律」（平成5年法

＊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。

律第76号）[*2]に基づく是正指導や専門家による相談・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及び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「パート労働者活躍推進企業宣言」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」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促進している。

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ている。

また、パートタイム労働者の均等・均衡待遇の確保やパートタイム労働者の納得性を高めるための措置等の更なる充実を内容とする「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」（平成26年法律第27号）が2014年4月に成立・公布され、2015（平成27）年4月から施行されており、その内容の周知徹底を図るなど、円滑な施行に取り組んでいる。

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。

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

「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」及び「仕事と生活の調和推進のための行動指針」（平成22年6月29日仕事と生活の調和推進官民トップ会議決定）[*3]に基づき、厚生労働省は、フリーター等の正規雇用化支援、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。

「『日本再興戦略』改訂2014」（平成26年6月24日閣議決定。以下「改訂日本再興戦略」という）においても、長時間労働対策の強化が位置づけられた。そのため、2014（平成26）年9月に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。

また、過労死等の防止のための対策については、2014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、厚生労働省に新たに設置された過労死等防止対策推進協議会の意見を聴いて定める「過労死等の防止のための対策に関する大綱」に沿って、その効果的な推進を図ることとしている。

＊3 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1,800時間前後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17.0%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。

3 過重労働解消に向けた取組みの促進

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[*4]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月を年次有給休暇取得促進期間として周知・啓発を実施

等の取組みを行っている。

また、2015（平成27）年度は、これらの取組みに加え、

・「地域の特性を活かした休暇取得促進のための環境整備事業」の拡充

等を行う予定である。

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

＊4 「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。

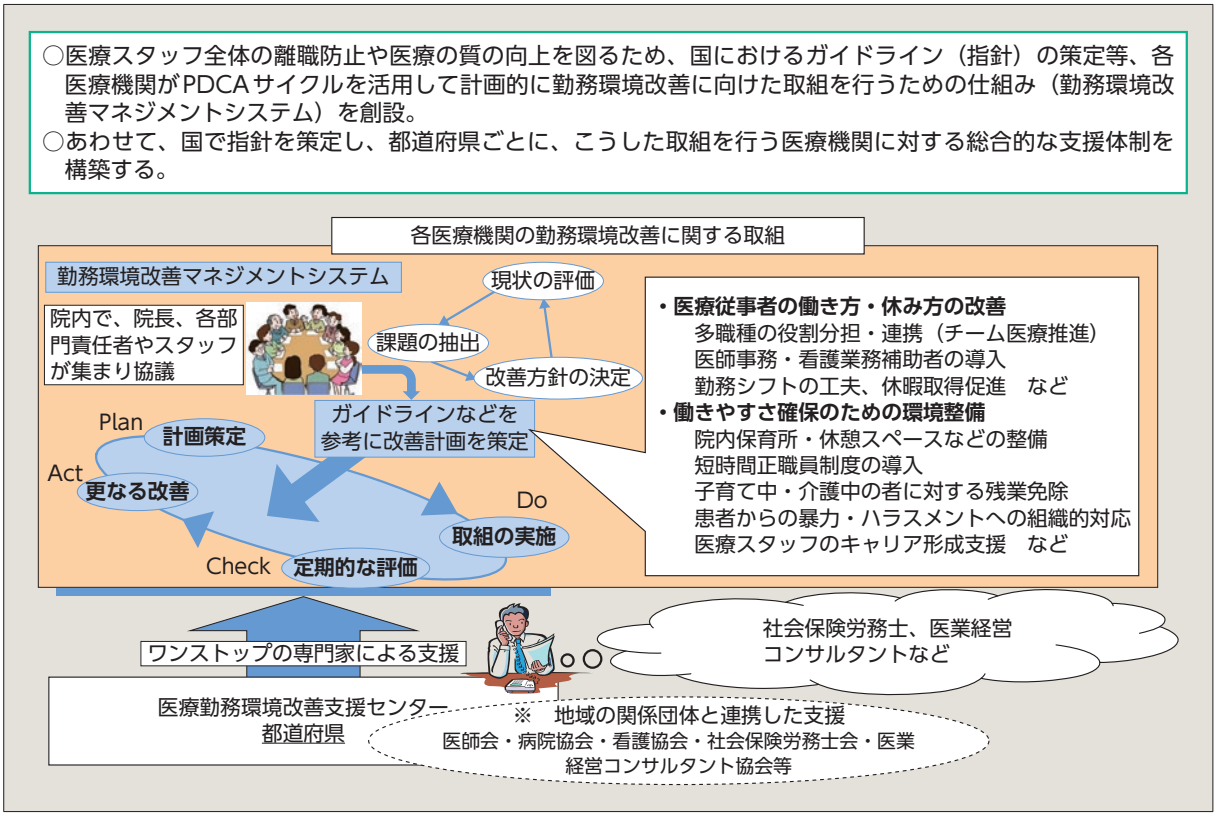
が喫緊の課題である。

このような中で、2014（平成26）年6月に成立した「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」における医療法の改正により、医療従事者の勤務環境の改善に関する規定が創設され、同年10月1日に施行された。これにより、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、改正医療法の規定に基づき、「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」（平成26年3月厚生労働省「医療従事者の勤務環境の改善に向けた手法の確立のための調査・研究班」）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ところである。

図表3-2-1　医療機関の勤務環境改善について



5 テレワークの推進

適正な労働条件下でのテレワーク[*5]の普及促進を図るため、「在宅勤務ガイドライン（情報通信機器を活用した在宅勤務の適切な導入及び実施のためのガイドライン）」につい

＊5　ICT（情報通信技術）を活用した、場所にとらわれない柔軟な働き方。

て、事業主への周知を行っている。また、テレワークの導入・実施時の労務管理上の課題等についてテレワーク相談センターで相談に応ずるほか、事業主・労働者等を対象としたテレワーク・セミナーの開催等を行っている。さらに、中小企業でも取り組みやすいテレワークモデルを構築するための実証事業を実施している。

2015（平成27）年度は、これらの施策に加え、新規にテレワークに取り組む中小企業事業主に対する助成の拡充、業界団体等と連携して実施する傘下企業に対する導入支援等の施策を行う予定である。

在宅ワーク[*6]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9節参照、**図表2-1-4**参照）。

また、高齢化社会に対応した取組みとして、2014（平成26）年度、企業向けに構築した仕事と介護の両立支援モデルを活用し、人事労務担当者を対象とした研修の実施や、大企業及び中小企業各々における具体的課題を抽出するための実証実験の実施、実験結果を踏まえたモデルの見直し・周知を行うことにより、労働者の仕事と介護の両立を支援し、継続就業を促進する。

なお、「日本再興戦略」、「世界最先端IT国家創造宣言」等の閣議決定において、テレワークの普及等による柔軟な働き方の推進を図るなどとされたことから、総務省等の関係省庁と協力し、モデル実証事業を行い、子育て・介護のためのテレワーク活用好事例の事例集の作成・周知を行うこととしている。

7 仕事と治療の両立支援の推進

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、2013（平成25）年度から「治療と職業生活の両立等の支援対策事業」を開始し、産業保健スタッフや管理監督者などが両立支援に取り組むにあたって参考となる留意事項を作成した。2014（平成26）年度には、事業場における具体的な取組みについての事例集を作成周知したところであり、今後両立支援に係るガイドラインの作成を行う予定である。

＊6　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。）。

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、自動車運転者時間管理等指導員が、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。

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、2010（平成22）年6月に「仕事と生活の調和推進官民トップ会議」で決定された「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るものの、2014（平成26）年はいずれも前年を上回った。

2014年の労働災害による死亡者数は1,057人で、2013（平成25）年と比較し、27人（2.6%）増となった。死亡災害の発生状況をみると、建設業の墜落・転落災害や製造業のはさまれ・巻き込まれ災害の割合が高かった。また、休業4日以上の死傷者数については119,535人で、2013年と比較し、1,378人（1.2%）増となった。

労働者の健康面については、定期健康診断での有所見率が、2014年には53.2%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、2014年度には497件と過去最多となっている。自殺者数については、2014年は、約2万5千人と3年連続で3万人を下回ったところであるが、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おり、2013（平成25）年2月には、2012（平成24）年まで労働災害が3年連続で増加していたこと（特に第三次産業）や、印刷事業場における胆管がん事案が発生したことなど、労働災害の状況の変化を踏まえて、2013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」を策定した。

2014（平成26）年度は、この「第12次労働災害防止計画」で重点的に取り組むこととした第三次産業（特に災害の多い「小売業」「社会福祉施設」「飲食店」）及び陸上貨物運送事業に対する集中的取組みを実施した。また、建設業に対する墜落・転落災害防止対策の徹底や、製造業に対する機械などによるはさまれ・巻き込まれ災害防止対策の徹底、化学物質の取扱い事業場に対するばく露防止措置の徹底・促進を重点として取り組んだ。

(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、2013（平成25）年6月から、労働政策審議会安全衛生分科会において、今後の労働安全衛生対策について検討が行われ、2013年12月に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について建議がなされた。これを受けて、法改正が必要な事項を盛り込んだ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、同年12月に上記③の事項、2016（平成28）年6月に上記①の事項がそれぞれ施行される。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

労働災害の増加を受け、2015（平成27）年は、業種横断的な取組みとして、1月から死傷災害件数の多い転倒災害の減少を図るため、「STOP！転倒災害プロジェクト2015」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指導に取り組んでいる。

また、同年3月からは、死亡災害の2割を占める交通労働災害の減少を図るため、関係機関と連携して「交通労働災害防止のためのガイドライン」の周知を広く図る取組みを行っている。

(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」を策定したところであり、2014年度には、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た。併せて、小売業、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

陸上貨物運送事業での労働災害は減少傾向が見られず、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。

また、交通労働災害防止対策については、2012（平成24）年4月に発生した高速ツアーバスによる重大事故を受け、2013（平成25）年5月に「交通労働災害防止のためのガイドライン」を改正し、自動車運転者の睡眠時間の確保に配慮した適正な労働時間等の管理などの内容について、関係事業者への周知徹底を図っている。

(4) 墜落・転落災害の防止

建設業においては、東日本大震災の復興需要、2020（平成32）年東京オリンピック・パラリンピック競技大会の開催等による建設投資の増加で、人材確保や現場管理に支障を来していることなども懸念されることから、2014（平成26）年度においては、都道府県労働局・労働基準監督署に建設工事関係者連絡会議を設置し、発注者、施工者、行政関係者が緊密に連携して労働災害防止対策を推進していくための体制を整備した。

また、建設業における労働災害では、墜落・転落災害によるものが最も多く、死亡災害ではその約4割を占めている。このような状況を踏まえ、2015（平成27）年から施行される改正労働安全衛生規則では、足場の組立等の作業に係る墜落防止措置の充実、特別教育の追加、組立て等の後の注文者による点検義務づけ等強化している。こうした法令に基

づく措置の徹底を図るとともに、足場からの墜落・転落防止対策推進要綱（2015年5月に改正）に基づき、手すり先行工法等の「より安全な措置」の一層の促進を図ることとしている。一方、足場の設置が困難な高所作業においても、はしごや安全帯取付設備の設置について安全な作業方法の普及に取り組んでいる。

さらに、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」の普及にも取り組んでいる。

(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、2013（平成25）年7月から、特に災害が多発している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義務付けたところであり、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、作業計画の作成や、機械の危険箇所への立入禁止などの危険防止措置に係る規定を2014（平成26）年6月から施行するとともに、運転者に対する特別教育の実施に係る規定を同年12月から施行したところである。

(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、2015（平成27）年の夏は、東日本では気温が平年並みか平年より高くなることが予想されていることから、建設業等及び製造業を中心に重点的に取り組むことにしている。

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。

(7) あんぜんプロジェクト（自主的な労働災害防止活動の推進）

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[*7]」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（2014（平成26）年度は79件を選定）など、現場の安全力の維持・向上を図っていくための様々な取組みを推進している。

3 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（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、改正法により一定の危険・有害な化学物質に係るリスクアセスメントが義務付けられ2016（平成28）年6月から施行されることとなっている。

(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。2014（平成26）年においては、2013（平成25）年度にリスクが高いと評価されたジメチル-2,2-ジクロロビニルホスフェイト（DDVP）の特定化学物質第2類、特別管理物質への追加、また、ジクロロメタンを含む発がんのおそれのある有機溶剤10物質について、発がん性という有害性を勘案し特定化学物質障害予防規則の特別管理物質と同様の規制を行うために必要な政省令改正を行った（2014年11月施行）。

(3) 石綿（アスベスト）[*8]対策の適切な実施

石綿製品については、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、建築物の解体現場等における石綿ばく露防止対策については、老朽化による解体などの工事が今後も増加することが予想される中、対策の一層の充実を図るため、2013（平成25）年8月から「建築物の解体等における石綿ばく露防止対策等技術的検討のための専門家会議」を開催し、2014（平成26）年2月に報告書をとりまとめた。同報告書を踏まえ、2014年3月に改正石綿障害予防規則を公布（同年6月施行）及び「建築物等の

＊7　あんぜんプロジェクトホームページ　http://anzeninfo.mhlw.go.jp/anzenproject/
＊8　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。

解体等の作業での労働者の石綿ばく露防止に関する技術上の指針」を公示したところであり、今後も、これらの規定に基づく対策の推進を図っていく。

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。同年7月には3省共同運営サイトを設置し、事故情報や再発防止策等の発信に努めている。

4 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。

制度の概要は以下のとおりである。

○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、指針等で示しており、2015（平成27）年12月の法律の施行に向け、制度の周知を進めることとしている。

(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」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、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。

(3) 産業保健活動の促進

企業や地域での産業保健活動は、近年、メンタルヘルス不調や過重労働等による健康障害が課題となっている中、これらの予防や早期の対応を行う上で一層重要な役割を担うものである。各都道府県労働局では、事業者に対し、産業医等の適切な選任、衛生委員会の活動の活性化等について指導等を行うとともに、産業保健総合支援センターにおいて、産業医等の産業保健関係者からの専門的相談対応、研修等を実施している。

また、産業保健体制が不十分な労働者数50人未満の小規模事業場に対する支援として、産業保健総合支援センターの地域窓口（地域産業保健センター）において、健康診断の結果に関する相談、脳・心臓疾患のリスクの高い労働者に対する保健指導、メンタルヘルス不調者への相談指導、長時間労働者に対する面接指導等を実施している。

(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）年度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にした。また、労働安全衛生法の一部を改正する法律により、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なり、職場における取組みをさらに推進することとしている。

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、労働基準法等に係る申告件数は減少傾向にあるものの、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、「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。）については、「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。

さらに、2014（平成26）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、4,561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2,304事業場（50.5%）において違法な時間外労働が認められ、また、3,811事業場（83.6%）で賃金不払残業を含む何らかの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。

2015（平成27）年からは、各種情報から時間外労働時間数が1か月当たり100時間を超えていると考えられる事業場や、長時間にわたる過重な労働による過労死等に係る労災請求が行われた事業に対する監督指導の徹底を図っている。

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1,417社であり、対象労働者数は114,880人、支払われた割増賃金の合計額は約123億円となっている。（2013（平成25）年4月から2014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

政府においても、「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）の中で、若者の活躍推進の観点から、「過重労働や賃金不払残業など若者の『使い捨て』が疑われる企業について、相談体制、情報発信、監督指導等の対応策を強化する。」としており、改訂日本再興戦略においても、「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。」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。

①2014（平成26）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。

②2014年9月から、常設のフリーダイヤル「労働条件相談ほっとライン」を設置し、労働基準監督署が閉庁している平日夜間・休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ポータルサイト「確かめよう労働条件」の開設（2014年11月）や、大学等でのセミナーの開催により、働く際に知っておきたい労働基準法などに関する基礎知識の周知を行い、情報発信の強化を図った。

④新卒応援ハローワーク、わかものハローワークに、職場における悩み等に関する相談に対応する「在職者相談窓口」を設置した。

今後とも、過重労働や賃金不払残業などが疑われる企業等に対して、監督指導を行うと

ともに、こうした相談体制の強化や情報発信の取組みを進めていく。

(4) 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。

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。

(5) 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、2014（平成26）年における送検件数は1,036件となっている。

2 最低賃金制度、中小企業への支援策について

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26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（2015（平成27）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（2015年4月1日現在、235件。適用労働者数約324万人）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その年の改定の目安を答申し、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が各地の実情を考慮して改定額を答申する。当該答申を踏まえ、各都道府県労働局長が改正決定をする。

2014（平成26）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2014」（平成26年6月24日閣議決定）及び「『日本再興戦略』改訂2014」（同日閣議決定）等に配意した審議が行われた結果、全国加重平均で対前年度16円引上げの780円となり、

最低賃金と生活保護水準との乖離が生じていたすべての地域で、その乖離が解消した（全国の地域別最低賃金の一覧は最低賃金特設サイト[*9]を参照）。また、特定最低賃金の全国加重平均額は828円（2015年4月1日現在）となった。

最低賃金の履行を確保するため、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、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、経済産業省等と連携して以下の支援策[*10]を講じている。

①経営改善と労働条件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）」及び「最低賃金総合電話センター」を設置し、無料の相談対応・専門家派遣を実施。

②全国42道府県の中小企業・小規模事業者を対象として、労働能率増進のための設備投資等を行い、事業場内の最低の時間給800円未満の労働者の賃金を40円以上引き上げた場合の、取組経費を助成（助成率1/2、企業規模30人以下の小規模事業者は3/4）。なお、2015年2月からは、引上げ額・引上げ人数に応じた助成上限額の上乗せ（上限150万円）を実施。

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、賃金の引上げに向けたコスト削減や販路拡大等に要した経費を助成（上限2,000万円）。

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、2014（平成26）年度には、2,980企業の37,143人に対して約152億円の立替払を行った。

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2013（平成25）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。

＊9　最低賃金特設サイト　http://pc.saiteichingin.info/
＊10　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/bunya/roudoukijun/jigyousya/shienjigyou/

「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

使用者による障害者虐待（経済的虐待）に該当する賃金不払等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。

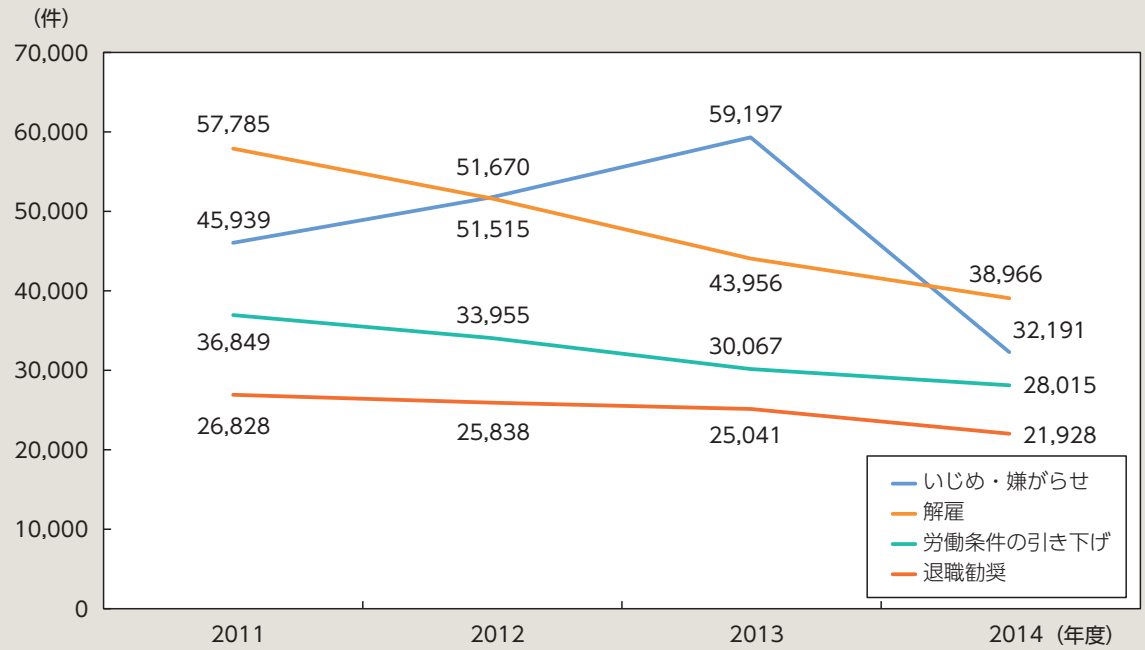
6 職場のパワーハラスメントの予防・解決に向けた環境整備

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。（P347参照）

図表3-4-1　民事上の個別労働紛争の相談内容の件数の推移



資料：厚生労働省「平成26年度個別労働紛争解決制度施行状況」

(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・解決を支援するため、厚生労働省の啓発用サイト「あかるい職場応援団」[*11]において、労働者が困ったときの相談機関一覧や、どのような場合がパワハラに当たるかなどを解説した動画、裁判事例、職場での研修に使える資料、様々な企業で実際に行われているパワハラ対策などを掲載している。

さらに、2014(平成26)年度には、20企業で実際にパワハラ対策のモデルメニューを実施してもらい、これを基に「パワハラ対策導入マニュアル」を策定した。今後、「あかるい職場応援団」等で周知するとともに、全国47都道府県で人事担当者等を対象として行っているセミナーで、当該マニュアルを用いた企業の対策づくりを支援する等、普及を図ることとしている。

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。

2013(平成25)年度の労災保険給付の新規受給者数は60万2,927人であり、前年度に比べ3,959人の減少(0.7%減)となっている。そのうち業務災害による受給者が53万

*11 啓発用サイト「あかるい職場応援団」 http://www.no-pawahara.mhlw.go.jp/

4,049人、通勤災害による受給者が6万8,878人となっている。

(2) 脳・心臓疾患と精神障害の労災認定

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おり、特に精神障害の労災請求件数は、2014（平成26）年度に1,456件と過去最多となっている。

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）。

図表3-4-3　脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況（2010（平成22）～2014（平成26）年度）

		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
脳・心臓疾患	請求件数	802	898	842	784	763 (92)
	支給決定件数	285	310	338	306	277 (15)
精神障害	請求件数	1,181	1,272	1,257	1,409	1,456 (551)
	支給決定件数	308	325	475	436	497 (150)

資料：厚生労働省労働基準局調べ。
(注)　1．脳・心臓疾患とは、業務により脳・心臓疾患（負傷に起因するものを除く。）を発症した事案（死亡を含む。）をいう。
2．精神障害とは、業務により精神障害を発病した事案（自殺を含む。）をいう。
3．請求件数は当該年度に請求されたものの合計であるが、支給決定件数は当該年度に「業務上」と認定した件数であり、当該年度以前に請求されたものも含む。
4．（　）内は女性の件数で内数である。

(3) 石綿による健康被害の補償・救済

石綿を取り扱う作業に従事したことにより中皮腫や肺がんなどを発症した労働者などやその遺族は、労災保険給付を受けることができる。また、2006（平成18）年2月には、「石綿による健康被害の救済に関する法律」が成立し、同年3月には、時効によって労災保険法に基づく遺族補償給付を受ける権利が消滅した者に対し「特別遺族給付金」が支給されるなどの措置が講じられた。

なお、特別遺族給付金については、2011（平成23）年8月の「石綿による健康被害の救済に関する法律の一部を改正する法律」により、請求期限が2022（平成34）年3月27日までに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[*12]。

石綿による健康被害の補償・救済については、2012（平成24）年3月に改正を行った「石綿による疾病の労災認定基準」に基づき、一層迅速かつ適正に行うように努めている。

＊12「特別遺族給付金」に関する大切なお知らせ（厚生労働省ホームページ）
(http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/sekimen/izoku/dl/231011.pdf)

図表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

		2009（平成21）年度	2010（平成22）年度	2011（平成23）年度	2012（平成24）年度	2013（平成25）年度
肺がん	請求件数	540	509	480	495	420
	支給決定件数	480	424	400	402	382
中皮腫	請求件数	571	552	579	587	593
	支給決定件数	536	498	544	522	528
良性石綿胸水	請求件数	29	37	28	41	40
	支給決定件数	24	37	42	45	44
びまん性胸膜肥厚	請求件数	34	44	57	48	62
	支給決定件数	31	35	51	39	53
計	請求件数	1,174	1,142	1,144	1,171	1,115
	支給決定件数	1,071	994	1,037	1,008	1,007

		2009（平成21）年度	2010（平成22）年度	2011（平成23）年度	2012（平成24）年度	2013（平成25）年度
石綿肺	支給決定件数	-	-	68	75	77

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

	2009（平成21）年度	2010（平成22）年度	2011（平成23）年度	2012（平成24）年度	2013（平成25）年度
請求件数	96	54	140	178	40
支給決定件数	109	42	39	167	24

資料：厚生労働省労働基準局調べ。
（注） 請求件数は当該年度に請求されたものの合計であるが、支給決定件数は当該年度に請求されたものに限るものではない。

8 労働保険適用徴収制度

労働保険（労災保険と雇用保険の総称）の適用徴収業務は、適正な労災保険給付や雇用保険給付のみならず、労働行政全体の的確な運営を財政面から支える重要な業務であり、労働保険制度の健全な運営と費用負担の公平性を確保するため、労働保険の適用促進、適正徴収に取り組んでいる。

労働保険は、農林水産の事業の一部を除き、労働者を一人でも雇用するすべての事業に適用されるため、適用事業の事業主は、保険関係の成立手続を行わなければならないが、未手続となっている事業が少なからず見受けられる。

このような未手続となっている事業に対しては、都道府県労働局、労働基準監督署及びハローワークの緊密な連携や関係機関からの協力による未手続事業の把握、労働保険の加入勧奨活動の強化、さらに、自主的に成立手続を行わない事業主に対し職権による保険関係の成立手続を行っている。

9 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水準にある。

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[*13]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（2014（平成26）年4月～2015（平成27）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1,033,047件、民事上の個別労働紛争に係る相談件数が238,806件、都道府県労働局長による助言・指導の申出件数が9,471件、紛争調整委員会によるあっせんの申請件数が5,010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

＊13 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/

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」を設置・運営している。2014（平成26）年度は福岡市、関西圏（京都府、大阪府及び兵庫県）及び東京圏（千葉県成田市、東京都千代田区、中央区、港区、新宿区、文京区、江東区、品川区、大田区及び渋谷区並びに神奈川県）の3つの国家戦略特区に雇用労働相談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

東京電力福島第一原子力発電所の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。その後、2011（平成23）年12月の「事故の収束に向けた道筋」におけるステップ2完了に合わせて、緊急作業時の被ばく限度を100ミリシーベルトに戻すとともに、同原発内における作業については一部の作業を除き、通常の被ばく限度を適用することにした。

2011年10月に公表した「東京電力福島第一原子力発電所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」（大臣指針）に基づき、全ての緊急作業従事者（約2万人）の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、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、引き続き緊急作業従事者の長期的な健康管理に努めている。また、2014（平成26）年12月より、最新の知見を踏まえた長期的な健康管理のあり方、100ミリシーベルトを超えた者の次期線量管理期間（平成28年4月～平成33年3月）における線量管理の方法等について検討を行うため、専門家検討会を開催し、2015（平成27）年5月に報告書を取りまとめた。この報告書を受け、2015年秋までに電離放射線障害防止規則及び大臣指針を改正する予定である。

さらに、同原発の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、疫学研究を実施している。2014年度は福島県在住の約2,000人を対象とした先行研究を実施しているが、2015年度からは緊急作業従事者全員を対象として本格実施する予定である。

また2014年度に、東京電力福島第一・福島第二原子力発電所において死亡災害が相次いで発生したことを受けて、2015年1月に東京電力に対し労働災害防止対策の徹底を指導し、同年2月には厚生労働副大臣が東京電力福島第一原発を視察し、東京電力の対応状況について確認を行った。

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

東京電力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

については、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、2012年4月から、原発周辺の警戒区域、避難指示区域等の見直しが順次行われ、生活基盤の復旧、製造業等の事業等及びそれらに付随する運輸作業等が順次行われることを受けて、これらの業務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。

さらに、2013（平成25）年度から、環境省により、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となったことを受けて、これらの業務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、電離放射線障害防止規則の一部改正を同年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が順次整備され、除染等業務が行われてきているが、これらの業務に従事する労働者の安全衛生や労働条件の確保を図るため、除染電離則等の周知を図るとともに、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、電気事業者が原発作業者を対象に自発的に運用している被ばく線量記録の一元管理制度（原子力放射線業務従事者被ばく線量登録管理制度）に準じた制度を元方事業者等が自発的に設立し、2013年12月から、環境省が発注する工事を対象として暫定的に制度が発足した。2014（平成26）年4月から地方自治体等発注の業務まで対象を拡大した上で、同年12月から本格的に制度を稼働し、2015（平成27）年4月に除染作業者等の被ばく線量分布図等について公表した。なお、厚生労働省は、同制度で使用される電算システムの構築経費について補助金を交付する等の支援を行った。

また、除染等業務を行う元請事業者に対し、安全衛生や労働条件の確保の徹底を図るよう要請した。

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、建築物等に含まれるアスベストによる健康障害を防止するため、復旧工事に係るアスベスト対策検証のための専門家会議を環境省との連携のもと引き続き開催するとともに、石綿障害予防規則及び「建築物等の解体等の作業での労働者の石綿ばく露防止に関する技術上の指針」に基づく指導等を実施した。

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。2015（平成27）年3月末現在、加入労働者は約639万5千人であり、2014（平成26）年度の退職金支給件数は約32万件、退職金支給金額は約4,023億円となっている。

2 勤労者財産形成促進制度について

勤労者財産形成促進制度は、勤労者が豊かで安定した生活を送ることができるよう、その計画的な財産形成を促進するため、勤労者の自主的な努力に対して事業主及び国が支援するもので、財形貯蓄制度や財形融資制度等がある。

2015（平成27）年3月末現在、財形貯蓄契約件数は約845万件、貯蓄残高は約16兆1千億円、財形融資貸付件数は約11万件、貸付残高は約1兆円となっている。

第7節 安定した労使関係の形成など

1 2014年度の労使関係

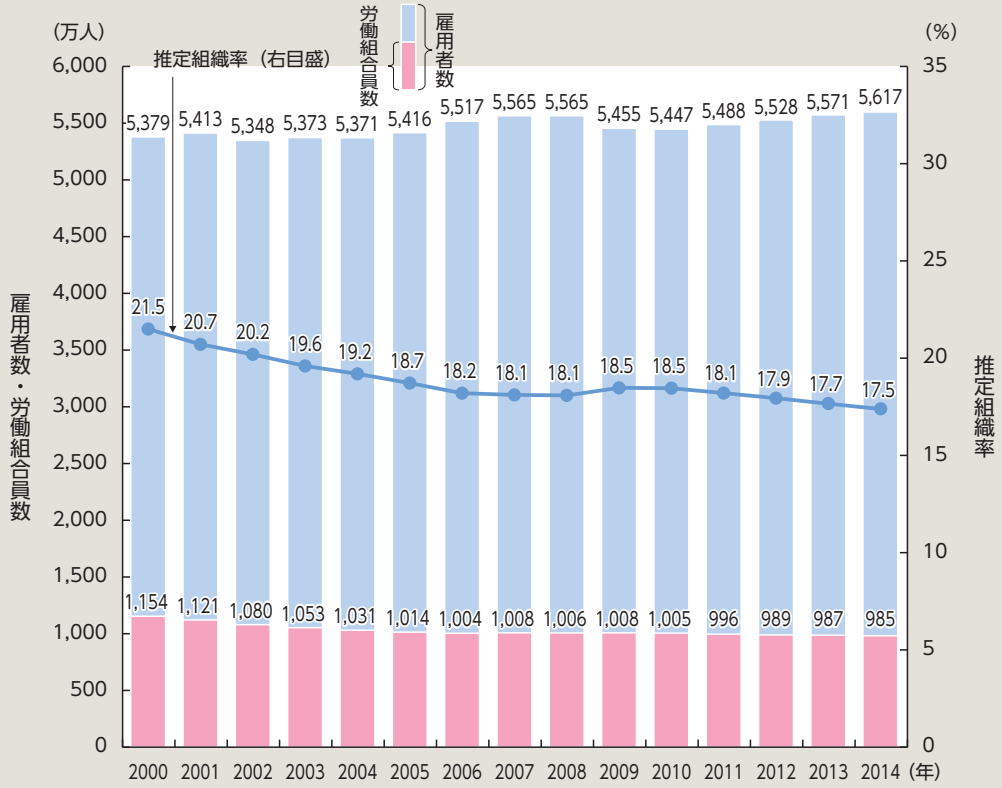
(1) 我が国の労働組合

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。

2014（平成26）年6月現在、我が国の労働組合員数は984万9千人（前年987万5千人）で2万6千人減少した（**図表3-7-1**）。

また、パートタイム労働者の労働組合員数は97万人で（前年91万4千人）、5万6千人増加し、これらを調査事項に加えた1990（平成2）年以降、過去最高を更新している。

図表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：厚生労働省大臣官房統計情報部「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

政府が2013（平成25）年6月14日に閣議決定した日本再興戦略において、「従来の政労会見や経営者団体との意見交換とは別に、政・労・使の三者が、膝を交えて、虚心坦懐かつ建設的に意見を述べ合い、包括的な課題解決に向けた共通認識を得るための場を設定し、速やかに議論を開始すること」が盛り込まれており、前年に引き続き、内閣総理大臣、日本経済団体連合会会長、日本商工会議所会頭、全国中小企業団体中央会会長、日本労働組合総連合会会長らが出席して「経済の好循環実現に向けた政労使会議」が開催された。2014（平成26）年12月16日、同会議において、「企業収益の拡大から賃金の上昇、消費の拡大という好循環を継続的なものとし、デフレ脱却を確実なものとするためには、企業収益の拡大を来年春の賃上げや設備投資に結びつけていく必要がある。このため、政府の環境整備の取組みの下、経済界は、賃金の引上げに向けた最大限の努力を図るとともに、取引企業の仕入れ価格の上昇等を踏まえた価格転嫁や支援・協力について総合的に取り組むものとする」ことなどについて一致協力して取り組むとの認識に至った。

日本労働組合総連合会（連合）は2014年12月2日の中央委員会で、「賃金の引き上げについては、定期昇給・賃金カーブ維持相当分の確保を前提とし、過年度の消費者物価上昇分や企業収益の適正な分配の観点、経済の好循環を実現していく社会的役割と責任を踏まえ、すべての構成組織が取組みを推進していくことを重視し2%以上の要求を掲げ獲得

をめざし、取組みを進めていく（定期昇給相当額と賃上げ額を加えた要求は4%以上とする）」等とする「2015春季生活闘争方針」を決定した。

また、日本経済団体連合会（経団連）は、2015（平成27）年1月20日、「賃金等の労働条件は、自社の支払能力に基づき決定することが原則である。支払能力を担保していくため、生産性の向上に裏打ちされた付加価値の増加が不可欠である。」としつつ、「経済の好循環の2巡目を回していくために求められることは、収益が拡大している企業のより積極的な対応である。具体的には、自社のさらなる発展に向けて、設備投資や研究開発投資、雇用の拡大などとあわせて、賃金の引き上げを前向きに検討することが強く期待される。」等とする「2015年版経営労働政策委員会報告」を決定した。

2015年3月18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た。

月例賃金は一人あたりの平均で、引き上げ額も引き上げ率も前年を上回り、中小組合を含め、定期昇給相当分を除いた賃上げ額も増加した。

また、非正規雇用労働者についても、時給、月給いずれも前年を上回る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

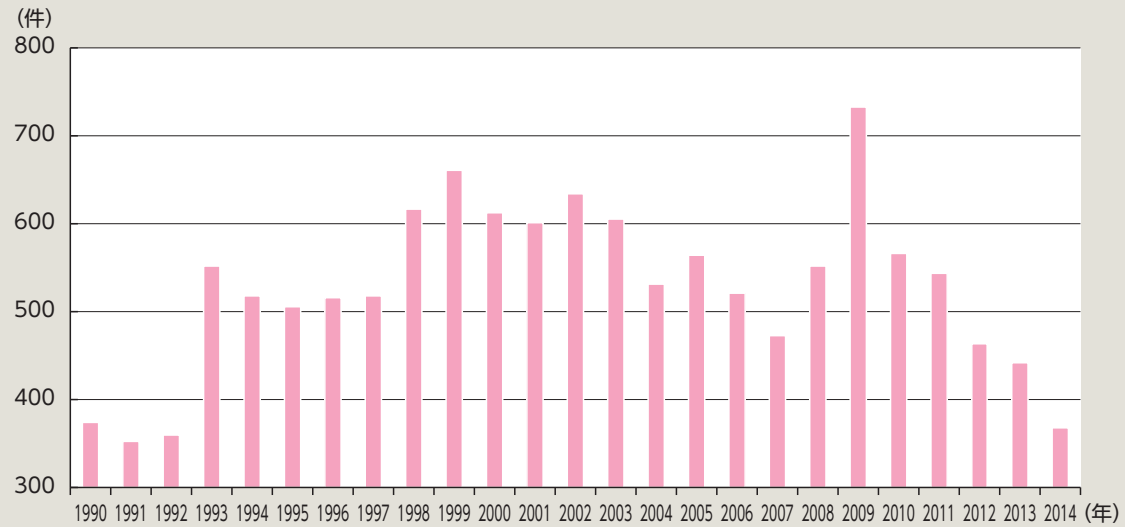
労働委員会（中央労働委員会、都道府県労働委員会）では、不当労働行為事件の審査、労働争議の調整（あっせん、調停及び仲裁）、個別労働紛争のあっせん（中央労働委員会及び一部の労働委員会を除く。）を行っている。

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、2014（平成26）年が371件であり、同年の平均処理日数は375日であった。再審査及び特定独立行政法人関係事件審査の新規申立件数は、2014年が60件であり、同年の平均処理日数は468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2014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、367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、358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、教育扶助、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 生活保護の現状と課題

生活保護受給者数は1995（平成7）年を底に増加に転じ、2011（平成23）年7月に現行制度下で過去最高となって以来、引き続き増加傾向にあり、2015（平成27）年4月には約216.3万人となっている（**図表4-1-1**）。増加の要因は、高齢化の進展により就労による経済的自立が容易でない高齢者世帯が増加している（**図表4-1-2**中「高齢者世帯」を参照）こと等によると考えられる。

また、医療扶助が生活保護費の約半分を占めていることや、一部の限られた事案であるが、不正受給事件が依然として起きていることなども指摘されている。

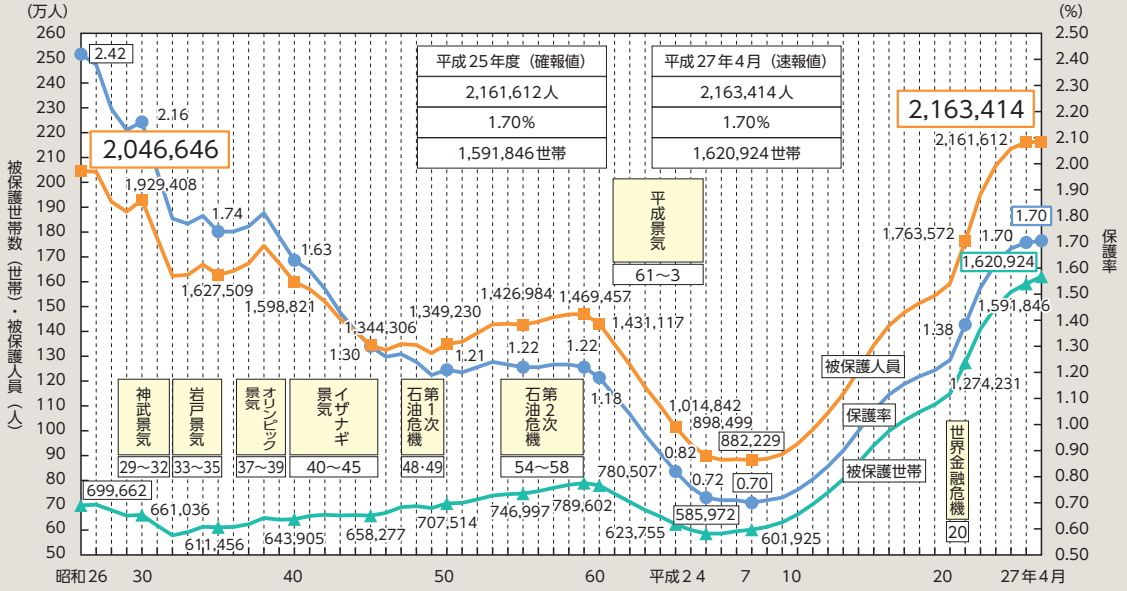
こうした課題に対応するため、生活保護受給者への就労・自立支援の強化を図るとともに、不正受給への厳正な対処、医療扶助の適正化などに取り組むことが重要である。

さらに、生活保護受給者の増加に加え、非正規雇用の労働者や年収200万円以下の給与所得者など、生活に困窮するリスクの高い層が増加しており、生活保護受給に至る前の段階にある生活困窮者の就労・自立の促進を図ることが大きな課題となっている。

＊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216万人であり、平成23年に過去最高を更新して以降増加傾向が続いている。



資料：被保護者調査より厚生労働省社会・援護局保護課にて作成（平成24年3月以前の数値は福祉行政報告例）

図表4-1-2 世帯類型別の保護世帯数と構成割合の推移

リーマンショック後、特に稼働年齢層と考えられる「その他の世帯」の割合が大きく増加したが、近年、景気回復等の影響により、「その他の世帯」は減少傾向となっているが、高齢化により「高齢者世帯」のみ増加傾向にある。

◆平成19年度

	被保護世帯総数	高齢者世帯	母子世帯	傷病・障害者世帯	その他の世帯
世帯数	1,102,945	497,665	92,910	401,087	111,282
構成割合（%）	100.0	45.1	8.4	36.4	10.1

資料：福祉行政報告例（注：保護停止中の世帯は含まない。）

2.5倍弱増

◆平成27年4月（概数）

	被保護世帯総数	高齢者世帯	母子世帯	傷病・障害者世帯	その他の世帯
世帯数	1,613,400	792,209	104,241	442,006	274,944
構成割合（%）	100.0	49.1	6.5	27,4	17.0

資料：被保護者調査（注：保護停止中の世帯は含まない。）

世帯類型の定義

高齢者世帯：男女とも65歳以上（平成17年3月以前は、男65歳以上、女60歳以上）の者のみで構成されている世帯か、これらに18歳未満の者が加わった世帯

母子世帯：死別、離別、生死不明及び未婚等により、現に配偶者がいない65歳未満（平成17年3月以前は、18歳以上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

障害者世帯：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

傷病者世帯：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

その他の世帯：上記以外の世帯

(参考)
その他の世帯のうち、年齢階級別にみた世帯人員の構成割合
・20~29歳： 5.4%
・50歳以上 ：54.0%
（平成25年）

3 生活保護制度の見直しと新たな生活困窮者自立支援制度の創設

こうした状況を背景に、2011（平成23）年12月に取りまとめられた「生活保護制度に関する国と地方の協議の中間とりまとめ」や、2013（平成25）年1月に取りまとめられた社会保障審議会「生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会」の報告書等を踏まえ、2013年の第185回国会に、「生活保護法の一部を改正する法律案」及び「生活困窮者自立支援法案」を提出し、両法案は同年12月に可決・成立した。

(1) 生活保護制度の見直し

「生活保護法の一部を改正する法律」は、2014（平成26）年7月1日より施行（一部の規定を除く。）されており、支援が必要な方に確実に保護を実施するという制度の基本的な考え方を維持しつつ、以下の見直しを行ったところである。

①就労による自立の促進

安定した職業に就くことにより保護からの脱却を促すための給付金を創設する。

②健康・生活面等に着目した支援

受給者それぞれの状況に応じた自立に向けての基礎となる、自ら、健康の保持及び増進に努め、また、収入、支出その他生計の状況を適切に把握することを受給者の責務として位置づける。

③不正・不適正受給対策の強化等

・福祉事務所の調査権限を拡大する（就労活動等に関する事項を調査可能とするとともに、官公署の回答義務を創設する。）。
・罰則の引上げ及び不正受給に係る返還金の上乗せをする。
・不正受給に係る返還金について、本人の事前申出を前提に保護費と相殺する。
・福祉事務所が必要と認めた場合には、その必要な限度で、扶養義務者に対して報告するよう求めることとする。

④医療扶助の適正化

・指定医療機関制度について、指定（取消）に係る要件を明確化するとともに、指定の更新制を導入する。
・医師が後発医薬品の使用を認めている場合には、受給者に対し後発医薬品の使用を促すこととする。
・国（地方厚生局）による医療機関への直接の指導を可能とする。

また、各地域における家賃や冬季の光熱費増加支出の実態を踏まえ、住宅扶助及び冬季加算について、適正な水準となるよう見直しを行ったところである。

(2) 新たな生活困窮者自立支援制度の創設

「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り、2015（平成27）年4月1日に施行したものである。

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、支援の質を確保するため、相談支援員等の養成研修を実施するとともに、各種ガイドライン等の策定や好事例集の周知など、円滑な施行のため積極的な支援を行った。

なお、2014（平成26）年度においては、「生活困窮者自立促進支援モデル事業」を254か所で実施し、法の施行に向け、地域における生活困窮者支援の体制整備を着実に進めたところである。

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

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

＊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

窮者の自立を支援するための新たな社会資源が整備されていくことなどを踏まえ、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」を創設することとしている。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。

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、地域コミュニティ活動の活性化・活用を図りつつ、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「地域コミュニティを活用した被災者支援生活支援事業」などにも取り組んでいる。

2 消費生活協同組合について

消費生活協同組合（生協）は、1948（昭和23）年に法制化され、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、組合数や組合員数は大きく増加し、2013（平成25）年3月31日現在で組合数は920組合、組合員数は延べ6,174万人に達している[*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

矯正施設（刑務所、少年刑務所、拘置所、少年院）入所者の中には、高齢又は障害により自立した生活を送ることが困難であるにもかかわらず、過去に必要とする福祉的支援を受けていない人や、親族等の受入先を確保できないまま矯正施設を退所する高齢者、障害者がいることが指摘されている。

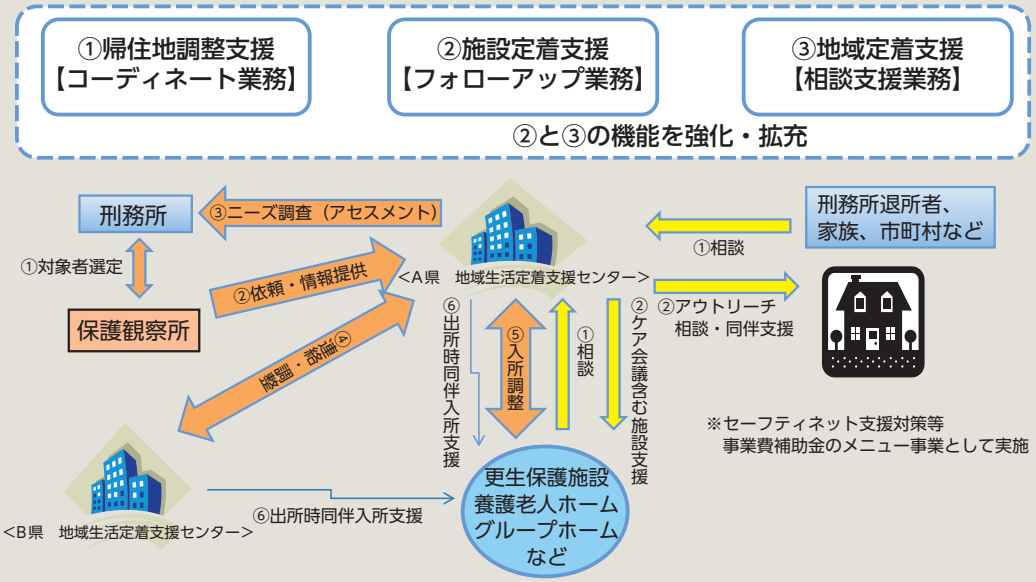
このため、厚生労働省では、2009（平成21）年度から保護観察所と協働して、退所後直ちに福祉サービス等（障害者手帳の発給、社会福祉施設への入所など）につなげるための準備と社会復帰の支援を促進してきた。また、再犯防止に寄与するため、都道府県に「地域生活定着支援センター」の整備を進め、2012（平成24）年3月、47都道府県すべてに整備されることになった[*4]。

さらに、2012年度からは矯正施設退所後のフォローアップ、相談支援まで支援業務の内容を拡充し、入所中から退所後まで一貫した相談支援を行う「地域生活定着促進事業」として実施している（図表4-2-2）。

＊3　組合数・組合員数は、平成25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。
＊4　2015（平成27）年3月末現在48ヵ所

図表4-2-2　地域生活定着促進事業の概要

○高齢又は障害により自立が困難な矯正施設退所者に対し、退所後直ちに福祉サービス等につなげ、地域生活に定着をはかるため、各都道府県の「地域生活定着支援センター」と保護観察所が協働して進める地域生活定着促進事業を推進する。
○地域生活定着支援センターで、①入所中から帰住地調整を行うコーディネート業務、矯正施設退所後に行う②社会福祉施設入所後の定着のためのフォローアップ業務及び、③退所後の福祉サービス等についての相談支援業務を一体的に行うことにより、社会復帰と再犯防止に寄与する。



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[*5]され、全国で約26万世帯[*6]と推計されている。

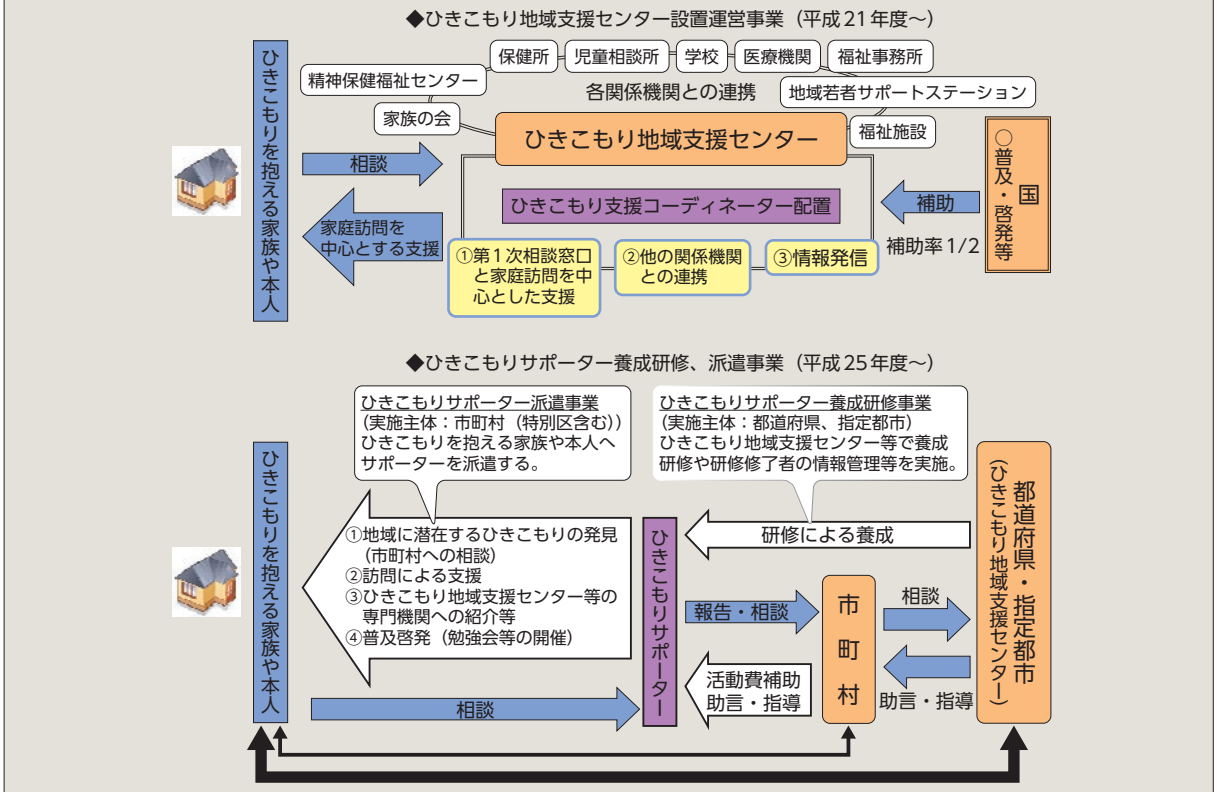
厚生労働省では、これまで各自治体の精神保健福祉センター、保健所、児童相談所等を中心とした相談等の充実に努めてきた。ひきこもりが社会問題化する中で、2009（平成21）年度から、ひきこもりの状態にある本人や家族の方が、地域の中で最初にどこに相談すべきかを明確にすることで支援に結びつきやすくすることを目的として、都道府県・指定都市に「ひきこもり地域支援センター」の整備を進めている[*7]。

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**）。

＊5　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
＊6　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
＊7　2015（平成27）年3月末現在56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。



第3節　自殺・うつ病対策の推進

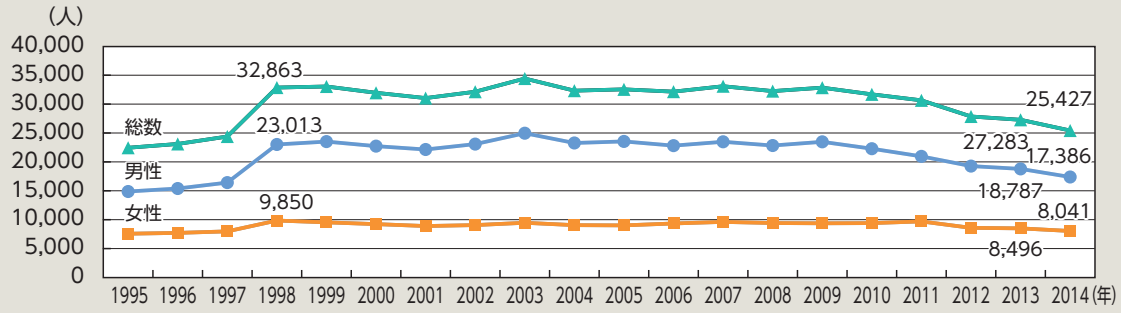
我が国の自殺者数は、1998（平成10）年以降、14年連続で年間3万人を超える水準で推移してきた。自殺者数は、内閣府・警察庁の統計によると、2014（平成26）年においては、2013（平成25）年を下回る25,427人（確定値）で、前年に比べ1,856人（6.8%）減少となっている。

また、自殺者数の推移としては、3年連続で3万人を下回り、年間自殺者数は5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、内閣府・警察庁の統計によれば、2014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5,439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３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、依存症は特に自殺の大きな要因と考えられている。



出典：内閣府・警察庁統計

警察庁統計における自殺の原因・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
2014年	25,427	19,025	12,920	5,439	1,226	188	1,307	4,144	3,644	2,227	875	372	1,351

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。

精神保健分野においては、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（平成27）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新たに実施することとしている。また、同じくハイリスク者であるアルコール依存症、薬物依存症の患者への対策として、自助団体への活動支援や、地域連携体制の構築等、回復に有効とされる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。さらに、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、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[*8]。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、2015（平成27）年12月の施行に向けた周知を進めることとしている。

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失業者のための各種相談窓口の設置や、生活困窮者支援策を強化しているところである[*9]。

なお、自殺予防総合対策センター[*10]（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、自殺対策に関する調査研究、情報発信、自治体職員及び医療従事者に対する研修、自治体の取組みの支援等を行っている。

第４節　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

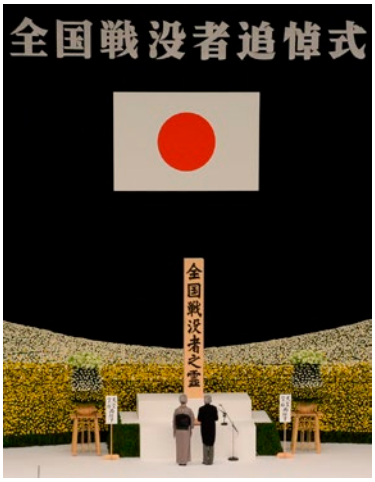
厚生労働省では、戦後、一般邦人の海外からの引揚げを支援するとともに、軍人の復員、未帰還者の調査、戦傷病者や戦没者遺族等の援護を行ってきた。

現在、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帰還事業や戦没者遺族による慰霊巡拝を実施しているほか、先の大戦による混乱の中で中国や樺太で残留を余儀なくされた中国残留邦人等への支援などを行っている。

1　国主催の戦没者追悼式典

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）年度の式典では、先の大戦の記憶を次世代へ継承していくという観点から、青少年（18歳未満）の遺族にも国費で参列していただいた。



全国戦没者追悼式典
（天皇皇后両陛下の御臨席を仰いで実施）

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、

＊8　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。
＊9　生活困窮者支援については、第４章第１節参照。
＊10「自殺予防総合対策センター」ホームページ　http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html

皇族の御臨席を賜り、実施している。

2 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[*11]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（いしゃ）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。

2015（平成27）年は戦後70周年に当たることから、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支給法の一部を改正する法律案」を第189回通常国会に提出し、同法案は同年3月末に全会一致で可決・成立した。

コラム　戦中・戦後の労苦を次世代に伝える昭和館・しょうけい館

（戦没者遺族を始めとする国民が経験した労苦を次世代の人々に伝える昭和館）

昭和館は、戦没者遺族を始めとする国民が経験した戦中・戦後の国民生活上の労苦を次世代の人々に伝えていくために、平成11年3月に開設した国立の施設である。

同館には、戦没者遺族を始めとする国民の暮らしを伝える「常設展示室」、当時の貴重な写真・映像・音響資料等をタッチパネル式のパソコンで検索できる「映像・音響室」、文献・資料等の情報をデータベース化し、自由に検索、閲覧できる「図書室」のほか、当時のニュース映像を上映する「懐かしのニュースシアター」、映像・写真資料や図書などを随時紹介している「資料公開コーナー」などがあり、様々な観点からの特別企画展や各種イベントも開催している。

「常設展示室」では、昭和10年頃から昭和30年頃までの戦中・戦後の国民生活を伝える実物資料を展示している。具体的には、戦地と家族の間で交わされた手紙、昭和10年頃の家庭で使われていた炭・薪を燃料とした「かまど」や「七輪」などの炊事道具、防空壕の様子が体験できるジオラマ、空襲被災者のバラックでの生活や買い出し列車、海外からの引揚げなど終戦直後の日本の様子を撮影した映像、戦後の学校での「青空教室」の写真や昭和20年代後半の「家庭用電化製品」などの展示をしている。また、「体験ひろば」では、戦中・戦後の衣類を着てみたり、手押しポンプやバケツを使った水汲みなどが体験できる。

「映像・音響室」では、戦中・戦後の「暮らし」を中心とした記録写真や映像、世相を反映したニュース映像、SPレコードの音楽などの映像・音響資料を検索し、視聴できる。

「図書室」では、戦中・戦後の暮らしの体験記や、各地の戦災記録を始めとする国民生活の様子を伝える図書、当時刊行された雑誌

＊11 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。

や部隊史などが集められ、自由に検索、閲覧ができるようになっている。

同館には、平成11年3月の開館から平成26年3月末までに約419万人が来館している。

昭和館常設展示室

（戦傷病者とその家族が体験した労苦を次世代に伝えるしょうけい館）

しょうけい館（戦傷病者史料館）は、戦傷病者とその家族が体験した戦中・戦後の労苦を次世代に伝えていくために、平成18年3月に開設した国立の施設である。

同館は、ある兵士の足跡をたどる形で、入営から戦場での受傷、戦地医療、内地での療養、社会復帰、そして現在まで、その折々に体験された戦傷病者の苦労を伝える「展示室」、戦線の傷病兵を収容して治療をする場面を立体模型で再現した「野戦病院ジオラマ」、戦傷病者が語る様々な体験を映像で伝える「証言映像シアター」、戦傷病者の体験記や従軍体験者の回想記、文献・資料などを閲覧できる「図書閲覧室」のほか、実物資料や図書、証言映像、戦傷病者の記録などを検索できる「情報検索コーナー」、戦傷病者として知られる漫画家である水木しげる氏が体験した労苦などを伝える「常設企画展示」などがあり、様々な観点からの企画展や各種イベントも開催している。

「展示室」では、戦傷病者やその家族の証言をもとに、戦場で負傷したある兵士の足跡をたどる形で実物資料を展示している。具体的には、入営・入団、出征時の写真、戦地での生活を書いた日記、戦場や戦地医療のスケッチ、負傷時に身に着けていた軍帽や眼鏡、本国へ重傷者を搬送する病院船「氷川丸」の模型、陸軍病院での義足をつけて歩く機能回復訓練などの戦時下の療養生活の写真、社会復帰のための作業用義手、平和を切望するメッセージなどである。

「野戦病院ジオラマ」は、戦争末期の南方の戦場の壕の中に作られた野戦病院での手術の様子などを再現したもので、戦傷病者の受傷と戦地での救護活動の状況を伝えている。

「証言映像シアター」では、戦争で傷つき、病に倒れた多くの戦傷病者とその家族が体験した労苦を現在に語り継ぐ証言映像を上映しており、情報検索コーナーでも自由に閲覧・視聴できるようになっている。

「図書閲覧室」では、戦傷病者の体験記や従軍体験者の回想記を中心に、医療、援護施策に関する書籍を収集しており、自由に検索・閲覧できるようになっている。

同館には、平成18年3月の開館から平成26年3月末までに約107万人が来館している。

戦後70周年を迎える平成27年度は、昭和館、しょうけい館と平和祈念展示資料館（総務省）の3館が連携して、東京都（日比谷図書文化館）、長野県（ホクト文化ホール）、和歌山県（県民文化会館）の3会場で戦中・戦後の労苦を次世代へ語り伝えることを目的とした巡回特別企画展として「出張展示」と「講演会」の開催を予定している。

しょうけい館展示室

3 戦没者の遺骨収集帰還事業、慰霊巡拝等の推進

(1) 遺骨収集帰還事業

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、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、最大でも約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。

このうち、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、2014（平成26）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、これまでに発見された壕等の遺骨収容を実施し、42柱の遺骨を収容したほか、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、遺骨収容に着手するとともに、外周道路外側の面的調査等を実施した。

また、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」に基づき、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、2015（平成27）年3月末までに3万9,218名（うちモンゴル1,429名）の死亡者を特定し、1万9,445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、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。

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、未送還遺骨に係る情報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、2014年度は、海外南方地域においては1,047柱の遺骨を収容し、日本へ送還したところである。

このうち、ソロモン諸島からの遺骨の送還に当たっては、2014年10月に、防衛省の協力を得て、海上自衛隊艦船によるガダルカナル島

晴海埠頭での遺骨引渡式
（海上自衛隊艦船による遺骨送還の協力を受け実施）

において収容した137柱の遺骨の日本への送還を実施したところであり、引き続き、関係省庁の協力を得ながら、一柱でも多くの遺骨を日本へ送還していくこととしている。

収容した戦没者の遺骨は、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、記録資料等で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鑑定を実施している。2015年3月末までに、DNA鑑定により1,001柱の身元が判明した。

(2) 慰霊巡拝等

戦没者の遺族の要望に応え、主要戦域や戦没者が眠る海域での慰霊巡拝や、戦没者の遺児と主要戦域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周年の記念事業として洋上慰霊を実施する。

また、戦没者の慰霊と平和への思いを込めて、1970（昭和45）年度以降、主要戦域に戦没者慰霊碑を建立（硫黄島と海外14か所）したほか、旧ソ連地域には個別に小規模慰霊碑を建立（13か所）している。

2014（平成26）年7月には、安倍内閣総理大臣がパプアニューギニア独立国にある「ニューギニア戦没者の碑」を訪問・献花しており、戦後70年を迎える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。

永住帰国後、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、6か月間は「中国帰国者定着促進センター」で日本語教育、生活指導などを、地域定着後は「中国帰国者支援・交流センター」で日本語学習支援などを行っている。

中国帰国者支援・交流センターでの日本語教室の風景

また、中国残留邦人等は、日本への帰国が遅れ日本の高度成長の恩恵を受けることができず、老後の備えが不十分であることや、日本の教育を受ける機会がなく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、満額の老齢基礎年金の月額相当額の2／3を「配偶者支援金」として毎月支給している。

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、三世に対して、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、演劇の公演などを取り入れたシンポジウムを開催しており、2014年度は神奈川県横浜市で開催した。

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3,950万人（2013（平成25）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の状況

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。

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の解消[*2]が行われた。特例水準が解消したことにより、現在の高齢世代と将来世代の均衡を図り、将来の給付水準を確保するために必要な措置として、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月から初めて発動されることとなった。

また、2014（平成26）年4月には、年金機能強化法の一部施行により、基礎年金国庫負担割合2分の1の恒久化[*3]、遺族基礎年金の父子家庭への拡大[*4]、産休期間における厚生年金保険料の免除[*5]等の措置が施行されている。

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、さらに2016（平成28）年10月には、年金機能強化法の一部施行による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、消費税率の10%への引上げが行われる2017（平成29）年4月から、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[*6]が行われることとなっており、今後は、これらの着実な実施のための措置を講じていく。

＊1　年金関連4法の法律名は下記の通り。
・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　2014年度以降、消費増税（8%）により得られる税収を活用し、基礎年金の国庫負担割合2分の1を恒久化。

＊4　遺族基礎年金の支給対象は、これまで「子のある妻」または「子」となっていたが、2014年度より、妻を亡くした「子のある夫」も支給対象となった。

＊5　2014年度より、産前産後休業中の保険料免除が実施されている。なお、産前産後休業後に職場復帰した場合は、その後3ヶ月間の給与の平均額での標準報酬月額の改定等が実施されている。

＊6　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。

年金制度の改革に関しては、これら既に成立した制度改正の施行に向けた動きに加え、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
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
等の検討課題が規定された。

2 平成26年財政検証の実施とそれを踏まえた社会保障審議会年金部会における議論

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」を行っている。2004年改正以前は、給付に必要な保険料を再計算していたが（「財政再計算」と呼ぶ）、2004年改正により、保険料水準を固定し、給付水準の自動調整を図る仕組みの下で年金財政の健全性を検証する現在の財政検証へ転換した。

平成26年財政検証では、幅の広い経済前提を設定し、どのような経済状況の下ではどのような年金財政の姿になるのかということを幅広く示すことで、年金制度にとって何が重要なファクターなのか、また、持続可能性や年金水準の確保のためにどのような対応があり得るのかなど、様々な議論のベースを提供できる検証作業となるよう留意した。こうした財政検証の結果、日本経済の再生と労働市場参加の促進が進めば、今の年金制度の下で、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、今回初めて、社会保障制度改革国民会議の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実施し、3つのオプション[*7]いずれもが制度の持続可能性を高め、将来の給付水準を確保する上で、プラスの効果を持つことが確認された。

社会保障審議会年金部会では、プログラム法に規定された検討課題や、平成26年財政検証の結果、制度改革を実施した場合を仮定して行ったオプション試算の結果等を踏まえ、労働市場の参加を促進し、年金制度を支える経済社会の発展へ寄与するという観点や、制度の持続可能性を強固にし、社会経済情勢に応じたセーフティネット機能を強化するという観点から取り組むべき課題について検討を行い、2015年1月21日に「社会保障審議会年金部会における議論の整理」を取りまとめたところである。

（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年金給付に充てずに積み立て、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、現在及び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

＊7　3つのオプションの内容は以下の通り。
①物価や賃金の伸びが低い場合でもマクロ経済スライドがフルに発動するように仕組みを見直した場合
②被用者年金の更なる適用拡大を行った場合
③保険料拠出期間の延長や受給開始年齢の繰り下げを行った場合

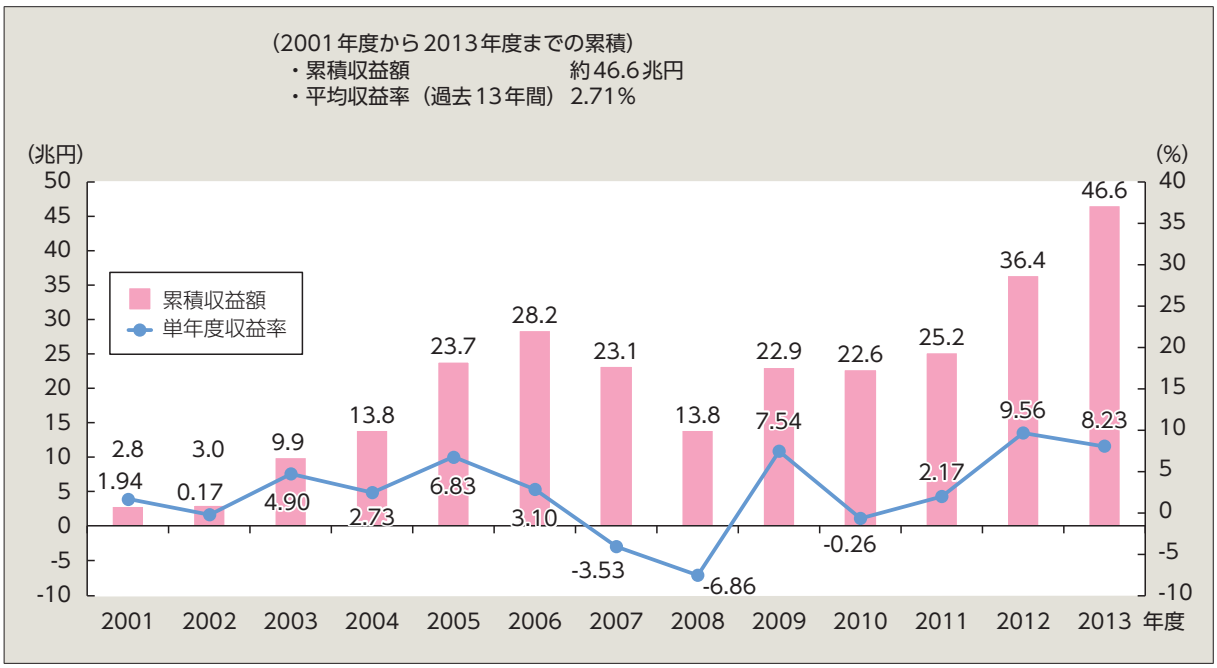
給付費が基本的に名目賃金上昇率に連動して増減するため、これに対応した実質的な運用利回り（名目運用利回り－名目賃金上昇率）を最低限のリスクで確保することが重要である。2014（平成26）年財政検証では複数の経済前提が設定され、各ケースに対応できる長期の実質的な運用利回りとして1.7%が示された。この年金積立金は、厚生労働大臣が運用に特化した専門の法人である年金積立金管理運用独立行政法人（以下「GPIF」という。）に寄託することにより管理・運用されている。

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おり、GPIFは、その運用受託機関の選定、運用状況などについての評価、その結果に基づく解約などの、運用受託機関の管理を行っている。

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、長期的な観点から見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。直近では、2014年度第3四半期（10月から12月まで）の運用状況が公表されており、2014年4月から12月までの通期で収益率は約10.0%、収益額は約12.5兆円の黒字となっている。なお、年金積立金は、GPIFが行う他、その一部を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、短期的な財政融資資金への預託による運用を行っている。それを合わせた年金積立金全体の運用実績に関しては、厚生労働大臣が自主運用を開始した2001（平成13）年度から2013（平成25）年度までの累積の収益額は約46.6兆円となっており、収益率でみると名目賃金上昇率を平均で約3.2%上回り、年金財政に貢献していると言える。

図表5-1-1　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の基本ポートフォリオについては、「『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、平成26年財政検証を踏まえ、デフレからの脱却、適度なインフレ環境への移行など長期的な経済・運用環境の変化に即し、年金財政の長期的な健全性を確保するために、適切な見直しをできるだけ速やかに実施することとされ、GPIFは平成26年財政検証を踏まえ、2014年10月に基本ポートフォリオを含む中期計画の見直しを行った。

また、「日本再興戦略」改訂2014では、基本ポートフォリオの見直しと併せ、ガバナンス体制の強化を図る必要があるとされており、経済・金融等の専門家で構成される運用委員会にガバナンス会議を設置するなどGPIFにおいてガバナンス体制強化のために必要な取組みを実施している。

また、「独立行政法人改革等に関する基本的な方針」（平成25年12月24日閣議決定）に基づく厚生労働省所管の独立行政法人改革の一環として、「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案」を2015（平成27）年2月24日に国会へ提出し、4月24日に成立、5月7日に公布された。GPIFに係る改正内容については、公布日に施行され、施行に伴い、運用担当理事を法定の役員として追加し、総務・企画等担当理事とあわせて2名体制とした。

他方、GPIFの組織論等の観点を含めたガバナンス体制の強化については、「日本再興戦略」改訂2014に基づき、法律改正の必要性も含めて社会保障審議会年金部会で議論を行い、必要な対応を検討していくこととしている。

今後も安全かつ効率的な年金資金運用の性格に即し、必要な見直し等を行っていく。

2 企業年金制度の最近の動向について

(1) 企業年金制度についての議論

企業年金制度等は、公的年金を補完し、国民の自助努力を促進する制度として、昨今ますますその重要性を増している。

先進諸国においても、公的年金の課題に対応するため、就労期間の長期化を進めるとともに、私的年金等の自助努力の奨励を拡充し、公的年金と私的年金を組み合わせて老後の所得確保を図る方向で制度改正を行う例が増えている。

我が国においては、働き方の多様化が進み、個々人のライフスタイルに合わせて柔軟に老後に向けた個人の自助努力が行える仕組みが求められている一方、厚生年金基金の解散が進む中で、特に中小企業における企業年金の実施割合が低下傾向にある等、企業年金制度等を取り巻く状況が大きく変化している。

上記のような企業年金制度等を取り巻く状況の変化を踏まえ、企業年金制度等の更なる普及・拡大を図り、公的年金制度を補完する役割を強化するため、社会保障審議会企業年金部会において、2014（平成26）年6月より企業年金制度のあり方について議論を行った。

企業年金部会における議論を整理した「社会保障審議会企業年金部会における議論の整理」（2015（平成27）年1月16日）や、「平成27年度税制改正の大綱」（平成27年1月14日閣議決定）等を踏まえ、第189回通常国会に、中小企業が利用しやすい企業年金の創設や、個人型確定拠出年金の加入可能範囲の拡大等をその内容とする「確定拠出年金法

等の一部を改正する法律案」を提出した。

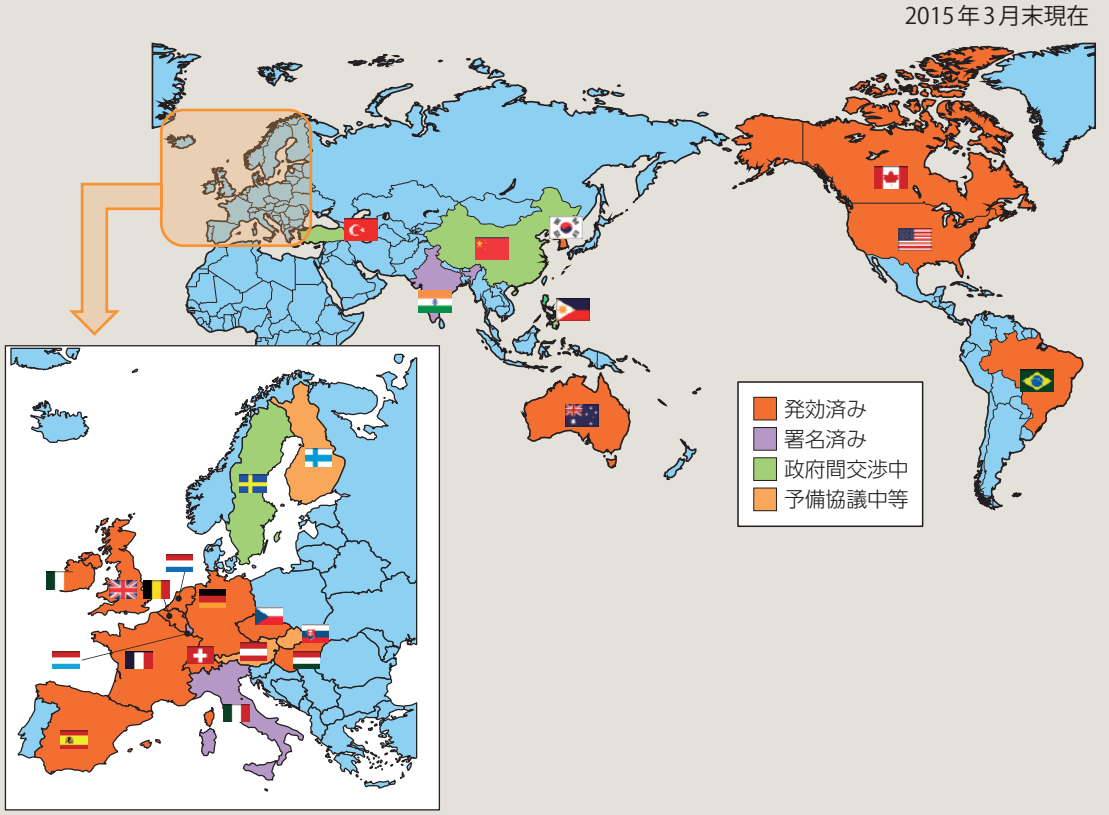
(2) 厚生年金基金制度の見直し

2013（平成25）年6月に成立した「公的年金制度の健全性及び信頼性の確保のための厚生年金保険法等の一部を改正する法律」が2014（平成26）年4月より施行され、財政状況が一定の基準以下の基金については特例的な解散が認められることとなった。現在、当該法律に基づき、解散や他制度への移行を行う厚生年金基金が増加している。

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、2014（平成26）年1月のハンガリーとの間の協定に至るまで、現在、欧米先進国を中心に15カ国との間で協定が発効しており、2014年10月にはルクセンブルクとの協定が署名に至っている。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、2014年5月にはトルコとの間でも協定の締結に向けた政府間交渉を開始したところである（**図表5-1-2**）。

図表5-1-2 社会保障協定の締結状況



(1) 発効済み　15カ国

ドイツ	2000年 2月発効	フランス	2007年 6月発効	スペイン	2010年12月発効
英国	2001年 2月発効	カナダ	2008年 3月発効	アイルランド	2010年12月発効
大韓民国	2005年 4月発効	オーストラリア	2009年 1月発効	ブラジル	2012年 3月発効
アメリカ	2005年10月発効	オランダ	2009年 3月発効	スイス	2012年 3月発効
ベルギー	2007年 1月発効	チェコ	2009年 6月発効	ハンガリー	2014年 1月発効

(2) 署名済み　3カ国

イタリア	2009年 2月署名	インド	2012年11月署名	ルクセンブルク	2014年10月署名

(3) 政府間交渉中　4カ国

スウェーデン	2011年10月第1回政府間交渉実施	フィリピン	2013年 9月第1回政府間交渉実施
中国	2012年 3月第3回政府間交渉実施	トルコ	2014年11月第2回政府間交渉実施

(4) 予備協議中等　3カ国

スロバキア	2011年11月第3回当局間協議実施	フィンランド	2013年12月第3回当局間協議実施
オーストリア	2012年10月第3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、政府としては、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。

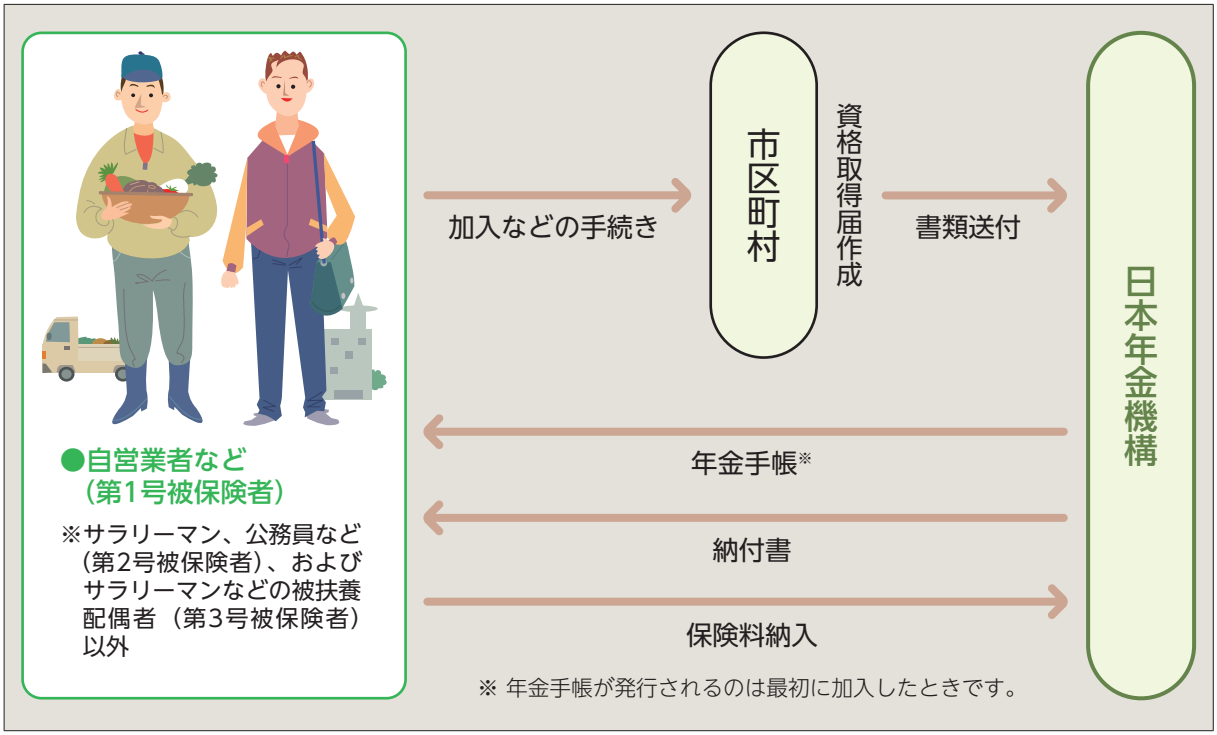
日本年金機構は、厚生労働大臣の監督の下、国と密接な連携を図りながら公的年金事業に関する業務運営を行うことにより、公的年金事業及び公的年金制度に対する国民の皆様の信頼を確保し、もって国民生活の安定に寄与することを目的とし、2010年1月に厚生労働省が定めた第1期中期目標（対象期間：2010年1月1日から2014（平成26）年3月31日までの4年3か月間）並びに日本年金機構が策定した中期計画及び各年度の年度計画に基づいて計画的に業務を行ってきた。2014年度からは、第2期中期目標（対象期間：2014年4月1日から2019（平成31）年3月31日までの5年間）及び中期計画に基づいて業務を実施している。

また、厚生労働大臣は事業年度ごとの業務の実績について、評価を行うこととなっており、日本年金機構の2013（平成25）年度の業務実績については、2014年8月に評価を行った。

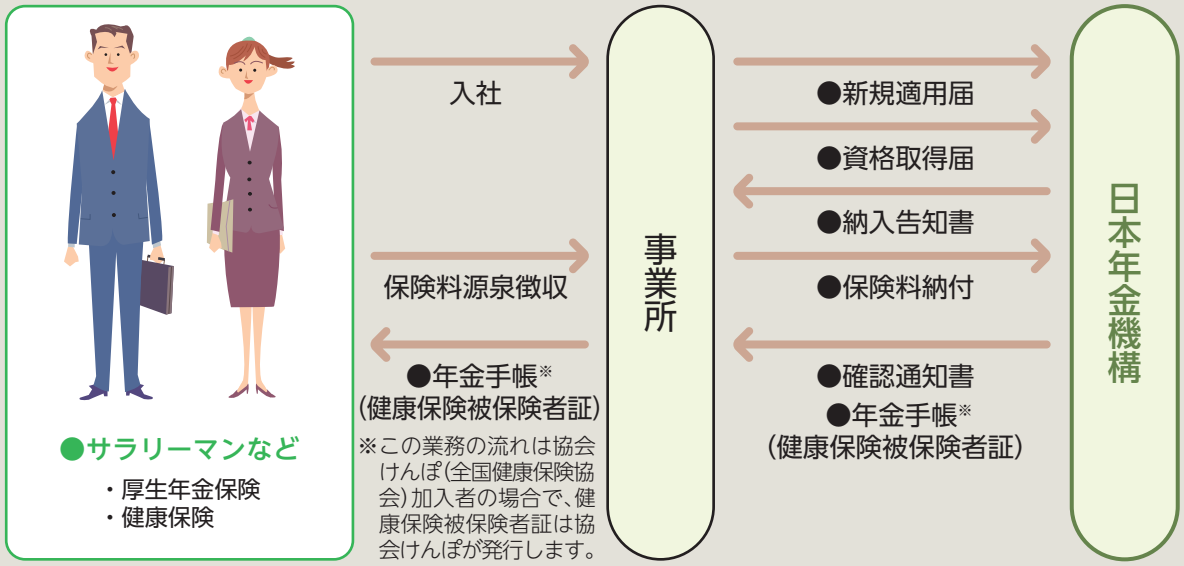
(2) 日本年金機構の取組み

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、2013（平成25）年度には、対前年同期比＋1.9%の60.9%と、当面の目標であった60%台への回復を達成し、2014（平成26）年度も、2013年度を上回る水準で推移している。

2014年度においては、2013年12月に取りまとめられた「社会保障審議会年金部会年金保険料の徴収体制強化等に関する専門委員会報告書」を踏まえ、「政府管掌年金事業等の運営の改善等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。以下「年金事業運営改善法」という。）に基づく免除委託制度の創設や、控除後所得400万円以上かつ未納月数13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。）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、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、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、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人登記簿情報の活用等により、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い、加入指導を複数回実施しても加入に応じない場合には、立入検査の上、法令に基づく加入手続の実施に取り組むことで、適正な適用を進めている。

さらに、2014年12月に新たに国税庁から法人の源泉徴収義務者情報の提供を受け、2014年度中に、厚生年金の適用事業所情報との突合せを行ったところであり、突合せの

結果不一致となった事業所に対しては、2015年度からの3年間で集中的に加入指導等を行うこととし、より一層の適用促進に努めることとしている。

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、年金の支払いを適正に行うため、2014年2月から、75歳以上の方で、住民票ではなく現況届により健在の確認を行っている方を対象に、必要に応じて日本年金機構が訪問調査を行うなどにより、年金を受けている方が死亡又は行方不明となっていないかを確認する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事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の事務処理マニュアルに基づく正確な事務処理の徹底については、マニュアルの内容の充実・精緻化に取り組むとともに、職員への周知徹底により事務処理の標準化に取り組むこととしている。

また、②の事務処理誤り防止の取組みについては、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。

なお、上記のほか、事務処理誤り総合再発防止策に基づき、システム改善や現場における勉強会等のほか、過去に発生した事務処理誤りの発生件数の多いものを類型化し、組織横断的な事務処理誤りの再発防止について取り組むこととしている。

(3) 障害年金について

1 障害認定基準の見直し

公的年金制度は、20歳からすべての人が加入する「国民皆年金」となっており、自営業者など国民年金のみに加入している人（第1号被保険者）、会社員で厚生年金に加入している人（第2号被保険者）、専業主婦など扶養されている人（第3号被保険者）がいる。こうした人が国民年金（第1号被保険者又は第3号被保険者）に加入中の病気やけがで障害が残った場合は「障害基礎年金」、厚生年金（第2号被保険者）に加入中の病気やけがで障害が残った場合は「障害厚生年金」が（1級及び2級の障害の程度に該当する場合については、障害基礎年金も併せて）支給される。

支給の対象となり得る障害には、視覚障害や聴覚障害、肢体不自由などの障害、がんや糖尿病、高血圧、呼吸器疾患などの内部障害のほか、精神障害や知的障害なども含まれる。また、先天性疾患など20歳前に既に障害の状態にあった人については、20歳から「障害基礎年金」が支給されるが、所得による支給制限や海外在住者等については支給が停止されるなど一定の条件がある。

障害年金を受けるには、次の3つの要件が必要である。

○初診日に被保険者であること
○保険料の納付要件を満たしていること
○一定の障害の状態にあること

障害等級ごとに政令で該当する障害の状態が定められており、さらに、より詳細な基準として、障害の種類ごとに認定の基準及び認定要領等を定めた「国民年金・厚生年金保険障害認定基準」を策定している。

障害年金の申請は、障害基礎年金のみの場合は住所地の市町村窓口へ、障害厚生年金の場合は日本年金機構の年金事務所に提出する。提出された申請は、障害基礎年金のみの場合は各都道府県にある日本年金機構の事務センターで、障害厚生年金の場合は日本年金機構本部において、障害認定診査医員（認定医）が、障害認定基準に基づいて専門的な判断により障害等級の認定を行っている。

障害認定基準については、認定を行う日本年金機構からの要望などを踏まえて新しい医学的知見などを取り入れるため、2010（平成22）年以降、障害の種類ごとに専門の医師による会合を開催し、障害認定基準及び診断書の様式の見直しを順次進めている。

2014（平成26）年度においては、音声及び言語機能の障害、腎疾患について、専門家会合を設置し、見直しについての検討を行った。

（参考）　これまでの障害認定基準の見直し

2010年11月　てんかん、喘息、心疾患

2011年9月　知的障害、発達障害
2012年9月　肢体の障害、神経系統の障害
2013年6月　眼の障害、高次脳機能障害
2014年6月　肝疾患
2015年6月　音声及び言語機能の障害、腎疾患

2 障害認定の地域差に関する取組み

2014年9月から12月にかけて日本年金機構が障害基礎年金の認定事務の実態を調査したところ、障害基礎年金について新規に申請を受けて決定を行った事例のうち、都道府県の事務センターにおいて不支給と決定された件数[*8]の割合は、2010年度から2012（平成24）年度の3年分で、最も高い大分県は24.4%、最も低い栃木県は4.0%であった。また、不支給と決定された件数の割合は、精神障害及び知的障害について障害の程度が2級に達せず不支給となる割合と地域的に概ね同じ傾向を示していた。厚生労働省では、2015（平成27）年1月にこれらの調査結果を公表するとともに、2015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」を開催している。

専門家検討会では、精神障害・知的障害の等級判定のガイドラインとなる客観的な指標や就労状況の評価のあり方等について検討するほか、認定が円滑に行われるよう、診断書を作成する医師向けの対応についても検討することとしている。

3 障害年金制度の周知に関する取組み

障害年金を受給するための要件を満たす方が障害年金を受給することができるよう、これまで、20歳の国民年金の加入時の案内、国民年金保険料納付書の送付の際に同封するチラシによる周知及び厚生労働省や日本年金機構のホームページに障害年金受給の案内の掲載を行っている。

2014年度には、都道府県及び市町村と協力し、障害者手帳の交付担当窓口において手帳交付時に障害年金のリーフレットを挟み込んでの配布や障害者の方が利用する行政手続きの窓口や相談支援事業所へのパンフレットの配置を行い、また、都道府県や市町村等のホームページ・広報誌への記事の掲載の協力依頼を行った。

2 年金記録問題への取組み

(1) これまでの取組み

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3,063万件（2015（平成27）年3月現在）の記録が解明された。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1,206億円（2015年3月現在）となっている。（平均余命を考慮して、65歳から

＊8　日本年金機構の本部において不支給と決定された件数を除く。

受給した場合の年金額の回復総額を試算すると、約2.5兆円相当となる。)。

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、前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うこととした。

1 基礎年金番号への記録の統合

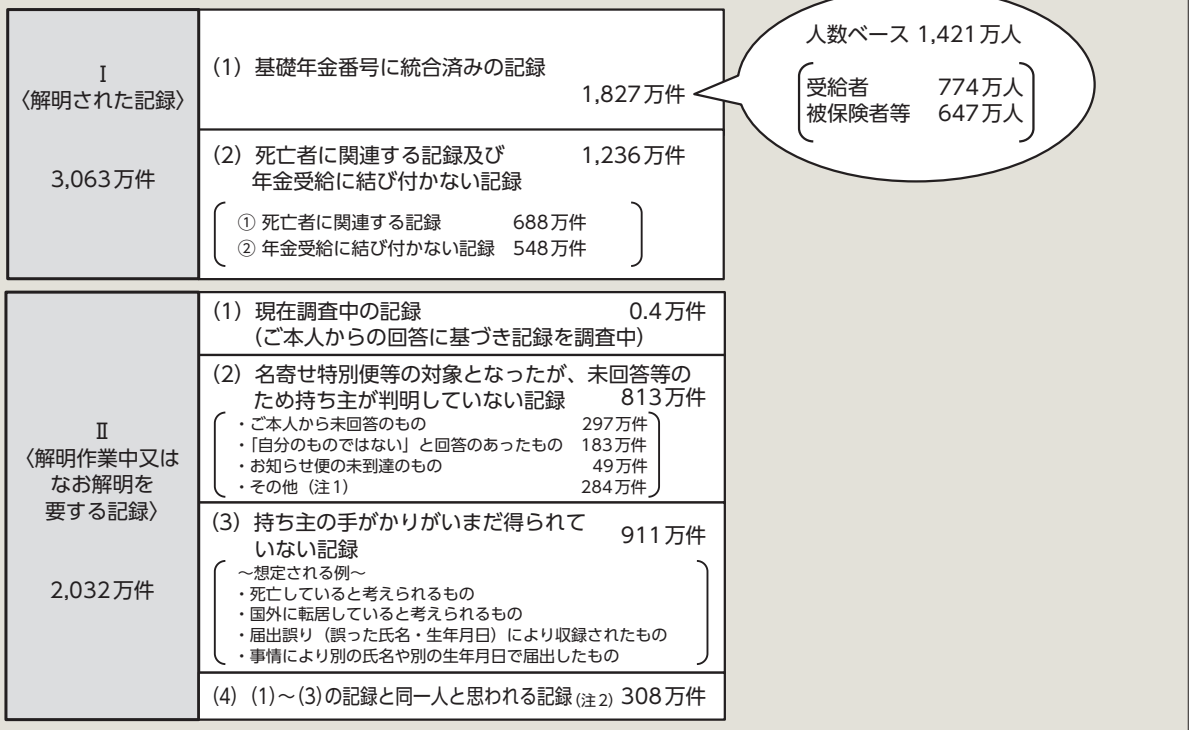
国民一人ひとりにご自身の年金記録に「もれ」や「誤り」がないかを確認していただくため、2007年12月から2008（平成20）年10月までに、全ての年金受給者及び現役加入者約1億900万人に「ねんきん特別便」を送付した。

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。

このような取組みの結果、2006（平成18）年6月に約5,095万件あった基礎年金番号に未統合の記録は、2015年3月の時点で、約3,063万件が解明されている（統合済みの記録：約1,827万件、死亡者等の記録：約1,236万件)。他方、約2,032万件が解明作業中又はなお解明を要する記録となっており、後述の（2）2)「未解明記録の解明のための取組み」のとおり、引き続き必要な対応を行うこととしている（**図表5-2-3**)。

図表5-2-3　未統合記録（5,095万件）の解明状況

〈平成27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。

(2) 年金記録問題等に対する今後の取組みの方向性

今後は、前述の「年金記録問題に関する特別委員会」報告書における提言等も踏まえつつ、残る未解明記録の解明と正確な年金記録の管理に取り組んでいくこととしている。

1 年金記録の訂正手続の創設

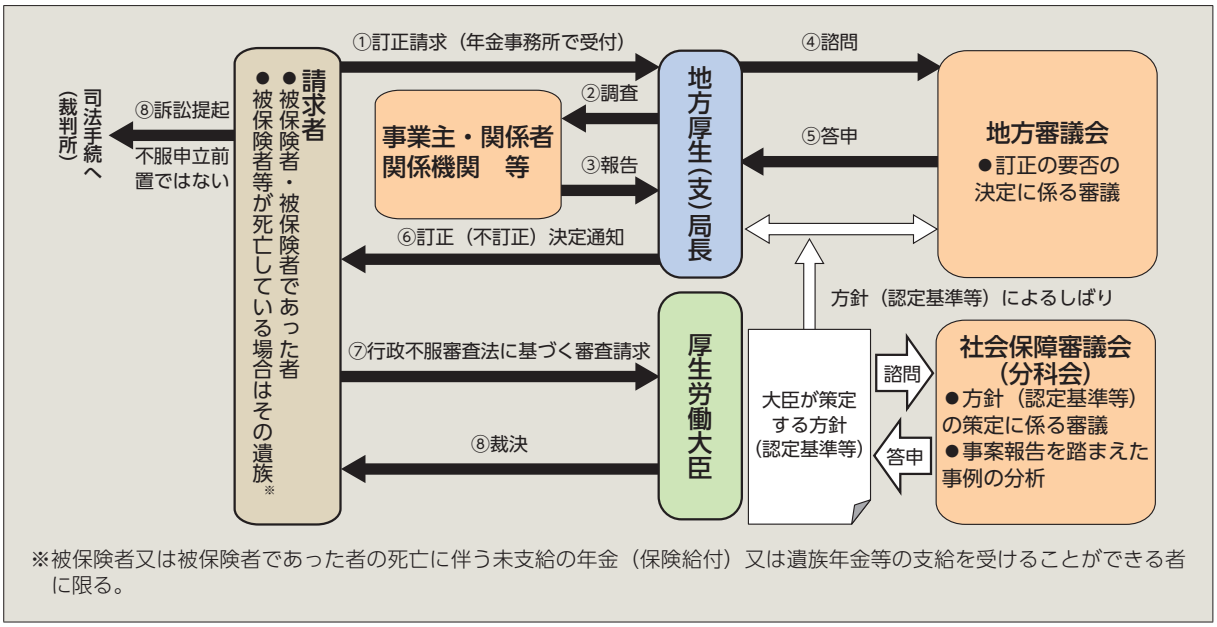
これまでは、年金記録が間違っていると思われる方については、総務省に設置された年

金記録確認第三者委員会に年金記録の「確認申立て」を行い、同委員会の判断を踏まえ、総務大臣が厚生労働大臣に対し、年金記録の訂正に関する「あっせん」を行う仕組みが設けられていた。「あっせん」が行われると、その判断を尊重のうえ年金記録が訂正され、年金額に反映される仕組みとなっていた。

しかしながら、総務省の年金記録の「確認申立て」は、年金記録問題に対処するために、2007（平成19）年6月に臨時に設けられたものであり、直近では、古い記録の訂正を求める事案のほか、比較的最近の期間を対象とした事案も発生していることから、恒常的な記録の訂正手続を整備することが求められていた。このため、前述の年金事業運営改善法による国民年金法及び厚生年金保険法の改正により、年金制度における恒常的な手続として、年金記録が間違っていると思われる方が厚生労働省に対し年金記録の「訂正請求」をすることができる手続が創設され、2015（平成27）年3月1日から受付が始まった。

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5-2-4**）。

図表5-2-4　年金記録の訂正手続の創設



※被保険者又は被保険者であった者の死亡に伴う未支給の年金（保険給付）又は遺族年金等の支給を受けることができる者に限る。

2 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

国が保有する各種記録や台帳の照合作業をおおむね終えた現在、残された約2,032万件の解明のため、引き続き国民の皆様にご自身の年金記録を確認していただくための取組みを実施していくとともに、更に解明を進めて行くため、記録統合の可能性の高い年金受給者に対して個別アプローチを実施するなど、今後とも国民の方々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

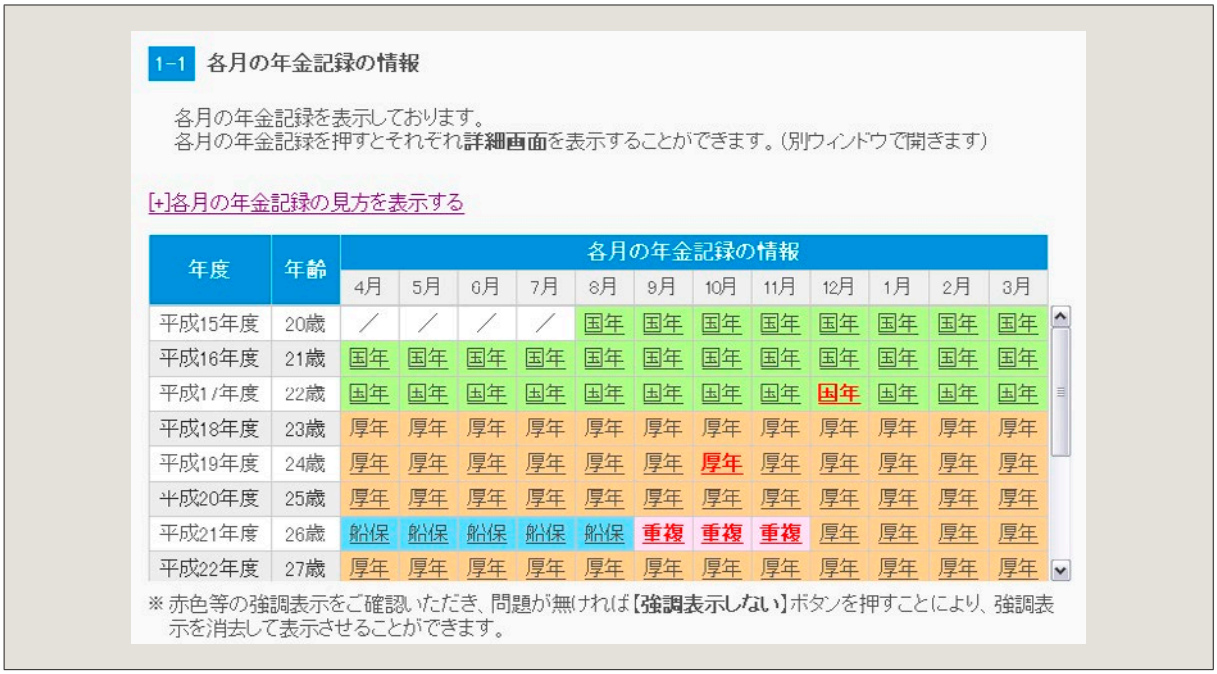
にも確認いただき、なるべく早い時点で記録の「もれ」や「誤り」を申し出ていただくことも重要である。

そのため、2009（平成21）年4月から毎年誕生月に送付している「ねんきん定期便」によって、国民年金・厚生年金保険の全ての現役加入者の方に対し、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が、あわせて、年金記録の「もれ」や「誤り」の確認や「ねんきんネット」の加入・利用について、ご本人への働きかけを行っている。

「ねんきんネット」は、ご自身の年金記録を日本年金機構のホームページでいつでも手軽に確認できるサービスであり、2011（平成23）年2月から実施している。

このサービスは、24時間いつでも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5-2-5）。

図表5-2-5　「ねんきんネット」のイメージ図



1-1　各月の年金記録の情報

各月の年金記録を表示しております。
各月の年金記録を押すとそれぞれ**詳細画面**を表示することができます。（別ウィンドウで開きます）

[+]各月の年金記録の見方を表示する

年度	年齢	各月の年金記録の情報											
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
平成15年度	20歳	／	／	／	／	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年
平成16年度	21歳	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年
平成17年度	22歳	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年	国年
平成18年度	23歳	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年
平成19年度	24歳	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年
平成20年度	25歳	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年
平成21年度	26歳	船保	船保	船保	船保	船保	重複	重複	重複	厚年	厚年	厚年	厚年
平成22年度	27歳	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年	厚年

※赤色等の強調表示をご確認いただき、問題が無ければ【**強調表示しない**】ボタンを押すことにより、強調表示を消去して表示させることができます。

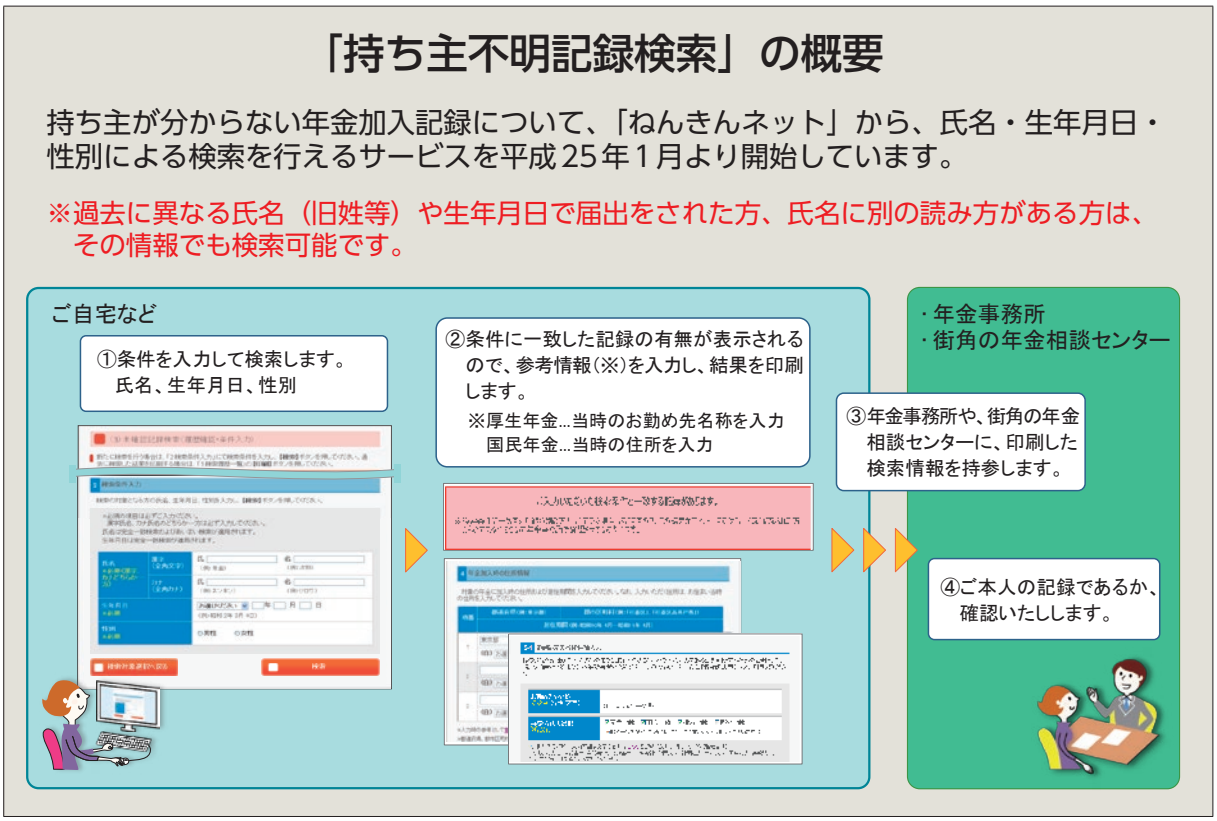
また、自宅でパソコンが使えない方には、年金事務所や一部の市区町村の窓口において、「ねんきんネット」の年金記録画面を印刷交付しているほか、電話でコールセンターへ請求していただくことにより郵送するサービスも行っている。

「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5-2-6）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、2014年12月現在、約336万人の方にご利用いただいている。

なお、2015年1月からは、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。

図表5-2-6　「ねんきんネット」持ち主不明記録検索



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27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。

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について

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、2015（平成27）年9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。日本年金機構を指導監督する立場にある厚生労働省としては、今回の情報流出の対象である方への年金の支払いについて正しい年金記録に基づき本人に確実に行っていくほか、二次被害の防止に全力で取り組むとともに、再発防止に向けて全力かつ可及的速やかに取り組むこととしている。

（1）二次被害防止等に向けた取組み

本事案の発生後、厚生労働省及び日本年金機構においては、国民の年金を守ることを最優先に、本事案に関する周知、今回の情報流出を口実とした詐欺等の二次被害の防止、年金を受給している方々の心配の解消のため、全力で取り組んでいる。

情報が流出した方に対して、日本年金機構において、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、なりすまし防止のために2015（平成27）年６月１日の公表前に住所等の変更手続を行った方に対して本人確認のための戸別訪問を行った。また、情報が流出した方の基礎年金番号については、新しい基礎年金番号に変更し、2015（平成27）年９月中に対象者に新しい基礎年金番号のお知らせや年金手帳等を発送することとしている。

さらに、広く国民の方々に対する二次被害防止等についての周知として、年金情報流出に関する広報対応連絡会議等を通じて各府省とも連携しつつ、政府全体で、以下のような様々な取組みを行っている。

①政府広報として、新聞広告等を活用した注意喚起

②厚生労働省、消費者庁、国民生活センター等でのホームページによる注意喚起

③年金事務所、ハローワーク、市町村、関係省庁や関係団体を通じた幅広いチラシ配布

（2）事案の検証と再発防止

今回の事案を検証し、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、関係資料の検証分析等を踏まえて、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（平成27）年８月20日に、日本年金機構において当事者として検証を行った「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」が公表された。さらに、同日、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、その上で、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。

これらの報告書等において、厚生労働省、日本年金機構ともに情報セキュリティ対策や報告・連絡体制の不備等が指摘された。

これらを踏まえ、厚生労働省として、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む。

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など

また、日本年金機構創設の原点に立ち返り、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を再確認し、日本年金機構自身の改革の取組と併せて、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日本年金機構への指導監督の強化や、年金局の体制強化を行っていく。

さらに、社会保障審議会年金事業管理部会については、新たな委員の任命等により、第三者や国民の視点での年金事業運営に対する監視等の機能を強化していく。当該部会に対する説明責任を果たしつつ、着実に取組みを進めていく。

日本年金機構においても、理事長をトップとする「日本年金機構再生本部（仮称）」の設置によるゼロベースでのガバナンス、組織風土改革の取組みや、情報セキュリティ対策の司令塔である「情報管理対策本部（仮称）」の設置、専門家の招聘又は専門機関との契約、標的型攻撃に対する具体的対処手順の整備等による情報セキュリティ体制の強化等に取り組む。

また、厚生労働行政は、厚生労働省の他にも多くの厚生労働省所管法人等が担っており、こうした厚生労働省所管法人等においても今回の事案を踏まえた対策が必要である。このため、教育訓練の実施、報告・連絡体制の確保、リスク評価を踏まえた情報管理の徹底と監査（助言）に取り組む。

以上のような取組みを進めることにより、二度と今回のような事態を招くことがないよう対応するとともに、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、症例の集積が難しい疾患について、疾患分野毎に各国立高度専門医療研究センター（ナショナルセンター）において患者情報の収集・登録システム（患者レジストリ）を構築し、治験・臨床研究を推進するための一元的な患者情報の収集に取り組むこととしている。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) 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、(独)理化学研究所や(独)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、(独)医薬基盤研究所の創薬支援戦略室で行っている創薬支援業務は、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に移管された。

(2) 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)年度から施行することとした。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。

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、世界に先駆け、ヒトに初めて新規薬物・機器を投与・使用する試験等を行う早期・探索的臨床試験拠点の整備や、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。

(3) 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ている。厚生労働省では、同年8月に設置した「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。さらに、「臨床研究に関する倫理指針」については、「疫学研究に関する倫理指針」と統合し、2014（平成26）年12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策定した（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。その結果、我が国の臨床研究の信頼回復を図るため、一定の範囲の臨床研究については法規制が必要との結論に至り、研究者等による自助努力や、法規制によらない対応方策等とのバランスを図りつつ、法規制の在り方について検討を進めている。

(4) 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、そのためのさら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、現在、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。

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。

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。

(5) 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。

(6) 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たところであるが、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、安全面、倫理面の課題に留意しつつ、迅速な実用化を進めることが必要である。

そのため、再生医療の迅速かつ安全な実用化に向け再生医療等の製品について、安全性が確認されれば、有効性を推定し、特別に早期に承認する「条件及び期限付承認制度」の導入等を内容とする「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（5）参照）と併せて、再生医療の迅速かつ安全な提供を図るため、

・再生医療等の安全性の確保に関する手続

・細胞培養加工の外部委託のルール

等を定めた「再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成25年法律第85号）」が、同年11月に施行された。

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13か国[*2]と、医療・保健分野における協力覚書に署名した。

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先端医療技術の移転や医薬品・医療機器の供給を柱としている。

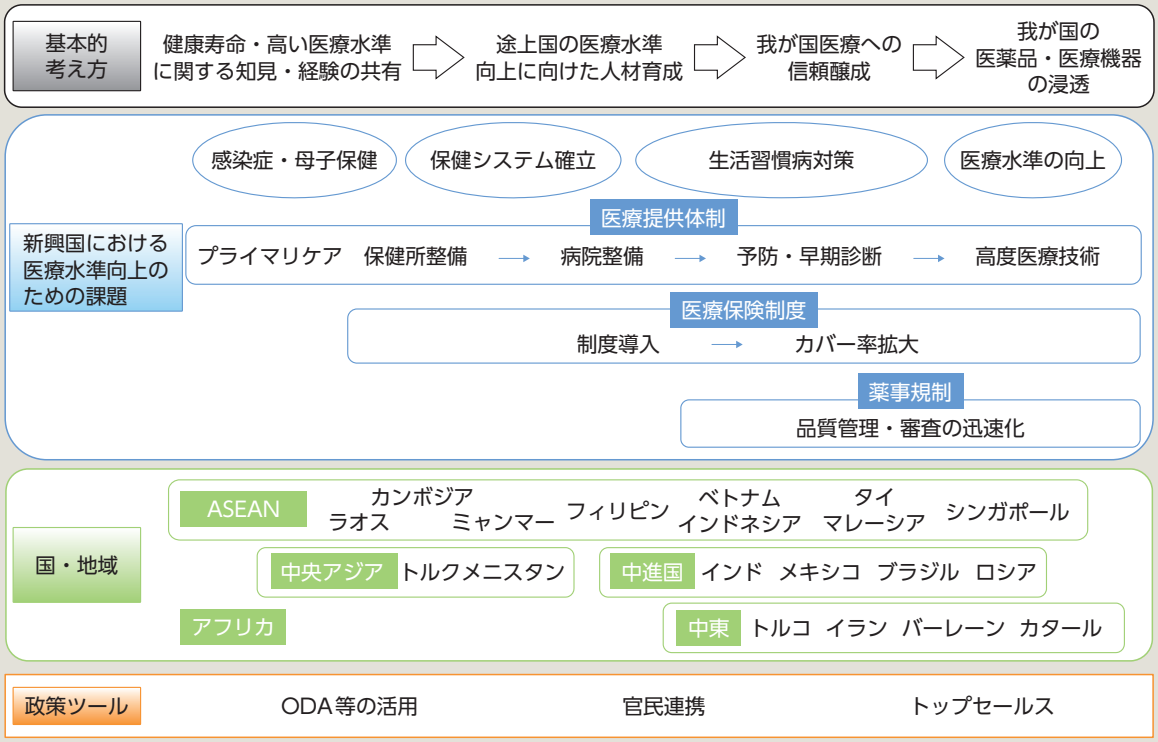
さらに、ASEAN地域については、2014（平成26）年11月、ミャンマーで開催された日・ASEAN首脳会議において、安倍内閣総理大臣が「日・ASEAN健康イニシアチブ」を表明した。本イニシアチブは、日本の健康寿命や高い医療水準に関する経験や知見を総動員して、「健康寿命先進地域実現」に向けたASEAN各国の取組みを関係省等で連携して支援するものである。

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、今後5年間で8,000人の人材育成に取り組むこととしている。

＊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

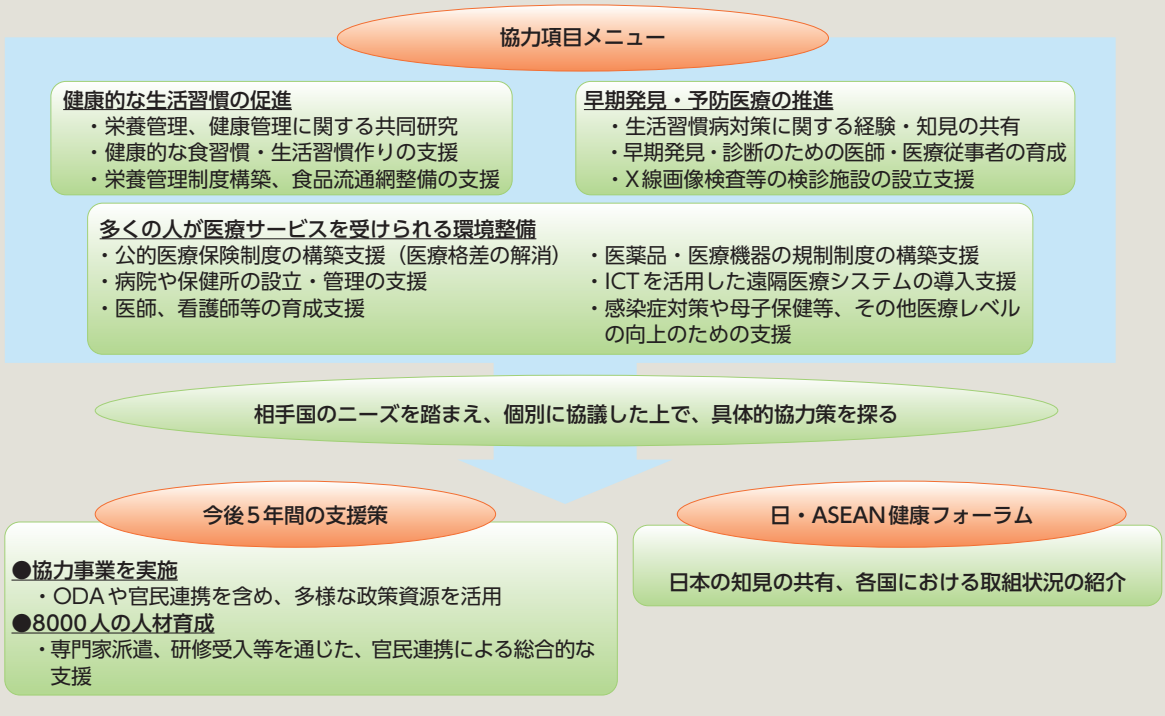
＊2　医療・保健分野の協力覚書に署名した国：13カ国　（2015（平成27）年6月時点）
バーレーン、トルクメニスタン、カンボジア、ラオス、ミャンマー、トルコ、ベトナム、メキシコ、ブラジル、インド、カタール、イラン、フィリピン

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

○我が国の経験・知見を動員して、「健康寿命先進地域実現」に向けたASEANの努力を支援。
○保健・医療分野において５年間で8000人の人材育成。
○『日・ASEAN健康フォーラム』を開催し、日・ASEANの対話を推進。



(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、を実施することとしている。

(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、医療コーディネーターや複数言語の医療通訳の配置支援を行うことによる地域ごとの拠点病院整備等、外国人患者が安全・安心に日本の医療サービスを受けられる環境整備を行う。

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。

具体的には、以下の4つの分野を柱として、施策を講じている。(厚生労働科学研究費(2014(平成26)年度約491億円))

図表6-4-1 研究分野とその主な内容

研究分野	主な研究事例
行政政策研究分野 (社会保障全般及び厚生労働統計に関する研究を行い、厚生労働行政施策を推進することや、我が国の保健医療分野の知見・経験等を活用すること等により諸外国への貢献を図る。)	【政策科学総合研究事業・統計情報総合研究】 人文・社会科学系を中心とした人口・少子化問題、社会保障を中心とした厚生労働行政施策の企画立案及び効率的な推進並びに統計・情報の整備及び利用の総合的な推進に資することを目的とする研究
厚生科学基盤研究分野 (革新的な医薬品・医療機器を創出するための研究や再生医療研究について、臨床研究・治験を中心に推進する。)	【医療技術実用化総合研究】 基礎研究の成果を治験等に適切に橋渡しするための非臨床試験や、科学性及び倫理性が十分に担保され得る質の高い臨床研究、医師主導治験等、医薬品・医療機器としての薬事承認を目指す研究
疾病・障害対策研究分野 (がん、難治性疾患、肝炎等の感染症や障害について、革新的な予防法、診断法及び治療法の開発等の研究を推進する。)	【難治性疾患等克服研究】 慢性腎臓病(CDK)や免疫・アレルギー疾患(移植医療に係るものを含む)及び根本的な治療法が確立しておらず、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、病状の進行の阻止並びに患者の身体機能の回復及び再生を目指した画期的な診断法及び治療法の研究開発の推進に資することを目的とする研究
健康安全確保総合研究分野 (国民の不安を解消し、安全な生活の確保を図るため、食品の安全性確保、医薬品・医療機器等の安全性・有効性、化学物質のリスク評価のための研究等を推進する。)	【食品の安全確保推進研究】 食品の安全性の確保等を図ることを目的に、遺伝子組換え食品、食品中に残留する化学物質等に係る安全性や、食中毒、牛海面状脳症(BSE)等の問題に関し、リスク管理及びリスクコミュニケーション等に資する研究

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、「臨床研究に関する倫理指針」、「疫学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。

「臨床研究に関する倫理指針」及び「疫学研究に関する倫理指針」については、近年の研究の多様化に伴い、両指針の適用関係が不明確になってきたことや、研究をめぐる不適正事案が発生したこと等を踏まえ、両指針の見直しを行い、2014年12月に「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」として両指針を統合した。

「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、新たな指針を策定する予定である。

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16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・介護予防等との連携も必要である。

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）が取りまとめられるとともに、医療・介護を含む社会保障制度改革の全体像及び進め方は、2013年の第185回臨時国会で成立した、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年法律第112号。以下「プログラム法」という。）に規定された。

このプログラム法に基づく措置として、質が高く効率的な医療提供体制や地域包括ケアシステムを構築し、高度急性期から在宅医療・介護サービスまでの一連の医療・介護サービスを一体的・総合的に確保するため、2014（平成26）年6月に地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）が成立し、医療法、介護保険法等の関

係法律の改正が行われた。

3 総合確保方針と地域医療介護総合確保基金

2014（平成26）年に一部改正された地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）に基づき、医療・介護サービスの一体的・総合的な確保を図るため、医療・介護の関係者等により構成される「医療介護総合確保促進会議」での議論を踏まえて、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」（以下「総合確保方針」という。）を策定した。

総合確保方針では、都道府県が地域のニーズ等に即して、医療及び介護を総合的に確保するための事業の実施に関する計画（都道府県計画）を作成することとされており、2014年度については、全ての都道府県から提出があったところである。

また、都道府県計画に掲載された事業の実施を支援するため、消費税増収分を活用して都道府県による基金（地域医療介護総合確保基金）の設置を進め、2014年度においては、医療分として①病床の機能分化・連携のために必要な事業、②在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業、③医療従事者等の確保・養成のための事業等を実施するため、602億円（都道府県負担額を含め、基金額904億円）を交付したところである。

2015（平成27）年度は、医療分904億円（うち、国602億円）に加え、介護分724億円（うち、国483億円）を追加し、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備や、地域密着型の介護サービス等の基盤整備、さらに、医療・介護の人材確保などのために充てることとなった。

なお、地域医療介護総合確保基金の運用については、医療介護総合確保促進会議において、PDCAサイクルを回していくこととしており、これにより、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。

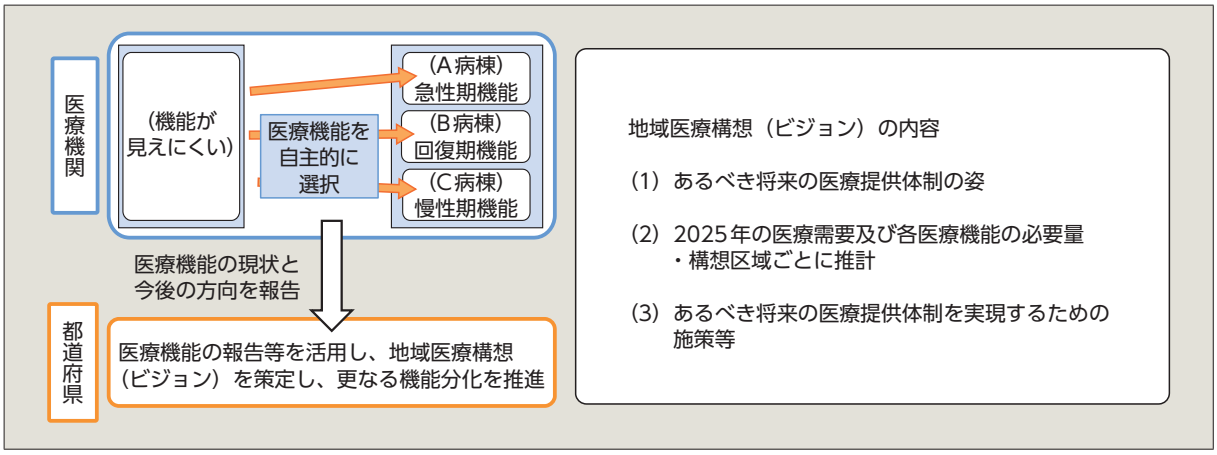
(1) 地域医療構想の策定と医療機能の分化・連携の推進

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、地域医療構想の実現を目指すこととしている。

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。

(3) 地域医療連携推進法人制度の創設に関する検討

「『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、地域内の医療・介護サービス提供者の機能分化や連携の推進等に向けた制度改革を進め、医療、介護サービスの効率化・高度化を図り、地域包括ケアを実現するため、複数の医療法人等を社

員総会等を通じて統括し、一体的な経営を可能とする新たな法人制度を創設することとされたことを受け、厚生労働省で開催した「医療法人の事業展開等に関する検討会」において検討を進めた結果、地域の医療機能の分化・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制度を創設することとし、その具体的な制度設計等が取りまとめられた。

この取りまとめの内容を踏まえ、地域医療連携推進法人制度の創設を盛り込んだ「医療法の一部を改正する法律案」を2015（平成27）年4月に国会に提出し、同年9月に成立した。

（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、2015（平成27）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、2015年3月末現在、36道府県で44機のドクターヘリが運用されている。

2 小児医療

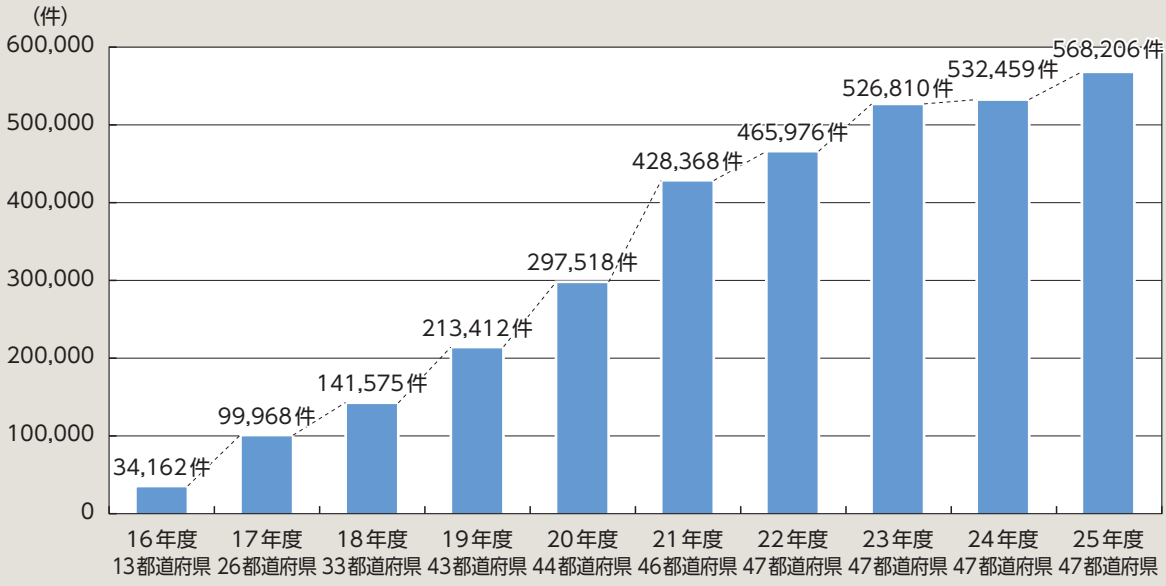
小児医療は、少子化が進行する中で、子どもたちの生命を守り、また保護者の育児面における安心の確保を図る観点から、その体制の整備が重要となっている。

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、2015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7-2-2　小児電話相談実績（平成16年度～平成25年度比較）



出典：厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

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、2015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。

＊1　MFICU：「Maternal Fetal Intensive Care Unit」の略。
＊2　NICU：「Neonatal Intensive Care Unit」の略。

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（2015年4月1日現在695か所）や、災害派遣医療チーム（DMAT[*3]）の養成等を進めてきた（2015年4月1日現在1,426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。

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、2015年度補正予算において、医療提供体制施設整備交付金を追加計上し、災害拠点病院、救命救急センター及び二次救急医療機関等の耐震整備を支援している。

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年度～2015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非常に重要である。これに対応するため、厚生労働省では、2012（平成24）年度にモデル事業の実施や診療報酬・介護報酬の同時改定等により、在宅医療の推進に取り組んできた。そして、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、地域医療再生基金の積み増し（2012年度補正予算）によって各都道府

＊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。

県がそれぞれの地域で取り組む介護と連携した在宅医療の体制整備を支援している。また、2014（平成26）年度は、「地域医療介護総合確保基金」を活用し、各都道府県が作成した事業計画に基づき、在宅医療・介護サービスの充実のために必要な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（平成27）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り組むこととしている。

また、NICUを退院し在宅医療に移行する小児等については、小児特有の課題への対応が必要であることから、2013年度から2014年度の2年間でモデル事業を実施し、小児等の在宅医療を担う医療機関が、専門医療機関や福祉・教育等の関係機関と連携するために必要な施策をまとめ、今後全国的な体制整備を推進していく。その他、在宅歯科医療等の推進、訪問看護の推進など、在宅医療を充実させるための取組みを包括的に推進していく。

(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[*4]。

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

＊4　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/

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[*5]

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の設置

高度医療の提供等の役割を担う特定機能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30日に厚生労働省に「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は、特定機能病院の大半を占める大学附属病院等における医療安全に係る管理運営の実態の把握や先進的な医療を行う病院での医療安全の管理体制の実態を把握するため、大学附属病院及び先進的な医療を行う病院に対する集中検査の実施、並びに当該立入検査の結果を踏まえた特定機能病院の承認要件、立入検査項目及び高難度の新規医療技術導入のプロセスの見直し等を迅速かつ的確に実施することとしている。

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

＊5　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/

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

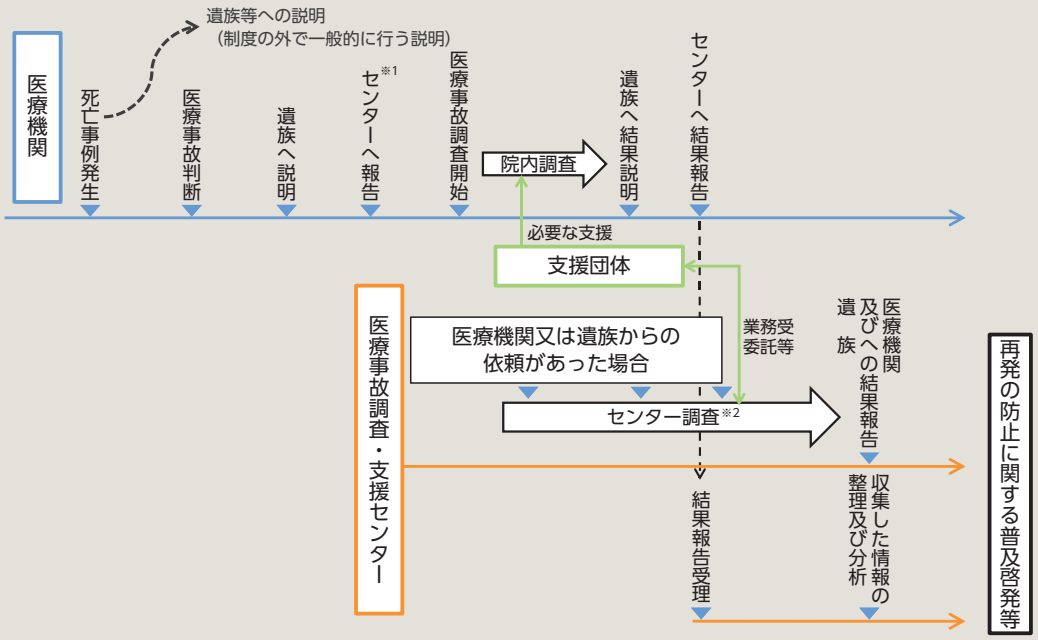
とし、2015（平成27）年10月から施行することとしている。

図表7-2-3　医療事故調査制度の仕組み

○医療事故の定義
対象となる医療事故は、「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その死亡又は死産を予期しなかったもの」である。

○本制度における調査の流れ
■対象となる医療事故が発生した場合、医療機関は、**遺族への説明、第三者機関へ報告、必要な調査の実施、調査結果について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。
■**医療機関又は遺族から調査の依頼**があったものについて、**センターが調査**を行い、その結果を**医療機関及び遺族への報告**を行う。
■センターは、医療機関が行った調査結果の報告に係る**整理・分析**を行い、医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行う。

（※）（1）医療機関への支援、（2）院内調査結果の整理・分析、（3）遺族又は医療機関からの求めに応じて行う調査の実施、（4）再発の防止に関する普及啓発、（5）医療事故に係る調査に携わる者への研修等を適切かつ確実に行う**新たな民間組織を指定**する。



※1　医療事故調査・支援センター
※2　院内事故調査終了前にセンターが調査する場合は院内調査の進捗状況等を確認するなど、医療機関と連携し、早期に院内事故調査の結果が得られることが見込まれる場合には、院内事故調査の結果を受けてその検証を行う。

3 産科医療補償制度*6

安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、2009（平成21）年1月から、産科医療補償制度が開始されている。産科医療補償制度は、お産に関連して発症した重度脳

＊6　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

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。

(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[*7]）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ホームページに関する取扱いを明確化するなど必要な改正を加えた。

(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[*8]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、2006（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）年には、10医療機関に相談員を配置し、相談員がこの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、その成果の普及を図っている。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

＊7 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

＊8 「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。

定員の増員を行っており、2007（平成19）年度の定員に比べ、2015（平成27）年度には1,509名の定員が増員され、合計で9,134名（うち、地域枠は564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2014（平成26）年度には対象箇所数を43か所に拡充している。

また、2014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。

2015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、①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②医師不足地域における臨床研修の支援として、医師不足地域で研修医が宿日直研修を行う場合やへき地診療所で研修を行う場合等に対する財政支援

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。

また、臨床研修制度では、地域医療の安定的確保の観点から、研修医の地域的な適正配置を誘導するため、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年度の研修から、全国の研修医の募集定員の設定にあたり、全国の研修医総数や研修希望者数を推計し、医学部卒業生の増加を織り込んで設定することとし、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。

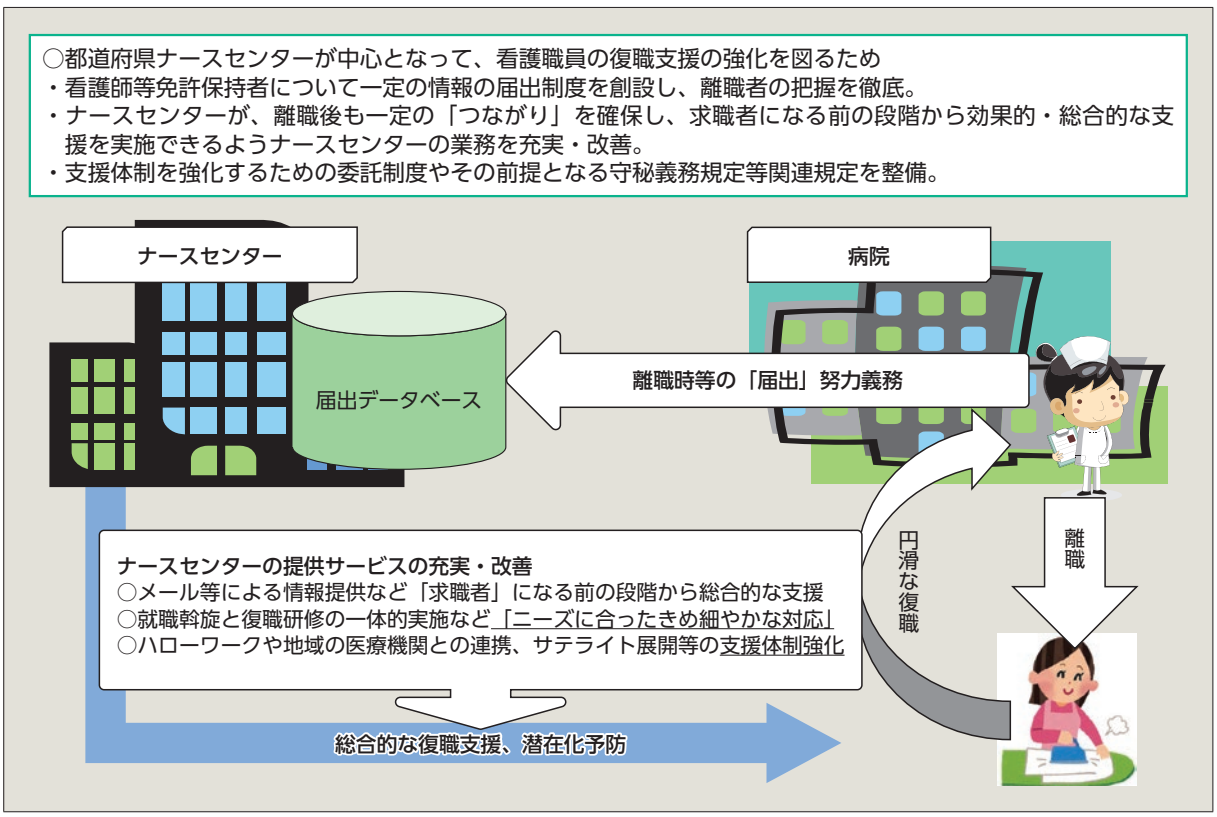
3 看護職員の確保

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いたことにより、その就業者数は、毎年着実に増加（2013（平成25）年には約157万人が就業）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、更なる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、医療機関が看護職員を含む医療従事者の勤務環境の改善に取り組む仕組みが導入されている（**図表7-2-4**参照）。

図表7-2-4　看護師等の復職支援強化の概要



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。厚生労働省が策定した2011年から2015年までの看護職員需給見通しでは、2015年末の需要見通しが約150万1,000人、供給見通しが約148万6,000人（いずれも常勤換算）と見込まれている。

4 女性医師等の離職防止・復職支援

近年、医師国家試験の合格者に占める女性の割合が約3分の1に高まるなど、医療現場における女性の進出が進んでいる。このため、出産や育児といった様々なライフステージに対応して、女性医師等の方々が安心して業務に従事していただける環境の整備が重要である。具体的には、

①病院内保育所の運営等に対する財政支援

②出産や育児等により離職している女性医師等の復職支援のため、都道府県に受付・相談窓口を設置し、研修受入れ医療機関の紹介や復職後の勤務形態に応じた研修の実施

③ライフステージに応じて働くことのできる柔軟な勤務形態の促進を図るため、女性医師

バンクで就業斡旋等の再就業支援

などの取組みを行ってきた。

なお、①・②については、2014年度から地域医療介護総合確保基金の対象とし、③については、女性医師支援センター事業として継続している。

また、2014年度には、医療や医学の分野の様々な現場において活躍されている女性医師等から構成される「女性医師のさらなる活躍を応援する懇談会」を開催した。同検討会では、女性医師がライフステージに応じて活躍することができる環境整備の在り方について検討を行い、その検討結果を報告書として取りまとめた。報告書については、医療現場等で活用していただけるよう、都道府県、関係団体等を通じて広く周知している。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、専門医に関して幅広く検討を重ね、2013年4月に「報告書」を取りまとめた。この「報告書」に基づき、2014（平成26）年5月に設立された一般社団法人日本専門医機構が、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行うこととしており、2017（平成29）年度を目安に養成を開始することとしている。また、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。このような仕組みを通じて、専門医の質の一層の向上が図られることが期待されている。

厚生労働省としては、2014年度予算から、研修施設に対する専門医の養成プログラム作成等の支援事業を行うなど、新たな専門医の仕組みが円滑に構築されるよう、取り組んでいる。

3 看護職員の資質向上等

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[*9]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、患者負担の軽減や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。

具体的な取組みとして、①安定供給、②品質確保、③後発医薬品の情報提供、④使用促進に係る環境整備、を行うとともに、⑤医療保険制度上も、これまで、処方せん様式の変更、一般名処方の推進、医療機関や薬局における後発医薬品の使用促進等を行ってきた。

その後、「社会保障・税一体改革大綱」（平成24年2月17日閣議決定）において、後発医薬品推進のロードマップを作成し、さらなる使用促進を図ることとされたこともあり、2013（平成25）年4月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を作成した。このロードマップにおいて、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た。なお、この目標については、これまで全医療用医薬品をベースとしていたが、国際的な比較が容易にでき、的確な施策を行えるようベースの変更を行ったところである。このロードマップの中の主な取組みとして①安定供給、②品質に対する信頼性の確保、③情報提供の方策、④使用促進に係る環境整備、⑤医療保険制度上の事項、⑥ロードマップの実施状況のモニタリング、の6項目を挙げモニタリングの結果を踏まえ必要な促進策を適宜追加することとしている。

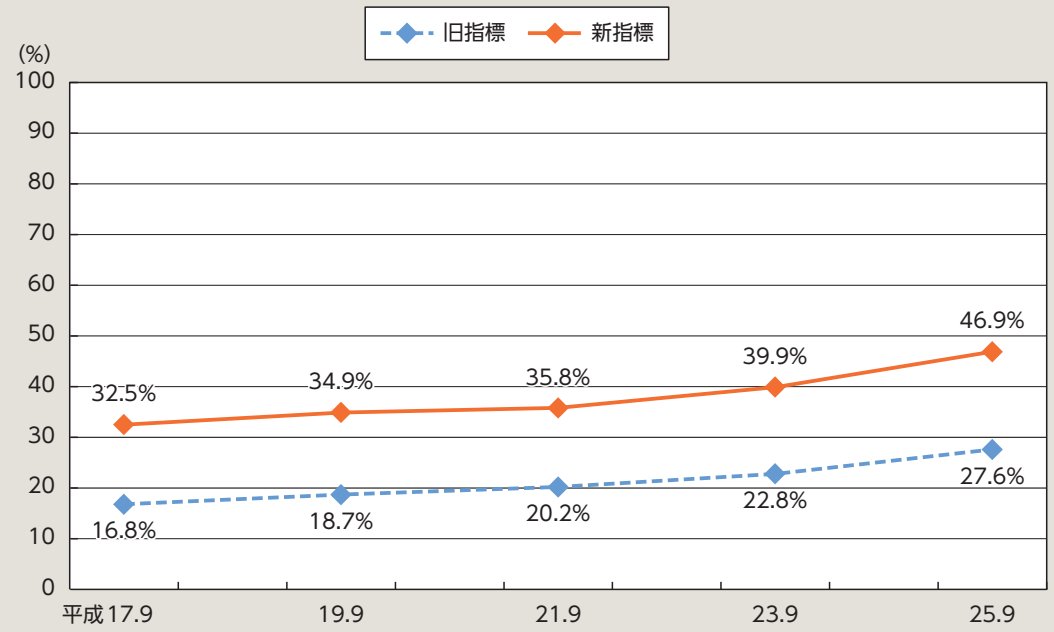
ジェネリック医薬品普及啓発のためのポスター

＊9　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。

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」を設置し、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。

後発医薬品の数量シェアの目標については、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月閣議決定）において、「2017（平成29）年央に70%以上とするとともに、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。

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　医療保険制度の現状

我が国は国民皆保険のもと、世界トップレベルの平均寿命の高さ、乳幼児死亡率の低さを達成し、国民の健康を維持してきたが、今後も国民皆保険を堅持し、国民が安心して必要な医療を受けられるようにしていくことが医療政策上の重要なテーマである。加えて、近年、少子高齢化の急速な進展等により、地域包括ケアシステムの必要性が高まり、医療の在り方そのものも変化が求められている。

こうしたことを踏まえ、2014（平成26）年6月に医療介護総合確保推進法が成立し、都道府県を地域医療構想の策定主体と位置付けた上で、病床機能の分化・連携、在宅医療の充実等、医療提供体制の改革を進めているところである。医療保険制度においても、医療提供体制の改革における都道府県の役割強化と方向を同じくし、あわせて、国保が抱え

る財政上の構造問題により的確に対応できるよう、国保の財政支援を拡充した上で都道府県を国保の財政運営の責任主体と定めるとするほか、被用者保険者間の支え合いを強化するなど、医療保険の財政面での諸課題への取組みを進めるため、本通常国会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案（以下「国保法等一部改正法案」という。）を提出、5月に成立、公布された。

2 医療保険制度改革の推進

(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、プログラム法において、財政支援の拡充等により国民健康保険が抱える財政上の構造的な問題を解決することとした上で、都道府県と市町村との適切な役割分担について検討を行い、必要な措置を講ずることとされていた。

これを踏まえて、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に達し、当該内容を踏まえ国保法等一部改正法案を提出、5月に成立、公布されたところである。

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、2015年度から低所得者対策の強化のため、保険者支援制度の拡充（約1,700億円）を実施し、2018（平成30）年度以降は、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。

改革内容のもう一つの柱は、2018（平成30）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とすることである。都道府県は、市町村の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。さらに、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、市町村が担う事務の効率化や広域化に向けた取組み等を推進することとしている。また、市町村は、地域住民と身近な関係の中、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。

(2) 高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

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われている。この後期高齢者支援金は、原則、各保険者の加入者数に応じて負担しているが、被用者保険者[*10]の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。このため、負担能力に応じた負担とする観点から、2010（平成22）年度から被用者保険者間の按分について、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）、3分の2を加入者割とする負担方法を導入していた。

この被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とし、被用者保険者間の支え合いを強化するため、総報酬割部分を2015（平成27）年度に2分の1、

＊10 被用者保険者……企業の従業員等が加入する健康保険組合・協会けんぽ、公務員等が加入する共済組合をいう。

2016（平成28）年度に3分の2と段階的に引き上げ、2017（平成29）年度から全面総報酬割を実施するとともに、全面総報酬割の実施にあわせて、被用者保険者の負担の増加が今後とも見込まれる中で、拠出金負担の重い被用者保険者への国費による支援の枠組みを制度化することとしている。

(3) 負担の公平化等

1 入院時の食事代の見直し

入院時の食事代の自己負担額について、入院と在宅療養の負担の公平化を図る観点から、一般所得の方を対象に、現在の食材費相当額に加え、在宅療養においても負担されていると考えられる調理費相当額の負担を求めることとする。具体的には、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する。ただし、現行の低所得者区分に該当する方、及び難病又は小児慢性特定疾病の患者の方については負担額を据え置くこととする。

2 紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

フリーアクセスの基本は守りつつ、主治医と大病院に係る外来の機能分化をさらに進めるとともに、病院勤務医の負担軽減を図るため、2016年度から、特定機能病院等において、紹介状なく受診する患者に対して、原則として一定額の負担を求めることとする。

3 標準報酬月額の上限額の見直し

健康保険料の算定の基礎となる標準報酬月額について、負担能力に応じた負担を求める観点から、2016年度から、現在の標準報酬月額に3等級追加し、上限額を121万円から139万円に引き上げる。あわせて、標準賞与額についても、年間上限額を540万円から573万円に引き上げることとする。

(4) その他改革項目

1 協会けんぽ

協会けんぽは、主に中小企業の事業主や従業員が加入する医療保険であり、健康保険組合などの他の被用者保険と比較して財政基盤が脆弱である。協会けんぽの被保険者の報酬水準は健康保険組合よりも低い一方で、2015（平成27）年度の協会けんぽの都道府県支部の平均保険料率は、被用者保険の中でも相対的に高く、10%となっている。このような財政力格差を解消するため、協会けんぽに対して国庫補助を行っているが、今回の医療保険制度改革では、2015年度以降の国庫補助率を当分の間16.4%と定め、期限の定めをなくすこととし、その安定化を図ることとしている。

2 国保組合

国保法等一部改正法案の成立により、被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助について、負担能力に応じた負担とする観点から、各組合への財政影響も考慮しつつ、2016年度から5年かけて段階的に見直すこととし、医療給付費等に対する定率補助の補助率を所得水準に応じて13%から32%とすることとしている。また、被保険者の所得水準の低い国保組合への影響等を考慮し、調整補助金の総額を医療給付費等の15.4%まで

段階的に増額することとしている。

3 医療費適正化・予防・健康づくりの推進

急速な少子高齢化の下、医療保険制度の持続可能性を高めていくため、国はもとより、都道府県、保険者など、様々な関係者がそれぞれの立場で取組みを進めることが重要であることから、国保法等一部改正法案においては以下のような取組みを推進することとした。

医療費適正化計画については、地域医療構想と整合的な医療費の目標を定めることとするほか、PDCAサイクルの推進を強化することとする。

データヘルスについては、保険者が保健事業を行うに当たり、レセプト・健診データ等を活用した分析に基づき効果的に実施することとする。また、国においては、指針の公表や情報提供等により保険者の取組みを支援することとする。

個人に対するインセンティブについては、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することを推進し、実施に当たっての具体的な基準は、今後、国が策定するガイドラインの中で考え方を整理し、2015年度中に公表することとする。

後期高齢者支援金の加算・減算制度については、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強化する仕組みに見直すとともに、国民健康保険、協会けんぽ、後期高齢者医療について、別のインセンティブ制度を検討することとする。

4 患者申出療養

現行の保険外併用療養費制度の中に、新たな仕組みとして患者申出療養を創設し、2016年4月から実施する予定。これは、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ことで、困難な病気と闘う患者の思いに応えるものである。また同時に、患者申出療養の対象となる医療について、保険収載に向けた実施計画を医療機関が作成する等の仕組みとすることで、将来的な保険収載につなげていくこととしている。

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、今後20年間は、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、必要なリソース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、団塊ジュニアの世代が65歳に到達し始める2035（平成47）年頃までには、保健医療の一つの「発展形」が求められることになる。

このため、2035年を展望した上で、保健医療において守るべき基本理念や価値観、求められる変革の方向性について検討することを目的とした、「保健医療2035」策定懇談

会を開催した。本懇談会は次世代を担う30～40歳代を中心とした、若手気鋭の有識者や厚生労働省の職員で構成されており、2015（平成27）年2月から6月にかけて、計8回にわたり精力的に議論を行い、6月9日に提言書が取りまとめられた。

提言書においては、2035年の目標として、人々が世界最高水準の健康、医療を享受でき、安心、満足、納得を得ることができる持続可能な保健医療システムを構築し、我が国及び世界の繁栄に貢献することを掲げている。また、上述の目標を達成するため、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施策案として、例えば、患者にとっての価値を考慮した新たな報酬体系、「たばこフリー」オリンピックの実現、健康危機管理体制の確立（健康危機管理・疾病対策センターの創設）などが示されている。

また、これらの3つのビジョンを達成するため、①イノベーション環境②情報基盤の整備と活用③安定した保健医療財源④次世代型の保健医療人材⑤世界をリードする厚生労働省という、5つの基盤を提示している。具体的な施策案としては、治験や臨床試験のプラットホーム整備や、医療等IDを用いてヘルスケアデータネットワークを確立し積極的に活用、医療費の伸びが予測を上回る場合の中期調整システムの導入、保健医療補佐官（CMO）の創設などが提言されている。

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、具体的施策案は、厚生労働省が推進する施策ともつながりえるものであり、今後の保健医療制度の検討を重ねる中で、この新たな視点に立った提言書を真摯に受け止め、実現できるものについて、可能な限り実現を図っていくこととしている。

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16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年度には184万人であったサービス受給者数は、2012（平成24）年度には458万人となっている（**図表7-5-1**）。また、2010（平成22）年に厚生労働省が実施した「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集」によれば、60％を超える方から「介護保険を評価している」と回答をいただいている（**図表7-5-2**）。介護保険制度は着実に社会に定着してきている。

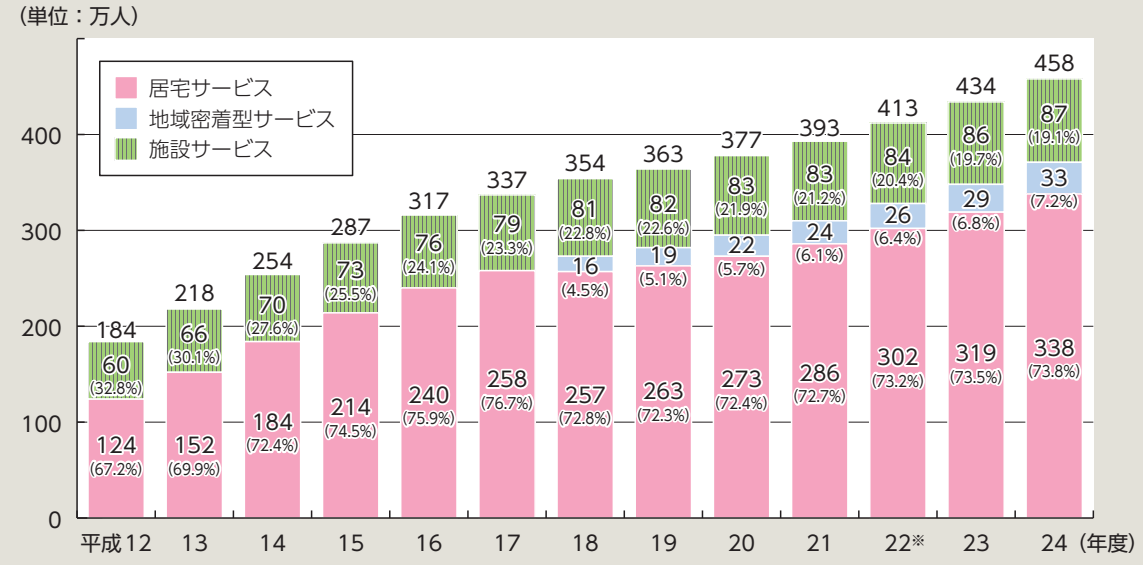
高齢化がさらに進展し、「団塊の世代」が75歳以上となる2025（平成37）年の日本では、およそ5.5人に1人が75歳以上高齢者となり、認知症の高齢者の割合や、世帯主が高齢者の単独世帯・夫婦のみの世帯の割合が増加していくと推計されている。特に、首都圏を始めとする都市部では急速に高齢化が進むと推計されている。一方で、自身や家族が介護を必要とする時に受けたい介護の希望を調査したアンケートによれば、自宅での介護を希望する人は70％を超えている。（「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集」）

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、2013（平成25）年度には9.4兆円となっており、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5,000円になっており、2025年には約8,200円[*11]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ている（**図表7-5-3**）。

図表7-5-1　サービス受給者数の推移

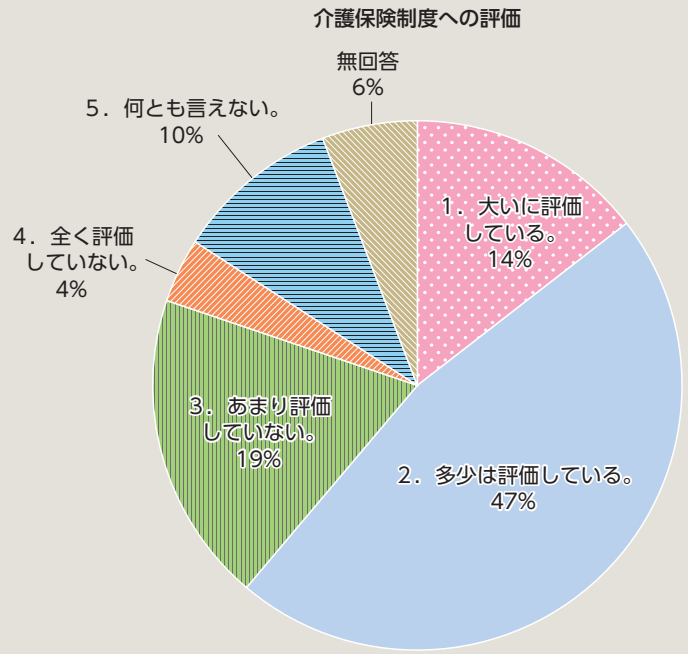


（注）1.（　）は各年度の構成比。
2. 各年度とも3月から2月サービス分の平均（但し、平成12年度については、4月から2月サービス分の平均）。
3. 平成18年度の地域密着型サービスについては、4月から2月サービス分の平均。
4. 受給者数は、居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス間の重複利用がある。
※東日本大震災の影響により、平成22年度の数値には福島県内5町1村の数値は含まれていない。

＊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。

図表7-5-2 介護保険制度への評価

○約６割が介護保険制度を評価している（大いに評価14%、多少は評価47%）
○一方、評価していない人が約２割（あまり評価していない19%、全く評価していない4%）



図表7-5-3 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ることとなった。

具体的な実施内容は以下の通り。

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

(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11月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27日に「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、施策ごとの具体的な数値目標などを定めている。

(3) 地域ケア会議の推進

地域包括支援センターや市町村が主催する地域ケア会議は、ケアマネジャーや介護事業者、医師など医療・介護の関係者と市町村の担当者が一堂に会し、個別ケースを検討し、その課題解決を図る場である。この会議を積み重ねることで、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などにつなげている。

そこで、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、地域ケア会議を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り扱い等について制度的な枠組みを設けることで、さらなる普及・充実を図っていくこととなった。

(4) 生活支援サービスの充実・強化

一人暮らし高齢者や認知症高齢者等が急速に増加し、生活支援ニーズの高まりが見込まれる中、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。このため、生活支援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、高齢者等を対象としたボランティアの養成やその活動の場づくりなどを行う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ネットワークを構築するための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) 予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行

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、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、全国一律のサービス内容であった訪問介護や通所介護については、既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、多様なサービスが多様な主体により提供され、利用者がサービスを選択できるようになる。

なお、訪問看護等その他のサービスについては、このような多様な形態でのサービス提供の余地が少ないことから、市町村の事務負担も考慮して予防給付によるサービスを継続することとしている。

(6) 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

特別養護老人ホームについては、限られた資源の中で、入所の必要性の高い要介護者がこれまで以上に優先的に入所することができるよう、原則として新規入所の対象者は要介護3以上の方に限定することとした。

他方、要介護1又は2の方であっても、やむを得ない事情により特別養護老人ホーム以外での生活が困難であると認められる場合は、特例的に入所を認めることとしている。

※要介護1・2の特例的な入所が認められる要件（勘案事項）

- 認知症で、日常生活に支障を来すような症状等が頻繁に見られること。
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状が頻繁に見られること。
- 深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること。
- 単身世帯等家族等の支援が期待できず、地域での介護サービス等の供給が十分に認められないこと。

3 費用負担の公平化

(1) 低所得者の保険料軽減を拡充

第一号被保険者のうち住民税世帯非課税の低所得者については、介護保険料が基準額の0.5～0.75倍を標準として軽減されているが、今後更に高齢化が進展することに伴い、介護費用の増加と保険料負担水準の上昇は避けられないと見込まれる。

こうした中、介護保険制度を持続可能なものとしていくためには、低所得者も保険料を負担し続けることを可能にする必要があるが、現在の制度では、低所得者の保険料軽減は、他の被保険者の保険料負担を増加させることによってしか実施できない。

このため、新たに公費を投入して低所得者の保険料について現在の負担割合を更に引き下げる仕組みを制度化することとした。

(2) 一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

今後、介護費用の増大が見込まれる中、保険料の上昇を可能な限り抑え、介護保険制度の持続可能性を高めていくことが必要である。

また、一口に高齢者といっても、所得の高い方から低い方まで様々であり、社会保障制度改革に当たって、こうした高齢者世代における世代内の負担の公平化を図っていくことが重要である。

このため、これまで一律1割であった利用者負担について、一定以上の所得のある方については利用者負担を2割にすることになった。

(3)「補足給付」の要件に資産などを追加

介護保険では、2005（平成17）年から特別養護老人ホーム等に係る費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、低所得の方が多く入所している実態を考慮して、介護保険3施設及びショートステイを利用する住民税世帯非課税である方については、その申請に基づき、食費・居住費を補助する「補足給付」を支給している。

このように、補足給付は本来の給付と異なった福祉的性格や経過的な性格を持っており、

①食費や居住費を負担して在宅で生活する方との公平性の確保

②預貯金等を保有して居住費等の負担が可能であるにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われる不公平の是正

を図るため、一定額を超える預貯金等のある方を給付の対象外とするなどの見直しを行うこととなった。

4 平成27年度介護報酬改定

平成27年度介護報酬改定の基本的な考え方とその対応

平成27年度の介護報酬改定については、以下の基本的な視点に基づき、各サービスの報酬・基準についての見直しを行った。

(1) 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

1 地域包括ケアシステムの構築に向けた対応

将来、中重度の要介護者や認知症高齢者となったとしても、「住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるようにする」という地域包括ケアシステムの基本的な考え方を実現するため、引き続き、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図る。

特に、中重度の要介護状態となっても無理なく在宅生活を継続できるよう、24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型訪問介護看護を始めとした「短時間・一日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といった一体的なサービスを組み合わせて提供する包括報酬サービスの機能強化等を図る。

2 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

リハビリテーションの理念を踏まえた「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションの提供を推進するため、そのような理念を明確化するとともに、「活動」と「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入や、このような質の高いリハビリテーションの着実な提供を促すためのリハビリテーションマネジメントの充実等を図る。

3 看取り期における対応の充実

地域包括ケアシステムの構築に向けて、看取り期の対応を充実・強化するためには、本人・家族とサービス提供者との十分な意思疎通を促進することにより、本人・家族の意向に基づくその人らしさを尊重したケアの実現を推進することが重要であることから、施設等におけるこのような取組みを重点的に評価する。

4 口腔・栄養管理に係る取組みの充実

施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下等により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種による支援の充実を図る。

(2) 介護人材確保対策の推進

地域包括ケアシステム構築の更なる推進に向け、今後も増大する介護ニーズへの対応や質の高い介護サービスを確保する観点から、介護職員の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取組みを推進する。

(3) サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

地域包括ケアシステムの構築とともに介護保険制度の持続可能性を高めるため、各サービス提供の実態を踏まえた必要な適正化を図るとともに、サービスの効果的・効率的な提供を推進する。

第6節　福祉・介護人材の確保対策

今後の社会保障制度を支える福祉・介護人材の確保は、焦眉の課題であり、これまでも必要な対応を図ってきたが、既に生産年齢人口（15歳から64歳）は減少局面に入っているとともに、経済状況の好転に伴う他産業への人材流出といった懸念があり、あらゆる施策を総動員して対応することが必要である。

特に、介護人材については、団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年には約253万人が必要となるとの見通しが示されており、2013（平成25）年時点における約171万人から約80万人を新たに確保するとともに、介護福祉士を中心として、認知症高齢者や医療的ニーズを併せ持つ高齢者の増加、チームケアにおけるマネジメントや多職種連携に対応するための資質の向上も必要である。

こうした現状を踏まえ、次のような方針に基づき、「量の確保」と「質の向上」の両面から介護人材の確保対策を進めることとし、これに当たっては、PDCAサイクルを確立し、進捗管理と施策の検証・改善を行うこととしている。

①目標年次を2025年と定め、都道府県ごとの需給推計に基づき、介護保険事業計画（3年1期）と連動した計画的な取組を推進する。

②限られた人材を有効に活用するため、その能力や役割分担に応じた適切な人材の組合せや養成の在り方の検討を進め、良質なチームケアを提供できる体制を構築する。

③地域ごとに関係主体の連携・協働体制（協議会等）を構築し、地域の実情に応じた効果的な取組を推進する。

2015（平成27）年度予算において、「地域医療介護総合確保基金」に、新たに介護従事者の確保のため90億円（公費）を確保し、都道府県が行う地域の実情に応じた「参入促進」「労働環境・処遇の改善」「資質の向上」のための取組みや、介護人材確保のための地域の関係主体の連携の場（プラットフォーム）の創設、介護人材育成に取り組む事業者に対する認証・評価制度の実施を支援することとしている。

更に、第189回国会（常会）に提出した「社会福祉法等の一部を改正する法律案」に、

①「福祉人材の確保等に関する基本的な指針」の対象者の範囲を、社会福祉事業と密接に関連する介護サービス従事者に拡大し、介護人材確保に向けた取組を拡大する

②離職した介護福祉士の届出制度の創設、就業の促進、ハローワークとの連携強化等による福祉人材センターの機能強化を図る

③介護福祉士の資質の向上のため、介護福祉士国家資格取得方法を見直し、介護福祉士養成施設卒業者に対する国家試験受験義務付けを2017（平成29）年度より漸進的に導入し、2022（平成34）年度から全ての卒業者に対し実施する

④社会福祉施設職員等退職手当共済制度の見直し

等の内容を盛り込んでいる。

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、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、人材不足が深刻な建設分野、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、働く中で賃金や勤務時間、身体的負担に関する悩み、不安、不満等を持っており、他産業と比べて離職率が高い状況にある。平成23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、「仕事内容の割に賃金が低い」が44.2%で最も多く、次いで「人手が足りない」が40.2%「有給休暇が取りにくい」が36.1%、「身体的負担が大きい（腰痛や体力に不安がある）」が30.8%の順に多くあげられているなど、特に雇用管理等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・適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、社会福祉事業の実施を主たる目的とする非営利法人であり、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づけは変化している。

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、公益性と非営利性を備えた法人の在り方を徹底する観点からの制度の見直しが求められている。

このため、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や一定規模以上の法人における会計監査人の設置の義務化、社会福祉法人のいわゆる内部留保の内容の明確化と社会福祉事業等への再投下の仕組みの構築、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」が第189回国会（常会）に提出された。

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

2013（平成25）年3月末から、中国、香港、台湾などにおいて感染者が報告されている鳥インフルエンザ（H7N9亜型）について、政令による指定感染症への指定を早期に法律で措置するなどの必要があることから、2014（平成26）年6月の厚生科学審議会感染症部会において、「感染症対策の見直しについて」（提言）が取りまとめられた。また、鳥インフルエンザ（H7N9亜型）だけでなく、2012（平成24）年9月以来、重症呼吸器感染症である中東呼吸器症候群（MERS）の発生がアラビア半島諸国を中心に報告されており、2014年には、デング熱の国内感染事例、国外でのエボラ出血熱の流行などが見られた。当該提言やこうした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年11月14日に成立、同年11月21日に公布された。なお、その施行日は、一部の規定を除き、2016（平成28）年4月1日である（図表8-1-1）。

図表8-1-1 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（平成26年11月21日法律第115号）

背景

鳥インフルエンザ（H7N9）について、政令での暫定的な指定感染症への指定を早期に法律で措置するとともに、デング熱など昨今の感染症の発生状況等を踏まえ、感染症に対応する体制を一層強化することが必要。

概要

1. 新たな感染症の二類感染症への追加
   ○ 政令により暫定的に二類感染症として扱われていた鳥インフルエンザ（H7N9）及び中東呼吸器症候群（MERS）について、二類感染症に位置付ける。
2. 感染症に関する情報の収集体制の強化
   ○ 知事（緊急時は厚労大臣）は、全ての感染症の患者等に対し検体の採取等に応じること、また、医療機関等に対し保有する検体を提出すること等を要請できる旨の規定を整備。
   ※ 上記によっては対応できない場合、知事（緊急時は厚労大臣）は、一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び新感染症の患者等から検体の採取等の措置をとることができる旨の規定を整備。
   ※ 検体検査の質の向上を図るため、知事が入手した検体について、知事による検査の実施、検査基準の策定、厚労大臣から知事に対する提出の要請を規定。
   ※ 一部の五類感染症について情報の収集体制を強化。（侵襲性髄膜炎菌感染症及び麻しんの届出方法の変更、季節性インフルエンザの検体の指定提出機関制度を創設）

（＊）その他
・三種病原体等として管理規制（所持の届出等）が行われる結核菌の範囲を限定。
・保健所による結核患者に対する直接服薬確認指導について、医療機関等と連携して実施するための規定を整備。

施行期日

1. は平成27年1月21日、2. は平成28年4月1日、（その他の規定は平成27年5月21日等）

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、2015（平成27）年1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[*1]）において、約2万2千人の患者（疑い例を含む。）が報告され、このうち約9千人が死亡している。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ている。現在、新たに報告される患者の数は以前に比べて減少してきているが、今後もエボラ出血熱の国内への流入を防ぐとともに、発生時に備えることが必要である。

(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月から西アフリカ3か国から入国しようとする者に対して、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。2014年10月からは、過去21日以内に西アフリカ3か国[*2]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、各海空港の検疫ブースにおいて、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。

(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、内閣総理大臣を主宰と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、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。

感染症対策としては、感染症の類型に応じた適切な医療を提供する能力を備えた医療機関において、感染症の発生後速やかに患者を治療し、当該感染症のまん延を防止することが重要である。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については、2015（平成27）年3月現在で40都道府県（47医療機関95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

＊1、2 リベリアについては、2015年5月9日にWHOより、エボラ出血熱流行の終息宣言が出されたことを踏まえて、国内での注意喚起及び健康監視等の対応をとりやめ。

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うこととしている。

また、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てきたところである。

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 デング熱対策について

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約160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」を告示した。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、今後、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することとしている。

4 インフルエンザ対策について

(1) 2014/2015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。

2014/2015シーズンのインフルエンザの患者発生報告数は、2014（平成26）年第48週（11月24日の週）に全国の定点当たりの患者数[*3]が1.90となって流行入りし、2015（平成27）年第4週（1月19日の週）時点では39.42まで上昇し、流行が拡大した。流行の規模や時期は、共に例年のものと同様であった（**図表8-1-2**参照）。

また、2014/2015シーズンにおいて、流行初期はA/H3N2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/H1N1亜型の順で多く見られた。

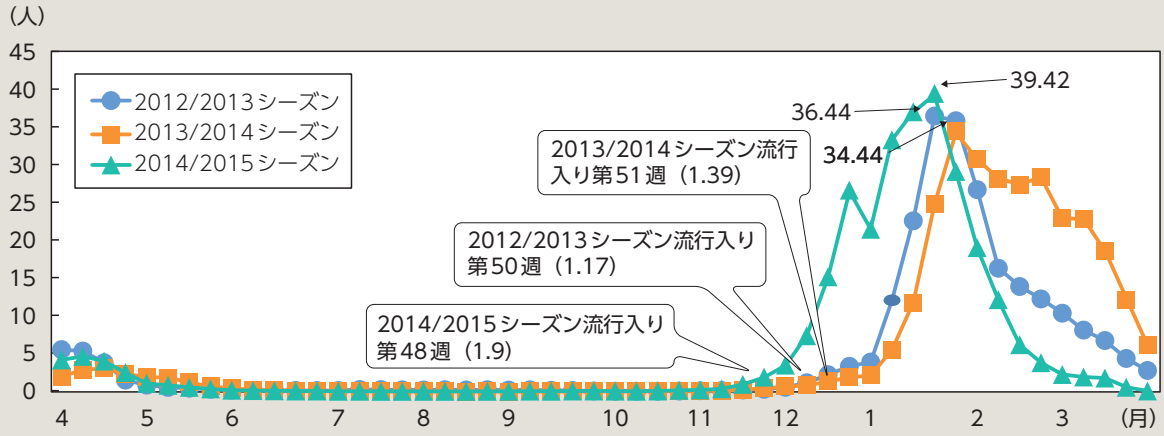
厚生労働省では、2014/2015シーズンのインフルエンザの流行に備えて、2014年11

＊3　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

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[*4]した。流行状況や予防接種に関する情報を提供するとともに、日常的な予防を啓発するポスター、ツイッター、動画などを用いた感染予防の普及啓発を行っている。

図表8-1-2　インフルエンザの流行状況

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。
2012/2013シーズンは、第50週（12月10日の週）に流行入り（1.17）（※）し、2013年第4週（1月21日の週）に流行のピーク（36.44）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。）[*5]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」[*6]とガイド

＊4　平成26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
＊5　「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
＊6　「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

ライン[*7]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、2015（平成27）年1月に、都道府県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) 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」において、諸外国における備蓄状況や最新の医学的な知見などを踏まえ、国と都道府県を合わせて国民の45%に相当する量を目標として、計画的かつ安定的に備蓄することとしている。2015（平成27）年3月末時点で、国においては、オセルタミビルリン酸塩（商品名：タミフル）約3,000万人分とザナミビル水和物（商品名：リレンザ）約530万人分が、各都道府県においては、タミフル約2,435万人分とリレンザ約873万人分が備蓄されており、国全体として目標数量を確保している。

また、ワクチンについては、現在の鶏卵培養法では1年半～2年を要する全国民分の新型インフルエンザワクチンの生産期間を約半年に短縮することを目的として、2009（平成21）年度補正予算で「新型インフルエンザワクチン開発・生産体制整備臨時特例交付金」を措置し、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、極めてまれに、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、人に感染することがある。

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、ヨーロッパ、アフリカなどにおいて、2003（平成15）年から2015（平成27）年3月までの間に、784人の感染者（うち死亡者429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、2015年3月現在、

＊7 「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

631人の感染者（うち死亡者235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、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。

また、国内では、2014（平成26）年4月に家きんで、11月以降に野鳥や家きんで鳥インフルエンザ（H5N8亜型）の発生が確認された。鳥インフルエンザ（H5N8亜型）については、過去に人への感染事例は報告されていないが、万が一の人への感染を予防するため、防疫作業者に対する適切な防護措置の指導や接触者の健康調査など、必要な対策を実施している。

5 中東呼吸器症候群（Middle East respiration syndrome：MERS）対策について

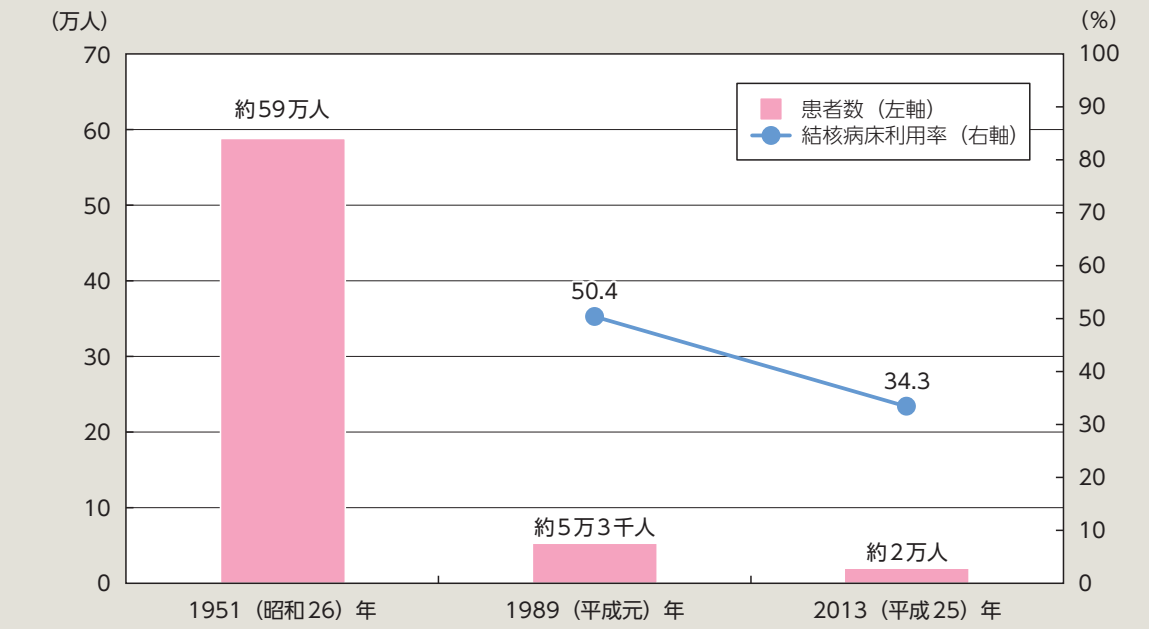
2012（平成24）年9月以降、サウジアラビアやアラブ首長国連邦などの中東地域の国々を中心に、中東呼吸器症候群（MERS）の患者が報告されており、2015（平成27）年3月26日現在、1,090人の患者（うち、少なくとも412人が死亡。）が確認されている。また、世界各国においても輸入症例が報告されている。人への感染源としてヒトコブラクダが有力視されているが、高齢者や糖尿病などの基礎疾患のある者で重症化しやすく、患者間や、患者から医療従事者などへの限定的な人から人への感染も確認されている。厚生労働省では、国内でMERSの患者が発生した際は入院勧告などの措置が取れるよう、関係法令の整備を行ったほか、中東地域への渡航者や帰国者に対して注意喚起や必要に応じて健康監視などを実施している。

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8-1-3参照）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8-1-3　結核患者の発生数の推移



資料：厚生労働省「平成25年結核登録者情報調査年報集計結果」及び「平成25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 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などがあることも問題点である。

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、政令市、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、コンドーム以外の予防方法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。

8 HTLV-1対策について

ヒトT細胞白血病ウイルス-1型（Human T-cell Leukemia Virus type1：HTLV-1）の感染者は、全国に約100万人以上いると推定されており、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3月までに、HTLV-1対策に携わる患者団体、学識経験者その他の関係者から意見を求めるため「HTLV-1対策推進協議会」を8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[*8]。

さらに、2011年度より厚生労働科学研究費補助金において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。

9 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、

＊8　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/

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（463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、世界保健機関に報告されているところ、2015年3月27日に世界保健機関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。

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14,357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、2015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。

10 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。

11 予防接種施策について

（1）予防接種施策の現状について

感染症の発生とまん延の予防を目的として、一定の疾病に対しては、市町村を実施主体とした定期の予防接種が、予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づき行われている。

その対象は、ジフテリア、百日せき、破傷風、麻しん、風しん、ポリオ、日本脳炎、結核、Hib感染症、小児の肺炎球菌感染症、ヒトパピローマウイルス感染症、水痘（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、その性質上ごくまれにではあるが重い副反応[*9]の発生を避けられないものであるため、予防接種の効果、安全性、副反応、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合意の下に実施されるべきものである。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。

定期の予防接種（B類疾病を除く。）については、接種対象者は接種を受け、その保護者は接種対象者に接種を受けさせる努力義務があることや、市町村による普及啓発・勧奨、接種を行う医師による事前の説明により、予防接種に関する十分な理解と合意の下に予防接種が実施されており、高い接種率が維持されている。

(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取りまとめられた「予防接種制度の見直しについて（第二次提言）」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として実施している。

B型肝炎のワクチンについては、技術的な検討が終了し、国民に対して広く接種の機会を提供する場合の対応案が厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会で2015（平成27）年1月に了承された。ただし、本提案は技術的検討結果であり、国民に対して広く接種機会を提供する仕組みとして実施するためには、前提として、ワクチンの供給・実施体制の確保、必要となる財源の捻出方法等の検討を行った上で、関係者の理解を得るとともに、副反応も含めた予防接種施策に対する国民の理解等が必要となる。

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ったところであり、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。

2014年4月から適用している予防接種基本計画（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）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。旧薬事法）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、2014年度

＊9　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

は新たに同法の製造販売承認が得られた髄膜炎菌ワクチンなどの３種類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) 子宮頸がん予防ワクチンについて

ヒトパピローマウイルス感染症の定期の予防接種については、予防接種を受けた者において、広範な慢性の疼痛、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。そのため、2013（平成25）年６月14日の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会における審議を踏まえ、国民に対し適切な情報提供ができるようになるまでの間、積極的な接種勧奨を差し控えることとした。また、これまで、同部会において早急に調査すべきとされた事項（①主に広範な疼痛を訴える38症例の概要、②２製剤の比較、③海外における疼痛が見られる症例の状況）の調査結果を基に論点の整理を行うなど、専門家による検討が行われてきた。2014（平成26）年１月20日に開催された同部会では、積極的な接種勧奨の再開の是非については、今後改めて検討を進めることとされた。

さらに、厚生労働省においては、ワクチンの安全性に関する検証に資するよう、次の三つの施策を実施している。一つ目は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に症状を呈する患者が身近な医療機関で適切な治療を受けられるよう、協力医療機関を各都道府県に少なくとも一つ整備することである。二つ目は、当該患者が医療機関を受診する場合、過去の分を含め、副反応報告が確実に行われるように医療機関に要請することである。三つ目は、副反応報告があった場合、これまでに報告された患者も含めて、症状のその後の状況などの追跡調査を充実させることである。これらの施策の結果も踏まえ、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会で審議するなど、引き続きワクチンの安全性などを検討し、積極的な接種勧奨の再開の是非を判断することとしている。

第2節 がん・生活習慣病（NCDs（非感染性疾患）対策の総合的かつ計画的な推進）

1 がん対策の総合的かつ計画的な推進

(1) がん対策の推進

がんは、我が国において1981（昭和56）年より死因の第１位であり、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。

(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3月現在407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3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3月現在1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、2012（平成24）年3月現在、約3万人が修了している。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、「地域がん登録」と「院内がん登録」等に分けられる。いずれも、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。

「地域がん登録」は、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いる。「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。

2013（平成25）年12月に「がん登録等の推進に関する法律」が成立し、2016（平成28）年1月から、従来の「地域がん登録」を「全国がん登録」に移行する形で開始する予定である。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ることになる。

(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。

がん検診の受診率は、20～30%程度にとどまっており、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、国民一人ひとりが、検診を受診するという行動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「がん対策推進企業連携実施本部（2012（平成24）年度までがん検診受診促進企業連携本部【略称：がん検診企業アクション事務局】）」を設置し、職域におけるがん検診受診率の向上や、がん受診勧奨事業等への企業からの協力を得るために推進パートナー企業を募集している。

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、がん検診受診率50%目標達成に向けて、引き続き、子宮頸がん、乳がん及び大腸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。

今後のがん研究は、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さらに、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することとしている。

(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ことから、基本計画に基づき、2013（平成25）年度には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において、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月に報告書がとりまとめられた。本報告書に基づき、関係者・機関と有機的な連携の下、がん患者の就労支援を進めていくこととしている。

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。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。今後は、各自治体で保健師を含めた保健活動の方向性について、地域の健康課題や実状に応じた検討が進められることが期待される。また、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。2013年の国民健康・栄養調査は、2013年3月に改定された「健康づくりのための身体活動基準2013」や2014（平成26）年10月に報告書をとりまとめた、生活習慣病の予防を目的とした食事パターンに関する食事の基準に関わる実態把握をテーマとし実施し、2014年の国民健康・栄養調査は、所得格差をテーマとし実施した。

2013年の調査結果の概要については、2014年12月に公表し、食品群の組合せの状況では、若い世代ほど組み合わせて食べている者の割合が低い傾向にあること、主な生活習慣に関する状況では、60歳以上で良好な一方、20歳代及び30歳代では課題が見られた（**図表8-2-1**）。

日本人の食事摂取基準は、国民の健康の保持・増進と生活習慣病の発症予防を目的とし、エネルギー及び各栄養素の摂取量について、1日当たりの基準を示したものであり、5年毎に改定を行っている。

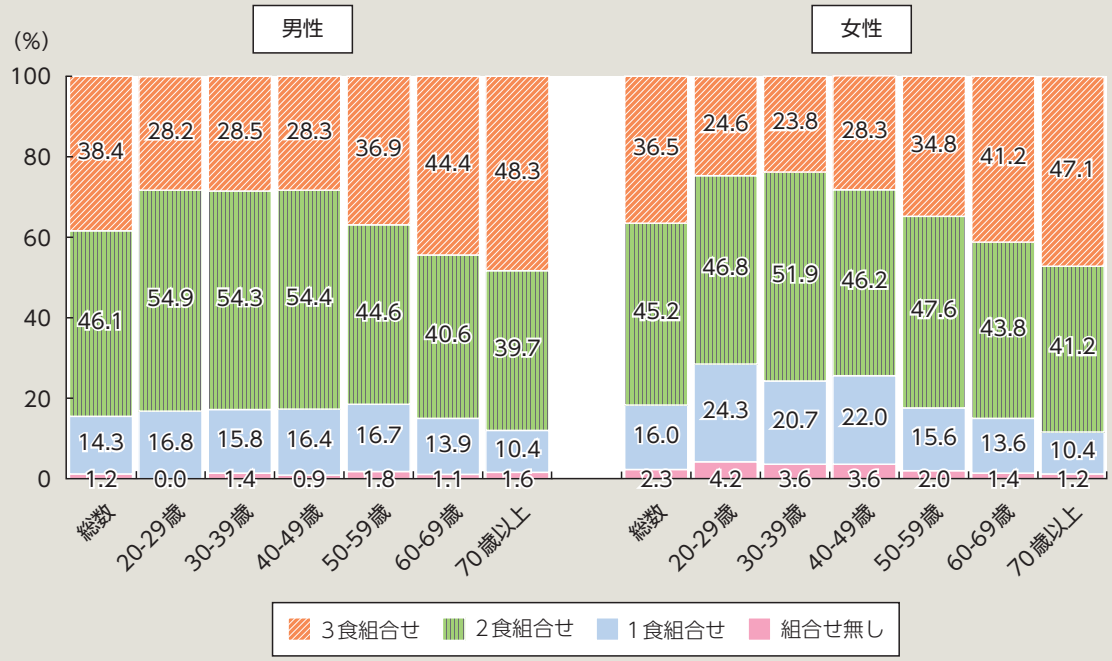
2015（平成27）年度から使用する食事摂取基準（2015年版）の主な改定のポイントは、策定目的に生活習慣病の発症予防とともに「重症化予防」を加えたこと、エネルギーの指標として「体格（BMI）」を採用したこと、生活習慣病の予防を目的とした「目標量」を充実したことである。2014年3月にとりまとめた報告書をもとに、2015年3月に大臣告示を行った。健康日本21（第二次）の推進と日本再興戦略における健康寿命延伸産業の育成を図る観点から、2013年6月より『日本人の長寿を支える「健康な食事」のあり方に関する検討会』を立ち上げ、検討を行い、2014年10月に報告書をとりまとめた。

地域における栄養指導の充実を図るため、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、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おり、がん、慢性腎臓病（CKD）に続き、専門性の高い栄養管理に特化した管理栄養士の実践プログラムの作成等を行っている。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日より施行することとしている。

図表8-2-1　穀類と魚介類・肉類・卵・大豆（大豆製品）と野菜を組み合わせて食べる者の割合



※「穀類と魚介類・肉類・卵・大豆(大豆製品)と野菜を組み合わせて食べる」とは、いずれの食品群も摂取することとした。摂取量については考慮していない。
※欠食者を含む。

(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8-2-2**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8-2-2　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。また受動喫煙によって、虚血性心疾患やがんに加え、乳幼児の呼吸器感染症や喘息発作、乳幼児突然死症候群等の原因となる。

2005（平成17）年2月には、世界保健機構（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」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、旧3級品の製造たばこに係る国及び地方のたばこ税の特例税率については、2016（平成28）年4月1日から2019（平成31）年4月1日までの間、段階的に税率を引き上げることによって廃止することとされた。この結果として未成年者が喫煙を開始するきっかけとなることを防ぐなど、たばこの消費量を抑制する効果も期待できる。

引き続き、禁煙支援や受動喫煙防止対策を含め、たばこによる健康被害から国民を守る対策を積極的に進めていくことが重要である。

(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なってきている。

こうした状況を踏まえ、厚生労働省では、国税庁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年度には、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」が成立した。同法に基づき2016（平成28）年6月までにアルコール健康障害対策推進基本計画が策定されることとなっており、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。

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。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（平成27）年に改定することとしている。

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。

第3節　肝炎対策

知って、肝炎プロジェクトキックオフミーティングの様子

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）。

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る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。特に、C型肝炎については、従来、インターフェロンを含む治療法が行われているが、2014（平成26）年9月に内服薬のみでウイルス排除が可能な、いわゆるインターフェロンフリー治療が登場し、難治例（セロタイプ1型高ウイルス量）や代償性肝硬変においても、約85%のウイルス排除率が得られるようになっている。また、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 （B型と比べ、感染力が弱い）
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、核酸アナログ製剤） 肝庇護療法	抗ウイルス療法 （インターフェロン、インターフェロンフリー） 肝庇護療法
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　肝炎ウィルス検査の開始
H19.1	・都道府県における肝炎検査後肝疾患診療体制に関するガイドライン（全国C型肝炎診療懇談会取りまとめ） ・肝疾患診療体制の整備開始
H20.1	＜緊急肝炎ウイルス検査事業の開始＞　委託医療機関での検査を無料化
H20.4	＜肝炎総合対策の開始＞　インターフェロン治療に対する医療費助成の開始
H21.4	・インターフェロン医療費助成の運用変更 ①助成期間の延長（72週投与への対応） ②所得階層区分の認定に係る例外的取扱い
H22.1	・肝炎対策基本法施行
H22.4	・肝炎医療費助成の拡充 ①自己負担限度額の引下げ 所得に応じ、1、3、5万円→原則1万円（上位所得階層2万円） ②B型肝炎の核酸アナログ製剤治療への助成開始 ③インターフェロン治療に係る利用回数の制限緩和
H23.5	・肝炎対策基本指針策定
H23.7	・肝炎医療費助成の拡充 C型代償性肝硬変に対するペグインターフェロン＋リバビリン併用療法への助成開始
H23.9	・肝炎医療費助成の拡充 B型肝炎に対するペグインターフェロン療法への助成開始
H23.11	・肝炎医療費助成の拡充 C型肝炎に対するテラプレビルを含む3剤併用療法への助成開始
H24.7	・第1回日本肝炎デー
H25.11	・肝炎医療費助成の拡充 C型肝炎に対するシメプレビルを含む3剤併用療法への助成開始
H26.9	・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

第4節　難病などの各種疾病対策、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、都道府県における超過負担の問題は制度自体の安定性をゆるがすものとされ、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）」がとりまとめられ、報告書の内容に沿って、厚生労働省ではさらなる検討を進めた。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、特定疾患治療研究事業で対象としていた56疾病から110疾病へと拡大した。さらに、2015年7月1日に、第1次実施分と合わせて306疾病に拡大する予定である。

難病に関する研究については、これまで、患者数が少なく、原因が不明で、根本的な治療方法が確立されておらず、かつ、後遺症を残すおそれが少なくない難治性疾患について、厚生労働科学研究の「難治性疾患克服研究事業」において、難治性疾患の画期的な診断法及び治療法の研究開発を推進してきた。また、次世代遺伝子解析装置を用いて患者の全遺伝子を解析し、疾患の早期解明及び新たな治療法の開発を加速度的に推進する「難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業（難病関係研究分野）」を設け、難治性疾患に関する調査・研究の充実を図ってきた。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」及び病態解明、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」に分けている。引き続き難病法において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難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ることとした。

また、難病患者やその家族並びに医療関係者が求めている最新の医学・医療情報について、難病情報センター（http://www.nanbyou.or.jp/）を設け、難病に関する情報提供を行っている。

さらに、難病法第4条に基づき、厚生労働大臣は、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（以下「基本方針」という。）を定めることとしており、上記の医療・調査研究の他に、福祉・就労等も含めた難病対策の総合的な推進を図るための基本方針を策定するため、2015年2月17日から厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会において議論を行っている。

2 リウマチ・アレルギー対策について

リウマチ・アレルギー対策を総合的・体系的に実施するため、2011（平成23）年8月に、「リウマチ対策の方向性等」、「アレルギー疾患対策の方向性等」を見直し、「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」の三つの柱に基づき、リウマチ・アレルギー対策を推進してきた。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、リ

ウマチ・アレルギー疾患の新規患者数の減少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、シンポジウム開催、アレルギー相談センターの開設、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・アレルギー疾患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」が成立したことから、同法施行後、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。

3 エイズ（AIDS/後天性免疫不全症候群）対策の推進

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、2013（平成25）年末で3,500万人に上ると推計されている。HIV流行が最も深刻な地域はサハラ以南のアフリカであるが、HIV感染が急増しているのは中東・北アフリカ・東欧・中央アジアである。

我が国の状況を見ると、2014（平成26）年の新規HIV感染者／エイズ患者報告数は1,546件となり、累積HIV感染者報告数は16,903件、累積エイズ患者報告数は7,658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。

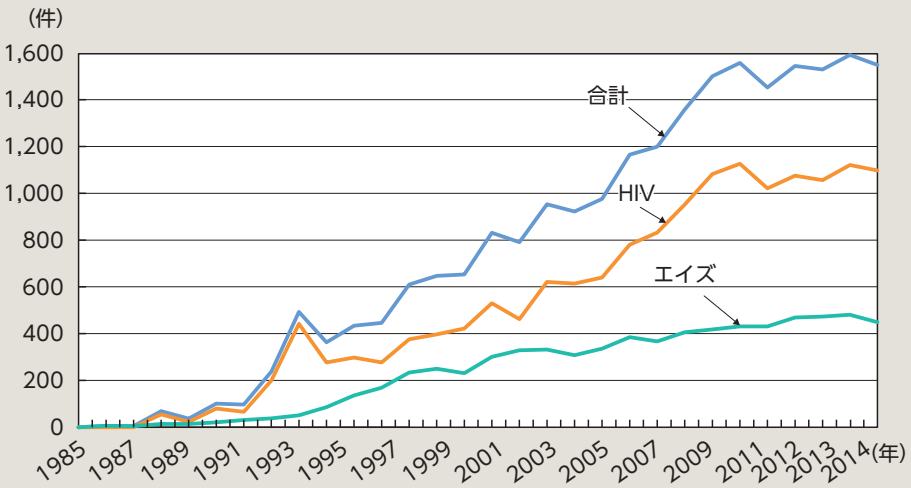
2011（平成23）年9月に取りまとめられた「エイズ予防指針作業班報告書」などを踏まえ、「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」（エイズ予防指針）を見直し、2012（平成24）年1月19日から施行している。

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。

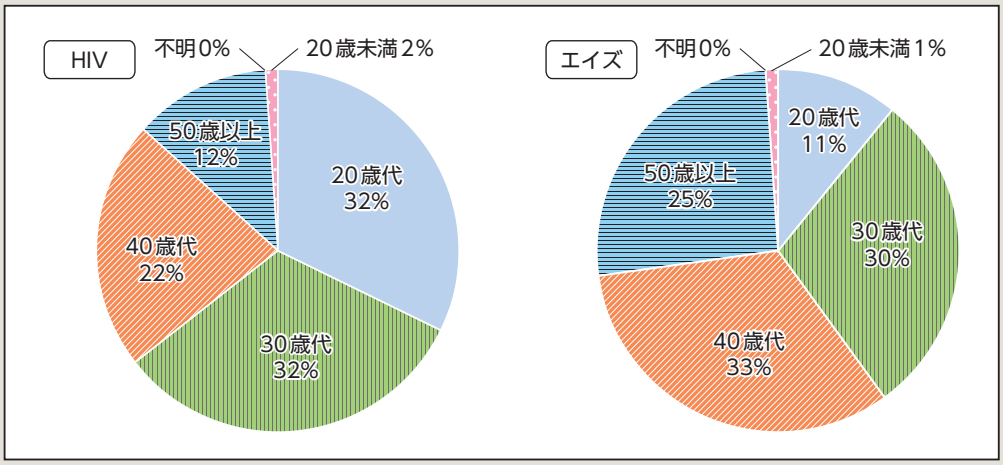
図表8-4-1　新規HIV感染者・エイズ患者報告数の推移



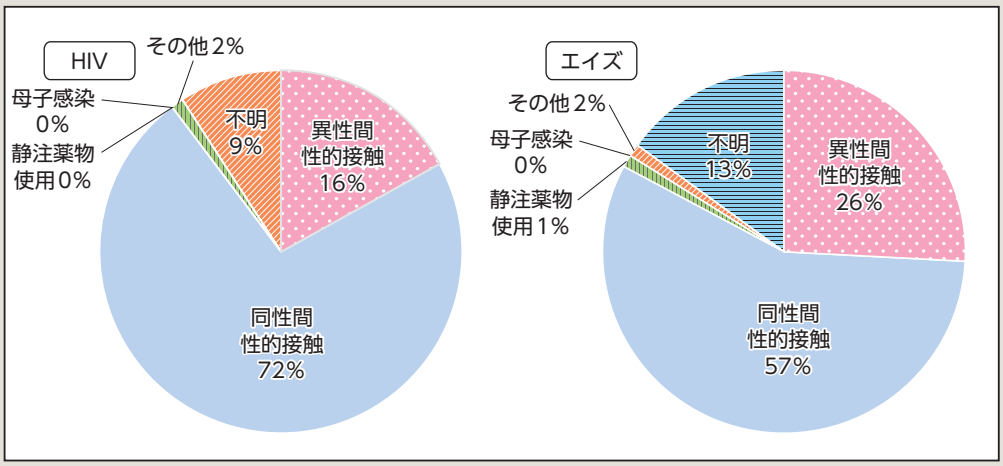
資料：厚生労働省エイズ動向委員会報告

図表8-4-2　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26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26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

4 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」)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の眼球(角膜)、心臓、肺、肝臓、腎臓などの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」)」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2015(平成27)年3月末までの間に、臓器移植法に基づき319名の方から脳死下での臓器提供が行われている。2014(平成26)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35名の提供者から35件、肺は30名の提供者から36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45名の提供者から49件、腎臓は78名の提供者から144件、膵臓は30名の提供者から30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24件)、小腸は0名の提供者から0件、角膜は880名の提供者から1,419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、ご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、2015年3月末現在、心臓385名、肺245名、肝臓387名、腎臓12,849名、膵臓201名、小腸5名、眼球1,836名となっている。

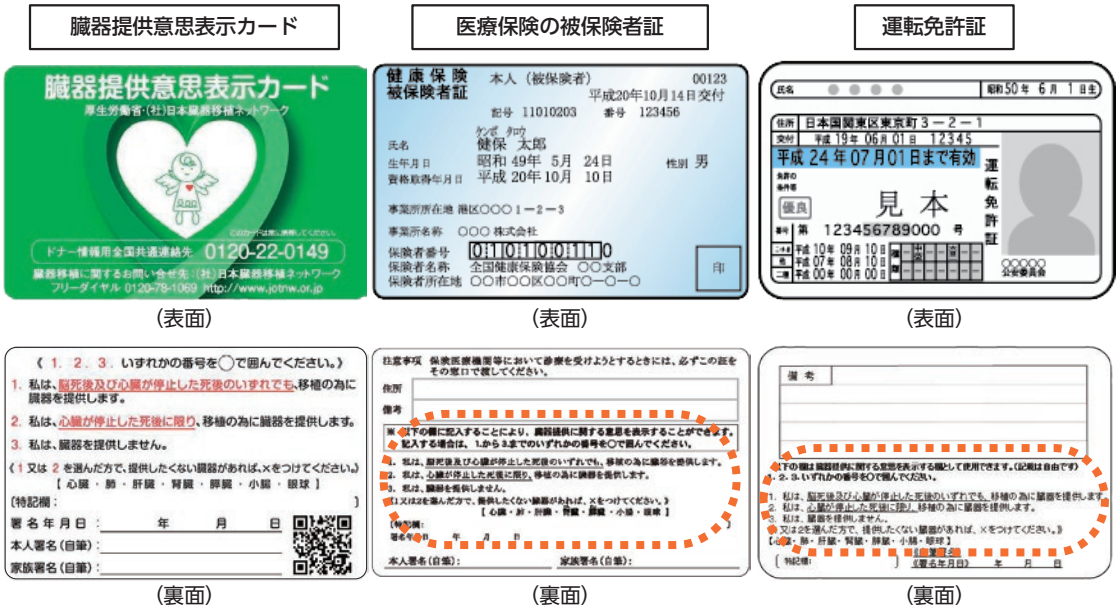
なお、脳死下での臓器提供事例については、厚生労働大臣が有識者を参集して開催する「脳死下での臓器提供事例に係る検証会議」において、臓器提供者に対する救命治療、法的脳死判定等の状況及び公益社団法人日本臓器移植ネットワークによる臓器のあっせん業務の状況などについての検証が行われている。2015年5月には、これまでの事例(200例)について総括が行われ、報告書として取りまとめられた。

(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（又はシール）」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、2015（平成27）年3月末現在450,597人となり、また、臍帯血保存公開数は11,595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2014（平成26）年度末で2,758名となっており、治療成績の向上とあいまって、2014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、2,492件（骨髄移植1,269件、臍帯血移植1,161件、末梢血幹細胞移植[*10]62件）となった。

このような状況のもと、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

＊10 末梢血幹細胞移植とは、末梢血幹細胞移植は骨髄やさい帯血からの造血幹細胞移植と同様、白血病等に有効な治療法の一つ。造血幹細胞は、通常でも血液の中に存在するが、極めて少ないために移植に用いることが出来ない。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。

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年1月に施行された。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、当該基本方針に則り、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

（1）医薬品の販売制度の改正

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。

この一般用医薬品の販売方法については、これまで、厚生労働省令で、

・インターネット販売を含む郵便等販売が認められるのは、第３類医薬品に限り、

・第１類医薬品及び第２類医薬品は、対面で販売すること

としていた。

しかし、2013（平成25）年１月11日に最高裁判決で、厚生労働省令で一律に第１類医薬品及び第２類医薬品の郵便等販売を禁止することは、薬事法（当時）の委任の範囲を超えるものであり、違法・無効とされた。

また、同年６月14日に閣議決定された成長戦略においては

・一般用医薬品については、インターネット販売を認めることとする。その際、消費者の安全性を確保しつつ、適切なルールの下で行うこととする。

・ただし、「スイッチ直後品目」[*11]及び「劇薬指定品目」については、他の一般用医薬品とはその性質が異なるため、医療用に準じた形での慎重な販売や使用を促すための仕組みについて、その成分、用法、用量、副作用の発現状況等の観点から、医学・薬学等それぞれの分野の専門家による所要の検討を行う。本年秋頃までに結論を得て、所要の制度的な措置を講ずる。
・検討に当たっては、インターネット販売か対面販売かを問わず、合理的かつ客観的な検討を行うものとする。

とされた。

このような状況を踏まえ、一般用医薬品のインターネット販売等に関する新たなルールを検討するための、「一般用医薬品の販売ルール策定作業グループ」（以下「ルール検討会」という。）と「スイッチ直後品目」及び「劇薬指定品目」に関する医学・薬学的観点からの特性や留意点について検討するための、「スイッチ直後品目等の検討・検証に関する専門家会合」（以下「専門家会合」という。）の2つの検討会をそれぞれ2013年8月より開催して検討を進め、それぞれ同年10月8日に一定の取りまとめが行われた。

これら2つの検討会の取りまとめを踏まえ、一般用医薬品のインターネット販売等の適切なルールの整備等を内容とする「薬事法及び薬剤師法の一部を改正する法律（平成25年法律第103号）」が2013年12月5日に成立・公布され、2014（平成26）年6月12日から施行された。（なお、指定薬物の所持・使用等の禁止に関する規定は同年4月1日から施行された。）

(2) 医薬品の分類と販売方法

専門家会合の結論としては、スイッチ直後品目や劇薬については、

・医療従事者による厳格な管理から外れた直後であり、新たな健康被害・有害事象が発現するおそれがある。また、そのリスクも不明であることから、一般用医薬品とは別の医療用に準じたカテゴリーのものとして認識すべきである。
・購入者は、自らの症状の程度や状態、副作用の兆候等を正しく判断・申告できないおそれがある。このため、薬剤師と購入者との間の双方向での柔軟かつ臨機応変なやり取りを通じて、薬剤師がその知識・経験に基づき、使用者の状態を直接五感を用いて判断する必要がある。

との専門家の見解が示された。

この見解を踏まえ、改正法では、医療用医薬品と一般用医薬品の間に「要指導医薬品」という新しいカテゴリーを設け、要指導医薬品については、対面販売で使用者本人に販売することとされた。具体的には、承認に際して、製造販売後に安全性に関する調査を実施することとされた品目、毒薬及び劇薬のうちから、厚生労働大臣が薬事・食品衛生審議会の意見を聴いた上で指定する医薬品が、「要指導医薬品」となる。なお、これらのうち、毒薬、劇薬以外の品目は、一定の安全性評価期間（原則3年）終了後、一般用医薬品に移行し、インターネット等での販売が可能となる。

これにより、医薬品は、大きく、医療用医薬品、要指導医薬品及び一般用医薬品の3つに分類され、このうち一般用医薬品についてのみ、インターネット、カタログ等による特定販売が認められることとなった。

＊11 医療用から一般用に移行して間もなく、一般用としてのリスクが確定していない医薬品

(3) 医薬品の販売時の留意点について

一般用医薬品の販売ルールについては、ルール検討会での議論を踏まえ、法律に根拠を置いた形で、

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

等のルールが整備された。

このルールは、国民の安全性の確保のためのものであり、特定販売に限らず、店舗における対面での販売にも適用されている。

また、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[*12]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。

(4) 一般用医薬品販売制度の定着に向けた取組み

1 制度の周知のための広報

厚生労働省の公式サイトに専用ホームページ[*13]を設けたほか、広報誌、ラジオ等を通じて周知を図った。

また、「薬と健康の週間」（毎年10月17日から10月23日に開催）や2014（平成26）年8月の「子ども霞が関見学デー」において医薬品販売制度の普及啓発のイベントを行った。

2 医薬品販売制度定着状況調査

2009（平成21）年度から、一般消費者を調査員として、全国の薬局・店舗等を対象に、①販売体制が構築されているか、②適切な情報提供が行われているか等の調査を行い、一般用医薬品販売制度の定着状況を点検している。

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

＊12 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
＊13 医薬品販売制度ホームページ
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000082514.html

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[*14]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[*15]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）年から、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」を開催することとしている。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。

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、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

＊14 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
＊15 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

（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、2013（平成25）年度の院外処方箋発行枚数は約7億6千万枚に達し、いわゆる医薬分業率は前年度に比べて0.9ポイント増加し、67.0%（公益社団法人日本薬剤師会「処方せん受取率の推計」（2013年度））と推計されている。

引き続き、国民が利点を実感できるような質の高い医薬分業を地域の実情に応じた医療計画等に基づいて推進していく必要があり、厚生労働省ホームページ上の「おくすりe情報*16」や「薬と健康の週間」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（Organisation for Economic Co-operation and Development：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（2015（平成27）年1月現在、164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。

（2）家庭用品の安全対策

家庭用品（医薬品医療機器法及び食品衛生法で規制されないもの。以下同じ。）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（2015（平成27）年1月現在、20物質を指定）。現在、2014（平成26）年8月の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

＊16 おくすりe情報　http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/okusuri/index.html

芳香族アミンを生成するアゾ化合物（アゾ染料）に係る規制基準を新たに制定することとしている。また、家庭用品の使用に伴い生じた重大製品事故のうち、化学物質が原因であることが推定されたものの公表や、医療機関から収集した家庭用品に係る健康被害情報などを活用し、事故防止の指導や啓発に努めている。

(3) 毒物及び劇物の安全対策

毒物及び劇物取締法に基づき、急性毒性作用がある化学物質を毒物又は劇物に指定し、毒物又は劇物の取扱事業者などに対する規制を実施している。なお、2015（平成27）年1月末現在、同法に基づき123項目を毒物に指定し、379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[*17]は、2014（平成26）年には13,437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11,148人と前年に比べてやや増加した。また、大麻事犯は1,813人であり、過去最高を記録した2009（平成21）年をピークに減少傾向にあったものが増加に転じ、覚醒剤に次ぐ高比率で推移している。

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」[*18]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。

最近の薬物事犯は、暴力団や外国人密売組織による組織的な密輸・密売に加え、インターネットを利用した非対面の密売が横行するなど、より複雑化・巧妙化している。これに対応するため、薬物事犯の取締りを行っている各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、新たな捜査機材の導入、サイバー犯罪対策官・指定薬物対策官などの専門捜査官の配置等を行い、捜査体制の充実を図っている。

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[*19]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[*20]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。

また、2014年は危険ドラッグ（合法ハーブ等と称して販売される薬物）の乱用による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、同年7月に薬

＊17 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。
＊18 第四次薬物乱用防止五か年戦略
http://www8.cao.go.jp/souki/drug/know.html
＊19 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
＊20 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

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」*21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。

2014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897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549人にのぼった。

2 危険ドラッグ対策

乱用者自身の健康被害や、麻薬等の乱用につながるなどの保健衛生上の危害のおそれのある物質が含まれている薬物が、「合法ドラッグ」、「合法ハーブ」等と称して販売されていたため、危険性の認識が低いまま使用されていた。これらの薬物が危険性の高い薬物であるという認識を根付かせるため、新たな呼称を公募し、2014（平成26）年7月に、これらの薬物の新たな呼称として「危険ドラッグ」を選定するとともに、対策をより一層強化しているところである。

危険ドラッグについては、近年、インターネットでの販売など販売形態が多様化し、若者を中心に乱用の広がりが見られることや、危険ドラッグによると見られる事件・事故が多く発生したことから、乱用が見られる薬物を医薬品医療機器法の指定薬物*22として指定し、その取締りを図っている。

指定薬物の指定においては、新たに発見された乱用薬物を速やかに指定薬物に指定することとし、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の手続きの見直しにより、指定薬物の迅速な指定を実施している。また、重大な事件に関与した危険ドラッグに含まれていた2物質を初めて指定手続きの特例によってさらに迅速な指定を行った。その結果、2014年度は101物質を新たに指定し、2015（平成27）年7月末現在、2,310物質が指定薬物となっており、危険ドラッグ販売業者に対する効果的な取締りが推進された。

2013（平成25）年10月に麻薬取締官及び麻薬取締員への指定薬物の取締権限の付与、2014年4月に指定薬物の所持等の禁止と指定薬物に対する規制の強化を進めてきたが、同年12月の医薬品医療機器法の改正により、検査命令・販売等停止命令の対象となる物品の拡大、広告中止命令の創設、被命令者だけが対象となっていた販売等停止命令の規制の告示による広域化等により、より効率的に指導・取締りが行えることとなった。

危険ドラッグを容易に入手できる機会を減らすため、危険ドラッグ販売店舗やインターネットを利用した危険ドラッグ販売サイトへの対策も進めてきた。危険ドラッグを販売する店舗への対策として、2014年8月に初めて指定薬物である疑いがある物品を販売する店舗に対する検査命令・販売等停止命令を実施し、その後も継続的に検査命令等を実施することにより、のべ107店舗の1,202製品の危険ドラッグの流通を規制し、さらに、販

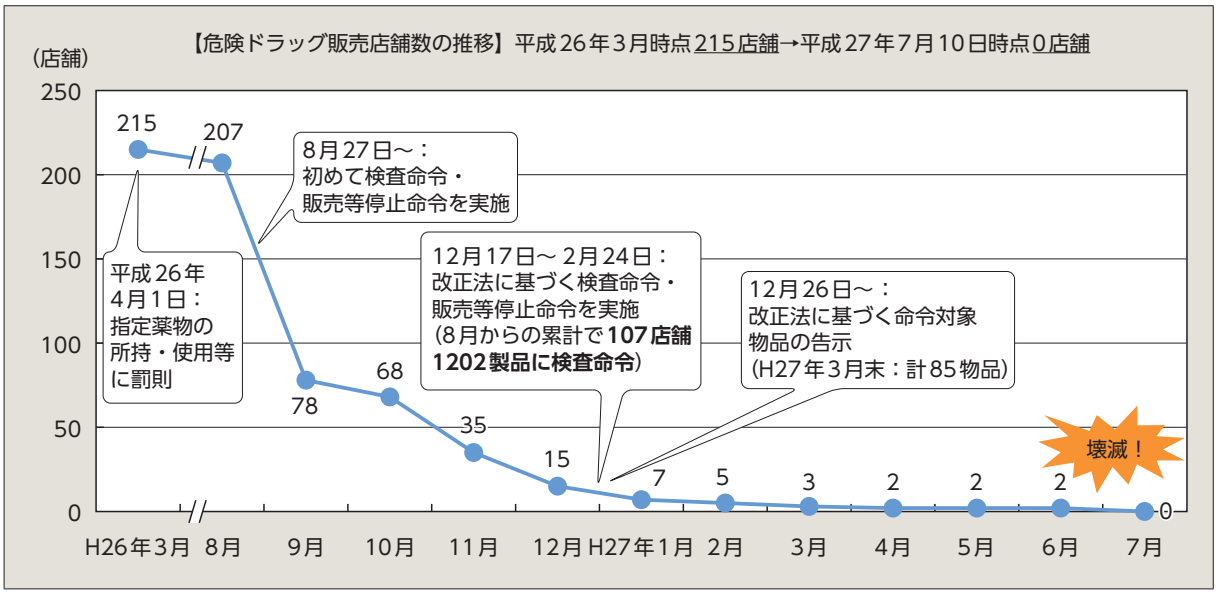
＊21 2014年7月に策定された「「脱法ドラッグ」の乱用の根絶のための緊急対策」が同年8月に一部改正され、「危険ドラッグの乱用の根絶のための緊急対策」となったもの。
＊22 指定薬物
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakubuturanyou/index.html

売等を広域的に禁止したことなどにより、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、検査命令を実施した85製品を告示、さらにインターネットによる危険ドラッグ販売に対しても、販売サイト235サイトに削除要請を実施し、189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に対する検査命令等の具体的実施方法について協議を開始し、2015年2月より、検査命令等を実施できるよう、関係機関の連携体制を整備し、危険ドラッグの輸入に対する水際対策を進めた。さらに、危険ドラッグ対策における取締体制の強化のため、麻薬取締官を29名緊急増員することとし、2015年1月9日、緊急公募を開始し、さらに麻薬取締官OB職員の再任用等により順次配置を進め、2015年2月1日までに地方厚生局に29名配置した。

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。

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

2014（平成26）年の延献血者数は約500万人（対前年比約21万人、4.1％減）で、約

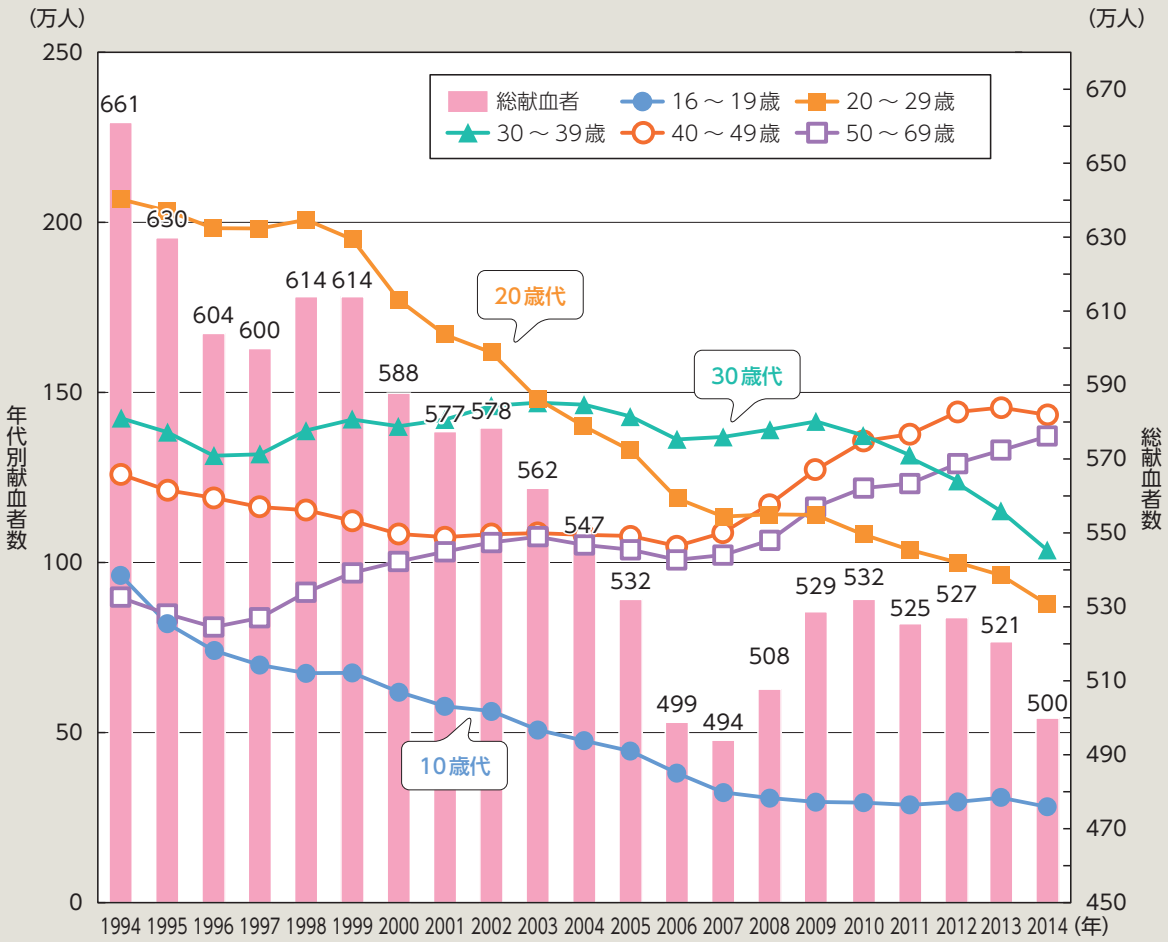
195万Lの献血量を確保したところである。年代別の献血者数を見ると、前年と比較して10歳代～40歳代で減少している。

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年度までの達成目標「献血推進2014」を策定しており、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いる。

なお、当該中期目標が2014年度で終了することから、2014年12月に、新たな中期目標「献血推進2020」を策定し、①若年層（10歳代～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。

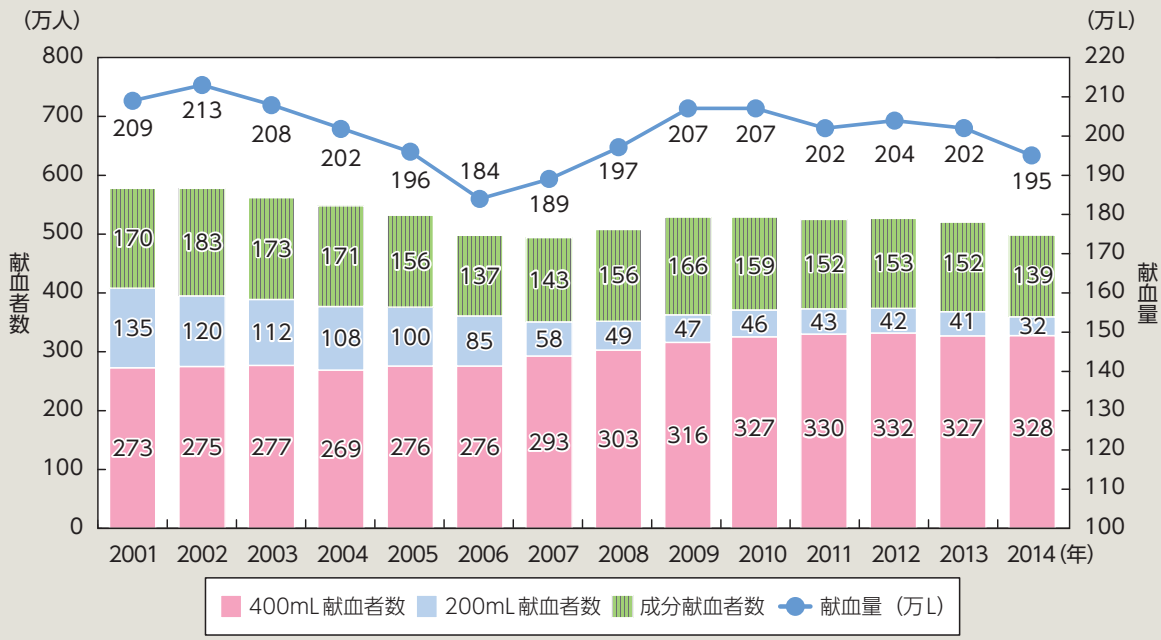
また、2011（平成23）年4月1日から施行された採血基準により、これまで18歳以上であった400ミリリットル献血について、男性に限り17歳から実施可能になっている。

図表8-8-1　献血者数の推移



資料：日本赤十字社調べ／厚生労働省医薬食品局作成
（注）　2009年の献血者数は速報値

図表8-8-2　血液確保量及び採血種類別採血人数



資料：日本赤十字社調べ／厚生労働省医薬食品局作成

キャンペーンポスター

普及啓発のための副読本

2　欧州等滞在歴のある方の献血制限等による血液製剤の安全対策について

我が国では、2005（平成17）年2月に国内で初めて変異型クロイツフェルト・ヤコブ病（vCJD）の患者が確認されたことから、輸血等によるvCJDの伝播防止に万全を期するため、同年6月から当分の間の暫定措置として、1980（昭和55）年から1996（平成8）年までの間に英国に1日以上滞在歴のある方からの献血を制限していた。その後、2009（平成21）年12月に、vCJDの国内外での発生状況、数理モデルを用いたリスク評価の結果、諸外国での献血制限状況、血液製剤の供給状況等に基づき、この献血制限措置を見直し、1980年から1996年までの間に英国に通算1か月以上の滞在歴のある方からの献血を制限することを決定し、2010（平成22）年1月27日から実施している。

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恐れもあることから、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（2015（平成27）年1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」が第185回臨時国会にて成立し、2014（平成26）年11月25日に施行された。

(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10月19日に確認された。

この資料問題及びその背景について、厚生労働副大臣を主査とした「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」の調査の結果、資料の引継・管理が極めて不十分であったことや、当該資料に基づいて418名の患者個人を特定して通知することについての検討が省内で行われなかったことが明らかとなった。

これを受けて、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。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。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。

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（2014（平成26）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、薬害事件を学ぶことにより、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。

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。

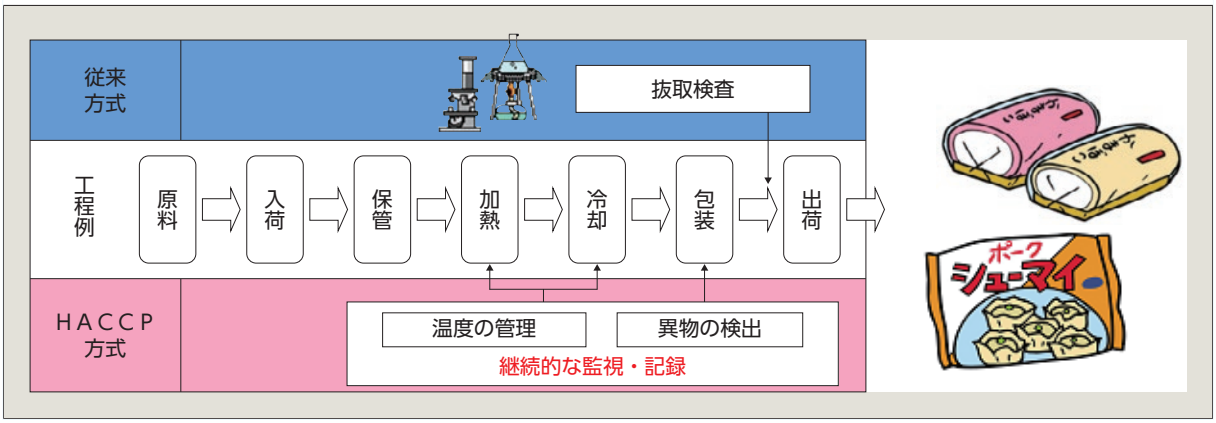
このため、厚生労働省は、食品などの規格基準の策定やそれに基づく監視指導の業務などを担うリスク管理機関として、関係省庁及び地方公共団体とも連携しつつ、食品の安全の確保を行っている。

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、食品の安全性を確保する上で重要な危害の原因となる物質及び当該危害が発生するおそれのある工程の特定、評価並びに管理を行う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



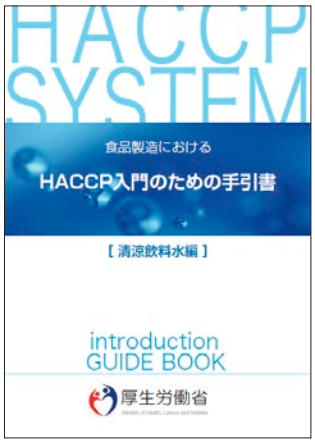
HACCPによる食品の衛生管理は、1993（平成5）年、国際連合食糧農業機関（Food and Agriculture Organization：FAO）及び世界保健機関（World Health Organization：WHO）合同の国際政府間組織である食品規格（コーデックス）委員会が提唱し、加盟各国にその採用を推奨している。

食品の製造又は加工における衛生管理手法であるHACCPが、国際標準として世界的に普及している状況を踏まえ、食中毒の発生防止、食品衛生法違反食品の製造などの防止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、2013（平成25）年9月から「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HACCPの普及方策などについて議論を重ね、同年12月に「中間取りまとめ」を行った。これを踏まえ、将来的なHACCPによる工程管理の義務化を見据えつつ、HACCPの段階的な導入を図る観点から、食品等事業者がHACCPによる衛生管理と従来の衛生管理のいずれかにより衛生管理を行えるよう、2014（平成26）年4月に食肉及び食鳥肉について関係省令を改正するとともに、同年5月に「食品等事業者が実施すべき管理運営基準に関する指針（ガイドライン）」を改正し、都道府県などにおける関係条例の改正を要請した。

また、HACCPの普及を支援するため、分かりやすい手引書や動画を作成し、公表するとともに、都道府県などの食品衛生監視員に対する研修や事業者や消費者のHACCPへの理解を深めるための説明会などを実施し、リスクコミュニケーションに努めている。

さらに、2015（平成27）年3月に同検討会において「我が国におけるHACCPの更なる普及方策について」（提言）が取りまとめられたところであり、厚生労働省としては、これに基づき、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く。



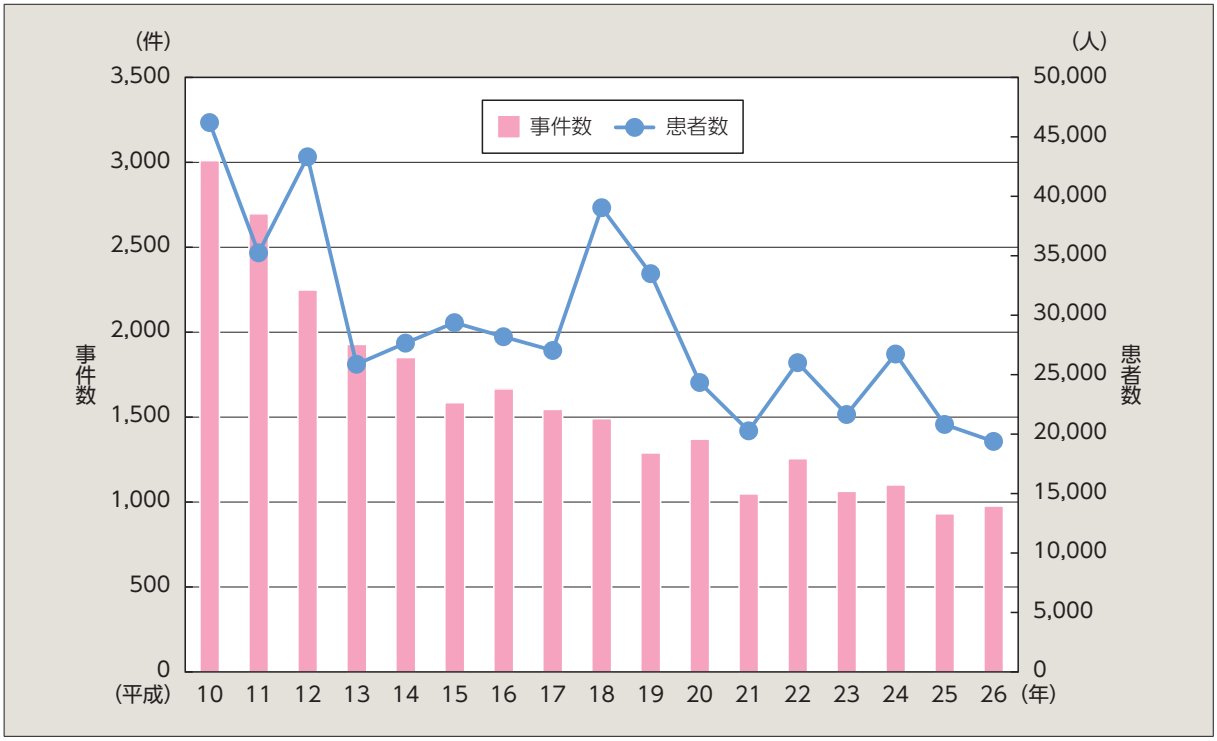
食品製造におけるHACCP入門のための手引書*23

食品製造におけるHACCP導入の手引き（動画：You Tube）*24

(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おり、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。食中毒による死者数は2011（平成23）年、2012（平成24）年は11人、2013（平成25）年は1人、2014（平成26）年は2人となっている（図表8-10-2）。

図表8-10-2　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、近年ではカンピロバクター・ジェジュニ／コリやノロウイルス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。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

＊23 食品製造におけるHACCP入門のための手引書
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/shokuhin/haccp/index.html
＊24 食品製造におけるHACCP導入の手引き（動画：You Tube）
https://www.youtube.com/watch?v=Wj10S5FC51g

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る。食中毒の発生原因としては、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、異物混入事案が相次いだことを踏まえ、2015（平成27）年1月、食品等事業者において、異物の混入防止のための対策や衛生教育、点検、保健所への報告などの取組みが徹底されるよう、都道府県等に対して監視指導の徹底を求める通知を発出した。

(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計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、現時点において牛肝臓を安全に生食するための有効な予防対策について見出せないため、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、これを踏まえ生食用食肉の安全性確保の対策を進めている。

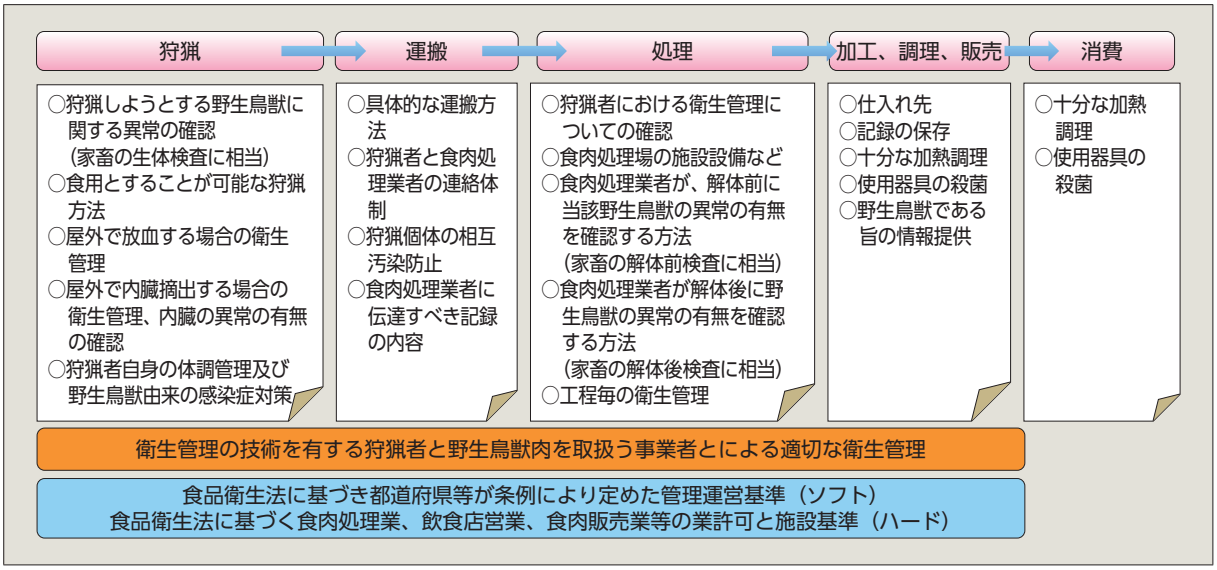
なお、食肉などの生食や生焼けによる食中毒の防止を図るため、加熱の必要性について、消費者や事業者が正しく理解できるよう、Q＆Aやリーフレット、ポスターを作成し、厚生労働省ホームページに掲載している。

(5) 野生鳥獣肉の衛生管理について

近年、野生鳥獣の生息数の増加や生息地の拡大により、農林水産業や生活環境などへの被害が深刻化してきている実態を踏まえ、野生鳥獣の適正な管理を行うべく、「鳥獣の保護及び狩猟の適正化に関する法律」（平成14年法律第88号）が2014（平成26）年5月改正された。これに伴い、今後、野生鳥獣の捕獲数が増加するとともに、捕獲した野生鳥獣の食用としての利活用が増加することが見込まれていることから、食用に供される野生鳥獣肉の安全性の確保を推進していく必要がある。

このため、同年7月から9月にかけて、厚生労働省に設置した「野生鳥獣肉の衛生管理に関する検討会」において、野生鳥獣の食利用に係る流通実態などに関して幅広く把握するとともに、それを踏まえて関係事業者や関係団体による衛生管理のための取組み、行政機関による監視指導などの参考となる具体的な処理方法案の作成など、衛生管理の徹底などによる安全性確保のための取組みについて検討を行った。同検討会で取りまとめられた報告書を踏まえ、同年11月、「野生鳥獣肉の衛生管理に関する指針（ガイドライン）」を策定し、全国の自治体に通知した（図表8-10-3）。

図表8-10-3　野生鳥獣肉の衛生管理に関する指針（ガイドライン）の概要



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、2015（平成27）年3月末現在、365品目となっている（**図表8-10-4**）。

図表8-10-4　食品添加物の種類

食品添加物の種類

	定義	例	品目数※
指定添加物	食品衛生法第10条に基づき、厚生労働大臣が定めたもの	ソルビン酸、キシリトールなど	446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27年3月末現在の品目数

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。2015年3月末現在、上記要件を満たす食品添加物45品目中40品目と香料54品目中52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、2015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、780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、おもちゃについては、乳幼児が摂食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おもちゃ（以下「指定おもちゃ」という。）について、食品衛生法において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について、国際的な整合性を踏まえ、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」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地方公共団体など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。

2 輸入食品の安全性確保

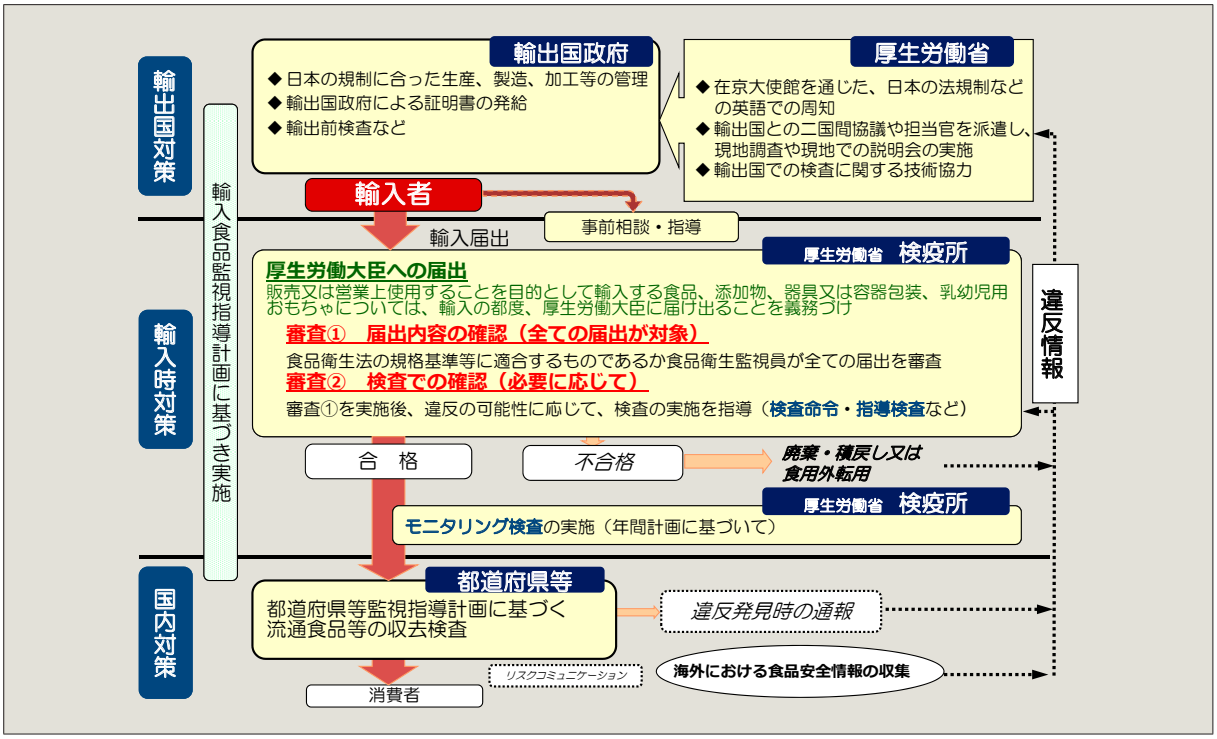
食品流通のグローバル化の進展、消費者ニーズの多様化などを背景に、輸入食品の届出件数は年々増加している。増加する輸入食品の安全性を確保するため、年度ごとに「輸入食品監視指導計画」を策定し、重点的、効率的かつ効果的な監視指導の実施に取り組んでいる。この計画では、輸出国、輸入時（水際）、国内流通時の3段階で関係行政機関が対策を講じることとしている（図表8-10-5）。

輸出国での安全対策として、輸入食品について違反が確認された場合は、輸出国政府などに対して原因の究明及び再発防止対策の確立を要請するとともに、二国間協議を通じて生産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、2014（平成26）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、スウェーデンやチリ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。

2014年7月、中国において期限切れ鶏肉を使用して製品を製造した事案を受け、同年8月、日中食品安全推進イニシアチブ実務者レベル協議を開催し、引き続き日本へ輸出する食品の安全性確保について中国政府に対して要請した。

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もの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。2013（平成25）年度には、約219万件の輸入届出に対して55,217件のモニタリング検査、59,543件の検査命令及び95,598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1,043件（届出件数の0.05%）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。

図表8-10-5　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2014」（平成26年6月24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（平成27）年度から、消費者庁において食品表示法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、2015年1月末現在、とうもろこし、大豆などの食品8種類（299品目）、食品添加物18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、2015年1月末現在、1施設（2品目）について製造基準への適合を確認が終了している。

6 BSE対策の見直し

2001（平成13）年10月の国内での対策開始から10年以上が経過し、国内外の牛海綿状脳症（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月に1次答申、2013年5月に2次答申が出された。

厚生労働省では、1次答申を踏まえ、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、カナダ及びフランスは30か月齢以下、オランダは12か月齢以下。SRMは国内と同様）の見直しを行った。

また、厚生労働省では、2次答申を踏まえ、2013年6月に国内措置に係る省令を改正（BSE検査対象月齢を48か月齢超へ引き上げ）した。これに際し、これまで全都道府県等が自主的に行ってきた全頭検査が見直された。

さらに、アイルランド及びポーランドから輸入される牛肉などについてはそれぞれ2013年12月及び2014年8月に輸入を再開した。2015年1月には、輸入条件を満たす米国産牛肉の牛肉由来加工品についても輸入を再開し、同年3月には製造基準などを満たすBSE発生国の牛由来ゼラチンなどについても輸入を再開した。なお、我が国は2013年5月に開催された国際獣疫事務局（OIE）第81回総会において最上位の「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た。

今後とも、輸入については、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

子ども（保護者）を対象としたリスクコミュニケーション

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等においても、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等と連携しつつ、リスクコミュニケーションを進めている。2014（平成26）年度には、食品中の放射性物質対策、HACCPに基づく衛生管理、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等をテーマとし、意見交換会や体験型見学会を開催した。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等に取り組んでいる。

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。2015（平成27）年2月末現在、185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、水道関係者が将来を見据え、共通した課題に地域で連携して挑戦していくため、「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、関係者の役割分担に応じて、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、取組み状況の情報共有を行っている。また、都道府県及び水道事業者の参加による地域の先進事例共有と課題解決を議論するための「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を行っている。

2 すべての国民が安心しておいしく飲める水道水の供給

安全で良質な水道水の確保を図るため、水質管理を徹底し、最新の科学的知見を踏まえて、2015（平成27）年4月よりジクロロ酢酸及びトリクロロ酢酸の基準値を強化する等、逐次水質基準の見直しを行うとともに、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。また、水道水の安全性を確認する水道水質検査について、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検査機関等において、精度管理や妥当性評価の実施をはじめとする水質検査の信頼性を確保するための取組みを進めている。さらに、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。また、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。

3 危機管理への取組み

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。

4 運営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多様な形態の連携、更新計画策定の推進とその支援を行っている。

官民連携の支援の一環として、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な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[*25]で実施している。

また、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」を策定し、支援ソフトと併せて各水道事業者に送付した。さらに、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。

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は今後本格化するなかで、こうした地域の水道の復興を支援するため、引き続き復興予算の迅速な執行に努めていく。また、十分な職員を確保できないために復興計画の立案等が困難な事業者を支援するため、「東日本大震災水道復興支援連絡協議会」を開催しており、被災3県においては現地調査部会を通じて、被災事業体のニーズの把握や意見交換を行うとともに、被災事業体に対する技術職員の現地派遣について、全国の水道事業体とのマッチングを行っている。

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7億5千万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。

＊25 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

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110万店が営業している[*26]。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[*27]である生活衛生関係営業同業組合等の互助・支援、保健所・衛生規制を通じた指導・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。

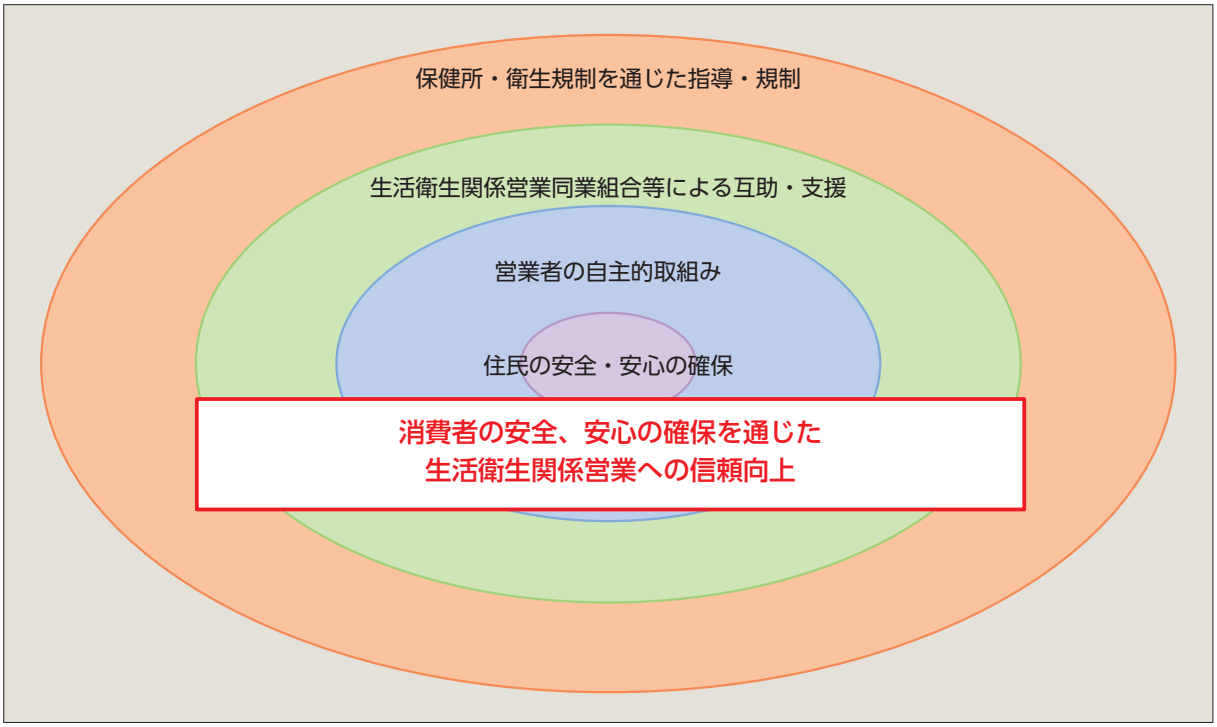
他方、生衛業の大半は中小零細業者であり、市場が成熟する中で、大規模チェーン店等との競争の激化もあり、厳しい経営環境にある。こうした中で、生衛業の経営者には、消費者のニーズを的確に把握し、専門性や対面販売、地域密着等の経営特質を活かしながら、顧客満足や付加価値を高めていくことが求められる。また、高齢化等の進展により、地域で身近に必要な商品・サービスの提供が得られにくくなる、いわゆる「買い物弱者」問題も懸念されている。生衛業の多くは住民に身近な事業者であり、買い物弱者対策のほか、地域の健康づくりや地域コミュニティの活性化等に積極的に貢献していくことが期待される。

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、今後大幅に増加が見込まれる訪日外国人旅行者について、宿泊施設の供給が課題となっており、2014（平成26）年4月に国家戦略特別区域において、旅館業法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たところである。

＊26　総務省・経済産業省「平成24年経済センサス-活動調査」を厚生労働省で再編加工。
＊27　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。

図表8-12-1　生活衛生関係営業に係る衛生水準の向上［消費者を取りまく組み合わせ］



図表8-12-2　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	1,102千店
1中学校区あたりの数	103.0店
従業者数	6,825千人
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）	589千店	55.1店
美容業	169千店	15.8店
理容業	106千店	9.9店
喫茶店	70千店	6.5店
洗濯業	65千店	6.1店
宿泊業	52千店	4.9店
食肉販売業	19千店	1.8店
一般公衆浴場	4千店	0.4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24年経済センサス―活動調査」、「（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」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[*28]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

＊28　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。

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。2013（平成25）年度からは登録事業者の従事者研修制度について最新の知見を踏まえたものとするなどの見直しを行ったところであり、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　B型肝炎訴訟の給付金などの支給

1　B型肝炎訴訟への対応について

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た。

そして、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月に全国B型肝炎訴訟原告団・弁護団と厚生労働大臣との間で「基本合意書」が締結された。

この基本合意書を踏まえ、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３月末現在 和解者数13,525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、感染拡大の実態及びその経緯等の検証、再発防止策の検討を行い、2013（平成25）年６月に報告書[*29]をまとめた。本報告書においては、国において、予防原則の徹底が不十分で、リスク認識が不足し、また、適期に更新されず、行政としての対応が適期に成されなかった国の体制と体質が大きな問題であり、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型肝炎訴訟にあるB型肝炎の感染拡大を引き起こしたと考えられるとした上で、

- 国は、集団予防接種等での注射針・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

＊29　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

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を強化すること
等の再発防止策の提言がなされた。

第14節 原爆被爆者の援護

被爆者援護法*30などに基づき、被爆者健康手帳を交付された被爆者に対しては、従来から、①健康診断の実施、②公費による医療の給付、③各種手当等の支給、④相談事業といった福祉事業の実施など、保健・医療・福祉にわたる総合的な援護施策を推進している。

また、厚生労働大臣は被爆者援護法に基づく原爆症の認定（医療特別手当を支給）を行うに当たっては、「疾病・障害認定審査会原子爆弾被爆者医療分科会」において、科学的・医学的見地からの専門的な意見を聴いている。

原爆症認定集団訴訟については、2009（平成21）年8月6日、集団訴訟の早期解決と原告の早期救済を図るため、総理と被爆者団体との間で、「原爆症認定集団訴訟の終結に関する基本方針に係る確認書」を締結した。この確認書の内容を踏まえ、2009年12月1日に、「原爆症認定集団訴訟の原告に係る問題の解決のための基金に対する補助に関する法律」が、議員立法として全会一致で成立し、集団訴訟原告に係る問題の解決のための支援を行う基金が設けられた（2010（平成22）年4月1日施行）。

さらに、この法律の附則において、原爆症認定制度の在り方について検討を加える旨規定されたことも踏まえ、2010年12月から「原爆症認定制度の在り方に関する検討会」を開催した。2013（平成25）年12月には、報告書が取りまとめられ、これを受けて「新しい審査の方針」（2008（平成20）年4月決定）の改正が行われ、審査基準の明確化とともに、積極認定範囲が拡大された。2015（平成27）年3月末までに約13,000件の認定を行っている。

在外被爆者については、手当の支給や医療費助成など、各種支援を図っている。2008年に被爆者援護法が改正され、国外からの被爆者健康手帳の交付申請が可能となった。また、この改正法の附則において、在外被爆者の原爆症認定申請の在り方について検討を行う旨規定されたことから、事務処理の方法も含めて検討を行い、2010年4月1日から、国外からの原爆症認定申請を可能とした。さらに、2014（平成26）年度から、医療費助成について、国内の被爆者が医療を受けた場合と同程度の給付となるよう見直しが行われた。

＊30 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律

第15節　ハンセン病対策の推進

1 ハンセン病問題の経緯について

1996（平成8）年4月に「らい予防法の廃止に関する法律」が施行され、入所者などに対する必要な療養、社会復帰の支援などを実施してきた。その後、国を被告とした国家賠償請求訴訟が熊本地裁などに提起され、2001（平成13）年5月に熊本地方裁判所で原告勝訴の判決が言い渡された。政府は控訴しないことを決定し、同月25日に「ハンセン病問題の早期かつ全面的解決に向けての内閣総理大臣談話」を発表、同年6月22日に「ハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に関する法律」（以下「補償法」）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、厚生労働省と患者・元患者の代表者との間で、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。

患者・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）年度より、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）年度より、裁判上の和解が成立した入所歴のない患者・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」の支給などを行っている。

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など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、元患者の方々などの名誉の回復、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」）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日より施行された。

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月から支給することとなった。

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）年度より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。

さらに、2009（平成21）年度より新たに、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」を建立し、追悼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4月の再オープン以来、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、群馬県草津町の国立療養所栗生楽泉園内に重監房資料館を整備し、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16節 カネミ油症患者に対する新たな総合的な支援策の実施

カネミ油症事件は、1968（昭和43）年10月、カネミ倉庫株式会社製造のライスオイル（米ぬか油）中に、脱臭工程の熱媒体として用いられたカネクロール（ポリ塩化ビフェニル（PCB）やダイオキシン類の一種など）が混入したことを原因とする大規模な食中毒事件で、被害は、西日本を中心に広域に及んだ。

カネミ油症の患者への支援については、これまで、原因企業であるカネミ倉庫株式会社（以下「カネミ倉庫」という。）が医療費等の支払を行ってきたが、政府としても油症治療研究班による研究・検診・相談事業の推進やカネミ倉庫に対する政府所有米穀の保管委託を通じた支援を行ってきた。

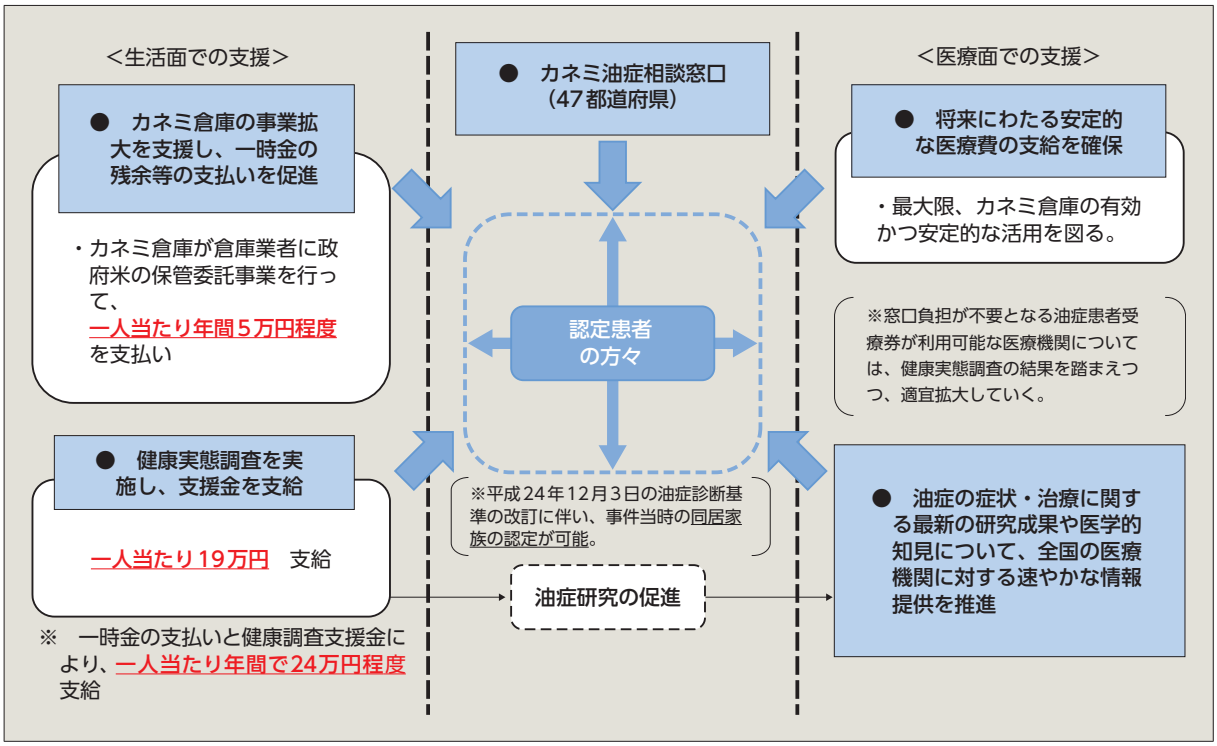
2012（平成24）年8月には、超党派の議員連盟等における新たな総合的な支援策を講じるべきとの意見を踏まえ、「カネミ油症患者に関する施策の総合的な推進に関する法律」（議員立法）が成立し、今後は、この法律に基づいて、カネミ油症患者の支援を行っていくこととなった（**図表8-16-1**）。

同法律やカネミ油症患者に関する施策の推進に関する基本的な指針に基づき、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、287名（2015（平成27）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。

2014（平成26）年6月14日に第3回、2015年1月24日に第4回の国（厚生労働省、農林水産省）、カネミ倉庫、カネミ油症患者による三者協議が開催され、カネミ油症患者に関する施策の推進のために必要な事項について協議を行った。

図表8-16-1　カネミ油症患者に対する総合的な支援策の体系



第9章 障害者支援の総合的な推進

第1節 障害福祉施策の推進について

1 障害者総合支援法に基づく支援

(1) 障害者総合支援法の成立、施行

障害保健福祉施策については、制度の谷間のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等を図るための検討が、障がい者制度改革推進会議の下の「総合福祉部会」で約2年間にわたって議論され、2011（平成23）年8月には、当該制度改革に係るいわゆる「骨格提言」が取りまとめられた。この骨格提言等を踏まえ、「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（法律の概要については、図表9-1-1）。

図表9-1-1 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の概要

（平成24年6月20日成立、同6月27日公布）

1. 趣旨

障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等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、新たな障害保健福祉施策を講ずるものとする。

2. 概要

1. 題名
「障害者自立支援法」を「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（障害者総合支援法）」とする。
2. 基本理念
法に基づく日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、総合的かつ計画的に行われることを法律の基本理念として新たに掲げる。
3. 障害者の範囲（障害児の範囲も同様に対応。）
「制度の谷間」を埋めるべく、障害者の範囲に難病等を加える。
4. 障害支援区分の創設
「障害程度区分」について、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す「障害支援区分」に改める。
※障害支援区分の認定が知的障害者・精神障害者の特性に応じて行われるよう、区分の制定に当たっては適切な配慮等を行う。

5. 障害者に対する支援
①重度訪問介護の対象拡大（重度の肢体不自由者等であって常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定めるものとする）
②共同生活介護（ケアホーム）の共同生活援助（グループホーム）への一元化
③地域移行支援の対象拡大（地域における生活に移行するため重点的な支援を必要とする者であって厚生労働省令で定めるものを加える）
④地域生活支援事業の追加（障害者に対する理解を深めるための研修や啓発を行う事業、意思疎通支援を行う者を養成する事業等）
6. サービス基盤の計画的整備
①障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項及び地域生活支援事業の実施に関する事項についての障害福祉計画の策定
②基本指針・障害福祉計画に関する定期的な検証と見直しを法定化
③市町村は障害福祉計画を作成するに当たって、障害者等のニーズ把握等を行うことを努力義務化
④自立支援協議会の名称について、地域の実情に応じて定められるよう弾力化するとともに、当事者や家族の参画を明確化

3. 施行期日

平成25年4月1日（ただし、4. 及び5.①～③については、平成26年4月1日）

4. 検討規定（障害者施策を段階的に講じるため、法の施行後3年を目途として、以下について検討）

①常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方
②障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方
③障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方
④手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方
⑤精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方
※上記の検討に当たっては、障害者やその家族その他の関係者の意見を反映させる措置を講ずる。

(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などを踏まえ対象疾病の検討を行い、2015（平成27）年1月1日には151疾病に拡大した。今後、さらに指定難病の検討などを踏まえて、2015年夏を目処に332疾病に拡大することとしている。

(3) 重度訪問介護の対象拡大、相談支援の強化

2014（平成26）年4月には、重度訪問介護の対象として重度の知的障害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ることとされた。

また、相談支援については、2012（平成24）年4月から、支給決定の前にサービス等利用計画案を作成し、支給決定の参考とするよう見直すとともに、サービス等利用計画作成の対象者を大幅に拡大することとされた。さらに、これまで国庫補助事業により行われていた地域移行支援・地域定着支援を個別給付化し、障害者の地域移行の充実を図ることとされた。

この他、地域における相談支援の中核的な役割を担う基幹相談支援センターの設置や、関係機関、関係団体及び障害者等の福祉、医療、教育又は雇用に関連する職務に従事する者などにより構成される自立支援協議会（2013（平成25）年4月から、「協議会」に改称。）の法定化、市町村における成年後見制度利用支援事業の必須事業化により、地域における障害者等の支援体制の充実を図ることとされた。

(4) 障害福祉サービスなどの報酬改定

2015（平成27）年度障害福祉サービス等報酬改定については、厚生労働省内に障害福祉サービス等報酬改定検討チーム（主査：厚生労働大臣政務官）を設置し、有識者の参画を得て、公開の場において検討が重ねられた。

また、その後の予算編成過程において、障害福祉サービス等報酬の改定率は±0%とされたが、月額＋1.2万円相当の福祉・介護職員処遇改善加算の拡充を行うとともに、各サービスの収支状況や事業所の規模等に応じ、メリハリをつけて対応することとされた。

この新たな障害福祉サービス等報酬は、2015年4月から施行されている。

図表9-1-2　平成27年度障害福祉サービス等の報酬改定の基本的考え方

1　福祉・介護職員の処遇改善

○福祉・介護職員処遇改善加算について、現行の加算の仕組みは維持しつつ、更なる上乗せ評価（福祉・介護職員の賃金月額1.2万円相当分）を行うための新たな区分を創設。
○良質な人材の確保と障害福祉サービスの質の向上を促す観点から、福祉専門職員の配置割合が高い事業所をより評価できるよう、福祉専門職員配置等加算の新たな区分を創設。

2　障害児・者の地域移行・地域生活の支援

○重度の障害児・者が可能な限り、身近な場所において日常生活又は社会生活を営むことができるよう、施設・病院からの地域移行支援、計画相談支援、生活の場としてのグループホーム等を充実。
○個々の障害特性への配慮や夜間・緊急時の対応等、地域生活の支援に係る必要な見直しを行うとともに、障害者の就労に向けた取組等を一層推進。
○障害児支援については、特に支援の質を確保しつつ、家族等に対する相談援助や関係機関との連携の強化、重症心身障害児に対する支援の充実等。

3　サービスの適正な実施等

○「経済財政運営と改革の基本方針2014」において、「平成27年度報酬改定においては、サービス事業者の経営状況等を勘案して見直す」とされていること等を踏まえた、サービスの適正実施等の観点からの所要の見直し。

(5) 施行後3年を目途とした見直し

また、障害者総合支援法においては、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（見直しの概要については、**図表9-1-3**）。

図表9-1-3　障害者総合支援法施行後3年を目途とした見直し事項

障害者総合支援法附則第3条においては、施行後3年（平成28年4月）を目途とした見直しとして、以下の事項を見直すこととしている。

- 常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方
- 障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方
- 障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方
- 手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方
- 精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方

※上記の検討に当たっては、障害者やその家族その他の関係者の意見を反映させる措置を講ずることとされている。

■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（平成十七年法律第百二十三号）
附　則（平成二四年六月二七日法律第五一号）抄
（検討）
第三条　政府は、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現に向けて、障害者等の支援に係る施策を段階的に講ずるため、この法律の施行後三年を目途として、第一条の規定による改正後の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第一条の二に規定する基本理念を勘案し、常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方、障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方、障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方、手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方、精神障害者及び高齢の障害者に対する支援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ものとする。
2　政府は、前項の規定により検討を加えようとするときは、障害者等及びその家族その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるものとする。

これを受け、2014（平成26）年12月より有識者を構成員とする障害福祉サービスの在り方等に関する論点整理のためのワーキンググループを開催した。ワーキンググループで整理した論点について、社会保障審議会障害者部会で議論を行うこととしている。

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9-1-4**）。

図表9-1-4　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。
4　政府は、障害者虐待の防止等に関する制度について、この法律の施行後3年を目途に検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。

※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 障害児支援の強化等

障害児支援については、身近な地域で支援を受けられるようにするため、2012（平成24）年4月から従来の知的障害児施設などの障害種別に分かれた施設体系を再編し、通所による支援を「障害児通所支援」に、入所による支援を「障害児入所支援」にそれぞれ一元化するとともに、併せて、障害児通所支援に係る事務の実施主体については、都道府県から市町村に移行された。また、学齢期における支援の充実のための「放課後等デイ

サービス」と、保育所などを訪問し専門的な支援を行うための「保育所等訪問支援」が創設された。

また、2014（平成26）年度は、「障害児支援の在り方に関する検討会」により取りまとめられた報告書において、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が提言された。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。

4 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9-1-5**）、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をすることとされた。

また、2010（平成22）年12月の障害者自立支援法・児童福祉法の一部改正により、発達障害者がそれらの法律によるサービスの対象であることが明確化されたところである。

図表9-1-5 「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

地域において、医療・保健・福祉・教育・雇用などの関係者と連携して、発達障害者やその家族に対する相談支援などを行う「発達障害者支援センター」の整備を推進し、2012（平成24）年10月からは全47都道府県・20指定都市で実施されているところである。

これに加え、地域生活支援事業における「発達障害者支援体制整備」により、

・乳幼児期から成人期までの各ライフステージに対応する一貫した支援を行うための保健所、保育所などの支援関係機関のネットワークの構築
・発達障害に係る理解を深めるとともに地域における支援につなげていくためのアセスメントツール（発達障害を早期に発見し、その後の経過を評価するための確認票）の導入を促進する研修会の実施
・発達障害者の子育て経験のある親であって、その経験を活かし、子どもが発達障害の診断を受けて間もない親などに対して相談や助言を行うペアレントメンターの活動とその活動をコーディネートする者の配置
・家族対応力の向上を支援するペアレントトレーニング（発達障害者の親が自分の子供の

行動を理解したり、発達障害の特性をふまえた褒め方しかり方を学ぶための支援）や当事者の適応力の向上を支援するソーシャル・スキル・トレーニング（SST）（発達障害者が集団生活を送る上で必要なノウハウを身につけるための支援）の普及

・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の発達障害者支援センターなどへの配置

などを推進している。

(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

発達障害者一人ひとりのニーズに対応する一貫した支援を行うことができるよう、先駆的な取組みを通じて有効な支援手法を開発・確立するとともに、発達障害者支援に携わる専門的な人材を育成しており、2015（平成27）年度からは、国立障害者リハビリテーションセンターにおける発達障害者地域支援マネジャーを対象とした研修について、従前の基礎的な研修に加え、より専門的な知見の浸透を目的とする応用研修を実施する。

また、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「巡回支援専門員整備」について、2013（平成25）年度より地域生活支援事業に位置付け、補助要件の弾力化を行い、更なる市町村の実施を促している。

2007（平成19）年12月に、毎年4月2日を「世界自閉症啓発デー」とする決議が国連で採択されたことを受け、厚生労働省・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。

5 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。

また、国立障害者リハビリテーションセンターでは、高次脳機能障害支援普及全国連絡協議会の開催や、支援拠点機関などの職員の研修会などを実施するとともに、高次脳機能障害情報・支援センターを設置して、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を給付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。

第14回全国障害者芸術・文化祭
とっとり大会

また、2014（平成26）年には、障害者の文化芸術活動の全国的な発表の場である「全国障害者芸術・文化祭」を鳥取県で開催（2015（平成27）年は鹿児島県で開催予定）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文化芸術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、2011（平成23）年は320.1万人となっており、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。これに伴い、精神病床の病床数は減少傾向にあるが、依然として1年以上の長期入院患者は20万人を超えている。

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み状況について

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。

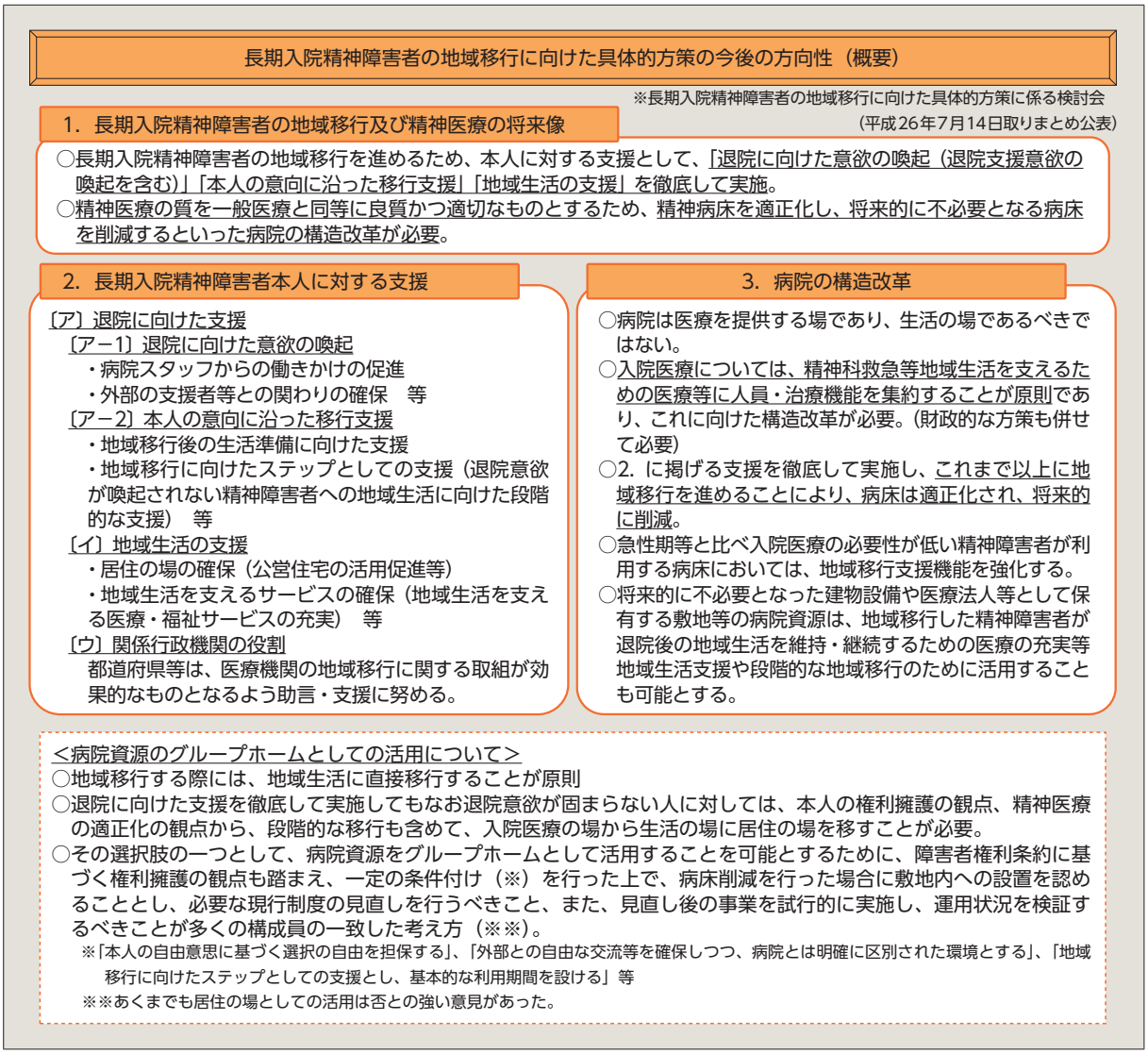
検討会の取りまとめでは、長期入院患者の実態を踏まえ、退院意欲の喚起や本人の意向に沿った移行支援といった退院に向けた支援と、居住の場の確保などの地域生活の支援に分け、それぞれの段階に応じた具体的な支援を徹底して実施することが盛り込まれた。

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

＊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
＊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

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）。

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 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5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」を実施することとしている。

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。さらに、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」を実施することとしている。

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 国際機関の活動等への積極的参加・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、エボラ出血熱や鳥・新型インフルエンザ等の感染症対策は、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。また、経済危機下での雇用システム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、世界保健機関（World Health Organization：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への参画や、二国間交渉での的確な対応等に努めている。

1 WHOを通じた活動

WHOは、すべ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。

このほか、たばこの喫煙等が健康、社会、環境及び経済に及ぼす影響から現在及び将来の世代を保護することを目的とする「たばこ規制枠組条約」が2005年2月に発効した（日本は2004（平成16）年6月に受諾書を寄託）。2012（平成24）年11月に開催された第5回締約国会合では、「たばこ製品の不法取引廃絶のための議定書」、「価格と課税に係る措置に関する基本原則及び勧告」や「たばこ製品の含有物と情報公開に係る規制に関する暫定方針」の追記が採択された。

2 ILOを通じた活動

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。また、ILOは、国際労働基準として、これまで189の条約及び203の勧告を採択しており、日本は、このうち49の条約を批准した。ILO条約及び勧告等は、毎年6月に開催されるILO総会において、加盟国の政府、労働者、使用者の各代表によって討議し、採択される。2014（平成26）年5、6月に開

催された第103回総会では、1930（昭和5）年の強制労働条約（第29号）を補完する議定書が採択された。また、その他の議題として、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議論や雇用に関する周期的議論が行われた。

3 OECDを通じた活動

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。

厚生労働省では、主に雇用労働問題、保健医療及び社会保障等の会合に積極的に参加している。これら会合の主な活動として、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、保健関連統計データ（「ヘルスデータ」）や家族関連統計データ（「ファミリーデータ」）等の収集・編纂を行っている。こうしたデータは、毎年更新され、全世界に公表されており、厚生労働省もデータ等の提供に貢献している。こうしたOECDによる客観的な国際比較データは、厚生労働省関連の政策を検討する際の一助にもなっている。

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」や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行った。

さらに、日本がOECDに加盟してから50周年の節目の年にあたる2014年には、5月に開催されたOECD閣僚理事会において、日本が議長国を務め、「しなやかで強靭（レジリエント）な経済と包摂的社会 - 雇用と成長に向けた人々の能力強化」のテーマの下、経済危機への対処、女性・高齢者・若者の一層の参画、少子高齢化等の長期的課題への取組み等について議論が行われた。また、加盟50周年を記念し、11月には認知症サミット日本後継イベントの一環として「医療の質レビュー」公表イベントを行った。

なお、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る予定である。

4 G20、ASEAN等を通じた活動

(1) G20等を通じた活動

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。2014（平成26）年9月にオーストラリア・メルボルンで開催されたG20雇用労働大臣会合では「構造的失業の防止」「より良い雇用の創出」「参加の促進」をテーマに議論が行われ、同年11月の

ブリスベン・サミットではG20雇用労働大臣会合での議論を受けて、「G20各国における男女間の労働力率の格差を2025年までに25%削減する」との目標に合意した。

また、雇用・労働分野以外では、2010年6月に開催されたG8のムスコカ・サミットで、G8各国は、ミレニアム開発目標（MDGs）の中で進捗が遅れている母子保健に対する支援を強化する「ムスコカ・イニシアティブ」を打ち出したほか、2011（平成23）年5月に開催されたG8ドーヴィル・サミットにおいては、妊産婦の健康改善及び乳幼児死亡率の低下に対するG8各国の責務を再確認した。さらに2012（平成24）年5月のG8キャンプデービッド・サミット及び2013（平成25）年6月のG8ロック・アーン・サミットでは、国際保健を含むコミットメントの進展を記録する説明責任報告書が発出された。

さらに、2013年12月に英国主催で行われたG8認知症サミットでは、認知症施策、研究及び社会的取組み等について意見交換が行われ、日本からは高齢化の現状や認知症施策について説明した。会議の成果として、認知症問題に共に取り組むための努力事項を定めた「宣言（Declaration）」及び「共同声明（Communique）」が合意された。

その後、英国は、世界に認知症への資金投資などの呼びかけを行うため、世界認知症特使と世界認知症会議を2014年に設立した。同年度には、サミットの後継イベントとして①英国、②加仏共同、③日本、④アメリカの順でそれぞれ国際会議が開催され、日本は11月5日から7日にかけ、東京で「（認知症に対する）新しいケアと予防のモデル」をテーマにイベントを開催した。本イベントの席上で内閣総理大臣より厚生労働大臣に対して、認知症施策を加速させるための戦略の策定について指示があり、これを受けて、2015（平成27）年1月27日に「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）」が公表された。また、2015年3月16日、17日に、WHO主催による認知症に対する世界的アクションに関する大臣級会合が開催された。

その他、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（日本、カナダ、アメリカ、英国、フランス、ドイツ、イタリア）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。2014年12月には、日本（東京）で閣僚級会合を開催し、エボラ出血熱に対する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、2015年の本会合は米国で開催する予定となっている。

（2）日中韓及びASEAN＋3等を通じた活動

2014（平成26）年11月に中国・北京で開催された第7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パンデミックインフルエンザ及び新興・再興感染症対策、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、人口の高齢化及び非感染性疾患（生活習慣病等）の予防と対策並びに保健関連国連ミレニアム開発目標に関し、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7回日中韓三国保健大臣会合共同声明」が採択された。また、エボラ出血熱の大流行に対しては、2013（平成25）年に作成したパンデミックインフルエンザや新興・再興感染症における共同対応に関する覚書や行動計画に基づいて、三国が引き続き共同で行動し、世界的な取組みに貢献していくとの内容の「エボラ出

血熱のパンデミックに対する準備と対応に係る第7回日中韓三国保健大臣会合共同声明」が採択された。

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各分野ごとにASEAN＋3の担当大臣会合が行われており、積極的に参加している。2014年5月にはミャンマー・ネピドーでASEAN＋3労働大臣会合が行われ、労働者の競争力を高めるための戦略等について議論が行われた。2014年9月のASEAN＋3保健大臣会合では2015（平成27）年以降のASEANコミュニティの保健の改善が、9月のASEAN＋3社会福祉高級事務レベル会合では2015年以降の持続的な開発に資する社会福祉が検討され、それぞれ共同声明が採択された。

さらに2014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。

第2節　人材育成を通じた国際社会への貢献

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　WHOなどを通じた保健医療分野における国際協力

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新興・再興感染症対策を強化するため、WHOを中心とした感染症対策の国際的な枠組みであるグローバル感染症警報・対応ネットワーク（Global Outbreak Alert and Response Network：GOARN）の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ほか、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：Universal Health Coverage）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、UHCの推進は今後ますます重要になると認識している。

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。

2 ILOを通じた労働分野における技術協力

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、アジアにおける社会的保護制度整備支援事業、南アジアにおける「労働者保護の確保された雇用」への移行支援事業、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を実施している。

また、2015（平成27）年度は、新たに、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する。

3 民間企業、JICAなどを通じた国際協力

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。

また、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。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。

4 ASEAN地域等への国際協力

2003（平成15）年から毎年、ASEAN地域の社会福祉と保健医療の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。2014（平成26）年10月には、第12回ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合を東京で開催し、ASEAN（10か国）から、各国の社会福祉、保健医療、雇用政策を担当する行政官（局長・課長クラス）の参加を得た。同会合では、「高齢化する社会に対応するしなやかなコミュニティを育む」をテーマとし、高齢化とコミュニティの関係に着目し、地域の中の医

療保健福祉システムの充実や高齢者の住みやすい街づくりや、今後のASEAN地域の高齢化施策の強化および国際協力について議論を行った。

また、2014年6月には、「アクティブ・エイジングに向けたASEAN地域における挑戦：保健・福祉セクターの協力」をテーマにASEAN日本Active Aging地域会合をインドネシアで開催するなど、地域枠組み等における関連分野での検討をリードするとともに、政策対話や二国間協力を推進している。

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。

5 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。

しかしながら、入管法令・労働関係法令違反等が発生していることから、外国人の技能実習の適正な実施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」を提出した。

第3節　二国間政策対話の推進

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、2014（平成26）年5月には、デンマークで日北欧高齢化セミナーが開催され、「①在宅介護におけるリハビリテーション、②医療と介護の連携、③在宅介護における予防」をテーマに政策対話を行った。

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、2014年6月にEUとの間で「グローバル化経済における事業再構築（Restructuring）の予測及びマネジメント」をテーマにベルギーで日EUシンポジウム・

＊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

労働専門家交流が開催された。また、2015（平成27）年1月には日本で日独政労使交流（テーマ「女性の雇用と家庭及びキャリアの両立支援」）を開催している。

第4節 経済活動の国際化への対応

1 WTOを通じた活動

経済活動が国際化し、ヒト・モノ・カネの国境を越えた動きが活発化する中で、厚生労働省としても対外経済交渉は重要な課題となっている。世界貿易機関（World Trade Organization：WTO）は、2001（平成13）年の第4回閣僚会議において合意された「ドーハ開発アジェンダ」に基づく交渉（ドーハ・ラウンド）等[*2]を行っており、厚生労働省としても、経済活性化の観点とともに国内に与える影響を十分に考慮しながら、サービス貿易交渉などの場でWTOの活動に関与してきている。

2 経済連携協定（EPA）

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、2015（平成27）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、環太平洋パートナーシップ（TPP）、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、厚生労働省も、これまでの「衛生植物検疫措置（SPS）」、「貿易の技術的障害（TBT）」、「サービス貿易」、「電子商取引」や「自然人の移動」に加え、近年では「知的財産」、「労働」といった分野でも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）。

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

＊2 2013（平成25）年12月の第9回WTO閣僚会議において、ドーハ・ラウンド交渉の対象分野のうち、①貿易円滑化、②農業分野の一部及び③開発の3分野からなる部分合意（バリ・パッケージ）が妥結した。また、ドーハ・ラウンド交渉とは別の取組みとして、2013年の年央より、我が国を含む有志国・地域の間で、サービス貿易の一層の自由化を目的とする新たな協定（新サービス貿易協定（TiSA））の締結に向けた交渉が本格化している。

定住外国人労働者は、リーマンショック以降の急速な雇用失業情勢の悪化により、仕事や住居等を失うこととなり、日系人集住地域のハローワークに求職のため、多数訪れるなどの動きが見られた。これらの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い状況にあった。

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ている。

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、2015（平成27）年度より、日系人を含む定住外国人を対象として、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、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。

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。

「日本再興戦略」（平成25年6月14日閣議決定）等を踏まえ、我が国の経済の発展に寄

＊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
＊4　2015（平成27）年度現在、東京、愛知、大阪の3カ所に設置
＊5　2015年度現在、北海道、宮城、埼玉、千葉、東京、神奈川、愛知、京都、大阪、兵庫、広島、福岡の12都道府県13カ所に設置

与する外国人の受入れを促進するため、高度外国人材に係る新たな在留資格を設けること等を目的として、第186回通常国会において、法務省所管の出入国管理及び難民認定法の一部を改正する法律が成立し、2014年6月18日に公布された。

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）においては、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所要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。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、国土交通省等の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。

＊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、所管する事務・事業や独立行政法人、特例民法法人（従来の公益法人）等の事業などの在り方について見直すなど、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2014（平成26）年度までで計2兆600億円の削減を行った。

（内訳：2010年度▲6,500億円、2011（平成23）年度▲5,500億円、2012（平成24）年度▲2,500億円、2013（平成25）年度▲4,800億円、2014年度▲1,300億円）

今後も、継続的に改革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、2015（平成27）年4月1日現在20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。これを踏まえ、業務の特性を踏まえた法人の分類、PDCAサイクルが機能する目標・評価の仕組みの構築等の内容を盛り込んだ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）及び当該法律の施行に伴う整備法（平成26年法律第67号）が第186回国会において成立し、2015（平成27）年4月1日に施行された。

厚生労働省所管の独立行政法人については、第186回国会に提出・成立した、独立行政法人医薬基盤研究所法の一部を改正する法律（平成26年法律第38号）により、2015年4月1日から、独立行政法人医薬基盤研究所と独立行政法人国立健康・栄養研究所が統合され、国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所が発足した。

また、「独立行政法人改革等に関する基本的な方針」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案を第189回国会に提出し、2015年4月24日に成立、5月7日に公布されており、独立行政法人の組織等の見直しを行うこととしている。

※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の主な内容

【（独）労働安全衛生総合研究所及び（独）労働者健康福祉機構】

・両法人を統合し、「（独）労働者健康安全機構」とする。

・化学物質の有害性調査（日本バイオアッセイ研究センター事業）を、新法人の業務と

する。

【(独）勤労者退職金共済機構】

・資産運用委員会の設置等による資産運用のリスク管理体制を強化する。

【(独）福祉医療機構】

・福祉貸付事業及び医療貸付事業に対し、金融庁検査を導入する。

・回収した年金住宅融資等債権の元本部分について、年複数回、定期的に国庫納付する。

【(独）労働政策研究・研修機構】

・理事数を削減する（３人以内→２人以内)。

【年金積立金管理運用（独)】

・年金積立金の管理及び運用の業務の体制強化のため、運用担当理事１名を法定の役員として追加する。

・法律上の主たる事務所の所在地を神奈川県から東京都とする。

(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、2014（平成26）年度中に中期目標期間が終了する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。

【国立高度専門医療研究センター6法人】

・その時々の政策課題により柔軟に対応できるよう、組織の在り方について、次期中長期目標期間の可能な限り早期に検討を行い、結論を得る。

・高度かつ専門的な新しい治療法の研究開発など各法人の果たすべき役割を、次期中長期目標に具体的かつ明確に記載し、法人として取り組むべき研究開発に重点化する。

【(独）国立健康・栄養研究所及び（独）医薬基盤研究所】

・研究開発成果の最大化と、統合効果発揮の観点から、両研究所の研究部門の横断的再編、研究ユニットの機動的再編や研究課題に応じた柔軟な研究員の配置の仕組みを構築する。

【年金積立金管理運用（独)】

・高度で専門的な人材の確保と、その活用を図るとともに、これらの人材の法人に対する貢献を適切に評価するためのシステムを構築・導入する。

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24万のフォロワー（閲

覧者）を持ち、月平均約42件ツイート（投稿）している。

YouTubeについては、約760本の動画を配信し、これまで延べ537万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、2013（平成25）年6月14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6月には「世界最先端IT国家創造宣言」が閣議決定された。

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適切に応用されれば、社会資源を有効に活用し、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、厚生労働省としては、2014（平成26）年3月に「健康・医療・介護分野におけるICT化推進ビジョン」を発表した。

本ビジョンでは、社会一丸となって情報共有や情報利活用の高度化を進め、医療・介護の質向上や国民の健康づくりを推進すること、ICTが生み出す利益を最大限国民に還元すること、国民や医療機関等がメリットを実感でき、かつ、社会保障制度改革の方向性を踏まえる形で、ICT化を推進することの3点を基本的視点として、次の2つの取組みを行う方向性を示している。

1点目は、医療情報連携ネットワークの普及促進による医療の質の向上と効率化の実現である。これは、地域の医療機関や介護事業所の連携による患者・利用者の状態にあった質の高い医療・介護サービスを提供することが重要となっていることを踏まえ、迅速かつ適切な患者・利用者情報の共有に向けて、ICTを活用しようとするものである。具体的には、目指すべきネットワークモデルの確立・普及や、在宅医療・介護を含めた標準規格の策定・普及、クラウド技術の活用等による費用低廉化方策の確立、個人による疾病・健康管理の推進、遠隔医療の推進に取り組むこととしている。

2点目は、医療等分野の様々な側面におけるデータ分析と利活用の高度化の推進である。今後の医療・介護政策においては、エビデンスに基づく効果的な施策立案、医療技術の向

上、医学研究の推進が不可欠であり、医療や介護のレセプト情報等の利活用の促進、データヘルスの推進、医療の質向上や研究開発促進へのデータの応用に取り組むこととしている。具体的には、レセプトや特定健診情報の全国規模のデータベースを活用した分析・研究の推進、保険者等によるデータに基づく保健指導や健康づくり、地域包括ケアシステムの構築に向けた介護・医療関連情報を広く共有するためのシステム構築（「見える化」）などの取組みを進めている。

以上に基づき、我が国の社会保障制度を持続可能なものとしていくため、ICTを、自己目的化することなく効率的に活用する取組みを、今後とも推進していくこととしている。

このほか、福祉分野においては、障害者等の自立支援や福祉サービスの質の向上を図るため、ICTを活用した支援機器等の開発、在宅就労の支援に取り組んでおり、関連する国家資格に係る養成課程におけるICT・情報教育の導入等の検討に取り組むこととしている。

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。

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いる。2011（平成23）年11月からは、新たに「離職票の交付を伴う雇用保険被保険者資格喪失届」の受付を開始するなどの利便性向上により活用促進に取り組んでいる。

また、パソコンや携帯電話からインターネットを利用して容易に求人情報を入手することができる官民連携した雇用情報システム「しごと情報ネット」について、求職者マイページ・メール配信サービスを行う等、利用者サービスの向上を引き続き図っている。

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。

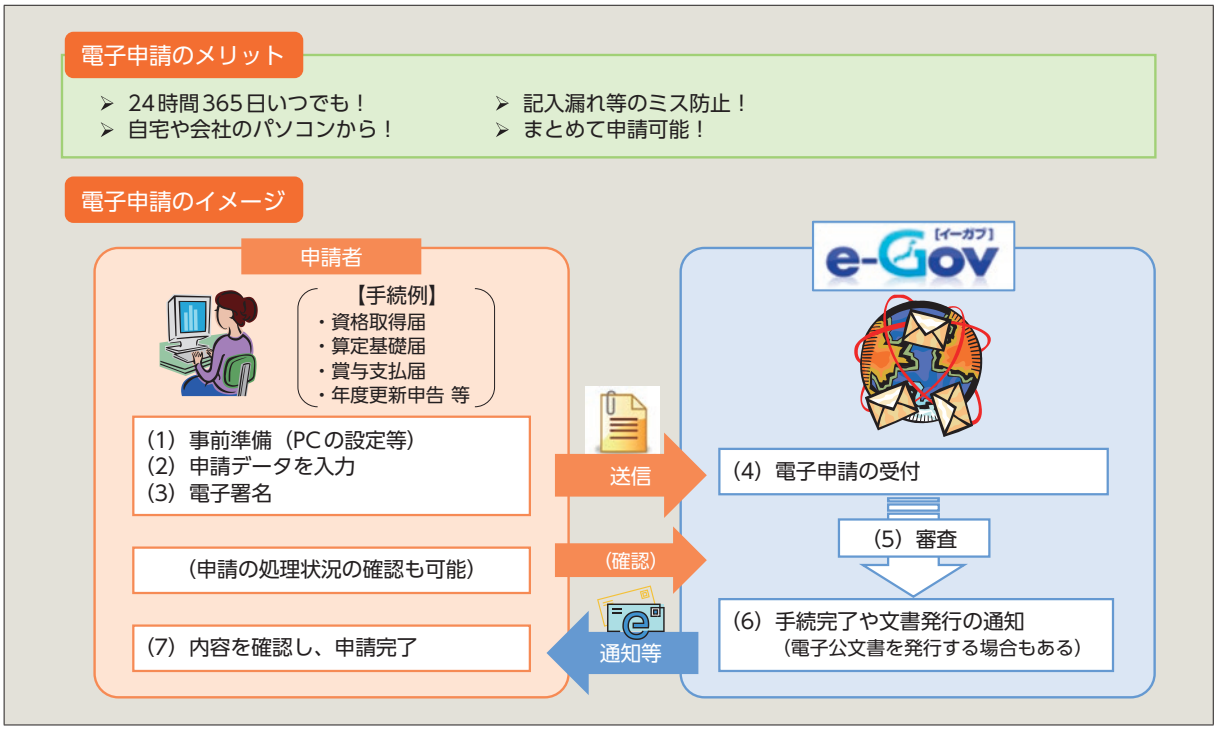
3「社会保障・税番号制度」の導入

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（平成25）年5月には「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」が成立した。厚生労働分野においては、年金、医療保険、介護保険、福祉、労働保険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。施行時期としては、2015（平成27）年10月に住民へのマイナンバーの指定・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開始、2017（平成29）年1月に国の機関間の連携開始、2017年7月に地方公共団体との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25年6月14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。

今後も引き続き、個人情報の保護と利活用のバランスが図られるよう、必要な措置の検討を行っていくこととしている。

図表11-3-2　個人情報の保護に係るガイドライン等[*1]

分野	案　件
医学研究	ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針（平成16年12月28日告示改定）（平成25年2月8日全部改正）
	疫学研究に関する倫理指針（平成19年8月16日告示改定）（平成25年4月1日一部改正）
	遺伝子治療臨床研究に関する指針（平成16年12月28日告示改定）（平成20年12月1日一部改正）
	臨床研究に関する倫理指針（平成16年12月28日告示改定）（平成20年7月31日全部改正）
医療	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（平成16年12月24日通達）（平成22年9月17日一部改正）
	健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成16年12月27日通達）
	国民健康保険組合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（平成17年4月1日通達）
	医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（平成17年3月31日通達）（平成25年10月10日一部改正）
	国民健康保険団体連合会等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（平成17年9月15日通達）
雇用管理	雇用管理分野における個人情報保護に関するガイドライン（平成16年7月1日告示）（平成24年5月14日全部改正）
	雇用管理に関する個人情報のうち健康情報を取り扱うに当たっての留意事項について（平成16年10月29日通達）（平成24年6月11日改正）
福祉	福祉分野における個人情報保護に関するガイドライン（平成25年3月29日通達）
職業紹介等・労働者派遣	職業紹介事業者、労働者の募集を行う者、募集受託者、労働者供給事業者等が均等待遇、労働条件等の明示、求職者等の個人情報の取扱い、職業紹介事業者の責務、募集内容の的確な表示等に関して適切に対処するための指針（平成16年11月4日告示改正）（平成24年9月10日一部改正）
	派遣元事業主が講ずべき措置に関する指針（平成16年11月4日改正）（平成24年8月10日一部改正）
労働組合	労働組合が講ずべき個人情報保護措置に関するガイドライン（平成17年3月25日告示）（平成24年8月23日全部改正）
企業年金	企業年金等に関する個人情報の取扱いについて（平成16年10月1日通達）

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

＊1　「個人情報の保護に係るガイドライン等」は、
厚生労働省　http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/index.html

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。

2013（平成25）年4月から2014（平成26）年3月までの厚生労働省に対する開示請求件数は13,705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11,428件（取下げが902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2,765件、一部を開示する決定がされた件数は8,240件、不開示の決定がされた件数は423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。

2013（平成25）年4月から2014（平成26）年3月までの厚生労働行政に対する開示請求件数は5,298件、訂正請求件数は5件、利用停止請求件数は3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5,171件（取下げが77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1,431件、一部を開示する決定がされた件数は3,574件、不開示の決定がされた件数は166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。

2013（平成25）年4月から2014（平成26）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3,966件であり、この受理件数は全行政機関の受理件数の96.7%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124,654件（2014（平成26）年4月～2015（平成27）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、全国各地で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、すべて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[*2]。

モニターの方々から、日々寄せられる報告のほか、2014（平成26）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、2014年が、9月24日（長野県長野市、7名参加、子育て・年金）、10月30日（秋田県秋田市、7名参加、医療・高齢者雇用）、11月28日（岐阜県岐阜市、6名参加、介護・食品安全）、12月17日（兵庫県神戸市、7名参加、健康づくり・子育て）、2015（平成27）年が、1月30日（福岡県博多市、8名参加、障害者福祉・介護）、2月20日（広島県東広島市、9名参加、医療・生活保護）で開催し、それぞれの

＊2 「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

テーマについて意見交換を行った。

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2014（平成26）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、政府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。

2014年度は、事前評価として①個別公共事業（事業採択時）29件、②個別研究事業51件、③規制の新設・改廃に係る政策29件、④租税特別措置19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72の施策目標からなる政策体系）のうち14件に関して実績評価方式により、②重要施策6件に関して総合評価方式により、③個別公共事業（事業採択後5年経過時に継続中のもの）39件、④個別研究事業430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7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[*3]。

2　独立行政法人評価の取組み

厚生労働省独立行政法人評価委員会では、2014（平成26）年度においては所管する21法人（共管法人2法人を含む。）について充実した評価を行うため、委員会の下に八つの部会を設け、各部会が担当法人を分担して、各事業年度の業務実績の評価などが行われている。

2014年度は、同委員会において共管法人2法人を除く19法人の2013（平成25）年度の業務実績の評価結果が取りまとめられ、公表されるとともに、2013年度に中期目標期間が終了した独立行政法人労働者健康福祉機構、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人医薬品医療機器総合機構及び独立行政法人地域医療機能推進機構（旧独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構）の中期目標期間全体の業務実績の評価結果が取りまとめられ、公表されたところである。

また、2014年度に中期目標期間が終了する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（平成27）年4月より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

＊3　「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

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期目標期間終了時の見直し等について審議が行われた（第11章第1節2（2）参照）。

なお、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年4月1日の施行に伴い、主務大臣の下でのPDCAサイクルを十分に機能させるため、主務大臣が目標の策定に加え評価も行うこととなる。

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21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27年3月末現在）

	調査案件	改善提案等
1	女性医師の離職防止、復職支援業務の改善提案	女性医師に関し、離職者の探索などを内容とするなどの改善提案を平成23年3月に行った。
2	障害者雇用情報HP改善	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平成23年3月に行った。
3	「退所児童等アフターケア事業」の推進に向けて ―先行事例の実態調査に基づく提案―	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平成23年6月に行った。
4	日本年金機構年金事務所フロントサービスの改善	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平成23年6月に行った。
5	年金支払サービスの向上	還付金の支払を早くするなどを内容とする改善提案を平成23年9月に行った。
6	労働基準行政の実態調査	労働局・労働基準監督署の案内表示を見やすくするなどを内容とする改善提案を平成23年9月に行った。
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―	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平成23年12月に行った。
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―	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、平成24年4月に先進事例として紹介した。
9	HIV/エイズ予防・支援活動を担っているNGOの実態調査	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。首都圏、名古屋、大阪地区等の大都市にあるNGOなどを調査し、平成24年7月に行政と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にかかる調査	東日本大震災に関し、被災後の厚生労働省の初期対応の検証が求められる6分野を中心に調査し、平成24年7月に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	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）がほぼ全ての区市町村に設置されている。 この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、取り組み促進の提案を平成24年12月に行った。
12	お薬手帳の電子化にかかる調査	お薬手帳は、東日本大震災でもその有効性が証明されているが、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平成25年1月に行った。
13	職業訓練事例調査 －就職率向上支援に向けた調査－	公共職業訓練には、都道府県により民間委託されているコースがある。 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、これらのうち、取組が熱心である職業訓練施設の工夫事例等を平成25年4月に紹介した。
14	第三者行為による健康保険等の利用状況調査	第三者行為による傷病の場合の健康保険の利用を促進するため、①関係部局から第三者行為による傷病の場合でも健康保険等が利用できる旨改めて周知を図るとともに、②手続きし易すくするため関係部局と協働し、「第三者行為による傷病届」の様式の簡易化・統一化について関係機関へ協力要請を行った。
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23年6月に改善提案した日本年金機構年金事務所のフロントサービスに関し、フォローアップ調査を実施し、改善状況を確認するとともに、取組状況を平成25年9月に報告書にとりまとめた。
16	シルバー人材センター事例調査 －高年齢者の就業機会の確保に向けた調査－	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、平成25年12月に報告書にとりまとめた。
17	家庭的保育に関する調査	家庭的保育者の確保を効果的に行っている地方自治体の取組事例を収集し、その結果を平成26年3月に報告書にとりまとめ、関係者に情報提供した。
18	訪問看護事業所の事業運営に関する調査	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	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みを収集し、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－	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－	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。