

第3章 成長という視点から見た社会保障

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

第1節 国民生活の安定の取組み

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

1 公的年金制度

(1) 公的年金制度の概況

(公的年金制度は、予測できない将来のリスクに社会全体で備えるための保険)

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

(公的年金制度の体系)

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

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

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

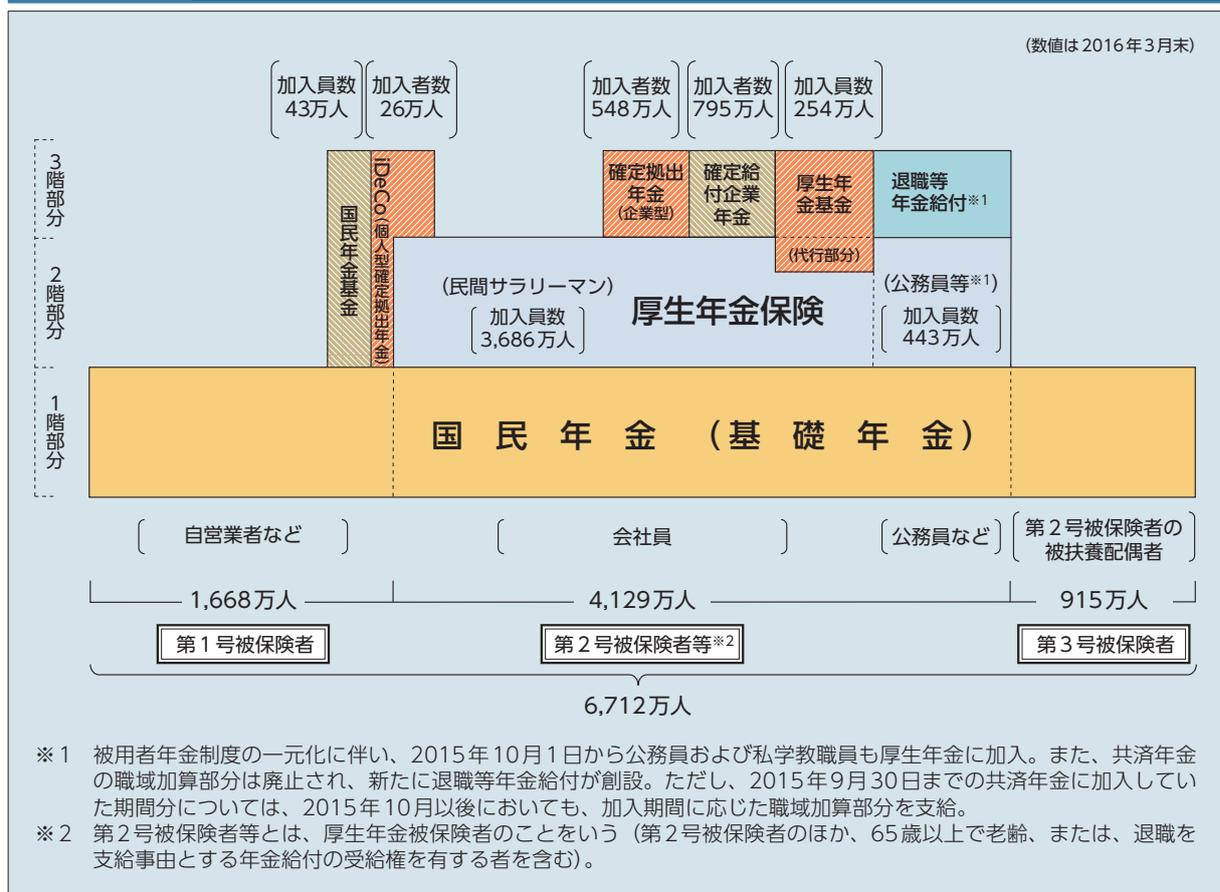
第1号被保険者が納める国民年金の保険料は定額（2017（平成29）年度は毎月16,490円）である。所得が低くて保険料が支払えない場合は、被保険者本人からの申請に基づき、所得に応じて保険料の全額、4分の3、半額、4分の1が免除される制度がある。また、学生については、卒業後に在学中の保険料を納めることができる学生納付特例の制度がある。^{*1}

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

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

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

図表 3-1-1 公的年金制度の仕組み



第3章 成長という視点から見た社会保障

(保険給付・財源)

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

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

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

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

が3分の1から2分の1に引き上げられている。

(2) 経済の中で年金制度が果たす機能

(世代間の支え合いによる所得再分配)

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

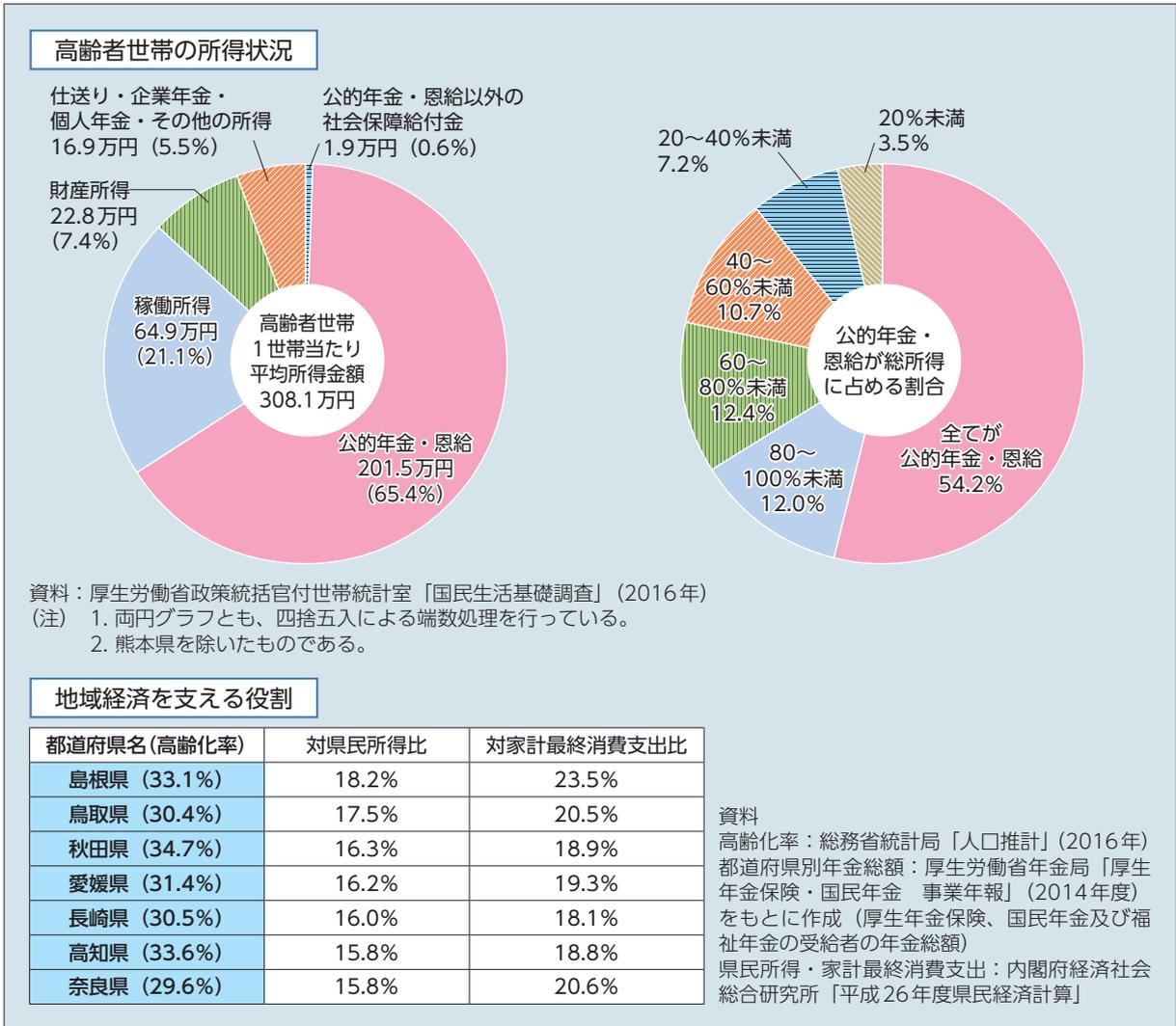
(地域経済における安定した消費活動の下支え、引退期の貧困防止)

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

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

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

図表 3-1-2 高齢者世帯の所得状況と公的年金制度が地域経済に果たす役割



(長生きに伴うリスクや将来の不確実性に対応した消費の平準化)

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

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

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

(公的年金制度の所得保障機能の強化を図る無年金者・低年金者対策)

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

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

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

(制度の持続可能性の確保)

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

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

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

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

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

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

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

(2016年に成立した年金改革法を始めとした不断の改革)

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

(3) 働き方に中立な制度設計

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

(働きたい人が働きやすい環境を整えるための被用者保険の適用拡大)

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

(年金の受給開始年齢を60～70歳の間で個人が選択できる仕組み)

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

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

(在職老齢年金制度が就業インセンティブに与える影響を踏まえた見直し)

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

踏まえ、これまでも制度の見直しを行いながら実施してきている*4。

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

2 公的医療保険制度

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

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

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

(公的医療保険制度の体系)

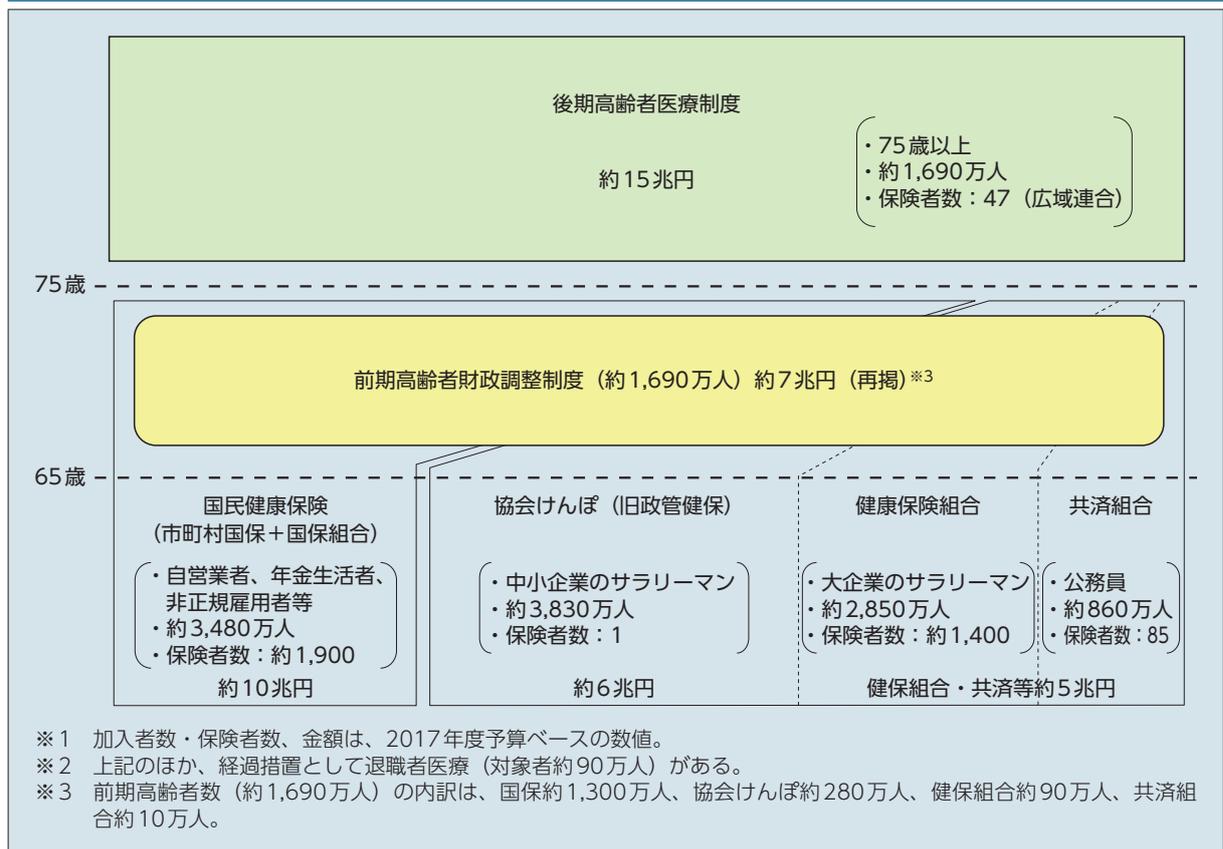
我が国の公的医療保険制度は、職域を基にした各種被用者保険と、居住地（市町村）を基にした国民健康保険、75歳以上の高齢者などが加入する後期高齢者医療制度に大きく分けられる（図表3-1-3）。

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

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

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

図表 3-1-3 公的医療保険制度の体系



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

図表3-1-4 各保険者の比較（公的医療保険）

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

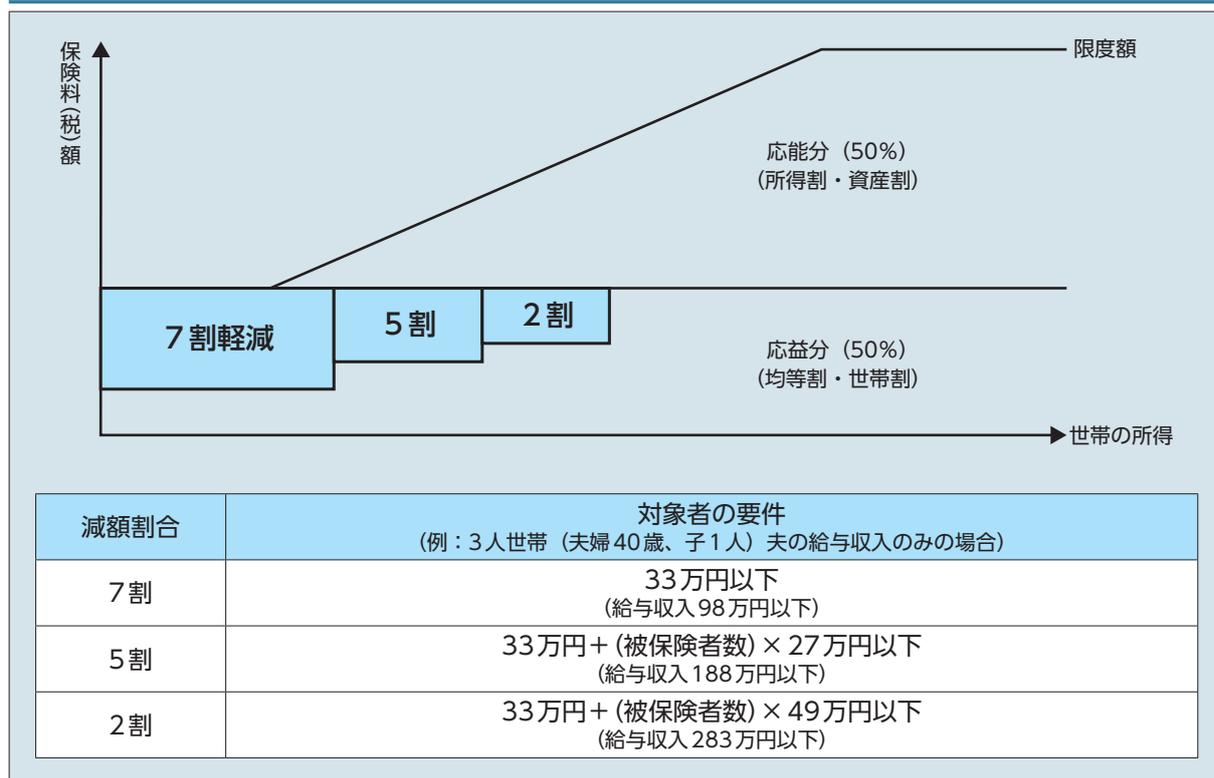
※1 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。
 ※2 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額（収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの）及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離課税所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したものである。（市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。）
 協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値であ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

(保険料：国保・後期高齢者医療では所得に応じた軽減措置)

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

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

図表3-1-5 国民健康保険料（税）の軽減の仕組み

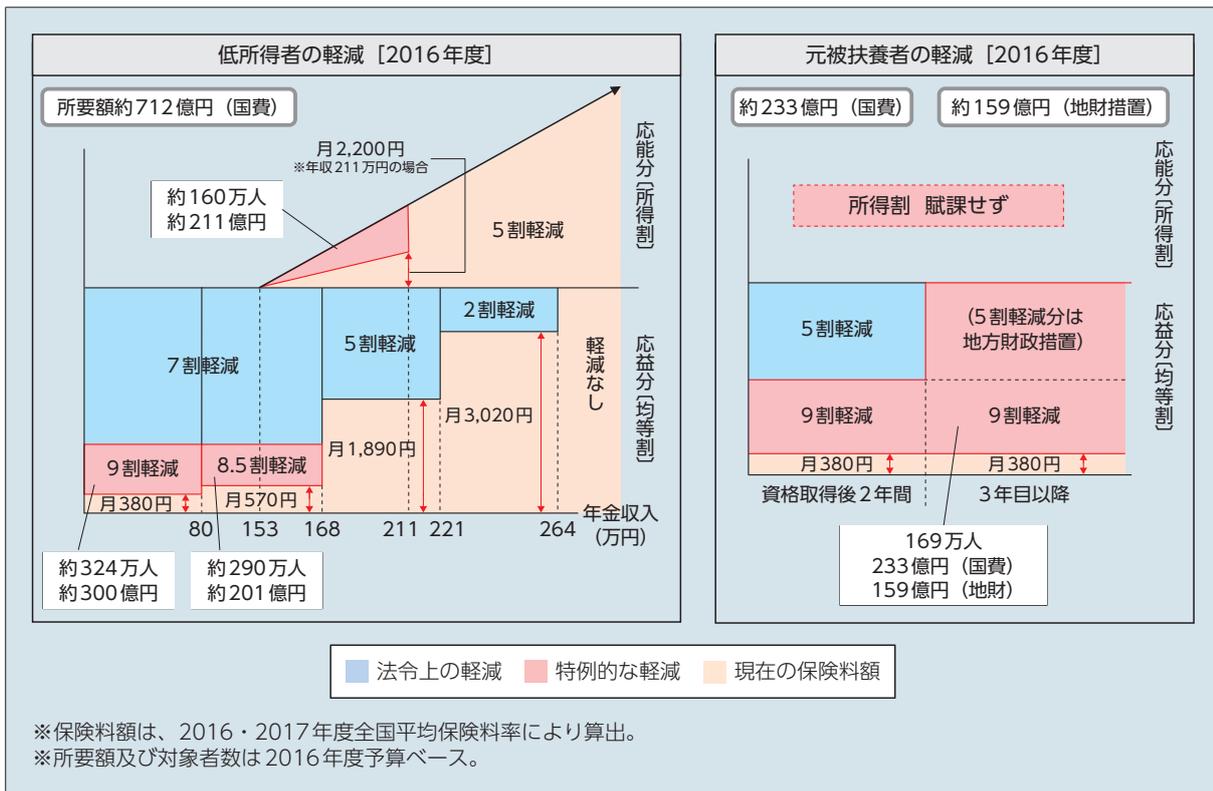


後期高齢者医療制度の保険料は、75歳以上の高齢者などの医療給付費（自己負担を除く）のうち、約5割を公費、約4割を現役世代からの支援金、約1割を75歳以上の高齢者などの保険料でまかなうというルールに基づいて算定しており、被保険者の負担能力に応じて課される所得割と、受益に応じて等しく賦課される均等割から構成される。保険料賦課限度額は1被保険者年額57万円である。世帯の所得が一定額以下の場合、均等割について9割、8.5割、5割又は2割軽減、所得割2割軽減、被用者保険の元被扶養者につ

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

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

図表3-1-6 後期高齢者医療制度 保険料軽減特例の仕組み



（保険給付・自己負担割合は制度共通、自己負担には所得に応じた上限額が設定）

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

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

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

図表 3-1-7 公的医療保険の自己負担割合及び高額療養費自己負担限度額

	負担割合	月単位の上限額 (円)	
		70歳未満	70歳以上※5
年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超	3割	252,600 + (医療費 - 842,000) × 1% <多数回該当：140,100>	
年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400 + (医療費 - 558,000) × 1% <多数回該当：93,000>	
年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>	
～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当：44,400>	
住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>	
現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保・後期：課税所得145万以上	3割	外来(個人ごと) 44,400	80,100 + (医療費 - 267,000) × 1% <多数回：44,400>
一般(～年収約370万円) 健保：標報26万円以下(※1) 国保・後期：課税所得145万円未満(※1)(※2)	70-74歳 2割(※3)	12,000 (※4)	44,400 (※4)
住民税非課税			24,600
住民税非課税 (所得が一定以下)	75歳以上 1割	8,000	15,000

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

図表 3-1-8 高額医療介護合算制度

負担上限額(世帯単位) ※2018年7月まで

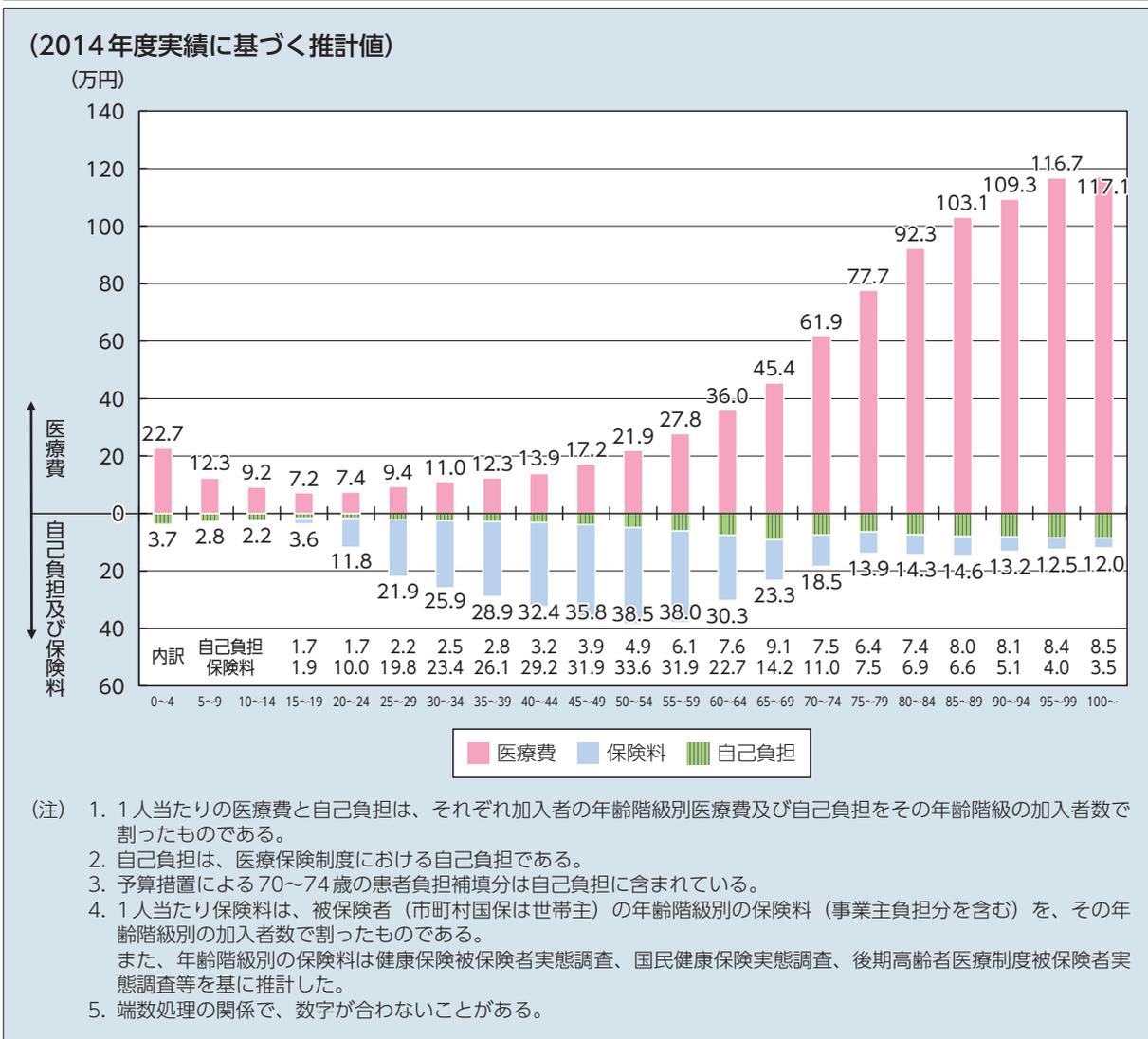
	75歳以上	70～74歳	70歳未満
	介護保険+後期高齢者医療		介護保険+被用者保険または国民健康保険
年収約1,160万円～ (70歳以上：現役並み所得者)	67万円	67万円	212万円
年収約770～約1,160万円 (70歳以上：現役並み所得者)			141万円
年収約370～約770万円 (70歳以上：現役並み所得者)			67万円
～年収約370万円 (70歳以上：一般)	56万円	56万円	60万円
市町村民税世帯非課税等	31万円	31万円	34万円
市町村民税世帯非課税 年金収入80万円以下等	19万円(注)	19万円(注)	

(注) 介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

(公的医療保険制度と再分配)

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

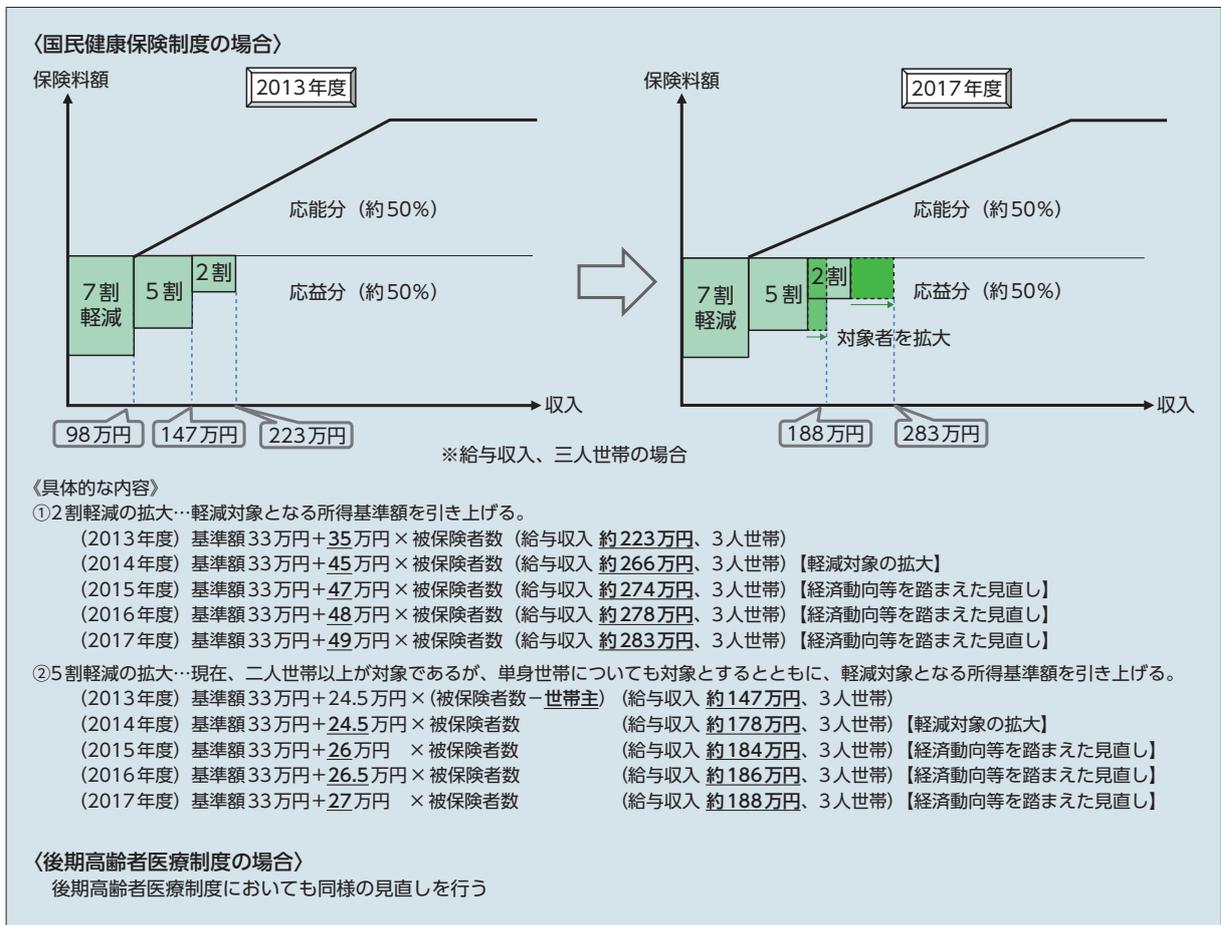
図表3-1-9 年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較（公的医療保険）（年額）



(低所得者向け保険料軽減措置の拡充)

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

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



(70歳以上の高額療養費制度・高額医療合算制度を見直し)

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

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

図表3-1-11 高額療養費制度の見直し

見直し内容

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

○現行(70歳以上) ○1段階目(2017年8月~2018年7月) ○2段階目(2018年8月~)

区分	限度額(世帯※1)		区分	限度額(世帯※1)		区分(年収)	限度額(世帯※1)	
	外来(個人)			外来(個人)			外来(個人)	
現役並み (年収約370万円以上) 健保 標準28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	44,400円	80,100円+1% (44,400円)	現役並み	57,600円	80,100円+1% (44,400円)	年収約1,160万円~ 標準83万円以上 課税所得690万円以上	252,600円+1% (140,100円)	
一般 (年収156万~370万円) 健保 標準26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満 (※2)	12,000円	44,400円	一般	14,000円 (年間上限 14.4万円)	57,600円 (44,400円)	年収約770万~約1,160万円 標準53~79万円 課税所得380万円以上	167,400円+1% (93,000円)	
住民税非課税		24,600円	住民税非課税		24,600円	年収約370万~約770万円 標準28~50万円 課税所得145万円以上	80,100円+1% (44,400円)	
住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000円	15,000円	住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000円	15,000円	一般	18,000円 (年間上限 14.4万円)	57,600円 (44,400円)
						住民税非課税	8,000円	24,600円
						住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

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

図表3-1-12 高額介護合算療養費制度の見直し

見直し内容				
○現役並み所得者については、現役世代と同様に、細分化した上で限度額を引き上げ。				
○一般区分については、限度額を据え置く。				
〈現行〉		〈2018年8月〜〉		
	70歳以上（注2）		70歳以上（注2）	【参考】70歳未満（注2）
現役並み（年収370万円〜） 健保 標準28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	67万円	細分化+ 上限引き上げ	年収約1,160万円〜 標準83万円以上 課税所得690万円以上 212万円	212万円
一般（年収156〜370万円） 健保 標準26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満（注1）	56万円	据え置き	年収770万円〜1,160万円 標準53〜79万円 課税所得380万円以上 141万円	141万円
市町村民税世帯非課税	31万円		年収370万円〜770万円 標準28〜50万円 課税所得145万円以上 67万円	67万円
市町村民税世帯非課税 （所得が一定以下）	19万円（注3）		一般（年収156〜370万円） 健保 標準26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満（注1） 56万円	60万円
			市町村民税世帯非課税 31万円	34万円
			市町村民税世帯非課税 （所得が一定以下） 19万円（注3）	

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

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

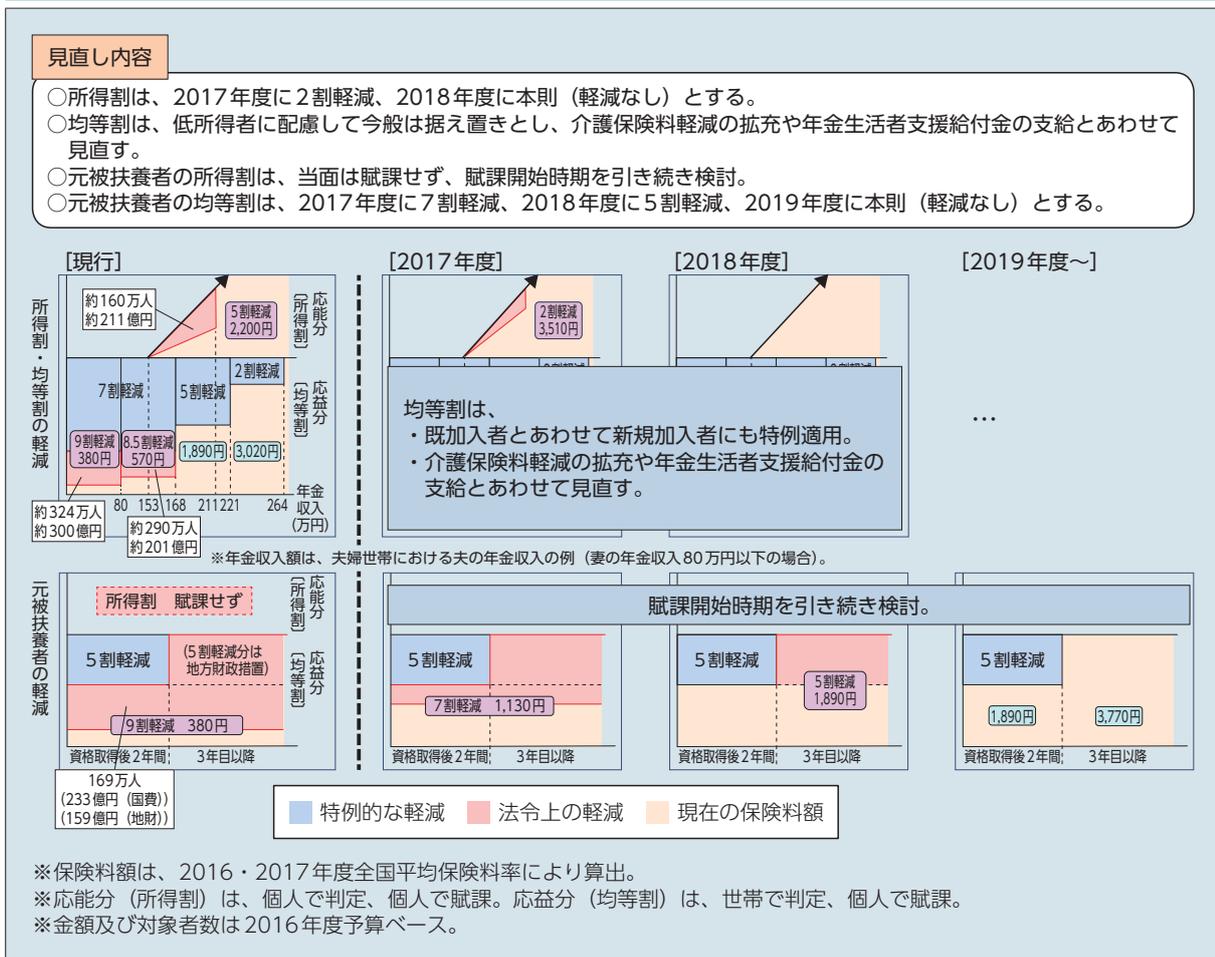
さらに、介護保険施設や在宅介護との負担の公平化を図る観点から、65歳以上の医療療養病床に入院する患者の居住費について、光熱水費相当額の負担を求めることとし、医療区分ⅡⅢ（医療の必要性の高い者）については、負担額を2017年10月から1日当たり0円から200円に、2018年4月から370円に引き上げるとともに、医療区分Ⅰ（医療区分ⅡⅢ以外の者）については、負担額を2017年10月から1日当たり320円から370円に引き上げることとしている（ただし、難病患者については居住費の負担を求めない）。

（世代間・世代内負担の公平や次世代育成支援の観点からの見直し）

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

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

図表3-1-13 後期高齢者医療制度 後期高齢者の保険料軽減特例の見直し



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

3 介護保険制度

（介護保険制度：高齢者の介護を社会全体で支える仕組み）

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

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

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

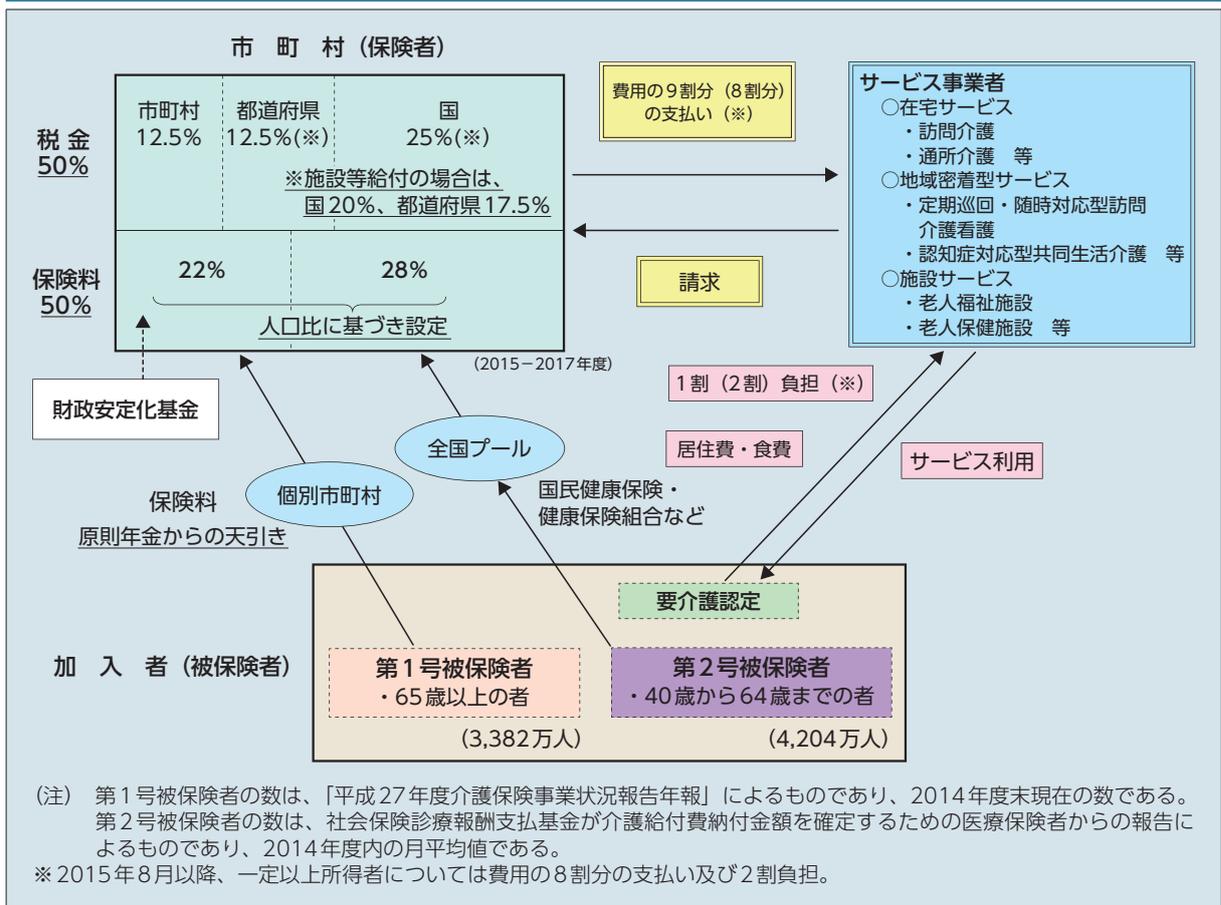
(基本的な仕組み)

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

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

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

図表3-1-14 介護保険制度の仕組み



*6 特定疾病とは、心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる疾病であって次のいずれの要件をも満たすものについて総合的に勘案し、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる疾病である。

- 1) 65歳以上の高齢者に多く発生しているが、40歳以上65歳未満の年齢層においても発生が認められるなど、罹患率や有病率（類似的指標を含む。）などについて加齢との関係が認められる疾病であって、その医学的概念を明確に定義できるもの。
- 2) 3～6か月以上継続して要介護状態又は要支援状態となる割合が高いと考えられる疾病。

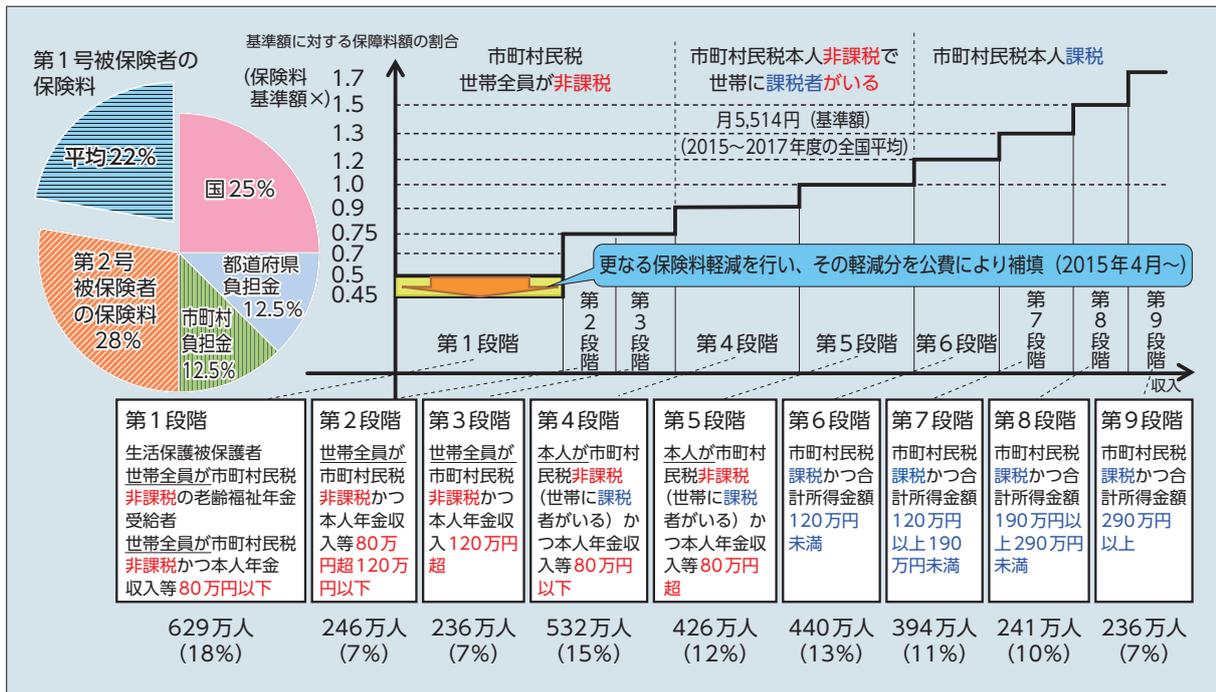
特定疾病については、その範囲を明確にするとともに、介護保険制度における要介護認定の際の運用を容易にする観点から、介護保険法施行令第二条において、個別疾病名を列記している。

(保険料：第1号被保険者は所得段階別の定額保険料)

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

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

図表3-1-15 第1号被保険者の保険料(介護保険)



(介護サービスの給付、自己負担：所得に応じた負担)

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

図表3-1-16 高額介護（介護予防）サービス費

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

個人の高額介護（介護予防）サービス費の支給

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

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

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

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

図表3-1-17 特定入所者介護サービス費

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

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

※2016年8月以降は、非課税年金も含む。

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

(介護給付費・認定者数の動向)

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

図表3-1-18 介護保険制度 創設時から現在までの対象者・利用者の増加

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

①65歳以上被保険者の増加

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

②要介護(要支援)認定者の増加

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

③サービス利用者の増加

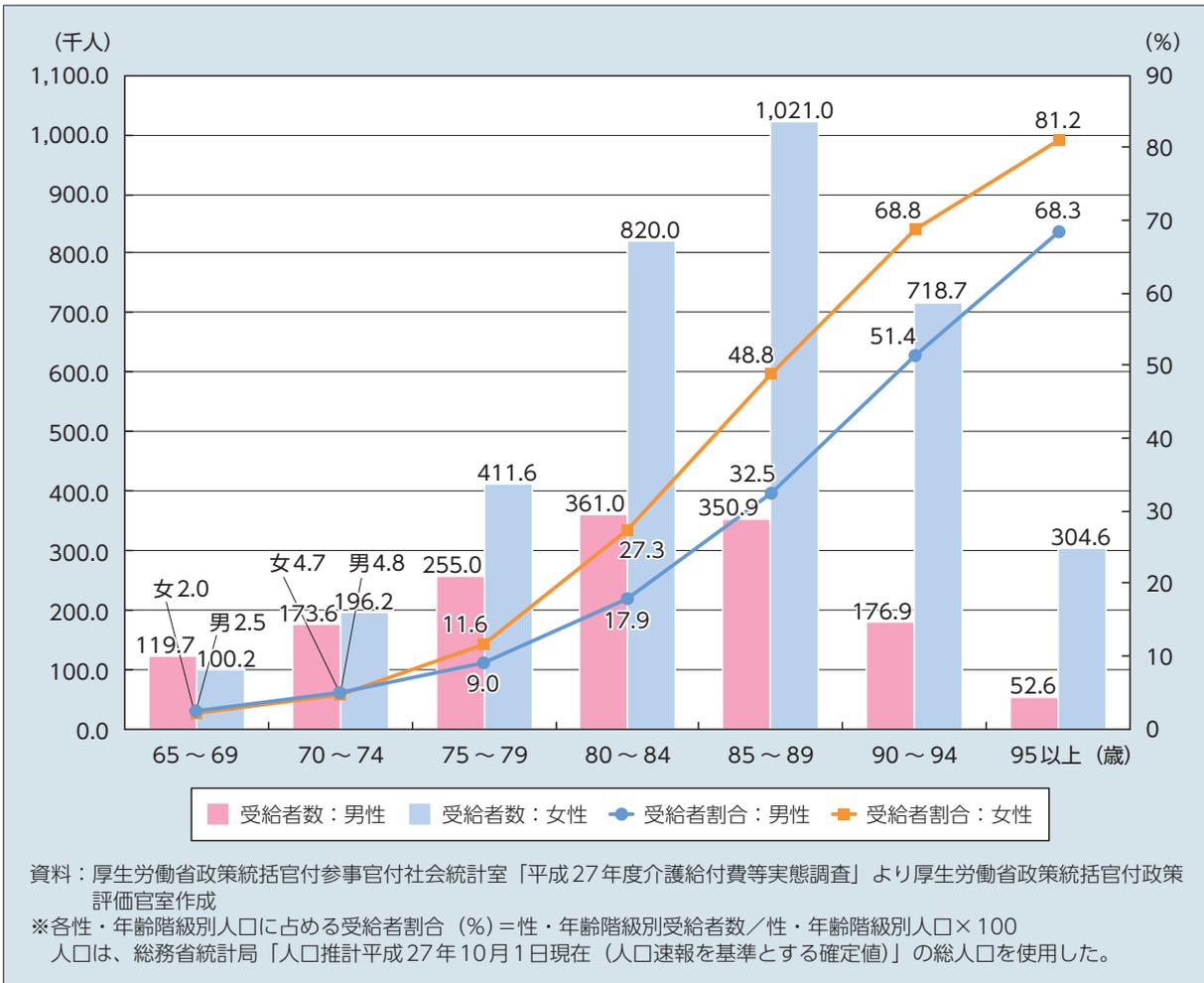
	2000年4月		2016年4月	
サービス利用者数	149万人	⇒	496万人*	3.3倍

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

(介護保険と所得再分配)

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

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

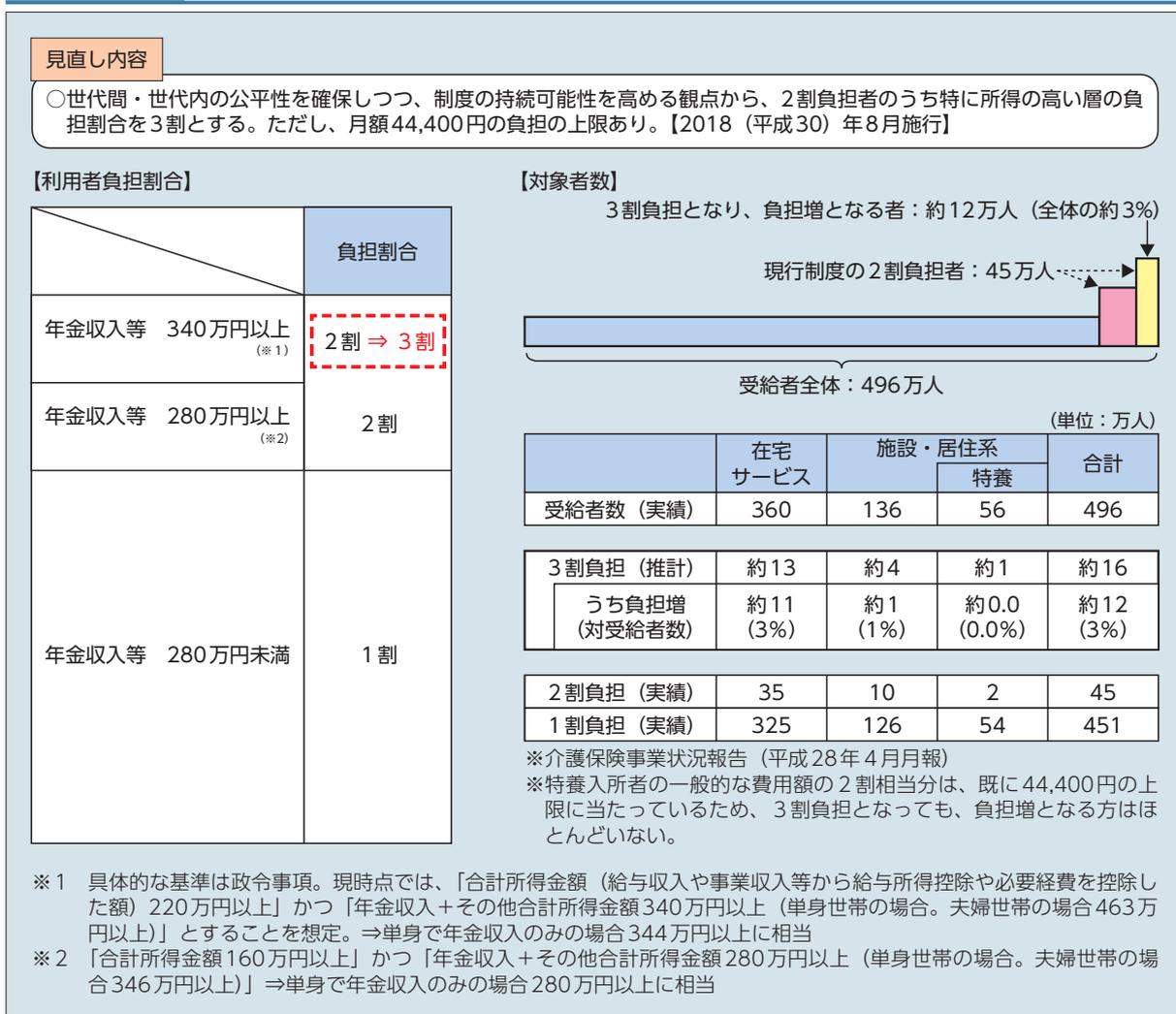


(利用者負担についての見直し：負担能力に応じた負担)

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

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

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



*8 具体的な基準は施行までの間に政令で定めることとしている。

図表3-1-21 高額介護サービス費の見直し

見直し内容

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

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

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

1割負担者に対する年間上限額の設定

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

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

4 子どものいる家庭への支援

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

(1) 児童手当制度・児童扶養手当制度

1 児童手当

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

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

2 児童扶養手当制度

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

(2) 子どもの貧困対策

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

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

5 生活保護制度・生活困窮者自立支援制度

(1) 生活保護制度

(生活保護制度：基本的な考え方)

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

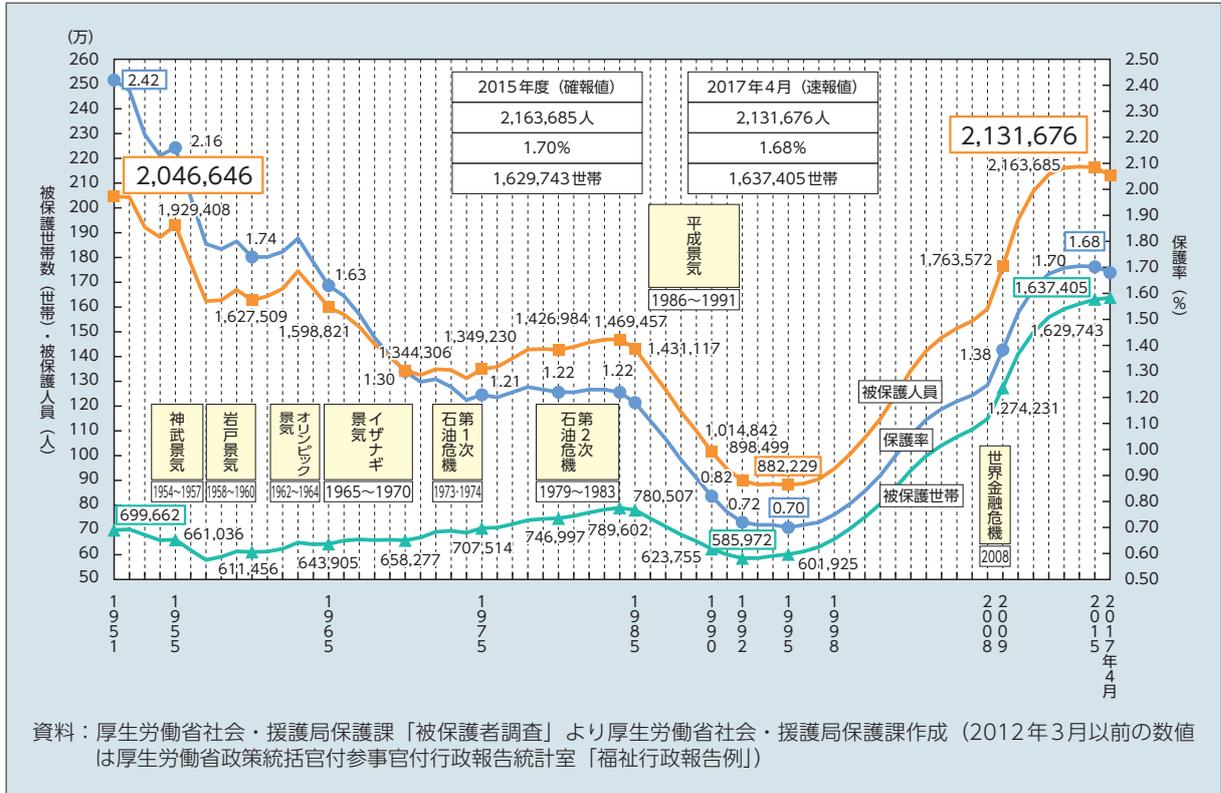
保護の種類には、生活扶助、教育扶助、住宅扶助、医療扶助、介護扶助、出産扶助、生業扶助、葬祭扶助の8種類あり、日常生活を送る上で必要となる食費や居住費、病気の治療費などが必要な限度で金銭給付又は現物給付により支給される。支給される生活保護費は、厚生労働大臣が定める基準（生活保護基準）により計算される最低生活費から収入を差し引いた額を支給することとしている。この最低生活費は、居住地域や世帯構成などにより設定される。財源は全て公費であり、国が4分の3、自治体が4分の1を負担する。保護に要する費用は2015（平成27）年度で3.7兆円であり、そのうち約1.8兆円（約48%）を医療扶助が占めている。

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

(生活保護の受給状況)

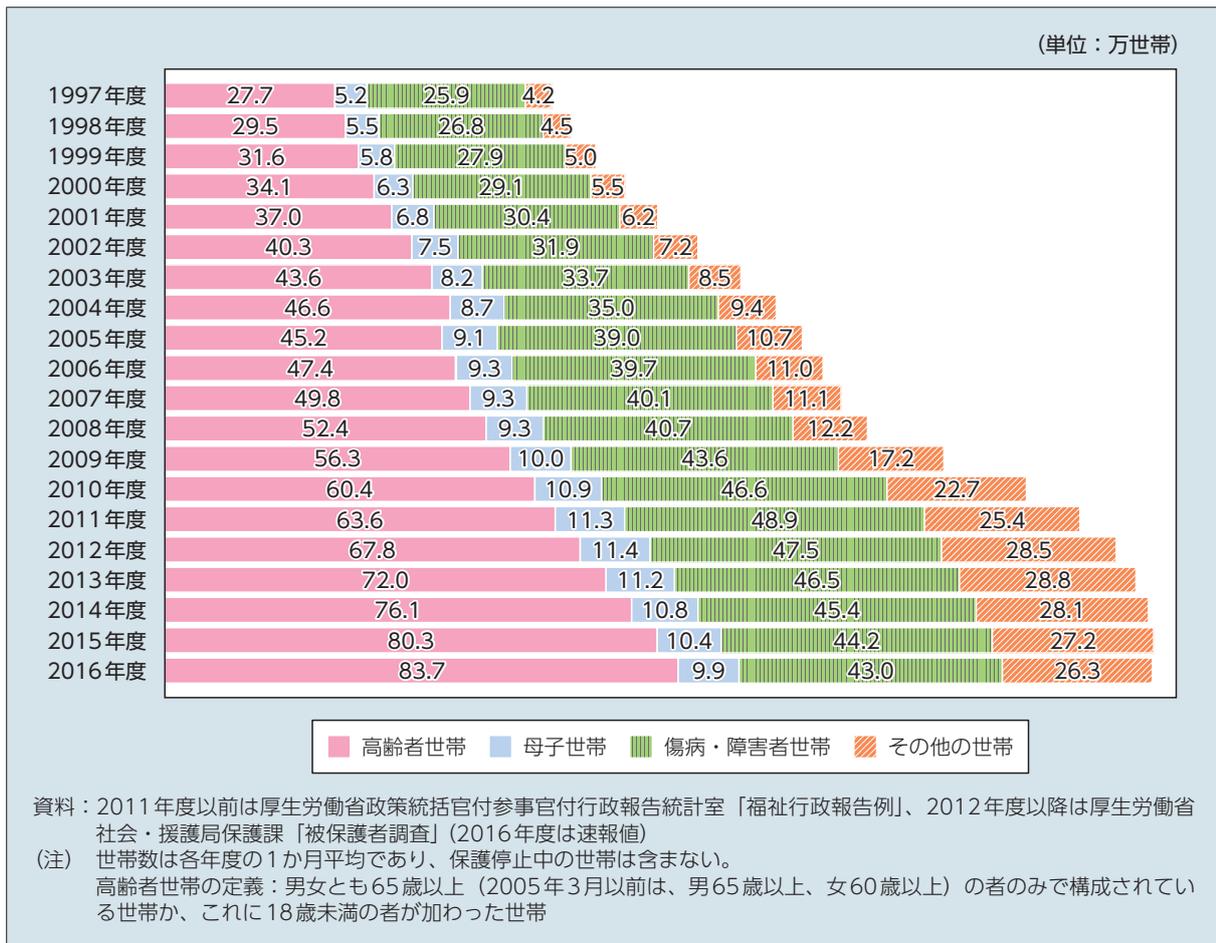
2017（平成29）年4月の生活保護受給者数は約213万人、保護率は1.68%である。1995（平成7）年の約88万人、0.77%を底に増加傾向が続いていたが、2015年3月をピークに減少に転じている。また、生活保護世帯数は2017年4月現在で約164万世帯であり、1992（平成4）年の約58万世帯を底に増加傾向が続いている（図表3-1-22）。

図表3-1-22 被保護世帯数、被保護人員、保護率の年次推移



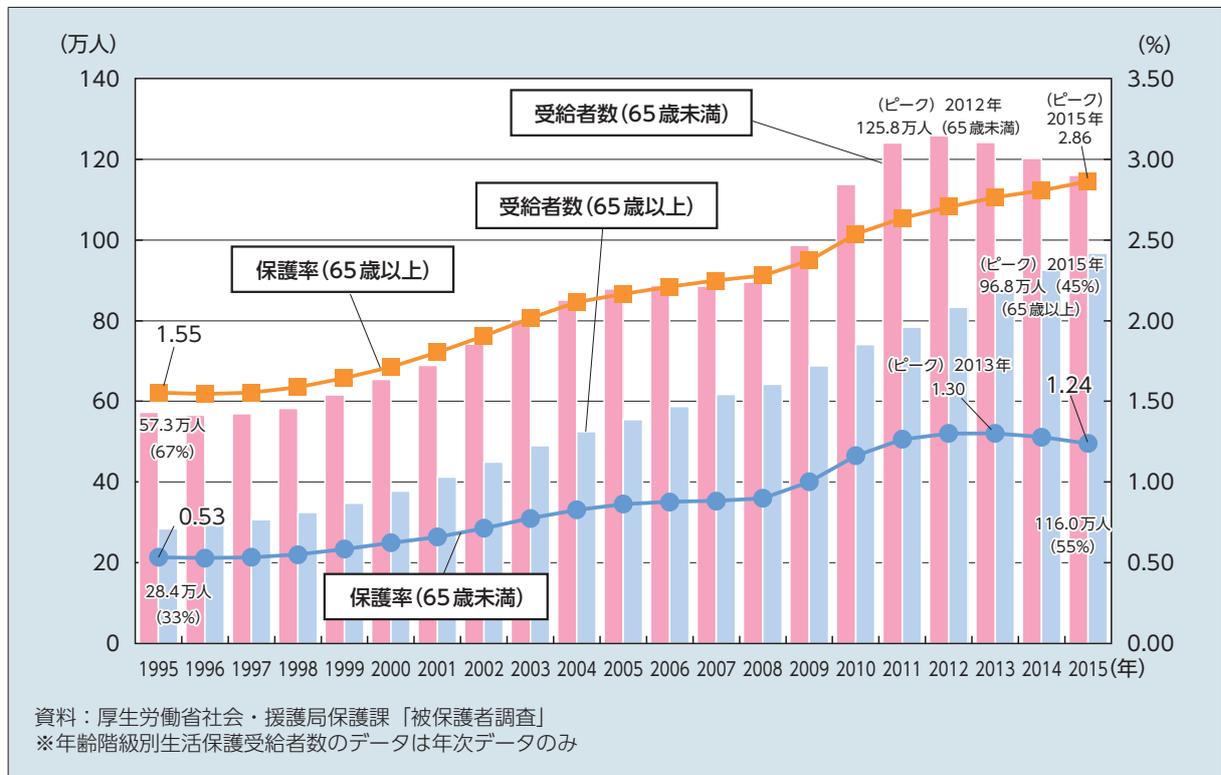
生活保護世帯を世帯類型別に見た場合、2017年2月現在で、高齢者世帯が約84万世帯、高齢者世帯を除く世帯が約79万世帯である。高齢者世帯を除く世帯については、2008年の世界金融危機後、特に稼働年齢層と考えられる「その他の世帯」が大きく増加したが、2013年2月をピークに減少傾向が続いており、2017年2月ではピーク時から約9万世帯減少している。一方、高齢者世帯については、社会全体の高齢化の進展と単身高齢世帯の増加を背景に、単身高齢者世帯を中心に増加が続いている（図表3-1-23）。

図表3-1-23 世帯類型別生活保護受給世帯数の年次推移



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

図表3-1-24 年齢階級別生活保護受給者数、保護率の年次推移



(生活保護制度と自立の助長)

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

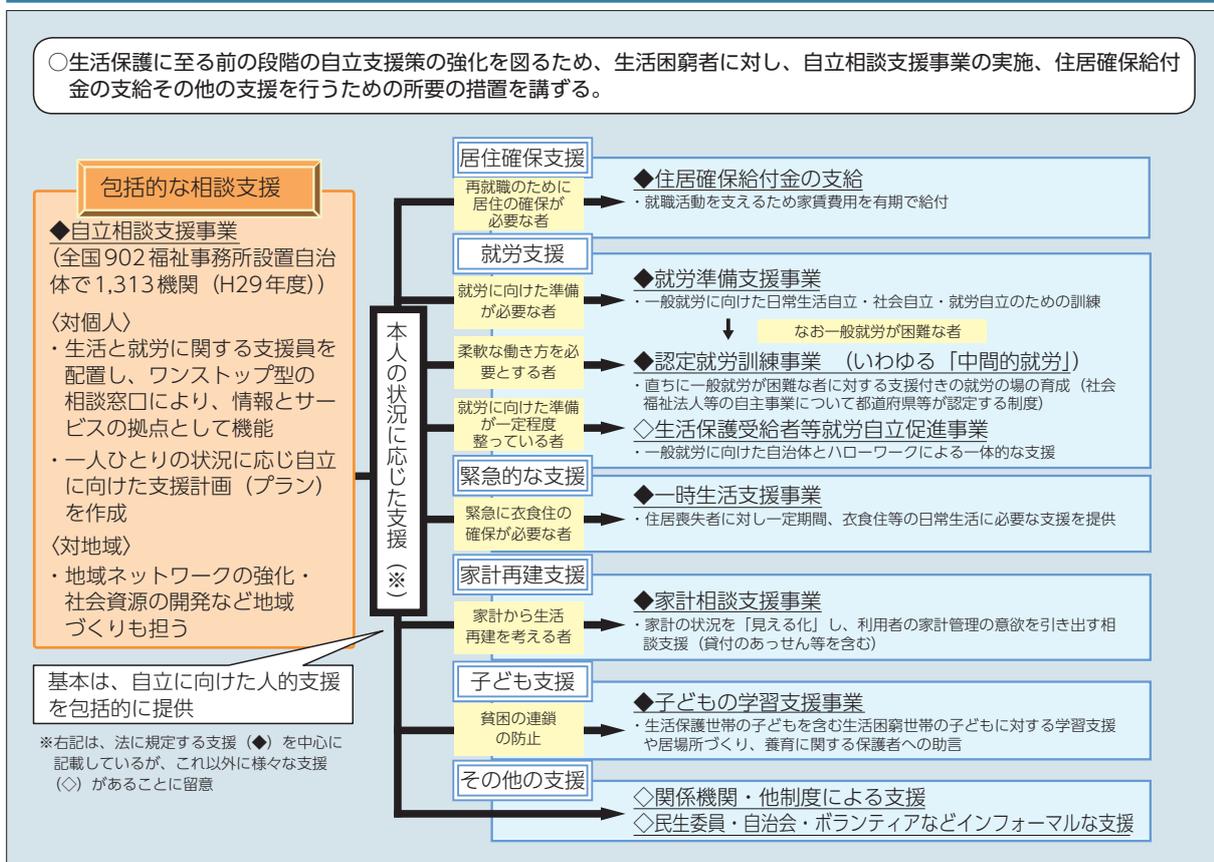
(2) 生活困窮者自立支援制度

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

- ①生活困窮者からの相談を受け、ニーズに応じた計画的・継続的な支援をコーディネートする「自立相談支援事業」（必須事業）
- ②離職により住居を失った者などに対し家賃相当額の給付を行う「住居確保給付金」（必須事業）
- ③生活リズムが崩れているなど就労に向け準備が必要な者に集中的な支援を行う「就労準備支援事業」（任意事業）
- ④緊急的・一時的に衣食住を提供する「一時生活支援事業」（任意事業）
- ⑤家計の再建に向けた支援を行う「家計相談支援事業」（任意事業）
- ⑥生活困窮家庭の子どもに対する「学習支援事業」（任意事業）

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

図表3-1-25 生活困窮者自立支援制度の概要



コラム

生活困窮者の自立支援 ～岡山県総社市の事例～

「福祉先駆都市」を目指す総社市

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

相談者に徹底的に「寄り添う」支援

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

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

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

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

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

これらの支援により、就労して自立した人もいれば、自立意欲や家族関係など、精神的な面での改善が見られた人も多い。相談者には成功体験が少なく自信を失っている人が多いため、「次の一步を踏み出してみよう」という意欲を引き出し、自立の可能性を高めて

いくことも、重要な自立支援なのだ。

子どもの学習支援が、未来を担う若者を育てる

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

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



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

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

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

第2節 就労と所得向上の支援

（「一億総活躍社会」の実現が、持続的な成長の鍵）

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

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

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

1 働き方改革

（働き方改革実行計画の策定）

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

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

- ①非正規雇用の処遇改善
 - ・同一労働同一賃金の実効性を確保する法制度とガイドラインの整備
 - ・非正規雇用労働者の正社員化などキャリアアップの推進
- ②賃金引上げと労働生産性向上
 - ・企業への賃上げの働きかけや取引条件改善・生産性向上支援など賃上げしやすい環境の整備
- ③長時間労働の是正
 - ・法改正による時間外労働の上限規制の導入
 - ・勤務間インターバル制度導入に向けた環境整備
 - ・健康で働きやすい職場環境の整備
- ④柔軟な働き方がしやすい環境整備
 - ・雇用型テレワークのガイドライン刷新と導入支援
 - ・非雇用型テレワークのガイドライン刷新と働き手への支援
 - ・副業・兼業の推進に向けたガイドライン策定やモデル就業規則改定などの環境整備
- ⑤病気の治療、子育て・介護等と仕事の両立、障害者就労の推進
 - ・治療と仕事の両立に向けたトライアングル型支援などの推進
 - ・子育て・介護と仕事の両立支援策の充実・活用促進
 - ・障害者等の希望や能力を活かした就労支援の推進
- ⑥外国人材の受入れ
 - ・外国人材受入れの環境整備

⑦女性・若者が活躍しやすい環境整備

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

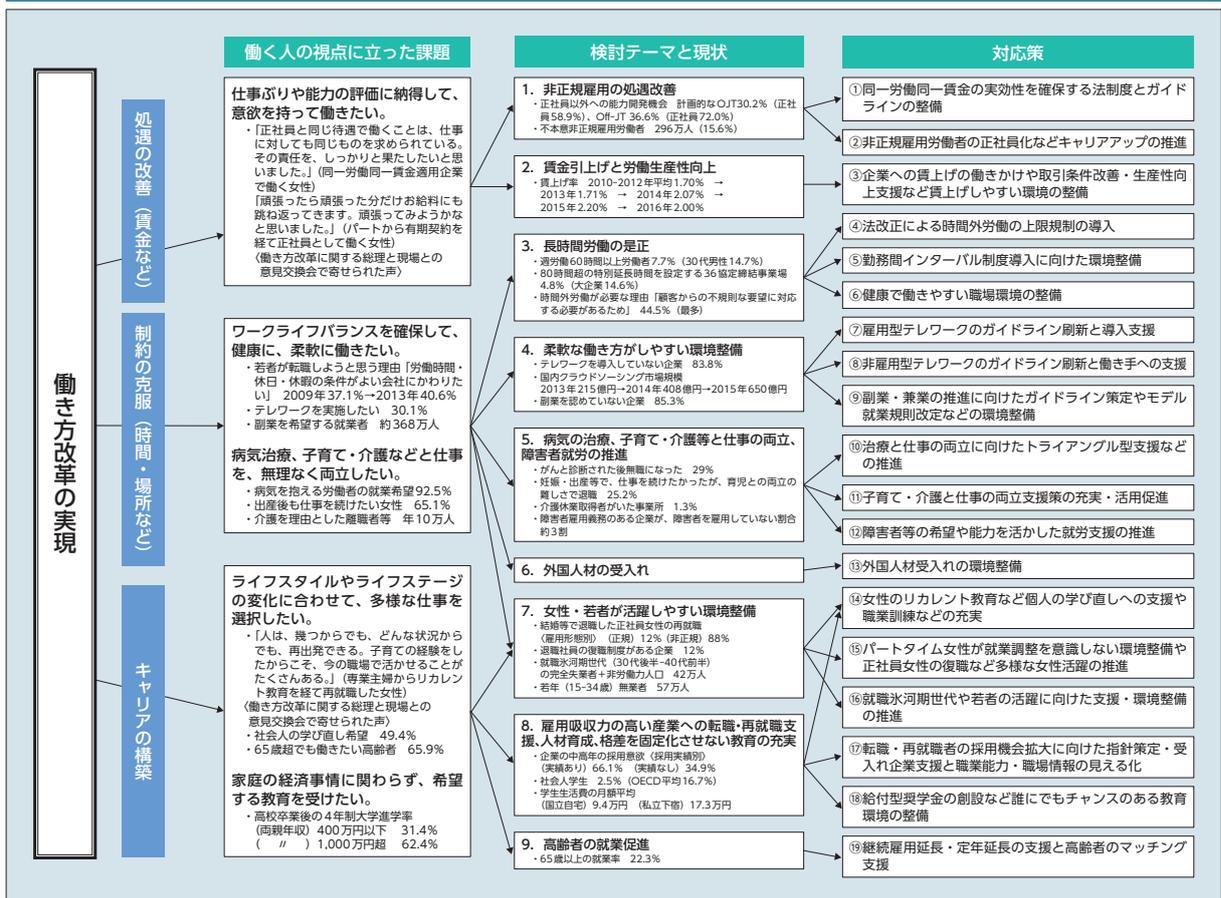
⑧雇用吸収力の高い産業への転職・再就職支援、人材育成、格差を固定化させない教育の充実

- ・女性のリカレント教育など個人の学び直しへの支援や職業訓練などの充実
- ・転職・再就職者の採用機会拡大に向けた指針策定・受入れ企業支援と職業能力・職業情報の見える化
- ・給付型奨学金の創設など誰にでもチャンスのある教育環境の整備

⑨高齢者の就業促進

- ・継続雇用延長・定年延長の支援と高齢者のマッチング支援

図表 3-2-1 働き方改革実行計画の全体像



2 子育て支援の充実

(ニッポン一億総活躍プランでは、「夢をつむぐ子育て支援」を目標として提示)

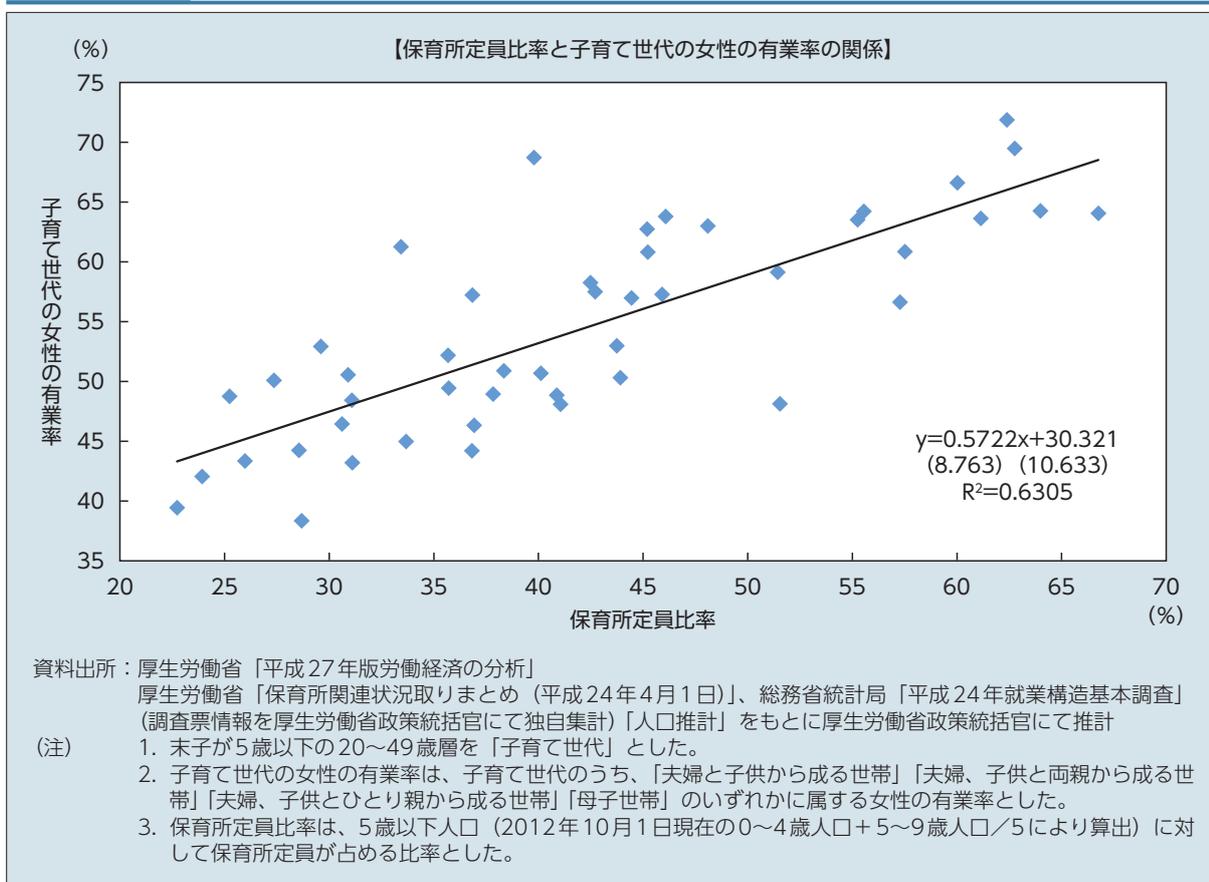
「ニッポン一億総活躍プラン」では、新しい第二の矢として、「夢をつむぐ子育て支援」を掲げた。これは、人口減少という我が国の根源的な課題に立ち向かうため、子育て支援の充実を通じ、一人でも多くの若者たちの結婚や出産の希望を叶えられる社会を目指すものである。

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

第3章

成長という視点から見た社会保障

図表3-2-2 都道府県別保育所定員比率と子育て世代の女性の有業率の関係



(1) 保育の受け皿確保

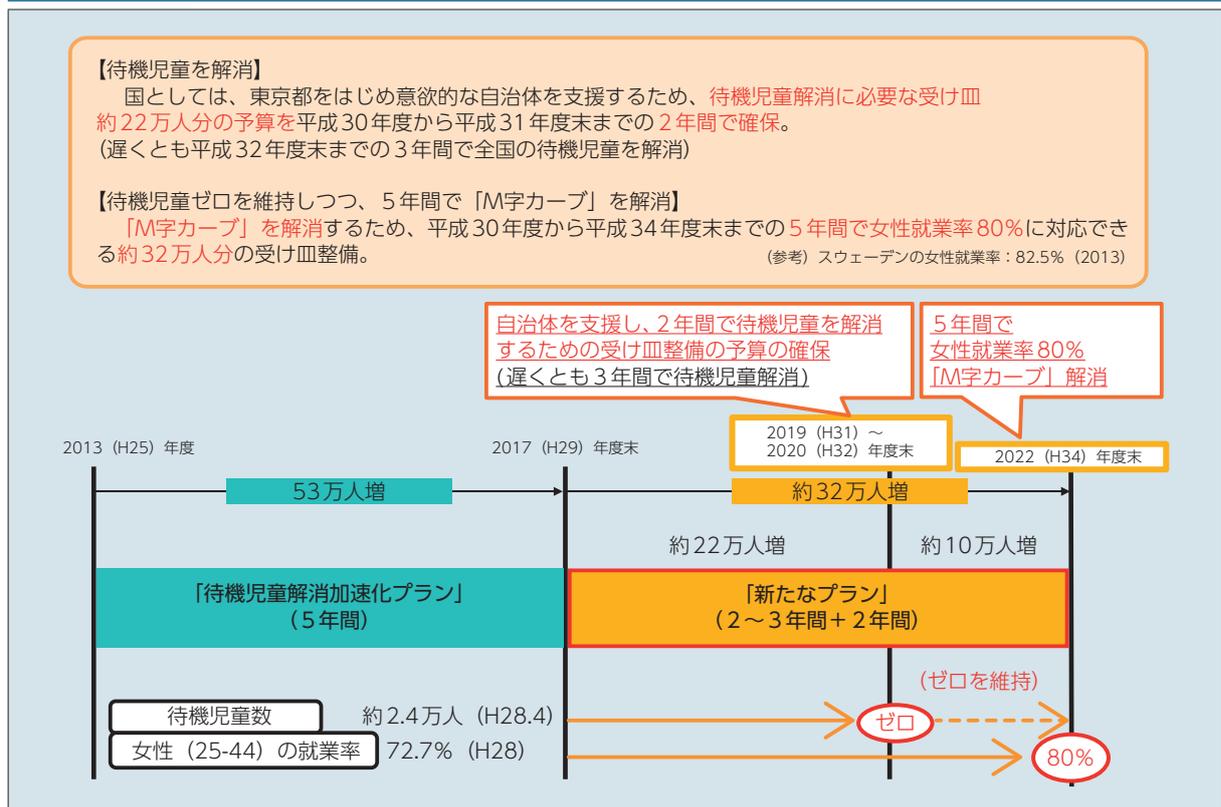
(2017年度末までに53万人分の保育の受け皿の確保を推進)

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

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

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

図表3-2-3 子育て安心プラン



1 保育士の確保

(2017年度末までに9万人の保育士の確保を目指す)

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

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

(保育補助者の雇上げ支援、再就職準備金の充実、保育士配置に係る特例)

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

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

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

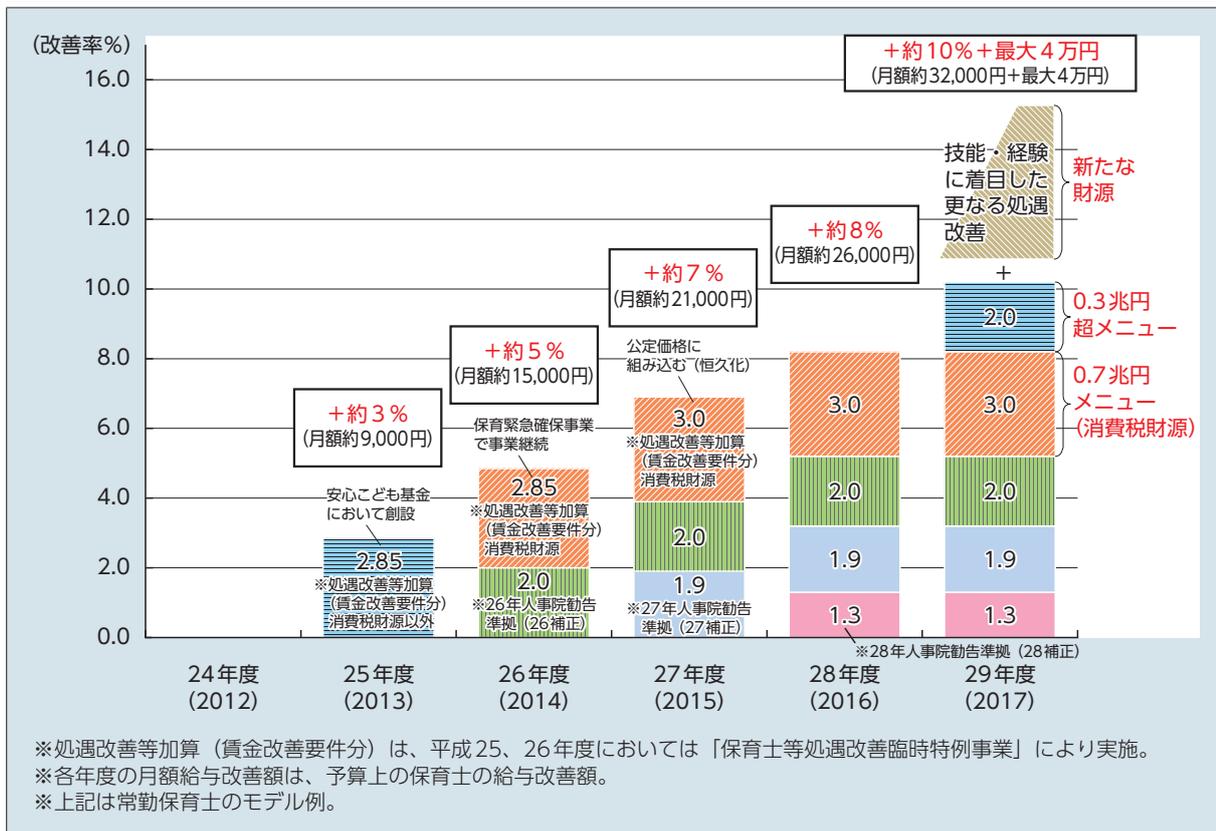
2 保育士の処遇改善

(2016年度までに26,000円相当の処遇改善)

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

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

図表3-2-4 保育士等の処遇改善の推移（平成24年度との比較）

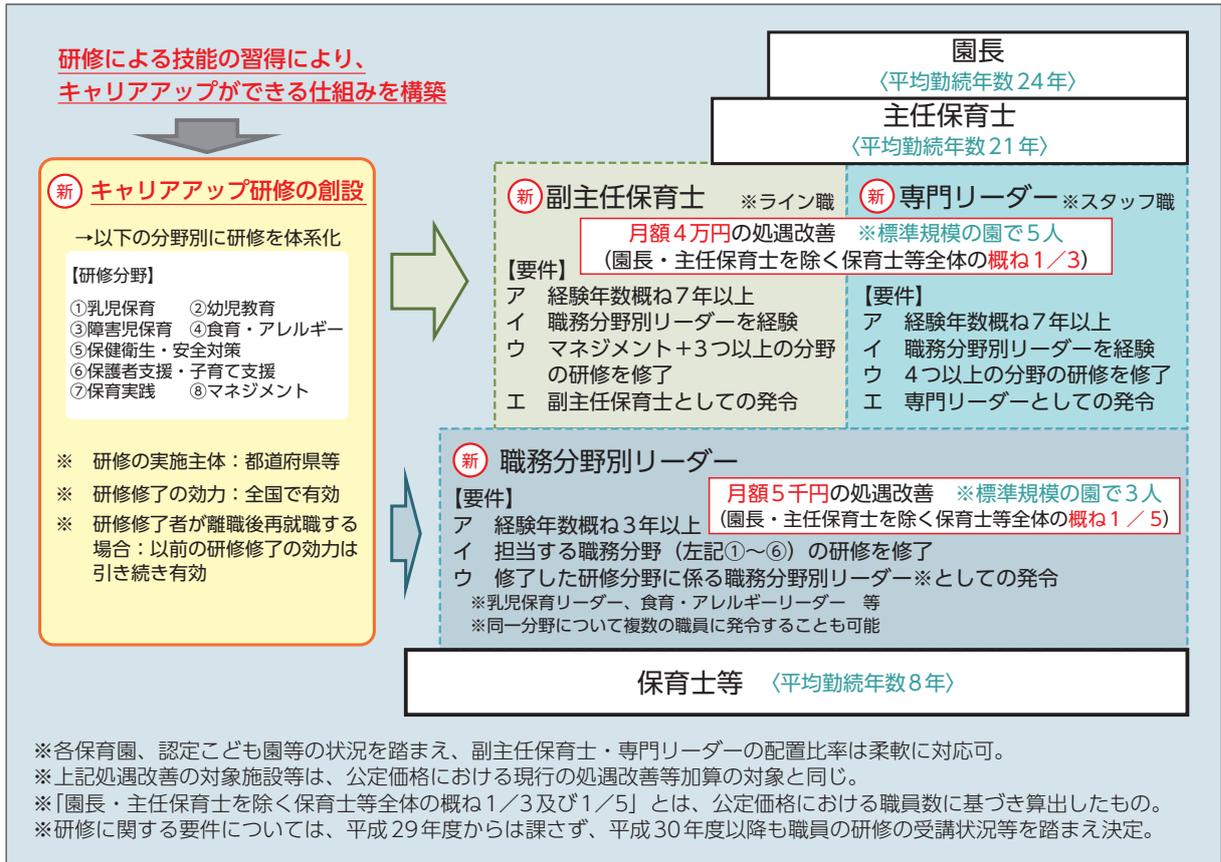


(キャリアアップの仕組みの構築)

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

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

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



(2) 育児休業の取得促進

(育児休業制度の見直し)

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

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

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

図表3-2-6 育児・介護休業法の改正（育児）

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

3 「介護離職ゼロ」

(ニッポン一億総活躍プランで「介護離職ゼロ」を目標として提示)

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

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

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

図表3-2-7 ニッポン一億総活躍プラン(介護部分抜粋)

4. 「介護離職ゼロ」に向けた取組の方向

(1) 介護の環境整備

(介護人材確保のための総合的な対策)

「介護離職ゼロ」の実現に向けて、昨年末の緊急対策において、介護の受け皿を38万人分以上から50万人分以上へ拡大することなどを盛り込んだ。

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

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

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

(1) 介護サービスの確保

(2020年代初頭までに介護サービス50万人分の整備を目指す)

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

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

この目標の達成に向け、介護施設等の整備と併せて、以下の取組みを進めている。

1 介護人材の確保

(再就職準備金、修学資金の貸付けの充実)

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

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

2 介護人材の処遇改善

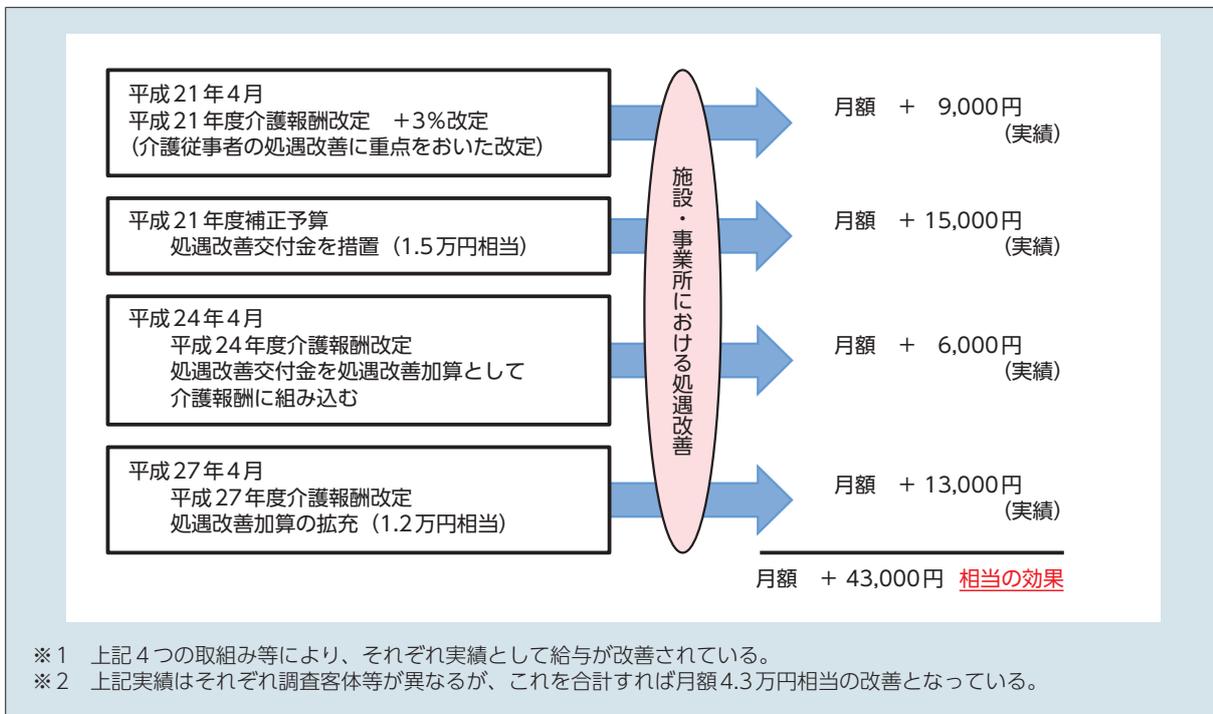
(介護報酬改定)

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

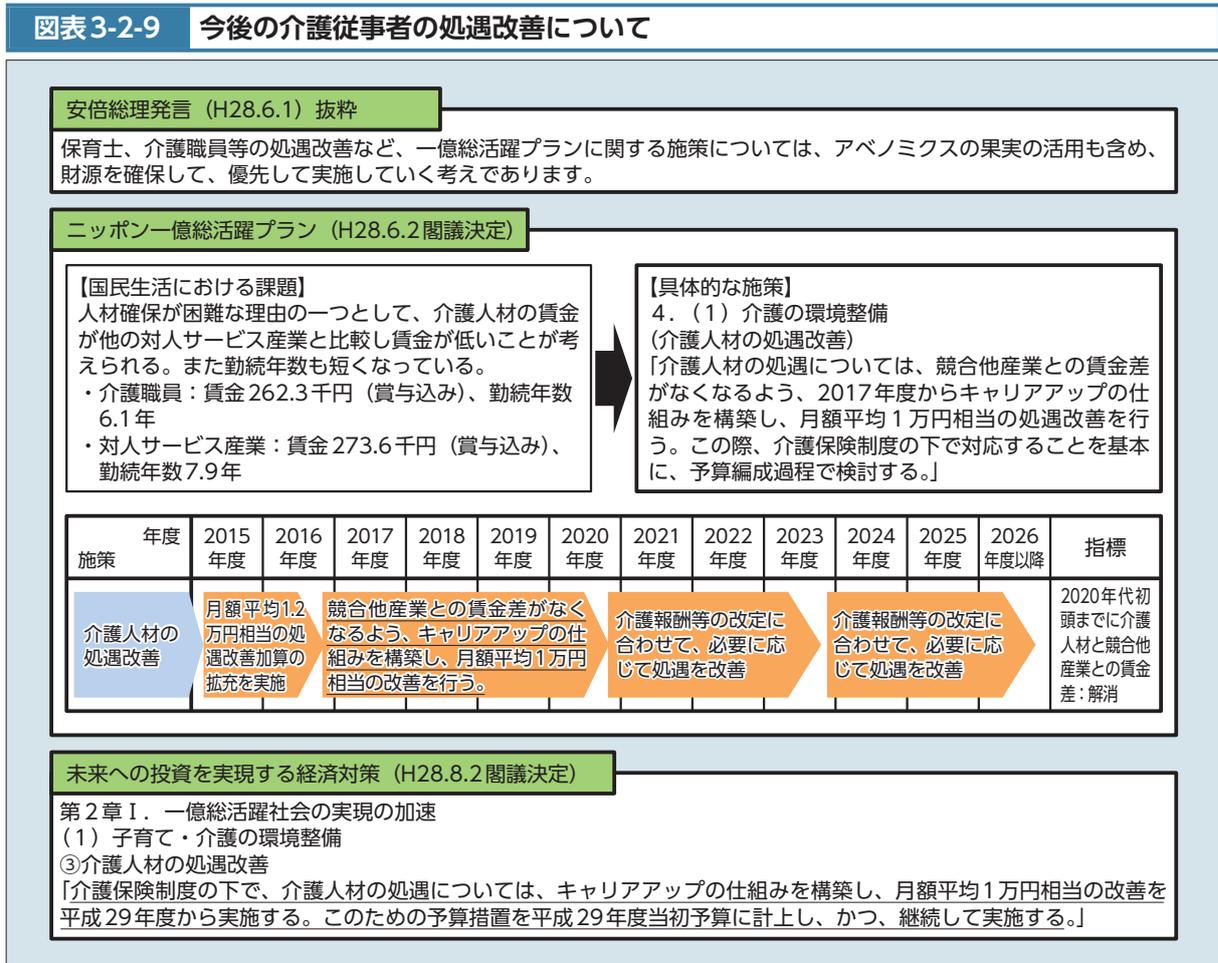
この介護報酬改定の中で、2009（平成21）年以降、介護人材の処遇改善に向けた取り組みを行っており、2015年4月までの改定により、合計すれば月額43,000円相当の改善を行っている（**図表3-2-8**）。

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

図表3-2-8 介護報酬改定における介護人材の処遇改善



図表 3-2-9 今後の介護従事者の処遇改善について



3 介護人材のキャリアアップの推進及び生産性向上 (介護職員の研修受講に必要な経費を支援)

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

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

(ICTの活用、介護ロボットの開発)

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

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

(2) 働く家族を支える環境づくり

(介護休業制度の見直し)

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

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

図表3-2-10 育児・介護休業法の改正(介護)

改正の趣旨		
○介護が必要な家族を抱える労働者が介護サービス等を十分に活用できるようにするため、介護休業や柔軟な働き方の制度を様々な組み合わせで対応できるような制度の構築が必要。		
改正内容【介護離職を防止し、仕事と介護の両立を可能とするための制度の整備】		
改正内容	改正前	改正後
1 介護休業(93日:介護の体制構築のための休業)の分割取得	原則1回に限り、93日まで取得可能	取得回数の実績を踏まえ、介護の始期、終期、その間の期間にそれぞれ対応するという観点から、対象家族1人につき通算93日まで、3回を上限として、介護休業の分割取得を可能とする。
2 介護休暇(年5日)の取得単位の柔軟化	1日単位での取得	半日(所定労働時間の二分の一)単位の取得を可能とする。 (日常的な介護ニーズに対応) 子の看護休暇と同様の制度
3 介護のための所定労働時間の短縮措置等(選択的措置義務)	介護休業と通算して93日の範囲内で取得可能	介護休業とは別に、利用開始から3年の間で2回以上の利用を可能とする。 (日常的な介護ニーズに対応) 事業主は以下のうちいずれかの措置を選択して講じなければならない。(措置内容は現行と同じ) ①所定労働時間の短縮措置(短時間勤務) ②フレックスタイム制度 ③始業・終業時刻の繰上げ・繰下げ ④労働者が利用する介護サービス費用の助成その他これに準じる制度
4 介護のための所定外労働の免除(新設)	なし	介護終了までの期間について請求することのできる権利として新設する。 (日常的な介護ニーズに対応) ・当該事業主に引き続き雇用された期間が1年未満の労働者等は、労使協定により除外できる。 ・1回の請求につき1月以上1年以内の期間で請求でき、事業の正常な運営を妨げる場合には事業主は請求を拒否できる。
5 有期契約労働者の介護休業の取得要件の緩和	①当該事業主に引き続き雇用された期間が過去1年以上であること、②休業開始予定日から93日を経過する日以降も雇用継続の見込みがあること、③93日経過日から1年経過する日までの間に更新されないことが明らかである者を除く	①当該事業主に引き続き雇用された期間が過去1年以上であること、 ②93日経過日から6ヵ月を経過する日までの間に、その労働契約(労働契約が更新される場合にあっては、更新後のもの)が満了することが明らかでない者 とし、取得要件を緩和する。
介護休業等の対象家族の範囲の拡大【省令事項】		
同居・扶養していない祖父母、兄弟姉妹及び孫も追加。(改正前:配偶者、父母、子、配偶者の父母、同居かつ扶養している祖父母、兄弟姉妹及び孫)		

4 非正規雇用労働者の処遇改善

(非正規雇用労働者の正社員への転換及び処遇改善を推進)

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

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

(1) 正社員転換・待遇改善実現プラン

(不本意非正規雇用労働者の割合を10%以下とする等の目標を提示)

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

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

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

図表3-2-11 正社員転換・待遇改善実現プラン

計画期間等	
○計画期間は、2016（平成28）年度（2016年4月）～2020年度（2021年3月）の5カ年とする。	
○プランの着実かつ効果的な推進を図るため、プランの進捗状況を毎年把握・公表する。	
○プランの中間年である2018（平成30）年度に、進捗状況等を踏まえ、必要に応じ、目標値等を見直すほか、状況等の変化に対応し、目標値等を見直すこともあり得る。	
○地域プラン（各都道府県労働局に設置されている本部において、2016年3月中旬に策定）は、本省のプランの内容も参考としつつ、産業構造など地域の実状等を考慮して、具体性かつ実効性のあるものとする。	
主要な目標	
■不本意非正規	
○不本意非正規雇用労働者の割合（全体平均）：10%以下	（2014（平成26）年平均：18.1%）
■若者	
○新規大学卒業者の正社員就職の割合：95%	（2015（平成27）年3月卒：92.2%）
○新規高校卒業者の正社員就職の割合：96%	（2015（平成27）年3月卒：94.1%）
■待遇改善	
○正社員と非正規雇用労働者の賃金格差の縮小を図る。	

(2) 同一労働同一賃金の実現

(非正規雇用労働者の処遇改善のため同一労働同一賃金の実現が重要)

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

(同一労働同一賃金の実効性を確保する法制度とガイドラインの整備)

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

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

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

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

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

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

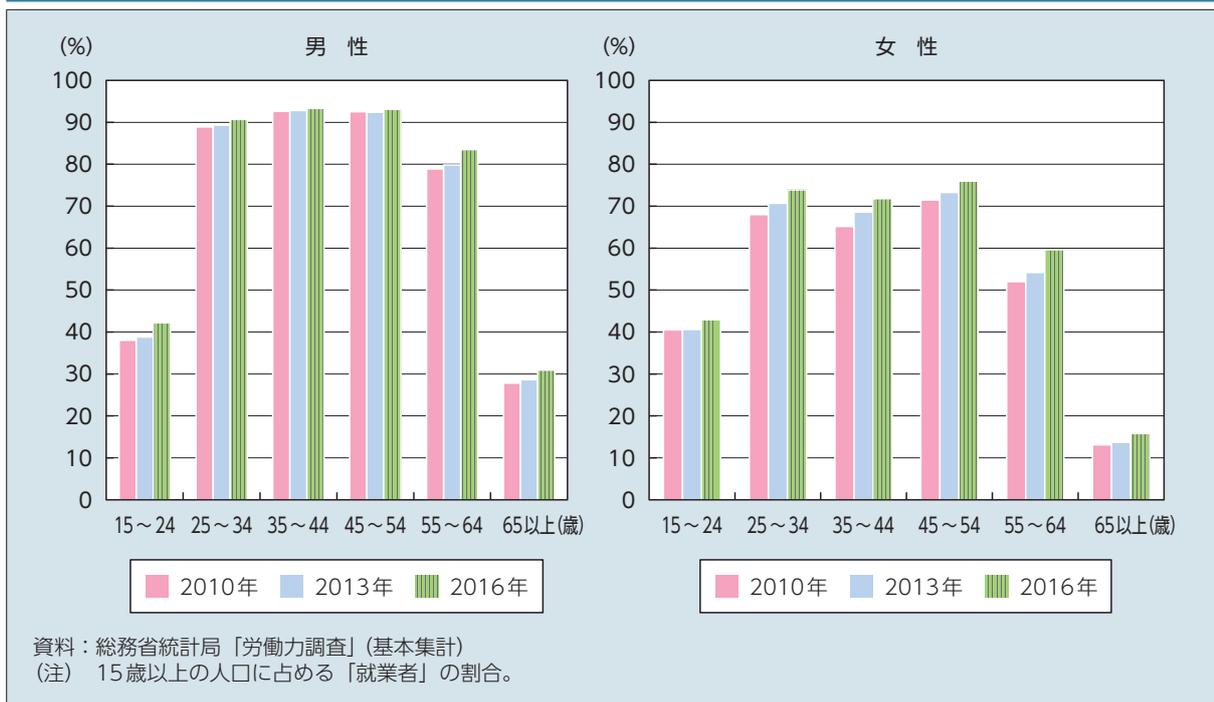
5 女性・若者の活躍推進

(女性や若者が意欲や能力に応じて活躍できるようにすることが重要)

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

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

図表3-2-12 男女別及び年齢階級別就業率



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

(1) 女性の活躍推進

(女性活躍推進法)

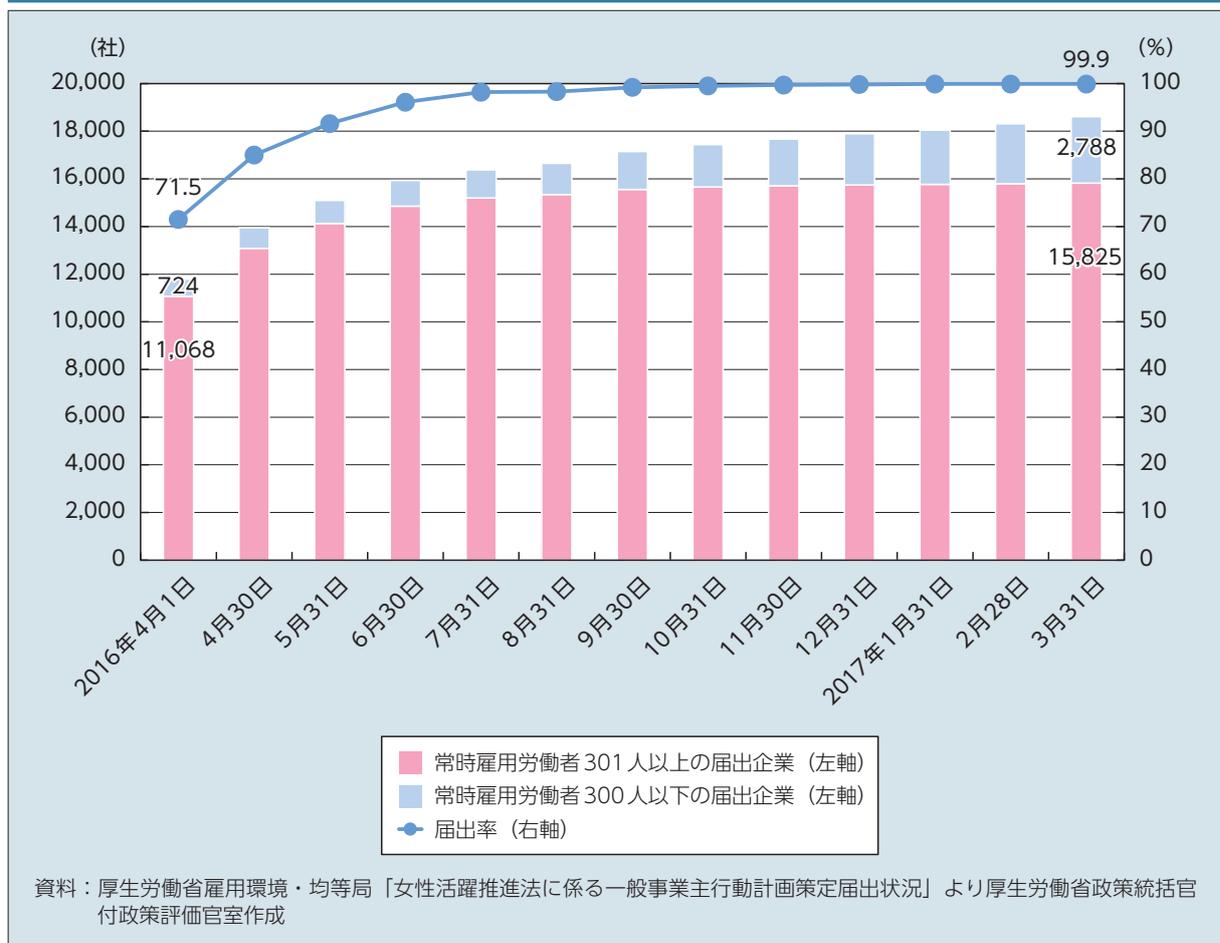
働く女性の個性や能力が十分に発揮されるようにすることを目的として、「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律」(女性活躍推進法)が2015(平成27)年8月に成立し、2016(平成28)年4月に完全施行された。

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

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

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

図表3-2-13 女性活躍推進法に基づく一般事業主行動計画策定届出状況



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

図表3-2-14 女性活躍推進法に基づく認定制度

女性活躍推進法に基づく認定制度

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

認定の段階※ 法施行前からの実績の推移を含めることが可能

<p>1段階目</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ○下の□の5つの基準のうち1つ又は2つの基準を満たし、その実績を厚生労働省のウェブサイトにて毎年公表していること。 ○満たさない基準については、事業主行動計画策定指針に定められた当該基準に関連する取組みを実施し、その取組みの実施状況について厚生労働省のウェブサイトにて公表するとともに、2年以上連続してその実績が改善していること。 ○下段の★印に掲げる基準を全て満たすこと。
<p>2段階目</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ○5つの基準のうち3つ又は4つの基準を満たし、その実績を厚生労働省のウェブサイトにて毎年公表していること。 ○満たさない基準については、事業主行動計画策定指針に定められた当該基準に関連する取組みを実施し、その取組みの実施状況について厚生労働省のウェブサイトにて公表するとともに、2年以上連続してその実績が改善していること。 ○下段の★印に掲げる基準を全て満たすこと。
<p>3段階目</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ○5つの基準の全てを満たし、その実績を厚生労働省のウェブサイトにて毎年公表していること。 ○下段の★印に掲げる基準を全て満たすこと。

□の5つの基準とは、採用、継続就業、労働時間等の働き方、管理職比率、多様なキャリアコース。

★□に掲げる基準以外のその他の基準

- 事業主行動計画策定指針に照らして適切な一般事業主行動計画を定めたこと。
- 定めた一般事業主行動計画について、適切に公表及び労働者の周知をしたこと。
- 法及び法に基づく命令その他関係法令に違反する重大な事実がないこと。

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

(子育て中の女性等の職業能力開発の支援)

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

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

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

コラム 子育て女性の「ハロートレーニング」

公共職業訓練を託児サービス付きで

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

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



訓練で憧れの子ども英語講師に

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

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

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

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

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

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



社会とのつながりを取り戻すきっかけに

子育て中の女性が職業訓練を受けるメリットは、スキルアップにとどまらない。

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

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

就職には課題も

しかし、訓練後の就職では、子育て女性ならではの課題も残る。

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

子育て中の女性が意欲や能力を十分に生かせる社会へ、まだ模索が続く。

(2) 若者の活躍推進

(若者雇用促進法による支援)

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

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

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

図表3-2-15 若者雇用促進法（「青少年の雇用の促進等に関する法律」）

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

若者雇用促進法の主な内容

① 職場情報の積極的な提供（平成28年3月1日施行）

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

※職場情報については、新卒者の募集を行う企業に対し、企業規模を問わず、(i) 幅広い情報提供を努力義務化、(ii) 応募者等から求めがあった場合は、以下の3類型ごとに1つ以上の情報提供を義務としている。

➤提供する情報：(ア) 募集・採用に関する状況、(イ) 職業能力の開発・向上に関する状況、(ウ) 企業における雇用管理に関する状況

② ハローワークにおける求人不受理（平成28年3月1日施行）

ハローワークにおいて、一定の労働関係法令違反があった事業所を新卒者などに紹介することのないよう、こうした事業所の新卒求人者を一定期間受け付けない仕組みを創設した。

➤不受理の対象： ○労働基準法と最低賃金法に関する規定について、
 (1) 1年間に2回以上同一条項の違反については是正勧告を受けている場合
 (2) 違法な長時間労働を繰り返している企業として公表された場合
 (3) 対象条項違反により送検され、公表された場合
 ○男女雇用機会均等法と育児介護休業法に関する規定について
 (1) 法違反の是正を求める勧告に従わず公表された場合

※職業紹介事業者においても、ハローワークに準じた取扱いを行うことが若者雇用促進法に基づく事業主等指針によって定められた。

③ ユースエール認定制度（平成27年10月1日施行）

若者雇用促進法において、若者の採用・育成に積極的で、若者の雇用管理の状況などが優良な中小企業について、厚生労働大臣が「ユースエール認定企業」として認定する制度を創設した。

➤メリット：ハローワーク等によるマッチング支援、助成金の優遇措置、日本政策金融公庫による低利融資などを受けることができる

➤認定基準：
 ・若者の採用や人材育成に積極的に取り組む企業であること
 ・直近3事業年度の新卒者などの正社員として就職した人の離職率が20%以下
 ・前事業年度の月平均の所定外労働時間、有給休暇の平均取得日数、育児休業の取得対象者数・取得者数（男女別）について公表している



等 (認定マーク)

(高校中退者等の就労・自立支援)

高校中退者等の就労や自立の支援のため、2016年度から、教育委員会や学校、地域若者サポートステーションの連携を一層強化し、アウトリーチ（訪問）型等による切れ目のない支援を実施している。

(就職氷河期世代に対する就職支援について)

いわゆる就職氷河期^{*9}に就職時期を迎え、現在、不本意ながら非正規雇用で働いている方々に対して、2017年度から、支援対象者の意欲喚起などを行う短期・集中セミナーの実施、正社員として雇い入れた事業主に対する助成措置として特定求職者雇用開発助成金（長期不安定雇用者雇用開発コース）の新設等、集中的な支援を実施している。

(若者の能力開発支援)

将来のものづくりの担い手である若者の確保、育成を進めるため、2017年9月から、若年者に対して、ものづくり分野の技能検定の2級又は3級の実技試験の受検料の減免（最大9,000円）を実施することとしている。

*9 「就職氷河期」の明確な定義はないが、一般的に1993（平成5）年から2004（平成16）年頃を指すものとして用いられている。

6 障害者、難病患者、がん患者等の就労支援

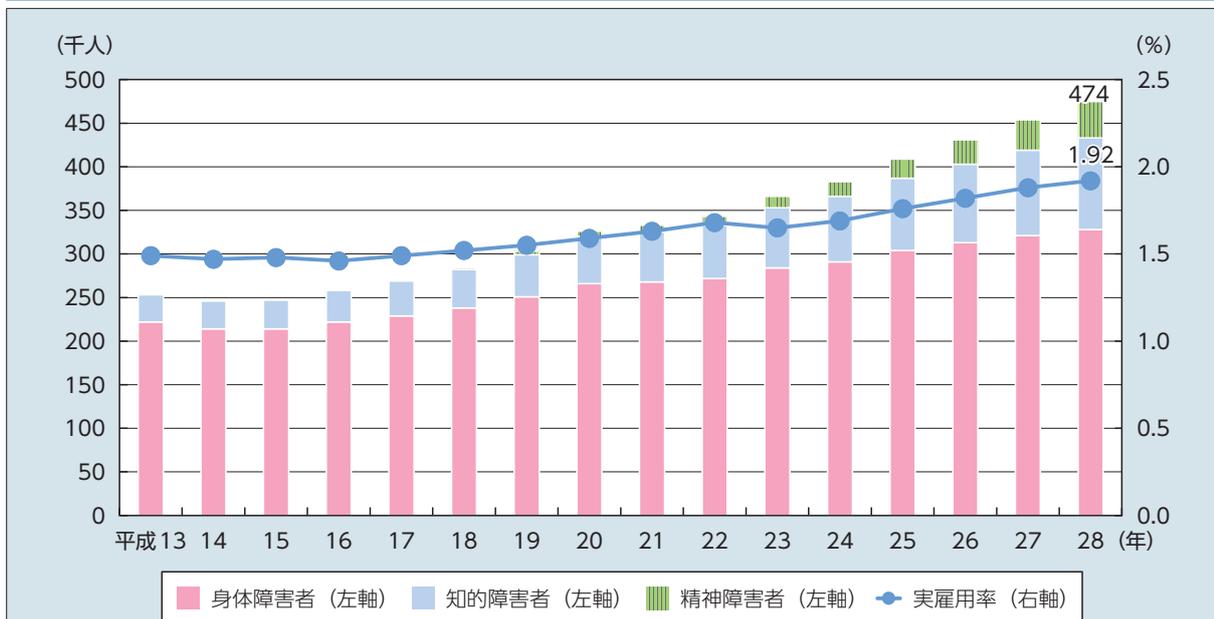
(障害者及び難病患者の就業者数は増加傾向)

「ニッポン一億総活躍プラン」では、「障害者、難病患者、がん患者等が希望や能力、障害や疾病の特性等に応じて最大限活躍できる環境を整備することが必要である」とされた。

また、「働き方改革実行計画」及び「未来投資戦略2017」(平成29年6月9日閣議決定)によると、2018(平成30)年の障害者の法定雇用率の引上げ等を通じて、障害者の希望と能力を活かした就労支援の取組みを進めるとしている。

近年、障害や疾病に応じた様々な就労支援の取組みが進展しており、障害者や難病患者の就業者数は増加傾向にある(図表3-2-16、図表3-2-17)。

図表3-2-16 障害者雇用の現状



資料：厚生労働省 職業安定局「平成28年障害者雇用状況の集計結果」

(注) 1. 雇用義務のある企業(平成24年までは56人以上規模、平成25年以降は50人以上規模の企業)についての集計である。

2. 「障害者の数」とは、次に掲げる者の合計数である。

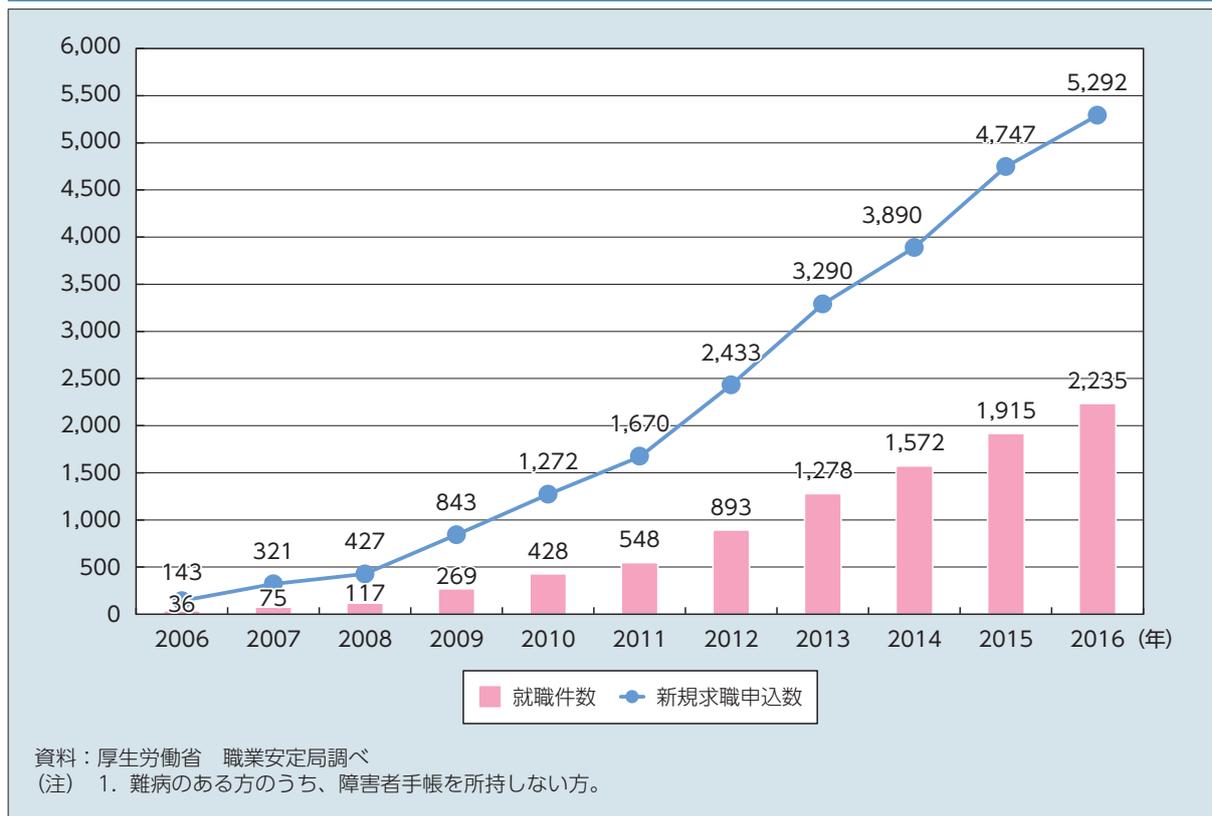
「平成17年まで」は身体障害者(重度身体障害者はダブルカウント)、知的障害者(重度知的障害者はダブルカウント)、重度身体障害者である短時間労働者、重度知的障害者である短時間労働者である。

「平成18年以降平成22年まで」は身体障害者(重度身体障害者はダブルカウント)、知的障害者(重度知的障害者はダブルカウント)、重度身体障害者である短時間労働者、重度知的障害者である短時間労働者、精神障害者、精神障害者である短時間労働者(精神障害者である短時間労働者は0.5人でカウント)である。

「平成23年以降」は身体障害者(重度身体障害者はダブルカウント)、知的障害者(重度知的障害者はダブルカウント)、重度身体障害者である短時間労働者、重度知的障害者である短時間労働者、精神障害者、身体障害者である短時間労働者(身体障害者である短時間労働者は0.5人でカウント)、知的障害者である短時間労働者(知的障害者である短時間労働者は0.5人でカウント)、精神障害者である短時間労働者(精神障害者である短時間労働者は0.5人でカウント)である。

3. 法定雇用率は平成24年までは1.8%、平成25年4月以降は2.0%となっている。

図表3-2-17 ハローワークにおける難病のある方（注1）の職業紹介状況



(1) 障害者への就労支援

障害者の就労促進のため、従来から、企業に対する障害者雇用率の達成指導やハローワークにおける障害特性等に応じた就労支援を推進している（第2部第3章第2節参照）が、近年の主な取組みとしては、以下のものがあげられる。

(障害者の雇用の促進等に関する法律の改正)

2013（平成25）年6月に「障害者の雇用の促進等に関する法律」が改正され、2016（平成28）年4月以降、雇用の分野における障害を理由とする差別的取扱いが禁止されるとともに、過重な負担となる場合を除き事業主に障害者が職場で働くに当たっての支障を改善するための措置（合理的配慮の提供）が義務づけられた。

(障害者の一般就労に向けた在学中からの一貫した支援)

障害者の在学中から個々の希望や能力に応じた就労支援を行うため、2017（平成29）年度から、教育委員会・大学、福祉・保健・医療・労働等行政関係機関や企業等が連携する支援体制モデルとなるネットワークづくりを全国で進めることとしている。

(農福連携)

農業は、障害の特性に応じて作業の役割を担うことができ、障害者と地域とのつながりを生むことができる。障害者が農業へ就労すれば、過疎化や人手不足に悩む農村地域にも利点がある。

このため、「農林水産業・地域の活力創造プラン」（平成28年11月29日改訂）に基づき、農業を通じて障害者に就労体験や雇用の場を提供し、障害者の社会参加を進める取組み（農福連携）を厚生労働省と農林水産省の連携により進めている。

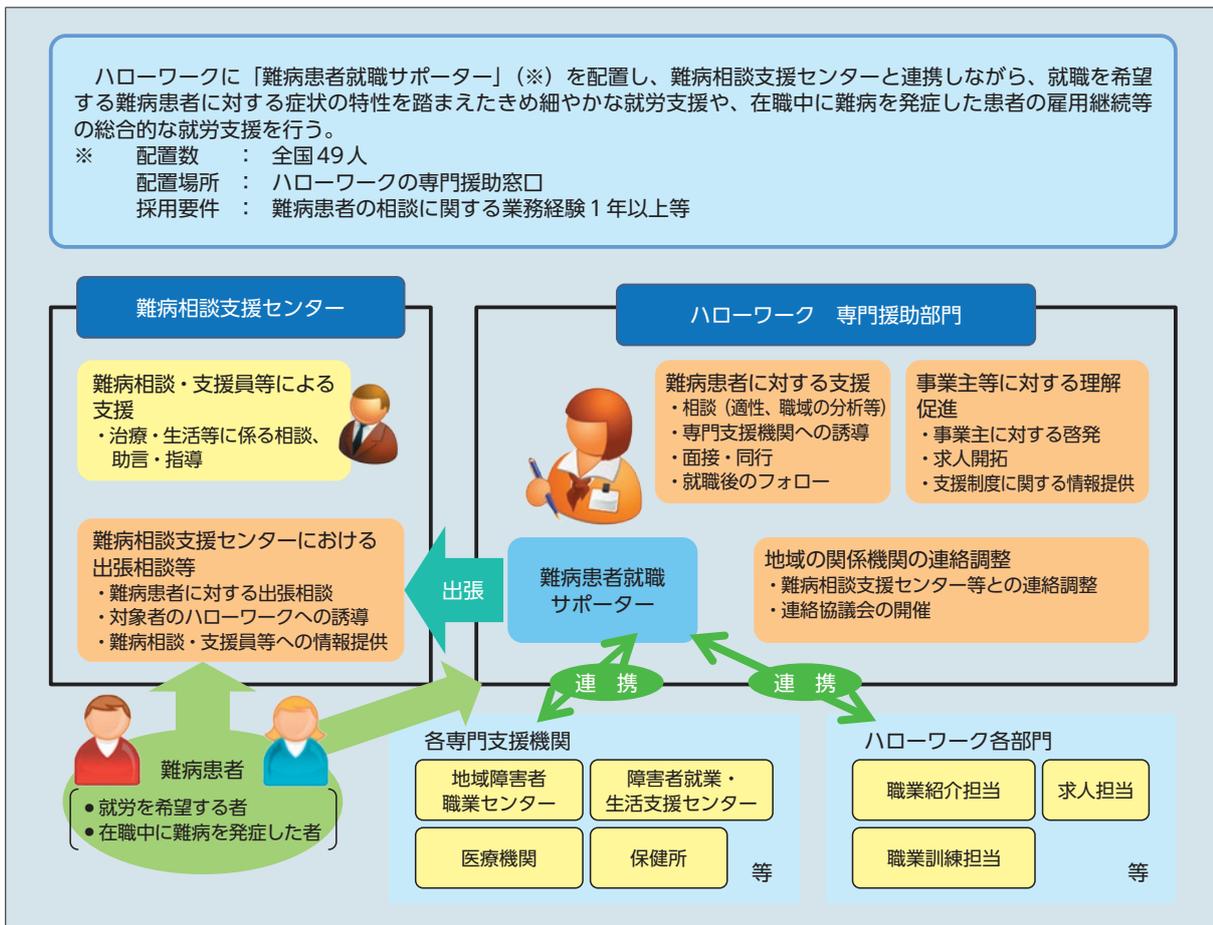
厚生労働省と農林水産省では、両省連携して農福連携に係る広報資料を作成し、セミナー等を開催するとともに、厚生労働省では、障害者就労施設への農業に関する専門家派遣による農業技術に係る指導・助言や6次産業化支援、農福連携マルシェの開催等を支援している。

(2) 難病患者の就労支援

(難病相談支援センターと連携した難病患者就職サポーターによる支援)

ハローワークでは、難病患者就職サポーター（全国49人）を配置し、都道府県が設置する難病相談支援センターと連携しながら、就職を希望する難病患者に対する症状の特性を踏まえたきめ細やかな就労支援などを実施している（[図表3-2-18](#)）。

図表3-2-18 難病相談支援センターと連携した就労支援



(難病患者を雇用する事業主に対する支援)

難病の患者等をハローワーク等の紹介により常用労働者として新たに雇い入れ、雇用管理に関する事項を把握・報告する事業主に対する助成措置を講じている。

また、難病患者の雇用管理に資するマニュアルとして「難病のある人の就労支援のために」を改定し周知する等、事業主等への支援を推進している。

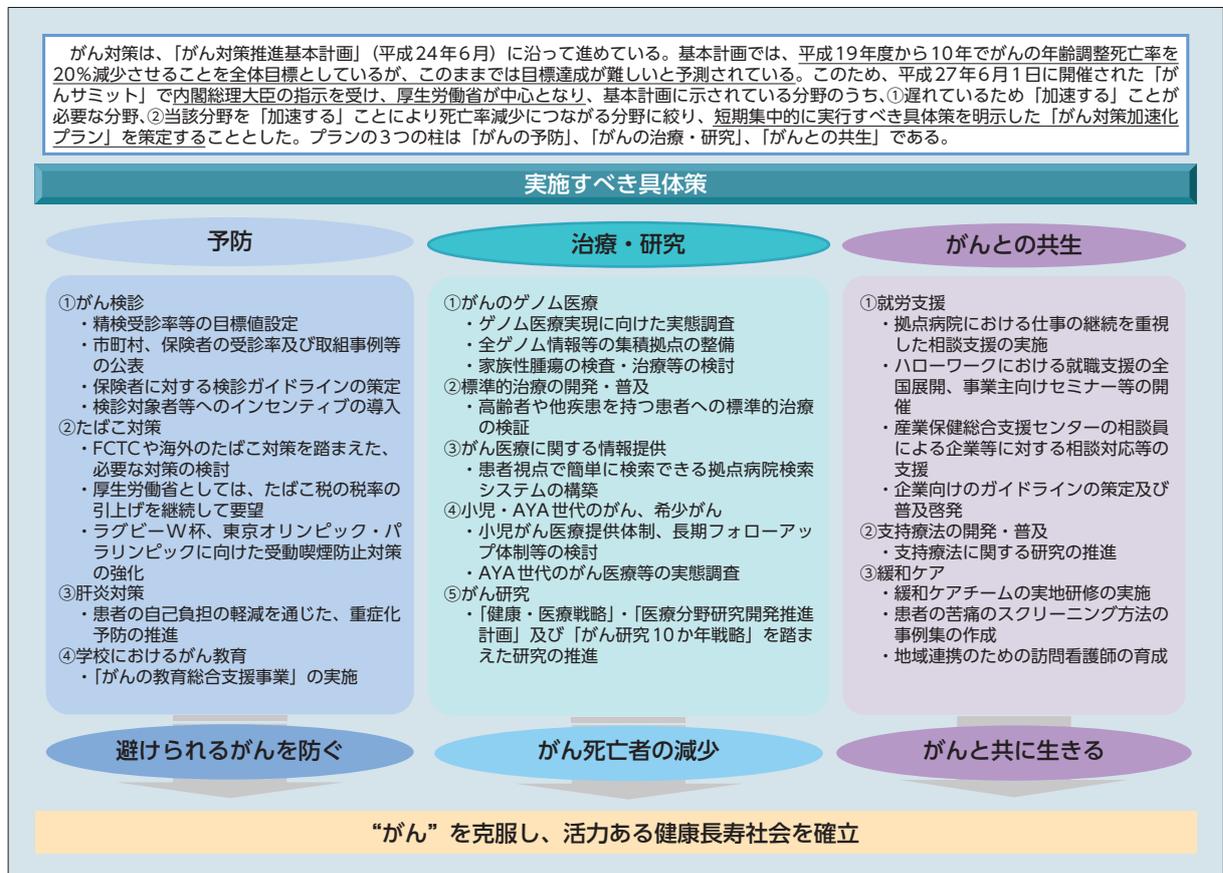
(3) がん患者等への就労支援

(「がん対策加速化プラン」でがん患者の就労支援策を提示)

2015（平成27）年12月に策定された「がん対策加速化プラン」では、がん患者の就労支援のため実施すべき具体策が提示された（図表3-2-19）。

これに基づき、以下の取組みが進められている。

図表3-2-19 がん対策加速化プラン



(事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン)

病気を治療しながら仕事をしている方は、労働人口の3人に1人と多数を占める。病気を理由に仕事を辞めざるを得ない方々や、仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど治療と仕事の両立が困難な状況に直面している方々も多い。厚生労働省では、2016（平成28）年2月に、事業場が、がんなどの疾病を抱える労働者に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と職業生活が両立できるようにするため、事業場における取り組みなどをまとめた「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を策定し、企業等に対して普及を図っている（[図表3-2-20](#)）。

図表3-2-20 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン

本ガイドラインは、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎などの治療が必要な疾病を抱える労働者に対して、事業場において適切な就業上の措置や治療に対する配慮が行われるよう、事業場における取り組みをまとめたもの。

背景・現状

- 治療技術の進歩等により、「不治の病」から「長く付き合う病気」に変化
(例：がん5年相対生存率が向上 平成5～8年53.2%→平成15～17年58.6%)
- 仕事をしながら治療を続けることが可能な状況
(例：仕事をしながら、がんで通院している者が多数 平成22年32.5万人)
- 仕事上の理由で適切な治療を受けることができないケースがみられる
(例：糖尿病患者の約8%が通院を中断、その理由は「仕事(学業)のため、忙しいから」が最多の24%)
- ➡ 疾病に罹患した労働者の治療と職業生活の両立が重要な課題
- 治療と職業生活の両立に悩む事業場が少なくない
(例：従業員が私傷病になった際、企業が従業員の適正配置や雇用管理等に苦慮する事業所90%)
- ➡ 事業場が参考にできるガイドラインの必要性

治療と職業生活の両立支援を行うための環境整備

- 労働者や管理職に対する研修等による意識啓発
- 労働者が安心して相談・申出を行える相談窓口の明確化
- 短時間の治療が定期的に繰り返される場合などに対応するため、時間単位の休暇制度、時差出勤制度などの検討・導入
- 主治医に対して業務内容等を提供するための様式や、主治医から就業上の措置等に関する意見を求めるための様式の整備
- 事業場ごとの衛生委員会等における調査審議

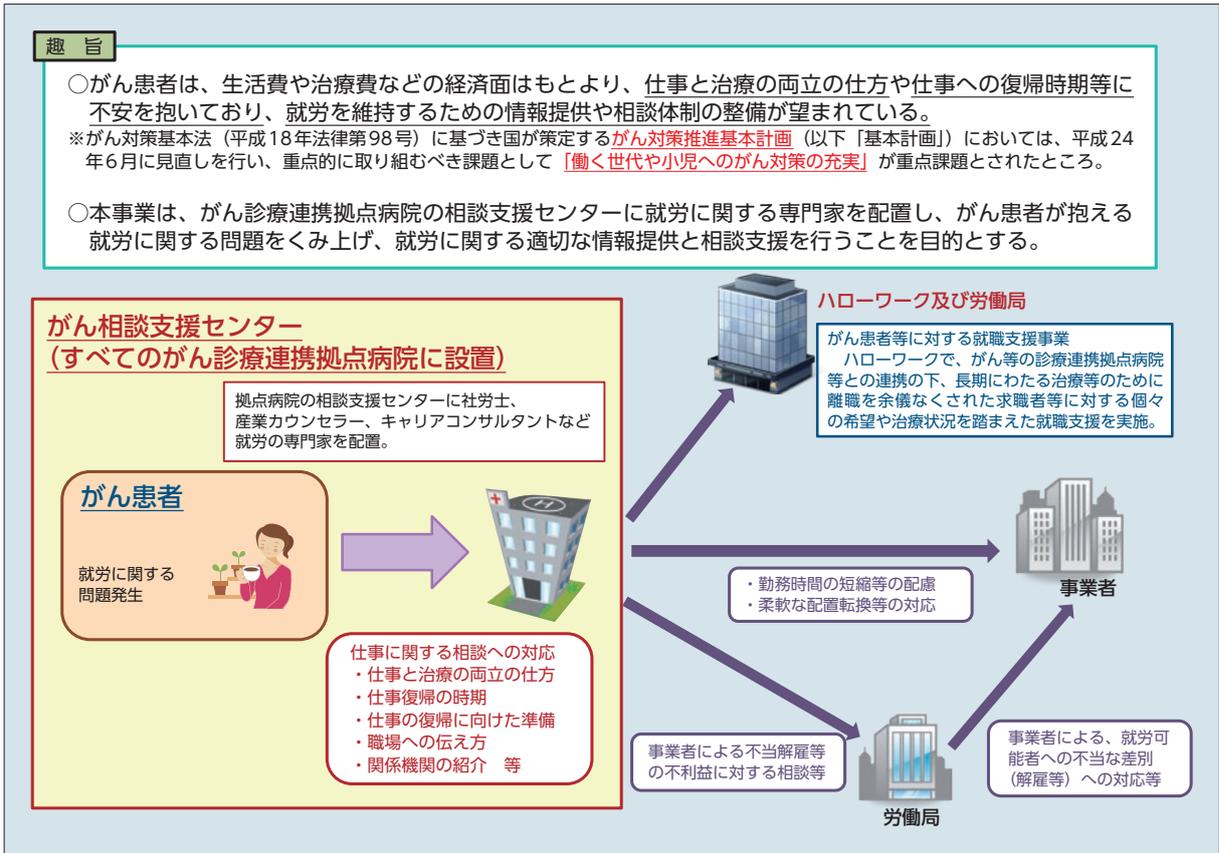
治療と職業生活の両立支援の進め方

- ① 労働者が事業者へ申出
 - ・労働者から、主治医に対して、一定の書式を用いて自らの業務内容等を提供
 - ・それを参考に主治医が、一定の書式を用いて症状、就業の可否、時短等の望ましい就業上の措置、配慮事項を記載した書面を作成
 - ・労働者が、主治医に作成してもらった書面を、事業者へ提出
- ② 事業者が産業医等の意見を聴取
 - ・事業者は、労働者から提出された主治医からの情報を、産業医等に提供し、就業上の措置、治療に対する職場での配慮に関する意見を聴取
- ③ 事業者が就業上の措置等を決定・実施
 - ・事業者は、主治医、産業医等の意見を勘案し、労働者の意見も聴取した上で、就業の可否、就業上の措置(作業の転換等)、治療に対する配慮(通院時間の確保等)の内容を決定・実施
 - ※その際には、上記の具体的な支援内容をまとめた「両立支援プラン」の作成が望ましい

(がん相談支援センター、地域統括相談支援センターの相談支援)

全てのがん診療連携拠点病院に設置されているがん相談支援センター（全国400か所（2017（平成29）年4月現在））では、がん患者の就労に関する相談に対応している。また、がん相談支援センターに社会保険労務士、産業カウンセラー、キャリアコンサルタントなどを配置する事業を行っており（2016年度は全国121か所）、病気の治療と仕事の両立を重視した相談支援を実施している（[図表3-2-21](#)）。

図表3-2-21 がん患者の就労に関する総合支援事業



また、都道府県の地域統括相談支援センター（全国14か所）では、保健師やピアサポーター等によるがん患者や家族への就労相談を含めた様々な分野の相談をワンストップで提供している。

(産業保健総合支援センターによる支援)

各都道府県にある産業保健総合支援センター（全国47か所）では、がん患者等が就労を継続できるように、事業者、人事労務担当者等を対象とする啓発セミナー等の開催や、社会保険労務士等の専門家による企業への個別訪問指導、相談対応や働く方と企業との間の個別の調整支援などを行っている。

(ハローワークによる支援)

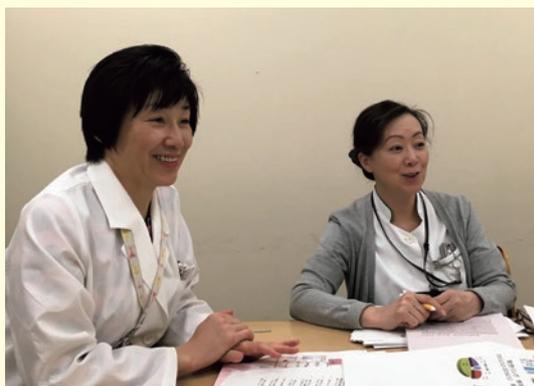
ハローワークでは、がん患者の就職支援をするために、がん診療連携拠点病院等と連携し、就職支援事業を全国で実施するとともに、事業主向けセミナーや就職支援ナビゲーターの交流会等を開催している。

がんは、医療技術の進歩により、「不治の病」から「長く付き合う病気」に変化してきた。がん患者の約3人に1人は、就労可能な年齢でがん罹患しており、仕事と治療の両立が課題となっている。仮にがん患者が全員仕事を辞めたら、年間の労働損失は最大1.8兆円との試算¹もあり、患者本人だけでなく、社会にとっても大きな問題である。

医療者がひと声かければ、仕事を辞めずにすむ

聖路加国際病院（東京都中央区）の乳腺外科部長である山内英子医師は、2009（平成21）年にアメリカの病院勤務から日本に帰国した際、驚いたことがある。それは、日本では、がんと知っただけで仕事を辞める人が、アメリカと違って非常に多いことだった。がんによる離職者の約4割が、診断確定時から治療開始までに離職するとの調査²もある。山内医師は、医療者として患者の就労問題に手を差し伸べるべきと感じたという。

そこで、まず自分たちが患者に自信をもって声かけできるようになると、院内の医療従事者向けに、就労に関わる基礎知識の勉強会を行った。



山内氏（左）と橋本氏（右）

また、患者への「問診票」に、就労に関する質問項目を設け、初診段階で就労の悩みを把握した上で、院内のがん相談支援室の利用

を促している。

山内医師によると、実際には仕事を辞めるほどの病状ではないのに、「このまま死んでしまうのでは」という誤解や、「周りに言いたくない」という気持ちから、早々に仕事を辞めてしまう人が多いという。早い段階でひとこと声をかけるだけで、仕事を辞めずにすむ人は大勢いるはずだと、同医師は考えている。

グループ学習を通じたつながりが精神的安定に

また、同病院のがん相談支援室では、独自の就労支援として、2012（平成24）年から「就労Ring」というグループでの学習会を開催している。認知行動療法³の手法を取り入れ、1回1時間、3回のコースの中で、患者が就労の悩みや課題を話し合ったり、社会保険労務士などの専門家から意見を聞いたりする。医療者は、個々の患者の病状の違いなどを踏まえて話の流れをフォローする役割だ。

「就労Ring」の参加者は、同病院に乳がん患者が多いため女性が多く、約7割が30～40歳代だ。同じ悩みを持つ人とつながりを持つことや、自分の経験が人の役に立つと感じることで、患者の精神的な安定に効果がある。また、就労に関わる専門家が同席することで、患者は必要な知識を得られるとともに、専門家の側にとっても、がん患者の悩みや気持ちを学ぶ貴重な機会になっている。



1 2012、2013年度厚生労働科学研究費がん臨床研究事業 キャンサーサバイバーシップ 治療と職業生活の両立に向けたがん拠点病院における介入モデルの検討と医療経済などを用いたアウトカム評価
 2 2015年度厚生労働科学研究費 がん対策推進総合研究事業 働くがん患者の職場復帰支援に関する研究
 3 認知（物事の受け取り方や考え方）に働きかけて気持ちを楽にする心理療法の一種。

患者本人のエンパワメントに重要な役割

もちろん、がん患者の就労には、職場の理解なども不可欠だ。しかし、同病院の事例は、患者本人のエンパワメント（例えば、患者自身が仕事を続けられると思えるようになること）という点で、医療者が重要な役割を果たしていることを示す。

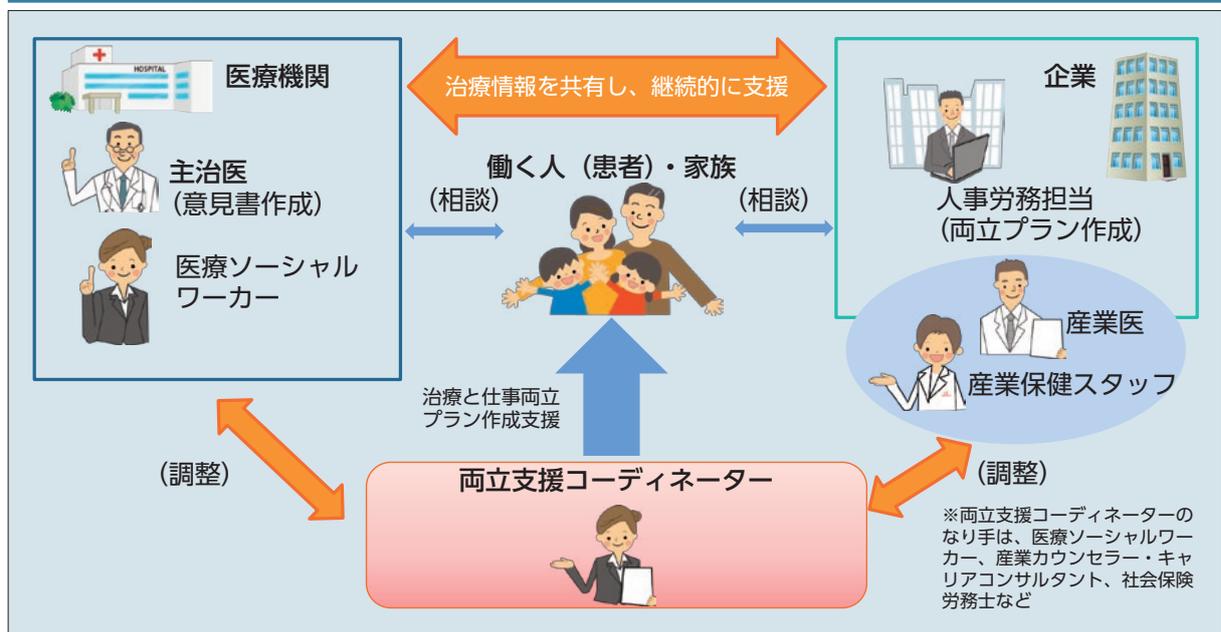
同病院のがん相談支援室の橋本久美子アシ

スタントナースマネージャーによると、職場や知人、親族に対し、自分の病気のことを言うか言わないかは、患者によって異なるため、「長い治療経過の中で、困ったときに、病院の中に相談できる人がいることは大事」という。それは、がん患者と真剣に向き合うからこそ出てくる答えなのだろう。

**(4) 病気の治療と両立に向けたトライアングル型のサポート体制
(病気の治療と仕事の両立に向けた両立支援コーディネーターによる支援)**

働き方改革実行計画を踏まえ、病気の治療と仕事の両立を支援するため、主治医と会社の連携の中核となり、患者に寄り添いながら継続的に相談支援を行いつつ、個々の患者ごとの治療・仕事の両立に向けたプランの作成支援などを担う両立支援コーディネーターの育成・配置等を2017（平成29）年度から進め、主治医、会社・産業医と、両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制を構築することとしている（図表3-2-22）。

図表3-2-22 病気の治療と両立に向けたトライアングル型支援のイメージ



7 能力開発・人材育成

(能力開発による労働生産性の向上が重要)

生産年齢人口の減少が続く中、我が国の持続的な経済成長を実現するためには、労働者一人一人が能力開発を通じて労働生産性を高めていくことが、きわめて重要である。

我が国では、従来より、公的職業訓練のほか、企業における人材の育成支援や労働者の

自発的な職業能力開発の支援を通じ、労働者の能力開発を促進している。

「働き方改革実行計画」においては女性のリカレント教育など社会人の学び直しの充実策が盛り込まれるとともに、「未来投資戦略 2017」においては、「第4次産業革命の進展により付加価値を生み出す競争力の源泉が「モノ」や「カネ」から「ヒト（人材）」「データ」に移っていくとして、IT・データスキル等の習得支援の拡充が必要であるとしている。

(1) ハロートレーニング（公的職業訓練）

（公共職業訓練と求職者支援訓練）

ハロートレーニング（公的職業訓練）には、雇用保険の受給者を主な対象とする「公共職業訓練」と、雇用保険を受給できない求職者を対象とする「求職者支援訓練」があり、いずれもハローワークで求職中の場合は原則無料で受講できる（図表3-2-23）。

図表3-2-23 ハロートレーニング（公共職業訓練及び求職者支援訓練）

公共職業訓練 （離職者訓練）	<p>(1) 対象：ハローワークの求職者 <u>雇用保険受給者</u></p> <p>(2) 訓練期間：おおむね3月～1年</p> <p>(3) 実施機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ○<u>国（ポリテクセンター）</u> 主にものづくり分野の高度な訓練を実施（金属加工科、住環境計画科等） ○<u>都道府県（施設内訓練）</u> 地域の実情に応じた多様な訓練を実施（具体的には、自動車整備科等） ○<u>委託先：民間教育訓練機関等（都道府県からの委託）</u> 事務系、介護系、情報系等高額な設備を要しない訓練を実施
求職者支援訓練	<p>(1) 対象：ハローワークの求職者 <u>雇用保険を受給できない方</u></p> <p>(2) 訓練期間：2～6か月</p> <p>(3) 実施機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ○<u>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）</u> 主な訓練コース <ul style="list-style-type: none"> ・介護系（介護福祉サービス科等） ・情報系（Webクリエイター養成科等） ・医療事務系（医療・調剤事務科等）等

2016（平成28）年度には、離職者訓練については、公共職業訓練で約11.9万人、求職者支援訓練で約3.2万人に対して訓練を実施した。

また、「働き方改革実行計画」では、IT・保育・介護など人材需要の高い分野の長期の離職者訓練を新設・拡充することとされた。

（生産性向上人材育成支援センターによる事業主支援）

2017（平成29）年4月から、全国のポリテクセンター等に「生産性向上人材育成支援センター」を設置した上で、中小企業等の生産性向上に向けた人材の育成を支援することを目的とし、各企業のニーズに応じた在職者訓練のコーディネートや人材育成の相談対応等の総合的な事業主支援を実施している。

なお、在職者訓練メニューには、第4次産業革命で求められているIT関連分野（IoT

等) も含まれている。

(2) 企業における人材育成の支援

(人材開発支援助成金)

企業における人材育成を支援するため、事業主が職業訓練を行った場合、人材開発支援助成金により、事業主に訓練経費及び訓練期間中の賃金の一部を助成している。

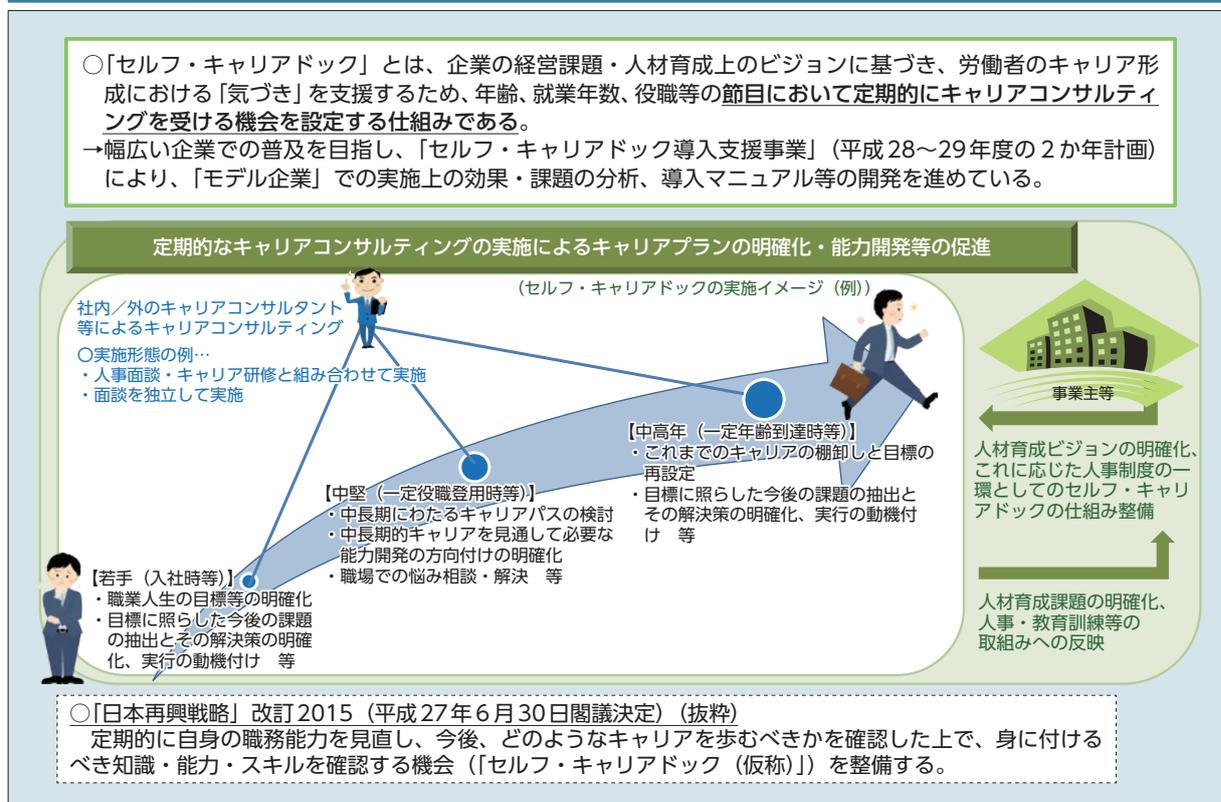
2017（平成29）年度からは、労働生産性の向上に資する人材育成を促進する観点から、労働生産性が向上している企業については、助成率または助成額を引き上げるなどの見直しを行った。

(セルフ・キャリアドック)

「セルフ・キャリアドック」とは、企業の人材育成ビジョンに基づき、従業員の主体的なキャリア形成を促進・支援することを目的として、体系的・定期的なキャリアコンサルティングを実施する仕組みである。企業での取組みが進めば、従業員のキャリアプランや身につけるべき知識・技術などを明確にできることが期待される。

『日本再興戦略』改訂2015（平成27年6月30日閣議決定）等を踏まえ、導入マニュアル等の開発を行うための事業や、人材開発支援助成金による事業主への助成措置等を実施している（**図表3-2-24**）。

図表3-2-24 セルフ・キャリアドック



(3) 労働者の自発的な能力開発の支援

(教育訓練給付の拡充)

自発的な能力開発に取り組む労働者や離職者に対しては、雇用保険の教育訓練給付により教育訓練経費の一部を支援している。

子育て等により離職した女性の学び直しや高度なIT分野での働き手に必要なスキルの向上を促進するため、2017（平成29）年3月に改正された雇用保険法に基づき、2018（平成30）年1月以降、専門実践教育訓練給付の給付率の引上げを行う（給付率は6→7割、上限額は、年間48万→56万円）とともに、子育て等の理由がある場合に給付を受けられる期間を離職後最大4年から20年までに延長することとしている。

また、今後、給付率の引上げ等と併せて、対象講座についても、高度IT分野の講座や女性のリカレント教育のための講座、土日・夜間でも受講できる講座等を重点に、関係省庁との連携により拡充を図ることとしている。

8 最低賃金

(最低賃金)

我が国では、「最低賃金法」に基づき、国が賃金の最低額を定めており、使用者は賃金の最低額以上の賃金を払うこととされている。

賃金は、本来、労使が自主的に決定するものであるが、中小企業では最低賃金に近い水準の賃金を実際に支払っているケースも見られ、最低賃金が実際の賃金水準に大きな影響を与えている。

一方、持続的な経済成長のためには、過去最高の企業収益を継続的に賃上げにつなげ、近年低下傾向にある労働配分率を上昇させ、経済の好循環を更に確実にすることが重要である。

最低賃金については、「働き方改革実行計画」、「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）及び「未来投資戦略2017」において、年率3%程度を目途として、名目GDP成長率にも配慮しつつ引き上げていき、全国加重平均1,000円を目指すとされている。

(1) 最低賃金の引上げ

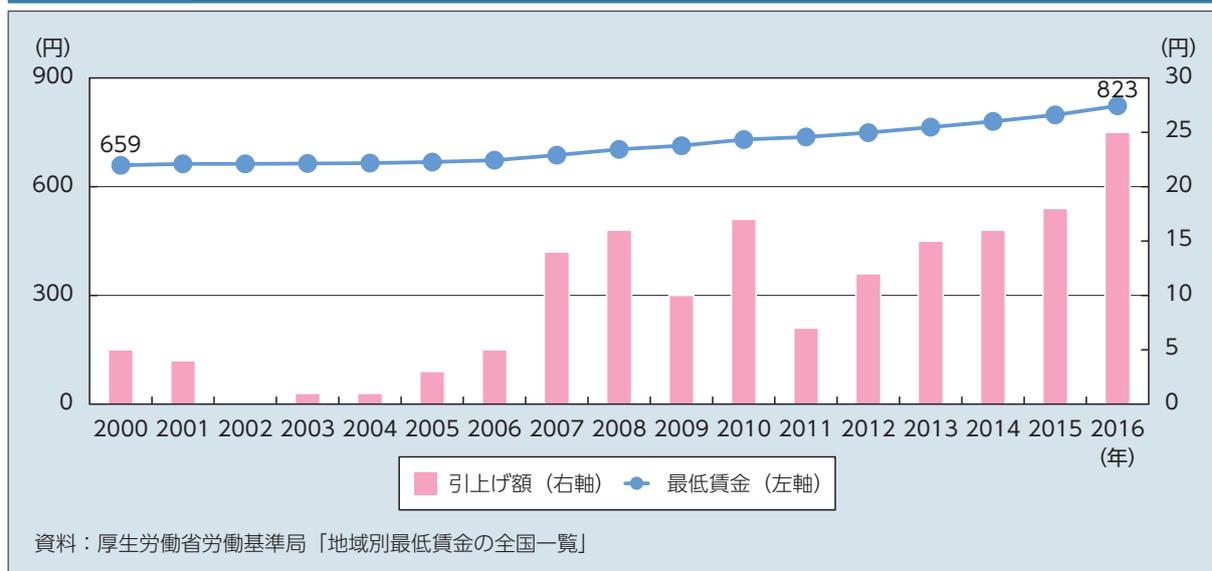
(最低賃金の決定の仕組み)

最低賃金には、都道府県ごとに定められる「地域別最低賃金」と特定産業ごとに定められる「特定最低賃金」がある。地域別最低賃金については、公労使三者構成による中央最低賃金審議会及び地方最低賃金審議会での審議を経て、都道府県労働局長が決定しており、特定最低賃金については、労使の申出に基づき、地域別最低賃金より高い最低賃金が必要とされるものに設定されている。

(最低賃金の大幅な引上げ)

2016（平成28）年の最低賃金額（全国加重平均額）は、最低賃金が時給表示となった2002（平成14）年以降過去最大となる25円引上げの823円となった（[図表3-2-25](#)）。

図表3-2-25 最低賃金の年次推移（2016年）



(2) 中小企業等の生産性向上の支援

(専門家派遣・相談等支援事業)

最低賃金の引上げに伴い、労働者に実際に支払う賃金を引き上げる中小企業等においては、賃金原資の確保のため、生産性の向上を実現することが必要となる。

このため、生産性向上に向けた中小企業の経営課題及び労務管理の相談に対応するべく、民間事業者に委託し、無料の相談、中小企業への専門家派遣を実施する最低賃金総合相談支援センターを各都道府県に設置している。

(業種別中小企業団体助成金)

全国規模及び都道府県規模の33業種の事業主団体が、業界全体として賃金底上げを図ることを目的として市場調査の実施や新たなビジネスモデル開発等を行う場合、業種別中小企業団体助成金により、取組みの経費を助成している。

また、厚生労働省ホームページにおいて、助成金の活用事例の周知を図っている。

(業務改善助成金)

生産性向上のための設備投資等を行い、事業場内最低賃金1,000円未満の中小企業・小規模事業者が事業場内最低賃金を一定額以上引き上げた場合には、業務改善助成金により、設備投資等に要した経費を助成している。

2016（平成28）年度補正予算により、事業場内最低賃金の引上げ幅に応じた助成額となるよう、助成制度を拡充している。

また、厚生労働省ホームページにおいて、助成金の活用事例の周知を図っている。

第3節 社会保障分野における技術進歩

(健康・医療・介護分野は、技術革新による成長や社会保障サービスの向上が期待される)

社会保障の主要な分野のひとつである健康・医療・介護分野は、革新的な技術の導入による成長余力が高い分野として注目されている。同時に、技術革新を通じて、社会保障サービスの質の向上や効率化にも寄与することが期待されている。

「日本再興戦略2016」(平成28年6月2日閣議決定)では、「ICTやロボット、人工知能、ゲノム解析等の技術革新を最大限に活用し、医療・介護の質や生産性の向上、国民の生活の質の向上、革新的な医薬品・医療機器等の開発・事業化につなげ、世界最先端の健康立国の実現を目指すとともに、グローバル市場の獲得を目指す」とされた。また、「未来投資戦略2017」(平成29年6月9日閣議決定)では、技術革新を活用した新しい健康・医療・介護システムについて、「2020年には新しいシステムを構築し、国民が安心できる医療・介護が2025年に国民生活に定着していることを目指す」とされた。

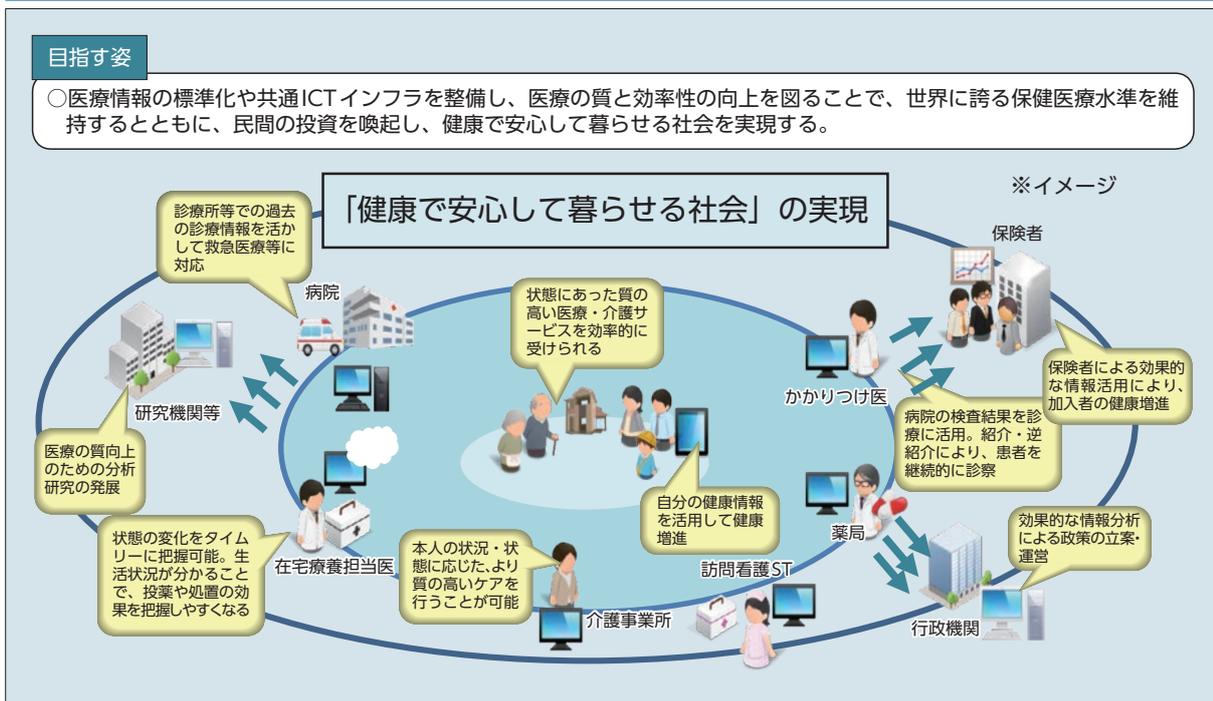
そのため、革新的な医薬品・医療機器の創出に向けた基盤整備なども進められているが(第2部第6章参照)、本節では、情報通信技術(Information and Communication Technology: ICT)とロボット技術、人工知能(Artificial Intelligence: AI)、ゲノム解析等に関連した政府の取組みを中心に紹介する。

1 健康・医療・介護分野のICT化の取組み

(1) 「データヘルス改革推進本部」の設置

健康・医療・介護分野は、膨大な個人データを扱う領域であり、ICT化により情報連携や情報提供の迅速化・効率化、情報の蓄積による分析の高度化など、様々な効果が期待できる(図表3-3-1)。

図表3-3-1 医療等分野におけるICT化の徹底が目指す姿

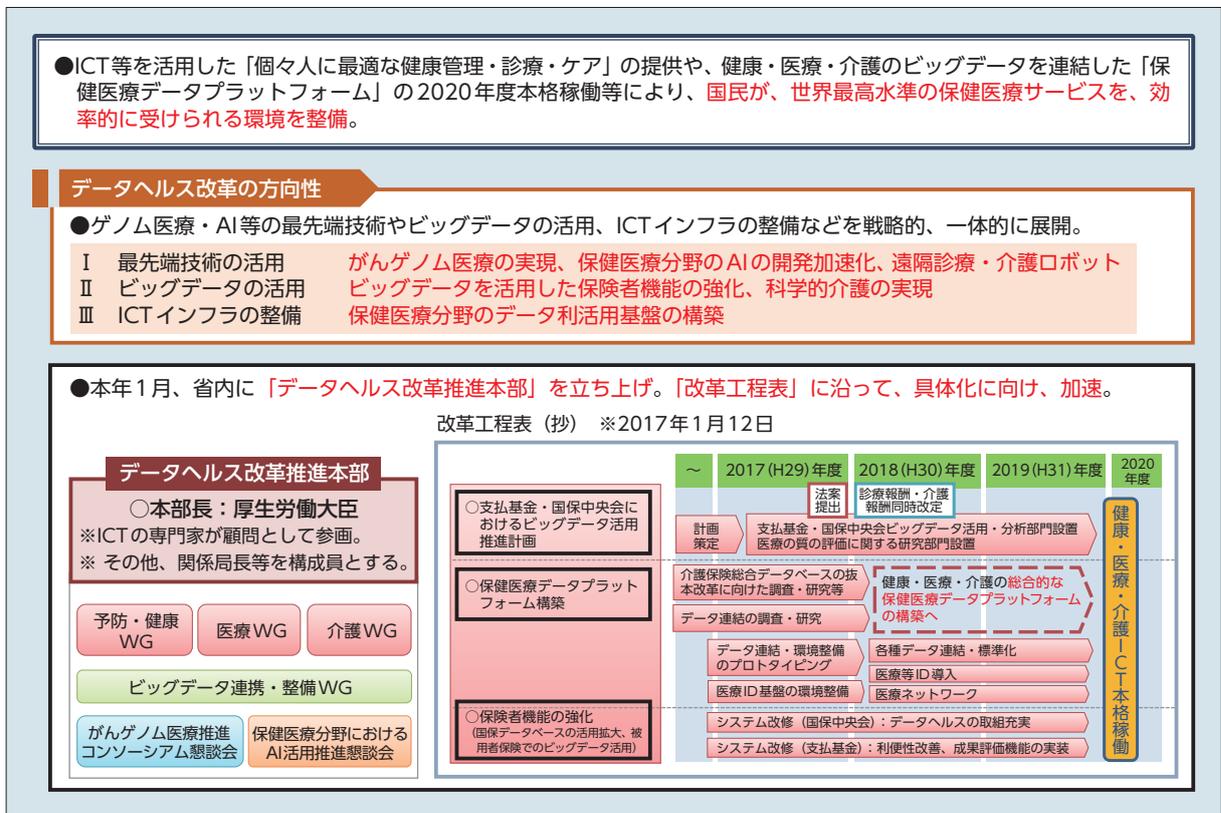


これまでの我が国の健康・医療・介護施策におけるICTの利活用は、さまざまな縦割り構造を背景に、その前提となるデータが分散し、相互につながらない形で取組が進められてきた結果、一体的に機能せず、必ずしも現場や産官学の力を引き出したり、患者・国民がメリットを実感できる形とはなっていなかった。

一方、世界に先駆けて超高齢社会を迎える我が国では、国民の健康寿命の延伸は喫緊の課題であり、ゲノム医療やAI等の最先端技術の導入やビッグデータの活用、ICTインフラの整備を、戦略的、一体的に進め、早急に国民が世界最高水準の保健医療サービスを効率的に受けられる環境を整備していく必要がある。

このため、健康・医療・介護の分野を有機的に連結したICTインフラの2020年度本格稼働に向けて、2017（平成29）年1月に、厚生労働大臣を本部長とする「データヘルス改革推進本部」を設置し、具体化に向けた検討を進めている（図表3-3-2）。

図表3-3-2 厚生労働省のデータヘルス改革の全体像



(2) 医療情報のネットワーク化の取組み

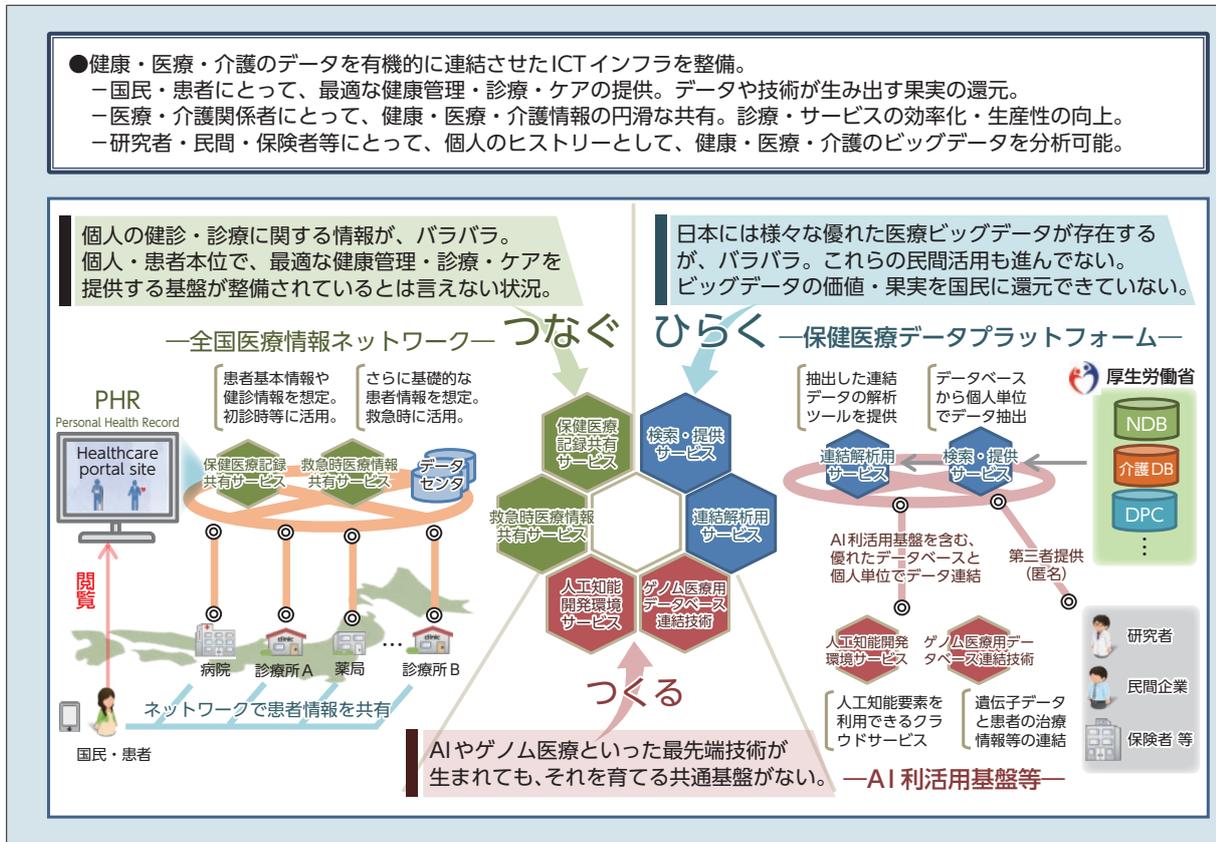
(全国保健医療情報ネットワークの整備)

近年、各地で、医療機関・薬局・介護事業者等が患者の保健医療情報を共有する医療情報連携ネットワークづくりが進められてきている。これにより地域の医療・介護連携の促進や、患者の状態にあった質の高い医療の提供等の効果があげられている一方で、ネットワーク間の連携不足や連携項目のばらつき等により、個人・患者本位で最適な健康管理・診療・ケアを提供する基盤が整備されているとは言えない状況となっている。

このため、全国的に、個人・患者本位で最適な健康管理・診療・ケアの提供を実現していくことを目指し、患者基本情報や健診情報等を医療機関の初診時等に本人の同意の下で

共有できる「保健医療記録共有サービス」や、更に基礎的な患者情報を救急時等に活用できる「救急時医療情報共有サービス」等のサービスを提供する「全国保健医療情報ネットワーク」の整備を目指している（図表3-3-3）。

図表3-3-3 実効的施策を支える『データ利活用基盤』整備の概観

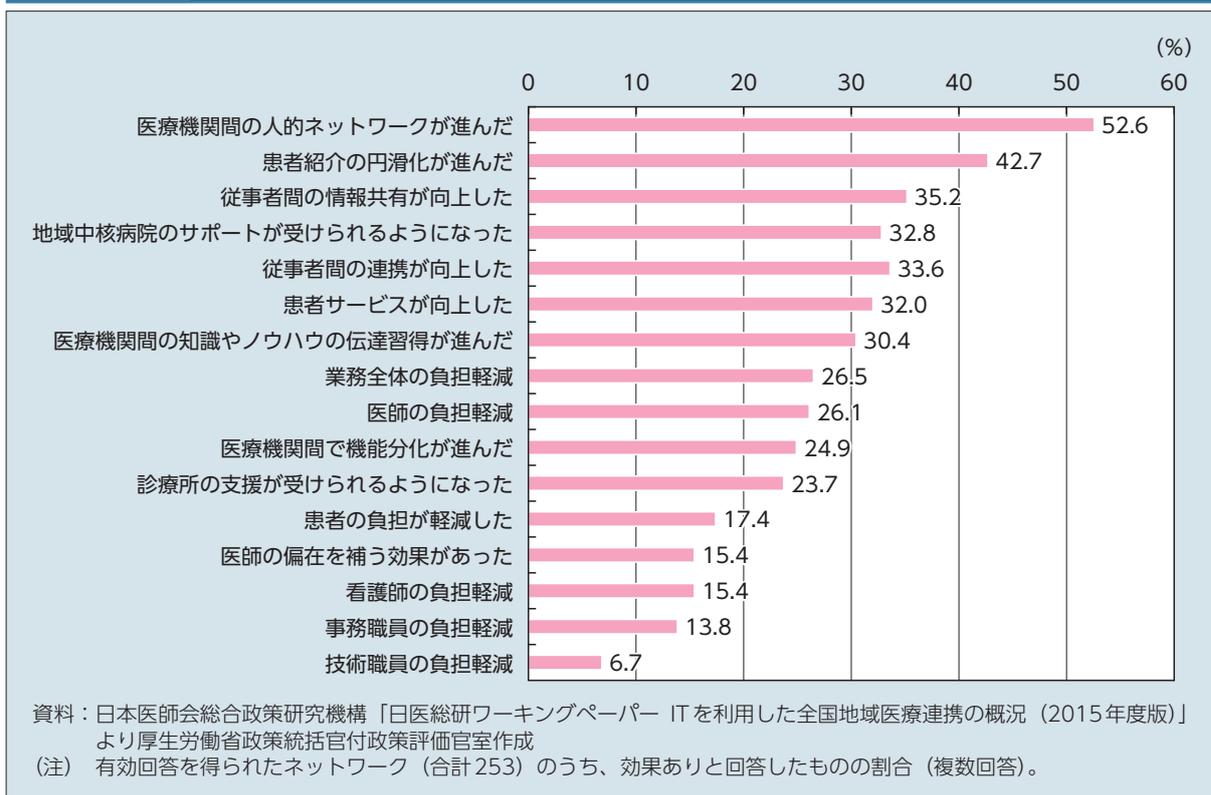


(現行の地域医療情報連携ネットワークの効果と課題)

日本医師会総合政策研究機構「日医総研ワーキングペーパー ITを利用した全国地域医療連携の概況（2015年度版）」によると、現行の地域医療情報連携ネットワークの導入の効果としては、「医療機関間の人的ネットワークが進んだ」、「患者紹介の円滑化が進んだ」といった人的ネットワーク強化が多くあげられている（図表3-3-4）。

一方で、多くの地域医療連携の運営主体において、費用負担の確保や、参加医療機関・利用者の拡大が課題となっている。また、地域ネットワーク相互の互換性がないという課題もある。

図表 3-3-4 地域医療情報連携ネットワークの導入による効果



(3) ビッグデータ化の取組み

1 保健医療データプラットフォームの構築

現在、医療レセプトのデータや、特定健診等のデータは、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）に蓄積されており、その数は、医療レセプトで約128.8億件（電子化されたデータのみを収載。2017年3月末時点）、特定健診等情報で約1.9億件（全データを収載。2017年3月末時点）となっている。また、介護レセプトについては、その個人の要介護認定情報等とともに、介護保険総合データベースに蓄積されており、その数は、介護レセプトで約5.2億件（2015年10月時点）、要介護認定情報で約4千万件（2016年5月時点）に上っている。

これらのデータは、全体として見れば、各個人の健康・医療・介護に関する詳細な情報が記載された、優れたデータベースであるが、現在、個別に管理されており、また、それぞれも十分に活用できているとは言えない状況にある。

こうした健康・医療・介護のデータを個人単位で連結し、個人のヒストリーをビッグデータとして分析可能とする「保健医療データプラットフォーム」の構築を目指すこととしている。

プラットフォームのデータは、公的機関のみならず、民間企業や保険者等も活用できるようにし、新たな医薬品や治療法の開発、生活習慣病予防対策、自立支援介護の実現など、最大限、その果実を国民に還元できる環境を整備していく。

2 現行の健康・医療・介護のビッグデータ

①レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース：NDB） （レセプト情報と特定健診等情報をデータベース化）

NDBは、「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）に基づき、レセプト情報と特定健診等情報を収集し、格納しているものである（**図表3-3-5**）。

NDBに格納されているデータは、全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資することを目的として、国や都道府県が行う調査及び分析等のために用いている他、政策に資する研究等一定の目的を有するもの及び学術研究に資するものであって、公益性が高いものについて、個別審査を経た上でデータを提供しており、2011（平成23）年度から2年間の試行期間を経て、2013（平成25）年度からレセプト情報等の第三者提供を実施している。また、2016（平成28）年度からは、NDBデータから汎用性の高い基礎的な集計表を作成し、NDBオープンデータとして公開を開始した。

図表3-3-5 NDB、介護保険総合データベース、KDBの比較

	レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）	介護保険総合データベース	国民健康保険データベース（KDB）
保有主体	国（厚生労働大臣）	国（厚生労働大臣）	保険者（国保連合会）
機能	国・都道府県が、主体的に医療費適正化計画に資する分析をしながら、施策立案に活かす。	国が、主体的に介護保険の運営状況を地域別や事業所別等に分析しながら、政策立案に活かす。	利用する市町村・後期高齢者医療広域連合は、個人の保健・医療・介護に関する情報を閲覧できるようになり、保健指導等に活用する。市町村等が、保健事業を効果的に実施できるように支援する。
保有情報	・医療保険レセプトデータ ・特定健診・特定保健指導データ ※匿名化処理	・介護保険レセプトデータ ・要介護認定データ ・日常生活圏域ニーズ調査データ ※匿名化処理	・医療保険レセプトデータ ・特定健診・特定保健指導データ ・介護保険レセプトデータ ・要介護認定データ ※国保と後期高齢のみ
利用者	○国・都道府県、医療保険者等、研究者等	○国 介護保険事業の適正な運営等に資するように活用する。 ○都道府県・市町村 要介護認定情報の集計結果を閲覧できる。	○市町村・後期高齢者医療広域連合 個別の保健指導や保健事業の適正な運営に活用する。 ○国保連合会 統計情報の作成、保険者への提供

②DPCデータベース

（急性期病院の入院医療の情報をデータベース化）

DPC制度^{*10}の対象病院（1,664病院（2017（平成29）年4月時点））では、レセプト情報よりも詳細な患者臨床情報（身長・体重・がんの進行度等）や診療行為情報（診療行為、医薬品、医療材料等）を厚生労働省に提出することとされており、これらが全国统一形式の電子データセット（DPCデータ）として厚生労働省で収集・蓄積されている。

集積されたデータは、DPC制度導入の影響の評価やDPC制度の見直しに利用することを目的として、厚生労働省で集計し公表されてきたが、第三者には利用できない状態であったため、データベースの構築が進められ、2017年度中に、システム運用・第三者提供を開始する予定である。

*10 DPC制度（DPC/PDPS）とは、急性期入院医療の診療費について、診断群分類に基づき1日当たりの包括評価を行う制度。2003年に82病院に導入された後、徐々に参加病院が拡大し、現在の参加病院（1,664病院）は、一般病床の半数以上をカバーしている。

③介護保険総合データベース

(介護レセプトと要介護認定データをデータベース化)

介護保険総合データベースは、全国の保険者の特徴や課題、取組み等を客観的かつ容易に把握するため、介護レセプト情報と、要介護認定データを収集したものであり、2013(平成25)年度から厚生労働省で運用を開始した(図表3-3-5)。

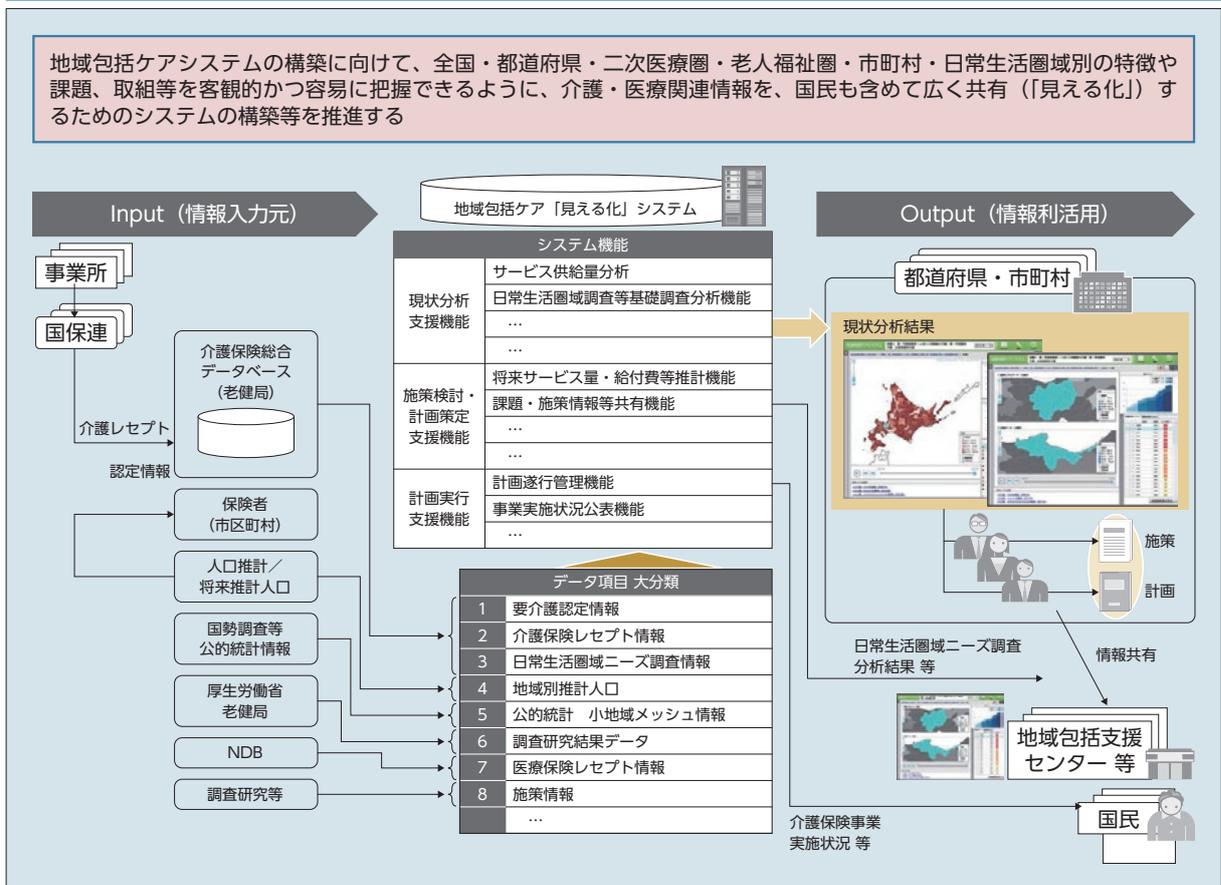
介護DBのデータは、現行では行政のみが利用しており、第三者(大学や研究機関等)からの依頼に応じて、集計・提供した実績はないが、介護の質の向上や研究開発促進等のために、データの一層の活用が求められており、今後、提供の手法等について、検討することとしている。

④地域包括ケア「見える化」システム

(地域の医療・介護の現状把握・分析を支援)

地域包括ケア「見える化」システムは、都道府県・市町村における介護保険事業(支援)計画等の策定・実行を総合的に支援するため、介護保険総合データベース(上記3)参照)を始め、地域包括ケアシステム^{*11}の構築に関する様々な情報が一元化された情報システムであり、2015(平成27)年の厚生労働省における運用開始以降、一部の機能を除いて誰でも利用することができるようになっている(図表3-3-6)。

図表3-3-6 介護・医療関連情報の「見える化」の推進イメージ



*11 地域包括ケアシステムとは、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」(「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」第4条第4項)とされている。

システムの活用により、地域間比較等による自治体の課題抽出や、自治体の取組み事例の参照等による施策の検討が容易になるほか、地域包括ケアシステムの構築に向けて、住民も含めた地域の関係者間で、地域の課題や解決に向けた取組みの共有が可能になる。

⑤国保データベース (KDB)

(医療・介護データを活用した統計等の作成支援システム)

国保データベースは、国保連合会において、健診・医療・介護情報を取り扱う各システムと連携し、各種統計・データを作成するシステムであり、市町村や後期高齢者医療広域連合（保険者）における保健事業計画の作成・実施を支援することを目的として、2013（平成25）年から稼働を開始した（[図表3-3-5](#)）。

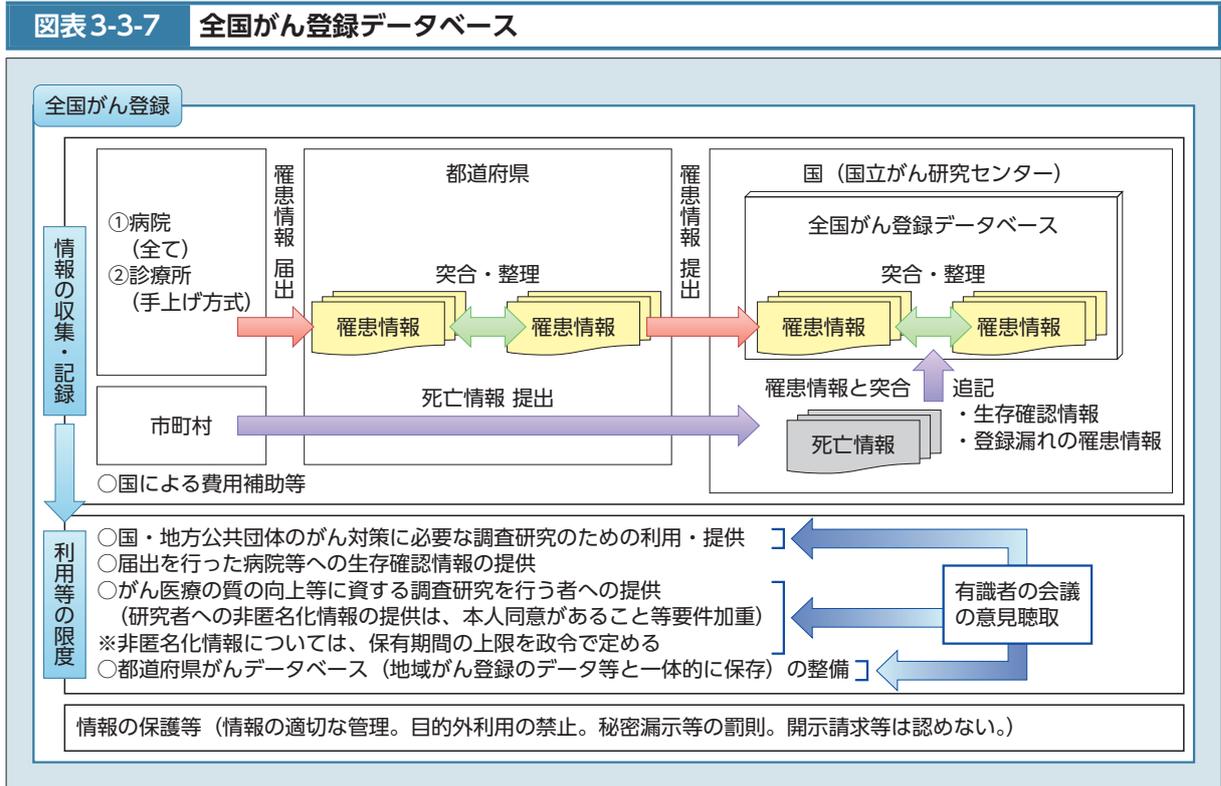
システムの活用により、市町村や後期高齢者医療広域連合が、地域の健康状況の把握や他地域との比較、特定の個人に対する効果的な保健事業の実施に役立てることが可能となっている。

⑥全国がん登録データベース

「全国がん登録」とは、がんの罹患や診療、転帰等に関する情報をデータベースに記録し、保存する仕組みである。

がん対策を推進するためには、正確ながんの実態把握が必要であることから、2016（平成28）年1月に施行された「がん登録等の推進に関する法律」（平成25年法律第111号）において、全ての病院と指定された診療所に対し、診断時のがんの種類、進行度、治療の内容等、各種の情報を都道府県に届け出ることが義務づけられた。これらの情報や、市町村から提供される患者の死亡者情報を国（国立がん研究センター）で管理し、がんに係る調査研究等に活用することとしている（[図表3-3-7](#)）。

図表 3-3-7 全国がん登録データベース



⑦医療情報データベース (MID-NET)

(医薬品の安全性評価のためのデータ提供システム)

協力医療機関 (10拠点23病院) の医療情報 (電子カルテ、検査値、レセプトデータなど) を収集し、医薬品の安全性の評価等のための分析用データを提供するシステムである。分析の目的に応じて、協力医療機関の承認を得た上で必要なデータのみが抽出・提供される仕組みとなっている。

医薬品の安全対策を目的として、2011 (平成23) 年度から協力医療機関及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構 (PMDA) にシステム構築を始め、2018 (平成30) 年度から本格運用を開始し、行政、製薬企業、アカデミア等により利活用される予定である。本格運用に向け、現在は利活用ルール等の検討を進めている。

(4) 次世代医療基盤法

匿名加工された医療情報の安全・適正な利活用を通じて、健康・医療に関する先端的な研究開発や新産業創出を促進するため、「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律」(次世代医療基盤法)が2017(平成29)年4月に成立した。

同法では、医療情報を匿名加工する事業者に対する規制を整備し、一定の基準を満たす事業者を国が認定する仕組みを設けるとともに、医療機関等は、あらかじめ本人に通知し、本人が提供を拒否しない場合、認定事業者に医療情報を提供できるとされている。

(5) 医療分野のICT化の基盤整備

1 医療等ID制度の導入

(患者個人にIDを付与し、患者情報の共有などを効率化)

地域の医療機関の間で患者情報を共有する地域医療情報連携ネットワークにおいて、他のネットワークに参加する医療機関との間で患者情報を共有したり、医学研究において、複数の医療機関からデータを収集し、安全かつ効率的に連結するためには、患者ごとの全国共通のIDが必要である。

「未来投資戦略2017」において、こうした医療等分野におけるIDの導入について、2018(平成30)年度から段階的な運用を開始し、2020(平成32)年から本格運用を目指すこととされた。

2 レセプトの電子化

(レセプトの電子化はほぼ完了)

前述した医療保険のレセプト(医療機関が医療保険者に提出する月ごとの診療報酬明細書)には、傷病名、診療開始日、診療行為(投薬、注射、手術など)といった、傷病とその治療内容に関するデータが記載されている。

医療保険のレセプトは、2015(平成27)年には、98.6%のレセプトが電子化され、電子化はほぼ完了している。

電子化されたレセプト情報は、匿名化処理をした上で、レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)に格納されている((3)2)①を参照)。また、2015(平成27)年以降、市町村や協会けんぽ、企業の健康保険組合などの医療保険者が、レセプト情報などを分析した上で、加入者の健康状態に即したより効果的・効率的な保健事業^{*12}に取り組む「データヘルス」の取り組みを行っている。

*12 保健事業とは、保険者が被保険者等の健康の保持増進のために行う健康教育、健康相談、健康診査などの事業。健康保険法等において、保険者による保健事業の実施が努力義務として規定されている。

3 電子カルテの普及

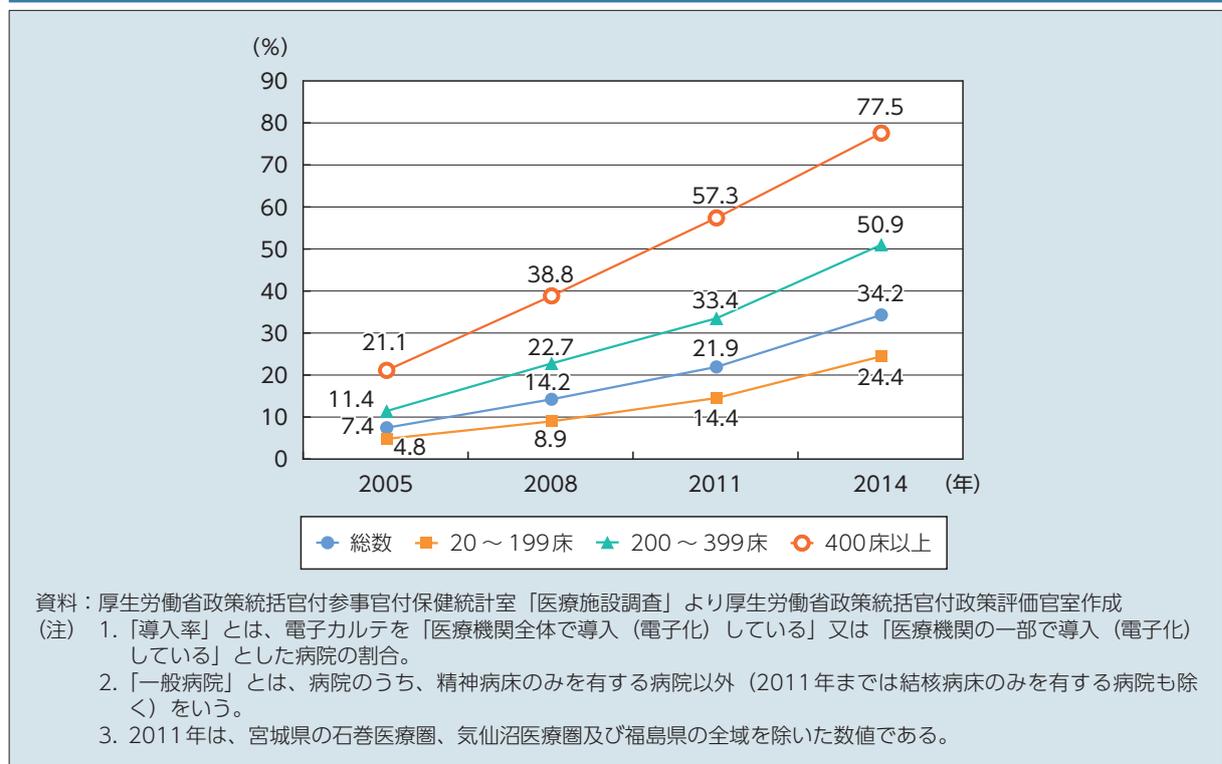
(電子カルテは各医療機関で個別に導入が進む)

電子カルテやオーダリングシステム^{*13}は、大病院を中心に各医療機関で個別に導入が進んでおり、400床以上の一般病院の電子カルテ導入率は77.5%（2014（平成26）年）に達している（図表3-3-8）。

『日本再興戦略』改訂2015においては、2020（平成32）年度までに「400床以上の病院における電子カルテの全国普及率を90%以上に引き上げる」という目標が示されている。

ただし、各医療機関の自主的な判断により導入されてきたものであるため、電子カルテのデータの仕様が統一されていないという課題がある。

図表3-3-8 電子カルテの導入率（一般病院）

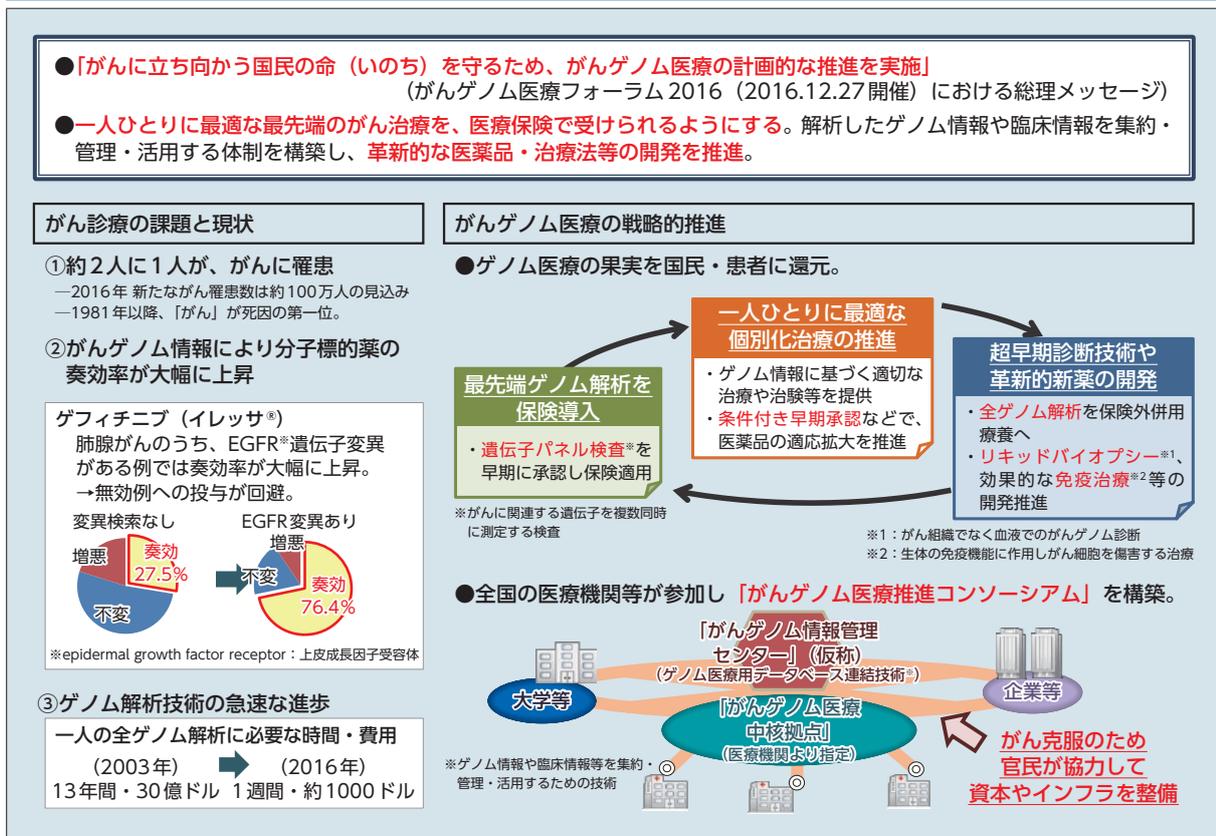


*13 オーダリングシステムとは、医師等から各部門に対して指示・依頼を出す際に、従来の紙伝票に代わり電子的に作成・送信するシステム。

2 がんゲノム医療の実現

がん分野においては、近年、個人のゲノム解析技術やその結果を解釈するための情報通信技術が飛躍的に向上しており、一人一人の患者の特性に即した、従来よりも効果が高く、副作用の少ないがん治療を届けることが可能となりつつある。厚生労働省では、「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」を開催し、がんとの闘いに終止符を打つため、がんのゲノム情報や臨床情報等を集約し、質の高いゲノム医療を提供する体制（がんゲノム医療推進コンソーシアム）を構築するとともに、がんの革新的治療法や診断技術等の開発を行うこととしている（図表3-3-9）。

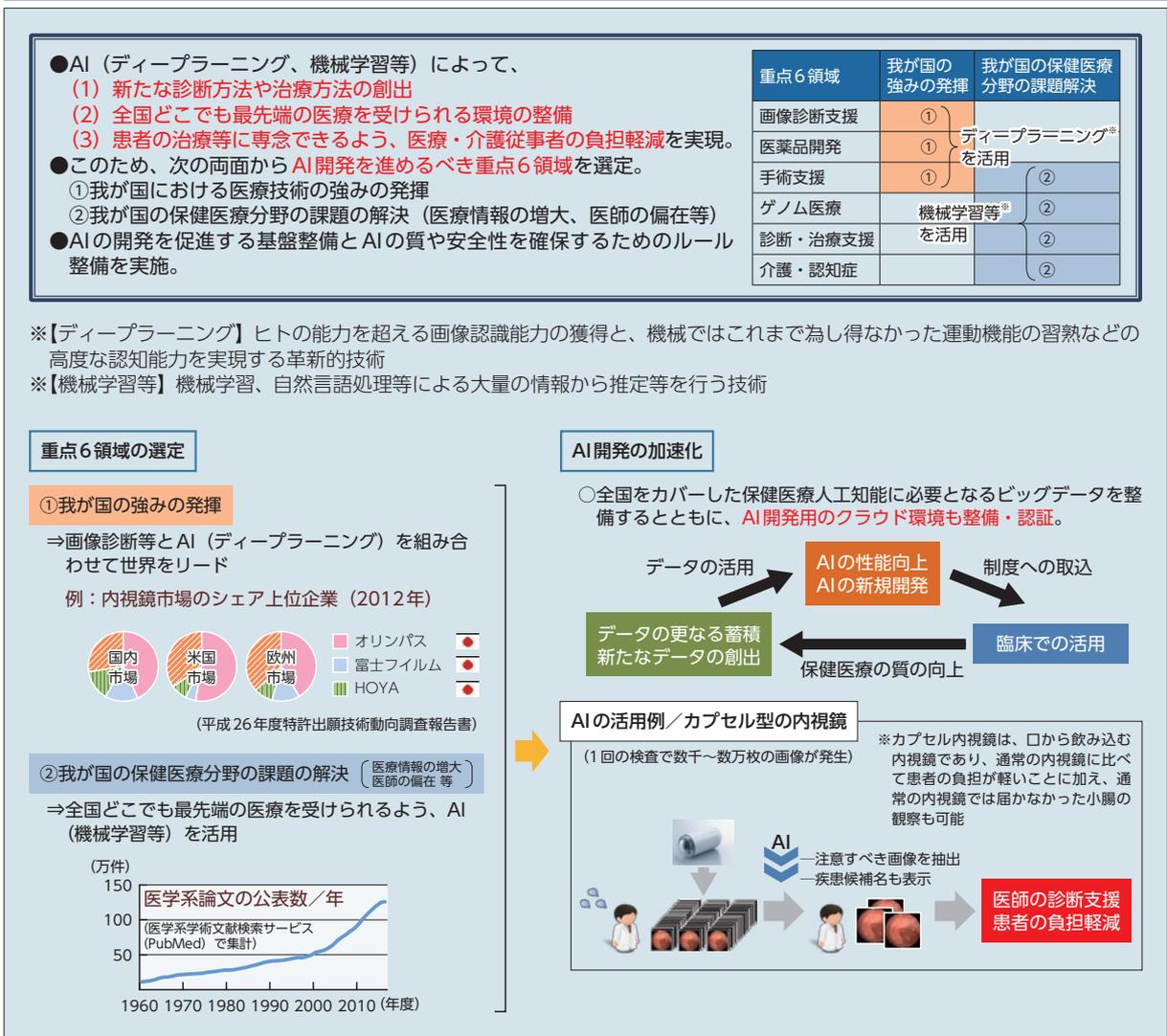
図表3-3-9 がんゲノム医療の実現



3 保健医療分野における人工知能の活用

人工知能（AI）によって、新たな診断方法や治療方法の創出、全国どこでも最先端の医療を受けられる環境の整備、医療・介護従事者の負担軽減等の実現が可能となると考えられる。そこで、厚生労働省では、データヘルス改革推進本部の下に「保健医療分野におけるAI活用推進懇談会」を開催し、保健医療分野におけるAIの活用に向けて必要な方策を検討した。今後は、画像診断支援、医薬品開発、手術支援、ゲノム医療、診断・治療支援、介護・認知症を重点6領域と定めた上で、AI開発用のクラウド環境の整備・認証の仕組みを構築するとともに、実用化に向けて、AIを活用した医療機器の質や安全性を確保するための評価の在り方等のルール整備を行うこととしている（図表3-3-10）。

図表3-3-10 保健医療分野における人工知能の活用



4 遠隔医療

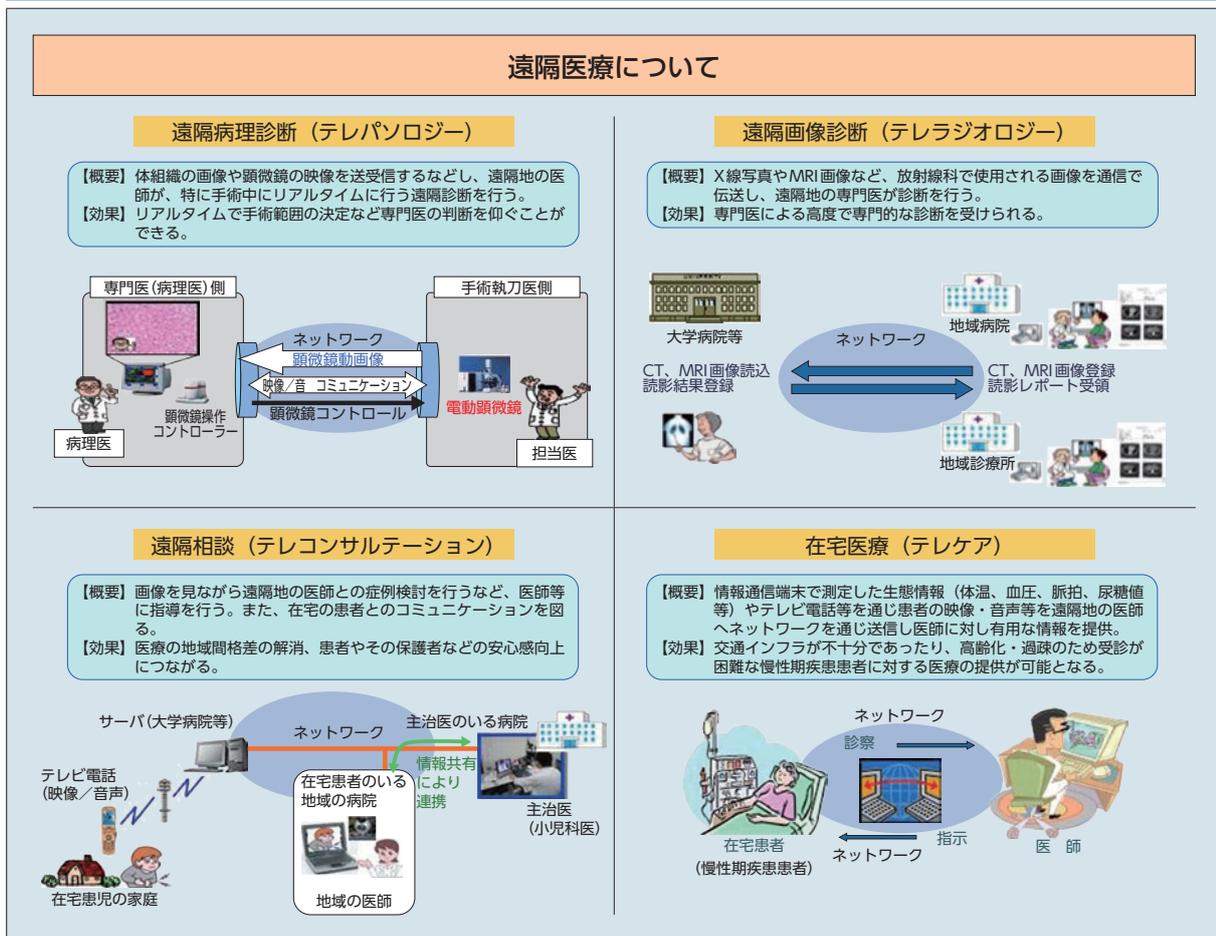
(遠隔医療は、医療の地域格差是正策として期待される)

ICTを活用した遠隔医療は、特に医師不足に悩む地域にとって、医療の地域格差の是正策となりうるとともに、医療の質や患者の利便性を向上させることが期待される。

遠隔医療には、医師が患者に対し診察・診断を行う場合だけでなく、医師が他の専門医などへ診断を求める場合も含まれる (図表3-3-11)。

遠隔画像診断及び遠隔病理診断に係るシステムの導入施設数は、病院と診療所で共に増加し普及が進んでいる (図表3-3-12)。

図表3-3-11 遠隔医療の種類



図表3-3-12 遠隔医療システムの導入状況

【遠隔医療システムの導入施設数】

〈病院〉

	施設数	
	2011年	2014年
総数	[8,605]	
	8,460	8,493
遠隔画像診断	1,157	1,335
遠隔病理診断	190	226
遠隔在宅医療	8	18

〈一般診療所〉

	施設数	
	2011年	2014年
総数	[99,547]	
	98,004	100,461
遠隔画像診断	1,246	1,798
遠隔病理診断	229	808
遠隔在宅医療	552	544

資料：厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室「医療施設調査」

(注) 平成23年について、[8,605]、[99,547]は全国の数値。それ以外は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

(遠隔医療の普及推進)

「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定）では、「医療資源を効果的・効率的に活用するための遠隔医療の推進」を含め、医療分野のICT化を強力に推進するとされた。これを踏まえ、同年8月の事務連絡により、医師法上許容される遠隔医療についての考え方をより明確にするとともに、以下の施策に取り組み、遠隔医療の普及を図っている。

- ①厚生労働科学研究費補助金による研究に対する助成
- ②遠隔病理診断（術中迅速病理診断）・遠隔画像診断等に対する診療報酬上の評価
- ③遠隔医療のための情報通信機器への補助（地域医療の充実のための遠隔医療補助事業）
- ④医療従事者等に対する、遠隔医療に関する正しい知識や技術の習得を目的とした研修（遠隔医療従事者研修事業）

さらに、「未来投資戦略2017」では、対面診療と遠隔診療を適切に組み合わせることにより効果的・効率的な医療の提供に資するものについては、次期診療報酬改定で評価を行うこととされた。

5 介護ロボットの開発・普及促進

(介護ロボットの導入により、利用者の生活の質の維持・向上と介護者の負担軽減が期待される)

世界でロボットが成長の鍵として注目されている中、我が国においても「ロボット新戦略」（平成27年2月10日日本経済再生本部決定）に基づき、日本を世界一のロボットイ

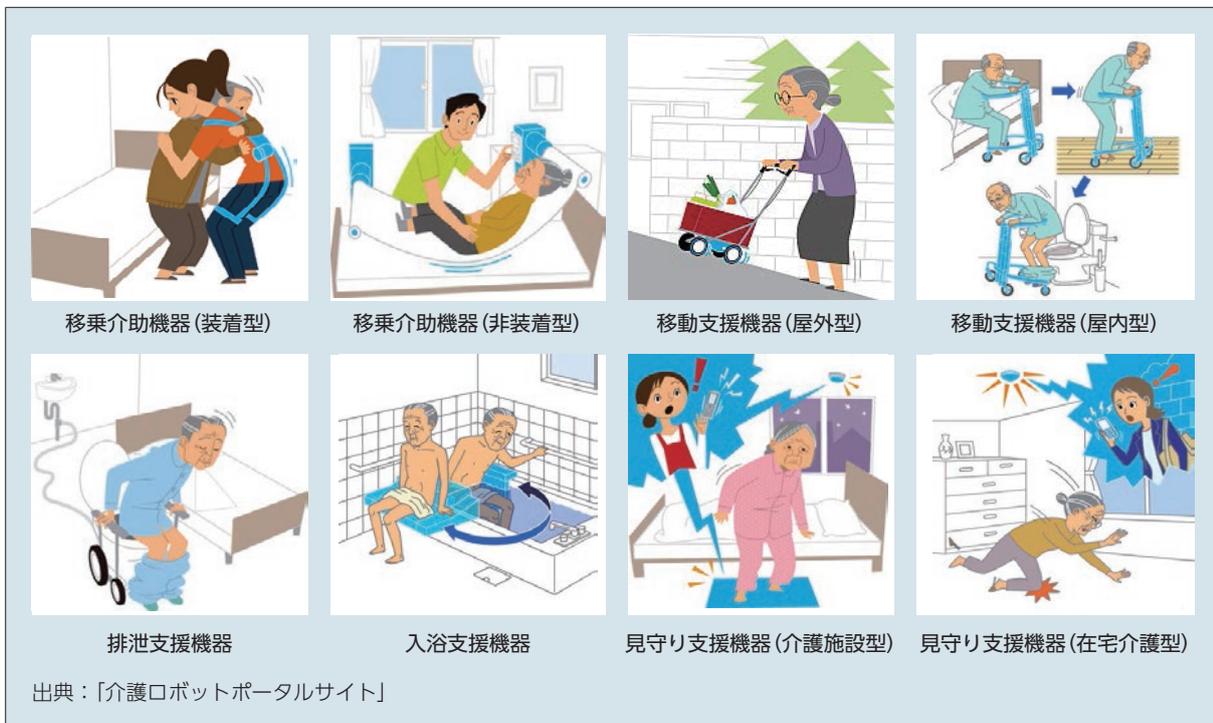
ノベーション拠点とするとともに、ロボットを活用して社会課題の解決につなげようとする取組みが始められている。

その中でも、介護ロボットは、我が国において要介護高齢者が増加し、介護人材の不足が今後とも懸念される中で、利用者の生活の質の維持・向上と介護者の負担軽減を図る効果が期待されている。

厚生労働省は経済産業省と連携して、2011（平成23）年度以降、重点分野を定めて介護ロボットの開発・普及の促進に取り組んでいる（図表3-3-13）。2017（平成29）年3月までに総計133件の開発支援が行われた。

さらに、介護ロボット等導入支援特別事業（2015年度補正予算）により、介護施設等への介護ロボット導入費用の助成を行い、2017年3月までに約5,000施設へ介護ロボットが導入された。また、都道府県においても、地域医療介護総合確保基金を活用し、介護ロボット導入費用の助成を行っている。

図表3-3-13 介護ロボットの重点開発分野



（ロボットを活用した新しい介護への国民の理解も重要）

介護ロボットの導入に関する人々の意識を、内閣府「介護ロボットに関する特別世論調査（平成25年8月）」により見ると、介護をする際に介護ロボットを「利用したい」とする者は59.8%、介護を受ける際にロボットを「利用してほしい」とする者は65.1%で、「利用したくない」、「利用してほしくない」とする者もそれぞれ3割程度いる。このような介護ロボットへの一部の抵抗感は、介護事業所などに導入が進まない一因との指摘もあり、ロボットを活用した新しい介護への国民の理解を図っていくことも、今後重要である。なお、今後、介護ロボットを実際に使い始めれば、意識は変わっていく可能性もある（コラム参照）。

上記「ロボット新戦略」では、介護ロボットを「利用したい」、「利用してほしい」とする意向をそれぞれ80%にする目標を掲げている。

コラム 介護ロボットが変えゆく介護の風景

介護ロボットは、少子高齢化が進む中で特に期待の高い技術分野だ。各メーカーで開発競争も活発化しているが、介護現場では、まだ広く一般に普及しているとはいえない。実際に使ってみるとどうなるのだろうか。介護ロボットを活用する先駆的な施設を訪ねてみた。

約20種のロボットを使いこなす

社会福祉法人シルヴァーウィングが運営する「特別養護老人ホーム新とみ」（東京都中央区）では、様々な介護ロボットを積極的に導入している。同法人の石川公也理事長は、「介護現場の雇用環境を改善したい」と、2013（平成25）～2014（平成26）年度に東京都のモデル事業に取り組んだことがきっかけで、介護ロボットの導入を始めた。現在、同施設では、約20種類の介護ロボットを用途に応じて使いこなす。

重度の認知症で寝たきりの高齢者が多い同施設で、利用効果が高いと感じているロボットの 하나가、「見守り支援」型の機器という。ベッド周辺に取り付けて、センサーで高齢者の動静を感知する。呼吸や睡眠の状態までわかるものもある。介護者は、各高齢者の状態を一か所で集約して見られるようになるため、職員の少ない夜勤時の精神的負担を軽減できるという。

また、高齢者のリハビリに力を入れる同施設では、歩行支援などのリハビリロボット（写真）が活躍している。自立が困難な人でも歩く練習ができるようになるなど、高齢者の喜びは大きく、また介助者の負担も軽減できる。

このほか、人やぬいぐるみの形をしたコミュニケーションロボットも、高齢者の気持ち安定したり、入所者同士の会話が增えるなどの効果を感じるという。

ロボットの得意分野を見つけ、協働する

一方、介護者の身体負担の軽減を目的とし



たロボットは、機器により、また人によっても評価は異なり、まだ技術的な改善の余地があるということが多い。電動の階段昇降機や、車椅子への移乗を楽にするベッド（写真）など、明確な負担軽減を感じるものもあるが、使う場面は限られており、介護職員の全面的な身体負担軽減にはまだ至っていない。

石川理事長は、現在の介護ロボットはいずれも「完全に任せる」ことはできない構造のため、介護職員に代替するほどの効果は期待できないという。しかし、ロボットの得意分野を見つけ、うまく協働することで、人の手による介護を基本としつつ、高齢者の生活の質の向上や、職員の負担軽減を図ることは可能だと考えている。

高齢者の抵抗感は少ない

意外なことに、介護ロボットを使うことに対する高齢者の抵抗感は、ほぼゼロだという。高齢者の中には、介護する家族や職員に日頃から「申し訳ない」と気兼ねしている方も多く、ロボットを使うと、むしろ気軽に離床や外出ができるようになるという効果もある。

一方、介護する側は、様々な機器を安全に使用するための操作方法の習得が必要で、なかなか慣れない人もいるため、丁寧な研修が欠かせないという。しかし、そうした使い勝手の問題は、今後の技術進歩により解消される部分もあるだろう。

介護ロボットが支えとなって、介護をする側と受ける側がもっと快適に過ごせる、そんな介護現場が日常の風景となる日は、それほど遠くないかもしれない。



6 今後に向けた政府の動き

ここまで見てきたように、健康・医療・介護分野では、新技術を活用した様々な取り組みが進んでいるが、今後は、国民全体がその恩恵を実感できるようにしていく必要がある。今後の方向性については、近年多岐にわたる提言がされており、それらを踏まえた改革の実行も始まっている。

(1) 「保健医療2035」(2015年6月)

(イノベーションを取り込んで保健医療のパラダイムシフトを目指す)

厚生労働大臣の私的懇談会として開催された「保健医療2035」策定懇談会でとりまとめられた本提言では、保健医療システムの在り方について、負担増と給付削減による現行制度の維持のみを図るのではなく、イノベーションを取り込みながら、システムの在り方そのものを変革(パラダイムシフト)し、「2035年においては、ICT等の活用により、医療の質、価値、安全性、パフォーマンスが飛躍的に向上していなければならない」などとされた。

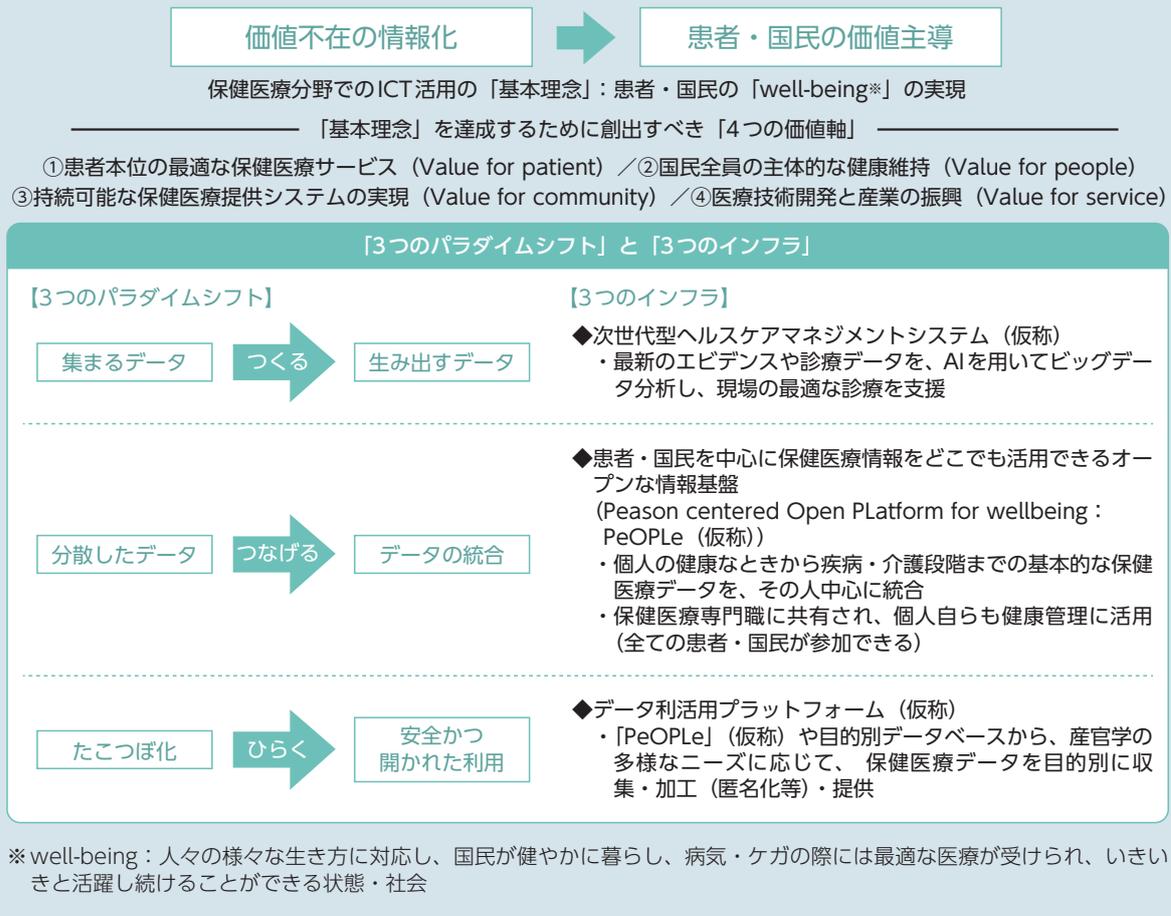
(2) 保健医療分野におけるICT活用推進懇談会 提言(2016年10月)

(次世代型のシステム構築に向け、データを「つくる」・「つなげる」・「ひらく」)

厚生労働大臣の私的懇談会として開催された本懇談会の提言では、これまでの保健医療分野のICT活用が、サービス自体の質の向上には不十分であったとの認識の下、ICTの利活用を「価値不在の情報化」から「患者・国民にとっての価値主導」に作りかえる必要がある等とされた。保健医療システムのパラダイムシフトの実現に向け、患者・国民にとって価値あるデータを「つくる」こと、患者・国民中心にデータを「つなげる」こと、保健医療の価値を高めるためにデータを「ひらく」ことを進め、2020年度には「次世代型保健医療システム」のインフラの段階運用を目指すとされた(図表3-3-14)。

図表3-3-14 保健医療分野におけるICT活用推進懇談会 提言（抜粋）

3. ICTを活用した「次世代型保健医療システム」の考え方



(3) データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会報告（2017年1月）

(審査支払機関の改革を提言)

本検討会の報告では、レセプトの電子化が進む中で、レセプトの審査支払機関については、これまでの「業務集団」から、ビッグデータとICTを活用して医療の質の向上に寄与するいわば「頭脳集団」として役割を再定義すべきとの観点から、①審査業務の効率化・審査基準の統一化、②ビッグデータを活用した保険者機能の強化及び医療の質の向上、③審査支払機関の組織・体制の在り方についての考え方が示された。

本検討会の議論を踏まえ、2017（平成29）年7月に「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」及び「国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関するデータヘルス改革計画・工程表」を公表した。

(4) 未来投資会議

(産業競争力の強化に関する実行計画)

「日本再興戦略 2016」で提示された第4次産業革命を始めとして、将来の成長に資する分野への大胆な投資を官民で連携して進めるため、2016（平成28）年9月、成長戦略の司令塔として、内閣総理大臣を議長とする「未来投資会議」が設置された。

同会議において、医療・介護分野における技術革新の活用等をテーマの一つとして検討した結果、「産業競争力の強化に関する実行計画」（平成29年2月10日閣議決定）では、世界最先端の健康立国を目指し、当面3年間に実施する規制・制度改革として主に以下の3点を進めるべきとされた。

- ①ロボット・センサー等の活用による介護現場の生産性向上、負担軽減
- ②医療等分野の情報を活用した創薬や治療の研究開発の促進に向けた治療や検査データの収集・管理・匿名化
- ③個人の医療・健康等情報の統合的な活用

（未来投資戦略2017）

また、同会議での議論をもとにとりまとめられた「未来投資戦略2017」では、我が国の中長期的な成長を実現していく鍵は、近年急激に起きている第4次産業革命（IoT、ビッグデータ、人工知能（AI）、ロボットなど）のイノベーションをあらゆる産業や社会生活に取り入れることにより、様々な社会課題を解決する「Society 5.0」を実現することにあるとし、その実現のための重要戦略分野の一つとして「健康寿命の延伸」を掲げた。そして、健康管理と病気・介護予防、自立支援に軸足を置いた「新しい予防・医療・介護システム」を構築することにより、健康寿命を更に延伸し、世界に先駆けて生涯現役社会を実現させるため、我が国の政策資源を集中投入していくとしている（**図表3-3-15**）。

図表3-3-15 未来投資戦略2017（概要・抜粋）（一部修正）

Society 5.0に向けた戦略分野【健康寿命の延伸】

【データ利活用基盤の構築】

- ・現在バラバラになっている健康・医療・介護データを個人個人が生涯にわたって一元的に把握できる仕組みの構築【2020年度から本格稼働】

【保険者・経営者による「個人の行動変容の本格化」】

- ・保険者に対する予防インセンティブ強化（後期高齢者支援金の加算・減算率の引上げ（「+0.23% - ▲0.048%」→「±10%」等）
- ・各保険者の取組状況（加入者の健康状態・医療費・健康への投資状況等）の見える化（成績表）と経営者への通知。健康経営による生産性の向上。

【遠隔診療、AI開発・実用化】

- ・かかりつけ医等による対面診療と組み合わせた効果的・効率的な遠隔診療の評価（次期診療報酬改定において位置付け）
- ・AI開発・実用化の促進（AI開発用のクラウド環境の整備・認証等）

【自立支援に向けた科学的介護の実現】

- ・データ収集・分析のデータベース構築【2020年度の本格運用開始を目指す】
- ・効果のある自立支援の促進（次期介護報酬改定において位置付け）
- ・介護ロボット等の導入促進（次期介護報酬改定において位置付け、人員・設備基準見直し）

【革新的な再生医療等製品等の創出促進、医療・介護の国際展開の推進】

コラム ICTの活用が実現する「未来の保健医療」のイメージ

ICTの発展により、保健医療の現場は今後どう変わるのだろうか。未来の保健医療の現場における住民や医療関係者などの発言をイメージしてみた。

【若手医師Aさん】



ある町の医療を担当しており、専門医もいない中、日々の診療で求められる知見は、とても多岐にわたります。でも、海外の最新のエビデンスや、「どのような患者にどんな医療を行ったのか」といった「経験知」がビッグデータとして蓄積されており、これを活用すれば、一人の医師が全てを抱え込むこともなく、とても心強いです。

【老親を持つBさん】



親は都市部の病院を退院後、在宅で療養しています。親の体の微候はウェアラブル端末やセンサーで察知し、データが共有され、ケアが必要な状態になったら、看護師さん・ヘルパーさんなどが自宅に来てくれます。私たちは、色々な職種の方から、親の心身の状況を丁寧に聞き、相談できるようになりました。

【小児科医Cさん】



ある薬について、副作用が出たという情報が流れることもあります。でもビッグデータの蓄積で、個々の子どもについて副作用が発生するかの判断もできるようになりました。

【糖尿病患者Dさん】



私の保健医療データを広く共有することで、保健師・主治医が、食事療法か、インスリン注射か、透析かといったことを、遠隔地の専門の先生と連携して決めてくれました。ヘルスケアサービス会社は、私のその日の体調をデータで把握し、最善の健康改善プランを提示してくれます。

【都道府県の医療政策担当者Eさん】



蓄積されたデータを使って、地域の保健医療ニーズも的確に把握できるようになります。保健医療施設は住民の財産。人口の分布や交通網、社会インフラなど幅広いデータ・情報を集めて、連携体制を考えなくてはなりません。最近では、機関間の連携で、地域の患者さんの健康水準が上がるというシミュレーションもできるようになってきました。

出典：厚生労働省「保健医療分野におけるICT活用推進懇談会提言書」（2016年10月）参考「次世代型保健医療システム」が実現する保健医療の現場」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室にて要約・再編

第4節 成長と分配の確実な好循環に向けて

第1節から第3節までは、成長の視点から、我が国の成長の基盤をつくる社会保障の様々な機能や、最近の取組みについて見てきたが、最後に、社会保障に対する国民意識も踏まえつつ、今後の社会保障がどのような形で成長との好循環を確実なものにしていくべきかを考えていく。

1 社会保障の在り方に関する国民の意識

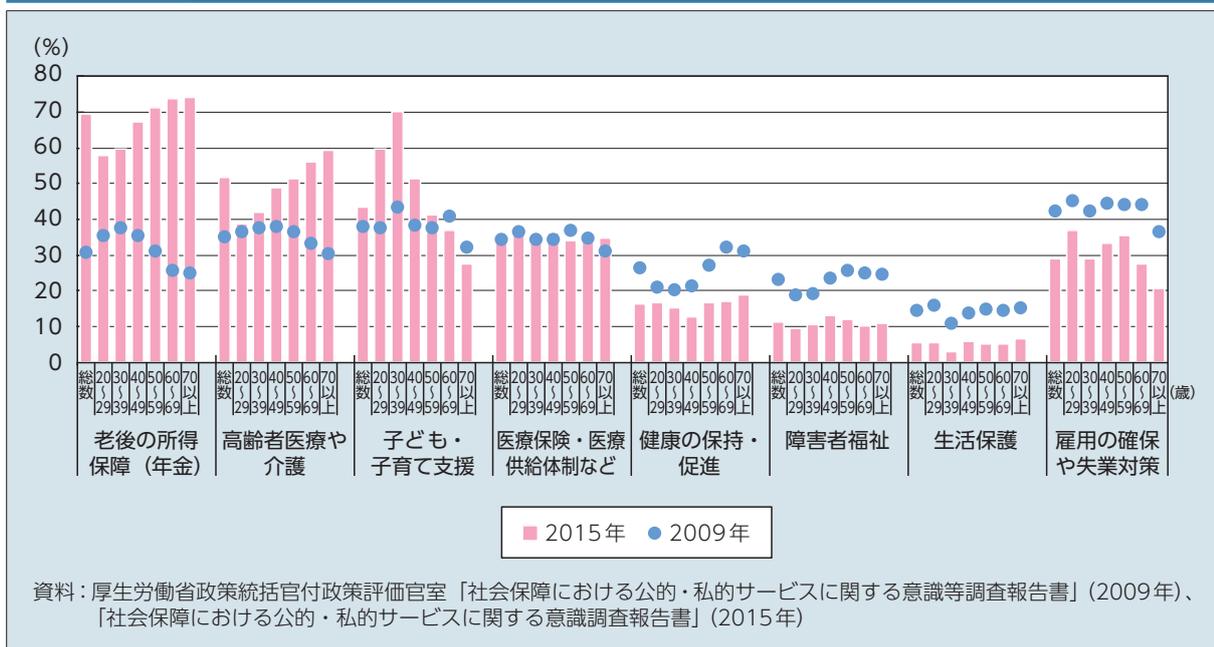
まず、国民が今後どのような社会保障を望ましいと考えているか、またそうした意識がどのように変化してきたかについてのデータを概観する。社会保障は国民による多大な負担から成り立つ相互扶助の仕組みであり、どのような負担・給付バランスで、どのようなサービス水準を目指すかは、国民の選択によるところが大きいからだ。

(社会保障の在り方については、分野により、世代間の関心度の違いがある)

社会保障の在り方に対する国民の意識を分野ごとに見ていくと、分野により、世代による考え方の違いがあることがわかる。

まず、今後更に充実させるべき社会保障分野についての考え方を図表3-4-1により見ると、2015（平成27）年においては、「老後の所得保障（年金など）」と「高齢者医療や介護」で高齢者の関心が高い。ただしこれらは、前回調査（2009（平成21）年）と比べてほぼ全世代で関心が高まっており、現役世代の関心も高まっているといえるだろう。一方、「子ども・子育て支援」については、2015年には、30歳代を中心とする若年層の関心が2009年より大きく高まり、60歳代以上の関心は逆に低下している。「医療保険・医療供給体制など」は、世代による関心の差が比較的少なくなっている。「雇用の確保や失業対策」は、前回調査（2009年）と比べると、2015年は近年の景気好転なども反映して、各世代で関心が低下しているが、各世代の中では20歳代や50歳代の関心が高くなっている。

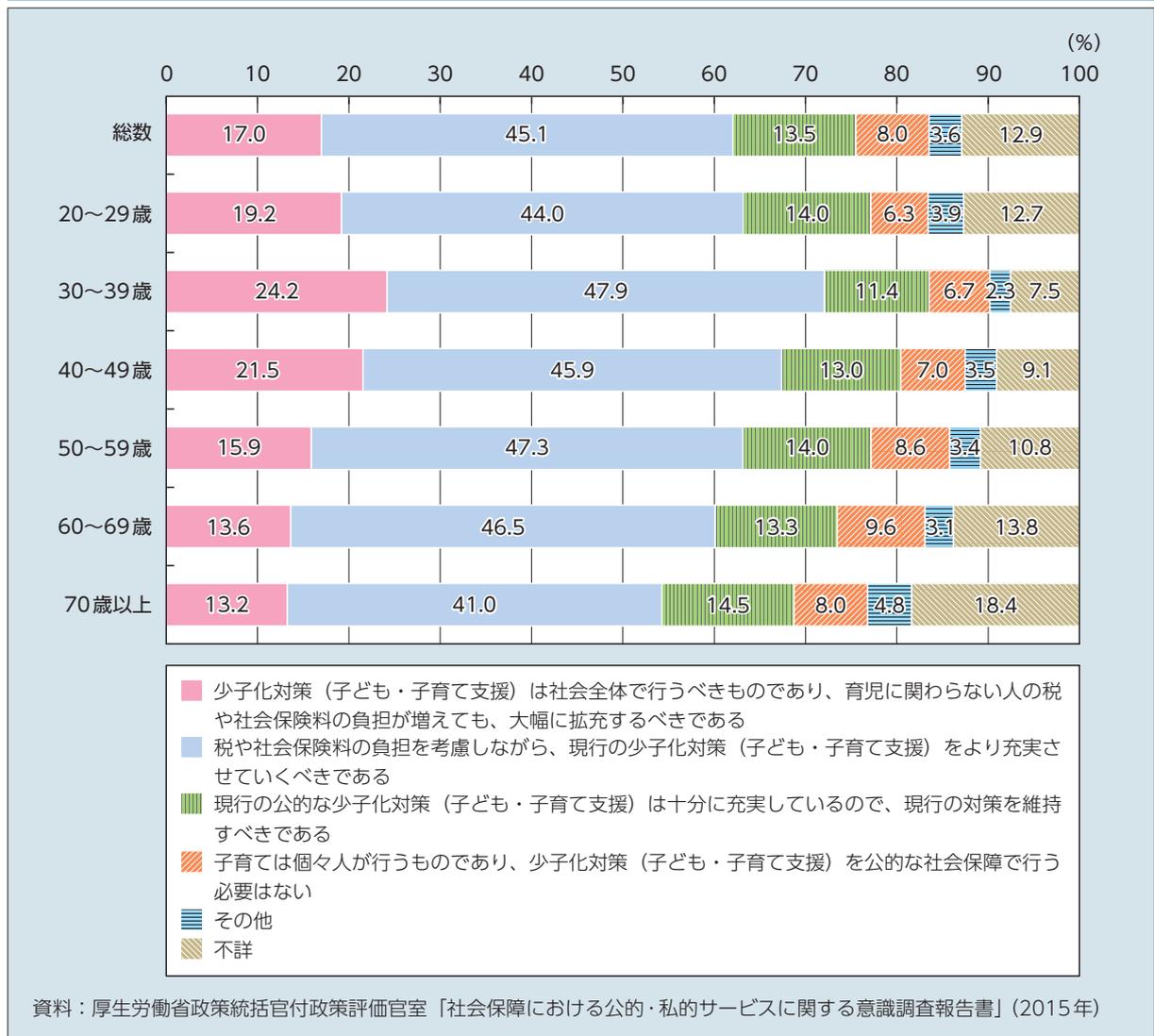
図表3-4-1 今後、さらに充実させるべき社会保障分野（複数回答）



(少子化対策は、子育て世代とそれ以外の世代で意識の差が見られる)

社会保障の主な分野ごとに、それぞれの在り方についてより具体的な考え方を見ていくと、まず少子化対策では、「税や社会保険料の負担を考慮しながら現行施策を充実すべき」との考え方が各年代とも4割以上で最多となっている(図表3-4-2)。ただし、「育児に関わらない人の税や社会保険料の負担が増えても、大幅に拡充すべき」との考え方が30～40歳代で2割を超える一方、それ以外の世代では、「現行の対策を維持すべきである」、「少子化対策を公的な社会保障で行う必要はない」といった少子化対策の拡充に否定的な考え方が2割を超えており、少子化対策の拡充については、子育て世代とそれ以外の世代で温度差が見られる。

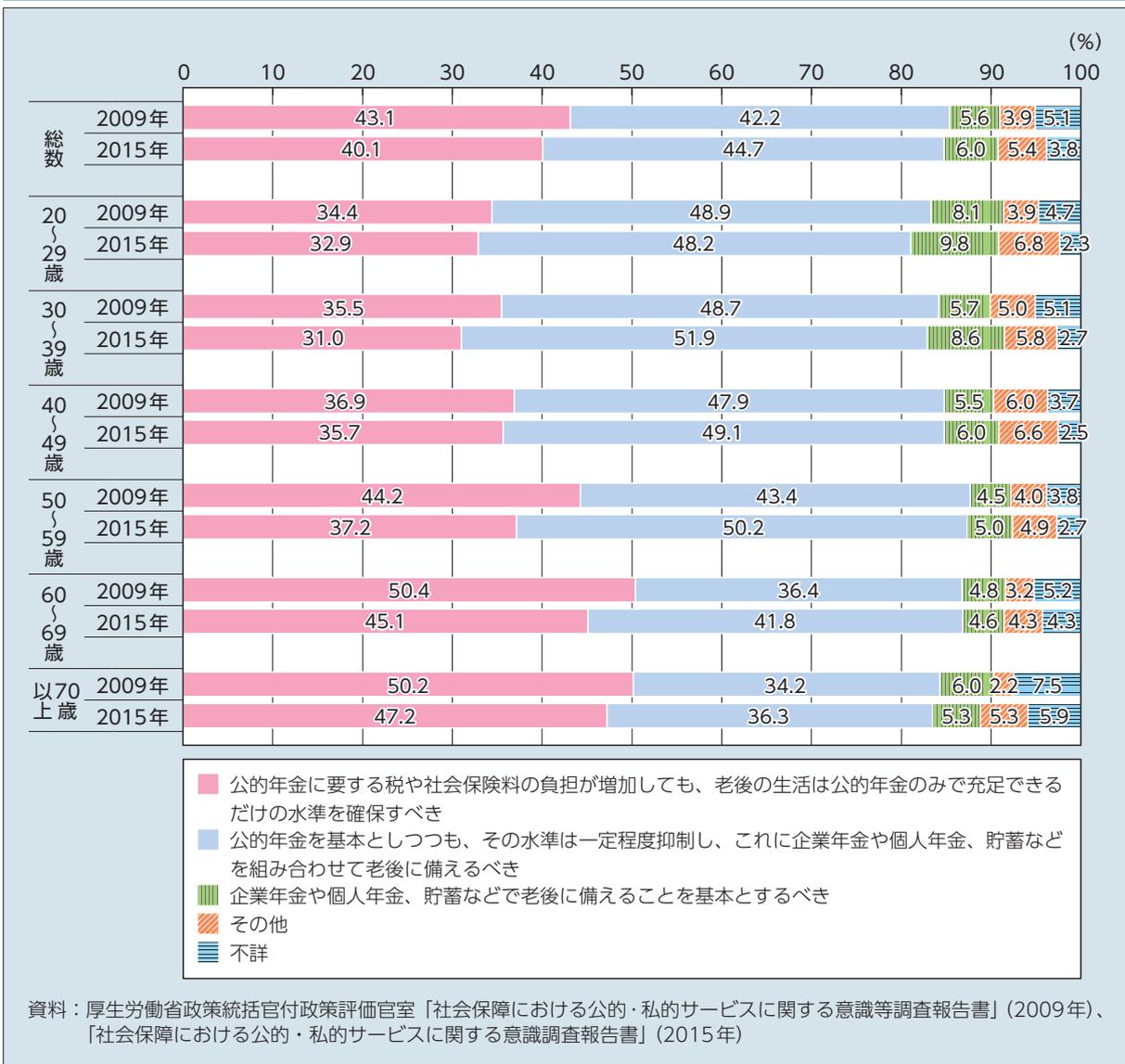
図表3-4-2 少子化対策の在り方



(若年層を中心に、多様な保障により老後に備えるべきとする傾向が強まっている)

また、年金制度については、2009年には「老後の生活は公的年金のみで充足できるだけの水準を確保すべき」との考え方が最多であったが、2015年は「公的年金を基本としつつも、その水準は一定程度抑制し、これに企業年金や個人年金、貯蓄などを組み合わせて老後に備えるべき」との考え方が最多となった(図表3-4-3)。世代別には、高齢層ほど「老後の生活は公的年金のみで充足できるだけの水準を確保すべき」と考える者が多くなる傾向があるが、2009年から2015年にかけては、いずれの年代でもこの考え方は減少している。また、20~30歳代では「企業年金や個人年金、貯蓄などで老後に備えることを基本とするべき」との考え方もやや増加しており、若年世代を中心に各年齢層で、公的年金制度を基本としつつ多様な老後保障により老後に備えるべきとする傾向が強まっていると考えられる。

図表3-4-3 今後の老後の生活を支える年金給付等の在り方



(社会保障の給付・負担バランスは、高齢層や高所得層で負担増を容認する割合が高い)

社会保障の給付・負担のバランスの考え方について、年齢別と所得階級別に見てみる。図表3-4-4を見ると、まず給付面では、全体では現行の社会保障の給付水準の「維持」又は「引上げ」

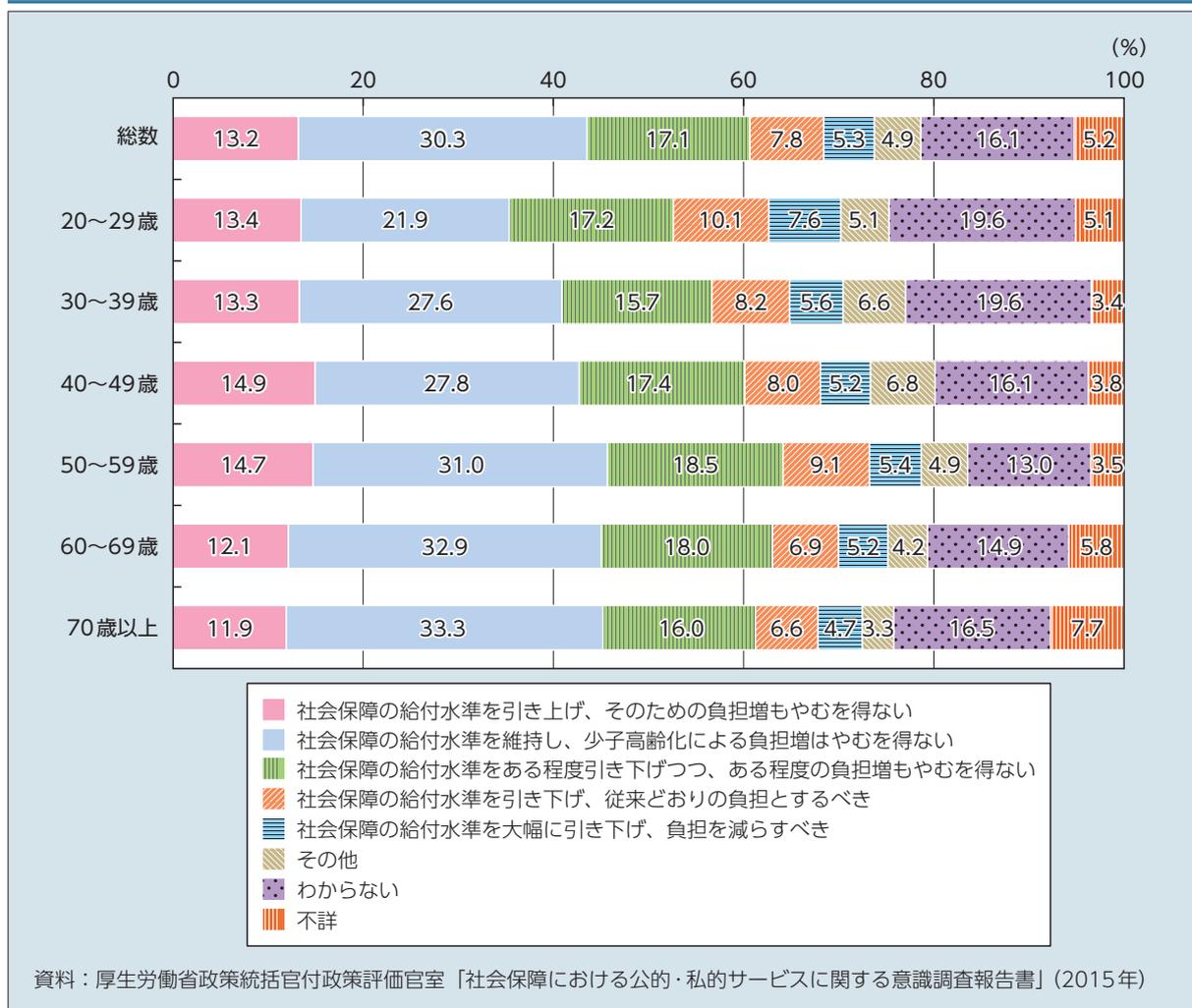
を望む者が4割を超えている。ただし、「引上げ」を求める者は1割程度にとどまっている。また、負担面では、全体では国民の約6割が、何らかの形での負担増をやむを得ないと考えている。

年齢別には、それほど大きな違いがあるとはいえないが、若年層より高齢層で、給付水準の維持を望む者や、負担増を容認する者の割合がやや高い傾向が見られる。逆に、若年層は負担の増加に対してより慎重になっているといえる。

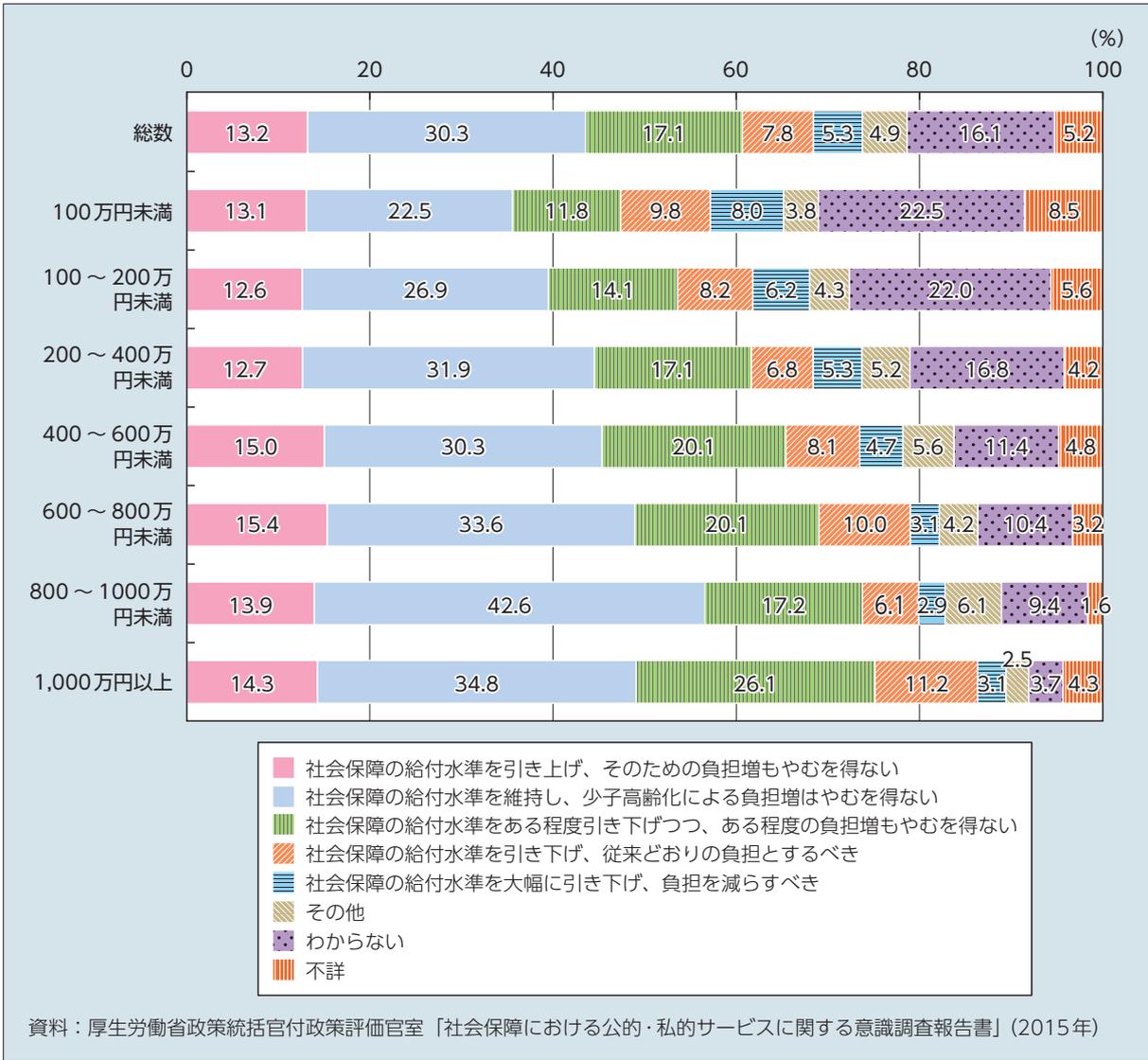
また、**図表3-4-5**により等価総所得階級別に見ると、まず給付面では、等価所得1,000万円未満で、所得が多いほど現行の給付の「維持」を望む割合が強まる傾向が見られる。また、負担増をやむを得ないと考える者の割合は、等価所得階級が200万円未満では半数程度、200~400万円未満では6割程度、600~800万円未満では7割程度、1,000万円以上では8割近くと、等価所得が高いほど増加する。一方、等価所得階級が低い層では「わからない」とする者の割合が増える傾向にある。

国民全体で納得性の高い社会保障の負担や給付の在り方を考えていく場合には、こうした国民間の考え方の違いも考慮する必要がある。なお、若い世代や低所得層で「わからない」と回答する者が多いことは、現在の社会保障の意義やメリットについて、国民が普段からもっと理解を深められるようにしていく必要があることも示している。

図表 3-4-4 今後の社会保障の負担と給付の在り方（年齢別）



図表 3-4-5 今後の社会保障の負担と給付の在り方（等価所得階級別）



2 まとめと今後の展望

上記で見てきた国民意識を考慮しつつ、第1部全体を通し、国民生活の現状や経済社会の変化を踏まえて、今後の社会保障の在り方について考えられる方向性を整理する。

(少子高齢化の中、持続的な経済成長は世界に先駆けた課題)

2012（平成24）年12月の政権交代以来、4年余りにわたるアベノミクス（大胆な金融政策、機動的な財政政策、民間投資を喚起する成長戦略）は、国民総所得や就業者数の増加など、我が国経済の活性化に一定の成果を生み出した。

しかし、1990年代以降のいわゆる「失われた20年」と呼ばれる経済の低成長の中で、家計所得や賃金は様々な要因により長期的な減少傾向をたどり、直近では回復傾向が見られるものの、まだ「失われた20年」を取り戻すところまでには至っていない。少子高齢化が進む中で、アベノミクスにより活気づいた経済を長期的に持続・発展させ、国民が豊かさを実感できる社会にしていくことは、世界に先駆けた大きな課題となっている。

〔「世代間再分配」中心の我が国社会保障は、持続性が課題に〕

我が国の社会保障は、1960～1970年代に確立された国民皆保険・皆年金を中核として発達し、国民生活の安心と安定を図ることを通じて豊かな社会づくりに貢献してきた。しかしその中心的な仕組みは、高度経済成長期に形成された「世代間再分配」、すなわち、負担は現役世代中心、給付は高齢者中心という仕組みであり、少子高齢化が今後更に進む中において、その持続可能性が課題となっている。

〔社会保障を支える現役世代は、以前より厳しい立場に〕

国民の所得や生活水準について長期的な動向を見ると、高齢世代は、現役世代よりも所得が少なく、以前は高齢世代内の格差も大きかった。しかし、年金制度の成熟化などにより所得の分布のばらつきが縮小し、資産の蓄積も進み、高齢者全体で見た生活水準は着実に改善してきている。また、高齢世帯主の世帯の1人当たり所得は現役世帯と同等の水準となっている。

一方、現役世代は、足下での所得や賃金の水準は改善しているが、長期的に見ると、所得分布のばらつきの拡大はないものの、単独世帯やひとり親世帯の増加などにより世帯所得が低下してきている。さらに、バブル崩壊後の賃金の伸び悩みや、非正規雇用など低所得の働き方の増加に加え、人口高齢化に伴う社会保障負担の増加などにより、1人当たりで見た生活水準の向上に明るい展望を見いだせずにいる。景気回復局面にある現在においても、社会保障を支える側の世代は、以前より厳しい立場に立たされているといえるだろう。

〔成長という視点から社会保障を考える〕

これまでは、経済の「成長」による豊かさと、社会保障による「分配」を通じた豊かさは、別々のものとして議論されることが多かった。また、「成長」か「分配」かの二者択一で議論されることもあり、「分配」は「成長」を阻害するとの考えさえあった。

しかし社会保障は、負担というマイナス面でも、給付というプラス面でも、国民の経済活動に多大な影響を及ぼすものであり、「成長」と「分配」は決して無関係ではなく、むしろ密接に関わるものである。また、我が国の「成長」と「分配」は、少子高齢化という共通の構造的課題も抱えている。

そうした中、「ニッポン一億総活躍プラン」では、「成長と分配の好循環」というメカニズムが提示された。同プランでは、育児・介護・高齢者雇用などを中心に好循環モデルが提示されたが、今後は、社会保障全般について、成長という視点からも考えていく必要がある。

〔多様な個人の能力発揮の促進による労働参加率・生産性向上、イノベーションの創出を図る〕

我が国経済の持続的成長にとって大きな懸念の一つが、少子高齢化の進行に伴う労働供給の減少である。これまで労働市場に積極的に出てこなかった層も含め、多様な個人の労働参加と能力発揮を促すことは、単に労働参加率の向上だけでなく、生産性の上昇やイノベーションの創出にもつながり、経済成長を加速させることが期待される。

社会保障は、成長との関係を考えて際、単なるセーフティネットではなく、全ての人が希望に応じて社会で活躍するための「後押し役」となる必要がある。そのためには、多様な働き方が可能となる「働き方改革」や、多様な個人の就業支援や人材育成などの直接的な労働市場政策はもとより、育児や介護など様々な事情を抱える人たちも仕事を続けられるよう、受け皿づくりを含めた環境整備を更に進めていかなければならない。

また、今後更なる増加が見込まれる高齢世代については、雇用就業に限らず、様々な社会活動への参加を進めていくことも重要である。より多くの高齢者が社会の中での役割意識を持ち、同時に健康維持への意欲を高めていくことで、地域の産業の活性化や、健康寿命の延伸による社会保障負担の軽減につながることも期待できる。

（現役世代が生活の安心感を持てる社会保障を構築する）

国民が求める社会保障の在り方は、世代によって異なる部分もあるが、現役世代の社会保障ニーズを十分に考慮する必要がある。生産年齢人口の減少が我が国経済の潜在的成長率の制約要因となりつつある中、我が国の経済の支え手となる層が、将来にわたる生活に安心感と明るい見通しを持てるようになることで、本来持つ能力を十分に発揮できるようになるとともに、自身のキャリア形成や子どもへの教育投資を積極的に行えるなどにより、人的資本の充実につながることを期待される。また、若年層が安心して子どもを産み育てられるという確信が持てるようになれば、少子化問題の改善にも寄与する可能性がある。

そのためには、子育て支援など、現役世代の利用ニーズが多い社会保障分野を充実させることも重要であるが、年金、医療などについても、現役世代の関心が高いことを忘れてはならない。現役世代が将来にわたって安心できるかどうかという観点から、社会保障の在り方を検証していく必要がある。

また、現役世代のライフサイクル全般にわたる安心を確保できるようにしていくためには、社会保障だけでなく、教育や住宅施策など他分野との連携も重要である。

（「全世代型」社会保障への方向転換を更に進める）

現役世代の安心という観点から社会保障を考える際、負担や給付の在り方についても考える必要がある。国民の意識を見る限り、若年層ほど社会保障の費用負担の増加に慎重な傾向が見られる中、これまで「世代間」再分配を中心に構築されてきた我が国の社会保障は、今後、人口高齢化に伴い現役世代の負担がますます過重となることが懸念される。これまで一律に「支援される側」として扱われる傾向にあった高齢層の理解も十分に得ながら、年齢にかかわらず、あらゆる世代がその負担能力に応じて公平に負担を分かち合い、同時に恩恵を感じられる「全世代型」社会保障への方向転換を更に進めていく必要がある。

また、特に年金制度などは、若年層を中心とする国民ニーズの多様化を踏まえ、公的な保障を基本としつつ、私的年金なども組み合わせることで、個人の価値観に合った多様な保障を支えることも重要である。

(技術革新による医療・介護の生産性・サービス向上などを進める)

社会保障に関連する分野のうち、健康・医療・介護分野では、技術の進歩が経済成長の原動力となるとともに、これまでにない新たな価値を生み出すことで、現在の医療や介護が抱える様々な課題への解決策をもたらす可能性を秘めている。ICT技術を活用した業務効率化や生産性・サービスの向上、研究開発・イノベーションの推進、ロボット技術による介護の質の向上や介護労働の負担軽減などを更に進め、質が高く効率的な新しい医療・介護のかたちをつくり出して行く必要がある。

(おわりに)

以上、「成長」との関係から、今後の社会保障の在り方として考えられる方向性を整理してきたが、もっとも重要なのは、社会保障が国民の納得をどれだけ広く得られているかということだろう。それこそが、まさに社会保障が目指すべき国民の安心の基礎となるからだ。

私たちの生活や人生に深く関わる社会保障について、本白書で提示した視点も参考にしながら、もっと国民自身が理解し、将来の在り方を考え、世代による考え方の違いを超えて議論していくことを期待したい。